

住院醫療服務醫令清單媒體申報格式及填表說明

網底加底線者 100 年 1 月(費用月份)起適用
網底者 100 年 2 月(費用月份)起適用

(檔案名稱:ORDFB, 每筆長度 506 bytes)

項次	資料名稱	格式	資料說明
*01	資料格式	X(02)	"22" 表住院醫療服務醫令清單格式。
*02	特約醫事機構代號	X(10)	hosp_id_chk 衛生署編定之代碼。 代檢及轉檢由原診治之特約醫院、診所申報。
*03	費用年月	X(05)	month_chk 前三碼為年份，後二碼為月份。
*04	案件分類	X(02)	1、isam_chk (案件分類值為 1 碼者左靠補空白)。 2、本欄須與住院醫療服務點數清單同筆資料之流水號一致。
*05	申報類別	X(01)	isam_chk 1:送核 2:補報。
*06	流水編號	9(06)	醫院所編之申報流水序號。 右靠不足補 0, 請依案件分類之類別分別連續編號, 本欄須與住院醫療服務點數清單同筆資料之流水號一致。
*07	身分證統一編號	X(10)	id_chk 國民身分證之統一編號, 或外籍居留證號碼(左靠不足補空白)。
*08	醫令序	9(05)	依同一病患申報之醫令順序編號。
*09	醫令類別	X(01)	1:用藥明細。 2:診療明細。 3:特殊材料。 4:不得另計價之藥品或診療項目(註4)。 7:代檢及非該層級適用類別之轉檢。 8:器官捐贈。 A: Tw-DRG 醫令代碼必為 A00000~F00001、 H00000~H00032, 且案件分類應為 5。 B: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之資料, 醫令代碼必為「G00000~G00001」。 Z: 部分負擔代碼改變已切帳申報費用之藥品、 診療明細、特殊材料醫令(該類醫令應計算 至本次醫療服務點數清單之 39~55 項次醫 療費用)。 B、Z 之醫令類別應同時存在。 Y: 器官捐贈來源之資訊, 醫令代碼必為 「Y00000」。 X: Tw-DRGs 支付通則六(六)得另行核實申報之 項目, 其點數不得計入通則六所稱實際醫

療服務點數計算：

1. 申報醫令類別 X，點數清單之案件分類必為 5。(不含支付通則六(六)2)
2. 醫令代碼為 CBA01*開頭且點數清單項次 33-37 處置碼需有一為 3761；或醫令代碼為 57114C, 57115C, 57116B 者，其 MDC 必為 14。
3. 該點數並依支付標準之各部章節對應到醫療服務點數清單中 39~55 及 59~72 之項次中。

***10 醫令代碼**

X(12) 全民健保藥品或醫療費用支付標準碼。

請按醫令代碼序依序申報,如係規律連續執行之醫令或同一醫令加成費用種類相同者,醫令請彙總列報。

Tw-DRG 醫令代碼：

1、Tw-DRG 支付內容「A00000~ A00006」，每一個案均應申報：

- (1) A00000：相對權重 RW。
- (2) A00001：標準給付額 SPR。
- (3) A00002：該 Tw-DRG 幾何平均住院日。
- (4) A00003：該 Tw-DRG 下限臨界點。
- (5) A00004：醫療服務點數=清單 56 項次點數(含醫令類別 Z 部分負擔代碼改變已切帳申報之醫療費用點數)-醫令類別 X 之醫療費用點數
- (6) A00005：該個案住院醫療服務點數清單第 19+20 項次之急慢性病床天數。
- (7) A00006：該 Tw-DRG 上限臨界點。

2. 基本診療加成「A10000~A10003」，每一個案均應申報其中之一：

- (1) A10000：無加成「0」。
- (2) A10001：醫學中心加成。
- (3) A10002：區域醫院加成。
- (4) A10003：地區醫院加成。

3. 兒童加成率「A20000~A40003」，每一個案均應申報其中之一：

- (1) 非 MDC15 內科系加成：
A、A20000：非 MDC15 內科系無加成「0」。
B、A20001：非 MDC15 內科系<6 個月兒

童加成。

C、A20002：非 MDC15 內科系 ≥ 6 個月， < 2 歲兒童加成。

D、A20003：非 MDC15 內科系 ≥ 2 歲， ≤ 6 歲兒童加成。

(2) 非 MDC15 外科系加成：

A、A30000：非 MDC15 外科系無加成「0」。

B、A30001：非 MDC15 外科系 < 6 個月兒童加成。

C、A30002：非 MDC15 外科系 ≥ 6 個月， < 2 歲兒童加成。

D、A30003：非 MD15C 外科系 ≥ 2 歲， ≤ 6 歲兒童加成。

(3) MDC15 加成：

A、A40000：MDC15 無加成「0」。

B、A40001：MDC15 < 6 個月兒童加成。

C、A40002：MDC15 ≥ 6 個月， < 2 歲兒童加成。

D、A40003：MDC ≥ 2 歲， ≤ 6 歲兒童加成。

4. CMI 加成率「A50000~A50003」，每一個案均應申報其中之一：

A50000：CMI 值無加成「0」。

A50001：CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 加成。

A50002：CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 加成。

A50003：CMI 值大於 1.3 加成。

5. 山地離島加成「A60000~A60001」，每一個案均應申報其中之一：

(1) A60000：無山地離島加成。

(2) A60001：山地離島加成。

6. Tw-DRGs 支付定額「B00000」，每一個案均應申報：

$B00000$ (Tw-DRGs 支付定額，小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數) = $A00000$ (相對權重 RW) $\times A00001$ (標準給付額 SPR) $\times (1 + \text{基本診療加成 } A10000 \sim A10003 \text{ 其中之一} + \text{兒童加成 } A20000 \sim A40003 \text{ 其中之一} + \text{CMI 加成率 } \text{「} A50000 \sim A50003 \text{」 其中之一} + \text{山地離島加成 } A60000 \sim A60001 \text{ 其中之一})$

7. 上限臨界點「C00000~C00003」每一個案均應申報其中之一：

- (1) C00000：無上限臨界點請填「0」（當 A00000：相對權重 RW 為「0」無權重時，填此醫令）
- (2) C00001：上限臨界點為 A00006 者。
- (3) C00002：上限臨界點以 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 計算者。
- A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。
- B、且 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006)，但低於實際醫療服點數 (A00004)。
- (4) C00003：不列入計算上限臨界點者，請填「0」。
- A、實際醫療服點數 (A00004) 高於點數上限臨界點 (A00006)。
- B、且 TW-DRGS 支付定額 (B00000) 高於上限臨界點 (A00006) 及實際醫療服點數 (A00004)。

8. 邊際成本計算「D00000~D00003」(每一個案均應申報其中之一)：

- (1) D00000 (當支付型態非「1」時，填此醫令)：無邊際成本請填「0」。
- (2) D00001 (當支付型態為「1」時，填此醫令)：邊際成本(小數點下1位4捨5入，取整數)=【A00004 醫療服務點數-C00001 或 C00002 上限臨界點】×0.8。
- (3) D00002：不計算邊際成本，當支付型態為「1」，上限臨界點為 C00003 不列入計算上限臨界點者，填此醫令，邊際成本請填「0」。

(4) D00003 (當支付型態為「1」，填此醫令者，年齡、主診斷應符合支付通則六(三)1之規定)：邊際成本(小數點下1位4捨5入，取整數)=【A00004 醫療服務點數-C00001 或 C00002 上限臨界點】×1

9. Tw-DRGs 支付點數「E00000~E00005」，每一個案均應申報其中之一：

- (1) E00000 費用在上下限臨界點範圍內者=B00000 支付定額+D00000 無邊

際成本

- (2) E00001 費用高於上限臨界點者= $B00000$ 支付定額+D00001 或 **D00003** 邊際成本或 D00002 不計算邊際成本
- (3) E00002 費用低於下限臨界點核實申報者= $A00004$ 醫療服務點數
- (4) E00003 無權重之 Tw-DRGs 核實申報者= $A00004$ 醫療服務點數
- (5) E00004 該 Tw-DRGs 個案<20 核實申報者= $A00004$ 醫療服務點數
- (6) E00005 論日支付者= $B00000$ 支付定額÷ $A00002$ 該 Tw-DRGs 幾何平均住院 × $A00005$ 該個案住院醫療服務點數清單第 19+20 項次之急慢性病床天數；小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數。

10. Tw-DRGs 案件使用第二類得加計額外點數特殊材料「H00000~H00032」，每一個案均應申報其中之一；小數點下 1 位 4 捨 5 入，取整數：

- (1) H00000：無使用第二類得加計額外點數特殊材料者，請填「0」。
- (2) H00011~ H00013：不得加計額外點數者，請填「0」。
 - A. H00011：實際醫療費用點數($A00004$)低於下限臨界點($A00003$)者。
 - B. H00012：實際醫療費用點數($A00004$)小於 Tw-DRGs 定額($B00000$)者。
 - C. H00013：實際醫療費用點數($A00004$)大於 Tw-DRGs 定額 ($B00000$)，惟 Tw-DRGs 定額 ($B00000$) 大於上限臨界點($A00006$)者。
- (3) H00021~ H00022：實際醫療費用點數($A00004$)大於 Tw-DRGs 定額 ($B00000$)，且實際醫療點數 ($A00004$)小於上限臨界點($A00006$)者，額外加計點數以下列情況之一取低者：
 - A. H00021：加計點數採打折後之新功能特材總點數。
 - B. H00022：加計定額至實際醫療點數差額之加成者= $【$ 實際醫療費用點數 ($A00004$)-Tw-DRGs 定額 ($B00000$) $】$ × 加成比率。
- (4) H00031~ H00032：實際醫療費用點數($A00004$)大於上限臨界點

(A00006)，且上限臨界點(A00006)大於定額(B00000)者，額外加計點數以下列情況之一取低者：

A. H00031：加計點數採打折後之新功能特材總點數。

B. H00032：加計定額至上限臨界點數差額之加成者=【上限臨界點(A00006)-Tw-DRGs 定額(B00000)】× 加成比率。

11. Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數)「F00000~F00001」，每一個案均應申報其中之一：

(1) F00000 Tw-DRGs 實際支付點數(申報醫療點數) = E00000 或 E00001 或 E00005 + 醫令類別 X 之點數 +

「H00000~H00032」之點數

(2) F00001 = E00002 或 E00003 或 E00004 + 醫令類別 X 之點數 +

「H00000~H00032」之點數

12. 部分負擔代碼改變切帳申報，出院時該次費用應申報醫令類別「B」之下列2項醫令，且醫令類別應另有「Z」之醫令：

(1) G00000：部分負擔代碼改變已切帳申報之個案資料。

(2) G00001：部分負擔代碼改變已切帳申報且該次已收取之部分負擔點數，如為免部分負擔者，點數請填「0」。

13. 該筆醫令為「費用點數」者，該費用點數(例如 B00000、D00001、E00005)於計算後小數點下1位4捨5入，取整數。
器官捐贈來源資訊 Y00000：申報心臟移植(68035B)、肝臟移植(75020B)、腎臟移植(76020B)、肺臟移植(單側 68037B、雙側 68047B)、胰臟移植(75418B)、角膜移植(85213B)者，應填報器官捐贈來源資訊 Y00000 之醫令。

*11 支付成數

X(03) 此欄表示全民健保醫療費用支付標準表規定之診療項目有加成或折扣者，按成數填報，取至小數點下二位，第三位四捨五入(如：加二成表示為 120, 無加成為 100, 打八折為 080)。若醫令類別為 A、B、Y 則此欄請填「000」

12 用法或會診科別或病床號 或診療之部位	
12-1-1 藥品用量	9(04)v99 起始位置為第 58 BYTE。 本欄請右靠不足前補 0。 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
△12-1-2(藥品)使用頻率	X(18) 起始位置為第 64 BYTE。 本欄請左靠不足補空白。 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。 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	X(04) 起始位置為第 82 BYTE。 本欄請左靠不足補空白。 依全民健康保險藥品使用標準碼之原則輸入。
△12-2 會診科別	X(28) isam_chk。 起始位置為第 58 BYTE。 若醫令為會診費則此欄為必要欄位(請填會診科別)本欄請左靠不足補空白。
△12-3 病床號	X(28) 起始位置為第 58 BYTE。 若醫令為病房費則此欄為必要欄位(請填醫院向健保局登記之病床號碼)本欄請左靠不足補空白。
△12-4 診療之部位	X(28) 起始位置為第 58 BYTE。 若醫令代碼為註 5 之診療項目者，則此欄為必要欄位。診療之部位代碼：右側填 R、左側填 L、雙側填 B。 本欄請左靠不足補空白。
△12-5-1 Tw-DRGs 計算	9 (08)v9999 起始位置為第 58 BYTE。 本欄請右靠不足前補 0。 若醫令類別為 A 或醫令別 B 且醫令代碼為 G00001 時，則此欄為必要欄位。
△12-5-2 保留欄位	X(16) 起始位置為第 70 BYTE。 本欄請左靠不足補空白。
△12-6 切帳前筆資料	X(28) 起始位置為第 58 BYTE。 本欄請左靠不足補空白。 醫令代碼為 G00000 者此欄為必要欄位。 費用年月(第 1-5 碼)/申報類別(第 6 碼)/申報日期(第 7-13 碼)/案件分類(第 14-15 碼，若為 1 碼者左靠補「-」/流水號(第 16-21 碼)。

△12-7 器官捐贈者資料

X(28) 起始位置為第 58 BYTE。
醫令代碼為 Y00000 者此欄為必要欄位。
境內捐贈 (第 1 碼填 0) / 捐贈院所代號 (第 2-11 碼) / 捐贈日期 (第 12-18 碼) / 捐贈者 ID (第 19-28 碼)。
境外捐贈 (第 1 碼填 1) 本欄請左靠不足補空白。

*13 執行時間-起

X(11) 前三碼為年份, 次二碼為月份, 次二碼為日數, 次二碼為時點, 後二碼為分(如:84 年 12 月 30 日 20 點 5 分表示為 (08412302005), 凌晨時分應以 0000 表示, 而不應以 2400 表示所有醫令均應填寫; 若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位; 若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位, 時分欄位可補 0; 若醫令類別為 A、B、Y 之醫令則為申報起日。

*14 執行時間-迄

X(11) 1. 前三碼為年份, 次二碼為月份, 次二碼為日數, 次二碼為時點, 後二碼為分(如:85 年 1 月 3 日 21 點 5 分表示為(08501032105)
2. 凌晨時分應以 0000 表示, 而不應以 2400 表示。
3. 所有醫令均應填寫; 若醫令為手術費、麻醉費須填寫至時分欄位; 若醫令為病房費、放射線診療費、復健治療費、治療處置費等項目必須填寫至年月日欄位, 時分欄位可補 0; 若醫令類別為 A、B、Y 之醫令則為申報迄日。

*15 總量

9 (5)v9 取至小數點下一位, 第二位四捨五入。
若醫令類別為 A、B、Y 則此欄右靠不足補 0。

*16 單價

9 (7)v99 取至小數點下二位, 第三位四捨五入。
若醫令類別為 A、B、Y 則此欄右靠不足補 0。

*17 點數

9 (8) 數量乘單價, 並加成計算, 元以下四捨五入取整數。
若醫令類別為 A、B、Y 則此欄右靠不足補 0。

=====

註 1: 每筆可申報 5 次醫令(第 8 項至第 17 項重複輸入), 超過 5 次者寫入下一筆, 不足者請補空白

註 2: 各項次資料請務必詳實填寫, 如經檢核有錯誤者, 將以退件處理。

註 3: 符號*表示該欄為必要欄位, △表示該項次說明欄未註明非必要欄位或免填者, 皆為必要欄位。

註 4: 採論病例計酬、定額給付案件, 請以醫令類別 4 填報含括於定額費用內之實際施行的診療項目。

註5: 治療處置、手術、檢驗(查)加註診療之部位醫令代碼一覽表

全膝關節置換術	支付標準代碼	診療項目	診療部位代碼
全膝關節置換術	64202B	人工全膝關節再置換	R:右側 L:左側 B:雙側
	64164B	全膝關節置換術	
	97805K	全膝關節置換術(單側)(住院)	
	97806A	全膝關節置換術(單側)(住院)	
	97807B	全膝關節置換術(單側)(住院)	
全股關節置換術	64201B	人工全髖關節再置換	
	64162B	全股關節置換術	
	97801K	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97802A	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97803B	全股關節置換術(單側)(住院)	
	97811K	全股關節置換術(雙側)(住院)	
	97812A	全股關節置換術(雙側)(住院)	
	97813B	全股關節置換術(雙側)(住院)	
白內障手術	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	
	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	
	86011C	人工水晶體植入術—第一次植入	
	86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	
	86013C	人工水晶體植入術—調整術	
	97601K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(住院)	
	97602A		
	97603B		
	97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	
	97606A		
97607B			
97608C			
尿路結石體外震波碎石術	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次	
	50024B	尿路結石體外震波碎石術 第二次	
	97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97406A	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97420B	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	
	97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97408A	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97421B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	
	97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97410A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	
	97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)	

	97411K	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97412A	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
	97423B	尿路結石體外震波碎石術（三十日內施行第二次，雙側）（門診）	
電腦斷層 造影	33070B	無造影劑-全身型	H：頭部
	33071B	有造影劑-全身型	A：頸部
	33072B	有/無造影劑-全身型	F：頭頸部
磁振造影	33084B	無造影劑	U：胸部
	33085B	有造影劑	N：頸椎
			J：胸椎
			K：腰椎
			G：胸部及上腹部
			C：上腹部
			I：腹部（含骨盆腔）(99.3修訂)
			P：骨盆腔
			E：肢部
			Q：臂神經血管叢
			M：骨骼肌肉系統
			V：心血管系統
			S：MRS(磁振頻譜)
			T：MRA(磁振血管攝影)
			O：其他
			依實施部位填寫左
			靠，不足補空白，例
			如頸椎及胸椎則填
			NJ，最多申報六個部
			位。

註6：案件分類5、部分負擔代碼改變切帳申報，詳住院醫療服務醫令清單一範例

註7：案件分類6定額費用及支付標準通則六得另行申報之特定診療項目，醫令類別請填「2」，支付標準通則七得另行核實申報之藥物醫令類別為「1」，實際醫療費用之醫令類別請填「4」（含支付標準得另行申報之醫令）。