

檔 號：1151

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

112. 7. 24

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email：yulia@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國112年7月21日

發文字號：全醫聯字第1120000975號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

擬辦意見：

理事長核示

日期：

辦理情形：

主旨：為協助基層診所申報『提升基層護理人員照護品質加計(00246C, 6點)』支付標準項目，本會彙整資訊廠商系統操作說明供參，惠請周知會員，請查照。

說明：

- 一、旨揭支付標準項目之申報規定，請依本會112年7月7日全醫聯字第1120000912號函(諒達)辦理。
- 二、檢附下列資訊廠商之系統操作說明，若申報作業仍有疑問，建議先洽詢所屬廠商：
 - (一)方鼎資訊股份有限公司，詳附件1。
 - (二)展望亞洲科技股份有限公司，<https://reurl.cc/1DMnn9>
 - (三)常誠電腦股份有限公司，詳附件2。
 - (四)醫聖診療系統&仕詮資訊有限公司，<https://reurl.cc/WGVzz9>
 - (五)耀聖資訊科技股份有限公司，<https://reurl.cc/ZWz8EW>

正本：各縣市醫師公會

副本：西醫基層醫療服務審查執行會各分會

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長 周慶明



00246C 提升基層護理人員照護品質加計-問答輯

詳細說明：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
第二部第一章第一節西醫基層院所門診診察費
00246C 提升基層護理人員照護品質加計-問答輯

112.07.01 版

序號	問題	本署回應
A 加計範圍		
A-1	00246C「提升基層護理人員照護品質加計」項目是什麼?	依112年總額協定事項,「因應基層護理人力需求,提高1-30人次診察費」預算6.593億元係為反映護理人員薪資,並提升護理照護品質,爰自112年7月1日新增本項診察項目,支付規範訂有「 <u>應聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所,申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項。</u> 」
A-2	得加計00246C之1-30人次門診診察費診察項目是哪些?	醫令代碼:00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。
A-3	西醫基層診所聘有護理人員資格為何?	(1)西醫基層診所為與本保險特約類別為基層醫療院所,不限公、私立醫療機構,且申報適用類別為基層院所門診診察費。 (2)護理人員依護理人員法第2條所稱,護理人員指護理師及護士,且需執業登記於該基層診所。 (3)基層診所申報本項需至少一名護理人員當月執業登記於該診所。
A-4	申報1-30人次門診診察費併同申報00246C之件數是否有申報上限?需計算門診合理量嗎?	00246C為一加計項目,申報件數比照基層院所1-30人次門診診察費之合理量計算方式;不列計合理量之診察費案件屬序號A-2診察費範圍亦得申報00246C。

序號	問題	本署回應
A-5	預防保健、代辦案件、洗腎等非西醫基層總額案件,可否申報00246C?	非屬西醫基層總額案件,不可申報本項。
A-6	醫療給付改善方案、試辦計畫案件可否申報00246C?	如屬西醫基層總額案件,且該次就醫有申報序號A-2範圍診察費者,得申報本項。
B 調薪認定		
B-1	調升護理人員薪資需達多少元?調升一元可以嗎?	依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」,護理人員其月投保金額調升幅度須達次一投保等級,始得申報00246C。 例:如護理人員原本保險月投保金額為34800,級距為第二組,其薪資調升幅度須達1500元;另級距跨一組別(如投保等級第8到第9),調幅須達1900元。 下載路徑:本署全球資訊網首頁>健保服務>投保與保費>保費計算與繳納>一般保費計算>投保金額分級表
B-2	調升護理人員薪資從什麼時候開始計算並得申報00246C?	護理人員調升薪資區間認定係起自112年1月起,任一月份的投保金額調升幅度較比較基準月(111年12月)調升達次一投保等級,則該基層診所自調升當月起皆符合申報資格。
B-3	有最低投保金額限制嗎?	無最低投保金額限制
B-4	如基層診所聘用多位護理人員,需調升幾位護理人員薪資?須每位都調升嗎?	(1)考量基層診所聘用護理人員數不同,每家基層診所須調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級,如診所聘用50%之護理人員不足一名,以一名計算。 (2)以某診所聘用9名護理人員為例,半數為4.5名,以5名計,

序號	問題	本署回應
		須調升 5 名以上護理人員薪資始得申報加計。
B-5	本診所原本沒有聘用護理人員，如於今年新聘用護理人員，該如何認定調升薪資？可以申報 00246C 嗎？	基層診所 111 年 12 月無聘用護理人員，於 112 年任一月份新聘用護理人員，自聘用當月份起得申報本項。惟該名護理人員若離職，自離職次月起不得申報 00246C。
B-6	於今年新開業診所聘用之護理人員如何認定調升薪資？可以申報 00246C 嗎？	新開業診所自聘用護理人員當月份起得申報本項。
C 申報方式		
C-1	00246C 應如何申報？	(1) 醫令清單段：「醫令類別」為「0：診察費」，「支付成數」為 100.00。 (2) 點數清單段：「診察費項目代號 (ID d35)」欄位填報原診察費醫令，「診察費點數 (ID d36)」為醫療服務醫令清單段「醫令類別 (ID p3)」代碼「0：診察費」點數加總。 (3) 其餘按現行門診醫療費用點數申報格式及填表說明申報。
C-2	得額外申報門診診察費各項加成為？	不適用第二部第二章第一節通則十二、西醫基層院所門診診察費加成方式。

請於112/8/1起執行線上更版，更新申報程式，執行健保申報的【1. 資料分離】增加【提升護理人員加計】的選項，診所?

0看診日統計

1資料分離

2查核/列印

3健保

資料分離參

院所健保代號： 分類：診所(D)

★提升護理人員加計	<input type="text" value="N"/>	★
■列出未還單：	<input type="text" value="Y"/>	提升基層護理人員照護品質
■警示項→高藥價：	<input type="text" value="N"/>	不申報00246C
高診療：	<input type="text" value="99999"/>	轉診名單 <input type="text" value="Y"/>
藥費+診療金額為零	<input type="text" value="N"/>	交付調劑 <input type="text" value=""/>
■重設定→無急診	<input type="text" value=""/>	科別(01,..等)
純注射設調劑6：	<input type="text" value="N"/>	糖尿病團隊醫師有兼任護理師
■是否有→洗腎	<input type="text" value="N"/>	同療 <input type="text" value="Y"/>
		牙科 <input type="text" value="N"/>



「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(診察費)調整-系統改版說明

一、提升基層護理人員照護品質加計

每月申報時，進入「3.申報」→「4.門診健保調診察費」，先查看「提升基層護理人員照護品質加計(00246C)加計說明」確認院所是否符合資格，若符合才可「勾選」並點擊「確認」及「執行」。

門診健保調診察費(EN309) <使用者:常誠醫師 > <日期:112/07/18> <使用者:常誠醫師 > <日

計算年月 11207 Esc 離開

申報類別 1 (1:送核 2:補報)

顯示診察費合理量報表
 顯示藥事費合理量報表

提升基層護理人員照護品質加計(00246C)

11207新增提升基層護理人員照護品質加計說明

F3 確定

符合下列資格才能打勾

●112年7月以後●

新增「提升基層護理人員照護品質加計」(醫令代碼：00246C，6點)。

支付規範訂有「限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項」。

1.護理人員指護理師及護士

2.得加計 00246C之1~30人次門診診察費診療項目：

00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C
00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

排除案件:05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、C5、D1、D2、DF
及診察費為0

●基層診所資格說明●

1.當月至少一名護理人員執業登記於本診所。

2.調升其半數以上護理人員之薪資達次一投保等級。

如：某診所聘有9名護理人員，則半數為4.5名，以5名計。

註：全民健康保險投保分級表，請參考以下路徑：健保署全球資訊網首頁>健保服務>投保與保費>保費計算與繳納>一般保費計算>投保金額分級表

3-1.於112年以前開業診所，自112年1月起，任一月份的投保金額調薪幅度較比較基準月(111年12月)調升達次一投保等級，則該基層診所自調升當月起皆符合申報資格。

3-2.於112年起新開業診所，自聘用護理人員當月份起得申報本項。

如不符資格請勿勾選「提升基層護理人員照護品質加計」

關閉



二、門診診察費調升

■西區基層合理量門診

合理量	交付調劑			自行調劑 或 無須調劑		
	代碼	點數	調整後點數	代碼	點數	調整後點數
1-30 人	00109C	358	364	00110C	358	364
31-40 人	00223C	250	無	00224C	250	無
慢性處方 1 次 1-30 人	00197C	381	387	00199C	356	362
慢性處方 1 次 31-40 人	00198C	375	376	00200C	350	351
慢性連續 2 次以上 1-40 人	00158C	555	561	00159C	530	536

■山地離島合理量門診

合理量	交付調劑			自行調劑 或 無須調劑		
	代碼	點數	調整後點數	代碼	點數	調整後點數
1-30 人	00230C	358	364	00234C	358	364
31-50 人	00231C	352	353	00235C	352	353
慢性處方 1 次 1-30 人	00232C	381	387	00236C	356	362
慢性處方 1 次 31-50 人	00233C	375	376	00237C	350	351
慢性連續 2 次以上 1-50 人	00168C	555	561	00169C	530	536

■精神科合理量門診

合理量	交付調劑			自行調劑 或 無須調劑		
	代碼	點數	調整後點數	代碼	點數	調整後點數
1-30 人	00238C	344	350	00242C	344	350
慢性處方 1 次 1-30 人	00240C	395	401	00244C	374	380
慢性連續 2 次以上 1-45 人	00184C	569	575	00185C	548	554

■系統說明：

1. 請先執行 112 年 7 月申報功能：「門診健保重新批價」、「門診健保調診察費」。
2. 本次調整項目為：(以一般診所為例)

① 4.設定 » 3.掛號參數設定 » 診察費

掛號參數設定(RG999) <使用者:常誠電腦> <日期:112/07/18>						
診察費						
	第一段	第二段	第三段	第四段	第五段	第六段
自行調劑診察費金額	250	250	220	160	70	50
診察費代碼	00110C	00224C	00112C	00114C	00116C	00118C
交付調劑診察費金額	364	250	220	160	70	50
診察費代碼	00109C	00223C	00111C	00113C	00115C	00117C
自調慢病診察費金額(>=28天)	536	536	450	390	300	280
診察費代碼	00159C	00159C	00161C	00163C	00165C	00167C
交付慢病診察費金額(>=28天)	561	561	475	415	325	305
診察費代碼	00158C	00158C	00160C	00162C	00164C	00166C
自調慢病診察費金額(<28天)	362	351	250	190	100	80
診察費代碼	00199C	00200C	00142C	00144C	00146C	00148C
交付慢病診察費金額(<28天)	387	376	275	215	125	105
診察費代碼	00197C	00198C	00141C	00143C	00145C	00147C
醫師日門診量	30	40	60	80	150	9999

② 6.建檔 » 5.案件分類

案件分類代碼		查詢狀態	醫師調劑
10	一般西醫		診察費 1-13天:20元 (代號:05204D) 診察費 14-27天:30元 (代號:05208D) 診察費 28天以上:41元 (代號:05212D)
自行調劑診察費金額	364	交付調劑診察費金額	364
自調診察費健保代碼	00110C	交付診察費健保代碼	00109C
診察費金額(1-13天)	39		●110/03修訂●
診察費金額(14-27天)	41		
診察費金額(28天以上)	51		
診察費金額(1-13天)	41		
診察費金額(14-27天)	51		
診察費金額(28天以上)	51		
診察費金額(1-13天)	41		
診察費金額(14-27天)	51		
診察費金額(28天以上)	51		

③ 3.申報 » C.每日對單 » 預覽查詢

00009		特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單														
42 流水號 140003	1 資料檔次	2 服務機構	3 費用年月	5 申報類別	送核	補報	41 案件分類	10 門診費用理由	9999999999	門診診所	112年07月	412 補報原因註記	1	2	09	
特定治療項目代號:44	C8,d5	d6	d7	d49 姓名:	d9 就醫日期: 112/07/14	d8 就醫科別: 02	d27 給藥日期: 28	d11 生日: 061/04/18	d3 身分證號: L	d29 就醫序號:	d14 給付類別: 4	d15 部份負擔: D12	d10 治療結束日期:			
442 請病別計開代碼	418 病患是否轉出 N	445 在附就醫新生兒出生日期	444 慢性病連續掛方是否有定期掛方月份	450 確定補開代號	452 特定地區醫療服務	453 支援區域										
424 主手術(處置)代碼	455 轉往醫事機構代號	456 原處方就醫序號	448 山地離島地區醫療服務計畫代號	425 次手術(處置)代碼(-)	454 提供醫療服務之醫事服務機構代號											
426 次手術(處置)代碼(-)	417 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件註記	416 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	413 整合式服務計畫註記	423 處方	419 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號											
423 處方	419 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	418 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	417 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	416 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	415 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	414 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	413 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	412 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	411 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	410 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	409 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	408 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	407 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	406 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	405 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號	404 轉診、處方調劑或特定檢費資源共享案件之服務機構代號
p13	p17	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16
醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令	醫令
序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序	序
1	4	0	00110C	一級門診												
2	4	0	1	28	4237601100	WELLPOINT PC										
3	4	2	44001C	一級門診	11207141620	11207141700	L122355620									
4	4	9	05211C	一級門診												

