





「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)、 aflibercept (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 aflibercept 擇一申請，且 <u>未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者</u>。(106/4/1)                      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)、 aflibercept (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 aflibercept 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> <p>1. 用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：(略)</p> <p>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：<u>(105/8/1、106/4/1)</u></p> <p>(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑(anti-angiogenic agents)者。</p> <p>(2) 限眼科專科醫師施行。</p> <p>(3) 限18歲以上患者。</p> <p>(4) 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</p> <p>(5) 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</p> <p>(6) 須經事前審查核准後使用。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>III. 第一次申請以2支為限，每</p>	<p>14.9.4. Dexamethasone intravitreal implant (如 Ozurdex) (104/05/1、105/8/1)</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：(略)</p> <p>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：<u>(105/8/1)</u></p> <p>(1) 未曾申請給付新生血管抑制劑(anti-angiogenic agents)者。</p> <p>(2) 限眼科專科醫師施行。</p> <p>(3) <u>病眼最佳矯正視力介於0.05~0.5(含)之間。</u></p> <p>(4) 限18歲以上患者。</p> <p>(5) 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</p> <p>(6) 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</p> <p>(7) 須經事前審查核准後使用。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>III. 第一次申請以2支為限，每</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)

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)

- (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) 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300 \mu\text{m}$ 。
- (4) 已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。
- (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。
- (6) 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。
  - 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。
  - 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。
- (7) 有下列情況不得申請使用：
  - I. 血管新生型 AMD 進展至視網

眼最多給付4支，申請核准後有效期限為2年。

3. (無)

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