

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"> <li>1.對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4.vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。</li> <li>5.其他經感染症專科醫師認定需使用者。</li> </ol> <p><u>10.8.1.2.Vancomycin口服製劑(110/7/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>(1) <u>內視鏡檢查證實有假膜性結腸炎之病理變化。</u></li> <li>(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></li> </ol> </li> </ol>	<p>10.8.1.Teicoplanin 及 vancomycin： (88/3/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>4.vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。</li> <li>5.其他經感染症專科醫師認定需使用者。</li> </ol>

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

品名	劑型	規格	單位	給付標準	備註