

## COVID-19 確診個案居家照護遠距醫療費用常見問與答

**Q1. 自 112 年 3 月 20 日起，COVID-19 檢驗陽性之輕症病人如何申報  
相關醫療費用？**

一、配合「嚴重特殊傳染性肺炎」病例定義修正及確診者處置措施調整，自 112 年 3 月 20 日起，COVID-19 檢驗陽性輕症病人免通報、免隔離，採自主健康管理，民眾感染期間如有就醫需求，不再受強制隔離禁止外出之限制，可前往醫療院所接受實體診療，因此自 112 年 3 月 20 日起停止適用「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」，相關醫療費用(如診察費、藥事服務費等)回歸全民健康保險給付制度及部分負擔相關規定辦理。

二、有關 112 年 3 月 19 日(含)以前採檢陽性之通報確診個案於居家照護隔離期間且就醫日期為 112 年 3 月 26 日(含)以前之醫療照護費用，仍適用公費給付居家照護確診個案之相關醫療照護費用，其公費給付對象、給付項目、給付條件等相關內容請參見本文件附錄說明。

**Q2. 有關「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」申復事宜，倘醫療機構針對核扣費用有疑義，應如何申復？**

一、醫事服務機構對居家照護費用案件審查結果有異議時，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第 32 條及 112 年 1 月 6 日肺中指字第 1113800476 號函，得於通知到達日起 60 日內，列舉理由或備齊相關文件向健保署分區業務組提出申復。

二、依指揮中心 112 年 1 月 6 日肺中指字第 1113800476 號函，為提供醫療機構準備佐證資料參考，本中心針對各類核減代碼，訂定申復案件審核原則及應檢附佐證資料如附表 1。其中，有關「個案管理費用」核扣案件佐證資料，亦於 111 年 11 月 28 日以肺中指字第 1113800479 號函說明，倘申復資料不完整者將不予補付；惟佐證資料格式不拘，可為社群媒體截圖、病歷資料或上傳回復衛生局的檔案等均可認計，佐證資料形式不限於紙本文件，可以電子檔案方式提供。

三、另執行居家照護案件之個案相關資料，須依醫療法等相關規定保存，以備日後稽核需要：

- (一)遠距診療紀錄、處方、初次評估紀錄、遠距照護諮詢紀錄、抗病毒藥物治療後追蹤評估紀錄等屬病歷資料者，應依醫療法及藥師法等相關規定之保存年限辦理保管事宜。
- (二)其他非屬病歷資料者，考量審查辦法第 5 條第 2 項規定，略以「保險人受理申報案件 2 年內，經檔案分析發現違規

者，得追扣其費用」，建議保存至本中心退場後至少 2 年。

**Q3. 機構提出「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」申復**

**案件時，應檢附那些資料？**

一、醫事機構提出申復時，須依健保署規定檢附門診費用申復清單、申復明細等文件，並須依指揮中心 112 年 1 月 6 日肺中指字第 1113800476 號函規定，按核減代碼檢附必要佐證資料(可參見本問與答附表 1)；請務必確認相關佐證資料已備齊後再送申復，倘經審核申復資料不完整者，將不予補付。

二、為提升申復案件審核作業效率，醫事機構尚須依指揮中心 112 年 2 月 6 日肺中指字第 1113800039 號函、112 年 2 月 15 日肺中指字第 1123800031 號函規定，於佐證資料清楚標註案件編號及頁數，並填寫「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用申復案件佐證資料清單表」，如未檢具前揭清單表，或有清單表未填寫完整、佐證資料未標示案件編號或頁數等情形，將予以退件。

三、「個案管理費用」核扣案件之佐證資料格式不拘，可為社群媒體截圖、病歷資料或上傳回復衛生局的檔案等均可認計。

**Q4. 機構因申報資料就醫日期誤植，經「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」醫令自動化(REA)行政審查作業判定為「就醫**

日期不在隔離治療期間(核減代碼 CV7)」，遭核扣相關費用，是否可採逐案檢具佐證資料提供案件實際就醫日期之方式辦理申復，申請費用補付？

- 一、依健保署醫療費用申報相關規定，申報資料之「就醫日期」欄位，應由申報醫事服務機構填寫保險對象實際就醫日期，鑑於 REA 行政審查作業係依據醫事機構申報資料進行檢核，倘醫事機構因申報資料填寫錯誤致申報費用遭核扣，屬申報與實際不符，因此醫事機構如於申復時提出與申報資料不一致之佐證資料，原則仍將先依申報資料進行審查，經確認申報資料不符合給付條件，且機構未提出足茲證明機構確實符合給付標準條件提供相關評估與照護服務者，將不予補付。
- 二、考量 111 年 4 至 6 月為 COVID-19 本土疫情高峰時期，各醫事服務機構配合政策提供確診者居家照護相關醫療協助服務，該段期間每日確診病例數快速增加，且相關服務措施內容因疫情持續滾動調整，指揮中心爰從寬認定 111 年 4 至 6 月份居家照護案件醫令自動化(REA)審查作業之核扣結果；其中針對醫事服務機構因系統性問題誤植就醫日期，致以「就醫日期不在隔離治療期間(核減代碼 CV7)」遭核扣相關費用案件之申請方式，說明如下：

(一)適用申請「系統性誤植就醫日期」的案件，係指機構因醫療資訊系統設定或申報行政作業問題，造成機構所有或特定醫令申報資料的就醫日期普遍誤植為申報日期或資料上傳日期等非實際就醫日期資料，並因誤植之日期超過隔離治療期間而遭以 CV7 核減代碼核扣之案件。是類核扣案件須為勾稽傳染病通報系統確認為 COVID-19 確定病例者，因此於健保署通知之核扣案件明細資料中，「疾管署研判日」欄位應有個案確診研判日期資訊。

(二)針對確定病例研判日期介於 111 年 4 至 6 月份之居家照護費用申報案件，開放因系統性問題誤植就醫日期而遭「就醫日期不在隔離治療期間(核減代碼 CV7)」核扣之機構得申請案件補付，惟每家機構僅限申請 1 次。

(三)考量系統性錯誤問題需時間修正，因此針對曾申請 111 年 4 至 6 月份因系統性誤植就醫日期遭以核減代碼 CV7 核扣案件費用補付之醫事服務機構，開放確定病例研判日期介於 111 年 7 至 10 月期間案件得申請單一月份因相同事由遭核扣之費用補付且以 1 次為限，給付額度為申請月份之 CV7 核扣費用 6 成，且該月份不得申請其他核扣案件轉健保申報或 C5 案件申復。

(四)前揭因系統性就醫日期誤植申請補付之 CV7 核扣案件，請醫事服務機構於接獲轄屬健保署分區業務組核扣案件相關通知之 60 日內，按轄屬健保署分區業務組提供之申請作業方式，向健保署分區業務組具函說明或切結確有提供醫療照護之事實且因系統性問題誤植就醫日期，由該署各分區業務組核定；相關申請案件倘經疾管署或健保署發現有不實或異常申報者，將依相關法規處理及追扣。

(五)確定病例研判日期 111 年 11 月(含)以後因系統性誤植就醫日期而經 CV7 核扣案件，醫事機構須依指揮中心 112 年 1 月 6 日肺中指字第 1113800476 號函提出申復。

**Q5. 倘機構曾申請 111 年 4 至 6 月份 CV7 核扣案件以「系統性誤植就醫日期」方式補付費用，因申報案件持續發生系統性誤植情形而擬申請 111 年 7 月以後案件之費用補付，但對前揭申請原則與給付額度等不服，應如何辦理？**

一、曾申請 111 年 4 至 6 月份 CV7 核扣案件以「系統性誤植就醫日期」方式補付費用之醫事服務機構，如續因「系統性誤植就醫日期」擬申請確定病例研判日期 111 年 7 月以後案件之費用補付，但對前揭申請原則與給付額度等不服，得於轄屬健保署分區業務組核扣案件通知到達日起 60 日內，具函疾

管署並副知健保署，提出專案核定申請：

- (一) 隨申請函提供包含更正後實際就醫日期之申請補付案件明細(附表 2)，並切結(附表 3)願接受主管機關之專案核定結果為異議案件之最終處理方式，且願接受主管機關不再受理核定專案補付月份其他核扣案件之 C5 案件申復。
- (二) 且應另洽第三方公正單位(轄屬地方政府衛生局或所屬公會全國聯合會)，具函疾管署並副知健保署說明系統性錯誤原因或無法歸責事由，並提供經其檢視確認之機構補付案件清冊(附表 4)；第三方公正單位函文應於疾管署接獲機構專案申請函文的收文日起 15 個工作天內送達。
- (三) 機構申請系統性誤植就醫日期之專案核定案件，如有下列情形將予駁回，不予受理：
  1. 機構或第三方單位於函文中無法具體說明系統性誤植原因之事由者。
  2. 機構申請專案核定案件，非屬持續發生系統性誤植就醫日期錯誤情形者(例如，申請 111 年 7-10 月系統性案件補付卻無 111 年 4-6 月系統性錯誤，或申請 111 年 11 月系統性案件補付卻無 111 年 4-6 月及 7-10 月系統性錯誤者)。

3. 機構或第三方公正單位函文送達疾管署時已超過前揭期限者。

(四)機構提出案件明細將由疾管署進行審查，並函知健保署分區業務組依核定結果辦理補付：

1. 申請專案核定案件僅限以 C5 案件申報 COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用，且因就醫日期系統性誤植遭醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」之案件。
2. 審查將排除非通報確定病例案件、同院所重複申報案件、實際就醫日不在隔離治療期間案件、以及非 CV7 核扣案件後，核定補付費用。倘申請專案核定案件中，已有申請同月份 C5 申復之 CV7 核扣案件，針對該等已申請 C5 申復之案件，仍將依 C5 申復案件審查結果核定。
3. 鑑於核定專案補付月份不得申請其他核扣案件之 C5 案件申復或轉健保給付，爰於完成專案核定計算應補付額度後，函請健保署撥付之金額將扣除專案核定月份所有經 C5 案件申復完成補付之費用以及已轉健保給付案件之費用。



二、機構 111 年 7 月份以後之 CV7 核扣案件，如已向健保署申請以系統性誤植就醫日期案件補付，但擬改申請專案核定補付者，

(一)請依循前揭第三點相關程序及檢附文件，於 112 年 8 月 31

日前函文疾管署並副知健保署提出申請，逾期不予受理。

機構洽請之第三方公正單位函文則應於疾管署接獲機構

申請專案核定函文的收文日起 15 個工作天內送達。

(二)機構函文內容除具體說明系統性誤植原因之外，並請敘明

相關案件已於 112 年 0 月 0 日向健保署提出以「系統性

誤植就醫日期」方式申請補付，如有申請函文或相關文件

請一併檢附。

(三)倘申請專案核定案件中，已有申請同月份 C5 申復之 CV7

核扣案件，針對該等已申請 C5 申復之案件，仍將依 C5 申

復案件審查結果核定。

(四)鑑於核定專案補付月份不得申請其他核扣案件之 C5 案件

申復或轉健保給付，爰於完成專案核定計算應補付額度後，

函請健保署撥付之金額將扣除專案核定月份所有經 C5 案

件申復完成補付之費用以及已轉健保給付案件之費用。

**Q6. 機構因申報資料就醫日期誤植，致醫令 E5203C(抗病毒藥物治療**

後之追蹤評估)申報資料之就醫日期早於診察開立口服抗病毒藥物之就醫日期，經「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」醫令自動化(REA)行政審查作業判定為不符合檢核邏輯，以「核減代碼 CV6(申報 E5203C 案件須先有申報開立口服抗病毒藥物診察之紀錄)」核扣 E5203C 費用，是否可採逐案檢具佐證資料提供案件實際就醫日期之方式辦理申復，申請費用補付？

- 一、依健保署醫療費用申報相關規定，申報資料之「就醫日期」欄位，應由申報醫事服務機構填寫保險對象實際就醫日期。
- 二、鑑於 REA 行政審查作業係依據醫事機構申報資料進行檢核，倘醫事機構因申報資料填寫錯誤致申報費用遭核扣，屬申報與實際不符，因此醫事機構如於申復時提出與申報資料不一致之佐證資料，**原則**仍將先依申報資料進行審查；經確認申報資料不符合給付條件，**且機構未提出病人口服抗病毒藥物處方箋及追蹤紀錄等佐證資料，足茲證明機構確實符合給付標準條件進行追蹤者**，將不予補付。

**Q7. 有關「開藥天數限制(核減代碼 CV5)」之核扣案件，醫事服務機構能否提出申復?其審核原則為何?**

- 一、核減代碼 CV5 檢核邏輯：倘醫事服務機構開藥天數不符合「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」規定，

將核減超出部分的藥費，說明如下：

(一)就醫日期於 111 年 5 月 31 日以前之 E5204C 案件，藥物開

**立超過 10 天。**

(二)就醫日期於 111 年 6 月 1 日(含)以後之 E5204C 案件，藥

**物開立超過 7 天。**

二、醫事服務機構如擬提出申復，應提出當次處方箋為佐證資料，由審查單位依前揭給藥天數規定進行審核，超過天數之藥物不予補付。

**Q8. 倘醫事服務機構未於「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」規定期限內完成申報，是否可以申請補申報？**

一、倘醫事服務機構因不可歸責於機構之原因致未於規定期限內完成申報，得於 112 年 7 月 31 日前致函「衛生福利部疾病管制署」(以疾管署收文日為準)，說明相關費用逾期未完成申報之原因，並檢附補申報案件明細(格式如附表 5，另以電子檔加密寄送)、切結書(參考範例如附表 6)及聯繫方式等內容，申請逾期補申報；自 112 年 8 月 1 日起將不再受理此類案件申請。

二、針對未依期限完成申報之醫事服務機構，核定原則說明如下：

(一)因故逾期未完成「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫

療照護費用」申報之醫事機構，得申請補申報單 1 月份案件費用，且以 1 次為限；日後不再受理該機構以任何事由要求逾期補申報其他月份之案件。

(二)逾期未完成申報之月份，醫事服務機構得於其中擇優選擇給付額度最優的 1 個月份，申請辦理補申報：

1. 申請補申報為 111 年 4 至 6 月份期間之費用，考量 COVID-19 本土疫情正值高峰時期，採從寬認定方式，將給付申請月份之申報費用全額；
2. 申請補申報為 111 年 7 月份以後之費用，考量 111 年 7 月份進入疫情趨緩階段，且全國執行確診個案居家照護之醫事機構絕大多數均依限完成申報，將給付申請月份之申報費用 6 成。

三、核定結果將由疾管署通知申請機構，後續由機構所在地健保署分區業務組通知機構依核定結果辦理費用補付。

四、醫事機構須併同切結說明機構補申報案件僅限「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」，且確實依「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」規定之執行內容與頻率等提供服務，無浮報或以不實之證明或陳述而申報醫療費用等情事。如經疾管署或健保署發現有不實或異常申報

者，將依相關法規處理及追扣(參考範例如附表 6)。

**Q9. 機構申報「遠距照護諮詢」(醫令代碼 E5201C 或 E5202C)或「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」(醫令代碼 E5203C)費用時，就醫日期以照護結束日填報，但因照護結束日未在隔離治療期間而經「COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用」醫令自動化(REA)行政審查作業判定為「就醫日期不在隔離治療期間(核減代碼 CV7)」，遭核扣相關費用，是否可採逐案檢具佐證資料提供案件實際就醫日期之方式辦理申復，申請費用補付？**

- 一、若院所申報居家照護 COVID-19 確診個案「遠距照護諮詢」(醫令代碼 E5201C 或 E5202C)或「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」(醫令代碼 E5203C)費用時，以照護結束日填報就醫日期，但因照護結束日未在隔離治療期間而遭以核減代碼 CV7 追扣費用者，得提出申復。
- 二、倘院所提供之佐證資料足茲證明其確實於隔離治療期間之派案當日或隔日開始提供遠距照護諮詢或治療追蹤服務，且執行內容與頻率符合給付標準規定，經衛生單位審查通過者，將同意補付。

附錄、COVID-19 確診個案居家照護遠距醫療費用常見問與答(適用 112 年  
3 月 19 日(含)以前採檢陽性且通報確診之居家照護確診個案)

**Q1. COVID-19 確診個案居家照護的所稱的「確診個案」包括哪些人?**

- 一、居家照護 COVID-19 確診個案係指於 112 年 3 月 19 日(含)以前採檢陽性(含家用快篩)、經醫師評估確認並於期限內完成確診通報之居家照護 COVID-19 確診者。倘醫師以視訊診療方式判定 COVID-19 確診個案時，通報前務必詢問及確認病人目前所在地址，個案位於國外者不得通報。
- 二、病例定義與通報流程請參見：疾病管制署全球資訊網  
/COVID-19 防疫專區及最新資訊/重要指引及教材/通報定義及採檢  
(<https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/np0wef4IjYh9hvbiW2BnoQ>)。

**Q2. COVID-19 確診個案居家照護的公費支付項目包括哪些?**

為提供 COVID-19 確診個案居家照護隔離期間相關醫療協助，指揮中心規劃「個案管理」、「遠距診療」以及「居家送藥」等照護服務，並由法定傳染病隔離治療費用項目給付相關費用，對象限確診當時人在國內、符合隔離治療費用公費支付對象、且在隔離治療期間之居家照護 COVID-19 確定病例，請健保代收代付，並溯及 111

年 4 月 11 日起適用。另自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負擔(包括口服抗病毒藥物)，不得申報居家照護相關醫療照護費用及使用公費口服抗病毒藥物。

費用給付項目與標準如附表 7-1 (112/1/15 起適用)及附表 7-2 (112/1/14(含)以前適用)，摘要說明如下：

一、個案管理：

(一)自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，不得申報個案管理費用 (E5200C~E5203C)。

(二)就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件，個案管理項下之「初次評估(E5200C)」及「遠距照護諮詢-一般確診個案 E5201C)」2 項醫令停止適用。因此於 112 年 1 月 14 日(含)以前確診通報的個案，若未於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供個案管理服務，亦不可申報相關醫令費用。

(三)費用包括以下項目：

1. 初次評估費(E5200C)：每案 500 元，每案限領 1 次，包含初始健康狀況及風險因子評估、衛教諮詢等，由執行單位依評估結果區分病人風險等級與是否符合抗病毒藥物適用條件；本項醫令僅適用於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供遠距照護諮詢服務之案件，並注意申報資料之就醫日期應填寫提供初次評估服務的日期，就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件將不予給付。
2. 遠距照護諮詢費：每案限領 1 次；按初次評估風險等級及是否使用抗病毒藥物採取不同強度的照護關懷措施，據以申請相對應之給付額度。
  - (1) 一般確診個案(E5201C)：每案 1,000 元；本項醫令僅適用於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供遠距照護諮詢服務之案件，並注意申報資料之就醫日期應填寫開始提供遠距照護諮詢服務的日期，就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件將不予給付。
  - (2) 高風險確診個案(E5202C)：原為每案 2,000 元；自 112 年 1 月 15 日起開始提供遠距照護諮詢服務之案



件，調整為每案 500 元；因此請注意申報資料之就醫日期應填寫開始提供遠距照護諮詢服務的日期，後續將依申報資料填寫之就醫日期做為費用給付額度判定依據。

3. 使用抗病毒藥物治療者，若個案未由開立處方之治療院所進行追蹤，得由遠距照護團隊進行抗病毒藥物治療追蹤，並增加申報「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」(E5203C)每案 500 元。

(四)於 112 年 1 月 14 日(含)以前提供個案管理服務之案件，應由地方政府分派轄區居家照護確診個案予指定醫療機構之醫療團隊成員執行個案管理。自 112 年 1 月 15 日起，原則不再由地方政府進行派案，院所應於個案確診當日或次日開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢(E5202C)以及應於口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供抗病毒藥物治療後追蹤評估(E5203C)服務，仍為每案同一病程感染限申報 1 次，倘有重複申報案件以就醫日在先者予以給付，其他重複案件不予給付。

## 二、遠距診療：

- (一)自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉

介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，不得申報遠距診療費用(E5204C)及使用公費口服抗病毒藥物。

(二)倘醫師以視訊診療方式判定 COVID-19 確診個案時，請務必詢問及確認病人目前所在地址，個案在國外者不得申報。

(三)限事先函報地方政府衛生局並副知健保署之視訊診療醫療機構申報。

(四)COVID-19 診斷相關之遠距診療費用由公務預算支付，請以 COVID-19 診斷碼申報；與 COVID-19 診斷無關之遠距診療費(如：開立慢性處方箋等)，應按健保規定辦理。

1. 遠距診療費(E5204C)：每次 500 元，需有開立處方箋。
2. 當次遠距診療開立之處方箋藥費：不可開立慢性處方箋、藥品不可開立超過 7 天份。

### 三、居家送藥：

(一)自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，不得申報居家送藥費用(E5205C、E5206C)及使用公費口服抗病毒藥物。

(二)僅限居家照護確診個案之調劑處方箋(一般箋)及 COVID-

19 抗病毒藥物之送藥到宅服務，每次 200 元(E5205C)；若為原住民族及離島地區則每次 400 元(E5206C)。

(三)支付原則如下：

1. 參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局：一般箋、COVID-19 抗病毒藥物之送藥到宅服務。
2. 「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之藥品配賦醫院：COVID-19 抗病毒藥物之送藥到宅服務。
3. 原住民族地區及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，由衛生局指定之衛生所或醫院：一般箋、COVID-19 抗病毒藥物送藥到宅服務。

**Q3. 適用以公費支付 COVID-19 確定病例居家照護費用的對象有哪些？**

- 一、依指揮中心 111 年 12 月 28 日肺中指字第 1113700637 號函，自 112 年 1 月 1 日起，COVID-19 個案隔離治療費用公費支付對象，僅限 COVID-19 確診本國籍人士(不論是否具健保身分)、具健保身分之非本國籍人士、以及在臺受聘僱之外籍人士(含藍領移工、白領應聘、失聯移工、境內僱用之外籍漁工

等，即護照簽證註記欄位為「A」或「FL」者。

- 二、適用對象僅限確診時人在國內、符合隔離治療費用公費支付對象、且在隔離治療期間的居家照護 COVID-19 確定病例，居家照護不包括自主防疫/自主健康管理者，也不包括居家照護 COVID-19 確定病例的同住家人。
- 三、前揭居家照護確定病例包含原收治於醫院或加強版集中檢疫所/防疫旅館，經醫療人員評估無繼續住院醫療照護需求，下轉返家採取居家照護之確診者。

#### Q4. 個案管理相關費用的給付條件為何？

為儘早發現需要就醫或住院的病人，適時採取適當醫療措施，降低死亡率，因此個案管理須完成「初次評估」及「遠距照護諮詢」；評估與照護諮詢可以採視訊或電話方式進行，院所應將相關評估與照護諮詢紀錄留存備查。就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件，個案管理項下之「初次評估(E5200C)」及「遠距照護諮詢-一般確診個案 E5201C)」2 項醫令停止適用。因此於 112 年 1 月 14 日(含)以前確診通報的個案，若未於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供個案管理服務，不可申報相關醫令費用。另自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」

就醫，不得申報個案管理費用(E5200C~E5203C)。

一、初次評估(E5200C)：每案限領 1 次；含初始健康狀況及風險因子評估與衛教諮詢等。應依據「可能增加感染及疾病嚴重風險」等條件，評估個案屬於「一般確診個案」或「高風險確診個案」，並考量是否符合 COVID-19 抗病毒藥物適用對象。

- (一)「可能增加感染及疾病嚴重風險」族群包括：年齡 $\geq 65$ 歲、氣喘、癌症、糖尿病、慢性腎病、心血管疾病(不含高血壓)、慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病)、結核病、慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎)、失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷)、精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症、BMI  $\geq 30$  (或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位)、懷孕與產後 6 週內婦女、影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制)、年齡 65 歲(含)以上或 12 歲以下等。
- (二)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。

- (三)本項醫令僅適用於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供遠距照護諮詢服務之案件，請注意申報資料之就醫日期應填寫提供初次評估服務的日期，就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件將不予給付。

## 二、遠距照護諮詢(E5201C~E5202C)：

- (一)每案限領 1 次；按初次評估風險等級及是否使用抗病毒藥物，採取不同強度的照護關懷措施，提供居家照護期間的健康評估與諮詢等。
- (二)考量具有「可能增加感染及疾病嚴重風險」之「高風險確診個案」，有病程發展為中重症的風險，其照護諮詢頻率建議不少於每 2 天 1 次，或依各地方政府衛生局規定辦理。
- (三)一般確診個案之遠距照護諮詢(E5201C)僅適用於 112 年 1 月 14 日(含)以前派案並開始提供遠距照護諮詢服務之案件，請注意申報資料之就醫日期應填寫開始提供遠距照護諮詢服務的日期，就醫日期自 112 年 1 月 15 日起之申報案件將不予給付。
- (四)自 112 年 1 月 15 日起開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢服務(E5202C)之案件，給付費用由每案 2000 元調整

為 500 元；請注意申報資料之就醫日期應填寫開始提供遠距照護諮詢服務的日期，後續將依申報資料填寫之就醫日期做為費用給付額度判定依據。

三、若個案使用抗病毒藥物治療，且未由開立處方之治療院所進行追蹤者，得由遠距照護團隊進行抗病毒藥物治療追蹤，並增加申報「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」(E5203C)每案 500 元。

四、每案同一病程感染限申報 1 次

(一)於 112 年 1 月 14 日(含)以前提供個案管理服務之案件，僅限地方政府指派辦理之院所申報。遠距初次評估及遠距照護諮詢可由不同醫療機構進行，惟負責執行初次評估之機構應將評估結果提供執行遠距照護諮詢之院所，據以辦理後續遠距照護諮詢服務。

(二)自 112 年 1 月 15 日起，原則不再由地方政府進行派案，院所應於個案確診當日或次日開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢(E5202C)以及應於口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供抗病毒藥物治療後追蹤評估(E5203C)服務，仍為每案同一病程感染限申報 1 次，倘有重複申報案件以就醫日在先者予以給付，其他重複案件不予給付。

Q5. 「遠距診療費」的給付條件為何？

- 一、倘醫師以視訊診療方式判定 COVID-19 確診個案時，請務必詢問及確認病人目前所在地址，個案在國外者不得申報。
- 二、自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負擔(包括口服抗病毒藥物)，不得申報遠距診療費用(E5204C)及使用公費口服抗病毒藥物。
- 三、COVID-19 診斷相關之遠距診療(需有開立藥品)之診療費與藥費(不可開立超過 7 天份藥品)，由公務預算支付，請以 COVID-19 診斷碼申報；與 COVID-19 診斷無關之遠距診療費(如：開立慢性處方箋等)，應按健保規定辦理。
- 四、遠距診療應依照【健保署因應 COVID-19 之「視訊診療」調整作為】及醫事司與健保署相關函釋辦理。
  - (一)僅限事先函報地方政府衛生局(免提通訊診察治療實施計畫)並副知健保署之視訊診療醫療機構申報。
  - (二)遠距診療原則採視訊方式進行，例外條件參見健保署之作業須知。
- 五、遠距診療屬於門診業務，民眾得依其就醫需求自行掛號就醫。



**Q6. 「居家送藥費」的給付條件為何？**

一、自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負擔(包括口服抗病毒藥物)，不得申報居家送藥費用(E5205C、E5206C)及使用公費口服抗病毒藥物。

二、居家照護確診個案之調劑處方箋(一般箋) 及 COVID-19 抗病毒藥物之送藥到宅服務與用藥諮詢，由公務預算支付。支付原則如下：

(一)參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局：一般箋、COVID-19 抗病毒藥物之藥事人員送藥到宅服務與用藥諮詢。

(二)「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之藥品配賦醫院：COVID-19 抗病毒藥物之藥事人員送藥到宅服務與用藥諮詢。

(三)原住民族地區及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，由衛生局指定之衛生所人員或醫院之藥事人員，提供之一般箋、COVID-19 抗病毒藥物送藥到宅服務與用藥諮詢。地方政府須將指派辦理之名單函

報指揮中心，做為申報費用審核之依據。

**Q7. 有關「居家送藥費」所提之原住民族及離島地區範圍為何？**

參照中央健康保險署「全民健康保險山地離島地區一覽表」之離島地區，以及行政院 91 年 4 月 16 日院臺疆字第 0910017300 號函釋之「原住民族地區」範圍[包括 30 個山地鄉及 25 個平地原住民鄉(鎮、市)]訂定。

原住民族及離島地區範圍：

縣市	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉
新北市	烏來區		
桃園市	復興區		
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉		關西鎮
苗栗縣	泰安鄉		南庄鄉、獅潭鄉
臺中市	和平區		
南投縣	仁愛鄉、信義鄉		魚池鄉
嘉義縣	阿里山鄉		
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區		
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	滿州鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉		
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉、蘭嶼鄉	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	

縣市	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	

**Q8. 如何確認申請遠距診療或居家送藥民眾的身分符合確診者身分及公費支付對象？**

建議可以利用以下方式辨識：

一、倘醫師以視訊診療方式判定 COVID-19 確診個案時，通報前務必詢問及確認病人目前所在地址，個案位於國外者不得通報。

二、倘民眾自述為已確診個案時

(一)請民眾出示「法定傳染病隔離治療通知書」(紙本或電子版通知)，確認就診民眾仍在隔離治療期間。或

(二)利用「健保醫療資訊雲端查詢系統」，確認就診民眾有最近 5\*天內 (即「就診日期」至「就診日期-5\*」這段期間)採檢的 COVID-19 病毒核酸檢驗陽性及抗原快篩陽性報告，且在此之前 14 天內無其他 COVID-19 病毒核酸檢驗陽性及抗原快篩陽性報告。

三、依指揮中心 111 年 12 月 28 日肺中指字第 1113700637 號函，自 112 年 1 月 1 日起，COVID-19 個案隔離治療費用公費支

付對象，僅限 COVID-19 確診本國籍人士(不論是否具健保身分)、具健保身分之非本國籍人士、以及在臺受聘僱之外籍人士(含藍領移工、白領應聘、失聯移工、境內僱用之外籍漁工等，即護照簽證註記欄位為「A」或「FL」者。

\*隔離治療天數依政策調整。

**Q9. 醫療機構為 COVID-19 確診個案進行「遠距診療」時，得否向其收取掛號費？**

依「COVID-19(武漢肺炎)個案隔離治療、檢驗等相關費用支付原則」，掛號費為就診醫院收取之行政管理費用，非屬公費給付範圍，得由院所自行酌情辦理，惟費用收取應符合醫療法等相關法規規定。

**Q10. 若基層診所接獲未符合地方政府派案條件，但具醫療需求之 COVID-19 確診個案尋求診療服務時，是否可自行收案管理？**

一、於 112 年 1 月 14 日(含)以前提供個案管理服務之案件，個案管理費限由地方政府分派之機構申報，請依個案居家照護所在地之地方政府規定辦理。倘基層診所接獲未符合地方政府派案條件但具醫療需求之 COVID-19 確診民眾尋求遠距診療服務時，得提供遠距診療並依相關醫令(E5204C)規定進行費用申報，但勿自行收案管理。

- 二、自 112 年 1 月 15 日起，原則不再由地方政府派案進行個案管理，倘基層診所接獲具醫療需求且符合隔離治療費用公費支付對象之 COVID-19 確診民眾尋求遠距診療服務時，得提供遠距診療並依相關醫令(E5204C)規定進行費用申報。如擬進行收案，仍為每案同一病程感染限申報 1 次，倘有重複申報案件以就醫日在先者予以給付，其他重複案件不予給付；因此院所應自行確認個案是否已接受其他院所照護中，並需於確診當日或次日開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢(E5202C)以及於口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供抗病毒藥物治療後追蹤評估(E5203C)服務。
- 三、遠距診療費用公費支付對象，僅限確診當時人在國內、符合隔離治療費用公費支付對象、且在隔離治療期間之居家照護 COVID-19 確定病例(詳見 Q1，Q2)。

**Q11.若基層診所於進行 COVID-19 確診個案之遠距診療服務時，是否可使用 COVID-19 抗病毒藥物治療以及申報「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」(E5203C)」費用？**

- 一、自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負擔(包括

口服抗病毒藥物)，不得申報居家照護相關醫療照護費用及使用公費口服抗病毒藥物。

二、基層診所進行 COVID-19 確診民眾之遠距診療時，評估病人有症狀、發病 5 天內、且符合口服抗病毒藥物適應症條件，綜合判斷確認其有用藥需求，且於「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢，確認病人未曾接受口服抗病毒藥物治療者，得由遠距診療之基層院所使用抗病毒藥物治療，以預防 COVID-19 確診者進展成中重症之情形。

三、COVID-19 口服抗病毒藥物處方箋僅可開立予診療當時已確診 COVID-19 (確診個案定義詳見 Q1)、有症狀、發病 5 天內且符合口服抗病毒藥物適應症之個案。

四、依據給付標準進行 COVID-19 確診個案使用口服抗病毒藥物後之用藥評估及追蹤，並將相關治療追蹤紀錄留存備查，方可申報 E5203C。僅開立 COVID-19 口服抗病毒藥物處方箋但未實際進行每日病人用藥後治療追蹤者，不可額外申報 E5203C。

五、醫療團隊於開立抗病毒藥物治療時應取得「病人治療同意證明」，負責病人用藥後追蹤評估之照護團隊應完成「病人治療紀錄表」，相關內容請參閱 Q12 及 Q13 辦理。

六、執行抗病毒藥物使用者服藥狀況追蹤之醫療團隊可申報 E5203C，每案僅可申報 1 次。

(一)112 年 1 月 14 日(含)以前開始執行追蹤的案件，原則由各地方政府指派執行個案管理之遠距照護諮詢團隊進行；若執行抗病毒藥物治療之院所非負責遠距照護諮詢之院所，而該治療院所於開立藥物治療後主動進行每日病人用藥後狀況評估，應依循病人居家照護所在地衛生局之派案原則及相關規範，即時回報執行中的追蹤案件予衛生局知悉，以避免發生不同院所重複追蹤的情形。依據每案僅可申報 1 次之原則，則後續負責該個案之遠距照護諮詢院所不得再申報 E5203C 費用。

(二)自 112 年 1 月 15 日起，原則不再由地方政府進行派案，院所應於個案確診當日或次日開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢(E5202C)以及應於口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供抗病毒藥物治療後追蹤評估(E5203C)服務，仍為每案同一病程感染限申報 1 次，倘有重複申報案件以就醫日在先者予以給付，其他重複案件不予給付。

**Q12.個案管理給付條件提及，院所應將相關評估與照護諮詢紀錄留存備查，請問紀錄是否有指定的格式或內容?**

- 一、紀錄格式不限，可以為紙本、社群軟體(如：LINE)或簡訊回復等；如衛生局訂有相關規定，應從其規定辦理。
- 二、初次評估時應依據「可能增加感染及疾病嚴重風險」條件，評估個案屬於「一般確診個案」或「高風險確診個案」，以及是否符合 COVID-19 抗病毒藥物適用對象，做出評估紀錄，提供後續遠距照護諮詢分級之依據(自 112 年 1 月 15 日起個案管理項下之「初次評估 (E5200C)」及「遠距照護諮詢-一般確診個案 (E5201C)」2 項醫令停止適用)。
- 三、目前 COVID-19 口服抗病毒藥物尚未取得我國藥物上市許可，係以專案方式提供病人使用，不適用藥害救濟，請醫師務必向病人(或其家屬)詳細說明可能發生之不良反應，並取得其同意後方可使用，前述同意證明應由院所妥善留存。
  - (一)同意證明以治療同意書為原則，惟使用遠距診療或以遠距方式取得本人或其代理人同意者，得以簡訊回覆、錄影、錄音、治療同意書等任何形式取得，不限定以紙本為之。
  - (二)同意證明應由院所妥善留存，並將『本人(或其代理人)○○○(身分證字號○○○○○○(及其代理人身分證字號○○○○○○)於○○○年○○月○○日以○○○形式同意使用口服抗病毒藥物 Paxlovid(或 Molnupiravir)』等字樣加註於病



歷或將治療同意書納入病歷保存。

四、抗病毒藥物使用者需嚴密監視其用藥後狀況，確認病人確實完成完整療程，故請執行遠距照護諮詢之醫療團隊或開立抗病毒藥物之院所持續追蹤個案服藥期間之身體健康狀況，加強不良反應監視及通報，以保障病人權益。負責病人服藥後狀況追蹤之院所需填寫病人治療紀錄至開始用藥後 7 日，紀錄格式可參考「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之附件「病人治療紀錄表」。

五、前揭各項紀錄由院所自行留存備查。

### **Q13. 抗病毒藥物使用者服藥狀況追蹤之注意事項？**

- 一、目前 COVID-19 口服抗病毒藥物尚未取得我國藥物上市許可，係以專案方式提供病人使用，不適用藥害救濟，請醫師務必向病人(或其家屬)詳細說明可能發生之不良反應，並取得其同意後方可使用，前述同意證明應由機構妥善留存。
- 二、請醫療院所及藥局在交付口服抗病毒藥物予病人（或其代理人）時，應確認處方內容，詳細告知病人藥物的用量、使用方法及相關注意事項等，並請將藥物中文說明書、用藥須知或醫療院所/藥局自行製作之用藥說明或衛教單等，提供予病人(或其代理人)參考，提醒病人注意服藥期間的健康狀況，

加強不良反應監視及通報，以保障病人權益。

三、執行抗病毒藥物使用者服藥狀況追蹤之醫療團隊可申報

E5203C，每案僅可申報 1 次。

(一)僅開立 COVID-19 口服抗病毒藥物處方箋但未實際進行每

日病人用藥後治療追蹤者，不可額外申報 E5203C。

(二)依據給付標準進行 COVID-19 確診個案使用口服抗病毒藥

物後之用藥評估及追蹤，並將相關治療追蹤紀錄留存備查，

方可申報 E5203C。

(三)自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉

介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自

費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負

擔(包括口服抗病毒藥物)，不得申報居家照護相關醫療照

護費用及使用公費口服抗病毒藥物。

(四)112 年 1 月 14 日(含)以前開始執行追蹤的案件，原則由各

地方政府指派執行個案管理之遠距照護諮詢團隊進行；若

執行抗病毒藥物治療之院所非負責遠距照護諮詢之院所，

而該治療院所於開立藥物治療後主動進行每日病人用藥

後狀況評估，應依循病人居家照護所在地衛生局之派案原

則及相關規範，即時回報執行中的追蹤案件予衛生局知悉，

以避免發生不同院所重複追蹤的情形。依據每案僅可申報 1 次之原則，則後續負責該個案之遠距照護諮詢院所不得再申報 E5203C 費用。

(五)自 112 年 1 月 15 日起，原則不再由地方政府進行派案，院所應於個案確診當日或次日開始提供高風險確診個案遠距照護諮詢(E5202C)以及應於口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供抗病毒藥物治療後追蹤評估(E5203C)服務，仍為每案同一病程感染限申報 1 次，倘有重複申報案件以就醫日在先者予以給付，其他重複案件不予給付。

**Q14. 於門診或急診開立 Molnupiravir 口服抗病毒藥物時，應如何申報相關診察費？**

一、自 112 年 1 月 1 日起，非隔離治療費用公費支付對象應轉介至地方政府衛生局指定之「非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所」就醫，且其相關費用均需由個案自行負擔(包括口服抗病毒藥物)，不得申報居家照護相關醫療照護費用及使用公費口服抗病毒藥物。

二、遠距診療開立 Molnupiravir 時，可申報 E5204C；如為實體門診急診評估開立 Molnupiravir 時，則以健保一般門診、急診診察費規定申報，由公務預算支應。

**Q15. 以 E5204C 遠距診療開立非口服抗病毒藥物之其他 COVID-19 相關藥物時，藥物開立天數應如何調整？**

一、就醫日期自 111 年 6 月 1 日起，申報 E5204C 遠距診療時，應依個案之解除隔離治療日期及視實際病情需要調整其開藥天數，但最多不可超過 7 天。

二、例如，病人於居家照護隔離期間之第 2 天，由遠距診療開立 3 天份症狀緩解藥物，於第 5 天藥物用畢後仍因身體不適再次以遠距診療就醫時，考量其居家照護期間僅剩 2 日，可由醫師綜合評估病人病情需要，酌予調整藥物開立天數，如有實際用藥需求，仍可開立最多 7 天之藥物。

**Q16. 病人服用口服抗病毒藥物 Paxlovid 後如出現皮膚搔癢等副作用，是否可改為使用 Molnupiravir？**

一、COVID-19 口服抗病毒藥物係適用於發病 5 天內、具有重症風險因子的輕度至中度 COVID-19 確診者，且未被核准可連續使用超過 5 天。為確保醫療資源有效運用及病人用藥安全，指揮中心於「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之附件 4「病人治療須知」中，敘明每位病人同一病程之感染限接受 1 次口服抗病毒藥物(Paxlovid 或 Molnupiravir)治療；因此倘非必要，於同一病程之感染，原則不可重複開立

口服抗病毒藥物。

- 二、請醫師於診療時，應依病人狀況確實評估是否符合口服抗病毒藥物適用條件、確認個案用藥紀錄與潛在藥物交互作用等資訊，以保障病人安全並避免重複用藥。若病人確有使用口服抗病毒藥物需求，於充分告知治療效益與風險（包括不適用藥害救濟等資訊）及服藥後可能之副作用，並取得病人（或其代理人）同意後，始得開立處方。

## 附表 1、確診個案居家照護之相關醫療照護費用申復案件審核原則及應相關說明

## 一、 COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用申復案件之核減代碼說明及應檢附佐證資料

核減代碼	核減代碼說明	佐證資料																								
CV1	<p>未即時上傳健保 IC 卡口服抗病毒藥物之藥品資料</p> <p>1. E5204C、E5208C 開立口服抗病毒藥物處方，健保 IC 卡藥品資料上傳日期&gt;就醫日期+3</p> <p>2. 調劑口服抗病毒藥物處方，健保 IC 卡藥品資料上傳日期&gt;調劑日期+3</p>	<p>健保署 VPN 系統口服抗病毒藥物資料上傳成功的畫面截圖或紀錄*【內容應包括資料上傳日期及口服抗病毒藥物藥品資料上傳內容欄位(如 A73 診療項目代碼)等資訊】</p>																								
CV2 CV3	<p>申報次數限制</p> <p>1. E5200C~E5203C、E5207C~E5209C 每案各醫令代碼限申報 1 次。</p> <p>2. 每案限擇一申報 1 次：</p> <p>(1). E5201C/E5202C</p> <p>(2). E5207C/E5209C</p> <p>(3). 開立口服抗病毒藥物之 E5204C/E5208C</p> <p>3. 111 年 8 月 1 日起，每案同一病程感染限申報 1 次口服抗病毒藥物診察費</p> <p>4. 前揭重複案件原則上優先核扣就醫日期在後者</p>	<p>1. 個案管理費用(E5200C~E5203C)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>醫令代碼 資料項目</th> <th>E5200C</th> <th>E5201C、 E5202C</th> <th>E5203C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>派案紀錄*</td> <td>√</td> <td>√</td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>初次評估紀錄*</td> <td>√</td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>遠距照護諮詢紀錄*</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄*</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>其他</td> <td colspan="3">依院所自行評估提供</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 快篩陽性評估及通報費用(E5207C、E5209C)：</p> <p>個案病歷紀錄及其他依院所自行評估足資認定之說明文件。</p> <p>3. 診察費用(E5204C、E5208C、門急診診察費)：</p> <p>口服抗病毒藥物診察開立相關紀錄，病人藥物遺失收費紀錄及國庫匯款紀錄、或由院所自行提出申復說</p>	醫令代碼 資料項目	E5200C	E5201C、 E5202C	E5203C	派案紀錄*	√	√	√	初次評估紀錄*	√	√		遠距照護諮詢紀錄*		√		口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄*			√	其他	依院所自行評估提供		
醫令代碼 資料項目	E5200C	E5201C、 E5202C	E5203C																							
派案紀錄*	√	√	√																							
初次評估紀錄*	√	√																								
遠距照護諮詢紀錄*		√																								
口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄*			√																							
其他	依院所自行評估提供																									

核減代碼	核減代碼說明	佐證資料
		明。
CV6	申報 E5203C(個案管理-口服抗病毒藥物治療後之追蹤評估)案件，須先有診察開立口服抗病毒藥物之申報紀錄	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病人口服抗病毒處方箋等足以證明病人有接受口服抗病毒藥物治療之文件*</li> <li>2. 派案紀錄*</li> <li>3. 口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄*</li> <li>4. 其他(依院所自行評估提供)</li> </ol>
CV7	就醫日未於隔離期間	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所有案件： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1). 個案為隔離治療期間 COVID-19 確定病例之證明文件*(例如：個案檢驗陽性報告、確診者指定處所隔離通知書/隔離治療通知書、健保醫療資訊雲端查詢系統查詢結果、健保快易通 App 之健康存摺畫面等)。</li> <li>(2). 依據申復案件性質，提供病歷紀錄(E5204C、E5208C 及門急診診察費案件、E5207C 及 E5209C 案件)*、處方箋(藥事服務費案件、藥費案件、E5205C 及 E5206C 案件)*、個案管理相關紀錄(E5200C~E5203C，如下表)*。</li> </ol> </li> <li>2. 個案管理費用(E5200C~E5203C)：</li> </ol>

核減代碼	核減代碼說明	佐證資料			
		醫令代碼 資料項目	E5200C	E5201C、 E5202C	E5203C
		派案紀錄*	√	√	√
		初次評估紀錄*	√	√	
		遠距照護諮詢紀錄*		√	
		口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄*			√
		其他	依院所自行評估提供		
		<b>3. 居家送藥費(E5205C、E5206C)：</b>			
		(1). 當次送藥之處方箋*。			
		(2). 其他(依院所自行評估提供)			
<b>CV8</b>	<b>同次就醫重複申報健保診察費</b>	<b>(申復案件由健保署審核)</b>			
<b>CV12</b>	<b>居家送藥單位須為符合下列指定條件及範圍之醫院、藥局及衛生所</b> 1. 參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局：一般處方箋及抗病毒藥物 2. 「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之藥品配賦醫院：抗病毒藥物 3. 原住民族地區及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，由衛生局指定之衛生所或醫院之藥事人員提供服務：一般處方箋及抗病毒藥物	1. 當次送藥之處方箋*。 2. 其他(依院所自行評估提供)			

\*應檢附之必要佐證資料，若資料不完整將不予補付。於 VPN 查詢院所近 6 個月成功上傳的檢驗結果、口服抗病毒藥物資訊、居家照護相關醫令代碼之操作方式，請參見健保署公布之「COVID-19 治療用口服抗病毒藥物\_健保卡資料登錄及上傳作業」(第 3 版)第 14、15 頁說明。



## 二、 COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用申復案件之審核原則

- (一) 申復案件若未提供完整必要佐證資料(如上表\*所示)，證明案件符合審核原則，不予補付。
- (二) 核減代碼為 CV2、CV3、CV6 或 CV7 且屬個案管理費用案件者(E5200C~E5203C)，除應符合該項核減代碼原有審核條件外，並需符合衛生局派案機制且依給付標準規定內容與照護頻率完成個案管理服務，始得補付
  1. 初次評估(申報 E5200C)應依據「可能增加感染及疾病嚴重風險」等條件，評估個案屬於「一般確診個案」或「高風險確診個案」，並應留有紀錄，因此紀錄內容至少須包括評估結果及初始健康狀況等。
  2. 遠距照護(申報 E5201C、E5202C)係提供確診個案居家照護期間健康評估與諮詢，因此應有雙向互動紀錄，且紀錄內容至少須包括個案照護當日健康狀況，以做為實際有執行照護之證明。照護頻率說明如下：
    - (1). 一般確診個案(申報 E52012C)可由醫療機構依確診者健康狀況調整照護頻率，因此於初次評估之後，至少須有 1 次照護諮詢紀錄(照護日期須大於初次評估日期，且照護日期在隔離治療期間)。
    - (2). 高風險確診個案(申報 E5202C)之健康評估與諮詢紀錄至少每 2 天 1 次(111 年 5 月 19 日以前應為每日紀錄)，或依各地方政府衛生局規定辦理。
  3. 口服抗病毒藥物治療追蹤(申報 E5203C)係針對病人服藥期間進行每日用藥追蹤評估，因此紀錄應至少每天 1 次，紀錄內容至少須包括病人用藥情形及健康狀況(是否出現副作用)等。
- (三) 核減代碼為 CV7 之居家送藥案件(E5205C~E5206C)，除應符合該項核減代碼原有審核條件外，並需依照 CV12 之居家送藥單位檢核條件，按藥師公會全聯會提供「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局名單及各地方政府衛生局提報之「藥事資源缺乏區域之衛生局指定衛生所或醫院」名單進行審核。如非屬前揭 2 類名單範圍之機構，當次送藥之處方箋內容應包含 COVID-19 口服抗病毒藥物，始得補付。
- (四) 快篩陽性評估及通報案件(E5207C、E5209C)申復審核原則及應檢附佐證資料說明如下：
  1. 不同就醫日之重複案件且符合重複感染定義、或相同就醫日之重複案件且可證明不可歸責於院所者，始得補付。
  2. 核減代碼 CV7 之快篩陽性評估及通報案件，除應符合該項核減代碼原有審核條件外，並需依確診者指定處所隔離通知書/隔離治療通知書所載隔離期間、法定傳染病通報系統或確診個案管理系統紀錄，有通報且就醫日介於隔離治療期間，或 111 年 6 月 30 日以前案件可提供其他足資佐證或說明資料者，始得補付。

附表 2、醫事服務機構申請補付 111 年 7 月以後「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」因就醫日期系統性誤植遭醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」之案件明細<sup>1</sup>

醫事服務機構所在縣市：									
醫事服務機構名稱：									
醫事服務機構代號：									
<input type="checkbox"/> 將請第三方公正單位 具函補充說明事由 (以下請提供貴機構擬申請補付之 CV7 核扣案件明細，申請補付案件均應有確實依給付標準規定之執行內容與頻率等條件提供服務)									
序號	費用年月	身分證號 <sup>2</sup>	生日	就醫日期 <sup>3</sup>	調劑日期 <sup>4</sup>	醫令代碼	醫令點數	申報數量	藥品給藥日份 <sup>5</sup>
(範例)1	2022/4	A000000000	2020/4/20	2022/4/15		E5200C	500	1	
(範例)2	2022/5	A000000011	1952/4/19	2022/5/15		E5204C	500	1	
(範例)3	2022/5	A000000011	1952/4/19	2022/5/15	2022/5/15	AC20092100	13.5	9	3
(表格不敷使用請自行增列)									
申請補付件數共計(件)：3 件									
申請補付費用共計(元)：1,013.5 元									
<p><sup>1</sup>申請補付案件僅限以 C5 案件申報 COVID-19 確診個案居家照護相關醫療照護費用，且因就醫日期系統性誤植遭醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」之案件；除「調劑日期」及「藥品給藥日份」依案件性質填寫外，其餘欄位皆為必填。疾管署將就貴機構提供之明細進行審查，排除非通報確定病例案件、同院所重複申報案件、實際就醫日不在隔離治療期間案件、以及非 CV7 核扣案件後，函請健保署辦理專案補付事宜。</p> <p><sup>2</sup>「身分證號」將作為勾稽申報案件是否為 COVID-19 確定病例之依據，請務必正確填寫。</p> <p><sup>3</sup>「就醫日期」將作為勾稽申報案件是否處於隔離期間之依據，請填寫 COVID-19 確診個案之實際就醫日期；若為個案管理案件(E5200C~E5203C)請填寫初次評估日期或開始執行遠距照護諮詢之日期。</p> <p><sup>4</sup>「調劑日期」除藥費、藥事服務費案件及居家送藥案件(E5205C、E5206C)必填外，其他免填。</p> <p><sup>5</sup>「藥品給藥日份」除藥費案件必填外，其他免填。</p> <p>※填妥補申報案件明細請加密檔案，並以電子郵件寄送至 <a href="mailto:cdcicb@cdc.gov.tw">cdcicb@cdc.gov.tw</a></p>									

**附表 3、醫事服務機構申請「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」因就醫日期系統性誤植遭醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」核扣案件補付切結書**

本機構\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_\_月之「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」案件 (明細如附件)，因\_\_\_\_\_之故，致案件就醫日期系統性誤植，經醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」核扣案件，申請辦理案件補付。

本次申請補付案件僅前揭核扣案件，且本機構均確實依照「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」之執行內容與頻率等規定提供服務，無浮報或以不實之證明或陳述而申報醫療費用等情事，倘經衛生福利部中央健康保險署或疾病管制署發現有不實或異常申報者，願依主管機關相關規定處理及追扣費用，並願接受主管機關之專案核定結果為異議案件之最終處理方式，且願接受主管機關不再受理核定專案補付月份其他核扣案件之 C5 案件申復。

此致

衛生福利部疾病管制署

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代碼：

負責醫師/藥師簽章：

身分證字號：

電話：

地址：

(蓋機構章戳)

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

附表 4、醫事服務機構申請 111 年 7 月以後「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」因就醫日期系統性誤植遭醫令自動化(REA)審查為「就醫日未於隔離期間(核減代碼 CV7)」之補付案件清冊

醫事服務機構名稱：			
醫事服務機構代碼：			
費用年月	醫令代碼	案件數(件)	醫令點數
(範例)111 年 5 月	E5200C	5 件	2,500
(表格不敷使用請自行增列)			
費用共計(點)：			

附表 5、醫事服務機構申請逾期補申報「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」案件明細

醫事服務機構所在縣市：									
醫事服務機構名稱：									
醫事服務機構代號：									
序號	費用 年月	身分證號 <sup>1</sup>	生日	就醫日期 <sup>2</sup>	調劑日期 <sup>3</sup>	醫令代碼	醫令 點數	申報 數量	藥品給 藥日份 <sup>4</sup>
(範例)1	2022/4	A000000000	2020/4/20	2022/4/15		E5200C	500	1	
(範例)2	2022/5	A000000011	1952/4/19	2022/5/15		E5204C	500	1	
(範例)3	2022/5	A000000011	1952/4/19	2022/5/15	2022/5/15	AC20092100	13.5	9	3
(表格不敷使用 請自行增列)									
擬補申報件數共計(件)：3 件									
擬補申報費用共計(元)：1,013.5 元									
補申報案件僅限符合公務預算支付之「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」案件，除「調劑日期」及「藥品給藥日份」依案件性質填寫外，其餘欄位皆為必填									
<sup>1</sup> 「身分證號」將作為勾稽申報案件是否為 COVID-19 確定病例之依據，請務必正確填寫。									
<sup>2</sup> 「就醫日期」將作為勾稽申報案件是否處於隔離期間之依據，請填寫 COVID-19 確診個案之實際就醫日期；若為個案管理案件(E5200C~E5203C)請填寫初次評估日期或開始執行遠距照護諮詢之日期。									
<sup>3</sup> 「調劑日期」除藥費、藥事服務費案件及居家送藥案件(E5205C、E5206C)必填外，其他免填。									
<sup>4</sup> 「藥品給藥日份」除藥費案件必填外，其他免填。									
※填妥補申報案件明細請加密檔案，並以電子郵件寄送至 <a href="mailto:cdcicb@cdc.gov.tw">cdcicb@cdc.gov.tw</a>									

## 附表 6、醫事服務機構申請逾期補申報 COVID-19 確診個案居家照護醫療照護費用切結書

本機構\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月之「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」案件 (明細如附件)，因\_\_\_\_\_之故，致未於就醫日期次月 1 日起 2 個月內完成申報，申請辦理逾期補申報。

本次補申報案件僅「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用」，前揭案件本機構均確實依照「COVID-19 確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」之執行內容與頻率等規定提供服務，且無浮報或以不實之證明或陳述而申報醫療費用等情事，倘經衛生福利部中央健康保險署或疾病管制署發現有不實或異常申報者，願依主管機關相關規定處理及追扣費用。

此致

衛生福利部疾病管制署

醫事服務機構名稱：

醫事服務機構代碼：

負責醫師/藥師簽章：

身分證字號：

電話：

地址：

(蓋機構章戳)

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

附表 7-1、確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準 (112/1/15 起適用)

服務項目	給付	說明
高風險確診個案之遠距照護諮詢 <sup>1,2,3,10</sup>	每案同一病程之感染限申報 1 次， 每次給付 500 元	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 經醫師診療評估具有重症風險因子之居家照護確診個案，由院所向民眾清楚說明風險評估結果與後續遠距照護的執行方式，取得個案同意後收案照護。</li> <li>2. 應有雙向互動紀錄備查，包含依據「可能增加感染及疾病嚴重風險」<sup>2</sup>等條件評估之風險因子、歷次照護個案當時之健康狀況(例如：確診者體溫、症狀、是否使用藥物、身心狀態等)與衛教諮詢內容等。</li> <li>3. 應於個案確診當日或次日開始提供服務，否則不予給付；居家照護隔離治療期間之遠距照護諮詢頻率不得少於每 2 日 1 次，或依各地方政府衛生局規定辦理。</li> </ol>
抗病毒藥物治療後之追蹤評估 <sup>1,3,10</sup>	每案同一病程之感染限申報 1 次， 每次給付 500 元	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應提供使用 COVID-19 口服抗病毒藥物(Paxlovid 或 Molnupiravir)之居家照護確診個案病人有關口服抗病毒藥物使用方式、注意事項、可能出現的不良反應及提供出現嚴重不良反應之緊急連絡方式等相關衛教，並於病人服藥期間每日追蹤其用藥情形及健康狀況，提供後續評估與諮詢，且應留有雙向互動紀錄備查。</li> <li>2. 應於個案口服抗病毒藥物調劑當日或次日開始提供服務，否則不予給付。</li> </ol>
遠距診療 <sup>3,4,5,6,7,8,10</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 遠距診療每次 500 元</li> <li>2. 當次診療開立之處方箋藥費</li> </ol>	<p>確診個案居家照護期隔離治療期間，以 COVID-19 診斷碼申報之醫療相關診察費(需有開立處方)、藥費(不可開立慢性處方箋、藥物不可開立超過 7 天份<sup>8</sup>)</p>
居家送藥 <sup>3,10</sup>	<p>每次 200 元； 原住民族及離島地區每次 400 元</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局：一般處方箋及抗病毒藥物</li> <li>2. 「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之藥品配賦醫院：抗病毒藥物</li> <li>3. 原住民族地區及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，由衛生局指定之衛生所或醫院之藥事人員提供服務：一般處方箋及抗病毒藥物</li> </ol>
Paxlovid 口服抗病	每案同一病程之感染限申報 1 次， 每次給付 500 元	給付範圍包括：

<b>毒藥物門診</b> 3,5,6,7,9,10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確診者居家照護期間由親友前往醫療機構(含衛生所)代為看診，經醫師評估開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。</li> <li>2. 確診者居家照護期間視訊診療時，經醫師專業判斷仍有當面診療需要，或有緊急醫療需求前往醫療機構(含衛生所)之門診或急診就醫，經醫師評估開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。</li> <li>3. 以抗原快篩試劑檢測陽性且經醫事人員評估確認及通報確診後，當場診療且開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。</li> </ol>
------------------------------	--

1. 「高風險確診個案之遠距照護諮詢」及「抗病毒藥物治療後之追蹤評估」可以採視訊或電話方式進行，並應有雙向互動紀錄備查。
2. 「可能增加感染及疾病嚴重風險」族群包括：氣喘、癌症、糖尿病、慢性腎病、心血管疾病(不含高血壓)、慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病)、結核病、慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎)、失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷)、精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症、BMI  $\geq 30$  (或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位)、懷孕與產後 6 週內婦女、影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制)、年齡 65 歲(含)以上或 12 歲以下等。前述對象係依據我國「新型冠狀病毒 SARS-CoV-2 感染臨床處置指引」，及「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案(111 年 11 月 21 日第 8 次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。
3. 該類費用項目為法定傳染病醫療服務費用項目，對象限確診當時人在國內且符合隔離治療費用公費支付對象之居家照護 COVID-19 確定病例，請**健保代收代付**；相關費用之補申報作業期限以就醫日期次月 1 日起 2 個月為原則，就醫日期為 111 年 4 至 6 月份之費用資料，應於 111 年 8 月 31 日前完成補申報。
4. 「**遠距診療**」僅限事先函報地方政府衛生局並副知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。
5. 醫師或藥師應於開立或調劑口服抗病毒藥物處方箋後，登錄健保卡並於 24 小時內以健保 IC 卡就醫資料上傳藥品資料(Paxlovid 藥品代碼「XCOVID0001」、Molnupiravir 藥品代碼「XCOVID0002」)，並衛教病人口服抗病毒藥物治療之可能不良反應，及提供出現嚴重不良反應之緊急連絡方式。就醫日期自 111 年 6 月 1 日起，逾 72 小時或未上傳將不予給付當次診察費用(E5204C 及 E5208C)或藥事服務費。每案同一病程之感染原則限使用 1 次口服抗病毒藥物(Paxlovid 或 Molnupiravir)治療，就醫日期自 111 年 8 月 1 日起，無適當原因重複開立口服抗病毒藥物將不給付該次診察費。
6. 「E5204C 遠距診療」及「E5208C Paxlovid 口服抗病毒藥物門診」之 Paxlovid、Molnupiravir 藥事服務費，依健保門診藥事服務費規



定申報。

7. 已透過遠距診療門診開立 Paxlovid 抗病毒藥物處方申報「E5204C」者，不得再申報「E5208C」；當診次不得再申報其他健保診察費用；急診診察後開立 Paxlovid 口服抗病毒藥物者得以「E5208C」或「急診診察費」擇優申報。
8. 原規定藥物不可開立超過 10 天份，配合確定病例隔離治療天數調整，就醫日期自 111 年 6 月 1 日起，應依個案之解除隔離治療日期及視實際病情需要調整其開藥天數，但最多不可超過 7 天。
9. 與 COVID-19 相關之實體門診急診如無開立 Paxlovid，請以健保一般門診、急診診察費及相關藥費規定申報，並由公務預算支應。
10. 依本中心 111 年 12 月 28 日肺中指字第 1113700637 號函，自 112 年 1 月 1 日起，COVID-19 個案隔離治療費用公費支付對象，僅限居家照護隔離治療期間之 COVID-19 確診本國籍人士(不論是否具健保身分)、具健保身分之非本國籍人士、以及在臺受聘僱之外籍人士(含藍領移工、白領應聘、失聯移工、境內僱用之外籍漁工等，即護照簽證註記欄位為「A」或「FL」者)。醫療院所評估通報等相關流程，請至衛福部疾病管制署全球資訊網/COVID-19 防疫專區及最新資訊/重要指引及教材/確診者、接觸者居家隔離相關指引/快篩陽性後應注意事項及醫療院所評估、通報等相關流程項下參閱。

附表 7-2、確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準 (112/1/14(含)以前適用)

服務項目	給付	說明	
個案管理 1,2,3	初次評估每案 500 元	含初始健康狀況及風險因子評估 (有紀錄備查)、衛教諮詢等, 每案限申報 1 次	
	遠距照 護諮詢 (2 擇 1), 每案限 申報 1 次	一般確診個案每 案 1,000 元	初次評估後為不具有「可能增加感染及疾病嚴重風險」 <sup>4</sup> 者, 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 2,000 元	初次評估後為具有「可能增加感染及疾病嚴重風險」 <sup>4</sup> 者, 於後續居家照護期間之健康評估 (有紀錄備查) 與諮詢等, 照護頻率應視個案之健康狀況進行調整, 原則不少於每 2 天 1 次, 或依各地方政府衛生局規定辦理。
	抗病毒藥物治療後之追蹤評估 每案 500 元	經醫師診療使用抗病毒藥物者, 於後續居家照護服藥期間之每日用藥後追蹤評估 (有紀錄備查)、諮詢等; 每案限申報 1 次	
遠距診療 3,5,6,7,8,9	1. 遠距診療每次 500 元 2. 當次診療開立之處方箋 藥費	確診個案居家照護期隔離治療期間, 以 COVID-19 診斷碼申報之醫療相關診療費(需有開立處方)、藥費(不可開立慢性處方箋、藥物不可開立超過 7 天份 <sup>9</sup> )	
居家送藥 3	每次 200 元; 原住民族及離島地區每次 400 元	1. 參加藥師公會全聯會「社區藥局送藥到宅專案」之社區藥局: 一般處方箋及抗病毒藥物 2. 「公費 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物領用方案」之藥品配賦醫院: 抗病毒藥物 3. 原住民族地區及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, 由衛生局指定之衛生所或醫院之藥事人員提供服務: 一般處方箋及抗病毒藥物	
Paxlovid 口服抗病 毒藥物門 診 3,6,7,8,10	每案限申報 1 次, 每次給 付 500 元	1. 給付範圍包括: 1) 確診者居家照護期間由親友前往醫療機構(含衛生所)代為看診, 經醫師評估開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。	

		<p>2) 確診者居家照護期間視訊診療時，經醫師專業判斷仍有當面診療需要，或有緊急醫療需求前往醫療機構(含衛生所)之門診或急診就醫，經醫師評估開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。</p> <p>3) 以抗原快篩試劑檢測陽性且經醫事人員評估確認及通報確診後，當場診療且開立 Paxlovid 抗病毒藥物者。</p>
--	--	---

1. 「個案管理」相關費用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。為確保接受口服抗病毒藥物治療之民眾，可即時有醫療團隊追蹤評估其用藥後狀況，開放可由開立處方治療但非負責遠距照護諮詢之院所進行抗病毒藥物治療後之追蹤(E5203C)，惟此類院所應依循病人居家照護所在地衛生局之派案原則及相關規範，即時回報執行中的追蹤案件予衛生局知悉，以避免發生不同院所重複追蹤的情形。
2. 醫療院所應以健保 IC 卡上傳居家照護之 COVID-19 確定病例個案管理資料，就醫日期自本(111)年 8 月 1 日起，逾 72 小時或未上傳者，將不予給付相關個案管理費用。
3. 該類費用項目為法傳醫療服務費用項目，請健保代收代付；相關費用之補申報作業期限以就醫日期次月 1 日起 2 個月為原則，就醫日期為本年 4 至 6 月份之費用資料，應於本年 8 月 31 日前完成補申報。
4. 「可能增加感染及疾病嚴重風險」族群包括：癌症、糖尿病、慢性腎病、心血管疾病(不含高血壓)、慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病)、結核病、慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎)、失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷)、精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症、BMI  $\geq$  30(或 12-17 歲兒童青少年 BMI 超過同齡第 95 百分位)、懷孕與產後 6 週內婦女、影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制)、年齡 65 歲(含)以上或 12 歲以下等。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(111 年 6 月 16 日第 6 次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。
5. 「遠距診療」僅限事先函報地方政府衛生局並副知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。
6. 醫師或藥師應於開立或調劑口服抗病毒藥物處方箋後，登錄健保卡並於 24 小時內以健保 IC 卡就醫資料上傳藥品資料(Paxlovid 藥品代碼「XCOVID0001」、Molnupiravir 藥品代碼「XCOVID0002」)。就醫日期自 111 年 6 月 1 日起，逾 72 小時或未上傳將不予給付當次診察費用(E5204C 及 E5208C)或藥事服務費。每案同一病程之感染原則限使用 1 次口服抗病毒藥物(Paxlovid 或 Molnupiravir)治療，就醫日期自本(111)年 8 月 1 日起，無適當原因重複開立口服抗病毒藥物將不給付該次診察費。

7. 「E5204C 遠距診療」及「E5208C Paxlovid 口服抗病毒藥物門診」之 Paxlovid、Molnupiravir 藥事服務費，依健保門診藥事服務費規定申報。
8. 已透過遠距診療門診開立 Paxlovid 抗病毒藥物處方申報「E5204C」者，不得再申報「E5208C」；當診次不得再申報其他健保診察費用。
9. 原規定藥物不可開立超過 10 天份，配合確定病例隔離治療天數調整，就醫日期自本年 6 月 1 日起，應依個案之解除隔離治療日期及視實際病情需要調整其開藥天數，但最多不可超過 7 天。
10. 與 COVID-19 相關之實體門診急診如無開立 Paxlovid，請以健保一般門診、急診診察費及相關藥費規定申報，並由公務預算支應。

