

114 年臺中市醫療院所 NS1 快篩採檢費核撥方案

一、目的：

台灣位於亞熱帶地區且降雨量豐沛，其溫暖潮濕有利於蟲媒生長，而登革熱病毒主要透過蟲媒中的埃及斑蚊或白線斑蚊協助傳播，故病毒傳播情形常有跨縣市之情形。107 年本市本土疫情嚴峻，以公共衛生三段五級觀點分析，次段預防之疾病監控機制量能待提升。為強化本市登革熱監控量能，及早發現社區中的指標病例，故辦理本次核撥放案。本方案宗旨為藉由早期發現早期治療，來阻斷境外與本土登革熱疫情，以達到疫情監控及防治。

二、實施期間：

自 114 年 2 月 1 日起至 114 年 11 月 30 日止，視疫情況進行滾動式修正。

三、核撥對象：

本市醫療院所完成 NS1 快篩採檢，採集檢體並完成通報登革熱個案，即符合採檢費核撥對象。

四、合約院所執行項目：

執行 NS1 快篩採檢：登革熱為第二類法定傳染病，醫療院所應依規定於 24 小時內通報，符合登革熱病例通報定義之疑似個案，應採集個案血液檢體執行 NS1 快篩，且通報個案血清檢體需後送至可保存檢體之醫療院所，以利後續送至衛生福利部疾病管制署公告實驗室，相關說明如下：

(一)地區醫院等級以上之醫療院所，應依照衛生福利部疾病管制署之傳染病檢體採檢手冊保存檢體且於時效內送至公告實驗室。

(二)基層醫療單位之醫療院所，應依照衛生福利部疾病管制署之傳染病檢體採檢手冊保存檢體且於

採檢起 12 小時內將檢體運送至轄區衛生所，以利轄區衛生所將檢體送至公告實驗室。

(三)本市 NS1 快篩採檢費核撥方式：

1. 本市醫療院所：

(1)採按季核銷，並請於 5 月 10 日前、9 月 10 日前及 12 月 10 日前將前一季執行之憑據及相關資料交付轄區衛生所。

(2)年度執行之案件最遲須於 114 年 12 月 10 日前全數憑據及相關資料交付轄區衛生所，以利年度經費結算。

2. 本市各轄區衛生所請依前述時間，至遲於該月 15 日前將憑據及所需資料函送至本局核銷。

3. NS1 快篩採檢費核撥：依憑據及所需資料撥付每案採檢費新臺幣 200 元。

五、經費核銷申請說明

※本案係經轄區衛生所審核資料後，由本局核撥經費至合約院所，故請院所務必提供正確匯款資料及領據※

(一) 本市 NS1 快篩採檢費用核撥院所：

1. 請按季核銷案件，並請於 5 月 10 日前、9 月 10 日前、12 月 10 日前，檢附執行之領據、核銷名冊予轄區衛生所審核，格式如附件 1、2，如有不同月份需同時請領時，請按月提供核銷名冊，以利撥款。
2. 核銷名冊欄位請正確填寫，院所執行 NS1 快篩請註記使用之試劑種類(公費或自費)，並請之工作人員、主管及負責人請務必簽章。
3. 表格如不足使用請自行新增，標註個案編號及頁數，以利實際執行人數與核銷人數之核對。

(二) 各區衛生所：

1. 經由法定傳染病通報系統確認核銷名冊中民眾皆已完成法定傳染病通報，如院所因故以電話或紙本傳真通報時，請協助通報之衛生所依據院所提供之資料通報(非以衛生所為通報單位)。
2. 依據核銷名冊內容完成審查並請逐級核章、轄區醫療院所領據、申請院所清單(格式如附件 3，不足請自行新增，惟請勿

更改格式)於依前述月份，至遲於該月 15 日前將憑據及所需資料函送至本局核銷。

3. 請於函送本局前，協助檢視領據所填列之核銷相關資料正確性，並請院所提供存摺封面影本，以利後續撥款予申請院所。

114 年臺中市醫療院所 NS1 快篩採檢費核撥方案核銷名冊

附件 1

院所名稱: _____

醫療機構代碼: _____

114 年 ____ 月

編號	就醫日期	姓名	身分證字號	連絡電話 (行動電話)	地址	通報法 傳日期	NS1 快篩結果	試劑來源
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費
							<input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費

院所製表人: _____ (簽章) 院所主管: _____ (簽章) 院所負責人: _____ (簽章)

領 據

附件 2

茲收到 114 年 月辦理「114 年臺中市醫療院所 NS1 快篩採檢費核撥方案」採檢費用，共計新臺幣_____元整。

此致

臺中市政府衛生局

機關名稱：

負責人：

統一編號：

地址：

電話：

帳戶銀行名稱：

戶名：

帳號：

(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

114 年臺中市_____區醫療院所 NS1 快篩採檢費核撥方案清冊

附件 3

114 年 _____ 月

編號	院所名稱	醫療機構代碼	撥款帳號	申請案數	申請金額	確認核銷名冊中民眾皆已完成法定傳染病通報(請打勾)。
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

衛生所承辦人：_____ 衛生所護理長：_____ 衛生所主任：_____