

中華民國 101 年 11 月 6 日
行政院衛生署令 衛署健保字第 1012660268 號

修正「全民健康保險醫療辦法」。

附修正「全民健康保險醫療辦法」

署 長 邱文達

全民健康保險醫療辦法修正條文

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 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 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、全民健康保險憑證（以下稱健保卡）。
- 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。

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。

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。

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。

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。

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：

- 一、因傷病須急診就醫或住院醫療。
- 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。

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。

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。

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。

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。

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：

- 一、行動不便，經醫師認定或經受託人提供切結文件。
- 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。
- 三、其他經保險人認定之特殊情形。

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別一次後發還。

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。

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：

- 一、以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、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。
- 二、自首次治療日起至三十日內，六次以內治療為療程者：西醫復健治療、皮症照光治療、簡單傷口換藥、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。
- 三、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。

同一療程最後治療日為例假日者，順延之。

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：

- 一、出院。
- 二、接受同一療程內第二次以後之診療。
- 三、接受排程檢查、排程檢驗、排程治療、排程手術或轉檢服務。

四、接受第三條第四項之醫療服務。

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

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。

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，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗（查）服務。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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：

- 一、遵守本保險一切規定。
- 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。
- 三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。
- 四、住院者，經特約醫院通知無住院必要時，應即出院。
- 五、依規定繳交應自行負擔之費用。

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。

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。

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。

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。

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，出院之日不算。

第二十二條 本保險處方用藥，每次以不超過七日期用量為原則；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，一次給予三十日之內之用量。

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；每次調劑之用量，依前條規定。

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。

前項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。

第二十五條 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、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。

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。

第二十七條 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，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，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。

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。

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。

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。

附表

全民健康保險慢性疾病範圍

疾病名稱（特定診療項目代號）	
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） 皮膚炎（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）
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)
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)
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）
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） 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）

<p>十四</p>	<p>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)</p>
<p>十五</p>	<p>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)</p>
<p>十六</p>	<p>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)</p>