

# 全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範

中華民國 101 年 12 月 1 日生效

一、衛生福利部中央健康保險署（以下稱本署）為規範保險醫事服務機構向保險對象收取自費特材費用相關事宜，特訂定本規範。

二、全民健保尚未收載之特材品項，保險醫事服務機構或特材許可證持有廠商應先向本署建議納入給付，未向本署建議核價之特材，健保不予給付，且不得向保險對象收取自付費用。

三、保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項。

四、保險醫事服務機構收取自費特材費用之原則：

（一）已向本署提出核價建議並經本署受理，尚在審核中、議價中或議價未完成之品項，在完成核價程序之前，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費，該等品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號將公布於本署全球資訊網。

（二）已納入給付品項，但不符合健保給付規定者，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費。

（三）經本署審議結果為不納入給付之品項，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費，該等品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號，將公布於本署全球資訊網。

（四）已導入全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）項目，有上開

(一)、(二)、(三)款所列自費情形者，保險醫事服務機構應依支付標準 Tw-DRGs 支付通則規定辦理。

(五)各項手術所需之「手術一般材料費」(依支付標準第二部第二章第七節所定各手術費點數之 53%計算)，及執行各項治療處置、檢驗檢查、注射等所需使用之敷料、外用消毒藥劑…等一般材料，其費用已包含於手術、治療處置、檢驗檢查及注射等支付標準，不可再向保險對象收取該等一般材料費用。

五、例外情況：凡緊急情況，無全民健康保險藥物給付項目及支付標準第八十條本標準之特殊材料給付品項暨支付標準表之同功能類別的特材品項可使用，且需使用尚未給付之特材品項，得依保險對象病情及其意願自費使用。

六、作業程序：

(一)資訊公開：保險醫事服務機構應依醫療法第 21 條規定，將自費特材品項報請直轄市、縣(市)主管機關核定收取費用之標準，並將該品項及費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較，公布於院所網際網路或明顯處所。

(二)事前充分告知並簽立同意書：為保障保險對象權益，保險醫事服務機構應於手術或處置前 2 日為原則(緊急情況除外)，交付自費品項費用及產品特性、使用原因(含不符健保給付規定之原因)、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效

比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說，並由保險對象或家屬填寫同意書一式二份，一份交由保險對象保留，另一份則保留於病歷中，另同意書載明事項應包含該等自費品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構特材單價、數量及自費金額等。

(三) 保險醫事服務機構向保險對象收取自費特材費用，應摺發收據交予保險對象或家屬收存。