

## 全民健康保險法部分條文修正草案總說明

隨著社會的進步及醫療科技的不斷進展，近年來國人對於醫療照顧之需求及期待日益增高，然而全民健康保險所能支配的保險財務及醫療資源畢竟有其侷限性，需要透過制度的妥善規劃，達到資源的合理配置及效能的向上提昇，以滿足國人的需求及確保健保制度的永續運作。

次按司法院釋字第五二四號解釋指出，全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故對於因保險所生之權利義務應有明確之規範，並有法律保留原則之適用。若法律就保險關係之內容授權以命令為補充規定者，其授權應具體明確，且須為被保險人所能預見。全民健康保險法部分內容經檢討後，認為與上開解釋意旨有未盡相符疑慮，亦有修正之必要。

基於前述考量，經審慎檢討認為有關全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會之組織、業務及功能宜加整併，保險對象之權利義務宜更對等，保險給付規定應再重整、釐明，各種法規命令之授權目的、範圍及內容應更明確，保險醫療資源之浪費應盡力予以節制，爰擬具「全民健康保險法」部分條文修正草案，其修正要點如下：

一、本組織精簡及事權統一原則，並強化民主參與機制，合併全民健康保險監理委員會及醫療

費用協定委員會為全民健康保險監理委員會，掌理全民健康保險監理及醫療給付費用協定業務，又鑑於保險費率之審議與保險財務息息相關，爰納為全民健康保險監理委員會之職權，並配合修正相關條文文字。（修正條文第四條及第四十八條至第五十條）

二、配合司法院釋字第五三三號解釋，增訂保險醫事服務機構得依法提起行政救濟、訂明爭審先行原則，並使爭議事項審議辦法之授權臻於明確。（修正條文第五條）

三、為避免長期移居國外者遇有傷病即取巧回國投保就醫，刪除曾有參加本保險紀錄者，得免四個月合格期之規定，並增訂出國六個月以上辦理停保者，原則上應自返國滿四個月時起始得辦理復保之規定。（修正條文第十條及第十三條之二）

四、配合行政程序法之施行，增列停、復保相關規定及使保險醫事服務機構特約管理辦法之授權臻於明確；為求公平，規定具其他社會保險資格之被保險人，其投保金額之最低標準；為維護本保險權利義務之對等性，刪除保險對象依規定應退保者，不予退還所溢繳保險費之規定；配合多元支付制度之採行，修正醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式；配合實務運作，特別規定保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權時效；訂明保險人所需之人事及行政管理經費來源，以符現狀；調整對保險對象、保險醫事服務機構之不正當行為之罰鍰。（修正條文第十三條之一、第十三條之二、第二十二條、第四十五條、第五十條、第五十五條、第六十八條及第七十二條）

五、因應司法院釋字第五二四號解釋，使保險給付規範明確，並使保險對象對其可得之服務得以預見，爰作下列修正：

(一) 保險對象發生保險事故時，保險醫事服務機構依本保險醫療辦法、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，給與診療，並配合修正其他相關條文文字；另修正醫療辦法及預防保健服務實施辦法之授權目的、範圍及內容，使符合法律授權明確性之要求。(修正條文第三十一條及第五十條)

(二) 鑑於本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準係作為具體給付項目之認定依據，規定由有關機關、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表及保險人共同擬訂，報請主管機關核定；另藥物提供者代表得參與共同擬訂藥物給付項目及支付標準，以藉民主多元之參與，使本保險給付範圍合理、適當；共同擬訂者之名額、產生方式、任期及共同擬訂程序，授權主管機關另以辦法定之，以杜爭議。(修正條文第三十一條之一)

(三) 鑑於健保醫療資源有限，為確保保險財務平衡，並使保險給付規範明確，本保險門診、住院診療、居家照護服務及預防保健服務，以本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所列者為限，並規定其增減時應考量之條件。另為使健保醫療資源發揮最大效益，明文規定事前審查制度。(修正條文第三十一條之二)

(四)鑑於醫療技術日新月異，保險給付無法列舉窮盡，本法除規定以本保險醫療服務給付項目及支付標準與藥物給付項目及支付標準作為正面表列之依據外，為避免仍有不明確之處，兼採負面表列方式明定不給付項目及其原則，以使保險對象得予預見，並將本法其他條文中屬不給付範圍之項目合併規範。(修正條文第三十九條)

六、基於法律一致性、公平正義原則及減輕全民負擔之理念，保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，除得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付外，汽車交通事故特別補償基金亦應承擔最終責任，爰增列該特別補償基金為本保險之保險人代位請求醫療給付之對象。(修正條文第八十二條)

七、為使全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會之合併，及目前實務上已存在適用之給付項目整理納入本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中，得有制度銜接之時間，另本保險保險人得向汽車交通事故特別補償基金代位請求醫療給付亦需相關配套措施配合，並考量出國停保後復保規定之改變對保險對象有實質影響，需要宣導緩衝期，爰授權行政院以命令定其施行日期。另基於信賴保護原則，對於本法修正前已因出國而停保，於本法修正後首次返國者，給予復保始點之選擇權。(修正條文第八十七條之六及第八十七條之七)

# 全民健康保險法部分條文修正草案條文對照表

修 正 條 文	現 行 條 文	說 明
<p>第四條 為監理本保險業務，應設全民健康保險監理委員會，掌理下列事項：</p> <p>一、保險業務之監理。</p> <p>二、保險費率之擬議。</p> <p>三、保險醫療費用之協定及分配。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢等事宜。</p> <p>五、其他本法所定之掌理事項。</p> <p>前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。</p> <p>委員會為第一項之決定影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案。</p>	<p>第四條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。</p> <p>前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>一、修正條文第三十九條第十五款相關不給付項目之議定，為全民健康保險監理委員會有關保險業務監理之範疇，先予敘明。</p> <p>二、依本法第二十條第二項規定，保險費率雖係由主管機關組成精算小組審查，惟是否調整費率乃與保險財務能否平衡有關。換言之，保險費之收入應與醫療給付費用之支出併同考量，究竟應支付多少費用獲取何種醫療給付，宜有多元參與及民主決策機制，爰將保險費率之擬議納入全民健康保險監理委員會之掌理事項。</p> <p>三、查現行全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會之功能及業務有相當程度重疊，實務運作上亦不易釐清其權責，宜本組織精簡及權責統一精神予以合併，爰配合全民健康保險醫療費用協定委員會之裁併，將其保險醫療費用之協定及分配</p>

業務納入全民健康保險監理委員會之掌理事項。未來全民健康保險監理委員會將協定年度醫療給付費用及給付範圍增減之大方向，再依此原則進行費用分配，修正條文第三十一條之一所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，亦應在此協定分配之結果下擬訂，以求給付範圍與保險財務之連動。

#### 四

、考量保險醫事服務提供者之概念及範圍較保險醫事服務機構為廣，為使全民健康保險監理委員會之組成更能容納多元意見，爰參考現行條文第四十八條有關全民健康保險醫療費用協定委員會組成規定，將第二項之一「保險醫事服務機構」修正為「保險醫事服務提供者」；又本項後段係規定主管機關擬訂全民健康保險監理委員會組織規程，應報請行政院核定後始得發布施行，惟現行文字易生該組織規程係由行政院發布之誤會，爰併酌作文字修正。

#### 五

、另為落實財務責任制度，全民健

<p>第五條 主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會，掌理本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議之審議事項，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。</p>	<p>第五條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。</p>	<p>康保險監理委員會對於行使職權之決定致影響保險財務時，應同時提出財務平衡方案，爰增列第三項如上。</p>
<p>前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人所為之核定案件發生爭議時，應先依前項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。</p>	<p>前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。</p>	<p>一、將現行第二項有關全民健康保險爭議審議委員會之組成及組織規程訂定程序規定移列為第一項後段；另酌作文字修正，以免產生該委員會係任務編組性質及其組織規程係由行政院發布之誤會。</p> <p>二、為符合法律授權明確性原則之要求，爰於第二項就授權主管機關於爭議事項審議辦法訂定之範圍及內容予以明確規定。</p> <p>三、爭議審議制度之目的在於透過專業審議程序，消滅、弭平相關紛爭，為落實此一制度精神，於第三項規定爭議審議程序先行原則。又依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之一全民健康保險特約醫事服務機構合約一具有行政契約之性質，締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件，應循行政訴訟途徑尋求救濟，</p>

<p>第十條 具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：</p> <p>一、參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。</p> <p>二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。</p> <p>三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒。不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，亦得參加本保險為保險對象。但符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人資格者，</p>	<p>第十條 具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：</p> <p>一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。</p> <p>二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。</p> <p>三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月</p>	<p>爰增列保險醫事服務機構亦得提請行政救濟。再者，並非所有爭議案件涉及之行政訴訟皆須先經訴願程序外，例如提起給付訴訟時即無此必要，爰併將得依法提起訴願「及」行政訴訟，修正為「或」，俾符現況。</p>
<p>第十條 具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：</p> <p>一、參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。</p> <p>二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。</p> <p>三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒。不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月</p>	<p>第十條 具有中華民國國籍，符合下列各款規定資格之一者，得參加本保險為保險對象：</p> <p>一、曾有參加本保險紀錄或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。</p> <p>二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人。</p> <p>三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。不符前項資格規定，而在臺灣地區領有居留證明文件，並符合第八條所定被保險人資格或前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月</p>	<p>一、現行第一項第一款有關曾有參加本保險紀錄者得立即參加本保險為保險對象之立法意旨，原係為避免保險對象短期出境後即因戶籍遷出致喪失加保資格，而再次入境後須受設籍滿四個月之限制。惟戶籍法相關法令修正後，已將出境應為遷出登記之期間自六個月放寬為二年，上開考量情形已不存在。為免長期移居國外者遇有傷病即立即回國投保，致對其他保險對象造成不公平現象，爰刪除之。</p> <p>二、具有中華民國國籍，在臺出生之新生嬰兒，如未有本法第九條所定被保險人眷屬資格，即無法自出生之日起加保。為保障孤兒、棄嬰或尊親屬尚未取得加保資格</p>



<p>不受四個月之限制。</p>	<p>時起，亦得參加本保險為保險對象。但符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。</p>	<p>之新生嬰兒之權益，爰將本條第一項第三款之一，並符合前條所定被保險人眷屬資格一等字刪除，使具有中華民國國籍在臺出生之新生嬰兒，即令無尊親屬可依附加保，例如父母尚在四個月等待期間等情形，仍可在戶籍地之公所，以第六類第二目被保險人身分先行加保。</p> <p>三、第二項未修正。</p>
<p>第十三條之一 保險對象有下列情形之一者，得辦理停保，暫停繳納保險費：</p> <p>一、失蹤，且未符合第十一條第二款規定者。</p> <p>二、預定一次出國六個月以上。</p> <p>三、因案羈押二個月以上。</p> <p>前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申請表件交寄保險人當月起停保；前項第三款情形，自羈押當月起停保。</p> <p>被保險人依第一項各款規定辦理停保時，其眷屬應改按其他適當</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、鑑於保險對象於符合本法第十一條第一款及第二款退保規定前，其權利義務係處於不明之狀況，爰配合行政程序法之施行，將本法施行細則第三十六條、第三十七條及行政院衛生署八十八年十二月二日衛署健保字第八八七三三號函釋有關停保規定修正移列。其中第二款係賦予預定長期出國而欲保留戶籍之民眾選擇停保之權利。惟為免保險對象濫用，造成規避保費繳納義務之結果，爰規定預定「一次」連續在國外六個月以上，始符合停保</p>

<p>身分投保。但依第二款規定停保者，其眷屬得經原投保單位同意，於該投保單位繼續參加本保險。</p>		<p>資格。 三、依第一項各款規定辦理停保者，其停保之時點各有不同，亦宜明確規定，以杜爭議，爰為第二項規定。 四、被保險人辦理停保時，原依附投保之眷屬如何繼續加保，應有明確規定，爰為第三項規定如上。</p>
<p>第十三條之二 保險對象於停保原因消失後，應依下列規定辦理： 一、失蹤者於六個月內尋獲時，應註銷停保，並補繳保險費。 二、出國未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費；出國六個月以上返國者，自返國滿四個月時起辦理復保，但符合第八條第一項第一款第一目至第三目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。 三、因案羈押者經停止或撤銷羈押時，應自停止或撤銷羈押時辦理復保；經判刑確定而符合第十一條第一款情形者，應溯自停保原因發生時辦理退保。</p>		<p>一、本條新增。 二、配合行政程序法之施行，將本法施行細則第三十八條及行政院衛生署八十八年十二月二日衛署健保字第八八 七三 三三號函有關復保、退保規定修正移列。 三、又由健保局統計資料發現，出國民眾辦理停保後短期回國復保者之醫療利用較一般民眾為高，為避免保險對象長期停保，規避繳交保險費之義務，卻短期復保使用健保醫療資源之不公平現象，爰於第二款規定其須自返國滿四個月起始得辦理復保。另考量有固定雇主之受僱者其投保資格並無四個月合格期之限制（本法第十條），例外規定其不受四個月</p>

<p>第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：</p> <p>一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。</p> <p>二、雇主及自營作業業者：以其營利所得為投保金額。</p> <p>三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。</p>	<p>第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：</p> <p>一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。</p> <p>二、雇主及自營作業業者：以其營利所得為投保金額。</p> <p>三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。</p>	<p>合格期之限制。</p> <p>一、第一項及第二項未修正。</p> <p>二、為防止參加其他社會保險被保險人之投保單位取巧低報投保金額，爰增訂第三項如上。</p>
<p>第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，保險醫事服務機構應依本保險醫療辦法、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，給予診療；並得交付處方予保險對象，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢</p>	<p>第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。</p> <p>前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>一、為使保險給付符合法律保留原則並為保險對象所得預見，本保險除另於修正條文第三十九條規定不給付項目外，所有醫療給付項目皆將於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中規定，至於保險對象發生保</p>

<p>查或處置。</p> <p>為增進保險對象之健康，本保險提供預防保健服務；其實施對象、給付時程與項目、作業程序及其他必要事項之辦法，由主管機關定之。</p> <p>第一項醫療辦法，由主管機關定之；其內容包括下列事項：</p> <p>一、保險對象就醫程序。</p> <p>二、保險醫療服務提供方式。</p> <p>三、其他有關保險對象就醫輔導及醫療服務必要事項。</p>	<p>第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。</p>	<p>險事故時之醫療，則由醫療辦法加以規範，爰酌修第一項前段如上。再者，現行醫療費用支付標準所列特材部分，性質上為藥事法第四條所稱醫療器材，與藥品同屬藥物概念範圍，未來將改列於藥物給付項目及支付標準中規定，併此敘明。</p> <p>二、次按現行第一項後段有關交付處方箋調劑規定僅規範醫藥分業，無法涵蓋醫事檢驗等其他專業分工，且相關醫事法律除藥事法外，其餘如醫事檢驗師法、物理治療師法等多未就交付處方有所規定，為配合醫療之專業分工及醫事檢驗機構、物理治療所等醫事服務機構之特約，爰酌修第一項後段如上。</p> <p>三、除醫療服務外，本保險另依現行條文第三十二條第一項規定提供預防保健服務，鑒於其性質乃屬保險給付之一，爰將該條項有關主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法之相關規定修正移列為第二項，俾配合第一項共同</p>
--	----------------------------------	---

	<p>第三十一條之一 本保險醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與有關機關、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報請主管機關核定之。</p> <p>本保險藥物給付項目及支付標準，由保險人與有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者及藥物提供者等代表共同擬訂，報請主管機關核定之。</p> <p>前二項代表名額、產生方式、任期及共同擬訂程序之辦法，由主管機關定之。</p>
<p>四、現行第二項有關醫療辦法之授權規定遞移為第三項，並就其授權範圍及應有內容予以規定，使符合法律授權明確性之要求。至現行第三項有關藥品交付規定，鑒於藥事法既已有明文，本法第一條亦明定其他有關法律之補充適用，並無存在必要，爰予刪除。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、現行條文第五十一條第一項雖就醫療費用支付標準及藥價基準之擬訂有所規定，惟一則前條第一項已就此二法規命令之名稱及授權範圍有所修正，再者，此二法規命令未來係作為具體給付項目之認定依據，與保險付費者權利義務息息相關，宜擴大參與機制，並以民主正當程序彌補具體保險給付項目難於法律盡列之不足，爰為第一項及第二項規定。其中有關藥物給付項目及支付標準之擬訂，另再納入藥物提供者代表參與，以廣納各利害關係人之</p>

	<p>第三十一條之二 本保險門診、住院診療、居家照護服務及預防保健服務，以本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所列者為限，其增減應考量下列情事：</p> <p>一、人體健康。</p> <p>二、醫療倫理。</p> <p>三、醫療成本效益。</p> <p>四、本保險財務。</p> <p>前項醫療服務及藥物屬高危險、昂貴、容易浮濫或不當使用者，除情況緊急得事後補報者外，應經保險人事前審查同意；其情況緊急之認定、審查項目、方式及基準，於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中規</p>
<p>三 多方意見。</p> <p>為符合法律保留原則，並避免實務上各方代表產生方式遭受質疑，爰於第三項規定其名額、產生方式、任期及共同擬訂程序，由主管機關定之。</p> <p>四 配合本條之訂定，現行條文第五十一條將予刪除，併此敘明。</p>	<p>一 本條新增。</p> <p>二 第一項規定本保險門診、住院診療、居家照護服務及預防保健服務，以本保險醫療服務給付項目及支付標準與藥物給付項目及支付標準所列者為限。至其增減，並應考量一定之條件，其中第四款所謂保險財務，包括全民健康保險監理委員會協定之年度醫療給付費用總額。</p> <p>三 為兼顧保險對象之就醫權益及保險醫療資源效益之極大化，爰於第二項參酌司法院釋字第五二四號解釋意旨及現行實務作業，於不妨礙保險對象適時就醫之前提下，就屬高危險、昂貴、容易浮濫或不當使用之醫療服務及藥物</p>

<p>定之。</p>		<p>，授權保險人得予事前審查；至於審查之項目、方式及基準，亦應明確規定，另行授權於相關法規命令中定之。</p>
<p>第三十二條 為促進原住民族地區及山地離島地區之醫療服務，保險人應配合主管機關推動原住民族地區及山地離島地區醫療服務促進方案。</p> <p>前項原住民族地區及山地離島地區之範圍，由主管機關會同相關主管機關定之。</p>	<p>第三十二條 本保險為維護保險對象之健康及促進原住民族地區暨山地離島地區之醫療服務，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及原住民族地區暨山地離島地區醫療服務促進方案。</p> <p>前項原住民族地區暨山地離島地區之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>一、有關提供保險對象預防保健服務等事宜，已另於修正條文第三十一條第二項規定，爰刪除第一項相關規定。又有關原住民族地區及山地離島地區醫療服務之促進，應加強保險人之參與，以利立法目的之達成，爰併修正如上。</p> <p>二、原住民事務之主管機關為行政院原住民族委員會，爰修正第二項如上。</p>
<p>第三十九條 下列項目之費用，不在本保險給付範圍：</p> <p>一、政府依法令規定應提供之預防接種、疾病篩檢、強制治療、強制鑑定及其他醫療服務等項目。</p> <p>二、藥癮、酒癮及菸癮等成癮物質之戒斷治療。</p> <p>三、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。</p>	<p>第三十九條 下列項目之費用不在本保險給付範圍：</p> <p>一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。</p> <p>二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。</p> <p>三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。</p> <p>四、成藥、醫師指示用藥。</p>	<p>一、目前依傳染病防治法、精神衛生法及優生保健法等相關法律規定所為之疾病篩檢、強制治療及強制鑑定等，其費用係由政府負擔，為使之明確，爰就第一款予以修正定明；另考量現行第二款有關預防接種等項目之費用亦由政府負擔，性質上有其共通性，爰將之併入第一款規範。</p> <p>二、鑑於成癮行為係保險對象自身造成，其戒治不應由社會全體分擔</p>

<p>四、成藥、醫師指示用藥。</p> <p>五、指定醫師、特別護理人員。</p> <p>六、人體器官或細胞組織物。但其處理與檢驗費用及因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。</p> <p>七、人體試驗。</p> <p>八、日間住院。但精神病照護，不在此限。</p> <p>九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。</p> <p>十、交通、掛號、證明文件。</p> <p>十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之輔助裝具。</p> <p>十二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者之住院費用。</p> <p>十三、經保險人依第三十一條之第二項規定審查不予同意者。</p> <p>十四、未列屬本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準者。</p> <p>十五、其他非醫療必需、療效尚未確定之項目，經保險人報請</p>	<p>五、指定醫師、特別護士及護理師。</p> <p>六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。</p> <p>七、人體試驗。</p> <p>八、日間住院。但精神病照護，不在此限。</p> <p>九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。</p> <p>十、病人交通、掛號、證明文件。</p> <p>十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。</p> <p>十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</p>	<p>，行政院衛生署八十四年十月六日衛署健保字第八四〇五四二九號公告，即本斯旨公告酒癮及菸癮等成癮物質之戒斷治療不屬本保險給付範圍，惟為使臻明確並符合法律保留原則，爰增列第三款予以明定；另考量現行第三款所定之藥癮治療，性質上乃屬同一，爰併移列納入。</p> <p>三、第五款所定護士及護理師，即護理人員法所稱護理人員，爰酌修文字如上。</p> <p>四、基於公序良俗及社會倫常，人體器官及組織之提供應為無償，人體器官移植條例第十二條定有明文，至其因治療目的所需之處理及檢驗費用，本保險則仍應給付，爰修正第六款如上。</p> <p>五、除病人外，本保險亦不給付其他任何人交通費、掛號及證明文件費用，爰刪除第十款一病人一文字，以免衍生誤會。</p> <p>六、為使規範明確，酌修第十一款文字如上。</p> <p>七、現行條文第四十一條第二款有關</p>
---	--	--



<p>全民健康保險監理委員會議定後，由主管機關核定公告者。</p>		<p>第四十一條(刪除)</p>
<p>住院診療經診斷並通知出院而不出院及第三款有關經保險人事前審查非屬醫療必需者不予保險給付之規定，既屬不給付規定，爰修正移列為十一款及第十三款。鑑於醫療技術日新月異，保險給付無法列舉窮盡，除於第三十一條之二採正面表列外，為避免仍有不明確之處，故於本條採負面表列之方式明定排除，為使正面表列與負面表列範圍一致，爰參照勞工保險條例第四十四條規定，增列第十四款如上。</p> <p>九、為符合司法院釋字第五二四號解釋意旨，使不給付之範圍明確，爰酌修現行第十二款有關公告不給付項目規定，增列公告範圍之限制及程序要求，以使保險對象得予預見，移列為第十五款。</p> <p>十、第四款及第七款至第九款未修正。</p>	<p>第四十一條 保險對象有下列情形之一者，不予保險給付： 一、依其他社會保險法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院。</p> <p>一、本條刪除。 二、保險對象雖已領取殘廢給付，惟同一傷病如有繼續治療需求，第一款規定似欠合理；至第二款及</p>	

	<p>診療者。</p> <p>二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。</p> <p>三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。</p> <p>四、違反本法有關規定者。</p>	<p>第三款業經移列修正為修正條文第三十九條第十二款及第十三款；再者，第四款過於寬泛，亦不具實質規範意義，爰刪除本條。</p>
<p>第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付，並退還保險對象所溢繳之保險費；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用。</p>	<p>第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費，不予退還。</p>	<p>自退保之日起，保險人既不給予保險給付，被保險人所溢繳保險費應予退還始為合理、公平，爰修正如上。</p>
<p>第四十八條 (刪除)</p>	<p>第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之：</p> <p>一、醫事服務提供者代表。</p> <p>二、保險付費者代表及專家學者。</p> <p>三、相關主管機關代表。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、現行監理委員會及醫療費用協定委員會業本精簡原則於修正條文第四條規定予以合併，僅設全民健康保險監理委員會，本條爰予刪除。</p>
<p>第四十九條 全民健康保險監理委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給</p>	<p>第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費</p>	<p>一、配合監理委員會與醫療費用協定委員會之合併及修正條文第四條有關監理委員會之職掌，修正第一項如上。</p>

<p>付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。如無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。</p> <p>第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。</p> <p>第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>二、特約醫事服務機構因其性質及經營型態各不相同，對於藥品及計價藥材之採購常因採購合約付款條件等不同而造成成本不同，部分進口藥品及計價藥材，亦常有國外報價異動和匯率變動及庫存等問題，欲依成本給付，執行有所困難，實務上保險人係依第五十條第一項規定支付，並透過藥價調查，逐次降低藥價支付額度，期使支付之藥價趨近成本，爰刪除第三項末句。</p> <p>三、第二項及第四項未修正。</p>
<p>第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥物費用。</p> <p>醫療服務給付項目及支付標準，得以論病例、論人或論日為訂定之基準，並以相對點數反映各項醫療服務之成本。</p> <p>第一項費用請求權，自保險醫</p>	<p>第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人審查後</p>	<p>一、配合修正條文第三十一條、第三十一條之一及第三十一條之二規定，修正第一項文字如上；至現行第三項則另配合相關規定之增訂，修正移列為第五項。</p> <p>二、配合多元支付制度之採行，增列第二項有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式；另將現行條文第五十一條第二項修正移列本項併同規範。</p>

第五十一條(刪除)	<p>事服務機構提供醫療服務之次月一日起算，因二年間不行使而消滅。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥物給付項目及支付標準。</p> <p>前項扣除比例，由全民健康保險監理委員會定之；未能於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p>
第五十一條	<p>，核付各保險醫事服務機構；其支付之費用，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。</p> <p>前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p>
一、本條刪除。	<p>三、依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之合約具有行政契約性質，締約雙方如對契約內容發生爭議，屬於公法上爭訟事件。因此，保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權，應屬公法上之請求權，依行政程序法第一百三十一條規定，除法律有特別規定外，因五年間不行使而消滅。準此，如本法未有特別規定，醫療費用請求權即為五年。惟本保險實施以來，於實務及合約運作上，保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權時效約定為二年，尚無窒礙難行之處，爰增訂第三項以為特別規定。</p> <p>四、現行第二項遞移為第四項，內容未修正。</p> <p>五、現行第四項遞移為第六項，並配合監理委員會與醫療費用協定委員會之合併及修正條文第四條有關監理委員會之職掌，酌作修正。</p>

<p>價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。</p> <p>前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。</p>	<p>二、本條第一項有關法規命令授權訂定，已另於修正條文第三十一條之一規範；至於第二項規定，亦已移併前條第二項規範，本條爰予刪除。</p>	<p>第五十五條 保險醫事服務機構如下：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、特約醫事檢驗所及醫事放射所。</p> <p>四、特約物理治療所。</p> <p>五、特約護理機構及助產所。</p> <p>六、特約精神復健機構。</p> <p>七、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之；其內容包括下列事項：</p> <p>一、保險醫事服務機構申請特約之資格、申請作業程序及不予特約之情形。</p>	<p>第五十五條 保險醫事服務機構如下：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、特約醫事檢驗機構。</p> <p>四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、查醫事放射所、物理治療所、護理機構、助產所及精神復健機構均為現行健保特約醫事服務機構，爰修正第一項第三款並增列第四款至第六款如上；至原第四款則配合移列為第七款。</p> <p>二、為配合行政程序法之施行，使保險醫事服務機構特約及管理辦法之授權範圍及內容臻於明確，爰酌修第二項如上。</p>
---	---	--	--	---

<p>二、保險醫事服務機構違約之處理。</p> <p>三、其他有關保險醫事服務機構管理之必要事項。</p>		
<p>第六十八條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，由主管機關編列預算撥付保險人。</p> <p>保險人為辦理本保險所需之設備費用及周轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>第六十八條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，編列預算辦理。</p> <p>保險人為辦理本保險所需之設備費用及周轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>一、本條規範目的旨在由政府編列公務預算用供保險人辦理本保險所需人事及行政管理經費，而非以保險費為財源，主管機關歷來亦均按保險人需求，編列預算撥付。惟外界偶有質疑、誤會，對於財務來源亦常有不同意見，經參據全民健康保險監理委員會意見，仍宜由政府編列預算辦理。為使更臻明確，避免不必要爭議，爰酌修第一項文字如上。</p> <p>二、第二項未修正。</p>
<p>第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，依其情節按領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用處以二倍至十倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。</p>	<p>第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。</p>	<p>一、近年來保險對象因求學、經商等原因於國外就醫後返國申請核退之現象逐年增加，惟各國醫療院所品質良莠不齊，為免保險對象與不肖之醫療院所掛勾，以不正當行為或虛偽之證明申請核退醫療費用，爰於第一項增列不當或虛偽申請核退醫療費用之處罰，以達嚇阻作用。再者，保險醫事</p>

<p>保險醫事服務機構申報醫療費用有前項規定情形者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法情節。</p>		<p>服務機構不當或虛偽申報及領取醫療費用，如以領取之醫療費用為罰鍰計算基礎，常因保險人核付作業所需而有時差，容易產生漏洞，宜予防堵。又處以二倍罰鍰，嚇阻作用較低，爰將處罰額度修正為二倍至十倍。</p> <p>二、為保障保險對象知的權利，並嚇阻保險醫事服務機構詐領醫療費用，爰增列第二項如上。</p>
<p>第八十二條 保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人或汽車交通事故特別補償基金代位請求該項給付。</p>	<p>第八十二條 保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。</p>	<p>一、查強制汽車責任保險法第三十八條規定，請求權人因事故汽車無法查究等情事，未能依法向其保險人請求給付者，得於該法規定之範圍內，向汽車交通事故特別補償基金請求補償。鑑於本條原即規定本保險之保險人得向前述保險人代位請求醫療給付，且基於法律一致性、公平正義原則及減輕全民負擔之理念，財政部乃於九十二年十二月十二日為修正強制汽車責任保險法召開之公聽會作成決議，並於九十二年十二月三十一日報行政院之強制汽車責任保險法修正草案修正條文第三十八條說明欄，建議前述情形</p>

	<p>第八十七條之六 第四條、第十三條之一、第十三條之二、第三十一條至第三十二條、第四十九條、第五十條與第八十二條之規定及第四十八條、第五十一條之刪除，其施行日期，由行政院以命令定之。</p>
<p>全民健保支付醫療費用部分，宜由該補償基金承擔。</p> <p>二、爰增列前述補償基金為本保險之保險人代位求償之對象，配合修正本條文字如上。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、修正條文第四條、第四十八條至第五十條之施行，事涉全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會之整併，尚待相關條件配合；而修正條文第三十一條至第三十二條、第五十條、第五十一條需將目前實務上已存在適用之給付項目整理納入本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中，應有制度銜接之時間；修正條文第八十二條涉及一強制汽車責任保險法「修正草案之審議及相關配套措施之配合」；另修正條文第十三條之一及第十三條之二，因事涉出國六個月以上辦理停保之保險對象，未來返國滿四個月後始得辦理復保，對保險對象有相當之影響，需要若干宣導作業時間以為緩</p>



<p></p>	<p>第八十七條之七 於本法 年 月 日修正之第十三條之二施行前出國，且已辦理停保者，於該條施行後首次返國者，得自返國之日或返國滿四個月時起辦理復保。</p>
<p></p>	<p></p>
<p>衝。基於此等考量，爰將上開修正條文之施行日期，另行授權行政院以命令定之。</p>	<p>一、本條新增。 二、保險對象因出國而選擇辦理停保者，依現行規定本可自返國之日起辦理復保，惟如本次修法增訂第十三條之一經行政院指定日期施行後，原則上須俟返國滿四個月後始得復保，對於該條文施行前即已出國並辦理停保者，其權益可能受到不利影響，蓋如其事前得以知悉此一情形，即有不選擇停保之可能；又因出國辦理停保者，於停保期間停留國外，實務上對是類人員無法有效宣導新修正之規定，基於信賴保護原則，爰增列本條規定，以保障是類人員之權益。</p>