

全民健康保險醫療辦法修正總說明

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，其後歷經九次修正，最近一次修正發布日期為一百零二年八月一日。

有鑑於全民健康保險(下稱本保險)資源有限，保險對象允宜配合珍惜使用，並為保障就醫與用藥安全，兼顧實務彈性，強化保險對象就醫相關作業規範，使法規與時俱進，爰修正「全民健康保險醫療辦法」。

本次共計修正二十四條，刪除一條，修正要點如下：

- 一、為避免未滿十四歲兒少無其他足以證明身分之文件，造成醫療院所驗證及家長困擾之情事，增列得以切結方式為身分證明之一；同時配合內政部全面推廣政府服務流程改造「免戶籍謄本」工作圈作業，刪除戶籍謄本之適用。(修正條文第三條)
- 二、保險人依法僅得對有能力繳納但拒不繳納保險費之保險對象暫行停止保險給付，爰無力繳納保險費之保險對象得例外先行就醫之規定已無規範必要。(修正條文第四條)
- 三、明定特約醫院、診所因限於人員、設施、設備或專長能力，得依規定辦理保險對象轉診。(修正條文第六條)
- 四、考量實務上，因精神障礙或其他心智缺陷受監護或輔助宣告者以及失智症病人，由他人代為陳述病情領取方劑之需求，將之增列為得委請他人向醫師陳述病情之特殊情況之一。(修正條文第七條)
- 五、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準中所用診療項目名稱，將「洗腎」修正為「血液透析、腹膜透析」。(修正條文第八條)
- 六、為減少醫院保管健保卡之爭議，刪除保險對象住院時，醫院應留置其健保卡之規定，同時考量少數特殊狀況之住院保險對象仍有外出門診之需要，修正相關規定；另依醫療法第十二條第二項規定，婦產科診所亦得設置病床，將其一併納入不得以同院、所門診方式提供住院保險對象醫療服務之規範。(修正條文第十條)
- 七、為保障保險對象用藥安全，增列慢性病連續處方箋得併列印二維條碼，以及保險對象未攜帶健保卡就醫，以開立一般藥品處方箋

為限；又基於保險同一事故不得重複給付之原則，保險對象因藥品遺失或毀損，再就醫之醫療費用，由保險對象自行負擔。此外，配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」之修正，人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥二年後，其治療費用回歸本保險給付，增列「人類免疫缺乏病毒感染(AB)」疾病為本保險慢性病範圍。(修正條文第十四條)

- 八、放寬本保險居家照護個案得至非原處方之特約醫院或衛生所領取第一級或第二級管制藥品；另為利藥事人員檢視保險對象當次全部給藥情形，以確保用藥安全，明定保險對象應同時併持一般藥品處方箋、慢性病連續處方箋或管制藥品專用處方箋於同一調劑處所調劑。(修正條文第十五條)
- 九、因藥劑之容器或包裝應載明事項已於醫療法、醫師法及藥師法規範，爰不重複規定，並整併於第十七條規範。(修正條文第十七條、刪除條文第二十六條)
- 十、為推動分級醫療、落實轉診就醫模式，明定保險對象就醫時，應遵從醫囑接受轉診服務。(修正條文第十八條)
- 十一、為避免血液輸注之風險與感染，刪除保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用家屬、親友捐贈之血液及其製劑之規定。(修正條文第十九條)
- 十二、配合臨床作業腹膜透析用藥療程，放寬慢性病用藥得一次給予三十一日以下之用藥量。(修正條文第二十二條)
- 十三、明定保險對象持本保險各類處方，應於各類處方期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務。(修正條文第二十三條)
- 十四、為兼顧實務彈性，增列經保險人認定確有一次領取慢性病連續處方箋總用藥量必要之特殊病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量。(修正條文第二十五條)
- 十五、考量部分條文影響實務面作業流程，宜給予配合調整及宣導之緩衝時間，爰另定施行日期。(修正條文第二十八條)

全民健康保險醫療辦法修正條文對照表

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）第四十條第二項規定訂定之。	第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第四十條第二項規定訂定之。	本條未修正。
第二條 全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、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，依本辦法之規定。	第二條 全民健康保險（以下稱本保險）保險對象之就醫程序、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，依本辦法之規定。	本條未修正。
<p>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：</p> <p>一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。</p> <p>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。</p> <p>前項第二款文件，於未滿十四歲之保險對象，得以戶口名簿影本、其他足以證明身分之相關文件或切結文件代之。</p> <p>保險對象至第一項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗第一項之文件外，並應繳交特約醫院、診所交付之門診處方。</p> <p>保險對象有接受居家照護服務必要時，應由保險醫事服務機構診治醫師先行評估，開立居家照護醫囑單，並由各該保險醫事服務機構逕向設有居家護理服務部門之保險醫事服務機構提出申請。</p>	<p>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：</p> <p>一、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。</p> <p>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。</p> <p>前項第二款文件，於未滿十四歲之保險對象，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。</p> <p>保險對象至第一項以外之保險醫事服務機構接受醫療服務，除應繳驗第一項之文件外，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，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。</p>	<p>一、配合內政部全面推廣政府服務流程改造「免戶籍謄本」工作圈作業，爰刪除得以戶籍謄本之影本取代身分證之規定。</p> <p>二、考量實務上未滿十四歲兒少迭因健保卡未張貼照片或照片不易辨識，又因未請領國民身分證或無其他足以證明身分之文件，屢造成特約院所驗證及家長困擾之情事，第二項增列得以切結文件取代身分證之規定。</p> <p>三、第三項之處方酌修為門診處方，以臻明確。</p> <p>四、齊一「保險醫事服務機構」之用語，第四項酌修文字及明文原「保險醫療機構」為「特約醫院、診所」。</p>
第四條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，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	第四條 保險對象就醫，因故未能及時繳驗健保卡或身分證件者，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	依全民健康保險法第三十七條規定，保險人僅得對有能力繳納但拒不繳納保險費之保險對象暫行停止保險給付，無力繳納保險費者不可再予暫

<p>合醫療法施行細則規定之收據。</p> <p>保險對象依前項規定接受醫療服務，於該次就醫之日起十日內（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>合醫療法施行細則規定之收據；保險對象於就醫之日起十日內（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，具有下列情形之一者，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。</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。</u></p>	<p>行停止保險給付，第二項規定已無規範必要，應予刪除。原第一項後段移列為第二項並酌修文字，使之明確。</p>
<p>第五條 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，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。</p>	<p>第五條 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，依本法第五十六條規定，向保險人申請核退自墊醫療費用。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六條 特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，自行選擇於該次就醫之特約醫院、診所或其他符合法令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<u>因限於人員、設施、設備或專長能力</u>，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</p>	<p>第六條 特約醫院、診所應將門診處方交由保險對象，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<u>限於專長或設施不足</u>，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</p>	<p>一、保險對象持特約醫院、診所開立之門診處方，應前往符合法令規定之保險醫事服務機構接受調劑、檢驗、檢查或處置，爰酌修第一項及第二項文字，以臻明確。</p> <p>二、參照醫療法第七十三條第一項規定：「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之</p>

<p>險對象，應開立門診處方，交由保險對象前往其他符合法令規定之保險醫事服務機構，接受醫療服務，或依全民健康保險轉診實施辦法之規定，接受轉診醫療服務。</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>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>病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。…」酌修第二項。</p> <p>三、特約醫院、診所除可交付門診處方供保險對象前往其他符合法令規定之保險醫事服務機構接受服務外，亦得依規定辦理轉診，爰增列第二項末段文字。</p>
<p>第七條 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及第二項應繳驗之文件；其有不符時，應拒絕其以保險對象身分就醫。但須長期用藥之慢性病人，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，始能開給相同方劑：</p> <p>一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。</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，經受託人提供切結文件。</p> <p>三、<u>受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。</u></p> <p>四、<u>經醫師認定之失智症病人。</u></p> <p>五、<u>其他經保險人認定之特殊情形。</u></p>	<p>第七條 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。</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，經受託人提供切結文件。</p> <p>三、其他經保險人認定之特殊情形。</p>	<p>一、因保險對象就醫時，應繳驗之文件係分別規範於第三條第一項及第二項，爰予修正，以符實際。</p> <p>二、考量臨床上有須長期使用外用藥之慢性病人，爰第一項中「服」藥改為「用」藥；另為使語意更明確，酌修同項部分文字，並未變更實質內容。</p> <p>三、依民法第十四條及第十五條之一規定，因精神障礙或其他心智缺陷，「致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者」，或「致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足者」，法院得應聲請為監護或輔助宣告，實務上，該等受宣告者，常有他人代為陳述病情領取方劑之需求，失智症病人亦然，爰增列第三款及第四款規定，原第三款順移為第五款。</p>
<p>第八條 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健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類</p>	<p>第八條 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健保卡時，應於健保卡登錄就醫紀錄及可累計就醫序號之就醫類</p>	<p>依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準中所用診療項目名稱，將第三項第二款之「洗腎」修正為「血液透析、腹膜透析」。</p>

<p>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續治療療程：</p> <p>一、簡單傷口：二日內之換藥。</p> <p>二、自首次治療日起三十日內治療為療程者：<u>血液透析</u>、<u>腹膜透析</u>、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、癌症放射線治療、高壓氧治療、減敏治療、居家照護及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p>三、自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、非化學治療藥物同一針劑之注射、同牙位治療性牙結石清除、同牙位牙體復形(補牙)、同牙位拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、肺復原治療、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>四、自首次治療日起至次月底前，六次以內治療為療程者：九歲以下兒童之西醫復健治療。</p> <p>五、自首次治療日起六十日內治療為療程者：牙醫</p>	<p>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續治療療程：</p> <p>一、簡單傷口：二日內之換藥。</p> <p>二、自首次治療日起三十日內治療為療程者：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、癌症放射線治療、高壓氧治療、減敏治療、居家照護及其他經保險人指定之診療項目。</p> <p>三、自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、非化學治療藥物同一針劑之注射、同牙位治療性牙結石清除、同牙位牙體復形(補牙)、同牙位拔牙治療、術後拆線、尿失禁電刺激治療、骨盆肌肉生理回饋訓練、肺復原治療、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>四、自首次治療日起至次月底前，六次以內治療為療程者：九歲以下兒童之西醫復健治療。</p> <p>五、自首次治療日起六十日內治療為療程者：牙醫同部位之根管治療。</p>	
---	---	--

同部位之根管治療。 同一療程最後治療日 為例假日者，順延之。	同一療程最後治療日 為例假日者，順延之。	
<p>第九條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形之一者，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、檢驗、治療、手術或轉檢服務。</p> <p>四、接受第三條第四項之醫療服務。</p> <p>前項第三款醫療服務之過程中，因病情需要須併行相關處置者，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>第九條 保險醫事服務機構於保險對象有下列情形之一者，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</u>檢驗、<u>排程</u>治療、<u>排程</u>手術或轉檢服務。</p> <p>四、接受第三條第四項之醫療服務。</p> <p>前項排程檢查、排程檢驗、排程治療、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>	為精簡文字，酌修第一項第三款及第二項文字。
<p>第十條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應<u>查驗其健保卡後歸還保險對象</u>。</p> <p>保險對象住院期間，如因不同診療科別疾病，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得依第十三條規定請假外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。</p> <p>保險對象住院期間，入住之特約醫院或婦產科診所不得以同院、所門診方式提供醫療服務。但入住之特約醫院或婦產科診所因限於人員、設備或專長能力，無法提供完整之檢驗(查)時，得以轉(代)檢方式，</p>	<p>第十條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，除精神科日間住院外，應留置其健保卡，於其出院時發還。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，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得將健保卡交還給保險對象，供其外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。</p> <p>保險對象住院期間，入住之特約醫院不得以門診方式提供其醫療服務。但入住之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</p>	<p>一、為減少醫院保管健保卡之爭議，刪除保險對象住院時，醫院應留置其健保卡之規定。</p> <p>二、保險對象住院期間應由入住醫院提供完整之醫療服務，但考量少數特殊狀況病人仍有外出門診之需要，爰配合第一項已刪除留置健保卡之規定，修正相關規定。</p> <p>三、為求簡明，原第一項分列兩項，第二項順移為第三項。</p> <p>四、依醫療法第十二條第二項規定：「婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床」，爰於第三項將婦產科診所一併納入規範，另參照醫療法第七十三條有關轉診之規定酌予修正。</p>

委託其他保險醫事服務機構提供檢驗(查)服務。	服務機構提供檢驗(查)服務。	五、齊一「保險醫事服務機構」之用語,修正第三項。
第十一條 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: 一、可門診診療之傷病。 二、保險對象所患傷病,經適當治療後已無住院必要。	第十一條 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: 一、可門診診療之傷病。 二、保險對象所患傷病,經適當治療後已無住院必要。	本條未修正。
第十二條 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。	第十二條 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。	酌修標點符號。
第十三條 保險對象住院後,不得擅自離院。因特殊事故有離院必要者,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。 未經請假即離院者,視同自動出院。	第十三條 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。 未經請假即離院者,視同自動出院。	為使語意更明確,酌修文字。
第十四條 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,且無下列情形之一者,醫師得開給慢性病連續處方箋,並得併列印可供辨識之二維條碼: <u>一、處方藥品為管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品。</u> <u>二、未攜帶健保卡就醫。</u> 同一慢性病,以開立一張慢性病連續處方箋為限;其慢性病範圍,如附表。 保險對象領藥後,應善盡保管責任,遵從醫囑用藥;因藥品遺失或毀損,再就醫之醫療費用,由保險對象自行負擔。	第十四條 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。 前項慢性病範圍,如附表。 同一慢性病,以開一張慢性病連續處方箋為限。	一、為保障保險對象用藥安全及提升藥事人員調劑之正確性與效率,增列第一項慢性病連續處方箋得併列印二維條碼之規範。 二、為杜絕慢性病連續處方箋之不當使用或遭部分藥物依賴患者之濫用,避免保險對象利用無健保卡就醫,醫師無法即時查閱其就醫領藥紀錄,衍生慢性病連續處方箋後續調劑申報之給付爭議,於第一項列款增列未攜帶健保卡就醫為限制開立慢性病連續處方箋之情形。 三、第二項與第三項整併為一項,酌作文字修正。 四、基於保險同一事故不得

		重複給付之原則，明定保險對象領藥後，藥品遺失或毀損，其再就醫之醫療費用不予給付，增列第三項規範。
<p>第十五條 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、診所或至特約藥局調劑。但<u>保險對象因故無法至原處方醫院、診所調劑，且有下列情形之一者，得至其他特約醫院或衛生所調劑：</u></p> <p>一、<u>持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。</u></p> <p>二、<u>接受本保險居家照護服務，經醫師開立第一級或第二級管制藥品處方箋。</u></p> <p>前項處方箋，以交付一般藥品處方箋、慢性病連續處方箋或管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時併持於同一調劑處所調劑。</p>	<p>第十五條 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<u>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。</u></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、為使語意明確，第一項前段刪除「調劑」、「選擇」等字，並未變更實質內容。</p> <p>二、為提高本保險居家照護個案領藥之可近性，及考量可調劑含第一級、第二級管制藥品處方箋之特約藥局不多，爰增列本類處方箋之調劑，適用第一項之規定，並分款敘明。</p> <p>三、為避免保險對象將醫師當次交付之不同類處方箋，分別至不同處所(院內或不同藥局)領藥，致藥事人員無法檢視保險對象當次全部給藥情形，影響保險對象用藥安全，酌修第二項。</p>
<p>第十六條 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，第五十一條或第五十三條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象。</p>	<p>第十六條 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>依本法規定，本保險不予給付之項目或事項包括第五十一條或第五十三條所列情形，爰予修正。</p>
<p>第十七條 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，並依法規規定開給收據；有交付藥劑時，應依法規規定為藥品之容器或包裝標示，其無法標示者，應開給藥品明細表。</p>	<p>第十七條 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。</p> <p>特約醫院、診所當次診療，未開立藥品處方或處方</p>	<p>為求簡明，將原第二項規定改以正面載明「有交付藥劑時」，應為藥品之容器或包裝標示，第二項即無必要，予以刪除，並配合整併第二十六條有關該等標示規定，敘明應依法規規定，以涵蓋現行醫療法、藥師法及醫師法各該規定。</p>

	為交付調劑者，得免開給藥品明細表。	
<p>第十八條 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、<u>處置、住院或轉診</u>。</p> <p>四、<u>遵從醫囑接受轉診服務</u>。</p> <p>五、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。</p> <p>六、依規定繳交應自行負擔之費用。</p>	<p>第十八條 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>一、依臨床實務，於第三款增列不得任意要求處置及轉診之規定。</p> <p>二、為推動分級醫療、落實轉診就醫模式，增列第四款，規範保險對象就醫時，應遵從醫囑接受轉診服務。</p> <p>三、原第四款、第五款款次順移。</p>
<p>第十九條 保險對象需要輸血及使用血液製劑時，應優先使用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>第十九條 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>參考一百零四年十二月二十三日「衛生福利部國血國用諮議會」會議決議、中華民國血液病學會及台灣血液基金會之建議，為避免血液輸注之風險與感染，刪除優先使用家屬、親友捐贈之血液及其製劑之規定。</p>
<p>第二十條 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，<u>因</u>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</p>	<p>第二十條 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</p>	<p>酌修文字。</p>

應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。 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。	應依保險對象之請求，將其轉入保險病房，不得拒絕。 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。	
第二十一條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不予計入。	第二十一條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不算。	酌修文字。
第二十二條 本保險處方用藥之用量規定如下： 一、處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則。 二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。 三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。	第二十二條 本保險處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則；對於符合第十四條第二項慢性病範圍之病人，得按病情需要，一次給予三十日以內之用藥量。	一、將本保險處方用藥之用量規定，整併於本條規範。現行第二十三條第一項給藥日數至多九十日，與第二項後段每次調劑之用藥量等規定移列為第三款，文字酌作修正。 二、配合臨床作業腹膜透析之用藥療程，放寬透析液一次最多得給予三十一日用量，但因其用藥療程均少於九十日，故總用藥量上限維持不變。
第二十三條 保險醫事服務機構交付處方後，保險對象應於下列期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務，逾期後，保險醫事服務機構不得受理排程或提供醫療服務： 一、排程檢驗、檢查處方：自開立之日起算一百八十日。 二、排程復健治療處方：自開立之日起算三十日。 三、慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日。 四、其他門診處方及藥品處方箋：自開立之日起算三日。 前項期間遇有末日為	第二十三條 本保險處方箋有效期間，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；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。 同一慢性病連續處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依前條規定。	一、為避免保險對象隔一段時日再要求院所執行處方之爭議，爰規範保險對象持本保險各類處方，應於期間內向保險醫事服務機構預約排程或接受醫療服務，並將各類處方之期間分款逐一規範。 二、酌修原第一項後段有關處方箋逾期不得調劑之文字。 三、原第二項前段慢性病連續處方箋應分次調劑之規定，移列第二十四條第一項，至於後段每次調劑之用藥量規定，則移列前條第三款規範。 四、參據行政程序法第四十

<u>例假日者，順延之。</u>		八條規定，於第二項明定期間之末日遇例假日順延。
<p>第二十四條 <u>同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。</u></p> <p>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十日內，始得憑原處方箋再次調劑。</p>	<p>第二十四條 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十日內，始得憑原處方箋再次調劑。</p> <p><u>前項</u>保險對象如預定出國、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人，得於<u>領藥時</u>出具切結文件，一次領取該<u>慢性病連續處方箋</u>之總給藥量。</p>	<p>一、慢性病連續處方箋應分次調劑之規定由第二十三條移列至本條。</p> <p>二、現行條文第二項移列於第二十五條。</p>
<p>第二十五條 <u>保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：</u></p> <p><u>一、預定出國或返回離島地區。</u></p> <p><u>二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。</u></p> <p><u>三、罕見疾病病人。</u></p> <p><u>四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。</u></p>		<p>一、現行條文第二十四條第二項移於本條，分款規範各式特殊情形。</p> <p>二、考量實務上恐有其他特殊情形，亦有相同提前領藥需求，爰於第四款增訂經保險人認定之特殊個案之情形，以兼顧作業彈性，並利周延保障民眾權益。</p>
<p>第二十六條 <u>醫師處方之藥物未註明不可替代者</u>，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同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。</p>	<p>第二十五條 醫師處方之藥物<u>如未註明不可替代</u>，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同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、酌修文字。</p>
	<p>第二十六條 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、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、因藥劑之容器或包裝應載明事項已於醫療法、醫師法及藥師法規範，爰不予重複表列，並併入第十七條規範。</p>
<p>第二十七條 保險對象有重複就醫或不當利用醫療資源之情形者，保險人應予以輔導，<u>瞭解其就醫原因</u>、提供適當醫療衛教、<u>安排就醫</u>及</p>	<p>第二十七條 保險對象<u>如有</u>重複就醫或不當利用醫療資源之情形，保險人應予以輔導，進行就醫行為瞭解、提供適當醫療衛教、就醫安排</p>	<p>為使語意明確，酌修第一項及第三項文字，並未變更實質內容。</p>

<p>給予必要之協助，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>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。</p> <p>第一項輔導，得以郵寄關懷函、電訪、訪視、運用相關社會資源<u>或其他方式</u>進行。</p>	<p>及必要之協助，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>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。</p> <p>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。</p>	
<p>第二十八條 <u>第七條、第十條、第十四條第一項、第三項及第二十三條規定自中華民國一百零七年六月一日施行。</u></p> <p>本辦法除前項已另定施行日期者外，自發布日施行。</p>	<p>第二十八條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。但第六條、第七條、第十條、第二十四條自發布日施行。</p> <p>本辦法修正條文，自發布日施行。</p>	<p>一、考量本辦法部分條文影響實務面作業流程，爰於第一項另定施行日期，以便於特約醫事服務機構得有配合調整及保險人廣為宣導之緩衝時間。</p> <p>二、按法制作業規定，全案修正之末條係以新訂定法規方式辦理，爰予修正。</p>

第十四條附表修正對照表

修正規定		現行規定		說明
附表 全民健康保險慢性病範圍		附表 全民健康保險慢性病範圍		一、配合保險人特定診療項目代號申報欄位之限制，將神經性耳鳴(100)，修正為神經性耳鳴(AA)。 二、配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」一百零四年二月四日修正第十六條規定，人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥二年後，其治療費用不再由中央主管機關全額補助，回歸本保險給付，爰新增「人類免疫缺乏病毒感染(AB)」疾病為本保險慢性病範圍。
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）	
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） 皮炎炎（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） 皮炎炎（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）	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）	
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）	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）		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） 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）	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	泌尿系統疾病 慢性腎臟炎（04） 腎臟感染（61）	
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，如需服用抗生素，需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據）	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，如需服用抗生素，需有 CRP、ESR 檢查作為判定依據）	
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	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）	
十一	傳染病 結核病（17） 甲癬（29）	十一	傳染病 結核病（17） 甲癬（29）	
十二	先天畸形 先天性畸形疾病（62）	十二	先天畸形 先天性畸形疾病（62）	
十三	皮膚及皮下組織疾病 乾癬（28） 全身性濕疹（32）	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)		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 CMMOL 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 CMMOL RAEB RAEB-t 原發性血小板增生症（97）	
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(AA)	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)	
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） 人類免疫缺乏病毒感染(AB)	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）	