

第八十四條附件七修正對照表

修正規定				現行規定				說明
通則：本表係一〇八年一月份之給付規定，依本標準第四條第八項規定，如有異動，以保險人最新公告為主。								明定保險人公告之依據。
給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定(108年1月)	給付規定分類碼	大小類碼	品名表	給付規定	增訂年度
A101-8	S-S-	結紮環(Ligating loop)	(107/06/01 生效)1.經內視鏡影像證明息肉柄(莖)大於1公分。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。					新增
A101-9	S-A-	微血管吻合系統-套環	(107/08/01 生效) 1.限用於頭頸部腫瘤切除後各項顯微組織瓣重建手術之病患，且適用於靜脈血管尺寸為2.0mm-3.0mm。 2.每次手術給付以1組套環，每次住院療程以2次手術為限。					新增
A101-10	S-A-	Hem-o-lok 血管夾	(107/10/01 生效) 限使用於胸、腹腔內視鏡手術。					新增
A213-2N	C-B-	血管支架 CORONARY STENT	(107/9/1 增修) 一、使用規範：(一)同時設有心臟血管	A213-2N	C-B-	血管支架 CORONARY STENT	(101/10/1 修訂) 一、使用規範：(一)同時設有心臟血管	修正

		<p>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：</p> <p>(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</p>			<p>內科及心臟外科兩專科之特約醫院。(二)需為本保險認可並經中華民國心臟學會認可之心臟專科醫師實施。二、給付規定範圍：(一)於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞(ACUTE CLOSURE)或瀕臨急性阻塞狀況者(THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上。3.冠狀動脈病灶血流等級在TIMI2(含)或以下者。(二)原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑大於等於2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄</p>	
--	--	---	--	--	---	--

		<p>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</p>			<p>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 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 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)、</p>	
--	--	---	--	--	---	--

		<p>(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(DEVONOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量 FFR ≤ 0.8 或 <u>iFR ≤ 0.89</u> 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</p>			<p>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(DEVONOVO LESION)血管內徑大於等於2.5毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者或殘餘狹窄經測量 FFR ≤ 0.8 者。三、使用數量：每一病人每年給付四個血管支架為限(其時間以置放第一個支架之日為起算點)，但內膜剝離長度大於50毫米之情況除外。四、申請方式：採事後逐案審查。五、檢附資料：(一)冠狀動脈血管支架置入術過程完整之工作紀錄單(由保險人統一規定)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術</p>	
--	--	--	--	--	--	--

			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。				前，經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項給付規定置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病灶影像照片。(五)病灶經測量 FFR 者，須檢附 FFR 工作紀錄單及相關數據報告。	
A214-8	C-R-	定量噴霧呼吸輔助器-呼吸器或氣切用	(107/02/01 生效) 1.使用高頻呼吸器之病人。 2.6 歲(含)以下以氣切造口或氣管內管插管而須長期使用定量噴霧治療之病人。 3.每次住院限申報 1 個。					新增
A220-13	C-B-	胸腹主動脈瘤支架	(107/10/01 生效): 一、胸腹主動					新增

			<p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、須事前審查。</p> <p>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。</p>					
A220-14	C-B-	超高壓周邊血管治療導管	(107/12/01 生效):周邊血管或血液透析動靜脈瘻管通路之狹窄阻塞性病灶，無法以一般球囊導管完全擴張(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)。					新增
A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引	(101/10/01 生效)介入手術前	A225-2	C-G-	壓力感應金屬導引	(101/10/1 生效)介入手術前或	修正

		線 PRESSURE WIRE CERTUS(F FR)(或 iFR <u>107/09/01</u> <u>增修</u>)	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。			線 PRESSUR E WIRE CERTUS(F FR)	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。	
B102-5	F-H-	人工瓣膜 輪/環	(107/11/01 生 效)1、以二尖 瓣膜成形手術 治療二尖瓣膜 逆流，需使用 二尖瓣膜環固 定成形及人工 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。					新增
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 修 訂) 限用於複雜性 之心房或心室 性不整脈。一 般陣發性心室 上心搏過速 (PSVT)不適 用。	B104-2	C-X-	3D MAPPING 診斷紀錄 電燒導管	(96/12/1 生效) 限用於複雜性 之心房或心室 性不整脈。一 般陣發性心室 上心搏過速 (PSVT)不適 用。	修正
B206-8	F-H-	長效型心 室輔助系 統	(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 μ g/min/kg)					新增

		<p>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</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>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)。</p> <p>9.肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>10.中度以上腎</p>				
--	--	---	--	--	--	--

		<p>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.INTERMAC S 1 及 INTERMACS 2 之患者。 17.再次開心手術。</p> <p>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：</p>				
--	--	--	--	--	--	--

			(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。					
D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節 CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	(107/09/01 修訂) 取消事前審查。	D105-1	F-B-	訂製型人工肩關節 CUSTOM MADE SHOULDER PROSTHESIS	(85/4/23 生效) 須事前報備，經同意後使用。	修正
D106-4	F-B-	特殊再置換型股骨頭	(107/07/01 生效) 1.限用於人工髖關節再置換手術，與病人既有已植入且未拔除之股骨柄搭配使用。 2.既有已植入之股骨柄，如可取得同廠牌、同系列相應之股小球特					新增

			材可供使用，則不得使用本特材。					
D106-5	F-B-	髌白缺損填補墊片	(107/08/01 生效) 1.限用於診療項目 64201B、 64170B、 64258B。2.髌白缺損嚴重程度達 Paprosky 分類的 typeIIIA 或 IIIB 或者是 Gross 分類的 typeIII，IV 或 V。3.需事前審查，須檢附患側髌關節 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。					新增
D106-6	F-B-	重建型髌白護架 (Cage)	(107/10/01 生效) 限符合美國骨科醫學會 (American Academy of Orthopaedic Surgeons，AAOS) 定義，屬第三級合併髌白窩的骨骼缺陷時使用。					新增
D106-7	F-B-	限制型襯墊	(107/10/01 生效) 用於習慣性脫					新增

			白大於 2 次為原則。					
D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(107/09/01 生效)前方固定適應症為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。	D112-2	F-B-	脊椎前方固定桿鉤組 SPINAL FIXATOR (ROD HOOK/PLATE/SCREW/NUT)	(84/3/1 生效) 一、 <u>脊椎前方固定，須事前報備，經同意後使用。</u> 二、 <u>前方固定給付規定為：限脊椎骨折、腫瘤、脊椎感染須作前方固定術者。</u>	修正
D112-5	F-B-	<u>鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)</u>	(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、 <u>需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。</u>	D112-5	F-B-	脊椎骨質疏鬆內固定釘 OPS TITANIUM SPINAL SCREW	(100/1/1 生效) 一、限骨質疏鬆症患者(T-Score 小於或等於-2.5)使用。二、須事前報備，經同意後使用。三、給付規定同 D112-1。	修正
D113-5	F-U-	男性尿道懸吊帶系統(可調整型)	(107/06/01 生效)： 限用於男性攝護腺癌接受根除性攝護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					新增

			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。					
D201-6	F-P-	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	(107/12/01 生效)1.限使用於頭部顱顏骨、顎顏骨固定，但不可與 Miniplate 併用，每次限用 1 片。2.限自體頭骨不堪使用，如頭骨碎裂、有感染疑慮者、自體頭骨植入後吸收者等。3.需事前審查，檢附頭顱 X 光、3D CT 影像、敘明使用理由及使用特材規格。					新增
D203-2	F-B-	小兒肢體畸形外固定架/組	(107/04/01 生效) 1.限 18 歲(含)以下。 2.嚴重複雜無法以其他方式矯正之肢體畸形。 3.須事前審查：附 X 光片、照片及 3D 電腦斷層影像。					新增
D203-3	F-B-	漏斗胸矯正骨板組	(107/12/01 生效)一、比照本保險醫療服務					新增

			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。					
E205-1	C-F	膠囊內視鏡	(107/03/01 生效) 1.依本保險醫療服務給付項目：「膠囊內視鏡術」(代碼33142B)所列之適應症。2.採事後逐案審查。					新增
F205-2	F-U-	小兒血液灌流迴路管	(107/04/01 生效) 用於藥物過量或毒物中毒治療之小兒血液灌流。					新增
G302-1	N-D-	拋棄式骨內注射針	(107/12/01 生效)於心跳停止、呼吸停止、休克或癲癇重積狀態等緊急狀況下，無法立即建立靜脈輸液管道時使用。					新增
I203-15	C-M-	分流支架栓塞裝置	(107/03/01 生效) 一、僅適用於顱內之內頸動脈岩骨段至垂體上段，且符合下列情況之一： (一)動脈瘤最大徑大於					新增

			<p>15mm 者。</p> <p>(二)梭狀動脈瘤(fusiform aneurysm) 最大徑大於 10mm 者。</p> <p>(三)剝離性動脈瘤(dissecting aneurysm)最大徑大於 10mm。</p> <p>(四)動脈瘤經線圈栓塞治療後復發，其最大徑大於 10mm 者。</p> <p>(五)同一支血管中發現 2 顆顱內動脈瘤。</p> <p>二、每次限用一支；如同時申請線圈者，以 5 個為限。</p> <p>三、需事前審查。</p>					
T201-1	T-F-	溫度管理系統	<p>(107/06/01 生效)</p> <p>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。</p>					新增