

確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準(1/2)

服務項目	給付	說明	
個案管理 1,2	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」 ³ 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」 ³ 者，於後續居家照護期間之健康評估 (有紀錄備查) 與諮詢等；
	<u>抗病毒藥物治療後之追蹤評估</u> 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 <u>用藥後追蹤評估</u> (有紀錄備查)、諮詢等； <u>每案限申報1次</u>	
遠距診療 2,4,5,6,7,8	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間隔離治療期間，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 ⁹)	
居家送藥 2	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2,5,6,7,8	每案限申報1次，每次給付 500元	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。 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。 3. 以 <u>抗原快篩試劑檢測陽性且經醫事人員評估確認及</u> 通報確診後，當場診療且開立Paxlovid 抗病毒藥物 者。	

確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準(2/2)

備註

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. 該類費用項目為法定傳染病醫療服務費用項目，請**健保代收代付**。
3. 「**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、吸菸(或已戒菸者)、BMI ≥ 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5月27日第5次修訂版)」訂定，將配合文件調整滾動修正。
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」)。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。
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」。
8. 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，就醫日期自本年自6月1日起，藥物不可開立超過7天份。