

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	105/04/01	999/12/31	1050401起： 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除肺部、胃部、大腸直腸癌、乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二支外，其餘以一支為原則。
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	104/08/01	999/12/31	1040801起： SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過6支、12支、20支為原則。
A101-3	S-A-	VALTRAC	85/07/03	999/12/31	D&G VALTRAC 適應症為： 限定在復原性之乙狀結腸或直腸之前位切除與低前位切除手術時使用。
A101-4	S-A-	環型自動縫合器含釘	105/04/01	999/12/31	1050401起： 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.人造膀胱手術5.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除胃部、大腸直腸癌及乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一付為原則。
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	105/04/01	999/12/31	1050401起： 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	999/12/31	1050401起： 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、當次手術限使用1支。
A101-7	S-A-	一次性端對端吻合器及一次性端對端吻合器-經口輸送導管	105/05/01	999/12/31	1050501起： 1.適用於以內視鏡手術治療食道癌及胃癌之病患。2.單次手術限申報一組(一次性端對端吻合器或附加一次性端對端吻合器-經口輸送導管)。
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	107/06/01	999/12/31	1070601起生效 1.經內視鏡影像證明息肉柄(莖)大於1公分。 2.1顆息肉限申報1個，每次手術不可超過2個。 3.須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	107/08/01	999/12/31	1070801生效 1. 限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織瓣重建手術之病患，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。
A101-10	S-A-	Hem-o-lok血管夾	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。
A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合系統	108/06/01	999/12/31	限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化，且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION CATHETER	84/03/01	999/12/31	OXIMETRIX OPTI CATHETER適應症如下： 1. 心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2. 心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3. 各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。
A206-1	F-H-	四分支白金雙重絲絨 人工血管	94/12/01	999/12/31	限主動脈弓手術時使用。
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	108/12/01	999/12/31	限Pediatric 使用:18歲(含)以下。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管	98/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂)矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管之使用規範修訂如下： 1．限腎造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿病患使用。 2．限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿病患使用。
A207-2	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管	98/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂)矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管： 導尿管須留置一週以上，且須定期沖洗之病患使用。
A211-1	C-D-	LE-VEEN 導管 LE-VEEN SHUNT	84/03/01	999/12/31	PLEURO PERITONEAL SHUNT 適應症限： 1. 乳糜胸2. 原發性及轉移性胸內癌性積水3. 惡性心包膜積液4. 良性胸腔積液如經穿刺無效→胸腔引流無效→胸腔內給藥無效→胸腔施行肋膜成型術或摘除術皆無效時使用。
A211-2	C-D-	1. 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋) 2. 負壓可調式胸腔引流器(106.06.01新增)，一體成形(106年9月1日新增)	106/09/01	999/12/31	自106.09.01修訂： 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)、負壓可調式胸腔引流器-可拆式(106年6月1日新增)、負壓可調式胸腔引流器-一體成形(106年9月1日新增)-用於氣胸： 有持續漏氣經初步治療超過7天，且不適合手術，並經主治醫師評估可返家照護者。
A213-1	C-B-	氣球擴張導管PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	88/08/01	999/12/31	PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER適應症為： 適用於二尖瓣及主動脈瓣的擴張手術，特別適合於局部狹窄，放置氣球導管有困難的案例。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-2N	C-B-	血管支架CORONARY STENT	107/09/01	999/12/31	血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A)107/9/1起增修 一、 使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、 適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者： 1.內膜剝離長度大於十五毫米以上 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上 3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR$\leq$0.8或iFR$\leq$0.89者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶或再發狹窄經測量FFR$\leq$0.8或iFR$\leq$0.89者。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶:1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR$\leq$0.8或iFR$\leq$0.89者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR$\leq$0.8或iFR$\leq$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	999/12/31	冠狀動脈包覆支架使用規範及適應症範圍：(91/09/01) 一、 使用規範：(一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。(二)經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、 適應症範圍：限冠狀動脈血管破裂緊急時使用。 三、 申請方式：採事後逐案審查。 四、 檢附資料：冠狀動脈包覆支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)及心導管相關照片資料。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-4	C-B-C-G-	SEPTAL OCCLUDER心房中膈缺損關閉器、輸送導管及測量導管	101/09/01	999/12/31	心房中膈缺損關閉器之適應症（自93.03.01起修訂） 一、適應症限：患者年齡在二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。（101年9月1日）
A213-5	C-B-	DUCT OCCLUDER開放性動脈導管關閉器	96/08/01	999/12/31	開放性動脈導管關閉器之適應症： 使用於關閉2.5MM以上之開放性動脈導管。
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	98/11/01	999/12/31	981101 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。
A213-7	C-B-	FIBER OPITIC IAB光纖感應主動脈弓氣球導管	99/04/01	999/12/31	光纖感應主動脈弓氣球導管適應症(990401起)限用於： 一、心臟外科手術併心臟低輸出量者。 二、心臟低輸出量併心房顫動者。
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	105/03/01	999/12/31	動靜脈血管塞給付規定(1050301修訂)： 一、栓塞標的病灶直徑3mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或困難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑3mm以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑3mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環且標的病灶直徑3mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接且標的病灶直徑3mm以上。 六、冠狀動靜脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑3mm以上血管之分枝。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-9	C-B-	主動脈阻斷導管	100/01/01	999/12/31	主動脈阻斷導管給付規定(100.01.01)： 一、破裂性主動脈瘤。 二、解剖學上難以橫夾血管處理之主動脈病變。
A213-10	C-B-	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器	101/10/01	999/12/31	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器自101年10月1日起 一、須符合以下三項條件： (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS $\geq$ 1.5或有心衰竭，或有輕或中程度的肺高血壓，平均肺動脈壓(mean PAP) $\geq$ 25mmHg。 (三)體重 $\geq$ 8公斤。 二、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依衛生署『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	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)	102/07/01	999/12/31	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)給付規定： 需符合下列給付規定之一： 一、A213-4 二、A213-5 三、A213-10
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器、輸送導管	106/08/01	999/12/31	自106.08.01起 一、限先天性膜部心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重8公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者： 1. 有心臟擴大、心衰竭。 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM	97/07/01	999/12/31	持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM97年7月1日修訂如下： (一)限2歲以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 (二)當次住院期間限使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管(cannula)半套。
A214-2	C-R-	可移動式雙腔式支氣管導管	101/10/01	999/12/31	給付規定修改自101年10月1日生效 (一) 需要進行單肺通氣之手術, 包括1. 胸主動脈瘤手術THORACIC ANEURYSM 2. 微創開心手術CARDIAC SURGERY-MINIMALLY INVASIVE 3. 氣胸手術PNEUMOTHORAX SURGERY 4. 支氣管肋膜瘻管手術BRONCHO PLEURAL FISTULA 5. 食道手術ESOPHAGEAL SURGERY 6. 肺切除手術LUNG RESECTION (二)大量咳血之緊急處置MASSIVE HEMOPTYSIS
A214-3	C-R-	氣管內管ENDOTRACHEAL TUBE	84/03/01	999/12/31	處置使用可申報，手術使用不另給付
A214-4	C-R-	氣切套管(使用年限長)	99/01/01	999/12/31	99.1.1 限使用於長期依賴呼吸機之氣切患者使用，一年給付不超過三套（以第一套之使用時間起算）。
A214-5	C-R-	氣管引導器組	100/01/01	999/12/31	100.1.1 限使用於加護病房之病患。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統BUBBLE CPAP SYSTEM	105/05/01	999/12/31	自105.05.01生效 1. 限2歲以下或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 2. 當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套1組或整組1組。
A214-7	C-R-	氣管套管(具聲門下抽吸)	105/11/01	999/12/31	自105.11.01生效 1. 呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。 2. 易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	107/02/01	999/12/31	自107/02/01 起生效： 1. 使用高頻呼吸器之病人。 2. 6歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 3. 每次住院限申報1個。
A214-9	C-R-	呼吸道氣球擴張導管	109/03/01	999/12/31	適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人1年以3次為原則： 1. 惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 2. 良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結痂及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 3. 1年使用超過3次需事前審查。
A215-1	N-E-	同軸庫可取樣針組	98/07/01	999/12/31	同軸庫可取樣針組適應症為(自980701起)： 用於胸腔及縱膈腔腫瘤組織取樣之患者。
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	84/03/01	999/12/31	適應症為： 限癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。
A216-2	C-L-	PICC	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 PICC適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47065B治療性導管植入術-末梢靜脈植入中心導管術(PICC)所訂之適應症。
A216-3	N-D-	PORT-A NEEDLE	95/11/01	999/12/31	PORT-A NEEDLE適應症為：(951101生效) 對於因癌症化學治療已裝置「PORT-A CATHETER」者，可使用「PORT-A NEEDLE」給予癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療或非化學治療藥物輸液。
A216-4	C-L-	5-FU居家化療藥物輸液器	102/09/01	999/12/31	自102年9月1日生效 一、適用於居家注射化學治療藥物持續24小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用1日型或2日型輸液器，支付標準診療項目以靜脈血管內化學藥物注射一小時內37038B申報費用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。
A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	104/12/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭給付規定(104.12.01起生效) 限用於Cyclosporin、Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium等5項藥物輸注。
A216-8	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	105/07/01	999/12/31	高壓注射式PORT-A NEEDLE適應症為： 已植入可承受高壓注射植入式注射座(Port-A)的癌症病患，於接受電腦斷層檢查需施打顯影劑時使用。
A216-9	C-L-	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	106/01/01	999/12/31	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝膽以外之轉移，接受動脈化學藥物治療，並規範如下(106/01/01)： 1. 肝癌合併門靜脈阻塞時進行動脈化療。 2. 膽管癌動脈化療。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	96/12/19	999/12/31	人工生物化學覆蓋物適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂)： 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於15%以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡…等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	104/08/01	999/12/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範：(104/08/01生效) 1. 慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 2. 褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 3. 所有病例須檢附病灶前照片事前報備，經同意後使用。 4. 敷料三天以上更換一次，負壓罐7天以上更換一次。 5. 個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	102/01/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌-1020101生效) 適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂)： 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 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。
A217-5	W-D-	人造真皮再生模板 ARTIFICIAL SKIN DERMAL REGENERATION TEMPLATE	95/05/01	999/12/31	人造真皮再生模板(Artificial Skin Dermal Regeneration Template) 適應症及使用規範： 應事前審查，申請時需附相關治療部位照片、治療計畫及需求量等資料。限使用於影響肢體功能之疤痕重建手術，且無法提供適當或足夠FTSG面積時使用。
A217-6	W-D	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)	104/08/01	999/12/31	A217-6人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)：104.08.01生效 1. 適用於成年人(18歲(含)以上)之二度(含)以上，且總面積達15%(含)以上之燒燙傷傷口。 2. 適用於未成年人(18歲以下)之二度(含)以上，且總面積達10%(含)以上之燒燙傷傷口。 3. 嚴重脫皮症(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡)所致脫皮面積達15%(含)以上之傷口。 4. 使用此項材料後，換藥次數應減少。 5. 申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A218-1	F-P-	人工皮墊TISSURE EXPANDER	91/07/01	999/12/31	適應症(91/07/01)： 限小耳症患者施行外耳重建手術須做皮膚擴張術者、因外傷性疤痕攣縮、燙傷、化學性灼傷癒後之疤痕攣縮，而致身體功能影響者使用。
A218-2	F-P	微植皮擴皮墊 MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	104/08/01	999/12/31	(1040801起生效)： 1. 實施醫院資格：限設有燒傷中心之醫院使用。 2. 給付規定：限深二度及三度30%(含)以上的燒燙傷病患使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEOBRONCHIAL STENT	92/01/01	999/12/31	氣管支氣管支架使用規範(92/01/01生效) 一、惡性腫瘤導致氣管主支氣管狹窄而有呼吸困難症狀或肺部膨脹不全表現、肺功能顯示肺部呼吸道阻塞病變。 二、氣道食道瘻管，為防止吸入性肺炎之發生。 三、良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、支氣管內感染或結核症導致結痂及狹窄)造成氣道狹窄以致肺部膨脹不全，或肺功能顯示肺部呼吸道阻塞病變或呼吸困難。以上病因經病史顯示有呼吸功能之妨害，影像學及支氣管鏡顯示狹窄或配合肺功能顯示有阻塞性病變者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	99/08/01	999/12/31	頸動脈支架之使用規範及實施醫師資格(990801修訂) 一、使用規範如下： (一)無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二)有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三)放射線治療後之頭頸部動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四)頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五)因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，必須具頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，另有三例頭頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	95/09/01	999/12/31	腸骨動脈血管支架適應症如下(自95年9月1日生效實施)：限腸骨動脈使用，並須符合以下二項條件，且排除兩側腸總動脈開口處病灶： (一)血管管徑狹窄超過70%或壓力差30mm汞柱以上。 (二)有下肢缺血症狀或跡象。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	99/04/01	999/12/31	腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之適應症及使用規範(990401起修訂): 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件： (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分，但快速擴大且六個月內直徑增加0.5公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括：1、腹主動脈瘤合併感染。2、腹主動脈腸胃道瘻管。3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)髂動脈瘤：1、髂動脈瘤大於等於3.5公分。2、髂動脈瘤患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以輔助配件修補時，可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照行政院衛生署所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架之規定辦理。
A220-4	C-B-	淺股動脈血管裝置	100/04/01	999/12/31	淺股動脈適應症訂定如下：(100.04.01生效) 經1:1氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達50%以上，且該長度超過30mm 或合併前向血流未達正常(即TIMI FLOW $\leq$ II) 並符合下列條件之一： 一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度小於16公分內之 SFA病灶，且遠端無有效之側枝循環時。 二、危急性肢體缺血Critical Limb Ischemia(ABI<0.4併有resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，SFA病灶長度可不限於16公分內，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	100/07/01	999/12/31	血管治療導管(下肢)之適應症訂定如下(自1000701起)： 為治療股動脈及其下肢動脈狹窄或堵塞，而進行經皮動脈血管成型術時，除須符合直徑大於或等於所選球囊之直徑，並符合以下所列條件之一： 1、進行經皮動脈血管成型術之血管需有至少一處，其直徑堵塞達$\geq 50\%$，且病人有符合以下嚴重程度之症狀之一：(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)$> 20\text{mmHg}$，並經影像檢查（超音波、電腦斷層、核磁共振及血管攝影等）有大於80%以上及幾乎完全阻塞病灶。 3、膝下血管動脈剝離後所引起之血管狹窄。 4、當膝下血管狹窄處在0.018” 氣球導管下無法穿透進行治療時。
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	105/05/01	999/12/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1.胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2.胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer, PAU)。 3.胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌流不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4.先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5.創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。(1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	101/04/01	999/12/31	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管給付規定:(自1010401起) 使用於血管支架內再狹窄 $\geq 70\%$ 之病人(排除已使用同類塗藥【如Paclitaxel】支架內再狹窄)。
A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	101/07/01	999/12/31	腎動脈血管支架系統之給付規定:(自1010701起) 腎動脈血管管徑狹窄大於或等於70%或血行力學顯著之腎動脈狹窄(血管管徑狹窄大於50%，且壓力差大於或等於15mmHg)，無明顯腎臟萎縮(腎臟長度小於7cm)，且必須合併有以下任一條件： 1. 腎功能不全者($Cr > 1.5$)合併兩側腎動脈狹窄或單側有功能的腎臟有腎動脈狹窄。 2. 纖維肌肉發育不良(Fibromuscular Dysplasia)之腎動脈狹窄，有難以使用藥物控制的高血壓(使用三種或以上之抗高血壓藥物後血壓值大於等於140/90毫米汞柱)，且經氣球擴張術效果不佳者(仍有大於50%狹窄)。 3. 腎動脈狹窄合併復發性，無法解釋之鬱血性心臟衰竭或肺水腫。 4. 腎動脈狹窄合併不穩定型心絞痛。 5. 腎動脈血管剝離(Dissection)或動脈瘤(Aneurysm)。
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	106/07/01	999/12/31	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定(自1060701生效) 1. 周邊血管動脈瘤。 2. 周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈?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?管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 6. 下肢動脈阻塞性疾病，符合下列二者之一： (1)藥物無法改善之間歇性跛行($ABI < 0.7$)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 (2)危急性肢體缺血($ABI < 0.4$, resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 7. 主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統： 一、適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於4-15mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 二、須經事前審查同意後使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴式覆膜支架)	104/09/01	999/12/31	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴式覆膜支架)(1040901生效): 一、周邊血管動脈瘤。 二、周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 三、周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 四、主動脈人工血管支架手術中用以維持重要分枝血管暢通。 五、主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。
A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支架系統	105/12/01	999/12/31	(105/12/01) 1. 腹主動脈瘤合乎健保治療規範(A220-3)，並合併髂總動脈病變者。 2. 雙側髂總動脈瘤大於等於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。
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂：特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項：主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	107/12/01	999/12/31	超高壓周邊血管治療導管(107/12/01) 周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完全擴張(包括股、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)。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-15	C-B-	中央靜脈支架及輸送系統	108/07/01	999/12/31	1. 中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3個月內狹窄再發生。 2. 須事前審查。
A220-16	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	999/12/31	一. 適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta, COA)之任一情況且體重 $\geq 20\text{kg}$ 病患： 1. 經由血管造影術或非侵入性造影術如：心臟超音波、磁振造影(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。 2. 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。 3. 使用球囊血管擴張手術效果不彰或容易產生禁忌症之主動脈狹窄。 4. 狹窄直徑大於周邊血管直徑之20%。 二. 另覆膜支架，除需符合上述給付規定外，需符合下列情形之一： 1. 出現血管壁受損。 2. 降主動脈有小於3mm的長度呈現近乎完全阻塞的情形(nearly atretic descending aorta)。 3. 事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 4. 本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 三. 本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格，依主管機關『特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法』附表1第5項辦理。 四. 需事前審查。
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	100/10/01	999/12/31	產後出血填塞氣球給付規定：(自1001001起)： 1. 懷孕19週以上有前置胎盤、植入性胎盤或子宮下段出血不止所造成的產後出血狀況，當保守治療(如藥物控制出血)失敗，必須使用其他暫時性出血控制時。 2. 如為單純性子宮收縮不良引起之產後出血，產後或手術後子宮持續出血，其他治療方式效果不佳的情況下使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物	101/07/01	999/12/31	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物給付規定：(自1010701起)： 1. 前次疝氣修補曾產生排斥或感染者。 2. 年齡60歲以上之疝氣復發者。
A223-1	C-G-	延伸導引導管	101/07/01	999/12/31	延伸導引導管自1010701生效 一、罕見之血管開口位置。 二、介入醫材推送有明顯阻力(應附CD或明顯照片)且合併血管極度彎曲或重度鈣化。
A224-1	C-F-	多發式靜脈瘤結紮環組	102/01/01	999/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 1、限用於食道靜脈瘤 2、每次使用以1組為限(自1020101生效)
A224-2	C-F-	食道支架	105/10/01	999/12/31	(自105.10.01生效)使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。
A225-1	C-G-	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管(含橈型板)或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管	103/10/01	999/12/31	自103.10.01修訂 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管為限。
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)(或 iFR 107.9.1增修)	107/09/01	999/12/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE)自101.10.01生效 給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-3	C-G-	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線	103/11/01	999/12/31	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線自103.11.01生效 給付規定為：限用於冠狀動脈慢性完全阻塞(CTO)或功能性完全阻塞(functional total occlusion)病灶。
A225-4	C-G-	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線	105/02/01	999/12/31	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線自105.02.01生效給付規定為： 一、限用於冠狀動脈慢性完全阻塞之逆行性介入治療且使用externalization technique(必須有心導管光碟可佐證確有執行本操作)。 二、每一病例單次手術限申報一條。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A225-5	C-G-	心血管電極導管導引器(具單一角度)	105/08/01	999/12/31	1050801生效： 限用於複雜性心律不整(心房顫動、非典型性心房撲動及心室頻脈)之電燒。
A330-1	C-R-	氣切管-安全T型管	105/05/01	999/12/31	限喉膺復重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準66022B)
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	84/03/01	999/12/31	須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調彎導管	98/07/01	999/12/31	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一) 曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調整器病患。 (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。 980701增列(五)針對特殊部位，如Bachmanns bundle, mid, low septum等部位需要Pacing的病患。
B102-1	F-H-	肺動脈瓣補片	86/06/02	999/12/31	肺動脈瓣補片(M.V.O.P.)適應症限： 心包膜取得不易或嚴重肺動脈狹窄發育不良之患者使用。
B102-2	F-H-	肺動脈瓣修補管	86/06/02	999/12/31	肺動脈瓣修補管(V.P.C.)適應症限： 肺動脈先天性閉鎖或其他之先天性心臟病患者使用。
B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣膜FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	91/01/01	999/12/31	自由式主動脈生物人工瓣膜適應症： 1. 不能長期使用抗凝血劑病患(例如：慢性洗腎或有中風之患者)。 2. 六十五歲以上之患者。 3. 主動脈根部小於20mm(橫徑)病患。 4. 主動脈瓣心內膜炎或主動脈根部膿瘍病患。 5. 有主動脈根部之變性(例如Marfan Syndrome)或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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B102-4	FH	機械性瓣膜-帶人工血管-主動脈瓣膜/主動脈根部人工血管(1060901新增)	93/07/01	999/12/31	(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。
B102-5	F-H-	人工瓣膜輪/環	107/11/01	999/12/31	(107/11/01)人工瓣膜輪/環 1、以二尖瓣膜成形手術治療二尖瓣膜逆流, 需使用二尖瓣膜環固定成形及人工腱索重建者。 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。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	101/09/01	999/12/31	95.11.1生效, 申報規範: 1. 操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查, 個別醫院如經審查評估不符治療指引, 則改採逐案事前審查。◎ 適應症98年7月1日修訂: (一) 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二) 反覆發作之持續性心室頻脈。(三) 高危險性心臟血管疾病, 如: 曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$, 肥厚性心肌症, 擴張性心肌症, 且合併心室快速不整脈者。(四) 高危險性心臟遺傳性疾病, 如long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等, 且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。不宜列入項目: (一) 末期心臟衰竭, 無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二) 猝死可能經急救後, 無意識恢復之患者。(三) 末期疾病患者且存活不足六個月者。(四) 惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」, 自101.9.1. 解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-2	FH	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器(CRTD)	101/09/01	999/12/31	相關使用規範同B103-1。98.7.1. 修訂適應症。(一) 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二) 反覆發作之持續性心室頻脈。(三) 高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率$\leq 40\%$，肥厚性心肌症，擴張性心肌症，且合併心室快速不整脈者。(四) 高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等，且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。 心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：1. 應事先審查。2. 正常竇房節心律，LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，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$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，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$\leq 35\%$，NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善者。(五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為：符合「心臟整流去顫器」之適應症，且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者，於裝置時突發嚴重心室不整脈者，可改裝ICD或CRTD，以維護病患安全，並於事後補報。不宜列入之項目：1. 末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。2. 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。3. 末期疾病患者且存活不足六個月者。4. 惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具ATP及心房自動電擊功能)原B103-3	101/09/01	999/12/31	97.4.1生效實施。申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。 ◎ 適應症：（適應症代碼：B103-1） （一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 （二）反覆發作之持續性心室頻脈。 （三）高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricle dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症，擴張性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。 （四）使用於藥物控制不良之陣發性心房快速心律不整之病患。 ◎ 不宜列入項目： （一）末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 （二）猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。 （三）末期疾病患者且存活不足六個月者。 （四）惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。 (依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)
B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	98/07/01	999/12/31	98.7.1.修訂 （一）應事先審查。 （二）正常竇房節心律，LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，且NYHA Functional Class III，IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 （三）心房顫動之病患，LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，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$\leq 35\%$，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	999/12/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B104-3	C-X-	複雜性心房顫動之冷凍消融導管	106/11/01	999/12/31	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. 重度二尖瓣逆流或狹窄者。 2. 左心房大於55mm者。
B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	109/01/01	999/12/31	限用於複雜性之心房不整脈。
B104-5	C-X-	3D立體定位貼片組	109/03/01	999/12/31	1. 「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 2. 18歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。
B105-1	F-H-	經皮移除心臟內導線裝置	109/05/01	999/12/31	適應症及使用規範需符合下列之一： 一. 對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心內膜炎、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(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(含)以上導線。
B201-1	F-H- C-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	84/09/14	999/12/31	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR適應症限： 1、心臟手術後低心輸出量，無法脫離人工心肺機時使用。 2、實施較困難之心臟及大血管手術預期使用體外循環時間會較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B201-2	F-H-C-H-	體外循環維生系統ECMO(EXTRACORPOREAL CIRCULATION)	101/06/01	999/12/31	101年6月1日起修訂，依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68036B體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)使用之適應症及禁忌症訂定。
B201-3	F-H-	含肝磷脂、肝素之人工心肺OXYGENATER	86/09/12	999/12/31	含肝磷脂、肝素之適應症： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用。
B201-4	F-H-C-H-	FEMORAL ACCESS CANNULAE SET W/INTRODUCER(股動/靜脈導管及導引管組，無肝素塗層)	97/07/01	999/12/31	970701修訂： 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手術或二次心臟/胸腔手術，用於少於6小時之體外循環之手術使用。
B201-5	F-H-	含塗層之人工心肺WITH OR WITHOUT儲血槽(含ARTERIAL FILTER)	100/03/01	999/12/31	100.03.01生效： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限12歲以下之兒童開心手術使用。
B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD)	106/10/01	999/12/31	自1061001修訂生效 體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD):同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「心室輔助裝置植入」(編號：68051B)所訂給付規定。
B201-7	F-H-	長效型體外膜肺ECMO(EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	103/08/01	999/12/31	自103.08.01起生效： 限用於急性呼吸窘迫症候群病患及等待心臟移植病患之第二套以上(含)ECMO體外循環維生系統。
B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套管組	88/06/01	999/12/31	組織安定器及真空抽吸套管組：限微創直接冠狀動脈繞道手術(MIDCAB)使用，並規範： 1. 一至二條血管之MIDCAB手術，每次只能申報兩支組織安定器及一付真空抽吸套管組。 2. 三條(含三條)血管以上之MIDCAB之手術，除申報兩支組織安定器及一付真空抽吸套管組，並得申報自體血液回收組。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B202-2	C-H-	多重灌注分流管 MULTIPLE PERFUSION SET	89/01/01	999/12/31	限三條血管以上填塞之 CAD，且左心室功能低於LVEF 30%以下者
B202-3	H-E-	動脈血過濾器/含肝素 BLOOD FILTER W/HEPARIN	84/03/01	999/12/31	限體外循環超過120分鐘患者使用
B202-4	H-E-	氣泡過濾器 BUBBLE TRAP	86/05/08	999/12/31	限複雜性先天性心臟病矯正術使用
B202-5	H-E-	動脈血過濾器+去白血球過濾器	87/10/02	999/12/31	限開心手術使用於BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION時申報
B202-6	C-H-	兒童用動脈套管	104/12/01	999/12/31	(104.12.01生效)給付規定： 限18歲以下兒童開心手術時使用。
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	102/07/01	999/12/31	術中自體血液收集套給付規定如下(1020701修改)： 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節（大於等於3節）脊椎內固定手術。 三、限使用一套。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	102/07/01	999/12/31	血液脫液器組給付規定如下(1020701修改)： 術前腎機能不全或充血性心衰竭而須施行開心手術患者使用。
B203-3	C-C-	胸腔血液引流併自體輸血組	86/04/07	999/12/31	胸腔血液引流併自體輸血組適應症限： 胸腔、心臟血管外科手術或外傷無菌性大量血胸需自體輸血者，且需檢附自體輸血記錄備查。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	108/02/01	999/12/31	長效型心室輔助系統(108/2/1修訂) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統。2.須能耐受抗凝血治療。3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5 μg/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 V02 < 10ml/kg/min者。(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度,且Maximal V02<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>5 μg /kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m²者。(6)復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症:1.年齡65歲以上(含65歲)。2.有明顯感染者。3.愛滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.惡性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16. INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範:1.醫院條件:(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件:(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經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,須定期登入系統追蹤狀況,直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。
B301-2	H-H	頸動脈血栓濾過導引線系統(1040501更正)	94/04/01	999/12/31	適應症(940401): 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。
B301-3	H-H	抽吸方式移除血栓系統組	98/07/01	999/12/31	適應症(980701): (一)急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 (二)冠狀動脈繞道後,隱靜脈狹窄之成型治療。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B301-4	H-H	血栓濾過導引線系統	104/05/01	999/12/31	自104.05.01生效 1. 實施頸動脈擴張術及血管支架放置術。 2. 冠狀動脈繞道後，隱靜脈狹窄之成形治療。
B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	104/06/01	999/12/31	(104/06/01生效) 一、用於需移除或抽吸動脈血管系統中栓塞物質之病人，但不得用於直徑小於2.5mm的血管。 二、不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。
C101-1	C-K-	長效型雙J型輸尿管導管組/STENT(With hydroplus coating)+PUSHER	105/10/01	999/12/31	長效型雙J型輸尿管導管組給付規定(105/10/01): 輸尿管內良性、惡性腫瘤和創傷後產生輸尿管狹窄等所造成長期且無法矯治的輸尿管阻塞。
C101-2	C-K-	抗壓型雙J型輸尿管導管組/STENT+GUIDE WIRE+PUSHER	105/10/01	999/12/31	抗壓型雙J型輸尿管導管組給付規定(105/10/01): 1. 腹腔腫瘤、腹膜後腔纖維化引起輸尿管壓迫，導致腎水腫。 2. 反覆輸尿管狹窄經一般雙J型導管無法矯治的腎水腫。
C301-1	C-G-	左心室傳送系統(配合1. 心房同步雙心室節律器或2. 心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器使用)	94/02/01	999/12/31	1. 使用於心房同步雙心室節律器時，適用B104-1之適應症。 2. 使用於心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器時，適用B103-2之適應症及相關使用規範。
C302-1	C-X-	心內膜心律不整外科燒灼電刀用電極	93/07/01	999/12/31	限心臟外科手術時使用，並附AF心電圖報告(術前、術中或術後)
D101-1	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	87/12/01	999/12/31	適應症如下： 1. 嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 2. 使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	109/03/01	999/12/31	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 1. 限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 2. 須檢附病患X光照片。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D101-3	F-B	成骨不全症髓內釘	104/01/01	999/12/31	成骨不全症髓內釘自104.01.01生效 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及肱骨進一步的骨折。
D101-4	F-B-	鈦合金加長型伽瑪髓內釘組(長度180mm以上)	109/03/01	999/12/31	1. 限轉子下骨折及轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2. 須檢附病患X光照片。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	98/08/28	999/12/31	適應症修訂(980828)如下： 1. 嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2. 使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣之長度時。 3. 股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D102-2	F-B-	固定螺絲 INTERFERENCE SCREW	85/09/14	999/12/31	INTERFERENCE SCREW限十字韌帶重建術患者使用。
D102-3	F-B-	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCRE	86/01/11	999/12/31	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCREW限肩關節韌帶手術使用。
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨 釘(固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	94/07/01	999/12/31	限實施十字韌帶重建手術患者使用。
D103-1	F-B	埋頭中空加壓骨釘	106/08/01	999/12/31	自106/08/01起生效 限用於診療項目64035C(腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術)之腕骨及跗骨關節面內骨折固定使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節 CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 訂製型鞍狀髖臼組適應症限：髖臼嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。
D106-3	F-B-	重建型人工髖關節 REVISION HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 REVISION HIP SYSTEM(且骨頭缺損達第二度以上者)適應症限： (一)適用於人工髖關節再置換且骨頭缺損達第二度以上者(DGOT分類GRADE II以上者)。 (二)按病例需要可配合使用大轉子重建系統GTR CABLE GRIP 系統。
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	107/07/01	999/12/31	自107年7月1日起生效 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特材可供使用，則不得使用本特材。
D106-5	F-B-	髖臼缺損填補墊片	107/08/01	999/12/31	自107年8月1日生效： 1.限用於診療項目64201B、64170B、64258B。 2.髖臼缺損嚴重程度達Paprosky分類的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	999/12/31	自107.10.01起生效) 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons，AAOS)定義，屬第三級合併髖臼窩的骨骼缺陷時使用。
D106-7	F-B-	限制型襯墊	107/10/01	999/12/31	自107年10月1日生效： 用於習慣性脫臼大於2次為原則。
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	84/03/01	999/12/31	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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工膝關節使用規範： 一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。 二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。 三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 訂製型適應症限：嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工半膝關節組使用規範： 一、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以大於五十五歲為原則。 三、符合下列條件之一者： (一) 膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二) 膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於RA或Gouty arthritis。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片 EXTENSION STEM、WEDGE	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 一、延長脛骨、墊片之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。 二、限用於膝關節再置換時使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	100/01/21	999/12/31	100.01.21發文: 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、以上所稱累計達6個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，患者可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第1次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D108-6	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	100/01/21	999/12/31	100.01.21發文: 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、以上所稱累計達6個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，患者可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第1次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-7	F-B-	髌骨股骨人工關節組 PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 一、給付規定： (一)髌股關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨骼變形者。 (二)髌股關節之病變導致嚴重疼痛，經保守治療6個月以上、並經清創手術或軟骨移植手術失敗者。 (三)髌股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但仍有嚴重髌股關節症狀者。 二、禁忌症： (一)發炎性（如類風濕性）關節炎。 (二)合併脛股關節炎。 (三)髌股骨列位不正且無法矯正。 (四)脛股骨列位不正(外翻大於8度或內翻小於5度)。 (五)膝關節最大屈曲度小於110度。 (六)患部關節曾有關節局部感染，或其他局部/全身性感染病史，可能影響到人工關節。 (七)骨存量不足。 (八)半月板或韌帶結構不足。 (九)骨骼未成熟。 (十)神經性之關節病變。
D108-8	F-B-	重建型鈦金屬脛骨及 股骨錐狀墊片(Cone)	108/09/01	999/12/31	1. 限用於人工膝關節再置換手術且符合Anderson Orthopaedic Research Institute(AORI) classification Type 3骨缺損定義之患者。 2. 每部位限使用一個。 3. 需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D109-1	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)	109/05/01	999/12/31	109.05.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D109-2	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	109/05/01	999/12/31	109.05.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D111-1	F-B-	塑膠類、陶磁類人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	86/04/29	999/12/31	一、適應症如下：1．人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。2．巨大骨腫瘤(自體骨移植不足或無法取者)。3．脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4．已經多次植骨手術，無處可取植骨。5．必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6．脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：20mL二節至三節。2. 人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。3. 脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。4. 腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高cm³=mL。
D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	86/05/08	999/12/31	一、適應症：限用於頸椎手術。 二、申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：20mL二節至三節。2. 人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。3. 脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。4. 腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高cm³=mL。
D111-3	F-B-	含抗生素塑膠類、陶磁類人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	88/07/01	999/12/31	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：1．人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。2．巨大骨腫瘤3．脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4．已經多次植骨手術，無處可取植骨。5．必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6．脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：20mL二節至三節。2. 人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。3. 脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。4. 腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高cm³=mL。
D111-4	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	999/12/31	一、適應症(930701)如下：1．人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。2．巨大骨腫瘤3．脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4．已經多次植骨手術，無處可取植骨。5．必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6．脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NU T)	95/07/01	999/12/31	950701起修訂： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上）須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：1. 椎體固定三節或三節以上者。2. 爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者，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/NU T)	107/09/01	999/12/31	自1070901起生效 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NU T)	95/07/01	999/12/31	950701起修訂： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-4	F-B-	脊椎間體護架 TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	97/07/01	999/12/31	脊椎間體護架(TITANIUM CAGE)適應症(93/04/01)，另PEEK CAGE自97/07/01起比照辦理) 一、頸椎部分： 1．椎間盤廣泛切除會引起椎間不穩定者。 2．屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 二、腰椎部分： 1．屈曲及伸展之X光顯示椎間有二度以上(>=Grade II)不穩定者(不穩定之定義如以前滑脫)。 2．椎間不穩定為一度(Grade I)而且(1)椎間盤內有Vacuum phenomenon或(2)MRI有Dark disc或(3)Discogram(椎間盤顯示劑攝影)有強烈正相關者。 3．長節後方融合需到薦椎時，在L5-S1(第五腰椎及第一薦椎中，可置放Cage，因此處之融合失敗率相當高)。 4．超過三節以上之融合在最下層單節可使用cage，例如L3, L4, L5後方融合時，L4-L5 可置放Cage。 三、須事前報備，經同意後使用。
D112-5	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	999/12/31	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)：107.09.01生效 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同D112-1。 四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。
D112-6	F-B-	VEPTR延展式肋骨支撐 架	100/04/01	999/12/31	VEPTR延展式肋骨支撐架(1000401) 一、須事前審查。 二、使用規定如下：需同時符合以下三項條件1、胸腔發育不全患者，肺功能檢查呈中度限制性受損(moderate restrictive impairment)以上者。2、脊柱側彎(Cobb's angle)40度以上或兩次追蹤檢查角度增加10度以上。 3、骨骼未達成熟Risser Sign ≤4或Bone age study ≤14 歲。
D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統 OASYS SYSTEM	103/06/01	999/12/31	自103.06.01生效 一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染，或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下，前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。 二、高位頸椎及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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-8	F-B	搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統	104/03/01	999/12/31	搭配固定桿規格4.5mm之脊椎固定系統(104.03.01) 一、限用於體重小於30公斤體型嬌小或18歲以下之兒童，並須符合下列之給付規定，經事前報備同意後使用： 二、長節固定給付規定為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定給付規定為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於：1.椎體固定三節或三節以上者。2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由2位審查醫師審查。
D112-9	F-B	頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	105/03/01	999/12/31	自105.03.01生效 一、單節頸椎椎間疾患合併節段不穩定須行椎體間融合加上骨板固定時使用。 二、在接受頸椎前位融合固定術後，發生上或下鄰近節病變，須再次行鄰近節單節椎體間融合術時使用。 三、若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。 四、須經事前審查通過後使用。
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	84/03/01	999/12/31	一、適應症如下：均符合下列十項，始可給付。1、外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。2、保守性治療無效者。3、無尿路阻塞之問題。4、無尿路感染。5、膀胱功能正常。6、無膀胱過度反射症HYPER REFLEX或藥物治療可控制者。7、無膀胱輸尿管逆流症者U-V REFLEX。8、無膀胱餘尿者。9、病患有足够的意願。10、善於且能正常操作者。 二、應事前報備，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D113-2	F-U-	膀胱灌注液	108/05/01	999/12/31	膀胱灌注液之適應症及使用規範：(108/05/01起修訂) 一、適應症如下： 1、間質性膀胱炎：以病理報告，或明確的膀胱鏡確定後，事前審查核准後使用。 2、出血性膀胱炎：在傳統清血塊，電燒無效後，檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。 二、原則上每一療程以六個月為限，療程結束前應評估其療效，如症狀未完全改善且無不良反應出現者，可再繼續另一療程。
D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	101/10/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統給付規定(1011001生效)：用於治療男性攝護腺癌手術後發生之應力性尿失禁，排除T3或有遠端轉移之個案且符合以下條件及規範者： 一、手術前病人如有泌尿道感染應先治療。 二、病人應有好的膀胱功能(膀胱容量>250mL，尿後殘餘量<50mL)。 三、病人無膀胱頸或尿道狹窄(最大尿流速≥15mL)。 四、病人無膀胱炎、尿道炎或攝護腺炎。 五、病人無神經性逼尿肌不穩定[病歷應附逼尿肌動力圖(CMG)]。 六、先接受6個月期的非侵入性壓力性尿失禁治療且有病歷紀錄(如：行為治療、膀胱訓練、生理回饋、骨盆電磁波刺激或藥物治療等)。 七、病人沒有血液凝固疾病(病歷應附流血時間，凝固時間)。
D113-4	C-G-	輸尿管結石移除器	106/11/01	999/12/31	(106.11.01)輸尿管結石移除器之給付規定如下： 限用於輸尿管結石碎石術或取石術(診療項目代碼：77027B或77028B)，移除大於1公分(最大直徑)的輸尿管結石，需檢附影像或照片(有量度紀錄)。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	107/06/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)之給付規定如下(自1070601起生效)： 限用於男性攝護腺癌接受根治性攝護腺切除手術之術後尿失禁，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	999/12/31	一、給付範圍如下： (一)診察(包括鑑定、檢測及會診)。 (二)義肢之給與及訓練。 (三)處置手術或治療。 前項給付範圍不包括義肢之維修費用。 二、給付次數：同一部位之義肢裝配，以給付一次為限。但十八歲以下保險對象同一部位之義肢裝配，得依醫師之處方，每二年給付一次。
D201-1	F-P-	顏面骨板BONE PLATE	106/09/01	999/12/31	(1060901修正生效) 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板：限使用在髮際線以外，且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、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。
D201-2	F-P-	骨板ANATOMIC BONE PLATE	86/04/07	999/12/31	(86/04/07) ANATOMIC BONE PLATE 限EPIPHYSIS、METAPHYSIS骨折使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D201-3	F-B-	纜線固定系統Cable System(纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)	106/08/01	999/12/31	纜線固定系統Cable System (纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)(106/08/01修訂)： 1. 髖關節再置換合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 2. 施行全人工髖關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 3. 人工髖關節再置換術，於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	108/12/01	999/12/31	可吸收性顏面骨板及骨釘(自108.12.01生效)： 限18歲以下(<=18歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一： 1. 顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 2. 顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 速固硬式固定系統	101/10/01	999/12/31	101.10.01起， 限使用於頭部顱顏骨、顎顏骨固定，但不可與Miniplaite併用，每次限用1片。
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組： 1. 限使用於頭部顱顏骨、顎顏骨固定，但不可與Miniplaite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。
D203-1	F-B-	骨骼外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	84/03/01	999/12/31	ILIZARAVE EXTERNAL FIXATOR限： (一)兩腳不一樣長(限定長度相差在五公分 以上且變形)。 (二)感染造成不癒合情形之患者使用。
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	107/04/01	999/12/31	自1070401起生效 1. 限18歲(含)以下。 2. 嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3. 須事前審查：附X光片、照片及3D電腦斷層影像。
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板組	107/12/01	999/12/31	107/12/1 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1組為原則，如當次須使用大於1組者，須事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	108/03/01	999/12/31	自108/3/1起生效 一、適應症： 1. 膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 2. 膝屈曲攣縮10度~20度且生長板尚未關閉。 3. 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。 4. 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。
D301-1	F-P-	顏面骨螺絲 BONE SCREW	87/11/01	999/12/31	重建型、迷你型、微小型顏面骨螺絲適應症限：(87/11/1修正) (一)使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管ANTISEPTIC CVP	89/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1. 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2. 使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient)3. 使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜脈壓導管ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	89/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1. 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2. 使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient)。 3. 使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。 4. 禁止使用於體重不到20公斤的小兒病患。
E201-3	C-P-	多功能靜脈輸液套	94/04/01	999/12/31	多功能靜脈輸液套使用規範： (一)已曾經使用「3 LUMEN CVP CATHETER SET」的病患，預期仍需要靜脈導管注射。 (二)使用全身靜脈營養者。 (三)嚴重敗血症病患。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組 PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	97/10/01	999/12/31	適應症擴增(971001)：(壹+貳) 壹、 1、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。2、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。3、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。4、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。 貳、需同時符合下列兩項條件： 1、發生全身性發炎反應症候群(Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS)兩個或兩個以上之診斷條件 (1)體溫Temp<36℃或>=38℃。 (2)心跳速率HR>90下/分鐘。 (3)呼吸速率RR>20次/分鐘或動脈血二氧化碳分壓PaCO2 <32 mmHg。 (4)白血球計數WBC>12,000/mm3或<4,000/mm3或>10% immature bands。 2、全身組織低氧(Global Tissue Hypoxia)血壓收縮壓Systolic BP<=90 mmHg或乳酸值Lactate>=4 mmol/L。
E201-5	C-P	動脈壓力監測組	100/05/01	999/12/31	(100.05.01)適應症： 限2歲以下或15KG以下之兒童使用
E201-6	CP	腹內壓力監測組INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	102/10/01	999/12/31	自102.10.01起給付規定為 (1)重大外傷合併休克需積極復甦治療者； (2)外傷病患接受腹部損害控制手術者； (3)腹部外傷實施非手術治療需積極監控腹內傷害變化者； (4)大面積燒灼傷需積極復甦治療者； (5)腹部重症。
E201-7	C-P-	小兒由中央靜脈置入 血氧濃度導管組 PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	104/04/01	999/12/31	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組給付規定(自104.04.01起生效)： 限12歲以下或體重40公斤以下之兒童，並符合下列情形之一者： 1. 心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2. 心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3. 各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。 4. 患有中度阻塞肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E204-1	C-F-	特殊腸道治療管 SPECIAL INTERNAL FEEDING TUBE	84/03/01	999/12/31	INTEST-SOND胃腸導管： G-I手術後併G-I TRACT溢漏或吻合須NPO者。
E204-2	B-B-	灌食袋FEEDING、PUMP SET	87/11/01	999/12/31	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(87/11/01起修正如后)。 一、適應症：1.CRITICALLYILL PATIENT 長期臥床無法行動，並長期消化不良、腹脹，無法以藥物改善者。2.加護病房使用呼吸器治療中長期脹氣無法以藥物治療改善者。3.以其他方式灌食發生以下情形，需藉灌食袋之使用，以降低灌食速率及容量，減輕不適。A. 胃排空不全。B. 頑固性腹瀉。C. 噁心、嘔吐。4.其他經營養師會診確認需使用的情形。 二、使用數量：1.一般住院病患(使用天數)，以兩週給付兩付為原則，不足兩週者，給付數量如下：A.<=3天，給付1付。B.4-14天，給付2付。(以一般醫療常規，使用三天後送消毒，再使用另一付，輪替使用兩週)2.加護病房病患(使用天數)，以一週給付兩付為原則，不足一週者，給付數量如下：A.<=3天，給付1付。B.4-7天，給付2付。(使用三天後再使用另一付)
E204-3	C-F-	矽質胃管SILICONE N- G TUBE 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)	96/04/01	999/12/31	(960401)起聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下： (一)手術(如腸胃道部分切除)後，須較長期置放鼻胃管者。 (二)慢性病須鼻胃管灌食，且在鼻胃管灌食一個月後，短期內不可能取消者。 (三)其他特殊須長期置放鼻胃管者。
E204-4	C-F-	胃造瘻餵食管 GASTROSTOMY FEEDING TUBE	106/01/01	999/12/31	胃造瘻餵食管(GASTROSTOMY FEEDING TUBE)(106/1/1修訂) 1、成人限每6個月更換一次，18歲以下兒童每3~6個月得更換一次。 2、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。
E204-5	C-F	內視鏡經鼻腔空腸餵 食管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE	100/05/01	999/12/31	「內視鏡經鼻腔空腸餵食管」適應症(100.05.01): 1、嚴重急性胰臟炎。 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE(具片狀 凸出TIGER)	101/10/01	999/12/31	「經鼻腔空腸餵食管」給付規定(101.10.01): 1、嚴重急性胰臟炎。 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。
E204-7	C-F	多功能經鼻腔空腸餵 食管	106/12/01	999/12/31	「多功能經鼻腔空腸餵食管」給付規定(自106.12.01起生效): 1、需要同時進行胃引流及腸灌食。 2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。 3、幽門狹窄。
E205-1	C-F	膠囊內視鏡	107/03/01	999/12/31	1070301生效 1.依本保險醫療服務給付項目：「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。 2.採事後逐案審查。
E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系 統：勒鈐針狀電極、 水冷式直針燒灼	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1、小於三公分的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4、「水冷式直針燒灼」與「勒鈐針狀電極」，同次治療以使用一種為限。
E210-3	T-K-	無線電頻率燒灼系 統：水冷式凝血電極 二針組、集束針組RF 2 ELECTRODE、RF CLUSTER ELECTRODE	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1.大於3公分(含)小於5公分的肝腫瘤。 2.腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3.應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4.「水冷式直針燒灼(二針組)」與「水冷式直針燒灼(集束針組)」，同次治療以使用一種為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E210-4	T-K-	無線電頻率燒灼系統：水冷式凝血電極三針組RF 3 ELECTRODE	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1. 大於5公分(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 2. 應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 3. 同次治療限申報一組。
E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	109/06/01	999/12/31	一、 需事前審查。 二、 符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA))(編號：37048B)所訂之適應症。 三、 每次治療限使用一項特材品項。
E230-1	T-K-	乳房組織標記夾BREAST TISSUE MARKER	105/04/01	999/12/31	適應症限：(1050401) 限用於證實為乳房惡性腫瘤且接受手術前化療之病患。
E240-1	T-K-	玻璃體切除器及LIGHT GUIDE給付規定	109/05/01	999/12/31	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B及86415B)同時申報。
E301-1	C-L-	精密輸液套(卡榫式)PRECISION ADMINISTRATION SET	84/03/01	999/12/31	84/03/01 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、催生藥(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	999/12/31	84/03/01 線性式PUMP SET 一、適用範圍：(一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如Heparin，Dopamin，Levophed等均得使用Iv Pump Set。(二)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控Intake與Output，例如TPN等輸液，可使用IV Pump Set。(三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以上者則視病情需要而定。申報費用時應檢附詳細病歷摘要及使用情況紀錄。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E301-3	C-L-	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRAION SET	92/01/01	999/12/31	具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」，適用範圍如下:(92/1/1生效) 1. 需由靜脈點滴給藥，正確控制靜脈點滴速度，以免輸液過速者：如抗生素治療（如Fungizone、Vancomycin）、一般化學治療、生物製劑治療（Herceptin、Rituximab）及其他特殊藥物等。 2. 嬰幼兒須精確控制靜脈給藥滴速者。 3. 心衰竭、腎衰竭、肺積水、燒燙傷等、水份需正確控制輸液量及流速者。
E301-4	C-L-	精密輸液套(免針頭加藥)PRECISION ADMINISTRAION SET	88/01/14	999/12/31	88/01/14 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。
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	109/05/01	999/12/31	加溫輸血輸液套(自109.05.01生效)： 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	87/01/01 使用血小板專用白血球過濾器之適應症： 1. 骨髓功能不足而引起的缺血,如再生不能貧血、急性白血病、其他惡性血友病、骨髓因化學治療或放射治療而抑制功能者。 2. 嚴重血液病而需輸血小板者。 3. 大量輸血、交換輸血、及心肺體外循環而大量失血者。 4. 配合HLA使用之血小板輸血者。 5. 避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染,如器官移植的受血者,骨髓移植受血者,新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起),免疫不全的受血者。 6. 因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患,需再次輸血治療時。
E304-2	H-H-	輸血過濾器(紅血球專用白血球過濾器)BLOOD TRANSFUSION FILTER	87/01/01	999/12/31	87/01/01 使用紅血球專用白血球過濾器之適應症： 1. 需長期輸血者,而有缺少或不良之紅血球病症：如再生不能性貧血、紅血球發育不良、惡性腫瘤或藥物抑止紅血球生成者。 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(87/1/1起),免疫不全的受血者。 5. 因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患,需再次輸血治療時。
E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋COLOSTOMY BAG、UROSTOMY POUCH	84/03/01	999/12/31	84/03/01 限住院患者申報。
E306-1	R-R-	呼吸訓練器TRI-FLO	84/03/01	999/12/31	84/03/01 限胸腔大手術後患者申報。
E309-1	W-B-	彈性繃帶ELASTIC BANDAGE	84/03/01	999/12/31	84/03/01 同一次門診或住院,同一部位以一次用量之兩倍為上限。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E310-1	W-B-	樹脂石膏繃帶	98/11/01	999/12/31	樹脂石膏繃帶使用規範(981101生效): 同一部位、同一療程以給付一次為限。
F201-1	F-U	輸尿管粘膜下植體暨注射針	105/08/01	999/12/31	自105.08.01生效 (一)需經事前審查，在排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實有第三級(含)以上膀胱輸尿管逆流，並有相關之泌尿道感染或腎臟結痂(renal scarring)病史，方可使用。 (二)使用需在用後3-6個月的排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實膀胱輸尿管逆流有改善，經事前審查後方可再次使用。
F205-1	F-U	連續性靜靜脈血液濾過組	94/01/01	999/12/31	94/01/01 限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	107/04/01	999/12/31	(自107.4.1生效) 用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。
G301-3	N-C-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	92/11/01	999/12/31	筆型胰島素注射筒(92/11/01)限： 每支以使用三年以上為原則，於三年內重複領用者，需於病歷加註領用原因，供本局備查。
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加藥座	99/01/01	999/12/31	適應症(990101)具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。
G301-6	N-A-	安全型胰島素筆型注射針頭	106/12/01	999/12/31	安全型胰島素筆型注射針頭(自106.12.1生效)： 限住院使用。
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)拋棄式骨內注射針 於心跳停止、呼吸停止、休克或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。
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	101/07/01	999/12/31	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂(1010701)為： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
H204-2	F-A-	異體組織片 TRANZGRAFT	92/01/01	999/12/31	異體移植組織片使用規範如下：(92.01.01生效) 一、適應症比照「青光眼引流瓣膜」之規範。 二、如使用「青光眼引流瓣膜」有磨損而需修補者。 三、經使用抗生長藥物治療之青光眼手術後需修補鞏膜者。 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	999/12/31	(自1051001生效) 補服卡液/普弗隆液(Perfluoron)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)每人每眼終身至多限申報2次。 (三)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H205-2	F-A-	矽油(silicone oil)	105/10/01	999/12/31	(自1051001生效) 矽油(silicone oil)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)兒童或術後無法配合趴臥之視網膜剝離手術病患。 (三)每人每眼終身至多限申報2次。 (四)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	108/09/01	999/12/31	自1080901生效： 人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定： 1. 限未滿18歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 2. 每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 3. 應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。
I203-1	C-M-	血管栓塞環	109/03/01	999/12/31	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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	100/01/01	999/12/31	Coil白金纖維環適應症及使用規範(自100年1月1日起生效): 本項特材須事前審查, 審查原則如下: 一、執行醫師資格: 需符合以下二項規定: (一)限放射線(診斷)專科醫師或神經外科專科醫師執行(二) 需具有符合中華民國放射線醫學會或符合台灣神經外科醫學會之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。 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	999/12/31	(93/04/01) 限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。
I203-4	C-M-	閉塞球囊系統	100/07/01	999/12/31	閉塞球囊系統適應症(100/07/01): 限於顱內寬頸動脈瘤栓塞時使用。醫院於送審時應檢附血管攝影報告。
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	102/01/01	999/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(1020101起) 1. 曾經有腦部感染症, 而需作腦室外引流手術者。 2. 已作腦室外引流術或腦室腹腔腔分流手術後, 而發生感染者, 且需再次作腦室外引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)執行腦室外引流術者或腦室腹腔腔分流手術者。 4. 每次療程限用1條。
I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM高順應性球囊)	103/01/01	999/12/31	閉塞球囊系統(Hyperform高順應性球囊)給付規定(103/01/01): 一、寬頸顱內動脈瘤之栓塞治療, 限定於動脈瘤頸部或囊部位於分枝血管處。 二、執行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。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-7	C-M-	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	103/10/01	999/12/31	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置給付規定(103/10/01): 一、顱內寬頸動脈瘤，即動脈瘤之頸部大於4mm或動脈瘤之頸/體部比率大於0.5之顱內動脈瘤栓塞治療。 二、顱內梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm)之栓塞治療。 三、顱內剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)之栓塞治療。 四、使用線圈栓塞顱內動脈瘤時線圈突出或移位至母動脈(需檢附血管攝影照片佐證)。 五、每次限用一支。 六、第1至3項需事前審查。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	108/08/01	999/12/31	1. 需符合下列各項條件(自108.08.01起生效): (1)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上，且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等)，以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁共振造影(MRI)檢查必須正常。 2. 須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料，並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用 3. 使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋，限裝置深層腦部刺激器患者使用，以申請一次為限。
I203-9	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)	104/06/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1. 曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2. 已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，而發生感染者，且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4. 每次療程限用一條(組)。
I203-10	C-D-	腦室腹腔分流術抗菌引流(小孩用，含2種抗生素)	104/06/01	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用，含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1. 十八歲以下病患，曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2. 十八歲以下病患，已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，而發生感染者，且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4. 每次療程限用一組。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥(104.12.01起生效) 給付規定：限用於腦脊髓液分流手術後發生過度引流且有下列情形之一者： 1. 硬腦膜下積液。 2. 硬腦膜下出血。 3. 顱內低壓(姿勢性頭痛；影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 4. 六歲以下兒童，引流過度造成頭顱尺寸過小。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或顱內血管抽吸取栓裝置	108/07/01	999/12/31	應同時符合下列條件： 一、 前循環在發作內8小時內、後循環在發作後24小時內。 二、 影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、 美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 8 and ≤ 30 。 四、 給付裝置以1項特材品項為原則，2項特材品項為限，使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時，得視實際情況決定使用並得申報第2項特材品項，惟應檢附報告及影像以備查。
I203-13	C-M-	左心耳閉合器 Left Atrial Appendage Closure device	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準33141B「左心耳閉合術Left Atrial Appendage Occlusion」所訂適應症。
I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 1. 高血流性腫瘤(排除肝癌及子宮肌瘤)之術前栓塞。 2. 動靜脈畸形。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	107/03/01	999/12/31	(自1070301生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於15mm 者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm) 最大徑大於10mm 者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於10mm。 (四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於10mm 者。 (五)同一支血管中發現2 顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以5 個為限。 三、需事前審查。
I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	108/02/01	999/12/31	108.02.01起： 限顱內介入性治療使用。
I203-17	C-M	血管導入裝置	109/03/01	999/12/31	1.困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 2.附治療前後血管攝影照片申報使用。
I302-1	C-E-	藥物準備系統	106/01/01	999/12/31	1060101起： 限危害性藥品專用。
T101-1	T-S-	第一型糖尿病血糖試紙	99/06/01	999/12/31	99/06/01 1.補助第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以4片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據。如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 2.給付之保險對象：領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。 3.有關申報規定臚列如后： (1)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (2)僅開立血糖試紙處方者，無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (3)開立慢性病連續處方箋者，依上開規定及原相關規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(最新一筆給付中檔案)

給付規定分類碼	大小類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
T201-1	T-F-	溫度管理系統	107/06/01	999/12/31	1070601起 1. 按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼47094B~ 47096B)及「週產期新生兒低溫療法」(編碼47097B~47100B)所列給付規定辦理。 2. 每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。
T301-1	C-T-	腹腔內溫熱化療(HIPEC)	108/07/01	999/12/31	1. 須事前審查，提供3個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。 2. 限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)、大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、復發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療限術前化學治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減瘤手術(Interval Cytoreduction)時。 3. 手術者須預期前述5項腫瘤接受減量手術前無腹膜外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於0.25公分以下)。 4. 需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。 5. 每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組1組，灌注導管最多使用4條。

全民健康保險特殊材料給付規定(109年新增(修訂)規定)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定	備註
B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	109/01/01	999/12/31	限用於複雜性之心房不整脈。	1090101 新增
I301-3	C-E-	無針式注射用連接頭、延長管	109/03/01	999/12/31	本項刪除	1090301 修訂
I203-1	C-M-	血管栓塞環	109/03/01	999/12/31	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。	1090301 修訂
I203-17	C-M-	血管導入裝置	109/03/01	999/12/31	1. 困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 2. 附治療前後血管攝影照片申報使用。	1090301 新增
B104-2	C-X-	複雜性不整脈消融/除顫導管	109/03/01	999/12/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。	1090301 修訂
B104-5	C-X-	3D立體定位貼片組	109/03/01	999/12/31	1. 「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 2. 18歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。	1090301 新增
A214-9	C-R-	呼吸道氣球擴張導管	109/03/01	999/12/31	適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人1年以3次為原則： 1. 惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 2. 良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結痂及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 3. 1年使用超過3次需事前審查。	1090301 新增
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	109/03/01	999/12/31	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 1. 限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 2. 須檢附病患X光照片。	1090301 修訂
D101-4	F-B-	鈦合金加長型伽瑪 髓內釘組(長度 180mm以上)	109/03/01	999/12/31	1. 限轉子下骨折及轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2. 須檢附病患X光照片。	1090301 新增
E240-1	T-K-	玻璃體切除器及 LIGHT GUIDE給付 規定	109/05/01	999/12/31	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B及86415B)同時申報。	1090501 新增
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	109/05/01	999/12/31	加溫輸血輸液套(自109.05.01生效)： 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。	1090501 修訂

全民健康保險特殊材料給付規定(109年新增(修訂)規定)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定	備註
D109-1	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)	109/05/01	999/12/31	109.05.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。	1090501 新增
D109-2	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	109/05/01	999/12/31	109.05.01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。	1090501 新增
B105-1	F-H-	經皮移除心臟內導線裝置	109/05/01	999/12/31	適應症及使用規範需符合下列之一： 一. 對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心內膜炎、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(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(含)以上導線。	1090501 新增

全民健康保險特殊材料給付規定(109年新增(修訂)規定)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定	備註
E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	109/06/01	999/12/31	一、 需事前審查。 二、 符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA)(編號：37048B)所訂之適應症。 三、 每次治療限使用一項特材品項。	1090601 新增

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	91/07/01	105/03/31	一、AUTO SUTURE適應症如下:1.直腸癌2.食道末端癌或食道靜脈瘤3.胃賁門、胃體部癌、胃竇部癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌(91/07/01)。 二、申請數量除肺部、胃部、直腸癌、乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一付為原則。
A101-1	S-A-	開放式手術直線型自動縫合釘	105/04/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除肺部、胃部、大腸直腸癌、乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二支外，其餘以一支為原則。
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	86/10/01	93/06/30	SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016A 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過三支、六支、十支(三十五釘)為原則。(861001)
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	93/07/01	104/07/31	SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過三支、六支、十支(三十五釘)為原則。(930701)
A101-2	S-A-	皮膚縫合釘 SKIN STAPLE	104/08/01	999/12/31	1040801起: SKIN STAPLE限62014C、62015B、62016B 之手術申報，並應依實際病情需要，各不超過6支、12支、20支為原則。
A101-3	S-A-	VALTRAC	85/07/03	999/12/31	D&G VALTRAC 適應症為: 限定在復原性之乙狀結腸或直腸之前位切除與低前位切除手術時使用。
A101-4	S-A-	環型自動縫合器含釘	105/04/01	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.人造膀胱手術5.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、申請數量除胃部、大腸直腸癌及乏特氏壺腹周圍癌手術病患限用一至二付外，其餘以一付為原則。
A101-5	S-A-	直線型自動縫合器	105/04/01	999/12/31	1050401起: 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	999/12/31	1050401起: 一、限1.大腸直腸癌2.食道癌或食道靜脈瘤3.胃癌手術4.肺部手術5.人造膀胱手術6.乏特氏壺腹周圍癌使用。 二、當次手術限使用1支。
A101-7	S-A-	一次性端對端吻合器及一次性端對端吻合器-經口輸送導管	105/05/01	999/12/31	1050501起: 1.適用於以內視鏡手術治療食道癌及胃癌之病患。 2.單次手術限申報一組(一次性端對端吻合器或附加一次性端對端吻合器-經口輸送導管)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	107/06/01	999/12/31	1070601起生效 1. 經內視鏡影像證明息肉柄(莖)大於1公分。 2. 1顆息肉限申報1個, 每次手術不可超過2個。 3. 須檢附術前及術後之內視鏡影像資料備查。
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	107/08/01	999/12/31	1070801生效 1. 限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織瓣重建手術之病患, 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。
A101-10	S-A-	Hem-o-lok血管夾	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。
A101-11	S-A-	無鉗式冠狀動脈繞道手術之血管吻合系統	108/06/01	999/12/31	限用於升主動脈局部嚴重鈣化或粥狀變化, 且適用於無鉗式冠狀動脈繞道手術之病人。
A204-1	C-B-	順流導管 THERMODILUTION CATHETER	84/03/01	999/12/31	OXIMETRIX OPTI CATHETER適應症如下: 1. 心臟手術患者, 手術中或手術後心臟功能衰竭, 有立即生命危險者。 2. 心臟病人, 使用數種強心劑, 且限於加護中心患者使用。 3. 各種休克病人, 心臟血管功能衰竭, 使用數種心臟藥物, 亦無法有效改善, 限於加護中心患者使用。
A206-1	F-H-	四分支白金雙重絲絨人工血管	94/12/01	999/12/31	限主動脈弓手術時使用。
A206-2	F-H-	小兒用人工血管	108/12/01	999/12/31	限Pediatric 使用:18歲(含)以下。
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管	93/04/01	98/09/30	(93/04/01起修訂) SILICON 2 WAY FOLEY CATHETER之使用規範修訂如下: 1. 限腎造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿病患使用。 2. 限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿病患使用。
A207-1	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管	98/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂) 矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之雙叉導尿管之使用規範修訂如下: 1. 限腎造瘻、膀胱造瘻、尿道狹窄手術後及居家護理長期導尿病患使用。 2. 限神經性膀胱及排尿功能不良需長期導尿病患使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A207-2	C-K-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管	93/04/01	98/09/30	(93/04/01起修訂) 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-	矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管	98/10/01	999/12/31	(98/10/01起修訂)矽質或乳膠基層包覆親水性水凝膠塗層之三叉導尿管： 導尿管須留置一週以上，且須定期沖洗之病患使用。
A211-1	C-D-	LE-VEEN 導管 LE-VEEN SHUNT	84/03/01	999/12/31	PLEURO PERITONEAL SHUNT 適應症限： 1. 乳糜胸2. 原發性及轉移性胸內癌性積水3. 惡性心包膜積液4. 良性胸腔積液如經穿刺無效→胸腔引流無效→胸腔內給藥無效→胸腔施行肋膜成型術或摘除術皆無效時使用。
A211-2	C-D-	可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)	104/10/01	106/05/31	104. 10. 01生效： 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)-用於氣胸： 有持續漏氣經初步治療超過7天，且不適合手術，並經主治醫師評估可返家照護者。
A211-2	C-D-	1. 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋) 2. 負壓可調式胸腔引流器(106. 06. 01新增)	106/06/01	106/08/31	自106. 06. 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)及負壓可調式胸腔引流器-用於氣胸： 有持續漏氣經初步治療超過7天，且不適合手術，並經主治醫師評估可返家照護者。
A211-2	C-D-	1. 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋) 2. 負壓可調式胸腔引流器(106. 06. 01新增)，一體成形(106年9月1日新增)	106/09/01	999/12/31	自106. 09. 01修訂： 可攜式抽吸器具(全密閉式引流袋/全密閉式抽取引流袋)、負壓可調式胸腔引流器-可拆式(106年6月1日新增)、負壓可調式胸腔引流器-一體成形(106年9月1日新增)-用於氣胸： 有持續漏氣經初步治療超過7天，且不適合手術，並經主治醫師評估可返家照護者。
A213-1	C-B-	氣球擴張導管PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER	88/08/01	999/12/31	PTVN DOUBLE BALLOON CATHETER適應症為： 適用於二尖瓣及主動脈瓣的擴張手術，特別適合於局部狹窄，放置氣球導管有困難的案例。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-2	C-B-	血管支架CORONARY STENT(93/04/01起請見A213-2N)	92/01/01	93/03/31	(93/04/01起請見A213-2N) 血管支架使用規範及適應症範圍：一、使用規範：(一)設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可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：(92/1/1)(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：(1)內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 $\geq$ 2.75毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後六個月內，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶—1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』且血管內徑 $\geq$ 2.75毫米，狹窄 $\geq$ 70%。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內經氣球擴張術(經一比一之氣球與血管內徑比之氣球以建議壓力擴張)以後，殘餘狹窄 $\geq$ 40%。【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。三、使用數量：每一病人每年給付二個血管支架為限，但內膜剝離長度大於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。
A213-2A	C-B-	血管支架CORONARY STENT	97/10/01	97/12/31	血管支架使用規範及適應症範圍：(97/10/01起修訂)一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：(1)內膜剝離長度大於十五毫米以上、(2)對比劑在血管外顯影，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者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。(五)特異病灶：1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』及左主幹幹身病灶且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者。三、使用數量：每一病人每年給付三個血管支架為限(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。
A213-2A	C-B-	血管支架CORONARY STENT	98/01/01	101/09/30	血管支架使用規範及適應症範圍：(98/01/01起修訂使用數量為每一病人每年給付四個血管支架為限，其他依原規定辦理)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-2N	C-B-	血管支架CORONARY STENT	101/10/01	107/08/31	血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A) 一、使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上3.冠狀動脈病竈血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病竈(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量FFR$\leq$0.8者。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病竈再發狹窄大於百分之五十之病竈或再發狹窄經測量FFR$\leq$0.8者。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病竈。(五)特異病竈：1.開口處(ostial)病竈『參照【註】』及左主幹幹身病竈且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且FFR$\leq$0.8者。2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。3.AMI 12小時(含)以內。4.經繞道手術後，繞道血管完全阻塞時，原冠狀動脈之介入性治療。【註】開口處病竈(Ostial lesions)指左主幹、左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。(六)心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病竈(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量FFR$\leq$0.8者。 三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。 四、申請方式：採事後逐案審查。 五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病竈及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前，經皮冠狀動脈擴張術前病竈之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病竈影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病竈影像照片。(五)病竈經測量FFR者，須檢附FFR工作紀錄單及相關數據報告。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-2N	C-B-	血管支架CORONARY STENT	107/09/01	999/12/31	血管支架使用規範及給付規定：(101/10/01起修訂，101/10/01前請見A213-2A)107/9/1起增修 一、 使用規範：(一)同時設有心臟血管內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本局認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、 適應症範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者： 1.內膜剝離長度大於十五毫米以上 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在Type B(含)以上 3.冠狀動脈病竈血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病竈(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上或殘餘狹窄經測量$FFR \leq 0.8$或$iFR \leq 0.89$者(107/9/1起增修)。(三)經皮冠狀動脈擴張術後，原病竈再發狹窄大於百分之五十之病竈或再發狹窄經測量$FFR \leq 0.8$或$iFR \leq 0.89$者(107/9/1起增修)。(四)冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病竈。(五)特異病竈：1.開口處(ostial)病竈『參照【註】』及左主幹幹身病竈且血管內徑大於等於2.75毫米，狹窄大於等於70%或狹窄50-70%且$FFR \leq 0.8$或$iFR \leq 0.89$者(107/9/1起增修)。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】開口處病竈(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竈(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$FFR \leq 0.8$或$iFR \leq 0.89$者(107/9/1起增修)。 三、 使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。 四、 申請方式：採事後逐案審查。 五、 檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)、冠狀動脈血管病竈及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前，經皮冠狀動脈擴張術前病竈之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病竈影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病竈影像照片。(五)病竈經測量FFR或iFR者(107/9/1起增修)，須檢附FFR或iFR(107/9/1起增修)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	999/12/31	冠狀動脈包覆支架使用規範及適應症範圍：(91/09/01) 一、 使用規範：(一) 設有心臟血管內科及外科兩專科之特約醫院。(二) 經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。 二、 適應症範圍：限冠狀動脈血管破裂緊急時使用。 三、 申請方式：採事後逐案審查。 四、 檢附資料：冠狀動脈包覆支架置入術過程完整之工作紀錄單(由健保署統一規定)及心導管相關照片資料。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-4	C-B- C-G-	SEPTAL OCCLUDER心房中 膈缺損關閉器、輸送導管 及測量導管	92/12/01	93/02/28	心房中膈缺損關閉器之適應症(921201)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<30mmHg以下者， (二) 卵圓孔未閉合且合併曾有TIA(暫時性腦部缺血發作)或有胸悶、胸痛、氣喘或中風病史者， (三) Fontan手術後的殘留心房中膈缺損。 (四) 先天性心臟病經手術後的殘留心房中膈缺損。
A213-4	C-B- C-G-	SEPTAL OCCLUDER心房中 膈缺損關閉器、輸送導管 及測量導管	93/03/01	101/08/31	心房中膈缺損關閉器之適應症(自93.03.01起修訂) 一、適應症限：患者年齡在二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。
A213-4	C-B- C-G-	SEPTAL OCCLUDER心房中 膈缺損關閉器、輸送導管 及測量導管	101/09/01	999/12/31	心房中膈缺損關閉器之適應症(自93.03.01起修訂) 一、適應症限：患者年齡在二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。(101年9月1日)
A213-5	C-B-	DUCT OCCLUDER開放性動 脈導管關閉器	96/08/01	999/12/31	開放性動脈導管關閉器之適應症:使用於關閉2.5MM以上之開放性動脈導管。
A213-6	F-H-	人工血管接環(鈦合金)	98/11/01	999/12/31	981101 主動脈瘤或主動脈夾層瘤手術。
A213-7	C-B-	FIBER OPITIC IAB光纖感 應主動脈弓氣球導管	99/04/01	999/12/31	光纖感應主動脈弓氣球導管適應症(990401起)限用於： 一、心臟外科手術併心臟低輸出量者。 二、心臟低輸出量併心房顫動者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	99/10/01	105/02/28	動靜脈血管塞給付規定(991001) 一、栓塞標的病灶直徑4mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或困難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑4mm以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑4mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環且標的病灶直徑4mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接且標的病灶直徑4mm以上。 六、冠狀動靜脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑4mm以上血管之分枝。
A213-8	C-B-	動靜脈血管塞	105/03/01	999/12/31	動靜脈血管塞給付規定(1050301修訂): 一、栓塞標的病灶直徑3mm以上快速血流的動靜脈瘻管或人工分流管。 二、肺動脈瘤畸形或困難度較高栓塞術患者(標的病灶直徑3mm以上)。 三、主動脈瘻管(標的病灶直徑3mm以上)。 四、主動脈-肺動脈側枝循環且標的病灶直徑3mm以上。 五、靜脈-靜脈異常連接且標的病灶直徑3mm以上。 六、冠狀動靜脈瘻管標的病灶直徑2.5mm以上。 七、主動脈血管手術中附帶用以栓塞標的病灶直徑3mm以上血管之分枝。
A213-9	C-B-	主動脈阻斷導管	100/01/01	999/12/31	主動脈阻斷導管給付規定(100.01.01): 一、破裂性主動脈瘤。 二、解剖學上難以橫夾血管處理之主動脈病變。
A213-10	C-B-	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器	101/10/01	999/12/31	VSD OCCLUDER心室中膈缺損關閉器自101年10月1日起 一、須符合以下三項條件: (一)肌肉型心室中膈缺損。 (二)QP/QS $\geq$ 1.5或有心衰竭,或有輕或中程度的肺高血壓,平均肺動脈壓(mean PAP) $\geq$ 25mmHg。 (三)體重 $\geq$ 8公斤。 二、本特材使用之醫療機構條件及操作人員資格,依衛生署『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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A213-11	C-G	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)	102/07/01	999/12/31	GUIDE WIRE/SUPER STIFF(OCCLUDER用)給付規定： 需符合下列給付規定之一： 一、A213-4 二、A213-5 三、A213-10
A213-12	C-B-	心室中膈缺損(膜部)關閉器、輸送導管	106/08/01	999/12/31	自106.08.01起 一、限先天性膜部心室中膈缺損者，並同時符合以下三條件： (一)體重8公斤(含)以上。 (二)未合併重度主動脈瓣膜脫垂及逆流、或嚴重之左心出口狹窄或右心出口狹窄。 (三)心臟超音波或X光顯示有下列情形之一者： 1. 有心臟擴大、心衰竭。 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。
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組 NASAL CPAP SYSTEM	86/01/12	97/06/30	原適應症： 1. 早產兒之肺泡發育不全及肺功能不全症使用。 2. 當次住院期間限使用乙套。
A214-1	C-R-	持續正壓鼻部給氧管路組 NASAL CPAP SYSTEM	97/07/01	999/12/31	持續正壓鼻部給氧管路組NASAL CPAP SYSTEM97年7月1日修訂如下： (一)限2歲以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 (二)當次住院期間限使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管(cannula)半套。
A214-2	C-R-	可移動式雙腔式支氣管導管	86/03/24	101/09/30	原給付規定:SILICON UNIVENT TUBE 限肺葉切除或食道手術使用。
A214-2	C-R-	可移動式雙腔式支氣管導管	101/10/01	999/12/31	給付規定修改自101年10月1日生效 (一) 需要進行單肺通氣之手術，包括1. 胸主動脈瘤手術THORACIC ANEURYSM 2. 微創開心手術CARDIAC SURGERY-MINIMALLY INVASIVE 3. 氣胸手術PNEUMOTHORAX SURGERY 4. 支氣管肋膜瘻管手術BRONCHO PLEURAL FISTULA 5. 食道手術ESOPHAGEAL SURGERY 6. 肺切除手術LUNG RESECTION (二)大量咳血之緊急處置MASSIVE HEMOPTYSIS

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A214-3	C-R-	氣管內管ENDOTRACHEAL TUBE	84/03/01	999/12/31	處置使用可申報，手術使用不另給付
A214-4	C-R-	氣切套管(使用年限長)	99/01/01	999/12/31	99.1.1限使用於長期依賴呼吸機之氣切患者使用，一年給付不超過三套（以第一套之使用時間起算）。
A214-5	C-R-	氣管引導器組	100/01/01	999/12/31	100.1.1. 限使用於加護病房之病患。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE CPAP SYSTEM	102/04/01	104/10/31	自102.04.01生效 1. 限體重介於3kg~10kg之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 2. 當次住院期間限使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE CPAP SYSTEM	104/11/01	105/04/30	自104.11.01生效 1. 限2歲以下或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 2. 當次住院期間限使用整組乙套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套。
A214-6	C-R-	正壓呼吸輔助系統 BUBBLE CPAP SYSTEM	105/05/01	999/12/31	自105.05.01生效 1. 限2歲以下或10KG以下之嬰幼兒有呼吸窘迫症時使用。 2. 當次住院期間，限使用整組1套，使用期間超過1個月者，得依病情需要每月申請鼻套管半套1組或整組1組。
A214-7	C-R-	氣管套管(具聲門下抽吸)	105/11/01	999/12/31	自105.11.01生效 1. 呼吸衰竭需長期依賴氣切併呼吸器維持呼吸之病患。 2. 易有反覆吸入性肺炎感染風險之病患，如吞嚥困難或曾發生吸入性肺炎之患者。
A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	107/02/01	999/12/31	自107/02/01 起生效： 1. 使用高頻呼吸器之病人。 2. 6歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 3. 每次住院限申報1個。
A214-9	C-R-	呼吸道氣球擴張導管	109/03/01	999/12/31	適用於因下述病因而導致呼吸功能妨害、肺部膨脹不全、或是影像學檢查顯示有氣道/呼吸道狹窄者，使用次數每人1年以3次為原則： 1. 惡性腫瘤導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 2. 良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、感染引起呼吸道結痂及狹窄)導致氣管、支氣管等呼吸道出現狹窄病變。 3. 1年使用超過3次需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A215-1	N-E-	同軸庫可取樣針組	98/07/01	999/12/31	同軸庫可取樣針組適應症為(自980701起)： 用於胸腔及縱膈腔腫瘤組織取樣之患者。
A216-1	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	84/03/01	999/12/31	適應症為： 限癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。
A216-2	C-L-	PICC	87/08/20	108/04/30	PICC適應症為： 一. 癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療使用。 二. 全靜脈營養輸液使用四週以上者。
A216-2	C-L-	PICC	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 PICC適應症為：依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目47065B治療性導管植入術-末梢靜脈植入中心導管術(PICC)所訂之適應症。
A216-3	N-D-	PORT-A NEEDLE	95/11/01	999/12/31	PORT-A NEEDLE適應症為：(951101生效) 對於因癌症化學治療已裝置「PORT-A CATHETER」者，可使用「PORT-A NEEDLE」給予癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療或非化學治療藥物輸液。
A216-4	C-L-	5-FU居家化療藥物輸液器	99/07/01	102/08/31	自99年7月1日生效 一、限用於5-FU居家化療藥物持續輸注24小時以上者。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用1日型或2日型輸液器，支付標準診療項目以靜脈血管內化學藥物注射一小時內37038B申報費用。
A216-4	C-L-	5-FU居家化療藥物輸液器	102/09/01	999/12/31	自102年9月1日生效 一、適用於居家注射化學治療藥物持續24小時或以上者使用。 二、醫療院所申報動靜脈血管內化學藥物注射費之相關診療項目，患者使用1日型或2日型輸液器，支付標準診療項目以靜脈血管內化學藥物注射一小時內37038B申報費用。
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	103/05/01	108/04/30	103年5月1日： 重症新生兒或極低出生體重兒(等於或小於1500公克)預期超過一星期的全靜脈營養輸液或靜脈內給藥。
A216-5	C-L-	INFANT PICC-1	108/05/01	999/12/31	自108年5月1日生效 嬰兒有靜脈營養輸液或兩種(含)以上靜脈內給藥需求時。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A216-6	C-L-	INFANT PICC-2	103/05/01	108/04/30	103年5月1日： 重症新生兒因病情需要的全靜脈營養輸液或靜脈內給藥，同時注射兩種以上的輸液或藥物。
A216-7	A-C-	抗藥型三路活塞接頭	104/12/01	999/12/31	抗藥型三路活塞接頭給付規定(104.12.01起生效) 限用於Cyclosporin、Cyclophosphamide、Etoposide、Nimodipine、Phenytoin-sodium等5項藥物輸注。
A216-8	C-L-	植入性藥物治療導管 PORT A CATHETER	105/07/01	999/12/31	高壓注射式PORT-A NEEDLE適應症為： 已植入可承受高壓注射植入式注射座(Port-A)的癌症病患，於接受電腦斷層檢查需施打顯影劑時使用。
A216-9	C-L-	肝動脈化療導管 Hepatic Arterial Infusion Chemotherapy Catheter with Heparin coating by Port-A	106/01/01	999/12/31	限用於肝癌(含肝內膽管癌)且無肝膽以外之轉移，接受動脈化學藥物治療，並規範如下(106/01/01): 1. 肝癌合併門靜脈阻塞時進行動脈化療。 2. 膽管癌動脈化療。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	90/10/01	96/12/18	人工生物化學覆蓋物適應症如下:(90.10.01生效) 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 四、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A217-1	W-D	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	96/12/19	999/12/31	人工生物化學覆蓋物適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂): 一、限顏面、頸部、關節部位及兒童燒燙傷病患使用。 二、皮膚缺損導致重要器官，如骨骼、肌腱、神經、血管暴露，無法短期手術重建者。 三、皮膚缺損大於15%以上，導致組織損傷，無法短期手術重建者(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡…等)，如超過一個月以上需長期使用者，須專案申請(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 四、使用此項材料後，依產品特性，換藥次數應減少。 五、申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	91/04/01	93/03/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範： 一、慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 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報備，經同意後使用。 四、三天以上更換一次。 五、個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	93/04/01	104/07/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範(93/04/01)： (一)身體慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合，或病患之病情不適合麻醉或無法接受皮膚移植、皮瓣轉移手術者。 (二)褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者(依原規定)。 (三)所有病例須檢附病灶前照片，事前報備，經同意後使用；如因病情不適合麻醉或手術者，需檢附病歷說明。 (四)三天以上更換一次(依原規定)。 (五)個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量(依原規定)。
A217-2	C-D-	VAC 傷口癒合機之敷料及真空罐DRESSING PU FOAM及CANISTER W/GEL	104/08/01	999/12/31	Dressing PU Foam及Canister w/Gel適應症及使用規範：(104/08/01生效) 1.慢性潰瘍經皮膚移植皮瓣轉移重建手術仍無法癒合者。 2.褥瘡病灶深度必須達第三度以上，且傷口經清創、死骨移除及皮瓣手術後仍癒合不良者。 3.所有病例須檢附病灶前照片事前報備，經同意後使用。 4.敷料三天以上更換一次，負壓罐7天以上更換一次。 5.個案病歷應詳細記載病灶部位、面積大小、次數及廢液量。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	93/09/01	101/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀) 適應症如下：(93.09.01生效) 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL(WITH SILVER)	102/01/01	999/12/31	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌-1020101生效) 適應症如下(96.12.19文號0960000471修訂)： 一、褥瘡病灶三度以上合併污染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於15%且合併污染傷口(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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A217-4	W-D-	人工生物化學覆蓋物 ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING COVERING MATERIAL	91/01/01	99/07/31	人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE-L) 適應症如下： 使用於篩網移植。
A217-5	W-D-	人造真皮再生模板 ARTIFICIAL SKIN DERMAL REGENERATION TEMPLATE	95/05/01	999/12/31	人造真皮再生模板(Artificial Skin Dermal Regeneration Template) 適應症及使用規範： 應事前審查，申請時需附相關治療部位照片、治療計畫及需求量等資料。限使用於影響肢體功能之疤痕重建手術，且無法提供適當或足夠FTSG面積時使用。
A217-6	W-D	人工生物化學覆蓋物 (BIOBRANE)	104/08/01	999/12/31	A217-6人工生物化學覆蓋物(BIOBRANE)：104.08.01生效 1. 適用於成年人(18歲(含)以上)之二度(含)以上，且總面積達15%(含)以上之燒燙傷傷口。 2. 適用於未成年人(18歲以下)之二度(含)以上，且總面積達10%(含)以上之燒燙傷傷口。 3. 嚴重脫皮症(如：先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡)所致脫皮面積達15%(含)以上之傷口。 4. 使用此項材料後，換藥次數應減少。 5. 申報時須於病歷摘要及手術紀錄中，詳細記載部位、次數及面積大小。
A218-1	F-P-	人工皮墊TISSURE EXPANDER	91/07/01	999/12/31	適應症(91/07/01)： 限小耳症患者施行外耳重建手術須做皮膚擴張術者、因外傷性疤痕攣縮、燙傷、化學性灼傷癒後之疤痕攣縮，而致身體功能影響者使用。
A218-2	F-P	微植皮擴皮墊MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	94/05/01	104/07/31	(940501起生效)實施醫院資格： 限設有燒傷中心之醫院使用。適應症：限深二度及三度60%以上的燒燙傷病患使用。
A218-2	F-P	微植皮擴皮墊MICROGRAFT GAUZE WITH CORKPLATE	104/08/01	999/12/31	(1040801起生效)： 1. 實施醫院資格：限設有燒傷中心之醫院使用。 2. 給付規定：限深二度及三度30%(含)以上的燒燙傷病患使用。
A219-1	F-S-	氣管支氣管支架 TRACHEOBRONCHIAL STENT	92/01/01	999/12/31	氣管支氣管支架使用規範(92/01/01生效) 一、惡性腫瘤導致氣管主支氣管狹窄而有呼吸困難症狀或肺部膨脹不全表現、肺功能顯示肺部呼吸道阻塞病變。 二、氣道食道瘻管，為防止吸入性肺炎之發生。 三、良性病因(如氣管支氣管軟化症、肺臟移植後之氣道狹窄、支氣管內感染或結核症導致結痂及狹窄)造成氣道狹窄以致肺部膨脹不全，或肺功能顯示肺部呼吸道阻塞病變或呼吸困難。以上病因經病史顯示有呼吸功能之妨害，影像學及支氣管鏡顯示狹窄或配合肺功能顯示有阻塞性病變者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	93/06/01	93/12/31	頸動脈支架使用規範(930601) 一、使用規範如下： (一) 無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二) 有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三) 放射線治療後之頭頸部動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四) 頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五) 因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，限由心臟內科或放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，且必須具頭頸部血管攝影五十例以上操作經驗並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	94/01/01	99/07/31	頸動脈支架之使用規範及實施醫師資格(940101修訂) 一、使用規範如下： (一) 無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二) 有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三) 放射線治療後之頭頸部動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四) 頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五) 因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，限由心臟內科或放射科專科醫師或神經放射科專科醫師施行，且必須具頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，另有三例頭頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。
A220-1	C-B-	頸動脈支架CAROTID STENT	99/08/01	999/12/31	頸動脈支架之使用規範及實施醫師資格(990801修訂) 一、使用規範如下： (一) 無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。 (二) 有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。 (三) 放射線治療後之頭頸部動脈狹窄(含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈)。 (四) 頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。 (五) 因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。 二、實施醫師之資格，必須具頭頸部血管攝影三十例以上操作經驗，另有三例頭頸動脈支架之操作經驗，並取得由專業醫學會舉辦之置放頸動脈支架之技術訓練研討會訓練證書者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-2	C-B-	腸骨動脈血管支架	95/09/01	999/12/31	腸骨動脈血管支架適應症如下(自95年9月1日生效實施):限腸骨動脈使用,並須符合以下二項條件,且排除兩側腸總動脈開口處病灶: (一)血管管徑狹窄超過70%或壓力差30mm汞柱以上。 (二)有下肢缺血症狀或跡象。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	99/02/01	99/03/31	腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之適應症及使用規範(990201起): 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件: (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分,但快速擴大且六個月內直徑增加0.5公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括:1、腹主動脈瘤合併感染。2、腹主動脈腸胃道瘻管。3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。 (五)髂動脈瘤:1、髂動脈瘤大於等於3.5公分。2、髂動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案,需另以輔助配件修補時,可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格,應依照行政院衛生署所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表,第十三項:主動脈支架之規定辦理。
A220-3	C-B-	腹主動脈瘤支架	99/04/01	999/12/31	腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統之適應症及使用規範(990401起修訂): 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一之條件: (一)主動脈瘤最大直徑大於等於5公分。 (二)主動脈瘤最大直徑大於等於4公分,但快速擴大且六個月內直徑增加0.5公分(或以上)。 (三)腹主動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞或破裂時。 (四)非典型腹主動脈瘤包括:1、腹主動脈瘤合併感染。2、腹主動脈腸胃道瘻管。3、腹主動脈下腔靜脈瘻管。(五)髂動脈瘤:1、髂動脈瘤大於等於3.5公分。2、髂動脈瘤患者合併典型症狀,有破裂之虞或破裂時。 二、針對裝置腹主動脈瘤支架手術出院後之滲漏特殊個案,需另以輔助配件修補時,可按實際醫療需要使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格,應依照行政院衛生署所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表,第十三項:主動脈支架之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-4	C-B-	淺股動脈血管裝置	100/04/01	999/12/31	淺股動脈適應症訂定如下：(100.04.01生效) 經1:1氣球擴張術治療後，殘餘狹窄達50%以上，且該長度超過30mm 或合併前向血流未達正常(即TIMI FLOW $\leq$ II) 並符合下列條件之一： 一、藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度小於16公分內之 SFA病灶，且遠端無有效之側枝循環時。 二、危急性肢體缺血Critical Limb Ischemia(ABI<0.4併有resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，SFA病灶長度可不限於16公分內，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。
A220-5	C-B-	血管治療導管(下肢)	100/07/01	999/12/31	血管治療導管(下肢)之適應症訂定如下(自1000701起)： 為治療股動脈及其下肢動脈狹窄或堵塞，而進行經皮動脈血管成型術時，除須符合直徑大於或等於所選球囊之直徑，並符合以下所列條件之一： 1、進行經皮動脈血管成型術之血管需有至少一處，其直徑堵塞達$\geq$50%，且病人有符合以下嚴重程度之症狀之一：(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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	100/06/01	104/07/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1. 胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2. 胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer, PAU)。 3. 胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌流不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4. 先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5. 創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。(1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	104/08/01	105/04/30	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1. 胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2. 胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer, PAU)。 3. 胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌流不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4. 先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5. 創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。(1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-6	C-B-	胸主動脈支架系統	105/05/01	999/12/31	胸主動脈支架之適應症及使用規範:(1000601、1040801、1050501) 一、適應症及使用規範需符合下列五者之一： 1. 胸主動脈瘤或胸腹主動脈瘤(Thoracic Aortic Aneurysm or Thoracoabdominal Aortic Aneurysm)。 (1)最大直徑大於等於6公分，或 (2)最大直徑大於等於5公分，但快速擴大(六個月內直徑增加0.5公或以上)。 (3)患者合併典型症狀，有破裂之虞或破裂時。 (4)非典型主動脈瘤，包括偽主動脈瘤、主動脈瘤合併感染、主動脈食道瘻管或腸道瘻管、主動脈氣管瘻管。 2. 胸主動脈或胸腹主動脈穿透性潰瘍(Penetrating Aortic Ulcer, PAU)。 3. 胸主動脈剝離症(Aortic dissection) (1)複雜性乙型胸主動脈剝離(Complicated Type B Dissection)，包括持續性胸痛、臟器或下肢分枝動脈灌注不良、剝離性主動脈瘤大於等於6公分。 (2)急性甲型胸主動脈剝離須進行複合式全主動脈弓手術(Hybrid Type A Surgery)。 4. 先天性胸主動脈狹窄或分枝異常(Coarctation or Aberrant Artery from Aorta)(有症狀的分枝異常且無法以栓塞治療時)。 5. 創傷性胸主動脈破裂(Traumatic Aortic Rupture)。 二、針對裝置胸主動脈支架手術出院後之滲漏特殊個案，需另以支架修補時，可按實際醫療需要使用。 三、申報方式：按實際使用支數(包含門急診及當次住院所有置放胸主動脈支架)申報相對應品項1個代碼，且申報數量為1。(1040801、1050501) 四、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-7	C-B-	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管	101/04/01	999/12/31	藥物釋放型冠狀動脈氣球導管給付規定:(自1010401起) 使用於血管支架內再狹窄$\geq 70\%$之病人(排除已使用同類塗藥【如Paclitaxel】支架內再狹窄)。
A220-8	C-B-	腎動脈血管支架系統之給付規定	101/07/01	999/12/31	腎動脈血管支架系統之給付規定:(自1010701起) 腎動脈血管管徑狹窄大於或等於70%或血行力學顯著之腎動脈狹窄(血管管徑狹窄大於50%，且壓力差大於或等於15mmHg)，無明顯腎臟萎縮(腎臟長度小於7cm)，且必須合併有以下任一條件： 1. 腎功能不全者($Cr > 1.5$)合併兩側腎動脈狹窄或單側有功能的腎臟有腎動脈狹窄。 2. 纖維肌肉發育不良(Fibromuscular Dysplasia)之腎動脈狹窄，有難以使用藥物控制的高血壓(使用三種或以上之抗高血壓藥物後血壓值大於等於140/90毫米汞柱)，且經氣球擴張術效果不佳者(仍有大於50%狹窄)。 3. 腎動脈狹窄合併復發性，無法解釋之鬱血性心臟衰竭或肺水腫。 4. 腎動脈狹窄合併不穩定型心絞痛。 5. 腎動脈血管剝離(Dissection)或動脈瘤(Aneurysm)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	101/10/01	106/06/30	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定(自1011001起) 1. 周邊血管動脈瘤。 2. 周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈?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?管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 6. 下肢動脈阻塞性疾病，符合下列二者之一： (1)藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 (2)危急性肢體缺血(ABI<0.4, resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。
A220-9	C-B-	周邊血管支架(自膨式支架含人工血管)之給付規定	106/07/01	999/12/31	周邊血管支架(含人工血管)之給付規定(自1060701生效) 1. 周邊血管動脈瘤。 2. 周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈?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?管之人工血管與靜脈接合處狹窄，經氣球擴張後，回縮性病灶在三個月內須作兩次以上之氣球擴張者。 6. 下肢動脈阻塞性疾病，符合下列二者之一： (1)藥物無法改善之間歇性跛行(ABI<0.7)：影像檢查顯示為狹窄程度大於75%且長度大於16cm之淺股動脈(SFA)病灶，且必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 (2)危急性肢體缺血(ABI<0.4, resting pain or poor wound healing)：為保留肢體免於截肢，但必須於血管攝影下至少有一條通往足部之血管或合併進行膝下血管整形術。 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	104/03/01	999/12/31	開窗型客製化腹主動脈瘤支架及輸送導引系統： 一、適用於無法單獨以現有給付之腹主動脈瘤支架治療，且為短頸部(界於4-15mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 二、須經事前審查同意後使用。 三、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項:主動脈支架置放術之規定辦理。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A220-11	C-B-	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴式覆膜支架)	104/09/01	999/12/31	周邊動脈血管支架及傳輸裝置(球擴式覆膜支架)(1040901生效): 一、周邊血管動脈瘤。 二、周邊血管非典型動脈瘤，包括偽動脈瘤、動脈瘤合併感染、動靜脈瘻管。 三、周邊血管先天性或創傷性動靜脈異常交通。 四、主動脈人工血管支架手術中用以維持重要分枝血管暢通。 五、主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞。
A220-12	C-B-	髂總動脈瘤支架系統	105/12/01	999/12/31	(105/12/01) 1. 腹主動脈瘤合乎健保治療規範(A220-3)，並合併髂總動脈病變者。 2. 雙側髂總動脈瘤大於等於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。
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效 一、胸腹主動脈瘤，符合於目前健保給付之胸(代碼：A220-6)或腹主動脈(代碼：A220-3)支架置放適應症。 二、適用於無法單獨以現有給付之胸或腹主動脈瘤體支架治療遠端或近端瘤之胸腹主動脈病變者。 三、須事前審查。 四、醫療機構條件及操作人員資格，應依照衛生福利部所訂：特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第二條之附表，第十三項：主動脈支架置放術之規定辦理。
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	107/12/01	999/12/31	超高壓周邊血管治療導管(107/12/01) 周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完全擴張(包括股、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	999/12/31	1. 中央靜脈(係指內頸靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈及上腔靜脈)狹窄之病患，經有效治療後，3個月內狹窄再發生。 2. 須事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	一. 適用於下列主動脈弓窄縮(Coarctation of the aorta, COA)之任一情況且體重$\geq$20kg病患： - 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。 - 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。 - 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。 - 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： - 出現血管壁受損。 - 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)。 - 事先進行氣球擴張時發現狹窄處嚴重缺乏彈性(noncompliant)。 - 本身有特定基因或先天性症候群，以至於主動脈壁很可能非常脆弱。 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。
A221-1	C-B-	產後出血栓塞導管	100/10/01	999/12/31	產後出血填塞氣球給付規定：(自1001001起)： - 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。 - 如為單純性子宮收縮不良引起之產後出血，產後或手術後子宮持續出血，其他治療方式效果不佳的情況下使用。
A222-1	F-S-	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物	101/07/01	999/12/31	可吸收性生物材質之腹股溝疝氣支撐物給付規定：(自1010701起)： - 前次疝氣修補曾產生排斥或感染者。 - 年齡60歲以上之疝氣復發者。
A223-1	C-G-	延伸導引導管	101/07/01	999/12/31	延伸導引導管自1010701生效 - 罕見之血管開口位置。 - 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	101/07/01	101/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 限用於食道靜脈瘤
A224-1	C-F-	多發式靜脈瘤結紮環組	102/01/01	999/12/31	多發式靜脈瘤結紮環組1010701生效 - 限用於食道靜脈瘤 - 每次使用以1組為限(自1020101生效)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
A224-2	C-F-	食道支架	105/10/01	999/12/31	(自105.10.01生效)使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準47058B「食道內金屬支架置放術」所訂之適應症。
A225-1	C-G-	血管內超音波影像系統- 血管內超音波導管(含橈 型板)或光學同調斷層掃 描影像系統-飛龍影像導 管	101/07/01	103/09/30	血管內超音波影像系統-血管內超音波導管及橈型板自1010701生效 使用本項特材須符合醫療費用支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管為限
A225-1	C-G-	血管內超音波影像系統- 血管內超音波導管(含橈 型板)或光學同調斷層掃 描影像系統-飛龍影像導 管	103/10/01	999/12/31	自103.10.01修訂 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準18043B「冠狀動脈血管內超音波」所訂適應症，且每一位病人，一次治療以使用一條IVUS(Intravascular Ultrasound)導管或光學同調斷層掃描影像系統-飛龍影像導管為限。
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)	101/10/01	107/08/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE)自101.10.01生效 給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE CERTUS(FFR)(或 iFR 107.9.1增修)	107/09/01	999/12/31	壓力感應金屬導引線PRESSURE WIRE(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE)自101.10.01生效 給付規定為：介入手術前或手術中，冠狀動脈攝影之血管狹窄50-70%者，包括單一血管、兩條以上血管，或是主要冠狀動脈開口狹窄。
A225-3	C-G-	冠狀動脈用漸進式 (TAPERED TIP)導引線	103/11/01	999/12/31	冠狀動脈用漸進式(TAPERED TIP)導引線自103.11.01生效 給付規定為：限用於冠狀動脈慢性完全阻塞(CTO)或功能性完全阻塞(functional total occlusion)病灶。
A225-4	C-G-	冠狀動脈CTO逆行性介入 治療用導引線	105/02/01	999/12/31	冠狀動脈CTO逆行性介入治療用導引線自105.02.01生效給付規定為： 一、限用於冠狀動脈慢性完全阻塞之逆行性介入治療且使用externalization technique(必須有心導管光碟可佐證確有執行本操作)。 二、每一病例單次手術限申報一條。
A225-5	C-G-	心血管電極導管導引器 (具單一角度)	105/08/01	999/12/31	1050801生效： 限用於複雜性心律不整(心房顫動、非典型性心房撲動及心室頻脈)之電燒。
A330-1	C-R-	氣切管-安全T型管	105/05/01	999/12/31	限喉膈重建手術使用(醫療服務給付項目及支付標準66022B)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B101-1	F-H-	人工心律調節器 PACEMAKER(PERMANENT)	84/03/01	999/12/31	須附心電圖報告專案報備使用。(不須事前審查)
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調 彎導管	97/07/01	98/06/30	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一) 曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調整器病患。 (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。
B101-2	FH CG	特殊心律調節導線及可調 彎導管	98/07/01	999/12/31	特殊心律調節導線及可調彎導管適應症如下(970701)： (一) 曾接受先天性心臟病手術矯正後需心律調整器病患。 (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。 980701增列(五)針對特殊部位，如Bachmanns bundle, mid, low septum等部位需要Pacing的病患。
B102-1	F-H-	肺動脈瓣補片	86/06/02	999/12/31	肺動脈瓣補片(M.V.O.P.)適應症限： 心包膜取得不易或嚴重肺動脈狹窄發育不良之患者使用。
B102-2	F-H-	肺動脈瓣修補管	86/06/02	999/12/31	肺動脈瓣修補管(V.P.C.)適應症限： 肺動脈先天性閉鎖或其他之先天性心臟病患者使用。
B102-3	F-H-	自由式主動脈生物人工瓣 膜FREESTYLE AORTIC ROOT BIOPROSTHESIS	91/01/01	999/12/31	自由式主動脈生物人工瓣膜適應症： 1. 不能長期使用抗凝血劑病患（例如：慢性洗腎或有中風之患者）。 2. 六十五歲以上之患者。 3. 主動脈根部小於20mm（橫徑）病患。 4. 主動脈瓣心內膜炎或主動脈根部膿瘍病患。 5. 有主動脈根部之變性（例如Marfan Syndrome）或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	FH	機械性瓣膜-帶人工血管- 主動脈瓣膜/主動脈根部 人工血管(1060901新增)	93/07/01	999/12/31	(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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B102-5	F-H-	人工瓣膜輪/環	107/11/01	999/12/31	(107/11/01)人工瓣膜輪/環 1、以二尖瓣膜成形手術治療二尖瓣膜逆流，需使用二尖瓣膜環固定成形及人工腱索重建者。 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。
B103.1	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD) 原適應症代碼為 B103-1	92/01/01	92/06/30	心臟整流去顫器之適應症及使用規範：(92/01/01生效)一、醫療院所購置及使用條件：(92/7/1修訂)(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師，並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去顫器醫療技術，應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師，二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。(二)原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。四、適應症：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。
B103.1	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD) 原適應症代碼為 B103-1	92/07/01	95/10/31	心臟整流去顫器之適應症及使用規範：(92/01/01生效)一、醫療院所購置及使用條件：(92/7/1修訂)(一)經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二)具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三)具開心手術能力。(四)聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三)心臟專科醫師，並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四)執行植入性心律去顫器醫療技術，應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師，二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。(二)原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。四、適應症：(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103.2	FH	ICD+同步雙心室節律器 (原適應症代碼為B103-2)	92/01/01	92/06/30	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器92.7.1修訂一、醫療院所購置及使用條件：(一) 經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二) 具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三) 具開心手術能力。(四) 聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三) 心臟專科醫師，並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四) 執行植入性心律去顫器醫療技術，應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師，二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。(二)應事前審查。四、適應症：：(92/01/01生效)(一)心臟整流去顫器之適應症1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。(二) 心房同步雙心室節律器適應症：LVEF<=35%且CLBBB (QRS>=0.14sec)，且NYHA Functional Class III，IV及用藥（包括ACEI在內之藥物）六個月以上仍不能改善之病患。(三) 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。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。
B103.2	FH	ICD+同步雙心室節律器 (原適應症代碼為B103-2)	92/07/01	98/06/30	心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器92.7.1修訂一、醫療院所購置及使用條件： (一) 經醫院評鑑為區域醫院以上之醫院。(二) 具備心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。(三) 具開心手術能力。 (四) 聘有具負責使用醫師資格之專任心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。二、負責使用醫師資格暨執行者之規範(一)具心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師。(二)曾接受中華民國胸腔及心臟血管外科醫學會或中華民國心臟學會認可之專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練。(三) 心臟專科醫師，並應具備植入心臟節律器一百例以上之經歷。(四) 執行植入性心律去顫器醫療技術，應由心臟專科醫師與胸腔及心臟血管外科專科醫師，二者共同執行。三、申報規範(一)操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。(二)應事前審查。四、適應症：：(92/01/01生效)(一)心臟整流去顫器之適應症1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。(二) 心房同步雙心室節律器適應症：LVEF<=35%且CLBBB (QRS>=0.14sec)，且NYHA Functional Class III，IV及用藥（包括ACEI在內之藥物）六個月以上仍不能改善之病患。(三) 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。五、不宜列入之項目：(一)末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103.3	F-H-	95.7.1生效實施 心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	95/07/01	95/10/31	95.7.1生效實施 心臟整流去顫器醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液紅血球回收機）及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦（Intra-aortic balloon pumping, IABP）和葉克膜體外維生系統（extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟專科醫師。2. 具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。3. 接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練，持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科（心臟血管外科組）專科醫師。2. 具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師，二者共同執行。二、醫事放射師應配合醫師行之，不得單獨操作。申報規範：1. 操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。適應症：（適應症代碼：B103-1）1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者 不宜列入之項目1. 末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。2. 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。3. 末期疾病患者且存活不足六個月者。4. 惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103.4	FH	自95.7.1生效 ICD+同步雙心室節律器 (原適應症代碼為B103-2)	95/07/01	98/06/30	95年7月1日生效實施心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器 醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液紅血球回收機）及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦（Intra-aortic balloon pumping, IABP）和葉克膜體外維生系統（extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟專科醫師。2. 具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。3. 接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練，持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科（心臟血管外科組）專科醫師。2. 具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師，二者共同執行。二、醫事放射師應配合醫師行之，不得單獨操作。申報規範1. 操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。2. 應事前審查。適應症：（適應症代碼B103-2）（一）心臟整流去顫器之適應症 1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞、Long QT Syndrome、肥厚性心肌症、擴張性心肌症，且臨床合併心室快速不整脈，無法藥物有效控制者。（二）心房同步雙心室節律器適應症：LVEF≤35%且CLBBB（QRS>0.14sec），且NYHA Functional Class III，IV及用藥（包括ACEI在內之藥物）六個月以上仍不能改善之病患。（三）植入心律去顫器合併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。不宜列入之項目：1. 末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。2. 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。3. 末期疾病患者且存活不足六個月者。4. 惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。
B103.5		(原B103-3)心臟整流去顫器	97/04/01	98/06/30	(原B103-3)心臟整流去顫器醫療院所購置及使用條件、負責使用醫師資格暨執行者及相關使用規範同B103-1。98.7.1. 修訂適應症98.4.30第32次特材專家小組會議結論修訂後與B103-1相同，故刪除本項適應症分類碼。（一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。（二）反覆發作之持續性心室頻脈。（三）高危險性心臟血管疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率≤40%，肥厚性心肌症，擴張性心肌症，且合併心室快速不整脈者。（四）高危險性心臟遺傳性疾病，如long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, 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。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	95/11/01	98/06/30	95.11.1 生效，申報規範：1. 操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	98/07/01	101/08/31	95.11.1生效,申報規範:1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查,個別醫院如經審查評估不符治療指引,則改採逐案事前審查。◎適應症 98年7月1日 修訂:(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病,如:曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$,肥厚性心肌症,擴張性心肌症,且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病,如long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。不宜列入項目:(一)末期心臟衰竭,無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後,無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。
B103-1	F-H-	IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)	101/09/01	999/12/31	95.11.1生效,申報規範:1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查,個別醫院如經審查評估不符治療指引,則改採逐案事前審查。◎適應症 98年7月1日 修訂:(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病,如:曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$,肥厚性心肌症,擴張性心肌症,且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病,如long QT syndrome, short QT syndrome, Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia, catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。不宜列入項目:(一)末期心臟衰竭,無法藥物控制又非心臟移植對象者。(二)猝死可能經急救後,無意識恢復之患者。(三)末期疾病患者且存活不足六個月者。(四)惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」,自101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-1A	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)原適應症代碼為 B103-1	95/11/01	97/09/30	心臟整流去顫器95.11.1生效實施醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液紅血球回收機）及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦（Intra-aortic balloon pumping, IABP）和葉克膜體外維生系統（extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟專科醫師。2. 具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。3. 接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練，持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科（心臟血管外科組）專科醫師。2. 具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師，二者共同執行。二、醫事放射師應配合醫師行之，不得單獨操作。申報規範：1. 操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。◎ 適應症97年10月1日修訂：（適應症代碼：B103-1）（一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。（二）反覆發作之持續性心室頻脈。（三）高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞或擴張性心肌症併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricular dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併早發猝死症之家族史者。◎ 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-1A	F-H-	心臟整流去顫器 IMPLANTABLE CARDIOVERTER DEFIBRILLATOR (ICD)原適應症代碼為 B103-1	97/10/01	101/08/31	心臟整流去顫器95.11.1生效實施醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液紅血球回收機）及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦（Intra-aortic balloon pumping, IABP）和葉克膜體外維生系統（extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟專科醫師。2. 具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。3. 接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練，持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科（心臟血管外科組）專科醫師。2. 具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師，二者共同執行。二、醫事放射師應配合醫師行之，不得單獨操作。申報規範：1. 操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。◎ 適應症97年10月1日修訂：（適應症代碼：B103-1）（一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。（二）反覆發作之持續性心室頻脈。（三）高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞或擴張性心肌症併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricular dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併早發猝死症之家族史者。◎ 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-2	FH	心臟整流去顫器結合心房 同步雙心室節律器(CRTD)	98/07/01	101/08/31	相關使用規範同B103-1。98.7.1.修訂適應症。(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病,如:曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$,肥厚性心肌症,擴張性心肌症,且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病,如long QT syndrome, short QT syndrome,Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia,catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症:1.應事先審查。2.正常竇房節心律,LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12\text{sec}$),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 $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12\text{sec}$),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 $\leq 35\%$,NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善者。(五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為:符合「心臟整流去顫器」之適應症,且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者,於裝置時突發嚴重心室不整脈者,可改裝ICD或CRTD,以維護病患安全,並於事後補報。不宜列入之項目:1.末期心臟衰竭,無法藥物控制又非心臟移植對象者。2.猝死可能經急救後,無意識恢復之患者。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。)
B103-2	FH	心臟整流去顫器結合心房 同步雙心室節律器(CRTD)	101/09/01	999/12/31	相關使用規範同B103-1。98.7.1.修訂適應症。(一)嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。(二)反覆發作之持續性心室頻脈。(三)高危險性心臟血管疾病,如:曾經心肌梗塞併左心室射出分率 $\leq 40\%$,肥厚性心肌症,擴張性心肌症,且合併心室快速不整脈者。(四)高危險性心臟遺傳性疾病,如long QT syndrome, short QT syndrome,Brugada syndrome, idiopathic ventricular fibrillation, arrhythmogenic right ventricular dysplasia,catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia等,且合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症:1.應事先審查。2.正常竇房節心律,LVEF $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12\text{sec}$),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 $\leq 35\%$ 且CLBBB(QRS寬度 $\geq 0.12\text{sec}$),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 $\leq 35\%$,NYHA Functional Class III, IV及經適當藥物治療仍不能改善者。(五)心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器之適應症為:符合「心臟整流去顫器」之適應症,且合乎「心房同步雙心室節律器」之適應症者。(六)已通過同步雙心室節律器事前申請者,於裝置時突發嚴重心室不整脈者,可改裝ICD或CRTD,以維護病患安全,並於事後補報。不宜列入之項目:1.末期心臟衰竭,無法藥物控制又非心臟移植對象者。2.猝死可能經急救後,無意識恢復之患者。3.末期疾病患者且存活不足六個月者。4.惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。(依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」,自101.9.1.解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-2A	FH	ICD+同步雙心室節律器 (原適應症代碼為B103-2)	95/11/01	98/06/30	95年11月1日生效實施 醫療院所購置及使用條件：一、應有專任之操作醫師。二、應有專任之醫事放射師。三、應有開心手術設備（體外心臟肺臟循環機、血液紅血球回收機）及心臟專科加護病房。四、應有主動脈輔助幫浦（Intra-aortic balloon pumping, IABP）和萊克膜體外維生系統（extracorporeal membrane oxygenator, ECMO）等設備。五、應有心臟電理學檢查之心臟導管檢查設備。負責使用醫師資格暨執行者之規範：一、心臟內科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟專科醫師。2. 具經皮下植入心臟節律器一百例以上之經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。3. 接受心臟專科醫師訓練醫院所舉辦之心臟電理學訓練，持有證明文件。二、心臟外科醫師應具下列各目之資格：1. 心臟外科專科醫師或胸腔及心臟血管外科（心臟血管外科組）專科醫師。2. 具外科植入心律節律器植入手術十例以上經歷，經服務醫院審查通過，發給證明文件。相關事項：一、應由合於操作醫師資格所定之心臟內科醫師及心臟外科醫師，二者共同執行。二、醫事放射師應配合醫師行之，不得單獨操作。申報規範1. 操作醫院應事先報備醫師資格、作業流程及持續照護計畫。2. 應事前審查。適應症：（適應症代碼B103-2）（一）心臟整流去顫器之適應症1. 嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。2. 反覆發作之持續性心室頻脈。3. 3. 高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricle dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症，擴張性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。（二）心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線適應症：1. 應事先審查。2. LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS$\geq 130\text{msec}$)，且NYHA Functional Class III，IV及經適當藥物治療後仍不能改善之病患。（三）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。（四）不宜列入之項目：1. 末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。2. 猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。3. 末期疾病患者且存活不足六個月者。4. 惡性且任何治療無法控制之心室頻脈或心室顫動。
B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具ATP及心房自動電擊功能)原B103-3	97/04/01	101/08/31	97.4.1生效實施。申報規範：1. 操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2. 原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。◎ 適應症：（適應症代碼：B103-1）（一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。（二）反覆發作之持續性心室頻脈。（三）高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricle dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症，擴張性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。（四）使用於藥物控制不良之陣發性心房快速心律不整之病患。◎ 不宜列入項目：（一）末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。（二）猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。（三）末期疾病患者且存活不足六個月者。（四）惡性且任何治療無法控制（intractable）之心室頻脈或心室顫動。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B103-3A	F-H-	雙腔型植入式去纖維顫動器(同時具ATP及心房自動電擊功能)原B103-3	101/09/01	999/12/31	97.4.1生效實施。申報規範：1.操作醫院應事先報備作業流程及持續照護計畫。2.原則採事後逐案審查，個別醫院如經審查評估不符治療指引，則改採逐案事前審查。 ◎ 適應症：（適應症代碼：B103-1） （一）嚴重心室頻脈、心室顫動導致猝死可能或昏迷。 （二）反覆發作之持續性心室頻脈。 （三）高危險性心臟血管疾病或遺傳性疾病，如：曾經心肌梗塞併左心室射出分率$\leq 40\%$，long QT syndrome，short QT syndrome，Brugada syndrome，idiopathic ventricular fibrillation，arrhythmogenic right ventricle dysplasia，catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia，肥厚性心肌症，擴張性心肌症等，且臨床合併心室快速不整脈或合併猝死症之家族史者。 （四）使用於藥物控制不良之陣發性心房快速心律不整之病患。 ◎ 不宜列入項目： （一）末期心臟衰竭，無法藥物控制又非心臟移植對象者。 （二）猝死可能經急救後，無意識恢復之患者。 （三）末期疾病患者且存活不足六個月者。 （四）惡性且任何治療無法控制(intractable)之心室頻脈或心室顫動。 (依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，自101.9.1解除登記列管。配合將操作醫院、醫師資格等刪除。)
B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	93/03/01	98/06/30	心房同步雙心室節律器、心臟靜脈導管、插入式導線(93/03/01): 一、應事前審查。 二、LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS$\geq 0.14\text{sec}$)，且NYHA Functional Class III，IV及用藥（包括ACEI在內之藥物）六個月以上仍不能改善之病患。
B104-1	F-H-	心房同步雙心室節律器(CRT)	98/07/01	999/12/31	98.7.1. 修訂 （一）應事先審查。 （二）正常竇房節心律，LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，且NYHA Functional Class III，IV及經適當藥物治療仍不能改善之病患。 （三）心房顫動之病患，LVEF$\leq 35\%$且CLBBB(QRS寬度$\geq 0.12\text{sec}$)，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$\leq 35\%$，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	96/12/01	107/07/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B104-2	C-X-	複雜性不整脈消融/除顫導管/立體定位貼片組	107/08/01	109/02/29	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-2	C-X-	複雜性不整脈消融/除顫導管	109/03/01	999/12/31	限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用。
B104-3	C-X-	複雜性心房顫動之冷凍消融導管	106/11/01	999/12/31	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. 重度二尖瓣逆流或狹窄者。 2. 左心房大於55mm者。
B104-4	C-X-	心臟診斷用電生理導管	109/01/01	999/12/31	限用於複雜性之心房不整脈。
B104-5	C-X-	3D立體定位貼片組	109/03/01	999/12/31	1. 「限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速(PSVT)不適用」。 2. 18歲(含)以下兒童一般陣發性心室上心搏過速，進行無輻射燒灼術時適用。
B105-1	F-H-	經皮移除心臟內導線裝置	109/05/01	999/12/31	適應症及使用規範需符合下列之一： 一. 對所有確診為心臟植入式儀器(CIED)的病患，併有全身系統性感染，如瓣膜性心內膜炎、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(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(含)以上導線。
B201-1	F-H- C-H-	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR	84/09/14	999/12/31	BIO PUMP、BIO-PROBE INSERT、SP PUMP HEAD、SP BLOOD FLOW SENSOR適應症限： 1、心臟手術後低心輸出量，無法脫離人工心肺機時使用。 2、實施較困難之心臟及大血管手術預期使用體外循環時間會較長或預期凝血因子及血球破壞較嚴重時使用。
B201-2	F-H- C-H-	體外循環維生系統 ECMO(EXTRACORPOREAL CIRCULATION)	101/06/01	999/12/31	101年6月1日起修訂，依照全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目68036B體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)使用之適應症及禁忌症訂定。
B201-3	F-H-	含肝磷脂、肝素之人工心肺OXYGENATER	86/09/12	999/12/31	含肝磷脂、肝素之適應症： 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘，而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	970701修訂: 因開心手術、主動脈剝離、胸腔動脈瘤、微創手術或二次心臟/胸腔手術,用於少於6小時之體外循環之手術使用。
B201-5	F-H-	含塗層之人工心肺WITH OR WITHOUT儲血槽(含 ARTERIAL FILTER)	100/03/01	999/12/31	100.03.01生效: 限重大複雜之心臟血管手術其體外循環之時間預計會超過150分鐘或60分鐘,而又無使用其他自體輸血裝置之患者使用並限12歲以下之兒童開心手術使用。
B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液 幫浦(配合心室輔助裝置 系統-VAD)	100/10/01	106/09/30	(原規定)同全民健康保險醫療費用支付標準診療項目68051B「心室輔助裝置植入」所訂適應症,需事前審查。
B201-6	F-H-	體外循環用-長效型血液 幫浦(配合心室輔助裝置 系統-VAD)	106/10/01	999/12/31	自1061001修訂生效 體外循環用-長效型血液幫浦(配合心室輔助裝置系統-VAD):同全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目「心室輔助裝置植入」(編號:68051B)所訂給付規定。
B201-7	F-H-	長效型體外膜肺 ECMO(EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATOR)	103/08/01	999/12/31	自103.08.01起生效: 限用於急性呼吸窘迫症候群病患及等待心臟移植病患之第二套以上(含)ECMO體外循環維生系統。
B202-1	F-H-	組織安定器及真空抽吸套 管組	88/06/01	999/12/31	組織安定器及真空抽吸套管組:限微創直接冠狀動脈繞道手術(MIDCAB)使用,並規範: 1.一至二條血管之MIDCAB手術,每次只能申報兩支組織安定器及一付真空抽吸套管組。 2.三條(含三條)血管以上之MIDCAB之手術,除申報兩支組織安定器及一付真空抽吸套管組,並得申報自體血液回收組。
B202-2	C-H-	多重灌注分流管MULTIPLE PERFUSION SET	89/01/01	999/12/31	限三條血管以上填塞之CAD,且左心室功能低於LVEF 30%以下者
B202-3	H-E-	動脈血過濾器/含肝素 BLOOD FILTER W/HEPARIN	84/03/01	999/12/31	限體外循環超過120分鐘患者使用
B202-4	H-E-	氣泡過濾器 BUBBLE TRAP	86/05/08	999/12/31	限複雜性先天性心臟病矯正術使用
B202-5	H-E-	動脈血過濾器+去白血球 過濾器	87/10/02	999/12/31	限開心手術使用於BLOOD CARDIOPLEGIA SOLUTION時申報

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B202-6	C-H-	兒童用動脈套管	104/12/01	999/12/31	(104.12.01生效)給付規定： 限18歲以下兒童開心手術時使用。
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	84/03/01	101/09/30	心外自體輸血系統給付規定 一、心外自體輸血系統之適應症為：限開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000CC之大手術申報使用。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、心外自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	101/10/01	102/06/30	術中自體血液收集套給付規定如下(1011001修改)： 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節（大於等於3節）脊椎內固定手術。 三、限使用一套。自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。
B203-1	C-C-	術中自體血液收集套	102/07/01	999/12/31	術中自體血液收集套給付規定如下(1020701修改)： 一、開心手術、大動脈手術及肝、脾破裂出血超過2000C.C之大手術。但於一至二條血管之微創直接冠狀動脈繞道手術不得申報。 二、非微創之長節（大於等於3節）脊椎內固定手術。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	85/12/19	102/06/30	一、血液脫液器組之適應症為：術前腎機能不全或充血性心衰竭而須施行開心手術患者使用。 二、心外自體輸血系統、血液脫液器組，以上兩種材料不能同時重複使用。
B203-2	H-E-	血液脫液器組BLOOD HEMOCONCENTRATOR W/CHECK TUBING	102/07/01	999/12/31	血液脫液器組給付規定如下(1020701修改)： 術前腎機能不全或充血性心衰竭而須施行開心手術患者使用。
B203-3	C-C-	胸腔血液引流併自體輸血組	86/04/07	999/12/31	胸腔血液引流併自體輸血組適應症限： 胸腔、心臟血管外科手術或外傷無菌性大量血胸需自體輸血者，且需檢附自體輸血記錄備查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	107/10/01	108/01/31	長效型心室輔助系統(自107/10/01生效) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統。2.須能耐受抗凝血治療。3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5 μg/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>5 μg /kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。(6)復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症:1.超過65歲以上。2.有明顯感染者。3.愛滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.惡性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16. INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範:1.醫院條件:(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件:(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經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,須定期登入系統追蹤狀況,直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	108/02/01	999/12/31	長效型心室輔助系統(108/2/1修訂) 一、適應症:1.病患已登錄於器官移植中心系統。2.須能耐受抗凝血治療。3.符合下列心臟移植條件且無法脫離強心劑注射(dopamine + dobutamine >5 μg/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>5 μg /kg/min 7天以上,經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m2者。(6)復發有症狀的心室心律不整,無法以公認有效的方法治療者。 二、禁忌症:1.年齡65歲以上(含65歲)。2.有明顯感染者。3.愛滋病帶原者,應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。4.肺結核經證實者。5.惡性腫瘤患者。6.心智不正常或無法長期配合藥物治療者。7.少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。8.嚴重肺高血壓,經治療仍大於6 Wood Unit者,不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。9.肝硬化或GPT在正常兩倍以上,且有凝血異常者。10.中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)。11.嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。12.活動性消化性潰瘍患者。13.嚴重的腦血管或周邊血管病變,使日常生活無法自理,且無法接受重建手術者。14.免疫系統不全或其他全身性疾病,雖經治療仍預後不良者。15.藥癮患者。16. INTERMACS 1及INTERMACS 2 之患者。17.再次開心手術。 三、支付規範:1.醫院條件:(1)須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。(2)應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。2.醫師條件:(1)手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。(2)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。3.醫院及醫師必須經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,須定期登入系統追蹤狀況,直到病人完成心臟移植手術出院或死亡。
B301-1	H-H-	保護導線加上暫時阻斷吸入系統	93/10/01	94/01/31	限用於實施頸動脈擴張術且對側頸動脈無完全阻塞者。
B301-2	H-H	頸動脈血栓濾過導引線系統(1040501更正)	94/04/01	999/12/31	適應症(940401): 限用於實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。
B301-3	H-H	抽吸方式移除血栓系統組	98/07/01	999/12/31	適應症(980701): (一)急性心肌梗塞冠狀動脈成型治療。 (二)冠狀動脈繞道後,隱靜脈狹窄之成型治療。
B301-4	H-H	血栓濾過導引線系統	104/05/01	999/12/31	自104.05.01生效 1.實施頸動脈擴張術及血管支架置放術。 2.冠狀動脈繞道後,隱靜脈狹窄之成形治療。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
B301-5	H-H	周邊動脈血栓移除系統組	104/06/01	999/12/31	(104/06/01生效) 一、用於需移除或抽吸動脈血管系統中栓塞物質之病人，但不得用於直徑小於2.5mm的血管。 二、不得用於人工洗腎用血管與動靜脈瘻管的血管栓塞者。
C101-1	C-K-	長效型雙J型輸尿管組 /STENT(With hydroplus coating)+PUSHER	105/10/01	999/12/31	長效型雙J型輸尿管組給付規定(105/10/01): 輸尿管內良性、惡性腫瘤和創傷後產生輸尿管狹窄等所造成長期且無法矯治的輸尿管阻塞。
C101-2	C-K-	抗壓型雙J型輸尿管組 /STENT+GUIDE WIRE+PUSHER	105/10/01	999/12/31	抗壓型雙J型輸尿管組給付規定(105/10/01): 1.腹腔腫瘤、腹膜後腔纖維化引起輸尿管壓迫，導致腎水腫。 2.反覆輸尿管狹窄經一般雙J型導管無法矯治的腎水腫。
C301-1	C-G-	左心室傳送系統(配合1. 心房同步雙心室節律器或 2.心臟整流去顫器結合心 房同步雙心室節律器使 用)	94/02/01	999/12/31	1.使用於心房同步雙心室節律器時，適用B104-1之適應症。 2.使用於心臟整流去顫器結合心房同步雙心室節律器時，適用B103-2之適應症及相關使用規範。
C302-1	C-X-	心內膜心律不整外科燒灼 電刀用電極	93/07/01	999/12/31	限心臟外科手術時使用，並附AF心電圖報告（術前、術中或術後）
D101-1	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	87/12/01	999/12/31	適應症如下： 1.嚴重的粉碎性或截斷性骨折。 2.使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣長度時。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	84/03/01	109/02/29	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL限： 股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D101-2	F-B-	骨髓內固定釘 INTERLOCKING NAIL	109/03/01	999/12/31	GAMMA LOCKING NAIL、RECON NAIL 1.限複雜性、不穩定型轉子間骨折患者申報。 2.須檢附病患X光照片。
D101-3	F-B	成骨不全症髓內釘	104/01/01	999/12/31	成骨不全症髓內釘自104.01.01生效 本產品是暫時性植入物於成骨不全而生長板正常的小兒患者，以幫助長骨幹骨折、骨切開術、骨折斷端對位不良及未癒合骨折的固定，並防止股骨、脛骨及肱骨進一步的骨折
D101-4	F-B-	鈦合金加長型伽瑪髓內釘 組(長度180mm以上)	109/03/01	999/12/31	1.限轉子下骨折及轉子間骨折合併轉子下延伸之患者申報。 2.須檢附病患X光照片。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	84/03/01	98/08/27	適應症如下： 1. 嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2. 使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣之長度時。
D102-1	F-B-	骨髓內固定螺絲 INTERLOCKING SCREW	98/08/28	999/12/31	適應症修訂(980828)如下： 1. 嚴重之粉碎性或截斷性骨折 2. 使用一般髓內骨釘無法維持斷骨之穩定性或維持其與正常肢同樣之長度時。 3. 股骨粗隆下骨折及股骨粗隆複合骨折患者申報。
D102-2	F-B-	固定螺絲 INTERFERENCE SCREW	85/09/14	999/12/31	INTERFERENCE SCREW限十字韌帶重建術患者使用。
D102-3	F-B-	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCRE	86/01/11	999/12/31	界面螺絲REVO CANCELLOUS SCREW限肩關節韌帶手術使用。
D102-4	F-B-	生物可吸收性固定錨釘 (固定珠)ENDOPEARL BIOABSORBABLE SOFT TISSUE DEVICE	94/07/01	999/12/31	限實施十字韌帶重建手術患者使用
D103-1	F-B	埋頭中空加壓骨釘	106/08/01	999/12/31	自106/08/01起生效 限用於診療項目64035C(腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術)之腕骨及跗骨關節面內骨折固定使用
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	85/04/23	107/08/31	訂製型人工肩關節，須事前報備，經同意後使用。
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	107/09/01	999/12/31	自1070901起取消事前審查。
D106-1	F-B-	人工髖關節HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.1起取消事前審查。
D106-2	F-B-	訂製型人工髖關節CUSTOM MADE HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 訂製型鞍狀髖臼組適應症限：髖臼嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D106-3	F-B-	重建型人工髖關節 REVISION HIP PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01起取消事前審查 REVISION HIP SYSTEM(且骨頭缺損達第二度以上者)適應症限： (一)適用於人工髖關節再置換且骨頭缺損達第二度以上者(DGOT分類GRADE II以上者)。 (二)按病例需要可配合使用大轉子重建系統GTR CABLE GRIP 系統。
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	107/07/01	999/12/31	自107年7月1日起生效 1. 限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2. 既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特材可供使用，則不得使用本特材。
D106-5	F-B-	髖白缺損填補墊片	107/08/01	999/12/31	自107年8月1日生效： 1. 限用於診療項目64201B、64170B、64258B。 2. 髖白缺損嚴重程度達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-	重建型髖白護架(Cage)	107/10/01	999/12/31	自107.10.01起生效) 限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons，AAOS)定義，屬第三級合併髖白窩的骨骼缺陷時使用。
D106-7	F-B-	限制型襯墊	107/10/01	999/12/31	自107年10月1日生效： 用於習慣性脫臼大於2次為原則。
D107-1	F-B-	人工肘關節 ELBOW PROSTHESIS	84/03/01	999/12/31	須附術前X光片事前報備，經同意後使用限RA及嚴重的OA病患申報。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	95/07/01	98/12/31	壹、人工膝關節使用規範(950701起修訂)：一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代. 二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。四、須附術前X光片(及站立兩膝之正面實體照片，自99年1月1日起刪除)，事前報備，經同意後使用。具放射線專科醫師之醫院宜附放射科醫師之X光片報告，對於爭議較多醫院可請放射科醫師會審。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	99/01/01	104/10/30	壹、人工膝關節使用規範(950701起修訂)：一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。四、須附術前X光片(及站立兩膝之正面實體照片，自 99年1月1日 起刪除)，事前報備，經同意後使用。具放射線專科醫師之醫院宜附放射科醫師之X光片報告，對於爭議較多醫院可請放射科醫師會審。
D108-1	F-B-	人工膝關節 KNEE PROSTHESIS	104/11/01	999/12/31	自 104.11.01 取消事前審查 人工膝關節使用規範： 一、七十歲以下者，需同時具備關節間隙小於二分之一以上之關節病變及有兩個compartments以上之關節病變，或有一個compartment之關節病變，且症狀嚴重，無其他治療方式可取代。 二、七十歲(含)以上者，關節間隙小於二分之一以上之關節病變，經保守療法無效者，但至少需接受保守療法三個月。 三、加長型莖EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 訂製型適應症限：嚴重缺損，如骨腫瘤切除患者使用。
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	92/07/01	104/10/31	人工半膝關節組使用規範：92/07/1) 一、須附術前站立X光片事前報備，經同意後使用。 二、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)(刪除經關節鏡)。 三、年齡限制以大於五十五歲為原則。 四、符合下列條件之一者：(一)膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。(二)膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五，flexion contracture 小於十五度者。 五、不得使用於RA或Gouty arthritis。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-3	F-B-	人工半膝關節UNI KNEE PROTHESIS	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 人工半膝關節組使用規範： 一、限單一關節腔室關節病變(內側或外側)。 二、年齡限制以大於五十五歲為原則。 三、符合下列條件之一者： (一) 膝關節單一腔室間隙小於二分之一以上之關節病變。 (二) 膝關節單一腔室顯示有嚴重軟骨病變且面積大於二分之一以上者，且膝關節Mechanical axis內翻(Varus)小於十度，外翻(Valgus)小於十五，flexion contracture 小於十五度者。 四、不得使用於RA或Gouty arthritis。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片 EXTENSION STEM、WEDGE	86/08/25	104/10/31	一、加長型脛EXTENSION STEM、墊片WEDGE之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，關節肢體周圍骨折或需整塊異體移植的病例，可術後以X光片或照片為佐證申報。 二、須事前審查，限用於膝關節再置換時使用。
D108-4	F-B-	延長脛骨、墊片 EXTENSION STEM、WEDGE	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 一、延長脛骨、墊片之適應症：X光顯示明顯骨缺損三公分以上，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。 二、限用於膝關節再置換時使用。
D108-5	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	100/01/21	999/12/31	100.01.21發文： 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、以上所稱累計達6個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，患者可持原就診醫療院所之就醫記錄，至其他醫療院所繼續接受注射治療，而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，才給予注射。如經符合給付規定施行第1次膝關節內注射劑者，無須再以保守治療及一般藥物治療，即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-55	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	90/05/01	96/03/31	(原規定 900501 起) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準的退化性膝關節炎疼痛患者使用(刪除一般藥物治療達六個月以上之限制)。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療(照原規定)。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程(照原規定)。
D108-55	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	96/04/01	96/12/19	適應症：(規定 960401 起) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。 四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。
D108-55	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	96/12/20	100/01/20	適應症：(新規定 961220 發文) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，連續五週為一療程，且每年不得超過二個療程。 四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 五、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D108-55	F-B-	關節內注射劑(每個療程5次)	100/01/21	100/01/21	(請見D108-5)

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-6	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	100/01/21	999/12/31	100.01.21發文: 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後,至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、以上所稱累計達6個月(含)以上均無效..."係指:在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後,其治療時間累計達6個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所,患者可持原就診醫療院所之就醫記錄,至其他醫療院所繼續接受注射治療,而不須再經保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後,才給予注射。如經符合給付規定施行第1次膝關節內注射劑者,無須再以保守治療及一般藥物治療,即可依病情需要繼續注射後續之療程。 三、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節,亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生署核定方式:每週一次,一次一支,每次療程共需注射三次,每年不得超過二個療程。 五、審查費用時,醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者,可提專案申請,經同意後使用。
D108-66	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	94/01/01	96/03/31	(原規定940101起) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療均無效後,至未達需置換人工膝關節之標準的退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節,亦不可併做同一部位之復健治療。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式:每週一次(即兩次注射間隔為一週),每次療程共需注射三次。 四、每年不得超過二個療程。
D108-66	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	96/04/01	96/12/19	適應症:(規定960401起) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後,至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節,亦不可併做同一部位之復健治療。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式:每週一次,一次一支,每次療程共需注射三次,每年不得超過二個療程。 四、審查費用時,醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D108-66	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	96/12/20	100/01/20	適應症：(961220發文) 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達6個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛患者使用。 二、病患於注射關節內注射劑期間不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 三、用法用量依行政院衛生署核定方式：每週一次，一次一支，每次療程共需注射三次，每年不得超過二個療程。 四、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療6個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 五、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D108-66	F-B-	關節內注射劑(每個療程3次)	100/01/21	100/01/21	(請見D108-6)
D108-7	F-B-	髌骨股骨人工關節組 PATELLOFEMORAL JOINT SYSTEM	104/11/01	999/12/31	自104.11.01取消事前審查 一、給付規定： (一)髌股關節之嚴重退化性或外傷性關節，其關節間隙消失合併骨骼變形者。 (二)髌股關節之病變導致嚴重疼痛，經保守治療6個月以上、並經清創手術或軟骨移植手術失敗者。 (三)髌股骨列位不正，經手術矯正已回正位，但仍有嚴重髌股關節症狀者。 二、禁忌症： (一)發炎性(如類風濕性)關節炎。 (二)合併脛股關節炎。 (三)髌股骨列位不正且無法矯正。 (四)脛股骨列位不正(外翻大於8度或內翻小於5度)。 (五)膝關節最大屈曲度小於110度。 (六)患部關節曾有關節局部感染，或其他局部/全身性感染病史，可能影響到人工關節。 (七)骨存量不足。 (八)半月板或韌帶結構不足。 (九)骨骼未成熟。 (十)神經性之關節病變。
D108-8	F-B-	重建型鈦金屬脛骨及股骨 錐狀墊片(Cone)	108/09/01	999/12/31	1. 限用於人工膝關節再置換手術且符合Anderson Orthopaedic Research Institute(AORI) classification Type 3骨缺損定義之患者。 2. 每部位限使用一個。 3. 需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D109-1	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效六個月)	109/05/01	999/12/31	109. 05. 01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效六個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過二個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D109-2	F-B-	關節內注射劑(每個療程一次，療效十二個月)	109/05/01	999/12/31	109. 05. 01生效 一、限經同一院所保守治療及一般藥物治療時間累計達六個月(含)以上均無效後，至未達需置換人工膝關節之標準且經診斷為退化性膝關節炎疼痛病人使用。 二、以上所稱累計達六個月(含)以上均無效..."係指：在同一院所曾以保守治療及一般藥物治療合併計算後，其治療時間累計達六個月(含)以上均無效後使用。若因更換醫療院所，病人可持原就診醫療院所之就醫記錄，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不得使用NSAID鎮痛消炎藥、類固醇注射劑、及置換人工膝關節，亦不可併做同一部位之復健治療。 四、用法用量依行政院衛生福利部核定方式，每個療程一次，療效十二個月者：一次一支，每次療程需注射一次，一年不得超過一個療程。 五、審查費用時，醫療院所須檢附同一院所經治療六個月無效之就診病歷、用藥紀錄及病患膝關節X光照片。 六、如有無法實施一般藥物治療之特殊案例需使用者，可提專案申請，經同意後使用。
D111-1	F-B-	塑膠類、陶磁類人工代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	86/04/29	999/12/31	一、適應症如下：1．人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時(自體骨移植不足或無法取者)。2．巨大骨腫瘤(自體骨移植不足或無法取者)。3．脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4．已經多次植骨手術，無處可取植骨。5．必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6．脊椎前方固定術或其他手術(自體骨移植不足或無法取者)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D111-2	F-B-	天然動物骨(小牛骨)人工 代用骨ARTIFICIAL BONE GRAFT	86/05/08	999/12/31	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cm ³ =mL。
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	999/12/31	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：1. 人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。2. 巨大骨腫瘤3. 脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4. 已經多次植骨手術，無處可取植骨。5. 必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6. 脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：20mL 二節至三節。2. 人工關節鬆脫或骨溶解需要再置換手術：限20mL。3. 脊椎側彎：以50mL或骨材費用三萬元為上限。4. 腫瘤：依空洞大小；X光的正側面，長×寬×高cm ³ =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	93/07/01	999/12/31	一、適應症(930701)如下：1. 人工關節再置換術中，需使用骨頭填充空間時。2. 巨大骨腫瘤3. 脊椎再次手術，而自體骨移植不足者。4. 已經多次植骨手術，無處可取植骨。5. 必需施行大量植骨而自體無法供應骨質以供移植者。6. 脊椎前方固定術。 二、案件申請金額超過六仟元以上者，醫療院所須檢附X光片事前報備，經同意後使用。 三、使用量之規定：(一)X光測量預定填補的範圍，以面積作評估，做核准數目之參考。1. 脊椎重置融合(revision)：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cm ³ =mL。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	87/01/01	95/06/30	原規定： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附脊髓攝影。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上）須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於(87/1/1起)：1. 脊椎固定三節或三節以上者。2. 有骨折並合併脫臼之情形。
D112-1	F-B-	脊椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	95/07/01	999/12/31	950701 起修訂： 一、脊椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、長節固定適應症為：1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後，須固定四個以上椎體者，須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形，合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後，須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱，須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶，須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形，經切骨術後，須固定四個以上椎體者。 三、短節固定適應症為：限脊椎骨折、脫位，廣泛性的椎弓切除術（面關節切除二分之一以上）須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之適應症限用於：1. 椎體固定三節或三節以上者。2. 爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者，其事前審查必要時由2位審查醫師審查。
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	84/03/01	107/08/31	一、脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使用。 二、前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	107/09/01	999/12/31	自1070901起生效 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	86/03/31	95/06/30	原規定： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-3	F-B-	頸椎固定桿鉤組SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	95/07/01	999/12/31	950701起修訂： 一、頸椎固定，須事前報備，經同意後使用。 二、頸椎固定適應症為：頸椎退化合併神經學障礙或頸椎退化、外傷及腫瘤引起不穩定時使用。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	93/04/01	97/06/30	脊椎間體護架(TITANIUM CAGE)適應症(93/04/01)，另PEEK CAGE自97/07/01起比照辦理) 一、頸椎部分： 1．椎間盤廣泛切除會引起椎間不穩定者。 2．屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 二、腰椎部分： 1．屈曲及伸展之X光顯示椎間有二度以上(>=Grade II)不穩定者(不穩定之定義如以前滑脫)。 2．椎間不穩定為一度(Grade I)而且(1)椎間盤內有Vacuum phenomenon或(2)MRI有Dark disc或(3)Discogram(椎間盤顯示劑攝影)有強烈正相關者。 3．長節後方融合需到薦椎時，在L5-S1(第五腰椎及第一薦椎中，可置放Cage，因此處之融合失敗率相當高)。 4．超過三節以上之融合在最下層單節可使用cage，例如L3, L4, L5後方融合時，L4-L5 可置放Cage。 三、須事前報備，經同意後使用。
D112-4	F-B-	脊椎間體護架TITANIUM VETEBRAL INTERBODY CAGE	97/07/01	999/12/31	脊椎間體護架(TITANIUM CAGE)適應症(93/04/01)，另PEEK CAGE自97/07/01起比照辦理) 一、頸椎部分： 1．椎間盤廣泛切除會引起椎間不穩定者。 2．屈曲及伸展之X光顯示椎間有不穩定者。 二、腰椎部分： 1．屈曲及伸展之X光顯示椎間有二度以上(>=Grade II)不穩定者(不穩定之定義如以前滑脫)。 2．椎間不穩定為一度(Grade I)而且(1)椎間盤內有Vacuum phenomenon或(2)MRI有Dark disc或(3)Discogram(椎間盤顯示劑攝影)有強烈正相關者。 3．長節後方融合需到薦椎時，在L5-S1(第五腰椎及第一薦椎中，可置放Cage，因此處之融合失敗率相當高)。4．超過三節以上之融合在最下層單節可使用cage，例如L3, L4, L5後方融合時，L4-L5 可置放Cage。 三、須事前報備，經同意後使用。
D112-5	F-B-	脊椎骨質疏鬆內固定釘 OPS TITANIUM SPINAL SCREW	100/01/01	107/08/31	1000101起 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備，經同意後使用。 三、適應症同D112-1。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者): 107.09.01生效 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score小於或等於-2.5)使用。 二、須事前報備,經同意後使用。 三、適應症同D112-1。 四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。
D112-6	F-B-	VEPTR延展式肋骨支撐架	100/04/01	999/12/31	VEPTR延展式肋骨支撐架(1000401) 一、須事前審查。 二、使用規定如下:需同時符合以下三項條件1、胸腔發育不全患者,肺功能檢查呈中度限制性受損(moderate restrictive impairment)以上者。2、脊柱側彎(Cobb's angle)40度以上或兩次追蹤檢查角度增加10度以上。3、骨骼未達成熟Risser Sign ≤ 4 或Bone age study ≤ 14 歲。
D112-7	F-B-	頸椎後側固定系統OASYS SYSTEM	103/06/01	999/12/31	自103.06.01生效 一、低位頸椎發生退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染,或創傷而造成結構變形及神經壓迫情況下,前融合減壓手術無法或不足以重建頸椎之前凸形狀及穩定度時。 二、高位頸椎及顱頸部位因退化性病變、腫瘤侵蝕壓迫、椎體椎間盤發炎感染,或頸椎創傷造成之頸椎變形及神經壓迫情況需接受固定及融合手術時。 三、須經事前審查通過後使用。
D112-8	F-B	搭配固定桿規格4.5MM之脊椎固定系統	104/03/01	999/12/31	搭配固定桿規格4.5mm之脊椎固定系統(104.03.01) 一、限用於體重小於30公斤體型嬌小或18歲以下之兒童,並須符合下列之給付規定,經事前報備同意後使用: 二、長節固定給付規定為:1、脊椎側彎變形須達四十度以上。2、腰椎減壓手術後,須固定四個以上椎體者,須附影像證明(例如電腦斷層、核磁共振、脊髓攝影)。3、因骨質疏鬆、骨折變形,合併神經損傷須固定四個以上椎體者。4、因前次脊椎手術後,須再行減壓和骨融合術達四個以上椎體者。5、廣泛椎體切除術後之不穩定脊柱,須固定四個以上椎體者。6、脊椎前方病灶,須固定四個以上椎體者。7、腰椎駝背畸形,經切骨術後,須固定四個以上椎體者。 三、短節固定給付規定為:限脊椎骨折、脫位,廣泛性的椎弓切除術(面關節切除二分之一以上)須施行骨融合術者。 四、橫向固定器(CROSS LINK)之給付規定限用於:1.椎體固定三節或三節以上者。2.爆裂性骨折或嚴重脫位之情形。 五、使用脊椎固定桿鉤組長節「(5節以上(含))」固定者,其事前審查必要時由2位審查醫師審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D112-9	F-B	頸椎椎間植入物-椎體護架+頸椎骨板一體成型	105/03/01	999/12/31	自105.03.01生效 一、單節頸椎椎間疾患合併節段不穩定須行椎體間融合加上骨板固定時使用。 二、在接受頸椎前位融合固定術後，發生上或下鄰近節病變，須再次行鄰近節單節椎體間融合術時使用。 三、若連續兩節或以上節數病變不宜使用此裝置。 四、須經事前審查通過後使用。
D113-1	F-U-	人工泌尿道括約肌 SPHINCTER URINARY PROSTHESIS	84/03/01	999/12/31	一、適應症如下:均符合下列十項，始可給付。1、外傷或手術後尿失禁持續九至十二個月。2、保守性治療無效者。3、無尿路阻塞之問題。4、無尿路感染。5、膀胱功能正常。6、無膀胱過度反射症HYPER REFLEX或藥物治療可控制者。7、無膀胱輸尿管逆流症者U-V REFLEX。8、無膀胱餘尿者。9、病患有意願。10、善於且能正常操作者。 二、應事前報備，經同意後使用。
D113-2	F-U-	膀胱灌注液	97/03/01	108/04/30	膀胱灌注液之適應症及使用規範(97.03.01生效): 一、適應症如下:1、間質性膀胱炎:以病理報告，或明確的膀胱鏡及尿路動力學檢查確定後，事前審查核准後使用。2、出血性膀胱炎:在傳統清血塊，電燒無效後，檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。 二、原則上每一療程以六個月為限，療程結束前應評估其療效，如症狀未完全改善且無不良反應出現者，可再繼續另一療程。
D113-2	F-U-	膀胱灌注液	108/05/01	999/12/31	膀胱灌注液之適應症及使用規範：(108/05/01起修訂) 一、適應症如下： 1、間質性膀胱炎：以病理報告，或明確的膀胱鏡確定後，事前審查核准後使用。 2、出血性膀胱炎：在傳統清血塊，電燒無效後，檢附照片及病歷經事前審查核准後使用。 二、原則上每一療程以六個月為限，療程結束前應評估其療效，如症狀未完全改善且無不良反應出現者，可再繼續另一療程。
D113-3	F-U-	男性尿道懸吊帶系統	101/10/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統給付規定(1011001生效)：用於治療男性攝護腺癌手術後發生之應力性尿失禁，排除T3或有遠端轉移之個案且符合以下條件及規範者： 一、手術前病人如有泌尿道感染應先治療。 二、病人應有好的膀胱功能(膀胱容量>250mL，尿後殘餘量<50mL)。 三、病人無膀胱頸或尿道狹窄(最大尿流速≥15mL)。 四、病人無膀胱炎、尿道炎或攝護腺炎。 五、病人無神經性逼尿肌不穩定[病歷應附逼尿肌動力圖(CMG)]。 六、先接受6個月期的非侵入性壓力性尿失禁治療且有病歷紀錄(如：行為治療、膀胱訓練、生理回饋、骨盆電磁波刺激或藥物治療等)。 七、病人沒有血液凝固疾病(病歷應附流血時間，凝固時間)。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D113-4	C-G-	輸尿管結石移除器	106/11/01	999/12/31	(106.11.01)輸尿管結石移除器之給付規定如下： 限用於輸尿管結石碎石術或取石術(診療項目代碼：77027B或77028B)，移除大於1公分(最大直徑)的輸尿管結石，需檢附影像或照片(有量度紀錄)。
D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	107/06/01	999/12/31	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)之給付規定如下(自1070601起生效)： 限用於男性攝護腺癌接受根治性攝護腺切除手術之術後尿失禁，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	999/12/31	一、給付範圍如下： (一)診察(包括鑑定、檢測及會診)。 (二)義肢之給與及訓練。 (三)處置手術或治療。 前項給付範圍不包括義肢之維修費用。 二、給付次數：同一部位之義肢裝配，以給付一次為限。但十八歲以下保險對象同一部位之義肢裝配，得依醫師之處方，每二年給付一次。
D201-1	F-P-	顏面骨板BONE PLATE	87/11/01	100/04/30	重建型、迷你型、微小型顏面骨板適應症：(87/11/1起修正) (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
D201-1	F-P-	顏面骨板BONE PLATE	100/05/01	106/08/31	(100.05.01修正版) 重建型、迷你型、微小型顏面骨板，BURR HOLE PLATE、頭骨固定夾使用規範為(100.05.01修改)： (一)限使用在髮際線以外，且符合以下條件之一： 1. 限使用於顏面骨折患者。 2. 顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 (二)BURR HOLE PLATE、頭骨固定夾每次手術使用總數以3個為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D201-1	F-P-	顏面骨板BONE PLATE	106/09/01	999/12/31	(1060901修正生效) 一、重建型、迷你型、微小型顏面骨板：限使用在髮際線以外，且符合以下條件之一 (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。 二、BURR HOLE PLATE、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。
D201-2	F-P-	骨板ANATOMIC BONE PLATE	86/04/07	999/12/31	(86/04/07) ANATOMIC BONE PLATE 限EPIPHYSIS、METAPHYSIS骨折使用。
D201-3	F-B-	纜線固定系統Cable System	87/05/01	87/08/31	DALL-MILES CABLE SYSTEM纜線固定系統適應症限：髖關節再置換合併股骨 粉碎性骨折或轉子骨折病例使用(87/05/01)。
D201-3	F-B-	纜線固定系統Cable System	87/09/01	106/07/31	DALL-MILES CABLE SYSTEM纜線固定系統適應症限： 1. 髖關節再置換合併股骨 粉碎性骨折或轉子骨折病例使用(87/05/01)。 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(87/09/01)。 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(87/09/01)。
D201-3	F-B-	纜線固定系統Cable System(纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)	106/08/01	999/12/31	纜線固定系統Cable System (纜線夾縮器、纜線、纜線套及纜線壓迫骨板)(106/08/01修訂)： 1. 髖關節再置換合併股骨粉碎性骨折或轉子骨折病例使用。 2. 施行全人工髖關節置換術於手術中發生大轉子或轉子間骨折者。 3. 人工髖關節再置換術，於股骨近端或大轉子間骨折需要移植骨填充固定者
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘 BIOFIXATION SYSTEM	97/10/01	108/11/30	可吸收性顏面骨板及骨釘適應症：(97/10/1起) (一)限使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
D201-4	F-P-	可吸收性顏面骨板及骨釘	108/12/01	999/12/31	可吸收性顏面骨板及骨釘(自108.12.01生效)： 限18歲以下(<=18歲)兒童病患使用且符合下列適應症之一： 1. 顱顏面骨折、顱骨縫過早封閉、顏面先天性畸形。 2. 顱顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術。
D201-5	F-P-	FAST-FLAP NEURO FIXATION SYSTEM 速固硬 式固定系統	101/10/01	999/12/31	101.10.01起 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組： 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。
D203-1	F-B-	骨骼外固定釘、組 TRANSFIXATION PIN、SET	84/03/01	999/12/31	ILIZARAVE EXTERNAL FIXATOR限： (一)兩腳不一樣長(限定長度相差在五公分 以上且變形) (二)感染造成不癒合情形之患者使用。
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/ 組	107/04/01	999/12/31	自1070401起生效 1. 限18歲(含)以下。 2. 嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3. 須事前審查：附X光片、照片及3D電腦斷層影像。
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板組	107/12/01	999/12/31	107/12/1 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1組為原則，如當次須使用大於1組者，須事前審查。
D203-4	F-B-	兒童長骨畸形矯正骨板系統(Guided growth system)	108/03/01	999/12/31	自108/3/1起生效 一、適應症： 1. 膝內翻或膝外翻達下肢軸線(股骨頭中心至踝關節中心連線)超過膝關節中間1/2且生長板尚未關閉。 2. 膝屈曲攣縮10度~20度且生長板尚未關閉。 3. 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。 4. 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。
D301-1	F-P-	顏面骨螺絲 BONE SCREW	87/11/01	999/12/31	重建型、迷你型、微小型顏面骨螺絲適應症限：(87/11/1修正) (一)使用於顏面骨折患者。 (二)顏面及上、下顎骨惡性腫瘤切除重建手術之患者使用。
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓導管ANTISEPTIC CVP	89/03/01	89/05/28	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/03/01) 限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E201-1	C-P-	經抗感染處理中央靜脈壓 導管ANTISEPTIC CVP	89/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1. 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2. 使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient)3. 使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜 脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	89/03/01	89/05/28	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/03/01) 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。
E201-2	C-P-	經抗感染處理小兒中央靜 脈壓導管 ANTISEPTIC PEDIATRIC CVP	89/05/29	999/12/31	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/05/29) 1. 加護病房之患者(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)。 2. 使用免疫系統抑制劑之患者(Immunosuppressed patient) 3. 使用TPN之患者(total parenteral nutrition)。 4. 禁止使用於體重不到20公斤的小兒病患。
E201-3	C-P-	多功能靜脈輸液套	94/04/01	999/12/31	多功能靜脈輸液套使用規範： (一) 已曾經使用「3 LUMEN CVP CATHETER SET」的病患，預期仍需要靜脈導管注射。 (二) 使用全身靜脈營養者。 (三) 嚴重敗血症病患。
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組 PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	94/05/01	87/09/30	適應症部分(940501)：需同時符合下列兩項條件： 1、發生全身性發炎反應症候群(Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS)兩個或兩個以上之診斷條件 (1)體溫Temp<36℃或>=38℃ (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

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E201-4	C-P-	中央靜脈血氧導管組 PRESEP CENTRAL VENOUS OXIMETRY CATHETER SET	97/10/01	999/12/31	適應症擴增(971001)：(壹+貳) 壹、 1、心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。2、心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。3、各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。4、患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。 貳、需同時符合下列兩項條件： 1、發生全身性發炎反應症候群（Systemic Inflammatory Response Syndrome, SIRS）兩個或兩個以上之診斷條件（1）體溫Temp<36℃或>=38℃ （2）心跳速率HR>90下/分鐘 （3）呼吸速率RR>20次/分鐘或動脈血二氧化碳分壓PaCO2 <32 mmHg （4）白血球計數WBC>12,000/mm3或<4,000/mm3或>10% immature bands 2、全身組織低氧(Global Tissue Hypoxia)血壓收縮壓Systolic BP<=90 mmHg或乳酸值Lactate>=4 mmol/L
E201-5	C-P	動脈壓力監測組	100/05/01	999/12/31	(100.05.01)適應症：限2歲以下或15KG以下之兒童使用
E201-6	CP	腹內壓力監測組INTRA ABDOMINAL PRESSURE MONITORING KIT	102/10/01	999/12/31	自102.10.01起給付規定為 （1）重大外傷合併休克需積極復甦治療者； （2）外傷病患接受腹部損害控制手術者； （3）腹部外傷實施非手術治療需積極監控腹內傷害變化者； （4）大面積燒灼傷需積極復甦治療者； （5）腹部重症。
E201-7	C-P-	小兒由中央靜脈置入血氧 濃度導管組PEDIATRIC OXIMETRY CATHETER SET	104/04/01	999/12/31	小兒由中央靜脈置入血氧濃度導管組給付規定(自104.04.01起生效)： 限12歲以下或體重40公斤以下之兒童，並符合下列情形之一者： 1. 心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 2. 心臟病人，使用數種強心劑，且限於加護中心患者使用。 3. 各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善，限於加護中心患者使用。 4. 患有中度阻塞性肺部疾病或中度限制性肺部疾病須行胸腔手術者。
E204-1	C-F-	特殊腸道治療管SPECIAL EXTERNAL FEEDING TUBE	84/03/01	999/12/31	INTEST-SOND胃腸導管： G-I手術後併G-I TRACT溢漏或吻合須NPO者。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E204-2	B-B-	灌食袋FEEDING、PUMP SET	87/11/01	999/12/31	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(87/11/01起修正如后)。 一、適應症:1.CRITICALLY ILL PATIENT 長期臥床無法行動,並長期消化不良、腹脹,無法以藥物改善者。2.加護病房使用呼吸器治療中長期脹氣無法以藥物治療改善者。3.以其他方式灌食發生以下情形,需藉灌食袋之使用,以降低灌食速率及容量,減輕不適。A.胃排空不全。B.頑固性腹瀉。C.噁心、嘔吐。4.其他經營養師會診確認需使用的情形。 二、使用數量:1.一般住院病患(使用天數),以兩週給付兩付為原則,不足兩週者,給付數量如下:A.<=3天,給付1付。B.4-14天,給付2付。(以一般醫療常規,使用三天後送消毒,再使用另一付,輪替使用兩週)2.加護病房病患(使用天數),以一週給付兩付為原則,不足一週者,給付數量如下:A.<=3天,給付1付。B.4-7天,給付2付。(使用三天後再使用另一付)
E204-3	C-F-	矽質胃管SILICONE N-G TUBE 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)	93/04/01	96/03/31	(93/04/01)起矽質鼻胃管之使用規範修訂如下: (一)手術(如腸胃道部分切除)後,須較長期置放鼻胃管者。 (二)慢性病須鼻胃管灌食,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。
E204-3	C-F-	矽質胃管SILICONE N-G TUBE 聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)	96/04/01	999/12/31	(960401)起聚胺酯胃管(PU STOMACH CATHETER)使用規範如下: (一)手術(如腸胃道部分切除)後,須較長期置放鼻胃管者。 (二)慢性病須鼻胃管灌食,且在鼻胃管灌食一個月後,短期內不可能取消者。 (三)其他特殊須長期置放鼻胃管者。
E204-4	C-F-	胃造瘻餵食管 GASTROSTOMY FEEDING TUBE	98/11/01	105/12/31	98.11.1替換管(FEEDING TUBE) 1、限每6個月更換一次。 2、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。
E204-4	C-F-	胃造瘻餵食管 GASTROSTOMY FEEDING TUBE	106/01/01	999/12/31	胃造瘻餵食管(GASTROSTOMY FEEDING TUBE)(106/1/1修訂) 1、成人限每6個月更換一次,18歲以下兒童每3~6個月得更換一次。 2、須依全民健康保險醫療費用支付標準33107B、33108B等相關規定辦理。
E204-5	C-F	內視鏡經鼻腔空腸餵食管 NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE	100/05/01	999/12/31	「內視鏡經鼻腔空腸餵食管」適應症(100.05.01): 1、嚴重急性胰臟炎。 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E204-6	C-F	經鼻腔空腸餵食管NASAL JEJUNAL FEEDING TUBE(具片狀凸出TIGER)	101/10/01	999/12/31	「經鼻腔空腸餵食管」給付規定(101.10.01): 1、嚴重急性胰臟炎。 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。
E204-7	C-F	多功能經鼻腔空腸餵食管	106/12/01	999/12/31	「多功能經鼻腔空腸餵食管」給付規定(自106.12.01起生效): 1、需要同時進行胃引流及腸灌食。 2、胃麻痺/無法復原的胃部排空。 3、幽門狹窄。
E205-1	C-F	膠囊內視鏡	107/03/01	999/12/31	1070301生效 1. 依本保險醫療服務給付項目：「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。 2. 採事後逐案審查。
E210-1	T-K-	體外電震波腎臟碎石機電 擊棒(百次)ESWL ELECTRODE	85/03/25	93/06/30	85/03/25 自93年7月1日起業已含括於相關支付標準內, 不另給付。
E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒 鈐針狀電極、水冷式直針 燒灼	93/10/01	101/07/31	適應症限：(931001) 1、五公分(含)下的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。
E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒 鈐針狀電極、水冷式直針 燒灼	101/08/01	105/01/31	適應症限：(1010801) 1、五公分(含)下的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4、「水冷式直針燒灼」與「勒鈐針狀電極」，同次治療以使用一種為限。
E210-2	T-K-	無線電頻率燒灼系統：勒 鈐針狀電極、水冷式直針 燒灼	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1、小於三公分的肝腫瘤。 2、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4、「水冷式直針燒灼」與「勒鈐針狀電極」，同次治療以使用一種為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E210-3	T-K-	無線電頻率燒灼系統：水冷式凝血電極二針組、集束針組RF 2 ELECTRODE、RF CLUSTER ELECTRODE	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1. 大於3公分(含)小於5公分的肝腫瘤。 2. 腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 3. 應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 4. 「水冷式直針燒灼(二針組)」與「水冷式直針燒灼(集束針組)」，同次治療以使用一種為限。
E210-4	T-K-	無線電頻率燒灼系統：水冷式凝血電極三針組RF 3 ELECTRODE	105/02/01	999/12/31	適應症限：(1050201) 1. 大於5公分(含)的單一肝腫瘤，肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者。 2. 應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 3. 同次治療限申報一組。
E210-5	T-K-	內視鏡射頻消融導管(RFA)	109/06/01	999/12/31	一、需事前審查。 二、符合本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目(內視鏡射頻消融術(RFA))(編號：37048B)所訂之適應症。 三、每次治療限使用一項特材品項。
E230-1	T-K-	乳房組織標記夾 BREAST TISSUE MARKER	105/04/01	999/12/31	適應症限：(1050401) 限用於證實為乳房惡性腫瘤且接受手術前化療之病患。
E240-1	T-K-	玻璃體切除器及LIGHT GUIDE給付規定	109/05/01	999/12/31	不得與視網膜手術相關診療項目(代碼：86207B、86409B、86410B、86411B、86412B、86413B、86414B及86415B)同時申報。
E301-1	C-L-	精密輸液套(卡樺式)PRECISION ADMINISTRATION SET	84/03/01	999/12/31	卡樺式PUMP SET 一、使用規範：限於(一)ICU(含加護病房之前置單位，如急診暫留床、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、催生藥(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	999/12/31	線性式PUMP SET 一、適用範圍：(一)凡該藥物之靜脈給藥，需以微量精密計算者，例如Heparin, Dopamin, Levophed等均得使用Iv Pump Set。(二)因病情需要嚴格控制靜脈點滴速度，以便調控Intake與Output，例如TPN等輸液，可使用IV Pump Set。(三)兒童體重十公斤以下患者得使用，十公斤以上者則視病情需要而定。申報費用時應檢附詳細病歷摘要及使用情況紀錄。 二、含儲藥筒(BURETTE)品項除原有適用規範外，並限於同時用兩種藥物時始得使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E301-3	C-L-	精密輸液套(具流速控制)PRECISION ADMINISTRAION SET	92/01/01	999/12/31	具流速控制之精密輸液套「CAIR (Constant Accurate Infusion Rate) IV Bag」，適用範圍如下:(92/1/1生效) 1. 需由靜脈點滴給藥，正確控制靜脈點滴速度，以免輸液過速者：如抗生素治療（如Fungizone、Vancomycin）、一般化學治療、生物製劑治療（Herceptin、Rituximab）及其他特殊藥物等。 2. 嬰幼兒須精確控制靜脈給藥滴速者。 3. 心衰竭、腎衰竭、肺積水、燒燙傷等、水份需正確控制輸液量及流速者。
E301-4	C-L-	精密輸液套(免針頭加藥)PRECISION ADMINISTRAION SET	88/01/14	999/12/31	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。
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	108/12/01	109/04/30	一、病人因預期接受可能大量出血之下列外科手術，且於手術中一小時內急需輸血八單位以上者： （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(診療項目編號：68005B及68043B)、再次進行心臟手術(診療項目編號：68006B)、心室輔助器置放(診療項目編號：68051B)。 （三）骨盤半切斷術(診療項目編號：64148B)、肩關節截斷術(診療項目編號：64185B)、上肢廣泛性肩關節截除術(診療項目編號：64209B)。 （四）骨腫瘤切除(診療項目編號：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(診療項目編號：76007B)」及「血管吻合術(診療項目編號：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(診療項目編號：76007B)」及「動脈縫合(診療項目編號：69009B)」。 （六）心臟移植(診療項目編號：68035B)。 （七）肺臟移植:單側或雙側(診療項目編號：68037B，68047B)。 （八）肝臟移植(診療項目編號：75020B)。 二、每次手術限使用一套。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
E302-1	C-L-	加溫輸血輸液套	109/05/01	999/12/31	加溫輸血輸液套(自109.05.01生效)： 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。
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	999/12/31	使用血小板專用白血球過濾器之適應症： - 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。 - 嚴重血液病而需輸血小板者。 - 大量輸血、交換輸血、及心肺體外循環而大量失血者。 - 配合HLA使用之血小板輸血者。 - 避免因輸血引起巨細胞病毒之傳染,如器官移植的受血者,骨髓移植受血者,新生兒交換輸血或經常輸血者(87/1/1起),免疫不全的受血者。 - 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。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	使用紅血球專用白血球過濾器之適應症: 1. 需長期輸血者, 而有缺少或不良之紅血球病症: 如再生不能性貧血、紅血球發育不良、惡性腫瘤或藥物抑止紅血球生成者。 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(87/1/1起), 免疫不全的受血者。 5. 因白血球引起之發燒發冷輸血反應二次以上之病患, 需再次輸血治療時。
E305-1	B-B-	人工肛門袋、造口尿袋 COLOSTOMY BAG、 UROSTOMY POUCH	84/03/01	999/12/31	限住院患者申報。
E306-1	R-R-	呼吸訓練器TRI-FLO	84/03/01	999/12/31	限胸腔大手術後患者申報。
E309-1	W-B-	彈性繃帶ELASTIC BANDAGE	84/03/01	999/12/31	同一次門診或住院, 同一部位以一次用量之兩倍為上限。
E310-1	W-B-	樹脂石膏繃帶	98/11/01	999/12/31	樹脂石膏繃帶使用規範(981101生效): 同一部位、同一療程以給付一次為限。
F201-1	F-U	輸尿管粘膜下植體暨注射針	105/08/01	999/12/31	自105.08.01生效 (一)需經事前審查, 在排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實有第三級(含)以上膀胱輸尿管逆流, 並有相關之泌尿道感染或腎臟結痂(renal scarring)病史, 方可使用。 (二)使用需在用後3-6個月的排尿膀胱尿道攝影(voiding cystourethrography)證實膀胱輸尿管逆流有改善, 經事前審查後方可再次使用。
F205-1	F-U	連續性靜脈血液濾過組	94/01/01	999/12/31	限生命徵象不穩定之腎衰竭病人使用。
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	107/04/01	999/12/31	(自107.4.1生效)用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。
G301-1	N-A- N-B- N-C- N-D-	塑膠針頭及空針、頭皮針、靜脈留置針	84/03/01	104/08/31	自104.09.01刪除給付規定 84/03/01 各類塑膠針頭及空針、頭皮針、靜脈留置針等, 手術及檢查過程使用者, 請勿列報。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
G301-2	N-B- N-C- N-D-	安全護套空針DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	90/04/01	101/12/31	安全護套空針(自 102.01.01 起刪除:急救室、急診、愛滋病、肝炎或其他血液傳染性疾病的患者使用之給付規定):手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-2	N-B- N-C- N-D-	安全護套空針DISPOSABLE PLASTIC NEEDLE SYRINGE	102/01/01	104/08/31	自 104.09.01 刪除手術及檢查過程使用者，請勿列報之給付規定 安全護套空針(自102.01.01起刪除:急救室、急診、愛滋病、肝炎或其他血液傳染性疾病的患者使用之給付規定):手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-3	N-C-	筆型胰島素注射筒 NOVOPEN3	92/11/01	999/12/31	筆型胰島素注射筒(92/11/01)限： 每支以使用三年以上為原則，於三年內重複領用者，需於病歷加註領用原因，供本局備查。
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	93/10/01	101/12/31	安全性靜脈導管(自 102.01.01 起刪除： 1.具感染高危險性病人:愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。 2.以單位考量:急診):手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-4	N-D-	安全性靜脈導管	102/01/01	104/08/31	自 104.09.01 刪除手術及檢查過程使用者，請勿列報之給付規定 安全性靜脈導管(自102.01.01起刪除:1.具感染高危險性病人:愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。2.以單位考量:急診):手術及檢查過程使用者，請勿列報。
G301-5	N-D-	安全性靜脈導管+免針加 藥座	99/01/01	999/12/31	適應症(990101)具感染高危險性病人：愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病及藥物濫用之病患。
G301-6	N-A-	安全型胰島素筆型注射針 頭	106/12/01	999/12/31	安全型胰島素筆型注射針頭(自106.12.1生效)： 限住院使用。
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	107/12/01	999/12/31	(自107.12.01起生效)拋棄式骨內注射針 於心跳停止、呼吸停止、休克或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。
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	86/09/22	93/09/30	適應症限： 一、新生血管性青光眼、無晶體性青光眼葡萄膜炎性之青光眼經二次以上傳統手術、甚至加抗癌藥物仍無法控制者。 二、需事前專案申請，經同意後使用。
H204-1	F-A-	青光眼用引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	93/10/01	101/06/30	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之適應症修訂為(931001)： 一、「頑強性青光眼」，如新生血管性青光眼、無晶體性青光眼、葡萄膜炎性之青光眼，經青光眼濾孔手術仍無法控制者。 二、需事前專案申請，經同意後使用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
H204-1	F-A-	青光眼引流瓣膜 GLAUCOMA VALVE IMPLANT	101/07/01	999/12/31	「青光眼引流瓣膜(Glaucoma-valve)」之給付規定修訂(1010701)為： 一、治療青光眼病人，適用於當小樑手術及藥物失敗後使用。 二、需事前專案申請，經同意後使用。
H204-2	F-A-	異體組織片TRANZGRAFT	92/01/01	999/12/31	異體移植組織片使用規範如下：(92.01.01生效) 一、適應症比照「青光眼引流瓣膜」之規範。 二、如使用「青光眼引流瓣膜」有磨損而需修補者。 三、經使用抗生長藥物治療之青光眼手術後需修補鞏膜者。 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	999/12/31	補服卡液/普弗隆液(Perfluoron)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)每人每眼終身至多限申報2次。 (三)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H205-2	F-A-	矽油(silicone oil)	105/10/01	999/12/31	矽油(silicone oil)給付規定： (一)巨型裂孔視網膜剝離、視網膜剝離併纖維化、牽引性視網膜剝離、復發性視網膜剝離。 (二)兒童或術後無法配合臥臥之視網膜剝離手術病患。 (三)每人每眼終身至多限申報2次。 (四)應檢附手術照片或手術紀錄，以供事後審查。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	106/07/01	108/08/31	自1060701生效： 人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定： 1. 限未滿18歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 2. 每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 3. 應事前審查，申報時應檢附病人相關資料。
H301-1	F-E-	人工電子耳(Cochlear Implant)	108/09/01	999/12/31	自1080901生效： 人工電子耳(Cochlear Implant)給付規定： 1. 限未滿18歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 2. 每人終身限申報植入體及聲音處理器各一組。 3. 應事前審查，申報時應檢附全民健康保險「人工電子耳」特材事前特殊專案審查檢附資料查檢表等病人相關資料。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-1	C-M-	血管內人工栓塞治療套組 EMBOLIZATION KIT	84/03/01	109/2/29	人工栓塞治療套組適應症及使用規範： 一、限動靜脈畸型或因難度較高之腫瘤栓塞術患者。 二、附術前後血管攝影照片申報使用。
I203-1	C-M-	血管栓塞環	109/03/01	999/12/31	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。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	91/01/03	97/06/30	Coil白金纖維環適應症及使用規範： (91/01/03) 本項特材須事前審查，並由神經外科及放射線（診斷）專科醫師共同核可，審查原則如下： 一、執行醫師資格：限由神經外科專科醫師轉介至放射線（診斷）專科醫師（需具有臨床訓練及施行經驗者）執行。 二、適應症：（一）顱內基底動脈瘤（二）後腦窩、脊椎動脈瘤。（三）其他部位動脈瘤或頸動脈海綿竇瘻管，經手術治療未痊癒，需再進一步治療，但無法再度施行手術治療者。（四）顱內動脈瘤，需經神經外科醫師評估為不適合手術者。 三、申請事前審查之醫院，於申請首例時應併提臨床治療路徑，嗣後若未變更得免重複提供。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	97/07/01	99/12/31	Coil白金纖維環適應症及使用規範(自97年7月1日起生效):本項特材須事前審查，並由神經外科及放射線（診斷）專科醫師共同核可，審查原則如下： 一、執行醫師資格：限由神經外科專科醫師轉介至放射線（診斷）專科醫師（需具有臨床訓練及施行經驗者）執行。 二、適應症：（一）後循環腦血管動脈瘤（二）前循環腦血管動脈瘤及顱內深部動靜脈瘻管，經神經外科專科醫師評估為困難手術者。（三）雙側性或多發性動脈瘤，單次栓塞術可治癒者。（四）顱內動脈瘤，經治療未痊癒，需再進一步治療，但再度施行手術困難者。（五）顱內動脈瘤患者具有系統性疾病，不適合施行開顱手術者。 三、申請事前審查之醫院，於申請首例時應併提臨床治療路徑，嗣後若未變更得免重複提供。
I203-2	C-M-	白金纖維環COIL	100/01/01	999/12/31	Coil白金纖維環適應症及使用規範(自 100年1月1日 起生效):本項特材須事前審查，審查原則如下： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：（一）限放射線(診斷)專科醫師或神經外科專科醫師執行（二）需具有符合中華民國放射線醫學會或符合台灣神經外科醫學會之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。 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	999/12/31	(93/04/01)限於不停跳冠狀動脈繞道手術中使用。
I203-4	C-M-	閉塞球囊系統	100/07/01	999/12/31	閉塞球囊系統適應症(100/07/01):限於顱內寬頸動脈瘤栓塞時使用。醫院於送審時應檢附血管攝影報告。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	100/10/01	101/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(1001001起) 1. 曾經有腦部感染症，而需作腦室外引流手術者。 2. 已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後，而發生感染者，且需再次作腦室外引流手術者。 3. 每次療程限用1條。
I203-5	C-D-	腦室外引流管組(含2種抗生素)	102/01/01	999/12/31	腦室外引流管組(含2種抗生素)給付規定(1020101起) 1. 曾經有腦部感染症，而需作腦室外引流手術者。 2. 已作腦室外引流術或腦室腹腔分流手術後，而發生感染者，且需再次作腦室外引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)執行腦室外引流術者或腦室腹腔分流手術者。 4. 每次療程限用1條。
I203-6	C-M-	閉塞球囊系統(HYPERFORM高順應性球囊)	103/01/01	999/12/31	閉塞球囊系統(Hyperform高順應性球囊)給付規定(103/01/01): 一、寬頸顱內動脈瘤之栓塞治療，限定於動脈瘤頸部或囊部位於分枝血管處。 二、執行母動脈栓塞治療前之閉塞測試，以利手術前評估。 三、執行動靜脈畸形治療時，或動脈瘤頸或囊部有分枝的血管栓塞後，需做血管重塑形(Remodelling)時。 四、不可與閉塞球囊系統Occlusion Balloon System (規格為Hyperglide)合併申報。
I203-7	C-M-	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置	103/10/01	999/12/31	血管栓塞輔助支架及傳輸裝置給付規定(103/10/01): 一、顱內寬頸動脈瘤，即動脈瘤之頸部大於4mm或動脈瘤之頸/體部比率大於0.5之顱內動脈瘤栓塞治療。 二、顱內梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm)之栓塞治療。 三、顱內剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)之栓塞治療。 四、使用線圈栓塞顱內動脈瘤時線圈突出或移位至母動脈(需檢附血管攝影照片佐證)。 五、每次限用一支。 六、第1至3項需事前審查。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	104/01/01	105/06/30	1. 需符合下列各項條件(自 104.01.01 起生效): (1)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2. 須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。 3. 每位病人以給付單側型兩個或雙側型一個「深層腦部刺激器」為限。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	105/07/01	108/07/31	1. 需符合下列各項條件(自 105.07.01 起生效): (1)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2. 須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用。
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器	108/08/01	999/12/31	1. 需符合下列各項條件(自 108.08.01 起生效): (1)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)。 (2)發病五年以上,且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (3)病人身體其它狀況良好,必須無失智症(Mini Mental Status Exam須大於24分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟病、腎衰竭或癌症等),以及無藥物無法控制之精神疾病。 (4)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 2. 須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料,並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用 3. 使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋,限裝置深層腦部刺激器患者使用,以申請一次為限。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
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	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流導管(含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1. 曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2. 已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，而發生感染者，且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4. 每次療程限用一條(組)。
I203-10	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	999/12/31	腦室腹腔分流術抗菌引流組(小孩用，含2種抗生素)給付規定(1040601起) 1. 十八歲以下病患，曾經有腦部感染症，經治療後需作腦室腹腔引流手術。 2. 十八歲以下病患，已作腦室外引流術或腦室腹膜腔分流手術後，而發生感染者，且需再執行腦室腹腔引流手術者。 3. 新生兒及幼童(六歲以下)需執行腦室腹腔引流手術者。 4. 每次療程限用一組。
I203-11	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	999/12/31	腦室腹腔引流系統-具抗虹吸裝置或體位式重力閥(104.12.01起生效) 給付規定：限用於腦脊髓液分流手術後發生過度引流且有下列情形之一者： 1. 硬腦膜下積液。 2. 硬腦膜下出血。 3. 顱內低壓(姿勢性頭痛；影像檢查顯示廣泛腦膜顯影、靜脈竇充血、腦室變小或腰椎穿刺檢查顱內壓力偏低)。 4. 六歲以下兒童，引流過度造成頭顱尺寸過小。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置	105/02/01	108/06/30	(自1050201生效)應同時符合下列條件： 一、前循環在發作內8小時內、後循環在發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 8 and ≤ 30 。
I203-12	C-M-	顱內血管支架取栓裝置或 顱內血管抽吸取栓裝置	108/07/01	999/12/31	應同時符合下列條件： 一、前循環在發作內8小時內、後循環在發作後24小時內。 二、影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 三、美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 8 and ≤ 30 。 四、給付裝置以1項特材品項為原則，2項特材品項為限，使用單一器械仍無法成功打通阻塞血管時，得視實際情況決定使用並得申報第2項特材品項，惟應檢附報告及影像以備查。
I203-13	C-M-	左心耳閉合器 Left Atrial Appendage Closure device	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 使用本項特材須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準33141B「左心耳閉合術Left Atrial Appendage Occlusion」所訂適應症。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
I203-14	C-M-	栓塞微粒球/一般導管或微導管	105/11/01	999/12/31	(自1051101生效) 1. 高血流性腫瘤(排除肝癌及子宮肌瘤)之術前栓塞。 2. 動靜脈畸形。
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	107/03/01	999/12/31	(自1070301生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於15mm 者。 (二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm) 最大徑大於10mm 者。 (三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於10mm。 (四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於10mm 者。 (五)同一支血管中發現2 顆顱內動脈瘤。 二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以5 個為限。 三、需事前審查。
I203-16	C-M-	血管導入系統/傳送導管	108/02/01	999/12/31	108.02.01起： 限顱內介入性治療使用。
I203-17	C-M	血管導入裝置	109/03/01	999/12/31	1. 困難的血管介入術，包含栓塞、取栓、溶栓、血管成形、血管支架、注射治療性藥劑等。 2. 附治療前後血管攝影照片申報使用。
I301-1	C-E-	輸液延長管附安全護套 SAFETY EXTENSION TUBE	87/10/12	88/07/31	限急救室、急診、愛滋病、肝炎、或其他血液傳染性疾病患者，作點滴輸液且須延長輸液管患者使用。
I301-3	C-E-	無針式注射用連接頭、延長管	89/01/01	92/10/31	適應症限(89/01/01)： 限愛滋病患者使用。
I301-3	C-E-	無針式注射用連接頭、延長管	92/11/01	109/02/29	適應症限(92/11/01)： 無針式接頭、無針式接頭附輸液延長管適應症限： 愛滋病、病毒性肝炎、SARS、血液傳染性疾病、其他不確定傳染途徑之新興疾病。
I301-3	C-E-	無針式注射用連接頭、延長管	109/03/01	999/12/31	本項刪除
I302-1	C-E-	藥物準備系統	106/01/01	999/12/31	1060101起： 限危害性藥品專用。

全民健康保險特殊材料給付規定(全部檔案)

給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	生效起日	生效迄日	給付規定
T101-1	T-S-	第一型糖尿病血糖試紙	99/06/01	999/12/31	99/06/01 1. 補助第一型糖尿病血糖試紙之數量每天以4片為上限，每次一個月之份量為原則，且請領時須由醫師評估其糖化血色素(HbA1C)之紀錄，以為核給之依據。如為領取慢性病連續處方箋之患者，其領取血糖試紙比照慢性病連續處方箋規定辦理。 2. 給付之保險對象：領具「胰島素依賴型糖尿病全民健康保險重大傷病證明」者。 3. 有關申報規定臚列如后： (1)同時開立藥品及血糖試紙處方者：如同時自行調劑或交付調劑至特約藥局，得申報一筆藥事服務費；如藥品自行調劑，血糖試紙交付調劑至特約藥局，血糖試紙不得申報藥事服務費。 (2)僅開立血糖試紙處方者，無論自行調劑或交付調劑均不得申報藥事服務費。 (3)開立慢性病連續處方箋者，依上開規定及原相關規定辦理。
T201-1	T-F-	溫度管理系統	107/06/01	999/12/31	1070601起 1. 按本保險醫療服務給付項目「心跳停止之低溫療法」(編碼47094B~ 47096B)及「週產期新生兒低溫療法」(編碼47097B~47100B)所列給付規定辦理。 2. 每一病患住院擇一項特材品項，使用量以一組為限。
T301-1	C-T-	腹腔內溫熱化療(HIPEC)	108/07/01	999/12/31	1. 須事前審查，提供3個月內之電腦斷層、核磁共振或正子掃描等影像檢查，確認無腹膜以外轉移病灶。 2. 限有病理報告證明為下列疾病，可接受腫瘤減量手術後，同時施行腹腔內熱化療：偽黏液瘤(pseudomyxoma peritonei)、大腸直腸癌(colorectal cancer)、腹膜間皮瘤(peritoneal mesothelioma)、胃癌(gastric cancer)、復發卵巢癌(ovarian cancer)或卵巢癌初次治療限術前化學治療(Neoadjuvant Chemotherapy)後施行期中減瘤手術(Interval Cytoreduction)時。 3. 手術者須預期前述5項腫瘤接受減量手術前無腹膜外轉移，術中可完成適當的減量手術者(即殘存腫瘤直徑小於0.25公分以下)。 4. 需記錄術中下列資料，包括該次手術腹腔轉移及切除器官之相關病理報告、腹腔內溫度/時間記錄表、手術紀錄及彩色相片。 5. 每次限使用腹腔溫熱灌注治療套組1組，灌注導管最多使用4條。