

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104028



19

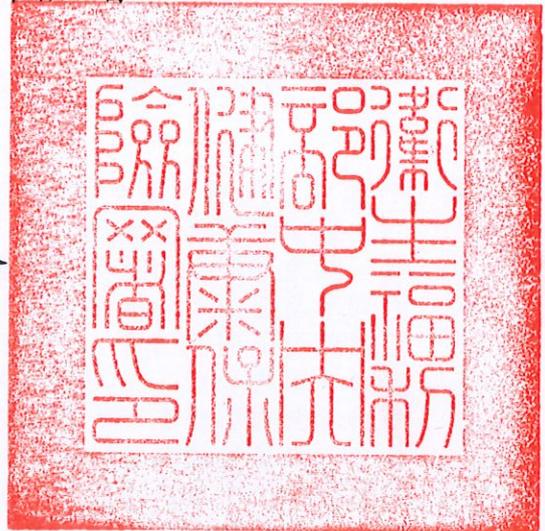
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年7月14日

發文字號：健保審字第1120671800號

附件：1.「全民健康保險藥品新收載品項明細表」
1份。2.藥品給付規定對照表1份。



主旨：公告暫予支付含 *Centella asiatica extract* 及 *plectranthus amboinicus extract* 成分藥品 *Fespixon cream* 暨其藥品給付規定。

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13節皮膚科製劑 *Dermatological preparations* 13.19. *Centella asiatica extract*, *plectranthus amboinicus extract* 外用製劑(如 *Fespixon cream*)」部分規定，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(<https://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、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、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、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、中華民國診所協會全國聯合會、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、台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、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、合一生技股份有限公司

署長 石崇良

全民健康保險藥品新收載品項明細表

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	初核說明	生效日期
1	AC60827335	Fespixon cream	Centella asiatica extract 10mg/g, Plectranthus amboinicus extract - F4 2.5mg/g	15gm	合一生技股份有限公司	--	9,800	1. 本案藥品為新成分新藥。 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62次會議紀錄辦理。 3. 給付規定：適用通則及13.19.規定。	112/8/1

「藥品給付規定」修訂對照表

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自 112 年 8 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>13.19. Centella asiatica extract, plectranthus amboinicus extract 外用製劑(如 Fespixon cream) : (112/8/1)</u></p> <p><u>1. 限整形外科或皮膚科專科醫師使用。</u></p> <p><u>2. 限用於糖尿病足部傷口潰瘍 (Wagner grade 2 級), 接受積極血糖控制及清創手術後, 其治療最大傷口面積不超過 5cm², 且應符合下列所有條件:</u></p> <p><u>(1) 糖尿病足部傷口潰瘍, 傷口深及肌肉層且經抗生素藥膏或燙傷藥膏治療及使用傷口敷料 12 週後, 該傷口癒合面積小於 50%。</u></p> <p><u>(2) HbA1c < 8.5%、albumin ≥ 3.0 g/dL。</u></p> <p><u>(3) 治療前 ABI (Ankle Brachial Index) ≥ 0.9。</u></p> <p><u>3. 每年限申請 1 次, 每次申請為 2 支, 每次處方限 1 支。</u></p> <p><u>4. 排除條件:</u></p> <p><u>(1) 急性發炎感染不穩定之傷口。</u></p> <p><u>(2) 周邊動脈阻塞(peripheral</u></p>	無

artery disease, PAD)病人未施行經皮血管擴張術 (percutaneous transluminal angioplasty, PTA)治療者。

5. 需經事前審查核准後使用；應附有HbA1c、albumin、ABI 資料及相隔12週以上清創前後照片。

6. 再次申請時除前條所需資料外，需加附前次治療後該傷口完全癒合之照片。

備註：積極血糖控制，係指糖化血色素不高於個別目標值1.5%以上，惟一般病人的糖化血色素目標值為7.0%以下，因此8.5%為指標。

備註：劃線部分為新修訂規定