

「藥品給付規定」修訂對照表

第14節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自109年12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>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、 109/2/1、109/3/1、109/6/1、<u>109/12/1</u>)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. ~6. (略)</p> <p>7. 依疾病別另規定如下：</p> <p>(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、<u>109/2/1、109/6/1、109/12/1</u>)</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。(105/12/1、109/2/1、109/6/1)</p> <p>II. 必須排除下列情況： (109/2/1)</p> <p>i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。</p>	<p>14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) :</p> <p>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、 109/2/1、109/3/1、109/6/1)(<u>附表二十九</u>)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. ~6. (略)</p> <p>7. 依疾病別另規定如下：</p> <p>(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)</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。(105/12/1、109/2/1、109/6/1)</p> <p>II. 必須排除下列情況： (109/2/1)</p> <p>i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>ii 高度近視，類血管狀破裂症 angioid streaks)，或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩（fovea）下之脈絡膜新生血管 Choroidal neovascularization；CNV）(101/5/1)。</p> <p><u>III. 符合下列任一情況者方得以繼續治療：(109/12/1)</u></p> <p><u>i 患眼最佳矯正視力與前次申請之治療期間比較維持穩定(減退不超過1行或改善)。</u></p> <p><u>ii 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、中心視網膜厚度增加)。</u></p> <p><u>iii 第二次及第三次申請時，需檢附有改善證明之相關資料：最佳矯正視力、彩色眼底照片及 OCT(或 OCTA)。</u></p> <p><u>iv FAG 事前審查時要求補附才需檢附。</u></p> <p>(2)(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、</p>	<p>ii 高度近視，類血管狀破裂症 angioid streaks)，或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩（fovea）下之脈絡膜新生血管 Choroidal neovascularization；CNV）(101/5/1)。</p> <p>(2)(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)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>109/12/1)</u></p> <p>I. <u>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。</u> (106/12/1、109/2/1、109/6/1)</p> <p>II. <u>必須排除 PCV 進展至視網膜下纖維化或者反應不佳。</u> (109/12/1)</p> <p>III. <u>符合下列任一情況者方得以繼續治療：(109/12/1)</u></p> <p><u>i 患眼最佳矯正視力與前次申請之治療期間比較維持穩定(減退不超過1行或改善)。</u></p> <p><u>ii 解剖學上仍有疾病活性者(如視網膜內積液、視網膜下積液、視網膜色素上皮層下積液、中心視網膜厚度增加)。</u></p> <p><u>iii 第二次及第三次申請時，需檢附有改善證明之相關資料：最佳矯正視力、彩色眼底照片及 OCT(或 OCTA)。</u></p> <p><u>iv ICGA、FAG 事前審查時要求補附才需檢附。</u></p> <p>(4)~(6)(略)</p> <p><u>備註1:DME、CRVO、CNV 及 BRVO 事前審查申請表以附表二十九之一。</u> (109/12/1)</p> <p><u>備註2:wAMD 及 PCV 事前審查申請表以</u></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. <u>每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。(108/4/1)</u></p> <p>(4)~(6)(略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<u>附表二十九之二。(109/12/1)</u>	

備註：劃線部分為新修訂規定

附表二十九之一 全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)										<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 申覆		受 理	日期
事前審查申請表(DME、CRVO、CNV、BRVO)												編號	
醫 療 機 構	名稱		保 險	姓名		出生 日期	年 月 日		原受理編 號	預定實施 日期		年 月 日	
	代號		對 象	身分證 統一編號		科 別			<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼	申請醫師姓名 身分證號		
ICD-10-CM 代碼			<input type="checkbox"/> DME: _____ <input type="checkbox"/> CNV: _____ <input type="checkbox"/> CRVO: _____ <input type="checkbox"/> BRVO: _____					使用日期		年 月 日至 年 月 日			
藥品名稱及代碼		申請適應症、類別及數量			檢附資料			用法用量	健保署核定欄				
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept		<input type="checkbox"/> DME: 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。第一次申請以5支為限，每眼上限為8支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第__次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第__次申復 <input type="checkbox"/> CNV: 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。申請以一次為限，每眼最多給付3支，申請核准後有效期限為5年。 <input type="checkbox"/> CRVO: 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 1、 病眼最佳矯正視力： 2、 1個月內有效之 <input type="checkbox"/> fluorescein angiography (FAG) <input type="checkbox"/> optical coherence tomography (OCT) <input type="checkbox"/> 彩色眼底照片 3、 DME需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度: _____ $\mu\text{m}$ <input type="checkbox"/> 近3個月之 HbA1c 數值: _____ 4、 CRVO、BRVO需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度: _____ $\mu\text{m}$				<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除：  <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料：  <input type="checkbox"/> 其他：				

	<p>dexamethasone 眼後段植入劑者。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢</p> <p><input type="checkbox"/> 第一次申請( 支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申請( 支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申復</p> <p><input type="checkbox"/> BRVO：限 ranibizumab 及 aflibercept 申請。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢</p> <p><input type="checkbox"/> 第一次申請( 支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申請( 支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申復</p>	<p>5、CNV需另行檢附：</p> <p><input type="checkbox"/> 近視度數_____。</p> <p><input type="checkbox"/> 眼軸長_____mm。</p> <p><input type="checkbox"/> 因 CNV 病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。</p> <p>6、前次申請資料(已核准1次之後申請者)</p>			
<p>注意事項</p>	<p>1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保署各分區業務組申請審核。</p> <p>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。</p> <p>3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。</p> <p>4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。</p>			<p>衛生福利部中央健康保險署</p> <p>日期章戳</p>	<p>審查醫師</p>

		<p>5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。</p> <p>6. 對核定結果有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。</p> <p>7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。</p> <p>8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。</p>							
醫事 服務 機構	負責醫師	申請日期： 年 月 日		承 辦 人	複 核	科 長	決 行		
	印信	文號：							

附表二十九之二全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)										<input type="checkbox"/> 送核		受 理	日期	
事前審查申請表(wAMD、PCV)										<input type="checkbox"/> 申覆			編號	
醫 療 機 構	名稱		保 險 對 象	姓名		出生 日期	年 月 日	原受理編 號		預定實施 日期	年 月 日			
	代號			身分證 統一編號		科 別		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼		申請醫師姓名 身分證號			
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> wAMD: _____ <input type="checkbox"/> PCV: _____					使用日期		年 月 日至 年 月 日					
藥品名稱及代碼		申請適應症、類別及數量			檢附資料			用法用量		健保署核定欄				
<input type="checkbox"/> ranibizumab  <input type="checkbox"/> aflibercept		<input type="checkbox"/> wAMD: ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。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，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第二次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第三次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第四次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第五次申復( 支) <input type="checkbox"/> PCV: 限 verteporfin、aflibercept 及 ranibizumab 擇一申請。verteporfin 每次申請給付1支，每眼上限為3支；			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 <b>第一次:</b> 1. 申請前一個月內有效之矯正視力(介於0.05-0.5(含)之間) 2. 彩色眼底照片 3. Fluorescein angiography (FAG) 4. Optical coherence tomography (OCT) 5. Indocyanone green angiography (ICGA), PCV患者檢附。 6. 相關病歷紀錄資料 <b>第二次以後:需檢附先前之完整</b>					<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料：				

	aflibercept 及 ranibizumab 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 <input type="checkbox"/> 第一次申請( 支) <input type="checkbox"/> 第 二 次 申請( 支) <input type="checkbox"/> 第 三 次 申請( 支) <input type="checkbox"/> 第 四 次 申請( 支) <input type="checkbox"/> 第 五 次 申請( 支)	<b>申請資料</b> 1. 申請前一個月內有效之矯正視力(介於0.05-0.5(含)之間) 2. 彩色眼底照片 3. OCT(或OCTA) 4. 相關病歷紀錄資料 5. ICGA、FAG事前審查時要求補附才需檢附。		<input type="checkbox"/> 其他：	
<b>注意事項</b>	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保署各分區業務組申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。 8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。			衛生福利部中央健康保險署 日期章戳	審查醫師

醫事 服務 機構	負責醫師	申請日期： 年 月	承 辦 人	複 核	科 長	決 行
	日	文號：				
	印信					