

112年部分負擔調整問答集

中央健康保險署

112/11/22 第十版

112/10/25 第九版

112/9/23 第八版

112/7/28 第七版

112/7/07 第六版

112/6/21 第五版

112/6/16 第四版

112/6/02 第三版

112/5/25 第二版

112/5/17 第一版



衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

問題1

若民眾到醫學中心開立藥單為交付調劑，民眾到特約藥局領藥時，需付的藥品部份負擔為醫學中心的藥品部分負擔，還是基層部分負擔？

本署說明

- ▲ 以開立藥品處方院所層級計收藥品部分負擔，故以醫學中心藥品部分負擔計收。

問題2

慢性病連續處方箋首次調劑為釋出到特約藥局調劑，藥品部分負擔是在開立之醫療院所收取？還是到社區藥局領藥再收取？

本署說明

- ▲ 慢性病連續處方箋部分負擔收取方式比照現行一般處方箋收取，由調劑的社區藥局收取藥品部分負擔。

問題3

居家照護是否需另外加計藥品部分負擔？

本署說明

- ▲ 按健保法第43條第1項規定，保險對象應自行負擔居家照護醫療費用之5%。
- ▲ 居家照護醫療費用指扣除藥費與藥事服務費(另依門診藥品部分負擔計收)以外之費用，包含各類醫事人員訪視費、檢驗(查)費等，除符合免收或減免部分負擔外，未區分醫院層級或身分別，皆以5%計收；藥品部分負擔則依提供服務(就醫)之院所層級別收取，若為中低收入戶或身心障礙者，則依基層診所計收方式收取。
- ▲ 倘健保相關計畫另有規定者，依該計畫內容計收(例如居家整合照護計畫、PAC計畫等)。
- ▲ 依據本署112年11月10日「研商中醫同一療程每次就醫藥品部分負擔計收疑義」溝通會議決議，居家醫療照護整合計畫之中醫同一療程案件藥品部分負擔，當次療程期間同一藥品部分負擔可採分次計收，合併申報毋需合併計收藥品部分負擔。

問題4

原本免部分負擔的對象是否不變？

本署說明

- ▲ 如屬原法定免除部分負擔(重大傷病、分娩、山地離島地區就醫)，或相關單位補助部分負擔者(無職榮民、榮民遺眷、低收入戶等)，可免除部分負擔。
- ▲ 醫療資源缺乏地區減免20%部分負擔之規定也適用於藥品及急診部分負擔。

問題5

持慢性病連續處方箋調劑(開藥27天以下)，藥品部分負擔如何計收？

本署說明

▲ 持慢性病連續處方箋調劑(開藥27天以下)者，每次調劑仍須按規定繳交門診藥品部分負擔。

*依91/1/29健保醫字第0910013602號函釋，停經症候群比照每次給藥28天以上之慢性病連續處方箋(以主次診斷認定)。

問題6

全民健康保險慢性疾病範圍中之「停經症候群」，一次療程為28天，而每次療程之服藥天數為21天，此種情形是否視同開給慢性病連續處方箋(28天以上)，第2、3次以後調劑免收藥品部分負擔？

本署說明

- ▲ 「停經症候群」以主次診斷認定，一次療程為28天，而每次療程之服藥天數為21天，此種情形開給慢性病連續處方箋可免收第2、3次調劑藥品部分負擔；中低收入/身心障礙者第1次調劑，比照基層開立免收藥品部分負擔。
- ▲ 惟適用上開情形之藥物，由於各種新藥納入健保給付品項或改不給付或變更給付規定之情形，異動頻繁，尚難逐一系列藥品代碼，建議由診治醫師專業判斷認定。

問題7

依據血液透析支付標準規範，血液透析點數包含技術費、檢驗費等項目，其所包含項目係採內含項目進行申報，請問該類內含項目是否要收取藥品部分負擔？

本署說明

- ▲ 血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，另全民健康保險醫療費用審查注意事項中亦規定：「其尿毒症相關治療（包括簡單感冒藥）及檢查應包括於血液透析費用內」。
- ▲ 故血液透析病人因尿毒症之相關用藥，應屬該次血液透析治療之內含費用，無須另外計算藥品部分負擔，惟屬血液透析額外之門診藥品處方，則須計收部分負擔。

問題8

慢性病連續處方箋也要收取部分負擔嗎？

本署說明

- ▲ 醫院開立之慢性病連續處方箋，第一次調劑同一般藥品處方箋收取藥品部分負擔。
- ▲ 為鼓勵分級醫療，基層院所開立之慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔。

問題9

開立慢性病連續處方箋首次會加收藥品部分負擔，如果慢性病人遠洋出海或出國依規定可一次領取慢箋用藥時，那加收藥品部分負擔該如何算？

本署說明

- ▲ 僅收取慢性病連續處方箋第一次調劑所需計收之藥品部分負擔。
- ▲ 為鼓勵分級醫療，基層院所開立之慢性病連續處方箋第一次亦免收藥品部分負擔。

問題10

慢性病連續處方箋開立日於公告生效之前，於公告生效日之後第一次調劑藥品，這樣須收取部分負擔嗎？

本署說明

- ▲ 考量民眾權益與法律不溯及既往，故慢性病連續處方箋開立日期於公告生效日前，其第一次調劑仍維持免收部分負擔。

問題11

如何判斷民眾為中低收入戶或身心障礙者，如何計收門診藥品或急診部分負擔？

本署說明

- ▲ 中低收入戶由院所讀取健保卡「保險對象身份註記」，其顯示代碼為「4：中低收入戶」。
- ▲ 身心障礙者於就醫時出示相關證明。

問題12

中低收入戶或身心障礙者，不受本次部分負擔調整影響，是甚麼意思？

本署說明

- ▲ 中低收入戶及身心障礙身分者，因急診部分負擔改為依醫院評鑑等級計收，故如於醫學中心看急診且檢傷1-2級者，會較以前增加100元，餘維持原計收金額如下表。

層級別	門診藥品部分負擔			急診部分負擔
	一般藥品	慢箋第一次調劑	慢箋第二次以後	
醫學中心	以20%計收 100元以下免收； 最高收200元	免收	免收	550
區域醫院				300
地區醫院				150
基層診所				150

問題13

醫療資源缺乏地區的部分負擔應如何計收？依照基層收取嗎？

本署說明

- ▲ 院所至醫療資源不足地區執行巡迴計畫，門診基本應自行負擔費用、門診藥品應自行負擔費用，比照診所門診應自行負擔費用收取。
- ▲ 若位於符合全民健康保險法第43條第4項所訂醫療資源缺乏地區，依全民健康保險法施行細則第60條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免20%。
- ▲ 因本次部分負擔診所層級不調整，故醫療資源不足地區巡迴計畫比照基層部分，亦不受影響。

問題14

醫學中心的中醫應如何收取藥品部分負擔？

本署說明

- ▲ 本次部分負擔新制，中醫總額案件係比照基層診所收取藥品部分負擔，藥費100元以下免收，100元以上每增加100元，加收20元，上限收取200元；慢性病連續處方箋第一至三次調劑，免收藥品部分負擔。

問題15

請問中低收入、身心障礙及法定補助免除門診藥品部分負擔慢連箋第一次調劑免收，是單指28天以上的慢性病處方箋嗎？

本署說明

- ▲ 依現行預告內容『中低收入戶及身心障礙者持開藥二十八天以上之慢性病連續處方箋調劑，免計應自行負擔之門診藥品費用』，故此類病人開藥二十八天以上之慢性病連續處方箋，皆免除門診藥品部分負擔。

問題16

區域級以上醫院藥品100元以下須自付10元，若今天藥品費只有2元，也要部分負擔10元，這種情況「部份負擔」就不是「部份的費用要自行負擔」要如何向民眾說明？

本署說明

- ▲ 本次部分負擔新制為鼓勵民眾輕症可至地區醫院或基層診所就醫，達到引導分級醫療及妥善利用醫療資源目的。
- ▲ 為使區域級以上醫院回歸急重症醫療照護，故訂定藥費100元以下自付10元。

問題17

中醫支付標準第八章特定疾病門診加強照護C05-C09規定每月限申報一次，非屬同一療程，病患接受每次治療處置皆需過卡且取卡號並收取門診基本部分負擔，照護期間若有開藥該如何計收藥費部分負擔？

本署說明

- ▲ 中醫支付標準第八章特定疾病門診加強照護之診療項目C05-C09「特定疾病門診加強照護處置費—腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置1-3次/4-6次/7-9次/10-12次/13次以上)」，每月限申報一次，照護處置費包括中醫診察費、針灸或傷科治療費。另藥費及藥品調劑費則依中醫支付標準第二、三章規定辦理。
- ▲ C05-C09雖係針對特定疾病進行多次門診加強照護，惟非屬同一療程案件，爰門診基本部分負擔及藥品部分負擔依個案每次回診就醫分次收取，續依支付標準規定每月申報一次(將該月各次就醫合併於1筆申報)，因該筆申報資料可能含多次就醫，爰該筆申報資料之藥品部分負擔合計欄位可能超過200元(每次就醫藥品部分負擔上限)。

問題18

健保署部分負擔代碼N20、N24提及中醫傷科認定，建議應公告中醫傷科之定義(如以醫令碼或中醫師專科等)，以減少醫院辦理之疑慮。

本署說明

- ▲ 中醫傷科治療同一療程第2-6次，每次治療需自行負擔50元，惟針灸合併傷科治療比照針灸，同療程自第2次起不收取部分負擔。
- ▲ 本署「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」之中醫傷科範圍係依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫之診療項目編號認定，包含一般傷科（E01-E02）及複雜性傷科（E03-E14）。

問題19

醫師開立高眼壓及青光眼眼用製劑每次給予21天用藥量之慢性病連續處方箋，是否比照每次給予28天用藥量之慢性病連續處方箋計收部分負擔？

本署說明

- ▲ 查全民健康保險醫療辦法第14條第2項規定，青光眼屬慢性病範圍，得開立慢性病連續處方箋，惟依藥品給付規定14.1.高眼壓及青光眼用製劑之第1點多次使用包裝規定，其依規格量、單/雙眼或每天使用頻率不同，其每次給藥量亦隨之不同，以規格量 $\leq 3\text{mL}$ ，一天點一次為例，雙眼得每3週處方1瓶。
- ▲ 依據前項處方藥量規定及點眼液包裝特性，為利醫師處方及本類慢性病病人權益，本類藥品如係開立可連續調劑2次以上，且每次處方天數21天以上之慢性病連續處方箋，得比照每次給予28天用藥量之慢性病連續處方箋計收藥品部分負擔，即診所開立之慢性病連續處方箋免收藥品部分負擔，醫院層級開立之慢性病連續處方箋，第1次調劑收取藥品部分負擔，第2、3次調劑免收藥品部分負擔。

問題20

處方箋所列部分負擔優免身分與領藥時讀取健保卡身分不符時，應如何處理？

(如：處方箋列為一般身分、但病人領藥時出具身心障礙證明)

本署說明

- ▲ 應以處方箋所記載部分負擔代碼所對應之身分別 (即依開立當天之身分)為主；若處方上未記載部分負擔代碼，先以病人健保卡所載身分判斷，並將未記載部分負擔代碼之開立處方院所提供分區業務組，以利輔導改善其處方箋登載內容。
- ▲ 若病人對於原處方記載之身分別有異議，建議洽原處方機構確認。

問題21

如果醫院批價時收了慢連箋第一次的部分負擔，但民眾未在醫院領藥，而去藥局，藥局要收部分負擔嗎？

本署說明

- ▲ 醫院開立的慢性病連續處方箋，第一次調劑比照一般處方藥品處方箋收取藥品部分負擔，若藥品部分負擔已於醫院收取，請病人回原開立醫院領藥；若因醫院缺藥而須至藥局領藥，仍請民眾與醫院連繫確認藥品調度或退費事宜。

問題22

民眾在醫院看診開立3個月慢性病連續處方箋並釋出調劑，表示其第一次調劑還有藥故不領取，只要領第2、3次處方，是否就不用付藥品部分負擔？

本署說明

- ▲ 依醫療辦法第23、24條規定，慢性病連續處方箋於處方有效期間內首次調劑，即依規定收取第一次調劑之藥品部分負擔，並依醫療辦法於上次給藥期間屆滿前10日內，始得憑原處方箋再次調劑。
- ▲ 請藥局調劑時，詳加確認病人調劑狀況及善用健保醫療資訊雲端查詢系統，並適時衛教民眾應遵醫囑按時服藥。

問題1

基層診所本次不調整部分負擔收取方式，其申報格式是否調整？

本署說明

- ▲ 考量九成以上院所已以新版門診申報格式進行預檢，且門診係以同一格式申報，爰以新版門診申報格式調整影響幅度最小。
- ▲ 基層診所如有開立藥品且有收取藥品部分負擔者，則仍需配合新版門診申報格式新增基本及藥品部分負擔欄位(d57及d58欄位)，反之，則無需新增欄位。

問題2

藥局調劑院所交付之一般藥品及慢性病連續處方箋，藥品費用如何申報？

本署說明

- ▲ 如藥局同時執行一般藥品及慢性病連續處方箋第一次調劑，以案件分類1(一般處方調劑或一般處方調劑(含原處方服務機構為地區醫院、區域醫院、醫學中心之慢性病連續處方箋第一次調劑))進行申報，並依藥品部分負擔金額認定填報部分負擔代碼I20(須加收藥費部分負擔)或I21(基層診所、地區醫院交付案件藥費一百元以下免加收藥費部分負擔者)。
- ▲ 如一次領取慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報，第一筆申報案件分類1，部分負擔代碼I20或I21；第2筆以後申報案件分類2(慢性病連續處方箋調劑(原處方服務機構為基層診所)或慢性病連續處方箋第二次(含)以後調劑(原處方服務機構為地區醫院、區域醫院、醫學中心等))，部分負擔代碼I22(符合本保險藥費免部分負擔範圍規定者，包括基層診所交付慢性病連續處方箋案件、醫院交付慢性病連續處方箋第二次(含)以後調劑案件、牙醫案件、門診論病例計酬案件)。

問題3

於門診一次領取慢性病連續處方箋藥品費用如何申報？

本署說明

- ▲ 如於門診一次領取一般藥品或慢性病連續處方箋總用藥量，應分開列報：
1. 第一筆申報案件分類04(西醫慢性病)、24(中醫慢性病)，並填報「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」、「藥品給藥日份」(慢性病連續處方箋第一次調劑天數)及「特定治療項目代號」。
 2. 第二筆申報案件分類08(慢性病連續處方調劑)、28(中醫慢性病連續處方調劑)，並填報「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」、「藥品給藥日份」(慢性病連續處方箋第二次以後調劑天數)及「特定治療項目代號」。
 3. 慢性連續處方箋一次領取之就醫序號應比照分次領藥規定填報，慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者，其第二次至第四次分別以就醫序號IC02、IC03、IC04申報。

問題4

「低收入戶」是否為申報(申報格式)之代辦費用之填報點數，而非實際向民眾收取之藥品或急診部分負擔？

本署說明

- ▲ 依全民健康保險法第49條，低收入戶之部分負擔由社政單位編列預算支應，且於各層級別院所皆維持現行部分負擔收取方式(相同金額及級距上限)。保險對象為低收入戶身分就醫，申報格式各欄位填報如下：
 1. 「部分負擔代碼(d15)」：003(合於社會救助法規定之低收入戶之保險對象，屬免部分負擔代碼)。
 2. 「行政協助項目部分負擔點數(d43)」：應收之合計部分負擔點數。

問題5

有關預檢系統已更新，但下載出來的欄位僅有「最小預檢日」、「最大預檢日」、「預檢正確次數」及「預檢錯誤次數」，僅能從最大預檢日看出醫院是否進行新版預檢，但無法知道該院新制預檢結果是正確或錯誤，請問能否請署本部提供能辨別的方式？

本署說明

- ▲ 本署醫療費用預檢平台業於112年5月19日起更新「新制部分負擔預檢」檢核邏輯（測試用案件請以就醫日期111年5月15日（含）以後進行測試），院所可於VPN選擇「新制部分負擔預檢」測試，並於「預檢醫療費用申報收件狀況查詢」知悉是否完成預檢，查詢處理狀況顯示「檢核正確」則表示預檢完成。

問題6

傷口換藥(同一療程)的第2次免部分負擔。以前這類個案的d15欄位(部分負擔代號)，會填009。現在若是中低收入戶，這欄也是填009嗎？

本署說明

- ▲ 中低收入戶請依同一療程規定辦理申報作業，民眾於同療程第二次後（含第二次）之治療，除其他例外規定外(如復健治療(簡單-中度物理治療)、中醫傷科等應自行負擔費用)，無須再繳交部分負擔費用，並以部分負擔代碼009填報。

問題7

- 1.請問代碼A14(無基本負擔，有藥品基本負擔)，指的是何種情形？
- 2.中低收入戶有收基本負擔無藥品代碼？
- 3.代碼A20 有基本負擔無藥，一般門診加復健，跟代碼A24 一般門診加藥品或復健，有何區別？

本署說明

- ▲ 如有慢性連續處方箋(開立27天以下)第二次或第三次調劑無收取基本部分負擔，須加收藥品部分負擔等情境，可以部分負擔代碼A14申報。
- ▲ 中低收入戶僅收取基本部分負擔(無執行復健、未開立藥品且未經轉診)請以A12申報。
- ▲ 依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」註10說明，A20為一般門診加復健(無收取藥品部分負擔)，A24為一般門診加藥品或復健(須加收藥品部分負擔)。

問題8

居家照護個案且開立藥品者，調劑時如何辨識其身分別，並收取藥品部分負擔？

本署說明

▲ 若為居家照護個案且開立藥品者，其部分負擔代碼為K20，請循就醫時判斷病人身分方式，中低收入戶讀取健保卡身分註記、身心障礙者出示相關證明文件，其他免部分負擔則依原現行方式辦理。

問題9

藥局部分負擔申報情境？

本署說明

▲ 藥局調劑院所交付之一般藥品及慢性病連續處方箋申報方式如下：

▲ 1. 慢性連續處方箋調劑或

慢性連續處方箋一次領取(分開列報)

▲ 2. 一般藥品及慢性連續處方箋

原處方機構	慢性連續處方箋(開立28天以上(含)) 調劑序號	案件 分類	部分負擔 代碼
醫學中心	第一次	1	I20
	第二次以後	2	I22
區域醫院	第一次	1	I20
	第二次以後	2	I22
地區醫院	第一次	1	I20或I21
	第二次以後	2	I22
基層診所	第一次	2	I22
	第二次以後	2	I22

原處方機構	慢性連續處方箋(開立28天以上(含)) 調劑序號	案件 分類	部分負擔 代碼
醫學中心	第一次	1	I20
	第二次以後	2	I22
區域醫院	第一次	1	I20
	第二次以後	2	I22
地區醫院	第一次	1	I20或I21
	第二次以後	2	I22
基層診所	第一次	1	I22
	第二次以後	2	I22

問題10

中醫針傷科治療同一療程期間另分次開給內服藥品，藥品部分負擔計收疑義：

- 1.同月執行：合併計收之藥品部分負擔上限是否為200元？
- 2.跨月執行分次計收：藥品部分負擔上限？是否須併同前次療程開立之藥品計算收取差額

本署說明

- ▲ 依據本署112年11月10日「研商中醫同一療程每次就醫藥品部分負擔計收疑義」溝通會議決議，為避免藥物浪費及考量院所作業便利性，若中醫同一療程中，分次由醫師診視後再開給內服藥品，當次療程期間同一藥品部分負擔可採分次計收，合併申報毋需合併計收藥品部分負擔。
- ▲ 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之中醫同一療程案件藥品部分負擔，同上述原則辦理。
- ▲ 本署97年2月4日健保醫字第0970001907號及同年4月11日健保醫字第0970021766號函釋案，自即日起停止適用。

問題11

開立慢箋27天以下(含27)，因第2、3次領藥皆要收取藥品部分負擔，其2、3次領藥新制部分負擔代碼是否為一般身份B14、殘障身分B17、中低身分B1P？

本署說明

- ▲ 慢性連續處方箋(開立27天以下)第二次或第三次調劑無收取基本部分負擔，須加收藥品部分負擔等情境，一般身分、持身心障礙手冊、中低收入戶至區域醫院分別以部分負擔代碼B14、B17、B1P申報。

問題12

- 1.中低收入戶若為一般門診無開立藥品及復健，部分負擔代碼填報A1P還是A12？基本部分負擔金額為420或為0？
- 2.身心障礙若為一般門診僅開立藥品，基本部分負擔金額是否應有金額不為0？
- 3.普通身分若為一般門診僅開立藥品，基本部分負擔金額是否應有金額不為0？
- 4.若當次就醫有開立檢驗檢查且當月未施做，當月是否一定要將未施做檢驗檢查項目以醫令類別4及慢性病連續處方箋、同一療程及排檢查案件註記3申報？

本署說明

- ▲ 1.中低收入戶一般門診收取基本部分負擔(無開立藥品、無執行復健且未經轉診)請以部分負擔代碼A12申報。
- ▲ 2.身心障礙者僅持藥單(無收取基本部分負擔、無執行復健且未經轉診)請以部分負擔代碼A17申報。
- ▲ 3.一般身分保險對象僅持藥單(無收取基本部分負擔、無執行復健且未經轉診)請以部分負擔代碼A14申報。
- ▲ 4.依門診申報格式註6規定，排程檢查跨月實施，就醫日之費用與排程檢查之費用分開列報，就醫當日請將排程檢查之檢查項目填於醫令清單段之欄位「藥品(項目)代號」欄位，於「醫令類別」欄位填寫代碼「4」(不另計價)，且不得列報點數，並於「慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記」欄位填寫代碼「3」(排程檢查(或檢驗)案件)。

問題13

特約院所醫師支援居家護理機構提供居家訪視服務，併開給保險對象之處方箋，保險對象選擇至開立處方醫師之執業院所領藥，部分負擔應如何收取？

本署說明

- ▲ 按本類案件院所僅受理處方調劑，應無「門診基本部分負擔」之發生，僅有是否有收取藥品部分負擔之情形，爰依本保險門診部分負擔規定，依對象及開立處方院所層級別填報如下：

身分別/層級別	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
一般身分	A14	B14	C14	
持殘障手冊	A17	B17	C17	D14
中低收入戶	A1P	B1P	C1P	

- ▲ 藥品部分負擔收取方式，依開立處方之院所層級別與身分別，循現行規定收取。
- ▲ 若有開藥但經計算免收藥品部分負擔，則部分負擔代碼填報009。

問題14

有關中醫門診，以區域醫院為例，以下情境應如何申報部分負擔代碼？
(1)看內科拿藥(2)開立慢箋(3)出國切結一次領取(4)針灸(5)傷科看診

本署說明

- ▲ (1)於區域醫院中醫門診收取基本部分負擔(無收取藥品部分負擔)請以部分負擔代碼Q10申報，如僅持藥單且須收藥品部分負擔(無收取基本部分負擔)則以部分負擔代碼Q14申報。
- ▲ (2)中醫維持慢性病連續處方箋(28天(含)以上)第一至三次調劑，免收藥品部分負擔，爰如於區域醫院中醫門診看診並領取第一次慢性病連續處方箋，則僅收取基本部分負擔(無收取藥品部分負擔)，請以部分負擔代碼Q10申報。
- ▲ (3)同第2點
- ▲ (4)於區域醫院中醫門診看診並執行針灸治療，如有收取基本部分負擔(無收取藥品部分負擔)請以部分負擔代碼Q10申報，如同時開立藥品，須視有無加收藥品部分負擔判定，加收藥品部分負擔者以Q24申報，若無加收者仍以Q10申報。
- ▲ (5)於區域醫院門診接受中醫傷科治療，同一療程自第二次起，每次治療自行負擔50元(無收取藥品部分負擔)，請以部分負擔代碼Q20申報，如有加收藥品部分負擔則以部分負擔代碼Q24申報。

問題15

若療程跨月實施，採按月分別申報，當月療程已收藥品部分負擔200，則跨月療程有開立藥品的話，應如何申報？

本署說明

- ▲ 藥品部分負擔上限係以同次就醫藥費計算，同一療程亦屬同次就醫，故上限亦依其總額別及就醫層級別計，跨月之同一療程亦同。
- ▲ 中醫跨月執行療程者，依據本署112年11月10日「研商中醫同一療程每次就醫藥品部分負擔計收疑義」溝通會議決議，為避免藥物浪費及考量院所作業便利性，若中醫同一療程中，分次由醫師診視後再開給內服藥品，當次療程期間同一藥品部分負擔可採分次計收，合併申報毋需合併計收藥品部分負擔。

問題16

有關中醫特定疾病門診加強照護(30案件)及中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫等試辦計畫(22案件)，其療程中藥品部分負擔合計也不能超過 200 上限嗎？

本署說明

- ▲ 查涉療程之中醫總額醫療照護試辦計畫包含特定癌症患者中醫門診加強照護計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，倘是類診療項目已包含藥費，院所須填報「藥品給藥日份」，並以現行中醫支付標準每日藥費支付點數計，按實際給藥費用收取藥品部分負擔金額。
- ▲ 另查中醫特定疾病門診加強照護及部分中醫試辦計畫訂有每日藥費或得另行申報中醫支付標準A21「每日藥費」倘係每次就醫申報，藥品部分負擔上限為200元，倘係多次就醫合併申報，該筆申報資料之藥品部分負擔合計欄位可能超過 200 元。

問題17

部分試辦計畫(如中醫提升孕產照護品質計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫)為包裹式給付，P碼費用中已內含診察費、藥費、藥服費等，故藥費點數為0，其藥品部分負擔欄位(d58)該如何填報？

本署說明

- ▲ 查涉療程之中醫總額醫療照護試辦計畫包含特定癌症患者中醫門診加強照護計畫、中醫提升孕產照護品質計畫、中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，倘是類診療項目已包含藥費，院所需填報「藥品給藥日份」，並以現行中醫支付標準每日藥費支付點數採計，按實際給藥費用收取藥品部分負擔金額。

問題18

出國一次領取慢性處方箋分開列報，應如何註記H8?(西醫-持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件)

本署說明

- ▲ 依「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」註7規定，持慢性病連續處方箋一次領取2個月或3個月用藥量案件，如分開列報：
 - ▲ 第一筆申報請填報案件分類「04(西醫慢性病)、24(中醫慢性病)」，並填報「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」、「藥品給藥日份」及「特定治療項目代號」(請依一次領取慢連箋總給藥量之特殊情況填報特定治療項目代號，如預定出國且提供切結文件一次領取2-3個月用藥量者請填H8)；
 - ▲ 第二筆以後則填報案件分類「08(慢性病連續處方調劑、28(中醫慢性病連續處方調劑)」，並填報「慢性病連續處方箋有效期間總處方日份」、「藥品給藥日份」及「特定治療項目代號」(填報方式同上)。

其他

問題1

承作矯正機關之保險特約醫事服務機構，於矯正機關內之門診，新制部分負擔應如何收取？

本署說明

- ▲ 按全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第七條：收容對象於矯正機關內門診就醫，其應自行負擔之費用，依基層醫療單位層級計收。
- ▲ 故不論是門診基本部分負擔、門診藥品部分負擔皆依基層醫療單位層級計收。
- ▲ 又為落實分級醫療，基層診所之慢性病連續處方箋不收取部分負擔。

其他

問題2

符合各縣市政府認定之中低收入戶但健保卡未註記或身心障礙者未攜帶相關證明，衍生的自墊醫療費用如何退費？

本署說明

- ▲ 依「全民健康保險法(下稱本法)」第1及第55、56條規定略以，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，故保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用者，請於門、急診治療當日或出院之日起6個月向本署申請自墊醫療費用核退。
- ▲ 申請應檢附之書據：全民健康保險自墊醫療費用核退申請書、收據正本及費用明細、弱勢族群身分之相關證明文件，視需另備戶口名簿影本(未成年)、死亡證明文件、法定繼承聲明書、法定繼承或受託人身分證明...等。
- ▲ 更多申請自墊醫療費用核退資訊，請至本署網站查詢(www.nhi.gov.tw/健保服務/健保醫療費用/就醫費用與退費/自墊醫療費用核退)。

其他

問題3

衛福部1120114745號公告中的註1「中低收入者」的定義:指符合社會救助法規定之中低收入戶及符合老人參加全民健保無力負擔費用補助辦法規定之年滿70歲中低收入老人。詢問：前述說明是指符合其中任一條件則為中低收入者；還是二者都需符合才算中低收入者？

本署說明

▲ 符合任一條件即屬中低收入者。

其他

問題4

讀卡機控制軟體即時查保功能，適用之讀卡機控制軟體版本為何？

本署說明

- ▲ 讀卡機控制軟體即時查保功能，適用5.1.5.0版以上之讀卡機控制軟體，適用健保專屬讀卡機、一般晶片讀卡機。
- ▲ 3.X版讀卡機控制軟體（僅適用健保專屬讀卡機），無即時查保功能。

其他

問題5

112年部分負擔政策，於健保卡新增「4-中低收入戶」身分註記，讀卡機控制軟體要更新到什麼版本才可正常讀取？

本署說明

- ▲ 所有讀卡機控制軟體版本，皆可讀取到「4-中低收入戶」身分註記。
- ▲ 若將讀取到的身分註記呈現於醫事機構HIS系統內，請HIS留意呈現名稱正確性。

其他

問題6

藥局如何以開立處方院所提供之部分負擔代碼辨識保險對象就醫之層級別及身分別？

本署說明

部分負擔代碼之碼數	部分負擔代碼之編碼原則		
第1碼 (醫療院所層級)	西醫 A(醫學中心) B(區域醫院) C(地區醫院) D(基層診所)	牙醫 E(醫學中心) F(區域醫院) G(地區醫院) H(基層診所)	中醫N(醫學中心) Q(區域醫院) R(地區醫院) S(基層診所)
第3碼 (身分別)	0或1(轉診之回診) 2(一般身分) 3(持身心障礙證明) <u>4(一般身分持藥單，111.4.14增訂)</u> <u>7(持身心障礙證明持藥單，111.4.14增訂)</u> <u>F(中低收入戶之保險對象，112.4.13增訂)</u> <u>P(中低收入戶之保險對象持藥單，112.3.7增訂)</u>		