

( 函 ) 處 記 書 官 法 大 院      法 司

限 年 存 保	
號	檔

之 支 付 標 準 及 意 見 ， 供 本 院 大 法 官 參 考 。	釋 案 ， 惠 提 現 行 醫 療 費 用 支 付 標 準 及 藥 價 基 準 暨 相 關 高 科 技 診 療 費 用	主 旨 ： 請 就 謝    田 為 全 民 健 康 保 險 法 第 三 十 九 條 有 牴 觸 憲 法 之 疑 義 ， 聲 請 解	示	批	位 單 文 行	受 文 者	速 別		
					副 本	正 本	中 央 健 康 保 險 局	密 等 解 密 條 件	
					辦	擬			公 佈 後 解 密
							文	發	附 件 抽 存 後 解 密
				附 件	字 號	日 期	年 月 日 自 動 解 密		
				如 文	( 台 ) 處 大 一 字 第 一 〇 〇 四 三 號	中 華 民 國 捌 拾 柒 年 玖 月 貳 日    發 文			

說明：

一、依司法院大法官審理案件法第十三條第一項辦理。

二、檢附釋憲聲請書及補充說明函。

# ( 函 ) 局 險 保 康 健 央 中

年限	保存 檔
----	---------

法院大法官書記處。	聲請大法官解釋案，本局意見及相關資料乙卷，請 鑒核轉陳司	主旨：檢陳有關謝 田為全民健康保險法第三十九條有牴觸憲法疑義，	示	批	行	文	單	位	受 文 者	速	別		
					副 本	正 本	司 法 院 大 法 官 書 記 處		司 法 院 大 法 官 書 記 處		最 速 件	密 等	
			辦	擬							解 密 條 件		
							文		發		附 件 抽 存	公 布 後 解 密	年
				件	附	號	字	期	日	後 解 密	日 自 動		
				如 主 旨		健 保 企 字 第 八 七 〇 二 五 二 〇 五		中 華 民 國 捌 拾 柒 年 拾 月 拾 玖 日 發 文					

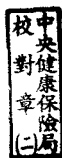


司法院 10/20

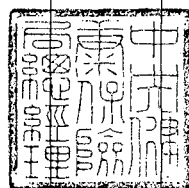
68723844

說明：依據司法院大法官書記處八十七年九月二日（八七）處大一字第

二〇〇四三號函辦理。



中央健康保險局總經理 賴美淑



行政院衛生署 (函)

限年存保

號 檔

<p>主旨：檢送有關謝 田為全民健康保險法第三十九條有抵觸憲法疑義，聲請大法官解釋案，本署中央健康保險局所提意見、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點及全民健康保險醫療費用支付標準（上冊）各乙份，請 參考。</p>	<p>示 批</p>	<p>行 文 單 位</p>		<p>受 文 者 司法院大法官書記處</p>	<p>速 別 最 速 件 密 等</p>		
		<p>副 本</p>	<p>正 本</p>			<p>解 密 條 件</p>	
		<p>中央健康保險局 本署健保小組</p>					<p>司法院大法官書記處</p>
		<p>擬 辦</p>					
		<p>文 發</p>	<p>附 件 號 字 期 日</p>	<p>公 布 後 解 密 附 件 抽 存 後 解 密</p>	<p>年 月 日 自 動 解 密</p>		
		<p>見 主 旨</p>	<p>衛署健保字第八七〇六二四七八號</p>	<p>中華民國八十七年十月二十六日</p>			



68724568

司法院 10/29

說明：依據中央健康保險局八十七年十月十九日健保企字第八七〇二五二〇五號函辦

理，兼復貴處八十七年九月二日(87)處大一字第二〇〇四三號函。



署長詹啓賢

中央健康保險局對謝 田聲請大法官解釋憲法疑義案之意見

壹、全民健康保險法係基於社會基本權之憲法保障基礎而制定

一、按憲法第一百五十五條及憲法增修條文第十條第五項規定「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。．．．」、「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」此為全民健康保險社會安全政策實施之憲法基礎。由上開憲法第一百五十五條規定可知，全民健康保險屬於社會保險之一環，乃國家為推行社會政策，建立社會安全制度，依法強制的一種保險，其目的在於人民透過繳納保險費之方式，依危險分攤之原則，達到保障人民健康之目的。其基本原則包括：社會保護原則、社會連帶原則、社會平均原則等，其中社會平均原則係以所得為保費計算基礎，不考慮個人之風險大小，是以全民健康保險基於社會保險理念，其保險給付項目並非完全的損害填補，以滿足保險對象之所有需求。

二、「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險，以提供醫療保健服務，特制定本法；．．．」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；．．．」分別為全民健康保險法第一條及第三十一條第一項所明定，基於全  
民健康保險共濟互助之特性，及維護社會大眾利益之前提，其醫療服務項目，常因保險財源  
有限而必須有所限制，是以，僅能對保險對象提供其生活上或醫療上之基本需要，使國民於  
發生疾病、傷害及生育事故時，提供必要之門診及住院醫療給付；而對於無關疾病治療、或

價格彈性大，易導致利用浮濫，或在醫學倫理上有待商榷，以及屬於個人經常性支出等項目，本保險並不予給付，爰全民健康保險法第三十九條規定：「下列項目之費用不在本保險給付範圍：一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他應由政府負擔費用之醫療服務項目。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。．．．十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。」由於全民健康保險法係基於社會基本權之憲法保障基礎而制定，並以有限之保險資源為全體國民提供基本且必要之醫療給付，應無違背憲法規定之問題。

貳、系爭心導管溫度控制燒灼術目前尚未列入全民健康保險支付範圍

一、按「保險對象發疾病、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；．．．」；「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之。前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。」分別為全民健康保險法第三十一條第一項及全民健康保險法醫療辦法第三十一條所明定。對於高科技之診療項目及審查程序，本局爰依上開法律授權訂定「全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點」（如附件一）。依前開高科技診療項目及審查程序作業要點第二點、第七點及第八點規定：「本要點所稱高科技診療項目，指新發明、新引進、高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。」；



「特約醫院施行高危險性、高費用或易為不當使用之高科技診療項目，應依全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點，逐案申請事前審查經核可後為之，．．．」；「未依前點規定申請事前審查核可者，不予支付費用；．．．」。

二、又按「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。」；「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬定，報請主管機關核定。」亦分別為全民健康保險法第五十條第一項及第五十一條第一項所明定。故關於全民健康保險醫療費用之支付，保險醫事服務機構係根據本局與保險醫事服務機構共同擬定，再報請行政院衛生署核定之支付標準（如附件二）及藥價基準（因藥品項目繁多，且藥價迭有更新，故未以書面表列，但可由本局網際網路查得。網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)）申報其所提供醫療費用之點數及藥品。如保險醫事服務機構實施全民健康保險醫療費用支付標準所未列之「新療法」時，依該支付標準總則篇第五點規定，該新療法必須經本局報由中央主管機關核定後，始能實施。

三、本件聲請人於八十五年八月四日於榮民總醫院台中分院施行「心導管溫度控制燒灼術」除因屬「新療法」之處置，目前尚非全民健康保險醫療費用支付標準已列項目，應依上揭支付標準總則篇第五點規定，由本局報由中央主管機關核定後方可實施外；亦符合全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點第二點「高科技診療項目」之定義範圍，系爭診療項目之實施應

納入高科技診療項目審查小組會議先行討論。查系爭處置業於八十六年五月十四日全民健康保險高科技診療項目第一次審查會議納入討論，其後再經前開會議第二次會議（八十六年十一月十七日）、第三次會議（八十七年四月十五日）及第四次會議（八十七年九月一日）討論，並於第四次會議結論「經導管不整脈燒灼術」（即系爭「心導管溫度控制燒灼術」）同意納入本保險支付項目，惟應依規定再提支付標準相關會議報告討論。

四、綜上所述，系爭「心導管溫度控制燒灼術」目前尚未納入本保險醫療費用支付標準之支付項目，故聲請人於八十五年八月四日於榮民總醫院台中分院施行「心導管溫度控制燒灼術」該次處置之特殊材料——「溫度控制燒灼導管」，自未納入本保險支付範圍。

#### 參、附件

- 一、全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點
- 二、全民健康保險醫療費用支付標準

# 全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點

一、本要點依全民健康保險醫療辦法第三十一條規定訂定之。

二、本要點所稱高科技診療項目，指新發明、新引進、高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。

三、中央健康保險局（以下簡稱健保局）受理特約醫院申請施行全民健康保險醫療費用支付標準未列之診療項目以及受理特殊材料之申請，若有符合前點規定者，應請其檢具下列文件，以審查是否為高科技診療項目：

（一）國內或國外兩年以上臨床文獻報告，其內容須包括安全性、適應症、臨床療效，及與原有診療項目療效差異評估。

（二）成本分析。

（三）該院一年內需求量與服務量預估。

（四）有關藥品或醫療器材，除已納入全民健康保險用藥品項表或全民健康保險醫療費用支付標準者外，應檢附中央衛生主管機關核發之證明文件及購入發票。

（五）其他規定之文件。

特約醫院對符合前項規定之診療項目，亦得檢具上列資料向健保局申請為高科技診療項目。

四、健保局為審查高科技診療項目，應遴聘下列人員組成高科技診療項目審查小組（以下簡稱審查小組）審查之，必要時並得視診療項目性質，延請相關學者專家若干人，先行初審：

（一）學者專家代表四至六名。

（二）保險醫事服務機構代表三至五名。

（三）中央衛生主管機關代表一至二名。

五、經審查小組審定為高科技之診療項目及其支付金額，健保局應報請主管機關核定並公告之。

六、健保局得視施行高科技診療項目所必要之人員、設備、作業能力，及地區需求性等條件，採漸次指定方式，指定特約醫院適用之。前項指定特約醫院，以中央衛生主管機關及教育部評鑑合格之教學醫院，並向健保局提出申請者為限。

七、特約醫院施行高危險性、高費用或易為不當使用之高科技診療項目，應依全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點，逐案申請事前審查經核可後為之，並定期將治療效果追蹤評估報告及成本分析資料彙送健保局。前項高危險性、易為不當使用及高費用之高科技診療項目，由審查小組認定之。

八、未依前點規定申請事前審查核可者，不予支付費用；未彙送治療效果追蹤評估報告及成本分析資料者，健保局得取消其適用資格。

九、高科技診療項目經公告滿三年以上，或滿一年以上且經指定適用之特約醫院達十家時，得由審查小組就其臨床療效、成本分析、利用率及保險財務等因素，審定是否納入全民健康保險醫療費用支付標準。

十、依前點審定納入全民健康保險醫療費用支付標準之項目，健保局應依法定程序修訂全民健康保險醫療費用支付標準。

十一、審查小組應定期檢討經公告之高科技診療項目，對已無列為高科技診療項目必要者，應予刪除；其支付金額顯不合理者，應建議健保局修訂調整之。

# 全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點

中央健康保險局八十五年十一月十三日  
健保醫字第八五〇二一三四〇號公告

- 一、本要點依全民健康保險醫療辦法第三十一條規定訂定之。
  - 二、本要點所稱高科技診療項目，指新發明、新引進、高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。
  - 三、中央健康保險局（以下簡稱健保局）受理特約醫院申請施行全民健康保險醫療費用支付標準未列之診療項目以及受理特殊材料之申請，若有符合前點規定者，應請其檢具下列文件，以審查是否為高科技診療項目：
    - （一）國內或國外兩年以上臨床文獻報告，其內容須包括安全性、適應症、臨床療效，及與原有診療項目療效差異評估。
    - （二）成本分析。
    - （三）該院一年內需求量與服務量預估。
    - （四）有關藥品或醫療器材，除已納入全民健康保險用藥品項表或全民健康保險醫療費用支付標準者外，應檢附中央衛生主管機關核發之證明文件及購入發票。
    - （五）其他規定之文件。
- 特約醫院對符合前項規定之診療項目，亦得檢具上列資料向健保局申請為高科技診療項目。
- 四、健保局為審查高科技診療項目，應遴聘下列人員組成高科技診療項目審查小組（以下簡稱審查小組）審查之，必要時並得視診療項目性質，延請相關學者專家若干人，先行初審：
- （一）學者專家代表四至六名。
  - （二）保險醫事服務機構代表三至五名。
  - （三）中央衛生主管機關代表一至二名。

五、經審查小組審定為高科技之診療項目及其支付金額，健保局應報請主管機關核定並公告之。

六、健保局得視施行高科技診療項目所必要之人員、設備、作業能力，及地區需求性等條件，採漸次指定方式，指定特約醫院適用之。

前項指定特約醫院，以中央衛生主管機關及教育部評鑑合格之教學醫院，並向健保局提出申請者為限。

七、特約醫院施行高危險性、高費用或易為不當使用之高科技診療項目，應依全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點，逐案申請事前審查經核可後為之，並定期將治療效果追蹤評估報告及成本分析資料彙送健保局。

前項高危險性、易為不當使用及高費用之高科技診療項目，由審查小組認定之。

八、未依前點規定申請事前審查核可者，不予支付費用；未彙送治療效果追蹤評估報告及成本分析資料者，健保局得取消其適用資格。

九、高科技診療項目經公告滿三年以上，或滿一年以上且經指定適用之特約醫院達十家時，得由審查小組就其臨床療效、成本分析、利用率及保險財務等因素，審定是否納入全民健康保險醫療費用支付標準。

十、依前點審定納入全民健康保險醫療費用支付標準之項目，健保局應依法定程序修訂全民健康保險醫療費用支付標準。

十一、審查小組應定期檢討經公告之高科技診療項目，對已無列為高科技診療項目必要者，應予刪除；其支付金額顯不合理者，應建議健保局修訂調整之。

# 司法院秘書長 函

受文者：

機關地址：臺北市重慶南路一段一二四號  
傳 真：(0二) 二三一 一八八九五

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國八十九年七月十日

發文字號：(八九)秘台大一字第一六一八號

附件：無

主旨：為本院大法官審理解釋案件需要，請就說明二、三所列事項，於文到一週內檢附相關資料惠復，以供參考。

說明：

- 一、依司法院大法官審理案件法第十三條第一項規定辦理。
- 二、「心導管溫度控制燒灼術」是否業經公告為全民健康保險法第三十九條第十二款規定之「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」？
- 三、業經費署公告不給付之診療服務及藥品包括之項目為何？



正本：行政院衛生署

副本：本處第一科

秘書長  
**楊仁壽**

大法官  
書記處

行政院衛生署 函

受文者：司法院楊秘書長仁壽

傳真：二三九七〇六〇四  
承辦人及電話：

速別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國八十九年七月十八日

發文字號：衛署健保字第八九〇三七七九四號

附件：如說明二

主旨：所詢全民健康保險相關問題，復請 查照。

說明：

一、復 貴秘書長八十九年七月十日（八九）秘台大一字第一六五一八號函。

二、查全民健保不給付之項目及情形係明訂於全民健康保險法第三十九條及第四十一條（附件一）。

另本署自八十四年三月全民健保開辦以來，依第三十九條第十二項公告之不給付項目計有：

非治療性需要之人工流產、近視手術治療、眼科驗光檢查費用、酒癮、煙癮之戒斷治療等（附件二），並無「心導管溫度控制燒灼術」。

正本：司法院楊秘書長仁壽

副本：司法院秘書處、中央健康保險局、本署全民健康保險小組



署長 李明亮





第三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

- 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十日以後，百分之三十。
  - 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十二日至第九十日，百分之十；第九十一日以後，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。
- 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔最高金額，由主管機關定之。

第三十六條

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病
- 二、分娩。
- 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。
- 四、山地離島地區之就醫。

第三十七條

前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

第三十八條

保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

第三十九條

下列項目之費用不在本保險給付範圍：

- 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。
  - 二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。
  - 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、人工協助生殖技術手術。
  - 四、成藥、醫師指示用藥。
  - 五、指定醫師、特別護士及護理師。
  - 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。
  - 七、人體試驗。
  - 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
  - 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
  - 十、病人交通、掛號、證明文件。
  - 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。
  - 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。
- 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、災所致之保險事故，不適用本保險。

第四十條

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診療者。
- 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。
- 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。
- 四、違反本法有關規定者。

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診療者。
- 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。
- 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。
- 四、違反本法有關規定者。

三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

- 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。
  - 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。
- 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。

二十六條

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病
- 二、分娩。
- 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。
- 四、山地離島地區之就醫。

前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

二十七條

第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

二十八條

保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

二十九條

下列項目之費用不在本保險給付範圍：

- 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。
  - 二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。
  - 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。
  - 四、成藥、醫師指示用藥。
  - 五、指定醫師、特別護士及護理師。
  - 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。
  - 七、人體試驗。
  - 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。
  - 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。
  - 十、病人交通、掛號、證明文件。
  - 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器具。
  - 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。
- 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。
- 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診療者。
  - 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。
  - 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。
  - 四、違反本法有關規定者。

十一條

四十條

秦值生物能診療儀	
莫翰哥經絡診斷儀	
雷射血流測定儀	
微循環檢查儀	
神探	
脈波儀	

丙、其他不給付項目（牽涉法令部分由中醫界與醫政主管單位協商）

項目	備註	項目	備註
水針		按摩床（熱毯）	
向量干擾波		微波	
低週波		超音波治療器	
牽引機		Micro Thery	
牽引床		Infra-red Lamp	
肩輪		滾輪床	

氣功燈		整脊床	
雷射針灸			

中央健康保險局八十五年四月三十日健保醫字第八五〇〇七〇八三號函

、不給付項目

1. 人工流產是否給付

(1) 非治療性需要之人工流產係指左列項目以外之人工流產：

- ① 本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
- ② 本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病者。
- ③ 有醫學上之理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
- ④ 有醫學上之理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(2) 非治療性需要人工流產之醫療費用，全民健康保險不予給付。

參考法規：健保39

保險給付

行政院衛生署八十四年四月七日衛署健保字第八四〇三二二二號公告

附件二

2. 近視手術治療是否給付

(1) 近視手術治療不屬全民健康保險給付範圍。

行政院衛生署八十四年四月一日衛署健保字第八四〇二二〇二三號公告

(2) 近視手術治療，交付配鏡處方非屬本保險給付範圍。學童防治近視之眼藥水為全民健康保險用藥品項表收載之品項，屬本保險給付範圍。眼科之驗光檢查，暫不列入本保險給付範圍。

中央健康保險局八十四年八月十一日健保醫字第八四〇〇九二五九號函

參考法規：健保 39.

3. 眼科驗光檢查費用是否給付

眼科驗光檢查費用不屬全民健康保險給付範圍。

行政院衛生署八十五年三月十五日衛署健保字第八五〇一三六〇九號公告

參考法規：健保 39.

4. 牙冠增長術是否給付

牙冠增長術為假牙裝置前之處置，依全民健康保險法第三十九條規定，不予給付。

中央健康保險局八十四年八月八日健保醫字第八四〇一二六三五號函

5. 酒癮、煙癮之戒斷治療是否給付

酒癮、煙癮之戒斷治療不屬全民健康保險給付範圍。

行政院衛生署八十四年十月六日衛署健保字第八四〇五四二九九號公告

參考法規：健保 39.

6. 不列入醫療管理之行為事項是否給付

不列入醫療管理之行為事項，應不予列入全民健康保險給付。

行政院衛生署八十四年十月十八日衛署醫字第八四〇五八〇四七號函

參考法規：健保 39.

# 司法院秘書長 函

受文者：

機關地址：臺北市重慶南路一段一二四號  
傳 真：(0二) 二三一—一八八九五

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國八十九年八月二十四日

發文字號：(八九)秘台大一字第二〇七一四號

附件：無

主旨：為本院大法官審理解釋案件需要，請就說明二、三、四、五、六所列事項，檢附相關資料惠復，以供參考。

說明：

- 一、依司法院大法官審理案件法第十三條第一項規定辦理。
- 二、依全民健康保險法第三十一條第二項規定，同條第一項之醫療辦法授權主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。依此規定觀之，本保險醫療辦法似僅係規定保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，保險醫事服務機構如何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之事項。參照全民健康保險法第三十九條第十二款規定不給付之診療服務及藥品，又第四十一條第三款規定經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品不予保險給付。然則上開辦法第三十一條第一項規定關於「特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之。」其授權依據、訂定範圍及包括項目為何？又如遇須緊急治療之病例，不及依前開辦法之規定，於事前報請審查同意時，應如何處理？

- 三、關於全民健康保險法第三十四條之規定，其執行現況如何？
- 四、關於全民健康保險法第五十六條之規定，其重新評估之情形如何？
- 五、關於全民健康保險法第八十五條之規定，其實施全民健康保險之執行評估及改制方案。
- 六、關於全民健康保險法第八十九條之規定，行政院所提之修正案及其他版本之修正案。

正本：行政院衛生署

副本：本院大法官書記處第一科

# 行政院衛生署 函

傳真：(0二) 二三九七〇六〇四  
承辦人及電話：

受文者：司法院

速別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國八十九年十月二十日

發文字號：衛署健保字第〇八九〇〇一七五三九號

附件：見說明

主旨：檢陳 大院大法官審理解釋案件所需之相關資料各乙份，請 卓參。

說明：

一、復 大院秘書長八十九年八月二十四日（八九）秘台大二字第二〇七一四號函。

二、有關全民健康保險醫療辦法（以下簡稱醫療辦法）第三十一條規定，特約醫院執行高科技診療項目應事先報經保險人同意之授權依據、訂定範圍、包括項目及緊急治療之處理方式等節，

說明如下：

（一）按全民健康保險法（以下簡稱健保法）第三十一條規定「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；……前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之」；同法第四十一條第三款規定：「經保險人事前審查，非屬醫療必須之診療服務及藥品不予保險給付」。據此，本署乃擬訂全民健康保險醫療辦法，報請行政院核定，依據該辦法第二條規定：「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之醫療業務，依本辦法之



規定」，且為確認醫療服務之必要性及資源使用之合理性，同辦法第三十一條規定：特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意，始得為之；並由保險人訂定高科技診療項目及審查程序，以資適用。

(二) 健保局為執行前開事項，乃訂定「全民健康保險高科技診療項目及審查作業要點」(如附件一)，其第二點規定，高科技診療項目係指新發明、新引進、高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。同要點第四點及第五點規定，健保局為審查高科技診療項目，應遴聘學者專家四至六名、保險醫事服務機構代表三至五名及中央主管機關代表一至二名，組成高科技診療項目審查小組審查之；經審查小組審定為高科技之診療項目及其支付金額，健保局應報請主管機關核定並公告之。現行經本署公告之高科技診療項目為肝臟移植及肺臟移植二項。

(三) 至遇緊急情況，不及依規定事前報經保險人同意之處理方式乙節，查目前若遇緊急情況，健保特約醫療院所得以書面電傳報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件報由健保局審查。

三、有關全民健康保險法第三十四條規定之執行現況乙節，查該條係健保法於立法院審查時，由立法委員增訂之條文。依提案委員之意旨，乃為避免保險對象濫用醫療資源，而所謂自負額制度，係指保險對象就醫之費用，在一定次數或金額範圍內，由保險對象自行負擔；超過該範圍後，始由保險人支付全部或部分費用。惟自負額制度之實施，涉及保險給付範圍之縮減、整體保險財務結構之調整與體制之改變，涉及人民權利甚鉅，本署曾邀請各界人士針對其可行性提出討論，然對自負額之意涵並無共識，且該制度之推行，將降低社會互助之功能，執行上且須配合修正現行健保法中有關保險對象財務負擔、保險給付、醫療費用支付等屬於法律保留之相關規定始得為之，並非由主管機關訂定實施辦法即可採行。



四、有關全民健康保險法第五十六條之規定，其重新評估之情形乙節，經交據中央健康保險局答復如下：

(一) 該局聯合門診中心於健保開辦一年半後，即陸續進行多次檢討評估，除於八十六年十月完成一年半評估報告(如附件二)報主管機關外，並於全民健康保險監理委員會八十七年九月第四十二次、八十八年一月第四十六次、八十八年十一月第五十六次會議，就該局所屬聯合門診中心之定位、任務及經營提出報告與檢討。其中八十八年十一月第五十六次會議，就有關聯合門診中心定位、任務、目標及具體經營策略提案討論，當次會議中各委員建議及會議決議如下(附件三)：

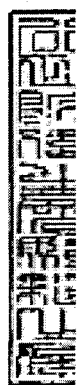
1、持續推動聯合門診中心之改革，並於一年後進行檢討。

2、應設定門診中心經營績效指標及預定達成之目標。

(二) 該局業依據會議決議研擬整體經營改善方案，除將推動各聯合門診中心建立營運目標管理機制，以提高聯合門診中心營運績效外，並針對聯合門診中心慢性病患比率較高，配合該局推動慢性病整合性照護之計畫，逐步發展全方位之慢性病照護模式，以強化對於慢性病之照護。

五、有關全民健康保險法第八十五條規定之執行評估及改制方案乙節，本署業於八十六年二月完成「全民健康保險實施二年評估報告」，內容包括全民健康保險實施二年之執行概況、問題檢討、改制建議、全民健康保險法建議修正條文對照表及立法院審查全民健康保險相關法案附帶決議執行情形等，並於八十六年二月二十六日以衛署健保字第八六〇一四九八〇號函，將報告呈請行政院鑒核，另於同年四月十四日以衛署健保字第八六〇二二九七四號函送立法院。檢附該報告乙份如附件四。

六、至於行政院依全民健康保險法第八十九條規定所提之修法版本及其他版本，說明如下：



(一) 依據 大院八十八年一月二十九日釋字第四七二號解釋理由書：法律之制定與修正，為立法院之職權，行政院依憲法規定，僅得對立法院提出法律案。全民健康保險法第八十九條規定：「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」，係指行政院應於本法實施二年後，重新檢討本法實施所面臨問題，並向立法院提出修正案而言。查行政院業已依該條規定於八十六年七月二十三日向立法院提出全民健康保險法修正草案。

(二) 爾後為增加多元保險人之競爭機制，又擬具「全民健康保險法」再修正草案，於八十七年二月二十六日函送立法院審議，惟因「立法院職權行使法」屆期不續審之規定，故於八十八年四月十九日重行擬具修正草案函送審議。嗣立法院分階段先就減輕人民負擔之議題等部分條文審查通過，經 總統於八十八年七月十五日修正公布。

(三) 另為因應軍人及替代役役男納保及配合行政程序法之實施，再度於本(八十九)年五月十二日送請立法院審議；惟目前該案尚未經立法院院會同意交付委員會審查。

(四) 檢附行政院歷次送請立法院審議之各版本修正草案及目前於立法院八十八年九月及十二月刊行之各版本修正草案供參，如附件五。

正本：司法院  
副本：中央健康保險局、本署全民健康保險小組

行政院衛生署校對章

署長 李明亮

一、本要點依全民健康保險醫療辦法第三十一條規定訂定之。

二、本要點所稱高科技診療項目，指新發明、新引進、高危險性或高費用之手術、處置或檢查等項目。

三、中央健康保險局（以下簡稱健保局）受理特約醫院申請施行全民健康保險醫療費用支付標準未列之診療項目以及受理特殊材料之申請，若有符合前點規定者，應請其檢具下列文件，以審查是否為高科技診療項目：

(一) 國內或國外兩年以上臨床文獻報告，其內容須包括安全性、適應症、臨床療效，及與原有診療項目療效差異評估。

(二) 成本分析。

(三) 該院一年內需求量與服務量預估。

(四) 有關藥品或醫療器材，除已納入全民健康保險用藥品項表或全民健康保險醫療費用支付標準者外，應檢附中央衛生主管機關核發之證明文件及購入發票。

(五) 其他規定之文件。

特約醫院對符合前項規定之診療項目，亦得檢具上列資料向健保局申請為高科技診療項目。

四、健保局為審查高科技診療項目，應遴聘下列人員組成高科技診療項目審查小組（以下簡稱審查小組）審查之，必要時並得視診療項目性質，延請相關學者專家若干人，先行初審：

(一) 學者專家代表四至六名。

(二) 保險醫事服務機構代表三至五名。

(三) 中央衛生主管機關代表一至二名。

五、經審查小組審定為高科技之診療項目及其支付金額，健保局應報請主管機關核定並公告之。



全民健康保險監理委員會 函

受文者：中央健康保險局

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國八十八年十二月九日

發文字號：健保監業字第八八一一九七號

附件：

主旨：貴局所提「聯合門診中心定位、任務、目標及具體經營策略」提案，請依十一月二十六日

說明：

本會第五十六次委員會會議審議決議辦理，復請 查照。

一、復貴局八十八年十月十二日健保醫字第八八〇三六一八八號函。

二、貴局所提「聯合門診中心定位、任務、目標及具體經營策略」提案，業經本會第五十六次

委員會討論決議如下：

(一)請貴局持續推動門診中心之改革，並於一年後進行檢討。

(二)貴局應設定門診中心經營績效指標及預定達成之目標。

三、前開會議紀錄本會業於十二月九日以健保監財字第八八一八七號函送貴局，諒達。

正本：中央健康保險局  
副本：本會業務監理組

全民健康保險監理  
委員會校對章

主任委員

楊志良

機關地址：台北市中正區一〇〇愛國東路一〇〇號  
傳真：(02)二二九九四一三九九七  
承辦人及電話：楊慧芬(02)二三二一〇一五一轉七二七

中央健康保險局總收發



88042073

總收文 健保醫字

民國 88. 年 12. 月 10 日收到

中央健康保險局總收發



88042073



附冊

中央健康保險局所屬  
聯合門診中心  
未來經營具體建議方案報告

中央健康保險局

88年11月



# 內容大綱

- 目前角色
- 經營功能
- 委外辦理滿意度調查結果
- 營運狀況
- 各界對中心未來經營方式之建議及分析
- 中心經營方式建議方案
- 定位
- 未來經營方向



## 目前角色

- 為本局自設醫療機構，但財務完全自負盈虧-屬公立醫療機構，但人員薪資、房舍及資產設備折舊費用等均帳列營運成本支出，無公務預算支應
- 配合推動本局政策-辦理慢性病發給一個月藥量或連續處方箋作業；預防保健及衛教服務；健保卡換發服務；愛滋病用藥統一採購分配作業；糖尿病全程照護計劃及保健推廣活動





# 經營功能

- 方便高齡慢性病患就醫，疏解大醫院門診擁擠現象
  - 依86年申報統計，中心60歲以上患者就醫件數約占50%；慢性病件數占總件數79%，與西醫診所診治慢性病僅3%比較，有顯著的不同
- 以較低之費用，提供區域級以上門診醫療服務
  - 依86年申報統計，每日平均藥費較各層級醫療院所低；慢性病每件平均處方日數與醫學中心及區域醫院相近，但每件平均費用較低，節省許多保險費用支出



- 強化民眾醫療保健常識與觀念

- 88年度各中心合計辦理60場次健康講座，有4千餘人聽講，並提供約9萬餘人次之醫藥諮詢衛教服務，及辦理40多次社區公益醫藥保健衛教服務

- 強化本局政策推動成效

- 86年本局各中心慢性病處方一個月藥量人次約占慢性病處方人次之50%，平均發給慢性病連續處方箋較醫學中心級以下醫院多；愛滋病用藥統一採購單價較以往低廉，分配輸送較為便捷



本局各聯合門診中心與所在縣市地區醫療院所門診應診件數、總費用及藥費給付情形統計  
八十六年

地區別：四個縣市合計

醫院別		五所門診中心	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫非評鑑	西醫診所
慢性病案件	件數	1,711,297	9,442,076	5,303,571	3,015,326	151,764	2,770,947
(含慢性病連續處方箋)	占總件數%	79.32%	52.96%	43.00%	17.41%	7.60%	2.90%
	每件平均費用	944	1,489	1,264	942	936	721
	藥費	573	953	818	603	524	448
	日數	19	20	18	16	14	15
	每日平均藥費	30.68	47.69	46.03	38.38	36.75	29.88
西醫非慢性病案件	件數	380,595	7,316,067	6,077,574	13,490,199	1,791,298	90,868,599
	占總件數%	17.64%	41.04%	49.28%	77.91%	89.72%	95.18%
	每件平均費用	432	1,040	889	509	533	347
	藥費	143	167	151	111	116	94
	日數	5	4	4	3	3	3
	每日平均藥費	31.21	43.14	40.66	42.21	43.64	34.62

註：西醫慢性病包括西醫專案慢性病件數及慢性病連續處方箋調劑件數；不包括洗腎及結核病

西醫非慢性病包括一般案件、門診手術案件及其他專案案件，不包括牙醫一般及專案案件、預防保健案件



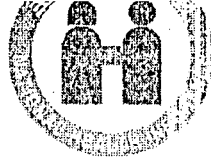
## 委外辦理滿意度調查結果

- 委託辦理時間及機構：85年9月-12月-國立台北護理學院
- 調查方式及人數：採科別分層隨機抽樣，訪查1513人
- 調查時間：85年11月4日-11月9日
- 調查結果摘要：
  - 61歲以上就醫患者比率最高，約37.5%
  - 93.8%認為門診中心之聲譽在中上
  - 75%以上表示一定再來門診中心看診
  - 對門診中心整體滿意度方面，平均有81.2%的患者表示滿意或很滿意
  - 對門診中心存廢的看法中，表示不贊成或非常不贊成廢除者高達86%



## 營運狀況

- 各中心應診人次量逐年減少，88年度每日平均應診人次約在600-2500人次之間
- 各中心財務收支以平衡為原則，台中及高雄門診中心財務狀況已有改善，88年度各中心均呈盈餘，人力精簡，人事成本降低，仍為重要因素



### 本局各聯合門診中心應診人次統計

中心別 年度別	台北(公園路)		台北(信義路)		台中		台南		高雄		合計	
	人次	增減率	人次	增減率	人次	增減率	人次	增減率	人次	增減率	人次	減率
85年度 總人次	789,955		537,420		304,152		217,863		333,494		2,182,884	-
日平均人次	2,705		1,840		1,042		746		1,146		7,731	
86年度 總人次	779,885		526,797		299,232		213,801		327,741		2,147,456	
日平均人次	2,662	-1.61%	1,798	-2.31%	1,021	-1.95%	730	-2.20%	1,119	-2.40%	7,578	-1.61%
87年度 總人次	763,485		488,139		282,221		206,983		309,476		2,050,304	
日平均人次	2,606	-2.10%	1,666	-7.34%	963	-5.68%	706	-3.19%	1,049	-6.21%	6,988	-1.61%
88年度 總人次	735,915		454,941		280,547		203,934		309,331		1,984,668	
日平均人次	2,470	-5.23%	1,527	-8.36%	941	-2.26%	684	-3.13%	1,038	-1.05%	6,660	-2.26%
88.7-88.9 總人次	174,489		108,199		63,372		47,948		72,736		466,744	
日平均人次	2,296	-7.03%	1,424	-6.75%	834	-11.43%	623	-9.01%	945	-9.00%	6,109	-8.27%



## 本局各聯合門診中心盈虧情形

金額單位：千元

中心別 年月別	台北(公園路)	台北(信義路)	台中	台南	高雄	花蓮	合計
84年度 (4個月)	73	-20,369	-4,325	689	-1,191	-8,718	-33,841
85年度	42,428	-15,906	3,271	5,934	10,262	-15,778	30,211
86年度	19,002	-13,066	-17,246	7,531	-2,207	-16,366	-22,352
87年度	24,075	6,129	-9,015	3,406	-7,644	-	16,951
88年度	56,740	37,838	1,586	6,133	4,648	-	106,945
88.7-88.9	9,943	6,018	-1,207	824	-2,006	-	13,572



## 本局各聯合門診中心人力精簡及人事費減少情形

費用單位：元

中心別	員工人數				用人費用			
	87年6月		88年6月		87年度		88年度	
	人數	較上年同期	人數	較上年同期	金額	較上年增減	金額	較上年增減
台北(公園路)	265	-27	261	-4	236,481,375	-8,797,888	235,273,687	-1,207,688
台北(信義路)	160	-37	156	-4	136,037,499	-9,210,809	120,146,906	-15,890,593
台中	100	-28	96	-4	83,626,145	-11,070,081	80,303,035	-3,323,110
台南	79	-3	75	-4	56,516,943	-1,314,816	56,124,198	-392,745
高雄	125	-27	125	0	100,243,224	-4,920,894	99,163,750	-1,079,474
花蓮	-	-32	-	-	-	-30,599,419	-	-
合計	729	-154	713	-16	612,905,186	-65,913,907	591,011,576	-21,893,610





# 各界對中心未來經營方案之 建議及現況分析

經營方案之建議

- 委託民營
- 公設醫事財團法人
- 裁撤
- 改制為健康促進或示範醫療機構，由政府編列預算
- 現制改革



## ✕ 委託民營

- 以契約方式，委託民間財團法人經營
- 公立醫院委託民營之現況

—現有台北市萬芳醫院、郵政醫院、台中市復健醫院及老人保健醫院、台南市立醫院及高雄小港醫院，除郵政醫院成立最久，其他醫院均為新設醫院，無人事處理之困難



—郵政醫院成立於日據時代，49年5月改建更名，嗣因營運不善，政府每年補貼約3千萬元，82年4月宣布停業，改為公辦民營。原有員工約70人，約30人為郵局派駐行政人員，均轉回郵局服務，餘40人為醫護人員，均為一年一聘，經參考公營轉民營條例及郵政局相關規定辦理結算資遣，資遣費約6千多萬元。



## ✕ 公設醫事財團法人

- 改為基金會模式，由主管機關成立董事會，並遴聘董監事人員成立醫事財團法人，加以管理，採民間企業化經營。
- 現況-目前尚無公立醫院採行



## ✍ 裁撤

- 將門診中心關閉，結清資產及人員給與
- 現況-本局考量原設之花蓮門診中心應診量甚少，不符經濟效益，及影響中心整體營運績效，在不影響保險人就醫及員工工作權益情形下，已於86年7月辦理裁撤，22位員工移轉分局服務，6位員工資遣，資遣費將近5百萬元



☞ 轉型改爲健康促進或示範醫療機構，歸屬衛生署或仍歸屬健保局，由國庫編列預算

● 現況-目前各項保健服務業務係由衛生署保健處負責規劃，由各縣市衛生局所負責推動

- 其中中老年病預防保健方面，將血壓、血糖及血膽固醇之控制，列爲防治重點工作，除補助縣市衛生局所加強宣導及推廣預防保健服務外，並輔導39家醫院成立糖尿病保健推廣中心(保健教室)；透過23家教會醫療院所及慈濟慈善基金會辦理高血壓篩檢、轉介及追蹤計畫。
- 綜合性基層保健醫療服務，主要由衛生所負責，爲利其保健醫療及衛教服務之進行，正逐年補助新、擴建併空間規劃、整建衛生局所辦公房舍及充實保健醫療設備
- 國民健康體能促進方面，除主要由衛生署委託學界專家研擬相關之指引或手冊，編印發行外，86年度已全面補助各縣市衛生局於工作場所與社區辦擬推廣活動



## ✎ 現制改革

- 在自負盈虧損益平衡原則下，針對現況、經營問題進行組織再造，一方面推行企業化醫院管理(包括人力、事務及財務等)制度，提高經營績效；另一方面強化醫療及為民服務措施，提升服務品質
- 現況-於86年7月裁撤不符經濟效益之花蓮門診中心；於87年度起推動開源節流措施；88年度起訂定及展開目標策略與方針；87年10月施行組織再造，簡併台北兩所中心；台中及高雄門診中心積極推動改善計劃；強化慢性病之照護，於台北門診先推行糖尿病全程照護計畫及保健推廣活動



## 各經營方案優缺點分析

### ✕ 委託民營

- 優點

- 可解除目前人事、會計制度之限制
- 政府不用面對未來可能發生虧損之財務負擔

- 缺點

- 本局以房東身分，無法要求其配合推動本局政策
- 人員安置移撥會因工作權益問題，面臨重大阻力
- 政府須立即支給龐大之結算給與金，全部離職或留任之給與金額約10.5-10.7億元





- 公設醫事財團法人

- 優點

- 可解除目前人事制度限制，更機動調整人事
- 為非營利之機構，仍由主管機關監控，可配合施行政策
- 政府不用面對未來可能發生虧損之財務負擔

- 缺點

- 人員安置移撥會因工作權益問題，面臨重大阻力
- 未來經營權責及盈虧責任可能較難劃分
- 政府須立即支給龐大之結算給與金，全部離職或留任之給與金額約10.5-10.7億元



## ✕ 全面裁撤

- 優點

- 政府不用面對未來可能發生虧損之財務負擔

- 缺點

- 全部536位正式人員安置困難，影響員工權益，會面臨重大阻力

- 政府須支給結算給與金約10.7億，會立即增加龐大之財政負擔

- 慢性病患需改至大型醫院就醫，降低其就醫方便性並增加保險費用支出

# 本局各聯合門診中心如委託民營，給與金額估算表

截至八十八年六月

給與金額單位：千元

中心別	依公營事業移轉民營條例估算						不適前述法令				合計				
	雇員以上正式人員			工員正式人員			約聘僱人員		暫雇人員		人員數		給與金額		
	人數	離職給與	留任給與	人數	離職給與	留任給與	離職或		離職或		合計	正式 約聘僱		離職	留任
人數							留任給與	人數	留任給與	人員		暫雇人員			
台北	214	493,067	480,462	131	187,909	183,701	14	3,330	93	9,248	452	345	107	693,554	676,741
台中	38	101,236	98,953	37	78,355	77,160	2	424	35	3,951	112	75	37	183,966	180,488
台南	19	30,425	29,400	17	17,468	16,942	3	518	36	3,665	75	36	39	52,076	50,525
高雄	48	101,863	99,044	32	41,226	40,183	2	537	43	4,472	125	80	45	148,098	144,236
合計	319	726,591	707,859	217	324,958	317,986	21	4,809	207	21,336	764	536	228	1,077,694	1,051,990

註：1. 離職加發7個月給與金與留任加發6個月給與金不同




## ✎ 改型為健康促進或示範醫療機構

- 優點

- 就醫慢性病人多，醫療設備及人力較衛生局所充裕，可擴大中老年病預防保健、慢性病患綜合性基層醫療保健及健康促進之施行成效，減少保險醫療費用之支出
- 試行保險支付制度及推動各項預防保健及健康促進活動時，無自負盈虧之壓力

- 缺點

- 與現行健保法所訂須以自負盈虧為原則之規定不符
- 可能增加政府之財政預算負擔



## ✎ 現制改革

- 優點

- 可繼續以較低之費用成本，提供較佳之醫療及衛教服務，尤其是慢性病患
- 可配合本局政策推動或驗證有利於健保業務之計畫，尤其是醫療給付及服務政策
- 可供作所在地區各層級醫療院所門診費用合理性之比較監控

- 缺點

- 整體營運財務如呈虧損，可能增加政府之財務負擔



## 中心經營方式建議方案

-經考量以下各點，本局建議採現制改革經營方案

- 自設醫療機構不以營利為目的，可繼續配合推動本局政策，以較低之費用給付，提供品質較佳之服務，並可利用其營運資料，進行費用之比較監控及支付制度之驗證
- 88年度，四所中心在無公務預算挹注下，整體營運已盈餘約1億餘元，各門診中心均有盈餘，營運情形較郵政醫院為佳，無民營化急迫性



- 委託民營、公設醫事財團法人或裁撤，影響員工權益，且政府需立即支給龐大之給與金，在現行營運狀況尚可情形下，相關措施稍有不妥，易起爭議
- 改型為健康促進機構，由國家編列預算，可能因增加政府之財政負擔，推行不易



# 中心經營之定位

- 高品質門診醫療照護示範機構
  - 施行門診慢性病人個案管理照護制度(case management)，提供整合性醫療照護(IDS)-已推動糖尿病患全程照護計畫
  - 確立維護醫療服務品質標準作業





- 保險支付制度實作與驗證機構

- 運用中心經營資料模擬前瞻性支付制度費用標準

- 在中心驗證門診支付制度施行效果



- 本局政策配合辦理機構

- 繼續辦理原配合辦理事項

- 加強辦理預防保健、健康講座、衛生教育、健康檢查服務及健康促進活動，提高保險對象對保健之重視



## 未來經營方向

- 在整體營運財務平衡原則下，努力推行以下措施
  - 建立積極之組織文化及企業化醫院管理制度，提高整體經營績效
  - 提升整體服務品質，施行個案管理制度，提供整合性、多元及周全之醫療及衛教預防保健服務
  - 規劃推動保險支付制度在門診中心實驗計畫，建立費用監控模式

# ( 函 ) 院 政 行

限 年 存 保	
檔	

說明：  一、本院衛生署函以，全民健康保險制度，其目的在於被保險人及其眷屬發	主旨：函送「全民健康保險法」修正草案，請 查照審議。	示 批	行 文 單 位		受 文 者 本院衛生署	速 別	最 速 件	密 等	解 密 條 件	公 布 後 解 密 附 件 抽 出 後 解 密	年 月 日 自 動 解 密
			副 本	正 本							
		辦 擬		文 發							
		附 件	字 號	日 期							
如 文	台 八 十 六 衛	中 華 民 國 捌 拾 陸 年 柒 月 廿 壹 日 發 文	29604	發 文	發 文						

行政院衛生署總收發



86044493

總 收 文	健 保
-------	-----

民國 85. 1. 24 日 收到

生生育、疾病及傷害事故時，提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當之醫療照顧。本保險自八十四年三月一日實施以來，由第一年擴大受益人口、平衡保險財務、增加就醫可近性等基本目標，推展到第二年提高醫療品質、節制醫療費用成長於合理範圍內及照顧弱勢團體等整體目標。依據全民健康保險法第八十五條及第八十九條規定，本法實施二年内，主管機關應提出包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等之改革方案；滿二年後半年內，本院並應修正本法。值此變革時機，經彙整各方意見、考量當前環境後，本法主要之修正方向有二，在保險制度方面，採取持續而漸進式之改革，冀能於現有基礎上進一步改善，藉以落實財務責任，並加強醫療費用控制機轉，減少醫療浪費；在保險

人組織體制方面，則改制為全民健康保險基金會，並明定其為法人，以強化民眾參與經營與監督機制及提升經營績效，俾確保保險財務之平衡，以奠定永續經營之基礎。爰擬具「全民健康保險法」修正草案，請核轉立法院審議。

二、經提本（八十六）年七月十日本院第二五三五次會議決議：「修正通過，送請立法院審議。」。

三、檢送「全民健康保險法」修正草案條文對照表（含總說明）三份。

院長連戰

行政院 (函) 院 政 行

保	存	年	限
檔	號		

受文者 本院衛生署	行 文 單 位		批 示	說 明： 一、「全民健康保險法」修正草案原經本院依據全民健康保險法第八十	主 旨：函送「全民健康保險法」再修正草案，請 查照併案審議。
	正 本	副 本			
本院衛生署	立法院	本院衛生署（含附件二份）	擬 辦		
發 日期	發 字號	文 附件			
中華民國八十七年二月廿六日	台八十七衛字第0八六三0號	如 文			

銷收  
號發  
章室

行政院衛生署總收發



87013214

總 收 文  
民國 87. 年 3. 月 2 日收到

九條規定，於去（八十六）年七月二十三日以台八十六衛字第二九六〇四號函送貴院審議，主要之設計乃強化民眾參與監督及經營機制，落實保險獨立自主精神，將保險人由現行中央健康保險局改為全民健康保險基金會，中央健康保險局則改制為基金會之經營部門，仍由總經理負責經營，但受各方代表合組之基金會董事會監督、指揮，係採單一公辦民營之保險體制。

二、本院衛生署復函以，「全民健康保險法」修正草案提出後，迭據各界反映，應可考量市場機能、保險對象之選擇，作前瞻性之彈性規定，以免將來須動輒修法始能因應。即將全民健康保險基金會定位為醫療服務之買方，不再擔任保險人。現階段仍維持單一保險人，

但增訂相關條文，將多元保險人之競爭機制，於法案中預留其空間

完寺來寺幾及条牛戎熟後，得立即因應亥佳其也非豈利生幾萬為



但增訂相關條文，將多元保險人之競爭機制，於法案中預留其  
，俟將來時機及條件成熟後，得立即因應核准其他非營利性機構為  
保險人，而毋需再行修法。爰擬具「全民健康保險法」再修正草案  
，請核轉立法院審議。

三、經提本（八十七）年二月十二日本院第二五六五次會議決議：「通  
過，送請立法院審議。」。

四、檢送「全民健康保險法」再修正草案條文對照表（含總說明）三份

院長 蔣經國 萬長

## 全民健康保險法修正草案總說明

全民健康保險為強制性社會保險制度，其目的在於被保險人及其眷屬發生生育、疾病及傷害事故時，提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當之醫療照顧。本保險自八十四年三月一日實施以來，由第一年擴大受益人口、平衡保險財務、增加就醫可近性等基本目標，推展到第二年提高醫療品質、節制醫療費用成長於合理範圍內以及照顧弱勢團體等整體目標。依據全民健康保險法（以下簡稱本法）第八十五條及第八十九條規定，本法實施二年內，主管機關應提出包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等之改制方案；滿二年後半年內，本院並應修正本法。值此變革時機，經彙整各方意見、考量當前環境後，本法主要之修正方向有二，在保險制度方面，採取持續而漸進式之改革，冀能於現有基礎上進一步改善，藉以落實財務責任制度，並加強醫療費用控制機轉，減少醫療浪費；在保險人組織體制方面，則改制為全民健康保險基金會，並明定其為法人，以強化民眾參與經營與監督機制及提升保險經營績效，俾確保保險財務之平衡，以奠定永續經營之基礎。

爰擬具「全民健康保險法」修正草案，其修正要點如次：

一、鑑於本次修正涉及保險人組織改制及權限調整，部分條文難於修正公布後即可實施，勢須另訂施行日期，而仍適用修正前之規定，為利新舊制度銜接便於查考、適用，爰維持現行條次。至於章節部分，因應保險人部分制訂專章需求，第二章以下章次併同調整。

## 二、第一章 總則

保險人改制為基金會後，原全民健康保險監理委員會之監督功能，將改由基金會之董事會進行內部監督，而外部監督機制則改由主管機關設置專責單位辦理。故基金會之董事會成立後，原監理委員會即予裁撤，爰將現行條文第四條刪除。

## 三、第二章 保險人

因應保險人改制，有制訂專章之需求，爰增訂第二章「保險人」；將保險人改為全民健康保險基金會（以下簡稱基金會），賦予法人格，使能獨立行使權利、負擔義務，並依本法賦予相當之公權力；明定基金會基金之來源、用途與業務範圍、董事會之職掌、組成與產生方式、監察人之人數、產生方式與其職掌、董事長、董事與監察人之任期、解聘與待遇及總經理之職掌、產生方式、任期與任免；並明定基金會人事、財務之管理及中央健康保險局現職人員權利義務之保障（修正條文第六條之一至第六條之十三）。

## 四、第三章 保險對象及投保單位

放寬現行有關外籍人士加保資格規定；受保護管束處分之受刑人因其所受拘束有限，故納入本保險保障範圍；為保障保險對象之權益，增列保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜（修正條文第十條、第十一條及第十四條）。

#### 五、第四章 保險財務

為適度減輕被保險人所負擔之眷屬保險費額度，如第一類至第四類被保險人之投保金額高於平均投保金額時，其所負擔之眷屬保險費，依此四類被保險人平均投保金額為計算基礎；投保金額分級表上限，改以下限五倍以上差距為訂定標準；在公教人員維持全薪投保精神之前提下，爰規定公教人員及軍眷之投保金額以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以各該人員之俸（薪）給總額計算之；明定行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，保險人得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣墊（修正條文第十八條、第二十一條至第二十三條及第二十九條）。

#### 六、第五章 保險給付

明定居家照護服務為本保險給付範圍；修正保險對象應自行負擔門診或急診費用之比率，並規定以定額方式收取；山地、離島地區保險對象之就醫免部分負擔；另允許保險對

象自付高價藥材之差額（修正條文第三十一條、第三十三條、第三十六條及第三十九條）。

#### 七第六章 醫療費用支付

規定醫療費用支付標準得以論病例、論人或預算為訂定基準；增訂保險醫事服務機構辦理醫療服務，其項目、數量及品質之審查，得委由相關團體辦理（修正條文第五十一條及第五十二條）。

#### 八第七章 保險醫事服務機構

保險人為瞭解、掌握藥價基準、支付標準等數據及研析醫療服務提供類型、品質所需，現有聯合門診中心應予維持並移轉至基金會（修正條文第五十六條）。

#### 九第八章 安全準備及行政經費

配合保險人組織之改制，目前由政府編列預算撥付之人事與行政管理費用等規定，改列於第二章（修正條文第六十八條）。

#### 十第九章 罰則

增列投保單位未依規定負擔所屬被保險人及其眷屬保險費之處罰規定；避免發生虛報或詐領保險給付之情事，除提高罰鍰額度外，並得公布違規之保險醫事服務機構名稱（修

正條文第六十九條及第七十二條）。

三、第十章 附則

保險人供業務使用之土地、房屋納入免稅範圍；另授權本院配合保險人組織之改制進度，得就本法本次修正條文分別情形定其一部之施行日期（修正條文第八十四條及第八十八條）。

# 全民健康保險法修正草案條文對照表

	修 正 條 文	現 行 條 文	文 說 明
	第一章 總 則	第一章 總 則	本篇章名未修正。
第一條	為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。	第一條	為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。
第二條	本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。	第二條	本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。
第三條	本保險之主管機關為中央衛生主管機關。	第三條	本保險之主管機關為中央衛生主管機關。
第四條	（刪除）	第四條	<p>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>
第五條	為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫	第五條	為審議本保險被保險人、投保
		一、	有關爭議審議之範圍、程序及其與設置專責單位辦理。

<p>事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會；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>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，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人就保險權益事項所為之核定案件發生爭議時，應先依第一項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，其屬行政處分者，得依法提起訴願及行政訴訟。</p>	<p>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>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>行政救濟程序之關係，現行條文第二項及第三項雖已有所規定，但未盡明確，爰酌作修正，並將現行第三項有關授權訂定爭議事項審議辦法之規定移列於修正條文第一項之末。</p> <p>二、為明確規範對保險人所為核定案件不服時之處理方式，並落實爭議審議程序先行主義之精神，爰規定發生爭議時應先申請審議。至對審議結果不服時，其屬行政處分者，本即得依法提起訴願及行政訴訟，爰予重申，以為強調。</p>
<p>第二章 保險人</p> <p>第六條 本保險之保險人為全民健康保險基金會（以下簡稱基金會）；基金會為法人。</p>	<p>第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。</p> <p>中央健康保險局之組織，以法律定之。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、配合保險人改制，有關其組織之重要事項應以專章規範，爰增訂本章。</p>
<p>第六條之一 基金會之基金，其來源如下： 一、中央健康保險局裁撤後之決算淨值。 二、保險費之收入。</p>	<p>第六條之一 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。</p> <p>中央健康保險局之組織，以法律定之。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會經費來源。</p> <p>三、本保險應謀求財務獨立及自主經營。</p>



<p>三、基金之孳息收入。</p> <p>四、政府每年循預算程序補助本保險所需之人事及行政管理經費。</p> <p>五、其他收入。</p> <p>前項第四款之補助費，以基金會成立當年度醫療費用總額百分之二點五為上限。其實際補助費，視本保險及國庫財務狀況酌減之。</p>		<p>第六條之二 基金會之基金，應為下列各款之用途：</p> <p>一、依法辦理本保險業務之支出。</p> <p>二、有關基金會人事及行政管理經費之支出。</p> <p>三、其他相關支出。</p> <p>第六條之三 基金會之業務範圍如下：</p> <p>一、規劃、辦理承保業務事項。</p> <p>二、規劃、辦理保險財務事項。</p> <p>三、規劃、辦理保險給付及保險支付制度事項。</p> <p>四、規劃、辦理保險醫事服務機構特約及管理事項。</p> <p>五、辦理保險費與滯納金之收繳、罰鍰與限期改善之處罰、強制執行之移送與其他公權力之行使事項。</p>
<p>，人事及行政管理費用性質上不宜再由政府負擔，惟慮及現制已由政府補助，如遲予取消，全由保險費收入支應，將增加民眾負擔，爰規定政府對保險人事及行政管理費用之補助為基金會經費來源之一。</p> <p>四、本保險實施二年來，人事及行政管理費用約佔醫療費用總額之百分之二點五，爰於第二項規定政府對本保險人事及行政管理費用補助之上限為基金會成立當年度醫療費用百分之二點五，即採定額方式，將來並視本保險及國庫財務狀況酌減。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會基金之用途。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會之業務範圍。</p>

六、規劃、辦理本保險制度研究發展及其他與本保險有關之事項。

第六條之四

基金會設董事會，其職掌如下：

一、本法授權保險人訂定之保險費率、醫療費用部分負擔、投保金額分級表及相關法令等事項之審議及核定。

二、基金會年度計畫及業務報告之審議及核定。

三、基金之籌集及收支、保管與運用之審議及核定。

四、基金會及本保險預算、決算、決算之審議及核定。

五、其他有關本保險業務重大事項之審議或核定。

第六條之五

基金會董事會置董事三十五人，其中一人為

董事長。除董事長外，其名額分配如下：

一、付費者代表：

(一) 被保險人代表八人。

(二) 雇主代表七人。

(三) 政府代表七人。

二、保險醫事服務機構代表七人。

三、專家學者五人。

前項董事名額之產生方式，由主管機關定之。

董事長綜理會務，對外代表基金會，由政府院長聘任之，為專任；董事由主管機關聘任之。

第六條之六

基金會置監察人三人，分由主管機關、行政

一、本條新增。

二、明定基金會董事會之職掌。

一、本條新增。

二、明定基金會董事之人數、名額分配、產生方式及董事長之地位。保險人改制為基金會後，董事長之責任及職務俱重，該職至表榮譽，須社會地位崇隆、道德才幹服人，方能運籌議事，使基金會運作順遂。為期董事長能專注於基金會業務之運作、推展，爰規定為專任。

一、本條新增。

院主計處及審計部代表兼任之，掌理基金、存款之稽核，財務狀況之監督及決算表冊之查核事宜。

第六條之七 基金會董事長、董事及監察人任期均為二年，期滿得續聘之。

董事長、董事或監察人因職務變更或因故無法執行職務時，應予解聘；其所留遺缺，依前二條規定補聘。但剩餘任期不滿三個月者，除董事長外，不予補聘。

除董事長得為有給職外，董事、監察人，均為無給職。但得酌支兼職酬勞。

第六條之八 基金會置總經理一人，承董事會之決議辦理本保險事務；由董事長提名，經全體董事過半數同意聘任之；每任三年，得連任之；任期未滿之解任，應經全體董事三分之二以上同意。

第六條之九 基金會應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後實施。

第六條之十 基金會總經理以外之人員，由總經理任免，並指揮監督之。

二、明定基金會監察人之產生及職掌。

一、本條新增。

二、明定基金會董事長、董事及監察人之任免及補實。

三、董事長為專任，自得領有薪給。但董事、監察人皆係聘兼，爰規定為無給職，但可酌支兼職酬勞。

一、本條新增。

二、明定基金會總經理之聘任及任期。又為確保總經理得施展專業長才，致力本保險業務之經營，爰就任期未滿之解任條件從嚴規定，以為保障。

一、本條新增。

二、為使保險人運作保有彈性，落實自主經營機制，爰規定基金會自行擬訂有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後即可實施。

一、本條新增。

二、明定基金會總經理對其他人員之任免及指揮監督權責。

第六條之十一 基金會應將本保險之財務收支，依政府會計年度辦理預、決算，併同年度業務概況報告，報請主管機關備查。

第六條之十二 中央健康保險局裁撤後之全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會一併承受，不受預算法第二十三條及國有財產法有關規定之限制。

基金會董事長、董事及總經理之行為顯將對本保險之財務或業務經營造成重大危害時，主管機關得改組董事會或命解任一定人員，並派員暫代。  
基金會因情事變更，不能達到設置目的時，主管機關得解散之；其業務、財產，由主管機關接辦或接管。

第六條之十三 基金會成立時，中央健康保險局現職人員均應隨同移轉；移轉基金會後，其原有職等、薪級、待遇等，均應予以保障，其原任公職年資，按勞動基準法退休標準辦理結算，發給結算

一 本條新增。  
二 保險人改制為基金會後，現行條文第八十三條有關財務收支規定，已難適用，宜於本章另為規範。另因基金會已非行政機關，爰修正監督機制如上。

一 本條新增。  
二 現有中央健康保險局之資產，所有權人皆為中華民國，該局僅係管理機關，其處分均受預算法及國有財產法相關規定之規範。保險人雖改制為基金會，惟其業務仍須繼續積極辦理，故明定該局之資產、負債及其債權、債務，由基金會一併概括承受，不受預算法第二十三條及國有財產法有關規定之限制。  
三 基金會重要成員（包括董事長、董事、總經理、副總經理及其他職員）如有不適當行為，參照信用合作社法第二十七條，應予解任；另基金會不能達到設置目的時，亦應予解散，爰規定如第二項、第三項。

一 本條新增。  
二 配合保險人組織改制為基金會，為使全民健康保險業務得接續推行，故規定現職人員均應隨同移轉。但

給與，不受年齡及工作年資限制。

前項移轉人員如改投勞工保險致無法領取公務人員保險養老給付時，應按公務人員保險養老給付標準補償其權益損失，其他原有權益如受減損，亦應予以補償。

第一項移轉人員移轉後被基金會資遣者，按資遣時之薪給標準核給資遣給與，並加發六個月薪給及一個月預告工資，如有損失勞工保險老年給付者，補償其權益損失。

第一項移轉人員依第二項或前項所領取之補償金，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應於核算後加註存檔，於其依法再參加公務人員保險領取養老給付或勞工保險領取老年給付時，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應通知本保險主管機關收回補償金。但其所領取之養老給付或老年給付金額較原補償金低時，僅收回與所領養老給付或老年給付同金額之補償金。

第一項移轉人員及基金會成立後始轉任基金會任職之公務員，其在基金會服務之年資，於回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。

第一項結算給與及第二項權益損失之補償所需經費，由主管機關一次編列預算撥付支應。

中央健康保險局現職人員移轉基金會後，依第一項辦理結算及依第三項核給資遣給與、加

其權益亦不應因此蒙受減損，爰亦規定現職人員之原有權益應續予保障。另考量因機關改制隨同辦理移轉，部分人員將喪失原有公務員身分及相關公保權益，且為使其安於工作，日後被資遣者亦宜有所補償，辦理公職年資之結算及公保權益損失補償，應由主管機關編列預算支應，至移轉後被基金會資遣者，其給與則由基金會支應，以減少國庫負擔，爰訂定第一項至第三項、第六項如上。

三、本保險業務與政府各部門權責息息相關，有借重行政機關人才之必要，爰參照臺灣地區與大陸地區人民關係條例第四條第四項有關海基會人員回任公職時年資得予併計之例，訂定第五項規定如上。

四、中央健康保險局現職人員之類型、資格及條件非屬一致，為確保各方權益衡平，移轉人員之權益確保及損失補償，應區別不同身分條件，異其處理方式，故將其中約聘僱、契約進用及臨時人員等與具公務員身分者加以區隔。又公、勞保權益損失補償金，亦應依當事人日後所

發薪給與預告工資者，不包括移轉前之左列人員：

- 一、約聘人員。
  - 二、約僱或暫僱人員。
  - 三、定期勞動契約人員。
  - 四、借調或兼職人員。
  - 五、其他臨時人員。
- (第五項考試院有不同意見)

<p>第三章 保險對象及投保單位</p>	<p>第二章 保險人、保險對象及投保單位</p>	<p>領公、勞保養老(老年)給付之數額由本保險主管機關斟酌收回，以避免當事人重複領取，爰訂定第四項、第七項如上。</p> <p>五、考試院意見：對於第五項移轉及轉任人員回任公職年資採計乙節，認為事涉公務人員人事法制，具有通案性質，且影響甚大，宜通盤考量。本案僅宜作為權宜性過渡措施，應增列移轉人員於三年內回任者始予採計年資之年限規定；至於基金會成立後轉任之公務員，則不宜享有此一優惠。建議第五項修正為：「第一項移轉人員在基金會服務之年資，於三年內回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。」</p> <p>因保險人部分另行增列專章，本章章次及章名修正如上。</p> <p>本條未修正。</p>
<p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	<p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	
<p>第八條 被保險人分為下列六類： 一、第一類： (一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。 (二)公、民營事業、機構之受雇者。</p>	<p>第八條 被保險人分為下列六類： 一、第一類： (一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</p>	<p>一、第一項第一款第四目有關自營作業者，係指未僱用員工從事商業買賣之業主，為與同項第二款第一目之自營作業而參加職業工會者相區別，爰修正文字為自營業主。</p>

(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。

(四)雇主或自營業主。

(五)專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二)參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類

(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

六、第六類：

(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。

(二)第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查

(二)公、民營事業、機構之受雇者。

(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。

(四)雇主或自營業者。

(五)專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二)參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類

(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。

將第五類被保險人擴大至低收入戶成員，以利相關承保作業執行，爰修正第一項第五款。  
三、本院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員，已歸屬榮民範圍，無特別規定必要，爰將第一項第六款第一目文字簡化為榮民、榮民遺眷之家戶代表。

辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

第六類：

(一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。

(二) 第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

第九條

被保險人之眷屬，規定如下：

一、第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二、第四類被保險人之眷屬：

(一) 同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

第九條

如下：

一、第一類至第三類被保險人之眷屬：

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學

無謀生能力或仍在學

一、配合前條第五類被保險人範圍之修正，該類被保險人已無眷屬，爰刪除第三款規定。

二、第四類被保險人係屬軍眷家戶代表，故第一項第二款同戶之文字修正為同眷戶，以資明確。

三、第六類被保險人之眷屬與第一類至第三類被保險人之眷屬範圍一致，爰將第四款併入第一款。

爰將第四款併入第一款。



(二)同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

就讀且無職業者。

二第四類被保險人之眷屬：

(一)同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

(二)同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三第五類被保險人之共同生活親屬。

四第六類被保險人之眷屬：

(一)被保險人之配偶，且無職業者。

(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

第十條

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：

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。

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。

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。

具外國國籍經領有居留證件，或具中華民國籍在臺灣地區經發給居留證或定居證，並符合第八條所定被保險人或符合前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，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。

第十一條

有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：

一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有服務證之聘雇人員。

第十條

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：

一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。

二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者。

三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。

凡具有外國國籍，在臺閩地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。

第十一條

有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：

一、現役軍官、士官、士兵、軍

對原已依規定參加本保險之國人，因出國求學等因素退保者，為維護其保險權益，應許其於返國後即依適當身分加保。另設有戶籍滿四個月之起算時點亦宜明確規定，爰修正第一項第一款如上。

二、為齊一各類被保險人眷屬之投保資格，不因所依附被保險人類別不同而有所差別，爰刪除第一項第二款有關受雇者眷屬之特別規定，即一律須設籍滿四個月。

三、外國人或雖具本國籍但無法在台設籍，而在臺灣地區領有相關居留證件者，其加保資格限制經檢討雖宜放寬，惟待遇不應高於本國人，故放寬條件比照第一項規定，爰修正第二項如上。

四、參酌臺灣地區與大陸地區人民關係條例之規定，將第一項之臺閩地區修正為臺灣地區。

一、軍事機關編制內聘雇人員所領證件已改為服務證，本條第一款爰配合修正。

二、現行條文第二款之規定，係因監、

<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。</p> <p>具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>
<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。</p> <p>具有被保險人資格者，並不</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。</p> <p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>
<p>本條未修正。</p>	<p>文字修正。</p>	<p>所收容人身分特殊，如納入健保體系，有關其身分歸類、投保單位之認定、保費之負擔及收取，尤其就醫自由問題，執行技術上有相當困難，慮及此類人員就醫自由受限制，故排除於加保範圍之外。惟此等人員亦有醫療需求，需要為照顧解決，如有健保協助需求，可參照現行代辦職災保險醫療給付模式，委託本保險保險人代辦醫療費用申報、審查、核付等行政作業，本法不另做特別規定。</p> <p>三、又保安處分種類眾多，其中保護管束並未將受處分人收歸相當處所執行，故其人身自由所受限制輕微，性質上應許其參加本保險，爰並修正第二款如上。</p>

第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。

第十四條 各類被保險人之投保單位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。

但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。

投保單位欠繳保險費逾三個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本

得以眷屬身分投保。

第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。

第十四條 各類被保險人之投保單位如下：

下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目

規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人

本條未修正。

一、由於本法施行細則第二十六條對在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，明定得以該訓練機構（關）為投保單位，爰納入本法強制規範，增列第四項如上。

二、投保單位如有長期持續欠繳保險費之情事，將嚴重影響保險對象之權益。若賦予保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關保險事宜，則在依法訴追前，可保障保險對象權益，爰增列第五項規定。

保險事宜。

所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。  
第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

第十五條

保險效力之開始，自合於第十條所定條件或第十五條原因發生當日零時起算。但在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，應溯自出生之時起算。  
保險效力於符合第十一條所定條件或原因發生當日二十四時終止。

第十六條

保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。

第十六條

投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自出生或死亡之日起三十日內，向保險人辦理投保或退保手續。

第十七條

投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自其出生或死亡之日起三十日內申報之但書規定，以求一致。

第十七條

保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

第十七條

保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

第四章 保險財務

第十八條

第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。

第三章 保險財務

第十八條

第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之

章次變更。

一、分項明定保險效力開始或終止之時間，俾明確適用。  
二、國人對於新生嬰兒出生後，常未立即辦理戶籍出生登記，為使相關規定臻於明確，以保障新生嬰兒之權益，爰增訂第一項但書規定。

但被保險人之投保金額高於第一類至第四類被保險人平均投保金額者，其應負擔之眷屬保險費，以平均投保金額及其保險費率計算之。

第十九條

前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；每年實際計繳之保險費率，依精算結果由保險人訂定，報請主管機關備查。

前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。但第四類被保險人本人應併入眷口數計算。

第二十條

本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由保險人聘請精算師、保險財務專家、經濟學者十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，保險人應予調整，並報請主管機關備查：

一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。

投保金額及其保險費率計算之。

第十九條

前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一年至百分之四點二五計繳保險費；第二年起，依第二十条規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。

本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。

眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十條

本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

保險人投保金額高於平均投保金額者，其所負擔之眷屬保險費，改依平均投保金額及其保險費率計算，爰增訂但書規定如上。

一、為使保險人財務獨立自主，本法僅規定保險費率之上限，至在上限範圍內，每年實際計繳之保險費率，宜授權由保險人決定後，報請主管機關備查，爰修正第一項如上。

二、本保險開辦已屆滿二年，開辦前二年所適用之相關規定已失效，爰刪除第一項及第二項相關規定，第三項移列為第二項。

三、第四類被保險人係軍眷家戶代表，原即為眷屬身分，宜併入眷口數計算，爰增列第二項但書規定。

一、依前條規定每年實際計繳之保險費率，授權由保險人決定，故保險人應設精算小組審查，爰修正第二項如上。

二、前項有關精算小組成員中，因社會公正人士概念難以清楚界定，人選產生易滋爭議，本保險既已改制由基金會自主經營，爰予刪除。

三、依據改制精神，保險費率應由保險人調整之，以利保險財務之健全。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。  
三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條

第一類至第四類被保險人之投保金額，由保  
險人訂定分級表，報請主管機關備查。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主  
管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，  
該下限亦調整之。

投保金額分級表最高一級投保金額與最低一  
級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自  
基本工資調整之次月調整之。

第二十二條

第一類被保險人之投保金額，依下列各款定

第二十一條

一、精算之保險費率，其前五  
年之平均值與當年保險費  
率相差幅度超過正負百分  
之五者。  
二、本保險之安全準備降至最  
低限額者。  
三、本保險增減給付項目、給  
付內容或給付標準，致影  
響保險財務者。

第一類至第四類被保險人之  
投保金額，由主管機關擬訂分級  
表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限  
與中央勞工主管機關公布之基本  
工資相同；基本工資調整時，該  
下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表  
最高一級投保金額之被保險人，  
其人數超過被保險人總數之百  
分之三，並持續十二個月時，主  
管機關應自次月調整投保金額分  
級表，加高其等級。

第二十二條

第一類及第二類被保險人之

爰規定有第三項各款情形之一，保  
險人應予調整保險費率，並報請主  
管機關備查。

一、依據改制精神，原由主管機關擬訂  
或調整之投保金額分級表，均改為  
由保險人訂定或調整，爰修正第一  
項、第三項如上。

二、健康保險採量能負擔、自助互助之  
精神，投保金額分級表應貫徹此一  
精神。以日本為例，其投保金額分  
級表之上下限差距達一〇．六倍，  
我國目前前約僅為三．八倍，似嫌偏  
低。且現行規定乃以適用最高一級  
投保金額之被保險人數超過總人數  
百分之三，持續達十二個月時，始  
加高投保金額分級表之等級，較難  
落實前述精神。復查公務人員高低  
薪俸比率將逐漸調為五倍左右，參  
考前述情形，爰修正第三項如上。

一、配合現行條文第八條第一項第一款

之：

一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。

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。

前項第一款被保險人具有公務人員保險被保險人資格者，其投保金額應以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與行政院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以公務人員俸（薪）給總額計算之。

第一項第二款及第三款被保險人之投保金額，保險人得依其事業或執業單位之規模，訂定其中報投保金額之最低等級。

第四類被保險人之投保金額，應以第二項比率，乘以相關志願役軍人或具有參加軍人保險資格者之俸給總額計算之。

投保單位申報被保險人投保金額不實者，保險人得按照同一行業相當等級之投保金額逕行調整之。

投保金額，依下列各款定之：

一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營業業者：以其營利所得為投保金額。

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。

第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

第四目修正，自營業業者改為自營業主。

二、查現行受僱勞工參加本保險之平均投保金額，與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資仍有若干差距，未能全部反映真實情況。為考量政府受僱者與民間事業單位受僱者保險費負擔之公平性，具有公務人員保險被保險人資格者之投保金額應改採全薪投保精神，但以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以俸（薪）給總額計算之，爰增訂第二項如上。另現行條文第二項併同修正，移列第四項。

三、雇主、自營業主及專技人員自行執業者，屬較高所得之群體，但被保險人未有客觀資料證明，相關稅籍資料亦不完整，考量實際執行問題，宜賦予保險人得依事業或執業單位規模，訂定其中報投保金額最低等級法源，爰增訂第三項。

四、第二類被保險人除有前述所得難以證明問題，性質上亦與第三類被保



第二十三條

第二類及第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視各該類被保險人及其眷屬之經濟能力，分別調整投保金額等級。

第二十三條

第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三款及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

險人情形較為近似，其投保金額將改併修正條文第二十三條規定。配合此一修正，並簡化投保金額查核作業，增進行政效率，爰刪除第一項「及第二類」四字；另修正原第三項，規定投保單位申報被保險人投保金額不實者，保險人得逕行調整投保金額之客觀標準，並移列第五項。

第二十四條

第一類及第四類被保險人依第二十二條規定第二十四條之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。

第二十四條

第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次

第二類被保險人並無固定所得，性質上與第三類被保險人之情形較為近似，故比照第三類被保險人投保金額訂定方式，以第一類第二目、第三目被保險人平均投保金額計算之，但保險人得視各該類被保險人及其眷屬之經濟能力，分別調整投保金額等級。另現行條文所稱「第二款」所規範者即指第二類被保險人，爰配合上述修正，予以刪除。

<p>第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>月一日生效。</p> <p>第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p> <p>第六類被保險人之眷屬，其保險費由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。</p>	<p>第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p> <p>眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>
<p>第二十七條 本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：</p> <p>一、第一類被保險人：</p> <p>(一) 第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，中央或省(市)主管教育行政機關補助百分之十五。</p> <p>(二) 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。</p> <p>(三) 第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。</p> <p>二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省(市)政府補助百分之四十。</p>	<p>第二十七條 本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：</p> <p>一、第一類被保險人：</p> <p>(一) 第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省(市)主管教育行政機關補助百分之三十。</p> <p>(二) 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三</p>	<p>一、配合修正條文第二十二條第二項之修正，且為與一般受雇者取得一致之保險費負擔基礎，爰將公教人員自付比率由百分之四十，降為百分之三十。又私校教職員自付比例調降百分之三十後，其原自付百分之十差額，宜由學校及中央或省(市)主管教育行政機關分別吸收，故第一項第一款第一目作如上修正。</p> <p>二、軍眷保險費之負擔比例，配合公教人員自付比例之調降，第一項第四款亦併同修正。</p>

第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

第四類被保險人及其眷屬自付百分之三十，國防部補助百分之七十。

第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。

第六條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

第七條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十；在直轄市區域，由直

轄市政府全額補助。

六第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條

第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

第二十八條

第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

本條未修正。

第二十九條

本保險保險費依下列規定，按月繳納：

一第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

第二十九條

本保險保險費依下列規定，按月繳納：

二第二類、第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。投保單位經徵得被保險人或會員代表大會同意者，並

按月繳納：

一第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二第二類、第三類及第六類

一、預收保險費規定涉及被保險人權利義務，爰將原列於本法施行細則第四十九條相關規定，納入第一項第二款規範，又為免被保險人無力預繳時衍生困擾，規定於此種情形，仍得按月繳納。

二、第二類、第三類之投保單位有預收保費規定，第六類之投保單位已難併列，爰另立第一項第三款。

得一次預收三個月至六個月保險費。但被保險人無法預繳時，仍得按月繳納。

第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前負責彙繳保險人。

四、各類被保險人之保險費，應由中央或省（市）主管教育行政機關、各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，於次月底前撥付保險人。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第一項第四款之行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，保險人得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣墊。

第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點二滯納金。加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍

被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第三十條

第一項有關滯納金之寬限期及比率，參照勞工保險條例規定修正。二、為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項

三、鑑於政府一次預付半年保險費補助款，金額龐大，各級政府公庫調度實有困難，並與經常門經費按月撥付之慣例不符，且將與日後結算之實際金額發生差異。爰將各類被保險人保險費中，相關行政機關應補助部分，一律改為於次月底前撥付保險人，規定於第一項第四款。

四、第一項第四款修正後，相關行政機關應補助部分，撥付應較無困難，但如未依規定撥付，宜有處理方式，爰增訂第三項，規定此時保險人得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣墊。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。

保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

投保單位積欠保險費或滯納金，經依法追訴，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人對逾期繳納有過失者，應負損害賠償責任。

#### 第五章 保險給付

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、住院診療及居家照護服務；並應交付門診處方箋予保險對象，於符合保險人規定之特約醫院、診所之調劑處所或至特約藥局調劑。

前項醫療辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。

為限。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。

保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

#### 第四章 保險給付

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。

前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。

但書。

三、部分投保單位欠費原因乃係因其負責人或主持人過失所致，而現行條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例規定，增列第四項如上。

#### 章次變更。

一、居家照護為現行提供之服務項目之一，惟其有別於門診、住院診療，爰增列該等文字，以資明確。又保險對象有知藥並選擇調劑處所之權利，為確保民眾之用藥安全，規定應交付門診處方箋及保險對象得選擇調劑處所，爰修正第一項如上。

二、依據改制精神，本保險醫療辦法改由保險人擬訂，報請主管機關核定，爰修正第二項如上。

三、有關藥品之交付，藥事法已有規定，現行條文第一條亦明定本法未規定者適用其他有關法律，現行條文第三項無存在必要，爰予刪除。

第三十二條 本保險為維護保險對象之健康，保險人應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。

本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。

第三十三條

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十至百分之三十；其應自行負擔之費用，以定額方式收取。

第三十三條

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。

一、保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用，係用以節制醫療費用，但負擔比率或金額，應考量醫療環境及民眾接受程度逐步推動，不宜硬性規定，宜由保險人衡酌情形定之，爰修正第一項、第二項如上。

前項保險對象應自行負擔費用之比率或金額，每年應在前項規定範圍內，由保險人依醫療機構層級、轉診情形及前一年門診或急診平均費用訂定。

前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。

二、配合第一項保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用採定額方式收取，已無轉診之規定，第三項爰予刪除。

第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

第三十四條

(刪除)

第三十四條

本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

一、本條刪除。  
二、由於自負額制度之實施，事涉民眾之接受意願、就醫權益、整體財務結構與體制之改革，目前尚未有實施條件，爰予刪除。

第三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：  
一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三

第三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

一、有關自行負擔費用之核退，目前尚乏授權依據；又依本法之精神，全

十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

一、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額及其核退辦法，由保險人定之。

前項費用之核退，應於次年六月底前提出申請，逾期不予核退。

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

第三十六條

保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病。
  - 二、分娩。
  - 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。
  - 四、山地離島地區之就醫。
- 前項第一款重大傷病與第四款山地離島地區

一、急性病房：三十日內以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：

- 一、重大傷病。
- 二、分娩。
- 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。

年自行負擔費用之最高金額應採累計算，為臻明確並因應改制調整權責，爰修正第二項如上。

費用核退時限事涉人民權利義務，應有明文規定，爰修正增列第三項如上。

山地離島地區保險對象因醫療資源較為不足，宜給予部分優惠措施，其詳細實施辦法及各項有關免自行負擔費用之辦法，應一併授權由保險人訂定，爰增訂第一項第四款，並修正第二項如上。



之範圍及免自行負擔費用之辦法，由保險人定之。

第三十七條

第五類被保險人就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。

前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

第三十七條

第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

一、現行條文第三十三條修正後，已無轉診規定，本條但書爰予刪除。

二、第五類被保險人已無眷屬，爰將保險對象修正為被保險人。

第三十八條

保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

第三十八條

保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

第三十九條

下列項目之費用不在本保險給付範圍：  
一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。  
二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。  
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。  
四、成藥、醫師指示用藥。但經保險人公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。

第三十九條

下列項目之費用不在本保險給付範圍：  
一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。  
二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。  
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。

一、第四款規定醫師指示用藥不在本保險給付範圍，惟實務上部分科別醫師處方之藥品常包含指示用藥，慮及保險對象醫療需求，爰增列但書，規定經保險人公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。

二、本保險提供給付之醫師處方藥品及特殊材料中，部分高價藥材市場上可達同療效之藥品及特材，不同廠牌間之價差頗大，為兼顧醫療品質

<p>第四十一條 保險對象有下列情形之一者，不予保險給付</p> <p>一、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，</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：</p> <p>一、依其他社會保險法令領取</p>	<p>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，現行規定不予給付似欠合理，爰刪除第一款，其餘款次</p>
<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>三、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</p>	<p>三、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</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、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>九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額及高價藥材之差額。</p> <p>八、日間住院。但精神病照護，不在此限。</p> <p>七、人體試驗。</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>五、指定醫師、特別護士及護理師。</p>	<p>九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額，病費差額。</p> <p>八、日間住院。但精神病照護，不在此限。</p> <p>七、人體試驗。</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>五、指定醫師、特別護士及護理師。</p>	<p>、公平性及不影響保險財務及保險對象之權益下，如保險對象自願使用較昂貴之藥品或特材時，應自付其衍生之差額，爰修正第九款如上。</p>

<p>其繼續住院之費用。</p> <p>二、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。</p> <p>三、違反本法有關規定者。</p>	<p>殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。</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>依序變更。</p>
<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位於治療結束或分娩後六個月內向保險人申請核退醫療費用，逾期不予核退。</p> <p>前項申請及核退辦法，由保險人定之。</p>	<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用，逾期不予核退。</p> <p>前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。</p>	<p>有關申請核退醫療費用之時間限制及相關辦法，涉及人民權益，故調整編排方式並修正部分文字使更明確。且依據保險人組織之改制精神，醫療費用申請及核退辦法應由保險人訂定，爰修正如上。</p>
<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>本條未修正。</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</p>	<p>第四十五條 保險對象依第十一條規定應自退保之日起，保險人既不給予保險給</p>	<p>自退保之日起，保險人既不給予保險給</p>

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。

第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

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。

第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

本條未修正。

### 第六章 醫療費用支付

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

### 第五章 醫療費用支付

第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

章次變更。

### 第四十八條

為協定及分配醫療給付費用，主管機關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：

### 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，由問參與功能，爰將第二款原列專家學者下列人員各占三分之一組成；其代表，移列入第三款與相關主管機關代

為增加保險給付費用，以擴大民

- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表。
- 三、相關主管機關代表及專家學者。

- 一、醫事服務提供者代表。
- 二、保險付費者代表及專家學者。
- 三、相關主管機關代表。

### 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

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用總額及其分配方式，報請主

本條未修正。

決。

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。

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。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

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。

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。

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，並於下年度調整藥價基準。

管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限內達成協定，應由主管機關逕行裁決。

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。

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。

第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。

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。

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。

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

本條未修正。

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内達成協定，應由主管機關逕行裁決。

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。  
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内達成協定，應由主管機關逕行裁決。

第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同擬訂，報請主管機關核定。

第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，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。

前項所稱醫療費用支付標準，應以相對點數反應各項醫療服務之成本，並得以論病例、論人或預算為訂定之基準。

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。

第一項醫療費用支付標準及藥價基準之擬訂，保險人及保險醫事服務機構團體代表無法達成共識時，得由醫療費用協定委員會協商後，報請主管機關核定。

同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。

一、為使規定明確，以利制度運作，宜於保險醫事服務機構下增列「團體代表」等字，爰修正增列第一項如上。  
二、配合各種支付制度之採行，修正本保險支付標準點數之訂定方式，規定得以論病例、論人或預算為基準。另同病同酬原則已反映於支付標準診療項目中，為避免各界詮釋不同衍生爭議，爰予刪除第二項中相關文字。  
三、增訂第三項規定保險人及保險醫事服務機構團體代表無法協定醫療費用支付標準或藥價基準時，由醫療費用協定委員會協商之。

第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應選聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員

第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應選聘具有臨床

一、依據保險人組織之改制精神，修正第一項如上。  
二、醫療服務之審查業務審查案件眾多

會；其審查辦法，由保險人定之。  
前項醫療服務之審查，保險人得委由相關團體辦理。

第五十三條

醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由申報之醫療機構自行負責。

第五十三條

或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。

，為增加民間參與機會，避免民眾對審查工作專業性與公平性之質疑，並配合將來總額預算制度之實施，爰增列第二項如上。

第五十四條

第四十七條至第五十條之規定，主管機關得分階段實施；未實施前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由保險人定之。

第五十四條

定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

一、現行條文「施行日期」與修正條文第八十八條「施行日期」之用語相同，惟其性質及權責機關迥異，為避免相互混淆，爰修正本條前段文字如上。

第七章

保險醫事服務機構

第五十五條

保險醫事服務機構如下：

- 一、特約醫院及診所。
- 二、特約藥局。
- 三、保險指定醫事檢驗機構。

第六章

保險醫事服務機構

第五十五條

保險醫事服務機構如下：

- 一、特約醫院及診所。
- 二、特約藥局。
- 三、保險指定醫事檢驗機構。

章次變更。

本條未修正。

二、為貫徹保險人自主經營目標，依據改制精神，於總額預算制度未實施前，醫療費用支付標準之每點支付金額宜由保險人自行決定，爰修正本條後段如上。

<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>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>第五十六條 基金會所屬聯合門診中心，不得增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p>	<p>現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民康保險開辦一年半後重新評估。</p>	<p>一、保險人改制為基金會後，為瞭解、掌握藥價基準、支付標準等合理數據及醫療服務提供類型、品質研析所需，聯合門診中心仍宜維持，惟為正名，爰修正為基金會所屬之聯合門診中心。</p> <p>二、本保險開辦已屆滿二年，爰刪除「開辦一年半後重新評估」相關文字規定。</p>
<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療對象收取費用。</p>	<p>保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險相關證明文件；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>



第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。

應予追還。

第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。

本條未修正。

第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。

第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。

本條未修正。

第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。

本條未修正。

第八章 安全準備及行政經費

第七章 安全準備及行政經費

章次變更。

第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

本條未修正。

- 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
- 二、本保險每年度收支之結餘。
- 三、保險費滯納金。

- 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。

四、本保險安全準備所運用之收益。

二、本保險每年度收支之結餘。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

三、保險費滯納金。  
四、本保險安全準備所運用之

<p>第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>收益。</p> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用：</p> <p>一、公債、庫券及公司債之投資。</p> <p>二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。</p> <p>三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。</p> <p>四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用：</p> <p>一、公債、庫券及公司債之投資。</p> <p>二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。</p> <p>三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。</p>	<p>本條未修正。</p>

第六十七條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一  
個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個  
月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備  
提撥率。

四其他經主管機關核准有利  
於本保險之投資。

本條未修正。

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。

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。

一配合修正條文第六條、第六條之一規  
定，第一項有關人事及行政管理經費  
編列預算辦理之規定刪除。

保險人為辦理本保險所需之  
設備費用及週轉金，由中央政府  
撥付。

二中央健康保險局現有資產將移由基金  
會承受，已無另行撥付設備費用及週  
轉金必要，第二項爰予刪除。

第九章

罰則

第六十九條

投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險  
人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，  
並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。  
前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。

第八章

罰則

第六十九條

投保單位未依第十六條規定  
，為所屬被保險人或其眷屬辦理  
投保手續者，除依第三十條規定  
，追繳保險費及滯納金外，並按  
應繳納之保險費，處以四倍之罰  
鍰。

章次變更。

一對於違反規定之投保單位已追繳保  
險費，再處以四倍罰鍰似過於嚴苛  
，宜酌予降低為二倍。另滯納金及  
罰鍰之性質均屬行政罰中之金錢罰  
，於立法例上似無就同一行為同時  
科罰二種金錢罰之情形。且加徵滯  
納金通常係對違反按時繳款義務者  
所為處罰，此處投保單位係違反投  
保義務，並非違反按時繳款義務，  
對其加徵滯納金似未妥適，爰修正  
第一項如上。

投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保  
險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔  
者，投保單位除應退還該保險費予被保險人外，  
並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。

前項情形非可歸責於投保單  
位者，不適用之。

前項情形非可歸責於投保單  
位者，不適用之。

第一項如上。

<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>二、為避免投保單位脫免其保險費負擔責任，因而加重被保險人之負擔，爰增訂第三項有關投保單位未依規定負擔所屬員工及其眷屬保險費之處罰規定。</p>
<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>本條未修正。</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或申報醫療費用者，依其情節按領取之保險給付或申報之醫療費用處以五倍至十倍之罰鍰；其為保險醫事服務機構者，並得公布名稱；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，得在其中申報</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</p>	<p>一、按申報與領取費用因保險人核付作業致有時差，故罰鍰之基礎宜增列申報之醫療費用為據較為適當，爰增列「申報之」等文字。 二、虛報費用，目前僅能就查核個案之金額罰款二倍，嚇阻作用較低，爰</p>

應領費用內扣除。

領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。

規定依其違反情節，得處以五倍至十倍罰鍰。另違規者如為保險醫事服務機構，並得公布該醫療機構名稱，以杜弊端。

第七十三條

有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：

- 一 第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。
- 二 第二類及第三類被保險人，將其投保金額以多報少者。

第七十三條

有下列情形之一者，除追繳第六類被保險人之保險費係以定額方式短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰，並無以多報少之情事，爰於第二款作文字修正。

- 一 第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。
- 二 第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。

第七十四條

特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。

第七十四條

特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。

第七十五條

違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。

第七十五條

違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。

本條未修正。

第七十六條

違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第七十六條

違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

本條未修正。

<p>第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。</p>	<p>第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十章 附則</p>	<p>第九章 附則</p>	<p>章次變更。</p>
<p>第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施，若有績效者，保險人得予以獎勵。</p>	<p>第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施，若有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>依據保險人組織之改制精神，刪除獎勵辦法報請主管機關核定之規定。</p>
<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。</p>	<p>第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。</p>	<p>本條未修正。</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>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>本條未修正。</p>
<p>第八十三條 (刪除)</p>	<p>第八十三條 本保險之財務收支，由保險</p>	<p>一、本條刪除。</p>

<p>第八十四條 本保險之一切業務收支、帳冊、單據及供業務使用之土地、房屋，均免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。</p>	<p>二、相關內容已配合保險人改制修正，並規定於修正條文第六條之十一。</p>
<p>第八十五條 (刪除)</p>	<p>第八十五條 主管機關應於本保險實施二年内，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後二年内始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。</p>
<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第八十七條 (刪除)</p>	<p>第八十七條 本法第六十九條之一對第六類第二目被保險人於本保險實施一年後，開始適用。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後第一年始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。</p>
<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。 本法第二次修正條文施行日期，由行政院以命令定之。但行政院得分別情形定其一部之施行日期。</p>	<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。</p>	<p>部分修正條文係為落實基金會自主經營精神，而授予其相關權限，惟保險人改制須各項條件相互配合，無法立即施行，爰授權本院分別情形定其一部之施行日期。</p>
<p>第八十九條 (刪除)</p>	<p>第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，本條已不適用，爰予刪除。</p>

全民健康保險法再修正草案總說明暨條文對照表



## 全民健康保險法再修正草案總說明

全民健康保險法修正草案原經本院依據全民健康保險法第八十九條規定，於去（八十六）年七月二十三日以台八十六衛字第2960四號函送貴院審議，主要之設計乃強化民眾參與監督及經營機制、落實保險獨立自主精神，將保險人由現行中央健康保險局改為全民健康保險基金會，中央健康保險局則改制為基金會之經營部門，仍由總經理負責經營，但受各方代表合組之基金會董事會監督、指揮，係採單一公辦民營之保險體制。如將來董事會認有開放多元保險人之需要，再修法為之。

惟該法案提出後，迭據各界反映，應可考量市場機能、保險對象之選擇，而作前瞻性之彈性規定，避免將來須動輒修法以為因應。即將多元保險人之競爭機制，於本次再修正草案中預留其空間，俟將來時機及條件成熟後，即可立即因應而毋需再行修法。

本再修正草案主要方向在於現階段仍維持單一保險人，但增訂相關條文，以保留其他保險人設立之空間。主管機關於時機及條件成熟時，得核准非營利性機構為保險人。計就原修正草案重新檢討後再修正六十九條，其修正要點如次：

一、法案預留開放多元保險人機制，明定保險人之任務在辦理醫療給付業務，非營利性法人中央健康保險局仍予維持為保險人，但應改制為法人，以確保醫療給付之提供。另

授權主管機關訂定保險人相關資格、設立程序、監督及管理辦法。並明定撤銷或解散保險人許可之處置條款。（再修正條文第六條之十二至第六條之十四）

二、基金會定位為醫療服務之買方，不再直接辦理保險給付事宜，其董事會成員亦不再包括醫療服務提供者。其主要任務為保險費之收取分配、保險人及醫療服務提供者醫療服務與其品質之監督、相關辦法之擬訂及公權力之行使等本法授權事項之處理。（再修正條文第六條及第六條之四）

三、中央健康保險局醫務相關部門改以公辦民營方式獨立為一保險人後，現職人員均將依業務分別移轉至基金會或改制後之保險人，故應補償其權益損失。（再修正條文第六條之十三及第六條之十六）

四、基金會成立後，全民健康保險監理委員會之任務功能已有相當部分為基金會之董事會所取代，本於機關精簡原則，予以裁撤；全民健康保險爭議審議委員會之任務功能則隨健保公辦民營及保險人多元規劃調整，至於保險人與基金會間之爭議排除於爭議審議制度適用範圍之外；全民健康保險醫療費用協定委員會之任務功能則改為保險人與保險醫事服務機構團體代表間就醫療費用支付標準或藥價基準等無法達成協議事項之協定。（再修正條文第四條、第五條及第四十九條）

五、有關保險人辦理本保險所需之醫療費用及營業費用之額度及其分配，由基金會與保險人協議定之；醫療費用支付標準及藥價基準則由保險人與保險醫事服務機構團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定。（再修正條文第四十八條及第五十條）

六、除維持現行給付水準外，允許保險人得為增加給付內容或減免部分負擔等有利於保險對象之約定。如經主管機關許可，亦得開辦附加保險供保險對象自由參加。另增訂保險人違反相關規定時之罰則（再修正條文第四十五條之一及第七十二條之一）。

七、原修正草案中為因應公辦民營，相關辦法之擬訂及公權力之行使多授權保險人為之，現因改採保險人多元化設計，基金會已非保險人，爰將之修正為授權基金會辦理。（再修正條文第十四條及第十九條等）。

# 全民健康保險法再修正草案條文對照表

再修正條文	原條文	修正草案條文	現行條文	說明
<p>第一章 總則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>第一章 總則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>第一章 總則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>第一章 總則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>本篇章名未修正。</p>
<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第四條 (刪除)</p>	<p>第四條 (刪除)</p>	<p>第四條 (刪除)</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。 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</p>	<p>一、本條刪除。 二、因應公辦民營及保險人多元化，全民健康保險監理委員會現有之任務功能多由基金會之董事會取代，已無設置必要，爰予裁撤。 三、未來相關保險業務之監督，於基金會內部係由董事會為之。另原監理會外部監督</p>

<p>第二章 全民健康保險基金會及保險人</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<u>基金會或保險人</u>核定之案件發生爭議事項，主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會；審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序、規費及審議作業之辦法，由主管機關定之。</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，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對<u>基金會或保險人</u>所為之核定案件發生爭議時，應先依第一項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，其屬行政處分者，得依法提起訴願及行政訴訟。</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<u>保險人</u>核定之案件發生爭議事項，主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會；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>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，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對<u>保險人</u>就保險權益事項所為之核定案件發生爭議時，應先依第一項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，其屬行政處分者，得依法提起訴願及行政訴訟。</p>	<p>定後發布之。</p>
<p>第二章 保險人</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<u>保險人</u>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>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>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<u>保險人</u>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>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>機制，則改由主管機關設置專責單位辦理。</p>
<p>一、本章新增。 二、配合保險業務民營化及保</p>	<p>一、配合保險人多元化設計，增訂爭議審議之範圍。</p> <p>二、保險人對基金會所為核定如有不服，其屬行政處分者，直接依訴願法及行政訴訟法之規定提起訴願、行政訴訟，爰排除於爭議審議範圍之外。</p>	<p>一、配合保險人多元化設計，增訂爭議審議之範圍。</p> <p>二、保險人對基金會所為核定如有不服，其屬行政處分者，直接依訴願法及行政訴訟法之規定提起訴願、行政訴訟，爰排除於爭議審議範圍之外。</p>	<p>機制，則改由主管機關設置專責單位辦理。</p>

<p>第六條 為辦理本保險，設全民健康保險基金會（以下簡稱基金會）。基金會為法人，其業務範圍如下：</p> <p>一、承保業務之規劃及辦理</p> <p>二、保險財務之規劃及辦理</p> <p>三、保險費率之訂定及保險費之收取。</p> <p>四、保險對象就醫時應自行負擔費用之訂定。</p> <p>五、保險人之特約及其辦理本保險所需費用之分配及撥付。</p> <p>六、保險人與保險醫事服務機構團體代表有關醫療費用支付標準及藥價基準無法達成共識事項之協定。</p> <p>七、滯納金之收繳、罰鍰及限期改善之處罰、強制執行之移送及其他公權力之行使事項之辦理。</p>			<p>第六條 本保險之保險人為全民健康保險基金會；基金會為法人。</p>
			<p>第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。 中央健康保險局之組織，以法律定之。</p>
			<p>險人多元化設計，爰增列本章。</p> <p>一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文第六條乃予刪除，改為增訂基金會之任務。</p> <p>二、有關保險人規定移列於再修正草案條文第六條之十二，並予修正。</p>

<p>八本法授權事項之處理。 九本保險制度研究發展及其他與本保險有關事項之規劃及辦理。</p>	<p>第六條之一 基金會之基金，其來源如下： 一、中央健康保險局改制後之部分決算淨值。 二、保險費之收入。 三、基金之孳息收入。 四、政府每年循環預算程序補助本保險所需之人事及行政管理經費。 五、其他收入。</p>	<p>第六條之二 基金會之基金，應為下列各款之用途： 一、依法辦理本保險業務之支出。 二、有關基金會人事及行政管理經費之支出。 三、其他相關支出。</p>	<p>保險人多元化後，基金會之人事及行政管理費用將較現行單一體制為多，爰將原修正草案條文所定當年度醫療費用總額百分之二點五上限規定，酌予提高為百分之三。</p>
<p>第六條之一 基金會之基金，其來源如下： 一、中央健康保險局改制後之部分決算淨值。 二、保險費之收入。 三、基金之孳息收入。 四、政府每年循環預算程序補助本保險所需之人事及行政管理經費。 五、其他收入。</p>	<p>第六條之一 基金會之基金，其來源如下： 一、中央健康保險局裁撤後之決算淨值。 二、保險費之收入。 三、基金之孳息收入。 四、政府每年循環預算程序補助本保險所需之人事及行政管理經費。 五、其他收入。</p>	<p>第六條之二 基金會之基金，應為下列各款之用途： 一、依法辦理本保險業務之支出。 二、有關基金會人事及行政管理經費之支出。 三、其他相關支出。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>

<p>第六條之三</p> <p>基金會設董事會，其職掌如下：</p> <p>一、本法授權基金會訂定之保險費率、保險對象就醫時應自行負擔費用及投保金額分級表等事項之審議及核定。</p> <p>二、基金會年度計畫及業務報告之審議及核定。</p>	
<p>第六條之四</p> <p>基金會設董事會，其職掌如下：</p> <p>一、本法授權保險人訂定之保險費率、醫療費用部分負擔、投保金額分級表及相關法令等事項之審議及核定。</p> <p>二、基金會年度計畫及業務報告之審議及核定。</p>	<p>第六條之三</p> <p>基金會之業務範圍如下：</p> <p>一、規劃、辦理承保業務事項。</p> <p>二、規劃、辦理保險財務事項。</p> <p>三、規劃、辦理保險給付及保險支付制度事項。</p> <p>四、規劃、辦理保險醫事服務機構特約及管理事項。</p> <p>五、辦理保險費與滯納金之繳、罰緩與限期改善之處罰、強制執行之移送與其他公權力之行使事項。</p> <p>六、規劃、辦理本保險制度研究發展及其他與本保險有關之事項。</p>
<p>一、原修正草案條文第六條之四移列。</p> <p>二、基金會董事會之職掌大致同於原修正草案條文，但因基金會已非保險人，董事會對於預算、結算、決算之審議乃以基金會為限，不包括「本保險」之部分，爰予修正。</p>	<p>原修正草案條文所規定基金會業務範圍已移列於再修正條文第六條，故予刪除。</p>



<p>三、基金之籌集、收支、保管及運用之審議及核定。</p> <p>四、基金會預算、結算及決算之審議及核定。</p> <p>五、其他有關本法授權事項之審議或核定。</p>	<p>三、基金之籌集及收支、保管與運用之審議及核定。</p> <p>四、基金會及本保險預算、結算、決算之審議及核定。</p> <p>五、其他有關基金會業務重大事項之審議或核定。</p>		
<p>第六條之四 基金會設董事會，置董事三十一人，其中一人為董事長。除董事長外，其名額分配如下：</p> <p>一、被保險人代表七人。</p> <p>二、雇主代表七人。</p> <p>三、政府代表七人。</p> <p>四、專家學者九人。</p> <p>前項董事名額之產生方式，由主管機關定之。但第一款之專家學者，醫藥衛生專家所占名額不得少於二分之一。</p> <p>董事長綜理會務，對外代表基金會，由行政院聘任之，為專任；董事由主管機關聘任兼之。</p>	<p>第六條之五 基金會董事會置董事三十五人，其中一人為董事長。除董事長外，其名額分配如下：</p> <p>一、付費者代表：</p> <p>(一) 被保險人代表八人。</p> <p>(二) 雇主代表七人。</p> <p>(三) 政府代表七人。</p> <p>二、保險醫事服務機構代表七人。</p> <p>三、專家學者五人。</p> <p>前項董事名額之產生方式，由主管機關定之。</p> <p>董事長綜理會務，對外代表基金會，由行政院院長聘任之，為專任；董事由主管機關聘任兼之。</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之五移列。</p> <p>二、增加保險付費者參與監督</p>
<p>第六條之五 基金會置監察人五人，由主管機關就行政院主計處、審計部、主管機關、被保</p>	<p>第六條之六 基金會置監察人三人，分由主管機關、行政院主計處及審計部代表兼任之，掌</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之六移列。</p> <p>二、增加保險付費者參與監督</p>

<p>險人及雇主代表各一人聘兼之，掌理基金、存款之稽核，財務狀況之監督及決算表冊之查核事宜。</p> <p>前項被保險人及雇主代表之產生方式，由主管機關定之。</p>	<p>理基金、存款之稽核，財務狀況之監督及決算表冊之查核事宜。</p>		<p>之機制，爰增列被保險人及雇主代表為監察人，其產生方式由主管機關定之。</p>
<p>第六條之六 基金會董事長、董事及監察人任期均為二年，期滿得續聘之。</p> <p>董事長、董事或監察人因職務變更或因故無法執行職務時，應予解聘；其所留遺缺，依前二條規定補聘。但剩餘任期不滿三個月者，除董事長外，不予補聘。</p> <p>除董事長得為有給職外，董事、監察人，均為無給職。但得酌支兼職酬勞。</p> <p>董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。</p>	<p>第六條之七 基金會董事長、董事及監察人任期均為二年，期滿得續聘之。</p> <p>董事長、董事或監察人因職務變更或因故無法執行職務時，應予解聘；其所留遺缺，依前二條規定補聘。但剩餘任期不滿三個月者，除董事長外，不予補聘。</p> <p>除董事長得為有給職外，董事、監察人，均為無給職。但得酌支兼職酬勞。</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之七移列。</p> <p>二、另為避免角色混淆，增列第四項明定董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。</p>
<p>第六條之七 基金會置執行長一人，承董事會之決議辦理本保險事務；由董事長提名，經全體董事過半數同意聘任之；每任三年，得連任之；任期</p>	<p>第六條之八 基金會置總經理一人，承董事會之決議辦理本保險事務；由董事長提名，經全體董事過半數同意聘任之；每任三年，得連任之；任期</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之八移列。</p> <p>二、因應保險人多元化設計，醫療給付業務已由各保險人辦理，為與保險人之經營</p>

<p>未滿之解任，應經全體董事三分之二以上同意。</p>	<p>未滿之解任，應經全體董事三分之二以上同意。</p>		<p>者相區別，爰將總經理改為執行長。</p>
<p>第六條之八 基金會應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後實施。</p>	<p>第六條之九 基金會應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後實施。</p>		<p>原修正草案條文第六條之九移列。</p>
<p>第六條之九 基金會執行長以外之人員，由執行長任免，並指揮監督之。</p>	<p>第六條之十 基金會總經理以外之人員，由總經理任免，並指揮監督之。</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之十移列。 二、總經理改為執行長。</p>
<p>第六條之十 基金會應將本保險之財務收支，依政府會計年度辦理預、決算，併同年度業務概況報告，報請主管機關備查。</p>	<p>第六條之十一 基金會應將本保險之財務收支，依政府會計年度辦理預、決算，併同年度業務概況報告，報請主管機關備查。</p>		<p>原修正草案條文第六條之十一移列。</p>
<p>第六條之十一 基金會董事長、董事及執行長之行爲顯將對本保險之財務或業務經營造成重大危害時，主管機關得改組董事會或命解任一定人員，並派員暫代。但董事長應由行政院解聘。</p> <p>基金會因情事變更，不能達到設置目的時，主管機關得報請行政院同意後解散之；其業務、財產，由主管機關接辦或接管。</p>	<p>第六條之十二 中央健康保險局裁撤後之全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會一併承受，不受預算法第二十三條及國有財產法有關規定之限制。</p> <p>基金會董事長、董事及總經理之行爲顯將對本保險之財務或業務經營造成重大危害時，主管機關得改組董事會或命解任一定人員，並派員暫代。</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之十二移列。 二、原修正草案條文第一項與第二項及第三項之性質迥異，爰將第一項另訂於再修正條文第六條之十五。 三、總經理改為執行長。 四、董事長之解聘由行政院爲之，以與聘任程序一致，另基金會之解散應經行政院同意。</p>

<p>第六條之十二 為辦理本保險醫療給付業務，應設保險人，為非營利性法人；其資格、設立程序、監督及管理辦法由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>基金會因情事變更，不能達到設置目的時，主管機關得解散之；其業務、財產，由主管機關接辦或接管。</p>		<p>一、本條新增。 二、為預留多元體制空間，基金會與保險人乃予分離，並授權主管機關訂定保險人之資格、設立程序、監督及管理辦法。並參照大法官議決釋字第三九〇、四〇二及四二六等號解釋，具體明確規定授權目的、範圍及內容。 三、保險人之設立，須符合下列要件：(一)具一定經濟規模；(二)有相當自籌基金；(三)所特約之保險醫事服務機構遍布全國各地，並涵蓋各層級，以提供適切之保險給付；(四)保險人應設監事或監察人，並保障付費者及特約醫事服務機構代表之名額。 四、保險人年度收支如有結餘，僅得用於回饋保險醫療服務內容及其水準等符合設立目的之用途，不得分予董事</p>
<p>內容應包括下列事項： 一、財務之監督及查核方式。 二、業務之監督及查核方式。 三、違反本法或相關法令之處置、得撤銷許可或命令解散之原因、條件及程序。 四、資訊之公開方式及其範圍。 五、其他有關監督及管理之必要事項。</p>			

<p>第六條之十四 保險人經主管機關撤銷許可或解散致停止經營業務，基金會應將其所屬保險對象之醫療給付業務委託其他</p>	<p>第六條之十三 本法修正施行前依本法設立之中央健康保險局仍為本保險之保險人，並為法人；其組織章程由中央健康保險局擬訂，報請主管機關核定之。</p> <p>中央健康保險局應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理規定，報請主管機關備查。</p>	
<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定保險人經主管機關撤銷許可或解散致停止經營，其醫療給付業務之接辦。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、中央健康保險局改制後，其組織條例將予廢止，改以組織章程定之。故有關董事、監察人、總經理之產生及任免、董事會之組織及運作方式將於章程內訂定，並須經主管機關核定。至於有關組織編制、人事管理及財務管理規定，則僅須備查。</p>	<p>五、監督及管理辦法中將明定保險人之資金不得從事與設立目的無關之投資，投資股票、債券等亦不得逾一定比率，且應迴避與董、監事有利害關係者之票券。</p> <p>六、須俟監督及管理辦法發布實施後，主管機關方得許可設立除再修正條文第六條之十三所定保險人外之第二家保險人。</p>

<p>保險人或自行接辦。</p> <p>第六條之十五 中央健康保險局改制前之全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會及改制後之中央健康保險局依業務範圍分別承受，不受預算法第二十三條及國有財產法有關規定之限制。</p>			<p>一、原修正草案條文第六條之十二第一項移列。</p> <p>二、因應保險人多元化設計，中央健康保險局改制前之資產、負債及相關債權、債務，將分別由基金會及改制後之中央健康保險局承受。</p>
<p>第六條之十六 基金會成立及中央健康保險局改制時，改制前之中央健康保險局人員均應隨業務分別移轉；移轉後，其原有職等、薪級、待遇等，均應予以保障，其原任公職年資，按勞動基準法退休標準辦理結算，發給結算給與，不受年齡及工作年資限制。</p> <p>前項移轉人員如改投勞工保險致無法領取公務人員保險養老給付時，應按公務人員保險養老給付標準補償其權益損失，其他原有權益如受減損，亦應予以補償。</p> <p>第一項移轉人員移轉後被資遣者，按資遣時之薪給標準核給資遣給與，並加發</p>	<p>第六條之十三 基金會成立時，中央健康保險局現職人員均應隨同移轉；移轉基金會後，其原有職等、薪級、待遇等，均應予以保障，其原任公職年資，按勞動基準法退休標準辦理結算，發給結算給與，不受年齡及工作年資限制。</p> <p>前項移轉人員如改投勞工保險致無法領取公務人員保險養老給付時，應按公務人員保險養老給付標準補償其權益損失，其他原有權益如受減損，亦應予以補償。</p> <p>第一項移轉人員移轉後被基金會資遣者，按資遣時之薪給標準核給資遣給與，並加發六個月薪給及一個月</p>		<p>一、原修正草案條文第六條之十三移列。</p> <p>二、因應保險人多元化設計，中央健康保險局現職人員將依業務分別移轉至基金會或改制後之中央健康保險局，爰修正如上。</p> <p>三、考試院意見：對於第五項移轉及轉任人員回任公職年資採計一節，認為事涉公務人員人事法制，具有通案性質，且影響甚大，宜通盤考量。本案僅宜作為權宜性過渡措施，應增列移轉人員於三年內回任者始予採計年資之年限規定；至於改制後始轉任之公務員，則不宜享有此一優惠。建議第五項修正為：「第一項移轉人員</p>

六個月薪給及一個月預告工資，如有損失勞工保險老年給付者，補償其權益損失。

第一項移轉人員依第二項或前項所領取之補償金，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應於核算後加註存檔，於其依法再參加公務人員保險領取養老給付或勞工保險領取老年給付時，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應通知本保險主管機關收回補償金。但其所領取之養老給付或老年給付金額較原補償金低時，僅收回與所領養老給付或老年給付同金額之補償金。

第一項移轉人員及改制後始轉任基金會或中央健康保險局任職之公務員，其在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。

第一項結算給與及第二

預告工資，如有損失勞工保險老年給付者，補償其權益損失。

第一項移轉人員依第二項或前項所領取之補償金，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應於核算後加註存檔，於其依法再參加公務人員保險領取養老給付或勞工保險領取老年給付時，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應通知本保險主管機關收回補償金。但其所領取之養老給付或老年給付金額較原補償金低時，僅收回與所領養老給付或老年給付同金額之補償金。

第一項移轉人員及基金會成立後始轉任基金會任職之公務員，其在基金會服務之年資，於回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。

第一項結算給與及第二項權益損失之補償所需經費

在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於三年內回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。」

<p>項權益損失之補償所需經費，由主管機關一次編列預算撥付支應。</p> <p>改制前之中央健康保險局人員移轉後，依第一項辦理結算及依第三項核給資遣給與、加發薪給與預告工資者，不包括移轉前之下列人員：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、約聘人員。</li> <li>二、約僱或暫僱人員。</li> <li>三、定期勞動契約人員。</li> <li>四、借調或兼職人員。</li> <li>五、其他臨時人員。</li> </ol> <p>(第五項考試院有不同意見)</p>	<p>，由主管機關一次編列預算撥付支應。</p> <p>中央健康保險局現職人員移轉基金會後，依第一項辦理結算及依第三項核給資遣給與、加發薪給與預告工資者，不包括移轉前之下列人員：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、約聘人員。</li> <li>二、約僱或暫僱人員。</li> <li>三、定期勞動契約人員。</li> <li>四、借調或兼職人員。</li> <li>五、其他臨時人員。</li> </ol> <p>(第五項考試院有不同意見)</p>	<p>第二章 保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	<p>因保險人部分另行增列專章，本章章次及章名修正如上。</p>
<p>第三章 保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	<p>第三章 保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	<p>第二章 保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第八條 被保險人分為下列六類</p> <p>一、第一類：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</li> <li>(二) 公、民營事業、機構</li> </ol>	<p>第八條 被保險人分為下列六類</p> <p>一、第一類：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</li> <li>(二) 公、民營事業、機構</li> </ol>	<p>第八條 被保險人分為下列六類</p> <p>一、第一類：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</li> <li>(二) 公、民營事業、機構</li> </ol>	<p>同原修正草案條文。</p>



之受雇者。

(三)前二目被保險人以外  
有一定雇主之受雇者

(四)雇主或自營業主。

(五)專門職業及技術人員  
自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作  
業而參加職業工會者

(二)參加海員總工會或船  
長公會為會員之外僱  
船員。

三、第三類

(一)農會及水利會會員，  
或年滿十五歲以上實  
際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作  
業而參加漁會為甲類  
會員，或年滿十五歲  
以上實際從事漁業工  
作者。

四、第四類：志願役軍官  
、士官及士兵之眷屬  
領有軍眷補給證或軍

之受雇者。

(三)前二目被保險人以外  
有一定雇主之受雇者

(四)雇主或自營業主。

(五)專門職業及技術人員  
自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作  
業而參加職業工會者

(二)參加海員總工會或船  
長公會為會員之外僱  
船員。

三、第三類

(一)農會及水利會會員，  
或年滿十五歲以上實  
際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作  
業而參加漁會為甲類  
會員，或年滿十五歲  
以上實際從事漁業工  
作者。

四、第四類：志願役軍官  
、士官及士兵之眷屬  
領有軍眷補給證或軍

構之受雇者。

(三)前二目被保險人以  
外有一定雇主之受  
雇者。

(四)雇主或自營業者

(五)專門職業及技術人  
員自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營  
作業而參加職業工  
會者。

(二)參加海員總工會或  
船長公會為會員之  
外僱船員。

三、第三類

(一)農會及水利會會員  
，或年滿十五歲以  
上實際從事農業工  
作者。

(二)無一定雇主或自營  
作業而參加漁會為  
甲類會員，或年滿  
十五歲以上實際從  
事漁業工作者。

四、第四類：志願役軍官、  
事漁業工作者。

<p>第九條 被保險人之眷屬，規定如下： 一 第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬</p>	<p>眷身分證之家戶代表 。五第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。 六第六類： (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。 (二) 第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。</p>
<p>第九條 被保險人之眷屬，規定如下： 一 第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬</p>	<p>眷身分證之家戶代表 。五第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。 六第六類： (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。 (二) 第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。</p>
<p>第九條 各類被保險人之眷屬，規定如下： 一 第一類至第三類被保險人之眷屬：</p>	<p>士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。 六第六類： (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。 (二) 第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。</p>
<p>同原修正草案條文。</p>	



且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

仍在學就讀且無職業者。

三、第五類被保險人之共同生活親屬。

四、第六類被保險人之眷屬：

屬：

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

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：

- 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。

二、參加本保險時已在臺

第十條

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：

- 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。

二、參加本保險時已在臺

第十條

具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：

- 一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。

二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第

原修正意旨之一在於放寬資格規定，使大陸、港、澳及其他地區華人等人士來臺居留或定居者亦得參加本保險。惟查本次再修正草案之精神在於放寬領有相關居留證件，合法在臺居留者之參加保險資格，國籍之認定尚非本法之目的，為避免部分無國籍人士因此無法加

<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p> <p>一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關</p>	<p>灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一日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。</p> <p>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日至第三目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。</p>	<p>灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一日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。</p> <p>具外國國籍領有居留證件，或具中華民國國籍在臺灣地區經發給居留證或定居證，並符合第八條所定被保險人或符合前條所定眷屬資格者，自在臺居留滿四個月時起，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日至第三目所定被保險人資格者，不受四個月之限制。</p>
<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p> <p>一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關</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。</p> <p>凡具有外國國籍，在臺灣地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一日至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。</p>	<p>三、參加本保險時已在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合前條所定眷屬資格者。</p> <p>三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。</p>
<p>第十一條 有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：</p> <p>一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事</p>	<p>三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。</p>	<p>三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。</p>
<p>同原修正草案條文。</p>		<p>保，並減輕行政作業負擔，爰再行修正如上。</p>

<p>編制內領有服務證之聘雇人員。</p> <p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>	<p>編制內領有服務證之聘雇人員。</p> <p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>	<p>機關編制內領有補給證之聘雇人員。</p> <p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。</p> <p>具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。</p> <p>具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。</p> <p>具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。</p>	<p>第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。</p>	<p>第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十四條 各類被保險人之投保單</p>	<p>第十四條 各類被保險人之投保單</p>	<p>第十四條 各類被保險人之投保單</p>	<p>因應保險人多元化設計，原修</p>

位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。

位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。

位如下：

一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。

正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。

<p>第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內</p>	<p>第十五條 保險效力之開始，自合於第十條所定條件或原因發生當日零時起算。但在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，應溯自出生之時起算。</p> <p>保險效力於符合第十一條所定條件或原因發生當日二十四時終止。</p>	<p>但其保險費應依第二十六條規定分別計算。</p> <p>第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。</p> <p>在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。</p> <p>投保單位欠繳保險費逾三個月以上者，基金會得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。</p>
<p>第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內</p>	<p>第十五條 保險效力之開始，自合於第十條所定條件或原因發生當日零時起算。但在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，應溯自出生之時起算。</p> <p>保險效力於符合第十一條所定條件或原因發生當日二十四時終止。</p>	<p>但其保險費應依第二十六條規定分別計算。</p> <p>第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。</p> <p>在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。</p> <p>投保單位欠繳保險費逾三個月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。</p>
<p>第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，</p>	<p>第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。</p>	<p>但其保險費應依第二十六條規定分別計算。</p> <p>第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。</p>
<p>一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險</p>	<p>同原修正草案條文。</p>	



，向基金會辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向基金會辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自出生或死亡之日起三十日內，向基金會辦理投保或退保手續。

基金會於受理投、退保後，應於三日內通知保險人，保險人不得拒絕保險對象之投保。

有二以上保險人時，投保單位向基金會辦理投保，應將被保險人所選擇之保險人告知基金會。被保險人未選擇者，視為向中央健康保險局投保。

前項被保險人之選擇，每年得變換一次，其時間由基金會統一規定之。

第十七條

保險對象及投保單位於第十七條  
辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關、基金會或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，

，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自出生或死亡之日起三十日內，向保險人辦理投保或退保手續。

保險對象及投保單位於第十七條  
辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避

向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

保險對象及投保單位於第十七條  
辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避

人職權，改由基金會行使。  
二、保險人多元化後，被保險人有權選擇保險人，但仍透過投保單位向基金會為之，並明定保險人並不得拒絕保險對象投保，以避免逆選擇；被保險人之選擇雖得更換，但每年以一次為限。

一、訪查權責機關增列基金會。  
二、明定相關人員訪查或查詢時應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。

<p>不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>前項基金會或保險人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>	<p>、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p>	<p>、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p>	
<p>第四章 保險財務</p> <p>第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。但被保險人之投保金額高於第一類至第四類被保險人平均投保金額者，其應負擔之眷屬保險費，以平均投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>第四章 保險財務</p> <p>第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。但被保險人之投保金額高於第一類至第四類被保險人平均投保金額者，其應負擔之眷屬保險費，以平均投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>第三章 保險財務</p> <p>第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>章次變更。</p> <p>同原修正草案條文。</p>
<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；每年實際計繳之保險費率，依精算結果由基金會訂定，報請主管機關備查。</p> <p>前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。但第四類被保險人本人應併入眷口數計算。</p>	<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；每年實際計繳之保險費率，依精算結果由保險人訂定，報請主管機關備查。</p> <p>前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。但第四類被保險人本人應併入眷口數計算。</p>	<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一以百分之四點二五計繳保險費；第二年，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。</p> <p>本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。</p>	<p>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>

<p>第二十條 本保險之保險費率，由基金會至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。</p> <p>前項保險費率，由基金會聘請精算師、保險財務專家、經濟學者十五至二十一人組成精算小組審查之。</p> <p>保險費率經精算結果，有下列情形之一者，基金會應予調整，並報請主管機關備查：</p> <p>一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。</p> <p>二、本保險之安全準備降至最低限額者。</p> <p>三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。</p>			
<p>第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。</p> <p>前項保險費率，由保險人聘請精算師、保險財務專家、經濟學者十五至二十一人組成精算小組審查之。</p> <p>保險費率經精算結果，有下列情形之一者，保險人應予調整，並報請主管機關備查：</p> <p>一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。</p> <p>二、本保險之安全準備降至最低限額者。</p> <p>三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。</p>			
<p>第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。</p> <p>前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。</p> <p>保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：</p> <p>一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。</p> <p>二、本保險之安全準備降至最低限額者。</p> <p>三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。</p>	<p>眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。</p>		
		<p>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>	

<p>第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由<u>基金會</u>訂定分級表，報請主管機關備查。</p> <p>前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。</p> <p>投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。</p>	<p>第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由<u>保險人</u>訂定分級表，報請主管機關備查。</p> <p>前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。</p> <p>投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。</p>	<p>第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。</p> <p>前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。</p> <p>適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。</p>	<p>第二十一條 第一類至第四類被保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>
<p>第二十二條 第一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、雇主及自營業主：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、雇主及自營業主：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</p>	<p>第二十二條 第一類及第二類被保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>

額。

前項第一款被保險人具有公務人員保險被保險人資格者，其投保金額應以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與行政院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以公務人員俸（薪）給總額計算之。

第一項第二款及第三款被保險人之投保金額，基金會得依其事業或執業單位之規模，訂定其申報投保金額之最低等級。

第四類被保險人之投保金額，應以第二項比率，乘以相關志願役軍人或具有參加軍人保險資格者之俸給總額計算之。

投保單位申報被保險人投保金額不實者，基金會得按照同一行業相當等級之投保金額逕行調整之。

額。

前項第一款被保險人具有公務人員保險被保險人資格者，其投保金額應以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與行政院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以公務人員俸（薪）給總額計算之。

第一項第二款及第三款被保險人之投保金額，保險人得依其事業或執業單位之規模，訂定其申報投保金額之最低等級。

第四類被保險人之投保金額，應以第二項比率，乘以相關志願役軍人或具有參加軍人保險資格者之俸給總額計算之。

投保單位申報被保險人投保金額不實者，保險人得按照同一行業相當等級之投保金額逕行調整之。

行業務所得為投保金額。

第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

第二十三條

第二類及第三類被保險人之投保金額，以第八條第

第二十三條

第二類及第三類被保險人之投保金額，以第八條第

第二十三條

第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一

正草案條文規定之保險人職權

<p>一項第一款第二目、第三目所定被保險人之平均投保金額計算之。但<u>基金會</u>得視各該類被保險人及其眷屬之經濟能力，分別調整投保金額等級。</p>	<p>一項第一款第二目、第三目所定被保險人之平均投保金額計算之。但<u>保險人</u>得視各該類被保險人及其眷屬之經濟能力，分別調整投保金額等級。</p>	<p>款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但<u>保險人</u>得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。</p>	<p>，改由<u>基金會</u>行使。</p>
<p>第二十四條 第一類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知<u>基金會</u>；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知<u>基金會</u>。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。</p>	<p>第二十四條 第一類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知<u>保險人</u>；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知<u>保險人</u>。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。</p>	<p>第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知<u>保險人</u>；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知<u>保險人</u>。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。</p>	<p>因應<u>保險人</u>多元化設計，原修正草案條文規定之<u>保險人</u>職權，改由<u>基金會</u>行使。</p>
<p>第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p> <p>第六類被保險人之眷屬，其保險費由被保險人繳納。</p>	<p>第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p> <p>第六類被保險人之眷屬，其保險費由被保險人繳納。</p>	<p>第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p> <p>眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以</p>	<p>同原修正草案條文。</p>

；超過五口者，以五口計。

第二十七條

依下列規定計算之：

一 第一類被保險人：

(一) 第八條第一項第一

款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。

但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十五。

(二) 第八條第一項第一

款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三) 第八條第一項第一

；超過五口者，以五口計。

第二十七條

依下列規定計算之：

一 第一類被保險人：

(一) 第八條第一項第一

款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。

但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十五。

(二) 第八條第一項第一

款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三) 第八條第一項第一

五口計。

第二十七條

依下列規定計算之：

一 第一類被保險人：

(一) 第八條第一項第一

款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。

但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。

(二) 第八條第一項第一

款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三) 第八條第一項第一款第四目及第五目

同原修正草案條文。

款第四目及第五目  
被保險人及其眷屬  
自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之三十，國防部補助百分之七十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域

款第四目及第五目  
被保險人及其眷屬  
自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之三十，國防部補助百分之七十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域

被保險人及其眷屬  
自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額



<p>第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：</p> <p>一 第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣</p>	<p>第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>
<p>第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：</p> <p>一 第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣</p>	<p>第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>
<p>第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：</p> <p>一 第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣</p>	<p>第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	<p>，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六 第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七 第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>
<p>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>	<p>本條未修正。</p>		

、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向基金會繳納。

二、第二類、第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。投保單位經徵得被保險人或會員代表大會同意者，並得一次預收三個月至六個月保險費。但被保險人無法預繳時，仍得按月繳納。

三、第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。

四、各類被保險人之保險費，應由中央或省（市）主管教育行政機關、各級政府、國防部或行政院國軍退除

、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。投保單位經徵得被保險人或會員代表大會同意者，並得一次預收三個月至六個月保險費。但被保險人無法預繳時，仍得按月繳納。

三、第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

四、各類被保險人之保險費，應由中央或省（市）主管教育行政機關、各級政府、國防部或行政院國軍退除

、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底預撥保險人，於年底時結算。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月

役官兵輔導委員會補助部分，於次月底前撥付基金會。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第一項第四款之行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣墊。

### 第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點二滯納金。加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

基金會對前項投保單位或被保險人應繳保險費及滯納金逾三十日仍未繳納者，

役官兵輔導委員會補助部分，於次月底前撥付保險人。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第一項第四款之行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，保險人得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣墊。

### 第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點二滯納金。加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，

保險費，退保當月免繳保險費。

第三十條 投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。  
保險人於起訴之日起，

一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。  
二、為使法意明確，避免民眾誤以為須經保險人通知後始負滯納金繳納義務，徒生爭怨，爰刪除第二項「經通知其」四字。  
三、保險人多元化後，保險給付係由保險人提供，投保單位或被保險人延欠基金會保費、滯納金時，亦應由基金會通知保險人暫停給付。

<p>得依法訴求。</p> <p>基金會於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，應通知保險人暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。</p> <p>投保單位積欠保險費或滯納金，經依法追訴，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人對逾期繳納有過失者，應負損害賠償責任。</p>	<p>得依法訴求。</p> <p>保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。</p> <p>投保單位積欠保險費或滯納金，經依法追訴，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人對逾期繳納有過失者，應負損害賠償責任。</p>	<p>在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。</p>	<p>章次變更。</p> <p>一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p> <p>二、保險人多元化後，保險對象限於其所屬保險人指定之醫療機構就醫，相關規定併予修正。</p>
<p>第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由所屬保險人特約之保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診、住院診療及居家照護服務；並應交付門診處方箋予保險對象，於符合保險人規定之特約醫院、診所之調劑處所或特約藥局調劑。</p> <p>前項醫療辦法，由基金會擬訂，報請主管機關核定</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、住院診療及居家照護服務；並應交付門診處方箋予保險對象，於符合保險人規定之特約醫院、診所之調劑處所或至特約藥局調劑。</p> <p>前項醫療辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定</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>第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定</p>	<p>第四章 保險給付</p>
<p>第五章 保險給付</p>	<p>第五章 保險給付</p>	<p>第四章 保險給付</p>	<p>第五章 保險給付</p>

<p>第三十二條</p>	<p>本保險為維護保險對象之健康，<u>基金會</u>應訂定預防保健服務項目及實施辦法。</p>	<p>第三十二條</p>
<p>第三十三條</p>	<p>保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之十五至百分之三十；其應自行負擔之費用，以定額方式收取。</p> <p>前項保險對象應自行負擔費用之比率或金額，每年應在前項規定範圍內，由<u>基金會</u>依醫療機構層級、轉診情形及前一年門診或急診平均費用訂定。</p>	<p>第三十三條</p> <p>保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十至百分之三十；其應自行負擔之費用，以定額方式收取。</p> <p>前項保險對象應自行負擔費用之比率或金額，每年應在前項規定範圍內，由<u>保險人</u>依醫療機構層級、轉診情形及前一年門診或急診平均費用訂定。</p>
<p>第三十四條 (刪除)</p>	<p>第三十四條 (刪除)</p>	<p>第三十二條</p> <p>本保險為維護保險對象之健康，<u>保險人</u>應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。</p>
<p>第三十四條</p> <p>本法實施後連續二年如一、本條刪除。</p> <p>全國平均每人每年門診次數二、由於自負額制度之實施，</p>	<p>第三十三條</p> <p>保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。</p> <p>前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。</p> <p>第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。</p>	<p>第三十三條</p> <p>保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。</p> <p>前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。</p> <p>第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。</p>
		<p>辦理。</p> <p>本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。</p> <p>一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p> <p>二、基金會本身並未辦理保險給付業務，相關規定爰併予修正。</p>

<p>第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：</p> <p>一、急性病房：三十日內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。</p> <p>二、慢性病房：三十日內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。</p> <p>保險對象於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額。</p>	<p>第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：</p> <p>一、急性病房：三十日內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。</p> <p>二、慢性病房：三十日內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。</p> <p>保險對象於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額。</p>	<p>第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：</p> <p>一、急性病房：三十日內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。</p> <p>二、慢性病房：三十日內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。</p> <p>保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。</p>	<p>超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。</p> <p>事涉民眾之接受意願、就醫權益、整體財務結構與體制之改革，目前尚未有實施條件，爰予刪除。</p> <p>一、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p> <p>二、基金會按期將醫療費用撥付保險人，由保險人提供醫療給付，故費用核退應向保險人申請，爰修正第二項如上。</p>
---	---	---	---

<p>及其核退辦法，由<u>基金會</u>定之。</p> <p>前項費用之核退，應於次年六月底前向保險人提出申請，逾期不予核退。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	<p>及其核退辦法，由保險人定之。</p> <p>前項費用之核退，應於次年六月底前提出申請，逾期不予核退。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	<p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	
<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>四、山地離島地區之就醫。</p> <p>前項第一款重大傷病與第四款山地離島地區之範圍及免自行負擔費用之辦法，由<u>基金會</u>定之。</p>	<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>四、山地離島地區之就醫。</p> <p>前項第一款重大傷病與第四款山地離島地區之範圍及免自行負擔費用之辦法，由保險人定之。</p>	<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>
<p>第三十七條 第五類被保險人就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。</p>	<p>第三十七條 第五類被保險人就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。</p>	<p>第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條</p>	<p>同原修正草案條文。</p>

<p>第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。</p> <p>保險對象未依前項規定繳納費用者，經醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人徵得基金會同意後，對保險對象暫行拒絕保險給付。</p>	<p>第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。</p> <p>保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。</p>	<p>第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。</p> <p>保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。</p>	<p>規定轉診就醫者，不在此限。</p> <p>保險人多元體制下，基金會已撥付醫療給付費用與保險人，保險人負有提供保險對象保險給付之義務。如保險對象延欠部分負擔費用時，保險人應徵得基金會同意，始得暫行拒絕給付。</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>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>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、因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p> <p>二、為確保健康保險提供基本給付之精神，並賦予基金會對給付項目之決定得有參與空間，爰修正主管機關公告不給付項目之程序，應由基金會報請核定。</p>



<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之</p> <p>。但經基金會公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。</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、病房費差額及高價藥材之差額。</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>十二其他經基金會報請主管機關核定公告不給付之診療服務及藥品。</p>	<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之</p> <p>。但經保險人公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。</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、病房費差額及高價藥材之差額。</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>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之</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>本條未修正。</p>
--	---	--	---------------

<p>重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</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、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。 二、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。 三、違反本法有關規定者。</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、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。 二、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。 三、違反本法有關規定者。</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診療者。 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。 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。 四、違反本法有關規定者。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人或其委託機構審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>有關醫療服務之審查，將來保險人得委外辦理，不一定要成立醫療服務審查委員會，本條爰配合再修正條文第五十二條第二項予以修正。</p>
<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非所屬保險人特約之醫</p>	<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診</p>	<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診</p>	<p>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權</p>

<p>療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位於治療結束或分娩後六個月內向保險人申請核退醫療費用，逾期不予核退。</p> <p>前項申請及核退辦法，由基金會定之。</p>	<p>療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位於治療結束或分娩後六個月內向保險人申請核退醫療費用，逾期不予核退。</p> <p>前項申請及核退辦法，由保險人定之。</p>	<p>療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。</p> <p>前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。</p>	<p>修正，使臻明確。</p>
<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>本條未修正。</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，不得接受保險給付；已受領保險給付者，應返還所受領給付之醫療費用予基金會。</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。</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>本保險承保責任在基金會，保險對象退保後，基金會應通知保險人停止保險給付；未通知前已領取給付之相當費用，應返還予基金會。</p>
<p>第四十五條之一 保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付。</p> <p>除前項規定外，保險人得免費提供保險對象其他服務或減免其依本法第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用。</p> <p>保險人得經主管機關之</p>			<p>一、本條新增。</p> <p>二、規定保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供保險給付，不得低於本保險水準，但得免費提供較優服務或減免費用。並得開辦附加保險，供保險對象自由參加。</p>

<p>許可，開辦附加健康保險；其辦法，由主管機關定之。</p> <p>前項附加保險，保險對象得自由參加。</p>	<p>第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p>	<p>第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六章 醫療費用支付</p> <p>第四十七條 (刪除)</p>	<p>第六章 醫療費用支付</p> <p>第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。</p>	<p>第五章 醫療費用支付</p> <p>第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。</p>	<p>章次變更。</p> <p>一、本條刪除。</p> <p>二、配合保險人多元化設計，醫療給付費用之總額範圍，主管機關原則上不再介入。</p>
<p>第四十八條 保險人辦理本保險所需之醫療費用與營業費用額度及其分配，由基金會及保險人於年度開始三個月前協議定之。</p> <p>前項醫療費用之分配，除按保險人所屬保險對象人數分配外，下列情形應予區別處理：</p> <p>一、罹患重大傷病者。</p> <p>二、六十五歲以上者。</p> <p>三、居住於主管機關公告本保險醫療資源缺乏地區者。</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、</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、</p>	<p>一、條次變更，現行條文第四十九條移列。</p> <p>二、配合保險人多元化設計，規定醫療費用及營業費用額度及其分配，由基金會與保險人協議定之。現行條文第四十八條規定，因醫療費用協定委員會任務功能已有轉變，爰與本條互調，較符法例順序。</p> <p>二、費用之分配除依保險對象之人數給與外，另有四款原因之費用應另行處理運用或分配，爰明定於再修正條文</p>

<p>四、具基金會報請主管機關核定之其他健康危險因素者。</p>	<p>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>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>第二項。</p>
<p>第四十九條 為協定醫療費用支付標準及藥價基準，基金會應設醫療費用協定委員會，由下列人員組成：</p> <p>一、醫事服務提供者代表。</p> <p>二、基金會代表。</p> <p>三、保險人代表。</p> <p>四、主管機關代表。</p> <p>五、專家學者。</p>	<p>第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，主管機關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。</p> <p>三、相關主管機關代表及專家學者。</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>配合保險人多元化設計，重新調整醫療費用協定委員會之組織及任務，並改由基金會設置。</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>醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同或</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</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</p>	<p>一、配合保險人多元化設計，現行條文保留第一項，並將原修正草案條文第五十一條移列修正為本條再修正條文第二項、第三項。</p> <p>二、支付標準及藥價基準由保險人與醫事服務提供者團體代表共同或個別協商訂定，</p>

<p>個別協商訂定。無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定之。</p> <p>前項醫療費用支付標準，得以相對點數反應各項醫療服務之成本，並以論病例、論人或預算為訂定之基準。</p>	<p>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內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p>	<p>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內達成協定，應由主管機關逕行裁決。</p>	<p>無法達成共識時，則由醫療費用協定委員會協定。</p>
<p>第五十一條 (刪除)</p>	<p>第五十一條</p> <p>醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同擬訂，報請主管機關核定。</p> <p>前項所稱醫療費用支付標準，應以相對點數反應各項醫療服務之成本，並得以論病例、論人或預算為訂定之基準。</p> <p>第一項醫療費用支付標準</p>	<p>第五十一條</p> <p>醫療費用支付標準及藥價基準，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>一、本條刪除。 二、配合保險人多元化設計，修正草案條文已移列為再修正條文第五十條第二項、第三項，爰將本條刪除。</p>

<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應訂定醫療服務審查辦法。 前項醫療服務之審查，保險人得委由相關團體辦理。</p>	<p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由交付處方箋之醫療機構自行負責。</p>	<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由保險人定之。 前項醫療服務之審查，保險人得委由相關團體辦理。</p>	<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由保險人定之。</p>
<p>第五十四條 第四十七條至第五十條之規定，主管機關得分階段</p>	<p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由申報之醫療機構自行負責。</p>	<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由保險人定之。</p>	<p>準及藥價基準之擬訂，保險人及保險醫事服務機構團體代表無法達成共識時，得由醫療費用協定委員會協商後，報請主管機關核定。</p>
<p>第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施</p>	<p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。</p>	<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。</p>	<p>第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。</p>
<p>一、本條刪除。 二、保險人改採多元化制度後</p>	<p>為明定醫師不當處方後之醫療費用之負擔，爰修正如上。</p>	<p>配合保險人多元化設計，醫療服務審查辦法仍由保險人自訂，但不強制組成醫療服務審查委員會，故刪。</p>	<p>配合保險人多元化設計，醫療服務審查辦法仍由保險人自訂，但不強制組成醫療服務審查委員會，故刪。</p>

<p>第七章 保險醫事服務機構</p>	<p>第七章 保險醫事服務機構</p>	<p>第六章 保險醫事服務機構</p>	<p>章次變更。</p>
<p>第五十五條 保險醫事服務機構種類如下： 一、醫院及診所。 二、藥局。 三、醫事檢驗機構。 四、其他經主管機關核准之醫事服務機構。 前項保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人定之。</p>	<p>第五十五條 保險醫事服務機構如下： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、保險指定醫事檢驗機構。 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。 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>第五十五條 保險醫事服務機構如下： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、保險指定醫事檢驗機構。 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。 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>配合保險人多元化設計，僅規定保險醫事服務機構之種類，至保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人自行訂定。</p>
<p>第五十六條 保險人不得自設醫事服務機構。但本法修正施行前中央健康保險局所屬聯合門診中心得繼續存在，並不得增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p>	<p>第五十六條 基金會所屬聯合門診中心，不得增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p>	<p>第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。</p>	<p>明定保險人不得自設醫事服務機構。至於中央健康保險局現有聯合門診中心既已設立，仍許其繼續存在，但不得增加。</p>
<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保</p>	<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保</p>	<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保</p>	<p>本條未修正。</p>



<p>險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險相關證明文件；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險相關證明文件；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十二條 保險人及保險醫事服務機構對於主管機關或基金會因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、申報資料、帳冊、簿據或醫</p>	<p>第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資</p>	<p>第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資</p>	<p>一、訪查機關增列「基金會」，借調之項目增列「申報資料」。 二、增訂第二項規定訪查或查詢等應出示身分證明文件，並</p>

<p>療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。</p> <p>前項主管機關或基金會之人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>	<p>料，不得規避、拒絕或妨礙。</p>	<p>料，不得規避、拒絕或妨礙。</p>	<p>應以適當之方法為之。</p>
<p>第八章 安全準備及行政經費</p> <p>第六十三條 本保險為平衡保險財務，基金會應提列安全準備，其來源如下：</p> <p>一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。</p> <p>二、本保險每年度收支之結餘。</p> <p>三、保險費滯納金。</p> <p>四、本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>前項安全準備應用於本保險年度收支發生短絀時之填補及因應年度醫療給付費用協定時未預見之重大事故額外支出。</p>	<p>第八章 安全準備及行政經費</p> <p>第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：</p> <p>一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。</p> <p>二、本保險每年度收支之結餘。</p> <p>三、保險費滯納金。</p> <p>四、本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p>	<p>第七章 安全準備及行政經費</p> <p>第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：</p> <p>一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。</p> <p>二、本保險每年度收支之結餘。</p> <p>三、保險費滯納金。</p> <p>四、本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p>	<p>章次變更。</p> <p>配合保險人多元化設計，增訂安全準備之用途。</p>
<p>第六十四條 政府應開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列</p>	<p>第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列</p>	<p>第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列</p>	<p>菸酒對健康有嚴重危害，其應者對於醫療給付需求高於常人</p>

<p>為安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>為安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>為安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>，爰強制規定應開徵菸酒社會健康保險附加捐。</p>
<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩票收益之一定比例，提列為本保險安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩票收益之一定比例，提列為本保險安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩票收益之一定比例，提列為本保險安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十六條 基金會之基金，得以下列方式運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>因應保險人多元化設計，將「本保險之資金」修正為「基金會之基金」，以臻明確。</p>
<p>第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至</p>	<p>第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至</p>	<p>第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>

<p>三個月基金會撥付保險人之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>一、本條刪除。 二、相關內容已另行規定於修正條文第六條之一第二項，故刪。</p>
<p>第六十八條 (刪除)</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。</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。 保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第九章 罰則 第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。</p>	<p>第九章 罰則 第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。</p>	<p>第八章 罰則 第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除依第三十條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處以四倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第六十九條 投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險</p>	<p>第六十九條 投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險</p>	<p>第六十九條 投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險</p>	<p>同原修正草案條文。</p>

<p>人外，並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。</p>	<p>人外，並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。</p>	<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>
<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。</p>
<p>第七十一條 違反第十七條第一項、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>
<p>第七十二條 保險對象以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付者，依其情節按領取之保險給付或申請核退之醫療費用處以五倍</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，依其情節按領取之保險給付或申報之醫療費用處以五</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</p>	<p>第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取應由保險人依合約或法令解決</p>

<p>至十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。</p>	<p>第七十二條之一 保險人有下列情形之一者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰並限期改善：</p> <p>(一) 違反第六條之十二第一項所定監督及管理辦法者。</p> <p>(二) 違反第十六條第二項規定，拒絕保險對象投保者。</p> <p>(三) 違反第四十五條之一第一項規定，未依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付者。</p> <p>有前項第一款情形，經三次處以罰鍰及限期改善，屆期仍未遵行或違反規定情節重大者，得撤銷其設立許可或命令解散。</p>
<p>倍至十倍之罰鍰；其為保險醫事服務機構者，並得公布名稱；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，得在其中報應領費用內扣除。</p>	
<p>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，得在其中報應領費用內扣除。</p>	
<p>一、本條新增。 二、明定保險人違反相關規定時之處罰。其中違反監督及管理辦法或遭撤銷許可、命令解散之處罰，由主管機關為之。</p>	

<p>第一項第一款及前項之處罰，由主管機關為之。</p>	<p>第七十三條 有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：</p> <p>一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者</p> <p>二、第二類及第三類被保險人，將其投保金額以多報少者。</p>	<p>第七十三條 有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：</p> <p>一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者</p> <p>二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。</p>	<p>第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。</p>	<p>第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。</p>	<p>第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。</p>	<p>第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十六條 違反第六十二條第一項</p>	<p>第七十六條 違反第六十二條規定者</p>	<p>第七十六條 違反第六十二條規定者</p>	<p>配合再修正草案條文第六十二</p>

<p>第七十七條 規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>條之修正而修正。</p>
<p>第七十七條 本法所定之處罰，除本法另有規定者外，由基金會處罰之。</p>	<p>本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。</p>	<p>本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。</p>	<p>因應保險人多元化設計，本法所定處罰原則上改由基金會為之。所稱「除本法另有規定者外」，指再修正條文第七十二條之一之規定。</p>
<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十章 附則 第七十九條 投保單位、保險對象及相關公益團體實施具體預防保健措施著有績效者，基金會得予以獎勵。</p>	<p>第十章 附則 第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵。</p>	<p>第九章 附則 第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>章次變更 增列相關公益團體為獎勵對象。另獎勵之實施，改由基金會為之。</p>
<p>第八十條 全民健康保險爭議審議委員會為審議保險爭議事項，或基金會為業務需要，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>因應保險人多元化設計，承保業務主要係由基金會辦理，爰配合修正如上。</p>
<p>第八十一條 保險對象參加職業災害保險者，其因職業災害事故</p>	<p>第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故</p>	<p>第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故</p>	<p>因應保險人多元化設計，明定求償權利由基金會行使。另修</p>



<p>經本保險提供醫療給付者，由基金會向職業災害保險之保險人請求償付。</p>	<p>所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。</p>	<p>所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。</p>	<p>正部分文字，使臻明確。</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，基金會得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。</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>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>因應保險人多元化設計，原修正草案條文規定之保險人職權，改由基金會行使。</p>
<p>第八十三條 本保險應用之書類及其格式，得由基金會統一訂定。</p>	<p>第八十三條 (刪除)</p>	<p>第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>現行條文已移列於再修正條文第六條之三並予修正，本條爰改訂為相關書類及其格式，必要時得由基金會統一訂定，以減少表格分歧，降低行政成本。</p>
<p>第八十四條 本保險之一切業務收支之帳冊、單據及供業務使用之土地、房屋，均免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條 本保險之一切業務收支之帳冊、單據及供業務使用之土地、房屋，均免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。</p>	<p>同原修正草案條文，保險人因其在免除之列。</p>
<p>第八十五條 (刪除)</p>	<p>第八十五條 (刪除)</p>	<p>第八十五條 主管機關應於本保險實施二年内，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定。</p>	<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定。</p>	<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定。</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>後發布之。</p>	<p>後發布之。</p>	<p>後發布之。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第八十七條 (刪除)</p>	<p>第八十七條 (刪除)</p>	<p>第八十七條 本法第六十九條之一對第六類第二目被保險人於本保險實施一年後，開始適用。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。 本法第二次修正條文施行日期，由行政院以命令定之。但行政院得分別情形定其一部之施行日期。</p>	<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。 本法第二次修正條文施行日期，由行政院以命令定之。但行政院得分別情形定其一部之施行日期。</p>	<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。</p>	<p>同原修正草案條文。</p>
<p>第八十九條 (刪除)</p>	<p>第八十九條 (刪除)</p>	<p>第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，本條已不適用，爰予刪除。</p>

受文者：本院衛生署

速別：

密等及解密條件：中華民國捌拾捌年肆月拾玖日發文

發文日期：

發文字號：

附件：如說明三

台八十八衛

15372

主旨：函送「全民健康保險法」修正草案，請查照審議。

一、本院衛生署函以：

(一)全民健康保險為強制性社會保險制度，其目的在於被保險人及其眷屬發生生育、疾病及傷害事故時，提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當之醫療照顧。本保險自八十四年三月一日實施以來，由初期擴大受益人口、平衡保險財務、增加就醫可近性等基本目標，推展到提高醫療品質、節制醫療費用成長於合理範圍內以及照顧弱勢團體等整體目標。為遂行上述目的，本院前於八十六年七月二十三日擬具「全民健康保險法」修正草案，以台八十六衛字第二九六〇四號函送貴院審議，其主要之設計在強化民眾參與監督及經營機制、落實保險獨立自主精神。

傳真：(02) 2341-3454

行政院衛生署總收發



88022807

健保字  
總收文  
民國88年4月20日收到

(二) 該法案提出後，迭據各界反映，應可考量市場機能、保險對象之選擇，而作前瞻性之彈性規定。為納入多元保險人之競爭機制，本院於八十七年二月二十六日再行擬具「全民健康保險法」再修正草案，以台八十七衛字第0八六三0號函送貴院併案審議。其主要方向在於現階段仍維持單一保險人，但增訂相關條文，使於時機及條件成熟時，符合一定資格之非營利性機構，亦得申設為保險人。

(三) 嗣因「立法院職權行使法」於本（八十八）年一月二十五日公布施行，為配合其第十三條「政府機關及立法委員提出之議案，每屆立法委員任期屆滿時，尚未完成委員會審查之議案，下屆不予繼續審議」之規定，爰以原「全民健康保險法」再修正草案為基礎，經從政策及業務上再行審慎衡酌，重行擬具「全民健康保險法」修正草案，請核轉貴院審議。

二、本案經提本（八十八）年四月十五日本院第二六二四次會議決議：「通過，送請立法院審議」。

三、檢送「全民健康保險法」修正草案條文對照表（含總說明）三份。

正本：立法院

副本：本院衛生署，中央健康保險局（均含附件）

院長蕭萬長

全民健康保險為強制性社會保險制度，其目的在於被保險人及其眷屬發生生育、疾病及傷害事故時，提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當之醫療照顧。本保險自八十四年三月一日實施以來，由初期擴大受益人口、平衡保險財務、增加就醫可近性等基本目標，推展到提高醫療品質、節制醫療費用成長於合理範圍內以及照顧弱勢團體等整體目標。為遂行上述目的，本院前於八十六年七月二十三日擬定全民健康保險法修正草案，以台八十六衛字第二九六〇四號函送貴院審議，其主要之設計在強化民眾參與監督及經營機制、落實保險獨立自主精神。

該法案提出後，迭據各界反映，應可考量市場機能、保險對象之選擇，而作前瞻性之彈性規定。為納入多元保險人之競爭機制，本院爰於八十七年二月二十六日再行擬定全民健康保險法再修正草案，以台八十七衛字第〇八六三〇號函送貴院併案審議；其主要方向在於現階段仍維持單一保險人，但增訂相關條文，使於時機及條件成熟時，符合一定資格之非營利性機構，亦得申設為保險人。

嗣因「立法院職權行使法」於八十八年一月二十五日公布施行，為配合其第十三條「政府機關及立法委員提出之議案，每屆立法委員任期屆滿時，尚未完成委員會審查之議案，下屆不予繼續審議」之規定，復鑑於地方制度法、臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例、預算法及財政收支劃分法等法律分經制定或修正，司法院大法官議決釋字第四七二號及第四七三號解釋亦針對全民健康保險相關疑義有所闡釋。經從政策及業務上再行審慎衡酌，爰重行擬具「全民健康保險法」修正草案，其修正要點如下：

一、鑑於內容修正涉及保險人組織改制及權限調整，部分條文難於修正公布後立即施行，

勢須另定施行日期，而仍適用修正前之規定，為利新舊制度銜接便於查考、適用，爰維持現行條次。至於章節部分，因應全民健康保險基金會及保險人部分制訂專章需求，第二章以下章次併同調整。

二、本保險改由全民健康保險基金會辦理，基金會為法人，其業務範圍、基金來源及用途、董事會之職掌、董事、監察人及執行長之產生方式、任期及解任、組織編制、人事管理及財務管理辦法、基金會之解散事由等分別予以訂明。（修正條文第六條至第六條之十一）

三、預留開放多元保險人機制，明定保險人之任務在辦理醫療給付業務，中央健康保險局仍予維持為保險人，但應改制為非營利性法人，以確保醫療給付之提供。另授權主管機關訂定保險人相關資格、設立程序、監督及管理辦法。並明定撤銷或解散保險人許可之處置條款。（修正條文第六條之十二至第六條之十四）

四、中央健康保險局現有全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會及改制後之中央健康保險局分別承受，現職人員均將隨業務分別移轉，並補償其權益損失。（修正條文第六條之十五及第六條之十六）

五、基金會成立後，全民健康保險監理委員會之任務功能已有相當部分為基金會之董事會所取代，本於機關精簡原則，予以裁撤；全民健康保險爭議審議委員會之任務功能則隨健保公辦民營及保險人多元規劃調整，至於保險人與基金會間之爭議排除於爭議審議制度適用範圍之外；全民健康保險醫療費用協定委員會之任務功能則改為保險人與保險醫事服務機構團體代表間就醫療費用支付標準或藥價基準等無法達成協議事項之協定。（修正條文第五條及第四十九條、刪除現行條文第四條）

六、放寬現領有相關居留證件，合法在臺居留者之參加保險資格規定；將受保護管束處分者納入本保險保障範圍；為保障保險對象之權益，增列基金會得洽定其他投保單位為

其保險對象辦理有關本保險事宜。（修正條文第十條、第十一條及第十四條）

七、爲使基金會財務獨立自主，本法僅規定保險費率之上限，至在上限範圍內，每年實際計繳之保險費率，授權由基金會決定後，報請主管機關備查；另投保金額分級表之訂定或調整，亦授權由基金會訂定或調整；投保金額分級表上限，改以下限五倍以上差距爲訂定標準；在公教人員維持全薪投保精神之前提下，爰規定公教人員及軍眷之投保金額以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以各該人員之俸（薪）給總額計算之；修正第二類、第三類、第五類及第六類之保險費改以受雇者之平均保險費定額收繳；配合地方制度法及臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例之施行，原由省府負擔之保險費補助款改由中央負擔；行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減。（修正條文第十八條至第三十條，刪除現行條文第二十六條）

八、明定居家照護服務爲本保險給付範圍；修正保險對象應自行負擔門診或急診費用之比率，並規定以定額方式收取；山地、離島地區保險對象之就醫免部分負擔；另允許保險對象自付高價藥材之差額。（修正條文第三十一條、第三十三條、第三十六條及第三十九條）

九、除維持現行給付水準外，允許保險人得爲增加給付內容或減免部分負擔等有利於保險對象之約定，如經主管機關許可，亦得開辦附加保險供保險對象自由參加。另增訂保險人違反相關規定時之罰則。（修正條文第四十五條之一及第七十二條之一）

十、有關保險人辦理本保險所需之醫療費用及營業費用之額度及其分配，由基金會與保險人協議定之；醫療費用支付標準及藥價基準則由保險人與保險醫事服務機構團體代表共同或個別協

商訂定，無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定；規定醫療費用支付標準得以論病例、論人或預算為訂定基準；增訂保險人辦理醫療服務，其項目、數量及品質之審查，得委由相關團體辦理。（修正條文第四十八條、第五十條及第五十二條）

十、為貫徹憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣，並配合司法院大法官議決釋字第四七二號解釋，對於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，仍應予保險給付，爰增訂第三十條第三項、第三十八條第二項、第六十九條之一有關暫行拒絕給付之規定不適用之；其認定辦法，授權由基金會擬訂，報請主管機關核定之。（修正條文第七十八條之一）

十一、授權本院得配合保險人組織改制進度，就本法本次修正條文分別情形定其一部之施行日期。（修正條文第八十八條）



# 全民健康保險法修正草案條文對照表

院會確定版八十八、四、十五

修正前	修正後	說明
<p>修正前 第一章 總 則 第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>修正後 第一章 總 則 第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p>	<p>說明 本篇章名未修正。 本條未修正。</p>
<p>修正前 第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依法規定給與保險給付。</p>	<p>修正後 第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依法規定給與保險給付。</p>	<p>說明 本條未修正。</p>
<p>修正前 第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>修正後 第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>說明 本條未修正。</p>
<p>修正前 第四條 (刪除)</p>	<p>修正後 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。 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>說明 一、本條刪除。 二、因應公辦民營及保險人多元化，全民健康保險監理委員會現有之任務功能多由基金會之董事會取代，已無設置必要，爰予裁撤。 三、未來相關保險業務之監督，於基金會內部係由董事會為之。另原監理會外部監督機制，則改由主管機關設置專責單位辦理。</p>
<p>修正前 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基金會或保險人核定之案件發生爭議事項，主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會；審議</p>	<p>修正後 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>說明 一、配合保險人多元化設計，增訂爭議審議之範圍。 二、有關爭議審議之範圍、程序及其與行政救濟程序之關係，現行條文第二項及第三項雖已有所規</p>

<p>之範圍、申請審議或補正之期限、程序、規費及審議作業之辦法，由主管機關定之。</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，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對基金會或保險人所為之核定案件發生爭議時，應先依第一項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，其屬行政處分者，得依法提起訴願及行政訴訟。</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>定，但未盡明確，爰酌作修正，並將現行第三項有關授權訂定爭議事項審議辦法之規定移列於修正條文第一項之末。</p> <p>三、為明確規範對保險人所為核定案件不服時之處理方式，並落實爭議審議程序先行主義之精神，爰規定發生爭議時應先申請審議。</p> <p>四、保險人對基金會所為核定如有不服，其屬行政處分者，直接依訴願法及行政訴訟法之規定提起訴願、行政訴訟，爰排除於爭議審議範圍之外。</p>
<p>第二章 全民健康保險基金會及保險人</p> <p>第六條 為辦理本保險，設全民健康保險基金會（以下簡稱基金會）。基金會為法人，其業務範圍如下：</p> <p>一、承保業務之規劃及辦理。</p> <p>二、保險財務之規劃及辦理。</p> <p>三、保險費率之訂定及保險費之收取。</p> <p>四、保險對象就醫時應自行負擔費用之訂定。</p> <p>五、保險人之特約及其辦理本保險所需費用之分配及撥付。</p>	<p>第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。</p> <p>中央健康保險局之組織，以法律定之。</p>	<p>一、本章新增。</p> <p>二、配合保險業務民營化及保險人多元化設計，爰增列本章。</p> <p>一、因應保險人多元化設計，本保險改由全民健康保險基金會辦理，並訂明其業務範圍。</p> <p>二、鑑於本保險為強制性社會保險，須賦予保險人相當之公權力，爰規定基金會為法人。</p> <p>三、有關保險人規定移列於修正條文第六條之十二，並予修正。</p>

<p>六保險人與保險醫事服務機構團體代表有關醫療費用支付標準及藥價基準無法達成共識事項之協定。</p> <p>七滯納金之收繳、罰鍰及限期改善之處罰、強制執行之移送及其他公權力之行使事項之辦理。</p> <p>八本法授權事項之處理。</p> <p>九本保險制度研究發展及其他與本保險有關事項之規劃及辦理。</p>	<p>第六條之一 基金會之基金，其來源如下：</p> <p>一、中央健康保險局改制後之部分決算淨值。</p> <p>二、保險費之收入。</p> <p>三、基金之孳息收入。</p> <p>四、政府每年循預算程序補助本保險所需之人事及行政管理經費。</p> <p>五、其他收入。</p> <p>前項第四款之補助費，以基金會成立當年度醫療費用總額百分之三為上限。其實際補助費，視本保險及國庫財務狀況酌減之。</p>	<p>第六條之二 基金會之基金，應為下列各款之用途：</p> <p>一、依法辦理本保險業務之支出。</p>
<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會經費來源。</p> <p>三、本保險應謀求財務獨立及自主經營，人事及行政管理費用性質上不宜再由政府負擔，惟慮及現制已由政府補助，如逕予取消，全由保險費收入支應，將增加民眾負擔，爰規定政府對保險人事及行政管理費用之補助為基金會經費來源之一。</p> <p>四、本保險實施前二年，人事及行政管理費用約佔醫療費用總額之百分之二點五，而保險人多元化後，基金會之人事及行政管理費用將較現行單一體制為多，爰於第二項規定政府對本保險人事及行政管理費用補助之上限為基金會成立當年度醫療費用百分之三，即採定額方式，將來並視本保險及國庫財務狀況酌減。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會基金之用途。</p>

<p>二、有關基金會人事及行政管理經費之支出。</p> <p>三、其他相關支出。</p>	<p>第六條之三 基金會設董事會，其職掌如下：</p> <p>一、本法授權基金會訂定之保險費率、保險對象就醫時應自行負擔費用及投保金額分級表等事項之審議及核定。</p> <p>二、基金會年度計畫及業務報告之審議及核定。</p> <p>三、基金會之籌集、收支、保管及運用之審議及核定。</p> <p>四、基金會預算、結算及決算之審議及核定。</p> <p>五、其他有關本法授權事項之審議或核定。</p>	<p>第六條之四 基金會董事會置董事三十一人，其中一人為董事長。除董事長外，其名額分配如下：</p> <p>一、被保險人代表七人。</p> <p>二、雇主代表七人。</p> <p>三、政府代表七人。</p> <p>四、專家學者九人。</p> <p>前項董事名額之產生方式，由主管機關定之。但第四款之專家學者，醫藥衛生專家所占名額不得少於二分之一。</p> <p>董事長綜理會務，對外代表基金會</p>
<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會董事會之職掌。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會董事之人數、名額分配、產生方式及董事長之地位。保險人多元化後，基金會董事長之責任及職務俱重，該職至表榮譽，須社會地位崇隆、道德才幹服人，方能運籌議事，使基金會運作順遂。為期董事長能專注於基金會業務之運作、推展，爰規定為專任。</p>

<p>，由行政院聘任之，為專任；董事由主管機關聘兼之。</p> <p>第六條之五 基金會置監察人五人，由主管機關就行政院主計處、審計部、主管機關、被保險人及雇主代表各一人聘兼之，掌理基金、存款之稽核，財務狀況之監督及決算表冊之查核事宜。</p> <p>前項被保險人及雇主代表之產生方式，由主管機關定之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會監察人之產生及職掌。</p>
<p>第六條之六 基金會董事長、董事及監察人任期均為二年，期滿得續聘之。</p> <p>董事長、董事或監察人因職務變更或因故無法執行職務時，應予解聘；其所留遺缺，依前二條規定補聘。但剩餘任期不滿三個月者，除董事長外，不予補聘。</p> <p>除董事長得為有給職外，董事、監察人，均為無給職。但得酌支兼職酬勞。</p> <p>董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會董事長、董事及監察人之任免及補實。</p> <p>三、董事長為專任，自得領有薪金。但董事、監察人皆係聘兼，爰規定為無給職，但可酌支兼職酬勞。</p> <p>四、為避免角色混淆，明定董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。</p>
<p>第六條之七 基金會置執行長一人，承董事會之決議辦理本保險事務；由董事長提名，經全體董事過半數同意聘任之；每任三年，得連任之；任期未滿之解任，應經全體董事三分之二以上同意。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二明定基金會執行長之聘任及任期。又為確保執行長得施展專業長才，致力本保險業務之經營，爰就任期未滿之解任條件從嚴規定，以為保障。</p>

<p>第六條之八 基金會應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後實施。</p>		<p>一、本條新增。 二、為使基金會運作保有彈性，落實自主經營機制，爰規定由其自行擬訂有關組織編制、人事管理及財務管理辦法，報請主管機關備查後即可實施。</p>
<p>第六條之九 基金會執行長以外之人員，由執行長任免，並指揮監督之。</p>		<p>一、本條新增。 二、明定基金會執行長對其他人員之任免及指揮監督權責。</p>
<p>第六條之十 基金會應將本保險之財務收支，依政府會計年度辦理預、決算，併同年度業務概況報告，報請主管機關備查。</p>		<p>一、本條新增。 二、本保險組織架構調整後，現行條文第八十三條有關財務收支規定，已難適用且基金會已非行政機關，爰修正監督機制如上。</p>
<p>第六條之十一 基金會董事長、董事及執行長之行為顯將對本保險之財務或業務經營造成重大危害時，主管機關得改組董事會或命解任一定人員，並派員暫代。但董事長應由行政院解聘。 基金會因情事變更，不能達到設置目的時，主管機關得報請行政院同意後解散之；其業務、財產，由主管機關接辦或接管。</p>		<p>一、本條新增。 二、基金會重要成員（包括董事長、董事、執行長及其他職員）如有不適當行為，參照信用合作社法第二十七條規定，應得予以解任。但董事長之解聘由行政院為之，以與聘任程序一致，爰為第一項規定。 三、基金會不能達到設置目的時，亦應得予解散，爰規定如第二項。</p>
<p>第六條之十二 為辦理本保險醫療給付業務，應設保險人，為非營利性法人；其資格、設程序、監督及管理辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。 前項監督及管理辦法之內容應包括</p>		<p>一、本條新增。 二、為預留多元體制空間，基金會與保險人乃予分離，並授權主管機關訂定保險人之資格、設程序、監督及管理辦法。並參照司法院大法官會議解釋字第三九〇、四〇二及四二六等號解釋，具體</p>

下列事項：

- 一、財務之監督及查核方式。
- 二、業務之監督及查核方式。
- 三、違反本法或相關法令之處置、得撤銷許可或命令解散之原因、條件及程序。
- 四、資訊之公開方式及其範圍。
- 五、其他有關監督及管理之必要事項。

第六條之十三

本法修正施行前依本法設立之中央健康保險局仍為本保險之保險人，並為法人；其組織章程，由中央健康保險局擬訂，報請主管機關核定之。

中央健康保險局應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理規定，報請主管機關備查。

第六條之十四

保險人經主管機關撤銷許可或解散致停止經營業務，基金會應將其所屬保

明確規定授權目的、範圍及內容。

- 三、保險人之設立，須符合下列要件：(一)具一定經濟規模；(二)有相當自籌基金；(三)所特約之保險醫事服務機構遍布全國各地，並涵蓋各層級，以提供適切之保險給付；(四)保險人應設監事或監察人，並保障付費者及特約醫事服務機構代表之名額。
- 四、保險人年度收支如有結餘，僅得用於回饋保險醫療服務內容及其水準等符合設立目的之用途，不得分予董事、捐助者或其他私人。
- 五、監督及管理辦法中將明定保險人之資金不得從事與設立目的無關之投資，投資股票、債券等亦不得逾一定比率，且應迴避與董、監事有利害關係者之票券。
- 六、須俟監督及管理辦法發布實施後，主管機關方得許可設立除修正條文第六條之十三所定保險人外之第二家保險人。

一、本條新增。

二、中央健康保險局改制後，其組織條例將予廢止，改以組織章程定之。故有關董事、監察人、總經理之產生及任免、董事會之組織及運作方式將於章程內訂定，並須經主管機關核定。至於有關組織編制、人事管理及財務管理規定，則僅須備查。

一、本條新增。

二、明定保險人經主管機關撤銷許可或解散致停止

險對象之醫療給付業務委託其他保險人或自行接辦。

第六條之十五 中央健康保險局改制前之全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會及改制後之中央健康保險局依業務範圍分別承受，不受預算法第二十五條及國有財產法有關規定之限制。

第六條之十六 基金會成立及中央健康保險局改制時，改制前之中央健康保險局人員均應隨業務分別移轉；移轉後，其原有職等、薪級、待遇等，均應予以保障，其原任公職年資，按勞動基準法退休標準辦理結算，發給結算給與，不受年齡及工作年資限制。

前項移轉人員如改投勞工保險致無法領取公務人員保險養老給付時，應按公務人員保險養老給付標準補償其權益損失，其他原有權益如受減損，亦應予以補償。

第一項移轉人員移轉後被資遣者，按資遣時之薪給標準核給資遣給與，並加發六個月薪給及一個月預告工資，如

經營，其醫療給付業務之接辦。

一、本條新增。

二、現有中央健康保險局之資產，所有權人皆為中華民國，該局僅係管理機關，其處分均受預算法及國有財產法相關規定之規範。本保險組織架構調整後，相關業務仍須繼續積極辦理，爰配合保險人多元化設計，規定中央健康保險局改制前之資產、負債及相關債權、債務，分別由基金會及改制後之中央健康保險局概括承受，不受預算法第二十五條及國有財產法有關規定之限制。

一、本條新增。

二、因應保險人多元化設計，中央健康保險局現職人員將依業務分別移轉至基金會或改制後之中央健康保險局。但其原有權益不應因此蒙受減損，爰規定應續予保障。另考量因機關改制隨同辦理移轉，部分人員將喪失原有公務員身分及相關公保權益，應予適當補償，又為使其安於工作，日後被資遣者亦宜有所補償，有關辦理公職年資之結算及公保權益損失補償，應由主管機關編列預算支應，至移轉後被基金會資遣者，其給與則由基金會支應，以減少國庫負擔，爰訂定第一項至第三項及第六項如上。

三、中央健康保險局現職人員之類型、資格及條件非屬一致，為確保各方權益平衡，移轉人員之權益確保及損失補償，應區別不同身分條件，異



有損失勞工保險老年給付者，補償其權益損失。

第一項移轉人員依第二項或前項所領取之補償金，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應於核算後加註存檔，於其依法再參加公務人員保險領取養老給付或勞工保險領取老年給付時，公務人員保險承保機關或勞工保險保險人應通知本保險主管機關收回補償金。但其所領取之養老給付或老年給付金額較原補償金低時，僅收回與所領養老給付或老年給付同金額之補償金。

第一項移轉人員及改制後始轉任基金會或中央健康保險局任職之公務員，其在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。

第一項結算給與及第二項權益損失之補償所需經費，由主管機關一次編列預算撥付支應。

改制前之中央健康保險局人員移轉後，依第一項辦理結算及依第三項核給資遣給與、加發薪給與預告工資者，不包括移轉前之下列人員：

一、約聘人員。

其處理方式，故將其中約聘僱、契約進用及臨時人員等與具公務員身分者加以區隔。又公、勞保權益損失補償金，亦應依當事人日後所領公、勞保養老（老年）給付之數額由本保險主管機關斟酌收回，以避免當事人重複領取，爰訂定第四項、第七項如上。

四、本保險業務與政府各部門權責息相關，有借重行政機關人才之必要，爰參照臺灣地區與大陸地區人民關係條例第四條第四項有關海基會人員回任公職時年資得予併計之例，訂定第五項規定如上。

五、考試院意見：對於第五項移轉及轉任人員回任公職年資採計一節，認為事涉公務員人事法制，具有通案性質，且影響甚大，宜通盤考量。本案僅宜作為權宜性過渡措施，應增列移轉人員於三年內回任者始予採計年資之年限規定；至於改制後始轉任之公務員，則不宜享有此一優惠。建議第五項修正為：「第一項移轉人員在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於三年內回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。」

<p>(第五項考試院有不同意見)</p> <p>二、約僱或暫僱人員。 三、定期勞動契約人員。 四、借調或兼職人員。 五、其他臨時人員。</p> <p>第三章 保險對象及投保單位</p>	<p>第七條 本保險之保險對象分爲被保險人及其眷屬。</p> <p>第八條 被保險人分爲下列六類： 一、第一類： (一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。 (二)公、民營事業、機構之受雇者。 (三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。 (四)雇主或自營業主。 (五)專門職業及技術人員自行執業者。</p> <p>二、第二類： (一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。 (二)參加海員總工會或船長公會爲會員之外僱船員。</p> <p>三、第三類 (一)農會及水利會會員，或年滿十五</p>	<p>第二章 保險人、保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分爲被保險人及其眷屬。</p> <p>第八條 被保險人分爲下列六類： 一、第一類： (一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。 (二)公、民營事業、機構之受雇者。 (三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。 (四)雇主或自營業主。 (五)專門職業及技術人員自行執業者。</p> <p>二、第二類： (一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。 (二)參加海員總工會或船長公會爲會員之外僱船員。</p> <p>三、第三類</p>
<p>因保險人部分另行增列專章，本章章次及章名修正如上。</p>	<p>本條未修正。</p>	<p>一、第一項第一款第四目有關自營業者，係指未僱用員工從事商業買賣之業主，爲與同項第二款第一目之自營作業而參加職業工會者相區別，爰修正文字爲自營業主。</p> <p>二、將第五類被保險人擴大至低收入戶成員，以利相關承保作業執行，爰修正第一項第五款。</p> <p>三、本院國軍退役役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員，已歸屬榮民範圍，無特別規定必要，爰將第一項第六款第一目文字簡化爲榮民、榮民遺眷之家戶代表。</p>

<p>第九條 被保險人之眷屬，規定如下： 一、第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬：</p>	<p>歲以上實際從事農業工作者。 (二)無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。 四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。 六、第六類： (一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。 (二)第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。</p>
<p>第九條 各類被保險人之眷屬，規定如下： 一、第一類至第三類被保險人之眷屬：</p>	<p>(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。 (二)無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。 四、第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。 六、第六類： (一)榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。 (二)第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。</p>
<p>一、第四類被保險人係屬軍眷家戶代表，故第二款同戶之文字修正為同眷戶，以資明確。 二、配合前條第五類被保險人範圍之修正，該類被</p>	

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二 第四類被保險人之眷屬：

(一) 同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

(二) 同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

(一) 被保險人之配偶，且無職業者。

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二 第四類被保險人之眷屬：

(一) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

(二) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三 第五類被保險人之共同生活親屬

四 第六類被保險人之眷屬：

(一) 被保險人之配偶，且無職業者

(二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

保險人已無眷屬，爰刪除第三款規定。  
三、第六類被保險人之眷屬與第一類至第三類被保險人之眷屬範圍一致，爰將第四款併入第一款。

<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。</p> <p>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，不受四個月之限制。</p>	<p>第十條 具有中華民國國籍者，應符合下列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象：</p> <p>一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。</p> <p>二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其眷屬資格者。</p> <p>三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。</p> <p>凡具有外國國籍，在臺閩地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。</p>	<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p>	<p>第十一條 有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：</p>	<p>(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。</p> <p>一、對原已依規定參加本保險之國人，因出國求學等因素退保者，為維護其保險權益，應許其於返國後即依適當身分加保。另設有戶籍滿四個月之起算時點亦宜明確規定，爰修正第一項第一款如上。</p> <p>二、為齊一各類被保險人眷屬之投保資格，不因所依附被保險人類別不同而有所差別，爰刪除第一項第二款有關受雇者眷屬之特別規定，即一律須設籍滿四個月。</p> <p>三、放寬領有相關居留證件，合法在臺居留者之參加保險資格，並減輕行政作業負擔，爰修正第二項如上。</p> <p>四、參酌臺灣地區與大陸地區人民關係條例之規定，將第一項之臺閩地區修正為臺灣地區。</p>
<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p>	<p>第十一條 有下列情形之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保：</p>	<p>一、軍事機關編制內聘雇人員所領證件已改為服務證，本條第一款爰配合修正。</p>	<p>一、軍事機關編制內聘雇人員所領證件已改為服務證，本條第一款爰配合修正。</p>	<p>一、軍事機關編制內聘雇人員所領證件已改為服務證，本條第一款爰配合修正。</p>

<p>第十四條 各類被保險人之投保單位如下： 一、第一類及第二類被保險人，以其</p>	<p>第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。</p>	<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。 具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有服務證之聘雇人員。 二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。 三、失蹤滿六個月者。 四、喪失前條所定資格者。</p>
<p>第十四條 各類被保險人之投保單位如下： 一、第一類及第二類被保險人，以其</p>	<p>第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。</p>	<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。 具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。 二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下者，不在此限。 三、失蹤滿六個月者。 四、喪失前條所定資格者。</p>
<p>一、現行條文第二十六條有關第六類保險對象保險費計算規定，已併入修正條文第二十三條，爰修</p>	<p>本條未修正。</p>	<p>本條未修正。</p>	<p>文字修正。</p>	<p>二、現行條文第二款之規定，係因監、所收容人身分特殊，如納入健保體系，有關其身分歸類、投保單位之認定、保費之負擔及收取，尤其就醫自由問題，執行技術上有相當困難，慮及此類人員就醫自由受限制，故排除於加保範圍之外。惟此等人員亦有醫療需求，需要為照顧解決，如有健保協助需求，可參照現行代辦職災保險醫療給付模式，委託本保險保險人代辦醫療費用申報、審查、核付等行政作業，本法不另做特別規定。 三、又保安處分種類眾多，其中保護管束並未將受處分人收歸相當處所執行，故其人身自由所受限制輕微，性質上應許其參加本保險，爰並修正第二款如上。</p>

服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十三條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。

投保單位欠繳保險費逾三個月以上者，基金會得洽定其他投保單位為其保

服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。

二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。

三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

正第三項所引條次。

二、由於本法施行細則第二十六條對在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，明定得以該訓練機構（關）為投保單位，爰納入本法強制規範，增列第四項如上。

三、投保單位如有長期持續欠繳保險費之情事，將嚴重影響保險對象之權益。若賦予基金會得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關保險事宜，則在移送法院強制執行前，可保障保險對象權益，爰增列第五項規定。

險對象辦理有關本保險事宜。

第十五條 保險效力之開始，自合於第十條所定條件或原因發生當日零時起算。但在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，應溯自出生之時起算。

保險效力於符合第十一條所定條件或原因發生當日二十四時終止。

第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向基金會辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向基金會辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自出生或死亡之日起三十日內，向基金會辦理投保或退保手續。

基金會於受理投、退保後，應於三日內通知保險人，保險人不得拒絕保險對象之投保。

有二以上保險人時，投保單位向基金會辦理投保，應將被保險人所選擇之保險人告知基金會。被保險人未選擇者，視為向中央健康保險局投保。

前項被保險人之選擇，每年得變換一次，其時間由基金會統一規定之。

第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對

第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。

第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。

一、分項明定保險效力開始或終止之時點，俾明確適用。  
二、國人對於新生嬰兒出生後，常未立即辦理戶籍出生登記，為使相關規定臻於明確，以保障新生嬰兒之權益，爰增訂第一項但書規定。

一、鑑於戶籍資料之出生或死亡登記，戶籍法第四十七條定有三十日內辦理之規定，爰配合增訂保險對象出生或死亡時，投保單位應自其出生或死亡之日起三十日內申報之但書規定，以求一致。  
二、保險人多元化後，被保險人有權選擇保險人，但仍透過投保單位向基金會為之，並明定保險人不得拒絕保險對象投保，以避免逆選擇；被保險人之選擇雖得更換，但每年以一次為限。

第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對

一、訪查權責機關增列基金會。  
二、明定相關人員訪查或查詢時應出示身分證明文



<p>主管機關、基金會或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>前項基金會或保險人之人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>	<p>主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p>	<p>件，並應以適當之方法為之。</p>
<p>第四章 保險財務</p>	<p>第三章 保險財務</p>	<p>章次變更。</p>
<p>第十八條 第一類及第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>第二類及第三類保險對象保險費之計算，已於修正條文第二十三條規定採定額方式計繳，且不再適用投保金額分級表，本條爰配合酌修。</p>
<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；每年實際計繳之保險費率，依精算結果由基金會訂定，報請主管機關備查。</p> <p>前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。但第四類被保險人本人應併入眷口數計算。</p>	<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一年以百分之四點二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。</p> <p>本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。</p> <p>眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。</p>	<p>一、為使基金會財務獨立自主，本法僅規定保險費率之上限，至在上限範圍內，每年實際計繳之保險費率，宜授權由基金會決定後，報請主管機關備查，爰修正第一項如上。</p> <p>二、本保險開辦已屆滿二年，開辦前二年所適用之相關規定已失效，爰刪除第一項及第二項相關規定，第三項移列為第二項。</p> <p>三、第四類被保險人係軍眷家戶代表，原即為眷屬身分，宜併入眷口數計算，爰增列第二項但書規定。</p>
<p>第二十條 本保險之保險費率，由基金會至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。</p> <p>前項保險費率，由基金會聘請精算師、保險財務專家、經濟學者十五至二十一人組成精算小組審查之。</p>	<p>第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。</p> <p>前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組</p>	<p>一、依前條規定每年實際計繳之保險費率，授權由基金會決定，故基金會應設精算小組審查，爰修正第二項如上。</p> <p>二、前項有關精算小組成員中，因社會公正人士概念難以清楚界定，人選產生易滋爭議，本保險既</p>

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，基金會應予調整，並報請主管機關備查：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均價值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
- 二、本保險之安全準備降至最低限額者。
- 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條 第一類及第四類被保險人之投保金額，由基金會訂定分級表，報請主管機關備查。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。

審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均價值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
- 二、本保險之安全準備降至最低限額者。
- 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

已改由基金會自主經營，爰予刪除。

三、依據改制精神，保險費率應由基金會調整之，以利保險財務之健全。爰規定有第三項各款情形之一，基金會應予調整保險費率，並報請主管機關備查。

一、依修正條文第二十三條規定，第二類及第三類保險對象係採定額方式計繳保險費，不再適用投保金額分級表。又依據改制精神，原由主管機關擬訂或調整之投保金額分級表，均改為由基金會訂定或調整，爰修正第一項、第三項如上。

二、依健康保險採量能負擔、自助互助之精神，投保金額分級表應貫徹此一精神。以日本為例，其投保金額分級表之上下限差距達一〇．六倍，我國目前約僅為三．八倍，似嫌偏低。且現行規定乃以適用最高一級投保金額之被保險人數超過總人數百分之三，持續達十二個月時，始加高投保金額分級表之等級，較難落實前述精神。復查公務人員高低薪俸比率將逐漸調為五倍左右，參考前述情形，爰修正第三項如上。

第二十二條

第一類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。

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。

前項第一款被保險人具有公務人員

保險被保險人資格者，其投保金額應以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與行政院主計處發布之各行

業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以公務人員俸（薪）給總額計算之。

第一項第二款及第三款被保險人之

投保金額，基金會得依其事業或執業單位之規模，訂定其中報投保金額之最低等級。

第四類被保險人之投保金額，應以

第二項比率，乘以相關志願役軍人或具有參加軍人保險資格者之俸給總額計算之。

投保單位申報被保險人投保金額不

實者，基金會得按照同一行業相當等級之投保金額逕行調整之。

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：

一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。

二、雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。

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。

第四類被保險人，以其家戶內軍人

之薪資所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並

由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

一、配合現行條文第八條第一項第一款第四目修正，自營業業者改為自營業主。

二、查現行受僱勞工參加本保險之平均投保金額，與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資仍有若干差距，未能全部反映真實情況。為

考量政府受僱者與民間事業單位受僱者保險費負擔之公平性，具有公務人員保險被保險人資格者

之投保金額應改採全薪投保精神，但以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院

主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之

比率，乘以俸（薪）給總額計算之，爰增訂第二項如上。另現行條文第二項併同修正，移列第四

項。

三、雇主、自營業主及專技人員自行執業者，屬較高所得之群體，但被保險人未有客觀資料證明，相關稅籍資料亦不完整，考量實際執行問題，宜

賦予基金會得依事業或執業單位規模，訂定其中報投保金額最低等級法源，爰增訂第三項。

四、第二類被保險人除有前述所得難以證明問題，性質上亦與第三類被保險人情形較為近似，其投保費計繳方式已改併修正條文第二十三條規定

，亦不再適用投保金額分級表，爰刪除第一項「及第二類」四字；另修正原第三項，規定投保單位申報被保險人投保金額不實者，基金會得逕行

調整投保金額之客觀標準，並移列第五項。

第二十三條

第二類、第三類及第六類保險對象之保險費，以第八條第一項第一款第一目至第三目及第四款被保險人之平均保險費計算之。但基金會得視各該類保險對象之經濟能力調整之。

前項眷屬保險費由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十三條

第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

第二十四條

第一類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知基金會；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知基金會。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。

第二十四條

第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。

第二十五條

第五類保險對象之保險費，以第八條第一項第一款第一目至第三目及第四款被保險人之平均保險費計算之。

第二十五條

第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。

第二十六條

(刪除)

第二十六條

第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。  
眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

第二十七條

本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：  
一、第一類被保險人：  
(一)第八條第一項第一款第一目被

第二十七條

本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：  
一、第一類被保險人：  
(一)第八條第一項第一款第一目被

一、第二類、第三類及第六類被保險人同屬無固定所得者，故皆採定額計收保險費，並以有一定雇主受雇者之平均保險費為計算基礎，另賦予基金會得視各該類保險對象經濟能力調整之權利。

二、增列第二項，規定第二類、第三類及第六類眷屬保險費由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。

一、第二類保險對象之保險費計算方式已於第二十三條規定，改按第八條第一項第一款第一目至第三目及第四款被保險人之平均保險費計算，爰配合刪除「第二類」等文字。  
二、投保金額調整之通知，改向基金會為之。

第五類保險對象之保險費改以有一定雇主受雇者之平均保險費計算之。

一、本條刪除。  
二、有關第六類保險對象保險費之計算方式，已併於修正條文第二十三條規定。

一、配合修正條文第二十二條第二項之修正，且為與一般受雇者取得一致之保險費負擔基礎，爰將公教人員自付比率由百分之四十，降為百分之三十。又私校教職員自付比例調降百分之三十後，

保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，中央或直轄市主管教育行政機關補助百分之三十五。

(二)第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，在省，由中央政府補助；在直轄市，由中央政府補助百分之五十，直轄市政府補助百分之五。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，在省，由中央政府補助；在直轄市，由直轄市政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，在省，由中央政府補助百分之六十，縣(市)政府補助百分之十；在直轄市，由中央政府補助百分之

保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省(市)主管教育行政機關補助百分之三十。

(二)第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省(市)政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣(市)政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。

其原自付百分之十差額，宜由學校及中央或直轄市主管教育行政機關分別吸收，故第一項第一款第一目作如上修正。

二、軍眷保險費之負擔比例，配合公教人員自付比例之調降，第一項第四款亦併同修正。

三、有關本保險保險費補助款，省政府應負擔之部分，配合地方制度法及臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例之施行，改由中央負擔。

<p>之四十，直轄市政府補助百分之三十。</p> <p>四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之三十，國防部補助百分之七十。</p> <p>五、第五類被保險人，在省，由中央社政主管機關補助百分之三十五，縣（市）政府補助百分之六十；在直轄市，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	<p>五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。</p> <p>六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。</p> <p>七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。</p>	<p>第二類及第三類被保險人所屬之投保單位或政府，本無應負擔之眷屬人數，爰修正計算基礎，使第一類及第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數符合實際。</p>
<p>第二十八條 第一類及第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類及第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>第二類及第三類被保險人所屬之投保單位或政府，本無應負擔之眷屬人數，爰修正計算基礎，使第一類及第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數符合實際。</p>
<p>第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：</p> <p>一、第一類及第四類被保險人應自付</p>	<p>第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：</p> <p>一、第一類及第四類被保險人應自付</p>	<p>一、預收保險費規定涉及被保險人權利義務，爰將原列於本法施行細則第四十九條相關規定，納入第一項第二款規範，又為免被保險人無力預繳時</p>

之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向基金會繳納。

二、第二類及第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。投保單位經徵得被保險人或會員代表大會同意者，並得一次預收三個月至六個月保險費。但被保險人無法預繳時，仍得按月繳納。

三、第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。

四、各類被保險人之保險費，應由中央或直轄市主管教育行政機關、各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，於次月底前撥付基金會。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第一項第四款之行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請

之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

衍生困擾，規定於此種情形，仍得按月繳納。  
二、第二類及第三類之投保單位有預收保費規定，第六類之投保單位已難併列，爰另立第一項第三款。

三、鑑於政府一次預付半年保險費補助款，金額龐大，各級政府公庫調度實有困難，並與經常門經費按月撥付之慣例不符，且將與日後結算之實際金額發生差異。爰將各類被保險人保險費中，相關行政機關應補助部分，一律改爲於次月底前撥付基金會；另配合第二十七條之修正，酌修文字，規定於第一項第四款。

四、第一項第四款修正後，相關行政機關應補助部分，撥付應較無困難，但如未依規定撥付，宜有處理方式，爰配合財政收支劃分法第三十七條第四項規定增訂第三項，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減。

主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減。

### 第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點二滯納金。加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

基金會對前項投保單位或被保險人應繳保險費及滯納金逾三十日仍未繳納者，得移送法院強制執行。

基金會於移送法院之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，應通知保險人暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

投保單位積欠保險費或滯納金，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人對逾期繳納有過失者，應負損害賠償責任。

## 第五章

### 保險給付

### 第三十條

投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額之一倍為限。

保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。

保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

## 第四章

### 保險給付

一、第一項有關滯納金之寬限期及比率，參照勞工保險條例規定修正。又為增進滯納金催收效率、節省行政成本，並避免發生催繳成本高於所徵滯納金額致不符成本效益之事，爰參照所得稅法第一百條之一有關小額稅款免徵之規定，增訂第一項但書。

二、為使法意明確，避免民眾誤以為須經保險人通知後始負滯納金繳納義務，徒生爭怨，爰刪除第二項「經通知其」四字。又保險費及滯納金皆屬公法上之金錢給付，性質上無待以訴為之，爰參照強制汽車責任保險法、老人福利法及各種稅法例，將依法訴求修正為移送法院強制執行，以疏減訟源，相關內容並配合修正。

三、保險人多元化後，保險給付係由保險人提供，投保單位或被保險人延欠基金會保費、滯納金時，亦應由基金會通知保險人暫行拒絕給付，爰修正第三項。

四、部分投保單位欠費原因乃係因其負責人或主持人過失所致，而現行條文並未明定向其追償之來源，爰參照勞工保險條例規定，增列第四項如上。

### 章次變更。



第三十一條

保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由所屬保險人特約之保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診、住院診療及居家照護服務；並應交付門診處方箋予保險對象，於符合保險人規定之特約醫院、診所之調劑處所或特約藥局調劑。

前項醫療辦法，由基金會擬訂，報請主管機關核定之。

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。

前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。

一、居家照護為現行提供之服務項目之一，惟其有別於門診、住院診療，爰增列該等文字，以資明確。另保險人多元化後，保險對象限於其所屬保險人指定之醫療機構就醫，相關規定併予修正。又保險對象有知藥並選擇調劑處所之權利，為確保民眾之用藥安全，規定應交付門診處方箋及保險對象得選擇調劑處所，爰修正第一項如上。

二、依據改制精神，本保險醫療辦法改由基金會擬訂，報請主管機關核定，爰修正第二項如上。  
三、有關藥品之交付，藥事法已有規定，現行條文第一條亦明定本法未規定者適用其他有關法律，現行條文第三項無存在必要，爰予刪除。

第三十二條

本保險為維護保險對象之健康，基金會應訂定預防保健服務項目及實施辦法。

第三十二條

本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。

依據改制精神及因應保險人多元化設計，預防保健服務之項目及實施辦法改由基金會訂定，爰修正本條。

第三十三條

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之十五至百分之三十；其應自行負擔之費用，以定額方式收取。

第三十三條

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。

前項保險對象應自行負擔費用之比率或金額，每年應在前項規定範圍內，由基金會依醫療機構層級、轉診情形及前一年門診或急診平均費用訂定。

前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其

一、保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用，係用以節制醫療費用，惟其負擔比率或金額，應考量醫療環境及民眾接受程度逐步推動，不宜硬性規定，宜由基金會衡酌情形定之，另將部分負擔下限降為百分之十五，以增加基金會訂定彈性，並減輕民眾負擔，爰修正第一項、第二項如上。  
二、配合第一項保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用採定額方式收取，已無轉診之規定，第三項爰予刪除。

第三十四條 (刪除)

金額。  
第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

第三十四條  
本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

一、本條刪除。  
二、由於自負額制度之實施，事涉民眾之接受意願、就醫權益、整體財務結構與體制之改革，目前尚未有實施條件，爰予刪除。

第三十五條

保險對象應自行負擔之住院費用如

第三十五條  
保險對象應自行負擔之住院費用如

一、有關自行負擔費用之核退，目前尚乏授權依據；又依本法之精神，全年自行負擔費用之最高金額應採累計計算，為臻明確並因應改制調整權責，爰修正第二項如上。

下：

下：

一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額及其核退辦法，由基金會定之。

保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。  
急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

前項費用之核退，應於次年六月底前向保險人提出申請，逾期不予核退。

二、費用核退時限事涉人民權利義務，應有明文規定，按基金會係按期將醫療費用撥付保險人，由保險人提供醫療給付，故費用核退應向保險人申請，爰增列第三項如上。  
三、原第三項改列第四項。

<p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>		
<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。 四、山地離島地區之就醫。 前項第一款重大傷病與第四款山地離島地區之範圍及免自行負擔費用之辦法，由基金會定之。</p>	<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。 前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>山地離島地區保險對象因醫療資源較為不足，宜給予部分優惠措施，其詳細實施辦法及各項有關免自行負擔費用之辦法，應一併授權由基金會訂定，爰增訂第一項第四款，並修正第二項如上。</p>
<p>第三十七條 第五類被保險人就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。</p>	<p>第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。</p>	<p>一、現行條文第三十三條修正後，已無轉診規定，本條但書爰予刪除。 二、第五類被保險人已無眷屬，爰將保險對象修正為被保險人。</p>
<p>第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險對象未依前項規定繳納費用者，經醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人徵得基金會同意後，對保險對象暫行拒絕保險給付。</p>	<p>第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。</p>	<p>保險人多元體制下，基金會已撥付醫療給付費用與保險人，保險人負有提供保險對象保險給付之義務。如保險對象延欠部分負擔費用時，保險人應徵得基金會同意，始得暫行拒絕給付。</p>
<p>第三十九條 下列項目之費用，不在本保險給付範圍： 範圍：</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、第四款規定醫師指示用藥不在本保險給付範圍，惟實務上部分科別醫師處方之藥品常包含指示</p>

<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由</p>	<p>一 依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。          二 預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。          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。          四 成藥、醫師指示用藥。但經基金會公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。          五 指定醫師、特別護士及護理師。          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。          七 人體試驗。          八 日間住院。但精神病照護，不在此限。          九 管灌飲食以外之膳食、病房費差額及高價藥材之差額。          十 病人交通、掛號、證明文件。          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。          十二 其他經基金會報請主管機關核定公告不給付之診療服務及藥品。</p>
<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由</p>	<p>一 依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。          二 預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。          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。          四 成藥、醫師指示用藥。          五 指定醫師、特別護士及護理師。          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。          七 人體試驗。          八 日間住院。但精神病照護，不在此限。          九 管灌飲食以外之膳食、病房費差額。          十 病人交通、掛號、證明文件。          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。          十二 其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</p>
<p>本條未修正。</p>	<p>用藥，應及保險對象醫療需求，爰增列但書，規定經基金會公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。          二、本保險提供給付之醫師處方藥品及特殊材料中，部分高價藥材市場上可達同療效之藥品及特材，不同廠牌間之價差頗大，為兼顧醫療品質、公平性及不影響保險財務及保險對象之權益下，如保險對象自願使用較昂貴之藥品或特材時，應自付其衍生之差額，爰修正第九款如上。          三、為確保健康保險提供基本給付之精神，並賦予基金會對給付項目之決定得有參與空間，爰修正第十二款規定主管機關公告不給付項目之程序，應由基金會報請核定。</p>

<p>政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>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，現行規定不予給付似欠合理，爰刪除第一款，其餘款次依序變更。</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、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。 二、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。 三、違反本法有關規定者。</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診療者。 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。 三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。 四、違反本法有關規定者。</p>	<p>有關醫療服務之審查，將來保險人得委外辦理，不一定要成立醫療服務審查委員會，本條爰配合修正條文第五十二條第二項規定予以修正。</p>
<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人或其委託機構審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。</p>	<p>有關於申請核退醫療費用之時間限制及相關辦法，涉</p>
<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非所屬保險人特約之醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位於治療結束或分娩後六個月內向保險人申請核退醫療費用，逾期不予核退。 前項申請及核退辦法，由基金會定之。</p>	<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。 前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。</p>	<p>及人民權益，故調整編排方式並修正部分文字使更明確，又依據改制精神，醫療費用申請及核退辦法應由基金會訂定，爰修正如上。</p>
<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事</p>	<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>故重複受領核退現金。</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，不得接受保險給付；已受領保險給付者，應返還所受領給付之醫療費用予基金會。</p>	<p>故重複受領核退現金。</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>一、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，爰刪除不予退還規定。</p> <p>二、本保險承保責任在基金會，保險對象退保後，基金會應通知保險人停止保險給付；未通知前已領取給付之相當費用，應返還予基金會。</p> <p>一、本條新增。</p> <p>二、規定保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供保險給付，不得低於本保險水準，但得免費提供較優服務或減免費用。並得開辦附加保險，供保險對象自由參加。</p>
<p>第四十五條之一 保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付。</p> <p>除前項規定外，保險人得免費提供保險對象其他服務或減免其依本法第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用。</p> <p>保險人得經主管機關之許可，開辦附加健康保險；其辦法，由主管機關定之。</p> <p>前項附加保險，保險對象得自由參加。</p>	<p>第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六章 醫療費用支付</p> <p>第四十七條 (刪除)</p>	<p>第五章 醫療費用支付</p> <p>第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。</p>	<p>章次變更。</p> <p>一、本條刪除。</p> <p>二、配合保險人多元化設計，醫療給付費用之總額範圍，主管機關原則上不再介入。</p>
<p>第四十八條 保險人辦理本保險所需之醫療費用與</p>	<p>第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三</p>	<p>一、條次變更，現行條文第四十九條移列。</p>

<p>營業費用額度及其分配，由基金會及保險人於年度開始三個月前協議定之。</p> <p>前項醫療費用之分配，除按保險人所屬保險對象人數分配外，下列情形應予區別處理：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、罹患重大傷病者。</li> <li>二、六十五歲以上者。</li> <li>三、居住於主管機關公告本保險醫療資源缺乏之地區者。</li> <li>四、具基金會報請主管機關核定之其他健康危險因素者。</li> </ol>	<p>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、配合保險人多元化設計，規定醫療費用及營業費用額度及其分配，由基金會與保險人協議定之。現行條文第四十八條規定，因醫療費用協定委員會任務功能已有轉變，爰與本條互調，較符法例順序。</p> <p>二、費用之分配除依保險對象之人數給與外，另有四款原因之費用應另行處理運用或分配，爰明定於修正條文第二項。</p>
<p>第四十九條 為協定醫療費用支付標準及藥價基準，基金會應設醫療費用協定委員會，由下列人員組成：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、醫事服務提供者代表。</li> <li>二、基金會代表。</li> <li>三、保險人代表。</li> <li>四、主管機關代表。</li> <li>五、專家學者。</li> </ol>	<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> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、醫事服務提供者代表。</li> <li>二、保險付費者代表及專家學者。</li> <li>三、相關主管機關代表。</li> </ol>	<p>一、條次變更，現行條文第四十八條移列。</p> <p>二、配合保險人多元化設計，重新調整醫療費用協定委員會之組織及任務，並改由基金會設置。</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</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</p>	<p>一、配合保險人多元化設計，現行條文保留第一項，並將現行條文第五十一條移列修正為第二項、</p>

所提供醫療服務之點數及藥品費用。

醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同或個別協商訂定。無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定之。

前項醫療費用支付標準，得以相對點數反應各項醫療服務之成本，並以論病例、論人或預算為訂定之基準。

第五十一條 (刪除)

第五十二條

保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應訂定醫療服務審查辦法。  
前項醫療服務之審查，保險人得委

所提供醫療服務之點數及藥品費用。

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。  
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，並於下年度調整藥價基準。

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。

第五十一條

第五十二條

保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查

醫療費用支付標準及藥價基準，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。  
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。

第三項。

二、支付標準及藥價基準由保險人與醫事服務提供者團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，則由醫療費用協定委員會協定。

三、配合各種支付制度之採行，修正本保險支付標準點數之訂定方式，規定得以論病例、論人或預算為基準。另同病同酬原則已反映於支付標準診療項目中，為避免各界詮釋不同衍生爭議，爰予刪除。

一、本條刪除。

二、配合保險人多元化設計，現行條文規定已移列修正條文第五十條第二項、第三項並予修正，爰將本條刪除。

一、配合保險人多元化設計，醫療服務審查辦法由保險人自訂，但不強制組成醫療服務審查委員會，爰修正第一項如上。

二、醫療服務之審查業務審查案件眾多，為增加民



<p>由相關團體辦理。</p> <p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由交付處方箋之醫療機構自行負責。</p>	<p>辦法，由主管機關定之。</p> <p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。</p>	<p>間參與機會，避免民眾對審查工作專業性與公平性之質疑，爰增列第二項如上。</p> <p>為明定醫師不當處方後之醫療費用之負擔，爰修正如上。</p>
<p>第五十四條 (刪除)</p>	<p>第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。</p>	<p>一、本條刪除。 二、保險人改採多元化制度後，已無總額預算實施規定，故刪。</p>
<p>第七章 保險醫事服務機構</p> <p>第五十五條 保險醫事服務機構種類如下： 一、醫院及診所。 二、藥局。 三、醫事檢驗機構。 四、其他經主管機關核准之醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人定之。</p>	<p>第六章 保險醫事服務機構</p> <p>第五十五條 保險醫事服務機構如下： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、保險指定醫事檢驗機構。 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>章次變更。</p> <p>配合保險人多元化設計，僅規定保險醫事服務機構之種類，至保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人自行訂定。</p>
<p>第五十六條 本法修正施行前中央健康保險局所屬聯合門診中心得繼續存在，並不得增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p>	<p>第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。</p>	<p>一、明定保險人不得自設醫事服務機構。至於中央健康保險局現有聯合門診中心既已設立，仍許其繼續存在，但不得增加。 二、本保險開辦已屆滿二年，爰刪除「開辦一年半後重新評估」相關文字規定。</p>

<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險相關證明文件；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>
<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十二條 保險人及保險醫事服務機構對於主管機關或基金會因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、申報資料、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。 前項主管機關或基金會之人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>	<p>第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。</p>	<p>一、訪查機關增列「基金會」，借調之項目增列「申報資料」。 二、增訂第二項規定訪查或查詢等應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>
<p>第八章 安全準備及行政經費</p>	<p>第七章 安全準備及行政經費</p>	<p>章次變更。</p>

<p>第六十三條 本保險為平衡保險財務，基金會應提列安全準備，其來源如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。</li> <li>二、本保險每年度收支之結餘。</li> <li>三、保險費滯納金。</li> <li>四、本保險安全準備所運用之收益。</li> </ol> <p>前項安全準備應用於本保險年度收支發生短絀時之填補及因應年度醫療給付費用協定時未預見之重大事故額外支出。</p>	<p>第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。</li> <li>二、本保險每年度收支之結餘。</li> <li>三、保險費滯納金。</li> <li>四、本保險安全準備所運用之收益。</li> </ol> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p>	<p>配合保險人多元化設計，增訂安全準備之用途。</p>
<p>第六十四條 政府應開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>菸酒對健康有嚴重危害，其應者對於醫療給付需求高於常人，爰強制規定應開徵菸酒社會健康保險附加捐。</p>
<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。</p> <p>前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十六條 基金會之基金，得以下列方式運用：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、公債、庫券及公司債之投資。</li> <li>二、存放於公營銀行或主管機關指定</li> </ol>	<p>第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、公債、庫券及公司債之投資。</li> <li>二、存放於公營銀行或主管機關指定</li> </ol>	<p>因應保險人多元化設計，將「本保險之資金」修正為「基金會之基金」，以臻明確。</p>

<p>之金融機構。</p> <p>三特約醫院建物整修及擴建之貸款。</p> <p>四其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>之金融機構。</p> <p>三特約醫院建物整修及擴建之貸款。</p> <p>四其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>
<p>第六十七條</p> <p>本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月基金會撥付保險人之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>第六十七條</p> <p>本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、相關內容已另行規定於修正條文第六條之一並酌予修正，故刪。</p>
<p>第六十八條 (刪除)</p>	<p>第六十八條</p> <p>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。保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>章次變更。</p>
<p>第九章 罰則</p> <p>第六十九條</p> <p>投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。</p> <p>前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。</p> <p>投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還該保險費予被保險人外，並按應負擔</p>	<p>第八章 罰則</p> <p>第六十九條</p> <p>投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除依第三十條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處以四倍之罰鍰。</p> <p>前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。</p>	<p>一、對於違反規定之投保單位已追繳保險費，再處以四倍罰鍰似過於嚴苛，宜酌予降低為二倍。又加徵滯納金係對違反按時繳款義務者所為之督促，而此處投保單位係違反投保義務，並非違反按時繳款義務，且其額度亦遠較滯納金為高，再對其加徵滯納金似未妥適，爰修正第一項如上。</p> <p>二、為避免投保單位脫免其保險費負擔責任，因而加重被保險人之負擔，爰增訂第三項有關投保單位未依規定負擔所屬員工及其眷屬保險費之處罰規定。</p>

<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十一條 違反第十七條第一項、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>配合修正條文第十七條之修正，調整規定項次。</p>
<p>第七十二條 保險對象以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付者，依其情節按領取之保險給付或申請核退之醫療費用處以五倍至十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。</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，得在其中報應領費用內扣除。</p>	<p>一、醫事服務機構偽報詐領費用，應由保險人依合約或法令解決，本法不再特別規範。 二、保險對象詐領保險給付或核退費用者，目前僅能就查核個案之金額罰款二倍，嚇阻作用較低，爰規定依其違反情節，得處以五倍至十倍罰鍰。</p>
<p>第七十二條之一 保險人有下列情形之一者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰，並限期改善： (一)違反第六條之十二第一項所定監督</p>	<p>第七十二條之一 保險人有下列情形之一者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰，並限期改善： (一)違反第六條之十二第一項所定監督</p>	<p>一、本條新增。 二、明定保險人違反相關規定時之處罰。其中違反監督及管理辦法或遭撤銷許可、命令解散之處罰，由主管機關為之。</p>

<p>及管理辦法者。</p> <p>(二) 違反第十六條第二項規定，拒絕保險對象投保者。</p> <p>(三) 違反第四十五條之一第一項規定，未依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付者。</p> <p>有前項第一款情形，經三次處以罰鍰及限期改善，屆期仍未遵行或違反規定情節重大者，得撤銷其設立許可或命令解散。</p> <p>第一項第一款及前項之處罰，由主管機關為之。</p>	<p>第七十三條 第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰。</p>	<p>第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，並責令限期改善；屆期未改善者，按次處罰。</p> <p>第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五</p>
<p>有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：</p> <p>一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。</p> <p>二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。</p>	<p>第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。</p>	<p>第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五</p>
<p>配合第二、三、五、六類保險對象之保險費採定額收取，第二類及第三類被保險人已無以多報少者之情事，爰修正如上。</p>	<p>為促使各特約醫院設置保險病房能符合規定，以利民眾就醫需求，爰提高罰鍰數額以收成效。</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>第七十六條 違反第六十二條第一項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十六條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>配合修正條文第六十二條之修正而修正。</p>
<p>第七十七條 本法所定之處罰，除本法另有規定者外，由基金會處罰之。</p>	<p>第七十七條 本法所定之處罰，由保險人處罰之。</p>	<p>因應保險人多元化設計，本法所定處罰原則上改由基金會為之。所稱「除本法另有規定者外」，指修正條文第七十二條之一第三項之規定。</p>
<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第十章 附則</p>	<p>第九章 附則</p>	<p>章次變更</p>
<p>第七十八條之一 第三十條第三項、第三十八條第二項及第六十九條之一有關暫行拒絕給付之規定，於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，不適用之。 前項因經濟困難無力繳納相關費用者之認定辦法，由基金會擬訂，報請主管機關核定之。</p>	<p>第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>一、本條新增。 二、為貫徹憲法推行全民健康保險，保障老弱殘廢、無力生活人民之旨趣，並配合司法院大法官議決釋字第四七二號解釋，對於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，仍應予保險給付，爰明定第三十條第三項、第三十八條第二項、第六十九條之一有關暫行拒絕給付之規定不適用之；其認定辦法，授權由基金會擬訂，報請主管機關核定之。</p>
<p>第七十九條 投保單位、保險對象及相關公益團體實施具體預防保健措施著有績效者，基金會得予以獎勵。</p>	<p>第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>增列相關公益團體為獎勵對象。另獎勵之實施，改由基金會為之。</p>
<p>第八十條 全民健康保險爭議審議委員會為審議保險爭議事項，或基金會為業務需</p>	<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，</p>	<p>因應保險人多元化設計，承保業務主要係由基金會辦理，爰配合修正如上。</p>

<p>第八十一條</p> <p>保險對象參加職業災害保險者，其因職業災害事故經本保險提供醫療給付者，由基金會向職業災害保險之保險人請求償付。</p>	<p>要，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十一條</p> <p>被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。</p>	<p>得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十一條</p> <p>因應保險人多元化設計，明定求償權利由基金會行使。另修正部分文字，使臻明確。</p>
<p>第八十二條</p> <p>保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，基金會得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。</p>	<p>第八十二條</p> <p>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>第八十二條</p> <p>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>第八十二條</p> <p>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>第八十二條</p> <p>因應保險人多元化設計，現行條文規定之保險人權，改由基金會行使。</p>
<p>第八十三條</p> <p>本保險應用之書類及其格式，得由基金會統一訂定。</p>	<p>第八十三條</p> <p>本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>第八十三條</p> <p>本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>第八十三條</p> <p>本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>第八十三條</p> <p>現行條文已移列於修正條文第六條之十並予修正，本條爰改訂為相關書類及其格式，必要時得由基金會統一訂定，以減少表格分歧，降低行政成本。</p>
<p>第八十四條</p> <p>本保險之一切業務收支、帳冊、單據及供業務使用之土地、房屋，均免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條</p> <p>本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。</p>	<p>第八十四條</p> <p>本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐，另為切合實際需要，並增列供業務使用之土地、房屋亦免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條</p> <p>凡本保險之一切帳冊、單據及業務收支，無論係基金會或保險人辦理者，均免課稅捐，另為切合實際需要，並增列供業務使用之土地、房屋亦免徵稅捐。</p>	<p>第八十四條</p> <p>凡本保險之一切帳冊、單據及業務收支，無論係基金會或保險人辦理者，均免課稅捐，另為切合實際需要，並增列供業務使用之土地、房屋亦免徵稅捐。</p>
<p>第八十五條</p> <p>(刪除)</p>	<p>第八十五條</p> <p>主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。</p>	<p>第八十五條</p> <p>主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。</p>	<p>第八十五條</p> <p>主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。</p>	<p>第八十五條</p> <p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後第一年始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。</p>
<p>第八十六條</p> <p>本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。</p>	<p>第八十六條</p> <p>本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>第八十六條</p> <p>本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>第八十六條</p> <p>本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>第八十六條</p> <p>本條酌作文字修正。</p>
<p>第八十七條</p> <p>(刪除)</p>	<p>第八十七條</p> <p>本法第六十九條之一對第六類第二</p>	<p>第八十七條</p> <p>本法第六十九條之一對第六類第二</p>	<p>第八十七條</p> <p>本法第六十九條之一對第六類第二</p>	<p>第八十七條</p> <p>一、本條刪除。</p>



<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。</p> <p>本法第二次修正條文施行日期，由行政院以命令定之。但行政院得分別情形定其一部之施行日期。</p>	<p>目被保險人於本保險實施一年後，開始適用。</p> <p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。</p>	<p>二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後第一年始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。</p> <p>部分修正條文係為落實基金會自主經營精神，而授予其相關權限，惟保險人改制須各項條件相互配合，無法立即施行，爰授權本院分別情形定其一部之施行日期。</p>
<p>第八十九條 (刪除)</p>	<p>第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，本條已不適用，爰予刪除。</p>

收文  
89026009  
民國 89 年 5 月 15 日收到

受文者：本院衛生署

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國八十九年五月拾貳日

發文字號：

附件：如說明三

台八十九衛

13614

主旨：函送「全民健康保險法」修正草案，請查照審議，並撤回八十八年四月十九日所送之修正草案。

說明：

一、本院衛生署函以：

(一) 全民健康保險法修正草案前經本院於八十八年四月十九日送請立法院審議，重點在於健保組織架構之調整，即強化民眾參與經營及監督之機制、落實保險獨立自主之精神及納入多元保險人競爭之機制，以利時機條件成熟時，符合一定資格之非營利性機構，亦得申請為保險人。惟因健保組織體制變革茲事體大，經立法院朝野黨團協議，改採分階段修法，故於同年七月十五日修正公布降低眷口數、調降滯納金及罰鍰、設置紓困基金等條文。

(二) 為因應立法院所提之修正案，及立法院朝野黨團協議軍人應自九十年一月一日

起納入健保，並考量替代役自本（八十九）年五月一日實施後該等人員之醫  
照顧，以及「行政程序法」即將於九十年一月一日施行，限制人民權利義務之  
法規命令必須提升至法律位階或有法律具體明確授權等因，並配合部分之文字  
修正，茲將八十八年所送修正草案立法院尚未完成審議部分配合前已修正公布  
之條文一併整理納入，爰擬具「全民健康保險法」修正草案，請核轉立法院審  
議。

二、經提本年五月四日本院第二六八〇次會議決議：「通過，送請立法院審議，並撤  
回八十八年所送修正草案」。

三、檢送「全民健康保險法」修正草案條文對照表（含總說明）三份。

正本：立法院

副本：內政部、國防部、本院衛生署、中央健康保險局（均含附件）

院長蕭萬長

全民健康保險法修正草案總說明暨條文對照表

中華民國八十九年五月四日

## 全民健康保險法修正草案總說明

全民健康保險為強制性社會保險制度，其目的在於被保險人及其眷屬發生生育、疾病及傷害事故時，提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當之醫療照顧。本保險自八十四年三月一日實施以來，由初期擴大受益人口、平衡保險財務、增加就醫可近性等基本目標，推展到提高醫療品質、節制醫療費用成長於合理範圍內以及照顧弱勢團體等整體目標。本院為強化民眾參與監督及經營機制、落實保險獨立自主精神、納入多元保險人競爭機制，並配合地方制度法、臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例、預算法、財政收支劃分法等法律之制定、修正及司法院大法官會議相關解釋，前經通盤檢討，擬具「全民健康保險法」修正草案，於八十八年四月十九日以台八十八衛字第一五三七二號函送貴院審議，惟迄未經貴院審議竣事，貴院並於八十八年六月二十二日另行修正部分條文，經 總統於八十八年七月十五日公布施行。

鑒於貴院八十八年五月三十一日就全民健康保險法部分條文修正草案第三次朝野黨團協商時，曾有要求在第二階段修法時，應將軍人及軍校學生納入全民健康保險，並預定自九十年一月一日正式實施之結論，替代役實施條例及行政程序法復分別將於本（八十九）年五月一日及九十年一月一日施行，本院爰經再行檢討，並考量法制作業程序，重行擬具「全民健康保險法」修正草案，其修正要點如次：

一、鑑於內容修正涉及保險人組織改制及權限調整，部分條文難於修正公布後立即施行，勢須另定施行日期，而仍適用修正前之規定，為利新舊制度銜接便於查考、適用，爰維持現行條次。至於章節部分，因應全民健康保險基金會及保險人部分制訂專章需求，第二章以下章次併同調整。

二、本保險改由全民健康保險基金會辦理，基金會為法人，其業務範圍、基金來源及用途、董事會之職掌、董事、監察人及執行長之產生方式、任期及解任、組織編制、人事管理及財務管理規定、基金會之解散事由等分別予以訂明。（修正條文第六條至第六條之十一）

三、預留開放多元保險人機制，明定保險人之任務在辦理醫療給付業務，中央健康保險局仍予維持為保險人，但應改制為非營利性法人，以確保醫療給付之提供。另授權主管機關訂定保險人相關資格、設立程序、監督及管理辦法。並明定廢止或解散保險人許可之處置條款。（修正條文第六條之十二至第六條之十四）

四、中央健康保險局現有全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會及改制後之中央健康保險局分別承受，現職人員均將隨業務分別移轉，並補償其權益損失。（修正條文第六條之十五及第六條之十六）

五、基金會成立後，全民健康保險監理委員會之任務功能已有相當部分為基金會之董事會所取代，本於機關精簡原則，予以裁撤；全民健康保險爭議審議委員會之任務功能則隨健保公辦民營及保險人多元規劃調整，至於保險人與基金會間之爭議排除於爭議審

議制度適用範圍之外；全民健康保險醫療費用協定委員會之任務功能則改爲保險人與保險醫事服務機構團體代表間就醫療費用支付標準或藥價基準等無法達成協議事項之協定。（修正條文第五條及第四十九條、刪除現行條文第四條）

六、配合貴院八十八年五月三十一日就全民健康保險法部分條文修正草案第三次朝野黨團協商時，要求在第二階段修法時，應將軍人及軍校學生納入全民健康保險，並預定自九十年一月一日正式實施之結論及將分別於本（八十九）年五月一日及九十年一月一日施行之替代役實施條例及行政程序法之相關規定，修正第四類及第五類被保險人範圍。（修正條文第八條）

七、爲使基金會財務獨立自主，本法僅規定保險費率之上限，至在上限範圍內，每年實際計繳之保險費率，授權由基金會決定後，報請主管機關備查；另投保金額分級表之訂定或調整，亦授權由基金會訂定或調整；投保金額分級表上限，改以下限五倍以上差距爲訂定標準；在公教人員維持全薪投保精神之前提下，爰規定公教人員及軍眷之投保金額以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以各該人員之俸（薪）給總額計算之；修正第二類至第六類之保險費改以受雇者之平均保險費定額收繳；配合地方制度法及臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例之施行，原由省政府負擔之保險費補助款改由中央政府負擔；行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減。（修正條文第十八條



至第三十條，刪除現行條文第二十六條）

八、規定居家照護服務為本保險給付範圍；修正保險對象應自行負擔門診或急診費用之比率，並規定以定額方式收取；山地、離島地區保險對象之就醫免部分負擔；另允許保險對象自付高價藥材之差額。（修正條文第三十一條、第三十三條、第三十六條及第三十九條）

九、除維持現行給付水準外，允許保險人得為增加給付內容或減免部分負擔等有利於保險對象之約定，如經主管機關許可，亦得開辦附加保險供保險對象自由參加。另增訂保險人違反相關規定時之罰則。（修正條文第四十五條之一及第七十二條之一）

十、有關保險人辦理本保險所需之醫療費用及營業費用之額度及其分配，由基金會與保險人協議定之；醫療費用支付標準及藥價基準則由保險人與保險醫事服務機構團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定；規定醫療費用支付標準得以論病例、論人或預算為訂定基準；增訂保險人辦理醫療服務，其項目、數量及品質之審查，得委由相關機構或團體辦理。（修正條文第四十八條、第五十條及第五十二條）

# 全民健康保險法修正草案條文對照表

八十九年五月四日 院會確定版

修 正 條 文	現 行 條 文	說 明
<p>第一章 總 則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有法律。</p>	<p>第一章 總 則</p> <p>第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有法律。</p>	<p>本章章名未修正。 本條未修正。</p>
<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第四條 (刪除)</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</p>	<p>一、本條刪除。 二、因應公辦民營及保險人多元化，全民健康保險監理委員會現有之任務功能多由基金會之董事會取代，已無設置必要，爰予裁撤。 三、未來相關保險業務之監督，於基金會內部係由董事會為之。另原監理會外部監督機制，則改由主管機關設置</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基金會或保險人核定之案件發生爭議事項，主管機關應設全民健康保險爭議審議委員會；審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序、規費及審議作業之辦法，由主管機關定之。</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，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對基金會或保險人所為之核定案件發生爭議時，應先依第一項所定辦法規定申請審議；對於爭議審議結果不服時，其屬行政處分者，得依法提起訴願及行政訴訟。</p> <p>第二章 全民健康保險基金會及保險人</p>	<p>請行政院核定後發布之。</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>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>專責單位辦理。</p> <p>一、配合保險人多元化設計，增訂爭議審議之範圍。</p> <p>二、有關爭議審議之範圍、程序及其與行政救濟程序之關係，現行條文第二項及第三項雖已有所規定，但未盡明確，爰酌作修正，並將現行第三項有關授權訂定爭議事項審議辦法之規定移列於修正條文第一項之末。</p> <p>三、為明確規範對保險人所為核定案件不服時之處理方式，並落實爭議審議程序先行主義之精神，爰規定發生爭議時應先申請審議。</p> <p>四、保險人對基金會所為核定如有不服，其屬行政處分者，直接依訴願法及行政訴訟法之規定提起訴願、行政訴訟，爰排除於爭議審議範圍之外。</p> <p>一、本章新增。</p> <p>二、配合保險業務民營化及保險人多元化設計，爰增列本章。</p>
--	---	---

第六條

為辦理本保險，設全民健康保險基金會（以下簡稱基金會）。基金會為法人，其業務範圍如下：

- 一、承保業務之規劃及辦理。
- 二、保險財務之規劃及辦理。
- 三、保險費率之訂定及保險費之收取。
- 四、保險對象就醫時應自行負擔費用之訂定。
- 五、保險人之特約及其辦理本保險所需費用之分配及撥付。
- 六、保險人與保險醫事服務機構團體代表有關醫療費用支付標準及藥價基準無法達成共識事項之協定。
- 七、滯納金、利息之收繳、罰鍰及限期改善之處罰、強制執行之移送及其他公權力之行使事項之辦理。
- 八、本法授權事項之處理。
- 九、本保險制度研究發展及其

第六條

本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。

中央健康保險局之組織，以法律定之。

一、因應保險人多元化設計，本保險改由全民健康保險基金會辦理，並訂明其業務範圍。

二、鑑於本保險為強制性社會保險，須賦予保險人相當之公權力，爰規定基金會為法人。

三、有關保險人規定移列於修正條文第六條之十二，並予修正。

他與本保險有關事項之規  
劃及辦理。

第六條之一

基金會之基金，其來源

如下：

一、中央健康保險局改制後之部  
分決算淨值。

二、保險費之收入。

三、基金之孳息收入。

四、政府每年循預算程序補助本  
保險所需之人事及行政管理  
經費。

五、其他收入。

前項第四款之補助費，以基  
金會成立當年度醫療費用總額百  
分之三為上限。其實際補助費，  
視本保險及國庫財務狀況酌減之。

第六條之二

基金會之基金，應為下

列各款之用途：

一、依法辦理本保險業務之支出

一、本條新增。

二、明定基金會經費來源。

三、本保險應謀求財務獨立及自主經營，人事及行政管理費用性質上不宜再由政府負擔，惟慮及現制已由政府補助，如逕予取消，全由保險費收入支應，將增加民眾負擔，爰規定政府對保險人事及行政管理費用之補助為基金會經費來源之一。

四、本保險實施前二年，人事及行政管理費用約佔醫療費用總額之百分之二點五，而保險人多元化後，基金會之人事及行政管理費用將較現行單一體制為多，爰於第二項規定政府對本保險人事及行政管理費用補助之上限為基金會成立當年度醫療費用百分之三，即採定額方式，將來並視本保險及國庫財務狀況酌減。

一、本條新增。

二、明定基金會基金之用途。

<p>二、有關基金會人事及行政管理經費之支出。</p> <p>三、其他相關支出。</p>	<p>第六條之三 基金會設董事會，其職掌如下：</p> <p>一、本法授權基金會訂定之保險費率、保險對象就醫時應自行負擔費用及投保金額分級表等事項之審議及核定。</p> <p>二、基金會年度計畫及業務報告之審議及核定。</p> <p>三、基金之籌集、收支、保管及運用之審議及核定。</p> <p>四、基金會預算、結算及決算之審議及核定。</p> <p>五、其他有關本法授權事項之審議或核定。</p> <p>第六條之四 基金會董事會置董事三十一人，其中一人為董事長。除董事長外，其名額分配如下：</p> <p>一、被保險人代表七人。</p>		
<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會董事會之職掌。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定基金會董事之人數、名額分配、產生方式及董事長之地位。保險人多元化後，基金會董事長之責任及職務俱重，該職至表榮譽，須社會地位</p>		

- 二、雇主代表七人。
- 三、政府代表七人。
- 四、專家學者九人。

前項董事名額之產生方式，由主管機關定之。但第四款之專家學者，醫藥衛生專家所占名額不得少於二分之一。

董事長綜理會務，對外代表基金會，由行政院聘任之，為專任；董事由主管機關聘兼之。

第六條之五

基金會置監察人五人，由主管機關就行政院主計處、審計部、主管機關、被保險人及雇主代表各一人聘兼之，掌理基金、存款之稽核，財務狀況之監督及決算表冊之查核事宜。

前項被保險人及雇主代表之產生方式，由主管機關定之。

第六條之六

基金會董事長、董事及監察人任期均為二年，期滿得續聘之。

崇隆、道德才幹服人，方能運籌議事，使基金會運作順遂。為期董事長能專注於基金會業務之運作、推展，爰規定為專任。

一、本條新增。

二、明定基金會監察人之產生及職掌。

一、本條新增。

二、明定基金會董事長、董事及監察人之任免及補實。

董事長、董事或監察人因職務變更或因故無法執行職務時，應予解聘；其所留遺缺，依前二條規定補聘。但剩餘任期不滿三個月者，除董事長外，不予補聘。

除董事長得為有給職外，董事、監察人，均為無給職。但得酌支兼職酬勞。

董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。

第六條之七 基金會置執行長一人，承董事會之決議辦理本保險事務；由董事長提名，經全體董事過半數同意聘任之；每任三年，得連任之；任期未滿之解任，應經全體董事三分之二以上同意。

第六條之八 基金會應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理規定，報請主管機關備查後實施。

第六條之九 基金會執行長以外之人

三、董事長為專任，自得領有薪給。但董事、監察人皆係聘兼，爰規定為無給職，但可酌支兼職酬勞。  
四、為避免角色混淆，明定董事及監察人不得兼任基金會之行政職務。

一、本條新增。

二、明定基金會執行長之聘任及任期。又為確保執行長得施展專業長才，致力本保險業務之經營，爰就任期未滿之解任條件從嚴規定，以為保障。

一、本條新增。

二、為使基金會運作保有彈性，落實自主經營機制，爰規定由其自行擬訂有關組織編制、人事管理及財務管理規定，報請主管機關備查後即可實施。

一、本條新增。



員，由執行長任免，並指揮監督之。

第六條之十 基金會應將本保險之財務收支，依政府會計年度辦理預算、決算，併同年度業務概況報告，報請主管機關備查。

第六條之十一 基金會董事長、董事及執行長之行爲顯將對本保險之財務或業務經營造成重大危害時，主管機關得改組董事會或命解任一定人員，並派員暫代。但董事長應由行政院解聘。

基金會因情事變更，不能達到設置目的時，主管機關得報請行政院同意後解散之；其業務、財產，由主管機關接辦或接管。

第六條之十二 爲辦理本保險醫療給付業務，應設保險人，爲非營利性法人；其資格、設立程序、監督及管理辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。

前項監督及管理辦法之內容

二、明定基金會執行長對其他人員之任免及指揮監督權責。

一、本條新增。

二、本保險組織架構調整後，現行條文第八十三條有關財務收支規定，已難適用且基金會已非行政機關，爰修正監督機制如上。

一、本條新增。

二、基金會重要成員（包括董事長、董事、執行長及其他職員）如有不適當行爲，參照信用合作社法第二十七條規定，應得予以解任。但董事長之解聘由行政院爲之，以與聘任程序一致，爰爲第一項規定。

三、基金會不能達到設置目的時，亦應得予解散，爰規定如第二項。

一、本條新增。

二、爲預留多元體制空間，基金會與保險人乃予分離，並授權主管機關訂定保險人之資格、設立程序、監督及管理辦法。並參照司法院大法官會議解釋字第三九〇、四〇二及四二六等號解

應包括下列事項：

- 一、財務之監督及查核方式。
- 二、業務之監督及查核方式。
- 三、違反本法或相關法令之處置、得廢止許可或命令解散之原因、條件及程序。
- 四、資訊之公開方式及其範圍。
- 五、其他有關監督及管理之必要事項。

第六條之十三

本法修正施行前依本法

釋，具體明確規定授權目的、範圍及內容。

三、保險人之設立，須符合下列要件：

(一)具一定經濟規模；(二)有相當自籌基金；(三)所特約之保險醫事服務機構遍布全國各地，並涵蓋各層級，以提供適切之保險給付；(四)保險人應設監事或監察人，並保障付費者及特約醫事服務機構代表之名額。

四、保險人年度收支如有結餘，僅得用於回饋保險醫療服務內容及其水準等符合設立目的之用途，不得分予董事、捐助者或其他私人。

五、監督及管理辦法中將明定保險人之資金不得從事與設立目的無關之投資，投資股票、債券等亦不得逾一定比率，且應迴避與董、監事有利害關係者之票券。

六、須俟監督及管理辦法發布施行後，主管機關方得許可設立除修正條文第六條之十三所定保險人外之第二家保險人。

一、本條新增。

<p>設立之中央健康保險局仍為本保險之保險人，並為法人；其組織章程，由中央健康保險局擬訂，報請主管機關核定之。</p> <p>中央健康保險局應訂定有關組織編制、人事管理及財務管理規定，報請主管機關備查。</p>	<p>第六條之十四 保險人經主管機關廢止許可或解散致停止經營業務，基金會應將其所屬保險對象之醫療給付業務委託其他保險人或自行接辦。</p>	<p>第六條之十五 中央健康保險局改制前之全部資產、負債及其他相關債權、債務，由基金會及改制後之中央健康保險局依業務範圍分別承受，不受預算法第二十五條及國有財產法有關規定之限制。</p>
<p>二、中央健康保險局改制後，其組織條例將予廢止，改以組織章程定之。故有關董事、監察人、總經理之產生及任免、董事會之組織及運作方式將於章程內訂定，並須經主管機關核定。至於有關組織編制、人事管理及財務管理規定，則僅須備查。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定保險人經主管機關廢止許可或解散致停止經營業務，其醫療給付業務之接辦。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、現有中央健康保險局之資產，所有權人皆為中華民國，該局僅係管理機關，其處分均受預算法及國有財產法相關規定之規範。本保險組織架構調整後，相關業務仍須繼續積極辦理，爰配合保險人多元化設計，規定中央健康保險局改制前之資產、負債及相關債權、債務，分別由基金會及改制後之中央健康保險局概括承受，不受</p>

第六條之十六 基金會成立及中央健康

保險局改制時，改制前之中央健康保險局人員均應隨業務分別移轉；移轉後，其原有職等、薪級、待遇等，均應予以保障，其原任公職年資，按勞動基準法退休標準辦理結算，發給結算給與，不受年齡及工作年資限制。

前項移轉人員如改投勞工保險致無法領取公教人員保險養老給付時，應按公教人員保險養老給付標準補償其權益損失，其他原有權益如受減損，亦應予以補償。

第一項移轉人員移轉後被資遣者，按資遣時之薪給標準核給資遣給與，並加發六個月薪給及一個月預告工資，如有損失勞工保險老年給付者，補償其權益損失。

第一項移轉人員依第二項或

預算法第二十五條及國有財產法有關規定之限制。

一、本條新增。

二、因應保險人多元化設計，中央健康保險局現職人員將依業務分別移轉至基金會或改制後之中央健康保險局。但其原有權益不應因此蒙受減損，爰規定應續予保障。另考量因機關改制隨同辦理移轉，部分人員將喪失原有公務員身分及相關公保權益，應予適當補償，又為使其安於工作，日後被資遣者亦宜有所補償，有關辦理公職年資之結算及公保權益損失補償，應由主管機關編列預算支應，至移轉後被基金會資遣者，其給與則由基金會支應，以減少國庫負擔，爰訂定第一項至第三項及第六項如上。

三、中央健康保險局現職人員之類型、資格及條件非屬一致，為確保各方權益衡平，移轉人員之權益確保及損失補償，應區別不同身分條件，異其處理方式，故將其中約聘僱、契約進用及臨時人員等與具公務員身分者加以

前項所領取之補償金，公教人員保險承保機關或勞工保險保險人應於核算後加註存檔，於其依法再參加公教人員保險領取養老給付或勞工保險領取老年給付時，公教人員保險承保機關或勞工保險保險人應通知本保險主管機關收回補償金。但其所領取之養老給付或老年給付金額較原補償金低時，僅收回與所領養老給付或老年給付同金額之補償金。

第一項移轉人員及改制後始轉任基金會或中央健康保險局任職之公務員，其在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法，由考試院會同行政院定之。

第一項結算給與及第二項權益損失之補償所需經費，由主管機關一次編列預算撥付支應。

改制前之中央健康保險局人員移轉後，依第一項辦理結算及

區隔。又公、勞保權益損失補償金，亦應依當事人日後所領公、勞保養老（老年）給付之數額由本保險主管機關斟酌收回，以避免當事人重複領取，爰訂定第四項、第七項如上。

四、本保險業務與政府各部門權責息息相關，有借重行政機關人才之必要，爰參照臺灣地區與大陸地區人民關係條例第四條第四項有關海基會人員回任公職時年資得予併計之例，訂定第五項規定如上。

五、考試院意見：對於第五項移轉及轉任人員回任公職年資採計一節，認為事涉公務員人事法制，具有通案性質，且影響甚大，宜通盤考量。本案僅宜作為權宜性過渡措施，應增列移轉人員於三年內回任者始予採計年資之年限規定；至於改制後始轉任之公務員，則不宜享有此一優惠。建議第五項修正為：「第一項移轉人員在基金會或改制後之中央健康保險局服務之年資，於三年內回任公職時，得予採計為公務員年資；其年資採計辦法

<p>依第三項核給資遣給與、加發薪給與預告工資者，不包括移轉前之下列人員：</p> <p>一、約聘人員。</p> <p>二、約僱或暫僱人員。</p> <p>三、定期勞動契約人員。</p> <p>四、借調或兼職人員。</p> <p>五、其他臨時人員。</p> <p>(第五項考試院有不同意見)</p>		<p>，由考試院會同行政院定之。」</p>
<p>第三章 保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分爲被保險人及其眷屬。</p>	<p>第二章 保險人、保險對象及投保單位</p> <p>第七條 本保險之保險對象分爲被保險人及其眷屬。</p>	<p>因保險人部分另行增列專章，本章章次及章名修正如上。</p>
<p>第八條 被保險人分爲下列六類：</p> <p>一、第一類：</p> <p>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</p> <p>(二) 公、民營事業、機構之受雇者。</p> <p>(三) 前二目被保險人以外有一 定雇主之受雇者。</p>	<p>第八條 被保險人分爲下列六類：</p> <p>一、第一類：</p> <p>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</p> <p>(二) 公、民營事業、機構之受雇者。</p> <p>(三) 前二目被保險人以外有一 定雇主之受雇者。</p>	<p>一、配合八十八年五月三十一日立法院朝野黨團協商有關軍人及軍校學生應納入本保險，並預定自九十年一月一日正式實施之結論及本(八十九)年五月一日替代役實施條例之施行，酌修第八條第一項第四款之第四類被保險人範圍：</p> <p>(一) 現役軍官、士官及士兵將納入本保險，其中志願役現役軍官及士官性質上均屬政府機關之受雇者，應認爲係第</p>

(四) 雇主或自營業主。

(五) 專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

(一) 農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

(一) 應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集

在營服兵役義務者、國軍

軍事學校軍費學生、經國

防部認定之無依軍眷及在

領卹期間之軍人遺族。

(四) 雇主或自營業主。

(五) 專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

(一) 農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷

補給證或軍眷身分證之家戶代表。

五、第五類：合於社會救助法

規定之低收入戶成員。

六、第六類：

一項第一款第一目所稱之專任有給人

員，為第一類被保險人，無須另行分

類規範；至現行第四類被保險人除無

依軍眷及在卹遺族外，均以眷屬身分

依附前開第一類被保險人參加本保險

。又應服役期及應召在營期間逾二個

月之受徵集及召集在營服兵役義務者

及國軍軍事學校軍費學生，考量其性

質上並非政府機關之受雇者，爰與經

國防部認定之無依軍眷及在領卹期間

之軍人遺族並列為第一目，其保險費

則於修正條文第二十七條第四款第一

目規定由國防部全額補助。

(二) 服替代役期間之役齡男子，性質上亦

非政府機關之受雇者，而其保險費依

修正條文第二十七條第四款第一目規

定則係由內政部全額補助，爰列為第

二目。

二、為配合行政程序法之即將施行，並

避免衍生爭議，爰酌修第一項第五款

，將本法施行細則第十五條有關於於

社會救助法規定之低收入戶成員即第

五類被保險人範圍規定移列修正。

(二)服替代役期間之役齡男子

五第五類：經各直轄市及縣(市)社政主管機關依社會救助法認定為低收入戶者，其戶長及同一戶籍或共同生活之互負扶養義務之親屬。但戶長之直系血親卑親屬，以未入贅或未出嫁者為限。

六第六類：

(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。

(二)第一款至第五款及前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

第九

條

第一類至第三類及第六

第

九

條

被保險人之眷屬，規定

依修正條文第八條第一項第四款有關第

(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。  
三、第二項未修正。

(二)第一款至第五款及前款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。  
前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。



類被保險人之眷屬，規定如下：

一、被保險人之配偶，且無職業者。

二、被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

三、被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

如下：

一、第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬：

(一)被保險人之配偶，且無職業者。

(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

二、第四類被保險人之眷屬：

(一)同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

(二)同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

(三)同眷戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿

四類被保險人範圍規定，性質上不適宜再有依附其加保之眷屬，爰刪除第二款有關第四類被保險人眷屬規定，並酌修款目次。

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：

一、參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍者。

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。

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

二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

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：

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。

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。

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

一、現行第一項第一款有關曾有參加本保險紀錄者得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，而於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據此規定回國就醫，致對其他保險對象造成不公平現象，爰刪除之。

二、第二項未修正。

<p>，不受四個月之限制。</p>	<p>保險人資格者，不受四個月之限制。</p>	
<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p> <p>一、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。</p> <p>二、失蹤滿六個月者。</p> <p>三、喪失前條所定資格者。</p>	<p>第十一條 有下列情形之一者，非屬本保險保險對象，已參加者，應予退保：</p> <p>一、現役軍官、士官、士兵及軍校學生。</p> <p>二、在監、所接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。</p> <p>三、失蹤滿六個月者。</p> <p>四、喪失前條所定資格者。</p>	<p>配合現役軍官、士官、士兵及軍校學生納入本保險，爰刪除第一款。</p>
<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>文字修正。</p>
<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。</p>	<p>第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人。</p>	<p>本條未修正。</p>

具有被保險人資格者，並不  
得以眷屬身分投保。

具有被保險人資格者，並  
不得以眷屬身分投保。

第十三條 符合第九條規定之被保  
險人眷屬，應隨同被保險人辦  
理投保及退保。

第十三條 被保險人之眷屬，應隨  
同被保險人辦理投保及退保。

同為二位以上被保險人之  
眷屬者，應擇其配偶或親等最近  
之被保險人投保。但符合主管機  
關規定之特殊情形者，得隨其他  
親等之被保險人投保或自為第八  
條第一項第六款第二目之被保險  
人。

#### 第十四條

各類被保險人之投保單

#### 第十四條

各類被保險人之投保單

位如下：

位如下：

一、第一類及第二類被保險人，  
以其服務機關、學校、事業  
、機構、雇主或所屬團體為  
投保單位。但國防部所屬被  
保險人之投保單位，由國防  
部指定。  
二、第三類被保險人，以其所屬  
或戶籍所在地之基層農會、  
水利會或漁會為投保單位。

一、第一類及第二類被保險人  
，以其服務機關、學校、  
事業、機構、雇主或所屬  
團體為投保單位。  
二、第三類被保險人，以其所  
屬或戶籍所在地之基層農  
會、水利會或漁會為投保  
單位。  
三、第四類被保險人，以國防

一、現行條文配合修正條文第九條規定  
酌作修正，列為第一項。  
二、為因應行政程序法之即將施行，爰  
將本法施行細則第十九條有關跨親等  
加保之限制移列本條第二項。另為配  
合家庭暴力防治法等規定，並於但書  
規定符合主管機關規定之特殊情形者  
，得以第六類第二目被保險人身份加  
保。

一、志願役現役軍人已納入本保險為第  
一類被保險人，考量其特殊性，爰於  
第一項第一款增列但書，規定國防部  
所屬被保險人之投保單位由國防部指  
定。至於現行第一項第三款有關第四  
類被保險人之投保單位規定，則配合  
修正條文第八條，分列二目規定第八  
條第一項第四款第一目被保險人，以  
國防部指定之單位為投保單位；第八  
條第一項第四款第二目被保險人，以  
內政部指定之單位為投保單位。

三、第四類被保險人：

(一)第八條第一項第四款第一

目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

(二)第八條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十三條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練

部指定之單位為投保單位。

四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。

第一項第四款規定之投保單位，應設置專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。

在政府登記有案之職業訓練機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。

投保單位欠繳保險費二個

二、第二項至第四項未修正。

三、配合組織架構調整，將第五項所定保險人權責改由基金會為之。

<p>機構或考試訓練機關接受訓練之第六類保險對象，應以該訓練機構（關）為投保單位。</p> <p>投保單位欠繳保險費二個月以上者，基金會得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。</p>	<p>月以上者，保險人得洽定其他投保單位為其保險對象辦理有關本保險事宜。</p>	<p>一、分項明定保險效力開始或終止之時間，俾明確適用。</p> <p>二、國人對於新生嬰兒出生後，常未立即辦理戶籍出生登記，為使相關規定臻於明確，以保障新生嬰兒之權益，爰增訂第一項但書規定。</p>
<p>第十五條 保險效力之開始，自合於第十條所定條件或原因發生當日零時起算。但在臺灣地區辦理戶籍出生登記之新生嬰兒，應溯自出生之時起算。</p> <p>保險效力於符合第十一條所定條件或原因發生當日二十四時終止。</p>	<p>第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。</p>	<p>一、鑑於戶籍資料之出生或死亡登記，戶籍法第四十七條定有三十日內辦理之規定，爰配合增訂保險對象出生或死亡時，投保單位應自其出生或死亡之日起三十日內申報之但書規定，以求一致。</p> <p>二、保險人多元化後，被保險人有權選擇保險人，但仍透過投保單位向基金</p>
<p>第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向基金會辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向基金會辦理退保。但保險對象出生或死亡時，投保單位應自出生或死亡之日起三十日內，向基金會辦理投保或退保手續。</p>	<p>第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。</p>	<p>一、鑑於戶籍資料之出生或死亡登記，戶籍法第四十七條定有三十日內辦理之規定，爰配合增訂保險對象出生或死亡時，投保單位應自其出生或死亡之日起三十日內申報之但書規定，以求一致。</p> <p>二、保險人多元化後，被保險人有權選擇保險人，但仍透過投保單位向基金</p>

基金會於受理投、退保後，應於三日內通知保險人，保險人不得拒絕保險對象之投保。

有二以上保險人時，投保單位向基金會辦理投保，應將被保險人所選擇之保險人告知基金會。被保險人未選擇者，視為向中央健康保險局投保。

前項被保險人之選擇，每年得變換一次，其時間由基金會統一規定之。

### 第十六條之一

保險對象依前條規定辦理投保後，保險人應製發保險憑證交付投保單位轉發其所屬之保險對象使用。

保險人為因應資料處理所需，得製發具電子資料處理功能之保險憑證。

保險憑證之製發、換發、補發及相關使用管理規定，由保險人定之；具電子資料處理

會為之，並明定保險人不得拒絕保險對象投保，以避免逆選擇；被保險人之選擇雖得更換，但每年以一次為限。

### 一、本條新增。

二、配合行政程序法之即將施行，增列保險人製發保險憑證之法源依據及投保單位配合轉發保險憑証予其所屬保險對象之義務；另為因應未來自動化處理資訊之趨勢，規定保險人得製發具電子資料處理功能之保險憑證；至於保險憑證之製發、換發、補發及相關使用管理規定，則授權由保險人定之；具電子資料處理功能保險憑證之

<p>功能保險憑證之補發，保險人得酌收工本費。</p> <p>第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關、基金會或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>前項基金會或保險人之人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>	<p>第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p>	<p>補發，保險人得酌收工本費。</p> <p>一、訪查權責機關增列基金會。 二、明定相關人員訪查或查詢時應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>
<p>第四章 保險財務</p> <p>第十八條 第一類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>第三章 保險財務</p> <p>第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。</p>	<p>章次變更。</p> <p>第二類、第三類保險對象及第四類被保險人保險費之計算，已分別於修正條文第二十三條及第二十五條規定採定額方式計繳，本條爰配合酌修。</p>
<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；每年實際計繳之保險費率，依精算結果由基金會訂定，報請主管機關備查。</p>	<p>第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一以百分之四點二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保</p>	<p>一、為使基金會財務獨立自主，本法僅規定保險費率之上限，至在上限範圍內，每年實際計繳之保險費率，宜授權由基金會決定後，報請主管機關備查，爰修正第一項如上。</p>



前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

## 第二十條

本保險之保險費率，由基金會至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由基金會聘請精算師、保險財務專家、經濟學者十五人至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，基金會應予調整，並報請主管機關備查：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。
- 二、本保險之安全準備降至最

險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。

本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。

眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。但第四類被保險人本人併入眷口數計算。

## 第二十條

本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。

前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。

保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：

- 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分

二、本保險開辦已屆滿二年，開辦前二年所適用之相關規定已失效，爰刪除第一項及第二項相關規定。

三、原第三項移列為第二項；另配合前條之修正，刪除但書有關第四類保險對象之規定。

一、依前條規定，每年實際計繳之保險費率，係授權由基金會決定，爰將第一項及第二項有關本保險之保險費率之精算權責改由基金會為之。又第二項有關精算小組成員中，因社會公正人士概念難以清楚界定，人選產生易滋爭議，本保險既已改由基金會自主經營，爰予刪除。

二、依據改制精神，保險費率應由基金會調整之，以利保險財務之健全，爰規定有第三項各款情形之一，基金會應予調整保險費率，並報請主管機關備查。

低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

之五者。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

第二十一條 第一類被保險人之投保金額，由基金會訂定分級表，報請主管機關備查。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持五倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。

第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。

前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。

適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

一、依修正條文第二十三條及第二十五條規定，第二類、第三類保險對象及第四類被保險人係採定額方式計繳保險費，不再適用投保金額分級表。又依據改制精神，原由主管機關擬訂或調整之投保金額分級表，均改爲由基金會訂定或調整，爰酌修第一項、第三項相關文字。

二、第二項未修正。

三、依健康保險採量能負擔、自助互助之精神，投保金額分級表應貫徹此一精神。以日本爲例，其投保金額分級表之上下限差距達一〇．六倍，我國目前約僅爲三．八倍，似嫌偏低。且現行規定乃以適用最高一級投保金額之被保險人數超過總人數百分之三，持續達十二個月時，始加高投保金額

第二十二條

第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，以其薪資所得為投保金額。

前項被保險人具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，其投保金額應以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與行政院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以其俸（薪）給總額計算之。

第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人之投保金額，以投保金額分級表最高一級申報。但所得未達最高一級者，得自行舉證，最低不得低於其所屬員工申報之最高投保金額及第八條第一項第一款第一目至第三目被保險人之平均投保金額。

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：

- 一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。
- 二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。
- 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。

第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。

第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

分級表之等級，較難落實前述精神。復查公務人員高低薪俸比率將逐漸調為五倍左右，參考前述情形，爰修正第三項如上。

一、依修正條文第十八條、第二十三條及第二十五條之規定，僅第一類被保險人係以投保金額及保險費率計算，其他各類被保險人皆係以定額計算保險費，爰將現行條文有關第二類及第四類被保險人投保金額之規定刪除。

二、現行第一項有關第一類被保險人之投保金額規定，因第八條第一項第一款第一目至第三目為有一定雇主之受雇者，第四目及第五目為雇主、自營業主及專技人員自行執業者，兩者性質迥異，不宜同置於一處，爰予修正，僅規定第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，以其薪資所得為投保金額。至於第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人之投保金額，則另於第三項規定之。

三、查現行受僱勞工參加本保險之平均投保金額，與本院主計處發布之各行

投保單位申報被保險人投保金額不實者，基金會得按照同一行業相當等級之投保金額逕行調整之。

被保險人具有其他社會保險資格者，其申報之投保金額不得低於其他社會保險之投保金額。

業受僱員工平均經常性薪資仍有若干差距，未能全部反映真實情況。為考量政府受僱者與民間事業單位受僱者保險費負擔之公平性，具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者之投保金額應改採全薪投保精神，但以最近一年各行業受僱勞工參加本保險平均投保金額與本院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以俸（薪）給總額計算之，爰規定第二項如上。

四、第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人乃雇主、自營業主及專技人員自行執業者，屬較高所得之群體，惟其所得亦不固定，考量本保險自助互助精神及保險費收繳技術問題，爰於第三項規定其投保金額以投保金額分級表最高一級申報。但所得未達最高一級者，得自行舉證，最低不得低於其所屬員工申報之最高投保金額及第八條第一項第一款第一目至第三目被保險人之平均投保金額。

五、現行第三項修正移列為第四項，規

<p>第二十三條 第二類、第三類及第六類保險對象之保險費，以第八條第一項第一款第一目至第三目被保險人之平均保險費計算之。但基金會得視各該類保險對象之經濟能力調整之。</p> <p>前項眷屬保險費由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</p>		<p>第二十四條 第一類被保險人依第十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知基金會；如於當</p>
<p>第二十三條 第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三款及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。</p>		<p>第二十四條 第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通</p>
<p>定投保單位申報被保險人投保金額不實者，基金會得逕行調整投保金額之客觀標準。</p> <p>六、又為配合行政程序法之即將施行，並防止投保單位取巧低報投保金額，爰將本法施行細則第四十二條規定移列修正為第五項。</p> <p>一、第二類、第三類及第六類被保險人同屬無固定所得者，故皆採定額計收保險費，並以有一定雇主受雇者之平均保險費為計算基礎；另賦予基金會得視各該類保險對象經濟能力調整之權利，爰修正現行條文，列為第一項。</p> <p>二、增列第二項，規定第二類、第三類及第六類眷屬保險費由被保險人繳納；超過三口者，以三口計，現行條文第二十六條並配合刪除。</p>		<p>一、第二類及第四類被保險人之保險費計算方式已分別於修正條文第二十三條、第二十五條規定，爰配合刪除「第二類及第四類」等文字。</p> <p>二、投保金額調整之通知，改向基金會</p>

<p>年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知基金會。但被保險人參加其他社會保險，如有依第二十二條第五項規定應調整投保金額時，投保單位應同時將調整後之投保金額通知基金會。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。</p>	<p>知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。但被保險人參加其他社會保險，如有依第二十二條第五項規定應調整投保金額時，投保單位應同時將調整後之投保金額通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日起生效。</p>	<p>為之。</p>
<p>第二十五條 第四類及第五類被保險人之保險費，以第八條第一項第一款第一目至第三目被保險人之平均保險費計算之。</p>	<p>第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。</p>	<p>由於第四類被保險人並非受雇者，無工作所得，爰於本條規定與第五類被保險人同採定額方式計算保險費，其標準則與修正條文第二十三條有關第二類、第三類及第六類保險對象相同；另因第四類及第五類被保險人已無眷屬，爰將「保險對象」修正為「被保險人」。</p>
<p>第二十六條 (刪除)</p>	<p>第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</p>	<p>一、本條刪除。 二、有關第六類保險對象保險費之計算方式，已併於修正條文第二十三條規定。</p>
<p>第二十七條 本保險保險費之負擔，</p>	<p>第二十七條 本保險保險費之負擔，</p>	<p>一、配合修正條文第二十二條第二項之</p>

依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

(一)第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，中央或直轄市主管教育行政機關補助百分之三十五。

(二)第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，在省，由中央政府補助；在直轄市，由中央政府補助百分之五，直轄市政府補助百分之五。

依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

(一)第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。

(二)第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

修正，且為與一般受雇者取得一致之保險費負擔基礎，爰將公教人員自付比率由百分之四十，降為百分之三十。又私校教職員自付比例調降百分之三十後，其原自付百分之十差額，宜由學校及中央或直轄市主管教育行政機關分別吸收，故第一項第一款第一目作如上修正。

二、配合修正條文第八條第一項第四款有關第四類被保險人之分類及其範圍之規定，修正第四款有關該類各目被保險人保險費之負擔比率及補助單位。

三、有關本保險保險費補助款，省政府應負擔之部分，配合地方制度法及臺灣省政府功能業務與組織調整暫行條例之施行，改由中央政府負擔。

(三)第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，在省，由中央政府補助；在直轄市，由直轄市政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，在省，由中央政府補助百分之六十，縣(市)政府補助百分之十；在直轄市，由中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十。

四、第四類被保險人：

(一)第八條第一項第四款第一目被保險人，由國防部全額補助。

(二)第八條第一項第四款第二目被保險人，由內政

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省(市)政府補助百分之四十。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣(市)政府補助百分之十。

四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。

五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣(市)政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。

六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除



部全額補助。

五、第五類被保險人，在省，由中央社政主管機關補助百分之三十五，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市，由直轄市政府全額補助。

六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條

第一類至第三類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第三類被保險人實際眷屬人數平

役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第八條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第二十八條

第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平

第四類被保險人已無眷屬，並無投保單位或政府應負擔眷屬人數之適用問題，爰酌修如上。

均計算之。

第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：

一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向基金會繳納。

二、第二類及第三類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。投保單位經徵得被保險人或會員(代表)大會同意者，並得一次預收三個月至六個月保險費。但被保險人無法預繳時，仍得按月繳納。

三、第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳基金會。

均計算之。

第二十九條 本保險保險費依下列規定，按月繳納：

一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向保險人繳納。

二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月底前，負責彙繳保險人。

三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。

四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退役官兵輔導委員會補助部分，每半年一

一、配合修正條文第二十七條第四款有關第四類各目被保險人之保險費分由國防部及內政部全額補助之規定，刪除第一項第一款「及第四類」文字。

二、預收保險費規定涉及被保險人權利義務，爰將原列於本法施行細則第四十九條相關規定，修正納入第一項第二款規範；又為免被保險人無力預繳時衍生困擾，於但書規定此種情形，仍得按月繳納。

三、第二類及第三類之投保單位有預收保費規定，第六類之投保單位已難併列，爰另立第一項第三款。

四、鑑於各行政機關一次預付半年保險費補助款，金額龐大，公庫調度常有困難，並與經常門經費按月撥付之慣例不符，且將與日後結算之實際金額發生差異。爰將現行第一項第三款有關被保險人保險費中，相關行政機關應補助部分之撥付期限，一律改為於次月底前撥付基金會，並簡化文字，移列為第四款。

四、各類被保險人之保險費，

依第二十七條規定由各行

政機關補助部分，應於次

月底前撥付基金會。

本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。

第一項第四款之行政機關未依規定撥付應補助之保險費時，基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減。

### 第三十條

投保單位或被保險人未

第三十條 投保單位或被保險人未

一、第一項未修正。

依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點二。加徵其應納費額百分之零點二。加徵之滯納金額，以應納費額之百分之三十為限。保險費自逾寬限期一百五十日起至完納前一日止，依年利

依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十五日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額之百分之零點二。加徵其應納費額之百分之零點二。加徵之滯納金額，以應納費額之百分之三十為限。保險費自逾寬限期一百五十日起至完納前一日止，依年

二、依據改制精神及因應保險人多元化設計，將第二項及第三項有關保險人之權責，修正移由基金會為之；另配合第一項有關加徵利息之規定，修正第三項增列「利息」文字。  
三、部分投保單位欠費原因乃係因其負責人或主持人過失所致，而現行條文並未明定向其追償之法源，爰參照勞工保險條例規定，增列第四項如上。

次於一月底及七月底前預

撥保險人，於年底時結算

。

本保險之保險費，應於被保

險人投保當月繳納全月保險費

，退保當月免繳保險費。

五、第二項未修正。  
六、第一項第四款修正後，相關行政機關應補助部分，撥付應較無困難，惟如未依規定撥付，宜有處理方式，爰配合財政收支劃分法第三十七條第四項規定，增列基金會得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減之規定，列為第三項。

率百分之五按日計算利息，一併徵收。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

前項保險費、滯納金或利息，自投保單位應繳納之日起，逾三十日仍未繳納者，基金會得移送法院強制執行；被保險人逾一百五十日仍未繳納者，亦同。

在投保單位或被保險人未繳清保險費、滯納金及利息前，得暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

投保單位積欠保險費、滯納金或利息，無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人對逾期繳納有過失者，應負損害賠償責任。

#### 第五章 保險給付

第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由所屬保險人

利率百分之五按日計算利息，一併徵收。但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

前項保險費、滯納金或利息，自投保單位應繳納之日起，逾三十日仍未繳納者，保險人得移送法院強制執行；被保險人逾一百五十日仍未繳納者，亦同。

保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

#### 第四章 保險給付

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

#### 章次變更。

一、居家照護為現行提供之服務項目之一，惟其有別於門診、住院診療，爰

特約之保險醫事服務機構依本保險醫療規定，給予門診、住院診療及居家照護服務；並應交付門診處方箋予保險對象，於符合保險人規定之特約醫院、診所之調劑處所或特約藥局調劑。

前項醫療規定，由基金會擬訂，報請主管機關核定之。

第三十二條 本保險為維護保險對象之健康及促進山地離島地區之醫療服務，基金會應訂定預防保健服務項目與實施規定及山

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。

前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。

第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。

第三十二條 本保險為維護保險對象之健康及促進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

增列該等文字，以資明確。另保險人多元化後，保險對象限於其所屬保險人指定之醫療機構就醫，相關規定併予修正。又保險對象有知藥並選擇調劑處所之權利，為確保民眾之用藥安全，規定應交付門診處方箋及保險對象得選擇調劑處所，爰修正第一項如上。

二、依據改制精神及因應保險人多元化設計，本保險醫療辦法宜改由基金會擬訂，報請主管機關核定；另為避免遭誤認為係中央法規標準法第三條所稱由行政機關訂定之辦法，並將「辦法」修正為「規定」，爰修正第二項如上。

三、有關藥品之交付，藥事法已有規定，現行條文第一條亦明定本法未規定者適用其他有關法律，現行條文第三項無存在必要，爰予刪除。

依據改制精神及因應保險人多元化設計，本條各項有關主管機關之權責修正由基金會為之；另為避免遭誤認為係中央法規標準法第三條所稱由行政機關訂

<p>地離島地區醫療服務促進方案。</p> <p>前項山地離島地區之範圍，由基金會定之。</p>	<p>山地離島地區醫療服務促進方案。</p> <p>前項山地離島地區之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>定之辦法，並將第一項所稱「辦法」修正為「規定」。</p>
<p>第三十三條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之十五至百分之三十；其應自行負擔之費用，以定額方式收取。</p> <p>前項保險對象應自行負擔費用之比率或金額，每年應在前項規定範圍內，由基金會依醫療機構層級、轉診情形及前一年門診或急診平均費用訂定。</p>	<p>第三十三條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。</p> <p>前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。</p> <p>第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。</p>	<p>一、保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用，係用以節制醫療費用，惟其負擔比率或金額，應考量醫療環境及民眾接受程度逐步推動，不宜硬性規定，宜由基金會衡酌情形定之，另將部分負擔下限降為百分之十五，以增加基金會訂定彈性，並減輕民眾負擔，爰修正第一項、第二項如上。</p> <p>二、配合第一項保險對象應自行負擔一定比率門診或急診費用採定額方式收取，已無轉診之規定，第三項爰予刪除。</p>
<p>第三十四條 (刪除)</p>	<p>第三十四條 本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、由於自負額制度之實施，事涉民眾之接受意願、就醫權益、整體財務結</p>

第三十五條

保險對象應自行負擔之

住院費用如下：

- 一、急性病房：三十日以内，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。
- 二、慢性病房：三十日以内，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下，同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額，及全年累計應自行負擔費用之最高金額及其核退規定，由基金會定之。

第三十五條

保險對象應自行負擔之

住院費用如下：

- 一、急性病房：三十日以内，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。
- 二、慢性病房：三十日以内，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。

急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

構與體制之改革，目前尚未有實施條件，爰予刪除。

一、有關自行負擔費用之核退，目前尚乏授權依據；又依本法之精神，全年自行負擔費用之最高金額應採累計計算，為臻明確並因應改制調整權責，爰修正第二項如上。

二、費用核退時限事涉人民權利義務，應有明文規定，按基金會係按期將醫療費用撥付保險人，由保險人提供醫療給付，故費用核退應向保險人申請，爰增列第三項如上。

三、原第三項改列第四項。

<p>前項費用之核退，應於次年六月底前向保險人提出申請，逾期不予核退。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>四、山地離島地區之就醫。</p> <p>前項免自行負擔費用之規定及第一款重大傷病之範圍，由基金會定之。</p>	<p>第三十七條 第五類被保險人就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。</p>
<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十二條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>四、山地離島地區之就醫。</p> <p>前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。</p>	<p>第三十八條 保險對象依第三十三條</p>
<p>一、第一項序文酌作文字修正。</p> <p>二、依據改制精神及因應保險人多元化設計，第二項有關主管機關之權責修正改由基金會為之；另為避免遭誤認為係中央法規標準法第三條所稱由行政機關訂定之辦法，並將所稱「辦法」修正為「規定」。</p>	<p>一、現行條文第三十三條修正後，已無轉診規定，本條但書爰予刪除。</p> <p>二、第五類被保險人已無眷屬，爰將保險對象修正為被保險人。</p>	<p>一、第一項未修正。</p>



及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。

保險對象未依前項規定繳納費用者，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人徵得基金會同意後，對保險對象暫行拒絕保險給付。

### 第三十九條

本保險給付範圍：

一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。

二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。

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。

四、成藥、醫師指示用藥。但經基金會公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。

五、指定醫師、特別護士及護

及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。

保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

### 第三十九條

本保險給付範圍：

一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。

二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。

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。

四、成藥、醫師指示用藥。

五、指定醫師、特別護士及護理師。

六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，

師診斷認為必要之輸血，

二、保險人多元體制下，基金會已撥付醫療給付費用與保險人，保險人負有提供保險對象保險給付之義務。如保險對象延欠部分負擔費用時，保險人應徵得基金會同意，始得暫行拒絕給付，爰修正第二項如上。

一、第四款規定醫師指示用藥不在本保險給付範圍，惟實務上部分科別醫師處方之藥品常包含指示用藥，慮及保險對象醫療需求，爰增列但書，規定經基金會公告，並經醫師處方之指示用藥，不在此限。

二、本保險提供給付之醫師處方藥品及特殊材料中，部分高價藥材市場上可達同療效之藥品及特材，不同廠牌間之價差頗大，為兼顧醫療品質、公平性及不影響保險財務及保險對象之權益下，如保險對象自願使用較昂貴之藥品或特材時，應自付其衍生之差額，爰修正第九款如上。

三、為確保健康保險提供基本給付之精

<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>理師。 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。 七、人體試驗。 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額及高價藥材之差額。 十、病人交通、掛號、證明文件。 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。 十二、其他經基金會報請主管機關核定公告不給付之診療服務及藥品。</p>
<p>第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。</p>	<p>不在此限。 七、人體試驗。 八、日間住院。但精神病照護，不在此限。 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 十、病人交通、掛號、證明文件。 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。 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</p>
<p>本條未修正。</p>	<p>神，並賦予基金會對給付項目之決定得有參與空間，爰修正第十二款規定主管機關公告不給付項目之程序，應由基金會報請核定。</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、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。

二、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。

三、違反本法有關規定者。

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診療者。

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。

三、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。

四、違反本法有關規定者。

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，現行規定不予給付似欠合理，爰刪除第一款，其餘款次依序變更。

第四十二條

保險醫事服務機構對保

險對象之醫療服務，經保險人或其委託之機構或團體審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。

保險醫事服務機構對保

險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。

有關醫療服務之審查，將來保險人得委

外辦理，不一定要成立醫療服務審查委員會，本條爰配合修正條文第五十二條第二項規定予以修正。

第四十三條

保險對象有下列情形之

一者，得檢具相關證明文件，於六個月內由投保單位向保險人申請核退醫療費用，逾期不予受理

保險對象因情況緊急，

須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，

有關申請核退醫療費用之時間限制及相

關辦法，涉及人民權益，故調整編排方式並修正部分文字使更明確，又依據改訂精神，醫療費用之核退標準與應檢具之證明文件及核退程序等相關規定，應

<p>一、因情況緊急，須在非所屬保險人特約之保險醫事服務機構立即診療或分娩者，於診療結束或分娩後。</p> <p>二、於保險人暫行拒絕給付期間，在保險醫事服務機構就醫自墊醫療費用者，於繳清相關費用之時。</p> <p>三、其他因不可歸責於保險對象之事由，致保險對象於保險醫事服務機構就醫自墊醫療費用，並經基金會認定者。</p> <p>前項申請核退醫療費用之期限，必要時得由基金會延長之。</p> <p>第一項醫療費用之核退標準與應檢具之證明文件及核退程序等相關規定，由基金會定之。</p>	<p>由主管機關定之。</p> <p>前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。</p>	<p>由基金會訂定，爰修正如上。</p>
<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。</p>	<p>本條未修正。</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，不得接受保險給付；已受領保險給付者，應返還所受領給付之醫療費用予基金會。

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。

一、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，爰刪除不予退還規定。  
二、本保險承保責任在基金會，保險對象退保後，基金會應通知保險人停止保險給付；未通知前已領取給付之相當費用，應返還予基金會。

第四十五條之一 保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付。

除前項規定外，保險人得免費提供保險對象其他服務或減免其依本法第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用。

保險人得經主管機關之許可，開辦附加健康保險；其辦法，由主管機關定之。

前項附加保險，保險對象得自由參加。

第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣

第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣

本條未修正。

一、本條新增。

二、規定保險人應與基金會特約，並依本法及合約規定提供保險給付，不得低於本保險水準，但得免費提供較優服務或減免費用。並得開辦附加保險，供保險對象自由參加。

押或供擔保。

第六章 醫療費用支付

第四十七條 (刪除)

押或供擔保。

第五章 醫療費用支付

第四十七條

本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

章次變更。

一、本條刪除。

二、配合保險人多元化設計，醫療給付費用之總額範圍，主管機關原則上不再介入。

第四十八條

保險人辦理本保險所需之醫療費用與營業費用額度及其分配，由基金會及保險人於年度開始三個月前協議定之。

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。

一、條次變更，現行條文第四十九條移列。

二、配合保險人多元化設計，規定醫療費用及營業費用額度及其分配，由基金會與保險人協議定之。現行條文第四十八條規定，因醫療費用協定委員會任務功能已有轉變，爰與本條互調，較符法例順序。

- 一、罹患重大傷病者。
- 二、六十五歲以上者。

三、居住於主管機關公告本保險

醫療資源缺乏地區者。

四、具基金會報請主管機關核定

之其他健康危險因素者。

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。

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

三、費用之分配除依保險對象之人數給與外，另有四款原因之費用應另行處理運用或分配，爰明定於修正條文第二項。

<p>第四十九條 為協定醫療費用支付標準及藥價基準，基金會應設醫療費用協定委員會，由下列人員組成：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、醫事服務提供者代表。</li> <li>二、基金會代表。</li> <li>三、保險人代表。</li> <li>四、主管機關代表。</li> <li>五、專家學者。</li> </ol>	<p>第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。</p>	<p>一、條次變更，現行條文第四十八條移列。</p> <p>二、配合保險人多元化設計，重新調整醫療費用協定委員會之組織及任務，並改由基金會設置。</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>醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同或個別協商訂定。無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定之。</p> <p>前項醫療費用支付標準，</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、醫事服務提供者代表。</li> <li>二、保險付費者代表及專家學者。</li> <li>三、相關主管機關代表。</li> </ol>	<p>一、配合保險人多元化設計，現行條文保留第一項，並將現行條文第五十一條移列修正為第二項、第三項。</p> <p>二、支付標準及藥價基準由保險人與醫事服務提供者團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，則由醫療費用協定委員會協定。</p> <p>三、配合各種支付制度之採行，修正本保險支付標準點數之訂定方式，規定得以論病例、論人或預算為基準。另</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>醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構團體代表共同或個別協商訂定。無法達成共識時，由醫療費用協定委員會協定之。</p> <p>前項醫療費用支付標準，</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>一、配合保險人多元化設計，現行條文保留第一項，並將現行條文第五十一條移列修正為第二項、第三項。</p> <p>二、支付標準及藥價基準由保險人與醫事服務提供者團體代表共同或個別協商訂定，無法達成共識時，則由醫療費用協定委員會協定。</p> <p>三、配合各種支付制度之採行，修正本保險支付標準點數之訂定方式，規定得以論病例、論人或預算為基準。另</p>

得以相對點數反應各項醫療服務之成本，並以論病例、論人或預算為訂定之基準。

第五十一條 (刪除)

第五十二條

保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服

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，並於下年度調整藥價基準。

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。

第五十一條

醫療費用支付標準及藥價基準，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。

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。

第五十二條

保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服

同病同酬原則已反映於支付標準診療項目中，為避免各界詮釋不同衍生爭議，爰予刪除。

一、本條刪除。

二、配合保險人多元化設計，現行條文規定已移列修正條文第五十條第二項、第三項並予修正，爰將本條刪除。

一、配合保險人多元化設計，醫療服務審查規定由保險人自訂，但不強制組



<p>務項目、數量及品質，應訂定醫療服務審查規定。</p> <p>前項醫療服務之審查，保險人得委由相關機構或團體辦理。</p>	<p>務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。</p>	<p>成醫療服務審查委員會，爰修正現行條文列為第一項。</p> <p>二、醫療服務之審查業務審查案件眾多，為增加民間參與機會，避免民眾對審查工作專業性與公平性之質疑，爰增列第二項如上。</p>
<p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條第一項之審查規定審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由交付處方箋之醫療機構自行負責。</p>	<p>第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。</p>	<p>為明定醫師不當處方後之醫療費用之負擔，並配合前條規定，爰修正如上。</p>
<p>第五十四條 (刪除)</p>	<p>第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、保險人改採多元化制度後，已無總額預算實施規定，故刪。</p>
<p>第七章 保險醫事服務機構</p> <p>第五十五條 保險醫事服務機構種類如下： 一、醫院及診所。</p>	<p>第六章 保險醫事服務機構</p> <p>第五十五條 保險醫事服務機構如下： 一、特約醫院及診所。</p>	<p>章次變更。</p> <p>配合保險人多元化設計，僅規定保險醫事服務機構之種類，至保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人自行訂</p>

<p>二、藥局。</p> <p>三、醫事檢驗機構。</p> <p>四、其他經主管機關核准之醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理規定，由保險人定之。</p>	<p>二、特約藥局。</p> <p>三、保險指定醫事檢驗機構。</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>定。</p>
<p>第五十六條 保險人不得自設醫事服務機構。但本法修正施行前中央健康保險局所屬聯合門診中心得繼續存在，並不得增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p>	<p>第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。</p>	<p>一、明定保險人不得自設醫事服務機構。至於中央健康保險局現有聯合門診中心既已設立，仍許其繼續存在，但不得增加。</p> <p>二、本保險開辦已屆滿二年，爰刪除「開辦一年半後重新評估」相關文字規定。</p>
<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本法保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本法保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於</p>	<p>第五十九條 保險醫事服務機構應於</p>	<p>文字修正，使臻明確。</p>

<p>保險對象就醫時，查核其保險相關證明文件；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	<p>保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用；已領取醫療費用者，應予追還。</p>	
<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第六十二條 保險人及保險醫事服務機構對於主管機關或基金會因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、申報資料、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。</p> <p>前項主管機關或基金會之人員進行訪查或查詢時，應出示身分證明文件，並應以適當</p>	<p>第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕或妨礙。</p>	<p>一、訪查機關增列「基金會」，借調之項目增列「申報資料」。</p> <p>二、增訂第二項規定訪查或查詢等應出示身分證明文件，並應以適當之方法為之。</p>

之方法為之。

第八章 安全準備

第六十三條

本保險為平衡保險財務，基金會應提列安全準備，其來源如下：

- 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
- 二、本保險每年度收支之結餘。
- 三、保險費、滯納金及利息。
- 四、本保險安全準備所運用之收益。

前項安全準備應用於本保險年度收支發生短絀時之填補及因應年度醫療給付費用協定時未預見之重大事故額外支出。

第六十四條

政府應開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。

第七章 安全準備及行政經費

第六十三條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
- 二、本保險每年度收支之結餘。
- 三、保險費滯納金。
- 四、本保險安全準備所運用之收益。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

第六十四條

政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。

有關行政經費相關規定業已移列第六條之一，本篇章名爰配合修正。

- 一、第一項配合組織架構之調整，明確規定安全準備應由基金會提列；另配合第三十條第一項加徵利息之規定，增列相關文字。
- 二、修正第二項，配合保險人多元化設計，酌修規定安全準備之用途。

菸酒對健康有嚴重危害，其癮者對於醫療給付需求高於常人，爰強制規定應開徵菸酒社會健康保險附加捐。

前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。

前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。

第六十五條

政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。

第六十五條

政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。

本條未修正。

前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。

前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關條文規定之限制。

第六十六條

基金會之基金，得以下列方式運用：

第六十六條

本保險之資金，得以下列方式運用：

因應保險人多元化設計，將「本保險之資金」修正為「基金會之基金」，以臻明確。

一、公債、庫券及公司債之投資。

一、公債、庫券及公司債之投資。

二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。

二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。

三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。

三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。

四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

第六十七條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三

第六十七條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三

文字修正，使臻明確。

<p>個月基金會撥付保險人之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。</p>	<p>一、本條刪除。 二、相關內容已另行規定於修正條文第六條之一並酌予修正，故刪。</p>
<p>第六十八條 (刪除)</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。 保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>章次變更。</p>
<p>第九章 罰則</p> <p>第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。 投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還</p>	<p>第八章 罰則</p> <p>第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除追繳保險費外，並按應繳納之保險費，處以二倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。 投保單位未依第三十條規定，負擔所屬被保險人及其眷屬之保險費，而由被保險人自行負擔者，投保單位除應退還</p>	<p>本條未修正。</p>

<p>該保險費予被保險人外，並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。</p>	<p>該保險費予被保險人外，並按應負擔之保險費，處以二倍之罰鍰。</p>	
<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>第六十九條之一 保險對象不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日起補辦投保，於罰鍰及保險費未繳清前，暫不予保險給付。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七十一條 違反第十七條第一項、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>配合修正條文第十七條之修正，調整規定項次。</p>
<p>第七十二條 保險對象以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付者，依其情節按領</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</p>	<p>一、醫事服務機構偽報詐領費用，應由保險人依合約或法令解決，本法不再特別規範。</p>

<p>取之保險給付或申請核退之醫療費用處以五倍至十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。</p>	<p>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，得在其中報應領費用內扣除。</p>	<p>第七十二條之一 保險人有下列情形之一者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰，並令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰，並限期改善：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、違反依第六條之十二第一項所定監督及管理辦法者。</li> <li>二、違反第十六條第二項規定，拒絕保險對象投保者。</li> <li>三、違反第四十五條之一第一項規定，未依本法及合約規定提供所屬保險對象保險給付者。</li> </ol> <p>有前項第一款情形，經三次處以罰鍰及限期改善，屆期仍未遵行或違反規定情節重大</p>	<p>除。</p>	<p>一、本條新增。</p> <p>二、明定保險人違反相關規定時之處罰。其中違反監督及管理辦法或遭廢止許可、命令解散之處罰，由主管機關為之。</p>
--	--	---	-----------	--



者，得廢止其設立許可或命令解散。

第一項第一款及前項之處罰，由主管機關爲之。

第七十三條 第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰。

第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰，並責令限期改善；屆期未改善者，按次處罰。

第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰

第七十三條 有下列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰：  
一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。  
二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。

第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰。

第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰  
本條未修正。

<p>第七十六條 違反第六十二條第一項規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>第七十六條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>配合修正條文第六十二條之修正而修正。</p>
<p>第七十七條 本法所定之處罰，除本法另有規定者外，由基金會處罰之。</p>	<p>第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。</p>	<p>因應保險人多元化設計，本法所定處罰原則上改由基金會為之。所稱「除本法另有規定者外」，指修正條文第七十二條之一第三項之規定。</p>
<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。</p>	<p>有關行政處分之作成及送達，行政程序法已有相關規定可資適用，為免衍生誤會，爰酌作修正。</p>
<p>第十章 附則 第七十九條 投保單位、保險對象及相關公益團體實施具體預防保健措施著有績效者，基金會得予以獎勵。</p>	<p>第九章 附則 第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。</p>	<p>增列相關公益團體為獎勵對象。另獎勵之實施，改由基金會為之。</p>
<p>第八十條 全民健康保險爭議審議委員會為審議保險爭議事項，或基金會為業務需要，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。</p>	<p>因應保險人多元化設計，承保業務主要係由基金會辦理，爰配合修正如上。</p>

第八十一條 保險對象參加職業災害第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故經本保險提供醫療給付者，由基金會向職業災害保險之保險人請求償付。

第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。

因應保險人多元化設計，明定求償權利由基金會行使。另修正部分文字，使臻明確。

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，基金會得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。

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。

因應保險人多元化設計，現行條文規定之保險人職權，改由基金會行使。

第八十三條 本保險應用之書類及其格式，得由基金會統一訂定。

第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。

現行條文已移列於修正條文第六條之十並予修正，本條爰改訂為相關書類及其格式，必要時得由基金會統一訂定，以減少表格分歧，降低行政成本。

第八十四條 本保險之一切業務收支、帳冊、單據及供業務使用之土地、房屋，均免徵稅捐。

第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。

凡本保險之一切帳冊、單據及業務收支，無論係基金會或保險人辦理者，均免課稅捐，另為切合實際需要，並增列供業務使用之土地、房屋亦免徵稅捐。

第八十五條 (刪除)

第八十五條 主管機關應於本保險實施二年内，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議予刪除。

一、本條刪除。  
二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後第一年开始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。

<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定之。</p>	<p>第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>本條酌作文字修正。</p>
<p>第八十七條 (刪除)</p>	<p>第八十七條 本法第六十九條之一對第六類第二目被保險人於本保險實施一年後，開始適用。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本保險開辦已屆滿二年，開辦後第一年始適用之相關規定已不適用，爰予刪除。</p>
<p>第八十七條之一 第三十條第三項、第三十八條第二項及第六十九條之一有關於暫行拒絕給付之規定，於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金、利息或應自行負擔之費用者，不適用之。</p> <p>前項因經濟困難無力繳納相關費用者之認定規定，由基金會定之。</p>	<p>第八十七條之一 第三十條第三項、第三十八條第二項及第六十九條之一有關於暫行拒絕給付之規定，於因經濟困難無力繳納保險費、滯納金或應自行負擔之費用者，不適用之。</p> <p>前項因經濟困難無力繳納相關費用者之認定辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、第一項配合第三十條有關加徵利息之規定，增列「利息」文字。 二、第二項配合組織架構之調整及為避免遭致該認定辦法為中央法規標準法第三條所稱辦法之誤會，酌予修正。</p>
<p>第八十七條之二 主管機關得編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置基金，以供經濟困難無力繳納保險費之被保險人申貸本保險保險費。基金之收支保管與運用辦法，由主管機關擬訂</p>	<p>第八十七條之二 主管機關得編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置基金，以供經濟困難無力繳納保險費之被保險人申貸本保險保險費。基金之收支保管與運用辦法，由主管機關擬訂</p>	<p>一、第一項未修正。 二、依第一項規定，基金係由主管機關編列預算或由本保險安全準備貸與一定金額設置，惟第二項卻又規定基金之貸款作業要點，係由保險人擬訂，權責顯未相符，爰將第二項</p>

<p>，報請行政院核定之。</p> <p>第一項由本保險安全準備貸與金額之利息，主管機關應編列預算撥付基金會。</p>	<p>，報請行政院核定之。</p> <p>前項基金之貸款作業要點，由保險人擬訂，報請主管機關核定之。</p> <p>第一項由本保險安全準備貸與金額之利息，主管機關應編列預算撥付保險人。</p>	<p>刪除。</p> <p>三、第三項有關利息撥付對象修正為基金會，並移列為第二項。</p>
<p>第八十七條之三 投保單位或被保險人依本法八十八年七月十五日修正施行前第三十條規定應加徵滯納金而未繳納者，溯自本法八十八年六月二十二日起適用。本法有關滯納金及利息之規定。</p>	<p>第八十七條之三 投保單位或被保險人依本法八十八年六月二十二日修正施行前第三十條規定應加徵滯納金而未繳納者，自本法八十八年六月二十二日修正公布之日起適用本法規定。</p>	<p>現行條文所定之修正施行日期有誤，爰予修正；另明定溯及適用之範圍，使臻明確。</p>
<p>第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。但行政院得分別情形定其一部之施行日期。</p>	<p>第八十八條 本法除已另定施行日期者外，自公布日施行。</p>	<p>本法之施行日期，修正改由行政院以命令定之；又部分修正條文係為落實基金會自主經營精神，而授予其相關權限，惟保險人改制須各項條件相互配合，無法立即施行，爰並授權本院分別情形定其一部之施行日期。</p>
<p>第八十九條 (刪除)</p>	<p>第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、本保險開辦已屆滿二年，本條已不適用，爰予刪除。</p>