

全民健康保險住院醫療費用申報轉檔邏輯檢查

八十九年八月

以下所列係媒體轉檔之檢核原則,非必要欄位,仍請依實際個案資料填報,以免於後續之行政或專業審查中,因資料不正確而遭核減。

壹、基本邏輯檢查

一、住院費用申請總表資料格式(檔案名稱:TOTFB,每筆長度 224 bytes)

項次	資料名稱	說明
* 01	資料格式	"20"表住院費用申請總表
* 02	特約醫事機構代號	hosp_id_chk
* 03	費用年月	month_chk
* 04	申報方式	isam_chk
* 05	申報類別	isam_chk
* 06	申報日期	date_chk
07	一般案件件數	此次申請案件分類 1 之總件數
08	一般案件日數	此次申請案件分類 1 之急慢性病床總天數
09	一般案件醫療費用金額	此次申請案件分類 1 之醫療費用金額總和(含部份負擔金額)
10	論病例計酬案件件數	此次申請案件分類 2 之總件數
11	論病例計酬案件日數	此次申請案件分類 2 之急慢性病床總天數
12	論病例計酬案件醫療費用金額	此次申請案件分類 2 之申請費用金額+部分負擔費用金額之總和
13	特定案件件數	此次申請案件分類 3 之總件數
14	特定案件日數	此次申請案件分類 3 之急慢性病床總天數
15	特定案件醫療費用金額	此次申請案件分類 3 之醫療費用金額總和(含部份負擔金額)
* 16	醫療費用件數總計	為項次 07,10,13 之和
* 17	醫療費用日數總計	為項次 08,11,14 之和
* 18	醫療費用金額總計	為項次 09,12,15 之和(含部份負擔金額)
19	部分負擔件數總計	住院清單中有部份負擔金額的總件數
20	部分負擔日數總計	住院清單中有部份負擔金額的急慢性病床總天數
* 21	部分負擔金額總計	總部份負擔金額

22 代辦費件數總計	
23 代辦費日數總計	
24 代辦費金額總計	
* 25 申請件數總計	為項次 07,10,13 之和
* 26 申請日數總計	為項次 08,11,14 之和
* 27 申請金額總計	為項次 18 - 21 之值(不含部分負擔金額)
28 此次連線申報起日期	DATE_CHK 或空白
29 此次連線申報迄日期	DATE_CHK 或空白

=====

註: * 表示該欄為必要欄位

=====

二、住院醫療費用清單資料資料格式(檔案名稱:DTLFB,每筆長度 448 bytes)

項次	資料名稱	說明
* 01	資料格式	"21"表住院清單
* 02	特約醫事機構代號	hosp_id_chk
* 03	費用年月	month_chk
* 04	案件分類	isam_chk
* 05	申報類別	isam_chk
* 06	流水編號	上下半月之同一案件分類之流水號不可重複
* 07	部分負擔代號	isam_chk
* 09	身分証統一編號	id_chk
* 10	出生年月日	date_chk
* 11	給付類別	isam_chk
* 12	汽車交通事故	Y,N
* 13	就醫序號	isam_chk
* 14	就醫科別	isam_chk
* 15	入院年月日	date_chk , 並請參考住院平衡檢查原則
16	出院年月日	date_chk 或空白 , 並請參考住院平衡檢查原則
17	申報期間-起	IF 連續住院 then date_chk else 空白或 date_chk , 並請參考住院 平衡檢查原則
18	申報期間-迄	IF 連續住院 then date_chk else 空白或 date_chk , 並請參考住院 平衡檢查原則
19	急性病床天數	請參考住院平衡檢查原則
20	慢性病床天數	請參考住院平衡檢查原則
21	病患來源	isam_chk
22	預留欄位	補空白
* 23	主治醫師代碼	id_chk
24	DRGs 碼	凡屬論病例計酬案件者應依所訂之參考碼填寫 , 若案件分類為「2」者,本欄不得空白
25	外因分類(一)	汽車交通事故為「Y」時 , 本欄不得空白

26	外因分類(二)	
* 27	轉歸代碼	isam_chk
* 28	主診斷	不可為空白
29	次診斷代碼(一)	
30	次診斷代碼(二)	
31	次診斷代碼(三)	
32	次診斷代碼(四)	
33	主手術(處置)	
34	次手術(處置)一	
35	次手術(處置)二	
36	次手術(處置)三	
37	次手術(處置)四	
* 38	醫令總數	請參考住院平衡檢查原則
39	診察費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
40	病房費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
41	管灌膳食費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
42	檢查費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
43	放射線診療費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
44	治療處置費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
45	手術費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
46	復健治療費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
47	血液血漿費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
48	血液透析費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
49	麻醉費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
50	特殊材料費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
51	藥費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
52	藥事服務費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
53	精神科治療費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
54	注射技術費	依支付標準各部章節對應，並參考住院檢查原則
55	嬰兒費	
* 56	醫療費用合計	請參考住院平衡檢查原則
* 57	部分負擔總額	請參考住院平衡檢查原則 IF 部份負擔代號=「000」 THEN 部份負擔金額要>0 (但如病患來源為「4」同一疾病 14 天內在住院者)

部分負擔金額得 ≥ 0)

IF 部份負擔代號=「001- 007、009」免部份負擔者 THEN

部分負擔金額要=0

* 58 申請費用金額	請參考住院平衡檢查原則
59 醫療費用金額(急性病床 1-30 天)	請參考住院平衡檢查原則
60 部分負擔金額(急性病床 1-30 天)	請參考住院平衡檢查原則
61 醫療費用金額(急性病床 31-60 天)	請參考住院平衡檢查原則
62 部分負擔金額(急性病床 31-60 天)	請參考住院平衡檢查原則
63 醫療費用金額(急性病床 61 天以上)	請參考住院平衡檢查原則
64 部分負擔金額(急性病床 61 天以上)	請參考住院平衡檢查原則
65 醫療費用金額(慢性病床 1-30 天)	請參考住院平衡檢查原則
66 部分負擔金額(慢性病床 1-30 天)	請參考住院平衡檢查原則
67 醫療費用金額(慢性病床 31-90 天)	請參考住院平衡檢查原則
68 部分負擔金額(慢性病床 31-90 天)	請參考住院平衡檢查原則
69 醫療費用金額(慢性病床 91-180 天)	請參考住院平衡檢查原則
70 部分負擔金額(慢性病床 91-180 天)	請參考住院平衡檢查原則
71 醫療費用金額(慢性病床 181 天以上)	請參考住院平衡檢查原則
72 部分負擔金額(慢性病床 181 天以上)	請參考住院平衡檢查原則
73 代辦費	
74 保留欄位	補空白
08 姓名	不檢查

===== =====
註 1: * 表示該欄為必要欄位 , 表示該欄某些科別或費用別為必要欄位。

三、住院醫療費用醫令清單資料格式(檔案名稱:ORDFB,每筆長度 506 bytes)

項次	資料名稱	說明
* 01	資料格式	"22"表住院醫令
* 02	特約醫事機構代號	hosp_id_chk
* 03	費用年月	month_chk
* 04	案件分類	isam_chk
* 05	申報類別	isam_chk
* 06	流水編號	須與清單資料之流水號一致
* 07	身分証統一編號	id_chk
◆ 07-1	保留欄位	補空白
* 08◆	醫令序	不檢查
* 09	醫令類別	1,2,3,4,7,8
* 10	醫令代碼	參考住院平衡檢查原則 IF 醫令類別為2,7,8 THEN 醫令代碼應小於10碼 IF 醫令類別為1 THEN 醫令代碼應等於10碼 IF 醫令類別為3 THEN 醫令代碼等於12碼
* 11	支付成數	參考住院平衡檢查原則 IF 醫令類別為3 THEN 支付成數 <= 1.05
12	用法或會診科別或病床號	
12-1-1	藥品用量	不檢查
12-1-2(藥品)	使用頻率	若醫令為精神科治療費、復健治療費、治療處置費、血液透析費等項目此欄為必要欄位
12-1-3	給藥途徑/作用部位	不檢查
12-2	會診科別	空白或 isam_chk
12-3	病床號	若醫令為病房費則此欄為必要欄位
13	執行時間-起	1.凌晨時分應以 0000 表示,而不應以 2400 表示 2.若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位; 3.若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處費等項目必須填寫至年月日欄位,時分欄位可補 0。
14	執行時間-迄	1.凌晨時分應以 0000 表示,而不應以 2400 表示 2.若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位; 3.若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處費等項目必須填寫至年月日欄位,時分欄位可補 0。

4. 執行時間-迄>=執行時間-起

* 15 總量

參考住院平衡檢查原則

* 16 單價

參考住院平衡檢查原則

* 17 金額

參考住院平衡檢查原則

註 2: * 表示該欄為必要欄位 表示該欄某些科別或費用別為必要欄位

四、格式內容說明

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 1 只能填入 0-9,A-Z 的字元

2 必須大於 5 碼

3. 字元中間不得有空白

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

案件分類 1,2,3

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 1、第一碼為 A-Z 第二碼為 1-6 或 A-Z

2、98 (非本保險保險對象之器官捐贈)

3、89 (八十八年二月起新增無力繳納保費)

4、06 (八十九年一月起職災免蓋健保卡者,部份負擔代號應為 006,給付類別應為 1 或 2)

給付類別 1、1,2,3,4,6,7

2、8 天災：八十八年九月起申報類別為「2」補報者使用

3、9 呼吸照護：八十九年六月起申報類別為「2」補報者使用

4、A 安寧照護：八十九年七月起申報類別為「2」補報者使用

部份負擔代號 1、000,001- 006

2、007 (八十八年七月十七日新增以入院日期判斷)

3、009 (八十八年九月起申報類別為「2」補報,新增給付類別為天災之免部分負擔代號)

病患來源 1,2,3,4

轉歸代碼 0,1 - 9

date_chk 日期檢查(日期格式是否合理)

申報日期 申報日期之年、月等於或大於費用年月,且小於等於費用

年月+25 個月

出生日期	必須小於等於入院日期且小於 150 歲
入院日期	小於等於費用年月的最後一日
申報起日	大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日
申報迄日	大於等於申報起日且小於等於費用年月的最後一日
出院日期	大於等於入院日期且小於等於費用年月的最後一日 轉歸代碼非 2、7 者出院日期不應空白 轉歸代碼 2、7 者出院日期應空白

date_chk

正確填報格式有下列三種

入院日期		申報起日		申報迄日		出院日期	說明	
必填		空白		空白		必填	當月入出院	以轉歸代碼作為判別
必填	<=	必填	<=	必填		空白	連續住院未出院	
必填	<=	必填	<=	必填	=	必填	連續住院當月出院	

附件二

貳、住院平衡檢查原則

一、清單住院日數檢查

住院日數=急性病床天數+慢性病床天數

IF 申報迄日 = 空白 THEN

 申報日數 = 出院日期 - 入院日期

ELSE

 申報日數 = 申報迄日 - 申報起日

ENDIF

IF 申報日數 = 0 THEN

 申報日數 = 1

ELSE

 IF 轉歸代碼 = 2 /*繼續住院*/或 7 /*身分變更*/

 申報日數 = 申報日數 + 1

 ENDIF

ENDIF

 申報日數 >= 住院日數

 轉歸代碼非 2、7 者出院日期不應空白

 轉歸代碼 2、7 者出院日期應空白

二、清單、醫令、總表之平衡檢查

(一)清單本身平衡檢查

1.醫療費用要等於急慢床費用總和

2.醫療費用要等於17項費用總和

3.醫療費用要等於申請金額加部分負擔(註:案件分類「2」論病例計酬案件不檢查)

4.清單部分負擔代碼為

 (1) 「000」應部分負擔者，部分負擔金額要>0 (如病患來源為「4」同一疾病 14 天內在住院者部分負擔金額得>=0)

 (2) 「001- 007、009」免部分負擔者，部分負擔金額要=0

(二)醫令本身金額平衡檢查

1.醫令類別為2,7,8醫令代碼應小於10碼

 【金額 (四捨五入) = (單價 * 總量 * 支付成數)】

2.醫令類別為1醫令代碼應等於10碼

 【金額 (四捨五入) = (單價 * 總量)】

3.醫令類別為3醫令代碼等於12碼

 支付成數不得大於1.05

 【金額 (四捨五入) = (單價 * 總量 * 支付成數)】

4.醫令類別為4

 IF 醫令代碼長度=10碼

 【金額 (四捨五入) = (單價 * 總量)】

 IF 醫令代碼長度不為10碼

【金額（四捨五入）=（單價*總量*支付成數）】

(三)總表本身平衡

醫療費用件數總計	為項次 07,10,13 之和
醫療費用日數總計	為項次 08,11,14 之和
醫療費用金額總計	為項次 09,12,15 之和(含部份負擔金額)
申請件數總計	為項次 07,10,13 之和
申請日數總計	為項次 08,11,14 之和
申請金額總計	為項次 18 - 21 之值(不含部分負擔金額)

(四)清單與醫令平衡檢查

1.清單與醫令之案件類別件數平衡檢查
2.清單與醫令之金額平衡檢查
IF(一般案件或特定案件)
{
 醫令類別 1,2,3,7,8 金額總和等於醫療費用
}

IF(論病例計酬、安寧照護案件)
{
 醫令類別 2 金額總和等於申請金額加部分負擔
 醫令類別 4 金額總和等於醫療費用
}
ELSE (呼吸照護案件)
 醫令類別 4 金額總和等於醫療費用

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】)

(五)清單與總表平衡檢查

住院清單中有部份負擔金額 (>0) 的總件數=總表部分負擔件數總計

住院清單中有部份負擔金額 (>0) 的急慢性病床總天數=總表部分負擔日數總計

住院清單中總部份負擔金額=總表部分負擔金額總計

IF(一般案件或特定案件)
{
 清單的醫療費用、申請金額、日數、件數加總等於總表的醫療費用、申請金額、日數、件數
}

ELSE(論病例計酬案件、呼吸照護、安寧照護)

}

清單的申請金額+部分負擔等於總表的醫療費用

清單的申請金額、日數、件數加總等於總表的申請金額、日數、件數

}