

健保署因應 COVID-19 之調整作為(醫事機構版本)

健保署 110.5.19 第三版

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、請各醫療院所依常規方式執行「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)」，特約醫療院所對「例外就醫名冊」之案件，就醫序號以特定代碼「C001」申報；特約醫療院所應將「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院所(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 5 月 28 日止，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：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：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)。

(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. 由醫療機構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方式(附件 3)。

(四) 因應 COVID-19 之視訊診療加成獎勵費用：門診診察費加成，及考量醫療

機構送藥成本之藥事服務費加成，將依「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」爭取結果，由保險人於結算時計算後支付。

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院所(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」，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。

(七) 因應 COVID-19 之居家醫療加成獎勵費用：醫師訪視費加成，將依「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」爭取結果，由保險人於結算時計算後支付。

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。

(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) 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，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，評估其個案狀況及醫療需求後，得核予延長照護 1 次。

(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。

(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 6 月底，如附件 4。

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) 院所自即日起至 7 月底，得暫緩申報，費用之延遲申報，不受全民健康保險法 62 條之次月一日起六個月內之限制，另核定亦不受規定之時程限制。

(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4日執行。

(三) 109年第3-4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。

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，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(例如癌症免疫檢查點抑制劑(IO)、SPINRAZA、VAD特材、TAVI特材…等)。

(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。

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，暫定療程期限得放寬於110年6月底後繼續執行原同一療程。

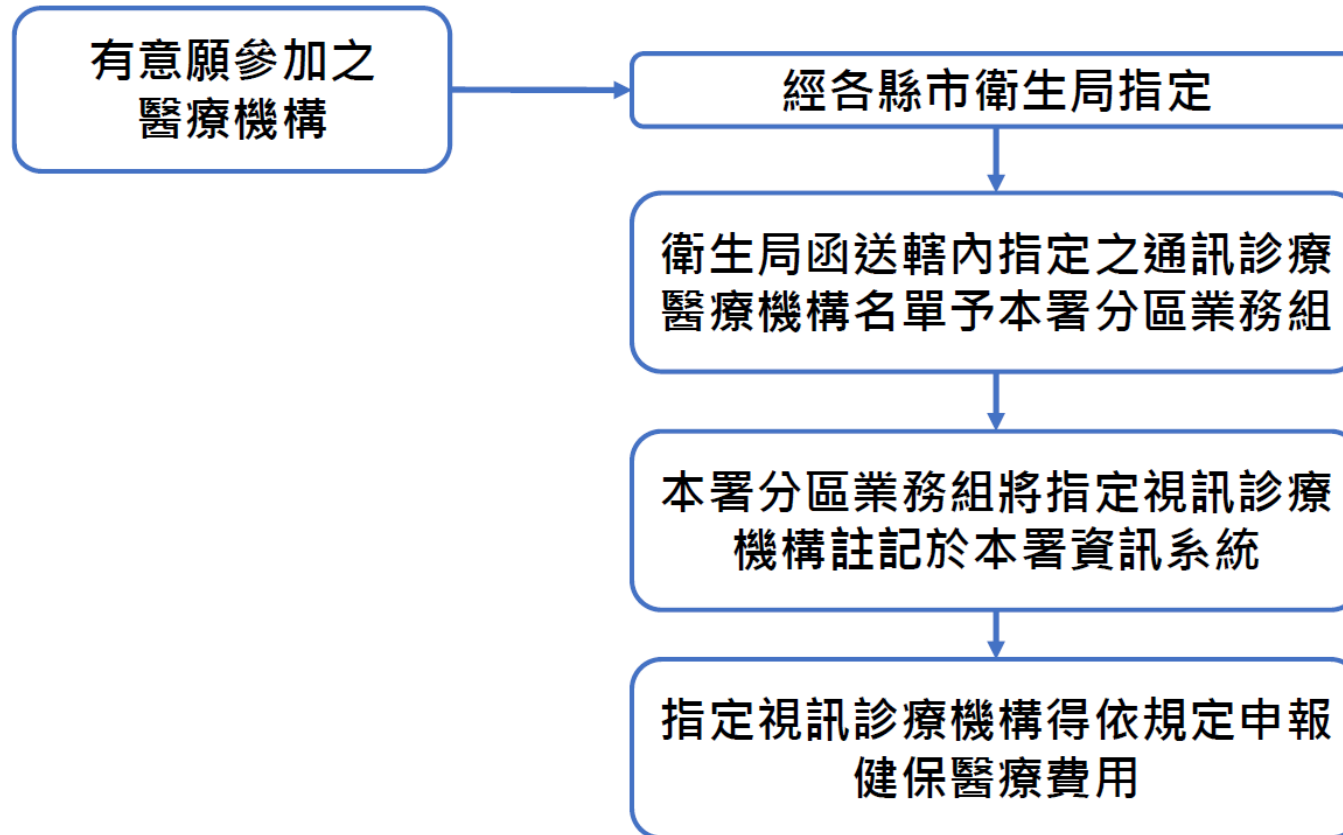
十三、慢性病患委請他人代為陳述病情領取相同方劑：

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

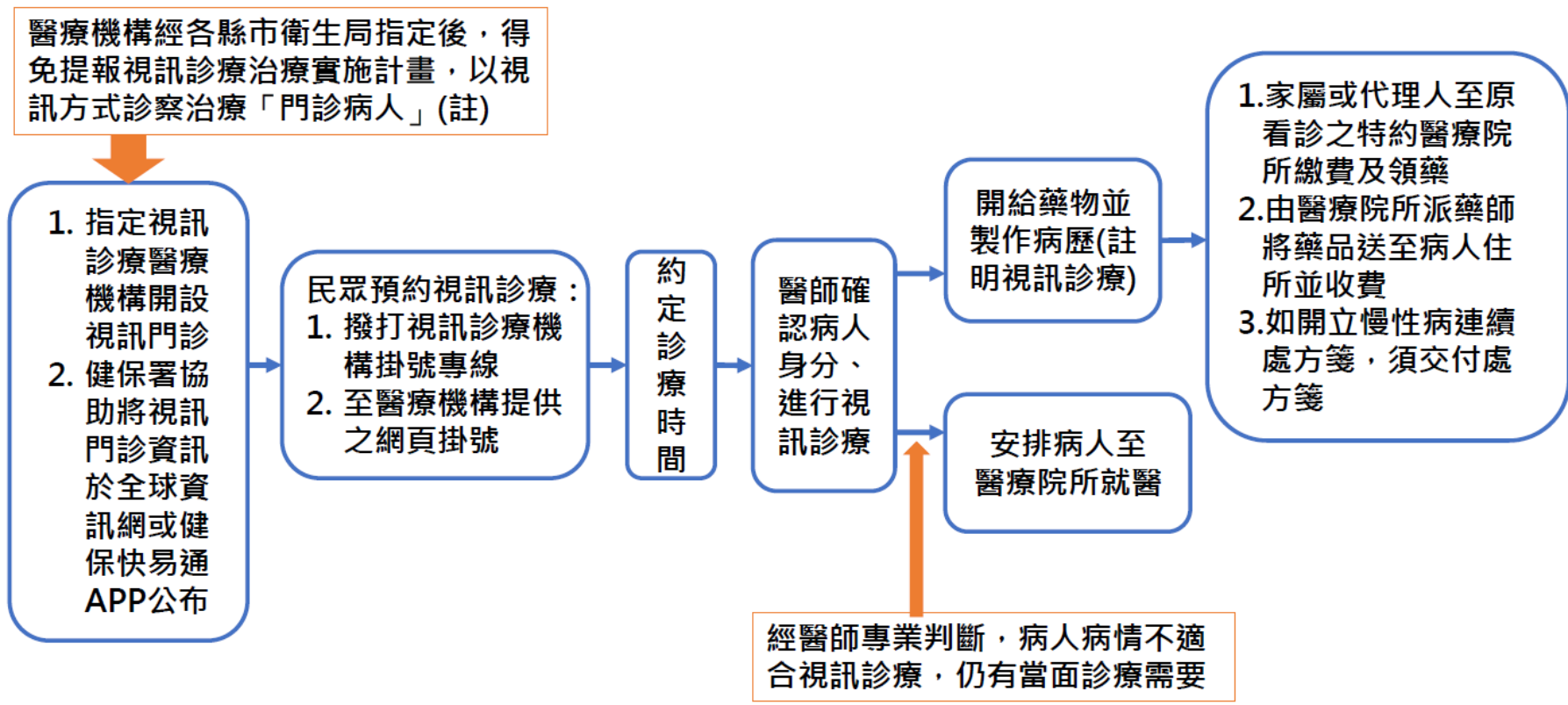
請他人代為陳述病情領取相同方劑，代領每次領取 1 個月藥量為上限。

十四、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。

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



註：照護對象依110年5月17日衛部醫字第1101663441號函放寬至門診病人，實施日期自110年5月15日至110年5月28日

視訊診療醫療費用申報

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

門診診察費、藥事服務費加成獎勵費用，將依特別預算爭取結果，
由保險人於結算時計算後支付

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

部分負擔：依門診部分負擔規定計收

保險對象就醫之掛號費、部分負擔
將爭取特別預算支付

健保卡取號與上傳：
得以例外就醫處理，就醫序號請註記為「Z000：其他」

各項計畫(方案)放寬措施(暫定至 110 年 6 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	放寬原規定: 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)。
2	牙醫醫療資源不足地區改善方案	放寬原規定: 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。
3	中醫醫療資源不足地區改善方案	放寬原規定: 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」。
4	家庭醫師整合性照護計畫	個案研討、社區宣導及每觀摩會議等涉及集會之活動, 免列入績效指標評核計分。
5	PAC 計畫	1. 放寬成果報告書一年繳交一次, 及跨團隊院際會議得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。
6	居家醫療照護整合計畫	1. 放寬以「視訊診療」取代到府訪視: (1) 提供居家個案「視訊診療」服務, <u>以衛生局指定視訊診療醫療機構為限, 並</u> 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, 健保卡取

		<p>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) 惟不得申報居家醫療相關費用。</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. 醫事服務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>
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	暫停實施每日需至少開設整合照護門診次數之相關規定。
9	呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式	<p>1. 放寬呼吸器依賴個案所有異動特約醫事服務機構應於 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。</p> <p>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。</p> <p>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，於 6 月底前(暫定)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。</p>
<u>10</u>	<u>保險對象收容於矯正機關者醫療服務</u>	<p><u>放寬以「視訊診療」取代監內門診：</u></p> <p><u>(1) 提供收容人「視訊診療」服務，以衛生局指定視</u></p>

	<u>計畫</u>	<u>訊診療醫療機構為限，並視為「視訊診療」門診就醫。</u> <u>(2) 視訊診療醫療費用申報方式同附件 3。</u>
<u>11</u>	<u>跨層級合作計畫</u>	<u>放寬成果報告書，由半年一次改為一年繳交一次。</u>