

National Health Insurance

全民健康保險

全民健康保險雙月刊
中華民國九十九年一月號
ISSN: 1026-9592

第83期

【特別報導】

展望未來 健保會更好

穩定健保財務以確保全民就醫無礙

【熱門話題】

掛號1次看更多 慢性病照護更完善

關懷高診次病患 減少醫療浪費





註記器官捐贈意願 健保IC卡讓愛無停止

健保IC卡保障健康，也傳遞愛心！

只要向中華民國器官捐贈協會或財團法人器官捐贈移植登錄中心申請填妥相關表單，即可將個人器官捐贈意願註記於健保IC卡中，讓您的愛心繼續傳遞下去。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
健保用心 讓您安心

全民有健保 看病沒煩惱

諮詢專線：0800-030-598

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

堅持永續經營

回顧過去一年來，不論國內外都發生了許多重大事件，金融海嘯使民眾生活大不易，H1N1全球蔓延造成人心惶惶，台灣更發生了災情慘重的88水災，面對這些難關，我們都以愛與毅力一起攜手走過，健保局也在財務缺口擴大，努力開源節流的情況下，又平順度過一年。

去年我們進行了第6次大規模藥價調查與調整，不但省下100多億費用可以用來提升癌症、肝炎等重症病患的用藥選擇及生活品質，也縮小了健保支付藥價及實際藥價的差距，使我國原廠藥品價格較美、英、德、加拿大、瑞士、日本等世界主要國家便宜許多，這都是努力進行藥價調查及調整的成果。

為追求更有效率、更好的醫療品質，去年9月1日起，將「心臟衰竭」、「慢性肝病及肝硬化」等8類非癌症重症末期病患接受安寧療護納入健保給付，讓這些重症末期病人，有機會獲得身心靈全人的照護，也使台灣的安寧療護照護進入另一個新的里程碑。

去年底開始實施的「多重慢性病整合照護計畫」，更是醫療院所醫療方式的重大變革，健保改變支付方式以鼓勵醫療院所對於有多種慢性疾病的人，尤其是老人家，提供掛一次號同時看各種疾病的完整診療，除可提升醫療品質，也可減少醫療浪費，病人也不用在不同科別間奔波看診，或擔心重複用藥的問題，確保病人的用藥安全。

雖然有句俗話說「年年難過年年過」，但我們相信困難總會過去，未來將會更好，健保改革的腳步將持續邁步前進，追求「好還要更好」的理想，並不會因為任何困難而停歇，面對越來越嚴峻的健保財務困境，我們也會更努力的與民眾進行對話溝通，希望民眾給予更多支持與鼓勵，讓健保這個台灣之寶得以永續經營下去。

近來寒流一波波來襲，提醒您多注意自身、周遭慢性病患或老年人與幼童的健康問題，冬季裡更應做好身體的保養工作，保持正常作息、均衡飲食與適度的運動習慣，就能遠離疾病，為新的一年打下身心健康的良好基礎。



祈祝大家新年如意，虎年行大運。





編輯筆記

01 堅持永續經營

特別報導

04 局長鄭守夏專訪
展望未來 健保會更好

08 穩定健保財務以確保全民就醫無礙

12 揭開健保「藥價黑洞」神秘的面紗

熱門話題

18 掛號1次看更多 慢性病照護更完善

21 關懷高診次病患 減少醫療浪費

24 健保給付安寧療護 提高患者生命尊嚴

國際瞭望

27 出身富豪 小甘畢生以蒼生為念
愛德華·甘迺迪以推動全民健保
為終身志業

知性與感性的邀約

本刊歡迎各界人士惠賜與全民健保相關之常識、新知、心情故事或是具創造性、建設性之稿件。
投稿注意事項：

1. 文稿內容宜淺顯易讀，儘量避免太過專業。
2. 文稿請以中文撰寫，字數2,000字以內，附圖片更佳；引用他人文獻資料者，請註明出處。
3. 來稿如屬譯稿，請附原文影本，並取得原出版公司或著作人同意轉載之證明。
4. 請以打字或有格稿紙橫式書寫，並加註標點。
5. 請註明作者真實姓名、詳細地址、服務機關、身分證字號、聯絡電話。

6. 來稿本刊有權刪改，如不願接受刪改者，請先註明。

7. 來稿刊登與否，恕不退件。

來稿請寄臺北市八德路三段10號11樓，全民健康保險雙月刊編輯委員會收，如經登載即酌付薄酬。

電話：(02) 2578-5078#182

傳真：(02) 2578-2690

E-mail: bonnie1013@ttv.com.tw

Contents



January, 2010 中華民國85年5月1日創刊 中華民國99年1月號

醫藥寶典

30 找出藏鏡人 不再酷酷嗽

健保生活通

33 輕鬆放長假 健康不打烊

34 秋冬保養好 生活沒煩惱

37 遠離現代文明病系列 (六)
告別莫名腰酸背痛

健康上菜

40 米食好煮意

健保好生活

44 全家樂出遊 相伴好去處

46 環保過生活 樂活更健康



全民健康保險雙月刊 訂閱價格：一年六期360元 郵政劃撥帳號：18089434 戶名：中央健康保險局

發行人 ◎鄭守夏
社長 ◎李丞華
編輯顧問 ◎黃三桂 陳孝平
總編輯 ◎姜毓華
編輯委員 ◎王怡人 毛燕明 方志琳 沈茂庭
吳文偉 呂穎悟 李菱菱 李少珍
高資彬 莊倉江 陳明哲 陳煌江
陳稔 陳寶國 游金純 蔡淑鈴
蔡魯 鄧世輝
執行編輯 ◎孫碧雲 宋欣杰
文編 ◎張玉琦 謝玉美 陳淑卿 李政純
美編 ◎許長安 呂佳穎
封面插畫 ◎高智傑
出版機關 ◎中央健康保險局
地址 ◎台北市10634大安區信義路三段140號
電話 ◎02-2706-8864

讀者意見電子信箱<http://www.nhi.gov.tw> (點選【民眾意見信箱】)
客服專線 ◎02-2578-5078#128
企劃採編 ◎台視文化事業股份有限公司
地址 ◎台北市八德路三段10號11樓
電話 ◎02-2578-5078
承製印刷 ◎中華彩色印刷股份有限公司
行政院新聞局出版事業登記證局版台誌字731號
中華郵政北台字5704號執照登記為雜誌交寄
ISSN 1026-9592
GPN 2008500065
著作人 ◎中央健康保險局
著作財產權人 ◎中央健康保險局
【本刊零售地點】政府出版品展售門市
◎國家書店松江門市 台北市松江路209號1樓 02-2518-0207#12
◎五南文化廣場 台中市中山路6號 04-2226-0330
◎本書保留所有著作權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求
著作財產權人中央健康保險局同意或書面授權。

局長鄭守夏專訪

展望未來 健保會更好

整理／吳靜美

全民健保邁入第16個年頭了，十多年來，我們擁有一個讓世界上許多先進國家，包括歐、美、亞洲各國等，都羨慕又佩服的全民健康保險制度，這是台灣人的福氣、也是台灣人的驕傲。新的一年開始，健保局將持續不斷的努力，好還要更好，希望全民健保能守護大家的健康。

地方欠款 不是健保財務短絀的原因

健保財務一直捉襟見肘，但每次一提到健保財務短絀的問題，許多民眾就會把焦點放在地方政府欠繳的保險費上，認為只要催促地方政府還款，就可以解決健保財務問題，所以健保局應更積極向地方政府催討欠款。

事實上，健保局在向地方政府催討欠款上相當積極，各縣市政府也已提出還款計畫。但地方政府欠款，並不是造成健保財務短絀的原因，因為健保局在計算保險收入時，就已將地方政府每年應負擔的健保費列入，地方政府實際上沒繳納所造成的欠款，就會變成健保局帳面上的應收帳

款，若因此造成健保局資金調度困難，健保局會先向銀行借錢週轉，用來支付每月的醫療費用，未來地方政府償還欠款，健保局再還給銀行，而所產生的欠費利息則由地方政府負擔，不會轉嫁到民眾身上。所以，地方政府欠款不是健保財務短絀的原因；當然，也不是地方政府欠款歸還，健保財務就不會有缺口。

只是，政府應該是一體的，政府機關間的欠款、追討不僅影響民眾觀感，也相當耗費行政資源，目前除了持續積極協調、追討過去的欠款之外，衛生署也已提出現有法規修正案，規劃未來政府應負擔的健保費補助款，統一由中央政府支付，如此多年的欠款問題能回歸財務面，也避免中央與地方政府間產生不必要的爭議。

藥價調查 縮小藥價差

藥價差常被誤稱為「藥價黑洞」，其實它就是醫療院所採購藥品時的一種折扣。民眾看病領藥後，醫療院所會向健保局申請費用，而為了方便作業，健保支付的每項藥品，都由健保局訂定統一價格，



▲ 健保局局長鄭守夏

因此，採購藥品時，藥商賣給醫療院所的價格，可能會因醫療院所的議價而低於健保訂定的給付價格，這就是藥價差。

只要是市場自由交易競爭，就一定會有價差產生，國內外都一樣，且藥價差在全民健保實施之前即已存在；正因為有價差，醫院在採購藥品時才會努力殺價，藥品價格也才得以降低。為減少藥價差的問題，過去韓國曾統一以成本價格支付藥品費用，結果造成藥價飆漲；法國則曾嘗試由政府統一購藥，結果易造成藥商一家獨大的情況，是否適用於台灣尚待研議。

為了縮小藥價差，健保局係採用日本的模式，透過市場價格的調查來調整藥價，從85年至今，藥價差已從30%降低到15%，總共調降約300多億元的藥品費用，未來還會繼續努力，使藥價差更為縮小。

藥價調查與調整所節省下來的藥品

費用，都跑到哪兒去了呢？為了讓更多民眾使用更新、更好的藥品，藥價調降的費用，大多用於增加新藥的給付；對於一些已納入健保給付，但過去因健保財務不足、無法全面開放使用的藥品，也得以放寬。例如，癌症標靶治療藥物、化療輔助藥物、B型及C型肝炎用藥、降血脂藥物等，不但讓醫師在開藥時有更多選擇，並減少民眾自費醫療的負擔。此外，近幾年來，慢性病患及重大傷病的人口增加，健保藥物支出費用不斷提高，也是由藥價調整所節省下來的費用支付。

外，近幾年來，慢性病患及重大傷病的人口增加，健保藥物支出費用不斷提高，也是由藥價調整所節省下來的費用支付。

弱勢照護 多管齊下

全民健保自84年開辦以來，民眾藉由自助互助及風險分攤的方式，獲得完整的醫療照護，一般家庭不會因為生病的龐大醫療費用而陷入貧窮，而對於經濟比較弱勢的民眾，全民健保更提供了許多協助。

為減輕經濟弱勢民眾的保費負擔，政府針對低收入戶、身心障礙者、中低收入70歲以上老人及未滿18歲的兒童及少年、未滿20歲及年滿55歲以第6類身分投保的原住民、失業勞工及其眷屬等，分別由各機關依健保法或相關法令規定，提供全部或部分的健保費補助，每年補助金額約153億元，人數約204萬人。

98年6月起，菸品健康福利捐調整所增加的部分收入，可用來補助弱勢民眾原本應自付的保險費，家庭收入為低收入戶1-1.5倍的家庭補助50%、1.5-2倍的家庭補助25%，約有47萬多的民眾可獲得這項幫助，每年補助金額約14億元。

對於經濟狀況尚未達到低收入戶標準，或一時沒有能力繳納健保費的民眾，全民健保也提供紓困貸款、分期付款繳納保費等辦法來幫助他們；如果民眾遇有緊急或嚴重病症必須就醫治療時，只要有村里長開出的清寒證明、或健保特約醫院的認定，即使健保卡已無法使用，仍能以健保身分就醫。

另外，健保局還爭取了財政部公益彩券回饋金每年大約4億元，補助弱勢民眾就醫的部分負擔和健保欠費；也爭取到內政部的「外籍配偶照顧輔導基金」，來補助經濟弱勢民眾外籍配偶設籍前健保費，讓欠費民眾不會因繳不起健保費而無法就醫。

減少醫療浪費 從門診整合做起

隨著年紀增加，我們的身體常會同時罹患多種疾病，例如糖尿病、高血壓、心臟病或失眠等需要醫師專業的診斷與治療。根據健保局統計北部某醫學中心門診，老人家平均每人大概有1.8到3.14種慢性病，平均每人就醫1.65至3.31科，平均每次用藥3.82顆。也就是說，每就診一科拿3.82顆藥，如果看三科，則每天每次

要吃10顆以上的藥，一旦重複藥物，劑量就變高而影響健康。造成這樣的結果，也與醫師專科化有關，患有多種疾病的老人家要掛好幾科門診、領藥、做檢查，不僅多花時間，還要多付掛號費和健保部分負擔，且反而可能因用藥過度，造成對身體的危害。

為了解決這個問題，健保局規劃辦理「多重慢性病整合照護計畫」，鼓勵醫院對於有多種慢性疾病的病人，尤其是老人家，可以掛一次號，就提供病人各種疾病的完整診療，如此不必擔心重複領藥、重複檢查等問題，病人用藥比較安全，醫療品質提升，也減少了醫療浪費。

推動DRGs制度 提高醫療品質與效率

為提升醫療照護的品質與療效，改善過去論量計酬可能發生的醫療浪費，今年1月1日起，將在住院部分陸續推動DRGs（Dignosis Related Groups，診斷關聯群）支付方式，同一類、同病況的患者給予相同的定額支付，避免醫療行為做得越多、給付越多的錯誤期待，希望醫院能因此加強臨床管理，使病患的醫療效率與品質得以提高，醫療資源也能有更合理的分配。

DRGs在國外許多國家已行之有年，台灣也已研究了近10年，目前健保已有50多項論病計酬的支付方式，在這個基礎下逐步推動DRGs，可讓住院更有效率，但重症如惡性腫瘤、精神疾病等則暫不納入，以確保這些病人的醫療服務不受影響。



善用健保資源 全民共同責任

節約健保醫療資源，是您我共同的責任，曾有一項統計發現，每年每人少看1次小病，就能節省至少100億元，驚人的數據並不是要大家不去看病，而是希望全體民眾善用健保醫療資源。我們可以做到的是，聽從醫師指示、拿了藥就好好按時服藥，以免造成更大的問題，例如濫用抗生素產生抗藥性；如果藥物尚未吃完但必須再就醫、或到另一科就診時，務請將藥物帶給醫師看，以免重複開藥或造成浪費。

讓政府及全民一起來，為全民健保的醫療資源把關，讓健保能夠永續經營，使全民能夠享受更高品質的醫療照護，保障大家的健康。

展望未來 好還要更好

過去15年，台灣的全民健保是許多先進國家羨慕和觀摩學習的對象，東歐、東南亞各國，韓國、印尼等國都曾派員前來學習，歐美各國官員來台，也都要求把到健保局觀摩列為行程之一；美國公共電視票選出5個實施健保值得學習的國家，台灣得到的滿意度很高。但未來的15年是否仍如此？因為大家都一直在改革、在進步，如果我們不再進步，停滯不前，不進則退的結果，我們所引以為傲的全民健保，終將可能會跟不上世界發展的腳步，甚至被自己的問題打敗。

未來的全民健保，首先最重要的，就是改善財務失衡、入不敷出的問題。和其他國家一樣，我們也面臨了醫療費用快速成長造成的健保財務問題，人口老化、慢性病增加，醫療費用快速成長，使得健保政策必須經常檢討與修正，像是保費負擔的公平性、保費的計算基礎、負擔比率的合理性等等問題都需要改革，如能獲得民眾的認同進行檢討與改革，健保才能永續經營下去。

健保局改制 永續經營

今年1月1日起，健保局將改制為行政機關，對健保局來說，這是一個重大的轉變，各項改制工作對全體同仁都是極大的挑戰，但健保相關事務運作、就醫民眾的各項權益，都不會受到影響，順利改制後，健保事務的推動會更有效率、更順暢，讓我們跟大家一起為全民的健康繼續努力。



穩定健保財務 以確保全民就醫無礙

文／楊志良（行政院衛生署署長）

節錄自健保局網站「署長開講 穩定健保財務以確保全民就醫無礙」

台灣的健保有個奇特現象，國際給予極高評價，但國人卻多所批評。美國廣播公司新聞網曾以「健康烏托邦」為題報導台灣健保制度，德國「南德日報」曾針對健保IC卡刊登「台灣是德國榜樣」專文，甚至於諾貝爾獎得主經濟學家保羅克魯曼也稱許台灣健保是全世界最好的制度，不論美國、歐洲、韓國等，只要我們的學者受邀到國外談台灣健保制度，總是被奉為座上賓，我們的健保提供全民綜合性的醫療照護甚至連費用成長控制都做得非常好，民眾就醫無礙。但是在國內，卻常常被批評財務嚴重虧損、品質不佳、醫療浪費。國內外的認知產生非常大的差距。這麼大的認知差距原因何在？

醫療支出，台灣遠低於其他國家

我的觀察是，醫療浪費與其他國家相同必然存在仍需努力節制，效率也還可以再提升，但更主要的原因是，我們衛生署與健保局沒有跟民眾好好報告，沒有說清楚，民眾無法得到足夠的資訊。例如，台灣總體的醫療支出只占GDP6.1%，這還包括所有公共衛生預算，而OECD國家多為8-15%甚至17%。從絕對的金額來



行政院衛生署署長楊志良

看，OECD國家每人每年的醫藥衛生費用約3,000-7,000美金，台灣則每人每年只有1,000美金。健保為什麼虧損？這跟健保的經營不必然完全相關。

如果每個人每月只付1元保費，健保當然會嚴重虧損，如果每個人每月繳1萬塊錢，健保當然會賺錢，很多人不明白，以為健保虧損就表示我們做得不好，美國很多私人保險的CEO，年薪高達百萬美金，



因為他們保費太貴，4口之家，每個月平均要繳1,500美金，很多人1個家庭1年的保費高達1萬美金，而且還得繳很高的部份負擔。

全民健保效率高 行政費用低

以效率來說，我們健保的行政費用只占有健保醫療費用的1.7%，那是因為工作人員很努力，加上資訊系統也很不錯，壓低了行政費用。美國老人健保(Medicare)行政費用為7.3%，很多私人保險則超過20%，也就是100元的醫療費用當中有20元用於行政費用。荷蘭4.0%、韓國3.6%、加拿大則約2.7%，可見我們的行政績效算是非常好。

之前，許多人不斷批評健保局的4.6個月年終獎金，其實費協會或監理會的委員以及立委都知道，健保局員工拿4.6個月(目前降為3.8個月)，他們一點也沒有占到便宜，那是因為他們無法像公務人員可以領月退。更且，健保行政費用及年終獎金是公務預算，是從2%（行政費用）拿出來的，跟保費、民眾就醫沒有關係，可是，很可惜，衛生署與健保局沒有說清楚，造成民眾與媒體錯誤認知。

健保自助互助精神 大家都受益

沒有說清楚的還有，許多先進國家，稅都比我們還高。我們的稅只占GDP的14%，美國、韓國、日本約為26%，100元所得平均繳26元；法國、德國、英國、瑞典則繳40-50元，他們還得另外繳保險費，這些都是民主國家，為什麼他們不減

稅？因為他們繳了稅就不必儲蓄了，拿到薪水就花掉。日本的稅也比我們重，美國也比我們重，加拿大又比美國重，可是我們很多人喜歡移民去當美國人、加拿大人，因為他們繳了稅就有許多保障，用社會儲蓄代替個人儲蓄，大家互相幫助，別人過得不好，你大概也不會過得太好。但我們政府因為稅收不足，就很難拿更多錢支助全民健保而要依賴收保費。

但，我們許多人以為放在口袋才是錢，不願意多拿出錢繳保費。我舉個例子，受雇者繳3元，雇主6元，政府1元，也就是說，你只要出3元就可享有10元的保障，出30元就可以享有100元的保障，但如果買私人保險，沒有人幫你付保險費。但為什麼不願意掏錢出來？因為有人出3元，得10元的保障，可是他連3元的醫療都沒有使用到，他認為可惜，但遲早有一天，也會用到比10元多很多的醫療，今天您幫別人，明天別人幫您，這是保險的原理。

醫界自主自律 衛生署合法監督

我們的醫院究竟是否暴利而不顧民



生？目前他們也許還過得去，但大家知道不論公私立醫院已經有許多醫院遇缺不補，護理人員不足，國外藥廠也紛紛撤資，藥商對台灣的市場也漸漸失去興趣，醫院不太願意做健保項目，紛紛去做整形、美容、高價健檢，情勢已經很清楚。

另一方面，醫療為高度專業，一向享有社會尊榮，因此社會期望醫事團體能專業自主自律，以人民健康為己任，然若干思維值得商榷，例如近年有相關重要協會倡議降低醫院設置人力標準，此必然降低醫療品質，匪夷所思。訴求的應是為維持或提升水準，而請求各界投入較多資源於衛生醫療。至於任何行業都有的少數不肖醫界人士，醫界更應發揮自律與自主管理，衛生署和健保局也應合理合法的監督。



▲ 一個老人的醫療費用是一般人的3.3倍。

老年人口與重大傷病人數不斷增加

過去10年，台灣老年人數增加了33.7%，1996年我們有169萬老人，2006年則有226萬人。1個老人用掉一般人醫療費用的3.3倍，重大傷病人數也不斷攀升，健保開辦初期約只占總人口的1.5%，現在已經高達3.1%，占了醫療費用的27.1%。

此外，健保給付的新藥藥品也增加了607項，高達330億元。如果以就醫可近性來說，台灣更是優於其他先進國家。例如英國，預約掛號要等3個星期，住院需要等8個月，這使得有錢人紛紛去買私人保險，加拿大也如此。

我們的健保制度屬於中間偏左，保險本來就該這樣，要照顧比較基層的人。又健康照護產業，這屬於人力密集、專業密集，絕對比投資DRAM可僱用更多的人力，嘉惠更多民眾，目前政府已將照護產業列入當前產業發展的重點，應進一步加速發展。

以社會儲蓄代替個人儲蓄

一個成熟的社會，應該要以社會儲蓄代替個人儲蓄，因為有些人沒有能力儲蓄，其次，有時候儲蓄會失敗。第三，富人的個人儲蓄的錢隨時可以離開台灣，如果改為社會保障，錢在台灣不會移出，就像打飛彈的時候我們靠公保、勞保基金穩定金融，所以聰明的國人應該要要求提社會儲蓄，就像國民年金，有些人掏錢就很痛，其實總體而言是賺到了。所有的保障



都是錢，問題是，你要拿到多些現金還是有個制度來保障，如果是現金，那就隨人顧性命，有錢人高享受，窮人缺乏照顧，還是說你願意拿一部分的錢，透過大家互相幫助的機制，達到更長遠、穩固的保障。

健保是台灣之寶 需要國人共同支持

健保改變了什麼，很少人知道因為我們有健保，我們的嬰幼兒死亡率比美國還低，更少人知道我們的孕產婦死亡率比美國還低，美國的小兒科與婦產科醫療水準比我們高，可是總體而言，我們婦女生小孩比在美國生產還安全，原因是，我們婦女因有健保，甚至連產前檢查及生育都不需要部分負擔，美國有4、5千萬人沒有保險，懷孕連產前檢查的錢都拿不出來更不用說生產。台灣每年新生兒約19萬，但1年內因為生產死亡的只有個位數（包括流產），我們今天過馬路1天要死掉8個人，所以，希望各位婦女同胞多生小孩，因為有健保，但是過馬路務必小心。

健保真的是台灣之寶，但現在有很多人繳不起健保費，這是我下一步要做的，會很困難，需要社會大眾支持。我舉個例子，有些獨居老太太或老夫妻，有棟房子值500萬，不是豪宅，在鄉下可能是棟舊的透天厝，她現在從事資源回收，雖然她有500萬的財產，她有資產，達不到低收入標準，但是她沒有什麼現金收入，假設她不繳健保費，行政執行處拍賣掉她的房子，她該怎麼辦？有塊3分地的老農也

是如此。

健保財務岌岌可危，愈來愈多有錢人不看健保，去買私人保險，私人保險成長率每年成長20-30%，這表示愈來愈多人認為健保不夠，結果是，愈來愈多人買私人保險，他們就不需要全民健保，我非常非常擔心，如果我們不做重大的改革，10年內，健保會完蛋。

當然，健保浪費也需處理，例如我們看病看太多，這是誰的不對？民眾沒有錯，醫院醫師沒有錯，這是制度的錯，因為老人身上有很多病，1次得掛5、6科，花很多掛號費，花很多部分負擔，那為什麼那些病不能只讓1個醫生看，假設1個人有高血壓，去看心血管科，但膝蓋有點小毛病，卻必須另掛骨科，如果可以一起看，既可省掛號費還能省時間，制度上為什麼不設計成同時看多科，給1.5或兩倍的診察費？這是制度有問題，家醫科的制度沒有落實，這是制度不對，沒有創造對的環境，醫學教育、醫院的訓練不夠，而不能怪民眾看太多病。

我們很清楚，健保的穩固對台灣的幫助太大了，這次88水災，這麼大的災難，沒有任何災民擔心無法看病沒有錢，醫療院所也很願意到第一線幫忙，因為他們知道，最後健保會付錢，所以沒有人罵醫療，如果今天沒有健保，絕對不是這樣的局面，災民會更加辛苦，社會會更加不安。

我在這裡呼籲，健保改革需要全體國人共同支持，讓台灣之寶能持續走下去，給國人真正的保障。



揭開健保「藥價黑洞」 神秘的面紗

健保局每當有財務改革方案提出時，外界往往會提出「藥價黑洞」的質疑，到底事實為何？

文／黃肇明(中央健康保險局醫審暨藥材小組副主任)

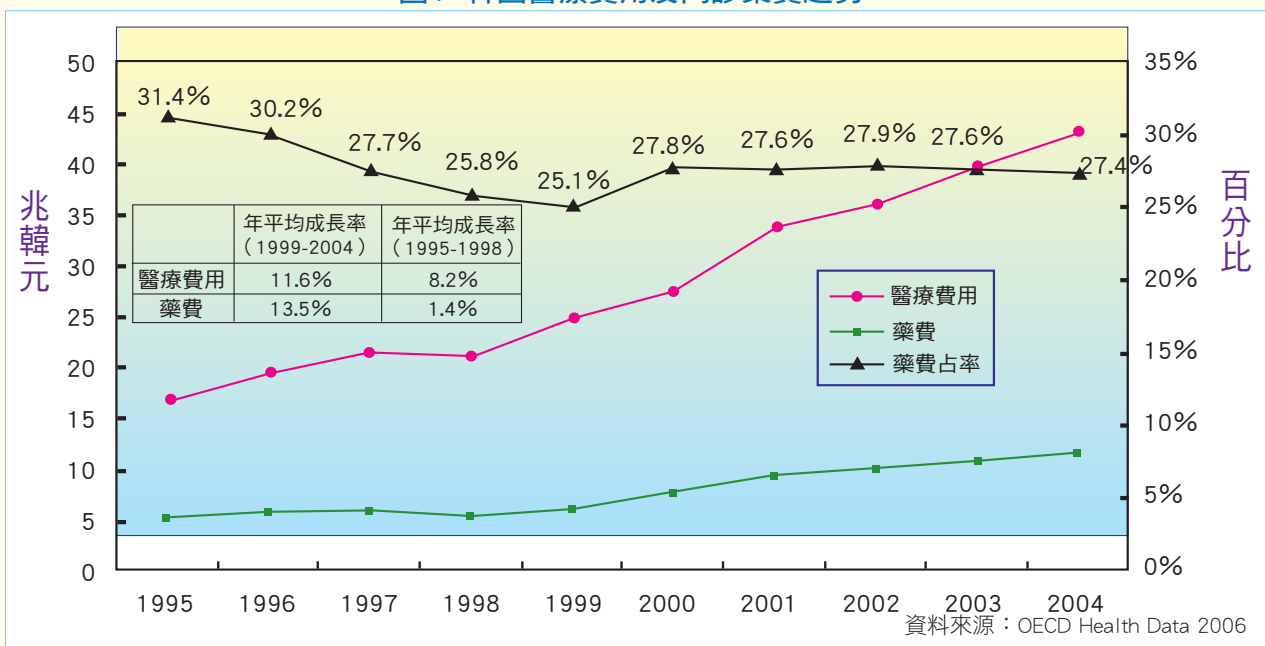
外界所謂之「藥價黑洞」是什麼？其實就是「藥價差」，指健保局支付醫療院所的藥價，和醫療院所實際採購藥品價格的差距。目前外界用「藥價黑洞」一詞來比喻藥價差，藥品支付不免讓人有浮濫浪費之印象。

從藥價差表面看起來，某一藥品，醫療院所採購7元，健保支付價10元，健保若依採購價支付，就可以省3元，看似簡單的算術問題，但真可讓健保省錢嗎？試想，若藥品支付制度設計成醫療院所買7元，健保付7元；買8元，健保付8元；買10元，健保付10元，試問

如果你是醫療院所的經營者，你會努力議價去買7元嗎？最後大家可能購買的價格都是10元，結果有省到錢嗎？

以鄰近韓國為例，韓國於1977年實施藥價基準，以公告之藥價支付醫療院所，此方法與現行台灣健保藥品支付方式一樣，1999年11月改以實際交易價格支付，結果醫療院所的藥品採購價平均約為上限價的99.56%，除此之外，該制度實施前之藥費支出年平均成長率僅1.4%，實施之後藥費支出年平均成長率卻高達13.5%。所以韓國改以購買價支付，藥費支出

圖1 韓國醫療費用及門診藥費趨勢





反而大幅增加，韓國的經驗，我們應該引以為鑑，該制度之實施，大家應該很清楚誰是獲利者。

現行我國全民健保藥品支付之設計，就是提供醫療院所努力議價之誘因，健保局再定期進行藥價調查，取得全國之市場交易價格，並依據調查的結果，將醫療院所努力議價的成果，反映調降藥品支付價格。所以，「有藥價差」並非代表多花錢，也不代表是「浮濫浪費」，「無藥價差」並不能代表可以少花錢（韓國即一明顯例子），而實際上「藥價差」反而是有效促使藥價下降之動力。

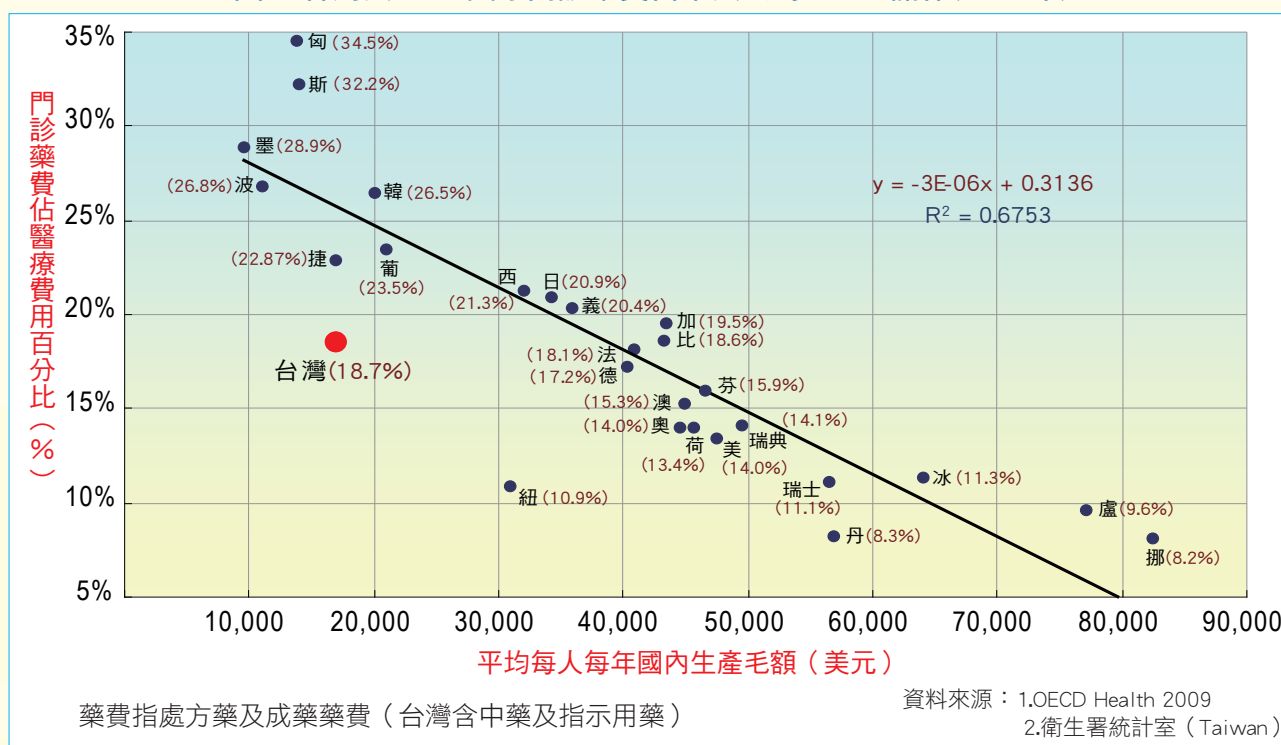
我國藥費支出較國際趨勢低

一般而言，藥費可分為門診及住院兩大部分。台灣藥品費用占總醫療費用比率(以下簡稱藥費占率)25%，其中藥品費用係包括門診及住院之藥費，但是根據經濟合作暨發展組織(Organisation for Economic Co-operation and

Development，簡稱經合組織(OECD))統計資料，歐、美、日藥費占率中藥品費用僅為門診藥費，台灣藥費占率若依經合組織之定義，2007年藥費占率僅為18.7%；另藥費占率係藥費占醫療費用之比率，醫療費用包含藥費、診察費、手術治療等費用，藥費屬貿易財，於世界各國之價格雖有差異，但差距有限；但診察費、手術治療等技術性費用，與平均每人每年國內生產毛額(以下簡稱人均GDP)之高低卻有很密切關係，即人均GDP越高之國家，其診察費、手術治療費等技術費用相對藥品費用之比率較大，是以藥費占率自然較低。

根據經合組織OECD Health Data 2009之資料進行2007年藥費占率與人均GDP之迴歸分析發現，藥費占率與人均GDP呈負相關，日本及韓國之藥費占率分別為20.4%及26.5%，均高於台灣之18.7%，且以人均GDP校正後，亦高於國際平均趨勢，而我國藥費占率則遠低於國際趨勢。另由每人每年門診藥費支出比較顯示，

圖2 台灣與OECD國家門診藥費占率與人均GDP之關係(2007年)



2007年美國為871美元，加拿大為725美元，法國為719美元，日本為539美元，澳洲為456美元，韓國為318美元，皆遠高於台灣之191美元，台灣僅較波蘭及墨西哥兩國高，較美國等24個國家低。由上顯示，相較於世界各國，台灣的藥費支出，實際上較國際趨勢為低。

我國健保藥價平均較各國便宜

全民健保藥品之定價，其實分為兩部份，

第一部份指健保尚未收載給付藥品之收載及核價，另一部份指藥品經收載核價後，定期仍須依藥價調查之資料，依一定公式計算調降藥價，而有關全民健保藥品價格之核定及調整，皆須依「全民健康保險藥價基準」辦理。

健保尚未收載給付藥品之核價，分為新藥及學名藥核價，新藥係由醫藥專家組成之藥事小組核定，核定新藥一定會比對10國(英國、德國、日本、瑞士、美國、比利時、澳洲、

圖3 台灣與OECD國家每人每年門診藥費之比較(2007年)

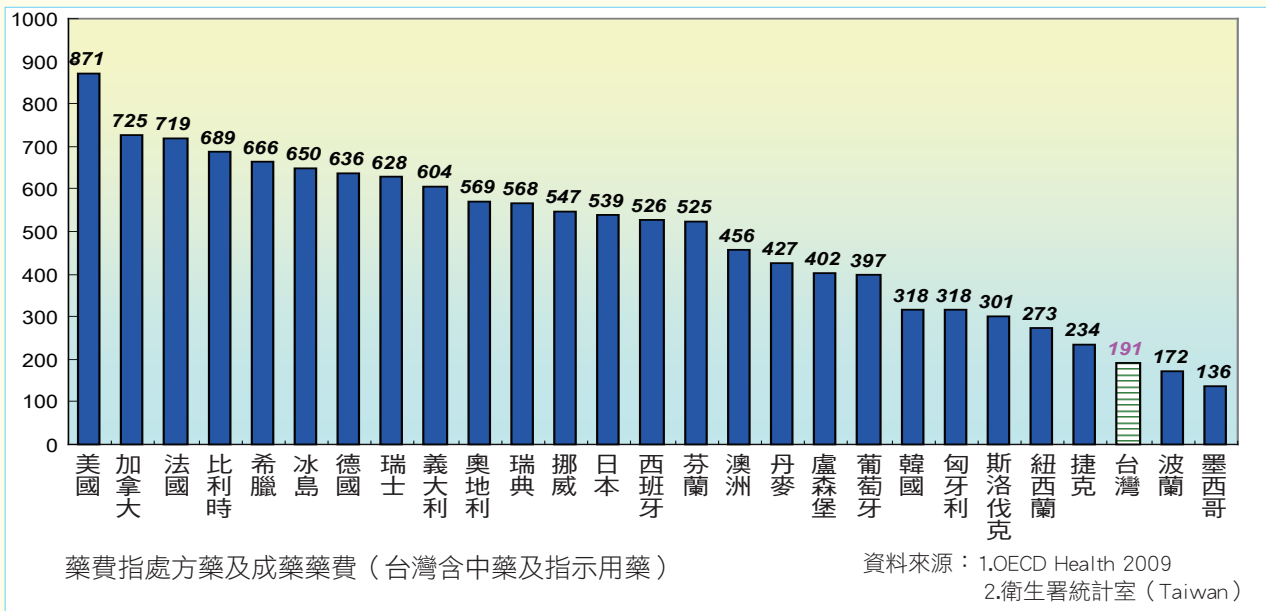
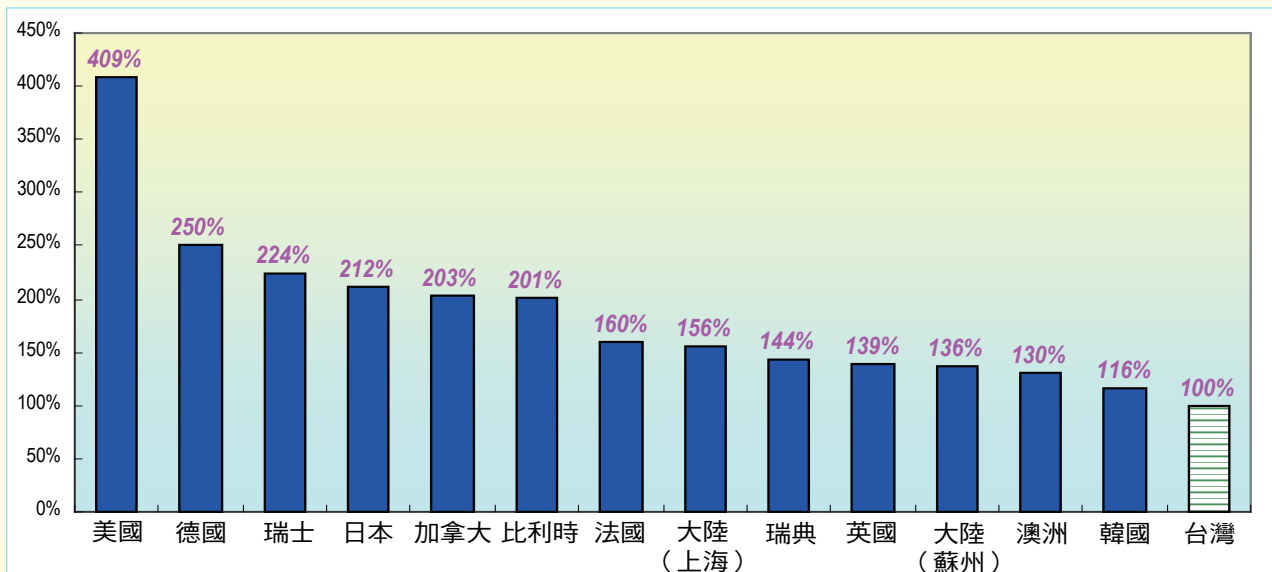


圖4 健保使用量前20名原廠藥品與國際藥價比較



說明：健保藥價為2009年10月1日新生效之藥價。



法國、瑞典、加拿大)之國際藥價及類似品之健保價格(如糖尿病就會選取同類糖尿病藥品做為比對品)，並依據「國際藥價」、「藥價比例法」及「療程劑量比例法」等方法核定新藥藥價，當然若屬突破性新藥(Breakthrough Drugs)，原則係尊重國際藥價。至於學名藥則參考原廠藥價之一定比率及同成分規格最低價核定，且所有核定之品項及藥價，皆公布於健保局之網際網路，使藥價更透明。至於藥品收載給付後，依相關法規，直接販售藥品給醫療院所之藥商應定期向健保局申報交易資料，健保局再依該交易資料，定期依一定公式計算新藥價。

根據健保2008年使用金額前20名之原廠藥品，以2009年健保及主要國家藥價比較發現，其他主要國家藥價平均皆比我國健保藥價高，美國高出309%、德國高出150%、瑞士高出124%、日本高出112%、加拿大高出103%、比利時高出101%、法國高出60%、大陸上海醫保高出56%、瑞典高出44%、英國高出39%、大陸蘇州高出36%，甚至連全面實施

藥品差額負擔之澳洲，亦高出台灣30%，另鄰近韓國亦高出16%。由此可見，我國健保藥價比起韓國、大陸、澳洲及其他各國，相對便宜許多。

錢花在哪裡？

1999年到2008年10年間健保藥費由803億元，成長至1,251億元，成長了56%(年平均成長為5.05%)，但其中重大傷病由110億元，成長至330億元，成長了約200%，門診慢性病亦由334億元成長至620億元，成長了86%，反而其他非重大傷病或門診慢性病案件，則由359億元下降至301億元，呈現負成長，除此之外，重大傷病及門診慢性病藥費占率，由1999年之55%上升至2008年之76%，也就是說藥費每花100元，其中76元係用於重大傷病及門診慢性病。

將藥品依藥理及主要治療疾病類型予以分類，藥費成長主要集中在13類之藥品，其成長貢獻度達91.3%。重大傷病中有癌症用藥、罕見疾病用藥、移植抗排斥藥、血友病之凝血因

圖5 健保藥費花在哪裡？以1999年至2008年10年比較分析

	1999年藥費 (億元)	2008年藥費 (億元)	年化成長率	成長貢獻度	藥品分類名稱	88年藥費 金額 (百萬)	97年藥費 金額 (百萬)	成長率	年化成長率	成長貢獻度	
重大傷病	110.21	330.12	12.96%	49.1%	抗癌藥品	1,768	9,753	452%	20.90%	17.9%	
					免疫調節劑(移植抗排斥)	806	3,556	341%	17.94%	6.2%	
					罕見疾病用藥	69	1,440	1989%	40.17%	3.1%	
門診慢性病	334.02	619.68	7.11%	63.8%	凝血製劑(血友病)	750	2,347	213%	13.51%	3.6%	
					抗精神病藥	1,252	3,687	194%	12.75%	5.5%	
其他	359.12	301.30	-1.93%	-12.9%	高血壓藥品	10,252	19,465	90%	7.38%	20.6%	
					糖尿病用藥	2,236	7,240	224%	13.95%	11.2%	
					降血脂用藥	1,370	5,587	308%	16.91%	9.5%	
合計	803.35	1,251.10	5.05%	100.0%	治療骨鬆用藥	292	1,100	277%	15.88%	1.8%	
					抗血栓製劑	1,063	2,708	155%	10.95%	3.7%	
					抗癲癇症藥品	576	1,884	227%	14.07%	2.9%	
					抗憂鬱劑	1,025	2,455	139%	10.19%	3.2%	
					安眠及鎮靜劑	473	1,469	211%	13.42%	2.2%	
						62,692					

55.7%
91.3%

子及精神病用藥等5類；癌症用藥藥費由1999年之17.68億元，成長至2008年之97.53億元，成長率高達452%，其中癌症病人由17萬人增加至35萬人，且癌症標靶藥物健保自2002年開始收載，至2008年費用已高達33.5億元，占癌症藥費之1/3；罕見疾病用藥由7,000萬元成長至14.4億元，成長率高達19.89倍，移植抗排斥藥由8.06億元成長至35.56億元，成長率高達341%，血友病之凝血因子由7.5億元成長至23.47億元，成長率高達213%，精神病用藥由12.52億元成長至36.87億元，成長率高達194%；這5類重大傷病藥費成長貢獻度合計達36.2%。

另慢性病中有三高藥物（高血壓、高血糖、高血脂）、抗血栓用藥、骨質疏鬆藥物、癲癇用藥、抗憂鬱劑及安眠鎮靜劑等9類；高血壓藥品由1999年之102.52億元，成長至2008年之194.65億元，成長率達90%，糖尿病用藥由22.36億元成長至72.4億元，成長率高達224%，高血脂用藥由13.7億元成長至55.87

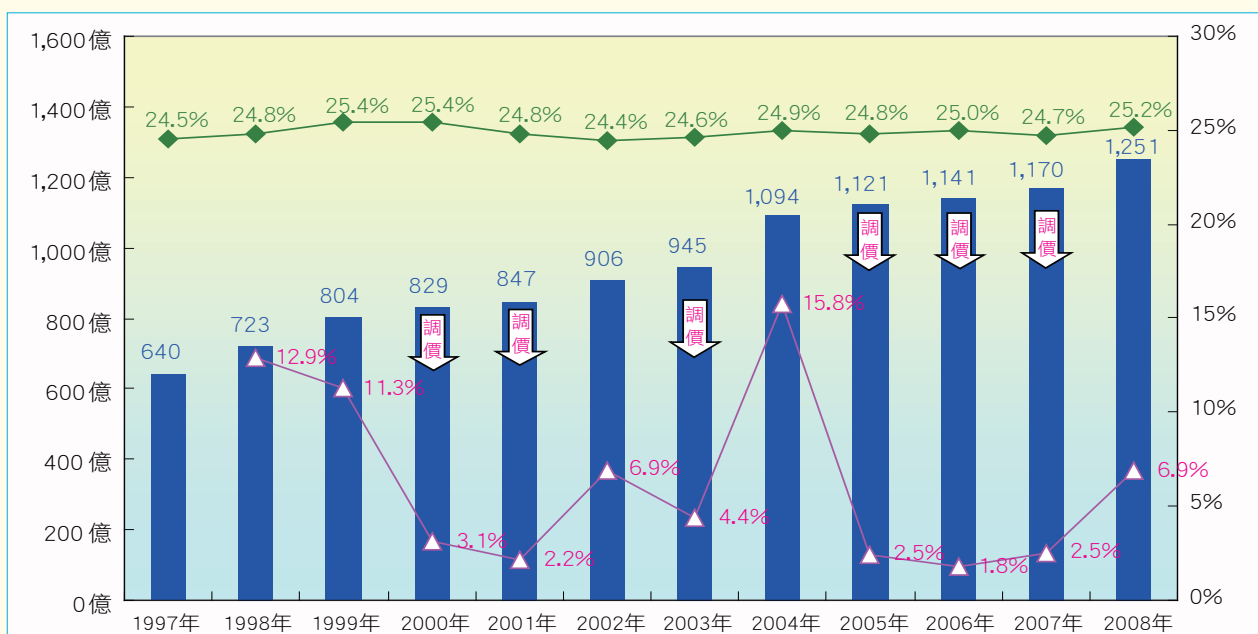
億元，成長率高達308%，這三高藥品之藥費成長貢獻度合計達41.3%；抗血栓用藥由10.63億元成長至27.08億元，成長率高達155%，骨質疏鬆藥物由2.92億元成長至11億元，成長率高達277%，癲癇用藥由5.76億元成長至18.84億元，成長率高達227%，抗憂鬱劑由10.25億元成長至24.55億元，成長率高達139%，安眠鎮靜劑由4.73億元成長至14.69億元，成長率高達211%。

由以上分析可發現，藥費有四分之三花在重大傷病及慢性病病人，且藥費之成長，亦因重大傷病及慢性病藥費成長所致，但對這群重大傷病及慢性病病人之照顧，不就是全民健康保險存在的價值與目的嗎？

健保藥價調整，減緩藥費成長，回饋民眾嘉惠病患

全民健保藥品支付之設計，讓醫療院所努力議價，健保局再定期進行藥價調查，將醫療院所壓低的藥價，反應調降藥品支付價格，這

圖6 健保歷年藥費成長趨勢(1997年至2008年)





樣的制度對民眾有什麼好處？

首先，由於國內人口老化迅速、平均餘命增加，因此慢性病及重大傷病人數大幅增加，且慢性病及重大傷病藥費，占總藥費之四分之三，故藥費之成長顯係必然。由1997年至2008年全民健保藥費支出趨勢顯示，實施藥價調降當年，藥費成長率（1.8%-4.4%）較無實施藥價調降（6.9%-15.8%）低許多，可見健保藥價調整，可減緩藥費成長。

其次，隨著科技進步，新藥不斷被研發出來，民眾要得到更好的健康照護，新藥的使用是必要的。健保自1999年至2008年10年間，共收載給付528項新藥，平均每年約50項新藥，像癌症標靶藥物，已收載11種成分，2008年藥費已高達33.48億元，另外像老年癱瘓症藥物、多重器官衰竭之重度敗血症藥物、罕見疾病藥物如肺動脈高壓、黏多醣症及龐貝氏症等、BC肝抗病毒藥物、新一代精神疾病、抗生素、糖尿病、高血壓、高血脂及骨質疏鬆等藥物。這528項新藥於2008年之藥費高達306億元，對藥費之成長，有一定之影響，所以健保藥價調整，可提供新藥收載之財源，提升民眾對新藥之可近性。

第三，對實證醫學證明有效但因財務考量限縮給付規定之藥品，給予放寬給付規定或延長給付時間等，增加對民眾健康的照護。以2008年來看，共計放寬癌症、抗生素、注意力不全過動症等約20項給付規定；2009年10月1日生效之第6次年度藥價調整，更配套放寬癌症標靶治療藥物、部分癌症化學輔助療法的藥物，以及放寬B、C肝用藥給付規定，以抽血檢查病毒量取代肝穿刺、延長給付時間，患者可接受更完整的治療，減少罹患肝硬化或肝癌，提高病人的存活率，除此之外，也會放寬降血脂藥物的給付規定，使高血脂症之治療標準與國際相同，讓更多高血脂病人能得到適

當的治療，減少未來心血管疾病的罹患率及死亡率。

第四，健保藥價調整，可提供用藥品質提升之財源。例如為讓藥品品質加速提升與國際水準同步，對藥品製造時使用有一定品質以上的原料藥，製藥過程符合國際公認的藥品優良製造規範（PIC/S GMP）、或通過歐美核准上市並具有便民包裝的藥品，這些均表示其品質良好，並根據97年底「藥品政策全國會議」中「同成分同品質同藥價」的共識處理，如此不但可提升民眾用藥品質，也可使國內藥業在國際上更有競爭力。此外，為提升兒童用藥品質，鼓勵藥廠生產可提高孩童服藥方便性及順從性的原瓶口服液劑，未來將再逐步取消以大包裝分裝藥品的給付，以減少磨粉及分包時造成的污染及給藥失誤。

最後，健保藥價調整，亦可做為提供其他醫療品質提升之財源。以第5次年度藥價調整為例，醫院總額部門調高門診及住院診察費、住院會診費、一般病床及經濟病床之病房費與護理費、門診及住院藥事服務費等項目，其中又以耗用人力資源較高之住院基本診療項目為主，以提升照護品質。

總結

「藥價差」並非「藥價黑洞」，「藥價差」提供醫療院所努力議價之誘因，健保局才得以定期調降藥品支付價格，使得我國健保藥價平均較各國便宜許多，藥費支出亦較國際趨勢低，而且定期藥價調降，除可減緩國內因人口老化迅速、平均餘命增加，致慢性病及重大傷病藥費增加之壓力外，還可用來增加新藥新科技之給付、放寬藥品給付規定及提升民眾用藥品質等，使保險對象所繳的保費，發揮最大之效益。





掛號1次看更多 慢性病照護更完善

健保局從去年底開始推動「多重慢性病整合照護計畫」，鼓勵醫療院所提供多重慢性病人更適切、有效率的整合性醫療與照護。

文／吳靜美
諮詢／張溫溫（中央健康保險局醫務管理處科長）

剛從醫院回來，林伯伯把帶回來的
一大包藥放在櫃子上，和其他很多包各式各樣的藥物放在一起，有吃攝護腺肥大的、高血壓的、痛風的、膝蓋無力的…明天又到了甲狀腺問題回診的日子，林伯伯不禁皺皺眉。

雖然出門走走也不錯，但明天那家醫院比較遠，來回加上候診就得花上大半天的時間，今天已經麻煩兒子一天了，明天又要讓工作忙碌的年輕人再帶自己上醫院，再說，每天吃這

麼多藥，不但很煩，甚至自己有時都分不清飯前的藥吃了沒有、飯後的藥有沒有少吃一顆，還有上次還沒吃完剩下的要不要繼續吃……。

另一位張先生，因為有不少慢性疾病，在好幾科就診，所以飯前、飯中、飯後都得吃藥；有一天在工作中昏倒送醫，才發現是吃了太多藥，有些藥物重複，藥效過強……。

慢性疾病是醫療支出大宗

台灣逐漸步入老年化社會，以97年為例，65歲以上老人約占10.4%，約200多萬人，老年化之後容易產生慢性疾病，年紀越大，身體功能下降，慢性疾病就越多、越嚴重。張科長指出，以97年的資料來看，患有兩種系統以上疾病（例如呼吸系統、肝膽系統或循環系統等）的患者，共有400多萬人，根據美國的統計，40%以上的成年慢性疾病，占了醫療支出的80%，是醫療支出的大宗。

在目前各醫院專科分科越來越細的情



▲多重慢性病人容易忘記吃藥或服藥過量。



況下，慢性病患常需在不同科別間到處奔波、等候，還有許多人有病痛但不知該看哪一科，一天到晚跑醫院，花錢花時間，還要吃一大堆藥，真不知是在治病還是受罪。

張科長指出，根據健保局統計，以北部某醫學中心為例，老年人平均每人罹患的慢性病種類為1.8-3.14種，平均每人就醫科別為1.65-3.31科，平均每人每次用藥品項數為3.82顆。換句話說，這些就診次數較高的多重慢性病人，每就診一科，平均就得服用3.82顆藥，若平均就醫3科，每天每次就必須服藥10顆以上。

此外，傳統次專科化的醫療服務，造成老年人疾病越來越多，使得看診科別也愈多，醫療花費越來越高，往返醫療院所的時間增加，卻不一定更健康。片斷式的醫療不但不符合全人照護的理想，加上老年人的疾病表現不但複雜，且常與社會、心理等問題互相影響，除了醫療之外，還要有多元的醫療照護。

因此目前各國都已開始推動全人照護的計畫，如果醫院能積極一點，提供整合性的照護方式，對患者的用藥安全與照護品質，會有更大的保障。

多重慢性病整合照護計畫

在此一理念下，健保局從98年12月1日起，推動「多重慢性病整合照護計畫」，用開放模式，鼓勵各醫院依該院患者的就醫型態，提出各醫院的整合照護計畫，透過專業合作，提供多重慢性病人適切、有效率、品質良好的醫療服務，避免重複、不當的治療用藥或處置，影響患者

安全。

張科長解釋，目前1年約有1,300多萬人在醫院就醫，如果某患者1年就醫次數中，有一半以上在甲醫院，即屬於甲醫院的「忠誠病人」，其中醫療次數高、患有多重疾病的患者，選出前4分位中至少70%的人，將其納入整合性照護服務對象，或許患者原本在不同的3個科別看診，醫院整合後說不定會發現，3種疾病在同一科或同一門診即可治療。

她說，統計分析發現，就診次數越多的患者，也往往是忠誠度較高的患者，以某醫院為例，1年就診28-140次的患者共有4,800人，其中4,400人為忠誠病人，占了90%；其中第一分位的患者只占1.3%，醫療費用卻高達15.5%，所以管理一小群人，就等於管理了一大塊的醫療費用。健保分析發現，從97年1月至98年6月，醫院前4分位的忠誠病人約有92萬人，占全部醫療人數的6.63%，所花費的醫療費用為594億元，占門診醫療費用的23.22%，所以照顧了6.63%的人，即管理了23.22%的費用。



▲ 整合性照護門診由各科醫師針對病況複雜的患者，進行周全性評估。



各醫院推整合門診

張科長表示，在多重慢性病整合照護計畫之下，多重慢性疾病的患者，可以得到以病人為中心的整合性照護，目前已有許多醫院開辦整合性照護門診，繳一次掛號費及部分負擔，就可同時擁有多科共同的診療服務，也避免重複用藥、減少在多科間就診奔波與等候的時間。

例如台北榮總，從95年4月起，開設「高齡醫學整合門診」，由內科、家醫、神經、精神、復健及老年醫學等專科醫師共同看診，藉由跨領域模式，提供患者整體性的評估及醫療照護建議，待病況穩定，再轉到家醫科門診持續追蹤治療。從95年4月到98年5月，北榮的「高齡醫學整合門診」共已服務4,795人次，主要是老年症候群及多重用藥的高齡患者；統計從96年7月起接受追蹤的140名患者，在接受高齡醫學整合門診治療後，就診次數從5.7次降到4.0次，長期口服藥物數量由4.8顆降到3.4顆，均有顯著改善，患者及家屬的滿意度更高達9成以上。

台北市立聯合醫院也有高齡整合門診，例如仁愛院區從98年4月1日起，增設高齡長青整合門診，由老年專科、心臟、精神、神經、甚至中醫等共13科的醫師，及社工師、職能治療師等多個領域的專家共同參與，提供整合性評估及醫療照護；而陽明院區，也在98年5月，成立跨科別的老年醫學整合門診，由各科醫師，針對具有複雜病況與照護需要的患者，進行周全性評估，最後再由老年醫學科專科醫師進行治療計畫安排，讓患者可以在單次就



▲ 整合性照護計畫不會限制民眾就醫的醫療院所。

診下，掛一次號，就得到相關檢查、治療與處置。當然，不同醫院有不同的做法，未來或許可以整合出一個最好、最適合國人的整合治療模式。

民眾就醫方式不變

這個整合照護計畫，民眾不需要登記或簽署同意文件，也不限制民眾就醫的醫療院所，因此民眾就醫不會受到任何限制。不過由醫師照護方式的改變，或許可改變患者的就醫習慣，由固定就醫率有否改變，即可監測病人跨院或跨層級流動的情形。而為了鼓勵醫院推動慢性病整合性照護，健保局也提供獎勵，做為管理照護的費用，但分階段給付，且依執行成效決定給付比率。

「多重慢性病整合照護計畫」是一個中長期計畫，逐年分階段實施。第一期為98-99年底的試辦期，重點在於各醫院內或整合團隊對忠誠病人提供整合照護，99年12月間會先提出初期成果，再據以檢討修正；第二期為推廣期，重點在於跨院間的整合照護；第三期為成熟期，著重在醫院與基層醫療院所間的垂直整合。張科長表示，未來將視第一期辦理的成效，逐步推展到第二、三期。





關懷高診次病患 減少醫療浪費

健保局今年將與藥師公會推出「藥事人員居家照護試辦計畫」，針對全年看診異常且需藥物專業輔導之保險對象，到府訪視，提供正確用藥知識及觀念。

文／曾鈺秋
諮詢／林寶鳳（中央健康保險局醫務管理處科長）



▲ 健保局藉由各種輔導方式，導正門診高利用民眾的就醫行為。

不少民眾有「逛醫院」的習慣，健保局統計發現，1年才365天，有人就醫次數竟高達562次，扣掉例假日，平均1天看病2次；經健保局人員訪查後發現，該名病患(化名小李)是一名血友病患者，私人機構怕他發生危險，不敢僱用，每天待在家裡心理壓力大，稍有不適即到醫院找醫師看診。

小李經健保局人員輔導，請特定醫療院所以專案方式照護他的疾病，就醫次數比前年同期減少321次，醫療費用約減少2,112萬元，效果顯著。

來自美國的吳小姐(化名)，嫁到台灣後，與先生因文化差異而造成價值觀落差，三天兩頭就跟先生發生爭吵，以致對自己失去自信，常感到挫折、沮喪，嚴重影響睡眠，遊走於多家醫院就醫並領取安眠藥服用，光是看失眠門診就達151次，用藥天數更是高達3,274日，就診醫療院所有15家之多。

經健保局人員訪視瞭解吳小姐狀況後，訪視人員徵求她的同意，運用其美語教學專長，請她到社團教英文，並擔任分局志工服務，重建自信心；一段時間後，吳小姐就醫次數及用藥日數與前一年同期比較下降5成，就診的醫療院所家數也減少3成。

老王(化名)因患有糖尿病、消化性潰瘍、睡眠障礙、慢性支氣管炎、全身性抽搐癲癇等疾病，幾乎天天上醫院報到，為怕老王用藥過量，造成藥物交互作用，特別由專科審查醫師親自訪視，與患者溝通瞭解病況，經輔導後，老王就醫次數較前一年同期下降4成5，用藥日數也較前一年同期下降5成，就醫的醫療院所也由原本的13家降為8家。

針對上述就醫異常的民眾，健保局從民國90年開始執行「門診高利用保險對象輔導專案計畫」，以88年全年門診就醫次數超過

300次的個案進行輔導；91年將標準下降為89年全年門診就醫次數超過100次及200次的個案為輔導對象。93年將此計畫修正為「門診高利用輔導計畫」，以前一年門診申報就醫次數大於200次及當年前一季門診申報就醫次數大於50次為輔導對象。

什麼是異常就醫？

目前健保局認定異常就醫病患，大致分為3大類進行輔導，一是1年就醫次數超過200次者，二是每季就醫次數超過50次者，三是每個月就醫次數超過20次者。

針對這些高診次病患，健保局會先以書面及電話瞭解病患情況，然後再派人訪視輔導病患正確就醫觀念，經輔導仍未改善者，可依全民健康保險醫療辦法第42條辦理，即「保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情況時，保險人應予以輔導，並得依病情指定至特定之保險醫事服務機構接受診療服務。未依保險人輔導於指定之保險醫事機構就醫者，除緊急狀況外，否則不予給付。」

不過，由於事涉病患的就醫權利，何者屬於異常、頻繁就醫，仍要由專業醫師再認定。以癌症疼痛病患為例，確實因為疼痛而需要頻繁就醫者，並不會遭遇限制就醫醫療院所的情形，但是止痛藥成癮的病患，可能就需要專業介入，管理就醫習慣。

門診高利用輔導計畫 有效節省醫療費用

為促使健保醫療資源合理利用，協助就醫次數較高的民眾能夠正確就醫，強化民眾本身的健康管理，整合公私部門資源，及提升醫療服務之效率，健保局每年會針對前一

年全年門診就醫次數超過200次的民眾（96年以後，擴大輔導範圍，將全年門診超過150次的民眾納入輔導），以及每月健保IC卡上傳門診就醫次數超過20次的民眾進行輔導，藉由不同輔導方式，導正門診高利用民眾的就醫行為。

96年就醫次數超過200次的376位病患經由輔導後，全年平均就醫次數由原來的232次，減少到182次，就醫頻率下降21%，節省1,690萬元。

97年每月健保IC卡上傳門診就醫次數超過20次的9,176位病患，平均就醫次數由原來的每個月23.8次，下降到10.75次，就醫頻率下降54%，節省了1.7億元。

高診次病患 多是醫療體系之常客

進一步分析這些病患高診次投保身分別發現，相對以榮民（眷）及低收入族群所占的比率較高。

其次排除重大傷病後，從申報點數最高的疾病別來看，以情感性精神疾病為最高；另外，因為台灣次專科化普及，如同時患有高血壓、消化性潰瘍、糖尿病的患者，光是看診就要掛2至3個次專科，若合併有其他關節疾病，一次看診就要看好幾個專科醫師，也會增加門診就醫次數。

過去多認為高診次病患不應隨意浪費健保資源，經過輔導才發現，部分病患多罹患複雜疾病，且缺乏正確就醫資訊，成為醫療體系的常客。針對這類案例，健保局會協同專科醫師給予病患協助，或是將病患轉至指定醫療院所由該醫院醫療團隊負責照護。

若經輔導病患仍有重複就醫、浪費醫療



97年輔導成效一覽表

輔導對象	輔導總人數 (人)	輔導前 就醫總次數 A	輔導後 就醫總次數 B	下降次數 C=B-A	97年節省金額
96年全年門診就醫 次數超過200(含)次	376	88,709	69,583	-19,126	1,690萬元
97年每月健保IC卡上 傳門診就醫次數超過 20(含)次	9,176	360,029	162,583	-197,446	1.7億元

資源的情事，健保局各分局就會將病患自己選定的指定院所名稱在健保IC卡註記，病患就醫使用健保卡，電腦螢幕可讀取到病患所選定之指定院所名稱。病患到非指定的院所就醫，除緊急狀況外，健保局將不給付。

竭盡心力幫病患獲得適當醫療

為了讓高診次病患珍惜醫療資源，健保局各分局在輔導異常就醫民眾方面，可說是絞盡腦汁，以台北分局為例，為與民眾當面溝通，特別針對異常就醫且家訪未遇之民眾，利用就醫6次需更新卡片時，要求該民眾親自到分局辦理，藉機詢問患者狀況，並給予輔導、協助，降低患者就醫次數。

台北分局也會與各醫療院所合作，異常就醫且家訪未遇之病患前往醫院就診時，立即通知分局人員前往診間，等病患看完診，再對病患進行輔導。

藥事人員居家照護試辦計畫 提升用藥品質

面對愈來愈多異常就醫民眾，健康問題也多樣化，今年健保局將與藥師公會合作推出「藥事人員居家照護試辦計畫」，先從高屏及台北分局試辦，針對跨院頻繁就醫與領

藥之民眾，由藥事人員到府訪視，直接提供用藥指導，除了提升用藥安全，間接也可減少不必要的醫療浪費。本試辦計畫預計約服務1,100位需用藥輔導的高診次對象。

從健保局歷年資料分析，部分高診次民眾到處逛醫院拿藥，他們可能罹患多重慢性病，或有精神、心理疾病，有些人拿了藥根本不吃，用藥天數達3,000多天，即使1天吃兩天份1年也吃不完，藥事人員到府訪視可給予患者最好的專業建議，並教導民眾正確用藥觀念。但因最近詐騙集團猖獗，為尊重病患權益，在藥事人員到府訪視前，將由健保局先發函通知保險對象。

過去，藥師公會也曾到病患家裡訪視，發現很多民眾都有重複用藥的情況，一名70多歲老人家，1天吃藥多達18顆，吃到出現幻覺，常向家人說「一排祖先坐在客廳上」，經個案管理師委請藥師輔導，現在1天只吃5顆藥，幻覺也消失了。

一般藥事人員多半是在醫院或社區藥局提供民眾用藥指導，這次健保局首度試辦把藥事人員居家照護納入健保給付範圍，希望藥事人員可以像醫師及護理人員一樣深入家庭，協助處理民眾用藥問題。





健保給付安寧療護 提高患者生命尊嚴



健保擴大安寧療護給付範圍，讓更多重症末期病患及家屬能獲得身、心、靈的「全人照顧」。

文／吳靜美
諮詢／李純馥（中央健保局醫務管理處科長）

生命是一門學問，即使每天在醫院裡面對生老病死的醫師，在他成為醫師的過程中，可能也只學會了「救活」病人，而沒有被教育怎麼「治死」病人，因而面對重症末期的患者，往往很難或不知如何告訴他們，還有一種能提高患者生命尊嚴的「安寧療護」。

讓生命終點更完滿

一名女性因心肌梗塞送醫，急救多時才恢復意識，但陸續又歷經尿路感染、洗腎、呼吸系統感染、氣管切開等折磨，在她生命最後的7個月，幾乎都陷於昏迷。她的家人曾感嘆的說，如果當時可以選擇安寧療護，相信對她而言，不但不會延長死亡前的痛苦，還會讓生命的終點更完滿。

13歲的兒童癌症患者丞丞，在往生前10天住進安寧病房後，他的父母在醫護團隊的協助下，才坦然的對他說出病情。住在安寧病房裡的這一段時間，一家人訴

說著許多過去共同的回憶，也好好做了道別，丞丞身體上的病痛則藉由緩和醫療協助減輕；而喜歡畫畫的丞丞，接受安寧療護期間在病房外開了最後的畫展，圓了他的夢，更為丞丞在人間留下美好的痕跡。

國人安寧療護觀念仍須再提升

安寧療護的目的，是為了提升病人及家屬的生活品質，健保局對於提升安寧療護的服務品質也不遺餘力，希望有安寧療護需求的人都能得到很好的照顧。

健保局從85年開始試辦安寧居家療護，89年開始試辦安寧住院療護，初期的照護對象是癌症末期病患，到了92年新增漸凍人為照護對象。目前全國共有37家醫院、541床安寧照護病床，提供健保安寧住院療護服務，97年健保安寧住院療護共支出5.42億元；另現行健保有64家醫療院所提供安寧居家照護服務，1年健保支出約0.36億元。

而以國人安寧療護利用概況來看，健



保局指出，近3年來，每年約有近3,000人在往生前曾使用過安寧居家療護，使用人數占死亡人數比率，由85年的0.18%成長至97年的2.09%。在安寧住院療護方面，於往生前曾使用過安寧病床的人數，由89年的871人上升至97年的6,848人；使用人數占死亡人數比率，則由89年0.70%成長

至97年4.81%。以此看來，安寧療護的觀念還有很大的宣導空間。

健保擴大安寧療護給付範圍

為落實對重症末期患者的照顧，並希望安寧資源讓更多患者使用，自98年9月1日起，健保局將原本住院及居家安寧療護

何謂安寧療護？

安寧療護乃是針對治癒性治療已無反應及意義的末期病患與家屬所進行整體而積極的特別照顧。在整個照護過程中，病患有很大的自主權，家屬也全程參與，滿足病患和家屬身、心、靈的需要，是一種提升疾病末期患者與家屬生活品質的「全人照顧」。

其中，身體的安寧，是解除患者身體上的痛苦，不以治療為目的，積極的醫療行為主要是為了緩解身體上的不適，而非延續生命，例如在安寧療護中，就不會做插管治療；心靈的安寧，是讓患者及家屬學會面對死亡的治療諮商。在安寧療護的過程中，讓患者心靈享受安寧比身體的安寧更重要，而心靈的安寧會進而強化身體的安寧，減少身體的不適。至於靈的安寧，則屬於宗教導引走向安寧，不必擔心死後的世界，所以安寧病房中常設有宗教室。

而安寧病房則是醫院裡為了提供安寧療護服務所設置，具獨立區隔的病房。住院安寧療護是以醫師為主導的團隊方式提供服務，有醫師、護理師、社會工作、臨床心理、職能與物理治療、不同宗教靈性等工作人員，及營養、藥事等的諮詢人員，另安寧亦可於家中接受服務，畢竟家裡是最熟悉的地方，在家中，若能透過專業人員定期診視及給予病患疼痛及其他症狀之控制及緩解，也是另一種選擇。

安寧病房絕不是為病人邁向死亡所準備的場所，而是家人相互支持、讓人認識死亡並坦然面對的場所，希望能給予病人及家屬「四全」的照護。「四全」包括全人、全家、全程及全隊；全人，指的是提供身、心、靈的全方位照顧；全家，指的是支持全家人一起面對疾病；全程，指的是兼顧整個病程的照護，包括喪親家屬的悲傷輔導；全隊，指的是包括醫師、護理師、社工、靈性照顧人員、志工等與家屬之間，團隊的互動與支持。



的試辦計畫，正式納入健保常態性支付，並擴大給付範圍，新增8類經醫師專業診斷符合入住安寧病房的重症末期病患。

新增的8類重症疾病包括老年期及初老期器質性精神病態（失智症）、其他大腦變質（嚴重神經疾病如嚴重中風、嚴重腦傷等退化性疾病的末期）、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病（例如慢性阻塞性肺病COPD）、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭、慢性腎衰竭（因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估已無法維持或有生命危險）。如此一來，只要有意願接受安寧緩和醫療服務的重症末期病人，就有機會接受健保安寧療護的照護，國家安寧療護照護也從此進入另一個新的里程碑。

而健保局提供的安寧居家療護，內容包括醫師、護理人員及社工人員等定期訪視，也給予病患疼痛及其他症狀的控制與緩解。另外，為使居住在家中或機構的病患能即時得到醫療專業人員的諮詢，服務機構除了定期訪視外，也提供24小時電話諮詢專線、另安寧居家療護的醫療院所名單等公布於健保局全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw/>），供民眾查詢。

健保IC卡可加註安寧療護

安寧療護尊重並提供生命末期病患的身、心、靈全人照護品質，因此病患的選擇也應被尊重，所以在使用安寧療護之前，必須簽署同意書，當然病患也可以選擇繼續治療，尋求延長生命的契機。如同器官捐贈卡，從95年9月起，民眾可以在自己的健保IC卡上，註記實施安寧緩和醫



▲ 安寧居家療護包括醫師、護理及社工人員等定期訪視，給予病患疼痛及其他症狀的控制與緩解。

療的意願，以便在一旦找不到家屬時，可依此提供安寧緩和的醫療照顧，協助臨終病人有尊嚴的死亡、安詳的往生。

當然，即使已經在健保IC卡上註記了實施安寧緩和醫療的意願，若患者自己想改變或家屬不同意，在疾病發生時，仍可選擇繼續進行積極的急救及治療。任何人、在任何時間均可申請於健保IC卡上註記實施安寧緩和醫療的意願，有意願的人可以向台灣安寧照顧協會索取「預立選擇安寧緩和醫療意願書」，填寫後向該協會申請註記，並提醒醫護人員尊重簽立人的意願，保障民眾獲得善終權益等的觀念。

死亡，是每個人都無法逃避的宿命，但對於生命尊嚴的重視、及醫療照護品質的提升，卻有很多可以努力的空間，安寧療護觀念的推廣，正是希望讓重症末期的患者及家屬，能安心、不痛苦的面對這生命的重要課題。



出身富豪 小甘畢生以蒼生為念 愛德華·甘迺迪 以推動全民健保為終身志業

文／巫敏生

美國參議員愛德華·甘迺迪殷殷期盼每個美國人都享有負擔得起的醫療保險，並以此為「終身志業」，戮力不輟，臨終猶魂牽夢縈，說不定一如南宋愛國詩人陸游遺詩所囑，悄悄交代子媳「全民健保開辦日，家祭勿忘告乃翁。」

小甘何以如此鏗而不捨，數十年如一日呢？原來他在1964年飛機失事，受到嚴重挫傷，住院數個月，耗費醫療費用不計其數，所幸他買得起昂貴健保，終告賴以痊癒。而同機的駕駛員與其助理不幸殉難，就這樣幾分鐘內天人永隔。甘氏慶幸享有健保，接受最高品質的醫療照護，小甘素有惻隱之心，體認到健保不應局限於有錢人家或居某種高位的人，成為特權，必須普及全民，人人得享有才對。甘氏從此矢志全力推動，終身不移。歐巴馬競選總統時，倡言推動健保改革，與小甘所見略同，小甘乃傾心相挺，引得當時黨內競選對手希拉蕊大為感冒。

甘氏家族成員命運乖舛，小甘算是碩果僅存，高齡壽終正寢，不過過程中多災、多病、多曲折，但他挫而不折，

持續努力不懈，令人感佩。他的孩子也不遑多讓，1973年就在他首次為全民健保發言奮戰時，12歲兒子Teddy得骨癌，右腿截肢，惟因尚有癌細胞竄逃，需作重劑量化學治療，每3週1次，均須赴波士頓兒童醫院平躺6小時，注射點滴。孩子在病床上痛苦難捱，自不待言，父母隨侍在側，同時備受煎熬。天



▲ 美國健保不應侷限於有錢或居高位的人，必須普及全民。

下父母心，人同此心，若非有健保鼎力相挺，父母苦心焦慮於孩子病情外，猶得為籌措鉅款繳付醫療費而傷神，真是情何以堪啊。

另一兒子Patrick孩提時患氣喘病，發作時緊急送醫，都如家常便飯。在他小時，家裡不敢養狗，就怕引起過敏。女兒Kara在2002年罹患肺癌，需要手術，惟因危險性高，醫師怯於動刀。眾裡尋他千百度，總算找到一位醫師願意一試，2003年開刀摘除腫瘤後，幾經化療及輻射照護，終於恢復健康。即使前妻也經歷乳癌手術，以及酗酒治療，真是滿門病號。

小甘深感「好里加在，我家有健保！」感恩戴德，亟欲推己及人，希望德披美國全民。

1912年老羅斯福尋求3度連任，提出全民健保政見，連任成功惟健保大計中箭落馬。30年後，杜魯門舊案重提，遭反對人士猛批「社會醫療」，再度翻船。從此無人敢再捋虎鬚。1960年代，新世代人才輩出，約翰·甘迺迪入主白宮，倡議醫療照護（Medicare），大庇天下老人得免醫療破產俱安之。可惜任期太短，來不及通過法案並簽署付之實施。隨後小弟愛德華當上參議員，極力促成，終於在詹森總統任內通過立法，並簽署定案，簽署儀式特別邀請前輩杜魯門坐旁見證這歷史性的一刻。

老人健保之後，小甘有感於低收入戶「看病難，看病貴」，乃著手草擬法案，為低收入戶建立醫療網，提供基礎醫療照護，是為低收入戶健保

（Medicaid）。

小甘以其個人及家屬備受健保庇蔭經歷，有感於美國重視人人生而平等的立國精神，乃於1970年重拾全民健保舊案，有賴國家公權力介入，讓健保這種「好康」全民付得起、全民皆享有。他構想中的健保是公辦、單一保險人制度。無奈曲高和寡，幾經折衝樽俎，只好接受折衷方案。他曾經因此遭幾位同道指責他悖離初衷，也只得吞忍了。當時尼克森總統對折衷版草案，大致認可，無奈水門案發，尼氏捲入政治風暴，不久就黯然揮別白宮，此議又被擱置。

卡特總統上台，小甘再次曉之以理，但卡特無意大肆更張，只圖小幅度修闕補漏，全民健保藍圖只好束諸高閣，以待來日。

1980年小甘角逐民主黨總統提名，健保改革乃其政見主軸，力陳必須普及全國，同時有效遏止醫療通膨的主張，否則有沖垮家庭甚至聯邦預算、加重經濟負擔之虞。提名失利後，沒有舞台，只好再等下去。

柯林頓當上總統，雄心勃勃地要把全民健保辦起來，指定夫人希拉蕊領導健保小組，敲鑼打鼓猛推，小甘自是熱烈參與，積極襄助，無奈企業、保險公司、相關利益團體合力抵制，柯氏終於敗下陣來，連票都來不及投就胎死腹中。此役失利，國會多數重回共和黨手中，惟小甘並不氣餒，改採逐步漸進策略，兒童健保（Children's Health Insurance Program, CHIP）即其一例。該



計畫目前保障低收入戶兒童約700萬人醫療，頗孚眾望。

現任總統歐巴馬在競選期間矢志健保改革，小甘信心大增，聯合不少志同道合人士，四處遊說，設法改變氛圍。他們勸得製藥業降低老人處方藥價目表，不僅節省老人醫藥負擔，進而撙節老人健保（Medicare）大筆支出，確屬功德一件；同道的Baucus參議員則分頭與醫院協會談妥醫療總費用減碼1,000億美元，同時大夥兒積極拉攏共和黨議員，敦促共襄盛舉。

大家領悟到，此事蹉跎已久，要是再拖過一代，美國醫療怪獸恐將拖垮政府財政，連累美國家庭。小甘體會到政治是可能的藝術，妥協折衷無可避免，但無論如何妥協，基本原則不可不堅持，諸如：

（一）全民皆有保

柯林頓提出健保計畫時，全美未保人口約3,300萬人，延至今天已達4,700萬人，如再不採取行動，等到經濟危機復原後恐已達5,500萬人矣。

立法將規定人人必須有保，不得訂有納保先決條件；對婦女或老人保費必須一視同仁，不得歧視。

（二）遏止醫療通膨

1999年家庭健保費年平均約6,000美元，而今快速膨脹至13,000美元，漲幅實在太大了，再不予遏阻，後果堪虞。政府須介入保險，承辦承保，惟絕非社會主義行徑，只是要提供民眾多元選擇，與民營保險業競爭，壓抑保費上升。



▲ 美國健保採論質計酬可改善多檢查、多開藥、多賺錢惡習。

（三）摒棄論量計酬制度

一改多檢查、多檢驗、多開刀、多開藥、多賺錢惡習，改採論質計酬，按療效計酬，同時獎勵預防保健，治病於未發。準此，長期而言，總支出可望漸趨減少。查美國醫療支出當中，80%係20%慢性病患所花費，糖尿病、癌症、心臟病尤為箇中大宗。

小甘以自身及家人的醫療心路歷程，見證健康保險的必要性與迫切性，執著投入健保改革，終其一生而不渝，令人感動。今年8月因腦瘤辭世，壯志未酬。歐巴馬總統的健保改革大業，實現甘氏美夢，是否因此受到影響，值得關注。

小甘的原始健保理念，與國內全民健保「全民有保、公辦、單一保險人體制」，不謀而合，在健保人看來，誠屬同理、同心、同道，特撰文記述其一生豐功偉業，用嘉其行、彰其善、表其功。

參考文獻：

- (1) The Cause of My Life
Inside the fight for universal health care
By Edward M. Kennedy/NEWSWEEK July 27, 2009
- (2) Senator Edward Kennedy Dead At 77
By AP / GLEN JOHNSON Wednesday, Aug. 26, 2009 TIME



找出藏鏡人 不再酷酷嗽

引發咳嗽的疾病有很多，除了感冒等呼吸道疾病，消化道及心臟疾病也是常見的原因。

文／丁彥伶
諮詢／何一成（榮新診所副院長）

許多人常會不自覺地咳嗽，尤其在流感盛行期間，在公共場所咳嗽更容易成為眾人的「眼中釘」，咳嗽是民眾就醫最常見的症狀之一，咳嗽的原因不只有感冒，還有很多疾病都可能隱藏在咳嗽背後。

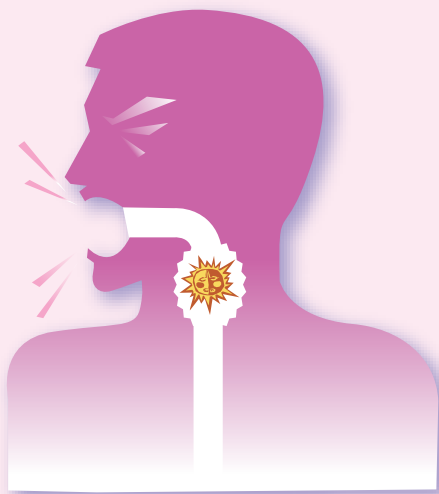
台灣有句俗話說「土水（泥水匠）驚（怕）抓漏，醫生驚治咳（音掃）」，何副院長說，咳嗽是症狀不是病，引發咳嗽的刺激接受器除了上下呼吸道的上皮以外，在食道、橫隔膜、胃

部，以及心包膜等部位都有刺激的接受器，它可能因直接的刺激，或是因為其他部位受刺激後位移而引發咳嗽。止咳其實不難，咳嗽難治是因為很多疾病都可能引起咳嗽的症狀。

咳嗽是人體的保護反射機制，咳嗽時胸內壓可超過300毫米汞柱，呼氣速度每小時可達500英哩，加上呼吸道的纖毛動作，咳嗽可有效排除呼吸道裡的污染、病菌及排痰，因此治療咳嗽的重點不是止咳，而是找出引發咳嗽的原因，而且在感染初期咳嗽的動作能把痰液、病菌等排出，因此有咳嗽問題時，可不要一味叫醫師快止咳，而要配合醫師，仔細把咳嗽背後的「藏鏡人」找出來！

容易引發咳嗽的疾病

何副院長表示，有3種器官的問題，特別容易引發咳嗽症狀，第一是以呼吸道的疾病，舉凡各種氣體、煙霧





等化學性刺激、各種上呼吸道感染；如鼻炎、扁桃腺炎、喉頭感染等，以及下呼吸道的氣管或支氣管發炎、氣喘、肺部感染或疾病、腫瘤等，都可能引發咳嗽。

第二則是消化道疾病，包括食道、腸胃道等上消化道疾病，尤以近年來愈來愈受重視的胃食道逆流，最常見的症狀就是咳嗽。

第三則是心臟，例如心衰竭的病人常以慢性咳嗽為表現，而心臟瓣膜有問題造成肺部血液循環不良，血液留在較低位的肺部而有過量充血時，也易造成積痰引發咳嗽。

急性咳嗽1-2週就會好

咳嗽也分急性及慢性，3週以內屬急性咳嗽，大多因病毒或細菌所造成的呼吸道感染誘發，這類感染常伴隨著其他上呼吸道症狀；如流鼻水、鼻塞、喉嚨痛或聲音沙啞等，但上呼吸道感染的症狀通常在一兩星期就可以得到緩解。

急性呼吸道感染或急慢性支氣管炎的咳嗽通常有較多分泌物，流行性感冒引發的咳嗽通常會合併發燒，以及肌肉痠痛的症狀，流感和現在大家最擔心的新流感的咳嗽通常都有痰，如果痰變成黃綠色，則要注意可能合併細菌感染而有支氣管或鼻竇發炎。

藥物也可能引起慢性咳嗽

比較需要擔心的通常是超過3週以上

的慢性咳嗽，何副院長說，惡性腫瘤當然是最不希望遇到的問題，但即使不是惡性腫瘤，長期咳嗽會引起喉痛、肌肉痠痛、頭痛，甚至引發應力性尿失禁，都會造成很大的困擾。

常見的慢性咳嗽原因是鼻涕倒流，引發鼻涕倒流最常見的是過敏性鼻炎、急慢性鼻竇炎等，正常狀況下呼吸道黏膜1天可能產生100c.c.的黏液，經由纖毛運動和一些侵入呼吸道的異物混合而被吞入，是人體自然排除有害刺激性的反應，健康人不會感覺有痰液，但若受刺激或感染時，痰液會變得濃稠，患者常感到喉嚨後方有痰液流下而一直想要清喉嚨把痰清掉。

而咳嗽時合併呼吸困難、胸悶及喘不過氣，夜間咳嗽加劇者可能為氣喘，患者咳嗽常為季節交替時或是在感冒



▲ 有咳嗽問題時最好先尋求家醫科、一般內科診治，分辨咳嗽成因，可減少病急亂投醫。

後、突然吸到乾冷空氣等刺激而引發。還有一種情形是呼吸困難、胸痛、發熱，合併有帶鐵鏽味的粉紅色血痰，則可能有併發肺炎，而長期乾咳，併有傍晚的無名熱、畏寒等症狀則要懷疑肺結核的可能，若長時間咳嗽不止，則要懷疑是百日咳。

胃食道逆流因胃酸滲入呼吸道，也很容易引發慢性咳嗽，胃食道逆流的咳嗽少有痰，但常合併有喉頭酸酸的、上腹部發脹及心窩燒灼的症狀。另外若是心衰竭、心臟瓣膜症等引發的咳嗽，因為常併有肺積水、肺水腫，也常會有痰，患者較易感覺疲累及下肢水腫。而肺腫瘤的咳嗽較常見乾咳，患者常合併體重減輕及食慾不振。

感冒後因呼吸道的感受器變敏感也可能引發持續8週以上的咳嗽，而吸菸或長期曝露在粉塵或有害氣體環境，則可能引發慢性支氣管炎、肺氣腫等，也會引起慢性咳嗽。而最讓人擔心的則是肺部惡性腫瘤引發的咳嗽，雖然約只占慢性咳嗽的2%，但仍不可小覷。

然隨著高齡化社會來臨，慢性病患增加，也要注意藥物引發的咳嗽，何副院長表示，引發慢性咳嗽最常見的藥物為治療高血壓的ACE 抑制劑，這類藥物兼具降血壓、保護血管、腎臟等優點，是現在常用的降壓藥物，但缺點是有20%至30%的患者可能會出現咳嗽症狀。

止咳病急亂投醫 浪費醫療資源

有咳嗽的問題最好還是請醫師診治，但有一些特徵可以提供民眾就醫前自我判斷。何副院長表示，一般小感冒引發的咳嗽，通常在3至5天內會稍微舒緩，因此若咳嗽超過5天以上症狀卻加劇，或是感冒症狀超過1週以上的話，則應即時就醫。

咳嗽時該看哪科醫師？慢性咳嗽的患者經常跑遍診所及各大醫院苦尋最厲害的治咳醫師，何副院長建議，除非有明顯的流黃鼻涕、喉嚨發炎等感染症狀尋求耳鼻喉科診治，建議有咳嗽問題時最好先尋求家醫科、一般內科診治，不要一開始就急著到各專科就診，先經過家醫科或一般內科醫師仔細問診，分辨患者咳嗽的成因，可以減少患者病急亂投醫，並避免過度檢查的醫療浪費。



▲ 長期乾咳，併有傍晚的無名熱、畏寒等症狀則要懷疑可能是肺結核。

輕鬆放長假 健康不打烊

文／健保局

今年春節將有9天長假，在這充滿溫馨歡樂、國人最重視的節日裏，許多人已開始規劃長假活動或出遊行程，無論與家人團聚、或親友一起出遊，依往年統計經驗，過年有幾項常見的疾病與生活作息相關，提醒您假期要注意生活起居正常、不要暴飲暴食，平安過好年。

根據健保局統計，近年來農曆春節期間前10大急診傷病以非感染性胃腸炎、急性上呼吸道感染、表面傷或挫創傷、不明熱、眩暈、過敏反應、頭痛、皮膚或皮下組織感染、泌尿道感染為主。而過年期間住院的傷病也以急性上呼吸道感染最多，其次則為非感染性胃腸炎與泌尿道感染。

而年後就醫也多數是因急性上呼吸道感染，其次是非感染性胃腸炎，再其次是高血壓、糖尿病等慢性病原因就醫，還有過敏、眼部發炎、椎間盤突出或下背痛等也很常

見。

歸納10大急診疾病成因，最重要的還是季節因素，因為冬季天冷，特別容易發生急性上呼吸道感染。此外，親友間因團聚拜年而互動頻繁

也會提高互相傳染急性上呼吸道感染的機率，因此居家或出遊身體保暖非常重要，也要注意勤洗手。

另外，年節飲食也是造成疾病的因素，過年應景料理往往大魚大肉、多油膩少蔬菜，加上各式乾果零食，親友相聚聊天吃飯，不知不覺就容易吃得太油或暴飲暴食，引發非感染性胃腸炎。

還有下背疼痛與泌尿道感染，則可能與熬夜打牌，打亂了生活步調，或長時間以不當姿勢看電視等因素而引發筋骨傷害有關，另外，抵抗力降低也容易引起泌尿道感染。



健保小叮嚀

- * 春節期間，全國各健保特約醫療院所看診服務資訊，民眾可上健保局全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>)查詢。不過，提醒您春節就醫前，最好再撥個電話與醫療院所確認看診服務時間是否異動。
- * 春節期間發生疾病需就醫而未帶健保卡者，可於自費就診後7日內攜帶健保卡至原就診院所辦理退費，如果是因遺失健保卡而自費就診者，則需帶劃撥補卡費用收執聯辦退費。另外，民眾申請首張或換補發健保卡，在新卡未核發前，可持1個月內投保申報表影本或14日內換補卡之繳納工本費證明（如請領IC卡收執聯）在醫療院所填寫例外就醫名冊直接就診，若已自墊醫療費用可憑投保申報表辦理退費。
- * 精神病患及高血壓、糖尿病等慢性病患者，為確保用藥不中斷，記得提早拿藥，定時服藥，使病情能穩定控制，並留意身體變化。

秋冬保養好 生活沒煩惱

冬天不僅是流行性感冒高峰期，也是腸胃疾病的好發期，除了要做好保暖工作外，更應注意均衡飲食與個人衛生習慣。

文／邱玉珍
諮詢／許馨文（永和耕莘醫院家醫科主治醫師）
林兆啟（書田診所家醫科主治醫師）
黃雅憫（永和耕莘醫院胃腸肝膽科主治醫師）

每年冬天，各大醫院急診室比平時多出2至3倍病人，光是感冒及氣喘患者就比平常多了好幾倍。許醫師表示，一到冬天，各種病毒蠢蠢欲動，許多疾病也紛紛出籠，患有呼吸道疾病、過敏性疾病、心血管、高血壓等慢性疾病的老病號，常等不及定期回診日便提早報到。

天冷血管收縮 血壓易升高

為什麼冬天是心血管疾病好發季節？因為天冷會增加血管收縮，使血壓升高，原本就有高血壓的病人將更難以控制病情，尤其冬天老人家常因怕上廁所而不敢多喝水，血液黏稠度較高，就容易導致血管阻塞，發生心肌梗塞或中風，因此高血壓、糖尿病等慢性病患者，冬天一定要注意保暖。林醫師則表示，人體在低溫狀態下，周邊血管收縮會造成血管阻力及血壓上升，使心臟負荷增加，增加腦溢血和心肌梗塞發作機會。

冬天是一個容易讓人生病的季節，尤其對氣喘、高血壓、糖尿病、心臟病等患者來說，更是一大考驗，因為人在寒冷的天氣中，會因為寒冷而顫抖，身體會消耗能量以產生熱量，此時心臟工作量會增加，而增加心肌梗塞發作機會。此外，冬季容易罹患呼吸系統毛病，如上呼吸道感染、支氣管炎、肺炎與氣喘等也都會加重原有心臟血管疾病病情。

晨間運動 晚一點出門

冬天保暖對慢性病患者相當重要，平時有晨間運動習慣的老年人，千萬不要在清晨4、5點就出門運動，應延後到7、8點以後，等溫度上升一些，或是太陽出來再出門，以免溫差過大，導致中風或心肌梗塞。

許醫師建議老人家冬天時可改在氣溫較高的午後運動，且運動前需做好暖身動作，有心肌缺氧病史的人最好隨身



帶著救心藥丸，以備不時之需。另外，由於老人感染流感易併發肺炎，家中有老人家最好在流行季節到來前接種流感疫苗，增加保護力，同時在流行高峰期盡量減少出入人多的公共場所，並戴口罩、勤洗手，以減少感染病菌，家中不妨使用空氣調節機，調節室內溫度及溼度。

慢性病患者應定期服藥

有氣喘或慢性阻塞性肺病者應隨身攜帶支氣管擴張噴劑，以防止急性發作可能致命的悲劇。患有高血壓、糖尿病的人，冬天時一定要按時服藥穩定病情，如果沒有把病情控制好，很容易引發中風或心肌梗塞。

有高血壓的患者在冬天時，最好早晚各量1次血壓，血壓最基本要維持在收縮壓140毫米汞柱、舒張壓90毫米汞柱以下；若是過高，應休息20分鐘再量



▲ 冬季天冷，老人家做晨間運動，需晚一點出門。

1次，如果2次的血壓都過高，就要在回診時將血壓記錄提供給醫師，協助調整藥物。

老年人賴床最好

冬天時，血管收縮慢，易讓血壓上升，再加上老年人的血管彈性較差，血管很容易阻塞。根據統計，中風患者最容易在清晨發病，因為血壓在凌晨4、5點最高，若是在寒冷的冬天起來，溫差太大，就很容易中風。因此，許醫師建議老人冬天不要太早起床，認為最好比平日晚1至2小時起床，醒來時可以稍微賴一下床，讓剛醒來的身體熟悉周遭的溫度，再離開被窩。

冬天是泡湯的季節，但有心血管疾病的人不適合泡湯，因為在忽冷忽熱的環境裡，很容易引起中風或心肌梗塞。若非泡不可，只要泡手、腳就好，千萬不要泡到心臟；此外，起身時，動作要緩慢，以免一下子溫差過大，引發致命危險。

吃多動少 心臟血管負擔變大

冬天慢性病患者要注意保暖外，飲食也很重要，錯誤的飲食也會造成慢性病患的負擔。林醫師根據以往臨床經驗，冬天心臟病、腦中風及心肌梗塞的病例都會增加，而發病原因多是因為攝取過多熱量，加上天冷懶得運動，才使得心血管負擔增大，導致動脈硬化。

高熱量、高油脂及高鹽分的飲食，是慢性病患者秋冬飲食調配的大忌，尤其是各類的火鍋料理；因此林醫師呼

籲民眾，吃火鍋時最好不要過量，高湯也要盡量少喝；另糖尿病患者則要特別注意遠離精緻食物、甜點、薯條等易讓血糖急速上升的食物。

免疫力差 腸胃炎來報到

冬天除了是心血管疾病、呼吸道疾病好發的季節，腸胃不適情況也相當常見，黃醫師表示，隨著季節轉換，氣候溫差變化大，免疫力差的小孩、老人，往往無法適應，感冒及病毒性腸胃炎也隨著增加；加上天冷身體所需熱量增加，食慾變好，秋冬又是蝦蟹最肥美的時候，如果水產不新鮮、食物保存不佳及生冷食物吃太多，也容易引發腸胃不適。

冬季胃腸炎一般可分成兩大類：一類是由病菌或病毒所引起，一類則屬非病菌性，亦即食物所引發。第一類胃腸炎的元凶以病毒最常見，估計每年全球約有500萬到800萬人因此喪命，這也是5歲以下兒童的主要死因。此外，值得注意的是，秋冬是輪狀病毒好發的季節，小朋友應小心預防，一旦遭感染，目前並無有效治療方法，家長可以多補充水分，避免小孩脫水，如果病人高燒不退、躁動不安、食慾變差，則應馬上就醫。

細菌導致的胃腸炎其傳染源可能是食物準備過程受到汙染、重複加熱的肉、海鮮、牛奶和麵包等食品，發病時通常是急性症狀，包括噁心、嘔吐、腹

瀉、腹痛、食慾差、疲憊，嚴重者會有血便，但較少持續超過10天。

第二類胃腸炎主要因為不當的食物所引起，如過度刺激的麻辣鍋，或高熱量、高油脂的食物，都可能造成胃腸不適；其症狀有噁心、腹脹悶痛、消化不良，但很少會腹瀉，而且由於是不良飲食及生活習慣所導致，症狀常反覆發生。

黃醫師強調，要避免冬季腸胃不適，除了注重個人衛生習慣、健康均衡的飲食、適當的運動外，銀髮族、小孩要特別注意保暖，外食族則須注意飲食衛生，少吃生鮮食物，勿暴飲暴食。🏠





遠離現代文明病系列（六）

告別莫名腰痠背痛

現代人常有莫名的腰痠背痛，雖沒有立即性的危險，卻會影響生活品質，想改善痠痛要從保持正確姿勢做起。

文／丁彥伶
諮詢／許宏志（嘉義長庚醫院復健科主任）

曾有新聞報導，一名中年婦女為解除長期痠痛到處按摩，年花費超過百萬，卻越按越嚴重，許主任提醒，有些痠痛是因為肌肉太緊張，按摩拉推可能有助解除痠痛，但有些痠痛是因為神經壓迫引起，愈推拿可能會愈嚴重。

上班族多因姿勢不良引發痠痛

現代上班族多從事久坐，或固定姿勢工作，如果沒有特別引發肌肉損傷的原因，大多數痠痛是因為姿勢不良所引起，由於肌肉長時間重複過度或不當使用，以致肌肉局部缺氧，而使肌肉、肌膜、韌帶及滑囊等全身關節周邊軟組織形成累積性創傷的「肌筋膜疼痛症候群」。

肌筋膜症候群最好發的位置是上斜方肌、提肩胛肌，即肩頸以及後肩胛骨的「膏肓」部位，即所謂的上背痛，原因是常伸長脖子、聳著肩緊盯電腦螢幕引起。



▲ 肌筋膜症候群好發的位置是肩頸以及後肩胛骨的「膏肓」部位。

另外，打電腦時，很多人常習慣讓手臂直接懸空垂下，只用手靠著桌子或電腦鍵盤打字，或是好幾個小時操控滑鼠，肩膀和手臂間的旋轉肌過度伸展而引發肌筋膜症候群。

腰方肌也是電腦族肌筋膜症候群的好發部位，每天使用電腦超過4小時發生下背痛的機率達8成以上，而常久坐的上班族也很容易發生大小臀肌、梨狀肌，以及臀部深部的坐骨滑囊發炎，也

就是俗稱織女臀症候群。

而久站、久坐、蹣腳、彎腰駝背、長時間低頭盯著電腦螢幕等還可能造成脊椎受力不平均而發生位移、退化，發生骨刺、椎管狹窄、椎間盤突出等病變。

各種痠痛及解決之道

肌肉問題雖然大家都統稱「痠痛」，其實不同的感覺代表不同問題，許主任說，痠、痛、麻、脹通常代表不同的軟組織受傷，痠痛合併有傳導痛，或是固定位置痠痛也代表不同的問題，想要擺脫痠痛，只有了解痠痛的真正病因才能正確治療。

痠和痛通常和肌肉比較有關，必須先從肌肉的問題去考量。而麻、抽、脹的感受，則多和神經病變有關，可先從神經壓迫的問題找起。

痠痛的部位也很重要，痠痛可分成痛有定處、引傳痛或轉位痛、或是痛無定處3種，這3種分別代表不同的問題。

◎引傳痛：

即會傳動的痠痛，例如腰背痠痛會傳到腳的這種痠痛，通常是屬於神經壓迫，腰痛到腳最常見的是腰椎神經壓迫，也就是所謂的坐骨神經痛；神經病變引起的問題就不能隨意牽拉，而要做肌肉強化運動，並配合神經痛的藥物治療。

◎轉位痛：

即會跑來跑去的痠痛，則多半和筋肌膜疼痛症候群有關，肌肉引起的筋肌膜疼

痛症治療方式以熱敷和牽拉與激痛點注射為主。

◎痛有定處：

如果痠痛只有在單一部位，是不會傳動的痛，則要考慮內科或其他疾病所引起的問題。

1. 下背痛在內科常見的問題，是腎臟等泌尿系統的疾病，另外則和生殖系統有關，女性可能是卵巢和子宮的問題，通常此類痠痛會因天氣轉變而更明顯，甚至影響大小便的功能。男性則可能是睪丸、攝護腺的問題，而腹腔內的腫瘤也常造成下背痛，若是內科疾病，就需先把內科問題治療好。
2. 骨骼引起的痠痛通常也不會傳動，台灣人口老化以後，骨質疏鬆症是現在常見引起痠痛的問題，骨鬆症引起的痠痛則輔以治骨鬆藥物治療，進行適合骨鬆症患者的復健運動。
3. 還有腰椎狹窄和小面關節（是脊椎後



▲ 跑步、打球時要選擇地面有緩衝作用的運動場。

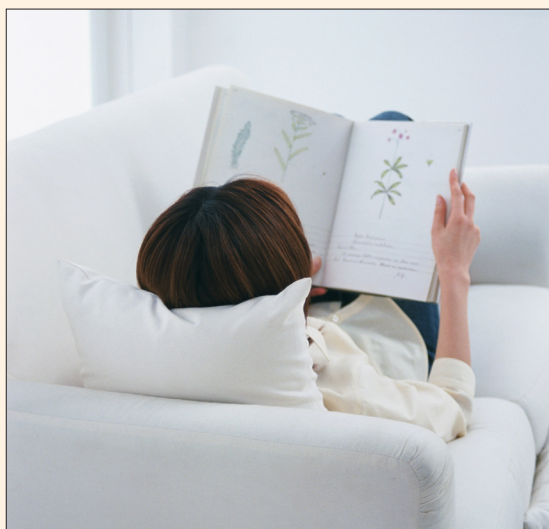


側每節間左右對稱，用來維持脊椎間相對穩定的關節。)的疼痛，通常是在某些特定的動作，如長期走路，或挺腰後產生，較不會有傳動痛。腰椎狹窄引起的痠痛依症狀不同而定，輕微者可從強化肌肉來緩解痠痛，但若症狀嚴重，可能要開刀治療。

另外，若是因為搬過重物品或受到碰撞、激烈運動等引發的痠痛，這種痠痛屬於損傷性，因應對策急性期是先冰敷或冷敷，讓受傷的軟組織不再滲出組織液，減少腫痛發炎現象，48小時後開始熱敷，讓發炎物質更快速散去。

站、坐、臥、走，姿勢要正確

1. **站**：必須長時間站著工作的人，應該把重心交換分散在左右兩腳，也可以在櫃台後面放張小腳凳，讓兩腳交互支撐放鬆背肌。
2. **坐**：久坐時腰不要太挺直，背後要有軟墊讓身體能往後靠，椅子高度最好讓膝蓋以下可以打直踏到地，辦公



▲ 躺在沙發椅或床上看電視、看書，容易造成頸椎傷害。

錯誤的運動伸展

雖然說「要活就要動」，運動雖然是好事，但是動錯了也可能引發痠痛。許主任說，小面關節退化引起的痠痛就是伸展姿勢過度激烈引起，很多人以為要活動頸椎，就是要快速用力轉一圈，坐久了要伸伸腰也是突然地一下就往後下腰，過度仰頭轉動及讓腰椎過度後仰，都會使脊椎後側的小面關節擠在一起，久而久之則引起退化，一仰頭或一挺腰就會出現像觸電般的疼痛。

- 時，辦公桌的高度應略低於肘關節，讓前臂、手腕都能有支撐，分散手臂肩膀下垂的重力。
3. **臥**：不要躺在沙發椅或床上看電視、看書，枕頭高度要讓頸部放鬆，平躺時膝墊個墊子可讓膝蓋微微彎曲，讓腰椎放鬆，側臥時兩膝間夾個枕頭，在上方的手臂下有靠墊，讓全身肌肉都可以放鬆。
4. **走**：走路時宜挺胸、抬頭、縮腹。
5. **運動**：伸展動作要和緩，不能突然下腰、左右扭動，跑步、打球時要選擇地面有緩衝作用的運動場，不要在硬梆梆的水泥地上運動，平時多進行強化肌力的運動，可穩定脊椎、預防痠痛。





米食好煮意

「呷飯皇帝大」，米飯是我們日常生活中不可或缺的主食，加一些巧思，米飯也能千變萬化。

文／王御風

諮詢／陳韻帆（榮新診所營養師）

資料來源／《8億名廚的拿手飯》 王政彰／著 台視文化公司出版

現代人飲食習慣西化，常以麵包、漢堡等解決一餐，也有許多人誤以為減肥就要「少吃飯」，使得國人米飯食用量大減，農委會還曾為此提出呼籲「台灣人米飯食用量太少了」，因為台灣去年每人只吃了48公斤米飯，比24年前減少近半，顯示國人碳水化合物攝取嚴重不足，脂肪卻明顯過量。

其實穀類中含豐富的膳食纖維，1碗米飯的膳食纖維是1碗葉菜類蔬菜的2倍，現代人普遍怕胖，不吃米飯，容易造成膳食纖維攝取不足，影響腸道健康，加上久坐的生活型態，更容易造成便秘。

煮出美味滿分的米飯

多數煮飯的人都曾有類似的困擾，就是每次煮出來的飯，口感都不一樣，有時香Q、有時又覺得口感不佳，卻不知問題出在哪裡，想煮出香Q又甜且粒粒分明的米飯並不難，只要掌握一些小技巧。

- 1. 洗米動作要輕快：**洗米主要目的是要洗去附著於米粒上的雜質與異味，為減少營養流失，洗米動作要輕、要快，大約洗1-2次，將附著的雜物去除即可。
- 2. 浸泡一下更順口：**浸米可使水分充分進入米中，讓澱粉容易糊化（熟化），增

加飯粒口感。如果有時間的話，可浸泡1-2小時，糙米與胚芽米等則要增加浸泡的時間，讓食米增加保水度，吃起來更順口。

- 3. 燜飯減少多餘水分：**當飯煮熟後，燜10-15分鐘利用鍋內的餘溫將米飯上多餘的水分吸乾。在燜飯過程中切記不能打開鍋蓋，否則一旦溫度降低，水氣加重，米飯就變得不好吃了。
- 4. 打鬆後口感更均勻：**許多人都會忽略最後重要的打鬆動作。煮好的一鍋飯通常最好吃的部分在中間，所以要經由打鬆的動作讓整鍋米飯的口感平均，並且使多餘水氣蒸發。
- 5. 加油加醋質感提升：**另外也可以加些油（需添加無異味的油，如沙拉油，其他如豬油、麻油等均不適宜）可讓飯粒晶瑩透亮，也比較不會黏在一起，或是加些醋或檸檬汁，可以讓米飯柔軟且不易變質。

煮一鍋好吃的米飯是許多飯類料理的基礎，如果吃膩了白飯配菜，何不試著變換口味，做道異國風味的日式丼飯、韓國泡菜炒飯或廣式煲仔飯，都可以讓吃飯充滿樂趣與變化。





營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
678	22.8	22.6	98.7



喜歡清淡的人，將炸好的牡蠣及醃小黃瓜與白飯一起吃，也有不同風味。

牡蠣丼飯 (1人份)

材 料 飯150g、小黃瓜1/2條、牡蠣98g、蛋1粒
調味料 番茄醬1大匙、鹽1小匙、醋1大匙、白糖15g、低筋麵粉10g、米酒少許、白胡椒粉少許

- 做 法**
1. 熱鍋，不需加油，直接將飯和番茄醬拌炒一下，炒勻並入味，盛入碗中。
 2. 小黃瓜切薄片，先混和鹽、醋、糖一起醃。
 3. 牡蠣洗淨，去水分，加入少許的鹽、米酒、白胡椒粉醃一下。
 4. 蛋和低筋麵粉攪拌均勻成麵糊，再把醃好的牡蠣先沾乾太白粉，再放入蛋糊中，使牡蠣都沾滿了蛋糊後，入油（油量45g）鍋以160°C的油溫炸約4分鐘或用少油煎熟。
 5. 將炸好後的牡蠣放在番茄飯上，周圍放些醃好的小黃瓜，吃的時候，炸牡蠣可沾甜辣醬吃。



營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
485	12.3	8.8	87.8

魷仔魚飯 (1人份)

材 料 飯1碗、金針菇50g、魷仔魚50g、香菇絲40g、玉米筍3根、紅蘿蔔絲30g
 蔥段1支、芹菜少許、水1/2杯

調味料 鹽、雞粉、白胡椒粉各少許

- 做 法**
1. 鍋中加入油1/2大匙，燒熱，先爆香蔥段，再加入香菇絲、金針菇、玉米筍及紅蘿蔔炒至軟。
 2. 放入魷仔魚，炒至微酥，加水及調味料，灑上芹菜煮滾，澆淋在飯上即完成。



買魷仔魚時要挑選略帶銀灰色澤、魚肉飽滿的品種，顏色太白的魷仔魚有可能經過漂白。



營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
536	30.3	12.9	77.1

牛丼 (1人份)

材 料 飯150g、牛腿肉片140g、洋蔥絲1/2粒
蒜末1/2茶匙、蔥絲少許

調味料 味醂4大匙、醬油2大匙、水1碗、米酒
1茶匙、白胡椒粉少許

- 做 法**
1. 鍋熱後先將洋蔥絲炒至微軟，再加入牛肉片拌炒，等牛肉炒至5分熟後，把蒜末及調味料依序加入鍋中，最後再加水。
 2. 等大火滾後再轉成小火慢滾 15 分鐘。
 3. 把飯盛入碗中再加入煮好的食材，灑上蔥絲即可。

貼心
小叮嚀

「丼」是日本自創的漢字，意指以有蓋的瓷碗來盛裝米飯的料理，在碗中盛入2/3的飯，再鋪上各式材料。



營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
615	17.9	13.4	67.1

韓式泡菜炒飯 (2人份)

材 料 韓式泡菜2-4大葉 豬前腿肉丁1/3杯
蛋1粒、蔥1支、飯1碗半

調味料 鹽1茶匙、細砂糖、白胡椒粉、米酒各
少許

- 做 法**
1. 泡菜擰乾、切丁；蛋打散；蔥切花。
 2. 鍋中加油 1 大匙，燒熱，先爆香肉丁，淋上少許米酒後，倒入蛋汁，快速炒散至蛋半熟。
 3. 加入泡菜丁炒香，再加入飯與其餘的調味料，拌炒均勻且至鬆散，最後撒上蔥花，拌一下即可。

貼心
小叮嚀

不敢吃辣的人，也可用不辣的泡菜炒飯，像是台式泡菜、雪裡紅等，別有一番風味。



營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
657	33.5	1.4	12.6

鮑魚煲仔飯 (2人份)

材 料 蓬萊米1杯、罐頭鮑魚1個、青江菜3株

調味料 鹽、雞粉、米酒各少許

- 做 法**
1. 取出鮑魚，入滾水鍋略汆燙，撈出，切片。青江菜洗淨切段。
 2. 米洗淨，放入砂鍋內，加水，高過白米，再將鮑魚、青江菜與調味料一同放入鍋中，蓋上鍋蓋，待水大滾後轉小火燜25分鐘就可以了。



如果怕煮的時間太長，青江菜變老了不好吃，可將煮好的鮑魚及汆燙好的青江菜直接放在煮好的飯上，有效縮短做菜時間。



營養成分分析表

熱量 (大卡)	蛋白質 (公克)	脂肪 (公克)	醣類 (公克)
884	33.1	36.5	10.6

美味油飯 (4人份)

材 料 長糯米2/3杯、五花肉絲50g、乾魷魚絲20g

乾香菇絲2朵、開陽1大匙、油蔥酥1大匙

調味料 香菇素蠔油1大匙、白胡椒粉、五香粉少許

- 做 法**
1. 將洗好的長糯米泡水2小時，瀝乾，加水1杯，用電鍋煮熟。
 2. 香菇與魷魚泡水至漲發，切絲；開陽略泡水，取出，瀝乾水分。
 3. 炒鍋加入1大匙豬油，燒熱，先爆香油蔥酥後，再放入五花肉絲，其次放入開陽、香菇與魷魚絲。
 4. 將煮好的糯米飯也放入炒鍋中，加入調味料拌炒入味即可。



開陽就是我們常說的金鉤蝦，相傳大陸浙江地區的漁夫每天早上都要等雲開了，太陽出來後才能曬蝦米，因此漁夫將金鉤蝦稱為開陽。

全家樂出遊 相伴好去處

過年是家人歡聚的節日，也是一起開心出遊的好時機，台灣特色景點頗多，不論走到哪裡都可感受濃濃的節慶氣氛。

文／廖淑鈴



逛悠閒古樸小鎮

來到平溪一定要乘坐平溪支線觀光火車，欣賞沿途古樸建築與美麗山景，享受全然放鬆的悠閒假期。

【交通資訊】 過年期間平溪鄉遊客眾多，現場將有交通管制，最好不要開車前往，可搭乘平溪線火車，或搭公所接駁巴士前往。

十分老街 & 台灣煤礦博物館

台鐵平溪線最熱鬧的一站是「十分」，甫一出站即可見「靜安吊橋」，老街緊鄰鐵道兩側，小吃及賣天燈的商店林立。台灣煤礦博物館很適合親子同遊，館內結合礦業、歷史與生態等展覽，其中，暱稱「獨眼小僧」是台灣最早的電氣化小火車頭，經常吸引各地鐵道迷前來搭乘。

【地址】 台北縣平溪鄉新寮村頂寮子 5 號

菁桐車站 & 菁桐礦業生活館

菁桐車站是台灣僅存少數典型的木造小火車站之一，2003年獲選為台灣歷史百大景點。菁桐礦業生活館位於菁桐車站旁，原是台鐵廢棄的員工宿舍，2002年規劃為地方文化館，是一座記錄菁桐坑聚落百年發展的在地生活館。



▲ 菁桐車站是台灣僅存少數典型的木造小火車站之一。

【地址】 台北縣平溪鄉菁桐村菁桐街 115-117 號

菁桐太子賓館

太子賓館原名「台陽俱樂部」建於1922年，為日本皇室行館格局，採用阿里山檜木，以卡榫方式建造，原為招待日本昭和太子，但建成後太子並未下榻，目前改建為餐廳。

【地址】 台北縣平溪鄉菁桐村菁桐街 167 號

【入園費】 100 元（費用包含飲品及小點一套），入館來賓需年滿 13 歲。

※有「天燈的故鄉」之稱的平溪鄉，每年元宵節期間都會舉辦大型的放天燈活動，熱鬧非凡，有興趣的民眾可上平溪鄉公所網站查詢（<http://www.pingsi.tpc.gov.tw/>）。



暢遊美麗豐富大自然

走進台東的史前文化博物館、台東森林公園等景點，就可體驗充滿海洋風情的新春原味生態之旅。

【交通資訊】

- 開車：走台9線或台11線至台東市。
- 搭火車：於台東站下車，再搭乘鼎東客運前往台東市。
- 搭飛機：至台東搭乘鼎東客運前往台東市。

台灣史前文化博物館

台灣史前文化博物館是台灣第一座以史前和原住民文化為主題的博物館，結合了博物館、考古遺址和自然生態公園，其中「卑南文化公園」位於卑南遺址上，園內有考古現場、月形石柱、瞭望台等豐富景觀。

【地址】台東市博物館路 1 號

台東森林公園

台東森林公園亦稱「黑森林」，園內設置枕木步道、森林景觀、自行車道等設施。林中的「琵琶湖」和「鸞鷲湖」是珍貴的河口海濱溼地，是觀生態、賞鳥、散步的好去處。

【位置】台東縣台東市中華橋下

【其他】出口處有單車租借，單車騎 1 圈約 2 小時

小野柳

小野柳距台東市區約 6 公里，以奇岩怪石著稱。天氣晴朗時，東方可望見綠島，向南走至富岡漁港可品嚐新鮮的海鮮料理。

【地址】台東市松江路 1 段 500 號（台 11 線 162 公里處）

※每年元宵節台東都會舉辦流傳 50 多年歷史的神明繞境及「炮轟寒單爺」祈福活動，獨具地方特色，活動訊息可上台東市公所網站（www.taitungcity.gov.tw/）查詢。



▲ 安平古堡是台灣最早的城池。



遊玩人文薈萃古城

春節來一趟台南古蹟美食之旅，沿著安平運河沿岸，悠閒玩賞歷史文化特色景點，再品嚐聞名遐邇的台南美食，絕對令人回味無窮。

【交通資訊】搭火車或客運至「台南站」下車。

安平古堡

安平古堡為荷蘭人於 1624 年所建，俗名紅毛城或番仔成，是台灣最早的城池，為國家一級古蹟，經過 300 多年的變遷，現存有城壁遺跡、磚砌平台、陳列館、瞭望台和古壁史蹟公園，外城南壁高三丈餘，牆上古榕樹根盤結，充滿古意。

【地址】台南市安平區國勝路 82 號

港濱歷史公園

曾獲得 2006 年建築園冶獎的港濱歷史公園，結合林默娘紀念公園、札哈木原住民公園等景點，每到週末都會聚集許多遊客，欣賞美麗及遼闊的港灣景色，園內更有極富歷史特色的公共藝術，充滿藝術文化內涵。

【位置】台南市安平區安億路旁

安平漁人碼頭

安平漁人碼頭位於港濱歷史公園附近，傍晚時分來此散步，欣賞知名的安平夕照，堤岸邊設有木棧道，及半圓形木質觀景台，是欣賞遼闊海景的最佳位置。到了夜晚，還可看到地標「舟之光塔」散發出璀璨光芒，及漁港裡的點點漁火。

【地址】台南市安平區安平路 790 號



環保過生活 樂活更健康

落實環保生活，從利用天然素材清潔居家環境做起，
保護地球、生活更健康。

文／張怡伶
諮詢／主婦聯盟環境保護基金會



近年來全球暖化問題嚴重，各地嚴重天災頻傳，為了不讓地球環境持續惡化，人們的環保意識逐漸升高，開始注意日常生活中產生的各種污染物質，其中清潔劑及殺蟲劑就是使用率高，又與生活息息相關的化學用品。如果大家能選用天然素材清潔、維護居家環境，將可大幅減少環境中的有毒物質，也是邁向環保健康生活的第一步。

居家清潔有3寶

生活中容易取得、價格低廉，清潔效果又好的天然素材非小蘇打、白醋及麵粉莫屬，善用這3寶，輕鬆解決各式難題。

小蘇打—除臭去污效果佳

小蘇打的化學成分為「碳酸氫鈉」，其弱

鹼屬性用來對付酸性油脂效果特別好，顆粒狀的質地還具有類似磨砂的效果。在大賣場購買工業級小蘇打粉，沒有化學清潔劑的毒性，可除臭味，用過當堆肥，也不會污染環境。

白醋—除垢殺菌真有效

白醋成分以醋酸為主，其酸性屬性可以去水垢、油漬及殺菌，使用的時候要加水稀釋，用溫水稀釋，除污效果會更好。清潔須選用一般白醋，才有清潔、殺菌功效，有其他添加物或水果釀造的醋都不適合。

麵粉—吸水力佳還能去油

麵粉粒子細小，具有超強的吸水力，其遇到油脂即結成團塊的性質，也是去油的好幫手。煮麵水留下來也具有去油功效，加熱使用吸附油脂的效果更好。

清潔3寶活用法

浴室篇

馬桶不通真頭痛，趕快準備熱水與小蘇打，就能讓馬桶清潔暢通！

馬桶與水管：以1杯小蘇打粉、600c.c.白醋，及半桶熱水，依次倒入馬桶或水管中，再以一些通水管的工具伸入攪動，可達暢通目的。

陶瓷瓷磚：淋浴間和地板的瓷磚以濕布沾白醋擦拭，就能收到清潔效果。





客廳篇

客廳裡如果鋪上地毯難免會因潮濕而產生霉味，此時不需大費周章的清洗地毯，只要善用小蘇打的超強吸附能力。

地板：自製地板清潔劑的方法有兩種，以6湯匙小蘇打加半桶水，或1杯白醋加半桶水，都可用來擦拭地板，清潔兼消毒。

傢俱：以1茶匙橄欖油（或其他油品皆可）加入1顆檸檬擠出的汁液，及1茶匙白蘭地（或其他酒類亦可），就是天然亮光劑。

門窗玻璃：將醋與水以1比1的比例調和，就可輕鬆洗淨門窗玻璃。

地毯：將小蘇打粉灑在地毯上1小時或數小時，再以吸塵器吸乾淨，可吸附地毯的霉味與臭味。



廚房篇

煮了三餐還要煩惱遺留的油垢？其實除污去油一點都不難，廚房中食材就是最佳清潔劑。

抽油煙機：先將熱水溶解肥皂，以鋼刷沾滿溶液，再沾些麵粉（或小蘇打粉）擦洗抽油煙機，效果比化學清潔劑還好。

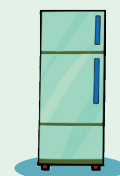
冰箱：冰箱存放各式食物時間久了，就容易產生異味，將小蘇打裝在小容器中置於冰箱裡可吸收異味。同樣的，將小蘇打粉放在廚櫃或鞋櫃中也能達到除臭功效。

抹布：將抹布放入加水的鍋子中煮沸數分鐘，可達消毒效果。

砧板：將砧板用加入白醋的熱水清洗，可除異味及殺菌。

微波爐：清潔微波爐，可用抹布沾醋擦拭；或將檸檬水微波3-4分鐘，可達消除異味的效果，也可用來擦拭。

燒焦的鍋子：以醋和一層食鹽覆蓋燒焦的鍋子，放置一夜後，將鍋子煮開再慢煮10分鐘，關火冷卻，就可以用水清洗乾淨。



衣物篇

喜歡衣物柔軟的感覺？衣服汗漬很難清洗！這些問題就用白醋及小蘇打來解決。

柔軟衣物：衣服洗淨後，加入白醋可代替柔軟精，達到柔軟功效。

去除血漬：將500c.c.的溫水加2大匙小蘇打噴在血漬髒污處，靜置一下，等血漬散開後再用肥皂搓洗，即可除去血漬。

袖口汗漬：將小蘇打與水以2比1調成糊狀，塗在髒污處，用牙刷刷洗，靜置15分鐘，再噴上稀釋醋水，以平常洗衣程序洗淨即可。





自製滅蟻除蟲劑



除了環境清潔，如何消滅蟲蟻也是居家常見的問題，利用具有腥辣嗆味的洋蔥及辣椒，就可自製環保除蟲劑。

環保安全蟑螂藥

蟑螂的生命力極強，四處逃竄，非常惱人，噴灑殺蟲劑又擔心化學毒素影響空氣品質，現在用洋蔥、硼酸等就可以自製安全的蟑螂藥。

1. 先用磨薑板把1個約200公克的洋蔥磨碎，擠掉一點水分。
2. 將1大匙砂糖、半大匙奶粉、150公克麵粉及250公克的硼酸，混合並攪拌均勻。
3. 把磨碎的洋蔥慢慢加入步驟2的材料中，繼續攪拌，直到成為不黏手的麵糰為止，注意不可太溼。
4. 將麵糰搓成小圓餅狀後，陰乾1個星期，即可使用。
5. 使用時，將一兩個小圓餅團擺放於牆角或櫥櫃下，但需注意不要被寵物及幼兒誤食。
6. 如果有多餘未使用的部分可密封存放於乾燥處，效果可維持數月。

大蒜辣椒驅蟲液



有許多人喜歡在陽台或屋頂享受植花種草的樂趣，但難免會出現蚜蟲等昆蟲。想要殺蟲又不污染作物，就可運用大蒜、辣椒、酒精自製驅蟲液。

1. 準備600公克辣椒或大蒜打碎，洗淨瀝乾，放入容量至少1.2公升的空玻璃瓶中，再倒入500c.c.的藥用酒精，密封靜置浸泡。
2. 1週後瓶中會產生氣體，可打開瓶蓋排氣後，再封緊放置1週，就可使用。
3. 噴灑時，需先稀釋200-300倍，噴灑於枝葉上。若為預防蟲害，1週噴灑1次即可，若蟲害嚴重的時候，則可天天噴灑。殺蟲液應小心收藏，勿使幼兒、寵物誤食。

驅除螞蟻有妙方

家居生活中，螞蟻幾乎無所不在，其數量眾多，使用殺蟲劑效果有限也污染環境，善用幾種驅蟻妙方，可減少螞蟻到處出沒的困擾。

1. 將辣椒粉、蒜粉、硼砂或薄荷葉，灑於螞蟻經常出沒的地方。
2. 在螞蟻聚集的洞口，塗抹肥皂或白樹脂。
3. 以250c.c.熱水、2大匙糖以及1/4小匙的辣椒粉拌勻，裝入噴瓶中即可使用。



健保照顧外籍配偶 醫療有保障



疼惜台灣媳婦、照顧她的健康！

98年4月1日起，凡已辦理投保之外籍配偶（含大陸、港、澳地區），全年家庭總收入符合補助資格者，即可申請自付健保費補助，相關資訊可撥健保局免費服務電話0800-030598洽詢。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
健保用心 讓您安心

全民有健保 看病沒煩惱

諮詢專線：0800-030-598

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

家庭醫師

是您的健康守門員



生病時不知道該看哪一科？
大醫院候診耗時又花錢？
找位專屬的家庭醫師照護全家健康，
必要時協助安排轉診，
更能給予適切的疾病諮詢與衛教指導，
隨時提供全方位的健康照護。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
健保用心 讓您安心

全民有健保 看病沒煩惱
諮詢專線：0800-030-598
網址：<http://www.nhi.gov.tw>



GPN:2008500065
定價:60元
(一年6期360元)