

中華民國 100 年 2 月 14 日  
行政院衛生署公告 衛署健保字第 1002660030 號

主 旨：預告修正「全民健康保險醫療辦法」部分條文草案。

依 據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：行政院衛生署。
- 二、修正依據：全民健康保險法第三十一條第二項。
- 三、「全民健康保險醫療辦法」部分條文修正草案如附件。本案另載於本署全球資訊網站「衛生法令查詢系統」（網址 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/Default.asp>），「法規草案」網頁。
- 四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起 14 日內陳述意見或洽詢：
  - (一) 承辦單位：行政院衛生署全民健康保險小組
  - (二) 地址：台北市大同區塔城街 36 號 3 樓
  - (三) 電話：(02)85906666 轉 6370
  - (四) 傳真：(02)85906032
  - (五) 電子郵件：hgtljuan@doh.gov.tw

署 長 邱文達

### 全民健康保險醫療辦法部分條文修正草案總說明

全民健康保險醫療辦法係於八十四年二月二十四日訂定發布，其後歷經七次修正，最近一次修正發布日期為九十八年四月二十二日。

茲為配合醫事及藥政法規之修正，符合實務作業需求情形，以及保障保險對象權益，爰擬具「全民健康保險醫療辦法」部分條文修正草案，其修正要點如下：

- 一、配合醫療法施行細則第十一條對於收據之規定，修正有關保險醫事服務機構開立收據之用語。（修正條文第五條、第六條及第二十一條）
- 二、考量保險對象常常受到地域、出國或要事等因素，無法於期限內補送應繳驗之證明文件，以及保障未及時繳驗保險憑證保險對象之就醫權益，增修保險對象就醫證明文件之補送期限，以及保險醫事服務機構應造具保險對象未帶保險憑證之繳費及退費紀錄名冊規定。（修正條文第五條）
- 三、為符實務，增修同一療程項目，以及不得登錄可累計就醫序號之就醫類別項目。（修正條文第十一條以及第十二條）
- 四、部分服務之截止日期如適逢例假日，保險醫事服務機構作法並不一致，為保障保險對象權益及提供一致之規範，爰修正該服務遇例假日順延之規定。（修正條文第十一條以及第三十八

- 條)
- 五、考量透析患者治療之特殊性，放寬其治療其他疾病入住醫院期間，於該醫院無設置透析治療服務下，得外出接受透析門診治療之規定。（修正條文第十四條）
- 六、配合第三十八條慢性病連續處方箋總調劑日數九十二天，修正慢性病人一次得給予用藥量之規定。（修正條文第三十五條）
- 七、有關慢性病連續處方箋有效期限之規定，易使保險對象誤解為一律為三個月，以及慢性病連續處方箋應分次調劑，爰修正相關用語，減少爭議。（修正條文第三十八條）
- 八、考量實務上保險對象確實常有因出國或春節連續假日超過七日等因素，必須提前領藥之需，為增加領藥之彈性，爰修正持慢性病連續處方箋再次調劑期限；以及考量出國保險對象等之實務需求，放寬其慢性病連續處方箋領藥量之規定。（修正條文第三十九條）
- 九、考量實務上部分特殊材料有同功能之多種廠牌可替代，爰增列特殊材料可比照藥品，於醫師未註明不可替代下，藥事人員得以相同或低於原處方價格之同功能其他廠牌特殊材料替代；因藥品「劑量」與「含量」之定義不同，採「同含量」之名稱，較符實務，爰配合修正。（修正條文第四十條）
- 十、配合醫療法第六十六條及醫師法第十四條分別於九十八年五月間，修正增列醫院、診所交付藥劑時，應於容器或包裝上載明「作用或適應症、警語或副作用」、藥師法第十九條亦於一百年一月二十六日修正藥師於藥劑之容器包裝上應記明「作用或適應症、警語或副作用」（該條文自公布後三個月施行），藥劑之容器或包裝應記載事項，宜回歸醫事或藥政之規定，爰刪除相關規定。（刪除現行條文第四十一條）

全民健康保險醫療辦法部分條文修正草案條文對照表

修 正 條 文	現 行 條 文	說 明
第五條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給符合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起十四日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之證明文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。	第五條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗保險憑證或身分證件者，保險醫事服務機構應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給保險醫療費用項目明細表及收據；保險對象於就醫之日起七日內（不含例假日）或出院前補送應繳驗之證明文件時，保險醫事服務機構應將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。	一、配合九十九年三月十二日醫療法施行細則修正發布第十一條對於收據之規定，以及與全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之用語一致，爰修正第一項有關保險醫事服務機構開立收據之用語。 二、考量保險對象常常受到地域、出國或要事等因素，無法於期限內補送

<p><u>保險醫事服務機構提供前項醫療服務，應同時造具保險對象未繳驗保險憑證、繳費及退費金額紀錄名冊，以供保險人因業務需要所為之查詢或訪查。</u></p>		<p>應繳驗之證明文件，為兼顧保險對象有充裕之補送時間，以及不影響保險醫事服務機構之申報作業，爰放寬第一項有關補送期限為就醫之日起十四日內（不含例假日）。</p> <p>三、依全民健康保險爭議審議委員會議決議，為建立保險對象未帶保險憑證之登錄查核機制，以減少爭議，爰增訂第二項規範。</p>
<p>第六條 因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之收據，準用本法第四十三條之規定，向保險人申請核退保險醫療費用。</p>	<p>第六條 因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象未能依前條規定期限內，補送應繳驗之證明文件時，得檢附保險醫事服務機構開具之<u>保險醫療費用項目明細表及收據</u>，準用本法第四十三條之規定，向保險人申請核退保險醫療費用。</p>	<p>同第五條說明一，修正第一項有關保險醫事服務機構開立收據之用語。</p>
<p>第十一條 保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗保險憑證時，應於保險憑證登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。</p> <p>前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。</p> <p>前項同一療程，指下列診療項目，於一定期間施行之連</p>	<p>第十一條 保險醫事服務機構於提供門診、急診或住院之診療服務或補驗保險憑證時，應於保險憑證登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類別一次後發還。</p> <p>前項診療服務屬同一療程者，應僅登錄可累計就醫序號之就醫類別一次，如為同一醫師併行其他診治，亦不得再重複登錄。</p> <p>前項同一療程，係指下列診療項目，自首次治療日起至</p>	<p>一、本條第三項第一款各項診療項目係以一個月為給付及申報期程，而同一療程尚有第二款一定期間內提供六次治療，以及六十日為一療程期間，爰合併第三項及第四項內容並分三款，以使文意順暢。</p> <p>二、考量肺復原治療應有足夠之治療頻率、時數及強度，才具一定療效，適合以連續療程方式提</p>

<p>續治療療程：</p> <p><u>一、以一個月以內治療為療程者：</u>洗腎、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、精神科活動治療、精神科職能治療、高壓氧治療、癌症放射線治療、化學治療、減敏治療及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p><u>二、自首次治療日起至次月底前，以六次以內治療為療程者：</u>西醫復健治療、皮症照光治療、簡單傷口換藥、同一針劑之注射、治療性牙結石清除、牙體復形（補牙）、拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、<u>肺復原治療</u>、中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p><u>三、自首次治療日起六十日內治療為療程者：</u>牙醫同部位之根管治療。</p> <p><u>同一療程最後治療日遇例假日則順延。</u></p>	<p>次月底前，施行之連續治療療程：</p> <p>一、洗腎、精神疾病社區復健治療、精神科心理治療、精神科活動治療、精神科職能治療、高壓氧治療、癌症放射線治療、化學治療、減敏治療及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p>二、西醫復健治療、皮症照光治療、簡單傷口連續二日內之換藥、三日內同一針劑之注射、牙結石清除、牙體復形、拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、中醫針灸、傷科及脫臼整復同一診斷需連續治療者及其他經保險人指定之診療項目，且以六次以內治療為限。</p> <p>牙醫同部位之根管治療，其同一療程，係指自首次治療日起六十日內，施行之連續治療療程。</p>	<p>供；簡單傷口連續二日內之換藥、三日內同一針劑之注射等規範，迭有二日或三日是否連續之爭議，以及牙科治療部分專業用語保險對象不易了解，為符臨床實務及保障保險對象權益，爰增修第三項第二款有關六次療程之部分項目。</p> <p>三、有關同一療程期間，如因當次療程截止期限（次月底）適逢例假日，保險醫事服務機構並無提供診療服務，部分服務機構於次日工作日時，便提供新的療程，對保險對象並不公平，為保障保險對象權益及提供一致之規範，爰增列第四項遇例假日順延之規範。</p>
<p>第十二條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形，應於其保險憑證登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：</p> <p>一、出院。</p>	<p>第十二條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形，應於其保險憑證登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之就醫類別：</p> <p>一、出院。</p>	<p>一、第一項第三款配合實務，增列排程檢驗、排程治療為應登錄就醫紀錄，但不得登錄為可累計就醫序號之情形。</p> <p>二、目前特約藥局等交付機</p>

<p>二、接受同一療程內第二次以後之診療。</p> <p>三、接受排程檢查、<u>排程檢驗、排程治療、排程手術或轉檢服務。</u></p> <p>四、<u>接受第三條第二項之醫療服務。</u></p> <p>前項排程檢查、<u>排程檢驗、排程治療、排程手術或轉檢之檢查過程中</u>，因病情需要併行相關處置，得視同另次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別一次。</p>	<p>二、接受同一療程內第二次以後之診療。</p> <p>三、接受排程檢查、排程手術或轉檢服務。</p> <p>前項排程檢查、排程手術或轉檢之檢查過程中，因病情需要併行相關處置，得視同另次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別一次。</p>	<p>構，於提供保險對象醫療服務時，應於其保險憑證登錄就醫紀錄，不用累計就醫序號之規範，為求明確，第一項建議增列第四款規範。</p> <p>三、第二項配合第一項第三款之修正，酌修相關文字。</p>
<p>第十四條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。</p> <p>保險對象入住慢性醫院或精神科醫院者，如因不同診療科別疾病；<u>或血液透析病患於住院期間</u>，經診治醫師研判確須立即接受診療，而該醫院無設置適當診療科別或服務項目以提供服務時，得交還保險憑證供保險對象外出門診。</p> <p>保險對象住院期間，該特約醫院不得以門診方式提供其醫療服務。</p>	<p>第十四條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應留置其保險憑證，於其出院時發還。</p> <p>保險對象入住慢性醫院或精神科醫院者，如因不同診療科別疾病，經診治醫師研判確須立即接受診療，而該醫院無設置適當診療科別以提供服務時，得交還保險憑證供保險對象外出門診。</p> <p>保險對象住院期間，該特約醫院不得以門診方式提供其醫療服務。</p>	<p>一、台灣社區醫院協會九十九年六月十一日以台社醫協字第○九九○八九號函建議參酌本條第二項規定，放寬透析病患入住急性醫院期間於特定情況下，得外出接受透析門診治療。</p> <p>二、前項建議經本署中央健康保險局評估，如全面放寬，可能衍生特約醫院住院期間併門診治療之浮濫情事，除影響病人安全、診療作業外，亦不利相關作業管理與費用監控，故僅放寬特定疾病，爰參採台灣社區醫院協會之建議，增列血液透析病患於住院期間，得適用本條第二項規範。</p>
<p>第二十一條 保險對象完成診療</p>	<p>第二十一條 保險對象完成診療</p>	<p>同第五條說明一，修正有關</p>

程序後，保險醫事服務機構應依本法規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，並開給收據。	程序後，保險醫事服務機構應依本法規定，向保險對象收取其應自行負擔之費用，並開給 <u>保險醫療費用項目明細表及其自行負擔費用之收據</u> 。	保險醫事服務機構開立收據之用語。
第三十五條 本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予 <u>一個月</u> 以內之用藥量。	第三十五條 本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。	配合第三十八條慢性病連續處方箋總調劑日數九十二天，係考量月份有大小月之分，故慢性病人一次得給予之用藥量宜改一個月較為合宜。
第三十八條 本保險處方箋有效期間為三日（ <u>遇例假日順延</u> ），慢性病連續處方箋有效期間 <u>依實際給藥天數計</u> ，自處方開立之日起算；逾期保險醫事服務機構不得提供該醫療服務。  慢性病連續處方箋之總調劑日份至多為九十二日；同一處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依第三十五條之規定。	第三十八條 本保險處方箋有效期間為三日，慢性病連續處方箋有效期間為三個月，自處方開立之日起算；逾期保險醫事服務機構不得提供該醫療服務。  慢性病連續處方箋之總調劑日份至多為九十二日；同一處方箋，得分次調劑；每次調劑之用藥量，依第三十五條之規定。	一、為避免影響保險對象權益及要求保險醫事服務機構提供一致之規範，第一項增列遇例假日得順延之規定。 二、考量現行慢性病連續處方箋有效期間為三個月之規範，迭有病人誤解效期一律為三個月，爰修正第一項。 三、明定慢性病連續處方箋應分次調劑，修正第二項。
第三十九條 保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前 <u>十四</u> 日內，始得憑原處方箋再次調劑。  前項保險對象如預定出國或為遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務，得於領藥時出具機票或出海等相關證明文件， <u>一次領取全部</u>	第三十九條 保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前七日內，始得憑原處方箋再次調劑。  前項保險對象如預定出國超過一個月，或為遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務，得於領藥時出具機票或出海等相關證明文件，	一、考量實務上保險對象確實常有因出國或春節連續假日超過七日等因素，必須提前領藥之需，為增加領藥之彈性，爰修正第一項持慢性病連續處方箋再次調劑期限為十四日。 二、保險對象屢屢反映常因

<p><u>用藥量</u>。</p>	<p>先行領取下個月之用藥量。<u>但當次之全部給藥量以二個月為限。</u></p>	<p>出國工作、求學或船員出海工作（服務）等因素，無法或無人可委託他人代領藥及轉交之情形（部分國家、地區限制藥品不得郵寄）之困難，導致用藥中斷或被迫改以自費購藥之情形；又基於醫師既已開給慢性病連續處方箋之前提，及實務上保險醫事服務機構亦難以認定是否出國超過一個月，爰修正第二項放寬特定對象領藥量規範。</p>
<p>第四十條 <u>藥物</u>之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品或<u>同功能其他廠牌特殊材料</u>替代。</p>	<p>第四十條 <u>藥品</u>之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成分、同劑型、同劑量其他廠牌藥品替代。</p>	<p>一、第一型糖尿病血糖試紙自九十九年六月一日納入本保險給付項目，惟目前給付血糖試紙之廠牌達十數種，且血糖試紙須搭配專屬血糖機使用，保險醫事服務機構無法全數備齊，故為符實際臨床需要，血糖試紙有必要適用本條之替代規範。</p> <p>二、依藥事法第四條規定，「藥物」係指「藥品」及「醫療器材」，而全民健康保險醫療費用支付標準第八部對於醫療器材規範之用語係採「特殊材料」，一百年一月二十六日公布之全民健康保險法第四十五條亦以「特殊材料」稱</p>

		<p>之，本保險係於現行醫藥政規範下提供醫療服務，所給付之特殊材料需符藥政體系有關醫療器材之規範，爰本條第一項配合將「藥品」修正為「藥物」，並增列於特定情況下，得以同功能其他廠牌特殊材料替代之規定。</p> <p>三、因「劑量」與「含量」之定義不同，採「同含量」之名稱，較符實務，爰配合修正。</p>
	<p>第四十一條 為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、性別、藥品名稱、數量、天數、劑量、服用方法、調劑地點、名稱、調劑者姓名及調劑年、月、日等資料。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、醫療法第六十六條及醫師法第十四條分別於九十八年五月間，修正增列醫院、診所交付藥劑時，應於容器或包裝上載明「作用或適應症、警語或副作用」、藥師法第十九條亦於一百年一月二十六日修正增列藥師於藥劑之容器包裝上應記明「警語或副作用、警語或副作用」</p> <p>（該條文自公布後三個月施行），故藥劑之容器或包裝應記載事項，宜回歸醫事或藥政之規定，爰刪除本條文。</p>