

「藥品給付規定」修訂對照表

第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自 114 年 6 月 1 日生效)

修訂給付規定	原給付規定
<u>14.1. 高眼壓及青光眼眼用製劑</u> (101/12/1、102/8/1、104/4/1、106/2/1、110/5/1、111/7/1、<u>114/6/1</u>) <u>1. 本類藥物療程劑量如下：</u> (106/2/1、111/7/1、<u>114/6/1</u>) <u>(1) 多次使用包裝(規格量$\geq$2.5mL):</u> <u>I. 規格量$\leq$3mL：一天點一次者</u> (如 Mikelan、Xalatan、Travatan、Lumigan、Taflotan、Eybelis 等)，單眼每 4 週處方為 1 瓶；雙眼得每 3 週處方 1 瓶，3 個月處方 4 瓶。(101/12/1、102/8/1、104/4/1、111/7/1) <u>II. 規格量$\geq$5mL：</u> <u>i. 一天點一次者(如 Vyzulta)，</u> 單眼每 8 週處方為 1 瓶；雙眼得每 6 週處方為 1 瓶，3 個月處方 2 瓶。(110/5/1、111/7/1) <u>ii. 一天點兩次者(如 Timolol、Cosopt、Combigan 等)，</u>單眼每 4 週處方為 1 瓶。雙眼得每 3 週處方 1 瓶，3 個月處方 4 瓶。 (111/7/1、<u>114/6/1</u>) <u>iii. 一天點三次者(如 Alphagan P)，</u>單眼每 4 週處方為 1 瓶，雙	14.1. 高眼壓及青光眼眼用製劑 (101/12/1、102/8/1、104/4/1、106/2/1、110/5/1、111/7/1) 本類藥物療程劑量如下：(106/2/1、111/7/1) <u>1. 多次使用包裝(規格量$\geq$2.5mL):</u> <u>(1) 規格量$\leq$3mL：一天點一次者(如</u> Mikelan、Xalatan、Travatan、Lumigan、Taflotan、Eybelis 等)，單眼每 4 週處方為 1 瓶；雙眼得每 3 週處方 1 瓶，3 個月處方 4 瓶。(101/12/1、102/8/1、104/4/1、111/7/1) <u>(2) 規格量$\geq$5mL：</u> <u>I. 一天點一次者(如 Vyzulta)，</u>單眼每 8 週處方為 1 瓶；雙眼得每 6 週處方為 1 瓶，3 個月處方 2 瓶。(110/5/1、111/7/1) <u>II. 一天點兩次者(如 Timolol、Cosopt、<u>Alphagan</u>、Combigan 等)，</u>單眼每 4 週處方為 1 瓶。雙眼得每 3 週處方 1 瓶，3 個月處方 4 瓶。(111/7/1)

<u>眼得每 2 週或 3 週處方 1 瓶，3 個月內總用量最高 6 瓶。(114/6/1)</u> (2)單次使用包裝(不含防腐劑)，單眼或雙眼每 4 週限處方支數如下(106/2/1)： <u>I. ~ IV. (略)</u> (3)治療時，不得併用其他同類藥品。另 Omidenepag(如 Eybelis)不得併用前列腺素衍生物類。(111/7/1) 2. <u>限眼科醫師開立本類藥品慢性病連續處方箋，且應檢附當次眼壓數據。(114/6/1)</u> 3. <u>非眼科醫師限開立 1 個月本類藥品，並指導病人應量眼壓，且至少 3 個月內須會診眼科量眼壓(眼壓限眼科專科醫師申報)，及定期追蹤視神經及視野。(114/6/1)</u> 4. <u>全民健保公告之醫療資源不足地區及山地離島地區之就醫病人，倘符合「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，由當地醫師與眼科醫師透過視訊方式共同診察，經評估診斷符合規定開立處方，並檢附相關眼壓數據資料，亦得由當地醫師開立本類藥品慢性病連續處方箋。(114/6/1)</u> 14.1.1. 單方製劑:(略) 以下略	2. 單次使用包裝(不含防腐劑)，單眼或雙眼每 4 週限處方支數如下(106/2/1)： (1) ~ (4)(略) 3. 治療時，不得併用其他同類藥品。另 Omidenepag(如 Eybelis)不得併用前列腺素衍生物類。(111/7/1) 14.1.1. 單方製劑：(略) 以下略
--	---

備註：劃線部分為新修訂規定