

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：陳昱汝
聯絡電話：23959825#3061
電子信箱：yjchen@cdc.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年8月23日
發文字號：肺中指字第1113800383號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：（ ）
附件：如說明二、三（11138003831-1.odt、11138003831-2.ods）

主旨：有關COVID-19確定病例居家照護個案管理陳情案件之審查事宜，請貴府轉知及督導所轄醫療機構及所屬會員配合辦理，請查照。

說明：

- 一、本中心於本(111)年8月1日以肺中指字第1113800335號函，請地方政府及所轄醫療機構配合辦理旨揭陳情案件處置流程，並重申個案管理費用之給付條件，及說明派案後應確實執行照護項目始能申報費用，諒達。
- 二、本中心經綜整目前接獲之陳情案件內容及部分地方政府初步回復之查證與抽查結果，訂定「COVID-19確定病例居家照護個案管理案件之抽查結果審查紀錄表(下稱審查紀錄表)」(附件1)，提供貴府審查個案管理陳情案件查證資料或抽查結果及輔導醫療機構參考。
 - (一)佐證資料應包含案件之評估紀錄、照護紀錄、個案管理費用申報醫令項目資料。
 - (二)審查結果不符合之情形如下：
 - 1、抽查案件未符合衛生局派案機制。



- 2、初次評估之抽查案件中，院所未留有初次評估紀錄，或紀錄內容未包括風險評估結果（「一般確診個案」或「高風險確診個案」）或評估內容（如：年齡、癌症、懷孕等「可能增加感染及疾病嚴重風險」因子）。
- 3、遠距照護諮詢之抽查案件中，院所未留有遠距照護諮詢紀錄，或紀錄內容未包括確診者當時的健康狀況。
- 4、抽查案件未符合下列執行頻率者：
 - (1)一般確診個案於「初次評估」當日之後的居家照護期間，照護次數不得少於1次。
 - (2)高風險確診案件就醫日期為本年5月19日以前的案件為每日照護、就醫日期為本年5月19日(含)以後的案件為至少每2天1次執行照護，或依各地方政府衛生局規定辦理。
 - (3)口服抗病毒藥物用藥後追蹤評估為每日辦理。
- 5、前揭審查結果查有不符合項目，或查有其他不符合給付條件事項、建議改善事項等，請於「審查意見」敘明。

(三) 審查案件資訊請逐案填入抽查案件列表，確認審查案件之個案管理費用、申報醫令項目與調查內容相符，且執行日期符合居家隔離期間。

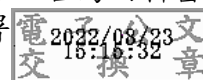
三、請貴府依審查紀錄表檢視佐證資料完整性並完成審查後，按肺中指字第1113800335號函之陳情案件處置流程，將填報完成之審查紀錄表、「民眾檢舉案件查證回復表」（附件

2)、併同相關佐證資料，函復予衛福部疾病管制署(下稱疾管署)、衛福部中央健康保險署(下稱健保署)、健保署分區業務組及醫事司。

四、審查有不符項目之案件，將由疾管署函知健保署不予給付，並提供主管機關依業務權管及相關法規參辦；如有輔導改善建議，請貴府督導被申訴醫療機構限期改善。

正本：直轄市及各縣市政府

副本：衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部醫事司、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣內科醫學會、臺灣感染症醫學會、台灣醫院協會、衛生福利部國民健康署



裝

訂

線



COVID-19確定病例居家照護個案管理案件 之抽查結果審查紀錄表

縣市別：_____ 受查單位類型：診所 醫院 衛生所 其他：_____

受查單位/醫事機構代碼：_____

受查單位/醫事機構名稱：_____

審查日期：____年__月__日

審查項目	佐證資料	審查結果	說明
(一)抽查之個案管理案件符合地方政府派案機制		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合	1. 抽查案件未符合衛生局派案機制，本項即為不符合。 2. 隔離治療期間收治於醫院或集中檢疫場所者，不符合居家照護之遠距照護諮詢或遠距診療費用申報。
(二)抽查之初次評估案件留有紀錄	<input type="radio"/> 無初次評估紀錄 <input type="radio"/> 有初次評估紀錄，內容包括： <input type="checkbox"/> 風險評估結果 <input type="checkbox"/> 「高風險確診個案」之重症風險因子 <input type="checkbox"/> 進行初次評估時的健康狀況(例如：確診者的體溫、症狀、是否使用藥物、身心狀態等) <input type="checkbox"/> 衛教諮詢內容 <input type="checkbox"/> 評估日期及執行評估之醫療團	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 佐證資料不足待補件	1. 佐證資料應包括院所對本案之初次評估紀錄及相關申報紀錄(E5200C)。 2. 抽查案件中，若有下列任一情形，本項即為不符合 (1) 院所未留有初次評估紀錄。 (2) 初次評估紀錄內容未包括風險評估結果或評估內容者。 3. 若機構未執行或本次未抽查初次評估案件者，本項請填不適用。

審查項目	佐證資料	審查結果	說明
	隊人員姓名等基本資訊 <input type="checkbox"/> 其他_____		
(三)抽查之遠距照護諮詢案件留有紀錄	<input type="radio"/> 無遠距照護諮詢紀錄 <input type="radio"/> 有遠距照護諮詢紀錄內容包括： <input type="checkbox"/> 確診者的風險等級 <input type="checkbox"/> 歷次遠距照護諮詢的健康狀況 (例如：確診者的體溫、症狀、是否使用藥物、身心狀態等) <input type="checkbox"/> 衛教諮詢內容 <input type="checkbox"/> 歷次遠距照護諮詢日期及執行之醫療團隊人員姓名等基本資訊 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 佐證資料不足待補件	<ol style="list-style-type: none"> 佐證資料應包括院所對本案之遠距照護諮詢/口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄及相關申報紀錄 (E5201C~E5203C)。 抽查案件中，若有下列任一情形，本項即為不符合 (1) 院所未留有遠距照護諮詢紀錄。 (2) 遠距照護諮詢紀錄內容未包括確診者的健康狀況。 若機構未執行或本次未抽查遠距照護諮詢案件者，本項請填不適用。
(四)抽查之遠距照護諮詢案件執行頻率	依健保申報紀錄勾選案件類別及依據遠距照護諮詢紀錄計算執行頻率 <input type="checkbox"/> 一般確診案件： 初次評估之後共執行__次；平均每__天1次 <input type="checkbox"/> 高風險確診案件：	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 佐證資料不足待補件	<ol style="list-style-type: none"> 佐證資料應包括院所對本案之遠距照護諮詢/口服抗病毒藥物治療追蹤紀錄及相關申報紀錄 (E5201C~E5203C)。 抽查案件若有未符合以下頻率者，本項即為不符合。 (1) 一般確診案件：依確診者健康狀

審查項目	佐證資料	審查結果	說明
	<p>初次評估之後共執行__次；平均每__天1次。</p> <p><input type="checkbox"/>口服抗病毒藥物用藥後追蹤評估：</p> <p>初次評估之後共執行__次；</p> <p>平均每__天1次</p>		<p>況調整，惟「初次評估」當日之後的照護次數不得為0。</p> <p>(2) 高風險確診案件：</p> <p>✓ 111/5/19以前：每日</p> <p>✓ 111/5/19(含)以後：至少每2天1次，或依各地方政府衛生局規定辦理。</p> <p>(3) 口服抗病毒藥物用藥後追蹤評估：每日。</p> <p>3. 若機構未執行或本次未抽查遠距照護諮詢案件者，本項請填不適用。</p>

審查意見

審查結果(如有勾選「不符合」之項目，請務必說明原因)：

審查結果無不符合事項

審查結果不符合原因說明如下：

輔導改善建議(對受查單位執行個案管理業務之建議事項)：

無

建議事項說明如下：

備註：

1. 審查案件資訊請逐案填入附表，審查結果有不符項目之案件，由衛福部疾病管制署函知中央健康保險署不予給付，並提供主管機關依業務權管及相關法規參辦。
2. 輔導改善建議應請被申訴醫療機構限期改善。

審查人員簽章：

單位主管簽章：

附表、衛生局抽查案件列表

縣市別：_____ 機構名稱：_____ 機構代碼：_____

病人姓名	病人身分證號	申報醫令代碼	不符合項目 (請選取審查項目序號)	法傳系統 通報日期	初次評估 日期	遠距照護諮詢 日期	備註 (如有不符合項目請簡要說明)
王大明(範例)	A123456789	E5200C E5202C	<input type="checkbox"/> 無不符合項目 <input type="checkbox"/> (一) <input type="checkbox"/> (二) <input checked="" type="checkbox"/> (三) <input checked="" type="checkbox"/> (四)	111/6/3	111/6/4	111/6/7、 111/6/10	1.遠距照護紀錄內容無病人健康狀況 2.遠距照護紀錄頻率不符合E5202C 給付條件
			<input type="checkbox"/> 無不符合項目 <input type="checkbox"/> (一) <input type="checkbox"/> (二) <input type="checkbox"/> (三) <input type="checkbox"/> (四)				
			<input type="checkbox"/> 無不符合項目 <input type="checkbox"/> (一) <input type="checkbox"/> (二) <input type="checkbox"/> (三) <input type="checkbox"/> (四)				
			<input type="checkbox"/> 無不符合項目 <input type="checkbox"/> (一) <input type="checkbox"/> (二) <input type="checkbox"/> (三) <input type="checkbox"/> (四)				
			<input type="checkbox"/> 無不符合項目 <input type="checkbox"/> (一) <input type="checkbox"/> (二) <input type="checkbox"/> (三) <input type="checkbox"/> (四)				

(格式不足請自行複製)

「COVID-19確診個案居家照護相關醫療照護費用」民眾檢舉案件查證回復表

項次	受案時間	醫療院所名稱	縣市別	陳情民眾姓名	申訴內容	地方政府查證情形						後續處置作為	其他補充說明事項
						抽查案件是否為貴府指派予該醫療機構進行個案管理之案件?(是/否)	抽查案件是否有依據指揮中心公布之條件進行個案評估並留有紀錄 ¹ 【請摘要說明評估依據與結果，並檢附相關佐證資料】	抽查案件是否進行個案之遠距照護諮詢 ² 並留有紀錄【請摘要說明照護頻率、執行方式、執行人員姓名與職別等，並檢附相關佐證資料。】	抽查案件於該院所是否有COVID-19相關遠距診療紀錄?【請摘要說明診療情形，並檢附相關佐證資料】	醫療院所對本申訴案件的解釋說明	請參考「COVID-19確定病例居家照護個案管理案件之抽查結果審查紀錄表」，說明抽查案件是否符合相關費用之申報條件?【請說明審查結果與原因】		
1													

1. 初次評估含初始健康狀況及風險因子評估與衛教諮詢。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抗毒藥物適用對象。

2. 遠距照護諮詢須按初次評估風險等級及是否使用抗毒藥物，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。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，其照護諮詢頻率初始訂為每日，後續於本(111)年5月19日修訂費用標準，調整頻率不限定為每日，並於本年6月16日補充說明調整後頻率建議不少於每2天1次，或依各地方政府衛生局規定辦理。