

National Health Insurance

全民健康保險

第109期

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國103年5月號 ■ISSN: 1026-9592

懷孕至生產 全程全人照護

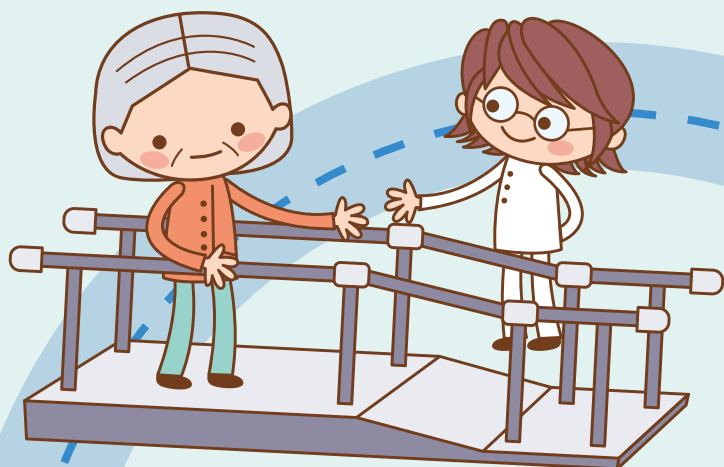
慢飛天使 健保守護

德國長期照護保險制度的啟示

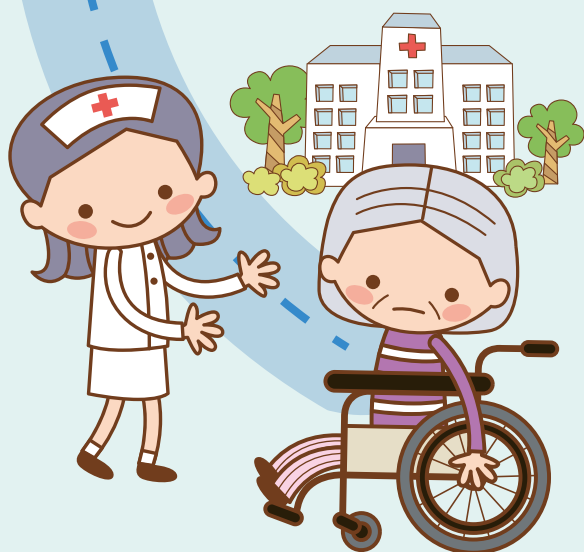


啟動急性後期照護

減少失能促進健康返家



健保署啟動個人化復健治療及跨專業整合之全人照護，讓失能病患恢復功能自主及最大生活能力。



健保讓妳好安心

五月是感懷母親辛勞的季節，對於每一位女性，健保署亦懷著感恩的心，除了感謝女性對家庭、子女、社會的奉獻，更關心婦女及幼兒的健康，因此，健保署提供了各項醫療照顧方案，共同守護婦幼健康，持續站在第一線為品質把關。

對女性而言，懷孕和生產是一生的大事，尤其孕產階段關係著母嬰一輩子的健康與幸福，每一位母親都希望能得到良好的醫護照顧，難免因尋求第二或第三諮詢意見，而頻頻更換醫療院所做產險，或未遵照醫囑而自行要求剖腹產，這些行為都可能增加懷孕及生產時的風險。

健保署瞭解孕產婦的心情，從民國 99 年起實施「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」，對孕育新一代生命的孕產婦，除了提供 10 次免費的「孕婦產前檢查」服務外，更提供從「懷孕」到「生產」全程全人的照護服務。

另外，孩子的出生，不僅是一個家庭的喜悅，亦象徵一個國家的未來，對於孩子的健康，健保署更是用心照顧。不過，並非所有的孩子一出生就擁有與生俱來的健康身心，健保署觀察到此現象，分別提供「小兒氣喘特定疾病門診加強照護」及「小兒腦性麻痺中醫特定疾病門診加強照護」，針對病童提供溫暖的照護服務；對發展遲緩的孩子，更提供早期療育等服務，給予這些慢飛天使無微不至的呵護。

此外，在臺灣邁向高齡化社會之際，老人用藥安全一直為健保署所關注，因此，本期分別就「健保三高用藥品質改善」、103 年針對慢性痛風病人放寬 febuxostat 用藥限制，均有深度剖析；另外，103 年起社區安寧療護納入健保給付，亦讓「在地善終」不再遙不可及。至於在急性後期照護，是進入長期照護前的最新照護模式，也是減緩失能的加油站。最後，「世界比一比」單元中，還有長期照護的始祖與標竿－德國的經驗可供借鏡，相關內容均有詳述，精彩豐富可期。





▲ 健保署參加東海岸馬拉松活動於 3 月 15 日在花蓮起跑，現場氣氛熱絡，吸引 54 個團體 3,000 多人熱烈響應。

封面放大鏡 懷孕至生產 全程全人照護

編輯室報報

- 1 健保護妳好安心

封面放大鏡

- 4 針對女性及幼兒提供的醫療照顧—
懷孕至生產 全程全人照護
- 8 慢飛天使 健保守護
- 12 急性後期照顧—減緩失能的加油站
- 16 健保 19 健康永久 全臺接力快樂健走

時事搶先報

- 22 放寬高危險群之用藥限制 慢性痛風病人用藥更安心
- 24 「在地善終」不再遙不可及 社區安寧療護納入健保給付
- 26 解決五大皆空 50 億元調高急重難科別支付標準
- 28 健保三高用藥品質改善

健保好幫手

- 30 健保中醫優質照護 緩解小兒氣喘—
認識「小兒氣喘緩解期中醫特定疾病門診加強照護」
- 34 健保守護 愛不間斷
認識「小兒腦性麻痺中醫特定疾病門診加強照護」



▲ 103年5月5日於臺北舉辦「承保資料加值應用研討會」，行政院蔣政務委員丙煌（左五）、衛生福利部林次長奏延（左六）、臺灣大學賴教授美淑（右四）、陽明大學李教授玉春（左一）等貴賓及專家受邀共同參與。



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·高幸蓓
 張鈺旋·陸更新·劉上惠
 劉林義·蔡佩玲
 執行編輯 ◎廖哲慧·林千媛·曾淑汝
 文編 ◎張秀珍
 美編 ◎廖美文·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

38 德國長期照護保險制度的啟示

健康萬事通

42 外出哺乳好方便 媽咪必備的常識

生活是樂活

44 安心又溫馨 哺集乳室讓出遊更便利

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

針對女性及幼兒 提供的醫療照顧—— 懷孕至生產 全程全人照護

有鑑於臺灣的生育率逐年下降，為提供優質孕產婦醫療照顧，衛生福利部中央健康保險署特別推動「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」，以鼓勵醫療院所將「懷孕」到「生產」視為一個完整的過程，並提供優質醫療照顧與諮詢服務，降低生產風險，達到孕產全程全人照護。該計畫自 99 年實施至今，辦理成效相當良好，使更多孕婦受到優質醫療照顧。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組 許怡琳
撰文 / 章 菱

懷孕至生產是女人一生的大事，且在少子化的趨勢下，每位準媽媽對懷孕生產的過程皆特別重視，期望在寶寶還未出生前，就能給予他（她）最好的照顧。孕產階段關係著母嬰一輩子的健康與幸福，醫療照顧也須更加謹慎。對於懷孕時會出現的種種不適，準媽媽們常不由自主的擔憂，深怕腹中胎兒的健康會受影響或出現狀況。為了讓自己確認腹中的胎兒安全，也希望能得到更好的醫護照顧，有些孕婦會頻換醫療院所做產險，尋求第二或第三諮詢意見，或未遵照醫囑而自行要求剖腹產，這些舉動都可能增加懷孕及生產的風險。



換醫院採剖腹 增加孕產風險

在懷孕的過程中，如果頻繁的更換醫院，找不同的醫師進行產檢，有些孕婦會因有特殊的病史或面對不同醫師可能有主述不一致的情況，甚至會忽略重要訊息，而使醫生出現不盡相同的醫療處理，這除了將增加個人的疑慮，也會讓主治醫師無法確切掌握準媽媽過去的產檢及健康狀況。再加上醫病

之間無法建立良好的關係及互信不足的情況下，若遇到懷孕或生產時的緊急狀況，醫師亦無法做最正確的判斷，反而提高了診斷治療上的困難。對懷孕的準媽媽們來說，這些舉動更難以讓醫療照護達到最好的效益，甚至對母胎健康都可能有不利的影響。

此外，根據國內外的醫療統計及報告，在生產時採取剖腹產的風險遠超過自然產。在臺灣，剖腹生產的比例約為3成，亦即每3人生產大概就有1人採取剖腹產。有些產婦因屬於難產、前置胎盤或胎盤剝離等高危族群，而不得不採取剖腹生產，以免生產過程可能對母胎形成傷害；但其他可以自然產卻自行選擇剖腹產的產婦，卻可能因此增加生產過程的出血量，或對子宮造成

意外傷害，剖腹的傷口也將延長產後照顧的時間與程序。而自然產不僅可減少傷口感染、輸血等風險，胎兒經由產道擠壓後會吐出羊水，也能減少胎兒呼吸窘迫的情況。



▲「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」提供孕婦從懷孕到生產的全程全人照護。

孕產照護計畫 母胎最佳保障

為了增進孕產婦及新生兒的健康，提供完整產程檢查，並提升孕產婦醫療照護品質，降低孕產過程可能的風險，衛生福利部中央健康保險署自民國99年開始實施「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」，鼓勵各醫療院所建置並增進從懷孕至生產後整個過程的醫療照護諮詢管理，提供每位到院產檢的孕婦在懷孕期間至生產後的1個月之內，24小時電話或網路的無間斷醫療照護諮詢服務，使孕婦能得到正確且適當的資訊，並獲得最快速、優質的照護，更能建立安心安全互信的醫病關係，不僅能提升孕婦從產檢至生產都在同一間醫療院所的意願，也能增加自然生產的比例，讓孕產過程及胎兒健康獲得最佳保障。

「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」從實施至 103 年已經邁入第 5 年，參與計畫的醫療院所家數每年持續成長。根據健保署統計，民國 99 年參加的家數為 86 家，至民國 102 年底已經增加至 110 家。而計畫開辦至 102 年，每年照護人數也呈現倍數成長，101 年正值龍年，隨著生產數的增加，照護人數也較計畫開辦第一年增加 35 倍，達到 5.6 萬人。剛開辦初期，照護的孕產婦人數占生產者人數的比例不到 1%，而開辦第 4 年，受惠的孕產婦人數已達當年生產人數的 1/4，足見計畫已展現相當的成效。

參與計畫資格

要參與「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」的醫院、診所須為登記有婦產科診療科別及具專任的婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。



▲「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」訂有品質指標進行監控，讓孕產婦更安心。

5 項品質確保指標 把關照護品質 讓您安心

為評估參與醫療院所對孕產婦提供服務之品質，該計畫訂有 5 項品質指標進行監控：

- 1 享有孕產期全程照護的人數比率須大於或等於總生產數（不含自行要求剖腹產）的 40%。
- 2 產後 14 日內的再住院率（含跨院）須小於 1%。
- 3 剖腹產的控管率：即該院剖腹產的比率不超過健保署在該轄區的 70 百分位，且須低於全國平均值。
- 4 新生兒的低出生體重率（小於 2,500 公克者）不超過院所前一年度的低出生體重率的 1%。
- 5 院所收取「自行要求剖腹產」之產婦的醫療費用，須未超過 15,669 元（不含健保不給付項目之費用）。

建立監控指標 確保照護品質

在實施「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」的過程中，健保署持續進行品質的監控及評估，要求參與的醫療院所每 1 季的最後 1 個月，另須提報以下的 5 項相關指標，以確保照護品質。

- 1 結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（是否具有專科資格及進行在職教育）。
- 2 過程指標：方案前後平均住院的天數比較。
- 3 結果指標：全院性的產檢利用率、週產期死亡率及出生性別比。
- 4 危險因子指標：子癇前症、子癇症、早產兒、低體重兒比率。
- 5 其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

103 年健保署將持續編列 6,000 萬元預算推動「孕產婦照護確保及諮詢服務計畫」，也期望有更多醫療院所加入此一計畫，讓更多懷孕生產的婦女都能因為此計畫而得到良好的醫療照護品質。若您希望得知在居住地區附近有無參與此計畫的醫療院所，也可以打電話至健保署各分區業務組及各地聯絡辦公室或 0800-030-598 免費諮詢電話，詢問進一步的詳細資料，以作為選擇產檢及生產醫療院所地的參考依據，使母胎都能獲得更完善的醫療保障。



▲ 建立孕產婦照護監控指標，才能確保照顧品質。



慢飛天使 健保守護



發展遲緩兒童若能及早發現，輔以適當之治療，可提升治療成效，讓遲緩兒有機會仍可維持正常生活自理能力及進入社會。衛生福利部國民健康署在各地成立兒童發展聯合評估中心，針對可能發展遲緩兒童提供整合式發展評估及確診，若經評估確為發展遲緩兒童，健保則支付早期療育相關門住診費用。未來健保署計畫將試辦以個案管理及以家庭為中心的早期療育照護模式，期能合理整合資源，再提升遲緩兒醫療照護品質。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組 吳明純
撰文 / 章 菱

根據聯合國世界衛生組織（WHO）的研究報告統計，兒童發展遲緩的發生率約為 6 ~ 8%，亦即每 100 名學齡前兒童就有約 6 至 8 名可能出現發展遲緩的症狀。

3 歲前是早期療育黃金期

兒童發展遲緩是指未滿 6 歲（亦即學齡）前，與一般的同齡者相較，在認知發展（對事物、概念及邏輯、記憶、理解等）、生理動作發展（包括粗動作、精細動作及動作靈巧與協調度等）、語言及溝通發展（包括說話、語言表達、語言理解）、社會情緒發展（情緒失調及社會適應）及非特定性發展（包括視知覺、聽知覺及感覺統合等）等方面，有出現一種或數種方面的發展明顯落後或異常的現象。

造成兒童發展遲緩的原因很多，包括基因染色體異常、先天性畸形症候群、腦部發育異常，或因早產、缺血、缺氧、腦病變所致，而後天的腦神經肌肉損傷或生活在受忽視、虐待、高污染的家庭環境中，亦會影響兒童身心的正常發展。

不過，因為 6 歲前是大腦發育的關鍵期，所以發展遲緩若能及早治療成效愈好，尤其 3 歲前是嬰幼兒腦部細胞快速發展期，更是療育黃金期。若是遲緩兒能及早發現、診斷並接受療育，透過醫療、教育等方式的介入，強化孩子的各項發展，可有效減輕遲緩兒症狀，降低未來形成障礙的程度，並能協助培養自理能力，不僅增加孩子正常生活與融入社會的能力，也可減輕未來長期之家庭負擔及社會成本。

發展遲緩認定需經專業評估

兒童發展遲緩需倚賴父母的觀察及醫療院所健兒門診的通報，才能及早發現。若家長懷疑自己的孩子有發展遲緩現象，可以對照兒童健康手冊的生長評量或衛生福利部 0 至 2 歲與 3 至 6 歲兒童發展量表等，如發現幼兒有成長異常現象，可利用政府所給付的 7 次免費健兒門診預防接種時或另行就醫，請小兒科醫師做進一步的評估與診斷。

如果小兒科醫師檢查後發現嬰幼兒有發展遲緩的問題，會轉診至小兒神經科或復健科醫師，再進行詳細的專業評估，確診幼兒是否具有發展遲緩的症狀。根據統計，有 6 成的遲緩兒個案是透過醫療院所的健兒門診所通報，健兒門診可說是提早發現遲緩兒的大功臣。

為增加發展遲緩兒童的評估服務，衛福部自 86 年開始，依北、中、南、東區成立「發展遲緩兒童聯合評估中心」，至今各縣市至少設有一家「發展遲緩兒童聯合評估中心」，可以聯合或特別門診方式對遲緩兒進行評估，不僅能獲得較為精確的評估結果，且家長更可減少往返醫院的次數，以及節省在不同科別掛號穿梭與等待的時間。此外，各縣市政府衛生局亦有補助當地醫院成立評估醫院，同樣有提供發展遲緩的診斷服務。

早期療育對象及模式

凡經由各地的聯合評估中心或評估醫院，診斷評估確定有發展落後或疑似遲緩之兒童，均是早期療育服務的對象。早期療育是由政府相關社會、衛生、教育等部門，結合不同體系之各類專業人員，且以團隊合作的方式，依遲緩兒之個別需求，提供如醫療復健、特殊教育、福利服務及家庭支持等整合性介入服務。其團隊成員包含專科醫師（小兒科、復健科、兒童心智科及兒童青少年精神科等醫師）、職能治療師、物理治療師、語言治療師、臨床心理師、聽力檢查人員、視力檢查人員、社會工作師、幼教老師及特教老師、公衛護士等。

- ▶ 早期療育是結合不同醫療體系的專業人員，依個人需求，提供整合性介入服務。



目前的早期療育模式包括「家庭式早介服務」、「醫院式早療服務」、「機構式早療服務」三種類型。「家庭式早介服務」主要是由特教老師或治療人員提供「到宅」的療育服務，直接進入接受早療之對象所熟悉的環境中，進行治療與訓練。此模式主要針對交通不便或有肢體障礙的兒童，或主要照顧者屬行動不便的個案。

「醫院式早療服務」是由家長陪同有早療需求者至醫院或各專科診所，接受專業的物理、職能、語言、認知、情緒等療育訓練課程。「機構式早期療育服務」的對象大多是中重度發展遲緩或身心障礙者，讓有早療需求者在特定的身心障礙機構、社區發展中心等社福機構中，接受專業個別化的療育計畫及自我照顧技能訓練。

針對「機構式早療服務」提供之模式，可分為日托班，是屬於整日或半日的學習為主（整日班上課時間與托兒所相近），另也根據小病患的狀況，而可選擇早療班、幼幼班或部分時制班，其中有一對一輔導或以進行團體教學（小班制），上課的時間大致為 1 星期 1 次或數次不等。機構式早療透過教保老師及發展中心配置的專業團隊人員（如兼職或全職物理、職能與語言治療師），針對兒童及家庭，共同討論、設計個別化（IEP）及個別家庭（IFSP）的教育方案，提供適合個人能力學習的教育計畫。此部分之早療服務，目前由各縣市政府社會局提供相關補助。

健保給付更多遲緩兒受益

在全民健康保險實施後，有早療需求的遲緩兒到健保特約醫療院所掛號並接受療育，依法由健保給付相關費用，家長亦可向縣市政府申請交通補助，減輕家中的經濟負擔。目前健保針對發展遲緩兒童的早期療育，主要為復健及精神治療項目的給付。

健保署考量遲緩兒的早療更需花費醫療人員之精力及時間，自 101 年起另外再編列 2.31 億元的預算，對支付醫療院所復健治療及精神醫療的部分，新增「兒童加成」給付，即接受療育的病患中屬年齡未滿 2 歲，支付點數可加計 30%；年齡至 2～6 歲之間的幼兒，支付點數將加計 20%，以提升醫療人員對遲緩兒的醫療照護品質，至今受益的幼兒人數已達 7.5 萬人。

根據健保署的統計，從民國 96 年至 102 年間，0～6 歲接受早期療育服務利用情形，包括總體治療人數、人次、總醫療點數及平



▲ 健保的給付與早療計畫，讓更多遲緩兒受益。



▲ 兒童發展遲緩的治療需要父母的細心觀察及醫療院所健兒門診的通報。

均每人醫療點數皆逐年上升，顯示接受服務人數不斷增加，而每人平均醫療花費也已提高，足見發展遲緩兒童的醫療照護及品質確實提升。

至民國 102 年底為止，提供早期療育服務的健保特約醫療院所共有 934 家，其中包含醫學中心 20 家、區域醫院 81 家、地區醫院 187 家，以及基層院所 646 家。接受早療服務者，共有近 7.5 萬人，療育總醫療服務點數約 19.1 億點，平均每人每年花費約 2.5 萬點。

早療將導入個案管理並以家庭為中心

為了能完整建構健保支付之早療模式，並提升療育效能，健保署積極研議辦理「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案試辦計畫」，以「建立早期療育以家庭為中心之療育模式」為研議方向，期能在服務過程中邀請父母參與評量及療育過程，一起依家庭需求量身訂定療育目標、療育計畫，給予家長居家療育活動示範與指導，強化家長對早療的參與，並幫助孩童發展生活技能與社會適應能力，促進孩童及家庭的社會參與。

若家中有早療需求兒童的民眾想要查詢相關的復健治療院所，可上健保署全球網站（www.nhi.gov.tw），路徑為一般民眾→健保醫療服務→健保特約醫事機構查詢→選擇「復健」服務項目即可。但該院是否提供早療服務，仍必須進一步致電該院所確認。

急性後期照護—— 減緩失能的加油站



根據行政院主計總處的統計顯示，至 102 年 6 月底止，臺灣 65 歲以上人口占 11%，而據國發會估算，臺灣將在民國 107 年進入高齡社會，有愈來愈多的疾病病人，在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧的負擔以及依賴。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組專員 張益誠
撰文 / 丁彥伶

在衛生福利部規劃的全國照護體系中，包括急性、中期、長期照護體系中，「中期照護」又稱為「急性後期照護」，由於國內的急性後期的醫療照護模式（Post-acute Care 以下簡稱 PAC）尚未建立，為建立病人急性期後因失能所需的新照護模式，健保署特於 103 年起選擇共病及跨科較多、較複雜，人數也較多的腦中風疾病，優先試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」，自今（103）年元月起試辦，以建立腦中風後失能的新照護模式。

急性後期照護所延伸的問題

在國內急性後期照護模式尚未建立之時，由於各醫院照護急性後期病人轉銜系統並未整合，因此許多經急性期治療後有失能的病人，因家屬憂心患者返家後的照顧及病情改善等問題，均滯留在醫院，超長住院，或「出院再住院」來因應急性後期照護需要，反而造成失能期之照護強度不足。

依據 100 年健保申報資料顯示，符合重大傷病之急性腦血管疾病個案急性期連續住院天數長，經追蹤 2.7 萬名個案分析發現，患者發病半年內因急性腦血管疾病的連續住院費用每年達 30.9 億點，平均住院 17.8 天，連續住院超過平均天數的個案占率 28.1%。長期住院主要集中在醫學中心和區域醫院，分別占 41.9% 及 49.4%。

「腦中風急性後期照護試辦計畫」的推動

全民健保「腦中風急性後期照護試辦計畫」目的是希望腦中風病人急性期後發生的失能，可以在復健治療黃金期內，依病人個別失能程度，透過一連串復健相關整合式照護服務，促進病人能較快速恢復或改善失能程度，進而恢復功能自主與健康，並進一步提升病人獨立生活的能力，讓患者獲得連續性照護之下，免於不必要的急性再住院與反覆住院的問題。

急性後期照護並不是將工作交給急性照護的大型醫院負責，而是一種跨層級、跨科、跨院合作的概念，「腦中風急性後期照護品質計畫」將建立急性期的新照護模式，在改善病患失能程度後，使病人減少失能、健康返家，或接軌長照體系，使醫院與長照體系能順利銜接。本試辦計畫是健保署在參考英、美等先進國家推動急性後期或中期照護的經驗後，邀請國內包括台灣腦中風學會、復健醫學會、老年醫學會、物理治療、職能治療、聽力語言治療……等相關十餘個公會專業團體共同研訂。

經健保署分區業務組實地訪查醫院的人力、設備後，自 103 年 3 月 1 日起已有 124 家醫院符合試辦計畫規定，開始收治急性發作後一個月內的「急性腦血管疾病」病人，患者需經醫院團隊判斷為「醫療狀況穩定、有輕度至中重度功能障礙，具積極復健潛能」的腦中風病人，計畫的照護時間，以急性期後失能的復健黃金治療期的 6 週為原則，若經急性後期照護團隊評估有後續需求者，照護時間得展延一次，照護時間最長為 12 週。



▲ 急性後期照護模式的建立，有助於病患能在治療黃金期內快速恢復及改善失能。

合作照護病患的跨醫院團隊，則以醫學中心為病患急性期治療及轉出醫院，在取得病患的同意下，將符合收案資格的病人，下轉至承作的區域或地區醫院，跨醫院團隊，以病患為中心，由上下游的醫院共同照護。

全人整合式照護計畫

「腦中風急性後期照護計畫」的照護內容為全人整合式照護，首先，團隊必須為患者訂定個人化的治療計畫，而「急性後期照護團隊」的跨專業團隊成員包括具有腦中風照護經驗的醫師、護理師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、社工人員等，而承作醫院需提供病人腦中風疾病共病症、併發症的預防及處置，有就地治療能力。

照護期間，需視病人體力，由每天 1 次，增加為 1 到 2 次，或 3 到 5 次的高強度復健，團隊並需每 3 週定期評估，依病人的復健及恢復評估結果調整治療計畫。當急性後期照護階段完成後，跨院的照護團隊也需安排妥善的銜接出院、至居家環境服務，另外，對於符合長照收案的對象，也要提供與長期照護管理中心聯繫轉介。

為讓國內優秀的醫療團隊能加入計畫，試辦計畫規劃急性後期照護體系與合理的支付誘因，採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。



▲ 急性後期照護團隊可依病人的復健及恢復評估結果調整治療計畫。



▲ 全人整合式照護計畫以病患為中心，分階段導入，逐步達成全面推動。

本計畫將分階段導入，逐步達成全面推動。第一階段重點在於徵求專業團隊參與試辦，目的在能建立腦中風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質，並發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期的垂直整合轉銜系統，提升病人照護的連續性、確立急性後期照護的完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準的腦中風整合性照護系統。

第二階段的重點則在於徵求專業團隊試辦推廣，目的是希望藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。第三階段為推廣期，重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

從試辦到未來全面推動

衛福部在衛生署時代就曾經試辦過這項業務，以部立臺中醫院為例，試辦不到1年，統計病患入院平均巴氏量表的分數由49.6升到出院時的73.1分，工具性日常生活活動能力（IADL），例如自行做家事、打電話等的分數由2.4升到3.3分，已經達到可以生活自理的程度。

健保署希望在推動本計畫後，不僅能建立臺灣急性後期照護模式，也能促成醫療體系充分合作，以病人為中心共同照顧病人，確保病人急性期、急性後期、慢性期或長照等各階段照護銜接順暢及無縫接軌，達成全人照護，減少腦中風患者再住院或後續醫療，達到能造福病患、家庭及社會的目的。未來在確保本計畫照護品質及病人結果良好，將會逐步擴及其他疾病，達成全面推動急性後期照顧，讓臺灣的照護體系更健全。

健保 19 健康永久

全臺接力快樂健走

全民健保自民國 84 年 3 月 1 日實施至今已滿 19 年，在全體國民自助、互助與醫療院所、醫事人員同心協力之下，健保提供全體國民值得信賴的醫療照護與保障。在邁入第 20 年之際，健保署在全臺舉辦 6 場「你我正確就醫用藥 健保 19 健康永久」系列活動，邀請民衆攜家帶眷、扶老攜幼，一同投向戶外揮灑活力，藉由參與活動增進闔家健康，並加深對全民健保之認識與支持，讓健康長存，讓健保更好。

北區健走率先登場 健康婦女節 格外有意義

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署北區業務組

3 月 8 日適逢婦女節，健保署北區業務組率先於桃園縣中壢市中正公園舉辦健走活動，並結合桃園縣政府社會局與衛生局婦女節活動併同辦理健走及園遊會活動，將健康概念融入活動中，邀請民衆共同走出戶外，迎向健康與歡樂。

黃署長三桂暨副署長蔡魯致詞中，特別向偉大的婦女朋友們致敬，並感謝桃園縣政府社會局及衛生局的協助，亦感謝醫界伙伴及各公會理事長以及大家長期以來對健保的支持～「今日您支持健保、明日健保照顧您」，也提醒鄉親朋友，要好好為自己的健康把關，「您我正確就醫用藥、全民健保伴您到老」。



▲ 健保署北區業務組舉辦健走活動，適逢婦女佳節，特以精彩表演，向女性致敬。

活動設置 30 幾個宣導及園遊會攤位，為民衆提供 4 項癌症篩檢服務，也有健保互動問答及健保諮詢等宣導，儘管天公不作美，大雨滂沱，道路泥濘，仍不減民衆對活動的熱情，健走路線沿途萬朵傘花攢動，著實令人感動。

為了讓大家更體會醫療資源的寶貴，北區業務組特別以唱作俱佳的演出方式，呈現動感、詼諧、深具效果的舞臺宣導短劇，在同仁們用心編劇與賣力演出之下，台下的貴賓與民衆笑得合不攏嘴，透過淺顯、動感、歡樂而有義意的短劇演出，民衆對珍惜健保資源有著深刻的印象，也達到宣導全民健康之目的。



▲ 適逢婦女節，許多婦女投入活動行列，非常開心！

南區熱鬧健走 健康資訊一把抓

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

健保署南區業務組於 3 月 15 日假嘉義公園及嘉義高商辦理健走、摸彩、有獎徵答、健康篩檢及園遊會等活動。本次健走活動，在南區業務組組長龐一鳴帶動下全體總動員，並由副署長蔡魯鳴槍，帶領隊伍浩浩蕩蕩向前走，為整個活動揭開序幕。

蔡副署長表示，活動的目的為使嘉義鄉親能充分瞭解全民健保追求的是對全體國民提供值得信賴的醫療照護保障，及加強提醒民衆正確就醫及用藥安全，希望民衆能全程參加、瞭解健康資訊並把大獎抱回家。

活動現場熱鬧非凡，有民衆迫不及待到健康宣導廣場參加全民健保闖關遊戲及問答，有人則參與健康篩檢站所提供各項篩檢及衛教宣導。舞臺上載歌載舞，內容精彩，有薩克斯風 SOLO 演奏、拉丁舞及有氧運動，還有社區媽媽太鼓隊表演，以及嘉義高商熱舞社團帶來一連串節奏強烈的律動。勁歌熱舞、節目精采，大伙都融入節奏中，用心去感受音樂的洗禮！



▲ 南區業務組活動現場熱鬧非凡，民衆迫不及待到宣導廣場參加問答比賽。

節目另一高潮就是摸彩，近百項豐富獎品被民衆滿心歡喜的抱回家，整個健行宣導活動在中午 11 時 20 分劃下圓滿的句點。民衆對此次的活動均表示不但是個知性之旅，更可藉由各項篩檢增加對自己健康的瞭解，且健行路線視野開闊，景色優美，讓大家滿意百分。



▲ 民衆踴躍參與摸彩活動。

東區 315 出任務 跑東馬做公益

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署東區業務組

健保署東區業務組為提升健保關懷弱勢的形象，配合行銷地方特色景觀，特與花蓮縣政府、交通部觀光局東部海岸國家風景區管理處、國立東華大學聯合主辦 2014 東海岸馬拉松活動。這次首度舉行的東海岸馬拉松活動於 3 月 15 日上午清晨在遠雄海洋公園起跑，活動主軸以「315 出任務，跑東馬、做公益」，吸引 3,000 多人與 54 個團體響應，募得 71 萬 6,000 元，全數捐給花蓮縣 20 個弱勢團體。

當日活動設有全馬、半馬與迷你馬拉松組，在地觀光業界也派出企業形象公仔到場陪跑 50 公尺，活潑趣味吸引現場民衆與媒體注目焦點。健保署由黃署長三桂率領 17 人任務團隊，前衛生署副署長戴桂英亦加入健保愛心陣容，一起為公益而跑。本次公益任務是由具愛心人士沈先生贊助 3 萬元善款，委任健保署半馬團隊完成任務後，捐贈給偏鄉的天主教花教區附設私立安德啓智中心。



▲ 健保署黃署長三桂率領 17 人任務團隊圓滿達陣，在這一場公益馬拉松中備受注目。



▲ 東區業務組原住民啦啦隊帶來精彩歌舞，提振大家士氣，也聚焦在場民衆的目光。

當日健保署半馬團隊特別化妝熱血參與，東區業務組原住民啦啦隊拉著「健保 19 健康永久」醒目的大布條與健保署旗幟，現場熱情地加油打氣，現場亦有在地醫療團隊提供的醫療服務，還有以「戳戳樂」有獎徵答方式吸引民衆排隊參與互動式健保諮詢等攤位，在現場主辦單位也準備「疼惜健保氣球」贈送參與路跑的弱勢學童。

活動中場，東區業務組所表演「全民健保樂活原住民舞蹈秀」，賣力演出健保是臺灣之驕傲，帶動表演節目最高潮。主要以關懷親切之健保歌詞，融合花東民衆都能朗朗上口、節奏輕快的原住民樂句之曲風舞步，穿插健保署團隊舞旗、熱力隊呼演出，讓台下觀眾都有感，拿出手機拍照。

臺北接力健走 5 千人熱情相挺

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署臺北業務組

健保署臺北業務組於 3 月 22 日假新北市新店區碧潭風景區東岸廣場辦理健走活動，現場邀請了衛福部臺北醫院、新北市政府衛生局、三軍總醫院、中英醫院、亞東紀念醫院、耕莘醫院、台北市中醫師公會、新北市中醫師公會、新北市牙醫師公會、新北市藥師公會、台灣安寧照顧協會、藥害救濟基金會、罕見疾病基金會等單位於會場針對「你我正確就醫用藥，健保 19 健康永久」活動主題設攤，提供義診及宣導就醫用藥安全等與民衆進行互動。

這次健走路線為沿自行車道至近捷運小碧潭站折返至主場，往返全程歷時約 1 小時。而為配合本次活動宣導主題，現場除了有琳瑯滿目的各式攤位，提供中醫義診、牙齒保健、用藥安全及洗手運動宣導外，主舞臺節目更是吸睛，活動也邀請布吉納法索參訪健保制度之外國友人上台同樂。

許多節目皆由臺北業務組的同仁利用公餘時間自行編排練習熟舞表演。此外還有東方舞伶社團之肚皮舞演出及罕見基金會由家有罕見疾病兒童之爸爸們組成之「不落跑老爸合唱團」帶來樂團演唱，加上 20 輛腳踏車等豐富摸彩獎品，現場氣氛熱烈，成功地吸引 5,000 人次參與，也提高了民衆對活動的高度肯定並認同全民健保提供之服務及保障。



▲ 由罕見疾病小朋友的爸爸所組成之「不落跑老爸合唱團」帶來樂團演唱，現場反映熱烈。



▲ 健保照顧弱勢族群，感恩之心除了展現在表演中，也受到現場民衆的熱情肯定。

高屏活力健走 熱鬧展現成果

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組

健保署高屏業務組於4月12日下午假高雄市文化中心圓形廣場辦理19週年「健保19 健康永久」健走活動，與會貴賓包括林立法委員岱樺、許立法委員智傑，黃立法委員昭順除親自出席外更加碼提供摸彩品。此外，醫藥衛生團體代表等多位嘉賓親臨會場共襄盛舉，當日估計逾2,000餘位民眾扶老攜幼熱情參與。

為融入「正確就醫、正確用藥」的概念，活動亦結合高雄市政府衛生局等8個醫藥衛生單位提供疾病防治宣導、衛生保健、用藥安全及口腔保健等專業醫療檢測或諮詢服務攤位；並結合工、農、漁會、慈善團體及社福團體等設置17個愛心義賣、義剪及舒壓按摩攤位。

活動中透過拋磚引玉的義賣活動來共同協助弱勢民眾，體現健保照顧弱勢的努力及穩定社會

的功能。所有攤位共計募得131,780元善款，另截至103年4月14日止，包括高雄市建國獅子會、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院等各界捐款，合計義賣與捐款金額為1,383,400元，將全數挹注健保署愛心基金專戶，持續實踐健保署協助弱勢的目標。

整場活動還有「老中青」的熱情演出、健走摸彩活動、各式各樣攤位的設置以及現場規劃動、靜穿插的宣導遊戲、舞臺互動有獎問答、專人解說及海報展示等等，在員工養生操的精彩表演後，於下午6點圓滿落幕。



▲ 健保署高屏業務組健走活動，由唐唐鼓樂團熱情開場。



▲ 高雄市凱旋國小帶來活力十足的健身操。

中區健走兼登山 沐浴芬多精好健康

撰文 / 衛生福利部中央健康保險署中區業務組

健保署中區業務組於 4 月 19 日在臺中市大坑地震公園辦理登山健走活動，積極向各界宣導「正確就醫用藥」的觀念，呼籲民衆共同珍惜健保醫療資源。當日中部地區民衆熱情參與，約有 3,000 位民衆扶老攜幼參加，一同走出戶外，沐浴在芬多精的健康步道中，擁抱難得的春天美好時光。

活動當日天氣晴朗，清晨 6 時，現場已擠滿人潮，讓人感受到民衆對健保宣導活動的熱情支持，以及對全民健保的肯定。黃署長三桂亦親臨致詞，感謝中部地區的鄉親熱情參與，並呼籲鄉親珍惜醫療資源，繼續支持全民健保，讓全民健保永續經營，繼續守護國民的健康。

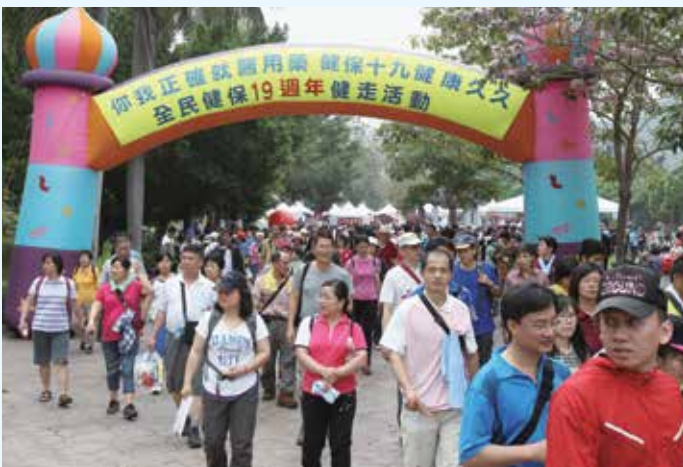
隨後，黃署長三桂帶領醫界暨全體貴賓共同鳴笛，帶領大夥邁開步伐登山健走，現場並設有 20 個宣導攤位，除了二代健保、弱勢協助、正確用藥宣導攤位外，各大醫事機構也設置了健康諮詢、疾病預防、衛教宣導、正確用藥、口腔衛教、樂活中醫等多元有趣的宣導，透過民衆在參與遊戲中能瞭

解珍惜醫療資源的重要性，共同守護全民健保。

另外，由中部醫界提供百餘個豐富大獎，包括：液晶電視、平板電腦、數位相機、血壓計等 3C 產品，以及 84 輛腳踏車，在當地民衆熱情的掌聲與驚呼聲，為本次活動劃下圓滿的句點，更為全民守護健保、珍惜醫療資源的決心，綻放出燦爛美麗的願景。



▲ 健保署中區業務組健走活動現場民衆熱情參與。



▲ 在臺中大坑地震公園舉辦的健走活動，吸引不少民衆攜家帶眷，一起走出戶外，沐浴在芬多精的健康步道中。

結語

適逢全民健保實施屆滿 19 年邁入第 20 年，健保署配合週年活動，在此春暖花開時節，舉辦「你我正確就醫用藥，健保 19 健康永久」系列活動，將「健康促進」概念融入宣導活動中。同時，健保署也積極及持續進行健保改革，讓全民健康保險成為國家安全制度最堅強的基石，永續保護全體國民的健康。

放寬高危險群之用藥限制 慢性痛風病人用藥更安心



痛風發作，有人形容痛如千刀萬剮、連風吹過也疼痛萬分而難以忍受。傳統第一線治療痛風的降尿酸藥物「allopurinol」，因有造成嚴重藥物過敏反應，即所謂「史蒂芬強生症候群（Stevens Johnson Syndrome）」的風險，讓醫師用藥有所顧忌。因此自今年 103 年 3 月 1 日起，中央健保署將原治療痛風的第二線藥物 febuxostat（商品名為 Feburic，80 mg 膜衣錠），開放於第一線使用，預計有兩萬名高危險群痛風患者可受惠。

諮詢 / 臺大醫院內科部免疫風濕科醫師 許秉寧
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

臺大醫院內科部免疫風濕科醫師許秉寧表示，降尿酸藥物 allopurinol 是一個降尿酸效果好，而且副作用低的老藥，但是它卻有數萬分之一的機率，會引起嚴重的藥物過敏反應，醫學上稱為「史蒂芬強生症候群」，一旦發生，病情會非常嚴重，因此 allopurinol 在藥害救濟中是排名第一的藥物，醫師處方也多有顧忌，有時會改開立另一類降尿酸藥物 benzbromarone。但是 benzbromarone 的用藥禁忌為肝硬化，若痛風患者併有肝功能問題時，就可能無藥可用。

痛風患者的用藥顧忌與安全

依全民健康保險學術研究資料庫推估，97 年至 99 年國內至醫療院所就診的痛風病人數，約有 67.2 萬至 70.9 萬人，顯示國內痛風病患人口眾多。97 年上市的 febuxostat 與 allopurinol 有相同的藥物機轉，可抑制尿酸的形成，但由於藥價較高，為避免全面開放造成健保財務衝擊過大，因此 febuxostat 原來僅限於痛風病患在使用過傳統降尿酸藥物 allopurinol 及 benzbromarone 治療反應不佳時，才可使用。

在兼顧痛風患者用藥安全的考量下，有鑑於 allopurinol 在腎功能不佳患者造成嚴重藥物過敏反應（史帝芬強生症候群）的機率較高，而肝硬化則是 benzbromarone 藥物的禁忌症，因此健保署遂修訂給付規定，開放中重度的慢性腎臟病以及肝硬化的痛風病人可優先使用 febuxostat，估計約有兩萬多位高危險群痛風病患可受惠，遠離因傳統治療痛風藥物治療反應不佳或產生副作用之苦。預估這項措施實施後，健保支出每年將增加約 2 到 3 千萬元。

痛風發病的原因、症狀、治療

痛風是由先天體質，和後天飲食這兩種因素共同造成的疾病，最常見的發作部位為大腳趾、腳踝、膝關節等小關節處，發作症狀是紅、腫、熱、痛，患者往往痛到無法行走。許秉寧表示，目前已經有很明確資訊證實痛風是因為體內尿酸濃度過高，尿酸結晶沈積在關節處造成，當患者體內水分較缺乏，或是氣溫降低、濕度升高時就很容易誘發痛風發作。



▲ 痛風常發作於大腳趾及膝關節等處，患者往往痛到無法行走。

治療痛風先從控制尿酸及飲食著手

目前痛風的治療是以藥物為主，飲食控制為輔，只要藉由正確的飲食控制、適當運動及配合藥物控制下，約有 99% 的患者可以獲得良好治療，並減少高尿酸血症、急性痛風性關節炎、痛風石，及慢性關節炎，或腎臟病變等併發症的發生。

有些痛風患者常常在急性疼痛治療好就以為沒事了，直到下次痛風又發作疼痛難耐時才再就醫，而沒有好好控制尿酸。許秉寧說，患者不想天天受制於降尿酸藥物之不良反應的心理在所難免，但是如果平時不控制尿酸，只要尿酸過高再加上氣溫降低、濕度升高、體內水分不足等因素，就可能再次誘發痛風發作。

許秉寧提醒，尿酸一部分來自於人體自行製造合成，一部分來自於飲食攝入，患者若想要擺脫藥物束縛，必須要配合飲食控制，以及定期監控尿酸值。痛風患者若可以把尿酸值控制在 4 ~ 5mg/dl 之間，經醫師確認後，也許可以不必天天服藥，但若發現尿酸值一直控制不下來，或經常發作時，恐怕就得要持續服藥控制，減少痛風發作。

「在地善終」不再遙不可及 社區安寧療護納入健保給付



家住偏遠的金山山區的阿公，自從被發現罹患胰臟癌末期後，就住進醫院的安寧病房，但住院多時，不僅病情不見好轉，阿公更因為病況疼痛難耐，而吵著想回到最熟悉的家中，因此安寧醫護團隊立即安排阿公返家，並派人定期翻山越嶺到金山偏鄉，為阿公進行末期病患照護，返家 10 天後，阿公在家中安心往生，他的兒子和媳婦感謝安寧醫護團隊完成阿公在家善終的最後遺願。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務
管理組科長 林淑範

撰文 / 丁彥伶

「想回家～！」多數國人人生中最後的願望都是落葉歸根、回家善終，但根據統計，臺灣有 95% 的重症病患是在醫院往生，多數患者最多只能「留一口氣回家」。為維護國內重症患者享有善終的權益，衛生福利部中央健康保險署自民國 89 年起，陸續推出住院、居家及共同照護等三種安寧照護的服務，今（103 年）年元月 1 日起，更進一步將「社區安寧照護」納入健保給付，讓末期病患能安心回歸社區，在地安老，有尊嚴地走完人生最後一段旅程。

社區安寧照護的推動

居家安寧照護是透過醫護團隊，每週或每兩週從醫院遠赴病患家中提供服務。健保署自 103 年開始推動社區安寧照護，社區安寧照護的醫師和護理師，可能就是隔壁、熟悉的社區醫院、診所的醫師、護理師、護士，原則上醫師每週 1 次、護理師每週 2 次到家探訪，提供末期病患緩解疼痛、傷口照護及心理輔導等服務。

為讓末期病患皆能善終，健保署自民國 89 年起推出住院安寧、居家安寧以及共同照護等安寧照護服務，截至目前全國有 47 家醫院設有安寧病房、104 家在其他病房提供住院安寧共同照護、74 家醫院為病患提供居家安寧照護。根據健保署統計，102 年共有 10,330 人入住安寧病房，使用居家安寧照護共 5,490 人，接受安寧共照服務者有 18,585 人，全年健保花費在安寧療護費用為 9.7 億，較 101 年成長 2.66%，主要使用者是癌症末期及漸凍人。

有鑑於臺灣有 95% 重症病人是在醫院往生，大部分的患者卻很想落葉歸根，回到家中善終，因此健保署今年新增「社區安寧照護」，希望擴大提供服務之院所數及醫護人員數，並鼓勵地區醫院及基層診所之醫護人員投入社區安寧照護，讓安寧照護更普及，使回到住家或安養機構的患者，都能獲得安寧療護專業團隊，包括醫師、護理人員、社工等安寧團隊的定期探訪與訪視、一般診療與處置，及其家屬的心理、社會及靈性等方面之照護服務，進而減少末期急救及住院之醫療使用，讓病人善終。

擴大安寧照護的參與和申請

為了推廣社區安寧，擴大照護面，健保署放寬社區醫院及診所的安寧訓練時數，使其較易取得提供安寧服務之訓練資格，由原先 80 小時降為 21 小時，為了讓民眾瞭解其住家或入住機構附近有那些醫療院所提供社區安寧居家服務，健保署已將可以提供安寧居家服務之院所及醫師名單，公布於健保署全球資訊網，網址：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=3650&WD_ID=902，提供民眾查詢。

申請接受社區安寧照護的患者共有 10 類末期病人，除了癌症末期以外，包括漸凍人及 8 類非癌末期患者：老年期及初老期器質性精神病態、其它大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急慢性腎衰竭、其他未歸類者等，只要經兩位醫師評估符合末期病患資格，無論患者是否於住院期間有接受安寧照護服務，皆可申請社區安寧照護服務，讓每位生命末期病人有權選擇自主、尊重的安寧照護服務。

解決五大皆空

50 億元調高急重難科別支付標準

近年來，由於國內醫界包括內、外、婦、兒及急診科醫師缺額，造成「五大皆空」問題，產生此問題的原因有很多，健保支付制度係眾多因素之一。為緩解國內五大皆空的問題，衛生福利部中央健康保險署特別於 102 年編列 50.55 億元，用於合理調整急重難科別的支付標準。這次調整經費為歷年金額最高的一次，期待在急重難科別醫療給付調高後，急重難科醫師能回流，並吸引更多醫師加入這些艱困科別服務，確保提供國人良好的醫療品質。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組科長 林淑範
撰文 / 丁彥伶

「我國全民健康保險總體檢」調查結果指出，造成內、外、婦、兒、急診科五大皆空窘況的原因之一，在於健保支付標準未能確實反映醫療之急重難，導致重症科別的醫師出走，因此在這次的支付標準調整案，總計在內科增加了 8.09 億、外科增加 15.05 億、兒科增加 6.69 億、婦產科增加 9.92 億、急診增加 10.71 億，調整內容共計提高了包括內科有 28 項、外科 358 項、婦產科 119 項、兒科 11 項，共 516 項特定診療項目的給付點數，包括手術有 454 項、處置項目 56 項及麻醉 6 項。

高急重難科別的支付標準調幅

在這些調整項目中，調幅最高的達 175%，例如氣管鏡異物除去術，即從 2,573 點調整到 7,066 點。另外，在提高醫院急診診察費中，傷病嚴重度較高的檢傷分類第一級到第三級的支付點數，分別調升了 80%、32% 及 19%，調整後，急診診察費檢傷分類第一級為 1,652 點、第二級為 901 點、第三級為 606 點。

在婦產科的支付標準調整中，前胎剖腹產後，再生產時採用陰道生產的接生費，則自 13,620 點調整至 29,818 點，調幅達 119%。另提高 151 項特定診療項目的兒童加成率，6 個月以下兒童原加成 60%，提高到 100%，6 個月至 2 歲兒童的加成，從加成 30% 提高到 80%、2 至 6 歲從加成 20% 提高到 60%。

在兒科及內科的支付標準調整中，則以調整加護病房及新生兒中重度病房住院診察費，調幅最高分別為 17% 及 52%，且新增 10 項住院診察費的兒童專科醫師加成 60% 等。而在地區醫院的內、外、婦、兒科門診診察費也加成 8%，急診診察費中，較輕症的檢傷分類第四及第五級，以及無檢傷分類的點數，也都加成 19% 等。



▲ 急重難科別的醫療給付調高，期望有助於內、外、婦、兒及急診科醫師回流。

確切落實民衆與醫師的期待

由於這次支付標準調整幅度大，項目眾多且金額龐大，經專家會議及與醫界多次溝通後，協商結果由衛生福利部公告追溯自 102 年 1 月 1 日起實施，因此 102 年的經費經健保署核算後，已於 103 年 4 月中旬撥付給醫院。

目前健保署已經用專函通知各醫院妥善處理本次補付差額費用，並確實依提高比率，將經費撥發到執行醫師，同時也請各醫院將此一政策轉知所有醫師，讓急重難科別的醫師能感受到政府、醫院，全力支持五大科的良善美意及決心。而健保署也將會在適當時機，瞭解各醫院是否有將相關費用落實支付給執行醫師，期待調整急重難科醫師支付標準能符合民衆期待。

除了大手筆調高內、外、婦、兒、急診科的支付費用外，健保署今年也增列 12 億將自費使用之新材料，用於支付手術過程中使用的新型醫材納入健保給付，以減少民衆在施行手術時，常會被要求自付健保不給付新型醫療器材的費用。

民衆若對於健保署本次支付標準調整內容有興趣，也可以在健保署全球資訊網最新全民健康保險法規公告查詢，網址如下：http://www.nhi.gov.tw/information/Law_Detail.aspx?menu=17&menu_id=660&WD_ID=673&page=2&bulletin_id=1977。

健保三高用藥 品質改善

77 歲的王伯伯跟女兒抱怨，說：「現在每次跟醫師說找不到藥，醫師都不會直接開藥了，他要我回家把現在吃的藥找出來，連同藥袋拿到醫院給他看一下再開藥，真是好麻煩！」王小姐趕緊請假陪爸爸一起回診。

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



經諮詢醫師後，醫師說明慢性病重複開藥的危險性。王小姐想到爸爸幾年前，曾經一次同時服用兩家不同醫院醫師開的降壓藥，造成低血壓差點發生危險時，才瞭解醫師為了維護病人用藥安全的心意，而王伯伯在醫師及藥師指導下，現在也學會自己認得藥物的外型 and 用法，不會再像以前一樣，隨便抓一把藥就吞，讓王小姐更安心爸爸的用藥。

三高用藥的主要問題

臺灣的藥費支出，每年都約占健保總體支出的 1/4 以上，相較於其他國家偏高。根據統計，民國 101 年，光是門診慢性病藥費就高達近 700 億元，其中「三高」用藥就占半數以上，包括降血壓藥給付 257 億、降血糖藥給付 87 億、降血脂藥給付 25 億，其中約有 1% 為跨院重複開藥、領藥，顯示每年有高達數十億的藥費被浪費了，因此慢性病重複用藥也一直是健保署力圖改善的重點。

為確保病人用藥安全與減少浪費藥品，健保署自民國 95 年起，將高血壓、高血脂、糖尿病等三高藥品，於跨院所同類藥物用藥日數重疊率納入監測管理指標，這些指標資訊，除透過每季上網公開外，並透過健保資訊網服務系統（VPN）回饋給醫療院所，供其瞭解自身與同儕的指標數值。透過醫院自我改善及事後保險人核刪費用等配套措施，重複用藥率已逐年遞減。根據健保

署觀察 99 年至 102 年第三季三高用藥日數重疊率，每年平均降幅達 5% 至 10%。包括口服降血壓藥物在醫院部分下降幅度平均為 5.3%、基層診所部分下降幅度達 7.1%；口服降血脂藥物在醫院部分的下降幅度達 6.3%、在基層診所端的下降幅度則是 4.9%。在降血糖藥物方面，無論是不分口服及注射藥物，在醫院端下降幅度為 8.9%、在基層診所端下降幅度則達到 10.3%。

雲端藥歷門診藥事照護

雖然健保透過醫療院所醫療費用申報資料統計處方用藥重疊情形，但亦無法直接判斷為醫師不當處方，故以提供醫師作為下次用藥參考，為民衆用藥安全多一道把關。

而為更有效管控用藥及保障民衆用藥安全，健保署在 102 年推出「健保雲端藥歷系統」，提供健保特約醫療院所即時查詢及醫師開立用藥處方參考。雲端藥歷檔包含被保險民衆最近三個月的門、住診用藥紀錄，醫師透過此系統即可查詢病人跨院、跨科之用藥資訊，並且還能計算餘藥量，以減少重複開藥、提升用藥安全、減少醫療資源浪費。



▲ 透過雲端藥歷檔的運作，提供醫師作為用藥參考，也為民衆用藥安全多一道把關。

健保中醫優質照護 緩解小兒氣喘

—認識「小兒氣喘緩解期中醫 特定疾病門診加強照護」

為了促進幼兒健康，有效改善病童的氣喘症狀，除可由西醫診治外，衛生福利部中央健康保險署特別推動「小兒氣喘特定疾病門診加強照護」服務，提供 12 歲以下有氣喘症狀的病患完整的中醫診治、追蹤及療效評估，對有需求的家長們提供另外就醫之選擇，家長可選擇利用各地醫療院所中醫門診所提供的整合性服務，改善氣喘症狀對小兒病患的影響與傷害。

諮詢 / 臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科主任 陳玉娟
衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組技正 何小鳳
衛生福利部中央健康保險署醫務管理組 吳明純
撰文 / 章 菱



近期時序進入春夏之際，天氣乍暖還寒，有時白天氣溫高達 30 度以上，入夜後或隔一、兩天就可能降至 20 度左右。這種忽冷忽熱的天氣，最容易引起氣喘發作。尤其是有氣喘宿疾的幼兒病患，在冷熱不定且溫差變化大的環境中，最常出現呼吸不順暢或呼吸困難的情況，而且一開始咳嗽就停不下來，時間甚至長達十天半個月，特別是夜咳，不僅影響幼兒，甚至是全家的睡眠品質與精神狀況，都受到了相當大的影響與困擾。

氣喘是一種慢性呼吸道發炎反應所造成的疾病，因發炎造成氣道阻塞會引發例如咳嗽、呼吸困難、哮鳴等症狀。氣喘不僅會反覆持續的發作，且發作之後往往會對患者的生活品質與精神情緒造成極大的負面影響，嚴重時甚至可能有致命的危機，所以家有氣喘兒常讓家長承受不少的壓力。



▲ 空氣品質不佳是引發氣喘的重要原因之一。



▲ 工業化程度愈高的國家，帶來的空氣污染問題也愈嚴重。

氣喘是最常見的幼兒慢性病之一

一般而言，工業化程度愈高的國家，其國內的氣喘盛行率也愈高；而在同一個國家或地區內，都市化愈高的地區內氣喘病患數量也比都市化程度較低的地區更多。近年來，受到生活環境的改變及影響，包括空氣品質不佳、飲食西化等因素，引起氣喘的因子愈來愈多，且充斥在生活周圍，讓氣喘病患發作的頻率也愈來愈高，包括病毒感染、過敏原、塵蟎、動物毛屑、花粉、香菸、二手菸、生冷油炸的飲食內容、情緒的波動、刺激性化學物品或特殊藥物等，都容易誘發氣喘的過敏症狀。

雖然氣喘被視為是現代的文明病之一，但其實早在幾千年之前，中國古代的醫療書籍裡就已經記載了小兒氣喘的症狀。臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科主任陳玉娟表示，在《黃帝內經》中，便有「乳兒中風熱，喘鳴肩息」的文字，即是對於小兒氣喘疾病的描述。由此可知，氣喘並不是新奇的疾病，只不過隨著社會工業化的發展以及環境空氣污染日益嚴重，從小就罹患氣喘的小朋友也愈來愈多，現在氣喘已經成為兒童最常見的慢性病之一。

依據中醫的理論，氣喘的發病是外來因素作用於內在因素之後的結果。陳玉娟主任指出，氣喘是因為肺、脾、腎三臟的功能不足所致。肺、脾、腎是負責人體內水液代謝的器官，不健康的水如果長期積存於體內會形成「痰」。痰飲久伏，一旦觸遇誘因就會使得痰隨氣升，氣又因痰而受阻，痰與氣在相互搏結之下，會導致氣道阻塞，而使患者出現呼吸困難、氣息喘促的症狀。

統計顯示，臺灣約有 15 ~ 20% 的學齡幼兒罹患氣喘，就診人數也占各大醫院兒科門診中很大的比率。氣喘常在幼兒時期就開始發病，約有半數的病童是在 2 歲前就已發病；約有 8 成的病童則是在 5 至 6 歲時出現氣喘的症狀。小兒氣喘一發作起來相當令人困擾，且有不少氣喘兒會持續不斷的發作，甚至宿疾纏身直到成年。

中醫介入有效改善小兒氣喘

儘管氣喘如此惱人，統計上發現，部分兒童的氣喘症狀會隨年齡而遞減。約有 1/3 的病童會在成長過程中完全痊癒；另外有 1/3 的病童其症狀會獲得大幅改善，而且急性發作的次數也將減少；只有大約 1/3 的病例會持續至成年時期。所以家中的幼兒如果已經罹患氣喘疾病，家長也不必過分擔憂與絕望，只要與醫師密切配合，成功治癒的機會自然可以大幅的提升。

幼兒氣喘的表現，容易與所謂小（細）支氣管炎或哮喘性支氣管炎的病徵混淆，因而造成診斷上的困難。由於氣喘會持續反覆的發作，因此在治療上，也需要長時期與耐心的生活照顧。依照世界衛生組織（WHO）及全球氣喘創議組織（GINA）的建議，在氣喘疾病治療過程中，應該將重點放在教育病人及其家屬如何改善生活環境上，避免氣喘患者接觸過敏原或非過敏性的致病因，才能有效減少氣喘症狀的急性發作。而衛生福利部中央健康保險署在民國 95 年所推動的「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」，正是依照世界衛生組織的建議來規劃的，期望在治癒小兒氣喘上，藉由有計畫的介入中醫處置，能幫助日益增多的氣喘患童減緩發作的頻率與發作的嚴重度。

中醫在針對小兒氣喘的診治方面，除了用藥改善免疫系統之外，強化針灸治療、穴位推拿按摩、穴位敷貼、氣霧吸入等處置，亦強調日常生活的保養與預防之衛教，例如家人應避免在屋內抽煙、保持室內環境的清潔與空氣流通、避免接觸會誘發氣喘之過敏原、儘量減少到公共場所的頻率、避免激動發怒、維持充足的睡眠、多做戶外運動、常接觸陽光等等。在氣候變化的時節，患者也須要注意衣著的增減。此外，



在飲食上，除了不要過飽或偏食，建議忌食會引起氣喘的食物，例如魚、蟹、生冷瓜果、油炸食品、冰冷飲料等。

為優質中醫門診把關

健保署與「中醫師公會全國聯合會」合作共同辦理的「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」，自 95 年起，經過試辦多年成效良好，因此健保署在 102 年將該計畫內容導入一般健保支付標準，擴大至基層中醫診所均可全面提供服務，鼓勵更多中醫師加強對小兒氣喘病患的整合性醫療照護，並將適用服務對象範圍放寬為年齡在 12 歲（含 12 歲）以下確診為氣喘疾病患者，且需有西醫診斷證明或肺功能檢查報告。


為了確認優質的照護品質，健保署亦規定提供「小兒氣喘疾病門診加強照護」的中醫師需接受中醫全聯會所辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」課程 8 小時後，才能執行「小兒氣喘疾病門診加強照護」的業務。此外，在看診人次部分，每位醫師每月申報診治小兒氣喘的上限為三百人次，健保署希望藉此能給予小兒氣喘病患最佳的中醫診治服務。

進行「小兒氣喘疾病門診加強照護」的中醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。病患經加強照護病程穩定後，也應對病患及其家屬進行衛生教育，教導他們了解如何加強平日自我照護。

若家有小兒氣喘治療的照護需求，家長除可尋求西醫診治外，亦可帶孩子至各地有提供「小兒氣喘疾病門診加強照護」服務之中醫醫事服務機構就診，讓有氣喘問題的兒童亦可利用中醫診療，進一步的調養身體，並經由一系列的整合治療，達到改善呼吸道問題及增進肺部功能的目的。



▲ 為避免誘發氣喘，應從日常生活保養做起，例：多做戶外運動、常接觸陽光等。



健保守護 愛不間斷

—認識「小兒腦性麻痺中醫 特定疾病門診加強照護」

家有腦性麻痺兒不僅會使家中照顧者產生相當大的精神壓力及體力負荷，也會造成經濟上的沉重負擔。衛生福利部中央健康保險署於 95 年實施的「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」，就是希望降低照顧者的負擔，並減輕醫療支出，讓腦性麻痺患童的家庭能重拾最基本的生活品質。

諮詢 / 臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科主任 陳玉娟
衛生福利部中央健康保險署醫審及藥材組技正 何小鳳
衛生福利部中央健康保險署醫務管理組 吳明純
撰文 / 章 菱

小兒腦性麻痺是一種嚴重影響兒童身心健康發展的疾病，也是最常見的小兒慢性神經疾病。根據世界衛生組織（WHO）的估計，腦性麻痺的發生率為千分之二至五，亦即大約每 300 個新生兒之中，就有一個罹患小兒腦性麻痺症。

腦性麻痺的發生原因

腦性麻痺發生的時間通常在出生之前或出生後不久，也就是在胎兒或新生兒時期，此時大腦的中樞神經系統內控制運動方面的細胞受到損傷，而使得之後發展的肌肉控制因此出現障礙。造成胎兒或新生兒時期的腦部細胞受到傷害的因素很多，包括難產、新生兒窒息、先天腦部異常或畸型、子宮內感染、先天性代謝異常等，都可能導致腦性麻痺，或是產前、生產過程中或產後，出現缺血、缺氧或感染而引起神經壞死等，也可能使嬰兒的腦部細胞及神經網絡受到損害，而造成腦性麻痺。

此外，早產兒由於身體器官的發育還未成熟，且在生產的過程中容易出現併發症而造成神經或肌肉系統損害，因此早產兒出生時的懷孕週數愈少、體重愈低，腦性麻痺的機率也會隨之增加。根據統計，如果早產兒的出生體重低於 1,500 公克，出現腦性麻痺的機率將增加 20 倍。

當胎兒、新生兒或幼兒的大腦還在未成熟的發育時期，如果腦部負責運動調節的大腦皮質及其神經網絡受到破壞損傷或發生病變，將會引起身體運動機能的障礙。有時候腦部控制動作的細胞在受傷後，也會影響到腦部其他非控制動作區域之細胞與神經的發展，而合併成各種感覺及發展上的多重障礙，例如會導致視覺、聽覺、語言、智力障礙或癲癇的發生。因為腦部受到侵犯的部位及程度不同，使得腦性麻痺症狀會出現輕、中、重度程度上的差異，輕度患者可經由治療讓其運動功能略同於一般人；重度患者則可能行動困難，必須終日臥床，依賴他人照顧。

3 歲前是診治腦性麻痺關鍵期

腦性麻痺兒在 3 歲以前的運動發育平均較正常人慢 6 ~ 18 個月，尤其是爬行動作最明顯。一般而言，小兒腦性麻痺患者會出現的發展遲緩是多方面的，如同時會有站立、行走、牙齒發育、語言能力等方面的障礙。患者的身體亦可能會出現肌肉無力、活動力不佳等症狀，例如不能抬頭、手部無力且不能握拳、下肢癱弱、口唇軟而無法咀嚼、皮膚鬆緩等外觀表現。不過腦性麻痺的症狀也可能以相反方式呈現，例如出現肌肉僵硬或痙攣、不自主動作等。

臺北醫學大學附設醫院傳統醫學科主任陳玉娟表示，在中醫學科中，腦性麻痺屬於「五遲」、「五軟」、「五硬」的範疇，又名「胎弱」、「胎怯」。此症發生於早產兒

▲ 小兒腦性麻痺發生時間通常在出生之前或出生後不久，3 歲前是診治的關鍵期。



或低體重兒身上的機率較多，因胎稟先天不足或因難產、外傷、腦髓受損才導致此症。

目前有許多證據顯示，中西醫合併的整合式療法，有益於腦性麻痺患者。在西醫的治療方式中，首重物理治療等復健治療，諸如肌力訓練、功能訓練、感覺統合等，目的是為了重建大腦內的神經迴路，使患者能盡量學會自理生活的能力，並且可做語言表達，使其學習能力發揮至最佳狀態。

而中醫對於腦性麻痺的治療方法，則是以頭部的針灸為主。除此之外，還可依據患者的病情給予內服用藥、穴位推拿等方式加以配合治療。陳玉娟主任指出，頭部針灸是在大腦皮層功能對應於頭皮表面的運動區、感覺區、暈聽區、語言區、及平衡區等處施針，以刺激腦部的神經迴路及肌肉反射，改善病患運動功能，而穴位推拿按摩的目的則是舒筋活絡、理筋、整復、祛瘀、活血。

病童受治的年齡越小，療效愈明顯，恢復的程度也愈多，因此早期診斷並及早接受治療，對於日後痊癒的程度影響甚大，尤



▲ 針對小兒腦性麻痺，中醫亦提供特殊的針灸照護服務。



▲ 中醫對於腦性麻痺的治療還可依據患者的病情給予內服用藥、穴位推拿等方式加以配合治療。

其是 3 歲以前的幼兒，其大腦正處於迅速發育的階段，也是診治小兒腦性麻痺症的關鍵時期，如能提早診治復健，恢復的狀況將會較為明顯。若病患在 3 歲以前頸部仍無法直立者，需要終身臥床的比例將會提高；如果超過 5 歲的病童仍無法走路，之後要再學會走路的機會將大幅的降低。因此，若是家中的照顧者發現幼兒在成長發育的過程中，出現任何動作的異常或畸形的現象，應盡快帶到醫院請醫師給予詳細的檢查，以免延遲早期發現早期治療的黃金時機。

中醫優質門診提升家庭品質

腦性麻痺是屬於較為嚴重的殘疾，一般家庭若有腦性麻痺的幼兒，家庭成員在精神、體力與經濟上，會產生相當沉重的負擔。有鑑於部分腦性麻痺的病童家庭會尋求中醫輔助治療，衛生福利部中央健康保險署與「中華民國中醫師公會全國聯合會」合作，自民國 95 年起開辦「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」，針對小兒腦性麻痺所需之中醫特殊照護服務，包含口服藥、頭皮針、體針半刺治療、穴位推拿、督脈及神闕藥灸、藥浴等處置，提供每週一次完整的中醫醫療，避免家屬及病童多次來往診所與多處就醫的麻煩。

12 歲以下（含 12 歲）確診為腦性麻痺患者，都可至各地有提供該項服務之中醫醫療院所進行門診診治。「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」辦理的目的在提供主要照顧者對病童的居家照護能力，降低主要照顧者的生、心理負擔，並改善主要照顧者的家庭生活品質，以及減輕腦性麻痺病童的醫療成本支出各方面，都提供病患家庭很好的支持。

加強門診擴大受益範圍

基於試辦多年的成效良好，健保署已在民國 102 年擴至基層中醫診所全面提供服務，鼓勵更多的中醫醫事機構或一般醫療院所的中醫門診推動「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」服務，目前已有 50 家醫療院所提供該項服務。

為了確保醫療照護品質，健保署規定施行「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」的中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」課程 8 小時，以加強照護診治的效果。

此外，健保署要求看診的醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。而每位醫師每月申報的小兒腦性麻痺疾病照護之上限為 300 人次，且每位患者每週限申報一次。健保署希望藉由對看診人次及作業流程上的規範及管控，給予小兒腦性麻痺患者最佳的中醫診治內容。

德國長期照護 保險制度的啓示

具悠久社會保險歷史傳統的德國，自 1995 年便開辦長期照護保險，在 2008 與 2014 年因應社會需要大幅度的調整、改革。臺灣即將開辦長照保險，規劃方向頗多借鏡德國制度。讓我們少走些冤枉路。

諮詢／國立陽明大學衛生福利研究所教授、衛生福利部
長期照護保險規劃總顧問 李玉春
撰文／劉惠敏



1883 年開辦健康保險的德國，是第一個實施社會保險的國家，其後社會保險的發展貫穿 20 世紀。繼健康、年金、職災及失業保險後的長期照護保險，是德國社會政策的第五根支柱，也已開辦 20 年。

在長照保險開辦前，住在機構中的被照顧者衆，地方政府社會救助負擔沉重，可能排擠其他需要救助對象的經費，且長照服務一部分來自教會等非政府組織。

面對長照需求的增加，社會保險制度自然是德國首選。不同於臺灣的單一體制，德國健保保險人多元，聯邦保險總署下有多個疾病基金（即保險人），這些健保保險人同時也成為長照保險人，不過財務各自獨立。保費由受雇者與雇主各負擔一半，保險開辦第一年保險費率為 1%，1996 年因加入機構給付調為 1.7%，2008 年調為 1.95%，2014 年調整為 2.05%。為考量世代公平，2005 年後無子女者多收 0.25% 的保險費，有錢的人還可選擇購買私人保險。

德國在 1995 年 4 月長照保險開辦之前，歷經 20 多年的討論，其中爭議包括居家或機構給付，調查報告顯示多數人仍喜歡住在家裡接受照護。長照保險並非保障全部的長照風險，而是提供基本必要服務，因此家庭仍須承擔相當照顧之責任。

德國長照保險特色

說到德國長照保險的特色，國立陽明大學衛生福利研究所教授、衛生福利部長期照護保險規劃總顧問李玉春說，最重要的當是「全民納保」、「基本給付」及「照顧者支持服務給付」。不同於日本只有 40 歲以上才納保，給付及照顧者支持也較德國少。除非被照顧者住在 24 小時的機構中，「家人多半仍會參與照顧」，甚至是主要的照顧者。

與臺灣相似，德國也傾向以居家社區服務為主。除非失能狀況嚴重到無法留在家中照護，才會送到機構照護。除了實物給付，長照保險也提供負責照顧的家屬親友現金給付，德國的社會保險體系考

慮的更深遠，因為照護親友而長期沒有正式工作的人，只要是每周照護超過 14 小時者，其年金保險費由長照保險人補助，在未來，也不用擔心沒有退休年金。另有家屬支持的後援，關懷訪視員可定期到家中提供照護諮詢，當場訓練照顧技巧，另有提供照顧訓練課程，照顧者也可從照護專線隨時獲得資訊、解答。

失能，是德國長照保險的給付評估條件，並不是侷限於年長者，只要符合 6 個月以上的長期失能，便可申請長照服務，醫療保險人醫療服務處

(MDK) 會派人至家中、醫院或機構評估，依據照護需求分為 3 等級（未來將改為 5 級），其給付方式也相當彈性，分別有實物或現金給付，以及實物、現金混合給付的選擇。

李玉春說，「德國人喜歡自己做決定」。務實的德國人，請領照顧津貼後，可有尊嚴、彈性的自由運用，例如找不同的人協助不同項目的服務。從保險人的角度來看，現金給付是較省錢的，照護品質不差、也凸顯在地老化與家庭互助功能。現金與實物給付自由搭配，可更彈性地調和照顧及工作，家屬親友可依據實際的需求，安排照顧人力。因此，領取現金給付的比例高，除前述的居家照護給付、照護者支持系統，還有一項應該是令不少照護者羨慕的「照護假」，讓被照護者與家人更彈性運用。即當家人需要長期照護時，可以向雇主申請 6 個月的照護假，自己在家照顧家人。



▲ 首重社會保險制度的德國，許多福利政策均在國會大廈中完成。

因應實際需求的改革

制度推行多年後，勢必得檢討利弊以便與時俱進。德國在 2008 年依據長期照護永續經營法案，改革長照制度。2015 年將進行另一波改革，除調高費率、提高保險給付以減輕家庭負擔外，將啓用新的評估量表，以反應日常生活功能及心智功能評估（如失智者）的照顧需要。

他們面對的問題，如今看來更深刻。包括照護的服務品質，應該如何管理、評鑑。而過去評估量表的照護需求概念過於狹隘，偏重生理功能、執行日常生活相關事務，忽視其他面向，例如日漸增加的失智症病人，提供的長照服務往往不足。而因為給付上限，無力自費負擔的民眾，仍得尋求社會救助體系，或者自我限縮申請服務，結果因照顧不足而加速失能，被迫提早進入機構。

因此，德國自 2005 年便開始檢討照護需求概念，隔年發展新的評估量表，在 2008 年實施新的評估工具，但 2014 年才開始試用，2015、2016 年正式導入，將原用的 3 級「照護等級」(Level of Care) 改為 5 等級的「照護需要程度」(Degree of care)，更重視「進行日常生活活動或管理日常生活的獨立性」，將生理、認知、心理需求同等對待。新的照護需要評估有 8 個面向：移位、認知與溝通能力、行為與心理問題、自我照顧能力、疾病治療額外之負擔、社會互動、戶外活動、預算管理。

除了評估工具，評估程序也有很大的變革，透過更完整的評估，能讓長期照護機構依此規劃民眾最需要的照護計畫。加速了行政流程，包括縮短申請到確定給付等級的時間在 5 周內，未如期完成將

罰款 70 歐元（未來將改為 4 周內），若申請家人請假進行居家照護，需 2 周內完成，需要住院、安寧療護或門診治療，則是在 1 周內確認。另外，大幅提高失智症病人的照護給付，在社區增加整合性的長照諮詢中心等照護據點，方便照護者就近得到協助，減少民衆申請手續的繁複，不用疲於來往不同行政單位。

確保品質是 MDK 的職責。為提昇服務品質，長照機構的評鑑過去是 5 年一次，在 2011 年後改為每年一次，並在網路公布評鑑結果，便於民衆選擇，機構也須時時維持並提昇品質。種種改革都是增加失智症病人、身心障礙者、精神障礙者及有照護需要的兒童，亦可獲得更符合需求的照護。

人口老化，幾乎是所有國家長期照護政策背後的隱憂，當長照需求者愈來愈多，錢怎麼會夠用。德國聯邦法定醫療保險人醫療服務處長照部主任 Uwe Brucker 去年來臺專題演講，便強調「應該要整體思考怎麼解決，而非僅單純思考財務問題」。例如，長期照護的目的應該是要讓老年人能正常行動與生活，而不是一直臥床，更實際來看，長照的預防工作做得好，便能減少保險給付支出。

不同於德國健保由各保險人自訂費率，其長期照護保險費率由國會統一訂定於法律中，主要是因為在健保中，有很多被保險人會因保險費率不一，常常更換保險人。而個別保險對象風險差異很大（例如退休人口），為避免保險人承擔過高之風險另設有風險校正平衡基金。因此在長照保險統一費率共同分擔風險。德國長照保險費率在 1997 年後十年沒有調整，直到 2008 年調整為 1.95%，除了整體經濟狀況好、保險費收入無虞、安全準備金足夠之外，主要因其給付控制嚴謹，寧可先嚴後寬，否則易放難收。但因給付仍少，因此 2015 年擬再度提高費率，以增加保險給付，減輕需照顧者與家庭的負擔。

德國 2013 年再度新法改革，便是從整體性考慮，Brucker 舉例，「將給付優質化」，包括費用結構的調整。提供新的居住方式，讓被保險人有更多選擇，不一定要去機構，例如德國柏林的試辦計畫，讓失智症病人一起住在公寓同一層，由照護者提供 24 小時照顧。



▲ 德國科隆大教堂是當地民衆的精神指標。

長照人力何處來？

長照人力是幾乎所有規劃長期照護政策的先進國家，都不得不面對的難題。在德國、日本等國，最大的問題是照護人力的流失。德國相關策略除了持續培育人才，包括招募更多人力，開設照顧學系培育年輕照顧者、鼓勵中高齡者再就業給予培訓，還要持續發展人才策略、增加個案管理措施，以利留住人力。目前外勞人力不多，尚處灰色地帶，但長遠來看，可能也將開放政策、適當地引進外來人力。

李玉春說，照顧人力的發展策略是一定要的。例如將照顧服務分流，較難或需要較長時間的照護服務可

加計點數、給予較高的支付，照顧服務員可由基本的照顧進階到可做洗澡等較高難度的照護。而照顧服務員有職涯發展，依據經驗、興趣或能力，可逐步升遷、加薪，經驗豐富者可以當督導，「要讓人看得到未來」！

除了實質穩定的薪水及升遷，社會形象的建立同樣重要。一如白衣天使，透過正式教育體系的訓練等社會形象建立過程，護理工作被社會認同是一份辛苦且值得尊重的工作。未來應透過社會行銷，將照顧服務員形塑為「社區的守護神」、「藍衣天使」，以提升照顧服務員的社會形象與地位。



▲ 勃蘭登堡門是柏林的象徵，也是德國重要建築地標。

長照保險，作為長照體系重要的一環，包括可提供更好的工作環境。除了培育年輕工作者，也應同時發展非正式教育訓練體系，讓人力來源擴展到中年轉業，或需要兼顧家庭、生育後想回到職場等，讓更多且訓練有素的人力，進入長照服務體系。

在臺灣，不少的照護者是外勞。李玉春說，外勞在臺灣是補充人力，涉及整個長照體系規劃，不只是長期照護保險的問題。調查顯示 78% 僱外勞的家庭也希望未來可使用長照服務。尤其現階段，不少來臺從事照護的外勞，其實很多違規從事家事服務，甚至幫忙家庭工廠、生意。在長照保險開辦後，僱外勞家庭可使用長照資源，減輕家庭與外勞負擔，落實勞動條件，需要照顧者或家庭可更彈性運用長照機構服務及原有人力，未來從事照護的外勞，也許會減少，且獲得更確實的勞動保障，對需要照顧的家庭而言，則是獲得更有品質的服務、協助。

對臺灣的省思

正因為有許多國家走在前頭，臺灣反而有機會截長補短，衡量各國規劃特點、利弊，建構更穩健的長照保險體系。日本以 40 歲以上對象納保的問題逐漸浮現，臺灣長照保險規劃與德國長保一樣，採全民強制納保，與健保一致。不僅是可行性較高、較公平，整體風險分擔能力也較高，不會有年齡歧視的問題，也不會有人搭便車，等到失能才加保。對身心障礙者而言，並不需要長照保險及原有福利二擇一，而是雙重的保障，在長保給付以外的社會福利仍將維持現狀。

臺灣未來實施長照保險，財務健全必是未來的挑戰，以德國為鑑，透過嚴格的管控給付、先嚴後寬，以及強化財務責任制度，必定能走得更穩健。德國為家庭照顧者所創造的友善環境，包括實質的照護支援、諮詢到相關福利保障，也是臺灣長照體系迫切的需要，在長照保險推動的當下，建構完整的照顧者支持服務。

20 年來的德國長保之路，並非一路順遂，面對社會實際需求，德國長照保險採漸進改革，一步步建構更踏實的長照體系。在臺灣希望與健保一樣，未來亦能建立一個令人稱羨的長照保險制度。

外出哺乳好方便 媽咪必備的常識

天空一片晴朗、天氣正好，大家都很想外出去踏青，很多爸爸媽媽也希望能帶小寶寶一起踏青曬曬太陽，享受大自然，不過，喝母乳的孩子每隔幾小時就要餵一次奶，有些哺餵母乳的媽媽，常因為擔心不方便餵奶而不敢外出。

諮詢 / 台灣母乳哺育聯合學會理事、博仁綜合醫院小兒科主任、
國際認證泌乳顧問 (IBCLC) 毛心潔醫師
撰文 / 丁彥伶

台灣母乳哺育聯合學會理事毛心潔醫師表示，其實餵母乳的媽媽才是最方便的，因為不必像餵配方奶粉的媽媽，一出門要算好需要準備幾餐的奶粉、準備熱水、奶瓶等等帶一大包，只要媽媽和寶寶準備好，帶幾塊尿布，就能安心帶寶寶出門，不怕寶寶餓肚子。

媽媽有公開哺乳的權利

民國 99 年 11 月 24 日實施「公共場所母乳哺育條例」，其中第 4 條規定，婦女於公共場所母乳哺育時，任何人不得禁止、驅離或妨礙。前項選擇母乳哺育場所之權利，不因該公共場所已設置哺（集）乳室而受影響。這項條例保障了哺乳婦女在公開場所的哺乳權利，不論哺育母乳或是餵人工配方奶，婦女都可以在公共空間哺乳，不必擔心餵母乳時被驅離。另外現在國內的很多公共場所都設有哺集乳室，確保有哺餵母乳意願的媽媽們有「無障礙餵母乳」的場所，不習慣公開哺乳的媽媽，可以先詢問哪裡有哺乳室方便餵奶。

母親的乳房是提供嬰兒食物的「食器」，毛心潔認為餵母乳是很神聖的行為，外人不應給予有色眼光，媽媽只要有意願，就有公開餵母乳的權利。如果一時之間找不到集哺乳室，或是在戶外孩子臨時要喝奶，媽媽可以利用餵奶的姿勢，或是穿著方便餵奶的哺乳衣、揸巾或是利用圍巾……等等來輔助，就可以「隨時隨地」餵奶，在公共場所餵奶也不必擔心走光。



哺乳必備工具

穿著哺乳胸罩、哺乳衣的好處，是只需解開幾顆鈕釦，不必打開或掀開衣服，就能直接讓寶寶喝奶，擁有許多隱密性，如果不想多花錢買哺乳衣，也可以在外面罩上短罩衫，裡面搭配深 V 或是 U 形領的內搭衣，寶寶餓的時候，只要把外罩的短罩衫掀起，將裡面的內搭深 V、深 U 領口衣往下拉，讓外罩衣蓋住寶寶和乳部，或是多帶一條圍巾蓋著，就可以隨時隨地有隱私地方便餵母乳了。

「用揹巾？不是很老氣、老派嗎？」其實世界各國的文化中都有揹巾，這就說明了揹巾真的很好用、很實用，而且現在的揹巾不只是老一輩所用長長的、只能把嬰兒綁在背後的揹巾，現在市場上的「親密揹巾、哺乳揹巾」許多看起來都很時尚，雖然來自世界各國、有很多品牌，但是揹法和原理大同小異，甚至還可以依照寶寶的位置及姿勢變化多種不同揹法，只要調整好寶寶的位置，就可以放心讓雙手空著方便做事，所以有愈來愈多的媽媽們會選擇親密揹巾、哺乳揹巾。



▲ 使用揹巾，可以依照寶寶的位置及姿勢變化多種不同揹法。

讓寶寶更舒服的姿勢

毛心潔說，一般的揹巾只要順應寶寶的姿勢，讓寶寶的頭靠著乳頭的位置喝奶，其實都不必擔心會走光，而哺乳揹巾則通常利用兩個環固定揹巾長度，餵母乳怕走光時，多出一截的揹巾就是很好遮掩的工具。

另外，也可以利用抱姿達到更佳隱密性，毛心潔說，如果寶寶比較小，或是睡著了，可以採取橫抱，也就是所謂的「搖籃式抱法」，讓寶寶橫躺在媽媽的懷抱，適合新生兒以及各年齡嬰幼兒，尤其是寶寶睡著時，更是適合餵奶的姿勢。

如果寶寶比較大了，不喜歡躺著，毛心潔建議可以讓寶寶面對面跨坐在媽媽的前方或半側面，寶寶剛好遮住了胸部，方便喝奶也幫忙遮住外人的視線。

除了衣物和揹巾的輔助以外，毛心潔建議媽媽帶寶寶外出時可以幫自己找同伴，可以是家人同行，或是參加母乳相關團體多認識一些母乳媽媽同伴，大家平時可交換餵母乳的資訊，也可以相邀出遊，相互有照應，就不會一下子要換尿布、拿東西、找地方等手忙腳亂，媽媽和寶寶都能玩得盡興！

安心又溫馨 哺集乳室讓出遊更便利

對哺乳中的媽咪來說，和孩子一起出遊，原本是件快樂的事，但出門在外，想要找到一個可以餵奶、換尿布的舒適空間，可就傷透腦筋，尤其遇到 **BABY** 肚子餓時，哺集乳室就顯得非常重要。目前一般大眾交通系統及百貨公司均設有哺集乳室，別忘了善用他們，讓親子出遊更便利！

撰文 / 編輯部

自從臺北市於 2004 年 4 月開始實施「臺北市公共場所母乳哺育自治條例」後，保障了媽媽在公共場合哺乳的權利，也鼓勵了更多媽媽帶幼兒出遊。既然要趴趴走，搭乘交通工具是必然的，像捷運、臺鐵、機場等大眾交通設施，也都提供不少貼心又溫馨的哺集乳室，不但為媽媽們保留隱私，孩子也不會挨餓。

機場主題哺乳室耀眼 HelloKitty 吸睛

機場是國家的門面，哺集乳室自然也不能少。不管是桃園中正機場、松山機場，均有令人驚艷的主題式哺集乳室，讓媽媽們趨之若鶩。

在桃園中正機場管制區內，有一個以 Hello Kitty 卡通明星打造的哺集乳與育嬰空間，除了以粉嫩色調為主，還有床邊玩具、免費尿布、奶粉、飲水機、嬰兒床、尿布檯、奶瓶清潔器等貼心設施，冬天還準備 24 小時溫熱的濕紙巾，簡直比五星級飯店更要人性化。

松山機場的哺集乳室則多達 9 間，其中國際線 5 間，國內線有 4 間，各有特色。以位於護理站旁的哺集乳室為例，一打開門整間超藍，燈



▲ 中正機場的哺集乳室以 Hello Kitty 卡通人物打造而成，非常可愛又討喜。

光有點昏暗，卻很有天空的感覺，內部設有飲水機、洗手檯和尿布檯，也有母乳專用冰箱以及求救鈴，整個空間大，即使是嬰兒車也推得進去。而高雄小港機場更增設兒童遊戲區，讓來到此地的孩子不會覺得無聊。

臺北捷運 連 3 年獲衛生局優良認證

捷運對大臺北地區民眾來說，是相當重要的交通工具，每天有上百萬人搭乘它上班、上學或休閒旅遊，其設施也很人性、貼心，哺集乳室就是一例。

目前臺北捷運共有 26 處專用哺集乳室，臺北市內有 20 處，即捷運車站 16 處、貓纜車站 3 處及小巨蛋 1 處，每一處均提供媽媽及嬰兒良好舒適的哺育環境，並具備專用哺集乳室設施，如：靠背椅、有蓋垃圾桶、電源設備、由內部上鎖之門、緊急求救鈴等設施。同時也提供熱水沖泡牛奶與尿布檯，還準備母乳存放專用冰箱，只要媽媽以自備容器將母乳裝妥洽服務人員，服務人員就會協助登記、妥善包裝冰置，也會貼心提醒媽咪們領回。

對其他還沒有設置專用哺集乳室的車站，則以站長室、職員室規劃適當空間代替哺集乳室，尤其在員工的巧思布置下，每一站都有不同風貌，像新埔站溫馨歡樂、圓山站舒適典雅、中山站則是精緻可愛，有需要的媽媽都可洽服務人員。

至於高雄捷運則在美麗島站近七號出口設置哺乳室，同樣內設沙發、冷熱水洗手檯、嬰兒床、飲水機等設備，以及緊急求救按鈕及電話，未設置的車站，也會開放站長室或駐警室使用。

臺鐵老字號 增設列車哺乳室

如果是長途搭車，非火車或高鐵莫屬。對每 2、3 小時就要哺育一次的媽媽來說，臺鐵早已全面在各站設置哺集乳室，並以專用哺集乳室的規格，配備以下設施，如：靠背的舒適座椅、定期清潔的飲水設備、有蓋垃圾桶、尿布檯、洗手檯，以及育嬰床、冷氣機、冰箱等。為了考量安全，也有室內警鈴和行車室聯繫。



▲ 松山機場哺集乳室以特殊藍色調，呈現不一樣風情。



▲ 北捷南港展覽館站備有專用哺集乳室，可提供媽媽及嬰兒良好舒適的哺育環境。



▲ 臺鐵普悠瑪列車上的哺集乳室，解決媽媽哺育的不便。

另外，為免除媽媽們在搭乘火車時哺育不便，臺鐵在這兩年也在對號列車上增設哺乳室，如：普悠瑪、太魯閣號等，儘管列車空間小，但麻雀雖小，五臟俱全，像尿布檯、洗手檯等一應俱全，目前已有 6 成以上對號列車有哺乳室的設置。

高鐵列車哺集乳室上路 各站育嬰室父母皆可使用

至於高鐵全線 8 個車站也備有育嬰室，並概分可供父母使用的開放空間，以及專為媽媽準備的獨立哺乳室。其中，開放空間內設施除了有泡奶粉工作檯、餵奶區，以及居家雜誌和緊急按鈕外，皮製尿布墊則備有溫水水龍頭，讓寶寶洗屁屁時更舒服，還有紙巾及溼巾，方便爸媽使用。

專為媽媽哺乳設置的獨立哺乳室，為安全考量，在門邊也設置緊急按鈕，不使用時是關閉鎖上的。特別的是，在哺乳室內牆上備有 CD Player，只要輕輕一拉，就可播放輕柔的音樂。另外，高鐵自去年 7 月也投入 3 台新列車，皆備有簡易哺集乳室，使用前須通知列車人員開啓。



▲ 臺鐵哺集乳室的明亮色調，令人貼心又舒適。



▲ 高鐵全線 8 個車站均備有哺集乳室，其中開放空間父母皆可使用。

百貨業溫馨也貼心 讓休閒變得更便利

至於百貨公司更不用說了。由於婦幼是百貨的主力消費群，貼心的哺集乳室已成為每家百貨公司的基本設施，並備有尿布檯、洗手檯、飲水機，或免費尿布（S ~ XL），甚至尿布販賣機等，除了空間更多、更大，還有親子雜誌等刊物，以及孩子玩樂的玩具車提供，真的很貼心。

以臺北 101 為例，4 樓是國際精品名牌，哺集乳室也具同樣格調，從尿布檯、沙發椅到整個壁面空間，均採金色色調，堪稱最美的哺集乳室，室外還有舒適的沙發椅，供排隊等候的媽媽、爸爸或同行的友人休憩之用。其他如新光三越、遠東百貨、環球購物中心等，也都有舒適精緻溫馨的哺集乳室，讓假日父母再也不煩惱孩子的哺育問題了。

各界愛心捐款明細表

(1) 個人捐款

捐款期間：103.1.1-2.28

| 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 | | |
| 1/1 | 無名氏 | 1,000 | 1/2 | 葉○竹 | 300 | 1/10 | 吳○○雲 | 5,000 | 1/24 | 陳○延 | 6,000 |
| 1/2 | 姚○鈞 | 3,000 | 1/2 | 謝○美 | 300 | 1/10 | 吳○宗 | 5,000 | | | |
| 1/2 | 林○姿 | 1,200 | 1/2 | 葉○德 | 300 | 1/13 | 洪○揮 | 1,000 | 1/24 | 呂○○雲、林○蓉、呂○靜、呂○諭、呂○儒 | 500 |
| 1/2 | 邱○明 | 400 | 1/2 | 黃○芬 | 300 | 1/13 | 無名氏 | 1,000 | | | |
| 1/2 | 陳○芳 | 1,000 | 1/2 | 賴○亞 | 300 | 1/13 | 繆○鳳 | 3,000 | 1/24 | 陳○○蘭 | 300 |
| 1/2 | 葛○君 | 500 | 1/2 | 溫○炎 | 300 | 1/14 | 林○霞 | 2,000 | 1/24 | 彭○保 | 500 |
| 1/2 | 張○文 | 2,000 | 1/2 | 鄒○蘭 | 300 | 1/14 | 無名氏 | 1,000 | 1/24 | 張○修 | 300 |
| 1/2 | 張○月 | 500 | 1/2 | 王○ | 300 | 1/16 | 無名氏 | 1,100 | 1/24 | 魏○幸 | 500 |
| 1/2 | 莊○惠 | 800 | 1/2 | 汪○濱 | 300 | 1/17 | 林○平 | 2,400 | 1/24 | 王○美 | 500 |
| 1/2 | 郭○雲 | 300 | 1/2 | 賴○財 | 300 | 1/17 | 無名氏 | 2,000 | 1/24 | 吳○芳 | 300 |
| 1/2 | 林○如 | 200 | 1/2 | 陳○善 | 300 | 1/20 | 劉○興 | 6,789 | 1/24 | 游○莉 | 500 |
| 1/2 | 彭○雪 | 400 | 1/2 | 李○怡 | 300 | 1/20 | 黃○環 | 300 | 1/24 | 李○治 | 500 |
| 1/2 | 郭○卿 | 300 | 1/2 | 游○富 | 300 | 1/20 | 徐○妹 | 300 | 1/24 | 李○貞 | 300 |
| 1/2 | 李○鋒 | 2,000 | 1/2 | 許○蓮 | 300 | 1/20 | 余○婷 | 300 | 1/24 | 林○信 | 300 |
| 1/2 | 洪○琇 | 500 | 1/2 | 杜○文 | 300 | 1/20 | 鄭○文 | 1,000 | 1/24 | 葉○媛 | 300 |
| 1/2 | 李○霞 | 500 | 1/2 | 莊○嘉 | 300 | 1/20 | 黃○霄、李○仁 | 3,000 | 1/24 | 張○次 | 2,000 |
| 1/2 | 廖○菁 | 500 | 1/2 | 宋○耀 | 300 | 1/21 | 黃○文 | 2,000 | 1/26 | 無名氏 | 3,600 |
| 1/2 | 李○璋 | 500 | 1/2 | 劉○英 | 300 | 1/21 | 石○銀 | 1,000 | 1/27 | 劉○珠 | 500 |
| 1/2 | 俞○菁 | 500 | 1/2 | 梁○安 | 300 | 1/21 | 無名氏 | 1,000 | 1/27 | 無名氏 | 1,000 |
| 1/2 | 林○裕 | 1,000 | 1/3 | 林○ | 1,000 | 1/22 | 李○冷 | 300,000 | 1/27 | 李○芳 | 1,000 |
| 1/2 | 林○容 | 300 | 1/3 | 無名氏 | 3,000 | 1/22 | 楊長○ | 20,000 | 1/27 | 范○光 | 300 |
| 1/2 | 何○儒 | 500 | 1/6 | 徐○圓 | 100 | 1/22 | 張○慈 | 300 | 1/27 | 葉○宇 | 300 |
| 1/2 | 王○妃 | 500 | 1/6 | 王○媽 | 100 | 1/22 | 周○瑜 | 300 | 1/28 | 鄒○雪 | 2,000 |
| 1/2 | 吳○綺 | 5,000 | 1/6 | 李○霖 | 1,000 | 1/22 | 莊○瑄 | 500 | 1/29 | 吳○銘 | 25,000 |
| 1/2 | 張○寬 | 500 | 1/6 | 李○諭 | 1,000 | 1/22 | 邵○繫 | 300 | 1/29 | 尤○櫻 | 500 |
| 1/2 | 莊○純 | 500 | 1/6 | 宋○翔 | 300 | 1/22 | 鄭○蓉 | 500 | 1/29 | 林○信 | 500 |
| 1/2 | 林○足 | 500 | 1/6 | 宋○軒 | 300 | 1/22 | 范○愷 | 300 | 1/29 | 林○堂 | 500 |
| 1/2 | 沈○昶 | 500 | 1/6 | 梁○玲 | 300 | 1/22 | 陳○美 | 300 | 1/29 | 尤○源 | 500 |
| 1/2 | 陳○露 | 500 | 1/7 | 李○原 | 5,000 | 1/23 | 葉○祥 | 30,000 | 1/29 | 尤○○葉 | 500 |
| 1/2 | 盧○嘉 | 200 | 1/8 | 黃○棋 | 500 | 1/24 | 蘇○華 | 200 | 1/29 | 尤○冠 | 500 |
| 1/2 | 朱○穎 | 500 | 1/8 | 曾○喻 | 500 | 1/24 | 林○姿 | 400 | 1/29 | 謝○蘭 | 600 |
| 1/2 | 王○真 | 300 | 1/8 | 黃○傑 | 500 | 1/24 | 羅○妙 | 1,100 | 1/29 | 無名氏 | 3,352 |
| 1/2 | 史○華 | 1,000 | 1/8 | 黃○晴 | 500 | 1/24 | 方○蒲 | 200 | 1/29 | 馮○女 | 2,000 |
| 1/2 | 羅○蓮 | 200 | 1/8 | 王○慧 | 100 | 1/24 | 施○珍 | 400 | 1/29 | 許○菁 | 1,000 |
| 1/2 | 林○政 | 2,000 | 1/8 | 施○楨 | 100 | 1/24 | 黃○美 | 800 | 1/29 | 李○愛 | 200 |
| 1/2 | 戴○羽 | 1,800 | 1/8 | 廖○菊 | 100 | 1/24 | 莊○嬌 | 300 | 1/29 | 賴○琴 | 500 |
| 1/2 | 蔡○原 | 500 | 1/8 | 詹○興 | 100 | 1/24 | 陳○珠 | 200 | 1/29 | 林○容 | 450 |
| 1/2 | 梁○玲 | 500 | 1/8 | 蒙○光 | 100 | 1/24 | 蔡○美 | 200 | 1/29 | 姚○祺 | 450 |
| 1/2 | 陳○雲 | 500 | 1/8 | 張○雄 | 100 | 1/24 | 吳○秀 | 200 | 1/29 | 姚○元 | 450 |
| 1/2 | 唐○正 | 500 | 1/8 | 張○華 | 100 | 1/24 | 陳○玉 | 400 | 1/29 | 姚○中 | 450 |
| 1/2 | 黃○華 | 500 | 1/8 | 張○南 | 100 | 1/24 | 張○○祝 | 200 | 1/30 | 無名氏 | 1,200 |
| 1/2 | 林○君 | 500 | 1/8 | 張○佑 | 100 | 1/24 | 蘇○○娟 | 300 | 1/31 | 李○居 | 2,000 |
| 1/2 | 郭○芳 | 500 | 1/8 | 謝○雯 | 100 | 1/24 | 張○平 | 200 | 2/2 | 無名氏 | 1,000 |
| 1/2 | 黃○玲 | 500 | 1/8 | 吳○喬 | 100 | 1/24 | 李○○蓮 | 200 | 2/3 | 葛○君 | 500 |
| 1/2 | 劉○蘭 | 500 | 1/8 | 蒙○光 | 100 | 1/24 | 戴○華 | 200 | 2/3 | 陳○嬌 | 400 |
| 1/2 | 黃○章 | 500 | 1/8 | 王○中 | 3,000 | 1/24 | 吳○萍 | 100 | 2/3 | 簡○娜 | 500 |
| 1/2 | 陳○春 | 500 | 1/8 | 王○汝 | 300 | 1/24 | 沈○華 | 200 | 2/3 | 林○如 | 200 |
| 1/2 | 張○敬 | 500 | 1/8 | 蔡○義 | 300 | 1/24 | 李○燕 | 200 | 2/3 | 彭○雪 | 400 |
| 1/2 | 何○芳 | 300 | 1/8 | 林○珍 | 300 | 1/24 | 魏○珍 | 200 | 2/3 | 蔣○敏 | 1,000 |
| 1/2 | 廖○富 | 300 | 1/8 | 王○中 | 3,000 | 1/24 | 宋○惠 | 200 | 2/3 | 郭○卿 | 300 |
| 1/2 | 陳○純 | 300 | 1/8 | 高○銘等7人 | 1,400 | 1/24 | 林○○華 | 200 | 2/3 | 洪○琇 | 500 |
| 1/2 | 黃○青 | 300 | 1/8 | 王○中 | 3,000 | 1/24 | 劉○○英 | 200 | 2/3 | 徐○菊 | 500 |
| 1/2 | 江○美 | 300 | 1/8 | 無名氏 | 1,000 | 1/24 | 劉○珍 | 200 | 2/3 | 廖○菁 | 500 |
| 1/2 | 黃○勳 | 300 | 1/9 | 李○貞 | 2,000 | 1/24 | 劉○昭 | 500 | 2/3 | 俞○菁 | 500 |
| 1/2 | 陳○麟 | 500 | 1/9 | 蘇○雯 | 500 | 1/24 | 黃○卿 | 200 | 2/3 | 何○儒 | 500 |
| 1/2 | 方○璇 | 500 | 1/9 | 蘇○桂 | 500 | 1/24 | 廖○玉 | 200 | 2/3 | 林○宸 | 500 |
| 1/2 | 李○梅 | 300 | 1/9 | 劉○興 | 2,345 | 1/24 | 劉○綱 | 400 | 2/3 | 杜○安 | 500 |
| 1/2 | 柯○璇 | 300 | 1/9 | 趙○齡 | 500 | 1/24 | 顏○男 | 200 | 2/3 | 朱○嬌 | 500 |
| 1/2 | 鄭○棠 | 300 | 1/9 | 陳○慧 | 300 | 1/24 | 王○娘 | 200 | 2/3 | 張○寬 | 500 |
| 1/2 | 吳○芳 | 300 | 1/9 | 李○飴 | 300 | 1/24 | 陳○彬 | 200 | 2/3 | 莊○純 | 500 |
| 1/2 | 黃○卿 | 300 | 1/9 | 楊○儀 | 300 | 1/24 | 游○珍 | 200 | 2/3 | 蘇○秀 | 6,000 |
| 1/2 | 姜○軒 | 300 | 1/9 | 無名氏 | 1,000 | 1/24 | 陳○琪 | 900 | 2/3 | 沈○昶 | 500 |
| 1/2 | 李○祥 | 300 | 1/10 | 林○定 | 3,000 | 1/24 | 許○敦 | 300 | 2/3 | 何○真 | 500 |
| 1/2 | 廖○清 | 300 | 1/10 | 鄭○ | 20,000 | 1/24 | 張○綱 | 200 | 2/3 | 張○順 | 300 |

各界愛心捐款明細表 (續)

(1) 個人捐款

捐款期間：103.1.1-2.28

| 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) |
|-------------|------|-------------|-------------|---------|-------------|-------------|---------|-------------|-------------|--------------|------------------|
| 2/3 | 林○精 | 300 | 2/6 | 葉○竹 | 300 | 2/11 | 黃○齊、李○仁 | 3,000 | 2/20 | 王○娘 | 200 |
| 2/3 | 陳○霞 | 500 | 2/6 | 謝○美 | 300 | 2/12 | 劉○海 | 32,000 | 2/20 | 陳○彬 | 200 |
| 2/3 | 盧○嘉 | 200 | 2/6 | 賴○亞 | 300 | 2/12 | 高○陽 | 5,000 | 2/20 | 陳○琪 | 900 |
| 2/3 | 朱○穎 | 500 | 2/6 | 黃○卿 | 300 | 2/12 | 陳○霞 | 5,000 | 2/20 | 許○敦 | 300 |
| 2/3 | 史○華 | 1,000 | 2/6 | 姜○軒 | 300 | 2/12 | 謝○臻 | 1,000 | 2/20 | 張○綱 | 200 |
| 2/3 | 無名氏 | 1,000 | 2/6 | 李○祥 | 300 | 2/12 | 劉○卿 | 10,000 | 2/21 | 劉○娣 | 1,000 |
| 2/5 | 林○武 | 1,000 | 2/6 | 黃○勳 | 300 | 2/13 | 宋○○妹 | 300 | 2/24 | 李○華 | 100,000 |
| 2/5 | 劉○愉 | 20,000 | 2/6 | 李○梅 | 300 | 2/13 | 宋○焯 | 300 | 2/24 | 馮○女 | 2,000 |
| 2/5 | 黃○棋 | 500 | 2/6 | 葉○德 | 300 | 2/13 | 鄒○雪 | 1,000 | 2/24 | 許○菁 | 1,000 |
| 2/5 | 曾○瑜 | 500 | 2/6 | 黃○芳 | 300 | 2/17 | 廖○榮 | 2,000 | 2/24 | 李○愛 | 200 |
| 2/5 | 黃○傑 | 500 | 2/6 | 陳○善 | 300 | 2/17 | 高○銘等7人 | 1,400 | 2/25 | 鄭○文 | 900 |
| 2/5 | 黃○晴 | 500 | 2/6 | 陳○慧 | 300 | 2/18 | 戴○心 | 300 | 2/25 | 周○芬 | 600 |
| 2/5 | 姚○鈞 | 3,000 | 2/6 | 何○芳 | 300 | 2/19 | 李○霖 | 1,000 | 2/26 | 無名氏 | 3,600 |
| 2/5 | 龔○翰 | 500 | 2/6 | 劉○英 | 300 | 2/19 | 李○諭 | 1,000 | 2/26 | 杜○亮 | 1,000 |
| 2/5 | 黃○○珠 | 500 | 2/6 | 梁○玲 | 300 | 2/19 | 鄺○春 | 6,000 | 2/26 | 劉○玉 | 10,000 |
| 2/5 | 黃○郎 | 500 | 2/6 | 徐○妹 | 300 | 2/20 | 尤○櫻 | 500 | 2/26 | 無名氏 | 1,000 |
| 2/5 | 龔○義 | 500 | 2/6 | 宋○翔 | 300 | 2/20 | 林○信 | 500 | 2/27 | 丁○初 | 10,000 |
| 2/6 | 蔡○倩 | 2,000 | 2/6 | 宋○軒 | 300 | 2/20 | 林○瑩 | 500 | 2/27 | 黃○和 | 660,000 |
| 2/6 | 蔡○勳 | 2,000 | 2/6 | 邵○繁 | 300 | 2/20 | 尤○源 | 500 | | | |
| 2/6 | 饒○奇 | 2,000 | 2/6 | 林○珍 | 300 | 2/20 | 尤○○葉 | 500 | 合計 | | 1,628,542 |
| 2/6 | 林○政 | 2,000 | 2/6 | 周○瑜 | 300 | 2/20 | 尤○冠 | 500 | | | |
| 2/6 | 陳○春 | 500 | 2/6 | 邱○明 | 400 | 2/20 | 黃○文 | 2,000 | | | |
| 2/6 | 黃○玲 | 500 | 2/6 | 蘇○曼 | 500 | 2/20 | 蘇○華 | 300 | | | |
| 2/6 | 黃○華 | 500 | 2/6 | 蘇○桂 | 500 | 2/20 | 林○姿 | 400 | | | |
| 2/6 | 陳○麟 | 500 | 2/6 | 蘇○珠 | 2,000 | 2/20 | 羅○妙 | 800 | | | |
| 2/6 | 唐○正 | 500 | 2/7 | 徐○圓 | 100 | 2/20 | 方○浦 | 200 | | | |
| 2/6 | 陳○雲 | 500 | 2/7 | 王○媽 | 100 | 2/20 | 施○珍 | 200 | | | |
| 2/6 | 郭○芳 | 500 | 2/7 | 施○貞 | 10,000 | 2/20 | 黃○美 | 700 | | | |
| 2/6 | 林○君 | 500 | 2/7 | 黃○文 | 800 | 2/20 | 莊○嬌 | 400 | | | |
| 2/6 | 方○璇 | 500 | 2/7 | 莊○翔 | 300 | 2/20 | 陳○珠 | 200 | | | |
| 2/6 | 梁○玲 | 500 | 2/7 | 劉○興 | 3,456 | 2/20 | 蔡○美 | 200 | | | |
| 2/6 | 黃○章 | 500 | 2/7 | 張○恭 | 2,000 | 2/20 | 吳○秀 | 200 | | | |
| 2/6 | 安○華 | 500 | 2/7 | 顏○為 | 1,000 | 2/20 | 陳○玉 | 100 | | | |
| 2/6 | 張○敬 | 500 | 2/7 | 吳○○雲 | 5,000 | 2/20 | 成○○完 | 300 | | | |
| 2/6 | 簡○頤 | 500 | 2/7 | 吳○宗 | 5,000 | 2/20 | 盧○陳○ | 100 | | | |
| 2/6 | 簡○伶 | 500 | 2/7 | 蘇○芬 | 2,000 | 2/20 | 張○○祝 | 200 | | | |
| 2/6 | 李○芳 | 500 | 2/9 | 無名氏 | 3,000 | 2/20 | 張○娟 | 300 | | | |
| 2/6 | 許○蓮 | 300 | 2/9 | 無名氏 | 5,000 | 2/20 | 蘇○○娟 | 400 | | | |
| 2/6 | 杜○文 | 300 | 2/10 | 李○愛 | 1,000 | 2/20 | 張○平 | 200 | 1/2 | 瑞誠聯合會計師事務所 | 500 |
| 2/6 | 廖○清 | 300 | 2/10 | 解○蘭：涂○利 | 2,000 | 2/20 | 李○○蓮 | 200 | 1/6 | 善莊誠酒堡 | 300 |
| 2/6 | 陳○純 | 300 | 2/10 | 林○定 | 3,000 | 2/20 | 戴○華 | 200 | 1/10 | 祥○機車行 | 5,000 |
| 2/6 | 汪○濱 | 300 | 2/10 | 藍○笙 | 2,000 | 2/20 | 許○菁 | 100 | 1/15 | 台北市園藝花卉業職業工會 | 5,000 |
| 2/6 | 莊○嘉 | 300 | 2/10 | 李○原 | 5,000 | 2/20 | 李○燕 | 100 | 2/6 | 瑞誠聯合會計師事務所 | 500 |
| 2/6 | 宋○權 | 300 | 2/10 | 蕭○龍 | 25,000 | 2/20 | 魏○珍 | 200 | 2/10 | 善莊誠酒堡 | 300 |
| 2/6 | 吳○芳 | 300 | 2/10 | 藍○照 | 2,000 | 2/20 | 宋○惠 | 200 | 2/10 | 健保署南區業務組 | 200 |
| 2/6 | 江○美 | 300 | 2/10 | 無名氏 | 1,200 | 2/20 | 林○○華 | 200 | 2/11 | 祥○機車行 | 5,000 |
| 2/6 | 柯○璇 | 300 | 2/11 | 詹○明 | 10,000 | 2/20 | 劉○○英 | 200 | 合計 | | 16,800 |
| 2/6 | 鄒○蘭 | 300 | 2/11 | 石○銀 | 1,000 | 2/20 | 劉○昭 | 400 | | | |
| 2/6 | 賴○財 | 300 | 2/11 | 無名氏 | 1,000 | 2/20 | 黃○卿 | 200 | | | |
| 2/6 | 黃○青 | 300 | 2/11 | 詹○ | 10,000 | 2/20 | 廖○玉 | 200 | | | |
| 2/6 | 游○富 | 300 | 2/11 | 洪○揮 | 1,200 | 2/20 | 劉○綱 | 400 | | | |
| 2/6 | 鄭○棠 | 300 | 2/11 | 無名氏 | 1,000 | 2/20 | 顏○男 | 400 | | | |

(2) 單位捐款

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 | 18 | 52 | 472,022 |
| 北區業務組 | 10 | 28 | 206,967 |
| 中區業務組 | 21 | 36 | 614,493 |
| 南區業務組 | 5 | 5 | 15,765 |
| 高屏業務組 | 4 | 9 | 43,250 |
| 東區業務組 | 4 | 4 | 60,301 |
| 合計 | 62 | 134 | 1,412,798 |

補助期間：103.1.1-2.28



慢飛天使 健保守護

健保守護遲緩兒，提供早期療育、
定點服務及特約醫院等資訊，
讓您的孩子不會輸在起跑點！



健保用心 讓您安心

民衆若有疑問，可撥打健保免付費電話0800-030-598洽詢



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

關愛女性 健保挺妳

健保關心女性，在人生每個階段，都能擁有全程的照護與健康。



WE

廣告



GPN: 2008500224
定價：60元
(一年6期360元)



健保用心 讓您安心 ■ 諮詢專線 0800-030-598 ■ 網址 <http://www.nhi.gov.tw>