

中央健康保險局代辦「H7N9流感隔離治療」費用申報及核付作業

102年4月18日訂定

一、依據：102 年 4 月 12 日 H7N9 流感中央流行疫情指揮中心流中指字第 1020100027 號函。

二、實施期間：102 年 4 月 3 日起；如法定傳染病之類別有變動，再行重行檢討本作業之存續及細節。

三、實施機構：全民健康保險特約醫療院所。

四、實施對象：需符合以下條件：

（一）由醫療機構於疾病管制局「傳染病個案通報系統」完成「H7N9 流感」之通報。

（二）經評估病患有隔離收治住院之必要時，醫療院所應填寫「法定傳染病隔離治療建議單」，由地方主管機關認定開立「法定傳染病隔離治療通知書」。

（三）受隔離治療之個案其後經檢驗，判定為H7N9流感陰性者，或判定為H7N9流感陽性且隔離治療至經醫師認定可解除隔離時，由地方主管機關開立「法定傳染病解除隔離治療通知書」。

（四）如病患係由衛生局直接後送至醫院就醫且收治住院隔離治療，不需另具「法定傳染病隔離治療建議單」。

五、申報及核付：

（一）申報個案需為本局中央傳染病追蹤管理系統內之名單。以書面方式向中央健康保險局各分區業務組辦理醫療費用申請作業。

（二）特約醫事服務機構申請醫療費用應檢附下列文件：「法定傳染病

隔離治療建議單」、「法定傳染病隔離治療通知書」、「法定傳染病解除隔離治療通知書」及「中央健康保險局行政協助辦理法定傳染病強制移送隔離治療費用申請表」等4項書表。如為由衛生局直接後送至醫院就醫且收治住院隔離治療，不需另具「法定傳染病隔離治療建議單」。

(三) 費用申請事宜：

1. 個案合於上開實施對象規定，費用請併當次健保 IC 卡就醫資料登錄及上傳，至無健保身分者，則免登錄及上傳。
2. 有關「中央健康保險局行政協助辦理法定傳染病強制移送隔離治療費用申請表」填報說明如下：

(1) 項目代碼：依實際狀況以「06：新型流感疑似病例」或「07：新型流感確定病例」填報。

(2) ICD-9-CM：488。

(3) 申請金額：以開立「法定傳染病隔離治療建議單」至「法定傳染病解除隔離治療通知書」期間之實際住院隔離治療天數計算，另倘為衛生局直接後送至醫院就醫且收治住院隔離治療，則為「法定傳染病隔離治療通知書」至「法定傳染病解除隔離治療通知書」期間之實際住院隔離治療天數計算；至於開立「法定傳染病解除隔離治療通知書」後仍須繼續住院治療者，如為健保身份者，則回歸全民健康保險支付，無健保身份者則為自費。

(4) 膳食費部分，比照精神病強制住院膳食費於「住院醫療服務點數清單」之「管灌膳食費」欄位填報申報。普通

飲食支付標準代碼「E4001B」，1 天支付 180 點（1 點 1 元），治療飲食支付標準代碼「E4002B」，1 天支付 200 元，管灌飲食依健保支付標準支付，超出部分不可再向病患收取，惟如病患要求較高等級飲食，請自付差額。

六、代辦醫療費用之撥付：每年上半年（一月至六月）及下半年（七月至十二月）之病例費用，分別於該年七月及隔年一月，由中央健康保險局比照代辦疾病管制局其他案件之醫療費用提供相關資料，並依代付之醫療費用向疾病管制局請款。

七、本作業如未盡規範事宜，適用全民健康保險相關法規規定辦理。

中央健康保險局行政協助辦理法定傳染病強制移送隔離治療費用申請表
(限住院申報)

| | | | |
|------|---|------|---------|
| 費用年月 | 年 月 | 申報日期 | |
| 申報類別 | <input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補報 | 頁 數 | 共 頁 第 頁 |

| ①流水號 | ②身分證字號 | ③姓名 | ④項目代碼 | ⑤ICD-9-CM | ⑥申請金額 | ⑦核減金額 | ⑧核定金額 | ⑨備註 |
|------------|--------|-----|-------|-----------|-------|-------|-------|-----|
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| | | | □□ | | | | | |
| 本頁小計 | | 人 | 次 | | | | | |
| 總計(最後一頁填寫) | | 人 | 次 | | | | | |

說明：

- 1、填報本表請將“TB”案件集中列報後，再列報其他代辦之傳染病。
- 2、申報費用時，請併醫令清單，可參照現行住診醫療費用申報之格式。
- 3、第④欄項目代碼如下：
01：TB 02：SARS 可能病例 03：SARS 疑似病例 04：其他
06：新型流感疑似病例 07：新型流感確診病例
- 4、除第⑦⑧⑨欄外，其餘欄位務必詳細填明，並加蓋醫療院所印信及負責人私章。

| | | | |
|------|--|--------|--|
| 院所代號 | | 負責醫師 | |
| 院所名稱 | | 負責醫師印章 | |
| 電話 | | | |

