附件七　特殊材料給付規定

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。
A101-2	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。
A101-3	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。
A101-4	S-A-	環型自動縫合器含釘	(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.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。
A101-6	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。
A101-7	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	(105/5/1 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加一次性端對端吻合器-經口輸送導管)。
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION CATHETER	(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。
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。
A207-1	C-K-	矽質雙叉導尿管 SILICON 2 WAY FOLEY CATHETER	(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 SILICON 3 WAY FOLEY CATHETER	(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。
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。
A211-2	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。

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。
A213-2N	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。 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 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。
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。
A213-4	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。
A213-7	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。
A213-8	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廔管或人工分流管。 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、主動脈廔管(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、冠狀動靜脈廔管標的病灶直徑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(1050301修)以上血管之分枝。
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。
A213-10	C-B-	VSD OCCLUDER 心	(101/10/1 生效)

		室中膈缺損關閉器	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 或有心衰竭，或有輕或中程度的肺高血壓，平均肺動脈壓(mean PAP)≧25mmHg。 (三)體重≧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。
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組 NASAL CPAP SYSTEM	(97/7/1 修訂) (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 PNEUMOTHORAX 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。
A214-3	C-R-	氣管內管 ENDOTRCHEAL TUBE	(84/3/1 生效) 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)	(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）。
A214-5	C-R-	氣管引導器組	(100/1/1 生效) 限使用於加護病房之病患。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE CPAP SYSTEM	(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。
A214-7	C-R-	氣管套管(具聲門下	(105/11/1 生效)

		抽吸)	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。
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之患者。
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	(84/3/1 生效) 限癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。
A216-2	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。
A216-3	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。
A216-4	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。
A216-6	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。
A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	(104/12/1 生效) 限用於 Cyclosporin、Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium 等 5 項藥物輸注。
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。
A216-9	C-L-	肝動脈化療導管	(106/1/1 生效):

		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。
A217-3	W-D-	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER AND ANTIBACTERIAL)	(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。 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。
A217-5	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、治療計畫及需求量等資料。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)	(104/8/1 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 TISSURE EXPANDER	(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 MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	(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。
A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEOBRONCHIAL 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 CAROTID 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。
A220-2	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。
A220-3	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 ≦ 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≧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)。 (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、主動脈食道廔管或腸道廔管、主動脈氣管廔管。 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≧70%之病人（排除已使用同類塗藥【如 Paclitaxel】支架內再狹窄）。

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	(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、動靜脈廔管。 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。
A220-12	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。
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。
A223-1	C-G-	冠連導管 GUIDELINER CATHETER	(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。
A224-2	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。
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。
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)	(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 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。
A225-4	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。
A225-5	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。
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	(84/3/1 生效) 須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)
B101-2	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。
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。
B102-2	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。
B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣膜 FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	(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	(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。
B103-1	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	(98/7/1 修訂) 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。 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<=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	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(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顫動器(同時具 ATP 及心房自動電擊功能)原 B103-3	(98/7/1 修訂) 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。 ◎ 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≦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	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。 (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 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。
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。
B201-2	C-H- F-H-	體外膜肺 ECMO(EXTRACORP	(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

		OREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	68036B 使用之給付規定及禁忌症訂定。
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。
B201-4	C-H-	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動/靜脈導管及導引管組,無肝素塗層)	(97/7/1 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)	(100/3/1 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。
B201-6	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。
B201-7	F-H-	長效型體外膜肺 ECMO(EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)(經認證使用天數 14 日)	(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。
B202-2	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。
B202-3	H-E-	動脈血過濾器/含肝	(84/3/1 生效)

		素 BLOOD FILTER W/HEPARIN	限體外循環超過 120 分鐘患者使用。
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。
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。
B202-6	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。
B203-1	C-C- F-H-	心外自體輸血系統 CARDIOSURGERY 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。
B203-2	H-E-	血液脫液器組 BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	(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。
B203-3	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。
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。
B301-2	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。
B301-3	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。
B301-4	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。
C101-1	C-K	長效型雙 J 型輸尿導管組	(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。
C101-2	C-K	抗壓型雙 J 型輸尿導管組	(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。
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)	(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。
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）。
D101-1	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING 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。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING 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。
D101-3	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。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	(98/8/28 修訂) 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-	可吸收固定螺絲	(85/9/14 生效)

		ABSORBABLE INTERFERENCE SCREW	限十字韌帶重建術患者使用。
D102-3	F-B-	界面螺絲 REVO CANCELLOUS SCREW	(86/1/10 生效) 限肩關節韌帶手術使用。
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨釘(固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	(94/7/1 生效) 限實施十字韌帶重建手術患者使用。
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節 CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	(85/4/23 生效) 須事前報備，經同意後使用。
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節 CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	(104/11/1 修訂) 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	(104/11/1 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
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。
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。

D108-2	F-B-	訂製型人工膝關節 CUSTOM MADE KNEE PROSTHESIS	(104/11/1 修訂) 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	(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。
D108-4	F-B-	延長莖骨、墊片 EXTENSION STEM、WEDGE	(104/11/1 修訂) 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。
D108-5	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。
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-	PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM 髕骨股骨人工關節組	(104/11/1 修訂) 一、給付規定： (一)髕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)髕股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)髕股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但

			仍有嚴重髕股關節症狀者。 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)髕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、陶磁類人工代用骨 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)：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×寬×高 CM^3=CC。
D111-3	F-B-	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL 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、陶磁類人工代用骨 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 CM^3=CC。
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(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 FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(84/3/1 生效) 一、脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使用。 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/PLATE/SCREW/NUT)	(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。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架	(93/4/1 生效)

		TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	(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 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。
D112-6	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。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.須經事前審查通過後使用。
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	(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。
D113-2	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≧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)。
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	(100/5/1 修訂)

		PLATE	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。
D201-2	F-P-	骨板 ANATOMIC BONE PLATE	(86/4/7 生效) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、METAPHYSIS 骨折使用。
D201-3	F-P-	纜線固定系統 CABLE SYSTEM	(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。
D201-5	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。
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。
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。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜	(89/5/29 修訂)

		脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	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	(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(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	(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。
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組 PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER 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： 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。
E201-6	C-P	腹內壓力監測組 INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	(102/10/1 生效)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 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER 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。
E204-1	C-F-	特殊腸道治療管 SPECIAL ENTERNAL FEEDING TUBE	(84/3/1 生效) 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	(87/11/1 修訂) 灌食袋(含動力式及 PUMP SET)： 一、給付規定：1.CRITICALLYILL 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-	PERCUTANEOUS 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。
E204-5	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。
E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE(具片狀凸出 TIGER)	(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。
E210-1	T-K-	體外電震波腎臟碎石機電擊棒(百次)ESWL ELECTRODE	(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。

E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒鈖針狀電極 LEVEEN NEEDLE ELECTRODE	(1050201修訂) 1.小於三公分下的肝腫瘤。 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「勒鈖針狀電極」，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	(105/2/1 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。
E210-4	T-K-	無線電頻率燒灼系統：水冷式凝血電極三針組 RF 3 ELECTRODE	(105/2/1 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。
E230-1	T-K-	乳房組織標記夾 BREAST TISSUE MARKER	(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。
E301-1	C-L-	精密輸液套(卡榫式)PRECISION ADMINISTRAION SET	(84/3/1 生效) 卡榫式 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。
E301-2	C-L-	精密輸液套(線性式)PRECISION	(84/3/1 生效) 線性式 PUMP SET 一、適用範圍：

		ADMINISTRAION SET	(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 ADMINISTRAION 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 ADMINISTRAION 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。 (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	(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、

		器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	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、鐮型血球貧血、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。
E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY BAG、UROSTOMY POUCH	(84/3/1 生效) 限住院患者申報。
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。
E309-1	W-B-	彈性繃帶 ELASTIC BANDAGE	(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。
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。
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 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 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	C-M-	連續性靜靜脈血液濾過組	(94/1/1 生效) 限生命徵象不穩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。
G301-2	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
G301-3	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。
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	(104/9/1 修訂)刪除給付規定。
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。
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	(101/7/1 修訂) 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。
H204-2	F-A-	異體組織片 TRANZGRAFT	(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。
H205-1	F-A-	補服卡液/普弗隆液 Perfluoron	(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。
H205-2	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。
I203-1	C-M-	血管內人工栓塞治療套組 EMBOLIZATION KIT	(84/3/1 生效) 一、限動靜脈畸型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。
I203-2	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。
I203-4	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。
I203-5	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膜腔分流手術後，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。
I203-6	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
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	(1050701修訂) 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-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含 2 種抗	(104/6/1 生效) 一、曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔

		生素)	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。
I203-11	C-D-	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥	(104/12/1 生效) 限用於腦脊髓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。
I203-12	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。
I203-13	C-M-	左心耳閉合器 Left Atrial Appendage Closure device	(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 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。
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。
I301-3	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。
I302-1	C-E-	藥物準備系統	(106/1/1 生效) 限危害性藥品專用。
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。