

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*二十三日）】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(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五十人以上，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六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算（每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，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一百二十人次，超出一百二十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、B

81、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、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、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人次以下部分(≤ 50)	
A82	- 看診時聘有護理人員在場服務者	290
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	320
A41	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	505
A84	- 看診時未聘有護理人員在場服務者	280
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	310
A42	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	495
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(> 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
A43	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	435
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
A44	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	425
	(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人次以下部分(≤ 30)	
A01	- 看診時聘有護理人員在場服務者	335
A11	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365
A45	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	555
A02	- 看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A12	- 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	355
A46	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	545
	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，且開具慢性病連續處方	260

編號	診療項目	支付點數
A47	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	475
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，但開具慢性病連續處方	250
A48	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	465
	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
A49	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	415
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
A50	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五0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
A51	- 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五0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
A52	- 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	6.山地離島地區	
A09	- 看診時聘有護理人員在場服務者	335
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	365
A53	- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	555
A10	- 看診時未聘有護理人員在場服務者	325
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	355
A54	- 看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	545

編號	診療項目	支付點數
A90	<p>註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。</p> <p>- 初診門診診察費加計</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.院所申報初診案件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>	50

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	<p>每日藥費</p> <p>註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。</p> <p>2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。</p>	35

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 - 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	23
A32	- 中醫師親自調劑	13
	註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費(含材料費)	
B41	- 另開內服藥	227
B42	- 未開內服藥	227
	電針治療	
B43	- 另開內服藥	227
B44	- 未開內服藥	227
	複雜性針灸治療	
B45	--另開內服藥	307
B46	--未開內服藥	307
	註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。	
	註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費)	
	- 另開內服藥	227
B54	- 未開內服藥	227
	註：	
	1.標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證。	
	(2)診斷。	
	(3)理筋手法。	
	2.適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
	複雜性傷科治療	
B55	- 另開內服藥	307
B56	- 未開內服藥	307
B57	- 骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註：	
	1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。	
	2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。	
	3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	

第六章 脫臼整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
	脫臼整復費(含材料費)	
B61	- 同療程第一次就醫	327
B62	- 同療程複診，另開內服藥	227
B63	- 同療程複診，未開內服藥	227

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	<p>註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。</p> <p>2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。</p> <p>3.前項中醫特約醫事服務機構限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。</p> <p>4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載（應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告）。</p> <p>5.B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。</p>	

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B80	--另開內服藥	227
B81	--未開內服藥	227
	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B82	--另開內服藥	307
B83	--未開內服藥	307
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
B85	--另開內服藥	227
B86	--未開內服藥	227
	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B87	--另開內服藥	307
B88	--未開內服藥	307
B89	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B90	--另開內服藥	307
B91	--未開內服藥	307
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B92	--另開內服藥	307
B93	--未開內服藥	307
B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.9.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病入後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.9.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3500
C07	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500

編號	診療項目	支付點數
C08	<p>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十至十二次)</p> <p>註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	7500
C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十三次以上)</p> <p>註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	9500

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、 複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名。
- 二、 費用申報與審查相關規定：
 1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
 2. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.2 複雜性針灸適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
140-208	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	F03-F05	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	F05	(二) 亞急性譫妄
294	F02、 F04、 F09	(三) 其他器質性精神病態
295	F20、 F21、 F25	(四) 思覺失調症
296	F30-F39	(五) 情感性精神病
297	F22、 F23、 F24	(六) 妄想狀態
299	F84	(七) 源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。		
045.1	A80	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	G80	(二) 嬰兒腦性麻痺
344 + 138	G82-G83+B91	(三) 其他麻痺性徵候群（急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群）
358.0	G70	重症肌無力症
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）		
806	S14.1+S12.0- S12.6、 S24.1+S22. 0、 S34.1+S22.0- S32.0	(一) 脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952	S14.1、 S24.1、 S34.1	(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	G95	(三) 其他脊髓病變
急性腦血管疾病		
430	I60	(一) 蜘蛛膜下腔出血
431、 432	I61、 I62	(二) 腦內出血
433、 434	I65、 I66、 I63	(三) 腦梗塞
435-437	G45、 G46、 I67	(四) 其他腦血管疾病
345	G40	癲癇
332	G20、 G21	巴金森病
334	G11、 G94	脊髓小腦症
851	S01.9、 S06.3	腦裂傷及挫傷

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
852	S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
950	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
953	S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
954	S14.5、S24.3、S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、S34.6、S34.8、S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
955	S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
956	S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

- 一、 複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。
- 二、 費用申報與審查相關規定：
 - 1.院所每月專任中醫師平均申報上限為三十人次，超出部分依現行支付標準支付。
 - 2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
 - 3.病歷記載應依規定書寫。
 - 4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。
 - 5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

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、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良之骨折
73382	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1	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	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9	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	S12.0-S12.6、S22.0	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S32.0	腰椎骨折，閉鎖性

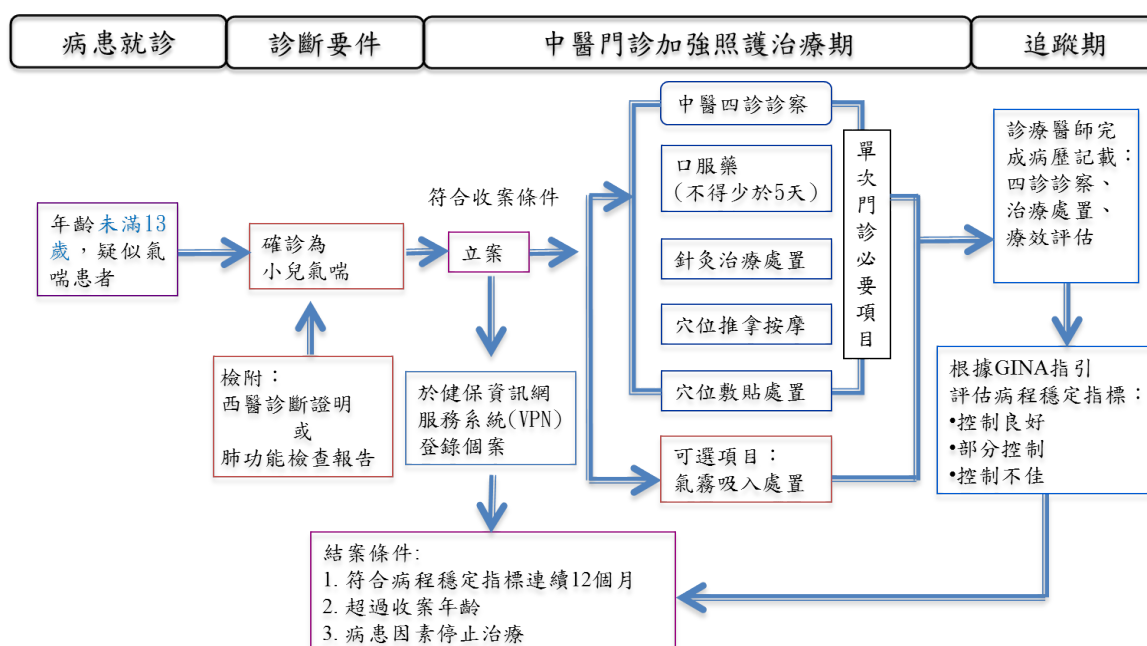
ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8066	S32.1-S32.2、 S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S12.9、S22.0、 S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌臼閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、S32.810- S32.811	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89	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	S22.9	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001-S42.036	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101-S42.199	肩胛骨骨折
81109	S42.113、S42.116	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201 -S42.296	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301 -S42.399	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	S42.101 -S42.496	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101 -S52.189	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201 -S52.399	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501 -S52.699	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90-S52.92	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001-S62.186	腕骨骨折
81500-81509	S62.201-S62.399	掌骨骨折
81600-81603	S62.501-S62.669	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90 -S62.92	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90 -S42.92、S52.90 - S52.92、S22.20、S22.39、 S22.49	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	S72.001 -S72.099	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101 -S72.26	經由粗隆之骨折，閉鎖性

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8208	S72.001 -S72.009	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301 -S72.499	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001 -S82.099	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101 -S82.199	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232	S82.201 - S82.299 、 S82.401 - S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	S82.201 -S82.299	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	S82.401 -S82.499	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	S82.201 - S82.299 、 S82.401 - S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	S82.201- S82.209 、 S82.401- S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	S82.201 -S82.209	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	S82.401 -S82.409	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	S82.201 - S82.209+S82.401 - S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	S82.51 -S82.66	閉鎖性踝骨折
8250	S92.001 S92.066	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	S92.101 -S92.5	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	S92.401 -S92.919	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	S82.90 -S82.92	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及 下肢與肋骨和胸骨者
8290	T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
8310、 8320、 8330、 8340、 8350、 8360、 8363、 8365、 8370、 8380、 8390、 8392、 8394、 8396	S43.0-S43.3、 S53.0- S53.1、 S63.0、 S63.1- S63.2、 S73.0、 S83.21- S83.24、 S83.001 - S83.096、 S83.101 - S83.196、 S93.0、 S93.3、 S 13.1-S13.2、 S33.1- S33.3、 S23.1- S23.2 、 S43.2、 S33.30 -	脫臼

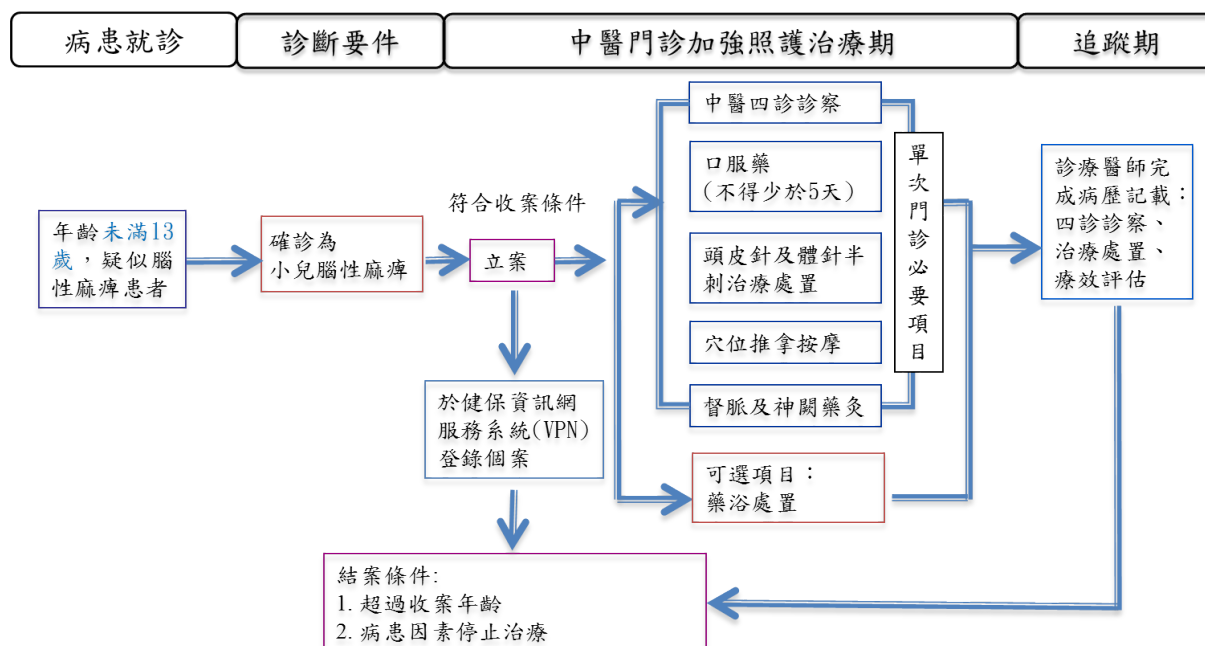
ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
	S33.39	
9228	T14.8	軀幹多處挫傷
9238	S40.019	上肢多處挫傷
9244	S70.10 S70.12、 S80.10 S80.12	下肢多處挫傷
9248	T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
92709	S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	S47	上肢多處位置壓砸傷
9288	S77.0、 S77.1、 S87.0、 S87.8、 S97.0、 S97.1、 S97.8	下肢多處壓砸傷
929.0	S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	S77.20	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	S02	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	(S12.9、 S22.0、 S22.9、 S32.9)	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
9052	S42.2- S42.9 、 S52.9 、 S62.9	上肢骨折後期影響
9053	S72.0-S72.2、 S72.8- S72.9、 S79.0-S79.1	股骨頸骨折後期影響
9054	(S72.3-S72.4、 S82.0- S82.6、 S82.8- S82.9 、 S89.0- S89.3 、 S92.0-S92.9)	下肢骨折後期影響
9055	T07	多處及未明示骨折之後期影響
9056	S03.0-S03.1、 S13.0- S13.2、 S23.0- S23.2 、 S33.0- S33.3 、 S43.0-S43.3 、 S53.0-S53.1、 S63.0- S63.2、 S73.0、 S83.0、 S83.1、 S93.0、 S93.1、 S93.3	脫臼之後期影響
9598	T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.9.1 標準作業流程

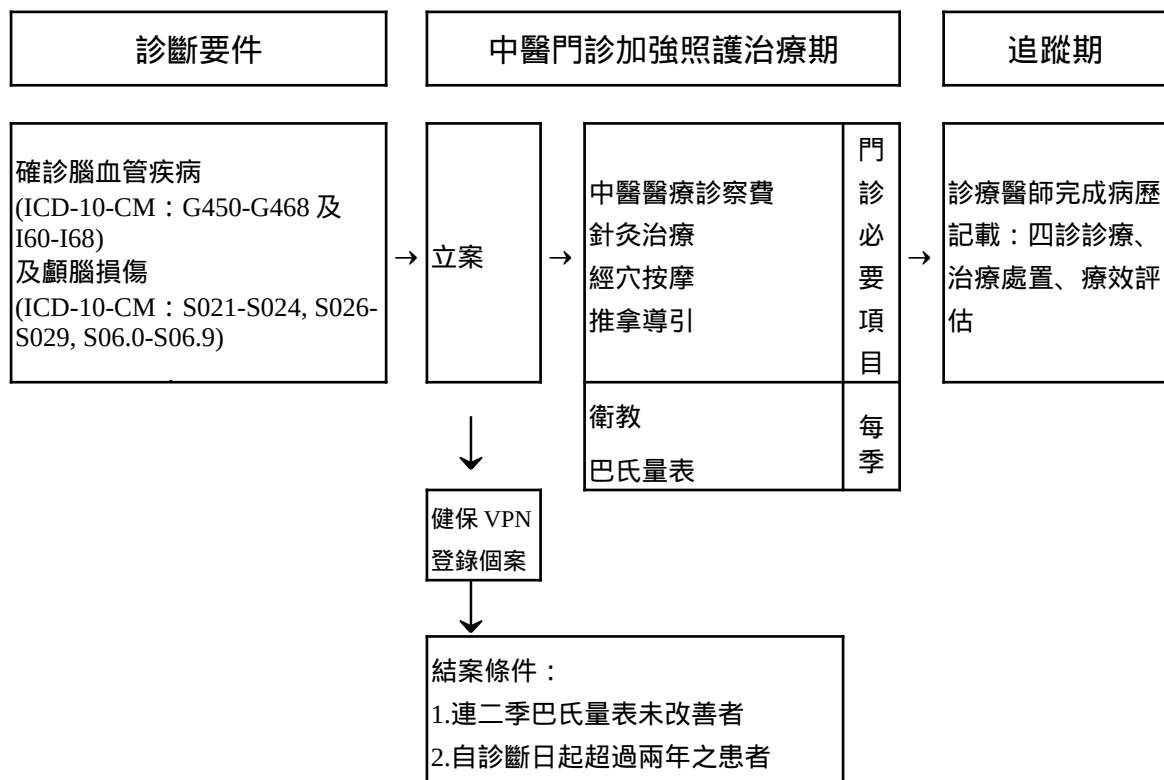
中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護



附表 4.9.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標

根據 Global Initiative for Asthma (GINA) 2011 年的最新指引(如下表)，每次回診須紀錄於病歷上申報，治療穩定達控制良好(Controlled)者或連續十二個月以上未再發作者，轉入中醫一般門診：

病童情形	日間症狀	活動受限程度	夜間症狀/ 睡眠中斷	Rescue or reliever 藥物使用	肺功能 (PEF or FEV1)	急性 發作
控制良好 Controlled (右列項目須全 數達到)	每星期兩 次或以下	無	無	每星期兩次 或以下	正常	無
部分控制 Partly controlled (任一星期中有 任何一項出現)	每星期大 於兩次	有	有	每星期大於 兩次	小於預測值 或個人最佳 值的 80%	每年一次 或以上
控制不佳 Uncontrolled	任一星期中發生上列部分控制欄中五項的任三項或以上					任一星期 發生一次 或以上