

**衛生福利部國民健康署**  
**產後健康照護服務方案**

**壹、緣起**

為提升產後婦女之正向孕產經驗及增進其身心健康，提供 2 次產後健康照護服務補助。

**貳、實施期間：**自民國 114 年 5 月 1 日起。

**參、實施方法**

一、補助對象：具健保身分且經醫師診察有生產事實的產後婦女。

二、申報代碼、時程及服務內容：本案就醫類別為預防保健，申報代碼、時程及服務內容如附表一。

三、補助費用：

(一)第 1 次補助金額：醫療院所為新臺幣(下同)540 元；助產所為 432 元。

(二)第 2 次補助金額：醫療院所為 450 元；助產所為 360 元。

四、後續將配合修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」之孕婦產後健康照護服務。

**肆、申請資格**

一、辦理國民健康署(下稱健康署)孕婦產前預防保健服務之健保特約醫事服務機構。

二、執行人員資格：登記執業之婦產科醫師或家庭醫學科專科醫師，或執業登記於助產所之助產人員。

**伍、經費核付方式**

一、由執行人員針對生理量測、疾病與身體機能評估、產後生活型態及生育之諮詢等面向進行服務，並提供心理健康自評，結果需於服務日次日起 14 日內上傳至健康署婦幼健康管理整合系統(流程圖如附表二、上傳內容詳如附表三)。

二、核付方式：健康署先預撥經費予中央健康保險署(下稱健保署)，由提供服務之醫療院所向健保署申報費用，再由健保署核付補助費用予醫療院所。

三、醫療院所辦理產後健康照護服務，經查有費用重複、申報不實、違反醫療相關法規等情事，將不予給付，並追扣已核付費用，醫療院所如欲申復，依健康署相關規定辦理。

四、有關醫療費用之申報與核付作業，依全民健康保險相關規定辦理。

**陸、 補助原則**

本補助經費來源係由健康署公務預算支應，不列入健保總額預算，支付項目為預防保健。

**柒、 預期效益**

建構友善生育環境、提升產後婦女正向孕產經驗及增進其身心健康。

附表一

## 健康署產後健康照護服務申報代碼、時程、服務內容及補助金額

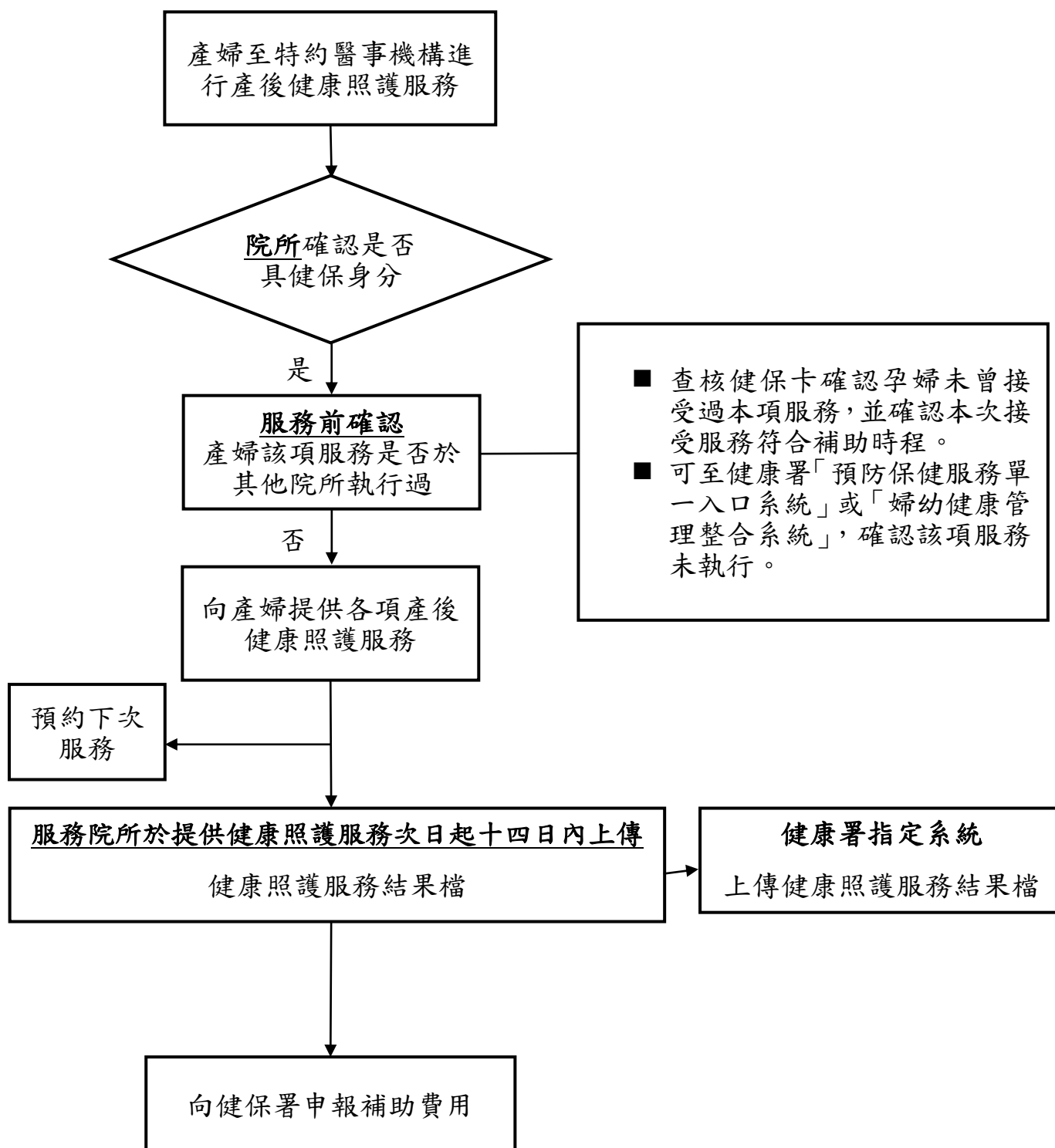
(單位：新臺幣元)

醫令代碼		就醫序號		建議時程	服務內容	補助金額	
醫療院所	助產所	醫療院所	助產所			醫療院所	助產所
5P	6P	IC5P	IC6P	第 1 次： 產後 1 個月內 (建議於產後1-2週)	一、生理量測：體重、血壓 二、疾病與身體機能評估： 1.孕產期疾病後續評估 2.慢性病評估 3.身體、骨盆泌尿機能評估 三、心理健康：愛丁堡憂鬱量表 (個案自評) 四、產後生活型態及生育之諮詢： 1.睡眠、家庭支持評估之諮詢 2.餵養、孩子照護諮詢 3.戒菸、酒、非法藥物諮詢 4.疫苗諮詢	540	432
5Q	6Q	IC5Q	IC6Q	第 2 次： 產後 3 個月內 (建議於產後6-8週)	一、生理量測：體重、血壓 二、疾病與身體機能評估： 1.孕產期疾病後續評估 2.慢性病評估 3.身體、骨盆泌尿機能評估 三、心理健康：愛丁堡憂鬱量表 (個案自評) 四、產後生活型態及生育之諮詢： 1.運動、營養諮詢 2.性生活、避孕、下一胎諮詢	450	360

註：上述補助金額均含資料上傳(上傳內容詳如附表三)

附表二

健康署  
產後健康照護服務結果登錄上傳流程圖



附表三

## 健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

一、個人基本資料												
姓名			身分證字號									
			統一證號/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											
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。												
二、產後健康照護服務資料(提供服務院所填寫)												
服務院所名稱			服務院所 醫事機構代碼									
本胎生產日期	年	月	日									
服務日期 【註一】	年	月	日	服務時之 產後天數	第                      天							
身高	_____公分			體重	_____公斤							
BMI 【註二】	_____kg/m <sup>2</sup>			本次服務 使用卡序	<input type="checkbox"/> IC5P(醫療院所) <input type="checkbox"/> IC6P(助產所)							
三、產後健康照護服務結果(提供服務院所填寫)												
產後健康 照護服務	提供健康或生活型態諮詢與轉介 1. 戒菸： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 2. 高血壓： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 3. 其他慢性疾病： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介								<input type="checkbox"/> 無左列健康或生活型態問題			
愛丁堡憂鬱量 表(個案自評) 分數	_____ 分 <input type="checkbox"/> 個案未自評								是否轉介 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，以最後一胎產出時間認定。

# 健康署第一次產後健康照護服務紀錄結果表

## 資料電子檔申報格式

### 第一次產後健康照護服務資料

註：V 為必填；△為非必填；☆為條件式

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。
5	聯絡手機	文字	20	☆	
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	服務院所名稱	文字	50	V	
9	服務院所醫事機構代碼	文字	10	V	
10	本胎生產日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
11	服務日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
12	服務時之產後天數	文字	3	V	取至整數
13	身高	數字	3	V	單位：公分 長度 3(皆為整數)
14	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
15	BMI 值	數字	5	☆	範例格式：長度 5(整數 3 位，小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
16	本次服務項目使用卡序	文字	1	V	1：IC5P 2：IC6P
17	戒菸	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
18	高血壓	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
19	其他慢性疾病	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
20	健康或生活型態問題	文字	1	☆	如序號 17-19 皆為 0，本欄必為 1 1：無左列健康或生活型態問題
21	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)分數	數字	2	△	單位：分 長度 2(皆為整數) 88 保留予未自評者。
22	是否轉介	文字	1	☆	如序號 21 大於等於 13 則本欄必填 1：是 2：否

## 健康署第二次產後健康照護服務紀錄結果表

一、個人基本資料											
姓名			身分證字號								
			統一證號/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										
本紀錄表之個人資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用。											
二、產後健康照護服務資料(提供服務院所填寫)											
服務院所名稱			服務院所 醫事機構代碼								
本胎生產日期	年	月	日								
服務日期 【註一】	年	月	日	服務時之 產後天數	第                      天						
身高	_____公分			體重	_____公斤						
BMI 【註二】	_____kg/m <sup>2</sup>			本次服務 使用卡序	<input type="checkbox"/> IC5Q(醫療院所) <input type="checkbox"/> IC6Q(助產所)						
三、產後健康照護服務結果(提供服務院所填寫)											
產後健康 照護服務	提供健康或生活型態諮詢與轉介 1. 健康體位： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 2. 飲食營養： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 3. 運動： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 4. 高血壓： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介 5. 其他慢性疾病： <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 轉介								<input type="checkbox"/> 無左列健康或生活型態問題		
愛丁堡憂鬱量表(個案自評) 分數	_____ 分 <input type="checkbox"/> 個案未自評										是否轉介 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

【註一】服務日期如與開單日期不一致，請填寫產後婦女實際接受本服務之日期，並於服務日期次日起十四日內將表單結果上傳至健康署指定系統。

【註二】此項若於「婦幼健康管理整合系統」以單筆上傳，可於輸入身高及體重後由系統自動代出BMI；若以批次上傳，則本欄為必填欄位。

【註三】本胎生產日期若為雙(多)胞胎，依最後一胎產出時間認定。

## 第二次產後健康照護服務紀錄結果表

### 資料電子檔申報格式

#### 第二次產後健康照護服務

註：V 為必填；△為非必填；☆為條件式

序號	欄位名稱	屬性	長度	必填	備註
1	姓名	文字	30	V	
2	身分證、統一證號或護照號碼	文字	10	V	國民身分證統一編號，或外籍護照號碼，以大寫半型英數字元輸入。
3	出生日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
4	聯絡電話	文字	20	☆	序號 4 或 5 擇一必填 分機以#表示。 可接受格式如：02-3456-7890#123； (02)3456-7890#123 等。
5	聯絡手機	文字	20	☆	
6	鄉鎮市區代碼	文字	4	V	鄉鎮市區代碼 4 碼，非郵遞區號
7	居住地址	文字	60	V	
8	服務院所名稱	文字	50	V	
9	服務院所醫事機構代碼	文字	10	V	
10	本胎生產日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
11	服務日期	文字	7	V	民國年(YYMMDD)
12	服務時之產後天數	文字	3	V	取至整數
13	身高	數字	3	V	單位：公分 長度 3(皆為整數)
14	體重	數字	3	V	單位：公斤 長度 3(皆為整數)
15	BMI 值	數字	5	☆	範例格式：長度 5(整數 3 位，小數 1 位) ※體重(公斤)除以身高(公尺)的平方，請依公式計算填入。
16	本次服務項目使用卡序	文字	1	V	1：IC5Q 2：IC6Q
17	健康體位	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
18	飲食營養	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
19	運動	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
20	高血壓	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
21	其他慢性疾病	文字	1	V	0：未勾選 1：諮詢 2：轉介 3：諮詢及轉介
22	健康或生活型態問題	文字	1	☆	當序號 17-21 皆為 0，本欄必為 1 1：無左列健康或生活型態問題
23	愛丁堡憂鬱量表(個案自評)分數	數字	2	△	單位：分 長度 2(皆為整數) 88 保留予未自評者。
24	是否轉介	文字	1	☆	如序號 23 大於等於 13 則本欄必填 1：是 2：否