副本

衛生福利部中央健康保險署　公告

241
新北市三重區重新路5段609巷6號3樓之3

受文者：台灣醫療暨生技器材工業同業公會

發文日期：中華民國110年10月6日
發文字號：健保審字第1100036216號
附件：給付規定修正對照表(請於本署全球資訊網自行擷取)

主旨：公告修訂「人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL」等19項特殊材料給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：「全民健康保險特材新收載品項明細表」(附件)。已置於本署全球資訊網/健保藥品與特材/健保特殊材料/特材相關法規與規範/特材給付規定及使用規範/增修特材給付規定/110年度，請自行擷取。

副本：衛生福利部中央健康保險署(5)

署長 李伯璋

台灣醫療暨生技器材工業同業公會
收文 110.10.08
檔號：110706

附件

全民健康保險特殊材料給付規定修正對照表

給付規定分類碼：A217-1、A217-2、A217-3、B103-2、B104-1、D108-5、D108-6、D109-1、D109-2、D111-1、D111-2、D111-3、D111-4、D112-1、D112-3、D112-5、D112-8、D113-1、H204-1

(自110年11月1日生效)

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
A217-1	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	人工生物化學覆蓋物適應症如下（自110.11.1生效）: 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於百分之十五以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。	人工生物化學覆蓋物適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂): 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於15%以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡...等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。	一、修正「專案申請」及「事前報備」為「事前審查」。 二、酌修項、款次之呈現方式。 三、阿拉伯數字及英文修正為國字。

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
A217-2	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM 及 CANISTER W/GEL	Dressing PU Foam 及 Canister w/Gel 適應症及使用規範（自110.11.1生效）： 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 二、褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 三、所有病例須檢附病灶前照片事前審查，經同意後使用。 四、敷料三天以上更換一次，負壓罐七天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。	Dressing PU Foam 及 Canister w/Gel 適應症及使用規範：(104/08/01生效) 1.慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 2.褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 3.所有病例須檢附病灶前照片事前報備，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	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌)適應症如下（自110.11.1生效）： 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於百分之十五且合併汙染傷口(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡…等)，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌-1020101生效) 適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂)： 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 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	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		紀錄及治療計畫等)，核准後使用。	療計畫等)，核准後使用。	
B103-2	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器(CRTD)	（自110.11.1生效） 一、相關使用規範同 B103-1。 二、適應症： (一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 (二)反覆發作之持續性心室頻脈。 (三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率\小於等於百分之四十，肥厚性心肌症，擴張性心肌症，且合併心室快速不整脈者。 (四)高危險性心臟遺傳性疾病，如 long QT syndrome, short QT syndrome,Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia,catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia 等, 且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。 心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症： 1.應事前審查。	相關使用規範同 B103-1。 98.7.1.修訂適應症。 (一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 (二)反覆發作之持續性心室頻脈。 (三)高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率\<=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。 心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症： 1.應事先審查。 2.正常竇房節心律，LVEF\<=35%且	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		2.正常竇房節心律，LVEF\小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度\大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III, IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 3.心房顫動之病患，LVEF\小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度\大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III, IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 4.心室節律器依賴之病患，LVEF\小於等於百分之三十五，NYHA Functional Class III, IV 及經適當藥物治療仍不能改善者。 (五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流去顫器」之適應症，且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。 (六)已通過同步雙心室節律器事前申請者，於裝置時突發嚴重心室不整脈者，可改裝 ICD 或 CRTD，以維護病患安全，並於事後補報。不宜列入之項目：	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。 3.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。 4.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。 (五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流去顫器」之適應症，且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。 (六)已通過同步雙心室節律器事前申請者，於裝置時突發嚴重心室不整脈者，可改裝 ICD 或 CRTD，以維護病患安全，並於事後補報。不宜列入之項目： 1.末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 2.猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		1.末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 2.猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。 3.末期疾病患者且存活不足六個月者。 4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。	3.末期疾病患者且存活不足六個月者。 4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。 (依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)	
B104-1	心房同步雙心室節律器(CRT)	（自110.11.1生效） 一、應事前審查。 二、正常竇房節心律，LVEF 小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 三、心房顫動之病患，LVEF 小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 四、心室節律器依賴之病患，LVEF 小於等於百分之三十五，NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善者。	98.7.1.修訂 (一)應事先審查。 (二)正常竇房節心律，LVEF<=35%且 CLBBB(QRS 寬度>=0.12sec)，且 NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 (三)心房顫動之病患，LVEF<=35%且 CLBBB(QRS 寬度>=0.12sec)，且 NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 (四)心室節律器依賴之病患，LVEF<=35%，NYHA Functional Class III， IV 及經適當藥物治療仍不能改善者。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
D108-5	關節內注射劑(每個療程五次)	（自110.11.1生效） 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併	110.09.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提<u>事前審查</u>，經同意後使用。	做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提<u>專案申請</u>，經同意後使用。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
D108-6	關節內注射劑(每個療程三次)	（自110.11.1生效） 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併	110.09.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提<u>事前審查</u>，經同意後使用。	做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提<u>專案申請</u>，經同意後使用。	
D109-1	關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)	<u>（自110.11.1生效）</u> 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保	<u>110.09.01生效</u> 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天	守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。	(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。	
D109-2	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	（自110.11.1生效） 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計	110.09.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱"累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程，自注射日期起算一年(含)以上，始得接受下一次療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。	達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程，自注射日期起算一年(含)以上，始得接受下一次療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。	六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。	
D111-1	塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	（自110.11.1生效） 一、適應症如下： (一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。 (二)巨大骨腫瘤(自體骨移植不足或無法取者)。 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附 X 光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X 光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升 二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。	一、適應症如下： 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)：20mL 二節至三節。 2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20mL。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		(三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。	3.脊椎側彎：以50mL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cm3=mL。	
D111-2	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	（自110.11.1生效） 一、適應症：限用於頸椎手術。 二、申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。	一、適應症：限用於頸椎手術。 二、申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，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)：20mL二節至三節。 2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。 3.脊椎側彎：以50mL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cm3=mL。	
D111-3	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICI	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨：限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下（自110.11.1生效）： 一、適應症如下：	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨：限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下： 一、適應症如下：	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
	AL BONE GRAFT	(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 (二)巨大骨腫瘤 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附 X 光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X 光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升 二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。	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)：20mL 二節至三節。 2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20mL。 3.脊椎側彎：以50mL 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 cm3=mL。	
D111-4	生骨替代物類似塑膠類、陶	（自110.11.1生效） 一、適應症如下：	一、適應症(930701)如下：	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
	磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 (二)巨大骨腫瘤 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附 X 光片事前審查，經同意後使用。 三、使用量之規定：X 光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升 二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X 光的正側面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。	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)：20mL 二節至三節。 2.人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限 20mL。 3.脊椎側彎：以50mL 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 cm3=mL。	
D112-1	脊椎固定桿鉤組 SPINAL	（自110.11.1生效） 一、脊椎固定，須事前審查，經同意後使用。	950701起修訂： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
	FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	二、長節固定適應症為： (一)脊椎側彎變形須達四十度以上。 (二)腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。 (三)因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 (四)因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。 (五)廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。 (六)脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。 (七)腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為:限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於： (一)椎體固定三節或三節以上者。 (二)爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含)」固	二、長節固定適應症為： 1、脊椎側彎變形須達四十度以上。 2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、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、短節固定適應症為:限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於： 1.椎體固定三節或三節以上者。 2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含)」固定	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。	者，其事前審查必要時由2位審查醫師審查。	
D112-3	頸椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	（自110.11.1生效） 一、頸椎固定，須事前審查，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。	950701起修訂： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。	
D112-5	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)（自110.11.1生效）： 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score 小於或等於負二點五)使用。 二、須事前審查，經同意後使用。 三、適應症同 D112-1。 四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)：107.09.01生效 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score 小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同 D112-1。 四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。	
D112-8	搭配固定桿規格 4.5MM 之脊椎固定系統	搭配固定桿規格四點五毫米之脊椎固定系統（自110.11.1生效） 一、限用於體重小於三十公斤體型嬌小或十八歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前審查同意後使用： (一)長節固定給付規定為： 1.脊椎側彎變形須達四十度以上。 2.腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷	搭配固定桿規格4.5mm 之脊椎固定系統(104.03.01) 一、限用於體重小於30公斤體型嬌小或18歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前報備同意後使用： 二、長節固定給付規定為： 1、脊椎側彎變形須達四十度以上。 2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
		層、核磁共振、脊髓攝影)。 3.因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 4.因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。 5.廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。 6.脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。 7.腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 (二)短節固定給付規定為:限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 (三)橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於： 1.椎體固定三節或三節以上者。 2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 二、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含)」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。	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。	
D113-1	人工泌尿道括約肌SPHINCTE	（自110.11.1生效） 一、適應症如下:均符合下列十項，始可給付。	一、適應症如下:均符合下列十項，始可給付。	

給付規定分類碼	品名表	修正後給付規定	原給付規定	說明
	R URINARY PROSTHESIS	(一)外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。 (二)保守性治療無效者。 (三)無尿路阻塞之問題。 (四)無尿路感染。 (五)膀胱功能正常。 (六)無膀胱過度反射症 HYPER REFLEX 或藥物治療可控制者。 (七)無膀胱輸尿管逆流症者 U-V REFLEX。 (八)無膀胱餘尿者。 (九)病患有足夠的意願。 (十)善於且能正常操作者。 二、應事前審查，經同意後使用。	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。	
H204-1	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂為(自110.11.1生效）： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前審查，經同意後使用。	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂(1010701)為： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前專案申請，經同意後使用。	