

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
<p>14.9.4. <u>Dexamethasone intravitreal implant (如 Ozurdex)(104/05/1)</u> <u>限用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限地區醫院以上層級(含)之眼科專科醫師施行。</u> 2. <u>需排除因感染性引起之眼後房葡萄膜炎如肺結核、梅毒、弓漿蟲等之感染。</u> 3. <u>矯正後視力介於 0.05 和 0.5 之間。</u> 4. <u>需符合下列治療方式之一：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>葡萄膜炎之患者以口服類固醇控制病情，反應不良或仍有發炎與黃斑部水腫者，需輔以 cyclosporin 或其他全身性免疫抑制劑，經前述治療眼睛發炎仍無法控制者。</u> (2) <u>無法口服全身性藥物(類固醇或 cyclosporin) 控制者：</u> <ol style="list-style-type: none"> I. <u>懷孕或正在授乳的婦女。</u> II. <u>罹患活動性的感染症的病患。</u> III. <u>身上帶有人工關節者，罹患或先前曾罹患過嚴重的敗血症(sepsis)</u> 	<p>14.9.4 無</p>

者。

IV. 惡性腫瘤或具有癌症前兆
(pre-malignancy) 的病患。

V. 免疫功能不全者
(Immunodeficiency)。

VI. 曾因其他疾病服用上述口服全身性
藥物，有嚴重併發症或後遺症者。

5. 每眼限給付1支。

6. 給付後六個月內不得使用 cyclosporin 藥
品。

7. 需事前審查，並檢附病歷摘要及符合下列
條件之一之診斷依據。

(1) 一個月內有效之 OCT 顯示中央視網
膜厚度(central retinal
thickness, CRT) $\geq 300 \mu\text{m}$ 。

(2) 一個月內有效之 FAG(fluorescein
angiography)看到血管明顯滲漏現
象或黃斑部囊狀水腫。

備註：劃線部份為新修訂之規定