

National Health Insurance

全民健康保險

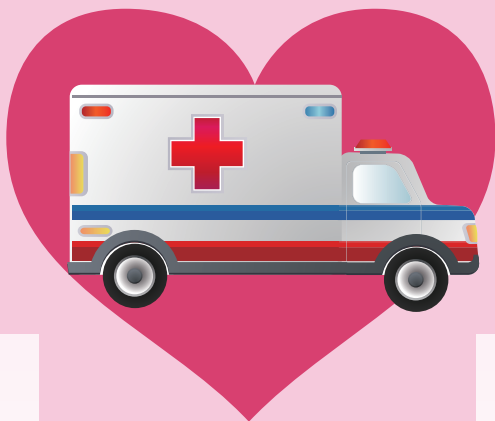
第108期

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國103年3月號 ■ISSN: 1026-9592

珍惜醫療資源 健保19週年活動

讓急診醫療用在緊急重症病患
日本長期照護保險制度的啓示





讓急診醫療 用在緊急重症病患

急診5級檢傷分類，讓您瞭解急診候診時間及照護權利，經檢傷分類判斷為第4及5級者，建議改由門診就醫。

第1級

復甦
急救

例如車禍大量出血、意識不清。
須立即急救。

第2級

危急

例如車禍出血，但血壓、心跳、呼吸穩定。
處理等候時間為10分鐘。

第3級

緊急

例如輕度呼吸窘迫、呼吸困難。
等候再評估時間為30分鐘。

第4級

次
緊急

例如局部蜂窩性組織炎、泌尿道症狀。
等候再評估時間為60分鐘。

第5級

非
緊急

例如局部紅疹、慢性咳嗽，血壓、心跳、
呼吸正常。等候再評估時間為120分鐘。

珍惜醫療資源 健保19 健康永久

全民健保自民國 84 年開辦，迄今已屆滿 19 年，即將邁入第 20 個年頭。去年二代健保在社會各界的支持下，已順利實施一年，為了讓民眾獲得更有品質及更有效率的醫療照護服務，健保署積極推出各項政策，關心全民健康，也持續關懷重大傷病及弱勢民眾，並努力實施抑制醫療浪費相關措施。

今年適逢健保制度實施屆滿 19 週年，健保署特別推出「醫療支出面重大管理計畫」，並完成「健康存摺」查詢的建置服務。其中「醫療支出面重大管理計畫」措施，包括：102 年 7 月建置的「健保雲端藥歷系統」、推動急性後期照護試辦計畫、減少重症末期病患無效醫療及呼吸治療管控計畫、強化社區居家安寧療護計畫、門診高利用保險對象輔導計畫、強化門診整合照護計畫、自費特材比價網建置計畫、藥品費用支出目標（DET）藥價調整計畫、單一處方用藥品項數量管控計畫以及醫療費用數位化審查改善計畫等，每一項措施均與民眾的健康權益息息相關，並能深刻感到全民健保的便利及進步，以及在珍惜醫療的投入與用心。

至於「健康存摺」查詢服務的建置，更攸關民眾的就醫權益，民眾使用健保卡看過那些病、吃過那些藥，現在可以經由電腦查詢而一目瞭然，民眾只要利用自然人憑證，就可以透過網路查詢、列印個人就醫記錄、查詢健保給付情形、自付的部分負擔、醫師開立藥物等，最長可以查詢近一年的紀錄，讓健保給付更透明化，民眾愈安心。

「健康存摺」是新的觀念及創新作法，也讓民眾隨時注意與瞭解自己的用藥及就醫情形，進而減少醫療的浪費。而為了讓全民健保更好，健保署會針對健保政策的實施，持續聆聽社會各界聲音，時時檢討、改進，以提供更符合全民的健康照護。





▲全民健保 19 週年記者會，衛生福利部林次長奏延（中）、社會保險司司長同光（右）、衛生福利部中央健保署黃署長三桂（左）一起現身活動。

封面放大鏡 健保19 健康永久

編輯室報報

- 1 珍惜醫療資源 健保19 健康永久

封面放大鏡

- 4 健保19 健康永久
10 合理用藥及就醫
醫師！請關心我吃的藥是否重複了
15 「腎」利人生 謹「腎」照顧

時事搶先報

- 20 全民健保癌症重大傷病換證 民衆權益未受影響
23 年度報稅須知 健保保險費可全額列舉扣除

健保好幫手 輕鬆上網查

- 25 讓急診醫療用在緊急重症病患
29 對抗感冒大作戰
33 健保有愛 公益有情



▲ 103年3月8日全民健保19週年首場健走活動於桃園縣中壢市中正公園。



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 ◎丁志晉·王淑華·江秋芬
 何小鳳·吳秋美·李函潔
 林純美·姜毓華·高辛蓓
 張鈺旋·陳福隆·陸更新
 劉上惠·劉林義·蔡佩玲
 執行編輯 ◎廖哲慧·曾淑汝
 文編 ◎張秀珍
 美編 ◎黃則誌·龔培涵·鍾宜珊
 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

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 ◎衛生福利部中央健康保險署
 作財產權人

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。

世界比一比

34 日本長期照護保險制度的啓示

健康萬事通

39 春天氣溫變化大 氣喘病患要小心

41 5招做好低溫保健

生活是樂活

43 藝文泉源 灌溉知性心靈

愛心感恩卡

47 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

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



健保 19 健康永久

衛生福利部中央健康保險署在 103 年陸續推動許多重要的計畫，包括「醫療支出面重要的管理計畫」以及建置「健康存摺」計畫。未來仍將持續對全民健康保險改革的成果進行檢討，以期健保制度能夠真正符合社會的期望，達到照顧大多數人的醫療需求，增進對每位國民的健康保障。

撰文／章 菱

全民健康保險制度開辦已經邁入第 19 年。臺灣的全民健保是受到國際專家所公認的最佳健保體系，知名媒體美國有線電視新聞網 CNN、探索頻道 DISCOVERY 皆曾對我國的健保制度做過相關的正向報導，諾貝爾經濟學獎得主保羅克魯曼（Paul Krugman）也曾公開給予肯定，而這些皆是健保署同仁一起努力與奉獻的結果。19 年來全民健保除了照顧全民的健康之外，也持續關注弱勢族群及偏鄉地區民衆的醫療照顧，102 年開始實施二代健保後，更強化落實公平公義的精神。



103 年推出 10 項醫療支出面管理計畫

二代健保在社會各界的支持下，已順利實施滿一年了。為了讓民衆獲得更有品質也更有效率的醫療照護服務，提升民衆對自我健康及就醫狀況的掌握，同時避免不當醫療資源浪費，健保署在 103 年特別推出 10 項「醫療支出面重大管理計畫」如下：

一、雲端藥歷檔精進計畫

為了減少病人重複用藥、降低藥物交互作用等情形，並提升用藥安全及品質，健保署於 102 年建置「健保雲端藥歷系統」，供醫院醫師、藥師即時線上查詢病人用藥紀錄。該系統對提升民衆用藥安全及品質具有高效益。103 年健保署仍持續精進其功能，且落實到整個醫療院所，以提高醫師及藥師使用意願，並提供病患查詢自身的用藥紀錄。

二、推動急性後期照護試辦計畫

病患在急性醫療到長期照顧這段過程中，需要許多條件的配合，有些急性醫療後的病患是長照機構無法處理的，而急性後期照顧就是針對急性醫療階段後至長期照護間之轉銜期間照護，健保署從 103 年針對腦中風的病患在急性期後失能之復健治療黃金期內，訂定個別治療計畫，透過整合式照護，促進病人能較快恢復或改善失能程度，進而減少重複往返醫院，並助其順利返家，以減輕醫療體系、家庭及社會照顧之負擔。目前已建立的急性後期專業照護模式的醫院遍及全國各縣市，其中區域醫院有 51 家（39%），地區醫院有 78 家（61%）。

三、減少重症末期病患無效醫療及呼吸治療管控計畫

為考量人道立場、維持病患生命尊嚴，以及減少重症末期患者於生命末期諸多非必要的醫療，健保署規劃將安寧療護及安寧緩和條例等相關資訊，納入長期呼吸器病患（家屬）必要的衛教項目中，並研議增訂相關重症醫療支付標準使用之禁忌症，以減少不當醫療利用。

四、強化社區居家安寧療護計畫

安寧居家照護過去大多由大型醫院所提供，未來健保署也將鼓勵基層診所及社區醫院能提供此服務。安寧居家照顧早期是針對癌症末期的病患，現在已經擴大到其他疾病患者。自 103 年開始，有家庭醫師照護計畫之基層院所及以呼吸器收治為主的社區醫院，都將新增納入健保支付，未來也希望此服務能擴大推展到診所、各社區甚至家庭中，並由基層的家庭醫師協助，讓人在往生前的最後階段仍能享有基本的尊嚴。

五、門診高利用保險對象輔導計畫

健保署統計顯示，有極少數的民眾會出現逛醫院或其他不當的就醫行為，而浪費醫療資源，為強化民眾健康管理能力，健保署將針對當年就醫次數超過 20 次病患，給予即時提醒；並對每季就醫次數超過 40 次、每年超過 90 次的病患，加強輔導措施，如寄發關懷函、辦理藥師居家高診次輔導或指定就醫地點等措施。

六、強化門診整合照護計畫

為避免多重慢性病患者出現重複、不當治療用藥或處置，健保署進行醫院門診整合性醫療照護服務，並透過基層家庭醫師協助完成照護計畫。103 年已有 181 家醫院參加門診整合照護計畫，照護對象約 45 萬餘人，基層醫療目前已成立 374 個社區醫療群，參加基層診所 2,785 家，參加醫師數 3,343 位，建立與 135 家醫院合作模式，照護個案達 205 萬人，達到珍惜醫療資源之效益。

七、自費特材比價網建置計畫

為提升醫院服務的品質及收費的合理性，讓醫院的自費醫材收取資訊更透明，同時維護民眾權益，健保署將建置自費特材比價網，讓民眾可上網查詢並比較各院自費項目之品牌及價格（如塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、陶瓷人工髖關節、膝關節、脊椎人工支架等），讓民眾可以一目了然，並藉此縮短醫療院所間的收費差距。

八、藥品費用支出目標 (DET) 藥價調整計畫

為減少藥價調整對業界之衝擊並管控藥費成長於合理範圍，健保署已公告自 2013 年 1 月 1 日起試辦「藥品費用支出目標」2 年，配合年度總額之協定與分配，訂定藥品支出目標值，當年度藥品費用超出支出目標值時，本署即依超過情形及市場售價，自動啟動藥價調整機制，使藥價調整之額度具有可預測性 (predictability)，大大減少對藥品產業之衝擊。

九、一般門診單一處方用藥品項數量管控計畫

為促進合理用藥，健保署近年來已從民眾端進行居家藥事訪視，由藥師針對高診次民眾進行輔導，以避免民眾重複使用藥物，提升民眾用藥安全。另健保署從開藥醫師端，亦加強審查醫師之處方用藥，針對一般門診單一處方超過 8 項之案件，以及平均每張處方用藥品項數大於 5 項之醫療院所加強管控，由醫藥專家判斷開藥是否合理，希望藉此減少醫師重複處方，避免浪費健保資源。

十、醫療費用數位化審查改善計畫

為提升行政效率的目的，健保署將持續研議電子化核定作業，並開發醫療費用申復電子化作業，鼓勵醫療院所採用，以提升醫療費用審查效率。透過提高數位檔送審件數，可以提升行政效率外，亦可節能省碳功能。

建置「健康存摺」計畫

全民健保實施滿 19 週年，健保署除了推出上述「醫療支出面重大管理計畫」外，並計劃完成「健康存摺」查詢之建置，未來每位保險對象只要利用自然人憑證，即可上健保署的網站查詢及列印個人過去一年中至醫療院所的就醫資料。

每個人都有銀行的金錢存摺，但健康是比金錢更重要的寶貴資產，因此健保署計畫推出「健康存摺」，讓民衆能保存以往的就醫紀錄。在考量個人隱私、便民與就醫資訊透明化之前提下，並參考國外的經驗，包括澳洲的 E-Health 制度設計，健康存摺計畫預定將於 103 年底前建置完成。

至於必須使用自然人憑證的條件使用，是因為醫療就診紀錄是非常隱私的資料，所以申請過程必須要非常謹慎小心，同時亦須符合「電子簽章法」、「個人資料保護法」等關於資料使用的法令規範，因此將由保險對象主動提出申請並確認身分後才能提供就醫資料。

個人申請的就醫紀錄並非個人過去一年的所有病歷，而是特約醫事機構向健保署申報的醫療資料。內容包括個人的就醫日期、申報機構的名稱、申報時主要的疾病分類碼與名稱、自付的金額、健保支付的點數，以及支付點數的醫囑內容，含括藥品、特材、檢驗、檢查及處置的名稱。



▲ 為了避免醫療浪費，健保署預定將於 103 年底前為全民建置「健康存摺」計畫。

衛生福利部中央健康保險署 保險對象門診及交付機構就醫紀錄+醫令明細表									
身分證號：Z299***965									
出生日期：046/11/08									
就醫日期起迄：101/10/01 ~102/09/30									
健保署服務單位	醫事機構	就醫日期	領單或檢查或治療日期	健保卡 就醫序號	疾病分類碼	疾病分類名稱	處置碼	處置名稱	
醫驅總量	醫驅代碼	醫驅							
臺北	長***科	102/07/01		0008	2299	良性腫瘤	8621	藏毛囊腫或竇之切術	
1	00110C	一般門診診察費—基層院所...							
1	25003C	第三級外科病理							
1	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘...							
臺北	新***	102/07/15		IC21	V700	在健康照護機構所作之一般常規醫學檢查			
1	21	成人預防保健服務給付時程...							
臺北	羅***醫	102/07/15		IC31	V762	子宮頸癌篩檢			
1	33	子宮頸細胞病理檢驗							
臺北	祥***	102/08/15		IC01	V048	流行性感冒預防接種			
1	A2001C	高危險群老人流行性感冒疫...							
1	K000889206	伏必靈流感疫苗							

▲「健康存摺」讓民眾在家就可查詢個人過去一年的就醫資料，掌握自己的健康狀況。

申請最近一年的起算方式，如 103 年 2 月 1 日申請 101 年 10 月至 102 年 9 月，網站資料將會於每月的 1 日更新，即 3 月 1 日可申請 101 年 11 月至 102 年 10 月。由於儲存的空間限制，所申請的資料只保留 7 天，若超過 7 天未下載，資料將會被清除。

「健康存摺」的就醫紀錄不僅能使病患提升對自我健康及就醫狀況的掌握程度，也能在就診時出示，讓醫師能在最短的時間內了解病患的病史，提升醫病溝通品質及互動，並且減少重複用藥、用錯藥的機率。若病患無自然人憑證但有申請就醫資料之需求，亦可向投保單位所在之健保署分區業務組提出書面申請。

102 年健保的回顧

102 年 1 月 1 日開始實施二代健保，回顧過去一年的健保財務，依「全民健康保險法」第 78 條的規定，健保的安全準備金須維持 1 至 3 個月，而根據健保署統計，至 102 年底的健保餘額是 851 億元，約略是 2 個月的健保支出費用，並沒有超過規定的上限，所以整個健保的財務狀況仍屬相當平穩。

此外，針對二代健保所收取補充保險費的部分，截至 102 年 12 月 31 日止，補充保險費總共收到 331 億元，而由於 12 月保費最晚可以到 2 月底前繳交，所以 102 年全年預計可收 350 億至 360 億元左右，亦與健保署當初推估的 350 億元目標相符合。

至於二代健保收取補充保險費，將經常性薪資以外的所得納入做為計費的基礎，讓有其他所得的人可以多負擔一點保費，但相對的採取擴大費基的方式，調降了一般保費的計算費率，從 5.17% 降到 4.91%，使一般受薪階級的保費負擔減輕，補充保險費的收取真正目的在於強化保費負擔之公平性及平衡性，未來也會繼續朝此方向前進。

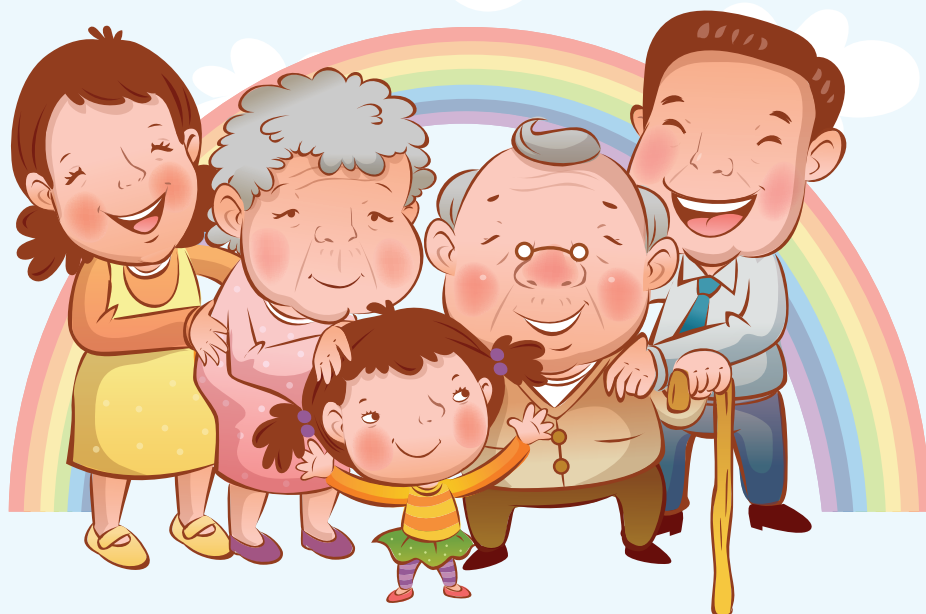
過去一年健保署也在健保委員會的會議中，針對二代健保的實施成果做總體檢及檢討，二代健保的後續架構還是需要不斷的評估、修正，期盼各界也能提出改革研議的參考。

103 年健保署的重點工作

然而，沒有一個健保體系是完美的。健保署在 102 年成立了二代健保總體檢的小組，集結專家學者分組會議，預計在 103 年的 4 月份可提出二代健保總體檢報告。如果是短期內可解決的，就會立即加以改善，如果是中長期的問題，將留待下一次健保改革時參考。

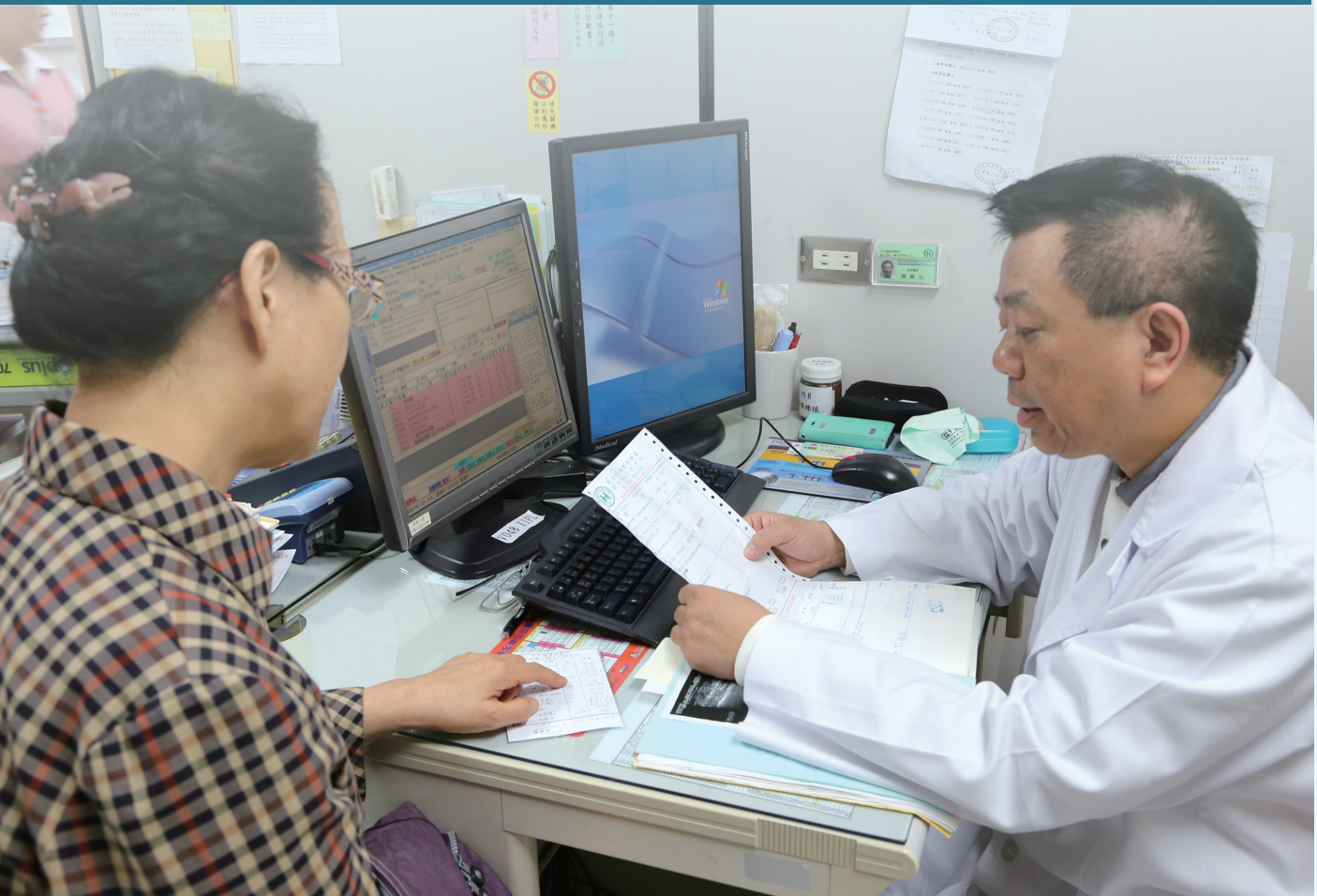
從社會各界的反應顯示，目前對「兼職所得」的部分仍較關注。根據健保署的資料顯示，兼職補充保險費大部分是由一般受僱者及專門技術人員的所得中扣繳，至於弱勢團體，包括中低收入戶、兒童、經濟困難等民衆已排除在外。

103 年健保署的重點工作，除了加強前述新制之推動與宣導，將於二代健保實施一段期間後，持續檢討相關措施，作為未來推行改革的基礎。健保署期望能提升整體的醫療環境與品質，並於多變的時代中，秉持著公平、公義的精神照顧更多人，讓在臺灣生活的人都能永久擁有全民健保之照護與服務。



合理用藥及就醫

醫師！請關心我吃的藥是否重複了



根據統計，全臺一年高血壓、糖尿病、高血脂等「三高」病人重複給藥日數的比率約 5-6%，所衍生的浪費金額估計上億元。健保署為確保民眾用藥安全，提醒民眾除了注意合理用藥的觀念，也應避免「逛醫院」，以減少重複用藥對健康產生危害。

諮詢／衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組技正 何小鳳
撰文／丁彥伶

提起「合理用藥」，很多人都會認為「還不是政府想省錢！」，然而，民衆落實合理就醫及用藥，不但可以節省健保的開支，更重要的，是能確保民衆的安全及健康。根據健保署監測發現，國人慢性病藥費一年吃掉健保近 700 億元，而三高用藥是最大宗，超過藥費支出的一半以上，尤以高血壓的藥品最多。健保署分析跨醫院門診、同藥理用藥重複日數比率發現，最常見的是跨不同醫院重複取藥造成的浪費。患者跨醫院重複拿藥不僅消耗健保資源，更危險的，是重複服用藥物或是藥物交互作用造成的危害，例如重複使用降血壓藥物可能引發低血壓的危險，又如大量重複使用止痛劑造成的胃炎或腎臟傷害，或重複使用多種安眠藥導致的昏迷甚至中毒等。



▲ 健保署成立「雲端藥歷系統」，協助醫師開立處方時，避免民衆重複用藥。

根據健保署 100 年的調查報告指出，國人就醫習性有看病多、拿藥多、檢查多的「三多問題」，每人每年平均就醫約 15 次，全國每天約有一百萬人次在看病。而據藥師公會的調查也發現，臺灣人年用藥量是美國的 7 倍。不合理用藥不只可能增加藥物的不良反應及交互作用，危害病人的身體健康，且增加醫藥資源的消耗，因此多年來健保署不斷推動高就醫病人輔導計畫，希望促進高診次民衆更合理的使用醫療資源。

養成正確的就醫及用藥習慣

發生重複用藥問題的原因，多半是因為民衆在不同診所、醫院就醫所致。雖然透過健保 IC 卡及健保署建置的「健保雲端藥歷系統」，讓醫師在為病患開立處方時，可即時查詢病患近 3 個月在本院或其他醫院的用藥紀錄，避免重複用藥，但如果醫師因忙碌於開藥時未查核病人藥歷，而患者看診時也沒有先告知醫師自己正同時在服用哪些藥，就可能發生重複開藥的情況。

健保署也發現，民衆跨醫院求助不同醫師的原因，大部分是因為罹患多重疾病，但也有民衆是因懷疑另一位醫師開的藥品不夠有效或藥品遺失等特別的理由。根據統計，門診的開藥比率已達 89%，許多民衆認為似乎沒有拿藥就好像沒看病，也有民衆家裡囤積許多「不需要或多領」的藥物。



▲ 國人就醫習性有看病多、拿藥多、檢查多的問題，其中最常見的，是跨不同醫院重複取藥所造成的浪費。

而根據藥師公會社區藥局的廢棄藥物調查，國人每年丟棄的藥物量高達 136 噸，可見民衆不需要多領或是沒吃完的藥物真的是造成很大的醫療資源浪費。健保署呼籲，民衆應養成正確的就醫及用藥習慣，尤其家中有多重慢性疾病患者的，更要時時注意用藥安全。

異常用藥管理避免重複開藥

為促進合理用藥，健保署近年來已從高就診民衆端進行居家藥事訪視，由藥師針對高診次就醫民衆進行輔導，目前係以前一年申報門診之就醫次數高於 90 次、在兩家以上院所領取 13 張以上慢性處方箋者為優先輔導個案，就醫藥費在前 50 百分位且就醫家數大於 6 家者則為第二優先輔導個案，而半數以上處方箋藥品品項多於 6 種者為第三優先輔導對象。藥師進行居家訪視之目的在於協助民衆建立正確服用藥物觀念，以避免藥物重複使用，確保用藥安全，並減少醫療資源的浪費。

在開藥醫師端，健保署則加強處方審查，這項管理措施分別從醫療院所個別處方來看，若病人單次處方藥品大於 8 項，或是醫療院所平均開給病人的每張處方藥品大於 5 項者，會予以加強審查，由醫藥專家判斷開藥是否合理，希望藉此減少不必要的用藥。異常用藥加強審查管理措施已經排除了癌症、精神疾病等重大傷病患者，以及高血壓等有多重疾病，或因病情複雜，不得不同時使用多項藥物治療的慢性病患者，所以並不會影響真正需要服藥之病患用藥的權益。

健保署的異常用藥管理措施還包括「安眠鎮靜藥物」之管理。由於國人安眠藥用量大，健保署擔心有誤用情況，同時為避免不肖人士假藉失眠名義，到各醫療院所領用安眠藥卻從事不當用途，造成社會問題，目前健保署已要求醫師在開立史蒂諾斯等安眠藥時，必須先主動檢查患者健保卡的用藥紀錄，如果患者過去 6 個月內領的安眠藥藥量，達每天兩顆以上時，就不能再開藥，避免重複領藥及安眠藥誤用。

成立以病人為中心的「整合性照護」

健保署自民國 98 年 12 月起推動「醫院門診整合照護計畫」，針對就醫次數或費用較多，或罹患多重慢性疾病的醫院忠誠病人，以獎勵方式，鼓勵醫院提供門診跨科整合照護，並達一次掛號多科看診之模式，以減少民衆就醫往返奔波之苦，並進而減少不必要之檢查、檢驗、用藥等醫療浪費。

102 年醫院門診整合照護計畫將罹患 2 種以上慢性疾病的忠誠病人納入照護，醫院提供之門診整合照護模式包括如老人門診、三高門診、婦女整合照護等，希望多重疾病病人能因整合照護，減少用藥重複情形，患者不必重複往返醫院，掛一次號就可解決各種問題。



▲ 不少醫院均設有整合門診，提供跨科整合照護服務（此為臺北市立聯合醫院陽明院區整合門診看診情況）。

以到醫學中心就醫為例，一般未經轉診需繳交部分負擔 360 元，再加上 100-150 元掛號費，只要少看一次診，病患就能省下 460-510 元，而在區域醫院就醫也可以省下至少 340 元。

雖然部分民衆因為尋名醫而四處跨醫院就醫，或因病情變化，不得已跨科看診；例如糖尿病患在病情惡化下，可能會同時合併心血管疾病、腦血管疾病、腎臟疾病…等等，若能透過整合照護門診，讓患有多重慢性病的患者就可以節省許多就醫時間及相關支出。

病患也要為自己的用藥安全把關

為了自己的健康，民衆也要為自己的用藥把關，一是減少跨醫療院所看病的習慣，二是要遵從醫師的囑咐，按時正確服用藥品。

根據健保署規定，醫師開藥必須給處方箋，即俗稱的「藥單」，藥單上要註明患者需使用的藥品名稱、使用方法、用藥等詳細資料，患者領藥後，可以將自己領取過的藥物記錄下來，下次向另一位醫師求診時就可以告知醫師正服用哪些藥物，如果看不懂或不了解處方箋的內容，可以將處方箋或藥袋拿給醫師參考，避免醫師重複開藥，也確保自己的用藥安全。

在避免不合理用藥方面，健保署除了已採取以上各項措施外，用藥安全最重要的還是在病患的自覺，若病人同時在不同科別看診時，請患者務必告知醫師自己正服用的藥物，避免發生用藥過量的危險。另外，民衆看診後領取的藥品，應遵照醫師指示按時服用，才能讓藥品發揮功能，早日痊癒。

「腎」利人生 謹「腎」照顧



根據衛生福利部中央健康保險署統計顯示，臺灣目前領有重大傷病證明的洗腎人數約 7 萬多人，過去統計也發現，臺灣的洗腎發生率高居世界前幾名，為了提升民衆健康，衛生福利部健保署近年做了很多努力，成效也漸漸呈現，民衆仍需依醫護人員給予之衛教，加強自我護腎的預防保健工作，即使發現腎臟功能已退化，透過正確之預防保健，也能夠減緩腎功能退化的速度，享有「『腎』利人生」！

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組科長 張溫溫
撰文 / 丁彥伶

全民健保開辦後，因腎功能衰竭而需洗腎的人，已無財務上的就醫障礙，病人經定期洗腎治療，仍能重返正常生活，彰顯了健保對透析病患的照顧。但洗腎病人數的成長，卻也造成健保財務上的負擔。為了國人健康，如何降低透析（洗腎）的發生率，健保署自民國 95 年起陸續推動多項早期腎病的照護計畫，透析（洗腎）新發生人數自 89 年成長率為 8.09%，至 101 年已降低為 3.64%，下降了 4.45 個百分點，顯示透析新發生人數成長率已有減緩的趨勢，推動的慢性腎臟病照護計畫已獲初步成效。

慢性腎臟病的 5 個階段

慢性腎臟病共分為 5 個階段，即使被診斷為慢性腎臟病，也不需過度驚慌。若能遵照醫囑好好自我照護，腎功能惡化速度可以非常緩慢，但若急於尋求偏方及亂吃草藥，也可能造成腎功能迅速惡化，而很快進入第 5 階段的末期腎衰竭。

第一期和第二期的民眾，腎功能正常但若合併有蛋白尿和血尿等腎臟損傷狀況，這個階段的患者只要先瞭解有無糖尿病及高血壓、高血脂等狀況，血壓的高壓要低於 130 毫米汞柱，低壓低於 80 毫米汞柱、血糖的糖化血色素控制在 7% 以下，以及空腹血糖低於 160mg/dl、每週運動 3 次、戒菸戒酒、避免熬夜，控制血脂，配合每半年進行腎功能檢查，通常可以維持腎功能的水平，但是若有腎絲球腎炎則要配合治療。

到了第三期的患者可能沒有明顯症狀，但血中的肌酐濃度上升，而第四期的患者則可能出現初期尿毒症狀，更要積極配合醫師治療。

即使到了第五期末期腎衰竭，如果密切配合醫師治療，嚴格控制血壓、血糖、血脂等等，仍可延緩進入洗腎時間，但若腎臟逐漸無法排除體內代謝廢物和水分，則必須準備接受透析治療或是選擇腎臟移植。

◀ 洗腎病患經妥善治療及照護後，仍可重返正常生活。



慢性腎臟病的 5 個階段

期 別	腎絲球過濾率 (eGFR)	症 狀
第一期	≥ 90	通常無症狀，但大多有蛋白尿，需定期追蹤控制慢性病
第二期	60-89	
第三期	39-59	血中肌酐酸濃度上升，臨床有時無特殊症狀
第四期	15-29	初期尿毒症狀，可能有噁心、喘、泡沫尿、高血壓、水腫等
第五期	≤ 15	尿毒症狀明顯，若腎臟逐漸無法排除廢物和水分，必須準備接受透析

註：腎絲球過濾率 (estimated Glomerular filtration rate, eGFR) 資料來源 / 2003 年美國腎臟基金會 (NKF)

健保署的護腎計畫

健保署推動的護腎計畫包括「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」及「末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」，希望透過早期預防、早期治療，延緩慢性腎臟病病患進入透析時程。

「末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」自 95 年 11 月起實施，主要是針對末期腎臟病前期患者 (Stage 3b、4、5 期及蛋白尿) 提供個案管理以及衛教計畫，結合腎臟專科醫師、衛教護理人員及營養師以跨專業、跨領域的醫療團隊提供積極治療與介入。

以定期追蹤病患各項生化檢驗值、提供衛教指導、讓病患瞭解慢性腎衰竭之症狀與處理、影響腎功能惡化原因、併發症介紹與預防、緊急就醫黃金時段等方式提供照護，102 年參與院所 203 家，累計收案腎衰竭前期病人 12 萬 5 千餘人。

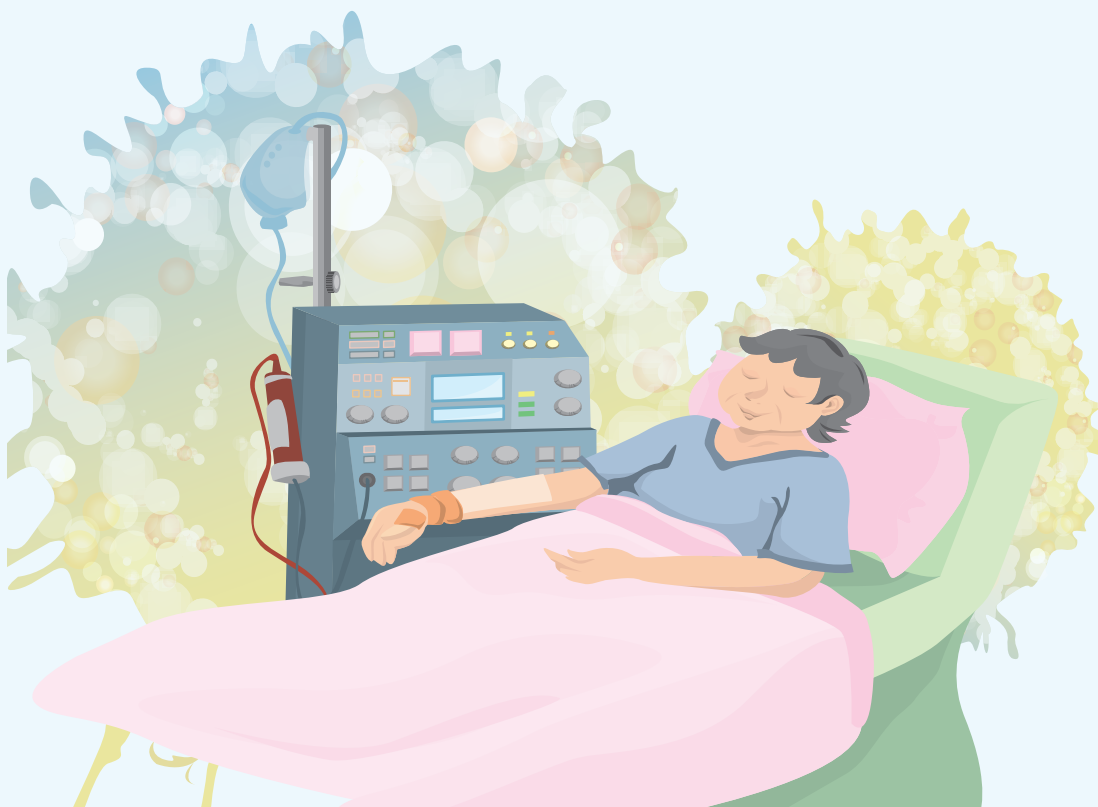
經「末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫」提供照護後，病患若能遵醫囑作好自我照護，多數可減緩腎功能惡化速度，減少腎病相關併發症，除延緩進入長期透析狀態之外，即使病人經照護後腎功能仍持續惡化進入透析，對於選擇透析方式、強化照護認知、建構支持體系與透析之前手術 (瘻管重建) 也有充分準備，讓長期透析患者能擁有較高品質的生活。



▲ 透過定期追蹤各項生化檢驗值，早期發現與治療，是護腎的第一步。

建構慢性腎臟病照護網絡

為能更進一步減少國人洗腎發生率，並建構完整慢性腎臟病照護網絡，健保署又自 100 年起辦理「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，將照護對象擴大至第 1、2、3a 期慢性腎臟病人均納入收案，由新陳代謝科、一般內科、心臟內科、家醫科等醫師，提供初期慢性腎臟病患完整之治療模式與適當的轉診服務。定期追蹤患者的 eGFR（腎絲球過濾率）、Upcr（尿蛋白比值）、血清肌酸酐、LDL（低密度脂蛋白）等重要的腎功能檢查數據，以監測腎功能之變化，並提供病患最適切的醫療及衛教。102 年參與院所 894 家，年底累計收案照護人數共 24 萬餘人。參與計畫的院所已建置在健保署全球資訊網內，民衆若有需要，可以上網參考；路徑為：健保署全球資訊網 / 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 / 查詢各試辦院所名單，選取「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」或「Pre-ESRD Stage 3b、4、5 期及蛋白尿」之後，可就區域別選擇方便的院所就醫。



▲ 健保署為減少國人洗腎發生率，辦理「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」並建構完整慢性腎臟病照護網絡。

慢性腎病變的高危險群要注意

60歲的張先生在多年前公司健檢中發現血糖過高，還有高血壓，但因為覺得身體狀況都不錯，所以都沒有規則就醫治療，直到最近聽女兒勸告接受全身健康檢查，醫師發現張先生已經因為糖尿病和高血壓，併發了第二期腎病變，出現蛋白尿，醫師提醒張先生要注意追蹤與治療，否則可能將面臨洗腎危機。

同時，根據台灣腎臟醫學會統計，臺灣洗腎患者的發生原因，第一名就是糖尿病，佔發生原因的39%，第二名和第三名分別為腎絲球腎炎及腎臟間質病變，而第四名就是高血壓。

因此，提醒民衆應定期健檢，特別是60歲以上、有高血壓、心臟病、糖尿病的患者，家族近親中有尿毒症病患，以及本身有結構性腎小管異常、腎結石或攝護腺肥大，還有長期食用中藥、有紅斑性狼瘡等系統性免疫疾病的民衆，都可能是慢性腎病的高危險群，最好進行定期健檢，通常只要驗尿即可篩檢出來。

若發現腎功能退化併有蛋白尿者，應配合照護團隊衛教，培養健康的行為及生活習慣，並遵循醫囑控制高血壓、糖尿病等會加速腎病惡化的因子，始可延緩腎功能惡化的速度，同時要注意，別因為不想看病吃藥而聽信偏方或服用來路不明的中草藥，同時避免亂服成藥，以免加速腎功能惡化。

雖然健保署在民衆腎臟健康方面推動許多照護措施，也看到國人因末期腎病進入洗腎階段的人數成長率有降低，但是102年健保透析門診支出仍高達318億元，耗用之醫療資源已成為社會與健保的沉重負擔，提醒民衆要有正確的護腎觀念外，唯有早期預防、早期治療，方能免除長期洗腎之命運。



► 民衆定期追蹤血壓值，早期發現及治療。

全民健保癌症重大傷病換證 民衆權益未受影響

102年12月經媒體報導，針對經治療痊癒而處於追蹤階段的癌症病人，在重大傷病證明5年效期屆滿時，就不再續發重大傷病證明，不僅引起許多癌友們恐慌及反彈，也指出許多醫師擔心將造成病患因此疏於注意癌症復發的危險，而影響健康及生命。唯此措施只針對醫師評估已經治癒的病人，不再續發重大傷病證明，若日後還有復發或需積極治療的情形，隨時都可以再申請核發重大傷病證明，並不會影響到病人的醫療權益。

諮詢／衛生福利部中央健康保險署醫務管理組
專門委員 王淑華
撰文／丁彥伶



▲ 重大傷病證明已註記於健保卡中。

這次媒體的報導，讓許多人以為「永久性的重大傷病證明，縮短成5年期限，影響癌友的權益」，事實上，在健保開辦初期，癌症重大傷病證明效期是永久的，但是隨著醫藥的發達，目前許多癌症是可以治癒的，病人透過健保提供的醫療服務其癌症已治癒，且獲得良好的生活品質，便已與一般非重大傷病的慢性病患者無異，僅需定期追蹤檢查。

癌症重大傷病證明效期為5年，屆期需換發

基於就醫負擔公平性，經相關專家學者討論後建議，自民國91年起，癌症的重大傷病證明效期已改為「5年換發」一次。以癌症治療來看，5年內的復發機率比較高的，需要較密集的追蹤，但如果超過5年未復發，顯示治癒率高，未來只需要每年追蹤一次，或兩次即可。

雖然目前癌症重大傷病證明有效期限以5年為期，屆期需要換發，換發時只要檢附相關治療評估資料，並經健保署專業審查符合「需積極或長期治療者」的續發條件，民衆仍可以再取得重大傷病證明，核發條件並未改變。

而且，針對經健保署認定未再核發重大傷病證明的病人，所需的檢查、檢驗，健保一樣有給付，保險對象在進行後續追蹤檢查時，只需繳交掛號費及基本部分負擔，就醫權益並未受損，而且未來只要醫師認定該病人有復發現象，重新填寫重大傷病證明申請書，檢附診斷證明書及病歷摘要或檢查報告等相關佐證資料，病人隨時都可以再申請重大傷病證明，並不如媒體報導指出「醫療費用大增，影響患者追蹤治療的意願」。

據統計顯示，健保署核發的近百萬多張重大傷病證明中，癌症病人最多，占了 4 成 9 左右，101 年度的健保支出就達到 587.6 億元，其中有發證浮濫，實有審慎處理的必要。一般癌症重大傷病領證者每年換證數約達 2 萬至 4 萬張，部分病人還是請託醫師再次代為申請補發，但其實經完整治療後，僅需要定期追蹤，不用進行抗癌治療，5 年期滿便無需再續發重大傷病證明了。

據推估從嚴審核後，約有 2.7 萬人不再續卡。重大傷病卡除了 18 類疾病以外，其他 12 類重大傷病證明都有期限，癌症是 5 年，而燒燙傷則為 1 年，健保署制定的換證期限都是經過臨床專家討論後訂定，並非針對癌症病人設限。

重大傷病換證的檢討與建議

依據全民健康保險法第 48 條規定，重大傷病患者就醫得免除自行負擔費用。自民國 86 年以來，健保署核發的重大傷病領證數及醫療費用持續成長，自 86 年至 101 年間，領證數成長率高達 148%，醫療費用成長率更高達 279%，重大傷病患者人數只佔人口數的 3.8%，但是醫療費用卻佔了健保費用的 27%，因此各界不斷提出重大傷病證明之核發應進行檢討的建議。

近年經監察委員提出過去重大傷病證明換證需加以檢討。因此若醫院提供的資料不全，或是經過健保署委託的醫師評估，認為病人疾病已癒不需再積極治療的病人就不再給予換證。

重大傷病證明免自行負擔範圍

- 一、依據全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 3 條規定，重大傷病證明註記於全民健康保險憑證（健保卡），如為慢性精神疾病患者，則由健保署發給書面證明。
- 二、另依上開辦法第 6 條規定，保險對象持重大傷病證明於有效期限內就醫，其免自行負擔費用之範圍如下：
 1. 重大傷病證明所載之傷病，或經診治醫師認定為該傷病之相關治療。
 2. 因重大傷病門診，當次由同一醫師併行其他治療。
 3. 因重大傷病住院須併行他科治療，或住院期間依病情需要，併行重大傷病之診療。

保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給該項重大傷病證明者，其當次住院免自行負擔費用；如住院期間之檢驗報告，於出院後始經確定診斷提出申請者，施行該確定診斷檢驗之當次住院及出院後之相關門診亦免自行負擔費用。

三、病人持著重大傷病證明在有效期間就醫，經診治醫師確認符合上述規定即可免部分負擔，至「相關治療」，則由診治醫師依病人就醫當時病況醫療專業判斷認定該次診治係與卡證所載之傷病相關，但若該次診療非卡證所載之傷病或相關治療，則不符範圍規定，不能免部分負擔。

18 類重大傷病期限終身有效

據衛生福利部公告有 30 大類疾病列入重大傷病範圍，其中有 18 類先天疾病，或是無法治癒的疾病，重大傷病證明的期限仍為永久有效，包括：



1. 先天性凝血因子異常（血友病）	2. 確定需定期洗腎
3. 全身性自體免疫疾病	4. 部分慢性精神病
5. 先天性新陳代謝異常疾病	6. 部分先天性畸形及染色體異常疾病
7. 器官移植手術後之追蹤治療	8. 小兒麻痺、腦性麻痺
9. 減壓病	10. 脊髓損傷或病變疾病
11. 塵肺症	12. 先天性肌肉萎縮症
13. 外皮之先天畸形	14. 漢生病
15. 烏腳病	16. 運動神經元疾病
17. 庫賈氏病	18. 經衛生福利部公告之罕見疾病

上述這些病患的重大傷病證明仍為永久有效。

年度報稅須知 健保保險費可全額列舉扣除



又到了報稅季節，很多人為了節稅，都要非常辛苦地收集各種的繳納證明，以利採列舉扣除者可逐一列舉，不過很多列舉扣除的項目都有報稅的扣除額上限，好康的是：如果選擇「列舉扣除額」申報綜合所得稅時，健保費，包括去年開始扣繳的補充保險費等均可列舉扣除，而且扣除無上限，節稅效益更高。

諮詢／衛生福利部中央健康保險署財務組
撰文／丁彥伶

一般在保險費方面，報稅時可以列舉的扣除額上限是 24,000 元，衛生福利部中央健康保險署財務組表示，自民國 95 年起，全民健保費可以全額抵扣，扣除無上限。

健保費、補充保險費及醫療費均可列舉扣除

綜合所得稅報稅的方式可分為「標準扣除額」和「列舉扣除額」兩種方式，只有採列舉報稅的民衆可以申請列舉扣抵健保費，且包括去年開始扣繳的 6 項補充保險費也可以列舉扣除。若採取標準扣除額報稅者，就無法享有列舉扣除健保費的優惠。

6 項補充保險費包括：1. 全年累計超過投保金額 4 倍部分的獎金；例如年終獎金、三節獎金、紅利等等，累積超過當月投保金額 4 倍的部分。2. 兼職薪資所得。3. 執行業務收入。4. 公司給付股東的股利總額。5. 利息所得，包括公債、公司債、金融債券、各種短期票券、存款及其他貸出款項的利息。6. 租金收入。只要全民健保的健保費，均可全數列入綜合所得稅的列舉扣除額，並無上限金額之限制。

全民健康保險保險費繳費證明，在公司（行號）或在工會（漁會、農會、水利會）加保的民衆，請向您投保的公司（行號）或工會（漁會、農會或水利會）申請 102 年度的健保費繳納證明。

有關補充保險費的扣繳證明，得向各扣繳補充保險費的單位申請，健保署亦會彙整扣費單位申報之扣費明細資料，於 4 月起提供民衆前一年度的繳費證明查詢，該資料亦同時提供財稅單位資訊平臺，以便利民衆申報綜合所得稅時，作為列舉扣除額使用。補充保險費繳費資料係為扣費單位申報之資料，若有疑義，請逕洽扣費單位更正。

要報稅了！如何取得健保費繳納證明？

報稅期間，若未收到健保費繳納證明，也可在下列管道中，選擇您最便利的方式取得證明：

1. 使用自然人憑證，透過各區國稅局網站的綜合所得稅電子結算申報軟體，或健保署全球資訊網的網路申辦及查詢作業，自行查詢及下載。
2. 使用自然人憑證，在便利超商的多媒體資訊工作站，可列印前一年度之繳費證明。
3. 攜帶個人身分證正本，至國稅局所屬分局、稽徵所、加保的鄉、鎮、市、區公所及健保署各分區業務組或聯絡辦公室申請。

民衆若依照財稅單位資訊平臺查詢的健保費金額申報列舉扣除，即可免檢附繳費單據。若民衆自行收集的健保費繳費單據和財稅單位資訊平臺所查詢健保費資料不符，在報稅時則可檢附扣費單位開立的「扣費證明」作為申報綜合所得稅列舉扣除額的證明。



讓急診醫療用在 緊急重症病患



— 認識急診分級與「急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率」

沒有人想要掛急診，不過當家人或自己突然發生重症，或是意外受傷，免不了還是要送到急診，但相信很多國人到急診都有相同的經驗：等看診、等病床！少則數小時，多則一個星期還沒有等到病床，甚至有時連急診觀察床都沒有，必需躺在急診室走道上的臨時病床。

諮詢／衛生福利部中央健康保險署臺北業務組專門委員 陳玉敏
 撰文／丁彥伶

衛生福利部中央健康保險署臺北業務組專門委員陳玉敏表示，急診醫學是針對不預期的急性病症和嚴重外傷進行評估、處理、治療的專科，急診室的主要功能，是提供醫護人員搶救生命、醫治急性或嚴重創傷病患緊急處置的場所。

急診是「治療中繼站」的角色

看過美國知名影集“ER”的讀者，一定不會忘記，當救護車送來 1 名嚴重槍傷的高中生，急診醫師搶在黃金時間內緊急為傷患開刀取出子彈的緊張畫面。急診是醫療系統內重要的「治療中繼站」，急診室醫師在有限時間為患者找出病因提供治療的同時，也要安排病患後續到適當的科別繼續診療、手術，或是住院、門診追蹤等。面對各式各樣的疑難急症，急診室醫師有時也跟你我一樣，需要承受很大的工作壓力。



▲ 挽救生命第一線，常在生死一瞬間。



▲ 適當運用急診醫療資源，才能及時挽救重症者的生命。

認識急診分級

衛生福利部於民國 99 年 1 月 1 日起已經全面實施新的急診五級檢傷分類標準，讓急診醫療人員運用有限緊急醫療資源，在適當時間內，於適當的地方，使用適當資源做正確的處置。急診五級檢傷標準主要是採用呼吸窘迫度、出血、行動力變化、意識程度、體溫、疼痛程度、受傷機轉等 6 種調節變數，將病人依照其病情輕重與急迫性分五種等級，分級如下：

第一級：復甦急救，例如車禍大量出血、意識不清。須立即急救。

第二級：危急，例如車禍出血，但血壓、心跳、呼吸穩定。處理等候時間為 10 分鐘。

第三級：緊急，例如輕度呼吸窘迫、呼吸困難。等候再評估時間為 30 分鐘。

第四級：次緊急。例如局部蜂窩性組織炎、泌尿道症狀。等候再評估時間為 60 分鐘。

第五級：非緊急。例如局部紅疹、慢性咳嗽，血壓、心跳、呼吸正常。等候再評估時間為 120 分鐘。

民衆了解急診的檢傷分級標準後，不要再認為急診醫護人員棄自己於不顧，很可能是患者本身的疾病經醫師評估後並不緊急，建議把時間及資源留給真正需要緊急救護的患者。

民衆要學習不佔用急診醫療

根據健保署統計發現，102 年高雄長庚急診轉住院的患者中，有 17.61% 需暫留急診 2 日以上，而其他如林口長庚、亞東、臺大醫院在急診轉住院暫留兩天以上的比率也達到 16% 以上。急診室一床難求，急診人力不足已成為許多國家的重要醫療問題。

國內急診待床比率高，很大的原因在於民衆濫用緊急醫療資源。根據臺灣急診醫學會統計，臺灣每年約有 640 到 650 萬人次在急診就醫，但其中有 6、7 成左右的患者，即近 4 百多萬人次

是不需到急診求診，且其中 2 到 3 成患者，約 128 萬到 192 萬人次，只是因為小感冒、腹痛求診。有醫師形容，許多掛急診的患者不是「病急」，只是「心急」，由於健保急診部分負擔費用低廉，把急診當成「快速門診」，浪費醫療資源也造成急診室壅塞，醫護人員為檢傷疲於奔命，更可怕的是，常常會造成真正需要急救的患者無法獲得及時搶救。

提醒的是，每個人都可能遇到真正需要搶救的時候，因此民衆要學習「分級就醫」，盡量於居家就近 30 分鐘內的中度急救責任醫院就醫。全國約 100 家的中度急救醫院，可處理 80% 至 90% 的緊急情況，若中度急救責任醫院無法處理，則會協助安排病人轉診到重度急救責任醫院的醫學中心。請病症不嚴重的民衆不要佔用急診資源，才能避免搶救重大疾病的大醫院急診室人滿為患，造成真正緊急的患者無法獲得適當的救命醫療。



▲ 醫院急診是醫療系統內重要「治療中繼站」。

「醫療品質資訊公開專區」的查詢

若民衆想事前了解所選擇送往醫院的急診處置品質，以及送醫後是否可以很快分配到病房等適切處置，可以上衛福部健保署全球資訊網查詢。「急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率」的指標，病人於急診室暫留 2 日以上的這項指標，是美國和臺灣很多致力於提升醫院品質的機構，用以評估醫院對急診病人處理效率的重要指標，因此，便將此項列為醫事機構急診醫療的品質評估指標。

民衆可將游標指到健保署全球資訊網首頁的「資訊公開」，再選擇「健保資訊公開」，點進「醫療品質資訊公開」，再點選「院所別之醫療品質資訊」，再選擇「醫院總額指標」往下找，即可看到「急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率」的選項，再以「進階搜尋」或「地圖式搜尋」方式搜尋，進入後，即可看到完整資訊。包括解釋「急診」的意涵、為何要設定「急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率」為指標，以及指標的解釋。

若醫院的急診轉住院暫留急診超過 48 小時案件比率指標值小於等於「分區指標值」或「全國指標值」，表示該院的急診病患駐留時間較合理，也顯示該院在整體病床管理，以及急診病人後續的照護有較優的表現。

若是該院的指標值大於「分區指標值」或「全國指標值」，顯示這家醫院的急診室病患駐留時間較久，也可能顯示該院對急診病人處置效率不佳、醫院整體病房管理較不優，雖並不表示該院處理急重症能力不佳，但若患者的病症處理後沒辦法轉到適切的病房休養、照護，也會影響患者的復原狀況，值得民衆參考。

政府疏解急診滿床的措施

另外，為了解決國內各大醫院急診人滿為患的問題，衛福部自 101 年起辦理「提升急診轉診品質獎助計畫」，依據病人急診就醫流向、地理位置及生活圈等資訊，將全國急救責任醫院劃分為 26 個網絡，並強化網絡內醫院間急診轉介的交班與風險告知過程。急診網醫院也依不同功能分級，包括重度、中度、一般級急救責任醫院，各急救責任醫院彼此共同訂定合作協議，依病人傷勢嚴重度分層提供及時之醫療處置。中度急救責任醫院的小醫院，遇到難以處理的急重症，可上轉到重度急救醫院，重度急救醫院不能拒絕；當大醫院滿床，則可以勸導等床的患者，往下轉診到合作中度及一般急救醫院，形成向上、向下、平行的轉診網絡。

提升急診轉診品質獎助計畫施行已有許多成效，如屏東民衆轉外地就醫減少 20%，急症在地就醫比率增加 50%；高雄地區轉至醫學中心比率減少 29.7%，顯示真正緊急傷病患者已能獲得有計畫的轉院、及時收治。



▲ 部分醫學中心急診病床一位難求。

急診分流 醫療品質更安心

很多民衆習慣往大醫院跑，其實多半是迷信大醫院，也低估地區醫院醫療品質，但事實上根據配合大醫院急診分流，而改至地區醫院就醫的患者滿意度都達到 9 成以上，因此提醒民衆配合分級就醫，不必苦苦睡在大醫院滿到走廊上的急診觀察床上，在適切的醫療院所進行治療處置，更能得到安心及舒適的休養環境，亦可更快重拾健康。

對抗感冒大作戰

— 認識診所的「門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日再次因同疾病就診率」

根據衛生福利部中央健康保險署統計顯示，急性上呼吸道感染件數每年達數千萬件，為健保前 20 大門診疾病之一，而在健保醫療費用每年 5 千多億的支出中，上呼吸道感染的醫療花費也屬前幾名，顯示輕症就醫耗用健保不少資源。

諮詢／衛生福利部疾病管制署副署長 莊人祥
衛生福利部中央健康保險署臺北業務組專門委員 陳玉敏
撰文／丁彥伶



上呼吸道感染其實是俗稱的「感冒」，根據國內外的醫療統計顯示，90%以上的感冒是由病毒感染所引起。目前感冒治療主要針對患者主訴的症狀，例如鼻塞流鼻水、咳嗽、發燒、喉痛或是頭痛等，予以「症狀治療」之藥物。

以一般病毒感染的病程來說，服藥治療後約 2 至 3 天症狀即會緩解或改善，若未再發生繼發性感染或併發症，通常在 4 到 10 天後，在人體自然免疫力的幫助下，都可以自然痊癒，所以患者在症狀減輕後，即不需再到醫療院所拿藥。

病人就診後未滿 7 日再次因同疾病就診率

由於感冒急性症狀約 7 到 10 天內可減輕，而其他咳嗽等小症狀通常在 1、2 週內會自然痊癒，所以病程中就診一次算是合理的。若患者在同一病程內就診 2、3 次以上，通常可能是因併發了鼻竇炎、氣管或支氣管炎、中耳炎等其他感染，或是診斷不明確，以致使用的藥物無法減緩患者的症狀，或是引發再次感染。

病患因同一疾病反覆就醫，除要付出醫療院所來回奔波等候看診的時間，亦包括掛號費及部分負擔。因此健保署在邀集各科醫界專家討論後，建立了「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日再次因同疾病就診率」評量指標。如果個別院所門診上呼吸道感染病患的「2次以上複診率」較其他院所高時，建議醫師考慮調整開藥的種類或天數，並適時給患者正確自我照護觀念，以減輕病患反覆回診就醫的負擔和風險。如果醫療院所的2次以上複診率低，顯示該醫療院所的感冒病患多在一次診療後病況就獲控制，患者衛教成效較佳。

另一項「就診後同日於同院所再次就診率」指標，指的是：患者在看完門診後一天內，又返回同一門診再次診療。這種情形可能是患者未能遵循醫囑做好自我健康照護、想尋求其他醫師的第二意見，或感覺醫師診療不適切，覺得自己未獲得完善的疾病衛教，或患者本身病情轉變而造成同日內再就診。根據這些指標監測，可以反應醫療院所對病人的處置品質，督促醫療院所更深入了解原因，提升對門診病患的醫療照護，同時也可提供為民衆因感冒時選擇就醫場所的參考。

「醫療品質資訊公開」專區的查詢

民衆若因上呼吸道感染，希望有選擇醫療院所之資訊，可以透過健保署的全球資訊網獲得瞭解。首先，進入健保署全球資訊網首頁，游標點選「主題專區」，再點選「醫療品質資訊公開」專區，即會進入「醫療品質資訊公開網」的頁面，之後再點選「院所別之醫療品質資訊」，

點入「西醫基層總額」，點開頁面後，即可看見「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日再次因同疾病就診率」的選項，內容即可看到針對上呼吸道感染，以及評估醫療院所治療品質的指標的完整介紹。之後再依個人需求，亦可點入「進階搜尋」，或是「地圖式搜尋」，可瞭解某區域，或是就個人所在地區進行院所查詢，選擇適合的就診醫療院所。

衛生福利部中央健康保險署
全民健康保險醫療品質資訊公開網

中央健康保險署網站 | 衛生福利部 | 您是第4223004位參觀者

專業指標
領先資訊
Information

Health
Care

首頁

推動健保醫療品質資訊之公開與透明化，一直是本署秉持的理念，自94年起即陸續公開民眾關心之醫療品質項目，二代健保後衛生福利部依全民健康保險法公布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，明訂本署及醫療院所應公開之醫療品質資訊，希望透過醫療品質資訊的提供與公開提供民眾就醫參考，並藉此激勵醫界共同努力提升醫療品質。

特約醫院保險病床設置比率

院所別之醫療品質資訊

意見信箱

整體性之醫療品質資訊

專題報告

準確抓住醫療資訊

署本部電話：02-27065866
健保諮詢：0800-030598
上班時間：週一至週五8:30-12:30-1:30-17:30
地址：台北市大安區10634信義路三段140號

▲ 民衆可以透過健保署全球資訊網，獲得醫療院所相關資訊。

中央健康保險署
全民健康保險醫療品質資訊公開網

衛生福利部中央健康保險署 | 衛生福利部 | 回首頁

點選指標項目查看說明與查詢

- 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率
- 就診後同日於同院所再次就診率
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗精神分裂症
- 具高鉀血症病史之高血壓病人使用Potassium-sparing diuretics或Aldosterone antagonist之比率
- 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血脂(口服)
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-抗憂鬱症
- 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用β-Blocker比率
- 注射劑使用率
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖
- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖
- 跨院所門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜

▲ 由「門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日再次因同疾病就診率」點入，即可看到相關醫療院所治療品質的指標及介紹。

上呼吸道感染多數無需就診

上呼吸道感染每年都名列健保藥費支出最多的前幾名疾病之一，但其實據健保署在民國 94 年委託臺北醫學大學護理學院進行「建立提升民衆醫療資源使用知能之傳播教育機制—以上呼吸道感染者為例」的調查顯示，因上呼吸道感染就診的患者中，僅 4 成 3 的症狀符合就醫必要性。

衛生福利部疾病管制署莊副署長人祥表示，病毒造成上呼吸道感染並無特效藥，只能針對患者的症狀給予緩解的治療，所以除非患者出現呼吸短促、喘鳴、體溫持續 3 天超過 37.8°C，咳嗽、流鼻水超過 1 週，或有胃腸、耳朵、頸部淋巴腺嚴重疼痛等「上呼吸道感染求醫必要性」症狀，才需要就醫治療，否則一般只需要多休息、注意均衡營養、多喝水等自我照護處置，即可自然痊癒，如果服用太多不必要的藥物，反而可能造成身體器官的負擔。

感冒和流感的區分

一般感冒容易和流感混淆，莊人祥提醒，由於流感嚴重可能致命，因此民衆應培養自我評斷一般感冒或流感的能力。流感是由流感病毒感染，症狀除了咳嗽、流鼻水、喉痛等和一般感冒類似外，不同之處在於流感會合併全身無力、痠痛及嚴重頭痛等全身性症狀，而且在發病 1 到 3 天初期常有高達 39°C 到 40°C 左右的高燒。

流感發燒階段可能有發冷、寒顫、嗜睡等全身性症狀，發燒期間通常持續 3 到 5 天，也可能延長至 7 天，但通常在發病中期症狀開始緩解。莊人祥提醒，若民衆屬流感併發症高危險族群（如老年人、幼兒、患有心、肺及腎臟疾病、糖尿病、貧血或免疫功能不全者）應特別提高警覺，感染流感後應儘速就醫；一般人感染後出現危險徵兆如呼吸急促、呼吸困難、發紺（缺氧、嘴唇發紫或變藍）、血痰、胸痛、意識改變、低血壓、高燒持續 72 小時等亦應立即就醫。



▲ 感冒和流感易混淆，需要靠醫師協助診斷與治療。

若流感發燒超過一週，或是不適症狀超過兩週以上未痊癒，出現嚴重合併症的可能性會增加；如細菌性支氣管炎、中耳炎、鼻竇炎，甚至是肺炎、腦炎及心包膜炎等。莊人祥提醒，若是流感併發肺炎及腦炎、心包膜炎，惡化可能有致命危險，尤其是幼兒及老人，或合併有糖尿病、腎病、心肺疾病、肝硬化等慢性病的患者，以及癌症、自體免疫疾病等免疫力低下的患者，也要特別注意，若發現病情沒有改善，務必要再就醫始能得到適切治療。

感冒如何自我照護

莊人祥表示，若無特別症狀，一般的感冒患者只要多休息，提升自己對抗病毒的能力，並且多喝水，幫助上呼吸道的黏膜對抗發炎反應，避免吃油炸、燙、辣等刺激性食物，減少對黏膜的刺激，建議戴口罩，除了可以避免自己咳嗽或打噴嚏傳染病毒給別人，也能隔絕乾燥及刺激空氣對黏膜的刺激，同時應避開二手菸及灰塵多的場所，多吃生鮮蔬菜及水果，提供足夠的營養，健全自己的免疫系統，通常很快就能戰勝感冒，恢復健康！



▲ 感冒應多休息，多吃生鮮蔬果，攝取足夠營養，才能提升自己對抗病毒的能力。

健保有愛 公益有情

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署財務組

全民健保開辦以來，致力於提供民眾完善的醫療照護，但有部分民眾因經濟困難無力繳納健保相關費用，生病時不敢就醫外，還得面對欠健保保險費法定追償程序，對其生活影響甚鉅。



健保署為落實照顧弱勢族群，保障其就醫權益，除已有健保保

險費分期繳納、紓困貸款及愛心專戶等協助措施外，自97年起再爭取公益彩券回饋金辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」，主動篩選並發函通知符合資格的民眾，協助其繳納健保相關保險費欠費及補助全年住院部分負擔等。迄102年12月底累計協助人數達12萬餘人，累計協助金額已達26億餘元。

今（103）年度健保署向財政部公益彩券回饋金爭取經費共計約4.09億元，用以辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」及「協助未成年人繳納健保欠費及紓困未還款計畫」，預計於4月及5月間開始執行上述協助作業，未來將篩選符合條件之民眾，主動發函通知，協助繳納健保相關欠費，以保障他們的就醫權益，俾利於早日就業脫貧。

歷年公益彩券回饋金補助成果表

年度	計畫名稱	人數	金額（億元）
97	協助弱勢民眾繳納全民健康保險保險費計畫	26,446	4.00
98	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	19,308	3.95
	協助風災災民及災區民眾繳納健保欠費計畫	19,841	3.78
99	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	7,888	3.79
100	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	18,222	3.81
101	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	13,882	3.24
	協助18歲以下自始未加保或長期斷保之兒少加保及繳清無力負擔欠費試辦計畫	111	0.03
102	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	19,185	4.01
	協助未成年人繳納健保欠費及紓困未還款計畫	1,717	0.21
總計		126,600	26.82

日本長期照護 保險制度的啓示

人口高齡化是世界趨勢，不過臺灣、日本等國在短短 20 年間的高齡化速度，較西方先進國家迅速許多。面對高齡化社會，長期照護是最重要的一環。走在前頭的日本，推動長期照護保險逾 20 年，其經驗與面臨的挑戰，皆值得臺灣借鏡。

諮詢 / 亞洲大學榮譽教授 吳凱勳
撰文 / 劉惠敏



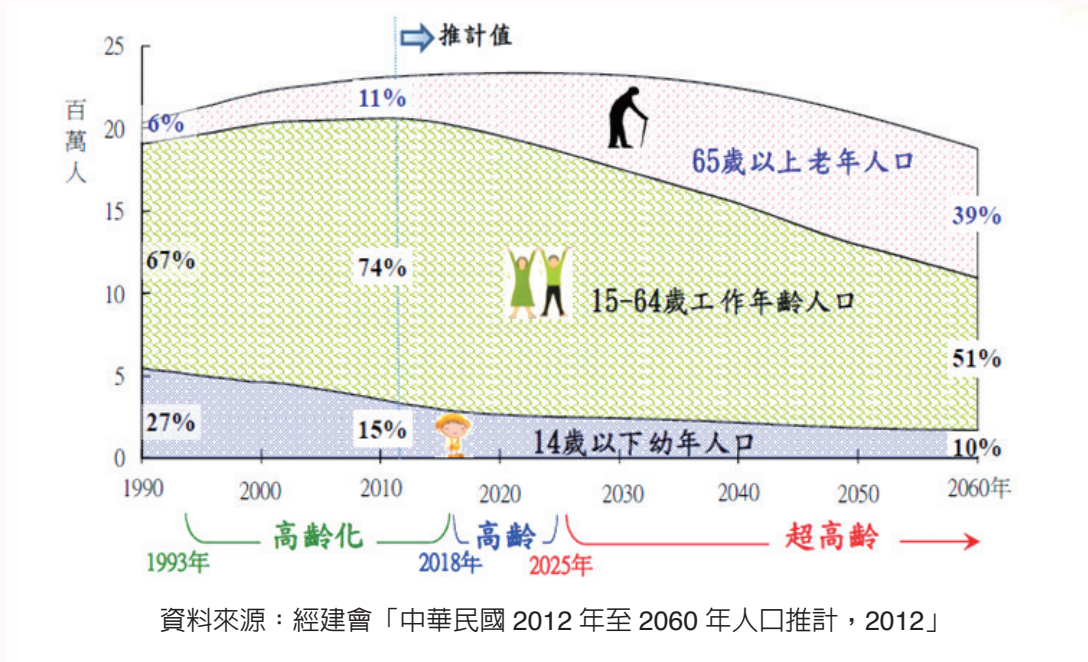
日本步入高齡化社會的迅速，幾乎無國家能及。1970 年日本 65 歲以上人口占總人口比率超過 7%，已是國際上定義的高齡化社會，24 年後同一比率居然已超過 14%，2005 年突破 20%，正式邁入超高齡社會。預計 2035 年將高達 33.4%，也就是 3 人中會有 1 人是老人。面對攀升的高齡人口比率，日本非常早就開始規劃長照制度，並於 2000 年正式推出「介護保險」，也就是長期照護保險。開辦至今已逾 14 年，「不過人家在開辦前後可是醞釀了 20 年」，熟知日本健康福祉制度的亞洲大學榮譽教授吳凱勳說。

日本長期照護的發展過程

吳凱勳教授又說，第一個採行社會保險方式、獨立開辦、強制實施長照保險的國家是 1995 年的德國，日本 2000 年開辦的介護保險，則是世界第二位；但日本醞釀期間頗長，早於 1989 年制定黃金計畫「老人保健福利推動 10 年戰略」（Golden Plan），不過在黃金計畫執行 3 年後，為因應預期需求的變動曾加以修訂，而提出「新黃金計畫」，這也是臺灣目前做為推動長期照護制度的一項重要參照。

日本基於「全人照護」的觀點，將醫療與長照連結成為完整的健康照護體系，兩者一前一後，息息相關，相輔相成，一如臺灣近年將衛生福利整合在一起，是同一個理念，同樣的作法。

老年人口占率趨勢推計



吳凱勳說，日本介護保險除事前有充分的準備外，民間也相當重視並配合，包括學者、相關機構及產業界皆動起來。相對而言，臺灣目前對於長照人力的培訓不足，推動長照產業不力，建構長照制度、長照保險的奠基不穩。其中最大的問題是人力資源不足，即便是早有準備的日本，也同樣出現過人力配置不及、不均與不足的困境。

長期照護面臨的人力問題

長期照護的實務工作並不輕鬆，日本雖多年準備培養相關照顧人力，但卻未考量到高流失率。若納入流失率因素，教育培養的人才投資，應比預期需求高才行。他舉例來說，如果預估照護人數需要 100 人，則事先需要培養的人才恐怕得要有 130-150 人之譜；他提醒：「這就是長照的現實」。而長照服務系統的人才需求層面很廣，除了實務照護工作外，應有相關照護產業行銷如輔具等，以及行政、經營管理人力的需求，因此在學校教育、機構考用人才時便應分級、分階段於高中職、大專、研究所分別提供適當的教育及相對應的實習課程。同時，國家也必須規劃並推動有關長照產業促進與獎勵計畫，提供給民間有意投資相關產業者參與及配合。

2000 年日本開辦介護保險之初，便發現嚴重的人力不足，一來是預估量失準，再來是投入長照領域的人力不如預期踴躍。發現問題的日本政府早在 1999 年曾透過緊急措施，要行政單位籌備短期訓練班，雖然最適宜調配的人力來源應是護理界，但長照業務對護理人來說，誘因不高。爾後為補充人力開辦的短期訓練班，多數學生及實際投入長照領域的人力，是來自於餐飲業、或為減輕家庭負擔的中高齡婦女。

吳凱勳憂心地說，臺灣長照相關業務的進展緩慢，雖然長照保險還未開辦，但等到開辦後才補充人力，「恐怕已來不及了」！臺灣 2011 年的失能老人約有 40 萬人，若依據日本現況每 3 位利用者，需搭配 1 個服務人員，那我們至少需要培養約 7~8 萬名人力，但目前數量遠遠落後，如要加速擴充培訓計畫，也要思考師資的來源。「最難的不在於錢，是人啊！」吳凱勳一再強調，臺灣與日本相似：建置長照體系、開辦長照保險的最大問題，是人力。

人口結構的改變是臺日共通難題

人口結構改變迅速，是日本、臺灣面臨的共通難題。日本人口老化比臺灣早，平均年齡更長、老年人口比例超越許多。日本在 2012 年制定「社會保障制度改革推進法」，依法成立「社會保障改革國民會議」，邀集民間各界代表總檢討現有制度，以 2025 年（老年人口占率 30%）為目標期，擬定有關年金、醫療及介護等主要制度的因應革新策略。



▲ 富士山是日本的精神象徵之一。

面對比臺灣還嚴峻的高齡壓力，日本執政者尊重各界意見，凝聚全國共識進行改革，這是我們當前所缺少而該學的一股「氣勢」與「動力」。吳凱勳舉例說，瑞典等國家增加生育率的策略，包括雙親津貼、兒童津貼放寬到 16 歲、第二胎之後補助遞增等，以及在地有關的育兒養老等。其成果是生育率提高，至 2050 年老年人口占率才達到 24.2%（日本 2012 年的水準）。可見適度增加生育率，才能平抑或延緩人口高齡化與長照需求的強度。

日本的介護保險

日本的介護保險因建制時有經過充分的規劃與討論，不完全學習德國。舉例來說，德國長照保險與醫療保險相同，皆採全民納保，而日本學界、中央政府當然期待照樣效法，不過日本事業團體及市町村卻反對，基於人力成本考量，他們認為長照不同於醫療，不是所有的人都需要長照，因而不願接受社會互助、風險分攤的概念。經妥協之後，日本介護保險的開辦是以 40 歲為起點，40 歲以上者才加入介護保險、繳納保費，之後希望透過修法下降投保年齡到全民納保。

「事實證明，這是錯誤的妥協！」吳凱勳說，以 40 歲為切點，僅有半數人口分擔風險，保費負擔加重、社會互助功能減少，沖淡了社會保險的意義，但也無法執行當初要普及全民的政策目標，使得日本現在非常後悔當初的妥協。也正因為有年齡切點，長照保險就不得不以承辦國民健康保險的市町村（相對於臺灣的縣市）為保險人，好處是強調在地化，但壞處是市町村乃行政系統最基層的單位，彼此條件差異就很大，財源充足的市町村福利好、負擔少，但偏僻落後、純農業人口的小規模市町村便苦哈哈，財源籌措不易，更難提供長照服務及設施。由於日本當前政府、學界，以及地方民眾對長照保險都不滿意，因此 2012 年召集的社會保障改革國民會議中，便建議介護保險的行政體系，仍以市町村為保險人，但其財源必須擴大適用區域，改由上級機關都道府縣來統一籌措支配，不過這剛好是臺灣採行單一體制所不會發生的問題。

另外，德國提供現金給付及實務給付，可自由選擇二項給付搭配比例受益，但日本僅提供實務給付，因為擔心太多人偏向選擇現金給付而濫用。「不過日本也有比較聰明的地方」，他說，「就是重視預防措施」，這反而是德國要學習的。日本很早就發現：利用者的失能程度愈高，其受益項目及花費愈多，若能提供適當而必要的預防及復健計畫，就能減緩失能者的惡化程度，或經重新評估後，便可降低失能程度等級，減少長照服務使用，進而大幅減少長照之花費。

吳凱勳說，這是臺灣現在進行規劃長照保險時就應該學習的，即使保險尚未開辦，但在目前執行的長照十年計畫中便可提前採行。

長期照護的服務與經濟效益

在長照服務提供上，日本與臺灣最大的不同，便是一向排外的日本，一開始並無聘用外籍看護的需求，不過近年因照顧人力需求增加，又擔憂年輕人從生產部門轉至照顧部門，影響國家經濟發展，才逐漸開放引進外籍看護，但設定門檻頗高，要求會日語、受過長照訓練，且通過考試後始能執業。

一般而言，長照服務主要區分為三部分，包括居家服務（Home Care）、機構式照顧，以及介於居家及機構式照顧之間的所謂中繼（社區）設施。這三項服務視各國的重視程度、投入資源，而有不同發展的比例重點。較重視家庭倫理生活價值、親情關係的國家，多會強調居家服務。另外強調獨立自主的國家，似乎多發展社區化系統。高度依賴外籍看護的臺灣，要如何選擇更適合的服務模式及給付內容，也是建置健全長照保險制度所要面臨的重要課題，此一課題涉及層面甚廣，容後再談。

最後，從日本的實際經驗來看，長照與醫療二種保險之間的密切關係。日本過去是住院日數最高的國家，平均住院日數高達 25-30 日，主因是在場榻米式空間狹窄的家庭，最好讓病人住院久些，比接回家照顧好，也不會妨礙家人的日常生活空間。自介護保險開辦之後，住院日數已縮減至 18 日；住院日數縮短、醫療費用也減少，自然減輕不少醫療保險的財務負擔。然而後來介護保險為防堵弊端浪費，曾修訂利用條件，縮減給付，導致受照護者反而又流向醫院。由此來看，開辦長照保險後，對醫療保險的財務影響，端視移轉資源所產生的效益，以及長照服務利用效率而定。因此相信，臺灣若能及早規劃推動有效率的長照保險，對健保財務必有助益。



▲ 日本長年關注長期照護，卻也出現人力不足的問題。

春天氣溫變化大 氣喘病患要小心



俗話說「春天後母心」，每年春天一到，全臺各地就進入早晚超過攝氏 10 度以上的溫差，加上臺灣有名的春雨，溫差加上濕度，許多人一到春天就感冒，而氣喘患者更是容易受到影響，不管大人還是小孩，上呼吸道感染的患者就會激增，而氣喘病發的患者往往也會增加 2 到 3 成。

諮詢 / 臺北市立聯合醫院陽明院區胸腔內科主治醫師 孫嘉宏
撰文 / 丁彥伶

臺北市立聯合醫院陽明院區胸腔內科主治醫師孫嘉宏表示，臺灣春季節交換之際，一下下雨潮濕，一下豔陽高照，還有春天草木繁生，散播的花粉，再加上季風把大陸霾害、沙塵暴的懸浮微粒吹到臺灣上空，往往造成許多過敏氣喘患者病情發作及惡化。

溫差加上濕度易引發過敏氣喘

根據國外的醫學報告指出，溫差超過攝氏 7 度、濕度超過 60% 以上，過敏氣喘發作的機率就會增加，而根據調查，霾害的懸浮微粒中，顆粒大的會依附在呼吸道黏膜上，顆粒小的則可能穿過肺泡，直接進入血管而循環全身，由於人體的免疫系統會把進入體內的懸浮微粒當成侵害人體的外來物而發動攻擊，因此很容易引起氣喘發作及慢性支氣管發炎。

孫嘉宏表示，許多過敏氣喘患者都是從小或年輕時就有，所以一咳嗽、喘，發作就知道是氣喘發作，但臨床上也有很多人完全不知道自己過敏氣喘，總以為「感冒咳嗽怎麼老是不好？」，診所、醫院一家換過一家，一直到最後被診斷出是過敏氣喘發作，才知道原來自己有氣喘，有些人還會覺得很奇怪「我又沒有喘，為什麼會有氣喘？」

氣喘的症狀多類似感冒

孫嘉宏表示，氣喘的症狀不一定是「喘」，絕大部分氣喘患者是以類似感冒的症狀開始，最常見的咳嗽、呼吸快速、夜咳造成睡眠困難，嚴重時可能有喘鳴、胸悶、疲勞及呼吸困難……；多數患者發病的情形不同，如果合併感冒，症狀會更嚴重。

如果感冒咳嗽超過兩星期以上都不好，或是反覆有感冒症狀，都可能是氣喘發作的症狀。如果有這些狀況，建議就醫時告知醫師，讓醫師了解病情後可以更準確診斷、治療。

預防過敏氣喘發作

要預防過敏氣喘發作，孫嘉宏提醒務必遠離過敏原，過去的研究顯示，有過敏氣喘疾病的國人，絕大多數對塵蟎過敏，因此建議家具要選擇不易累積塵蟎或防蟎材質為主；例如不要用地毯、布沙發或布製窗簾，兒童勿用絨毛娃娃、布娃娃等，若無法避免使用，則要定期用熱水清洗，並且選擇防蟎寢具等等。如果對蛋或海鮮類等食物過敏，也要避免食用。由於感冒會使氣喘症狀加劇，建議患者每年要施打流感疫苗，在感冒盛行期避免到擁擠的公共場所，避免感染。

至於春天是踏青賞花季節，雖然國人患花粉熱的比例沒有西方人多，加上臺灣的樹草飄散花粉情況亦沒有外國嚴重，但是對花粉過敏的過敏氣喘患者要到郊外踏青前，孫嘉宏建議患者可以先跟醫師討論，看是否需要預防性使用藥物，同時外出時也要備妥過敏氣喘「救命藥物」，如吸入性類固醇或口服類固醇、氣管擴張劑等藥物，如會發生流鼻水、眼淚者，也可先預防性服用抗組織胺等藥物。

如果曾經因為賞花而有嚴重過敏或氣喘發作經驗，建議還是不要前往，否則可能要備妥完善的裝備；例如防護眼罩、口罩、長袖、長褲等才去野外踏青，且亦要注意避免接觸到花草樹木散發的花粉。

另外，避免早晚溫差大引起氣喘發作，則建議要穿保暖衣物，並且戴上口罩以免直接吸入冷空氣，保持鼻腔吸入的空氣濕溫，如果同時有霾害或隨季風從大陸吹來的空氣污染，也可以有初步的阻隔，能預防氣喘發作，但要提醒的是，霾害中可能帶有連口罩也無法阻隔的微小懸浮微粒，因此當氣象報告有霾害警示時，民眾放學、下班後最好避免外出。



▲ 野外踏青賞花是國人常見戶外活動，但有過敏體質的人，還是要做足防備工夫，以避免氣喘發作。

5招做好低溫保健

近期常有寒流來襲，動輒出現 10 度甚至更低的溫度，或者 1、2 天內溫度變化相差近 10 度，容易使心血管疾病、呼吸道疾病及消化性潰瘍患者產生健康危機。做好低溫期的自我照顧是冬季或春季之初保養的首要工作。

諮詢／臺北市立聯合醫院仁愛院區家庭醫學科醫師 吳欣潔
 撰文／章 菱

衛生福利部統計發現，101 年中最冷的 4 個月（1、2、3、12 月）與同年其他月份比較，大臺北地區（臺北市及新北市）之心血管疾病患者（含心臟病、中風及高血壓）急診就醫通報量增加 11%，顯示低溫確實會提升心臟病、中風及高血壓等病人疾病惡化的機率，在冬天因心血管疾病而死亡的人數也會增加。

低溫易誘發的疾病

臺北市立聯合醫院仁愛院區家庭醫學科醫師吳欣潔表示，氣溫驟降會造成心血管收縮，使血壓上升，導致腦血管破裂引發中風，或誘發心絞痛、心肌梗塞等疾病。且寒冷會使血液凝集度上升而易生血栓，如果血栓堵在心臟，就會形成心肌梗塞；堵在腦血管，就會形成腦中風。

亦有統計指出，氣溫只要降低 5～7 度，就容易誘發過敏症狀，有呼吸道疾病如感冒、咳嗽、氣喘、過敏的人數亦將隨之增加。再者，溫差過大，人體若來不及調節，易情緒波動使副交感神經興奮而引發胃酸分泌，如果胃黏膜的保護力差，就容易受胃酸侵蝕，產生胃潰瘍的症狀。

天冷在門診中罹患疱疹的病患也上升 2 倍以上。因為感冒變多，身體免疫力下降，會使疱疹病毒趁虛而入。此外，吳欣潔醫師也提醒家有 6～10 歲的小孩的父母，天冷可能增加男童睪丸扭轉的機會，「溫差超過 6 度以上，睪丸扭轉會增加 1.8 倍。睪丸扭轉將有造成睪丸壞死的風險，家長需多注意。」

天冷保養有 5 招

除有心肌梗塞家族史之病人外，有高血脂、糖尿病、高血壓、過敏等疾病之患者，需要注意低溫的保健；另外一般免疫力較差的族群，如老人、小孩、孕婦，在天冷時亦必須做好自身保養。吳欣潔醫師提供以下的 5 方法，確實做到就能減少天氣變化對身體所產生的健康危機。

第 1 招 澈底保暖

天冷的自我健康照顧首重保暖。尤其是末梢部位的保暖工作，包括手、腳、鼻尖、耳朵的部位，因此，手套、襪子、帽子、口罩、耳罩等配備，在天冷時最好都備齊，保暖衣物也不可少，亦須防止

鞋襪潮濕，以避免足部凍傷。貼身衣物最好選擇純棉透氣的材質，外出衣著最好採取洋葱式的穿法，以免天氣變化過大而感冒不適。

第 2 招 均衡營養

飲食方面，要注意鹽分及油脂的攝取不能太多，以免會造成血壓升高的問題。肥胖、腰圍大於 90 公分者也是心血管疾病的高危險群，因此應避免高脂肪及高膽固醇的食物，多採取少鹽、少糖、少油，多吃蔬菜及多攝取纖維質的飲食，均衡營養可預防心血管疾病的發生。此外，切忌以飲酒達到取暖目的，因為酒精會使血管擴張，在飲酒時雖然會即時感到溫暖，但飲酒後卻會加速身體熱能流失。



▲ 天冷除了保暖，運動前的熱身也不可輕忽。

第 3 招 運動熱身

運動前要做好熱身，例如簡單的伸展，時間須持續至少 10 分鐘。運動時亦應先從低強度運動開始，再慢慢加強運動的強度，以免冷天身體突然活動而導致頭暈。在運動過程中，若有任何不舒服，例如心痛、胸悶的症狀，都要立即停止運動。

另外，不要太早在氣溫太低時出門運動。統計亦顯示，早上 7～9 點（亦即起床後 2～3 小時內），是心血管疾病發生率的高峰期。因此早上起床時，可放慢動作，先在床邊坐 5 分鐘，或者在床上先做手腳的簡單伸展，確定身體手腳靈活了，再下床離開。

第 4 招 作息正常

抽煙、熬夜、壓力、生活作息不正常的人也是心血管疾病好發的族群之一。作息不正常會使身體的免疫力下降，不僅調節溫度的機能變差，也容易受到病毒或細菌的侵害。要增進健康，作息必須調整至正常狀態。

第 5 招 切實用藥

三高（高血壓、高血脂、高血糖）及心血管疾病患者應要規律服藥定期回診，更重要的是定期量血壓，以控制病情。「不要以為天氣變暖，身體沒問題就擅自停藥。」，吳欣潔醫師也建議，過敏患者可施打流感或肺炎鏈球菌疫苗。

若天氣太冷而出現如胸悶、胸痛、手臂疼痛、呼吸困難、噁心、極度疲倦、頭暈等，應立即送醫接受診治。澈底注意保暖、飲食及用藥方式，就能在寒流來襲時做好自我保養，即使冷鋒過境也能安然保有身體的健康。



天冷泡湯須小心

有慢性病患者在天冷泡湯時，應謹慎並特別注意以下事項，以免產生危險：

1. 溫度勿超過 40°C，時間勿超過 15 分鐘。
2. 泡湯後勿太快起身。
3. 泡湯時最好結伴同行，避免獨自一人。
4. 千萬不要冷熱水交替使用。
5. 若剛喝過酒，或吃過用酒料理的飲食，最好等隔 1.5 小時或 2 小時再泡湯。



藝文泉源 灌溉知性心靈

春天，是枝頭新綠、百花齊放的季節，不妨趁著週末假日來個知性之旅。全臺各地均有不同風情之藝文空間，邀您藉由不同的精彩展演內容，讓心靈小憩一下，感受在地不同的藝文氣息。

撰文 / 編輯部 圖片提供 / 臺北市立美術館、國立臺灣美術館、國立臺灣文學館、宜蘭傳藝中心

現代人追求精神品質，即使是微旅行，除了遊山玩水，更要吸取在地藝文精華，在繁複的市容中，尋找藝術、貼近文學，才不虛此行。在此介紹全臺北中南東各具指標性的藝文空間，走訪一趟，發現生活新趣味。

北美館 現代美術的指標

喜歡現代美術嗎？那就不能錯過位於臺北市中山北路的臺北市立美術館。已有 30 年歷史的北美館，向來以推廣和展覽現、當代藝術為主。它是臺灣第一座現代美術館，除了實驗前衛性作品，也力邀國內外藝術家來臺展出。

北美館館區約有 6,200 坪，展區從地上 3 樓至地下 1 樓，外觀以疊狀白色方塊為主，平日除了以臺灣現、當代藝術創作為



▲ 北美館外觀以疊狀白色方塊著稱。

展出方向外，展覽具國際性、指標性及話題性。曾展過童趣十足的「Pixar 皮克斯動畫 20 年」、日本建築大師伊東豐雄歷年來作品展、英國時尚大師薇薇安·魏斯伍德的時尚生涯展，連爆破藝術家蔡國強也來「泡美術館」，民國 87 年開始兩年一度的「臺北雙年展」，更增加了臺灣美術在國際間的能見度，將國內藝術家推上國際舞臺。

美術教育的推動也是北美館的重要經營項目之一。像「臺北美術獎」年年為國內發掘不少藝術人才。即將於 103 年 4 月開幕的兒童藝術教育中心將成為北美館的新風景，強調親子學習、體驗互動並結合周邊餐廳、藝術書店等休憩娛樂空間，無異為民衆提供一個親子共遊的地方。

➡ 臺北市立美術館

地址：臺北市中山區中山北路 3 段 181 號
電話：02-2595-7656
門票：全票 30 元，優待票 15 元
開放時間：9:30-17:30；周六 9:30-20:30；周一休館
網址：<http://www.tfam.museum>



▲ 佔地一萬多坪的國美館，是亞洲最大的美術館。



▲ 國美館數位藝術方舟展場。

國立臺灣美術館 貼近生活好去處

一個可以帶孩子逛的美術館，國美館是不二選擇。佔地 11,481 坪的國美館，是亞洲最大的美術館，一眼望去四周大草坪總是洋溢著歡樂氣氛，園區內巨型雕像林立，後方的埤林廣場，盡是名家墨寶，還沒入館，便已體現出在地藝文氣息的濃厚，宛如藝術和生活巧妙結合，一點都不會讓人感到隔閡。

國美館於民國 77 年開館，外觀覆以整片天然石片，大片綠地常吸引民衆來此悠遊，展覽多以視覺藝術為主導。在空間使用上，除了 1、2 樓為特展區，3 樓為典藏常設展，並設置兒童繪本區、兒童遊戲區、影音藝術廳、影音平臺、教師資源室等休閒、學習空間，極具親和性及開闊性。

國美館身負臺灣美術的守護重任，除了研究、蒐藏、策劃相關主題特展，並致力於推動數位藝術，關注在地藝術發展，於民國 96、97 年陸續開辦「亞洲藝術雙年展」及「臺灣美術雙年展」，多元延展臺灣藝術的可能性。

➡ 國立臺灣美術館

地址：臺中市西區五權西路 1 段 2 號
電話：04-2372-3552
門票：免費
開放時間：9:00-17:00；周六日 9:00-18:00；周一休館
網址：<https://www.ntmofa.gov.tw>

臺灣文學館 臺灣文學的內在世界

國內愛書人不少，而想要親近文學，臺灣文學館非來不可。落成於民國 5 年的臺文館，前身為日治時期臺南州廳，館舍本身就是一座擁有百年歷史的國家古蹟。儘管經過一次修復整建，建築物仍保留當年仿英國維多利亞時期的紅磚，以及歐陸風格的石材建築，而綠色《馬薩式屋頂》依舊顯目，充分揉合了歐日的典雅建築風格。

臺文館是國內第一座國家級文學博物館，除了蒐藏、保存及研究外，也將臺灣文學劃分為幾個不同時期介紹，同時不定期透過展覽、講座等活動，讓珍貴的文化資產有機會親近民衆，而民衆也有機會一睹心目中的作家，面對面接觸交流。這裡也為兒童設立「兒童文學書房」，讓文學可以向下紮根。

走入臺文館，一如文學的沈靜，空間氣氛有如靜謐的心靈般，館舍包括地上 2 層、地下 3 層，除了右邊衛塔已開闢為兒童圖書室，左邊衛塔則做為地樑結構的展示空間，可以很清楚看到臺文館的建築結構。由於臺文館與附近古蹟緊密結合為一個完整的文化園區，更添加了古都臺南的文化氣息，極適合全家老小來此假日一遊，一起來放鬆神經、認識文學。



▲ 臺文館建築擁有百年歷史，從裡到外都有看頭。

國立臺灣文學館

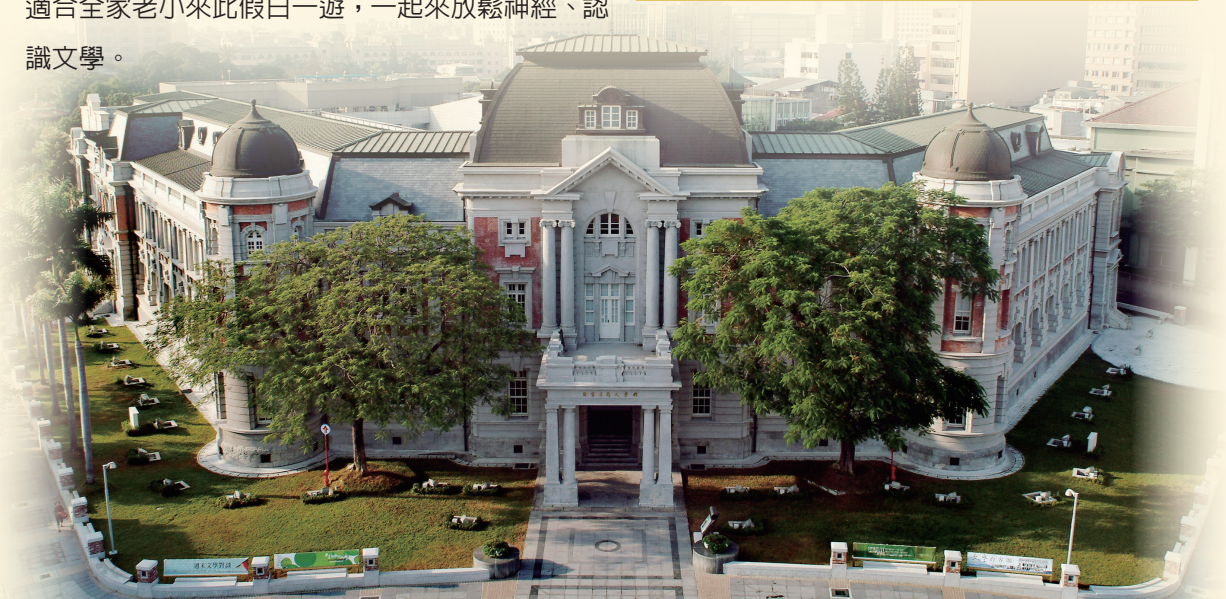
地址：臺南市中西區中正路 1 號

電話：06-221-7201

門票：免費

開放時間：9:00-21:00；周一休館

網址：<http://www.nmtl.gov.tw>



▲ 臺文館的前身是日治時期的臺南州廳。

國立傳統藝術中心 傳統展演的堅持與懷舊

傳統藝術紮根於生活，反映民間生活藝術之美，因此，為了發揚先民薪傳，不讓傳統流失於現代科技之外，89年於蘭陽平原冬山河畔，成立了一處總面積高達24公頃的藝術園區，那就是國立傳統藝術中心。

位於宜蘭的傳藝，儘管地方偏遠，卻是好山好水。尤其您可以看到傳統戲劇、音樂、舞蹈、工藝或民間技藝及相關文物的保存、調查及推廣。過年過節更上演一齣齣傳統大戲，讓人重回時光隧道，甚至歌仔戲泰斗楊麗花與「永遠的娘子」許秀年也曾在此現身，重新掀起電視歌仔戲的傳奇，讓傳藝成功推動發揚民間藝術保存傳習計畫，再添一樁美事。

傳藝最大特色還不僅於此，其總面積多達24公頃，園區內有許多仿日本「明治村」模式的房舍，是由國內設計師精心打造，以供民衆遊憩之用。「民藝大街」更是將保存傳統藝術的精神發揮極致，在這裡不但可以同時欣賞到迪化街、旗山老街等街屋，不少傳統匠師的進駐，為傳統工藝現場示範，更讓人大開眼界。

進入傳統藝術園區中，隨著文昌祠、廣孝堂等老房子一一串連，結合古意的建築為時光說了一段又一段精彩絕倫的故事。總之，傳統藝術中心是一個結合歷史傳承與創造美感的地方，並結合中國園林造景的奧妙，來此一遊，鐵定讓您不虛此行！



▲ 傳統民俗表演常在宜蘭傳藝精彩上演，此為2014年駐園大戲《膠添丁傳奇3》。



▲ 傳藝中心民藝大街重現臺灣早年懷舊風情。

國立傳統藝術中心

地址：宜蘭縣五結鄉五濱路2段201號

電話：03-950-7711

門票：全票150元；優待票100元；身心障礙人士免費

開放時間：9:00-18:00

網址：<http://www.ncfa.gov.tw>

各界愛心捐款明細表

(1) 個人捐款

捐款期間：102.11.1-12.31

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)	捐款日期 月/日	捐款人	捐款金額 (元)
11/1	陳○傑	20,000	11/1	陳○霞	500	11/18	黃○棋	500	11/29	劉○綢	400
11/1	林○政	1,000	11/1	盧○嘉	200	11/18	曾○喻	500	11/29	顏○男	200
11/1	梁○玲	500	11/1	朱○穎	500	11/18	黃○霽、李○仁	3,000	11/29	王○娘	200
11/1	唐○正	500	11/1	史○華	1,000	11/19	顧○珠	1,000	11/29	陳○彬	200
11/1	林○君	500	11/1	葉○琴	1,000	11/19	許○蓮	500	11/29	游○珍	200
11/1	黃○幟	500	11/1	陳○傑	20,000	11/20	黃○郎	400	11/29	陳○琪	1,000
11/1	郭○芳	500	11/1	陳○傑	20,000	11/20	李○珠	400	11/29	許○敦	300
11/1	陳○雲	500	11/1	姚○昌	3,000	11/20	龔○翰	400	11/29	張○綢	200
11/1	黃○玲	500	11/1	陳○傑	20,000	11/20	黃○媛	10,000	11/29	張○恭	10,000
11/1	王○	500	11/1	陳○傑	20,000	11/20	無名氏	1,000	12/2	江○如	1,500
11/1	劉○蘭	500	11/5	謝○榮	300	11/21	游○周	500	12/2	陳○嬌	200
11/1	方○璇	500	11/6	杜○賢	500	11/21	陳○麟	500	12/2	蔡○娟	500
11/1	黃○華	500	11/6	鄭○文	1,000	11/21	黃○文	2,000	12/2	莊○惠	200
11/1	李○怡	500	11/6	葉○德	500	11/22	陳○祥	10,000	12/2	郭○雲	300
11/1	曾○轟	500	11/6	汪○濱	300	11/22	賴○如	15,000	12/2	林○如	200
11/1	宋○鴻	500	11/6	游○權	300	11/22	楊○宏	15,000	12/2	彭○雪	1,000
11/1	賴○亞	300	11/6	尤○櫻	500	11/22	陳○祥	10,000	12/2	蔣○敏	500
11/1	陳○慧	300	11/6	林○信	500	11/22	陳○祥	10,000	12/2	郭○卿	300
11/1	杜○文	300	11/6	林○瑩	500	11/22	陳○祥	10,000	12/2	洪○琇	500
11/1	黃○琪	300	11/6	尤○源	500	11/22	無名氏	1,000	12/2	廖○菁	500
11/1	溫○炎	300	11/6	尤○葉	500	11/22	陳○祥	10,000	12/2	林○容	1,000
11/1	黃○芬	300	11/6	尤○冠	500	11/22	無名氏	3,600	12/2	張○娟	500
11/1	廖○清	300	11/6	簡○	2,000	11/22	陳○祥	10,000	12/2	何○儒	500
11/1	陳○美	300	11/6	李○原	5,000	11/25	葉○祥	20,000	12/2	杜○安	500
11/1	賴○財	300	11/6	劉○卿	10,000	11/25	賴○敏	200	12/2	張○貞	1,000
11/1	江○美	300	11/7	彭○忠	2,000	11/26	游○富	300	12/2	朱○嬋	500
11/1	黃○勳	300	11/7	王○媽	100	11/26	詹○一	500	12/2	張○寬	500
11/1	李○梅	300	11/7	徐○圓	100	11/28	董○真	100,000	12/2	林○足	500
11/1	姜○軒	300	11/7	李○諭	1,000	11/28	謝○蓉	3,000	12/2	林○精	300
11/1	李○祥	300	11/7	李○霖	1,000	11/28	龔○翰	300	12/2	陳○霞	500
11/1	黃○卿	300	11/7	無名氏	3,000	11/28	李○珠	300	12/2	盧○嘉	200
11/1	葉○竹	300	11/7	無名氏	10,007	11/28	黃○郎	300	12/2	朱○穎	500
11/1	謝○美	300	11/8	邱○明	400	11/28	黃○名	300	12/2	無名氏	50,000
11/1	柯○璇	300	11/8	王○慧	100	11/28	廖○玉	300	12/2	林○政	1,000
11/1	鄭○棠	300	11/8	施○禎	100	11/28	吳○如	300	12/2	梁○玲	500
11/1	林○誠	300	11/8	張○梅	100	11/29	鄺○春	5,000	12/2	賴○亞	300
11/1	吳○芳	300	11/8	廖○菊	100	11/29	蘇○華	200	12/2	唐○正	500
11/1	葉○彬	300	11/8	詹○興	100	11/29	林○姿	400	12/2	陳○慧	300
11/1	徐○萱	300	11/8	蒙○光	100	11/29	羅○妙	200	12/2	黃○幟	500
11/1	鄧○蘭	300	11/8	張○雄	100	11/29	方○蒲	200	12/2	杜○文	300
11/1	余○慧	300	11/8	張○華	100	11/29	施○珍	400	12/2	郭○芳	500
11/1	陳○善	300	11/8	張○南	100	11/29	黃○美	1,000	12/2	黃○琪	300
11/1	陳○傑	20,000	11/8	張○佑	100	11/29	莊○嬌	100	12/2	陳○雲	500
11/1	張○月	500	11/8	謝○雯	100	11/29	陳○珠	200	12/2	江○美	300
11/1	陳○嬌	200	11/8	吳○喬	100	11/29	蔡○美	200	12/2	黃○玲	500
11/1	呂○珍	300	11/8	蒙○光	100	11/29	吳○秀	200	12/2	鄧○蘭	300
11/1	林○如	200	11/8	林○定	3,000	11/29	陳○玉	100	12/2	李○怡	500
11/1	彭○雪	400	11/10	無名氏	1,000	11/29	盧○玉	200	12/2	余○慧	300
11/1	郭○卿	300	11/11	無名氏	3,000	11/29	張○○祝	200	12/2	林○君	500
11/1	洪○琇	500	11/11	林○君	20,000	11/29	蘇○娟	300	12/2	廖○清	300
11/1	徐○菊	500	11/11	莊○府	5,000	11/29	張○平	200	12/2	王○	500
11/1	廖○菁	500	11/11	盧○均	1,000	11/29	李○○蓮	200	12/2	黃○華	500
11/1	李○璋	500	11/11	洪○揮	1,000	11/29	戴○華	200	12/2	吳○芳	300
11/1	林○容	1,300	11/12	王○○英	500	11/29	吳○萍	300	12/2	王○○英	500
11/1	何○儒	500	11/12	無名氏	1,000	11/29	沈○華	200	12/2	溫○炎	300
11/1	林○宸	500	11/13	無名氏	1,000	11/29	李○燕	200	12/2	簡○秋	500
11/1	邱○	500	11/13	石○銀	1,000	11/29	魏○珍	200	12/2	許○蓮	500
11/1	朱○嫻	500	11/13	蕭○雯	200	11/29	宋○惠	200	12/2	李○祥	300
11/1	張○寬	500	11/14	葉○媛	300	11/29	林○○華	200	12/2	游○周	500
11/1	莊○純	500	11/14	簡○秋	500	11/29	劉○○英	200	12/2	黃○卿	300
11/1	蘇○秀	3,600	11/16	無名氏	10,008	11/29	劉○珍	200	12/2	汪○濱	300
11/1	林○足	500	11/18	劉○珠	500	11/29	劉○熠	400	12/2	陳○麟	500
11/1	沈○昺	500	11/18	黃○晴	500	11/29	黃○卿	200	12/2	詹○一	500
11/1	林○精	300	11/18	黃○傑	500	11/29	廖○玉	200	12/2	賴○財	300

各界愛心捐款明細表 (續)

(1) 個人捐款

捐款期間：102.11.1-12.31

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)
12/2	黃○勳	300	12/10	黃○齊、李○仁	3,000	12/23	李○寬	1,000	12/26	楊○靖	1,000
12/2	徐○萱	300	12/11	陳○善	300	12/24	李○滿	6,000	12/27	鄭○星	38,000
12/2	李○梅	300	12/11	戴○梅	400	12/24	莊○嘉	300	12/27	簡○益	15,000
12/2	黃○芳	300	12/11	方○璇	500	12/24	郭○均	300	12/27	吳○○雲	100,000
12/2	姜○軒	300	12/11	無名氏	1,000	12/24	曾○玉	500	12/27	孫○慧	10,000
12/2	林○誠	300	12/11	呂○○雲	100	12/24	吳○○雲	100,000	12/30	劉○珠	500
12/2	葉○竹	300	12/11	林○蓉	100	12/24	程○珠	1,000	12/30	陳○玲	1,600
12/2	江○豪	300	12/11	呂○儒	100	12/25	施○昕	10,000	12/30	無名氏	111
12/2	謝○美	300	12/11	呂○諭	100	12/25	施○浩	10,000	12/30	李○愛	200
12/2	鄭○棠	300	12/11	呂○靜	100	12/25	葉○祥	30,000	12/30	宋○權	300
12/2	柯○璇	300	12/11	黃○玉	2,000	12/25	蘇○華	200	12/30	陳○慧	300
12/2	葉○德	300	12/12	無名氏	1,000	12/25	林○姿	300	12/30	安○格	500
12/2	任○先	100,000	12/12	石○銀	1,000	12/25	羅○妙	1,000	12/30	劉○海	10,000
12/2	蔡○玲	5,000	12/12	游○富	300	12/25	方○蒲	200	12/30	黃○卿	90,000
12/2	姚○昌	3,000	12/12	鄭○文	1,500	12/25	施○珍	600	12/30	劉○娣	1,000
12/2	龔○翰	300	12/12	黃○章	500	12/25	黃○美	800	12/30	邱○媛	1,600
12/2	黃○郎	300	12/13	黃○棋	500	12/25	莊○嬌	400	12/31	邱○琴	500
12/2	黃○○珠	300	12/13	曾○喻	500	12/25	陳○珠	100	12/31	鄺○春	5,000
12/2	吳○名	300	12/13	黃○傑	500	12/25	蔡○美	200	12/31	無名氏	100
12/2	廖○玉	300	12/13	黃○晴	500	12/25	吳○秀	200	12/31	無名氏	1,000
12/2	吳○如	300	12/16	古○君	100	12/25	陳○玉	400	12/31	張○騰	5,000
12/2	邱○美	2,400	12/16	何○芳	300	12/25	盧○玉	100	12/31	無名氏	1,050
12/2	張○生	1,200	12/17	尤○櫻	500	12/25	張○○祝	200	12/31	姜○夫	5,000
12/2	張○國	1,200	12/17	林○信	500	12/25	蘇○○娟	300	合計	1,603,252	
12/2	張○珊	1,200	12/17	林○瑩	500	12/25	蘇○平	200			
12/3	劉○蘭	500	12/17	尤○源	500	12/25	李○○蓮	200			
12/3	蔡○原	500	12/17	尤○○葉	500	12/25	戴○華	200			
12/4	邱○明	400	12/17	尤○冠	500	12/25	吳○萍	200			
12/4	楊長○	20,000	12/17	邵○繁	900	12/25	沈○華	200			
12/4	李○諭	1,000	12/18	林○	20,000	12/25	李○燕	200			
12/4	李○霖	1,000	12/19	劉○珍	10,000	12/25	魏○珍	200			
12/4	陳○和	60,000	12/20	黃○文	2,000	12/25	宋○惠	200			
12/4	蕭○玉	60,000	12/20	黃○琬	1,000	12/25	林○○華	200			
12/4	無名氏	1,000	12/20	謝○真	3,000	12/25	劉○○英	200			
12/4	張○光	1,000	12/20	林○祈	10,000	12/25	劉○珍	200			
12/5	無名氏	200	12/23	蕭○雯	200	12/25	劉○昭	400			
12/5	徐○圓	100	12/23	王○慧	100	12/25	黃○卿	200			
12/5	王○媽	100	12/23	施○禎	100	12/25	廖○玉	200			
12/5	王○興	1,000	12/23	張○梅	100	12/25	劉○綱	400			
12/5	李○莉	1,000	12/23	廖○菊	100	12/25	顏○男	500			
12/5	葉○昌	10,000	12/23	詹○興	100	12/25	王○娘	200			
12/5	盧○均	1,000	12/23	蒙○光	100	12/25	陳○彬	200			
12/6	許○菁	1,000	12/23	張○雄	100	12/25	游○珍	200			
12/6	李○原	5,000	12/23	張○華	100	12/25	陳○琪	800			
12/6	無名氏	2,000	12/23	張○南	100	12/25	許○敦	300			
12/7	張○琪	1,688	12/23	張○佑	100	12/25	張○綱	200			
12/9	林○定	3,000	12/23	謝○雯	100	12/25	黃○誼	10,000			
12/9	無名氏	3,000	12/23	吳○喬	100	12/25	王○迪	300			
12/9	無名氏	1,688	12/23	蒙○光	100	12/25	陳○月	10,000			
12/9	洪○揮	1,200	12/23	無名氏	3,600	12/26	馮○女	2,000			
12/9	蔣○儷	20,000	12/23	郭○山	1,000	12/26	陳○春	500			
12/9	高○銘等7人	2,100	12/23	吳○銘	20,000	12/26	顏○郁	300			
12/10	簡○廷	2,000	12/23	呂○德	5,000	12/26	陳○純	300			
12/10	簡○良	2,000	12/23	吳○炫	100,000	12/26	廖○富	300			
12/10	張○明	10,000	12/23	李○萱	1,000	12/26	安○華	500			
12/10	無名氏	1,000	12/23	李○誼	1,000	12/26	解○蘭；涂○利	2,000	合計	1,111,700	

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	34	108	800,933
北區業務組	15	36	365,475
中區業務組	89	185	2,196,610
南區業務組	15	15	195,208
高屏業務組	7	9	87,165
東區業務組	6	7	128,423
合計	166	360	3,773,814

補助期間：102.11.1-12.31

勤洗手

遠離腸病毒

濕



搓



沖



捧



擦



天天洗手5步驟，讓您和孩子遠離腸病毒：

- ① 濕：用水把手淋濕，並抹上肥皂或洗手乳。
- ② 搓：肥皂起泡後，將手心、手背、指縫搓揉20秒。
- ③ 沖：用清水沖洗雙手。
- ④ 捧：捧水沖洗水龍頭，再關閉水龍頭。
- ⑤ 擦：用乾淨毛巾或紙巾把手擦乾淨。



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

年度報稅須知

健保保險費可全額 列舉扣除



今年報稅，別忘了健保保險費（含補充保險費），可全額列舉扣除，不受24,000元上限之限制，節稅無上限。報稅時若仍未收到健保費證明者，可使用自然人憑證，透過各區國稅局或健保署網站，自行查詢及下載。

廣告



GPN: 2008500224
定價：60元
(一年6期360元)