

「藥品給付規定」修訂對照表

第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自 108 年 4 月 1 日生效)

修訂給付規定	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、 106/4/1、 106/12/1、 108/4/1)(附表二十九)</p> <p>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)：(以下略) (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、 106/4/1、 108/4/1) I .~V.(略) VI.因其他因素(如玻璃體牽引)所造成之黃斑部水腫不得申請使</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、 106/4/1、 106/12/1)(附表二十九)</p> <p>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)：(以下略) (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、 106/4/1) I .~V.(略) VI.<u>血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced</u></p>

<p>用。<u>(108/4/1)</u></p> <p>(3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之用藥：(以下略)</p> <p>(4) 中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：<u>(105/7/1、105/11/1、105/12/1、108/4/1)</u></p> <p>I .~IV.(略)</p> <p><u>V.若患者腎功能不全(eGFR &lt; 45mL/min/1.73m<sup>2</sup> 或 serum creatinine ≥ 1.5mg/dL)，或具有藥物過敏史者需檢附相關資料，得檢附足以證明其罹患疾病之光學共軛斷層血管掃描儀(optical coherence tomography angiography,OCTA)檢查結果代替 FAG 資料。(108/4/1)</u></p> <p>(5)病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(以下略)</p> <p>(6)分支視網膜靜脈阻塞(BRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：<u>(106/12/1、108/4/1)</u></p>	<p><u>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不得申請使用。</u></p> <p>(3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之用藥：(以下略)</p> <p>(4) 中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：<u>(105/7/1、105/11/1、105/12/1)</u></p> <p>I .~IV.(略)</p> <p>(5)病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(以下略)</p> <p>(6) 分支視網膜靜脈阻塞(BRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：<u>(106/12/1)</u></p> <p>I .~IV.(略)</p>
---	--

I.~IV.(略)

V.若患者腎功能不全(eGFR < 45mL/min/1.73m<sup>2</sup> 或 serumcreatinine ≥ 1.5mg/dL) , 或具有藥物過敏史者需檢附相關資料, 得檢附足以證明其罹患疾病之光學共軛斷層血管掃描儀(optical coherence tomography angiography, OCTA)檢查結果代替 FAG 資料。(108/4/1)

#### 14.9.4.Dexamethasone intravitreal

implant (如 Ozurdex) (104/05/1、105/8/1、106/4/1、108/4/1)

- 1.用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人, 需符合下列條件:(略)
- 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、106/4/1、108/4/1)

(1)~(5)(略)

(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。若患者腎功能

#### 14.9.4.Dexamethasone intravitreal

implant (如 Ozurdex) (104/05/1、105/8/1、106/4/1)

- 1.用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人, 需符合下列條件:(略)
- 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、106/4/1)

(1)~(5)(略)

(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。

<p><u>不全(eGFR &lt; 45mL/min/1.73m<sup>2</sup> 或 serum creatinine ≥ 1.5mg/dL)</u>，<u>或具有藥物過敏史者需檢附相關資料，得檢附足以證明其罹患疾病之光學共軛斷層血管掃描儀(optical coherence tomography angiography, OCTA)檢查結果代替 FAG 資料。(108/4/1)</u></p> <p>II.~III.(略)</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、108/4/1) (1)~(6)(略)。 (7)有下列情況不得申請使用： I.因其他因素(如玻璃體牽引)所造成之黃斑部水腫。(108/4/1)</p> <p>II.青光眼。</p>	<p>II.~III.(略)</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) (1)~(6)(略) (7)有下列情況不得申請使用： I.<u>血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy</u>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。</p> <p>II.青光眼。</p>
--	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。