

立法院議案關係文書

(中華民國41年9月起編號)
中華民國99年4月21日印發

院總第1604號 委員提案第9696號

案由：本院委員黃淑英、余政道、潘孟安等 29 人，鑑於現行全民健康保險法於費基、費率之計算方式顯未能符合「量能負擔」原則，且未有效解決醫療給付、資訊公開，以及改善醫療品質等問題。為使全民健保永續經營，並體現社會正義與照護弱勢，確保國人於健康權上受到保障，爰擬具「全民健康保險法部分條文修正草案」，是否有當？敬請公決。

提案人：黃淑英	余政道	潘孟安		
連署人：劉建國	蘇震清	陳啟昱	陳亭妃	余天
陳節如	郭榮宗	郭玟成	林淑芬	翁金珠
管碧玲	賴坤成	黃仁杼	李俊毅	柯建銘
葉宜津	薛凌	彭紹瑾	高志鵬	田秋堃
涂醒哲	蔡煌瑯	王幸男	賴清德	蔡同榮
陳瑩				

全民健康保險法修正草案總說明

- 一、全民健保實施已屆十五年，收入面部分，社會各界對於現行六類十四目之納保方式及以薪資所得作為保費基礎之計費方式，詬病許久，認為無法真正反映民眾之付費能力，故修正六類十四目之投保方式，改以「家戶總所得」之計費方式，並加計資本利得、海外所得及分離課稅之所得。另為鼓勵大眾對於公益之捐贈，排除公益捐款納入所得總數中。
- 二、在支出面方面，藥價差一直是健保財務的重要問題。藥價差除了來自於交易價格與健保給付價格的差異外，亦來自於逾期專利藥未能即時調降給付價格，以及以廠牌別而非同成分定價之原則，造成健保藥價給付價格混亂之現象。故明定藥價給付應同成分、同劑型給付同一價格，逾期專利藥應於五年內調降至合理給付價及。再者，為有效解決藥價差之問題，醫事服務機構與藥物提供者之交易價差高於健保支付價之百分之十五以上者，除應作為調降藥物支付價格之參考依據外，並應從該保險醫事服務機構總額支付費用中扣除相對一定之比例金額。
- 三、健保為社會重要之健康政策，然健保之各項決策、諮詢委員會之會議記錄、發言內容均未公開，社會大眾無法監督，令人有「黑箱作業」之疑，故明訂應公開個別與本法有關組成代表會議之會議決議與發言紀錄，再者，為擴大民眾參與健保決策，故增加座談會、公聽會等社會參與機制，以使健保決策更臻完善。
- 四、全民健康保險除財務問題外，確保醫療品質、民眾就醫權益應為改革重要面向，援此訂定特約醫療服務機構應符合醫療機構設置辦法、健保特約病床應每日公布使用率。
- 五、健保開辦迄今財務短絀已逾 400 億元，為二代健保能順利推行、永續發展，目前縣市政府之欠費仍應繳清、健保財務之虧損金額由中央政府編列預算補足。

茲考量近年社會情勢變遷，相關法令亦有更迭，有重新檢討修正之必要，爰重行擬具「全民健康保險法」修正草案。其修正要點如下：

- 一、明確定位本保險為強制性之社會保險，並增列全民健康保險開辦之原則。（修正條文第一條）
- 二、建立權責相符之全民健康保險組織體制：將現有全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會整併為全民健康保險監理會（以下簡稱監理會），並為健全其功能，明訂被保險人代表比例，並將其位階提升至行政院轄下，俾利建立收支連動機制。（修正條文第四條、第二十三條至第二十五條、第五十七條及第五十九條）
- 三、擴大民眾參與，公開保險資訊：
 - （一）監理會於審議或協議訂定本保險重要事項，認有擴大參與之必要時，得先辦理相關之公民參與活動。（修正條文第四條）
 - （二）醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之擬訂，納入保險付費者代表。（修正條文第三十九條）

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

- (三)為保障被保險人就醫權益，充分掌握保險病房數量資訊，新增健保局應每月公布醫療院所之健保病床佔率、醫療院所應每日公布健保病床使用率。(修正條文第六十四條)
- (四)醫療院所財務資訊應透明化，領取保險醫療費用超過一定數額及醫院層級以上之特約醫事服務機構應提供全民健康保險相關財務報告，保險人並得予公開。(修正條文第六十九條)
- (五)保險人及保險醫事服務機構應定期公布與本保險相關之醫療品質資訊及與本法相關之組成代表之會議決議與發言記錄。(修正條文第七十條)

四、簡化相關手續與提升財源籌措之公平性及合理性：

- (一)所得總額包含個人所得總額、分離課稅所得、未列入綜合所得之退職所得、軍教人員薪資、土地交易所得、證券及期貨交易所得及個人依所得基本稅額條例計算之課稅所得。另善心人士之公益捐款，已使其付費能力降低，理應從所得總額中扣除，以符公平及量能付費精神。(修正條文第二之一條)
- (二)將現行六類十四目被保險人簡化為二類，並增列保險費繳納義務人之規定。(修正條文第九條至第十一條)
- (三)保險費改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，所有被保險人及眷屬均改稱為被保險人。(修正條文第一條、第七條、第八條、第十二條、第十四條、第二十六條、第三十八條、第四十二條、第四十四條、第四十五條、第四十七條、第五十一條、第五十二條、第五十五條、第五十六條、第六十五條至第六十七條、第七十六條、第八十六條、第九十條及第九十六條)
- (四)被保險人只須辦理加保及退保手續，不必因身分類目之異動而須辦理手續。(修正條文第十四條)
- (五)本保險所需之總經費，除法定收入外，由中央政府、雇主及被保險人分擔，其中中央政府負擔部分係依一定公式計算；雇主負擔部分除依一定負擔比率外，並至少每三年檢討調整；其餘部分則由被保險人分擔。(修正條文第十六條至第十九條)
- (六)繳費義務人應負擔保險費之計算方式、費率上限，並明定費率上限為百分之四、保險費上下限之差距不得高於20倍。(修正條文第二十條至第二十二條)
- (七)保險人應將雇主應分擔保險經費之調整平均比率、每年之保險費上、下限及應收保險費之保險費率，經監理會審議後，報請行政院核定後由主管機關公告之。(修正條文第二十三條)
- (八)保險財務之精算及保險給付範圍調整之條件。(修正條文第二十四條及第二十五條)
- (九)特定身分之被保險人保險費計算及補助之方式。(修正條文第二十六條)

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

(十)保險經費、保險費之扣繳、繳納、結算及補(退)程序。(修正條文第二十七條至第三十二條)

(十一)為辦理保險費以所得總額計收之新制度，保險人得要求相關機關提供必要資料。(修正條文第七十五條)

五、配合健保財務因應方案：

(一)為確保本保險之債權，增訂保險經費、保險費、滯納金優先於普通債權之規定。(修正條文第三十七條)

(二)配合公共衛生支出回歸公務預算，刪除有關預防保健服務項目之規定。(修正條文第四十一條及第四十五條)

(三)為防杜不法行為及保障被保險人知的權利，明定保險人對違規之情節重大者，應公告其名稱及違法之事實。(修正條文第七十七條)

六、改革支付制度：

(一)為周延擬訂醫療服務給付項目及支付標準，明定得經醫療科技評估程序。(修正條文第四十條)

(二)為解決藥價差之問題，援訂逾專利期藥物之藥價應於五年內逐步調降至合理價格，另保險醫事服務機構與藥物提供者之交易價差高於健保支付價之百分之十五以上者，應從該保險醫事服務機構總額支付費用中扣除相對一定之比例金額。(修正條文第四十三條、第四十三條之一)

七、配合司法院解釋意旨酌作修正：

(一)配合司法院釋字第五二四號解釋修正，使保險給付規範明確，並讓被保險人對其可得之服務得以預見。(修正條文第三十八條至第四十條、第四十二條、第四十八條及第五十條)

(二)配合司法院釋字第五三三號解釋修正，使爭議事項審議辦法之授權臻於明確；同時配合實務作業，增修相關條文。(修正條文第五條及第五十九條)

八、罰則

(一)為保障被保險人及其它合法特約醫事機構之權益，以不正當行為領取健保費用之累犯，含醫事機構、同址建物或醫事人員，增列永不特約條款。(修正條文第七十七條)

(二)為保障被保險人，對於擅自向被保險人收取不當自費兩次以上者，應予公告，並得以按其情節處以一定期限不予特約，若停止特約有影響民眾就醫權益之疑，得以回溯停約方式。(修正條文第七十八條)

(三)為避免保險特約床不足，確保被保險人就醫權益，將其罰金提高至依其不足數每床處新

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，相當其獲利金額，以達警示之效果。（修正條文第七十九條）。

九、其他：

- (一)為避免已長期移居到國外者，平時不加保，遇有傷病才回國投保就醫，修正為須二年內曾有參加本保險紀錄者，始得免四個月合格期之規定。（修正條文第七條）
- (二)為符合法律授權明確原則，增列保險人製發保險憑證、存放就醫內容之法源依據。（修正條文第十五條）
- (三)增列罹患保險人公告之特殊傷病，於臺灣地區外就醫之費用，得向保險人申請核退。（修正條文第五十二條）
- (四)增列日益繁多之心理治療機構為特約機構，以提供被保險人服務，刪除原法之特約護理機構，避免與長照機構相互重疊或醫療與照顧不分，致使健保資源錯置。（修正條文六十三條）
- (五)為維護藥品之市場競爭秩序，使藥品交易更為合理透明，明定領取保險藥品費用超過一定金額之保險醫事服務機構於藥品交易時，應與藥商簽訂定型化契約。（修正條文第七十一條）
- (六)修正紓困基金財源，專由公務預算支應。（修正條文第九十四條）
- (七)為達到二代健保永續發展，明定修法前之健保短絀金額，由中央主管機關於五年內分年編列預算撥補。（修正條文第九十七條）
- (八)為兼顧健保改革之急迫性與行政部門相關準備期間，援訂應自本法通過公布後一年施行。（修正條文第九十九條）

全民健康保險法修正草案對照表

修正條文	現行條文	說明
第一章 總則	第一章 總則	章名未修正
<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），以提供醫療服務，特制定本法。</p> <p>本保險為<u>強制性之社會保險</u>，於被保險人在保險有效期間，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；<u>本法未規定者，適用其他有關法律。</u></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>一、現行條文第一條及第二條合併修正。</p> <p>二、為避免行政裁量權過度擴充及相關行政辦法或命令、規則與本法險之精神相違背，宣示性原則：公平性、普及性、可及性、可負擔性及完整性。</p> <p>三、預防保健係公共衛生支出，應回歸公務預算辦理；又本法與其他法律之適用順序關係仍需個案判斷，並不因為本條後段之規定而取得相對於其他所有法律之特別法地位，反將因此而衍生爭議，爰現行條文第一條相關文字，列為第一項。</p> <p>四、配合修正條文第七條及第八條規定，將現行條文第二條之保險對象改稱為被保險人；另明確定位本保險為強制性之社會保險，列為第二項。</p>
<p>第二條 本法用詞，定義如下：</p> <p>一、雇主：指僱用有酬人員者。</p> <p>二、扣費義務人：於現役軍人之薪餉所得，指服役單位或國防部指定之單位；於其他被保險人及現役軍人之其他所得，指所得稅法所定之扣繳義務人。</p> <p>三、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除被保險人就醫時依本法應自行負</p>		<p><u>本條新增。</u></p> <p>為本法中用詞之明確性，於本條為名詞定義。</p>

<p>擔費用後之餘額。 四、保險經費：指保險給付支出。</p>		
<p><u>第二條之一 本法之所得總額指繳費義務人及配偶、所得稅法規定之受扶養親屬，其個人之綜合所得總額、依規定扣繳率扣繳稅款分離課稅之各項個人所得、未列入綜合所得之退職所得、所得稅法第四條第一項第一款、第二款之薪餉薪資及第十六款之土地交易所得、所得稅法第四條之一及第四條之二之證券交易所得及期貨交易所得、個人依所得基本稅額條例計算之課稅所得等合計數，扣除繳費義務人及配偶、受扶養親屬依所得稅法規定之捐贈扣除額後之餘額。</u> 於第九條第一項第二目之被保險人，應加計所得稅法第四條第一項第一款及第二款所定免納所得稅之所得。</p>		<p>一、本條新增。 二、為彰顯二代健保公平付費理念，健保費付費人及配偶、受扶養親屬之各項所得皆應列入費基，以符量能付費精神。是以計算個人保費之所得總額包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人所得總額（營利所得、執行業務所得、薪資所得、利息所得、租賃及權利金所得、自力耕作漁牧林礦所得、競技競賽及機會中獎金之獎金給與、退職所得及其他所得）。 2. 分離課稅所得（短期票券利息所得、依金融證券化條例或不動產證券化條例規定發行之受益證券或資產基礎證券分配之利息、公債公司債或金融債券之利息，前三者之附條件交易有價證券或短期票券，到期賣回金額超過原買入金額之利息所得、政府舉辦之獎券中獎獎金、告發或檢舉獎金、與證券商或銀行從事結構型商品交易之所得）。 3. 未列入綜合所得之退職所得。 4. 軍教人員薪資。 5. 土地交易所得。 6. 證券及期貨交易所得。 7. 個人依所得基本稅額條例計算之課稅所得。 <p>另善心人士之公益捐款，已使其付費能力降低，理應從所得總額中扣除，以符公平及量能付費精神。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第三條 本保險之主管機關為行政院衛生署。</p>	<p>第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。</p>	<p>依法制體例酌作文字修正。</p>
<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會（以下稱監理會）辦理：</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險醫療給付費總額之協議訂定及分配。</p> <p>三、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>四、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p><u>監理會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</u></p> <p><u>監理會於審議或協議訂定本保險重要事項；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</u></p> <p><u>監理會議之成員，由醫療服務提供者、被保險人及相關專家學者組成，其中被保險人代表不得少於三分之一。</u></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><u>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。</u></p>	<p>一、將現行「全民健康保險監理委員會」和「全民健康保險醫療費用協定委員會」功能職掌合併，並擴大功能，審議保險費率及總額之協議，爰修正列為第一項各款。其中有關於保險醫療給付費用之協議訂定及分配，未來將落實由保險醫事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。</p> <p>二、依中央行政機關組織基準法第五條第三項規定，作用法不得規定機關組織，同法第六條第一項第三款則規定委員會之名稱用於二級機關或獨立機關，爰配合酌修第一項序文，將合併後之組織改稱為全民健康保險監理會，並刪除現行條文第二項有關其組織規定。</p> <p>三、監理會為第一項之審議或協定時，若主張減少保險收入或增加保險支出之情事時，需請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>四、為擴大公民瞭解及參與討論，監理會必要時針對全民健保重要政策議題，透過民眾參與，收集更多社會具體意見，以為健保政策制訂之重要參考。</p> <p>五、監理會為審議中央健康保險局所提有關給付內容修正方案，設資源配置小組，並以醫療科技評估為基礎，就保險給付內容定期檢討。</p> <p>六、該健保資源配置小組於審查新科技、新藥品特材與新</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>醫療技術是否納入給付範圍或檢討不合時宜之給付時，除應委由專業機構進行「醫療科技評估」、擴大民眾參與機會外，必須充分考量健保收支連動之影響。</p> <p>七、由於全民健康保險涉及全民之權利與義務，應充分保障被保險人之代表席次，以求意見能充分得到重視，以符合監理會監理性質。</p>
<p>第五條 本保險被保險人、<u>雇主、扣費義務人、第二十八條之學校及保險醫事服務機構對保險人核定案件++++</u>爭議時，應先申請審議，對於爭議審議結果不服時，得依法提起訴願或行政訴訟。</p> <p><u>前項爭議之審議，由全民健康保險爭議審議會辦理。</u></p> <p><u>前項爭議事項審議之範圍、申請審議或補正之期限、程序及審議作業之辦法，由主管機關定之。</u></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><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>一、配合第二章有關「投保單位」制度之取消及其配套設計，爰將第一項之「投保單位」修正為「雇主、扣費義務人、第二十八條之學校」。</p> <p>二、爭議審議制度之目的在於透過專業審議程序，消滅、弭平相關紛爭，為落實此一制度精神，將現行條文第三項修正併入第一項，並增列爭議審議程序先行規定。又保險人與保險醫事服務機構間簽訂之「全民健康保險特約醫事服務機構合約」具有行政契約之性質，締約雙方如對契約內容發生爭議，應直接循行政訴訟途徑救濟，爰增列保險醫事服務機構亦得提起行政訴訟，並將末句「及」字修正為「或」字。</p> <p>三、依中央行政機關組織基準法第五條第三項規定，作用法不得規定機關組織，同法第六條第一項第三款則規定委員會之名稱用於二級機關或獨立機關，爰配合酌修第二項，將現行全民健康保險爭議審議委員會改稱為全民健康保險爭議審議會，並刪除有關其組織規定。至於授</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		權規定，則移列於第三項，就授權主管機關於爭議事項審議辦法訂定之範圍及內容予以明確規定，以符合法律授權明確性原則之要求。
第二章 保險人及被保險人	第二章 保險人、保險對象及投保單位	一、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 二、未來轉換工作已不再需要辦理轉入、轉出手續，爰配合取消投保單位制度。
第六條 本保險以行政院衛生署中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。	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。 <u>中央健康保險局之組織，以法律定之。</u>	中央健康保險局機關全銜已修正為行政院衛生署中央健康保險局，爰配合酌修，並刪除第二項有關其組織規定。
	第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。	一、本條刪除。 二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，爰將本條刪除。
第七條 具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為被保險人： 一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前四個月繼續在臺灣地區設有戶籍。 二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員： (一)政府機關、公立學校專任有給人員或公職人員。 (二)公民營事業機構之受雇人。 (三)前二目被保險人以外有一定雇主之受雇人。	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	一、現行條文第十條第一項移列修正，至於第二項則移列修正條文第八條。 二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，爰酌修第一項序文；又本保險為強制性之社會保險，爰參酌現行條文第十一條之一強制納保規定將「得」字修正為「應」字，以免誤會。 三、因「曾有加保紀錄」並無時間限制，遭質疑常有長期移居國外者遇有傷病則回國投保，致對其他保險對象造成不公平現象，應對曾有加保紀錄之期間有所限制，以杜絕不公；但同時為維持對

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

(四)在臺灣地區出生之新生嬰兒。

(五)因公派駐國外之政府機關人員及其配偶與子女。

曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國○年○月○日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款四個月之限制。

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。

短期出國求學等民眾，於返國後尚得立即獲得健保之保障，爰修正第一項第一款，將限制期間訂為二年，嗣後出國逾四年方返國者（出國逾二年時依戶籍法第十六條第三項規定應遷出戶籍，因而不具保險資格，須予以退保）其二年內便無加保紀錄，將須等待四個月，始得參加本保險。

四、現行條文第八條有關被保險人之分類過於複雜，修正條文第九條已予簡化，爰配合檢討調整第一項第二款內容，分目予以列明。又對於因公派駐國外之政府機關人員，往往因其任期等限制，無法隨意返臺，致於海外出生之新生嬰兒返國時即須等待四個月始得參加全民健保，迭有不平之反映，爰併增列第五目。

五、考量第一項第一款之修正對於海外國人返國加保有權益上相當影響，且其對於法規修正之知悉，亦有事實上之困難，為避免驟然實施徒生其返國後之無謂爭議，爰增訂第二項之過渡期間，俾符信賴利益保護原則。

第八條 除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為被保險人：

- 一、在臺居留滿四個月。
- 二、有一定雇主之受雇人。

第十條（第二項）

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。

一、現行條文第十條第二項移列修正。

二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，所有符合本保險資格者均改稱為被保險人，現行條文第八條有關被保險人之分類亦已於修正條文第九條予以簡化，爰配合酌修。

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

第九條 被保險人區分為下列二類：

一、第一類：

(一) 依所得稅法規定，應申報或繳納綜合所得稅之納稅義務人，與其合併報繳綜合所得稅之配偶及受其扶養之親屬。

(二) 前目以外之現役軍人、托兒所、幼稚園、國民中小學教職員（以下稱軍教人員），與其配偶及受其扶養之親屬。

二、第二類：前款以外之被保險人。

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。

(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：

(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。

(二) 服替代役期間之役齡男子。

五、第五類：合於社會救助

一、條次變更。

二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，現行第一項有關被保險人之分類已無必要且過於複雜，爰改依綜合所得稅申報、繳納規定區分為二類三目被保險人，並配合刪除現行條文第二項。

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p><u>法規定之低收入戶成員。</u></p> <p><u>六、第六類：</u></p> <p><u>(一)榮民、榮民遺眷之家戶代表。</u></p> <p><u>(二)第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。</u></p> <p><u>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。</u></p>	
<p>第十條 第一類被保險人之保險費繳納義務人（以下稱繳費義務人）如下：</p> <p>一、符合前條第一款第一目規定者，為所得稅法所定之綜合所得稅納稅義務人。</p> <p>二、符合前條第一款第二目規定者，為軍教人員本人。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、配合修正條文第九條第一款規範所得稅申報戶及免稅軍教人員之繳費義務人。</p>
<p>第十一條 第二類被保險人之繳費義務人如下：</p> <p>一、依戶籍法規定之單獨生活戶，為其戶長。</p> <p>二、依戶籍法規定之共同生活戶，為其戶長。但非屬戶長互負扶養義務之親屬及同戶之寄居人，應自為繳費義務人。</p> <p>三、依戶籍法規定之共同事業戶，為各成員。</p> <p>四、領有居留證明文件者，為該證持有人。</p> <p>前項繳費義務人，如未滿二十歲，或滿二十歲無謀生能力時，應以負扶養義務者為繳費義務人。</p>		<p>二、<u>本條新增。</u></p> <p>三、配合修正條文第九條第二款規範未繳納綜合所得稅之戶籍戶及領有居留證明文件者之繳費義務人。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>第九條 第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：</p> <p>一、被保險人之配偶，且無職業者。</p> <p>二、被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。</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、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保險人及眷屬之必要，所有符合本保險資格者均改稱為被保險人。又現行條文第八條有關被保險人之分類亦已於修正條文第九條予以簡化，爰將本條刪除。</p>
<p>第十二條 有下列情形之一者，非屬本保險被保險人；已參加者，應予退保：</p> <p><u>一、失蹤滿六個月者。</u></p> <p><u>二、不具第七條或第八條所定資格者。</u></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>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將序文保險對象改稱為被保險人，並酌修各款文字。</p> <p>三、刪除受刑人退保之規定，以保障受刑人就醫權。</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、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、有關強制納保，修正條文第七條及第八條已有明確規定，第十二條復有關於退保之規定。本條已無規定必要，爰予刪除。</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>具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。</p>	<p><u>本條刪除</u>，理由同現行條文第九條說明二。</p>
	<p>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。</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，已無區分被保</p>

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

		險人及眷屬之必要，爰配合刪除本條。
	<p>第十四條 各類被保險人之投保單位如下：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、第四類被保險人：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</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</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、未來轉換工作已不再需要辦理轉入、轉出手續，投保單位制度已無存在必要，爰配合刪除本條。</p>

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

	<p>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二個月以上者，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>第十三條 保險效力之開始，自合於第七條及第八條所定資格之日起算。</p> <p>保險效力之終止，自發生前條所定情事之日起算。</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、條次變更。</p> <p>二、將保險效力之開始及終止分立二項，並配合相關條文之修正，酌修所引條次及文字。</p>
<p>第十四條 被保險人應於合於第七條或第八條所定資格之日起三十日內，通知保險人。但被保險人為無行為能力或限制行為能力者，應由其法定代理人通知。</p> <p>保險人得依第七十五條第一項規定取得資料，審核被保險人之保險資格，並通知被保險人。</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、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。</p> <p>三、配合投保單位之取消，對於符合資格者，改由被保險人負通知義務，但無行為能力或限制行為能力者，由法定代理人負通知義務，爰修正現行條文前段列為第一項。</p> <p>四、被保險人如有修正條文第十二條所定失蹤或死亡情形時，得由其家屬通知保險人，但其不負通知義務。</p> <p>五、增列第三項規定保險人之審核機制。</p>
<p>第十五條 保險人得製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（以下簡稱健保卡）；其換發、補發者，保險人並得酌收工本費。</p> <p>前項健保卡不得存放非醫療使用目的之內容。</p> <p>第一項健保卡之製發、換發、補發、存放內容與其擷取、運用及保險憑證使用管理之辦法，由保險人擬訂</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、為便利被保險人就醫、協助疫情監控及防止醫療資源浪費，保險人所製發之保險憑證宜具電子資料處理功能。</p> <p>三、任何電子資料之保密政府均應視為重要人民之權利義務事項，因此，新增第三項明定 IC 卡內容目的及不得存放之內容。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>報請主管機關核定發布。</p>		<p>四、為符合法律授權明確原則，增列保險人製發具電子資料處理功能之全民健康保險憑證（即健保 IC 卡）及換發、補發收費之法源依據；至其發給、資料存取與運用、使用管理及其他有關事項之辦法，則授權另行訂定。</p>
<p>第三章 保險財務</p>	<p>第三章 保險財務</p>	<p>章名未修正。</p>
	<p>第十八條 第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之。</p>	<p>一、本條刪除。 二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，本條已無規定必要，爰予刪除。</p>
<p>第十六條 本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、雇主及被保險人分擔之。</p>		<p>一、本條新增。 二、本保險所需保險經費之分擔對象及方式。</p>
<p>第十七條 中央政府各年度應分擔之保險經費，依下列方式計算之：</p> <p>一、本法中華民國○年○月○日修正之條文施行第一年為：前一年本保險精算收支平衡且維持一個月安全準備下，中央政府應負擔之保險費補助款×1+（最近三年名目國內生產毛額平均成長率+最近三年全國個人醫療保健支出平均成長率）/2—中央政府依第二十六條第一項規定對被保險人保險費補助之金額。</p> <p>二、本法○年○月○日修正之條文施行第二年起，以前一年中央政府應分擔之保險經費加計前款成長率。</p> <p>政府應負擔保險經費之比率不得低於本法中華民國</p>		<p>一、本條新增。 二、由於醫療保健服務具有外部性（externalities）與殊價財（merit goods）特性，且其需求之所得彈性大於一，故計算公式考慮國內生產毛額（GDP）成長率，避免醫療費用過度侵蝕 GDP 成長之果實；另為保障每一國民能獲得適當醫療照護及使健保財務具有所得重分配之功能，爰規定政府應分擔保險經費之計算方式，並訂定成長率，以昭示政府對全民健保擔負明確及固定責任。 三、所稱名目國內生產毛額成長率，以行政院主計處公布之資料為依據；所稱全國個人醫療保健支出成長率，以主管機關公布之資料為依據。 四、為避免民眾負擔比率不斷上漲，援明訂政府負擔比率</p>

<p>○年○月○日修正之條文施行前三年負擔之平均比率。</p>		<p>不得低於前三年負擔平均比率。</p>
<p>第十八條 雇主各年度應分擔之保險經費計算公式如下： 支付受雇者薪資總額× （本法中華民國○年○月○日修正之條文施行前之前三年，本保險精算收支平衡，且維持一個月安全準備下，全國雇主應分擔保險費占全國雇主當年依全民健康保險法計費支付之受雇薪資總額之平均比率）。</p> <p>前項平均比率應至少每三年檢討一次，以最近一次訂定平均比率之年度為基準；全國雇主應分擔之保險經費平均成長率與同期間第十九條被保險人應分擔之保險費平均成長率，差異達一個百分點時，應調整前項之平均比率。</p> <p>第一項薪資總額，指受雇者自雇主依所得稅法規定取得之薪資所得合計數。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、基於員工之健康是企業之資本財，雇主有照顧之責任及義務，並考量現制雇主負擔情形，爰於第一項規範雇主應分擔之保險經費計算方式。</p> <p>三、現行雇主分擔保險費，係依據受雇者之投保金額、費率與分擔比例計算，為維持原負擔原則，雇主所分擔保險經費雖以固定比率為原則，惟須定期檢討，倘排除給付範圍變動之影響因素外，其成長率應與被保險人負擔之保險費成長率適度連動，在降低雇主企業經營之不確定性外，兼顧規範企業照顧員工責任。爰為第二項規定。</p> <p>四、第三項規定薪資總額之計算方式，只要是雇主依所得稅法第十四條規定所支付其受雇者之薪資所得總額，均為雇主負擔之基礎，包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、獎金、紅利及各項補助費。但為雇主之目的，執行職務而支領之差旅費、日支費及加班費不超過規定標準者，及依所得稅法第四條規定免稅之項目（不包括第一項第一款及第二款免納所得稅之所得，參見修正條文第二條第五款關於所得總額之定義規定），不在此限。</p> <p>五、雇主負擔之比例調整原應為隨被保險人保費比率連動，故明定應至少三年檢討雇主之負擔相對於被保險人是否合理。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第十九條 保險經費扣除中央政府與雇主應分擔金額及其他法定收入後之餘額，為被保險人應負擔之保險費，由保險人向繳費義務人計收之。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。 二、被保險人分擔保險經費即應負擔保險費之範圍。</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>前條眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。 二、有關被保險人保險費之計收，修正條文第十九條至第二十三條已有所規範，爰刪除本條。</p>
<p>第二十條 繳費義務人及其配偶、受扶養親屬之保險費，依其所得總額乘以保險費率計算之。</p> <p><u>本保險之費率以百分之三點五為上限。</u></p>		<p>一、<u>本條新增</u>。 二、明定被保險人保險費之計算方式。 三、為確保民眾之權利，兼顧主管機關之權責，明定民眾之保險費率不得高於百分之三點五。</p>
<p>第二十一條 主管機關應逐年公告以計費人口數計算前條費義務人及其配偶、受扶養親屬之保險費平均每人額度範圍。</p> <p>繳費義務人及其配偶、受扶養親屬之保險費，以計費人口數計算之平均每人額度未達前項主管機關公告之下限者，以下限按計費人口數計算。</p> <p><u>第一項之上下限繳費差距應於15-25倍間。</u></p> <p>第一、二項計費人口數，以四人為限。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。 二、由於本社會保險具自助互助性質，故對被保險人家戶每人分擔之保險費應有下限，未達下限者，以下限計收。另考量收取保險費並不同於課徵所得稅，宜比照現行投保金額有上限之設計，超過上限者，以上限計收。又繳費義務人及其配偶、受扶養親屬依前條規定改以下限或上限按人數計算保險費者，仍宜有計費人口數之上限，以免負擔過重，爰參考現行條文第十九條第三項規</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>定訂定之。</p> <p>三、評估家戶每人應負擔保險費是否達上下限時，計算公式為「家戶應負擔保險費÷家戶計費人數（計費人口數以四口為上限，以下同）」，若達上限金額，則家戶應負擔保險費為上限金額×家戶計費人數，若未超過下限金額，則家戶應負擔保險費為下限金額×家戶計費人數。</p> <p>四、依現行健保，最低應繳保費與最高應繳保費差距為10.5倍，為兼顧民眾權益及主管機關權責，明定上下限之倍數應介於15-25倍間。</p>
<p>第二十二條 第二十條之保險費率，以全體被保險人應負擔之保險費扣除適用上下限被保險人應負擔之保險費，與全體被保險人之所得總額扣除適用上、下限被保險人之所得總額，相除計算之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、適用上下限者，無適用保險費率，應予事先排除。</p> <p>三、公式為：</p> $R = \frac{A-a}{B-b}$ <p>R：被保險人保險費率 A：全體被保險人應負擔之保險費 a：適用上下限被保險人應負擔之保險費 B：全體被保險人之所得總額 b：適用上下限被保險人之所得總額。</p>
<p>第二十三條 第十八條第二項之平均比率調整、第二十一條之上、下限及前條之保險費率，應由保險人於監理會協議訂定醫療給付費用總額後一個月內，提請監理會審議。</p> <p>前項保險費率審議前，監理會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會</p>	<p>第二十條 <u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管</u></p>	<p>一、現行條文第二十條第二項移列修正；至於第一項及第三項則分別修正移列為修正條文第二十四條及第二十五條。</p> <p>二、雇主負擔與被保險人負擔連動後之平均比率調整、繳費義務人及其配偶、受扶養親屬保險費之平均每人額度上、下限及保險費率之決定</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>公正人士提供意見。</p> <p><u>監理會應於年度開始一個月前完成審議，報主管機關轉報行政院核定後公告之。</u></p>	<p><u>機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>二、本保險之安全準備降至最低限額者。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>程序及時程。</p> <p>三、全民健康保險監理委員會和全民健康保險醫療費用協定委員會合併為監理會後，本保險之收支及財務已由同一機制處理，以收支連動機制，維持每年度保險財務平衡，保險費率之審議為監理會之新增職權；復依中央行政機關組織基準法第五條第三項規定，作用法不得規定機關組織，任務編組亦在限制之列，爰酌修第二項，規範監理會得於審議保險費率前，先邀集專業及公正人士提供意見。</p>
<p>第二十四條 本保險財務，由保險人至少每五年精算一次；每次精算二十五年。</p>	<p>第二十條 (第一項)</p> <p>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>現行條文第二十條第一項移列修正，並酌作修正，規定保險人至少每五年應精算本保險之長期保險財務一次，每次精算二十五年，以作為財務預測之用。</p>
<p>第二十五條 前條精算結果有下列情形之一時，由監理會審議調整保險給付範圍，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告：</p> <p><u>一、本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額。</u></p> <p><u>二、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡。</u></p>	<p>第二十條 (第三項)</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><u>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。</u></p> <p><u>二、本保險之安全準備降至最低限額者。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>一、現行條文第二十條第三項移列修正。</p> <p>二、有關保險費率之計算及決定程序，修正條文第二十二條及第二十三條已有所規範，則本保險有各款規定情形時，應以調整保險給付範圍因應，爰酌修序文規定。</p> <p>三、第一款配合精算用於長期財務預測予以刪除，其後款次遞移，並酌作修正，使臻明確。</p>
	<p>第二十一條 第一類至第三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</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定已改按所得總額計收後，現行條文第八條有關被保險人之分類亦</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>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。適用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>已於修正條文第九條予以簡化，本條已無規定必要，爰予刪除。</p>
	<p>第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：</p> <p>一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。</p> <p>二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。</p> <p>三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。</p> <p>第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。</p>	<p>本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。</p>
	<p>第二十二條之一 前條第一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，其投保金額應以第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人最近一年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</p>	<p>本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	以其俸（薪）給總額計算之。	
	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。	本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。
	第二十四條 第一類及第二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，均自通知之次月一日生效。 前項被保險人之投保金額，除已達本保險最高一級者外，不得低於其勞工退休金月提繳工資及參加其他社會保險之投保薪資；如有本保險投保金額較低之情形，投保單位應同時通知保險人予以調整，保險人亦得逕予調整。	本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。
第二十六條 中央政府應依下列規定補助被保險人，其每人補助金額按全體被保險人平均保險費計算之： <u>一、應徵集或召集入營服役期間在二個月以上者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無職業無依軍眷及在領卹期間之無職業軍人遺族，由國防部補助。</u> <u>二、服替代役期間之役齡男</u>	第二十五條 第四類及第五類被保險人之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。	一、條次變更。 二、第一項規定補助保險費之計算方式，並分款項規定各種受補助保險費之特定被保險人及其補助機關。 三、第二項規定各補助機關之撥付期限及年底結算之規定。 四、第三項規定各種受補助之被保險人當年度有各類所得者，仍應併入所得總額結算全戶保險費，結算後應負擔

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>子，由內政部補助。</p> <p><u>三、無職業榮民、遺眷家戶代表及其無職業眷屬，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助。但無職業榮民之無職業眷屬，以補助百分之七十為限。</u></p> <p><u>四、符合社會救助法規定之低收入戶及中低收入戶成員，由中央社政主管機關依法定比率補助。</u></p> <p><u>五、無所得之受刑人由法務部補助。</u></p> <p><u>前項補助，各補助機關應於當月底前撥付保險人，並於年底結算。</u></p> <p><u>受補助之被保險人，當年度有各類所得時，其所得應併入所得總額結算全戶保險費，結算後應負擔保險費超過受補助金額時，其超過部分應由繳費義務人向保險人繳納。</u></p>		<p>之保險費，超過受補助金額部分仍應由繳費義務人向保險人繳納。</p>
<p><u>第二十六條之一 各級政府依修正前之健保法第二十七條及第二十八條所應負擔之保險經費，仍應依法限期撥付中央健康保險局。</u></p> <p><u>各級政府未依前項規定期限撥付應分擔之保險經費者，自限期屆滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日，依郵政儲金一年期定期存款利率按日計算利息，一併收取。</u></p>		<p><u>一、本條新增。</u></p> <p><u>二、各級政府於修法前應負擔之保費不應一筆勾銷，仍應依法撥付，以符合法治公平。</u></p>
	<p><u>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。</u></p> <p><u>眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。</u></p>	<p><u>本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。</u></p>

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。

(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

本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>市政府補助百分之三十。</p> <p>四、第四類被保險人：</p> <p>(一)第八條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。</p> <p>(二)第八條第一項第四款第二目被保險人，由內政部全額補助。</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)政府補助百分之六十五；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>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均計算之。</p>	<p>本條刪除，理由同現行條文第二十一條說明二。</p>
<p>第四章 保險經費、保險費之收繳及結算</p>		<p>本章新增。</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、收繳，並須於次月底前，連同投保單位應負擔部分，一併向</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。</p> <p>二、保險費計收方式依修正條文第二十條等規定改按所得總額計收後，現行條文第八條有關被保險人之分類亦已於修正條文第九條予以簡化，爰將現行條文第二十九條</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>保險人繳納。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>第一項之行政機關未依本法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政府，自各該機關之補助款中扣減抵充。</p>	<p>第一項序文及第一款至第三款有關各類被保險人繳費規定刪除，第四款並配合實務需求改為按月撥付，已移列修正條文第二十六條第五項規範。</p> <p>三、現行條文第二十九條第二項規定，因本保險已改為按年計算保險費，爰予刪除。</p> <p>四、至現行條文第二十九條第三項，因政府分擔之保險經費及補助之保險費，統由中央政府負擔，爰予刪除。</p>
<p>第二十七條 扣費義務人給付被保險人所得稅法規定之各類所得達一定金額以上時，應按保險費率扣取被保險人之保險費，並於次月十日前向保險人繳納。屬雇主者，並應連同其應分擔之保險經費向保險人繳納。但家庭僱用之外籍看護工及幫傭，其保險費由雇主按季扣繳，連同雇主應分擔之保險經費，經由勞工主管機關指定之單位按季向保險人彙繳。</p> <p>扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、第一項規定扣費義務人給付被保險人所得達一定金額以上時之保險費扣繳作業與繳納期限及雇主應分擔保險經費之一併繳納；至於所稱一定金額之數額，則於第三項授權主管機關另定之。</p> <p>三、第二項規定扣費義務人未及扣繳時之墊繳義務。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第一項所稱一定金額，由主管機關定之。</p>		
<p>第二十八條 依最近一年綜合所得稅結算結果為第二類被保險人者，保險人得依保險費下限開立繳款單，通知繳費義務人按月向指定之金融機構繳納。</p> <p>繳費義務人具有僑生或外籍生身分者，應先依下列規定向就讀學校繳納保險費下限：</p> <p>一、每年三月一日前繳納當年三月至八月保險費。</p> <p>二、每年九月一日前繳納當年九月至次年二月保險費。</p> <p>就讀學校應於當年四月一日及十月一日前分別向保險人彙繳前項各款之保險費。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、為利保險財務資金調度，對無固定薪資可扣繳之民眾，訂定依最近一年綜合所得稅結算結果為第二類被保險人者，其保險費按下限開單並按月繳納，爰為第一項規定。</p> <p>三、僑生及外籍生來臺就學後，對環境較為生疏，仍宜比照現行作業，由就讀學校協助處理參加健保及繳納保險費事宜，以確保渠等之健保權益，爰於第二項及第三項另為繳納及彙繳規定。</p>
<p>第二十九條 保險人得委託金融機構、被保險人所屬團體或其他單位代收前條第一項之保險費；代收者之資格、代收程序、手續費支付及其他有關事項之辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、為保留工、農、漁會代收第二類被保險人保險費之功能，並配合多元繳費管道之規劃，且使保險人保有對代收保險費團體之選擇權利，爰為本條規定。未來雙方權利義務應受本條及所授權辦法之規範，並明定於契約。</p>
<p>第三十條 扣費義務人應於每年一月三十一日前，將上一年度向被保險人扣繳之保險費金額彙報保險人；並應於二月十日前將扣費憑單填發被保險人。</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、為利保險費之結算以及被保險人事後核對，爰規定扣繳保險費彙報及扣費憑單填發時限。</p>
<p>第三十一條 繳費義務人應繳之保險費，依下列方式每年結算：</p> <p>一、第一類被保險人：由保險人依財政部核定之綜合</p>		<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、第一項規定繳費義務人應繳之保險費每年結算，並分款規定二類被保險人保險費之結算作業。</p>

<p>所得總額或扣費義務人申報之軍教人員所得、本保險主管機關公告之保險費率及保險費上、下限金額，核定全年應繳納之保險費，抵減已扣繳之保險費，計算應補繳或退還已扣繳之保險費金額。</p> <p>二、第二類被保險人：依戶內人口數、所得總額及主管機關公告之保險費上、下限金額，核定全年應繳納之保險費，抵減已扣繳之保險費，計算應補繳或退還已扣繳之保險費金額。</p> <p>被保險人符合第二十六條補助資格者，保險人於計算其全戶保險費時，應扣除已補助之保險費。</p>		<p>三、第二項規定被保險人符合修正條文第二十六條補助資格者，結算其全戶保險費時，應扣除已補助之保險費。</p>
<p>第三十二條 前條之結算，保險人應於每年九月三十日前完成，並通知繳費義務人於通知之日起三十日內補繳或由保險人於三十日內退還繳費義務人。但主管機關所定一定金額以下之小額保險費，得免通知補繳或退還。</p> <p>保險人對於前項應補繳保險費之請求權時效，自通知之日起算五年。但因稅捐機關重新核定綜合所得總額，致增加應補繳之保險費時，自保險人再通知之日起算五年。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、第一項規定結算後應補繳或退還保險費之時限及一定金額以下小額保險費之免補繳或退還：</p> <p>(一)保險人對於被保險人保險費之核定，須依據財稅機關轉送之所得稅核定資料，經過資料篩檢、歸戶整併、交叉比對、核計保費金額、列印補收保險費繳款單、開立溢繳保險費支票、及後續交寄通知等作業，始屆完成階段，預估至少須三個月時間才能完成，且第一次作業時間需要加一倍以上。</p> <p>(二)查國稅局通常於次年二月底完成前一年度之核定資料。倘無特殊狀況，預計次年三月中旬轉</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>送該資料予保險人。加計保險人之作業時間後，爰於第一項訂定保險人之核定及通知時限。</p> <p>(三)又考量相關通知及行政作業成本，補繳或應退還之保險費在主管機關所定一定金額以下者，得免通知補繳或退還。</p> <p>三、依據二代健保之規劃，保險人對於保險費之債權應於結算後始確定，且依行政程序法之規定，有五年之請求權時效。惟因第一類被保險人於領取各種所得時已被預扣保險費；復依第二十八條第一項規定，第二類被保險人須按月預繳保險費下限，該等收取方式，恐招致民眾誤認保險費之請求權，自預扣或預繳之日即開始起算，爰於第二項明定起算時點，使臻明確。另查，被保險人之綜合所得總額，因本人提出申復或稅捐機關重新核定，其綜合所得總額有異動情況產生時，保險人亦應依據更正後之稅捐資料，重新核定被保險人應繳保險費總額。保險人對此類保險費之請求權，則自重新通知之日起，起算五年，以確定保險人對於繳費義務人保險費請求權之起點，爰併為但書規定。</p>
<p><u>第三十三條 雇主、扣費義務人未依第二十七條所定繳納期限繳納保險經費或所扣繳之保險費，或繳費義務人未於前條所定繳納期限補繳保險費時，自繳納期限屆滿翌日起至完納前一日止，每逾</u></p>	<p><u>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；屆寬限期仍未繳納者，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一滯納金；加</u></p>	<p>一、現行條文第三十條第一項及第二項移列修正；至於第三項、第四項及第六項則分別移列為修正條文第三十四條至第三十六條。另因政府分擔之保險經費及補助之保險費，統由中央政府負擔，</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

一日加徵其應納費額百分之零點一滯納金至應納費額之百分之十五為止。但主管機關公告之一定金額以下之小額滯納金，免予加徵。

前項保險經費、保險費及滯納金，自雇主、扣費義務人應繳納之日起，逾三十日未繳納者，保險人得將其移送行政執行；繳費義務人逾一百五十日未繳納者，亦同。

徵之滯納金額，以至應納費額之百分之十五為限。但一定金額以下之小額滯納金得予以免徵，其數額由主管機關定之。

前項保險費及滯納金，自投保單位應繳納之日起，屆三十日仍未繳納者，保險人得依法移送強制執行；被保險人屆一百五十日仍未繳納者，亦同。

無力一次繳納前二項保險費及滯納金之投保單位或被保險人，得向保險人申請分期繳納；其申請條件、審核程序、分期繳納期限及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定之。

保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付及核發保險憑證。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位或經依前項規定分期繳納者，不在此限。

各級政府未依前條第一項規定期限撥付應補助之保險費者，得寬限十五日；屆寬限期仍未撥付者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日，依郵政儲金一年期定期存款利率按日計算利息，一併徵收，保險人並得依法移送強制執行。

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屆期未繳納有過失者，應負損害賠償責任。

爰刪除現行條文第五項。

二、本次修正係參照所得歸戶概念，按年一次結算保險費，而修正條文第三十二條並已從寬規定「通知之日起三十日內」為結算後保險費之繳納期限，爰刪除有關寬限期規定，並酌修第一項如上，以收簡政便民之效。

三、第二項配合修正條文第十條、第十一條及第二十七條等規定，酌作修正，並配合行政執行法酌修用語。

第三十四條 有經濟上特殊原因，未能一次繳納保險經費

第三十條 (第三項)
無力一次繳納前二項保

一、現行條文第三十條第三項移列，並酌修文字。

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>、保險費及滯納金者，得向保險人申請分期繳納；其申請條件、審核程序、分期繳納期限及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	<p>險費及滯納金之投保單位或被保險人，得向保險人申請分期繳納；其申請條件、審核程序、分期繳納期限及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定之。</p>	<p>二、配合修正條文第三十三條規定酌作修正，並照法制通例將發布機關定為主管機關。</p>
<p>第三十五條 保險人於繳費義務人未繳清保險費及滯納金前，得對相關被保險人暫行停止保險給付。但繳費義務人應繳部分之保險費已由扣費義務人扣繳、已繳納於第二十八條之學校或第二十九條之代收單位，或經依前條規定經保險人核定其得分期繳納者，不在此限。</p> <p>前項暫行停止保險給付期間內之保險費仍應予計收。</p>	<p>第三十條 (第四項) 保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付及核發保險憑證。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位或經依前項規定分期繳納者，不在此限。</p>	<p>一、現行條文第三十條第四項移列修正。 二、配合修正條文第二十七條至第二十九條及第三十四條規定，酌作修正。另因應實務作業，刪除得暫行拒絕核發保險憑證規定。 三、保險人於繳費義務人欠費期間雖暫行拒絕對被保險人給付，惟其保險費仍應計收，以貫徹本保險為強制性社會保險之本旨，並與修正條文第五十二條第一項第三款申請核退自墊醫療費用之規定相平衡。</p>
<p>第三十六條 積欠應分擔之保險經費、扣繳之保險費或滯納金之雇主為機構、事業、學校或團體，且其無財產可供執行或其財產不足清償時，其負責人或主持人應負清償責任。但以負責人或主持人有過失者為限。</p>	<p>第三十條 (第六項) 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屆期未繳納有過失者，應負損害賠償責任。</p>	<p>一、現行條文第三十條第六項移列修正。 二、配合修正條文第三十三條規定酌作修正。</p>
<p>第三十七條 本保險之保險經費、保險費、滯納金，優先於普通債權。</p>		<p>一、本條新增。 二、按本保險保險費為公法上之金錢給付義務，惟因未優先於普通債權，實務上法務部行政執行署所屬各行政執行處在受理健保保險費強制執行時，常遇有義務人之其他債權人參與分配，致保險費強制執行效果不彰。依健保局統計數據顯示：自九十年一月一日移送行政執行，</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>至九十六年十二月底為止，取得債權憑證占結案之比率為百分之四十七點五六，實際上未回收欠費之比率相當高。</p> <p>三、為使本保險得以永續經營，確保保險經費、保險費及滯納金債權之收取，爰明定此四項為優先債權。</p>
第五章 保險給付	第四章 保險給付	因應第四章之增訂，本章序號遞延。
<p>第三十八條 <u>被保險人發生疾病、傷害或生育事故時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第三十九條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。</u></p> <p><u>前項被保險人就醫程序、就醫輔導、保險醫療服務提供方式及其他醫療服務必要事項之醫療辦法</u>，由主管機關定之。</p>	<p>第三十一條 <u>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。</u></p> <p><u>前項醫療辦法</u>，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p><u>第一項藥品之交付</u>，依藥事法第一百零二條之規定辦理。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。</p> <p>三、為使保險給付符合法律保留原則並為被保險人所得預見，本保險除另於修正條文第四十八條規定不給付項目外，所有給付項目及支付內容皆將於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中規定，至於被保險人發生保險事故時之醫療，則由醫療辦法加以規範，爰酌修第一項前段。再者，現行醫療費用支付標準所列特材部分，性質上為藥事法第四條所稱醫療器材，與藥品同屬藥物概念範圍，未來將改列於藥物給付項目及支付標準中規定，併此敘明。</p> <p>四、另現行條文第一項後段，因屬對保險醫事服務機構之規範，為符法制體例，移列至第七章保險醫事服務機構第六十八條規範。</p> <p>五、酌修第二項，就醫療辦法之授權範圍及應有內容予以規定，使符合法律授權明確性之要求。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>六、現行條文第三項有關藥品交付規定，鑑於藥事法已有明文，並無重複之必要，爰予刪除。</p>
<p><u>第三十九條</u> 本保險醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報請主管機關核定發布。</p> <p><u>藥物給付項目及支付標準</u>，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，必要時應邀請藥物提供者及相關專家、病友團體代表表示意見，報請主管機關核定發布。</p> <p><u>前二項代表名額、產生方式、任期及共同擬訂程序之辦法</u>，由主管機關定之。</p>	<p><u>第五十一條</u> 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><u>前項所稱醫療費用支付標準</u>，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、現行條文第五十一條第一項移列修正；至於第二項則修正移列為修正條文第四十條。</p> <p>二、配合修正條文第三十八條第一項規定，酌修各法規命令之名稱。又鑑於該二法規命令規定內容未來係作為具體給付項目及支付內容之認定依據，與保險付費者權利義務息息相關，宜擴大參與機制，並以民主正當程序彌補具體保險給付項目難於法律盡列之不足，爰酌修現行條文第一項，分列為第一項及第二項規定。為符合法律保留原則，並避免實務上各方代表產生方式遭受質疑，爰於第三項規定參與共同擬訂代表之名額、產生方式及共同擬訂程序等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p> <p>三、為使藥物之審查更臻完備，明定可邀請藥物提供者及專家學者提供意見。</p>
<p><u>第四十條</u> 醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病同酬、同品質支付為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。</p> <p><u>前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定</u>，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標</p>	<p><u>第五十一條</u>（第二項）</p> <p><u>前項所稱醫療費用支付標準</u>，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、配合多元支付制度之採行，於第一項規定有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式，並將現行條文第五十一條第二項修正移列，併同規範。</p> <p>二、基於保險醫療資源有限，而醫療技術日新月異及所謂有益於人體之方法繁多，為確保醫療給付之合理性及醫療服務品質，爰於第二項規定相關標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並</p>

<p><u>準之訂定，亦同。</u></p> <p><u>醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。</u></p> <p><u>前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。</u></p>		<p>應以確實可促進人體健康之診療項目，醫療照護作業不違醫病關係、道德價值判斷等倫常，並應具一定之診療效益及保險財務負荷等因素為考量；其中保險財務，包括監理會協定之年度醫療給付費用總額。</p> <p>三、為兼顧被保險人之就醫權益及保險醫療資源效益之極大化，爰於第三項參酌司法院釋字第五二四號解釋意旨及現行實務作業，於不妨礙被保險人適時就醫之前提下，就屬高危險、昂貴或不當使用之醫療服務及藥物，授權保險人得予事前審查；至於審查之項目、方式及基準，亦應明確規定，另行授權於相關法規命令中定之。</p>
<p>第四十一條 保險人應配合主管機關，促進原住民族地區及離島地區之醫療服務。</p>	<p>第三十二條 本保險為維護保險對象之健康及促進原住民族地區暨山地離島地區之醫療服務，<u>主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法及原住民族地區暨山地離島地區醫療服務促進方案。</u></p> <p><u>前項原住民族地區暨山地離島地區之範圍，由主管機關定之。</u></p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合預防保健服務項目回歸公務預算支應，爰刪除現行條文第一項相關規定。又有關原住民族地區及離島地區醫療服務之促進，應加強保險人之參與，以利立法目的之達成，爰予酌修文字。</p> <p>三、原住民族地區及離島地區之範圍劃定，已有原住民族基本法及離島建設條例相關規定可資依循，爰刪除現行條文第二項。</p>
<p>第四十二條 被保險人應自行負擔門診或急診費用百分之二十，居家照護費用之百分之五。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>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><u>前項保險對象應自行負</u></p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。</p> <p>三、有關居家照護應自行負擔費用之比率涉及人民權利義務，爰將本法施行細則第六十條有關居家照護應自行負擔比率，移列第一項併同規</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p><u>第一項被保險人應自行負擔之費用</u>，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><u>第一項轉診辦法、比例及其實施時間</u>，由中央衛生主管機關另定之。</p>	<p>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><u>第一項轉診比例及其實施時間</u>，由中央衛生主管機關另定之。</p>	<p><u>範；為兼顧居家照護為降低健保負擔之照護形式之一及部分負擔之精神</u>，居家照護部分負擔比例或金額調整至<u>百分之五</u>。</p> <p>四、第二項酌作文字修正。</p> <p>五、鑑於第一項並非有關轉診比率及其實施時間之規範，爰將現行條文第三項刪除。</p>
<p>第四十三條 保險醫事服務機構提供給被保險人之藥物，屬於<u>同品質、同有效成分之藥品或同功能類別之特材</u>，保險人得支付同一價格。</p> <p><u>前項藥物屬逾專利期之藥物</u>，保險人應於藥物逾專利期第一年起至五年內，依市場交易情形逐步調降至合理價格，相關價格調降辦法由主管機關訂之。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、基於保險給付應立於品質給付為重要前提，且僅能給付有品質之藥品或特才，因此加入『同品質』之條件。<u>屬於同品質同有效成分、同藥理分類或同功能類別者</u>，保險人得支付同一價格，為顧及被保險人權益，應同時要求衛生署藥政處制定相關藥品抽檢制度，以保障藥品之品質。</p> <p>三、<u>新適應症、舊藥新用或新研發之藥品</u>，何類屬新藥之定義宜明確。</p> <p>四、為免藥價調查爭議，藥價調降應集中逾專利期藥品五年內之藥品，並且逐年調降至一定原支付價成數，以符合健保財務與市場合理價格。</p> <p>五、基於維護被保險人權益，並且藥品或特才之處方或使用均應從規範依適應症與療效給付於不同適應症病人身上，故反對差額負擔。</p>
<p><u>第四十三條之一 保險人得對支付之藥物等特材進行市場交易價格調查</u>，保險醫事服務機構與藥物提供者之交易價差高於健保支付價之<u>百分之十五以上者</u>，除應作為調降藥物支付價格之參考依據</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、為降低不合理之藥價差、藥價差合理化並減少以藥養醫之情形，明定以<u>百分之十五為法定價差</u>，若超過一律得自總額中扣除或調降藥物支付價格。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>外，並應從該保險醫事服務機構總額支付費用中扣除相對一定之比例金額。</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；其實施辦法，由中央主管機關另定之。</p>	<p>一、本條刪除。 二、本條規定內涵各界解讀不一，亦容易引起民眾恐慌，既然本保險施行十年來均未實施，可預見未來亦無實施之環境及條件，爰予刪除。</p>
<p>第四十四條 被保險人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；逾三十日至第六十日，百分之二十；逾六十日起，百分之三十。 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；逾三十日至第九十日，百分之十；逾九十日至第一百八十日，百分之二十；逾一百八十日起，百分之三十。 被保險人於急性病房住院三十日以內或於慢性病房住院一百八十日以內，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，由主管機關公告之。</p>	<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。</p>	<p>一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、將本法施行細則第六十四條有關住院應自行負擔最高金額，區分為每次住院日數與全年住院日數之規定，修正納入第二項。 四、現行條文第三項因於醫療法已有相關規範，爰予刪除。</p>
<p>第四十五條 被保險人有下列情形之一者，免依第四十二條及前條規定自行負擔費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、山地離島地區之就醫。 前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請</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。</p>	<p>一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、配合預防保健服務項目回歸公務預算支應，爰刪除現行條文第一項第三款規定，現行條文第四款移列為第三款；另配合相關修正條文酌</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p><u>重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法</u>，由主管機關定之。</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>修序文所引條次。 四、為符合法律授權明確性之要求，於第二項明定免自行負擔費用辦法之授權範圍及應有內容。</p>
<p><u>第四十六條</u> 符合社會救助法規定之低收入戶成員就醫時，依<u>第四十二條</u>及<u>第四十四條</u>規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算補助。但不經轉診於各級醫院門診就醫者，不予補助。</p>	<p><u>第三十七條</u> 第五類保險對象就醫時，依<u>第三十三條</u>及<u>第三十五條</u>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<u>第三十三條</u>規定轉診就醫者，不在此限。</p>	<p>一、條次變更。 二、現行條文第八條有關被保險人之分類已於修正條文第九條予以簡化，爰予酌修；另配合相關修正條文酌修序文所引條次，並酌作文字修正。</p>
<p><u>第四十七條</u> 被保險人依<u>第四十二條</u>及<u>第四十四條</u>規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險醫事服務機構對被保險人未依前項規定繳納之費用，催繳後仍未繳納時，得通知保險人；保險人於必要時，得對該被保險人暫行停止保險給付。</p>	<p><u>第三十八條</u> 保險對象依<u>第三十三條</u>及<u>第三十五條</u>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>一、條次變更，酌作文字修正。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、配合相關修正條文酌修序文所引條次。</p>
<p><u>第四十八條</u> 下列項目不列入本保險給付範圍： 一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。 二、預防接種及其他由各級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、醫師藥師藥劑生指示藥品。 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</p>	<p><u>第三十九條</u> 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。</p>	<p>一、條次變更，序文酌作文字修正。 二、為與中央政府有所區隔，第一款及第二款酌作文字修正。 三、配合藥事法第八條規定修正第四款文字。 四、依修正條文第三十八條規定，被保險人發生保險事故時，所有醫療及藥物給付項目均已於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中予以明定，凡未列於該二項法規命令者，保險人均不予給付。是以，未來已無由主管機關公告不給付之診療服務及藥品之情形，爰刪除現行條文第十二</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>，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>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><u>十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。</u></p>	<p>款規定。</p>
<p>第四十九條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級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>一、條次變更。</p> <p>二、為與中央政府有所區隔，酌作文字修正。</p>
<p>第五十條 被保險人有下列情形之一者，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，其繼續住院之費用。</p> <p>二、有不當重複就醫或其他浪費醫療資源情形，未依保險人之輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者。但情況緊急時不在此限。</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、違反本保險相關法規有關就醫程序之規定。</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、<u>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。</u></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>一、條次變更，序文酌作修正。</p> <p>二、被保險人雖已領取殘廢給付，惟同一傷病如有繼續治療需求，現行條文第一款規定似欠合理，爰刪除之。第二款遞移為第一款並酌作文字修正。</p> <p>三、為確保保險醫療資源之合理使用，對於有異常或不當使用保險醫療資源之被保險人，修正條文第三十八條第二項授權訂定之醫療辦法已將就醫輔導納入範圍，爰配合增列第二款規定未依保險人之輔導，於指定之保險醫事服務機構就醫者之醫療費用，不予給付。</p> <p>四、第三款規範範圍應包含特材，爰予修正。</p> <p>五、現行條文第四款規定過於寬泛，爰依實務酌作修正，使臻明確。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第五十一條 保險醫事服務機構對被保險人之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向被保險人收取。</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>一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、配合修正條文第六十條第一項，釐清審查權責。 四、保險人得設置醫療服務審查專責單位辦理審查業務。 五、醫事服務機構提供之醫療服務，經保險人審查不予支付之費用，醫事服務機構應自行負責，不得向被保險人收取，爰酌作文字修正，以臻明確。</p>
<p>第五十二條 被保險人有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：</p> <p>一、於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。</p> <p>二、於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。</p> <p>三、於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前二款規定辦理。</p> <p>四、被保險人於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於被保險人之事由，致自墊醫療費用。</p> <p>五、依第四十四條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。</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。</p> <p><u>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。</u></p>	<p>一、現行條文第四十三條第一項移列修正；至於第二項則修正移列為修正條文第五十三條。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。</p> <p>三、為保障被保險人之醫療隱私，並利其申請核退，爰酌修有關申請核退自墊醫療費用程序，改由被保險人直接向保險人申請；另將現行全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點等規定有關緊急及特殊情況所生之醫療費用核退情形納入規範，分款予以列明：</p> <p>(一)為免造成不當鼓勵被保險人前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，於第二款本保險施行區域外之核退，限於不可預期之緊急傷病或分娩之情形，但考量部分特殊情形，授權保險人公告之特殊傷病，其就醫亦得以核退。另於</p>

		<p>臺灣地區外就醫費用之核退金額，由主管機關訂定上限。</p> <p>(二)基於權利義務對等之立場，於第三款規定被保險人於暫行停止給付期間診療或分娩者，必須繳清保險費等相關費用後，始得申請核退自墊之醫療費用；其在非保險醫事服務機構診療或分娩者，除仍應繳清保險費等相關費用外，核退條件並比照第一款及第二款規定辦理。</p> <p>(三)因不可歸責於被保險人之事由，致其自墊醫療費用者，亦宜予核退，始為允當，爰於第四款予以規定。</p> <p>四、配合修正條文第四十四條第二項增訂住院應自行負擔費用全年累計最高金額之規定，爰增列第五款規定。</p>
<p>第五十三條 被保險人依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：</p> <p>一、依第一項第一款、第二款或第四款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起六個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起六個月內。</p> <p>二、依第一項第三款規定申請者，為繳清相關費用之日起六個月內，並以最近五年發生者為限。</p> <p>三、依第一項第五款規定申請者，為次年六月三十日前。</p> <p>被保險人申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件</p>	<p>第四十三條 (第二項) 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>一、現行條文第四十三條第二項移列修正。</p> <p>二、分款明確規定各種核退情形之申請期限。且為使權利義務及早明確化，於第一項第二款規定依該等情形申請者，其核退自墊醫療費用，以最近五年發生者為限。</p> <p>三、至於被保險人申請核退自墊醫療費用應檢具文件、核退基準與核退程序等事宜，另增列第二項授權主管機關以辦法定之。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。		
第五十四條 被保險人不得以同一事故重複申請或受領核退自墊醫療費用。	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。	條次變更，酌作文字修正。
第五十五條 被保險人依第十二條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；保險人應退還被保險人溢繳之保險費。已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用。	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、條次變更，配合相關條文修正所引條次。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、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，爰予修正。
第五十六條 被保險人受領核退自墊醫療費用之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。	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。	一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人，並酌作文字修正。
第六章 醫療費用支付	第五章 醫療費用支付	因應增加第四章，本章序號遞延。
第五十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經監理會決議後，報請行政院核定。	第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。	一、條次變更，酌作文字修正。 二、依本條及修正條文第五十八條規定，保險醫療給付費用總額範圍係由主管機關擬訂範圍並報請行政院核定後，再由監理會依前述核定範圍負責辦理保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。為使監理會之功能得以有效發揮，宜使其於擬訂總額範圍時即得參與其事，是以主管機關於擬訂總額範圍前，得交付監理會研究總額範圍。
	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	一、本條刪除。 二、現行全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會業本精簡原則於修正條文第

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>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>四條規定予以合併，僅設監理會，本條爰予刪除。</p>
<p>第五十八條 監理會應於年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，由主管機關定之。</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率。</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，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。</p> <p><u>第一項醫療給付費用總額訂定後，應由保險人選聘保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表，共同研議總額支付制度推動事宜。</u></p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</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、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>一、條次變更。</p> <p>二、配合全民健康保險監理委員會與醫療費用協定委員會之合併與修正條文第四條有關監理會之職掌，及相關條文條次變更酌修第一項。另為建立收支連動機制，監理會有關協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式時，當得併同考量保險給付範圍，並落實由保險醫事服務提供者代表與付費者代表協商之精神。</p> <p>三、第二項及第三項酌作文字修正。</p> <p>四、為周延現行總額執行之協商機制及利於各地區保險醫事服務機構辦理醫療給付費用總額之協定事項，增列第四項。</p> <p>五、原第四項移列為第五項，並酌作修正。</p>
<p>第五十九條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。</p> <p>前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。</p>	<p>第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。</p> <p>保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。</p> <p>門診藥品費用經保險人</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、配合修正條文第三十八條規定，修正現行第一項所引法規命令名稱，並將第三項遞移為第四項。</p> <p>三、依司法院釋字第五三三號解釋，保險人與保險醫事服務機構間簽訂之合約具有行政契約性質，則保險醫事服務機構對保險人之醫療費用請求權，應屬公法上之請求權，依行政程序法第一百三</p>

保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及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。

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。

十一條規定，除法律有特別規定外，因五年間不行使而消滅。準此，如本法未有特別規定，醫療費用請求權時效即為五年。惟全民健康保險全面實施總額預算，請求時效過長，將導致結算之困難，爰增訂第二項以為特別規定。

四、現行條文第二項遞移為第三項，並補列漏字。

五、現行條文第四項遞移為第五項，並配合全民健康保險監理委員會與醫療費用協定委員會之合併及修正條文第四條有關監理會之職掌，酌作修正。

第六十條 保險人對於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，應遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；必要時，並得委託相關專業機構、團體辦理。

前項醫療服務之審查得採事前、事後及實地審查方式辦理，並得以抽樣或檔案分析方式為之。

醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之。

第一項得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序及權利義務等有關事項之辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。

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。

一、條次變更。

二、保險人所以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，無非係審查其服務之適當性及品質，並據以核付費用；再者，為因應總額支付制度之實施，參照全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第二條第二項有關委由相關機構或醫事團體辦理審查規定，酌修現行條文前段，列為第一項，並將得委託之項目、受委託機構、團體之資格條件、甄選與變更程序及權利義務等有關事項授權辦法列為第四項。

三、現行條文後段授權規定，則移列為第二項及第三項，並將其授權範圍及內容修正明確規定。同時將全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第三條第一項有關醫療服務審查得採行之方式納入規範，使符合實際審查需要，並減少爭議。

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

<p>第六十一條 醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。</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>一、條次變更。 二、配合修正條文第三十八條第一項、第六十條第二項規定及實務需求，酌作修正。</p>
<p>第六十二條 第五十八條第三項之規定得分階段實施，其實施日期，由主管機關定之；未實施前，醫療服務給付項目及支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。</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、條次變更。 二、依現行作業除藥品總額及醫藥分帳制度尚未實施外，各總額均已實施，爰酌作修正；另配合醫療服務給付項目及支付標準之訂定，修正法規命令之名稱。</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>因應增加第四章，本章序號遞延。</p>
<p>第六十三條 保險醫事服務機構之人力配置需符合醫療機構設置辦法之規定，保險醫事機構如下： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、特約醫事檢驗所及醫事放射所。 四、特約物理治療所、心理治療所及職能治療所。 五、特約助產機構。 六、特約精神復健機構。 七、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申請特約之資格、申請作業程序、不予特約之條件、違約之處理及其他有關管理必要事項之辦法，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、特約醫事檢驗機構。 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>一、條次變更。 二、為保障民眾醫療品質，明定特約醫療服務機構其人力配置需符合醫療機構設置辦法。 三、增列心理治療所及助產機構。</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</p>	<p>一、本條刪除。 二、依據行政院衛生署中央健康保險局組織法，已刪除設置聯合門診中心之法源依據</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	全民健康保險開辦一年半後重新評估。	，爰刪除本條規定。
第六十四條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準。 <u>前項特約醫院需每日公佈保險病床使用情形。</u> <u>第一項各特約醫院每月保險病床佔總病床之比率，保險人應每月公布之。</u> 保險病房設置基準及應佔總病床比率及公布方式，由主管機關定之。	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佔總病床比率，由主管機關定之。	一、條次變更。 二、為保障被保險人就醫權益，充分掌握保險病床數量資訊，新增第二、三項條文。
第六十五條 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，不得自立名目向被保險人收取費用。	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。	一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。
第六十六條 保險醫事服務機構應於被保險人就醫時，查核其健保卡；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，保險人應予追還。 <u>但不可歸責於保險醫事服務機構者，不在此限。</u>	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。	一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、保險醫事服務機構應善盡查核被保險人憑證之義務，惟若有不可歸責於保險醫事服務機構者，則不應課責，爰增列但書規定。
第六十七條 保險醫事服務機構於被保險人發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務或協助其轉診，不得無故拒絕其以被保險人身份就醫。	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。	一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、為配合轉診制度之推動，增列保險醫事服務機構應協助被保險人轉診之規定，同時為使文義更臻明確，酌修文字。
	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。	一、本條刪除。 二、有關轉診時病歷摘要之填具，應回歸醫療法處理，爰刪除本條。

<p>第六十八條 保險醫事服務機構對被保險人給予診療後，應交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。<u>並應於診療後提供本保險醫令收據於被保險人。</u></p> <p><u>相關藥品處方與重大檢驗事項應同時記載於健保卡。</u></p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、本條移列自現行條文第三十一條第一項後段，惟有關交付處方箋調劑規定僅規範醫藥分業，無法涵蓋醫事檢驗等其他專業分工，且相關醫事法律除藥事法外，其餘如醫事檢驗師法、物理治療師法等多未就交付處方有所規定，為配合醫療之專業分工及醫事檢驗機構與物理治療所等醫事服務機構之特約，爰修正之。</p> <p>為確保被保險人之權益，明定醫療機構應提供醫令收據於被保險人及將藥品處方及重大檢查記載於保險憑證。</p>
<p>第六十九條 保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用<u>超過一定數額者及醫院層級以上者</u>，應於次年五月三十一日前向保險人提報會計師簽證之財務報告，保險人並應予以公開。</p> <p>前項之一定數額及財務報告之提供程序、格式、內容、公開原則與方式之辦法，由主管機關定之。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、特約醫院財務資訊揭露為保險財源籌措改革方案之一環，而要求健保特約醫院提供財務報表之主要目的，在於提供中央與地方政府、發起人、一般捐助人、債權人、其他提供資源人士，以及主管機關等所關心之資訊。</p> <p>三、惟考量特約醫療院所規模大小不一，要求一律提供財務報告恐非所宜，乃限於當年領取之保險醫療費用超過一定數額者及醫院層級，始應向保險人提報全民健康保險相關財務報告，保險人並得予以公開，爰為第一項規定。</p> <p>四、至於財務報告之提供程序、格式及內容等相關規定，因該財務報告係由保險人為業務上之利用，且不同醫事服務機構類別及不同機構屬性應提供之報告名稱、格式與內容或有不同，應有彈性</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		規定，爰於第二項授權由主管機關以辦法定之。
<p>第七十條 保險人及保險醫事服務機構應定期公布與本保險有關之醫療品質資訊。</p> <p><u>保險人應公開個別與本法有關組成代表會議之會議決議與發言紀錄。</u></p> <p><u>前二項實施辦法及公佈之資訊內容由主管機關邀請相關之專家學者及被保險人代表及民間團體定之。</u></p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、為確保全民健康保險醫療品質，保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊，並將相關實施辦法授權主管機關定之。</p> <p>三、主管機關在訂定實施辦法時，將邀請相關之專家學者、被保險人代表團體、病友團體及民間團體等共同參與。</p>
<p>第七十一條 保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係。</p> <p>主管機關應訂定前項書面契約之定型化契約範本及其應記載及不得記載事項。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、為維護藥品市場競爭秩序，建立公平、合理及透明之交易環境，並取得藥品市場交易之正確資料，於第一項規定領取保險藥品費用超過一定金額之保險醫事服務機構，其藥品交易契約應以書面為之。另考量實務上可能有緊急採購或特殊藥品採購等無法簽訂書面契約之特殊情形，爰併為除外規定。</p> <p>三、第二項課予主管機關規定書面契約應記載及不得記載事項之義務，以確保公平、合理及透明交易環境之落實；另應訂定定型化契約範本，以利引導藥品交易雙方書面契約之簽訂。</p>
第八章 安全準備及行政經費	第七章 安全準備及行政經費	因應增加第四章，本章序號遞延。
<p>第七十二條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：</p> <p><u>一、本保險每年度收支之結餘。</u></p> <p><u>二、保險經費及保險費之滯</u></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><u>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</u></p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、未來之保險收支連動時，即應考量修正條文第七十四條規定，應無需再訂定安全準備提撥之一定比率，爰刪除現行條文第一項第一款。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>納金。</p> <p><u>三、本保險安全準備所運用之收益。</u></p> <p><u>四、依其他法令規定之收入。</u></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><u>之。</u></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>三、依修正條文第三十三條第一項規定，雇主應負擔之保險經費未依期限繳納者，亦需加滯納金，爰將第一項第三款「保險費滯納金」修正為「保險經費及保險費之滯納金」。</p> <p>四、目前菸害防制法及公益彩券發行條例分別規定其收入或收益用途，為供本保險安全準備，又未來尚可能有依其他法令規定之收入將供本保險安全準備，爰增列第一項第四款，將法定收入列為來源。</p> <p>五、第二項未修正。</p>
	<p>第六十四條 政府得開徵菸酒健康福利捐，將其收入之一定比例提列為本保險安全準備。</p> <p>前項菸酒健康福利捐提列一定比例作為本保險安全準備之實施辦法，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>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、目前菸害防制法已定有「菸品健康福利捐應用於全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費……」之規定，且於修正條文第七十二條第一項已增列第四款，規範法定收入可為本保險安全準備之財源。又政府為開徵酒品健康福利捐，將另定法律規範，故本條已無必要，爰予刪除。</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>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、因公益彩券發行條例已針對各種公益彩券發行之盈餘定有「專供政府補助國民年金、全民健康保險準備及社會福利支出之用」之規定，且於修正條文第七十二條第一項已增列第四款，規範法定收入可為本保險安全準備之財源，本條已無規範必要，爰予刪除。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第七十三條 本保險之<u>基金</u>，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、<u>其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</u></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、<u>特約醫院建物整修及擴建之貸款。</u></p> <p>四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。</p>	<p>一、條次變更，並酌修序文文字。</p> <p>二、本保險可作為投資運用之基金數額有限，且本保險開辦以來均未曾以現行條文第三款之方式運用，爰予刪除。</p> <p>三、現行條文第四款遞移為第三款。</p>
<p>第七十四條 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支出為原則。</p> <p>當安全準備金低於一個月的保險給付支出時，由政府編列預算補足之。</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三個月之保險給付總額為原則；<u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、鑑於修正條文第二十三條已規範保險費率由保險人提請監理會審議後，層轉行政院核定後由主管機關每年公告，爰刪除後段規定。</p>
	<p>第六十八條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，編列預算辦理。</p> <p>保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。</p>	<p>一、<u>本條刪除。</u></p> <p>二、配合行政院衛生署中央健康保險局於九十九年一月一日改制行政機關，所需之設備費用及週轉金，得自行編列預算辦理，其額度並依政府財政狀況及立法機關審議決定，已無規範必要，爰予刪除。</p>
<p>第九章 相關資料及文件之蒐集、查閱</p>		<p><u>本章新增。</u></p>
<p>第七十五條 保險人為辦理本保險業務所需之必要資料，得請求相關機關提供之；各該機關不得拒絕。</p> <p>保險人依前項規定所取得之資料，應盡善良管理人之注意義務；相關資料以電腦處理時，其保存、利用等事項，應依電腦處理個人資料保護法之規定為之。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u></p> <p>二、為整合各相關機關持有或保管之資料，以辦理投保、退保及保險經費、保險費計繳等業務，爰於第一項明定各相關機關提供資料之義務及內容。所需之資料初步臚列如下：</p> <p>(一)財政部：個人綜合所得稅課稅資料、營利事業所得稅核定資料、扣繳單位扣繳資料、事業機關扣繳各類所得資料、</p>

- 營利事業扣繳單位資料、營利事業所得稅及個人綜合所得稅更正核定資料、欠費移送行政執行者財產資料。
- (二)國防部、行政院海岸巡防署：應徵集或召集入營服役期間在二個月以上者、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、志願役及義務役軍人資料。
- (三)內政部：全國人民全戶戶籍資料、在臺無戶籍人民資料、替代役役男資料、非現住人口資料、出生及死亡異動資料、交通事故資料。
- (四)行政院勞工委員會：依就業服務法規定許可受雇在臺從事工作之外國人資料。
- (五)法務部：受刑人資料。
- (六)勞工保險保險人：勞工保險投保單位、被保險人、投保薪資、選擇適用勞工退休金制度之勞工資料。
- (七)公教人員保險保險人：參加公教人員保險之機關學校及被保險人資料。
- (八)行政院國軍退除役官兵輔導委員會：無職業榮民、榮民遺眷之家戶代表及其無職業眷屬資料。
- (九)直轄市及各縣市政府：低收入戶資料。
- (十)行政院金融監督管理委員會：強制汽車責任保

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

		<p>險理賠資料。</p> <p>三、由於保險人所取得之資料，涉及個人資料，基於保障個人資料隱私之安全性，爰明定其內部之管控稽核機制，同時資料之保有、處理及利用，應遵循電腦處理個人資料保護法，避免資料外洩。</p>
<p>第七十六條 主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請<u>被保險人、雇主、扣費義務人、第二十八條之學校及保險醫事服務機構</u>提供所需之病歷、診療紀錄、帳冊、簿據、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。<u>被保險人、雇主、扣費義務人、第二十八條之學校及保險醫事服務機構</u>不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p><u>前項相關資料之範圍、調閱程序與訪查、查詢等相關事項之辦法，由主管機關定之。</u></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>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>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>將現行條文第十七條、第六十二條、第八十條為辦理保險業務需要所為之相關訪查、查詢、調閱資料等相關條文，整合為單一條文，並依需要酌作修正。</p>
第十章 罰 則	第八章 罰 則	因應增加第四章及第九章，本章序號遞延。
	<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。</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</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、配合投保單位制度之取消，刪除本條。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	<p>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。</p>	
<p>第七十七條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二至十倍之罰鍰。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。</p> <p><u>保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。</u></p> <p><u>保險醫事服務機構或醫事人員違反本條事實情節重大者，得永不特約。</u></p>	<p>第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、近年來被保險人因求學、經商等原因於國外就醫後返國申請核退之現象逐年增加，惟各國醫療院所品質良莠不齊，為免被保險人與不肖之醫療院所掛勾，以不正當行為或虛偽之證明申請核退醫療費用，爰增列不當或虛偽申請核退醫療費用之處罰，以達遏阻作用。再者，保險醫事服務機構以不當或虛偽申報來領取醫療費用，如以領取之醫療費用為罰鍰計算基礎，常因保險人核付作業所需而有時差，容易產生漏洞，宜予防堵。又處以二倍罰鍰，遏阻作用較低，爰將處罰額度修正為二至十倍，以對情節重大者得予以較嚴重之處分。</p> <p>三、另為保障被保險人知的權利，並遏阻保險醫事服務機構詐領醫療費用，增列第二項規定保險人應公告違規情節重大之保險醫事服務機構之名稱及違法情事等資訊之規定。</p> <p>四、為保障被保險人及其它合法特約醫事機構之權益，累犯之醫事機構、同址建物或醫事人員，列永不特約條款。</p>
<p>第七十八條 <u>保險醫事服務機構違反第六十五條之規定者，應退還已收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之</u></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>一、條次變更。</p> <p>二、配合相關修正條文酌修所引條次，並酌修文字。</p> <p>三、為保障被保險人及其它合</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>罰鍰。 <u>保險醫事服務機構違反第六十五條之規定行為且累計二次以上者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實，並得處以一定期限不予特約。</u></p>		<p>法特約醫事機構之權益，累犯之醫事機構、同址建物或醫事人員，增列一定期限不予特約條款。</p>
<p><u>第七十九條 雇主未依第十八條規定繳納應分擔之保險經費者，保險人得追繳其短繳之保險經費，並按其短繳金額處以二倍至四倍之罰鍰。</u></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： <u>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。</u> <u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、現行條文第八條有關被保險人之分類已於修正條文第九條予以簡化，至於被保險人之保險費計算，亦已於修正條文第二十條等有所規範，爰將本條有關被保險人短報規定刪除。另配修正條文第十八條有關雇主之保險經費繳納規定酌作修正。</p>
<p>第八十條 扣費義務人未依第二十七條規定扣繳被保險人應負擔之保險費者，保險人得限期令其補繳外，並按應扣繳之金額處一倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處三倍之罰鍰。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u> 二、參考所得稅法第一百四十四條，規範扣費義務人違反扣繳義務之處罰，並依補繳之時間不同，處以不同之罰鍰額度。</p>
<p><u>第八十一條 特約醫院之保險病房未達第六十四條所定設置基準或應占總病床之比率者，依其不足數每床處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，保險人並得令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。</u></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>一、條次變更。 二、配合修正違反相關規定之條次。 三、保險特約床不足與其所罰款之間過於比例懸殊，乃至無警示效果，因此提高罰金至相當其獲利金額。</p>
<p>第八十二條 保險醫事服務機構違反第七十一條第一項規定，未簽訂書面契約，或未依主管機關第七十一條第二項規定所定應記載及不得記載事項者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，保險人並得令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。</p>		<p>一、<u>本條新增。</u> 二、明定保險醫事服務機構違反相關行為或不行為義務時之處罰。</p>

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

<p>第八十三條 扣費義務人已依法扣繳保險費，而未依第三十條規定彙報已扣繳保險費金額或填發扣費憑單者，處扣繳金額百分之二十之罰鍰，保險人並得限期令其補報或填發。但最高不得超過新臺幣一萬元，最低不得少於新臺幣一千元；逾期自動申報或填發者，得減免百分之五十之罰鍰。</p> <p>經保險人限期令其補報或填發扣費憑單，扣費義務人仍未依限按實補報或填發者，處扣繳金額三倍之罰鍰。但最高不得超過新臺幣二萬元，最低不得少於新臺幣二千元。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、第一項規定扣費義務人違反第三十條規定之罰則。</p> <p>三、經保險人限期責令補報或填發扣費憑單而未遵行者，於第二項規定其罰鍰額度。</p>
<p>第八十四條 學校未於第二十八條第三項規定之期限前將代收之保險費彙繳保險人者，處新臺幣二千元以上一萬元以下之罰鍰。</p>		<p>一、本條新增。</p> <p>二、學校未依期限彙繳代收保險費時之處罰。</p>
<p>第八十五條 違反第六十七條或第七十六條第一項規定者，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>一、條次變更。</p> <p>二、配合相關修正條文酌修所引條次。</p>
<p>第八十六條 被保險人或其法定代理人故意不依第十四條第一項規定通知保險人者，處新臺幣一千元以上五千元以下罰鍰，於罰鍰未繳清前，暫行停止保險給付。</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>一、配合修正條文第十四條第一項規定酌修罰則，並將「保險對象」改稱「被保險人」。</p> <p>二、有關保險費繳納及欠繳時之暫行停止給付，已另於修正條文第三十五條有所規定，爰併予刪除。</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>前項追繳短繳之保險費</p>	<p>一、本條刪除。</p> <p>二、現行條文第十二條業經刪除，爰配合刪除本條。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

	，以最近五年內之保險費為限。	
	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。	一、 <u>本條刪除</u> 。 二、現行條文第六十二條已移列併同修正為第七十六條，並於修正條文第八十五條規定其罰則，爰將本條刪除。
第八十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。	第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。	條次變更，內容未修正。
	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。	一、 <u>本條刪除</u> 。 二、行政執行法業已施行，有關公法上金錢給付義務之強制執行，應依該法規定辦理，本條已無規定之必要，爰予刪除。
第十一章 附 則	第九章 附 則	因應增加第四章及第九章，本章序號遞延。
	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。	一、 <u>本條刪除</u> 。 二、配合預防保健服務項目回歸公務預算支應，不再由保險人提供，爰配合刪除本條規定。
第八十八條 雇主、繳費義務人、被保險人或保險醫事服務機構積欠本保險相關費用，有隱匿或移轉財產、逃避執行之情事者，保險人得聲請法院就其財產實施假扣押，並得免提供擔保。		一、 <u>本條新增</u> 。 二、為使本保險得永續經營，確保本保險債權之收取，爰參照稅捐稽徵法第二十四條規定，增訂保險人對欠費者，且得聲請法院就其財產實施假扣押，得免提供擔保。
第八十九條 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，由職業災害保險給付。 <u>保險人得接受勞工保險保險人之委託，辦理職業災害保險之醫療給付事宜。</u> <u>前項職業災害保險醫療給付委託之範圍、費用償付及其他相關事項之辦法，由</u>	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。	一、條次變更。 二、現行條文列為第一項。 三、實務上本保險乃受勞工保險保險人之委託，提供職業災害保險之醫療給付，並向其請求償付。爰參酌施行細則第七十條之三相關規定，增列第二項，並於第三項授權訂定辦法。

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>主管機關會同中央勞工保險 主管機關定之。</p>		
<p>第九十條 被保險人發生對第三人損害賠償請求權之保險事故，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：</p> <p>一、汽車交通事故：向強制汽車責任保險保險人請求。</p> <p>二、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求。</p> <p>三、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求。</p> <p>前項第三款所定重大交通事故、公害及食品中毒事件之求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>第八十二條 保險對象因發生保險事故，而對第三人損害賠償請求權者，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：</p> <p>一、汽車交通事故：向強制汽車責任保險保險人請求。</p> <p>二、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求。</p> <p>三、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求。</p> <p>前項第三款所定重大交通事故、公害及食品中毒事件之求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、條次變更，酌作序文之文字修正。</p> <p>二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。</p>
<p>第九十一條 本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
<p>第九十二條 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 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。</p>	<p>條次變更，內容未修正。</p>
	<p>第八十五條 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>一、本條刪除。</p> <p>二、本保險實施已逾十年，本條文已不合時宜，爰予刪除。</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。</p> <p>二、本保險實施已逾十年，本條文已不合時宜，爰予刪除。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第九十三條 第三十三條、第三十五條、第四十七條第二項及第八十六條有關滯納金、暫行停止給付或罰鍰之規定，於被保險人經濟困難資格期間，不適用之。</p>	<p>第八十七條之一 第三十條第一項、第四項、第三十八條第二項及第六十九條之一有關滯納金、暫行拒絕給付、不予核發保險憑證或罰鍰之規定，於被保險人符合第八十七條之五所稱經濟困難資格期間，不適用之。</p>	<p>一、條次變更，酌作文字修正。 二、配合相關修正條文酌修所引條次及內容。</p>
<p>第九十四條 主管機關得編列預算設置<u>紓困基金</u>，供經濟困難，無力繳納保險費之被保險人無息申貸或補助本保險保險費及應自行負擔之費用。</p> <p>前項申貸，除申貸人自願提前清償外，每月償還金額，不得高於開始申貸當時之個人保險費之<u>二倍</u>。</p> <p>第一項基金之申貸資格、貸款條件、償還期限與償還方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。</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，以供符合第八十七條之五所稱經濟困難無力繳納保險費之被保險人無息申貸本保險保險費及應自行負擔之費用。<u>基金之收支、保管及運用辦法，由行政院定之。</u></p> <p>前項基金之申貸資格、貸款條件、償還期限與償還方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之，<u>惟除申貸人自願提前清償外，每月償還金額不得高於開始申貸當時之個人保險費的兩倍。</u></p> <p><u>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。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、配合相關修正條文酌修第一項所引條次；另基金之收支保管及運用辦法由行政院定之之規定，預算法已有明文，爰配合刪除。又目前紓困基金之來源，主要是向全民健康保險安全準備融資借款，但因醫療支出成長高於保險費收入，造成安全準備不足，現階段已低於本法所規定之下限，無法長期貸與紓困基金。且依司法院釋字第四七二號解釋，對於無力繳納健保費者，國家應給予適當之救助，其性質實屬社會救助，應由政府編列預算，以符合其精神，爰刪除現行條文第一項基金「由本保險安全準備貸與一定金額」之規定及第三項。 三、配合菸品健康捐撥入經費之預算編列係合併於紓困基金，爰增列第一項中基金用途。 四、第二項前段移列第三項，後段酌作文字修正，以臻明確。</p>
	<p>第八十七條之三 因經濟困難或無力繳納保險費而未在保者，主管機關應責命保險人及投保單位，輔導其完成投保手續。</p>	<p>一、本條刪除。 二、為輔導自始未加保之經濟困難保險對象有關保費優惠方案，已於九十三年六月五日屆滿，本條文已不合時宜，爰予刪除。</p>

立法院第7屆第5會期第10次會議議案關係文書

<p>第九十五條 <u>第九十三、九十五條所定經濟困難，其認定標準，由主管機關參照中央社政主管機關所訂之相關社會救助標準定之。</u></p>	<p>第八十七條之五 <u>第八十七條之一、第八十七之二條及前條所稱經濟困難及經濟特殊困難之認定辦法，由主管機關定之。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、配合相關修正條文酌修所引條次並規定經濟困難之認定標準由主管機關定之。</p>
<p>第九十六條 <u>依本法中華民國○年○月○日修正施行前第八十七條之四第一項及第二項規定申請延緩繳納保險費或清償貸款者，保險人應定期查核被保險人之清償能力。</u></p>	<p>第八十七條之四 <u>本法九十二年六月六日修正施行前，符合第八十七條之五所稱經濟困難資格且未辦理投保手續者，如自本法九十二年六月六日修正施行之日起一年內辦理投保手續，應自投保之日起繳納保險費，其辦理投保前依本法規定應補繳之保險費，得向保險人申請延緩繳納。但上開人員自本保險八十四年三月一日開辦之日起，未在保達四年以上，且符合第八十七條之五所稱經濟特殊困難者，其辦理投保前應補繳之保險費，免予繳納；其因就醫而已自行繳付之醫療費用，不得申請核退。</u></p> <p><u>被保險人已依第八十七條之二規定，申貸本保險相關費用者，自本法九十二年六月六日修正施行之日起一年內，得申請延緩清償貸款。</u></p> <p><u>依前二項規定申請延緩繳納保險費或清償貸款者，保險人應定期查核保險對象之清償能力；其具清償能力經保險人以書面通知繳納而不繳納者，依法移送強制執行。</u></p>	<p>一、條次變更。 二、配合修正條文第七條及第八條規定，將保險對象改稱為被保險人。 三、配合相關修正條文酌修所引條次。 四、對於經濟困難者之申請延緩繳納、經濟特殊困難者之免予繳納，與申請延緩清償貸款之情形，實施期限已屆滿，爰刪除現行條文第一項與第二項。 五、將第三項文字酌作修正，並規範適用情形為本法修正公布前之申請延緩繳納保險費或清償貸款者。</p>
<p>第九十七條 <u>本法○年○月○日修正之條文施行前，本保險短絀數，由中央主管機關五年內分年編列預算撥補之；其所需經費來源，得以舉</u></p>		<p>一、本條新增。 二、為達到二代健保永續發展，明定修法前之健保短絀金額，由中央主管機關於五年內分年編列預算撥補。</p>

立法院第 7 屆第 5 會期第 10 次會議議案關係文書

<p><u>借債務或出售政府所持有事業股份方式辦理，不受公共債務法第四條第五項與預算法第二十三條規定之限制。</u></p>		
<p>第九十八條 本法施行細則，由主管機關定之。</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>條次變更，文字酌作修正。</p>
<p>第九十九條 <u>本法自公布後一年施行。</u></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>一、條次變更。 二、鑑於保險費按所得總額計收新制涉及本保險承保、資訊、財務作業之改革，影響層面甚廣且鉅，溝通宣導及準備相關配套措施需時，爰將本法修正條文之施行，明定於法通過一年後實施。</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、<u>本條刪除</u>。 二、本保險實施已逾十年，本條文已不合時宜，爰予刪除。</p>