

# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第五十二條之四 修正草案總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下稱本標準)之修正。為本(一百零八)年第四次修法。

本次修正係基於現行保險人給付保險對象自付差額特材(簡稱差額特材)上限，係依最近似功能類別品項之健保支付價訂定，惟因科技進步快速，難尋合適之參考品項，或縱使有近似功能之參考品項，也可能因價格昂貴，難以達到差額負擔之效益。為落實健保法第四十五條之精神及增進差額負擔制度之效益，爰新增本標準第五十二之四條，增列保險人辦理收載保險對象自付差額特材，得核定其費用；保險人給付自付差額特材上限之訂定方式，改按臨床實證等級訂定給付比例，並不得超過核定自付差額特材費用之百分之四十及百分之二十；保險對象自付差額特材金額，不得超過該類核定自付差額特材費用扣除保險人給付上限；針對現行已收載同功能類別之自付差額特材，維持原保險人給付上限，但全面核定自付差額特材之費用(義肢除外)，以保障民眾醫療權益。

# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第五十二條之四 修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p><b>第五十二條之四</b> 列為保險對象自付差額特殊材料（簡稱自付差額特材），其費用核定方式：</p> <p>一、保險人於收載自付差額特材時，得依同功能類別核定費用。</p> <p>二、核定自付差額特材之費用時，得參考下列資料：</p> <p>（一）公立醫院及醫學中心（含準醫學中心）採購決標價格之中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值。若無中位數，則採平均價。</p> <p>（二）國內市場販售價格。</p> <p>（三）國際價格。</p> <p>保險人給付自付差額特材上限，係依前項所定之費用，按臨床實證等級訂定給付比例，並不得超過核定費用之百分之四十及百分之二十；保險對象自付差額特材金額，不得超過該類核定自付差額特材費用扣除保險人給付自付差額特材上限。</p> <p>於中華民國一百零八年十二月三十一日前已收載同功能類別之自付差額特材，維持原保險人給付上限，並</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、依全民健康保險法第四十五條規定，本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限。為使其衍生之相關規定順利銜接並運作，將「全民健康保險辦理保險對象自付差額特殊材料之作業原則」中涉及支付點數訂定之內容，爰新增本條文納入支付標準。</p> <p>三、考量價格昂貴之特材，若以近似功能類別之健保特材支付價作為保險人給付自付差額特材上限，但未訂醫事服務機構收取自付差額金額上限，致使同功能類別於各院所間收費不一，且差異很大，保險對象因各院所間價格有所差異而無法判斷選擇，甚至有些保險對象自付差額遠高於保險人支付價，無法達到差額負擔之效益。基於保障民眾醫療權利，改按自付差額核定費用之一定比例訂定保險人給付自付差額特材上限，爰配合新增第一項差額特材之費用核定方式。</p> <p>四、為使健保給付自付差額特</p>

<p>依第一項核定自付差額特材之費用，但義肢不依第一項核定其費用。</p>		<p>材之支付價及保險對象自付差額合理，並使全民健保之差額負擔顯現效益，新增第二項保險人給付自付差額特材上限及保險對象自付差額特材金額之訂定方式，依臨床實證等級訂定健保給付比例。</p> <p>五、截至一百零八年八月十六日，本保險已收載十類差額特材，基於保障民眾醫療權利，爰新增第三項條文，針對已收載之自付差額特材，維持原保險人給付上限，並依第一項核定自付差額特材之費用，惟考量健保全額給付義肢之支付點數，含特材、診察、診療及訓練等成本，致難以核定自付差額義肢之費用，故不依第一項核定其費用。</p>
---------------------------------------	--	--