

附件七 特殊材料給付規定修正草案條文對照表

修正規定-(107/01)				現行規定-(106/01)				說明
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘 D.L.U. (DISPOSABLE LOADING UNIT)	(105/4/1 修訂) 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 D.L.U. (DISPOSABLE LOADING UNIT)	(105/4/1 修訂) 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。	未修正
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	(104/8/1 修訂) 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。	A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	(104/8/1 修訂) 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。	未修正
A101-3	S-A-	VALTRAC	(85/7/3 生效) D&G VALTRAC 給付規定為: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。	A101-3	S-A-	VALTRAC	(85/7/3 生效) D&G VALTRAC 給付規定為: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。	未修正
A101-4	S-A-	環型自動縫合	(105/4/1 生效) 一、限	A101-4	S-A-	環型自動縫合	(105/4/1 生效) 一、限	未修正

		器含釘	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，其餘以一付為原則。			器含釘	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，其餘以一付為原則。	
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	(105/4/1 生效) 當次手術限使用 1 支。	A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	(105/4/1 生效) 當次手術限使用 1 支。	未修正
A101-6	S-A-	開放式手術直線型自動縫合器	(105/4/1 生效) 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-	開放式手術直線型自動縫合器	(105/4/1 生效) 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。	未修正
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	(105/5/1 生效): 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	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	(105/5/1 生效): 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	未修正

		管	加一次性端對端 吻合器-經口輸送 導管)。			管	加一次性端對端 吻合器-經口輸送 導管)。	
A204-1	C-B-	順流導 管 THERM ODILUT ION CATHE TER	(84/3/1 生效) OXIMETRIX OPTI CATHETER 給 付規定如下: 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。	A204-1	C-B-	順流導 管 THERM ODILUT ION CATHE TER	(84/3/1 生效) OXIMETRIX OPTI CATHETER 給 付規定如下: 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。	未修正
A206-1	F-H-	四分支 白金雙 重絲絨 人工血 管	(94/12/1 生效) 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	(94/12/1 生效) 限主動脈弓手術 時使用。	未修正
A207-1	C-K-	矽質雙 叉導尿 管 SILICO N 2 WAY FOLEY CATHE TER	(98/10/1 修訂) 矽質或乳膠基層 包覆親水性水凝 膠塗層之雙叉導 尿管之給付規定 修訂如下: 1.限腎造瘻、膀 胱造瘻、尿道狹 窄手術後及居家 護理長期導尿病 患使用。 2.限神經性膀胱	A207-1	C-K-	矽質雙 叉導尿 管 SILICO N 2 WAY FOLEY CATHE TER	(98/10/1 修訂) 矽質或乳膠基層 包覆親水性水凝 膠塗層之雙叉導 尿管之給付規定 修訂如下: 1.限腎造瘻、膀 胱造瘻、尿道狹 窄手術後及居家 護理長期導尿病 患使用。 2.限神經性膀胱	未修正

			及排尿功能不良 需長期導尿病患 使用。				及排尿功能不良 需長期導尿病患 使用。	
A207-2	C-K-	矽質三 叉導尿 管 SILICO N 3 WAY FOLEY CATHE TER	(98/10/1 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:導尿管須留 置一週以上,且 須定期沖洗之病 患使用。	A207-2	C-K-	矽質三 叉導尿 管 SILICO N 3 WAY FOLEY CATHE TER	(98/10/1 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:導尿管須留 置一週以上,且 須定期沖洗之病 患使用。	未修正
A211-1	C-D-	LE- VEEN 導管 LE- VEEN SHUNT	(84/3/1 生效) PLEURO PERITONEAL SHUNT 給付規 定限: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。	A211-1	C-D-	LE- VEEN 導管 LE- VEEN SHUNT	(84/3/1 生效) PLEURO PERITONEAL SHUNT 給付規 定限: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。	未修正
A211-2	C-D-	可攜式 抽吸器 具(全密 閉式引 流袋/全 密閉式 抽取引 流袋)	(106/9/1 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)、 <u>負壓可調 式胸腔引流器-可 拆式、負壓可調 式胸腔引流器-一 體成形</u> -用於氣 胸:有持續漏氣 經初步治療超過 7 天,且不適合	A211-2	C-D-	可攜式 抽吸器 具(全密 閉式引 流袋/全 密閉式 抽取引 流袋)	(104/10/1 生效) 可攜式抽吸器具 (全密閉式引流袋 /全密閉式抽取引 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。	修正

			手術，並經主治醫師評估可返家照護者。					
A213-1	C-B-	氣球擴張導管 PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	(88/8/1 生效) 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。	A213-1	C-B-	氣球擴張導管 PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	(88/8/1 生效) 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。	未修正
A213-2	C-B-	血管支架 CORONARY STENT	(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	A213-2	C-B-	血管支架 CORONARY STENT	(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	未修正

		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≥ 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≥ 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			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≥ 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≥ 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】開口處病竈(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(由健保局統一規定)、冠狀動脈血管病竈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竈之清晰影像照片。(三) 本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病竈影像照			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】開口處病竈(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(由健保局統一規定)、冠狀動脈血管病竈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竈之清晰影像照片。(三) 本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病竈影像照	
--	--	---	--	--	---	--

			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術前及術後冠狀血管病灶影像照片。				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術前及術後冠狀血管病灶影像照片。	
A213-2N	C-B- C-G-	血管支 架 CORONARY STENT	(101/10/1 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)需為本保險認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、給付規定範圍： (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。	A213-2N	C-B- C-G-	血管支 架 CORONARY STENT	(101/10/1 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)需為本保險認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、給付規定範圍： (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。	未修正

		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 $FFR \leq 0.8$ 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 $FFR \leq 0.8$ 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			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 $FFR \leq 0.8$ 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 $FFR \leq 0.8$ 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 $FFR \leq 0.8$ 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(DEVOTED 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 $FFR \leq 0.8$ 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			大於等於 70%或狹窄 50-70%且 $FFR \leq 0.8$ 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(DEVOTED 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 $FFR \leq 0.8$ 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(由保險人統一規定)、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值之氣球擴張後之病灶影像照片。 (四)以第三項給付規定置放支架之病例，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術前及術後冠狀血管病灶影像照片。 (五)病灶經測量			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(由保險人統一規定)、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值之氣球擴張後之病灶影像照片。 (四)以第三項給付規定置放支架之病例，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術前及術後冠狀血管病灶影像照片。 (五)病灶經測量	
--	--	--	--	--	--	--

			FFR 者，須檢附 FFR 工作紀錄單及相關數據報告。				FFR 者，須檢附 FFR 工作紀錄單及相關數據報告。	
A213-3	C-B-	冠狀動脈包覆支架 CORONARY STENT GRAFT	(91/9/1 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) 經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、給付規定範圍：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：冠狀動脈包覆支架置入術過程完整之工作紀錄單(由保險人統一規定)及心導管相關照片資料。	A213-3	C-B-	冠狀動脈包覆支架 CORONARY STENT GRAFT	(91/9/1 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) 經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、給付規定範圍：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：冠狀動脈包覆支架置入術過程完整之工作紀錄單(由保險人統一規定)及心導管相關照片資料。	未修正
A213-4	C-R-	SEPTAL OCCLUDER 心房中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	(101/9/1 修訂) 心房中膈缺損關閉器給付規定如下： 一、給付規定限：患者年齡在二足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	A213-4	C-R-	SEPTAL OCCLUDER 心房中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	(101/9/1 修訂) 心房中膈缺損關閉器給付規定如下： 一、給付規定限：患者年齡在二足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	未修正

			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之附表, 第五項:心房中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。				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之附表, 第五項:心房中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。	
A213-5	C-B-	開放性動脈導管關閉器	(92/12/1 生效) 開放性動脈導管關閉器之給付規定:使用於關閉 2.5MM 以上之開	A213-5	C-B-	開放性動脈導管關閉器	(92/12/1 生效) 開放性動脈導管關閉器之給付規定:使用於關閉 2.5MM 以上之開	未修正

			放性動脈導管。				放性動脈導管。	
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	(98/11/1 生效) 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。	A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	(98/11/1 生效) 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。	未修正
A213-7	C-B-	FIBER OPITIC IAB 光纖感應主動脈弓氣球導管	(99/4/1 生效) 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。	A213-7	C-B-	FIBER OPITIC IAB 光纖感應主動脈弓氣球導管	(99/4/1 生效) 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。	未修正
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	(105/3/1修訂): 一、栓塞標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或困難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環且標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上。 五、靜脈-靜脈異常連接且標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上。 六、冠狀動靜脈瘻管標的病灶直	A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	(105/3/1修訂): 一、栓塞標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或困難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環且標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上。 五、靜脈-靜脈異常連接且標的病灶直徑 3mm(1050301修)以上。 六、冠狀動靜脈瘻管標的病灶直	未修正

			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(1050301修)以上血管之分支。				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(1050301修)以上血管之分支。	
A213-9	C-B-	主動脈阻斷導管	(100/1/1 生效) 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。	A213-9	C-B-	主動脈阻斷導管	(100/1/1 生效) 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。	未修正
A213-10	C-B-	VSD OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器	(101/10/1 生效) 一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS $\geq$ 1.5 或有心衰竭，或有輕或中程度的肺高血壓，平均肺動脈壓(mean PAP) $\geq$ 25mmHg。 (三)體重 $\geq$ 8 公斤。 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。	A213-10	C-B-	VSD OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器	(101/10/1 生效) 一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS $\geq$ 1.5 或有心衰竭，或有輕或中程度的肺高血壓，平均肺動脈壓(mean PAP) $\geq$ 25mmHg。 (三)體重 $\geq$ 8 公斤。 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。	未修正
A213-11	C-G	VSD OCCLUDER	(92/12/01 生效) GUIDE	A213-11	C-G	VSD OCCLUDER	(92/12/01 生效) GUIDE	未修正

		DER 心 室中膈 缺損關 閉器(導 引線)	WIRE/SUPER STIFF(OCCLUD ER 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			DER 心 室中膈 缺損關 閉器(導 引線)	WIRE/SUPER STIFF(OCCLUD ER 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- 12	C-G	VSD OCCLU DER 心 室中膈 缺損關 閉器(膜 部)	(106/8/1 生效) 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。					新增
A214-1	C-R-	持續正	(97/7/1 修訂)	A214-1	C-R-	持續正	(97/7/1 修訂)	未修正

		壓鼻部 給氧管 路組 NASAL CPAP SYSTE M	(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 間限使用整組乙 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。			壓鼻部 給氧管 路組 NASAL CPAP SYSTE M	(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 間限使用整組乙 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。	
A214-2	C-R-	可移動 式雙腔 式支氣 管導管	(101/10/1 修訂) (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 SURGERY- MINIMALLY INVASIVE 3.氣 胸手術 PNEUMOTHOR AX SURGERY 4. 支氣管肋膜瘻管 手術 BRONCHO PLEURAL FISTULA 5.食道 手術 ESOPHAGEAL SURGERY 6.肺 切除手術 LUNG RESECTION。 (二)大量咳血之 緊急處置 MASSIVE HEMOPTYSIS。	A214-2	C-R-	可移動 式雙腔 式支氣 管導管	(101/10/1 修訂) (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 SURGERY- MINIMALLY INVASIVE 3.氣 胸手術 PNEUMOTHOR AX SURGERY 4. 支氣管肋膜瘻管 手術 BRONCHO PLEURAL FISTULA 5.食道 手術 ESOPHAGEAL SURGERY 6.肺 切除手術 LUNG RESECTION。 (二)大量咳血之 緊急處置 MASSIVE HEMOPTYSIS。	未修正
A214-3	C-R-	氣管內 管 ENDOT	(84/3/1 生效) 處置使用可申 報，手術使用不	A214-3	C-R-	氣管內 管 ENDOT	(84/3/1 生效) 處置使用可申 報，手術使用不	未修正

		RCHEA L TUBE	另給付。			RCHEA L TUBE	另給付。	
A214-4	C-R-	氣切套 管(使用 年限長)	(99/1/1 修訂) 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)	(99/1/1 修訂) 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)。	未修正
A214-5	C-R-	氣管引 導器組	(100/1/1 生效) 限使用於加護病 房之病患。	A214-5	C-R-	氣管引 導器組	(100/1/1 生效) 限使用於加護病 房之病患。	未修正
A214-6	C-R-	正壓呼 吸輔助 系統 BUBBL E CPAP SYSTE M	(105/5/1修訂) 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 BUBBL E CPAP SYSTE M	(105/5/1修訂) 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。	未修正
A214-7	C-R-	氣管套 管(具聲 門下抽 吸)	(105/11/1 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。	A214-7	C-R-	氣管套 管(具聲 門下抽 吸)	(105/11/1 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。	未修正
A215-1	N-E-	同軸庫 可取樣 針	(98/7/1 生效) 用於胸腔及中膈 腔腫瘤組織取樣	A215-1	N-E-	同軸庫 可取樣 針	(98/7/1 生效) 用於胸腔及中膈 腔腫瘤組織取樣	未修正

			之患者。				之患者。	
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHE TER	(84/3/1 生效) 限癌症化學治療 及癌症末期之疼痛 治療使用。	A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHE TER	(84/3/1 生效) 限癌症化學治療 及癌症末期之疼痛 治療使用。	未修正
A216-2	C-L-	PICC	(93/7/1 修訂) 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	(93/7/1 修訂) 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。	未修正
A216-3	N-D-	PORT-A NEEDLE	(95/11/01 修訂) 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。	A216-3	N-D-	PORT-A NEEDLE	(95/11/01 修訂) 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。	未修正
A216-4	C-L-	化療藥物持續 輸注器	(102/9/1 修訂) 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	A216-4	C-L-	化療藥物持續 輸注器	(102/9/1 修訂) 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	未修正

			注射一小時內 37038B 申報費 用。				注射一小時內 37038B 申報費 用。	
A216-5	C-L-	嬰幼兒 周邊導 入中央 靜脈導 管 INFANT PICC-1	(103/5/1 生效) 重症新生兒 (NTISS 大於或等 於 20 分)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-	嬰幼兒 周邊導 入中央 靜脈導 管 INFANT PICC-1	(103/5/1 生效) 重症新生兒 (NTISS 大於或等 於 20 分)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。	未修正
A216-6	C-L-	嬰幼兒 周邊導 入中央 靜脈導 管 INFANT PICC-2	(103/5/1 生效) 重症新生兒 (NTISS 大於或等 於 20 分)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。	A216-6	C-L-	嬰幼兒 周邊導 入中央 靜脈導 管 INFANT PICC-2	(103/5/1 生效) 重症新生兒 (NTISS 大於或等 於 20 分)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。	未修正
A216-7	A-C-	抗藥型 三路活 塞接頭	(104/12/1 生效) 限用於 Cyclosporin、 Cyclophosphamid e、Etoposide、 Nimodipine、 Phenytoin-sodium 等 5 項藥物輸 注。	A216-7	A-C-	抗藥型 三路活 塞接頭	(104/12/1 生效) 限用於 Cyclosporin、 Cyclophosphamid e、Etoposide、 Nimodipine、 Phenytoin-sodium 等 5 項藥物輸 注。	未修正
A216-8	N-D-	高壓注 射式 PORT-A NEEDLE	(105/7/1 生效) 限已植入可承受 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。	A216-8	N-D-	高壓注 射式 PORT-A NEEDLE	(105/7/1 生效) 限已植入可承受 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。	未修正
A216-9	C-L-	肝動脈	(106/1/1 生效):	A216-9	C-L-	肝動脈	(106/1/1 生效):	未修正

		化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝膽以外之轉移，接受動脈化學藥物治療，並規範如下： 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。			化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝膽以外之轉移，接受動脈化學藥物治療，並規範如下： 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。	
A217-1	W-D-	人工生物化學 覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	(96/12/19 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	A217-1	W-D-	人工生物化學 覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	(96/12/19 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	未修正

			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。				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	W-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM 及 CANISTER W/GEL	(104/8/1 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報備，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	W-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM 及 CANISTER W/GEL	(104/8/1 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報備，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。	未修正
A217-3	W-D-	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)ARTI	(102/1/1 修訂) 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 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)ARTI	(102/1/1 修訂) 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。	未修正

		FICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER AND ANTIBACTERIAL)	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。			FICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER AND ANTIBACTERIAL)	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。	
A217-4	W-D-	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	(91/1/1 生效) 人工生物化學覆蓋物 (BIOBRANE-L) 給付規定如下：使用於篩網移植。	A217-4	W-D-	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	(91/1/1 生效) 人工生物化學覆蓋物 (BIOBRANE-L) 給付規定如下：使用於篩網移植。	未修正
A217-5	W-D-	人造真皮再生模板 Artificial Skin Dermal Regeneration Template	(95/5/1 生效) 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。	A217-5	W-D-	人造真皮再生模板 Artificial Skin Dermal Regeneration Template	(95/5/1 生效) 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。	未修正
A217-6	W-D-	人工生物化學	(104/8/1 生效) 1.適用於成年	A217-6	W-D-	人工生物化學	(104/8/1 生效) 1.適用於成年	未修正

		覆蓋物 (BIOBR ANE)	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.適用於未成 年人（18歲以 下）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。			覆蓋物 (BIOBR ANE)	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.適用於未成 年人（18歲以 下）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。	
A218-1	F-P-	人工皮 墊 TISSUR E	(91/7/1 修訂) 限小耳症患者施 行外耳重建手術 須做皮膚擴張術	A218-1	F-P-	人工皮 墊 TISSUR E	(91/7/1 修訂) 限小耳症患者施 行外耳重建手術 須做皮膚擴張術	未修正

		EXPAN DER	者、因外傷性疤痕攣縮、燙傷、化學性灼傷癒後之疤痕攣縮,而致身體功能影響者使用。			EXPAN DER	者、因外傷性疤痕攣縮、燙傷、化學性灼傷癒後之疤痕攣縮,而致身體功能影響者使用。	
A218-2	F-P-	微植皮 擴皮墊 MICRO GRAFT GAUZE WITH CORKP LATE	(104/8/1 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。	A218-2	F-P-	微植皮 擴皮墊 MICRO GRAFT GAUZE WITH CORKP LATE	(104/8/1 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。	未修正
A219-1	F-S-	氣管支 氣管支 架 TRACH EOBRO NCHIAL STENT	(92/1/1 生效) 一、惡性腫瘤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病變。 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病變或呼吸困難。以上病因經病史顯示有呼	A219-1	F-S-	氣管支 氣管支 架 TRACH EOBRO NCHIAL STENT	(92/1/1 生效) 一、惡性腫瘤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病變。 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病變或呼吸困難。以上病因經病史顯示有呼	未修正

			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。				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。	
A220-1	C-B-	頸動脈 支架 CAROTI D STENT	(99/8/1 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 療後之頭頸部動 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，必須具頭 頸部血管攝影三 十例以上操作經 驗，另有三例頭 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 CAROTI D STENT	(99/8/1 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 療後之頭頸部動 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，必須具頭 頸部血管攝影三 十例以上操作經 驗，另有三例頭 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。	未修正

A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	(95/9/1 生效) 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。	A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	(95/9/1 生效) 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。	未修正
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	(99/4/1 修訂) 腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之給付規定及使用規範 一、給付規定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	A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	(99/4/1 修訂) 腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之給付規定及使用規範 一、給付規定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	未修正

			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之附表，第二十三項:主動脈支架之規定辦理。				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之附表，第二十三項:主動脈支架之規定辦理。	
A220-4	C-B-	淺股動脈血管支架	(100/4/1 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 $\leq$ 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	A220-4	C-B-	淺股動脈血管支架	(100/4/1 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 $\leq$ 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	未修正

			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，且遠端無有效之側枝循環時。 二、危急性肢體缺血 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。				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，且遠端無有效之側枝循環時。 二、危急性肢體缺血 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。	
A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	(100/7/1 生效) 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$\geq 50\%$，且病人有符合以下嚴重程度之症狀之	A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	(100/7/1 生效) 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$\geq 50\%$，且病人有符合以下嚴重程度之症狀之	未修正

			一：(1)中度以上間歇性跛行 (Fontaine Stage II b)。(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”氣球導管下無法穿透進行治療時。				一：(1)中度以上間歇性跛行 (Fontaine Stage II b)。(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”氣球導管下無法穿透進行治療時。	
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	(105/5/1修訂) 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)。	A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	(105/5/1修訂) 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)。	未修正

		(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流不良、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			(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流不良、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			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。				辦理。	
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	(101/4/1 生效) 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	(101/4/1 生效) 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)。	未修正
A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	(101/7/1 生效) 腎動脈血管管徑狹窄大於或等於70%或血行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)，且經氣球擴張術效果	A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	(101/7/1 生效) 腎動脈血管管徑狹窄大於或等於70%或血行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)，且經氣球擴張術效果	未修正

			不佳者(仍有大於50%狹窄)。 3.腎動脈狹窄合併復發性，無法解釋之鬱血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)。				不佳者(仍有大於50%狹窄)。 3.腎動脈狹窄合併復發性，無法解釋之鬱血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(含人工血管)之給付規定	(106/7/1 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用以維持重要分枝血管暢通。 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	A220-9	C-B-	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定	(101/10/1 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用以維持重要分枝血管暢通。 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	修正

			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。 <u>7.主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。</u>				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。	
A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統(1040301 生效)： 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	A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統(1040301 生效)： 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	未修正

			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。				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。	
A220-11	C-B-	周 邊 動脈 血 管 支 架 及 傳 輸 裝 置 (球 擴 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用以維持重要分枝血管暢通。 五、主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。	A220-11	C-B-	周 邊 動脈 血 管 支 架 及 傳 輸 裝 置 (球 擴 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用以維持重要分枝血管暢通。 五、主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。	未修正
A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支 架系統	(105/12/01 生效) 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	A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支 架系統	(105/12/01 生效) 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	未修正

			瘤大於等於 3.5 公分時。 3.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。				瘤大於等於 3.5 公分時。 3.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。	
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	(100/10/1 生效) 產後出血填塞氣球給付規定： 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。	A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	(100/10/1 生效) 產後出血填塞氣球給付規定： 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。	未修正
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物	(101/7/1 生效) 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	(101/7/1 生效) 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。	未修正
A223-1	C-G-	冠連導管 GUIDEL INER CATHE	(101/7/1 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	A223-1	C-G-	冠連導管 GUIDEL INER CATHE	(101/7/1 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	未修正

		TER	附 CD 或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。			TER	附 CD 或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。	
A224-1	C-F-	多發式靜脈瘤結紮環組	(102/1/1 修訂) 1、限用於食道靜脈瘤。 2、每次使用以 1 組為限。	A224-1	C-F-	多發式靜脈瘤結紮環組	(102/1/1 修訂) 1、限用於食道靜脈瘤。 2、每次使用以 1 組為限。	未修正
A224-2	C-F-	食道支架	(105/10/1 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。	A224-2	C-F-	食道支架	(105/10/1 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。	未修正
A225-1	C-G-	冠狀動脈血管內超音波影像導管	(103/10/1 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影像導管為限。	A225-1	C-G-	冠狀動脈血管內超音波影像導管	(103/10/1 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影像導管為限。	未修正
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE	(101/10/1 生效) 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	A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE	(101/10/1 生效) 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	未修正

		CERTUS (FFR)	以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。			CERTUS (FFR)	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 (TAPER ED TIP) 導引線	(103/11/01 生效) 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。	A225-3	C-G-	冠狀動脈用漸進式 (TAPER ED TIP) 導引線	(103/11/01 生效) 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。	未修正
A225-4	C-G-	冠狀動脈 CTO 逆行性介入治療用導引線	(105/2/1 生效) 1.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)。 2.每一病例單次手術限申報一條。	A225-4	C-G-	冠狀動脈 CTO 逆行性介入治療用導引線	(105/2/1 生效) 1.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)。 2.每一病例單次手術限申報一條。	未修正
A225-5	C-G-	心血管電極導管導引器(具單一角度)	(105/8/1 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。	A225-5	C-G-	心血管電極導管導引器(具單一角度)	(105/8/1 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。	未修正
A330-1	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)	限喉膺復重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準 66022B)	A330-1	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)	限喉膺復重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準 66022B)	未修正
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(P	(84/3/1 生效) 須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)	B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(P	(84/3/1 生效) 須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)	未修正

		ERMAN ENT)				ERMAN ENT)		
B101-2	F-H- C-G-	特殊心 律調節 導線及 可調彎 導管	(98/7/1 修訂) (一)曾接受先天 性心臟病手術矯 正後需心律調整 器病患。 (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 病患。 (四)右心房刺激 閾值高，曾有四 個不同刺點均超 過 2V 以上者。 (五)針對特殊部 位，如 Bachmanns bundle, mid,low septum 等部位需 要 Pacing 的病 患。	B101-2	F-H- C-G-	特殊心 律調節 導線及 可調彎 導管	(98/7/1 修訂) (一)曾接受先天 性心臟病手術矯 正後需心律調整 器病患。 (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 病患。 (四)右心房刺激 閾值高，曾有四 個不同刺點均超 過 2V 以上者。 (五)針對特殊部 位，如 Bachmanns bundle, mid,low septum 等部位需 要 Pacing 的病 患。	未修正
B102-1	F-H-	肺動脈 瓣補片	(86/6/2 生效) 心包膜取得不易 或嚴重肺動脈狹 窄發育不良之患 者使用。	B102-1	F-H-	肺動脈 瓣補片	(86/6/2 生效) 心包膜取得不易 或嚴重肺動脈狹 窄發育不良之患 者使用。	未修正
B102-2	F-H-	肺動脈 瓣修補 管	(86/6/2 生效) 肺動脈先天性閉 鎖或其他之先天 性心臟病患者使 用。	B102-2	F-H-	肺動脈 瓣修補 管	(86/6/2 生效) 肺動脈先天性閉 鎖或其他之先天 性心臟病患者使 用。	未修正
B102-3	F-H-	自由式 主動脈 生物人 工瓣膜 FREEST	(91/1/1 生效) 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	B102-3	F-H-	自由式 主動脈 生物人 工瓣膜 FREEST	(91/1/1 生效) 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	未修正

		YLE AORTIC ROOT BIOPRO STHESI S	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) 或剝離性主動脈瘤病患。 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。			YLE AORTIC ROOT BIOPRO STHESI S	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) 或剝離性主動脈瘤病患。 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	F-H-	機械性瓣膜-帶人工血管-主動脈瓣膜/<u>主動脈根部人工血管</u>	(106/10/1 生效) (一) 主動脈根部瘤或須做 Bentall's Operation 之病患。 (二) 剝離性血管瘤 Type I , Type II , 剝離性主動脈瘤併發主動脈瓣閉鎖不全之病患。 (三) 冠狀動脈疾病併上升主動脈血管瘤。	B102-4	F-H-	機械性瓣膜-帶人工血管-主動脈瓣膜	(93/7/1 生效) (一) 主動脈根部瘤或須做 Bentall's Operation 之病患。 (二) 剝離性血管瘤 Type I , Type II , 剝離性主動脈瘤併發主動脈瓣閉鎖不全之病患。 (三) 冠狀動脈疾病併上升主動脈血管瘤。	修正
B103-1	F-H-	心臟整 流去顫 器 IMPLAN	(98/7/1 修訂) 申報規範: 1.操作醫院應事先報備作業流程	B103-1	F-H-	心臟整 流去顫 器 IMPLAN	(98/7/1 修訂) 申報規範: 1.操作醫院應事先報備作業流程	未修正

		TABLE CARDIO VERTER DEFIBRI LLATO R (ICD)	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。 給付規定： (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 $\leq 40\%$ ，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, catechol aminergic polymorphic			TABLE CARDIO VERTER DEFIBRI LLATO R (ICD)	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。 給付規定： (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 $\leq 40\%$ ，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, catechol aminergic 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。)				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	F-H-	ICD+同步雙心室節律器	(98/7/1 修訂) 一、心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之給付規定為：符合「心臟整流去顫器」之給付規定 (B103-1)，且合乎「心房同步雙心室節律器」之給付規定	B103-2	F-H-	ICD+同步雙心室節律器	(98/7/1 修訂) 一、心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之給付規定為：符合「心臟整流去顫器」之給付規定 (B103-1)，且合乎「心房同步雙心室節律器」之給付規定	未修正

			(B104-1)者。 二、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。 三、不宜列入之項目： (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)者。 二、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。 三、不宜列入之項目： (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。)	
B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維	(98/7/1 修訂)申報規範： 1.操作醫院應事	B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維	(98/7/1 修訂)申報規範： 1.操作醫院應事	未修正

		顫動器 (同時具 ATP 及 心房自 動電擊 功能)原 B103-3 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。 ◎ 給付規定： （給付規定代 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$\leq 40\%$， 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			顫動器 (同時具 ATP 及 心房自 動電擊 功能)原 B103-3 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。 ◎ 給付規定： （給付規定代 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$\leq 40\%$， 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。)				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	C-H-	心房同步雙心室節律器	(98/7/1 修訂) 心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線： (一)應事先審查。	B104-1	C-H-	心房同步雙心室節律器	(98/7/1 修訂) 心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線： (一)應事先審查。	未修正

			(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。				(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。	
B104-2	C-X-	3D MAPPING G 診斷 紀錄電 燒導管	(96/12/1 生效) 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-	3D MAPPING G 診斷 紀錄電 燒導管	(96/12/1 生效) 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。	未修正
B104-3	C-X-	複雜性 心房顫 動之冷 凍消融 導管	(106/11/01 生效) 限用陣發性心房 顫動之肺靜脈隔 離(電訊號阻 斷)。 不宜列入之項					新增

			目： 1.重度二尖瓣逆流或狹窄者。 2.左心房大於55mm 者。					
B201-1	C-H-F-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	(84/9/14 生效) 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會較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。	B201-1	C-H-F-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	(84/9/14 生效) 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會較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。	未修正
B201-2	C-H-F-H-	體外膜肺 ECMO(EXTRACORPORAL MEMBRANE OXYGENATOR)	(101/6/1 修訂) 比照全民健康保險醫療費用支付標準診療項目68036B 使用之給付規定及禁忌症訂定。	B201-2	C-H-F-H-	體外膜肺 ECMO(EXTRACORPORAL MEMBRANE OXYGENATOR)	(101/6/1 修訂) 比照全民健康保險醫療費用支付標準診療項目68036B 使用之給付規定及禁忌症訂定。	未修正
B201-3	F-H-	含肝磷脂、肝素之人工心肺 OXYGENATER	(86/9/12 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。	B201-3	F-H-	含肝磷脂、肝素之人工心肺 OXYGENATER	(86/9/12 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。	未修正
B201-4	C-H-	FEMORAL ACCESS CANNUL	(97/7/1 修訂) 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手	B201-4	C-H-	FEMORAL ACCESS CANNUL	(97/7/1 修訂) 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手	未修正

		LAE SET W/INTR ODUCE R(股動/ 靜脈導 管及導 引管組, 無肝素 塗層)	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。			LAE SET W/INTR ODUCE R(股動/ 靜脈導 管及導 引管組, 無肝素 塗層)	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 WITHO UT 儲血 槽(含 ARTERI AL FILTER)	(100/3/1 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 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 WITHO UT 儲血 槽(含 ARTERI AL FILTER)	(100/3/1 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 12 歲以下之兒童開 心手術使用。	未修正
B201-6	F-H-	體外循 環用-長 效型血 液幫浦	(106/10/1 修訂) <u>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。</u>	B201-6	F-H-	體外循 環用-長 效型血 液幫浦	(100/10/1 生效) 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 訂給付規定,需 事前審查。	修正
B201-7	F-H-	長效型 體外膜 肺 ECMO(E XTRAC ORPOR	(103/8/1 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	B201-7	F-H-	長效型 體外膜 肺 ECMO(E XTRAC ORPOR	(103/8/1 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	未修正

		EAL MEMBRANE OXYGENATOR) (經認證 使用天 數 14 日)	外循環維生系統。			EAL MEMBRANE OXYGENATOR) (經認證 使用天 數 14 日)	外循環維生系統。	
B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套管組	(88/6/1 生效) 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套管組。 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套管組，並得申報自體血液回收組。	B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套管組	(88/6/1 生效) 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套管組。 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套管組，並得申報自體血液回收組。	未修正
B202-2	A-C- C-H-	多重灌注分流管 MULTIPLE PERFUSION SET	(89/1/1 生效) 限三條血管以上填塞之 CAD，且左心室功能低於 LVEF 30%以下者。	B202-2	A-C- C-H-	多重灌注分流管 MULTIPLE PERFUSION SET	(89/1/1 生效) 限三條血管以上填塞之 CAD，且左心室功能低於 LVEF 30%以下者。	未修正
B202-3	H-E-	動脈血過濾器/ 含肝素 BLOOD FILTER W/HEPA	(84/3/1 生效) 限體外循環超過 120 分鐘患者使用。	B202-3	H-E-	動脈血過濾器/ 含肝素 BLOOD FILTER W/HEPA	(84/3/1 生效) 限體外循環超過 120 分鐘患者使用。	未修正

		RIN				RIN		
B202-4	H-E-	氣泡過濾器 BUBBLE TRAP	(86/5/8 生效) 限複雜性先天性心臟病矯正術使用。	B202-4	H-E-	氣泡過濾器 BUBBLE TRAP	(86/5/8 生效) 限複雜性先天性心臟病矯正術使用。	未修正
B202-5	H-E-	動脈血過濾器+ 去白血球過濾器	(87/10/2 生效) 限開心手術使用於 BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION 時申報。	B202-5	H-E-	動脈血過濾器+ 去白血球過濾器	(87/10/2 生效) 限開心手術使用於 BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION 時申報。	未修正
B202-6	C-H-	兒童用動脈套管	(104/12/1 生效) 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	(104/12/1 生效) 限 18 歲以下兒童開心手術時使用。	未修正
B203-1	C-C- F-H-	心外自體輸血系統 CARDIO SURGE RY AUTOTRANSFUSION KIT	(102/7/1 修訂) 術中自體血液收集套給付規定如下： 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。	B203-1	C-C- F-H-	心外自體輸血系統 CARDIO SURGE RY AUTOTRANSFUSION KIT	(102/7/1 修訂) 術中自體血液收集套給付規定如下： 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。	未修正
B203-2	H-E-	血液脫液器組 BLOOD HEMOCENTRIFUGATION	(102/7/1 修訂) 術前腎機能不全或充血性心衰竭而須施行開心手術患者使用。	B203-2	H-E-	血液脫液器組 BLOOD HEMOCENTRIFUGATION	(102/7/1 修訂) 術前腎機能不全或充血性心衰竭而須施行開心手術患者使用。	未修正

		R W/CHECK TUBING				R W/CHECK TUBING		
B203-3	C-C- F-H-	胸腔血液引流併自體輸血組	(86/4/7 生效) 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。	B203-3	C-C- F-H-	胸腔血液引流併自體輸血組	(86/4/7 生效) 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。	未修正
B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸除系統	(94/2/1 修訂) 一、限用於實施頸動脈擴張術且對側頸動脈無完全阻塞者。 二、急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 三、冠狀動脈繞道後,隱靜脈狹窄之成型治療。	B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸除系統	(94/2/1 修訂) 一、限用於實施頸動脈擴張術且對側頸動脈無完全阻塞者。 二、急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 三、冠狀動脈繞道後,隱靜脈狹窄之成型治療。	未修正
B301-2	H-H-	導引線濾過系統.腦血管保護盾	(94/4/1 生效) 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。	B301-2	H-H-	導引線濾過系統.腦血管保護盾	(94/4/1 生效) 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。	未修正
B301-3	H-H-	血栓清除導管	(98/7/1 生效) (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。	B301-3	H-H-	血栓清除導管	(98/7/1 生效) (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。	未修正
B301-4	H-H-	血栓濾過導引線系統	(104/5/1 生效) 1.實施頸動脈擴張術及血管支架放置術。 2.冠狀動脈繞道後，隱靜脈狹窄	B301-4	H-H-	血栓濾過導引線系統	(104/5/1 生效) 1.實施頸動脈擴張術及血管支架放置術。 2.冠狀動脈繞道後，隱靜脈狹窄	未修正

			之成形治療。				之成形治療。	
B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	(104/6/1 生效) 1.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。 2.不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。	B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	(104/6/1 生效) 1.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。 2.不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。	未修正
C101-1	C-K	長效型雙 J 型輸尿管組	(105/10/1 生效): 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。	C101-1	C-K	長效型雙 J 型輸尿管組	(105/10/1 生效): 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。	未修正
C101-2	C-K	抗壓型雙 J 型輸尿管組	(105/10/1 生效): 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。	C101-2	C-K	抗壓型雙 J 型輸尿管組	(105/10/1 生效): 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。	未修正
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	(94/2/1 生效) 1.使用於心房同步雙心室節律器時，適用 B104-1 之給付規定。 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 之給付規定及相關使用規範。	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	(94/2/1 生效) 1.使用於心房同步雙心室節律器時，適用 B104-1 之給付規定。 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 之給付規定及相關使用規範。	未修正

		室節律器使用)				室節律器使用)		
C302-1	C-X-	心內膜 心律不 整外科 燒灼電 刀用電 極	(93/7/1 生效) 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)。	C302-1	C-X-	心內膜 心律不 整外科 燒灼電 刀用電 極	(93/7/1 生效) 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)。	未修正
D101-1	F-B-	骨髓內 固定釘 INTERL OCKING NAIL	(87/12/1 生效) 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。	D101-1	F-B-	骨髓內 固定釘 INTERL OCKING NAIL	(87/12/1 生效) 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。	未修正
D101-2	F-B-	骨髓內 固定釘 INTERL OCKING NAIL	(84/3/1 生效) GAMMA LOCKING NAIL、ZMS 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 INTERL OCKING NAIL	(84/3/1 生效) GAMMA LOCKING NAIL、ZMS RECON NAIL 限：股骨粗隆下 骨折及股骨粗隆 複合骨折患者申 報。	未修正
D101-3	F-B	成骨不 全症髓 內釘	(104/1/1 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。	D101-3	F-B	成骨不 全症髓 內釘	(104/1/1 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。	未修正
D102-1	F-B-	骨髓內 固定螺	(98/8/28 修訂) 1.嚴重之粉碎性	D102-1	F-B-	骨髓內 固定螺	(98/8/28 修訂) 1.嚴重之粉碎性	未修正

		絲 INTERLOCKING SCREW	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。			絲 INTERLOCKING SCREW	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-	可吸收 固定螺 絲 ABSORBABLE INTERFERENCE SCREW	(85/9/14 生效) 限十字韌帶重建 術患者使用。	D102-2	F-B-	可吸收 固定螺 絲 ABSORBABLE INTERFERENCE SCREW	(85/9/14 生效) 限十字韌帶重建 術患者使用。	未修正
D102-3	F-B-	界面螺 絲 REVOCANCELLOUS SCREW	(86/1/10 生效) 限肩關節韌帶手 術使用。	D102-3	F-B-	界面螺 絲 REVOCANCELLOUS SCREW	(86/1/10 生效) 限肩關節韌帶手 術使用。	未修正
D102-4	F-B-	生物可 吸收性 固定錨 釘(固定 珠)END OPEARLBIOAB SORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	(94/7/1 生效) 限實施十字韌帶 重建手術患者使 用。	D102-4	F-B-	生物可 吸收性 固定錨 釘(固定 珠)END OPEARLBIOAB SORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	(94/7/1 生效) 限實施十字韌帶 重建手術患者使 用。	未修正
D103-1	F-B-	埋頭中 空加壓 骨釘	(106/7/1 生效)限 用於診療項目 64035C(腕、 跗、掌、蹠骨骨					新增

			折開放性復位術) 之腕骨及跗骨關節面內骨折固定使用					
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節 CUSTOM MADE SHOULDER PROTHESIS	(85/4/23 生效) 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 PROTHESIS	(85/4/23 生效) 須事前報備，經同意後使用。	未修正
D106-1	F-B-	人工髖關節 HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 自 104.11.1 起取消事前審查。	D106-1	F-B-	人工髖關節 HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 自 104.11.1 起取消事前審查。	未修正
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節 CUSTOM MADE HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 限：髖臼嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。	D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節 CUSTOM MADE HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 限：髖臼嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。	未修正
D106-3	F-B-	重建型人工髖關節 REVISION HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 1.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 II 以上者)。 2.按病例需要可配合使用大轉子重建系統 GTR CABLE GRIP 系統	D106-3	F-B-	重建型人工髖關節 REVISION HIP PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 1.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 II 以上者)。 2.按病例需要可配合使用大轉子重建系統 GTR CABLE GRIP 系統	未修正

D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	(84/3/1 生效) 須附術前 X 光片 事前報備，經同意後使用限 RA 及嚴重的 OA 病患申報。	D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	(84/3/1 生效) 須附術前 X 光片 事前報備，經同意後使用限 RA 及嚴重的 OA 病患申報。	未修正
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	(104/11/1 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 之給付 規定：X 光顯示明顯骨缺損三公分以上，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	(104/11/1 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 之給付 規定：X 光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。	未修正

D108-2	F-B-	訂製型人工膝關節 CUSTOM MADE KNEE PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 限嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。	D108-2	F-B-	訂製型人工膝關節 CUSTOM MADE KNEE PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 限嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。	未修正
D108-3	F-B-	人工半膝關節 UNIKNEE PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 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，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 UNIKNEE PROTHESIS	(104/11/1 修訂) 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，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於 RA 或 Gouty arthritis。	未修正
D108-4	F-B-	延長莖骨、墊	(104/11/1 修訂) 加長型莖	D108-4	F-B-	延長莖骨、墊	(104/11/1 修訂) 加長型莖	未修正

		片 EXTENSION STEM、 WEDGE	EXTENSION STEM、墊片 WEDGE 之給付規定：X 光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。			片 EXTENSION STEM、 WEDGE	EXTENSION STEM、墊片 WEDGE 之給付規定：X 光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。	
D108-5	F-B-	關節內 注射劑	(100/1/21 修訂) 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	D108-5	F-B-	關節內 注射劑	(100/1/21 修訂) 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	未修正

		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、用法用量依主管機關核定方式：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			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、用法用量依主管機關核定方式：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。				使用。	
D108-6	F-B-	關節內注射劑	(100/1/21 修訂) 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 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	D108-6	F-B-	關節內注射劑	(100/1/21 修訂) 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 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	未修正

			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、用法用量依主管機關核定方式：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 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。				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、用法用量依主管機關核定方式：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 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。	
D108-7	F-B-	PATELL OFEMORAL JOINT SYSTEM 髌骨股骨人工關節組	(104/11/1 修訂) 一、給付規定： (一)髌股關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨骼變形者。 (二)髌股關節之病變導致嚴重疼	D108-7	F-B-	PATELL OFEMORAL JOINT SYSTEM 髌骨股骨人工關節組	(104/11/1 修訂) 一、給付規定： (一)髌股關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨骼變形者。 (二)髌股關節之病變導致嚴重疼	未修正

		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)髌股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但仍有嚴重髌股關節症狀者。 二、禁忌症： (一)發炎性（如類風濕性）關節炎。 (二)合併脛股關節炎。 (三)髌股骨列位不正且無法矯正。 (四)脛股骨列位不正(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)骨存量不足。 (八)半月板或韌帶結構不足。 (九)骨骼未成熟。 (十)神經性之關節病變。			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)髌股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但仍有嚴重髌股關節症狀者。 二、禁忌症： (一)發炎性（如類風濕性）關節炎。 (二)合併脛股關節炎。 (三)髌股骨列位不正且無法矯正。 (四)脛股骨列位不正(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)骨存量不足。 (八)半月板或韌帶結構不足。 (九)骨骼未成熟。 (十)神經性之關節病變。	
--	--	---	--	--	---	--

D111-1	F-B-	塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/4/29 生效) 一、給付規定如下：1.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)。 2.巨大骨腫瘤(自體骨移植不足或無法取者)。 3.脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 4.已經多次植骨手術，無處可取植骨。 5.必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 6.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。1.脊椎重置融合(revision)：	D111-1	F-B-	塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/4/29 生效) 一、給付規定如下：1.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)。 2.巨大骨腫瘤(自體骨移植不足或無法取者)。 3.脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 4.已經多次植骨手術，無處可取植骨。 5.必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 6.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。1.脊椎重置融合(revision)：	未修正
--------	------	---------------------------------------	--	--------	------	---------------------------------------	--	-----

			20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20cc。3.脊椎側彎：以 50cc 或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長×寬×高 $CM^3=CC$ 。				20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20cc。3.脊椎側彎：以 50cc 或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長×寬×高 $CM^3=CC$ 。	
D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/5/8 生效) 一、給付規定：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。1.脊椎重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20cc。3.脊椎側彎：以 50cc 或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長	D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/5/8 生效) 一、給付規定：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。1.脊椎重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20cc。3.脊椎側彎：以 50cc 或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長	未修正

			×寬×高 CM ³ =CC。				×寬×高 CM ³ =CC。	
D111-3	F-B-	含抗生 素塑膠 類、陶 磁類人 工代用 骨 ARTIFIC IAL BONE GRAFT	(88/7/1 生效) 限骨感染需補骨 時使用，並設使 用規範如下： 一、給付規定如 下：1.人工關節 再置換術中，需 使用骨頭填充空 間時。 2.巨大骨腫瘤。 3.脊椎再次手 術，而自體骨移 植不足者。 4.已經多次植骨 手術，無處可取 植骨。 5.必需施行大量 植骨而自體無法 供應骨質以供移 植者。 6.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。1.脊椎 重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2. 人工關節鬆脫或	D111-3	F-B-	含抗生 素塑膠 類、陶 磁類人 工代用 骨 ARTIFIC IAL BONE GRAFT	(88/7/1 生效) 限骨感染需補骨 時使用，並設使 用規範如下： 一、給付規定如 下：1.人工關節 再置換術中，需 使用骨頭填充空 間時。 2.巨大骨腫瘤。 3.脊椎再次手 術，而自體骨移 植不足者。 4.已經多次植骨 手術，無處可取 植骨。 5.必需施行大量 植骨而自體無法 供應骨質以供移 植者。 6.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。1.脊椎 重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2. 人工關節鬆脫或	未修正

			骨溶解需要再置換手術：限20cc。3.脊椎側彎：以50cc或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高$CM^3=CC$。				骨溶解需要再置換手術：限20cc。3.脊椎側彎：以50cc或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高$CM^3=CC$。	
D111-4	F-B-	生骨替代物類 似塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(93/7/1 修訂) 一、給付規定如下：1.人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 2.巨大骨腫瘤。 3.脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 4.已經多次植骨手術，無處可取植骨。 5.必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 6.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	D111-4	F-B-	生骨替代物類 似塑膠類、陶瓷類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(93/7/1 修訂) 一、給付規定如下：1.人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 2.巨大骨腫瘤。 3.脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 4.已經多次植骨手術，無處可取植骨。 5.必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 6.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	未修正

			之參考。1.脊椎重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20cc。3.脊椎側彎：以50cc或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高 $\text{CM}^3=\text{CC}$ 。				之參考。1.脊椎重置融合 (revision)：20cc 二節至三節。2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20cc。3.脊椎側彎：以50cc或骨材費用三萬元為上限。4.腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高 $\text{CM}^3=\text{CC}$ 。	
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/P LATE/S CREW/N UT)	(95/7/1 修訂) 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 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	D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/P LATE/S CREW/N UT)	(95/7/1 修訂) 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 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	未修正

			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。				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。	
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL	(84/3/1 生效) 一、脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使	D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL	(84/3/1 生效) 一、脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使	未修正

		FIXATOR (ROD HOOK/P LATE/S CREW/NU T)	用。 二、前方固定給付規定為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。			FIXATOR (ROD HOOK/P LATE/S CREW/NU T)	用。 二、前方固定給付規定為：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/P LATE/S CREW/NU T)	(95/7/1 修訂) 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定給付規定為：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/P LATE/S CREW/NU T)	(95/7/1 修訂) 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定給付規定為：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。	未修正
D112-4	F-B-	脊椎間體護架 TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	(93/4/1 生效) (PEEK CAGE 自97/7/1 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	D112-4	F-B-	脊椎間體護架 TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	(93/4/1 生效) (PEEK CAGE 自97/7/1 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	未修正

			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。				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。	
D112-5	F-B-	脊椎骨質疏鬆內固定釘 OPS TITANIUM SPINAL SCREW	(100/1/1 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、給付規定同 D112-1。	D112-5	F-B-	脊椎骨質疏鬆內固定釘 OPS TITANIUM SPINAL SCREW	(100/1/1 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、給付規定同 D112-1。	未修正
D112-6	F-B-	VEPTR 延展式 肋骨支撐架	(100/4/1 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 1.胸腔發育不	D112-6	F-B-	VEPTR 延展式 肋骨支撐架	(100/4/1 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 1.胸腔發育不	未修正

			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. 骨骼未達成熟 Risser Sign ≤ 4 或 Bone age study ≤ 14 歲。				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. 骨骼未達成熟 Risser Sign ≤ 4 或 Bone age study ≤ 14 歲。	
D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統	(103/6/1 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、高位頸椎及顱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	D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統	(103/6/1 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、高位頸椎及顱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	未修正

			查通過後使用。				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	(104/3/1 修訂) 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。	D112-8	F-B	搭 配 固 定 桿 規 格 4.5mm 之 脊 椎 固 定 系 統	(104/3/1 修訂) 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。	未修正

			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。				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。	
D112-9	F-B	頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	(105/3/1 生效) 1.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。 2.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。 3.若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。 4.須經事前審查	D112-9	F-B	頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	(105/3/1 生效) 1.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。 2.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。 3.若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。 4.須經事前審查	未修正

			通過後使用。				通過後使用。	
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESES	(84/3/1 生效) 一、給付規定如下: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.無尿路感染。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.善於且能正常操作者。 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 PROSTHESES	(84/3/1 生效) 一、給付規定如下: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.無尿路感染。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.善於且能正常操作者。 二、應事前報備，經同意後使用。	未修正
D113-2	F-U-	膀胱灌注液	(97/3/1 生效) 一、給付規定如下: 1.間質性膀胱炎:以病理報告，或明確的膀胱鏡及尿路動力學檢查確定後，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	D113-2	F-U-	膀胱灌注液	(97/3/1 生效) 一、給付規定如下: 1.間質性膀胱炎:以病理報告，或明確的膀胱鏡及尿路動力學檢查確定後，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	未修正

			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。				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。	
D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	(101/10/1 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$15mL)。 四、病人無膀胱炎、尿道炎或攝護腺炎。 五、病人無神經性逼尿肌不穩定[病歷應附逼尿肌動力圖(CMG)]。 六、先接受6個月期的非侵入性壓力性尿失禁治	D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	(101/10/1 生效) 用於治療男性攝護腺癌手術後發生之應力性尿失禁，排除 T3 或有遠端轉移之個案且符合以下條件及規範者： 一、手術前病人如有泌尿道感染應先治療。 二、病人應有好的膀胱功能(膀胱容量>250mL，尿後殘餘量<50mL)。 三、病人無膀胱頸或尿道狹窄(最大尿流速$\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個月期的非侵入性壓力性尿失禁治	未修正

			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)。				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	(106/11/1 生效)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)。					新增
D114-1	F-B-	義肢	(84/3/1 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。但十八	D114-1	F-B-	義肢	(84/3/1 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。但十八	未修正

			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。				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。	
D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	(1060901 修訂) <u>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</u> (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。 <u>二、BURR HOLE PLATE、顱骨固定夾：用於顱骨手術患者，每次手術使用總數以 3 個為限。</u>	D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	(100/5/1 修訂) 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為 (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。	修正
D201-2	F-P-	骨板 ANATO MIC BONE PLATE	(86/4/7 生效) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、 METAPHYSIS 骨折使用。	D201-2	F-P-	骨板 ANATO MIC BONE PLATE	(86/4/7 生效) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、 METAPHYSIS 骨折使用。	未修正
D201-3	F-P-	纜線固定系統 CABLE SYSTE M	(106/08/01 修訂) <u>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)：</u> 1.髖關節再置換	D201-3	F-P-	纜線固定系統 CABLE SYSTE M	(87/9/1 修訂) DALL-MILES CABLE SYSTEM 纜線固定系統給付規定限： 1.髖關節再置換	修正

			合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 2.施行全人工髖關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 3.人工髖關節再置換術，於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。				合併股骨 粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 2.施行全人工髖關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 3.人工髖關節再置換術，於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。	
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	(97/10/1 生效) (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	(97/10/1 生效) (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。	未修正
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 速固硬式固定系統	(101/10/1 生效) 限使用於頭部顱顏骨、顎顏骨固定，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	(101/10/1 生效) 限使用於頭部顱顏骨、顎顏骨固定，但不可與 Miniplate 併用，每次限用 1 片。	未修正
D203-1	F-B-	骨骼外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	(84/3/1 生效) 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。	D203-1	F-B-	骨骼外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	(84/3/1 生效) 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。	未修正

D301-1	F-P-	顏面骨 螺絲 BONE SCREW	(87/11/1 修訂) 重建型、迷你 型、微小型顏面 骨螺絲給付規定 限： (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-	顏面骨 螺絲 BONE SCREW	(87/11/1 修訂) 重建型、迷你 型、微小型顏面 骨螺絲給付規定 限： (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。	未修正
E201-1	C-P-	經抗感 染處理 中央靜 脈壓導 管 ANTISE PTIC CVP	(89/5/29 修訂) 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 (Immunosuppress ed patient)。 3.使用 TPN 之患 者(total parenteral nutrition)。	E201-1	C-P-	經抗感 染處理 中央靜 脈壓導 管 ANTISE PTIC CVP	(89/5/29 修訂) 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 (Immunosuppress ed patient)。 3.使用 TPN 之患 者(total parenteral nutrition)。	未修正
E201-2	C-P-	經抗感 染處理 小兒中 央靜脈 壓導管 ANTISE PTIC PEDIAT RIC CVP	(89/5/29 修訂) 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 (Immunosuppress ed patient) 3.使用 TPN 之患 者(total parenteral nutrition)。 4.禁止使用於體	E201-2	C-P-	經抗感 染處理 小兒中 央靜脈 壓導管 ANTISE PTIC PEDIAT RIC CVP	(89/5/29 修訂) 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 (Immunosuppress ed patient) 3.使用 TPN 之患 者(total parenteral nutrition)。 4.禁止使用於體	未修正

			重不到 20 公斤 的小兒病患。				重不到 20 公斤 的小兒病患。	
E201-3	C-P-	多功能 靜脈輸 液套	(94/4/1 生效) (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。	E201-3	C-P-	多功能 靜脈輸 液套	(94/4/1 生效) (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。	未修正
E201-4	C-P-	中央靜 脈血氧 導管組 PRESEP CENTR AL VENOU S OXIMET RY CATHE TER SET	(97/10/1 修訂) 給付規定擴增： (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：	E201-4	C-P-	中央靜 脈血氧 導管組 PRESEP CENTR AL VENOU S OXIMET RY CATHE TER SET	(97/10/1 修訂) 給付規定擴增： (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：	未修正

			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 。				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	(100/5/1 生效) 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	(100/5/1 生效) 限 2 歲以下或 15KG 以下之兒童使用。	未修正
E201-6	C-P	腹內壓力監測組	(102/10/1 生效) 給付規定為 (1)重大外傷合併	E201-6	C-P	腹內壓力監測組	(102/10/1 生效) 給付規定為 (1)重大外傷合併	未修正

		INTRA ABDOM INAL PRESSU RE MONIT ORING KIT	休克需積極復甦治療者；(2)外傷病患接受腹部損害控制手術者；(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。			INTRA ABDOM INAL PRESSU RE MONIT ORING KIT	休克需積極復甦治療者；(2)外傷病患接受腹部損害控制手術者；(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 PEDIAT RIC OXIMET RY CATHE TER SET	(104/4/1 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 PEDIAT RIC OXIMET RY CATHE TER SET	(104/4/1 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.患有中度阻塞肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。	未修正
E204-1	C-F-	特殊腸道治療	(84/3/1 生效) INTEST-SOND	E204-1	C-F-	特殊腸道治療	(84/3/1 生效) INTEST-SOND	未修正

		管 SPECIA L ENTER NAL FEEDIN G TUBE	胃腸導管:G-I 手術後併 G-I TRACT 溢漏或吻合須 NPO 者。			管 SPECIA L ENTER NAL FEEDIN G TUBE	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 FEEDIN G、 PUMP SET	(87/11/1 修訂) 灌食袋(含動力式及 PUMP SET)： 一、給付規定： 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脹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	E204-2	B-B-	灌食袋 FEEDIN G、 PUMP SET	(87/11/1 修訂) 灌食袋(含動力式及 PUMP SET)： 一、給付規定： 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脹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	未修正

			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)。				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)。	
E204-3	C-F-	矽質胃管 SILICONE N-G TUBE	(93/4/1 修訂) 矽質鼻胃管之使用規範如下： (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。 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下： (一) 手術(如腸胃道部分切	E204-3	C-F-	矽質胃管 SILICONE N-G TUBE	(93/4/1 修訂) 矽質鼻胃管之使用規範如下： (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。 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下： (一) 手術(如腸胃道部分切	未修正

			除)後,須較長期置放鼻胃管者。 (二)慢性病須鼻胃管灌食,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。				除)後,須較長期置放鼻胃管者。 (二)慢性病須鼻胃管灌食,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-	PERCUT ANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY SYSTEM 胃造口術裝置組	(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-	PERCUT ANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY SYSTEM 胃造口術裝置組	(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。	未修正
E204-5	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE	(100/5/1 生效) 1.嚴重急性胰臟炎。 2.空腸前端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。	E204-5	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE	(100/5/1 生效) 1.嚴重急性胰臟炎。 2.空腸前端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。	未修正
E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL	(101/10/1 生效) 1.嚴重急性胰臟炎。 2.空腸前端阻塞或上腸系膜動脈	E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL	(101/10/1 生效) 1.嚴重急性胰臟炎。 2.空腸前端阻塞或上腸系膜動脈	未修正

		L FEEDIN G TUBE(具片狀 凸出 TIGER)	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。			L FEEDIN G TUBE(具片狀 凸出 TIGER)	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	(106/12/1 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。					新增
E210-1	T-K-	體外電 震波腎 臟碎石 機電擊 棒(百 次)ESW L ELECTR ODE	(93/7/1 內含) 自 93 年 7 月 1 日起業已含括於 相關支付標準內， 不另給付。	E210-1	T-K-	體外電 震波腎 臟碎石 機電擊 棒(百 次)ESW L ELECTR ODE	(93/7/1 內含) 自 93 年 7 月 1 日起業已含括於 相關支付標準內， 不另給付。	未修正
E210-2	T-K-	無線電 頻率燒 灼系 統：勒 鈐針狀 電極 LEVEEN NEEDLE ELECTR ODE	(1050201修訂) 1.小於三公分的 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「勒鈐 針狀電極」，同	E210-2	T-K-	無線電 頻率燒 灼系 統：勒 鈐針狀 電極 LEVEEN NEEDLE ELECTR ODE	(1050201修訂) 1.小於三公分的 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「勒鈐 針狀電極」，同	未修正

			次治療以使用一種為限。				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 ELECTR ODE、 RF CLUSTE R ELECTR ODE	(105/2/1 生效) 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-	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 ELECTR ODE、 RF CLUSTE R ELECTR ODE	(105/2/1 生效) 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。	未修正
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 ELECTR ODE	(105/2/1 生效) 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-	無線電 頻率燒 灼系 統：水 冷式凝 血電極 三針組 RF 3 ELECTR ODE	(105/2/1 生效) 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。	未修正
E230-1	T-K-	乳房組 織標記 夾 BREAST TISSUE	(105/4/1 生效) 限用於證實為乳 房惡性腫瘤且接 受手術前化療之 病患。	E230-1	T-K-	乳房組 織標記 夾 BREAST TISSUE	(105/4/1 生效) 限用於證實為乳 房惡性腫瘤且接 受手術前化療之 病患。	未修正

		MARKE R				MARKE R		
E301-1	C-L-	精密輸 液套(卡 棒 式)PREC ISION ADMINI STRAIO N SET	(84/3/1 生效) 卡棒式 PUMP SET 一、使用規 範：限於 (一)ICU(含加護 病房之前置單 位，如急診暫留 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 黴菌藥物、血清 球蛋白製劑、摧 生藥(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。	E301-1	C-L-	精密輸 液套(卡 棒 式)PREC ISION ADMINI STRAIO N SET	(84/3/1 生效) 卡棒式 PUMP SET 一、使用規 範：限於 (一)ICU(含加護 病房之前置單 位，如急診暫留 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 黴菌藥物、血清 球蛋白製劑、摧 生藥(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。	未修正
E301-2	C-L-	精密輸 液套(線	(84/3/1 生效) 線性式 PUMP	E301-2	C-L-	精密輸 液套(線	(84/3/1 生效) 線性式 PUMP	未修正

		性 式)PREC ISION ADMINI STRAIO N SET	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。			性 式)PREC ISION ADMINI STRAIO N SET	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	(92/1/1 修訂)具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」，適用範	E301-3	C-L-	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRATION SET	(92/1/1 修訂)具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」，適用範	未修正

		N SET	圍如下： 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.嬰幼兒須精確控制靜脈給藥滴速者。 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。			N SET	圍如下： 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.嬰幼兒須精確控制靜脈給藥滴速者。 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(免針頭加藥)PRECISION ADMINISTRATION SET	(88/1/14 生效) 免針頭加藥精密輸液套（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。	E301-4	C-L-	精密輸液套(免針頭加藥)PRECISION ADMINISTRATION SET	(88/1/14 生效) 免針頭加藥精密輸液套（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。	未修正

			(三)潛在性易感染血清(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。				(三)潛在性易感染血清(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。	
E304-1	H-H-	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/1/1 修訂) 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，免疫不全的受血者。 6.因白血球引起之發燒發冷輸血	E304-1	H-H-	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/1/1 修訂) 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，免疫不全的受血者。 6.因白血球引起之發燒發冷輸血	未修正

			反應二次以上之病患,需再次輸血治療時。				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	(87/1/1 修訂) 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、惡性腫瘤或藥物抑止紅血球生成者。 2.血液病性貧血、地中海型貧血、鎌型血球貧血、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,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。	E304-2	H-H-	輸血過濾器(紅血球專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/1/1 修訂) 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、惡性腫瘤或藥物抑止紅血球生成者。 2.血液病性貧血、地中海型貧血、鎌型血球貧血、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,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。	未修正
E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY	(84/3/1 生效) 限住院患者申報。	E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY	(84/3/1 生效) 限住院患者申報。	未修正

		BAG、 UROST OMY POUCH				BAG、 UROST OMY POUCH		
E306-1	R-R-	呼吸訓 練器 TRI-FLO	(84/3/1 生效) 限胸腔大手術後 患者申報。	E306-1	R-R-	呼吸訓 練器 TRI-FLO	(84/3/1 生效) 限胸腔大手術後 患者申報。	未修正
E309-1	W-B-	彈性繃 帶 ELASTI C BANDA GE	(84/3/1 生效) 同一次門診或住 院，同一部位以 一次用量之兩倍 為上限。	E309-1	W-B-	彈性繃 帶 ELASTI C BANDA GE	(84/3/1 生效) 同一次門診或住 院，同一部位以 一次用量之兩倍 為上限。	未修正
E310-1	W-B-	樹脂石 膏繃帶	(98.11.01 修訂) 同一部位、同一 療程以給付一次 為限。	E310-1	W-B-	樹脂石 膏繃帶	(98.11.01 修訂) 同一部位、同一 療程以給付一次 為限。	未修正
F201-1	F-U	輸尿管 粘膜下 植體暨 注射針	(105/8/1 生效) 1.需經事前審 查，在排尿膀胱 尿道攝影(voiding cystourethrograph y)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 染或腎臟結痂 (renal scarring)病 史，方可使用。 2.使用需在用後 3-6 個月的排尿 膀胱尿道攝影 (voiding cystourethrograph y)證實膀胱輸尿 管逆流有改善， 經事前審查後方 可再次使用。	F201-1	F-U	輸尿管 粘膜下 植體暨 注射針	(105/8/1 生效) 1.需經事前審 查，在排尿膀胱 尿道攝影(voiding cystourethrograph y)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 染或腎臟結痂 (renal scarring)病 史，方可使用。 2.使用需在用後 3-6 個月的排尿 膀胱尿道攝影 (voiding cystourethrograph y)證實膀胱輸尿 管逆流有改善， 經事前審查後方 可再次使用。	未修正
F205-1	C-M-	連續性 靜靜脈	(94/1/1 生效) 限生命徵象不穩	F205-1	C-M-	連續性 靜靜脈	(94/1/1 生效) 限生命徵象不穩	未修正

		血液濾過組	定之腎衰竭病人使用。			血液濾過組	定之腎衰竭病人使用。	
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	(104/9/1 修訂)刪除給付規定 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。	G301-1	N-A- N-B- N-C- N-D-	塑膠針頭及空針、頭皮針、靜脈留置針	(104/9/1 修訂)刪除給付規定 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。	未修正
G301-2	N-B- N-C- N-D-	安全護套空針 DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	(104/9/1 修訂)刪除給付規定	G301-2	N-B- N-C- N-D-	安全護套空針 DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	(104/9/1 修訂)刪除給付規定	未修正
G301-3	N-B-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	(92/11/1 生效) 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，供本保險備查。	G301-3	N-B-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	(92/11/1 生效) 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，供本保險備查。	未修正
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	(104/9/1 修訂)刪除給付規定。	G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	(104/9/1 修訂)刪除給付規定。	未修正
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	(99/1/1 生效) 具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。	G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	(99/1/1 生效) 具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。	未修正
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUC	(101/7/1 修訂) 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物	H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUC	(101/7/1 修訂) 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物	未修正

		OMA VALVE IMPLAN T	失敗後使用。 二、需事前專案 申請，經同意後 使用。			OMA VALVE IMPLAN T	失敗後使用。 二、需事前專案 申請，經同意後 使用。	
H204-2	F-A-	異體組 織片 TRANZ GRAFT	(92/1/1 生效) 異體移植組織片 使用規範如下： 一、給付規定比 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 補鞏膜者。 四、需經事前審 查經同意後使 用。	H204-2	F-A-	異體組 織片 TRANZ GRAFT	(92/1/1 生效) 異體移植組織片 使用規範如下： 一、給付規定比 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 補鞏膜者。 四、需經事前審 查經同意後使 用。	未修正
H205-1	F-A-	補服卡 液/普弗 隆液 Perfluoro n	(105/10/1 生效) 1.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。 2.每人每眼終身 至多限申報 2 次。 3.應檢附手術照 片或手術紀錄， 以供事後審查。	H205-1	F-A-	補服卡 液/普弗 隆液 Perfluoro n	(105/10/1 生效) 1.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。 2.每人每眼終身 至多限申報 2 次。 3.應檢附手術照 片或手術紀錄， 以供事後審查。	未修正
H205-2	F-A-	矽油 (silicone oil)	(105/10/1 生效) 1.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	H205-2	F-A-	矽油 (silicone oil)	(105/10/1 生效) 1.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	未修正

			膜剝離。 2.兒童或術後無法配合趴臥之視網膜剝離手術病患。 3.每人每眼終身至多限申報2次。 4.應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。				膜剝離。 2.兒童或術後無法配合趴臥之視網膜剝離手術病患。 3.每人每眼終身至多限申報2次。 4.應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。	
H301-1	F-E-	人工電子耳 (Cochlear Implant)	(106/7/1 生效) 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。					新增
I203-1	C-M-	血管內人工栓塞治療套組 EMBOLIZATION KIT	(84/3/1 生效) 一、限動靜脈畸形或困難度較高之腫瘤栓塞術患者。 二、附術前後血管攝影照片申報使用。	I203-1	C-M-	血管內人工栓塞治療套組 EMBOLIZATION KIT	(84/3/1 生效) 一、限動靜脈畸形或困難度較高之腫瘤栓塞術患者。 二、附術前後血管攝影照片申報使用。	未修正
I203-2	C-M-	白金纖維環 COIL	(100/1/1 修訂) 本項特材須事前審查，審查原則如下：一、執行醫師資格：需符	I203-2	C-M-	白金纖維環 COIL	(100/1/1 修訂) 本項特材須事前審查，審查原則如下：一、執行醫師資格：需符	未修正

		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操作資格審核規定者。 二、給付規定： (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管，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，單次栓塞術可治癒者。 (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。			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操作資格審核規定者。 二、給付規定： (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管，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，單次栓塞術可治癒者。 (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	(93/4/1 生效) 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	(93/4/1 生效) 限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。	未修正
I203-4	C-M-	閉塞球囊系統	(100/7/1 生效) 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。	I203-4	C-M-	閉塞球囊系統	(100/7/1 生效) 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。	未修正
I203-5	C-M-	腦室外引流管組(含 2 種抗生素)	(102/1/1 修訂) 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分流手術者。 4.每次療程限用 1 條。	I203-5	C-M-	腦室外引流管組(含 2 種抗生素)	(102/1/1 修訂) 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分流手術者。 4.每次療程限用 1 條。	未修正
I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM 高順應性球囊)	(103/1/1 生效) 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、執行母動脈栓塞治療前之閉塞測試，以利手術前評估。 三、執行動靜脈畸形治療時，或	I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM 高順應性球囊)	(103/1/1 生效) 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、執行母動脈栓塞治療前之閉塞測試，以利手術前評估。 三、執行動靜脈畸形治療時，或	未修正

			動脈瘤頸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。				動脈瘤頸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	(103/10/1 生效) 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	I203-7	C-M-	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	(103/10/1 生效) 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	未修正
I203-8	F-N-	深層腦	(1050701修訂)	I203-8	F-N-	深層腦	(1050701修訂)	未修正

		部刺激器	1.需符合下列各項條件： (1)屬原發性巴金森病 (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)病人的腦部磁共振造影(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。		部刺激器	1.需符合下列各項條件： (1)屬原發性巴金森病 (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)病人的腦部磁共振造影(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。		
I203-9	C-D-	腦室腹腔分流	(104/6/1 生效) 一、曾經有腦部	I203-9	C-D-	腦室腹腔分流	(104/6/1 生效) 一、曾經有腦部	未修正

		術抗菌 引流導 管(含 2 種抗生 素)	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 膜腔分流手術 後，而發生感染 者，且需再執行 腦室腹腔引流手 術者。 三、新生兒及幼 童(六歲以下)需 執行腦室腹腔引 流手術者。 四、每次療程限 用一條(組)。			術抗菌 引流導 管(含 2 種抗生 素)	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 膜腔分流手術 後，而發生感染 者，且需再執行 腦室腹腔引流手 術者。 三、新生兒及幼 童(六歲以下)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)	(104/6/1 生效) 一、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。 二、十八歲以下 病患，已作腦室 外引流術或腦室 腹膜腔分流手術 後，而發生感染 者，且需再執行 腦室腹腔引流手 術者。 三、新生兒及幼 童(六歲以下)需 執行腦室腹腔引 流手術者。 四、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)	(104/6/1 生效) 一、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。 二、十八歲以下 病患，已作腦室 外引流術或腦室 腹膜腔分流手術 後，而發生感染 者，且需再執行 腦室腹腔引流手 術者。 三、新生兒及幼 童(六歲以下)需 執行腦室腹腔引 流手術者。 四、每次療程限 用一組。	未修正
I203-11	C-D-	腦室腹 腔引流 系統-具 抗虹吸	(104/12/1 生效) 限用於腦脊髓液 分流手術後發生 過度引流且有下	I203-11	C-D-	腦室腹 腔引流 系統-具 抗虹吸	(104/12/1 生效) 限用於腦脊髓液 分流手術後發生 過度引流且有下	未修正

		裝置或 體位式 重力閥	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。			裝置或 體位式 重力閥	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。	
I203-12	C-M-	顱內血 管支架 取栓裝 置	(105/2/1 生效)應 同時符合下列條 件： 1.前循環在發作 內 8 小時內、後 循環在發作後 24 小時內。 2.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。 3.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	(105/2/1 生效)應 同時符合下列條 件： 1.前循環在發作 內 8 小時內、後 循環在發作後 24 小時內。 2.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。 3.美國國衛院腦 中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 8 and ≤ 30 。	未修正
I203-13	C-M-	左心耳 閉合器 Left Atrial Append	(105/11/1 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	I203-13	C-M-	左心耳 閉合器 Left Atrial Append	(105/11/1 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	未修正

		ge Closure device	33141B「左心耳閉合術 Left Atrial Appendage Occulsion」所訂適應症。			ge Closure device	33141B「左心耳閉合術 Left Atrial Appendage Occulsion」所訂適應症。	
I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	(105/11/1 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。	I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	(105/11/1 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。	未修正
I301-1	C-E-	輸液延長管附安全護套 SAFETY EXTENSION TUBE	(87/10/12 生效) 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。	I301-1	C-E-	輸液延長管附安全護套 SAFETY EXTENSION TUBE	(87/10/12 生效) 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。	未修正
I301-3	C-E-N-D-A-C-	無針式注射用連接頭、延長管	(92/11/1 修訂) 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-N-D-A-C-	無針式注射用連接頭、延長管	(92/11/1 修訂) 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。	未修正
I302-1	C-E-	藥物準備系統	(106/1/1 生效) 限危害性藥品專用。	I302-1	C-E-	藥物準備系統	(106/1/1 生效) 限危害性藥品專用。	未修正
T101-1	T-S-	第一型糖尿病血糖試紙	(99/6/1 生效) 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	T101-1	T-S-	第一型糖尿病血糖試紙	(99/6/1 生效) 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	未修正

		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.有關申報規定臚列如后：(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箋者，依上開規定及原相關規定辦理。			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.有關申報規定臚列如后：(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箋者，依上開規定及原相關規定辦理。	
--	--	--	--	--	--	--