

「藥品給付規定」修正對照表

第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自105年2月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>14.9.2.新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Verteporfin (如 Visudyne)及 Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 aflibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、 102/2/1、103/8/1、104/5/1、<u>105/2/1</u>)(附表二十九)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未曾申請給付本類藥品者。 2.須經事前審查核准後使用。 <ol style="list-style-type: none"> (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、<u>FAG(fluorescein angiography)</u>、<u>OCT(optical coherence tomography)</u>、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： <ol style="list-style-type: none"> (1)50歲以上血管新生型(濕性)年齡 	<p>14.9.2.新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Verteporfin (如 Visudyne)及 Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 aflibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、 102/2/1、103/8/1、104/5/1)(附表二十九)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未曾申請給付本類藥品者。 2.須經事前審查核准後使用。 <ol style="list-style-type: none"> (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<u>FAG(fluorescein angiography)</u> <u>OCT(optical coherence tomography)</u>、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： <ol style="list-style-type: none"> (1)50歲以上血管新生型(濕性)年齡

相關性黃斑部退化病變
(wAMD)：(101/5/1)

I .Ranibizumab 及 aflibercept 僅能
擇一申請。

II .第一次申請時以3支為限，每
眼給付以7支為限，申請核准
後有效期限為2年。

III .若有需要排除多足型脈絡膜血
管病變型黃斑部病變
(polypoidal choroidal
vasculopathy, PCV) 之疑慮
時，須執行並於申請時檢附
ICG (indocyanone green
angiography)。

IV .必須排除下列情況：

i. 已產生黃斑部結痂者。

ii. 血管新生型 wAMD 進展至視
網膜下纖維化或 advanced
geographic atrophy 者反應不
佳。

iii. 經確認為多足型脈絡膜血管病
變型黃斑部病變(PCV)。

iv. 高度近視，類血管狀破裂症
(angioid streaks)，或其他非
wAMD 所造成視網膜中央窩
(fovea) 下之脈絡膜新生血
管 (Choroidal
neovascularization；CNV)
(101/5/1)。

(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic
macular edema, DME) 之病變：

相關性黃斑部退化病變
(wAMD)：(101/5/1)

I .Ranibizumab 及 aflibercept 僅能
擇一申請。

II .第一次申請時以3支為限，每
眼給付以7支為限，申請核准
後有效期限為2年。

III .若有需要排除多足型脈絡膜血
管病變型黃斑部病變
(polypoidal choroidal
vasculopathy, PCV) 之疑慮
時，須執行並於申請時檢附
ICG (indocyanone green
angiography)。

IV .必須排除下列情況：

i. 已產生黃斑部結痂者。

ii. 血管新生型 wAMD 進展至視
網膜下纖維化或 advanced
geographic atrophy 者反應不
佳。

iii. 經確認為多足型脈絡膜血管病
變型黃斑部病變(PCV)。

iv. 高度近視，類血管狀破裂症
(angioid streaks)，或其他非
wAMD 所造成視網膜中央窩
(fovea) 下之脈絡膜新生血
管 (Choroidal
neovascularization；CNV)
(101/5/1)。

(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic
macular edema, DME) 之病變：

限 ranibizumab (102/2/1、
103/8/1、105/2/1)

I. 中央視網膜厚度(central retinal
thickness,CRT) $\geq 300\mu\text{m}$ 。

II. 近三個月內之糖化血色素
(HbA1c)數值低於10%。

III. 第一次申請以5支為限，每眼
給付以8支為限，申請核准後
有效期限為2年。(105/2/1)

IV. 每次申請時另需檢附下列資
料：(105/2/1)

i. 近三個月內之糖化血色素
(HbA1c) 數值。

ii. 第二次重新申請時，需檢附與
第一次申請項目相同之各項最
近檢查紀錄外，並檢送使用後
有改善證明之相關資料。
(105/2/1)

V. 有下列情況不得申請使用：

i. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂
者。

ii. 血管新生型 AMD 進展至視網
膜下纖維化或 advanced
geographic atrophy 者反應不佳
或因其他因素(如玻璃體牽引)
所造成之黃斑部水腫。

(3)多足型脈絡膜血管病變型黃斑

限 ranibizumab (Lucentis)
(102/2/1、103/8/1)

I. 中央視網膜厚度(central retinal
thickness,CRT) $\geq 300\mu\text{m}$ 。

II. 近三個月內之糖化血色素
(HbA1c)數值低於10%。

III. 第一年每眼給付支數以5支為
限，第二年給付支數以3支為
限。

IV. 每次申請時另需檢附下列資
料：

i. 近三個月內之糖化血色素
(HbA1c) 數值。

ii. 第一年連續使用3支後，經評
估視力或中央視網膜厚度有改
善而需續用者，後續2支需重
新申請。

iii. 第二年重新申請時，需檢附過
去二次申請及與第一次申請項
目相同之各項最近檢查紀錄
外，並檢送過去一年使用後有
改善證明之相關資料。

V. 有下列情況不得申請使用：

i. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂
者。

ii. 血管新生型 AMD 進展至視網
膜下纖維化或 advanced
geographic atrophy 者反應不佳
或因其他因素(如玻璃體牽引)
所造成之黃斑部水腫。

(3)多足型脈絡膜血管病變型黃斑

<p>部病變(PCV)之用藥： Verteporfin (104/5/1)</p> <p>I .病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。</p> <p>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。</p> <p>III .每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。</p> <p>IV .已產生中央窩下(subfoveal) 結痂者不得申請使用。</p>	<p>部病變(PCV)之用藥： Verteporfin <u>(如 Visudyne)</u>： (104/5/1)</p> <p>I .病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。</p> <p>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。</p> <p>III .每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。</p> <p>IV .已產生中央窩下(subfoveal) 結痂者不得申請使用。</p>
--	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。