

第二部 西醫(本部通則自中華民國一百十四年七月一日生效)

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，並至西醫基層醫療院所(以下稱西醫基層院所)支援之醫師。

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：執登於醫院之醫師，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。

(一)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。

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。