

「藥品給付規定」修訂對照表

第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自 113 年 1 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) :</p> <p>ranibizumab (如 Lucentis)、 aflibercept (如 Eylea)、 <u>faricimab (如 Vabysmo)</u></p> <p>(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、 109/2/1、109/3/1、109/6/1、 109/12/1、112/2/1、<u>113/1/1</u>)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>(1) 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>(2) 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>3.~4. (略)</p>	<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : <u>Anti-VEGF</u> 如 <u>ranibizumab</u> (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、109/2/1、 109/3/1、109/6/1、109/12/1、 112/2/1)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>(1) 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>(2) 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>3.~4. (略)</p>

5. 限 ranibizumab、aflibercept 及 faricimab 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者(DME 及 CRVO 除外)、或 verteporfin(PCV 除外)。另 faricimab 僅限用於 wAMD、DME 及 PCV 疾病。(109/2/1、109/3/1、113/1/1)

6. (略)

7. 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)：
(101/5/1、105/12/1、109/2/1、109/6/1、109/12/1)

I. 第一次申請時以 8 支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限。(105/12/1、109/2/1、109/6/1)

II. ~ III. (略)

(2)糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME)之病變：

I. 第一次申請以 5 支為限，第二次申請 5 支，第三次申請 4 支，每眼給付以 14 支為限。(105/2/1、105/12/1、109/2/1、112/2/1)

II. ~ IV. (略)

V. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付不同作用機轉

5. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者或 verteporfin(DME 及 CRVO 除外)。(109/2/1、109/3/1)

6. (略)

7. 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)：
(101/5/1、105/12/1、109/2/1、109/6/1、109/12/1)

I. 第一次申請時以 8 支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限。(105/12/1、109/2/1、109/6/1)

II. ~ III. (略)

(2)糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME)之病變：

I. 第一次申請以 5 支為限，第二次申請 5 支，第三次申請 4 支，每眼給付以 14 支為限。(105/2/1、105/12/1、109/2/1、112/2/1)

II. ~ IV. (略)

V. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付不同作用機轉

<p>藥物(<u>faricimab、ranibizumab、 aflibercept</u> 僅能擇一使用，不得申請互為轉換)。申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT)$\geq 300 \mu\text{m}$之相關資料。(109/3/1、113/1/1)</p> <p>VI. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限。(109/3/1)</p> <p>VII. 申請更換給付 dexamethasone 眼後段植入劑者，以 2 支為限。(109/3/1)</p> <p>VII. ~IX. (略)</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： (104/5/1、105/11/1、105/12/1、106/12/1、109/2/1、109/6/1、109/12/1、112/2/1)</p> <p>I. 第一次申請時以 8 支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限。(106/12/1、109/2/1、109/6/1)</p> <p>II. ~ III. (略)</p> <p>(4)~(6)(略)</p>	<p>藥物，申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT)$\geq 300 \mu\text{m}$之相關資料。(109/3/1)</p> <p>VI. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限。(109/3/1)</p> <p>VII. 申請更換給付 dexamethasone 眼後段植入劑者，以 2 支為限。(109/3/1)</p> <p>VII. ~IX. (略)</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： (104/5/1、105/11/1、105/12/1、106/12/1、109/2/1、109/6/1、109/12/1、112/2/1)</p> <p>I. 第一次申請時以 8 支為限，第二次申請為 3 支，第三次申請 3 支，每眼給付以 14 支為限。(106/12/1、109/2/1、109/6/1)</p> <p>II. ~ III. (略)</p> <p>(4)~(6)(略)</p>
--	---

備註：劃線部分為新修訂規定