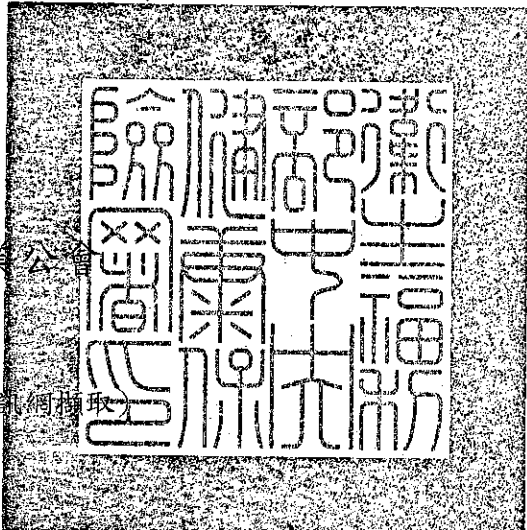


副本

衛生福利部中央健康保險署 公告



10478

臺北市中山區建國北路二段123號3樓

受文者：中華民國西藥代理商商業同業公會

發文日期：中華民國105年7月15日

發文字號：健保審字第1050035922號

附件：藥品給付規定修正對照表(請至本署全球資訊網擷取)

主旨：公告修正含dexamethasone成分眼後段植入劑之藥品給付規定。

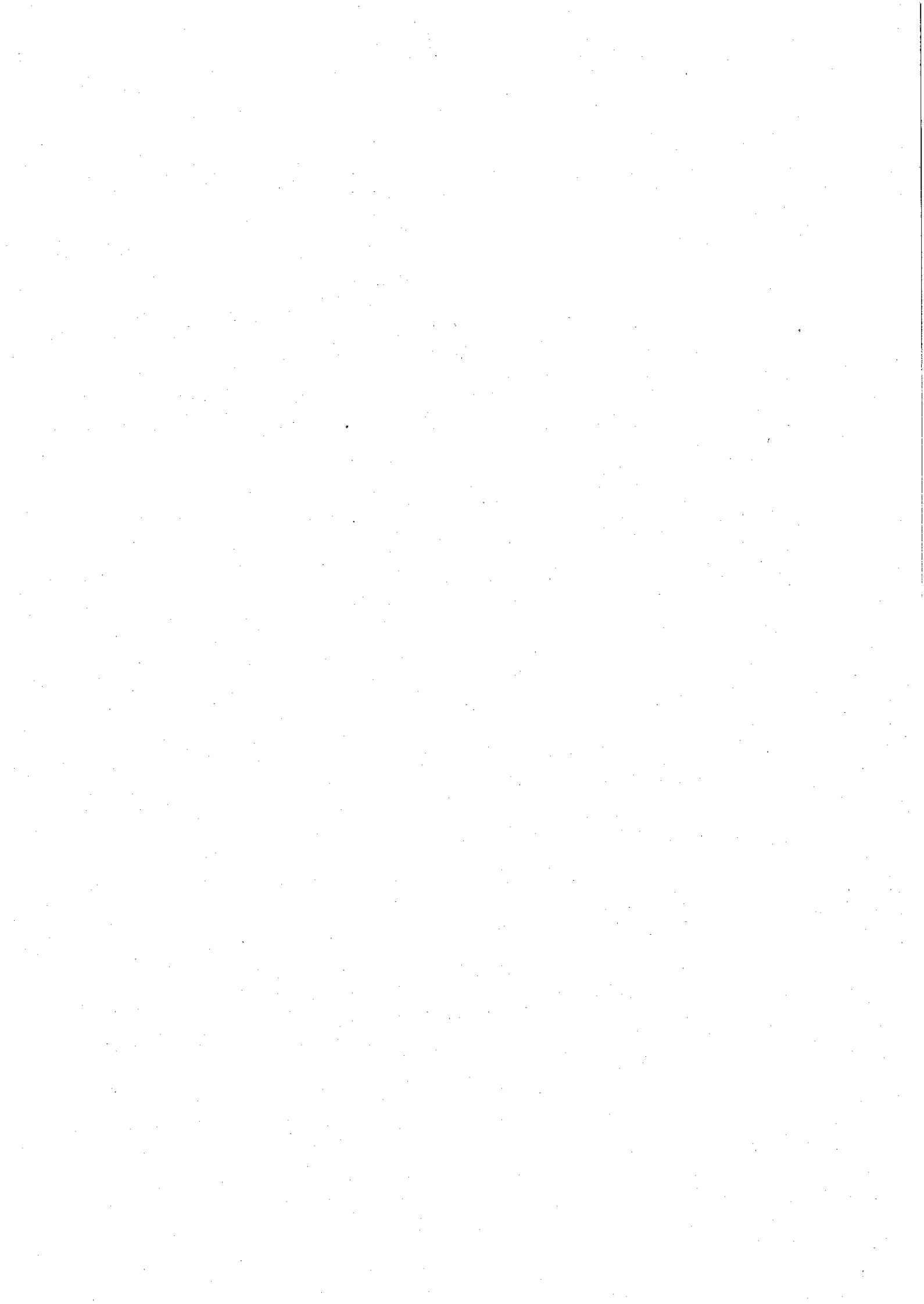
依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

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 14.9.4. Dexamethasone intravitreal implant (如Ozurdex)」部分規定，給付規定修正對照表如附件(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>公告，請自行下載)。

副本：口部療役台、國合藥華研灣資業限
及利醫除、會民聯製中灣台全球區有
理福屬退府合華國灣、台、全分份
心生附軍政聯中全台會、會署各股
部衛部國縣國、會、公會協本署品
利、利、門全會公會業公院登本藥
福署福局金會協生協同業醫刊、根
生理生省公師劑理業同灣請組力
衛管衛建師醫藥管商業台(理愛
、物、府福醫層國暨理商、組管灣
司藥會政、國基民銷代理會訊務台
事品議市府民國華行藥代協資醫、
醫食審雄政華民中品西藥藥署署組
部部議高縣中、藥市西名本本材
福利爭、江、中會國北國學、藥
福福險局連會、合民台民國會)及
生保生省公會聯華、華民協報審
衛衛康衛建業合國中會中華所子醫
、健府福同聯全、協、中院電署
會司民政、業國會會展會人療保本
規險全市局商全公協發合法醫健、
法保部北醫腦會師究藥聯團會登)
部會利台軍電公藥研製國社教刊構)
利社福、部市師國藥國全、灣請機
福部生會防北醫民製民會會台(事)
生利衛理國台牙華性華公協、組醫件
衛福、管、國中發中業展會劃區附
、生會構會會民、開、同發協企轄含
會衛險機員學華會國會業藥所署知均
規、保利委訊中協民公商新院本轉上
法司康福導資人療華業藥技療、請以
院康健會輔學法醫中同西生醫)(以
政健民社兵醫團層、業國型立網組司
行腔全及官灣社基會工民發私訊務公

衛生福利部中央健康保險署公告

署長李伯璋



「藥品給付規定」修正對照表

第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自105年8月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>14.9.4. Dexamethasone intravitreal implant (如 Ozurdex)(104/05/1、<u>105/8/1</u>)</p> <p>1.用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：</p> <p>(1)限地區醫院以上層級(含)之眼科專科醫師施行。</p> <p>(2)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。</p> <p>(3)矯正後視力介於0.05和0.5之間。</p> <p>(4)需符合下列治療方式之一：</p> <p><u>I.</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。</p> <p><u>II.</u>無法口服全身性藥物(類固醇或 cyclosporin)控制者：</p> <p><u>i.</u>懷孕或正在授乳的婦女。</p> <p><u>ii.</u>罹患活動性的感染症的病患。</p> <p><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)者。</p>	<p>14.9.4.Dexamethasone intravitreal implant (如 Ozurdex)(104/05/1)</p> <p><u>限</u>用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：</p> <p>1.限地區醫院以上層級(含)之眼科專科醫師施行。</p> <p>2.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。</p> <p>3.矯正後視力介於0.05和0.5之間。</p> <p>4.需符合下列治療方式之一：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)無法口服全身性藥物(類固醇或 cyclosporin)控制者：</p> <p><u>I.</u>懷孕或正在授乳的婦女。</p> <p><u>II.</u>罹患活動性的感染症的病患。</p> <p><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)者。</p>

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。

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

II. 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。

2. 用於中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)導致黃斑部水腫，需符合下列條件：

(105/8/1)

(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑(anti-angiogenic agents)者。

(2) 限眼科專科醫師施行。

(3) 病眼最佳矯正視力介於 0.05~0.5(含)之間。

(4) 限18歲以上患者。

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

(6) 已產生中央窩下(subfoveal)結痂

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。

者不得申請使用。

(7)須經事前審查核准後使用。

I.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、FAG (fluorescein
angiography)、OCT (optical
coherence tomography)及相關
病歷紀錄資料。

II.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。

III.第一次申請以2支為限，每眼
最多給付4支，申請核准後有
效期限為2年。

備註：劃線部份為新修訂之規定。

