

# 新生兒聽力篩檢補助服務方案

中華民國 102 年 10 月 16 日公告

## 一、背景說明

台灣新生兒先天性雙耳中重度聽障的發生率約為千分之一至千分之二。學術上及臨床上皆已證明，先天性聽力損失建議於 6 個月大前就開始配戴聽覺輔具與接受聽能復健/創健，能使嬰幼兒有正常的語言發展歷程。只利用觀察的方式來看嬰兒對聲音的行為反應，是無法正確診斷出是否有聽力損失的問題，需要聽力檢查的儀器才能正確診斷出嬰兒的聽力損失。國民健康署自 99 年起優先提供低收入戶「新生兒聽力篩檢」之費用補助，為使全國新生兒均能接受聽力篩檢，於 101 年起全面補助，期聽損兒可及早發現，並於早期進入療育，讓聽損兒未來可進入主流教育與正常兒童學習。爰辦理本案。

## 二、計畫目的

- (一)健全嬰幼兒健康檢查，增進新生兒健康。
- (二)早期發現聽損兒，使其早期進入療育，讓聽損兒未來可進入主流教育與正常兒童學習。

## 三、實施方法

- (一)補助對象：自 101 年 3 月 15 日(含)以後出生，設籍本國未滿 3 個月之新生兒。
- (二)申報費用：每案補助 700 元。
- (三)篩檢時程：出生 3 個月內完成初篩及複篩。年齡計算公式，如下：  
篩檢年月日－出生年月日 $\leq$ 92 天。
- (四)篩檢儀器：自動聽性腦幹反應(aABR)聽力檢測儀器。
- (五)篩檢流程：醫療機構須依據執行新生兒聽力篩檢作業流程，執行聽力篩檢(附件一)。
- (六)申請資格：
  - 1.國民健康署資格審查通過之醫療機構(以下簡稱 A 類醫療機構)。
  - 2.未具國民健康署資格審查通過之醫療機構，惟結合上述醫療機構辦理者(以

下簡稱 B 類醫療機構)。

(七)申請說明：

請於公告日起向本署提出申請(申請書如附件二)，有效期限為 3 年(自成為 A 類醫療機構或 B 類醫療機構之當年度開始計算，至第 3 年的 12 月 31 日止)。

(八)補助作業流程：

**1.具健保身分或依附父母健保身分新生兒：**

- a. 補助篩檢費用，依照目前健保申報流程，經由本署資格審查之執行新生兒聽力篩檢之健保特約醫事服務機構，進行新生兒聽力篩檢後，並完成系統登入篩檢結果，向健保署申報，健保署支付後以個別之申報檔及領據轉送本署核復。
- b. 健保申報代碼：本服務項目案件分類為預防保健 A3，就醫序號為 IC20 (附表一)。
- c. 住院或急診期間同步接受新生兒聽力篩檢：分開二筆申報。

**2.未能依附父母健保新生兒：**

- a. 由醫療機構填具「未依附父母健保新生兒聽力篩檢個案-補助款申領清單及領據」(附件三)，及新生兒聽力檢查紀錄表(附表二)於次月 2 日前送衛生局。衛生局審核醫療機構送件資料，於每月 10 日前填寫申領送件清單(附件四)，連同篩檢補助款申領清單及領據送本署辦理核撥補助金額予醫療機構。
- b. 為配合每年度之會計年度結算，當年度補助款需於當年 12 月 25 日前向本署申報完畢。自 12 月 26 日後之產前檢查個案紀錄聯及申領送件清單，將併列至次年度 1 月份之申領送件清單核辦。

**3.非健保特約醫事服務機構**

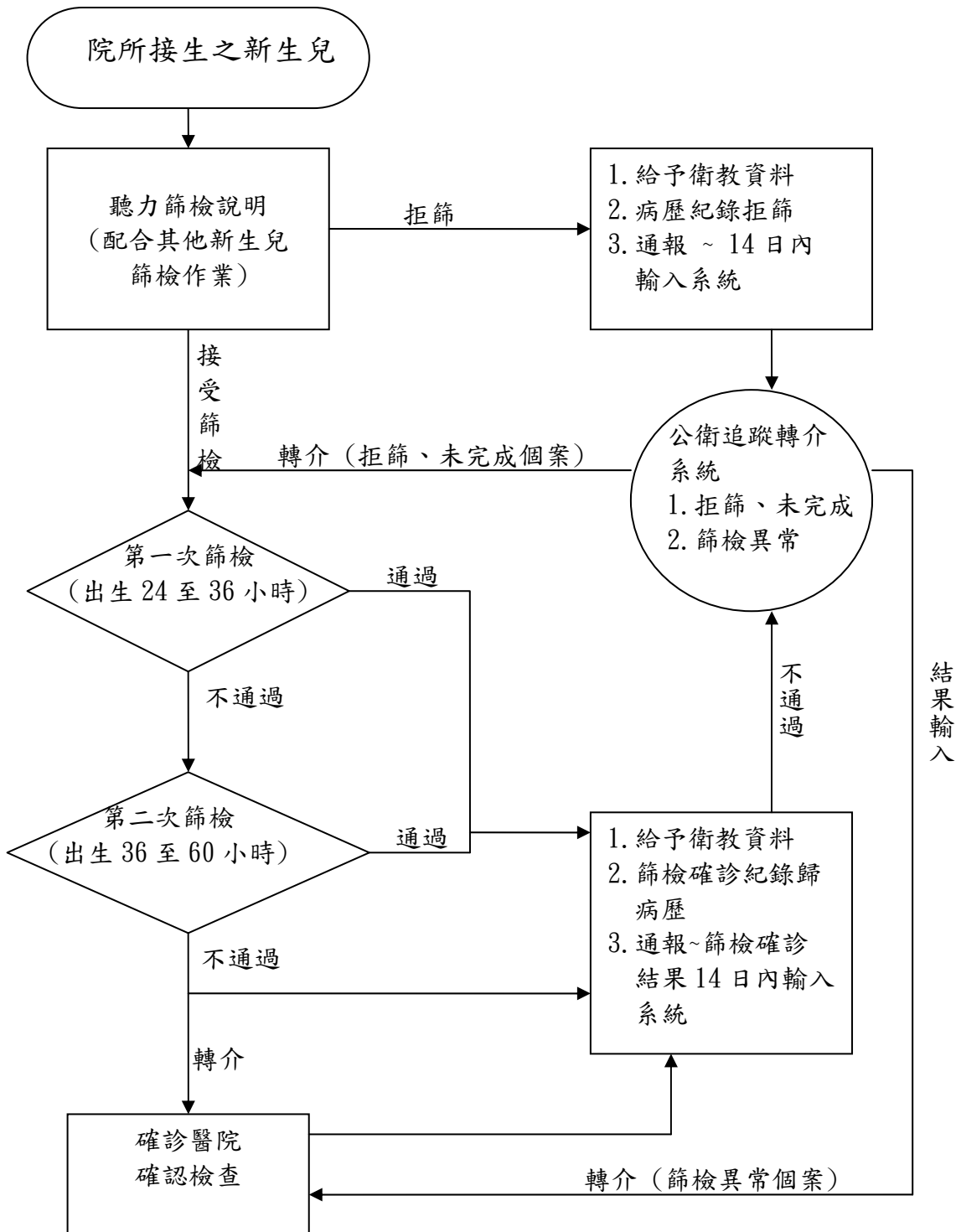
- a. 由醫療機構填具「非健保特約醫事服務機構新生兒聽力篩檢個案-補助款申領清單及領據」(附件五)，及新生兒聽力檢查紀錄表(附表二)於次月 2 日前送衛生局。衛生局審核醫療機構送件資料，於每月 10 日前填寫申領送件清單(附件六)，連同篩檢補助款申領清單及領據送本署辦理核撥補助金額予醫療機構。
- b. 為配合每年度之會計年度結算，當年度補助款需於當年 12 月 25 日前向

本署申報完畢。自 12 月 26 日後之產前檢查個案紀錄聯及申領送件清單，將併列至次年度 1 月份之申領送件清單核辦。

#### 四、費用申報及相關規範

- (一) 醫療機構應將檢查結果告知其家長或主要照顧者；如發現需追蹤確診之疑陽性個案，應將其轉介至適當醫療機構進行確診。且依醫療法第六十七條規定登載篩檢資料於病歷上，新生兒聽力檢查紀錄表如附表二。
- (二) 申報費用之申報及系統登入結果得由 A 類醫療機構或 B 類醫療機構申報。
- (三) 未依規定期限於系統登入個案資料或申報之資料不完整、不正確，經通知限期補正，逾期未補正，予以核扣未申報篩檢結果之補助費。
- (四) 健保特約醫事服務機構應自提供新生兒聽力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。
- (五) 本署對於「新生兒聽力篩檢補助方案」之 A 類醫療機構或 B 類醫療機構，得實施不定期之查核與輔導。
- (六) 醫療機構辦理新生兒聽力篩檢服務，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、相關表單之記載虛偽不實或其他違反醫療相關法規者，本署應追繳費用，並得終止辦理新生兒聽力篩檢服務之資格。

### 新生兒聽力篩檢單位作業流程



附件二

「新生兒聽力篩檢補助服務方案計畫」申請書

本醫事機構自 年 月 日起申請參加國民健康署「新生兒聽力篩檢補助服務方案計畫」，並同意依本方案相關規定，並落實執行新生兒聽力篩檢，以維本方案服務之品質。

此 致

國民健康署

院所名稱：

院所層級：

地址：

健保特約醫事機構代碼：

所屬健保分區別：

代表人：

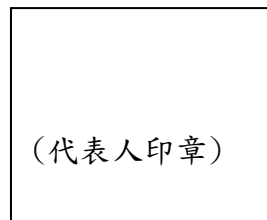
計畫聯絡人：

聯絡電話：( )

聯絡人電子信箱：

執行新生兒聽力篩檢醫療機構名稱：

醫事機構特約章戳



中 華 民 國 年 月 日

未依附父母健保新生兒聽力檢查個案  
補助款申領清單及領據 (醫療機構用)

年 月份

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

| 個案姓名 | 母親姓名 | 母親 ID<br>(統証編號) | 新生兒<br>出生日期 | 檢查日期      | 申請補助金額                          |
|------|------|-----------------|-------------|-----------|---------------------------------|
|      |      |                 |             |           | (新台幣：元)<br>新生兒聽力檢查<br>每個案 700 元 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
|      |      |                 |             |           |                                 |
| 合計   |      | 新生兒聽力檢查_____案   |             | 總金額_____元 |                                 |

茲領到 年 月份 未依附父母健保新生兒聽力檢查個案 補助款

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 國民健康署

醫院 (診所) 主辦人員：\_\_\_\_\_ (請蓋職章)

出納人員：\_\_\_\_\_

名稱 (全銜)：請寫全名及蓋機關章 會計人員：\_\_\_\_\_

院 長：\_\_\_\_\_

統一編號：

聯絡電話：( ) \_\_\_\_\_ 註：私立醫院 (診所) 如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：( ) \_\_\_\_\_

撥款之銀行分行別：\_\_\_\_\_ 金融帳號：\_\_\_\_\_ 戶名：\_\_\_\_\_

衛生局審核：承辦人 \_\_\_\_\_ 課長 \_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



附件五

非健保特約醫事服務機構新生兒聽力檢查個案  
補助款申領清單及領據（醫療機構用）

年 月份

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

| 個案姓名 | 母親姓名 | 母親ID<br>(統証編號) | 新生兒<br>出生日期 | 檢查日期 | 申請補助金額                          |
|------|------|----------------|-------------|------|---------------------------------|
|      |      |                |             |      | (新台幣：元)<br>新生兒聽力檢查<br>每個案 700 元 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
|      |      |                |             |      |                                 |
| 合計   |      | 新生兒聽力檢查 案      |             | 總金額  | 元                               |

茲領到 年 月份 非健保特約醫事服務機構新生兒聽力檢查個案 補助款

新台幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整

此致 國民健康署

醫院（診所）

主辦人員：\_\_\_\_\_（請蓋職章）

出納人員：\_\_\_\_\_

名稱（全銜）：請寫全名及蓋機關章

會計人員：\_\_\_\_\_

院 長：\_\_\_\_\_

統一編號：

聯絡電話：（ ） \_\_\_\_\_ 註：私立醫院（診所）如無會計出納人員可免簽章

掛號信收件地址：（ ） \_\_\_\_\_

撥款之銀行分行別： \_\_\_\_\_ 金融帳號： \_\_\_\_\_ 戶名： \_\_\_\_\_

衛生局審核：承辦人 \_\_\_\_\_ 課長 \_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



附件六

\_\_\_年\_\_\_月份\_\_\_縣市衛生局

非健保特約醫事服務機構新生兒聽力檢查個案

補助款 送件清單(衛生局使用)

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

| 鄉鎮市區別 | 受補助單位 | 檢查個案數 | 補助項目                       | 總金額 | 備註 |
|-------|-------|-------|----------------------------|-----|----|
|       |       |       | 新生兒聽力檢查<br>每個案 700 元<br>金額 |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |
|       |       |       |                            |     |    |

承辦人：

單位主管

| 代碼 | 就醫序號 | 補助時程      | 服務項目   | 補助標準  |
|----|------|-----------|--|-------|
| 20 | IC20 | 出生三個月內新生兒 | 1. 新生兒聽力檢查服務。<br>2. 新生兒聽力檢查結果如左、右耳皆 < 40 dBnHL 為通過免進行複篩，如左、右耳或其中一耳聽力 $\geq 40$ dBnHL 為不通過，須進行複篩。 | 700 元 |

附表一 健保特約醫事服務機構申請新生兒聽力篩檢補助費用之申報代碼

註：

1. 健保特約醫療機構依本署「執行新生兒聽力篩檢機構資格審查原則」提出申請，經審查通過者，方能獲得補助(醫療機構名單將公告於健康署網站)。
2. 出生二個月內未領健保卡之新生兒，得依附母親或父親健保卡辦理新生兒聽力篩檢申報。

附表二

## 新生兒聽力檢查紀錄表

【本檢查由菸品健康福利捐補助】

| 基本資料      |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| 母親姓名      |  |  |  | 母親身分證字號      |  |  |  |  |  |
|           |  |  |  | 母親護照號碼(外籍人士) |  |  |  |  |  |
| 新生兒出生日期   | ____年____月____日  |  |  | 母親聯絡資訊       |  |  | 電話：(____) _____<br>手機：_____  |  |  |
| 新生兒性別     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 現居住地址     | 鄉鎮市區代碼：□□□□<br>縣          市鄉          村          路          段          巷          號<br>市          區鎮          里          街                  弄          樓                     |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 新生兒聽力檢查結果 |  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 檢查機構名稱    |  |  |  | 檢查醫事機構代碼     |  |  |  |  |  |
| 第一次檢查日期   | ____年____月____日  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 右耳結果      | <input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢<br><input type="checkbox"/> 未篩或拒篩   |  |  | 左耳結果         |  |  | <input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)，須進行第二次篩檢<br><input type="checkbox"/> 未篩或拒篩 |  |  |
| 第二次檢查日期   | ____年____月____日  |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 右耳結果      | <input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 未篩或拒篩  |  |  | 左耳結果         |  |  | <input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 未篩或拒篩          |  |  |
| 檢查結果      | <input type="checkbox"/> 通過(<40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不通過(≥40dBnHL)<br><input type="checkbox"/> 不確定：第一次篩檢不通過(≥40dBnHL)，未做第二次篩檢<br><input type="checkbox"/> 未篩或拒篩 |  |  |              |  |  |  |  |  |
| 檢查人員      |  |  |  |              |  |  |  |  |  |

### 陽性個案轉診單

- 1 前項檢查陽性個案轉至\_\_\_\_\_醫療機構接受確診。
- 2.轉診醫師：\_\_\_\_\_，聯絡電話：\_\_\_\_\_

第一聯 檢查醫療機構留存(本資料請留存於病歷)  
第二聯 確診醫療機構留存