

～～113 年度執行業務者費用標準【西醫師】之費用率～～

壹、依財政部 114. 3. 17 台財稅字第 11304652341 號令「113 年度執行業務者費用標準」之適用費用率及 114. 3. 17 財政部台財稅字第 11304652341 號令，113 年度中、西醫師健保收入適用之費用率為 94%，另依 114 年 6 月 5 日立法委員賴惠員、王正旭及林月琴國會辦公室協調會決議：「藥費以核定點數 1 點 1 元為基礎，適用費用率 94%，其餘健保收入按每點 0.8 元計算。」

西醫師部份			公告 費用率
(一)	全民健康保險收入及藥事服務費收入		每點 0.8 元
	全民健康保險藥費核定金額收入		94%
(二)	掛號費收入： 註：以 113.12.31 之掛號費收費為判定基準	掛號費 150(含)以下	90%
		掛號費 150 元以上	80%
(三)	非屬全民健康保險收入：		
1.	醫療費用收入不含藥費收入：20%。		20%
2.	醫療費用收入含藥費收入，依下列標準計算：		
(1)	內科：百分之四十。		40%
(2)	外科：百分之四十五。		45%
(3)	牙科：百分之四十。		40%
(4)	眼科：百分之四十。		40%
(5)	耳鼻喉科：百分之四十。		40%
(6)	婦產科：百分之四十五。		45%
(7)	小兒科：百分之四十。		40%
(8)	精神科：百分之四十六。		46%
(9)	皮膚科：百分之四十。		40%
(10)	家庭醫學科：百分之四十。		40%
(11)	骨科：百分之四十五。		45%
(12)	其他科別：百分之四十三。		43%
(四)	診所與衛生福利部所屬醫療機構合作所取得之收入，比照前三款減除必要費用。		
(五)	人壽保險公司給付之人壽保險檢查收入，減除 35%必要費用。		35%
(六)	配合政府政策辦理老人、兒童、婦女、中低收入者、身心障礙者及其他特定對象補助計畫之業務收入，減除 78%必要費用。		78%
(七)	自費疫苗注射收入，減除 78%必要費用。		78%
十一	醫療機構醫師依醫師法第八條之二規定，報經主管機關核准前往他醫療機構從事醫療業務，其與該他醫療機構間不具僱傭關係者，按實際收入減除 10%必要費用。		10%

貳、
一、扣繳憑單：

1. 不含藥費扣繳憑單給付總額＝扣繳憑單給付總額－藥費核定金額(每點 1 元)
2. **9A-30 或 9A-39** 扣繳憑單(以上均已扣除「C5 案件免稅收入」金額、C 肝藥物扣繳憑單金額、居家失能之扣繳憑單金額。)

註：「C5 案件免稅收入」申報期限為 6 個月，爰 112 年 7 月後之申報案件會顯現於 113 年度分列項目表中

二、分列項目表之「核定點數(含部份負擔)」：

1. 內含 C5 案件免稅收入金額。
2. 內含長照司居家失能方案點數(適用費率 78%)
3. 內含 C 型肝炎全口服新藥費用點數(適用費率 96%)

三、「掛號費」部份：

1. 掛號費收入之計算：請依實際收取金額造冊核實申報，待查核時供核。
2. 掛號費就診人次：
 - (1)請參考使用分列項目表 13 人次(為前一年 12 月至當年度 11 月人次，此項目之人次，已扣除慢性病連續處方箋調劑人次，但內含 C5 案件掛號人次)。
 - (2)請參考使用分列項目表註二之 5.【本年度費用年月 1 月至 12 月申請之門(急)診人次+住診人次】（此項目之人次，已扣除慢性病連續處方箋調劑人次，但內含 C5 案件掛號人次）。
 - (3)請與以前年度申報基準一致。
3. 如有未收掛號費情事，則應逐日列冊（含患者姓名、年齡、病歷號碼、電話及金額等相關資料），待查核時供核。

四、108. 4. 12 財政部台財稅字第 10804509640 號令，依衛福部「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，取得屬 C 肝藥品費用之全民健康保險收入，必要費用得以該收入之 96%認定。

五、參考附件：

1. 114. 6. 12. 財政部「113 年度綜合所得稅結算申報系統-關於中、西醫師執行業務所得-健保收入填報說明(以西醫師為例)」【附件一】
2. 114. 3. 17. 財政部公告「113 年度執行業務者費用標準」【附件二】
3. 114. 6. 5. 賴惠員立委國會辦公室協調會會務快報【附件三】
4. 112. 5. 5. 財政部函釋「C5 案件免稅」規定【附件四】
5. 113 年度分列項目表樣張(114. 6. 12. 修正版)【附件五】
6. 108. 4. 12. 財政部 C 肝 96%令【附件六】
7. 112. 5. 15 中央健康保險署個別開立居家失能個案家庭醫師照護方案(執業別 代號：57)及 C 型肝炎藥品費用(執業別代號：59)之扣繳憑單【附件七】

以上附件請至本會網站查詢：
113 年度執行業務者費用標準已刊登於本會網站

全民健康保險特約醫事服務機構申請醫療費用分列項目表 (114.6.12 修訂版)

1. 機構代號：

2. 扣繳編號：
3. 科別：

4. 機購名稱：

5. 地址：

6. 負責人姓名：

7. 身分證號：

負責人變更之生效起日(主管機關核准日)：

生效迄日：
8. 合約起迄日：

一百一十三年一月一日至十二月三十一日止已轉檔檢核之申請資料，本表資料僅供參考，如有異議，請洽各區業務組醫療費用科

	9. 門(急)診 %	10. 住診 %	11. 合計 %
12. 醫療費用點數	×	0	×
13. 人次(含急診人次)	×	0	×
14. 部分負擔	XXX	XX	XXX
15. 藥費(包含藥費部分負擔)	×	0	×
16. 藥事服務費	×	0	×
17. 免部分負擔人次	×	0	×
18. 自然生產人次	0	0	0
19. 剖腹生產人次	0	0	0
20. 根管治療人次	0	0	0
21 口腔外科門診手術(含拔牙人次)	0	0	0
22. 急診人次	0	0	0
23. 慢性病連續處方箋調劑人次	0	0	0
24. 論次申請點數	0	0	0
25. 法定傳染病申請點數	0	0	0

衛生福利部中央健康保險局中區業務組 電話：(04)22583988 轉醫療費用科

註一、本表申請資料說明：

1. 轉檔檢核月份(費用年月：申報次數)

(1)門診送核：

(2)門診補報：

(3)住院送核：

(4)住院補報：
2. 轉檔檢核費用年度：人次：部分負擔金額

門診：

住院：
3. 門診住院費用年度：免部分負擔人次

門診：

住院：
4. 項次 12「醫療費用點數」含部分負擔。
5. 項次 13.17-23 排除補報原因為補報部分醫令或醫令差額之申請案件。住診之 13.17 項次另排除案件分類 AZ【職業傷病住院膳食費】或 DZ【低收入戶住院膳食費】之案件。
- 項次 13 排除同一療程跨月申報案件、慢性病連續處方箋調劑案件及排程檢查案件。
6. 項次 14「部分負擔」、15「藥費」、16「藥事服務費」之百分比，係指分別佔門診、住診、合計欄之醫療費用百分比。
7. 項次 24「論次申請點數」係以受理日期為尚年度的巡迴醫療、跨層級資源服務費及收容對象之論次申請點數加總。
8. 項次 25「法定傳染病申請點數」係以申報日期為當年度的法定傳染病之申請點數加總。

註二、與本表相關參考資料：

1. 核定點數(含部分負擔)合計：XX (一般費用點數：XX (不含醫療資源不足地區改善方案執業之核定點數)

- 追扣費用點數：XX + 補付費用點數：XX + 部分負擔點數：XX + 醫療資源不足地區改善方案執業之核定點數：XX

+ 論次核定點數：XX + 法定傳染病核定點數：XX)

內含代辦長照司居家失能個案家庭醫師照護方案追扣費用點數：XX，補付費用點數：XX。

內含依財政部 111.3.1 函示 COVID-19 疫情期間，執行醫療業務之醫事人員及醫療（事）機構取得相關收入免稅項目(covid-19 疫苗注射之處置費、公費流感疫苗、兒童常規疫苗及長者肺炎鏈球菌疫苗處置費、抗原快篩試劑費用、役男入營前抗原快篩)金額共 XX 點。

內含行政協助 C5「嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件」相關收入金額共:XX。

內含 C 型肝炎全口服新藥費用點數：

上開核定點數係含該年度 12 月 31 日前已暫付點數，且於次年度 3 月 5 日前核定之點數或尚未核定之暫付點數，追扣費用點數及補付費用點數含網路月租費補助款。

「藥費」核定點數:XX ；「藥費」核定金額：XX (藥費核定點數乘以每點 1 元)；「核定點數(不含藥費)：XX 。

2. 扣繳憑單給付總額：XXXX (不含網路月租費補助款：XXX：給付總額已扣除 COVID-19 疫情期間免稅項目金額)

不含藥費扣繳憑單給付總額=扣繳憑單給付總額 -「藥費」核定金額(藥費核定點數乘以每點 1 元) = \$XX

3. 執業院所一般費用點數及部分負擔兩項值因已併入執業實際核付點數，故不再列出資源不足地區執業院所之一般費用點數及部分負擔。

4. 醫療資源不足地區改善方案執業院所之部分負擔點數，係以項次 14 之部分負擔點數扣減醫療資源不足地區改善方案執業核付點數所含之部分負擔點數。

5. 為提供掛號人次參考，本年度費用年月 1 月至 12 月申請之門(急)診人次 XX 人次 (內含 COVID-19 居家照護人 XX 次)，住診人次 XX 人次。

6. 負責人變更當月(費用年月)及無法拆分不同負責人之費用資料，均列屬新簽約負責人。

7. 門診掛號費收取金額 150 元(含)以下，無資料(擷自院所自行維護於健保 CPN「看診資料及掛號費維護專區」之「113 年 12 月 31 日門診掛號費」資料。

8. 藥費核定點數係以申報藥費點數占醫療費用點數之占率乘以核定點數(部份負擔)合計。

金額	點數
●扣繳憑單(9A-30)給付總額 80,000 元	●核定點數(不含藥費) 90,000 點
●部分負擔收入 10,000 元	●長照司居家失能方案點數 1,000 點
● 健保給付金額 70,000 (不含藥費扣繳憑單給付總額)	●C 型肝炎全口服新藥費用點收 500 點
● 健保「藥費」核定金額 10,000 元	●C5 案件免稅收入點數 40,000 點
●掛號費收入 20,000 元	
●內科自費收入 30,000 元	
●長照司居家失能方案扣憑(9A-57) 1,000 元	
●C 型肝炎全口服藥扣憑(9A-59) 500 元	

甲：健保所得(不含藥費)(屬健保收入)

- 健保所得=收入-費用
收入=不含藥費扣繳憑單給付總額+部份負擔金額
費用=核定點數(不含藥費)×0.8 元
- 「藥費」所得(屬健保收入)=藥費核定金額×0.06

健保所得+健保「藥費」所得

公式代入如下：

「健保所得(不含藥費)」：收入—費用
收入(不含藥費 70,000+部份負擔 10,000)—費用(核定點數 90,000 點×0.8 元)=8,000 元

「健保(藥費)所得」：
藥費核定金額 10,000×0.06=600 元

「健保所得(不含藥費)」+ 健保(藥費)所得」=8,000+600=8,600

乙：長照司居家失能方案、C 型肝炎全口服新藥

健保所得(不含藥費)：收入(不含藥費 70,000+部份負擔 10,000)—費用(核定點數 90,000 點-長照司居家失能方案點數 1,000-C 型肝炎全口服新藥費用點數 500 點】×0.8=9,200

健保(藥費)所得：藥費核定金額 10,000 元-(藥費核定金額 10,000×94%)=600 元

「健保所得(不含藥費)」+ 健保(藥費)所得」=9,200+600=9,800

丙：長照司居家失能方案、C 型肝炎全口服新藥、C5 案件免稅收入

健保所得(不含藥費)：收入(不含藥費 70,000+部份負擔 10,000)—費用(核定點數 90,000 點-長照司居家失能方案點數 1,000-C 型肝炎全口服新藥費用點數 500 點—C5 案件免稅收入點數 40,000 點】×0.8=41,200

健保(藥費)所得：藥費核定金額 10,000 元-(藥費核定金額 10,000×94%)=600 元

「健保所得(不含藥費)」+ 健保(藥費)所得」=41,200+600=41,800

丁：掛號費所得

- 算式一：掛號費(150 元(含)以下)所得=掛號費收入×90%
《掛號費收入 20,000*0.10=2,000》
- 算式二：掛號費(150 元以上)所得=掛號費收入×80%
《掛號費收入 20,000*0.20=4,000》

戊：非屬全民健康保險收入

以(內科)為例：30,000×0.60 = 18,000

己：其他收入詳113 年度執行業務者費用標準【西醫師】之費用率

收入=其他收入(如診所利息收入、9A-57、9A-59 等)
費用=其他收入×適用費率(如為利息收入無費用率)

長照司居家失能方案所得(9A-57)適用費率 78% = 扣憑金額 1,000*0.22 = 220

C 型肝炎全口服新藥所得(9A-59)適用費率 96% = 扣憑金額 500 元*0.04 = 20 元

無(乙：)執行業務所得總額=甲+丁+戊

有(乙：)執行業務所得總額=乙+丁+戊+己

有(丙：)執行業務所得總額=丙+丁+戊+己