

副本

檔 號：

保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 書函

地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：黃雪珠(02)27065866轉2643

10478

台北市中山區建國北路二段87號10樓之1

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101年4月11日

發文字號：健保審字第1010075128A號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿含「全民健康保險藥品給付規定—第14章眼科製劑 Ophthalmic preparations 14.9 其他 Miscellaneous」規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險藥品給付規定—第14章眼科製劑 Ophthalmic preparations 14.9 其他 Miscellaneous」，業經本局於中華民國101年4月11日以健保審字第1010075128號令修正發布，茲檢送發布令（含附件）各1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署食品藥物管理局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院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、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、台灣區製藥工業同業公會、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、本局資訊組（請刊登本局全球資訊網）、本局企劃組（請刊登健保電子報）、本局醫務管理組、本局各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）（以上均含附件）

行政院衛生署中央健康保險局投書(2)

行政院衛生署中央健康保險局

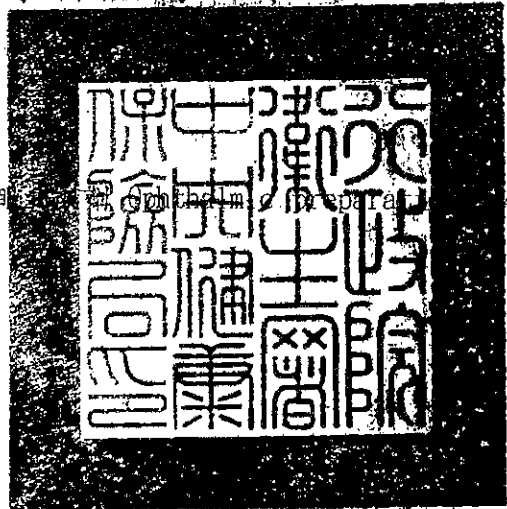
檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國101年4月11日

發文字號：健保審字第1010075128號

附件：修正「全民健康保險藥品給付規定—第14章眼科製劑
14.9 其他 Miscellaneous」給付規定



修正「全民健康保險藥品給付規定—第14章眼科製劑
Ophthalmic preparations 14.9 其他 Miscellaneous」
部分給付規定，並自中華民國一百零一年五月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定—第14章眼科製劑
Ophthalmic preparations 14.9 其他 Miscellaneous」
給付規定

行政院衛生署中央
健康保險局核對章(2)

局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 14 章眼科製劑 Ophthalmic preparations

14.9 其他 Miscellaneous

(自 101 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
14.9.2. Ranibizumab (如 Lucentis 10mg/mL solution for injection) (100/1/1、<u>101/5/1</u>)(附表二十九) 1. 限用於 <u>50 歲以上</u>血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(AMD)。(101/5/1) 2. 限眼科專科醫師使用。 3. 限病眼最佳矯正視力於 0.05~0.5 之間。 4. 須經事前審查核准後使用，申請時需檢附一個月內有效之 fluorescein angiography (FAG)，Optical coherence tomography (OCT)，矯正視力及眼底彩色照片。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 indocyanone green angiography (ICG)。 5. 限定每眼每年使用不得超過 3 次，使用期限為 2 年。 6. 必須排除下列情況：	14.9.2. Ranibizumab (如 Lucentis 10mg/mL solution for injection) (100/1/1) 1. 限用於血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(AMD)。 2. 限眼科專科醫師使用。 3. 限病眼最佳矯正視力於 0.05~0.5 之間。 4. 須經事前審查核准後使用，申請時需檢附一個月內有效之 fluorescein angiography (FAG)，Optical coherence tomography (OCT)，矯正視力及眼底彩色照片。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 indocyanone green angiography (ICG)。 5. 限定每眼每年使用不得超過 3

(1) 已產生黃斑部結痂者。 (2) 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。 (3) 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。 (4) 高度近視，類血管狀破裂症(angiod streaks)，或其他非 AMD 所造成視網膜中央窩(fovea)下之脈絡膜新生血管(Choroidal neovascularization；CNV)。 (<u>101/5/1</u>)	次，使用期限為 2 年。 6. 必須排除下列情況： (1) 已產生黃斑部結痂者。 (2) 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。 (3) 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。 (4) 高度近視(<u>高於八百度</u>)，類血管狀破裂症(angiod streaks)，或其他非 AMD 所造成視網膜中央窩(fovea)下之脈絡膜新生血管(Choroidal neovascularization；CNV)。
---	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。