

National Health Insurance

# 全民健康保險

第105期

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國102年9月號 ■ISSN: 1026-9592

## 全民健康保險滿意度調查 股利所得扣取補充保險費須知

二代健保服務專線 主動Call out關心您  
高血脂個案用藥健康叮嚀



# 狂犬病

提高警覺有「2不」：

不接觸、不亂領養來路不明的野生動物。  
不撿拾生病的野生動物、屍體。

犬貓疫苗注射：

依據國際經驗，只要犬貓疫苗接種7成以上，就有足夠的防護力，可以預防狂犬病的發生。

## 止步

做好防疫不驚慌！

防疫專線

1922

### 被咬傷後的處理



## 1 記

保持冷靜，記住動物特徵。



## 2 沖

以肥皂清水沖洗15分鐘，再用優碘或70%酒精消毒傷口。



## 3 送

儘速送醫評估是否打疫苗及免疫球蛋白之治療。



## 4 觀

儘可能將咬人動物繫留觀察10天。

# 瞭解民意 健保會更好

為了瞭解全民健康保險實施的成效、確保民衆就醫權益以及提升為民服務的品質，衛生福利部中央健康保險署每年委外辦理全民健保滿意度調查，針對健保署實施的各項總額民衆就醫權益、健保新政策、櫃檯服務以及 0800 免付費諮詢電話等各項服務，進行全面性民調，滿意度的調查結果，顯現健保實施 18 年有成，並深獲民衆肯定。

全民健保自民國 84 年開辦以來，從一開始的反彈聲浪，滿意度不到 4 成，至今健保滿意度已持續成長至 8 成，其間當面臨保險費費率及部分負擔調整時，全民對健保的滿意度會短暫下滑，但在健保署充分的宣導下，以及同仁努力和民衆溝通，整體滿意度仍逐步回升至 8 成左右，實屬不易。

為了在第一時間掌握民意，適時反映民意，健保署每年委外辦理民調，蒐集民意，以提供全民健保改進的方向。其中，滿意度下降的原因，不外乎健保新政策實施初期，民衆因為不瞭解，導致滿意度下滑，然而透過電話、信件郵寄、網路市調等民意蒐集及分析，我們看到了民衆的反映，瞭解到政策面需要加強宣導的地方，而且透過第一線同仁的親切溝通後，化解民衆對全民健保的疑慮，進而肯定健保。

今年適逢健保署邁向二代健保新紀元，為了守護民衆的健康、確保民衆就醫權益、以及提供更符合民衆期待的服務，健保署除了持續重視推動各項開源節流措施、減少醫療資源浪費、提升醫療品質等外，也透過各項全民健保滿意度調查結果，期望民衆能共同關心健保事務，藉由民衆意見的回饋，落實為民服務的品質，讓全民健保好上加好。



# CONTENTS

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國 85 年 5 月 1 日創刊 102 年 9 月號



▲衛生福利部中央健康保險署第 10 屆員工運動會於 8 月 31 日在臺中中興大學舉行，活動一開場，署長黃三桂帶領全體同仁以最有朝氣的體操，贏得大會熱烈掌聲。

## 封面放大鏡

# 全民健康保險滿意度調查

### 編輯室報報

- 1 瞭解民意 健保會更好

### 封面放大鏡

- 4 全民健康保險滿意度調查  
10 股利所得扣取補充保險費須知

### 時事搶先報

- 16 二代健保服務專線 主動 Call out 關心您  
17 高血脂個案用藥健康叮嚀

### 健保好幫手 輕鬆上網查

- 18 氣喘防治有方法 品質指標要注意  
24 子宮肌瘤切除術 醫療指標來把關

### 世界比一比

- 30 從美國急性後期照護 看臺灣未來之規劃與發展  
34 從英國之中期照護 看臺灣未來之規劃與發展



▲在中央健保署員工運動會中，主秘蔡淑鈴（中）和健保署大隊接力選手精神抖擻，展現健康與活力。

### 健康萬事通

- 36 向腸病毒說不
- 38 狂犬病止步 做好防疫不驚慌

### 生活是樂活

- 42 給身心做 SPA 來趟芬多精之旅

### 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



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·高幸偉  
張鈺旋·張溫溫·陳秀鸞  
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 ◎王珩·宋璦羽·黃則誌  
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

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利。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

# 全民健康保險 滿意度調查

全民健康保險在 1995 年開辦，18 年來在醫界配合及全民的支持下，已逐漸達到減輕全民就醫負擔及享譽國際的經營效率，民衆滿意度由開辦時的不到 4 成上升至 8 成左右，顯見民衆對全民健保公共政策予以高度肯定。健保署不只關注民衆對健保制度的滿意度，也關心第一線顧客對健保服務的滿意度，本篇文章包括 2 個調查，包括針對健保制度的全民健保滿意度調查，以及顧客服務滿意度調查。

## 全民健保滿意度調查

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署企劃組專員 葉惠珠

全民健保自開辦以來，一直很重視民意，因此每年舉辦「全民健康保險滿意度調查」，其中雖曾因 2002 年保險費率及部分負擔調整，導致民衆對健保的滿意度稍有下降，隨後又回升 8 成左右，到 2010 年因為再次調整費率，薪資所得高者需繳更多健保費，但滿意度仍維持 8 成左右（如圖一）。今年（2013）二代健保上路於 4 月至 5 月間的調查顯示，民衆對全民健保的滿意度曾下滑至 6 成 7，但依據過去的觀察經驗，新的制度改革，以及新措施實施的初期，民衆需時間瞭解，並透過健保署努力宣導與各界及民衆溝通，滿意度下滑之後在 7 月已回升至 7 成 8，因此可以瞭解全民健保仍深受民衆肯定。



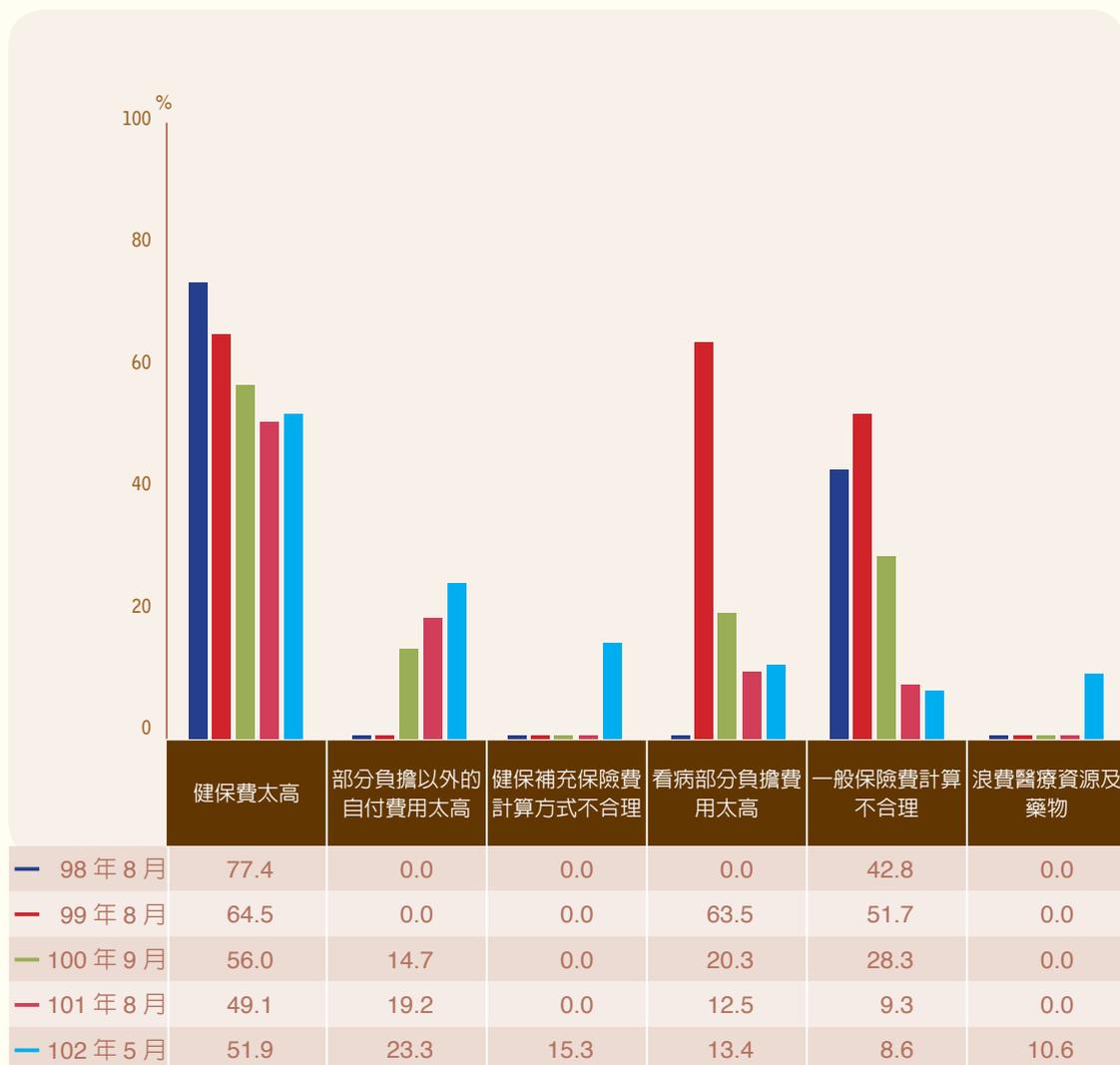
圖一、全民健保歷年滿意度調查

以今年（102）健保署在 4 月至 5 月為例，委外辦理民意調查，透過電話訪問的方式，調查臺閩地區（含離島、金門、馬祖），年滿 20 歲以上民衆，有效樣本為 2,026 人，訪問內容以服務利用、滿意度與健保重要議題等為主。

調查結果發現：

### 服務利用與滿意度

民衆對全民健保整體滿意度表現，有 6 成 7（67.6%）持肯定態度，2 成 8（28.1%）表示不滿意；其中以學生、大專畢業以上、70 歲以上、家庭收入在 11 萬 5 千元以上等對於全民健康保險滿意度較高。至於不滿意全民健保的原因，前 3 名分別為「健保費太高」，其次「部分負擔以外的自付費用太高」，第 3 名「健保補充保險費計算方式不合理」（如圖二）。

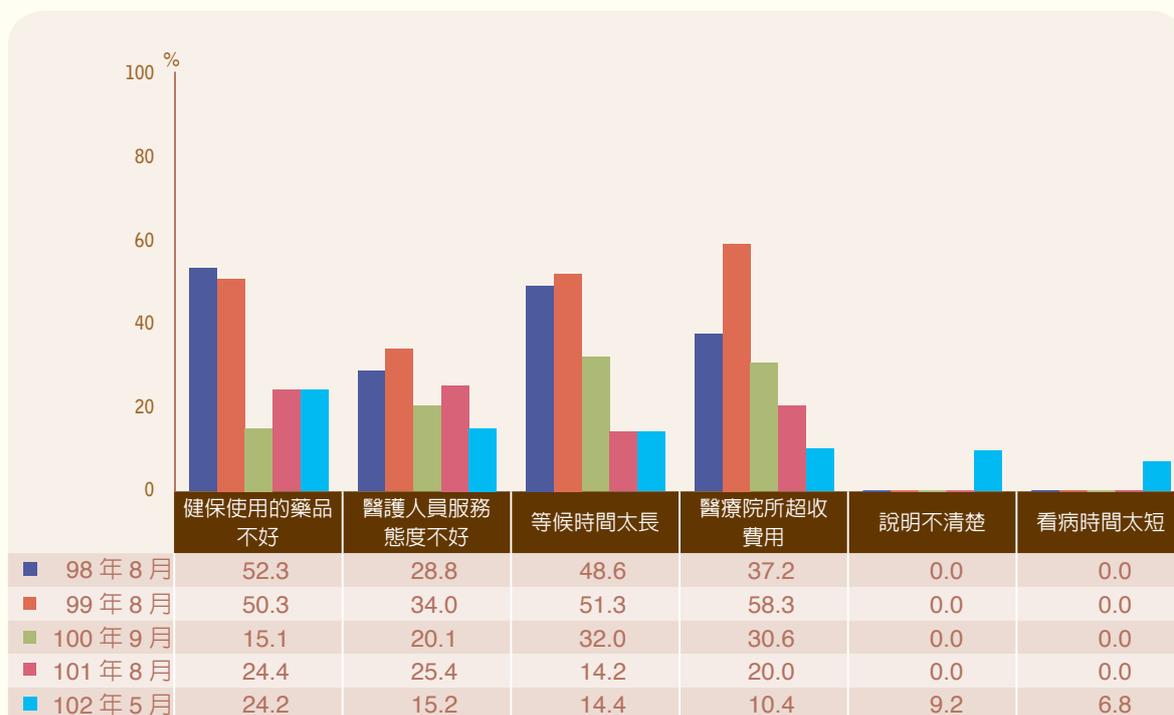


圖二、民衆對全民健保不滿意的原因分析

在健保特約醫療院所服務滿意度方面，約有8成6（86.8%）民衆持肯定態度，另不到1成（8.8%）民衆表示不滿意（如圖三）。不滿意的原因為健保使用的藥品不好所占的比例最高；其次是醫護人員服務態度不好，再者為等候時間太長及醫療院所超收費用（如圖四）。



圖三、民衆對健保特約醫院診所的整體滿意度



圖四、民衆對健保特約醫院診所不滿意的原因

不到3成（28.5%）的民衆過去6個月曾有過身體不舒服情形，但沒有去看醫生。其主要原因為民衆覺得不嚴重，不需要看醫生有近7成以上比例（71.5%）。

另在就醫地點的選擇方面，9成5（95.1%）民衆最常去的就醫地點是居住縣市內的醫院診所，民衆會選擇居住縣市以外的醫院診所就醫，其理由以該醫院診所提供較好或較快的醫療服務；其次是已經習慣在該醫院、診所就醫，以及該醫院、診所離工作地點比較近。

在醫院層級的選擇上，民衆平常看西醫門診時，有 7 成 6 以上（76.5%）會選擇診所，1 成 5（15.1%）選擇大醫院（醫學中心、區域醫院），不到 1 成（6.6%）選擇小醫院（地區醫院）。進一步分析選擇大醫院的主要原因以儀器設備較佳比例最高；相對地，會選擇小醫院及診所則是以距離近，看病較方便為主要理由。

## 健保重要議題

對於健保署輔導看診次數過高者在指定醫療院所看病，以減少醫療浪費有 8 成 5（85.7%）表示贊成，1 成以上（10.2%）表示不贊成。

另外，對於照顧弱勢民衆健保卡一律不鎖卡措施上，僅有 2 成 5（25.8%）民衆表示知道健保署有這項措施。反之，有近 7 成 5（74.2%）的高比例民衆不知道這項不鎖卡措施，並且以學生、20 至 29 歲及 70 歲以上的年齡族群、學歷在小學以下、家庭收入在 3 萬元以下比例較高。

在醫療浪費部分，不到 1 成（5.9%）的民衆表示自己或家人看病有浪費醫療資源情形；相反地，近 6 成（59.7%）受訪者認為一般民衆看病有浪費醫療資源。其浪費的原因主要是沒病痛或小毛病卻到醫療院所看病、拿藥，其次是生病期間重複就醫、重複領藥，再者為小病到大醫院看診及未按醫師指示服用藥。

另外針對新聞報導醫院內、外、婦、兒、急診 5 科的人力不足狀況，近 3 成（27.9%）民衆表示過去 6 個月有看過這 5 科，不到 1 成（5.0%）的受訪民衆在看這幾科時，曾發生有就醫不便利的情形。不便利的原因以看診的人很多，候診時間過長比例最高，其次是醫生看診的速度很快。

此外，有 6 成以上（62.5%）民衆對小問題去急診就醫，贊成提高部分負擔費用，反之，3 成（30.5%）民衆不贊成；進一步分析，以學歷高中職、小學以下，以及家庭收入在 1 萬 5 千元以下者不贊成高於整體平均。另就領慢性病連續處方箋民衆收取部分負擔費用之贊成情形，僅 2 成 8（28.8%）的民衆表示贊成，而有 6 成 5（65.8%）不贊成，尤以有慢性病及領有重大傷病卡者不贊成高於整體平均。

## 結語

民衆反映任何意見，健保署皆會視為寶貴建議，也是未來規劃各項政策及計畫的重要依據。為持續監測全民健保各項政策對民衆就醫之影響，以及政策實施之成效，未來健保署也將持續透過各種民意調查方式瞭解民衆觀感，以強化回應民衆需求，增加醫療品質，達到全民健康。

## 中央健康保險署顧客服務滿意度的調查

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署企劃組技士 楊珀芬

健保署為落實在地化服務，全國設有 7 個聯合服務中心及 21 個聯絡辦公室，提供民眾可近性、便利性的服務，例如，健保 IC 卡申請、遺失、補發、投保單位成立、變更、註銷、投保金額調整、加退保處理、補開健保費繳款單及明細、中斷及重複加保處理、欠費及重複繳費處理、健保欠費分期付款、申請加保證明及資料明細、保費繳納證明、重大傷病卡核發、自墊醫療費用核對申請等多項現場申辦服務。

除了臨櫃服務以外，健保署另設有免付費諮詢服務電話（0800-030-598）提供健保諮詢服務，民眾可以透過網路申辦及查詢健保個人投保資料、列印繳款單及繳費證明、健保業務網路預約申請等，此外，亦可透過電子郵件信箱或書面信函向健保署反映對全民健保的各項建議，因此，服務管道非常多元、便捷又有效率。

同時，健保署、民眾與醫事機構的給付與支付是三面關係，所以對於健保署外部顧客的意見是非常重視，因此，為了瞭解一般民眾、投保單位及特約醫事服務機構對健保署所提供的各項服務滿意程度，以 101 年為例，健保署以電話訪問方式，進行了顧客服務滿意度調查，希望藉由調查結果，瞭解民眾對於服務人員態度、專業度、服務項目、流程及服務方式的評價，作為業務精進之參考，以提升整體服務品質及效能。

### 一般民眾

高達 8 成 5 以上的民眾對健保署服務櫃檯提供的各項服務表示滿意，其中民眾對於等待服務時間、服務人員能夠迅速有效完成需求、服務親切有禮方面評價最高；另 7 成 5 以上的民眾對健保署網站提供有關健保資訊的服務表示滿意，7 成 5 以上的民眾對健保署郵寄信件的服務表示滿意，民眾對健保署 0800 免付費諮詢電話的各項服務表示滿意為 6 成以上。整體而言，8 成以上有與健保署接洽過的民眾對健保署提供之顧客服務表示滿意，認為各項服務品質穩定。



▲高達 8 成 5 以上的民眾對健保署服務櫃檯所提供的服務表示滿意。

## 投保單位

約有 7 成 5 以上的投保單位對健保署服務櫃檯提供的各項服務表示滿意，其中對於服務人員能夠迅速有效完成需求、申辦事項一次完成、完善服務流程、服務親切有禮及專業度方面評價最高，另 7 成以上的投保單位對健保署郵寄信件的服務表示滿意，投保單位對健保署網站提供有關健保資訊的服務表示滿意為 6 成（含）以上，整體而言，8 成 5 以上有與健保署接洽過的投保單位對健保署提供之顧客服務表示滿意，認為各項服務品質穩定。但投保單位也建議，健保署網路申辦服務受理後應加快辦理速度。

## 醫事服務機構

高達 8 成以上的醫事服務機構對健保署服務櫃檯提供的各項服務表示滿意，其中對於服務人員能夠迅速有效完成需求、申辦事項一次完成等待服務時間、服務親切有禮及專業度方面評價最高，另 8 成 5 以上的醫事服務機構對健保署業務單位電話的服務表示滿意，8 成（含）以上的醫事服務機構對健保署郵寄信件的服務表示滿意，醫事服務機構對健保署網站提供有關健保資訊的服務表示滿意為 7 成以上，整體而言，9 成以上有與健保署接洽過的醫事服務機構對健保署提供之顧客服務表示滿意及各項服務品質穩定。



▲健保署本著關懷、效率的精神，落實為民衆服務。

## 結語

未來健保署仍將本著關懷、信賴、品質、效率的精神，不斷精益求精，持續落實為民服務工作，結合行政流程簡化、強化服務效能，提供民衆更加便捷與高品質的醫療服務，以維護民衆的就醫權益。

# 股利所得扣取補充 保險費須知



股份有限公司		股份有限公司	
印 鑑 卡		102 年 增資新股發放暨領取通知書	
股東戶號	0012	股東戶號	0012
股東姓名		基準日持有股數	4,389
身分證字號	J12****	股東戶名	*
出生年月日		配息股權類	配息股率 %
電 話	022631****	盈餘配股	89.09027479
戶籍地址	臺北市信義路3段	股數	391
通訊處		發放日	102年09月06日
		集保帳號	920F0236***
		凱基 站前	
		可加稅比率	5.69%
		可加稅稅額	222
		員工分紅	*****
		利息稅額	*****

第一聯

僅此通知  
請勿寄回

102-01-2-00124089  
左列股票及時字號款項由本公司自行辦理掛號等事。

如發生遺失情形，請向本公司以筆掛號等事。

每年到了8、9月是股利所得發放的旺季，公司於分配股票股利或現金股利時，參與除權、息的股東或是公司老闆都可以獲得股利所得，而不同以往的是，今年1月二代健保實施後，依規定超過5,000元的股利所得須課收「補充保險費」，其攸關數百萬的股票族，那麼股利所得的補充保險費要如何計算？又要如何繳納呢？

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署財務組科長 陳素芬  
 撰文 / 魏允琳

依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法規定，股利所得除了沒有投保資格及合於社會救助法規定的低收入戶（即第 5 類投保對象）以外，其餘第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象（含被保險人及眷屬）均為收取對象。

股利所得的計算範圍（即股利所得費基）為公司組織的營利事業，給付給股東的股利總額（即股利淨額與可扣抵稅額的合計數），但單次給付金額未達 5,000 元者，免予扣取補充保險費，至於單次給付金額超過 1,000 萬元以上，則以 1,000 萬元計算。

## 股利所得的補充保險費計算

那麼股利所得的補充保險費要如何計算呢？即為股利所得費基乘上補充保險費費率（2%），計算公式為：股利所得費基 x 2%。

所以股利所得補充保險費的計算原則很簡單，如果股利所得單筆未超過 5,000 元，就不用繳補充保險費；如果超過 5,000 元，直接 x 2%，就是要繳的補充保險費金額；若金額超過 1,000 萬元，最高只要繳 1,000 萬元 x 2%，也就是 20 萬元的補充保險費。

有一點要特別注意的是，股利所得包括了配股及配息，配息為現金股利直接有金額可以計算，但配股為股數，並不是一個金額，所以配股以每股面額 10 元來計算，舉例來說，如果配發 600 股，那麼就是 10 元 x 600 股 = 6,000 元。

如果配股及配息為同一發放基準日，兩者就需要合併計算，若為不同發放基準日，則要分開計算；若無現金股利或股東所配到的配息現金不夠扣取補充保險費時，發放股票股利的公司會在次年 1 月 31 日前，將相關資料彙報健保署，由健保署於次年開單再向股東收取。

## 公司發放現金股利的情形



### 案例一：現金股利未超過 5,000 元

小張買了 A 公司股票並參與除權、息，配得 4,000 元股息，由於未超過 5,000 元，所以小張不用繳補充保險費。



### 案例二：現金股利超過 5,000 元

小陳買了 B 公司的股票並參與除權、息，配得 7,000 元股息，由於超過了 5,000 元，所以小陳要繳股利所得的補充保險費為：7,000 元 x 2% = 140 元，而 B 公司最後實際發給小陳 6,860 元股利所得，之後再將代扣的 140 元交給健保署。

## 公司發放股票股利及現金股利的情形



### 案例一：配股、配息基準日不同天

A 公司股利分配的配息基準日為民國 102 年 7 月 1 日，配股基準日則為同年 8 月 1 日；林先生及陳小姐分別於民國 102 年 5 月 5 日及民國 102 年 7 月 5 日買進該公司股票，A 公司於同年 7 月 15 日發放 1 萬 1,350 元現金股利總額給林先生，8 月 20 日則發放 5,220 元配股股利總額給林先生，另發放 1 萬 7,500 元配股股利總額給陳小姐。

由於 A 公司配息基準日與配股基準日不同天，所以 A 公司於 7 月 15 日給付林先生 1 萬 1,350 元現金股利總額時，即須向林先生扣取  $1\text{萬 } 1,350\text{元} \times 2\% = 227\text{元}$  補充保險費。

到了 8 月 20 日發放股票股利時，林先生應繳納  $5,220\text{元} \times 2\% = 104\text{元}$  補充保險費，而陳小姐應繳納的補充保險費為  $1\text{萬 } 7,500\text{元} \times 2\% = 350\text{元}$ 。

因此 A 公司應於 7 月 15 日向林先生收取 227 元補充保險費，另因 8 月 20 日所配發的股票股利補充保險費，無現金可扣取，所以也要通知林先生及陳小姐，扣取不足數的 104 元及 350 元將由健保署於次年開單向其收取，並於民國 103 年 1 月底前，將林先生及陳小姐資料彙報健保署。



### 案例二：配股、配息基準日同一天

B 公司股利分配的配股、配息基準日為民國 102 年 8 月 10 日，現金股利發放日為同年 8 月 31 日；張小姐及王先生為該公司股東，張小姐獲配股利總額 7,175 元，其中現金股利淨額為 1,804 元，王先生獲配股利總額 6,458 元，其中現金股利淨額為 1,624 元。

由於 B 公司配股、配息基準日為同一天，於同一基準日分配之股票股利及現金股利為同一次給付，所以 B 公司應於撥付現金股利時，從中一併扣取當次給付所有應扣取的補充保險費。

B 公司應向張小姐扣取  $7,175\text{元} \times 2\% = 144\text{元}$  補充保險費，而向王先生扣取  $6,458\text{元} \times 2\% = 129\text{元}$  補充保險費。



### 案例三：現金股利不足扣取股利補充保險費

C 公司配股配息基準日為民國 102 年 6 月 11 日，發放日為同年 7 月 3 日。洪小姐獲配股利總額為 4 萬元，其中現金股利淨額 725 元；李先生獲配股利總額 8 萬元，其中現金股利淨額 1,450 元。

由於 C 公司配股、配息為同一基準日，要兩者合併計算，洪小姐的補充保險費為 4 萬元  $\times 2\% = 800$  元，而李先生的補充保險費為 8 萬元  $\times 2\% = 1,600$  元。

所以 C 公司應於撥付現金股利時，從中一併扣取當次給付所有應扣取的補充保險費，但由於李先生的現金股利只有 1,450 元，不足其要繳的 1,600 元補充保險費，差了 150 元。

所以 C 公司應於 102 年 8 月 31 日前將已向洪小姐及李先生扣取的 725 元及 1,450 元的補充保險費交給健保署之外，亦應通知李先生不足數 150 元將由健保署於次年開單向其收取，並於民國 103 年 1 月底前將李先生資料提報健保署。

## 雇主的股利所得補充保險費計算法

除了一般民衆會配到股利所得之外，還有公司的大老闆，依規定，以雇主或自營業主身分投保者，單次受領金額扣除已列入投保金額計算的股利所得部分未達 5,000 元，免予扣取補充保險費，至於單次受領金額扣除已列入投保金額計算的股利所得部分超過 1,000 萬元以上，則以 1,000 萬元計算。



### 案例一：同為兩家公司負責人的情形

王大明是 A 公司及 B 公司的負責人，全民健保開辦後，他就以 A 公司雇主身分參加全民健保，自 101 年迄今投保金額都以 18 萬 2,000 元申報；102 年 7 月 A 公司給付他 1,200 萬元的股利總額，B 公司給付他 800 萬元的股利總額。

由於王大明為 A 公司雇主，所以王大明申報的投保金額已計收一般保險費，可以自股利所得費基中扣除，王大明全年投保金額為 18 萬 2,000 元  $\times 12$  個月 = 218 萬 4,000 元。

A 公司應向王大明扣繳的補充保險費為  $(1,200 \text{ 萬元} - 218 \text{ 萬 } 4,000 \text{ 元}) \times 2\% = 19 \text{ 萬 } 6,320 \text{ 元}$ 。

至於 B 公司部分，由於王大明是 A 公司的雇主，不是 B 公司的雇主，所以王大明領 B 公司的股利總額，其投保金額無法扣除，所以 B 公司應向王大明扣取的補充保險費為： $800 \text{ 萬元} \times 2\% = 16 \text{ 萬元}$ 。



### 案例二：當公司負責人變更時的計算法

若公司因為負責人變更，卸任及現任雇主股利所得補充保險費要如何計算？

施先生是 A 公司負責人，健保係以該公司雇主身分加保，101 年 4 月以前投保金額為 10 萬 1,100 元，4 月起投保金額調為 10 萬 5,600 元；同年 9 月公司負責人變更為郭先生，該公司為其以雇主身分投保健保，投保金額為 9 萬 6,600 元，102 年 3 月投保金額調整為 10 萬 1,100 元；102 年 9 月 A 公司發放 101 年盈餘給股東，施先生及郭先生都獲配 500 萬元股利總額。

在施先生部分，雖然施先生在民國 102 年不是該公司雇主，但公司發放的股利是 101 年度盈餘，所以施先生的補充保險費應於扣除 101 年在該公司以雇主身分加保的 8 個月投保金額總額後，按費率 2% 計算。

施先生可扣除的投保金額為  $(10\text{萬}1,100\text{元} \times 3\text{個月}) + (10\text{萬}5,600\text{元} \times 5\text{個月}) = 83\text{萬}1,300\text{元}$ 。

其股利所得的補充保險費為  $(500\text{萬元} - 83\text{萬}1,300\text{元}) \times 2\% = 8\text{萬}3,374\text{元}$ 。

而郭先生雖然是該公司的現任負責人，但公司發放的股利是 101 年度盈餘，郭先生的補充保險費應於扣除 101 年在該公司以雇主身分加保的 4 個月投保金額總額後，按照費率 2% 計算。

郭先生可扣除的投保金額為  $9\text{萬}6,600\text{元} \times 4\text{個月} = 38\text{萬}6,400\text{元}$ 。其股利所得的補充保險費為  $(500\text{萬元} - 38\text{萬}6,400\text{元}) \times 2\% = 9\text{萬}2,272\text{元}$ 。

## 股利所得免扣取補充保險費的情形

另在一些情況下，股利所得的補充保險費是不用扣取的。



### 案例一：未具投保資格

A 公司是一家上市公司，公司在股票除權除息日後，股東周先生通知其戶籍遷出國外，由於周先生因為戶籍已遷出國外，在臺灣地區未設有戶籍，依據健保法第 8 條規定，他不具參加全民健康保險的資格，所以依同法第 32 條規定，A 公司在 102 年給付股利給周先生時，不必向他扣取補充保險費。



## 案例二：法人股東發放股利給法人

A 公司持有 B 公司的股票，B 公司在 102 年發放股利 100 萬元給 A 公司，由於依健保法第 31 條第 1 項規定，補充保險費的扣取對象為第 1 類至第 4 類及第 6 類保險對象，因為公司不是健保的保險對象，所以 B 公司在發放股利給 A 公司時，不需扣取補充保險費。

## 免退補繳規定及補充保險費繳納期限

股利所得若因可扣抵稅額變動，或股票股利因現金不足扣取，以致應退補繳者，依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 9 條第 4 項規定，如其單次金額未達新臺幣 100 元，得免退補。

依健保法第 31 條規定，補充保險費扣費單位要在給付時扣取，並於給付日之次月底前繳納，但有 15 天的寬限期，若逾期繳納，補充保險費每天要加收 0.1% 的滯納金，上限為 15%。



# 二代健保服務專線 主動 Call out 關心您

因應二代健保新制自今（102）年 1 月 1 日實施，健保署自民國 101 年 11 月起，於健保 0800-030-598 免付費服務專線下，增設「二代健保諮詢客服中心」提供來電諮詢服務。從 101 年 11 月至 102 年 7 月底止，接聽有關二代健保諮詢近 20 萬通電話，對順利推動二代健保上路，解答民眾及投保單位對新制的疑惑，實發揮小兵立大功之效益。

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署企劃組專員 胡宜倩

二代健保新制實施從今（102）年 1 月上路以來，已逾半年多，健保署 0800 二代健保專線來電量由最高每月 3 萬 6 千餘通，已下降至目前每月 1 萬餘通來電量，顯見經過健保署全面宣導二代健保新制之努力下，社會大眾對新制的瞭解已大幅增加。

從今年 8 月起至 12 月，健保署除繼續提供來電諮詢服務外，另推出主動致電 49 人以下投保單位的服務（簡稱 Call out 輔導），由客服人員打電話向投保單位說明二代健保相關內容，及提醒補充保險費繳納與申報注意事項作業，特別是針對每月尚未繳納雇主補充保險費的投保單位，希望能藉由 Call out 主動關心，對不熟悉新規定之投保單位或扣費義務人，由專人電話解說輔導後，能對儘速完成申報及繳納有所幫助。



健保署強調，此次 Call out 服務，主要是對投保單位說明二代健保補充保險費內容、輔導補充保險費申報繳納等相關作業，並不會打電話給一般民眾個人，也不會在電話中索取公司或民眾個別資料，請大家瞭解並放心。

如果對二代健保新制仍有不清楚或希望專人來電輔導的投保單位，歡迎致電健保服務專線 0800-030-598，該專線服務時間為上班日 8:30 至 17:30，或請瀏覽健保署官方網站（[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)）/ 二代健保專區，有詳盡豐富之資料及申報軟體供下載使用。

期待社會各界繼續支持二代健保，讓全民健保成為臺灣人的驕傲，永續保障全體國人健康，成為世界各國爭相讚譽、群起效仿之美好制度。

# 高血脂個案



## 用藥健康叮嚀

心血管疾病或糖尿病兼有高血脂患者的福音！中央健康保險署自今年 8 月 1 日起，降低這類患者使用降血脂藥品門檻標準，即血中低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）濃度等於或高於 100mg/dL 以上就可使用，預估每位患者每年可減輕約 1 萬元的藥費負擔，約有 30 萬人受惠。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組專門委員 施志和  
撰文 / 魏允琳

健保署醫審及藥材組專門委員施志和表示，高血脂症為血中總膽固醇數（TC）與三酸甘油酯（TG）過高或低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）過高，由於高血脂症為心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病及高血壓之主要致病因子，而這 4 大類疾病均位居國內十大死因之列，在防治上須予以高度重視。

過去有心血管疾病或糖尿病患者，降血脂藥品健保給付條件，需為 LDL-C 濃度等於或高於 130mg/dL 方可使用，有鑑於及早治療高血脂症可有效降低心血管疾病及其併發症發生的風險，同時考量與國際治療標準（依美國糖尿病學會及美國心臟病學會之高血脂治療準則）接軌，健保署決定放寬給付標準，當 LDL-C 濃度等於或高於 100mg/dL 即可使用。

但要特別提醒的是，目前市面上，降低血脂用藥中，膽固醇合成抑制劑 Statins 類是常用的降血脂藥物之一，其副作用為腸胃不適及肝功能指數上升、肌肉酸痛及橫紋肌溶解症，民眾用藥時，千萬不要與酒類及葡萄柚汁併用，懷孕或正在哺乳的婦女亦不宜服用。如果有肝腎疾病或正在服用其他藥物，亦請告知醫師，偶有肌肉酸痛副作用出現，最好要立即求醫；用藥後病患仍應重視飲食及運動控制。

經健保署評估，放寬給付標準後，未來 5 年雖會增加 27.5 億元的藥費支出，但卻可降低 5 年內因冠狀動脈疾病罹病的治療相關費用約 20.4 億元，以及中風罹病的治療費用 21.6 億元，合計約可減少 42 億元之支出，而未來 5 年整體因延緩相關併發症之發生，可減少醫療費用約 14.5 億元；整體健保支出並不因放寬降血脂用藥之使用條件而增加，在疾病或併發症的治療上，可達更好的經濟效益之提升。



# 氣喘防治有方法 品質指標要注意

時序入秋，早晚的溫差變化大，每次半夜聽到孩子的咳嗽聲，就讓小惠的媽媽開始提心吊膽，因為6歲的小惠是個過敏兒，過去已經有好幾次半夜氣喘發作、臨時送急診、住院的經驗。小惠的媽媽對醫師開立的類固醇有點擔心，怕小惠因此長不高、一輩子得依賴藥物，她常四處打聽哪裡的醫師好、也陸續試過親朋好友介紹保養氣管的偏方、花錢購買保健食品，但小惠的氣喘控制還是不盡理想，讓她很煩惱。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組專門委員 施志和  
撰文 / 陳佳佳

氣喘是一種呼吸道慢性炎症反應，也是兒童最常見的急診就診原因；發作時，支氣管因攣縮導致呼吸困難、喘鳴和咳嗽等症狀，部分氣喘病人還有因免疫系統反應而造成多痰現象。症狀有時雖可自然緩解，但因氣喘不僅可能反覆發作，嚴重時甚至會致命。據估計，目前全世界有一億多人罹患氣喘，兒童的盛行率近年來有逐漸增加的趨勢，愈是工業化的國家，氣喘的盛行率也愈高，若以同一國家或地區比較，大城市的氣喘病患往往也比鄉下多。

## 臺灣學童每 5 名就有 1 名氣喘兒

臺灣近年來統計發現，約 15% 至 20% 的學齡兒患有氣喘，相當於約每 5 名學童就有 1 名是氣喘兒。健保署醫審及藥材組專門委員施志和也表示，國內的成人、兒童氣喘患者估計有上百萬名，近年來各國均積極推動氣喘防治教育，全球已有 80 多國包括臺灣在內，也積極推展氣喘防治計畫，不僅讓氣喘患者擁有更好的照護品質，也可減少其他併發症或醫療錯誤等龐大的花費。

不少氣喘兒的家長，都和小惠的媽媽一樣，擔心氣喘影響孩子的健康、學習，讓孩子輸在起跑點，希望讓孩子得到最好的治療，罹患氣喘、常常發作的成人患者更苦於控制不良。施志和表示，氣喘病需要長期追蹤，能夠就近在社區就醫最好。同時好的氣喘照護，應參照公認的疾病治療指引，使疾病得以控制與改善，並藉由正確的藥物使用，以減少疾病所帶來的不適與併發症。

## 正確觀念及早發現是治療關鍵

同時，施志和提醒，患者或照護家屬本身是否具有氣喘知識、及遵從醫囑服藥，常成為是否導致延緩治療、或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期治療，其實大部分的死亡是可以預防的。

要就近找到優質的醫療院所或替自己的衛教知識加分，健保署網站上的資訊公開是民眾就醫的好幫手。為了幫助民眾能確實掌握醫療院所的醫療品質資訊，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，篩選較常見且關心的疾病，建立起偵測醫療院所醫療品質參考指標；目前可以查詢到 6 項疾病的相關醫療品質指標，氣喘病也是其中之一，可幫助民眾瞭解各醫療院所於相對應疾病的照護品質，作為就醫時的參考。

## 醫療品質上網查 品質好掌握

只要在健保署首頁，點入「主題專區」下的「醫療品質資訊公開」中，可從「機構別之醫療品質資訊」找到「氣喘疾病」的醫療品質指標。



▲經由健保署網站，可找到「氣喘疾病」的醫療品質指標。

藉由這些數據，民眾可以輕鬆地瞭解各醫院診所，過去該院所對其就醫之氣喘病患者的照護情形；網頁上同時，並可與台灣氣喘衛教學會、社區氣喘照護等相關搜尋網頁連結，藉此瞭解氣喘病的正確病因、病程、治療與照顧方式，除可摒除迷思或病急亂投醫等現象，進而改善自我照護、或提升對家人照顧的能力。

目前氣喘病的醫療品質指標包括下列 3 項，在網頁中可查詢到醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所等各級醫療院所的醫療品質照護指標，作為病患選擇醫療院所的評量依據。

## 氣喘病人加入照護計畫比率

健保署自民國 90 年 11 月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊的努力，給予患者完整且正確的衛教資訊與 24 小時之諮詢專線，並且加強對病患的追蹤管理及衛教，以專業的醫療照護提升病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。施志和表示，根據健保署的統計，發現參加照護計畫的患者，平均急診和住院的次數有逐年下降的趨勢。

氣喘病人加入照護計畫比率，這項指標是由健保署依各醫療院所的申報資料統計，可看出參與健保署辦理「氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」的醫療院所，將氣喘病患從收案、遵循臨床治療指引，到提供氣喘病患完整照護的情形。參與比率高，表示多數的門診病人依照治療指引控制的比率高，可預期的是，氣喘病人的照護品質較好。

欲查詢各醫療院所的「氣喘病人加入照護計畫比率」，可使用網頁中「進階搜尋」的功能。

例如，欲查詢位於臺中市的醫療院所，點入進階搜尋後，於「縣市鄉鎮區別」中選擇臺中市。

按下「開始查詢」後，就可以得到查詢縣市的搜尋結果。

醫事機構代碼	醫事機構名稱	特約類別	氣喘人數	加入照護計畫人數	加入照護計畫比率	申報醫師數	病患平均年齡	院所是否參與計畫
1317020519	中國醫藥大學附設醫院台○區分院	地區醫院	83	0	0.00%	14	43	否
1517020040	台○醫院	地區醫院	91	0	0.00%	9	59	否
3517020757	朝○診所	診所	117	102	87.17%	1	34	是
0117030010	衛生福利部臺○醫院	區域醫院	416	58	13.94%	39	37	是
3517033361	曙○小兒科診所	診所	80	0	0.00%	1	12	是
1317040011	中○醫學大學附設醫院	醫學中心	607	161	26.52%	62	42	是
1317040039	中○醫學大學附設醫院○區分院	地區醫院	33	0	0.00%	8	52	否

在查詢結果中，也可以看到該院所是否參與計畫、院所中病患的平均年齡、加入照護計畫的人數等資訊，做為就醫前或參與計畫的參考依據。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等條件，進行個別院所於全區或該區之比較值。

## 氣喘病人出院後 14 天內再入院比率

因氣喘急性住院出院後，若未於短時間內再住院，表示急性發作後的功能回復良好，反之若需要再住院，則可能代表治療期間症狀未完全緩解，才會因同一病因而住院治療。本項品質指標是指因氣喘住院的病患，於出院後 14 天內再入院之比率，比率愈低表示住院治療、衛生教育、及出院後的追蹤治療等整體照護品質較好。

欲查詢醫療院所的「氣喘病人出院後 14 天再入院比率」，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。

搜尋  搜尋

● 衛生福利部 ● 中央健保署 ● 網站導覽 ● 回首頁

**次指標項目**  
Diabetes Item

- 01 氣喘病人加入照護計畫比率
- 02 氣喘病人出院後14天內再入院比率
- 03 氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率

氣喘指標醫療資訊

- 認識氣喘
- 使用說明

點入「地圖式搜尋」後，即可依照 3 項指標個別查詢。

其他疾病別

- 糖尿病
- 人工膝關節
- 子宮肌瘤手術
- 透析治療
- 消化性潰瘍

氣喘病  
你是第4114個訪客  
起始日期：2010/02/26

氣喘病人出院後14天內再入院比率趨勢

時間	比率
100Q1	2.80%
100Q2	2.91%
100Q3	3.04%
100Q4	2.63%
101Q1	2.38%
101Q2	2.97%
101Q3	2.69%
101Q4	2.41%
102Q1	2.77%

檢視大圖

102年第一季氣喘病人出院後14天內再入院比率分區別比較

分區	比率
臺北分區	2.94%
北區分區	2.07%
中區分區	1.88%
南區分區	3.67%
高雄分區	2.11%
東區分區	3.95%

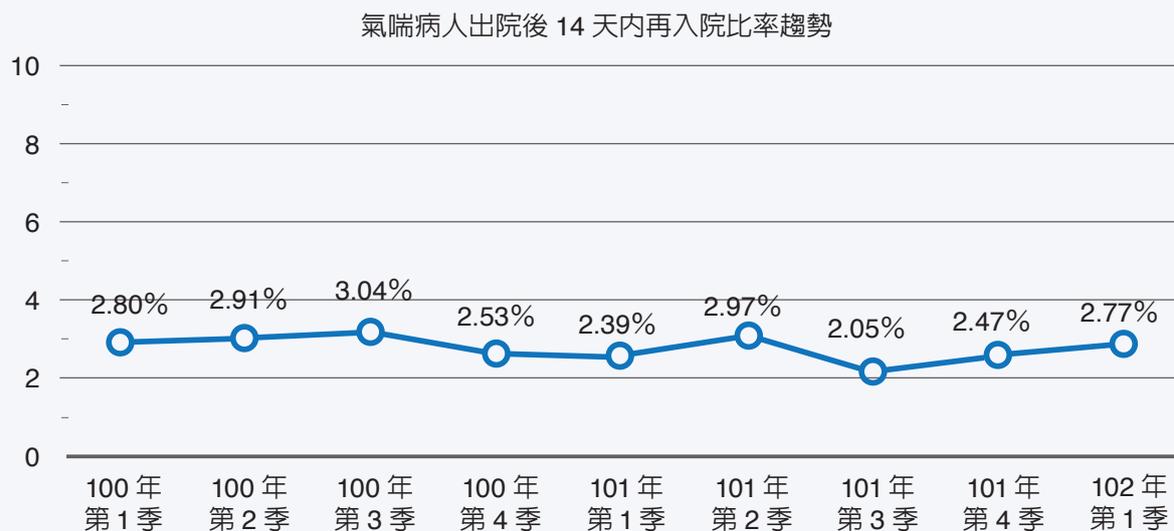
檢視大圖

102年第一季氣喘病人出院後14天內再入院比率層級別比較

層級	比率
縣級	1.44%
區級	1.80%
鄉鎮級	2.79%

點入次指標項目的「氣喘病人出院後 14 內再入院比率」，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。

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：整體比率的趨勢、以及各分區間、或是從醫學中心到地區醫院，各層級醫療院所間的比較，幫助自己更容易解讀查詢結果的比率高低。



## 氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率

藥物的使用是治療氣喘成效的關鍵，例如：類固醇及氣管擴張劑等的使用，其中又以類固醇藥物吸入劑之使用率，相較歐美等國，我國使用率是偏低的。不少氣喘患者、家屬對於類固醇藥物的使用仍有疑慮，甚至排斥使用，但施志和說，氣喘病人適當的使用短效類固醇藥物吸入劑，可以降低氣喘惡化或改善症狀。

同時以噴劑吸入、舌下吸收等方式給藥，相對口服類固醇的治療劑量低，又因不經過消化道吸收，較少會有胃潰瘍或腸胃不適等副作用，另因短期速效之使用，已較少造成水牛肩、月亮臉、肝腎受損等後遺症的發生；民衆應該聽從醫囑正確用藥，不要擅自停藥，以免延誤病情，或是造成長期控制不佳。施志和也說，健保署也會從病歷資料，監測醫療院所開立給患者類固醇的使用頻率，避免濫用，替民衆的健康把關。

「氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率」高，表示多數病人依治療指引控制中。欲查詢「氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率」，一樣可使用網站中進階搜尋、或是地圖式搜尋的功能，瞭解醫療院所對類固醇藥物的使用情形。

除了瞭解氣喘病的相關品質指標，病患、家屬若能提高對氣喘病的認知，避免急性發作無所適從又一再跑醫院，也是控制氣喘病重要的一環。因此在網頁中也有衛教園地，包括「氣喘病簡介」、「氣喘用藥」、「急性發作如何處置」等，提供民衆正確的觀念。

若曾有明顯的夜間咳嗽、曾在運動後、或是一吸入污染空氣、被菸味刺激等即出現咳嗽或喘鳴，或是一感冒之後會感覺胸悶，而且症狀常持續 10 天以上才會好，就要留意是否罹患氣喘的可能性，這類病人，為能妥善自我照護氣喘，健保署希望能與醫師聯繫並能及早治療。

## 耐心追蹤及遵從醫囑

施志和也提醒，氣喘患者要有長期抗戰的準備，至少每 1 至 6 個月須回診，與專屬醫師討論最合適的照護方式。回診時，醫護人員須監測患者的病歷紀錄、和尖峰呼氣流速值（PEF）紀錄，指導正確用藥方式，注意藥物劑量是否須調整，尤其是中、重度氣喘患者，需要規律使用吸入式類固醇或進行必要之調整。除此，居家環境要注意防塵蟎等過敏原、並避免吸入二手菸或易造成過敏之污染源等，對降低氣喘發作也有幫助。

對於家有氣喘兒，家長可以記錄「過敏氣喘兒日誌」，詳細記下小朋友每天的症狀、肺功能數據及用藥情形，在門診時提供醫師參考。同時若對於用藥有疑慮，一定要與醫師討論，並遵從指示按時用藥，切記，自己不要亂加、停任何治療計畫。

氣喘從急性期發作到完全恢復的過程相當緩慢，必須有耐心的追蹤、配合醫師指示治療。施志和也說，值得注意的是，像流感等上呼吸道病毒感染，是誘發兒童氣喘發作最常見的原因，一旦兒童有上呼吸道感染症狀，必須考慮氣喘可能同時發作，若出現喘鳴、呼吸困難等症狀，要有警覺心，必須馬上就醫，施志和也說，如果在就醫前已用藥，尤其，氣管擴張劑，也要告知醫護人員，以免造成藥物過量。

### 居家如何預防氣喘

若有氣喘病史，有上呼吸道感染時應儘早就醫，接受完整治療，以免誘發氣喘發作。

- 一、儘量減少或延緩胎兒和嬰兒暴露於有過敏原的環境。婦女懷孕時，避免攝取高過敏食物，例如：牛奶、蛋、海鮮、花生等，可以減少對胎兒的刺激；餵食嬰幼兒最好也能避免高過敏食物，降低嬰幼兒成為過敏兒或氣喘兒的風險。
- 二、改善居家環境，儘量避免幼兒在居家生活中接觸已知的過敏原。
- 三、家有過敏或氣喘兒，大人最好戒菸並避免二手菸環境。
- 四、飲食營養要均衡，避免高蛋白、高脂肪和高熱量食物。
- 五、避免室內外空氣污染的環境，並避免接觸油煙、蚊香、殺蟲劑、油漆等含揮發性物質或粉塵的物品。
- 六、有些病人會因運動誘發氣喘，尤其是較激烈的運動或在乾冷環境下從事運動，為預防劇烈運動和氣候變化誘發氣喘發作，可事先諮詢過主治醫師後使用藥物。
- 七、建議高發作、高危險等幼童接種流感與肺炎鏈球菌疫苗，以降低誘發氣喘發作。

# 子宮肌瘤切除術 醫療指標來把關

「每次經血量都很大，好像經期較長的感覺，沒想到醫師檢查後，竟然說我有子宮肌瘤。」「醫師，請問我下腹在經期時，特別可以觸摸到幾個腫塊，該怎麼辦？需要開刀切除嗎？那家醫院的醫師比較好？」許多女性為了子宮肌瘤到底該不該治療、該找誰治療，經常到處逛醫院、找醫師；不過現在有類似困擾的女性不必再靠小道消息找醫師了，因為衛生福利部中央健康保險署的全球資訊網上的「醫療品質資訊公開」專區，就有客觀、可靠的資訊，可以提供患者找到好醫院、好醫師！

諮詢／衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組專門委員 施志和  
撰文／張逢弈

根據統計，經檢查，約有 1/4 的女性發現患有子宮肌瘤，衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組專門委員施志和說，依健保申報資料，以及各婦產科醫學會提供的資訊顯示，子宮肌瘤可以說是婦科最常見的疾病之一，而且許多婦女有開刀切除的必要性，一遇到開刀，大家都會擔心手術的安全性、擔心開不好會不會有併發症，因此患者往往要探詢許久，希望藉由親朋好友經驗，甚至是好朋友的朋友「吃好道相報」的二手資料，只希望能找到手術安全可靠的好醫師。

## 醫療品質資訊公開 客觀評估的就醫參考

雖然子宮肌瘤大多為良性腫瘤，轉變為惡性者非常罕見，但是仍有部分患者，因骨盆腔腫脹不適，而造成藥物不可控制之情況出現，因此子宮肌瘤的處理仍需慎重以對。施志和表示，有鑑於患者常有「想找到開刀技術及照顧比較好的醫院、醫師」的需求，因此健保署專區中，就有提供子宮肌瘤治療的相關醫療品質參考指標，以讓民眾脫離過去漫無目標，只能靠朋友口耳相傳的醫師口碑，到處逛醫院、覓良醫的困境。

另外，網站中也提供有關國內各醫療院所對於子宮肌瘤治療的客觀評估，民眾如果想要瞭解子宮肌瘤的資訊，同樣可以由中央健康保險署的全球資訊網上方點選「主題專區」，由「醫療品質資訊公開」中點入，在公開的選項中，點選「機構別之醫療品質資訊」乙項，即可看到「子宮肌瘤手術」專章。

投保服務

- 網路申辦及查詢
- 保險費計算與繳納
- 欠費催繳異議
- 申辦健保卡
- 經濟弱勢協助措施
- 健保醫療服務
- 常見就醫自費項目
- 自墊醫療費用核退
- 就醫申訴服務
- 常見問答
- 投保單位**
- 投保單位成立與異動
- 網路申辦及查詢
- 投保異動與申辦
- 保險費計算與繳納

## 主題專區

▶ 主題專區

- ▶ 2013臺日韓全民健保研討會
- ▶ 健保國際比較資料
- ▶ 健保卡
- ▶ 全民健康保險民眾權益手冊
- ▶ 醫療品質資訊公開
- ▶ DRG住院診斷關聯群支付制度
- ▶ 健保好健保不能倒
- ▶ 公益彩券回饋金協助經濟弱勢
- ▶ 投保金額分級表調整
- ▶ 積欠健保費及暫行停止保險給付(鎖卡)民眾的欠費繳納協助措施
- ▶ 醫療資源不足改善專區
- ▶ 健保愛心專戶
- ▶ 國際疾病分類第十版ICD-10-CM/PCS
- ▶ 全民健保二代健保論人計酬

### 機構別之醫療品質資訊

- 醫院總額指標
- 西醫基層總額
- 牙醫總額指標
- 中醫總額指標
- 門診透析
- 糖尿病
- 人工膝關節手術
- 子宮肌瘤手術

點入後即有子宮肌瘤的疾病介紹，從網頁畫面的右側，可連結到相關網站，包括「台灣婦產科醫學會」，以及國外相關網站的「美國婦產科醫學會」，以及衛教園地的「做最好的選擇—子宮疾病與切除」，了解更多的相關資訊。



子宮肌瘤手術資訊

- 認識子宮肌瘤
- 使用說明
- 指標說明
- 院所查詢

搜尋  搜尋

● 衛生福利部 ● 中央健保署 ● 網站導覽 ● 回首頁

### 認識子宮肌瘤手術

據統計，臨床上約四分之一女性發現有子宮肌瘤，可謂婦科最常見的疾病之一；所幸，子宮肌瘤多為良性腫瘤，絕大多數不會威脅生命；據文獻記載，子宮肌瘤轉變為惡性者，非常罕見。但，病理檢查的子宮標本中，患子宮肌瘤者高達四分之三，亦即高達四分之三的子宮肌瘤可能伴隨有病理變化，因而子宮肌瘤的處理仍不可不慎。

子宮肌瘤多半並無明顯症狀，若有症狀，則以經血過量、疼痛、下腹脹、頻尿、性交疼痛、下背痛及生殖問題等較常見。這些問題雖非致命，但影響生活甚鉅；因而，需不需要治療？何時治療？應採消極或積極療法？怎樣治療效益最高？這些問題向來很有爭議，連醫界的主張歧異也很大。

其他疾病別

- 糖尿病
- 人工膝關節

### 其他資訊

**國內相關網站：**

- 台灣婦產科醫學會

**國外相關網站：**

- 美國婦產科醫學會

★ 衛教園地

● 做最好的選擇 - 子宮疾病與切除

其實有子宮肌瘤，不一定都要手術切除，一般沒有症狀的，醫師都會建議只要觀察即可，肌瘤比較小，以及位置比較不會影響懷孕的肌瘤，可以觀察，或藥物治療即可，但如果子宮肌瘤引起經血過量、疼痛、下腹脹、頻尿、性交疼痛、下背痛及生殖等問題，已經嚴重影響生活品質或引起繼發性的健康問題，醫師才會建議積極治療。

## 子宮肌瘤的手術治療方式

子宮肌瘤是在骨盆腔中，最常見的腫瘤，也是婦產科領域中，最常見的良性腫瘤。在生育年齡的婦女中，其發生率約為 20%，而年紀愈大的婦女，其比例愈高，在更年期前後，其發生率約占 40% 到 50%。但是很幸運的，這些長在子宮上的肌瘤大多是良性，惡性的比例不到 1%。

子宮肌瘤，可概分成 3 大類：（1）漿膜下肌瘤：由子宮往腹腔內生長，通常臨床症狀較不明顯，可能要長到相當大才有症狀出現。（2）黏膜下肌瘤：往子宮內腔生長，臨床症狀較明顯，常常以經血量增加來表現。（3）肌層內肌瘤：位於子宮肌層內，是最常見的肌瘤形態。

一般而言，對於那些症狀較為嚴重，子宮肌瘤合併有經血過多、貧血、痛經、有壓迫症狀，如：頻尿、便秘感、脹氣、腰酸背痛等，無法經由藥物治療；或是藥物治療無效者；或是懷疑是惡性腫瘤，便要施行手術治療。雖然子宮肌瘤會造成婦女的不適，但也並非每位子宮肌瘤的患者都必須開刀。最好與主治醫師詳細討論治療計劃後，再決定治療方式較為妥適。

**子宮全切除術 (Total Hysterectomy)**，即用手術方法將子宮體連同子宮頸切除。子宮切除方式有以下兩種：

1. 經陰道子宮切除術 (Vaginal Total Hysterectomy, VTH)，或腹腔鏡輔助經陰道子宮切除術 (Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH) 切除方式：從陰道切除子宮。陰道從下方縫合，不需要切開腹部。
2. 腹式子宮切除術 (Abdominal Total Hysterectomy, ATH) 切除方式：從腹部切口移除子宮，依個人體型和體重不同，這個切口大約 15-30 公分，可以在內褲上緣下方的橫向切口，但也可能是從肚臍到恥骨部分的縱向切口。

對於那些不想再懷孕的病患，可以施行經腹式子宮切除術，不但可解決臨床的症狀，且不會再復發；而那些仍有計劃要懷孕者，我們則可施行肌瘤切除術，通常可以保有子宮的功能，但切除後，肌瘤仍有再生的可能性；若合併有子宮脫垂者，則可施行經陰道子宮切除術；若肌瘤位於子宮內腔，則可施行子宮鏡肌瘤切除術。

**子宮肌瘤摘除術 (Uterine myomectomy)**，適應症包括肌瘤發生壞死性變化並造成急性腹痛、子宮肌瘤在 10 公分以內且不超過 3 個子宮肌瘤、不孕或想要保留生育能力或除去肌瘤後欲保留子宮者。

手術的方式同樣可分成兩大類，它可分為剖腹式子宮肌瘤切除術及腹腔鏡協助下子宮肌瘤切除術。它的優點是保有子宮及生殖能力，但根據統計，5 年後單顆肌瘤復發率達 35% 以上，多顆肌瘤復發率則高達 70% 以上。

## 其他治療方式

**子宮動脈栓塞**：經導管子宮動脈栓塞術，直接穿刺腹股溝動脈，置入細小導管，不需切開皮膚，術後無疤痕。做腹主動脈攝影，找出內腸骨動脈和子宮動脈，再將一毫米的微細導管置入深部子宮動

脈內，做子宮動脈攝影，找出支配肌瘤的血管，將血管完全堵塞，切斷肌瘤營養血管，讓肌瘤體積逐漸萎縮減小。90%的病人症狀會改善，且子宮肌瘤將縮小60%以上，復發的機會極少。唯本手術對子宮肌瘤摘除並非完全專一的治療方式，所以想生育的子宮肌瘤患者仍是接受子宮肌瘤切除術為宜。

施志和說，由於目前子宮肌瘤手術方式醫界歧異大，因此「醫療品質資訊公開」以發展完整，且技術純熟的「傳統開刀」相關資料做為各醫院的子宮肌瘤手術品質評估指標，提供給民衆做為就醫的參考。

## 瞭解評估指標

民衆可以點選網頁左側「使用說明」瞭解評估子宮肌瘤治療的指標的建立，這些指標是經過病友團體代表、消費者代表、勞工團體代表、衛生教育、醫療品質專家等所組成的「全民健保醫療品質委員會」同意，並利用健保給付資料分析數據，初步建立起偵測醫療院所醫療品質的指標。

施志和說，這些數據都是很客觀地以照護資訊計算而獲得到的數據，因此能讓民衆更簡單地就能瞭解各醫院診所過去對子宮肌瘤患者的照護情形，也能很客觀地提供民衆就醫時參考，如術後同一疾病再住院比率等，並且也能藉此瞭解子宮肌瘤的正確病因、病程、治療與照顧方式，可獲得自我照顧或對家人照顧的能力及品質之改善。

另外，從網頁中，民衆也可以查詢到就近，以及想要就醫的醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所對於子宮肌瘤手術的醫療品質照護品質，繼續點選左側的「使用說明」，裡面就有解釋各項評估的指標，網頁的右側方則有「指標說明」，提供民衆瞭解評估各醫療院所治療子宮肌瘤醫療品質的評估指標。

搜尋  搜尋

● 衛生福利部 ● 中央健保署 ● 網站導覽 ● 回首頁

**子宮肌瘤手術資訊**

- 認識子宮肌瘤
- 使用說明**
- 指標說明
- 院所查詢

**其他疾病別**

- 糖尿病
- 人工膝關節
- 透析治療
- 消化性潰瘍

**使用說明**  
System Help

為了幫助民衆能確實掌握醫療院所的醫療品質資訊，做為就醫參考；由一群病友團體代表、消費者代表、勞工團體代表、衛生教育、醫療品質專家等所組成的全民健保醫療品質委員會，利用健保給付資料分析，初步建立起偵測醫療院所醫療品質的指標。

藉由這些數據，您可以輕鬆地了解各醫院診所過去對某一疾病患者的照護情形；同時，您也可以藉此了解，此一特定疾病的正確病因、病程、治療與照顧方式，並改善自我照顧或對家人照顧的能力與品質。

在本網頁可查詢到醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所的醫療品質照護指標，您可以由此了解全民健保醫療品質及疾病照護資訊，並可與相關衛教搜尋網頁連結，提供你更完整的疾病和就醫資訊。

**認識子宮肌瘤**

要了解子宮肌瘤的疾病照護資訊，請點選 [認識子宮肌瘤](#)。

**指標說明**

要了解人子宮肌瘤的各項指標說明請點選 [指標說明](#)

**院所查詢**

1. 要了解子宮肌瘤各項照護品質指標的整體結果，請點選 [院所查詢/地區式搜尋](#)。

## 評量醫療院所照護品質的指標

子宮肌瘤治療時，如何判斷醫院能否提供安全、有品質的服務？施志和表示，經由醫師與專家歸納子宮肌瘤在診斷及手術過程中，可能發生的醫療品質問題，包括兩大類：

- 一、手術適當性：即不必要的子宮肌瘤手術、或需治療子宮肌瘤，但是為非必要之子宮切除手術。
- 二、手術品質：是否造成手術合併症 / 併發症、或其他器官損傷。

因此，專家學者建議可由 4 項指標，作為評量醫療院所在子宮肌瘤治療照顧品質的參考：

### 1. 子宮肌瘤手術住院日超過 7 天比率

因為子宮肌瘤手術住院日數視手術方式不同，但住院日數平均約 3 到 7 日；由當次手術時住院的時間來評估，如果住院日數超過 7 日，可能是病患合併其他疾病需治療，或與手術發生併發症有關。

### 2. 子宮肌瘤手術後 14 日內有相關器官之損傷發生率

若病患接受子宮肌瘤手術後 14 日內，再於門診或住院治療「輸尿管或膀胱或腸道等相關器官問題」，顯示可能與手術品質或手術併發症有關，因此可做為手術結果的品質指標。

### 3. 子宮肌瘤手術後 14 日內有相關器官之徵候發生率

若病患接受子宮肌瘤手術後 14 日內，再於門診或住院治療「輸尿管或膀胱或腸道等相關器官問題」，顯示可能與手術品質或併發症有關，因此可做為手術結果的品質指標。

### 4. 子宮肌瘤手術後 14 日內，因該手術相關診斷再住院率

倘若病患接受子宮肌瘤摘除或子宮切除術後，在手術後 14 日內，又由醫師診斷患有骨盆腔內器官有發炎或損傷；例如：卵巢、輸卵管、骨盆腔組織炎、生殖器脫出、泌尿或生殖道瘻管、子宮腔積血等，而再度住院，顯示患者的再住院率與手術品質或併發症有關，因此也可做為手術結果面的品質指標。

## 如何選擇醫療院所就醫治療

民衆若想瞭解居住所在地，就近的醫療院所對於子宮肌瘤各項照護品質指標的整體結果，可以從點選【院所查詢】中，點選「地圖式搜尋」，若想要瞭解子宮肌瘤各項照護品質指標的各院所個別結果，則可在【院所查詢】的「進階搜尋」，或直接在「地圖式搜尋」中搜尋，若想要迅速查詢某特定醫療院所的照顧品質，則可直接由【院所查詢】的「進階搜尋」進入查詢。

不過施志和強調，這些指標的數字或許也無法直接反應品質，因為指標數據是以全民健保申報資料，依指標分子及分母的定義計算所得到的數字，但雖然手術的照顧可以朝「標準化」努力，但是病患本身體質，以及病灶的表現卻是因人而異，無法標準化，所以指標計算出來的數字表現，可能為多重原因造成；例如：患者的子宮肌瘤太大、子宮肌瘤的形成有多種原因，無法靠單一次的手術完成等變

數影響，因此指標的數字只能客觀呈現部分成效或結果，並無法提供價值判斷，患者也不要直接認定這些數據即可完整反應醫療品質，而誤會醫師或醫院的照顧不佳，提醒使用者解讀數字時必須審慎。



## 其他評斷醫療品質的指標

施志和提醒，其他可以看出醫師及醫療院所的醫療品質，也可參考以下建議：

1. 先評估該醫療院所的硬體構造、設施、設備，以及服務人員數量、服務類型，醫院是否符合醫療院所評鑑的各項資格等因素，這些因素是否符合要求。
2. 就診時，醫師或醫療院所是否有主動提供臨床照顧準則、感染率控制等相關資料。
3. 醫師或醫療院所醫護人員，是否有提供完整衛教、照顧說明等。藉由更多客觀的評估資訊，獲得就醫前最好的評估。

目前在【機構別之醫療品質資訊】中，共有包括糖尿病、人工膝關節、消化性潰瘍、氣喘病及子宮肌瘤等 6 項疾病，施志和表示，未來中央健康保險署計劃每年推出一到兩項疾病的醫療品質評估進行公開，選擇的疾病會以治療技術發展純熟、監測指標發展好，以及疾病發生率高，和民衆關心度高等的疾病為推行醫療品質公開的標準。

醫療品質的評估結果必須要獲得醫院團體的同意才能進行資訊公開，過去雖然有醫療院所擔心會被拿來做比較，或有些醫療院所會排斥把患者就診及治療的資料完整提供，但是經過與醫院、醫學會等醫界團體進行討論後，選擇較客觀能夠量化、易於收集，以及顯示出醫療品質和診療行為有相對關係的指標，且這些指標必須能與國際接軌，有了這些共識，已經漸漸消除醫界的疑慮，也更有意願將醫療品質透明化、公開，未來健保署將會提供更多的疾病治療的醫療品質資訊，公開於【醫療品質資訊公開專區】中，讓民衆就醫有更客觀的參考。

# 從美國急性後期照護 看臺灣未來之規劃與發展

根據人口統計顯示，臺灣到了 2025 年，65 歲以上的人口將占 20%，屆時需要照護的人數將大幅增加。在健保收入增加不易，且支出增加的情況下，如果能善用「急性後期照護」，一方面降低如中風病患的失能程度；一方面提升醫療品質，減少病患再住院比例，改善健保入不敷出窘境，方得長久嘉惠全民。本期邀請到「國立陽明大學」衛生福利研究所吳肖琪教授，從美國實施急性後期照護的狀況與得失，為臺灣給予剖析與建言。



諮詢 / 國立陽明大學衛生福利研究所教授 吳肖琪  
撰文 / 李玉明

世界人口已突破 70 億大關，許多國家必須面對「人口老化」的議題。根據調查顯示，人體一旦邁入 60 歲，健康狀況將急遽衰退。而人口老化代表一個國家 65 歲以上的人口，將逐漸增加，屆時目標在減少使用病床，協助病患克服日常活動功能限制，並讓病患能順利回到社區。

根據《富比士》雜誌公布，全球最富有國家與地區排名，美國排名第七，每人平均年所得達 4 萬 6,860 美元，但每人平均一年醫療支出高達 8,000 美元以上，排名世界第一，為了降低醫療支出，美國於 1983 年起，實施以 DRGs (Diagnosis Related Groups) 為基礎之前瞻性支付制度，之後發展「急性後期照護」(Post-Acute Care, PAC) 服務，以減少非急性期的住院日數。所謂的「急性後期照護」，是指急性病患急性期過後的照護，是介於急性醫療與長期照護之間的服務，目標在減少醫療費用支出、恢復病患身體功能、克服功能限制。

## 美國老人醫療保險之急性後期照護單位分 4 大類

急性後期照護，在 1997 年美國通過「平衡預算法案」施行後更受重視，因該法案擴大 Medicare 急性後期照護之給付服務。美國老人醫療保險（Medicare）之急性後期照護（PAC）單位共分為 4 大類：

- 一、居家健康服務（Home Health Agencies, HHAs）：為使用頻率最高的服務，僅針對醫師處方，需要間歇性或週期性的技術性照護，或需要持續性物理、職能或語言治療，由 Medicare 認可之機構提供服務；HHAs 同時包括醫療社會性、居家健康協助服務，以及其他服務，支付醫療輔具租金（輪椅、病床……）。
- 二、技術性護理之家（Skilled Nursing Facilities, SNFs）：為使用頻率次多的服務，住院 3 天以上的病患，出院後仍需靜脈注射、物理治療等全天候照護者，提供住宿、膳食、技術性護理、復健及其他服務，目前給付最多 100 天。
- 三、復健機構（Inpatient Rehabilitation Facilities, IRFs）：對急性住院出院後每天仍需 3 小時密集復健且體力可以進行 3 小時積極復健者，提供入住型的物理、職能或語言治療。
- 四、長期照護醫院（Long-Term Care Hospitals, LTCHs）：這部份最昂貴，核定使用比例極低，提供急性病患出院後，仍需長期醫療和復健照顧者，如疾病複雜度高、有多重急慢性情形的病患，服務內容包括：周全的復健、呼吸治療、頭部創傷治療、安寧療護及疼痛管理，此類醫院之平均住院日超過 25 日。

Medicare 在 1984 年之前，住院採用事後審查支付，因此醫院缺乏誘因發展 PAC，但至 1984 年實施前瞻性支付制度（Prospective Payment System, PPS），以疾病診斷關聯群（Diagnosis-Related Groups, DRGs）支付急性住院後，讓醫院有減少急性住院日數之誘因，讓病患盡早返家或轉至 PAC，對於設置 PAC 部門，或提供相關服務之醫院，更有動機讓病患使用 PAC 服務。

## 急性後期照護之支付制度

由 1994 年至 2001 年，急性後期照護花費逐年增加，從 140 億美元（約為 4,200 億新臺幣）提升為 306 億美元（約為 9,180 億新臺幣）。1996 年，有 40% 美國聯邦醫療保險被保險人，在其住院出院後有使用「急性後期照護」；2003 年，急性後期照護約佔美國聯邦醫療保險總費 12%。

分析 1993 年至 2010 年，美國 Medicare 之急性後期照護支出，整體而言，由 1993 年至 1997 年逐漸增加，至 1997 年受到「平衡預算法案」的影響，因此支出轉為下降，但從 1999 年起則逐年增加，一直到 2010 年底為止，美國 Medicare 之急性後期照護支出共計 572 億美元（約為 1 兆 7,160 億新臺幣）。

為使資源有效運用，部分急性和急性後期照護服務可相互替代，美國近幾年開始實施「包裹式支付 (bundled payment)」。實施後將可加速病患出院，並進而轉移至「急性後期照護」接受服務；再者，即使急性和急性後期照護服務之間沒有替代性，因醫療保險可能要求部分機構必須負責所有急性後期照護服務，所以可激勵醫院控制成本，進而杜絕醫療浪費。

當然，任何制度都可能產生流弊，「包裹式支付」也不例外。例如醫療院所可能因為降低成本、人事管理以及行政負擔而縮小急性後期照護之轉診網絡，因此限制病患選擇急性後期照護提供者，進而影響病患福利。

### 美國老人醫療保險之急性後期照護支付制度

服務單位類型	實施日期	資源耗用分類系統	支付基準	平均支付金額	平均給付	部分負擔
居家健康服務	1997年 (IPS) 2000年10月 (正式實施)	HHRGs (居家健康資源群)	以60天為一療程	2,569 美元 / 每段期間 約 75.6 美元 / 天	34 次	免費
技術性護理之家	1998年7月	RUGs (資源利用群)	論日	1.hospital-based : 574 美元 / 天 2.freestanding : 307 美元 / 天	26.4 天	1. 1-20 天免費 2. 21-100 天 : 119 美元 / 天 3. 100 天以上 : 全額自付
復健機構	2002年1月	CMGs (病例組合群)	論出院個案	15,354 美元 / 每人 約 1,181 美元 / 天	13 天	1. 1-60 天 : 952 美元 / 自付額 2. 61-90 天 : 238 美元 / 每日部分負擔 3. 90-150 天 : 476 美元 / 每日部分負擔 4. 151 天以上 : 全額自費
長期照護醫院	2002年10月	LTC-DRGs (長期照護診斷資源群)	論出院個案	34,859 美元 / 每人 約 1,249.5 美元 / 天	27.9 天	1. 1-60 天 : 952 美元 / 自付額 2. 61-90 天 : 238 美元 / 每日部分負擔 3. 90-150 天 : 476 美元 / 每日部分負擔 4. 151 天以上 : 全額自費

註：2006 年美國使用 PAC 個案，其首次住院平均日數約 6.8 天，費用平均為 10,297 美元，每日每床平均 1,514 美元。

資料來源：Medicare Payment Advisory Report to the Congress: Medicare payment Policy. Washington DC:MedPAC,2003

## 急性後期照護單位之分布及適用疾病

分析 2003 至 2011 年急性後期照護服務的機構數，由 2003 年總計為 24,027 家，直到 2011 年達 28,788 家，成長 19.81%，可以說是逐年穩定成長。在各類急性後期照護服務機構數中，以技術性護理之家的機構數量最多，2011 年達 15,161 家；其次為居家健康服務為 12,026 家，其中又以「居家健康服務」成長速率最快，高達 63.79%；復健機構則於經歷成長後略為下降，由 2005 年之 1,235 家，至 2011 年減為 1,165 家。

那麼，有哪些疾病的個案適用於「急性後期照護」呢？包括腦中風、髖 / 膝關節手術、髖 / 膝關節置換、髖關節骨折、慢性阻塞性肺疾病、肺炎、心臟衰竭、糖尿病、伴有心肌梗塞及主要併發症之循環性疾病等出院時仍存活者、髖關節或膝關節再置換術、主關節置換或下肢重附著術、呼吸道感染及發炎、腎及泌尿道感染、敗血症、蜂窩性組織炎、腎衰竭、營養及各種新陳代謝疾患、內科性背部問題、胃腸出血、心律不整及傳導障礙、食道炎、胃腸炎及各種消化性疾病、大、小腸重大之手術。

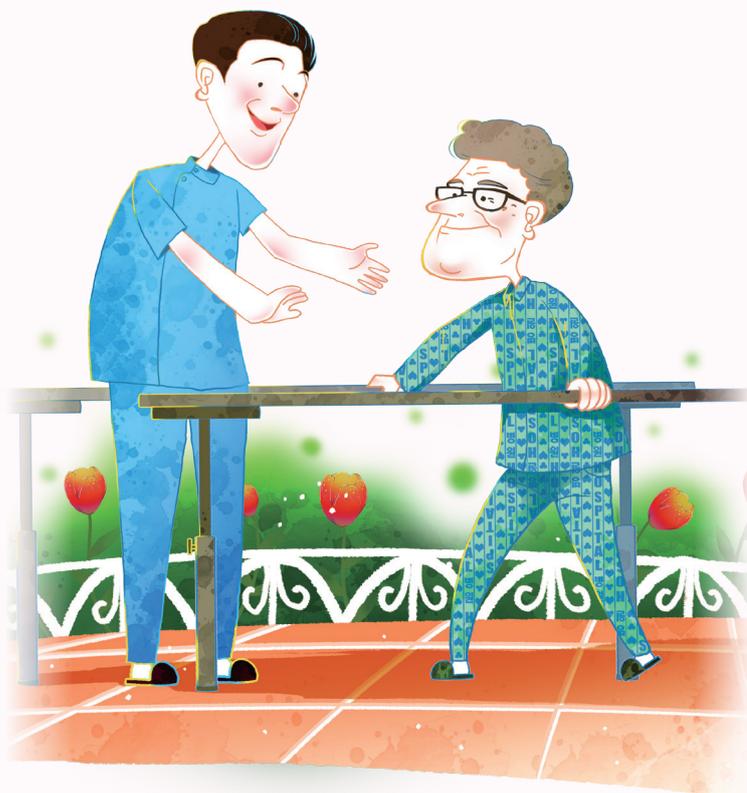
## 急性後期照護應配合論病例計酬來推動

美國是世界強國，以商業保險為主，卻仍積極發展「急性後期照護」服務，可謂早已預見隨著人口老化腳步加快，政府勢將難以負荷的未來。反觀臺灣，人口老化速度全球第一，富有國家排名第 21，已實施全民健保多年，稅收短絀，財政赤字與日俱增，發展「急性後期照護」服務實是刻不容緩。

為免健保破產，住院部分應儘早將論量計酬改為論病例計酬，並配合推動過去被忽視的「過渡期照顧」，未來朝論人計酬努力，方能使健保長長久久，繼續照顧全體國民。

高齡化社會，醫療與長期照護之費用皆會大幅成長，無論美國「急性後期照護」，或英國等國的「中期照護」，皆是強化長期照護服務體系中技術性護理之家，或居家護理之功能、或利用醫療體系間置病床轉型提供急性後期照護服務。

因此，善用現有醫療體系，與長期照護體系資源相互轉銜，提供急性後期照護服務，才是令健保永續經營的一帖良方。



# 從英國之中期照護 看臺灣未來之規劃與發展



撰文 / 臺北榮民總醫院高齡醫學中心主任 陳亮恭

「中期照護」(Intermediate care) 是英國近代健康照護體系改革的關鍵，主要是透過各種具備積極意義的治療，讓病患在急性疾病出院之後依然能得到適當的治療，以回復最佳健康狀況。由於老年人在健康與疾病上的特殊性，急性疾病痊癒之後需要一段復原的過程，透過一個整合性的健康照護服務讓罹病期間所產生的身體功能退化得到恢復。美國早年便積極推動「亞急性照護」或「急性後期照護」，其目的主要在於完成急性醫療照護療程、縮短急性醫院的住院日，是以財務考量為出發點，而英國中期照護的發展是以高齡者健康照護需求為出發點，兩者之間在理念上具有相當程度的差異。

## 什麼是中期照護？

「中期照護」的概念首次被正式提出是在 2000 年英國的「國家病床調查」(National Beds Enquiry)，之後成為英國的醫療服務主要改革計畫，現在更成為英國衛生部頒發的「老年人國家健康服務架構」(National Service Framework for Older People) 認定老年人健康服務的重要基本要點，而不僅僅只是為了縮短急性醫療的住院日所安排的替代性方案。

中期照護在英國有許多定義，英國衛生部頒發的「老年人國家健康服務架構」對於中期照護的定義如下：中期照護是一連串的整合照護服務，促進病患能較快速的自疾病恢復、免於不必要的急性醫院住院、支持病患即時出院並提升病患獨立生活能力，這是促進民眾健康與幸福感一個極為重要的成分，也是提升病患服務品質的重點。中期照護的推動也會因為衛政與社政資源的整合運用而發展出新的照護方式，進而對衛生福利體系整體產生影響。中期照護包括：

重視適切的照護、以人為中心的照護、確實的評估過程，以及不同領域間的夥伴關係，以確保專業整合服務的可近性。

## 中期照護的發展模式

中期照護發展以來，最重要的發展模式便是社區醫院的轉型。在中期照護的發展過程中，英國強調醫療進入中期照護體系的重要性，並且要協助提供臨床照護指引。英國發展中期照護期間，陸續累積許多資料進行分析，結論發現若僅考量臨床成效，各種服務模式均被成功的發展出來，然而若把成本效益考慮進來，僅有居家醫院與社區醫院的中期照護是最符合成本效益的服務模式。

臺灣從 2007 年開始由榮民醫療體系開始推動英國模式的中期照護，由榮民醫院的床位進行轉型，從 2007 年至今已經累積相當多的臨床實證，目前已經成為全世界主要的中期照護研究團隊，主要研究成效包括：證明中期照護的跨專業團隊服務能夠有效協助高齡病患達到顯著的功能回復，而這樣的功能回復能有效減少病患一年的死亡風險，而中期照護的病患回復狀況與治療期間的復健強度與頻率具有相當直接的關聯；然而，雖然中期照護所需要的急性醫療成份相對較低，但這些病患也不如想像中穩定，需要有充分的醫療團隊支持才足以妥善照顧，否則病患將頻繁轉入急性病房治療。推估臺灣中期照護的需求得知，醫學中心出院的高齡病患當中，大約有 4 分之 1 的患者需要中期照護服務，而中部醫學中心的資料指出，3 分之 2 以上的病患在接受中期照護後可以成功返回社區。以上的研究成果在在顯示了社區醫院中期照護服務的成效，這一連串的成果相當值得我國推動中期照護的依據。

## 結論

中期照護對於高齡病患回復健康是至為關鍵的一環，也是我國在面對快速高齡化的挑戰時必須要發展的醫療服務模式，而推動發展的關鍵必須要回歸實證的檢驗。由於我國的醫療法、醫師法、護理人員法、全民健保法等法規的設計，我國的護理之家目前要發展成為美國的技術性護理機構具有很大的難度。考量我國與美國對於急性照護完成的定義，我國要採取美國的亞急性與急性後期照護的制度設計具有相當的難度，反倒與英國中期照護體系的概念與實務較為接近。因此，為求中期照護的政策能夠有效的推動，必需要採取實證基礎來設計照護制度，活用目前社區醫院的照護資源與醫事人力來提供中期照護，依據本土性的研究成果進行規畫，不僅能有效健全醫療照護體系，更可以有效提升高齡民衆的健康狀況。

# 向腸病毒說不



腸病毒在臺灣每年會有兩波的高峰期，第一波在3到6月，第二波則是9月，最容易攻擊5歲以下的孩童，症狀輕微的腸病毒不需要太過擔心，就怕重症腸病毒造成嚴重的後果！遠離腸病毒，其實很簡單，環境清潔、常洗手，是防堵腸病毒最好的方法。

諮詢 / 臺大醫院兒童感染科主任 黃立民  
撰文 / 張柔安

臺大醫院兒童感染科主任黃立民解釋，臺灣氣候濕熱，一年四季都適合腸病毒生存，主要的流行期從3月開始到6、7月，大人小孩都會感染，但5歲以下的小朋友是高危險群。腸病毒是透過飛沫、接觸傳染，一般來說，放暑假之後疫情會稍稍減緩，但是到了9月開學季，學童們上學接觸密集、頻繁，又會有一波小流行。

## 注重清潔 減少腸病毒侵襲

預防腸病毒，得從「人」和「環境」兩大方面著手。黃立民主任建議，幼稚園、學校、遊樂場等幼童聚集的公共環境，一定要定期清潔消毒，利用漂白水（漂白水與水的比例為 1：100）稀釋過的消毒液，仔細的清潔小朋友使用過的課桌椅、遊戲器材以及環境，避免接觸到有病毒的玩具、課桌椅等物品，減少傳染風險。

另外，勤洗手也千萬不能忘。因為手部一旦沾染病毒，很容易藉由摸眼睛、口、鼻而造成感染，所以，要提醒小朋友們吃東西前，一定要記得把手洗乾淨。黃立民主任表示，洗手不能隨便，依照疾病管制署建議，洗手 5 步驟「濕」、「搓」、「沖」、「捧」、「擦」，每個步驟都要確實做到。

家長、老師也要提高警覺，一旦小朋友感染腸病毒，要記得讓小病患一週內不要上學，在家裡好好休息，也避免傳染給別人。



## 出現重症前兆 應儘快送醫

臺灣比較常見的腸病毒有克沙奇、腸病毒七十一型，其中腸病毒七十一型對於 5 歲以下的幼童攻擊性強，而任何型別的腸病毒都可能對 1 歲以下的新生兒造成威脅。黃立民主任提醒，腸病毒沒有特效藥，輕症的腸病毒會自行痊癒，家長不需要過於擔心，倒是出現以下症狀的時候，一定要提高警覺，儘速就醫：

- 一、高燒不退：通常高燒到了第 3 天就應該要退燒，如果持續高燒到第 4 天，要儘快就醫。
- 二、昏睡、意識不清：缺乏活動力，嗜睡。
- 三、肌躍型抽搐：無故驚嚇或突然間全身肌肉收縮。
- 四、嘔吐。
- 五、呼吸急促或是心跳加快。

黃立民主任提醒，一旦發生任何一個症狀，應儘速至大醫院就醫，減少腸病毒重症的傷害。

## 大人小孩勤洗手 遠離病毒威脅

降低腸病毒威脅，還有一個重要關鍵，就是家中的大人和小哥哥、小姐姐，很可能是把病毒帶回家的人。黃立民解釋，家中有小小孩（新生兒），其他的家庭成員回家後第一件事，就是要先洗手、換衣服，然後再接近小小孩。因為大人即使感染腸病毒，也不一定發病、有症狀，所以一輕忽就可能把病毒傳染給小小孩，而小小孩的抵抗力最弱，一旦感染就比較棘手。

黃立民也提醒新生兒的母親，只要有發燒症狀，就要當作自己「生病」了，暫時不要接近新生兒或是哺餵母乳，避免把病毒傳給小寶寶。而常洗手、生病時暫時不要出入公共場所、注意環境清潔，就能降低腸病毒威脅。

# 狂犬病止步 做好防疫不驚慌



「我被流浪狗咬了！會不會得狂犬病？」、「聽說感染狂犬病死亡率百分之百，被狗咬了就沒救了嗎？」，自從臺灣傳出鼬獾染狂犬病死亡案例後，全臺都籠罩在「狂犬病會不會死灰復燃」的恐慌。衛生福利部疾病管制署副署長莊人祥表示，除了曾驗出一隻臺東的錢鼠有狂犬病病毒，以及臺東一隻幼犬被鼬獾咬成確定染病以外，臺灣目前仍未傳出其他動物感染事件，民衆應該提高警覺，並帶家中寵物接種疫苗，幼犬幼貓則要善加保護，避免被咬傷。

諮詢 / 衛生福利部疾病管制署副署長 莊人祥  
撰文 / 張逢弈

針對傳聞「狂犬病死亡率幾乎百分之百」，莊人祥說，這指的是狂犬病發病後，事實上，若被染病動物咬傷後都沒有做任何處置，發病率約 3 成，有進行完整的狂犬病疫苗注射，幾乎可完全預防所有狂犬病病例的發生。

農委會防檢局長張淑賢表示，目前國內有鼬獾狂犬病陽性案例發生區的犬貓，及原住民犬貓、獵犬的預防疫苗接種已完成 9 成以上，全國 4 千多所校區的校貓、校狗都已在 8 月 23 日完成接種，據國際經驗，只要犬貓疫苗接種 7 成以上，防護力就安全了，疫情圍堵於山區，基礎保護帶已建構完成。而臺東幼犬染病案例只算是被感染動物咬傷感染，尚不算是跨物種感染，希望和錢鼠一樣仍只是偶發事件。

不過，莊人祥也強調，民衆不能掉以輕心，尤其目前檢驗出感染狂犬病的鼬獾案例，遍布南投縣、雲林縣、臺東縣、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義縣、花蓮縣及屏東縣等地，由於國內流浪動物頗多，倘若野生動物疫情無法有效控制，無法保證不會有跨物種感染的危險。

因此民衆仍要牢記各種狂犬病的正確防疫知識，包括：不碰觸、逗弄野生動物；不撿拾生病的野生動物、屍體，同時也不棄養寵物，並且攜帶家中寵物進行狂犬病疫苗注射，也不要帶寵物到野外，減少貓狗無意間成為跨物種感染的危機，加上政府的各項防疫措施持續進行，相信必能安渡這次的鼬獾狂犬病的風暴。

## 被動物咬傷怎麼辦？

倘若被動物咬傷，莊人祥說，中央流行疫情指揮中心印製了很簡易牢記的海報，民衆可牢記「1 記、2 沖、3 送、4 觀」4 個原則：

1. 記：保持冷靜，牢記動物特徵。
2. 沖：用大量肥皂、清水沖洗 15 分鐘，並以優碘或 70% 酒精消毒傷口。
3. 送：儘速送醫評估是否要接種疫苗。
4. 觀：儘可能將咬人動物繫留觀察 10 天。若動物兇性大發，不要冒險捕捉。

若家中寵物被野生動物咬傷，且未施打疫苗，如發生停止吃喝、不安、頻尿、畏光或出現攻擊性等異常行為，應儘速通報各地動物防疫機關處理：0800-761-590。

被動物咬傷時要立即沖洗傷口，除了使用肥皂和水或以大量清水清洗和沖洗 15 分鐘，建議先以 70% 的酒精消毒傷口周圍，再以優碘消毒傷口，並立即就醫治療。但是可不要把咬人的動物帶到醫院請醫師評估，否則可能會影響醫院診治病人的作業，如果咬人的是野生的動物或流浪動物，可以聯繫動物防疫單位協助檢疫。

## 被家中寵物咬傷的處理

如果是被家中的寵物咬傷，只要寵物每年都有定期施打動物狂犬病疫苗，飼主不用擔心有感染之虞，若已經很多年沒有接種疫苗，由於過去和現在，臺灣均未發現有貓狗感染狂犬病，家中寵物犬貓應該沒有危險，若很擔心，建議可持續觀察寵物 10 天，如果一切正常，就不必再多慮了。



狂犬病是由狂犬病病毒引起的一種急性腦脊髓炎，人類若經由罹病動物抓咬傷，其唾液透過抓、咬的傷口進入人體，才可能感染病毒，如果傷口沒有流血，而且咬傷人的動物經觀察 10 天無任何異狀，就沒有感染疑慮。目前臺灣染狂犬病的鼬獾只侷限在南投縣、雲林縣、臺東縣、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義縣、花蓮縣及屏東縣等地，民衆即使被野生動物咬傷，趕快到醫院處置就不必太擔心了。

## 狂犬病有多可怕？

為什麼這次狂犬病案例引發如此大的風暴？臺灣自 1959 年起就沒有人的病例，1961 年後不再有動物病例，雖然在 2002 年以及 2012 年，還有今年各有一例病例，但都是從中國大陸以及菲律賓的境外移入病例，因此 50 餘年來，臺灣是國際間少數被認為根除狂犬病的非疫區，而今再發生動物案例，在防疫上猶如投下震撼彈。

此外，雖然若能在動物咬傷後，及時就醫接受預防接種，可以有效的降低發病的風險，但是據世界衛生組織估計，全球每年約有 55,000 死亡病例，其中亞洲就約佔 6 成，有 31,000 例死亡，只要一發病，死亡率幾乎百分之百，因此一傳出臺灣有動物感染病例，不只臺灣民衆恐慌，也受到國際重視。

## 認識狂犬病

狂犬病是由一種會引起急性腦脊髓炎的狂犬病病毒所感染，人類感染後的潛伏期從 1 至 3 個月不等，少數潛伏期會少於 7 天，但潛伏期最長也有達 7 年以上者。病患潛伏期長短，端視暴露於狂犬病病毒時，傷口嚴重程度、傷口部位神經分布的多寡，或是傷口與腦的距離、病毒株別、病毒量、衣服的保護程度等各種因素而定，青春期以前的暴露者偶有很長的潛伏期。

感染病毒的動物傳染期，狗貓除了發病後全程都有傳染力以外，自臨床症狀出現前的 3 到 7 天開始即有傳染力。在非洲衣索匹亞，狗的狂犬病病毒株傳染力較強，在臨床症狀出

現前 14 天即具傳染力。蝙蝠則在臨床症狀出現前 12 天即可分泌病毒，臭鼬在臨床症狀出現前 8 天即可分泌病毒，在死亡前約有 18 天可分泌病毒。

狂犬病初期症狀，包括：發熱、喉嚨痛、發冷、不適、厭食、嘔吐、呼吸困難、咳嗽、虛弱、焦慮、頭痛等，咬傷部位會出現異樣感的症狀，持續數天後，病患會出現興奮及恐懼的現象，然後發展到麻痺、吞嚥困難，咽喉部肌肉之痙攣，引起恐水症狀，也因此狂犬病又有「恐水症」之稱，之後則會發生精神錯亂及抽搐。

## 狂犬病疫苗接種政策

狂犬病疫苗跟一般疫苗不一樣，不見得要事先打，被野生動物抓咬傷後立即施打，仍有保護效力。因此，除非是必須經常接觸野生動物的獸醫、狂犬病實驗研究人員、野生動物研究人員及捕狗人員等工作或需長期滯留在國外狂犬病流行地區者，會建議預先接種疫苗。



至於動物抓咬傷後的狂犬病疫苗接種對象，經衛生福利部傳染病防治諮詢會－預防接種組（Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP）之建議，除非是遭受野生哺乳動物或流浪犬、貓抓咬傷或皮膚傷口、黏膜接觸其唾液等分泌物，建議立即就醫並接種疫苗以外；遭無症狀的家犬、家貓抓咬傷，建議暫不接種疫苗，但若家犬及家貓出現疑似症狀，飼主則要立即向當地鄉鎮公所及衛生單位通報。經主管機關評估確有風險後，建議遭咬傷的飼主接受狂犬病暴露後疫苗接種。

遭動物抓咬傷後，民眾可以隨時撥打 1922 電話，詢問最方便就醫的全臺 60 家疫苗儲備醫院之地點，全臺各縣市均有疫苗的施打點，民眾即使遭受疑似染狂犬病的動物抓咬傷或皮膚傷口、黏膜接觸其唾液等分泌物，在發病前分別於受傷後的第 0、3、7、14、28 天按時接種疫苗，以誘發身體產生保護抗體，降低發病風險，防護效果接近百分之百。

附註：全臺 60 家疫苗儲備醫院名單，請上疾管署網站查詢。



# 給身心做 SPA 來趟芬多精之旅

芬多精（**Phytoncide**）有「植物精氣」之稱，是植物所釋放的一種自我保護的揮發性物質，也就是一般所謂的植物精油，具有抑制細菌和黴菌生長的作用，與空氣中的氧氣、水分子結合，會產生負離子。漫步森林中，芬多精與負離子可以經由呼吸系統、肌膚等進入人體內，有助於消除疲勞，調節自律神經，舒緩情緒，並可消毒抑菌、提振精神，增強免疫力，有益身心健康。

撰文 / 許靜雯

臺灣森林中釋放的芬多精質高量多，假日安排一趟芬多精之旅，一日、二日都好，放下一切都市的喧囂繁鬧，讓身心沉靜，徜徉大自然。漫步森林中，於清霧飄渺間吐納新鮮空氣，伴著蟲鳴鳥叫，豐富的林相與生態，在身心洗滌之餘，會發現另一種豐盛在山林間漫起。



▲內洞森林遊樂區是全臺芬多精最多的地方。

## 全臺芬多精最多 內洞森林遊樂區

一走進內洞森林遊樂區，清新涼爽的氣息迎面撲來，耳邊傳來瀑布聲，彷彿宣告就此進入了大臺北地區難得的森林濃蔭中。

位在新北市烏來山區的內洞森林遊樂區，舊稱「娃娃谷」，研究調查發現，內洞的負離子含量高居全國森林遊樂區之冠，擁有全臺芬多精含量最高的森林瀑布—內洞瀑布—同時也獲選為全臺最美的瀑布，瀑布分為上、中、下三層，各設有觀瀑平臺，方便遊客觀賞休憩。

遊樂區內不僅一個瀑布，還有水流潺湲的烏紗溪瀑布，以泰雅族語「濃密的森林」命名的羅好水壩，以及可欣賞兩大瀑布的觀瀑步道與賞遊步道，每一條步道長度都超過 1,000 公尺，可沿途觀賞豐富的生態，吸收充沛的芬多精。

南勢溪與瀑布孕育了內洞森林，滋養適合潮濕環境的動植物生長，有榕樹、樟樹、楠樹、柳杉、筆筒樹、烏來柯等構成的林相，水鴨掌秋海棠、肉穗野牡丹、野薑花、姑婆芋等輪流在各季節婀娜綻放，多達 60 多種姿態各異的蕨類伸展在步道旁，身披紅豔或澄黃彩衣的灰喉山椒鳥、身材圓滾翹著尾巴的可愛河鳥，翩翩飛舞的蝴蝶與響亮高歌的樹蛙，彷彿熱情歡迎訪客，構築成生意盎然的森林風情畫，洗滌都會的喧囂煩擾。

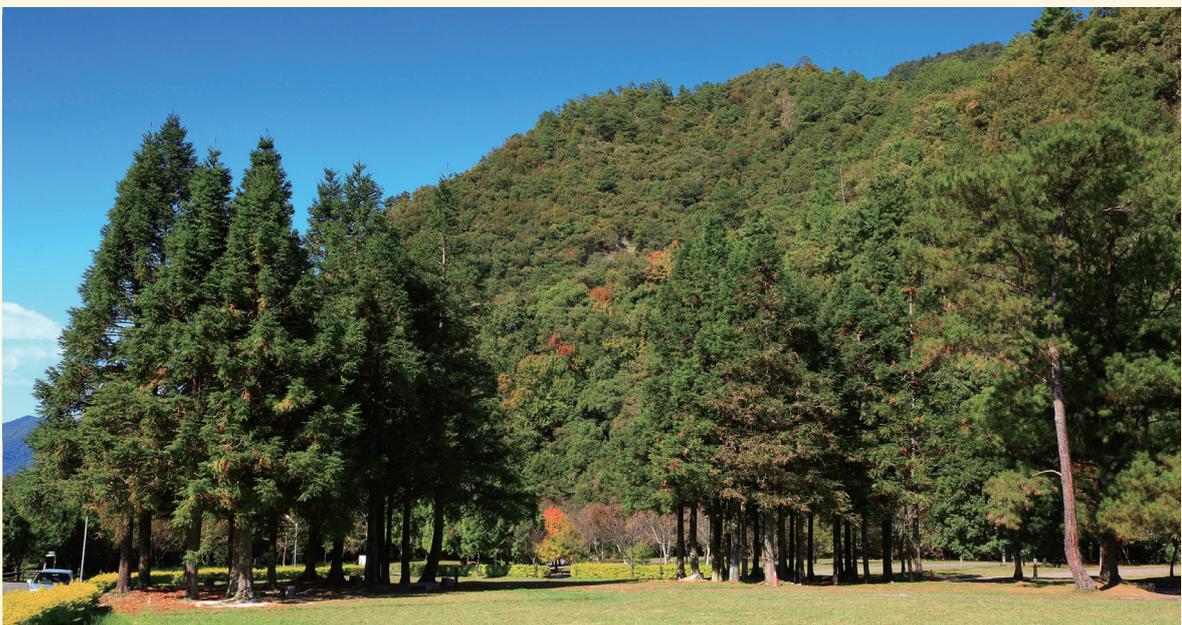
## 不止楓紅美 奧萬大國家森林遊樂區

以賞楓聞名的南投縣仁愛鄉奧萬大國家森林遊樂區，有「楓葉故鄉」的美譽，為萬大溪、清水溪、腦寮溪、瑪谷溪匯流的河谷地形，擁有豐沛的水資源，溪流、瀑布與溫泉，還可提供水力發電。

奧萬大的溫泉屬弱鹼性碳酸泉，主要分布於萬大溪、萬大北溪、萬大南溪。腦寮溪壯觀的飛瀑、雙瀑與連瀑等瀑布群，獲選為國家森林遊樂區瀑布第 3 名，負離子含量為全國第 2 高，每立方公分含量達 45,000 個，來到奧萬大森林別忘了隨著激起的水花多多深呼吸，吸進大量的芬多精與負離子。

沿著萬大溪可以輕鬆踏上楓林步道，置身高聳挺拔的楓樹林中，入秋至隔年春末，入林即是滿眼楓紅，紅葉不時款款落下，非常詩情畫意；或者走一趟瀑布群步道，接受芬多精的洗禮；也可以站上奧萬大吊橋，俯覽森林美景。

其實奧萬大不止楓葉美，還保有原生林的生態與風貌，可以見到紅檜、松樹、香杉、樺木、黃連木等原生針葉、闊葉混合林，春季櫻花開滿枝，還有國鳥臺灣藍鵲、冠羽畫眉等 120 種有調查紀錄的鳥類，以及臺灣獼猴、山羊、白鼻心、松鼠、螢火蟲、鍬形蟲、日本樹蛙等種類繁多的動物與昆蟲歡快在此生長活動。此外，奧萬大遠離光害，得以欣賞姣美的夜月與燦爛的星斗。



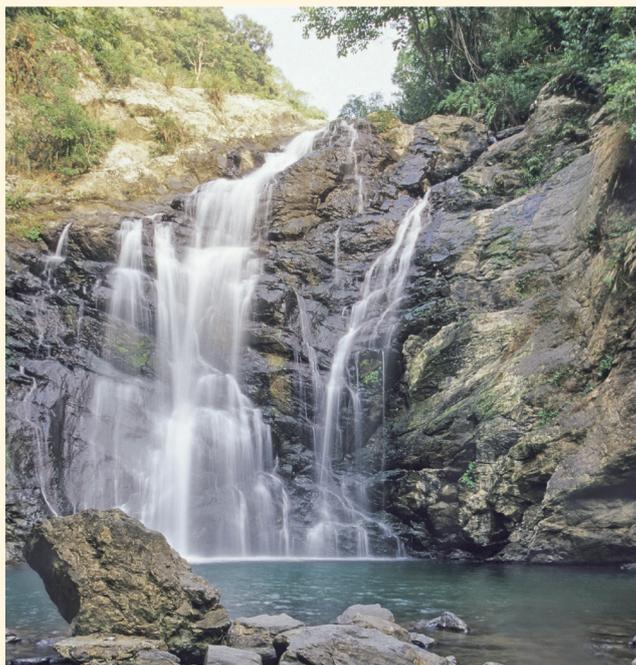
▲奧萬大不只楓葉美，還保有原生林的生態與原貌。

## 國境之南 雙流森林遊樂區

位於南臺灣屏東縣獅子鄉草埔村的雙流森林遊樂區，屬季風雨林，擁有豐沛的水源，雙流瀑布為簾幕式瀑布，水瀑直洩而下，氣勢磅礴，獲林務局國家森林遊樂區瀑布票選第 2 名，是全臺最低海拔的瀑布，潮濕的環境與蒼鬱的茂林，涵養了豐富的芬多精。

雙流森林遊樂區適合喜愛健行、輕便登山的遊客，區內的步道有四，各有特色。通往雙流瀑布的瀑布步道，途中有兩個涉水區供遊客親水玩樂，是區內最長的步道，全長 3,100 公尺，橫貫整個森林遊樂區，在山棕、光臘樹、珊瑚樹、相思樹、桃花心木、白干層樹間穿梭而過，可觀覽森林與溪水的美景與生態，還有因應風災過後採生態工法的重建與設計，是很好的自然與防災教材；白榕步道沿途可欣賞特殊複雜的林相景致，熱帶雨林、亞熱帶雨林和暖溫帶雨林的生態紛陳，枝葉茂密，幾乎不見陽光；帽子山步道地勢較陡峭，山頂可眺望臺灣海峽、太平洋與群山美景；沿山步道為森林步道，擁有豐富的多樣性物種，在中段的沿山吊橋可近距離觀看林木蓊鬱的樹冠層結構。

石蠶蛾等水棲昆蟲與蜉蝣生物繁多，為雙流的乾淨清澈水質提供了最佳的證明，溪流中還有石斑魚、臺灣馬口魚、溪哥仔等淡水魚，陸地上則有錦蛇、南蛇、眼鏡蛇、百步蛇、龜殼花、雨傘節、青竹絲等毒蛇，常出沒於雙林山間，在享受芬多精森林浴的同時，也要留意腳下的安全；鳥類有翠鳥、白鷺鷥、鉛色水鶉等溪鳥，與樹鵲、畫眉鳥、綠繡眼、五色鳥、臺灣藍鶇、珠頸斑鳩等。



▲雙流森林遊樂區內的雙流瀑布氣勢磅礴，是全臺最低海拔的瀑布。

雙流擁有種類眾多的蝴蝶，有著不亞於「蝴蝶谷」的翩翩美景，此處的植物為越冬型蝶類提供極佳的食物，每年 10 月至隔年 3 月，是賞蝶佳機，但要注意其中外表豔麗的斑蝶科蝴蝶，會釋放毒素防禦天敵。

從崩積土、石灰土的土質中夾雜珊瑚礁，可見早期這一帶曾位於海中。園內設立自然教育中心，展示此區令人目不暇給的自然生態。

## 蝶舞翩翩 富源森林遊樂區

花蓮瑞穗鄉的富源森林遊樂區，由於富源溪的侵蝕，形成峽谷地形，溪谷兩側山勢陡峭險峻，河床落差頻繁，形成許多大大小小的瀑布，其中富源瀑布名列全臺最美瀑布前十名；富源溪上游則有一條如飛龍吐絲般的龍吟瀑布，站在環溪步道與環山步道交會處的龍吟吊橋上，可賞觀龍吟吐絲的秀美。

溪中處處是奇岩巨石，碧水峭石構成迷人的水景，這些來自大自然造山運動與高溫擠壓而成的變質岩、沙質變質岩和沉積岩，是很好的地質教材。另外，環山步道有塊 2 億 4000 萬年的巨石，單是露出地表的部分即重達 2 萬公噸，被視為山林中的守護神。

富源森林擁有全臺最大的樟樹林與原始闊葉林，釋放出清郁的芬多精，由其舊稱「蝴蝶谷」，可知區內有極其豐富的蝴蝶種類，經調查統計有石牆蝶、青斑蝶、端紅蝶、枯葉蝶、粉蝶、弄蝶、小灰蝶、蛇目蝶、大鳳蝶、青帶鳳蝶，以及稀有的保育類黃裳鳳蝶等多達 40 餘種，3 月至 8 月蝴蝶紛飛，是最佳賞蝶時機。



▲富源森林遊樂區擁有全臺最大的樟樹與原始闊葉林，以豐富蝴蝶種類著稱，舊稱「蝴蝶谷」。

還可常見到朱鷗、樹鵲、河烏、五色鳥、臺灣藍鵲、紅山椒鳥、鉛色水鶇、紅嘴黑鴨等鳥類翱翔的身影；每年3至5月、9至11月的夜晚，則觀賞螢火蟲群飛如流星之美，有黑翅螢和臺灣山窗螢等種類，彷彿夜光舞會。

區內有生態、環溪、環山、蝶舞、景觀五步道，及以芬多精命名、長約1,420公尺的步道，漫步其中，充分浸潤於森林浴。林木深處有溫泉，邊泡湯邊賞森林美景，實在是一大享受。

## 享浴山林前的準備

要享受山林的洗禮，勢必要步行其間，森林遊樂區雖然設有步道，方便遊客漫步，但有些路徑較長或坡度稍陡，可以準備登山杖或護膝，減輕身體的負擔，讓步履更輕盈；遊樂區各有瀑布或涉水區，可準備輕便雨衣、防水或替換衣物。為了維護山林，除了提供住宿的森林遊樂區也同時供餐外，一般並無提供餐飲服務，頂多提供熱水、泡麵等簡易飲食，且位在遠離喧囂之地，最好能備足不須烹煮或加熱的簡便食物、乾糧與飲水。

森林環境保育良好，生態物種豐富，包括毒蛇、有毒昆蟲等，行走時要留意安全，建議帶根登山杖「打草驚蛇」，幫忙開路。

此外，奧萬大森林遊樂區內有小木屋與山莊房間，富源森林遊樂區內建有蝴蝶谷溫泉度假村，時間充裕的遊客，不妨攜帶換洗衣物與盥洗用品，夜宿林間，欣賞森林的夜美。這些森林內的住宿服務很搶手，想要過夜的遊客建議盡早訂房，以免向隅。

做足準備，盡興的享受森林浴，接受身心的洗滌，大口呼吸芬多精去吧！

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：102.5.1-6.30

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			月/日			月/日			月/日		
5/1	無名氏	5,000	5/2	無名氏	10,001	5/22	張○平	200	6/1	張○寬	500
5/1	陳○芬	500	5/3	吳○玲	600	5/22	李○○蓮	200	6/1	莊○純	500
5/1	張○月	500	5/3	卓○蓮	1,000	5/22	戴○華	200	6/1	林○足	300
5/1	陳○嬌	200	5/6	李○原	5,000	5/22	吳○萍	400	6/1	沈○昺	1,000
5/1	呂○珍	500	5/7	鄭○文	800	5/22	李○○華	200	6/1	張○順	300
5/1	郭○雲	300	5/7	謝○玲	500	5/22	李○燕	200	6/1	林○鑾	300
5/1	林○如	200	5/7	唐○正	500	5/22	魏○珍	200	6/1	陳○霞	500
5/1	郭○卿	300	5/8	彭○忠	1,500	5/22	宋○惠	200	6/1	盧○嘉	200
5/1	鄭○足	1,000	5/8	簡○松	2,000	5/22	林○○華	200	6/1	巫○宜	500
5/1	李○鋒	2,000	5/8	王○曉	10,000	5/22	劉○○英	200	6/1	朱○穎	500
5/1	洪○琇	500	5/9	黃○霄、李○仁	3,000	5/22	劉○珍	200	6/1	無名氏	5,000
5/1	廖○菁	500	5/9	無名氏	600	5/22	劉○炤	400	6/3	簡○廷	1,000
5/1	李○璋	500	5/9	黃○傑	500	5/22	黃○卿	200	6/3	簡○良	1,000
5/1	何○儒	500	5/9	黃○晴	500	5/22	廖○玉	200	6/3	蕭○雯	200
5/1	林○宸	500	5/9	林○定	3,000	5/22	彭○珠	200	6/3	簡○	2,000
5/1	朱○嬌	500	5/9	王○慧	100	5/22	劉○綱	300	6/3	李○諭、李○霖	2,000
5/1	張○寬	500	5/9	施○禎	100	5/22	顏○男	200	6/4	呂○靜	500
5/1	莊○純	500	5/9	張○梅	100	5/22	王○娘	200	6/4	無名氏	1,000
5/1	蘇○秀	3,600	5/9	廖○菊	100	5/22	陳○彬	200	6/4	姚○昌	3,000
5/1	林○足	300	5/9	詹○興	100	5/22	游○珍	200	6/4	姚○元	500
5/1	沈○昺	500	5/9	蒙○光	100	5/22	陳○琪	400	6/4	姚○中	500
5/1	廖○秀	300	5/9	張○雄	100	5/22	許○敦	300	6/4	應○芳	500
5/1	張○順	300	5/9	張○華	100	5/22	張○綱	200	6/4	吳○芳	300
5/1	林○精	300	5/9	張○南	100	5/23	解○蘭、涂○利	2,000	6/4	謝○玲	500
5/1	曾○玲	500	5/9	張○佑	100	5/23	侯○雪	300	6/4	賴○財	300
5/1	陳○霞	500	5/9	謝○雯	100	5/23	張○珠	300	6/4	江○豪	300
5/1	盧○嘉	200	5/9	吳○喬	100	5/23	周○智	500	6/4	林○誠	300
5/1	朱○穎	500	5/9	蒙○光	100	5/23	黃○郎	500	6/4	柯○璇	300
5/1	蕭○雯	200	5/9	施○宇	100	5/23	李○珠	500	6/4	林○政	1,000
5/1	李○霖	1,000	5/9	鄭○青	2,300	5/23	龔○翰	500	6/4	黃○玲	500
5/1	李○諭	1,000	5/10	盧○均	3,000	5/23	黃○萍	500	6/4	陳○雲	500
5/2	陳○龍	20,000	5/10	劉○文	80,000	5/23	安○鞏	3,000	6/4	黃○琪	300
5/2	陳○男	10,000	5/12	林○玲	500	5/23	安○堅	2,000	6/4	郭○芳	500
5/2	陳○彤	10,000	5/15	蔡○	1,000	5/23	無名氏	3,600	6/4	黃○華	500
5/2	陳○婷	10,000	5/15	尤○櫻	500	5/24	黃○玲	500	6/4	葉○竹	300
5/2	姚○昌	12,500	5/15	林○信	500	5/24	溫○炎	300	6/4	謝○美	300
5/2	無名氏	1,000	5/15	林○瑩	500	5/29	潘○白	400,000	6/4	黃○卿	300
5/2	李○昱	600	5/15	尤○源	500	5/29	程○珠	1,000	6/4	姜○軒	300
5/2	黃○幟	1,000	5/15	尤○○葉	500	5/30	許○菁	1,000	6/4	李○祥	300
5/2	林○政	1,000	5/15	尤○冠	500	5/30	鍾○鳳	100	6/4	蔡○原	500
5/2	洪○珠	500	5/15	程○珠	1,500	5/30	孫○洵	1,000	6/4	林○容	400
5/2	黃○華	500	5/16	周○福	90,000	5/30	孫○良	1,000	6/4	姚○祺	400
5/2	游○周	500	5/16	張○申	3,200	5/30	孫○家	3,000	6/5	賴○婕	15,000
5/2	郭○芳	500	5/17	張○蘭	1,000	5/30	葉○祥	30,000	6/5	鄒○雪	1,000
5/2	蔡○原	500	5/17	陳○堅	1,000	5/30	楊長○	20,000	6/5	廖○雄	10,000
5/2	黃○玲	500	5/17	無名氏	1,000	5/30	黃○郎	1,000	6/6	李○原	5,000
5/2	陳○雲	500	5/17	石○銀	1,000	6/1	曾○洲	200	6/7	劉○珠	500
5/2	李○祥	300	5/17	釋○行	5,000	6/1	葛○君	500	6/7	黃○輔	60,000
5/2	姜○軒	300	5/20	林○慧	1,000	6/1	張○月	500	6/8	無名氏	3,000
5/2	黃○卿	300	5/21	黃○文	2,000	6/1	王○娟	300	6/10	邱○明	400
5/2	柯○璇	300	5/22	蘇○華	200	6/1	陳○嬌	200	6/10	黃○棋	500
5/2	葉○竹	300	5/22	林○姿	200	6/1	蔡○娟	500	6/10	黃○傑	500
5/2	謝○美	300	5/22	羅○妙	600	6/1	呂○珍	500	6/10	黃○晴	500
5/2	賴○財	300	5/22	方○蒲	200	6/1	林○如	200	6/10	李○昱	300
5/2	吳○芳	300	5/22	施○珍	300	6/1	彭○雪	400	6/10	吳○玲	300
5/2	李○順	300	5/22	黃○美	1,200	6/1	郭○卿	300	6/10	徐○圓	100
5/2	林○誠	300	5/22	莊○嬌	400	6/1	鄭○足	1,000	6/10	王○媽	100
5/2	江○豪	300	5/22	陳○珠	200	6/1	洪○琇	500	6/10	演○師父	10,000
5/2	黃○琪	300	5/22	蔡○美	200	6/1	廖○菁	500	6/11	林○玲	500
5/2	邱○明	400	5/22	吳○秀	200	6/1	俞○菁	500	6/11	無名氏	10,000
5/2	簡○廷	1,000	5/22	陳○玉	600	6/1	何○儒	500	6/11	鄭○文	1,100
5/2	簡○良	1,000	5/22	盧○玉	200	6/1	王○妃	500	6/11	黃○玲	500
5/2	徐○圓	100	5/22	張○○祝	200	6/1	杜○安	500	6/11	鍾○芸	2,000
5/2	王○媽	100	5/22	蘇○○娟	300	6/1	朱○嬌	500	6/11	黃○霄、李○仁	3,000

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		捐款人	捐款金額 (元)	捐款日期		捐款人	捐款金額 (元)
月	日			月	日		
6	11	黃○諭	10,000	6	20	張○○祝	200
6	13	林○定	3,000	6	20	蘇○○娟	300
6	13	宋○軒	300	6	20	張○平	200
6	13	溫○炎	300	6	20	李○○蓮	200
6	14	張○育	10,000	6	20	戴○華	200
6	14	王○慧	100	6	20	吳○萍	300
6	14	施○禎	100	6	20	李○○華	200
6	14	張○梅	100	6	20	李○燕	200
6	14	廖○菊	100	6	20	魏○珍	200
6	14	詹○興	100	6	20	宋○惠	200
6	14	蒙○光	100	6	20	林○○華	200
6	14	張○雄	100	6	20	劉○○英	200
6	14	張○華	100	6	20	劉○珍	200
6	14	張○南	100	6	20	劉○炤	400
6	14	張○佑	100	6	20	黃○卿	200
6	14	謝○雯	100	6	20	廖○玉	200
6	14	吳○喬	100	6	20	彭○珠	200
6	14	蒙○光	100	6	20	劉○綱	400
6	14	施○宇	100	6	20	顏○男	400
6	14	黃○文	7,000	6	20	王○娘	200
6	18	無名氏	1,400	6	20	陳○彬	100
6	18	黎○貞	1,000	6	20	游○珍	200
6	18	李○梅	300	6	20	陳○琪	600
6	19	尤○櫻	500	6	20	許○敦	300
6	19	林○信	500	6	20	張○綱	200
6	19	林○瑩	500	6	20	葉○祥	30,000
6	19	尤○源	500	6	20	李○冷	500,000
6	19	尤○○菓	500	6	23	無名氏	3,600
6	19	尤○冠	500	6	24	吳○興	329
6	19	盧○均	2,000	6	26	楊○連	100,000
6	19	洪○鵬	1,000	6	26	劉○娣	1,000
6	19	曹○華	1,000	6	26	張○鳳	300
6	19	葉○媛	300	6	26	湯○齡	1,000
6	19	王○慧	4,000	6	26	蘇○忠	1,000
6	20	黃○文	2,000	6	26	林○相	300
6	20	蘇○華	200	6	27	吳○宗	100,000
6	20	林○姿	600	6	27	解○蘭、涂○利	2,000
6	20	羅○妙	400	6	27	李○梅	3,000
6	20	方○蒲	200	6	27	林○漢	500
6	20	施○珍	500	6	27	林○偉	500
6	20	黃○美	800	6	27	林○智	500
6	20	莊○嬌	800	6	27	徐○巖	500
6	20	陳○珠	200	6	27	徐○宏	500
6	20	蔡○美	200	6	27	徐○駿	500
6	20	吳○秀	200	6	30	王○平	2,000
6	20	陳○玉	500				
6	20	盧陳○	200	合計	1,788,730		

(2) 單位捐款

捐款日期		捐款單位	捐款金額 (元)
月	日		
5	2	屏東縣汽車駕駛員職業工會	2,000
5	2	祥○機車行	5,000
5	3	中央健康保險署南區業務組	200
5	23	長庚醫療財團法人	300,000
5	31	中央健康保險署南區業務組	200
6	11	祥○機車行	5,000
6	19	永○企業有限公司	5,100
6	20	桃園縣餐飲業職業工會	3,000
合計		320,500	

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	24	83	636,679
北區業務組	27	108	342,067
中區業務組	26	55	580,239
南區業務組	25	36	473,979
高屏業務組	53	100	636,200
東區業務組	10	12	146,920
合計	165	394	2,816,084

補助期間：102.5.1-6.30

# 安寧療護

## 何謂安寧療護？

安寧緩和療護是一種人性化的療護方式，由受過嚴格專業訓練的醫師、護士、社工人員、心理輔導及牧靈人員等組成的醫療團隊，為末期重症病患及其家屬提供身、心、靈的需要，一方面協助病患安然走完人生最後一段，也協助家屬順利渡過失落親人哀傷期，回復正常生活。

## 推動安寧療護：

健保署自85年開始推動安寧住院、安寧居家、安寧共照等三種服務模式，以及「緩和醫療家庭諮詢費」，由醫療團隊人員提供病人及家屬諮詢，尋求家屬共識或病人意願，並提供自入院、出院至居家相互扣連且完整的整合性照護體系。

## 主要收案對象：

1. 癌症末期病患
2. 末期運動神經元病患
3. 老年期及初老期器質性精神病態
4. 其他大腦變質
5. 心臟衰竭
6. 慢性氣道阻塞
7. 肺部其他疾病
8. 慢性肝病及肝硬化
9. 急性腎衰竭
10. 慢性腎衰竭及腎衰竭





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

# 假冒健保詐騙 千萬不要上當

「您好，這裡是健保署（局）……」當您接到以下這些電話時，請小心：

1. 健保卡異常，可能無法使用……
2. 濫用健保資源，將被鎖卡……
3. 違規使用健保卡，或積欠醫療院所費用……
4. 自稱是健保署人員要求和您核對個人資料……
5. 個資外洩，被他人冒用而涉及刑責……
6. 以大陸人口音，查詢您的投保資料，來電卻顯示網路電話代表號……



近日有民衆反映接獲詐騙集團冒用健保署的總機號碼**02-27065866**進行電話詐騙。健保署提醒您，只要涉及民衆個人權益資訊時，健保署均會使用正式公函通知，不會以電話詢問任何有關投保、就醫及個人資料，呼籲民衆不要受騙上當。

若接到類似電話，民衆可撥打**165**防詐騙電話報案，或撥健保署**0800-030-598**免付費專線查證。

GPN:2008500224  
定價：60元  
(一年6期360元)

