感染人類免疫缺乏病毒之無健保身分孕婦
剖腹產手術醫療費用補助方案

壹、背景說明：

愛滋病毒透過母子垂直感染的方式有三個途徑，分別為：懷孕、分娩過程和哺餵母乳。其中透過產道分娩過程感染的機率為10-20%，因此，除了以抗病毒藥物減少傳染的機會和使用母乳代替品哺餵外，生產方式的選擇也扮演了重要的預防角色。研究顯示若在產痛及破水之前施行剖腹產，可減少50-90%的傳染率。即使在使用預防性藥物治療後，剖腹產也一樣可以降低傳染的機會。目前疾病管制署（以下簡稱疾管署）「愛滋病檢驗及治療指引」中，已對愛滋感染之孕婦提供相關建議，依個案治療情形及病毒量，由臨床醫師與孕婦討論選擇適當生產方式。囿於個案社經因素，致未納健保而無力負擔剖腹產醫療費用者，適用本補助方案。

貳、法源依據：

依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及權益保障條例」第六條辦理。

叁、實施日期：自2009年度起實施。

肆、實施策略：

一、實施對象：

無健保身分之感染人類免疫缺乏病毒孕婦，符合下列情形之一者：

1. 生產前2週內之血中的病毒量大於1000copies/ml 者。
2. 生產前2週內之血中的病毒量小於1000copies/ml，經醫師評估須進行剖腹產者。

二、建議與注意事項：

1. 前述實施對象建議剖腹產的時間為第38週，以避免提早破水而增加垂直傳染率。
2. 感染者施行剖腹產後感染的機會略高於未感染者，建議給予預防性抗生素。

3.應告知個案有關預防母子垂直感染效益，及手術、麻醉的風險，與孕婦討論同意後施行剖腹產。

4.為降低母子垂直感染率，應在手術前3小時須開始ZDV靜脈注射(起始劑量靜脈注射一劑2 mg/kg，維持劑量為1 mg/kg/hour 直到生產)。藥品由疾管署免費提供，請逕向疾管署各分區管制中心申領。

二、申報條件：

1.事前申請報備：符合對象須於生產日期前2週（急產者限生產當日），填具申報表傳真疾管署備查。未事前向疾管署申請者，不予補助。

2.國際疾病分類號：V08或042。

3.主手術（或處置）碼：74.0、74.1、74.2。

4.實施對象限於人類免疫缺乏病毒指定醫事機構就醫，由醫事機構檢具相關文件資料向疾管署申領補助。

5.診療標準符合人類免疫缺乏病毒檢驗及治療指引等規範。

三、支付標準：

1.剖腹產手術醫療費用，按院所層級定額支付如下表：

院所層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院
給付標準	36,086元	34,286元	32,520元

2.前項費用包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。定額支付中已包括正常新生兒照護費。考量愛滋病毒個案手術之感染風險，實際醫療費用超過定額支付時，得另案受理申付。

3.實際醫療費用超過定額支付金額以上者，申報與核銷程

序與一般案件相同，惟須於文中敘明實際申報金額，及次診斷或次手術（或處置），併文檢附費用明細表及病歷影本，由疾管署專案審查其合理性，審查通過者得按實際醫療費用申報，未能通過者僅得按定額支付。

4. 剖腹產手術基本診療項目及必要執行項目，執行標準比照中央健康保險局「全民健康保險醫療費用支付標準」，基本診療項目執行未依規定達65%，將予核減；必要執行項目若未執行，整筆費用不予給付。疾管署得不定期自行辦理抽審作業，經審查發現有溢領或不符規定者，除辦理費用追繳外，該院不得再申請本方案之費用。

4. 實施對象經輔導，同意於剖腹產併同施行輸卵管結紮手術之個案，增額補助10,000元。

5. 本案定額支付費用已含括項目，不得向個案重複收取費用。其他額外自費項目，如：病房差額等，不得向疾管署申請費用，應由個案自費負擔。

四、費用申報與核銷：

1. 事前申請報備：符合對象須於生產日期前（急產者限生產當日），填具申報表傳真疾管署備查（如附件1）。

   應備文件：

   （1）全國醫療服務卡正反面影本。

   （2）生產前2週內之病毒量檢驗報告影本。

2. 醫療院所事前申請報備時，請向個案確認是否未具健保身分，經審查發現個案具健保身分使用本項資源者，費用將不予撥付。

3. 原始憑證及核銷證明，悉依照支出憑證處理要點之規定辦理。

4. 依剖腹產發生之日起1個月內，由醫療院所具文當地衛生

局提出申請醫療費用補助。衛生局初審個案資料與實際執行狀況，由衛生局填具初審意見表（如附件2），函送疾管署進行複審（如附件3），複審符合受補助條件者，由疾管署核實撥付。發生日逾當年度12月10日以後者，得跨次年度提出申請。

應備文件：

（1）事前申請表正本。

（2）病歷摘要。

（3）醫療補助款申領清單（如附件4）。

（4）領據。

伍、追蹤治療：

一、產婦：

產婦應於產後進行愛滋病毒抗體檢測，相關流程依「愛滋病防治工作手冊」(相關文件請連結疾管署網站查詢 http://www.cdc.gov.tw/）辦理。

二、新生兒：

1.愛滋感染孕婦所生新生兒，醫療院所依法應於出生24小時內，透過網路傳染病通報系統進行通報。

2.新生兒出生6-12小時內，應予預防性投藥治療，以預防母子垂直感染。

3.新生兒應立即採集全血3-5c.c.，送疾管署研究檢驗中心檢驗DNA-PCR，相關追蹤管理流程依「愛滋病防治工作手冊」附錄之疑似愛滋寶寶篩檢作業流程辦理。

陸、經費來源：

疾管署：依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」規定，按年度編列後天免疫缺乏症候群檢驗及治療經費支應。

附件1

行政院衛生福利部疾病管制署
感染人類免疫缺乏病毒孕婦剖腹產手術醫療費用補助
事前申請表

醫療院所名稱：　　醫療院所層級

醫療院所聯絡電話：　　申請醫師簽章：

醫療院所傳真電話：　　申請日期：　　年　月　日

個案姓名：　　身分證/居留證號：

個案出生日期：　　年　月　日　　預定剖腹產日期：　　年　月　日

※檢附文件：

（1）全國醫療服務卡正反面影本。

（2）生產前2週內之病毒量檢驗報告影本。

（3）前項病毒量檢驗報告值小於1000copies/ml，經醫師評估須進行剖腹產者。請由申請醫師於下列欄位填註需要執行剖腹產之理由：

病患病毒量小於1000copies/ml，經評估須進行剖腹產之理由如下：
說明：

……以下由個案填寫……

經過說明，本人已經了解需要施行剖腹產手術理由以及手術可能的風險，由於本人未具健保身分，同意接受疾病管制署之剖腹產手術補助。若有隱瞞具健保身分之實，本人願意自行負擔相關費用，並負相關法律責任。

立同意書人：

身分證(居留証)字號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國　　年　　月　　日

※本表請於生產日期前2週（急產者限生產當日），填妥併附相關文件影本，傳真疾病管制署（02）23913482或（02）23912066。

附件2

衛生福利部疾病管制署

「感染人類免疫缺乏病毒孕婦剖腹產手術醫療費用補助」

_____衛生局初審意見表

醫療院所基本資料	
院所名稱	
申請醫師	
聯絡人	
聯絡電話	
審查情形：	
□是 □否	1. 國際疾病分類號、主手術（或處置）碼是否符合。
□是 □否	2. 本案是否為個案生產後1個月內提出申請。
	3. 申報醫療院所是否為指定醫事機構。
□是 □否	4. 申報醫療院所之層級、支付金額是否與列報相符。
□是 □否	5. 核銷應檢附之相關文件資料是否完整、正確無誤。 （1）事前申請表影本 （2）病歷摘要 （3）醫療補助款申請清單及領據
綜合意見：	
日期： 年 月 日	
承辦人： 課長： 局長：	

附件3

衛生福利部疾病管制署

「感染人類免疫缺乏病毒孕婦剖腹產手術醫療費用補助」複審意見表

醫療院所基本資料	
院所名稱	
申請醫師	
聯絡人	
聯絡電話	
審查情形：	
□是 □否	1. 是否依規定事前申請核備。
□是 □否	2. 國際疾病分類號、主手術（或處置）碼是否符合。
	3. 本案是否為個案生產後1個月內提出申請。
	4. 申報醫療院所是否為指定醫事機構。
□是 □否	5. 申報醫療院所之層級、支付金額是否與列報相符。
□是 □否	6. 核銷應檢附之相關文件資料是否完整、正確無誤。 （1）事前申請表影本 （2）病歷摘要 （3）醫療補助款申請清單及領據
綜合意見： □是 □否 符合行政審查 複審單位：	
日期： 年 月 日	

附件4

_____醫院

感染人類免疫缺乏病毒之無健保身分孕婦剖腹產/結紮手術醫療費用清冊

個案姓名	身分證號	手術日期	申請金額（新台幣：元）	
			剖腹產 _____元	輸卵管結紮 10000元
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
合計			元	元
總金額			元	

主辦人員：　　出納人員：　　會計人員：　　負責人：