

因應 COVID-19 疫情問答集

| 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： 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： (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。 (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。 (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 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。 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。 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> |

| | | |
|----|--|--|
| | <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)?</p> | <p>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」。</p> |
| 12 | <p>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?</p> | <p>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)」。若病人親自就醫,該次就醫得申報門診診察費,並依實際開立之處方申報藥費及藥事服務費。 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。</p> |
| 13 | <p><u>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?</u> <u>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?</u></p> | <p><u>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。</u> <u>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></p> |

| | | |
|-----------|---|---|
| | <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。 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> |

| | | |
|-----------|--|---|
| <p>10</p> | <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> |
| <p>11</p> | <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， 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> |
| <p>12</p> | <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)：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> |