

健保署因應 COVID-19 之調整作為(醫事機構版本)

健保署 110.5.17 第一版
健保署 110.5.18 第二版
健保署 110.5.19 第三版
健保署 110.5.21 第四版
健保署 110.5.25 第五版
健保署 110.5.28 第六版
健保署 110.6.4 第七版
健保署 110.6.17 第八版

一、簡化醫療費用之受理作業：

依現行規定採網路申報之院所應於次月 5 日及 20 日前檢送醫療費用申報總表，因受疫情影響未及於前開時限檢送者，且於「總表電子化」上線前，院所可以其他方式提供「總表」(例如以電子郵件、傳真方式...)，建議逕洽分區業務組以最簡化方式受理，紙本可於疫情趨緩後再行補送。

二、請各醫療機構依常規方式執行「檢驗(查)結果及影像上傳」作業，將於第 4 級警戒期間，放寬於檢驗(查)獎勵計算方式，於報告日期(或實際檢查日期)之當月月底前上傳，即可納入獎勵計算。

三、如民眾未持健保卡就醫：

(一) 民眾未帶健保卡就醫，先自行支付保險醫療費用(即押金)，於就醫之日起 10 日內(不含例假日)補送保險憑證或身分證明文件，保險醫事服務機構應於保險憑證登錄就醫紀錄，並將所收保險醫療費用扣除保險對象應自行負擔之費用後退還。

(二) 民眾於換發健保卡期間導致未持卡就醫者，可填具「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊(下稱例外就醫名冊)」，特約醫療機構對「例外就醫名冊」之案件，就醫序號以特定代碼「C001」申報；特約醫療機構應將「例外就醫名冊」留存備查。

四、因應 COVID-19 之視訊診療

(一)現行執行方式：

1. 依「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19 疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」辦理。

2. 指定視訊診療醫療機構核備流程(附件 1)：有意願參加之特約醫療機構(含醫院及西、中、牙醫診所)須事先函報當地衛生局，衛生局應依衛福部規定同時將轄內指定之視訊診療醫療機構名單，函送本署分區業務組，俾後續核付醫療費用。
3. 居家隔離、居家檢疫或自主健康管理且有醫療需求之保險對象撥打地方衛生局防疫專線。
4. 經衛生局確認醫療需求且民眾同意接受視訊診療，安排並通知指定視訊診療之醫療機構。
5. 醫療機構聯繫病人、安排就診時間、協助掛號、由醫師進行視訊診療並開給藥物。
6. 家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

(二) 因應疫情升溫之配套措施

1. 擴大適用對象範圍：

依中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(暫定至全國三級警戒降級或解除之次月底為止，擴大為門診病人)。

2. 就醫流程：

(1) 就醫方式：

A. 屬居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：撥打地方衛生局

「居家檢疫及居家隔離關懷服務中心服務專線」(可至

[https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/XRPe-](https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/XRPe-3X_vQ0BmYLrvwruSw)

3X_vQ0BmYLrvwruSw 查詢)，由衛生局轉介至指定視訊診療之醫療機構，安排看診。

B. 非屬居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：

(A) 民眾撥打指定之視訊診療醫療機構視訊診療門診掛號專

線，或上網至指定之視訊診療醫療機構網頁掛號，約定診療時間(附件 2)。

(B) 暫訂至全國三級警戒降級或解除之次月底為止，慢性病複

診病人，經醫師評估病情穩定可採電話問診。

(2) 領藥方式：

A. 由家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

B. 由藥師將藥品送至病人住所並收費(掛號費、部分負擔)。另依 107 年 5 月 24 日衛部醫字第 1071663333 號函釋，確認取藥者交付藥品作業，不限於藥事作業場所，惟如送藥到宅僅限於藥事人員執業登記機構之同一直轄市、縣(市)行政區域。

(三) 因應 COVID-19 之視訊診療醫療費用申報及健保卡資料上傳方式(附件 3)。

(四) 集中檢疫所之患者有就醫需求，由集中檢疫所人員協助安排指定視訊診療之醫療機構看診，提供非 COVID-19 疾病相關之視訊診療服務，掛號費、部分負擔應依規定收費，並由代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

(五) 視訊診療時，醫師如遇因無患者健保卡，而無法查詢紀錄後開立特定藥品(如:管制藥品)之處理方式(附件 4):

1. 進雲端系統「因應天災及緊急醫療查詢作業」項下，以患者 ID 查詢後，即可依一般程序開藥。

2. 若病人屬管制藥品關懷名單，需一併查詢「特定管制藥品」頁籤。

(六) 自即日起至 7 月底止，關懷名單開啟率排除視訊診療案件計算。

五、 因應 COVID-19 之居家醫療

(一) 現行執行方式：

1. 依「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19 疫情接受居家隔離或居家檢疫之保險對象居家醫療作業須知」辦理。

2. 指定居家醫療醫療機構核備流程：有意願提供居家醫療之特約醫療機構(含醫院及西、中、牙醫診所)須事先函報當地衛生局，衛生局應將轄內指定之居家醫療醫療機構名單，函送本署分區業務組，俾後續核付醫療費用。

3. 由衛生局轉介需居家醫療之居家隔離、居家檢疫或自主健康管理個案予指定醫療機構，安排有意願之醫事人員至個案家中提供居家醫療服務，再由

家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

(二) 因應疫情升溫之配套措施

1. 擴大適用對象範圍：

除居家隔離、居家檢疫或自主健康管理個案，需經衛生局評估轉介外，擴大為「經醫師評估具居家醫療需求」之個案。

2. 就醫流程：

(1) 就醫方式：

A. 屬居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：由衛生局評估病人具居家醫療之需要且經病人同意，由衛生局轉介至指定之居家醫療機構，安排至個案家中提供居家醫療服務。

B. 非屬居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者：經醫師評估民眾具居家醫療需求且經病人同意，由指定之居家醫療機構安排至個案家中提供居家醫療服務。

(2) 領藥方式：醫事機構提供居家醫療服務後，再由家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

(三) 費用申報：

1. 醫師訪視費代碼為 P65001C(比照醫師訪視費 1,553 點支付，不得再申報門診診察費)。
2. 醫師訪視費外，其餘項目依支付標準規定申報辦理。
3. 為與一般門診案件區隔，是類案件門診醫療服務點數清單之「特定治療項目代號」任一欄請註記為「EF: COVID-19(武漢肺炎)疫情期間居家醫療」，案件分類填寫「09:西醫其他專案」或「22:中醫其他專案」或「19:牙醫其他專案」，其餘依現行申報規定辦理。

(四) 部分負擔：

1. 依現行居家照護部分負擔規定，以醫療費用之 5%計收。
2. 門診醫療服務點數清單之「部分負擔代號」欄位請註記為 K00 或本保險免部分負擔代號。

3. 有藥品費用之案件「部分負擔代號」欄位請註記為 K20 或本保險免部分負擔代號。

(五) 健保卡取號與上傳：

1. 原則須過卡，並於 24 小時內上傳健保卡就醫資訊。
2. 如因故無法過卡，得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」。

(六) 如提供居家個案「視訊診療」服務，視為「視訊診療」門診就醫，不得申報居家醫療相關費用。

六、 支付規範及計畫放寬措施：

(一) P4P 及支付標準等人員或院所資格，配合疫情發展展延資格效期；P4P 方案收案條件及獎勵指標，若因疫情影響將研議從寬認定。氣喘及 COPD 方案規範之吹氣檢查得暫停執行。

(二) 經主管機關同意一般與特殊病床改為專責病房或隔離區域，該類病床收治疑似或確診個案、需居家隔離/居家檢疫且因疾病需要至醫院入住於該類病床者、經通報至傳染病個案通報系統尚待衛生主管機關同意施行隔離治療者，且因疾病需要至醫院入住於該類病床者之住院診察費、病房費及護理費以負壓隔離病房費用支付。若原為加護病房者，則按原加護病房點數支付。

(三) 醫院全日平均護病比若因疫情致無法計算，將以最近 6 個月之平均護病比計算加成。

(四) 暫定至 110 年 7 月底止，一般居家照護、精神疾病患者社區復健、安寧居家、呼吸器居家：

1. 因部分醫師取消或暫緩居家訪視作業，致居家個案無法申請延長照護者，本署同意於疫情期間，經居家護理機構、精神醫療機構或精神復健機構、提供甲類或乙類安寧居家之院所向本署分區業務組提出申請，得核予延長照護 1 次。
2. 放寬以「視訊診療評估」取代醫師訪視評估（含新收案開立醫囑或申請書

- 等)，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫，不得申報居家醫療相關費用。視訊診療醫療費用申報方式同附件 3。
3. 保險醫事服務機構提供診療服務，原則須過卡登錄就醫紀錄並於 24 小時內上傳健保卡就醫資訊，如無法過卡之處理如下：
- (1) 視訊診療：健保卡取號及上傳得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」。
- (2) 居家訪視：如無法進行網路連線，就醫序號以「F000」異常代碼註記；如因疫情期間防疫相關措施，無法過卡取號，得以例外就醫處理，就醫序號請註記「Z000：其他」。
- (五) 考量疫情進入社區流行階段，110 年 5 月至 7 月各層級院所(含藥局)藥事服務費合理量暫停實施。「超出合理量部分」，醫院仍得按原支付標準點數支付，不予折付；診所及藥局則得以第二階段合理量支付點數支付【即診所及藥局之每人每日第 81 件起(山地離島地區第 101 件起)，皆應以「05234D，支付點數 20 點」申報】。故各醫院仍應按現行規範於次月十五日前至 VPN 登錄藥師人數及藥師總工作人日數，醫院若無特殊理由未依規定於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。
- (六) 自即日起至 110 年 7 月底止，針對 zaleplon、zolpidem、zopiclone 及 eszopiclone，首次就診病人，醫師開立上述藥品，不受給付規定 7 天之限制。
- (七) 放寬各項計畫(方案)措施暫定至 110 年 7 月底，如附件 5。
- (八) 自即日起至 110 年 7 月底止，失智症藥品由院所自主管理，依病人病情及其餘給付規定給藥，不受給付規定使用一年時需重新評估之限制。
- (九) 自即日起至 110 年 7 月底止，病人續用藥品得不受藥品給付規定需進行特定評估或檢驗檢查後(含相關表單填報)始可再次給藥之限制，由院所自主管理，醫師依病人病情專業判定及其餘給付規定給藥。
- (十) 自 110 年 6 月 1 日起至 110 年 12 月底，全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準伴隨式診斷編號 30104B 「All-RAS 基因突變分析」項目規定之分

子病理實驗室認證，得以 KRAS mutation 項目暫代；相關藥品給付規定中需檢附 All-RAS 基因突變分析檢測報告部分，得一併適用前述調整作為。

- 七、牙醫感染管控實地訪查部分，全面暫停，俟疫情趨緩另行通知。
- 八、109 年 1-11 月未達 8 成補 8 成，第一階段預定將於 5/20 前付款；第二階段將俟 109 年第四季點值確認後（預估 5/28），於 6 月中辦理撥付。
- 九、重申停診補償院所，得依衛生局開立之書面停診通知申請補償。本署可協助試算該停診醫師停診期間 108 年申報醫療費用（不含特材、藥費），提供院所申請先行補償，事後補單據。
- 十、醫療費用申報與結算：
 - (一) 醫療費用申報：因受疫情影響，院所自即日起至 7 月底(即費用年月 109 年 11 月以後之醫療費用申報案件)，依全民健康保險法 62 條第 2 項規定，原費用申報應於 6 個月內為之期限，得以放寬。
 - (二) 西醫基層總額及交付機構(藥局、醫事檢驗所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構)「109 年 1 月-8 月 COVID-19(武漢肺炎)疫情期間提升暫付金額方案」與 109 年全年點值結算之沖抵作業，需追扣之院所將延遲至 110 年 8 月 9 日執行。
 - (三) 109 年第 3 季醫院總額及第 4 季各總額別結算追扣補付作業，需追扣之院所將延遲至 110 年 8 月執行。
 - (四) 「增修牙科門診醫令申報牙位、數量及限填部位代碼」案（本署 110 年 4 月 30 日健保醫字第 1100033210 號函），原訂於就醫日期 110 年 7 月 1 日起採新檢核邏輯，延至 110 年 9 月 1 日執行。

十一、醫療費用審查:

因應疫情嚴峻，為讓醫療人員全力投入防疫，自即日起至 7 月底止，暫停抽審及事前審查申請作業，後續視疫情調整。

- (一) 所有總額醫療費用案件自 110 年 4 月至 110 年 7 月(費用年月)暫停抽審，包含隨機、立意抽樣、專案管理及行政審查等。截至 110 年 5 月 17 日止仍在申復期限內及 110 年第一季以前送核費用案件，尚未提出申復之院所，不

受 60 日提出申復之限制，本署亦得暫緩核定作業之辦理。

- (二) 自即日起至 110 年 7 月底止，免除所有事前審查及特殊審查申請及送件作業，院所自主管理，依病人病情及給付規定，提供相關醫療服務，包含醫療服務項目、藥品及特材等。原已受理之事前審查案件，本署分區業務組得依院所之申請核定。
- (三) 特定高價藥品及特材依給付規定應於 VPN 進行個案登錄者，雖免除事前審查，惟仍須依給付規定進行登錄作業(癌症免疫檢查點抑制劑(IO)、SPINRAZA、VAD 特材、TAVI 特材)。
- (四) 自即日起至 110 年 7 月底止，藥品、特材給付規定涉及院所層級及專科別之限制免除，請院所自主管理，依病人病情及其餘給付規定，提供相關醫療服務。
- (五) 自即日起至 110 年 7 月底止，癌症免疫檢查點抑制劑(IO)不受個案應在同一家醫事服務機構完成療程之限制（含尚未使用完初次申請 12 週藥量者）。調整作業如下：
 - 1. 個案原就醫機構：請安排個案攜帶「轉診單」及「門診治療紀錄或出院病歷摘要」轉至另一家醫事機構就醫，轉診單應註明個案前經事前審查核定之適應症、用藥品項，以及目前餘藥數量；並請檢送「轉診單」影本一份予該分區業務組專案備查。
 - 2. 個案新就醫機構：請依個案病情及藥品給付規定，以「紙本癌症免疫檢查點抑制劑登錄表」登載個案擬續用藥品相關資料後，即可依轉診單之餘藥數量，提供個案繼續使用先前經事前審查核定之用藥品項，無餘藥者則可申請再次使用 12 週；並於個案轉入一週內，將「紙本癌症免疫檢查點抑制劑登錄表」及「轉診單」影本各一份送該分區業務組專案備查。紙本癌症免疫檢查點抑制劑登錄表請自行至本署全球資訊網/健保服務/健保藥品與特材/健保藥品/其他藥品相關事項/癌症免疫新藥專區下載。

十二、 同一療程：

因疫情暫緩同一療程者，原開立同一療程之治療，暫定療程期限得展延到 7 月底前完成。

十三、 排程檢查：

因疫情無法如期完成排程檢查者，得展延到 7 月底前完成。

十四、 慢性病患委請他人代為陳述病情領取相同方劑：

暫定至 110 年 7 月底止，放寬國內有長期慢性病用藥需求之保險對象，可檢具切結書委請他人代為陳述病情領取相同方劑，代領每次領取 1 個月藥量為上限。特定治療項目代號請填 J4「中醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件」或 H9「西醫(含藥局)-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件」。

十五、 疫情警戒第三級以上期間，開放特約藥局藥師在醫事人員卡及 SAM 卡認證下，查詢「因應天災及緊急醫療查詢作業」，輸入病人身分證號查閱病人用藥紀錄，以提供慢性病連續處方箋預約領藥服務，藥局可預先調劑備藥，病人至特約藥局僅需核對身分，並依處方箋及健保卡過卡領藥(附件 6)。

十六、 視疫情發展狀況，且社區藥局可協助送藥，再研議放寬慢性病連續處方箋得一次領取該處方箋總用藥量。

十七、 因應 COVID-19 篩檢，健保卡資料上傳：

(一) 為利快速掌握篩檢結果，請醫療院所執行 SARS-CoV-2 病毒核酸檢驗及抗原快速檢驗，於檢驗結果產出時，盡速上傳健保卡結果。

1. SARS-CoV-2 病毒核酸檢驗：

- (1) 資料格式(A01)：2.異常上傳
- (2) 就診日期時間(A17)：檢驗報告結果日期
- (3) 就醫序號(A18)：CV19；無健保身分：FORE
- (4) 補卡註記(A19)：2
- (5) 就醫類別(A23)：CA
- (6) 實際就醫日期(A54)：篩檢日期
- (7) 醫令類別(A72)：G

(8) 診療項目代號(A73)：

核酸檢測陽性：PCRP-COVID19

核酸檢測陰性：PCRN-COVID19

2. 抗原快速檢驗：

(1) 就診日期時間(A17)：檢驗報告結果日期

(2) 補卡註記(A19)：1

(3) 就醫類別(A23)：CA

(4) 醫令類別(A72)：G

(5) 診療項目代號(A73)：

快篩陽性：FSTP-COVID19

快篩陰性：FSTN-COVID19

(6) 如為異常上傳，就醫序號(A18)填 CV19。

(7) 無健保身分：資料格式(A01)：2.異常上傳、就醫序號(A18)：
FORE。

(二) PCR 及快篩檢驗結果資料收載及上傳：

1. 公費 PCR 驗出陰性，上傳至健保署。

2. 公費 PCR 驗出陽性，上傳至健保署並至疾病管制署通報系統進行傳染病通報。

3. 自費快篩/PCR 驗出陰性，若民眾簽署同意書，則上傳到健保署，若不同意則不傳。

4. 自費 PCR 驗出陽性，上傳至健保署並至疾病管制署通報系統進行傳染病通報。

5. 快篩驗出陰性，上傳至健保署。

6. 快篩驗出陽性，上傳至健保署並至疾病管制署通報系統進行傳染病通報。

7. 為分辨快篩及 PCR 自費或公費身分，如個案為自費身分篩檢，請於該筆資料上傳時，診療部位(A74)填入「PAY」，公費則為「空值」。

檢驗結果		診療項目代號 (A73)	診療部位 (A74)	健保署 IC 卡上傳	疾管署 通報系統
公費快篩	陽性+	FSTP-COVID19	空值	√	√
	陰性-	FSTN-COVID19	空值	√	
自費快篩	陽性+	FSTP-COVID19	PAY	√	√
	陰性-	FSTN-COVID19	PAY	同意者上傳 不同意者不傳	
公費 PCR	陽性+	PCRP-COVID19	空值	√	√
	陰性-	PCRN-COVID19	空值	√	
自費 PCR	陽性+	PCRP-COVID19	PAY	√	√
	陰性-	PCRN-COVID19	PAY	同意者上傳 不同意者不傳	

8. 本署協助疾病管制署代辦這項業務，6/7 起相關快篩及 PCR 結果需於隔日及時上傳至健保署才可申請費用。

9. 各採檢醫院請於 5 月 27 日前完成 COVID-19 檢驗結果醫令上傳至健保署。

(三) 社區快篩站若無法過健保卡，醫療院所可將快篩結果攜回院所再進行上傳，資料格式採異常上傳即可；另 PCR 檢驗報告因無法於採檢當日產出，故於報告產出當日，資料格式亦採異常上傳。

(四) 為配合醫院及衛生局與 COVID-19 之 PCR 或快篩採檢民眾後續連繫事宜，當各醫事服務機構以「健保卡資料上傳作業」上傳 COVID-19 篩檢結果(虛擬醫令代碼：FSTP-COVID19、FSTN-COVID19、PCRP-COVID19、PCRN-COVID19)時，一併上傳民眾之聯絡電話。作業說明如下：

- 請於該筆上傳資料之欄位 ID_A75(用法)欄(長度 18)，填上民眾之聯絡電話，併同相關資料上傳，不強制上傳與補傳。
- 為避免爭議，上傳電話號碼，需經民眾同意，請列冊並自行留存，範例如下：

採檢民眾姓名	連絡電話	同意上傳健保署供防疫使用
王○○	0234567891	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
張○○	0298765432#1234	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
李○○	0912345678	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意

(五) 院所於上傳 COVID-19 之 PCR 或快篩結果，如遇病患之主、次診斷欄位 (A25~A30) 為 U07.1 及 U07.2 時，該主、次診斷欄位請勿填報。

(六) 自 110 年 7 月 1 日起，增加住院個案之加護病房費、ECMO、呼吸器及透析等醫令項目上傳，修訂「健保卡資料上傳作業」急診及住院上傳資料詳附件 7。

十八、依疫情指揮中心指示，專責病房訂定疑似個案收治天數規範，逾收治天數者，健保不予給付。

(一) 依 110.5.22 疫情指揮中心函文及 110.5.23 「傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心重症病患收治調度會議」決議，經核定之專責病房，應於 5 月 24 日前恢復全數開設，如逾期未恢復，或收治非 COVID-19 確診、疑似病人，自 5 月 24 日起健保不予給付相關費用。

(二) 指定專責收治病房區域收治疑似個案定義、健保給付原則及對應申報之虛擬醫令如附件 8 (申報格式欄位「p2 醫令類別」為 G，其總量、單價、成數及數量為 0，「p14 執行時間-起」、「p15 執行時間-迄」比照專責病房之病房費醫令執行起、迄日填寫。)。

(三) 本署將針對疑似個案進行每月申報資料勾稽專責病房床號，並勾稽是否符合前述收治要件，如不符合將進行費用核刪。

十九、為掌握 COVID-19 疑似與確診病例轉診流向：

(一) 醫療院所轉診 COVID-19 個案（含疑似）應使用電子轉診單轉診。

(二) 該類病人之轉診單，請於「轉診目的」勾選「9. COVID-19 個案（含疑似）轉診治療」選項。

二十、為治療 COVID-19 病人，新增「經鼻高流量濕化氧氣治療」及「俯臥通氣治療」申報代碼，溯自費用年月 110 年 5 月起生效，其治療費用由疾病管制署公務預算支應，並以每點 1 元支付：

(一) 經鼻高流量濕化氧氣治療：

1. 申報代碼 57030B，支付點數 1,745 點/天。

2. 支付點數包含管路、鼻導管費用，本項目所需高流量管路組、鼻導管

等耗材已依平均治療日數分攤於每日照護成本，故支付點數包含照護費以及設備耗材等費用。

(二) 俯臥通氣治療：

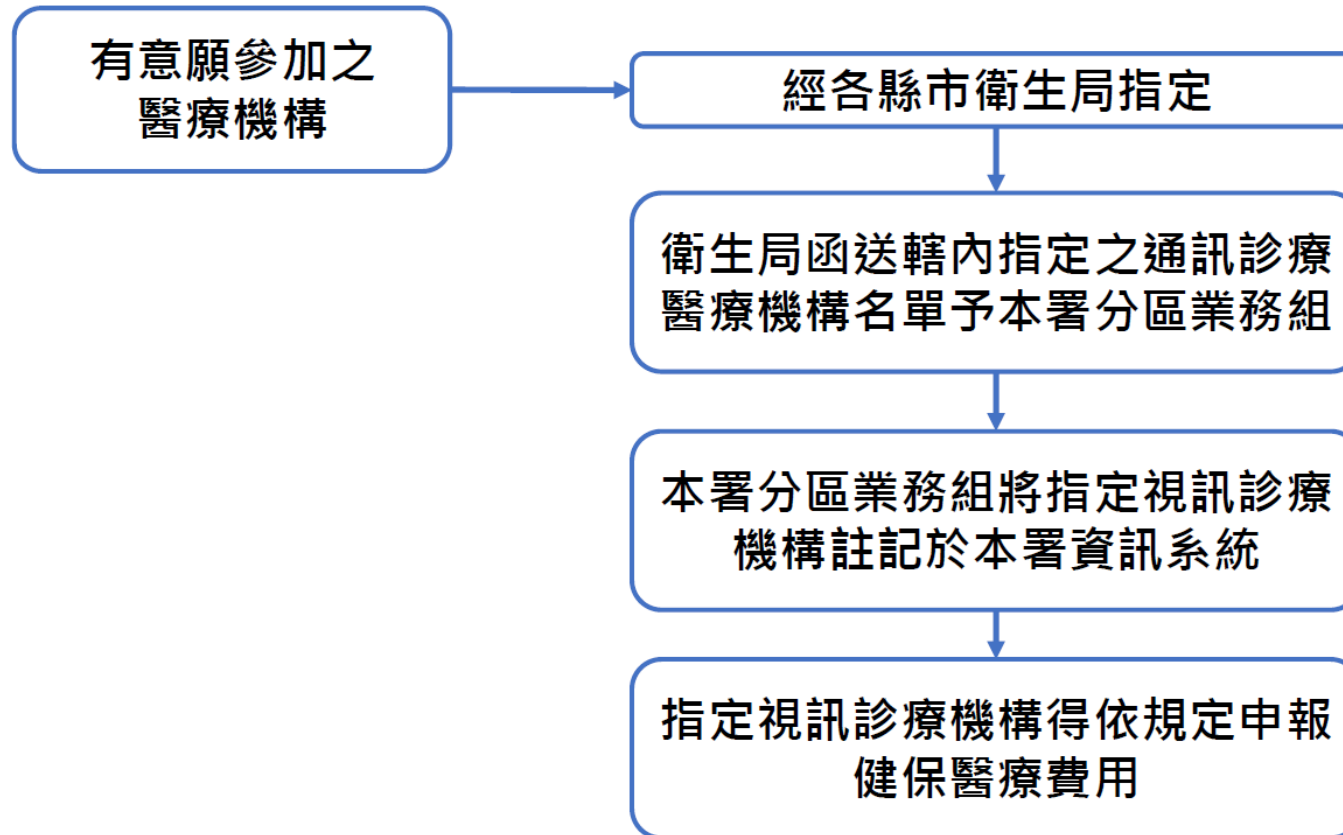
1. 申報代碼 47104B，支付點數 4,938 點/天。
2. 正式納入健保給付前，限 COVID-19 確診且有插管使用呼吸器並符合下列適應症之病人使用。
3. 適應症：急性呼吸窘迫症候群(ICD-10-CM：J80)
 - (1) 氧合指數(PaO₂/FiO₂ ratio) ≤150
 - (2) 七日內急性發作
 - (3) 沒有心因性肺水腫的證據
 - (4) CXR 顯示兩側肺野浸潤
4. 限加護病房申報。

(三) 前述項目係依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心醫療應變組第 47、49 次會議決議，僅針對 COVID-19 病人新增申報代碼，不代表未來納入健保給付之點數，本署將依新增修診療項目流程辦理，後續納入健保之支付點數、適應症等支付規範仍依支付標準公告為準。

二十一、 門診、急診、住院病人及陪病者之採檢、診察及治療費用支付原則(附件 9)。

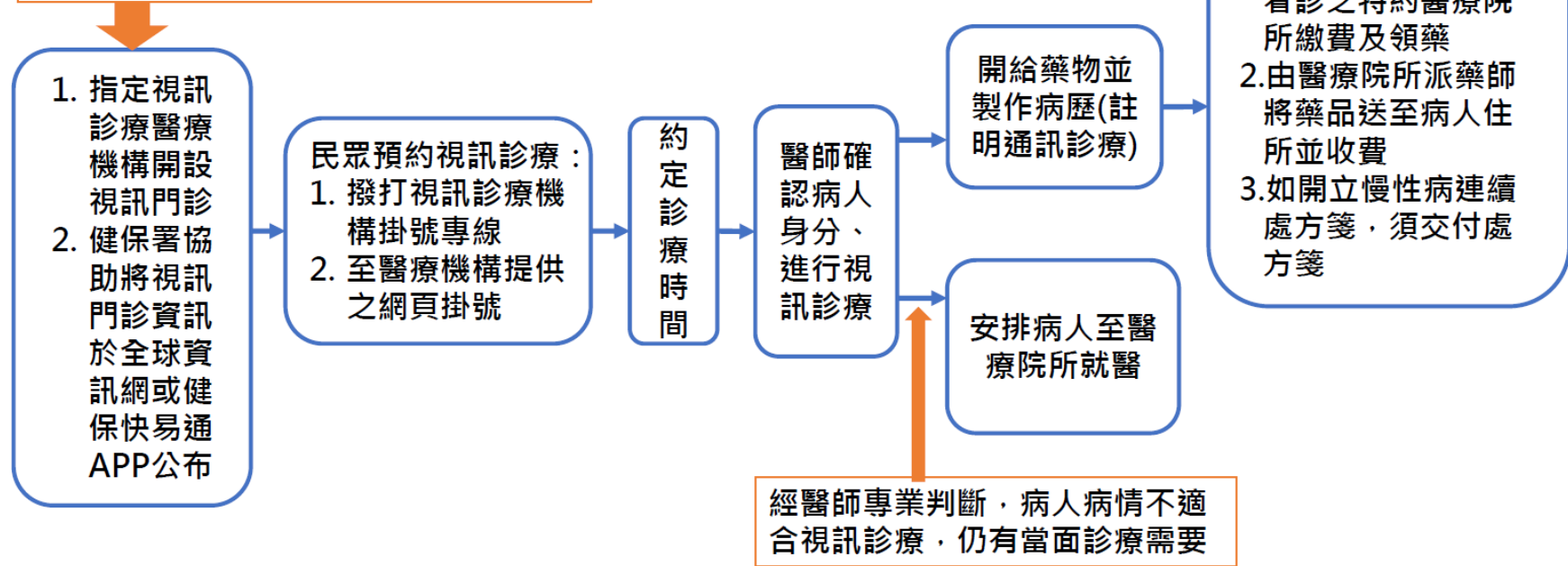
二十二、 因應 COVID-19 疫情問答集(附件 10)。

指定視訊診療醫療機構核備流程



因應COVID-19疫情升溫放寬視訊診療照護對象就醫流程

醫療機構經各縣市衛生局指定後，得免提報視訊診療治療實施計畫，以視訊方式診察治療「門診病人」



視訊診療醫療費用申報流程

支付標準：
依一般門診診察費支付，
其餘項目依支付標準規定辦理

費用申報：

- 是類案件門診「特定治療項目代號」任一欄請註記為「EE：COVID-19(武漢肺炎)之視訊診療」，其餘依現行申報規定辦理
- 增加-醫令類別G且診療項目代號「ViT-COVID19」(視訊問診)或「PhT-COVID19」(電話問診)

部分負擔：依門診部分負擔規定計收

健保卡取號與上傳：

- 增加-醫令類別G且診療項目代號「ViT-COVID19」(視訊問診)或「PhT-COVID19」(電話問診)
- 得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」

【視訊診療_管制藥品開立】

自109年3月10日起新增「因應天災及緊急醫療查詢作業」，並授權衛生局指定通訊診療或居家醫療院所該項服務，機構管理者可授權院內醫師於認證醫事人員卡及機構安全模組卡(SAM)下，查詢病人特定管制藥品頁籤，此途徑查詢紀錄亦列入關懷名單開啟率計算。
 ※自即日起至7月底，關懷名單開啟率排除「視訊診療案件」計算。



因應天災及緊急醫療查詢作業

- 1.本查詢作業以查詢視訊診療、居家醫療或社區藥局預約慢箋領藥(COVID-19疫情期間)或緊急醫療病患(檢傷分類第一至三級病患)資料為限。
- 2.請遵守個人資料保護及隱私保密規範。
- 3.如需複製病人醫療資料應符合診療目的之用，否則自負相關法律責任。

身分證號	<input type="text"/>	查詢
特定管制藥品用藥資訊	檢查檢驗結果	過敏藥

該民眾如為關懷名單→出現特定管制藥品用藥資訊頁籤
 如非關懷名單則不會出現

※注意事項

- 1.查詢者必須是醫師，且患者確有特定藥品用藥紀錄。
- 2.管制藥品若需要簽名才能領取，可請代為領藥者簽名並註明關係，留下連絡電話，以便主管機關後續檢視。

各項計畫(方案)放寬措施(暫定至 110 年 7 月底)

項次	計畫	放寬措施
1	西醫醫療資源不足地區改善方案	<p>放寬原規定:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 開業計畫每診次未達 3 人者，不予支付當月保障額度。 2. 巡迴計畫每診次未達 5 人次暫停巡迴點。 3. 巡迴點時間地點異動一年不可超過 3 次。 4. 巡迴點累積休診次數達申請次數 1/4，終止執行巡迴點。 5. 備援醫生之備援總診次不得超過總申請診次 1/4。 6. 巡迴院所評核表考核項目(平均每診看診人次)。 7. 110 年 5 月至 6 月開業計畫，放寬保障額度核付管控原則，毋須管控保障額度核付百分比，惟參與計畫之醫事服務機構仍須依本計畫所訂門診服務天數及時數規定提供醫療服務。
2	牙醫醫療資源不足地區改善方案	<p>放寬原規定:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執業計畫-巡迴服務每月每次平均就診人次不足 3 人，須核減一次論次支付點數。 2. 執業計畫診所:每月至少提供 2 次牙醫巡迴醫療服務。 3. 巡迴計畫醫療團:成立滿二年之社區醫療站及巡迴點，一級/二級(含)以上地區每位醫師每月平均每診次就醫人次連續三個月低於 3 人/2 人者，應由醫療團提書面說明、改善計畫或變更巡迴服務時段，經分區業務組核定後始得繼續提供巡迴醫療服務及申報相關費用。 4. 110 年 5 月至 6 月執業計畫，放寬保障額度核付管控原則，毋須管控保障額度核付百分比，惟參與計畫之醫事服務機構仍須依本計畫所訂門診服務天數及時數規定提供醫療服務。

3	中醫醫療資源不足地區改善方案	<p>放寬原規定:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 巡迴計畫連續五個月每診平均就醫人數少於 10 人，次月更換醫療服務點。 2. 巡迴考核項目「平均每診看診人次」。 3. 110 年 5 月至 6 月開業計畫，放寬保障額度核付管控原則，毋須管控保障額度核付百分比，惟參與計畫之醫事服務機構仍須依本計畫所訂門診服務天數及時數規定提供醫療服務。 4. <u>放寬填報考核要點期限，延至 12 月底前完成。</u>
4	家庭醫師整合性照護計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案研討、社區宣導及每觀摩會議等涉及集會之活動，<u>110 年 5~7 月期間免列入績效指標評核計分。</u><u>110 年 5~7 月期間醫師無法參加相關活動</u>，原計畫規定每位醫師須參加 6 場次，降為 4 場次，後續將再視疫情發展調降。 2. <u>加分項「醫療群醫師支援醫院」之原計畫規定需每月定期支援醫院始得計分，110 年 5~7 月期間免列入績效指標評核計分。</u>
5	PAC 計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 放寬成果報告書一年繳交一次，及跨團隊院際會議得一年一次，採視訊會議方式召開。 2. PAC 照護期限展延，承作醫院得向本署分區業務組提出申請，由分區核定延長照護週數。 3. 關於 PAC 病人因應疫情轉院措施： <ol style="list-style-type: none"> (1) 如 PAC 承作醫院因應疫情，配合疫情指揮中心或地方縣(市)政府指定為應變醫院或徵用病床，致原本收治未完成照護期限之 PAC 病人必須轉院。如經病人同意，並向分區業務組核備同意後，原承作醫院得將病人轉至其他承作醫院繼續 PAC 照護。 (2) 惟原承作醫院不得申報 P5117B 承作醫院出院準備及結案評估費，但可申報 02025B 出院準備及追蹤管理費；接續 PAC 照護之醫院不可申報

		P5114B 初評評估費。
6	居家醫療照護整合計畫	<p>1. 放寬以「視訊診療」取代到府訪視：</p> <p>(1) 提供居家個案「視訊診療」服務，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫。</p> <p>(2) 視訊診療醫療費用申報方式同附件 3，健保卡取號及上傳，得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」。</p> <p>(3) 除呼吸器使用(天)費用(P5406C)外，不得申報其他居家醫療相關費用。</p> <p>2. 暫緩執行結案措施： 暫緩執行「未於 12 個月內完成用藥整合」、「照護團隊逾 4 個月未提供居家照護」結案措施。</p> <p>3. 簡化照護期限展延流程： 因部分醫師取消或暫緩居家訪視作業，致居家個案無法申請延長照護者，收案醫事機構得向本署分區業務組提出申請，得核予延長照護 1 次。</p> <p>4. 醫療機構至個案家中提供保險對象診療服務時，以刷健保卡並取得就醫序號為原則，暫定至 110 年 6 月 8 日前，放寬異常代碼 F000 監測及管理措施。</p> <p>5. 疫情期間若非因連線異常，而是因防疫相關措施無法取卡號，則以異常代碼 Z000 註記。</p> <p>6. 放寬以「視訊診療評估」取代醫師訪視評估(含新收案開立醫囑或申請書等)，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫。惟不得申報居家醫療相關費用。視訊診療醫療費用申報方式同附件 3。</p>
7	全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	暫停實施各專科實際提供每週三次以上之門診看診服務之規定。

8	醫院以病人為中心門診整合照護計畫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 暫停實施每日需至少開設整合照護門診次數之相關規定。 2. 放寬門診整合複診診察費(P5204C)限門診整合初診後半年內申報之規定。
9	呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 放寬呼吸器依賴個案所有異動特約醫療機構應於 5 個工作日內上網登錄之規定，調整為 30 個日曆日內須完成上網登錄。 2. 因部分醫師取消或暫緩居家訪視作業，致居家個案無法申請延長照護者，收案醫事機構得向本署分區業務組提出申請，得核予延長照護 1 次。 3. 放寬居家呼吸照護小組各類人員訪視費之訪視次數規定，由照護小組依臨床專業判斷，提供呼吸器依賴病人妥適性照護，不受計畫規範次數之限制。
10	保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	<p>放寬以「視訊診療」取代監內門診：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供收容人「視訊診療」服務，以<u>參與本計畫且符合</u>衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫。 2. 視訊診療醫療費用申報方式同附件 3。
11	跨層級合作計畫	放寬成果報告書，由半年一次改為一年繳交一次。
12	牙周病統合治療方案	110 年 5 月 1 日至 7 月 31 日因疫情暫緩執行牙周病統合治療方案者，治療期限得順延 90 天。
13	安寧共同照護試辦方案	<p>醫院如因應疫情調整護理人力，放寬安寧共同照護小組需有「專任護理人員」之限制，調整方式如下(比照現行參與方案之地區醫院人力規定)：</p> <p>過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上之醫院，應設置專任護理人員 1 人；若過去 3 個月平均照護人數在 30 人以下之醫院，護理人員得以兼任為之。</p>
14	醫療給付改善方案	因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情影响，下列醫療給付改善方案所訂管理照護階段需上傳之檢驗檢查結果，暫

		<p>於以下期間內放寬為非必要執行項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病、第三章初期慢性腎臟病及全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案：自即日起至 110 年 7 月底止，追蹤管理階段得不受方案規範需登錄特定檢驗、檢查結果方得以申報管理照護費之限制，由院所自主管理，依病人病情進行專業判定及提供照護。 2. 另全民健康保險氣喘醫療給付改善方案及全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案：自 109 年 1 月 1 日起，於疫情期間得暫停吹氣檢查。
15	全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析品質獎勵提升計畫	因應疫情，病情穩定之腹膜透析病人 110 年 6 月份已放寬得彈性不抽血，爰上開病人依本計畫應上傳至本署 VPN 之品質監測指標，110 年第 2 季季指標及 110 年上半年指標得免上傳。

特約藥局慢箋預約領藥安全又便利

1

1.身分證號
2.處方院所
3.處方就醫日期

電話或網路
預約慢箋領藥服務

2

醫事人員憑證IC卡 + 全民健康保險 健保安全模組卡 SAM Card

認證醫事人員卡及SAM卡

因應天災及緊急醫療查詢作業

- 1.本查詢作業以查詢通訊診療或居家醫療病患(COVID-19疫情)或緊急醫療病患(檢傷分類第一至三級病患)資料為限。
- 2.請遵守個人資料保護及隱私保密規範。
- 3.如需複製病人醫療資料應符合診療目的之用，否則自負相關法律責任。

身分證號

慢性病連續處方箋專區

**輸入病患身分證號
點選慢箋專區
查詢效期內慢箋
調劑紀錄備藥**

3 **4**

**病患持處方
箋及健保卡
至藥局領藥**

慢性病連續處方箋

效期內處方箋 效期內處方箋

已逾期處方箋

資料說明

項目	資料來源	就醫序號	來源	醫事人員姓名	醫事人員科別	主診斷	藥品健保代碼	藥品名稱	給藥日數	藥品用量	用法用量	連續處方可調劑次數	備案處方日期	就醫日期	慢性病連續處方箋領藥日
門診特定藥品 適醫應診 用藥日數	健保卡上傳資料	0010	即臺北 0131060029	張曉菁		雙側核性老年性白內障	BC21628421	KARY UNI OPHTHALMIC SUSPENSION	28	1	BID		110/03/05		

詳細操作說明可在健保VPN下載參考！網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/iwse0000/IWSE0030S02.aspx?bc=IMM>

健保卡就醫資料上傳作業_急診及住院上傳資料說明

附件 7

依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心 110 年 6 月 1 日肺中指字第 1103800264 號函(110 年 6 月修訂)

一、 上傳欄位定義及上傳頻率及時點說明：

(一) 增修就醫類別(A23)：為掌握加護病房使用情形，增加-床號變更/轉床(EA)及急診留觀(AK)；原急診第二日(含)以後之離院(BD)，調整定義為-急診離院(BD)。

(二) 增加健保資料段(MB1)欄位：

1. 給付類別(A55) -格式屬性:文字(X)、欄位長度:1。
2. 病床號(A56) -格式屬性:文字(X)、欄位長度:10。

(三) 就醫序號(A18)：依就醫流程，過卡並取得就醫序號，因故無法取得就醫序號者，依原異常就醫序號辦理，給付類別(A55)為 W 或 X 時，異常就醫序號說明如下：

1. 無健保身分：比照「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」之醫療費用申報及核付，無健保身分者之就醫序號(A18)為 IC09，資料格式(A01)為 2:異常上傳。
2. 有健保身分：因故無法過卡之就醫序號(A18)為 CV19，資料格式(A01)為 2:異常上傳。

(四) 上傳注意事項說明：

1. 入院病患上傳 1 筆(05)，床號(必填)外，如病患有執行註 1 之 A73 項目，另外於入院當天之加傳 1 筆(BC)。
2. 入急診 1 小時內完成上傳 1 筆就醫類別(04)資料，急診期間所有執行醫令(比照門診(01)所有醫令上傳)，以就醫類別(BC)於 24 小時內盡速上傳。
3. 欄位填寫注意事項如附表。

二、 新增檢核邏輯：

- (一) 就醫類別(A23)為門 (急) 診當次轉住院之入院(BA)、 急診中、住院中執行項目(BC) 時，診療項目代號(A73)必填。錯誤文字：當 A23=BA、BC 時，A73 必有值。
- (二) 診療項目代號(A73)：03010E、03011F、03012G、68036B、47056B、47089B、57001B、57002B、57023B、58011C、58017C，檢核同病患之同就醫日期時間(A17)同醫令項目(A73)，僅接受 1 筆且總量(A77)限 1.0。錯誤文字：此項目代碼相同就醫日期僅接受 1 筆且數量 1。
- (三) 給付類別(A55)：
1. 當主、次診斷(A25-A30)為 U071、U072 時，給付類別(A55)必為 W 或 X，非 W 或 X 時則退件。錯誤文字：A55 非 W 或 X，主、次診斷不可為 U071、U072。
 2. 當就醫類別(A23)為住院(05)、門 (急) 診當次轉住院之入院(BA)、急診中、住院中執行項目(BC)、床號變更/轉床(EA)、出院(BB)、急診留觀(AK)、急診離院(BD)時，本欄必填。錯誤文字：A23=05、BA、BC、EA、BB、AK、BD，A55 必填。
- (四) 病床號(A56)：
1. 為避免錯誤，此欄資料比照住院醫療費用申報欄位填報，並與本署 HMA_醫務管理子系統之醫事機構病床資料檔比對。錯誤文字：核對醫事機構資料檔無此病床號資料。
 2. 當就醫類別(A23)為住院(05)、床號變更/轉床(EA)、出院(BB)、急診留觀(AK)時，本欄必填外；其他則必為空值。錯誤文字：A23=05、EA、BB、AK，A56 必填；A23 非 05、EA、BB、AK，A56，本欄必為空值。
- (五) 就醫序號(A18)為 IC09 時，不檢查卡片檔之身分證號。
- (六) 就醫序號(A18)為 IC09 或 CV19 且資料格式(A01)為 2:異常上傳時，給付類別(A55)必為 W 或 X。錯誤文字：A55 非 W 或 X，A18 不可為 IC09/CV19。

註：1

住院期間應上傳醫令(A73)：

- (1) ICU 病房費：03010E、03011F、03012G、ECMO：68036B、47056B、47089B、呼吸器：57001B、57002B、57023B、透析：58001C、58027C、58029C、58011C、58017C(本次新增)
- (2) CT、MRI、PET：33070B、33071B、33072B、33084B、33085B、33090B、26072B、26073B
- (3) 所有手術醫令：62001C~88054B。
- (4) 其他計畫規定上傳之醫令。

註：2

給付類別(A55)：(參考醫療費用申報調整)

1-職業傷害、2-職業病、3-普通傷害、4-普通疾病、6-自然生產、7-剖腹生產(註:保險對象不符醫療上適應症而自行要求施行剖腹產手術者,給付類別填 7)、8-天災、9-呼吸照護【依 109 年 7 月 15 日健保醫字第 1090009500 號公告之呼吸器依賴患者，參與或未參與試辦計畫案件之給付類別均為「9-呼吸照護」。】、A-安寧療護、C-全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案、D-週產期論人支付制度試辦計畫、E-全民健康保險氣喘醫療給付改善方案、M-C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫、Y-八仙樂園粉塵爆燃事件、W-行政協助法定傳染病通報且隔離案件、X-法定傳染病通報且隔離之費用含疾管署及健保支付案件

附表：欄位填寫注意事項

就醫類別 A23	A17 就醫日期時間	給付類別(A55)_註 2	病床號(A56)	上傳頻率/時點
住院(05)	入院日期時間	必填	為醫事機構病床資料檔	入院當日 23:59 前上傳完成。
門(急)診當次轉住院之入院(BA)	急診轉住院日期時間	必填	必填(檢核醫事機構病床資料檔)	入院當日 23:59 前上傳完成。
急診中、住院中執行項目(BC)	急診中、住院中執行診療項目(A73)日期時間	必填	選填(檢核醫事機構病床資料檔)	當日 21:00 前*執行之 A73 項目, 於當日 23:59 前上傳完成。
床號變更/轉床(EA)	變更床號日期時間	必填	必填(檢核醫事機構病床資料檔)	當日 21:00 前*變更之床號, 於當日 23:59 前上傳完成。
出院(BB)	出院日期時間	必填	必填(檢核醫事機構病床資料檔)	當日 23:59 前上傳完成。
急診(04)	入急診日期時間			入急診 1 小時內完成上傳。
急診留觀(AK)	留觀第 6 小時日期時間	必填	必填(檢核醫事機構病床資料檔)	急診留觀大於(含)6 小時, 需於當日 23:59 前上傳, 如持續急診留觀, 於離院前需每日上傳。
急診離院(BD)	急診離院日期時間	必填		離院 1 小時內上傳, 病患自急診離院時, 需加傳 1 筆 BD。

備註：考量醫事服務機構變更床號後，資料作業時間，如於當日 21:00 後變更者，於次日 23:59 前上傳。

指定專責收治病房區域收治疑似個案定義及健保給付原則

項次	疑似個案定義	給付精神	住院費用給付天數及虛擬醫令	申報虛擬醫令	備註
1	通報第五類法定傳染病「嚴重特殊傳染性肺炎」個案	至 2 次 SARS-CoV-2 核酸檢驗為陰性(採檢間隔達 24 小時)止	1. 收治醫院具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付 3 天。	CV19-DW11	醫院應於病人住院後儘速完成相關採檢；住院前之採檢(如急診)可認計。
			2. 收治醫院不具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付 5 天。	CV19-DW12	
2	通報社區擴大採檢個案	至 1 次 SARS-CoV-2 核酸檢驗為陰性止	1. 收治醫院具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付 1 天。	CV19-DW21	醫院應於病人住院後儘速完成相關採檢；住院前之採檢(如急診)可認計。
			2. 收治醫院不具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付 2 天。	CV19-DW22	
3	居家隔離/檢疫對象*	至隔離/檢疫期滿，且期滿後 1 次 SARS-CoV-2 核酸檢驗陰性止	1. 收治醫院具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付隔離/檢疫期間+期滿後 2 天。	CV19-DW31	醫院應於病人隔離/檢疫期滿後次日進行採檢。隔離/檢疫期間內病況即已穩定者，可返回指定處所續完成隔離/檢疫。
			2. 收治醫院不具「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構」之資格醫院：給付隔離/檢疫期間+期滿後 3 天。	CV19-DW32	
4	醫院未於法傳系統通報但自行檢驗 SARS-CoV-2 核酸者	至 1 次 SARS-CoV-2 核酸檢驗為陰性止	給付 1 天。	CV19-DW40	醫院應於病人住院後應儘速完成相關採檢；住院前之採檢(如急診)可認計。
5	其他經醫療網網區指揮官同意者	因臨床狀況多變，若有其他非屬上列條件，但醫院認為仍有必要入住專責病房，且經醫療網網區指揮官**同意者	給付 1 天。	CV19-DW50	醫院應依醫療網區指揮官之指示，檢具其認為必要之佐證以利評估。

*含經指揮中心專案同意縮短居家檢疫之對象，其住院時間仍在其返國後次日起 14 天內。

**網區指揮官得授權網區副指揮官或指定代理人。

門診、急診、住院病人及陪病者之採檢、診察及治療費用支付原則

1. 健保法第1條規定略以，保險對象因病就醫，併行採檢，應分列申報。
2. 健保法第51條第1款規定，依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務，非屬健保給付範圍；第52條規定略以，經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情，不適用健保給付。
3. 衛生局匡列採檢對象，院所提供採檢服務，得視病情需要併行一般診療，依健保相關規定申報，並收取部分負擔；針對非自願就醫者，院所須向保險對象說明清楚，避免爭議。
4. 健保署尊重醫療專業判斷提供保險對象所須醫療服務。

類別	內容	健保費用		
		門急診診察費	住院費用	部分負擔
因病* 就醫	門、急診就醫後採檢	V	/	V
	非COVID-19住院病人及陪病者採檢**	/	V	V
衛生局匡列採檢	提供採檢服務	X	/	X
	提供採檢服務視病情需要併行其他疾病診療	V	/	V ^{***}

*：依健保法第1條規定略以，保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依規定給予保險給付。

**：公費支付住院病人及陪病者施行SARS-CoV-2抗原快篩檢驗試劑費每件300元。健保署代辦申報核付作業。

***：非自願就醫，收取部分負擔易有爭議，須向保險對象說明清楚。

類別	序號	問題	說明
篩檢	1	若由衛生所採檢，送醫院 PCR 檢驗，由衛生所上傳及申報費用嗎？	<p>1.申報：</p> <p>目前本署協助疾管署代收代付僅針對住院病人及陪病者之 COVID-19 抗原快篩申報費用，未有代收代付核酸檢驗項目；若後續該費用確定由本署協助，則依本署特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明(XML 檔案格式)之註 33 方式申報</p> <p>2.上傳：</p> <p>(1)採檢 PCR 及快篩結果之健保卡資料上傳，目的：為利快速掌握篩檢結果，故請醫療院所於檢驗結果產出時，盡速上傳。</p> <p>(2)代檢案件原則上由採檢端上傳，但無強制，採檢端及代檢端可自行協調，惟應注意避免漏傳或重複上傳。</p> <p>(3)採檢 PCR 及快篩之醫療費用申報，須依 CDC 代辦相關申報規範辦理，上傳資料為給付之重要依據，如有特殊情況，可另向 CDC 說明。</p>
方案	1	PAC 是否因疫情時程可延長？	暫定至 110 年 7 月底止，PAC 照護期限展延，承作醫院得向本署分區業務組提出申請，由分區核定延長照護週數。

、 計 畫	2 牙周病統合治療方案屬同一療程分三階段支付(91021C~91023C)，其療程最長為180天，療程中91021C至91023C各項目僅能申報一次，是否得適用第11點同一療程放寬於110年6月底後繼續執行。	1.110年5月1日至7月31日因疫情暫緩執行牙周病統合治療方案者，治療期限得順延90天(暫定，另本署將視疫情狀況評估調整順延時間)。 2.以執行91021C日起算治療期限，若原治療期間任一日介於110年5月1日至110年7月31日，則治療迄日順延90天(即療程天數最長270天)。
3	一般居家照護、精神疾病患者社區復健、安寧居家、呼吸器居家或居家醫療照護整合計畫之新收案者醫師可否採視訊診察作評估？	暫定至110年7月底止，放寬以「視訊診療評估」取代醫師訪視評估(含新收案開立醫囑或申請書等)，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫，不得申報居家醫療相關費用；惟呼吸器居家照護，如有醫師訪視紀錄(含視訊診療)，可按計畫規定申報呼吸器居家照護論日計酬項目。
4	C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫，中途放棄或中斷一週，將自動結案，是否有因應對策？	對於病人中途放棄或中斷用藥超過一週，現行系統不會自動結案。
5	因應COVID-19之調整作為(目前最新的5.21第4版p.13-p.14)，有關9呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式，3.放寬居家呼吸照護小組各類人員訪視費之訪視次數規定，由照護小組依臨床專業判斷，提供呼吸器依賴病人妥適性照護，不受計畫規範次數之限制。 因目前疫情較去年(放寬為訪視時間減半，訪視次數維持)更加	1.若病人考量疫情拒絕居家訪視人員訪視，本署暫訂至110年7月底止(將視疫情發展調整)，放寬以「視訊診療評估」取代醫師訪視評估(含新收案開立醫囑或申請書等)，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫。故疫情升溫期間，醫師有訪視紀錄(含視訊診療)，可按計畫規定申報呼吸器居家照護論日計酬項目。 2.健保卡原則須過卡，並於24小時內

	<p>嚴峻，已有部分個案開始拒絕人員訪視。</p> <p>請問：若各類訪視人員僅訪視 1 次或甚至完全沒有前往訪視(或採視訊診療)，是否可申報論日計酬每日 900 點(居整計畫每日 590 點)?若可申報呼吸器論日計酬，其就醫序號是否以 Z000 申報?</p>	<p>上傳健保卡就醫資訊，若無法過卡之處理如下：</p> <p>(1)視訊診療：健保卡取號及上傳得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」。</p> <p>(2)居家訪視：如無法進行網路連線，就醫序號以「F000」異常代碼註記；如因疫情期間防疫相關措施，無法過卡取號，得以例外就醫處理，就醫序號請註記「Z000：其他」。</p>
6	<p>相關論質計酬及品質保證方案需上傳檢查驗結果者，可否比照藥品部份一併放寬</p>	<p>1. 論質計酬：</p> <p>因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響，下列醫療給付改善方案所訂管理照護階段需上傳之檢驗檢查結果，暫於以下期間內放寬為非必要執行項目：</p> <p>(1)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病、第三章初期慢性腎臟病及全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案：自即日起至 110 年 7 月底止，追蹤管理階段得不受方案規範需登錄特定檢驗、檢查結果方得以申報管理照護費之限制，由院所自主管理，依病人病情進行專業判定及提供照護。</p> <p>(2)另全民健康保險氣喘醫療給付改善方案及全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案：自 109 年 1 月 1 日起，於疫情期間得暫停吹氣檢查。</p> <p>2. 品質保證方案：</p>

		有關 110 年西醫基層品保款實施方案之獎勵指標(十一):「檢驗(查)結果上傳率」,因屬品保款加分(2分)項目,經洽中華民國醫師公會全聯會表示本項採維持方案內容方式辦理。
支付規範	1	110 年 5 月至 7 月各層級院所含藥局藥事服務費合理量暫停實施。VPN 是否要登錄相關資料?
	2	110 年 5 月至 7 月各層級院所含藥局藥事服務費合理量暫停實施。係指不用計算或是計算後不核扣?
	3	藥品給付規定中,有些藥品僅可開 4 週,是否可放寬開慢箋?
	4	「個案開始治療之初始 8 週,宜每次處方 2 週藥量」,因應疫情是否放寬處方週數之藥量?
	5	部分用藥需視抽血檢查報告結果方能開立,本次是否可暫開放不需抽血報告便能先於視訊診療開立相關藥品給病患?
		暫停實施合理量係指「超出合理量部分」,醫院仍得按原支付標準點數支付,不予折付;診所及藥局則得以第二階段合理量支付點數支付。故各醫院仍應按現行規範於次月十五日前至 VPN 登錄藥師人數及藥師總工作人日數,醫院若無特殊理由未依規定於 VPN 登錄,則該院該月藥師總工作人日數以零計算。
		暫停實施合理量係指「超出合理量部分」,醫院仍得按原支付標準點數支付,不予折付;診所及藥局則得以第二階段合理量支付點數支付。故仍需進行合理量之計算,才可得知需以第二階段合理量支付點數支付之件數。
		是否可以開立慢箋,仍應依可開立慢箋的規定辦理,若已符合慢箋開方之規定,由醫師評估病人無安全及療效之疑慮,則不受 4 週開藥之限制。
		有關初始八週,宜處方兩週藥量,係建議而非強制規定。
		若醫師可在無抽血報告下,專業評估病人無安全及療效之疑慮,則暫不受限。

6	<p>請問支付標準第十節麻醉費問題</p> <p>96004.96005.96007.96013.96025.96026.支付標準雖沒有特別規定限制.因原本有支援麻醉醫師執行.但因疫情關係無法支援.本院骨外科醫師問是否可執行.政策有改變限制?</p>	<p>1.支付準編號 96017C 至 96019C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法」及 96020C 至 96022C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」等二種全身麻醉方式。</p> <p>2.自 88 年 9 月 1 日起限麻醉科專科醫師施行，非麻醉專科醫師執行不得申請健保給付；其餘則未限定由麻醉專科醫師執行，請依醫療相關法規及本保險支付標準相關規定辦理。</p>
7	<p>請問下列用藥(TOCILIZUMAB 及 BARICITINIB)有屬事前審查用藥，是否有限通報 CDC 隔離病患才可使用，還是可由健保給付?</p>	<p>1.自即日起至 110 年 7 月底止，免除所有事前審查及特殊審查申請及送件作業，院所自主管理，依病人病情及給付規定，提供相關醫療服務，包含醫療服務項目、藥品及特材等。原已受理之事前審查案件，本署分區業務組得依院所之申請核定。</p> <p>2.有關 TOCILIZUMAB 及 BARICITINIB 之健保給付範圍為類風濕性關節炎之相關治療，其用於新型冠狀病毒感染係由公務預算支應，其使用條件建議洽詢 CDC 確認。</p>
8	<p>本保險支付標準第五部居家照護之護理人員及其他醫事人員訪視，因至案家(含照護機構)須全副武裝，無法使用筆記型電腦等外出訪視過卡裝置，為避免感染，是否可以採不過卡方式訪視，並申報 F000。</p>	<p>保險醫事服務機構提供診療服務，原則須過卡登錄就醫紀錄並於 24 小時內上傳健保卡就醫資訊，如無法進行網路連線，就醫序號以「F000」異常代碼註記；如因疫情期間防疫相關措施，無法過卡取號，得以例外就醫處理，就醫序號請註記「Z000：其他」。</p>
9	<p>六、(四)2.放寬以「視訊診療評估」取代到府訪視評估並開立醫囑</p>	<p>1.有關精神居家治療，得放寬以「視訊診療」取代到府訪視，提供居家個案「視</p>

	<p>或申請書等，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫，不得申報居家醫療相關費用。</p> <p>若適用上述採視訊診療申報費用，若依一般門診診察費支付，個案需繳交部分負擔 240 元(區域醫院)，但若以原本精神科居家治療訪視費部分負擔 5%病患只需繳 83 元(1656*5%)或 39 元(775*5%)，如此視訊診療病患反而部分負擔增加，因而醫病雙方恐有爭議?建議是否維持原有5%的部分負擔即可。</p>	<p>訊診療」服務，以衛生局指定視訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫，得申報居家治療醫師診治費(次)，惟不得申報其他居家醫療相關費用。</p> <p>2.部分負擔：</p> <p>(1)依衛生福利部 106 年 4 月 15 日修正生效之修正「全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用」規定，倘「視訊診療」視為門診就醫，又以一般門診診察費申報費用，則應依前揭規定收取門診部分負擔，如醫師可至個案家中訪視，得以部分負擔 5%收取。</p> <p>(2)又全民健康保險法第 48 條規定，重大傷病可免應自行負擔費用，查慢性精神病屬衛生福利部公告之重大傷病範圍，倘精神居家治療病患領有重大傷病證明，經診治醫師認定與該傷病相關之治療，可免部分負擔費用。</p>
10	<p>1.精神科居家個案(A2 案件)除醫師外，護理人員或其他醫事人員可執行通訊診察治療醫囑嗎？</p> <p>2.另精神科個案若經醫師轉介需要與心理師做心理治療…等等的個案可以採通訊診療的方式，並按現行支付標準申報費用嗎？</p>	<p>因應疫情之視訊診療係依醫師法第 11 條但書及通訊診察治療辦法規定，故放寬門診病人以視訊方式就醫，僅適用於醫師。</p>
11	<p>精神科居家訪視的個案，於療程中，若經醫師執行通訊診療後，</p>	<p>保險醫事服務機構提供診療服務，原則須過卡登錄就醫紀錄並於 24 小時內上</p>

	因疫情升溫仍皆需請家屬或代理人多次到醫院過健保卡嗎(原同一療程不取卡序但須過卡)?	傳健保卡就醫資訊,如因故無法過卡,得以例外就醫處理,就醫序號註記「Z000:其他」。
12	本院原日間照護病人(精神科),申報原以當月照護天數+開藥(一次開一週或二週)+藥服費,以每月統整一筆申報,現因疫情,病患無法隔日即來團體治療,但仍需用藥,是否仍開藥讓病患帶回,採月僅申報藥費、藥服費?	1.依據醫師法第 11 條規範:醫師非親自診察,不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。 2.病人於日間照護期間,若病人當日並未接受精神復健治療,則不得申報 05401C「精神復健機構(日間型機構)之復健治療(天)」。 3.另若病人於 COVID-19 疫情期間不方便進出醫療院所,可使用「視訊診療」,選擇衛生局指定之視訊診療醫療機構就診,相關措施及作業流程請至以下網頁參考:健保署全球資訊網首頁/重要政策/COVID-19 保費與就醫權益/就醫/因應 COVID-19 疫情之視訊診療。
13	可否使用視訊方式進行 DM 收案?個案之衛教指導是否可以電話通訊方式進行?以及申報 DM 收案/追蹤評估費用? 1 因應疫情期間,醫院某些病患採視訊診療,而這些病患正好符合 P4P-DM 方案收案資格,而且也已取得方案規定的檢驗檢查相關報告或數據,是否可以收案?	1.因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響,本署已放寬自即日起至 110 年 7 月底止,「追蹤管理」階段得不受方案規範需登錄特定檢驗檢查結果方得申報管理照護費之限制,由院所自主管理,依病人病情進行專業判定及提供照護。惟「新收案」時,為確保病人符合本方案收案條件,故相關檢驗檢查項目仍應執行並登錄於本署 VPN。 2.因應疫情之視訊診療係依醫師法第 11 條但書及通訊診察治療辦法規定,故放寬門診病人以視訊方式就醫,僅適

	<u>2.個案的營養衛教或護理衛教指導等是否能以電話通訊方式進行？</u>	<u>用於醫師。故糖尿病方案醫師得依視訊診療規定提供診療服務，並申報門診診察費等費用。</u>
<u>14</u>	<u>若糖尿病方案收案病人現住大陸，由家屬在台代領藥，參與方案之醫事機構能否申報 P 碼(追蹤管理照護費)？</u>	<u>1.本署辦理「因應 COVID-19 慢性病人無法返臺親自就醫代為陳述病情或代為領藥作業」，倘個案符合前開規定，則可由家屬代為陳述病情領取相同方劑。</u> <u>2.因疫情影響，本署已放寬自即日起至 110 年 7 月底止，「追蹤管理」階段得不受方案規範需登錄特定檢驗檢查結果方得申報管理照護費之限制，由院所自主管理，依病人病情進行專業判定及提供照護。惟考量支付標準第八部第二章糖尿病係為提高院所針對糖尿病病人之照護品質，鼓勵院所定期追蹤收案個案病情，並提供疾病衛教等醫療照護。因前開由病人代領藥者，未經院所提供衛教、追蹤管理等醫療照護，故仍不符合本章管理照護費申報條件。</u>
申報	1 慢性病患委請他人代為陳述病情領取相同方劑，申報費用是否有特定治療項目代碼？	請比照「因應 COVID-19 慢性病人無法返臺親自就醫代為陳述病情或代為領藥作業」，申報特定治療項目代號【J4:中醫-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件或 H9:西醫(含藥局)-經保險人認定之特殊情形，慢性病代領藥案件)】。
	2 1100422 本署同意台灣病歷資訊管理學會建議新增嚴重特殊傳染性肺炎確診之 ICD-10-CM 代碼「U07.1」供醫療院所申報使用，	為應疫情升溫，原訂 110 年 6 月生效之 COVID-19 確診之 ICD-10-CM 代碼「U07.1」，提前至費用年月 110 年 5 月即可使用，以供醫療院所申報之需。

	<p>並自費用年月 110 年 6 月起生效。</p> <p>Q:現行疫情嚴峻，請問於費用年月 110 年 5 月確診者是否可先啟用「U07.1」進行編碼?</p>	
3	<p>因應 COVID-19 居家醫療，醫師訪視費代碼為 P65001C(比照醫師訪視費 1,553 點支付，不得再申報門診診察費)意思是申報居家隔離居家檢疫或自主健康管理才報 P65001C 如果沒有是申報原來 05307C?</p>	<p>1.醫事機構提供居家醫療照護整合計畫收案個案訪視服務，應依原計畫規範申報相關療費用。</p> <p>2.如因應疫情，衛生局指定醫事服務機構提供居家隔離、居家檢疫或自主健康管理個案，或經醫師評估具居家醫療需求個案者，再依「因應 COVID-19 之居家醫療」相關規範申報 P65001C 訪視費用。</p>
4	<p>入住專責病房是否都適用 914 部分負擔?如擴大篩檢也適用嗎?</p>	<p>1.COVID-19 確診或疑似病患經通報隔離住院者，入住專責病房，申報案件分類 C5、免部分負擔代碼 914。</p> <p>2.擴大篩檢係由疾管署委託本署代收代付快篩費用，並不符合申報免部分負擔代碼 914。</p>
5	<p><u>若住院期間病人先後同時符合 2 項疑似個案定義時，應選擇哪一項虛擬醫令碼填報?</u></p> <p><u>例如先因通報社區擴大採檢個案一採陰性，但隔 6 小時進行二採結果為 PCR 陽性才通報第五類嚴重特殊傳染性肺炎，此時是否僅需以後面發生的疑似個案定義來通報第五類嚴重特殊傳染性肺炎申報虛擬醫令 CV19-DW11?</u></p>	<p><u>請以案件分類 C5(法定傳染病通報且隔離案件)、虛擬醫令 NND009(確診嚴重特殊傳染性肺炎)申報。</u></p>

6	<p>中醫治療 COVID-19 患者開立清冠 1 號如何申報醫療費用？請問此類個案是依原本案件申報，亦或以法定傳染病案件分類(C5)申報？</p>	<p>請以案件分類 C5(法定傳染病通報且隔離案件)、虛擬醫令 NND009(確診嚴重特殊傳染性肺炎)申報。</p>
7	<p>虛擬醫令(CV19-DW11 等)的執行起訖日應填報什麼？住院起訖日嗎？</p>	<p>比照專責病房之病房費醫令執行起訖填寫。</p>
8	<p>1.專責病床收治疑似個案，檢驗結果為陰性，但仍有其他疾病須轉一般病床住院治療，請問專責病床與一般病床兩段費用需要拆報 2 筆嗎？ 2. 若要拆報為 2 筆又專責病房只能住 1 天，患者為晚上入院，隔日中午出院(24 小時內)，則第 2 天診察費及藥事服務費可否申報？</p>	<p>專責病房與一般病房之費用併報，申報相關檢核邏輯(RAP、REA)係以病房費醫令之病床號與執行時間-起認定及計算天數。</p>
9	<p>原定 110 年 6 月生效之 COVID-19 確診之 ICD-10-CM 代碼「U07.1」，提前至費用年月 110 年 5 月即可使用，以供醫療院所申報所需。但主診斷填 U07.1 編不出 DRG 碼(編審結果 DRG 碼空白)。確診新冠肺炎為法定傳染病，屬代辦案件，不屬 DRG 範圍，且非 DRG 案件者 Tw-DRG 碼欄位非必填欄位。 建議署本部研議針對此類案件新增虛擬 DRG 碼之可行性。</p>	<p>1.因確診 COVID-19 為法定傳染病，係代辦案件，非屬 DRG 範圍，且非 DRG 案件之「Tw-DRG 碼 欄位非必填欄位，應不影響申報。 2.本署後續將參考美國最新版 CMS-DRG，研議 U07.1 個案落入之 DRG 碼，據以修改編審程式。</p>

10	<p>因應疫情，目前全部限制訪客</p> <p>A.若原團隊照會安寧共照，安寧共照有去現場探視病人，但因為全面停止會客，安寧共照電話中跟家屬解釋，家屬電話中同意接受共照服務，通話內容留有書面記錄，但因為同意書沒有簽名(沒有會客)，請問是否可以申報?</p> <p>B.承上，因為疫情沒有趨緩，即日起，會使用電話錄音保有紀錄(同意接受安寧共照)，因全面制止會客(共照同意書沒有簽名)，請問是否可以申報?</p>	<p>依據安寧共照方案規定，收案對象或家屬同意接受安寧共照服務並簽署服務說明書，則以電話、視訊等方式提供服務，並將提供服務錄音檔或照片存留。如病人無法簽署且因疫情關係家屬不在場，則由代理人(家屬)簽章後以拍照、傳真等方式提供，並留存於病歷紀錄中，據以申報安寧共照相關費用。</p>
11	<p>安寧相關照護個案(例：P4401B安寧首次共同照護費、緩和醫療家庭諮詢費…)，受到疫情影響之問題，</p> <p>例如：Covid-19 病人簽署 DNR，同步會診安寧，在安寧共照須有家屬簽同意書、諮詢需含家屬等，但目前家屬不能來醫院，可否以電話訪視家屬並錄音取得家屬的同意作為電子病歷紀錄來取代家屬簽同意書及諮詢記錄?</p>	<p>1.依據安寧共照方案規定，收案對象或家屬同意接受安寧共照服務並簽署服務說明書，如病人無法簽署且因疫情關係家屬不在場，則由代理人(家屬)簽章後以拍照、傳真等方式提供，並留存於病歷紀錄中，據以申報安寧共照相關費用。</p> <p>2.緩和醫療家庭諮詢費之支付標準並無規定諮詢型式，如疫情期間家屬不在場，可由其他方式(電話、視訊等方式)進行，並於病歷中詳實記錄。</p>
12	<p>身心科日間病房的病人(小孩及老人)，因疫情關係無法來上課，故醫師開立出院，但家屬均因疫情關係不方便來辦理，礙於要申報費用，請問健保卡取號可用例外就醫註記「Z000：其他」嗎?</p>	<p>日間病房住院病人，因疫情關係，無法上課，因而醫師開立出院，無法正常過卡辦理出院時，可以異常就醫序號：Z000 辦理。</p>

慢 箋 領 藥	1	受 COVID-19 疫情影響無法返台就診慢性病患者，若原開立醫師離職至他院，家屬代領相同方劑藥品僅能由相同院所(原院所)之其它醫師開立(不能由同醫師不同院所開立)。惟患者已長年予原醫師診療該疾病，雖此醫師新執登院所無該病患先前處方資料，但醫師於雲端藥歷皆可查閱得到。建請放寬可由同醫師不同院所開立，以提升民眾固定就醫。	因應 COVID-19 疫情，慢性病人無法返臺親自就醫代為陳述病情或代為領藥者，放寬自即日起至 110 年 6 月 30 日，得委請他人代為陳述病情，由原就醫院所原醫師或其他醫師參考病人病歷，或由同醫師(執登於不同院所)參考雲端藥歷，在確信可掌握病人病情條件下，限開立相同方劑處方(視病情需要得開立慢性病連續處方箋)。
	2	可否請健保署研擬慢性病處方箋之「無接觸領藥方案」，例如藥品宅配到家等方式。	1. 依藥事法第 37 條及藥品優良調劑作業準則第 3 條規定，及衛生福利部 107 年 5 月 24 日衛部醫字第 1071663333 號函釋，送藥到宅交付藥品，仍需由藥事人員親自為之。 2. 醫療院所交付藥品予病人之方式，由各醫療院所自行安排相關流程。
其 他	1	排程檢查處方期限 180 天，但因為疫情無法如期完成者，是否都能展延到 7 月底前完成？	因疫情無法如期完成排程檢查者，得展延到 7 月底前完成。
	2	同一療程放寬期限到 6 月底？是否係指 6 月 30 日屆期的療程，可以展延到 7 月底前？	因疫情無法如期完成療程者，得展延到 7 月底前完成。
	3	110 年 3 月(含)(費用年月)前之申復核定案件，得否暫緩提出爭審，不受相關法規之時程限制。	院所之爭審案件申請時限係屬衛福部全民健康保險爭議審議會之權責。
	4	依 110.05.19 版之十一之(二)：.....免除所有事前審查及特殊審查申請及送件作業.....。	事前審查不同意尚未申復及已受理申復之案件，皆比照本次調整作為之說明，請院所自主管理。

	<p>是否包括事前審查之申復？(意即個案前申請時經審查不同意，此時是否需要申復？或是依上開文字直接免除，改由院所自主管理?)。若需要申復，則是否比照十一之一(一)：不受 60 日提出申復之限制。</p>	
5	<p>院所詢問疫情影響嚴重期間建議比照 109 年啟動「提升暫付金額方案」。</p>	<p>本署今年暫無實施提升暫付金額方案之規劃，所提建議，留供通盤考量。</p>
6	<p>○○醫院被指派照顧加強版檢疫所患者的診療如何給付？目前負責 300 人隔離者醫療，提供給藥、打點滴及開立管制用藥，問題：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院被派駐在加強版檢疫所診療是否視同醫院延伸？ 2. 加強版檢疫患者的部分負擔及掛號費用依傳染病防治條例處理。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依疫情指揮中心 5 月 18 日予各縣市政府衛生局函文中明確說明，確診病例於指揮中心指定之集中檢疫所強制隔離期間之相關費用，由公務預算支應。 2. 經確診 COVID-19 於集中檢疫所、加強版檢疫所、防疫旅館或居家隔離者，醫療院所提供其與 COVID-19 疾病相關之診察(含視訊診療)及治療之醫療費用，請申報案件分類 C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件)，比照「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」嚴重特殊傳染性肺炎且住院隔離個案，隔離治療當日與嚴重特殊傳染性肺炎相關之門急診診療費用之申報規定辦理。 3. 於集中檢疫所、加強版檢疫所、防疫旅館或居家隔離之非確診 COVID-19 者有其他醫療需求，相關醫療費用依現行健保申報規定辦理。

7	<p>醫院反映，視訊診療後將處方箋釋出寄到病患家，讓病患就近去藥局領藥，但郵寄需要時間，所以收到處方箋後去藥局調劑，因超過原規定3天調劑期間，可否因應疫情調整作為，放寬調劑期間？</p>	<p>1. 依全民健康保險醫療辦法第23條規定，醫療院所交付藥品處方箋後，保險對象應於處方開立日起3日內請藥局調劑藥品。</p> <p>2. 因應疫情，醫療院所於視訊診療後，如採郵寄方式交付處方箋，放寬保險對象於收到處方箋3日內請藥局調劑藥品。</p> <p>3. 如因上開情形，民眾所持的處方箋已逾開立日3日，則請民眾切結「確實於收到處方箋3日內請藥局調劑」後調劑藥品，切結書由藥局自行留存備查。</p>
8	<p>有關受中央徵調為專責醫院</p> <p>1. 停診補償部分，如持有衛福部或CDC徵調函，可否請領停診補償？如可申請補償金，是否還可以申報收治COVID病患的費用？</p> <p>2. 承上，醫院收治COVID-19確診病患申報費用如何申報，COVID-19治療個案所有的醫療費用(含病房、藥品、特材及檢驗檢查)都由健保署代辦還是部份向健保署，部分向CDC申請？</p> <p>3. 停診定義？慢箋是否可以領？洗腎是否可執行?...等哪項醫療業務可持續施行？</p>	<p>1. 僅醫護人員照顧COVID病人致停業或醫護人員接受徵調至檢疫所照顧COVID病人至採檢陰性前可申請停診補償。</p> <p>2. 專責醫院收治COVID-19確診隔離病患，請依「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」申報案件分類C5(嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件)，上開支付作業規範置於健保署全球資訊網/健保服務/行政協助業務。</p> <p>3. 如受中央徵調為專責醫院就不能停診。</p>
9	<p>醫院被指派照顧加強版檢疫所：</p> <p>1. 確診個案若同時有TB，是否需拆開申報？</p> <p>2. 檢疫所內個案若有特定科別需求(如精神科)，該科醫師無法</p>	<p>1. 若TB及COVID-19均屬確診通報隔離之法定傳染病，申報門診案件分類C5，填載法定傳染病項目虛擬醫令代碼「NND001」及「NND009」。</p>

	<p>至檢疫所診療，是否可透過視訊診療，費用如何申報？</p>	<p>2. 若 TB 非確診通報個案，屬健保給付案件分類 06，請拆分申報 2 筆門診費用。</p> <p>3. 配合中央流行疫情指揮中心防疫政策，視訊診療適用對象為居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者，另暫訂自 110 年 5 月 15 日起至中央疫情指揮中心公告全國三級警戒降級或解除之次月底為止，適用對象擴大至門診病人。未限制就醫科別。申報方式請參照視訊診療問答集費用申報 1。</p>
10	<p>1. 在集中檢疫所的病人可以用視訊看診嗎？</p> <p>2. 這些病人的費用(藥品……等)若不能用健保，是否也就不須至系統申報費用了？</p>	<p>1. 配合中央流行疫情指揮中心防疫政策，視訊診療適用對象為居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者，另暫訂自 110 年 5 月 15 日起至中央疫情指揮中心公告全國三級警戒降級或解除之次月底為止，適用對象擴大至門診病人。</p> <p>2. 若屬自費項目，即無須向本署申報。</p>
11	<p><u>若轉到加強版的防疫所是否需填轉診單?還是指是院所對院所的互轉，才需填寫?</u></p>	<p><u>電子轉診單用於特約院所對院所的互轉使用，至於轉到「加強版防疫所」非特約院所，且轉到加強版檢疫所之個案能由防疫單位掌握，故不需填寫電子轉診單。</u></p>
12	<p><u>現在因為居家安寧的護理師(因為疫情基本上不會去家訪)，所以人力上可以協助住院安寧共照的護理人力，住院安寧共照因為分艙分流，人力會有點不足，但因為居家安寧跟住院安寧的護理人員是不能共用的，所以不知道疫情期間，居家安寧共照的</u></p>	<p><u>1. 考量醫院因應疫情調整護理人力，本署放寬安寧共同照護小組需有「專任護理人員」之限制，調整方式如下(比照現行參與方案之地區醫院人力規定)：過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上之醫院，應設置專任護理人員 1 人；若過去 3 個月平均照</u></p>

	<p><u>護理人員是否可以協助住院安寧共照的護理人員。</u></p>	<p><u>護人數在 30 人以下之醫院，護理人員得以兼任為之。</u></p> <p><u>2. 考量疫情期間，如醫院有護理人力不足等情，且過去 3 個月平均照護人數在 30 人以下之醫院，可以以居家安寧之護理人員兼任安寧共同照護小組。</u></p>
<p><u>13</u></p>	<p><u>全日平均護病比無法計算應如何處理?</u></p> <p><u>將以最近 6 個月之平均護病比計算加成。請問是 QIQ 護病比各項欄位值加總除 6 嗎??申報 5 月費用就往前推是 10911-11004 嗎?</u></p>	<p><u>1.因 COVID-19 疫情致無法計算本署規範之護病比加成率(如指揮中心指示特約醫事服務機構清空(關閉病房)作業)，請於當月通知(以電子郵件、公文等形式)本署分區業務組，並敘明原因。</u></p> <p><u>2.本署分區業務組協助醫院以當月往前回推 6 個月的護病比計算參數，參數包括「急性一般(含精神)病床床數」、「急性一般(含精神)病床占床率」及「本月全日平均三班護理人員數」，這些欄位各月數值皆每月定期請本署各分區業務組與醫院確認後，並公布於本署全球資訊網(首頁/健保資料站/健保統計資料/重要統計資料/※醫務管理/全日平均護病比資訊公開)，請將區間各欄位分別相加除以六(如本次要填 110 年 5 月，請填 10911-11004 之平均)，並於費用年月次月 20 日前於 VPN 填報。</u></p>