

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： I203-22

(自111年9月1日生效)

修正給付規定	原給付規定	說明
可吸收性栓塞微粒球（自111.9.1起生效） 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人(<u>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</u>)接受TACE治療使用。 二、每次限用一瓶。	可吸收性栓塞微粒球（自110.12.1起生效） 一、適應症：符合診療項目33144B「血管阻塞術-Lipiodol」之肝癌病人接受TACE治療使用。 二、每次限用一瓶。	為使特材符合給付規定使用及審查標準之一致性，爰增列肝癌病人之 ICD-10-CM。

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：I203-23
(自111年9月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定	說明
液態栓塞系統-周邊神經血管： 一、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸型或瘻管(<u>ICD-10-CM：I28.0肺血管動靜脈瘻管、I77.0後天性動靜脈瘻管、Q25.72先天性肺動靜脈畸形、Q27.30未明示部位動靜脈畸形、Q27.31上肢動靜脈畸形、Q27.32下肢動靜脈畸形、Q27.33消化系統動靜脈畸形、Q27.34腎血管動靜脈畸形、Q27.39其他部位動靜脈畸形</u>)。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。	液態栓塞系統-周邊神經血管： 一、適應症：符合診療項目33075B「血管阻塞術」之周邊動靜脈畸型或瘻管。 二、須事前審查。 三、申報方式：單一病灶使用量超過四點五毫升，以六毫升規格申報；使用量如超過六毫升，比照前述方式，每六毫升內使用量超過四點五毫升，以六毫升規格品項申報。	為使特材符合給付規定使用及審查標準之一致性，爰增列周邊動靜脈畸型或瘻管之 ICD-10-CM。