

National Health Insurance

# 全民健康保險

第104期

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國102年7月號 ■ISSN: 1026-9592

## 2013臺日韓全民健保研討會

第66屆WHA之行 臺灣不缺席

邁向衛生福利部新紀元

用藥管理齊用心 審查無紙效率高

新加坡醫療財務制度對臺灣的啓示



# 用藥安全

# 健康守護

謹記五不原則，不聽、不信、不要、不吃、不買



# 臺日韓交流

## 分享全民健保經驗

全民健保開辦以來，在醫界的配合及全民的支持下，臺灣以公平就醫、全民納保、民衆高滿意度等成就，獲得各方高度肯定，除了國際媒體報導外，其他國際期刊也時常以臺灣經驗作為借鏡，每年吸引許多國外專家學者及官方代表前來我國考察健保制度，甚至有「世界健保模範生」的美名。

民國 102 年 7 月 1 日所舉辦的「2013 臺日韓全民健保研討會」，則是首次透過三方經驗交流的研討會方式，邀集相關專家學者與代表 200 餘人共聚一堂，分享健保經驗。本次研討會由中央健康保險局規劃辦理，國內參與者包括張博雅、涂醒哲、楊志良、葉金川與邱文達等幾位前後任署長，及非常關心臺灣健保的立法委員蘇清泉，以及醫療院所、藥界、醫改團體的代表們，國外則包括日本厚生勞動省、日本交流協會、韓國國民健康保險公團等貴賓。臺灣與日本、韓國的健保制度，各有其特色與優點，冀望此次的三方交流借鏡，協助健保制度更臻完善。

而臺灣與日本、韓國不論在地理環境或是歷史淵源上，都有相當密不可分的關係，而在健康保險制度上，皆屬以「社會保險」方式辦理之全民健保制度，並以保險費為主要財源。日本健保於 1922 年依「健康保險法」成立，1961 年達成全民健保的目標；韓國健保於 1977 年開辦，1989 年將全民納入健保；臺灣的全民健保發展雖較晚，1995 年係依全民健保法，將原來的公保、勞保、農保整合，並同時將未納保人口納保達全民納保，成果豐碩。

本次的研討會安排 3 項主題：包括臺日韓三國「健保制度執行現況及前瞻」，三國將就保險制度設計、民衆就醫情形、保險財政現況、未來改革規劃等面向進行分享交流，提供彼此未來政策之參考；其次則以「偏鄉及離島地區醫療」為主題，就偏遠地區之問題特性、各項對策方案之施行、預算配置、未來強化重點等面向提供過去努力的經驗，使國人不論地域遠近，皆能享有相同標準的健康基本權利；最後，則針對人口老化這個全球共通性議題，以「高齡化對醫療費用的衝擊」為題進行相關議題研討，針對就醫人口老化之速度與醫療費用成長之關聯、未來對財務面臨之挑戰等面向進行分析，期能共同研議出解決方案，有助各國健康保險之永續經營。也希望透過這 3 個主題的充分討論，激盪出好的想法，讓我國民衆皆能享有永續之全民健保，為國民的健康帶來更大福祉。



# CONTENTS

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國 85 年 5 月 1 日創刊 102 年 7 月號



▲中央健保局局長黃三桂帶領全體主管在「行政院衛生署中央健康保險局」大樓前留下組織改制前歷史性的一刻。

## 封面放大鏡

# 2013 臺日韓全民健保研討會

### 編輯室報報

- 1 臺日韓交流 分享全民健保經驗

### 封面放大鏡

- 4 第 66 屆 WHA 之行 臺灣不缺席

- 7 邁向衛生福利部新紀元

- 8 2013 臺日韓全民健保研討會

系列一：臺灣、日本、韓國的健保制度現況與前瞻

系列二：臺灣、日本、韓國的偏遠及離島地區醫療

系列三：高齡化對醫療費用的衝擊及因應之道

### 時事搶先報

- 20 用藥管理齊用心 審查無紙效率高

### 健保好幫手 輕鬆上網查

- 22 血糖控制好幫手 品質指標一起來

- 26 膝關節置換好不好 健保指標告訴你

- 30 補充保險費 查詢好方便



▲ 民國 102 年 7 月 23 日「衛生福利部中央健康保險署」由邱文達部長（左起）、黃三桂署長、林奏延次長、曾中明次長共同進行揭牌儀式。



發行人 ◎黃三桂  
 社長 ◎李丞華  
 編輯顧問 ◎蔡魯  
 總編輯 ◎蔡淑鈴  
 編輯委員 ◎丁志音·王怡人·江秋芬  
 李春娥·李函潔·姜毓華  
 施志和·高資彬·高辛偉  
 張鈺旋·張溫溫·陳秀鶯  
 陳素芬·陳福隆·陸更新

執行編輯 ◎彭美琪·曾淑汝  
 文編 ◎張秀珍  
 美編 ◎沈瓊羽·黃則誌·吳明哲

出版機關 ◎衛生福利部中央健康保險署  
 地址電話 ◎臺北市 10634 大安區信義路三段  
 140 號 02-2702-9934

讀者意見電子信箱 <http://www.nhi.gov.tw>  
 (點選意見信箱)

客服專線 ◎02-7737-8585  
 企劃採編 ◎日創社文化事業有限公司  
 地址電話 ◎臺北市南港區重陽路 459 號 12  
 樓 02-7737-8585

承製印刷 ◎沈氏藝術印刷股份有限公司  
 著作人與著作財產權人 ◎衛生福利部中央健康保險署

### 世界比一比

37 新加坡醫療財務制度對臺灣的啓示

### 健康萬事通

42 從生活中防過敏

### 生活是樂活

44 夏日飲食要衛生 蔬菜清洗有一套

### 愛心感恩卡

47 衛生福利部中央健康保險署接受各界愛心捐款明細表

## 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。  
 (如經登載即酌付薄酬)

投稿注意事項：

1. 內容宜淺顯易讀，盡量避免太過專業。
2. 請中文撰寫，字數 2,000 字內，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。

請寄：臺北市南港區重陽路 459 號 12 樓 全民健康保險雙月刊編輯委員會收  
 電話：(02) 7737-8585#26 傳真：(02) 2788-7229  
 E-mail：cre.artline@msa.hinet.net

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 2008500224  
 【本刊零售地點】政府出版品展售門市  
 ◎國家書店松江門市  
 臺北市松江路 209 號 1 樓 02-2518-0207  
 ◎五南文化廣場  
 臺中市中山路 6 號 04-2226-0330

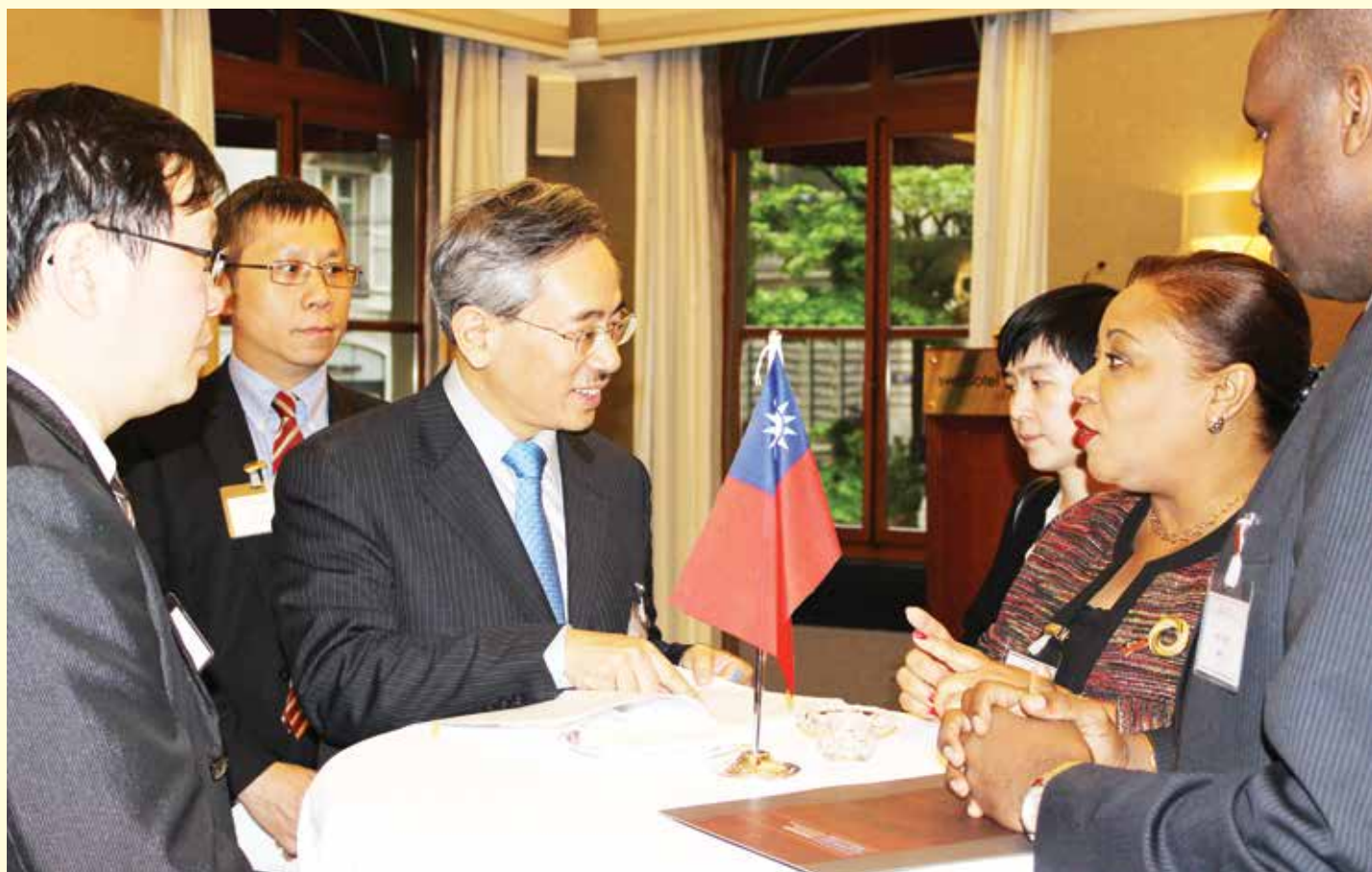
◎本書保留所有著作權。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。

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：衛生福利部中央健康保險署



本刊響應環保，使用環保大豆油墨印刷

# 第 66 屆 WHA 之行 臺灣不缺席



▲民國 102 年 5 月 19 日邱署長和其他國家代表進行交流。

「第 66 屆世界衛生大會 (WHA) 於今年 5 月 20 日至 28 日在瑞士日內瓦召開。由於適逢 SARS 爆發十週年，又值 H7N9 疫情，使得今年 WHA 格外受到矚目。我國代表團在衛生署署長邱文達的率團參與下，於世界衛生大會全會和 19 項技術會議上，就「促進健康生活」、「流感大流行準備」、「國際衛生條例 (IHR)」、「邁向普及化全民健康照護」等議題發言，並與各國代表進行雙邊會談。

本屆大會主題為「如何確保健康議題在下一代全球發展目標的定位」(How to ensure the place of health in the next generation of global development goals)，聯合國設定 2015 年後的發展目標，健康 (Health) 議題為 11 大主題之一，與教育、環境永續、經濟成長及發展、糧食安全及營養、治理、不平等、人口、衝突與脆弱、飲水及能源等議題息息相關。

### 臺灣醫療成就有目共睹

今年大會期間，我代表團在委員會 A (committee A) 針對 19 項技術性議題與 6 項追蹤議題提出報告。在傳染病相關議題上，代表團向世界各國報告我國境外移入之 H7N9 病例並成功治癒的經驗。另為呼應 WHO 對失能人士照顧的主張，我國也在技術性會議中報告，臺灣是全世界第一個以 WHO 國際健康功能與身心障礙分類 (International Classification of Functioning, Disability, and Health, 簡稱 ICF) 進行全國性身心障礙鑑定，並與社會福利制度結合的楷模。

本屆 WHA 技術性委員會並於會中通過一個呼籲各國重視 eHealth 發展的決議案。由於臺灣長期發展 eHealth，廣受世界各國肯定，於會上分享利用 eHealth 提昇醫療品質，改善病人安全，促進行政效率之經驗。在會議期間，邱署長親自領軍，與多國進行雙邊會議，且不排除與中國大陸進行兩岸衛生高層會議，主要考量 H7N9 疫情、中國大陸衛生部近期組改及檢視兩岸醫藥衛生協議進展等。

### 邱文達署長與會報告 分享臺灣經驗

衛生署署長邱文達於大會就本屆會議主題發言，依過去、現在與未來的軸線，與各國分享過去臺灣經驗，如：六大傳染病根除、B 型肝炎防治成效；現階段全民健保實施狀況與二代健康保險制度等重要財務改革；以及未來因應人口老化，非傳染性疾病 (Non-communicable diseases, NCDs) 成為民衆重大健康威脅，所提出的國家黃金十年願景計畫，預計於 2020 年前將癌症死亡率下降 20%、成人吸菸率減半、成人規律運動率倍增；並自今年起，呼應 WHO 「25 by 25」全球 NCDs 防治架構，配合訂定 11 大目標，以期能於 2025 年前將早發性非傳染病死亡率降低 25%。



▲民國 102 年 5 月 22 日邱文達署長在會中就主題發言，並報告臺灣近來防治傳染病的成效。

邱署長在報告中指出，過去 50 年間，臺灣已經根除或控制十餘種傳染病，值得一提的是在 1981 年進行全球首次最大規模 B 型肝炎疫苗預防注射，使兒童 B 型肝炎帶原率由原本高於 10% 降至 1% 以下，肝癌發生率也因此降低了 75%，其中肝癌患者肝臟移植的 5 年存活率超過 76%，是全世界成功率最高的國家之一。

### 臺灣健保成國際亮點 同聲譴責醫事暴力

另外，我國自 1995 年起實施強制性全民健康保險後，納保率達 99.8%，花費僅佔我國 GDP 的 6.6%，且對我國 2 千 3 百萬國民健康狀況有顯著改善，如國人平均餘命已達 80 歲，且嬰兒死亡率現為千分之 4，我國幾乎已達千禧年目標。

此外，為解決 5 大科與護理人力的短缺，臺灣採取許多策略，例如：改善工作環境與條件及提供多種獎勵制度；最近，臺灣正面臨急診暴力這個眾所關切的問題，因此積極支持世界衛生組織（WHO）陳馮幹事長與世界醫師協會（WMA）共同譴責戰亂國家對醫師、護理人員以及急診醫事人員的攻擊。

未來，臺灣也會配合 WHO 25 by 25 的宣示，將衛生議題融入各項政策並納入施政的目標中，如：黃金十年計畫，規劃於 2020 年降低 20% 的癌症死亡率、降低 50% 吸菸率、並達到運動比例雙倍成長等目標。

### 支持世衛大會模式 齊心為全球發展目標努力

邱文達署長也指出，4 月 24 日當首例境外移入 H7N9 人類病例在臺灣確診時，疾病管制局於第一時間向 WHO 通報，並對學術界公開分享該病毒之基因序列資料。同時，他也在會上報告病患的復原情況良好，並強調臺灣仍會繼續支持世界衛生組織及全球共同對抗流感大流行的努力，同時也籲請世界衛生組織、全體會員國及所有與會人士，支持「世衛大會模式」，讓臺灣有意義及有尊嚴的參與世衛組織的相關會議、機制及活動，讓所有有能力及有意願的夥伴共同為「確保衛生議題在下一代全球發展目標的定位」一起努力。

資料來源 / 衛生福利部全球資訊網



# 邁向衛生福利部新紀元



為因應全球化及提升國家競爭力，行政院開啓組織改造，並於民國 101 年 1 月 1 日正式啓動新的組織架構，由原有的 37 個機關，調整為 29 個機關，以期打造一個精實、彈性兼具效能的政府，達成「強化政府功能，釐清機關職掌；縮減部會數量，控管公務人力；健全決策機制，減少行政成本；改變組織文化，提升為民服務」之目標，提升國家競爭力之願景。配合行政院組織改造，衛生福利部組織法已於 102 年 6 月 19 日經總統公布，並已於 102 年 7 月 23 日正式上路。

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署企劃組 副研究員吳志倩

衛生福利部係行政院為因應新興業務需求，整合衛生署原有之衛生業務及內政部之社政業務，而成立之新興部會。其業務職掌包括健康政策及服務、全民健康保險、疾病防治、藥物食品、社會福利政策及服務、社會救助、社會保險、保護扶助等，轄下分別設有社會及家庭署、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、中醫藥研究所等附屬機關（構），以建構精簡、效能及彈性的衛生醫療與社會、福利服務體系，達成全人照護、以人為中心之衛生福利服務之願景。

另外，衛生福利部及所屬三級機關組織法，已於民國 102 年 5 月 31 日經立法院三讀通過，修正條文並經總統於民國 102 年 6 月 19 日公布，行政院核定自民國 102 年 7 月 1 日施行，因此，行政院衛生署自民國 102 年 7 月 23 日起改制，正式邁向衛生福利部的新紀元，中央健康保險局為行政院衛生署下之附屬三級機關，配合衛生福利部成立，已於民國 102 年 7 月 23 日起更名為「衛生福利部中央健康保險署」。

在本次行政院組織改造中，本局配合更名為「衛生福利部中央健康保險署」，業務及內部組織架構未調整，仍專司掌理全民健康保險業務。衛生福利部中央健康保險署仍將秉持增進全體國民健康，提供完善醫療服務之精神，繼續照顧全體保險對象之健康，以共同達成衛生福利部之願景。

# 臺灣、日本、韓國的 健保制度現況與前瞻

公平就醫、全民納保、就醫可近性高、照護水準高，臺灣的全民健保一路走來創造許多奇蹟，不過人口快速老化帶來醫療花費的急遽成長、生育率低影響保費收入等問題，卻是健保永續發展的隱憂。衛生署與中央健康保險局於7月1日舉辦「2013 臺日韓全民健保研討會」，邀請與臺灣醫療體系相近的日本、韓國相關健保機構代表，來臺討論、相互借鏡，這也是首次三方直接的經驗交流。

撰文 / 陳佳佳

7月1日於臺北登場的「2013 臺日韓全民健保研討會」，齊聚不少來自臺日韓三國的健保專家學者，第一個主題從「健保制度的現況與前瞻」，分享臺、日、韓的保險制度設計、民衆就醫情形、保險財政現況，以及未來改革規劃等面向，提供彼此政策前瞻的思維。



▲臺日韓三國代表首度跨海舉辦全民健保研討會，進行經驗交流。

## 臺日韓三國健保的相異處

衛生署署長邱文達表示，臺灣、日本、韓國的健保制度都採取社會保險，並以保險費收入為主要財源，制度上相當類似。日本的健保開辦最早，於1922年依「健康保險法」成立，到1961年達成全民納保的目標。韓國的健康保險於1977年開辦，直到1989年將全體國民納入。

臺灣雖然起步最晚，於1995年依據全民健康保險法，把原來公保、勞保、農保的健康保險部分，整合為一個制度，並把其餘40%原本未納入保險的民衆加入全民健保，達成全民納保的目標。健保開辦18年來，一直是民衆對政府施政滿意度最高的項目，更吸引國際媒體報導以及許多國外專家學者、及官方代表來國內考察健保制度。

而臺灣、日本、韓國的健保制度相仿，也都曾面臨財務失衡的困難。為解決財務困境，日本曾針對藥品訂價、診療報酬制度、高齡者醫療制度等進行全面改革。韓國則於2002至2006年，實施全民健康保險財務平衡特別法，以解決長期以來的財務赤字。臺灣則於今年起正式實施二代健保，增加補充保險費的收繳，擴充保費來源。

## 生育率低和老化是健保面臨的難題

在這場研討會中，不少臺日韓的專家都提到生育率降低、人口老化是健保發展不可忽視的重要課題，日本厚生勞動省保險局調查課數理企劃官鎌田真隆表示，日本的健保是任何人、隨時、隨地，只要持有一張健保卡，就能接受醫療保障。

但因為急遽的高齡化與醫療進步等因素影響，醫療費用增加的幅度將大幅超過GDP的成長率。由於日本老年人口已佔20%，因此日本已將保險分為兩個保險，分別是受薪階級為對象的職域保險，以及以自營業者、農業者、高齡者為對象的「自營業者等保險」。同時制訂高齡者須負擔一成的部分負擔、以及在職中有收入的高齡者須負擔三成部分負擔，加上對疾病訂定不同的住院給付天數門檻等管控措施，以下降住院天數，即使老年人口多，仍成功控制醫療費用的成長率，甚至微幅下降。

## 日本的健保改革

未來日本的健保改革希望加強醫療與照護服務，並推動增進健康活動，讓疾病早期預防、發現，減少醫療費用的花費。鎌田真隆說，繼續降低住院天數也是一項重點，因此未



▲前衛生署署長楊志良在研討會上捐出「好膽愛心包」給健保局收藏，由健保局局長黃三桂代表接收，意義非凡。

來改革的方向要加強地區醫院、基層醫院、恢復期醫院的合作，期使長者從發病、住院、到出院順利銜接，無論人在哪裡，都能接受最適當的醫療及照護。

同時，因應高齡化的社會來臨，鎌田真隆也特別提到日本曾於 2007 年對高齡者進行調查，發現長者希望的臨終場所，以「自家」的比例最高，達到 54%，其次依序為「醫院等醫療院所」、「特別養護老人之家等福利機構」等，但日本調查也發現，81%的高齡者實際上是在醫院死亡。健保局主任秘書蔡淑鈴認為，這也顯示日本思考無效醫療的議題，希望避免死亡前於醫療院所之過度醫療。

### 韓國的健保現況

韓國國民健康保險公團企劃調整室室長蔣水陸則說，韓國健保的納保率達到 97.1%，實施之後國民健康水準提升，不過韓國的病患負擔不低，住院需負擔給付診療費的 20%、門診則是需要負擔診療費的 30%至 60%間，而且健保涵蓋疾病的保障率只有 63%，並非大小病都保。

蔣水陸說，韓國預計 2026 年進入超高齡社會，低生育、高齡化可能壓垮健保的財政基礎，加上老人疾病、慢性病遽增，以及民衆對於醫療保障需求增加，新藥等尖端醫療技術發展等，都是制度持續性之危機。

同時保費賦課體系的不公也動搖民衆對健保制度的信心，2011 年對健保的民怨，82%來自保費的抱怨，不僅使得調漲保費出現障礙，滯納保費 6 次以上的民衆大量出現，這也迫使韓國打算提升健保的醫療保障、降低自費之外，並改革保費收取、試算後，以減輕大部分民衆負擔，增加少數高所得者的負擔為方向，這些方案已提報給韓國國會。

與日本相同，提出「預防勝於治療」的觀念，蔣水陸也說，未來韓國也要加強疾病的預防、增進健康的體系，計畫以健保資料庫，反映投保者的健康狀態、疾病特性等，提供適切的健康服務。



▲前後任衛生署署長楊志良（左起）、葉金川、邱文達，以及前任健保局局長鄭守夏，因研討會而留下難得的畫面。



▲健保局副局長蔡魯也與會分享臺灣健保的現況及前瞻。

## 臺灣的健保現況

至於臺灣的健保制度，納保率達到 99.5%，成績雖是國際間有目共睹，但健保局副局長蔡魯說，包括人口高齡化、少子化、醫療高科技的進展，加上民衆可以自由選擇就醫場所等，都是健保無可避免的挑戰，國人對健保期待高，但資源有限、需求無限是健保兩難之處。

今年二代健保上路，要實施藥品支出目標，並辦理醫療科技評估，對於增訂醫療服務及藥物給付項目、及支付標準訂定前，將先審慎考量人體健康、醫療倫理、成本效益、及健保財務等因素，以確保醫療給付的合理性及醫療服務品質。

蔡魯說，並且要改革醫療支付制度，分階段實施「住院診斷關連群支付制度」(DRGs)，也就是改變論量計酬的方式，將同一類疾病分組、計算應支付給醫療院所的費用，希望鼓勵醫療院所有效率地提供醫療服務、減少不必要的手術、用藥及檢查等，而非做的越多、領的越多。未來還要推動論人計酬，強化醫療院所預防保健及個案管理服務，提供全人照護。

除了面對大環境的嚴峻挑戰，主秘蔡淑鈴也說，分析三國民衆的就醫習慣也相當類似，國人平均一年門診就醫約 15 次、日本國民平均一年就醫 13.1 次、韓國民衆平均一年門診診療次數 12.9 次，比起英、美、德、法等先進國家要高出許多，同時普遍都有往大醫院集中的現象。因此適當導正民衆的就醫習慣，重視預防保健，珍惜健保資源，也能讓健保永續經營。

項目	臺灣	日本	韓國
健保開辦時間	1995 年實施	1922 年成立 1961 年全民納保	1977 年開辦、 1989 全體國民納保
制度	社會保險 單一保險人	社會保險 多元保險人	社會保險 單一保險人
財源	63.9%保費收入 36%政府經費	60%保費收入 30%政府經費 10%資產收入	85.7%保費收入 13.2%國庫資助金、 國民健康增進基金 1.1%其他
保險費率	4.91%	9.48%	9.48%

資料來源：摘自 2013 臺日韓全民健保研討會會議資料



▲日本代表鎌田真隆分享日本健保的現況和挑戰。



▲韓國代表蔣水睦室長分析目前韓國健保的困境及挑戰。

# 臺灣、日本、韓國 的偏遠及離島地區醫療

健保資源無遠弗屆。雖然偏遠及離島地區交通不便，但透過持續的努力、規劃、檢討及醫界的配合下，仍可以適當照護當地居民的健康，期望讓偏遠離島地區居民的就醫品質持續升級，不受交通、地形阻隔，安心就醫。

撰文 / 陳佳佳



▲研討會團隊第二天赴花蓮參訪偏遠地區醫療現況。

「2013 臺日韓全民健保研討會」的第 2 個主題為「偏遠及離島地區醫療」，臺日韓三國分別將偏遠及離島地區的問題特性、目前施行的對策方案、預算配置、未來強化重點等面向，提供三國努力的經驗，希望集思廣益，持續讓醫療供給體系更完善，讓三國的民衆，不分地域遠近，都能享有基本的醫療照護服務。



▲健保局主秘蔡淑鈴針對臺灣偏鄉健保提出因應之道。

### 城鄉差距的醫療問題

衛生署中央健康保險局主任秘書蔡淑鈴表示，所有先進國家都存在著醫療的城鄉差距、就醫公平性的問題，相對於大都市人口稠密，臺灣的山地離島有「人口密度低」及「醫人比高」的特性，也就是幅員廣大，但是人口少且分散，每位醫師照顧的人口多。目前臺灣平均一個西醫師照護 581 名民衆，但山地離島地區卻平均要照顧 1,130 名居民，民衆就醫受到地理環境阻隔，往返就醫不便。



▲鄭守夏教授為第二場研討會主持人。

因此健保局從 1999 年起，開辦「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS)，將全國 29 個山地鄉及 19 個離島鄉全數納入，由 7 家醫學中心在內的 25 家特約醫院，提供居住於這些地區的 42 萬多名民衆醫療服務。

IDS 的照護內容除一般科門診，更提供專科門診、假日門診、急性醫療、部落巡迴醫療，還有提供疾病衛教管理、轉診後送等服務，讓山區、離島民衆獲得優質完善醫療服務。另遇有風災或是特殊節慶時，亦機動給予緊急醫療站或加診等服務。近年來，IDS 每年提供 30 多億元的醫療服務，居民對本項服務的滿意度亦達到 95%。

### 醫療不足方案鼓勵醫生下鄉

除了山地離島外，臺灣因地形多變，也有很多交通不便、人口分散的偏鄉，每位偏鄉地區的醫師平均要照顧 2,771 人，負擔沉重。因此健保局也規劃了「醫療資源不足改善方案」，鼓勵醫師走出去，到偏鄉地區提供服務。以 2012 年統計，西醫、中醫、牙醫的醫師於偏鄉提供巡迴醫療，共服務超過 50 萬人次。

目前全臺 368 個鄉鎮中，已有 48 個山地離島及 122 個偏鄉地區，納入 IDS 或是醫療資源不足改善方案。蔡淑鈴也說，未來的願景，希望能繼續提升醫療照護的可近性，讓醫師下

鄉服務，以強化偏遠地區的在地化醫療。同時應用日新月異的資訊科技，克服偏鄉離島的醫療照護障礙，例如建構雲端平臺，可以共享醫療照護資訊等，縮短城鄉差距。

## 日本偏鄉醫療的因應之道

日本國土面積廣大、四個大島之外，又有六千個小島，偏遠與離島地區的醫療問題是嚴峻考驗。統計 43 個縣市都有偏遠的「無醫地區」，和「準無醫地區」。日本厚生勞動省醫政局指導課急救與周產期醫療等對策室長田中剛說，無醫地區是指該地區中心為起點的半徑 4 公里內沒有醫院或診所等醫療機構，且有 50 人以上的人口居住。而且因為山地、海洋等地形、或是大雪等氣候的阻隔，導致交通不便，無法輕易的到達外地的醫療機構。

至於準無醫地區，則是雖不符合無醫地區的定義，但已經接近無醫地區的狀態，經由政府認定者。隨著道路等交通網絡的建設，無醫地區漸漸減少，但日本近年統計，還有 13 萬多人居住在 705 個無醫地區、另還有 371 個準無醫地區。

田中剛說，為確保無醫地區居民得到醫療照護，從 1956 年起，陸續制訂 11 次的年度計畫，實施各種對策。早中期著重於偏遠地區診所的建設，例如採購患者的接駁車、巡迴診療車、派遣醫師到偏遠地區、導入醫療資訊系統等。

近年來則強化偏遠地區醫療支援機構的功能，配置兼職醫師，以及建立醫療資訊系統的諮詢體系，並且強化派遣醫師支援的功能。以 2012 及 2013 年為例，日本一年都編列約新台幣 6 億多元，協助偏遠地區醫療體系的運作。

田中剛也說，未來要持續提升偏遠、離島地區的醫療品質，有效率的提供這些居民高度專業性的醫療判斷與建議。同時與臺灣願景的方向一致，利用科技發展，希望透過視訊會議等方式，加強支援機構與偏遠地區據點或診所的溝通。醫師人力的支援也是重點項目，支援機構另發放津貼給派遣醫師，方便調度人力，這項津貼由國庫補助一半，希望能增加醫師下鄉的誘因。

由於無醫地區的居民有減少的傾向，巡迴醫療的使用人次也跟著減少，因此日本政府也思考，對巡迴於無醫地區和鄰近醫療機構之間的接駁交通工具，提供營運的財政支援，方便民衆外出就醫。

## 韓國偏鄉醫療的因應之道

韓國對於山地離島地區的醫療，則是另一項作法。韓國國民健康保險公團資格賦課室賦課部部長李甲成表示，依據地區的對外交通、是否有醫院級醫療設施等條件，給予評分，若屬於交通不便或醫療可近性低，就指定為減免保險費地區，可減免健康保險費的 50%。近年因為擴充道路交通網等，保費減免對象有減少的趨勢，2012 年約有 51 萬戶可減免。



李甲成說，山地離島地區的醫療機構家數少，僅有 230 處，占全韓國醫療機構總數的 1% 以下，而且因收益性低，無法吸引優質的民間機構設立，現有機構大多都是基礎或低層級的保健診療所。從服務情形統計發現，山地離島地區的平均診療費比全國高出 44%，分析認為可能是病況惡化時，居民才去看診，故醫療利用產生較高的現象。



▲韓國代表李甲成表示，韓國以強化硬體、緊急醫療體系，來因應偏鄉醫療問題。

因應醫療供給體系的可近性低，需仰賴公共醫療機構，以及道路、船隻等基本公共設施不足、緊急醫療應變能力不佳等問題，韓國也提出強化方案，中長期計畫包括加強交通、通訊等公共設施、加強資源缺乏地區的醫療供給體系、並提升弱勢老人的醫療可近性等。

例如，政府補助設立新的公共醫院，同時更補助 50% 的人事費，鼓勵優秀的醫師前往提供服務，為了強化緊急醫療體系，更採用配置有醫療人力的緊急醫療醫院船，以及擴增緊急醫療專用直昇機，以因應山地離島臨時發生的重大災變。

### 遠距醫療是未來發展方向

山地離島地區，特別是上了年紀的老人家、行動不便的殘疾者，為了看病奔波更是辛苦，但是要派醫師進駐也不容易，韓國也認為，遠距醫療服務是未來可能的發展方向，因此修訂醫療法，允許醫師與病患間的遠距診療，並且以國家標準開發相關醫療資訊及檢測技術等，推動「u-Health」計畫，可以遠距醫療、電子處方、搭配藥物配送，以提升弱勢族群醫療的可近性。



▲臺日韓三國代表回應民眾問題。

因此，儘管臺、日、韓三國都有醫療資源較集中於都會區、偏遠地區不易吸引醫護人員開業的困境，但透過人力與經費的投入、結合科技提供遠距醫療服務等，相信不管在哪一個角落，每一國民眾都能享有均等的健保資源。



▲ 2013 臺日韓全民健保研討會第 3 場探討高齡化的衝擊。

## 高齡化對醫療費用的衝擊及 因應之道

古今中外，在以往，無論貴賤貧富，無不希望活得越久越好，在遇到整壽時，如：60、70、80 歲……，更是要大肆慶祝，並以「福如東海，壽比南山」、「松柏長青」、「萬壽無疆」來祝福長者。但如果是「帶病長壽」，對於現代人來說，卻是一種沉重負擔！長期的醫療與照護，一方面拖累家人；一方面也拖垮醫療財政。期盼能從鄰國日本、韓國處理的經驗中，找出既能平衡收支，又能讓銀髮族「安享天年」的完美方程式。

撰文 / 李玉明

臺日韓三國，無論是在地理位置、歷史文化，或是政治經濟、美食藝文，無不緊密相連，互相影響，長期維持競合關係，巧合的是，就連人口結構也漸趨一致。在年輕人生育意願低落，以及銀髮族平均餘命延長下，三國都已進入「高齡化社會」，同時在未來的 40 年內，大家都必須迎接「高齡」，甚至「超高齡社會」的到來。



▲葉金川教授（左一）、健保局副局長李丞華（右一）與日韓專家學者合影。

### 高齡化的醫療衝擊

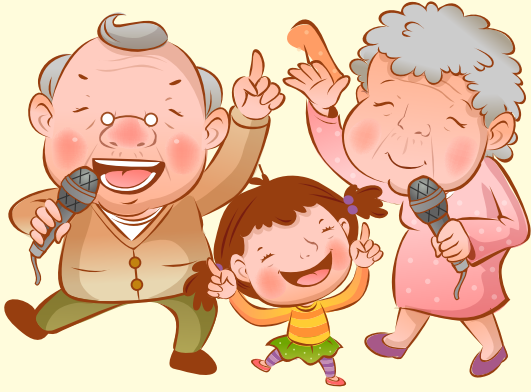
什麼是「高齡化社會」？什麼又是「高齡社會」？世界衛生組織（WHO）將 65 歲以上的長者定義為「老年人」，當老年人口占總人口比例 7%，即定義為「高齡化社會」；超過 14% 則定義為「高齡社會」；若超過 20% 則定義為「超高齡社會」。

根據我國內政部統計處（2010 年）資料顯示，截至 2010 年 1 月底止，臺灣 65 歲

以上的高齡人口已達 2,463,841 人，占總人口數的 10.65%，已屬「高齡化社會」。1996 至 2011 年，65 歲人口比率由 8.2% 激增為 11.2%；醫療費用也從個人平均 30,426 元攀升至 55,529 元，2011 年的 65 歲以上老人使用 33.5% 的健保醫療資源，過去 10 年成長的醫療費用有 58% 來自 65 歲以上老人的貢獻。根據經建會資料推估，2017 年的老年人口，將占總人口比例為 16.2%，正式邁入「高齡社會」。到 2025 年，65 歲以上人口，將由 2012 年的 11.2% 增至 20%，即老年人在 13 年間增加近 1 倍。由 2011 年高齡人口 11.2% 至 2017 年的 16.2% 至 2025 年的 20%，2025 年後亦將持續攀升，老化趨勢與日俱增，相信屆時無論個人或國家的醫療費用負擔，勢必更加沉重。



▲韓國代表李東憲指出，由於低生育率，韓國人口高齡化的速度反而是世界第一。



▲健保局副局長李丞華提出高齡化對臺灣健保醫療費的影響。

### 臺日韓的高齡化比較

臺灣如此，那麼鄰近的韓國、日本又是如何？以日本來說，素以長壽聞名，人瑞比比皆是，是最早面臨人口老化嚴重的國家。數字會說話：2010年，65歲以上的人口比例約在23%，明顯已進入「超高齡社會」；到了2060年更將竄升至39.9%。而社會福利支出相較於國民所得比的增加率約為13%。在人口方面，近年來大致維持不變，但即將面臨人口減少的局面。推算至2060年時，人口將減少至9,000萬人，高齡人口比率將接近40%。

或許您會覺得，韓國年輕力壯的人口，應該要比日本、臺灣要多，是三個國家中老化程度最輕的國家。但事實上，由於韓國的低生育率，即2010年的1.23人低於OECD平均1.74人；加上平均餘命大幅成長，由2000年的76歲，到2010年的80.0歲。2012年，每100人中就有11人為65歲以上之老人，2026年65歲以上老年人口比例為20%以上進入超高齡社會，至2050年，則比例將高達37.4%，其人口高齡化速度，反而是世界第一，驚人的數據，顛覆您的刻板印象。

為了防患未然，及時逆轉「養不起的未來」，臺灣的健保積極進行各種支付制度改革，並推動「二代健保」，擴大費基，期盼盡量做到財務收支平衡。至於日韓兩國也不落人後，除了開闢財源，如菸捐、健康捐，並同步宣導「預防醫學」，在達成健康高齡化的情況下，韓國預估2030年，健康保險財政支出，將達125.9兆圓，以下將列表顯示各國的努力方向與具體作法。

近年來，由於經濟發展及生活水準提高，醫療衛生設備普及，以及醫藥科技的進步，人類壽命也同步增長，加上出生率遽降等因素，形成人口高齡化現象。既然高齡社會已不可避免，如何減少衝擊，健全財政，已是各國政府及人民必須面對的課題。「他山之石可以攻錯」，從日本、韓國的進展過程中，截長補短，以期讓我們的長輩能安享天年，活得健康又有尊嚴。

國家名稱	健保支出	因應之道
臺灣	1. 2013 年醫療費用為 5,414 億元。 2. 估計至 2025 年（依年齡標準化方法）將成長至 7,628 ~ 9,100 億元。	◎支付制度改革 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加強全人照護支付： 推動以病人為中心的照護計畫，強化醫療院所提供保健及個案管理服務，提供全人照護。</li> <li>2. 分階段實施 Tw-DRGs 支付制度改革。</li> <li>3. 實施藥品支出目標制度： 每年訂定目標，超出之額度，於次一年度修正藥物給付項目及支付標準。</li> <li>4. 辦理醫療科技評估： 為確保醫療給付之合理性及醫療服務品質，得辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及健保財務。</li> <li>5. 推動急性後期照護、預防及減緩失能。</li> <li>6. 推動論人支付，強調預防醫學。</li> </ol> ◎擴大費基： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「二代健保補充保險費」已將費基由薪資所得擴大包括非薪資（獎金及兼職）及其他所得（利息、股利及租金）。</li> <li>2. 未來甚至須由所得流量費基擴大至財產存量費基（即由富人資產課稅）。</li> </ol>
日本	1. 1995 年近 27 兆日圓。 2. 2011 年，總計 37.8 兆日圓。	◎維持並增進健康、疾病的預防及早期發現 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 整合式增進健康活動。</li> <li>2. 推動醫療費用適當化。</li> </ol> ◎加強醫療與照護服務保障 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 因應高齡化需求，強化醫療與照護機能，加強復健及推動居家醫療。</li> <li>2. 確保足夠醫療人員的對等，推動團隊醫療。</li> </ol> ◎穩定醫療保險的財政基礎 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 穩定市町村國保的財政基礎。</li> <li>2. 確保保費相關國民負擔等的公平性。</li> <li>3. 保險給付對象的療養範圍適當化等。</li> </ol> ◎確保尊重個人尊嚴與患者意願的醫療環境 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確保根據國民希望所實現的居家醫療。</li> <li>2. 建立符合本人的希望、寧靜渡過人生最終階段的環境。</li> </ol>
韓國	2012 年，醫療費用為 38.8 兆圓；2025 年將成長至 97.8 兆圓；2030 年的健康保險財政支出將達 125.9 兆圓，約為 2012 年的 3.2 倍。	◎從以治療為中心方式，轉換為以預防及增進健康的模式 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 推廣禁菸、少酒、運動、改善飲食習慣等，做好健康管理及預防。</li> <li>2. 透過健康診察，早期發現疾病。</li> <li>3. 透過診察後的管理，引導病患適當治療疾病及建立慢性疾病方案。</li> </ol> ◎運用「BIG DATA」（全民健康資訊資料庫）架構全民健保資料庫，進行預防與促進健康，提供終身個人整合健康服務。           ◎透過擴大老人長期照護保險，以增進老人健康服務 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以無法自力日常生活起居老人為對象，擴大老人及失智症患者等，提供安定生活及增進健康服務。</li> <li>2. 重新設定長期照護設施與護理醫院的作用，區隔治療與照護，及強化服務體系間的聯繫。</li> </ol> ◎增加稅捐徵收以促進健康           對誘發肥胖等危害健康的食品與酒類，徵收稅捐，作為增進健康事務資金。

資料來源：摘自 2013 臺日韓全民健保研討會會議資料

# 用藥管理齊用心 審查無紙效率高

健保一年近 5,000 億元的醫療費用支出中，約有 1/4 用於藥品，為了減少就醫用藥浮濫，健保署從今年起已有管控措施，對於開立處方藥品有異常者加強審查，對民衆的用藥安全更有保障。另外健保對醫療院所的審查變得更環保，醫療院所以電子病歷等檔案傳送健保署，健保署可以進行線上審查，對於用藥等需事前審查的民衆，可以更快得知審查結果。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組科長 陳玉敏  
撰文 / 陳佳佳



醫審及藥材組科長陳玉敏表示，為了避免重複多開藥，或領了藥後卻自行停藥，無形中造成醫療資源的浪費，因此健保署從今年起進行異常用藥管理。

陳玉敏說，這項管理措施分別從個別處方、醫療院所來看，當病人單次處方藥品大於 10 項者、或是醫療院所平均開給病人的每張處方藥品大於 5 項者，會予加強審查，由專家判斷開藥是否合理，希望藉此減少不必要的用藥，對民衆更可降低藥物吃下肚後的副作用。

### 用藥管理不會影響病人權益

有些患者因為多重疾病、或是病情複雜，不得不同時使用多項藥物治療，陳玉敏也強調，這項管理措施已排除了癌症、精神病等重大傷病患者，以及高血壓等慢性病患，不會影響這些病況特殊族群的用藥權益。

不過，對於少數慢性病患逛醫院、重複領藥，健保署除將主動關懷、個別輔導瞭解實際需求外，也希望利用健保 IC 卡可存放最近 6 次就醫資料、60 組處方資料的功能，請醫師協助，於醫師看診時，主動檢查病人 IC 卡的用藥紀錄，確認病人是否已在其他醫療院所領過相同藥品，若醫師不查閱 IC 卡存放內容就開藥，未來健保署將研擬不予支付的嚴格作法。

### 健保審查邁向無紙化

另外健保署今年的新措施，還包括健保審查案件邁向無紙化、無膠片，提高效率。陳玉敏說，為配合衛生福利部推廣電子病歷，健保署已陸續完成醫療影像傳輸系統（簡稱 PACS 系統），讓健保特約醫療院所可以用電子病歷或檔案等資料傳送，平均每日醫療院所申報門診費用約 100 萬件，住院約 8 千件，目前醫療費用幾乎都已用電子檔案申報。

對於數量的龐大醫療案件，健保署會抽樣部分病歷審查，確保健保服務的品質及適當性，今年健保署更進一步建置及推動智慧型專業審查系統（簡稱 IPS 系統），讓審查變得更環保，醫療院所可將被抽審的案件資料送出電子病歷、影像檢查的電子檔等，審查醫師可於電腦線上完成審查作業，一方面可讓醫療院所節省影印紙本病歷、及複製醫療影像報告的人力、耗材等成本，另一方面審查結果及核減理由也能電子化，加速審查結果通知或核付流程。

### 順應節能減碳潮流更便民

陳玉敏說，這項作法不僅配合節能減碳的潮流，同時可應民衆的病情需要，使用於事前申請的癌症用藥、血漿置換術、骨髓移植術或心房同步雙心室節律器等。

健保署目前已加快流程，將事前審查的作業平均天數縮短為 4 至 5 天左右，無紙化審查更可節省前端醫療院所的收發、送件時間，因而縮短整體審核天數，各院所更可透過網路，直接查詢核定結果，讓民衆盡快得知審查結果、得到治療，更為便民。

# 血糖控制好幫手 品質指標一起來

60多歲的李爺爺有糖尿病多年，血糖老是高高低低起伏，但他覺得身體沒什麼特別的病痛，不是特別在意，但直到最近右腳趾不慎劃破一個小傷口，一直無法癒合，差點釀到發黑、壞死的地步，醫師警告他可能會截肢，這才知道過去輕忽了血糖控制，也沒有定期量血糖等檢查，對健康有很大的殺傷力。

諮詢 / 中華民國糖尿病衛教學會理事長 游能俊醫師  
衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組科長 王本仁  
撰文 / 陳佳佳

依中央健保署資料顯示，民國 101 年國內因糖尿病就醫的民衆高達 130 多萬人，今年衛生福利部剛公布國人十大死因，糖尿病亦是十大死因第 5 位，如果血糖控制不佳，很容易引起腎臟病變，嚴重者將進行至須洗腎、或因視網膜病變導致失明、神經病變引發截肢等嚴重併發症。

## 糖尿病照護品質資訊

健保署醫審及藥材組科長王本仁表示，糖尿病是國人常見疾病，但如果能透過定期追蹤、積極控制及有效治療，可延緩病情惡化及併發症的發生。因此健保署定期公開各醫療院所糖尿病照護的品質資訊，方便民衆查詢。

只要在健保署首頁，點入「資訊公開」下的「健保資訊公開」中，可從「醫療品質資訊公開」的「疾病類指標」，找到「糖尿病」等 6 項疾病品質指標的概況（圖一）。

健保署經過參考糖尿病診療指引及專家意見後，以糖尿病相關的重要檢查，以及醫療院所的糖尿病人參與糖尿病照護方案的比率，分為 5 項指標，希望民衆對糖尿病及相關治療有更深入了解，更可查詢各院所相關照護的指標，作為就醫選擇的參考。

照顧健康·疾病別醫療品質指標

糖尿病 人工裝假節手術 子宮肌瘤手術 透析治療

消化性潰瘍 氣喘病

本網頁由衛生福利部  
中央健康保險署維護

聯絡資訊  
地址：  
台北市大安區10634  
信義路三段140號  
總局電話：  
02-27065866  
閱保諮詢服務專線：  
0800-030598  
上班時間：  
週一至週五  
8:30-12:30-13:30-17:30

資料更新日期：99年1月14日

▲圖一：從「疾病類指標」進入，可以找到糖尿病等 6 項疾病品質指標概況。





▲圖二：利用「進階查詢」功能，點選就醫所在地的縣市鄉鎮，可找到相關醫療院所。

醫事機構代碼	醫事機構名稱	特約類別	執行糖化血色素檢驗人數	糖尿病患者人數	糖化血色素率	申報醫師數	病患平均年齡	病患重大傷比率	分母大傷人數	是否診所	糖尿病調劑劑參與醫師數
0501010019	三○總醫院 ○分院附設 ○門診部	區域醫院	1702	1916	88.83%	47	67	11.63%	223	是	2
3501013157	大○診所	診所	63	63	100.00%	1	62	3.17%	2	否	0
3501013335	介○診所	診所	16	43	37.20%	1	55	2.32%	1	否	0
2101010013	台北市立○醫院附設 ○門診部	診所	102	114	89.47%	15	69	8.77%	10	否	0
3501011313	安○聯合診所	診所	38	38	100.00%	2	67	68.42%	26	是	1
3501011037	江○診所	診所	261	299	90.00%	1	60	5.51%	16	是	0
3501010935	吳○內科診所	診所	265	330	80.30%	3	63	5.15%	17	是	0
3501010736	林○診所	診所	8	32	25.00%	1	64	3.12%	1	是	0
3501010414	松○兒科診所	診所	27	34	79.41%	1	62	11.76%	4	是	0
3501013282	邱○診所	診所	73	75	97.33%	1	58	4.00%	3	否	0

▲圖三：利用「進階查詢」功能，也可設定欲查詢的醫療院所層級。



▲圖四：上網查詢各醫療院所執行糖尿病病患糖化血色素檢查，也很方便。

## 糖尿病醫療品質指標包括：

### ◎糖尿病人長期血糖控制情形

中華民國糖尿病衛教學會理事長游能俊醫師指出，若以糖化血色素（HbA1c）檢查為指標，血中的葡萄糖濃度愈高時，糖化血色素就愈高，因此，糖化血色素（HbA1c）可以反映3個月餐前與餐後的血糖平均值，相較於受飲食、運動、藥物、疾病因素影響而高低起伏的血糖值，糖化血色素更能反映患者長期血糖控制的好壞，兩者皆是醫師與病患調整治療的重要依據。

一般人糖化血色素約4%至5.7%之間，糖尿病人最好將之控制在7%以下。當糖化血色素值顯示8%，通常代表過去3個月來，血糖的平均值高達183mg/dL。

王本仁說，要了解各醫療院所執行糖化血色素的檢查情形，可利用進階查詢功能（圖二），點選就醫所在地的縣市鄉鎮，選擇全部醫院，或可設定欲查詢的醫療院所層級，例如：醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，開始查詢。例如，設定搜尋條件為臺北市松山區全部醫院，按下「開始查詢」就可看到查詢結果（圖三）。或是使用地圖式搜尋功能，直接點入臺北市、再點入松山區，也可以得到相同的搜尋結果（圖四）。

### ◎糖尿病人空腹血脂檢查

另外，游能俊醫師表示，糖尿病人罹患心血管疾病的風險較一般人高，需注意血脂的變化，包括總膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白以及三酸甘油脂等項目的變化。

游能俊醫師說，總膽固醇一旦超過200 mg/dl，就表示過高，將帶來動脈硬化與心血管疾

病之風險。膽固醇中的高密度脂蛋白膽固醇有保護血管功能，男性建議 40mg/dL 以上，女性 50mg/dL 以上。若低密度脂蛋白膽固醇過多，會造成大血管動脈粥狀硬化，對人體健康極為不利，也就是一般人熟知的「壞膽固醇」，是造成血管阻塞、硬化的元凶，一般糖尿病患者建議 <100mg/dL，已有心血管疾病者建議 <70mg/dL，這也是血脂異常者最關鍵的治療指標。三酸甘油脂的正常值為 25 至 150 mg/dl，一旦超過 500 mg/dl 就容易有急性胰臟炎發作的危險，所以，三酸甘油脂也是完整血脂檢查不可或缺的項目。

民眾要了解各醫療院所執行空腹血脂的檢查情形，可利用進階查詢功能，點選就醫所在地的縣市鄉鎮，選擇全部醫院，或可設定欲查詢的醫療院所層級，例如醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，開始查詢。例如：設定搜尋條件為高雄市的區域醫院（圖五）。

The screenshot shows a web-based search interface for hospital information. At the top, there is a search bar and navigation links for '行政院衛生署', '中央健保局', '網站導覽', and '回首頁'. The main heading is '進階查詢 Hospital Information'. The search form includes the following fields:

- 1. 年度: 101年全年度
- 2. 縣市鄉鎮區別: 高雄市
- 3. 院別簡稱: (empty)
- 4. 院別代碼(可免填): (empty)
- 5. 特約類別: 全部
- 6. 指標別: 糖尿病與空腹血脂(Fasting lipid profile)檢查執行率

Below the form, there are buttons for '開始查詢', '重新選擇', and '每次顯示 10 筆'. A warning message states: '分母件數 <= (小於或等於) 30者，容易有統計偏差，請審慎解讀。至多可選取十家院所，點選「開始查詢」按鈕後，呈現院所醫療品質分析報表'.

The search results table has the following columns:

醫事機構代碼	醫事機構名稱	特約類別	執行糖化血色素檢驗人數	糖尿病病患且使用藥之病人数	糖化血色素執行率	申報醫部數	病患平均年齡	病患重大傷病比率	分母大傷病人數	是否為試院所	糖尿病照護試辦計劃參與醫部數
--------	--------	------	-------------	---------------	----------	-------	--------	----------	---------	--------	----------------

▲圖五：查詢各醫療院所執行結果一目了然。

#### ◎糖尿病病人對眼睛、視力的注意程度—眼底檢查或眼底彩色攝影

透過眼底鏡、免散瞳視網膜照相等檢查，可以看到在視網膜上的小血管，以進一步偵測是否已產生微小血管病變，嚴重病變錯失治療時機者，會有失明的風險。

#### ◎糖尿病病人對腎臟疾病的注意程度—尿液微量白蛋白檢查

微量白蛋白尿是偵測尿液中，白蛋白排泄率輕度增加的現象，可作為糖尿病人腎臟病變以及心血管併發症的早期診斷指標，早發現積極治療可有效預防洗腎。

#### ◎糖尿病人加入照護方案比率

醫療院所參與健保署辦理的「糖尿病醫療給付改善方案」，將糖尿病人收案，並遵循臨床照護

指引，提供病人包含診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的團隊專業照護，以降低糖尿病併發症與合併症的發生，可提昇病人的照護品質。收案比率高，表示照護品質較好。

## 衛教知識教您輕鬆遠離糖尿病

除了查詢各項品質指標，在醫療品質資訊公開網站中，也有衛教園地，對民衆提供實用的衛教知識，例如「糖尿病喜歡找胖子嗎」、「遠離糖尿病」等，輕鬆學習如何面對糖尿病。

由於糖尿病近年來一直高居臺灣十大死因第 4、5 位，王本仁也說，醫療品質指標第 5 項的糖尿病照護方案，是健保署為了讓為數眾多的糖尿病患者獲得良好照顧，在對醫療院所的支付制度中，所設計以病人為中心的品質支付方案，民國 101 年受益的患者已逾 32 萬人。

健保署也發現，若有定期追蹤，病人的糖化血色素 66% 獲得改善，控制不良的人數比例，從 29.8% 逐年下降至 12.2%，低密度脂蛋白膽固醇控制不良的人數，亦從 34.2% 逐年下降至 15.7%，洗腎發生率也較未參加者低 4.33%，顯示參加照護方案可使病患的疾病控制持續進步。

王本仁指出，統計發現，相關 4 項醫療品質指標的檢查執行率，均較往年呈上升趨勢，其中長期血糖檢查率將近 9 成，血脂檢查率達 7 成 5，腎臟功能檢查率約 4 成，但眼底檢查率僅 3 成，健保署呼籲，糖尿病病人與照護醫師需更重視每年一次的眼底、腎功能與血脂肪檢查。

## 糖尿病照護方案網上查

健保署並鼓勵糖尿病患者參加這項糖尿病照護方案，可選擇至有參加方案或照護品質良好之院所就醫，在全球資訊網站上，也可查詢有參與糖尿病方案品質獎勵措施得獎醫師的院所名單，供病患就醫時參考。

◎中央健保署全球資訊網，網址：<http://www.nhi.gov.tw/>

查詢路徑如下：首頁 / 醫事機構 / 醫療費用支付 / 醫療費用給付規定 / 醫療給付改善方案 / 糖尿病品質獎勵措施（得獎名單）

王本仁也說，雖然糖尿病難以治癒，但為了避免各項併發症，患者別忘了各項追蹤檢查，依中華民國糖尿病學會所發佈的 2013 年「糖尿病整合指引」，糖尿病的各項照護重點，包括：

1. 血糖控制：每 3 個月測量糖化血色素（HbA1c）一次。
2. 心臟血管：每次門診均應量血壓，量測前最好先休息 5 分鐘，並採坐姿測量。而且每年至少檢查一次血脂肪，膽固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白和三酸甘油脂等項目。血脂異常者，每 3-6 個月追蹤相關檢查。
3. 眼睛病變：至少每年接受一次視力與眼底檢查。
4. 腎臟病變：每年檢測尿液微量白蛋白一次。異常者，每 3-6 個月追蹤檢查。
5. 肢體末端病變：每年至少做一次足部檢查。

# 膝關節置換好不好 健保指標告訴你

上了年紀的吳奶奶，常覺得兩腳的膝蓋就像「氣象台」，天氣一變化，「腳頭烏」最先「預報」，開始酸痛不已，慢慢的更因為膝關節嚴重退化，膝蓋彎曲、伸直都有困難，後來連每天晨間固定的運動都走不動，醫師告知她可能得考慮換人工膝關節，她卻害怕手術，怕自己承受不了、出不了醫院，因而裹足不前，生活品質大受影響。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組科長 王本仁  
撰文 / 陳佳佳

正常的膝關節是由 3 部分的骨頭所形成，包含大腿骨的下端、小腿骨的上端及前方圓圓凸凸的膕骨。當膝關節活動時，這 3 塊骨頭會相互地接觸擠壓。正常的膝關節在這些骨頭的接觸面，均包覆有一層光滑、且具有彈性的關節軟骨，關節週邊環繞著滑液囊，分泌滑液，讓關節好像浸潤在潤滑油中，更加活動自如。

當年歲漸漸增長，導致膝關節的軟骨彈性變差、或是因體重過重、罹患風濕性關節炎、痛風等疾病，或是因為嚴重的外傷等原因，讓關節軟骨磨損，就會造成關節退化，輕微的退化可以藉由注射玻尿酸改善滑囊太少問題；但如果嚴重退化甚至有骨頭接觸面破損，就得進行人工膝關節置換，以金屬和多分子聚合塑膠來替代已完全磨損的關節軟骨，讓患者恢復活動的能力。這項手術的成功率高達 99% 以上，置換後人工膝關節也可使用 10 至 12 年左右。

## 人工膝關節置換比例年年增

隨著臺灣邁入高齡化社會，老年人膝蓋退化的問題越來越常見，進行人工膝關節手術的患者也跟著增加；依健保署的統計資料顯示，自民國 98 年至民國 100 年臺灣平均每年約有 2 萬人次置換人工膝關節，每年約增加 1,000 多件。

民國 100 年健保給付在人工膝關節材料的費用約為 11 億元，如果再加上手術費用，約為 26 億元。如果採用健保未給付之材質關節的話，每一個置換人工膝關節的病人必須自付 13 萬到 14 萬元。統計中發現，國內置換人工膝關節的患者年齡以 65 至 75 歲的年齡層最多，約占 42%，其次是 75 至 85 歲占 35%，56 至 65 歲占 16%，86 歲以上者占 4% 及 55 歲以下者約占 3%。

## 健保醫療品質資訊查詢免擔心

即使置換人工膝關節是常見的手術之一，但不少老人家和吳奶奶一樣，對於手術很擔心，健保署醫審及藥材組科長王本仁表示，健保署近年來持續推動醫療品質資訊公開，經過健保給付資料分析，目前已可以查詢到人工膝關節手術等 6 項疾病的相關醫療品質指標。

藉由這些數據，民衆可以了解各醫院診所，在過去一段時間內對患者的照護情形、並分別查詢醫院能否提供人工膝關節置換手術上，相關於安全、品質、或手術後遺症等資訊之服務。同時，民衆也可以從網站了解人工膝關節手術的正確病因、病程、治療與術後等照顧方式，藉之後資訊改善自我照護、或對家人照顧的品質。

只要在健保署首頁，點入「資訊公開」下的「健保資訊公開」中，可從「醫療品質資訊公開」的「疾病類指標」，找到「人工膝關節手術」的醫療品質指標（圖一）。



▲圖一：從「疾病類指標」點入，可以找到「人工膝關節手術」的醫療品質指標。

## 人工膝關節置換的併發症

王本仁說，人工膝關節置換手術後常見的併發症包括：人工關節鬆動、脫位、磨損及破損，其中最擔心的就是手術引發的感染，感染程度輕微者需以抗生素治療，嚴重者則可能需將人工膝關節拔除，清理傷口後，日後再重新植入，對於上了年紀的患者將會是不小的折磨。相關的手術失敗率，可由短期內因同一手術再住院的比率，提供相關參考訊息。

依據文獻，人工關節置換手術的感染率約在 0.3% 至 1% 間。為了幫助民衆能確實掌握醫療院所的醫療品質資訊，人工膝關節的醫療品質指標包含下列 3 項指標，由於是負向指標，也就是數字愈小愈好的意思，因此一般說來，呈現的指標值越低越好。

◎人工膝關節置換手術傷口感染率（表層感染）：需小於千分之十（10%），即是表層感染比率小於百分之一（1%），是較有品質的。

患者手術後3個月內（90天），手術部位的表淺切口發生感染，範圍包括皮膚、切口的皮下組織，表淺切口處有膿樣分泌物，病患有疼痛或壓痛、局部腫脹、紅、熱等症狀，都有可能因手術而造成，藉此表示醫療服務之提供品質。

欲查詢各醫療院所的人工膝關節表層感染率，可使用「進階搜尋」功能（圖二）。



▲圖二：利用「進階搜尋」功能，查詢各醫療院所的人工膝關節表層感染率。

例如，欲搜尋位於桃園縣的醫療院所，於「縣市鄉鎮區別」中選擇桃園縣。

按下「開始查詢」後，就可以得到查詢縣市的搜尋結果。

王本仁說，這項搜尋結果同時可以看到醫療院所手術的病人數、病患平均年齡等，作為就醫時選擇醫療院所的參考。同時若想知道縣市中特定區域、或是特定醫療院所，於搜尋條件中，也可以更進一步設定各縣市的鄉鎮區、以及於特約類別中，選擇醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所等任一層級的醫療院所。

#### ◎人工膝關節置換手術置換物感染率（深部感染）：需小於千分之十（10‰）

患者進行手術後3個月內（90天），手術部位的深部切口發生感染，範圍包括如肌膜、肌肉層等深部軟組織，深部切口處有膿樣分泌物，病患有發燒、局部疼痛或壓痛等症狀，此部是評估手術過程中的服務品質，與置換技術或手術環境管理有較直接關連。

欲查詢醫療院所進行人工膝關節手術後、患者的深部感染率，除了可利用「進階搜尋」的功能，也可以利用「地圖式搜尋」的功能，都可以得到相同的搜尋結果。

點入「地圖式搜尋」後，即可依照3項指標個別查詢。

點入次指標項目的「深部感染率」後，即可按照縣市所在地，點入地圖上的縣市、以及鄉鎮區，便能進行搜尋（圖三）。



▲圖三：點入次指標項目的「深部感染率」後，點入地圖中的縣市鄉鎮，便能進行搜尋。

同時若以地圖式搜尋功能查詢，也可以看到右方的小圖，例如：整體深部感染率的趨勢、以及各分區間、或是各層級醫療院所間的比較，幫助自己更容易解讀查詢的感染率高低。

### ◎實施人工膝關節置換術出院 30 日內因相關問題再住院率

患者在施行人工膝關節置換手術後，於出院 30 日內必須再住院，可能是手術前評估不夠完整、或手術中、後的醫療照護有疏失，導致病患因置換膝關節功能未恢復，或引發其他相關問題，必須再度住院治療。但王本仁也提醒，術後 30 天內需再住院，也可能是病患未聽從醫護人員的衛教指導，才導致病情變化，因此民眾對於高再住院率也要審慎解讀，或主動與提供服務的醫師討論，以免造成不必要的爭執。

欲查詢患者術後 30 日內的再住院率，一樣可使用進階搜尋、或是地圖式搜尋。

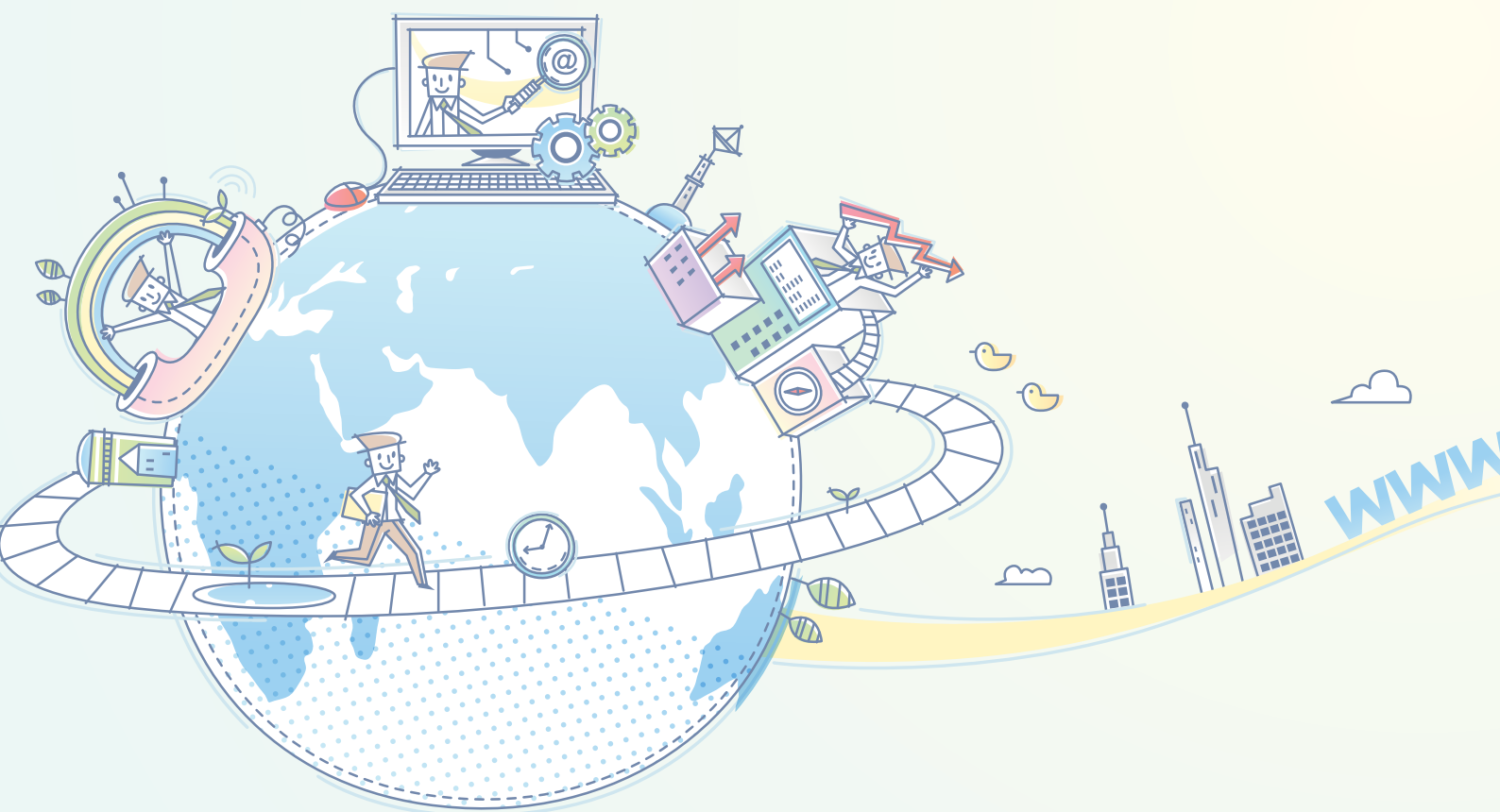
除了瞭解人工膝關節手術的相關品質指標，網站中也有衛教園地，例如爬樓梯、騎腳踏車是否傷膝蓋等，幫助民眾於日常生活中學習如何保養膝蓋、減緩軟骨磨損。

同時王本仁也提醒，為了降低膝關節軟骨的磨耗，若有痛風病史，應要控制尿酸、類風濕性關節炎需控制疾病，讓滑液囊正常製造潤滑液，至於體重過重或肥胖，也要設法瘦身減重，減輕膝蓋的負擔。平時多利用醫療品質資訊公開，多認識疾病，也能避免治療時陷入不必要的恐慌。

# 補充保險費 查詢好方便

補充保險費是二代健保相當重要的收費變革，但能否收取順利，多要仰賴扣費義務人的協助配合，為了方便扣費義務人補充保險費扣費申報及核對扣繳對象身分需要，健保署於健保全球資訊網上設立相關網頁，扣費義務人透過網路的操作，即可以完成補充保險費的所有工作，省時又便利。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署承保組科長 李春娥  
撰文 / 魏允琳







健保補充保險費所謂的「扣費義務人」即為應自付與繳費義務人的給付中扣繳補充保險費的人；由於二代健保保險對象應繳納之補充保險費的收取項目包括：所屬投保單位給付全年累計超過投保金額 4 個月的獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等 6 個項目，所以二代健保補充保險費的扣費義務人，依扣費項目不同而有所不同。

### 扣費義務人的分類

總而歸納起來，如果是薪資、利息、租金、執行業務收入的補充保險費，其扣費義務人為機關團體負扣繳責任的單位主管、事業負責人及執行業務者；股利的扣費義務人為公司負責人；若為信託財產，其扣費義務人則為信託財產受託人。

除了向支付對象扣取 6 項補充保險費之外，扣費義務人很多本身就是雇主，別忘了雇主有成立投保單位亦有其應繳納的補充保險費，即雇主每月所支付薪資總額扣掉受僱者當月投保金額總額，所得差額再以 2% 補充保險費費率計算。

### 免扣取部分補充保險費的條件

不過，扣費義務人要注意的是，有些民眾雖然有符合 6 項補充保險費的收入，但因其為弱勢或是職業類別的關係，可以免扣取部分項目或是全部的補充保險費，這些保險對象及應向扣費義務人提出的證明文件分述如下：

- (1) 不具投保資格者：免繳所有項目的補充保險費，需主動告知扣費義務人。
- (2) 屬健保第五類低收入戶：免繳所有項目的補充保險費，需提出給付期間社政機關核定有效限期內的低收入戶證明。
- (3) 第二類職業工會被保險人：其非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出給付期間職業工會出具的在保證明或繳費證明。

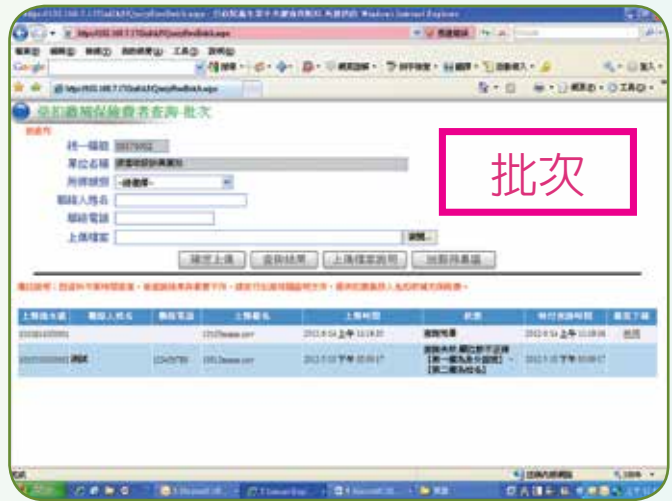
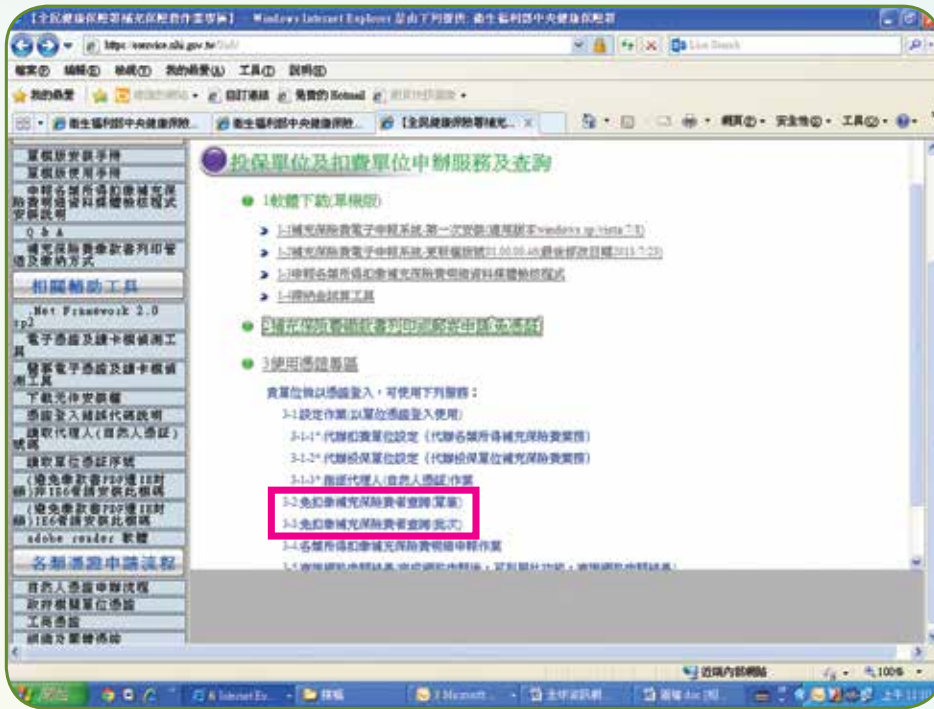


- (4) 專門職業及技術人員自行執業者或自營作業且在職業工會加保者：其執行業務收入免繳補充保險費，若以專門職業技術人員身分參加健保者，需提出投保單位出具的在保證明，若在工會投保者，則需提出職業工會出具的在保證明或繳費證明。
- (5) 兒童及少年：其未達基本工資的非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出身分證明文件。
- (6) 中低收入戶：其未達基本工資的非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出所得給付期間社政機關核定有效期限內的中低收入戶證明文件。
- (7) 中低收入老人及領取身心障礙者生活補助費者：其未達基本工資的非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出所得給付期間社政機關開立的審核資格核定函。
- (8) 勞保投保薪資未達基本工資的身心障礙者：其未達基本工資的非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出所得給付期間社政機關核發有效期限內的身心障礙手冊或證明及勞工保險證明文件。
- (9) 在國內就學且無專職工作之專科學校、大學學士班學生或碩、博士班研究生：其未達基本工資的非所屬投保單位給付的薪資所得免繳補充保險費，需提出所得給付期間學校的註冊單或蓋有註冊章的學生證及無專職工作聲明書。
- (10) 符合健保法第 100 條所定的經濟困難者：未達基本工資的非所屬投保單位給付薪資所得免繳補充保險費，需提出所得給付有效期限內的經濟困難證明文件。

### 網路查詢、列印繳款書及申報作業好方便

如果是符合補充保險費免扣取對象資格者，扣費義務人就不能扣取補充保險費，由於免扣取補充保險費的對象及應提出的相關證明文件相當繁雜，健保署提供了扣費義務人的查詢網站，扣費義務人可連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下，使用憑證登入憑證專區，進行受領給付對象扣取資格的單筆線上查詢或多筆批次查詢。(如圖一)





▲圖一：扣費義務人網路單筆及批次查詢畫面（查詢受領給付對象扣取補充保險費資格）

為避免因網路頻寬及查詢資料量龐大，而發生網路擁塞及傳送失敗問題，扣費義務人可將欲查詢資料，錄製成光碟，送至健保署轄屬的分區業務組，待健保署分區業務組完成查詢後，再行函寄查詢結果光碟，而以媒體查詢的檔案格式，與網路查詢的檔案格式相同。

那麼扣費義務人在扣取補充保險費之後，要如何繳給健保署呢？依相關規定，扣費義務人及投保單位應於給付日的次月底前向健保署繳交補充保險費，並得寬限 15 天，而信託財產的股利、利息或租金收入，則統一於次年 1 月 31 日前向健保署繳納，但扣費義務人如果有特殊情形，可以向健保署申請寬限至次年 2 月 15 日繳納。

在規定的繳交期限內，扣費義務人得列印好繳款書向健保署繳款，而健保署提供了 3 個列印繳款書的管道，供扣費義務人或投保單位自行選擇最便利方式列印繳款書，這 3 個管道分別是：

(1) 網路自行列印或申請郵寄：

扣費義務人或投保單位可連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下的『補充保險費繳款書列印及郵寄申請』作業，輸入相關繳費資料後，即可列印出繳款書。(如圖二)



▲圖二：網路列印各類補充保險費繳款書操作畫面

如果沒有印表機，亦可將繳款書檔案儲存於隨身碟，至便利商店列印繳款書，但需自付列印費用；倘若扣費義務人或投保單位因特殊情況，無法透過網路直接列印繳款書，亦可於『補充保險費繳款書列印及郵寄申請』區，選擇『申請郵寄繳款書』，輸入相關繳費資料及郵寄地址，健保署分區業務組將依輸入資料列印及寄發繳款書。

(2) 下載補充保險費電子申報系統（單機版軟體）自行列印：

扣費義務人或投保單位可連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下，下載該單機版軟體，自行列印繳款書繳費；若無印表機，亦可將繳款書檔案儲存於隨身碟，至便利商店列印繳款書，但需自付列印費。

(3) 電話或臨櫃服務：

扣費義務人及投保單位如有必要，也可電洽或臨櫃至健保署各分區業務組申請列印繳款書服務。

### 繳費通路多元好便利

在列印好繳款書後，健保署亦提供了多元的繳費通路，扣費義務人及投保單位可到金融機構臨櫃繳費、便利商店繳費或是利用自動櫃員機繳費，當然也可以利用網路以網際網路繳費，而網路銀行又可以分為網路 ATM 繳費及網路銀行繳費。

若要使用網路 ATM 繳費，扣費義務人及投保單位需要備有讀卡機，之後必須先連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下的『補充保險費繳款書列印及郵寄申請』作業，輸入並確認相關繳費資料後，選擇「網路繳費」即可連結至臺灣銀行網站 (<https://ebank.bot.com.tw>)，依照指示利用晶片金融卡進行繳費。

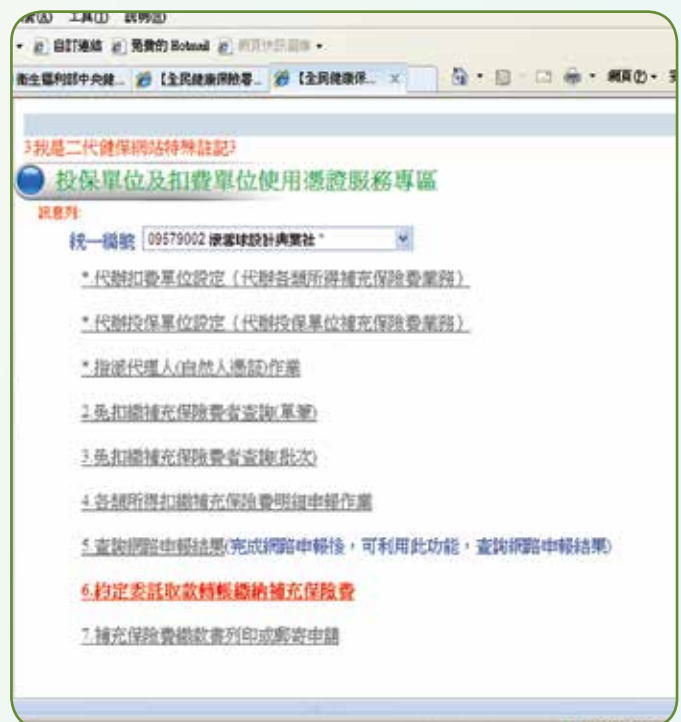
如果使用網路銀行繳費，扣費義務人及投保單位必須先連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下的『補充保險費繳款書列印及郵寄申請』作業，輸入並確認相關繳費資料後，選擇「網路繳費」即可連結至臺灣銀行網站 (<https://ebank.bot.com.tw>)，依照指示進行繳費，但需有申請臺灣銀行網路銀行使用密碼，如果因而產生手續費，連同應繳納金額一併由存款帳戶扣款。

另亦可約定委託取款轉帳繳費，扣費義務人及投保單位連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 的投保單位及扣費單位申辦服務及查詢項下，使用電子憑證進入『約定委託取款轉帳繳費』作業，輸入相關繳費及帳號資料，即完成當次委託轉帳繳費的約定。(如圖三、圖四)

### 申報補充保險費明細管道多

每年到了年終，依規定，扣費義務人，每年 1 月 31 日前，需將上一年度向保險對象扣取的補充保險費金額，填報扣費明細彙報健保署，信託財產的扣費義務人如有特殊情形，得洽健保署申請扣費明細彙報期間延長至 2 月 15 日，如果補充保險費的扣費義務人，於繳納補充保險費時，一併填報扣費明細，並以電子媒體方式彙送健保署者，得免於每年 1 月 31 日前再向健保署彙報。

為便利扣費義務人申報補充保險費明細資料，扣費義務人可利用下列方式辦理。



▲圖三：約定委託取款轉帳繳費

3我是二代健保網站特殊註記3

### 約定委託取款轉帳繳納補充保險費

訊息列:

各類所得補充保險費  投保單位補充保險費

統一編號: 09579002 浪雲球設計興業社

所得類別: 請選擇--

給付年月起迄: 10207 ~ 10207 (輸入格式如102年1月[10201])

查詢 申請 清除 回服務專區

▲圖四：約定委託取款轉帳繳費

(1) 以網路辦理申報：(60,000 筆以內)

扣費義務人產生補充保險費扣費明細檔案後，至健保署網站下載審核程式，以檢核檔案格式正確與否；當扣費明細檔案格式檢核正確後，扣費義務人可連結至健保署網站補充保險費作業專區 (<http://www.nhi.gov.tw/>) 電子使用憑證專區項下，進入『網路申報各類所得扣繳補充保險費明細資料』作業，傳送扣費明細檔案，辦理申報。

透過網路辦理申報者，無需檢送『全民健康保險各類所得(收入)扣繳補充保險費明細申報(更正)書』及『全民健康保險各類所得(收入)扣繳補充保險費明細申報清單(書面申報專用)』，且完成網路申報後，可進行申報結果查詢。

(2) 以媒體辦理申報：

如果扣費義務人申報的扣費明細資料龐大(60,000 筆以上)，為避免因網路頻寬及網路擁塞，而發生及傳送失敗問題，建議可採用媒體申報；扣費義務人產生補充保險費扣費明細檔案後，透過健保署網站下載審核程式檢核檔案格式，當檔案格式檢核正確後，再將檔案錄製於光碟片。

扣費義務人申報時應檢附『全民健康保險各類所得(收入)扣繳補充保險費明細申報(更正)書』，連同申報檔案光碟，親送至轄區健保署分區業務組辦理申報。

(3) 以人工方式辦理申報：

扣費義務人若因特殊情況，無法透過網路或媒體方式申報扣費明細，則可於所得年度的次年1月31日前，檢附『全民健康保險各類所得(收入)扣繳補充保險費明細申報(更正)書』，以及『全民健康保險各類所得(收入)扣繳補充保險費明細申報清單(書面申報專用)』，送至轄區健保署分區業務組辦理申報。

健保補充保險費的收取，扣費義務人扮演重要的橋樑角色，而健保署也為扣費義務人設計提供多元的管道，尤其網路的申報運用，扣費義務人若能善加利用，相信必能快捷又順手。

# 新加坡醫療財務制度 對臺灣的啟示

同屬地狹人稠島國型態的新加坡和臺灣，從並列亞洲四小龍開始，便一直是較勁的對手，兩者有著相仿的政治文化、相同的經濟的成就、以及同樣儒家文化背景，卻在醫療照護制度上有著極大的差異。而正值臺灣健保邁入新的年度，面臨新的挑戰之際，探討新加坡的醫療財務制度，將對我國有著極大的啟示和影響。

撰文 / 中央研究院經濟研究所研究員兼副所長 羅紀琮博士



新加坡與臺灣在國際貿易與經濟發展上都著有名聲，與香港、韓國並稱為亞洲四小龍，常被視為競爭對手。除了經貿之外，新加坡與臺灣也都有獨具特色的健康照護財務制度；前者以強迫儲蓄搭配依風險計費的重大傷病保險，再加上政府的醫療救濟等，共有 3 種制度性財源；後者則是以具所得重分配功能的全民健康保險為醫療費用主要支應。在這 2 種截然不同的財務制度表相之下，隱藏的是完全不同的哲學思維：前者強調醫療是個人（或家庭）責任，後者則視其為社會責任。

接下來我們簡單介紹新加坡的重要人口與健康指標及其健康照護制度，並討論 2 國的制度差異及新加坡特殊的醫療財務制度對我國的啓示。

## 新加坡的醫療體系

新加坡的醫療體系強調 3 個原則：

1. 建構預防醫療體系，並鼓勵健康的生活型態。
2. 在健康生活型態下，透過 3M（Medisave, MediShield 及 Medifund）系統強調個人責任。
3. 政府以控制醫療服務的供給以及提供巨額補助予公立醫療機構來控制總體醫療支出。

在前述原則下，新加坡政府對提供門診醫療服務及住院醫療服務都著力甚深。整體而言，門診醫療服務的 80% 是由 2,000 家私人診所提供，另 20% 由 18 家政府的聯合診所（Polyclinics）提供；住院醫療服務則反是，由公立醫院提供 80% 的住院服務。公立醫院的病床數在 2010 年占總病床數的 77%，醫師數占 57%，註冊護士數占 60%；相對於其醫療人力，公立醫院的服務量明顯比私立醫院多。

## 新加坡的醫療財務體系

新加坡醫療體系的公辦財務制度主要有 3 種，分別介紹如下：

### （一）保健儲蓄計畫（Medisave）

保健儲蓄計畫旨在設立一個專為醫療費用而儲蓄的帳戶，這個儲蓄帳戶是新加坡中央公積金制度（Central Provident Fund, CPF）的一環，於 1984 年開始實施。公積金的會員被要求每月固定存入薪資（自雇者則為前一年的營利所得）的某一百分比至其自身儲蓄帳戶，以支應本人及家屬（指會員的直系親屬，如配偶、父母、子女、孫子女、祖父母或外祖父母）未來醫療費用之所需。

存入帳戶的薪資比例隨年齡而不同，年齡愈大，存入的比例愈高，但每年存入金額訂有上限。如 2012 年 7 月之後，會員年齡為 35 歲及以下，存入比例為 7%；逾 35 歲至 45 歲，存入比例為 8%；逾 45 歲至 60 歲，比例為 9%；逾 60 歲比例為 9.5%；上限為新幣 43,500 元（前一年為 41,000 元）。儲蓄帳戶內的金額可用來支付會員本人及家屬的住院費用，某些高額門診費用以及日間手術費用（然而 Medisave 每一種費用都訂有可支用額度的上限）；也可用來繳納 MediShield 及 PMIS（Private Medical



Insurance Scheme) 的保險費。截至 2010 年底止，擁有保健儲蓄帳戶人數達 3 百萬人，帳戶餘額達新幣 502 億元（合新台幣約 1,200 億元），每一帳戶的平均餘額為新幣 16,900 元。

## (二) 健保雙全計畫 (MediShield)

健保雙全計畫是一個基本醫療保險計畫，旨在幫助公積金會員及其家屬支付高額的住院費用；會員及家屬各自參加保險。若受保會員無力支付保費，則其直系親屬可以使用自己的保健儲蓄來協助支付。健保雙全計畫的保費隨著年齡的增長而增加，也隨著時間而調整。例如為了使年長的受保會員更有能力參保，在 60 歲以前投保者，從 71 歲到 90 歲期間可以享受保費的折扣優惠。

健保雙全計畫適用於入住重症醫院 B2 及 C 級病房所需支付的住院費用；若想入住重症醫院 A 及 B1 病房，或在私立醫院接受治療，還需投保經保健儲蓄批准的綜合健保雙全計畫 (IntegratedShield Plan, IP)。而從申請到健保雙全計畫正式生效，有大約 2 個月的等待期，期間所有醫療費用皆不予支付。

健保雙全計畫涵蓋住院治療費用和經過批准的特定門診治療，如洗腎、癌症的化療和放療，然而每一項目皆有給付上限，且每年每份保單有給付上限（新幣 7 萬元），並訂有終生給付上限（新幣 30 萬元）。此外，健保雙全計畫也有自負額 (Deductible) 及共同保險 (Cost-sharing) 的規定。





保單年度是指保險正式生效之日起的 12 個月內。新生嬰兒自出生日即可參保。每個保單年度結束之前，受保會員或其支付人經保健儲蓄帳戶支付保費後，公積金局將自動為其續保。但若發生保費未能在 2 個月寬限期內付清，受保會員已達 90 歲，受保會員已通知公積金局停保，受保會員的保險給付總額已達終生給付上限等情況時，保險即被停止。

### （三）醫療基金 (Medifund)

醫療基金是由新加坡政府於 1993 年 4 月以公務預算捐助成立的，每年且在預算有盈餘時挹注基金。旨在以基金孳息來幫助保健儲蓄及健保雙全計畫都未有足夠資金來支應醫療費用的新加坡公民及永久居民，以作為其最後的安全網。2010 年符合補助的對象共有 48.1 萬人，約占總人口的 9.25%，補助額度為新幣 8 千萬元。基金成立時規模為新幣 2 億元，2012 年時增為新幣 30 億元。然為因應人口老化，新加坡政府於 2007 年 11 月將部分醫療基金移出，另成立銀髮醫療基金 (Medifund Silver) 以協助需要幫助的老年病患。首年的銀髮醫療基金規模為新幣 5 億元。

## 臺灣與新加坡醫療財務制度的比較

強調個人責任的新加坡制度，是由政府強制民衆將薪資的某一固定比例存入個人帳戶 (Medisave)，以供本人及家屬未來醫療費用之所需。然因重病或傷害往往導致傾家蕩產，因此政府另成立醫療保險 (MediShield) 來保障民衆的醫療需要；且在前述二重保障都不足時，復以公務預算成立的醫療基金 (MediFund) 做為最後的安全網。

在新加坡強調小病自費，高額門診及住院才以保險給付之做法下，新加坡醫療保健支出占 GDP 的比率是所有先進國家中最低的，2011 年時為 4.6%，遠低於我國的 6.4% 及 OECD 國家中最低的一韓國的 7.2%，可見其醫療資源的使用極有效率。然而以零歲時的平均餘命及嬰兒死亡率等醫療品質指標來觀察，新加坡在 OECD 國家中也都屬佼佼者。這樣的制度成效絕對是各國所欲學習的典範。然而仔細探究其制度內涵，我們會發現，誠如他們自己所言，他們的制度特色不易複製。以下是台、新二國醫療保險制度的簡單比較。

### （一）保險費

臺灣全民健保的經費主要是民衆所繳交的保險費，而保險費是依民衆的經濟能力繳交，亦即所得愈高者，需繳納愈多的保險費；眷屬的保險費金額和被保險人相同。而新加坡的制度是依保險對象的風險高低為繳費依據（風險的判斷基準為年齡），亦即年齡愈高者不論其是否有能力，皆需繳交較高的保險費。臺灣的制度屬社會保險，具所得重分配功能；新加坡的制度則屬商業保險。



## (二) 保險給付

臺灣全民健保保險對象門診就醫時的部分負擔，隨醫院層級而有不同的定額；住院部分負擔則為定率 10%，且有年度負擔上限的規定。新加坡的健保雙全計畫，不但有自負額和共同保險，還有項目的給付上限、年度的給付上限、以及終生的給付上限。換言之，全民健保為保障保險對象，並充分發揮風險分擔的保險精神，明定保險對象的負擔上限。新加坡的制度則是為了節制保險對象的醫療利用，且考量保險財務，在各個層次都訂有給付上限。民眾若需要更高的醫療費用，更好的醫療服務時，需要購買更高額的保險，否則餘額就要全部自付。

相對而言，臺灣全民健保對保險對象有較完整的保障，但也因而會有較大的浪費空間；新加坡有較有效率的資源使用，但卻使得保障範圍有相當的限縮。除了共同保險的規模遠甚於臺灣，且實施自負額制度外，新加坡另有一項是臺灣從未曾思考過的規定，那就是年齡達 90 歲者不允其參加健保計畫。換言之，90 歲的民眾，若面臨高額醫療費用時，若不是自己或家屬要存有足夠的醫療費用，就可能必須放棄醫療。

## 新加坡醫療制度的省思

另一方面，新加坡醫療服務的定價，除公立醫療機構外，是由供給者作主，有自由市場的精神；政府僅利用 Medisave, MediShield 及 Medifund 財務制度來導引醫療資源的有效利用。和臺灣由中央健康保險局訂價、專買的作法，有天壤之別。臺灣的醫生會喜歡新加坡的醫療生態，臺灣的民眾卻會喜歡全民健保的醫療保障。

展望未來，人口快速老化、醫療科技日益進步，然而薪資難以同步成長，因此合理使用醫療資源是我們必須面對的挑戰。參考新加坡的經驗，更多規範民眾的醫療利用，且引進儲蓄帳戶，以自主管理的方式節約小病的醫療利用，是全民健保應該思考的方向。

# 從生活中防過敏

## 用運動飲食控制 與過敏和平相處

諮詢 / 臺北市立聯合醫院婦幼院區小兒科主任 方麗容

撰文 / 張蓉安

我家寶貝是過敏兒，怎麼辦？臺灣兒童過敏比例高，尤其是大臺北地區每5個小朋友就有一個是過敏兒，發作起來不僅家長心疼、孩子難受，更會影響學習和生活！要避免過敏發作、減輕過敏的影響，那麼，與過敏原「一刀兩斷」，是最好的辦法！



兒童過敏大約在一到兩歲前就會開始以各種症狀表現：呼吸道過敏會引發氣喘，如果表現在皮膚，就是異位性皮膚炎，過敏性鼻炎也很常見。臺北市立聯合醫院婦幼院區小兒科主任方麗容解釋，很多小朋友第一次出現過敏症狀，多半會有流鼻涕、咳嗽等與感冒很相近的症狀，容易與感冒混淆。她提醒家長，感冒、流感，多半在一個病程（大約5到7天）之後就應該好轉，如果小孩的症狀持續，例如每天早上起床就打噴嚏，或是天氣變化就會出現呼吸道症狀、皮膚發癢，那麼就需要請醫師協助診斷，是不是過敏來找麻煩。

### 先找出過敏原

餵一旦確認家中寶貝是過敏兒，爸媽心疼焦急難免，但方醫師提醒，不用過於擔心，因為現在醫學進步，足以幫忙找出過敏原。先從減少生活中的過敏原著手，相信可以減輕過敏的症狀，甚至讓過敏遠離。

至於是否要到醫院幫小朋友做過敏原的測試？方醫師建議，若家長觀察到小孩可能是過敏兒，不妨帶到醫院請小兒過敏免疫專科醫師診斷，並由醫師決定是否需要進一步的檢測過敏原，為預防過敏發作多一層準備。



## 最常見的過敏原 塵蟎

「過敏是體質加上環境誘發造成的，體質是先天的，較不易控制，相對而言，後天的環境就是我們對過敏下手比較直接有效的方法！」方醫師表示，環境中過敏原很多，臺灣最常見的就是「塵蟎」，因為氣候潮濕非常適合塵蟎生存，也是醫師眼中，造成兒童與成人過敏的心頭大患。所以減少居家環境中的塵蟎，幾乎就等於除掉了過敏的元兇。

如何減少塵蟎的存在？首先控制居家環境濕度在 55% 以下，避免使用厚重地毯、窗簾，定期清洗絨毛玩具，使用防蟎床墊、枕頭套和被套，並且保持環境清潔，破壞了塵蟎的生存環境，就等於還給過敏兒童一個良好品質的生活環境！

另外，灰塵、食物和香菸也是造成的原因之一。方醫師提醒，如果是兒童、成人，從環境中減少過敏原，可以減輕過敏發作的機會，如果是嬰幼兒，那麼喝母乳是一個可以增加保護力的方法，各種臨床研究均顯示，喝母乳的寶寶，可以增加免疫力，相對減少成為過敏兒的機會。

## 運動飲食和藥物控制

過敏無法完全根治，但是可以靠著藥物、運動以及飲食多管齊下減輕症狀，甚至讓症狀消失。「如果過敏無法根治，那麼就學著與它和平共處！」方醫師從臨床中觀察，對過敏瞭解越多，越能好好的與這個疾病相處。

另外，醫師也鼓勵「多運動」，氣喘兒童雖不適合劇烈、瞬間爆發力的運動，但透過游泳可以訓練心肺功能，有助於減緩氣喘症狀與發作時的劇烈程度。研究也顯示，運動有助於增強免疫力，打敗過敏這個惱人的症狀。

在飲食部分，方醫師常常在門診中遇到家長詢問，「什麼樣的健康食品或是保健食品，對過敏兒比較好？」她通常會建議家長先讓孩子有健康、均衡的飲食，如果真需要吃到保健食品或是健康食品，最好還是詢問小兒科醫師比較妥當，因為「每個人的體質不同，市面上的產品更是琳瑯滿目，還是跟醫生討論比較好！」

方醫師也強調，飲食多樣均衡，除了嬰兒時期，媽媽應盡量哺育母乳，也要避免過多加工食品、含糖飲料等等，為孩子的健康儲存本錢，才能把過敏的影響降到最低。



▲想吃的安全，清洗工夫不可少。

# 夏日飲食要衛生 蔬菜清洗有一套

夏天是細菌滋生的季節，到底吃什麼容易有衛生的疑慮？專家建議，要吃的健康，只要把握 3 個原則：自己 DIY、注意食物的清潔及保存條件，就可以吃得安心又營養，健康一「夏」！

諮詢 / 臺大醫院家醫部主任 黃國晉、臺北市聯合醫院中興院區營養部主任 金惠民  
撰文 / 張蓉安

「夏天常見飲食造成的疾病，就是腹瀉以及腸胃炎！」臺大醫院家醫部主任黃國晉說，尤其夏天最受歡迎的食物，莫過於涼麵、手搖杯飲料、剉冰、生菜沙拉、生魚片等等，這些食物若在高溫、保存條件差的情況下吃入肚中，常常就是引發腸胃炎的元凶！

## 從選購就決定食物衛生條件

黃國晉指出，涼麵、生魚片都是需要低溫保存的食材，一旦離開冷藏的環境太久，細菌就開始滋生，不妨在選購時，注意商家的保存設備和食用的時間，尤其是生魚片，最好選擇「現切現吃」，而不是已經切好等著顧客上門那種；剉冰和手搖飲料，則是要注意冰塊的衛生品質，除了觀察店家的環境、商譽，另外一個好方法就是定期上網（衛生單位相關網站）查詢衛生稽查的結果，作為選購的參考。

至於吃不完的便當，最好也不要隔餐吃，尤其出門在外，不一定有冰箱可以冷藏，要是等到下一餐加熱，細菌可能已經滋生，還是不要吃比較安全！

黃國晉也強調，夏天除了注意飲食衛生，別忘了也要均衡營養。儘管天氣熱影響食慾，不妨利用蒜蓉、涼拌或是清蒸、川燙的方式，增加食物的入口性。平日也要多補充水分以及蔬菜水果，其中蔬菜水果可以增加纖維質、降低膽固醇以及增加飽足感，但有些水果含糖量較高，要注意攝取的分量。



▲剉冰是夏天消暑涼品，但也潛藏衛生問題。

## 減少殘留農藥 清洗浸泡不嫌少

清洗徹不徹底，也是影響夏天食物乾不乾淨的因素之一。臺北市聯合醫院中興院區營養部主任金惠民表示，像青椒、小黃瓜、四季豆、草莓、葡萄等，是常見含有較高殘留劑量農藥的蔬果，在清洗時，除了仔細，還有撇步。以青椒為例，至少就需要注意 3 大步驟：

1. 青椒不切塊，保留原型，用流動的水至少清洗半分鐘到一分鐘。建議可以準備一條專門清洗的棉布或是小刷子，輕刷青椒的表面。
2. 準備一個有小洞的盆子，將所有青椒放入，用流動的過濾水浸泡 10 分鐘到 15 分鐘。（有洞的盆子是為了讓水不會滿出來，且持續保持流動）
3. 浸泡過的青椒，逐一再清洗一遍，隨即開始料理烹煮。

## 水果清洗步驟不可少

至於水果，金惠民也建議清洗後才吃，尤其需剝皮的水果，更不要忽略了：

1. 葡萄、荔枝在剝皮前，先一顆顆仔細清洗。食用之前記得洗手，食用時盡量避免手接觸到果肉。
2. 香蕉也可以沖水，如果不習慣，注意吃時不要用手碰到即可。
3. 如果要打成果汁，蘋果選擇表皮沒有打蠟，經清潔、去籽、留皮，再與其他水果打汁食用。



▲清洗過的蔬果，記得用流水再沖浸半分鐘以上。

金惠民提醒，蔬菜看起來漂亮，並不代表就是乾淨，因此仔細清洗絕對有必要，而為了節省時間，最好預先處理，不能等到要料理烹飪的時候才動手，這樣就會來不及。

至於要不要加入鹽巴、小蘇打水或是市面上標榜專門用來清洗蔬果的清潔液？金惠民主任表示：「不會特別建議，因為『天然尚好』，若為了洗掉農藥，反而多了一些人工化學物，還不如用清水就好，而且清水可以洗掉絕大多數的農藥，仔細清洗最重要！」

### 遠離食品安全風暴 自己動手最安心

不過，畢竟在外食的安全堪慮，專家都建議「自己動手做最好！」，尤其金惠民和黃國晉不約而同都推薦「綠豆湯」。金惠民主任表示，夏天大家愛喝的手搖飲料，加了太多的「果糖」、「糖精」等人工糖份，有些含糖量甚至高達 70 公克，「真的非常嚇人！攝取過多糖份，均證實跟肥胖、癌症、心血管疾病、老年癡呆症等疾病有關連，還是少吃比較好。」金惠民建議，自己煮可以加一點冰糖、蔗糖提味，自製冰塊也相對安心。

另外，金惠民也會在夏天準備涼麵，不但醬料可以自己調配，還可搭配大量的豆芽菜、白菜，讓營養更均衡。蔬果汁精力湯則是用把各種新鮮水果仔細清洗，一起打汁喝下，也可以補充纖維質。

此外，為了穿夏裝更漂亮，不少人會在夏天刻意減重。黃國晉醫師建議：減重也要注意營養均衡，常見有人「只吃水果」減重，但某些水果熱量高，吃多了還是瘦不下來。其實減重是「吃少但吃好」，6 大類食物都不可以偏食，而且不吃零食以及含糖飲料，如此才能讓自己「想胖也胖不起來！」

#### ◎夏日飲食衛生小提醒：

<p><b>蔬果清洗</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「沖、泡、沖」順序，把泥土、殘留農藥徹底洗淨。</li> <li>2. 商店販售之切好的水果，可先用冷開水沖一遍再食用。</li> <li>3. 剝皮類的水果也要清洗，食用時避免手指碰觸果肉。</li> <li>4. 仔細清洗就不需要加入清洗劑，避免更多化學物殘留。</li> </ol>
<p><b>食物保存</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 未開封之便當、食物，在室溫下不超過兩小時就一定要冰入冰箱，開封後儘速食用完畢。</li> <li>2. 料理食物溫度需在 65 度以上。</li> <li>3. 生魚片、涼麵、壽司、蔬果需有良好冷藏條件。</li> </ol>
<p><b>動手自己做</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 綠豆湯加冰糖（適量即可）。</li> <li>2. 涼麵搭配大量蔬菜。</li> <li>3. 自製冰塊。</li> <li>4. 蔬果多樣性，果實營養成分優於果汁（含果肉），果汁（含果肉）優於調味或是還原果汁。</li> </ol>



衛生福利部中央健康保險署接受各界愛心捐款明細表

(1)個人捐款

捐款期間：102.3.1-4.30

捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)
月日		(元)	月日		(元)	月日		(元)	月日		(元)
3 1	解○蘭、涂○利	2,000	3 5	陳○龍	5,000	3 20	施○禎	100	3 26	顏○男	400
3 1	葛○君	500	3 5	無名氏	1,000	3 20	張○梅	100	3 26	王○娘	200
3 1	張○月	500	3 6	李○愛	1,300	3 20	廖○菊	100	3 26	陳○彬	200
3 1	陳○嬌	200	3 6	李○原	5,000	3 20	詹○興	100	3 26	游○珍	200
3 1	呂○珍	600	3 6	盧○均	2,000	3 20	蒙○光	100	3 26	陳○琪	700
3 1	朱○書	1,000	3 7	王○莉	350	3 20	張○雄	100	3 26	許○敦	300
3 1	郭○雲	500	3 7	黃○國	500	3 20	張○華	100	3 26	張○綢	200
3 1	林○如	200	3 7	高○成	300	3 20	張○南	100	3 26	李○華	50,000
3 1	彭○雪	400	3 7	劉○菁	300	3 20	張○佑	100	3 26	陳○統	50,000
3 1	張○后	500	3 7	柯○璇	300	3 20	謝○雯	100	3 26	薛○福	6,000
3 1	鄭○足	1,000	3 7	林○春	500	3 20	吳○喬	100	3 26	林○參	4,000
3 1	洪○琇	500	3 7	洪○珠	500	3 20	蒙○光	100	3 26	李○達	3,000
3 1	廖○菁	500	3 7	陳○春	1,000	3 20	施○宇	100	3 26	陳○芳	3,000
3 1	李○璋	500	3 7	劉○蘭	1,000	3 20	無名氏	600	3 26	黃○惠	2,000
3 1	俞○菁	500	3 7	黃○珍	500	3 20	連○涵	1,000	3 26	黃○侃	2,000
3 1	何○儒	500	3 7	無名氏	1,100	3 21	林○政	1,000	3 26	顏○隆	2,000
3 1	王○妃	500	3 8	黃○士	2,000	3 21	蘇○忠	1,000	3 26	楊○清	2,000
3 1	杜○安	500	3 8	黃○冊	500	3 21	黃○美	400	3 26	洪○禧	2,000
3 1	朱○嬌	500	3 8	黃○續	500	3 21	李○梅	300	3 26	白○聲	2,000
3 1	莊○純	500	3 10	王○婷	1,000	3 21	無名氏	10,000	3 26	莊○一	2,000
3 1	蘇○秀	3,600	3 10	洪○陽	1,000	3 22	解○蘭、涂○利	2,000	3 26	秦○萍	2,000
3 1	林○足	300	3 10	無名氏	3,000	3 22	張○炎	50,000	3 26	薛○淑	2,000
3 1	沈○島	500	3 10	林○玲	500	(啟○中醫診所)	(啟○中醫診所)	50,000	3 26	簡○平	2,000
3 1	張○順	300	3 11	張○騰	5,000	3 22	吳○心	1,000	3 26	鄭○敦	2,000
3 1	陳○寬	500	3 11	林○平	2,800	3 22	石○銀	500	3 26	林○文	2,000
3 1	盧○	200	3 11	張○娥	5,000	3 25	鄭○文	500	3 26	何○士	4,000
3 1	柯○華	1,500	3 11	黃○傑	500	3 25	呂○慧	300	3 26	李○娟	2,000
3 1	蕭○華	1,000	3 11	黃○晴	500	3 25	顧○春	5,000	3 26	黃○器	2,000
3 1	紀○卿	300	3 11	林○定	3,000	3 25	黃○文	2,000	3 26	葉○德	4,000
3 1	黃○雄	3,200	3 11	張○顯	10,000	3 25	鄭○青	1,000	3 26	黃○昌	4,000
3 1	王○媽	100	3 11	張○娥	5,000	3 25	李○娜	20,000	3 26	趙○雄	4,000
3 1	徐○圓	100	3 12	無名氏	1,000	3 25	劉○娉	1,000	3 26	蔡○展	5,000
3 1	徐○巖	300	3 13	卓○蓮	700	3 25	張○源	20,000	3 26	張○豪	5,000
3 1	徐○駿	300	3 13	王○莉	160	3 26	蘇○華	200	3 26	無名氏	5,000
3 1	徐○宏	300	3 13	黃○菁、李○仁	3,000	3 26	林○姿	400	3 27	葉○祥	30,000
3 1	姚○昌	12,500	3 13	陳○男	50,000	3 26	羅○妙	1,000	3 28	藍○茂	1,000
3 1	林○同	2,000	3 14	徐○明	600	3 26	方○蒲	200	3 28	許○雄	1,000
3 4	梁○玉	300	3 14	鄭○文	400	3 26	施○珍	200	3 28	黃○川	1,000
3 4	莊○郎	500	3 14	詹○一	500	3 26	黃○美	800	3 28	羅○燈	1,000
3 4	謝○玲	500	3 14	楊○麗	3,000	3 26	莊○嬌	200	3 28	張○珊	300
3 4	郭○芳	500	3 14	陳○彤	3,000	3 26	陳○珠	200	3 28	劉○鐸	1,200
3 4	楊○鵬	500	3 15	姜○夫	5,000	3 26	蔡○美	200	3 28	賴○淳	10,000
3 4	江○蒙	300	3 15	葉○祥	200	3 26	吳○秀	200	3 28	潘○白	100,000
3 4	黃○玲	500	3 15	蔡○發	2,000	3 26	陳○玉	400	3 28	無名氏	20,000
3 4	陳○雲	500	3 17	無名氏	300	3 26	盧○玉	200	3 29	無名氏	3,000
3 4	賴○財	300	3 18	無名氏	100	3 26	張○祝	200	4 1	李○昱	300
3 4	陳○娥	500	3 18	蔡○君	100	3 26	蘇○娟	300	4 1	吳○玲	300
3 4	藍○色	500	3 18	陳○程	2,000	3 26	張○平	200	4 1	姚○昌	12,500
3 4	李○祥	300	3 18	蕭○雯	200	3 26	李○蓮	200	4 1	林○政	1,000
3 4	姜○軒	300	3 18	無名氏	100	3 26	戴○華	200	4 1	陳○春	1,000
3 4	黃○卿	300	3 18	無名氏	3,600	3 26	吳○萍	200	4 1	蔡○原	500
3 4	謝○美	300	3 18	廖○貞	1,000	3 26	林○盡	100	4 1	黃○琪	300
3 4	葉○竹	300	3 18	無名氏	100	3 26	李○華	200	4 1	陳○雲	500
3 4	邱○蘭	300	3 19	張○明	10,000	3 26	李○燕	200	4 1	黃○玲	500
3 4	林○誠	300	3 19	無名氏	100,000	3 26	魏○珍	200	4 1	郭○芳	500
3 4	黃○幟	1,000	3 19	蔡○詹	10,000	3 26	宋○惠	200	4 1	黃○珍	500
3 4	羅○蘭	400	3 19	吳○銘	20,000	3 26	林○華	200	4 1	黃○文	500
3 4	黃○玉	300	3 20	尤○櫻	500	3 26	劉○英	200	4 1	廖○偵	500
3 4	吳○芳	300	3 20	林○信	500	3 26	劉○珍	200	4 1	陳○程	2,000
3 4	黃○琪	300	3 20	林○瑩	500	3 26	劉○熠	500	4 1	楊○長○	20,000
3 4	蔡○原	500	3 20	尤○源	500	3 26	黃○卿	200	4 1	蕭○雯	200
3 4	李○華	100,000	3 20	尤○葉	500	3 26	廖○玉	200	4 1	劉○芳	500
3 4	邱○明	400	3 20	尤○冠	500	3 26	彭○珠	200	4 1	葛○君	500
3 5	李○居	2,000	3 20	王○慧	100	3 26	劉○綢	400	4 1	張○文	1,000

衛生福利部中央健康保險署接受各界愛心捐款明細表 (續)

(1)個人捐款

捐款日期 月 日	捐款人	捐款金額 (元)	捐款日期 月 日	捐款人	捐款金額 (元)	捐款日期 月 日	捐款人	捐款金額 (元)
4 1	張○月	500	4 11	徐○圓	100	4 21	許○敦	300
4 1	陳○嬌	200	4 11	王○媽	100	4 21	張○綢	200
4 1	莊○惠	400	4 11	無名氏	6,000	4 22	王○慧	100
4 1	呂○珍	600	4 11	無名氏	3,000	4 22	施○禎	100
4 1	陳○桃	200	4 11	張○頂	400	4 22	張○梅	100
4 1	林○如	200	4 11	李○梅	300	4 22	廖○菊	100
4 1	彭○雪	400	4 12	無名氏	2,000	4 22	詹○興	100
4 1	蔣○敏	600	4 16	劉○伶	500	4 22	蒙○光	100
4 1	郭○卿	300	4 16	黃○膏、李○仁	3,000	4 22	張○雄	100
4 1	張○后	1,000	4 16	駱○龍	400	4 22	張○華	100
4 1	鄭○足	1,000	4 16	鄭○文	1,300	4 22	張○南	100
4 1	洪○琇	500	4 16	黃○傑	500	4 22	張○佑	100
4 1	李○霞	500	4 16	黃○晴	500	4 22	謝○愛	100
4 1	廖○菁	500	4 16	葉○祥	400	4 22	吳○喬	100
4 1	何○儒	500	4 17	李○妃	500	4 22	蒙○光	100
4 1	杜○安	500	4 17	尤○櫻	500	4 22	施○宇	100
4 1	張○貞	500	4 17	林○信	500	4 22	黃○文	2,000
4 1	林○足	300	4 17	林○瑩	500	4 23	無名氏	3,600
4 1	廖○秀	300	4 17	尤○源	500	4 23	呂○諭	500
4 1	張○順	300	4 17	尤○葉	500	4 24	黎○貞	1,000
4 1	林○精	300	4 17	尤○冠	500	4 24	洪○珠	500
4 1	陳○寬	500	4 18	李○華	1,000	4 24	簡○廷	1,000
4 1	盧○嘉	200	4 18	洪○銘	4,000	4 24	簡○良	1,000
4 1	紀○卿	300	4 18	洪○苑	6,000	4 24	葉○祥	30,000
4 1	朱○嬌	500	4 19	沈○庭	1,600	4 24	張○顯	10,000
4 1	張○寬	500	4 21	蘇○華	200	4 26	無名氏	500
4 1	莊○純	500	4 21	林○姿	600	4 26	許○菁	1,000
4 1	莊○堅	36,000	4 21	羅○妙	600	4 26	解○蘭、涂○利	2,000
4 2	無名氏	1,000	4 21	方○蒲	200	4 29	劉○娣	1,000
4 2	無名氏	6,000	4 21	施○珍	600	4 30	渣○	3,000
4 2	盧○均	2,000	4 21	黃○美	800	合計		1,201,210
4 2	無名氏	6,000	4 21	莊○嬌	700			
4 2	王○中	6,000	4 21	陳○珠	200			
4 3	吳○銘	20,000	4 21	蔡○美	200			
4 3	簡○	2,000	4 21	吳○秀	200			
4 3	吳○芳	300	4 21	陳○玉	500			
4 3	賴○財	300	4 21	盧○玉	200			
4 3	柯○璇	300	4 21	張○○祝	200			
4 3	江○蒙	300	4 21	蘇○○娟	300			
4 3	李○祥	300	4 21	張○平	200			
4 3	姜○軒	300	4 21	李○○蓮	200			
4 3	黃○卿	300	4 21	戴○華	200			
4 3	謝○美	300	4 21	吳○萍	300			
4 3	葉○竹	300	4 21	林○盡	100			
4 3	林○誠	300	4 21	李○○華	200			
4 3	唐○正	400	4 21	李○燕	200			
4 3	游○周	400	4 21	魏○珍	200			
4 3	洪○鵬	1,000	4 21	宋○惠	200			
4 9	李○原	5,000	4 21	林○○華	200			
4 9	古○洪	2,000	4 21	劉○○英	200			
4 9	黃○文	5,000	4 21	劉○珍	200			
4 9	鄭○方	5,000	4 21	劉○昭	300			
4 9	薛○英	10,000	4 21	黃○卿	200			
4 9	鄭○方	5,000	4 21	廖○玉	200			
4 9	鄭○嵐	5,000	4 21	彭○珠	200			
4 9	鄭○燦	10,000	4 21	劉○綢	400			
4 9	徐○玉	500	4 21	顏○男	500			
4 9	邱○明	400	4 21	王○娘	200			
4 9	林○定	3,000	4 21	陳○彬	200			
4 10	杜○亮	1,000	4 21	游○珍	200			
4 11	林○玲	500	4 21	陳○琪	400			

(2)單位捐款

捐款期間：102.3.1-4.30

捐款日期 月 日	捐款單位	捐款金額 (元)
3 4	財團法人南山人壽慈善基金會	1,500,000
3 6	祥○機車行	5,000
3 18	道種寺	500,000
3 18	道種寺	500,000
3 18	道種寺	500,000
3 18	道種寺	500,000
3 18	道種寺	500,000
3 18	道種寺	500,000
3 21	蕭○霖中醫診所	1,000
3 26	大鈞診所	2,000
3 26	蕭中正醫院	20,000
3 26	健順診所	4,000
3 26	陳文龍婦產科診所	4,000
4 2	李光雄診所	100,000
4 3	桃園聯辦	500
4 3	存○堂中醫診所	35,000
4 9	高雄市立大同醫院	30,000
4 12	高雄市檳榔包裝加工業職業工會	5,400
4 12	祥○機車行	5,000
4 17	高雄醫學院	50,000
4 18	長庚醫院	300,000
4 19	小港醫院	30,000
4 23	蕭○霖中醫診所	1,000
4 22	健保局高屏業務組承保二科、3類 (南農中心)	800
4 22	顧客服務科	57,760
4 22	統一星巴克股份有限公司	30,500
4 24	健保局高屏業務組承保二科、3類	86,800
合計		5,268,760

備註：上述捐款均用於協助經濟困難者繳納健保相關費用，捐款資料為本署各分區業務組提供。更詳盡資料請至健保署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>)「主題專區」>「健保愛心專戶」>「健保愛心專戶徵信概況」瀏覽。

衛生福利部中央健康保險署執行愛心捐款補助健保相關費用彙整表

單位：件、人、元

單位別	補助件數	受惠人數	補助金額
臺北業務組	20	61	439,189
北區業務組	12	41	260,307
中區業務組	35	73	951,495
南區業務組	16	21	403,908
高屏業務組	8	11	9,981
東區業務組	6	9	128,135
合計	97	216	2,193,015

補助期間：102.3.1-4.30



# 扣費義務人必讀

## 補充保險費網路申報省時又省力

自民國102年1月1日二代健保實施後，扣費義務人扣取保險對象之補充保險費，也可以在中央健保署全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw/>)，查詢免扣取對象及網路申報明細，讓扣取申報作業更簡便。





衛生福利部  
中央健康保險署  
NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION,  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

## 臺灣地區外 因不可預期之緊急傷病就醫 別忘申辦核退自墊醫療費

1. 醫療費用核退申請書
2. 醫療費用收據正本及費用明細
3. 診斷書或證明文件
4. 影印護照首頁及當次入出境戳章，或服務機關出具之證明
5. 門、急診治療當日或出院之日起6個月內提出申請

註：申辦大陸地區住院5天（含）以上（出院日不算）之核退，收據正本及診斷書須在大陸公證處公證及臺灣海基會驗證後始申辦。

**健保署關心您的健康與權利**



廣告

GPN:2008500224  
定價：80元  
(一年6期360元)

