

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

台北市中山區建國北路二段92號9樓

受文者：中華民國西藥代理商業同業公會

發文日期：中華民國104年4月7日

發文字號：健保審字第1040052284號

附件：「藥品給付規定 第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations 14.9.1. Verteporfin (如Visudyne powder for solution for infusion)及14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents)：Verteporfin (如Visudyne)及Anti-VEGF如ranibizumab (Lucentis)、aflibercept (Eylea)」給付規定修正對照表。

主旨：公告修正含verteporfin成分藥品(如Visudyne)之藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條、第62條第1項暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations 14.9.1. Verteporfin (如Visudyne powder for solution for infusion) 及14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents)：Verteporfin (如Visudyne)及Anti-VEGF如ranibizumab (Lucentis)、aflibercept (Eylea)」部分規定，給付規定對照表如附件。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署資訊組(請刊登本署全球資

訊網)、本署企劃組(請刊登健保電子報)、本署醫務管理組、本署臺北業務組(請轉知轄區醫事機構,以下同)、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、台灣諾華股份有限公司(以上均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署投對章(6)

署長黃三桂



全民健康保險藥物給付項目及支付標準－第六編第八十三條

「藥品給付規定」修正規定

第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自 104 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
14.9 其他 Miscellaneous <u>14.9.1. (刪除) (95/6/1、104/5/1)</u>	14.9 其他 Miscellaneous <u>14.9.1. Verteporfin (如 Visudyne powder for solution for infusion) : (95/6/1)</u> <u>1. 限高度近視發生黃斑部疾病引起之視網膜下中央凹脈絡膜血管新生之典型病灶病患。</u> <u>2. 限教學醫院眼科專科醫師施行。</u> <u>3. 治療間隔 2 至 3 個月，每眼每年限治療 3 次為上限。</u> <u>4. 限經事前審查核准後使用，申請時需檢附所有以前之治療紀錄及就醫經過資料，含括 FAG、眼底彩色照片。</u>
14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : <u>Verteporfin (如 Visudyne)</u> <u>及 Anti-VEGF 如</u> <u>ranibizumab (Lucentis)、</u> <u>aflibercept (Eylea)</u> (100/1/1、101/5/1、 102/2/1、103/8/1、 <u>104/5/1)</u>	14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Anti-VEGF 如 Ranibizumab (Lucentis)、aflibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、102/2/1、103/8/1)

本類藥品使用須符合下列條件：

1. 未曾申請給付本類藥品者。
2. 須經事前審查核准後使用：
 - (1) 第一次申請時需檢附一個月內之最佳矯正視力，眼底彩色照片及 FAG(fluorescein angiography) OCT(optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。
 - (2) 經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料。
3. 限眼科專科醫師施行。
4. 病眼最佳矯正視力介於 0.05~0.5 (含)之間。
5. 依疾病別另規定如下：
 - (1)(略)
 - (2)(略)
 - (3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)之用藥：
Verteporfin (如 Visudyne)：(104/5/1)
 - I. 病灶限位於大血管弓內 (major vessels archade)。
 - II. 每次申請給付 1 支，每次治療間隔至少 3 個月，每人每眼給付以 3 次為上限，申請核准後之有效期限為二年。

本類藥品使用須符合下列條件：

1. 未曾申請給付本類藥品者。
2. 須經事前審查核准後使用：
 - (1) 第一次申請時需檢附一個月內之最佳矯正視力，眼底彩色照片及 FAG(fluorescein angiography) OCT(optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。
 - (2) 經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料。
3. 限眼科專科醫師施行。
4. 病眼最佳矯正視力介於 0.05~0.5 (含)之間。
5. 依疾病別另規定如下：
 - (1)(略)
 - (2)(略)

<u>III. 每次申請時需另檢附一個</u> <u>月內有效之 ICGA 照片、治</u> <u>療紀錄及病歷等資料。</u> <u>IV. 已產生中央窩下</u> <u>(subfoveal) 結痂者不得</u> <u>申請使用。</u>	
---	--

備註：劃線部分為新修訂規定

