

孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案

中華民國 101 年 4 月 11 日署授國字第 1010400685 號公告
中華民國 102 年 10 月 16 日國健婦字第 10204107681 號修正公告
中華民國 103 年 11 月 28 日國健婦字第 1030402500 號修正公告

壹、背景說明

乙型鏈球菌(簡稱 GBS; Group B Streptococcus)是周產期嚴重感染之主要致病菌，台灣孕婦產道帶有乙型鏈球菌之帶菌率約 18%，新生兒感染率約 1%，新生兒感染致死率為 10%至 13%，感染後神經系統後遺症者為 15%，且需長期提供醫療照護。

目前國際上預防早發型新生兒乙型鏈球菌感染，主要採行之策略，以「孕婦全面進行乙型鏈球菌篩檢」及「產程中使用抗生素治療」等策略為主流。根據美國、加拿大、澳洲等國，對於預防早發型新生兒乙型鏈球菌感染之建議，是對所有孕婦在懷孕第 35 至 37 週期間，進行全面性乙型鏈球菌篩檢。且以美國全面施行孕婦乙型鏈球菌篩檢之經驗為例，其於施行孕婦乙型鏈球菌篩檢後，新生兒因乙型鏈球菌的早發型感染率由 1.8%下降至 0.5%，下降幅度高達 78%；而新生兒因乙型鏈球菌感染致死率由 1970 年之 50%，大幅下降至 1990 年之 4%，其實施成效至為顯著。

國民健康署自 99 年起，參酌實證研究及先進國家的經驗，優先提供低收入戶孕婦接受乙型鏈球菌篩檢費用補助，每案 400 元；另於「孕婦健康手冊」列入衛教資訊。復於 100 年起擴大補助對象至中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之孕婦。為能讓更多懷孕婦女受惠，照護全體母嬰健康及提供更完善之孕期健康照護，自 101 年 4 月 15 日起，全面提供孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案(以下簡稱本方案)。

貳、計畫目的

- 一、健全孕期健康照護，增進母嬰健康。
- 二、預防早發型新生兒乙型鏈球菌感染，及其傷殘後遺症與死亡之發生。

參、實施方法

一、補助對象

- (一)設籍中華民國國籍孕婦。
- (二)尚未設籍之外國籍或大陸地區孕婦，其配偶戶籍地須為中華民國國籍。

二、辦理機構資格

- (一)辦理本方案之機構，應為全民健康保險特約醫事服務機構（含醫院、診所及助產所），並向國民健康署提出申請本方案之特約者。
- (二)特約機構，應有登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師；如其為助產所，應有登記執業之專任助產人員。
- (三)符合上開資格者，得備齊相關文件向國民健康署提出申請（申請書如附件一）；經審查通過後成為「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」之特約醫事服務機構。

三、補助費用

接受本方案之孕婦乙型鏈球菌篩檢服務者，應由採集/檢查之特約醫事服務機構予以充分解說、諮詢有關孕婦乙型鏈球菌篩檢之相關重要資訊及填寫個案檢查資料，與提供本項篩檢服務後，補助其費用，每案補助新臺幣 500 元。另，低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之孕婦乙型鏈球菌篩檢服務，不得再收取差額。

四、申報代碼

健保申報代碼為 66、67、就醫序號為 IC47 或 IC57；IC48 或 IC58；IC49 或 IC59 之醫令代碼擇一申報。(如附表一)

五、篩檢時程

於懷孕婦女妊娠第 35 週至 37 週，提供 1 次乙型鏈球菌篩檢。

六、補助之申報、作業流程及相關規範：

- (一)本國籍懷孕婦女於妊娠第 35 週至 37 週，至特約醫事服務機構接受孕婦乙型鏈球菌篩檢 1 次。
- (二)新住民懷孕婦女未納健保前，接受本服務之補助費用之申報事宜，參照國民健康署「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」方式申辦，由未納保之新住民懷孕婦女持所在地之鄉鎮市區衛生所核發之「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」個案紀錄聯（個案紀錄聯格式內容如附表一：註 6），連同產前檢查個案紀錄聯及孕婦健康手冊，至醫療院所接受本篩檢服務。
- (三)特約醫事服務機構於提供孕婦乙型鏈球菌篩檢後，檢體應送至經國民健康署資格審查通過之「孕婦乙型鏈球菌檢驗醫事

機構」進行檢驗，其篩檢檢查結果應由執行或受委託檢驗之檢驗醫事機構，進行檢查結果傳輸於國民健康署指定之系統或登錄於國民健康署指定之網頁等作業。

(四)特約醫事服務機構應將本項篩檢檢查結果告知孕婦，並登載於孕婦健康手冊；且依醫療法第六十七條規定詳實登載或留存篩檢資料影本於病歷中備查；孕婦乙型鏈球菌檢查紀錄表如附表二。

(五)本項篩檢費用補助申報，係由提供本方案之採集/檢查特約醫事服務機構於提供孕婦乙型鏈球菌篩檢服務後，依照目前健保申報流程，向健保署申報，由健保署支付後，以申報檔及領據轉送國民健康署核復。特約醫事服務機構應自提供孕婦乙型鏈球菌篩檢服務之次月一日起六個月內，向健保署申報費用，逾期未申報者，不予核付費用。相關申報流程如附件二。

(六)未依規定期限於系統登錄檢查結果或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，且逾期未補正者，予以核扣該項篩檢之補助費（即核扣 500 元/每案）。

(七)國民健康署對於「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」之特約醫事服務機構，得實施不定期之查核與輔導。

(八)特約醫事服務機構經查有費用申報不實、健保卡與本人不符、費用申報與病歷記載或服務提供不符、不正當方法招攬民眾提供服務之情事或相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，國民健康署應追繳費用，並得終止辦理本補助服務方案之資格。

(九)本方案未規定者，準用全民健康保險相關法令及「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」之規定。

附表一

孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案之申報代碼、就醫序號、對象、金額、辦理機構及受理申請機關

補助申報代碼		補助就醫序號		補助對象 及時程	補助金額	辦理機構	受理申請機關
醫療院所	助產所	醫療院所	助產所	孕婦於妊娠第三期(妊娠第35-37週)提供1次(註)	每案補助新臺幣500元。	經中央主管機關特約「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」之特約醫事服務機構	國民健康署、各市政府衛生局
66	67	IC47 或 IC48 或 IC49	IC57 或 IC58 或 IC59				

註：

- 1.於妊娠第三期(懷孕第35-37週)時提供1次。補助條件：
 - (1)孕婦乙型鏈球菌篩檢檢核條件：66、67之醫令代碼，限併同47或57；48或58；49或59之醫令代碼擇一作申報。
 - (2)早產住院安胎執行者，分開二筆申報，孕婦乙型鏈球菌篩檢費用以68之醫令代碼於門診費用申報。
 - (3)經濟弱勢(低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區)之孕婦乙型鏈球菌篩檢服務，不得再收取差額。
- 2.提供本方案之採集/檢查特約醫事服務機構，應向個案充分解說、諮詢有關孕婦乙型鏈球菌篩檢之相關重要資訊及填寫個案檢查資料，與提供本項篩檢服務後，補助其費用。每案補助新臺幣500元。實際收費高於補助金額者，須對民眾作合理說明，並獲得民眾接受，始得收取差額。
- 3.提供本方案之孕婦乙型鏈球菌篩檢之檢體，應送至經本署認證通過之「孕婦乙型鏈球菌檢驗醫事機構」進行檢驗；該名單將定期更新公告於國民健康署網站；提供本方案之檢查結果，應傳輸至國民健康署指定之系統或登錄於國民健康署指定之網頁。
- 4.辦理「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」之特約醫事服務機構名單，將定期更新公告於國民健康署網站，始得辦理本方案。
- 5.本方案之篩檢費用補助申報，係由提供本方案之採集/檢查特約醫事服務機構申報；該項篩檢檢查結果，應由執行或受委託檢驗之檢驗醫事機構，進行檢查結果之傳輸或登錄作業。
- 6.補助對象為外國籍或大陸地區人民尚未設籍者，以其中華民國國籍配偶之戶籍地為準；接受本方案之補助費用之申報事宜，則參照國民健康署「新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助計畫」方式申辦，其補助券之格式內容如下表。

**補助新住民懷孕婦女未納健保前「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」
個案紀錄聯**

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

聯單編號：

以下由衛生所填寫	
姓名	身分證號：
出生日期：民國 年 月 日	統一證號（一）
	統一證號（二）
國籍別	護照號碼
台灣配偶姓名	配偶身分證字號
配偶戶籍地址	
目前居住地址	
聯絡電話：	行動電話
孕次：第 次	
核發單位：	核發人員[蓋職章] 核發日期：
以下由醫療院所/助產所填寫	
醫療院所/助產所代碼（機構代碼）：	
醫療院所/助產所所在： 縣市 鄉鎮市區	檢查日期：民國 年 月 日
醫療院所/助產所名稱	檢查時之懷孕週數： 週
醫師/助產人員簽章：	

- 注意：1.本表單每次列印2聯，第一聯交由孕婦使用，第二聯由衛生局留存。
- 2.於懷孕婦女懷孕第35週至37週，提供1次乙型鏈球菌篩檢使用，遺失不再補發。
- 3.各醫療院所/助產所檢附本個案紀錄聯，連同醫療補助款申領清單及領據，於次月5日前送交當地縣市衛生局審核後，轉國民健康署申請補助。
- 4.有納健保者，不得重複申請本醫療補助，否則予以追繳。

附表二

孕婦乙型鏈球菌檢查紀錄表

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康署(台北市大同區塔城街36號)，註明姓名、檢查時間及檢查單位，如

未通知視為同意。

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

一、個人基本資料									
姓名					身分證字號				
					護照號碼(外籍人士)				
出生日期	____年____月____日				聯絡資訊	電話：(____)_____			
						手機：_____			
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓								
教育程度	□不識字；□小學；□國(初)中；□高中/專科；□大學以上。								
二、乙型鏈球菌檢查資料(採檢/檢查醫療機構填寫)									
採檢/檢查醫事機構名稱					採檢/檢查醫事機構代碼				
採檢日期	____年____月____日				篩檢時之孕週數	第____週			
早產現象	□是 □否				檢查(採檢)醫師/助產人員簽章				
三、檢驗醫事機構填寫									
檢驗醫事機構名稱					檢驗醫事機構代碼				
檢驗日期	____年____月____日				檢驗結果	☐ 陽性—抗生素藥敏試驗 ☒ 具敏感性_____ ☒ 具抗藥性_____ ☐ 陰性 ☐ 檢驗失敗			
檢驗者簽章									

註：●：其欄位請填報以下抗生素之代碼，如代碼1：penicillin、代碼2：ampicillin、代碼3：clindamycin、代碼4：erythromycin、代碼5：vancomycin