



103年西醫基層總額協商因素 及專款計畫（草案）

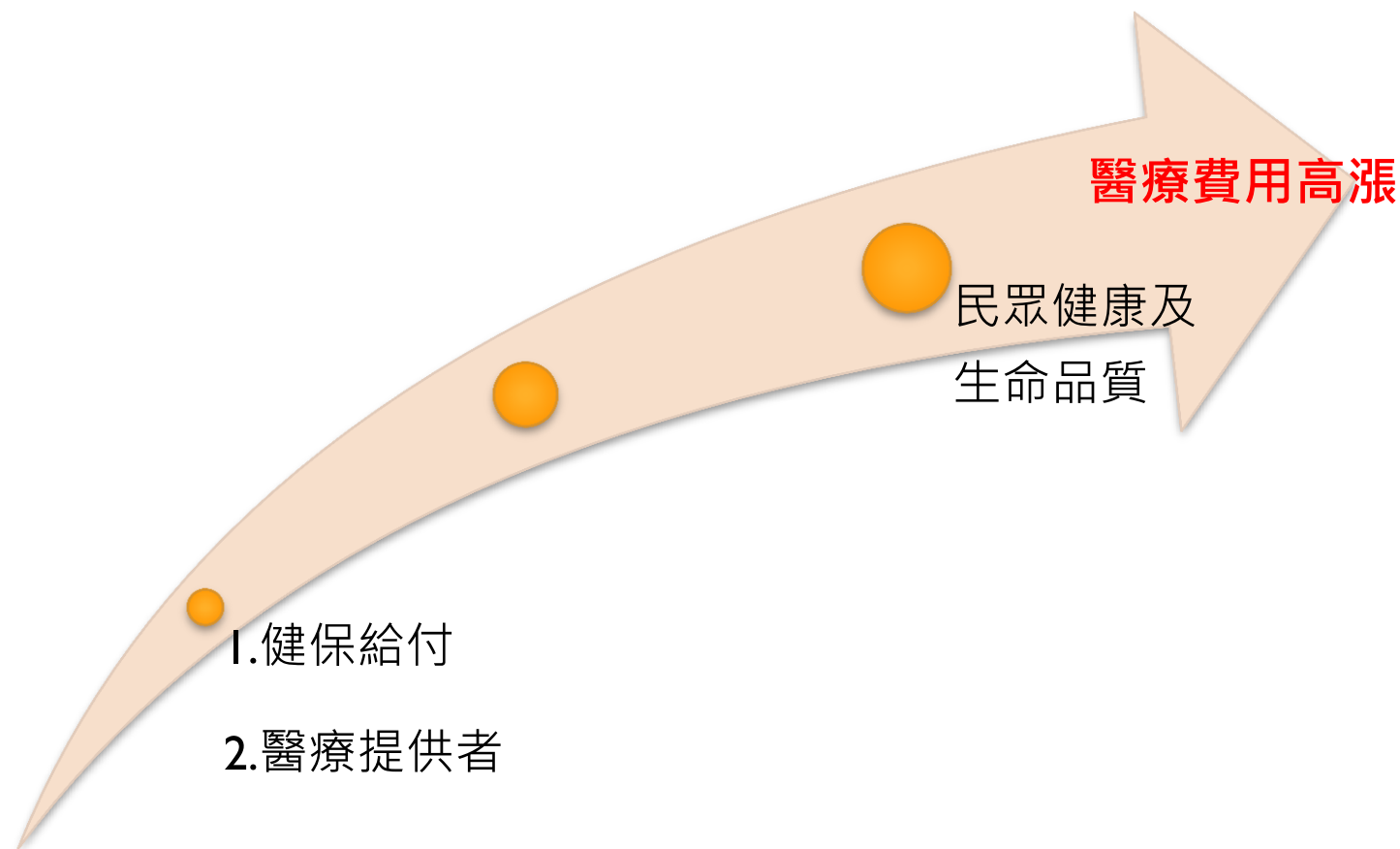
中華民國醫師公會全國聯合會

黃啟嘉副秘書長

102/8/23

健康是最重要的投資

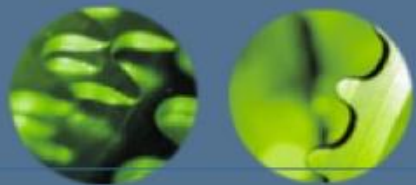
- 1.購買「醫療服務」投資健康，減少疾病發生率，延長生命品質及價值。
- 2.醫療服務品質提升，遞延需求增加，醫療費用成長。



「醫療照護」可能轉換為「健康」 不能轉換為「節省醫療費用」

- 健康效果研究報告的潛在問題：
 - 健康是很多因素改變的共同效應。
 - 過度投入資源有「邊際效果遞減」問題。
 - 「健康投入與產出」的關係在不同國家、不同保險計劃，找不到共同結論。
- 建立台灣的成本效果分析？增加成本效益比（ICER）
 - 增加投入-->增加健康-->延長生命-->維持健康QALY<--策略性選擇（增加）投入項目。

ICER=投入金額/健康人年



各種醫療介入之成本效果分析

醫療介入種類

每拯救一年生命年數花費（美金）

戒菸	2,587~ 6,828
老年人肺炎疫苗注射	1,500
冠狀動脈繞道手術	4,329
苯酮尿篩檢	7,000
腎臟移植	9,756
子宮頸癌篩檢	10,000~ >1,000,000
中度高血壓之治療（舒張壓 > 110 mmHg）	11,300
心臟移植	16,239
荷爾蒙替代療法	23,500
輕度高血壓之治療（舒張壓 90 - 110 mmHg）	24,408
乳癌篩檢	26,800
膽固醇之治療（>265 mg/Dl，使用cholestyramine）	36,000~ >1,000,000
血液透析	37,000
65歲以上老人之急性心肌梗塞Streptokinase治療	55,000

基層總額目標成長率

103年度總額

=

102年基期
+
人口校正差值

+

成長率=
協商因素+
非協商因素

基層提供服務內容：

1. 優質服務內容
2. 擴大服務規模
3. 政策法令、給付平衡之調整

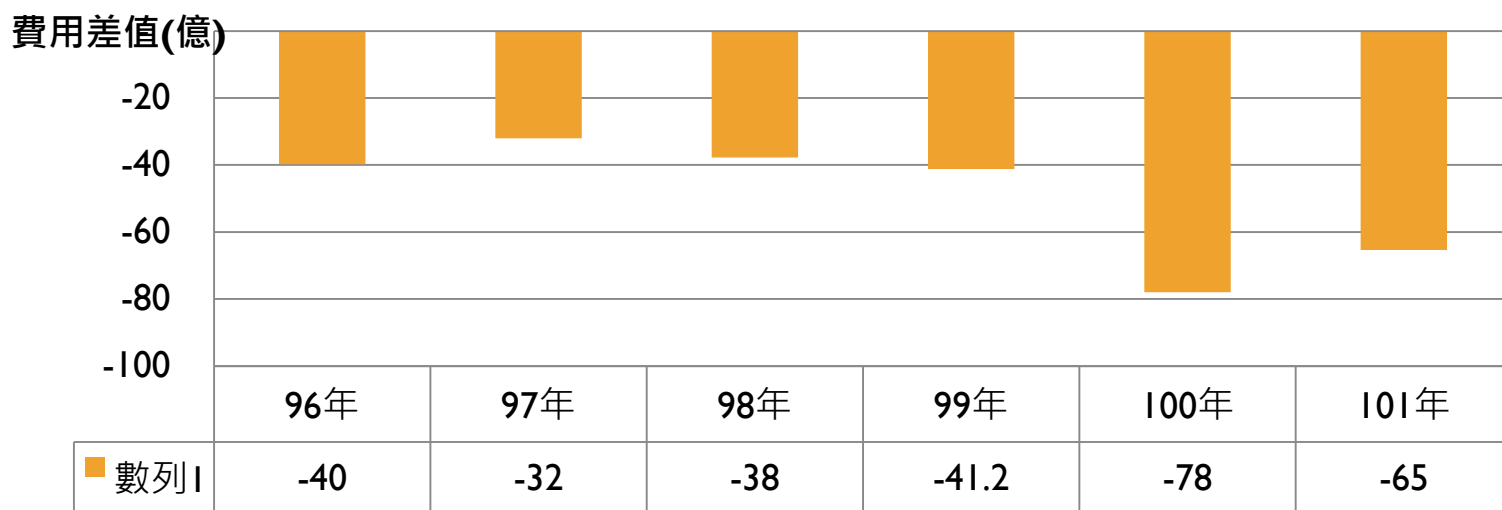


基層醫療照護目標

- 以民眾的健康促進及就醫需要為依歸
 - 資訊的需求（衛教、資訊對等及民眾取得正確就醫資訊等）
 - 就醫文化與習俗（方便及持續的就醫及就醫公平性）
 - 未雨綢繆高齡化社會的新需求
 - 在人口負成長的趨勢下及嬰幼兒保健的需求、因應多元人口結構改變
- 瞭解醫療供給者的需要及行為
 - 瞭解醫療市場動態（人力、科別發展：六大皆空）
 - 瞭解醫療供給者需要（合理給付、醫療刑責合理化）
 - 協助社會需要的弱勢供給者
- 隨時準備因應新科技、新的健康挑戰、新的社會經濟生態所需的新服務方式

96-101年申報金額與實際預算差

**96-101年申報金額與實際預算差，累計約294.2億，
101年預算差達65億**



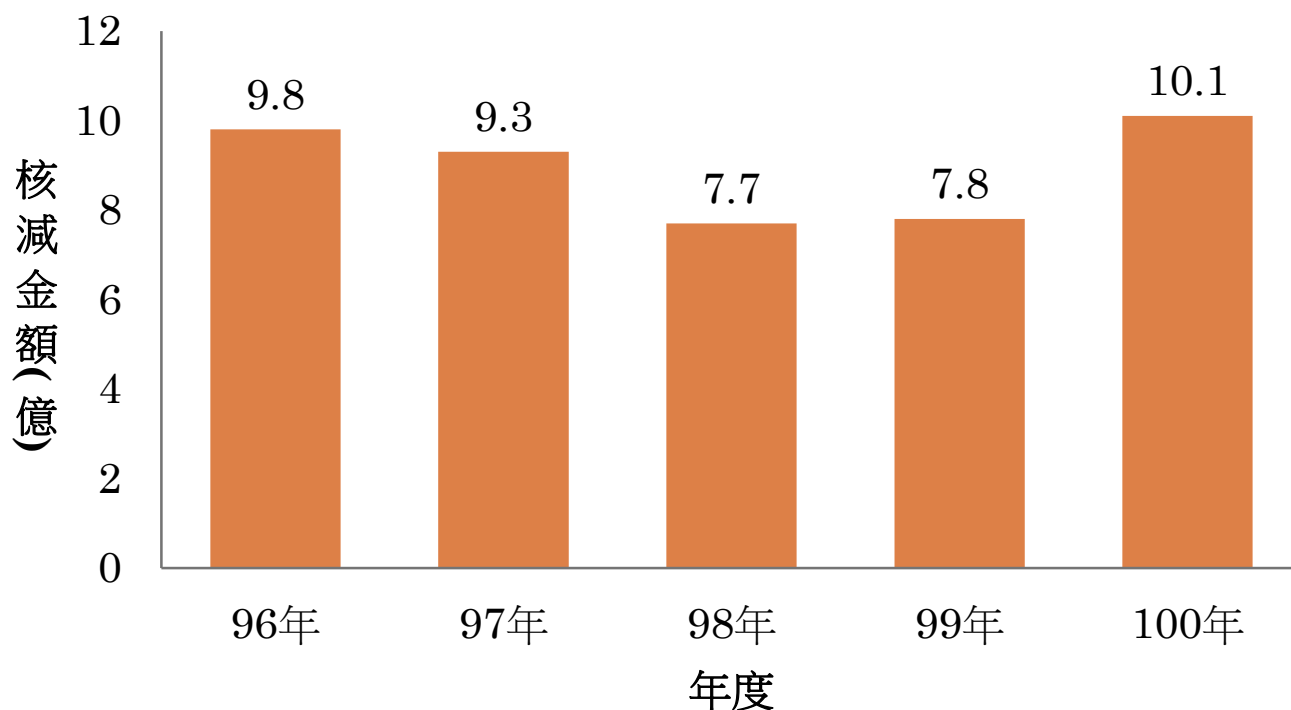
	96年	97年	98年	99年	100年	101年
核定費用	820	846	880	898	910	937
核定點數	860	878	918	940	988	1,003
差值	- 40	- 32	- 38	-41.2	-78	-65

註1：費協會第185次會議全民健康保險醫療費用支出情形報告

註2：費用差值=核定費用-核定點數

96-100年醫療服務核減金額

96-100年核減金額，累計約44.7億
100年度核減金額合計10.1億

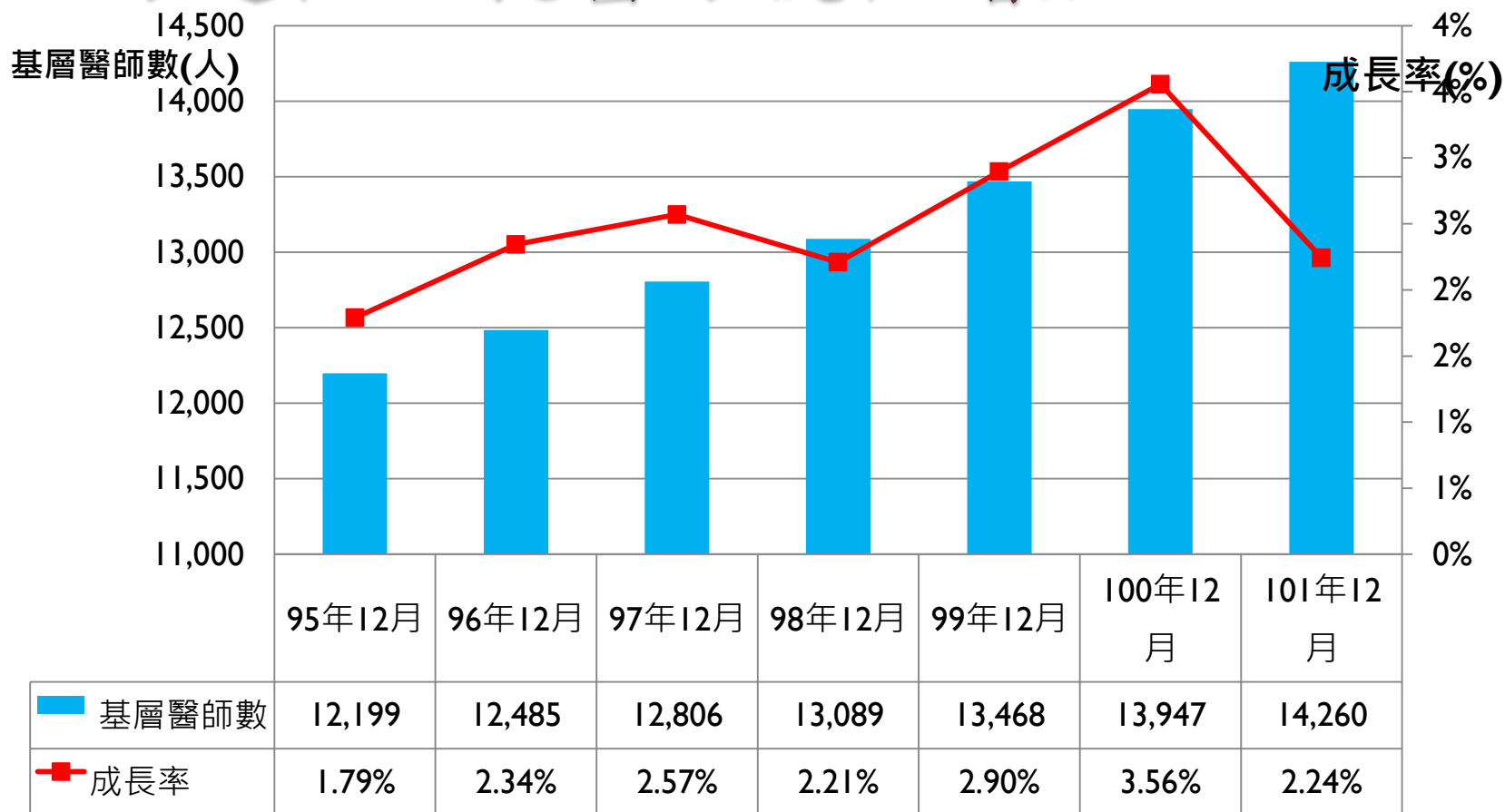


註1：費協會第185次會議全民健康保險醫療費用支出情形報告

註2：核減金額=醫療服務申報費用-核定點數

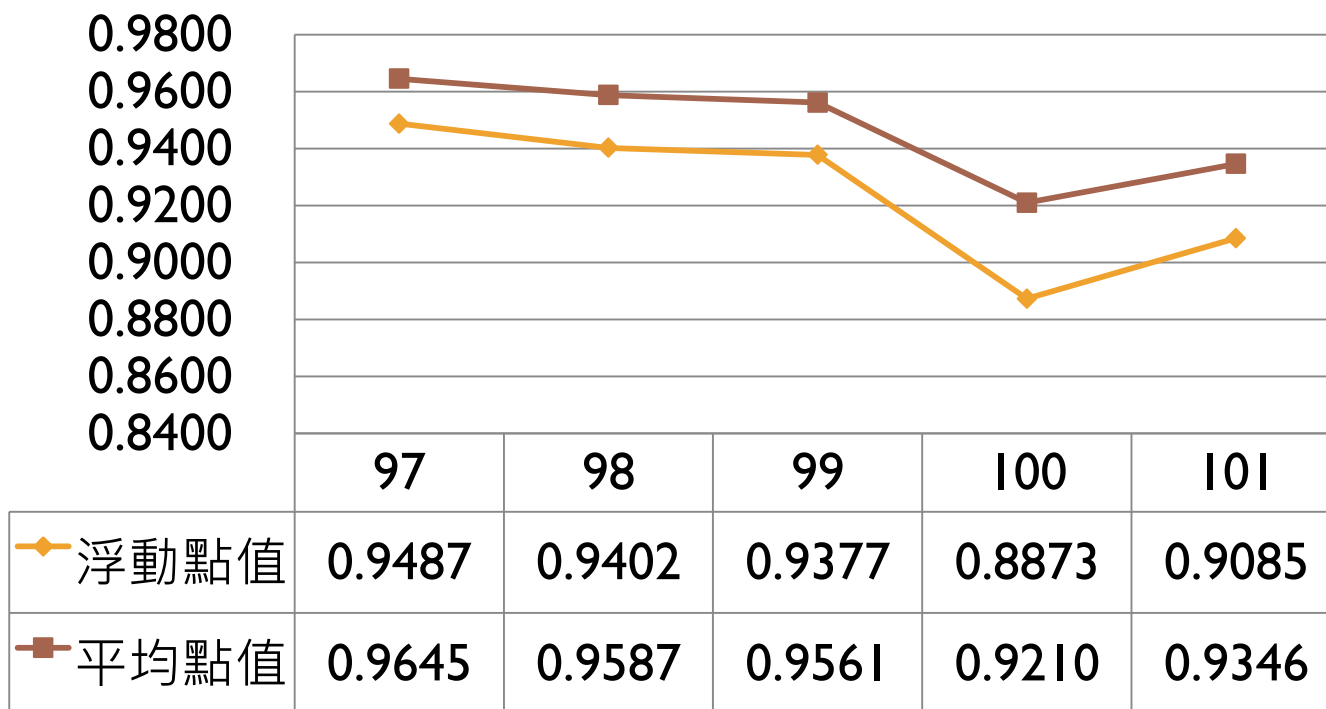
○ 增加基層醫療服務可近性

歷年基層醫師數— 可近性、就醫方便性增加



一般服務成長率	3.793%	3.794%	3.328%	3.247%	1.463%	1.197%	2.999%
---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

歷年基層浮動及平均點值



一般服務成長率	3.328%	3.247%	1.463%	1.197%	2.999%
基層醫師數成長率	2.57%	2.21%	2.90%	3.56%	2.24%
基層醫師實際服務點數 (億)	878	918	940	988	1,003

協商因素項目			成長率	增加金額 (百萬元)
			10.082%	9,715.1
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款			
支付項目的改變	增加優質醫療服務內容	新藥	0.249%	240.0
		降血脂	0.726%	700.0
		結核病政策	0.007%	6.4
		各別院所101年已申請跨表		
		新增跨表	0.018%	17.6
		Lucentis	1.155%	1,113.0
		RBRVS		
		安全針具	0.004%	3.7
		amoxicillin-clavulanic acid		
		破傷風類毒素	0.010%	9.4
		輸血預算	0.000%	0.4
	擴大基層醫療服務規模	例假日	4.326%	4,169.1
		弱勢及偏鄉醫療	0.133%	128.0
		整合門診照護	0.532%	512.7
醫療服務利用及密集度的改變	因應法令、政策改變之給付及衡平調整			
	耳鼻咽喉局部處置		2.288%	2,204.5
	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）		0.686%	661.1
其他議定項目	違規扣款		-0.053%	-50.9

增加優質醫療服務內容

- 目標暨預期效益
 - 促進國內醫學進步外，提高民眾就醫可近性暨醫療服務品質。
 - 考量科別因應法令、政策改變之給付及衡平調整。
 - 於西醫基層做後續治療暨強化基層醫療服務內容、減少病人就醫奔波。
 - 將安全且具成本效益的新藥及新醫療科技納入健保給付，短期內或許增加健保支出，但長期必因效率提升、減少重大疾病、降低病患痛苦等，提升醫療照護品質。

96-100年新藥申報藥費占總藥費比率

表4：96年至100年新藥申報藥費占總藥費比率

	96年	97年	98年	99年	100年
年度申報新藥費用點數(百萬點)					
當年所收載新藥	404	125	642	112	458
近五年所收載新藥	9,252	11,253	9,140	9,805	9,582
年度申報藥費點數(百萬點)-表1	110,178	117,775	123,731	124,891	135,564
新藥申報藥費占總藥費比率					
當年所收載新藥	0.4%	0.1%	0.6%	0.1%	0.4%
近五年所收載新藥	8.4%	10.2%	8.3%	8.9%	8.7%
藥費總成長率	2.3%	6.9%	5.3%	0.9%	8.4%

備註：近5年所收載之新藥，以100年為例，係計算96年至100年所收載新藥品項之申報金額

資料來源：費協會第189次會議資料

97-101年基層申報新藥統計

97-101年西醫基層申報新藥費用統計（單位：百萬點）

收載 年度	收載 品項數	97 醫令點數	98 醫令點數	99 醫令點數	100 醫令點數	101 醫令點數	當年度新醫療科技編列成長率	
							(%)	金額
97	63	4	45	127	148		0.060%	49.2
98	40		37	129	112	302	0.032%	27.2
99	58			19	29	125	0.113%	100
100	49	平均5倍以上成長			22	83	0.113%	101.5
101	82					29	0.038%	34.6

註1：94-97年資料來源：102年度全民健保醫療費用總額協商暨第186次委員會議資料。

註2：98-101年資料來源：中央健保局102年5月13日健保審字第1020023802號函提供。

註3：不含簡表藥品費用。

增加優質醫療服務內容（1/5）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
新藥	0.249%	240.0	1. 推估103年新藥增加48百萬及新藥引進費用係以加成本倍數成長，爰建議編列以103年增加*5倍=240百萬。
降血脂	0.726%	700.0	1.依國際治療高血脂標準修訂降血脂藥品給付規定，預估未來5年健保新增statins藥費總支出約27.5億（增加支出），推估基層增加費用約 700百萬 【本項擬請健保署精算基層費用】；本項僅藥費支出，尚未包含診察、診療費用。 2.建議所有在年度中 變更給付規定或治療準則 ，可能影響當年總額財務者，均請依ICER（增加成本效益比）提供評估分析；經相關會議通過後，撥補預算，方始公告實施。
結核病政策	0.007%	6.4	因結核病防治政策改變，即痰塗片陽性個案無需強制住院治療，將增加相關門診治療費用；依健保署試算增加 6.42百萬 。

增加優質醫療服務內容（2/5）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
各別院所 101年已申請跨表			1. 依健保署資料庫分析，101年現有個別院所申請通過跨表項目有____項，101年總申報費用為_____百萬；該費用原非屬西醫基層總額協商給付範疇，爰建議如實編列預算支應。【待健保署提供後補】 2. 非經總額協商通過之跨表項目，不得各別申請跨表執行，以免破壞總額協商之精神及預算編列，嚴重影響基層總額之財務狀況。
新增跨表	0.018%	17.6	建議103年新增跨表項目「97027B次全子宮切除術(住院)」等6項，預估增加費用17.6百萬。

增加優質醫療服務內容（3/5）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
Lucentis	1.155%	1,113.0	放寬眼科Lucentis藥品給付規定，增加「糖尿病引起黃斑部水腫導致視力損害之患者」得使用；請健保署以ICER提供評估分析。推估費用如下： 方案一： 763萬人*1.9%老年黃斑部病變重度末期性盛行率*10%(wet type)*45%(其中非PCV須施打率)*一療程5支*34000元=11.8億，推估基層占三分之一，預估增加369百萬。 - 糖尿病169萬人*7.33%糖尿病黃斑部水腫盛行率*17.79%影響視力*一療程3支*34000元=22.33億，推估基層占三分之一，預估增加744百萬。 預估合計增加費用1113百萬。 方案二：<u>若未能編列預算，則請通過不開放基層適用，以維持總額穩定運作。</u>

增加優質醫療服務內容（4/5）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
RBRVS			1. 依健保署預估編列預算；預算不足部分，由其他預算支應。 2. 倘101年度本項預算編列不足，不足部分由其他預算支應；另應優先落實實施已協商通過之外科10項手術或處置加成20%（22百萬）。
安全針具	0.004%	3.7	1. 依健保署估算預算編列3.7百萬；惟預期有嚴重低估。 2. 建議應精準暨審慎評估本項相關費用以合理反映醫療院所使用針具情形。建議以101年度分析血液學及生化學檢查申報量9.1百萬件*(1+50%)件數*(10-2.68)價差；預估增加費用100百萬。 3. 為符預算、實務及保障病人安全，解決方式建議修法或指定科別（場所）分階段實施。

增加優質醫療服務內容 (5/5)

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
amoxicillin-clavulanic acid			將amoxicillin-clavulanic acid (包括Augmentin及同類藥物) 列為兒童 (≤ 18 歲) 罹患鼻竇炎、中耳炎、肺炎之第一線用藥；請健保署以醫院申報量之三成預估本項增加費用。
破傷風類毒素	0.010%	9.4	以國光生產明礬沉澱破傷風類毒素，為1CC瓶裝藥品，每瓶給付53元（健保署會議已通過調整為66元，但尚未完成公告程序），每次注射0.5ML；醫師抽取瓶中疫苗每次多超過0.5ML，爰每瓶裝無法完整提供2人次注射。以101年度申報285千件，每瓶66元/人次，並以五成推估，預估增加費用9.4百萬。
輸血預算	0.000%	0.4	101年11月29日全民健康保險醫療給付協議會議討論「101年調整93001C『紅血球濃厚液』等8項輸血支付點數案」：亦適用於基層診所應於103年回補編列費用支應。依健保署預估基層增加費用0.4百萬。

擴大基層醫療服務規模

- 目標及預期效益
 - 鼓勵基層診所例假日提供醫療服務，合理反映民眾照護需求暨減少急診壅塞。
 - 保障偏鄉、弱勢民眾就醫權益暨發展在地醫療，均衡基層醫療資源之分布暨提升效率之措施。
 - 強化暨建立基層門診整合照護，逐步改善支付方式，以民眾健康為導向，提升照護效率及品質。

擴大基層醫療服務規模（1/2）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
例假日提供醫療服務	4.326%	4,169.1	例假日提供醫療服務：建議調整基層例假日門診診察費，加成20%；以101年全年之星期六、日之件數分別為26.9百萬件及7百萬件；其診察費分別7272.4百萬及1932.1百萬；預估增加費用如下： (1) 星期六：7272.4百萬*20%=1454.5百萬 (2) 星期日：1932.1百萬*20%=386.4百萬 (3) 星期日新增看診：假設申報7百萬件 *(276*(1+20%))=2328.2百萬 (4) 預估增加費用合計：4169.1百萬

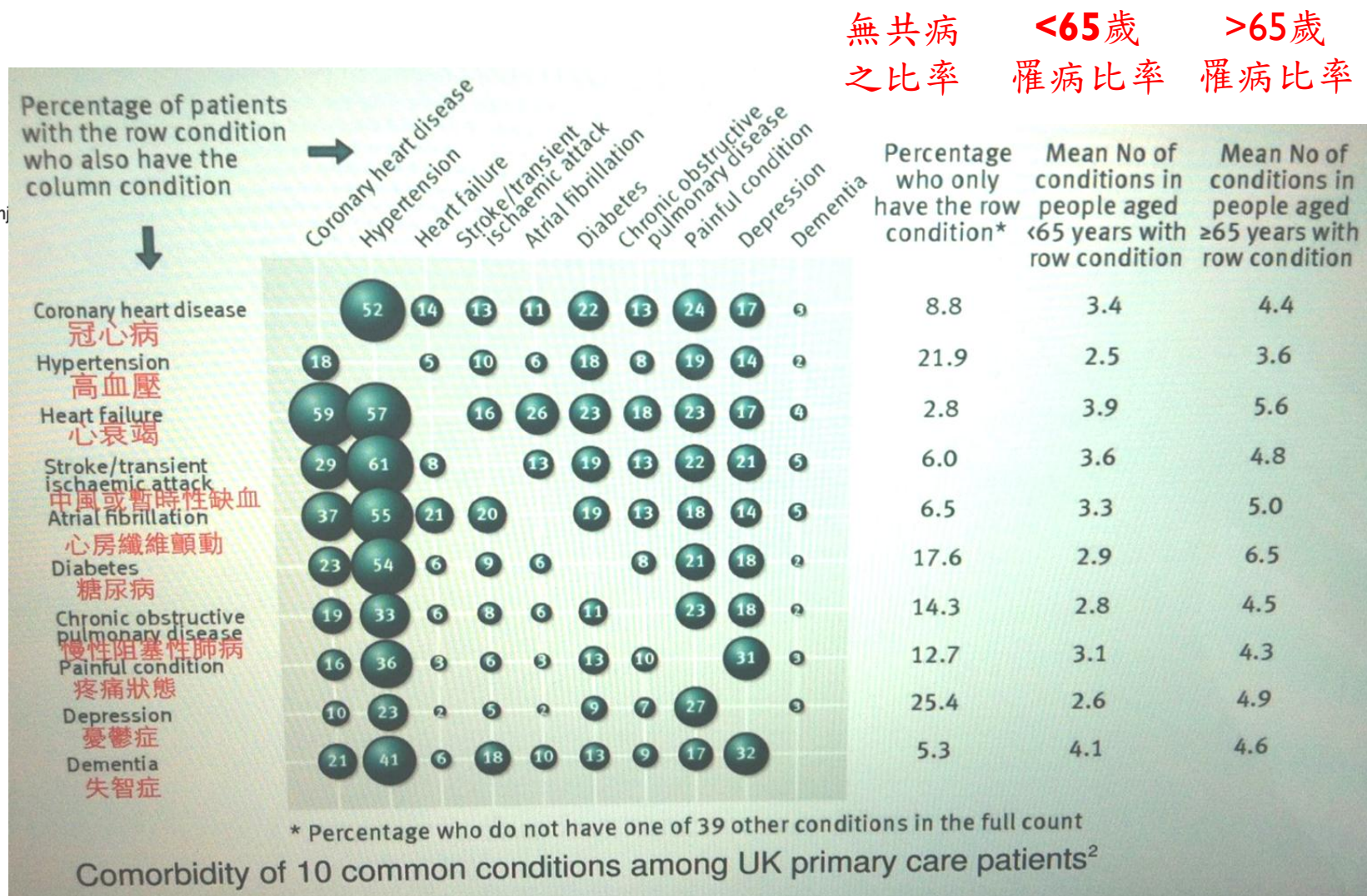
擴大基層醫療服務規模（2/2）

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	計算基礎
落實照護弱勢族群及發展偏鄉醫療	0.133%	128.0	建議補助東部醫缺區之醫師申報第一段門診量之門診診察費加成20%；以101年基層東區申報資料分析，預估增加費用128百萬。
提升暨整合基層門診多重慢性病患者照護品質	0.532%	512.7	80歲以上年長者門診診察費：加成20%，預估增加費用447.4百萬。 - 建議醫師開立3種（含）以上之慢性病處方用藥且合併急性處方患者，該次診察費加成20% 預估增加費用65.3百萬。

因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）

- 現況

- 世界衛生組織表示非傳染性疾病（Noncommunicable Diseases, NCDs），疾病時程長期發展及增加費用，會嚴重影響國家醫療系統的財務負擔。
- 洗腎患者經過醫師專業照護後，可延緩3-5年後進入洗腎，但發生遞延負擔；符合健保核心價值在於提供優質服務，以提高民眾生命品質。
- 新藥新科技引進、老人人口成長暨藥費等多重影響下，其醫療費用以加成倍數成長，恐非人口結構或新科技能完全反映。



Guthrie B, Payne K, Alderson P et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. BMJ 2012 ; 345

歷年基層慢性病申報及預算情形

年	慢性病實際申請點數		當年度慢性病 實際申報增加 點數(當年度- 上年度)	歷年慢性病編列		差額
	(億) (A)	成長率 (%)	(B)	金額 (億) (C)	成長率 (%)	(億) (C-B)
94年	143.6	14.8%	18.6	5.8	0.763%	(12.8)
95年	165.5	15.3%	22.0	16.76	2.175%	(5.2)
96年	167.2	1.0%	1.6	13.01	1.629%	11.4
97年	181.0	8.3%	13.8	5.535	0.675%	(8.3)
98年	194.9	7.7%	13.9	3.405	0.400%	(10.5)
99年	197.1	1.2%	2.3	3.438	0.389%	1.2
100年	217.7	10.4%	20.6	3.998	0.445%	(16.6)
101年	219.3	0.7%	1.6	0	0.00%	(1.6)
總和/平均	1486.2	7.4%	94.3	51.9	0.8%	(42.3)

註1：慢性病實際申請資料來源：健保會會議之醫療費用支出情形報告。

註2：歷年總額預算編列資料來源：健保局於8/25報告資料。

註3：94-101年合計約51.9億滾入基期；94-101年慢性病實際申報點數之累積淨增加總數94.3億，與預算之差距高達42.3億。

註4：()為負值。

人口結構改變率及新醫療科技尚 不足支應慢性病成長

年	當年度慢性病實際 申報增加點數(當年度-上年度)	新醫療科技		人口結構改變率	
	淨增加	金額 (億)	成長率 (%)	金額 (億)	成長率 (%)
94年	18.6	1.56	0.206%	3.117	0.410%
95年	22.0	3.12	0.400%	3.352	0.430%
96年	1.6	0.82	0.103%	4.073	0.510%
97年	13.8	0.49	0.060%	4.101	0.500%
98年	13.9	0.27	0.032%	5.593	0.657%
99年	2.3	1.00	0.113%	5.33	0.603%
100年	20.6	1.02	0.113%	7.96	0.886%
101年	1.6	0.35	0.038%	6.515	0.716%

94-101年慢性病淨增加94.3億；

94-101年新醫療科技合計9億；

94-101年人口結構改變率合計40億；
不足45.3億

醫療服務利用及密集度的改變

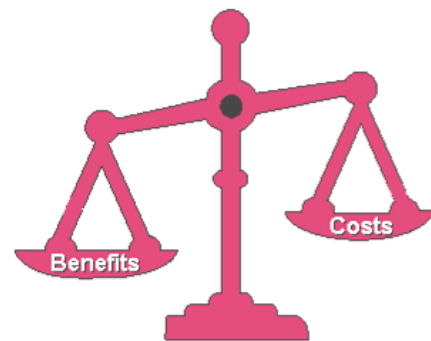
項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響 (含慢性病照護之增進)	0.686%	661.1	- 依據健保署醫院與西醫基層財務風險監控報告顯示，98-101年西醫基層慢性病人數成長率平均約5.4%，其件數成長率平均約5.7%，然醫療費用成長率平均約6.24%。 - 以102年度為例，基層年度成長率2.809%（含人口結構、投保人口、新醫療科技等），但整體基層慢性病費用成長為約6.24%，仍不足反映慢性病醫療費用成長；推估（6.24%-2.809%）*慢性病醫療費用占整體西醫基層費用約20%，換算成長率約0.686%。

因應法令、政策改變之給付及衡平調整

項目	成長率	預估增加金額 (百萬)	說明及計算基礎
耳鼻喉局部處置	2.288%	2,204.5	合理調整兒科、內科及家醫科執行耳鼻喉門診局部處置之申報率，放寬閾值至20%；以100年度健保署預估增加費用2,204.5百萬。

其他議定項目

- 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（減項）
 - 依行政院衛生署全民健康保險會第1屆102年第5次委員會議通過。
- 西醫基層違約扣款非總額舉發費用為-50.9百萬點，**成長率為-0.053%**。



專款計畫

專款項目(全年計畫經費)	103年編列金額	預估增加金額 (百萬)
慢性B型及C型肝炎治療計畫	200.0	43.0
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,215.0	0.0
醫療資源不足地區改善方案	150	0.0
醫療給付改善方案	請健保署估算	
受刑人之醫療服務費用	0.0	-262.4
專款金額合計	1,565.0	-219.4

103年專款計畫

□ 慢性BC肝炎治療計畫：專款項目，建議編列200百萬

- 查截至101年Q3費用使用133.3百萬，預算執行率85%。
- 100年放寬基層醫師參與資格（不需參與家醫計畫）、98年11月放寬適應症（收案條件可以抽血檢驗病毒量取代肝穿刺）、基層各分區嚴格管控，暨配合國健署積極推動肝炎防治等因素，爰基層執行BC肝之相關治療仍持續增加，尚不穩定；若預算不足部分，由其他預算支應。

□ 醫療給付改善方案：請健保署估算

- 新增早期療育：建議包含語言治療管理照護費，預估增加60百萬，期以使早期療育照護更加完善。
- 新增孕產婦計畫
- 原糖尿病、氣喘、精神分裂症、BC肝炎帶原者，共計4項方案：建議至少比照102年編列預算162.4百萬。

□ 受刑人之醫療服務費用：移其他部門預算

□ 其餘專款項目，建議比照102年編列預算。

門診透析

項目	成長率	預估增加 金額 (百萬)	說明
門診透析	5.663%	749.0	1.本會建議門診透析獨立預算成長率應貼近透析人數成長率；建議基層透析成長率約7%-9%。 2.健保署建議門診透析成長率4%；依102年第1季透析點數占率計算後，基層為5.663%。



感謝聆聽，敬請指教

新增跨表項目（暫訂）

建議103年西醫基層總額開放跨表項目-申報醫令統計表								
編號	醫令代碼	中文名稱	支付點數 (手術項目另 加計53%一般 材料費) A	101年醫院申報醫令數			102年西 醫基層門 住診預估 申報醫令 件數 C=B*10%	開放跨 表後西 醫基層 預估增 加點數 (百萬)
				門診	住診	門住診合計 B		
1	97027B	次全子宮切除術(住院) 註	41,218	0	1,260	1,260	126	5.19
2	64132B	大腳趾外翻	7,503	4	645	649	64.9	0.49
3	64271B	橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺 內固定復位手術	6,715	229	6,306	6,535	654	4.39
4	80405B	骨盆腔粘連分離術	5,217	127	3,685	3,812	381	1.99
5	09117B	甲狀腺原氨酸免疫分析 T3 (EIA/LIA)	250	141,674	32,822	174,496	17,450	4.36
6	09121B	羥固酯醇免疫分析	150	79,672	1,615	81,287	8,129	1.22
合計				221,706	46,333	268,039	26,804	17.64

藥品給付規定-LUCENTIS

14.9.2 Ranibizumab (如 Lucentis) (100/1/1、101/5/1、102/2/1)(附表二十九)

1. 須經事前審查核准後使用。
2. 限眼科專科醫師使用。
3. 限病眼最佳矯正視力於 0.05~0.5 之間。
4. 限符合下列適應症患者使用：

(1) 50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變患者(AMD)：(101/5/1)

- I. 每眼每年給付支數以 3 支為限，使用期限為 2 年。
- II. 申請時需檢附一個月內有效之 FAG(fluorescein angiography)，OCT(optical coherence tomography)，最佳矯正視力及眼底彩色照片。若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之疑慮時，須執行並於申請時檢附 ICG(indocyanone green angiography)。
- III. 必須排除下列情況：
 - i. 已產生黃斑部結痂者。
 - ii. 血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。
 - iii. 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。
 - iv. 高度近視，類血管狀破裂症(angiod streaks)，或其他非 AMD 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)。

(2) 糖尿病引起黃斑部水腫(diabetic macular edema, DME)導致視力損害之患者：
(102/2/1)

- I. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq 300 \mu\text{m}$ 。
- II. 近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值低於 10%。
- III. 第一年每眼給付支數以 5 支為限，第二年給付支數以 3 支為限。
- IV. 申請時需檢送下列資料：
 - i. 第一年首次申請時需檢附一個月內有效之 FAG、OCT、最佳矯正視力、眼底彩色照片及近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值。
 - ii. 第一年連續使用 3 支後，經評估視力或中央視網膜厚度有改善而需續用者，後續 2 支需重新申請。申請時需檢附第一次申請及治療 3 次後一個月內有效之 OCT、最佳矯正視力、眼底彩色照片之比較及近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值。
 - iii. 第二年重新申請時，需檢附過去二次申請及與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送過去一年使用後有改善證明之相關資料(病歷及 HbA1c 或 FAG 及 OCT 等之變化資料)
- V. 有下列情況不得申請使用：
 - i. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者。
 - ii. 血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 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。

藥品給付規定-LUCENTIS (事前審查)

附表二十九 全民健康保險 ranibizumab 事前審查申請表

☐ 送核 ☐ 申覆										受	日期	
										理	編號	
醫療 機構	名稱		保險	姓 名		出生	年 月 日	原 受 理 編 號		預 定 實 施 日	年 月 日	
	代號		對象	身 分 證 一 編 號		科 別		☐ 門診 ☐ 住院	病歷 號碼	申請醫師姓名 身分證號		
CD-9(10)代碼 代碼需5碼)		☐ 362.52 ☐ 362.01 ☐ 362.02 ☐ 362.53		疾病名稱	☐ 年齡相關性黃斑部退化病變(AMD) ☐ 糖尿病引起之黃斑部水腫(DME)		使用日期	年 月 日至 年 月 日				
藥品代碼		申請類別		給付規定檢附檢測資料				用法 用量	申請 數量	健 保 局 核 定 欄		
.luentis .0mg/mL ☐ 0.23 mL K0008792FM ☐ 0.3mL K000879205		AMD:每眼每年以3支為限,使用期限為2年 ☐ 第一次申請 ☐ 第二年申請 ☐ 第__次申復 DME:每眼第1年以5支為限,第2年以3支為限 ☐ 第一次申請(3支) ☐ 第二次申請(2支) ☐ 第二年申請 ☐ 第__次申復		一、病眼最佳矯正視力為: _____ 二、1個月內有效之 ☐ fluorescein angiography (FAG) , ☐ optical coherence tomography (OCT) , ☐ 眼底彩色照片 三、AMD 需另行檢附: ☐ indocyanone green angiography (ICG) 。 四、DME 需另行檢附: ☐ 中央視網膜厚度: _____ μm 。 ☐ 近3個月之HbA1c數值: _____ 五、前次申請資料(已核准1次之後申請者)				☐ ☐	☐ ☐ 其他	☐ 同意備查。 ☐ 使用劑量不符合常規,核定量為 _____ ☐ 不同意 ☐ 不符合適應症。 ☐ 不符給付規定。 ☐ AMD 下列需排除之情況未排除: _____ _____ ☐ DME 下列需排除之情況未排除: _____ _____ ☐ 相關檢驗、檢查報告不全補附資料再審,請補充以下資料 _____ _____ 其他: _____		
頁次:												
頁目類別:												