第八十四條附件七修正對照表

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	(110/12/01 修訂) 一、限： (一)大腸直腸癌。 (二)食道癌或食道靜脈瘤。 (三)胃癌手術。 (四)肺部手術。 (五)人造膀胱手術。 (六)乏特氏壺腹周圍癌。 (七)肝臟惡性腫瘤。 (八)膽管癌。 (九)胰臟癌。 (十)十二指腸癌使用。 (十一)良性病灶(如胃出口阻塞、腸道阻塞、膽管狹窄、病態性肥胖手術)且需以Roux-en-Y 吻合術(限診療項目75011B、72044B、75204B、75206B、75216B、75408B、72035B、72037B、75410B、75413B)執行肝腸或腸腸吻合者。 二、每次手術使用	A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	(105/04/01 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。	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			一至三支。					
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	(104/08/01 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	(104/08/01 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	(85/07/03 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	(85/07/03 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-	環型自動縫合器含釘	(105/04/01 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。	A101-4	S-A-	環型自動縫合器含釘	(105/04/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							為原則。	
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	(105/04/01 生效) 當次手術限使用 1 支。	A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	(105/04/01 生效) 當次手術限使用 1 支。	未修正
A101-6	S-A-	口形開放式手術自動縫合器	(105/04/01 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	(105/04/01 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。	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-經口輸送導管	(105/05/01 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)。	A101-7	S-A-	一次性端對端吻合器及一次性端對端吻合器-經口輸送導管	(105/05/01 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)。	未修正
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	(107/06/01 生效) 1.經內視鏡影像證明息肉柄(莖)大於 1 公分。	A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	(107/06/01 生效) 1.經內視鏡影像證明息肉柄(莖)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			2.1 顆息肉限申報 1 個，每次手術不可超過 2 個。 3.須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。				大於 1 公分。 2.1 顆息肉限申報 1 個，每次手術不可超過 2 個。 3.須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。	
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	(107/08/01 生效) 1.限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織瓣重建手術之病患，且適用於靜脈血管尺寸為 2.0mm-3.0mm。 2.每次手術給付以 1 組套環，每次住院療程以 2 次手術為限。	A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	(107/08/01 生效) 1.限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織瓣重建手術之病患，且適用於靜脈血管尺寸為 2.0mm-3.0mm。 2.每次手術給付以 1 組套環，每次住院療程以 2 次手術為限。	未修正
A101-10	S-A-	Hem-o-lok 血管夾	(107/10/01 生效) 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。	A101-10	S-A-	Hem-o-lok 血管夾	(107/10/01 生效) 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。	未修正
A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合系統	(108/06/01 生效) 限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化，且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。	A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合系統	(108/06/01 生效)限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化，且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。	未修正
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION	(84/03/01 生效) OXIMETRIX OPTI CATHETER 給付規	A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION	(84/03/01 生效) OXIMETRIX OPTI CATHETER 給付規	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		CATHETER	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。			CATHETER	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	(94/12/01 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	(94/12/01 生效)限主動脈弓手術時使用。	未修正
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	(108/12/01 生效)限 Pediatric 使用:18 歲(含)以下。	A206-2	F-H-	小兒用人工血管	(108/12/01 生效)限 Pediatric 使用:18 歲(含)以下。	未修正
A207-1	C-K-	矽質雙叉導尿管 SILICON 2 WAY FOLEY CATHETER	(98/10/01 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。	A207-1	C-K-	矽質雙叉導尿管 SILICON 2 WAY FOLEY CATHETER	(98/10/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			2.限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿病患使用。				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	(98/10/01 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 SILICON 3 WAY FOLEY CATHETER	(98/10/01 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	(84/03/01 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	(84/03/01 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)	(106/09/01 修訂) 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)、負壓可調式胸腔引流器-可拆	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)	(106/09/01 修訂) 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)、負壓	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			式、負壓可調式胸腔引流器-一體成形-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。				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-用於氣胸：有持續漏氣經初步治療超過 7 天，且不適合手術，並經主治醫師評估可返家照護者。	
A212-1	C-B-	心房中膈穿刺針	(109/12/01 生效) 限困難穿刺的心房中膈，符合下列情形之一者： 一、心房中隔缺損手術或封阻器術後。 二、Fontan 手術後需要做心房中膈造口術者(transeptal puncture 或 atrioseptostomy)。 三、曾接受傳統心房中隔穿刺超過三次(含)以上者。 四、同一次的心房中膈穿刺，以傳統的穿刺針執行二次以上未完成者。	A212-1	C-B-	心房中膈穿刺針	(109/12/01 生效) 限困難穿刺的心房中膈，符合下列情形之一者： 一、心房中隔缺損手術或封阻器術後。 二、Fontan 手術後需要做心房中膈造口術者(transeptal puncture 或 atrioseptostomy)。 三、曾接受傳統心房中隔穿刺超過三次(含)以上者。 四、同一次的心房中膈穿刺，以傳統的穿刺針執行二次以上未完成者。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
A213-1	C-B-	氣球擴張導管 PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	(88/08/01 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	(88/08/01 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)內膜剝離長度大於十五毫米以上、(2)對比劑在血	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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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＞＝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				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＞=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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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＞＝40%。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。 三、使用數量：每一病人每年給付二個血管支架為限，但內膜剝離長度大於 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				血管內徑＞＝2.75 毫米，狹窄＞＝ 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＞＝40%。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。 三、使用數量：每一病人每年給付二個血管支架為限，但內膜剝離長度大於 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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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-	血管支架 CORONARY STENT	(111/01/01 修訂) 一、 使用規範： (一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。 (二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。	A213-2N	C-B-	血管支架 CORONARY STENT	(107/9/1 增修) 一、 使用規範： (一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。 (二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			二、 適應症範圍： (一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者: 1.內膜剝離長度大於十五毫米以上 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上 3.冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI2(含)或以下者。 (二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 或 DFR、RFR≦0.89 者。				施。 二、 適應症範圍： (一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者： 1.內膜剝離長度大於十五毫米以上 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上 3.冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI2(含)或以下者。 (二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 或 DFR、RFR≦0.89 者。 (四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。 (五)特異病灶:1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於 2.75 毫米，狹窄大於等於 70%或狹窄 50-70％且 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 或 DFR、RFR≦0.89 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				測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 者。 (三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 者。 (四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。 (五)特異病灶:1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於 2.75 毫米，狹窄大於等於 70%或狹窄 50-70％且 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 者。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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 或 DFR、RFR≦0.89 者。 三、 使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於 50 毫米之情況除外。 四、 申請方式：採事後逐案審查。 五、 檢附資料： (一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管				塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量 FFR≦0.8 或 iFR≦0.89 者。 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。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。 (五)病灶經測量 FFR 或 iFR 或 DFR、RFR 者，須檢附 FFR 或 iFR 或 DFR、RFR 工作紀錄單及相關數據報告。				四、 申請方式：採事後逐案審查。 五、 檢附資料： (一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。 (二)本次冠狀動脈血管支架置入術前，經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病灶影像照片。 (四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病灶影像照片。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							(五)病灶經測量 FFR 或 iFR 者，須檢附 FFR 或 iFR 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	(91/09/01 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	(91/09/01 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-B- C-G-	SEPTAL OCCLUDER 心房中膈缺損關閉器、	(110/02/01 修訂) 心房中膈缺損關閉器之適應症 一、適應症限：患	A213-4	C-B- C-G-	SEPTAL OCCLUDER 心房中膈缺損關閉器、	(101/09/01 修訂) 心房中膈缺損關閉器適應症	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		輸送導管及測量導管	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）大於一點五，平均肺動脈壓小於五十 mmHg 以下者。 （二)卵圓孔未閉合且超音波或心導管造影證實閉氣用力時有右至左分流且有 1.TIA（暫時性腦部缺血發作）或 2.中風病史或 3.血氧飽和濃度低於百分之九十二；上述三種狀況之任一種。 （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			輸送導管及測量導管	一、適應症限：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，應依照行政院衛生署所	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			理辦法第三十條附表一第六項:心房中膈缺損關閉器置放術之規定辦理。				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	(92/12/01 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。	A213-5	C-B-	開放性動脈導管關閉器	(92/12/01 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。	未修正
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	(98/11/01 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)	(98/11/01 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	(99/04/01 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	(99/04/01 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	(105/03/01 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)。	A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	(105/03/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(100/01/01 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	(100/01/01 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	(110/02/01 修訂)	A213-10	C-B-	VSD	(101/10/01 生	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器	一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS 大於等於一點五或有心衰竭，或有輕或中程度的肺高血壓，平均肺動脈壓(mean PAP)大於等於二十五 mmHg。 (三)體重大於等於八公斤。 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』第三十條附表一第七項辦理。			OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器	效) 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，依衛生署『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』第二條附表第 16 項辦理。	
A213-11	C-G	VSD OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器(導引線)	(92/12/01 生效) GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER 用)給付規定:需符合下列給付規定之一: 一、A213-4 二、A213-5 三、A213-10	A213-11	C-G	VSD OCCLUDER 心室中膈缺損關閉器(導引線)	(92/12/01 生效) GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER 用)給付規定:需符合下列給付規定之一: 一、A213-4 二、A213-5 三、A213-10	未修正
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關	(110/02/01 修訂) 一、限先天性膜部	A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關	(106/08/01 生效)	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		閉器、輸送導管	心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重八公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或 X 光顯示有下列情形之一者： 1.有心臟擴大、心衰竭。 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』第三十條附表一第七項辦理。			閉器、輸送導管	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。	
A213-13	C-D-	頸動脈分流器	(109/11/01 生效) 頸動脈分流器：	A213-13	C-D-	頸動脈分流器	(109/11/01 生效)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			一、限定頸動脈內膜切開手術使用。 二、每次手術限用一條。				頸動脈分流器： 一、限定頸動脈內膜切開手術使用。 二、每次手術限用一條。	
A213-14	C-B-	主動脈循環灌注導管(AP)	(110/02/01 生效) 主動脈瘤手術或主動脈剝離手術，每次限用一條。					新增
A213-15	C-B-	循環灌注導管(SP)	(110/02/01 生效) 執行主動脈手術時維持重要血管分枝循環使用。					新增
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組 NASAL CPAP SYSTEM	(97/07/01 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。	A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組 NASAL CPAP SYSTEM	(97/07/01 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。	未修正
A214-2	C-R-	可移動式雙腔式支氣管導管	(101/10/01 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	A214-2	C-R-	可移動式雙腔式支氣管導管	(101/10/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(84/03/01 生效) 處置使用可申報，手術使用不另給付。	A214-3	C-R-	氣管內管 ENDOTRCHEAL TUBE	(84/03/01 生效) 處置使用可申報，手術使用不另給付。	未修正
A214-4	C-R-	氣切套管(使用年限長)	(99/01/01 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)	(99/01/01 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	(100/01/01 生效) 限使用於加護病房之病患。	A214-5	C-R-	氣管引導器組	(100/01/01 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 BUBBLE	(105/05/01 修訂) 1.限 2 歲以下或 10KG 以下之嬰幼	A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE	(105/05/01 修訂) 1.限 2 歲以下或	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		CPAP SYSTEM	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。			CPAP SYSTEM	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(具聲門下抽吸)	(105/11/01 生效) 1.呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。 2.易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。	A214-7	C-R-	氣管套管(具聲門下抽吸)	(105/11/01 生效) 1.呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。 2.易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。	未修正
A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	(107/02/01 生效) 1.使用高頻呼吸器之病人。 2.6 歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 3.每次住院限申報 1 個。	A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	(107/02/01 生效) 1.使用高頻呼吸器之病人。 2.6 歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 3.每次住院限申報 1 個。	未修正
A214-9	C-R-	呼吸道氣球	(109/03/01 生效)	A214-9	C-R-	呼吸道氣球	(109/03/01 生	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		擴張導管	適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人 1 年以 3 次為原則： 一、惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 二、良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結痂及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 三、1 年使用超過 3 次需事前審查。			擴張導管	效) 適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人 1 年以 3 次為原則： 一、惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 二、良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結痂及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 三、1 年使用超過 3 次需事前審查。	
A214-10	C-R-	調整型加強氣切套管	(110/12/01 生效) 調整型加強氣切套管： 一、限先天性氣管狹窄、胸廓畸形致氣管扭曲塌陷變形、氣管腫瘤等，且一般氣切套管無法使用情形。					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			二、每年給付以二支為原則，如有特殊感染(非結核性分支桿菌、綠膿桿菌等)情況以三支為限。					
A215-1	N-E-	同軸庫可取樣針	(98/07/01 生效)用於胸腔及中膈腔腫瘤組織取樣之患者。	A215-1	N-E-	同軸庫可取樣針	(98/07/01 生效)用於胸腔及中膈腔腫瘤組織取樣之患者。	未修正
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	(84/03/01 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 CATHETER	(84/03/01 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	(108/05/01 修訂)PICC 適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 47065B 治療性導管植入術-末梢靜脈植入中心導管術(PICC)所訂之適應症。	A216-2	C-L-	PICC	(108/05/01 修訂)PICC 適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 47065B 治療性導管植入術-末梢靜脈植入中心導管術(PICC)所訂之適應症。	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	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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			化學治療藥物輸液。				症末期之疼痛治療或非化學治療藥物輸液。	
A216-4	C-L-	居家化療輸液器	(110/11/01 修訂) 一、適用於居家注射化學治療藥物持續二十四小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用一日型或二日型輸液器，支付標準診療項目以37038B「靜脈血管內化學藥物注射一小時內」、37039B「靜脈血管內化學藥物注射一至四小時」或 37040B「靜脈血管內化學藥物注射四至八小時」申報費用。	A216-4	C-L-	5-FU 居家化療藥物輸液器	(102/09/01 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。	修正
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	(108/05/01 修訂) 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。	A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	(108/05/01 修訂) 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。	未修正
A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	(104/12/01 生效) 限用於 Cyclosporin、Cyclophosphamide	A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	(104/12/01 生效) 限用於 Cyclosporin、	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium 等 5 項藥物輸注。				Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium 等 5 項藥物輸注。	
A216-8	C-L-	高壓注射式 PORT-A NEEDLE	(105/07/01 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	C-L-	高壓注射式 PORT-A NEEDLE	(105/07/01 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-	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	(106/01/01 生效): 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。	A216-9	C-L-	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	(106/01/01 生效): 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。	未修正
A216-10	A-C-	抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補束剋、氟尿嘧啶)	(110/06/01 生效) 抗藥型三路活塞接頭(抗紫杉醇、補束剋、氟尿嘧啶)：限用於紫杉醇 paclitaxel、補束					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			剋 busulfan、氟尿嘧啶 Fluorouracil 等藥物輸注。					
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL	(110/11/01 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	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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			位、次數及面積大小。				性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中,詳細記載部位、次數及面積大小。	
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM 及 CANISTER W/GEL	(110/11/01 修訂) 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 二、褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 三、所有病例須檢附病灶前照片事前審查，經同意後使用。 四、敷料三天以上更換一次，負壓罐七天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。	A217-2	W-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐 DRESSING PU FOAM 及 CANISTER W/GEL	(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。	修正
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗	(110/11/01 修訂) 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷	A217-3	W-D-	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗	(102/01/01 修訂) 一、褥瘡病灶三	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		菌）ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	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、病歷紀錄及治療計畫等),核准後使用。			菌）ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	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	(91/01/01 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	(91/01/01 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	(95/05/01 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	A217-5	W-D-	人造真皮再生模板 Artificial Skin Dermal Regeneration Template	(95/05/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			當或足夠 FTSG 面積時使用。				術，且無法提供適當或足夠 FTSG 面積時使用。	
A217-6	W-D-	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	(104/08/01 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。	A217-6	W-D-	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	(104/08/01 生效) 1.適用於成年人(18 歲(含)以上)之二度(含)以上，且總面積達 15%(含)以上之燒燙傷傷口。 2.適用於未成年人(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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							積大小。	
A218-1	F-P-	人工皮墊 TISSURE EXPANDER	(91/07/01 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。	A218-1	F-P-	人工皮墊 TISSURE EXPANDER	(91/07/01 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。	未修正
A218-2	F-P-	微植皮擴皮墊 MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	(104/08/01 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 MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	(104/08/01 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 TRACHEOBRONCHIAL STENT	(92/01/01 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	A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEOBRONCHIAL STENT	(92/01/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(99/08/01 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。	A220-1	C-B-	頸動脈支架 CAROTID STENT	(99/08/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(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。				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	(95/09/01 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	(95/09/01 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	(110/02/01 修訂) 腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之適	A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	(99/04/01 修訂) 腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			應症及使用規範： 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件： (一)主動脈瘤最大直徑大於等於五公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於四公分，但快速擴大且六個月內直徑增加零點五公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括： 1、腹主動脈瘤合併感染。 2、腹主動脈腸胃道瘻管。 3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)髂動脈瘤： 1、髂動脈瘤大於等於三點五公分。 2、髂動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架之規定辦理。				主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照行政院衛生署所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架之規定辦理。	
A220-4	C-B-	淺股動脈血管支架	(100/04/01 生效)經 1:1 氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達 50%以上，且該長度超過 30mm 或合併前向血流未達正常(即 TIMI FLOW ≦ II）並符合下列條件之一：一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI＜0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於 75%且長度小於 16 公分內之 SFA 病灶，且遠端無有效之側枝循環時。	A220-4	C-B-	淺股動脈血管支架	(100/04/01 生效)經 1:1 氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達 50%以上，且該長度超過 30mm 或合併前向血流未達正常(即 TIMI FLOW ≦ II）並符合下列條件之一：一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI＜0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於 75%且長度小於 16 公分內之 SFA 病灶，且	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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)	(100/07/01 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	A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	(100/07/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(110/02/01 修訂)	A220-6	C-B-	胸主動脈支	(105/05/01 修	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		架系統	一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： (一)主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 1.最大直徑大於等於六公分，或 2.最大直徑大於等於五公分，但快速擴大(六個月內直徑增加零點五公分或以上)。 3.患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 4.非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道廔管或腸道廔管、主動脈氣管廔管。 (二)胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer,PAU)。 (三)胸主動脈剝離症(Aortic dissection)			架系統	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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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六公分。 2.急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 (四)先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 (五)創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項一個代碼，且申報數量為一。 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架置放術之規定辦理。				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	(101/04/01 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	A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	(101/04/01 生效) 使用於血管支架內再狹窄≧70%之病人(排除已	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			Paclitaxel】支架內再狹窄)。				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	(101/07/01 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	A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	(101/07/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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)。				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	(106/07/01 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	A220-9	C-B-	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定	(106/07/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。 7.主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							血管或合併進行膝下血管整形術。 7.主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。	
A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統	(110/02/01 修訂) 一、適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療,且為短頸部(界於四至十五 mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 二、須經事前審查同意後使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項:主動脈支架置放術之規定辦理。	A220-10	C-B-	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統	(104/03/01 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。	修正
A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳	(104/09/01 生效) 一、周邊血管動脈	A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳	(104/09/01 生效)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		輸裝置(球擴式覆膜支架)	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。			輸裝置(球擴式覆膜支架)	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。	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。	未修正
A220-13	C-B-	胸腹主動脈	(110/02/01 修訂)	A220-13	C-B-	胸腹主動脈	(107/10/01 生	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		瘤支架	一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼:A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂：特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十條附表一第五項：主動脈支架置放術之規定辦理。			瘤支架	效): 一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂：特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項：主動脈支架置放術之規定辦理。	
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	(107/12/01 生效): 周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完全擴張	A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	(107/12/01 生效): 周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(包括股、髂、腎等其他周邊動脈或內臟血管系統之血管成形術或支架置放手術)。				全擴張(包括股、髂、腎等其他周邊動脈或內臟血管系統之血管成形術或支架置放手術)。	
A220-15	C-B-	中央靜脈支架及輸送系統	(108/07/01 生效) 一、中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3 個月內狹窄再發生。 二、須事前審查。	A220-15	C-B-	中央靜脈支架及輸送系統	(108/07/01 生效) 一、中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3 個月內狹窄再發生。 二、須事前審查。	未修正
A220-16	C-B-	主動脈弓窄縮裝置(含裸支架、覆膜支架及雙氣球導管)	(108/07/01 生效) 一、適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta,COA)之任一情況且體重≧20kg 病患： (一)經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁振造影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄縮。 (二)由主動脈狹窄	A220-16	C-B-	主動脈弓窄縮裝置(含裸支架、覆膜支架及雙氣球導管)	(108/07/01 生效) 一、適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta,COA)之任一情況且體重≧20kg 病患： (一)經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁振造影(MRI)、電腦斷層掃描等所檢測出解剖定義上由主動脈狹窄造成之明顯血管窄	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			造成之血流動力變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。 (三)使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 (四)狹窄直徑大於周邊血管直徑之 20%。 二、另覆膜支架，除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： (一)出現血管壁受損。 (二)降主動脈有小於 3mm 的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 (三)事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 (四)本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。				縮。 (二)由主動脈狹窄造成之血流動力變化，進而導致之收縮壓之壓力差、體循環高血壓、或左心室功能改變。 (三)使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 (四)狹窄直徑大於周邊血管直徑之 20%。 二、另覆膜支架，除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： (一)出現血管壁受損。 (二)降主動脈有小於 3mm 的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 (三)事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			三、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表 1 第 5 項辦理。 四、需事前審查。				(noncompliant)。 (四)本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 三、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表 1 第 5 項辦理。 四、需事前審查。	
A220-17	C-B-	周邊靜脈支架系統	(111/01/01 生效) 非癌症引起之靜脈壓迫症候群(iliac vein compression)所導致血栓後症候群(post-thrombotic syndrome)或非血栓髂靜脈壓迫(non-thrombotic iliac vein compression)，且藥物治療三個月以上仍無臨床症狀上的改善。 一、靜脈阻塞區域限於髂靜脈(不包					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			括下腔靜脈與小轉子[less trochanter] 以下的股靜脈)。 二、Non-thrombotic iliac compression 患者須具備下列二條件才給付： (一)臨床上 CEAP 計分大於等於四分或是 VCSS 計分大於等於八分。 (二)影像上 CT or MRI 影像大於百分之五十狹窄或 IVUS（血管內超音波）影像 area stenosis 大於等於百分之五十五狹窄或 Diameter stenosis 大於等於百分之六十狹窄，或深層靜脈儀靜脈輸出率小於百分之七十(venous outflow fraction <70%) at third seconds。 三、自體免疫疾病相關血栓性疾病合併髂靜脈壓迫患者，第一次介入治						

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			療不給付，復發性患者才給付。 四、須事前審查。					
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	(100/10/01 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	(100/10/01 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	(101/07/01 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	(101/07/01 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 GUIDELINER	(101/07/01 生效) 一、罕見之血管開	A223-1	C-G-	冠連導管 GUIDELINER	(101/07/01 生效)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		CATHETER	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。			CATHETER	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	(102/01/01 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	(102/01/01 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	(105/10/01 生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。	A224-2	C-F-	食道支架	(105/10/01 生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。	未修正
A224-3	C-F-	食道置放器	(110/06/01 生效) 食道置放器： 符合下列情況之一： 一、不能執行 ESD 或食道切除的 T1A 病人。 二、符合經標準治療療程後，還有殘餘病灶。					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			三、早期食道癌不能接受標準治療，僅接受體外放射治療。 四、食道癌治療過後，局部復發，同時併有食道狹窄症狀。					
A225-1	C-G-	冠狀動脈血管內超音波影像導管	(103/10/01 修訂) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條 IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統影像導管為限。	A225-1	C-G-	冠狀動脈血管內超音波影像導管	(103/10/01 修訂) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條 IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統影像導管為限。	未修正
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE CERTUS	(111/01/01 修訂) 介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄 50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。	A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)(或 iFR 107/09/01 增修)	(101/10/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							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。	A225-3	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。	未修正
A225-4	C-G-	冠狀動脈 CTO 逆行性介入治療用導引線	(105/02/01 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	(105/02/01 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)	(105/08/01 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)	(105/08/01 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-R-	周邊血管支	限喉膺復重建手術	A330-1	C-R-	周邊血管支	限喉膺復重建手	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		架(自膨式支架含人工血管)	使用(醫療服務給付項目及支付標準 66022B)			架(自膨式支架含人工血管)	術使用(醫療服務給付項目及支付標準 66022B)	
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	(84/03/01 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(PERMANENT)	(84/03/01 生效)須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)	未修正
B101-2	F-H-C-G-	特殊心律調節導線及可調彎導管	(98/07/01 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	(98/07/01 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
B101-3	F-H-	無導線心律調節器	(110/12/01 生效) 一、符合診療項目 47103A 規定且雙側鎖骨下靜脈阻塞均不適合放置導線					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			病人。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。					
B102-1	F-H-	肺動脈瓣補片	(86/06/02 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	(86/06/02 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	(86/06/02 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	(86/06/02 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 FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	(91/01/01 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	B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣膜 FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	(91/01/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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/主動脈根部人工血管	(106/10/01 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/主動脈根部人工血管	(106/10/01 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。	未修正
B102-5	F-H-	人工瓣膜輪/環	(107/11/01 生效) 1、以二尖瓣膜成形手術治療二尖瓣膜逆流，需使用二尖瓣膜環固定成形及	B102-5	F-H-	人工瓣膜輪/環	(107/11/01 生效) 1、以二尖瓣膜成形手術治療二尖瓣膜逆流，需使	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			人工腱索重建者。 2、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：68015B「瓣膜成形術」規定施行之。				用二尖瓣膜環固定成形及人工腱索重建者。 2、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：68015B 「瓣膜成形術」規定施行之。	
B102-6	F-H-	心包膜補片	(109/12/01 生效) 面積≦六平方公分：用於一歲以下之心內缺損或肺動脈、主動脈重建。	B102-6	F-H-	心包膜補片	(109/12/01 生效) 面積≦六平方公分：用於一歲以下之心內缺損或肺動脈、主動脈重建。	未修正
B102-7	F-H-	心包膜及心血管補片	(109/12/01 生效) 一、面積>六平方公分：用於十八歲以下之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D 具弧度補片」:用於十八歲以下之主動脈弓或肺動脈重建。	B102-7	F-H-	心包膜及心血管補片	(109/12/01 生效) 一、面積>六平方公分：用於十八歲以下之複雜性先天性疾病手術或肺動脈、主動脈重建。 二、「3D 具弧度補片」：用於十八歲以下之主動脈弓或肺動脈重建。	未修正
B102-8	F-H-G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)	(110/02/01 生效) 經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線) 一、符合全民健康保險醫療服務給付					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			項目及支付標準診療項目 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂之相關規定。 二、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 三、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。					
B102-9	F-H-	經導管置換肺動脈瓣膜套組	(110/12/01 生效) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」(Transcatheter pulmonary valve implantation, TPVI)所訂之適應症、禁忌症、醫院條件及醫師資格等之相關規定。 二、需事前審查。					新增
B103-1	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE	(98/07/01 修訂) 申報規範： 1.操作醫院應事先報備作業流程及持	B103-1	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE	(98/07/01 修訂) 申報規範： 1.操作醫院應事先報備作業流程	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	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, catech			CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (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<=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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			olaminergic 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 101/09/01 解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)				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 101/09/01 解除	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)	
B103-2	F-H-	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器(CRTD)	(110/11/01 修訂) 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, catech	B103-2	F-H-	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器(CRTD)	(98/07/01 修訂) 相關使用規範同 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，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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			olaminergic polymorphic ventricular tachycardia 等，且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症： 1.應事前審查。 2.正常竇房節心律，LVEF\小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度\大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III, IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 3.心房顫動之病患，LVEF\小於等於百分之三十五且 CLBBB(QRS 寬度\大於等於零點一二秒)，且 NYHA Functional Class III, IV 及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 4.心室節律器依賴之病患，LVEF\小於				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 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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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： 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				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			脈或心室顫動。				復之患者。 3.末期疾病患者且存活不足六個月者。 4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自 101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)	
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	(98/07/01 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。	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	(98/07/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(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				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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101/09/01 解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)				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101/09/01 解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)	
B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	(110/11/01 修訂) 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	B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	(98/07/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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-	複雜性不整脈消融/除顫導管	(109/03/01 修訂) 限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。	B104-2	C-X-	複雜性不整脈消融/除顫導管	(109/03/01 修訂) 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)。 不宜列入之項目： 1.重度二尖瓣逆流	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)。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			或狹窄者。 2.左心房大於				不宜列入之項目： 1.重度二尖瓣逆流或狹窄者。 2.左心房大於	
B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	(109/01/01 生效) 限用於複雜性之心房不整脈。	B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	(109/01/01 生效) 限用於複雜性之心房不整脈。	未修正
B104-5	C-X-	3D 立體定位貼片組	(109/03/01 生效) 一、「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 二、18 歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。	B104-5	C-X-	3D 立體定位貼片組	(109/03/01 生效) 一、「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 二、18 歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。	未修正
B105-1	F-H-	經皮移除心臟內導線裝置	(109/05/01 生效) 適應症及使用規範需符合下列之一： 一、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心內膜炎、導線心內膜炎、敗血症之病患。 二、對所有確診為心臟植入式儀器	B105-1	F-H-	經皮移除心臟內導線裝置	(109/05/01 生效) 適應症及使用規範需符合下列之一： 一、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心內膜炎、導線心內膜炎、	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(CIED)囊袋感染，如: 心臟植入式儀器(CIED)囊袋化膿、植入式儀器腐蝕、皮膚沾黏或慢性引流腔室但未影響靜脈導線系統之病患。 三、對所有瓣膜性心內膜炎之病患，即便未明確影響導線或心臟植入式儀器。 四、對患有隱匿革蘭氏陽性菌血症(occult gram-positive bacteremia)(非污染檢體)或黴菌血症的病患。 五、因導線而導致血栓形成，並造成靜脈狹窄或阻塞導致無法植入新的導線。 六、因導線存在引起嚴重的心律不整或影響必要之治療。 七、因導線損壞需要植入新的導線而造成同一側血管四條(含)以上導線，或兩側血管五條				敗血症之病患。 二、對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)囊袋感染，如: 心臟植入式儀器(CIED)囊袋化膿、植入式儀器腐蝕、皮膚沾黏或慢性引流腔室但未影響靜脈導線系統之病患。 三、對所有瓣膜性心內膜炎之病患，即便未明確影響導線或心臟植入式儀器。 四、對患有隱匿革蘭氏陽性菌血症(occult gram-positive bacteremia)(非污染檢體)或黴菌血症的病患。 五、因導線而導致血栓形成，並造成靜脈狹窄或阻塞導致無法植入新的導線。 六、因導線存在引起嚴重的心律不整或影響必要之治療。 七、因導線損壞	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(含)以上導線。				需要植入新的導線而造成同一側血管四條(含)以上導線，或兩側血管五條(含)以上導線。	
B106-1	L-E-	具 CPR 回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片	(111/01/01 生效) 具 CPR 回饋之拋棄式去顫電極-電極貼片： 一、心跳停止。 二、一次就醫以一套為限。					新增
B201-1	C-H-F-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	(84/09/14 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	(84/09/14 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(EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	(101/06/01 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(EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	(101/06/01 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、	(86/09/12 生效)	B201-3	F-H-	含肝磷脂、	(86/09/12 生效)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		肝素之人工心肺 OXYGENATER	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。			肝素之人工心肺 OXYGENATER	限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過 150 分鐘或 60 分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用。	
B201-4	F-H-C-H-	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動/靜脈導管及導引管組,無肝素塗層）	(97/07/01 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。	B201-4	F-H-C-H-	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動/靜脈導管及導引管組,無肝素塗層）	(97/07/01 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。	未修正
B201-5	F-H-	含塗層之人工心肺 WITH OR WITHOUT 儲血槽(含 ARTERIAL FILTER)	(100/03/01 生效) 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過 150 分鐘或 60 分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限 12 歲以下之兒童開心手術使用。	B201-5	F-H-	含塗層之人工心肺 WITH OR WITHOUT 儲血槽(含 ARTERIAL FILTER)	(100/03/01 生效) 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過 150 分鐘或 60 分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限 12 歲以下之兒童開心手術使用。	未修正
B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液幫浦	(106/10/01 修訂) 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	B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液幫浦	(106/10/01 修訂) 修訂生效體外循環用-長效型血液幫浦(配合心	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				室輔助裝置系統-VAD):同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「心室輔助裝置植入」(編號：68051B)所訂給付規定。	
B201-7	F-H-	長效型體外膜肺ECMO(EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)(經認證使用天數 14 日)	(103/08/01 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。	B201-7	F-H-	長效型體外膜肺ECMO(EXTRA CORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)(經認證使用天數 14 日)	(103/08/01 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。	未修正
B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套管組	(88/06/01 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	B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套管組	(88/06/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			組，並得申報自體血液回收組。				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	C-H-	多重灌注分流管 MULTIPLE PERFUSION SET	(89/01/01 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	C-H-	多重灌注分流管 MULTIPLE PERFUSION SET	(89/01/01 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/HEPARIN	(84/03/01 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/HEPARIN	(84/03/01 生效)限體外循環超過 120 分鐘患者使用。	未修正
B202-4	H-E-	氣泡過濾器 BUBBLE TRAP	(86/05/08 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	(86/05/08 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	(87/10/02 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	(87/10/02 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	(104/12/01 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	(104/12/01 生效)限 18 歲以下兒童開心手術時使用。	未修正
B203-1	C-C-	心外自體輸血系統 CARDIOSURGERY AUTOTRANSFUSION KIT	(102/07/01 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	B203-1	C-C-	心外自體輸血系統 CARDIOSURGERY AUTOTRANSFUSION KIT	(102/07/01 修訂)術中自體血液收集套給付規定如下：一、開心手術、	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				大動脈手術及肝、脾破裂出血超過 2000C.C 之大手術。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節(大於等於 3 節)脊椎內固定手術。 三、限使用一套。	
B203-2	H-E-	血液脫液器組 BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	(102/07/01 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 HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	(102/07/01 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
B203-3	C-C-	胸腔血液引流併自體輸血組	(86/04/07 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-	胸腔血液引流併自體輸血組	(86/04/07 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
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	(109/07/01 修訂) 一、適應症： (一)病患已登錄於器官移植中心系統。 (二)須能耐受抗凝血治療。 (三)符合下列心臟	B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	(109/07/01 修訂) 一、適應症： (一)病患已登錄於器官移植中心系統。 (二)須能耐受抗凝血治療。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5μg/min/kg)大於 14 天或一年內 2 次住院接受強心劑注射每次大於 7 天。 1.心臟衰竭且 Maximal VO2 < 10ml/kg/min 者。 2.心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal VO2<14ml/kg/min 者。 3.心臟衰竭核醫檢查 LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括 ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics 等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查 LVEF<25%者。 4.嚴重心肌缺血，核醫檢查 LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以冠狀動脈繞				(三)符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射（dopamine + dobutamine >5μg/min/kg)大於 14 天或一年內 2 次住院接受強心劑注射每次大於 7 天。 1.心臟衰竭且 Maximal VO2 < 10ml/kg/min 者。 2.心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal VO2<14ml/kg/min 者。 3.心臟衰竭核醫檢查 LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括 ACE inhibitors, Digoxin、Diuretics 等)治療仍無法改善者;如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查 LVEF<25%者。 4.嚴重心肌缺血，核醫檢查 LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			道手術及冠狀動脈介入治療者。 5.紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或 Dobutamine>5μg/kg/min 7 天以上，經核醫檢查 LVEF<25%或心臟指數 Cardiac index<2.0L/min/m2 者。 6.復發有症狀的心室心律不整，無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症： (一)年齡 65 歲以上(含 65 歲)。 (二)有明顯感染者。 (三)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (四)肺結核經證實者。 (五)惡性腫瘤患者。				及心導管等檢查，證實無法以冠狀動脈繞道手術及冠狀動脈介入治療者。 5.紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或 Dobutamine>5μg/kg/min 7 天以上，經核醫檢查 LVEF<25%或心臟指數 Cardiac index<2.0L/min/m2 者。 6.復發有症狀的心室心律不整，無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症： (一)年齡 65 歲以上(含 65 歲)。 (二)有明顯感染者。 (三)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(六)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (七)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (八)嚴重肺高血壓，經治療仍大於 6 Wood Unit 者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於 12 Wood Unit)。 (九)肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (十)中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl 或 Ccr<20ml/min)。 (十一)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted 或 FEVI/FVC<40% of predicted)。 (十二)活動性消化性潰瘍患者。 (十三)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。				(四)肺結核經證實者。 (五)惡性腫瘤患者。 (六)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (七)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (八)嚴重肺高血壓，經治療仍大於 6 Wood Unit 者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於 12 Wood Unit)。 (九)肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (十)中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl 或 Ccr<20ml/min)。 (十一)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted 或 FEVI/FVC<40% of predicted)。 (十二)活動性消	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(十四)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (十五)藥癮患者。 (十六)INTERMACS 1 及 INTERMACS 2 之患者。 (十七)再次開心手術。 三、支付規範： (一)醫院條件： 1.須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 2.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (二)醫師條件： 1.手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 2.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。 3.醫院及醫師必須經衛福部核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付				化性潰瘍患者。 (十三)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (十四)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (十五)藥癮患者。 (十六)INTERMACS 1 及 INTERMACS 2 之患者。 (十七)再次開心手術。 三、支付規範： (一)醫院條件： 1.須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 2.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			1 組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專案審查核准。 六、個案完成植入手術後，須每三個月內登錄系統追蹤狀況，直到病人完成心臟移植手術出院或死亡，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。				(二)醫師條件： 1.手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 2.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。 3.醫院及醫師必須經衛福部核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付 1 組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專案審查核准。 六、個案完成植入手術後，須每三個月內登錄系統追蹤狀況，直到病人完成心臟移植手術出院或死亡，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。	
B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸除系統	(94/02/01 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	B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸除系統	(94/02/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(94/04/01 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	(94/04/01 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	(98/07/01 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	(98/07/01 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	(104/05/01 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。	B301-4	H-H-	血栓濾過導引線系統	(104/05/01 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。	未修正
B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	(104/06/01 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	(104/06/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							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	(105/10/01 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 型輸尿導管組	(105/10/01 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 型輸尿導管組	(105/10/01 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 型輸尿導管組	(105/10/01 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室節律器使用）	(94/02/01 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室節律器使用）	(94/02/01 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
C302-1	C-X-	心內膜心律不整外科燒	(93/07/01 生效） 限心臟外科手術時	C302-1	C-X-	心內膜心律不整外科燒	(93/07/01 生效） 限心臟外科手術	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		灼電刀用電極	使用，並附 AF 心電圖報告(術前、術中或術後)。			灼電刀用電極	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	(87/12/01 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 INTERLOCKING NAIL	(87/12/01 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 INTERLOCKING NAIL	(109/03/01 修訂) GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 一、限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 二、須檢附病患 X 光照片。	D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	(109/03/01 修訂) GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 一、限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 二、須檢附病患 X 光照片。	未修正
D101-3	F-B	成骨不全症髓內釘	(104/01/01 生效) 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及肱骨進一步的骨折。	D101-3	F-B	成骨不全症髓內釘	(104/01/01 生效) 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及肱骨進一步的骨	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							折。	
D101-4	F-B-	鈦合金加長型髓內釘組(Cephalomedullary nail)	(110/01/01 修訂) 一、限轉子下骨折或轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 二、須檢附病患 X 光照片。	D101-4	F-B-	鈦合金加長型髓內釘組(Cephalomedullary nail)	(110/01/01 修訂) 一、限轉子下骨折或轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 二、須檢附病患 X 光照片。	未修正
D101-5	F-B-	鈦合金髓內釘組(含加長型)(Cephalomedullary nail)/可搭配專用骨水泥使用	(110/01/01 生效) 一、限複雜性、不穩定型轉子間骨折或轉子下骨折、轉子間骨折合併轉子下延伸，同時患有嚴重骨質疏鬆症或有蝕骨性腫瘤病灶之患者申報。 二、須檢附病患術前術後 X 光照片、術後在伽瑪髓內釘灌注骨水泥之影像備查。	D101-5	F-B-	鈦合金髓內釘組(含加長型)(Cephalomedullary nail)/可搭配專用骨水泥使用	(110/01/01 生效) 一、限複雜性、不穩定型轉子間骨折或轉子下骨折、轉子間骨折合併轉子下延伸，同時患有嚴重骨質疏鬆症或有蝕骨性腫瘤病灶之患者申報。 二、須檢附病患術前術後 X 光照片、術後在伽瑪髓內釘灌注骨水泥之影像備查。	未修正
D101-6	F-B-	彈性髓內釘	(109/12/01 生效) 一、四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)骨幹之單純性骨折。 (一)三~十八歲股骨骨幹之單純性骨折。 (二)七~十八歲脛	D101-6	F-B-	彈性髓內釘	(109/12/01 生效) 一、四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)骨幹之單純性骨折。 (一)三~十八歲股骨骨幹之單純性骨折。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			骨骨幹之單純性骨折。 (三)十~十八歲肱骨骨幹骨折，且併有以下狀況之一者： 1.同側前臂骨折(漂浮肘)。 2.下肢骨折。 3.對側上肢骨折。 4.開放性骨折。 5.多重創傷。 6.非手術治療無法復位之骨折。 (四)六~十八歲尺骨或橈骨骨幹之單純性骨折，且骨折處有位移者。 二、良性骨腫瘤、囊腫或成骨不全造成之四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)病理性骨折。 三、十二~十八歲鎖骨骨幹骨折。 (一)位移超過兩公分。 (二)神經血管損傷。 (三)多重創傷。 (四)伴隨肩胛骨骨折(漂浮肩)。 (五)開放性骨折。				(二)七~十八歲脛骨骨幹之單純性骨折。 (三)十~十八歲肱骨骨幹骨折，且併有以下狀況之一者： 1.同側前臂骨折(漂浮肘)。 2.下肢骨折。 3.對側上肢骨折。 4.開放性骨折。 5.多重創傷。 6.非手術治療無法復位之骨折。 (四)六~十八歲尺骨或橈骨骨幹之單純性骨折，且骨折處有位移者。 二、良性骨腫瘤、囊腫或成骨不全造成之四肢長骨(肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨)病理性骨折。 三、十二~十八歲鎖骨骨幹骨折。 (一)位移超過兩公分。 (二)神經血管損傷。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(六)斷端有頂破皮膚之危險。				(三)多重創傷。 (四)伴隨肩胛骨骨折(漂浮肩)。 (五)開放性骨折。 (六)斷端有頂破皮膚之危險。	
D101-7	F-B-	小兒髓內釘系統	(110/06/01 生效) 小兒髓內釘系統： 一、股骨尚未成熟之病人，有下列其中情形之一： (一)嚴重的粉碎性或節段性骨折。 (二)使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性。 二、特殊骨病需要內固定的情形，需事前審查。					新增
D101-8	F-B	鈦合金股骨逆行髓內釘組 Retrograde Femoral Nail	(110/12/01 生效) 鈦合金股骨逆行髓內釘組 Retrograde Femoral Nail（自 110.12.1 生效)： 一、股骨幹併股骨遠端骨折，順向股骨髓內釘已無法提供足夠穩定者。 二、髖部已有人工關節置入或股骨近端已有其他骨材置入，順向股骨髓內					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			釘已無法置入者。 三、同側膝部或小腿合併其他手術可合併膝部創口置入股骨髓內釘者。 四、同時兩側股骨幹骨折或單側股骨骨折合併多重骨折，無法使用 fracture table 者。 五、生命徵象不穩定之股骨骨折病人，不宜使用 fracture table 牽引手術者。					
D101-9	F-B	Humeral Nail plus Set（搭配 MultiLoc Screw）	(110/12/01 生效) Humeral Nail plus Set（搭配 MultiLoc Screw)： 一、嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 二、使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。 三、近端肱骨骨折。					新增
D101-10	F-B	足踝關節髓內釘組 Ankle Fusion Nail	(110/12/01 生效) 足踝關節髓內釘組 Ankle Fusion Nail：足踝關節固定術使用。					新增
D102-1	F-B-	骨髓內固定	(98/08/28 修訂)	D102-1	F-B-	骨髓內固定	(98/08/28 修訂)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		螺絲 INTERLOCKING SCREW	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。			螺絲 INTERLOCKING SCREW	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 ABSORBABLE INTERFERENCE SCREW	(85/09/14 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	(85/09/14 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 REVO CANCELLOUS SCREW	(110/12/01 修訂)本項刪除	D102-3	F-B-	界面螺絲 REVO CANCELLOUS SCREW	(86/01/10 生效)限肩關節韌帶手術使用。	刪除
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨釘(固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	(94/07/01 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)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	(94/07/01 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	(110/11/01 修訂)限下列診療項目使用： 一、64035C 腕、跗、掌、蹠骨骨折	D103-1	F-B-	埋頭中空加壓骨釘	(106/07/01 生效)限用於診療項目 64035C(腕、跗、掌、蹠骨骨折開	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			開放性復位術。 二、64267C 舟狀骨骨折開放性復位術。 三、64183B 踝關節固定術。 四、64281B 後足關節固定術、三關節固定術。 五、64182B 腕關節或腕骨、掌骨關節固定術。 六、64273C 足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術。 七、64272C 腓外踝或脛內踝單一骨折開放性復位術。 八、64048C 蹠骨骨折徒手復位術。 九、64069C 踝關節脫位開放性復位術。				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 PROSTHESIS	(107/09/01 修訂) 取消事前審查。	D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節 CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	(107/09/01 修訂) 取消事前審查。	未修正
D106-1	F-B-	人工髖關節 HIP PROSTHESIS	(104/11/01 修訂) 自 104.11.1 起取消事前審查。	D106-1	F-B-	人工髖關節 HIP PROSTHESIS	(104/11/01 修訂) 自 104.11.1 起取消事前審查。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節 CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	(104/11/01 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 PROSTHESIS	(104/11/01 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 PROSTHESIS	(104/11/01 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 PROSTHESIS	(104/11/01 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
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	(107/07/01 生效) 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特材可供使用，則不得使用本特材。	D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	(107/07/01 生效) 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特材可供使用，則不得使用本特材。	未修正
D106-5	F-B-	髖臼缺損填補墊片	(107/08/01 生效) 1.限用於診療項目	D106-5	F-B-	髖臼缺損填補墊片	(107/08/01 生效)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			64201B、64170B、64258B。 2.髖臼缺損嚴重程度達 Paprosky 分類的 typeIIIA 或 IIIB 或者是 Gross 分類的 typeIII，IV 或 V。 3.需事前審查，須檢附患側髖關節 X 光片(AP+lateral view，Judet view)，必要時可檢附 CT 或 MRI of pelvis 或相關資料足以佐證其骨骼缺損程度符合前述適應症。 4.同次同側手術限使用 1 個。				1.限用於診療項目 64201B、64170B、64258B。 2.髖臼缺損嚴重程度達 Paprosky 分類的 typeIIIA 或 IIIB 或者是 Gross 分類的 typeIII，IV 或 V。 3.需事前審查，須檢附患側髖關節 X 光片(AP+lateral view，Judet view)，必要時可檢附 CT 或 MRI of pelvis 或相關資料足以佐證其骨骼缺損程度符合前述適應症。 4.同次同側手術限使用 1 個。	
D106-6	F-B-	重建型髖臼護架(Cage)	(107/10/01 生效) 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons，AAOS)定義，屬第三級合併髖臼窩的骨骼缺陷時使用。	D106-6	F-B-	重建型髖臼護架(Cage)	(107/10/01 生效) 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons，AAOS)定義，屬第三級合併髖臼窩的骨骼缺陷時使用。	未修正
D106-7	F-B-	限制型襯墊	(107/10/01 生效)	D106-7	F-B-	限制型襯墊	(107/10/01 生	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			用於習慣性脫臼大於 2 次為原則。				效） 用於習慣性脫臼大於 2 次為原則。	
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	(110/03/01 修訂) 有下列情形之一者，檢附術前 X 光片，需事前審查： 一、RA 及嚴重的 OA 病患。 二、六十五歲(含)以上，遠端肱骨粉碎性關節內骨折(ICD-10 S42.47)，且不適合開放復位內固定重建(AO/OTA 分類為 13C)。 三、創傷後肘關節炎(ICD-10 S42.471S、ICD-10 S42.472S)。	D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	(84/03/01 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。	修正
D107-2	F-B-	反置式肩關節系統	(110/01/01 生效) 肩關節旋轉肌群大量缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查: 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III（包含）以上)。	D107-2	F-B-	反置式肩關節系統	(110/01/01 生效) 肩關節旋轉肌群大量缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查: 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III（包	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲(含)以上。				含)以上)。 二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲(含)以上。	
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	(104/11/01 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	D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	(104/11/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			移植的病例，可術後以 X 光片或照片為佐證申報。				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	(104/11/01 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 PROSTHESIS	(104/11/01 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 UNI KNEE PROTHESIS	(104/11/01 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	D108-3	F-B-	人工半膝關節 UNI KNEE PROTHESIS	(104/11/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			五，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於 RA 或 Gouty arthritis。				(Valgus)小於十五，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於 RA 或 Gouty arthritis。	
D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程五次)	(110/11/01 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	D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程五次)	(109/07/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，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				接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且一年不得超過二個療	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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，可提事前審查，經同意後使用。				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。 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。	
D108-6	F-B-	關節內注射劑(每個療程三次)	(110/11/01 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：	D108-6	F-B-	關節內注射劑(每個療程三次)	(109/07/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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，亦不可併做同一部位之復健治				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。				一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療。 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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							使用。	
D108-7	F-B-	PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM 髕骨股骨人工關節組	(104/11/01 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	D108-7	F-B-	PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM 髕骨股骨人工關節組	(104/11/01 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)。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				(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。	
D108-8	F-B-	重建型鉭金屬脛骨及股骨錐狀墊片(Cone)	(108/09/01 修訂) 一、限用於人工膝關節再置換手術且符合 Anderson Orthopaedic Research Institute(AORI) classification Type 3 骨缺損定義之患者。 二、每部位限使用一個。 三、需事前審查。	D108-8	F-B-	重建型鉭金屬脛骨及股骨錐狀墊片(Cone)	(108/09/01 修訂) 一、限用於人工膝關節再置換手術且符合 Anderson Orthopaedic Research Institute(AORI) classification Type 3 骨缺損定義之患者。 二、每部位限使用一個。 三、需事前審查。	未修正
D109-1	F-B-	關節內注射	(110/11/01 修訂)	D109-1	F-B-	關節內注射	(109/07/01 修	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		劑(每個療程一次，療效六個月）	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			劑(每個療程一次，療效六個月）	訂) 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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同				第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程，一年二個療程之間隔時間，自第一個療程第一針注射日期起算一百八十天(含)以上，始得接受第二個療	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				程之治療。 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	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	(110/11/01 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	D109-2	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	(109/07/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			人可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第一次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病人於注射關節內注射劑期間(一個療程第一針起算三十五天內)，不得以同一部位疾病因素使用 NSAID 鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一				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。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			次，一年不得超過一個療程，自注射日期起算一年(含)以上，始得接受下一次療程之治療，且每個療程同一部位不得注射其他功能類別(一針型、三針型、五針型)之關節內注射劑。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 X 光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提事前審查，經同意後使用。				四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病人膝關節 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。	
D111-1	F-B-	塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(110/11/01 修訂) 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	D111-1	F-B-	塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/04/29 生效) 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附 X 光片事前審查,經同意後使用。 三、使用量之規定：X 光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。 (一)脊椎重置融合(revision)：二十毫升二節至三節。 (二)人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限二十毫升。 (三)脊椎側彎：以五十毫升或骨材費用三萬元為上限。 (四)腫瘤：依空洞大小；X 光的正側				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。 3.脊椎側彎：以 50mL 或骨材費用	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			面，長×寬×高立方公分=毫升(cm3=mL)。				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	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(110/11/01 修訂) 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)。	D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(86/05/08 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							cm3=mL。	
D111-3	F-B-	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(110/11/01 修訂)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： (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。	D111-3	F-B-	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(88/07/01 生效)限骨感染需補骨時使用，並設使用規範如下： 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。 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(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)。				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	F-B-	生骨替代物類似塑膠類、陶磁類人工代用骨 ARTIFICIAL BONE GRAFT	(110/11/01 修訂) 一、適應症如下： (一)人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。 (二)巨大骨腫瘤 (三)脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。 (四)已經多次植骨手術，無處可取植骨。 (五)必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。 (六)脊椎前方固定術。	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	(93/07/01 修訂) 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。 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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)。				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	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE	(110/11/01 修訂) 一、脊椎固定，須事前審查，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：	D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE	(95/07/01 修訂) 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		/SCREW/NUT)	(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。			/SCREW/NUT)	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，	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於： (一)椎體固定三節或三節以上者。 (二)爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(五節以上(含)」固定者，其事前審查必要時由二位審查醫師審查。				廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於： 1.椎體固定三節或三節以上者。 2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5 節以上(含)」固定者，其事前審查必要時由 2 位審查醫師審查。	
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE /SCREW/NUT)	(107/09/01 生效) 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。	D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE /SCREW/NUT)	(107/09/01 生效) 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。	未修正
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE	(110/11/01 修訂) 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	D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE	(95/07/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		/SCREW/NUT)	併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。			/SCREW/NUT)	退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。	
D112-4	F-B-	脊椎間體護架 VETEBRAL INTERBODY CAGE	(109/06/01 修訂) 脊椎間體護架 一、頸椎部分： (一)椎間盤廣泛切除者。 (二)屈曲及伸展之 X 光顯示椎間有不穩定者。 (三)單一頸椎節段(Motion segment)限用一個頸椎「脊椎間體護架」。 二、腰椎部分： (一)不穩定脊椎(脊椎滑脫大於等於 Grade 1，或屈曲及伸展之 X 光角度變化大於等於 10 度，或位移大於 4mm)。 (二)椎間盤 X 光有 Vacuum phenomenon。 (三)椎間盤顯影劑攝影(Discogram)，施行 provocative test 與椎間盤疼痛有正相關者。	D112-4	F-B-	脊椎間體護架 VETEBRAL INTERBODY CAGE	(109/06/01 修訂) 脊椎間體護架 一、頸椎部分： (一)椎間盤廣泛切除者。 (二)屈曲及伸展之 X 光顯示椎間有不穩定者。 (三)單一頸椎節段(Motion segment)限用一個頸椎「脊椎間體護架」。 二、腰椎部分： (一)不穩定脊椎(脊椎滑脫大於等於 Grade 1，或屈曲及伸展之 X 光角度變化大於等於 10 度，或位移大於 4mm)。 (二)椎間盤 X 光有 Vacuum phenomenon。 (三)椎間盤顯影劑攝影(Discogram)，施行 provocative	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(四)進行長節段(大於或等於三個活動節段)之脊椎骨間融合最尾端(或 L5S1)，可置放「脊椎間體護架」。 (五)脊椎變形(側彎或駝背)導致嚴重疼痛、藥物治療無效，可申請「脊椎間體護架」。 (六)進行 Revision 二次手術做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (七)椎孔外椎間盤突出(Far lateral HIVD)有神經根壓迫做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (八)進行 PLIF 時，每個活動節段(Motion segment)限用二個腰椎「脊椎間體護架」。進行 TLIF、OLIF、XLIF、ALIF 等術式時，每個活動節段限用一個腰椎「脊椎間體護架」。 三、需事前審查，並附上 X ray、				test 與椎間盤疼痛有正相關者。 (四)進行長節段(大於或等於三個活動節段)之脊椎骨間融合最尾端(或 L5S1)，可置放「脊椎間體護架」。 (五)脊椎變形(側彎或駝背)導致嚴重疼痛、藥物治療無效，可申請「脊椎間體護架」。 (六)進行 Revision 二次手術做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (七)椎孔外椎間盤突出(Far lateral HIVD)有神經根壓迫做椎體間融合，可使用「脊椎間體護架」。 (八)進行 PLIF 時，每個活動節段(Motion segment)限用二個腰椎「脊椎間體護架」。進行 TLIF、OLIF、	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			Flex-Ext view、CT 或 MRI。				XLIF、ALIF 等術式時，每個活動節段限用一個腰椎「脊椎間體護架」。 三、需事前審查，並附上 X ray、Flex-Ext view、CT 或 MRI。	
D112-5	F-B-	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)	(110/11/01 修訂) 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score 小於或等於負二點五)使用。 二、須事前審查，經同意後使用。 三、適應症同 D112-1。 四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。	D112-5	F-B-	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)	(107/09/01 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。	修正
D112-6	F-B-	VEPTR 延展式肋骨支撐架	(100/04/01 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	D112-6	F-B-	VEPTR 延展式肋骨支撐架	(100/04/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				(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	(103/06/01 生效) 一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下，前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。 二、高位頸椎及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。	D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統	(103/06/01 生效) 一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下，前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。 二、高位頸椎及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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							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	(110/11/01 修訂) 一、限用於體重小於三十公斤體型嬌小或十八歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前審查同意後使用： (一)長節固定給付規定為： 1.脊椎側彎變形須達四十度以上。 2.腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。 3.因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。 4.因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。 5.廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。	D112-8	F-B	搭配固定桿規格 4.5MM 之脊椎固定系統	(104/03/01 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	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							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	(105/03/01 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。	D112-9	F-B	頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	(105/03/01 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。	未修正
D112-10	F-B-	人工頸椎椎間盤	(110/12/01 生效) 人工頸椎椎間盤： 一、使用規範： (一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變（Radiculopathy）或髓神經病變（Myelopathy），經保守療法治療無效。 (二)限 C4/5 或 C5/6 節段使用。					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(三)該節段無椎間盤高度降低。 (四)每次限申請一顆。 二、需事前審查，檢附正面、側面、側面 flexion-extension X 光片、磁振造影、骨密度檢查等。 三、禁忌症： (一)椎體後髓神經壓迫病灶，如後縱韌帶鈣化（Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL)、黃韌帶骨化等。 (二)脊椎關節病變，如僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis（DISH)。 (三)明顯不穩定，如 flexion-extension 側面 X 光椎體間位移三點五毫米（mm）以上，或脊					

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			椎側彎測量 COBB 角度十一度以上的改變。 (四)頸椎後凸變形（kyphosis）或曾接受 laminoplasty、laminectomy 手術者。 (五)骨質疏鬆、代謝性骨疾病或腎因性骨病變（bone mineral density（BMD） T-score 小於負一點五）。 (六) 脊椎感染。 (七) 脊椎腫瘤。 (八) 對裝置材料過敏。 (九) 嚴重脊椎退化或同一椎節 facet joint 病變。					
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	(110/11/01 修訂) 一、適應症如下:均符合下列十項，始可給付。 (一)外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。 (二)保守性治療無效者。 (三)無尿路阻塞之問題。 (四)無尿路感染。	D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	(84/03/01 生效) 一、適應症如下:均符合下列十項，始可給付。 1.外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。 2.保守性治療無效者。 3.無尿路阻塞之問題。 4.無尿路感染。	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(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。				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	(108/05/01 修訂)膀胱灌注液之適應症及使用規範：一、適應症如下：(一)間質性膀胱炎：以病理報告，或明確的膀胱鏡確定後，事前審查核准後使用。(二)出血性膀胱炎：在傳統清血塊，電燒無效後，檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。二、原則上每一療程以六個月為限，療程結	D113-2	F-U-	膀胱灌注液	(108/05/01 修訂)膀胱灌注液之適應症及使用規範：一、適應症如下：(一)間質性膀胱炎：以病理報告，或明確的膀胱鏡確定後，事前審查核准後使用。(二)出血性膀胱炎：在傳統清血塊，電燒無效後，檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。二、原則	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(101/10/01 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	D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	(101/10/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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)。				[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)。	
D113-4	C-G-	輸尿管結石移除器	(106/11/01 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)。	D113-4	C-G-	輸尿管結石移除器	(106/11/01 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)。	未修正
D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	(107/06/01 生效)： 限用於男性攝護腺癌接受根除性攝護	D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	(107/06/01 生效)： 限用於男性攝護腺癌接受根除性	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			腺切除手術之術後尿失禁，且符合下列各項條件之病患： 1.手術後尿失禁持續 9 至 12 個月。 2.保守性治療無效。 3.無尿路阻塞。 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。 7.無膀胱輸尿管逆流(U-V Reflex)。 8.無膀胱餘尿。				攝護腺切除手術之術後尿失禁，且符合下列各項條件之病患： 1.手術後尿失禁持續 9 至 12 個月。 2.保守性治療無效。 3.無尿路阻塞。 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。 7.無膀胱輸尿管逆流(U-V Reflex)。 8.無膀胱餘尿。	
D114-1	F-B-	義肢	(84/03/01 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	D114-1	F-B-	義肢	(84/03/01 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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-	顱顏面骨板 BONE PLATE	(110/06/01 修訂) 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板：限使用在髮際線以外，且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、顱骨固定夾：用於開顱手術患者，每次手術使用總數以 3 個為限。	D201-1	F-P-	顏面骨板 BONE PLATE	(106/09/01 修訂) 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板：限使用在髮際線以外，且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、顱骨固定夾：用於顱骨手術患者，每次手術使用總數以 3 個為限。	修正
D201-2	F-P-	骨板 ANATOMIC BONE PLATE	(86/04/07 生效) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、METAPHYSIS 骨折	D201-2	F-P-	骨板 ANATOMIC BONE PLATE	(86/04/07 生效) ANATOMIC BONE PLATE 限 EPIPHYSIS、METAPHYSIS 骨折	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			使用。				使用。	
D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System	(110/10/01 修訂) 纜線固定系統 Cable System： 一、髖關節再置換合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 二、施行全人工髖關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 三、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。 四、全人工肩關節（包含反置式）肱骨側、全人工肘關節肱骨側或尺骨側的 periprosthesis fracture。	D201-3	F-B-	纜線固定系統 Cable System(纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線骨板)	(106/08/01 修訂) 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)： 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。	修正
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	(109/11/01 修訂) 限 18 歲以下(<=18 歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一： 一、顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 二、顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切	D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	(109/11/01 修訂) 限 18 歲以下(<=18 歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一： 一、顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			除重建手術。 三、因腦瘤、顱內出血、顱內血管病灶等施行開顱手術。				二、顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。 三、因腦瘤、顱內出血、顱內血管病灶等施行開顱手術。	
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 速固硬式固定系統	(101/10/01 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	(101/10/01 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
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	(107/12/01 生效) 1.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。 2.限自體頭骨不堪使用，如頭骨碎裂、有感染疑慮者、自體頭骨植入後吸收者等。 3.需事前審查，檢附頭顱 X 光、3D CT 影像、敘明使用理由及使用特材規格。	D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	(107/12/01 生效) 1.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。 2.限自體頭骨不堪使用，如頭骨碎裂、有感染疑慮者、自體頭骨植入後吸收者等。 3.需事前審查，檢附頭顱 X 光、3D CT 影像、敘明使用理由及使用	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							特材規格。	
D203-1	F-B-	骨骼外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	(84/03/01 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	(84/03/01 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
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	(107/04/01 生效) 1.限 18 歲(含)以下。 2.嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3.須事前審查：附 X 光片、照片及 3D 電腦斷層影像。	D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	(107/04/01 生效) 1.限 18 歲(含)以下。 2.嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3.須事前審查：附 X 光片、照片及 3D 電腦斷層影像。	未修正
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板及固定器	(109/12/01 修訂) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準:「納氏胸廓異常矯正術(代碼:67055B)」規定。 二、每次限使用一支矯正板及一個固定器為原則，如超過者,須事前審查。	D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板及固定器	(109/12/01 修訂) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「納氏胸廓異常矯正術(代碼:67055B)」規定。 二、每次限使用一支矯正板及一	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							個固定器為原則，如超過者，須事前審查。	
D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	(108/03/01 生效) 一、適應症: (一)膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間 1/2 且生長板尚未關閉。 (二)膝屈曲攣縮 10 度~20 度且生長板尚未關閉。 (三)踝關節脛骨平台或距骨平頂外翻超過 10 度且生長板尚未關閉。 (四)長短腿 2-5 公分(從地面算到腸骨頂)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症下，生長板之任一側以使用 1 組為限。	D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	(108/03/01 生效) 一、適應症: (一)膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間 1/2 且生長板尚未關閉。 (二)膝屈曲攣縮 10 度~20 度且生長板尚未關閉。 (三)踝關節脛骨平台或距骨平頂外翻超過 10 度且生長板尚未關閉。 (四)長短腿 2-5 公分(從地面算到腸骨頂)且生長板尚未關閉。 二、符合上述適應症下，生長板之任一側以使用 1 組為限。	未修正
D301-1	F-P-	顱顏面骨螺絲 BONE SCREW	(110/06/01 修訂) 符合 D201-1 使用規範者。	D301-1	F-P-	顏面骨螺絲 BONE SCREW	(87/11/01 修訂) 重建型、迷你型、微小型顏面骨螺絲給付規定限：	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							(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脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	(89/05/29 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)。	E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC CVP	(89/05/29 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)。	未修正
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	(89/05/29 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	E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	(89/05/29 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			nutrition)。 4.禁止使用於體重不到 20 公斤的小兒病患。				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	(94/04/01 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	(94/04/01 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 CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	(97/10/01 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	E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組 PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	(97/10/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							BP<=90 mmHg 或乳酸值 Lactate>=4 mmol/L。	
E201-5	C-P	動脈壓力監測組	(100/05/01 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	(100/05/01 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 INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	(102/10/01 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。	E201-6	C-P	腹內壓力監測組 INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	(102/10/01 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。	未修正
E201-7	C-P	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	(104/04/01 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	E201-7	C-P	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	(104/04/01 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(84/03/01 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。	E204-1	C-F-	特殊腸道治療管 SPECIAL ENTERNAL FEEDING TUBE	(84/03/01 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。	未修正
E204-2	B-B-	灌食袋 FEEDING、PUMP SET	(109/09/01 修訂) 灌食袋(含動力式及 PUMP SET):限長期無法進食，恢復進食之最初階段使用。 一、適應症： (一)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	E204-2	B-B-	灌食袋 FEEDING、PUMP SET	(109/09/01 修訂) 灌食袋(含動力式及 PUMP SET):限長期無法進食，恢復進食之最初階段使用。 一、適應症： (一)CRITICALLY ILL PATIENT 長期臥床無法行動，並長期消化	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			善者。 (二)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。 (三)以其他方式灌食發生以下情形，需藉灌食袋之使用，以降低灌食速率及容量，減輕不適。1.胃排空不全。2.頑固性腹瀉。3.噁心、嘔吐。 (四)其他經營養師會診確認需使用的情形。 二、使用數量： 住院病人以一週給付兩副為原則，不足一週者，給付數量如下： (一)小於等於三天，給付一副。 (二)四至七天，給付二副。(使用三天後再使用另一副)				不良、腹脹，無法以藥物改善者。 (二)加護病房使用呼吸器治療中長期脹氣無法以藥物治療改善者。 (三)以其他方式灌食發生以下情形，需藉灌食袋之使用，以降低灌食速率及容量，減輕不適。 1.胃排空不全。 2.頑固性腹瀉。 3.噁心、嘔吐。 (四)其他經營養師會診確認需使用的情形。 二、使用數量： 住院病人以一週給付兩副為原則，不足一週者，給付數量如下： (一)小於等於三天，給付一副。 (二)四至七天，給付二副。(使用三天後再使用另一副)	
E204-3	C-F-	矽質胃管 SILICONE	(93/04/01 修訂) 矽質鼻胃管之使用	E204-3	C-F-	矽質胃管 SILICONE	(93/04/01 修訂) 矽質鼻胃管之使	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		N-G TUBE	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。			N-G TUBE	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	(106/01/01 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。	E204-4	C-F-	PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY SYSTEM	(106/01/01 修訂) 1、成人限每 6 個月更換一次，18 歲以下兒童每	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		胃造口術裝置組	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。			胃造口術裝置組	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	(100/05/01 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	(100/05/01 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 FEEDING TUBE(具片狀凸出 TIGER)	(101/10/01 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)	(101/10/01 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
E204-7	C-F-	多功能經鼻腔空腸餵食管	(106/12/01 生效) 1、需要同時進行胃引流及腸灌食。	E204-7	C-F-	多功能經鼻腔空腸餵食管	(106/12/01 生效) 1、需要同時進行	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。				胃引流及腸灌食。 2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。	
E205-1	C-F	膠囊內視鏡	(107/03/01 生效) 1.依本保險醫療服務給付項目:「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。 2.採事後逐案審查。	E205-1	C-F	膠囊內視鏡	(107/03/01 生效) 1.依本保險醫療服務給付項目：「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。 2.採事後逐案審查。	未修正
E206-1	C-F-	消化道氣球擴張導管	(109/12/01 生效) 一、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「經內視鏡施行食道擴張術」(編號：47057B)所訂之支付規範。 二、本保險醫療服務給付項目及支付標準「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」(編號：56032B)不得申報。 三、氣球擴張導管直徑三公分(含)以上，術後審查需附「上消化道攝影檢查」或「食道蠕動	E206-1	C-F-	消化道氣球擴張導管	(109/12/01 生效) 一、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「經內視鏡施行食道擴張術」(編號：47057B)所訂之支付規範。 二、本保險醫療服務給付項目及支付標準「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」(編號：56032B)不得申報。 三、氣球擴張導	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			檢查」。				管直徑三公分(含)以上，術後審查需附「上消化道攝影檢查」或「食道蠕動檢查」。	
E207-1	C-F-	大腸金屬支架	(110/12/01 生效) 大腸金屬支架 符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 49029B 「大腸金屬支架置放術」所訂之支付規範。					新增
E210-1	T-K-	體外電震波腎臟碎石機電擊棒(百次)ESWL ELECTRODE	(93/07/01 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)ESWL ELECTRODE	(93/07/01 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：勒鈖針狀電極 LEVEEN NEEDLE ELECTRODE	(105/02/01 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「勒鈖針狀	E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒鈖針狀電極 LEVEEN NEEDLE ELECTRODE	(105/02/01 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			電極」,同次治療以使用一種為限。				4.「水冷式直針燒灼」與「勒鈒針狀電極」，同次治療以使用一種為限。	
E210-3	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤)	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤。 二、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 三、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針，同次治療以使用一種為限。	E210-3	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤)	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤。 二、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 三、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針，同次治療以使用一種為限。	未修正
E210-4	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於五公分(含)的單一肝腫	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於五公分(含)的單一肝腫	E210-4	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於五公分(含)的單一肝腫	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於五公分	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		瘤）	瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 二、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(三針組)與微波消融探針，同次治療限申報一組。			瘤）	(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 二、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(三針組)與微波消融探針，同次治療限申報一組。	
E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	(109/06/01 生效) 一、需事前審查。 二、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA)(編號：37048B)所訂之適應症。 三、每次治療限使用一項特材品項。	E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	(109/06/01 生效) 一、需事前審查。 二、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA)(編號：37048B)所訂之適應症。 三、每次治療限使用一項特材品項。	未修正
E230-1	T-K-	乳房組織標記夾 BREAST TISSUE MARKER	(105/04/01 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 MARKER	(105/04/01 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
E240-1	T-K-	玻璃體切除	(109/05/01 生效)	E240-1	T-K-	玻璃體切除	(109/05/01 生	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		器及 LIGHT GUIDE	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B 及 86415B)同時申報。			器及 LIGHT GUIDE	效) 不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B 及 86415B)同時申報。	
E301-1	C-L-	精密輸液套(卡榫式)PRECISION ADMINISTRATION SET	(84/03/01 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	E301-1	C-L-	精密輸液套(卡榫式)PRECISION ADMINISTRATION SET	(84/03/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(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。				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 ADMINISTRATION SET	(84/03/01 生效) 線性式 PUMP SET 一、適用範圍： (一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如 Heparin，Dopamin,Levophed 等均得使用 Iv Pump Set。 (二)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控 Intake 與 Output，例如 TPN 等輸液，可使用 IV Pump Set。 (三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以上者則視病情需要而定。申報費用時應	E301-2	C-L-	精密輸液套(線性式)PRECISION ADMINISTRATION SET	(84/03/01 生效) 線性式 PUMP SET 一、適用範圍： (一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如 Heparin，Dopamin，Levophed 等均得使用 Iv Pump Set。 (二)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控 Intake 與 Output，例如 TPN 等輸液，可使用 IV Pump Set。 (三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(92/01/01 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。	E301-3	C-L-	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRATION SET	(92/01/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(88/01/014 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。	E301-4	C-L-	精密輸液套(免針頭加藥)PRECISION ADMINISTRATION SET	(88/01/014 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							(四)感染科病房。(五)手術房。	
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	(109/05/01 修訂) 一、病患因預期接受可能大量出血之下列外科手術，且於手術中 1 小時內急需輸血 8 單位以上者： (一)主動脈剝離或主動脈瘤需行主動脈置換手術(診療項目編號：69024B，69035B~69037B)。 (二)心室瘤或破裂須修補(編號：68005B 及 68043B)、再次進行心臟手術(編號：68006B)、心室輔助器置放(編號：68051B)。 (三)骨盤半切斷術(編號：64148B)、肩關節截斷手術(編號：64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(編號：64209B)。 (四)骨腫瘤切除(編號：64204B，64205B，64207B)。 (五)腎臟腫瘤伴隨	E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	(109/05/01 修訂) 一、病患因預期接受可能大量出血之下列外科手術，且於手術中 1 小時內急需輸血 8 單位以上者： (一)主動脈剝離或主動脈瘤需行主動脈置換手術(診療項目編號：69024B，69035B~69037B)。 (二)心室瘤或破裂須修補(編號：68005B 及 68043B)、再次進行心臟手術(編號：68006B)、心室輔助器置放(編號：68051B)。 (三)骨盤半切斷術(編號：64148B)、肩關節截斷手術(編號：64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(編號：64209B)。 (四)骨腫瘤切除	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			主要血管入侵，執行「侵根治性腎切除併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「血管吻合術(編號：69008B)」或「侵根治性腎切除術併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「動脈縫合(編號：69009B)」。 (六)心臟移植(編號：68035B)。 (七)肺臟移植:單側或雙側(編號：68037B，68047B)。 (八)肝臟移植(編號：75020B)。 二、因外傷引起低血容性休克：出血性低血壓(收縮壓小於 90 mmHg)、心跳加速(脈搏大於等於 120 次/分)、酸血症(動脈氧氣分析酸鹼值小於 7.3)或血紅素小於 7gm/dl 者。 三、每次急診急救或手術限使用 1 套為原則。				(編號：64204B，64205B，64207B)。 (五)腎臟腫瘤伴隨主要血管入侵，執行「侵根治性腎切除併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「血管吻合術(編號：69008B)」或「侵根治性腎切除術併行淋巴清掃術或合併局部淋巴切除術(編號：76007B)」+「動脈縫合(編號：69009B)」。 (六)心臟移植(編號：68035B)。 (七)肺臟移植:單側或雙側(編號：68037B，68047B)。 (八)肝臟移植(編號：75020B)。 二、因外傷引起低血容性休克：出血性低血壓(收縮壓小於 90 mmHg)、心跳加速(脈搏大於等於	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							120 次/分)、酸血症(動脈氧氣分析酸鹼值小於 7.3)或血紅素小於 7gm/dl 者。 三、每次急診急救或手術限使用 1 套為原則。	
E304-1	H-H-	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/01/01 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反應	E304-1	H-H-	輸血過濾器(血小板專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/01/01 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，	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			二次以上之病患,需再次輸血治療時。				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	(87/01/01 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,	E304-2	H-H-	輸血過濾器(紅血球專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	(87/01/01 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			需再次輸血治療時。				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	(84/03/01 生效)限住院患者申報。	E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY BAG、UROSTOMY POUCH	(84/03/01 生效)限住院患者申報。	未修正
E306-1	R-R-	呼吸訓練器 TRI-FLO	(84/03/01 生效)限胸腔大手術後患者申報。	E306-1	R-R-	呼吸訓練器 TRI-FLO	(84/03/01 生效)限胸腔大手術後患者申報。	未修正
E309-1	W-B-	彈性繃帶 ELASTIC BANDAGE	(84/03/01 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 ELASTIC BANDAGE	(84/03/01 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	(105/08/01 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	F201-1	F-U	輸尿管粘膜下植體暨注射針	(105/08/01 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，	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	F-U	連續性靜靜脈血液濾過組	(94/01/01 生效) 限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。	F205-1	F-U	連續性靜靜脈血液濾過組	(94/01/01 生效) 限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。	未修正
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	(107/04/01 生效) 用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。	F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	(107/04/01 生效) 用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。	未修正
G301-3	N-C-	筆型胰島素注射筒NOVOPEN3	(92/11/01 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-C-	筆型胰島素注射筒NOVOPEN3	(92/11/01 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
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	(99/01/01 生效) 具感染高危險性病人：愛滋病、病毒	G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	(99/01/01 生效) 具感染高危險性病人：愛滋病、	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。				病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。	
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	(107/12/01 生效) 於心跳停止、呼吸停止、休克或癲癇重積狀態等緊急狀況下，無法立即建立靜脈輸液管道時使用。	G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	(107/12/01 生效) 於心跳停止、呼吸停止、休克或癲癇重積狀態等緊急狀況下，無法立即建立靜脈輸液管道時使用。	未修正
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	(110/11/01 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、需事前審查，經同意後使用。	H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	(101/07/01 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。	修正
H204-2	F-A-	異體組織片 TRANZGRAFT	(92/01/01 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	H204-2	F-A-	異體組織片 TRANZGRAFT	(92/01/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			者。 四、需經事前審查經同意後使用。				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	(105/10/01 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 Perfluoron	(105/10/01 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)	(105/10/01 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。	H205-2	F-A-	矽油(silicone oil)	(105/10/01 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，	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							以供事後審查。	
H206-1	F-A-	亮藍網膜眼用染劑	(109/07/01 生效) 一、適應症應包括： (一)高度近視(800 度(含)以上且眼軸長於 26.5mm(含)以上)合併黃斑部病變，包括黃斑部裂孔、視網膜上膜增生、黃斑部劈裂及黃斑部剝離等；若因曾接受過白內障手術併人工水晶體植入術或其他近視矯正手術，導致近視度數未達 800 度,則須事前審查。 (二)視力下降至 0.5 以下，且視力下降非來自其他眼部疾病，例如角膜混濁、白內障、視神經病變等。 二、須檢附以下資料備查： (一)電腦驗光、眼軸測量及矯正視力記錄 (二)附水晶體外眼照片及眼底照片。 (三)附 OCT 檢查照片。 三、事前審查所需資料同二須檢附備	H206-1	F-A-	亮藍網膜眼用染劑	(109/07/01 生效) 一、適應症應包括： (一)高度近視(800 度(含)以上且眼軸長於 26.5mm(含)以上)合併黃斑部病變，包括黃斑部裂孔、視網膜上膜增生、黃斑部劈裂及黃斑部剝離等；若因曾接受過白內障手術併人工水晶體植入術或其他近視矯正手術，導致近視度數未達 800 度，則須事前審查。 (二)視力下降至 0.5 以下，且視力下降非來自其他眼部疾病，例如角膜混濁、白內障、視神經病變等。 二、須檢附以下資料備查： (一)電腦驗光、眼軸測量及矯正視力記錄	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			查資料。				(二)附水晶體外眼照片及眼底照片。 (三)附 OCT 檢查照片。 三、事前審查所需資料同二須檢附備查資料。	
H206-2	F-A-	台酚藍囊袋眼染劑	(109/11/01 修訂) 一、適應症限過熟型白內障。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力 0.01 以下或分辨指數 30 公分以內。 (二)散瞳眼底檢視,眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須顯示過熟白內障表徵。	H206-2	F-A-	台酚藍囊袋眼染劑	(109/11/01 修訂) 一、適應症限過熟型白內障。 二、每人每眼限用一支。 三、須事前審查，事前審查必須符合條件： (一)矯正視力 0.01 以下或分辨指數 30 公分以內。 (二)散瞳眼底檢視，眼底細節(如血管等)模糊無法辨識。瞳孔無法散大者，可檢附雙維超音波檢查圖像，初步評估眼後葉狀態。 (三)檢附之外眼照片必須顯示過熟白內障表徵。	未修正
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear	(108/09/01 修訂) 一、限未滿 18 歲患	H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear	(108/09/01 修訂)	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		Implant)	者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 三、應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。			Implant)	一、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。 二、每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 三、應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。	
I203-1	C-M-	血管栓塞環	(109/03/01 修訂) 一、限動靜脈畸型、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。	I203-1	C-M-	血管栓塞環	(109/03/01 修訂) 一、限動靜脈畸型、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。	未修正
I203-2	C-M-	白金纖維環 COIL	(110/05/01 修訂) 本項特材須事前審查,審查原則如下: 一、執行醫師資	I203-2	C-M-	白金纖維環 COIL	(100/01/01 修訂)本項特材須事前審查，審查原則如下：	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			格：需符合以下二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。(二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行: 1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、適應症： (一)後循環腦血管動脈瘤 (二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻管，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，				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、適應症： (一)後循環腦血管動脈瘤。 (二)前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻管，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。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(93/04/01 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	(93/04/01 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	(100/07/01 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	(100/07/01 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-D-	腦室外引流管組(含 2 種抗生素)	(102/01/01 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。	I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含 2 種抗生素)	(102/01/01 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，	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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)	(103/01/01 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。	I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM 高順應性球囊)	(103/01/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							併申報。	
I203-7	C-M-	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	(103/10/01 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	(103/10/01 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-	深層腦部刺激器	(108/08/01 修訂) 一、需符合下列各項條件： (一)屬原發性巴金森病	I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	(108/08/01 修訂) 一、需符合下列各項條件： (一)屬原發性巴	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			(Parkinson's disease)。 (二)發病五年以上，且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (三)病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental Status Exam 須大於 24 分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等)，以及無藥物無法控制之精神疾病。 (四)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 二、須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料，並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用 三、使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定				金森病(Parkinson's disease)。 (二)發病五年以上，且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (三)病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental Status Exam 須大於 24 分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等)，以及無藥物無法控制之精神疾病。 (四)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 二、須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料，並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			蓋，限裝置深層腦部刺激器患者使用，以申請一次為限。				核准後使用 三、使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋，限裝置深層腦部刺激器患者使用，以申請一次為限。	
I203-9	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含 2 種抗生素)	(104/06/01 生效) 一、曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 二、已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，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)。	I203-9	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含 2 種抗生素)	(104/06/01 生效) 一、曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 二、已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，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)。	未修正
I203-10	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用，含 2 種抗生素)	(104/06/01 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	I203-10	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用，含 2 種抗生素)	(104/06/01 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。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			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。				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	(104/12/01 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。	I203-11	C-D-	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥	(104/12/01 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	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
							小。	
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	(108/07/01 修訂)應同時符合下列條件： 一、前循環在發作內 8 小時內、後循環在發作後 24 小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第 1 及第 2 段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≧8 and ≦30。 四、給付裝置以 1 項特材品項為原則，2 項特材品項為限，使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時，得視實際情況決定使用並得申報第 2 項特材品項，惟應檢附報告及影像以備查。	I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	(108/07/01 修訂)應同時符合下列條件： 一、前循環在發作內 8 小時內、後循環在發作後 24 小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第 1 及第 2 段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≧8 and ≦30。 四、給付裝置以 1 項特材品項為原則，2 項特材品項為限，使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時，得視實際情況決定使用並得申報第 2 項特材品項，惟應檢附報告及影像以備查。	未修正
I203-13	C-M-	左心耳閉合	(105/11/01 生效)	I203-13	C-M-	左心耳閉合	(105/11/01 生	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		器 Left Atrial Appendage Closure device	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。			器 Left Atrial Appendage Closure device	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	(105/11/01 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	(105/11/01 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
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	(107/03/01 生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於 15mm 者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm) 最大徑大於 10mm 者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於 10mm。 (四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，	I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	(107/03/01 生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於 15mm 者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm) 最大徑大於 10mm 者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於 10mm。	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			其最大徑大於 10mm 者。 (五)同一支血管中發現 2 顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以 5 個為限。 三、需事前審查。				(四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於 10mm 者。 (五)同一支血管中發現 2 顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以 5 個為限。 三、需事前審查。	
I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	(108/02/01 生效) 限顱內介入性治療使用。	I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	(108/02/01 生效) 限顱內介入性治療使用。	未修正
I203-17	C-M-	血管導入裝置	(109/03/01 生效) 一、困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。	I203-17	C-M-	血管導入裝置	(109/03/01 生效) 一、困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 二、附治療前後血管攝影照片申報使用。	未修正
I203-18	C-M-	液態栓塞系統之輸送微導管	(109/09/01 生效) 液態栓塞系統之輸送微導管： 非膠黏性 DMSO 相容液態栓塞微導管，限用於神經血管動靜脈異常之栓	I203-18	C-M-	液態栓塞系統之輸送微導管	(109/09/01 生效) 液態栓塞系統之輸送微導管： 非膠黏性 DMSO 相容液態栓塞微導管，限用於神經	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			塞治療				血管動靜脈異常之栓塞治療	
I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	(109/12/01 生效) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準:「迷走神經刺激術-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以癲癇手術治療或曾以癲癇手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、需事前審查(包含首次植入電池與更換電池)。	I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	(109/12/01 生效) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激術-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以癲癇手術治療或曾以癲癇手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、需事前審查(包含首次植入電池與更換電池)。	未修正
I203-20	C-B-	顱內支架系統	(110/07/01 生效) 顱內支架系統： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神					新增

<table>
<tr><td colspan="4">修正規定</td><td colspan="4">現行規定</td><td>說明</td></tr>
<tr><td colspan="4">通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。</td><td colspan="4">通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。</td><td>修正年度並酌修文字。</td></tr>
<tr><td colspan="4">修正規定(111 年 1 月)</td><td colspan="4">現行規定（110 年 1 月）</td><td>修正年度</td></tr>
<tr><td>給付規定分類碼</td><td>大小類碼</td><td>品名表</td><td>給付規定</td><td>給付規定分類碼</td><td>大小類碼</td><td>品名表</td><td>給付規定</td><td>說明</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>經科專科醫師執行
(二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行：
1.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。
2.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。
3.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。
二、需事前審查。
三、需符合主要適應症：
(一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。
(二)腦缺血或中風之區域非屬穿通枝型。
(三)距最近一次中風超過 7 天之病人，且接受治療時之雷氏修正量表小於等於 3 分。</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
I203-21	C-M-	內部鎖固式線圈	(110/12/01 生效) 內部鎖固式線圈： 一、限動靜脈畸型、其他血管病灶或腫瘤栓塞術患者。 二、限使用在高速血流處栓塞、動靜脈廔管交界處、栓塞處有重要血管分支、寬頸動脈瘤、及其他需要精準定位的栓塞治療。 三、附治療前後血管攝影照片申報使用。 四、每次治療至多使用二個內部鎖固纖維式線圈。					新增
I203-22	C-M-	可吸收性栓塞微粒球	(110/12/01 生效) 可吸收性栓塞微粒球 一、適應症：符合診療項目 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人接受 TACE 治療使用。 二、每次限用一瓶。					新增
I203-23	C-M-	液態栓塞系統-周邊神經血管	(110/12/01 生效) 一、適應症：符合診療項目 33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸型或					新增

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			瘻管。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。					
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
I301-4	C-E-	低阻力針筒	(110/12/01 生效) 不得同時申報硬膜外麻醉針套(含 NEEDLE+CATHETER+FILTER+SYRINGE)或硬膜外麻醉針套(含 NEEDLE+CATHETER+SYRINGE)					新增
I302-1	C-E-	藥物準備系統	(106/01/01 生效) 限危害性藥品專用。	I302-1	C-E-	藥物準備系統	(106/01/01 生效) 限危害性藥品專用。	未修正
T101-1	T-S-	糖尿病血糖	(110/12/01 修訂)	T101-1	T-S-	第一型糖尿	(99/06/01 生效)	修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		試紙	一、第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以四片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HBA1C)之紀錄，以為核給之依據。如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 二、妊娠糖尿病血糖試紙之數量每天以五片為上限，每次一個月之份量為原則，給付至生產止。 三、給付之保險對象： (一)領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。(二)懷孕二十八週(含)以上妊娠糖尿患者。 四、有關申報規定臚列如后： (一)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特			病血糖試紙	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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (二)僅開立血糖試紙處方者，無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (三)開立慢性病連續處方箋者，依上開規定及原相關規定辦理。				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。	
T201-1	T-F-	溫度管理系統	(107/06/01 生效) 1.按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼 47094B~47096B)及「週產期新生兒低溫療法」(編碼 47097B~47100B)所列給付規定辦理。 2.每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。	T201-1	T-F-	溫度管理系統	(107/06/01 生效) 1.按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼 47094B~ 47096B)及「週產期新生兒低溫療法」(編碼 47097B~47100B)所列給付規定辦理。 2.每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。	未修正
T301-1	C-T-	腹腔內溫熱	(108/07/01 生效)	T301-1	C-T-	腹腔內溫熱	(108/07/01 生	未修正

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
		化療(HIPEC)	一、須事前審查，提供 3 個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。 二、限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)、大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、復發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療限術前化學治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減癌手術(Interval Cytoreduction)時。 三、手術者須預期前述 5 項腫瘤接受減量手術前無腹膜			化療(HIPEC)	效) 一、須事前審查，提供 3 個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。 二、限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)、大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、復發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療限術前化學治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減癌手術(Interval Cytoreduction)時。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百一十一年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度並酌修文字。
修正規定(111 年 1 月)				現行規定（110 年 1 月）				修正年度
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	說明
			外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於 0.25 公分以下)。 四、需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。 五、每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組 1 組，灌注導管最多使用 4 條。				三、手術者須預期前述 5 項腫瘤接受減量手術前無腹膜外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於 0.25 公分以下)。 四、需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。 五、每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組 1 組，灌注導管最多使用 4 條。	