

**全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議
特材部分第33次（107年7月）會議紀錄**

時間：107年7月19日（星期四）上午9時30分

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓禮堂

主 席：林主席啟禎

記 錄：朱秋琴

出席人員：（依姓名筆畫數排列，敬稱略）

朱日僑（梁淑政代理）	朱益宏（請假）	吳明峰
申斯靜	李柏鋒（劉芝蓮代理）	周伯禧（請假）
林敏華	林慧玲	林順華（請假）
邱浩遠	童瑞龍	胡峰賓（請假）
張文龍	張效煌	張淑慧
連哲震（請假）	陳威明（陳正豐代理）	陳瑞瑛（請假）
曾中龍（陳怡叡代理）	洪悅慈	黃偉堯（請假）
葉宗義	楊培銘（請假）	蔡三郎（戴文杰代理）
謝文輝（周志建代理）	謝武吉（吳淑芬代理）	藍毅生
魏國珍		

列席人員：

臨床醫藥專家代表：（略）

藥物提供者團體代表：唐宏生（請假）

衛生福利部全民健康保險會：曾幼筑

衛生福利部社會保險司：蘇芸蒂

財團法人醫藥品查驗中心：楊忠霖、黃莉茵、陳嘉玲、陳瑩系

衛生福利部中央健康保險署：陳真慧、黃育文、張淑雅

本署醫審與藥材組：陳慧如、林博霆、涂奇君、江錦欣、鄒文平、
黃滢云、簡淑蓮、朱秋琴、裴倩倩、沈瑞珍

壹、主席致詞（略）

貳、請參閱並確認上次會議紀錄

說明：詳附錄會議資料內容。

決定：洽悉。

參、前次會議決定及結論辦理情形報告（無）

肆、報告事項

第1案：全民健康保險既有功能類別特材之初核情形報告共173項：(1)新增既有功能類別特材品項145項/第1-1~1-24頁；項次1~145。(2)新增既有功能類別特材自付差額品項14項/第1-25~1-27頁；項次146~159。(3)新增既有功能類別特材擴增及刪除產品型號14項/第1-28~1-30頁；項次160~173。

說明：詳附錄會議資料報告案第1案之報告內容。

決定：洽悉。

第2案：全民健康保險已給付特殊材料支付標準異動之初核情形報告共45項：
(1)醫療器材許可證註銷及刪除品項19項/第2-1~2-3頁；項次1~19。
(2)核價類別變更及價格調整品項18項/第2-4~2-7頁；項次20~37。
(3)已達價量協議數量調整支付點數8項/第2-8~2-9頁；項次38~45。

說明：詳附錄會議資料報告案第2案之報告內容。

決定：洽悉。

第3案：檢討調整健保特材功能類別「脊椎內固定釘」項下18項品項支付點數案。

說明：詳附錄會議資料報告案第3案之報告內容。

決定：

- (一)「際仁脊椎固定系統:多軸向鬆質骨骨釘」等18項特材，因仿單禁忌症載明骨疏症，與專供骨鬆症病患使用之「脊椎內固定釘」相抵觸，爰同意改以「TITANIUM SPINAL SCREW」支付5,380點；另特材

若具適用於骨鬆症之臨床實證，應先向 TFDA 變更仿單內容，再行變更功能類別。

- (二)「"長安" 脊頸椎內固定系統:脊椎骨質疏鬆內固定釘」等5項特材，因仿單禁忌症未刊載骨鬆症，同意維持原以「脊椎內固定釘」核價；另廠商應於本署要求期限內提供其產品適用於骨鬆症病患之臨床實證。
- (三)為使醫療合理使用，同意「脊椎內固定釘」之給付規定增列「需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查」，並修訂名稱為「鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆之症患者)」(詳附件1)。

第4案：有關建議特殊材料「訂製型人工肩關節」及「脊椎前方固定桿鉤組」免除事前審查案。

說明：詳附錄會議資料討論案第4案之報告內容。

決定：

- (一)旨揭2類特材近3年之事前審查核准率皆為100%，同意取消「訂製型人工肩關節」及「脊椎前方固定桿鉤組」事前審查，惟應持續追蹤觀察1年之申報量情形，且須加強事後審查機制。
- (二)基於尊重醫療自主，以解決外界反應事前審查未通過前不能治療等情形，同意將「列入事前審查達2年以上，且核准率達95%以上」之特材品項提至本會議討論是否可免除事前審查。

第5案：有關「六霖企業有限公司」建議放寬現行健保支付壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE 之核價類別案。

說明：詳附錄會議資料報告案第5案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材於文獻證實 FFR 和 iFR 在臨床效益相當。爰本案同意增列功能核價類別為「壓力感應金屬導引線 Pressure Wire(測量冠脈血流儲備分數(FFR 或 iFR)使用)」，並維持原 A225-2給付規定(如附

件2)。

(二)考量本案特材涉及血管支架使用之適應症範圍， A213-2N 血管支架給付規定及工作記錄單配合文字修正(如附件3)。

第6案：有關「美敦力醫療產品股份有限公司」(原台灣柯惠股份有限公司)建議用於軟組織射頻燒灼之特材「"柯惠"威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-迴路電極貼片」納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料報告案第6案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材為健保收載之既有特材「“柯惠”威利雷柏酷迪波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組」(特材代碼：TKP03ACT102C)組件之一(其組件包含電極單針及2片迴路電極貼片)。
- (二)考量臨床引起病患皮膚燒傷之原因目前尚無定論，非僅受使用貼片數量多寡影響，廠商若為降低病患皮膚燒傷之風險，而需使用第3個貼片時，應在不調整支付點數下，將原健保支付2片之迴路電極貼片增至2~3片。爰本案修正該項既有特材之中文名稱為「“柯惠”威利雷柏酷迪 波無線電頻率電刀系統-冷循環式射頻燒灼電極針組(含2片以上之迴路電極貼片)」，維持原支付點數。

第7案：有關「壯生醫療器材股份有限公司」建議將用於子宮內視鏡切除組織之特材「"蓋羅斯"子宮鏡電燒電極系統」納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料報告案第7案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材係使用生理食鹽水為介質撐開子宮腔，為搭配子宮鏡使用之雙極電燒器械，適用於子宮內肌瘤、息肉、內粘連、隔膜及需要子宮內膜消融的良性病變等治療。
- (二)雖本案特材可縮短手術時間、病患術中失血及併發症等情形，惟考量目前已有內含之手術刀或傳統高溫電燒刀可供使用，且價格昂貴，

對健保財務衝擊過大，故暫不納入健保給付。

第8案：有關「巴德股份有限公司」建議將用於胸腔手術氣漏封合之特材「“尼歐曼”巴德波吉兒胸腔氣漏封合劑」納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料報告案第8案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材適用於切除肺實質過程中，發生氣漏的情況下，以縫線或縫合釘縫合之後，塗佈於胸膜臟層，以減少術後發生氣漏的機率。
- (二)考量現行縫合釘之品質與穩定度已大幅改善，且本特材尚無大型之實證文獻，足以證明其臨床相對療效；屬非臨床所必須使用之特材，故暫不納入健保給付。

肆、討論事項

第1案：有關「壯生醫療器材股份有限公司」建議將用於手術切割及縫合之特材「“愛惜康”愛喜龍可彎式電動腔鏡直線型切割縫合器」等共3項納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論案第1案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材屬功能改善特材，為具有鋰電池組之電動式縫合器，於切割組織的同時進行縫合，可減少外科醫師施力，於切除組織時可減少末端的位移及提升手術穩定性，臨床療效與健保已給付之類似功能類別「手動式直線型自動縫合器」相近，同意納入健保給付。
- (二)支付點數：採既有功能類別「手動式直線型自動縫合器」之支付點數，以每支9,000點暫予支付。
- (三)給付規定：當次手術限使用1支，且不得同時申報手動式直線型自動縫合器。

第2案：有關「聯合骨科器材股份有限公司」建議將用於髖關節置換之特材「"聯合"優磨二代全髖白植入物-抗氧化高耐磨聚乙烯全髖白內襯

"United" Hip System- U-Motion II E-XPE Cup Liner」以自付差額品項納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論案第2案之報告內容。

決定：

- (一)本案特材材質為超高分子聚乙烯，並添加維他命 E，依廠商所附文獻證實添加維他命 E 後，可減少體內自由基對髌臼內襯造成之氧化影響，可增加內襯的使用時間，符合本保險辦理自付差額特殊材料之作業原則第三條第一項：「增加耐久性」，同意以自付差額方式納入健保給付。
- (二)支付點數：依健保給付近似功能類別特材「人工髌關節髌臼杯內襯」之支付點數4,018點為健保給付上限。

第3案：有關「美商史賽克(遠東)有限公司台灣分公司」、「台灣捷邁醫療器材股份有限公司」及「台灣柏朗股份有限公司」建議將用於髌關節置換之特材「"好美得卡奧斯得寧" 人工髌臼組件系統-Tritanium 髌臼杯」等共10項納入健保給付再提會案。

說明：

- (一)詳附錄會議資料討論案第3案之報告內容。
- (二)本案經提105年1月本會議討論，結論略以：討論案7~9案幾項特材係屬全人工髌關節組之組件，建議應整組討論，請健保署併案討論。爰併同彙整尚未納入健保給付之類似功能特材，共計10項，經提107年6月專家諮詢會議，再提本會討論。

決定：

- (一)項次1~3之特殊金屬髌臼杯：可幫助骨頭生長至金屬髌臼杯表面，提高人工髌臼杯附著穩定性，惟缺乏長期實證醫學證據；目前健保給付之髌臼杯使用量約占98%，已足敷多數臨床使用。另此3項特材價格昂貴，故暫不納入健保給付。
- (二)項次4~6髌臼護架(Cage)：屬功能改善特材，其特殊設計方便固定

於髌臼上方，對於髌臼窩嚴重缺損者，能達到強化髌臼結構、穩固植入髌臼杯之目的，因而可降低需要二次翻修的風險，大部分使用此類髌臼護架時，不須再使用健保給付之人工髌臼杯，同意納入健保給付。

1、支付點數：採各層級醫療院所收取自費價格之最低價，以每個33,063點暫予支付。

2、給付規定：限符合美國骨科醫學會(American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS)定義，屬第三級合併髌臼窩的骨骼缺陷時使用。

(三)項次7~9限制型襯墊：屬功能改善特材，利用特殊設計固定股骨球頭，可有效防止病人當運動程度過大時，球頭脫位造成的脫臼情形，相較一般髌關節襯墊，能提供習慣性脫臼的患者更好的關節穩定度，降低術後發生脫臼機率，同意納入健保給付。

1、支付點數：

(1)原建議採公立醫院採購決標價格之最低價30,000元，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值，以每個34,059點 $(30,000/0.8808)$ 點暫予支付。

(2)惟本類特材依國際價格、公立醫院採購價及自費比價網之價格比例皆低於項次4~6髌臼護架之價格，故原建議支付點數嫌有過高之虞，爰決議採各層級醫療院所收取自費價格之最低價，以每個27,000點暫予支付。

2、給付規定：用於習慣性脫臼大於2次為原則。

(四)項次10金屬內墊：為鈷鉻鉬合金雙動型內襯，惟磨損處增加為2處，磨損率相對較高，且與「金屬對金屬人工髌關節」同樣有釋放微小金屬粒子，造成組織及關節損傷的疑慮，且本案建議支付價格嫌有過高之虞，故暫不納入健保給付。

第4案：有關「台灣曲克股份有限公司」建議將用於胸腹主動脈瘤修補治療

之特材「"曲克"蘭尼思 T 分支型胸腹主動脈內支架」納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論案第4案之報告內容。

決定：

(一)本案特材屬創新功能特材，係為胸腹主動脈血管內覆膜支架，具有4支分支設計，使腹部主動脈四個重要臟器血管血流順暢，相較於傳統開放式手術，其風險較低，適合高風險性、無法以開放式手術修補之患者，同意納入健保給付。

(二)支付點數：因國際價格、公立醫院採購價及各層級醫療院所收取自費價格均高於廠商建議價，故採廠商建議價格以每組305,007點暫予支付。

(三) 給付規定：

- 1、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。
- 2、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。
- 3、須事前審查。
- 4、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。

(四)另有關廠商填寫特材建議書(A3)表格(如與傳統治療之比較表)等資料，應請廠商檢附相關證明文件或文獻佐證，以證實其產品確實較優或效益較佳。

第5案：有關「台灣聖猷達醫療用品有限公司」及「興東藥品器材有限公司」建議將用於可延長等待換心病患生命之特殊材料「"索羅格"心伴第二型/第三型左心室輔助系統」及「"心衛"心室輔助系統」等3品項納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論案第5案之報告內容。

決定：

- (一) 本案特材屬功能改善特材，2016年歐洲心臟學會及2017年美國心臟學會已將本案特材列入心臟衰竭治療指引，據 HTA 評估報告，已有文獻支持本案特材作為橋接心臟移植之產品。相較於健保給付之「短效型心室輔助器-CentriMag」，可降低血栓風險，延長等待心臟移植時間及病患生命，且可讓病患得以回家復健或工作，改善生活品質，同意納入健保給付。
- (二) 支付點數：採公立醫院採購決標價格之最低價330萬點，除以收載時最近四季(105年第4季至106年第3季)結算之醫院總額部門浮動點值之平均值(0.8808)，以每組3,746,594點暫予支付
($3,300,000/0.8808=3,746,594$)。
- (三) 給付規定：適應症、禁忌症及支付規範詳如附件4。
- (四) 本案特材其醫療技術門檻高，具有高度醫療風險，為有效運用及評估療效，須事前審查採個案登錄作業方式，並於植入後定期登入病患追蹤狀況，直到心臟移植手術出院或病患死亡。

伍、散會（下午12時25分）

全民健康保險特殊材料給付規定修正對照表

給付規定分類碼：D112-5

(自107年09月01日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<u>D112-5鈦合金脊椎內固定釘(適用於經診斷為骨質疏鬆症之患者)：107.09.01生效</u> 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。 <u>四、需有術後在中空釘灌注骨水泥之影像備查。</u>	D112-5脊椎骨質疏鬆內固定釘 OPS TITANIUM SPINAL SCREW： 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。

註：修正劃底線部分之給付規定名稱及內容

全民健康保險特殊材料給付規定修正對照表

給付規定分類碼：A225-2

(自107年9月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
壓力感應金屬導引線 PRESSURE WIRE(FFR-FRACTIONAL FLOW RESERVE <u>或 iFR-Instant wave-Free Ratio</u>) 自101.10.01生效 <u>107.9.1增修</u> 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。	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。

註：修正劃底線部分之給付規定名稱

全民健康保險特殊材料給付規定修正對照表

給付規定分類碼：A213-2N

(自107年9月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
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) <u>107/9/1起增修</u> 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	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

修正後給付規定	原給付規定
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 $FFR \leq 0.8$ <u>或 $iFR \leq 0.89$</u>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 $FFR \leq 0.8$ <u>或 $iFR \leq 0.89$</u>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 $FFR \leq 0.8$ <u>或 $iFR \leq 0.89$</u>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	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)、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

修正後給付規定	原給付規定
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。	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)、冠狀動脈血管病灶及血管圖照片及相關數據資料。(二)本次冠狀動脈血管支架置入術前，經皮冠狀動脈擴張術前病灶之清晰影像照片。(三)本次冠狀動脈擴張術中使用一比一之氣球與血管比值之氣球擴張後之病灶影像照片。(四)以第三項適應症置放支架之病例，須檢附第一次經皮冠狀動脈擴張術之完整工作紀錄單及冠狀動脈血管擴張術之術前及術後冠狀血管病灶影像照片。

修正後給付規定	原給付規定
(五)病灶經測量 FFR <u>或 iFR</u> 者，須檢附 FFR <u>或 iFR</u> 工作紀錄單及相關數據報告。	(五)病灶經測量 FFR 者，須檢附 FFR 工作紀錄單及相關數據報告。

註：修正劃底線部分之給付規定內容

全民健康保險特殊材料給付規定修正對照表

給付規定分類碼：B206-8

(自□年□月□日生效)

修正後給付規定	原給付規定
B206-8長效型心室輔助系統 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 (dopaomine + dobutamine $>5\mu\text{g}/\text{min}/\text{kg}$) 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 $\text{VO}_2 < 10\text{ml}/\text{kg}/\text{min}$ 者。 (2) 心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal $\text{VO}_2 < 14\text{ml}/\text{kg}/\text{min}$ 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$>5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 7天以上，經核醫檢查 LVEF$<25\%$或心臟指數 Cardiac index$<2.0\text{L}/\text{min}/\text{m}^2$者。 (6) 復發有症狀的心室心律不整，無法以	無

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. A B O 血型與捐贈者不相容者。 9. 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)。 10. 肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 11. 中度以上腎功能不全者(Creatinine >3.0mg/dl 或 Ccr<20ml/min)。 12. 嚴重的慢性阻塞性肺病患者 (FEVI<50% of predicted 或 FEVI/FVC<40% of predicted)。 13. 活動性消化性潰瘍患者。 14. 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。 15. 免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 16. 藥癮患者。 17. INTERMACS 1及 INTERMACS 2 之患	
--	--

者。 18. 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「中華民國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、需事前審查且完成個案登錄系統。 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。	
--	--