

第八十四條附件七修正草案對照表

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
A209-1	C-D-	金屬膽道 支架	(113/6/1 生效) 一、stage III 或 IV 惡性腫瘤導致的 總膽管阻塞、總肝 管阻塞，或惡性總 膽管總肝管阻塞無 法手術者。 二、每次使用以一 支為原則。 三、檢附病理及影 像報告備查。					本項新增。
A212-3	C-B-	冠狀動脈 旋磨切除 系統	(113/05/01 生效) 一、 <u>限全民健康保 險醫療服務給付項 目及支付標準診療 項目 33117B「冠狀 動脈旋磨斑塊切除 術」使用。</u> 二、使用規範： (一)專科別限制： 心臟內科及心臟外 科。 (二)人員資格要 求： 1. 執行冠狀動脈成 形術一百五十例以 上臨床經驗，且曾 任冠狀動脈旋轉研 磨鑽用於經皮下冠 狀動脈血管擴張術 之第一助手訓練及 參與實際操作至少 十例以上之臨床經	A212-3	C-B-	冠狀動脈 旋磨切除 系統	(112/12/01 生 效) 一、使用規範： (一)專科別限 制：心臟內科及 心臟外科。 (二)人員資格要 求： 1. 執行冠狀動脈 成形術一百五十 例以上臨床經 驗，且曾任冠狀 動脈旋轉研磨鑽 用於經皮下冠狀 動脈血管擴張術 之第一助手訓練 及參與實際操作 至少十例以上之 臨床經驗。 2. 接受中華民國 心臟學會、臺灣 介入性心臟血管	依據本標準 相關規定修 正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			驗。 2. 接受中華民國心臟學會、臺灣介入性心臟血管醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程，持有證明文件。 3. 執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。 三、適應症需符合下列條件之一： (一)因嚴重鈣化造成非順應性球囊擴張不良，可能導致支架置放無法良好張開和貼壁。 (二)用於冠狀動脈介入治療中，當導引導絲通過病灶後，但球囊或其他導管醫材仍無法通過病灶。 (三)用於冠狀動脈介入治療中，面對分叉病變，因開口嚴重鈣化，球囊擴張或是支架置放後，可能造成分支阻塞。 四、事後逐案審查。 五、每人每次住院限使用導管及導引線各一支。				醫學會辦理之冠狀動脈旋磨訓練課程，持有證明文件。 3. 執行本項之醫師條件應向保險人申請核備。 二、適應症需符合下列條件之一： (一)因嚴重鈣化造成非順應性球囊擴張不良，可能導致支架置放無法良好張開和貼壁。 (二)用於冠狀動脈介入治療中，當導引導絲通過病灶後，但球囊或其他導管醫材仍無法通過病灶。 (三)用於冠狀動脈介入治療中，面對分叉病變，因開口嚴重鈣化，球囊擴張或是支架置放後，可能造成分支阻塞。 三、事後逐案審查。 四、每人每次住院限使用導管及	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114年1月)				修正規定(113年1月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
			六、檢附資料： (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比值一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。 (三)旋磨切除術前後，植入支架前後之血管腔內影像照片。				導引線各一支。 五、檢附資料： (一)本次經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。 (二)本次冠狀動脈擴張術中使用與血管直徑比值一比一之氣球擴張後仍無法擴張之病灶影像照片。 (三)旋磨切除術前後，植入支架前後之血管腔內影像照片。	
A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL (WITH SILVER)	(113/05/01 修訂)： 一、褥瘡病灶三度以上合併感染傷口。 二、深度二度以上燒傷之傷口。 三、皮膚缺損大於百分之十五且合併感染傷口(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	A217-3	W-D	人工生物化學覆蓋物(含銀、抗菌) ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL (WITH SILVER)	(110/11/01 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、皮膚缺損大於百分之十五且合併汙染傷口(如:先天性表皮溶解水皰症、中毒性表皮壞死鬆解症、史蒂芬-強生氏症候群、天皰瘡、類天皰瘡…等)，如超過	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。 <u>四、糖尿病足潰瘍(Wagner grade 2 級以上)合併感染傷口</u> ，如超過一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。				一個月以上需長期使用者，須事前審查(附照片、病歷紀錄及治療計畫等)，核准後使用。	
A220-18	C-B-	血管內固定錨系統	(113/09/01 生效) 一、適用於： (一)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 至 15mm)之腎動脈以下之腹主動脈瘤(Infrarenal AAA)者。 (二)EVAR 術後出現 Ia 型內漏或位移修補手術。 二、有關醫療機構條件及操作人員資格，應依照主管機關所訂:特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第三十二條附表一第五項:主動脈支架置放術之規定					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			辦理。 三、事後逐案審查，每次限申報 1 組。					
A222-2	F-S-	自發性氣胸修補網片	(113/09/01 生效) 一、需同時符合以下條件： (一)ICD-10-CM 為 J93.11 原發性自發性氣胸。 (二)診療項目為「胸腔鏡肺楔狀或部分切除術(代碼:67051B)」或「胸腔鏡肋膜黏合術(代碼:67048B)」。 二、每次手術限使用四片。					本項新增。
A225-6	C-G-	用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管	(113/03/01 修訂) 一、冠狀動脈慢性完全阻塞(Coronary CTO)，檢附心導管血管攝影報告 <u>含冠狀動脈疾病血管複雜分數(SYNTAX Score)評估</u> 備查。 <u>二、每次限使用一條為原則。</u>	A225-6	C-G-	用於冠狀動脈完全阻塞(CTO)之微導管	(111/08/01 生效) 慢性完全阻塞(CTO)，檢附心導管血管攝影報告備查。	依據本標準相關規定修正。
A225-7	C-G-	心內超音波導管	(113/04/01 生效) 一、限用於本保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 18047B 心內超音波。					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			二、 每次限使用一支。					
B102-8	F-H-G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)	(114/01/01 修訂) 經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂醫院資格及醫師條件等支付規範。 二、適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件： (一)必要條件：(此四項條件須全部具備) 1. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 2. 以心臟超音波測量主動脈開口面積 $<0.8\text{cm}^2$ 、 $<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$ 、經主動脈瓣壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m/sec}$ 。 3. 必須至少二位心	B102-8	F-H-G-W-	經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)	(112/05/01 修訂) 一、符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」所訂醫院資格及醫師條件等支付規範。 二、適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件： (一)必要條件： (此四項條件須全部具備) 1. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 2. 以心臟超音波測量主動脈開口面積 $<0.8\text{cm}^2$ 、 $<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$ 、經主動脈瓣平均壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m/sec}$ 。 3. 必須至少二位	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 4. 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (二)同時具備以下條件之一： 1. 無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%，或 Logistic EuroSCORE I >20%。 2. 有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child 分級 A 或 B），以及肺功能不全：FEV<1 公升。 <u>三、適用於嚴重主動脈人工生物瓣膜</u>				心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 4. 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (二)同時具備以下條件之一： 1. 無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%，或 Logistic EuroSCORE I >20%。 2. 有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child 分級 A	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>損壞病人，須具備以下二項條件：</u> <u>(一)必要條件：(此四項條件須全部具備)</u> <u>1. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</u> <u>2. 需具備以下條件之一：</u> <u>(1)狹窄以心臟超音波測量主動脈開口面積 <0.8cm²、<0.6cm²/m²、經主動脈瓣平均壓力差 ≥ 40mmHg 或主動脈瓣血流流速 ≥ 4.0m/sec。</u> <u>(2)返流的必要項目(不得加計瓣膜旁漏之返流量)：寬或多重的都卜勒噴射返流，加上以下重度返流的測量之一：</u> <u>A. Vena contracta width ≥ 6mm。</u> <u>B. Vena contracta area ≥ 30mm²。</u> <u>C. Jet width at origin ≥ 60% of LVOT。</u> <u>D. Holo-diastolic flow reversal in</u>				或 B)，以及肺功能不全：FEV<1 公升。 三、完成個案登錄系統且須送特殊專案審查核准後使用。 四、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>proximal</u> <u>descending</u> <u>aorta</u> 。 3. 必須至少二位心 臟外科專科醫師判 定無法以傳統開心 手術進行主動脈瓣 膜置換或開刀危險 性過高。 4. 臨床判定病人至 少有一年以上之存 活機率。 (二)同時具備以下 條件之一： 1. 無法接受開刀進 行主動脈瓣膜置換 或開刀危險性過 高，STS Score>10%，或 Logistic Eu- roSCORE I >20%。 2. 有以下情形之一 者：先前接受過心 臟手術（冠狀動脈 繞道、心臟瓣膜手 術）、嚴重主動脈鈣 化（porcelain aorta）、胸腔燒灼 後遺症，不可進行 開心手術、曾接受 過縱膈放射療法、 嚴重結締組織疾 病，導致不可進行 手術、肝硬化 (Child 分級 A 或					

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
			B)，以及肺功能不全：FEV<1 公升。 四、完成個案登錄系統且須送特殊審查核准後使用。 五、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況。未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。					
B103-4	F-H-	皮下植入式心律去顫器	(113/09/01 生效) 一、符合心內去顫器適應症之一： (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，					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			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。 二、上開適應症，沒有因心搏過緩或心臟再同步化治療而有電刺激需求者，且有下列情況之一： (一)沒有適當血管通路者，係指下列幾款之一： 1. 兩側鎖骨下靜脈阻塞。 2. 上腔靜脈阻塞(>25%)。 3. 存有動靜脈血液透析瘻管且對側血管阻塞。 4. 血液透析人工導管。 5. 化療人工血管。 6. 其他疾病造成胸前軟組織損傷，包括前胸壁裝置區曾					

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			囊袋感染接受清創手術、胸前腫瘤切除術、放射治療、胸前重大燒燙傷等，而無法植入傳統節律器者。 (二)沒有適當血管通路，小於 18 歲的兒童，且體重小於 35 公斤。 (三)先天性心臟病患者不適合裝置心內去顫器。 (四)曾裝置心內去顫器感染之病患。 (五)需要更換電池的已置放皮下植入式心內去顫器者。 三、完成個案登錄系統且須送事前審查核准。 四、個案完成植入手術後需三十天內及第十二個月內於登錄系統登錄追蹤狀況，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。					
B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	(114/01/01 修訂) 一、適應症： (一)病人已登錄於器官移植中心系統。 (二)須能耐受抗凝血治療。	B206-8	F-H-	長效型心室輔助系統	(112/05/01 修訂) 長效型心室輔助系統 一、適應症： (一)病人已登錄於器官移植中心	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			(三)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				系統。 (二)須能耐受抗凝血治療。 (三)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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			介入治療者。 5. 紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或 Dobutamine $>5\mu\text{g/kg/min}$ 7 天以上，經核醫檢查 LVEF $<25\%$ 或心臟指數 Cardiac index $<2.0\text{L/min/m}^2$ 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。 7. 未滿七十歲者。 二、禁忌症： (一)有明顯感染者。 (二)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。 (三)肺結核經證實者。 (四)惡性腫瘤患者。 (五)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。				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 $>5\mu\text{g/kg/min}$ 7 天以上，經核醫檢查 LVEF $<25\%$ 或心臟指數 Cardiac index $<2.0\text{L/min/m}^2$ 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。 7. 未滿七十歲者。 二、禁忌症： (一)有明顯感染者。 (二)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	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			(六)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (七)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)。 (八)肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (九)中度以上腎功能不全者 (Creatinine>3.0mg/dl 或 Ccr<20ml/min)。 (十)嚴重的慢性阻塞性肺病患者 (FEV1<50% of predicted 或 FEV1/FVC<40% of predicted)。 (十一)活動性消化性潰瘍患者。 (十二)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (十三)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。				器官疾病嚴重度分級表」規定。 (三)肺結核經證實者。 (四)惡性腫瘤患者。 (五)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (六)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (七)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)。 (八)肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (九)中度以上腎功能不全者 (Creatinine>3.0 mg/dl 或 Ccr<20ml/min)。 (十)嚴重的慢性阻塞性肺病患者 (FEV1<50% of predicted 或 FEV1/FVC<40% of predicted)。 (十一)活動性消化性潰瘍患者。 (十二)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (十三)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			(十四)藥癮患者。 (十五)INTERMACS 1 及 INTERMACS 2 之患者。 三、支付規範： (一)醫院條件： 1. 須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 2. 應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (二)醫師條件： 1. 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 2. 執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。 (三)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審查核准。 六、個案完成植入手術後，須每三個月內登錄系統追蹤				(十一)活動性消化性潰瘍患者。 (十二)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (十三)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (十四)藥癮患者。 (十五)INTERMACS 1 及 INTERMACS 2 之患者。 三、支付規範： (一)醫院條件： 1. 須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 2. 應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (二)醫師條件： 1. 手術主持醫師須有主持開心手	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			狀況，直到病人完成心臟移植手術出院或死亡，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。				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。 (三)醫院及醫師必須經衛福部核定具心臟移植資格者。 四、每人終身給付 1 組。 五、完成個案登錄系統且須送事前特殊專案審查核准。 六、個案完成植入手術後，須每三個月內登錄系統追蹤狀況，直到病人完成心臟移植手術出院或死亡，未如期登錄，核刪本項申請之特材費用。	
D101-10	F-B	足踝關節 髓內釘組 Ankle Fusion Nail	(113/05/01 修訂) <u>限用於診療項目</u> <u>「64282B 脛-距-跟</u> <u>骨融合術」。</u>	D101-10	F-B	足踝關節 髓內釘組 Ankle Fusion Nail	(110/12/01 生效) 足踝關節髓內釘組 Ankle Fusion Nail：足踝關節固定術使用。	依據本標準 相關規定修正。
D107-2	F-B-	反置式肩 關節系統	(114/01/01 修訂) <u>需事前審查並符合</u> <u>下列適應症之一：</u> <u>一、肩關節旋轉肌</u>	D107-2	F-B-	反置式肩 關節系統	(111/04/01 修訂) 反置式肩關節系統：	依據本標準 相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且六十五歲(含)以上。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群</u> <u>Goutallier grade 3(含)以上脂肪浸潤變化。</u> <u>二、肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節者，肩關節盂骨缺損達</u> <u>Walch</u> <u>classification B (含)以上或 glenoid retroversion 15 度(含)以上，且六十五歲(含)以上。</u> <u>三、七十歲(含)以上肱骨上端骨缺損，X 光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史。</u> <u>四、類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共</u>				肩關節旋轉肌群大量缺損或肩盂骨性缺損，應合併下列適應症之一，需事前審查： 一、重度關節病變(Hamada Classification of Rotator Cuff Arthropathy Grade III (包含)以上)。 二、無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能之殘障標準)且六十五歲以上。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade 3(含)以上脂肪浸潤變化。</u>					
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(113/09/01 修訂) 一、前方固定適應症為： <u>(一)脊椎外傷造成爆裂性骨折、屈曲牽張性骨折、骨折合併脫臼。</u> <u>(二)脊椎腫瘤手術執行椎體切除術。</u> <u>(三)脊椎椎節不穩定，且僅有最大不超過 Meyerding classification grade I 之椎間滑脫或反向滑脫（向後移位）。</u> <u>(四)脊椎畸形矯正手術（側彎 SCOLIOSIS、駝背 KYPHOSIS、前凸 LORDOSIS）。</u> <u>(五)脊椎假關節融合固定手術或初次脊椎融合手術失敗或有後遺症而需再次手術時。</u> 二、禁忌症：急性細菌性感染（排除結核性或黴菌性脊椎炎）。	D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(107/09/01 生效) 前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
D112-10	F-B-	人工頸椎 椎間盤	(114/01/01 修訂): 一、使用規範： (一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變 (Radiculopathy) 或髓神經病變 (Myelopathy)，經保守療法治療無效。 (二)限 C4/5 或 C5/6 節段使用。 (三)該節段無椎間盤高度降低。 (四)每次限申請一顆。 二、需經特殊審查核准後使用，檢附正面、側面、側面 flexion-extension X 光片、磁振造影、骨密度檢查等。 三、禁忌症： (一)椎體後髓神經壓迫病灶，如後縱韌帶鈣化 (Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL)、黃韌帶骨化等。 (二)脊椎關節病變，如僵直性脊椎炎、類風濕性關節	D112-10	F-B-	人工頸椎 椎間盤	(111/03/01 修訂) 人工頸椎椎間盤： 一、使用規範： (一)限頸椎椎間盤突出產生神經壓迫導致神經根病變 (Radiculopathy) 或髓神經病變 (Myelopathy)，經保守療法治療無效。 (二)限 C4/5 或 C5/6 節段使用。 (三)該節段無椎間盤高度降低。 (四)每次限申請一顆。 二、需經特殊 <u>專案</u> 審查核准後使用，檢附正面、側面、側面 flexion-extension X 光片、磁振造影、骨密度檢查等。 三、禁忌症： (一)椎體後髓神經壓迫病灶，如後縱韌帶鈣化 (Ossification of posterior longitudinal	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH)。 (三)明顯不穩定，如 flexion-extension 側面 X 光椎體間位移三點五毫米 (mm) 以上，或脊椎側彎測量 COBB 角度十一度以上的改變。 (四)頸椎後凸變形 (kyphosis) 或曾接受 laminoplasty、laminectomy 手術者。 (五)骨質疏鬆、代謝性骨疾病或腎因性骨病變 (bone mineral density (BMD) T-score 小於負一點五)。 (六) 脊椎感染。 (七) 脊椎腫瘤。 (八) 對裝置材料過敏。 (九) 嚴重脊椎退化或同一椎節 facet joint 病變。				ligament, OPLL)、黃韌帶骨化等。 (二)脊椎關節病變，如僵直性脊椎炎、類風濕性關節炎、diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH)。 (三)明顯不穩定，如 flexion-extension 側面 X 光椎體間位移三點五毫米 (mm) 以上，或脊椎側彎測量 COBB 角度十一度以上的改變。 (四)頸椎後凸變形 (kyphosis) 或曾接受 laminoplasty、laminectomy 手術者。 (五)骨質疏鬆、代謝性骨疾病或腎因性骨病變 (bone mineral density (BMD) T-score 小於負一點五)。 (六) 脊椎感染。 (七) 脊椎腫瘤。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
							(八) 對裝置材料過敏。 (九) 嚴重脊椎退化或同一椎節 facet joint 病變。	
D115-1	F-B	人工全踝關節置換系統	(113/07/01 生效) 一、適應症：用於嚴重踝關節炎，包含退化性關節炎、創傷後關節炎、發炎性關節炎（如類風濕性關節炎），導致關節破壞或變形併疼痛影響行走功能，經保守療法至少達 3 個月以上仍然無法改善者，且須符合下列條件之一： (一)退化性關節炎，其主要病灶位於踝關節內側者，依據 Takakura-Tanaka Classification 歸類為 Stage IIIB 或 IV。 (二)當病灶不僅限於踝關節內側者，須符合(1)負重 X 光前後視影像（A-P view），存在距骨圓頂(talar dome)與遠端脛骨天板					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			(tibial plafond) 間隙消失者 (subchondral bone contact) 或 (2)負重 X 光側視影像 (Lateral view)，存在距骨圓頂(talar dome)與 遠端脛骨天板 (tibial plafond) 間隙消失者 (subchondral bone contact)。 二、感染性踝關節 炎、神經肌肉疾患 (neuromuscular disorders)導致之 踝關節炎、夏克氏 踝關節病變 (Charcot foot)、 踝關節內踝或外踝 缺失者，不得使 用。 三、需事前審查並 檢附 X 光影像及病 歷資料。					
D203-10	F-B	Pin Holder Clamp(針 夾)(小於 3mm)	(113/11/01 生效) Pin Holder Clamp(針夾)(小於 3mm)(自 1131101 生 效) 限十八歲以下兒童 骨折使用。					本項新增。
E201-8	C-P-	中央靜脈 導管組-	(113/03/01 修訂) 成年或體重大於 40	E201-8	C-P-	具抗感染 處理之中	(112/09/01 生 效)	依據本標準 相關規定修

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
		<u>四腔以上 (一般型 及抗感染 型)</u>	公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需靜脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血。或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)，並符合下列情況之一： <u>一、</u> 嚴重燒燙傷病患(TBSA>40%)。 <u>二、</u> 多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。 <u>三、</u> 身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。			央靜脈導管-四腔 (ANTISEPTIC CVP)	成年或體重大於40 公斤之加護病房患者使用(限於加護病房置放需要密集醫療照護之重症病患需靜脈壓監測、投予注射藥物、大量輸血、頻繁採血。或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)，並符合下列情況之一： (一)嚴重燒燙傷病患 (TBSA>40%)。 (二)多處重大外傷病患、兩種以上臟器移植手術。 (三)身上多處外傷或皮膚病灶，缺乏可用的周邊靜脈部位和中央靜脈部位，血流動力學不穩定(更需要多管腔的靜脈導管)。	正。
E208-2	C-F-	內視鏡注	(113/03/01 生效)					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114年1月)				修正規定(113年1月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
		射器	一、限併同申報「內視鏡記號液」(E208-1)使用。 二、每次限申報一組。					
E209-1	C-F-	十二指腸支架系統	(114/01/01 修訂) 限用於以下適應症： 一、ICD-10-CM： C16.1 胃底部惡性腫瘤、C16.2 胃體部惡性腫瘤、 <u>C16.3 幽門竇惡性腫瘤</u> 、 <u>C16.4 幽門部惡性腫瘤</u> 、C16.5 胃小彎惡性腫瘤、C16.6 胃大彎惡性腫瘤、C16.8 胃重疊部位之惡性腫瘤、C16.9 胃惡性腫瘤、 <u>C49.A2 胃之胃腸道間質瘤</u> 、C17.0 十二指腸惡性腫瘤、C23 膽囊惡性腫瘤、C24.0 肝外膽管惡性腫瘤、C24.1 十二指腸壺腹惡性腫瘤、C24.8 膽道重疊部位之惡性腫瘤、C24.9 膽道惡性腫瘤、C25.0 胰臟頭部惡性腫瘤、C25.1 胰臟體部惡性腫瘤、C25.2 胰臟尾部惡性腫瘤、C25.4 胰內分泌性惡性腫瘤、	E209-1	C-F-	十二指腸支架系統	(112/12/01 生效) 限用於以下適應症： 一、ICD-10-CM： C16.1 胃底部惡性腫瘤、C16.2 胃體部惡性腫瘤、C16.5 胃小彎惡性腫瘤、C16.6 胃大彎惡性腫瘤、C16.8 胃重疊部位之惡性腫瘤、C16.9 胃惡性腫瘤、C17.0 十二指腸惡性腫瘤、C23 膽囊惡性腫瘤、C24.0 肝外膽管惡性腫瘤、C24.1 十二指腸壺腹惡性腫瘤、C24.8 膽道重疊部位之惡性腫瘤、C24.9 膽道惡性腫瘤、C25.0 胰臟頭部惡性腫瘤、C25.1 胰臟體部惡性腫瘤、C25.2 胰臟尾部惡性腫瘤、	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			C25.7 胰其他部位之惡性腫瘤、C25.8 胰臟重疊部位之惡性腫瘤、C25.9 胰臟惡性腫瘤。 二、Stage III 或 IV 惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。 三、若後續治療計畫有放射治療者不適用。				C25.4 胰內分泌性惡性腫瘤、C25.7 胰其他部位之惡性腫瘤、C25.8 胰臟重疊部位之惡性腫瘤、C25.9 胰臟惡性腫瘤。 二、Stage III 或 IV 惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。 三、若後續治療計畫有放射治療者不適用。	
E210-2	T-K-	肝腫瘤局部治療(小於二公分的肝腫瘤)-RF單針	(113/12/01 修訂) 1、小於二公分的肝腫瘤。 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、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 LEVEEN NEEDLE ELECTRODE	(105/02/01 修訂) 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. <u>應事前審查</u> ，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	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114年1月)				修正規定(113年1月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
							為限。	
E210-3	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於二公分(含)小於四公分的肝腫瘤)	(113/12/01 修訂) 一、大於二公分(含)小於四公分的肝腫瘤。 二、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 三、申報時應檢附病人之相關資料。 四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針，同次治療以使用一種為限。	E210-3	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤)	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於三公分(含)小於五公分的肝腫瘤。 二、腫瘤數目三(含)個以內。至於腫瘤位置，肝臟機能狀態等其他應參考之事項，由專科醫師依各個病例認定之。 三、 <u>應事前審查</u> ，申報時應檢附病人之相關資料。 四、水冷式直針燒灼(二針組)、水冷式直針燒灼(集束針組)與微波消融探針，同次治療以使用一種為限。	依據本標準相關規定修正。
E210-4	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於四公分(含)的單一肝腫瘤)	(113/12/01 修訂) 一、大於四公分(含)的單一肝腫瘤。 二、應事前審查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(三針組)與微波	E210-4	T-K-	肝腫瘤局部治療(大於五公分(含)的單一肝腫瘤)	(109/12/01 修訂) 適應症限： 一、大於五公分(含)的單一肝腫瘤， <u>肝動脈栓塞療法(TACE)無效或不適合者</u> 。 二、應事前審	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
			消融探針，同次治療限申報一組。				查，申報時應檢附病人之相關資料。 三、水冷式直針燒灼(三針組)與微波消融探針，同次治療限申報一組。	
H301-1	F-E-	人工電子耳 (Cochlear Implant)	(114/01/01 修訂) 一、限未滿十八歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、可以同時兩耳植入或依序植入，如果是採用依序植入，第二耳須持續配戴助聽器，如果第二耳因為助聽器無效中斷，中斷時間不得超過五年。 三、每人終身單側限申報植入體及聲音處理器各一組。但僅植入一組者，植入體或聲音處理器損壞，得再次植入，終身以兩組為限。 四、應事前審查，申報時應檢附全民	H301-1	F-E-	人工電子耳 (Cochlear Implant)	(113/01/01 修訂) 一、限未滿十八歲患者使用，且須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」所訂適應症。 二、可以同時兩耳植入或依序植入，如果是採用依序植入，第二耳須持續配戴助聽器，如果第二耳因為助聽器無效中斷，中斷時間不得超過五年。 三、每人終身單側限申報植入體及聲音處理器各一組。但僅植入一組者，植入體或聲音處理器損	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			健康保險「人工電子耳」特材事前特殊審查檢附資料查檢表等病人相關資料。				壞，得再次植入，終身以兩組為限。 四、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。	
I203-8	F-N-	深層腦部刺激器或深層腦部刺激器之導線、導線延長線、導線固定蓋、基準點標記物、植入管套組、微目標電極	(114/01/01 修訂) 一、 <u>非充電式深層腦部刺激器或深層腦部刺激器之導線、導線延長線、導線固定蓋、基準點標記物、植入管套組、微目標電極</u> <u>需符合下列條件</u> <u>(一)、(二)、(三)任一：</u> (一)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)： 1. 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。 2. 病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental	I203-8	F-N-	深層腦部刺激器或深層腦部刺激器之導線、導線延長線、導線固定蓋、基準點標記物、植入管套組、微目標電極	(111/06/01 修訂) 一、需符合下列各項條件： (一)屬原發性巴金森病 (Parkinson's disease)。 (二)發病五年以上，且經醫學中心評估為藥物治療至少一年以上無反應者或因長期服藥後產生不良反應而無法繼續服藥者。 (三)病人身體其它狀況良好，必須無失智症(Mini Mental Status Exam 須大於 24 分)、無其他嚴重的內外科疾病(如冠狀動脈心臟	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			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。 3. 病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 <u>(二)原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。</u> <u>(三)遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。</u> 二、充電式深層腦部刺激器需符合下列條件(一)、(二)任一： <u>(一)原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。</u> <u>(二)遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、</u>				病、腎衰竭或癌症等)，以及無藥物無法控制之精神疾病。 (四)病人的腦部磁振造影(MRI)檢查必須正常。 二、須檢附影像診斷資料及病歷等相關資料，並由台灣神經學學會及台灣神經外科醫學會推薦成員組成之專家小組特殊專案審查核准後使用 三、使用健保給付特材導線、導線延長線及導線固定蓋，限裝置深層腦部刺激器患者使用，以申請一次為限。 四、無框架定位之基準點標記物限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」使用，以使用五個為限；植入管套組及微目標電極限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」且初次接受刺激器	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。</u> <u>三、充電式與非充電式深層腦部刺激器每次僅能擇一使用。</u> <u>四、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審查核准後使用。</u> <u>五、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。</u> <u>六、無框架定位之基準點標記物限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」使用，以使用五個為限；植入管套組及微目標電極限併同申報「深部腦核電生理定位(56037B)」且初次接受刺激器植入手術或更換植入顱內深部電極使</u>				植入手術或更換植入顱內深部電極使用，植入管套組以一組、微目標電極以二個為限。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			用，植入管套組以一組、微目標電極以二個為限。					
I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	(114/01/01 修訂) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激術-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以癲癇手術治療或曾以癲癇手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊審查(包含首次植入電池與更換電池)。	I203-19	F-N-	迷走神經刺激器	(113/01/01 生效) 一、比照本保險醫療服務給付項目及支付標準：「迷走神經刺激術-植入(代碼:83102K)」規定。 二、且為無法以癲癇手術治療或曾以癲癇手術治療失敗之頑性癲癇病人。 三、電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。 四、須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊專案審查(包含首次植入電池與更換電池)。	依據本標準相關規定修正。
I203-20	C-B-	顱內支架系統	(113/03/01 修訂) 顱內支架系統： 一、執行醫師資格：需符合以下二項規定：	I203-20	C-B-	顱內支架系統	(110/07/01 生效) 顱內支架系統： 一、執行醫師資格：需符合以下	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114年1月)				修正規定(113年1月)				修正年度。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	
			(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行。 (二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行： 1. 中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2. 台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3. 台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、需事前審查。 三、需符合主要適應症： (一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。 (二)腦缺血或中風之區域非屬穿通枝型。 (三)距最近一次中風超過7天之病人，且接受治療時				二項規定：(一)限放射線(診斷)專科醫師、神經外科或神經科專科醫師執行(二)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師執行： 1. 中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。 2. 台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。 3. 台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。 二、需事前審查。 三、需符合主要適應症： (一)已進行積極性藥物治療，仍有動脈硬化性血管管徑狹窄(75%以上)並有明顯的血液循環障礙。 (二)腦缺血或中風之區域非屬穿	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			之雷氏依據本標準相關規定修正。量表小於等於 3 分。 <u>四、同一次手術中顱內動脈支架及塗藥球囊導管限擇一使用。</u>				通枝型。 (三)距最近一次中風超過 7 天之病人，且接受治療時之雷氏依據本標準相關規定修正。量表小於等於 3 分。	
I203-22	C-M-	可吸收性 栓塞微粒 球	(113/05/01 修訂) 一、適應症：符合診療項目 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人。 (一)ICD-10-CM：C22.0 肝細胞癌、C22.3 肝血管肉瘤、C22.7 其他特定肝上皮細胞癌、C22.8 原發性肝惡性腫瘤，未明示型、C22.9 未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受 TACE 治療使用。 (二)下列腫瘤(C25.4 胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1 分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8 其他惡性神經內分泌腫瘤、C7B.02 肝之續發性惡性類癌)發生肝臟轉移需接受 TACE 治療使用時。	I203-22	C-M-	可吸收性 栓塞微粒 球	(112/01/01 修訂) 一、適應症：符合診療項目 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人 (一)ICD-10-CM：C22.0 肝細胞癌、C22.3 肝血管肉瘤、C22.7 其他特定肝上皮細胞癌、C22.8 原發性肝惡性腫瘤，未明示型、C22.9 未明示為原發性或續發性之肝惡性腫瘤接受 TACE 治療使用。 (二)下列腫瘤(C25.4 胰內分泌性惡性腫瘤、C7A.1 分化不良型惡性神經內分泌腫瘤、C7A.8 其他惡性神經內	依據本標準相關規定修正。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114年1月)				修正規定(113年1月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			<u>二、適應症：符合診療項目 33075B「血管阻塞術」之病人：</u> <u>(一)因消化道出血(ICD-10-CM：K92.2胃腸道出血、K31.811 胃及十二指腸血管發育不良併出血、K31.82 胃及十二指腸裘拉弗依病灶（出血性）、K55.21 結腸血管發育不良併出血、K57.21 大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血、K57.41 小腸及大腸憩室炎併穿孔及膿瘍併出血）導致生命徵象不穩定，經藥物治療或內視鏡治療後無法止血者，或無法執行內視鏡止血治療者。</u> <u>(二)肝腫瘤破裂出血(ICD-10-CM：C22.0 肝細胞癌、C22.1 肝內膽管癌)導致生命徵象不穩定。</u> <u>(三)適用於嚴重產後大出血(ICD-10-CM：072 產後出血)導致生命徵象不穩</u>				分泌腫瘤、C7B.02 肝之續發性惡性類癌)發生肝臟轉移需接受TACE 治療使用時。 二、每次限用一瓶。	

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
			定，經保守治療仍 持續出血者。 三、除產後大出血 至多二瓶，其餘每 次限用一瓶。					
I203-27	F-N	神經外科 術中神經 功能監測 (IONM)- 皮下針電 極	(113/05/01 生效) 一、限併報 56039B，每次以 20 支為原則。 二、限併報 56037B 執行清醒開顱手 術，每次以 16 支為 原則。					本項新增。
I203-28	F-N	神經外科 術中神經 功能監測 (IONM)- 刺激探頭	(113/05/01 生效) 一、限併報 56039B，每次限 1 支。 二、限併報 56037B 執行清醒開顱手 術，每次最多 2 支。					本項新增。
I203-29	F-N	神經外科 術中神經 功能監測 (IONM)- 喉管電極	(113/05/01 生效) 限併報 56039B 且為 後顱窩腫瘤手術監 測第十對顱神經使 用，適應症為許旺 式瘤、脊索瘤、腦 膜瘤等(限施行 83017B、83018B、 83019B、83088B 任 一)，每次限 1 支。					本項新增。
I203-30	F-N	神經外科 術中神經 功能監測	(113/05/01 生效) 一、限併報 56039B 每次限 1 條(1×4、1					本項新增。

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告百十四年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				通則：本表係依本標準第四條第八項規定公告一百十三年一月份之給付規定；如有異動，以保險人最新公告為主。				修正年度。
修正規定(114 年 1 月)				修正規定(113 年 1 月)				修正年度。
給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	給付規定 分類碼	大小 類碼	品名表	給付規定	
		(IONM)- 皮質電極	×6)。 二、限併報 56037B 執行清醒開顱手術，每次限 1 條(1×4、1×6)及 1 片(4×5)。					
I203-31	C-M-	顱內靜脈 竇暫時閉 塞球囊	(113/08/01 生效) 一、用於液態栓塞 劑治療顱內動靜脈 畸型或硬腦膜動靜 脈瘻管(ICD-10- CM：Q28.2、I77.0) 時防止液態栓塞劑 流入動脈或靜脈 端。 二、限搭配「液態 栓塞系統(中樞神經 血管)」使用。 三、每次使用以 1 支為原則，使用超 過 1 支需檢附病歷 資料詳細說明使用 理由及影像備查。					本項新增。