中華民國醫師公會全國聯合會　函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：吳春樺

電話：(02)2752-7286#172

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chunhua@tma.tw

發文日期：中華民國104年2月12日

發文字號：全醫聯字第1040000254號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：惠請 貴會向所屬轄區會員宣導，104年2月1日起實施「西醫基層合理門診量新制案」，詳如說明，請 查照。

說明：

一、基層合理量新制方案經一年多來本會多次向中央健保署提案研商，終於103年12月24日該署「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」通過。依行政程序，該署104年1月12日預告「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正案；104年1月27日健保醫字第1040032634號函陳請衛生福利部鑒核。衛生福利部104年2月12日衛部保字第1041260110C號函發布修正前揭支付標準公告，其基層合理門診量修正內容，修訂實施日期自「104年2月1日起」(附件1)。

二、基層合理門診量修正重點如下(附件2)：

(一)每月看診25日以下，以實際看診日數計算當月合理量；每月實際看診日數25日(含)以上者，以25日計算當月合理量。

(二)以預算中平為原則，調升「第一、二階段看診人次」及調降「第五階段看診人次及支付點數」。

(三)另，精神科及山地離島地區之門診診察費及月合理門診量不在本次修正範圍，仍維持原點數及月合理量計算方式。

三、中央健保署為維護民眾就醫權益，對於新制合理量計算方式是否影響診所假日看診問題相當關切，堅持若「診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制」。

四、為確保新制可長可久，惠請 貴會向所屬轄區會員宣導在「合理休診」與「服務病人」及「專業的再進修」之間尋求平衡點，或不集中於周日休診。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會

副本：本會理(監)事、本會會員代表、各縣市醫師公會理事長、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、高雄市診所協會(均含附件)

**附 件 1**

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正項目

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

| 編號 | 診療項目 | 基  層  院  所 | 地  區  醫  院 | 區  域  醫  院 | 醫  學  中  心 | 支  付  點  數 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | － 基層院所門診診察費 |  |  |  |  |  |
|  | 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≦40) |  |  |  |  |  |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | v |  |  |  | 320 |
| 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次) | v |  |  |  | 250 |
| 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 355 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑  (1- 30人次) | v |  |  |  | 320 |
| 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑  (31-40人次) | v |  |  |  | 250 |
| 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 330 |
| 00158C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 555 |
| 00159C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 530 |
|  | 2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60) |  |  |  |  |  |
| 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 220 |
| 00141C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 275 |
| 00112C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 220 |
| 00142C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 250 |
| 00160C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 475 |
| 00161C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 450 |
|  | 3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80) |  |  |  |  |  |
| 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 160 |
| 00143C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 215 |
| 00114C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 160 |
| 00144C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 190 |
| 00162C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 415 |
| 00163C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 390 |
|  | 4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五○人次以下部分(81-150) |  |  |  |  |  |
| 00115C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 70 |
| 00145C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 125 |
| 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 70 |
| 00146C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 100 |
| 00164C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 325 |
| 00165C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 300 |
|  | 5.每位醫師每日門診量超過一五○人次部分(>150) |  |  |  |  |  |
| 00117C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 50 |
| 00147C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 105 |
| 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 50 |
| 00148C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 80 |
| 00166C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 305 |
| 00167C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 280 |
|  | 6.山地離島地區 |  |  |  |  |  |
|  | (1)每位醫師每日門診量在五十人次下部分(≦50) |  |  |  |  |  |
| 00119C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 300 |
| 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 355 |
| 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 300 |
| 00150C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 330 |
| 00168C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 555 |
| 00169C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 530 |
|  | (2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70) |  |  |  |  |  |
| 00205C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 220 |
| 00206C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 275 |
| 00207C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 220 |
| 00208C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 250 |
| 00209C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 475 |
| 00210C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 450 |
|  | (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五○人次以下部分(71-150) |  |  |  |  |  |
| 00211C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 160 |
| 00212C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 215 |
| 00213C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 160 |
| 00214C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 190 |
| 00215C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 415 |
| 00216C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 390 |
|  | (4)每位醫師每日門診量超過一五○人次部分 (>150) |  |  |  |  |  |
| 00217C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 90 |
| 00218C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 145 |
| 00219C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 90 |
| 00220C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 120 |
| 00221C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v |  |  |  | 345 |
| 00222C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v |  |  |  | 320 |
|  | 註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式：  　每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。  2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式：  每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 |  |  |  |  |  |
|  | 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 |  |  |  |  |  |
|  | 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。  5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 |  |  |  |  |  |
|  | 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 |  |  |  |  |  |
|  | 7.本項支付點數含護理費29-39點。 |  |  |  |  |  |
|  | 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區五十人次以下部分之支付點數申報。  9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。 |  |  |  |  |  |

**附 件 2**

**西醫基層合理門診量新制計算方式**

1. 計算方式：每月實際看診日數不足25日者，以實際看診日數計算月合理量；25日(含)以上者，以25日計算月合理量。
2. 新制與原制之不同：新制第一階段增加5人(由1-25人改為1-30人)、第二階段增加5人(26-30人改為31-40人)、第五階段減少10人(71-150人改為81-150人)；第五階段點數由90點調整為約70點，其餘階段人數及點數與原制相同。

* 每日合理量各階段人數表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **原制(看診25日(含)以上以當月日數計)** | | | **新制(看診25日(含)以上以25日計)** | | |
| **各階段看診人數上限** | | **點數** | **各階段看診人數上限** | | **點數** |
| 第一階段 | 1-25 | 25人 | 320 | **1-30** | **30人** | 320 |
| 第二階段 | 26-30 | 5人 | 250 | **31-40** | **10人** | 250 |
| 第三階段 | 31-50 | 20人 | 220 | 41-60 | 20人 | 220 |
| 第四階段 | 51-70 | 20人 | 160 | 61-80 | 20人 | 160 |
| 第五階段 | 71-150 | 80人 | 90 | **81-150** | **70人** | **70** |
| 第六階段 | 151以上 | 超出以上 | 50 | 151以上 | 超出以上 | 50 |

1. 新制與原制月合理量每階段人數上限：

月合理量每階段人數上限=各階段看診人數上限\*看診天數

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **看診23日為例** | | **看診25日以上，當月全月日數為30日為例** | |
|  | **原制** | **新制** | **原制** | **新制** |
| 第一階段 | 25人\*23天=575 | 30人\*23天=690 | 25人\*30天=750 | 30人\*25天=750 |
| 第二階段 | 5人\*23天=115 | 10人\*23天=230 | 5人\*30天=150 | 10人\*25天=250 |
| 第三階段 | 20人\*23天=460 | 20人\*23天=460 | 20人\*30天=600 | 20人\*25天=500 |
| 第四階段 | 20人\*23天=460 | 20人\*23天=460 | 20人\*30天=600 | 20人\*25天=500 |
| 第五階段 | 80\*23天=1,840人 | 70人\*23天=1,610 | 80\*30天=2,400人 | 70人\*25天=1,750 |
| 第六階段 | 超出以上 | 超出以上 | 超出以上 | 超出以上 |

1. 舉例：

* 合理量計算以**專任醫師**為主，兼任醫師遞補專任醫師剩餘合理量。
* 每階段合理量計算除一般處方案件外，內含慢箋案件，其費用由高至低排序，診察費較高者優先列入第一階段。
* A院所1位專任醫師，每日看診40件一般處方案件，看診23日，其診察費原制與新制差異如下：(共看診920件)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **原制** | **新制** |
| 第一階段 | 575\*320=184,000 | 690\*320=220,800 |
| 第二階段 | 115\*250=28,750 | 230\*250=57,500 |
| 第三階段 | 230\*220=50,600 |  |
| **診察費點數** | **263,350** | **278,300** |

* B院所1位專任醫師，每日看診40件一般處方案件，看診27日，其診察費原制與新制差異如下：(共看診1,080件)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **原制** | **新制** |
| 第一階段 | 750\*320=240,000 | 750\*320=240,000 |
| 第二階段 | 150\*250=37,500 | 250\*250=62,500 |
| 第三階段 | 180\*220=39,600 | 80\*220=17,600 |
| **診察費點數** | **317,100** | **320,100** |

* C院所1位專任醫師，每日看診80件一般處方案件，看診27日，其診察費原制與新制差異如下：(共看診2,160件)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **原制** | **新制** |
| 第一階段 | 750\*320=240,000 | 750\*320=240,000 |
| 第二階段 | 150\*250=37,500 | 250\*250=62,500 |
| 第三階段 | 600\*220=132,000 | 500\*220=110,000 |
| 第四階段 | 600\*160=96,000 | 500\*160=80,000 |
| 第五階段 | 60\*90=6,300 | 160\*70=11,200 |
| **診察費點數** | **511,800** | **503,700** |

1. **另精神科及山地離島地區有其各自計算之門診合理量及點數，爰不在本次調整方案範圍，仍維持原制。**

