



全民健康保險醫療服務給付項目 及支付標準共同擬訂會議

114 年第 2 次 會議補充資料

114 年 6 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂
會議」114 年第 2 次會議補充資料

壹、優先討論事項

一、增修「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」 等 20 項診療項目案。	優討 1 補充 -1
---	---------------

貳、報告事項

五、修訂西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」 案。	報 5 補充 -1
--------------------------------	--------------

優先討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：增修「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等 20 項診療項目案。

說明：

- 一、修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目，說明如下：
 - (一)依據本署 114 年 6 月 24 日安寧支付規範專家諮詢第四次會議決議辦理。
 - (二)查現行「緩和醫療家庭諮詢費」適應症以住院、急診重症病人或全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)重度居家醫療階段，且已進入末期狀態者為主。
 - (三)為推動住宿型機構安寧療護與急症照護，減少住民外出就醫，提升照護品質，爰建議擴大適用範圍，增列門診及接受居家醫療照護(含在宅、機構)之病人，並開放基層院所得申報本項服務；另參與居家醫療照護整合計畫期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(醫令代碼 P5407C)之病人，不得再申報旨揭項目。
 - (四)考量前開修正支付規範後，門診病人得申報緩和醫療家庭諮詢費，爰建議由原支付標準章節第二部西醫第一章基本診療第二節住院及急診觀察床診察費，調整並新增至同部章第九節「醫療照護諮詢費」。
 - (五)預算來源：推估增加財務支出約 130.68 百萬點(醫院、西醫基層及其他預算分別為 116.36 百萬點、1.49 百萬點及 12.83 百萬點)，由 114 年醫院總額之「新醫療科技」、西醫基層總額之「強化基層照護能力及『開放表別』項目」及其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下預算支應(附件 1，頁次優討 1 補充 3~4)。

二、修訂 02028C 預立醫療照護諮商費支付規範所列章節，由原支付標準章節第二部西醫第一章基本診療第二節住院及急診觀察床診察費，調整至同部章第九節「醫療照護諮詢費」，不增加財務支出（附件 2，頁次優討 1 補充-5）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表如附件 3（頁次優討 1 補充 6～7），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

附件 1、建議修訂 02020B 緩和醫療家庭諮詢費醫療服務給付項目及財務影響評估表

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支 付點數 (含一 般材料 費) A	原支付 點數 (含一 般材料 費) B	被替代診療項目及替代率					預估全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編 號	中 文 名 稱	支 付 點 數 F	醫令申報 量 C(113 年)	預估 替代 醫令 量			
1	02020B	緩和醫療家庭諮詢費	為推動住宿型機構安寧療護與急症照護，減少住民外出就醫，提升照護品質，爰建議擴大「緩和醫療家庭諮詢費」適用範圍，增列門診及接受居家醫療照護之病人，並開放基層院所所得申報本項服務。	緩和醫療家庭諮詢費註： 1.適應症： <u>符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、門診或接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。</u> 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病 <u>人患</u> 或病 <u>人患</u> 家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢 <u>紀記錄</u> ：應有完整的諮詢溝通內容 <u>紀記錄</u> ，並應併入病 <u>人患</u> 之病歷 <u>紀記錄</u> 留存， <u>記</u> <u>紀記錄</u> 並有參與諮詢醫療團隊及病 <u>人患</u> 或家屬簽名。 (4)申報規定： a. <u>另</u> 已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧	2,250	2,250						58,081	130.68 註 1	③

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支 付點數 (含一 般材料 費) A	原支付 點數 (含一 般材料 費) B	被替代診療項目及替代率					預估全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D
							編 號	中 文 名 稱	支 付 點 數 F	醫令申報 量 C(113 年)	預估 替代 醫令 量		
				療護及居家安寧居家療照護 後之病人，不得再申報。 b.參與居家醫療照護整合計畫 期間已接受緩和醫療家庭諮 詢服務(醫令代碼 P5407C)之 病人，不得再申報此項費用。 c.每人每院限申報二次。									

註：本項財務評估說明如下：

統計 113 年緩和醫療諮詢後接受安寧人數共 30,626 人，接受安寧服務人數共 83,427 人，推估未接受緩和醫療家庭諮詢即接受安寧服務者共 52,801 人，並依 113 年安寧居家個案前一年 02020B 平均申報件數 1.1 件估算，增加財務支出約 130.68 百萬點 $[=52,801*1.1*2,250]$ (醫院 116.36 百萬點 $[=52,801*89.04\%*1.1*2,250]$ 、西醫基層 1.49 百萬點 $[=52,801*1.14\%*1.1*2,250]$ 、其他預算 12.83 百萬點 $[=52,801*9.82\%*1.1*2,250]$)。

附件 2、建議修訂 02028C 預立醫療照護諮商費文字彙整表

序號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/ 相關 規範	備註
1	02028C	預立醫療照護諮商費	更正支付規範章節。		修訂支付規範，不增加支出。

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規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二九節 ~~住院及急診觀察床診察費~~ 醫療照護諮詢費

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
02020 <u>BC</u>	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：<u>符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、門診或接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務</u>以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病<u>患</u><u>人</u>或病<u>患</u><u>人</u>家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢<u>記</u><u>紀</u>錄：應有完整的諮詢溝通內容<u>記</u><u>紀</u>錄，並應併入病<u>患</u><u>人</u>之病歷<u>記</u><u>紀</u>錄留存，<u>記</u><u>紀</u>錄並有參與諮詢醫療團隊及病<u>患</u><u>人</u>或家屬簽名。 (4)申報規定： a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及<u>居家</u>安寧<u>居家療</u><u>照</u>護<u>後之病人</u>，不得再申報。 b.<u>參與居家醫療照護整合計畫期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(醫令代碼 P5407C)之病人，不得再申報此項費用。</u> <u>c.每人每院限申報二次。</u>	<u>V</u>	V	V	V	2250

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
02028C	預立醫療照護諮商費 註： 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人。 (2)符合安寧療護收案條件者。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	v	v	v	v	3000

報告事項

第五案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」。

說明：

一、依據本署 114 年 6 月 5 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 2 次研商議事會議決議辦理（**附件 1，頁次報 5 補充-4**）。

二、中華民國醫師公會全國聯合會建議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」（下稱折付方案）醫師折付方式，以醫師歸戶後申報西醫基層總額門診費用計算折付點數，並核扣診所之申報費用，折付方式如下：

醫師每月申報點數	折付方式
220 萬 1 點~240 萬點	超過部分點數*0.8
240 萬 1 點~260 萬點	超過部分點數*0.6
超過 260 萬 1 點	超過部分點數*0.4

三、本案業經提報前揭會議討論，會議決議如下：

（一）建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。

（二）本署將重新試算診所折付方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。

四、財務評估：以 113 年 12 月執登於診所之專任醫師，申報西醫基層總額門診醫療費用超過 220 萬點為 85 位，折付約 18.37 百萬點（已排除山地離島、醫不足及醫缺地區、專款/其他項目及代辦案件）（**附件 2，頁次報 5 補充-5**）。

五、另台灣基層糖尿病協會、社團法人中華民國糖尿病學會及財團法人糖尿病關懷基金會分別於 114 年 6 月 9 日、同年月 16 日及同年月 19 日來函建議折付方案計算範圍排除糖尿病及腎臟病等品質支付計畫之政策鼓勵項目，意見摘述如下（**附件 3，頁次報 5 補充 6～11**）：

（一）台灣基層糖尿病協會：

1. 為配合推動「健康台灣 888」策略，基層醫療機構積極參與品質導向之慢性病照護機制，政策目標為「提升收案率、加強介入行為及強化成效追蹤」三大面向，涉頻繁回診監控、指引式治療介入及多專業團隊之協作，醫療服務與藥事成本顯著高於一般門診。若折付計算未適度反映此類「政策性收案」，恐影響基層院所長期參與意願與整體政策成效。
2. 建議審慎評估折付方案計算範圍，將 P4P 收案個案之費用點數，包括診察費、診療費（含相關檢驗檢查費用）及藥費排除，以維持基層端穩定參與意願，並避免對配合政策之機構產生不當限制效應。針對配合健康政策所執行之特定照護專案（如糖尿病共同照護、CKD 前期照護、CKM 風險整合計畫等），亦盼能於制度設計中適度給予辨識與支持，使第一線醫療資源得以持續投入預防與延緩併發症發生。

（二）社團法人中華民國糖尿病學會：

1. 為配合推動「健康台灣 888 策略」，醫療機構積極參與品質導向慢性病照護機制，致力於提升國人健康識能與疾病控制成果，期能早期篩檢高風險個案及預防疾病發生，需加倍投入人力、檢查驗及用藥治療等成本以達此目標，以預防疾病發生及提升民眾生活品質及節省健保。健保點值下降是多因素及結構性落差的結果，惟疾病預防是節省的開端，健康台灣 888 政策將疾病早期阻絕於境外，能進一步減少重症個案，為世界所趨。

- 2.建議將政策推動相關收案對象排除(如糖尿病共照、CKD、CKM 風險整合計畫等)，以鼓勵政策及俾利慢性病整合照護政策之執行，提升民眾生活品質，減輕急重症醫療負擔。

(三)財團法人糖尿病關懷基金會：

- 1.糖尿病需定期追蹤實驗室數據，兼顧其他代謝異常與糖尿病併發症篩檢與治療，相對於其他疾病，基層照護糖尿病糖友衛教服務量及開立共病藥物處方較高。糖尿病共同照護網為政策性鼓勵項目，已實行多年，藉由提升糖尿病照護品質，研究顯示可降低併發症發生及顯著減少醫療支出，亦證實預防勝於治療，符合政府推動「健康台灣 888」之政策。
- 2.折付方案可能導致部分基層診所縮短看診日數或不再接受糖尿病病友看診，病友被迫轉診至其他院所，造成就診交通時間成本增加、改變原熟悉照護環境及轉診後適應不良而影響病情穩定性，與本署推動「分級醫療」相衝突。
- 3.為保障病友就醫連續性及健康權，建議折付方案計算排除糖尿病共同照護網等政策鼓勵項目(含藥費及檢查驗)，造福 250 萬糖友。

六、有關折付計算範圍，為配合健康台灣 888 政策，本署規劃排除項目納入申報糖尿病或初期慢性腎臟病照護費之當次案件醫療費用，並將重新試算受影響範圍。

七、增修後支付標準（**附件 4，頁次報 5 補充 12~13**），如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 1 次臨時會議紀錄 (草案)

討論事項

第六案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關研議西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」，提請討論。

決議：

- 一、建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。
- 二、本署將重新試算診所折付方式影響人數、家數及財務衝擊後，再提會討論。

113 年 12 月基層專任醫師(執登於診所)申報西醫基層門診之醫療費用-級距

折付級距	醫師數	西醫基層門診點數 (百萬點)	折付點數 (百萬點)
折付小計	85	229.8	18.37
小於 220 萬點	17,962	9,126.4	-
220 萬 1 點~240 萬點	29	66.6	0.55
240 萬 1 點~260 萬點	25	62.3	1.93
超過 260 萬 1 點	31	100.9	15.89
合計	18,047	9,356.2	18.37

113 年 12 月基層專任醫師(執登於診所)申報西醫基層門診之醫療費用-分區別

分區	折付醫師數	所屬診所家數	折付點數(百萬點)
台北	21	39	3.13
北區	20	25	4.27
中區	19	23	5.19
南區	15	19	3.15
高屏	10	13	2.63
東區	-	-	-
合計	85	119	18.37

註：

- 1.範圍：執登於診所之醫師申報西醫基層門診(醫事類別 11)醫療費用。
- 2.排除山地離島、醫不足及醫缺地區、專款(含白內障移列專款費用)、其他預算及代辦案件。

檔 號：
保存年限：

台灣基層糖尿病協會 函

地址：新北市板橋區中山路一段293之2號
13樓之2
承辦人：李小姐
電話：02-26852124分機24
電子信箱：tacdtw2020@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年6月9日
發文字號：(114)台基糖協字第0002025091號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關「相對合理門診點數給付方案」中所擬醫師申報點數折付機制，涉及政策性品質支付計畫（P4P）執行院所之實務衝擊，建議貴署於後續規劃時，審酌是否將該類收案所涉費用點數排除計入，俾利慢性病整合照護政策之持續推動，敬請研酌。

說明：

一、為配合貴署與國民健康署推動之「健康台灣888」策略，基層醫療機構積極參與品質導向之慢性病照護機制，致力於提升國人健康識能與疾病控制成果。政策目標明確聚焦於三大面向：

- (一)提升收案率：80%具危險因子個案納入照護網絡
- (二)加強介入行為：80%個案接受生活型態改變建議
- (三)強化成效追蹤：80%個案達到血壓、血糖或血脂控制目標

此一政策方向所需之臨床投入，涉及頻繁的回診監控、指引式治療介入及多專業團隊之協作，其醫療服務與藥事成本顯著高



於一般門診情境。若於折付點數計算時，未能適度反映此類「政策性收案」之特殊性，恐影響基層院所長期參與意願與整體政策成效。

二、以本會會員實務執行經驗所見，針對糖尿病（DM）、早期慢性腎臟病（Early CKD）以及糖尿病合併初期腎病變（DKD）之整合照護，其臨床照護流程涵蓋以下四大核心階段：

（一）早期發現：

透過健保大數據輔助及擴大篩檢作業，主動找出具高風險指標（如HbA1c、UACR、eGFR異常）之個案，及早納入照護體系。

（二）收案管理：

依據P4P標準建構個案管理架構，進行定期評估與風險追蹤，提升病人治療依從性與照護連續性。

（三）積極介入：

遵循國際治療準則（如KDIGO、ADA）與國內專業學會（如台灣糖尿病學會、高血壓學會、糖尿病衛教學會等）建議，並兼顧現行健保藥品給付規範，於疾病早期至中期即介入治療，選用具有器官保護效益之新型藥物（如SGLT2抑制劑、GLP-1RA、胰島素等）。儘管相關藥物成本相對較高，但可有效延緩腎功能惡化、降低心血管風險與住院率，從全民健康與財政永續角度觀之，實屬重要且具成本效益之投入。

（四）團隊照護：

整合醫師、護理師、營養師與衛教師等跨專業角色，提供個別化衛教、飲食指導、遠距監控與生活型態調整等服務。此

類團隊照護具高度整合性與人力密集特性，雖成本相對較高，卻為確保照護品質與病人依從性所不可或缺。

三、建議：

- (一)據基層診所觀察，目前總額點值下降現象，主要與台北都會區院前診所大量設立相關，其申報型態與實質照護內容間可能存在結構性落差，對整體總額點值形成擠壓效應。為維持制度公平與永續性，建議貴署可優先就院前診所相關問題進行機制檢視與秩序調整；若經此階段性重整後，整體點值仍未見明顯改善，屆時再審慎評估是否需啟動其他層次之管控措施，俾利維持政策性照護計畫之穩定推進與基層參與之正向誘因。
- (二)考量政策性品質照護計畫與常規門診服務屬性差異較大，倘若仍需啟動其他層次的管控措施，建議貴署於後續研議「相對合理門診點數給付方案」時，得以審慎評估是否將P4P收案個案所涉及之費用點數，包括診察費、診療費（含相關檢驗檢查費用）及藥費，排除於折付計算範圍之外，以維持基層端穩定參與意願，並避免對配合政策之機構產生不當限制效應。
- (三)針對配合健康政策所執行之特定照護專案（如糖尿病共同照護、CKD前期照護、CKM風險整合計畫等），亦盼能於制度設計中適度給予辨識與支持，使第一線醫療資源得以持續投入於預防與延緩併發症發生之關鍵環節。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電 2026/06/08
交 換 章

社團法人中華民國糖尿病學會 函

內政部(69)台內社字第20187號函核准立案
機關地址：10046 台北市懷寧街48號10樓
承辦人：徐康寧 電話：02-2375-3352 #13
Email：diabetes.tw@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年6月16日

發文字號：中華糖尿病(助)字第1140010號

附件：

主旨：有關“相對合理門診點數給付方案”中限縮院所及醫師總額折付機制，將影響國民健康署“健康台灣888”策略發展之推動，建議貴署於後續規劃時，審酌將政策推動之收案對象排除計入，俾利慢性病整合照護政策之執行，敬請研酌。

說明：為配合貴署與國民健康署推動之「健康台灣 888」策略，醫療機構積極參與品質導向之慢性病照護機制，致力於提升國人健康識能與疾病控制成果。期能早期篩檢出高風險個案並加以介入預防疾病之產生。投入之人力（醫師/衛教師/護理師等），檢驗檢查細目，疾病預防之用藥治療（如CKD慢性腎病變藥物之介入治療，避免洗腎之惡果）等，均需要加倍的人力及成本來達到此一目標，也才能進一步預防併發症的產生，達到提昇全民生活品質且節省健保之目的。

健保點值下降是多因素及結構性落差的結果，惟疾病預防是節省的開端，”健康台灣888”政策更是希望將疾病早期阻絕於境外，配合政策的推動必能進一步減少重症病人的產生，此一方向也是世界所趨。建議貴署在考量管控措施方面，將政策性支持的個案予以排除在超額折付的計量之內（如糖尿病共同照護、CKD前期照護、CKM風險整合計畫等），方能鼓勵推動政策之執行，也才能花小錢、省大錢且提昇民眾的生活品質，進一步減輕急重症醫療單位的負擔。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：社團法人中華民國內分泌學會



理事長

楊偉勳

檔 號：
保存年限：

財團法人糖尿病關懷基金會 函

地址：100臺北市中正區忠孝西路一段50號
18樓之35
承辦人：何明華
電話：(02)23894625
電子信箱：dmcarerd1110101@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年6月19日
發文字號：財團關字第114061905號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：無
附件：無

主旨：敬請 貴署審酌「相對合理門診點數給付方案」對糖尿病病友就醫之影響，並建議研議調整措施，以保障糖尿病病友穩定連續之醫療照護權益，請查照。

說明：

- 一、本會長期致力於糖尿病防治與病友權益倡議，持續關注健保政策對糖尿病族群之實質影響。
- 二、糖尿病的照護需要定期追蹤實驗室數據、並兼顧其他代謝異常與糖尿病併發症的篩檢與治療，因此相對於於基層照護的其他疾病，糖尿病病友診治衛教服務量高出許多，共病藥物之開立，例如：三高處方亦相對較多，平均個案之實質支出自然較一般疾病為高。
- 三、糖尿病共同照護網為政府政策性鼓勵項目，已實行多年。藉由提升糖尿病照護的品質，已有許多研究顯示可降低糖尿病併發症的發生並可顯著減少糖尿病相關的醫療支出。這些結果也證實預防勝於治療的概念，並且符合政府積極推動之「健康台灣888」的策略。
- 四、日前 貴署擬推動之「相對合理門診點數給付原則」，其中醫師申報超過220萬以上折付案件，雖出於健保資源控管之考量，然若實施可能會導致以下狀況：
 - (一) 部分基層診所為避免受診所或醫師折付影響，縮減看診日數或不再接受糖尿病病友看診；
 - (二) 病友被迫轉診至其他院所，造成就診交通時間成本增加、原先

熟悉的照護環境改變等困擾，甚而在轉診後因適應不良，影響病情穩定性。

(三) 這些狀況亦與 貴署近年鼓勵分級醫療之概念相衝突。

五、糖尿病為高盛行率、需長期穩定照護之慢性病，基層醫療系統的支持對本族群至關重要。還望健保給付制度能兼顧醫療合理化與病患需求，並以「病人為中心」之精神思考相關政策的推動。

六、基於上述理由，為保障病友就醫連續性及健康權，誠摯建議 貴署將糖尿病共同照護網等政策性鼓勵項目(包含該病人的檢驗檢查及藥費)，排除於折付點數計算之外。如蒙 貴署採用，將是全台灣貳佰伍拾萬名糖友之福。

董事長 蔡世澤

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、中華民國內分泌學會、台灣基層糖尿病協會

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 修正規定

第二部 西醫

通則：西醫基層醫事服務機構實施西醫基層門診診療項目，其申報點數依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付，原則如下：

一、適用對象：醫事人員執業登記於醫院或診所，並至西醫基層醫療院所(以下稱西醫基層院所)支援看診之醫師。

二、實施範圍定義：

(一)醫療費用：

1.申報西醫基層門診總額之總醫療費用點數(含部分負擔)。

2.下列排除項目費用，不列入計算：

(1)屬行政協助之代辦案件。

(2)B型肝炎藥費、C型肝炎藥費、精神科長效針劑藥費。

(3)其他政策鼓勵項目。

(二)不適用地區：

1.全民健康保險山地離島地區。

2.全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行鄉鎮。

3.全民健康保險醫療資源缺乏地區。

三、折付方式：

(一)以醫師為單位計算各西醫基層院所各醫師合計折付點數上限，並與西醫基層院所審查核付點數比較，計算實際核付點數。

1.執登於醫院之醫師：先計算每位醫師每月申報西醫基層門診醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)計算實際核付點數，點數在十萬點以下時維持原費用點數，超過十萬點時，乘以0.75予以折付方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

2.執登於診所之醫師：先計算每位醫師每月申報西醫基層門診醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)計算實際核付點數，點數在二百二十萬點以下時維持原費用點數，超過二百二十萬點時，則按下列分級予以折付方式，計算當月該醫師折付上限總點數：

(1) 在二百二十萬零一點-二百四十萬點部分乘以0.8。

(2) 在二百四十萬零一點-二百六十萬點部分乘以0.6。

(3) 在二百六十萬零一點以上部分乘以0.4。

註1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各西醫基層院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之西醫基層院所則不予追扣或補付費用。

註2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師身分證檢核錯誤及醫師以A報B者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各西醫基層院所各醫師合計折付點數上限(=所有西醫基層院所及醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，按核付點數核給費用。

四、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

