

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

10478

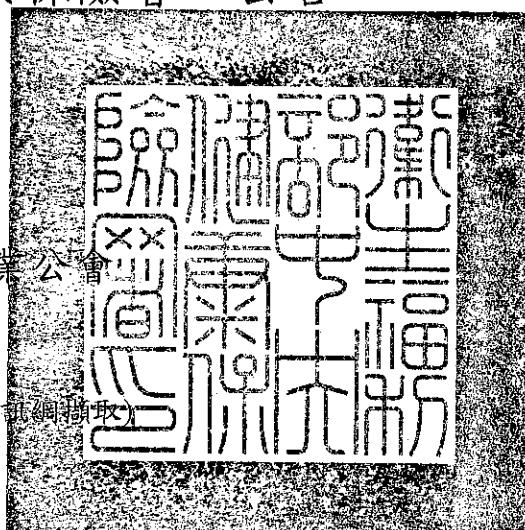
臺北市建國北路2段123號3樓

受文者：中華民國西藥代理商業同業公

發文日期：中華民國106年3月6日

發文字號：健保審字第1060052941號

附件：給付規定修正對照表乙份(請至本署全球資訊網取用)



主旨：公告修正含 dexamethasone 成分之眼後段植入劑(如 Ozurdex)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一第六劑編第八十三條之藥品給付規定第14節眼科製劑Ophthalmic preparations 14.9.2.新生血管抑制劑及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）。

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

署長 李伯璋 出差

副署長 蔡淑鈴代行

「藥品給付規定」修正規定  
 第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations  
 (自106年4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)、 afibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、 102/2/1、 103/8/1、 104/5/1、 105/2/1、 105/7/1、 105/11/1、 105/12/1、 <u>106/4/1</u>)          本類藥品使用須符合下列條件：          1~4(略)          5. 依疾病別另規定如下：          (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)：(略)          (2)糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變：(102/2/1、 103/8/1、 105/2/1、 105/11/1、 105/12/1、 <u>106/4/1</u>)          I. 限 ranibizumab 及 afibercept 擇一申請，且 <u>未曾申請給付</u> dexamethasone 眼後段植入劑者。<u>(106/4/1)</u>          II. ~VI. (略)          (3)~(5)(略)</p>	<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Verteporfin (如 Visudyne) 及 Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 afibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、 102/2/1、 103/8/1、 104/5/1、 105/2/1、 105/7/1、 105/11/1、 105/12/1)          本類藥品使用須符合下列條件：          1~4(略)          5. 依疾病別另規定如下：          (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)：(略)          (2)糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變：(102/2/1、 103/8/1、 105/2/1、 105/11/1、 105/12/1)          I. 限 ranibizumab 及 afibercept 擇一申請。          II. ~VI. (略)          (3)~(5)(略)</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「藥品給付規定」修正規定  
第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations  
(自106年4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、105/8/1、<u>106/4/1</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：(略)</li> <li>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、<u>106/4/1</u>)           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑(anti-angiogenic agents)者。</li> <li>(2) 限眼科專科醫師施行。</li> <li>(3) 限18歲以上患者。</li> <li>(4) 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</li> <li>(5) 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</li> <li>(6) 須經事前審查核准後使用。               <ol style="list-style-type: none"> <li>I. 第一次申請時需檢附一個月內之<u>病眼最佳矯正視力(介於0.05~0.5(含)之間)</u>、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)及相關病歷紀錄資料。</li> <li>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。</li> <li>III. 第一次申請以2支為限，每</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>14. 9. 4. Dexamethasone intravitreal implant (如 Ozurdex) (104/05/1、105/8/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：(略)</li> <li>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)           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑(anti-angiogenic agents)者。</li> <li>(2) 限眼科專科醫師施行。</li> <li>(3) <u>病眼最佳矯正視力介於0.05~0.5(含)之間</u>。</li> <li>(4) 限18歲以上患者。</li> <li>(5) 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</li> <li>(6) 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</li> </ol> </li> <li>(7) 須經事前審查核准後使用。           <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>III. 第一次申請以2支為限，每</li> </ol> </li> </ol>

<p>眼最多給付4支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢。(106/4/1)</p> <p>3. 用於糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME)之病變，需符合下列條件：(106/4/1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者。</li> <li>(2) 限眼科專科醫師施行。</li> <li>(3) 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</li> <li>(4) 已產生中央窩下 (subfoveal) 痂者不得申請使用。</li> <li>(5) 近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。</li> <li>(6) 須經事前審查核准後使用。</li> </ul> <p>I. 第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 (介於0.05~0.5(含)之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。</p> <p>II. 經評估需續用者，再次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。</p> <p>III. 第一次申請以3支為限，每眼給付以5支為限，須於第一次申請核准後5年內使用完畢。</p> <p>(7) 有下列情況不得申請使用：</p> <p>I. 血管新生型AMD進展至視網</p>	<p>眼最多給付4支，申請核准後有效期限為2年。</p> <p>3. (無)</p>
--	--

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。

II. 青光眼。

備註：劃線部份為新修訂之規定