

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國110年5月28日

發文字號：健保審字第1100056432號

附件：1.全民健康保險藥品新收載品項明細表 2.藥品給付規定修訂對照表各一份



主旨：公告暫予支付含vancomycin成分藥品 Vancover capsules 125mg、250mg共2品項及其藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品新收載品項明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第6編第83條之藥品給付規定第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.8.1.Teicoplanin及vancomycin、10.8.1.1. Teicoplanin及vancomycin注射劑、10.8.1.2.Vancomycin口服製劑」規定，給付規定修訂對照表如附件2。（附件電子檔已置於本署全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>），路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載）

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公

會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署企劃組（請刊登健保電子報）、本署醫務管理組、本署臺北業務組（請轉知轄區醫事機構，以下同）、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、友霖生技醫藥股份有限公司

衛生福利部中央
健康保險署對章(4)

署長李伯璋

衛生福利部中央健康保險署對章(4)

「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 110 年 7 月 1 日生效)

| 修訂後給付規定 | 原給付規定 |
|--|---|
| <p>10.8.1. Teicoplanin 及 vancomycin： (88/3/1、110/7/1)</p> <p><u>10.8.1.1. Teicoplanin 及 vancomycin 注射劑：(88/3/1、110/7/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。 2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。 3. 治療抗生素引起之腸炎 (antibiotics-associated colitis)，經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin。 4. vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。 5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。 <p><u>10.8.1.2. Vancomycin 口服製劑(110/7/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限用於梭狀桿菌引起之假膜性結腸炎，且需符合下列診斷方法之一：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>內視鏡檢查證實有假膜性結腸炎之病理變化。</u> (2) <u>臨床上有腸炎、結腸炎之相關症狀，如腹瀉、腹痛、腸阻塞(ileus)等，加上下列任一種條</u> | <p>10.8.1. Teicoplanin 及 vancomycin： (88/3/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。 2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。 3. 治療抗生素引起之腸炎 (antibiotics-associated colitis)，經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin。 4. vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。 5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。 |

件：

I. 糞便檢驗證實有梭狀桿菌之

toxin A或toxin B存在、或其毒素基因存在。

II. 糞便細菌培養證實有梭狀桿

菌或糞便之抗原檢測證實有

GDH(glutamate

dehydrogenase)存在。

2. 申報時應檢附下列報告之一：

(1) 內視鏡檢查報告。

(2) 臨床症狀敘述，加上Toxin A+B

檢測報告、糞便細菌培養結

果、糞便細菌抗原檢測(GDH)

結果或PCR基因檢測結果。

備註：劃線部分為新修訂規定

全民健康保險藥品新收載品項明細表

附件1

| 項次 | 健保代碼 | 藥品名稱 | 成分及含量 | 規格量 | 藥商名稱 | 原支付價 | 初核價格 |
|----|------------|----------------------------|---------------------------|-----|----------------------|------|------|
| 1 | AC60314100 | VANCOVER CAPSULES 250MG | VANCOMYCIN (HCL) 250MG | | 友霖生技 醫藥股份 有限公司 | -- | 110 |
| 2 | AC60316100 | VANCOVER CAPSULES 125MG | VANCOMYCIN (HCL) 125MG | | 友霖生技 醫藥股份 有限公司 | -- | 61 |

全民健康保險藥品新收載品項明細表

附件1

| 初核說明 | 生效日期 |
|--|---------|
| 1.本案藥品為新劑型新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第49次（110年4月）會議結論辦理。3.給付規定：適用通則及10.8.1.2.規定。 | 110/7/1 |
| 1.本案藥品為新劑型新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第49次（110年4月）會議結論辦理。3.給付規定：適用通則及10.8.1.2.規定。 | 110/7/1 |