

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：I203-2

(自110年5月1日生效)

修正給付規定	原給付規定	說明
I203-2 白金纖維環 COIL(自110.05.01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、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. <u>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。</u> 2. <u>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。</u> 3. <u>台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。</u> 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	I203-2 白金纖維環 COIL 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)<u>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。</u> 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	修正給付規定執行醫師資格內容。

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。	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。	
--	---	--