

檔 號：

保存年限：

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

受文者：如正、副本收受者

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，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)：

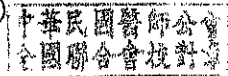
- (一)每月看診25日以下，以實際看診日數計算當月合理量；每月實際看診日數25日(含)以上者，以25日計算當月合理量。
- (二)以預算中平為原則，調升「第一、二階段看診人次」及調降「第五階段看診人次及支付點數」。
- (三)另，精神科及山地離島地區之門診診察費及月合理門診量不在本次修正範圍，仍維持原點數及月合理量計算方式。



- 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）



理事長 蘇清泉

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
	一 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)	√				320
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	√				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	√				320
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)	√				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				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	√				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	√				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	√				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				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	√				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	√				450

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
	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，但在一五〇人次以下部分(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一五〇人次部分(>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)					

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
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 (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)	v				530
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 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	v				450
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 (4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)	v				390
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

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
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
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>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。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>					

西醫基層合理門診量新制計算方式

一、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。

(一)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

(二)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

(三)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

二、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。

		1-50人次	51-70人次	71-150人次	151人次以上
山地離島	一般處方(交付/自調)	300	220	160	90
	慢箋(交付)	355	275	215	145
	慢箋(自調)	330	250	190	120
	2次以上慢箋(交付)	555	475	415	345
	2次以上慢箋(自調)	530	450	390	320
精神科門診診察費					
每位醫師每日門診量		1-45人次	46人次以上		
	一般處方(交付/自調)	318	150		
	慢箋(交付)	369	200		
	慢箋(自調)	348	180		
	2次以上慢箋(交付)	569	400		
	2次以上慢箋(自調)	548	380		