

門診平衡檢查原則：

八十九年七月二十五日

壹：醫令自身平衡檢查

1. 醫令類別 = 『0』、『1』
→ 金額 = □ 單價 * 總量 □ 四捨五入至元
2. 醫令類別 = 『4』
IF 醫令代碼長度 = 『10』碼
→ 金額 = □ 單價 * 總量 □ 四捨五入至元

IF 醫令代碼長度不為『10』碼者
→ 金額 = □ 單價 * 總量 * 支付成數/100 □ 四捨五入至元
3. 醫令類別不為『0』、『1』、『4』者
→ 金額 = □ 單價 * 總量 * 支付成數/100 □ 四捨五入至元

貳：處方自身平衡檢查

1. 合計金額

IF 處方調劑方式 = 『1』□ 交付調劑 □
→ 合計金額 = 用藥明細金額小計 + 診療及材料小計 + 診察費 + 0
→ 用藥明細金額小計(自行調劑之藥費):
加總醫令類別 = 『1』□ 用藥明細□ 且醫令調劑方式 = 『0』□ 自行調劑□ 之金額
即加總藥品醫令自行調劑之金額
※ 交付調劑，不得申報處方藥事服務費；即醫令調劑方式，只要有乙筆為『1』□
交付調劑□者，其處方調劑方式 = 『1』，且處方藥事服務費 = 0

IF 處方調劑方式不為『1』
→ 合計金額 = 用藥明細金額小計 + 診療及材料小計 + 診察費 + 藥事服務費
2. 申請金額 = 合計金額 - 部分負擔

參：處方與醫令之交叉平衡檢查

1. 處方藥事服務費
IF 醫令類別 = 『1』□ 用藥明細□ 且醫令調劑方式 = 『1』□ 交付調劑□

→處方藥事服務費 = 0

※即醫令調劑方式，只要有乙筆為『1』□交付調劑□者，處方藥事服務費=0

2. 處方用藥明細金額小計

→加總醫令類別=『1』□用藥明細□且醫令調劑方式=『0』之藥費金額

3. 處方診療及材料小計

加總醫令類別不為『0』、『1』、『4』之金額

4. 處方診察費

IF 醫令類別 = 『0』

→處方診察費 = 加總醫令類別為『0』之金額

※醫令類別『0』為發展遲緩兒童聯合鑑定，其診療費之申報可依次專科科別申報實際參與醫師之診察費；目前申請之醫療院所為臺北市立婦幼綜合醫院, 臺中榮民總醫院, 成功大學附設醫院, 高雄醫學院附設醫院, 慈濟綜合醫院, 長庚紀念醫院林口兒童醫院, 嘉義基督教醫院。

IF 其他，無醫令類別『0』者

→處方診察費 = 依支付標準支付點數填寫

「西醫論病例計酬」及「呼吸照護之居家照護」平衡檢查原則：

壹:醫令自身平衡檢查

1. 醫令類別 = 『2』

→金額 = □ 單價*總量*支付成數/100 □ 四捨五入至元

【定額支付點數】 = 加總醫令類別為『2』之金額

2. 醫令類別 = 『4』

IF 醫令代碼長度 = 『10』碼

→金額 = □ 單價*總量□ 四捨五入至元

IF 醫令代碼長度不為『10』碼者

→金額 = □ 單價*總量*支付成數/100 □ 四捨五入至元

貳:處方自身平衡檢查

1. 合計金額

IF 處方調劑方式 = 『1』 □ 交付調劑 □

→ 合計金額 = 用藥明細金額小計 + 診療及材料小計 + 診察費 + 0

※即交付調劑，不得申報處方藥師服務費

※即醫令調劑方式，只要有乙筆為『1』 □ 交付調劑 □ 者，處方藥事服務費 = 0

IF 處方調劑方式不為『1』

→ 合計金額 = 用藥明細金額小計 + 診療及材料小計 + 診察費 + 藥事服務費

2. 申請金額

(1) 西醫論病例計酬

IF 處方調劑方式 = 『1』 □ 交付調劑 □

→ 申請金額 = 【定額支付點數】 - 部分負擔 - 交付調劑之藥費 - 11 □ 基層診所 □
- 21 □ 地區醫院 □
- 32 □ 區域醫院
□
- 43 □ 醫學中心 □

IF 處方調劑方式不為『1』

→ 申請金額 = 【定額支付點數】 - 部分負擔

(2) 呼吸照護之居家照護

IF 【定額支付點數】 > 合計金額

→ 申請金額 = 【定額支付點數】 - 部分負擔

IF 【定額支付點數】 < 合計金額

→ 申請金額 = (【定額支付點數】 - 部分負擔) + 1/3 * (合計金額 - 【定額支付點數】)

參:處方與醫令之交叉平衡檢查

1. 處方藥事服務費

IF 醫令類別 = 『4』 且醫令長度為 『10』 碼 且醫令調劑方式 = 『1』 □交付調劑□
→處方藥事服務費 = 0

IF 醫令類別 = 『4』 且醫令調劑方式 = 『0』 □自行調劑□
→處方藥事服務費依支付標準支付點數填寫

2. 處方用藥明細金額小計 =

加總醫令類別為 『4』 且醫令代碼長度為 『10』 碼

且醫令調劑方式= 『0』 □自行調劑□之金額

※若為藥品全部交付調劑則用藥明細金額小計 = 0

3. 處方診療及材料小計=

加總醫令類別為 『4』 且醫令代碼長度不為 『10』 碼之金額

※備註 1：醫令資料申報「診療之支付成數」說明

醫令類別為 2, 3, 或 7 其「診療之支付成數」左靠不足補空白, 無加成請填 100

※備註 2：申報醫令之注意事項

同一筆處方中，相同之醫令類別及藥品項目代號及藥品使用頻率，只能申報一筆。

原醫令資料格式中的第 8-1 項為『醫令調劑方式』，若醫令類別為用藥明細時，本欄為必填欄位（0：自行調劑或1：交付調劑），其他醫令類別免填。

全民健康保險門診醫療費用申報轉檔邏輯檢查

八十九年七月二十五日

(一)門診費用申請總表資料格式: (檔案名稱: TOTFA,每筆長度 304 BYTES)

項次	資料名稱	檢核邏輯說明
=====	=====	=====
* 02	醫事服務機構代號	HOSP_ID_CHK
* 03	費用年月	前三碼為年份，後二碼為月份（YYYYMM）
* 04	申報方式	1:書面 2:媒體 3:連線
* 05	申報類別	1:送核 2:補報
* 06	申報日期	DATE_CHK
07	西醫一般案件件數	01 案件總件數
08	西醫一般案件申請金額	01 案件申請金額總和
09	西醫專案案件件數	02,03,04,09,B1,C1,D1 案件總件數
10	西醫專案案件申請金額	02,03,04,09,B1,C1,D1 案件申請金額總和
11	洗腎案件件數	05 案件總件數
12	洗腎案件申請金額	05 案件申請金額總和
13	精神疾病社區復健件數	A2 案件總件數
14	精神疾病社區復健申請金額	A2 案件申請金額總和
15	結核病件數	06 案件總件數
16	結核病申請金額	06 案件申請金額總和
17	西醫件數小計	項次 07,09,11,15 之和
18	西醫申請金額小計	項次 08,10,12,16 之和
19	牙醫一般案件件數	11 案件總件數
20	牙醫一般案件申請金額	11 案件申請金額總和
21	牙醫專案案件件數	12,13,19,B2 案件總件數
22	牙醫專案案件申請金額	12,13,19,B2 案件申請金額總和
23	牙醫件數小計	項次 19,21 之和
24	牙醫申請金額小計	項次 20,22 之和
25	中醫一般案件件數	21 案件總件數
26	中醫一般案件申請金額	21 案件申請金額總和
27	中醫專案案件件數	22,24,29,B3 案件總件數
28	中醫專案案件申請金額	22,24,29,B3 案件申請金額總和

29	中醫件數小計	項次 25,27 之和
30	中醫申請金額小計	項次 26,28 之和
31	預防保健件數	A3,D2 案件總件數
32	預防保健申請金額	A3,D2 案件申請金額總和
33	慢性病連續處方調劑件數	08,28 案件總件數
34	慢性病連續處方調劑申請金額	08,28 案件申請金額總和
35	居家照護件數	A1,A5,A6,A7 案件總件數
36	居家照護申請金額	A1,A5,A6,A7 案件申請金額總和
* 37	件數總計	項次 13,17,23,29,31,33,35 之和=處方總件數
* 38	申請金額總計	項次 14,18,24,30,32,34,36 之和=處方總申請金額
39	此次連線申報起日期	DATE_CHK或空白
40	此次連線申報迄日期	DATE_CHK或空白

==== =====
註: * 表示該欄為必要欄位, 表示該欄如有對應之費用別, 則為必要欄位。

(二)門診處方及治療資料格式: (檔案名稱: DTLFA,每筆長度 246 BYTES)

項次	資料名稱	檢核邏輯說明
====	=====	=====
* 02	醫事服務機構代號	HOSP_ID_CHK
* 03	費用年月	前三碼為年份, 後二碼為月份 (YYYYMM)
* 04	申報類別	1:送核 2:補報
* 05	案件分類	ISAM_CHK <u>IF 健保卡就醫序號屬=01 (老人感冒疫苗), THEN “D2”</u> <u>IF 健保卡就醫序號屬=00(檢驗單位申報), THEN”A3” OR</u> <u>“09”</u>
* 06	流水號	上下半月之同一案件分類之流水號不可重複
07	特定治療項目代號(一)	ISAM_CHK 或空白
07-1	特定治療項目代號(二)	ISAM_CHK 或空白
07-2	特定治療項目代號(三)	ISAM_CHK 或空白
07-3	特定治療項目代號(四)	ISAM_CHK 或空白
* 09	就醫科別	ISAM_CHK

* 10	就醫日期	DATE_CHK
10-1	治療結束日期	DATE_CHK 或空白 (<u>同一療程、排程檢查、慢性病連續處方箋等案件務必填寫</u>)
* 11	出生日期	DATE_CHK
* 12	身分證統一編號	ID_CHK
* 13	健保卡就醫序號	IF 屬 A3 案件 THEN CHK_A3_SCHEDULE <u>IF 屬 08,28 案件 THEN(1,2,3,4)</u> OTHERS THEN ISAM_CHK
14	給付類別	<u>IF 屬 A3,D2 案件 THEN “8 或空白”, ELSE ISAM_CHK</u>
* 15	部分負擔代號	<u>IF 屬 A1,A5,A6,A7 案件 ,THEN</u> <u>IF 健保卡就醫序號=06 (職業病就醫),THEN “006”</u> OTHERS ISAM_CHK
* 16	轉入之院所代號 或原處方醫療機構代號	<u>IF 屬 08,28 案件 THEN HOSP_ID_CHK</u> OTHERS “N”,或 HOSP_ID_CHK
* 17	病患是否轉出	<u>IF 屬 08,28 案件 THEN ‘N’</u> OTHERS ‘Y’或‘N’
18	國際疾病分類號(一)	<u>IF 屬 A3,D2 或中醫案件 THEN 不檢查,</u> <u>ELSE CHECK “ICD-9-CM”,請勿填寫”, (小數點)”</u> (自八十九年元月起全面採 ICD-9-CM,不可為 A-CODE)
19	國際疾病分類號(二)	同上
20	國際疾病分類號(三)	同上
21	主手術代碼	<u>同國際疾病分類代號或空白</u>
22	給藥日份	<u>除 A3,D2 案件外,其他案件皆為必要欄位</u> 本次給藥日份最高之天數 ; <u>IF 案件分類=01 THEN 給藥日份<=3 (目前暫不檢查)</u> <u>IF 案件分類=21 THEN 給藥日份<=7</u>
23	處方調劑方式	<u>IF 屬 08,21,22,24,28,29,A3,D2,B3 案件 THEN 可空白,</u> ELSE ISAM_CHK
24	次手術代碼 (二)	<u>同國際疾病分類代號</u>
* 25	醫師代號	ID_CHK
26	藥師代號	IF 處方調劑方式=0, THEN ID_CHK (限醫藥分業地區)

	或空白
27 用藥明細金額小計	請參考平衡檢查原則 <u>IF 案件分類=01,且年齡<=6【就醫日期(年)-出生日期(年)】, THEN 藥費小計<=110</u> <u>IF 案件分類=01,且年齡>6【就醫日期(年)-出生日期(年)】, THEN 藥費小計<=100</u>
28 診療明細金額小計	請參考平衡檢查原則
29 診察費項目代號	
29-1 診察費	請參考平衡檢查原則
30 藥事服務費項目代號	
30-1 藥事服務費	請參考平衡檢查原則
* 31 合計金額	請參考平衡檢查原則 <u>IF 案件分類=11, THEN 合計金額<=300</u>
32 部分負擔費用金額	
* 33 申請金額	請參考平衡檢查原則
34 代辦費用代碼	請填論病例計酬項目代碼 <u>IF C1 案件 THEN ISAM_CHK, ELSE 空白</u>
34-1 代辦費用金額	<u>IF 部份負擔代碼 IN (003,004,005,006,901) AND (診察費>0) THEN “代辦費用金額” >=50</u>
35 慢性病連續處方箋有效期間總處方日份	<u>IF 屬 04,24 案件且開立慢性病連續處方調劑箋, THEN <=92, ELSE=0</u>
08 姓名	

=====

註: * 表示該欄為必要欄位, 表示該欄某些科別或費用別, 未註明免填者皆為必要欄位。

(三)門診處方及治療醫令明細資料格式: (檔案名稱: ORDFA,每筆長度 378 BYTES)

項次	資料名稱	檢核邏輯說明
====	=====	=====
* 01	資料格式	"12"表門診處方及治療醫令明細資料格式
* 02	醫事服務機構代號	HOSP_ID_CHK
* 03	費用年月	MONTH_CHK
* 04	申報類別	1:送核 2:補報
* 05◆	案件分類	ISAM_CHK
* 06	流水號	須與處方同筆資料之流水號一致
* 07	身分證統一編號	ID_CHK
08	保留欄位	X(12) 補空白
08-1	醫令調劑方式	IF 醫令類別'1'或'4'(滿 10 碼之藥品醫令) THEN'0'或'1' ELSE 空白(醫令類別為用藥明細時本欄為必要欄位, 其他醫令類別免填, <u>另中醫之藥品醫令可空白</u>)
08-2	發給慢性病連續處方箋	Y:是 N:否
* 09	醫令類別	<u>0,1,2,3,4,7,8</u>
* 10	藥品(項目)代號	必要欄位, <u>不可為英數以外之符號, 如“-”, “*”等</u>
11-1-1	藥品用量	若醫令為藥品時,此欄為必要欄位
11-2-1	診療之部位	若醫令類別為診療時, 牙科為必要欄位,標示牙齒部位 中醫、西醫免填
11-1-2	藥品使用頻率	若醫令為藥品時,此欄為必要欄位,
11-2-2	診療之支付成數	
11-1-3	給藥途徑/作用部位	若醫令為藥品時,此欄為必要欄位,
* 12	總量	請參考平衡檢查原則
13	單價	請參考平衡檢查原則
* 14	金額	請參考平衡檢查原則
====	=====	=====

註 1: * 表示該欄為必要欄位, 表示該欄某些科別或費用別未註明免填者,皆為必要欄位

註 2: 欄位「11-1-1」,「11-1-2」,「11-1-3」請依全民健康保險藥品使用標準碼填,請勿輸入中文字

FUNCTION 說明

HOSP_ID_CHK : 屬衛生署編定之代碼

MONTH_CHK 前三碼為年份,後二碼為月份,

ID_CHK 只能填入 0-9,A-Z 的字元,且必須大於 5 碼,中間不可有空白

ISAM_CHK 申報方式 1:書面 2:媒體 3:連線

申報類別 1:送核 2:補報

門診案件分類 01,02,03,04,05,06,08,09,A1,A2,A3,A5,A6,A7,B1,

C1,D1,D2,11,12,13,19,B2,21,22,24,28,29,B3

若為 B1,B2,B3,則健保卡就醫序號必須為 91-96

牙醫與非牙醫案件必須分開申報

若為 11,12,13,19,B2,則就醫科別必須為 40 (牙科) 或 GA (口腔顏面外

科)

特定治療項目 01-97,A1-A8,D0-D9,P1-P8,C1-C5,E1,

E2 (醫師支援至安養、養護、殘障福利機構及護理之家看診案件
(89.3.16))

就醫科別 00,01-15,22,40,60,81-84,2A,2B,AA,AB,AC,AD,AE,AF,

AG,AH,AI,AJ,BA,BB,BC,BD,CA,CB,DA,EA,FA,FB,GA,HA

健保卡就醫序號 第一碼為 A-Z 第二碼為 1-6 或 A-Z

或門診可填 98,99,06

或 91 - 96 但其案件分類必須為 B1,B2,B3

給付類別(門診) 1,2,3,4,8,9

部份負擔代號(門診) 001~ 009,801,802,901,

第一碼 A-H,R,S

第二碼 0,1,2

第三碼 0,3 (A12 除外)

處方調劑方式 0:自行調劑 1:交付調劑 2:未開(藥品)處方

4:領有殘障手冊自行調劑 5:孕婦自行調劑

6:符合第 43 條及自墊核退所定緊急傷病之患者自行調劑

(醫藥分業實施滿一年地區,其代碼應為 0,1,2,6)

代辦費用項目代碼 (論病例計酬項目代碼) 1A,2A,3A,2B,2C,2D,4A

CHK_A3_SCHEDULE

兒童預防保健： 11-16

成人預防保健服務： 21（四十歲至六十四歲）,22（六十五歲以上）

婦女子宮頸抹片檢查： 31,35

孕婦產前檢查服務： 41-50,51-60

檢驗單位申報子宮頸抹片檢查： 00

65 歲以上老人感冒疫苗注射： 01

DATE_CHK 日期檢查(日期格式是否合理)

申報日期 申報日期大於等於費用年月,且小於等於(費用年月+25 個

月)

費用年月 非同一療程或排檢案件：等於就醫日期之(年,月)

同一療程或排檢案件：等於就醫日期之(年,月),

或治療結束日期之(年,月)

就醫日期 同上

治療結束日期 大於等於就醫日期；

出生日期 必須小於等於就醫日期且小於 150 歲