

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
健保署 110.7.27 第九版
健保署 111.4.18 第十版
健保署 111.4.26 第十一版

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，醫療費用可以其他方式提供「總表」(例如以總表電子化、電子郵件、傳真方式...)，並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，並上傳正確資料，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、因應 COVID-19 之視訊診療

(一)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. 安裝及測試完成虛擬健保卡 SDK (取得虛擬卡就醫序號)，請至本署健保資訊服務網 (VPN) 申請「虛擬健保卡就醫模式計畫」試辦計畫 (代碼 VC) 並核定後，得以虛擬健保卡辦理。
4. 適用對象範圍：

- (1) 配合居家隔離、居家檢疫或自主健康管理者、居家照護之確診病例。
- (2) 依中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象(暫定至中央流行疫情指揮中心解散日為止，擴大為門診病人)。

(二) 就醫流程：

1. 就醫方式：

- (1) 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) 病人於偏遠地區(依通訊診察治療辦法第 2 條所定山地、離島、偏僻地區)，看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療等特殊情況，特約醫療院所得向保險人分區業務組說明原因，個案准以電話方式執行。

(3) 參與虛擬健保卡試辦計畫，民眾使用虛擬健保卡就醫：

已參與本署「虛擬健保卡就醫模式計畫」試辦計畫(代碼 VC)之特約醫事服務機構提供民眾使用虛擬健保卡服務時，請先確認民眾已下載健保快易通 APP，並完成虛擬健保卡申請作業，並請民眾以手機螢幕截圖方式擷取虛擬健保卡 QR CODE 後，再以通訊軟體(如 line、電子郵件)提供醫療院所；另預計於 111 年 5 月初完成「提供虛擬健保卡 QR CODE」相關介面應用程式(API)，說明如下(如附件 3)。

A. 特約醫療院所 HIS 系統介接「取得虛擬健保卡 QR CODE 之 API」，並於視訊診療前，以前述 API 請本署提供民眾虛擬卡 QR CODE。

B. 經民眾於健保快易通|虛擬健保卡頁面，同意該院所使用民眾虛擬健保卡後，本署再將民眾虛擬卡 QR CODE 傳遞給特約醫療院所。

(4) 暫訂自 111 年 4 月 27 日至 111 年 6 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：

- (1) 由家屬或代理人至醫療機構繳費、過卡及領藥。

(2) 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。

3. 繳納醫療費用：按各醫療院所提供之繳費方式辦理，另預計於 111 年 5 月初，本署完成健保快易通/虛擬健保卡連結至各行動支付 APP (先提供介接行動支付「醫指付」APP，陸續將再提供介接 Apple Pay、Google Pay 等行動支付 APP) 進行繳納醫療費用，說明如下：

(1) 民眾先下載及註冊行動支付 APP (如「醫指付」APP)。

(2) 本項作業為介接各醫療院所提供之行動支付 APP，健保快易通 APP 不存放民眾繳納醫療費用之資訊。

(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 4)。

(四) 提供居家照護之確診病例 COVID-19 疾病相關之視訊診療服務，請依「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」申報費用。

(五) 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。

(六) 醫師執行視訊診療有查詢病人過去就醫及用藥紀錄之需求，得使用虛擬健保卡，或進雲端系統「因應天災及緊急醫療查詢作業」，以病人身分證號查詢雲端資料。

(七) 關懷名單開啟率排除視訊診療(含電話診療)案件計算。

四、因應 COVID-19 之居家醫療

(一) 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. 安裝及測試完成虛擬健保卡 SDK (取得虛擬卡就醫序號)，請至本署健保資訊服務網(VPN)申請「虛擬健保卡就醫模式計畫」試辦計畫(代碼 VC)並核定後，得以虛擬健保卡辦理。

4. 適用對象範圍：

(1)居家隔離、居家檢疫或自主健康管理之保險對象，經衛生局轉介之無發燒或呼吸道症狀且有急迫醫療需要。

(2)經指定醫療機構之醫師評估有需要居家醫療服務之保險對象。

(二) 就醫流程：

1. 就醫方式：

(1)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。

(2)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。

(3)參與虛擬健保卡試辦計畫，民眾使用虛擬健保卡就醫：

已參與本署「虛擬健保卡就醫模式計畫」試辦計畫(代碼 VC)之特約醫事服務機構提供民眾使用虛擬健保卡服務時，請先確認民眾已下載健保快易通 APP，並完成虛擬健保卡申請作業後，出示虛擬健保卡 QR CODE 圖片，並提供醫事人員進行掃描讀取。

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;處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
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」。
3. 如以虛擬健保卡進行看診，就醫序號請以「虛擬健保卡 SDK」提供之就醫序號進行健保卡上傳（如 V001），與實體健保卡序分開。

(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。

五、 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) 暫定自 111 年 4 月 18 日至 6 月底，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 4。
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，111 年 4 月至 6 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) 暫定自 111 年 4 月 18 日至 6 月底，放寬各項計畫(方案)措施，如附件 5。

六、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。本署各分區業務組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。

七、醫療費用申報：因受疫情影響，得依全民健康保險法 62 條第 2 項規定，費用申報得由原 6 個月放寬延長至 8 個月內為之。

八、慢性病患委請他人代為陳述病情領取相同方劑：

暫定自 111 年 4 月 18 日至 6 月底，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」。

九、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	V	V
	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，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。

(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：

1. 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。
2. 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 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、氧氣治療(57030B)、呼吸器及透析等醫令項目上傳相關規範，已納入「健保卡資料上傳格式 1.0 作業說明」於 111 年 3 月 1 日公告。

十、 有關專責病房個案收治規範及給付規定，依疫情指揮中心指示隨時滾動調整。

十一、 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。

十二、 為治療 COVID-19 病人，新增申報代碼：

(一) 經鼻高流量濕化氧氣治療：

1. 申報代碼 57030B「濕化高流量氧氣治療－第一日照護費(含管路特材)」，支付點數 6,000 點/天；57031B「濕化高流量氧氣治療－第二天後照護費(天)」，支付點數 1,937 點/天。
2. 自 110 年 12 月 1 日起本項目納入健保給付，為反應治療所需照護人力及搭配使用之耗材設備成本，分列兩項診療項目，並依專家建議訂有適應症等相關規範。
3. COVID-19 確診病人使用本項目，其醫療費用由醫療院所依法定傳染病醫療服務費用支付作業規範，按上述支付點數申報，並以公務預算支應。

(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($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 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。
5. COVID-19 確診病人使用本項目，其醫療費用由醫療院所依法定傳染病醫療服務費用支付作業規範，按上述支付點數申報，並以公務預算支應。

十三、 有關特約院所施打 COVID-19 疫苗之接種費用原則，請自行參閱疾病管制署網頁：

https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/V_XD8H6OSUpaTIMWgopkNg。

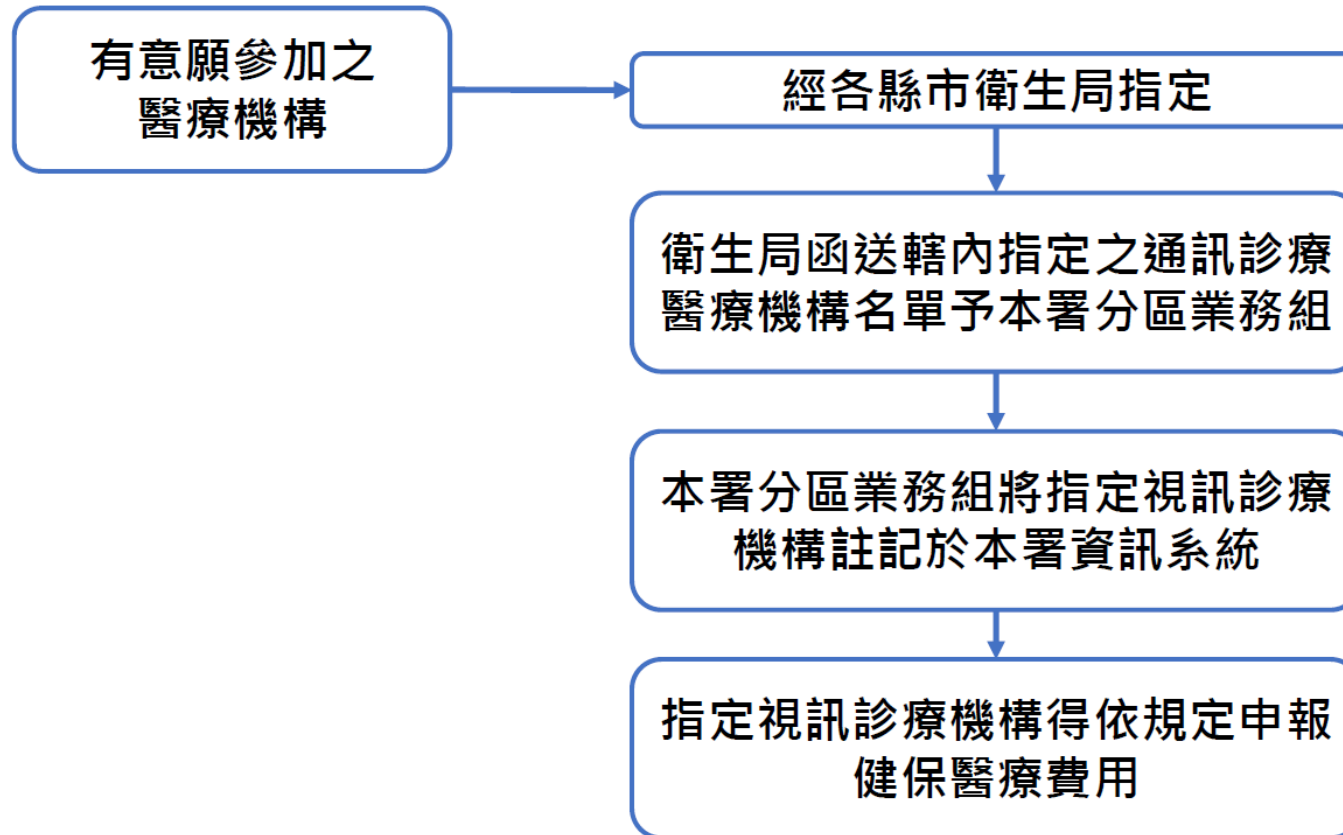
- 十四、代辦疾管署「公費支付 COVID-19 檢驗費用申報及核付作業」之詳細資料，請參考本署全球資訊網/健保服務/行政協助業務/行政協助業務相關規定。(網址：https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=B97E7588060C2084&topn=5FE8C9FEAE863B46)。
- 十五、代辦衛生福利部中醫藥司「公費臺灣清冠一號藥品費用」申報及核付作業之詳細資料，請參考本署全球資訊網/健保服務/行政協助業務/行政協助業務相關規定。
另中醫藥司刻正修訂自 111 年 4 月 18 日起提供 COVID-19 確診個案居家照護者使用臺灣清冠一號，得依前開規定申報臺灣清冠一號藥品費用，並請填報虛擬醫令代碼 NND000，以區分確診個案居家照護者；至於得否申報門診診察費或遠距診療費，俟中醫藥司函頒規定，再請另案申報一筆門診案件(案件分類 C5)。
- 十六、代辦疾管署「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」申報及核付作業。(本項為草案內容，本項業務請醫界先行準備，一切以疾管署公告為準，目前尚未接獲疾管署公告)
- (一)依中央流行疫情指揮中心醫療應變組 111 年 4 月 23 日簽奉核准「COVID-19 確診個案分流收治與居家照護之醫療協助措施」案辦理。(後續疾管署修訂再調整)。
- (二)確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準(附件 6)，追溯自 111 年 4 月 11 日起適用。
- (三)請全民健康保險特約醫事服務機構每月併健保醫療費用申報，並依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定核付費用。
- (四)確診個案居家照護之視訊診療服務，與 COVID-19 診斷相關之醫療費用，申報門診案件分類 C5「嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件」，免部分負擔代碼 914，申報虛擬醫令代碼 NND000，以區分確診 COVID-19 居家照護個案。並依上開「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」(附件 6)

規定，申報醫令代碼如下：

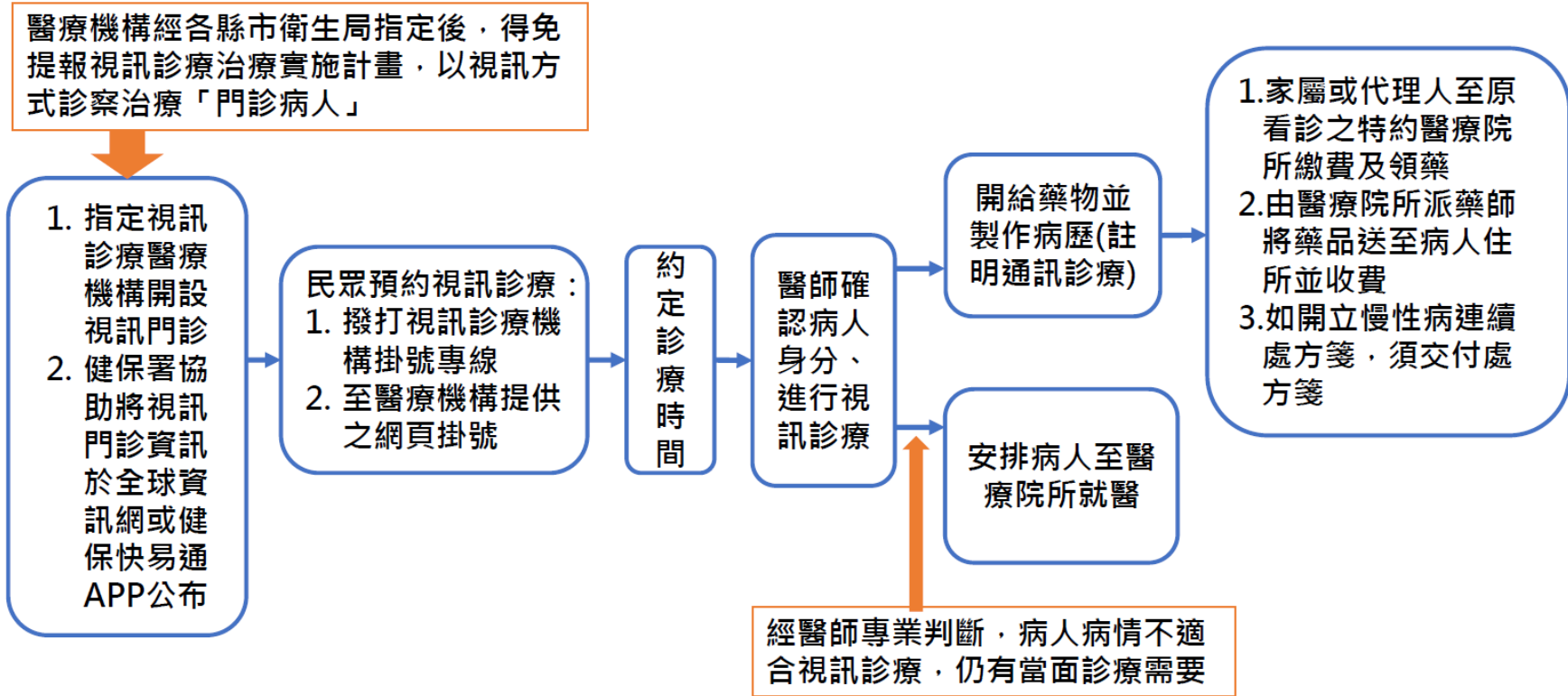
1. E5201C：COVID-19 確診居家照護個案管理費-遠距照護諮詢（一般確診個案）、每案 1,500 元。
2. E5202C：COVID-19 確診居家照護個案管理費-遠距照護諮詢（高風險確診個案）、每案 2,500 元。
3. E5203C：COVID-19 確診居家照護個案管理費-遠距照護諮詢（使用抗病毒藥物治療個案）、每案 3,000 元。
4. E5204C：COVID-19 確診居家個案-遠距診療費、每次 500 元。
5. E5205C：COVID-19 確診居家個案-居家送藥費（一般）、每次 200 元。
6. E5206C：COVID-19 確診居家個案-居家送藥費（原住民族及離島地區）、每次 400 元。

(五)另視訊診療之費用申報及健保卡取號與上傳作業，請參照「因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」辦理。

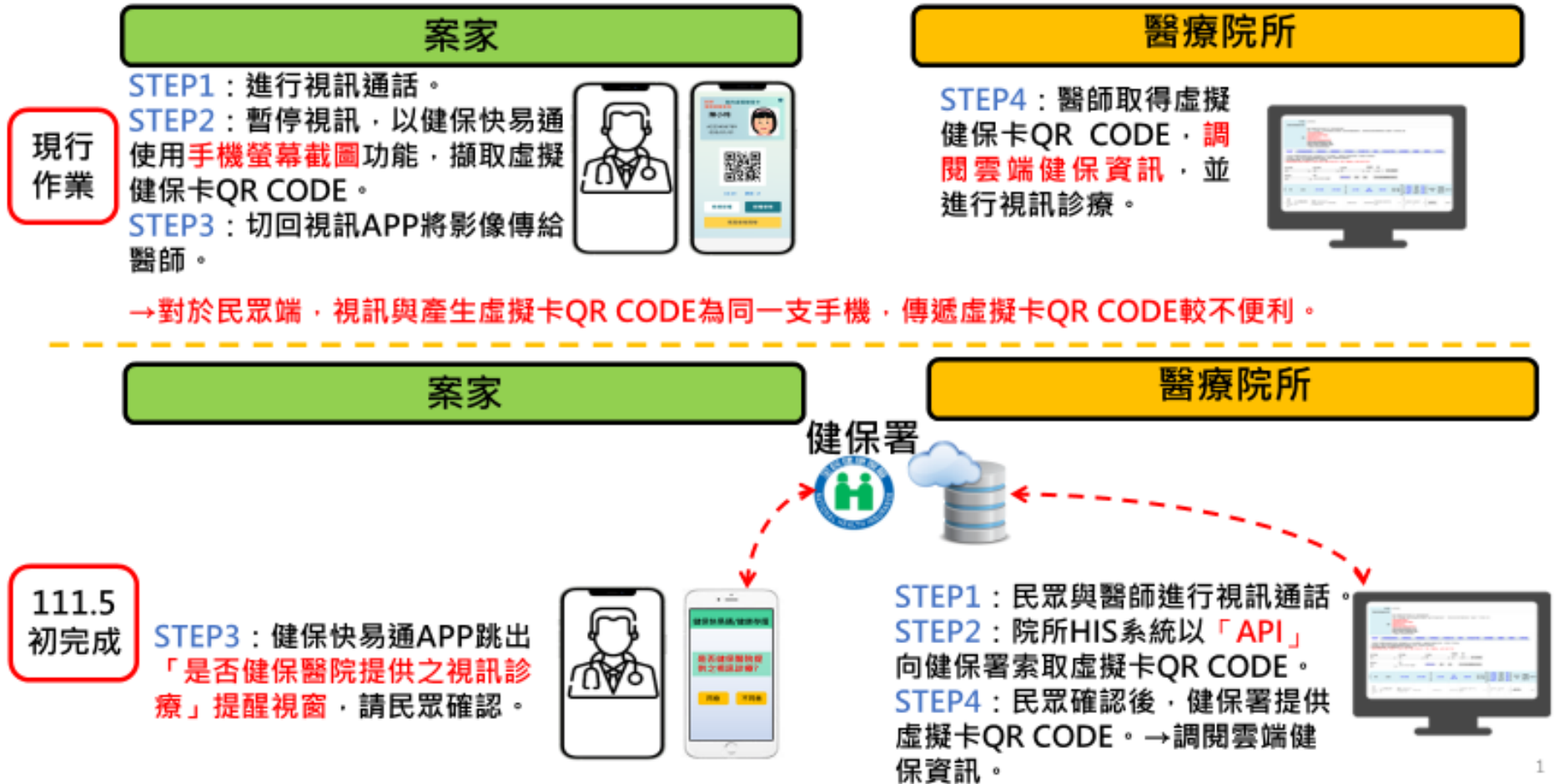
指定視訊診療醫療機構核備流程



因應COVID-19疫情升溫放寬視訊診療照護對象就醫流程



虛擬健保卡-「視訊診療」就醫情境



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」
- **虛擬健保卡取號與上傳：就醫序號請依虛擬健保卡SDK取得之就醫序號(如V001)**

暫定自 111 年 4 月 18 日至 6 月底，各項計畫(方案)放寬措施

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： <ol style="list-style-type: none"> 1. 巡迴計畫每診次未達 5 人次暫停巡迴點。 2. 巡迴點時間地點異動一年不可超過 3 次。 3. 巡迴點累積休診次數達申請次數 1/4，終止執行巡迴點。 4. 備援醫生之備援總診次不得超過總申請診次 1/4。 5. 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： <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. 111 年 4 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	放寬原規定： <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. 111 年 4 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

		<p>數及時數規定提供醫療服務。</p> <p>4. 放寬填報考核要點期限，延至 12 月底前完成。</p>
4	家庭醫師整合性照護計畫	<p>1. 個案研討、社區宣導及觀摩會議等涉及集會之活動，得由視訊方式辦理。</p> <p>2. 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，得由視訊方式辦理。</p>
5	PAC 計畫	<p>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。</p> <p>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。</p>
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 4，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. 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>3. 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，鼓勵院所使用虛擬(行動)健保卡，並放寬異常代碼 F000 監測及管理措施。</p> <p>4. 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>5. 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</p>

		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 4。
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	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	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	於疫情期間內，如因應疫情需要，承作本計畫之院所及其團隊，得自行評估以「視訊診療」取代監內門診，並函報矯正機關所在之本署分區業務組備查： 1. 提供收容人「視訊診療」服務，以參與本計畫且符合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 4。
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	自 111 年 4 月 18 日至 6 月底，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	1. 醫院如因應疫情調整護理人力，放寬安寧共同照

	方案	<p>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> <p>2. 安寧療護教育訓練資格，配合疫情發展展延資格效期。</p>
14	醫療給付改善方案	<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 111 年 4 月 18 日至 6 月底，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>
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	<p>因應疫情，病情穩定之腹膜透析病人放寬得彈性不抽血，爰上開病人依本計畫應上傳至本署 VPN 之品質監測指標，放寬期間之季指標及半年指標得免上傳。</p>
16	全民健康保險中醫門診總額兒童過敏鼻炎照護試辦計畫	<p>因應疫情，暫放寬原應進行 RCAT 量表後測日期介於 111 年 4 月 18 日至 6 月底之個案，得不受方案規範需登錄 RCAT 量表結果，由院所自主管理，依病人病情進行專案判定及提供照護。</p>

確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準

費用項目	給付 (初擬)	說明
個案管理費 ^{1,4}	一般確診個案： 每案1,500元	初次評估：含初始健康狀況及風險因子評估 (有紀錄備查)、衛教諮詢等 遠距照護諮詢： <u>初次評估後為不具有「可能增加感染及疾病嚴重風險」²者</u> ，於後續居家照護期間之健康評估 (有紀錄備查) 與諮詢等
	高風險確診個案： 每案2,500元	遠距照護諮詢： <u>初次評估後為具有「可能增加感染及疾病嚴重風險」²者</u> ，於後續居家照護期間之每日健康評估 (有紀錄備查) 與諮詢等
	使用抗病毒藥物治療個案： 每案3,000元	遠距照護諮詢： <u>初次評估且經醫師診療使用抗病毒藥物者</u> ，於後續居家照護期間之每日健康評估及每日用藥狀況評估 (有紀錄備查)、諮詢等
遠距診療費 ^{3,4}	每次500元	給付範圍僅限與COVID-19診斷相關之遠距診療費，與COVID-19診斷無關之遠距診療費，應按健保規定辦理
居家送藥費 ⁴	每次200元； 原住民族及離島地區每次400元	原則以參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局及「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」之存放藥品主責院所為支付對象；惟全民健康保險山地離島地區或參與專案之社區藥局布點不足等藥事資源缺乏區域，可評估納入由衛生局/所或醫院之藥事人員提供服務

1. 「個案管理費」僅限地方政府衛生局指派辦理遠距初次評估/遠距照護諮詢之院所申報；可以採視訊或電話方式進行。
2. 「可能增加感染及疾病嚴重風險」族群包括：具有糖尿病、慢性肝病(含肝硬化)、心血管疾病(不含單純高血壓)、慢性肺病、腎臟疾病及免疫低下(HIV 感染者)等疾病之患者、BMI \geq 30 或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 85 百分位、罕見疾病及重大傷病患、年齡65歲(含)以上或12歲以下。前述對象係依據「110年COVID-19疫苗接種計畫」及「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」訂定，將配合文件調整滾動修正。
3. 「遠距診療費」僅限事先函報地方政府衛生局或健保署之視訊診療醫療機構申報；原則採視訊方式進行，例外條件參見健保署之作業須知。
4. 上述³項費用項目擬新增為法傳醫療服務費用項目，請健保代收代付。