

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	091/07/01	105/03/31	給付規定 一、AUTO SUTURE適應症如下:1.直腸癌2.食道末端癌或食道靜脈瘤3.胃賁門、胃體部癌、胃竇部癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌(91/07/01)。 二、申請數量除肺部、胃部、直腸癌、乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一封為原則。
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	105/04/01	110/11/30	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除肺部、胃部、大腸直腸癌、乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二支外，其餘以一支為原則。
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	110/12/01	999/12/31	自1101201起: 限: (一)大腸直腸癌。 (二)食道癌或食道靜脈瘤。 (三)胃癌手術。 (四)肺部手術。 (五)人造膀胱手術。 (六)乏特氏壺腹周圍癌。 (七)肝臟惡性腫瘤。 (八)膽管癌。 (九)胰臟癌。 (十)十二指腸癌使用。 (十一)良性病灶(如胃出口阻塞、腸道阻塞、膽管狹窄、病態性肥胖手術)且需以Roux-en-Y吻合(限診療項目75011B、72044B、75204B、75206B、75216B、75408B、72035B、72037B、75410B、75413B)執行肝膽或腸胃吻合者。 二、每次手術限用一至三支。
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	086/10/01	093/06/30	SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016A 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過三支、六支、十支(三十五釘)為原則。(861001)
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	093/07/01	104/07/31	SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過三支、六支、十支(三十五釘)為原則。(930701)
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	104/08/01	999/12/31	1040801起: SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過6支、12支、20支為原則。
A101-3	S-A-	VALTRAC	085/07/03	999/12/31	D&G VALTRAC 適應症為: 限定在復原性乙狀結腸或直腸之前位切除與低前位切除手術時使用。
A101-4	S-A-	環型自動縫合器含釘	105/04/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.人造膀胱手術5.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除胃部、大腸直腸癌及乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一封為原則。
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	105/04/01	112/01/31	105/04/01起: 當次手術限使用1支。
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	112/02/01	999/12/31	112/02/01起: 每次手術限使用1支。
A101-6	S-A-	開放式手術直線型自動縫合器	105/04/01	110/11/30	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、當次手術限使用1支。
A101-6	S-A-	□形開放式手術自動縫合器	110/12/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、當次手術限使用1支。
A101-7	S-A-	一次性端對端吻合器及一次性端對端 吻合器-經口輸送導管	105/05/01	999/12/31	1050501起: 1.適用於以內視鏡手術治療食道癌及胃癌之病患。 2.單次手術限申報一組(一次性端對端吻合器或附加一次性端對端吻合器-經口輸送導管)。
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	107/06/01	999/12/31	1070601起生效 1.經內視鏡影像證明息肉(莖)大於1公分。 2.1顆息肉限申報1個，每次手術不可超過2個。 3.須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	107/08/01	999/12/31	1070801起生效 1.限用於頸部腫瘤切除後各項顯微組織重建手術之病患，且適用於靜脈血管尺寸為2.0mm-3.0mm。 2.每次手術給付以1組套環，每次住院療程以2次手術為限。
A101-10	S-A-	Hem-o-lok血管夾	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。
A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合 系統	108/06/01	999/12/31	限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化，且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。
A101-12	S-A-	端對端環形電動吻合器	112/12/01	999/12/31	(自112.12.1起生效) 一、限用於食道癌及直腸癌手術: (一) 71205B食道胃底吻合術。 (二) 71210B食道切除再造術。 (三) 71213B食道再造術-以胃管重建。 (四) 71220B食道再造術-以大腸重建。 (五) 71221B食道再造術-以小腸重建。 (六) 71227B胸(腹)腔鏡食道胃管重建術。 (七) 72030B胃賁門及食道切除再造術。 (八) 74205B根治性直腸切除術。 (九) 74213B復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術。 (十) 74214B復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術。 (十一) 74221B腹腔鏡低位直腸切除術。 (十二) 74222B乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術。 二、每次手術限使用一組，不得同時申報「端對端自動縫合器附鈦金屬縫釘」或「端對端吻合器」。
A102-1	S-A-	電動型血管縫合器	111/10/01	999/12/31	自111.10.1生效: 一、限用於肺全葉切除、肺葉切除術及肺節切除術: (一)67010B肺單元切除術。 (二)67022B全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術。 (三)67024B肺全切除術。 (四)67023B一葉肺葉切除術。 (五)67042B二葉肺葉切除術。 (六)67049B胸腔鏡全肺切除術。 (七)67050B胸腔鏡肺葉切除術。 (八)67053B胸腔鏡肺分葉切除術。 (九)67054B胸腔鏡肺葉袖形切除術。 (十)68038B肺臟摘取。 二、兒科手術，除上述手術項目外，得適用於下列手術項目之一: (一)手術中大血管結紮。 (二)膽囊切除膽管結紮。 (三)膽囊動脈結紮。 (四)食道氣管壓管結紮。 (五)精索靜脈曲張腹腔鏡手術結紮。 (六)脾臟切除手術時的血管結紮。 三、每次手術限使用1支，得與「直線型自動縫合器」併同使用。
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION CATHETER	084/03/01	999/12/31	OXIMETRIX OPTI CATHETER適應症如下: 1.心臟手術患者：手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2.心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3.各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。
A204-2	C-B-	血液動力學監測感應器-具監測低血 壓功能	112/07/01	999/12/31	自112.7.1生效 一、限急診病人或住院需進行手術且麻醉風險等級(ASA ₂₋₃)之病人。 二、每次使用以一組為原則。
A206-1	F-H-	四分支白金雙重絲絨人工血管	094/12/01	999/12/31	限主動脈弓手術時使用。
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	108/12/01	111/03/31	限Pediatric 使用:18歲(含)以下。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限Pediatric 使用:未滿十九歲。
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管	093/04/01	098/09/30	(93/04/01起修訂) SILICON 2 WAY FOLEY CATHETER之使用規範修訂如下: 1. 尿管造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿管患者使用。 2. 限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿管患者使用。
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管	098/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂) 矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管之使用規範修訂如下: 1. 尿管造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿管患者使用。 2. 限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿管患者使用。
A207-2	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管	093/04/01	098/09/30	(93/04/01起修訂) 導尿管須置留一週以上,且須定期沖洗之病患使用。
A207-2	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管	098/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂)矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管: 導尿管須置留一週以上,且須定期沖洗之病患使用。
A210-1	C-D	經頸靜脈肝穿刺組	112/01/01	999/12/31	限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33113B「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」。
A211-1	C-D-	LE-VEEN 導管 LE-VEEN SHUNT	084/03/01	999/12/31	PLEURO PERITONEAL SHUNT 適應症限: 1.乳糜胸2.原發性及轉移性胸內癌性積水3.惡性心包膜積液4.良性胸腔積液如經穿刺無效→胸腔引流無效→胸腔內給藥無效→胸腔施行肋膜成型術或摘除術皆無效時使用。
A211-2	C-D-	可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋)	104/10/01	106/05/31	104.10.01生效: 可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋)-用於氣胸: 有持續漏氣經初步治療超過7天,且不適合手術,並經主治醫師評估可返家照護者。
A211-2	C-D-	1.可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋) 2.負壓可調式胸腔引流器(106.06.01新增)	106/06/01	106/08/31	自106.06.01修訂: 可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋)及負壓可調式胸腔引流器-用於氣胸: 有持續漏氣經初步治療超過7天,且不適合手術,並經主治醫師評估可返家照護者。
A211-2	C-D-	1.可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋) 2.負壓可調式胸腔引流器(106.06.01新增)一體成形(106年9月1日新增)	106/09/01	999/12/31	自106.09.01修訂: 可攜式抽吸器具(全密封式引流袋/全密封式抽取引流袋)、負壓可調式胸腔引流器-可拆式(106年6月1日新增)、負壓可調式胸腔引流器一體成形(106年9月1日新增)-用於氣胸: 有持續漏氣經初步治療超過7天,且不適合手術,並經主治醫師評估可返家照護者。
A212-1	C-B-	心房中膈穿刺針	109/12/01	999/12/31	心房中膈穿刺針(自109.12.01生效): 限困難穿刺的心房中膈,符合下列情形之一者: 一、心房中膈缺損手術或封阻器術後。 二、Fontan手術後需要做心房中膈造口術者(transseptal puncture 或atrioseptostomy)。 三、曾接受傳統心房中膈穿刺超過二次(含)以上者。 四、同一次的心房中膈穿刺,以傳統的穿刺針執行二次以上未完成者。
A212-2	C-B-	冠狀動脈切割氣球導管	112/12/01	999/12/31	(112/12/01生效) 一、限用於: (一)在原發性冠狀動脈阻塞病灶,使用傳統高壓非順應性短球囊,球囊尺寸與血管直徑比為1:1大小,壓力到16 bar,仍擴不開病灶,殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上。 (二)依據冠狀動脈血管攝影結果,符合有意義支架內再阻塞定義病灶,且阻塞嚴重度屬於第二型、第四型,或阻塞嚴重度屬於第二型使用傳統高壓非順應性短球囊,球囊尺寸與血管直徑比為1:1大小,壓力到16 bar,殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上。 二、每人每次住院限使用一支。 三、檢附資料: (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比一比一之氣球擴張後擴張效果不佳之病灶影像照片。
A212-3	C-B-	冠狀動脈旋磨切除系統	112/12/01	113/04/30	(112/12/01生效) 一、使用規範: (一)專科別限制:心臟內科及心臟外科。 (二)人員資格要求: 1.執行冠狀動脈成形術一百五十例以上之臨床經驗,且曾任冠狀動脈旋轉磨磨用於經皮下冠狀動脈血管擴張術之第一助手訓練及參與實際操作至少十例以上之臨床經驗。 2.接受中華民國心臟學會、臺灣介入性心臟血管醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程,持有證明文件。 3.執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。 二、適應症需符合下列條件之一: (一)因嚴重鈣化造成非順應性球囊擴張不良,可能導致支架置放無法良好預開和貼壁。 (二)用於冠狀動脈介入治療中,當導引導絲通過病灶後,但球囊或其他導管器材仍無法通過病灶。 (三)用於冠狀動脈介入治療中,面對分叉病變,因開口嚴重鈣化,球囊擴張或是支架置放後,可能造成分支阻塞。 三、事後逐案審查。 四、每人每次住院限使用導管及導引線各一支。 五、檢附資料: (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。 (三)旋磨切除前後,植入支架前後之血管腔內影像照片。
A212-3	C-B-	冠狀動脈旋磨切除系統	113/05/01	999/12/31	(113/05/01生效) 一、限全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33117B「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」使用。 二、使用規範: (一)專科別限制:心臟內科及心臟外科。 (二)人員資格要求: 1.執行冠狀動脈成形術一百五十例以上之臨床經驗,且曾任冠狀動脈旋轉磨磨用於經皮下冠狀動脈血管擴張術之第一助手訓練及參與實際操作至少十例以上之臨床經驗。 2.接受中華民國心臟學會、臺灣介入性心臟血管醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程,持有證明文件。 3.執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。 三、適應症需符合下列條件之一: (一)因嚴重鈣化造成非順應性球囊擴張不良,可能導致支架置放無法良好預開和貼壁。 (二)用於冠狀動脈介入治療中,當導引導絲通過病灶後,但球囊或其他導管器材仍無法通過病灶。 (三)用於冠狀動脈介入治療中,面對分叉病變,因開口嚴重鈣化,球囊擴張或是支架置放後,可能造成分支阻塞。 四、事後逐案審查。 五、每人每次住院限使用導管及導引線各一支。 六、檢附資料: (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。 (三)旋磨切除前後,植入支架前後之血管腔內影像照片。
A213-1	C-B-	氣球擴張導管PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	088/08/01	999/12/31	PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER適應症為: 適用於二尖瓣及主動脈瓣的擴張手術,特別適合於局部狹窄,放置氣球導管有困難的案例。
A213-2	C-B-	血管支架CORONARY STENT(93/04/01起請見A213-2N)	092/01/01	093/03/31	(93/04/01起請見A213-2N) 血管支架使用規範及適應症範圍:一、使用規範:(一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可可經由中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、適應症範圍:(92/1/1)(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE),後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者:(1)內腔距離長度大於十五毫米以上。(2)對比劑在血管外顯影,嚴重度在Type B(含)以上。(3)冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑 \geq 2.75毫米,且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後,殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後六個月內,原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後,繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶-1.開口處(ostial)病灶,參照【註】且血管內徑 \geq 2.75毫米,狹窄 \geq 70%。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內經氣球擴張術(經一比一之氣球與血管內徑比之氣球以建議壓力擴張)以後,殘餘狹窄 \geq 40%。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。三、使用數量:每一病人每年給付二個血管支架為限,但內腔距離長度大於50毫米之情況除外。四、申請方式:採事後逐案審查。五、檢附資料:(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保局統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前,經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例,須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A213-3	C-B-	冠狀動脈包圍支架CORONARY STENT GRAFT	091/09/01	111/12/31	冠狀動脈包圍支架使用規範及適應症範圍：(91/09/01) 一、使用規範：(一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。(二)經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、適應症範圍：限冠狀動脈血管破裂緊急時使用。 三、申請方式：採事後逐案審查。 四、檢附資料：冠狀動脈包圍支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)及心導管相關照片資料。
A213-3	C-B-	冠狀動脈包圍支架CORONARY STENT GRAFT	112/01/01	999/12/31	冠狀動脈包圍支架使用規範及給付規定：(自112.1.1起生效) 使用規範： (一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。 (二)由中華民國心臟學會認定之專科醫師實施。 二、給付規定：限冠狀動脈血管破裂緊急時使用。 三、申請方式：採事後逐案審查。 四、檢附資料：冠狀動脈包圍支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)及心導管相關照片資料。
A213-4	C-B C-G-	SEPTAL OCCLUDER心室中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	092/12/01	093/02/28	心室中膈缺損關閉器之適應症(921201)限： 患者年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) >1.5，平均肺動脈壓<30mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且合併曾有TIA(暫時性腦部缺血發作)或有胸悶、胸痛、氣喘或中風病史者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。
A213-4	C-B C-G-	SEPTAL OCCLUDER心室中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	093/03/01	101/08/31	心室中膈缺損關閉器之適應症(自93.03.01起修訂) 一、適應症限：患者年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) >1.5，平均肺動脈壓<50mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和濃度低於92%；上述三種狀況之任一者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。
A213-4	C-B C-G-	SEPTAL OCCLUDER心室中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	101/09/01	110/01/31	心室中膈缺損關閉器之適應症(自93.03.01起修訂) 一、適應症限：患者年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) >1.5，平均肺動脈壓<50mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和濃度低於92%；上述三種狀況之任一者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照行政院衛生署所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表、第五項-心室中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。(101年9月1日)
A213-4	C-B C-G-	SEPTAL OCCLUDER心室中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	110/02/01	111/03/31	心室中膈缺損關閉器之適應症(自110.02.01起修訂) 一、適應症限：患者年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) 大於一點五，平均肺動脈壓小於五十mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和濃度低於百分之九十二；上述三種狀況之任一者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表第六項-心室中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。
A213-4	C-B C-G-	SEPTAL OCCLUDER心室中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	111/04/01	112/10/31	心室中膈缺損關閉器之適應症(自111.4.1生效) 一、適應症限：病人年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) 大於一點五，平均肺動脈壓小於五十mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和濃度低於百分之九十二；上述三種狀況之任一者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表第六項-心室中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。
A213-4	C-B C-G-	心室中膈缺損關閉器、測量導管	112/11/01	999/12/31	心室中膈缺損關閉器之適應症(自111.4.1生效) 一、適應症限：病人年齡在二歲以上且體重十公斤以上者，並患有下列情況之一者： (一)心室中膈缺損第二型、從左至右分流(QP/QS Ratio) 大於一點五，平均肺動脈壓小於五十mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和濃度低於百分之九十二；上述三種狀況之任一者。 (三)Fontan手術後的殘留心室中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心室中膈缺損。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表第六項-心室中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。
A213-5	C-B-	DUCT OCCLUDER開放性動脈導管關閉器	096/08/01	112/03/31	開放性動脈導管關閉器之適應症：符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33112B「經由心導管治療直徑小於2.0mm之開放性動脈導管」或33114B「經由心導管治療直徑2.0mm以上之開放性動脈導管」所訂之相關規定。
A213-5	C-B-	DUCT OCCLUDER開放性動脈導管關閉器	112/04/01	999/12/31	開放性動脈導管關閉器之適應症：符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33112B「經由心導管治療直徑小於2.0mm之開放性動脈導管」或33114B「經由心導管治療直徑2.0mm以上之開放性動脈導管」所訂之相關規定。
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	098/11/01	999/12/31	981101 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。
A213-7	C-B	FIBER OPITIC IAB光纖感應主動脈弓氣球導管	099/04/01	999/12/31	光纖感應主動脈弓氣球導管適應症(990401起)限用於： 一、心臟外科手術併心臟低輸出者。 二、心臟低輸出量併心房顫動者。
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	099/10/01	105/02/28	動靜脈血管塞給付規定(991001) 一、栓塞標的病灶直徑4mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或因難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑4mm以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑4mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環目標的病灶直徑4mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接目標的病灶直徑4mm以上。 六、冠狀動脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑4mm以上血管之分支。
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	105/03/01	999/12/31	動靜脈血管塞給付規定(1050301修訂): 一、栓塞標的病灶直徑3mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或因難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑3mm以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑3mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環目標的病灶直徑3mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接目標的病灶直徑3mm以上。 六、冠狀動脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑3mm以上血管之分支。
A213-9	C-B	主動脈阻斷導管	100/01/01	999/12/31	主動脈阻斷導管給付規定(100.01.01)： 一、破裂性主動脈瘤。 二、解剖學上難以橫夾血管處理之主動脈病變。
A213-10	C-B	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器	101/10/01	110/01/31	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器自101年10月1日起 一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS≥1.5或有中或重度的肺高血壓、平均肺動脈壓(mean PAP)≥25mmHg。 (三)體重≥8公斤。 二、本器材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依衛生署「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第二條附表第16項辦理。
A213-10	C-B	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器	110/02/01	999/12/31	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器(自110.02.01起修訂) 一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS大於等於一點五或有中或重度的肺高血壓、平均肺動脈壓(mean PAP)大於等於二十五mmHg。 (三)體重大於等於八公斤。 二、本器材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第三十條附表第七項辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A213-11	C-G	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)	102/07/01	112/10/31	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)給付規定: 需符合下列給付規定之一: 一、A213-4 二、A213-5 三、A213-10
A213-11	C-G	ASD、PDA、VSD OCCLUDER OF DELIVERY SYSTEM AND GUID WIRE	112/11/01	999/12/31	限併同心房中膈缺損關閉器、開放性動脈導管關閉器或心室中膈缺損關閉器使用。
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器、輸送導管	106/08/01	110/01/31	自106.08.01起 一、限先天性膜部心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重8公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者： 1.有心臟擴大、心臟縮。 2.有輕或中重度的肺高血壓。 3.有主動脈瓣膜脫垂但未伴有重度逆流。 二、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』第二條附表第16項辦理。
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器、輸送導管	110/02/01	112/10/31	自110.02.01起修訂 一、限先天性膜部心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重八公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者： 1.有心臟擴大、心臟縮。 2.有輕或中重度的肺高血壓。 3.有主動脈瓣膜脫垂但未伴有重度逆流。 二、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』第三十條附表第七項辦理。
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器	112/11/01	999/12/31	自110.02.01起修訂 一、限先天性膜部心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重八公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者： 1.有心臟擴大、心臟縮。 2.有輕或中重度的肺高血壓。 3.有主動脈瓣膜脫垂但未伴有重度逆流。 二、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』第三十條附表第七項辦理。
A213-13	C-D-	頸動脈分流器	109/11/01	999/12/31	頸動脈分流器(自109.11.01生效): 一、限定頸動脈內膜切開手術使用。 二、每次手術限用一條。
A213-14	C-B-	主動脈循環灌注導管(AP)	110/02/01	999/12/31	主動脈瘤手術或主動脈剝離手術，每次限用一條。
A213-15	C-B-	循環灌注導管(SP)	110/02/01	999/12/31	執行主動脈手術時維持重要血管分支循環使用。
A213-2A	C-B-	血管支架CORONARY STENT	097/10/01	097/12/31	血管支架使用規範及適應症範圍：(97/10/01起修訂)一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比例在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上。(3)冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3. AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者。三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。四、申請方式：採事後逐案審查。五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管內徑比之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第二項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。(五)病灶經測量FFR或iFR工作紀錄單及相關數據報告。
A213-2A	C-B-	血管支架CORONARY STENT	098/01/01	101/09/30	血管支架使用規範及適應症範圍：(98/01/01起修訂使用數量為每一病人每年給付四個血管支架為限，其他依原規定辦理)。
A213-2N	C-B-	血管支架CORONARY STENT	101/10/01	107/08/31	血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A) 一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比例在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上。3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR≤0.8者。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR≤0.8者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3. AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8者。三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。四、申請方式：採事後逐案審查。五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管內徑比之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。(五)病灶經測量FFR或iFR工作紀錄單及相關數據報告。
A213-2N	C-B-	血管支架CORONARY STENT	107/09/01	110/12/31	血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A)107/9/1起增修 一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比例在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上。3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或iFR≤0.89者(107/9/1起增修)。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR≤0.8或iFR≤0.89者(107/9/1起增修)。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR≤0.8或iFR≤0.89者(107/9/1起增修)。(六)慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3. AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或iFR≤0.89者(107/9/1起增修)。三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。四、申請方式：採事後逐案審查。五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管內徑比之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。(五)病灶經測量FFR或iFR(107/9/1起增修)工作紀錄單及相關數據報告。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

A213-2N C-B- 血管支架CORONARY STENT

給付規定起日 給付規定迄日

111/01/01 111/12/31

給付規定

血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A)107/9/1起增修(111/01/01起增修)
一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。
二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上。3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶【參照【註】】，及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。
三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。
四、申請方式：採事後逐案審查。
五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管顯像照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。(五)病灶經測量FFR或IFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)者，須檢附FFR或IFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)工作紀錄單及相關數據報告。

A213-2N C-B- 冠狀動脈血管支架CORONARY STENT

112/01/01 999/12/31

冠狀動脈血管支架使用規範及給付規定：(自112.1.1起生效)

一、使用規範：
(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。
(二)由中華民國心臟學會認定之專科醫師實施。
二、給付規定：
(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上。3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。
(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。
(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。
(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。
(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶【參照【註】】，及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。
(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR≤0.8或IFR≤0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR≤0.89(111/1/1起增修)者。
三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。
四、申請方式：採事後逐案審查。
五、檢附資料：
(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管顯像照片及相關數據資料。
(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。
(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比之氣球擴張後之病灶影像照片。
(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。
(五)病灶經測量FFR或IFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)者，須檢附FFR或IFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)工作紀錄單及相關數據報告。

A214-1 C-R- 持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM

086/01/12 097/06/30

原適應症：
1.早產兒之肺泡發育不全及肺功能不全症使用。
2.當次住院期間使用乙套。

A214-1 C-R- 持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM

097/07/01 111/03/31

持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM97年7月1日修訂如下：
(一)限2歲以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
(二)當次住院期間使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管(cannula)半套。

A214-1 C-R- 持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM

111/04/01 999/12/31

持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM(自111.4.1生效)：
二、限未滿二歲之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
二、當次住院期間使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管(cannula)半套。
原給付規定：SILICON UNIVENT TUBE 限肺葉切除或食道手術使用。

A214-2 C-R- 可移动式雙腔式支氣管導管

086/03/24 101/09/30

給付規定修改自101年10月1日生效

A214-2 C-R- 可移动式雙腔式支氣管導管

101/10/01 111/08/31

(一)需要進行單肺通氣之手術，包括1.胸主動脈瘤手術THORACIC ANEURYSM 2.微創開心手術CARDIAC FISTULY-MINIMALLY INVASIVE 3.氣胸手術PNEUMOTHORAX SURGERY 4.支氣管肋膜腫瘍手術BRONCHO PLEURAL SURGERY 5.食道手術ESOPHAGEAL SURGERY 6.肺切除手術LUNG RESECTION
(二)大量咳血之急急處置MASSIVE HEMOPTYSIS

A214-2 C-R- 可移动式雙腔式支氣管導管

111/09/01 999/12/31

本項刪除

A214-3 C-R- 氣管內管ENDOTRACHEAL TUBE

084/03/01 999/12/31

處置使用可申報，手術使用不另給付

A214-4 C-R- 氣切套管(使用年限長)

099/01/01 999/12/31

99.1.1限使用於長期依賴呼吸機之氣切患者使用，一年給付不超過三套(以第一套之使用時間起算)。

A214-5 C-R- 氣管引導器組

100/01/01 999/12/31

100.1.1.限使用於加護病房之病患。

A214-6 C-R- 正壓呼吸輔助系統BUBBLE CPAP SYSTEM

102/04/01 104/10/31

自102.04.01生效
1.限體重介於3kg-10kg之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
2.當次住院期間使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套。

A214-6 C-R- 正壓呼吸輔助系統BUBBLE CPAP SYSTEM

104/11/01 105/04/30

自104.11.01生效
1.限2歲以下或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
2.當次住院期間使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套。

A214-6 C-R- 正壓呼吸輔助系統BUBBLE CPAP SYSTEM

105/05/01 111/03/31

自105.05.01生效
1.限2歲以下或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
2.當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套1組或整組1組。

A214-6 C-R- 正壓呼吸輔助系統BUBBLE CPAP SYSTEM

111/04/01 999/12/31

(自111.4.1生效)
二、限未滿二歲或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。
二、當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套1組或整組1組。

A214-7 C-R- 氣管套管(具聲門下抽吸)

105/11/01 999/12/31

自105.11.01生效
1.呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。
2.易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。

A214-8 C-R- 定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用

107/02/01 111/03/31

自107/02/01起生效：
1.使用高頻呼吸器之病人。
2.6歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。
3.每次住院限申報1個。

A214-8 C-R- 定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用

111/04/01 999/12/31

(自111.4.1生效)
一、使用高頻呼吸器之病人。
二、未滿七歲以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。
三、每次住院限申報1個。

A214-9 C-R- 呼吸道氣球擴張導管

109/03/01 999/12/31

適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人1年以3次為原則：
1.惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。
2.良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結核及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。
3.1年使用超過3次需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A214-10	C-R-	調整型加強氣切套管	110/12/01	111/06/30	調整型加強氣切套管(自110.12.01生效)： 一、限先天性氣管狹窄、胸廓畸形致氣管扭曲塌陷變形、氣管腫脹等，且一般氣切套管無法使用情形。 二、每年給付以二支為原則，如有特殊感染(非結核性分支桿菌、綠膿桿菌等)情況以三支為限。
A214-10	C-R-	調整型加強氣切套管	111/07/01	999/12/31	調整型加強氣切套管(自111.7.1生效)： 一、調整型加強氣切管，限一般標準氣切管長度不適用者，且合乎以下狀況： (一)先天性氣管狹窄。 (二)後天性，因氣管病變、氣管腫脹、胸廓畸形、氣管內增生癌肉造成氣管狹窄、軟化或扭曲變形。 二、每年給付以二支為原則，如有特殊感染(非結核性分支桿菌、綠膿桿菌等)情況以三支為限。
A214-11	C-R-	橫膈膜電位導管	112/07/01	999/12/31	(112/07/01生效) 限用於患有支氣管發育不全的未滿兩歲嬰幼兒，且符合插管天數大於等於十四天，無法拔管的病人。
A215-1	N-E-	同軸庫可取樣針組	098/07/01	999/12/31	同軸庫可取樣針組適應症為(自980701起)： 用於胸腔及縱膈腔腫瘍組織取樣之患者。
A215-2	N-E-	經頸靜脈肝臟穿刺取樣組	112/09/01	999/12/31	經頸靜脈肝臟穿刺取樣組(自112.9.1生效)： 一、限使用於肝病病情不明，無法執行經皮穿肝術，如有大量腹水或顯著凝血功能異常者。 二、每次治療限使用一組。
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	084/03/01	999/12/31	適應症為： 限癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。
A216-2	C-L-	PICC	087/08/20	108/04/30	PICC適應症為： 一、癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。 二、全靜脈營養輸液使用四週以上者。
A216-2	C-L-	PICC	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 PICC適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47065B治療性導管植入術-木柄靜脈植入中心導管術(PICC)所訂之適應症。
A216-3	N-D-	PORT-A NEEDLE	095/11/01	999/12/31	PORT-A NEEDLE適應症為：(951101生效) 對於因癌症化學治療已裝置「PORT-A CATHETER」者，可使用「PORT-A NEEDLE」給予癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療或非化學治療藥物輸液。
A216-4	C-L-	5-FU居家化療藥物輸液器	099/07/01	102/08/31	自99年7月1日生效 一、限用於5-FU居家化療藥物持續輸液24小時以上者。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用1日型或2日型輸液器，支付標準診療項目以靜脈血管內化學藥物注射一小時內37038B申報費用。
A216-4	C-L-	5-FU居家化療藥物輸液器	102/09/01	110/10/31	自102年9月1日生效 一、適用於居家注射化學治療藥物持續24小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用1日型或2日型輸液器，支付標準診療項目以靜脈血管內化學藥物注射一小時內37038B申報費用。
A216-4	C-L-	居家化療輸液器	110/11/01	999/12/31	自110年11月1日生效 一、適用於居家注射化學治療藥物持續二十四小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用一日型或二日型輸液器，支付標準診療項目以37038B「靜脈血管內化學藥物注射一小時內」、37039B「靜脈血管內化學藥物注射一至四小時」或37040B「靜脈血管內化學藥物注射四至八小時」申報費用。
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	103/05/01	108/04/30	103年5月1日： 重症新生兒或極低出生體重兒(等於或小於1500公克)預期超過一星期的全靜脈營養輸液或靜脈內給藥。
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。
A216-6	C-L-	INFANT PICC-2	103/05/01	108/04/30	103年5月1日： 重症新生兒因病情需要的全靜脈營養輸液或靜脈內給藥，同時注射兩種以上的輸液或藥物。
A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	104/12/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭給付規定(104.12.01起生效) 限用於Cyclosporin、Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium等5項藥物輸注。
A216-8	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	105/07/01	999/12/31	高壓注射式PORT-A NEEDLE適應症為： 已植入可承受高壓注射植入式注射座(Port-A)的癌症病患，於接受電腦斷層檢查需施打顯影劑時使用。
A216-9	C-L-	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	106/01/01	999/12/31	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝腫以外之轉移，接受動脈化療藥物治療，並規範如下(106/01/01)： 1.肝癌合併門靜脈阻塞時進行動脈化療。 2.膽管癌動脈化療。
A216-10	A-C-	抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補劑、氟尿嘧啶)	110/06/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補劑、氟尿嘧啶)(自110.6.1起生效)：限用於紫杉醇 paclitaxel、補劑 busulfan、氟尿嘧啶 Fluorouracil等藥物輸注。
A216-11	C-K-	抗高壓注射多迴路透折導管	112/06/01	999/12/31	(112/06/01生效) 執行高壓注射顯影劑時，同時符合以下規定： 一、血液透析、血液灌流或血液分離治療之病患。 二、困難建立周邊血管通路。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	090/10/01	096/12/18	人工生物化學覆蓋物適應症如下(90.10.01生效) 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 四、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	096/12/19	110/10/31	人工生物化學覆蓋物適應症如下(96.12.19文第0960000471修訂)： 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於15%以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	110/11/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物適應症如下(自110.11.1生效)： 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於百分之十五以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	091/04/01	093/03/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範： 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術後仍無法癒合者。 二、褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 三、所有病例須檢附病灶照片事前報備，經同意後使用。 四、三天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	093/04/01	104/07/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範(93/04/01)： (一)身體慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術後仍無法癒合，或病患之病情不適合麻醉或無法接受皮膚移植、皮瓣轉移手術者。 (二)褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者(依原規定)。 (三)所有病例須檢附病灶照片，事前報備，經同意後使用；如因病情不適合麻醉或手術者，需檢附病歷說明。 (四)三天以上更換一次(依原規定)。 (五)個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量(依原規定)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM & CANISTER W/GEL	104/08/01	110/10/31	Dressing PU Foam & Canister w/Gel適應症及使用規範：(104/08/01生效) 1.慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 2.褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 3.所有病例須檢附病灶前照片事前審查，經同意後使用。 4.敷料三天以上更換一次，負壓罐7天以上更換一次。 5.個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM & CANISTER W/GEL	110/11/01	999/12/31	Dressing PU Foam & Canister w/Gel適應症及使用規範 (自110.11.1生效)： 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 二、褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 三、所有病例須檢附病灶前照片事前審查，經同意後使用。 四、敷料三天以上更換一次，負壓罐七天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	093/09/01	101/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀)適應症如下：(93.09.01生效) 一、褥瘡病灶三度以上合併汙染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	102/01/01	110/10/31	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌-1020101生效)適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂)： 一、褥瘡病灶三度以上合併汙染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於15%且合併汙染傷口(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	110/11/01	113/04/30	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)適應症如下 (自110.11.1生效)： 一、褥瘡病灶三度以上合併汙染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於百分之十五且合併汙染傷口(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	113/05/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)適應症如下 (自113.5.1生效)： 一、褥瘡病灶三度以上合併汙染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於百分之十五且合併汙染傷口(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、糖尿病足潰瘍(Wagner grade 2級以上)合併汙染傷口，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。
A217-4	W-D-	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	091/01/01	099/07/31	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE-L)適應症如下： 使用於篩網移植。
A217-5	W-D-	人造真皮再生模板ARTIFICIAL SKIN DERMAL REGENERATION TEMPLATE	095/05/01	999/12/31	人造真皮再生模板Artificial Skin Dermal Regeneration Template)適應症及使用規範： 應事前審查，申請時需附相關治療部位照片、治療計畫及需求單等資料，限使用於影響肢體功能之疤痕重建手術，且無法提供適當或足夠FTSG面積時使用。
A217-6	W-D	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	104/08/01	111/03/31	A217-6人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)：104.08.01生效 1.適用於成年人(18歲(含)以上)之二度(含)以上，且總面積達15%(含)以上之燒燙傷傷口。 2.適用於未滿18歲之二度(含)以上，且總面積達10%(含)以上之燒燙傷傷口。 3.嚴重脫皮症(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡)所致脫皮面積達15%(含)以上之傷口。 4.使用此項材料後，換藥次數應減少。 5.申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-6	W-D-	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	111/04/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)(自111.4.1生效)： 一、適用於十八歲以上之二度(含)以上，且總面積達15%(含)以上之燒燙傷傷口。 二、適用於未滿十九歲之二度(含)以上，且總面積達10%(含)以上之燒燙傷傷口。 三、嚴重脫皮症(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡)所致脫皮面積達15%(含)以上之傷口。 四、使用此項材料後，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-7	W-D	人工真皮	111/10/01	999/12/31	事前審查，須符合下列情形之一，申請時須檢附治療計畫及需求單、照片等資料，同一部位限申請一次： 一、病人伴有肌腱、或韌帶、或韌帶、或骨頭、或血管露出之開放性傷口且病人不適合施予皮瓣移植手術治療。 二、病人為深至三度燒燙傷導致如顏面、頸部、關節等部位疤痕學，且病人本身無法提供適當或足夠身體全層植皮(Full Thickness Skin Graft, FTSG)面積時，限使用於影響上述部位之疤痕重建手術，兒童燒傷病人亦比照上述規定。 三、手掌或足底有全層皮膚缺損且會影響關節活動或行走功能。
A218-1	F-P-	人工皮墊TISSURE EXPANDER	091/07/01	999/12/31	適應症(91/07/01)： 限小耳症患者施行外耳重建手術後皮膚擴張術者，因外傷性疤痕學、燙傷、化學性灼傷後之疤痕學，而致身體功能影響者使用。
A218-2	F-P	微植皮膜皮墊MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	094/05/01	104/07/31	(940501起生效)實施醫院資格： 限設有燒傷中心之醫院使用，適應症：限深二度及三度60%以上的燒燙傷病患使用。
A218-2	F-P	微植皮膜皮墊MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	104/08/01	999/12/31	(1040801起生效)： 1.實施醫院資格：限設有燒傷中心之醫院使用。 2.給付規定：限深二度及三度30%(含)以上的燒燙傷病患使用。
A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEBRONCHIAL STENT	092/01/01	999/12/31	氣管支氣管支架使用規範(92/01/01生效) 一、惡性腫瘤導致氣管主支氣管狹窄或有呼吸困難症狀或肺部膨脹不全表現、肺功能顯示肺部呼吸阻塞病變。 二、氣道食道瘻管，為防止吸入性肺炎之發生。 三、良性病(如氣管支氣管軟化症、肺膿瘍)植後之氣道狹窄、支氣管內感染或結核導致結核及狹窄)造成氣道狹窄以致肺部膨脹不全，或肺功能顯示肺部呼吸阻塞病變或呼吸困難。以上病因經病史顯示有呼吸功能之妨害，影像學及支氣管鏡顯示狹窄或配合肺功能顯示有阻塞性病變者。 二、實施醫師之資格，限由心臟內科或放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，且必須具備頭頸部血管攝影五十例以上操作經驗並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	093/06/01	093/12/31	頸動脈支架使用規範(930601) 一、使用規範如下： (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頸動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，限由心臟內科或放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，且必須具備頭頸部血管攝影五十例以上操作經驗並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	094/01/01	099/07/31	頸動脈支架使用規範及實施醫師資格(940101修訂) 一、使用規範如下： (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頸動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，限由心臟內科或放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，且必須具備頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，另有三例頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	099/08/01	111/12/31	頸動脈支架使用規範及實施醫師資格(990801修訂) 一、使用規範如下： (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頸動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，必須具備頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，另有三例頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	112/01/01	999/12/31	頸動脈支架之使用規範及實施醫師資格(自112.1.1起生效) 一、使用規範如下： (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頸動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，必須具有下列醫師資格之一： (一)放射線專科或神經專科或神經外科專科醫師資格者。 (二)中華民國心臟學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣血管外科學會各自認定之專科醫師。 三、以上醫師須具有頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，及三例頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書。
A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	095/09/01	999/12/31	腸骨動脈血管支架適應症如下(自95年9月1日生效實施)：限腸骨動脈使用，並須符合以下二項條件，且排除兩側腸骨動脈開口處病灶： (一)血管管徑狹窄超過70%或壓力差30mm汞柱以上。 (二)有下肢缺血症狀或跡象。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	099/02/01	099/03/31	腹主動脈瘤支架鑿輸送引導系統之適應症及使用規範(990201起)： 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件： (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分，但快速擴大且六個月內直徑增加0.5公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括：1、腹主動脈瘤合併感染，2、腹主動脈腸胃道瘻管，3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)髂動脈瘤：1、髂動脈瘤大於等於3.5公分，2、髂動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照行政院衛生署所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項-主動脈支架之規定辦理。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	099/04/01	110/01/31	腹主動脈瘤支架鑿輸送引導系統之適應症及使用規範(990401起修訂)： 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件： (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分，但快速擴大且六個月內直徑增加0.5公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括：1、腹主動脈瘤合併感染，2、腹主動脈腸胃道瘻管，3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。(五)髂動脈瘤：1、髂動脈瘤大於等於3.5公分，2、髂動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照行政院衛生署所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項-主動脈支架之規定辦理。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	110/02/01	999/12/31	腹主動脈瘤支架鑿輸送引導系統之適應症及使用規範(自110.02.01起修訂)： 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件： (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分，但快速擴大且六個月內直徑增加零點五公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括： 1、腹主動脈瘤合併感染。 2、腹主動脈腸胃道瘻管。 3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)髂動脈瘤： 1、髂動脈瘤大於等於三點五公分。 2、髂動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二十條附表第五項-主動脈支架之規定辦理。
A220-4	C-B-	淺股動脈血管裝置	100/04/01	111/02/28	淺股動脈適應症訂定如下：(100.04.01生效) 經1:1氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達50%以上，且該長度超過30mm 或合併前向血流未達正常(即TIMI FLOW ≤ II) 並符合下列條件之一： 一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI < 0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度小於16公分內之SFA病灶，且連續無有效之側枝循環時。 二、急性性肢體缺血Critical Limb Ischemia(ABI < 0.4併有resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，SFA病灶長度可不限於16公分內，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。
A220-4	C-B-	淺股動脈及近端髂動脈	111/03/01	999/12/31	淺股動脈及近端髂動脈適應症訂定如下：(111.03.01生效) 經1:1氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達百分之五十以上，且該長度超過三十毫米或合併前向血流未達正常(即TIMI FLOW≤II) 並符合下列條件之一： 一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於百分之七十五且長度小於十六公分內之SFA及近端髂動脈病灶，且連續無有效之側枝循環時。 二、急性性肢體缺血Critical Limb Ischemia(ABI<0.4併有resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，SFA及近端髂動脈病灶長度可不限於十六公分內，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。
A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	100/07/01	999/12/31	血管治療導管(下肢)之適應症訂定如下(自1000701起)： 為治療股動脈及其下肢動脈狹窄或堵塞，而進行經皮動脈血管成型術時，除須符合直徑大於或等於所選擇球囊之直徑，並符合以下所列條件之一： 1、進行經皮動脈血管成型術之血管需有至少一處，其直徑堵塞達≥50%，且病人有符合以下嚴重程度之症狀之一：(1)中度以上間歇性跛行(Fontaine Stage IIb)，(2)下肢在休息狀況下有缺血性疼痛(Fontaine Stage III)，及/或(3)缺血性潰瘍或壞死(Fontaine Stage IV)。 2、膝下動脈狹窄，大小腿間階段壓差(segmental pressure) > 20mmHg，並經影像檢查(超音波、電腦斷層、核磁共振及血管攝影等)有大於80%以上及幾乎完全阻塞病灶。 3、膝下血管動脈剝離後所引起之血管狹窄。 4、當膝下血管狹窄處在0.018"氣球導管下無法穿通進行治療時。
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	100/06/01	104/07/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1.胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公分或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2.胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer PAU)。 3.胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4.先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5.創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。(1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂-特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項-主動脈支架置放術之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	104/08/01	105/04/30	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1.胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公分或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2.胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。 3.胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4.先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5.創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。 (1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表 -第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	105/05/01	110/01/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1.胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公分或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2.胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。 3.胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4.先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5.創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。 (1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表 -第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	110/02/01	111/06/30	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(自110.02.01起修訂) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： (一)主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 1.最大直徑大於等於六公分，或 2.最大直徑大於等於五公分，但快速擴大(六個月內直徑增加零點五公分或以上)。 3.患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 4.非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 (二)胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。 (三)胸主動脈剝離症(Aortic dissection) 1.複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於六公分。 2.急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 (四)先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 (五)創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項一個代碼，且申報數量為一。 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	111/07/01	999/12/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(自111.07.01起修訂) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： (一)主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 1.最大直徑大於等於六公分，或 2.最大直徑大於等於五公分，但快速擴大(六個月內直徑增加零點五公分或以上)。 3.患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 4.非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 5.影像學檢查時非食道造影主動脈侵犯，在橫切面影像發現食道瘻管接觸超過主動脈圓周的四分之一，而且在主動脈周邊(paraortic area)有腫瘍樣形(tumor neurosis)或膿瘍(abscess)或氣體堆積(gas collection)，造成主動脈有破裂之虞時。 (二)胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。 (三)胸主動脈剝離症(Aortic dissection) 1.複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於六公分。 2.急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 (四)先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 (五)創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項一個代碼，且申報數量為一。 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	101/04/01	111/06/30	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管給付規定:(自1010401起) 使用於血管支架內再狹窄 $\geq 70\%$ 之病人(排除已使用同類塗藥【如Paclitaxel】支架內再狹窄)。
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	111/07/01	999/12/31	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管給付規定:(自111.07.01起修訂) 使用於血管支架內再狹窄 $\geq 70\%$ 之病人。
A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	101/07/01	999/12/31	腎動脈血管支架系統之給付規定:(自1010701起) 腎動脈血管管徑狹窄大於或等於70%或血力學顯著之腎動脈狹窄(血管管徑狹窄大於50%，且壓力差大於或等於15mmHg)，無明顯腎臟萎縮(腎臟長度小於7cm)，且必須合併有以下任一條件： 1.腎功能不全者(Cr>1.5)合併兩側腎動脈狹窄或單側有功能的腎臟有腎動脈狹窄。 2.纖維肌肉發育不良(Fibromuscular Dysplasia)之腎動脈狹窄，有難以使用藥物控制的高血壓(使用三種或以上之抗高血壓藥物後血壓值大於等於140/90毫米汞柱)，且經氣球擴張效果不佳者(仍有大於50%狹窄)。 3.腎動脈狹窄合併復發性、無法解釋之腎血管性心臟衰竭或肺水腫。 4.腎動脈狹窄合併不穩定型心絞痛。 5.腎動脈血管剝離(Dissection)或動脈瘤(Aneurysm)。
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	101/10/01	106/06/30	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定:(自1011001起) 1.周邊血管動脈瘤。 2.周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 3.周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 4.主動脈人工血管動靜脈瘻管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 5.洗腎人工血管動靜脈瘻管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 6.下肢動脈阻塞性疾病，符合下列二者之一： (1)藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 (2)危急性肢體缺血(ABI<0.4，resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	106/07/01	999/12/31	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定(自1060701生效) 1.周邊血管動脈瘤。 2.周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 3.周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 4.主動脈人工血管支架手術中以維持重要分支血管暢通。 5.洗腎用人工血管動靜脈瘻管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在二個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 6.下肢動脈阻塞性疾病，符合下列二者之一： (1)藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)；影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 (2)急性性肢體缺血(ABI<0.4,resting pain or poor wound healing)；為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 7.主動脈至雙側總動脈完全阻塞。	
A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統	104/03/01	110/01/31	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統： 一、適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於4-15mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 二、須經事前審查同意後使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項：主動脈支架置放術之規定辦理。	
A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統	110/02/01	999/12/31	自110.02.01起修訂 開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統： 一、適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於四至十五mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 二、須經事前審查同意後使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條附表第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。	
A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴張式覆膜支架)	104/09/01	999/12/31	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴張式覆膜支架)(1040901生效)： 一、周邊血管動脈瘤。 二、周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 三、周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 四、主動脈人工血管支架手術中以維持重要分支血管暢通。 五、主動脈至雙側總動脈完全阻塞。	
A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支架系統	105/12/01	999/12/31	(105/12/01) 1.腹主動脈瘤合乎健保治療規範(A220-3)，並合併髂總動脈病變者。 2.雙側髂總動脈大於等於3.5公分時。 3.單側髂總動脈大於等於3.5公分合併同側髂內動脈通暢，且有對側髂內動脈阻塞者。	
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	107/10/01	110/01/31	自107.10.01起生效 一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項：主動脈支架置放術之規定辦理。	
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	110/02/01	999/12/31	自110.02.01起修訂 一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。	
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	107/12/01	999/12/31	超高壓周邊血管治療導管(107/12/01) 周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完全擴張(包括股、膝、髯等其他周邊動脈或內臟血管系統之血管成形術或支架置放手術)。 1.中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3個月內狹窄再發生。 2.須事前審查。	
A220-15	C-B-	中央靜脈支架及輸送系統	108/07/01	999/12/31	1.適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta, COA)之任一情況且體重≥20kg病患： 1.經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁共振影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄縮。 2.由主動脈狹窄造成之血流動力學變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。 3.使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 4.狹窄直徑大於周邊血管直徑之20%。 二、另覆膜支架，除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： 1.出現血管壁受損。 2.降主動脈有小於3mm的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 3.事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 4.本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 三、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表1第5項辦理。 四、需事前審查。	
A220-16	C-B-	主動脈弓窄縮裝置(含裸支架、覆膜支架及雙氣球導管)	108/07/01	111/06/30	1.適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta, COA)之任一情況且體重≥20kg病患： (一)經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁共振影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄縮。 (二)由主動脈狹窄造成之血流動力學變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。 (三)使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 (四)狹窄直徑大於周邊血管直徑之20%。 二、另覆膜支架： (一)除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： 1.出現血管壁受損。 2.降主動脈有小於3mm的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 3.事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 4.本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 (二)準備在右心室出口至肺動脈的管道(conduit)進行經心導管肺動脈置換術，但該管道(conduit)有破裂情形，且病人須符合： 1.右心室出口至肺動脈間的重建採用管道的術式(conduit)。 2.患者體重≥25公斤。 3.靜脈系統與右心室有足夠空間容納支架置放系統的輸送。 4.無正在進行的感染症之病人。 三、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表1第5項辦理。 四、需事前審查。	
A220-16	C-B-	主動脈弓窄縮裝置(含裸支架、覆膜支架及雙氣球導管)	111/07/01	999/12/31	一、適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta, COA)之任一情況且體重≥20kg病患：(自111.07.01起修訂) (一)經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁共振影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄縮。 (二)由主動脈狹窄造成之血流動力學變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。 (三)使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 (四)狹窄直徑大於周邊血管直徑之20%。 二、另覆膜支架： (一)除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： 1.出現血管壁受損。 2.降主動脈有小於3mm的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 3.事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 4.本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 (二)準備在右心室出口至肺動脈的管道(conduit)進行經心導管肺動脈置換術，但該管道(conduit)有破裂情形，且病人須符合： 1.右心室出口至肺動脈間的重建採用管道的術式(conduit)。 2.患者體重≥25公斤。 3.靜脈系統與右心室有足夠空間容納支架置放系統的輸送。 4.無正在進行的感染症之病人。 三、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表1第5項辦理。 四、需事前審查。	
A220-17	C-B-	周邊靜脈支架系統	111/01/01	999/12/31	非癌症引起之靜脈壓迫症候群(iliac vein compression)所導致血栓後症候群(post-thrombotic syndrome)或非血栓性靜脈壓迫(non-thrombotic iliac vein compression)，且藥物治療三個月以上仍無臨床症狀上的改善。 二、靜脈阻塞區域限於髂靜脈(不包括下腔靜脈與小轉子[less trochanter]以下的股靜脈)。 三、Non-thrombotic iliac compression患者須具備下列二條件才給付： (一)臨床上CEAP評分大於等於四分或是VCS評分大於等於八分。 (二)影像上CT or MRI影像大於百分之五十狹窄或IVUS(血管內超音波)影像area stenosis大於等於百分之五十五狹窄或Diameter stenosis大於等於百分之六十狹窄，或深層靜脈儀靜脈輸出率小於百分之七十(venous outflow fraction <70%) at third seconds。 三、自體免疫疾病相關血栓性血管病併發靜脈壓迫患者，第一次介入治療不給付，復發性患者才給付。 四、須事前審查。	
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	100/10/01	999/12/31	產後出血塞氣球給付規定：(自1001001起)： 1.懷孕19週以上有前置胎盤、植入性胎盤或子宮下段出血不止所造成的產後出血狀況，當保守治療(如藥物控制出血)失敗，必須使用其他暫時性出血控制劑。 2.如為單純性子宮收縮不良引起之產後出血，產後或手術後子宮持續出血，其他治療方式效果不佳的情況下使用。	
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物	101/07/01	111/03/31	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物給付規定：(自1010701起)： 1.前次疝氣修補曾產生排斥或感染者。 2.年齡60歲以上之疝氣復發者。	
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物	111/04/01	999/12/31	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物給付規定(自111.4.1生效)： 一、前次疝氣修補曾產生排斥或感染者。 二、六十歲以上之疝氣復發者。	
A223-1	C-G-	延伸導引導管	101/07/01	999/12/31	延伸導引導管自1010701生效 一、罕見之血管開口位置。 二、介入醫材推送有明顯阻力(應附CD或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。	

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A223-2	C-G	宮頸絲固定球囊之延長導引導管	112/07/01	999/12/31	給付規定 一、罕見之血管開口位置。 二、介入器材推送有明显阻力(應附CD或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。 三、需附圖及手術紀錄，證明術中確有微導管或over-the-wire球囊等器械交換事實。
A224-1	C-F	多發式靜脈瘤結紮環組	101/07/01	101/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 限用於食道靜脈瘤
A224-1	C-F	多發式靜脈瘤結紮環組	102/01/01	999/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 1、限用於食道靜脈瘤 2、每次使用以1組為限(自1020101生效)
A224-2	C-F	食道支架	105/10/01	999/12/31	(自105.10.01生效)使用本項器材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。
A224-3	C-F	食道置放器	110/06/01	999/12/31	食道置放器(自110.6.1起生效)： 符合下列情況之一： 一、不能執行ESD或食道切除的T1a病人。 二、符合經標準治療後，還有殘餘病灶。 三、早期食道癌不能接受標準治療，僅接受體外放射治療。 四、食道癌治療後，局部復發，同時併有食道狹窄症狀。
A225-1	C-G	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管(含模型板)或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管	101/07/01	103/09/30	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管及模型板自1010701生效 使用本項器材須符合醫療費用支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管為限
A225-1	C-G	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管(含模型板)或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管	103/10/01	999/12/31	自103.10.01起訂 使用本項器材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管為限。
A225-2	C-G	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)	101/10/01	107/08/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE)自101.10.01生效 給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-2	C-G	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)或 iFR 107.9.1增修	107/09/01	110/12/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE)自101.10.01生效(或 iFR自107.9.1增修) 給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-2	C-G	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS	111/01/01	999/12/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE給付規定為：(自111.01.01起修訂) 介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-3	C-G	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線	103/11/01	999/12/31	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線自103.11.01生效 給付規定為：限用於冠狀動脈慢性完全阻塞(CTO)或功能性完全阻塞(functional total occlusion)病灶。
A225-4	C-G	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線	105/02/01	999/12/31	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線自105.02.01生效給付規定為： 一、限用於冠狀動脈慢性完全阻塞之逆行性介入治療且使用externalization technique(必須有心導管光碟可佐證確有執行本操作)。 二、每一病例單次手術限申報一條。
A225-5	C-G	心血管電極導管導引器(具單一角度)	105/08/01	999/12/31	1050801生效: 限用於複雜性心律不整(心房顫動、非典型性心房撲動及心室頻脈)之電燒。
A225-6	C-G	用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管	111/08/01	113/02/29	慢性完全阻塞(CTO)，檢附心導管攝影報告備查。
A225-6	C-G	用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管	113/03/01	999/12/31	一、冠狀動脈慢性完全阻塞(Coronary CTO)，檢附心導管攝影報告含冠狀動脈疾病血管複雜分數(SYNTAX Score)評估備查。 二、每次限使用一條為原則。
A225-7	C-G	心內超音波導管	113/04/01	999/12/31	一、限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目18047B心內超音波。 二、每次限使用一支。
A330-1	C-R	氣切管-安全T型管	105/05/01	999/12/31	限喉嚨重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準66022B)
B101-1	F-H	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	084/03/01	999/12/31	須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調彎導管	097/07/01	098/06/30	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一)曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調節器病患。 (二)曾接受心臟矯正手術後病患(S/P CABG)。 (三)左心功能不全(LVEF<35%)需右心出口刺激病患。 (四)右心房刺激閾值高，曾有四個不同刺激點均超過2V以上者。
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調彎導管	098/07/01	999/12/31	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一)曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調節器病患。 (二)曾接受心臟矯正手術後病患(S/P CABG)。 (三)左心功能不全(LVEF<35%)需右心出口刺激病患。 (四)右心房刺激閾值高，曾有四個不同刺激點均超過2V以上者。 980701增列(五)針對特殊部位，如Bachmanns bundle、mid、low septum等部位需要Pacing的病患。
B101-3	F-H	無導線心律調節器	110/02/01	110/11/30	無導線心律調節器(自110.02.01生效) 一、符合診療項目47103A規定且雙側鎖骨下靜脈阻塞均不適宜放置導線病人。 二、須事前審查。
B101-3	F-H	無導線心律調節器	110/12/01	111/04/30	一、符合診療項目47103A規定且雙側鎖骨下靜脈阻塞均不適宜放置導線病人。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之器材費用。
B101-3	F-H	無導線心律調節器	111/05/01	999/12/31	一、須同時符合以下條件： (一)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂適應症第2點之病實症候群，或房室傳導阻滯且持續性/永久性心房顫動以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。 (二)上項「沒有適當血管通路」係指下列各款之一： 1.兩側鎖骨下靜脈阻塞。 2.上腔靜脈阻塞(>25%)。 3.存有動靜脈血液透析瘻管。 4.血液透析人工導管。 5.化療人工血管。 (三)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂禁忌症、執行人員資格等相關規定。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之器材費用。
B101-4	F-H	雙腔無導線心律調節器	111/08/01	999/12/31	一、須同時符合以下條件： (一)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」之房室傳導阻滯且非持續性/永久性心房顫動(心房功能尚存)以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。 (二)上項「沒有適當血管通路」係指下列各款之一： 1.兩側鎖骨下靜脈阻塞。 2.上腔靜脈阻塞(>25%)。 3.存有動靜脈血液透析瘻管。 4.血液透析人工導管。 5.化療人工血管。 (三)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂禁忌症、執行人員資格等相關規定。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之器材費用。
B102-1	F-H	肺動脈瓣補片	086/06/02	999/12/31	肺動脈瓣補片(M.V.O.P.)適應症限： 心包膜取得不易或嚴重肺動脈狹窄發育不良之患者使用。
B102-2	F-H	肺動脈瓣修補管	086/06/02	999/12/31	肺動脈瓣修補管(V.P.C.)適應症限： 肺動脈先天性閉鎖或其他之先天性心臟病患者使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣膜 FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	091/01/01	999/12/31	自由式主動脈生物人工瓣膜適應症： 1.不能長期使用抗凝血劑病患（例如：慢性洗腎或有中風之患者）。 2.六十五歲以上之患者。 3.主動脈根部小於20mm（橫徑）病患。 4.主動脈瓣心內膜炎或主動脈根部膿瘍病患。 5.有主動脈根部之變性（例如Marfan Syndrome）或瓣膜性主動脈瘤病患。 6.複雜性之先天性心臟病，需要帶瓣膜之人工血管來重建主動脈根部或肺動脈根部之患者
B102-4	FH	機械性瓣膜-帶人工血管-主動脈瓣膜/ 主動脈根部人工血管(1060901新增)	093/07/01	999/12/31	(一) 主動脈根部瘤或須做Bentall's Operation之病患。 (二) 瓣膜性主動脈瓣膜Type I、Type II、瓣膜性主動脈瓣膜併發主動脈瓣閉鎖不全之病患。 (三) 冠狀動脈疾病併發主動脈血管瘤。
B102-5	F-H-	人工瓣膜輪環	107/11/01	999/12/31	(107/11/01)人工瓣膜輪環 1、以二尖瓣成形手術治療二尖瓣逆流，需使用二尖瓣環固定成形及人工腱索重建者。 2、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：68015B「瓣膜成形術」規定施行之。
B102-6	F-H-	心包膜補片	109/12/01	111/03/31	面積≤6平方公分：用於一歲以下之心內缺損或肺動脈、主動脈重建。 (自111.4.1生效)
B102-6	F-H-	心包膜補片	111/04/01	999/12/31	面積≤6平方公分：用於未滿二歲之心內缺損或肺動脈、主動脈重建。 一、面積>6平方公分：用於十八歲以下之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D異度補片」：用於十八歲以下之主動脈弓或肺動脈重建。
B102-7	F-H-	心包膜及心血管補片	109/12/01	111/03/31	(自111.4.1生效) 一、面積>6平方公分：用於未滿十九歲之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D異度補片」：用於未滿十九歲之主動脈弓或肺動脈重建。
B102-7	F-H-	心包膜及心血管補片	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、面積>6平方公分：用於未滿十九歲之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D異度補片」：用於未滿十九歲之主動脈弓或肺動脈重建。
B102-8	F-H- G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整 組含導引線)	110/02/01	111/06/30	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂之相關規定。 二、完成個案登錄系統且須事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B102-8	F-H- G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整 組含導引線)	111/07/01	112/04/30	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂醫院資格及醫師條件 等支付規範。 二、適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件： (一)必要條件：(此四項條件須全部具備) 1.有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰癆瘵狀。 2.以心臟超音波測量主動脈開口面積<0.8cm ² 、<0.6cm ² /m ² 。經主動脈瓣壓力差≥40mmHg或主動脈瓣血流流速≥ 4.0m/sec。 3.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 4.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (二)同時具備以下條件之一： 1.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%。或 Logistic Eu-roSCORE I >20%。 2.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒 灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過放射線治療、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B） 、以及肺功能不全：FEV ₁ <1公升。 三、完成個案登錄系統且須送特材專案審查核准後使用。 四、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B102-8	F-H- G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整 組含導引線)	112/05/01	999/12/31	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂醫院資格及醫師條件 等支付規範。 二、適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件： (一)必要條件：(此四項條件須全部具備) 1.有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰癆瘵狀。 2.以心臟超音波測量主動脈開口面積<0.8cm ² 、<0.6cm ² /m ² 。經主動脈瓣平均壓力差≥40mmHg或主動脈瓣血流流速≥ 4.0m/sec。 3.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 4.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (二)同時具備以下條件之一： 1.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%。或 Logistic Eu-roSCORE I >20%。 2.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒 灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過放射線治療、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B） 、以及肺功能不全：FEV ₁ <1公升。 三、完成個案登錄系統且須送特材專案審查核准後使用。 四、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B102-9	F-H-	經導管置換肺動脈瓣膜套組	110/12/01	111/10/31	一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」(Transcatheter pulmonary valve implantation, TPVI)所訂之適應症、禁忌症、醫院條件及醫師資格等之相關規定。 二、需事前審查。
B102-9	F-H-	經導管置換肺動脈瓣膜套組	111/11/01	999/12/31	一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」(Transcatheter pulmonary valve implantation, TPVI)所訂之適應症、禁忌症、醫院條件及醫師資格等之相關規定。 二、完成個案登錄系統且須事前審查。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARADIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	095/11/01	098/06/30	95.11.1生效。申報規範：1.操作醫院應先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估 不符治療指引，則改採逐案事前審查。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARADIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	098/07/01	101/08/31	95.11.1生效。申報規範：1.操作醫院應先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估 不符治療指引，則改採逐案事前審查。適應症98年7月1日修訂：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二) 反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射血分率≤40%。肥厚性心肌症；擴 張性心肌症；且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome、short QT syndrome、 Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等。且合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者。不宜列入項目：(一)末期心臟衰 竭，無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月 者。(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARADIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	101/09/01	999/12/31	95.11.1生效。申報規範：1.操作醫院應先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估 不符治療指引，則改採逐案事前審查。適應症98年7月1日修訂：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二) 反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射血分率≤40%。肥厚性心肌症；擴 張性心肌症；且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome、short QT syndrome、 Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等。且合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者。不宜列入項目：(一)末期心臟衰 竭，無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月 者。(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管 理辦法」自101.9.1.解除登記列管，配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)
B103-2	FH	心臟整去去器結合心房同步雙心室 節律器(CRTD)	098/07/01	101/08/31	相關使用規範同B103-1。98.7.1.修訂適應症：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心 室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射血分率≤40%。肥厚性心肌症；擴張性心肌症；且合併 心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等。 且合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者。心同同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：1.應事先審 查。2.正常竇房節心律：LVEF<=35%且CLBBB(QRS寬度)≥0.12sec。且NYHA Functional Class III、IV及經過藥物治療 仍不能改善之病患。3.心室顫動之病患：LVEF<=35%且CLBBB(QRS寬度)≥0.12sec。且NYHA Functional Class III、IV及 經過藥物治療仍不能改善之病患。4.心室節律器依賴之病患：LVEF<=35%。NYHA Functional Class III、IV及經過藥物治 療仍不能改善者。(五)心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整去去器」之適應症。且合乎 「心房同步雙心室節律器」之適應症者。(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者，於裝置時突發嚴重心室不整脈者，可改裝 ICD或CRTD，以維護病患安全。並於事後補報。不宜列入之項目：1.末期心臟衰竭，無法藥物控制及非心臟移植對象者。2. 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。3.末期疾病患者且存活不足六個月者。4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室 顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管，配合將操作醫院、醫師資 格等刪除。)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表
B103-2 FH 心臟整去去器結合心房同步雙心室
節律器(CRTD)

給付規定起日 給付規定迄日
101/09/01 110/10/31

給付規定

相關使用規範同B103-1、98.7.1.修訂適應症。(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病。如：曾經心室梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$ 、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病。如long QT syndrome, short QT syndrome,Brugada syndrome,idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：1.應事前審查。2.正常竇房節心律。LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12sec$)。且NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善之病患。3.心房顫動之病患。LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12sec$)。且NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善之病患。4.心室節律器依賴之病患。LVEF $\leq 35\%$ 。NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善者。(五)心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整去去器」之適應症。且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者。於裝置時突發嚴重心室不整脈者。可改裝ICD或CRTD。以維護病患安全。並於事後補報。不宜列入之項目：1.末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。2.猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。3.末期疾病患者且存活不足六個月者。4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。自101.9.1.解除登記列表。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

B103-2 FH

心臟整去去器結合心房同步雙心室
節律器(CRTD)

110/11/01 999/12/31

(自110.11.1生效)

一、相關使用規範同B103-1。
二、適應症：
(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。
(二)反覆發作之持續性心室頻脈。
(三)高危險性心臟血管疾病。如：曾經心室梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$ 、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且合併心室快速不整脈者。
(四)高危險性心臟遺傳性疾病。如long QT syndrome, short QT syndrome,Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：
1.應事前審查。
2.正常竇房節心律。LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 ≥ 0.12 秒)。且NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善之病患。
3.心房顫動之病患。LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 ≥ 0.12 秒)。且NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善之病患。
4.心室節律器依賴之病患。LVEF $\leq 35\%$ 。NYHA Functional Class III, IV及經過適當藥物治療仍不能改善者。
(五)心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整去去器」之適應症。且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。
(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者。於裝置時突發嚴重心室不整脈者。可改裝ICD或CRTD。以維護病患安全。並於事後補報。不宜列入之項目：
1.末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。
2.猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。
3.末期疾病患者且存活不足六個月者。
4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

B103.1 F-H-

心臟整去去器IMPLANTABLE
CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR
(ICD) 原適應症代碼為B103-1

092/01/01 092/06/30

092/06/30

心臟整去去器之適應症及使用規範：(92/01/01生效)一、醫療院所購置及使用條件：(92/7/1修訂)(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具備開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師。並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去器器醫療技術。應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格。作業流程及持續照護計畫。(二)原則採事後逐案審查。個別醫院如經審查評估不符治療指引。則改採逐案事前審查。四、適應症：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病。如：曾經心室梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症。且臨床合併心室快速不整脈。無法藥物有效控制者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

B103.1 F-H-

心臟整去去器IMPLANTABLE
CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR
(ICD) 原適應症代碼為B103-1

092/07/01 095/10/31

095/10/31

心臟整去去器之適應症及使用規範：(92/01/01生效)一、醫療院所購置及使用條件：(92/7/1修訂)(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具備開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師。並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去器器醫療技術。應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格。作業流程及持續照護計畫。(二)原則採事後逐案審查。個別醫院如經審查評估不符治療指引。則改採逐案事前審查。四、適應症：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病。如：曾經心室梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症。且臨床合併心室快速不整脈。無法藥物有效控制者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

B103.2 FH

ICD+同步雙心室節律器(原適應症代
碼為B103-2)

092/01/01 092/06/30

092/06/30

心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器92.7.1修訂一、醫療院所購置及使用條件：(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具備開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師。並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去器器醫療技術。應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格。作業流程及持續照護計畫。(二)應事前審查。四、適應症：(92/01/01生效)(一)心臟整去去器之適應症1.嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2.反覆發作之持續性心室頻脈。3.高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病。如：曾經心室梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症。且臨床合併心室快速不整脈。無法藥物有效控制者。(二)心房同步雙心室節律器適應症：LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB (QRS $\geq 0.14sec$)。且NYHA Functional Class III、IV及用藥(包括ACEI在內之藥物)六個月以上仍不能改善之病患。(三)心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整去去器」之適應症者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

B103.2 FH

ICD+同步雙心室節律器(原適應症代
碼為B103-2)

092/07/01 098/06/30

098/06/30

心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器92.7.1修訂一、醫療院所購置及使用條件：
(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具備開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師。並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去器器醫療技術。應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格。作業流程及持續照護計畫。(二)應事前審查。四、適應症：(92/01/01生效)(一)心臟整去去器之適應症1.嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2.反覆發作之持續性心室頻脈。3.高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病。如：曾經心室梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症。且臨床合併心室快速不整脈。無法藥物有效控制者。(二)心房同步雙心室節律器適應症：LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB (QRS $\geq 0.14sec$)。且NYHA Functional Class III、IV及用藥(包括ACEI在內之藥物)六個月以上仍不能改善之病患。(三)心臟整去去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整去去器」之適應症者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

B103.3 F-H-

95.7.1生效實施
心臟整去去器IMPLANTABLE
CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR
(ICD)

095/07/01 095/10/31

095/10/31

95.7.1生效實施
心臟整去去器醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備(體外心臟除顫復理機、血液紅血球回收機)及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦(Intra-aortic balloon pumping、IABP)和葉克膜體外維生系統(extracorporeal membrane oxygenator、ECMO)等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1.心臟專科醫師。2.具植入性心臟節律器一百例以上之經歷。經報醫院審查通過。發給證明文件。3.接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1.心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科(心臟血管外科組)專科醫師。2.具外科植入性心律節律器植入手術十例以上之經歷。經報醫院審查通過。發給證明文件。相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師。二者共同執行。二、醫事放射師應配合操作。不得單獨操作。申報規範：1.操作醫院應事先報備醫師資格。作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查。個別醫院如經審查評估不符治療指引。則改採逐案事前審查。適應症代碼：B103-1)1.嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2.反覆發作之持續性心室頻脈。3.高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病。如：曾經心室梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症。且臨床合併心室快速不整脈。無法藥物有效控制者。不宜列入之項目1.末期心臟衰竭。無法藥物控制及非心臟移植對象者。2.猝死可能經急救後。無意識恢復之患者。3.末期疾病患者且存活不足六個月者。4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表
B103.4 FH 自95.7.1生效
ICD+同步雙心室節律器(原適應症代
碼為B103-2)

給付規定起日 給付規定迄日

095/07/01 098/06/30

給付規定

95年7月31日生效實施心臟整流失去器結合心房同步雙心室節律器

醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師、二、應有專任之醫事放射師、三、應有開心手術設備(體外心臟肺臟循環環機、血液紅血球回收機)及心臟專科加護病房、四、應有主動脈輔助幫浦(Intra-aortic balloon pumping, IABP)和萊克膜體外維生系統(extracorporeal membrane oxygenator, ECMO)等設備、五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備、負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1.心臟專科醫師、2.具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、3.接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練、持有證明文件、二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1.心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科(心臟血管外科組)專科醫師、2.具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師、二者共同執行、二、醫事放射師應配合醫師行之、不得單獨操作、申報規範：1.操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫、2.應事前審查、適應症：(適應症代碼B103-2)(一)心臟整流失去器之適應症1.嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、2.反覆發作之持續性心室頻脈、3.高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且臨床合併心室快速不整脈、無法藥物有效控制者、(二)心房同步雙心室節律器適應症：LVEF<=35%且CLBBB(QRS>=0.14sec)、且NYHA Functional Class III、IV及用藥(包括ACEI在內之藥物)六個月以上仍不能改善之病患、(三)植入心律失去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流失去器」之適應症、且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者、不宜列入項目：1.末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、2.猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、3.末期疾病患者且存活不足六個月者、4.惡性且任何治療無法控制之(在tractable)之心室頻脈或心室顫動、

B103.5

(原B103-3)心臟整流失去器

097/04/01 098/06/30

(原B103-3)心臟整流失去器醫療院所購置及使用條件、負責使用醫師資格暨執行者及相關使用規範同B103-1、98.7.1.修訂適應症98.4.30第32次特材專家小組會議結論修訂後與B103-1相同、故刪除本項適應症分類碼、(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、(二)反覆發作之持續性心室頻脈、(三)高危險性心臟血管疾病、如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率<=40%、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且合併心室快速不整脈者、(四)高危險性心臟遺傳性疾病、如long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等、且合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者、。不宜列入項目：(一)末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、(二)猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、(三)末期疾病患者且存活不足六個月者、(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動、

B103-1A

F-H-

心臟整流失去器IMPLANTABLE
CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR
(ICD)原適應症代碼為B103-1

095/11/01 097/09/30

心臟整流失去器95.11.1生效實施醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師、二、應有專任之醫事放射師、三、應有開心手術設備(體外心臟肺臟循環環機、血液紅血球回收機)及心臟專科加護病房、四、應有主動脈輔助幫浦(Intra-aortic balloon pumping,IABP)和萊克膜體外維生系統(extracorporeal membrane oxygenator,ECMO)等設備、五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備、負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1.心臟專科醫師、2.具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、3.接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練、持有證明文件、二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1.心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科(心臟血管外科組)專科醫師、2.具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師、二者共同執行、二、醫事放射師應配合醫師行之、不得單獨操作、申報規範：1.操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫、2.原則採事後逐案審查、個別醫院如經審查評估不符治療指引、則改採逐案事前審查、。適應症97年10月1日修訂：(適應症代碼：B103-1)(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、(二)反覆發作之持續性心室頻脈、(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞或擴張性心肌症併左心室射出分率<40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症等、且臨床合併心室快速不整脈或合併早發猝死之家族史者、。不宜列入項目：(一)末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、(二)猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、(三)末期疾病患者且存活不足六個月者、(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動、

B103-1A

F-H-

心臟整流失去器IMPLANTABLE
CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR
(ICD)原適應症代碼為B103-1

097/10/01 101/08/31

心臟整流失去器95.11.1生效實施醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師、二、應有專任之醫事放射師、三、應有開心手術設備(體外心臟肺臟循環環機、血液紅血球回收機)及心臟專科加護病房、四、應有主動脈輔助幫浦(Intra-aortic balloon pumping,IABP)和萊克膜體外維生系統(extracorporeal membrane oxygenator,ECMO)等設備、五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備、負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1.心臟專科醫師、2.具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、3.接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練、持有證明文件、二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1.心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科(心臟血管外科組)專科醫師、2.具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師、二者共同執行、二、醫事放射師應配合醫師行之、不得單獨操作、申報規範：1.操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫、2.原則採事後逐案審查、個別醫院如經審查評估不符治療指引、則改採逐案事前審查、。適應症97年10月1日修訂：(適應症代碼：B103-1)(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、(二)反覆發作之持續性心室頻脈、(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞或擴張性心肌症併左心室射出分率<40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症等、且臨床合併心室快速不整脈或合併早發猝死之家族史者、。不宜列入項目：(一)末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、(二)猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、(三)末期疾病患者且存活不足六個月者、(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動、

B103-2A

FH

ICD+同步雙心室節律器(原適應症代
碼為B103-2)

095/11/01 098/06/30

95年11月1日生效實施

醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師、二、應有專任之醫事放射師、三、應有開心手術設備(體外心臟肺臟循環環機、血液紅血球回收機)及心臟專科加護病房、四、應有主動脈輔助幫浦(Intra-aortic balloon pumping,IABP)和萊克膜體外維生系統(extracorporeal membrane oxygenator,ECMO)等設備、五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備、負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1.心臟專科醫師、2.具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、3.接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練、持有證明文件、二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1.心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科(心臟血管外科組)專科醫師、2.具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷、經服務醫院審查通過、發給證明文件、相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師、二者共同執行、二、醫事放射師應配合醫師行之、不得單獨操作、申報規範：1.操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫、2.原則採事後逐案審查、個別醫院如經審查評估不符治療指引、則改採逐案事前審查、。適應症：(適應症代碼B103-2)(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、(二)反覆發作之持續性心室頻脈、(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率<40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricle dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症、擴張性心肌症等、且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者、(二)心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：1.應事前審查、2.LVEF<=35%且CLBBB(QRS>=130msec)、且NYHA Functional Class III、IV及經過適當藥物治療仍不能改善之病患、(三)心臟整流失去器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流失去器」之適應症、且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者、(四)不宜列入之項目：1.末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、2.猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、3.末期疾病患者且存活不足六個月者、4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動、

B103-3A

F-H-

雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具
ATP及心房自動電擊功能)原B103-3

097/04/01 101/08/31

97.4.1生效實施、申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫、2.原則採事後逐案審查、個別醫院如經審查評估不符治療指引、則改採逐案事前審查、。適應症：(適應症代碼：B103-1)(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、(二)反覆發作之持續性心室頻脈、(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率<40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricle dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症、擴張性心肌症等、且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者、(四)使用於藥物控制不良之陣發性心房快速不整之病症、。不宜列入項目：(一)末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、(二)猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、(三)末期疾病患者且存活不足六個月者、(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動、

B103-3A

F-H-

雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具
ATP及心房自動電擊功能)原B103-3

101/09/01 999/12/31

97.4.1生效實施、申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫、2.原則採事後逐案審查、個別醫院如經審查評估不符治療指引、則改採逐案事前審查、
◎適應症：(適應症代碼：B103-1)
(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷、
(二)反覆發作之持續性心室頻脈、
(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病、如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率<40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmic right ventricle dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症、擴張性心肌症等、且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死之家族史者、
(四)使用於藥物控制不良之陣發性心房快速不整之病症、
◎不宜列入項目：
(一)末期心臟衰竭、無法藥物控制又非心臟移植對象者、
(二)猝死可能經急救後、無意識恢復之患者、
(三)末期疾病患者且存活不足六個月者、
(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動、
(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」、自101.9.1.解除登記列管、配合將操作醫院、醫師資格等刪除、)

B104-1

F-H-

心房同步雙心室節律器(CRT)

093/03/01 098/06/30

心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線(93/03/01)：
一、應事前審查、
二、LVEF<=35%且CLBBB(QRS>=0.14sec)、且NYHA Functional Class III、IV及用藥(包括ACEI在內之藥物)六個月以上仍不能改善之病患、

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B104-1	F-H	心房房房雙心室節律器(CRT)	098/07/01	110/10/31	給付規定 98.7.1.修訂 (一) 應事先審查。 (二) 正常竇房節心律、LVEF<=35%且CLBBB(QRS寬度>=0.12sec)；且NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 (三) 心房顫動之病患、LVEF<=35%且CLBBB(QRS寬度>=0.12sec)；且NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 (四) 心室節律器依賴之病患、LVEF<=35%、NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善者。
B104-1	F-H	心房房房雙心室節律器(CRT)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、應事先審查。 二、正常竇房節心律、LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一三秒)、且NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 三、心房顫動之病患、LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一三秒)、且NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 四、心室節律器依賴之病患、LVEF小於等於百分之三十五、NYHA Functional Class III、IV及經適當藥物治療仍不能改善者。
B104-2	C-X	複雜性不整脈消融/除顫導管	096/12/01	107/07/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-2	C-X	複雜性不整脈消融/除顫導管/立體定位貼片組	107/08/01	109/02/29	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-2	C-X	複雜性不整脈消融/除顫導管	109/03/01	999/12/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-3	C-X	複雜性心房顫動之冷凍消融導管	106/11/01	111/08/31	限用於陣發性心房顫動之肺靜脈隔離(電訊號阻斷)。不宜列入之項目： 1. 二度二尖瓣逆流或狹窄者。 2. 左心房大於55mm者。
B104-3	C-X	複雜性心房顫動之冷凍消融導管	111/09/01	999/12/31	限用於陣發性心房顫動之肺靜脈隔離(電訊號阻斷)。不宜列入之項目： 1. 二度二尖瓣逆流或狹窄者。 2. 左心房大於55mm者。
B104-4	C-X	心臟診斷用電生理導管	109/01/01	999/12/31	限用於複雜性之心房不整脈。
B104-5	C-X	3D立體定位貼片組	109/03/01	111/03/31	1.「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 2.18歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速。進行無輻射燒灼術時適用。
B104-5	C-X	3D立體定位貼片組	111/04/01	112/08/31	(自111.4.1生效) 一、「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 二、未滿十九歲兒童一般陣發性心室上心搏過速。進行無輻射燒灼術時適用。
B104-5	C-X	3D立體定位貼片組	112/09/01	999/12/31	(自112.9.1生效) 一、複雜性之心房或心室性不整脈。 二、陣發性心室上心搏過速(PSVT)復發再次燒灼術。 三、結構性心臟病併發性不整脈。包括先天性心臟病或開心手術後。 四、未滿十九歲兒童一般陣發性心室上心搏過速。進行無輻射燒灼術時適用。 五、年齡小於五歲、體重小於15公斤嬰兒。 六、複雜性先天性心臟病經單一室手術病人。
B104-6	C-X	心臟診斷用電生理導管(2F)	113/01/01	999/12/31	一、年齡小於五歲、體重小於15公斤嬰兒。 二、複雜性先天性心臟病經單一室手術病人。
B105-1	F-H	經皮移除心臟內導線裝置	109/05/01	999/12/31	適應症及使用規範符合下列之一： 一、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如膿毒性心內膜炎、導線心內膜炎、敗血症之病人。 二、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)囊袋感染，如：心臟植入式儀器(CIED)囊袋化膿、植入式儀器腐蝕、皮膚沾黏或慢性引流腔室但未影響靜脈導線系統之病人。 三、對所有膿毒性心內膜炎之病人，即便未明確影響導線或心臟植入式儀器。 四、對患有隱匿革蘭氏陽性菌血症(occult gram-positive bacteremia) (非污染檢體) 或菌血症的病人。 五、因導線導致血栓形成，並造成靜脈狹窄或阻塞導致無法植入新的導線。 六、因導線存在引起嚴重的心律不整或影響必要之治療。 七、因導線損壞需要植入新的導線而造成同一側血管四條(含)以上導線，或兩側血管五條(含)以上導線。
B106-1	L-E	具CPR回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片	111/01/01	999/12/31	具CPR回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片(自111.01.01生效)： 一、心跳停止。 二、一次就醫以一套為限。
B201-1	F-H C-H	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	084/09/14	999/12/31	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR適應症限： 1、心臟手術後低心輸出量，無法脫離人工心肺機時使用。 2、實施較困難之心臟及大血管手術預期使用體外循環時間較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。
B201-2	F-H C-H	體外循環維生系統ECMO(EXTRACORPOREAL CIRCULATION)	101/06/01	999/12/31	101年6月1日起修訂，依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68036B體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)使用之適應症及禁忌症訂定。
B201-3	F-H	含肝磷脂、肝素之人工心肺OXYGENATOR	086/09/12	999/12/31	含肝磷脂、肝素之適應症： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用。
B201-4	F-H C-H	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動靜脈導管及導引管組，無肝素塗層)	097/07/01	999/12/31	970701修訂： 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手術或二次心臟/胸腔手術，用於少於6小時之體外循環之手術使用。
B201-5	F-H	含塗層之人工心肺WITH OR WITHOUT儲血槽(含ARTERIAL FILTER)	100/03/01	111/03/31	100.03.01生效： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限12歲以下之兒童開心手術使用。
B201-5	F-H	含塗層之人工心肺WITH OR WITHOUT儲血槽(含ARTERIAL FILTER)	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限未滿十三歲之兒童開心手術使用。
B201-6	F-H	體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD)	100/10/01	106/09/30	(原規定)同全民健康保險醫療費用支付標準診療項目68051B「心室輔助裝置植入」所訂適應症，需事先審查。
B201-6	F-H	體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD)	106/10/01	999/12/31	自1061001修訂生效 體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD)；同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「心室輔助裝置植入」(編號：68051B)所訂給付規定。
B201-7	F-H	長效型體外膜肺ECMO(EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	103/08/01	999/12/31	自103.08.01起生效： 限用於急性呼吸窘迫症候群病患及等待心臟移植病患之第二套以上(含)ECMO體外循環維生系統。
B202-1	F-H	組織安定器及真空抽吸管組	088/06/01	999/12/31	組織安定器及真空抽吸管組：限微創直接冠狀動脈繞道手術(MIDCAB)使用，並規範： 1.一至二條血管之MIDCAB手術，每次只能申報兩支組織安定器及一付真空抽吸管組。 2.三條(含三條)血管以上之MIDCAB之手術，除申報兩支組織安定器及一付真空抽吸管組，並得申報自體血液回收組。
B202-2	C-H	多重灌注分流管MULTIPLE PERFUSION SET	089/01/01	999/12/31	限三條血管以上填塞之CAD，且左心室功能低於LVEF 30%以下者
B202-3	H-E	動脈血過濾濾器/含肝素BLOOD FILTER W/HEPARIN	084/03/01	999/12/31	限體外循環超過120分鐘患者使用
B202-4	H-E	氣泡過濾濾器 BUBBLE TRAP	086/05/08	999/12/31	限複雜性先天性心臟病矯正術使用
B202-5	H-E	動脈血過濾濾器+去白血球過濾濾器	087/10/02	999/12/31	限開心手術使用於BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION時申報
B202-6	C-H	兒童用動脈套管	104/12/01	111/03/31	(104.12.01生效)給付規定： 限18歲以下兒童開心手術時使用。
B202-6	C-H	兒童用動脈套管	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限未滿十九歲兒童開心手術時使用。
B203-1	C-C	術中自體血液收集套	084/03/01	101/09/30	心外自體輸血系統給付規定 一、心外自體輸血系統之適應症為：限開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000CC之大手術申報使用，但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、心外自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。
B203-1	C-C	術中自體血液收集套	101/10/01	102/06/30	術中自體血液收集套給付規定如下(1011001修改)： 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術，但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節(大於等於3節)脊椎內固定手術。 三、限使用一套。自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	102/07/01	999/12/31	術中自體血液收集套給付規定如下(1020701修改): 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節(大於等於3節)脊椎內固定手術。 三、限使用一套。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCOCCENTRATOR W/CHECK TUBING	085/12/19	102/06/30	一、血液脫液器組之適應症為：術前腎機能不全或充血性心衰而須施行開心手術患者使用。 二、心外自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCOCCENTRATOR W/CHECK TUBING	102/07/01	999/12/31	血液脫液器組給付規定如下(1020701修改): 術前腎機能不全或充血性心衰而須施行開心手術患者使用。
B203-3	C-C-	胸腔血液引流併自體輸血組	086/04/07	999/12/31	胸腔血液引流併自體輸血組適應症限： 胸腔、心臟血管外科手術或外傷無菌性大量血胸需自體輸血者，且需檢附自體輸血記錄備查。
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	107/10/01	108/01/31	長效型心室輔助系統(自107/10/01生效) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統，2.須能耐受抗凝血治療，3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5µg/min/kg)大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天。(1)心臟衰竭且Maximal VO2 <10ml/kg/min者。(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2<14ml/kg/min者。(3)心臟衰竭經核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全。經核醫檢查LVEF<25%者。(4)嚴重心肌缺血。核醫檢查LVEF<20%。經核醫心臟灌注掃描及心導管等檢查。證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。(5)紐約心臟功能第四度。持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上。經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。(6)復發有症狀的心室心律不整。無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症：1.超過65歲以上。2.有明顯感染。3.愛滋病帶原者。應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.急性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓。經治療仍大於6 Wood Unit者。不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上。且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Cr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變。使日常生活無法自理。且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病。雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16.INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範：1.醫院條件：(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件：(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經術前核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付1組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專家審查核准。 六、個案完成植入手術後。須定期登入系統追蹤狀況。直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	108/02/01	109/06/30	長效型心室輔助系統(108/2/1修訂) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統，2.須能耐受抗凝血治療，3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5µg/min/kg)大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天。(1)心臟衰竭且Maximal VO2 <10ml/kg/min者。(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2<14ml/kg/min者。(3)心臟衰竭經核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全。經核醫檢查LVEF<25%者。(4)嚴重心肌缺血。核醫檢查LVEF<20%。經核醫心臟灌注掃描及心導管等檢查。證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。(5)紐約心臟功能第四度。持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上。經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。(6)復發有症狀的心室心律不整。無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症：1.年齡65歲以上(含65歲)。2.有明顯感染。3.愛滋病帶原者。應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.急性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓。經治療仍大於6 Wood Unit者。不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上。且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Cr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變。使日常生活無法自理。且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病。雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16.INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範：1.醫院條件：(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件：(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經術前核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付1組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專家審查核准。 六、個案完成植入手術後。須定期登入系統追蹤狀況。直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	109/07/01	111/03/31	長效型心室輔助系統(109/7/1修訂) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統，2.須能耐受抗凝血治療，3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5µg/min/kg)大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天。(1)心臟衰竭且Maximal VO2 <10ml/kg/min者。(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2<14ml/kg/min者。(3)心臟衰竭經核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全。經核醫檢查LVEF<25%者。(4)嚴重心肌缺血。核醫檢查LVEF<20%。經核醫心臟灌注掃描及心導管等檢查。證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。(5)紐約心臟功能第四度。持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上。經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。(6)復發有症狀的心室心律不整。無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症：1.年齡65歲以上(含65歲)。2.有明顯感染。3.愛滋病帶原者。應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.急性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓。經治療仍大於6 Wood Unit者。不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上。且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Cr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變。使日常生活無法自理。且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病。雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16.INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範：1.醫院條件：(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件：(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經術前核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付1組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專家審查核准。 六、個案完成植入手術後。須每三個月內登錄系統追蹤狀況。直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。未如期登錄。核刪本項申請之特材費用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	111/04/01	111/06/30	<p>長效型心室輔助系統(自111.4.1生效)</p> <p>一、適應症:</p> <p>(一)病患已登錄於器官移植中心系統。</p> <p>(二)須能耐受抗凝血治療。</p> <p>(三)符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射 (dopamine + dobutamine>5µg/min/kg) 大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天</p> <p>1.心臟衰竭且Maximal VO2<10ml/kg/min者。</p> <p>2.心臟衰竭伴隨約心臟功能第四度,且Maximal VO2<14ml/kg/min者。</p> <p>3.心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全:經核醫檢查LVEF<25%者。</p> <p>4.嚴重心、肌缺血,核醫檢查LVEF<20%。經核醫心、肌灌注掃描及心導管等檢查,證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。</p> <p>5.紐約心臟功能第四度,持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。</p> <p>6.復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>二、禁忌症:</p> <p>(一)六十五歲以上。</p> <p>(二)有明顯感染者。</p> <p>(三)變滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(四)肺結核經證實者。</p> <p>(五)惡性腫瘤患者。</p> <p>(六)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(七)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(八)嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(九)肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。</p> <p>(十)中度以上腎功能不全者(Creatinine>3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。</p> <p>(十一)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(十二)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(十三)嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。</p> <p>(十四)免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。</p>
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	111/07/01	112/04/30	<p>長效型心室輔助系統(自111.7.1生效)</p> <p>一、適應症:</p> <p>(一)病人已登錄於器官移植中心系統。</p> <p>(二)須能耐受抗凝血治療。</p> <p>(三)符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射 (dopamine + dobutamine>5µg/min/kg) 大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天</p> <p>1.心臟衰竭且Maximal VO2<10ml/kg/min者。</p> <p>2.心臟衰竭伴隨約心臟功能第四度,且Maximal VO2<14ml/kg/min者。</p> <p>3.心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全:經核醫檢查LVEF<25%者。</p> <p>4.嚴重心、肌缺血,核醫檢查LVEF<20%。經核醫心、肌灌注掃描及心導管等檢查,證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。</p> <p>5.紐約心臟功能第四度,持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。</p> <p>6.復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>二、禁忌症:</p> <p>(一)六十五歲以上。</p> <p>(二)有明顯感染者。</p> <p>(三)變滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(四)肺結核經證實者。</p> <p>(五)惡性腫瘤患者。</p> <p>(六)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(七)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(八)嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(九)肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。</p> <p>(十)中度以上腎功能不全者(Creatinine>3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。</p> <p>(十一)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(十二)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(十三)嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。</p> <p>(十四)免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。</p>
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	112/05/01	999/12/31	<p>長效型心室輔助系統(自112.5.1生效)</p> <p>一、適應症:</p> <p>(一)病人已登錄於器官移植中心系統。</p> <p>(二)須能耐受抗凝血治療。</p> <p>(三)符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射 (dopamine + dobutamine>5µg/min/kg) 大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天</p> <p>1.心臟衰竭且Maximal VO2<10ml/kg/min者。</p> <p>2.心臟衰竭伴隨約心臟功能第四度,且Maximal VO2<14ml/kg/min者。</p> <p>3.心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%。經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全:經核醫檢查LVEF<25%者。</p> <p>4.嚴重心、肌缺血,核醫檢查LVEF<20%。經核醫心、肌灌注掃描及心導管等檢查,證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。</p> <p>5.紐約心臟功能第四度,持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。</p> <p>6.復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>7.未滿七十歲者。</p> <p>二、禁忌症:</p> <p>(一)有明顯感染者。</p> <p>(二)變滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(三)肺結核經證實者。</p> <p>(四)惡性腫瘤患者。</p> <p>(五)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(六)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(七)嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(八)肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。</p> <p>(九)中度以上腎功能不全者(Creatinine>3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。</p> <p>(十)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(十一)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(十二)嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。</p> <p>(十三)免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。</p>
B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸除系統	093/10/01	094/01/31	限用於實施頸動脈擴張術且對側頸動脈無完全阻塞者。
B301-2	H-H	頸動脈血栓濾過導引線系統(1040501更正)	094/04/01	999/12/31	適應症(940401): 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。
B301-3	H-H	抽吸方式移除血栓系統組	098/07/01	999/12/31	適應症(980701): (一)急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 (二)冠狀動脈繞道後,靜脈狹窄之成型治療。
B301-4	H-H	血栓濾過導引線系統	104/05/01	999/12/31	自104.05.01生效 1.實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。 2.冠狀動脈繞道後,靜脈狹窄之成型治療。
B301-5	H-H	周邊動脈血栓清除系統組	104/06/01	999/12/31	(104/06/01生效) 一、用於移除或抽吸動脈血管系統中栓塞物質之病人,但不得用於直徑小於2.5mm的血管。 二、不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。
B301-6	H-H-	腔靜脈血栓濾網取出組	111/03/01	999/12/31	腔靜脈血栓濾網取出組(自111.3.1生效) 限取回植入之腔靜脈血栓濾網使用,不得併同申報診療項目33131B「經皮導管血管內心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大直徑為>7mm者)」、33135B「經皮導管血管內心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為≤7mm者)」或33116B「經導管心室中隔缺損修補」。
C101-1	C-K-	長效型雙J型輸尿管組/STENT(With hydrophilus coating)+PUSHER	105/10/01	999/12/31	長效型雙J型輸尿管組給付規定(105/10/01): 輸尿管內良性、惡性腫瘤和創傷後產生輸尿管狹窄等所造成長期且無法矯治的輸尿管阻塞。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
C101-2	C-K-	抗壓型雙J型輸尿管導管組 /STENT+GUIDE WIRE+PUSHER	105/10/01	999/12/31	抗壓型雙J型輸尿管導管組給付規定(105/10/01): 1.腹腔腫瘤、腹膜後腔纖維化引起輸尿管壓迫，導致腎水腫。 2.反覆輸尿管狹窄經一般雙J型導管無法矯治的腎水腫。
C301-1	C-G-	左心室傳送系統(配合1.心房同步雙心室節律器或2.心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器使用)	094/02/01	999/12/31	1.使用於心房同步雙心室節律器時，適用B104-1之適應症。 2.使用於心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器時，適用B103-2之適應症及相關使用規範。
C302-1	C-X-	心內膜心律不整外科燒灼電刀用電極	093/07/01	999/12/31	限心臟外科手術時使用，並附AF心電圖報告(術前、術中或術後)
D101-1	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	087/12/01	999/12/31	適應症如下： 1.嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	084/03/01	109/02/29	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL限： 股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	109/03/01	999/12/31	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL
D101-3	F-B	成骨不全症髓內釘	104/01/01	999/12/31	1.限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 2.須檢附病患X光照片。 成骨不全症髓內釘自104.01.01生效 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及趾骨進一步的骨折
D101-4	F-B-	鈦合金加長型伽瑪髓內釘組(長度180mm以上)	109/03/01	109/12/31	1.限轉子下骨折及轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2.須檢附病患X光照片。
D101-4	F-B-	鈦合金加長型髓內釘組(Cephalomedullary nail)	110/01/01	999/12/31	1.限轉子下骨折或轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2.須檢附病患X光照片。
D101-5	F-B-	鈦合金髓內釘組(含加長型)(Cephalomedullary nail)可搭配專用骨水泥使用	110/01/01	112/03/31	一、限複雜性、不穩定型轉子間骨折或轉子下骨折、轉子間骨折合併轉子下延伸，同時患有嚴重骨質疏鬆症或有蝕骨性腫瘤病灶之患者申報。 二、須檢附病患術前術後X光照片、術後在伽瑪髓內釘灌注骨水泥之影像備查。
D101-5	F-B-	鈦合金髓內釘組(含加長型)(Cephalomedullary nail)可搭配專用骨水泥使用	112/04/01	999/12/31	本項刪除
D101-6	F-B	彈性髓內釘	109/12/01	111/03/31	一、四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)骨幹之單純性骨折。 (一)三~十八歲股骨骨幹之單純性骨折。 (二)七~十八歲脛骨骨幹之單純性骨折。 (三)十一~十八歲肱骨骨幹骨折，且併有以下狀況之一者： 1.同側前臂骨折(漂浮肘)。 2.下股骨折。 3.對側上肢骨折。 4.開放性骨折。 5.多重創傷。 6.非手術治療無法復位之骨折。 (四)六~十八歲尺骨或橈骨骨幹之單純性骨折，且骨折處有位移者。 二、良性骨腫瘤、囊腫或成骨不全造成之四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)病理性骨折。 三、十二~十八歲鎖骨骨幹骨折。 (一)位移超過兩公分。 (二)神經血管損傷。 (三)多重創傷。 (四)伴隨肩胛骨骨折(漂浮肩)。 (五)開放性骨折。 (六)斷端有頂破皮膚之危險。 (自111.4.1生效)
D101-6	F-B-	彈性髓內釘	111/04/01	999/12/31	一、四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)骨幹之單純性骨折。 (一)三歲以上未滿十九歲股骨骨幹之單純性骨折。 (二)七歲以上未滿十九歲脛骨骨幹之單純性骨折。 (三)十歲以上未滿十九歲肱骨骨幹骨折，且併有以下狀況之一者： 1.同側前臂骨折(漂浮肘)。 2.下股骨折。 3.對側上肢骨折。 4.開放性骨折。 5.多重創傷。 6.非手術治療無法復位之骨折。 (四)六歲以上未滿十九歲尺骨或橈骨骨幹之單純性骨折，且骨折處有位移者。 二、良性骨腫瘤、囊腫或成骨不全造成之四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)病理性骨折。 三、十二歲以上未滿十九歲鎖骨骨幹骨折。 (一)位移超過兩公分。 (二)神經血管損傷。 (三)多重創傷。 (四)伴隨肩胛骨骨折(漂浮肩)。 (五)開放性骨折。 (六)斷端有頂破皮膚之危險。
D101-7	F-B-	小兒髓內釘系統	110/06/01	999/12/31	小兒髓內釘系統(自110.6.1起生效)： 一、股骨尚未成熟之病人，有下列其中情形之一： (一)嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 (二)使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性。 (三)特殊骨病需要內固定的情形，需事前審查。
D101-8	F-B	鈦合金股骨逆行髓內釘組 Retrograde Femoral Nail	110/12/01	999/12/31	鈦合金股骨逆行髓內釘組Retrograde Femoral Nail (自110.12.1生效)： 一、股骨幹併股骨遠端骨折，順向股骨髓內釘已無法提供足夠穩定者。 二、髓部已有人工關節置入或股骨近端已有其他骨材置入，順向股骨髓內釘已無法置入者。 三、同側膝部或小腿合併其他手術，可合併膝部創口置入股骨髓內釘者。 四、同時兩側股骨幹骨折或單側股骨幹骨折併多重骨折，無法使用fracture table者。 五、生命徵象不穩定之股骨骨折病人，不宜使用fracture table牽引手術者。
D101-9	F-B	Humeral Nail plus Set (搭配 MultiLoc Screw)	110/12/01	999/12/31	Humeral Nail plus Set (搭配MultiLoc Screw) (自110.12.1生效)： 一、嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 二、使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。 三、近端肱骨骨折。
D101-10	F-B	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail	110/12/01	113/04/30	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail (自110.12.1生效)：足踝關節固定術使用。
D101-10	F-B	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail	113/05/01	999/12/31	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail (自113.5.1生效)：限用於診療項目「64282B-距-跟骨融合術」。
D101-11	F-B	鈦合金Cephalomedullary Nail(170mm)搭配螺葉刀blade	111/09/01	999/12/31	(111.9.1生效) 符合以下條件之一，須檢附病患X光照片： 一、限複雜性、不穩定型之轉子間骨折。 二、骨密度-2.5以下之轉子間骨折，需檢附五年內報告。
D101-12	F-B-	搭配鈦合金髓內釘使用之專用骨水泥組	112/04/01	999/12/31	搭配鈦合金髓內釘使用之專用骨水泥組(自112年4月1日起生效)需同時符合下列條件： 一、須併同時材料碼FBNG1LBTDTC31、FBNG1LSCDTC31、FBNG1SBDTC31及FBNG1SSCTCS1使用及申報。 二、限複雜性、不穩定型轉子間骨折或轉子下骨折、轉子間骨折合併轉子下延伸，同時患有嚴重骨質疏鬆症或有蝕骨性腫瘤病灶之患者申報。 三、須檢附病患術前術後X光照片、術後在伽瑪髓內釘灌注骨水泥之影像備查。 四、每次手術限用1組。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	084/03/01	098/08/27	適應症如下： 1.嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	098/08/28	999/12/31	適應症修訂(980828)如下： 1.嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。 3.股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D102-2	F-B-	固定螺絲 INTERFERENCE SCREW	085/09/14	999/12/31	INTERFERENCE SCREW限十字韌帶重建術患者使用。
D102-3	F-B-	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCRE	086/01/11	110/11/30	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCREW限關節韌帶手術使用。
D102-3	F-B-	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCRE	110/12/01	999/12/31	原給付規定自110.12.1刪除

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨釘(固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	094/07/01	999/12/31	限實施十字韌帶重建手術患者使用
D103-1	F-B	埋頭中空加壓骨釘	106/08/01	110/10/31	自106/08/01起生效 限用於診療項目64035C(腕、跗、掌、趾骨骨折開放性復位術)之腕骨及跗骨關節面內骨折固定使用
D103-1	F-B	埋頭中空加壓骨釘	110/11/01	112/08/31	自110/11/01起生效 限下列診療項目使用： 一、64035C腕、跗、掌、趾骨骨折開放性復位術。 二、64267C舟狀骨骨折開放性復位術。 三、64183B踝關節固定術。 四、64281B後足關節固定術、三關節固定術。 五、64182B腕關節或腕骨、掌骨關節固定術。 六、64273C足踝關節內、外或後踵之雙踝或三踝骨折開放性復位術。 七、64272C腓外踝或脛內踝單一骨折開放性復位術。 八、64048C趾骨骨折徒手復位術。 九、64069C踝關節脫位開放性復位術。
D103-1	F-B	埋頭中空加壓骨釘	112/09/01	999/12/31	自112/09/01起生效 限下列診療項目使用： 一、64035C腕、跗、掌、趾骨骨折開放性復位術。 二、64267C舟狀骨骨折開放性復位術。 三、64183B踝關節固定術。 四、64281B後足關節固定術、三關節固定術。 五、64182B腕關節或腕骨、掌骨關節固定術。 六、64273C足踝關節內、外或後踵之雙踝或三踝骨折開放性復位術。 七、64272C腓外踝或脛內踝單一骨折開放性復位術。 八、64048C趾骨骨折徒手復位術。 九、64069C踝關節脫位開放性復位術。 十、64282B脛-距-跟骨融合術。
D104-1	F-B	Compression Staple/Plate (Memory Staple)	111/05/01	112/08/31	自1110501生效 一、限用於截骨手術及融合手術： (一)64182B(腕關節或腕骨、掌骨關節固定術)。 (二)64281B(後足關節固定術、三關節固定術)。 (三)64183B(踝關節固定術)。 二、限未滿19歲病人於下肢或足踝矯正手術使用： (一)64142B(骨瘦抑制術)。 (二)64006B(矯正切骨術-肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。 (三)64240B(骨整形術-縮短)。 (四)64241B(骨整形術-延長)。 (五)88038B(骨內翻外翻)。
D104-1	F-B	Compression Staple/Plate (Memory Staple)	112/09/01	999/12/31	自1120901生效 一、限用於截骨手術及融合手術： (一)64182B(腕關節或腕骨、掌骨關節固定術)。 (二)64281B(後足關節固定術、三關節固定術)。 (三)64183B(踝關節固定術)。 (四)64282B(脛-距-跟骨融合術)。 二、限未滿19歲病人於下肢或足踝矯正手術使用： (一)64142B(骨瘦抑制術)。 (二)64006B(矯正切骨術-肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。 (三)64240B(骨整形術-縮短)。 (四)64241B(骨整形術-延長)。 (五)88038B(骨內翻外翻)。
D104-2	F-B	Compression Staple/Plate (Memory Staple)(medium ,small, X-small)	112/11/01	999/12/31	(112/11/01生效) Memory Staple(medium ,small, X-small) 限未滿10歲病人於下肢或足踝矯正手術使用： 一、64142B(骨瘦抑制術)。 二、64006B(矯正切骨術-肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。 三、64240B(骨整形術-縮短)。 四、64241B(骨整形術-延長)。 五、88038B(骨內翻外翻)。
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	085/04/23	107/08/31	訂製型人工肩關節，須事前報備，經同意後使用。
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	107/09/01	999/12/31	自1070901起取消事前審查。
D106-1	F-B-	人工髖關節HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.1起取消事前審查。
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 訂製型髖關節組適應症限：髌白嚴重缺損，如骨髓瘤切除患者使用。
D106-3	F-B-	重建型人工髖關節REVISION HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 REVISION HIP SYSTEM(自骨頭損壞達二度以上者)適應症限： (一)適用於人工髖關節再置換且骨頭損壞達二度以上者(DGOT分類GRADE III以上者)。 (二)按病例需要可配合使用大轉子重建系統GTR CABLE GRIP 系統。
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	107/07/01	999/12/31	自107年7月1日起生效 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小頭器材可供使用，則不得使用本器材。
D106-5	F-B-	髌白缺損填補墊片	107/08/01	999/12/31	自107年8月1日生效： 1.限用於診療項目64201B、64170B、64258B。 2.髌白缺損嚴重程度達Paproosky分類的typellA或IIIB或者是Gross分類的typelll、IV或V。 3.需事前審查，須檢附患側髖關節X光片(AP+lateral view、Judet view)，必要時可檢附CT或MRI of pelvis或相關資料足以佐證其髌白缺損程度符合前述適應症。 4.同次同側手術限使用1個。
D106-6	F-B-	重建型髌白護架(Cage)	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons、AAOS)定義，屬第三級合併髌白窩的髌白缺損時使用。
D106-7	F-B-	限制型襯墊	107/10/01	999/12/31	自107年10月1日生效： 用於習慣性脫臼大於2次為原則。
D106-8	F-B-	人工髖關節強化桿	112/07/01	999/12/31	自112年7月1日生效： 一、須併同診療項目64198B「人工關節移除-股、肩、膝」申報使用。 二、因感染性二次診療碼為T84.51/T84.52「右側/左側人工關節所致之感染及發炎性反應」而需要兩階段全髖關節置換手術的髌白成熟患者，於第一階段的臨時植入。 三、需檢附病患手術前及術後X光照片之影像備查。
D106-9	F-B-	雙動式人工髖關節-金屬襯墊	112/09/01	999/12/31	自112年9月1日生效： 一、用於術後有高脫臼風險者，如小兒麻痺、神經肌肉疾病、髖關節發育不良、神經損傷等病況且符合人工髖關節置換為原則。 二、須事前審查。
D106-10	F-B-	特殊金屬髌白杯	112/09/01	999/12/31	自112年9月1日生效： 一、診療項目「人工全髖關節再置換」(64201B)且包含髌白杯重新置換者，需檢附手術前及術後X光照片之影像備查。 二、診療項目「全股關節置換術」(64162B)合併髌白骨缺損或骨質不佳(曾發生髌白骨折、發炎性關節炎、或髖關節發育不良在Crowe分類三級以上者)且經事前審查通過者。
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	084/03/01	110/02/28	須術前X光片事前報備，經同意後使用限RA及嚴重的OA病患申報。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	110/03/01	111/03/31	有下列情形之一者，檢附術前X光片，需事前審查(自110.03.01起生效)： 一、RA及嚴重的OA病患。 二、六十五歲(含)以上，遠端肱骨粉碎性關節內骨折(ICD-10 S42.47)，且不合開放復位內固定重建(AO/OTA分類為13C)。 三、創傷後肘關節炎(ICD-10 S42.471S、ICD-10 S42.472S)。
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	111/04/01	999/12/31	有下列情形之一者，檢附術前X光片，需事前審查(自111.4.1生效)： 一、RA及嚴重的OA病患。 二、六十五歲以上，遠端肱骨粉碎性關節內骨折(ICD-10 S42.47)，且不合開放復位內固定重建(AO/OTA分類為13C)。 三、創傷後肘關節炎(ICD-10 S42.471S、ICD-10 S42.472S)。
D107-2	F-B-	反置式肩關節系統	110/01/01	111/03/31	反置式肩關節系統(自110.01.01生效)： 肩關節旋轉肌群大量缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查： 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III (包含)以上)。 二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲(含)以上。
D107-2	F-B-	反置式肩關節系統	111/04/01	999/12/31	反置式肩關節系統(自111.4.1生效)： 肩關節旋轉肌群大量缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查： 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III (包含)以上)。 二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲以上。
D107-3	F-B-	橈骨頭系統	112/08/01	999/12/31	一、橈骨頭骨折固定後，產生malunion，關節疼痛 / 僵硬 / 不穩定 (valgus instability / longitudinal instability with positive ulnar variance and pain in the wrist) 的病人。 二、橈骨頭因腫痛或病理骨折切除後需重建關節。 三、上述需事前審查。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	095/07/01	098/12/31	壹、人工膝關節使用規範(950701起修訂)：一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。四、須術前X光片(及站立兩膝之正面實體照片，自99年1月1日起刪除)，事前報備，經同意後使用。具放射線專科醫師之醫院宜附放射科醫師之X光片報告，對於爭議較多醫院可請放射科醫師會審。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	099/01/01	104/10/30	壹、人工膝關節使用規範(950701起修訂)：一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。四、須術前X光片(及站立兩膝之正面實體照片，自99年1月1日起刪除)，事前報備，經同意後使用。具放射線專科醫師之醫院宜附放射科醫師之X光片報告，對於爭議較多醫院可請放射科醫師會審。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	104/11/01	111/03/31	自104.11.01取消事前審查 人工膝關節使用規範： 一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。 二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。 三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	111/04/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工膝關節使用規範(自111.4.1生效)： 一、未滿七十一歲者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。 二、七十歲以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。 三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。
D108-2	F-B-	訂製型人工膝關節CUSTOM MADE KNEE PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 訂製型適應症限：嚴重缺損，如骨腫痛切除患者使用。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	092/07/01	104/10/31	人工半膝關節組使用規範：92/07/1 一、須術前站立X光片事前報備，經同意後使用。 二、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)(刪除經關節鏡)。 三、年齡限制以大於五十五歲為原則。 四、符合下列條件之一者：(一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變，(二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五度，flexion contracture 小於十五度者。 五、不得使用於RA或Gouty arthritis。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	104/11/01	111/03/31	自104.11.01取消事前審查 人工半膝關節組使用規範： 一、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以大於五十五歲為原則。 三、符合下列條件之一者： (一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五度，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於RA或Gouty arthritis。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	111/04/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工半膝關節組使用規範(自111.4.1生效)： 一、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以五十五歲以上為原則。 三、符合下列條件之一者： (一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五度，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於RA或Gouty arthritis。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片EXTENSION STEM、WEDGE	086/08/25	104/10/31	一、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。 二、須事前審查，限用於膝關節再置換時使用。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片EXTENSION STEM、WEDGE	104/11/01	109/08/31	自104.11.01取消事前審查 一、延長脛骨、墊片之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。 二、限用於膝關節再置換時使用。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片EXTENSION STEM、WEDGE	109/09/01	999/12/31	109.09.01起生效 刪除
D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	100/01/21	109/06/30	100.01.21發文： 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、以上所稱累計達6個月(含)以上均無效，係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，患者可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第1次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

D108-5 F-B- 關節內注射劑(每個療程五次)

給付規定起日 給付規定迄日

給付規定

109/07/01 110/08/31

109.07.01生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-5

F-B-

關節內注射劑(每個療程五次)

110/09/01

110/10/31

110.09.01生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-5

F-B-

關節內注射劑(每個療程五次)

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-6

F-B-

關節內注射劑(每個療程3次)

100/01/21

109/06/30

100.01.21生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，患者可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-6

F-B-

關節內注射劑(每個療程三次)

109/07/01

110/08/31

109.07.01生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-6

F-B-

關節內注射劑(每個療程三次)

110/09/01

110/10/31

110.09.01生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-6

F-B-

關節內注射劑(每個療程三次)

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算二十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-7

F-B-

膝骨股骨人工關節組
PATELLOFEMORAL JOINT
SYSTEM

104/11/01

999/12/31

自104.11.01取消事前審查

一、給付規定：
(一)膝關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨質變形者。
(二)膝關節之病變導致嚴重疼痛，經保守治療6個月以上，並經清創手術或軟骨移植手術失敗者。
(三)膝股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但仍仍有嚴重膝關節症狀者。
二、禁忌症：
(一)發炎性(如類風濕性)關節炎。
(二)合併髌股關節炎。
(三)膝股骨列位不正且無法矯正。
(四)膝股骨列位不正(外翻大於8度或內翻小於5度)。
(五)膝關節最大屈曲度小於110度。
(六)患部關節曾有關節局部感染，或其他局部/全身性感染病史，可能影響到人工關節。
(七)骨質量不足。
(八)半月板或韌帶結構不穩。
(九)骨骼未成熟。
(十)神經性之關節病變。

D108-8

F-B-

重建型鉅金屬脛骨及股骨錐狀墊片
(Cone)

108/09/01

999/12/31

1.限用於人工膝關節再置換手術且符合Anderson Orthopaedic Research Institute(AORI) classification Type 3骨缺損定義之患者。
2.每部位限使用一個。
3.需事前審查。

D108-9

F-B-

半月板軟骨修補系統

112/10/01

112/12/31

一、ICD-10為S83.2且同時申報手術診療項目64218B者：
(一)半月板破裂長度未滿2公分：一針型以給付1組為限。
(二)半月板破裂長度2公分(含)以上：一針型以給付2組為限，或多針型以給付1組為限；兩者擇一使用。
二、必須檢附術中修補前後關節鏡照片及縫合後半月板軟骨破裂處手術摘要或病歷等資料備查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

D108-9 F-B- 半月板軟骨修補系統

給付規定起日

給付規定迄日

給付規定

一、ICD-10為S83.2且同時申報關節鏡下半月板修補術(64244B、64218B、64263B)者；
(一)半月板破裂長度未滿2公分：一針型以給付1組為限。
(二)半月板破裂長度2公分(含)以上：一針型以給付2組為限，或多針型以給付1組為限；兩者擇一使用。
二、必須檢附術中修補前後關節鏡照片及縫合後半月軟骨破裂處手術摘要或病歷等資料備查。

D108-55 F-B- 關節內注射劑(每個療程5次)

090/05/01

096/03/31

(原規定900501起)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準的退化性膝關節炎疼痛患者使用(刪除一般藥物治療六個月以上之限制)。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療(照原規定)。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程(照原規定)。

D108-55 F-B- 關節內注射劑(每個療程5次)

096/04/01

096/12/19

適應症：(規定960401起)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。
四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。

D108-55 F-B- 關節內注射劑(每個療程5次)

096/12/20

100/01/20

適應症：(新規定961220發文)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。
四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
五、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-55 F-B- 關節內注射劑(每個療程5次)

100/01/21

100/01/21

D108-66 F-B- 關節內注射劑(每個療程3次)

094/01/01

096/03/31

(請見D108-5)
(原規定940101起)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準的退化性膝關節炎疼痛患者使用。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次(即兩次注射間隔為一週)，每次療程共需注射三次。
四、每年不得超過二個療程。

D108-66 F-B- 關節內注射劑(每個療程3次)

096/04/01

096/12/19

適應症：(規定960401起)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。
四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。

D108-66 F-B- 關節內注射劑(每個療程3次)

096/12/20

100/01/20

適應症：(961220發文)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。
二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。
四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
五、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D108-66 F-B- 關節內注射劑(每個療程3次)

100/01/21

100/01/21

(請見D108-6)

D109-1 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)

109/05/01

109/06/30

109.05.01生效
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。
二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。
五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-1 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)

109/07/01

110/08/31

109.07.01生效
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-1 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)

110/09/01

110/10/31

110.09.01生效
D109-1關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)
(自110.09.01起生效)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-1 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表
D109-2 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)

給付規定起日 給付規定迄日 給付規定
109/05/01 109/06/30 109.05.01生效

一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。
二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間不得服用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。
五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-2 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)

109/07/01 110/08/31

109.07.01生效
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。
二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。
五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-2 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)

110/09/01 110/10/31

110.09.01生效
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。
二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。
五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D109-2 F-B- 關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)

110/11/01 999/12/31

(自110.11.1生效)
一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。
二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效...係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫紀錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。
三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。
四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。
五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

D111-1 F-B- 塑膠類、陶瓷類人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

086/04/29 110/10/31

(自110.11.1生效)
一、適應症如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。
(二)巨大骨腫瘍(自體骨移植不足或無法取者)。
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。
二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高cm3-mL。

D111-1 F-B- 塑膠類、陶瓷類人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

110/11/01 999/12/31

(自110.11.1生效)
一、適應症如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。
(二)巨大骨腫瘍(自體骨移植不足或無法取者)。
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。
二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高 立方公分=毫升(cm3=mL)。

D111-2 F-B- 天然動物骨(小牛骨)人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

086/05/08 110/10/31

一、適應症：限用於頸椎手術。
二、申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高cm3-mL。

D111-2 F-B- 天然動物骨(小牛骨)人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

110/11/01 999/12/31

(自110.11.1生效)
一、適應症：限用於頸椎手術。
二、申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高立方公分=毫升(cm3=mL)。

D111-3 F-B- 含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

088/07/01 110/10/31

含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨：限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下：
一、適應症如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。
(二)巨大骨腫瘍
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術。
二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高cm3-mL。

D111-3 F-B- 含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨
ARTIFICIAL BONE GRAFT

110/11/01 999/12/31

含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨：限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下(自110.11.1生效)：
一、適應症如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。
(二)巨大骨腫瘍
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術。
二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高立方公分=毫升(cm3=mL)。

D111-4 F-B- 生骨替代物類(如：生骨)
ARTIFICIAL BONE GRAFT

093/07/01 110/10/31

一、適應症(930701)如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。
(二)巨大骨腫瘍
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術。
二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。
三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。
(三)脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高cm3-mL。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D111-4	F-B-	生骨替代物類以塑膠類、陶瓷類人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	110/11/01	999/12/31	給付規定(自110.11.1生效) 一、適應症如下： (一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 (二)巨大骨腫瘤。 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方定術。 二、案件申請金額超過六千元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高 立方公分=毫升(cm3=ml)。 (自111.07.01生效) 一、一般脊椎骨水泥： 限適用椎體成形術治療項目33126B、33127B併有胸腰椎骨折，經4週保守治療，仍有嚴重疼痛者(VAS ₂ 7)，需附病歷紀錄含術前4週、術後影像資料及疼痛評估報告佐證供審查。 二、高黏度脊椎骨水泥(仿筆記載為高黏度)： 限適用椎體成形術治療項目33126B、33127B，且符合下列條件 (一)因骨質疏鬆造成之椎體骨折，且未有神經症狀者，於經4週保守治療，仍有嚴重疼痛者(VAS ₂ 7)，需附病歷紀錄影像資料及疼痛評估報告佐證。 (二)需事前審查。 (三)每次手術限使用一組(包)。 (四)對於大於12週骨折，應進行磁振造影或電腦斷層，以排除感染或腫瘤，且影像顯示有裂縫(cleft or cavity formation)或骨折處不癒合(non-union)。
D111-5	F-B-	脊椎骨水泥	111/07/01	999/12/31	原規定： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附骨體攝影。 3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術連四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎脫臼畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：1.脊椎固定三節或三節以上者。2.有骨折並合併脫臼之情形。
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	087/01/01	095/06/30	原規定： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附骨體攝影。 3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術連四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎脫臼畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：1.脊椎固定三節或三節以上者。2.有骨折並合併脫臼之情形。
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	095/07/01	110/10/31	950701起修訂： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、骨體攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術連四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎脫臼畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：1.椎體固定三節或三節以上者。2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由2位審查醫師審查。
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、脊椎固定，須事前審查，經同意後使用。 二、長節固定適應症為： (一)脊椎側彎變形須達四十度以上。 (二)腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、骨體攝影)。 (三)因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 (四)因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術連四個以上椎體者。 (五)廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。 (六)脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。 (七)腰椎脫臼畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於： (一)椎體固定三節或三節以上者。 (二)爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	084/03/01	107/08/31	一、脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使用。 二、前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	107/09/01	999/12/31	自1070901起生效 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	086/03/31	095/06/30	原規定： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	095/07/01	110/10/31	950701起修訂： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、頸椎固定，須事前審查，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	093/04/01	097/06/30	脊椎間體護架(TITANIUM CAGE)適應症(93/04/01)，另PEEK CAGE自97/07/01起比照辦理 一、頸椎部分： 1. 椎間盤廣泛切除會引起椎間不穩定者。 2. 屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 二、腰椎部分： 1. 屈曲及伸展之X光顯示椎間有二度以上(>=Grade II)不穩定者(不穩定之定義如以前滑脫)。 2. 椎間不穩定為一度(Grade I)而且(1)椎間盤內有Vacuum phenomenon或(2)MRI有Dark disc或(3)Discogram(椎間盤顯示劑攝影)有強烈正相關者。 3. 長節後方融合需到薦椎時，在L5-S1(第五腰椎及第一薦椎)中，可置放Cage，因此處之融合失敗率相當高。 4. 超過二節以上之融合在最下層單節可使用cage，例如L3、L4、L5後方融合時，L4-L5可置放Cage。 三、須事前報備，經同意後使用。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	097/07/01	109/05/31	脊椎間體護架(TITANIUM CAGE)適應症(93/04/01)，另PEEK CAGE自97/07/01起比照辦理 一、頸椎部分： 1. 椎間盤廣泛切除會引起椎間不穩定者。 2. 屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 二、腰椎部分： 1. 屈曲及伸展之X光顯示椎間有二度以上(>=Grade II)不穩定者(不穩定之定義如以前滑脫)。 2. 椎間不穩定為一度(Grade I)而且(1)椎間盤內有Vacuum phenomenon或(2)MRI有Dark disc或(3)Discogram(椎間盤顯示劑攝影)有強烈正相關者。 3. 長節後方融合需到薦椎時，在L5-S1(第五腰椎及第一薦椎)中，可置放Cage，因此處之融合失敗率相當高。 4. 超過三節以上之融合在最下層單節可使用cage，例如L3、L4、L5後方融合時，L4-L5可置放Cage。 三、須事前報備，經同意後使用。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架VETEBRAL INTERBODY CAGE	109/06/01	999/12/31	脊椎間體護架 一、頸椎部分： (一)椎間盤廣泛切除者。 (二)屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 (三)單一頸椎節段(Motion segment)限用一個頸椎「脊椎間體護架」。 二、腰椎部分： (一)不穩定脊椎(脊椎滑脫大於等於Grade 1，或屈曲及伸展之X光角度變化大於等於10度，或位移大於4mm)。 (二)椎間盤X光有Vacuum phenomenon。 (三)椎間盤顯示劑攝影(Discogram)，施行provocative test與椎間盤疼痛有正相關者。 (四)進行長節段(大於或等於三個活動節段)之脊椎骨間融合最尾端(或L5S1)，可置放「脊椎間體護架」。 (五)脊椎變形(側彎或駝背)導致嚴重疼痛、藥物治療無效，可申請「脊椎間體護架」。 (六)進行Revision二次手術做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (七)椎孔外椎間盤突出(Far lateral HIVD)有神經根壓迫做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (八)進行PLIF時，每個活動節段(Motion segment)限用二個腰椎「脊椎間體護架」，進行TLIF、OLIF、XLIF、ALIF等術式時，每個活動節段限用一個腰椎「脊椎間體護架」。 三、需事前審查，並附上X ray、Flex-Ext view、CT或MRI。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D112-5	F-B-	椎骨質疏鬆內固定釘OPS TITANIUM SPINAL SCREW	100/01/01	107/08/31	1000101起 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同D112-1。
D112-5	F-B-	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)	107/09/01	110/10/31	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)：107.09.01生效 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同D112-1。 四、需術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。
D112-5	F-B-	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)	110/11/01	999/12/31	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者) (自110.11.1生效)： 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於負二點五)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同D112-1。 四、需術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。
D112-6	F-B-	VEPTR延展式肋骨支撐架	100/04/01	111/03/31	VEPTR延展式肋骨支撐架(1000401) 一、須事前審查。 二、使用規定如下：需同時符合以下三項條件1、胸腔發育不全患者，肺功能檢查呈中度限制性受損 (moderate restrictive impairment) 以上者。2、脊柱側彎(Cobb's angle)40度以上或兩次追蹤檢查角度增加10度以上。3、骨骼未成熟Risser Sign ≤4或Bone age study ≤14歲。
D112-6	F-B-	VEPTR延展式肋骨支撐架	111/04/01	999/12/31	VEPTR延展式肋骨支撐架(自111.4.1生效) 一、須事前審查。 二、使用規定如下：需同時符合以下三項條件 (一)胸腔發育不全患者，肺功能檢查呈中度限制性受損 (moderate restrictive impairment) 以上者。 (二)脊柱側彎(Cobb's angle)40度以上或兩次追蹤檢查角度增加10度以上。 (三)骨骼未成熟Risser Sign ≤4或Bone age study ≤14歲。
D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統OASYS SYSTEM	103/06/01	999/12/31	自103.06.01生效 一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下，前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。 二、高位頸椎及顛頸部位因退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或頸椎創傷造成之頸椎變形及神經壓迫情況需接受固定及融合手術時。 三、須經事前審查通過後使用。
D112-8	F-B	搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統	104/03/01	110/10/31	搭配固定桿規格4.5mm之脊椎固定系統(104.03.01) 一、限用於體重小於30公斤體型嬌小或18歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前報備同意後使用： 二、長節固定給付規定為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定給付規定為：限脊椎骨折、脫位、廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於：1.椎體固定三節或三節以上者。2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由2位審查醫師審查。
D112-8	F-B	搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統	110/11/01	111/03/31	搭配固定桿規格四點五毫米之脊椎固定系統 (自110.11.1生效) 一、限用於體重小於三十公斤體型嬌小或十八歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前審查同意後使用： (一)長節固定給付規定為： 1.脊椎側彎變形須達四十度以上。 2.腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。 3.因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 4.因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。 5.廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。 6.脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。 7.腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 (二)短節固定給付規定為：限脊椎骨折、脫位、廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 (三)橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於： 1.椎體固定三節或三節以上者。 2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 二、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。
D112-8	F-B-	搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統	111/04/01	999/12/31	搭配固定桿規格四點五毫米之脊椎固定系統 (自111.4.1生效) 一、限用於體重小於三十公斤體型嬌小或未滿十九歲之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前審查同意後使用： (一)長節固定給付規定為： 1.脊椎側彎變形須達四十度以上。 2.腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。 3.因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 4.因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。 5.廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。 6.脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。 7.腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 (二)短節固定給付規定為：限脊椎骨折、脫位、廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 (三)橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於： 1.椎體固定三節或三節以上者。 2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 二、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。
D112-9	F-B	頸椎椎間植人物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	105/03/01	999/12/31	自105.03.01生效 一、單節頸椎椎間融合併節段不穩定須行椎體間融合加上骨板固定時使用。 二、在接受頸椎前位融合固定術後，發生上或下鄰近節病變，須再行鄰近節節節椎體間融合術時使用。 三、若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。 四、須經事前審查通過後使用。
D112-10	F-B-	人工頸椎椎間盤	110/12/01	111/02/28	人工頸椎椎間盤 (自110.12.1生效)： 一、使用規範： (一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變 (Radiculopathy) 或髓神經病變 (Myelopathy)，經保守療法治療無效。 (二)限C4/5或C5/6 節段使用。 (三)該節段椎間盤高度降低。 (四)每次限申請一顆。 二、需事前審查，檢附正面、側面、側面flexion-extension X光片、磁共振造影、骨密度檢查等。 三、禁忌症： (一)椎體後神經壓迫病灶，如後縱韌帶鈣化 (Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL)、黃韌帶骨化等。 (二)脊椎關節病變，如僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH)。 (三)明顯不穩定，如flexion-extension側面X光椎體間位移三點五毫米 (mm) 以上，或脊椎側彎測量COBB角度十度以上的改變。 (四)頸椎後凸畸形 (kyphosis) 或曾接受laminoplasty、laminectomy手術者。 (五)骨質疏鬆，代謝性骨疾病或腎因性骨病變 (bone mineral density (BMD) T-score 小於負一點五)。 (六) 脊椎感染。 (七) 脊椎腫瘤。 (八) 對裝置材料過敏。 (九) 嚴重脊椎退化或同一椎節facet joint病變。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表
D112-10 F-B- 人工頸椎椎間盤

給付規定起日 給付規定迄日 給付規定

111/03/01 999/12/31 人工頸椎椎間盤(自111.3.1生效):
一、使用規範:
(一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變(Radiculopathy)或髓神經病變(Myelopathy),經保守療法治療無效。
(二)限C4/5或C5/6節段使用。
(三)該節段無椎間盤高度降低。
(四)每次限申請一顆。
二、需經特殊專案審核後使用,檢附正面、側面、側面flexion-extension X光片、磁共振影、骨密度檢查等。
三、禁忌症:
(一)椎體後縱神經壓迫病變,如後縱韌帶鈣化(Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL)、黃韌帶骨化等。
(二)脊椎關節病變,如僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH)。
(三)明顯不穩定,如flexion-extension側面X光椎體間位移三點五毫米(mm)以上,或脊椎側彎測量COBB角度十度以上的改變。
(四)頸椎後凸變形(kyphosis)或曾接受laminoplasty、laminectomy手術者。
(五)骨質疏鬆、代謝性骨疾病或腎因性骨病變(bone mineral density (BMD) T-score 小於負一點五)。
(六)脊椎感染。
(七)脊椎腫瘤。
(八)對裝置材料過敏。
(九)嚴重脊椎退化或同一椎節facet joint病變。

D112-11 F-B- 脊椎延長式連結器 111/03/01 999/12/31

脊椎延長式連結器(自111.03.01生效):
限骨齡尚未成熟(Risser sign \leq 3)兒童,並須符合下列情況之一:
一、不明原因(特發性)脊椎側彎變形須達四十度以上。
二、神經肌肉脊椎側彎或先天性脊椎側彎(半椎體或椎體連合),變形須達三十度以上。

D113-1 F-U- 人工泌尿道括約肌SPHINCTER URINARY PROSTHESIS 084/03/01 110/10/31

一、適應症如下:均符合下列十項,始可給付。1、外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。2、保守性治療無效者。3、無尿路阻塞之問題。4、無尿道感染。5、膀胱功能正常。6、無膀胱過度反射症HYPER REFLEX或藥物治療可控制者。7、無膀胱輸尿管逆流症者U-V REFLEX。8、無膀胱餘尿者。9、病患有足夠的意願。10、善於自能正常操作者。
二、應事前報備,經同意後使用。

D113-1 F-U- 人工泌尿道括約肌SPHINCTER URINARY PROSTHESIS 110/11/01 999/12/31

(自110.11.1生效)
一、適應症如下:均符合下列十項,始可給付。
(一)外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。
(二)保守性治療無效者。
(三)無尿路阻塞之問題。
(四)無尿道感染。
(五)膀胱功能正常。
(六)無膀胱過度反射症HYPER REFLEX或藥物治療可控制者。
(七)無膀胱輸尿管逆流症者U-V REFLEX。
(八)無膀胱餘尿者。
(九)病患有足夠的意願。
(十)善於自能正常操作者。
二、應事前報備,經同意後使用。

D113-2 F-U- 膀胱灌注液 097/03/01 108/04/30

膀胱灌注液之適應症及使用規範(97.03.01生效):
一、適應症如下:1、間質性膀胱炎,以病理報告,或明確的膀胱鏡及尿動力學檢查確定後,事前審查核准後使用。2、出血性膀胱炎,在傳統清血塊、電燒無效後,檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。
二、原則上每一療程以六個月為限,療程結束前應評估其療效,如症狀未完全改善且無不良反應出現者,可再繼續另一療程。

D113-2 F-U- 膀胱灌注液 108/05/01 111/12/31

膀胱灌注液之適應症及使用規範:(108/05/01起修訂)
一、適應症如下:
1、間質性膀胱炎:以病理報告,或明確的膀胱鏡確定後,事前審查核准後使用。
2、出血性膀胱炎:在傳統清血塊、電燒無效後,檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。
二、原則上每一療程以六個月為限,療程結束前應評估其療效,如症狀未完全改善且無不良反應出現者,可再繼續另一療程。

D113-2 F-U- 膀胱灌注液 112/01/01 999/12/31

膀胱灌注液之適應症及使用規範:(自112.1.1起生效)
一、適應症如下:
(一)間質性膀胱炎:以病理報告,或明確的膀胱鏡確定後,事前審查核准後使用。
(二)出血性膀胱炎:在傳統清血塊、電燒無效後,檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。
二、原則上每一療程以六個月為限,療程結束前應以排尿紀錄本及Global Response Assessment scale(整體治療反應評估分級)評估其療效分數達4分以上,如症狀未完全改善且無不良反應出現者,可再繼續申請另一療程。

D113-3 F-U- 男性尿道懸吊帶系統 101/10/01 999/12/31

男性尿道懸吊帶系統給付規定(1011001生效):用於治療男性攝護腺癌手術後發生之應力性尿失禁,排除T3或有遠端轉移之個案且符合以下條件及規範者:
一、手術前病人如有泌尿道感染應先治療。
二、病人應有良好的膀胱功能(膀胱容量>250mL,尿後殘餘量<50mL)。
三、病人無膀胱頸或尿道狹窄(最大尿流速 \geq 15mL)。
四、病人無膀胱炎、尿道炎或攝護腺炎。
五、病人無神經性逼尿肌不穩定[病歷應附逼尿肌動力圖(CMG)]。
六、先接受6個月期的非復人性壓力性尿失禁治療且有病歷紀錄(如:行為治療、膀胱訓練、生理回饋、骨盆電磁波刺激或藥物治療等)。
七、病人沒有血液凝固疾病(病歷應附流血時間、凝固時間)。

D113-4 C-G- 輸尿管結石移除器 106/11/01 999/12/31

(106.11.01)輸尿管結石移除器之給付規定如下:
限用於輸尿管結石碎石術或取石術(診療項目代碼:77027B或77028B),移除大於1公分(最大直徑)的輸尿管結石,需檢附影像或照片(有量度紀錄)。

D113-5 F-U- 男性尿道懸吊帶系統(可調整型) 107/06/01 999/12/31

男性尿道懸吊帶系統(可調整型)之給付規定如下(自1070601起生效):
限用於男性攝護腺癌接受根治性攝護腺切除手術後尿失禁,且符合下列各項條件之病患:
1.手術後尿失禁持續9至12個月。
2.保守性治療無效。
3.無尿路阻塞。
4.無尿道感染。
5.膀胱功能正常。
6.無膀胱過度反射症(Hyper Reflex)或藥物治療可控制。
7.無膀胱輸尿管逆流(U-V Reflex)。
8.無膀胱餘尿。

D114-1 F-B- 義肢 084/03/01 111/03/31

一、給付範圍如下:
(一)診察(包括鑑定、檢測及會診)。
(二)義肢之給與及訓練。
(三)處置手術或治療。
前項給付範圍不包括義肢之維修費用。
二、給付次數:同一部位之義肢裝配,以給付一次為限,但十八歲以下保險對象同一部位之義肢裝配,得依醫師之處方,每二年給付一次。

D114-1 F-B- 義肢 111/04/01 999/12/31

(自111.4.1生效)
一、給付範圍如下:
(一)診察(包括鑑定、檢測及會診)。
(二)義肢之給與及訓練。
(三)處置手術或治療。
前項給付範圍不包括義肢之維修費用。
二、給付次數:同一部位之義肢裝配,以給付一次為限,但未滿十九歲保險對象同一部位之義肢裝配,得依醫師之處方,每二年給付一次。

D116-1 F-B- 抗生素骨水泥 112/08/01 999/12/31

自112年8月1日生效:
一、用於因人工關節感染或人工關節感染而需施行兩階段關節重建手術的第二階段人工關節再置換手術時,需同時符合下列條件:
(一)診療項目64201B「人工全髖關節再置換,或診療項目64202B「人工全膝關節再置換」申報使用。
(二)「右側/左側人工髖(膝)關節所致之感染症及發炎性反應」(首次診斷碼為T84.51、T84.52、T84.53、T84.54)。
二、用於膝關節及髖關節以外其他部位關節感染而需施行兩階段關節重建手術的第二階段人工關節再置換手術時,需併同申報首次診斷碼T84.5(內人工關節所致之感染症及發炎性反應)、T84.6(內固定裝置所致之感染症及發炎性反應)、T84.7(其他骨內人工置換裝置、植入物及移植物所致之感染症及發炎性反應)。
三、每次手術給付以80gm為原則。
四、需檢附病患手術前及手術後X光照片之影像備查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	087/11/01	100/04/30	重建型、迷你型、微小型顏面骨板適應症：(87/11/1起修正) (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	100/05/01	106/08/31	(100.05.01修正版) 重建型、迷你型、微小型顏面骨板、BURR HOLE PLATE、頭骨固定夾使用規範(100.05.01修改): (一)限使用在髮際線以外,且符合以下條件之一: 1.限使用於顏面骨折患者。 2.顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 (二)BURR HOLE PLATE、頭骨固定夾每次手術使用總數以3個為限。
D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	106/09/01	110/05/31	(106.09.01修正生效) 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板:限使用在髮際線以外,且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、頭骨固定夾:用於顱骨手術患者,每次手術使用總數以3個為限。
D201-1	F-P-	顱顏面骨板 BONE PLATE	110/06/01	999/12/31	顱顏面骨板 BONE PLATE (自110.6.1起生效): 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板:限使用在髮際線以外,且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、顱骨固定夾:用於顱顏手術患者,每次手術使用總數以3個為限。
D201-2	F-P-	骨板 ANATOMIC BONE PLATE	086/04/07	999/12/31	(86/04/07) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、METAPHYSIS 骨折使用。
D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System	087/05/01	087/08/31	DALL-MILES CABLE SYSTEM 纜線固定系統適應症限: 關節再置換合併股骨 粉碎性骨折或轉子骨折病例使用(87/05/01)。
D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System	087/09/01	106/07/31	DALL-MILES CABLE SYSTEM 纜線固定系統適應症限: 1. 關節再置換合併股骨 粉碎性骨折或轉子骨折病例使用(87/05/01)。 2. 施行全人工關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者(87/09/01)。 3. 人工關節再置換術,於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者(87/09/01)。
D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System (纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)	106/08/01	110/09/30	纜線固定系統 Cable System (纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)(106/08/01 修訂): 1. 關節再置換合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 2. 施行全人工關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 3. 人工關節再置換術,於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。
D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System (纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線骨板)	110/10/01	999/12/31	纜線固定系統 Cable System (自110.10.01起生效): 一、關節再置換合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 二、施行全人工關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 三、人工關節再置換術,於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。 四、全人工關節 (包含反置式) 腕骨側、全人工肘關節腕骨側或尺骨側的 periprosthes fracture。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘 BIOFIXATION SYSTEM	097/10/01	108/11/30	可吸收性顏面骨板及骨釘適應症:(97/10/1起) (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	108/12/01	109/10/31	可吸收性顏面骨板及骨釘(自108.12.01生效): 限18歲以下(<=18歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一: 1. 顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 2. 顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	109/11/01	111/03/31	可吸收性顏面骨板及骨釘(自109.11.01生效): 限18歲以下(<=18歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一: (一)顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 (二)顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。 (三)因腦瘤、顱內出血、顱內血管病灶等施行開顱手術。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	111/04/01	999/12/31	可吸收性顏面骨板及骨釘(自111.4.1生效): 限未滿十九歲兒童病患使用且符合下列適應症之一: 一、顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 二、顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。 三、因腦瘤、顱內出血、顱內血管病灶等施行開顱手術。
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 迷固便式固定系統	101/10/01	999/12/31	101.10.01起 限使用於頭部顱骨、顎骨固定,但不與Miniplate併用,每次限用1片。
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱骨固定系統組	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效) 客製化電腦輔助型顱骨固定系統組: 1. 限使用於頭部顱骨、顎骨固定,但不與Miniplate併用,每次限用1片。 2. 限自體頭骨不堪使用,如頭骨碎裂、有感染疑慮者,自體頭骨植入後吸收者等。 3. 需事前審查,檢附頭顱X光、3D CT影像、敘明使用理由及使用特材規格。
D201-7	F-P	客製化3D列印顱骨固定系統組 (PEEK)	111/04/01	999/12/31	一、限自體頭骨不堪使用之病患且符合下列條件之一: (一)表達腫瘤需要做MRI 追蹤病患。 (二)腦瘤病患:術後需再放射治療的病人。 (三)曾安裝過TI MESH或鈦金屬植入物產生過敏反應者。 (四)缺血或出血性中風患者,需要追蹤MRI。 (五)需進行以MRI導航定位手術者。 (六)顱骨缺損合併眼眶骨或顎骨缺損。 二、每次手術限用1片。 三、需事前審查,檢附頭顱X光、3D CT或MRI影像、敘明使用理由及使用特材規格。
D203-1	F-B-	骨板外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	084/03/01	999/12/31	ILIZARAVE EXTERNAL FIXATOR 限: (一)兩腳不一樣長(限定長度相差在五公分以上且變形) (二)感染造成不癒合情形之患者使用。
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	107/04/01	111/03/31	自1070401起生效 1. 限18歲(含)以下。 2. 嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3. 須事前審查:附X光片、照片及3D電腦斷層影像。
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1起生效) 一、限未滿十九歲。 二、嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 三、須事前審查:附X光片、照片及3D電腦斷層影像。
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板組	107/12/01	109/11/30	107/12/1 二、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準:「納氏胸廓異常矯正術(代碼:67055B)」規定。 三、每次限使用1組為原則,如當次須使用大於1組者,須事前審查。
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板及固定器	109/12/01	999/12/31	漏斗胸矯正骨板及固定器(自109.12.01生效): 二、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準:「納氏胸廓異常矯正術(代碼:67055B)」規定。 三、每次限使用一支矯正骨板及一個固定器為原則,如超過者,須事前審查。
D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	108/03/01	999/12/31	自108/3/1起生效 一、適應症: 1. 膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 2. 膝屈曲彎曲10度~20度且生長板尚未關閉。 3. 踝關節胫骨平台或距骨平頂外翻超過10度且生長板尚未關閉。 4. 長短腿2-5公分(從地面算到關節)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症下,生長板之任一側以使用1組為限。
D203-5	F-B	肋骨固定系統	111/05/01	112/12/31	肋骨固定系統(自111.05.01生效): 一、需同時符合下列兩項條件: (一)相鄰3個以上肋骨節斷性骨折(segmental rib fracture) (連枷胸)。 (二)ISS score ≥16。 二、限具台灣胸腔及心臟血管外科專科醫師、台灣胸腔外科專科醫師、骨科專科醫師或外傷科專科醫師執行。 三、每病人以給付3個骨板及18支骨釘為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D203-5	F-B	肋骨固定系統	113/01/01	999/12/31	肋骨固定系統(自113.01.01生效)： 一、需同時符合下列兩項條件： (一)相鄰3個以上肋骨斷性骨折(segmental rib fracture) (連胸胸/ICD-10:S22.5XXA~S22.5XXS)。 (二)ISS score≥16。 二、限具台灣胸腔及心臟血管外科專科醫師、台灣胸腔外科專科醫師、骨科專科醫師或外傷科專科醫師執行。 三、每病人以給付3個骨板及18支骨釘為限。 四、事後逐條審查者，需檢附T07【重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者 (INJURY SEVERITY SCORE 16)】重大傷病證明及可以證明為連胸胸之電腦斷層影像。
D203-6	F-B-	胸骨固定系統	112/02/01	999/12/31	胸骨固定系統(自1120201生效) 一、限使用於Grade III以上且位移0.5公分以上外傷性胸骨骨折。 二、每位病人以給付1個骨板及8支骨釘為限。 三、檢具術前影像備查。
D203-7	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(4孔)	112/02/01	999/12/31	兒童長骨畸形矯正骨板系統(4孔)自112.02.01生效 一、限青春前期生長突增期間(女孩10歲以上、男孩12歲以上、生長板尚未關閉)或體重40公斤以上、身高140公分以上的兒童使用；符合下列條件之一： (一)膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 (二)膝屈曲彎曲10度~20度且生長板尚未關閉。 (三)踝關節經骨平台或距骨平頂外翻超過10度且生長板尚未關閉。 (四)長短腿2-5公分(從地面算到腸骨頂)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症，生長板之一側以使用1組為限。
D203-8	F-B-	小兒髌骨鎖定骨板組	112/02/01	999/12/31	小兒髌骨鎖定骨板組(1120201生效) 限於未滿18歲兒童及身材矮小之成人(身高140公分以下)因股骨近端/髌關節疾病或創傷使用於： 一、轉子間和轉子下內彎或外彎切骨術。 二、轉子間和轉子下反旋轉切骨術。 三、近端股骨骨折。
D203-9	F-B-	兒童8型(2孔)/H型(4孔)鎖定骨板組	112/02/01	999/12/31	兒童8型(2孔)/H型(4孔)鎖定骨板組(自1120201生效) 限於未滿18歲兒童及身材矮小之成人(身高140公分以下)用於診療項目64006B(矯正切骨術、肋骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。
D301-1	F-P-	顏面骨螺絲 BONE SCREW	087/11/01	110/05/31	重建型、迷你型、微小型顏面骨螺絲適應症限：(87/11/1修正) (一)使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
D301-1	F-P-	顱顏面骨螺絲 BONE SCREW	110/06/01	999/12/31	顱顏面骨螺絲 BONE SCREW(自110.6.1起生效)：符合D201-1使用規範者。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	089/03/01	089/05/28	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/03/01) 限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	089/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1.加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2.使用免疫系統抑制劑之患者(immunosuppressed patient)3.使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	089/03/01	089/05/28	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/03/01) 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	089/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1.加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2.使用免疫系統抑制劑之患者(immunosuppressed patient) 3.使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。 4.禁止使用於體重不到20公斤的小兒病患。
E201-3	C-P-	多功能靜脈輸液套	094/04/01	999/12/31	多功能靜脈輸液套使用規範： (一)已曾經使用「3 LUMEN CVP CATHETER SET」的病患，預期仍需要靜脈導管注射。 (二)使用全身靜脈營養者。 (三)嚴重敗血症病患。
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	094/05/01	087/09/30	適應症部分(940501)：需同時符合下列兩項條件： 1、發生全身性發炎反應症候群 (Systemic Inflammatory Response Syndrome、SIRS) 兩個或兩個以上之診斷條件 (1)體溫Temp<36°C或>=38°C (2)心跳速率HR>90下/分鐘 (3)呼吸速率RR>20次/分鐘或動脈血二氧化碳分壓PaCO2 <32 mmHg (4)白血球計數WBC>12、000/mm3或<4、000/mm3或>10% immature bands 2、全身組織低氧(Global Tissue Hypoxia)血壓收縮壓Systolic BP<=90 mmHg或乳酸值Lactate=>4 mmol/L
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	097/10/01	999/12/31	適應症擴增(971001)：(壹+貳) 壹、 1、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。2、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。3、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。4、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。 貳、需同時符合下列兩項條件 1、發生全身性發炎反應症候群 (Systemic Inflammatory Response Syndrome、SIRS) 兩個或兩個以上之診斷條件 (1)體溫Temp<36°C或>=38°C (2)心跳速率HR>90下/分鐘 (3)呼吸速率RR>20次/分鐘或動脈血二氧化碳分壓PaCO2 <32 mmHg (4)白血球計數WBC>12、000/mm3或<4、000/mm3或>10% immature bands 2、全身組織低氧(Global Tissue Hypoxia)血壓收縮壓Systolic BP<=90 mmHg或乳酸值Lactate=>4 mmol/L
E201-5	C-P	動脈壓力監測組	100/05/01	111/03/31	(100.05.01)適應症：限2歲以下或15KG以下之兒童使用
E201-5	C-P-	動脈壓力監測組	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1起生效)適應症：限未滿三歲或15KG以下之兒童使用
E201-6	CP	腹內壓力監測組INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	102/10/01	999/12/31	自102.10.01起給付規定為 (1)重大外傷合併休克需積極復甦治療者； (2)外傷病患接受腹部損傷控制手術者； (3)腹部外傷實施非手術治療需積極監控腹內傷害變化者； (4)大面積燒灼傷需積極復甦治療者； (5)腹部重症。
E201-7	C-P-	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	104/04/01	111/03/31	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組給付規定(自104.04.01起生效)： 限12歲以下或體重40公斤以下之兒童，並符合下列情形之一者： 1.心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2.心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3.各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。 4.患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。
E201-7	C-P-	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	111/04/01	999/12/31	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組給付規定(自111.4.1起生效)： 限未滿十三歲或體重40公斤以下之兒童，並符合下列情形之一者： 一、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 二、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 三、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。 四、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。
E201-8	C-P-	具抗感染處理之中央靜脈導管-四腔 (ANTISEPTIC CVP)	112/09/01	113/02/29	(112/09/01生效) 成年或體重大於40公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需靜脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血，或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者) 並符合下列情況之一： (一)嚴重燒燙傷病患(TBSA>40%)。 (二)多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。 (三)身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。
E201-8	C-P-	中央靜脈導管組-四腔以上(一般型及抗感染型)	113/03/01	999/12/31	(113/03/01生效) 成年或體重大於40公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需靜脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血，或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者) 並符合下列情況之一： 一、嚴重燒燙傷病患(TBSA>40%)。 二、多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。 三、身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。
E204-1	C-F-	特殊腸道治療管SPECIAL ENTERAL FEEDING TUBE	084/03/01	999/12/31	INTEST-SOND胃腸導管； G+手術後併G-TRACT溢漏或吻合須NPO者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

E204-2 B-B- 灌食袋FEEDING、PUMP SET

給付規定起日

給付規定迄日

給付規定

灌食袋(含動力方式及PUMP SET);
限長期無法進食,恢復進食之最初階段使用(87/11/01起修正如后)。
一、適應症:1.CRITICALLY ILL PATIENT 長期臥床無法行動,並長期消化不良、腹脹,無法以藥物改善者。2.加護病房使用呼吸器治療中長期瓶氣無法以藥物治療改善者。3.以其他方式灌食發生以下情形,需藉灌食袋之使用,以降低灌食速率及容量,減輕不適。A.胃排空不全。B.頑固性腹瀉。C.噁心、嘔吐。4.其他經營養師會診確認需使用的情形。
二、使用數量:1.一般住院病患(使用天數),以兩週給付兩付為原則,不足兩週者,給付數量如下:A.<=3天,給付1付,B.4-14天,給付2付。(以一般醫療常規,使用三天後送消毒,再使用另一付,輪替使用兩週)2.加護病房病患(使用天數),以一週給付兩付為原則,不足一週者,給付數量如下:A.<=3天,給付1付,B.4-7天,給付2付。(使用三天後再使用另一付)

E204-2 B-B- 灌食袋FEEDING、PUMP SET

109/09/01

999/12/31

E204-2灌食袋(含動力方式及PUMP SET);

限長期無法進食,恢復進食之最初階段使用。
一、適應症:
(一)CRITICALLY ILL PATIENT 長期臥床無法行動,並長期消化不良、腹脹,無法以藥物改善者。
(二)加護病房使用呼吸器治療中長期瓶氣無法以藥物治療改善者。
(三)以其他方式灌食發生以下情形,需藉灌食袋之使用,以降低灌食速率及容量,減輕不適。1.胃排空不全。2.頑固性腹瀉。3.噁心、嘔吐。
(四)其他經營養師會診確認需使用的情形。
二、使用數量:
住院病人以一週給付兩副為原則,不足一週者,給付數量如下:
1.小於等於三天,給付一副。
2.四至七天,給付二副。(使用三天後再使用另一副)

E204-3 C-F- 矽質胃管SILICONE N-G TUBE 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)

093/04/01

096/03/31

(93/04/01)起矽質胃管之使用規範訂如下:

(一)手術(如腸胃道部分切除)後,須較長期置放鼻胃管者。
(二)慢性病須置鼻胃管灌食,且在鼻胃管置放一個月後,短期內不可能取消者。
(三)其他特殊須長期置放鼻胃管者。

E204-3 C-F- 矽質胃管SILICONE N-G TUBE 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)

096/04/01

999/12/31

(960401)起聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下:

(一)手術(如腸胃道部分切除)後,須較長期置放鼻胃管者。
(二)慢性病須置鼻胃管灌食,且在鼻胃管置放一個月後,短期內不可能取消者。
(三)其他特殊須長期置放鼻胃管者。

E204-4 C-F- 胃造瘻管GASTROSTOMY FEEDING TUBE

098/11/01

105/12/31

98.11.1替換管(FEEDING TUBE)

1、限每6個月更換一次。
2、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。

E204-4 C-F- 胃造瘻管GASTROSTOMY FEEDING TUBE

106/01/01

111/03/31

胃造瘻管(GASTROSTOMY FEEDING TUBE)(106/1/1修訂)

1、成人限每6個月更換一次,18歲以下兒童每3-6個月得更換一次。
2、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。

E204-4 C-F- 胃造瘻管GASTROSTOMY FEEDING TUBE

111/04/01

999/12/31

胃造瘻管(GASTROSTOMY FEEDING TUBE)(自111.4.1起生效)

一、成人限每6個月更換一次,未滿19歲兒童每3-6個月得更換一次。
二、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。

E204-5 C-F 內視鏡經鼻腔空腸管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE

100/05/01

999/12/31

「內視鏡經鼻腔空腸管」適應症(100.05.01):

1、嚴重急性胰臟炎。
2、空腸前阻塞或上腸系膜動脈候群。
3、手術、創傷或敗血症等疾病,導致胃排空異常,無法以鼻胃管餵食者。

E204-6 C-F 經鼻腔空腸管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE(具片狀凸出TIGER)

101/10/01

999/12/31

「經鼻腔空腸管」給付規定(101.10.01):

1、嚴重急性胰臟炎。
2、空腸前阻塞或上腸系膜動脈候群。
3、手術、創傷或敗血症等疾病,導致胃排空異常,無法以鼻胃管餵食者。

E204-7 C-F 多功能經鼻腔空腸管

106/12/01

999/12/31

「多功能經鼻腔空腸管」給付規定(自106.12.01起生效):

1、需要同時進行胃引流及腸灌食。
2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。
3、幽門狹窄。

E205-1 C-F 膠囊內視鏡

107/03/01

999/12/31

1070301生效

1.依本保險醫療服務給付項目:「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。
2.採事後逐案審查。

E206-1 C-F 消化道氣球擴張導管

109/12/01

999/12/31

消化道氣球擴張導管(自109.12.01生效):

一、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「經內視鏡施行食道擴張術」(編號:47057B)所訂之支付規範。
二、本保險醫療服務給付項目及支付標準「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」(編號:56032B)不得申報。
三、氣球擴張導管直徑三分公(含)以上,術後審查需附「上消化道攝影檢查」或「食道鏡檢查」。

E207-1 C-F 大腸金屬支架

110/12/01

999/12/31

大腸金屬支架(自110.12.1起生效)

符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目49029B「大腸金屬支架置放術」所訂之支付規範,須同時符合以下三項條件:

E208-1 C-F 內視鏡記號液

112/08/01

999/12/31

限用於直疝或大腸直腸內視鏡手術前定位,或超過兩公分之大腸急肉內視鏡手術前定位。

一、限用於直疝或大腸直腸內視鏡手術前定位,或超過兩公分之大腸急肉內視鏡手術前定位。
二、每次限申報一支。
三、須於定位後三十天內執行手術診療項目72048B、72054B、72059B、73045B、73046B、73048B、73054B、73055B、73056B、73057B、74221B、72058B、74224B及74225B。

E208-2 C-F 內視鏡注射器

113/03/01

999/12/31

一、限併同申報「內視鏡記號液」(E208-1)使用。

二、每次限申報一組。
限用於以下適應症:
一、ICD-10-CM:C16.1胃底部惡性腫瘤、C16.2胃體部惡性腫瘤、C16.5胃小彎惡性腫瘤、C16.6胃大彎惡性腫瘤、C16.8胃重疊部位之惡性腫瘤、C16.9胃惡性腫瘤、C17.0十二指腸惡性腫瘤、C23膽囊惡性腫瘤、C24.0肝外膽管惡性腫瘤、C24.1十二指腸空腸惡性腫瘤、C24.8膽道重疊部位之惡性腫瘤、C24.9膽道惡性腫瘤、C25.0胰臟頭部惡性腫瘤、C25.1胰臟體部惡性腫瘤、C25.2胰臟尾部惡性腫瘤、C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C25.7胰其他部位之惡性腫瘤、C25.8胰臟重疊部位之惡性腫瘤、C25.9胰臟惡性腫瘤。
二、Stage III或IV惡性腫瘤造成之胃出口狹窄,且一般胃鏡無法通過者。
三、若後續治療計畫有放射治療者不適用。

E210-1 T-K 體外電震波腎臟碎石機電擊棒(百次)ESWL ELECTRODE

085/03/25

093/06/30

85/03/25

自93年7月1日起業已含括於相關支付標準內,不另給付。

E210-2 T-K 無線電頻率燒灼系統:勒勒針狀電極、水冷式直針燒灼

093/10/01

101/07/31

適應症限:(931001)

1、五公分(含)下的肝腫瘤。
2、腫瘤數目三(含)個以內,至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項,由專科醫師依各個病例認定之。
3、應事前審查,申報時應檢附病人之相關資料。

E210-2 T-K 無線電頻率燒灼系統:勒勒針狀電極、水冷式直針燒灼

101/08/01

105/01/31

適應症限:(1010801)

1、五公分(含)下的肝腫瘤。
2、腫瘤數目三(含)個以內,至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項,由專科醫師依各個病例認定之。
3、應事前審查,申報時應檢附病人之相關資料。
4、「水冷式直針燒灼」與「勒勒針狀電極」,同次治療以使用一種為限。

E210-2 T-K 無線電頻率燒灼系統:勒勒針狀電極、水冷式直針燒灼

105/02/01

999/12/31

適應症限:(1050201)

1、小於三分公的肝腫瘤。
2、腫瘤數目三(含)個以內,至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項,由專科醫師依各個病例認定之。
3、應事前審查,申報時應檢附病人之相關資料。
4、「水冷式直針燒灼」與「勒勒針狀電極」,同次治療以使用一種為限。

E210-3 T-K 無線電頻率燒灼系統:水冷式凝血電極二針組、集束針組RF 2 ELECTRODE、RF CLUSTER ELECTRODE

105/02/01

109/11/30

適應症限:(1050201)

1.大於3公分(含)小於5公分的肝腫瘤。
2.腫瘤數目三(含)個以內,至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項,由專科醫師依各個病例認定之。
3.應事前審查,申報時應檢附病人之相關資料。
4.「水冷式直針燒灼(二針組)」與「水冷式直針燒灼(集束針組)」,同次治療以使用一種為限。

E210-3 T-K 肝腫瘤局部治療(大於三分公(含)小於五公分的肝腫瘤)

109/12/01

999/12/31

適應症限:(自109.12.01生效)

一、大於三分公(含)小於五公分的肝腫瘤。
二、腫瘤數目三(含)個以內,至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項,由專科醫師依各個病例認定之。
三、應事前審查,申報時應檢附病人之相關資料。
四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針,同次治療以使用一種為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
E210-4	T-K	無線電頻率燒灼系統：水冷式凝血電極三針組RF 3 ELECTRODE	105/02/01	109/11/30	適應症限：(1050201) 1.大於5公分(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 2.應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 3.同次治療限申報一組。
E210-4	T-K	肝腫瘤局部治療(大於五公分(含)的單一肝腫瘤)	109/12/01	999/12/31	適應症限：(自109.12.01生效) 一、大於五公分(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 二、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(二針組)與微波消融探針，同次治療限申報一組。
E210-5	T-K	內視鏡射頻消融導管(RFA)	109/06/01	999/12/31	一、需事前審查。 二、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融導管(RFA)(編號：37048B)所訂之適應症。 三、每次治療限使用一項特材品項。
E230-1	T-K	乳房組織標記夾 BREAST TISSUE MARKER	105/04/01	999/12/31	適應症限：(1050401) 限用於證實為乳房惡性腫瘤且接受手術前化療之病患。
E240-1	T-K	玻璃體切除器及LIGHT GUIDE	109/05/01	999/12/31	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B及86415B)同時申報。
E301-1	C-L	精密輸液套(卡推式)PRECISION ADMINISTRATION SET	084/03/01	999/12/31	卡推式PUMP SET 一、使用規範：限於(一)ICU(含加護病房)之前置單位，如急診留置床、開刀房等)與由ICU置放或經緊急置放後當日轉入ICU或死亡者。(二)體重十公斤以下兒童。(三)需精確計算劑量，並經主治醫師視病情需要處方使用或精確注射劑量，以每小時滿30cc以下者如：化學治療藥物、心臟血管治療藥物、抗排斥藥物、抗腫瘤藥物、血清球蛋白製劑、維生素(PITON-S)、安胎藥(YUTOPIA)、抗凝劑。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。
E301-2	C-L	精密輸液套(線性式)PRECISION ADMINISTRATION SET	084/03/01	999/12/31	線性式PUMP SET 一、適用範圍：(一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如Heparin、Dopamin、Levophed等均得使用IV Pump Set。(二)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控Intake與Output，例如TPN等輸液，可使用IV Pump Set。(三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以上者則視病情需要而定。申報費用時應檢附詳細病歷摘要及使用情況紀錄。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。
E301-3	C-L	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRATION SET	092/01/01	999/12/31	具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」，適用範圍如下：(92/1/1生效) 1.需由靜脈點滴給藥，正確控制靜脈點滴速度，以免輸液過速者，如抗生素治療(如Fungizone、Vancomycin)一般化學治療、生物製劑治療(Herceptin、Rituximab)及其他特殊藥物等。 2.嬰幼兒精準控制靜脈給藥者。 3.心衰竭、腎衰竭、肺積水、燒燙傷等，水份需正確控制輸液量及流速者。
E301-4	C-L	精密輸液套(免針頭加蓋)PRECISION ADMINISTRATION SET	088/01/14	999/12/31	免針頭加蓋精密輸液套(Needle free IV BAG)適用範圍如下： 一、具感染高危險性病人：(一)經診斷為血清(液)傳染性疾患者，如肝炎病人、梅毒、愛滋病人等。(二)血清(液)有傳染性病原者，如肝炎病毒病原者、VDRL(+)、HIV(+)等。(三)潛在性易感血清(液)傳染性疾患者，如藥物毒癮者、曾大量輸血者等。 二、以單位考量：(一)急診。(二)加護單位。(三)腫瘤單位。(四)感染科病房。(五)手術房。
E302-1	C-L	加溫輸血輸液套	108/12/01	109/04/30	一、病患因預期接受可能大量出血之下列外科手術，且於手術中1小時內急需輸血8單位以上者： (一)主動脈剝離或主動脈瘤需行主動脈置換手術(診療項目編號：69024B、69035B-69037B)。 (二)心室瘤或破裂須修補(編號：68005B及68043B)、再次進行心臟手術(編號：68006B)、心室輔助器置放(編號：68051B)。 (三)骨盆半切斷術(編號：64148B)、肩關節截斷手術(編號：64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(編號：64209B)。 (四)腎臟腫瘤切除(編號：64204B、64205B、64207B)。 (五)腎臟腫瘤伴隨主要血管入侵，執行「侵根治性腎切除併行淋巴清除術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「血管吻合術(編號：69008B)」或「侵根治性腎切除併行淋巴清除術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「動脈縫合(編號：69009B)」。 (六)心臟移植(編號：68035B)。 (七)肺臟移植：單側或雙側(編號：68037B、68047B)。 (八)肝臟移植(編號：75020B)。 二、每次手術限使用1套。
E302-1	C-L	加溫輸血輸液套	109/05/01	999/12/31	一、病患因預期接受可能大量出血之下列外科手術，且於手術中1小時內急需輸血8單位以上者： (一)主動脈剝離或主動脈瘤需行主動脈置換手術(診療項目編號：69024B、69035B-69037B)。 (二)心室瘤或破裂須修補(編號：68005B及68043B)、再次進行心臟手術(編號：68006B)、心室輔助器置放(編號：68051B)。 (三)骨盆半切斷術(編號：64148B)、肩關節截斷手術(編號：64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(編號：64209B)。 (四)腎臟腫瘤切除(編號：64204B、64205B、64207B)。 (五)腎臟腫瘤伴隨主要血管入侵，執行「侵根治性腎切除併行淋巴清除術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「血管吻合術(編號：69008B)」或「侵根治性腎切除併行淋巴清除術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「動脈縫合(編號：69009B)」。 (六)心臟移植(編號：68035B)。 (七)肺臟移植：單側或雙側(編號：68037B、68047B)。 (八)肝臟移植(編號：75020B)。 二、因外傷引起低血容性休克：出血性低血壓(收縮壓小於90 mmHg)、心跳加速(脈搏大於等於120次/分)、酸血值(動脈氧氣分析酸鹼值小於7.3)或血紅素小於7gm/dl者。 三、每次急診急救或手術限使用1套為原則。
E304-1	H-H	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	087/01/01	999/12/31	使用血小板專用白血球過濾器之適應症： 1.骨髓功能不足而引起的缺血，如再生不能貧血、急性白血病，其他惡性血友病、骨髓因化學治療或放射治療而抑制功能者。 2.嚴重血液病而需輸血小板者。 3.大量輸血、交換輸血、及心肺體外循環而大量失血者。 4.配合HLA使用之血小板輸血者。 5.避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染，如器官移植的受血者、骨髓移植受血者、新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起)，免疫不全的受血者。 6.因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患，需再次輸血治療時。
E304-2	H-H	輸血過濾器(紅血球專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	087/01/01	999/12/31	使用紅血球專用白血球過濾器之適應症： 1.需長期輸血者，而有缺少或不良之紅血球病症：如再生不能性貧血、紅血球發育不良、惡性腫瘤或藥物抑制紅血球生成者。 2.血液病性貧血、地中海型貧血、鑷型血球貧血、嚴重的陣發性夜間血紅素尿症自體免疫血液性貧血。 3.器官移植，避免異體排斥。 4.避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染，如器官移植的受血者、骨髓移植受血者、新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起)，免疫不全的受血者。 5.因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患，需再次輸血治療時。
E305-1	B-B	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY BAG、UROSTOMY POUCH	084/03/01	999/12/31	限住院患者申報。
E305-2	B-B	造口貼環	112/04/01	999/12/31	一、限住院病人申報。 二、造口貼環使用數量：住院病人以每一週給付兩片為原則；不足一週者，給付數量如下： (一)小於等於三天，給付一片。 (二)四至七天，給付二片。(使用三天後再使用另一片)。
E305-3	B-B	大便失禁套件	112/09/01	999/12/31	(112/09/01生效) 符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「留置性導便裝置(代碼:49031B)」所訂適應症、禁忌症及執行頻率等支付規範。
E306-1	R-R	呼吸訓練器TRI-FLO	084/03/01	999/12/31	限胸腔大手術後患者申報。
E309-1	W-B	彈性繃帶ELASTIC BANDAGE	084/03/01	999/12/31	同一次門診或住院，同一部位以一次用量之兩倍為上限。
E310-1	W-B	樹脂石膏繃帶	098/11/01	999/12/31	樹脂石膏繃帶使用規範(981101生效)：同一部位、同一療程以給付一次為限。
F201-1	F-U	輸尿管黏膜下植體置注射針	105/08/01	999/12/31	自105.08.01生效 (一)需事前審查，在排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實有第三級(含)以上膀胱輸尿管逆流，並有相關之泌尿道感染或腎臟結核(renal scarring)病史，方可使用。 (二)使用需在用後3-6個月的排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實膀胱輸尿管逆流有改善，經事前審查後方可再次使用。
F205-1	F-U	連續性靜脈血液濾過組	094/01/01	999/12/31	限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	107/04/01	999/12/31	(自107.4.1生效)用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。
F206-1	H-E- F-U-	連續性靜脈血液濾過組併血液濃縮器	112/06/01	999/12/31	限用於以下適應症之一： 一、生命徵象不穩定之腎衰竭病人。 二、施行開心手術患者。
G301-1	N-A N-B- N-C-N-D-	塑膠針頭及空針、頭皮針、靜脈留置針	084/03/01	104/08/31	自104.09.01刪除給付規定 84/03/01 各類塑膠針頭及空針、頭皮針、靜脈留置針等，手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-2	N-B-N-C- N-D-	安全護套空針DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	090/04/01	101/12/31	安全護套空針(自102.01.01起刪除:急救室、急診、愛滋病、肝炎或其他血液傳染性疾病患者使用之給付規定);手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-2	N-B-N-C- N-D-	安全護套空針DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	102/01/01	104/08/31	自104.09.01刪除手術及檢查過程使用者，請勿列報之給付規定 安全護套空針(自102.01.01起刪除:急救室、急診、愛滋病、肝炎或其他血液傳染性疾病患者使用之給付規定);手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-3	N-C-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	092/11/01	999/12/31	筆型胰島素注射筒(92/11/01)限： 每支以使用三年以上為原則，於三年內重複領用者，需於病歷加註領用原因，供本局備查。
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	093/10/01	101/12/31	安全性靜脈導管(自102.01.01起刪除： 1.具感染高危險性病人:愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾及藥物濫用之病患。 2.以單位考量:急診);手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	102/01/01	104/08/31	自104.09.01刪除手術及檢查過程使用者，請勿列報之給付規定 安全性靜脈導管(自102.01.01起刪除:1.具感染高危險性病人:愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾及藥物濫用之病患。2.以單位考量:急診);手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	099/01/01	999/12/31	適應症(990101)具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾及藥物濫用之病患。
G301-6	N-A-	安全型胰島素筆型注射針頭	106/12/01	999/12/31	安全型胰島素筆型注射針頭(自106.12.1生效)： 限住院使用。
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)拋棄式骨內注射針 於心跳停止、呼吸停止、休克或癱瘓重積狀態等緊急狀況下，無法立即建立靜脈輸液管道時使用。
H204-1	F-A-	青光眼引流瓣膜GLAUCOMA VALVE IMPLANT	086/09/22	093/09/30	適應症限： 一、新生血管性青光眼、無晶體性青光眼、葡萄膜炎性之青光眼經二次以上傳統手術，甚至加抗癱藥物仍無法控制者。 二、需事前專案申請，經同意後使用。
H204-1	F-A-	青光眼引流瓣膜GLAUCOMA VALVE IMPLANT	093/10/01	101/06/30	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之適應症修訂為(931001)： 一、「頑強性青光眼」，如新生血管性青光眼、無晶體性青光眼、葡萄膜炎性之青光眼，經青光眼濾孔手術仍無法控制者。 二、需事前專案申請，經同意後使用。
H204-1	F-A-	青光眼引流瓣膜GLAUCOMA VALVE IMPLANT	101/07/01	110/10/31	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂(1010701)為： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前專案申請，經同意後使用。
H204-1	F-A-	青光眼引流瓣膜GLAUCOMA VALVE IMPLANT	110/11/01	111/03/31	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂為(自110.11.1生效)： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前審查，經同意後使用。
H204-1	F-A-	青光眼房水引流裝置(含引流管及水庫體)	111/04/01	999/12/31	「青光眼房水引流裝置(含引流管及水庫體)」之給付規定為(自111.4.1生效)： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用，並限用於青光眼導管置入術(診療項目代碼：85823B)。 二、需事前審查，經同意後使用。
H204-2	F-A-	異體組織片TRANZGRAFT	092/01/01	999/12/31	異體移植組織片使用規範如下：(92.01.01生效) 一、適應症比照「青光眼引流瓣膜」之規範。 二、如使用「青光眼引流瓣膜」有磨損而需修補者。 三、經使用抗生長藥物治療之青光眼手術後需修補置膜者。 四、需事前審查經同意後使用。
H204-3	F-A-	青光眼房水引流裝置(不含水庫體)	111/04/01	999/12/31	「青光眼房水引流裝置(不含水庫體)」之給付規定為(自111.4.1生效)： 一、符合下列之一，並限用於小樑切除術(診療項目代碼：85806C)： (一)治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 (二)單眼接受最大藥物治療劑量但眼壓仍超過二十一毫米汞柱，且視野有惡化佐證資料，又對側眼已無光覺之青光眼病人。 二、需事前審查，經同意後使用。
H205-1	F-A-	補服卡液/普非隆液Perfluoron	105/10/01	999/12/31	補服卡液/普非隆液(Perfluoron)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)每人每眼終身至多限申報2次。 (三)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H205-2	F-A-	矽油(silicone oil)	105/10/01	999/12/31	矽油(silicone oil)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)兒童或術後無法配合臥臥之視網膜剝離手術病患。 (三)每人每眼終身至多限申報2次。 (四)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H206-1	F-A-	亮藍網膜眼用染劑	109/07/01	999/12/31	一、適應症應包括： (一)高度近視(800度(含)以上且眼軸長於26.5mm(含)以上)合併黃斑部病變，包括黃斑部裂孔、視網膜上膜增生、黃斑部劈裂及黃斑部剝離等；若因曾接受過白內障手術併人工水晶體植入術或其他近視矯正手術，導致近視度數未達800度，則須事前審查。 (二)視力下降至0.5以下，且視力下降非來自其他眼部疾病，例如角膜混濁、白內障、視神經病變等。 二、須檢附以下資料備查： (一)電腦驗光、眼軸測量及矯正視力記錄 (二)附水晶體外眼照片及眼底照片。 (三)附OCT檢查照片。 三、事前審查所需資料同二須檢附備查資料。
H206-2	F-A-	台酚藍囊袋眼染劑	109/07/01	109/10/31	一、適應症限過熟型白內障。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，送審以一次為限，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。 (二)散瞳眼底檢視，眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須顯示過熟白內障表徵。
H206-2	F-A-	台酚藍囊袋眼染劑	109/11/01	111/06/30	一、適應症限過熟型白內障。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。 (二)散瞳眼底檢視，眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須顯示過熟白內障表徵。
H206-2	F-A-	眼用染劑(白內障手術用)	111/07/01	999/12/31	(自111.07.01起生效) 一、適應症限過熟型白內障(白內障因為皮質層(Cortex)變性達到高滲透壓而吸水至水晶體囊袋內，導致水晶體變白)。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。 (二)散瞳眼底檢視，眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須清楚顯示過熟白內障表徵。若角膜清澈透明，要提供可清楚看到瞳孔及虹膜細節的照片，若角膜混濁以外眼照片無法清楚看到瞳孔及虹膜細節，則需檢附角膜照片。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	106/07/01	108/08/31	自1060701生效: 人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定: 1.限未滿18歲患者使用,且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 2.每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 3.應事前審查,申報時應檢附病人相關資料。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	108/09/01	111/03/31	自1080901生效: 人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定: 1.限未滿18歲患者使用,且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 2.每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 3.應事前審查,申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	111/04/01	112/06/30	人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定: 一、限未滿十八歲患者使用,且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 三、應事前審查,申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	112/07/01	112/12/31	人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定: 一、限未滿十八歲患者使用,且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、可以同時兩耳植入或依序植入,如果是採用依序植入,第二耳須持續配戴助聽器,如果第二耳因為助聽器無效中斷,中斷時間不得超過五年。 三、每人終身單側限申報植入體及聲音處理器各一組。 四、應事前審查,申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	113/01/01	999/12/31	人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定: 一、限未滿十八歲患者使用,且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、可以同時兩耳植入或依序植入,如果是採用依序植入,第二耳須持續配戴助聽器,如果第二耳因為助聽器無效中斷,中斷時間不得超過五年。 三、每人終身單側限申報植入體及聲音處理器各一組,但僅植入一組者,植入體或聲音處理器損壞,得再次植入,終身以兩組為限。 四、應事前審查,申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。
I203-1	C-M-	血管內人工栓塞治療套組 EMBOLIZATION KIT	084/03/01	109/02/29	人工栓塞治療套組適應症及使用規範: 一、限動靜脈畸形或亞難癒軟高之腫瘤栓塞術患者。 二、術前後血管攝影照片申報使用。
I203-1	C-M-	血管栓塞環	109/03/01	999/12/31	一、限動靜脈畸形、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	091/01/03	097/06/30	Coil白金纖維環適應症及使用規範:(91/01/03)本項特材須事前審查,並由神經外科及放射線(診斷)專科醫師共同核可,審查原則如下: 一、執行醫師資格:限由神經外科專科醫師轉介至放射線(診斷)專科醫師(需具有臨床訓練及旅行經驗者)執行。 二、適應症:(一)顱內基底動脈瘤(二)後腦窩、脊椎動脈瘤。(三)其他部位動脈瘤或頸動脈海綿竇瘻,經手術治療未痊癒,需再進一步治療,但無法再度施行手術治療者。(四)顱內動脈瘤,需經神經外科醫師評估為不適合手術者。 三、申請事前審查之醫院,於申請首例時應併提臨床治療路徑,嗣後若未變更得免重複提供。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	097/07/01	099/12/31	Coil白金纖維環適應症及使用規範(自97年7月1日起生效):本項特材須事前審查,並由神經外科及放射線(診斷)專科醫師共同核可,審查原則如下: 一、執行醫師資格:限由神經外科專科醫師轉介至放射線(診斷)專科醫師(需具有臨床訓練及旅行經驗者)執行。 二、適應症:(一)後循環腦血管動脈瘤(二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻,經神經外科專科醫師評估為困難手術者。(三)雙側性或多發性動脈瘤,單次栓塞術可治療者。(四)顱內動脈瘤,經治療未痊癒,需再進一步治療,但再度施行手術困難者。(五)顱內動脈瘤患者具有系統性疾病,不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院,於申請首例時應併提臨床治療路徑,嗣後若未變更得免重複提供。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	100/01/01	110/04/30	Coil白金纖維環適應症及使用規範(自100年1月1日起生效):本項特材須事前審查,審查原則如下: 一、執行醫師資格:需符合以下二項規定:(一)限放射線(診斷)專科醫師或神經外科專科醫師執行(二)需具有符合中華民國放射線醫學會或符合台灣神經外科醫學會之著作資格者。 二、適應症:(一)後循環腦血管動脈瘤(二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻,經神經外科專科醫師評估為困難手術者。(三)雙側性或多發性動脈瘤,單次栓塞術可治療者。(四)顱內動脈瘤,經治療未痊癒,需再進一步治療,但再度施行手術困難者。(五)顱內動脈瘤患者具有系統性疾病,不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院,於申請首例時應併提臨床治療路徑,嗣後若未變更得免重複提供。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	110/05/01	999/12/31	白金纖維環COIL(自110.05.01起生效):本項特材須事前審查,審查原則如下: 一、執行醫師資格:需符合以下二項規定:(一)限放射線(診斷)專科醫師或神經外科專科醫師執行。(二)限接受並通過下列任一學會之相關神經血管介入治療專科訓練與認證之醫師執行: 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、適應症:(一)後循環腦血管動脈瘤(二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻,經神經外科專科醫師評估為困難手術者。(三)雙側性或多發性動脈瘤,單次栓塞術可治療者。(四)顱內動脈瘤,經治療未痊癒,需再進一步治療,但再度施行手術困難者。(五)顱內動脈瘤患者具有系統性疾病,不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院,於申請首例時應併提臨床治療路徑,嗣後若未變更得免重複提供。
I203-3	C-M-	血管分流器	093/04/01	999/12/31	(93/04/01)限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。
I203-4	C-M-	閉塞球囊系統	100/07/01	999/12/31	閉塞球囊系統適應症(100/07/01):限於顱內寬頸動脈瘤栓塞時使用,醫院於送審時應檢附血管攝影報告。
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	100/10/01	101/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(1001001起) 1.曾經有腦部感染症,而需作腦室外引流手術者。 2.已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後,而發生感染者,且需再次作腦室外引流手術者。 3.每次療程限用1條。
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	102/01/01	111/03/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(1020101起) 1.曾經有腦部感染症,而需作腦室外引流手術者。 2.已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後,而發生感染者,且需再次作腦室外引流手術者。 3.新生兒及幼童(六歲以下)執行腦室外引流術者或腦室腹腔腔分流手術者。 4.每次療程限用1條。
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、曾經有腦部感染症,而需作腦室外引流手術者。 二、已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後,而發生感染者,且需再次作腦室外引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)執行腦室外引流術者或腦室腹腔腔分流手術者。 四、每次療程限用1條。
I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM高順應性球囊)	103/01/01	999/12/31	閉塞球囊系統(Hyperform高順應性球囊)給付規定(103/01/01): 一、寬頸顱內動脈瘤之栓塞治療,限定於動脈瘤頸部或囊部位於分枝血管處。 二、執行閉塞球囊治療前之閉塞測試,以利手術前評估。 三、執行動靜脈畸形治療時,或動脈瘤頸部或囊部有分枝的血管栓塞後,需做血管重塑形(Remodelling)時。 四、不可與閉塞球囊系統Occlusion Balloon System(規格為Hyperglide)合併申報。
I203-7	C-M-	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	103/10/01	999/12/31	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置給付規定(103/10/01): 一、顱內寬頸動脈瘤,即動脈瘤之頸部大於4mm或動脈瘤之頸部比率大於0.5之顱內動脈瘤栓塞治療。 二、顱內梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm)之栓塞治療。 三、顱內剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)之栓塞治療。 四、使用線圈栓塞顱內動脈瘤時線圈突出或移位至母動脈(需檢附血管攝影照片佐證)。 五、每次限用一支。 六、第1至3項需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	104/01/01	105/06/30	1.需符合下列各項條件(自104.01.01起生效): (1)屬原發性帕金森病(Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2.須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。 3.每位病人以給付單側型兩個或雙側型一個「深層腦部刺激器」為限。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	105/07/01	108/07/31	1.需符合下列各項條件(自105.07.01起生效): (1)屬原發性帕金森病(Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2.須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	108/08/01	111/05/31	1.需符合下列各項條件(自108.08.01起生效): (1)屬原發性帕金森病(Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2.須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。 3.使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋,限裝置深層腦部刺激器患者使用,以申請一次為限。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器或深層腦部刺激器之導線、導線延長線、導線固定蓋、基準點標記物、植入管套組、微目標電極	111/06/01	999/12/31	一、需符合下列各項條件(自111.06.01起生效): (一)屬原發性帕金森病(Parkinson's disease)。 (二)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (三)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (四)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 二、須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。 三、使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋,限裝置深層腦部刺激器患者使用,以申請一次為限。 四、無標記定位之基準點標記物限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」使用,以使用五個為限;植入管套組及微目標電極限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」且初次接受刺激器植入手術或更換植入顱內深部電極使用,植入管套組以一組、微目標電極以二個為限。
I203-9	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)	104/06/01	111/03/31	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1.曾經有腦部感染症,經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2.已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後,而發生感染症,且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3.新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4.每次療程限用一條(組)。
I203-9	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、曾經有腦部感染症,經治療後需作腦室腹腔引流手術。 二、已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後,而發生感染症,且需再執行腦室腹腔引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)需執行腦室腹腔引流手術者。 四、每次療程限用一條(組)。
I203-10	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用,含2種抗生素)	104/06/01	111/03/31	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用,含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1.十八歲以下病患,曾經有腦部感染症,經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2.十八歲以下病患,已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後,而發生感染症,且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3.新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4.每次療程限用一組。
I203-10	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用,含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用,含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、未滿十九歲病患,曾經有腦部感染症,經治療後需作腦室腹腔引流手術。 二、未滿十九歲病患,已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後,而發生感染症,且需再執行腦室腹腔引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)需執行腦室腹腔引流手術者。 四、每次療程限用一組。
I203-11	C-D-	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥	104/12/01	111/03/31	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥(104.12.01起生效) 給付規定:限用於腦脊液分流手術後發生過度引流且有下列情形之一者: 1.硬腦膜下積液。 2.硬腦膜下出血。 3.顱內低壓(姿勢性頭痛;影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 4.六歲以下兒童,引流過度造成頭顱尺寸過小。
I203-11	C-D-	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥	111/04/01	111/10/31	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥(自111.4.1起生效) 給付規定:限用於腦脊液分流手術後發生過度引流且有下列情形之一者: 一、硬腦膜下積液。 二、硬腦膜下出血。 三、顱內低壓(姿勢性頭痛;影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 四、未滿七歲兒童,引流過度造成頭顱尺寸過小。
I203-11	C-D-	腦脊液分流系統	111/11/01	999/12/31	自111.11.1起生效 一、易發生overdrainage病人:如normal pressure hydrocephalus, post-hemorrhagic hydrocephalus, tumor associated hydrocephalus, post-traumatic hydrocephalus, post-infective hydrocephalus等。 二、其他水腦症病人,接受分流手術後發生過度引流並有下列情形之一者: (一)硬腦膜下積液 (二)硬腦膜下出血 (三)顱內低壓(姿勢性頭痛;影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 三、十八歲以下兒童不受上開給付規定之限制。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置	105/02/01	108/06/30	(自1050201生效)應同時符合下列條件: 一、前循環在發作內8小時內,後循環在發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞,包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥8 and ≤30。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	108/07/01	112/10/31	應同時符合下列條件: 一、前循環在發作內8小時內,後循環在發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞,包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥8 and ≤30。 四、給付裝置以1項特材品項為原則,2項特材品項為限,使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時,得視實際情況決定使用並得申報第2項特材品項,惟應檢附報告及影像以備查。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	112/11/01	999/12/31	應同時符合下列條件: 一、發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞,包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥6 and ≤30。 四、給付裝置以1項特材品項為原則,2項特材品項為限,使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時,得視實際情況決定使用並得申報第2項特材品項,惟應檢附報告及影像以備查。 五、前循環若於發作後8小時至24小時執行,申報時需於病歷檢附影像報告(CTP或MR或CTA Collaterals)備查。
I203-13	C-M-	左心耳閉合器 Left Atrial Appendage Closure device	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準33141B「左心耳閉合器Left Atrial Appendage Occlusion」所訂適應症。
I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 1.高血流量腫瘤(排除肝癌及子宮肌瘤)之術前栓塞。 2.動靜脈畸形。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	107/03/01	999/12/31	給付規定(自1070301生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至韋體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於15mm者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm)最大徑大於10mm者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於10mm者。 (四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於10mm者。 (五)同一支血管中發現2顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支，如同時申請線圈者，以5個為限。 三、需事前審查。
I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	108/02/01	999/12/31	108.02.01起： 限顱內介入性治療使用。
I203-17	C-M	血管導入裝置	109/03/01	999/12/31	1.因難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 2.附治療前後血管攝影照片申報使用。
I203-18	C-M	液態栓塞系統之輸送微導管	109/09/01	999/12/31	液態栓塞系統之輸送微導管： 非膠黏性DMSO相容液態栓塞微導管，限用於神經血管動靜脈異常之栓塞治療
I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	109/12/01	112/12/31	一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激器-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以藥物手術治療或曾以藥物手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、需事前審查(包含首次植入電池與更換電池)。
I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	113/01/01	999/12/31	一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激器-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以藥物手術治療或曾以藥物手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊專案審查(包含首次植入電池與更換電池)。
I203-20	C-B-	顱內支架系統	110/07/01	113/02/29	顱內支架系統(自110.7.1起生效)： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行(二)限接受並通過下列一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行： 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、需事前審查。 三、需符合主要適應症： (一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。 (二)腦缺血或中風之區域非屬穿通枝型。 (三)距最近一次中風超過7天之病人，且接受治療時之雷氏修正量表小於等於3分。
I203-20	C-B-	顱內支架系統	113/03/01	999/12/31	一、執行醫師資格：需符合以下二項規定： (一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。 (二)限接受並通過下列一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行： 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、需事前審查。 三、需符合主要適應症： (一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。 (二)腦缺血或中風之區域非屬穿通枝型。 (三)距最近一次中風超過7天之病人，且接受治療時之雷氏修正量表小於等於3分。 四、同一次手術中顱內動脈支架及塗藥球囊導管限擇一使用。
I203-21	C-M-	內部鎖固式線圈	110/12/01	999/12/31	內部鎖固式線圈(自110.12.01起生效)： 一、限動靜脈畸形、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、限使用在高速血流處栓塞、動靜脈瘻管交界處、栓塞處有重要血管分支、寬頸動脈瘤、及其他需要精準定位的栓塞治療。 三、附治療前後血管攝影照片申報使用。 四、每次治療至多使用二個內部鎖固纖維式線圈。
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	110/12/01	111/08/31	可吸收性栓塞微粒球(自110.12.1起生效) 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人接受TACE治療使用。 二、每次限用一瓶。
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	111/09/01	111/12/31	可吸收性栓塞微粒球(自111.9.1起生效) 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人(ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.3肝血管肉瘤、C22.7其他特定肝上皮細胞癌、C22.8原發性肝惡性腫瘤，未明示型、C22.9未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤)接受TACE治療使用。 二、每次限用一瓶。
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	112/01/01	113/04/30	可吸收性栓塞微粒球(自112.1.1起生效) 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人 (一)ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.3肝血管肉瘤、C22.7其他特定肝上皮細胞癌、C22.8原發性肝惡性腫瘤，未明示型、C22.9未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受TACE治療使用。 (二)下列腫瘤(C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8其他惡性神經內分泌腫瘤、C7B.02肝之續發性惡性腫瘤)發生肝臟轉移需接受TACE治療使用時。 二、每次限用一瓶。
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	113/05/01	999/12/31	可吸收性栓塞微粒球(自113.5.1起生效) 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人。 (一)ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.3肝血管肉瘤、C22.7其他特定肝上皮細胞癌、C22.8原發性肝惡性腫瘤，未明示型、C22.9未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受TACE治療使用。 (二)下列腫瘤(C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8其他惡性神經內分泌腫瘤、C7B.02肝之續發性惡性腫瘤)發生肝臟轉移需接受TACE治療使用時。 二、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之病人： (一)因消化道出血(ICD-10-CM：K92.2胃腸道出血、K31.811胃及十二指腸血管發育不良併出血、K31.82胃及十二指腸表拉弗依布灶(出血性)、K55.21結腸血管發育不良併出血、K57.21大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血、K57.41小腸及大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血)導致生命徵象不穩定，經藥物治療或內視鏡治療後無法止血者，或無法執行內視鏡止血治療者。 (二)肝腫瘤破裂出血(ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.1肝內膽管癌)導致生命徵象不穩定。 (三)適用於嚴重產後大出血(ICD-10-CM：O72產後出血)導致生命徵象不穩定，經保守治療仍持續出血者。 三、除產後大出血至多二瓶，其餘每次限用一瓶。
I203-23	C-M-	液態栓塞系統-周邊神經血管	110/12/01	111/08/31	一、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸形或瘻管。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。
I203-23	C-M-	液態栓塞系統-周邊神經血管	111/09/01	999/12/31	一、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸形或瘻管(ICD-10-CM：I28.0肺血管動靜脈瘻管、I77.0後天性動靜脈瘻管、Q25.72先天性靜動脈畸形、Q27.30未明示部位動靜脈畸形、Q27.31上肢動靜脈畸形、Q27.32下肢動靜脈畸形、Q27.33消化系統動靜脈畸形、Q27.34腎血管動靜脈畸形、Q27.39其他部位動靜脈畸形)。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。
I203-24	C-P-	顱內壓監測器	111/07/01	999/12/31	顱內壓監測器：限用於「顱內壓監視器(A83080B)」，需符合下列條件之一者： 一、初次電腦層顯示有結構性腦傷害(顱骨骨折、顱內出血、腦挫傷、腦水腫、氣癰症等)之昏迷病人(GCS≤8)。 二、GCS>8之病人，且臨床表現或影像檢查有顱內壓升高，或有高危險性惡化之虞者(如雙側額葉挫傷或出血、靠近腦幹挫傷或出血、凝血功能病變...)等。 三、開顱手術時，腦水腫超過腦脊液邊緣，有顯著顱內壓升高者，(手術紀錄需檢附術中照片)。 四、具引流功能之顱內壓監測器，須符合： (一)用於水腫症合併顱內壓升高病患。 (二)禁忌症：腦室出血、腦部感染等原因造成之水腫症。 (三)同一部位已使用「具引流功能之顱內壓監測器」，不得同時併報腦室外引流組(EVD)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
I203-25	C-M	彈簧栓塞線圈推進器	112/05/01	999/12/31	一、限用於彈簧栓塞線圈治療。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。 三、每次治療限使用1個為原則。
I203-26	C-M	液態栓塞系統-中樞神經血管	112/07/01	999/12/31	一、腦血管病灶栓塞，如腦動靜脈畸形(bAVM)、動靜脈瘻管(AVF)及高血管性腫瘤。 二、脊椎血管系統之動靜脈畸形(Spinal AVM)或瘻管(Spinal AV fistula)。
I203-27	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 皮下針電極	113/05/01	999/12/31	皮下針電極(自113.05.01生效) 一、限併報56039B，每次以20支為原則。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次以16支為原則。
I203-28	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 刺激探頭	113/05/01	999/12/31	刺激探頭(自113.05.01生效) 一、限併報56039B，每次限1支。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次最多2支。
I203-29	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 喉管電極	113/05/01	999/12/31	喉管電極(自113.05.01生效) 限併報56039B且為後顱窩腫瘤手術監測第十對顱神經使用，適應症為許旺式瘤、脊索瘤、腦膜瘤等(限施行83017B、83018B、83019B、83088B任一)，每次限1支。
I203-30	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 皮質電極	113/05/01	999/12/31	皮質電極(自113.05.01生效) 一、限併報56039B每次限1條(1x4、1x6)。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次限1條(1x4、1x6)及1片(4x5)。
I301-1	C-E	輸液延長管附安全護套SAFETY EXTENSION TUBE	087/10/12	088/07/31	限急救室、急診、愛滋病、肝炎、或其他血液傳染性疾病患者，作點滴輸液且須延長輸液管患者使用。
I301-3	C-E	無針式注射用連接頭、延長管	089/01/01	092/10/31	適應症限(89/01/01)： 限愛滋病患者使用。
I301-3	C-E	無針式注射用連接頭、延長管	092/11/01	109/02/29	適應症限(92/11/01)： 無針式接頭、無針式接頭附輸液延長管適應症限： 愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病、其他不確定傳染途徑之新興疾病。
I301-3	C-E	無針式注射用連接頭、延長管	109/03/01	999/12/31	本項刪除
I301-4	C-E	低阻力針筒	110/12/01	999/12/31	不得同時申報硬膜外麻醉針套(含NEEDLE+CATHETER+FILTER+SYRINGE)或硬膜外麻醉針套(含NEEDLE+CATHETER+SYRINGE)
I302-1	C-E	藥物準備系統	106/01/01	999/12/31	1060101起： 限危言性藥品專用。
T101-1	T-S	第一型糖尿病血糖試紙	099/06/01	110/11/30	99/06/01 1.補助第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以4片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據，如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 2.給付之保險對象：領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。 3.有關申報規定詳列如下： (1)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (2)僅開立血糖試紙處方者：無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (3)開立慢性病連續處方者：依上開規定及原相關規定辦理。
T101-1	T-S	糖尿病血糖試紙	110/12/01	112/08/31	110/12/01 一、第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以四片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據，如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 二、妊娠糖尿病血糖試紙之數量每天以五片為上限，每次一個月之份量為原則，給付至生產止。 三、給付之保險對象： (一)領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。 (二)懷孕二十八週(含)以上妊娠糖尿病患者。 四、有關申報規定詳列如下： (一)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (二)僅開立血糖試紙處方者：無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (三)開立慢性病連續處方者：依上開規定及原相關規定辦理。
T101-1	T-S	糖尿病血糖試紙	112/09/01	999/12/31	112/09/01 一、第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以四片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據，如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 二、妊娠糖尿病(包括孕前已診斷、孕期中診斷與妊娠糖尿病)血糖試紙之數量每天以五片為上限，每次一個月之份量為原則，給付至生產止。 三、給付之保險對象： (一)領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。 (二)自確認懷孕起(八週)經診斷有糖尿病患者。 四、有關申報規定詳列如下： (一)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (二)僅開立血糖試紙處方者：無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (三)開立慢性病連續處方者：依上開規定及原相關規定辦理。
T201-1	T-F	溫度管理系統	107/06/01	112/06/30	1070601起 1.按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼47094B-47096B)及「週產期新生兒低溫療法」(編碼47097B-47100B)所列給付規定辦理。 2.每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。
T201-1	T-F	溫度管理系統	112/07/01	999/12/31	1120701起 1.按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼47094B-47096B)、「週產期新生兒低溫療法」(編碼47097B-47100B)及「難治型顱內高壓之低溫療法」(編碼47081B-47082B)所列給付規定辦理。 2.每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。
T301-1	C-T	腹腔內溫熱化療(HIPEC)	108/07/01	999/12/31	1.須事前審查，提供3個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。 2.限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)及大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、後發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療前化療治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減高手術(Interval Cytoreduction)時。 3.手術者須預期前述5項腫瘤接受減量手術前無腹膜外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於0.25公分以下)。 4.需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。 5.每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組1組，灌注導管最多使用4條。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	110/12/01	999/12/31	自1101201起: 一、限: (一)大腸直腸癌。 (二)食道癌或食道靜脈瘤。 (三)胃癌手術。 (四)肺部手術。 (五)人造膀胱手術。 (六)乏特氏囊腺周圍癌。 (七)肝癌惡性腫瘤。 (八)膽管癌。 (九)胰臟癌。 (十)十二指腸癌使用。 (十一)良性病灶(如胃出口阻塞、腸道阻塞、膽管狹窄、病態性肥胖手術)且需以Roux-en-Y吻合(限診療項目75011B、72044B、75204B、75206B、75216B、75408B、72035B、72037B、75410B、75413B)執行肝臟或膽臟吻合者。 二、每次手術使用一至三支。
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	104/08/01	999/12/31	1040801起: SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過6支、12支、20支為原則。
A101-3	S-A-	VALTRAC	085/07/03	999/12/31	D&G VALTRAC 適應症為: 限定在復原性之乙狀結腸或直腸之前位切除與低前位切除手術時使用。
A101-4	S-A-	環型自動縫合器合釘	105/04/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.人造膀胱手術5.乏特氏囊腺周圍癌使用。 二、申請數量除胃部、大腸直腸癌及乏特氏囊腺周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一付為原則。
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	112/02/01	999/12/31	112/02/01起: 每次手術限使用1支。
A101-6	S-A-	□形開放式手術自動縫合器	110/12/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏囊腺周圍癌使用。 二、當次手術限使用1支。
A101-7	S-A-	一次性端對端吻合器及一次性端對端 吻合器-經口輸送導管	105/05/01	999/12/31	1050501起: 1.適用於以內視鏡手術治療食道癌及胃癌之病患。 2.單次手術限申報一組(一次性端對端吻合器或附加一次性端對端吻合器-經口輸送導管)。
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	107/06/01	999/12/31	1070601起生效 1.經內視鏡影像證明肉(莖)大於1公分。 2.1顆息肉限申報1個，每次手術不可超過2個。 3.須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	107/08/01	999/12/31	1070801生效 1.限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織重建手術之病患，且適用於靜脈血管尺寸為2.0mm-3.0mm。 2.每次手術給付以1組套環，每次住院療程以2次手術為限。
A101-10	S-A-	Hem-o-lok血管夾	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。
A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合 系統	108/06/01	999/12/31	限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化，且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。
A101-12	S-A-	端對端環形電動吻合器	112/12/01	999/12/31	(自112.12.1起生效) 一、限用於食道癌及直腸癌手術: (一) 71205B 食道胃底吻合術。 (二) 71210B 食道切除再造術。 (三) 71213B 食道再造術-以胃管重建。 (四) 71220B 食道再造術-以大腸重建。 (五) 71221B 食道再造術-以小腸重建。 (六) 71222B 胸(膈)腔鏡食道胃管重建術。 (七) 72030B 胃賁門及食道切除再造術。 (八) 74205B 根治性直腸切除術。 (九) 74213B 復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術。 (十) 74214B 復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術。 (十一) 74221B 腹腔鏡低位直腸切除術。 (十二) 74222B 乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術。 二、每次手術限使用一組，不得同時申報「端對端自動縫合器附鈦金屬縫釘」或「端對端吻合器」。
A102-1	S-A-	電動型血管縫合器	111/10/01	999/12/31	自111.10.1生效: 一、限用於肺全葉切除、肺葉切除術及肺節切除術: (一)67010B肺單元切除術。 (二)67022B全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術。 (三)67024B肺全切除術。 (四)67023B一葉肺葉切除術。 (五)67042B二葉肺葉切除術。 (六)67049B胸腔鏡全肺切除術。 (七)67050B胸腔鏡肺葉切除術。 (八)67053B胸腔鏡肺分葉切除術。 (九)67054B胸腔鏡肺葉袖形切除術。 (十)68038B肺臟摘取。 二、兒科手術，除上述手術項目外，得適用於下列手術項目之一: (一)手術中大血管結紮。 (二)膽囊切除膽管結紮。 (三)膽囊動脈結紮。 (四)食道氣管瘻管結紮。 (五)精索靜脈曲張腹股溝手術結紮。 (六)脾臟切除手術時的血管結紮。 三、每次手術限使用1支，得與「直線型自動縫合器」併同使用。
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION CATHETER	084/03/01	999/12/31	OXIMETRIX OPTI CATHETER適應症如下: 1.心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2.心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3.各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。
A204-2	C-B-	血液動力學監測感應器-具監測低血 壓功能	112/07/01	999/12/31	自112.7.1生效 一、限急診病人或住院需進行手術且麻醉風險等級(ASA ₂ 3)之病人。 二、每次使用以一組為原則。 限主動脈弓手術時使用。
A206-1	F-H-	四分支白金雙重絲絨人工血管	094/12/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限Pediatric 使用,未滿十九歲。
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限Pediatric 使用,未滿十九歲。
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗 層之雙叉導尿管	098/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂) 矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管之使用規範修訂如下: 1. 限腎造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿管病患使用。 2. 限神經性膀胱及排尿功能不良長期導尿管病患使用。
A207-2	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗 層之二叉導尿管	098/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂)矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之二叉導尿管: 導尿管須置留一週以上，且須定期沖洗之病患使用。
A210-1	C-D	經頸靜脈肝穿刺組	112/01/01	999/12/31	經頸靜脈肝穿刺組(自112.1.1生效) 限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33113B「經頸靜脈肝內門脈系統靜脈分流術」。
A211-1	C-D-	LE-VEEN 導管 LE-VEEN SHUNT	084/03/01	999/12/31	PLEURO PERITONEAL SHUNT 適應症限: 1.乳糜胸2.原發性及轉移性胸內癌性積水3.惡性心包膜積液4.良性胸腔積液如經穿刺無效→胸腔引流無效→胸腔內給藥無效→胸腔施行肋膜成型術或摘除術皆無效時使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A211-2	C-D-	1.可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋) 2.負壓可調式胸腔引流器(106.06.01新增)一體成形(106年9月1日新增)	106/09/01	999/12/31	給付規定 自106.09.01修訂: 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)、負壓可調式胸腔引流器-可拆式(106年6月1日新增)、負壓可調式胸腔引流器-一體成形(106年9月1日新增)-用於氣胸; 有持續漏氣經初步治療超過7天,且不合手術,並經主治醫師評估可返家照護者。
A212-1	C-B-	心房中膈穿刺針	109/12/01	999/12/31	心房中膈穿刺針(自109.12.01生效); 限因難穿刺的心房中膈,符合下列情形之一者: 一、心房中膈缺損手術或封阻器術後。 二、Fontan手術後需要做心房中膈造口術(transseptal puncture 或atrioseptostomy)。 三、曾接受傳統心房中膈穿刺超過三次(含)以上者。 四、同一次的心房中膈穿刺,以傳統的穿刺針執行二次以上未完成者。
A212-2	C-B-	冠狀動脈切氣球導管	112/12/01	999/12/31	(112/12/01生效) 一、限用於: (一)在原發性冠狀動脈阻塞病灶,使用傳統高壓非順應性短球囊,球囊尺寸與血管直徑比為1:1大小,壓力到16 bar,仍擴不開病灶,殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上。 (二)依據冠狀動脈血管攝影結果,符合有意義支架內再阻塞定義病灶,且阻塞嚴重度屬於第二型、第四型,或阻塞嚴重度屬於第二型使用傳統高壓非順應性短球囊,球囊尺寸與血管直徑比為1:1大小,壓力到16 bar,殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上。 二、每人每次住院限使用一支。 三、檢附資料: (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比一比一之氣球擴張後擴張效果不佳之病灶影像照片。
A212-3	C-B-	冠狀動脈旋磨切除系統	113/05/01	999/12/31	(113/05/01生效) 一、限全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33117B「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」使用。 二、使用規範: (一)專科別限制:心臟內科及心臟外科。 (二)人員資格要求: 1.執行冠狀動脈成形術一百五十例以上臨床經驗,且曾任冠狀動脈旋轉磨鑽用於經皮下冠狀動脈血管擴張術之第一助手訓練及參與實際操作至少十例以上之臨床經驗。 2.接受中華民國心臟學會、臺灣介人性心臟血管醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程,持有證明文件。 3.執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。 三、適應症需符合下列條件之一: (一)因嚴重鈣化造成非順應性球囊擴張不良,可能導致支架置放無法良好展開和貼壁。 (二)用於冠狀動脈介入治療中,當導引導絲通過病灶後,但球囊或其他導管器材仍無法通過病灶。 (三)用於冠狀動脈介入治療中,面對分叉病變,因開口嚴重鈣化,球囊擴張或是支架置放後,可能造成分支阻塞。 四、事後逐案審查。 五、每人每次住院限使用導管及導引線各一支。 六、檢附資料: (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。 (三)旋磨切除術前後,植入支架前後之血管腔內影像照片。
A213-1	C-B-	氣球擴張導管PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	088/08/01	999/12/31	PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER適應症為: 適用於二尖瓣及主動脈瓣的擴張手術,特別適合於局部狹窄,放置氣球導管有困難的病例。
A213-3	C-B-	冠狀動脈包圍支架CORONARY STENT GRAFT	112/01/01	999/12/31	冠狀動脈包圍支架使用規範及給付規定:(自112.1.1起生效) 一、使用規範: (一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。 (二)由中華民國心臟學會認定之專科醫師實施。 二、給付規定:限冠狀動脈血管破裂緊急時使用。 三、申請方式:採事後逐案審查。 四、檢附資料:冠狀動脈包圍支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)及心導管相關照片資料。
A213-4	C-B-C-G-	心房中膈缺損關閉器、測量導管	112/11/01	999/12/31	心房中膈缺損關閉器之適應症(自111.4.1生效) 一、適應症限:病人年齡在二歲以上且體重十公斤以上者,並患有下列情況之一者: (一)心房中膈缺損第二型,從左至右分流(QP/QS Ratio)大於一點五,平均肺動脈壓小於五十mmHg以下者。 (二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有1.TIA(暫時性腦部缺血發作)或2.中風病史或3.血氧飽和度低於百分之九十二;上述三種狀況之任一種。 (三)Fontan手術後的殘留心房中膈缺損。 (四)先天性心臟病經手術後的殘留心房中膈缺損。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格,應依照主管機關所訂「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第六項」心房中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。 開放性動脈導管關閉器之適應症:符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33112B「經由心導管治療直徑小於2.0mm之開放性動脈導管」或33114B「經由心導管治療直徑2.0mm以上之開放性動脈導管」所訂之相關規定。
A213-5	C-B-	DUCT OCCLUDER開放性動脈導管關閉器	112/04/01	999/12/31	開放性動脈導管關閉器之適應症:符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33112B「經由心導管治療直徑小於2.0mm之開放性動脈導管」或33114B「經由心導管治療直徑2.0mm以上之開放性動脈導管」所訂之相關規定。
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	098/11/01	999/12/31	981101 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。
A213-7	C-B	FIBER OPTIC IAB光纖感應主動脈弓氣球導管	099/04/01	999/12/31	光纖感應主動脈弓氣球導管適應症(990401起)限用於: 一、心臟外科手術併心臟低輸出量者。 二、心臟低輸出量併心房顫動者。
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	105/03/01	999/12/31	動靜脈血管塞給付規定(1050301修訂): 一、栓塞標的病灶直徑3mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或因難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑3mm以上)。 三、主動脈管(標的病灶直徑3mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環目標的病灶直徑3mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接目標的病灶直徑3mm以上。 六、冠狀動脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑3mm以上血管之分支。
A213-9	C-B	主動脈阻斷導管	100/01/01	999/12/31	主動脈阻斷導管給付規定(100.01.01): 一、破裂性主動脈瘤。 二、解剖學上難以橫夾血管處理之主動脈病變。
A213-10	C-B	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器	110/02/01	999/12/31	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器(自110.02.01起修訂) 一、須符合以下三項條件: (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS大於等於一點五或有衰竭,或有輕或中程度的肺高血壓,平均肺動脈壓(mean PAP)大於等於二十五mmHg。 (三)體重大於等於八公斤。 二、本器材使用之醫療機構條件及操作人員資格,依主管機關「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第三十條附表一第七項辦理。
A213-11	C-G	ASD、PDA、VSD OCCLUDER OF DELIVERY SYSTEM AND GUID WIRE	112/11/01	999/12/31	限併同心房中膈缺損關閉器、開放性動脈導管關閉器或心室中膈缺損關閉器使用。
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器	112/11/01	999/12/31	自110.02.01起修訂 一、限先天性膜部心室中膈缺損者,並同時符合以下三條件: (一)體重八公斤(含)以上。 (二)未合併嚴重主動脈瓣膜脫垂及逆流,或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者: 1.心臟擴大、心衰竭。 2.有輕或中程度的肺高血壓。 3.有主動脈瓣膜脫垂但未伴有嚴重逆流。 二、本器材使用之醫療機構條件及操作人員資格,依主管機關「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」第三十條附表一第七項辦理。
A213-13	C-D-	頸動脈分流器	109/11/01	999/12/31	頸動脈分流器(自109.11.01生效): 一、限定頸動脈內膜切開手術使用。 二、每次手術限用一條。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A213-14	C-B-	主動脈循環灌注導管(AP)	110/02/01	999/12/31	主動脈瘤手術或主動脈剝離手術，每次限用一條。
A213-15	C-B-	循環灌注導管(SP)	110/02/01	999/12/31	執行主動脈手術時維持重要血管分枝循環使用。
A213-2N	C-B-	冠狀動脈血管支架CORONARY STENT	112/01/01	999/12/31	冠狀動脈血管支架使用規範及給付規定：(自112.1.1起生效) 一、使用規範： (一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。 (二)由中華民國心臟學會認定之專科醫師實施。 二、給付規定： (一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上 3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。 (二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR \leq 0.8或iFR \leq 0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR \leq 0.89(111/1/1起增修)者。 (三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR \leq 0.8或iFR \leq 0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR \leq 0.89(111/1/1起增修)者。 (四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。 (五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR \leq 0.8或iFR \leq 0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR \leq 0.89(111/1/1起增修)者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)，3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)、左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。 (六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之二十以上者或殘餘狹窄經測量FFR \leq 0.8或iFR \leq 0.89(107/9/1起增修)或DFR、RFR \leq 0.89(111/1/1起增修)者。 三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。 四、申請方式：採事後逐案審查。 五、檢附資料： (一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。 (二)本次冠狀動脈血管支架置入術前、經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比之氣球擴張後之病灶影像照片。 (四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之前及術後冠狀動脈血管病灶影像照片。 (五)病灶經測量FFR或iFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)者，須檢附FFR或iFR(107/9/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)或DFR、RFR(111/1/1起增修)者。 持續正壓鼻部給氣管路組NASAL CPAP SYSTEM
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氣管路組NASAL CPAP SYSTEM	111/04/01	999/12/31	持續正壓鼻部給氣管路組NASAL CPAP SYSTEM(自111.4.1生效)： 一、限未滿三歲之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 二、當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管(cannula)半套，處置使用可申報，手術使用不另給付
A214-3	C-R-	氣管內管ENDOTRACHEAL TUBE	084/03/01	999/12/31	99.1.1.限使用於長期依賴呼吸機之氣切患者使用，一年給付不超過三套(以第一套之使用時間起算)。
A214-4	C-R-	氣切套管(使用年限長)	099/01/01	999/12/31	100.1.1.限使用於加護病房之病患。
A214-5	C-R-	氣管引導器組	100/01/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、限未滿三歲或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 二、當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套1組或整組1組。 自105.11.01生效 1.呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。 2.易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE CPAP SYSTEM	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、使用高頻呼吸器之病人。 二、未滿七歲以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 三、每次住院限申報1個。
A214-7	C-R-	氣管套管(具聲門下抽吸)	105/11/01	999/12/31	適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全，或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人1年以3次為原則： 1.惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 2.良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結核及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 3.1年使用超過3次需事前審查。 調整型加強氣切套管(自111.7.1生效)： 一、調整型加強氣切套管，限一般標準氣切套管長度不適用者，且合乎以下狀況： (一)先天性氣管狹窄。 (二)後天性：因氣管病變、氣管腫瘤、胸廓畸形、氣管內增生肉造成氣管狹窄、軟化或扭曲變形。 二、每年給付以二支為原則，如有特殊感染(非結核性分支桿菌、綠膿桿菌等)情況以三支為限。
A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	111/04/01	999/12/31	(112/07/01生效) 限用於患有支氣管肺發育不全的未滿兩歲嬰幼兒，且符合插管天數大於等於十四天，無法拔管的病人。
A214-9	C-R-	呼吸道氣球擴張導管	109/03/01	999/12/31	同軸可取樣針組適應症為(自980701起)： 用於胸腔及縱膈腔腫瘤組織取樣之患者。
A214-10	C-R-	調整型加強氣切套管	111/07/01	999/12/31	經頸靜脈肝臟穿刺取樣組(自112.9.1生效)： 一、限使用於肝病病情不明，無法執行經皮穿肝術，如有大量腹水或顯著凝血功能異常者。 二、每次治療限使用一組。
A214-11	C-R-	橫膈膜電位導管	112/07/01	999/12/31	適應症為： 限癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。
A215-1	N-E	同軸可取樣針組	098/07/01	999/12/31	自108年5月1日生效 PICC適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47065B治療性導管植入術-未梢靜脈置入中心導管術(PICC)所訂之適應症。
A215-2	N-E	經頸靜脈肝臟穿刺取樣組	112/09/01	999/12/31	PORT-A NEEDLE適應症為：(951101生效) 對於因癌症化學治療已裝置「PORT-A CATHETER」者，可使用「PORT-A NEEDLE」給予癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療或非化學治療藥物輸液。
A216-1	C-L	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	084/03/01	999/12/31	自110年11月1日生效 一、適用於居家注射對化學治療藥物持續二十四小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用一日型或二日型輸液器，支付標準診療項目以37038B「靜脈血管內化學藥物注射一小時內」、37039B「靜脈血管內化學藥物注射一至四小時」、或37040B「靜脈血管內化學藥物注射四至八小時」申報費用。
A216-2	C-L	PICC	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。
A216-3	N-D	PORT-A NEEDLE	095/11/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭給付規定(104.12.01起生效) 限用於Cyclosporin、Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium等5項藥物輸注。
A216-4	C-L	居家治療輸液器	110/11/01	999/12/31	高壓注射式PORT-A NEEDLE適應症為： 已植入可承受高壓注射器式注射座(Port-A)的癌症病患，於接受電腦斷層檢查需施打顯影劑時使用。
A216-5	C-L	INFANT PICC-1	108/05/01	999/12/31	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝臟以外之轉移，接受動脈化學藥物治療，並規範如下(106/01/01)： 1.肝癌合併門靜脈阻塞時進行動脈治療。 2.腫瘤經動脈治療。
A216-6	A-C	抗藥型三路活塞接頭	104/12/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補素劑、氟尿嘧啶)(自110.6.1起生效)：限用於紫杉醇 paclitaxel、補素劑 busulfan、氟尿嘧啶 Fluorouracil等藥物輸注。
A216-7	C-L	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	105/07/01	999/12/31	(112/06/01生效) 執行高壓注射顯影劑時，同時符合以下規定： 一、血液透析、血液灌流或血液分離治療之病患。 二、因難建立周邊血管通路。
A216-8	C-L	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	105/07/01	999/12/31	
A216-9	C-L	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	106/01/01	999/12/31	
A216-10	A-C	抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補素劑、氟尿嘧啶)	110/06/01	999/12/31	
A216-11	C-K	抗高壓注射多迴路透析導管	112/06/01	999/12/31	

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	110/11/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物適應症如下(自110.11.1生效): 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官,如骨骼、肌腱、神經、血管暴露,無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於百分之十五以上,導致組織損傷,無法短期手術重建者(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等),如超過一個月以上需長期使用者,須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等),核准後使用。 四、使用此項材料後,依產品特性,換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中,詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	110/11/01	999/12/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gei適應症及使用規範(自110.11.1生效): 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 二、褥瘡病灶深度必須達二度以上,且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 三、所有病例須檢附病灶前照片事前審查,經同意後使用。 四、敷料三天以上更換一次,負壓罐七天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	113/05/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)適應症如下(自113.5.1生效): 一、褥瘡病灶三度以上合併感染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於百分之十五且合併感染傷口(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等),如超過一個月以上需長期使用者,須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等),核准後使用。 四、糖尿病足潰瘍(Wagner grade 2級以上)合併感染傷口,如超過一個月以上需長期使用者,須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等),核准後使用。
A217-5	W-D-	人造真皮再生模板ARTIFICIAL SKIN DERMAL REGENERATION TEMPLATE	095/05/01	999/12/31	人造真皮再生模板Artificial Skin Dermal Regeneration Template)適應症及使用規範: 應事前審查,申請時需附相關治療部位照片、治療計畫及需求單等資料,限使用於影響肢體功能之疤痕重建手術,且無法提供適當或足夠FTSG面積時使用。
A217-6	W-D-	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	111/04/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)(自111.4.1生效): 一、適用於十八歲以上之二度(含)以上,且總面積達15%(含)以上之燒燙傷傷口。 二、適用於未滿十九歲之二度(含)以上,且總面積達10%(含)以上之燒燙傷傷口。 三、嚴重脫皮症(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡)所致脫皮面積達15%(含)以上之傷口。 四、使用此項材料後,換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中,詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-7	W-D	人工真皮	111/10/01	999/12/31	事前審查,須符合下列情形之一,申請時須檢附治療計畫及需求單、照片等資料,同一部位限申請一次: 一、病人伴有肌腱、或韌帶、或骨頭、或血管露出之開放性傷口且病人不適宜於皮膚移植手術治療。 二、病人為深二至二度燒燙傷導致如顏面、頸部、關節等部位疤痕變態,且病人本身無法提供適合或足夠全身層植皮(Full Thickness Skin Graft, FTSG)面積時,限使用於影響上述部位之疤痕重建手術。兒童傷殘病人亦比照上述規定。 三、手掌或足底有全層皮膚缺損且會影響關節活動或行走功能。
A218-1	F-P-	人工皮墊TISSURE EXPANDER	091/07/01	999/12/31	適應症(91/07/01): 限小耳症患者施行外耳重建手術須做皮膚擴張術者、因外傷性疤痕變態、燙傷、化學性灼傷後之疤痕變態,而致身體功能影響者使用。
A218-2	F-P	微植皮膜皮墊MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	104/08/01	999/12/31	(1040801起生效): 1.實施醫院資格:限設有燒傷中心之醫院使用。 2.給付規定:限深二度及三度30%(含)以上的燒燙傷病患使用。
A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEOBRONCHIAL STENT	092/01/01	999/12/31	氣管支氣管支架使用規範(92/01/01生效) 一、肺性腫瘍導致氣管主支氣管狹窄而有呼吸困難症狀或肺部膨脹不全表現、肺功能顯示肺部呼吸道阻塞變態。 二、氣道食道瘻管,為防止吸入性肺炎之發生。 三、良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、支氣管內感染或結核症導致結痂及狹窄)造成氣道狹窄以致肺部膨脹不全,或肺功能顯示肺部呼吸道阻塞變態或呼吸困難,以上病因經病史顯示有呼吸功能之妨害,影像學及支氣管鏡顯示狹窄或配合肺功能顯示有阻塞性病變者。 二、實施醫師之資格,必須具有下列醫師資格之一: (一)放射線專科或神經專科或神經外科專科醫師資格者。 (二)中華民國心臟學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣血管外科學會各自認定之專科醫師。 三、以上醫師須具有頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗,及三例頭頸動脈支架之操作經驗,並取得由專業醫學學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	112/01/01	999/12/31	頸動脈支架之使用規範及實施醫師資格(自112.1.1起生效) 一、使用規範如下: (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頸動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病,不適合外科頸動脈內剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格,必須具有下列醫師資格之一: (一)放射線專科或神經專科或神經外科專科醫師資格者。 (二)中華民國心臟學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣血管外科學會各自認定之專科醫師。 三、以上醫師須具有頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗,及三例頭頸動脈支架之操作經驗,並取得由專業醫學學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書。
A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	095/09/01	999/12/31	腸骨動脈血管支架適應症如下(自95年9月1日生效實施):限腸骨動脈使用,並須符合以下二項條件,且排除兩側腸總動脈開口處病灶: (一)血管管徑狹窄超過70%或壓力差30mm汞柱以上。 (二)有下肢缺血症狀或跡象。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	110/02/01	999/12/31	腹主動脈瘤支架鑲輸送引導系統之適應症及使用規範(自110.02.01起修訂): 一、適應症及使用規範符合下列各條件之一: (一)主動脈瘤最大直徑大於等於五公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於四公分,但快速擴大且六個月內直徑增加零點五公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括: 1、腹主動脈瘤合併感染。 2、腹主動脈腸胃道瘻管。 3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)鬆動脈瘤: 1、鬆動脈瘤大於等於三點五公分。 2、鬆動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞或破裂時。 三、針對裝置腹主動脈瘤血管支架手術出院後之滲漏特殊個案,需另以輔助配件修補時,可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格,應依照主管機關所訂:特訂醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架之規定辦理。
A220-4	C-B-	淺股動脈及近端髕動脈	111/03/01	999/12/31	淺股動脈及近端髕動脈適應症訂定如下:(111.03.01生效) 經1:1氣球擴張術治療後,殘餘狹窄達百分之五十以上,且該長度超過三十毫米或合併前向血流未達正常(即TIMI FLOW _{II})並符合下列條件之一: 一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7):影像檢查顯示為狹窄程度大於百分之七十五且長度小於十六公分內之SFA及近端髕動脈病灶,且遠端無有效之側枝循環時。 二、急性性肢體缺血Critical Limb Ischemia(ABI<0.4併有resting pain or poor wound healing):為保留肢體免於截肢、SFA及近端髕動脈病灶長度可不限制於十六公分內,但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。
A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	100/07/01	999/12/31	血管治療導管(下肢)之適應症訂定如下(自1000701起): 為治療股動脈及其下股動脈狹窄或堵塞,而進行經皮動脈血管成形術時,除須符合直徑大於或等於所選擇球囊之直徑,並符合以下所列條件之一: 1、進行經皮動脈血管成形術之血管需有至少一處,其直徑堵塞達≥50%,且病人有符合以下嚴重程度之症狀之一:(1)中度以上間歇性跛行(Fontaine Stage IIb)。(2)下肢在休息狀況下有缺血性疼痛(Fontaine Stage III)及/或(3)缺血性潰瘍或壞疽(Fontaine Stage IV)。 2、膝下動脈狹窄,大小腿間階段壓差(segmental pressure) > 20mmHg,並經影像檢查(超音波、電腦斷層、核磁共振及血管攝影等)有60%以上及幾乎完全阻塞病灶。 3、膝下血管動脈剝離後所引起之血管狹窄。 4、當膝下血管狹窄處在0.016"氣球導管下無法穿透進行治療時。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	111/07/01	999/12/31	<p>胸主動脈支架之適應症及使用規範：(自111.07.01起修訂)</p> <p>一、適應症及使用規範需符合下列五者之一：</p> <p>(一)主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 最大直徑大於等於六公分，或 最大直徑大於等於五公分，但快速擴大(六個月內直徑增加零點五公分或以上)。 患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或膈道瘻管、主動脈氣管瘻管。 影像學檢查時發現食道癌併主動脈侵犯，在橫切面影像發現食道癌接觸超過主動脈圓周的四分之一，而且在主動脈周邊(paraaortic area)有腫瘤壞死(tumor necrosis)或膿瘍(abscess)或氣體堆積(gas collection)，造成主動脈有破裂之虞時。 <p>(二)限胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。</p> <p>(三)胸主動脈剝離症(Aortic dissection)</p> <ol style="list-style-type: none"> 複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分支動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於六公分。 急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 <p>(四)先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。</p> <p>(五)創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項一個代碼，且申報數量為一。 <p>四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂，特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。</p>
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	111/07/01	999/12/31	<p>藥物釋放型冠狀動脈氣球導管給付規定(自111.07.01起修訂)</p> <p>使用於血管支架內再狹窄$\geq 70\%$之病人。</p>
A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	101/07/01	999/12/31	<p>腎動脈血管支架系統之給付規定(自1010701起)</p> <p>腎動脈血管管徑狹窄大於等於70%或血力學顯著之腎動脈狹窄(血管管徑狹窄大於50%，且壓力差大於或等於15mmHg)。</p> <p>無明顯腎臟萎縮(腎臟長度小於7cm)，且必須合併有以下任一條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 腎功能不全者(Cr> 1.5)合併兩側腎動脈狹窄或單側有功能的腎臟有腎動脈狹窄。 纖維肌肉發育不良(Fibromuscular Dysplasia)之腎動脈狹窄，有難以使用藥物控制的高血壓(使用三種或以上之抗高血壓藥物後血壓值大於等於140/90毫米汞柱)，且經氣球擴張術效果不佳者(仍有大於50%狹窄)。 腎動脈狹窄合併復發性、無法解釋之鬱血性心臟衰竭或肺水腫。 腎動脈狹窄合併不穩定型心絞痛。 腎動脈血管剝離(Dissection)或動脈瘤(Aneurysm)。
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	106/07/01	999/12/31	<p>周邊血管支架(含人工血管)之給付規定(自1060701生效)</p> <ol style="list-style-type: none"> 周邊血管動脈瘤。 周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 主動脈人工血管支架手術中用以維持重要分支血管暢通。 洗腎用人工血管動靜脈瘻管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 下肢動脈阻滯性疾。符合下列二者之一： <ol style="list-style-type: none"> 藥物無法改善之間歇性跛行(ABI< 0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 危急性肢體缺血(ABI< 0.4,resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。 <p>自110.02.01起修訂</p> <p>開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統：</p> <ol style="list-style-type: none"> 適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於四至十五mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 須經事前審查同意後使用。 有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂，特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統	110/02/01	999/12/31	<p>開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統：</p> <ol style="list-style-type: none"> 適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於四至十五mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 須經事前審查同意後使用。 有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂，特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球囊式覆膜支架)	104/09/01	999/12/31	<p>周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球囊式覆膜支架)(1040901生效)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 周邊血管動脈瘤。 周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 主動脈人工血管支架手術中用以維持重要分支血管暢通。 主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。
A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支架系統	105/12/01	999/12/31	<p>(105/12/01)</p> <ol style="list-style-type: none"> 腹主動脈瘤合併保治療規範(A220-3)，並合併髂總動脈病變者。 雙側髂總動脈瘤大於等於3.5公分時。 單側髂總動脈瘤大於等於3.5公分合併同側髂內動脈通暢，且有對側髂內動脈阻塞者。
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	110/02/01	999/12/31	<p>自110.02.01起修訂</p> <ol style="list-style-type: none"> 胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端痛之胸腹主動脈病變者。 須事前審查。 醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂，特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	107/12/01	999/12/31	<p>超高壓周邊血管治療導管(107/12/01)</p> <p>周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻滯性病灶，無法以一般氣球導管完全擴張(包括股、髂、腎等其他周邊動脈或內臟血管系統之血管成形術或支架置放手術)。</p>
A220-15	C-B-	中央靜脈支架及輸送系統	108/07/01	999/12/31	<p>中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3個月內狹窄再發生。</p> <p>2.須事前審查。</p>
A220-16	C-B-	主動脈弓窄縮裝置(含裸支架、覆膜支架及雙氣球導管)	111/07/01	999/12/31	<p>一、適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta，COA)之任一情況且體重≥ 20公斤病患：(自111.07.01起修訂)</p> <p>(一)經由血管造影或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁共振影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄縮。</p> <p>(二)由主動脈狹窄造成之血流動力變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。</p> <p>(三)使用球囊血管擴張手術效果不彰或易產生禁忌症之主動脈狹窄。</p> <p>(四)狹窄直徑大於周邊血管直徑之20%。</p> <p>二、另覆膜支架：</p> <p>(一)除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 出現血管壁受損。 腹主動脈有小於3mm的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 <p>(二)準備在右心室出口至肺動脈的管道(conduit)進行經心導管肺動脈瘤置換術，但該管道(conduit)有破裂情形，且病人須符合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 右心室出口至肺動脈間的重建採用管道的術式(conduit)。 患者體重≥ 25公斤。 靜脈系統與右心有足夠空間容納支架置放系統的輸送。 無正在進行的感染症之病人。 <p>三、本器材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表1第6項辦理。</p> <p>四、需事前審查。</p>
A220-17	C-B-	周邊靜脈支架系統	111/01/01	999/12/31	<p>非癌症引起之靜脈壓迫症候群(iliac vein compression)所導致血栓後症候群(post-thrombotic syndrome)或非血栓性靜脈壓迫(non-thrombotic iliac vein compression)，且藥物治療三個月以上仍無臨床症狀上的改善。</p> <p>一、靜脈阻塞區域限於髂靜脈(不包括下腔靜脈與小轉子[less trochanter]以下的股靜脈)。</p> <p>二、Non-thrombotic iliac compression患者須具備下列二條件才給付：</p> <p>(一)臨床上CEAP計分大於等於四分或是VCSS計分大於等於八分。</p> <p>(二)影像上CT或MRI影像大於百分之五十狹窄或IVUS(血管內超音波)影像area stenosis大於等於百分之五十五狹窄或Diameter stenosis大於等於百分之六十狹窄，或深層靜脈靜脈輸出率小於百分之七十(venous outflow fraction $< 70\%$) at third seconds</p> <p>三、自體免疫疾病相關血栓性血管病合併靜脈壓迫患者，第一次介入治療不給付，復發性患者才給付。</p> <p>四、須事前審查。</p>

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	100/10/01	999/12/31	給付規定 產後出血填塞氣球給付規定：(自1001001起)： 1.懷孕19週以上有前置胎盤、植入性胎盤或子宮下段出血不止所造成的產後出血狀況，當保守治療(如藥物控制出血)失敗，必須使用其他暫時性出血控制時。 2.如為單純性子宮收縮不良引起之產後出血，產後或手術後子宮持續出血，其他治療方式效果不佳的情況下使用。
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之股股滿氣氣支撐物	111/04/01	999/12/31	可吸收性生物材質之股股滿氣氣支撐物給付規定(自111.4.1生效)： 一、前次氣氣補管曾產生排斥或感染者。 二、六十歲以上之氣氣復發者。
A223-1	C-G-	延伸導引導管	101/07/01	999/12/31	延伸導引導管自1010701生效 一、罕見之血管開口位置。 二、介入醫材推送有明顯阻力(應附CD或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。
A223-2	C-G-	含導絲固定球囊之延長導引導管	112/07/01	999/12/31	一、罕見之血管開口位置。 二、介入醫材推送有明顯阻力(應附CD或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。 三、需附圖及手術紀錄，證明術中確有微導管或over-the-wire球囊等器械交換事實。
A224-1	C-F-	多發式靜脈瘤結紮環組	102/01/01	999/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 1、限用於食道靜脈瘤 2、每次使用以1組為限(自1020101生效)
A224-2	C-F-	食道支架	105/10/01	999/12/31	(自105.10.01生效)使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。
A224-3	C-F-	食道置放器	110/06/01	999/12/31	食道置放器(自110.6.1起生效)： 符合下列情況之一： 一、不能執行ESD或食道切除的T1A病人。 二、符合經標準治療療程後，還有殘餘病灶。 三、早期食道癌不能接受標準治療，僅接受體外放射治療。 四、食道癌治療後，局部復發，同時伴有食道狹窄症狀。
A225-1	C-G-	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管(含模型板)或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管	103/10/01	999/12/31	自103.10.01修訂 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症。且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管為限。
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS	111/01/01	999/12/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE給付規定為：(自111.01.01起修訂) 介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-3	C-G-	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線	103/11/01	999/12/31	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線自103.11.01生效 給付規定為：限用於冠狀動脈慢性完全阻塞(CTO)或功能性完全阻塞(functional total occlusion)病灶。
A225-4	C-G-	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線	105/02/01	999/12/31	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線自105.02.01生效給付規定為： 一、限用於冠狀動脈慢性完全阻塞之逆行性介入治療且使用externalization technique(必須有心導管光線可佐證確有執行本操作)。 二、每一病例單次手術限申報一條。
A225-5	C-G-	心血管電極導管導引器(具單一角度)	105/08/01	999/12/31	1050801生效： 限用於複雜性心律不整(心房顫動、非典型性心房撲動及心室頻脈)之電燒。
A225-6	C-G-	用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管	113/03/01	999/12/31	一、冠狀動脈慢性完全阻塞(Coronary CTO)，檢附心導管血管攝影報告含冠狀動脈血管複雜分數(SYNTAX Score)評估備查。 二、每次限使用一條為原則。
A225-7	C-G-	心內超音波導管	113/04/01	999/12/31	一、限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目18047B心內超音波。 二、每次限使用一支。
A330-1	C-R-	氣切管-安全T型管	105/05/01	999/12/31	限喉嚨重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準66022B)
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	084/03/01	999/12/31	須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調彎導管	098/07/01	999/12/31	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一) 曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調節器患者。 (二) 曾接受心臟繞道手術後病患(S/P CABG)。 (三) 左心功能不全(LVEF<35%)需右心出口刺激患者。 (四) 右心房刺激閾值高，曾有四個不同刺激點均超過2V以上者。 980701增列(五)針對特殊部位，如Bachmanns bundle、mid、low septum等部位需要Pacing的病者。
B101-3	F-H-	無導線心律調節器	111/05/01	999/12/31	一、須同時符合以下條件： (一)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂適應症第2點之病竈症候群，或房室傳導阻滯且持續性/永久性心房顫動以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。 (二)上項「沒有適當血管通路」係指下列五款之一： 1.兩側鎖骨下靜脈阻塞。 2.上腔靜脈阻塞(>25%)。 3.存有動靜脈血液透析廢管。 4.血液透析人工導管。 5.化療人工血管。 (三)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂禁忌症、執行人員資格等相關規定。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B101-4	F-H-	雙腔無導線心律調節器	111/08/01	999/12/31	一、須同時符合以下條件： (一)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」之房室傳導阻滯且非持續性/永久性心房顫動(心功能尚存)以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。 (二)上項「沒有適當血管通路」係指下列五款之一： 1.兩側鎖骨下靜脈阻塞。 2.上腔靜脈阻塞(>25%)。 3.存有動靜脈血液透析廢管。 4.血液透析人工導管。 5.化療人工血管。 (三)符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」所訂禁忌症、執行人員資格等相關規定。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。
B102-1	F-H-	肺動脈瓣補片	086/06/02	999/12/31	肺動脈瓣補片(M.V.O.P)適應症限： 心包膜取得不易或嚴重肺動脈狹窄發育不良之患者使用。
B102-2	F-H-	肺動脈瓣修補管	086/06/02	999/12/31	肺動脈瓣修補管(V.P.C)適應症限： 肺動脈先天性閉鎖或其他之先天性心臟病患者使用。
B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣膜 FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	091/01/01	999/12/31	自由式主動脈生物人工瓣膜適應症： 1.不能長期使用抗凝劑患者(例如：慢性洗腎或有中風之患者)。 2.六十五歲以上之患者。 3.主動脈根部小於20mm(橫徑)患者。 4.主動脈瓣心內感染或主動脈根部膿瘍患者。 5.有主動脈根部之變性(例如Marfan Syndrome)或剝離性主動脈瘤患者。 6.複雜性之先天性心臟病，需要用帶瓣膜之人工血管來重建主動脈根部或肺動脈根部之患者
B102-4	FH	機械性瓣膜-帶人工血管-主動脈瓣膜/ 主動脈根部人工血管(1060901新增)	093/07/01	999/12/31	(一) 主動脈根部瘤或須做Bentall's Operation之病者。 (二) 剝離性血管瘤Type I、Type II，剝離性主動脈瘤併發主動脈閉鎖不全之病者。 (三) 冠狀動脈疾病併上升主動脈血管瘤。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B102-5	F-H-	人工瓣膜輪/環	107/11/01	999/12/31	(107/11/01)人工瓣膜輪/環 1、以二尖瓣膜成形手術治療二尖瓣膜逆流，需使用二尖瓣膜環固定成形及人工瓣膜重建者。 2、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：68015B「瓣膜成形術」規定施行之。
B102-6	F-H-	心包膜補片	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 面積≤6平方公分；用於未滿二歲之心內缺損或肺動脈、主動脈重建。
B102-7	F-H-	心包膜及心血管補片	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、面積>6平方公分；用於未滿十九歲之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D具弧度補片」：用於未滿十九歲之主動脈弓或肺動脈重建。
B102-8	F-H- G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)	112/05/01	999/12/31	一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂醫院資格及醫師條件等支付規範。 二、適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件： (一)必要條件：(此四項條件須全部具備) 1.有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰竭症狀。 2.以心臟超音波測量主動脈開口面積 < 0.8cm ² 、< 0.6cm ² /m ² 、經主動脈瓣平均壓力差≥40mmHg或主動脈瓣血流流速≥4.0m/sec。 3.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 4.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (二)同時具備以下條件之一： 1.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10% 或 Logistic Eu-roSCORE I >20%。 2.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術(冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術)、嚴重主動脈鈣化(porcelain aorta)、胸腔燒灼後遺症、不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病、導致不可進行手術、肝硬化(Child分級A或B)、以及肺功能不全；FEV<1公升。 三、完成個案登錄系統且須送特種專案審查核准後使用。 四、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核辦本項申請之特材費用。
B102-9	F-H-	經導管置換肺動脈瓣膜套組	111/11/01	999/12/31	一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」(Transcatheter pulmonary valve implantation, TPVI)所訂之適應症、禁忌症、醫院條件及醫師資格等之相關規定。 二、完成個案登錄系統且須事前審查。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核辦本項申請之特材費用。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	101/09/01	999/12/31	95.11.1生效。申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。◎適應症98年7月1日修訂：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率≤40%、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等。且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。不宜列入項目：(一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管，配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)
B103-2	FH	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器(CRTD)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、相關使用規範同B103-1。 二、適應症： (一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 (二)反覆發作之持續性心室頻脈。 (三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率小於等於百分之四十、肥厚性心肌症、擴張性心肌症、且合併心室快速不整脈者。 (四)高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricular dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等。且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症： 1.應事前審查。 2.正常竇房節心律，LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一二秒)，且NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 3.心房顫動之病患，LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一二秒)，且NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 4.心室節律器依賴之病患，LVEF小於等於百分之三十五，NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善者。 (五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流去顫器」之適應症；且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。 (六)已通過過同步雙心室節律器事前申請者，於裝置時突發嚴重心室不整脈者，可改裝ICD或CRTD，以維護病患安全，並於事後補報。不宜列入之項目： 1.末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 2.猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。 3.末期疾病患者且存活不足六個月者。 4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。
B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具ATP及心房自動電擊功能)原B103-3	101/09/01	999/12/31	97.4.1生效實施。申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。 ◎適應症：(適應症代碼：B103-1) (一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 (二)反覆發作之持續性心室頻脈。 (三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率≤40%、long QT syndrome、short QT syndrome、Brugada syndrome、idiopathic ventricular fibrillation、arrhythmogenic right ventricle dysplasia、catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia、肥厚性心肌症、擴張性心肌症等。且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。 (四)使用於藥物控制不良之陣發性心房快速心律不整之病患。 ◎不宜列入項目： (一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 (二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。 (三)末期疾病患者且存活不足六個月者。 (四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。 (依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管，配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)
B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、應事前審查。 二、正常竇房節心律，LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一二秒)，且NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 三、心房顫動之病患，LVEF小於等於百分之三十五且CLBBB(QRS寬度大於等於零點一二秒)，且NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 四、心室節律器依賴之病患，LVEF小於等於百分之三十五，NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善者。
B104-2	C-X-	複雜性不整脈消融/除顫導管	109/03/01	999/12/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈，一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-3	C-X- C-X-	複雜性心房顫動之冷凍消融導管	111/09/01	999/12/31	限用心房顫動之肺靜脈隔離(電訊號阻斷)。不宜列入之項目： 1.重度二尖瓣逆流或狹窄者。 2.左心房大於55mm者。
B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	109/01/01	999/12/31	限用於複雜性之心房不整脈。
B104-5	C-X- C-X-	3D立體定位貼片組	112/09/01	999/12/31	(自112.9.1生效) 一、複雜性之心房或心室性不整脈。 二、陣發性心室上心搏過速(PSVT)復發再次燒灼術。 三、結構性心臟病併發性不整脈，包括先天性心臟病或開心手術後。 四、未滿十九歲兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。 二、年齡小於五歲，體重小於15公斤嬰幼兒。 二、複雜性先天性心臟病經單一心室手術病人。
B104-6	C-X-	心臟診斷用電生理導管(2Fr)	113/01/01	999/12/31	二、複雜性先天性心臟病經單一心室手術病人。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
B105-1	F-H	經皮移除心臟內導線裝置	109/05/01	999/12/31	適應症及使用規範需符合下列之一： 一、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心臟炎、導線心臟炎、敗血症之病人。 二、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)囊袋感染，如：心臟植入式儀器(CIED)囊袋化膿、植入式儀器腐蝕、皮膚沾黏或慢性引流腔室但未影響靜脈導線系統之病人。 三、對所有瓣膜性心臟炎之病人，即便未明確影響導線或心臟植入式儀器。 四、對患有隱匿革蘭氏陽性菌血症(occult gram-positive bacteremia) (非污染檢體) 或菌血症的病患。 五、因導線而導致血栓形成，並造成靜脈狹窄或阻塞導致無法植入新的導線。 六、因導線存在引起嚴重的心律不整或影響必要之治療。 七、因導線損壞需要植入新的導線而造成同一側血管四條(含)以上導線，或兩側血管五條(含)以上導線。
B106-1	L-E-	具CPR回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片	111/01/01	999/12/31	具CPR回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片(自111.01.01生效)： 一、心跳停止。 二、一次就醫以一套為限。
B201-1	F-H C-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	084/09/14	999/12/31	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR適應症限： 1、心臟手術後低心輸出量，無法脫離人工心肺機時使用。 2、實施較困難之心臟及大血管手術預期使用體外循環時間較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。
B201-2	F-H C-H-	體外循環維生系統 ECMO(EXTRACORPOREAL CIRCULATION)	101/06/01	999/12/31	101年6月1日起修訂，依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68036B體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)使用之適應症及禁忌症訂定。
B201-3	F-H-	含肝臟脂、肝素之人工心肺 OXYGENATER	086/09/12	999/12/31	含肝臟脂、肝素之適應症： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用。
B201-4	F-H C-H-	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動/靜脈導管及導引管組，無肝素塗層)	097/07/01	999/12/31	970701修訂： 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手術或二次心臟/胸腔手術，用於少於6小時之體外循環之手術使用。
B201-5	F-H-	含塗層之人工心肺(WITH OR WITHOUT 篩血槽(含ARTERIAL FILTER))	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限未滿十三歲之兒童開心手術使用。
B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD)	106/10/01	999/12/31	自1061001修訂生效 體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD):同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「心室輔助裝置植入」(編號：68051B)所訂給付規定。
B201-7	F-H-	長效型體外膜肺 ECMO(EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	103/08/01	999/12/31	自103.08.01起生效： 限用於急性呼吸窘迫症候群病患及等待心臟移植病患之第二套以上(含)ECMO體外循環維生系統。
B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸管組	088/06/01	999/12/31	組織安定器及真空抽吸管組：限微創直接冠狀動脈繞道手術(MIDCAB)使用，並規範： 1.一至二條血管之MIDCAB手術，每次只能申報兩支組織安定器及一付真空抽吸管組。 2.二條(含三條)血管以上之MIDCAB之手術，除申報兩支組織安定器及一付真空抽吸管組，並得申報自體血液回收組。
B202-2	C-H-	多重灌注分流管MULTIPLE PERFUSION SET	089/01/01	999/12/31	限二條血管以上填塞之CAD，且左心室功能低於LVEF 30%以下者
B202-3	H-E-	動脈血過濾濾器/含肝素BLOOD FILTER W/HEPARIN	084/03/01	999/12/31	限體外循環超過120分鐘患者使用
B202-4	H-E-	氣泡過濾濾器 BUBBLE TRAP	086/05/08	999/12/31	限複雜性先天性心臟病矯正術使用
B202-5	H-E-	動脈血過濾濾器+去白血球過濾濾器	087/10/02	999/12/31	限開心手術使用於BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION時申報
B202-6	C-H-	兒童用動脈套管	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 限未滿十九歲兒童開心手術時使用。
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	102/07/01	999/12/31	術中自體血液收集套給付規定如下(1020701修改)： 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術，但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節(大於等於3節)脊椎內固定手術。 三、限使用一套。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	102/07/01	999/12/31	血液脫液器組給付規定如下(1020701修改)： 術前腎機能不全或充血性心衰而須施行開心手術患者使用。
B203-3	C-C-	胸腔血液引流併自體輸血組	086/04/07	999/12/31	胸腔血液引流併自體輸血組適應症限： 胸腔、心臟血管外科手術或外傷無菌性大量血胸需自體輸血者，且需檢附自體輸血記錄備查。
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	112/05/01	999/12/31	長效型心室輔助系統(自112.5.1生效) 一、適應症： (一)病人已登錄於器官移植中心系統。 (二)須能耐受抗凝血治療。 (三)符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine>5µg/min/kg)大於14天或一年內2次住院接受強心劑注射每次大於7天。 1.心臟衰竭且Maximal VO2<10ml/kg/min者。 2.心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2<14ml/kg/min者。 3.心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin, Diuretics等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。 4.嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心臟灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。 5.紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5µg/kg/min 7天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。 6.復發有症狀的心室心律不整，無法以公認有效的方法治療者。 7.未滿七十歲者。 二、禁忌症： (一)有明顯感染者。 (二)愛滋病帶原者：應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (三)肺結核經證實者。 (四)惡性腫瘤患者。 (五)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (六)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (七)嚴重肺高血壓：經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。 (八)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (九)中度以上腎功能不全者(Creatinine>3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。 (十)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEV1<50% of predicted或FEV1/FVC<40% of predicted)。 (十一)活動性消化性潰瘍患者。 (十二)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (十三)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。
B301-2	H-H	頸動脈血栓過濾導引線系統(1040501更正)	094/04/01	999/12/31	適應症(940401)： 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。
B301-3	H-H	抽吸方式移除血栓系統組	098/07/01	999/12/31	適應症(980701)： (一)急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 (二)冠狀動脈繞道後，隱靜脈狹窄之成型治療。
B301-4	H-H	血栓過濾導引線系統	104/05/01	999/12/31	自104.05.01生效 1.實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。 2.冠狀動脈繞道後，隱靜脈狹窄之成型治療。
B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	104/06/01	999/12/31	(104/06/01生效) 一、用於需移除或抽吸動脈血管系統中栓塞物質之病人，但不得用於直徑小於2.5mm的血管。 二、不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。
B301-6	H-H-	腔靜脈血栓過濾網取回組	111/03/01	999/12/31	腔靜脈血栓過濾網取回組(自111.3.1生效) 限取回植入之腔靜脈血栓過濾網使用，不得併同申報診療項目33131B「經皮導管血管內心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為>7mm者)」，33135B「經皮導管血管內心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為≤7mm者)」或33116B「經導管心室中膈缺損修補」。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)			給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
給付規定分類碼	大小類碼	品名表			
C101-1	C-K-	長外型雙J型輸尿管組 /STENT(With hydroplus coating)+PUSHER	105/10/01	999/12/31	長外型雙J型輸尿管組給付規定(105/10/01): 輸尿管內良性、惡性腫瘤和創傷後產生輸尿管狹窄等所造成長期且無法矯治的輸尿管阻塞。
C101-2	C-K-	抗壓型雙J型輸尿管組 /STENT+GUIDE WIRE+PUSHER	105/10/01	999/12/31	抗壓型雙J型輸尿管組給付規定(105/10/01): 1.腹腔腫瘤、腹膜後腔纖維化引起輸尿管壓迫，導致腎水腫。 2.反覆輸尿管狹窄經一般雙J型導管無法矯治的腎水腫。
C301-1	C-G-	左心室傳送系統(配合1.心房同步雙心室節律器或2.心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器使用)	094/02/01	999/12/31	1.使用於心房同步雙心室節律器時，適用B104-1之適應症。 2.使用於心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器時，適用B103-2之適應症及相關使用規範。
C302-1	C-X-	心臟內心律不整外科燒灼電刀用電極	093/07/01	999/12/31	限心臟外科手術時使用，並附AF心电图報告(術前、術中或術後)
D101-1	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	087/12/01	999/12/31	適應症如下： 1.嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	109/03/01	999/12/31	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 1.限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 2.須檢附病患X光照片。
D101-3	F-B-	成骨不全症髓內釘	104/01/01	999/12/31	成骨不全症髓內釘自104.01.01生效 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及肱骨進一步的骨折
D101-4	F-B-	鈦合金加長型髓內釘組 (Cephalomedullary nail)	110/01/01	999/12/31	1.限轉子下骨折或轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2.須檢附病患X光照片。
D101-5	F-B-	鈦合金髓內釘組(含加長型) (Cephalomedullary nail)可搭配專用骨水泥使用	112/04/01	999/12/31	本項刪除
D101-6	F-B-	彈性髓內釘	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)骨折之單純性骨折。 (一)三歲以上未滿十九歲股骨骨折之單純性骨折。 (二)七歲以上未滿十九歲脛骨骨折之單純性骨折。 (三)十歲以上未滿十九歲肱骨骨折，且併有以下狀況之一者： 1.同側前臂骨折(漂浮肘)。 2.下肢骨折。 3.對側上肢骨折。 4.開放性骨折。 5.多重創傷。 6.非手術治療無法復位之骨折。 (四)六歲以上未滿十九歲尺骨或橈骨骨折之單純性骨折，且骨折處有位移者。 二、良性骨腫瘤、囊腫或成骨不全造成之四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)病理性骨折。 三、十二歲以上未滿十九歲鎖骨骨折。 (一)位移超過兩公分。 (二)神經血管損傷。 (三)多重創傷。 (四)伴隨肩胛骨骨折(漂浮肩)。 (五)開放性骨折。 (六)斷端有頂破皮膚之危險。
D101-7	F-B-	小兒髓內釘系統	110/06/01	999/12/31	小兒髓內釘系統(自110.6.1起生效)： 一、股骨尚未成熟之病人，有下列其中情形之一： (一)嚴重的粉碎性或節段性骨折。 (二)使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性。 二、特殊病需要內固定的情形，需事前審查。
D101-8	F-B-	鈦合金股骨逆行髓內釘組 Retrograde Femoral Nail	110/12/01	999/12/31	鈦合金股骨逆行髓內釘組Retrograde Femoral Nail(自110.12.1生效)： 一、股骨幹併股骨遠端骨折，順向股骨髓內釘已無法提供足夠穩定者。 二、髓部已有人工關節置入或股骨近端已有其他骨材置入，順向股骨髓內釘已無法置入者。 三、同側膝部或小腿合併其他手術，可合併膝部創口置入股骨髓內釘者。 四、同時兩側股骨幹骨折或單側股骨幹骨折併多重骨折，無法使用fracture table者。 五、生命徵象不穩定之股骨骨折病人，不宜使用fracture table牽引手術者。
D101-9	F-B-	Humeral Nail plus Set (搭配 MultiLoc Screw)	110/12/01	999/12/31	Humeral Nail plus Set (搭配MultiLoc Screw) (自110.12.1生效)： 一、嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 二、使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。 三、近端肱骨骨折。
D101-10	F-B-	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail	113/05/01	999/12/31	足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail(自113.5.1生效)：限用於診療項目「64282B脛-距-跟骨融合術」。
D101-11	F-B-	鈦合金Cephalomedullary Nail(170mm)/搭配螺絲刀blade	111/09/01	999/12/31	(111.9.1生效) 符合以下條件之一，須檢附病患X光照片： 一、限複雜性、不穩定型之轉子間骨折。 二、骨密度-2.5以下之轉子間骨折，需檢附五年內報告。
D101-12	F-B-	搭配鈦合金髓內釘使用之專用骨水泥組	112/04/01	999/12/31	搭配鈦合金髓內釘使用之專用骨水泥組(自112年4月1日起生效)需同時符合下列條件： 一、須併同特材碼FBNG1LBDTCS1、FBNG1LSCTCS1、FBNG1SBDTCS1及FBNG1SSCTCS1使用及申報。 二、限複雜性、不穩定型轉子間骨折或轉子下骨折、轉子間骨折合併轉子下延伸，同時患有嚴重骨質疏鬆症或有蝕骨性腫瘤病灶之患者申報。 三、須檢附病患術前術後X光照片、術後在伽瑪髓內釘灌注骨水泥之影像備查。 四、每次手術限用1組。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	098/08/28	999/12/31	適應症修訂(980828)如下： 1.嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣之長度時。 3.股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D102-2	F-B-	固定螺絲 INTERFERENCE SCREW	085/09/14	999/12/31	INTERFERENCE SCREW限十字韌帶重建術患者使用。
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨釘(固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	094/07/01	999/12/31	限實施十字韌帶重建手術患者使用
D103-1	F-B-	埋頭中空加壓骨釘	112/09/01	999/12/31	自112/09/01起生效 限下列診療項目使用： 一、64035C腕、肘、掌、指骨骨折開放性復位術。 二、64267C內狀骨骨折開放性復位術。 三、64183B踝關節固定術。 四、64281B後足關節固定術、三關節固定術。 五、64182B腕關節或腕骨、掌骨關節固定術。 六、64279C足踝關節內、外或後跟之雙踝或三踝骨折開放性復位術。 七、64272C距外踝或距內踝單一骨折開放性復位術。 八、64048C趾骨骨折徒手復位術。 九、64069C踝關節脫位開放性復位術。 十、64282B脛-距-跟骨融合術。
D104-1	F-B-	Compression Staple/Plate (Memory Staple)	112/09/01	999/12/31	自1120901生效 一、限用於截骨手術及融合手術： (一)64182B(腕關節或腕骨、掌骨關節固定術)。 (二)64281B(後足關節固定術、三關節固定術)。 (三)64183B(踝關節固定術)。 (四)64282B(脛-距-跟骨融合術)。 二、限未滿19歲病人於下肢或足踝矯正手術使用： (一)64142B(骨癭抑制術)。 (二)64006B(矯正切骨術、肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。 (三)64240B(骨整形術-縮短)。 (四)64241B(骨整形術-延長)。 (五)68038B(骨內翻外翻)。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D104-2	F-B	Compression Staple/Plate (Memory Staple)/(medium ,small, X-small)	112/11/01	999/12/31	給付規定 (112/11/01生效) Memory Staple(medium ,small, X-small) 限未滿10歲病人於下肢或足踝矯正手術使用： 一、64142B(骨癒抑制術)。 二、64006B(矯正切骨術-肌骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。 三、64240B(骨整形術-縮短)。 四、64241B(骨整形術-延長)。 五、88038B(骨內翻外翻)。 自1070901起取消事前審查。
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	107/09/01	999/12/31	自104.11.1起取消事前審查。
D106-1	F-B-	人工髖關節HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.1起取消事前審查。
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 訂製型鞍狀髖臼組適應症限：髖臼嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。
D106-3	F-B-	重建型人工髖關節REVISION HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 REVISION HIP SYSTEM(且骨頭缺損達第二度以上者)適應症限： (一)適用於人工髖關節再置換且骨頭缺損達第二度以上者(DGOT分類GRADE III以上者)。 (二)按病例需要可配合使用大轉子重建系統GTR CABLE GRIP 系統。
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	107/07/01	999/12/31	自107年7月1日起生效 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特材可供使用，則不得使用本特材。
D106-5	F-B-	髖臼缺損填補墊片	107/08/01	999/12/31	自107年8月1日生效： 1.限用於診療項目64201B、64170B、64258B。 2.髖臼缺損嚴重程度達Paprosky分類的typeIIA或IIIB或者是Gross分類的typeIII、IV或V。 3.需事前審查，須檢附患側髖關節X光片(AP+lateral view、Judet view)，必要時可檢附CT或MRI of pelvis或相關資料足以佐證其骨骼缺損程度符合前述適應症。 4.同次同側手術限使用1個。
D106-6	F-B-	重建型髖臼護架(Cage)	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons、AAOS)定義，屬第三級合併髖臼窩的骨骼缺陷時使用。
D106-7	F-B-	限制型襯墊	107/10/01	999/12/31	自107年10月1日生效： 用於習慣性脫臼大於2次為原則。
D106-8	F-B-	人工髖關節強化桿	112/07/01	999/12/31	自112年7月1日生效： 一、須併同診療項目64198B「人工關節移除-股、肩、膝」申報使用。 二、因感染(首次診斷碼為T84.51/T84.52「右側/左側內人工髖關節所致之感染及發炎反應」)而需要兩階段全髖關節置換手術的骨骼成熟患者，於第一階段的臨時植入。 三、需檢附病患手術前及術後X光照片之影像備查。
D106-9	F-B-	雙動式人工髖關節-金屬襯墊	112/09/01	999/12/31	自112年9月1日生效： 一、用於術後有高脫臼風險者，如小兒麻痺、神經肌肉疾病、髖關節發育不良、神經損傷等病況且符合人工髖關節置換為原則。 二、須事前審查。
D106-10	F-B-	特殊金屬髖臼杯	112/09/01	999/12/31	自112年9月1日生效： 一、診療項目「人工全髖關節再置換」(64201B)且包含髖臼杯重新置換者，需檢附手術前及術後X光照片之影像備查。 二、診療項目「全髖關節置換術」(64162B)合併髖臼骨鬆缺損或骨質不佳(曾發生髖臼骨折、發炎性關節炎、或髖關節發育不良在Crowe分類二級以上者)且經事前審查通過者。
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	111/04/01	999/12/31	有下列情形之一者，檢附術前X光片，需事前審查(自111.4.1生效)： 一、RA及嚴重的OA病患。 二、六十五歲以上，遠端髓質粉碎性關節內骨折(ICD-10 S42.47)，且不適合開放復位內固定重建(AO/OTA分類為13C)，創傷後肘關節炎(ICD-10 S42.471S、ICD-10 S42.472S)。
D107-2	F-B-	反置式肩關節系統	111/04/01	999/12/31	反置式肩關節系統(自111.4.1生效)： 肩關節旋轉肌群大缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查： 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III (包含)以上)。 二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲以上。 一、槓骨頭骨折固定後，產生malunion、關節疼痛/僵硬/不穩定 (valgus instability / longitudinal instability with positive ulnar variance and pain in the wrist) 的病人。 二、槓骨頭因腫瘤或病理性骨折切除後需重建關節。 三、上述需事前審查。
D107-3	F-B-	槓骨頭系統	112/08/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工膝關節使用規範(自111.4.1生效)： 一、未滿七十一歲者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。 二、七十歲以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。 三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三分之一以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	111/04/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工膝關節使用規範(自111.4.1生效)： 一、限單一腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以五十五歲以上為原則。 三、符合下列條件之一者： (一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五度，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得用於RA或Gouty arthritis。
D108-2	F-B-	訂製型人工膝關節CUSTOM MADE KNEE PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 訂製型適應症限：嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	111/04/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工半膝關節組使用規範(自111.4.1生效)： 一、限單一腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以五十五歲以上為原則。 三、符合下列條件之一者： (一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五度，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得用於RA或Gouty arthritis。
D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程五次)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱「累計達六個月(含)以上均無效」係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID類消炎藥、類固醇注射劑，及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊病例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)			給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
給付規定分類碼	大小類碼	品名表			
D108-6	F-B-	關節內注射劑(每個療程三次)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效.."係指：在同一院所首以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射，如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。
D108-7	F-B-	髌骨股骨人工關節組 PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 一、給付規定： (一)膝關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨質變形者。 (二)膝關節之病變導致嚴重疼痛，經保守治療6個月以上，並經清創手術或軟骨移植手術失敗者。 (三)膝關節列位不正，經手術矯正已回正位，但仍有嚴重膝關節症狀者。 二、禁忌症： (一)發炎性(如類風濕性)關節炎。 (二)合併股關節炎。 (三)膝關節列位不正且無法矯正。 (四)膝關節列位不正(外翻大於8度或內翻小於5度)。 (五)膝關節最大屈曲度小於110度。 (六)患部關節曾有關節局部感染，或其他局部/全身性感染病史，可能影響到人工關節。 (七)骨存量不足。 (八)半月板或韌帶結構不足。 (九)骨齡未成熟。 (十)神經性之關節病變。
D108-8	F-B-	重建型鈦金屬脛骨及股骨錐狀墊片 (Cone)	108/09/01	999/12/31	1.限用於人工膝關節再置換手術且符合Anderson Orthopaedic Research Institute(AOR) classification Type 3骨缺損定義之患者。 2.每部位限使用一個。 3.需事前審查。
D108-9	F-B-	半月板軟骨修補系統	113/01/01	999/12/31	一、ICD-10為S83.2且同時申報關節鏡下半月板修補術(64244B、64218B、64263B)者： (一)半月板破裂長度未滿2公分；一針型以給付1組為限。 (二)半月板破裂長度2公分(含)以上；一針型以給付2組為限，或多針型以給付1組為限，兩者擇一使用。 二、必須檢附術中修補前後關節鏡照片及縫合後半月板軟骨破裂處手術摘要或病歷等資料備查。
D109-1	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效.."係指：在同一院所首以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射，如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。
D109-2	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效.."係指：在同一院所首以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射，如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程，自注射日期起算一年(含)以上，始得接受下一次療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。
D111-1	F-B-	塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、適應症如下： (一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。 (二)巨大骨腫瘍(自體骨移植不足或無法取者)。 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升，二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘍：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。
D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	110/11/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、適應症：限用於頸椎手術。 二、申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升，二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘍：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。
D111-3	F-B-	含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	110/11/01	999/12/31	含抗生素塑膠類、陶瓷類人工代用骨：限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下(自110.11.1生效)： 一、適應症如下： (一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 (二)巨大骨腫瘍 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升，二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘍：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

給付規定起日

給付規定迄日

給付規定

D111-4

F-B-

生骨替代物類似塑膠類、陶磁類人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)
一、適應症如下：
(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。
(二)巨大骨腫瘤
(三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。
(四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。
(五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。
(六)脊椎前方固定術。
二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。
三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。
(一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升 二節至三節。
(二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。
(三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用二萬元為上限。
(四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長x寬x高 立方公分=毫升(cm3=mL)。

D111-5

F-B-

脊椎骨水泥

111/07/01

999/12/31

(自111.07.01生效)
一、一般脊椎骨水泥：
限適用椎體成形術診療項目33126B、33127B併有胸腰椎骨折，經4週保守治療，仍有嚴重背痛者(VAS \geq 7)，需附病歷紀錄含術前4週、術後影像資料及疼痛評估報告佐證供審查。
二、高黏度脊椎骨水泥(仿單記載為高黏度)：
限適用椎體成形術診療項目33126B、33127B，且符合下列條件
(一)因骨質疏鬆症造成之椎體骨折，且未有神經症狀者，於經4週保守治療，仍有嚴重背痛者(VAS \geq 7)，需附病歷紀錄影像資料及疼痛評估報告佐證。
(二)需事前審查。
三、每次手術限使用一組(包)。
四、對於大於12週骨折，應進行磁振造影或電腦斷層，以排除感染或腫瘤，且影像顯示有裂縫(cleft or cavity formation)或骨折處不癒合(non-union)。

D112-1

F-B-

脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)
一、脊椎固定：須事前審查，經同意後使用。
二、長節固定適應症為：
(一)脊椎側彎變形須達四十度以上。
(二)腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。
(三)因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。
(四)因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。
(五)廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。
(六)脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。
(七)腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。
三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位、廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。
四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：
(一)椎體固定三節或三節以上者。
(二)爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。
五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。

D112-2

F-B-

脊椎前方固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)

107/09/01

999/12/31

自1070901起生效
前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。

D112-3

F-B-

頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)

110/11/01

999/12/31

(自110.11.1生效)
一、頸椎固定：須事前審查，經同意後使用。
二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。

D112-4

F-B-

脊椎間體護架VETEBRAL INTERBODY CAGE

109/06/01

999/12/31

脊椎間體護架：
一、頸椎部分：
(一)椎間盤廣泛切除者。
(二)屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。
(三)單一頸椎節段(Motion segment)限用一個頸椎「脊椎間體護架」。
二、腰椎部分：
(一)不穩定脊椎(脊椎滑脫大於等於Grade 1，或屈曲及伸展之X光角度變化大於等於10度，或位移大於4mm)。
(二)椎間盤X光有Vacuum phenomenon。
(三)椎間盤顯影攝影(Discogram)，施行provocative test與椎間盤疼痛有正相關者。
(四)進行長節段(大於或等於二個活動節段)之脊椎骨間融合最尾端(或L5S1)，可置放「脊椎間體護架」。
(五)脊椎變形(側彎或駝背)導致嚴重疼痛、藥物治療無效，可申請「脊椎間體護架」。
(六)進行Revision二次手術做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。
(七)椎孔外椎間盤突出(Far lateral HVD)有神經根壓迫做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。
(八)進行PLIF時，每個活動節段(Motion segment)限用二個腰椎「脊椎間體護架」，進行TLIF、OLIF、XLIF、ALIF等術式時，每個活動節段限用一個腰椎「脊椎間體護架」。
三、需事前審查，並附上X ray、Flex-Ext view、CT或MRI。

D112-5

F-B-

鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)

110/11/01

999/12/31

鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)(自110.11.1生效)：
一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於負二點五)使用。
二、須事前審查，經同意後使用。
三、適應症同D112-1。
四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。

D112-6

F-B-

VEPTR延展式肋骨支撐架

111/04/01

999/12/31

VEPTR延展式肋骨支撐架(自111.4.1生效)
一、須事前審查。
二、使用規定如下：需同時符合以下三項條件
(一)胸腔發育不全患者：肺功能檢查呈中度限制性受損(moderate restrictive impairment)以上者。
(二)脊柱側彎(Cobb's angle)40度以上或兩次追蹤檢查角度增加10度以上。
(三)骨齡未達成熟Risser Signs \geq 4或Bone age study \leq 14歲。
自103.06.01生效

D112-7

F-B-

頸椎後側固定系統OASYS SYSTEM

103/06/01

999/12/31

一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下，前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。
二、高位頸椎及顛頸部位因退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或頸椎創傷造成之頸椎變形及神經壓迫情況需接受固定及融合手術時。
三、須經事前審查通過後使用。

D112-8

F-B-

搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統

111/04/01

999/12/31

搭配固定桿規格四點五毫米之脊椎固定系統(自111.4.1生效)
一、限用於體重小於三十公斤體型嬌小或未滿十九歲之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前審查同意後使用：
(一)長節固定給付規定為：
1. 脊椎側彎變形須達四十度以上。
2. 腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。
3. 因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。
4. 因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。
5. 廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。
6. 脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。
7. 腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。
(二)短節固定給付規定為：脊椎骨折、脫位、廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。
(三)橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於：
1. 椎體固定三節或三節以上者。
2. 爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。
三、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。

D112-9

F-B

頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型

105/03/01

999/12/31

自105.03.01生效
一、單節頸椎椎間疾患合併節段不穩定須行椎體間融合加上骨板固定時使用。
二、在接受頸椎前位融合固定術後，發生上或下鄰近節病變，須再次行鄰近節單節椎體間融合術時使用。
三、若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。
四、須經事前審查通過後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)
給付規定分類碼 大小類碼 品名表

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D112-10	F-B-	人工頸椎椎間盤	111/03/01	999/12/31	人工頸椎椎間盤(自111.3.1生效): 一、使用規範: (一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變(Radiculopathy)或髓神經病變(Myelopathy),經保守療法治療無效。 (二)限C4/5或C5/6節段使用。 (三)該節段無椎間盤高度降低。 (四)每次限申請一顆。 二、需經特殊專案審查核准後使用,檢附正面、側面、側面flexion-extension X光片、磁共振造影、骨密度檢查等。 三、禁忌症: (一)椎體後髓神經壓迫病灶,如後縱韌帶鈣化(Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL)、黃韧带骨化等。 (二)脊椎關節病變,如僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis(DISH)。 (三)明顯不穩定,如flexion-extension側面X光椎間位移三點五毫米(mm)以上,或脊椎側彎測量COBB角度十一度以上的改變。 (四)頸椎後凸變形(kyphosis)或曾接受laminoplasty、laminectomy手術者。 (五)骨質疏鬆、代謝性骨疾病或因性骨質變(bone mineral density(BMD) T-score 小於負一點五)。 (六)脊椎感染。 (七)脊椎腫瘤。 (八)對裝置材料過敏。 (九)嚴重脊椎退化或同一椎節facet joint病變。 脊椎延長式連結器(自111.03.01生效): 限骨齡尚未成熟(Risser sign ≤ 3)兒童,並須符合下列情況之一: 一、不明原因(特發性)脊椎側彎變形須達四十度以上。 二、神經肌肉脊椎側彎或先天性脊椎側彎(半椎體或椎體連合),變形須達三十度以上。
D112-11	F-B-	脊椎延長式連結器	111/03/01	999/12/31	(自110.11.1生效) 一、適應症如下:均符合下列十項,始可給付。 (一)外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。 (二)保守性治療無效者。 (三)無尿管阻塞之問題。 (四)無尿路感染。 (五)膀胱功能正常。 (六)無膀胱過度反射症HYPER REFLEX或藥物治療可控制者。 (七)無膀胱輸尿管逆流症者U-V REFLEX。 (八)無膀胱餘尿者。 (九)病患有足夠的意願。 (十)善於且能正常操作者。 二、應事前審查,經同意後使用。 膀胱灌注液之適應症及使用規範:(自112.1.1起生效) 一、適應症如下: (一)間質性膀胱炎:以病理報告,或明確的膀胱鏡確定後,事前審查核准後使用。 (二)出血性膀胱炎:在傳統清血塊、電燒無效後,檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。 二、原則上每一療程以六個月為限;療程結束前應以排尿紀錄本及Global Response Assessment scale(整體治療反應評估分級)評估其療效分數達4分以上。如症狀未完全改善且無不良反應出現者,可再繼續申請另一療程。
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	110/11/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統給付規定(1011001生效):用於治療男性攝護腺癌手術後發生之應力性尿失禁,排除T3或有遠端轉移之個案且符合以下條件及規範者: 一、手術前病人如有泌尿道感染應先治療。 二、病人應有良好的膀胱功能(膀胱容量>250mL,尿後殘餘量<50mL)。 三、病人無膀胱頸或尿道狹窄(最大尿流速≥15mL)。 四、病人無膀胱炎、尿道炎或攝護腺炎。 五、病人無神經性逼尿肌不穩定[病歷附逼尿肌動力圖(CMG)]。 六、先接受6個月期的非侵入性壓力性尿失禁治療且有病歷紀錄(如:行為治療、膀胱訓練、生理回饋、骨盆電磁波刺激或藥物治療等)。 七、病人沒有血液凝固疾病(病歷應附流血時間、凝固時間)。
D113-2	F-U-	膀胱灌注液	112/01/01	999/12/31	(106.11.01)輸尿管結石移除器之給付規定如下: 限用於輸尿管結石碎石術或取石術(診療項目代碼:77027B或77028B),移除大於1公分(最大直徑)的輸尿管結石,需檢附影像或照片(有量度紀錄)。
D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	101/10/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)之給付規定如下(自1070601起生效): 限用於男性攝護腺癌接受根治性攝護腺切除手術之術後尿失禁,且符合下列各項條件之病患: 1.手術後尿失禁持續9至12個月。 2.保守性治療無效。 3.無尿管阻塞。 4.無尿管感染。 5.膀胱功能正常。 6.無膀胱過度反射症(Hyper Reflex)或藥物治療可控制。 7.無膀胱輸尿管逆流(U-V Reflex)。 8.無膀胱餘尿。
D113-4	C-G-	輸尿管結石移除器	106/11/01	999/12/31	(自111.4.1生效) 一、給付範圍如下: (一)診察(包括鑑定、檢測及會診)。 (二)義肢之給與及訓練。 (三)處置手術或治療。 前項給付範圍不包括義肢之維修費用。 二、給付次數:同一部位之義肢裝配,以給付一次為限,但未滿十九歲保險對象同一部位之義肢裝配,得依醫師之處方,每二年給付一次。
D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	107/06/01	999/12/31	自112年8月1日生效: 一、用於因人工關節感染而需施行兩階段關節重建手術的第二階段人工關節再置換手術時,需同時符合下列條件: (一)診療項目64201B「人工全髖關節再置換」或診療項目64202B「人工全膝關節再置換」申報使用。 (二)「右側/左側人工關節(膝)關節所致之感染及發炎性反應」(主診診斷碼為T84.51、T84.52、T84.53、T84.54)。 二、用於膝關節及髖關節以外其他部位關節感染而需施行兩階段關節重建手術的第二階段人工關節再置換手術時,需併同申報主診診斷碼T84.5(內人工關節所致之感染及發炎性反應)、T84.6(內固定裝置所致之感染及發炎性反應)、T84.7(其他骨內人工置換裝置、植人物及移植體所致之感染及發炎性反應)。 三、每次手術給付以80gm為原則。 四、需檢附病患手術前及術後X光照片之影像備查。
D114-1	F-B-	義肢	111/04/01	999/12/31	顱顏面骨板 BONE PLATE (自110.6.1起生效): 一、重建型、迷你型、微小型顱面骨板:限使用在髮際線以外,且符合以下條件之一 (一)限使用於顱面骨折患者。 (二)顱面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、顱骨固定夾:用於開顱手術患者,每次手術使用總數以3個為限。
D201-1	F-P-	顱顏面骨板 BONE PLATE	110/06/01	999/12/31	(86/04/07) ANATOMIC BONE PLATE 限EPIPHYSIS、METAPHYSIS骨折使用。
D201-2	F-P-	骨板 ANATOMIC BONE PLATE	086/04/07	999/12/31	纖維固定系統 Cable System (自110.10.01起生效): 一、關節節再置換合併股骨粉碎性骨折或髌骨骨折病例使用。 二、施行全人工關節節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 三、人工關節節再置換術,於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。 四、全人工肩關節(包含反置式)肱骨側、全人工肘關節肱骨側或尺骨側的periprostheses fracture。
D201-3	F-B-	纖維固定系統 Cable System (纖維夾、縮器、纖維套及纖維骨板)	110/10/01	999/12/31	可吸收性顱面骨板及骨釘(自111.4.1生效): 限未滿十九歲兒童病患使用且符合下列適應症之一: 一、顱面骨折、顱骨縫過早閉、顱面先天性畸形。 二、顱面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。 三、因腦瘤、顱內出血、顱內血管病灶等施行開顱手術。
D201-4	F-P-	可吸收性顱面骨板及骨釘	111/04/01	999/12/31	101.10.01起 限使用於頭部顱面骨、顎骨固定,但不可與Miniplate併用,每次限用1片。
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 速固硬式固定系統	101/10/01	999/12/31	

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顱骨固定系統組	107/12/01	999/12/31	給付規定 (自107.12.01起生效)客製化電腦輔助型顱顱骨固定系統組： 1.限使用於頭顱顱骨、頸顱骨固定，但不可與Miniplate併用，每次限用1片。 2.限自體顱骨不堪使用，如頭骨碎裂、有感染疑慮者、自體顱骨植入後吸收者等。 3.需事前審查，檢附頭顱X光、3D CT影像，敘明使用理由及使用特材規格。
D201-7	F-P	客製化3D列印顱顱骨固定系統組 (PEEK)	111/04/01	999/12/31	一、限自體顱骨不堪使用之病患且符合下列條件之一： (一)表淺腫瘤需做MRI 追蹤病患。 (二)腦瘤病患，術後需再做放射治療的病人。 (三)曾安裝過TI MESH或钛金屬植入物產生過敏反應者。 (四)缺血或出血性中風患者，需要追蹤MRI。 (五)需進行以MRI導航定位手術者。 (六)顱骨缺損合併眼眶骨或頸顱骨缺損。 二、每次手術限用1片。 三、需事前審查，檢附頭顱X光、3D CT或MRI影像，敘明使用理由及使用特材規格。
D203-1	F-B-	骨格外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	084/03/01	999/12/31	ILIZARAVE EXTERNAL FIXATOR限： (一)兩腳不一樣長(限定長度相差在五公分 以上且變形) (二)感染造成不癒合情形之患者使用。
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1起生效) 一、限未滿十九歲。 二、嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 三、須事前審查：附X光片、照片及3D電腦斷層影像。
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板及固定器	109/12/01	999/12/31	漏斗胸矯正骨板及固定器(自109.12.01生效)： 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「納氏胸廓異常矯正術(代碼:67055B)」規定。 二、每次限使用一支矯正骨板及一個固定器為原則，如超過者，須事前審查。
D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	108/03/01	999/12/31	自108/3/1起生效 一、適應症： 1.膝內翻或膝外翻連下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 2.膝屈曲彎縮10度-20度且生長板尚未關閉。 3.踝關節經骨平台或距骨平頂外翻超過10度且生長板尚未關閉。 4.長短腿2-5公分(從地面算到臍骨頂)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症下，生長板之任一側以使用1組為限。
D203-5	F-B	肋骨固定系統	113/01/01	999/12/31	肋骨固定系統(自113.01.01生效)： 一、需同時符合下列兩項條件： (一)相鄰3個以上肋骨斷性骨折(segmental rib fracture) (連枷胸/ICD-10:S22.5XXA~S22.5XXS)。 (二)ISS score≥16。 二、限具台灣胸腔及心臟血管外科專科醫師、台灣胸腔外科專科醫師、骨科專科醫師或外傷科專科醫師執行。 三、每病人以給付3個骨板及18支骨釘為限。 四、事後逐案審查，需檢附T07【重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者 (INJURY SEVERITY SCORE 16)】重大傷病證明及可以證明為連枷胸之電腦斷層影像。
D203-6	F-B-	胸骨固定系統	112/02/01	999/12/31	胸骨固定系統(自1120201生效) 一、限使用於Grade III以上且位移0.5公分以上外傷性胸骨骨折。 二、每位病人以給付1個骨板及8支骨釘為限。 三、檢具術前影像備查。
D203-7	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(4孔)	112/02/01	999/12/31	兒童長骨畸形矯正骨板系統(4孔)自112.02.01生效 一、限青春期中生長突增期間(女孩10歲以上，男孩12歲以上，生長板尚未關閉)或體重40公斤以上、身高140公分以上的兒童使用，符合下列條件之一： (一)膝內翻或膝外翻連下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 (二)膝屈曲彎縮10度-20度且生長板尚未關閉。 (三)踝關節經骨平台或距骨平頂外翻超過10度且生長板尚未關閉。 (四)長短腿2-5公分(從地面算到臍骨頂)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症，生長板之任一側以使用1組為限。
D203-8	F-B-	小兒髕骨鎖定骨板組	112/02/01	999/12/31	小兒髕骨鎖定骨板組(自1120201生效) 限於未滿18歲兒童及身材矮小之成人(身高140公分以下)因股骨近端/髕關節疾病或創傷使用於： 一、轉子間和轉子下內彎或外彎切骨術。 二、轉子間和轉子下反旋轉切骨術。 三、近端股骨骨折。
D203-9	F-B-	兒童8型(2孔)/H型(4孔)鎖定骨板組	112/02/01	999/12/31	兒童8型(2孔)/H型(4孔)鎖定骨板組(自1120201生效) 限於未滿18歲兒童及身材矮小之成人(身高140公分以下)用於診療項目64006B(矯正切骨術、肋骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨)。
D301-1	F-P-	顱顏面骨螺絲 BONE SCREW	110/06/01	999/12/31	顱顏面骨螺絲 BONE SCREW(自110.6.1起生效)：符合D201-1使用規範者。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	089/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1.加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2.使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient)3.使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	089/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1.加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2.使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient) 3.使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。 4.禁止使用於體重不到20公斤的小兒病患。
E201-3	C-P-	多功能靜脈輸液套	094/04/01	999/12/31	多功能靜脈輸液套使用規範： (一)已曾經使用「3 LUMEN CVP CATHETER SET」的病患，預期仍需要靜脈導管注射。 (二)使用全身靜脈營養者。 (三)嚴重敗血症病患。
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	097/10/01	999/12/31	適應症擴增(971001)：(壹+貳)查。 1、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者；2、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用；3、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用；4、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。 貳、需同時符合下列兩項條件： 1、發生全身性發炎反應症候群 (Systemic Inflammatory Response Syndrome、SIRS) 兩個或兩個以上之診斷條件 (1)體溫Temp<36°C或>=38°C (2)心跳速率HR>90下分鐘 (3)呼吸速率RR>20次/分鐘或動脈血二氧化碳分壓PaCO2 <32 mmHg (4)白血球計數WBC>12,000/mm3或<4,000/mm3或>10% immature bands 2、全身組織低氧(Global Tissue Hypoxia)血壓收縮壓Systolic BP<=90 mmHg或乳酸值Lactate>=4 mmol/L
E201-5	C-P-	動脈壓力監測組	111/04/01	999/12/31	(自111.4.1起生效)適應症：限未滿三歲或15KG以下之兒童使用
E201-6	CP	腹內壓力監測組INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	102/10/01	999/12/31	自102.10.01起給付規定為 (1)重大外傷合併休克需積極復甦治療者； (2)外傷病患接受腹部損傷控制手術者； (3)腹部外傷實施非手術治療需積極監控腹內傷害變化者； (4)大面積燒灼傷需積極復甦治療者； (5)腹部重症。
E201-7	C-P-	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	111/04/01	999/12/31	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組給付規定(自111.4.1起生效)： 限未滿十二歲或體重40公斤以下之兒童，並符合下列情形之一者： 一、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 二、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 三、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。 四、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
E201-8	C-P-	中央靜脈導管組-四腔以上(一般型及抗感染型)	113/03/01	999/12/31	給付規定 (113/03/01生效) 成年或體重大於40公斤之加護病房患者使用(限於加護病房放置需要密集醫療照護之重症病患需靜脈壓監測、授予注射藥物、大量輸血、頻繁採血、或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)；並符合下列情況之一： 一、嚴重燒燙傷病患(TBSA>40%)。 二、多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。 三、身上多處外傷或皮膚病灶、缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位、血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。
E204-1	C-F-	特殊腸道治療管SPECIAL ENTERNAL FEEDING TUBE	084/03/01	999/12/31	INTEST-SOND胃腸導管： G-I手術後併G-I TRACT溢漏或吻合須NPO者。
E204-2	B-B-	灌食袋FEEDING、PUMP SET	109/09/01	999/12/31	E204-2灌食袋(含動力式及PUMP SET)： 限長期無法進食、恢復進食之最初階段使用。 一、適應症： (一)CRITICALLY ILL PATIENT 長期臥床無法行動、並長期消化不良、腹脹、無法以藥物改善者。 (二)加護病房使用呼吸器治療中長期無效無法以藥物治療改善者。 (三)以其他方式進食發生以下情形：需藉灌食袋之使用，以降低進食速率及容量、減輕不適、1.胃排空不全。2.頑固性腹瀉。3.噁心、嘔吐。 (四)其他經營養師會診確認需使用的情形。 二、使用數量： 住院病人以一週給付兩副為原則，不足一週者，給付數量如下： 1.小於等於三天，給付一副。 2.四至七天，給付二副。(使用三天後再使用另一副)
E204-3	C-F-	矽質胃管SILICONE N-G TUBE 聚胺脂胃管(PU STOMACH CATHETER)	096/04/01	999/12/31	(960401)起聚胺脂胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下： (一)手術(如膽胃造瘻)後，須長期置放鼻胃管者。 (二)慢性須須鼻胃管灌食；且在鼻胃管灌食一個月後，短期內不可能取消者。 (三)其他特殊須長期置放鼻胃管者。
E204-4	C-F-	胃造瘻餵食管 GASTROSTOMY FEEDING TUBE	111/04/01	999/12/31	胃造瘻餵食管(GASTROSTOMY FEEDING TUBE)(自111.4.1起生效) 一、成人限每6個月更換一次，未滿十九歲兒童每3-6個月更換一次。 二、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。
E204-5	C-F	內視鏡經鼻腔空腸餵食管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE	100/05/01	999/12/31	「內視鏡經鼻腔空腸餵食管」適應症(100.05.01)： 1、嚴重急性胰腺炎。 2、空腸前庭阻塞或上腸系膜動脈症候群。 3、手術、創傷或敗血症等疾病，導致胃排空異常，無法以鼻胃管餵食者。
E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE(具片狀凸出 TIGER)	101/10/01	999/12/31	「經鼻腔空腸餵食管」給付規定(101.10.01)： 1、嚴重急性胰腺炎。 2、空腸前庭阻塞或上腸系膜動脈症候群。 3、手術、創傷或敗血症等疾病，導致胃排空異常，無法以鼻胃管餵食者。
E204-7	C-F	多功能經鼻腔空腸餵食管	106/12/01	999/12/31	「多功能經鼻腔空腸餵食管」給付規定(自106.12.01起生效)： 1、需要同時進行胃引流及腸灌食。 2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。 3、幽門狹窄。
E205-1	C-F	膠囊內視鏡	107/03/01	999/12/31	1070301生效 1.依本保險醫療服務給付項目：「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。 2.採事後逐案審查。
E206-1	C-F	消化道氣球擴張導管	109/12/01	999/12/31	消化道氣球擴張導管(自109.12.01生效)： 一、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「經內視鏡施行食道擴張術」(編號：47057B)所訂之支付規範。 二、本保險醫療服務給付項目及支付標準「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」(編號：56032B)不得申報。 三、氣球擴張導管直徑三公分以上，術後審查需附「上消化道攝影檢查」或「食道蠕動檢查」。
E207-1	C-F-	大腸金屬支架	110/12/01	999/12/31	大腸金屬支架(自110.12.1起生效) 符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目49029B「大腸金屬支架置放術」所訂之支付規範。
E208-1	C-F-	內視鏡記號液	112/08/01	999/12/31	須同時符合以下二項條件： 一、限用於胃癌或大腸直腸癌內視鏡手術前定位，或超過兩公分之大腸息肉內視鏡手術前定位。 二、每次限申報一支。 三、須於定位後二十天內執行手術診療項目72048B、72054B、72059B、73045B、73046B、73048B、73054B、73055B、73056B、73057B、74221B、72058B、74224B及74225B。
E208-2	C-F-	內視鏡注射器	113/03/01	999/12/31	一、限併同申報「內視鏡記號液」(E208-1)使用。 二、每次限申報一組。
E209-1	C-F-	十二指腸支架系統	112/12/01	999/12/31	限用於以下適應症： 一、ICD-10-CM：C16.1胃底部惡性腫瘤、C16.2胃體部惡性腫瘤、C16.5胃小彎惡性腫瘤、C16.6胃大彎惡性腫瘤、C16.8胃重疊部位之惡性腫瘤、C16.9胃體部惡性腫瘤、C17.0十二指腸惡性腫瘤、C23膽囊惡性腫瘤、C24.0肝外膽管惡性腫瘤、C24.1十二指腸憩室惡性腫瘤、C24.8膽道重疊部位之惡性腫瘤、C24.9膽道惡性腫瘤、C25.0胰臟頭部惡性腫瘤、C25.1胰臟體部惡性腫瘤、C25.2胰臟尾部惡性腫瘤、C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C25.7胰其他部位之惡性腫瘤、C25.8胰臟重疊部位之惡性腫瘤、C25.9胰臟惡性腫瘤。 二、Stage III或IV惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。 三、若後續治療有放射治療者不適用。 適應症限：(1050201) 1、小於三公分的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以下，至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4、「水冷式直針燒灼」與「勒勒針狀電極」，同次治療以使用一種為限。
E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒勒針狀電 極、水冷式直針燒灼	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1、小於三公分的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以下，至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4、「水冷式直針燒灼」與「勒勒針狀電極」，同次治療以使用一種為限。
E210-3	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於三公分(含)小於 五公分的肝腫瘤)	109/12/01	999/12/31	適應症限：(自109.12.01生效) 一、大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤。 二、腫瘤數目三(含)個以下，至於腫瘤位置、肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 三、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針，同次治療以使用一種為限。
E210-4	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於五公分(含)的單 一肝腫瘤)	109/12/01	999/12/31	適應症限：(自109.12.01生效) 一、大於五公分(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 二、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(三針組)與微波消融探針，同次治療限申報一組。
E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	109/06/01	999/12/31	一、需事前審查。 二、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA))(編號：37048B)所訂之適應症。 三、每次治療限使用一項特材品項。
E230-1	T-K-	乳房組織標記夾 BREAST TISSUE MARKER	105/04/01	999/12/31	適應症限：(1050401) 限用於證實為乳房惡性腫瘤且接受手術前化療之病患。
E240-1	T-K-	玻璃體切除器及LIGHT GUIDE	109/05/01	999/12/31	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B及86415B)同時申報。
E301-1	C-L	精密輸液套(卡樺式)PRECISION ADMINISTRATOR SET	084/03/01	999/12/31	卡樺式PUMP SET 一、使用規範：限於(一)ICU(含加護病房之前置單位，如急診留室、開刀房等)與由ICU置放或經緊急置放後當日轉入ICU或死亡者。(二)體重十公斤以下兒童。(三)需精確計算劑量，並經主治醫師視病情需要處方使用或精密持續點滴注射，以每小時滴30cc以下者如：化學治療藥物、心臟血管治療藥物、抗排斥藥物、抗真菌藥物、血清蛋白製劑、維生素(PITON-S)、安胎藥(YUTOPA)、抗凝血劑。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。
E301-2	C-L	精密輸液套(線性式)PRECISION ADMINISTRATOR SET	084/03/01	999/12/31	線性式PUMP SET 一、適用範圍：(一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如Heparin、Dopamin、Levophed等均得使用IV Pump Set。(二)因病情需要嚴格控制靜脈滴速，以便調控Intake與Output，例如TPN等輸液，可使用IV Pump Set。(三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以上者則視病情需要而定，申報費用時應檢附詳細病歷摘要及使用情況紀錄。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)					
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
E301-3	C-L-	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRATION SET	092/01/01	999/12/31	具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」, 適用範圍如下:(92/1/1生效) 1.需由靜脈點滴給藥, 正確控制靜脈點滴速度, 以免輸液過速者; 如抗生素治療(如Fungizone、Vancocycin)及一般化學治療、生物製劑治療(Herceptin、Rituximab)及其他特殊藥物等。 2.嬰幼兒須精確控制靜脈給藥滴速者。 3.心臟弱、腎衰弱、肺積水、燒燙傷等, 水份需正確控制輸液量及流速者。
E301-4	C-L-	精密輸液套(免針頭加塞)PRECISION ADMINISTRATION SET	088/01/14	999/12/31	免針頭加塞精密輸液套(Needle free IV BAG) 適用範圍如下: 一、具感染高危險性病人:(一)經診斷為血清(液)傳染性疾病者, 如肝炎病人、梅毒、愛滋病人等。(二)血清(液)有傳染性疾病帶原者, 如肝炎病毒帶原者、VDRL(+)、HIV(+)等。(三)潛在性易感血清(液)傳染性疾病者, 如藥物毒癮者、曾大量輸血者等。 二、以單位考量:(一)急診。(二)加護單位。(三)腫瘤單位。(四)感染科病房。(五)手術房。
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	109/05/01	999/12/31	一、病患因預期接受可能大量出血之下列外科手術, 且於手術中1小時內急需輸血8單位以上者: (一)主動脈剝離或主動脈瘤需行主動脈置換手術(診療項目編號: 69024B、69035B-69037B)。 (二)心室瘤或破裂須修補(編號: 68005B及68043B)、再次進行心臟手術(編號: 68006B)、心室輔助器置放(編號: 68051B)。 (三)骨盆半切斷術(編號: 64148B)、肩關節截斷手術(編號: 64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(編號: 64209B)。 (四)骨腫瘤切除(編號: 64204B、64205B、64207B)。 (五)腎臟腫瘤伴隨主要血管入侵, 執行「侵犯根治性腎切除併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號: 76007B)」+「血管吻合術(編號: 69008B)」或「侵犯根治性腎切除併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號: 76007B)」+「動脈縫合(編號: 69009B)」。 (六)心臟移植(編號: 68035B)。 (七)肺臟移植:單側或雙側(編號: 68037B、68047B)。 (八)肝臟移植(編號: 75020B)。 二、因外傷引起低血容量性休克; 出血性低血壓(收縮壓小於90 mmHg)、心跳加速(脈搏大於等於120次/分)、酸血症(動脈氧氣分析酸鹼值小於7.3)或紅血素小於7gm/dl者。 三、每次急診急救或手術限使用1套為原則。
E304-1	H-H-	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	087/01/01	999/12/31	使用血小板專用白血球過濾器之適應症: 1.骨髓功能不足而引起的缺血, 如再生不能貧血、急性白血病、其他惡性血液病、骨髓因化學治療或放射治療而抑制功能者。 2.嚴重血液病而需輸血小板者。 3.大量輸血、交換輸血、及心肺體外循環而大量失血者。 4.配合HLA使用之血小板輸血者。 5.避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染, 如器官移植的受血者; 骨髓移植受血者, 新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起), 免疫不全的受血者。 6.因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患, 需再次輸血治療時。
E304-2	H-H-	輸血過濾器(紅血球專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	087/01/01	999/12/31	使用紅血球專用白血球過濾器之適應症: 1.需長期輸血者, 而有缺少或不良之紅血球病症; 如再生不能性貧血、紅血球發育不良、惡性腫瘤或藥物抑制紅血球生成者。 2.血液病性貧血、地中海型貧血、鑲型血球貧血、嚴重的陣發性夜間血紅素尿症自體免疫血液性貧血。 3.器官移植, 避免異體排斥。 4.避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染, 如器官移植的受血者; 骨髓移植受血者, 新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起), 免疫不全的受血者。 5.因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患, 需再次輸血治療時。
E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿管 COLOSTOMY BAG、UROSTOMY POUCH	084/03/01	999/12/31	限住院患者申報。
E305-2	B-B-	造口貼環	112/04/01	999/12/31	一、限住院病人申報。 二、造口貼環使用數量: 住院病人以每一週給付兩片為原則; 不足一週者, 給付數量如下: (一)小於等於三天: 給付一片。 (二)四至七天: 給付二片。(使用三天後再使用另一片)。
E305-3	B-B	大便失禁套件	112/09/01	999/12/31	(112/09/01生效) 符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「留置性導便裝置(代碼:49031B)」所訂適應症、禁忌症及執行頻率等支付規範。
E306-1	R-R-	呼吸訓練器 TRI-FLO	084/03/01	999/12/31	限胸腔大手術後患者申報。
E309-1	W-B-	彈性繃帶 ELASTIC BANDAGE	084/03/01	999/12/31	同一門診或住院, 同一部位以一次用量之兩倍為上限。
E310-1	W-B-	樹脂石膏繃帶	098/11/01	999/12/31	樹脂石膏繃帶使用規範(981101生效):同一部位、同一療程以給付一次為限。
F201-1	F-U	輸尿管粘膜下植體暨注射針	105/08/01	999/12/31	自105.08.01生效 (一)需經事前審查, 在排除膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實有第三級(含)以上膀胱輸尿管逆流, 並有相關之泌尿道感染或腎臟結核(renal scarring)病史, 方可使用。 (二)使用需在用後3-6個月的膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實膀胱輸尿管逆流有改善, 經事前審查後方可再次使用。
F205-1	F-U	連續性靜脈脈液濾過組	094/01/01	999/12/31	限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	107/04/01	999/12/31	(自107.4.1生效)用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。
F206-1	H-E-F-U-	連續性靜脈脈液濾過組併血液濃縮器	112/06/01	999/12/31	限用於以下適應症之一: 一、生命徵象不穩定之腎衰竭病人。 二、施行開心手術患者。
G301-3	N-C-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	092/11/01	999/12/31	筆型胰島素注射筒(Q2/11/01)限: 每支以使用三年以上為原則, 於三年內重複領用者, 需於病歷加註領用原因, 供本局備查。
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加塞座	099/01/01	999/12/31	適應症(990101)具感染高危險性病人: 愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性感染及藥物濫用之病患。
G301-6	N-A-	安全型胰島素筆型注射針頭	106/12/01	999/12/31	安全型胰島素筆型注射針頭(自106.12.1生效): 限住院使用。
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)拋棄式骨內注射針 於心跳停止、呼吸停止、休克或癱瘓重症狀態等緊急狀況下, 無法立即建立靜脈輸液管道時使用。
H204-1	F-A-	青光眼房水引流裝置(含引流管及水庫體)	111/04/01	999/12/31	「青光眼房水引流裝置(含引流管及水庫體)」之給付規定為(自111.4.1生效): 一、治療青光眼病人, 適用於小樣手術及藥物失敗後使用, 並限用於青光眼導管置入術(診療項目代碼: 85823B)。 二、需事前審查, 經同意後使用。
H204-2	F-A-	異體組織片 TRANZGRAFT	092/01/01	999/12/31	異體移植組織片使用規範如下: (92.01.01生效) 一、適應症比照「青光眼引流裝置」之規範。 二、如使用「青光眼引流裝置」有磨損而需修補者。 三、經使用抗生藥物治療之青光眼手術後需修補者。 四、需經事前審查經同意後使用。
H204-3	F-A-	青光眼房水引流裝置(不含水庫體)	111/04/01	999/12/31	「青光眼房水引流裝置(不含水庫體)」之給付規定為(自111.4.1生效): 一、符合下列之一, 並限用於小樣手術(診療項目代碼: 85806C): (一)治療青光眼病人, 適用於小樣手術及藥物失敗後使用。 (二)單眼接受最大藥物治療劑量但眼壓仍超過二十一毫米汞柱, 且視野有惡化佐證資料, 又對側眼已無光覺之青光眼病人。 二、需事前審查, 經同意後使用。
H205-1	F-A-	補服卡液/普弗隆液 Perfluoron	105/10/01	999/12/31	補服卡液/普弗隆液(Perfluoron)給付規定: (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)每人每眼終身至多限申報2次。 (三)應檢附手術照片或手術紀錄, 以供事後審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)		給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
H205-2	F-A- 品名表 矽油(silicone oil)	105/10/01	999/12/31	給付規定 矽油(silicone oil)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)兒童或術後無法配合臥臥之視網膜剝離手術病患。 (三)每人每眼終身至多限申報2次。 (四)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H206-1	F-A- 亮藍網膜眼用染劑	109/07/01	999/12/31	一、適應症應包括： (一)高度近視(800度(含)以上)且眼軸長於26.5mm(含)以上合併黃斑部病變，包括黃斑部裂孔、視網膜上膜增生、黃斑部裂孔及黃斑部剝離等；若因曾接受過白內障手術併人工水晶體植入術或其他近視矯正手術，導致近視度數未達800度，則須事前審查。 (二)視力下降至0.5以下，且視力下降非來自其他眼部疾病，例如角膜混濁、白內障、視神經病變等。 二、須檢附以下資料備查： (一)電腦驗光、眼軸測量及矯正視力記錄 (二)附水晶體外眼照片及眼底照片。 (三)附OCT檢查照片。 三、事前審查所需資料同二須檢附備查資料。
H206-2	F-A- 眼用染劑(白內障手術用)	111/07/01	999/12/31	(自111.07.01起生效) 一、適應症限過熟型白內障(白內障因為皮質層(Cortex)變性達到高滲透壓而吸水至水晶體囊袋內，導致水晶體變白)。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力0.01以下或分辨指數30公分以內。 (二)散瞳眼底檢視，眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須清楚顯示過熟白內障表徵，若角膜清澈透明，要提供可清楚看到瞳孔及虹膜細節的照片。若角膜混濁以外眼照片無法清楚看到瞳孔及虹膜細節，則需檢附角膜照片。 (自113.1.1起生效)
H301-1	F-E- 人工電子耳(Cochlear Implant)	113/01/01	999/12/31	人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定： 一、限未滿十八歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、可以同時兩耳植入或依序植入，如果是採用依序植入，第二耳須持續配戴助聽器，如果第二耳因為助聽器無效中斷，中斷時間不得超過五年。 三、每人終身單側限申報植人體及聲音處理器各一組，但僅植入一組者，植人體或聲音處理器損壞，得再次植入，終身以兩組為限。 四、應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查核表等病人相關資料。 一、限動靜脈畸形、其他血管病灶或腫瘤性血管病者。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。
I203-1	C-M- 血管栓塞環	109/03/01	999/12/31	白金纖維環COIL(自110.05.01起生效):本項特材須事前審查，審查原則如下： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。(二)限接受並通過過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專科訓練與認證之醫師執行： 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、適應症：(一)後循環腦血管動脈瘤(二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動脈瘤管，經神經外科專科醫師評估為困難手術者。(二)雙側性或多發性動脈瘤，單次栓塞術可治療者。(四)顱內動脈瘤，經治療未痊癒，需再進一步治療，但再施行手術困難者。(五)顱內動脈瘤患者具有系統性疾病，不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院，於申請首例時應提供臨床治療路徑，嗣後若未變更得免重複提供。 (93/04/01)限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。
I203-2	C-M- 白金纖維環COIL	110/05/01	999/12/31	白金纖維環COIL(自110.05.01起生效):本項特材須事前審查，審查原則如下： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。(二)限接受並通過過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專科訓練與認證之醫師執行： 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、適應症：(一)後循環腦血管動脈瘤(二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動脈瘤管，經神經外科專科醫師評估為困難手術者。(二)雙側性或多發性動脈瘤，單次栓塞術可治療者。(四)顱內動脈瘤，經治療未痊癒，需再進一步治療，但再施行手術困難者。(五)顱內動脈瘤患者具有系統性疾病，不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院，於申請首例時應提供臨床治療路徑，嗣後若未變更得免重複提供。 (93/04/01)限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。
I203-3	C-M- 血管分流器	093/04/01	999/12/31	閉塞球囊系統適應症(100/07/01):限於顱內寬頸動脈瘤性栓塞時使用，醫院於送審時應檢附血管攝影報告。
I203-4	C-M- 閉塞球囊系統	100/07/01	999/12/31	閉塞球囊系統適應症(100/07/01):限於顱內寬頸動脈瘤性栓塞時使用，醫院於送審時應檢附血管攝影報告。
I203-5	C-D- 腦室外引流管組(含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、曾經有腦部感染症，而需作腦室外引流手術者。 二、已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後，而發生感染症，且需再次作腦室外引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)執行腦室外引流術者或腦室腹腔腔分流手術者。 四、每次療程限用一條。
I203-6	C-M- 閉塞球囊系統(HYPERFORM高順應性球囊)	103/01/01	999/12/31	閉塞球囊系統(Hyperform高順應性球囊)給付規定(103/01/01): 一、寬頸顱內動脈瘤之栓塞治療，限於動脈瘤頸部或囊部位於分枝血管處。 二、執行動脈瘤性治療前之閉塞測試，以手術前評估。 三、執行動脈瘤性治療時，或動脈瘤頸部或囊部有分枝的血管性栓塞後，需做血管重塑形(Remodelling)時。 四、不可與閉塞球囊系統Occlusion Balloon System (規格為Hyperglide)合併申報。
I203-7	C-M- 血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	103/10/01	999/12/31	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置給付規定(103/10/01): 一、顱內寬頸動脈瘤，即動脈瘤之頸部大於4mm或動脈瘤之頸/體部比率大於0.5之顱內動脈瘤性栓塞治療。 二、顱內核狀動脈瘤(fusiform aneurysm)之栓塞治療。 三、顱內剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)之栓塞治療。 四、使用線圈栓塞顱內動脈瘤時線圈突出或移位至母動脈(需檢附血管攝影照片佐證)。 五、每次限用一支。 六、第1至3項需事前審查。
I203-8	F-N- 深層腦部刺激器或深層腦部刺激器之導線、導線延長線、導線固定器、基準點標記物、植入管套組、微目標電極	111/06/01	999/12/31	一、需符合下列各項條件(自111.06.01起生效)： (一)屬原發性帕金森病(Parkinson's disease)。 (二)發病五年以上，且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (三)病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等)，以及無藥物無法控制之精神疾病。 (四)病人的腦部磁共振造影(MRI)檢查必須正常。 二、須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料，並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。 三、使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定器，限裝置深層腦部刺激器患者使用，以申請一次為限。 四、無框架定位之基準點標記物限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」使用，以使用五個為限，植入管套組及微目標電極限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」且初次接受刺激器植入手術或更換植入顱內深部電極使用，植入管套組以一組、微目標電極以二個為限。
I203-9	C-D- 腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔腔引流手術。 二、已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後，而發生感染症，且需再執行腦室腹腔腔引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)需執行腦室腹腔腔引流手術者。 四、每次療程限用一條(組)。
I203-10	C-D- 腦室腹腔分流術抗菌引流(小孩用，含2種抗生素)	111/04/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用，含2種抗生素)給付規定(自111.4.1起生效) 一、未滿十九歲病者，曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔腔引流手術。 二、未滿十九歲病者，已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後，而發生感染症，且需再執行腦室腹腔腔引流手術者。 三、新生兒及幼童(未滿七歲)需執行腦室腹腔腔引流手術者。 四、每次療程限用一組。
I203-11	C-D- 腦脊液分流系統	111/11/01	999/12/31	自111.11.1起生效 一、易發生overdrainage病人：如normal pressure hydrocephalus, post-hemorrhagic hydrocephalus, tumor associated hydrocephalus, post-traumatic hydrocephalus, post-infective hydrocephalus等。 二、其他水腫病人，接受分流手術後發生過度引流並有下列情形之一者： (一)硬腦膜下積液 (二)硬腦膜下出血 (三)顱內底壓(姿勢性頭痛，影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 三、十八歲以下之兒童不受上開給付規定之限制。
I203-12	C-M- 顱內血管支取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	112/11/01	999/12/31	應同時符合下列條件： 一、發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 6 and ≤ 30 。 四、給付裝置以1項特材品項為原則，2項特材品項為限，使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時，得視實際情況決定使用並得申報第2項特材品項，惟應檢附報告及影像以備查。 五、前循環若於發作後8小時至24小時執行，申報時需於病歷檢附影像報告(CTP或MR及CTA Collaterals)備查。
I203-13	C-M- 左心耳閉合器 Left Atrial Appendage Closure device	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準33141B「左心耳閉合術Left Atrial Appendage Occlusion」所訂適應症。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	105/11/01	999/12/31	給付規定 (自1051101生效) 1.高血流性腫瘤(排除肝癌及子宮肌瘤)之術前栓塞。 2.動靜脈畸形。
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	107/03/01	999/12/31	(自1070301生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於15mm者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm)最大徑大於10mm者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於10mm者。 (四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於10mm者。 (五)同一支血管中發現2顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以5個為限。 三、需事前審查。
I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	108/02/01	999/12/31	108.02.01起； 限顱內介入性治療使用。
I203-17	C-M	血管導入裝置	109/03/01	999/12/31	1.困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥物等。 2.附治療前後血管攝影照片申報使用。
I203-18	C-M	液態栓塞系統之輸送微導管	109/09/01	999/12/31	液態栓塞系統之輸送微導管： 非膠黏性DMSO相容液態栓塞微導管，限用於神經血管動脈畸形之栓塞治療
I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	113/01/01	999/12/31	一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激術-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以藥物手術治療或以藥物手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊專案審查(包含首次植入電池與更換電池)。
I203-20	C-B-	顱內支架系統	113/03/01	999/12/31	一、執行醫師資格：需符合以下二項規定： (一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。 (二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行： 1.中華民國放射線醫學學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學學會授權之台灣神經血管外科介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、需事前審查。 三、需符合主要適應症： (一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。 (二)腦缺血或中風之區域非屬穿通枝型。 (三)距最近一次中風超過7天之病人，且接受治療時之雷氏修正量表小於等於3分。 四、同一手術中顱內動脈支架及塗藥球囊導管限擇一使用。
I203-21	C-M-	內部鎖固式線圈	110/12/01	999/12/31	內部鎖固式線圈(自110.12.01起生效)： 一、限動靜脈畸形、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、限使用在高流速血流處栓塞、動靜脈瘻管交界處、栓塞處有重要血管分支、寬頸動脈瘤、及其他需要精準定位的栓塞治療。 三、附治療前後血管攝影照片申報使用。 四、每次治療至多使用二個內部鎖固式線圈。
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	113/05/01	999/12/31	可吸收性栓塞微粒球(自113.5.1起生效) 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人。 (一)ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.3肝管內肉瘤、C22.7其他特定肝上皮細胞癌、C22.8原發性肝惡性腫瘤、未明示型、C22.9未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受TACE治療使用。 (二)下列腫瘤(C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8其他惡性神經內分泌腫瘤、C7B.02肝之續發性惡性類癌)發生肝臟轉移需接受TACE治療使用時。 二、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之病人： (一)因消化道出血(ICD-10-CM：K92.2胃腸道出血、K31.811胃及十二指腸血管發育不良伴出血、K31.82胃及十二指腸索拉非依布灶(出血性)、K55.21結腸血管發育不良伴出血、K57.21大腸憩室炎伴穿孔及膿瘍伴出血、K57.41小腸及大腸憩室炎伴穿孔及膿瘍伴出血)導致生命徵象不穩定；經藥物治療或內視鏡治療後無法止血者；或無法執行內視鏡止血治療者。 (二)肝腫瘤破裂出血(ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.1肝內膽管癌)導致生命徵象不穩定。 (三)適用於嚴重產後大出血(ICD-10-CM：O72產後出血)導致生命徵象不穩定，經保守治療仍持續出血者。 三、除產後大出血至多二瓶，其餘每次限用一瓶。
I203-23	C-M-	液態栓塞系統-周邊神經血管	111/09/01	999/12/31	一、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸形或瘻管(ICD-10-CM：I28.0肺血管動靜脈瘻管、I77.0後天性動靜脈瘻管、Q25.72先天性肺動靜脈畸形、Q27.30未明示部位動靜脈畸形、Q27.31上肢動靜脈畸形、Q27.32下肢動靜脈畸形、Q27.33消化系統動靜脈畸形、Q27.34腎血管動靜脈畸形、Q27.39其他部位動靜脈畸形)。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。
I203-24	C-P-	顱內壓監測器	111/07/01	999/12/31	顱內壓監測器：限使用於「顱內壓監視置入(83080B)」，需符合下列條件之一者： 一、初次電腦斷層顯示有結構性腦傷害(顱骨骨折、顱內出血、腦挫傷、腦水腫、氣腦症等)之昏迷病人(GCS≤8)。 二、GCS > 8之病人，且臨床表現或影像檢查有顱內壓升高，或有高危險性惡化之虞者(如雙側頭葉挫傷或出血、靠近腦幹挫傷或出血、凝血功能病變...等)。 三、開顱手術時：腦水腫超過顱骨邊緣，有顯著顱內壓升高者。(手術紀錄需檢附術中照片)。 四、具引流功能之顱內壓監測器，須符合： (一)用於水腫症合併顱內壓升高病患。 (二)禁忌症：腦室出血、腦部感染等原因造成之水腫症。 (三)同一部位已使用「具引流功能之顱內壓監測器」，不得同時併報腦室外引流組(EVD)。
I203-25	C-M	彈簧栓塞線圈推進器	112/05/01	999/12/31	一、限用於彈簧栓塞線圈治療。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。 三、每次治療限使用1個為原則。
I203-26	C-M	液態栓塞系統-中樞神經血管	112/07/01	999/12/31	一、腦血管病灶栓塞，如腦動靜脈畸形(bAVM)、動靜脈瘻管(AVF)及高血管性腫瘤。 二、脊椎血管系統之動靜脈畸形(Spinal AVM)或瘻管(Spinal AV fistula)。
I203-27	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)-皮質電極	113/05/01	999/12/31	皮質電極(自113.05.01生效) 一、限併報56039B，每次以20支為原則。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次以16支為原則。
I203-28	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)-刺激探頭	113/05/01	999/12/31	刺激探頭(自113.05.01生效) 一、限併報56039B，每次限1支。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次最多2支。
I203-29	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)-喉管電極	113/05/01	999/12/31	喉管電極(自113.05.01生效) 限併報56039B且為後顱高壓腫手術監測第十對神經使用，適應症為許旺式瘤、脊索瘤、腦膜瘤等(限施行83017B、83018B、83019B、83088B任一)，每次限1支。
I203-30	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)-皮質電極	113/05/01	999/12/31	皮質電極(自113.05.01生效) 一、限併報56039B每次限1條(1x4、1x6)。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次限1條(1x4、1x6)及1片(4x5)。
I301-3	C-E-	無針式注射用連接頭、延長管	109/03/01	999/12/31	本項刪除
I301-4	C-E-	低阻力針筒	110/12/01	999/12/31	不得同時申報硬膜外麻醉針套(含NEEDLE+CATHETER+FILTER+SYRINGE)或硬膜外麻醉針套(含NEEDLE+CATHETER+SYRINGE)
I302-1	C-E-	藥物準備系統	106/01/01	999/12/31	1060101起； 限危害性藥品專用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

T101-1 T-S- 糖尿病血糖試紙

給付規定起日 給付規定迄日 給付規定

112/09/01 999/12/31 112/09/01

- 一、第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以四片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據。如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。
- 二、妊娠期糖尿病(包括孕前已診斷、孕期新診斷與妊娠糖尿病)血糖試紙之數量每天以五片為上限，每次一個月之份量為原則，給付至生產止。
- 三、給付之保險對象：
- (一)領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。
- (二)自確認懷孕起(八週)經診斷有糖尿病患者。
- 四、有關申報規定詳列如后：
- (一)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。
- (二)僅開立血糖試紙處方者，無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。
- (三)開立慢性病連續處方箋者，依上開規定及原相關規定辦理。

T201-1 T-F- 溫度管理系統

112/07/01 999/12/31

- 1120701起
- 1.按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼47094B-47096B)、「過產期新生兒低溫療法」(編碼47097B-47100B)及「難治型顱內高壓之低溫療法」(編碼47081B-47082B)所列給付規定辦理。
- 2.每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。

T301-1 C-T- 腹腔內溫熱化療(HIPEC)

108/07/01 999/12/31

- 1.須事前審查，提供3個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。
- 2.限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)、大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、復發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療術前化學治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減癌手術(Interval Cytoreduction)時。
- 3.手術者須預期前述5項腫瘤接受減量手術前無腹膜外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於0.25公分以下)。
- 4.需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。
- 5.每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組1組，灌注導管最多使用4條。

全民健康保險特殊材料給付規定(113年新增(修訂)規定)

給付規定分類碼 大小類碼 品名表

A212-3 C-B- 冠狀動脈旋磨切除系統

給付規定起日 給付規定迄日

113/05/01 999/12/31

給付規定

(113/05/01生效)
一、限全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目33117B「冠狀動脈旋磨切除系統」使用。
二、使用規範：
(一)專科別限制：心臟內科及心臟外科。
(二)人員資格要求：
1.執行冠狀動脈成形術一百五十例以上臨床經驗，且曾任冠狀動脈旋轉磨鑽用於經皮下冠狀動脈血管擴張術之第一助手訓練及參與實際操作至少十例以上之臨床經驗。
2.接受中華民國心臟學會、臺灣介入性心臟血管醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程，持有證明文件。
3.執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。
三、適應症需符合下列條件之一：
(一)因嚴重鈣化造成非顯性球囊擴張不良，可能導致支架置放無法良好展開和貼壁。
(二)用於冠狀動脈介入治療中，當導引導絲通過病灶後，但球囊或其他導管器材仍無法通過病灶。
(三)用於冠狀動脈介入治療中，面對分叉病變，因開口嚴重鈣化，球囊擴張或是支架置放後，可能造成分支阻塞。
四、事後逐案審查
五、每人每次住院限使用導管及導引線各一支。
六、檢附資料：
(一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。
(二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比值一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。
(三)旋磨切除前後、植入支架前後之血管腔內影像照片。

A217-3

W-D

人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)
ARTIFICIAL BIOCHEMICAL
COVERING MATERIAL(WITH
SILVER)

113/05/01

999/12/31

人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)適應症如下(自113.5.1生效)：

一、瘻瘍病灶三度以上合併感染傷口。
二、深二度以上瘻瘍之傷口。
三、皮膚缺損大於百分之十五且合併感染傷口(如:先天性表皮溶解水疱症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、鰓天皰瘡、等)，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。
四、糖尿病足潰瘍(Wagner grade 2級以上)合併感染傷口，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。

A225-6

C-G-

用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管

113/03/01

999/12/31

一、冠狀動脈慢性完全阻塞(Coronary CTO)，檢附心導管血管攝影報告含冠狀動脈疾病血管複雜分數(SYNTAX Score)評估備查。
二、每次限使用一條為原則。

A225-7

C-G-

心內超音波導管

113/04/01

999/12/31

一、限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目18047B心內超音波。
二、每次限使用一支。

B104-6

C-X-

心臟診斷用電生理導管(2Fr)

113/01/01

999/12/31

一、年齡小於五歲，體重小於15公斤嬰幼兒。
二、複雜性先天性心臟病經單一心室手術病人。

D101-10

F-B

足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail

113/05/01

999/12/31

足踝關節髓內釘組Ankle Fusion Nail(自113.5.1生效)：限用於診療項目「64282B脛-距-跟骨融合術」。

D108-9

F-B-

半月板軟骨修補系統

113/01/01

999/12/31

一、ICD-10為S83.2且同時申報關節鏡下半月板修補術(64244B、64218B、64263B)者：
(一)半月板破裂長度未滿2公分：一針型以給付1組為限。
(二)半月板破裂長度2公分(含)以上：一針型以給付2組為限，或多針型以給付1組為限；兩者擇一使用。
二、必須檢附術中修補前後關節鏡照片及縫合後半月軟骨破裂處手術摘要或病歷等資料備查。

D203-5

F-B

肋骨固定系統

113/01/01

999/12/31

肋骨固定系統(自113.01.01生效)：
一、需同時符合下列兩項條件：
(一)相鄰3個以上肋骨斷性骨折(segmental rib fracture)(連枷胸/ICD-10:S22.5XXA-S22.5XXS)。
(二)JSS score≥16。
二、限與台灣胸腔及心臟血管外科專科醫師、台灣胸腔外科專科醫師、骨科專科醫師或外傷科專科醫師執行。
三、每人以給付3個骨板及18支骨釘為限。
四、事後逐案審查，需檢附T07【重大創傷且其嚴重程度到連創傷嚴重程度分數十六分以上者(INJURY SEVERITY SCORE 16)】重大傷病證明及可以證明為連枷胸之電腦斷層影像。
(113/03/01生效)
成年或體重於40公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需經脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血，或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)，並符合下列情況之一：
一、嚴重燒燙傷傷患(TBSA>40%)。
二、多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。
三、身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。

E201-8

C-P-

中央靜脈導管組-四腔以上(一般型及抗感染型)

113/03/01

999/12/31

成年或體重於40公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需經脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血，或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)，並符合下列情況之一：
一、嚴重燒燙傷傷患(TBSA>40%)。
二、多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。
三、身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。

E208-2

C-F-

內視鏡注射器

113/03/01

999/12/31

一、限併同申報「內視鏡記憶液」(E208-1)使用。
二、每次限申報一組。

H301-1

F-E-

人工電子耳(Cochlear Implant)

113/01/01

999/12/31

人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定：
一、限未滿十八歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準64038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。
二、可以同時兩耳植入或依序植入，如果是採用依序植入，第二耳須持續配戴助聽器，如果第二耳因為助聽器無效中斷，中斷時間不得超過五年。
三、每人終身單限申報植入體及聲音處理器各一組，但僅植入一組者，植入體或聲音處理器損壞，得再次植入，終身以兩組為限。
四、應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查核表等病人相關資料。
一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激器-植入(代碼:83102K)」規定。
二、且為無法以藥物治療或曾以藥物手術治療失敗之頑性癲癇病人。
三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。
四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊專案審查(包含首次植入電池與更換電池)。

I203-19

F-N-

迷走神經刺激器

113/01/01

999/12/31

一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激器-植入(代碼:83102K)」規定。
二、且為無法以藥物治療或曾以藥物手術治療失敗之頑性癲癇病人。
三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。
四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊專案審查(包含首次植入電池與更換電池)。

I203-20

C-B-

顱內支架系統

113/03/01

999/12/31

一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：
(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。
(二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行：
1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。
2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。
3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。
二、需事前審查。
三、需符合主要適應症：
(一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%)以上並有明顯的血液循環障礙。
(二)腦缺血或中風之區域非瀰漫性類型。
(三)距最近一次中風超過7天之病人，且接受治療時之雷氏修正量表小於等於3分。
四、同一次手術中顱內動脈支架及塗藥球囊導管限擇一使用。

I203-22

C-M-

可吸收性栓塞微粒球

113/05/01

999/12/31

可吸收性栓塞微粒球(自113.5.1起生效)
一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人。
(一)JCD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.3肝血管肉瘤、C22.7其他特定位肝上肝細胞癌、C22.8原發性肝惡性腫瘤，未明亞型、C22.9未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受TACE治療使用。
(二)下列腫瘤(C25.4胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8其他惡性神經內分泌腫瘤、C7B.02肝之續發性惡性腫瘤)發生肝臟轉移需接受TACE治療使用時。
二、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之病人：
(一)腦動脈出血(ICD-10-CM：K92.2)男腦出血、K31.81男及十二指腸血管發育不良併出血、K31.82男及十二指腸裂孔併出血(出血性)、K55.21結腸血管發育不良併出血、K57.21大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血、K57.41小腸及大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血，導致生命徵象不穩定，經藥物治療或內視鏡治療後無法止血者，或無法執行內視鏡止血治療者。
(二)肝癌破裂出血(ICD-10-CM：C22.0肝細胞癌、C22.1肝內膽管癌)導致生命徵象不穩定。
(三)適用於嚴重產後大出血(ICD-10-CM：O72產後出血)導致生命徵象不穩定，經保守治療仍持續出血者。
三、除產後大出血至多二瓶，其餘每次限用一瓶。

I203-27

F-N

神經外科術中神經功能監測(IONM)-皮下針電極

113/05/01

999/12/31

皮下針電極(自113.05.01生效)
一、限併報56039B，每次以20支為原則。
二、限併報56037B執行清醒開腦手術，每次以16支為原則。

全民健康保險特殊材料給付規定(113年新增(修訂)規定)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定起日	給付規定迄日	給付規定
I203-28	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 刺激探頭	113/05/01	999/12/31	刺激探頭(自113.05.01生效) 一、限併報56039B，每次限1支。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次最多2支。
I203-29	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 喉管電極	113/05/01	999/12/31	喉管電極(自113.05.01生效) 限併報56039B且為後聽高腫瘤手術監測第十對腦神經使用，適應症為許旺式瘤、脊索瘤、腦膜瘤等(限施行83017B、83018B、83019B、83088B任一)，每次限1支。
I203-30	F-N	神經外科術中神經功能監測(IONM)- 皮質電極	113/05/01	999/12/31	皮質電極(自113.05.01生效) 一、限併報56039B每次限1條(1x4、1x6)。 二、限併報56037B執行清醒開顱手術，每次限1條(1x4、1x6)及1片(4x5)。