

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定及本署於一百零五年九月二十九日召開之一百零五年度第三次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議結論、本署一百零五年十月十三日健保醫字第一〇五〇〇三四〇二九號函及一百零五年十月十四日健保醫字第一〇五〇〇三三九七七號函，爰配合修正本支付標準。

修正重點說明如下：

## 一、第二部西醫

(一)第一章基本診療第三節病房費：刪除精神科加護病床、燒傷病房、骨髓移植隔離病床備註規定；修訂燒傷加護病床、正壓隔離病床備註之文字。

(二)第二章特定診療第六節治療處置：增列「角膜處理費」(編號53034B)支付點數。

## 二、第四部中醫

(一)第一章門診診察費：修訂通則五及第一章一般門診診察費備註5規定，增列山地離島及花東地區，文字統一修訂為「『中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案』認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計」。

(二)修定附表4.5.2 複雜性傷科適應症，項目如下：

1. 頸椎骨折，閉鎖性：ICD-10-CM由「S14.1、S24.1」改為「S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0」(原ICD-9-CM：8060及8062)。

2. 腰椎骨折，閉鎖性：ICD-10-CM由「S34.1」改為「S34.1+S32.0」(原ICD-9-CM：8064)。

3. 胫骨及尾骨骨折，閉鎖性：ICD-10-CM由「S34.1」改為「S34.1+S32.1-S32.2、S34.3+S32.1-S32.2」(原ICD-9-CM：8066)。

4. 未明示之脊柱骨折，閉鎖性：ICD-10-CM由「S14.1」改為「S14.1+S12.9、S24.1+S22.0、S34.1+S32.0-S32.1」（原ICD-9-CM：8068）。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」配合修正頁碼如下：

部	章	節	修改頁碼
第二部 西醫	第一章 基本診療	第三節 病房費	第 3-5 頁
	第二章 特定診療	第六節 治療處置	第 24 頁
第四部 中醫	通則		第 1-2 頁
	第一章 門診診察費		第 1-2 頁
	附表		第 2-3 頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正草案

條文對照表

修正條文						現行條文						說明		
<b>第二部 西醫</b> 第一章 基本診療 第三節 病房費						<b>第二部 西醫</b> 第一章 基本診療 第三節 病房費								
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	1305 1167 1958 1751	03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	1305 1167 1958 1751	刪除註
								<u>註：指對急性或重症精神病患，無法以一般急性病房之人力與設施照護，需施以隔離治療及二十四小時密集監測之醫療床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。</u>						
03016B 03040B	燒傷病房(床/天) --病房費 --護理費		v	v	v	1246 1246	03016B 03040B	燒傷病房(床/天) --病房費 --護理費		v	v	v	1246 1246	刪除註
								<u>註：指有隔離技術及加護病房設施並具有燒傷醫療計畫等特別整合以提供專門醫療燒傷之病房，其病房設施須先報經保險人核可適用。</u>						
03017A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	6495 9742	03017A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費			v	v	6495 9742	刪除註 1
	註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。							註：1.指除具有燒傷病房之功能外，另有專業人員包括醫師、護理師(士)、營養師、復健師、社工師、呼吸治療師及心理治療師為特別燒傷醫療團隊的病房，其病房設施須先報經保險人核可後適用。 2. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 3.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 4.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 5.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。						



**第二部 西醫**

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第一項 處置費 Treatment

七、眼科處置Ocular Treatment (53001-53034)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
53034B	<p><u>角膜處理費</u></p> <p>註：</p> <p>1.限國內捐贈角膜處理之申報。</p> <p>2.內含處理費用(含義眼球或眼蓋片)、檢驗費用(包括細隙燈生體顯微鏡檢驗、角膜內皮細胞分析儀檢驗及微生物培養檢驗)、消毒費用、角膜保存液(Optisol-GS)及角膜內皮細胞分析檢驗角膜儲存盒(View chamber)、一般材料等費用。</p> <p>3.限由執行角膜移植手術醫院申報。申報時需檢附角膜評估單。</p>		Y	Y	Y	15897

**第二部 西醫**

第二章 特定診療

第六節 治療處置

第一項 處置費 Treatment

七、眼科處置Ocular Treatment (53001-53033)

新增

#### 第四部 中醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    - 1.專任醫師每月平均每日門診量=【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數\*23日)】
    - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
    - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
  - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為六十人次，超出六十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量=(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次/當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

#### 第四部 中醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    - 1.專任醫師每月平均每日門診量=【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數\*23日)】
    - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
    - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
  - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為六十人次，超出六十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量=(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次/當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

修訂通則五

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十八人	
A82	—看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	—看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十八人次以上部分(>50)	
A86	—看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	—看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十八人次	
A01	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病	350
A02	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病	260
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十八人	
A82	—看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	—看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十八人次以上部分(>50)	
A86	—看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	—看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十八人次	
A01	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病	350
A02	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病	260
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340



<p>註： 1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；<u>中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)</u>，每月以實際看診日數計。</p> <p>A90 一初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最高申請件數。</p>	<p>340</p> <p>50</p>	<p>註： 1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；<u>中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區</u>，每月以實際看診日數計。</p> <p>A90 一初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最高申請件數。</p>	<p>50</p>	<p>修訂 註：增加 山地離 島及花 東地區</p>
--	----------------------	---	-----------	--

附表4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎，多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變，多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
71849	M24.50	關節緊縮，多處部位
71859	M24.60	關節粘連，多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
71939	M12.39	復發性風濕，多處部位
71949	M25.50	關節痛，多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	R26.2	行走障礙，多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
7338	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	癒合不良之骨折
73382	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0+S06	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1+S06	顱骨底部骨折
802.0及802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9+S06	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9+S06	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060及8062	S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S34.1+S32.0	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S34.1+S32.1-S32.2、S34.3+S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S14.1+S12.9、S24.1+S22.0、S34.1+S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89XA	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9XXA	軀幹骨骨折，閉鎖性

附表4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎，多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變，多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
71849	M24.50	關節緊縮，多處部位
71859	M24.60	關節粘連，多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
71939	M12.39	復發性風濕，多處部位
71949	M25.50	關節痛，多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	R26.2	行走障礙，多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
7338	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	癒合不良之骨折
73382	(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0+S06	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1+S06	顱骨底部骨折
802.0及802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9+S06	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9+S06	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060及8062	S14.1、S24.1	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S34.1	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S34.1	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S14.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89XA	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9XXA	軀幹骨骨折，閉鎖性

修改  
ICD-10  
對照碼

81000-81003	S42.001A-S42.036A	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101A-S42.199A	肩胛骨骨折
81109	S42.113A、S42.116A	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201A-S42.296A	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301A-S42.399A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101A-S42.496A	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101A-S52.189A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201A-S52.399A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501A-S52.699A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90XA-S52.92XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001A-S62.186A	腕骨骨折
81500-81509	S62.201A-S62.399A	掌骨骨折
81600-81603	S62.501A-S62.669A	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90XA-S62.92XA	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90XA-S42.92XA、 S52.90XA-S52.92XA、 S22.20XA、S22.39XA、 S22.49XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001A-S72.099A	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101A-S72.26XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001A-S72.009A	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301A-S72.499A	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001A-S82.099A	閉鎖性髌骨之骨折

81000-81003	S42.001A-S42.036A	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101A-S42.199A	肩胛骨骨折
81109	S42.113A、S42.116A	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201A-S42.296A	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301A-S42.399A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101A-S42.496A	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101A-S52.189A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201A-S52.399A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501A-S52.699A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90XA-S52.92XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001A-S62.186A	腕骨骨折
81500-81509	S62.201A-S62.399A	掌骨骨折
81600-81603	S62.501A-S62.669A	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90XA-S62.92XA	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90XA-S42.92XA、 S52.90XA-S52.92XA、 S22.20XA、S22.39XA、 S22.49XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001A-S72.099A	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101A-S72.26XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001A-S72.009A	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301A-S72.499A	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001A-S82.099A	閉鎖性髌骨之骨折