

114 年 5 月 1 日支付調整與系統配合再次調整說明(配合11405-1)

請比照說明，若遇綠色底色為異動操作及維護的說明，請參閱。

一、精神科醫院之診察費代碼調整，

(1)地區醫院以上院所:健保碼第六碼由 C 改為 B。故院方可做支付標準比對。

原 1140501 起改為如下圖:(建議可用比對方式調整)

	一 每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)				
00186B	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	164
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	218
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	164
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	196
00190B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	436
00191B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病	v	v	v	414

(2) 基層診所:為精神科之診所才需設定。

原精神科診所的診察費代碼已取消，改為一般門診診察費。

本次主要西醫新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」、基本診療章修正基層診所精神科門診診察費支付方式、特定診療章新增五項、放寬給付支付規範四項及手術項目刪除基層適用十四項；牙醫新增二項診療項目及調升支付點數；中醫調升每日藥費與增訂申報規範。修正要點如下：

一、第二部西醫：

(一) 新增通則規範西醫基層醫事服務機構申報門診診療項目點數，依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付。

(二) 第一章基本診療第一節門診診察費

1. 基層診所之精神科門診診察費改以「一般門診診察費」申報，爰：

(1)刪除基層診所適用之精神科門診診察費計十項診療項目，併同修正通則十二規範、附表 2.1.2.1、附表 2.1.2.2、附表 2.1.3 及刪除附表 2.1.7。

(2)修正精神科門診診察費—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)計六項編號及支付規範，改為限醫院層級申報。

即精神科診所帶入之設定改為一般診察費帶入。

杏翔整體醫療資訊系統控制台

杏翔整體醫療資訊系統控制台

管理類 維護類別 [計費及帳務]

醫令類 維護類別 [批價及醫令] 系統類 維護類別 [程式及表單]

固定費用醫令維護[frmHoLi]

項次	醫療種類	類	別診	療	項	目	調劑方式
1	西醫	診察費或診療費	一般診察費				自行調劑
2	西醫	診察費或診療費	一般診察費				交付調劑
3	西醫	診察費或診療費	一般診察費				委託其他
4	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				自行調劑
5	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				交付調劑
6	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				委託其他
7	西醫	診察費或診療費	精神科曼並連續處方診察費>=28				自行調劑
8	西醫	診察費或診療費	精神科曼並連續處方診察費>=28				交付調劑
9	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				自行調劑
10	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				交付調劑
11	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				委託其他
12	西醫	診察費或診療費	慢性病診察費(>=28天)				自行調劑

醫療種類 [西醫] 診察費或診療費 藥服費 日劑藥費 初診醫令

診療項目 [精神科診察費] 調劑方式 [自行調劑、檢]

合理量(起)	合理量(迄)	調劑方式	診察費或診療費醫令	醫令名稱	價格
1	30	自行調劑、00110		基層院所門診診查費處方自行	364
45	50	自行調劑、00112		門診診察費(門診量31-50人)-未開處方	220
51	70	自行調劑、00114		門診診察費(門診量51-70人)-未開處方	160
71	150	自行調劑、00116		門診診察費(門診量71-150人)-未開處方	70
151	9999	自行調劑、00118		門診診察費	50

刪除[K] 確定[Q] 清除[C] 離開[X]

修改

固定費用醫令維護[frmHoLi]

項次	醫療種類	類	別診	療	項	目	調劑方式
1	西醫	診察費或診療費	一般診察費				自行調劑
2	西醫	診察費或診療費	一般診察費				交付調劑
3	西醫	診察費或診療費	一般診察費				委託其他
4	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				自行調劑
5	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				交付調劑
6	西醫	診察費或診療費	精神科診察費				委託其他
7	西醫	診察費或診療費	精神科曼並連續處方診察費>=28				自行調劑
8	西醫	診察費或診療費	精神科曼並連續處方診察費>=28				交付調劑
9	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				自行調劑
10	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				交付調劑
11	西醫	診察費或診療費	流行性感冒疫苗接種				委託其他
12	西醫	診察費或診療費	慢性病診察費(>=28天)				自行調劑

醫療種類 [西醫] 診察費或診療費 藥服費 日劑藥費 初診醫令

診療項目 [精神科診察費] 調劑方式 [交付調劑、檢]

合理量(起)	合理量(迄)	調劑方式	診察費或診療費醫令	醫令名稱	價格
1	30	交付調劑、00109		基層院所門診診查費處方交付	364
31	50	交付調劑、00111		門診診察費(門診量31-50人)-處方交付	220
51	71	交付調劑、00113		門診診察費(門診量51-70人)-處方交付	160
71	150	交付調劑、00115		門診診察費(門診量71-150人)-處方交付	70
151	9999	交付調劑、00117		門診診察費(門診量>150人)-處方交付	50

刪除[K] 確定[Q] 清除[C] 離開[X]

修改

二、不可併報新增項目:已由系統增加完成。

三、中醫

(1)每日藥費調整:(建議可用比對方式調整)

第二章 藥費		
編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	38

(2) 平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量計算增加

2.第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置：

(1)內含中度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：E03、E04、F03、F20、F37、F54。

(2)內含高度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F06、F09、F12、F15、F23、F26、F29、F32、F40、F43、F46、F49、F57、F60、F63、F66。

(3)內含中度、高度複雜性傷科超過部分改以內含一般傷科醫令計算，包括編號：E01、E02、F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53。

系統已協助新增調整設定完成。(有需要請洽客服)

四、急診

新:請將新增之**護理費代碼**的收費項，由原來的**病房費**改為**診察費**。

程式再次調整成如下

- 1、於診間完成時會自動帶入急診診察費及 00247 的代碼。
- 2、護理費加成的部份均比照原急診診察費的計算。第二頁頁箋的小兒加成也要記得設定。
- 3、若剛好程式新舊交接的差異，最後於轉入門診申報時也會再自動產生 00247 的代碼。
- 4、若在之前就已新增為病房費且轉住院的資料，就麻煩在住院醫囑內將代碼刪除後在用 STAT 方式新增於處方內，即收費項會才正確。
若已轉申報，即自行用手動方式新增或修改調整。

杏翔整體醫療資訊系統控制台

醫令類	系統類
維護類別 批價及醫令	維護類別 程式及表單
計價標準資料維護	功能代碼維護

醫令代碼	生效日期	替代醫令	上一筆(B)	下一筆(Q)
00247	114/05/01			

醫令資料(1)	醫令資料(2)	醫令資料(3)	醫令資料(4)	醫令資料(5)
健保代碼 00247B	執行時間 0	分執行單位	原瓶包裝口服液	
健保名稱(中文) 急診護理費	停用日期			
健保名稱(英文) 急診護理費	管制藥品註記			
學名代碼/名稱				
自費價 103	健保價 103	自付差額 0	員工價 0	
給付類別	頻率	途徑	院內收費項 診察費	
換算費型	費型	計價收費項 診察費	醫令分類 其它	
調劑方式	藥理分類	儲存位置	天數(分) 0	
計價單位(大)	計價單位數量(大) 0	單次最大總量 10	每次最小次劑量 0	
批價單位(小)	批價單位數量(小) 0	最大連續處方日數 0		
副作用				
用藥指示				
藥品外觀				
用途				
☒ 門診使用 ☒ 住院使用 ☒ 診間是否列印 ☐ 中醫使用 ☐ 健保價為零 ☐ TB藥品否				
☐ 門診缺藥 ☐ 住院缺藥 ☐ 檢驗折扣 ☐ 轉檢醫令 ☐ 代檢醫令 ☐ Ditto 否				
☐ 需事前審核 ☐ 排檢醫令 ☐ 需輸入醫令部位 ☐ 同一療程 ☐ 藥品輸入醫令 ☐ 高警訊				
☐ 檢附報告 ☐ 需輸入檢查結果 ☐ 醫令對照 DRG ☐ 診斷書醫令 ☐ 非藥品輸入醫令 ☐ 檢查部位				
☐ 高貴藥 ☐ 血中濃度測試 ☐ 不印藥袋(藥品) ☐ 是否連帶集合醫令的內容 ☐ 門診給藥不顯				

醫令類別
☒ 單一醫令 ☐ 集合醫令 ☐ 複合醫令

計價標準資料維護
健保計價資料維護
麻醉方式計價資料
集合醫令代碼維護
複合醫令維護
門住申報檢查複合健保醫令檔
門急申報健保科與診察費醫令加
住院申報健保科與診察費醫令加
復健醫令及處置對照
戒菸計劃天數與醫令維護
週產期計劃醫令維護
洗腎患者合理量醫令維護
門診申報案件與醫令之醫令類別
住院申報案件與醫令之醫令類別
住院申報給付類別與醫令之醫令
門住申報外檢醫令之醫令類別計
特殊處方醫令維護
處置醫令控制維護
洗腎報表院內代碼對照維護檔
住院健保醫令與床位類別使用對
門住健保醫令與年齡幾歲以上(信
門住健保醫令與性別使用對應檔
重複開立相同醫令維護檔
D2案件老人流感疫苗維護檔
D2案件H1N1 新型流感疫苗維護
免掛號批價連帶資料檔
成健健康加值列管醫令資料檔
醫令一定期間使用量維護
身份別與醫令之自費價設定檔
前台醫令轉申報集合醫令維護
住院申報試辦計畫與醫令之醫令
住院申報試辦計畫與住院收費項
門住申報醫令加加成數與年齡維

最後異動人員/日期	刪除[X]	查詢[Q]	確定[Q]	清除[C]	離開[2]
pr13 1140513					

新增狀態

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01015C 00247C	<u>急診(不分檢傷)</u> <u>一診察費</u> <u>一護理費</u> 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 3.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 4.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 5.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 6.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。 7. <u>屬西醫基層總額部門院所，急診(不分檢傷)診察費以原支付點數五百七十四點申報、急診(不分檢傷)護理費以原支付點數九十三點申報。</u>	√ √	√ √			630 103

(2)有檢傷:請自行調整診察費點數及新增護理費代碼。

新:請將新增**檢傷護理費代碼**的收費項，由原來的**病房費**改為**診察費**。

程式再次調整成如下

- 1、於診間完成時會自動帶入急診診察費及檢傷護理費的代碼。
- 2、護理費加成的部份均比照原急診診察費的計算。
- 3、若剛好程式新舊交接的差異，最後於轉入門診申報時也會再自動產生檢傷護理費的代碼。
- 4、若在之前就已新增為病房費且轉住院的資料，就麻煩在住院醫囑內將代碼刪除後在用 **STAT** 方式新增於處方內，即收費項會才正確。
若已轉申報，即自行用手動方式新增或修改調整。

The image displays two screenshots of a medical billing software interface, likely for a hospital or clinic. The top screenshot shows the 'Medical Order Details' window, which includes fields for patient information (Name, ID, Date of Birth), medical order details (Order Type, Order Date, Order Time), and a list of medical orders. The bottom screenshot shows the 'Medical Order Details' window with a focus on the 'Medical Order Details' tab, displaying a list of medical orders and their associated charges. The interface is in Chinese and includes various buttons for navigation and data entry.

Top Screenshot: Medical Order Details

Medical Order Details

維護類別: 批價及醫令

系統類: 維護類別: 程式及表單

功能代碼維護

計價標準資料維護 [FTH021_2K]

醫令代碼: 00248 生效日期: 114/05/01 替代醫令: 上一筆(B) 下一筆(N)

醫令資料(1) 醫令資料(2) 醫令資料(3) 醫令資料(4) 醫令資料(5)

健保代碼: 00248B 執行時間: 0 分執行單位: 健保代碼: 635 自付差額: 0

健保名稱(中文): (第一級)急診檢傷分類護理費 停用日期: 健保名稱(英文): (第一級)急診檢傷分類護理費 管制藥品註記: 員工價: 0

學名代碼/名稱: 自費價: 1020 健價價: 635 自付差額: 0

給付類別: 換算費型: 計價收費項: 診察費 院內收費項: 診察費

調劑方式: 藥理分類: 儲存位置: 醫令分類: 其它

計價單位(大): (轉換用) 計價單位數量(大): 0 (轉換用) 天數(分): 0

批價單位(小): (轉換用) 批價單位數量(小): 0 (轉換用) 單次最大總量: 10

每次最小次劑量: 0

最大連續處方日數: 0

副作用: 用藥指示: 藥品外觀: 用途: 114.05.06 修訂自費價

醫令類別: 單一醫令 集合醫令 複合醫令

☒ 門診使用 ☒ 住院使用 ☒ 診間是否列印 ☐ 中醫使用 ☐ 健保價為零 ☐ TB藥品否

☐ 門診缺藥 ☐ 住院缺藥 ☐ 檢驗折扣 ☐ 轉檢醫令 ☐ 代檢醫令 ☐ Ditto否

☐ 需事前審核 ☐ 排檢醫令 ☐ 需輸入醫令部位 ☐ 同一療程 ☐ 藥品輸入醫令 ☐ 高警訊

☐ 檢附報告 ☐ 需輸入檢查結果 ☐ 醫令對照DRG ☐ 診斷書醫令 ☐ 非藥品輸入醫令 ☐ 檢查部位

☐ 高費藥 ☐ 血中濃度測試 ☐ 不印藥袋(藥品) ☐ 是否連帶集合醫令的內容 ☐ 門診給藥不顯示

最後異動人員/日期: 013 1140513 刪除[X] 查詢[Q] 確定[D] 清除[C] 離開[X]

修改狀態

Bottom Screenshot: Medical Order Details

Medical Order Details

維護類別: 批價及醫令

系統類: 維護類別: 程式及表單

功能代碼維護

計價標準資料維護 [FTH021_2K]

醫令代碼: 00248 生效日期: 114/05/01 替代醫令: 上一筆(B) 下一筆(N)

醫令資料(1) 醫令資料(2) 醫令資料(3) 醫令資料(4) 醫令資料(5)

自費急作加成比率: 0 % 健價急作加成比率: 0 % 3歲以下加成: 0 %

0-5月加成: 100 % 6月-2歲加成: 50 % 2-6歲加成: 50 % 4歲以下加成: 0 %

材料加成比率: 0 % 郵寄加成比率: 0 %

手術、麻醉材料比率: 0 % 其他加成比率: 0 %

腦部或心臟手術比率: 0 % 診察費夜間加成比率: 0 %

醫令對照疾病或手術處置代碼: 主要治療: 檢驗未收件醫令不轉申報

輸入實作醫師: 否 PPF收費項: 小兒科要自動計算總量

門診進位方式: 藥品每日最大量: 0 限制醫令最大天數: 0 非小兒科要自動計算總量

住院進位方式: 廠牌: 每次最大次劑量: 0 倍數進位總量: 0

廠牌: 醫令類別: 單一醫令 集合醫令 複合醫令

藥理作用: ☒ 門診使用 ☒ 住院使用 ☒ 診間是否列印 ☐ 中醫使用 ☐ 健保價為零 ☐ TB藥品否

☐ 門診缺藥 ☐ 住院缺藥 ☐ 檢驗折扣 ☐ 轉檢醫令 ☐ 代檢醫令 ☐ Ditto否

☐ 需事前審核 ☐ 排檢醫令 ☐ 需輸入醫令部位 ☐ 同一療程 ☐ 藥品輸入醫令 ☐ 高警訊

☐ 檢附報告 ☐ 需輸入檢查結果 ☐ 醫令對照DRG ☐ 診斷書醫令 ☐ 非藥品輸入醫令 ☐ 檢查部位

☐ 高費藥 ☐ 血中濃度測試 ☐ 不印藥袋(藥品) ☐ 是否連帶集合醫令的內容 ☐ 列印控制

最後異動人員/日期: 刪除[X] 查詢[Q] 確定[D] 清除[C] 離開[X]

修改狀態

	急診(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級— <u>診察費</u>	v	v	v	1345
00248B	檢傷分類第一級— <u>護理費</u>	v	v	v	635
00202B	檢傷分類第二級— <u>診察費</u>	v	v	v	748
00249B	檢傷分類第二級— <u>護理費</u>	v	v	v	352
00203B	檢傷分類第三級— <u>診察費</u>	v	v	v	580
00250B	檢傷分類第三級— <u>護理費</u>	v	v	v	274
00204B	檢傷分類第四級— <u>診察費</u>	v	v	v	336
00251B	檢傷分類第四級— <u>護理費</u>	v	v	v	158
00225B	檢傷分類第五級— <u>診察費</u>	v	v	v	292
00252B	檢傷分類第五級— <u>護理費</u>	v	v	v	138
	註：				
	1.檢傷分類依衛生福利部規定。				
	2.地區醫院得就本項 <u>診察費</u> 與01015C急診診察費擇一申報、 <u>本項護理費</u> 與00247C急診護理費擇一申報，惟採行後一年始得變更。				
	3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。				
	4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。				
	5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費及 <u>護理費</u> 得依表定點數加計百分之十九。				
	6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。				
	7.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。				

(3)精神科:請自行調整診察費點數及新增護理費代碼。

基層院所要記得把支付點數調整回去(如下圖第 5 點)

新:請將新增之護理費代碼的收費項，由原來的病房費改為診察費。

程式再次調整成如下

- 1、於診間完成時會自動帶入急診診察費及 00253 的代碼。
- 2、護理費加成的部份均比照原急診診察費的計算。
- 3、若剛好程式新舊交接的差異，最後於轉入門診申報時也會再自動產生 00253 的代碼。
- 4、若在之前就已新增為病房費且轉住院的資料，就麻煩在住院醫囑內將代碼刪除後在用 STAT 方式新增於處方內，即收費項會才正確。若已轉申報，即自行用手動方式新增或修改調整。

程式已有針對以上代碼調整，即以醫令的開始日期及開立時間為判斷條件。
於轉入申報時將原加成 $153+30=183$ 。

新:

56.自然產手術 DRG 案件若符合夜間及例假日加成條件，加成部	申報夜間(晚上十時至隔日早上六時)及例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)
----------------------------------	---

問題	保險人說明
分申報方式。 (114.5.6新增)	自然產手術項目(以「執行時間」起認定)，得依表訂點數加計百分之三十。 符合前開條件之自然產案件(81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C)，依表訂點數加計百分之三十部分得核實申報；醫令清單之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「81017C」、「81018C」、「81019C」、「81024C」、「81025C」、「81026C」、「81034C」，支付成數填寫「0.3」。

程式再次調整成如下

- 1、於轉入申報時，會以手術代碼輸入的起始日期時間判斷是否需產生加成的代碼，若符合，即會於轉申報時自動新增手術代碼，但類別為 X，且加成為 30%。
- 2、若已轉入申報不想重轉之案件，則請自行於申報再輸入一次手術代碼且類別要為 X。

1	X	81034C	有妊娠併發症之陰道產	30	1.0			114/05/04	14:30	114/05/04	16:00
2		81034C	有妊娠併發症之陰道產	153	1.0		主刀(1)	114/05/04	14:30	114/05/04	16:00

新:

57.生產裂傷為三度或四度之醫療服務點數申報方式。 (114.5.6新增)	生產裂傷若為三度或四度(79604C「會陰修補及肛門損傷修補」、79605C「會陰修補及括約肌修補」)，可依實際情形核實申報；醫令清單之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「79604C」、「79605C」。
--	---

維護代碼，於申報時類別為 X。程式原就有維護功能可自行新增。

杏翔整體醫療資訊系統控制台

醫令類

維護類別 批價及醫令

構代碼維護

計價標準資料維護

健保計價資料維護

麻醉方式計價資料

集合醫令代碼維護

複合醫令維護

門住申報檢查複合健保醫令檔

門急申報健保科與診察費醫令加成維護

住院申報健保科與診察費醫令加成維護

復健醫令及處置對照

戒菸計劃天數與醫令維護

週產期計劃醫令維護

洗腎患者合理量醫令維護

門診申報案件與醫令之醫令類別設定權

住院申報案件與醫令之醫令類別設定權

住院申報給付類別與醫令之醫令類別設定權

門住申報外檢醫令之醫令類別設定權

特殊處方醫令維護

處置醫令控制維護

洗腎報表院內代碼對照維護權

住院健保醫令與床位類別使用對應檔

門住健保醫令與年齡幾歲以上(含當年)

門住健保醫令與性別使用對應檔

重複開立相同醫令維護權

D2案件老人流感疫苗維護權

D2案件H1N1新型流感疫苗維護權

相片管理系統 醫令代碼密碼維護權

門住超過多久後可再開之醫令維護權

掛號自動報到醫令維護權

免掛號批價連帶資料檔

成健健康加值列管醫令資料檔

醫令一定期間使用量維護

身份別與醫令之自費價設定檔

前台維護申報處方天數與連帶醫令維護

系統類

維護類別 程式及表單

功能代碼維護

住院申報案件與醫令之醫令類別設定權[FT125K]

查詢條件

案件分類

查詢(Q)

醫令起迄

項次	案件分類	醫令代碼	醫令類別
1	5	01034B	G
2	5	01035B	G
3	5	01036C	G
4	5	01037C	G
5	5	01038C	G
6	5	57114H	X
7	5	57115H	X
8	5	79604C	X
9	5	79605C	X
10	5	81017	X
11	5	P3904C	X
12	5	P3905C	X

資料維護

案件分類

醫令代碼

醫令類別

=>醫令類別可以不用設定
若無設定則取程式判斷的醫令類別

刪除(D)

確定(O)

清除(C)

離開(X)

現在為(新增)態狀!!

五、牙醫

(1)增加加成維護

原 四歲以下

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。↵

改為 五歲以下

四、「五歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於六十個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

1、將會使用之處置費增加下方加成設定。

門住申報醫令加成成數與年齡維護[FrmTh181K]

查詢條件

醫令代碼 ...

生效日期

起始年齡 歲 起始年齡 月

截止年齡 歲 截止年齡 月 健保科別

查詢(Q)

項次	醫令代碼	生效日期	醫令名稱	起始年齡-歲/月	截止年齡-歲/月	健保科	加成成數

資料維護

醫令代碼 銀粉充填-單面 ...

生效日期 114/05/01 健保科別 40 加成成數 30

起始年齡 0 歲 起始年齡 1 月

截止年齡 4 歲 截止年齡 12 月

2、設定好之代碼，計價標準維護的設定新增生效日期，要**把四歲以下加拿掉**，以避免衝突。

原設定如下：

杏翔整體醫療資訊系統控制台

醫令類 維護類別 批價及醫令 系統類 程式及表單 功能代碼維護

計價標準資料維護

健保計價資料維護
麻醉方式計價資料
集合醫令代碼維護
複合醫令維護
門住申報檢査複合健保醫令檔
門急申報健保與診察費醫令加
住院申報健保與診察費醫令加
復健醫令及處置對照
戒菸計劃大數與醫令維護
週產期計劃醫令維護
洗腎患者合理量醫令維護
門診申報案件與醫令之醫令類別
住院申報案件與醫令之醫令類別
門住申報檢査複合醫令之醫令類別
特殊處方醫令維護
處置醫令控制維護
洗腎報表院內代碼對照維護檔
門住健保醫令與床位類別使用量
門住健保醫令與年齡後端以上(含)
門住健保醫令與性別使用對照檔
重複開立相同醫令維護檔
D2案件老人流感疫苗維護檔
D2案件H1N1新型流感疫苗維護
門住超過多久後可再開之醫令維
免掛號批價連帶資料檔
成健健康加值列醫令資料檔
醫令一定期間使用量維護
身份別與醫令之自費價設定檔
前台醫令轉申報集合醫令維護
住院申報試辦計畫與醫令之醫令
住院申報試辦計畫與住院收費項

計價標準資料維護

計價標準資料維護 [FTH021_2K]

醫令代碼 89001 生效日期 091/05/01 替代醫令 上一筆(E) 下一筆(N)

醫令資料(1) 醫令資料(2) 醫令資料(3) 醫令資料(4) 醫令資料(5)

自費急作加成本率 0 % 健保急作加成本率 0 % 3歲以下加成本 0 %
0-6月加成本 0 % 6月-2歲加成本 0 % 2-6歲加成本 0 % 4歲以下加成本 30 %
材料加成本率 0 % 郵寄加成本率 0 %
手術、麻醉材料比率 0 % 其他加成本率 0 %
腦部或心臟手術比率 0 % 診察費夜間加成本率 0 %

醫令對照疾病或手術處置代碼 主要治療

輸入實作醫師 否 PPF收費項

門診進位方式 藥品每日最大量 0
住院進位方式 限制醫令最大天數 0

廠牌
警語
主要成份
藥理作用

☒ 門診使用 ☒ 住院使用 ☒ 診間是否列印 ☐ 中醫使用 ☐ 健保價為零 ☐ TB藥品否
☐ 門診缺藥 ☐ 住院缺藥 ☐ 檢驗折扣 ☐ 轉檢醫令 ☐ 代檢醫令 ☒ Ditto否
☐ 需事前審核 ☐ 排檢醫令 ☒ 需輸入醫令部位 ☐ 同一療程 ☐ 藥品輸入醫令
☐ 檢附報告 ☐ 需輸入檢查結果 ☐ 醫令對照DRG ☐ 診斷書醫令 ☐ 非藥品輸入醫令 ☐ 檢查部位
☐ 高貴藥 ☐ 血中濃度測試 ☐ 不印藥袋(藥品) ☐ 是否連帶集合醫令的內容 ☐ 列印控制

醫令類別
☒ 單一醫令 ☐ 集合醫令 ☐ 複合醫令

每次最大次數 0
倍數進位總量 0

最後異動人員/日期 this 1050914 刪除[K] 查詢[Q] 確定[O] 清除[C] 離開[X]

修改狀態

新增如下：

杏翔整體醫療資訊系統控制台

醫令類 維護類別 批價及醫令 系統類 程式及表單 功能代碼維護

計價標準資料維護

健保計價資料維護
麻醉方式計價資料
集合醫令代碼維護
複合醫令維護
門住申報檢査複合健保醫令檔
門急申報健保與診察費醫令加
住院申報健保與診察費醫令加
復健醫令及處置對照
戒菸計劃大數與醫令維護
週產期計劃醫令維護
洗腎患者合理量醫令維護
門診申報案件與醫令之醫令類別
住院申報案件與醫令之醫令類別
門住申報檢査複合醫令之醫令類別
特殊處方醫令維護
處置醫令控制維護
洗腎報表院內代碼對照維護檔
門住健保醫令與床位類別使用量
門住健保醫令與年齡後端以上(含)
門住健保醫令與性別使用對照檔
重複開立相同醫令維護檔
D2案件老人流感疫苗維護檔
D2案件H1N1新型流感疫苗維護
門住超過多久後可再開之醫令維
免掛號批價連帶資料檔
成健健康加值列醫令資料檔
醫令一定期間使用量維護
身份別與醫令之自費價設定檔
前台醫令轉申報集合醫令維護
住院申報試辦計畫與醫令之醫令
住院申報試辦計畫與住院收費項

計價標準資料維護

計價標準資料維護 [FTH021_2K]

醫令代碼 89001 生效日期 114/05/01 替代醫令 上一筆(E) 下一筆(N)

醫令資料(1) 醫令資料(2) 醫令資料(3) 醫令資料(4) 醫令資料(5)

自費急作加成本率 0 % 健保急作加成本率 0 % 3歲以下加成本 0 %
0-6月加成本 0 % 6月-2歲加成本 0 % 2-6歲加成本 0 % 4歲以下加成本 %
材料加成本率 0 % 郵寄加成本率 0 %
手術、麻醉材料比率 0 % 其他加成本率 0 %
腦部或心臟手術比率 0 % 診察費夜間加成本率 0 %

醫令對照疾病或手術處置代碼 主要治療

輸入實作醫師 否 PPF收費項

門診進位方式 藥品每日最大量 0
住院進位方式 限制醫令最大天數 0

廠牌
警語
主要成份
藥理作用

☒ 門診使用 ☒ 住院使用 ☒ 診間是否列印 ☐ 中醫使用 ☐ 健保價為零 ☐ TB藥品否
☐ 門診缺藥 ☐ 住院缺藥 ☐ 檢驗折扣 ☐ 轉檢醫令 ☐ 代檢醫令 ☒ Ditto否
☐ 需事前審核 ☐ 排檢醫令 ☒ 需輸入醫令部位 ☐ 同一療程 ☐ 藥品輸入醫令
☐ 檢附報告 ☐ 需輸入檢查結果 ☐ 醫令對照DRG ☐ 診斷書醫令 ☐ 非藥品輸入醫令 ☐ 檢查部位
☐ 高貴藥 ☐ 血中濃度測試 ☐ 不印藥袋(藥品) ☐ 是否連帶集合醫令的內容 ☐ 列印控制

醫令類別
☒ 單一醫令 ☐ 集合醫令 ☐ 複合醫令

每次最大次數 0
倍數進位總量 0

最後異動人員/日期 this 1050914 刪除[K] 查詢[Q] 確定[O] 清除[C] 離開[X]

新增狀態

★ ★ 醫 院 ★ ★

杏翔整體醫療資訊系統控制台

警令類

維護類別 [用藥及規範] ▼

- 警令注意事項資料維護
- 樂善資料庫維護資料權
- 藥物替代碼維護
- 用藥途徑代碼維護
- 藥理分類維護
- ATC藥理分類維護
- 警令相同群組維護
- 成人健檢、檢驗警令對照權
- 警令學名代碼維護
- 藥品交互作用代碼維護
- 交互作用群組維護
- 警令限制劑數維護
- 警令數量限制維護
- 警令替代轉換對照權
- 住院警令限制次數維護
- 牙科處置限制次數維護**
- 住院申報不合併資料維護
- 健保警令不可併報之維護
- 警令申請超過每日限制數量
- 同一院所門住診限健康開立一次維護
- 醫師常用法維護
- 健保警令對應ICD10維護權
- 開立藥品警令年齡提示訊息維護權
- 牙科訪問部位與警令對應維護權

牙科處置限制天數維護[PTH071K]

查詢(Q)

項次	警	令	代	碼	部	位	限	用	天	歸	屬	警	令	部	位

資料維護

警令代碼		部		位	
歸屬警令		部		位	
		限用天數			

刪除(D)

確定(O) ...

Excel轉入

清除(C)

離開(X)

現在為(新增)態狀!!

89001 89002 89003 89004 89005 89008 89009 89010 89011 89012 89014 89015
均增加對應 89204C-89205C，89208C-89212C，89214C-89215C
此因維護設定很多，若有需要，請洽客服協助。

六、有關護病比調整。

原：

貴院您好：

依114年4月30日公告修正「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，並自114年5月1日生效(相關資料已上傳VPN，請自行查閱)。

有關本署支付標準第二部第一章第三節病房費通則九(二)符合全日平均護病比之加成，配合114年度醫院總額「全日護病比」項目移出健保總額，改由公務預算支應，修正「全日平均護病比」加成規範暫不實施，即自(費用年月)114年5月起無須申報「全日護病比」加成率護理費(醫令類別K)。

因應以上健保署公告之說明，請貴院將使用的**護理費代碼**，查出後，新增生效日期由 **1140501** 起，將護理費醫令加成的選項設為“不勾”

新:非偏遠地區之院所，仍保持不勾選狀況，若是**屬偏遠地區**之院所，請保持勾選(要勾選)。程式已有調整。即不會影響偏遠地區之加成。

杏翔整體醫療資訊系統控制台

醫令類別 維護類別 批價及醫令 系統類 維護類別 程式及表單

計價標準資料維護 功能代碼維護

健保計價資料維護 醫令代碼 03029B 生效日期 114/05/01 替代醫令 上一筆(B) 下一筆(N)

醫令資料(1) 醫令資料(2) 醫令資料(3) 醫令資料(4) 醫令資料(5)

藥品外型註記 門診申報醫令類別 自費 藥半線(Y/N) 藥品字樣標記 住院申報醫令類別 群組 序號

檢驗檢查不加收部份負擔

事務編號 藥品申報批號

未列項申報名稱 復健頁籤顯示 試劑健保碼

替代藥

申報虛擬醫令 三小時內要有報告

不可磨粉 住院申報不合併

醫療科技評估(HTA)自費診療項目 IC資料不上傳 住院申報日期不連續合併

Tw-DRGs案件使用第二類得加計額外點數特殊材料 [H00000-H00032]

醫令類別 單一醫令 集合醫令 複合醫令

護理費醫令 健保費免稅 TB藥品否

門診使用 住院使用 診間是否列印 中醫使用 健保傳系 代檢醫令 Ditto否

門診缺藥 住院缺藥 檢驗折扣 轉檢醫令 藥品輸入醫令 請假醫令

需事前審核 排檢醫令 需輸入醫令部位 同一療程 非藥品輸入醫令 檢查部位

檢附報告 需輸入檢查結果 醫令對照DRG 診斷書醫令 是否連帶集合醫令的內容

高貴藥 血中濃度測試 不印藥袋(藥品)

最後異動人員/日期 0608 1140508 刪除[X] 查詢[Q] 確定[Q] 清除[C] 離開[X]

修改狀態