

National Health Insurance

全民健康保險

第110期

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國103年7月號 ■ISSN: 1026-9592

創新健保思維

第67屆WHA臺灣發表非傳染病防治成果

美國整合醫療照護及對臺灣的啓示



出國發生不可預期緊急傷病就醫 別忘了申請核退自墊醫療費用

只要在門診、急診或出院之日起6個月內，檢具醫療費用收據正本、費用明細、診斷書（住院案件需附出院病歷摘要）及當次入出境證明等文件，填具醫療費用核退申請書，就可申請核退了！健保署每季公告核退上限，詳情請至健保署全球資訊網（www.nhi.gov.tw）查詢。

健保署關心您的健康與權利



創新健保思維 加值健康資訊

近年來，中央健康保險署持續致力於醫療品質的提升，除了全面進行健康保險制度的改革，推動給付改善方案與醫療照護計畫，更希望把成果落實於民衆的生活面，讓民衆對健保的改革「有感」！

在健保署的努力下，全民健保的實施，不僅成為國外取經的社會保險制度，在提供各項簡政便民、貼心及關懷弱勢的服務上，也屢獲民衆高度肯定。除外，健保署擁有豐富珍貴的資料庫，亦為健保制度「加值」，也為雲端藥歷系統、健康存摺打下基礎。

今年 5 月，健保署特地舉辦一場「承保資料加值應用研討會」，邀請政府機關、社福團體、金融機構、及學者專家共同從實務面激發創意，探討健保與社福、長照體系，如何在衛生福利部架構下更緊密合作，讓社福、長照體系能更早發現需要協助的弱勢族群。另外，運用目前已成熟的科技，探討讓健保保費收繳與金融產業合作的可能性，簡化保費收繳流程，讓民衆更為便利。

除外，衛福部在邱部長文達的帶領下，參與第 67 屆世界衛生大會，將臺灣為因應全球氣候變遷的相關報告帶到國際，而臺灣矯正機關收容人納入健保體系的實務經驗，也普獲國際矚目與認同。

本期除了針對健保創新思維、衛福部參與 WHA 均有所報導外，亦針對身心障礙者醫療服務的優質牙醫照護、執行牙周病整合照護計畫有進一步剖析，另外，由二代健保所衍伸出的各類補充保險費繳款的方式及期限，以及民衆出國自墊醫療費用的核退，均一一詳述，在「世界比一比」單元裡，則有臺北醫學大學王懿範教授暢談美國整合醫療照護的議題。

健保即將邁向 20 年，迎向新挑戰之際，健保署將持續以嚴謹的態度，規劃出衛政社福整合的新藍圖，使全民健保更符合全民的期待。

CONTENTS

■全民健康保險雙月刊 ■中華民國 85 年 5 月 1 日創刊 103 年 7 月號



▲ 在衛生福利部部長邱文達（中）的帶領下，我國第 67 屆 WHA 代表團成員成功為臺灣開啓醫療衛生的外交新契機。

封面放大鏡 創新健保思維 加值健康資訊

編輯室報報

- 1 創新健保思維 加值健康資訊

封面放大鏡

- 4 健保保費收繳與資料運用之展望
10 雲端藥歷實施有成 為民衆用藥把關
12 第 67 屆 WHA 臺灣發表非傳染病防治成果

時事搶先報

- 18 102 年度股利、利息補充保險費 繳款單陸續寄發中
20 健保關心民衆用藥權益
22 臺灣地區外，因不可預期之緊急傷病就醫
別忘了申請自墊醫療費用核退
24 健保費轉帳扣款 改為繳費寬限期滿日
26 兼職所得扣繳補充保險費 放寬標準

健保好幫手 輕鬆上網查

- 28 優質牙醫照護 健保不會遺漏你
32 健保有愛 讓你笑口常開



▲ 103年5月5日由中央健保署舉辦「承保資料加值應用研討會」與會人員合影留念，衛生福利部許技監明暉（左起）、陽明大學李教授玉春、臺灣大學賴教授美淑、淡江大學韓教授幸紋、中央健保署葉組長逢明及財團法人資訊工業策進會王副執行長可言。



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·王淑華·江秋芬
 何小鳳·李函潔·吳秋美
 林純美·姜毓華·高幸蓓
 張鈺旋·陸更新·劉上惠
 賴元暉·蔡佩玲
 執行編輯 ◎廖哲慧·林千媛·曾淑汝
 文編 ◎張秀珍
 美編 ◎林瓊莉·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

- 世界比一比**
- 36 美國整合醫療照護及對臺灣的啟示
- 健康萬事通**
- 42 蚊子不要來 夏日對抗蚊蟲大作戰
- 生活是樂活**
- 44 炎炎夏日 預防中暑有一套
- 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

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

健保有費收繳與資料運用之展望 Big Data 在健保之應用與前瞻

透過 APP，未來手機繳健保費「嘛ㄟ通」。健保署不僅是健康保險制度的「優等生」，經由健保署的大筆、巨量資料（Big Data）分析，不僅能促進健保提供高品質的服務、讓醫療資源合理運用，更可提供社福與長照體系運用，主動發掘弱勢族群，及早給予協助，未來，健保署能提供的加值服務將「比你想像多更多」。

撰文 / 陳佳佳



► 衛生福利部林次長奏延認為，承保資料應用，將可為健保加值。

全民健保實施已 19 年，不僅創下民衆高滿意度的傲人成績單，更是國外頻頻來臺取經的社會保險制度。除了提供保險醫療服務，增進國民健康的原有任務外，健保擁有豐富珍貴的資料庫、以及未來整合人手一張健保卡的功能，讓健保制度「加值」，也成了科技日新月異發展下，創新又前瞻的話題。

承保資料加值應用 創意令人激賞

今（103）年 5 月，中央健康保險署特地舉辦一場「承保資料加值應用研討會」，除了就保費收繳現況進行專題報告外，並邀請政府機關、社福團體、金融機構、及學者專家共同從實務面激發創意，探討健保與社福、長照體系如何在衛生福利部架構下更緊密合作，讓社福、長照體系能更早發現需要協助的弱勢族群。另外，運用目前已成熟的科技，探討讓健保保費收繳與金融產業合作的可能性，簡化保費收繳流程，讓民衆更為便利。

衛生福利部林次長奏延表示，在資訊科技發達的時代，健保署近來在支出面，運用網路科技，已陸續推出了「雲端藥歷」、「健康存摺」等措施，雲端藥歷可提升民衆的用藥品質，以後民衆還可以透過「健康存摺」，查詢個人的就醫記錄。在收入面，也建構了電子繳款單等系統，在健保邁入下一個 20 年之際，期許健保署繼續運用現代化科技，推展更多元便利的服務。

林次長奏延也希望在健保龐大資料的基礎下，整合國民年金、與即將推動的長照保險三大保險資料，加以分析，連結社會救助及福利補助，讓政府做到民衆期待的「有感施政」，在民衆求助之前就能先給予協助。

鼓勵創新思維 健保不變的方向

健保署黃署長三桂也說，健保今年有 2 萬 6,800 家特約醫療服務機構、給付多達 1 萬 6,000 多種藥品、預估一年收取近 5,700 億元保費，去年平均一年就醫人次多達 3 億 8,000 萬人次，平均每天有逾 100 萬人次看病。由於健保屬於強制性保險，2,300 萬名國人都納保，多項複雜的數據，組成一個巨量資料，在去年衛生福利部正式成立，統合了衛政、社福等多項業務時，健保的 Big data 應用，更能幫助相關業務的推展。

健保的創新思維，首先用在與每位民衆切身相關的保費收繳方面。健保署承保組葉組長逢明指出，去年保險收入共計 5,669 億元，其中 82% 來自一般保費，6% 來自補充保險費，12% 來自菸品健康捐、公益彩券盈餘分配等其他收入。目前多數民衆的保費是透過約 80 萬家公司行號每月由個人薪資扣款彙繳，另外有 100 萬多人於鄉鎮市區公所投保，此部分則需寄送健保費的繳費帳單，每一年健保署要寄發的繳款單、催繳單量高達 2,850 萬件。

電子繳款單 手機 APP 繳費無紙化

為了寄發這些紙本繳款單，健保署每年使用相當於 10 座 101 大樓高度的紙張用量，同時以寄出一封信需 7 至 8 元的成本計算，去年就花了兩億元郵資成本。健保署除推動電子繳款單，下半年也規劃扣費義務人可以利用手機 APP 繳納補充保險費，此項便民措施若能大量推廣使用，將可大量減少寄發繳款單所需的紙張和郵資。



▲ 透過 APP，未來健保費也可能藉由手機繳納，既方便又省時。



▲ 未來手機繳費，是健保走向「帳單無紙化」的願景。



▲ 今年 5 月健保署舉辦一場「承保資料加值應用研討會」，請各界專家學者就承保資料的實務面激發創意，探討未來健保的可能性。

葉組長說，工研院已研發「行動比爾」APP，目前可以繳電費、以及約定愛心捐款等項目，達到「帳單無紙化」的理想。未來和健保署合作後，民衆將可下載手機 APP 軟體，點選要繳交的保費、或補充保險費，就能取得一組銷帳的編號，民衆到超商後，只要店員讀取手機螢幕上的銷帳編號條碼，就能繳費，節省印刷紙張、以及郵寄的費用，也達到節能減碳的目標。

健保資料運用 有助跨單位合作

在健保資料的多層次運用上，除了未來持續進行健保制度的改革，並依照補充保險費的實施經驗，作為下一階段制度的重要參考外，目前從健保的收入面資料中，涵蓋了民衆的加保身分、從投保金額及補充保險費可瞭解收入狀況、是否接受政府補助、紓困措施、以及是否有健保欠費、呆帳、鎖卡等。這些資料有助於建構衛生福利部跨單位間更緊密的合作。包括專責老人及兒少福利的「社會及家庭署」、關懷弱勢族群與社福津貼給付的「社會救助及社工司」、負責全民健保國民年金及長照保險規劃的「社會保險司」、規劃十年長照的「護理及健康照護司」，健保不僅是照顧民衆的醫療，更能提供資料應用在輔助社福、長照的各項業務。

健保資料加值應用 社福照護創意更多

從整體健保體系，健保資料的加值應用，更可提供許多創新的點子。資策會王副執行長可言說，根據麥肯錫全球研究院先前發表的文章指出，美國醫療產業若善用大量資料提升效率與品質，每年可創造 3,000 億美元的產值，其中包括可減少 8% 的國家健康照顧支出。

王副執行長認為，巨量資料於健保與健康照護應用的範圍非常廣泛，例如在「健保永續發展」上，透過資料分析，發現詐欺申報、服務濫用、投保人身分異常等，讓健保制度更能長長久久。在「健保系統效率」上，藉由高醫療資源使用者的探討、避免重複用藥、評估是否有醫療浪費等，讓健保資源應用更合理，也讓民眾就醫、用藥更安全。

至於「社會福利效率」上，則可運用健保資料，尋找亟需幫助的弱勢族群，並且達成公平合理的保費訂定。另外於「高品質健康照護」上，打造以病人為中心的醫療照護，結合外在事件探討疾病的關連性等，可讓健保服務再升級。

健保資料潛力無限 可供決策重要參考

政治大學財政系連教授賢明說，健保資料庫雖然是以個人身分投保，缺乏家戶組成、自覺健康狀況等資訊，但匯集了全臺 2,300 萬人資料，資料庫的潛力無限。在社會保險上，連教授提出應用的例子，他曾研究保險給付與子宮切除手術，利用 1997 到 2011 年的健保住院資料分析，對照公保、勞保資料，發現有公勞保婦女切除子宮的比率，高出沒有公勞保的婦女，顯示不少臺灣女性可能受到失能給付的誘因而切除子宮，因此可作為勞保失能給付政策修訂的參考。

他也舉例，在社會救助工作上有助於協助認定高風險家庭。例如可藉由資料分析，找到家中兒童少年父母或主要照顧者罹患精神疾病、酒癮藥癮未持續就醫、甚至未曾就醫、家計負擔遭非自願性失業或重複失業者等符合條件，於縣市篩選出高風險家庭，配合家訪，可在變故發生前，及早給予協助。

另外，健保資料也有助於協助認定長期照護的對象，例如從健保的承保資料，以及中風、置換膝關節等疾病，配合內政部的戶籍資料，篩選出極需長期照護的失能、獨居長者。

跨部會的合作 跨議題的分析

除了衛福部下跨單位合作，學者專家均認為，健保資料庫的加值應用還包括：主計處可運用健保承保資料中，民眾投保身分的轉換，計算出每個月的失業率、以及求職者待業的間隔時間、甚至從投保薪資的增加，反應出民眾的薪資成長幅度。交通部可串連交通事故資料、以及民眾的就醫資料，分析交通事故對社會的成本。

另外，經濟部不用等到工商普查，也能夠分析公司成立、歇業、員工資遣等數據。由於衛福部已有健康資料加值應用協作中心，若未來做為平臺，納入其他部會資料，可以整合作為政府各項行政政策評估之資料平臺，資料加值效果更大。

► 健保署黃署長三桂指出，創新思維是健保不變的方向。



與金融產業合作 民生更便利

在第二部分與金融產業的合作上，近來智慧型手機當道，手機上網、購物、成為視聽娛樂工具等，工研院資通所黎顧問偉權在研討會中表示，未來手機等移動裝置，更可能改變民衆現行習慣的紙幣流通、信用卡等支付方式。

玉山銀行電子金融部資深經理劉美玲表示，國人平均持有 2.8 張信用卡，習慣使用卡片消費，但手機是越來越重要的行動載具，根據一項網路購物行為調查，臺灣可上網的行動裝置普及化，臺灣民衆在近 3 個月內曾進行手機進行至少一次購物的比率也持續上升，從去年的 28% 上升到 45%，是亞太地區成長最快速的國家，全球行動支付亦成長 35%。

目前國外透過手機，父母可以匯款到子女的帳戶、或是類似 ETC 等方式，先小額儲值再支付，改變了付費的模式。黎偉權表示，行動支付目前進入「百花齊放」的狀態，有很多新的形式，使得支付方式越來越多元，由於手機多功能，未來出門忘了帶手機，可能就如同現在忘記帶錢包一樣，讓人跳腳。等待支付工具成熟、廣為被民衆接受，也可作為健保費繳費的多元管道之一。

繳費無紙化 環保有效率

黎顧問說，保費繳款電子化推動，朝著「環保、效率、無紙化」的方向，他提出多個構想，未來包括健保卡具備小額支付的功能，可於網路繳費、或是手機 APP 推播繳費資訊及繳費，可以在繳費期限快到前提醒民衆，甚至於未來可朝著結合電信帳單繳費、或是第三方支付等，提供更為便民的健保繳納服務。

不僅是保費收繳方式的改革，人手一張的健保卡未來也有機會進行功能整合，健保署蔡魯副署長表示，健保卡除了是就醫憑證，未來透過功能提升將能發揮更大效用。

健保卡從過去的紙卡、進展到基本功能的健保卡，是就醫憑證、也記載就醫紀錄、以及作為預防保健等功用。未來考慮結合長照保險，可以進展為多功能的健保卡，例如可作為身分證明、儲存個人資料、以及健康存摺、小額支付等功能，更進一步可能變為雲端健康卡，具有無限想像的空間。

劉經理也建議，未來健保收付發展，可朝著「收繳多元化」、「載具行動化」、以及「高度連結化」等三個方向規劃。劉美玲舉例，目前民衆到醫療院所掛號後是掏出現金付掛號費，未來



▲ 未來健保卡的走向，將隨著巨量資料的運用，功能無限想像。

若是順利經過整合，透過健保卡的身分認證，可以連結金融機構的雲端電子錢包，進行小額的費用付款。另外到特定商店，擴大健保卡的用途。又像是悠遊聯名卡的概念，健保錢包可以連結民衆帳戶、信用卡，如果帳戶餘額不足使用，可以由帳戶直接撥款。

衛政社福整合新藍圖 全民健保制度更健全

另外，未來可以思考健保卡結合電子錢包，設計專款專用於健保就醫及長期照護用途，還有長照現金支付也可直接匯入被保險人的電子錢包。未來的健保卡也可以加值應用，例如整合自然人憑證、金融卡、信用卡或儲值卡等也是值得思考的方向。但她也強調，健保卡在「多卡合一」、廣泛應用前應做好嚴格的資安控管、避免隱私外洩是相當重要的防線，也才能讓民衆安心使用。

健保署希望透過這次研討會的交流與經驗分享，不僅規劃出衛政社福整合的新藍圖，也幫助全民健保制度更健全，達成「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」的願景。

雲端藥歷實施有成 為民衆用藥把關



不少人因為多重疾病，先後到不同科別就醫，卻可能領到重複品項的藥物、或是藥物間產生不良的交互作用。為了替民衆用藥把關，健保署從 102 年 7 月建置以病人為中心的健保雲端藥歷系統，提供特約醫事服務機構的醫師於臨床處置、開立處方，及藥師用藥諮詢時，可以即時查詢病人最近 3 個月的用藥明細紀錄，健保署統計今年第一季的實施成果，發現成效不錯，民衆用藥品項減少，並可減少約 9 千萬元的藥費支出。

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

目前健保 IC 卡中雖可以記錄民衆就醫時醫師的開藥資料，但因為健保 IC 卡的儲存容量有限，僅能查詢最近 60 筆藥品，而且有醫師反應查詢時速度較慢，影響查詢意願，更難以即時協助醫師參考病患先前曾使用之藥品。

為了提升民衆用藥品質，並加強醫師及藥師替民衆用藥把關，健保署從去年結合雲端科技技術，建置「健保雲端藥歷系統」，民衆就醫時只要透過健保卡，就可請醫師或藥師協助查詢過去 3 個月的用藥紀錄。

雲端藥歷查詢僅需 13 秒

健保署表示，雲端藥歷每一筆查詢僅需 13 秒左右，速度更快，可查詢項目包括處方來源、及處方主要診斷、藥品藥理作用、成分名稱、藥品健保代碼、藥品名稱、藥品規格量、藥品用法用量、病人就醫日期、慢性病連續處方箋領藥日期、藥品用量、給藥日數等，甚至還可以幫助醫師、藥師計算病人手中的餘藥量等，讓醫師開立更符合病患治療疾病所需的處方，也能作為藥師藥物諮詢時的參考。

健保署並統計 102 年 7 月 1 日至 103 年 6 月 30 日雲端藥歷系統查詢紀錄，目前已有 642 家醫療院所啟動查詢，其中醫學中心 22 家、區域醫院 83 家、地區醫院 313 家、基層診所 209 家、藥局 15 家。去年以來，查詢醫事人員共計 1 萬 939 人，被查詢病人共計約 86 萬人，查詢筆數共計約 147 萬筆。

目前區域級以上醫院均已全面開始使用雲端藥歷系統，健保署並啟動配套措施，鼓勵醫療院所提升網路頻寬，能更即時、迅速的查詢，預計未來將會有更多醫療院所加入這套系統提供服務。

雲端藥歷有效減少重複用藥

利用雲端藥歷系統可有效減少重複用藥，以 103 年第一季和 102 年第一季同期比較，發現被查詢的門診病人中，每張處方藥品品項數、每人平均藥費，與去年同期相比都呈現降低情形。藥品平均品項數由 3.75 項下降到 3.56 項。第一季每人平均藥費從 5,270 元下降到 4,754 元，平均一人下降逾 500 元。

對於容易重複用藥的三高病人，啓用雲端藥歷查詢作業有助處方藥品品項數下降。根據統計結果，每人平均藥費除了糖尿病患者外，高血壓、高血脂患者的平均藥費均有降低情形。預估 103 年第一季約可減少 9 千萬元藥費支出，全年預估可減少 3 億元支出，顯示建置健保雲端藥歷系統已有初步成效，不僅可減少民衆重複用藥的風險，也有助於減少不必要的藥費支出，一舉兩得。

民衆用藥更安全

健保署鼓勵醫師、藥師，對於 75 歲以上、65 歲以上病患有高血壓、糖尿病、高血脂等三高疾病而開立慢性病連續處方箋、或是就醫時一年次數已超過 90 次、以及醫院整合門診計畫的照護病人等，主動透過雲端藥歷查詢用藥紀錄。另外，健保署也鼓勵醫師、藥師對於情況緊急的急診病人主動查詢其用藥紀錄，藉以提升用藥安全。同時，民衆就診或領藥時也可提醒醫師、藥師查詢雲端藥歷，讓民衆用藥更有保障。

第 67 屆 WHA 臺灣發表 非傳染病防治成果



第 67 屆世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）於今年 5 月 19 日至 24 日在瑞士日內瓦召開，衛生福利部邱部長文達率 20 多位代表團與會，面對全球氣候變遷對人類帶來衝擊，今年大會特別將主題設定為「氣候與健康的關連」（The Link between climate and health），邱部長在大會演說提出警告，氣候變遷已對人類健康帶來嚴重威脅，如果我們再不積極因應，各種相關疾病將全面爆發，不僅危害老人、小孩的健康，抵抗力較強的成人也難以倖免。

撰文 / 衛允琳

這一次「氣候與健康的關連」主要議題，在 194 個會員國當中，有 105 國登記發言，臺灣被安排在觀察員第一個發言。

邱部長上臺，即以一段話提醒所有國家：氣候變遷是 21 世紀對人類健康最大的威脅（The Lancet “Climate change is the biggest global health threat of the 21st century.”）。邱部長指出，臺灣地處亞熱帶，在全球暖化與氣候變遷的影響下，難以置身事外，自 1909 年到 2008 年近百年來，臺灣氣溫約增加攝氏 0.8 度，增加速度為每 10 年增加攝氏 0.14 度，而近 30 年來更有加速的趨勢。

氣候變遷影響健康 臺灣的報告

回顧過去 44 年來，全臺灣強降雨倍增，與灌溉及水資源保育有關的小雨日數大幅減少，此外，臺灣位於西太平洋颱風帶，自 2000 年到 2009 年的 10 年間，侵襲臺灣的強降雨颱風次數即達 11 次，並造成嚴重水患，相較於過去每 10 年約只有 4 次，增加了 3 倍左右。

邱部長表示，氣候變遷影響健康的因素有三，分別是感染、緊急事故及環境變化的挑戰；在感染方面，極端氣候表現會造成災難的增加，進而影響各類傳染性疾病的發生，而根據臺灣全民健保大型健康資料庫實證數據顯示，與氣候變遷有關的傳染性疾病有 4 種，分別是登革熱、類鼻疽、鉤端螺旋體病及恙蟲病。

其中，2002 年登革熱在臺灣發生過一次爆發 5,336 個病例數的流行，2007 至 2013 年的 6 年間，更由過去間歇性變成持續性群突發，不過病情經嚴密監測、通報及介入，每年都能控制在 2,000 例以下，但境外移入病例卻有明顯增加的趨勢；類鼻疽過去 10 年來則共發生 3 次群突發，總共發現 86 例，均在颱風強降雨後 1 周內發生。

而鉤端螺旋體病也在 2009 年莫拉克颱風過後，發生累計達 130 例的群突發；至於恙蟲病的發生率，則從 2000 年每 10 萬人口 1.4 人，增至 2013 年每 10 萬人口 3 人；另在緊急事故方面，臺灣風災、水災在近 10 年增加了近 3 倍，死亡及傷害也相對增加。

面對這些挑戰，臺灣有系統完整的中央災害應變中心，可以因應 22 種災害，至於全國 501 家醫院也都建立緊急應變機制，並經醫院評鑑確保品質，每年也都進行數百場次的特殊空間及夜間緊急應變演練。

環境變化的挑戰 高熱高濕度衝擊大

在環境變化方面，高熱、高濕度對死亡的衝擊最為顯著，根據臺灣的研究顯示，死亡率可能大幅提升的熱指標溫度是攝氏 35 ~ 38 度，一旦超過這個指標溫度，濕度越高死亡率也越高，老年人死亡率更高於一般年齡層族群。

為此，臺灣政府很早就設有「超低溫及超高溫關懷弱勢專案」，針對獨居老人、弱勢者及街友等，在最冷及最熱的天候下，給予最直接的關懷及預防，在 2012 年最冷的月份，心血管、腦中風急診就醫通報量就增加 11%，事先的宣導及預防可減少罹病及致死率。

而環境變化通常也會導致紫外線輻射的增加，臺灣發現近 10 年白內障及皮膚癌個案有逐步增加趨勢，且白內障患者出現年輕化現象；氣候變化也會導致空氣污染及過敏原的增加。根據臺灣的全民健保資料庫分析顯示，近 20 年來，過敏性疾病已從 9.4% 增至 14.5%。



▲ 歐盟常駐代表團熱情與我國代表團交換心得。

深度追蹤健康議題 臺灣不缺席

邱部長強調，臺灣非常支持世界衛生組織（World Health Organization, WHO）對氣候變遷所訂的各項策略，成立因應氣候變遷的國家級跨部會委員會，針對氣候變遷調適制訂出政策綱領、行動計畫及短中長程計畫，且不遺餘力推動各項措施，包括衛生教育、出版刊物、舉辦研討會、宣誓減碳目標及加強與非政府組織合作等，善盡世界公民的責任，且將和全球夥伴共同對抗氣候變遷所帶來的健康危害。

本次世界衛生大會除了邱部長針對「氣候與健康的關連」議題發表演講之外，我國代表團在 A 委員會（Committee A）中，亦分別針對 24 項技術性議題與 7 項追蹤議題（progress report）提出報告，包括「傳統醫藥」、「促進健康生活」、「流感大流行準備」、「國際衛生條例（IHR）」、「非傳染性疾病的預防與控制」及「邁向普及化全民健康照護」等。

臺灣矯正機關收容人納入健保 普獲矚目

值得一提的是，「全民健康覆蓋率」是去年世界衛生大會的主題，今年大會各與會代表紛紛在大會技術委員會中發言，分享這一年來在提昇全民健康覆蓋率的努力成果，而臺灣報告自 2013 年 1 月起將 6 萬 5 千多名矯正機關收容人納入健保體系的實務經驗，引起各國矚目。



▲ 今年 5 月 WHA 之行，在衛生福利部部長邱文達（左二）帶領下，成功將臺灣防治成果帶到國際舞臺上。

美國加州大學柏克萊分校人權中心資深研究員雷耶斯教授（Hernan Reyes）更在 WHA 中盛讚臺灣做得很好。衛生福利部中央健康保險署南區業務組龐組長一鳴表示，雷耶斯教授認為，矯正機關是人口密集的地方，很容易傳染包括肺結核在內的傳染性疾病，如果沒有做好收容人的健康管理，這些疾病將會被散播到整個社會，造成更大災難。

而 WHO 以聯合國「公民與政治權利國際公約」為基礎強調，矯正機關收容人雖然人身自由受到限制，但其醫療權益卻應與一般民衆同樣受到重視，而矯正機關的醫護人員必須獨立於獄政體系之外，完全以醫療照護而非以懲罰為目的來照護收容人，同樣的，矯正機關中應同樣施行預防保健及遵守一般的醫療倫理。

臺灣各矯正機關收容人得到的醫療照護水準，和一般人一樣，但因他們的自由受到限制，政府就把門診醫療服務送進去，如果受限於醫療設備及人力而無法提供適切的醫療服務時，就把有需要的收容人戒護到外面的醫療院所治療。

此一政策執行一年來，獲得收容人普遍肯定，整體滿意度超過 9 成，健保每月提供矯正機關的門診超過 2,100 診次，其中包括西醫各專科、牙科、中醫科等 28 種門診科別，收容人平均每月門診就醫超過 5 萬 6 千人次，住院 400 餘人次，全年收容人健保醫療費用支出約 8 億元。

非傳染病防治 臺灣分享成果

除了氣候變遷對人類的威脅之外，非傳染病近年來已快速成為全球重大健康威脅，根據 WHO 2010 年統計報告，非傳染病佔全球死亡人數的 63%，相當於每年有 3,600 萬人死於非傳染病，非常驚人。

繼 2011 年 9 月聯合國邀集各國領袖召開非傳染病防治高峰會，將非傳染病列為優先重點防治項目後，本屆 WHA 亦將「非傳染病防治」列為 A 委員會（committee A）討論議題，主要針對 WHO 全球協調機制及聯合國各機構的專案小組，針對非傳染病防治的職權範圍及「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」發展的行動指標進行討論。

此次我國以觀察員身分積極參與，由衛生福利部國民健康署邱署長淑媿代表於委員會中發言，就我國應用 whole-of-government, whole-of-society 發展及推動各項健康促進政策，提供以實證為基礎的預防保健服務，其面向包括健檢、篩檢、戒菸及支持建構健康促進場域等，並積極防治非傳染病吸菸、不當飲酒、缺乏運動及不健康飲食等 4 大共同危險因子。

臺灣支持 WHO「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」，並發展出健康指標監測系統，結合實施監測非傳染病防治 9 大目標及 25 項指標，建立跨部會的非傳染病防治計畫，以降低民衆暴露於各種危險因子中，邱署長並在會中分享最近一年我國在非傳染病防治包括肥胖防治、菸害防制及酒害防制的重要政策與成果。



▲ 海地代表在會後與我國代表進行會談。

在肥胖方面，臺灣自 2011 年開始採用美國疾病控制與預防中心（Communicable Disease Center, CDC）的 19 項肥胖防治社區檢測指標，並建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，同時輔導全國 22 縣市衛生局，結合社區領袖及志工，共同於 368 鄉鎮進行轄區內導致肥胖的環境檢視。

動員社區力量 臺灣成果有目共睹

不僅如此，還透過社區的力量共同建構健康飲食供應系統及多元動態生活環境，以宣導手冊、海報、網站及減重免費諮詢服務專線等方式，提高民衆對熱量與營養的知能，進而發展民衆落實健康生活的技能，達到預防慢性疾病、增進國人身心健康。

此外，國民健康署亦致力推動的「聰明吃、快樂動、天天量體重」全民健康減重社會動員也邁入第 4 年，過去 3 年來成功號召來自職場、學校及社區 218 餘萬民衆參加，共健康減重了 333 萬公斤，平均每人減少 1.5 公斤，而這項傲人的成果，在 2013 年期間陸續榮獲英國媒體 BBC、新加坡亞洲電視臺及日本 NHK 電視報導，同時亦獲得美國 APHA “The Nation’s Health newspaper” 刊載。

而衛生福利部亦透過「食品安全衛生管理法」修法，明定對於易導致慢性病或不適合兒童長期食用的食品，可限制其促銷及廣告之規範；而一連串的防治政策果然奏效，根據國民健康

署 2013 年「國民營養健康狀況變遷調查」結果顯示，臺灣男性及女性過重及肥胖盛行率雙雙均較 2005-2008 年的調查結果顯著下降，男性由原來的 51% 下降至 46%，女性則由 36% 下降至 33%，而國人規律的運動率也從 2010 年 26%，到了 2013 年上升至 33%。

配合修法及溝通 菸酒防制有成

另外在菸害防制上，我國進一步擴增禁菸範圍，於 2014 年 4 月 1 日實施「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區之指定區域與公園綠地，除吸菸區外，不得吸菸」，由於透過充分政策準備與溝通、說明，這項措施推動順利，並獲得 9 成 5 民衆及 8 成吸菸者的支持。

至於在酒害防制，我國於 2013 年 6 月 13 日實施酒駕“零容忍”政策，成功修法將血液酒精濃度合法上限值降低至 0.03%，比歐盟的 0.05% 還要嚴格，同時積極執行路上臨檢，於 11 個月期間，成功將酒駕肇事死亡率降低 39%。

呼應防治使命 加強跨領域結合

但臺灣並不以這樣的成績而自滿，未來將持續以降低非傳染病的過早死亡率為目標，並以提高健康餘命、縮小健康不平等為使命，呼應 WHO 2013-2020 年非傳染病防治全球目標，在 2025 年將 4 大非傳染病的過早死亡降低 25%，並透過加強源頭預防的跨領域結合，提升國民健康識能，進而促進國民健康。



▲ 部長邱文達及我國代表團成員於第 67 屆 WHA 會議期間，與迦納代表進行雙邊會談。

102 年度股利、利息補充保險費 繳款單陸續寄發中

二代健保實施後，採取量能負擔的原則，對民衆有經常性薪資以外的六大類所得，增收補充保險費，最近健保署將對於民衆去年有利息所得在新臺幣 5,000 元（含）以上、20,000 元以下，以及去年領取股票股利在新臺幣 5,000 元（含）以上的民衆，陸續開出繳費單，民衆應於 9 月 30 日（寬限期至 10 月 15 日）前繳納，預計有上百萬人會收到繳費單。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署財務組專門委員 陳振輝
撰文 / 陳佳佳

去年增收補充保險費後，對於有利息所得在 20,000 元以上的民衆，已由銀行開單，但如果利息所得在 5,000 元到 20,000 元間，則由健保署另行開單，大約是存款金額落在 36 萬元到 145 萬元之間的民衆。

另外領取股利所得的民衆，8 成是領取現金股利，若每一筆超過 5,000 元，已在發放現金股利時就源扣繳，這一波由健保署開出的繳款單，主要是針對領取股票股利的民衆，因公司未給付現金股利、或領取現金及股票股利，但現金股利不足扣取補充保險費；或是因為可扣抵稅額變動，以致有需補繳補充保險費等情形。股票股利一股以 10 元計算，也就是同一筆領取超過 500 股，相當於 5,000 元，就需計收 100 元的補充保費。

股利、利息補充保險費 繳款單以掛號寄發

健保署將依據給付單位申報的資料，即日起至 103 年 8 月底前陸續開單，通知民衆繳納該項所得的補充保險費，並且列出明細供民衆參考。基於簡政便民的考量，利息所得及股利所得兩者相加，於 102 年度的應補繳金額超過 300 元者，將先行開單，預計約有 100 萬人會收到繳款單。至於應補繳金額在 300 元（含）以下者，將在明年併同 103 年度股利及利息所得補充保險費開單。

利息所得及股利所得補充保險費繳款單，將依照所得人戶籍地址、或所得人提供的通訊地址，以掛號寄發。同一家戶如果有多人須繳納補充保險費，將會分別收到繳款單。

繳費方式超便利 連 ATM 也行得通

收到健保費繳款單後可到金融機構、便利商店或透過自動櫃員機（ATM）、網際網路等方式繳納。股利、利息所得補充保險費繳款單的繳款期限至 103 年 9 月 30 日（寬限期至 10 月 15



日），請收到繳款單的民眾在期限之內儘速繳納，以免逾寬限期後加徵滯納金。若逾寬限期每一天將加收千分之一的滯納金，最高以應繳金額的 5% 為限。

(1) 金融機構臨櫃繳費：持單到以下代收金融機構繳費。

臺灣銀行	合作金庫銀行	中華郵政（股）公司	第一商業銀行
華南商業銀行	彰化商業銀行	台北富邦商業銀行	中國信託商業銀行
臺灣土地銀行	兆豐國際商業銀行	安泰商業銀行	日盛國際商業銀行
臺灣中小企業銀行	高雄銀行	玉山商業銀行	

經上列金融機構轉委託的其他銀行、部分農漁會信用部及信用合作社，亦受理代收保險費。

(2) 便利商店繳費：民眾可持單到 OK、全家、統一或萊爾富便利商店繳納，繳款金額最高以 20,000 元為限。繳費後，請記得索取已加蓋收款章的繳款單收據聯及交易明細表，並核對金額，以確保自身權益。

(3) 自動櫃員機（ATM）繳費：請持單及晶片金融卡到自動櫃員機，依照指示進行繳費，並列印交易明細表保存。

(4) 網際網路繳費：請使用自然人憑證，至健保署全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>）/ 二代健保 / 補充保險費作業專區 / 個人申辦及服務查詢項下，查詢欲繳款資料後，選擇「網路繳費」，即可連結至臺灣銀行網站，選擇「健保費」，依照指示利用晶片金融卡進行繳費。

(5) 轉帳繳費：請使用自然人憑證，至健保署全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>）/ 二代健保 / 補充保險費作業專區 / 個人申辦及服務查詢項下，辦理單次約定轉帳繳納補充保險費。但當次已逾繳款期限者，無法轉帳繳費；另外，往後如果仍要轉帳扣繳補充保險費者，須重新辦理約定繳納。

健保關心民衆用藥權益



為了讓藥價合理化，健保署於今年 5 月及 7 月進行藥價調整，但卻傳出有藥品盤商控制存貨，以致於民衆到健保藥局領不到藥品之情形。健保署表示，經洽詢相關公會，結果發現僅有少數藥局發生此狀況。為確保民衆領藥權益，健保署已啟動缺藥處理機制因應，包括設立單一窗口等 3 大措施，維護民衆的用藥權益。

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 / 陳佳佳

為了控制藥費支出成長在合理的範圍內，自 102 年 1 月 1 日起，健保署試辦「藥費支出目標制」2 年。經核算 102 年實際健保藥費支付金額為新臺幣 1,436.7 億元，已超出預先設定目標值新台幣 1,380 億元，超出部分為新臺幣 56.7 億元，因此依規定今年應調降藥價 56.7 億元，所以健保署分別在 5 月及 7 月進行兩波的藥價調整。

但日前卻有少數健保藥局傳出缺藥的現象，經過健保署瞭解，有部分藥品盤商在藥價調整的過渡期間，抱持著觀望態度，使得社區健保藥局補貨不足。

健保用藥的現況

健保目前收載超過 1 萬 6,000 項藥品，許多是具有 PIC/s GMP 的國產藥品，同一成分有兩、三種藥物可供藥局或診所選用、替代，對於少數健保藥局或診所發生缺藥情形，健保署均主動協助並輔導院所，若臨床醫師開立處方更換藥品，也請務必告知患者。

為了避免發生缺藥，以致影響到民衆的用藥權益，健保署平常即訂有缺藥處理機制。當醫療院所發生缺藥情形時，可以到健保署網站登錄，即有專人協助處理，健保署會協調各藥品供應商及製藥團體提供藥品或替代品項。若經評估確實無其他藥品可供替代時，還會由衛福部食品藥物管理署公告，徵求國內廠商代為製造或輸入。

因應缺藥的處理機制

有關醫事機構缺藥問題，健保署之處理機制如下：

1. 設立單一窗口，協助處理購藥問題：目前已願意配合處理的許可證藥商名單、聯絡窗口，置於健保署全球資訊網，供各界參考。
2. 有因不敷成本恐退出國內市場致影響民衆用藥權益之藥品，廠商可依規定提出調高藥價之申請，由健保署再提藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議審議。
3. 確保藥品市場交易供貨穩定，健保署將修訂藥物給付項目及支付標準相關規定，以維護民衆用藥權益。

若少數醫事機構仍反映有購藥問題時，健保署將逐案瞭解及處理，如有發現盤商囤藥，健保署將移公平交易委員會進一步處理。

掌握藥品的流通現狀

對於民間團體建議健保署應掌握藥品流通差異，避免少數盤商控制市場及哄抬價格部分，健保署都會持續追蹤國內外藥品流通的現狀，若有異常，健保署即積極輔導、溝通，並請業者說明供貨情形。未來健保署考慮透過修法，調查藥品盤商的進貨資料、瞭解每季價格波動情形，若發現有業者哄抬價格，亦將移請公平交易委員會處理。

藥價調整配套措施

今年藥價的調整，是配合 102 年實施藥費支出目標制超出額度所進行之調整。這一次對於健保給付超過 15 年的老藥品，實施「三同」（即「同成分」、「同品質」，調整為「同價格」）之第三大類藥品支付價格調整，健保署也提出 4 大配套措施，並給予緩衝期，新藥價將自 103 年 7 月 1 日生效：

1. 建置雲端藥歷資料，讓醫療院所完整掌握病人用藥，評估及判斷用藥後的療效及變化。
2. 落實合理調劑量，讓各醫療院所、社區藥局的藥師，有更充裕的人力及時間檢核及評估病人用藥後的變化。
3. 持續加強製藥廠 PIC/S GMP 之查核，並加強實施三同之慢性病用藥之抽驗，監測藥物品質。
4. 醫師或民衆倘有發現藥效不如預期之情形，可將藥品送主管機關檢驗，確認藥品之品質及療效。

對於外界針對藥價調整致換藥、缺藥的疑慮，健保署再次呼籲藥品盤商切勿刻意控制市場或哄抬價格，為了民衆的用藥品質，健保署亦會積極瞭解民衆用藥的情況，並密切注意藥品流通現狀，以維護民衆用藥權益。



臺灣地區外，因不可預期之緊急傷病就醫 別忘了申請自墊醫療費用核退



健保照顧民眾不只有在國內而已，依「全民健康保險法」規定，如果民眾出國在外，發生不可預期的緊急傷病或緊急分娩，必須要在國外的醫療院所就醫，回國後只要檢附出境證明及相關醫療書據，在門、急診日或出院日起 6 個月之內，都可以向投保單位所在縣市所屬的健保署分區業務組（如附表）申請辦理醫療費用核退。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組科長 林寶鳳
撰文 / 魏允琳

儘管在臺灣以外的地區因不可預期的緊急傷病就醫，相關醫療費用可向健保署申請核退，不過，並不是所有的傷病都可以辦理核退，依「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」規定，可以辦理境外

醫療費用核退的緊急傷病有 12 項，分別是：

1	急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。	7	意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
2	急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。	8	眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
3	吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。	9	精神病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
4	急性中毒或急性過敏反應者。	10	重大意外導致之急性傷害。
5	突發性體溫不穩定者。	11	生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
6	呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。	12	應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。

所以如果在國外或是到大陸地區旅遊及處理事務，符合上述緊急傷病必須在當地醫療院所立即就醫時，回國後，可以檢具醫療費用收據正本、醫療費用明細、診斷書（住院案件者需另附出院病歷摘要）、當次出入境證明文件影本及核退申請書，於急診、門診治療當日或出院之日起 6 個月內申請核退醫療費用，但如果因為積欠健保費等因素，而停止健保給付者，則自繳清相關欠費之日起 6 個月內均可申請核退。

健保核退費用標準

核退費用標準，依全民健保醫療費用支付及給付規定審查後「核實」給付，但核退費用以不高於門、急診日或出院日前一季之健保署支付國內特約醫學中心之平均費用。健保署每季都會公布平均費用，金額會略有變動，以民國 103 年第二季（4 月～6 月）為例，其門診每次平均費用為 2,022 元，急診每次平均費用為 3,351 元，住院每日平均費用則為 7,640 元。

但病房差額費、膳食費、掛號費、診斷書費、不符合適應症的檢查及不在健保給付範圍內的藥品及檢驗等，因不在可核退費用之範圍內，所以不能向健保署申請核退。

在大陸就醫申請核退醫療費用注意事項

要特別提醒的是，如果是在大陸因不可預期緊急傷病住院申請核退，若住院天數扣掉出院當日超過 5 天（含 5 天）以上，所提出的「醫療費用收據正本」及「診斷書」，必須先在大陸地區公證處辦理公證書，再持公證書正本向國內的財團法人海峽交流基金會申請驗證後，才可以獲得健保署的採認得申請核對。

還有委託別人申請或保險對象未入境時，另需檢附委託書及受託人的身分證影本，而國外就醫持收據影本者，則需出具聲明書及註明無法提出正本的原因。

所轄健保署分區業務組在收到民衆的境外醫療費用核退申請後，依規定會在受理日起 3 個月內完成核定，並將核定結果通知申請人，如果所附證件不齊，補件時間會先扣掉，待所需資料補齊時，才會繼續計算送審時間。

健保署各分區業務組聯絡地址及電話

業務組	轄區範圍	聯絡電話	地址
臺北業務組	臺北、宜蘭、基隆、金門、連江	02-25232388	臺北市公園路 15 之 1 號 7 樓
北區業務組	桃園、新竹、苗栗	03-4339111	桃園縣中壢市中山東路 3 段 525 號
中區業務組	臺中、彰化、南投	04-22583988	臺中市市政北一路 66 號
南區業務組	雲林、嘉義、臺南	06-2245678	臺南市公園路 96 號
高屏業務組	高雄、屏東、澎湖	07-3233123	高雄市三民區九如二路 157 號
東區業務組	花蓮、臺東	03-8332111	花蓮市軒轅路 36 號

健保費轉帳扣款 改為繳費寬限期滿日

水電費、瓦斯費、電話費可以轉帳扣款，繳納健保費也可以利用金融機構的帳戶轉帳扣款，同時健保署為簡化作業程序，從今年 7 月份的保險費起，扣款日期調整在每次繳納寬限期滿的最後一日，也就是每個月的 15 日，若遇假日順延。民衆可多利用轉帳扣款的方式，由金融機構每月自動扣繳保險費，省下更多寶貴時間和體力，更可避免不小心忘記或延遲繳納健保費，產生滯納金。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署財務組專門委員 陳振輝
撰文 / 陳佳佳

因應簡便及多元化的生活形態，公司行號或在鄉鎮市區公所加保的 240 萬名被保險人，繳納健保費的方式可到銀行（郵局）臨櫃繳費、銀行帳戶轉帳扣繳、自動櫃員機轉帳繳費、網路繳費及便利商店繳費等多種繳費管道。

銀行帳戶轉帳扣繳健保費 好處多

其中最簡便的繳費方式，可說是以銀行帳戶轉帳扣繳健保費，民衆不僅不須負擔轉帳的手續費，也不用擔心因為生活忙碌忘記繳納、弄丟繳款單、或是因出國旅遊或地址遷移、未收到帳單，不小心延遲繳納健保費而產生之滯納金，也可節省往返銀行臨櫃繳納的時間與體力。

投保單位或保險對象每月份應該繳納的保險費要在次月底（繳納期限）前收繳；如果不能在期限內繳納的話，可以寬限 15 天。原先健保署對於銀行帳戶轉帳扣款，採取兩次扣繳的程序，先於每月月底進行第一次扣款，如發現帳戶的存款不足，則於次月 15 日繳費的寬限期滿時，再進行第二次扣款。

健保署發現，採取轉帳扣款繳費，轉帳成功率高達 97% 以上，可見使用民衆大多能順利完成繳費程序，同時轉帳存摺，可清楚記錄每次繳納健保費的扣款情形，必要時可提供作為繳費證據。

改用銀行轉帳只需一次扣繳 好便利

為了簡便投保單位、或在鄉鎮市區公所加保的民衆，利用金融機構帳戶自動扣繳健保費作業，自 103 年 7 月份的保險費起，健保署改為一次扣繳的程序，並將扣款日期調整在繳納寬限期滿最後一日。因此以 7 月份的健保費而言，應於 103 年 9 月 15 日寬限期滿日完成扣款。若每月 15 日扣款日遇到例假日則順延，這項新措施也方便民衆帳戶的資金運用。

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

全文搜尋：請輸入您想查詢的關鍵字

認識健保署 健保法令 資訊公開 影音文宣 主題專區 資料下載 意見信箱 訂閱專區 QR-CODE

顏色選擇： 現在位置：首頁 > 資料下載 > 表單下載

字源設定： 五香列印 寄給朋友

資料下載

資料下載 表單下載 檔案下載

保險費表單

- 全民健康保險股利所得、利息所得補充保險費繳款單更正申請書(保險對象專用)(103.07.22更新)
- 全民健康保險利息及股利所得補充保險費繳款單指定郵寄地址申請表(103.07.17更新)
- 委託轉帳代繳全民健康保險費約定書(103.06.10更新)
- 全民健康保險保險費及滯納金退費申請書(重複繳納或溢繳專用)(102.09.25更新)
 - 填表範例

更新日期：2014/07/22

訊息回饋 (投下您對這則訊息的感覺)

好用 高興 不錯 鼓勵 好奇 納悶 沒用 送出

NATIONAL HEALTH INSURANCE ADMINISTRATION, MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

← 回上頁 ↑ 回最上方

▲ 欲至銀行辦理轉帳扣繳健保費，亦可先上網至健保署網站，下載列印「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」填妥辦理。

健保署建議各公司行號、或在鄉鎮市區公所加保的民衆，可多加利用銀行帳戶自動扣繳健保費，並請多留意帳戶內的金額足夠扣繳，即可如期完成繳費手續，省時便利又划算。如果於扣款日期時，帳戶的餘額不足扣繳，健保署將會寄出繳款單提醒民衆、投保單位，但需要繳滯納金。自寬限期滿之翌日起至繳納前一日止，每逾一日加徵應繳保險費額千分之一的滯納金，個人滯納金總額最高為應納費額的 5%、投保單位滯納金總額最高則為應納費額的 15%。

申請銀行轉帳也可上網申辦 好快速

為了辦理銀行轉帳扣繳健保費，公司行號、或在鄉鎮市區公所加保的民衆，除了可至銀行辦理外，也可上網至健保署網站 (<http://www.nhi.gov.tw>)，點選資料下載 / 表單下載 / 保險費表單下載列印「委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，填妥資料，並攜帶存款人帳戶印鑑、存摺、身分證，洽全國各金融機構、郵局或健保署各分區業務組服務中心辦理。

配合銀行作業時間，確定辦理完成銀行轉帳手續後，民衆自次月起即可透過銀行帳戶自動扣繳健保費。民衆如對轉帳繳納健保費有任何疑問，可撥打健保署免付費服務專線 0800-030-598 洽詢。

兼職所得扣繳補充保險費 放寬標準

二代健保補充保險費制度實施一年多，去年補充保險費收入達 330 多億元，對健保財務多所助益，為減輕兼職民衆健保保費負擔，衛生福利部將「兼職所得」扣取「補充保險費」的標準，由原本的「單筆 5 千元」以上提高為單次給付金額達「基本工資」以上，意即單次給付金額未達「基本工資」之兼職所得，免予扣取補充保險費。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署承保組科長 劉林義
撰文 / 丁彥伶

民國 102 年 1 月 1 日所實施的「二代健保」，保費費基除維持現有以薪資所得計算外，另外再對於特定 6 項所得，包括全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金、兼職所得、執行業務收入、股利、利息、租金等（單筆超過 5,000 元者），以及投保單位（雇主）每月支付薪資總額與受僱者當月投保金額總額間之差額，均分別收取 2% 的補充保險費。依據統計，去年的補充保險費收入達 330 多億元，其中因兼職所得所收之補充保險費共 23 億元。

二代健保的實施 減輕民衆負擔

二代健保實施前，主要是以經常性薪資所得為投保金額計算健保費，而二代健保則是將未計入投保金額之高額獎金等 6 項所得納入費基，作為補充保險費收繳範圍，因此計算費基已由過去僅占總所得 6 成，擴大至 9 成以上，不僅拉近總所得相同者的保險費負擔，一般保險費率也得以由 5.17% 調降為 4.91%，使廣大純粹受薪民衆保費負擔相對減輕。

為照顧弱勢民衆，在 101 年 10 月 30 日訂定發布的「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，已特別針對兒童及少年、中低收入戶、中低收入老人、領取身心障礙者生活補助費，或勞工保險投保薪資未達基本工資的身心障礙者，以及在國內就學且無專職工作的專科學校學生或大學生，以及符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者等對象，規定非其所屬投保單位給付的兼職所得，單次給付金額未達基本工資免予扣取補充保險費。

兼職所得扣除標準提高 兼職者受惠

但是補充保險費實施後，社會大眾及朝野立法委員多次反映，雖然已有減輕弱勢民衆負擔之規



▲ 扣費單位可透過網路下載繳款單列印。

定，但對於不符合上述身分，但因家計而須另外兼職的低薪受僱者，每筆兼職所得超過 5,000 元時均需扣補充保險費，讓他們仍感負擔吃重，希望能予特別考量。

由於兼職所得性質上接近勞務所得，因此為能達到真正照顧到低薪打工族或清寒兼職族，減輕他們的繳交健保費用的負擔，衛福部特別研議再修正「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」之第四條及第五條條文，將全體保險對象之非所屬投保單位給付之所得扣取補充保險費下限，均提高至基本工資。

根據中央健保署統計，102 年起經繳納過兼職所得補充保險費的民眾約有 80 萬人，未來調整後，預計約有 58 萬人可因而受惠，不需因兼職所得而須繳交補充保險費，預計一年健保財務收入亦將因此減收約 7 億元。

補充保險費新措施 9 月 1 日起實施

這項措施係由衛福部部長邱文達拍板定案，並於 103 年 6 月 11 日起進行預告程序，在蒐集各界意見與建議後，為讓各行業有作業之準備期間，確定自 9 月 1 日起實施。

由於國內人口結構日趨老化，預期醫療需求將持續快速成長，而二代健保也新增實施了許多包括安心就醫、紓困基金、分期繳款及愛心專戶捐款或轉介等服務，二代健保的補充保險費雖使健保短期財源無虞，但長期仍有極大財務壓力，因此衛福部期盼透過這次的調整，儘可能符合大眾照顧低薪打工族及清寒兼職族的期待，更期盼國人也能充分感受到政府確實已盡了最大的努力致力於健保改革。



優質牙醫照護 健保不會遺漏你

認識「提供特定身心障礙者醫療 服務之牙醫院所名單」

身心障礙者的行動不便，往往較難以進行口腔清潔，相對的口腔衛生也會比較差，但是據中央健康保險署的資料卻顯示，國內身心障礙者至牙科就診比率卻較一般人低很多，顯示出身心障礙者到牙醫就診的不便性。

諮詢 / 衛生福利部中央健康保險署醫務管理組科長 林淑範
國泰醫院牙科主治醫師 李宜芳
撰文 / 丁彥伶

國泰醫院牙科主治醫師李宜芳表示，對許多身心障礙者而言，因為本身行動上的不便利，「出門」就是一件很困難的事，所以光是從家裡到醫院，恐怕就是一項「大工程」，因此許多身心障礙者終於等到能到牙科就診時，往往發現他們的牙齒都已經受到嚴重破壞，甚至得要拔牙治療，也影響他們的健康。

所幸現在有復康巴士等配合的交通工具可以幫忙接送身心障礙者就醫，不過，到了醫院，要到牙科就診的話，針對身心障礙者設計的牙科場所要更寬敞，才能容納輪椅進入。李宜芳認為，為了方便身心障礙者的行動工具，診療檯和沖水檯等設備也要另外設計成可分離式的，需要各項無障礙設備的配合，才能讓患者便利就診。

身障者就診率低原因多

根據統計，由於身心障礙者自行潔牙上多有困難，因此身心障礙者出現齲齒、牙周病的機率比一般人要高，但是身心障礙者就診牙醫的比例卻又比一般民衆要低，其中身障程度越重者，醫療利用越顯不足，原因是身心障礙者自我表達困難，治療牙齒時較費時費力，有時還需要在鎮靜麻醉下進行，不僅醫師處理困難，患者就醫時往往也會遭異樣眼光，才造成他們的牙科利用低。

為增進全民就醫公平性，健保署有鑑於身心障礙者就診牙醫的需要，自 91 年起推動牙醫特殊服務項目醫療服務試辦計畫，並逐年增加服務預算，以提升身心障礙者的醫療品質，首先是把重度以上身心障礙者納入試辦計畫中，自 95 年起擴大服務中度以上身心障礙者，97 年起增列先天性唇顎裂及顱顏畸形患者。

身障對象服務範圍擴大

健保署考量腦性麻痺、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性癲癇等特定身心障礙者，就診牙醫時，常會遭到拒絕，醫療利用不足，故於 99 年起，將服務對象，改依障礙別分類，將身心障礙者納入特殊照護，並提供誘因鼓勵更多牙醫師投入本項特殊服務，以照顧身心障礙者的口腔衛生。

100 年的服務對象新增植物人，101 年新增重度以上肢體障礙、重度以上視障及罕病疾病患者，今（103）年新增發展遲緩兒童，而今年的服務重點，是在加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

先天唇顎裂及顱顏畸形症疾病患者，包括 1. 唇裂、2. 顎裂、3. 唇顎裂、4. 顏面裂、5. 小臉症、6. 顏面不對稱者等六類，以及導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致，且領有身心障礙手冊，患有呼吸終止症候群者，還有因骨性咬合不正及齒列咬合不正，需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者等患者，都是這次要加強的牙醫特殊醫療服務。



► 由於身心障礙者自行潔牙上多有困難，出現齲齒、牙周病的機率比一般人要高。

鼓勵牙醫界投入特殊服務照顧

李宜芳表示，先天唇顎裂及顱顏畸形症候疾病的患者因為外觀構造異常，不僅影響到張口度，而且牙齒排列也有問題，而造成口腔照顧上的困難，需要的治療可能要合併正顎本手術以及齒列矯正等部份，所以需要許多不同領域的口腔專科進行整合性的治療，這也增加了治療上的複雜性。

至於發展遲緩兒雖然一開始無法確實清潔口腔，但卻是可以藉由身心障礙牙科治療時指導他們清潔口腔的動作，配合家屬、師長督導他們做好自我口腔清潔，而且清潔口腔的動作是一種精細動作的復健方式，若能教導發展遲緩兒確實做好自我管理，能保障他們的口腔衛生，同時也能加強他們手部精巧動作的復健。

也因為深知身心障礙者牙齒治療難度高，健保署為鼓勵牙醫界投入特殊服務照顧，除了逐年調高預算，以醫療費用加成提高給付，鼓勵醫療院所改善牙醫設備、提供無障礙醫療環境，及加強醫師對身障患者牙醫照護的技術，以提升醫療服務品質外，另外還增加院所、醫療團、到宅及特定需求者牙醫醫療服務，除麻醉項目外之醫療費用，極重度身障患者得加 7 成申報、重度患者得加 5 成申報，中度發展遲緩兒童，以及中度以上精神疾病患者加 3 成申報、輕度患者得加 1 成申報。並鼓勵醫療院所，在門診有急救設備者可提供初級照護，門診有急救設備外，並且有可施行鎮靜麻醉及提供完備醫療的醫護人員，則可提供進階照護。

李宜芳肯定健保署提高身心障礙者診療加成給付，因為醫療院所為提供身心障礙者服務，相對付出的時間及空間都要更長、更大，腦性麻痺、多重障礙等重症患者甚至還得要全身麻醉，在開刀房中進行治療，醫院還要具備可攜帶式的鑽牙機、噴水轉動器械等工具，開刀房中也要有能



▲ 為了方便身心障礙者行動，牙科專門門診裡的空間必須寬敞，所有設備也要設計成分離可動式，才能讓患者便利就診。

另外結合這些工具的設備，加成給付點數可以提供醫療院所增加設備的誘因，讓醫師可以投入身心障礙者的服務。

牙醫特殊醫療服務執行率高

針對身心障礙者的牙醫特殊醫療服務試辦計畫，自 91 年開辦以來，預算逐年增加，100 年至 102 年的預算有 4.23 億元，今（103）年的預算更提高到 4.43 億元，服務人數也逐年增加，100 年以至少 60,000 人次為執行目標，101 年則是以至少 66,000 人次為執行目標，102 年以至少 72,600 人次為執行目標，今年則以至少 79,860 人次為執行目標。

隨預算增加，執行率也逐年增加，據統計顯示，102 年的執行率近九成。參與計畫的院所及醫療團也逐年增加，在 102 年約有 700 間院所，以及約有 100 個醫療團提供試辦計畫服務。而獲得照護的身心障礙者人次也逐年增加，102 年照護人次約 13.5 萬人次，已超出 7.26 萬人次之照護目標，令先天性唇顎裂患者及特定身障者獲得較佳的牙醫醫療服務。而特定身心障礙者接受牙醫服務方面，無論在服務人數、服務人次、申請點數、每人每年平均點數皆呈現上升趨勢，大幅提高患者公平就醫權益。

今年適用對象納入發展遲緩兒

在今年的適用對象，新納入發展遲緩兒，並新增政府立案收容發展遲緩兒童之機構等服務地點，要接受特殊牙醫特殊醫療服務試辦計畫的發展遲緩兒童，檢附由衛福部國民健康署委辦兒童發展聯合評估中心開具的綜合報告書診斷頁，或辦理聯合評估醫院開具發展遲緩診斷證明書，收容發展遲緩兒童機構也可以申請醫療團服務。

而且，為了提高醫療院所提供給身心障礙者的牙醫服務品質，牙醫特殊醫療服務試辦計今年的計畫中特別設定提供品質不符者的退場機制：當醫療團及到宅醫療服務，未遵守計畫規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善，或第 2 次通知 1 個月內未改善者，得由保險人分區業務組核定暫停計畫執行，在設定服務品質標準後，期盼相關醫療院所能提供身心障礙者更高品質的服務。

身障者可就近尋求牙醫協助

身心障礙民衆若有求診牙醫的需求，目前在健保署的全球資訊網中，有提供了各地配合「牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之院所醫師名單」，民衆可以從全球資訊網的首頁，選擇「一般民衆」進入後，從左側的選單中，點到「網路申辦及查詢」，即可看到「牙醫身心障礙服務計畫及院所網路查詢」，點選後即可下載有提供身心障礙者牙醫服務的院所醫師名單，或者是直接從網頁上的「牙醫身心障礙服務計畫及院所網路查詢」中，依照自己想要查詢的各縣市、各行政區，是否有就近可以求助的牙醫院所。

健保有愛讓你笑口常開

認識「執行牙周病統合照護之院所」

王先生最自豪的是：「牙齒平常沒什麼保養，但是連一顆蛀牙都沒有」，雖然偶爾會覺得咬東西比較沒力、刷牙時流血，但覺得沒什麼大礙。前一段時間，王先生發現牙齒會搖，但因為不會痛，也沒有注意，後來他突然發現牙齒整排倒了，嚇得趕快到牙科就診，醫師診斷說是牙周病，倒掉的牙齒要拔掉，牙周也要重建，之後還要植牙，接下來要面對漫長的治療過程。

諮詢／衛生福利部中央健康保險署醫務管理組科長 林淑範
國泰醫院牙周病科主治醫師 陳建勛
撰文／丁彥伶



根據衛生福利部國民健康署的調查顯示，國內 40 歲以上成人中，約有 90% 的民衆患有輕重程度不一的牙周炎，且依據健保署的統計顯示，國人因牙周病就醫的人數佔全國的比率，自民國 88 年的 17%，到 97 年上升到 25%，短短 10 年間就醫人數成長 52%，至 97 年因牙周病就診人數高達 573 萬人，顯示國人牙周疾病日趨嚴重。

牙周病比蛀牙更具破壞力

牙周病在初期感覺不痛不癢，但事實上它的破壞力比起蛀牙更可怕。國泰醫院牙周病科主治醫師陳建勛表示，我們的牙齒表面看到的是牙齒和牙齦，其實這只是牙齒的上半段，牙周組織包括牙齦、牙周韌帶、齒槽骨及牙骨質，牙周病破壞的就是這 4 個部分，一旦牙周組織被破壞，即使牙齒沒有蛀牙，牙齒還是保不住。

尤其在預防及治療牙周病方面，教導患者清潔是很重要的。陳建勛說，一般人怕蛀牙，清潔的重點是食渣，而破壞牙周的不只是食渣，主要是牙菌斑，牙菌斑在吃完食物數小時後，它就會結合食物分解後的物質，像一層薄膜一樣附著在牙齒的表面，光是刷牙除掉食渣，並不足以清除牙菌斑，如果牙菌斑沒有徹底清潔，牙周便會被破壞。

牙周病的 9 大警訊

牙周病初期沒有特別症狀，有時會流血、偶爾牙齦化膿。陳建勛說，牙周病雖然偶有悶悶的



▲ 陳建勛醫師提出 9 大警訊，教大家提早預防牙周病。

曾接受統合性治療超過一年以上，始得收案執行，因此在收案前，醫師應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至健保 VPN 系統進行牙周病統合照護計畫登錄，及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療。

牙周病統合照護從基礎治療開始

牙周病統合照護計畫共分三階段進行，在第一階段是進行基礎牙周治療，主要是維護性的治療：包括牙周檢查；如囊袋深度、牙根分叉侵犯、牙齦萎縮狀況、齒髓活性及牙齒動搖狀況，進行詳實檢查與記錄，以利牙周病情的判斷與治療，這部分是牙周病統合照護計畫重點，目的是讓醫師瞭解患者牙周病嚴重程度，作為日後是否治療成功比較依據。

有鑑於牙周病係因牙周組織發生細菌感染，而其主要致病原為牙菌斑，通常當人進食後數小時內就會形成牙菌斑，若未有效清除，便會聚集附在牙面形成牙結石，持續侵蝕破壞牙齦、齒槽骨和牙周韌帶等牙周組織，因此在第一階段的治療中，很重要的一部分是要給予患者進階牙菌斑去除指導：包括使用特殊清潔器具進行個人化口腔清潔技巧指導，強化患者的自我照護能力，以及進行患者牙周保健監控。

要提供患者牙周病統合照護手冊，詳細向患者說明牙周病產生原因、治療方式及正確的潔牙方式等資訊，以強化民眾口腔衛生自我保健的知識。並提供患者口腔衛生保健指導，將手冊保健內容，以實際指導方式讓民眾瞭解。

後續進行清創再生追蹤治療

在第二階段則是進行牙周非手術性治療，主要施行全口齒齦下牙結石刮除術及牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。

在第三階段的治療中，牙醫師會於治療後 4 至 6 週內追蹤檢查治療的情形，再次登錄患者完整牙周病檢查紀錄及牙菌斑控制紀錄，評估原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒至少 1 個部位深度

降低 2mm 者達 7 成以上之成效。病人在本計畫照護療程中，依病情需要，必要時醫師應給予多次牙根整平術或牙結石清除，以達成效。

所以今年的牙周病統合照護多了一個機制，當醫師在 103 年合計提供治療個案數，排除個案數 5 件以下者，若於 104 年 7 月依病患歸戶統計，若完成第三階段服務個案數比率低於 33.33% 者，屆時於 105 年 1 月起兩年內不得參加計畫，待屆滿需再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

完整的牙周病照護讓牙齒更健康

陳建勛認為，這個規定主要是因為牙周病的照護第一階段主要是收集患者的資料，做患者的牙周的紀錄：如牙周囊袋深度、牙根分叉侵犯、牙齦萎縮及牙齒動搖狀況，加強患者牙菌斑去除的教學，做為未來治療是否完成階段目標的判定，第二階段進行治療，治療後醫師通常會讓患者休息四週，等牙周組織恢復後，再回診判斷第二階段的成效如何？如果還有未完全治療的部分，還要再做治療，但過去很多患者在完成第二階段，覺得牙齒不會流血，也不太痛了，就以為好了，沒有再回診，雖然確實有部份患者在完成第二階段治療時效果還不錯，但是牙周病是慢性病，如果沒有確實治療好，並且持續追蹤，可能很快就復發。

所以規定要患者完成第三階段的比例，陳建勛認為目的是加強醫師和患者的互動，以及患者完成第三階段的就醫動機。而牙周病患者的追蹤比一般民衆嚴格，一般人建議每 6 個月檢查一次牙齒，有牙周病的患者每 3 個月就要回診一次，以確保患者清除牙菌斑的清潔確實做到，才能確保牙周病不再復發。

健保署全球資訊網查詢

為方便罹患牙周病的國人尋求合格的牙周病統合照顧醫療院所進行治療，健保署特別在健保署的全球資訊網中公布「執行牙周病統合照護之院所」名單，民衆只要進入「衛生福利部中央健康保險署全球資訊網」首頁，點入「一般民衆」，進入後的左側就會出現一排選項，將游標指到「網路申辦及查詢」的選項，即會再顯示一長排的選項，點入「牙周病統合照護服務計畫及院所網路查詢」之後可以從網站提供的「牙醫門診總額牙周病統合照護計畫參加院所醫師名單」檔案可以下載查詢，或是直接從網頁上依地區別來查詢所在地有哪些參加計畫的院所醫師名單，以就近就醫治療。



▲ 牙周病照護須經過清創、再生、追蹤等治療，才能讓牙齒早日恢復健康。



美國整合醫療照護及對臺灣的啓示

面對快速高齡化的臺灣社會，除了長期照護體系、服務必須跟上腳步，同時也面對更龐大的課題：醫療與照護如何更有效率、更符合個人需求的整合。

諮詢／美國凱斯西儲大學醫學院家庭醫學和社區衛生臨床教授、臺北醫學大學講座教授及國家衛生研究院”長期照護與醫療整合研究計畫”總顧問 王懿範教授

撰文／劉惠敏



臺灣於 1995 年實施全民健康保險後，急性醫療照護的可近性及品質已獲大眾極高的滿意度評價。然而就整體醫療與照護的連續性而言，銜接急性醫療照護後的急性後以及長期照護體系的建構及服務提供的銜接仍有不足之處的，政府與民間資源投入仍不足，遑論照護的整合。面對快速人口高齡化與少子化的臺灣社會，家庭組成的改變，導致失能病人的後續照護，無法全然仰賴醫療照護體系與家人，急性後與長期照護體系的建置，相關的服務以及彼此間的銜接更顯得格外重要。因此，以人為中心的角度做為考量的出發點，將是在急性與急性後醫療與長期照護間的無縫轉銜的關鍵課題。

透過制度整合政策

因應各國「以人為中心」醫療照護考量，將健康照護與社會福利整合之潮流而改制成立的「衛生福利部」，核心價值便是開展、整合全方位的健康及福利照顧。從醫療、照護，到社會福利服務及經濟支援照顧，都需要透過制度整合。衛福部同時啟動「長期照護與醫療整合研究計畫」，此計畫由國家衛生研究院、臺北醫學大學及陽明大學共同合作，聘請美國凱斯西儲大學（Case Western Reserve University）王懿範教授擔任計畫總顧問。

王教授說：「鑒於醫療衛生與社會福利全面整合的世界趨勢，透過臺灣世界借鏡的健保系統並配合長照服務及保險的規劃啟動，現在正是建立系統整合的最佳時機！」。至於什麼是「以人為中心」做出發點的整合？什麼是具體可行的整合？美國已有諸多整合照護模式，有許多值得參考之處。

什麼是整合醫療照護

整合醫療照護（Integrated Care），是世界醫療體系改革的趨勢。王懿範說，世界衛生組織（WHO）的整合照護定義，簡單的來說是「以（病）人為中心」，做到醫療與照護服務在不同提供者之間的「無縫接軌」。

更具體而言，醫療照護系統提供給有此需求的人一個連續不間斷的健康醫療照護服務，由預防、急性治療、急性後期到長期照護與社區照護的範疇，並根據因人而異的照護需求、區域特性、文化、家庭及生活模式的不同，提供不同方式與程度的整合方案，以滿足個案個別化的需求。

研究實證發現片段而不連續的醫療與社會服務，無法有效的運用資源及滿足社會的需要。因此各國皆試圖整合照護機構、服務及財務，只是所採用的詞彙不統一罷了，除了整合醫療照護（integrated care），不同的國家採用的名稱有協調照護、全面照護、無縫照護、共同照護、轉銜照

護等。無論如何，皆承繼著相同以人為中心，借由「無縫接軌」來改善照護的可近性、品質、滿意度及效率的概念。尤其是老人或失能者自醫療至社區服務在不同階段有多方面不同的需要，如果他們所需要的服務是片段而不協調的，往往讓民眾無所適從，也嚴重影響其康復、恢復正常生活的進度，更進而浪費自己及政府承擔的醫療照護資源。

美國整合醫療照護之殷鑑

王懿範教授談到美國的整合醫療照護，首先要先了解其醫療照護體系。在美國主要的公營健康保險為 Medicare（醫療照顧保險）及 Medicaid（醫療補助保險）。Medicare 的照顧對象包括身心障礙者及 65 歲以上老人，Medicaid 則是照顧經濟與健康弱勢族群（不符合 Medicaid 條件的低收入兒童，另有兒童保險 SCHIP）。不過以私人保險為主的美國醫療保險體系，無法負擔健康保險民衆的比例最高達 15，醫療支出成為國民沉重負擔及社會隱憂，而有全民健保的改革呼聲，現任美國總統歐巴馬提出「可負擔健保法」（Affordable Care Act，簡稱 ACA，又被稱之為歐巴馬健保）於今年上路，不過尚未有具體成效。

Medicare（醫療照顧保險）由聯邦政府主導，主要支付急性醫療，即住院及其他短期照護與急性後期醫療，例如給予急性疾病或手術病人，專門護理機構所提供的復原照護。而 Medicaid（醫療補助保險）由各州政府負責，多支付長期照護服務及支援，包括社會福利服務，以利他們可待在社區與家庭中康復。然而在醫療及長期照護服務上，其中符合雙邊資格而具有雙重資格（Medicare 及 Medicaid）的個人高達九百萬人。他們皆是服務需求量大、支出高的族群，因為系統未整合，而重複使用醫療照護資源。也因兩個系統有不同的政策、支付系統、規範，使得個案在不同服務間游離。政府無法在適當的時間、有效的提供個案最佳的照護並使設施及人力資源得到妥善的運用，不但形成不必要的浪費，也影響到照護的連續性及品質和人民的滿意度。

「以病計酬」的 DRGs 醫療給付制度

美國醫療體系於 1983 年實行 DRGs 醫療給付制度（診斷關聯群，diagnosis-related groups），也就是「以病計酬」，將診斷為同一類疾病、採取類似治療的疾病分在同一組，再依病人的年齡、性別、有無合併症或併發症、出院狀況等細分組，並將同分組的疾病組合依過去提供服務的數據為基礎，計算保險人應支付醫院之費用。

DRGs 的出發點是希望能減少醫療資源的浪費，例如：以減少病人的住院天數及不需要的診斷及治療。不過當時美國配套的長期照護與社區照顧的發展未臻健全，在 DRGs 制度下，醫院希望病人可以早點出院，但社區照顧能力不足無法銜接，病人仍舊無法離開醫院。此時，美國政府才發現完善的社區照顧服務系統的重要性與急迫性，唯有完善的社區照顧服務體系，才能銜接提早出院回到社區的病人。也因此美國加快腳步、發展急性後期照顧、長期照顧及社區照顧體系，

並在發展的過程建構許多不同的照護模式及評估工具，其他國家面臨相同的狀況，也學習美國制度，配合各國的文化、社會、保險、經濟與照護體系等在地差異，經過調整後加以採用。

完整的醫療照護系統

一如文前所言，完整的醫療照護系統是由急性治療、急性後期到長期照護與社區照護脈脈相承而來。在銜接由急性醫療機構後的急性後期醫療照護在美國發展出四個服務模式，分別是專業護理照顧（類似護理之家）、復健照顧、長期急性照顧及專業居家照顧，因為不同的服務重點，病人需要照顧及程度不一，美國自 1987 年起發展了不同的評估工具，設計不同的支付策略以支持病人急性後的照顧需要並銜接急性醫院的病人出院計畫。

王教授指出，美國自 1983 年逐漸推行 DRG 後應用不同的方法及工具推動急性期後及長期照護已進行近 20 多年。雖然建立了世界採用的模式（如 PACE）和工具（如 MDS）等，然而醫療和長照兩個系統各自建立服務規則及給付系統，未能「以人為中心」整合性的發展，造成了資源浪費、服務品質無法控制及民衆不滿的問題。美國國會也意識到片斷性照顧模式的建立並無法有效的運用資源以控制日益增加的費用及人民對服務使用困難的不滿意度，而提出支持醫療照護整合的各種方案。聯邦政府依國會指示於 2011 年依據 The Affordable Care Act (ACA) 法案在聯邦政府下專設“醫療保險（Medicare）與醫療補助（Medicaid）協調辦公室”由聯邦及州政府協調，積極推動全國性醫療和長照的整合，建立更有效率的服務及給付模式以供給民衆無縫的、高品質的及個別性的全面服務。聯邦政府於 2011 年啓動並提供州政府示範基金，授權州政府發展適合當地照護需求的整合系統，並建立資料庫及互相學習最佳模式的資源中心。目前全美有 15 州發展出新的照護模式，皆是以人為中心提供整合照護，包括基層醫療、急性照護、健康行為及長期支援服務等。其他不同性質的示範項目如不同的財務整合模式等也在全國各地進行推動系統整合。

根據預估，美國在高齡及身心障礙族群的照顧上，透過整合可節省百分之 6 至 20 的支出，並大幅增加醫療照護的可近性、品質以及民衆對服務的滿意度。

臺灣醫療照護整合的時機

王懿範教授說，臺灣目前將同時推 DRG 及長照，雖然國情有別但也將面臨類似挑戰，美國醫療照護遇到的障礙及變革的背景，恰可成為臺灣照護體系的借鏡，希望能藉由美國相關的經驗可以跨越發展過程並避免走彎路。

因應快速高齡化社會的腳步，臺灣的整合照護如燃眉之急，2014 年失能老人人口約 46 萬人，在 2023 年預估可能增加至 66 萬人。但如今也正是臺灣轉型、整合醫療照護的好時機。因為臺灣

醫療系統成熟發展，急性醫療照護的品質與可近性不成問題，而長照制度與服務系統也正在建構當中，更蘊釀了一個整合的絕佳時機」，從原有的健保系統延伸，將醫療、長期照護、社會福利服務結合，殷鑑美國的前車之鑑，不會重蹈覆轍，更可有效的發展符合本土需求的可行系統，讓使用者更便利，並提升服務效率與病人的生活品質。

衛生福利部的成立，推動部會整合，應可更便利地將原屬於內政部社會司及衛生署管轄的長照相關單位，以及退輔會體系（榮民之家）不同的資源、設施、人力規劃及管理評鑑系統重新做橫向與縱向的整合，包括診斷計酬 DRGs 支付制度及急性後照顧示範、銜接等醫療體系改革，社區照護、社會福利及其他社區型的社會服務，並銜接現已進行的長照制度的規劃，如長照十年計畫、長照服務網、長照服務法及長照保險規劃下，規劃建置長照及社福資源，以滿足民衆對居家式、社區式及機構式服務需求。



▲ 美國在高齡及身心障礙族群的照顧上，推動急性後期及長期照護已近 20 多年。

而整合的原則，包括運行系統中必要的財源、科技、資訊及人才資源的整合。擔任總顧問的王懿範，曾擔任美國多項政策方案的計畫主持人，包括全國及區域性的整合計畫及試辦項目，如針對有長照需求的老人論人計酬（PACE）方案及老人和殘疾資源中心（ADRC）等的全國性試辦計畫。

王懿範進一步解釋，整合照護的四項核心基石包括：整合照護體系、整合財務、整合照護管理及整合資訊科技。因此由衛福部推動的「長期照護與醫療整合研究計畫」，分別根據此四項基石成立子計畫小組。而子計畫則分別由國內照護體系、財務支付制度、資訊系統、人力策略等資深學者執行，並結合政策及實務專家和受照顧者及業者的參與進行系統整合的規劃。

計畫以腦中風急性期後的醫療與長照需求為案例以啟動規劃。目前將於 7 月開始評估現有的長照、醫療、支援及試辦計畫並參考分析國際模式進行第一階段整合規劃並提出啟動方案，並同時規劃「整合照顧政策研發中心」。計劃於 2015 年逐步籌劃及成立政策中心，其功能在於持續性和系統性的推動整合方案的落實。

王懿範教授進一步說明，整合過程具有一定程度的複雜性並需要保持彈性以調適環境的改變和長時間的投入以協調體系的變革。變革並不代表體系中所有的組成需要整合為單一的模式，在一個體系中可以同時存在多個不同程度的整合照護模式，包含不同形式的應用、不同程度的整合。因此亟需政策及業者以民衆的需要為最高指導原則建立對系統整合的共識與支持。

以人為中心的整合照護

整合照護之路並非一蹴可及，其中許多鉅細靡遺的制度改革及創新模式的發展與試驗，一定會遇到各界不同意見及阻力，然而不同的意見及阻力舉世皆然。因此，如何化阻力於助力，則需要凝聚各界的智慧與努力。例如：目前在國內欲推動的 DRGs 與長照保險時所面臨的現況就是如此。然而提高服務品質及成效，以人為中心無縫接軌的醫療照護，乃時勢所趨。

王懿範教授以美國為例，過去美國長照系統與醫療系統是各自進行，至今已近 20 多年，雖然建立了世界多國採用的工具和模式，仍未能成功控制服務品質及成效，主因之一為當時未導入「整合」的概念，以致於病人在醫療系統與長照系統間不知所措，從長照的系統被推到醫療系統，反之亦然。然而美國人很願意嘗試，也願意從錯誤中學習並調整，也因此發展許多新的模式及工具，以目前在國家政策導向及實施各面向的成效看來，仍相當值得參考。醫療衛生及社會福利系統的整合因應社會的老齡化及需求的多面性及持續化，已是世界各國改善服務品質及成效一致的趨勢。

他山之石，可以攻錯，我們可借鏡國外錯誤與成功的經驗，藉著衛福部的成立及現有他國稱羨的單一健康保險制度的優勢，透過二代健保與長照服務及保險的建立來整合無縫的系統接軌，可加速推動長照保險，也是臺灣建構世界完善社會保險體系模式刻不容緩的時機。

蚊子不要來 夏日對抗蚊蟲大作戰

根據衛生福利部疾病管制署統計，今年累計登革熱病例已逾百例，同時也新增了日本腦炎病例。由於夏日正是蚊蚋叢生之際，各種蚊蟲傳染疾病增多，要預防這些傳染病，得要從防蚊蟲做起。

諮詢 / 衛生福利部疾病管制署副署長 莊人祥
撰文 / 丁彥伶

疾管署副署長莊人祥表示，不只是蚊子，恙蟲、蜱蟲、蚤類等病媒也會攜帶危險的致病原，被叮咬後可能會罹患登革熱、屈公病、瘧疾、日本腦炎、西尼羅熱、恙蟲病、萊姆病和鼠疫等疾病，由於蚊蟲傳染病的地區遍布全球，因此不只在臺灣要防蚊蟲，出國旅遊也要注意防蚊避蟲。

防蚊的有效關鍵

戶外蚊蟲特別多，為了避免蚊蟲叮咬，很多人會使用防蚊用品，但也有人因為「敵避」可能傷害神經系統，而不敢購買含敵避的產品，轉而選擇含樟腦油、香茅油、香茅等標榜天然或純植物防蚊的產品。不過莊人祥提醒，化學成分為 DEET (N,N Diethyl 3 methylbenzamide) 的「待乙妥」是現今最有效，且最被廣泛用於蚊蟲忌避劑的成分，而目前市面上含植物精油的產品，防蚊效果從只有幾分鐘到兩小時不等，因此，為了有效防蚊避蟲，建議最好選擇含 DEET 的防蚊產品。

DEET 用於人體的部分屬於衛生福利部管理，中文名稱為「待乙妥」，而使用於環境的中文名稱為「敵避」，所以在防蚊蟲藥物上面，要有標示含這 3 種成分名稱，才能保證它的防蚊蟲效果，但若要使用在皮膚及衣服上，一定要認明是含「待乙妥」的產品。

外出的防蚊避蟲法

目前市售含待乙妥的產品，濃度範圍從 10% 到 30% 以上都有，莊人祥提醒，在戶外要待時間愈久，選擇的防蚊蟲藥劑含待乙妥濃度最好愈高，才愈具有防蚊蟲的效果。一般建議，如果在戶外只待 1、2 小時，可選擇含待乙妥 10% 以下的產品，待 2 到 4 小時，待乙妥濃度則需達 15% 以上，待 5 到 8 小時，待乙妥濃度最好有 20% 以上，而且每 1、2 小時或有流汗時，最好要再補擦防蚊劑，若是要有防蟬蟲的效果，就要使用待乙妥濃度有 20% 以上的防蚊蟲產品，效果才比較完善。



▲ 使用市售防蚊劑最好先噴在手上，並避免噴灑到傷口。

市售防蚊產品有乳膏劑型及噴劑型，噴劑型防蚊蟲劑不可直接朝臉部噴灑，使用時最好先噴在手上，再塗抹到臉部，而在噴灑皮膚及衣物時則要避免噴到有傷口，或有濕疹的皮膚上，也要避免接觸到眼睛、口鼻。雖然有些國人對使用含待乙妥的成分有疑慮，但美國兒科醫學會表示，除兩個月以下嬰兒不建議使用外，兩個月以上的孩童建議可選用含待乙妥濃度 30% 以下的產品，所以還是可安心使用，若擔心過敏，可以先使用於小面積皮膚上，若沒有過敏再使用於其他的部位。

瞭解蚊蟲習性可防叮咬


莊人祥提醒，要防蚊也得「知己知彼」，瞭解蚊蟲的習性，可減少蚊蟲叮咬的風險；例如叮咬後讓人奇癢無比的小黑蚊，喜歡在白天吸血，而熱帶家蚊則是夜行性蚊蟲，黃昏後到黎明期間，是許多病媒蚊的活動時間，因此在這個時間應避免外出。

若有必要去戶外活動，要做好防蚊蟲的保護措施，例如在皮膚裸露處擦防蚊蟲劑，或是穿著淺色衣褲、手套、襪子、包鞋或長靴等保護衣物，褲子最好塞進襪子或鞋子裡，避免皮膚暴露出來。

居家防蚊蟲，則建議要加裝紗門、紗窗，蚊蟲多的地方，建議睡覺時可加裝蚊帳，以避免蚊蟲叮咬，或在睡前 2 小時人不在臥房時先點蚊香劑，利用電蚊香或蚊香卷快速擊昏蚊子，睡前半小時再打開窗戶讓空氣流通再睡。

而更重要的，是要阻止蚊蟲在居家孳生，以靠近山區野外的住家而言，小黑蚊等蚊蟲較多，可配合使用殺蚊藥劑殺蚊；一般住家則定期清理室內盆栽植物墊底的水盤。莊人祥說，根據環保署的資料顯示，一隻吸飽血的熱帶家蚊，每次產卵約 150 到 200 個，若水盤有積水則形同在家裡養蚊子，另外，也要定期清理戶外水溝，蚊子自然可以減少。

而夏季戶外活動多，草地、樹林等是恙蟲、蟬蟲及蚤類活動的主要環境，因此到戶外踏青，也要避免在草地及樹林等環境長時間坐臥，即可減少蚊蟲叮咬的機率。



炎炎夏日 預防中暑有一套

炎炎夏日，近來天氣真是讓人熱到受不了，若一不小心，就可能因為酷熱而中暑。然而預防高溫也有撇步，除了少曬太陽、作好防曬、補充水分，穿輕便、寬鬆、透氣的淡色衣服，也有助於預防中暑。

撰文 / 編輯部

時序進入酷夏，氣溫屢創新高，動輒超過攝氏 35 度，從事戶外活動，容易因為高溫感到不適，可能發生中暑的狀況。中暑是一種發生的突然、致死率極高，但卻可以有效預防的急症。不論在室內或戶外，都不可以輕忽中暑帶來的危險性。

為什麼會中暑？

中暑是一種受空氣高溫濕熱影響，而造成體溫異常升高所產生的不適。倘若長期處於酷熱的高溫環境，或過度運動，隨著體溫上升，感到噁心、頭痛、暈眩、臉色蒼白，甚至神智不清、脈搏微弱、呼吸逐漸加快，就有可能是中暑的前兆。

為了因應高溫環境，我們的身體原本會自然而然作出一些生理反應，來調節控制體溫。例如：不停的排汗或增加呼吸次數等。但是，當環境溫度持續升高，超出身體的調節功能，體溫在無法控制下，隨著外界氣溫上升，就容易導致熱衰竭、熱痙攣、熱昏厥或中暑的現象。

熱傷害的分類

熱衰竭、熱痙攣、熱昏厥都是因高溫而產生程度不一的熱傷害，也是常見中暑的原因。這些都是因為處於高溫環境，卻沒有及時補充水分和鹽分，導致脫水、散熱困難等熱症候群，其中又以中暑最為嚴重，也最致命。

熱昏厥的症狀較輕微，常發生在夏天高溫，因為皮膚血管擴張，以致大腦的血液減少，而造成昏

厥。長時間暴露在酷熱環境下的人最容易發生熱昏厥，如：工人、運動員、軍人等。最好的處理方式就是降溫和補充水分、鹽分。「降溫」是先將病患移到陰涼處，平躺且腳抬高，脫除外衣並用冷毛巾擦拭身體、搨涼。至於水分、鹽分的補充，則必須在病患意識清楚下才行，若意識不清就有可能嚴重至「熱衰竭」的程度，這時要儘速將病患送醫就診。

另外，熱痙攣是在劇烈運動下大量出汗，因為水分及電解質流失，導致血中鈉、鉀離子濃度降低，而引起肌肉抽縮疼痛。發生部位以小腿後方的肌肉群和劇烈運動的肌肉群為多，由於連續發作的可能性極高，最好不要在高溫環境下從事太過激烈的運動，運動時間也不宜過長。

熱衰竭也是因為高溫環境悶熱，出汗太多，而造成體內水分及鹽分流失。症狀包括虛弱、蒼白、倦怠、頭暈、噁心、頭痛、昏倒等。處理方式是儘速將患者移至陰涼處、除去多餘衣物、側躺、以冷水潑灑或擦拭、搨風、補充水分、送醫，若不即刻處理，則有可能導致中暑。

中暑是熱傷害最為嚴重的一種，特徵就是體溫常高達攝氏 40 度以上，其他包括：皮膚乾燥紅熱而沒有出汗、頭暈、心跳過快、抽搐、休克等。若延遲治療就可能造成中樞神經系統及多重器官的永久性傷害，甚至導致死亡。

那些人容易中暑？

一般人以為，在烈日下工作最容易中暑，其實只要在酷熱、潮濕、空氣不流通的環境下活動，不管是戶外或室內，都有可能中暑。例如：修路工人、建築工人、搬運工或在廚房、洗衣房內從事熨燙等工作人員。另外，65 歲以上老人、嬰幼兒、體能不佳，或有心血管疾病等慢性疾病患者，也都是中暑的高危險群，若遇到炎炎夏日，建議應減少或避免出門。



▲老人家多患有三高毛病，也是中暑的高危險群。

如果戶外工作無法避免，工作時就要隨時注意自己的身體狀況，只要一出現頭暈、胸悶、噁心、嘔吐等情形，就應該立即停止工作，到陰涼處稍事休息，並補充水分。如年輕人喜愛在陽光下運動，只要適時補充水分、鹽分，減少暴露在烈陽下時間，也可以運動的很健康。

待在冷氣房也會中暑

戶外運動、工作都是中暑的高危險群，但整天都待在冷氣房裡，也會中暑嗎？

其實不管是在太陽底下曝曬，或是長時間待在悶熱的環境中，若突然躲入冷氣房中，或臨時外出買便當、飲料，在一熱一冷的刺激下，皮膚上的毛細孔血管會因遇冷而急遽收縮，導致體內高熱無法

藉由發汗散熱出去，整個人便會感到頭昏、倦怠、沒有精神，食慾不振或盜汗、噁心。

至於長期待在冷氣房內，冷空氣會讓體表毛細管、汗腺收縮，汗水無法排出去，就無法發汗，不利於體內散熱，長久下來，體內太熱，沒有透過流汗來調節體溫，一樣容易中暑，因此，夏天還是要適當流汗，才健康！

除外，許多人誤以為喝冰啤酒或吃冰，就能消暑？這可是大錯特錯！事實上，吃冰和冰啤酒，只能一時解渴，吃愈多冰、喝愈多啤酒，反而會愈來愈渴。白開水可說是最好的飲料，同時也要注意不要攝取含過多咖啡因或酒精的飲品。

因此，儘管酷夏躲不過，只要避免長期曝曬；外出戴遮陽帽或撐傘；注意活動空間是否通風；穿著透氣、寬鬆、淡色的衣物；多喝水及補充鹽分，就能夠讓我們無懼炎炎夏日，盡情擁抱陽光！

中暑急救五步驟

如果發現身邊有人中暑了，該怎麼辦？這時應採取的急救措施，即：「陰涼」、「脫衣」、「散熱」、「喝水」、「送醫」等簡單五步驟。

1. 陰涼：迅速將病患移到陰涼、通風的地方，同時墊高頭部、身體躺平。
2. 脫衣：除去多餘衣物，解開衣扣，以利呼吸和散熱。
3. 散熱：除了搨風，可用沾濕的冷水毛巾替患者擦拭身體或頭部，幫助散熱。
4. 喝水：輕微中暑者，短時間內會清醒，再給予水分、食鹽水，或稀釋的電解質飲料（如：運動飲料）即可。
5. 送醫：若患者 5～10 分鐘仍未恢復意識，一定要趕緊送醫處理，尤其有慢性病史和曾中風者及年長者，更要小心。



預防中暑有撇步

預防中暑的方法，其實很簡單，首要仍以減少暴露於高溫下為優先，方法包括：

1. 減少曝曬：避開烈日，減少於烈日下活動，尤其在上午 10 點至下午 2 點應儘量避免。
2. 做好防曬：出門記得備好防曬工具，如果必須外出，一定要撐陽傘、戴遮陽帽或太陽眼鏡，並儘量走在騎樓或遮陽的地方為佳。
3. 補充水分：隨身攜帶水壺，以備不時之需，隨時補充水分，不要等到渴了再喝。
4. 寬鬆淡衣：外出時穿著儘量選用棉、麻、絲質衣物，並以寬鬆、透氣、淺色為佳，以免吸收過多紫外線。
5. 消暑食物：預防中暑還可多吃新鮮蔬果，如：西瓜、哈密瓜、香瓜、葡萄等水果，以及絲瓜、苦瓜、冬瓜、蘆筍、小黃瓜等蔬菜，另外，像綠豆、薏仁，也是不錯的夏日消暑甜品。



各界愛心捐款明細表

(1) 個人捐款

捐款期間：103.3.1-4.30

捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)	捐款日期	捐款人	捐款金額(元)
月/日			月/日			月/日			月/日		
3/3	姚○鈞	3,000	3/3	邵○繁	300	3/12	尤○○葉	500	3/27	葉○祥	30,000
3/3	黃○慈	10,000	3/3	林○珍	300	3/12	尤○冠	500	3/27	黃○幟	500
3/3	黃○和	140,000	3/3	周○瑜	300	3/12	蘇○華	200	3/27	黃○玲	500
3/3	徐○圓	100	3/3	莊○翔	300	3/12	林○姿	400	3/27	賴○琴	500
3/3	王○媽	100	3/3	廖○清	300	3/12	羅○妙	1,000	3/31	鄺○春	3,000
3/3	葉○祥	30,000	3/3	葉○均	300	3/12	方○蒲	300	4/1	姚○鈞	3,000
3/3	葛○君	500	3/3	江○美	300	3/12	施○珍	200	4/1	葛○君	500
3/3	張○月	500	3/3	黃○勳	300	3/12	黃○美	600	4/1	張○文	1,000
3/3	陳○嬌	200	3/3	黃○怡	3,000	3/12	莊○嬌	200	4/1	郭○雲	300
3/3	許○華	1,000	3/4	郭○	2,000	3/12	陳○珠	200	4/1	林○如	200
3/3	林○如	500	3/4	陳○均	2,000	3/12	蔡○美	200	4/1	彭○雪	400
3/3	彭○雪	400	3/4	無名氏	1,000	3/12	吳○秀	200	4/1	蔣○敏	1,000
3/3	郭○卿	300	3/4	邱○明	400	3/12	陳○玉	100	4/1	郭○卿	300
3/3	洪○琇	500	3/4	劉○珠	500	3/12	成○○完	300	4/1	廖○菁	500
3/3	李○霞	2,000	3/4	唐○正	500	3/12	盧○玉	100	4/1	俞○菁	500
3/3	徐○菊	500	3/4	梁○玲	300	3/12	張○○祝	200	4/1	何○儒	1,000
3/3	廖○菁	500	3/5	高○銘	1,400	3/12	張○娟	200	4/1	王○妃	5,000
3/3	李○璋	500	3/5	李○原	5,000	3/12	蘇○○娟	400	4/1	杜○安	500
3/3	何○儒	1,000	3/5	張○恭	2,000	3/12	張○平	200	4/1	朱○嫻	500
3/3	杜○安	500	3/5	李○勳	10,000	3/12	李○○蓮	200	4/1	張○寬	500
3/3	朱○嫻	1,000	3/5	無名氏	100	3/12	戴○華	200	4/1	莊○純	500
3/3	張○寬	500	3/5	無名氏	1,000	3/12	許○菁	100	4/1	林○足	300
3/3	莊○純	500	3/5	無名氏	3,000	3/12	李○燕	100	4/1	沈○昂	500
3/3	林○足	300	3/6	林○敏	500	3/12	魏○珍	200	4/1	張○順	300
3/3	沈○昂	500	3/6	黃○海	500	3/12	宋○惠	200	4/1	林○精	300
3/3	何○真	500	3/6	黃○葵	500	3/12	林○○華	200	4/1	陳○霓	500
3/3	張○順	600	3/6	黃○儒	500	3/12	劉○○英	200	4/1	盧○嘉	200
3/3	林○精	300	3/6	黃○	500	3/12	劉○昭	200	4/1	朱○穎	500
3/3	曾○玲	500	3/6	黃○○花	500	3/12	黃○卿	200	4/2	無名氏	1,000
3/3	陳○霓	500	3/6	林○榜	500	3/12	廖○玉	200	4/2	李○華	2,000
3/3	盧○嘉	200	3/6	林○邊	500	3/12	劉○綱	400	4/2	無名氏	1,000
3/3	朱○穎	500	3/6	林○和	500	3/12	顏○男	500	4/2	邱○明	400
3/3	林○政	2,000	3/6	林○哲	500	3/12	王○娘	200	4/2	謝○燕	2,000
3/3	陳○春	500	3/7	陳○男	50,000	3/12	陳○彬	200	4/3	高○銘	1,400
3/3	梁○玲	500	3/7	蘇○雯	500	3/12	陳○琪	700	4/3	徐○圓	100
3/3	黃○章	500	3/7	蘇○桂	500	3/12	許○敦	300	4/3	王○媽	100
3/3	張○敬	500	3/9	無名氏	30,000	3/12	張○綱	200	4/3	鄭○青	2,000
3/3	李○芳	500	3/10	陳○鳳	1,000	3/13	陳○毅	16,000	4/3	游○慧	600
3/3	陳○雲	500	3/10	陳○碩	15,000	3/13	藍○晏	300	4/3	李○鳳	1,000
3/3	郭○芳	500	3/10	無名氏	1,200	3/13	柯○璇	300	4/3	李○勳	10,000
3/3	方○璇	500	3/10	王○文	20,000	3/14	洪○揮	1,200	4/3	陳○安	1,200
3/3	安○華	500	3/10	李○諭	1,000	3/16	無名氏	10,000	4/3	林○政	2,000
3/3	許○蓮	300	3/10	李○霖	1,000	3/17	陳○彤	2,000	4/3	唐○正	500
3/3	杜○文	300	3/10	黃○棋	500	3/17	吳○宗	5,000	4/3	陳○雲	500
3/3	陳○純	300	3/10	曾○喻	500	3/17	吳○○雲	5,000	4/3	郭○芳	500
3/3	汪○濱	300	3/10	黃○傑	500	3/17	駱○君	200	4/3	安○華	500
3/3	莊○嘉	300	3/10	黃○晴	500	3/17	無名氏	2,000	4/3	黃○幟	500
3/3	宋○耀	300	3/10	林○定	3,000	3/18	田○瑄	300	4/3	黃○玲	500
3/3	吳○芳	300	3/10	劉○英	300	3/18	周○棠	300	4/3	黃○章	500
3/3	鄒○蘭	300	3/11	吳○名	200	3/19	石○銀	1,000	4/3	梁○玲	500
3/3	賴○財	300	3/11	龔○翰	200	3/19	無名氏	1,000	4/3	何○芳	300
3/3	賴○亞	300	3/11	李○珠	200	3/20	丁○初	10,000	4/3	林○珍	300
3/3	陳○善	300	3/11	黃○郎	200	3/20	黃○文	2,000	4/3	周○瑜	300
3/3	徐○妹	300	3/11	廖○玉	200	3/21	林○祥	1,000	4/3	許○蓮	300
3/3	游○富	300	3/11	吳○如	200	3/21	林○宏	1,000	4/3	杜○文	300
3/3	鄭○棠	300	3/11	蘇○華	200	3/25	李○如	200	4/3	陳○純	300
3/3	葉○竹	300	3/11	傅○才	50,000	3/25	鄭○文	500	4/3	汪○濱	300
3/3	謝○美	300		呂○○雲、		3/26	無名氏	3,600	4/3	徐○妹	300
3/3	黃○卿	300	3/12	林○蓉、呂○靜、	500	3/26	吳○紋	500	4/3	宋○耀	300
3/3	姜○軒	300		呂○諭、呂○儒		3/26	劉○如	500	4/3	鄒○蘭	300
3/3	李○祥	300	3/12	尤○櫻	500	3/26	馮○女	2,000	4/3	賴○亞	300
3/3	李○梅	300	3/12	林○信	500	3/26	許○菁	1,000	4/3	游○富	300
3/3	葉○德	300	3/12	林○瑩	500	3/26	李○愛	200	4/3	郭○繁	300
3/3	陳○慧	300	3/12	尤○源	500	3/27	陳○碩	20,000	4/3	柯○璇	300

各界愛心捐款明細表 (續)

(1) 個人捐款

(2) 單位捐款 捐款期間：103.3.1-4.30

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)
4/3	廖○清	300	4/10	無名氏	1,200	4/24	方○蒲	400	3/3	道種寺	500,000
4/3	梁○玲	300	4/10	吳○宗	5,000	4/24	施○珍	400	3/3	道種寺	500,000
4/3	劉○英	300	4/10	吳○○雲	5,000	4/24	黃○美	800	3/3	道種寺	500,000
4/3	莊○嘉	300	4/11	徐○宏	500	4/24	莊○嬌	100	3/3	道種寺	500,000
4/3	戴○心	300	4/12	林○玲	500	4/24	陳○珠	200	3/3	道種寺	500,000
4/3	黃○卿	300	4/14	黃○賦	500	4/24	蔡○美	200	3/3	瑞誠聯合會計師事務所	500
4/3	姜○軒	300	4/14	黃○豐	500	4/24	吳○秀	200	3/4	好市多	12,526
4/3	李○祥	300	4/15	丁○初	10,000	4/24	陳○玉	400	3/5	道種寺	500,000
4/3	田○瑄	300	4/15	林○山	5,000	4/24	成○○完	400	3/7	祥○機車行	5,000
4/3	周○棠	300	4/15	賴○琴	500	4/24	盧○玉	100	3/10	善莊誠酒屋	300
4/3	江○美	300	4/15	王○美	500	4/24	張○○祝	200	3/11	高雄市建國獅子會	50,000
4/3	葉○德	300	4/15	姚○○鶯	5,000	4/24	張○娟	200	3/12	財團法人南山人壽慈善基金會	1,500,000
4/3	吳○芳	300	4/16	黃○霄、李○仁	3,000	4/24	蘇○○娟	400	3/19	疾管署	1,200
4/3	李○梅	300	4/16	王○榮	10,000	4/24	蘇○○平	200	4/2	存○堂中醫診所	40,000
4/3	葉○宇	300	4/16	黃○芳	1,000	4/24	李○○蓮	200	4/3	中央健康保險署高屏業務組費用一科	2,500
4/3	葉○竹	300	4/16	楊○舜	30,000	4/24	戴○○華	200	4/7	高雄市立小港醫院 (委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	30,000
4/3	謝○美	300	4/16	方○璇	500	4/24	許○○菁	100	4/10	中央健康保險署高屏業務組費用一科	1,920
4/3	黃○勳	300	4/16	林○武	1,000	4/24	李○燕	100	4/10	高雄市立大同醫院 (委託財團法人私立高雄醫學大學經營)	30,000
4/3	陳○英	300	4/16	尤○櫻	500	4/24	魏○珍	200	4/10	祥○機車行	5,000
4/3	戴○南	300	4/16	林○信	500	4/24	宋○惠	200	4/11	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	300,000
4/3	陳○慧	300	4/16	林○瑩	500	4/24	林○○華	200	4/11	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院	50,000
4/3	鄭○棠	300	4/16	尤○源	500	4/24	劉○○英	200	4/14	中央健康保險署高屏業務組顧客服務科	42,725
4/3	莊○翔	300	4/16	尤○○葉	500	4/24	劉○珍	200	4/14	統一星巴克股份有限公司	12,800
4/7	張○恭	2,000	4/16	尤○冠	500	4/24	黃○昭	400	4/14	楠仔坑無痛刮痧養生協會	2,100
4/7	無名氏	1,000	4/17	黃○慧	2,000	4/24	黃○卿	200	4/14	中央健康保險署高屏業務組承保二科	76,255
4/7	梁○村	200,000	4/17	無名氏	70	4/24	廖○玉	200	4/15	中央健康保險署高屏業務組顧客服務科	200
4/7	蘇○雯	500	4/17	李○元	10,000	4/24	劉○網	400	4/15	善莊誠酒屋	300
4/7	蘇○桂	500	4/17	陳○繡	1,000	4/24	顏○男	400	4/30	弘原開發有限公司	50,000
4/7	劉○珠	500	4/17	林○邑	4,480	4/24	王○娘	200	合計	5,213,326	
4/8	李○原	5,000	4/17	無名氏	1,000	4/24	游○彬	200			
4/8	無名氏	3,000	4/18	郭○嫻	3,000	4/24	陳○珍	200			
4/8	蕭○	3,000	4/18	滿○臣	11,000	4/24	陳○琪	1,100			
4/9	陳○整	500	4/18	陳○珠	10,000	4/24	許○敦	300			
4/9	洪○揮	1,200	4/18	郭○田	2,000	4/24	鄭○綱	200			
4/9	賴○財	300	4/18	呂○○雲、 林○蓉、呂○靜	300	4/24	鄺○春	3,000			
4/9	陳○善	300				4/26	無名氏	3,600			
4/9	鄭○文	300	4/21	廖○思	10,000	4/28	邱○美	2,400			
4/9	林○定	3,000	4/21	無名氏	5,000	4/28	張○生	1,200			
4/9	程○珠	1,000	4/22	蔡○原	500	4/28	張○國	1,200			
4/10	廖○雄	8,000	4/22	張○敬	500	4/28	張○珊	1,200			
4/10	吳○銘	20,000	4/22	黃○文	2,000	4/28	劉○娣	1,000			
4/10	石○銀	1,000	4/23	陳○娟	3,000	4/28	陳○彤	3,000			
4/10	無名氏	1,000	4/23	鄭○傳	1,000	4/28	葉○祥	30,000			
4/10	楊長○	20,000	4/24	楊○誠	1,000	4/29	冒○萍	6,000			
4/10	林○惠	3,000	4/24	黃○文	5,000	4/30	解○蘭、涂○利	2,000			
4/10	林○祥	1,000	4/24	蘇○華	300	合計	1,118,750				
4/10	林○祺	500	4/24	林○姿	300						
4/10	林○宏	500	4/24	羅○妙	900						

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	60	421,996
北區業務組	17	35	457,932
中區業務組	40	75	689,292
南區業務組	45	68	147,591
高屏業務組	1	2	1,498
東區業務組	7	15	157,662
合計	128	255	1,875,971

補助期間：103.3.1-4.30

請注意! 102年度股利、利息健保 補充保險費繳款單，已於6月起寄發

繳納期限至103年9月30日(得寬限至10月15日)
敬請依限繳納，以免逾期加徵滯納金。

全民健康保險 102 年股利所得、利息所得補充保險費*

股利所得補充保險費 〇,〇〇〇元*

利息所得補充保險費 〇〇〇元*

總計應繳保險費 〇,〇〇〇元(繳納期限 103 年 9 月 30 日)*

相關明確資料獎金開逕同本繳款單併寄之全民健康保險補充保險費計費明細表

說明事項*

1. 您 102 年有新臺幣 5 千元(含)以上，未滿 2 萬元的利息所得，給付單位未於給付時扣取補充保險費；或有新臺幣 5 千元(含)以上的股利所得，因公司未給付現金股利或現金股利不足以扣取補充保險費，或因可扣抵稅額變動致有需補繳補充保險費情事，本署依據給付單位申報的資料及全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 4 條第 2 項及第 7 條第 4 項規定，向您收取補充保險費。
2. 對於本繳款單有疑義者，請於繳款期限內，填妥「全民健康保險股利所得、利息所得補充保險費繳款單更正申請書」，並檢具給付單位發給之證明或相關資料，連同本繳款單，郵寄本署〇〇業務組辦理更正，或電洽該業務組，洽詢電話：(〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇分機〇〇〇*



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

健保費轉帳繳納寬限期滿才扣款 簡便又划算

約定轉帳之扣款日從原來繳款期限（月底）遞延至繳費寬限期滿（次月15日），
這項措施自計收103年7月健保費時開始實施（即103年9月15日扣款）。



✓ 健保費轉帳扣款
可晚繳15天

廣告



GPN: 2008500224
定價: 60元
(一年6期360元)