

113 年桃園市政府衛生局「HPV DNA 檢測」補助計畫

壹、目的：

本市配合中央政策自 84 年起推動子宮頸抹片篩檢，子宮頸癌標準化發生率已由 87 年每 10 萬人口 30.6 人下降至 109 年 9.0 人，同時標準化死亡率也從每 10 萬人口 11.5 人下降至 111 年 2.6 人，惟發生率仍略高於全國；111 年執行子宮頸抹片篩檢約 17 萬人，結果為異常之個案有 4,101 人，其中 1,035 人抹片結果屬危險度較高細胞變異，有較高機率為癌前病變或癌症個案，須進行陰道鏡檢或切片確診，其他 3,066 人屬危險度較低之細胞變異，惟因子宮頸癌的發生約有 9 成以上與 HPV 感染具相關性，爰針對輕度異常個案除建議定期抹片追蹤外，為加強對子宮頸癌防護，本市另提供 HPV DNA 檢測作為篩檢輔助工具，藉以提升子宮頸癌偵測率，確保本市婦女健康。

貳、補助對象：

設籍於本市且 113 年接受國民健康署補助之子宮頸抹片篩檢，結果為非典型鱗狀細胞變異或低度鱗狀細胞變異者（抹片細胞病理診斷為 Atypical squamous cells (ASC-US) ④、Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ⑥或 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ⑦）；112 年 10 月 1 日至 112 年 12 月 31 日接受國民健康署補助之子宮頸抹片篩檢結果符前述條件且 112 年尚未接受 112 年 HPV DNA 檢測補助之個案亦適用。

參、實施機構：

- 一、本市有提供 HPV DNA 檢測服務之合約醫療機構。
- 二、本市各區衛生所。

肆、補助方式：

- 一、補助對象至實施機構接受 HPV DNA 檢測 1 次。
- 二、補助對象應出示證明文件：
 - (一) 身分證。
 - (二) 對象本人接受國民健康署補助之子宮頸抹片檢查報告（篩檢日期須為 112 年 10 月 1 日至 113 年 12 月 31 日），且檢查結果為非典型鱗狀細胞變異或低度鱗狀細胞變異（抹片細胞病理診斷為 Atypical squamous cells (ASC-US) ④、Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ⑥或 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ⑦）。

伍、合約醫療機構應具備基本資格及證明相關文件：

一、應具備基本資格：

- (一) 具健保合約婦產科。
- (二) 提供 HPV DNA 檢測服務。

二、應提交證明文件影本（必要時本局得通知合約醫療機構提供正本供查驗）：

- (一) 開業執照。
- (二) 負責醫師執業執照。
- (三) HPV 檢驗實驗室之 TAF 或 CAP 等相關第三公證單位核發之實驗室認證證書（證書有效期限若屆於 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日應於證書完成更換後補送新證書予本局備查）。
- (四) HPV 檢驗單位若與合約醫療機構不同，須另提交檢體送驗相關合約書及全民健康保險特約醫事服務機構合約書。
- (五) 合約醫療機構使用之 HPV DNA 檢測試劑資料：
 - 1. 衛生福利部核發之許可證。
 - 2. 該試劑檢驗須能專一性鑑別 14 種以上 HPV 病毒基因型別，且該型別須包含 HPV16、18、52 及 58 臺灣常見高風險致癌型別，同時具敏感度 (Sensitivity) 及特異度 (Specificity) 90% 以上試劑效能之佐證資料。
 - 3. 合約醫療機構 HPV DNA 檢測收費標準。

陸、經費請領事項：

一、本市合約醫療機構及衛生所每月 20 日前檢附核銷憑證（附件）併同下列資料辦理經費請領核銷（包含行政處置費及 HPV DNA 檢測費）：

- (一) 黏貼憑證（附件 1、2）。
- (二) 補助名冊清單（附件 3）。
- (三) 受檢者補助篩檢同意書正本（附件 4）；若受檢者已換發無戶籍地資訊之新式身分證，則改附其他戶籍證明文件（如戶籍謄本等）。
- (四) 子宮頸抹片檢查報告影本，抹片篩檢日期須介於 112 年 10 月 1 日至 113 年 12 月 31 日，且結果為為非典型鱗狀細胞變異或低度鱗狀細胞變

異（抹片細胞病理診斷為 Atypical squamous cells (ASC-US) ④、Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ⑥或 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ⑦）。

(五) 人類乳突病毒檢查單（附件 5）。

二、行政處置費：每案 150 元，包含篩檢異常及困難個案通知、個案衛教、檢體採檢送驗、檢驗結果通知及異常個案追蹤等費用。

三、HPV DNA 檢測費：每案上限為 750 元，依實際送檢費用核實支付。

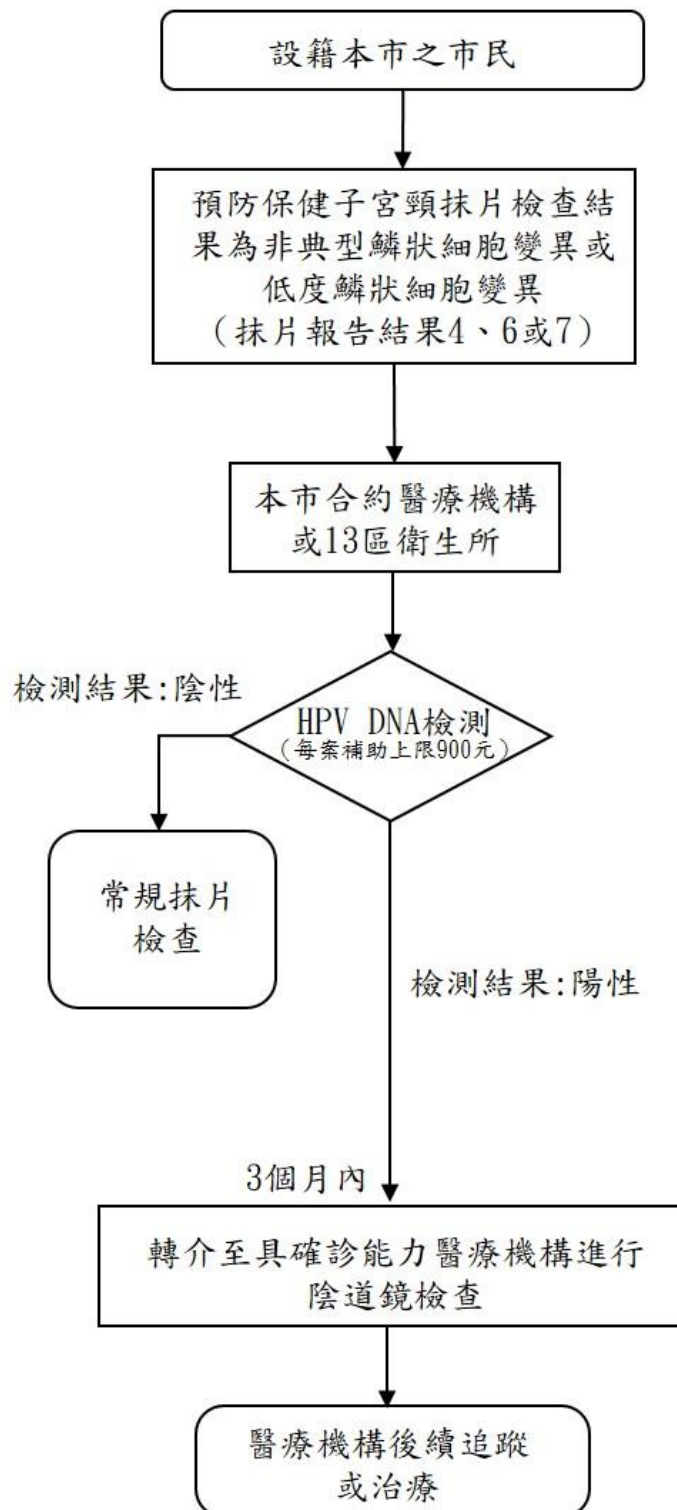
四、符合本計畫補助服務對象完成 HPV DNA 檢測，每一案補助新臺幣上限為 900 元整，不得重複或分次申請，且由合約院所向本局申請，不得先行向民眾收取補助費用，自費差額須由補助對象自行繳納，金額依各合約醫療院所之收費標準而定。

五、本案經費申請，以接受 HPV DNA 檢測採檢日期為自 113 年合約簽訂日起自 113 年 12 月 31 日止，並依本局另函通知之截止日前，提出申請之案件辦理補助，逾期恕不受理。

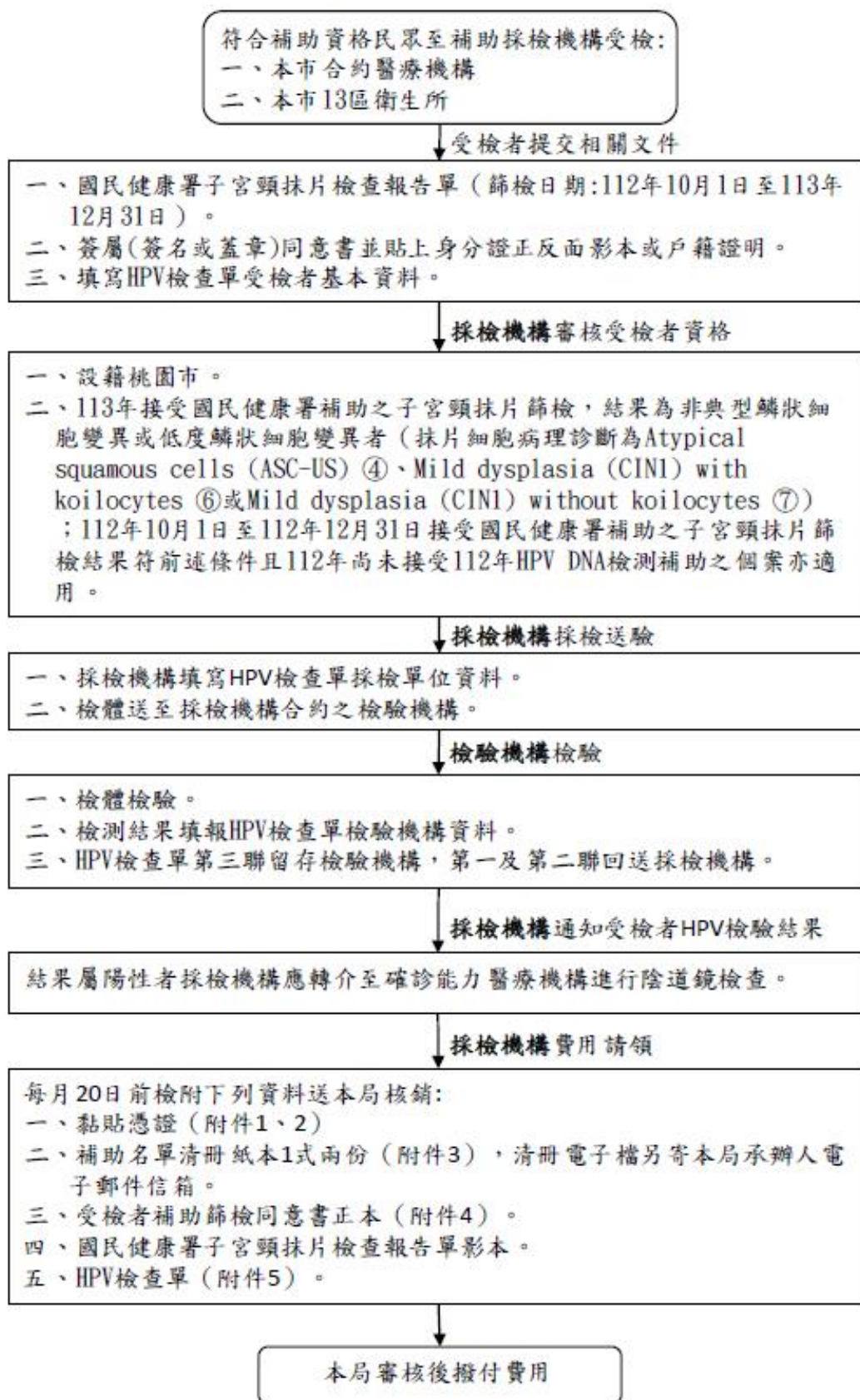
柒、實施期程：

113 年合約簽訂日起至同年 12 月 31 日或 113 年經費用罄為止。

桃園市政府衛生局「HPV DNA檢測」補助計畫 抹片異常個案處置流程



113年桃園市政府衛生局「HPV DNA檢測」補助計畫 補助申請流程



桃園市政府衛生局黏貼憑證用紙

受款人

- 發票(或收據)開立廠商
- 詳如受款人清單
- 其他(請列舉並標示金額)

傳 票 編號 付款憑單		金 額								
		億	千	百	十	萬	千	百	十	元
憑證編號		預算年度	113							
預算科目	公務預算(衛生業務)-健康促進工作(市預算)-獎補助費-公費就養及醫療補助			用途說明		113 年__月申報執行預防保健子宮頸抹片檢查異常個案(ASCUS、LSIL)HPV DNA 檢測補助費用，計__人				

經辦單位	驗收或證明、保管	登記	會計單位	機關長官或授權代簽人
	驗收或證明 保管	所得登記 財產(物)登記		

憑 證 黏 貼 線

113 年桃園市政府衛生局「HPV DNA 檢測」補助計畫

茲領到 年 月份 「HPV DNA 檢測」補助計畫補助款計
 新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整
 此致 桃園市政府衛生局

醫院(診所)名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：_____ (請蓋職章)

出納人員：_____

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：() _____

銀行分行別： _____ 金融帳號： _____ 戶名： _____

中華民國 年 月 日

桃園市政府衛生局黏貼憑證用紙

- 受款人
發票(或收據)開立廠商
詳如受款人清單
其他(請列舉並標示金額)

傳 票 編 號		金 額								
付款憑單		億	千	百	十	萬	千	百	十	元
憑證編號		預算年度	113							
預算科目	公務預算(衛生業務)-健康促進工作(市預算)-業務費-一般事務費			用途說明	113 年__月申報執行預防保健子宮頸抹片檢查異常個案(ASCUS、LSIL)HPV DNA 檢測行政處置費用，計__人					

經辦單位	驗收或證明、保管	登記	會計單位	機關長官或授權代簽人
	驗收或證明 保管	所得登記 財產(物)登記		

憑 證 黏 貼 線

113 年桃園市政府衛生局「HPV DNA 檢測」補助計畫

茲領到 _____ 年 _____ 月份 「HPV DNA 檢測」補助計畫行政處置費用計

新臺幣 _____ 拾 _____ 萬 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整

此致 桃園市政府衛生局

醫院(診所)名稱：

(請寫全名及蓋機關章)

主辦人員：_____ (請蓋職章)

出納人員：_____

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：() _____

銀行分行別：_____ 金融帳號：_____ 戶名：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

113 年桃園市政府衛生局「HPV DNA 檢測」補助計畫補助名單清冊

申請單位:_____

序號	姓名	身分證字號	HPV DNA 檢測日期 (MM/DD)	檢測結果		檢測費	行政 處置費	備註
				陰性/陽 性	陽性型 別			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

經手人:

(簽章) 採檢機構主管:

(簽章)

備註:請繳交核章清冊 1 式 2 份,清冊電子檔另寄本計畫衛生局承辦人。

113 年桃園市政府衛生局 HPV DNA 檢測補助計畫

同意書

本人_____參加桃園市政府衛生局 HPV DNA 檢測補助計畫，同意該局補助計畫相關規定，如有不符或以同一次子宮頸抹片篩檢結果重複申請檢測補助，經查證屬實，所接受之項目將不予補助，並願繳交所受之檢查費用（新臺幣_____元整）。

一、本人設籍於桃園市，且符合本計畫補助條件：

接受國民健康署補助之子宮頸抹片篩檢（篩檢日期介於 112 年 10 月 1 日至 113 年 12 月 31 日，且結果為非典型鱗狀細胞變異或低度鱗狀細胞變異者（抹片細胞病理診斷為 Atypical squamous cells (ASC-US) ④、Mild dysplasia (CIN1) with koilocytes ⑥ 或 Mild dysplasia (CIN1) without koilocytes ⑦）。

二、本人已充分了解本計畫補助項目，同意接受 HPV DNA 檢測（人類乳突病毒檢測）。

三、本人同意桃園市政府衛生局為公共衛生等相關作業用途，蒐集、處理利用本次檢測之相關資料，且進行篩檢異常個案追蹤或資料分析研究。

身分證正面影本	身分證背面影本
---------	---------

立書人簽名或蓋章：

立書人聯絡電話：

立書人戶籍地址：

中 華 民 國

年

月

日

桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名				生日	民國	年	月	日
身分證字號								
電話				手機				
現居住址:	市 區鄉 里 路 縣 鎮市 村 街 段 巷 弄 號 樓							
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於____年曾受檢, 結果為____性) <input type="checkbox"/> 不清楚							
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於____年曾接種____價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚							

HPV 採檢機構: _____

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國____年____月____日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國____年____月____日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)

檢驗機構: _____ (醫事機構代碼) 檢體編號: _____

檢體收件日期	民國____年____月____日	報告日期	民國____年____月____日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第一聯: 檢驗機構留存聯

桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名		生日	民國 年 月 日
身分證字號			
電話		手機	
現居住址:	市 區鄉 里 路 _____ 縣 _____ 鎮市 _____ 村 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾受檢, 結果為 _____ 性) <input type="checkbox"/> 不清楚		
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾接種 _____ 價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚		

HPV 採檢機構: _____

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)	

檢驗機構: _____ (醫事機構代碼) 檢體編號: _____

檢體收件日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第二聯: 檢驗機構回報採檢機構聯

桃園市政府衛生局人類乳突病毒 (HPV) 檢查單

受檢者基本資料 (受檢婦女填寫)

姓名		生日	民國	年	月	日
身分證字號						
電話			手機			
現居住址:	市 區鄉 里 路 _____ 縣 _____ 鎮市 _____ 村 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓					
過去是否接受過人類乳突病毒 (HPV) 檢測	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾受檢, 結果為 _____ 性) <input type="checkbox"/> 不清楚					
是否曾接種人類乳突病毒 (HPV) 疫苗	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (於 _____ 年曾接種 _____ 價疫苗) <input type="checkbox"/> 不清楚					

HPV 採檢機構: _____

受檢者資格審核	子宮頸抹片檢查結果為 4、6 或 7 (ASCUS 或 LSIL)	<input type="checkbox"/> 符合
	子宮頸抹片篩檢日期: 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 符合
HPV 採檢日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
HPV 採檢人員	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 公衛護理師 (限衛生所勾選)	

檢驗機構: _____ (醫事機構代碼) 檢體編號: _____

檢體收件日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
檢測試劑名稱			
檢測結果	<input type="checkbox"/> 陰性		
	<input type="checkbox"/> 陽性	HPV 型別: (請填寫檢測陽性型別)	

第三聯: 採檢機構繳交衛生局核銷聯