

中華民國 101 年 6 月 27 日
行政院衛生署公告 衛署健保字第 1012660164 號

主 旨：預告修正「全民健康保險醫療辦法」。

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：中華民國一百年一月二十六日修正公布之全民健康保險法第四十條第二項。
- 三、「全民健康保險醫療辦法」修正草案內容如附件。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>）之「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七日內陳述意見或洽詢：
 - (一) 承辦單位：行政院衛生署健康保險小組
 - (二) 地址：10341 台北市大同區塔城街 36 號 3 樓
 - (三) 電話：(02)85906371
 - (四) 傳真：(02)85906032
 - (五) 電子郵件：hgpower2th@doh.gov.tw

署 長 邱文達 出國

副 署 長 蕭美玲 代行

全民健康保險醫療辦法修正草案總說明

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。

依據一百年一月二十六日公布修正之「全民健康保險法」第四十條規定，保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。前項保險對象就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法，由主管機關定之。

為配合醫事、藥政法規之修正及新修正之「全民健康保險法」，符合實務作業需求情形，以及保障保險對象權益，並參考行政院衛生署一百年二月十四日預告部分條文修正草案，預告期間各界所提意見，爰擬具「全民健康保險醫療辦法」修正草案，其修正要點如下：

- 一、考量因嬰兒或兒童之健保卡無照片，造成就醫不便與困擾，增列十四歲以下保險對象，就醫文件得以戶口名簿、戶籍謄本等影本代之；考量居家照護與一般就醫程序不同，明定保險對象接受居家照護之程序。（修正條文第三條）
- 二、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。（修正條文第四條及第十六條）
- 三、為保障弱勢民眾緊急就醫權益，明定保險對象因無力繳納保險費，於保險人暫行停止保險給付期間，得先行以保險對象身分就醫之條件與程序適用範圍。（修正條文第四條）
- 四、配合全民健康保險法已另明定轉診實施辦法，現行條文有關轉診作業之規範，整併移列該辦法中規定，爰刪除相關規定。（刪除現行條文第四條、第八條、第九條）
- 五、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。（修正條文第四條）
- 六、為提供保險對象完整診療服務，提升醫療給付效益，明定特約醫院、診所提供檢驗、檢查時，得採轉檢或代檢方式作業；同時明定交付處方之程序。（修正條文第五條）
- 七、因應代領藥實務上尚有其他特殊情形，將原規範之證明文件，改由受託人切結，並增列得由保險人認定之彈性規範。（修正條文第六條）
- 八、為符實務，增修居家照護、肺復原治療同一療程項目，以及不得登錄可累計就醫序號之就醫類別項目。（修正條文第七條以及第八條）
- 九、考量部分醫療服務之截止期限如適逢例假日，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。（修正條文第七條以及第二十二條）
- 十、配合現行有關健保卡登錄上傳保險人之規範，將移列於「全民健康保險憑證發放及運用管理辦法」（草案）第十二條規定，爰刪除相關規定。（刪除現行條文第十三條）
- 十一、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。另配合本保險轉（代）檢作業須知之修正，增列保險對象住院期間，特約醫院得以轉（代）檢方式，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗（查）之規範。（修正條文第九條）
- 十二、考量保險對象反映意見，因應臨床診療作業，增列異位性皮膚炎及神經性耳鳴二項為慢性病範圍。（修正條文第十三條附件）
- 十三、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範，爰將第二十三條至二十九條、第三十一條、第三十四條、第三十六條及第三十七條等原條文，予以刪除，同時配合條序之簡化，本辦法改以不分章名訂定。
- 十四、參據「全民健康保險藥品給付規定」通則第三點規定，避免實務執行爭議，修正本保險處方用藥，每次處方日份之原則。（修正條文第二十一條）

- 十五、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。（修正條文第二十二條）
- 十六、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；以及考量保險對象因出國、返回離島地區等之實務需求，放寬其慢性病連續處方箋領藥量之規定。（修正條文第二十三條）
- 十七、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。（修正條文第二十四條）
- 十八、明定保險人對於有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，可提供就醫輔導之方式。新增情況緊急，指保險對象如有可能危及生命或有本保險重大傷病等傷病，須立即就醫之特殊情況。（新增第二十六條）

全民健康保險醫療辦法修正草案條文對照表

修 正 條 文	現 行 條 文	說 明
第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法） <u>第四十條第二項</u> 規定訂定之。	第一條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第三十一條第二項規定訂定之。	配合全民健康保險法修正條文，修正本條文依據之條次。
第二條 全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、 <u>就醫輔導</u> 、保險醫療服務提供方式及其他 <u>醫療服務必要事項</u> ，依本辦法之規定。	第二條 全民健康保險（以下簡稱本保險）保險對象之就醫程序及保險醫事服務機構所提供之診療服務，依本辦法之規定。	配合全民健康保險法修正條文第四十條第二項規定，修正本辦法所規範之事項。
第三條 保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件： 一、 <u>全民健康保險憑證（以下稱健保卡）</u> 。 二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但健保卡已足以辨識身分時，得免繳驗。 <u>前項第二款文件，於十四</u>	第三條 保險對象至特約醫院、診所或助產機構就醫或分娩，應繳驗下列文件： 一、保險憑證。 二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。但保險憑證已足以辨識身分時，得免繳驗。 保險對象至前項以外之保險醫事服務機構接受醫療服	一、配合全民健康保險法修正條文第十六條，修正第一項第一款保險憑證用語。 二、考量原條文第一項第二款之規範，迭有保險對象反映因嬰兒或兒童之健保卡無照片，造成就醫不便與困擾，保險人前雖曾以函文說明十四

<p><u>歲以下之保險對象，得以戶口名簿、戶籍謄本等影本或其他足以證明身分之相關文件代之。</u></p> <p>保險對象至<u>第一項以外之保險醫事服務機構</u>接受醫療服務，除應繳驗<u>第一項</u>之文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之處方。</p> <p>保險對象有接受居家照護服務必要時，應由特約醫事服務機構診治醫師先行評估，<u>開立居家照護醫囑單，並由各該醫院、診所逕向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構提出申請。</u></p>	<p>務，除應繳驗前項文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之處方。</p>	<p>歲以下保險對象，得以戶口名簿、戶籍謄本等影本或其他足以證明身分之相關文件替代，惟期作業規範之明確，爰增列第二項條文予以明定，俾利保險對象及醫療院所依循。</p> <p>三、考量居家照護與一般就醫程序不同，為明定保險對象接受居家照護之程序，參據現行支付標準第五部第一章通則之規定，增列第四項條文。</p>
	<p>第四條 保險對象至特約醫院門診，除繳驗前條第一項所定文件外，應繳交（驗）下列文件之一：</p> <p>一、轉診單。</p> <p>二、繼續治療單。</p> <p>未繳交（驗）前項文件或文件已逾有效期限者，應依本法及其相關法令有關自行負擔費用之規定辦理。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、考量本保險已無繼續治療單之使用，另轉診單亦非保險對象至醫院就醫之必備文件，且本保險已另訂轉診實施辦法，故本條文原規範內容，不符實際情形，徒留條文，迭生作業爭議，爰刪除本條文。</p>
<p>第四條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗<u>健保卡</u>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<u>十日內</u>（不含例假日）或出院前補送應繳驗之文件時，保險醫事服務機構應將</p>	<p>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<u>七日內</u>（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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、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，修正第一項有關保險醫事服務機構開立收</p>

<p>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。</p> <p><u>保險對象因無力繳納保險費，於保險人暫行停止保險給付期間，具有下列情形之一時，得檢附戶籍所在地村（里）長出具之清寒證明書，以保險對象之身分先行就醫；因情況特殊取得清寒證明書顯有困難者，得由就醫之保險醫事服務機構先行治療：</u></p> <p><u>一、因傷病須急診就醫或住院醫療者。</u></p> <p><u>二、因罹患非立即就醫將危及生命之急症，或本保險重大傷病等急重症，須門診治療者。</u></p>	<p>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。</p>	<p>據之用語。同時，為釐清原條文繳驗之文件，引據第三條條第一項規定，酌修文字。</p> <p>三、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，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日內（不含例假日）。</p> <p>四、為保障弱勢民眾緊急就醫權益，參據行政院衛生署九十九年六月十日衛署健保字第○九二○○二九八四八號函準備查之「無力繳納健保費者醫療保障措施執行要點」規範，及醫改會建議，增列第二項條文。</p> <p>五、至外界前提修正意見，其中維持七日內補送文件乙節，按現行申報可採兩段式申報或次月補報方式辦理，應不影響醫療院所申報作業與權益。另核退作業之意見，因本辦法第六條條文已有明定，爰未予參採。</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保險醫療費用項目明細表及收據，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>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、全民健康保險法第五十五條及五十六條已有相關規定，不另於醫療辦法訂定之。</p>
<p>第五條 特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，讓其自行選擇於該次就醫之特約醫院、診所或其他符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p> <p>特約醫院、診所限於專長或設施不足，對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、處置等服務之保險對象，應開立處方，交其前往其他保險醫事服務機構，接受醫療服務。</p> <p>前項檢驗、檢查之提供，得改開給保險對象轉檢單，提供轉檢服務；或開立代檢單，以採取檢體之委託代檢方式辦理。</p>	<p>第七條 特約醫院、診所對於需轉由其他保險醫事服務機構提供調劑、檢驗、檢查、復健治療等服務之保險對象，應開立處方，交付保險對象至其他保險醫事服務機構，接受醫療服務。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合全民健康保險法修正條文第七十一條第一項之規定，增列第一項，明定交付處方之程序。</p> <p>三、酌修第一項文字，以交付處方以門診作業為限，並補充說明需轉由其他保險醫事服務機構，提供相關醫療服務之情況。</p> <p>四、考量特約醫院、診所提供檢驗、檢查時，亦得採轉檢或代檢方式作業，增列第三項規範。</p> <p>五、第一項「其他符合規定之保險醫事服務機構」，目前包括特約藥局、特約醫事檢驗所、特約醫事放射所、特約物理治療所、特約職能治療所。</p>
	<p>第八條 特約醫院、診所於接受轉診保險對象後，應依醫療法之規定，將處理情形、建議事項或出院病歷摘要通知原診治</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本條文將移列於本保險轉診實施辦法中規定。</p>

	<p>之特約醫院、診所。因病情需要，須繼續在接受轉診之醫院、診所接受治療，應一併告知。對於無須繼續在該醫院、診所治療而仍需追蹤治療之保險對象，應轉回原診治之特約醫院、診所。</p>	
	<p>第九條 特約醫院對於該醫院出院、門診手術、急診或經轉診之保險對象須進行繼續治療時，或保險對象經診斷患有主管機關公告之疾病者，得由特約醫院發給繼續治療單。</p> <p>繼續治療單之有效限，由醫師依病情需要定之，最長不得超過一個月。但病情需要，須延長治療期間時，得酌予延長，並定期造冊向保險人報備。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、配合原條文第四條之修正，刪除本條文。</p>
<p>第六條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：</p> <p>一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件者。</p> <p>二、已出海，為遠洋漁業作業</p>	<p>第十條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核其本人依第三條第一項應繳驗之文件；如有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期服藥之慢性病人，有下列特殊情況之一而無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑：</p> <p>一、行動不便。</p> <p>二、已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，並有相關證明文</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、明確規範行動不便之認定方式，增列由診治醫師專業認定。</p> <p>三、考量遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務證明文件之取得，實務上係由家屬代為船員所屬公司申請，且僅能使用一次，有其不便性；另醫療院所對於所持證明之真偽亦無法判斷（特別是出海期間之認定），迭生爭議，爰取消該規定，改以受託人提供切結文件即可。</p>

<p>或在國際航線航行之船舶上服務，經受託人提供切結文件者。</p> <p>三、其他經保險人認定之特殊情形。</p>	<p>件。</p>	<p>四、另考量實務上尚有非屬前二款之特殊情形（如器官移植患者出國期間、無病識感之精神病患等），確有委託他人領藥之需，為符實務彈性，爰增列第三款。</p>
<p>第七條 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<u>健保卡</u>時，應於<u>健保卡</u>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，<u>於一定期間施行之連續治療療程</u>：</p> <p>一、<u>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、減敏治療、<u>居家照護</u>及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p>二、<u>自首次治療日起至三十日內，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、<u>非化學治療藥物</u>同一針劑之注射、<u>同牙位治療性牙結石清除</u>、<u>同牙位牙</u></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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、有關同一療程期間之認定，有因療程之次月底適逢例假日，院所並無提供診療服務，部分院所次日便重啟療程，顯對保險對象不公，為避免影響保險對象權益及一致之規範，第三項酌修增列遇例假日順延之規範。</p> <p>三、為配合現行洗腎、精神疾病社區復健治療等治療係以一個月為申報、給付期程，爰於第三項第一款後段，明訂為一個月內之治療；同時參據本保險醫療費用支付標準第五章第一部通則之規定，居家照護服務之健保卡註記方式，增列居家照護為一個月同一療程之項目。又經據臨床醫療作業，每次接受癌症放射線治療與化學治療前，多須經醫師再次診察，故已不適為同一療程項目，爰予以</p>

<p>體復形（補牙）、<u>同牙位</u>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>三、<u>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者順延。</u></p>	<p>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>刪除。</p> <p>四、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，故適合以連續療程方式提供，為符臨床實務及保障保險對象權益，爰增列肺復原治療等二項目為本保險同一療程之診療項目。</p> <p>五、另現行第三項第二款有關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，影響保險對象權益甚鉅，依原規範意旨係指六次以內，為期明確，爰刪除二日內或三日內之文字；同時配合臨床醫療作業，排除化學治療藥物同一針劑注射之適用。</p> <p>六、至外界所提維持「簡單傷口連續二日內之換藥」乙節，本條文原規範，經據臨床實務及保險對象反映意見，按臨床上鮮有須連續二日、換藥六次之簡單傷口，縱有此情形，應非屬簡單傷口，且經據保險對象反映，許多案例實際僅一天或隔日或隔數日換藥乙次，但部分醫師</p>
---	---	---

		<p>卻以「二日內」為由，對於第三天以後之換藥，要求重新掛號、再次刷卡收取部分負擔背離同一療程規範之目的，故迭生執行與認定爭議情事，為符合臨床實務及保障保險對象權益，爰予以修正，俾釐清以六次為一療程之規範；另本次之擬修，並無影響簡單傷口之判定，即仍由診治醫師視個案依臨床專業決定。</p> <p>七、另第三項第二款之期間，參採醫改會意見改以日計算，惟本部分因與根管治療不同，應無需相等之期間，按原規範意旨及臨床作業，應以三十日為妥適，爰酌修文字。</p>
<p>第<u>八</u>條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形，應於其健保卡登錄就醫紀錄，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>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</u>、<u>排程治療</u>、排程手術或轉檢服務。</p> <p>四、<u>接受第三條第四項之醫療服務</u>。</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>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</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、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>三、目前特約藥局等交付機構，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，第一項增列第四款規範。</p>

<p>前項排程檢查、<u>排程檢驗</u>、<u>排程治療</u>、<u>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>次診療，登錄可累計就醫序號之就醫類別一次。</p>	<p>四、第二項配合第一項第三款之修正，酌修相關文字。</p>
	<p>第十三條 保險醫事服務機構依第十一條及前條規定，於保險憑證上登錄後，應於二十四小時內，將之上傳予保險人備查。但有不可抗力或經保險人同意之特殊情況者，不在此限。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u> 二、本條文與保險對象就醫與程序無關，已移列於「全民健康保險憑證發放及運用管理辦法」（草案）第十二條第一項條文。</p>
<p>第九條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，<u>除精神科日間住院外</u>，應留置其<u>健保卡</u>，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，如因不同診療科別疾病，或透析病人於住院期間，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，得交還健保卡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。<u>但該特約醫院限於設備或專長不足，無法提供完整之檢驗（查）時，得以轉（代）檢方式，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗（查）服務。</u></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、條次變更。 二、第一項留置其健保卡之規範，經據臨床作業，排除精神科日間住院之適用。 三、台灣社區醫院協會九十九年六月十一日台社醫協字第○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。 四、另有關台灣社區醫院協會以「醫療機構設置標準」之修正將刪除慢性醫院之名稱，建議不再使用慢性醫院名稱乙節，考量現行仍有慢性醫院之事實，故仍擬予保留。 五、前項建議經評估，如全</p>

		<p>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，增列透析病患於住院期間，得適用本條第二項規範。</p> <p>六、第三項後段，增列保險對象住院期間，特約醫院得以轉（代）檢方式，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗（查）之規範。</p>
<p>第十條 保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：</p> <p>一、可門診診療之傷病。</p> <p>二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。</p>	<p>第十五條 保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院：</p> <p>一、可門診診療之傷病。</p> <p>二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
<p>第十一條 特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。</p>	<p>第十六條 特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
<p>第十二條 保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故必須離院者，經徵得診治醫師同意，並於病歷上載明原因及離院時間後，始得請假外出。晚間不得外宿。</p>	<p>第十七條 保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故必須離院者，經徵得診治醫師同意，並於病歷上載明原因及離院時間後，始得請假外出。晚間不得外宿。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>

未經請假即離院者，視同自動出院。	未經請假即離院者，視同自動出院。	
<p>第十三條 保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。</p> <p>前項慢性病範圍，如附件。</p> <p>同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。</p>	<p>第十八條 保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。</p> <p>前項慢性病範圍，如附件一。</p> <p>同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。</p>	條次變更，內容未修正。
<p>第十四條 保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所調劑或選擇至特約藥局調劑。但持慢性病連續處方箋者，因故無法至原處方醫院、診所調劑，且所在地無特約藥局時，得至其他特約醫院或衛生所調劑。</p> <p>前項處方箋以交付一般藥品處方箋及管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時持二種處方箋調劑。</p>	<p>第十九條 保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所調劑或至特約藥局調劑。但持慢性病連續處方箋者，因故無法至原處方醫院、診所調劑，且所在地無特約藥局時，得至其他特約醫院或衛生所調劑。</p> <p>前項處方箋以交付一般藥品處方箋及管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時持二種處方箋調劑。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合處方箋交付調劑之作業規範，酌修第一項文字。</p>
<p>第十五條 保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第四十七條應自行負擔之住院費用，第五十一條或第五十二條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。</p>	<p>第二十條 保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第三十五條應自行負擔之住院費用，第三十九條或第四十一條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合全民健康保險法修正條文，修正本條文依據之條次。</p> <p>三、本條文所指應事先告知之規範，包括特約醫院於保險對象辦理住院時，提供「住院須知」之方式。</p>

<p>第十六條 保險對象完成診療程序後，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>符合醫療法施行細則規定之收據及依藥事法規定為藥袋標示，其無法標示者，應開給藥品明細表。</u></p> <p><u>特約醫院、診所當次診療，未開立藥品處方或處方為交付調劑者，得免開給藥品明細表。</u></p>	<p>第二十一條 保險對象完成診療程序後，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，並開給保險醫療費用項目明細表及其自行負擔費用之收據。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、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，爰修正有關保險醫事服務機構開立收據之用語；同時為保障保險對象用藥安全，增列藥袋標示及開給藥品明細表之規範。</p> <p>三、增列第二項，得免開給藥品明細表之情形，俾符合實務作業。</p>
<p>第十七條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：</p> <p>一、遵守本保險一切規定。</p> <p>二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。</p> <p>三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。</p> <p>四、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。</p> <p>五、依規定繳交應自行負擔之費用。</p>	<p>第二十二條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項：</p> <p>一、遵守本保險一切規定。</p> <p>二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。</p> <p>三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。</p> <p>四、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。</p> <p>五、依規定繳交應自行負擔之費用。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
	<p>第二十三條 診所得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察。</p> <p>二、檢查（驗）。</p> <p>三、處方藥或處方箋之給與。</p> <p>四、治療材料之給與。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面</p>

	<p>五、一般治療處置、復健治療、精神科治療。</p> <p>六、門診手術。</p> <p>七、產前、產後檢查、分娩、新生兒照護。</p> <p>八、血液透析。</p> <p>九、輸血。</p> <p>提供分娩服務項目之診所，未經當地衛生機關核准設置門診手術室者，不得實施剖腹產手術。</p>	<p>表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>
	<p>第二十四條 牙醫診所得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察。</p> <p>二、檢查。</p> <p>三、處方藥或處方箋之給與。</p> <p>四、治療材料之給與。</p> <p>五、牙科治療處置。</p> <p>六、牙科門診手術。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>
	<p>第二十五條 中醫診所、中醫醫院門診及醫院中醫門診得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察。</p> <p>二、中藥濃縮製劑之給與。</p> <p>三、治療材料之給與。</p> <p>四、中醫一般治療處置、針灸治療及傷科處置。</p> <p>中醫住院服務項目，由主管機關另定之。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>

	<p>第二十六條 醫院門診得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察。</p> <p>二、檢查（驗）。</p> <p>三、處方藥或處方箋之給與。</p> <p>四、治療材料之給與。</p> <p>五、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科治療處置。</p> <p>六、門診手術。</p> <p>七、產前及產後檢查。</p> <p>八、血液透析。</p> <p>九、輸血。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>
	<p>第二十七條 醫院急診得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察及會診。</p> <p>二、護理及急診處暫留床之提供。</p> <p>三、檢查（驗）。</p> <p>四、處方藥或處方箋之給與。</p> <p>五、治療材料之給與。</p> <p>六、一般治療處置、放射線治療、精神科治療、牙科治療處置。</p> <p>七、手術。</p> <p>八、血液透析。</p> <p>九、輸血。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>
	<p>第二十八條 急性住院得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察及會診。</p> <p>二、護理及病房之提供。</p> <p>三、管灌飲食。</p> <p>四、檢查（驗）。</p> <p>五、處方藥之給與。</p> <p>六、治療材料之給與。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所</p>

	<p>七、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科治療處置。</p> <p>八、手術。</p> <p>九、分娩及新生兒照護。</p> <p>十、血液透析。</p> <p>十一、輸血。</p>	得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。
	<p>第二十九條 慢性住院得提供下列服務項目：</p> <p>一、診察及會診。</p> <p>二、護理及病房之提供。</p> <p>三、管灌飲食。</p> <p>四、檢查（驗）。</p> <p>五、處方藥之給與。</p> <p>六、治療材料之給與。</p> <p>七、一般治療處置、復健治療、精神科治療。</p> <p>八、血液透析。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。</p>
<p>第十八條 保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用其家屬、親友捐贈或捐血機構供應之血液及其製劑。</p> <p>因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血及使用血液製劑，而捐血機構無庫存血液及其製劑供應時，特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用捐血機構之血液及其製劑。</p>	<p>第三十條 保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用其家屬、親友捐贈或捐血機構供應之血液及其製劑。</p> <p>因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血及使用血液製劑，而捐血機構無庫存血液及其製劑供應時，特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用捐血機構之血液及其製劑。</p>	條次變更，內容未修正。
	<p>第三十一條 保險對象裝配義肢，以收載於全民健康保險醫療費用支付標準之義肢品項為原則；其自願裝配之義肢，超出本保險給付之費用部分，由保險對象自行負擔。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、全民健康保險藥物給付項目及支付標準已涵蓋義肢種類、給付範圍、次數、申請程序及給付限制，不另訂於醫療辦</p>

	保險對象義肢裝配之種類、給付範圍、次數、申請程序及給付限制，如附件二。	法。
<p>第十九條 保險對象住院，以保險病房為準；其暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。</p> <p>特約醫院應優先提供保險病房，若限於保險病房使用情形，無法提供保險病房時，應經保險對象同意，始得安排入住非保險病房，並應事先告知其應自付之病房費用差額；其後保險病房有空床時，特約醫院並應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。</p> <p>保險對象不同意自付病房費用差額者，特約醫院應為其辦理轉院或另行排定及通知其入住保險病房。</p>	<p>第三十二條 保險對象住院，以保險病房為準；其暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。</p> <p>特約醫院應優先提供保險病房，若限於保險病房使用情形，無法提供保險病房時，應經保險對象同意，始得安排入住非保險病房，並應事先告知其應自付之病房費用差額；其後保險病房有空床時，特約醫院並應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。</p> <p>保險對象不同意自付病房費用差額者，特約醫院應為其辦理轉院或另行排定及通知其入住保險病房。</p>	條次變更，內容未修正。
<p>第二十條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。</p>	<p>第三十三條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。</p>	條次變更，內容未修正。
	<p>第三十四條 本保險給付之藥品，以記載於全民健康保險藥價基準及保險人依其規定核准新增之品項為限。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、全民健康保險藥物給付項目及支付標準已涵蓋其內容，故不須單獨列明。</p>

<p>第二十一條 本保險處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則；對於符合第十三條第二項慢性病範圍之病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。</p>	<p>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。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、考量原條文有關每次以不超過三日份用量為”原則”之規範，迭造成醫病間之爭議，參據「全民健康保險藥品給付規定」通則第三點規定，酌修文字，以符目前臨床作業實務及避免本保險相關法規規範不一致之情形。</p> <p>三、另考量原條文「慢性病人」之界定，時有引發執行爭議，爰明定係指屬於本保險慢性病範圍之患者為對象。另雖第三十八條慢性病連續處方箋總調劑日數九十二天，乃係考量月份有大小月之分，同時參考台灣社區醫院協會意見，仍維持慢性病人一次得給予三十日以內之用藥量，較為明確。</p>
	<p>第三十六條 居家照護得提供下列服務項目：</p> <p>一、訪視及診察。</p> <p>二、治療材料之給與。</p> <p>三、一般治療處置。</p> <p>四、呼吸、消化與泌尿系統各式導管及造口之護理。</p> <p>五、代採檢體送檢。</p> <p>六、有關病人護理指導及服務事宜。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為</p>

		規範。
	第三十七條 提供居家照護服務所需之交通費，非屬本保險給付範圍。	一、 <u>本條刪除。</u> 二、本保險之給付範圍，本法第四十條已明定為醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，即已予正面表列；第三章「醫療服務」原有關醫院、診所得提供門診、急診及住院服務事項之例示規範，已無需亦不適另為規範。
第二十二條 本保險處方箋有效期間， <u>自處方箋開立之日起算，一般處方箋為三日（遇例假日順延），慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多九十日；處方箋逾期，保險醫事服務機構不得調劑。</u> <u>同一慢性病連續處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依第前條之規定。</u>	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、條次變更。 二、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。 三、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。 四、明定慢性病連續處方箋應分次調劑，修正第二項。
第二十三條 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>十日</u> 內，始得憑原處方箋再次調劑。 前項保險對象如 <u>預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病</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 <u>七日</u> 內，始得憑原處方箋再次調劑。 前項保險對象如 <u>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</u> ，得於領藥時出具	一、條次變更。 二、考量實務上，民眾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，第一項原須俟上次給藥期間屆滿前七日內，始得再次調劑之規範，爰放

<p><u>人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。</u></p>	<p>機票或出海等相關證明文件，先行領取下個月之用藥量。但當次之全部給藥量以二個月為限。</p>	<p>寬為十日，以增加領藥之彈性。</p> <p>三、原條文第二項規範，經據保險對象屢屢反映常因出國工作、求學、返回離島地區或船員出海工作（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，確有影響其用藥權益、中斷用藥或被迫改以自費領藥（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醫事服務機構亦難以認定是否出國超過一個月，放寬本類民眾領藥規範，得以切結方式，一次領取處方箋之總給藥量。</p>
<p>第二十四條 醫師處方之藥物如未註明不可替代，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、<u>同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。</u></p>	<p>第四十條 藥品之處方，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、條次變更。</p> <p>二、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>三、依藥事法第四條規定，</p>

		<p>「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>四、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>五、基於保險對象知權益，對於本類藥物之替代，規範應告知保險對象。</p>
<p>第二十五條 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>註：醫改會建議保留。</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>條次變更，內容未修正。</p>

<p><u>第二十六條</u> 保險對象如有重複就醫或不當利用醫療資源之情形，保險人應予以輔導，<u>進行就醫行為瞭解、提供適當醫療衛教、就醫安排及必要之協助</u>，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。</p> <p><u>前項保險對象未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。</u></p> <p><u>第一項輔導，得以郵寄關懷函、電訪、訪視或運用相關社會資源等方式進行。</u></p>	<p><u>第四十二條</u> 保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，保險人應予輔導，並得依其病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、新增明定保險人對於保險對象就醫輔導之方式。</p> <p>三、第二項情況緊急，指保險對象如有可能危及生命或有本保險重大傷病等傷病，須立即就醫之特殊情況。</p>
<p><u>第二十七條</u> 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。但<u>第五條、第六條、第九條、第二十三條</u>自發布日施行。</p>	<p><u>第四十三條</u> 本辦法自發布日施行。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行，但基於實務需求，第五條、第六條、第九條、第二十三條自發布日施行。</p>

第十三條附表修正草案對照表

修正規定		現行規定		說明
附件：全民健康保險慢性疾病範圍		附件：全民健康保險慢性疾病範圍		
疾病名稱（特定診療項目代號）		疾病名稱（特定診療項目代號）		
一	癌症（12）	一	癌症（12）	增列皮膚性炎症（99）及神經性耳鳴（100）二項。
二	內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙（05） 糖尿病（01） 高血脂症（19） 威爾遜氏症（48） 痛風（07） 天皰瘡（30） 皮肌炎（31） 泌乳素過高症（43） 先天性代謝異常疾病（52） 腎上腺病變引發內分泌障礙（70） 腦下垂體病變引發內分泌障礙（71） 性早熟（72） 副甲狀腺機能低下症（80）性腺低能症（Hypogonadism）（93）	二	內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙（05） 糖尿病（01） 高血脂症（19） 威爾遜氏症（48） 痛風（07） 天皰瘡（30） 皮肌炎（31） 泌乳素過高症（43） 先天性代謝異常疾病（52） 腎上腺病變引發內分泌障礙（70） 腦下垂體病變引發內分泌障礙（71） 性早熟（72） 副甲狀腺機能低下症（80）性腺低能症（Hypogonadism）（93）	
三	精神疾病 精神病（47）	三	精神疾病 精神病（47）	
四	神經系統疾病 腦瘤併發神經功能障礙（73） 巴金森氏症（16） 肌僵直萎縮症（49） 其他中樞神經系統變質及遺傳性	四	神經系統疾病 腦瘤併發神經功能障礙（73） 巴金森氏症（16） 肌僵直萎縮症（49） 其他中樞神經系統變質及遺傳性	

	疾病 (54) 多發性硬化症 (55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓候群 (56) 癲癇 (15) 重症肌無力 (51) 多發性周邊神經病變 (74) 神經叢病變 (75) 三叉神經病 (76) 偏頭痛 (77) 脊髓損傷 (81)) 多發性硬化症 (55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓候群 (56) 癲癇 (15) 重症肌無力 (51) 多發性周邊神經病變 (74) 神經叢病變 (75) 三叉神經病 (76) 偏頭痛 (77) 脊髓損傷 (81)	
五	循環系統疾病 心臟病 (11) 高血壓 (02) 腦血管病變 (14) 動脈粥樣硬化 (57) 動脈栓塞及血栓症 (58) 雷諾氏病 (26) 川崎病併發心臟血管異常者 (78)	五	循環系統疾病 心臟病 (11) 高血壓 (02) 腦血管病變 (14) 動脈粥樣硬化 (57) 動脈栓塞及血栓症 (58) 雷諾氏病 (26) 川崎病併發心臟血管異常者 (78)	
六	呼吸系統疾病 慢性鼻竇炎 (45) 慢性支氣管炎 (10) 肺氣腫 (20) 哮喘 (06) 支氣管擴張症 (22) 慢性阻塞性肺炎 (21) 肺沈著症 (59) 外因所致之肺疾病 (60) 過敏性鼻炎 (82)	六	呼吸系統疾病 慢性鼻竇炎 (45) 慢性支氣管炎 (10) 肺氣腫 (20) 哮喘 (06) 支氣管擴張症 (22) 慢性阻塞性肺炎 (21) 肺沈著症 (59) 外因所致之肺疾病 (60) 過敏性鼻炎 (82)	
七	消化系統疾病 消化性潰瘍 (08)	七	消化系統疾病 消化性潰瘍 (08)	

	肝硬化 (25) 慢性肝炎 (03) 胃腸機能性障礙 (含慢性胰臟炎、各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症) (23) 慢性膽道炎 (18)		
八	泌尿系統疾病 慢性腎臟炎 (04) 腎臟感染 (61)	八	
九	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 關節炎 (09) 多發性肌炎 (50) 骨質疏鬆症 (27) 紅斑性狼瘡 (24) 慢性骨髓炎 (95) (須依 X 光片予以判定，如需用抗生素，需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據)	九	
十	眼及其附屬器官之疾病 青光眼 (33) 乾眼症 (34) 視網膜變性 (35) 黃斑部變性 (36) 葡萄膜炎 (37) 玻璃體出血 (38) 角膜變性 (39)	十	
十一	傳染病 結核病 (17) 甲癩 (29)	十一	
十二	先天畸形 先天性畸形疾病 (62)	十二	

十三	皮膚及皮下組織疾病 乾癬 (28) 全身性濕疹 (32) 烏腳病 (79) 白斑 (83) 脂漏性皮膚炎 (84) 類澱粉沉積症 (限病灶超過體表面積百分之三十以上者) (85) 類天皰瘡 (86) 皰疹性皮膚炎 (87) 家族性良性慢性天皰瘡 (88) 表皮分解性水皰症 (89) 嚴重性魚鱗癬 (含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症) (90) 毛囊角化症 (91) 進行性全身硬皮症 (92) 慢性蕁麻疹 (98) 異位性皮膚炎 (99)	十三	皮膚及皮下組織疾病 乾癬 (28) 全身性濕疹 (32) 烏腳病 (79) 白斑 (83) 脂漏性皮膚炎 (84) 類澱粉沉積症 (限病灶超過體表面積百分之三十以上者) (85) 類天皰瘡 (86) 皰疹性皮膚炎 (87) 家族性良性慢性天皰瘡 (88) 表皮分解性水皰症 (89) 嚴重性魚鱗癬 (含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症) (90) 毛囊角化症 (91) 進行性全身硬皮症 (92) 慢性蕁麻疹 (98)
十四	血液及造血器官疾病 慢性貧血 (40) 紫斑症 (41) 持續性血液凝固障礙 (血友病) (63) 骨髓分化不良症候群 (96) Refractory Anemia RARS CMML RAEB RAEB-t 原發性血小板增生症 (97)	十四	血液及造血器官疾病 慢性貧血 (40) 紫斑症 (41) 持續性血液凝固障礙 (血友病) (63) 骨髓分化不良症候群 (96) Refractory Anemia RARS CMML RAEB RAEB-t 原發性血小板增生症 (97)
十五	耳及乳突之疾病	十五	耳及乳突之疾病

	慢性中耳炎 (46) 內耳前庭病變 (44) 神經性耳鳴(100)		慢性中耳炎 (46) 內耳前庭病變 (44)	
十六	其他 器官移植後藥物追蹤治療 (13) 漢生病 (64) 痔瘡 (65) 攝護腺 (前列腺) 肥大 (66) 子宮內膜異位症 (42) 停經症候群 (67) 尿失禁 (68) 油症 (多氯聯苯中毒) (69) 先天性免疫不全症 (53) 慢性攝護腺炎 (需經攝護腺按摩取 攝護腺分泌液證實者) (94)	十六	其他 器官移植後藥物追蹤治療 (13) 漢生病 (64) 痔瘡 (65) 攝護腺 (前列腺) 肥大 (66) 子宮內膜異位症 (42) 停經症候群 (67) 尿失禁 (68) 油症 (多氯聯苯中毒) (69) 先天性免疫不全症 (53) 慢性攝護腺炎 (需經攝護腺按摩取 攝護腺分泌液證實者) (94)	