

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號
聯絡人：林宜平
聯絡電話：(02)23959825#3795
傳真：(02)23925627
電子信箱：ping10@cdc.gov.tw



受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年12月28日

發文字號：肺中指字第1113700637號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：「民眾快篩陽性後應注意事項及醫療院所評估、通報等相關流程」、「就醫民眾身分認定及處置流程」、「自費COVID-19抗病毒藥物申請處理流程」
(11137006372-7.pdf、11137006372-8.pdf、11137006372-9.pdf)

主旨：本中心自112年1月1日起調整COVID-19確診者隔離治療費用支付對象(詳如說明)，請惠予協助轉知醫療院所依循辦理，請查照。


說明：

一、本中心自112年1月1日起，調整COVID-19確診者隔離治療費用支付對象，說明如下：

(一)公費支付對象：本國籍人士(不論是否具有健保身分)、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)，其隔離治療期間相關費用由衛生福利部(下稱衛福部)編列預算支應。

(二)非公費支付對象：前述對象以外之不具健保身分之非本國籍人士於在臺期間確診，其隔離治療期間相關費用(包含確診住院隔離治療費用、隔離治療當日與COVID-







19相關之門急診費用、抗病毒藥物及臺灣清冠一號費用、確診個案居家照護醫療費用等與醫療或因療程所需之項目)由個案自行負擔。

二、因應COVID-19確診者隔離治療費用支付對象調整，民眾快篩陽性後處置流程調整如附件1，說明如下：

(一)公費支付對象：如快篩陽性，依現行就醫流程及「確診個案分流收治原則」辦理。有關醫療院所確認就診個案身分方式及後續處置流程可參考「就醫民眾身分認定及處置流程」(附件2)。

(二)非公費支付對象：

- 1、快篩陽性後，應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，不得使用視訊診療評估，醫療院所不得向個案收取遠距門診快篩陽性評估及通報費。有關各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」名單後續將公布於衛福部疾病管制署全球資訊網並週知各地方政府衛生局。
 - 2、如快篩陽性並經醫師評估確診，依「確診個案分流收治原則」收治住院，或由衛生局安排至集中檢疫所或加強型防疫旅館或衛生局指定地點，隔離至符合解除隔離治療條件止。
 - 3、自費項目收費標準：依各縣市政府訂定之醫療機構醫療費用收費標準收費。
 - 4、於隔離治療或隔離期間如經評估需使用抗病毒藥物，「非本國籍人士COVID-19自費看診醫療院所」應依據
- 
- 

所開立藥物之領用方案及流程，及「自費COVID-19抗病毒藥物申請處理流程」(附件3)，向非公費支付對象辦理收費、開立藥物、費用繳回等事宜。

三、有關「COVID-19確診個案居家照護之相關醫療照護費用」申報核付作業，請依上述說明內容及本中心醫療應變組最新修訂「確診個案居家照護之相關醫療照護費用給付標準」辦理。

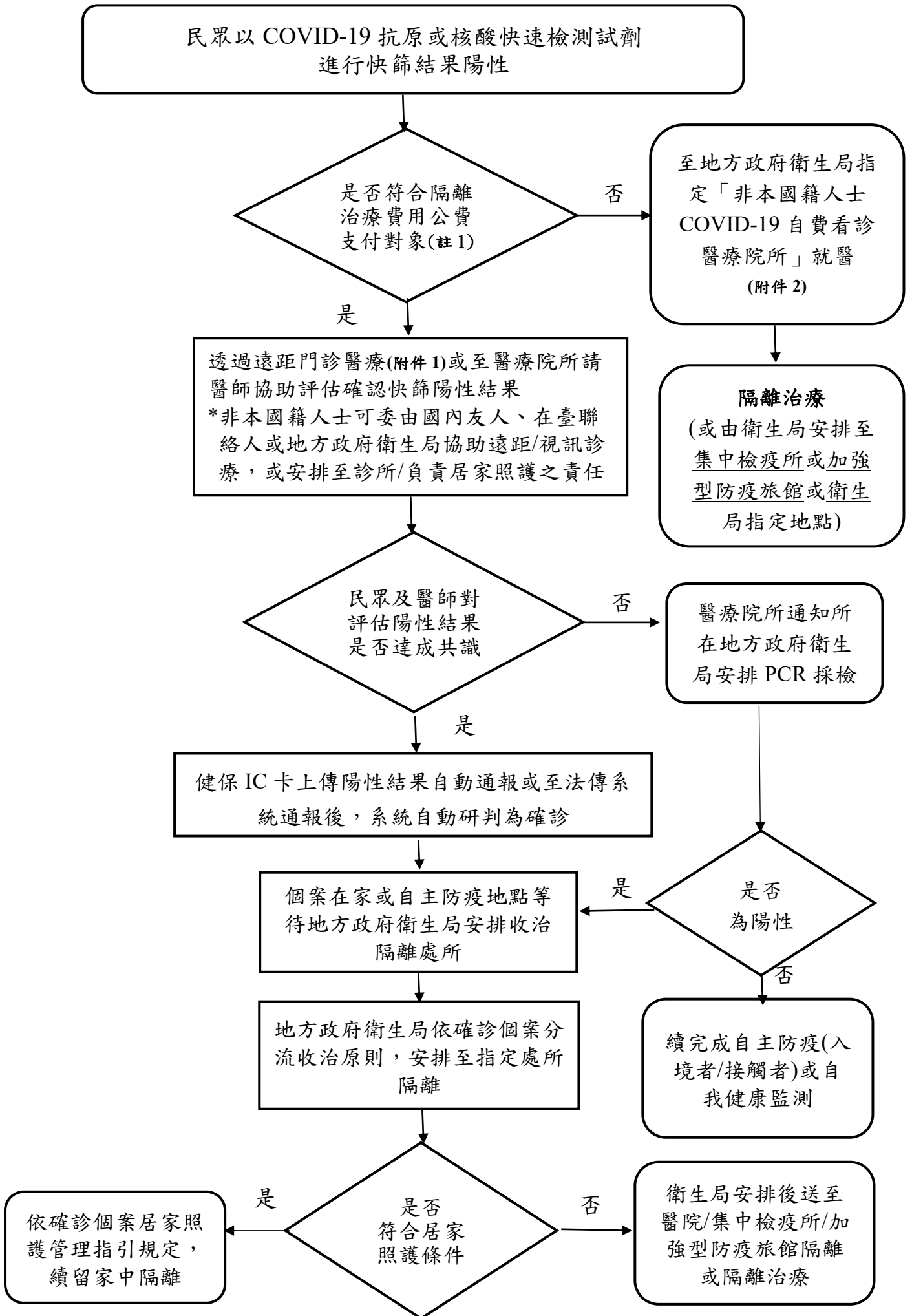
正本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會

電子公文
2022/12/29
14:23:44
交換章



民眾快篩陽性後應注意事項及醫療院所評估、通報等相關流程



附件 1

遠距/視訊診療醫師評估確認快篩陽性結果流程暨民眾配合事項

民眾配合事項

一、評估前，先行準備：

- (一)於判讀陽性之檢測卡匣/檢測片，寫上檢測者姓名及檢測日期。
- (二)將檢測判讀後之檢測卡匣/檢測片及健保卡放在一起拍照。
- (三)如至院所請醫師確認，應以夾鏈袋或塑膠袋密封包好攜帶至院所。
- (四)配合於醫師視訊^註或現場評估時出示判讀陽性之檢測卡匣/檢測片。

二、評估時，如採視訊評估，並依視訊診療醫師指示上傳照片，如採現場評估，無需上傳照片，但建議評估醫師電話聯繫快篩陽個案或其法定代理人，請其確認該檢測結果確為其所屬。

三、評估後，醫病已對快篩陽性結果達成共識，請民眾配合將檢測卡匣/檢測片銷毀或塗毀。

快篩陽性民眾就醫注意事項

為降低病毒傳播風險，須親自到院時應注意以下事項：

- 一、如至診所請醫師確認，應以夾鏈袋或塑膠袋密封包好攜帶至診所。
- 二、外出時務必佩戴口罩，請勿搭乘大眾交通工具，可自行開車、騎車、步行、或家人親友接送(雙方應全程佩戴口罩)。
- 三、正確配戴口罩、遵循呼吸道衛生與咳嗽禮節、落實手部衛生。
- 四、遵循院所規劃之就醫動線與流程。
- 五、報到時主動告知院所快篩檢測結果。
- 六、避免與他人交談。除補充水分外，避免外食。
- 七、避免於院內非就醫必要區域活動，且勿進入美食街。

醫師評估確認流程

- 一、遠距視訊診療/現場醫師查看民眾健保卡或身分證。
- 二、再次核對民眾姓名、年齡、檢測卡匣/檢測片姓名與健保卡姓名相符、

及詢問其相關症狀等。

- 三、請民眾說明操作流程並出示判讀陽性之檢測卡匣/檢測片，並請民眾確認該檢測結果確屬本人，由醫師進行綜合評估確認。
- 四、醫病對快篩陽性結果達成共識後，在醫事人員遠距/視訊或現場監督下請民眾將檢測卡匣/檢測片塗毀或銷毀，後續並依規定進行通報，並可申報「COVID-快篩陽性評估及通報費」每案 500 元，支付代碼為 E5209C。
- 五、由視訊診療或現場醫師續進行居家照護個案視訊或現場評估及診療，如符合口服抗病毒藥物治療適應症條件，依口服抗病毒藥物開立流程或 COVID-19 治療用藥領用方案，對個案進行說明及取得同意後開立口服抗病毒藥物處方箋。
- 六、醫病對快篩陽性結果未達成共識，請民眾再行 PCR 或家用抗原或核酸快篩檢測。

註：

1. 就醫民眾身分別：

(1) 公費支付對象：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。

(2) 非公費支付對象：前述對象以外之不具健保身分之非本國籍人士。

2. 各縣市 COVID-19 快篩陽性結果視訊或現場評估門診服務院所，可至衛生福利部疾病管制署全球資訊網查詢

(<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/ugPcFc7gP170nK0Dn3KjNQ>)。

另因應 COVID-19 疫情之視訊診療醫療機構名單請參考衛生福利部中央健康保險署網站

https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=1482911120B73697&topn=787128DAD5F71B1A。

附件 2

非本國籍人士 COVID-19 自費看診醫療院所
(後續請衛生局提供名單後再行更新)

自費 COVID-19 抗病毒藥物申請處理流程

112 年 1 月 1 日施行

- 一、由該醫療院所醫師評估自費病人狀況，如需開立抗病毒藥物，應依目前各項抗病毒藥物領用方案及流程辦理評估及藥物領用。
- 二、請自費病人（或代理人）及醫療院所填寫「自費 COVID-19 抗病毒藥物領藥申請書」，並檢附病人（及其代理人）身分證件影本(需含可辨識身分之頁面，如護照號碼、姓名等)
- 三、請開立處方院所依據「自費 COVID-19 抗病毒藥物價格表」，於「自費 COVID-19 抗病毒藥物開立審查表」填寫對應欄位，由開立院所代行收費。
- 四、須依上述程序完成收費後，才可依據醫師處方調劑，提供抗病毒藥物。若為釋出處方箋，請於完成收費後，再將「自費 COVID-19 抗病毒藥物申請書」及「自費 COVID-19 抗病毒藥物開立審查表」影本（註明收費狀況）併同處方箋交付領藥者，一併帶至調劑院所/藥局領藥。
- 五、請調劑院所/藥局於 SMIS 記錄耗用 1 人份藥物，並於系統備註欄中備註自費使用。
- 六、請開立處方之醫療院所協助於每月 5 日以前，將前 1 月份代收費用匯款至衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)指定帳戶；並將「自費 COVID-19 抗病毒藥物申請書」、「自費 COVID-19 抗病毒藥物開立審查表」、開立藥物之申請暨領用檢核表及匯款證明之正本及自費病人身分證明文件影本妥善保存，影本或掃描檔送交轄屬衛生局，由衛生局審查匯款金額無誤後，彙整提報疾管署區管制中心，倘匯款金額不足，則由衛生局協助請醫療機構補足匯款。

匯入銀行：中央銀行國庫局（代號：0000022），帳號：24570502123001

戶名：衛生福利部疾病管制署

備註：OOO 醫院收取自費 COVID-19 抗病毒藥物款

※財政部核編之匯款繳庫帳號係屬虛擬帳號，目前僅限辦理國庫匯款作業使用，尚無法提供繳款人以 ATM 或網路銀行等方式繳納。

自費 COVID-19 抗病毒藥物申請書
(Self-Pay antiviral drugs application form)

本人(Name)： _____ /與病人關係(relationship with patient)： _____

護照號(Passport No.)： _____

簽證號(R.O.C. Visa No.)： _____

統一證號(UI No.)： _____ (Optional)

簽名蓋章(Sign)：

-- (以下資訊由醫療院所填寫，the following fields complete by Hospital) --

病人於 _____ 年(Year) _____ 月(Month) _____ 日(Day)

因病情治療需求，由 _____ (醫療機構名稱, Hospital name)

開立 COVID-19 口服抗病毒藥物

(Prescription for Paxlovid Molnupiravir VEKLURY®

Monoclonal Antibody (Product name _____)

檢附病人身分證件 (正反面) 影本

檢附立切結書人身分證件 (正反面) 影本

(若立切結書人非領藥病人本人，必須同時檢附病人與立切結書人之身分證明)

自費 COVID-19 抗病毒藥物開立審查表

審查日期 (西元): _____年____月____日

基本資料	<ul style="list-style-type: none">● 病人姓名: _____● 病人護照號/統一證號(擇一填寫): _____● 出生年月日 (西元): _____年____月____日
申請開立之藥品及價格	<input type="checkbox"/> Paxlovid, 批號: _____ 已收費 _____ 元
	<input type="checkbox"/> Molnupiravir, 批號: _____ 已收費 _____ 元
	<input type="checkbox"/> VEKLURY [®] , 批號: _____ 已收費 _____ 元
	<input type="checkbox"/> 單株抗體(藥物名稱 _____), 已收費 _____ 元
醫師確認事項	<p>本人已確認取得病人 (代理人) 簽署之「自費 COVID-19 抗病毒藥物申請書」, 並評估病人須使用上述藥物, 以完整治療。</p> <p>醫療機構名稱: _____</p> <p>處方醫師簽章: _____</p> <p>(連絡電話或手機: _____)</p>
收費人員核章	

112 年 1 月 1 日版

自費 COVID-19 抗病毒藥物價格表

藥品名稱	單位	單價(新臺幣:元)	備註
Paxlovid	人份	21,979	
Molnupiravir	人份	21,698	
Remdesivir	劑	11,743	每次療程 4-6 劑
Evusheld	劑	55,509	每次療程 2 劑

*藥品單價係依本中心至 111 年 12 月底前完成採購之藥品平均成本核估

_____縣市_____年_____月自費 COVID-19 抗病毒藥物匯款清冊

開立日期	開立處方之 醫療機構名稱	病人姓名	護照號/統一證號 (擇一填寫)	開立藥物	匯款金額	匯款日期	匯款金額審核	檢附資料	備註說明
				<input type="checkbox"/> Paxlovid (批號_____) <input type="checkbox"/> Molnupiravir(批號_____) <input type="checkbox"/> VEKLURY®(批號_____) <input type="checkbox"/> 單株抗體			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid (批號_____) <input type="checkbox"/> Molnupiravir(批號_____) <input type="checkbox"/> VEKLURY®(批號_____) <input type="checkbox"/> 單株抗體			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid (批號_____) <input type="checkbox"/> Molnupiravir(批號_____) <input type="checkbox"/> VEKLURY®(批號_____) <input type="checkbox"/> 單株抗體			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid (批號_____) <input type="checkbox"/> Molnupiravir(批號_____) <input type="checkbox"/> VEKLURY®(批號_____) <input type="checkbox"/> 單株抗體			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明	
				<input type="checkbox"/> Paxlovid (批號_____) <input type="checkbox"/> Molnupiravir(批號_____) <input type="checkbox"/> VEKLURY®(批號_____) <input type="checkbox"/> 單株抗體			<input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不足_____元	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 審查表 <input type="checkbox"/> 匯款證明	