檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

地址：(臺北業務組)臺北市中正區許昌街17號8樓
傳真：(02)23312144
承辦人及電話：謝京辰(02)23486704
電子信箱：B110970@nhi.gov.tw

受文者：臺北市藥師公會

發文日期：中華民國107年7月9日
發文字號：健保北字第1071503865號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(1071503865-1.pdf)

主旨：檢送「全民健康保險醫療辦法執行疑義之說明」(附件1)乙份，請貴會轉知會員參考，請查照。

說明：

一、為保障民眾就醫、提升用藥安全與推動分級醫療，衛生福利部於107年4月27日發布衛部保字第1071260203號令，公告修正「全民健康保險醫療辦法」，本組業於107年5月7日以大量電子郵件周知轄區院所。

二、請貴會協助轉知會員於提供健保醫療服務時，須依「全民健康保險醫療辦法」規定辦理，併請向保險對象宣導遵守相關就醫及用藥規定。

正本：本署臺北業務組轄區各縣市西、中、牙、藥師公會
副本：電子公文交換章 2018-07-09 11:41:19

全民健康保險醫療辦法執行疑義之說明

1070601

條文	執行疑義	說明
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，得以戶口名簿影本、其他足以證明身分之相關文件或切結文件代之。 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、診所交付之門診處方。 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。	於未滿十四歲之保險對象至特約醫院、診所就醫，應繳驗之證明身分文件，增列得以切結文件代之（臺北、中區）。 一、陪同就醫者如為外籍看護可以簽切結文件嗎? 二、複診是否每次均須填寫切結書?	一、本條第 2 項之切結文件： (一)由陪同就醫者簽名即可，並未限制外籍看護不可簽切結文件。 (二)保險對象至特約醫療院所就醫，應繳驗足以證明身分之相關文件，其中未滿十四歲之保險對象就醫，包含切結文件，故每次就診，均須簽切結書。
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	一、本條新增第 3 款、第 4 款，其費用申報之「特定治療項目代號」為何?（臺北、南區）	一、本條有關委由他人代為陳述病情領取方劑新增第 3 款、第 4 款規定，已於「特約醫事服務機構門診醫療醫療費用申報格式及填

條文	執行疑義	說明
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： 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、受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。 四、經醫師認定之失智症病人。 五、其他經保險人認定之特殊情形。	二、本條第 4 款<u>經醫師認定之失智症病人。</u>醫師是為當次看診醫師，還是確定為失智症病人醫師？是否需要診斷證明文件、失智症之證明？因有可能該科別醫師非診斷失智症之醫師，要如何經醫師認定？（臺北、北區） 三、本條第 5 款，其他經保險人認定之特殊情形，何種情況下可使用該方式？（臺北）	表說明」新增特定治療項目之代號如下： (一)JL:中醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。 (二)JM:中醫-經醫師認定之失智症病人。 (三)HG:西醫-受監護或輔助宣告，經受託人提供法院裁定文件影本。 (四)HH:西醫-經醫師認定之失智症病人。 二、本條第 4 款經醫師認定之失智症病人，係指該病人前已經醫師診斷為失智症，並提供當次看診醫師相關診斷證明文件，始得委請他人向醫師陳述病情，再開給相同方劑。 三、本條第 5 款：「其他經保險人認定之特殊情形。」之作業方式： (一)應以非第 1 至 4 款所列特殊情形，其他經專業認定為長期用藥之慢性病人、確需委託他人向醫師陳述病情、開立處方之特殊個案為限。

條文	執行疑義	說明
		(二)得由病人（或其家屬）或診治院所協助，檢送病人無法親自就醫之原因、困難事實等說明（建議加附如診斷證明書、病歷摘要、檢查報告等參考資料）送轄區業務組依個案情形辦理認定。
第十條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應查驗其健保卡後歸還保險對象。 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。 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，委託其他保險醫事服務機構提供檢驗(查)服務。	一、有關保險對象住院期間「請假外出門診」:（臺北、中區、南區、高屏） (一)是否開放住院中可以領用慢箋？ (二)醫院無病人的自備藥，因非『立即接受診治』，可否請假到其他醫院以健保開藥? (三)某醫院未設置中醫科、牙醫科，是否由病人之診治醫師同意後，病人即可至他院中醫門診、牙醫門診? (四)病人已在他院申請專案事前審查藥品，可依本法讓病人請假回診領取該藥品嗎? (五)同院所的『中醫』可以健保門診就醫嗎？ (六)西醫醫院住院病人住院中是否可以住院方式於會診院內中、牙醫? (七)醫學中心神內腦中風轉PAC 個案給地區承作醫	一、住院期間請假外出門診： (一)應符合本條規定： 1. 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，且該院並無設置適當診療科別以提供會診服務時。 2. 依第 13 條規定請假外出門診。 (二)請假外出領用慢性病連續處方箋(以下稱慢箋)、至他院所看中醫門診、牙醫門診及至他院領取專案事前審查藥品等情事，須符合上開規定。 (三)本條第 2 項所稱，不得以同院、所門診方式提供醫療服務，包括同院所之「中醫」、「牙醫」門診。 (四)現行西醫住院會診牙醫並無限制，但會診中醫須按中醫專案計畫辦理目前有：

條文	執行疑義	說明
	院神內收案，因地區醫院藥物不夠，此時 PAC 病患是否可以拿健保卡回原醫學中心開藥？ (八)請假外出未告知要去外院看門診歸咎原因應由那方責任?	1. 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫。 2. 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案_癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫。 (五)醫學中心神內腦中風轉 PAC 個案給地區承作醫院神內收案，地區醫院藥物不夠之問題，應由地區醫院備妥藥品，病患不宜拿健保卡回原醫學中心開藥。 (六)病人外出門診，如有不可歸責醫院或診所之事由，不會核扣院所費用。
	二、住院保險對象健保卡之提供及保管問題（臺北、南區、高屏）: (一)住院期間病人急作 CT 或 MRI 等相關檢查或申報時須上傳 IC 補正資料，健保卡不在如何過卡執行? (二)入院和出院都要過卡，但若辦理出院手續未帶卡，如何處理？ (三)以簽切結書或同意書方式，幫病人代保管健保卡，是否違反法規？精	二、住院保險對象健保卡之提供及保管 (一)住院期間病人急作 CT 或 MRI 等相關檢查，或跨月須補正資料時，醫院應事先提醒或通知病人準備健保卡，如當時無法補登，應於出院前補登完成。 (二)病人出院前，醫院應事先提醒或通知病人準備健保卡，如無健保卡無法辦理出院手

條文	執行疑義	說明
	神醫院病人常有外出看診需求，而家屬並不會隨傳隨到，是否可繼續保留健保卡，由醫院保管? 三、本條第 3 項規定保險對象住院期間，不得以同院、所門診方式提供醫療服務，請問中醫總額相關計畫(如全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫)規範以門診申報，如何與本辦法規定相互解釋？	續，應依本辦法第 4 條之規定辦理。 (三)醫院如另以簽切結書或同意書等方式，幫病人代保管健保卡，屬醫院及病人雙方自行之決定。 三、中醫總額相關計畫規範以門診申報，係中醫專案計畫，與第 10 條第 3 項規範內容不同，仍應依該專案規定辦理。 **註：**本法第四條 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。
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：	一、本條第 1 項，未攜帶健保卡就醫不得開立慢性病連續處方箋部分（臺北、北區、南區、高屏）： (一)是否包含例外就醫、病人卡片遺失申請中，持申	一、本條第 1 項，為杜絕慢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，增列未攜帶

條文	執行疑義	說明
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。 二、未攜帶健保卡就醫。 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。	辦證明、晶片異常? (二)居家整合院所至案家執行居家醫療,因網路連線不良,無法正常取號，F000異常取號，此情況可開立慢箋嗎? (三)是否可領取二三次連續處方箋?醫院要如何推動雲端病歷查詢是否有開立處方或領取處方之紀錄？ (四)慢箋遺失(藥品未遺失)是否仍從現行，以保險身分從新看診。 (五)病人就醫時未帶卡，醫師開立 30 天一般處方箋,若事後(當天)又拿健保卡來補,要求改開立慢連箋可以嗎? 二、有關本條第 3 項，保險對象領藥後，應善盡保管責任，遵從醫囑用藥；因藥	健保卡就醫為限制開立慢箋之情形。 (一)未攜帶健保卡就醫不得開立慢箋部分，包含例外就醫、病人卡片遺失申請中，持申辦證明、無法正常取號、晶片異常等。 (二)醫師如已「開立」慢箋，而病人若為例外就醫，仍可領取 2、3 次連續處方箋。醫院對領藥病人如有疑義，可向轄區分區業務組查詢。 (三)慢箋遺失(藥品未遺失)：應請民眾另行掛號就診，由醫生依病情重新開立慢箋後，依規定繳交部分負擔。 (四)如慢性病人就醫時未帶健保卡，醫師開立 30 天一般處方箋後，當天再拿健保卡來補，原則上補卡是補開立 30 天一般處方箋之卡號，如要改開立慢箋，則特約醫療院所應該註銷開立 30 天一般處方箋。 二、本條第 3 項係規範保險對象罹患慢性病事宜： (一)本條文修法之意指係基

條文	執行疑義	說明
	品遺失或毀損，再就醫之醫療費用，由保險對象自行負擔（臺北、南區、高屏）： (一)此規定是否僅限慢箋？一般處方箋是否適用此條文？ (二)再就醫之醫療費用是指全部醫療費用，還是藥費?	於保險同事故不得重複給付原則，第 14 條規範慢性病長期用藥。至一般處方箋藥品遺失，得引用全民健康保險法第 57 條規定負擔藥品費用。 (二)條文中「再就醫之醫療費用」：是指全部醫療費用（包含診察費、藥費、藥事服務費等)。
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： 一、持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。 二、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。 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。	一、本條第 1 項： (一)所稱得至其他特約醫院、衛生所調劑，「其他」的定義為何？只要非原處方醫院診所以外皆可嗎（高屏）？ (二)持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。「所在地」如何定義（高屏）？	一、得至「其他」特約醫院或衛生所調劑的定義：係指至原處方醫院、診所以外之其他醫院、衛生所調劑。 二、所在地無特約藥局：所稱「所在地」，為期明確，參考實務係指鄉鎮（市）區為範圍。
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	一、本條第 1 項第 1 款（臺北、北區、南區）： (一)有關檢查、檢驗處方，此 180 日是指所有檢查	一、本條第 1 項第 1 款: (一)由於病人病情變化及避免保險對象隔一段時日要求院所執行處

條文	執行疑義	說明
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例假日者，順延之。	驗項目均一定要給這麼長的期限，抑或是院所可針對檢查驗項目，自行設定期限? (二)此 180 日是指 180 日內完成排程？還是指 180 日內完成排程及執行檢驗檢查？ (三)預約排程日至實際執行日期間是否有天數限制？ 二、本條第 1 項第 2 款，醫師於 6/1 開立「排程復健治療處方」，病患於 6/30 才預約排程，7/2 才接受復健治療，因預約排程在 30 日內，但排程接受醫療服務已超過 30 日，如此個案是否仍符合規範?抑或，因排程接受醫療服務已超過 30 日，原處方即”失效”，病患需重新掛號、看診，重新取得處方才可（臺北）？ 三、本條第 1 項第 3 款（臺北、南區、高屏）: (一)慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日之定義為何？ (二)如果保險對象第 2.3 次慢箋領藥均未按第 24 條「上次給藥期間屆滿前	方，院所針對檢查驗項目所訂之期限應符合本項規定。 (二)本條規定係指於 180 日內完成排程或接受服務任一皆可。 (三)預約排程日至實際執行日期間，沒有限制，惟仍應考量臨床參考使用之合宜性。 二、本條第 1 項第 2 款，醫師於 6/1 開立「排程復健治療處方」，病患於 6/30 才預約排程，7/2 才接受復健治療，因預約排程在 30 日內，仍符合規範。 三、本條第 1 項第 3 款： (一)慢性病連續處方箋：末次調劑之用藥末日之定義：與修正前慢箋依各該處方箋給藥日數計，至多 90 日之意義相同，即慢箋如給藥日數計 90 天，則有效期間就是第

條文	執行疑義	說明
	10 日內調劑」而有延後領藥情事,會有影響嗎? (三)若病人第二、三次調劑未按規定時間辦理，隔很久才去調劑例如第二次調劑日為 5/1-5/10，病人 5/25 才回原開單醫院或特約藥局要調劑，此時應如何調劑(調第二次或調三次及相關配合措施)	90 天為末次調劑之用藥末日。 (二)本條對第 2、3 次慢箋未有設領藥期間之規定，惟仍應符合第 3 款：末次調劑之用藥末日之期間規定。 (三)第 2、3 次慢箋用藥之用量，仍應依第 22 條第 2、3 款規定，即除有第 25 條規定之情形，得一次領取該處方箋之總用藥量外，每一次給予 30 日以下之用藥量。 (四)慢箋第二次調劑為「上次給藥期間屆滿前 10 日內調劑」，假設屆滿前 10 日為 5/1-5/10，病人 5/25 才回原開單醫院或特約藥局要調劑，此時仍屬調劑第二次，至於第三次之調劑，仍應符合末次調劑之用藥末日之期間規定。 **註：**本法第二十二條 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，

條文	執行疑義	說明
		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。
第二十五條 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： 一、預定出國或返回離島地區。 二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。 三、罕見疾病病人。 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。	本條第4款，是否有指定疾病?其切結文件是否特別需要包含哪些內容?以及在申報時是否有需要配合註記，以利其他指標或方案(如重複用藥核扣方案、用藥日數重疊率指標等)計算時能一併排除（臺北）？	一、本條第 4 款，並未有指定疾病，建議作業方式如下： (一)經專業認定、確需一次領取該處方箋之總用藥量之特殊個案為限，如偏鄉、居家衰弱老人。 (二)可依具體個案、相關就醫資料送請專業審查後認定。 (三)其辦理得由病人（或其家屬）或診治院所協助，檢送病人就醫之病情、確有一次領取該處方箋總用藥量必要等說明（建議加附如診斷證明書、病歷摘要、檢查報告等參考資料）送轄區業務組依個案情形辦理認定。 二、本條新增第 4 款，已於「特約醫事服務機構門診醫療醫療費用申報格式及填表說明」新增特定治療項目之代號如下： JN:中醫-經保險人認定確有一次領取該處方箋

條文	執行疑義	說明
		總用藥量必要之特殊病人。 HI:西醫-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。
第二十六條 醫師處方之藥物未註明不可替代者，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。	一、本條所稱或同功能類別其他廠牌，是否包含藥品？還是只指特殊材料？(註：有些藥品可能是同功能類別，但不一定達到同成分、同劑型、同含量，這樣的狀況下，是否可替代?)（臺北） 二、病人若回院領慢箋第二、三聯時缺藥，必須至診間請醫師刪除原慢箋後重開，是否可以免診察費及部分負擔等一切醫療費用？或可由院方自行決定?(註：因修改處方之因素可能為品項異動或廠商供貨問題，非病人個人因素造成) （臺北）	一、同功能類別其他廠牌：係指特殊材料。 二、病人若回院領慢箋第 2、3 聯時缺藥時： (一)應建議請病人至其他特約藥局領藥。 (二)如至診間請醫師刪除原慢箋，因涉及處方箋重開問題，需重新掛號就診，並依規定繳交部分負擔。

、