

中華民國 **103** 年版
衛生福利年報
Taiwan Health and Welfare Report





中華民國 103 年版

衛生福利年報

Taiwan Health and Welfare Report



衛生福利部 編印
中華民國103年 11月

配合行政院組織再造，「衛生福利部」(以下簡稱衛福部)於 102 年 7 月 23 日正式成立。整合衛生署與內政部轄下社會司、兒童局、家庭暴力與性侵害防治委員會、國民年金監理會，以及教育部國立中國醫藥研究所等單位，重新規劃為 8 司、6 處、7 個任務編組及 6 個所屬三級機關(構)，另設有 26 家附屬醫院與 13 家社會福利機構，業務涵蓋醫療照護、心理健康促進服務、疫病防治、食品藥物管理、社會保險、社會福利服務、社會救助服務、保護服務、生技研發與國際衛生事務等相關衛生福利事項。

為了讓各界瞭解我國衛生機關的年度重點工作，衛生署每年都會出版公共衛生年報，隨著衛生福利部成立，本年報除變更刊名為「衛生福利年報」外，亦擴充內容納入社會福利各項服務之施政措施，全文共計 11 個篇章，詳細記載 102 年間我國衛生醫療及社會福利概況、施政作為與具體成果。

在友善的健康支持環境篇，臚列了對於孕產婦與嬰幼兒、兒童與青少年、中老年人及婦女等不同人生階段，所規劃的各項健康促進政策。其中為了提升兒童的安全與健康，於 102 年 7 月開始提供 1 歲以下幼兒之父母 2 次衛教指導，包含：嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防、哺餵及營養指導等。另為促進國人健康的生活，持續推動菸品、檳榔健康危害防制、健康體能促進、事故傷害防制等措施；推動健康城市、健康促進學校、職場、醫院及社區等措施營造友善健康環境；此外，中老年人健康政策、重要慢性病防治及癌症防治等政策，並透過健康監測調查及研究之實證資料，修正國人各項健康促進政策，亦是當前重要衛生政策之一。

健康照護篇則闡述當前健康照護體系的重點工作，包括：提供全民全人健康照護系統，改善醫病關係、落實社區醫療與預防醫學，提升民眾健康及生活品質。自 102 年起辦理「開創全民均等健康照護計畫」，整合醫療照護輸送體系，建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡，並且推動整合性社區健康照護網絡，將醫療照護資源朝區域化、類別化做資源整合，結合區域內之各級醫療機構，以及社會福利機構、教育機構、社區團體等，擴大基層醫療機構參與公共衛生事務，以落實在地醫療與全人照護。

鑒於愛滋病患者因免疫力低下，致其結核病發病風險較高，自 102 年 6 月起推行「HIV/TB 合作模式管理原則」，定期分析其共病趨勢，增加對 15~49 歲結核病患個案進行常規性愛滋檢驗，使醫師能進行全面性評估，提供適切的治療照護。另外，針對流感大流行之整備與因應，於 102 年 3 月中國大陸出現 H7N9 流感疫情後，立即公告「H7N9 流感」為我國第 5 類法定傳染病，並自 102 年 5 月起實施傳統市場禁止活禽販售政策，訂定查核機制，以杜絕流感透過活禽市場傳播。

因應 102 年發生多起食品安全事件，同 (102) 年 6 月 19 日修正公布《食品安全衛生管理法》，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯追蹤系統，並加重相關罰則。此外，積極推動藥政改革，提升藥品查驗登記審查時效，扶植醫藥產業發展與競爭力，落實藥品源頭管理及不法藥物之取締，並健全管制藥品管理，提供民眾用藥安全、生活安心之消費環境。

在面對有限的財源，迫切的醫療需求，為使健保永續經營，我國於 100 年完成二代健保

修法，並於 102 年 1 月 1 日起實施，除增收補充保費外，也將一般保險費率由 5.17% 調降為 4.91%，以減輕薪資所得者的負擔；同時推出多項改革措施，包括建立財務收支連動機制、提升政府財務責任、加強照顧弱勢族群、揭露醫療品質資訊與病床數、公開醫療院所財務報表、擴大民眾參與、多元支付制度等改革，落實「人人有保，就醫公平」之目標。

為維護身心障礙者權益，101 年 7 月 9 日訂定發布《身心障礙者鑑定作業辦法》，另為兼顧法定 8 種障礙類別之衡平性，於 102 年 8 月 6 日再修正該法規附表二之「身心障礙鑑定類別、鑑定向度、程度分級及其基準」，朝保障經濟安全、多元安置服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃推動。

社會救助及社會工作篇章分為 (中) 低收入戶及急難救助、遊民輔導、災害救助、社會工作及福利資源網絡等 5 個章節記述。社會救助最積極之目的在於策進低收入戶、中低收入戶自立。本篇說明了各項社會救助措施，強化渠等自立自強的誘因，以達自立脫貧之目標。在社會工作政策，除規劃建置社工專業制度，尚有充實社工人力計畫，預計於 100 至 105 年間增加基層社工人力 1,462 人，將可強化兒少保護、家庭暴力、性侵害及弱勢家庭的訪查輔導，提升服務品質。

在暴力防治與保護服務篇內記述自衛福部成立後，將原分屬於內政部家庭暴力及性侵害防治委員會、社會司及內政部兒童局等攸關民眾人身安全的家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性交易防制等保護性業務，集中於衛福部統籌辦理，其中各項被害人保護工作由保護服務司主管，加害人處遇服務則由心理及口腔健康司主責，藉由組織改造社衛政之整合，形成專業分工、資源整合的新局面。

102 年迄今我國陸續發生數起重大食安事件，嚴重打擊國人對食品安全的信心與對政府部門的信任，甚至危及食品產業發展及臺灣美食王國的形象，因此重建食品安全制度，恢復國人飲食安全的信心，是衛生福利部目前首要的工作。除此之外，我們必須謹慎的面對全球共同關注的伊波拉疫情，更需與地方政府共同合作控制登革熱流行；面對人口高齡化的問題，長照制度的規劃刻不容緩，不論是法制面的完備、服務網絡的普及、人力的培訓與財務的規劃均需同時並進；對於少子化造成的影響、健保的永續發展及醫療體系的健全穩固等攸關民眾生活與健康福祉議題，都需仰賴大家共同投入，持續努力不懈！

衛生福利部部長

蔣丙丁 謹識



目 | 錄

Contents

序言 02

1 衛生福利政策 06

第一章 施政目標 07

第二章 衛生福利組織 08

第三章 衛生福利經費 10

2 衛生福利重要指標 11

第一章 人口指標 12

第二章 生命指標 15

第三章 國民醫療保健支出 17

第四章 國際比較 18

3 友善的健康支持環境 21

第一章 健康的出生與成長 22

第二章 健康的生活 24

第三章 健康的環境 26

第四章 健康的高齡化 28

第五章 健康傳播與健康監測 32

4 健康照護 34

第一章 健康照護體系 35

第二章 心理健康與精神醫療 40

第三章 長期照護服務體系 42

第四章 醫事人力 45

第五章 健康照護品質 47

第六章 偏鄉醫療照護 50

第七章 目標族群健康照護 52



2014 Taiwan Health and Welfare Report

5	傳染病防治	55	09	社會救助與社會工作	108
	第一章 傳染病防治體系	56		第一章 (中) 低收入戶及急難救助	109
	第二章 重要傳染病 / 新興傳染病防治	59		第二章 遊民輔導	112
	第三章 防疫整備及感染控制	63		第三章 災害救助	113
	第四章 預防接種	66		第四章 社會工作	114
				第五章 福利資源網絡	116
6	食品藥物管理	68	10	暴力防治與保護服務	118
	第一章 食品管理	69		第一章 性騷擾與性別暴力防治	119
	第二章 藥品管理	72		第二章 家庭暴力防治	121
	第三章 醫療器材與化粧品管理	78		第三章 性侵害防治	123
	第四章 國家實驗室及風險管理	81		第四章 兒少保護及兒少性交易防制	125
	第五章 消費者保護與宣導	82	11	研究發展與國際合作	128
7	社會保險	84		第一章 衛生福利科技研究	129
	第一章 全民健康保險	85		第二章 國際合作	137
	第二章 國民年金	91		附錄	145
	第三章 長照保險規劃	94		附錄一 衛生福利統計指標	146
8	社會福利服務	97		附錄二 法定傳染病確定病例統計	164
	第一章 兒童及少年福利	98		附錄三 衛生福利部 102 年 政府出版品	166
	第二章 婦女福利與家庭支持	101		附錄四 衛生福利部 102 年 科技綱要計畫一覽表	169
	第三章 老人福利	103		附錄五 衛生福利部相關網站	170
	第四章 身心障礙者福利	105			



1

衛生福利政策

- 07 第一章 施政目標
- 08 第二章 衛生福利組織
- 10 第三章 衛生福利經費



面對高齡化、少子女化造成的人口結構改變，以及新移民之增加，政府必須及時整合長期照護服務、老年醫療保健及福利服務、兒童養育、婦女權益、社會保險與救助等相關醫療衛生與社會福利業務，將資源作更有效率之整體分配，並全盤考量擬定相關政策，以因應未來環境。

配合行政院推動各部會組織改造，衛生福利部（以下簡稱衛福部）於民國 102 年 7 月 23 日正式成立，整合衛生與福利資源，將衛生署原有業務與內政部轄下之社會司、兒童局、國民年金監理會、家庭暴力與性侵害防治委員會等業務合併，掌理預防保健、醫療照護、疫病防治、食品藥物管理、社會保險、社會福利服務、社會救助服務、保護服務、生技研發與國際衛生事務等，以建構完善之醫療衛生及社會福利體系，提供以全人照護為導向之衛生福利服務。

第一章 施政目標

第一節 102 年施政目標

102 年施政目標整合原衛生署及內政部社會福利政策目標，依據行政院 102 年度施政方針，並針對當前社會狀況及未來發展需要編定而成，其目標摘錄如次：

- 一、精進醫療衛生照護，保障民眾就醫權益：完備初級健康照護體系，均衡醫療照護資源；促進全民心理健康，精進精神疾病防治與照護服務；普及長照服務網絡，充實長照服務人力；改善護理執業環境，提升護理人員專業能力及照護品質；關懷弱勢族群，推動獨居老人照護及整合性門診，持續辦理失智老人社區照護服務；推廣電子病歷建置服務，促進全國院際間互通之目標。
- 二、落實防疫整備，免除疫病威脅：架構完整防疫監視系統，強化警示與緊急應變機制，積極拓展防疫工作之國際合作與交流；妥善運用防疫資源，擴大疫苗接種範圍，提高全民免疫力；落實傳染病防治，辦理傳染病防治之各項重大防疫措施及研究計畫，提升政策品質。
- 三、營造友善健康支持環境，促進全民參與：健全婦幼及生育保健服務環境，強化兒童及青少年健康促進；營造支持性的高齡友善環境，促進活躍老化；擴大辦理癌症篩檢，提升主要癌症之篩檢率；培養健康生活型態，維護個人、家庭及社會之健康；營造安全社區、健康城市、醫院、學校及職場；辦理罕病、油症患者醫療補助，推動原住民和新住民健康促進。
- 四、強化食品藥物管理，保障民眾健康：健全食品、藥物及化粧品之管理與風險評估體系，加強食品藥物之原料管理、源頭管理及流通稽查，重建 MIT 食品藥物之產品信譽；推動跨部會合作取締不法藥物及黑心食品，加強食品藥物廣告監控，減少藥物濫用；建構符合國際潮流之醫藥品審查機制，簡化藥物審查流程，落實藥物製造管理與安全監測。
- 五、永續健保制度，推動長照保險制度：落實財務公平，改善支付制度，啟動收支連動機制，確保健保財務穩健，保障弱勢就醫；協定完成牙醫、中醫及西醫等各部門年度總額及分配方式，並強化全民健保爭議審議機制；規劃推動長照保險制度。
- 六、協助弱勢族群，健全社會福利網絡：保障弱勢族群經濟生活，擴大弱勢照顧範圍；落實身心障礙者鑑定與需求評估新制；建構友善老人及身心障礙者之社會環境；積極落實照顧特殊境遇家庭；賡續辦理國民年金保險，擴大納入經濟保障不足者；建構友善托育環境，建立保母托育管理機制，支持家庭照顧能力。
- 七、制定科技研發政策，發展醫藥生技：推動任務型導向的衛生福利科技研究，提供具實證基礎的優質衛生政策；結合臨床與基礎科學，致力於開創性轉譯醫學研究；建構醫藥衛生產業發展優勢環境，加速生醫科技產業發展；推動及提升衛福資料加值應用雲端化服務之量能。

八、促進國際交流與合作，促成國際接軌：參與國際衛生組織、參加世界衛生大會及技術性會議，在臺灣舉辦 APEC 相關會議；推動國際醫療援助，培訓醫療衛生人員；發展雙邊衛生合作與交流，辦理臺灣國際衛生論壇；建立兩岸合作機制。

第二節 性別政策

為呼應聯合國性別主流化之主張，在制定法令、施政政策及編列預算時均納入性別觀點，因應組織改造，特函定「衛生福利部推動性別主流化實施計畫」，以「性別意識培力」、「性別統計」、「性別分析」、「性別預算」、「性別影響評估」等工具，貫徹性別主流化之精神，具體作法如下：

- 一、依據行政院性別平等會之規定，訂定「衛生福利部性別平等專案小組設置要點」，組成性別平等專案小組，積極運作檢討性別主流化業務。
- 二、為能將性別觀念整合至政策發展與執行過程，重視婦女對健康的需求，自 98 年起全面要求中長程個案計畫與法律案均需進行性別影響評估之程序，102 年計有 3 項中長程個案計畫與 6 項法律案完成性別影響評估作業。
- 三、每年更新公布「性別統計」指標，並回饋給各業務單位進行「性別分析」，將其應用於施政政策中；於衛福部網站性別統計專題分析增列「101 年全民健康保險性別統計」、「101 年死因性別統計分析」、「102 年百歲人瑞性別統計分析」、「2010 年癌症死亡性別統計分析 - 與 OECD 國家比較」與「101 年個人醫療費用之性別統計專題分析」。
- 四、為培養同仁具有性別敏感度，積極辦理性別主流化教育訓練，透過組織學習方式，深化同仁性別意識培力。
- 五、推動性別意識觀點與預算相連結，循序加強婦女權益計畫與預算之連結，使預算編列範圍更為明確。

未來將繼續落實性別主流化政策，確保不同性別均可獲得平等之健康照護，促進及保護全民健康與福祉。

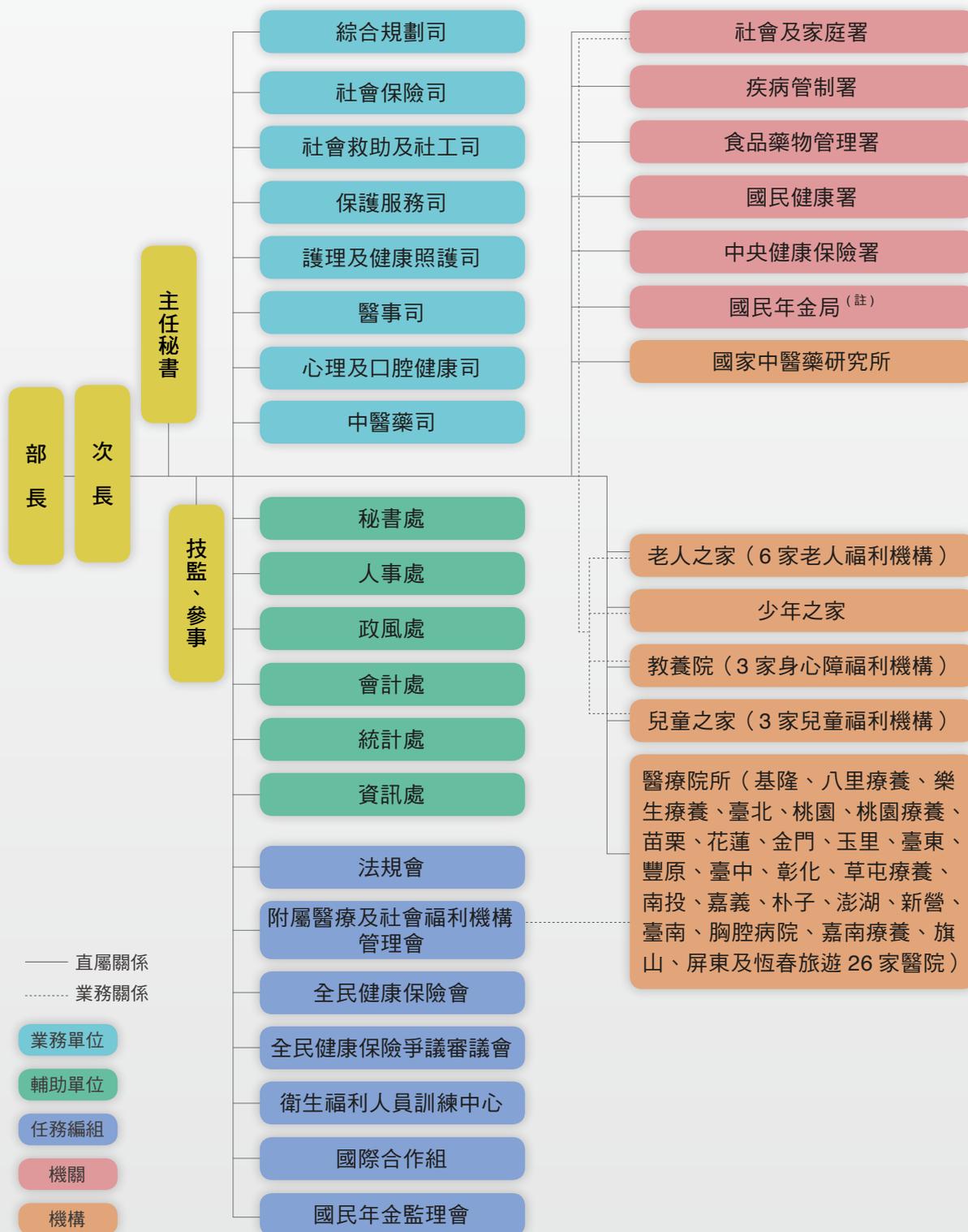
第二章 衛生福利組織

我國衛生福利行政組織原分為「中央、省(市)、縣(市)」3 級，配合 88 年「地方制度法」公布施行後，衛生福利行政組織簡化為「中央、直轄市及縣(市)」2 級，在中央，衛福部為我國最高衛生及社會福利行政機關，負責全國衛生及社會福利行政事務，並對各級地方衛生及社會福利機關有業務指導、監督和協調的責任。

衛福部自 102 年 7 月 23 日起正式成立，由原衛生署署內 21 個單位與任務編組、5 個所屬機關，加上內政部社會司、兒童局、家庭暴力及性侵害防治委員會、國民年金監理會，以及教育部國立中國醫藥研究所等單位組成，重新規劃為 8 司(綜合規劃司、社會保險司、社會救助及社工司、保護服務司、護理及健康照護司、醫事司、心理及口腔健康司、中醫藥司)、6 處(秘書處、人事處、政風處、會計處、統計處、資訊處)、7 個任務編組(法規會、附屬醫療及社會福利機構管理會、全民健康保險會、全民健康保險爭議審議會、衛生福利人員訓練中心、國際合作組、國民年金監理會)及疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等 6 個所屬三級機關(構)，另設有 26 家部立醫院與 13 家社會福利機構，如圖 1-1。

衛福部成立後，總員額自 10,845 人增加為 12,178 人，公務預算規模也自 756 億成為 1,616 億，業務涵蓋醫療照護、預防保健、疫病防治、食品藥物管理、福利服務、保護服務、社會救助、社會保險等層面。

圖 1-1 衛生福利部組織系統圖



(註) 國民年金局暫不設置，衛福部組織法明訂其未設立前，業務得委託相關機關(構)執行。

第三章 衛生福利經費

102 年度決算數共 1,529 億 9,229 萬 2 千元，其中，社會保險支出為 1,106 億 1,428 萬 9 千元，占決算之 72.3%；醫療保健支出為 193 億 4,277 萬 9 千元，占決算之 12.64%；科學支出為 38 億 2,616 萬 6 千元，占決算之 2.5%；福利服務支出為 176 億 1,653 萬 1 千元，占決算之 11.52%，教育支出為 6,623 萬元，占決算之 0.04%；社會救助支出為 15 億 2,629 萬 7 千元，占決算之 1%，如圖 1-2。

103 年度衛生福利預算共編列 1,401 億 8,383 萬 9 千元，其中，社會保險支出編列 977 億 5,717 萬元，占預算之 69.73%；醫療保健支出編列 192 億 9,617 萬 8 千元，占預算之 13.76%；福利服務支出編列 174 億 1,822 萬元，占預算之 12.43%；科學支出編列 40 億 5,324 萬 3 千元，占預算之 2.89%；社會救助支出編列 15 億 9,166 萬 8 千元，占預算之 1.14%；教育支出編列 6,736 萬元，占預算之 0.05% 如圖 1-3。

圖 1-2 102 年度中央衛生福利經費決算分布圖

單位：千元；%

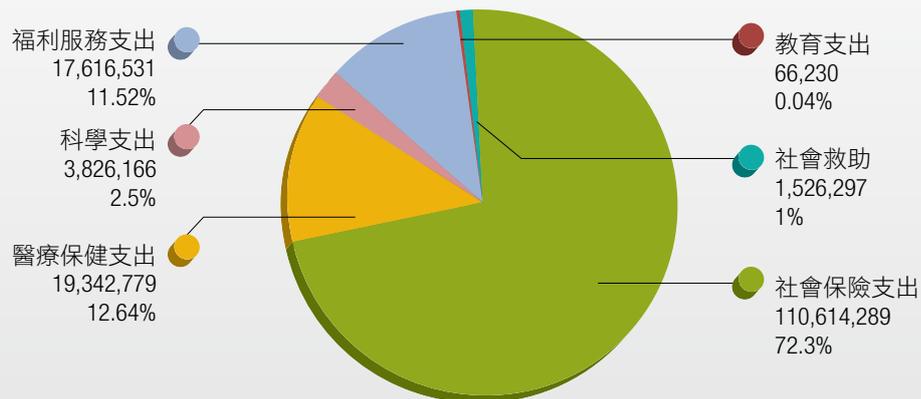
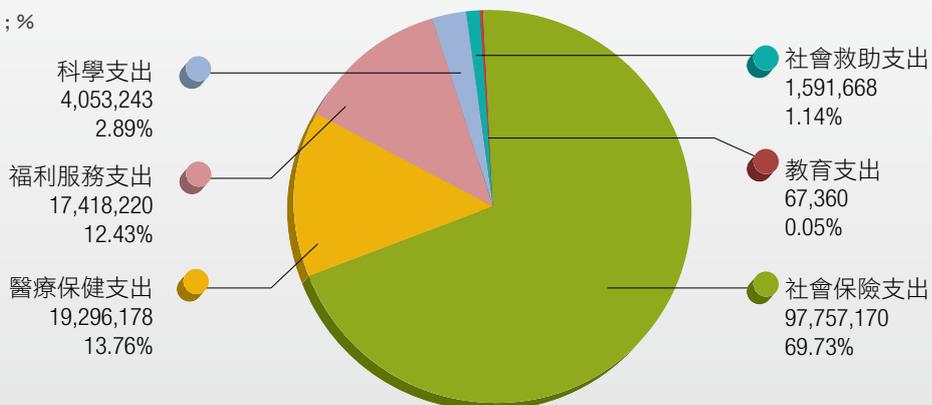


圖 1-3 103 年度中央衛生福利經費編列分布圖

單位：千元；%



2

衛生福利重要指標

- 12 第一章 人口指標
- 15 第二章 生命指標
- 17 第三章 國民醫療保健支出
- 18 第四章 國際比較



由於近半世紀以來，我國國民所得水準的成長、生活環境與國民營養的改善、醫藥衛生的進步及醫療保健水準的提升，使得國民平均餘命逐年延長。隨著戰後嬰兒潮逐漸邁入老年期，人口老化的健康與疾病議題益受重視，而人口高齡化及少子化之趨勢，也牽動著國家整體經濟成長的變動，進而影響國民醫療保健支出的需求配置。謹就我國衛生福利統計重要指標包括人口指標、生命指標、國民醫療保健支出 (NHE) 指標及國際比較等之變化趨勢簡要陳述。

人，其中男性 1,168 萬人，女性 1,169 萬人，女性人口數首度略高於男性，人口性別比例【男性人口數 / 女性人口數 * 100】為 100，人口年增率 2.47%。

102 年底，每平方公里人口密度達 646 人，以臺北市 9,884 人最為稠密、嘉義市 4,513 人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為 72 人、64 人。

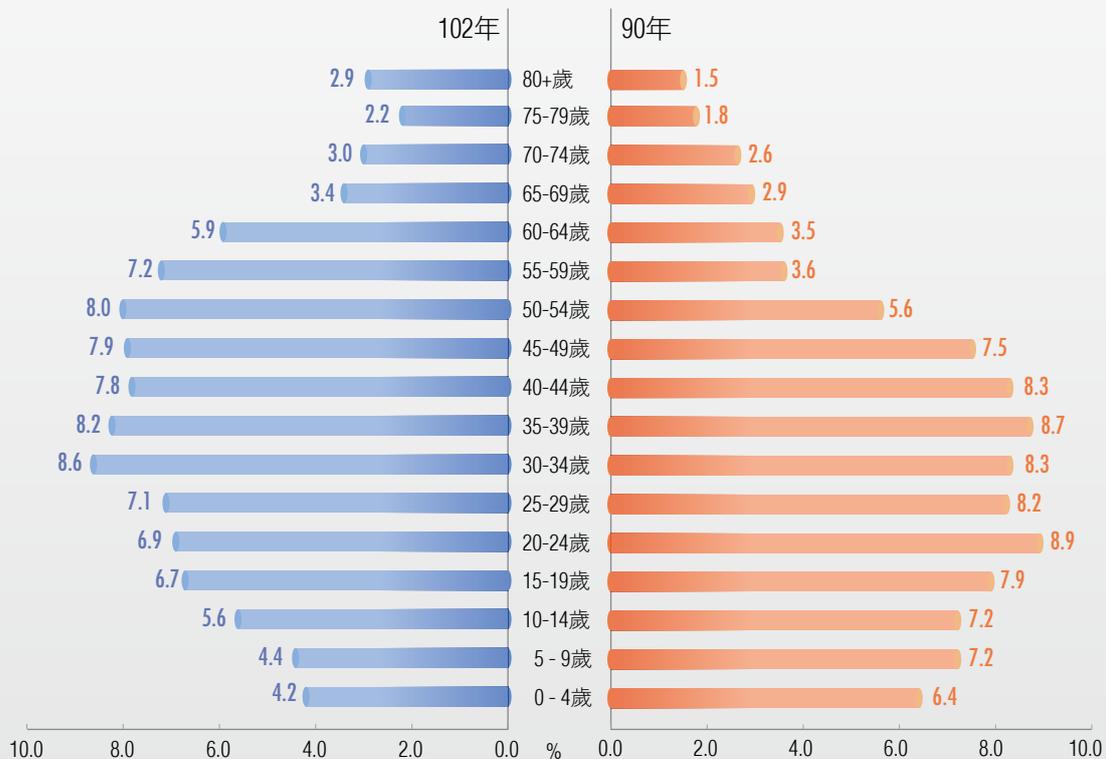
第一節 人口年齡結構

102 年受出生率逐年下降影響，與 90 年相較，102 年幼年人口比率降低、老年人口比率提高，如圖 2-1。

第一章 人口指標

102 年底我國戶籍總登記人口數計 2,337 萬

圖 2-1 人口年齡結構



若以人口年齡結構觀察，我國老年人口比率於 82 年突破 7%，進入高齡化國家之列。0～14 歲幼年人口比率，由 90 年 20.8% 降至 102 年 14.3%，同期間 65 歲以上老年人口比率則由 8.8% 升至 11.5%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯，如圖 2-2、表 2-1。

扶養比【(0～14 歲人口 + 65 歲以上人口) / 15～64 歲人口 * 100】由 90 年 42.1% 降至 102 年 34.9%，主要是扶幼比【0～14 歲人口 / 15～64 歲人口 * 100】快速下降，而扶老比【65 歲以上人口 / 15～64 歲人口 * 100】平穩上升所致。

圖 2-2 歷年人口年齡結構與扶養比變動趨勢

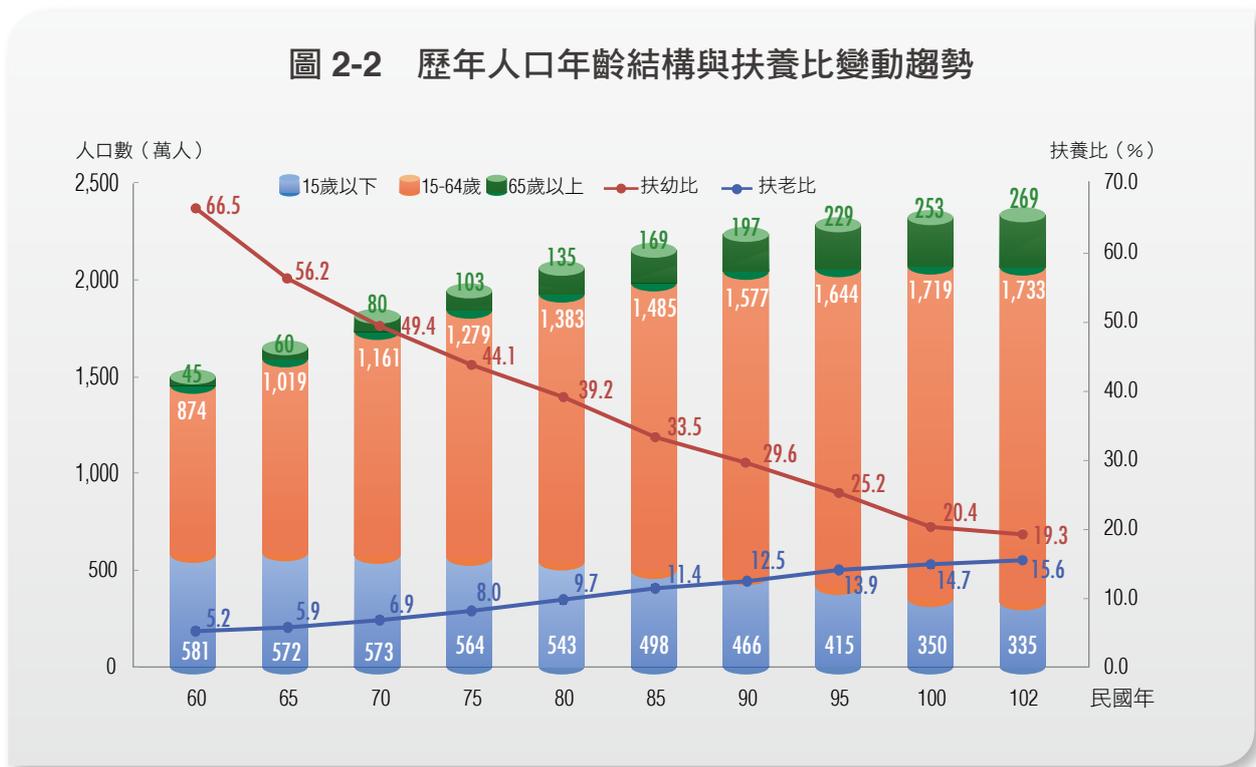


表 2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

年底別	總人口	人口結構			扶養比	
		15 歲以下	15~64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比
	千人	%	%	%	%	%
70 年	18,194	31.63	63.96	4.41	49.45	6.90
80 年	20,606	26.34	67.13	6.53	39.23	9.73
90 年	22,406	20.81	70.39	8.81	29.56	12.51
100 年	23,225	15.08	74.04	10.89	20.37	14.70
102 年	23,374	14.32	74.15	11.53	19.31	15.55

資料來源：內政部統計處

第二節 出生及死亡概況

隨著社會變遷及價值觀的改變，近年來我國之生育率逐年下滑，粗出生率(‰)【出生數/年中人口數*1,000】由90年11.7‰降至102年8.5‰；粗死亡率(‰)【死亡數/年中人口數*1,000】由90年5.7‰微幅上升至102年6.7‰。人口自然增加率(‰)【粗出生率減粗死亡率】長期呈下滑趨勢至99年0.9‰。低點後，緩升至101年3.2‰，於102年復降至1.9‰，如圖2-3。

第三節 平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀之，依據內政部估測資料，102年國人0歲平均餘命為79.9歲，10年來增加2.5歲。男性76.7歲，增加1.9歲；女性83.3歲，增加3歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，兩性0歲平均餘命差距呈擴大趨勢，如圖2-4及附錄一表2。

圖 2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

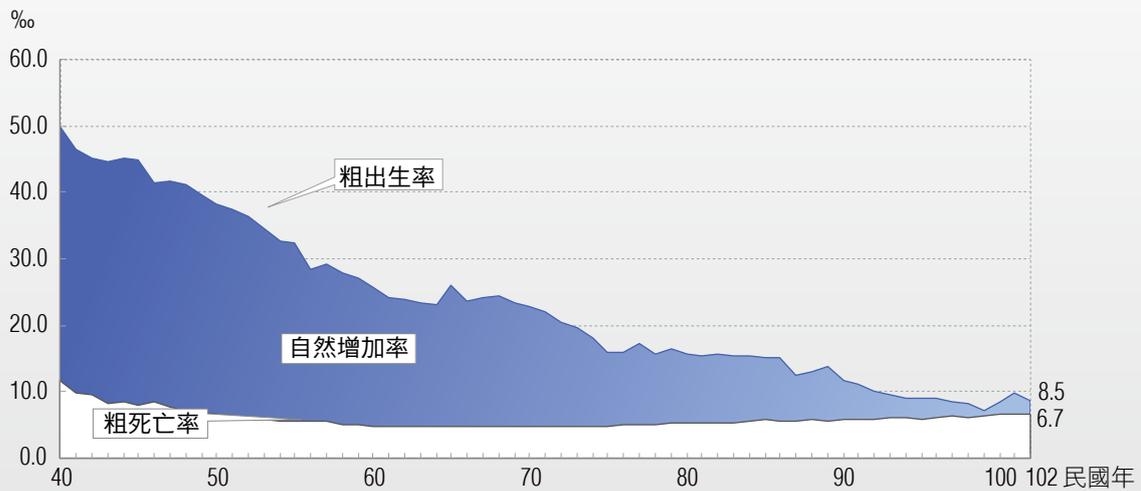
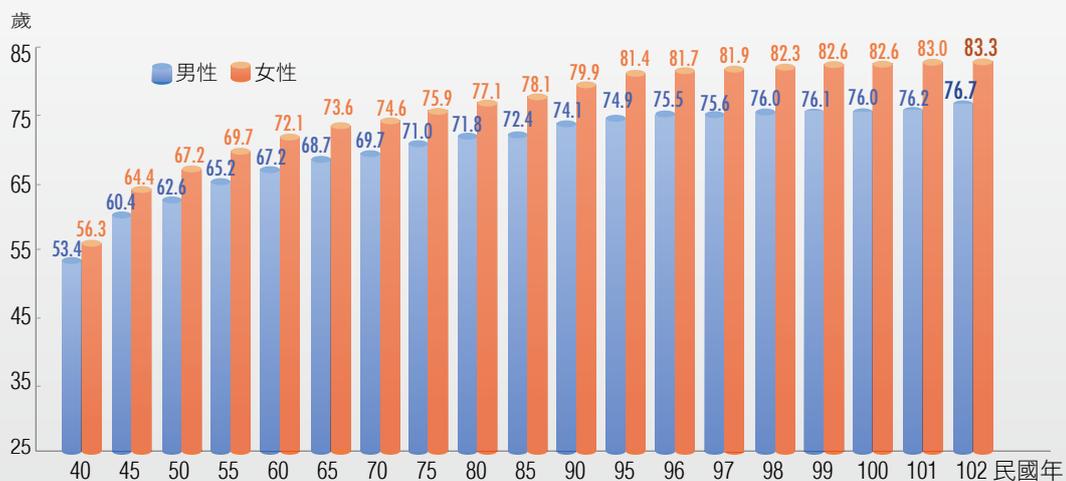


圖 2-4 國人 0 歲平均餘命



第二章 生命指標

第一節 十大主要死因

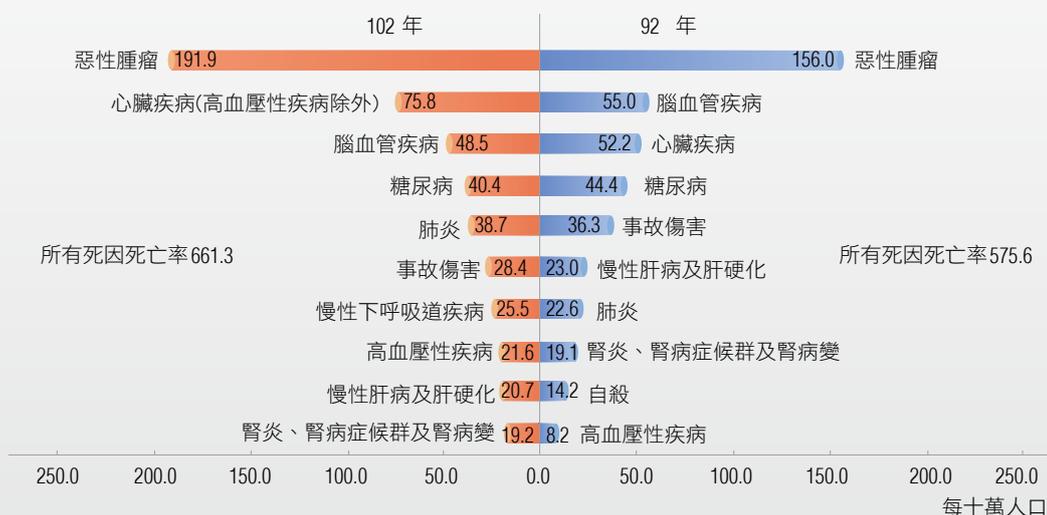
由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生條件的改善，主要死因已由 41 年之急性、傳染性疾病為主，轉變成以惡性腫瘤、心血管等慢性疾病與事故傷害等為主。

102 年國人死亡人數 154,374 人，標準化死

亡率 (WHO 編布之 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算) 為每十萬人口 435.3 人，較上年下降 3.4%，較 92 年下降 18.2%。

102 年十大死因死亡人數占總死亡人數之 77.2%，以慢性疾病為主，依序為 (1) 惡性腫瘤；(2) 心臟疾病；(3) 腦血管疾病；(4) 糖尿病；(5) 肺炎；(6) 事故傷害；(7) 慢性下呼吸道疾病；(8) 高血壓性疾病；(9) 慢性肝病及肝硬化；(10) 腎炎、腎病症候群及腎病變，如圖 2-5。

圖 2-5 十大主要死因之變化



第二節 癌症發生與癌症死因

一、癌症發生

依據 100 年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每 10 萬人口 446.2 人和 351.6 人；如以西元 2000 年世界衛生組織世界人口結構調整計算，男、女性標準化發生率分別為每 10 萬人口 339.4 和 255 人，男女十大癌症發生統計如表 2-2。

二、癌症死因

102 年國人因惡性腫瘤死亡人數為 44,791

人，占總死亡人數之 29.0%，標準化死亡率為每十萬人口 130.4 人，較上年微降 0.7%，較 92 年亦降 8.9%。

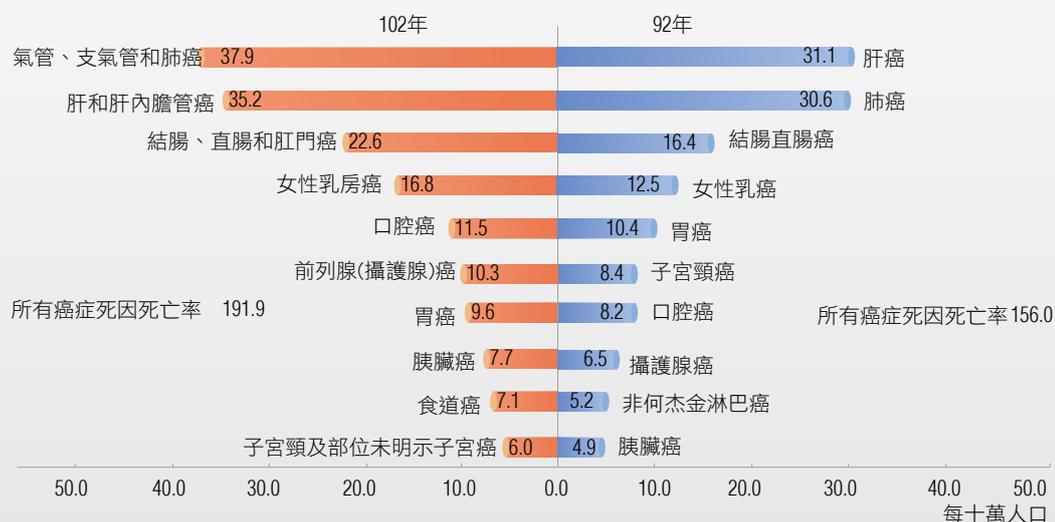
102 年十大癌症死因順位為：(1) 氣管、支氣管和肺癌；(2) 肝和肝內膽管癌；(3) 結腸；直腸和肛門癌；(4) 女性乳房癌；(5) 口腔癌；(6) 前列腺 (攝護腺) 癌；(7) 胃癌；(8) 胰臟癌；(9) 食道癌；(10) 子宮頸及部位未明示子宮癌；與 92 年比較，順位上升者有肺癌、口腔癌、前列腺癌、胰臟癌與食道癌，順位下降者有胃癌及子宮頸癌。如圖 2-6。

表 2-2 100 年國人十大癌症發生統計資料

順位	男性			女性		
	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每 10 萬人口)	原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每 10 萬人口)
	全癌症	51,965	339.4	全癌症	40,717	255
1	大腸	8,140	52.6	女性乳房	10,056	64.3
2	肝及肝內膽管	7,920	52	大腸	5,947	35.7
3	肺、支氣管及氣管	6,938	44.2	肺、支氣管及氣管	4,121	24.8
4	口腔、口咽及下咽	6,308	41.5	肝及肝內膽管	3,372	20.4
5	攝護腺	4,628	29.7	甲狀腺	1,954	13.5
6	胃	2,430	15.2	子宮體	1,722	10.9
7	食道	2,063	13.3	子宮頸	1,673	10.5
8	皮膚	1,590	9.9	胃	1,394	8.3
9	膀胱	1,389	8.7	卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,240	8.3
10	鼻咽	1,123	8.5	皮膚	1,395	8.1

備註：1. 順位係以標準化發生率高低排序
 2. 年齡標準化率，係以 2000 年世界人口年齡結構為標準計算
 3. 資料來源：衛生福利部國民健康署民國 100 年癌症登記資料

圖 2-6 十大癌症死因之變化

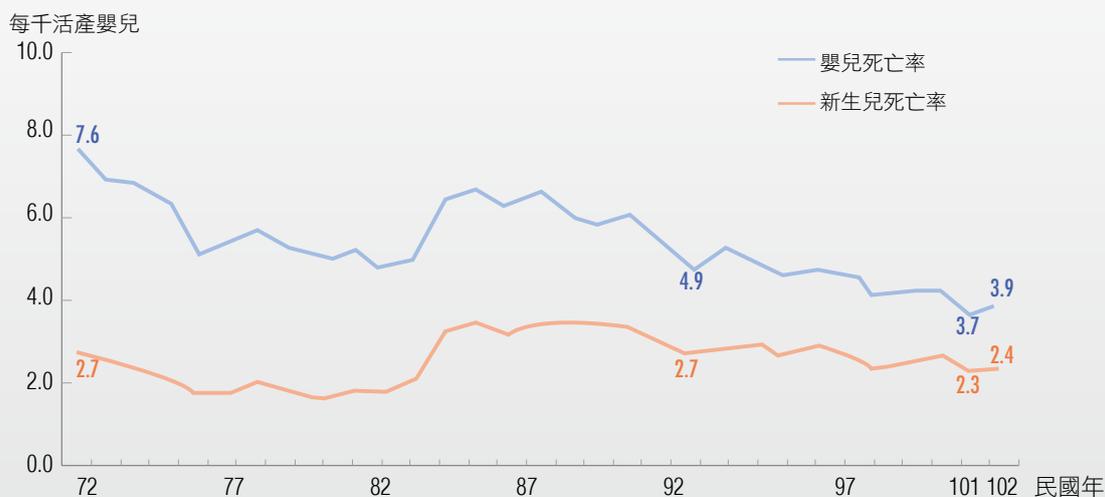


第三節 嬰兒及新生兒死亡率

隨著公共衛生之進步，嬰兒死亡率【嬰兒出生未滿 1 歲死亡數 / 活產嬰兒數 *1,000】及新生兒死亡率【嬰兒出生未滿 4 週死亡數 / 活產嬰兒

數 *1,000】，除 84 年出生通報實施，新生兒死亡率大體而言呈現下降趨勢，由 72 年的 2.7%。降至 102 年的 2.4%；同期間嬰兒死亡率由 7.6%。降至 3.9%，如圖 2-7。

圖 2-7 嬰兒及新生兒死亡率



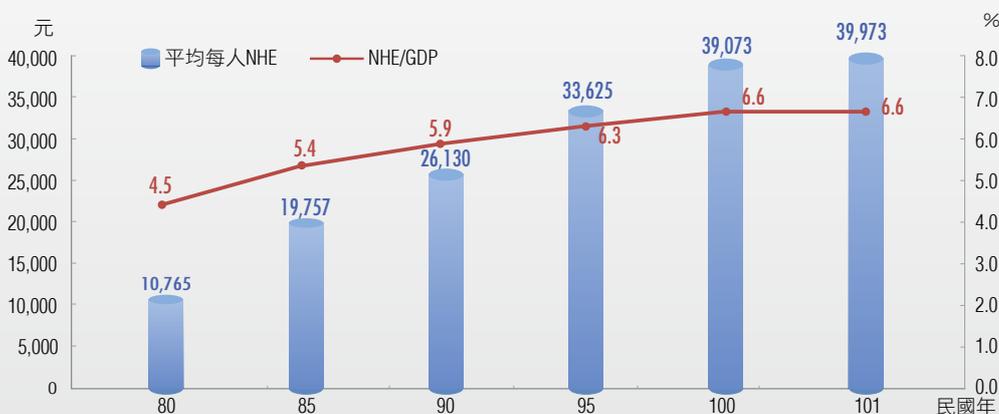
第三章 國民醫療保健支出

接受良好的醫療照護是現代國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。我國自 84 年 3 月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出年增率達 17.3%，其增幅大於同年國民所得成長率，自此以後，醫療保健支出占 GDP 比顯著增加。

自 80 年起，我國國民醫療保健支出呈現穩

定上升，至 101 年國民醫療保健支出（NHE）為 9,302 億元；近年來由於國際醫療及生醫科技之發展，人口結構快速高齡化，我國國民醫療保健支出仍續呈增加趨勢。84 年全民健保開辦後，國民醫療保健支出（NHE）占當年國內生產毛額（GDP）比，由 83 年之 4.9% 增至 84 年之 5.3%，至 101 年達 6.6%；平均每人國民醫療保健支出由 80 年之 1 萬 765 元呈逐年上升，至 101 年達 3 萬 9,973 元，平均年增率為 6.4%，如圖 2-8。

圖 2-8 歷年 NHE/GDP 比及平均每人 NHE



第四章 國際比較

第一節 平均餘命

依據 2014 World Health Statistics 資料顯示，2012 年，世界主要國家男性 0 歲平均餘命均在 75 歲以上，以澳洲 81 歲為最高；臺灣為 76 歲，約當日本 1990 年之水準。另由 1990-2012 年間差異分析，我國男性 0 歲平均餘命近 20 年增加 5 歲。

2012 年，世界主要國家女性 0 歲平均餘命均在 81 歲以上，以日本 87 歲為最高，韓國、法國及澳洲 85 歲居次；臺灣為 83 歲。若以 1990-2012 年間差異分析，我國女性 0 歲平均餘命近 20 年增加 6 歲，如表 2-3。

第二節 人口自然增加率

依據 2013 Population Reference Bureau 資料顯

示，2013 年全球人口為 71.37 億人，預估至 2050 年，將達 97.27 億人，人口增加率為 36%；雖其人口變動率大致仍呈增加趨勢，但部分國家人口呈負成長，且人口變動率持續下降中，如表 2-4。

2013 年全球總生育率（表示每一育齡婦女在一生中可能生育之嬰兒數）為 2.5，表列亞洲國家均低於全球平均值，顯示亞洲為低總生育率地區；另全球出生率為 20‰，死亡率為 8‰；其中日本、德國出生率低於死亡率，綜觀該年全球已開發國家，其人口結構已趨向低出生率、低死亡率之型態，如表 2-4。

第三節 扶養比

依據 World Bank 最新資料顯示，2012 年世界主要國家扶養比以日本 60% 為最高，法國 55.6% 居次、英國 53.1% 第三；臺灣為 34.7%，在世界主要國家中屬較低者。另由 1960-2011 年間差異分析，我國扶養比近 50 年減少 57.3 個百分點，主要係因幼年人口依賴比大幅下降所致，如表 2-5。

表 2-3 世界主要國家 0 歲平均餘命

	計		男性		女性	
	1990	2012	1990	2012	1990	2012
臺灣	74	80	71	76	77	83
日本	79	84	76	80	82	87
韓國	72	81	68	78	76	85
美國	75	79	72	76	79	81
加拿大	77	82	74	80	80	84
英國	76	81	73	79	79	83
德國	76	81	72	78	79	83
法國	78	82	73	79	82	85
澳洲	77	83	74	81	80	85
紐西蘭	75	82	73	80	78	84

資料來源：WHOSIS 2014

表 2-4 2013 年世界主要國家人口概況

	2013 年中人口(百萬人)	人口預測(百萬人)		2050 vs 2013 人口倍數比	總生育率(每一婦女)	粗出生率(‰)	粗死亡率(‰)	人口自然增加率(%)
		2025 年	2050 年					
全球	7,137.0	8,095.0	9,727.0	1.4	2.5	20	8	1.2
臺灣	23.4	23.7	21.0	0.9	1.3	10	7	0.3
日本	127.3	120.7	97.1	0.8	1.4	8	10	-0.2
韓國	50.2	52.0	48.1	1.0	1.3	10	5	0.4
美國	316.2	346.4	399.8	1.3	1.9	13	8	0.5
加拿大	35.3	39.7	48.4	1.4	1.6	11	7	0.4
英國	64.1	69.8	78.8	1.2	2.0	13	9	0.4
德國	80.6	80.0	76.2	0.9	1.4	8	11	-0.2
法國	63.9	67.3	72.3	1.1	2.0	13	9	0.4
澳洲	23.1	27.1	34.2	1.5	1.9	13	6	0.7
紐西蘭	4.5	5.0	5.7	1.3	2.0	14	7	0.7

資料來源：2013 World population Data Sheet, Population Reference Bureau

表 2-5 世界主要國家扶養比

單位：%

	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2010 年	2011 年	2012 年
臺灣	92.0	74.2	57.3	49.9	42.3	40.0	35.9	35.1	34.7
日本	56.0	45.3	48.4	43.4	46.6	50.7	56.9	58.4	60.0
韓國	80.7	83.3	60.7	44.1	39.5	39.6	37.6	37.3	37.1
美國	66.5	61.4	51.3	51.9	50.9	48.9	49.0	49.4	49.8
加拿大	70.7	61.6	47.4	46.9	46.5	44.5	44.1	44.6	45.3
英國	54.0	59.0	56.1	53.2	53.4	51.3	51.9	52.4	53.1
德國	48.3	58.4	51.8	45.1	46.9	49.9	52.0	52.1	52.1
法國	61.1	60.4	57.1	51.5	53.7	53.7	54.2	54.8	55.6
澳洲	63.4	59.4	53.6	49.5	49.6	48.6	47.9	48.4	49.1
紐西蘭	71.0	67.3	58.6	52.3	52.7	50.5	50.4	50.7	51.3

資料來源：The World Bank 網站。

附註：扶養比=(0~14 歲人口 +65 歲以上人口)/15~64 歲人口

第四節 國民醫療保健支出

若以購買力平價 (Purchasing Power Parity, PPP) 計列，2011 年我國平均每人國民醫療保健支出 (NHE) 為 2,479 美元，低於 OECD 中位數 3,213 美元，相當於 OECD 會員國第 23 位；平均每人國內生產毛額 (GDP) 為 3 萬 7,403 美

元，高於 OECD 中位數 3 萬 5,395 美元，相當於 OECD 會員國第 15 位。整體而言，平均每人 GDP 愈高的國家，其平均每人 NHE 亦愈高，2011 年我國 NHE 占 GDP 比為 6.6%，低於 OECD 中位數 2.5 個百分點，相當於 OECD 會員國第 32 位，與 OECD 會員國比較，屬相對較低之國家，如表 2-6。

表 2-6 2011 年 OECD 會員國與我國平均每人 NHE 與平均每人 GDP

排名	國名 -- 以平均每人 NHE 排序		平均每人 NHE (PPP\$)	平均每人 GDP (PPP\$)	NHE/GDP (%)
	中位數		3,213	35,395	9.1
1	美國	United States	8,508	48,113	17.7
2	挪威	Norway	5,669	61,060	9.3
3	瑞士	Switzerland	5,643	51,227	11.0
4	荷蘭	Netherlands	5,099	42,716	11.9
5	奧地利	Austria	4,546	42,186	10.8
6	加拿大	Canada	4,522	40,449	11.2
7	德國	Germany	4,495	39,662	11.3
8	丹麥	Denmark	4,448	40,933	10.9
9	盧森堡	Luxembourg	4,246	88,781	6.6
10	法國	France	4,118	35,395	11.6
11	比利時	Belgium	4,061	38,629	10.5
12	瑞典	Sweden	3,925	41,461	9.5
13	澳大利亞 ²⁰¹⁰	Australia ²⁰¹⁰	3,800	42,468	8.9
14	愛爾蘭	Ireland	3,700	41,548	8.9
15	英國	United Kingdom	3,405	36,158	9.4
16	芬蘭	Finland	3,374	37,479	9.0
17	冰島	Iceland	3,305	36,611	9.0
18	日本 ²⁰¹⁰	Japan ²⁰¹⁰	3,213	33,508	9.6
19	紐西蘭	New Zealand	3,182	30,942	10.3
20	西班牙	Spain	3,072	33,045	9.3
21	義大利	Italy	3,012	32,648	9.2
22	葡萄牙	Portugal	2,619	25,588	10.2
23	臺灣	Taiwan	2,479	37,403	6.6
24	斯洛維尼亞	Slovenia	2,421	27,351	8.9
25	希臘	Greece	2,361	25,859	9.1
26	以色列	Israel	2,239	28,958	7.7
27	韓國	Korea	2,198	29,833	7.4
28	捷克	Czech Republic	1,966	26,209	7.5
29	斯洛伐克	Slovak Republic	1,915	24,112	7.9
30	匈牙利	Hungary	1,689	21,409	7.9
31	智利	Chile	1,568	20,855	7.5
32	波蘭	Poland	1,452	21,138	6.9
33	愛沙尼亞	Estonia	1,303	21,998	5.9
34	墨西哥 ²⁰¹⁰	Mexico ²⁰¹⁰	977	15,807	6.2
35	土耳其 ²⁰⁰⁸	Turkey ²⁰⁰⁸	906	14,910	6.1

資料來源：2013 OECD Health Data

3

友善的健康支持環境

- 22 第一章 健康的出生與成長
- 24 第二章 健康的生活
- 26 第三章 健康的環境
- 28 第四章 健康的高齡化
- 32 第五章 健康傳播與健康監測



為達成世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康（Health for all）」，衛福部為孕產婦與嬰幼兒、兒童與青少年、中老年人及婦女等不同人生階段的國人，積極規劃健康促進政策。針對國人不健康生活型態的挑戰，依據健康監測調查及研究之實證資料、檢視人權、性別、健康平等觀點及響應聯合國，積極倡議「所有施政面向的健康工程（Health in All Policies）」。另依據西元 2012 年世界衛生大會針對非傳染病「25 by 25」的目標（即於 2025 年將早發性非傳染病死亡率降低 25%），將所訂之 9 項全球目標和 25 項指標列入政策目標，訂定各項策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球的健康。

第一章 健康的出生與成長

為促使我國嬰幼兒及兒童健康成長，積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年等健康促進工作，以期早期發現異常、早期矯治。

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

- (一) 透過健保特約醫療院所提供孕期婦女 10 次產前檢查服務。自 90 年起，本項服務利用率皆維持近 9 成左右，102 年產檢利用人次約計 177 萬人次，活產孕婦產前檢查之平均利用率 94.3%，至少產檢 1 次為 98.5%、至少產檢 4 次為 97.5%。
- (二) 於 101 年 4 月 15 日起全面補助孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用，每案定額補助 500 元。102 年已加入本方案之合約產檢院所計 531 家，已上傳檢查結果共 16 萬 3,698 筆，篩檢率約 93.3%、陽性率為 20.1%，其篩檢陽性率與國內外相關文獻帶菌率相近（18-25%）。
- (三) 提供高危險群孕婦（34 歲以上、本胎次或曾生育異常及本人或配偶具家族病史者）接受產前遺傳診斷檢驗費用減免或補助；一般個

案補助 2,000 元，低收入戶、山地離島個案補助 5,500 元。102 年計補助 4 萬 8,764 案，發現 1,420 例異常個案，皆提供後續遺傳諮詢。

二、出生性別比

- (一) 自 99 年起，業由衛福部國民健康署（以下簡稱健康署）、醫事司及食品藥物管理署等單位，共同組成出生性別比工作小組，至 102 年共召開 7 次會議，建立出生性別比監測機制，增修相關法令以加強源頭之試劑與檢驗管理，包括檢驗設備、行為與試劑的稽查，掃蕩違規廣告，更於各縣市衛生局成立查報窗口。持續辦理民眾宣導及倡議，於 102 年春節期間播放「天賜好孕」電視廣告，並發布 6 篇新聞稿、刊登 3 篇雜誌廣告稿。並於 102 年底舉辦「性別平衡 - 女孩男孩都是寶」整合行銷微電影徵選比賽，期望透過宣導改善性別歧視；強化兩性平權觀念。
 - (二) 101 年起結合縣市衛生局普查輔導接生及產檢醫療院所，102 年完成普查輔導 1,064 家，稽查輔導出生性別比達顯著異常之機構 43 家次。
 - (三) 國內出生性別比雖由 99 年的 1.090，降至 101 年的 1.074，國際排名亦由 92 年高居第 3 名，於 101 年降至第 15 名，惟 102 年又上升至 1.078。未來本部各司署將持續研議有效對策，以改善國內性別失衡情形。
- #### 三、建置及維護孕產婦關懷中心，提供孕產婦全國免付費諮詢專線 0800-870870（抱緊您抱緊您【國語諧音】）、雲端好孕守 APP 及孕產婦關懷網站，提供孕前、孕期至產後之母乳哺育指導、營養與體重管理、親子健康、身心調適之心理支持與轉介等議題之保健資訊及諮詢服務。
- 四、《公共場所母乳哺育條例》於 99 年 11 月 24 日公布施行，截至 102 年止，符合條例應設置哺（集）乳室之公共場所計有 1,969 處。持續辦理「母嬰親善醫療院所認證計畫」，102 年共 176 家通過認證，涵蓋全國

79.2% 出生嬰兒；鼓勵各縣市培育母乳哺育志工，成立支持團體、補助 10 家醫療院所辦理「母嬰親善醫療院所服務品質提升計畫」，使臺灣 6 個月以下嬰兒純母乳哺育率達 48.7%，已接近世界衛生組織 2025 年全球目標值 50%。

第二節 嬰幼兒及兒童健康

一、 新生兒先天性代謝異常篩檢

提供全國新生兒於出生後滿 48 小時採集血液，進行 11 項先天性代謝異常篩檢，102 年共篩檢 19 萬 5,032 人，篩檢率達 99% 以上，對於異常個案給予追蹤轉介、確診及適當的治療。

二、 兒童預防保健服務及兒童發展聯合評估

- (一) 補助醫療院所提供 7 歲以下兒童預防保健服務，強化兒童發展篩檢、提供多元服務、轉介及確診通報功能。102 年提供兒童預防保健服務利用計 117 萬人次，7 次平均利用率達 82.1%，1 歲以下兒童至少接受 1 次服務利用率達 97.6%。
- (二) 為讓疑似發展遲緩兒童，儘速接受聯合評估及療育服務，於全國 22 縣市設置兒童發展聯合評估中心，每縣市至少設置 1 至 4 家，至 102 年共設置 45 家。102 年受理評估疑似發展遲緩兒童計 19,161 人，經確診為正常者計 1,229 人，發展遲緩兒童計 14,190 人。又為增進聯評服務品質，完成制訂「兒童發展聯合評估中心評估暨療育訪查基準」，依循該基準完成 23 家兒童發展聯合評估中心實地輔導訪查。

三、 兒童衛教指導服務

為提升兒童的安全與健康，於 102 年 7 月開始提供 1 歲以下兒童之父母 2 次衛教指導，衛教重點包含：嬰幼兒猝死症候群預防、事故傷害預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護等指導，截至 102 年底，申請加入本方案醫師之服務涵蓋率約達 70%。



圖 3-1 青少年網站 - 性福 e 學園

第三節 青少年健康

- 一、 設置青少年網站 - 性福 e 學園 (如圖 3-1)，提供性知識及正確避孕方法等資訊，另建置秘密花園線上視訊服務，102 年計 13 萬 3,697 人次瀏覽，提供視訊諮詢服務 3,248 人次。
- 二、 深入社區與校園，提供青少年性健康促進諮詢(商)服務，並結合在地社區健康促進學校，進而轉介有需要的青少年進入個別心理諮商或至醫療院所接受服務。102 年已招募 112 所學校/機構，辦理 105 場次宣導講座。
- 三、 102 年結合 45 家醫療院所設立「青少年親善門診」，提供青少年預防及生育保健門診服務，協助解決未預期懷孕等問題，並橫向結合教育部，透過縱向衛生體系，利用衛生局、所共同推動青少年性健康。

第四節 視力、聽力及口腔保健

- 一、 為促進學童視力健康，分別從衛教宣導、篩檢、研究、加強與地方政府及跨部會結合，採有實證基礎之方法共同推動學童視力保健工作。持續推動滿 4 歲及滿 5 歲「學齡前兒童斜視及視力篩檢工作」，102 年篩檢率達 94.3%，異常個案轉介率達 98.7%。委託辦

理「國小低年級學童視力保健介入」計畫，期獲知具實證基礎之介入成效。

- 二、全面補助出生3個月內之新生兒聽力篩檢。102年計有310家醫療機構辦理，出生涵蓋率97.8%，計篩檢19萬0,003人，篩檢率達96.8%，其中684人確診為聽損，均已轉介追蹤療育。
- 三、102年6月起，擴大提供未滿6歲兒童，每半年一次牙齒塗氟服務，及未滿12歲低收入戶、身心障礙者、原住民族地區及偏遠離島地區，每3個月塗氟一次，102年共計提供66萬9,250人次，3-4歲至少一次塗氟利用率73%。另，持續提供山地原住民族、離島地區、身心障礙者、低收入戶及中低收入戶之國小1-2年級學童恆白齒窩溝封填服務，102年計8,089案。
- 四、持續推動全國國小學童含氟漱口水計畫，102年共計服務147萬名學童。辦理學童口腔保健牙醫師研習及牙醫院校口衛隊研習，培訓牙醫師、學校護士及新進教師，另結合實證研究，推動「二要二不，從齒健康」口腔保健宣導，以護學童牙齒健康。

第二章 健康的生活

生活中主要危害包括：個人不健康的行為（如抽菸及嚼檳榔）、不健康的飲食及缺乏運動，以及來自環境的威脅（如事故傷害）。而菸草與檳榔均為一級致癌物，事故傷害則為國人十大死因之一，故應持續推動拒菸、不嚼檳榔及安全的環境，為國民營造一個健康生活。

第一節 菸品、檳榔健康危害防制

一、無菸生活

依據調查顯示，18歲以上成人吸菸率自97年的21.9%下降至102年的18.0%，吸菸人口減少約54萬人；另禁菸公共場所二手菸暴露

率自97年的23.7%下降至102年的9.2%，有八成六民眾對於無菸環境表示滿意。

- (一)戒菸作為：自91年開始，以「菸品健康福利捐」定額補助戒菸服務，惟戒菸者每週仍需負擔大約新臺幣550-1,250元的費用。101年3月推出二代戒菸後，戒菸藥品比照健保收費，每次部份負擔不超過200元，醫療資源缺乏地區可再減免20%，低收入戶、山地原住民暨離島地區藥費全免，大幅降低戒菸的經濟壓力。102年有近2,500家的醫療院所和社區藥局提供戒菸服務，涵蓋全國98.6%的鄉鎮市區，透過巡迴醫療已達100%。同時培訓戒菸衛教人員、辦理戒菸班與提供免付費戒菸電話諮詢服務，並有專人提供戒菸後續的輔導及追蹤，維持戒菸意志力並提高戒菸成功率。

(二)戒菸成果

1. 服務量：102年由門診、住院、急診及社區藥局提供之戒菸治療或衛教服務，總計9萬6,924人較101年的6萬4,960人成長49.2%。
2. 6個月點戒菸成功率：針對接受戒菸服務後6個月之個案進行戒菸率之電話訪查，調查102年就診之個案，6個月點戒菸率為28.9%，與101年同期的30.1%相近。
3. 戒菸成功人數：依據年度服務量及6個月點戒菸成功率估算，102年幫助超過2萬8,000人成功戒菸，較101年成長43.2%。
4. 整體滿意度：於戒菸者初次就診6個月後，以電話訪問回溯調查對當時所接受戒菸服務的滿意度。調查102年就診之個案，整體滿意度為8.2分（滿分10分）。

二、檳榔健康危害防制

透過辦理相關宣導及活動，並與各部會及民間團體合作，在各場域推動檳榔健康危害防制工作，使18歲以上男性嚼檳榔率，從96年的17.2%降至102年的9.5%。工作重點摘述如下：

- (一)針對口腔癌高發生率縣市之高中職以下校園

加強輔導無檳校園，將不嚼檳榔的生活技能融入教學，102年針對國、高中生嚼檳率均增加的縣市（新北市、臺中市、南投縣、彰化縣）進行轄區實地訪查及田野調查。

- (二) 102年共計補助165個社區健康營造單位推動檳榔防制工作，藉由社區首長帶動宣示或訂定無檳生活公約，透過創意或節日加強衛教宣導、辦理口腔病友現身說法以協助民眾戒除檳榔，及提供嚼檳榔者口腔黏膜檢查。
- (三) 102年透過衛生局所和民間單位團體合作，深入嚼檳率高之場域與特定族群，推動218家無檳職場，設立201處無檳公共空間。另於軍中營造無檳榔環境及提供口腔黏膜檢查服務，共辦理2,662場衛教講座，共計有39萬7,438人次參與及提供2萬1,995人次口腔黏膜檢查。
- (四) 與內政部、教育部共同推動辦理「兒童及青少年檳榔防制計畫」，以預防兒童、青少年嚼檳榔和降低檳榔健康危害之發生；配合環保署辦理戒檳班講習，並協請縣市衛生局配合

辦理，提供戒檳班講習授課教材及師資名單等資料；另，協調農委會管理檳榔種植及源頭管制工作。

第二節 健康體能促進

- 一、自91年起推動健走，結合政府部門、民間團體及企業共同推廣「每日一萬步健康有保固」，並於95年訂定11月11日為「全民健走日」，鼓勵國人將健走融入生活中，時時執行、處處落實。
- 二、製作及推廣15分鐘上班族健康操、製作手冊、計步器、發布新聞稿等多元管道，提供健康飲食、運動及健康體重管理資訊。
- 三、結合場域推動動態生活，營造健康促進學校、職場及醫院增加身體活動的時間、營造運動支持性環境，包括健走步道、腳踏車道、開放學校運動空間，辦理美化樓梯活動，鼓勵多走樓梯，少搭電梯；提供運動消耗熱量標示、宣導語等。



102年社區健康營造成果發表會

第三節 國民營養與肥胖防治

為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能及維持健康體重，增進身心及社會健康，預防慢性疾病，自 100 年起，結合全國 22 縣市共同推動健康體重管理計畫，每年號召 60 萬人共同減重 600 公噸，落實「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康生活，共同向肥胖宣戰。主要策略如下：

- 一、制訂健康的公共政策：修正「食品安全衛生管理法」，將不適合兒童長期食用之食品廣告及促銷納入規範；推動「國民營養法」草案；函請教育部督促各級學校教職員勿以含糖飲料獎勵或慰勞學生；函文建請行政院函知「各機關召開會議及辦理活動，不供應含糖飲料」。
- 二、建構健康的支持性環境：建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，輔導 22 縣市衛生局，結合社區領袖及志工，檢視轄區內致胖環境，並透過社區力量共同改善。建置健康產業系統，鼓勵餐廳、職場、醫院提供健康餐飲，並標示熱量，以及推動健康採購、多元動態生活環境。
- 三、調整醫療服務的方向：輔導醫療院所提供健康促進與預防醫學服務，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；開設多元減重班、運動課程及健康飲食課程，另配合寒、暑期辦理親子減重活動。
- 四、強化社區行動力：整合跨部門及民間資源，帶動社區、學校、職場、醫院等場域共同推動動態生活型態，於 102 年 12 月 18 日辦理「102 年社區健康營造成果發表會」，表揚健康減重縣市及各績優場域單位。
- 五、發展民眾落實健康生活的技能：進行多元媒體宣導活動，製作及發放「健康生活動起來」手冊、宣導布條；建置健康體重管理電話免費諮詢服務專線、網路電話諮詢服務及肥胖防治網等，提供健康體重管理資訊。

- 六、102 年健康減重達 1,089 公噸，平均每位參加者減重 1.5 公斤，參加者中過重及肥胖比率從 61.7% 下降為 54.3%。

第四節 事故傷害防制

- 一、營造幼兒安全居家環境，透過縣市衛生局（所）人員，辦理居家安全環境檢視及改善，102 年計檢測 2 萬 8,549 戶，並透過衛生局（所）人員每半年填報「幼兒園兒童健康安全管理工作报告表」，作為事故傷害政策規劃及防治宣導。
- 二、於「兒童健康手冊」提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」，以提升家長及照顧者事故傷害防制知能。
- 三、在長輩經常出入的場所，推展長者防跌運動並編印「長者防跌妙招」手冊，辦理「長者居家環境安全評估」。102 年共評估達 4,436 戶，其中 2,191 戶進行居家改善。
- 四、推動安全社區計畫，並申請世界衛生組織社區安全推廣協進中心之國際安全社區認證，至 102 年，計有 19 個國際安全社區、1 家國際安全醫院。

第三章 健康的環境

依據西元 1997 年 WHO 發表雅加達宣言，持續推動「健康城市」、「健康社區」、「健康促進職場」、「健康促進學校」與「健康促進醫院」等計畫，藉整合公私部門資源，帶動民眾參與、培育健康識能，建構友善的支持性環境，以達身心、社會的健康。

第一節 健康城市

- 一、成立專家輔導團隊，鼓勵並輔導縣市推動健康城市，至 102 年，共有 19 縣市推動健康城市計畫。

- 二、促進國內、外推動健康城市成果交流，102年與臺灣健康城市聯盟合作辦理「第五屆臺灣健康城市暨高齡友善城市獎項評選頒獎典禮」，頒發健康城市卓越獎、創新成果獎、傑出貢獻獎等獎項41件，計有300人與會；至102年底，國內有11縣市及11地區加入WHO西太平洋區署所支持之健康城市聯盟。

第二節 健康社區

102年社區健康營造計畫，補助19個縣市衛生局營造165個鄉鎮市區，推動議題包括：「菸酒檳榔防制」、「肥胖防治」、「健康老化」、及「安全促進」等，辦理成果如下：

- 一、菸酒檳榔防制議題：於國中小學1公里範圍內之菸品販賣場所，輔導及宣導拒售菸品給未成年者；辦理青少年菸害防制衛教宣導及酒害防制宣導。開設戒檳班並營造無檳公共空間及職場。
- 二、肥胖防治議題：推動健康減重活動，成功減重195公噸；輔導1,740家商家或場所改善致胖環境。
- 三、健康老化議題：辦理健康老化之健康促進活動與健康促進競賽。
- 四、社區安全促進議題：補助20個社區推動居家安全、老人防跌、交通安全及學校安全等安全促進議題。

第三節 健康促進學校

91年起與教育部整合跨部會資源，共同推動健康促進學校計畫，於97學年度成立「健康促進學校推動中心」，進行資源整合，建立一個全國性健康促進學校單一輔導機制。迄102年底，全國高中職以下學校共計3,887校參與，全面推動校園菸品及檳榔危害防制、健康體位、口腔保健、視力保健等議題，另大專院校計有142所參與推動。

第四節 健康促進職場

- 一、自92年結合專業團隊，提供健康促進及菸害防制輔導諮詢及教育訓練，建置職場服務網絡，102年職場員工吸菸率為14.7%，較101年下降1.1%。
- 二、參考WHO「健康職場持續改善流程」，訂定評核項目，自96年起辦理全國「健康職場認證」，截至102年共1萬655家次職場通過認證，並於102年表揚39家績優健康職場。另為鼓勵職場提供健康的職場環境，102年特辦理全國性職場「樓梯美化創意競賽」，遴選全國18家樓梯美化創意競賽優勝職場。
- 三、102年12月舉辦「2013職場健康促進高峰會」，邀請國際職業衛生學會理事長、芬蘭職業衛生研究所所長、新加坡健康促進局職場健康促進部門副主任及東京大學教授等與國內專家學者進行交流，計約300人與會。

第五節 健康促進醫院

- 一、積極參與WHO健康促進醫院國際網絡運作
 - (一)至102年底有131家健康照護機構(122家醫院，1家長期照護機構，8家衛生所)獲得WHO健康促進醫院國際網絡會員認證，為該國際網絡內第一大網絡。



2013 職場健康促進高峰會



臺灣健康促進醫院網絡榮獲第一屆「健康促進醫院網絡典範獎」、彰化基督教醫院獲選第二屆「健康促進醫院典範獎」

- (二) 補助 21 個縣市衛生局，136 家健康照護機構辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，推動議題(家數)：節能減碳(40 家)、健康老化(55 家)、高齡友善健康照護(52 家)等。
- (三) 102 年 5 月於瑞典哥德堡第 21 屆健康促進醫院國際研討會，臺灣健康促進醫院網絡獲選第一屆網絡典範獎、彰化基督教醫院獲選第二屆醫院典範獎；7 家醫院獲無菸醫院全球金獎中，臺灣囊括了 4 家。另，健康署邱淑媿署長並以新任國際網絡監理會主席身份，主持健康促進醫院國際網絡會員大會及監理會。
- (四) 為增進健康促進醫院之交流，於 102 年 10 月辦理 2013 健康促進醫院研討會，請得獎醫院進行經驗分享，並頒發「健康促進醫院典範暨創意計畫選拔獎」予表現優異之健康照護機構計 496 人與會。

二、推動低碳醫院

- (一) 102 年辦理 2 場「環境友善輔導工作坊」，輔導醫院推動節能減碳措施；安排分區輔導團隊專家赴 39 家醫院實地診斷，輔導推動節能減碳措施。至 102 年底，國內共 168 家醫院響應推動節能減碳行動。編撰「健康促進與環境友善醫院教戰手冊」，以協助低碳醫院採行並落實推動行動方案；另對低碳醫

院進行「醫院環境友善行動自我評估表」填報及分析。

- (二) 102 年舉辦「國際低碳醫院團隊合作最佳案例獎」活動，計國內、外 33 家健康照護機構申請參賽，獲獎醫院為林口長庚醫院、大林慈濟醫院、中國醫藥大學附設醫院、臺北醫學大學附設醫院、光田綜合醫院及新加坡 Alexandra Health (Khoo Teck Puat Hospital) 等 6 家。

第四章 健康的高齡化

我國低出生率，加以戰後嬰兒潮進入老年，預計 107 年老年人口百分比將達高齡社會之標準。再加上民眾生活趨向靜態、飲食西化等生活型態，導致慢性病人口上升，為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病之威脅，推展高齡友善城市、高齡友善健康照護、老人健康促進、重要慢性病防治及癌症防治等健康促進工作。

第一節 中老年人健康政策

- 一、免費提供 40 歲以上未滿 65 歲民眾每 3 年 1 次檢查、65 歲以上民眾每年檢查 1 次成人預防保健服務，102 年利用該服務人數約 181 萬人，其中 65 歲以上民眾利用人數超過 88 萬人。
- 二、以影響老人健康、預防失能最重要的八個項目為重點，透過衛生局所、社區醫療機構，結合社區照顧關懷據點，全面推動老人健康促進活動，102 年 22 縣市轄內 359 家衛生所及 438 家醫療院所，共結合 1,672 個社區照顧關懷據點，推動老人健康促進活動，結合比率占全國關懷據點 85% 以上。
- 三、辦理全國老人健康趣味競賽，以鄉鎮為單位鼓勵長者組隊參加。102 年全國參與總隊數達 1,951 隊，超過 8 萬位長輩參與活動，佔老年人口 3% 以上，超過預定 6 萬人之目標。



102年「阿公阿嬤動起來」全國總決賽，銀牌得獎者「彰化縣線西鄉老人會」表演實況

第二節 高齡友善環境

- 一、102年全臺22縣市均推動高齡友善城市，臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。其中嘉義市、桃園縣、新竹市、南投縣、苗栗縣、新北市、宜蘭縣、臺南市及臺北市已向WHO申請加入高齡友善城市全球網絡。102年11月26日辦理「第5屆健康城市暨高齡友善城市獎項頒獎典禮」，自參選392案中，評選出85個單位，分別頒發卓越獎、傑出貢獻獎及創新成果獎等三類獎項。
- 二、推動「高齡友善健康照護機構」認證，至102年已有64家健康照護機構通過認證(含1家衛生所)，並有1家長期照護機構已提出認證申請。
- 三、102年補助衛生局「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，共有52家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。
- 四、101年於第20屆WHO健康促進醫院國際網絡會員大會提案，獲通過成立「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」(Working Group on HPH and Age-Friendly Health Care)，並於102年獲第21屆大會通過，升

格為國際委員會「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」，未來四年將推動國際適用的高齡友善健康照護認證架構，提升健康專業人員在高齡友善健康照護的能力。

第三節 重要慢性病防治

- 一、代謝症候群

透過多元管道推動代謝症候群防治宣導教育，民眾對腰圍警戒值之認知率由95年之3%提升至102年的46.2%。持續辦理高、中、小學主管、校護及營養師等研習。
- 二、糖尿病防治

推展糖尿病健康促進機構，102年計有194家醫療院所參加；於全國成立495個糖尿病支持團體，達鄉鎮市區涵蓋率近95%。於各縣市推動糖尿病共同照護網，及建立糖尿病醫事人員認證制度，102年共計認證臨床照護者7,265人。
- 三、心血管疾病防治
 - (一)與全國各縣市衛生局結合鄉鎮公所、里辦公室(里民大會)、社區照護關懷據點等單位，共同宣導三高之預防，102年合計辦理4,899

場「三高」及「慢性腎臟病」防治宣導活動；另為普及血壓測量服務地點，除醫療院所提供服務外，亦於社區之不同型態地點提供量血壓服務，102年增至近2,500個血壓站。

- (二) 91年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健資源，結成人預防保健、癌症篩檢等項目，至102年底累計參與服務高達287萬8千人。

四、慢性腎臟病防治

102年獎勵145家醫療院所推展腎臟病之健康促進，新收案數約3萬225人，持續追蹤者約10萬8,334人；印製「慢性腎臟病健康管理手冊」及「腎臟保健—如何愛護自己的腎臟」單張，提供慢性腎臟病人使用，進其自我照護知能；另補助雲嘉南等縣市推動「顧好腰子，彩色人生」護腎保健大作戰計畫，共計有3萬3,783名40歲以上民眾接受宣導衛教。

五、更年期健康

- (一) 為提供更年期女性貼心服務，設置「0800-00-5107」(鈴！鈴！我要年輕)免付費專線電話，培訓諮詢師參與專線諮詢服務，透過大眾傳播管道提供正確的更年期保健資料。
- (二) 與中華民國骨質疏鬆症學會等單位將「骨質疏鬆症臨床治療指引」投稿至美國國家臨床指引交換中心(National Guideline

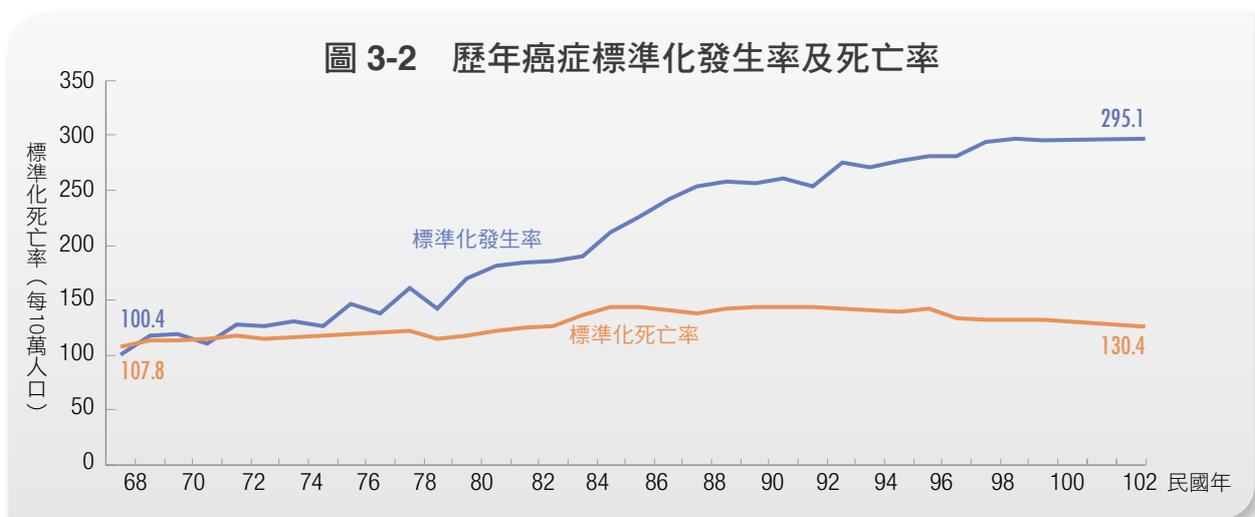
Clearinghouse, NGC)，並於102年7月15日正式獲得刊載，供各國保健醫療工作人員作為骨質疏鬆症之預防、診斷及治療的參考。

第四節 癌症防治

自92年通過「癌症防治法」後，依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，為降低癌症死亡率，94-98年推動「國家癌症防治五年計畫」，99年並推動「第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢(99-102年)」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略，歷年癌症發生、死亡情形及重要措施如下：

一、歷年癌症發生、死亡情形

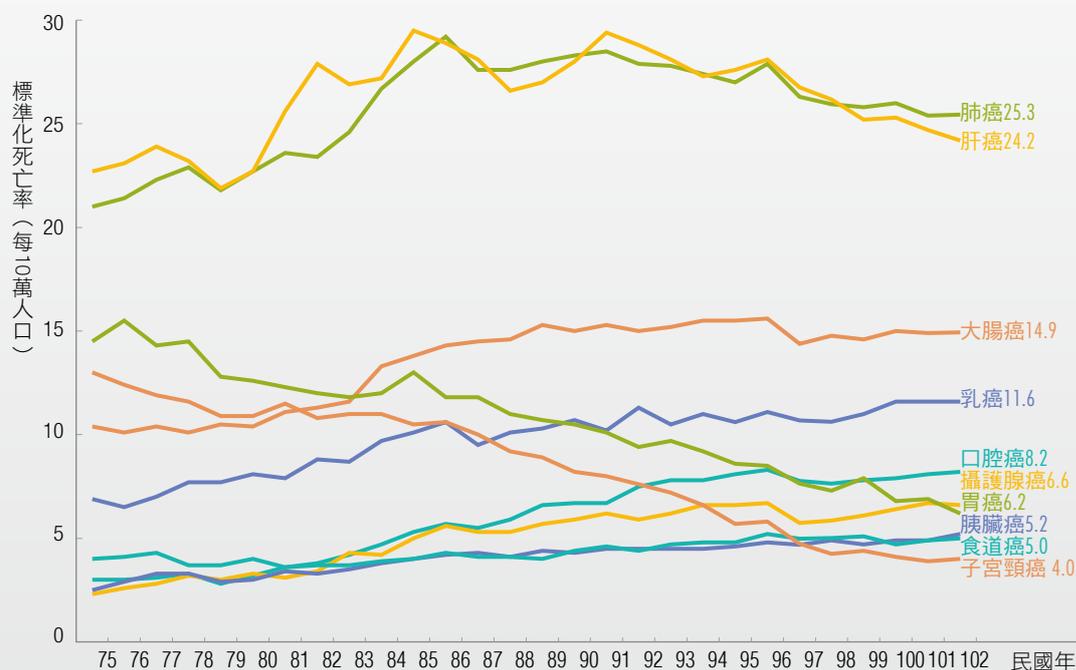
癌症自71年起即居國人10大死因首位。依西元2000年世界標準人口年齡結構計算，國人癌症標準化死亡率由71年每10萬人口118人逐年上升，至86年達最高點144.3人，爾後10年間，均維持138~144人之間，102年為130.4人，以癌別來看，肺癌、肝癌、胃癌、子宮頸癌標準化死亡率均已下降；同時期癌症標準化發生率亦因人口老化、生活型態西化及健康署推動4癌篩檢等因素，由71年每10萬人口111人逐年上升至100年295.1。(圖3-2、3-3)



備註：1. 癌症發生率與死亡率資料來源：衛福部國民健康署100年癌症登記資料與衛福部統計處102年死因統計。

2. 年齡標準化率，係以西元2000年世界標準人口為標準人口計算。

圖 3-3 歷年十大癌症標準化死亡率趨勢變化



二、癌症危險因子預防

癌症是世界衛生組織（WHO）2011年報告所指出之四大非傳染病（癌症、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病）之一，其四大共同危險因素為吸菸、運動不足、不健康飲食及有害使用酒精。為遏止癌症之死亡率上升，衛福部已從戒菸、健康體重管理、改變飲食習慣等方向宣導民眾維持良好的生活習慣。

另外，嚼檳榔亦是重要致癌因子，國際癌症研究總署（International agency for research on cancer, IARC）已證實，檳榔為第一級致癌物；國內研究亦顯示，嚼檳榔為國人罹患口腔癌主因。為有效預防口腔癌，除持續強化「即便不加添加物，檳榔子就是致癌物」宣導外，更積極於社區、校園、職場與軍隊等各種場域推動檳榔防制工作，並提供口腔癌篩檢（30歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸習慣者之民眾，有嚼檳榔（含已戒）之原住

民可提前自18歲起，每2年1次之口腔黏膜檢查）及戒檳服務，以協助民眾遠離檳榔。

三、癌症篩檢

- （一）99年開始全面推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等四項癌症篩檢，成為國際上第一個由政府全面補助四項癌症篩檢的國家；102年6月1日起，將大腸癌篩檢年齡向上調高至74歲，及有嚼檳榔（含已戒）原住民可自18歲起接受口腔黏膜檢查。補助200餘家30歲以上門診人數≥5,000案之醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」。
- （二）102年4項癌症篩檢服務成果如表3-1。
- （三）為提升癌症篩檢品質，辦理子宮頸細胞病理診斷單位、乳房X光攝影醫療機構及糞便潛血檢驗醫事機構資格審查，截至102年分別有116、206及125家機構通過；另，辦理「口腔黏膜檢查品質提升計畫」，培訓牙醫師、耳鼻喉科醫師，授權縣市辦理其他科別

表 3-1 102 年 4 癌症篩檢之篩檢量、癌前病變數、癌症數以及篩檢率

	篩檢量	篩檢率 (%)	癌前病變數	癌症數
子宮頸癌	217.5 萬	70.0	10,632	4,555
乳癌	69.4 萬	36.0	-	3,307
大腸癌	102.8 萬	38.2	26,207	2,030
口腔癌	97.8 萬	54.0	3,703	1,274
合計	487.5 萬	-	40,542	11,166

說明：各項篩檢率定義如下：

- (1) 子宮頸癌篩檢率：30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸癌篩檢的比率（電話調查）
- (2) 乳癌篩檢率：45-69 歲婦女 2 年內曾接受乳癌篩檢的比率
- (3) 大腸癌篩檢率：50-69 歲民眾 2 年內曾接受大腸癌篩檢的比率
- (4) 口腔癌篩檢率：30 歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者 2 年內曾接受口腔癌篩檢的比率

醫師口腔黏膜檢查教育訓練，投入口腔癌篩檢服務工作行列。

四、提升癌症診療照護品質

- (一) 97 年起針對每年新診斷癌症個案達 500 例以上之醫院，辦理癌症診療品質認證，至 102 年共 50 家醫院通過認證。
- (二) 102 年補助 6 個民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，提供癌友直接照護服務，讓癌友及家屬得到完善的癌症支持照護。服務內容有電話衛教 / 諮詢服務、病房 / 診間探訪、心理諮詢、新病友學習營、志工訓練、癌症相關衛教資料提供等，共約服務 3 萬人。
- (三) 自 99 年起補助醫院成立「癌症資源單一窗口」，截至 102 年底共計 53 家醫院成立單一窗口服務，整合院內外資源，提供病人與家屬整合性癌症資源服務，共約服務 12 萬人次。

第五章 健康傳播與健康監測

為導正國民生活型態，積極推動各項衛生教育宣導，經由電視、廣播、報紙、雜誌、戶外交通及網路等大眾媒體，有系統地提供民眾正確的保健訊息，希望國民能養成健康的行為，擁有自我照護的觀念與能力，為全民的健康幸福，奠定良好的基礎。

第一節 整合衛生教育資源

為了使民眾瞭解我國衛生教育政策，落實衛生教育，強化民眾對健康之認知，達行銷健康知識之目的，整合衛生教育資源，如：

- 一、訂定衛生教育主軸，整合「二代健保」、「二代戒菸」、「結核病防治」及「健康飲食正確用藥」等重要議題，以整合行銷方式推動，增加民眾之了解，提高民眾自主健康管理能力。
- 二、整合本部衛生教育資源，建置衛教宣導通路：針對衛福部及所屬機關的衛教宣導工作，透過多樣性的資源、延續性的推動及整體性的包裝，提升民眾對衛生議題的認知度。此外，面對緊急議題，啟動即時回應與澄清的管道，以消彌民眾心中的疑慮。

第二節 提升衛教人員工作知能

自 97 年起每年辦理衛生教育研討會，除了讓與會者分享衛教工作上的宣導經驗與推廣模式外，亦聘請專家學者教授最新知識與行銷創意，藉以精進實務推動上的執行能力。102 年依「主軸宣導」及「職能促進」二主題辦理 4 場研討會，計 160 人參加。

第三節 健康監測

為釐訂適切之健康政策以提昇國人健康，透過各項監測系統之建立，制度化國民健康監測調查之執行，持續收集、分析與發布健康監測相關資訊，逐步建置與擴充非傳染病健康監測系統。

一、辦理各項國民健康監測調查，運用社區面訪調查、電話調查，以及在校學生自填問卷調查等調查方法，定期辦理全人口及各生命週期特定人口群之健康監測調查，藉以瞭解國民健康之現況及長期變化趨勢。97 至 102 年已完成，以及 103 至 106 年預定辦理之各系列調查項目，詳如表 3-2。

二、改善監測系統架構與效能，委託專業團隊辦理監測系統效能評估與改進計畫，除已建立之出生通報與癌症等重要疾病登記系統，另於 101 年至 103 年辦理先天性缺陷與事故傷害監測之先驅研究，並陸續規劃改善口腔與視力保健等監測調查機制，以強化政策擬定及介入效益評價之參考依據。

三、發展多元化監測調查結果發布機制，提供健康監測調查及出生通報指標數據之便捷友善查詢服務，共開放 6 百餘項健康指標查詢。並於 102 年整合「健康數字 123」、「癌症登記指標線上互動查詢系統」及「建立臺灣事故傷害重要監測」等查詢網站，以提高使用者友善服務及查詢效率。

表 3-2 歷年重要健康監測調查項目一覽表

	● 橫斷健康調查 (cross-sectional survey) → 長期追蹤調查 (longitudinal survey)									
	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年
【社區面訪調查】										
國民健康訪問調查		●				●				●
中老年人身心社會健康調查				→				→		
家庭與生育調查	●				●				●	
兒童健康照護需求調查	→	→	→	→		→	→			→
國民營養健康狀況變遷調查	●		●	●	●	●	●	●	●	●
【學生自填問卷調查】										
國中青少年吸菸行為調查	●		●	●	●	●	●	●	●	●
高中青少年吸菸行為調查		●		●	●	●	●	●	●	●
國中青少年健康行為調查	●		●		●		●		●	
高中青少年健康行為調查		●		●		●		●		
【電話訪問調查】										
成人吸菸行為調查	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
健康危害行為監測調查	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
衛生保健議題調查	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
縣市母乳哺育率調查	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



4

健康照護

- 35 第一章 健康照護體系
- 40 第二章 心理健康與精神醫療
- 42 第三章 長期照護服務體系
- 45 第四章 醫事人力
- 47 第五章 健康照護品質
- 50 第六章 偏鄉醫療照護
- 52 第七章 目標族群健康照護



隨著醫藥衛生、社會、經濟環境迅速改變，對於我國醫療體系及醫療團隊如何確保民眾的就醫安全，成為當前一大大挑戰。因此，提供全民全人健康照護系統，改善醫病關係、落實社區醫療與預防醫學，提升民眾健康及生活品質，係為當前之重點工作。

第一章 健康照護體系

自 74 年起配合醫療法公布施行，推動醫療網計畫，將臺灣劃分為 17 個醫療區域，規劃各區域之醫療人力與設施，以落實醫療資源均衡分布及提升區域醫療水準。該計畫分四期 20 年期間完成，醫院病床資源漸已充足，醫療品質亦有提升。後配合 SARS 醫療體系再造，於 94 年至 97 年間推動「全人健康照護計畫」，強調病人安全及以病人為中心之醫療服務，並發展社區醫療衛生體系。又為因應人口老化、少子女化、疾病型態之改變，98 年 -101 年實施「新世代健康領航計畫」，加強提供全民適切、可近性、持續性與整合性的全人醫療照護服務。自 102 年起辦理「開創全民均等健康照護計畫」，配合行政院組織改組，整合醫療照護輸送體系，建構在地化、連續性、整合性之公共衛生與醫療服務網絡。現行健康照護體系如圖 4-1。

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依《醫療法》及「醫療網計畫」，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估各地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源與提升區域醫療水準計畫。102 年實施成果如下：

一、醫事機構現況：

醫院計有 495 家，診所計有 2 萬 1,218 家，藥局有 7,701 家，一般護理之家有 472 家，精神護理之家有 32 家，居家護理所有 507 家，產後護理機構有 171 家，日間照護機構有 15 家，捐血中心有 6 家，捐血站有 12 家，病理中心有 10 家，助產所有 32 家，醫事檢驗所有 421 家，醫事放射所有 64 家，物理治療所有 57 家，職能治療所有 9 家，鑲牙所有 61 家，心理諮商所有 45 家，心理治療所有 28 家，語言治療所有 15 家，牙體技術所有 318 家，聽力所有 4 家，居家呼吸照護所 1 家，營養諮詢機構有 17 家，如圖 4-2。

二、醫療院所病床現況：

醫療院所病床數共 15 萬 9,422 床（含一般病床、特殊病床、特許病床及診所病床），醫院一般病床包含急性一般病床、慢性一般病床、急性精神病床、慢性精神病床、慢性結核病床及漢生病床，平均每萬人口病床數為 68.21 床，如圖 4-3。

圖 4-1 現行健康照護體系



圖 4-2 歷年醫療院所家數

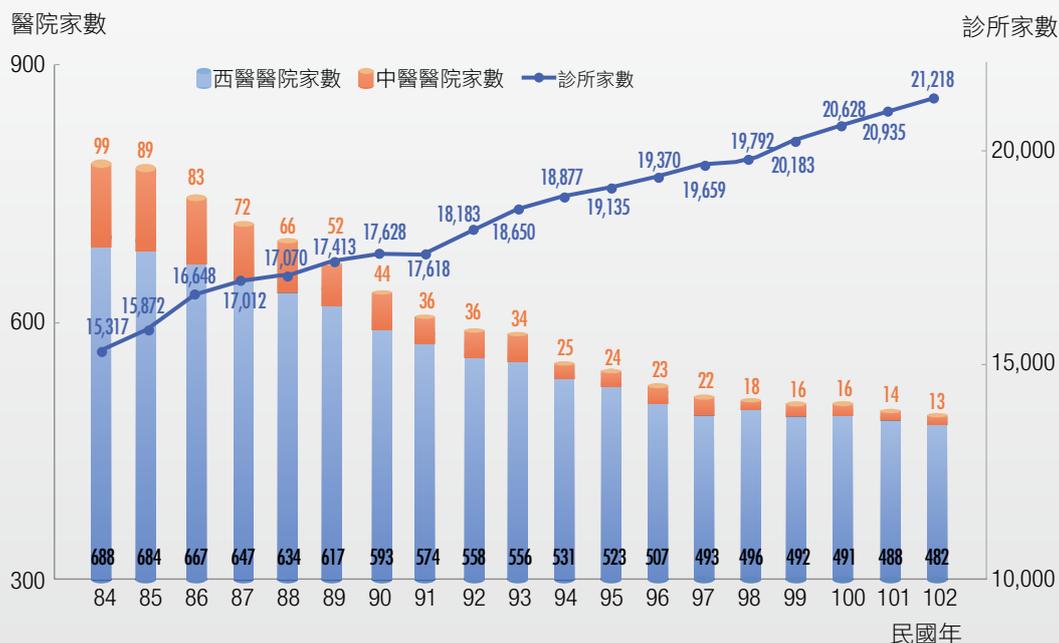
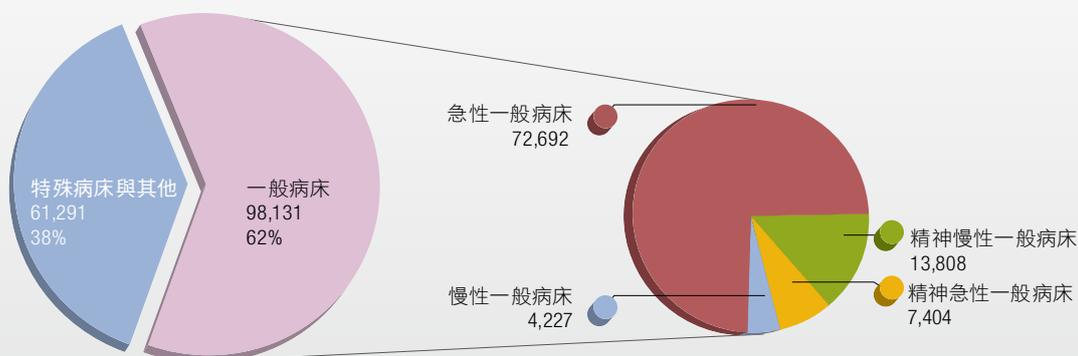


圖 4-3 醫療院所病床現況



備註：括加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、手術恢復床、急診觀察床、性侵害犯罪加害人強制治療病床

三、醫療區域輔導與資源整合：

為提升醫療品質，依據行政院 102 年 2 月 21 日核定之「開創全民均等健康照護計畫」，推動辦理「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」。目的在於鼓勵醫療機構及民間團體，配合衛福部健康照護政策之推動，自主性發展

各醫療區域之特色、激發地方創新及整合政府部門相關資源。102 年於全國 6 大醫療區域，指定 6 項輔導主題及試辦區域，由地方衛生局輔導轄區醫療機構提升服務品質，並研擬衛生局執行醫療機構品質輔導工作（輔導評估作業程序及成效評估方式）。

第二節 社區健康照護體系

推動整合性社區健康照護網絡，由衛生局盤整轄區資源，將醫療照護資源朝區域化及類別化做資源整合，結合區域內之各類組織，如診所、社區醫院、醫事機構（如社區藥局、醫事檢驗所、護理機構、精神復健機構等）、社會福利機構、教育機構、社區團體等，以疾病預防、慢性疾病照護、資訊整合及健康資料管理為主，擴大基層醫療機構參與公共衛生事務，強化其個案管理能力，以提升基層醫療照護品質，落實在地醫療與全人照護，102 年底計有 4 縣市 210 家基層醫療機構加入網絡運作。

第三節 緊急醫療

為提升全國緊急醫療救護及救護品質，確保病患之生命及健康，強化建置全國緊急醫療救護網，積極推展緊急醫療整合性應變機制。

- 一、強化 6 大區域緊急醫療應變中心（REOC）能力，即時監控與掌握區域內有關緊急醫療事件、資源狀況與協助跨縣市重大災害之應變，強化轄內救護人員應變能力。
- 二、依據《緊急醫療救護法》第 38 條辦理急救責任醫院緊急醫療能力之分級評定，指定重度級醫院為最後一線轉診後送醫院，不得再將緊急之傷病患轉出，以落實轉診制度及確保病人權益，提昇急重症照護品質。至 102 年度評定結果，計有 31 家醫院通過重度級醫院評定、84 家醫院通過中度級醫院評定。
- 三、辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫」，強化資源缺乏地區全時或特殊時段（夜間與假日、觀光旅遊旺季）之緊急醫療服務，提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求，包括設立「觀光地區急診醫療站」、設立「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3 種模式，102 年度共獎勵 23 處。
- 四、獎勵金門縣、連江縣、澎湖縣、新竹縣、苗

栗縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣共 17 家醫院成立 24 個特殊急重症照護中心，其中並有 21 個中心通過本部之認證，提供外傷、心導管、腦中風、周產期、急診、兒童等急重症醫療服務。

- 五、97 年起，開始推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）」急救教育訓練，鼓勵民眾學習 CPR+AED 急救教育訓練，願意施救。102 年 1 月 16 日公布施行，《緊急醫療救護法》第 14 條之 1、14 條之 2 增修條文，規範公共場所應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。同年 5 月 23 日公告「應置有 AED 之公共場所」、7 月 11 日發布《公共場所必要緊急救護設備管理辦法》、7 月 22 日函頒「AED 安心場所之認證作業原則」，並建置 AED 急救資訊網（tw-aed.mohw.gov.tw）及提供民眾查詢 AED 設置場所、教育訓練教材，為提供機關購置 AED 之可近性，完成 AED 共同供應契約。自 98 年起推動辦理 CPR+AED 急救教育訓練，截至 102 年底，約完成 2 萬 2 千人次訓練，其中有 138 處設置 AED 並通過認證。
- 六、102 年辦理提升（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫，共獎勵 16 個縣市，計 23 家醫院，提供婦產科及兒科 24 小時醫療服務。
- 七、為強化衛生局對所轄救護車無預警抽查，將檢查救護車裝備、清潔消毒、救護記錄表、救護技術員資格，列入地方考評之醫政項目管考，以加強救護車服務品質與管理。

第四節 中期照護服務

中期照護服務是介於急性醫療與長期照護之間的健康照護服務，藉由串聯急性醫療、護理之家、日間照護、居家照護等跨專業團隊，建構無縫式的健康照護服務鏈。凡經由團隊評估符合條件者，並經病人或家屬同意後，便執行為期 3-6 週的中期照護服務。在照護過程中，同時提供返家衛教指導及居家照護安排，照護服務結束後，由個案管理師定期追蹤。

目前 22 縣市均設置有中期照護服務，截至 102 年 12 月底共計有 18 家部立醫院提供本照護服務，合計設置 185 床 (含護理之家型和醫院病房型)，102 年個案收案數 677 人，出院返家人數 202 人，成功返家率為 30%，執行初步成效顯示接受照護民眾不論身體功能、認知功能、營養指數、滿意度皆有明顯進步。

103 年起將試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」，優先選擇共病及跨科較多、人數多之腦中風試辦，在復健治療黃金期內，訂定個別治療計畫，透過整合式照護，建構垂直整合轉銜系統，期使病人能較快速恢復或改善失能程度，進而減少重複往返住院，減輕對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔。目前共挑選 39 個團隊 129 家醫院參加本計畫，其中區域醫院 51 家 (39%)，地區醫院 78 家 (61%)，醫院遍及全國各縣市，促使其建立急性後期跨專業照護模式，以減少病患失能，協助其順利返家。

第五節 安寧緩和療護

我國在 89 年 6 月 7 日公布施行《安寧緩和醫療條例》，並分別於 91 年 12 月 11 日、100 年 1 月 26 日及 102 年 1 月 9 日進行部分條文修正，使醫師對不可治癒之末期病人，得在尊重其意願之情形下，不施予積極性之治療或急救，僅提供減輕或

免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。

自 95 年度起針對醫療機構及民眾辦理安寧緩和醫療意願宣導、推動及註記健保 IC 卡計畫，統計自 95 年至 102 年止，計有 21 萬 4,078 位民眾簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇」意願書，並已註記於健保 IC 卡上 (如圖 4-4)。自 95 年每月平均 678 人申請，到 102 年每月平均超過 4,200 人以上申請，可見民眾接受安寧療護之觀念也逐漸擴大。

另於 89 年開始辦理給付安寧住院和居家服務試辦計畫，針對癌症病患施行安寧緩和醫療照護模式，已臻成熟，且該類別之安寧居家療護已自 98 年 9 月 1 日起導入健保支付標準，同時為擴大照護對象，並將 8 類非癌症之重症末期病人予以納入。截至 102 年止，已有 50 家醫院提供安寧住院、70 家提供安寧居家服務，每年可服務 1 萬 7 千多名末期病人。再者，94 年起補助醫院辦理癌症病人「安寧共同照護計畫」，另 100 年 4 月試辦安寧共同照護服務，由安寧照護團隊主動至各科提供末期病人安寧服務，以使病人在不必離開原醫療團隊的情況下，獲得安寧服務。統計至 102 年止，已有 96 家醫院提供安寧共同照護服務，約 2 萬名癌症病人接受本項服務。另利用死亡檔與健保申報資料，分析癌症病人死亡前 1 年安寧療護利用情形，已由 89 年 7.4%，提升至 100 年 47.5%。

圖 4-4 申請安寧緩和醫療意願註記於健保 IC 卡人數



此外，考量人道立場，推動「減少重症末期病患無效醫療及呼吸治療管控計畫」，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）必要衛教項目，針對呼吸器使用 21 日以上病患，要求強制登錄健保系統以全面納管跨院住院日數，並依住院天數支付不同支付標準，即天數越長給付越低，並透過專業審查及實地審查加強管控制護品質。

為強化社區居家安寧療護，自 103 年 1 月 1 日起，新增納入健保支付，針對過去大多由大醫院提供之安寧居家照護，轉而鼓勵基層及社區醫院提供社區居家安寧療護服務，初步鼓勵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參加。

第六節 口腔健康照護

一、 規劃牙醫師畢業後一般醫學訓練

為建立系統性之牙醫師畢業後臨床醫學訓練制度，銜接學校教育與臨床服務，加強一般牙科全人治療之能力，以提升口腔醫療照護品質，針對領證後之牙醫師規劃必要之訓練，以確保病人安全。持續辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫。102 年共核定 291 家訓練機構，包含 78 家醫院及 213 家診所辦理本項計畫，總計有 673 位牙醫師接受訓練。

二、 牙科專科醫師訓練

為改善牙醫專科醫師訓練環境，提升住院醫師訓練品質，落實專科醫師訓練容額管制，均衡各專科人力，依據《醫師法》、《專科醫師分科及甄審辦法》規定，持續委託口腔顎面外科等 3 個專科醫學會辦理牙醫專科醫師訓練醫院認定工作計畫。102 年度核定口腔顎面外科 (28 家)、口腔病理科 (9 家)、齒顎矯正科 (30 家) 訓練機構；截至 102 年底牙醫專科醫師甄審合格口腔顎面外科計有 352 名，口腔病理科計有

74 名，齒顎矯正科計有 539 名。

三、 加強身心障礙牙科醫療服務

- (一) 持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」，102 年度共補助 25 家醫院辦理「特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫」；其中於臺北、新北、臺中、高雄及花蓮等地區分別設置臺大醫院、雙和醫院、中山醫學大學附設醫院、高雄醫學大學附設醫院及門諾醫院等 5 間特殊需求者牙科醫療服務示範中心，除開設特殊需求者牙科特別門診服務、接受牙科醫療轉診、並辦理牙醫師及照護人員培訓；此外，另獎勵各縣市 (共計 20 家醫院) 為特殊需求者牙科醫療服務獎勵醫院，以落實該地區特殊需求者之醫療照護政策；102 年總計服務 4 萬 9,224 人次。
- (二) 目前全國各縣市已依《身心障礙者特別門診管理辦法》規定，指定 89 家醫院提供身心障礙者牙科醫療及早期療育之特別門診服務。

四、 醫療資源不足地區牙科醫療服務

藉由「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵牙醫師至醫療資源不足及山地離島地區，執行巡迴醫療服務。102 年 65 個偏鄉計有 50 家牙醫診所或衛生所，52 位牙醫師提供服務。

五、 補助中低收入老人等身分者裝置假牙

依據行政院 97 年 12 月 31 日核定「中低收入老人補助裝置假牙實施計畫」，並於 98 年 1 月 1 日起實施，補助低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有中低收入身心障礙者生活補助費、經各級政府全額補助收容安置，以及經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50% 以上之老人裝置假牙，統計自 98 年至 101 年底止，共有 2 萬 4,695 人受益。102 年計 6,000 人受益。另自 102 年度起增加補助假牙維修費，以增進中低收入老人咀嚼能力。

第二章 心理健康與精神醫療

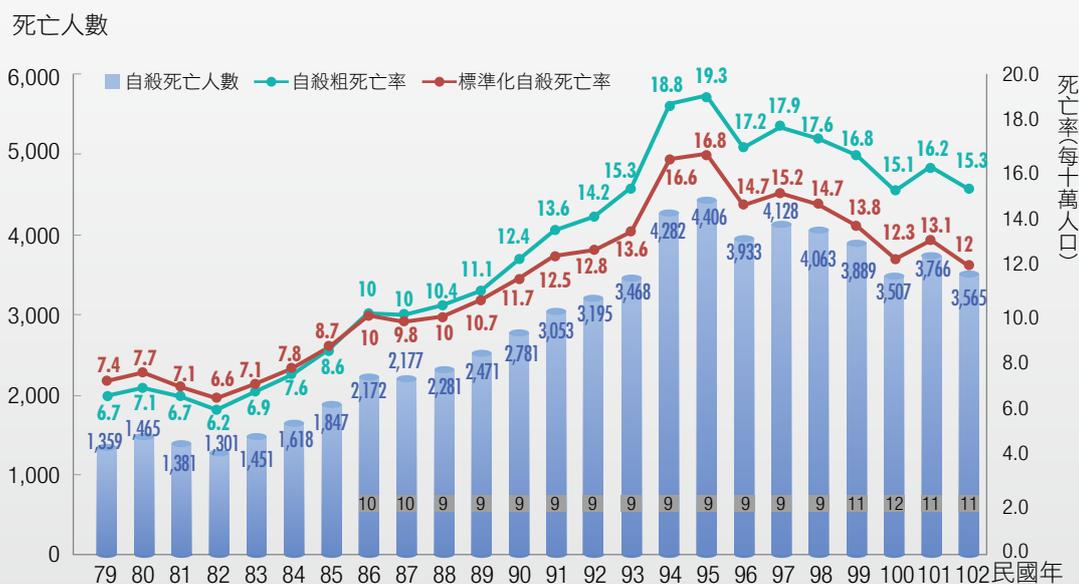
因應社會轉型，社會支持系統薄弱，民眾心理健康需求日益增加，102年7月23日衛生福利部成立時，特別設置心理及口腔健康司，積極推動心理健康促進服務，以強化國民心理健康。

第一節 心理健康促進與自殺防治

- 一、為擴大民間資源共同參與，促進心理健康概念的發展、整合、實務和行動，補助推動心理健康促進與自殺防治工作計畫。服務之對象涵蓋包括：兒童青少年、一般民眾、老年人、自殺高危險群、原住民、單親父母、督導人員及志工等，活動場域包括：社區、學校及家庭等。
- 二、為倡導個人心理健康概念及促進心理健康行動，運用報紙文字訊息稿、廣播、網路（消息稿、部落格推文、網站 Banner 連結…）、影音等多元方式，宣導心理健康議題。其中請知名部落客拍攝網路成癮指數影片，自101年10月19日至102年12月31日止，於youtube網站點閱數已達40萬5,714人次。

- 三、為推廣自殺防治，補助各縣市衛生局聘任自殺關懷訪視員，102年補助131人，並建立「自殺防治通報關懷系統」，強化縣市社區心理衛生中心功能，透過關懷訪視策略減少再自殺率與自殺死亡率。102年通報量計有2萬8,091人次，訪視計18萬3,345人次。
- 四、成立「全國自殺防治中心」，評估自殺防治策略與成效；另為提升防治網絡人員對自殺高危險群的辨識與轉介能力，102年辦理守門人教育訓練共計61場次，約5,360人次參加訓練。
- 五、設置「安心專線」0800-788995，提供民眾24小時免付費心理諮詢服務；102年共計服務7萬3,750人次，即時阻止正在自殺個案591位。
- 六、自殺至86年起連續13年位居於國人十大死因之列，經中央、地方政府及民間機構團體之共同努力，臺灣每10萬人口之自殺粗死亡率已自95年每十萬人19.3人之高峰，降至99年每十萬人16.8人，102年為每十萬人15.3人。自99年起已連續4年退出十大死因（如圖4-5）

圖 4-5 歷年自殺死亡數及死亡率



第二節 精神醫療服務

- 一、為健全精神病人之醫療照護服務，持續推動精神醫療網區域輔導計畫，指定 6 個核心醫院辦理：(一)擔任精神醫療網功能性單位，持續推動區域性心理健康促進及精神醫療服務，強化網絡聯繫與資源整合；(二)與衛生局合作，輔導區域內精神照護機構提升服務品質；(三)發展心理健康及精神醫療專業服務；(四)辦理區域內醫事人員教育訓練工作。
- 二、102 年全國有精神醫療機構 415 家，開放床數合計 21,255 床(急性精神病床 7,400 床，慢性精神病床 13,855 床)，已達每萬人口 9.09 床。日間型精神復健機構 72 家(3,502 床)；住宿型精神復健機構 117 家(4,860 床)；精神科日間留院 6,494 人；護理之家 32 家(3,005 床)。
- 三、為有效掌握社區精神病人動態，補助各縣市政府 96 名關懷訪視員，辦理社區精神病人關懷訪視業務，102 年追蹤關懷精神病人計 13 萬 4,317 人。
- 四、為辦理精神疾病嚴重病人強制治療，委託精神醫學會辦理強制住院及強制社區治療，

102 年受理強制住院申請案件為 835 件、強制社區治療申請案件 63 件。

- 五、為強化精神照護機構管理，確保其服務品質，已建置各類精神照護機構評鑑制度與不定期追蹤輔導機制。自 74 年度開始辦理精神醫療機構評鑑工作，102 年度完成 32 家機構(含精神教學醫院)評鑑。93 年開始辦理精神復健機構評鑑，102 年度完成 57 家機構評鑑及 40 家機構不定時追蹤輔導。100 年開始辦理精神護理機構評鑑，102 年度完成 5 家機構評鑑。

第三節 成癮防治

- 一、因應藥癮者共用針具施打毒品，衍生愛滋疫情蔓延，於 95 年開始推動「藥癮者替代治療補助計畫」，截至 102 年止，全國計有 122 家醫療機構提供替代治療服務，累積治療人數達 4 萬 42 人，如圖 4-6；累計服藥人次計 2,041 萬 1,651 人日，共用針具感染愛滋人數，則由 94 年的 2,420 例，降至 102 年的 39 例。
- 二、指定藥癮戒治機構共計 153 家，以提供社區中自願戒癮個案門診、急診、住院與出院後之追蹤等服務，預防再次復發。另，自 98 年



起每年辦理「補助民間擴大團體參與藥癮戒治計畫」，鼓勵民間機構團體發展戒治模式及社會復健方案，102年補助11家機構辦理。

三、推動酒癮戒治處遇服務方案，提供家庭暴力加害人、高風險家庭成員中酒癮個案及社區內自願求助之酒癮個案，住院、門診及心理輔導及認知教育輔導所需之醫療費用補助，減少因飲酒造成之暴力傷害。102年提供酒癮戒治處遇人數共計1,026人。

四、為改善毒癮者之家庭關係及家庭功能，積極運用公益彩券回饋金，補助地方政府及民間團體專案社工人力辦理家庭支持服務方案。102年計補助12個縣市政府辦理，提供關懷訪視服務、家庭互助及成長團體親子活動、法律、就業、社會福利相關諮詢，及宣導座談，總受益人數達4萬1,169人次。

102年執行情形如下述：

一、第一階段－推動長照十年計畫（97-106年）：作為建置基礎服務模式及發展長照服務量能。

(一) 賡續推動長期照顧十年計畫：發展社區在地老化服務網絡

1. 提升服務使用率：輔導各縣市建立長期照顧管理制度，至102年設置22個照顧管理中心，並下設42個分站，配置331名照顧管理專業人力；提供服務老年失能人口比率，已由97年2.3%，提高到102年底的31.8%，增加約13.8倍。

2. 加速資源布建：

(1) 積極規劃布建服務資源，增進及均衡機構式照顧服務之質與量，針對老人福利機構較為缺乏地區優先補助民間設置，針對資源不虞匱乏之縣市，則以提升機構服務品質為目標進行各項輔導改善。

(2) 整體服務資源成長84%，尤以日間照顧服務成長最為顯著，由97年底31所到102年已增設至120所，成長近4倍，如表4-1。

(3) 截至102年12月機構收住式照護之床數共計10萬3,549床，包括一般護理之家3萬6,845床(佔床率82.9%)、長期照顧及安養機構5萬7,675床(佔床率74.4%)、榮民之家9,029床。

第三章 長期照護服務體系

第一節 建構普及之長期照護服務

隨著人口之高齡化、疾病型態的改變及失能者人數大幅增加，致使國人對長期照護的需求遽增，為建置我國完善長照制度，規劃分三階段辦理，

表 4-1 長照居家與社區式提供服務單位家數

項目	97 年度	98 年度	99 年度	100 年度	101 年度	102 年
居家服務	124	127	133	144	149	160
日間照顧(含失智症日照)	31	39	66	78	90	120
家庭托顧	4	16	23	16	17	20
老人營養餐飲	166	204	201	159	169	190
交通接送	31	42	43	39	43	42
居家護理	487	495	489	451	498	478
社區及居家復健	62	88	113	112	111	191
喘息服務	102	114	311	474	527	651
合計	1,007	1,125	1,379	1,473	1,604	1,852

備註：1. 老人營養餐飲及交通接送項目因有縣市政府調整規劃辦理方式，故100年度有減少之情況，惟不影響整體服務提供量能。

2. 居家護理係依本部醫事管理系統資料，每半年統計一次。

(二) 提升經濟弱勢者獲得長期照顧服務之可近性：分析五年全國長期照顧個案社經狀況，中低收入戶個案占 12% (全國總人口中低收入戶占 4%)；低收入戶個案占 14% (全國低收入戶占 1%)，顯示經濟弱勢族群獲得之協助遠較一般民眾為高。

二、第二階段－推動長照服務網計畫 (102-105 年)：健全長照服務體系，作為建置長照服務體系與網絡之基礎，發展普及、均衡分佈且量能充足之服務資源。

為促進長期照護資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，讓長照服務深入各地社區 (含偏遠地區)，滿足家庭長照需求，並做為長期照護保險實施之基礎，已完成長照服務網計畫並經行政院 102 年 11 月 26 日經行政院核定。依服務資源需求，全國劃分為大 (22)、中 (63)、小 (368) 區域，研訂獎助資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主，目標包括：

(一) 102 年 63 次區均有失能失智社區服務：為發展「多元化社區長照服務網絡」，102 年已設置 120 所日間照顧，又為提供失智症患者及家屬最具效益與符合人性尊嚴的照護模式，於 102 年 9 月已公告辦理獎助「建置失智症社區服務計畫」，預計 103 年 5 月完成設置 20 個失智社區服務據點，並辦理實地輔導作業以瞭解各服務據點之實務運作。

(二) 針對長照資源不足區建置偏遠地區發展服務據點，102 年已建置 50 個據點，預計 103 年再完成 39 個據點布建，透過服務據點培訓在地專業人力，並結合在地資源，如衛生所、社區關懷據點等，建構偏遠地區長照服務網絡。

三、發展第三階段－推動長照服務法立法，以健全長期照護服務體系之發展。

研訂長期照顧服務法，於 103 年 1 月 8 日由立法院社福衛環委員會完成審議送出該委員會，共通過 48 條，院版保留 7 條，另有委員提案保留交付，待送院會黨團協商。

第二節 長期照護專業人力之培訓

一、為使培訓計畫推動能具一致性、連續性及完整性，完成長期照護醫事人力及照管中心照顧管理人員培訓規劃。

二、長期照護專業人力培訓成果，如表 4-2。

(一) 99 年至 102 年辦理長期照護專業人力培訓，Level I 共同課程完成培訓人數計 1 萬 745 人次 (含偏遠地區 305 人次)。Level II 專業課程完成訓練人數計 1 萬 944。Level III 整合性課程計 1,174 人次。

(二) 96 年至 102 年照管中心照顧管理人員共培訓 699 人。

(三) 辦理偏遠地區 (含山地離島) 在地化長照人員訓練，共辦理教育訓練 2,394 人次。

表 4-2 96-102 年度辦理在地人員長照教育訓練成果一覽表 (人次)

課程類別 / 年度		96	97	98	99	100	101	102	合計
專業人力	Level I 共同課程	-	-	-	1,926	2,624	3,712	2,483	10,745
	Level II 專業課程	-	-	-	1,627	3,490	3,642	2,185	10,944
	Level III 整合性課程	-	-	-	-	-	-	1,174	1,174
照管中心照顧管理人員		176	136	111	63	67	27	119	699

(四) 未來將持續推展培訓計畫，充實長照服務人力，發展認證制度，投入長照專業領域人力應接受長照專業課程訓練，並可同時認證醫事人員繼續教育積分，短期以頒發結訓證書做為認證證明；並以評鑑要求任用已受訓人員，納入長期照護法規規範。規劃 105 年完成長照人力培訓補足人力缺口，完成照顧服務員補足 3 萬 8,700 人、社工人員培訓 3,200 人、護理人員培訓 8,000 人、物理治療及職能治療人員培訓 3,500 人。

三、充實照顧服務人力與留任

- (一) 為有效提升照顧服務員留任與發展之誘因，透過明定照服員時薪不得低於 150 元，補助偏遠地區交通費，提供輔助照顧工作之簡易配備，並提高補助居家服務提供單位應負擔照服員勞、健保費及勞退準備金比例等措施，服務人力已有明顯成長，以居家服務為例，102 年底任職人數計 7,504 人，已較開辦長期照顧十年計畫時，成長 82.53%。
- (二) 為增進並提升老人福利機構之照顧服務品質並兼顧服務效能，102 年完成辦理老人福利機構院長(主任)及社會工作人員在職訓練課程；另結合民間資源辦理失智症老人照顧專區專業人員訓練研習及老人福利機構各類專業人員在職訓練課程。

第三節 整合長照機構管理提升品質

為提昇護理之家及老人福利機構照護服務品質，依《護理人員法》及《老人福利法》規定，定期對本部的長照服務機構包括一般護理之家及老人福利機構辦理評鑑；另為整合長照機構評鑑標準，於 100 年邀請內政部、退輔會共同完成長照機構評鑑指標整合作業。

至 102 年止一般護理之家共進行 430 家評鑑(其中 102 年評鑑 155 家)，評鑑結果為優等 61 家(占 14.19%)、甲等 169 家(占 39.30%)、乙等 158 家(占 36.74%)、不合格計 42 家(占

9.77%)；另全國 1,035 家老人福利機構之監督與輔導，依據《老人福利機構評鑑及獎勵辦法》規定，每 3 年至少舉辦 1 次評鑑，102 年共計進行 127 家評鑑，評鑑結果為優等 17 家(13.4%)、甲等 63 家(占 49.6%)、乙等 40 家(占 31.5%)及丙等以下 7 家(占 5.5%)。各直轄市、縣市政府 102 年度辦理私立小型老人福利機構評鑑計 418 家。

為提升長照機構管理品質，已請衛生局針對一般護理之家之一級必要項目及二級加強項目之評鑑結果列為督考重點，評鑑不合格機構，均請各衛生局專案列管加強輔導。機構評鑑不合格原因如涉違反護理人員法及相關法規者，地方主管機關依相關法規裁處。另對老人福利機構評鑑丙等以下機構，已函請機構所在地地方政府依《老人福利法》第 48 條規定處以罰鍰，並限期令其改善，將於 103 年辦理實地複評，以加強輔導與改善。

第四節 推展遠距健康照護

為達民眾健康樂活與在地老化之目標，積極建置全方位老人照護與服務體制，推動遠距健康照護計畫，藉資通訊科技與電子化醫療器材的應用，建立在地化照護服務模式，提供多元化的健康照護服務，讓民眾於熟悉社區或居家即可獲得健康醫療照護，並可提供自我健康監測管理與促進，以達到預防疾病、降低醫療成本及在地老化之目的。

自 96 年開始推動遠距照護服務計畫，已建置因地制宜的遠距健康照護服務，包括居家/社區、及機構式遠距健康照護模式，建立遠距健康照護資訊平台。此外為使一般民眾能有健康管理服務，自 100 年起設置並推動南北兩個遠距健康照護中心，提供以 24 小時全天候客服中心與即時的諮詢回應及處理運作等，102 年推動成效如下：

- 一、完成遠距照護個人資料安全維護指引(草案)，預定 103 年 12 月底完成公告。

- 二、論人計酬導入遠距健康照護服務試辦：與臺大醫院金山分院合作於金山區設立 8 個社區生理量測服務據點試辦，共收案 200 人，量測次數 7,096 次。
- 三、參與 5 場展覽活動(銀髮展/生技月生技展等)，鼓勵民眾下載遠距照護一點通公版 App 體驗，共 949 位民眾下載並註冊完成。
- 四、公版 App 已進行功能更新，並完成 Android (Google Play) 與 ios(Apple Store) 上架程序，並完成軟體授權與管理機制之規劃。
- 五、完成規劃遠距生理資訊傳輸設備認證機制，包括標準作業流程，以及相關認證文件範本之規劃。

第四章 醫事人力

醫療服務需有足夠的醫事人力且具備良好的臨床素質，以提升醫療服務品質。衛福部持續辦理醫事人力規劃及醫事人員培訓等相關計畫，健全醫療體系之正常運作，達成促進醫療品質提升及確保病人安全之目標。

第一節 醫事人力現況

- 一、依據專門職業人員專業證照制度之醫事人員類別區分，訂定《醫師法》、《藥師法》、《助產人員法》、《營養師法》、《護理人員法》、《物理治療師法》、《職能治療師法》、《醫事檢驗師法》、《醫事放射師法》、《心理師法》、《呼吸治療師法》、《聽力師法》、《語言治療師法》及《牙體技術師法》等 14 種醫事人員管理法規。「驗光人員法(草案)」於立法院審查中。
- 二、至 102 年 12 月底各類醫事人員執業及每萬人口執業人數，如附錄 1 之表 4-3。

第二節 醫事人力培訓

為提升醫事人員素質，每年對各類醫事人力進行培育計畫、養成計畫及在職訓練，其成效如下：

- 一、各類醫事人力之培育，係採取管制措施，西醫師之培育，以每年培育 1,300 名醫學生為原則；其他類別醫事人力則屬於特殊管制項目，設立時需提報申請計畫，由教育部專案審核加以管控。未來有關醫師人力之規劃，將以均衡醫師人力資源分配為目標，並建立定期評估機制。
- 二、培育公費醫師制度實施 30 餘年以來，不論公立醫院、山地離島、偏遠地區醫師人力不足問題，都已逐步改善，已達成階段性任務及政策目的，因此自 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至 98 年完全停止招收；而地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年 6-9 名，增為 27 名。
- 三、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，提升住院醫師訓練品質，積極推動「畢業後一般醫學訓練計畫」。100 年 7 月起，實施一年期畢業後一般醫學訓練計畫，102 年計核定 127 家醫院（40 家主要訓練醫院、87 家合作醫院）辦理一年期 PGY 訓練計畫，共計 1,386 名學員接受訓練。
- 四、為提升護理人員專業素養以及照護品質，自 95 年起推動專科護理師制度，分為內科及外科，101 年內科分為一般內科組、兒科組及精神科等三組，102 年外科新增婦產科組。至 102 年專科護理師甄審及格人數計 4,464 人（內科 2,318 人，外科 2,146 人）。
- 五、我國中醫師養成教育，自 92 年起，分為 7 年制、8 年制中醫系及 5 年制學士後中醫系兩種制度。為促進中醫正規教育正常發展，提高正規教育養成比率，我國中醫師檢定考試制度已於 97 年落日，中醫師特種考試制度亦已於 100 年落日。

六、為建立中醫師臨床訓練制度，落實中醫醫療機構負責醫師督導功能，自 98 年開始辦理「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，至 102 年底，共輔導 31 家訓練醫院接受 247 位新進中醫師訓練；另舉辦指導醫師、指導藥師培訓營，共培訓指導醫師 592 人、指導藥師 159 人。103 年正式實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，未來欲擔任負責醫師者，必須在衛福部指定醫院接受 2 年訓練，始得擔任。

七、為維護中醫醫事人員執業素質，推動「提升中醫醫事人員執業素質計畫」。102 年，在中醫師教育訓練方面，舉辦中醫專科學術研討會及中西醫學整合研討會 9 場；另辦理中醫基本護理訓練課程，總計 1,874 位護理人員完成訓練。

八、96 年開始辦理「教學醫院教學費用補助計畫」，針對教學醫院收訓領證 2 年內之醫事人員制定核心訓練課程，102 年計有 133 家醫院，共核定 2,187 個訓練計畫，受訓人員每月平均約 1 萬 5,058 人，領證 2 年內之新進醫事人員受訓覆蓋率約 81.12%，讓新進醫事人員能接受完善的臨床教學訓練，有效提升醫療服務人員之素質。

九、完成 14 類醫事人員繼續教育制度訂定，要求醫事人員每 6 年均須接受一定時數繼續教育，始得辦理執業執照更新，以確保其執業技能得與時俱進。

十、為落實對醫學生臨床能力的評估及臨床醫學教育的改善，突破過去僅以筆試為醫師考照方式，自 99 年起輔導教學醫院建置臨床技能評估模式之軟硬體設施，並修訂《醫師法施行細則》，完成認定 22 家教學醫院辦理測驗。自 102 年起，1,300 名醫學畢業生應通過醫病溝通、身體檢查及其他醫療技術之臨床技能測驗 (OSCE)，才能參加第二階段醫師考試。

第三節 護理改革

一、為改善護理工作環境，於 101 年 5 月 10 日公布「護理改革近中程計畫」，提出 6 大目標及 10 大策略，並積極執行，102 年辦理情形如下：

(一) 降低護理人員工作負荷

1. 修正《醫療機構設置標準》，提高醫療機構護理人力設置標準。
2. 精簡 71% 醫院實地評鑑及訪查項目。
3. 護理人員繼續教育積分數認證於 102 年 1 月 25 日放寬，修正專業倫理及繼續教育課程之積分數，合計至少應達 15 點，超過 30 點以 30 點計；102 年 7 月 1 日與 14 類《醫事人員繼續教育辦法》整併為「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」。另公告修正《護理人員執業登記及繼續教育辦法》，加倍護理網路及通訊繼續教育積分數，減輕實體課程負荷。
4. 公告簡化護理文書作業，減輕文書負荷。
5. 公告醫院評鑑三班護病比試評條文，除對白班護病比作更嚴格之要求外，也新增大、小夜班的護病比，並於 104 年正式納入評鑑。
6. 完成修訂「醫院照顧服務員管理要點」，增列照顧服務員業務範圍及工作內容。

(二) 提高護理薪資及待遇

1. 健保提撥 25 億元，專款用於新增護理人力、提高夜班費或薪資福利。依健保署資料顯示，102 年醫院以增聘護理人力最多 (34%)，其次提高大小夜班費 (22.7%)、加發獎勵金 (18.1%)、提高護理人員薪資 (14.92%)、超時加班費 (10.2%)。
2. 調查公立醫院 (含國軍醫院)，其中 77% 醫院調高夜班費。

(三) 改善護理職場環境，留任護理人員

1. 規劃優質護理職場醫院認證，透過試評「發展優質護理職場醫院指標評分基準」，作為未來進行優質護理職場醫院認證之參考。

2. 為保障工作者權益，103年1月1日起護理人員不再適用《勞動基準法》第84條之1規定(廢除責任制)，配合勞動部確實執行醫院勞動檢查並納入醫院評鑑。

二、截至102年底護理執業登錄人數達14萬4,855人，較改革前增逾8,440人。

第四節 專科醫師制度

一、我國於75年公布增訂之《醫師法》第7條之1規定：「醫師經完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格者，得請領專科醫師證書」。同法第7條之2(第2項)規定：「非領有專科醫師證書者，不得使用專科醫師名稱」。自此，專科醫師成為法定制度。

二、依據99年6月9日修正發布之《專科醫師分科及甄審辦法》第3條規定，醫師類之專科分科計有家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科、骨科、神經外科、泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、神經科、精神科、復健科、麻醉科、放射診斷科、放射腫瘤科、解剖病理科、臨床病理科、核子醫學科、急診醫學科、職業醫學科、整形外科等23類；第4條規定牙醫師類之專科分科為口腔顎面外科、口腔病理科及齒顎矯正科等3類。至102年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有4萬6,725人次。

三、為了均衡各科專科醫師之人力分布、強化專科醫師訓練環境，並提昇專科醫師訓練品質，自90年起，全面實施專科醫師訓練容額管制計畫，核定每年1,948名訓練容額，並有20%彈性上限(合計共2,339名)，委由各專科醫學會辦理該專科醫師訓練醫院認定，且管控各訓練醫院招訓人數，惟前揭核定容額與住院醫師人數(1,300名)差距過大，恐影響專科醫師人力分布，爰102年度重新檢討由1,948名調降為1,670名，103

年度並再將容額由1,670名下修至1,550名。

四、近年由於醫療糾紛風險較高、健保給付誘因不足、出生率下降及注重生活品質等種種因素，導致國內內、外、婦、兒、急診科醫師成長趨緩，爰本部業遂擬定「提高五大科執業意願」、「降低醫療糾紛風險」、「充實偏遠醫療服務」、「解決急診壅塞及安全」4大面向12項策略，重振五大科人力。

第五章 健康照護品質

提供高品質、全方位及安全的醫療服務，建立病人安全就醫環境、提升醫事人力素質、加強醫院管理、有效且持續性進行醫院外部品質監測系統、建立全國血液品質管制及維持公平、公正、透明的器官分配機制等，為首要工作。

第一節 醫療服務品質

為加強醫療服務品質，建置以病人為中心之安全就醫環境，推行醫院評鑑制度，頒布醫療品質及病人安全工作年度目標，建置病人安全事件通報機制，102年成效如下：

一、病人安全與醫療品質

(一) 訂定並推動醫療品質及病人安全年度目標及參考做法

1. 訂定醫院版「101-102年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：提升用藥安全、落實感染控制、提升手術安全、預防病人跌倒及降低傷害程度、落實病人安全異常事件管理、提升醫療照護人員間的有效溝通、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全、強化醫院火災預防與應變及加強住院病人自殺防治等10項。
2. 訂定診所版「101-102年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：用藥安全、跌倒預防及提升手術安全等3項。

3. 另按前述目標與執行策略，辦理定期及不定期考核作業。
 4. 建置「臺灣病人安全通報系統」，逐步營造病人安全文化，建置一個不以懲罰為手段之學習環境，以避免錯誤重複發生。102年共有5,694家醫療衛生相關機構參與此系統，通報件數達6萬3,699件。另不定期發布該系統通訊及病人安全事件建議措施，即時提供醫療院所參考。
- (二) 建置病人安全網站，提供病人安全新知與交流平臺，收集國內外病人安全相關之訊息，以供國內醫療院所及醫事人員交流學習，鼓勵進行病人安全相關研究發展。
- (三) 於《醫院評鑑基準》訂定安全的醫院環境之相關規定，包括安全的環境與設備、病人導

向之服務與管理、醫療照護品質管理、用藥安全、麻醉及手術、感染控制等，營造安全之就醫環境。

二、醫院評鑑制度

以「病人為中心」及「重視病人安全」為核心理念進行醫院評鑑及教學醫院評鑑改革。

- (一) 持續辦理及精進醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，截至102年接受並通過醫院及教學醫院評鑑者，計有醫院419家、教學醫院121家、精神科醫院45家、精神科教學醫院10家；評鑑結果詳列如下表4-3、4-4、4-5、4-6，另研擬「醫院評鑑牙科照護基準（草案）」、「醫院評鑑安寧療護基準（草案）」與「醫院評鑑中醫照護基準（草案）」，並辦理試評作業。

表 4-3 醫院評鑑結果

評鑑結果	醫院評鑑優等			醫院評鑑合格		新制醫院評鑑特優	新制醫院評鑑優等
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	區域醫院	地區醫院		
家數	19	58	35	2	267	11	27

表 4-4 教學醫院評鑑結果

評鑑結果	醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格（醫學中心）	醫師及醫事人員類教學醫院評鑑合格	醫事人員類（非醫師）教學醫院評鑑合格	新制教學醫院評鑑優等
家數	19	92	6	4

表 4-5 精神科醫院評鑑結果

評鑑結果	精神科醫院評鑑		新制精神科醫院評鑑	
	合格	優等	合格	優等
家數	21	2	12	10

表 4-6 精神科教學醫院評鑑結果

評鑑結果	新制精神科教學醫院評鑑合格	醫師及醫事人員類精神科教學醫院評鑑合格
家數	4	6

- (二) 為建立以病人為中心之中醫優質醫療照護體制，提供民眾就醫安全環境，辦理中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑；100 年度已公告 40 家合格醫院名單，由於該合格效期將於 103 年 12 月 31 日截止，業已於 102 年召開 4 次中醫醫院作業規章研修小組會議，完成研修評鑑作業規章及評鑑基準，預計於 103 年 8 月底前完成實地評鑑。
- (三) 整併醫院評鑑、醫療衛生業務訪查、專科醫師訓練機構認定之行程，截至 102 年底，使原需受評機構 754 家次，減併為 370 家次，降低對於醫療機構作業之干擾。

第二節 提升血液供輸及醫事放射服務品質

我國自 63 年起推動自願無償捐血，80 年首度達到 5.18% 之國際公認無償供血之國民捐血率，迄今一直維持大於 5% 以上國民捐血率及 100% 無償捐血供應醫療用血，使我國邁入血液事業先進國家之列。為保障國人用血品質與安全，90 年經行政院核備「國血國用衛生政策」，以自給自足為目標，提供國人安全無虞的血液製劑，確保國人健康。95 年 1 月正式實施《血液製劑條例》及施行細則，依條例訂定「血液製劑發展方案」，健全國家血液事業、提升醫療用血品質、保障輸血安全、確保血液製劑安全、品質及穩定供應。96 年 1 月起委由財團法人臺灣血液基金會辦理血漿原料收集加工製成血液製劑事宜，目前產出四種國血製劑，包括：人血清白蛋白注射劑、人類免疫球蛋白靜脈注射劑、第八凝血因子注射劑及第九凝血因子注射劑。目前人類免疫球蛋白靜脈注射劑已達到百分之百自給自足目標，持續供應國內醫療院所病患輸用並為國人健康挹注心力。

另為避免患者因輸血後發生溶血反應，對捐血人進行紅血球抗原建檔作業，建立稀有血型資料庫，提供病患特殊血品的需求。

為提升血液供輸作業品質，保障受血人安全，維護血液製劑品質，訂定《捐血機構設置標準及捐血者健康標準》，並依據我國《藥物製造工廠設廠標準》，進行血漿原料製備作業與血液製劑製造廠查核；另外也定期進行捐血機構訪查。為加強血品及血液製劑安全，我國實施捐血血液傳染病原檢測，包括愛滋病、B 型肝炎、C 型肝炎及梅毒，並自 102 年 2 月起，於原有之酵素免疫分析法 (Enzyme Immuno Assay, EIA) 檢測方法之外，由健保支付，全面施行愛滋病及肝炎之血液核酸擴大大試驗 (Nucleic Acid Amplification Testing, NAT) 檢測方法，落實我國血液檢測標準與國際規格一致，維護血品安全之目標。

鑒於基層診所、醫事放射所及衛生所普遍設置有「可發生游離輻射設備」，操作醫師及醫事放射師之專業素養及 X 光機設備使用管理與作業品質良窳，與民眾接受檢查時輻射曝露劑量的多寡及檢查影像訊息品質息息相關。為提升基層醫事機構對於「可發生游離輻射設備使用之管理、輻射線之防護安全及影像訊息之品質，自 98 年起辦理醫事放射機構訪視。依行政院原子能委員會 102 年 6 月資料，已設置有「可發生游離輻射設備」之基層醫事機構共有 7,262 家，統計至 102 年 12 月，已完成實地輔導訪視 597 家。

第三節 提升器官捐贈移植效率與品質

截至 102 年 12 月，國內仍有 8 千餘位器官移植等候者，然平均每年約有 800 人可以幸運受惠。為擴大器官捐贈風氣及來源，於 91 年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」專責辦理器官捐贈推廣與器官分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率躍居亞洲第二，手術後存活率亦不亞於歐美等國家，相關作為如下：

- 一、建置「器官捐贈移植登錄系統」，並自 94 年 4 月起進行屍體捐贈器官線上分配作業，建立公平、公正、透明的分配機制。

- 二、至 102 年 6 月陸續完成「器官捐贈移植登錄系統」、「慢性傳染病追蹤管理 - 愛滋及漢生病子系統」、「庫賈氏血液傳染病民眾列管資料檔」系統介接作業，建立勾稽機制，提升登錄資料之正確性。
- 三、100 年 12 月 21 日修訂《人體器官移植條例》，明定器捐意願應加註健保卡且視同正本，並增訂器官分配法律授權，及捐贈者書面檢驗報告應提供受移植者醫院，確保術前充分了解器官狀況。
- 四、101 年底訂定「器官捐贈移植及分配標準作業流程」，增列多項檢驗結果複核步驟，俾利醫療團隊間正確傳達病患資訊。
- 五、101 年底開始辦理全國性眼角膜保存庫建置計畫，提升我國眼角膜處理、保存技術與移植的品質。
- 六、102 年完成北、中、南、東 4 區器官勸募網絡醫院整併作業，統整器官勸募、分配、摘取及運送之作業程序，提升器官勸募品質及成效。

第四節 推動電子病歷

從法規、標準、安全、推廣等面向擬訂推動策略，截至 102 年底完成工作如下：

- 一、訂定跨院際互通之電子病歷標準，完成 117 項電子病歷單張，建立電子病歷標準維護機制，維持電子病歷標準的完整性及正確性。
- 二、訂定並公告醫療影像及報告、血液檢驗、出院病摘、門診用藥紀錄及門診病歷等 5 類電子病歷交換標準及規範。
- 三、持續推動「102 年度電子病歷互通應用補助計畫」，目前全國醫院已有 297 家通過電子病歷資安檢查，建置電子病歷交換平台總數已達 260 家以上，預定 104 年完成全國所有醫院電子病歷之實施與互通。

- 四、為鼓勵國內醫院配合電子病歷導入及互通，提升民眾調用電子病歷認知，建立電子病歷有感應用 (Meaningful Use) 示範，102 年共完成 6 群 (計有醫院 6 家、診所或衛生所 30 家) 之互通調閱應用模式。
- 五、營運醫事憑證管理中心 (Healthcare Certification Authority, HCA) 提供身分鑑別、時戳及加密功能，以確保資訊安全，統計至 102 年底共計已製發 43 萬 4 千餘張醫事憑證 IC 卡。

第六章 偏鄉醫療照護

第一節 強化離島偏鄉醫療照護在地化

為維護偏鄉離島地區民眾就醫權益，衛福部持續秉持「醫療不中斷」原則，積極強化在地醫療功能，102 年措施包括：

- 一、為改善山地離島地區醫療資源不足與就醫不便之問題，推動「全民健康保險山地離島地區醫療效益提昇計畫」(Integrated Delivery System, 簡稱 IDS)，規劃由有能力、有意願之醫療院所，以較充足的醫療人力送至山地離島地區，提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務。至 102 年，全國公告之離島鄉皆已納入 IDS 計畫，共計有 50 個山地離島地區，共 26 家特約院所承作 30 項計畫，支援當地醫療服務，服務 43 萬餘人。
- 二、興建金門綜合醫療大樓、連江縣立醫院新建醫療大樓，另 102 年衛生福利部澎湖醫院心導管室落成啟用、金門醫院精神科大樓於 102 年 1 月正式啟用，未來將以提升醫療服務成為區域級醫院水準為目標。
- 三、陸續新建或更新偏鄉及離島地區衛生所(室)，包括金門縣烈嶼鄉、臺東縣綠島鄉等衛生所新建工程，屏東縣來義鄉文樂、望

嘉、澎湖縣望安鄉東吉等衛生室，以及嘉蘭衛生室新建工程正持續進行中；辦理臺東縣蘭嶼鄉衛生所修繕工程及連江縣立醫院舊醫療大樓空調設備改善計畫；並提報「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升」計畫，於臺東大武設置「南迴線緊急醫療照護中心」。希望透過硬體設備之更新，提供偏鄉民眾更好的醫療服務品質。

第二節 完善偏鄉醫療資訊網絡及電子病歷

一、 建構偏鄉數位資訊醫療照護網

為使醫療照護能深入偏鄉部落，推動「行動門診」送醫療到部落，以及建置人性化的母語語音掛號系統，提供居民便利醫療服務；截至 102 年底已完成建置新竹縣等 15 縣 55 家衛生所醫療資訊系統及 319 處巡迴醫療點、支援判讀 7,347 件。

二、 48 個偏鄉離島電子病歷互通計畫

為提升偏遠離島地區醫療資訊服務品質，並發展雲端架構，於 102 年完成桃園縣復興鄉等 48 家偏鄉衛生所之電子病歷調閱系統建置。

三、 巡迴醫療

為改善山地偏鄉交通不便之居民就醫問題，採取行動門診醫療的現場通常沒有完整診療設備，但透過雲端調閱病人的病歷與影像資料，已成為醫師看診時的重要支柱，節省居民下山看診拿藥之時間及費用。

第三節 醫學中心支援與陸海空緊急醫療後送

為強化離島醫院之專科醫師人力與照護品質，依據「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由臺北榮總支援金門醫院、高雄長庚醫院及奇美醫院支援澎湖醫院、亞東醫院及萬芳醫院支援連江縣立醫院等方式辦理。

- 一、 為使寶貴的緊急救護資源獲得最有效的運用，91 年建置「空中救護審核機制」，派駐專科醫師，並依據本部「空中轉診審核中心離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，全天候 24 小時提供緊急醫療諮詢、空中轉診必要性評估及協調航空器及海巡署船隻調度；有效建立空中轉診審核制度及提升空中轉診醫療品質成效。
- 二、 採「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」之原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔政策。若有航空器不足之趟次或時間，則協請空勤及國防部支援緊急後送服務，102 年全年後送 240 案 (含民間 63 案、空勤 171 案、國防部 6 案)，其中因離島地區各項醫療在地化措施發揮效果，102 年較 101 年減少 37 人次轉診後送，下降幅度為 13.36%，已有效提升醫療照護品質。
- 三、 至於病情較穩定者，依據「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」規定，補助可自行搭機 (船) 就醫所需交通費 1/2。

第四節 提升醫療資源不足區之醫療照護品質

- 一、 保障醫療資源不足地區醫療費用
為強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，自 101 年 5 月起辦理「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，每年編列 5-8 億元，補助山地離島地區或偏遠地區主要急性醫療照護功能之社區醫院，強化提供 24 小時急診或內科、外科、婦產科、小兒科四大科之門住診醫療服務者。
- 二、 提供健保急診診察費加成及保障
為保障山地離島、偏鄉及其鄰近醫院急診與醫療提供能力，以維護偏鄉民眾就醫之可近性，除保障醫療資源不足地區醫療費用外，公告 102 年「緊急醫療資源不足地區急救責

任醫院」，共計 42 家，其急診診察費予以加成 30-50%，並對急診案件給予以點值保障一點一元之保障，鼓勵醫療資源不足地區之醫院，投入急診醫療業務，並加強該等醫院急診品質。

三、積極推動「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵牙醫師至醫療資源不足地區提供牙醫醫療服務，以均衡牙醫醫療資源。102 年度專款支應 5 億餘元，提供醫療資源不足地區執業地點門診及巡迴醫療服務，以改善城鄉差距。102 年對於牙醫醫療資源不足地區，執業服務計畫共有 37 家牙醫診所於 37 個醫療資源不足鄉鎮執業；巡迴服務計畫共有 18 個醫療團(含 291 家院所)至 126 個醫療資源不足鄉鎮提供巡迴醫療服務。

四、推動「西醫醫療資源不足地區改善方案」，由西醫基層診所及地區級以上醫院至醫療資源不足地區提供醫療保健服務，以確保偏遠地區民眾就醫權益。102 年獎勵開業共有 4 家診所前往 3 個鄉鎮提供開業服務；巡迴服務則有 177 家醫療院所前往 118 個鄉鎮巡迴(西醫基層診所:135 家、87 個鄉鎮；醫院:42 家醫院、31 個鄉鎮)。

第五節 離島偏鄉人才培育與留任

為促進強化偏遠地區醫療資源分布平衡，縮小城鄉差距，每年均針對原住民及離島地區醫事人力進行相關計畫，其成效如下：

一、培育原住民及離島等醫療資源短缺地區人才，自 58 年起辦理「原住民及離島地區醫事人員養成計畫」，至今共計培育醫事人員 842 名，分別為醫師 440 名、牙醫師 67 名、護理人員 235 名、其他醫事人員 100 名。自 96 年起地方養成公費醫師培育名額由原來每年 6-9 名增為 27 名。

二、102 年之資料顯示畢業後公費生均分發返鄉

服務，目前有 7 成公費醫師服務期滿後仍留任偏鄉服務。現山地鄉衛生所醫師編制 60 位，其中養成公費生 50 名(佔 83%)；離島鄉衛生所醫師編制 31 位，其中公費生 14 名(佔 45%)。並廣續辦理第三期計畫(101-105 年)已經行政院原則同意培育 206 名養成公費生，其中醫學系預計招生 114 名。

三、為解決偏鄉護理人員人力聘僱不易問題，已於 102 年研擬「偏鄉護理 200 菁英計畫」，預定 104 學年度推動四年培育 200 名護理公費生。養成培育身份為一般生，畢業服務範圍則需至衛福部所指定偏遠、離島地區醫院及支援山地或離島地區醫院、全民健康保險總額醫療資源不足地區，以期適時解決護理人力不足問題。

四、為鼓勵醫事人員留任，落實在地醫療，廣續補助醫事人員至山地離島地區開業，以及離島及原住民地區醫事暨相關人員進修：102 年共計補助 4 家開業及進修補助 2 人。

第七章 目標族群健康照護

第一節 新住民健康照護

一、輔導新住民納入全民健保，並訂定「外籍與大陸配偶生育健康管理計畫」，提供新住民及其子女生育保健諮詢與檢核建卡管理，及有關生育計畫、哺餵母乳、孕期保健、定期產檢、孕期營養等生育健康指導，102 年之建卡管理率達 99%。並就未納健保前的產前檢查之補助次數及標準，業修正比照國人一般產檢標準，享有 10 次產檢、乙型鏈球菌篩檢及 1 次超音波補助。

二、為保護新住民婦女在未納保全健保前之生育健康，給予設籍前外籍配偶產前檢查醫療補助，自 100 年起補助未納保產前檢查費用，102 年共補助 1 萬 1,927 案次。



102年「一首搖滾上月球」罕病電影特映會

- 三、推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，透過縣市衛生局培訓通譯員，提供新住民醫療保健資訊之通譯服務。102年計有17個縣市、210個衛生所辦理此計畫，並有330名通譯員參與。
- 四、為提供多元文化及生育保健資訊，業於102年11月印製完成「兒童健康手冊」及「孕婦健康手冊」中英、中越、中印、中柬及中泰等5種語版，共計5萬冊。除發送各縣市衛生局轉醫療院所外，也將手冊PDF電子檔放置健康署網站手冊專區，提供新住民家庭使用及其家人運用。
- 二、成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，供應37項維持生命所需之特殊營養食品及10項緊急需用藥物，並提供全民健康保險法依法未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物與維持生命所需之特殊營養品、居家醫療照護器材費用之補助，102年總計補助2,026人次。
- 三、102年底，透過37家遺傳性疾病檢驗機構、3家新生兒篩檢中心及53家確認醫院於11家遺傳諮詢中心，提供遺傳性疾病及罕見疾病醫療諮詢服務。另，設置遺傳諮詢窗口網站，提供罕病及遺傳疾病相關資訊及資源。
- 四、加強罕見疾病防治教育與宣導：辦理病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會，102年計辦理13場。除補助病友團體辦理宣導活動外，辦理「一首搖滾上月球」罕病電影特映會，計有324人參加。

第二節 罕見疾病健康照護

- 一、截至102年公告201種罕見疾病、82項罕見疾病藥物及40項罕見疾病特殊營養食品品目；將罕見疾病列入重大傷病範圍，免除病患就醫之部分負擔。

第三節 特殊健康需求族群

一、多氯聯苯中毒者健康照護

(一) 多氯聯苯中毒者係因食用多氯聯苯 (Polychlorinated biphenyls, PCBs) 污染之米糠油所致。由於相關文獻顯示多氯聯苯可能經由胎盤或哺乳傳遞至下一代，於 94 年將女性患者之子女 (69 年 1 月 1 日後出生) 納為照護對象 (即稱為第二代多氯聯苯中毒者)，截至 102 年底共有 1,750 位多氯聯苯中毒者，其中第一代為 1,281 位；第二代為 469 位。

(二) 依「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」持續提供多氯聯苯中毒者門 (急) 診及第一代多氯聯苯中毒者住院之部分負擔醫療費用、定期免費健檢等補助、開辦特別門診及提供定期訪視關懷等健康照護服務。102 年 1 月至 12 月共補助 14,761 人次多氯聯苯中毒者門 (急) 診之部分負擔醫療費用、76 人次住院之部分負擔醫療費用；提供 590 位多氯聯苯中毒者免費健康檢查服務，及辦理 10 場衛生教育宣導與專業保健諮詢等服務，共 192 位多氯聯苯中毒者及其家屬參與。

二、漢生病病人人權保障及照顧

(一) 立法院於 97 年 7 月 18 日三讀通過《漢生病病人人權保障及補償條例》，修正相關法令條文內之「痲瘋 (癩) 病」為「漢生病」，至 102 年 12 月底漢生病病人人權保障及推動小組共召開 20 次會議。

(二) 持續推動「漢生病病人直接觀察治療執行計畫」，提供高品質之個案照護。

(三) 102 年 12 月底止，計臺大、馬偕、中榮、成大及樂生等 5 家醫院為漢生病個案確診及治療醫院，增加個案就醫便利性。

三、人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

衛福部對感染者之人權保障及健康照護

不遺餘力，77 年引進抗愛滋病毒藥物提供治療，並於雞尾酒療法 (highly active antiretroviral therapy, HAART) 問世後，於 86 年免費提供感染者治療。

(一) 人權保障方面

1. 自 96 年訂定《人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法》建立申訴制度，受理感染者權益受損申訴案件，累計至 102 年共 8 件，認定違法 5 件。
2. 依據「感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點」自 96 年起受理申覆案共 46 件，102 年 4 件申覆審議案件，通過 3 件。

(二) 健康照護方面

1. 自 94 年 2 月 5 日愛滋醫療費用由健保轉公務預算支應，給付對象擴增至無健保之感染者，增加涵蓋率及可近性，102 年共有 52 家愛滋病指定醫院，個案就醫率達 88%。
2. 為強化感染者做好自我健康管理，96 年起開辦愛滋病個案管理計畫，102 年共有 51 家愛滋病指定醫院，提供衛教及諮詢服務，累計收案數達 1 萬 4,952 人，管理中 1 萬 662 人。
3. 透過縣市衛生局 (所) 及個案管理師的追蹤管理，輔導個案定期至指定醫院就醫，關懷其治療情形，以提昇病患生活品質，並加強愛滋個案伴侶諮詢與檢查追蹤。
4. 補助愛滋相關民間團體，協助個案收容照顧、就醫安排、緊急安置及提供個案管理服務等，102 年提供 156 位愛滋個案安置及 391 位個案管理服務。

A scientist wearing a full-body protective suit, mask, and gloves is working in a laboratory. The scientist is focused on a task, possibly handling samples or equipment. The background is a soft, circular vignette showing laboratory equipment.

5

傳染病防治

56

第一章 傳染病防治體系

59

第二章 重要傳染病 / 新興傳染病防治

63

第三章 防疫整備及感染控制

66

第四章 預防接種



傳染病防治除需持續辦理相關疫情監測及調查、防疫整備、研究及預防接種工作外，亦需配合世界潮流及防治所需，適時加速修正國內相關法規，建置傳染病防治的法源及架構，期望透過完善的防疫體系，達到早期防範疫病發生之目的，保障全民的健康。

第一章 傳染病防治體系

為杜絕傳染病之發生、傳染及蔓延，訂定《傳染病防治法》等相關法規，以適切規範人民在傳染病防治之義務及權利，並讓相關工作人員執行防治

工作時有所依循。

第一節 傳染病防治法規與架構

一、傳染病防治法規

《傳染病防治法》及《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》是執行傳染病防治的兩大重要法規，102 年為強化傳染病防治工作，修正 11 項相關法規命令（含實質法規命令），共 16 次；另為應行行政院組織改造，102 年 7 月 23 日組織調整為「衛生福利部疾病管制署」（以下簡稱疾管署），配合制定組織法及訂定處務規程，如表 5-1。

表 5-1 102 年修正發布之法律及命令

修正發布日期	法律 / 命令名稱	修正目的
6 月 19 日	傳染病防治法	因應 H1N1 流感流行疫情及結核病隔離病人逃跑事件，並配合防疫政策及實務運作，爰修正部分條文，以周延傳染病防治措施。
6 月 19 日	衛生福利部疾病管制署組織法	配合組織改制制定之。
7 月 21 日	衛生福利部疾病管制署處務規程	配合組織改制訂定之。
8 月 5 日	傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法	1. 配合組織改制修正機關名稱。 2. 刪除已停止運作之二項監視及預警系統，並因應推行實驗室傳染病資料自動化電子通報之需，爰修正部分條文。
9 月 30 日	防疫物資及資源建置實施辦法	修正第 2 條附表防疫物資儲備品項。
10 月 17 日	港埠檢疫費用徵收辦法	配合組織改制修正第 2 條及第 18 條之機關名稱。
10 月 24 日	屍體解剖喪葬費用補助標準	明定請求權人之順序，以利地方主管機關辦理初審作業，並刪除聯名支領之規定，爰修正第 1 條、第 3 條及第 4 條。
10 月 24 日	執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法	配合組織改制修正第 2 條及第 4 條之機關名稱。
10 月 25 日	傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法	配合傳染病檢驗實務，簡化附表之檢體採檢規定，並將查核事項納入委託辦理，爰修正第 3 條、第 11 條及第 16 條。

修正發布日期	法律 / 命令名稱	修正目的
11月29日	傳染病防治法施行細則	因應6月19日修正公布傳染病防治法部分條文，爰修正相關規定。
12月31日	行政院衛生署疾病管制局生物製劑收費標準	<ol style="list-style-type: none"> 1. 配合組織改制修正標準名稱為「衛生福利部疾病管制署生物製劑收費標準」。 2. 反映服務成本及依使用者付費原則調整收費基準，爰修正第2條、第5條及第4條附表。
1月24日、 3月14日、 4月3日、 6月7日、 12月27日	傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	<p>計5度修正，修正目的分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 將「炭疽病」自第一類傳染病移列至第二類傳染病，並修正第四類傳染病「庫賈氏病」及第五類傳染病「新型冠狀病毒呼吸道重症」防治措施之屍體處置。 2. 修正第五類傳染病「新型冠狀病毒呼吸道重症」名稱為「新型冠狀病毒感染症」。 3. 新增「H7N9 流感」為第五類傳染病及其對應之防治措施。 4. 修正「新型冠狀病毒感染症」名稱為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」，並將「貓抓病」及「NDM-1 腸道菌感染症」自第四類傳染病移除。 5. 修正第四類傳染病「水痘」為「水痘併發症」。
5月3日、 7月5日	緊急醫療救護法第十九條規定應通知之傳染病範圍	<p>計2度修正，修正目的分述如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新增「新型冠狀病毒感染症」及「H7N9 流感」。 2. 修正「新型冠狀病毒感染症」名稱為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」。

二、防疫架構

分為中央及地方兩個層級，疾管署為全國最高防疫機構，負責傳染病防治策略與計畫訂定，並督導及考核縣市衛生單位執行各項傳染病防治工作；各縣市衛生單位則依據中央訂定之策略與計畫，擬定執行計畫，具體執行之。

三、檢驗架構

疾管署研究檢驗中心，負責國內各種傳染病之檢驗及研究業務。為因應各類傳染病之檢驗需求，設置8家病毒合約實驗室、7家結核菌合約實驗室、認可281家傳染病檢驗機

構及辦理H7N9 流感病毒檢驗指定機構，並訂定「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理計畫」，以確保傳染病檢體採檢送驗之品質、時效及安全。

四、指揮架構

94年成立國家衛生指揮中心，負責整合中央各部會、地方政府及各機構所提供資訊，轉化為整體防災作戰所需的即時訊息，提供指揮官應變決策參考。另為因應《國際衛生條例（International Health Regulations, IHR2005）》施行，設置與世界各國聯絡之單一窗口，以利重要疫情及公共衛生緊急事件之通報及應變。

第二節 傳染病防治醫療網

為提升面對重大傳染病時隔離收治之應變量能，於 92 年架構「傳染病防治醫療網」，將全國分為 6 個傳染病防治醫療網區，統籌轄區防疫醫療資源；另指定隔離醫院及應變醫院，以隔離收治傳染病患（如圖 5-1）；並請醫院定期進行負壓隔離病房檢測 / 查核，以維持其效能。為提升及完善應變醫院對於因應大流行疫情之整備，該等醫院均撰擬傳染病緊急應變計畫，並據以施行教育訓練及演習，102 年計各辦理 280 場次及 30 次。

第三節 疫情監測與調查機制

疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及異常狀況，建立疾病流行的長期趨勢，以利進行傳染病防治政策擬定之參考。102 年臺灣地區法定傳染病

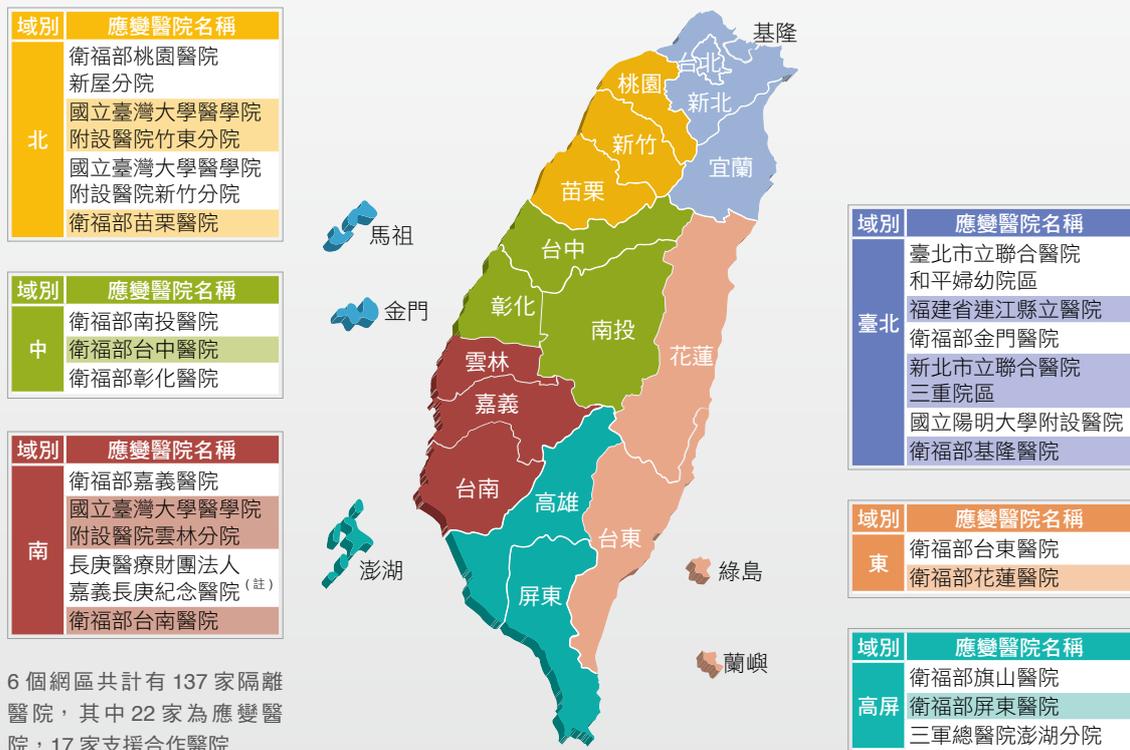
病例分布（如附錄二），有關疫情監測與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

建構各項通報監測系統，並加值運用急診、健保和死亡登載資料進行疾病監測，提升監測體系敏感度。

- (一) 學校傳染病監測系統：至 102 年共有約 674 所小學參與（約占全國公立國小總數的 25%），監測疾病包含類流感、手足口病或疱疹性咽峽炎、腹瀉、發燒、紅眼症。
- (二) 人口密集機構傳染病監測系統：監測參與通報之人口密集機構內呼吸道及腸道傳染病相關群聚事件，以早期偵測異常。
- (三) 即時疫情監視及預警系統：透過全國約 170 家以上責任醫院，每日即時傳送急診就診診斷碼等資料，可早期且快速分析類流感、腸病毒、腹瀉及紅眼症等各類疾病異常情形，

圖 5-1 傳染病防治醫療網醫療體系



以掌握相關流行趨勢。

- (四) 健保資料常規監測：利用健保局健保 IC 卡上傳資料，擷取及彙整特定疾病之每日門診、住院與急診就醫次級統計人次，進行疫情監測與分析。
- (五) 肺炎及流感死亡監測：利用衛福部統計處每日傳送之死亡通報網路系統登載資料，分析因肺炎或流感死亡之案例，掌握死亡趨勢變化。

二、 疫情通報系統之整合

- (一) 持續整合各項通報系統，以達通報入口單一化之目標。
- (二) 建置整合性之全國防疫資訊情報網，達到多管道收集傳染病資訊、即時監控疫情之目標。

三、 疫情調查

- (一) 持續辦理「應用流行病學專業人才訓練及養成計畫」，培育應用流行病學人才。
- (二) 就突發及不明原因之傳染病群聚事件進行調查，102 年共調查 497 件疑似群聚案件，包含人類感染牛結核菌案、境外移入首例 H7N9 流感、我國首例 H6N1 流感病例及遭過氧化氫污染之涼麵致集體食物中毒案等。

第二章 重要傳染病 / 新興傳染病防治

我國傳染病防治在環境衛生條件改善及防疫工作的推動下，已有大幅進步。近年已陸續根除天花、狂犬病、瘧疾、小兒麻痺等傳染病，惟面對日趨頻繁之國際交流，新興及再浮現傳染病的威脅日增，傳染病防治又再度面臨嚴峻的考驗。

第一節 結核病防治

102 年結核病確定病例數為 1 萬 1,500 例，呈逐年下降的趨勢。衡酌結核病流行現況及過去執行成效，參照世界衛生組織「The Global Plan To Stop TB 2006-2015」，完成我國「結核病十年減半全民動員計畫」，預期 104 年之個案發生率減半，現階段成果詳如圖 5-2。102 年之防治成果如下：

- 一、 推動結核病人直接觀察治療（都治）計畫，有效降低治療失敗及復發機率，預防多重抗藥結核；全國細菌學陽性病人納入計畫之執行率達 90% 以上。
- 二、 推動「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，透過集中收治及進階都治提升抗藥性結核病

圖 5-2 94-102 年結核病發生數變動趨勢圖



治療成功率，102 年之 24 個月的治療成功率為 77.2%。

- 三、加強落實結核病接觸者檢查，以期找到感染源及監測接觸者發病情形，及早診斷治療，有效阻斷結核菌社區傳播，102 年平均每一指標個案之追蹤檢查接觸者為 9.5 位。
- 四、推動「潛伏結核感染治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，初期以未滿 13 歲傳染性肺結核病確診個案之接觸者為對象，有效減少日後發病機會，101 年 4 月 1 日起將計畫對象擴大到 75 年 1 月 1 日(含)以後出生之接觸者。102 年加入潛伏結核感染治療個案總計 5,410 人。
- 五、主動積極發現個案，102 年進行全國各地胸部 X 光車巡檢，共計 40 萬 4,295 人次，發現確診個案 458 例。
- 六、補助慢性傳染性肺結核住院治療及生活費，鼓勵慢性傳染性肺結核個案以住院方式長期隔離療養，阻斷社區傳染源。
- 七、鑑於愛滋病患者因免疫力低下，致其結核病發病風險較高，於 102 年 6 月起推行「HIV/TB 合作模式管理原則」，除定期分析此一共病趨勢，並增加對 15~49 歲結核病個案進行常規性愛滋檢驗，使醫師能進行全面評估，提供適切的結核病治療照護。

第二節 腸道傳染病防治

一、 腸病毒

102 年腸病毒重症確定病例計有 12 例，其中 1 例死亡，重症致死率為 8.3%，腸病毒 71 型疫情較去年緩和，防治策略包括：

- (一) 委託縣市衛生局辦理「加強腸病毒防治計畫」。
- (二) 運用多元化監測系統監測腸病毒疫情，適時發布警訊。
- (三) 結合相關部會與地方政府力量，完成教托育機構之洗手設備查核，及加強兒童常出入公共場所之衛生督導查核工作。

- (四) 運作腸病毒重症醫療網，建立責任醫院間橫向聯繫窗口，加速病患轉診，並聘請臨床專家提供醫療諮詢，辦理醫師教育訓練。
- (五) 制訂腸病毒防治工作手冊及腸病毒防治工作指引。

二、 A 型肝炎

84 年 6 月起至今，持續對 30 個偏遠地區山地鄉，及 9 個鄰近山地鄉之平地鄉學齡前幼兒，進行 A 型肝炎預防注射。84 年山地鄉 A 型肝炎發生率達 10 萬分之 90.7 (確定病例 183 例)，至 102 年已降低至 10 萬分之 0.5 (確定病例 1 例)，顯示防治政策實施成效良好。

第三節 病媒傳染病防治

一、 登革熱

102 年登革熱確定病例計 860 例，其中境外移入 264 例 (其中 1 例死亡)，本土確定病例 596 例 (其中 1 例死亡)；登革出血熱計 16 例，其中 2 例境外移入，14 例為本土病例。歷年登革熱確定病例數如圖 5-3。

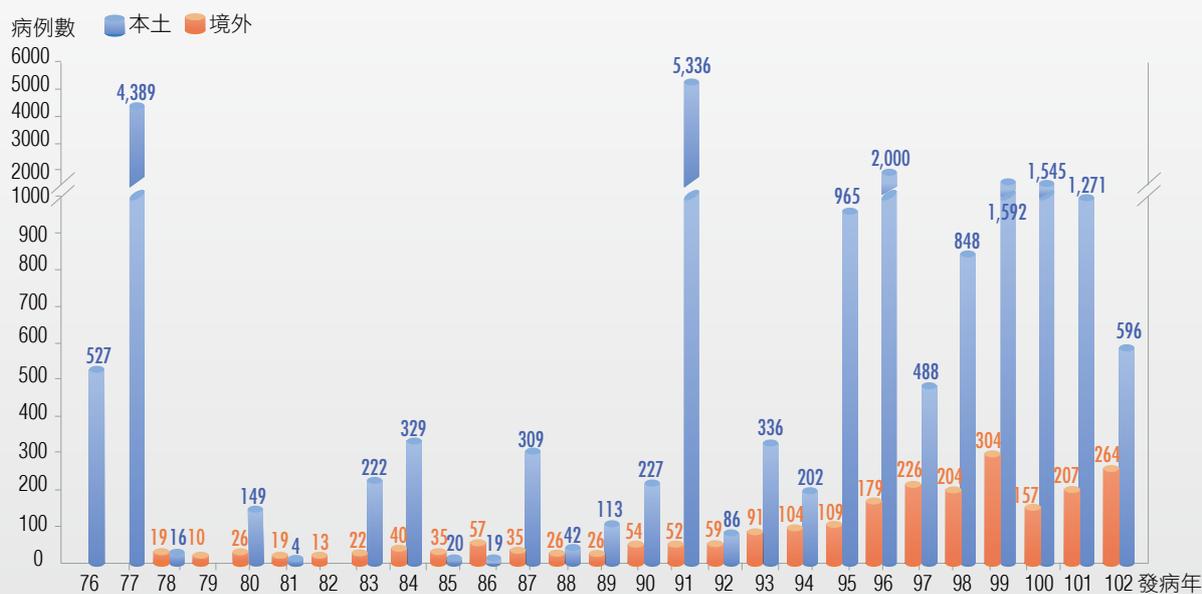
102 年主要防治策略如下：

- (一) 持續推動社區動員，落實孳生源清除及容器減量，減少病媒蚊孳生源。
- (二) 成蟲化學防治以「儘量限縮噴藥」為原則，惟應依專業評估且因地制宜執行緊急化學防治工作，以避免病媒蚊產生抗藥性且利於緊急疫情時之噴藥有效性。
- (三) 組成機動防疫隊，督導地方政府執行防疫工作，並適時邀集中央及地方相關單位召開「登革熱流行疫情處理協調會報」。
- (四) 修訂登革熱防治工作指引，辦理防疫及醫護人員教育訓練，加強民眾衛教宣導。
- (五) 於國際機場實施入境旅客體溫篩檢及登革熱快速檢驗，以加強病例監測。

二、 日本腦炎

日本腦炎之流行期為 5 至 10 月，流行高峰為 6 至 7 月。102 年共有 16 名確定病例。

圖 5-3 歷年登革熱確定病例數統計圖



三、瘧疾

為保全瘧疾根除成果，持續辦理瘧疾疫情監測，加強衛生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬。102年確定病例13例，均為境外移入。

第四節 血體液傳染病防治

一、愛滋病

自73年至102年底累計通報2萬6,475例本國籍感染者，其中有1萬1,176例發病，4,171例死亡。另102年新增感染者2,243人，92%是透過性行為傳染，感染途徑以男男間性行為為主，佔全年通報人數的80%。102年主要防治策略及成果如下：

- (一) 加強跨部會合作，於「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」下再成立「政策組」、「權益保障組」、「衛生教育組」及「臨床檢驗組」，以深入研擬具體方案，102年共召開12次會議。
- (二) 為加強男男間性行為者愛滋防治策略，積極推廣安全性行為觀念，持續委託辦理5家

核心同志健康社區服務中心計畫，且與臺南市、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市及屏東縣等7家衛生局合作，由縣市自行籌辦同志健康社區服務中心，提供多元性別友善的環境及健康服務，平均每月服務量達3,000人次。

- (三) 102年8月13日成立「愛之激動同盟會」，期透過疾管署六個管制中心與地方政府、教育單位、民間團體等相關單位合作，以行動喚起全體國人重視愛滋防治，落實家庭、社會及學校教育，全面推動愛滋防治宣導。
- (四) 辦理「藥癮愛滋減害計畫」，至102年9月底，全國共有97家醫院提供替代治療服務，設置841處清潔針具衛教諮詢服務站及409台針具自動服務機，針具回收率達94%。
- (五) 委託42家醫院辦理「免費愛滋病匿名篩檢諮詢服務計畫」，102年計有3萬2,770人接受篩檢，愛滋病毒陽性率為2.4%。另於102年8月至10月辦理「WE-CHECK社群動員愛滋檢驗計畫」，招募337名意見領袖，鼓勵同儕進行檢驗，計有3萬6,280位民眾響應，發現365位陽性個案。

(六) 為避免母子垂直感染愛滋之威脅，自 94 年起開辦「孕婦全面篩檢愛滋計畫」，截至 102 年共發現 88 例新通報孕婦陽性個案（含外國籍 21 例），其中 102 年發現 3 例（陽性率：1.47/每十萬人口），歷年成果如圖 5-4。透過公共衛生及醫事機構共同合作，進行預防性投藥等措施，自 98 年起已連續 5 年無母子垂直感染確認個案（依嬰兒出生年）。

二、性病

委託相關醫學會推動「愛滋病及性傳染病門診品質提升計畫」，進行各科專科醫師會員教育訓練，推薦友善性病門診醫師，以提高性病病患看診意願，至 102 年推薦醫師達 1,160 位。另持續辦理性病患者的愛滋篩檢服務，102 年計提供 8 萬 6,279 名服務，篩檢陽性率為 0.43%。

三、B、C 型肝炎

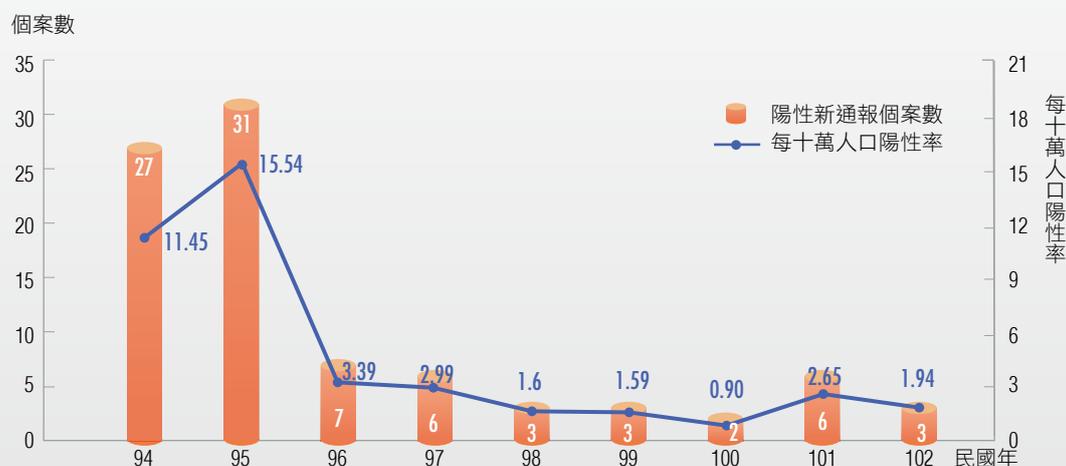
- (一) 持續辦理孕婦 B 型肝炎產前檢驗和新生兒 B 型肝炎預防注射，促使國內 6 歲兒童之帶原率，由實施預防注射前之 10.5%，降至約 0.8%。
- (二) 我國成人 B 型肝炎帶原者估計約 250 萬人、C 型肝炎之感染者約 40-70 萬人。自 92 年

10 月 1 日起實施「全民健保加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，累積至 102 年底，B 肝治療登錄計 16 萬 9,093 人次，C 肝治療登錄計 9 萬 2,789 人次。

第五節 新興傳染病防治

為因應新興傳染病之防治需求，除密切監測國際相關疫情、加強疾病監測通報，以及提升實驗室檢驗能力並做好國內各項應變之整備工作。101 年 9 月獲世界衛生組織（WHO）通知發現新型冠狀病毒後，立即啟動應變機制，包括：強化機場邊境發燒篩檢等檢疫措施、取得實驗室最新資料並建立該病毒檢驗標準方法；召開專家諮詢會議，將「中東呼吸症候群冠狀病毒呼吸道感染症」公告為第五類法定傳染病，並加強不明原因肺炎及群聚事件之監測及通報；立即發布新聞稿及致醫界通函，提供最新國際疫情訊息，提醒民眾及醫師提高警覺。自 101 年 9 月至 102 年 12 月底，總計通報 6 名疑似重症病例，經檢驗後均排除感染。另為擴大監視，針對醫院送驗之不明原因肺炎檢體 474 件進行檢驗，結果均排除感染。將持續嚴密監視國際疫情的發展，適時調整防疫作為。

圖 5-4 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫個案數及陽性率



第六節 境外傳染病防治

為防範傳染病自境外移入，採取之措施如下：

一、檢疫

針對船舶、航空器、人員執行必要之檢疫措施，港埠相關單位組成衛生安全小組，維護入出境國際港埠衛生安全，防範傳染病移入或傳出。另依據《國際衛生條例（IHR 2005）》規定，完成桃園國際機場、高雄港之核心能力建置及複評。

我國 102 年總入境人數為 1,907 萬 2,276 人，其中經由疾管署各機場港口檢疫站篩檢出有症狀旅客共計 1 萬 2,924 人，確診罹患法定傳染病個案計有 160 人。

二、旅遊傳染病防治

- (一) 於國際港埠設置人體測溫用熱影像儀，篩檢入境旅客，疑似傳染病症狀之旅客填報「傳染病防制調查表」，以利後續防疫處置。另設置燈箱、壁貼、立牌等宣傳標示，發放宣導品並製作衛教宣導帶等，以加強民眾對旅遊傳染病的認知及自我健康管理觀念。
- (二) 95 年 10 月起委託合約醫院設立旅遊醫學特別門診，提供國際預防接種暨預防用藥、旅遊醫學健康諮詢等服務，102 年全國已有 12 家合約醫院，全年門診服務量達 2 萬 4,218 人次。

第三章 防疫整備及感染控制

近年來生物病原災害事件的發生，突顯出大流行爆發之準備及防疫物資管理、醫院感染控制，及生物恐怖應變之重要。

第一節 流感大流行之整備與因應

- 一、自 94 年以來，持續依據「我國因應流感大流行準備計畫」，辦理流感大流行整備工作，並以「四大策略、五道防線」為防治主軸，廣續辦理各項整備工作。



H7N9 流感中央流行疫情指揮中心會議

- 二、因應 102 年 3 月底中國大陸出現 H7N9 流感疫情，立即公告「H7N9 流感」為第五類法定傳染病，並報行政院同意成立 H7N9 流感中央流行疫情指揮中心，統籌跨部會資源、設備及人員，以及統一指揮、督導及協調各機關 / 組織 / 團體因應。此外，啟動全面性監視系統、建立與精進檢驗技術及量能、落實邊境檢疫、傳染病防治醫療網之啟動待命及持續進行風險溝通與輿情處理等事宜，並與中國疾病控制中心進行資訊交換、緊急事件通報及處置等事項，另進行分眾風險溝通與衛教宣導。
- 三、經公告於 102 年 5 月 17 日實施傳統市場禁止活禽販售政策，並訂定查核機制，由各縣市政府據以成立地方聯合查核小組，杜絕 H7N9 流感透過活禽市場傳播；另強化人禽介面管理，辦理禽畜相關從業人員健康監測方案，期能有效阻絕人禽共通之流感病毒傳播途徑，降低禽源傳染風險。
- 四、透過國際衛生條例聯繫窗口（IHR Focal Point）與國際交換最新流感疫情資訊，掌握國際大流行疫情及防治策略，並依「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，於 102 年首次進行生物病原檢體交換，順利取得中國大陸 H7N9 流感病毒株；另獲美國 CDC 與日本 NIID 同意分讓 H7N9 流感候選疫苗病毒。

第二節 季節性流感之監測與防治

- 一、101 至 102 年流感季之流感併發症確定病例共計 968 例，致死率為 7.13%；而 102 至 103 年流感季至 102 年 12 月 31 日止，累計有 270 例確定病例，其中 21 例死亡，致死率為 7.78%；二流感季之病毒分型皆以 A(H3N2) 型流感為主，如圖 5-5。
- 二、自 102 年 10 月 1 日起辦理「季節性流感疫苗接種計畫」，接種對象包含 65 歲以上老人、6 個月以上至國小六年級學童、重大傷病患者、安養機構住民、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員、60-64 歲具糖尿病、心、肺、血管、肝、腎疾病者等 7 類。另嬰幼兒接種公費流感疫苗，比照 65 歲以上民眾，無需負擔診察費。
- 三、102 年 10 月出版「季節性流感防治工作手冊」，做為醫療及防疫人員執行防治工作之參考依據。
- 四、維持流感抗病毒藥劑儲備量為全人口數 10-15%，並妥善管理及使用公費藥劑；另自 101 年 12 月 1 日至 103 年 4 月 30 日止，擴大公費藥劑使用對象，並擴增該藥劑配置點達 3,100 多家，以有效因應流感高峰期及 H7N9

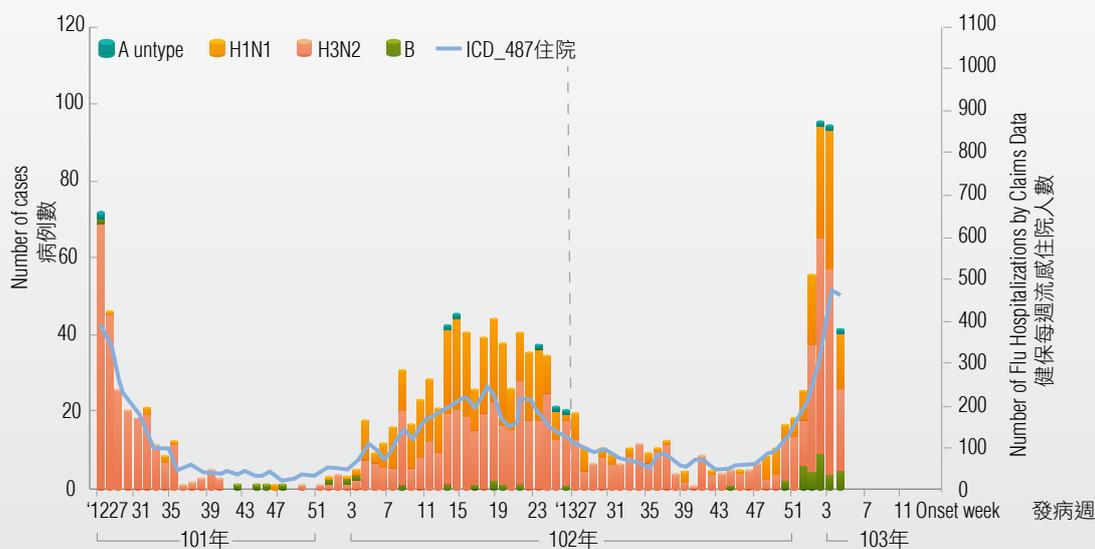
流感之防疫需求。

- 五、辦理「流感疫情高峰期醫療機構照護類流感病患獎勵計畫」，鼓勵公私立醫療機構於流感疫情高峰期間之假日（或應流感疫情需要時）配合開設類流感特別門診，並藉以輔導醫療機構內化為常規因應機制，有效避免流感病患湧入急診，造成急診壅塞及交叉感染。102 年共計核定獎勵 37 家醫療機構於 103 年流感高峰期（含農曆春節期間）開設類流感特別門診。

第三節 生物恐怖事件防禦

- 一、疾管署於 102 年 1 月 25 日與美國 Battelle Memorial Institute 簽訂雙邊合作備忘錄，建立雙方人員進行生物防禦與保全、微生物研究、傳染病治療等議題之人員互訪 / 訓練及科技交流合作機制。
- 二、持續辦理我國「生物防護應變隊 (Biohazard Response And Verification Expert, BRAVE)」之年度訓練及演練工作，包含：裝備自主訓練共計 24 場次、生物防護應變隊防疫官技能訓練 2 場次、桌上型演練教學研習 1 場次，以及生物防護應變隊情境模擬演練 1 場次，增進我國生恐應變量能。

圖 5-5 流感併發症確定病例監視



第四節 防疫物資管理

- 一、為因應生物病原災害發生時之需求，衛福部已建置中央、地方和醫院防疫物資三級庫存管理制度，以及民生口罩之安全儲備。透過管理資訊系統 (MIS)，即時掌握全國庫存狀況。
- 二、為確保物資倉儲管理與緊急調度之效能，中央倉儲委由專業物流公司經營及辦理配送。另為流通推陳庫存物資，辦理「醫用面罩聯合採購物流」、「N95 等級口罩換貨、代庫存及聯合採購」及「防護衣抵換折讓併倉儲換貨」採購案，維持中央個人防護裝備儲備量、促進庫存流通，兼顧平時物資推陳及疫情期間安全儲備之需求。

第五節 醫療照護相關感染管制

- 一、102 年因應 H7N9 流感、狂犬病及中東呼吸症候群冠狀病毒感染症等疫情建置相關指引，提供醫療照護工作人員參考。
- 二、委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，由感染科醫師與感染管制師協同衛生局人員進行實地查訪，102 年共計完成 338 家醫院之實地查核。
- 三、分區建置 7 家示範醫院及評核篩選 57 家參與醫院共同參與中心導管品質提升計畫，推動中心導管組合式照護措施，以降低中心導管相關血流感染之發生，進而增進病人安全、改善醫療照護品質，減少醫療支出。
- 四、為有效監控醫院醫療照護相關感染發生情形，持續推動醫院參與「臺灣院內感染監測系統 (Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS System)」通報，目前計約有 420 家醫院使用。並且定期製作全國醫療照護相關感染之年報及季報，回饋通報醫院及進行院際間比較分析。
- 五、102 年經「多重抗藥性菌株監視系統」，共通

報收集 1,028 例 CRE(Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae) 個案，檢出 135 例 KPC(Klebsiella pneumoniae carbapenemase) 及 2 例 NDM-1 (New Delhi metallo- β -lactamase-1) 抗藥性基因。除輔導醫院加強感染管制措施外，亦訂定相關防治指引，以落實感染管制，降低多重抗藥性細菌的發生，提升醫療品質。

- 六、推動全國「抗生素管理計畫」，102 年成立專案管理中心，分區評選出 7 家醫院擔任示範中心，協助抗生素管理計畫之執行與推廣，並選出 55 家醫院於 103 年參與計畫。另舉辦高峰論壇和成效競賽。
- 七、編製「長期照護機構感染管制手冊」、錄製「長期照護機構感染管制數位學習課程」及編修相關感染管制指引，以強化長期照護機構之工作人員相關知能。並訂定「一般護理之家」、「產後護理之家」及「精神護理之家」感染管制查核表，將於 103 年開始查核。另亦推動手部衛生教育訓練及品管圈競賽，以提升機構照護品質。

第六節 研究及檢驗

- 一、102 年送至研究檢驗中心傳染病檢體共計 9 萬 880 件，其中檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計 1 萬 2,442 件，陽性率為 13.7%。
- 二、進行新興 / 再浮現傳染病監測，檢出 1 名狂犬病境外移入個案、2 例 H7N9 禽流感病毒境外移入病例，並發現人類首度感染 H6N1 禽流感病毒案例；另自 2 名通報不明原因肺炎的新生兒，驗出退伍軍人菌感染。
- 三、持續建置「臺灣剝絲網 (PulseNet, Taiwan)」，針對食因性傳染病原，提供快速之確認及比對，協助控制疫情之擴散，並做為國際監測平台。
- 四、持續與日本國立感染症研究所進行布氏桿菌症、鉤端螺旋體、結核病、漢生病、百日

咳、痢疾阿米巴、腹瀉病毒、病媒蚊等合作計畫；並與日本結核研究所合作進行「亞洲結核菌北京株研究計畫」。持續與美國疾病管制中心、國家衛生研究院及定點監測醫院合作，陸續完成我國輪狀病毒疫苗成本效益、疾病負擔與流行概況分析。

- 五、持續建置病原體基因資料庫，包含病原體基因分型及基本流病資料，並開放各界申請腸病毒、流感病毒序列及相關流病資料。
- 六、持續推動國內傳染病檢驗機構認可制度，102年計通過133家檢驗機構，檢驗項目1,148項次。
- 七、102年發表SCI期刊學術研究論文共計96篇。

第七節 實驗室生物安全管理

- 一、為使實驗室生物安全管理符合時宜並與國際接軌，於102年6月修正發布《傳染病防治法》第34條，於103年3月11日修正發布《感染性生物材料管理辦法》。
- 二、截至102年12月，共計核備498家使用感染性生物材料單位之生物安全管理組織，其中313家設置生物安全委員會、185家指派專責人員，又其中政府機關占39家、醫事機構占185家、學術研究機構占53家及其他團體占221家。
- 三、102年抽查4間生物安全第三等級（BSL-3）實驗室和5間執行結核病鑑定及藥敏之負壓實驗室。此外，因應H7N9流感疫情，訪視衛福部6家病毒性感染症合約實驗室以及6間BSL-3實驗室之實驗室生物安全整備狀況。為使國內BSL-3以上實驗室查核機制更完備，並公布「生物安全第三等級以上實驗室查核作業規定」。
- 四、為提升實驗室人員生物安全知能，102年共辦理19場次共36小時之生物安全教育訓練，受訓人次共1,426人次。

第四章 預防接種

第一節 預防接種現況與趨勢

目前政府對嬰幼兒提供之常規免費接種項目與時程詳如表5-2，另對山地鄉等高危險地區實施幼童接種A型肝炎疫苗。經由各縣市衛生所及合約醫院診所提供便捷的接種服務，持續催種與追蹤補種作業，維持高接種完成率，幼兒各常規疫苗接種完成率詳如圖5-6。

鑑於政府財源有限，常規疫苗預算及新增疫苗項目經費常遭排擠，99年依《傳染病防治法》第27條成立疫苗基金，本著多重財源、獨立編列、專款專用之精神，辦理疫苗採購及預防接種相關工作，以穩定提供常規疫苗接種需求，並依傳染病防治諮詢會預防接種組（Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP）之建議循序導入新疫苗政策，提供幼兒優質之新疫苗。

102年延續101年起推動之新疫苗政策包括：
（一）在幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗（Pneumococcal Conjugate Vaccine, PCV）部分，於102年3月起全面推動2-5歲幼兒接種一劑PCV，降低該對象因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症，甚至死亡之機率；
（二）延續將原國小一年級接種之Tdap-IPV及第二劑麻疹腮腺炎德國麻疹混合（MMR）疫苗提前於入學前接種，讓幼兒提早獲得保護力，提升接種服務品質。

對於因預防接種而受害者，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

一、生物製劑生產

- （一）102年以蛇毒免疫馬匹生產抗蛇毒馬血漿149.7公升。
- （二）定期供應疫苗、類毒素、抗蛇毒血清等製劑共95萬3,992劑，生物製劑銷售收入計4,640萬元。

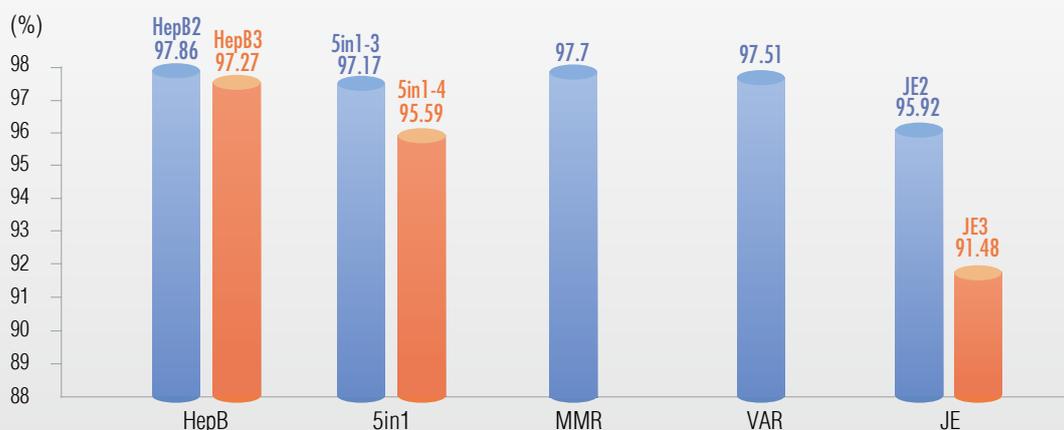
表 5-2 預防接種項目及時程

接種年齡	疫苗種類
出生 24 小時內	▶ B 型肝炎免疫球蛋白一劑 ¹ ▶ B 型肝炎疫苗第一劑
出生滿 24 小時以後	▶ 卡介苗一劑
出生滿 1 個月	▶ B 型肝炎疫苗第二劑
出生滿 2 個月	▶ 五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗) 第一劑
出生滿 4 個月	▶ 五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗) 第二劑
出生滿 6 個月	▶ B 型肝炎疫苗第三劑 ▶ 五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗) 第三劑
出生滿 12 個月	▶ 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 ▶ 水痘疫苗一劑
出生滿 1 年 3 個月	▶ 日本腦炎疫苗第一劑、第二劑 (間隔兩週) ²
出生滿 1 年 6 個月	▶ 五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗) 第四劑
出生滿 2 年 3 個月	▶ 日本腦炎疫苗第三劑
滿 5 歲 至國小一年級	▶ 減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗一劑 ▶ 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 ▶ 日本腦炎疫苗第四劑

備註：1. 母親若為高傳染性 B 型肝炎帶原者 (e 抗原陽性)，其新生兒應於出生後儘速注射一劑 B 型肝炎免疫球蛋白，最遲不要超過 24 小時。

2. 日本腦炎疫苗出生滿 15 個月接種第一劑，間隔二週接種第二劑。

圖 5-6 102 年幼兒各項預防接種完成率



資料來源：102 年 12 月全國性預防接種資訊管理 (NIIS) 系統資料

備註：HepB-B 型肝炎疫苗；5in1- 五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗)；MMR- 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗；VAR- 水痘疫苗；JE- 日本腦炎疫苗

(三) 供應代養小鼠、天竺鼠、家兔、毒蛇及馬匹等實驗動物。

二、生物製劑開發

(一) 將原有滾動瓶製程，轉換至 50 公升之潮汐式生物反應器搭配無血清培養基，已穩定試量產 6 批腸病毒 71 型 C4 亞型福馬林不活化疫苗，疫苗之血清中和效價可達到 1:79。

(二) 建立適合檢驗抗蛇毒血清凍晶注射劑之水分含量分析方法，可有效監控產品水分含量，以確保產品品質並符合 WHO 建議規格。

(三) 執行「抗臺灣蛇毒血清原料供應之技術與應用計畫」，建立以非籠飼操作方式採取蛇毒，適度佐以田野採毒、重覆採毒或以小規模圈養方式供應蛇毒年度需求，符合動物保育且節省成本。

6

食品藥物管理

- 69 第一章 食品管理
- 72 第二章 藥品管理
- 78 第三章 醫療器材與化粧品管理
- 81 第四章 國家實驗室及風險管理
- 82 第五章 消費者保護與宣導



衛福部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）（英文簡寫 TFDA）以保護消費者健康為核心價值，落實食品藥物安全管理一元化，提升管理效能。102 年工作重點為健全食品藥物法規標準及審查制度、落實食品藥物源頭管理、建構綿密食品藥品安全與品質鏈監測、精進國家實驗室任務功能與建置風險管理機制、積極強化消費者保護與溝通宣導，提供消費者「食在安心」、「藥求安全」之消費環境。

6 月 19 日修正公布《食品衛生管理法》，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯追蹤系統，以及全面加重相關罰則，並進一步研擬修法以強化食品安全管理。在食品管理持續修法，強化食品源頭管理，及稽查能量，鼓勵業者與消費者共同營造「食在安心」環境。

第一節 食品法規標準及產品審查

一、全盤檢討現行食品衛生相關法令與執行面所遇之問題，並透過法規修訂，建立全面性食品安全體系，如表 6-1。

第一章 食品管理

為因應 102 年發生多起食品事件，於 102 年

表 6-1 102 年食品衛生管理相關法規及標準增修訂

修正日期	法規 / 標準名稱	公告內容摘述
6 月 19 日	食品衛生管理法	章節及條文總數分別增加至 10 章節及 60 條，其中針對食品安全風險管理、食品輸入管理、食品檢驗、查核及管制等內容，均特別以專章規範，賦予衛生機關更多權力和任務、加重食品業者之責任及違規行為罰鍰與刑責
10 月 2 日	宣稱含果蔬汁之市售包裝飲料標示規定	1. 產品外包裝標示果蔬名稱（含品名）或標明果蔬圖示（樣），且直接供飲用包裝飲料須於外包裝正面顯著處標示之原汁含有率。 2. 不同類型品項之品名規定
11 月 19 日	食品及其相關產品追溯追蹤系統管理辦法	明確規範食品及其相關產品追溯追蹤系統之規範對象及應建立記錄資料範圍
11 月 20 日	市售包裝冷凍食品標示規定	1. 市售包裝冷凍食品應加標保存方法及條件 2. 市售包裝冷凍食品屬需加熱調理始得供食者，除應符合前點規定外，應加標加熱調理條件
11 月 29 日	市售包裝米粉絲產品標示規定	市售包裝純米粉、米粉、調合米粉產品應於產品外包裝正面處顯著標示含米量百分比或等同意義字樣
12 月 3 日	食品業者登錄辦法	明定食品業者申請登錄之條件、程序、應登錄之事項及其他應遵行事項，以利業者進行登錄
12 月 5 日	食品查核檢驗管制措施辦法	為確保食品、食品添加物、食品器具、食品容器或包裝及食品用洗潔劑符合食品衛生管理法之規定，且使主管機關執行查核、抽樣、檢驗及管制業務時有一致性作法
1 月 ~12 月	殘留農藥安全容許量標準、動物用藥殘留標準、食品添加物使用範圍及限量暨規格標準及食品衛生標準	累計訂定：349 種農藥 3,587 項之農藥殘留容許量標準；124 種動物用藥 1,286 項之動物用藥殘留標準；800 項食品添加物分別訂有使用範圍、限量及規格；37 品項之食品衛生標準

二、查驗登記食品審查：累計至 102 年底核可在案件數，輸入錠狀膠囊狀食品 8,157 件；國產維生素類錠狀膠囊狀食品 1,411 件；食品添加物 5,494 件；嬰兒配方奶粉及較大嬰兒配方輔助食品 212 件；特定疾病配方食品 178 件；真空包裝黃豆即食食品 124 件；健康食品許可證核發計有 276 件。

第二節 食品源頭管理

一、推動「食品安全管制系統」

依產品業別逐年實施食品安全管制系統 (Hazard Analysis and Critical Control Points, HACCP) (如表 6-2)，預防食品危害的發生。

另亦持續推動食品技師投入產業，HACCP 相關廠家須設置食品安全管制小組，其中至少一人應具備食品技師證書。自 79 到 102 年間累計錄取 1,520 名食品技師得以供產業界聘用。

二、輸入食品邊境查驗

- (一) 進口食品及相關產品均須於港埠邊境辦理輸入食品查驗，符合規定始能輸入。
- (二) 102 年度共計受理輸入食品報驗 51 萬 4,710 批、檢驗 3 萬 8,460 件、檢驗比率 7.47%、檢驗不合格率 1.45%。查驗不符合規定者依法退運或銷毀。

(三) 自 100 年 3 月 20 日日本核災事件後，對日本輸入之各類食品加強輻射監控，102 年共計檢測 1 萬 3,985 件，輻射檢測結果皆符合規定。

(四) 進口牛肉「三管五卡」管制措施：訂定牛肉萊克多巴胺安全容許量後，針對核准使用萊克多巴胺於牛肉產品之國家所輸入的牛肉產品實施逐批查驗，連續查驗合格者得依規定調降抽批機率。102 年牛肉產品報驗 1 萬 3,300 批，檢驗 2,819 批，檢驗比率 21.2%，其中所有不合格產品均已退運或銷毀。

三、食品添加物之管理

- (一) 推動「食品添加物登錄管理」：公告《食品業者登錄辦法》，並已建置食品添加物「非登不可」登錄管理資訊系統 (網址 <http://fadenbook.fda.gov.tw/>)。至 102 年 12 月 31 日為止，已登錄者計有食品添加物之製造、輸入、販售業 669 家，食品添加物之產品計 27,712 項。
- (二) 建立與國際調合之食品添加物分類：持續蒐集食品法典委員會及美國、歐盟、日本等國際規範，將我國食品添加物之分類系統進行重整與國際調和。迄 102 年共計正面表列有 800 項食品添加物，均訂有使用範圍及限量標準以供遵循。

表 6-2 102 年 HACCP 完成符合性稽查家數

產品別	期間 (年)	稽查家數
水產食品業	93~102	194
肉類加工食品業	97~102	222
乳品加工食品業	100~102	50
餐飲業 - 餐盒食品工廠	102	195

第三節 食品安全鏈監測

一、擴充「產品通路管理資訊系統」提升稽查效能

- (一) 新增食品添加物工廠查廠、嬰兒配方食品及較大嬰兒配方輔助食品行銷規範查核、病人用特殊營養食品稽查、輸入膠囊狀錠狀食品標示稽查、國產膠囊狀錠狀食品工廠查廠及輸入食品境外源頭查廠等功能。
- (二) 完成與衛福部疾管署 (CDC) 人體檢驗結果介接，並持續介接地方衛生局自行建置之稽查系統，使本系統資訊與其他單位資訊充分結合，即時同步，提升稽查資料之完整性及即時性。

二、成立聯合稽查小組：

102 年發生油品混充與違法添加銅葉綠素事件，行政院特別成立「食品安全聯合稽查及取締小組」，由該年 12 月起半年內查核 6 項民生重要食品，包括鮮奶、年節食品、米、

蛋品等。統合食品安全相關權責機關力量，與中央相關部會、地方政府、檢警調能量，推動重點稽查，維護食品安全。

三、執行食品專案稽查

聯合中央及地方各機關執行食品專案稽查，如各類食品之標示及抽驗、高風險食品製造業、金針農戶及盤商、校園及飯店食品安全稽查，及澱粉、醬油醬料、油品等食品安全事件專案查核，查獲違反之案件，移請衛生局裁處及輔導。

四、查驗登記食品實地查核：

102 年完成健康食品、國產維生素類錠狀、膠囊狀食品、食品添加物製造及販售廠等實地查核，查核結果如表 6-3。

五、食品後市場監測

協同衛生局執行食品後市場監測計畫，加強把關食品以符合各項衛生標準。102 年監測結果如表 6-4。

表 6-3 102 年查驗登記食品實地查核數

類別	查核家數	查核結果
健康食品製造工廠	20	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品製造工廠	40	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣
食品添加物製造及販售廠商	80	無重大違規情事，缺失部分複查改善完竣

表 6-4 102 年食品後市場監測結果

監測	結果		
	總件數	合格數	合格率 (%)
市售及包裝場農產品殘留農藥監測	2,340	2,080	88.9
食品中殘留動物用藥之檢測	736	703	95.5
食米中重金屬 (鎘、汞、鉛) 含量監測	202	202	100.0
市售食品中真菌毒素含量監測	421	412	97.9
市售蔬果植物類重金屬含量監測	151	151	100.0
食米中殘留農藥監測	201	201	100.0

備註：檢驗不合格者，均由地方衛生局依法查處。

第四節 食品安全衛生管理

一、餐飲管理：

- (一) 為提升國內餐飲業者之衛生安全自主管理能力，積極推動餐飲 GHP 衛生分級，依據評核結果，評定「優」及「良」等級，以鼓勵衛生安全優良業者，如圖 6-1。



圖 6-1 餐飲 GHP 衛生分級評定「優」及「良」等級

- (二) 101 年已建置新版「中華民國廚師證書資訊管理系統」，提升廚師證書管理、資訊安全及相關衛教事項。

二、食品安全衛生宣導：

- (一) 《食品業者登錄辦法》已於 102 年 12 月 3 日發布施行，將依據風險管理原則，陸續公告應依法登錄之食品業者類別及規模。並舉辦 20 場說明會，邀請食品相關業者參加並協助執行。
- (二) 為提升稽查人員之專業技能，落實食產業之衛生管理，102 年辦理「食品衛生管理人員法規及稽查實務教育訓練計畫」：共規劃 11 種班別、24 班次，培訓 477 人次，有效增加稽查人員專業職能。

第二章 藥品管理

藥品管理以保護民眾用藥安全為核心，積極推動藥政改革，提升藥品查驗登記審查時效，扶植醫藥產業發展與競爭力，落實藥品源頭管理及不法藥

物之取締，並健全管制藥品管理，提供民眾用藥安全、生活安心之消費環境。

第一節 藥品法規標準及產品審查

一、健全法規標準

持續檢視修正及研訂藥物相關管理規範以符合國內需求，並參考國外先進國規定以與國際接軌。102 年藥政管理法規及相關公告增修訂如表 6-5。

二、藥品查驗登記管理

- (一) 藥品上市前需經查驗登記：審查要項包括藥理 / 毒理試驗、藥動 (PK/PD/BA/BE) 試驗及臨床試驗等資料，以確保有效性及安全性。102 年國內臨床試驗申請新案 258 件，變更申請案 1,958 件，整體件數較前一年度成長 1.4 倍。生體可用率與生體相等性試驗，以及溶離率曲線比對試驗 (BA/BE/ Dissolution test)，係用以銜接學名藥與原開發廠藥品具相同療效及安全性之主要方法，至 102 年底，國內共有 1,980 件核發許可證藥物，已於國內執行生體相等性試驗或溶離率曲線比對試驗，其中國產藥佔 1,495 張。另 102 年 12 月底止累計核發藥品許可證 2 萬 6,687 張，包含原料藥 2,671 張及製劑 2 萬 4,016 張。
- (二) 藥物審查機制之改革：整合建立專業審查能力及核心審查能量，同時合理簡化審查機制，提升藥物審查透明度、品質及縮短時程。102 年底總計完成 157 件新藥查驗登記審查 (國產 26 件及輸入 131 件)，核准 122 件新藥申請案。

第二節 藥品源頭管理

一、推動 PIC/S GMP 標準

- (一) 持續推行「藥品優良製造規範」，並推動全面實施國際醫藥品稽查協約組織 (Pharmaceutical Inspection Convention and

Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme, PIC/S GMP) 標準，其實施結果整理如表 6-6。

- (二) 102 年 1 月 1 日起，我國正式成為 PIC/S 會員，利用 PIC/S 平台，深化國際合作；除擔任 PIC/S 組織各次委員會重要幹部及入會評鑑代表外，並積極與各國建立合作關係，共享國際藥品安全資訊，提升我國製藥專業國際競爭力。

二、加強原料藥管理

- (一) 加強原料藥製造品質管理：採用 PIC/S 公告之原料藥 GMP 標準，並公告自 105 年 1 月 1 日起全面實施。
- (二) 強化輸入與自用原料藥之進口管理，建立原料藥主檔案 (Drug Master File, DMF) 制度，自 98 年 10 月至 102 年底 DMF 申請結案數共 1,455 件，其中核准 871 件，未核准 584 件，核准率 59.86%

表 6-5 102 年藥政管理法規及相關公告增修訂

日期	法規 / 標準名稱	內容摘述
1 月 31 日	藥品生體可用率及生體相等性試驗準則	修正第 15、17、21 條條文
2 月 23 日	藥品臨床試驗申請須知	因應相關法規公告修訂，更新申請須知內容
4 月 17 日	植物藥新藥查驗登記審查基準	基於考量植物藥新藥之特性，植物新藥的審查應有異於其他新藥來源的法規要求，與其獨特法規科學策略與審查原則，擬定此基準
4 月 18 日	已在十大醫藥先進國核准上市滿十年，但屬國內新成分新藥（不包括生物藥品）之查驗登記審查重點	針對已在十大醫藥先進國核准滿十年，具有長期上市後使用經驗，但屬國內新成分藥品（不包括生物藥品），得接受廠商適當引用國外已上市藥品的公開資料
5 月 29 日	藥品非臨床試驗安全性規範第四版	刪除實驗動物生理值及無特定病原實驗動物之過時標準，以利實驗者能廣納國際採行標準
7 月 26 日	藥品查驗登記審查準則	修訂第 10、46 及 70 條，增訂「熱原試驗應以非活體動物替代方式優先」之文字，並參考國際規範修正應附之資料
8 月 14 日	新藥查驗登記加速核准機制	特定此機制以滿足國人醫療迫切需求，在科學證據下支持，選擇替代療效指標之方式，縮短藥品研發之時程，使得藥品可提早上市
9 月 4 日	生物相似性單株抗體藥品查驗登記基準	因應單株抗體藥品之特異性，有異於其他生物相似性藥品法規要求，訂定此基準

表 6-6 102 年藥品通過優良製造規範（GMP）家數

種類	名稱	通過家數	備註
藥品	國內西藥製劑廠 GMP	140	
	國內西藥製劑廠 PIC/S GMP	57	
	國外製造廠	820	
	國外廠實地查核	213	91~102 年

備註：國外廠實地查核家數係統計 91-102 年累計之家數。

第三節 藥品品質鏈監測

一、藥品流通管理

(一) 藥品優良運銷規範：為健全藥品全供應鏈品質管理制度，藥品優良運銷規範 (Good Distribution Practice, GDP) 為下一階段推動重點，內容在規範藥品品質管理涵蓋整個藥品生命週期。強調四大大概念，分別為藥品品質之維持、有效處理緊急藥品回收事件、在合理時間內正確運送給顧客、防止偽藥進入藥品供應鏈，使民眾用藥能維持品質及安全性。

(二) GMP/GDP 管理制度與國際接軌：為發展我國藥品 GMP/GDP 管理制度與國際接軌，除確保藥品在藥廠之製造品質符合 GMP 規範外，藥品自離開藥廠後之運銷作業亦是維持其安全、有效及品質之重要一環，因此，自 100 年起逐步推動我國 GMP/GDP 管理制度，蒐集國際資料，積極辦理業者說明會與相關團體協商，擬訂規範，以利業者了解 GDP 規範內容，另以輔導性訪查，實地瞭解規範可行性，以減少正式實施時之反彈。至 102 年底，已完成 35 家物流業者及 20 家 PIC/S GMP 藥廠之 GDP 輔導性訪查。

二、藥物品質監控

102 年除接獲醫療人員及民眾通報藥品不良品 831 件外，並主動監控國外藥品品質警訊 702 則，及完成藥品 3 項及中藥 1 項之市售藥物品質調查監測，結果如表 6-7。若發現

藥品有檢驗未合格或有重大品質瑕疵，則要求啟動回收作業。

三、取締不法藥物、食品及化粧品

(一) 整合跨機關資源、加強取締偽劣假藥

行政院於 99 年 3 月成立「加強取締偽劣假藥及非法廣播電臺」專案，由衛福部、法務部、內政部警政署等相關部會及各縣市政府組成「偽劣假藥聯合取締小組」稽查偽禁劣藥、食品攙西藥、中藥攙西藥及食品藥物非法廣告等，執行成果如下：

1. 不法藥物查獲率：衛生機關每月平均稽查次數維持在 1,500 次以上，不法藥物查獲率已於 102 年 12 月降至 1.71%，如圖 6-2。
2. 查獲不法藥物顆數：取締小組成立前、後查獲不法藥物分別為 183.7 萬顆及 1,451.9 萬顆。
3. 不法藥物檢出率：102 年食品摻西藥檢出率約為 24.8%，其成分類別以壯陽類占 48.4% 為首；減肥類占 34.9% 次之。
4. 廣告違規率：藥物、化粧品及食品廣告違規比率，102 年 12 月降至 5.14%，降低民眾用藥之誤導，如圖 6-3。

(二) 持續監測市場不法藥物、食品及化粧品

1. 102 年查獲不法藥物共計 881 件，移送法辦件數 844 件，行政處分 37 件，罰鍰金額 64.5 萬元。
2. 藉由跨部會合作、簡化查緝流程及加強督導各衛生局等措施，102 年衛生機關核處違規食品、藥物及化粧品廣告計 6,815 件，罰鍰金額新臺幣 1 億 5,265.6 萬元。

表 6-7 102 年藥物品質調查監測結果

類別	計畫名稱	完成件數	不合格	合格率(%)
藥品	抗凝血劑、類固醇及抗生素等製劑之品質監測	85	1	98.8
	直腸用藥品之微生物限量調查	88	0	100.0
	自費疫苗後市場監測 - 輪狀病毒疫苗	26	0	100.0
	合計	199	1	99.5
中藥	市售中藥濃縮製劑污穢物質及中藥製劑品質調查	144	5	96.5
	合計	144	5	96.5

備註：國外廠實地查核家數係統計 91-102 年累計之家數。

圖 6-2 99-102 年不法藥物查獲率

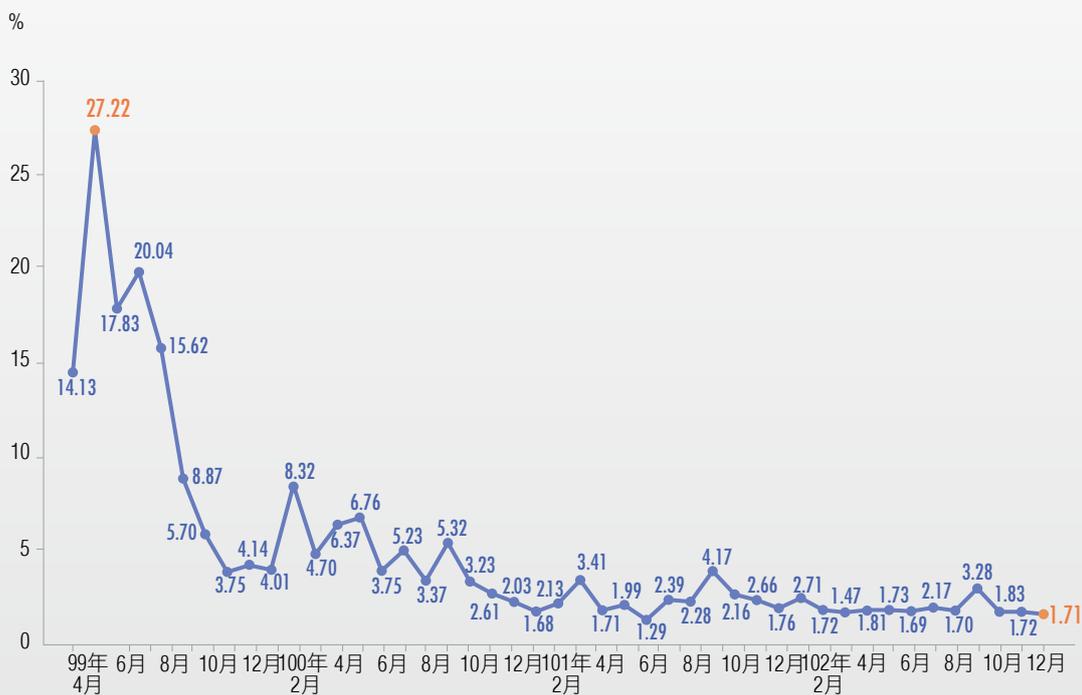
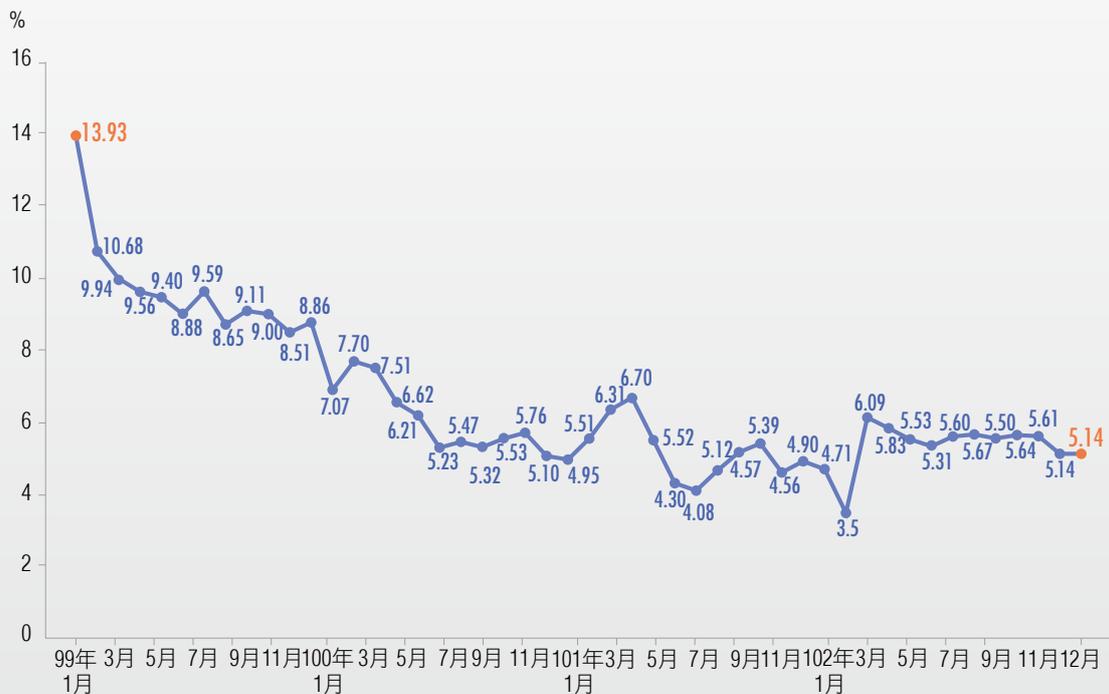


圖 6-3 99-102 年食品藥物廣告違規率



第四節 藥品安全管理

一、強化藥物安全監控

為強化藥物安全監控策略，於國內持續建置各項藥物通報及監控機制，整合通報資料庫資料依風險等級進行處理，以保障民眾健康並達資源共享目標，相關監控結果如表 6-8。

二、藥品安全性再評估及風險管控

建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平台」：102 年總計再評估 64 項藥品安全性，其中 26 項要求修改仿單或限縮使用；2 項要求執行風險管理計畫；2 項要求下市，並發布新聞稿 16 則及「藥品安全資訊風險溝通表」24 則，並發行藥物安全簡訊 4 刊。

第五節 管制藥品管理

為加強醫藥及科學上需用之管制藥品管理，訂定《管制藥品管理條例》，建立管制藥品分級管理、證照管理及流通管理之管制藥品管理體系，以防杜管制藥品濫用或流為非法使用。

一、管制藥品管理體系

(一) 管制藥品分級管理：管制藥品依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性分四級管理。102 年管制藥品分級增修公告事項如表 6-9。

(二) 管制藥品證照管理：102 年 12 月底，領有管制藥品登記證之機構業者計 1 萬 4,511 家；領有管制藥品使用執照之醫師、牙醫師、獸醫師及獸醫佐計 4 萬 7,391 人。

表 6-8 102 年藥品安全監控結果概述

藥品安全監控種類名稱	監控結果概述
藥品不良反應通報	藥品不良反應通報 10,667 件
藥品安全主動監控機制	完成 12 項藥品專案分析報告
國內外藥品安全警訊監控	監控國內外藥品安全警訊 291 則
生物藥品逐批檢驗封緘	辦理 389 批生物藥品檢驗封緘，合格放行封緘 1,251 萬劑，成功攔阻 12 批約 13 萬 5,436 劑運送溫度異常產品

表 6-9 102 年管制藥品分級增修公告事項

日期	分級	公告管制藥品分級名稱
4 月 18 日	第二級	增列他噴他竇 (Tapentadol)
4 月 18 日	第三級	增列類大麻活性物質 JWH-122 及 AM-2201
10 月 21 日	第二級	1. 修正氟甲基安非他命 (Fluoromethamphetamine, FMA) 之品項名稱 2. 增列氯甲基安非他命 (Chloromethamphetamine, CMA)
10 月 21 日	第三級	1. 修正氯安非他命 (Chloroamphetamine, CA) 之品項名稱 2. 增列 4- 甲基乙基卡西酮 (4-Methylethcathinone, 4-MEC) 及芬納西泮 (Phenazepam)

- (三) 管制藥品流通管理：
- 102 年度共計核發管制藥品之製造、輸入、輸出、醫藥教育研究試驗使用等核准函計 1,909 件。
 - 102 年衛生機關不定期派員實地稽核 16,197 家機構、業者管制藥品之管理情形，查獲違規者 211 家，違規比率為 1.30%，違規者均予以處分。

二、管制藥品濫用防制網絡服務

提供管制藥品相關統計資料、辦理藥物濫用防制師資培訓、宣導活動、成立反毒教育資源中心，並透過多元媒體通路，強化管制藥品濫用防制網絡服務。

第六節 中藥管理

- 94 年起實施中藥廠 GMP 制度，至 102 年底共有 104 家 GMP 中藥廠；102 年並依據《藥物製造業者檢查辦法》，共完成 48 家後續查廠。
- 為確保中藥品質安全，於 101 年 12 月 22 日公告《臺灣中藥典》第二版，收載中藥品

項 300 種，並規定自 102 年 4 月 1 日起，中藥製劑之製造，其原料規格均需符合本藥典規定。

- 為加強中藥濃縮製劑及中藥傳統製劑之管理，102 年公告之中藥管理法規如表 6-10。
- 101 年 8 月 1 日起實施紅棗等 10 種進口量較大中藥材邊境管理制度，102 年共受理 2,473 件中藥材報驗通關案，總計 1 萬 2,044 公噸，其檢附之檢驗證明文件，均符合我國限量標準。應實施抽批查驗之紅棗、黃耆、當歸及甘草，共應檢驗 57 批，其中 2 批自大陸進口之黃耆（5,290 公斤），因總重金屬含量超出限量，判定不合格。
- 102 年中藥藥品查驗登記情形：
 - 至 102 年底，總計核發 2 萬 2,521 張中藥藥品許可證。
 - 中藥新藥查驗登記：94 年核發「壽美降脂一號 (LipoCol Forte)」第一張中藥新藥許可證，至 102 年底計核發 2 張許可證。
- 102 年衛生機關中藥查核情形如表 6-11。

表 6-10 102 年公告之中藥管理法規

日期	法規 / 標準名稱	內容摘述
100 年 8 月 29 日	中藥濃縮製劑含異常物質之限量」標準	自 102 年 7 月 1 日起，所有已公告之 200 基準方，其砷、鎘、汞、鉛之含量均應符合本標準
102 年 12 月 26 日	「天王補心丹等 22 項中藥傳統製劑含異常物質限量標準及其適用範圍」。	增加中藥傳統製劑含異常物質限量之納管品項，自 103 年 7 月 1 日起生效。

表 6-11 102 年中藥查核情形

項目	查核情形
查處違規中藥廣告	102 年衛生機關核予行政處分 1,262 件，罰鍰 3,030 萬 6 千元
市售中藥材包裝標示查核	102 年共查核 491 件，合格率 99.8%
市售中藥材異常物質 (重金屬、農藥殘留、黃麴毒素) 抽驗	102 年共抽驗 300 件，其中 4 件不合格，合格率 98.8%
中藥摻含西藥抽驗	102 年共抽驗 130 件，檢驗結果皆符合規定

第三章 醫療器材與化粧品管理

醫療器材及化粧品之品質管理，強調以消費者保護為核心，分別從法規管理國際化、生產源頭控管、上市前把關、上市後監督及產品通路監測等面向，建立一套完整品質管理政策，有效控管醫療器材及化粧品之安全、效能及品質，保障民眾健康安全。

第一節 醫療器材、化粧品法規標準及產品審查

一、法規環境與國際規範調和化

102 年醫療器材管理及化粧品法規以及相關公告增修訂 15 項，如表 6-12。

二、醫療器材產品、化粧品產品及廣告之審查

(一) 醫療器材之分類分級：我國就醫療器材之不同特性及風險程度分為三等級、17 大類及 6,200 餘種品項，至 102 年底，許可證有效張數總計 3 萬 5,792 張。

(二) 醫療器材審查機制之改革：至 102 年底止，共研訂 37 項醫療器材產品技術基準，採認 1,002 項國際標準及 90 項國際基準，達到審查時效優於世界各國平均的成果。102 年總計完成 5,208 件醫療器材查驗登記審查，其中包括 91 件無類似品創新醫療器材查驗登記審查。

(三) 醫療器材臨床試驗審查：102 年完成 68 件臨床試驗申請案審查，多國多中心醫療器材臨床試驗案由 101 年 1 件增加至 6 件，並與外國專家共同完成 3 場醫療器材優良臨床試驗規範 (Good Clinical Practice, GCP) 查核，選出 10 位醫師提供經費赴歐、美、日等地研習醫療器材臨床試驗，培育醫療器材臨床試驗種子人員。

(四) 含藥化粧品查驗登記管理：102 年共收件 1,650 件，核准 1,506 件，核准率 91.3%；截至 102 年底，許可證有效張數總計 1 萬 3,964 張。

(五) 醫療器材及化粧品廣告審查：102 年醫療器材共收件 209 件，通過件數 163 件，核准率 81.5%；化粧品廣告審查案共收件 1,261 件，通過件數 1,192 件，核准率 85.8%。

第二節 醫療器材及化粧品源頭管理

一、醫療器材源頭管理

為與國際管理趨勢一致，採行 2003 年版 ISO13485「醫療器材品質保證制度國際標準」，將醫療器材製造廠全面納入自主性符合醫療器材優良製造規範 (GMP) 管理，至 102 年 12 月底仍屬有效國產醫療器材 GMP 登錄數為 568 張，輸入醫療器材品質文件 (QSD) 登錄數為 3,231 張。

二、化粧品生產源頭管控

(一) 持續推行自願性化粧品優良製造規範進行源頭管控，102 年度共計 18 家 (24 家次申請) 通過審查。

(二) 建置化粧品產品登錄平台：為與國際規範接軌，參酌美國、歐盟、東協等國家對化粧品上市前之管理皆免除事前審查程序，以廠商自主性管理為主，採用產品登錄制度，並已於 102 年建置完成產品登錄平台。

第三節 醫療器材及化粧品品質鏈監測

一、市售醫療器材及化粧品品質調查監測結果如表 6-13，其中不合格產品，均已移請轄區衛生局依法處辦。

二、市售醫療器材及化粧品品質聯合稽查

為加強對醫療器材及化粧品產品包裝標示、品質及安全性之稽查及抽驗，進行醫療器材及化粧品協同衛生局聯合稽查，以避免危害民眾健康，稽查結果如表 6-14。

表 6-12 102 年醫療器材及化粧品管理法規及相關公告增修訂

日期	法規 / 標準名稱	內容摘述
3 月 11 日	公告《藥物優良製造準則》及修正《藥物製造工廠設廠標準》	採行 ISO 13485 之 2003 年版標準，將醫療器材製造廠全面納入自主性符合醫療器材優良製造規範 (GMP)
3 月 14 日	修正「行政院衛生署食品藥物管理局醫療器材專案諮詢輔導要點」	新增多國多中心醫療器材臨床試驗計畫可申請專案諮詢輔導，提升跨國公司來國內執行醫材臨床試驗的意願
3 月 26 日	化粧品得宣稱詞句例示及不適當宣稱詞句列舉	修正「化粧品得宣稱詞句及不適當宣稱詞句」為「化粧品得宣稱詞句例示及不適當宣稱詞句列舉」
4 月 2 日	公告採認 90 項美國 FDA 醫療器材產品基準	協助醫材廠商準備查驗登記申請資料及作為醫療器材管理之參考依據
4 月 30 日	修正「體外診斷醫療器材查驗登記須知」第七條條文	放寬 HIV 體外診斷試劑針對 subtype O 亞型測試檢體數之相關規定，修正 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)、HIV-1 抗原及 Anti-HBs 檢驗靈敏度之國際標準品
4 月 30 日	公告符合自願性化粧品優良製造規範	通過國內「自願性化粧品優良製造規範」工廠，且取得我國官方證明文件者，查驗登記得優先審查並簡化該含藥化粧品查驗登記應檢附之技術性資料
5 月 1 日	公告加入第二代臺歐醫療器材查廠報告交換技術合作方案 (TCPII) 之歐盟及我國醫療器材代施查核機構	加強臺歐雙方平等互惠合作，公告新加入 TCPII 之 11 家歐盟代施查核機構及我國 4 家代施查核機構 (新加入成員：塑膠中心) 名單。
5 月 8 日	修正《藥事法》第 13 條 - 醫療器材定義	將「控制生育」、「非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體以達成其主要功能」、「軟體」及「體外試劑」納入醫療器材之範圍，增進與國際法規之調和
5 月 15 日	訂定《輸入藥物邊境抽查檢驗辦法》	提供對醫療器材於輸入許可前進行抽查與檢驗之法源依據，建立邊境抽查檢驗機制及懲處機制
5 月 28 日	修正化粧品中含果酸 (Alpha Hydroxy Acids) 及其相關成分製品之 pH 值及注意事項	修訂「有關 pH 值檢測方式，得參照『中華民國標準』(CNS) 化粧品 pH 值酸鹼性試驗法 (總號 9036 類號 S2073) 依產品實際情形檢驗之」
6 月 10 日	公告「藥局得零售一定等級醫療器材」	100 年 12 月 7 日公布修正之「藥事法」第 19 條第 2 項條文，藥局得兼營一定等級醫療器材零售業務；同條第三項授權中央衛生主管機關訂定一定等級之醫療器材範圍及種類
6 月 27 日	修訂「化粧品中游離甲醛 (Free formaldehyde) 成分之限量管理規定」	(1) 公告「化粧品中防腐劑成分使用及限量規定基準表」。 (2) 化粧品中游離甲醛限量規定
8 月 27 日	修正「尿素 (Urea) 使用限量管理規定」	增列「Urea 使用限量管理規定 10% (限用於染髮產品)」
9 月 17 日	化粧品中禁止使用 Rhododendrol 成分	凡含 Rhododendrol 成分之化粧品，不得輸入、製造、販賣、供應或意圖販賣、供應而陳列
12 月 31 日	修正「化粧品中防腐劑成分使用及限量規定基準表」	修訂「Methylisothiazolinone」及「Mixture of 5-Chloro-2-methylisothiazol-3(2H)-one and 2-Methylisothiazol-3-(2H)-one with magnesium chloride and magnesium nitrate」公告規定

表 6-13 102 年度醫療器材及化粧品品質調查監測結果

日期	分級	檢查項目			
		品質		包裝標示	
		合格件數	不合格件數	合格件數	不合格件數
市售外部使用非吸收式紗布、海棉球及醫用棉花棒之外觀及螢光物質品質監測	26	26	0	26	0
市售彩色隱形眼鏡之色素溶出物試驗品質監測計畫	30	30	0	30	0
市售 PVC 醫療器材中鄰苯二甲酸二 (2- 乙基己基) 酯 (DEHP) 之品質監測	26	26	0	23	3
市售假牙清潔劑中 Persulfate 之品質監測	14	14	0	9	5
隱形眼鏡多功能保養液 pH 值及滲透壓試驗之品質監測	23	23	0	23	0
醫院用無菌導尿管之無菌性監測	80	67	13	80	0
醫療器材合計件數 (百分比)	199(100%)	186(93.5%)	13(6.5%)	191(96%)	8(4%)
市售化粧品香水、噴髮膠中甲醇及鄰苯二甲酸酯類等成分之品質監測	50	47	3	39	11
市售化粧品中微生物之品質監測	50	50	0	49	1
化粧品合計件數 (百分比)	100(100%)	97(97%)	3(3%)	88(88%)	12(12%)

表 6-14 102 年醫療器材及化粧品聯合稽查統計分析表

產品類別	查核縣市數	查核店面 / 地攤數	產品標示		
			查核件數	違規件數	違規率 (%)
彩色隱形眼鏡	6	49	142	19	13.38
傷口敷料	6	49	330	21	6.40
醫用口罩	6	49	155	19	12.30
衛生套	7	26	256	2	0.70
動力式熱敷墊	7	26	32	0	0.00
含 DEHP 之 PVC 材質醫材	7	13	18	0	0.00
醫療器材合計	13 ^(註)	75 ^(註)	933	61	6.50
沐浴乳	9	81	1,425	10	3.20
洗髮乳	9	81		26	
洗手乳	9	81		10	
化粧品合計	9	81	1,425	46	3.20

備註：因執行期間不一，有相同縣市或店面 / 地攤，執行 2 次稽查。

第四節 醫療器材及化粧品安全管理

一、強化醫療器材安全監控

食藥署為國際醫療器材法規管理論壇 (International Medical Device Regulators Forum, IMDRF)「主管機關警訊報告交換系統」(National Competent Authority Report exchange program, NCAR)會員，102 年接獲 NCAR 會員國之警訊報告 399 件，另醫療器材安全監控成果，藥物不良反應通報系統之醫療器材不良品及不良反應通報分別為 1,634 件及 144 件。

二、強化化粧品安全監控機制

102 年化粧品不良品通報共有 87 件，另監控化粧品 327 則訊息及發佈安全紅綠燈 52 則；並持續更新化粧品上市後通報管理系統。

第四章 國家實驗室及風險管理

持續精進國家實驗室功能，建構國際趨勢之檢驗技術，首重精密檢測儀器設備之擴增，強化檢驗技術發展並以檢驗科技支援行政管理。另推動「風險管理及危機處理」機制，建構健全完善之食品藥物安全管理體制，有效降低風險與危機發生之可能性與衝擊程度。

第一節 國家實驗室任務與功能

一、為精進國家實驗室功能及開發多重、精確、快速之檢驗效能，增購多項高效能與高解析分析儀器設備，應用於食品危害成分或物質及藥物與未知物之檢驗分析並制訂技術文件供各界使用。

二、辦理「未知物鑑別培訓」系列課程，強化實驗室非目標物檢測能力。

三、檢驗業務：

(一) 施政檢驗：執行醫療器材、健康食品、特殊營養食品及食品添加物查驗登記檢驗，生物

製劑藥品逐批封緘檢驗，以及配合突發事件之檢驗，其中食品 5 則（如油品添加銅葉綠素事件）、醫材 2 則（如彩色隱形眼鏡色素溶出事件）及化粧品 3 則（如防曬乳驗出重金屬「鎘」事件）。

(二) 協助檢驗：協助各地衛生局稽查及抽樣檢驗如化粧品、違法西藥、中藥參加西藥與食品參加西藥檢驗，共計檢驗 2,566 件，不合格或檢出西藥陽性檢體數計 392 件。

(三) 支援檢驗：支援政府機關、公營機構、公益團體、法人等付費委託檢驗及司法情治或軍警等機關之協助檢驗，如違法西藥、管制藥品及毒品、中藥參加西藥與食品參加西藥檢驗，共計檢驗 4,460 件，檢出西藥、濫用藥物陽性及不合格檢體數計 3,499 件。

四、檢驗方法研訂及推廣

(一) 公告新增及修正食品類檢驗方法 46 篇，建議檢驗方法 61 篇；化粧品新增建議檢驗方法 9 篇。

(二) 因應食安事件研發「食用油中游離棉籽酚之檢驗方法」、「食用油中銅葉綠素之鑑別方法」及「食品中順丁烯二酸與順丁烯二酸酐總量之檢驗方法」等方法。

(三) 辦理「辨識易混淆及誤用中藥材及食品業務檢驗技術」各 2 場次研討會。另辦理「國際食品檢驗技術與第二屆海峽兩岸醫藥品檢驗技術交流」共 2 場研討會。

(四) 舉辦「生物藥品檢驗基準說明會」達成產業界與主管機關雙向交流目的。

五、標準品製備及供應：完成 HCV genotype 2 病毒核酸標準品製備及含量標定。

第二節 風險管理及危機處理機制

一、組織風險管理機制之推動與管理

(一) 組織風險管理及危機處理體系：成立「風險管理及危機處理推動小組」與各單位之「工作小組」，將風險管理及危機處理融入日常工作與決策運作，並建立緊急應變機制，使本

部食藥署施政風險能獲早期預警，並採取必要控管措施。

- (二) 辦理風險管理及危機處理教育訓練：102 年持續辦理風險管理及危機處理基礎、實務課程之教育訓練，強化各單位風險管理及危機處理之概念，進而形塑風險管理文化。

二、強化危機之應變處理

- (一) 修訂危機處理相關文件：針對緊急食品藥物安全事件已訂定緊急應變相關文件，102 年修訂「緊急應變手冊」、「重大輿情與事件處理通報作業要點」、「新聞稿作業要點」等文件，以落實緊急事件應變機制，有效化解危機。
- (二) 辦理「緊急應變兵棋推演」：102 年辦理主題為「玉米澱粉遭 T-2 毒素汙染事件」，依演練結果，進行危機處理機制之檢討與更新，以強化人員危機處理能力。
- (三) 因應緊急事件之應變：102 年因應「順丁烯二酸酐化製澱粉事件」、「油品混充及違法添加銅葉綠素事件」，除啟動緊急應變機制外，並於事件發生後進行檢討改進，完成事件後報告 (AAR) 供學習案例教材，提供爾後危機事件發生時之因應參考。

三、風險監控作業

為強化食品安全風險監控已設立「風險監控小組」，建立風險監控作業流程，蒐集並整合相關資訊進行風險分析，監測發現有危害安全之虞時，即發布預警，採行必要管制措施。

第五章 消費者保護與宣導

針對食品、藥物及化粧品管理，加強與消費者、媒體之溝通與宣導，即時提供專業、正確的訊息，增進民眾的瞭解、信任及信心。

第一節 消費者即時資訊之提供

- 一、維運「食品藥物消費者知識服務網」([http://](http://consumer.fda.gov.tw/)

consumer.fda.gov.tw/)：提供民眾相關業務資訊、衛教宣導及查詢服務，達成多元便捷之知識服務平台，亦針對民眾關注的食品安全議題提供即時資訊。

- 二、建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平台」：監控國內外藥品安全及品質資訊，並即時發布相關警訊，以提醒醫療人員及民眾注意。
- 三、建置「TFDA 化粧品安全使用 Facebook 粉絲團」及「TFDA 化粧品安全使用部落格」，以提供消費者即時資訊。
- 四、持續輔導及鼓勵醫療機構參與「管制藥品濫用通報」，每月製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」彙編及每季發行「管制藥品簡訊」。
- 五、102 年出版 20 種食品藥物相關書籍，及定期刊物 6 種，提供消費者多元選擇及知的權利。
- 六、建置「線上申辦暨多元化便民繳費平台系統」：提供線上申辦項目達 90 項及多元化便民繳費方式 (ATM、超商、信用卡等)，及各類申辦案件相關資訊及表單下載功能。

第二節 消費者溝通與宣導

- 一、持續於廣播電台、電視媒體、平面媒體進行各項食品衛生安全政策宣導，配合食品安全衛生管理法修法，針對修法重點對相關業者及消費者辦理多場宣導說明會。
- 二、辦理「食品安全風險教育國小教師種子培育宣導計畫」，提供教師正確的預防食品中毒及市售食品包裝選購及儲存之相關知識，讓健康飲食觀念向下紮根。
- 三、辦理 925 用藥安全日正確使用止痛藥記者會，公布民眾用藥行為調查，及宣導影片首播，並於 102 年 9 月 28 日於雲林縣舉辦「用藥安全、健康起飛」健走活動，以止痛藥為主軸，宣導正確用藥五大核心能力及五要五不原則，如圖 6-4 及 6-5。



圖 6-4 正確用藥五大核心能力 圖 6-5 五要與五不原則 圖 6-7 「要嗨不藥害」藥物濫用實際案例探討手冊 圖 6-8 「拉 K 一時 尿布一世」宣導海報



圖 6-6 大家來認識醫療器材

- 四、建置及維運「正確用藥互動數位資訊學習網」，整合開發完成之教材與教案資料，運用網路社群擴大正確用藥知能教育，並成立 22 所正確用藥資源中心、19 所中心學校、93 所種子學校及 473 家社區用藥諮詢站。
- 五、透過多元媒體通路，包括電視、廣播、報紙與雜誌，及捷運、臺鐵、客運等大眾運輸之戶外媒體，提升民眾對醫療器材正確選購及使用之認知，如圖 6-6。
- 六、舉辦「認證照看說明醫材選 E 樣行」、「全國化粧品不良品通報系統」及「化粧品正確選購及安全使用」宣導活動；辦理醫療器材及化粧品衛教宣導記者會，並製作衛教宣導品與短片。

- 七、藥物濫用防制：
 - (一) 編撰反毒宣導摺頁、製作藥物濫用防制短片及發行「藥物濫用實際案例探討手冊」，透過多元媒體通路，提升民眾對正確使用管制藥品及濫用危害之認知，如圖 6-7。
 - (二) 結合 34 家包括學校、法人團體、醫療機構等民間團體，辦理各項藥物濫用防制宣導活動，並辦理 6 場次之全國社區藥師藥物濫用防制師資培訓課程。
 - (三) 102 年在全國電影院託播「拒絕 K 他命 - 廁所人生篇」及「拉 K 玩不起的遊戲篇」宣導短片張貼宣傳海報，如圖 6-8。
 - (四) 成立北、中、南 6 家反毒教育資源中心，由資源中心透過合作結盟方式與 104 個機構，共同推動反毒及正確使用鎮靜安眠藥的宣導。

7

社會保險

85

第一章 全民健康保險

91

第二章 國民年金

94

第三章 長照保險規劃



隨著社會變遷與醫療衛生的進步，為保障國民因生、老、病、死、傷殘、失業而發生個人及家庭的經濟危機時能獲得幫助，乃於自助互助、風險分擔的原則下，藉由立法，透過社會保險制度，建構我國社會安全體系。本篇就全民健康保險、國民年金及規劃中的長照保險分述於下。

第一章 全民健康保險

全民健保自 84 年實施以來，國人不分貧富，在生病時都能從這項社會保險制度獲得妥適的醫療照護，讓民眾免於因病致貧或因貧而病的恐懼，不再因財務障礙導致無法或延誤就醫，成為臺灣社會安全的重要支柱。

在面對有限的財源、迫切的醫療需求，為使健保永續經營，政府於 100 年完成二代健保修法，以「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」為願景，落實「人人有保，就醫公平」之目標，推出多項改革措施，包括建立財務收支連動機制、提升政府財務責任、加強照顧弱勢族群、揭露醫療品質資訊及病床數、公開醫療院所財務報表，擴大民眾參與、多元支付制度等改革；另考量矯正機關收容人的健康權，亦將其納入健保。

二代健保穩健上路滿週年後，為使民眾獲得更有品質也更有效率的醫療照護服務，同時提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度，103 年衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）更持續推出「醫療支出面十項重大管理計畫」，包括：「健保雲端藥歷系統」精進計畫、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、一般門診單一處方用藥品項數量管控計畫、醫療費用數位化審查改善

計畫等十項。另也規劃於 103 年年底前完成個人「健康存摺」之建置，以提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度。

第一節 全民健保業務現況

全民健保的核心價值在於透過社會互助，以社會保險形式來分擔保險對象罹病時的財務風險。回顧全民健保開辦以前，全國民眾僅約 57% 的工作人口受到健康保險的保障，另有 43% 的人口未能納入健保給付範圍內，而這些人口的共同特性就是無收入、收入較低或不固定，但醫療需求卻相對較高的老年人口、婦女及兒童。因此，全民健保自 84 年 3 月 1 日開辦實施後，最直接的成就是將健保範圍擴及原勞保被保險人之眷屬、榮民及其餘無職業的婦女、學生、孩童與老人，使全國民眾均能享有平等就醫的權利。

截至 102 年底，總投保人數共有 2,346 萬 2,863 人，實質納保率達 99% 以上。此外，全國約 93% 的醫療院所皆與健保署特約；其中，醫院更是 100% 加入健保特約的行列，民眾可至任一家特約醫療院所就醫，醫療可近性可謂相當便利。

全民健保的財務制度設計，係採自給自足、自負盈虧之原則經營，保險財務收入主要來自於被保險人、雇主及政府共同分擔的保險費收入，少部分為外部財源挹注，包括公益彩券盈餘、菸品健康福利捐分配收入、保險費滯納金等，惟為平衡保險財務，應提列安全準備，並以維持 1 至 3 個月為原則。

二代健保自 102 年 1 月 1 日起實施，除增收補充保險費，為減輕薪資所得者的負擔，一般保險費費率亦由 5.17% 調整為 4.91%，截至 102 年底止，權責基礎下之歷年保險收支累計結餘 851 億元，約當保險支出月數 2.03 個月，已達全民健康保險法第 78 條安全準備提列之規定。

第二節 全民有保就醫便利

102年，總門診次數為3億5,015萬人次，總住院次數為313萬人次，平均每人每年門診就醫次數15.1次，住診就醫次數0.14次，平均住院日數1.3日。

102年底，健保特約醫事服務機構計達2萬6,824家；其中，醫院及診所2萬325家，占全國所有醫療院所總數的93.46%，普及全國各地，分布均衡，保險對象之就醫可近性高。

在全民健保制度之下，民眾可以自由選擇特約醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構，享受妥善的醫療照護服務。即使在國外，民眾因緊急傷病接受醫療，回國後也享有核退國外自墊醫療費用部分或全額的權益。

為建立分級醫療制度，使民眾獲得完整持續的醫療照護，自92年3月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，由同一地區5家以上的特約西醫診所與合作醫院，組成社區醫療群提供醫療服務。只要透過居家附近的基層診所醫師作為家庭醫師，民眾即可獲得全家健康的第一線把關。家庭醫師平日為預防保健的專業顧問，建立完整的家庭醫療資料，提供健康諮詢；若病情需要進一步手術、檢查或住院時，可協助轉診，減少民眾重複就醫所浪費的時間與金錢。截至102年底，已有374個社區醫療群運作，參與之基層診所2,785家，參與率為27.7%，參加醫師數3,343位，參與率為23.3%；受益會員超過205萬人。

在藥局服務方面，截至102年底，健保特約藥局已達5,513家，民眾可持特約醫療院所交付的處方箋，到特約藥局領藥。如有用藥的疑問，可請藥局的藥師或藥劑生提供用藥及健康諮詢等專業服務，不僅為大家的用藥安全把關，更能就近教導民眾正確的用藥知識。

第三節 財務健全收支連動

我國全民健保財務是採自給自足、自負盈虧、隨收隨付原則，財源大部分由保險費支應，一旦保費收入不敷醫療支出，即需檢討、調整保險費率，以維持財務平衡。

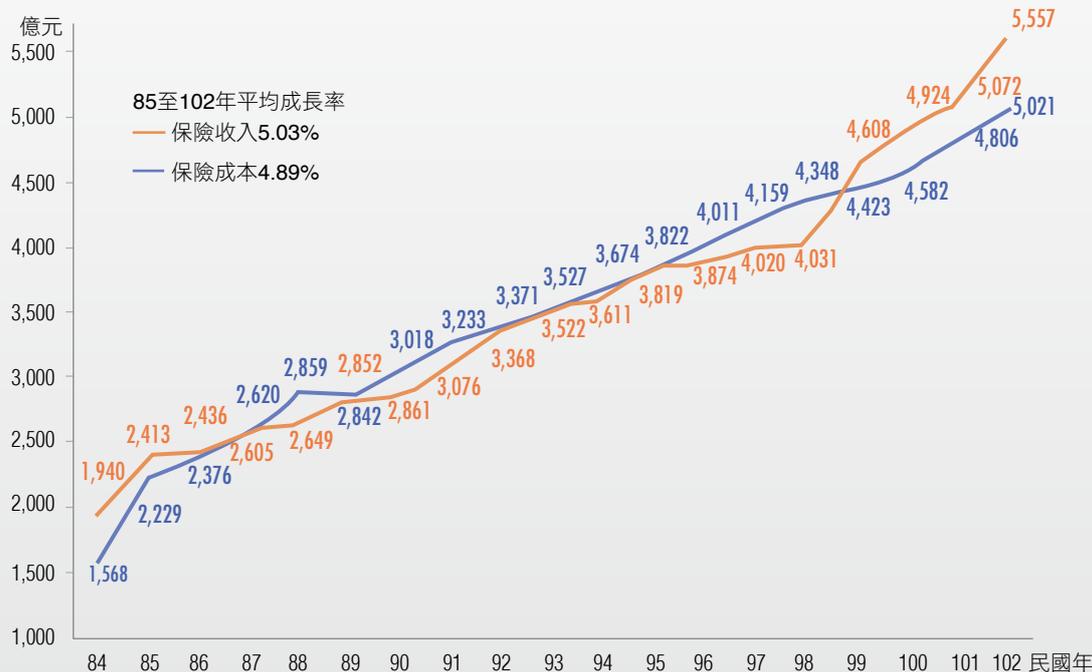
自84年全民健保開辦以來，由於人口老化、新醫療科技及藥品的引進使用、重大傷病患者增加，以及民眾對醫療品質需求的提升等因素，醫療費用逐年增加。另一方面，保險收入卻增加緩慢，主要原因為以薪資為基礎的投保金額，受經濟景氣影響而成長緩慢，導致醫療支出增加速度遠快於保險費收入成長的速度，以致全民健保自87年開始出現財務短絀。健保署除積極開源節流外，分別於91年及99年兩次調整保險費率，雖然過程中承受各界壓力，但也確實成功改善全民健保的財務狀況，減少了收支逆差，讓健保得以永續經營，如圖7-1。

依據財稅資料顯示，個人綜合所得約有60%來自經常性薪資所得，二代健保實施前，健保費是以薪資為主要基礎來計收，造成很多所得或收入，不需計繳保險費，這樣對以薪資作為主要收入的上班族，易形成不公平現象。

基於保險費負擔公平性，以及健保費基應適度擴大才能維持財務平衡，使健保得以永續經營等考量，二代健保針對財務平衡、建立收支連動機制，推動下列重點改革：

- 一、將側重收入面監理的全民健保監理委員會，與負責協定與分配醫療費用的全民健保醫療費用協定委員會，兩會合併，共同運作，建立收支連動機制，以維持財務平衡。
- 二、對個人未計入投保金額之6種所得(所屬投保單位給付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、股利所得、利息所得，以及租金收入)加收補充保險費，以擴大費基，落實量能付費，促進負擔公平。

圖 7-1 健保財務歷年收支曲線



三、對投保單位（雇主）每月所支付薪資所得總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，計收補充保險費，以提昇企業間負擔公平。

四、明定政府應負擔保險經費比率，不得低於36%，以強化政府財務責任。

第四節 多元支付合理管理

全民健保的醫療費用支付方式，在各部門總額之下，仍以「論服務量計酬」(Fee for Services)為主。論服務量計酬支付制度下產生之問題，包括不必要之診察、檢查、用藥及手術等，不但造成醫療費用不斷成長，亦對醫療品質產生不利影響。

為了改善論服務量計酬缺乏誘因提升醫療品質之缺點，健保署自91年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度。醫療費用總額預算支付制度為一種前瞻性、宏觀調控醫療費用之方法；同時透過支付工具等微觀策略，如論病例計酬、論質計酬

等改革方案，以達到改變診療行為，有效使用醫療資源之目的。

為提升醫療服務品質，針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病別，推動醫療給付改善方案，採論質計酬—即論「品質」付費的支付方式。醫院可依治療指引，使病患獲得較佳之治療，並透過個案管理師針對病患提供疾病管理追蹤，使病患得到完整且持續之照護，讓疾病獲得良好控制，改善論服務量計酬無法有誘因提升醫療品質之缺點，且根據不同疾病之醫療照護特性設計支付誘因，兼顧了醫療費用控管，也提升了醫療服務的效率與品質，達成全民健保照顧全民健康的使命。

另為使醫院有效率的提供醫療服務，減少不必要的手術、用藥及檢查，使醫療資源有效利用，醫療成本得以控制，更自99年1月1日起實施全民健保住院診斷關聯群（Taiwanese Diagnosis Related Groups，簡稱 Tw-DRGs）支付制度。

此外，自 100 年 7 月 1 日起，試辦「論人計酬」支付制度。該制度的實施，打破傳統「醫院看的越多、領的越多」觀念，提供更大誘因促使醫院投入健康促進服務，以民眾健康為導向，只要把病人照顧得越好，醫生和醫院的收益就越多，讓民眾獲得更周全的醫療整合照護，截至 102 年 12 月底，計有 8 個試辦團隊，照護對象約 20 萬人。

因應人口老化，於 103 年起試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」，優先選擇共病及跨科較多、人數多之腦中風試辦，在復健治療黃金期內，訂定個別治療計畫，期建立急性後期跨專業照護模式，以減少病患失能，協助其順利返家。

此外，考量人道立場，推動「減少重症末期病患無效醫療及呼吸治療管控計畫」，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）必要衛教項目，以維持病患之生命尊嚴，減少重症末期病患於生命末期諸多非必要的醫療，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。針對呼吸器使用 21 日以上病患，要求強制登錄健保系統以全面納管跨院住院日數，並依住院天數支付不同支付標準，即天數越長給付越低，並透過專業審查及實地審查加強管控照護品質。

第五節 資訊公開提升品質

全民健保以提升醫療品質為宗旨，將資訊公開透明，於全球資訊網提供健保醫療服務公開資訊，其中包括特約醫事服務機構資訊、醫療品質資訊、給付範圍等，以提升民眾獲取健保醫療資訊之可近性，並發揮全民共同參與監督之機制。

全民健保自 94 年起建置醫療品質資訊公開平台，以藉品質資訊公開，激勵醫界更努力提升個別院所之醫療服務品質，及增進民眾對本保險醫療品質及醫療利用之瞭解，以做為民眾就醫選擇之參考。

為提供民眾可讀性高之醫療品質資訊，除適度說明資訊之來源、定義、意義及使用限制外，並依資訊公開之目的、屬性、特質作分類，內容包括：

- 一、 整體性醫療品質資訊：公開各醫療服務類別之「專業醫療服務品質報告」，讓大眾瞭解國內之醫療品質概況。
- 二、 機構別醫療品質資訊：公開各特約院所之醫療品質指標，包括服務類指標及特定疾病類指標等多元性品質資訊。

二代健保實施後，更進一步強調公開醫療重要事務的資訊，希望透過健保業務的決策過程透明化，以利全民共同參與、關心健保業務；藉由提供民眾實用的健保資訊，利於民眾就醫選擇；透過醫療品質資訊及重大違規行為的公開，促進保險醫事服務機構提升醫療品質。

二代健保強化資訊 4 大透明，包括：會議資訊透明、品質資訊透明、醫院財報透明、重大違規透明等。這些透明化的項目主要包括：重要健保會議的議程及會議實錄；各特約醫院的保險病床設置比率；各特約醫院的保險病床使用情形；領取一定金額以上保險醫療費用的特約醫事服務機構的財務報告；與全民健保有關係的醫療品質資訊；重大違規的特約醫事服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。

此外，為促使自費醫材資訊透明化，衛福部健保署自 103 年起建置自費特材比價網，讓民眾可以上網查詢比較各院所自費項目之價格（如塗藥血管支架、特殊功能人工水晶體、陶瓷人工髖關節等等），以降低院所間收費之差距，增加收費合理性，以維護民眾權益。

第六節 弱勢照顧守護偏鄉

一、 對經濟弱勢民眾的補助措施

（一）弱勢群體保險費補助

各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低

- 收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及 55 歲以上之無職業原住民，102 年補助金額約 231 億元，補助人數約 288 萬人。
- (二) 除保險費補助外，尚有紓困貸款、分期繳納、愛心轉介等協助措施，以保障經濟困難民眾就醫權益；102 年協助情形見表 7-1。
- (三) 急重症醫療協助：因經濟困難欠繳健保費之弱勢民眾，經醫院醫師診斷需住院、急診或急重症須門診醫療者，只要持有村里長或由醫療院所出具清寒證明，即可以健保身分先行就醫。102 年因而獲得醫療保障者計 2,508 件，金額 6,627 萬元。
- (四) 公益彩券回饋金協助弱勢民眾就醫：102 年爭取公益彩券回饋金，用以協助經濟弱勢民眾排除就醫障礙並減輕其就醫負擔，由健保署及 18 個縣（市）等單位申請計畫執行，協助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，俾使經濟弱勢民眾獲得妥適醫療照護，協助 6 萬餘人次，補助金額達 4.5 億餘元。
- (五) 減輕特定病患就醫部分負擔費用：對於領有「身心障礙證明」者，門診就醫時不論醫院層級，門診基本部分負擔費用均按診所層級收取。另對於重大傷病證明的病患，免除該項疾病就醫的部分負擔費用，如屬衛生福利部公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付，實質減輕其就醫經濟負擔。
- 二、對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護
- (一) 全民健康保險山地離島地區醫療效益提昇計畫 (Integrated Delivery System, 簡稱 IDS)
1. 山地離島地區因地理環境及交通不便，醫療資源普遍不足；自 88 年 11 月起陸續在山地離島地區實施 IDS 計畫，鼓勵大型醫院至該地區提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務。至 102 年，全國公告之離島鄉皆已納入 IDS 計畫，共計有 50 個山地離島地區，共 26 家特約院所承作 30 項計畫，支援當地醫療服務，服務 43 餘萬人。
 2. 服務內容因地制宜，主要提供定點門診、24 小時急診、夜間門診診療、夜間待診（晚上 9 點至次日早上 8 點）、專科診療（如眼科、婦產科、牙科、復健科、精神科、洗腎醫療、放射科等）及提供所需聘用的醫事服務人員、巡迴服務、慢性病照護、居家照護、疾病篩檢、預防保健及轉診後送服務，並且因當地民眾不同的醫療需求及天災緊急事件等，提供不同的服務內容。整體而言，實施 IDS 計畫鄉鎮之民眾對計畫平均滿意度為 95%。
- (二) 醫療資源不足地區改善方案：對平地醫療較不足鄉鎮，每年約額外投入 5 億元，以「在地服務」的精神鼓勵中、西、牙醫基層醫師至醫療資源不足地區執業，或採巡迴方式提供醫療服務。

表 7-1 102 年繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人(件)數	金額
保險費補助	政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及 55 歲以上之無職業原住民	288 萬人	231 億元
紓困貸款	符合衛生福利部所訂經濟困難資格者	3,164 件	1.85 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	11 萬件	28.95 億元
愛心轉介	無力繳納健保費者	8,706 件	2,480 萬元

(三) 醫療資源不足地區之醫療服務提昇計畫：為加強提供離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾的在地醫療服務及社區預防保健，增進就醫可近性，101年起實施本計畫，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於上述地區或鄰近區域的醫院，提供24小時急診服務，及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務，強化民眾就醫在地化，至102年計有66家醫院參與。

(四) 對重大傷病患者、罕見疾病患者、多重慢性病患者等疾病弱勢族群之照護

1. 目前公告的重大傷病範圍有30類，包括癌症、慢性精神病、洗腎及先天性疾病等。凡取得重大傷病證明的保險對象，因重大傷病就醫可免除該項疾病部分負擔費用。截至102年12月底，重大傷病證明核定約有98萬餘件（人數為92萬餘人，約占總保險對象的3.94%），而102年重大傷病醫療費用約1,625億餘元（占全年總醫療支出的27.58%）。
2. 罕見疾病屬法定重大傷病項目，取得重大傷病證明者就醫時可免除部分負擔；經衛福部公告的罕見疾病必用藥品，健保均予全額支付。目前公告的罕見疾病種類有202項，截至102年12月底止，取得重大傷病證明者共9,096件。102年罕見疾病之醫療費用約29.04億元，其中藥品費用約為26.23億元。
3. 自98年12月1日起，推動「醫院以病人為中心之整合照護計畫」，使有多重慢性病的民眾可以獲得整合照護服務，避免重複及不當用藥、重複檢驗檢查與治療。102年參與的醫院計179家，可整合照護的民眾計37萬餘人，參加計畫者之平均每人每月就診次數較前一年減少0.045次。

第七節 運用科技提升效率

全民健保資訊系統的規劃、建置與使用，歷經全國龐大資料彙整、統一傳輸標準及軟硬體系統更新，不僅在符合資通安全前提下，方便民眾就醫及醫療院所進行各項申報，也建立齊全資料庫而進一

步運用，達到深度資訊化、資訊透明化與醫療品質公開之成果。

為了提高整體資訊作業效率，使資訊能快速取得，及時提供決策參考、提升競爭力且不影響原資訊系統之日常運行，健保署自86年率先引進資料倉儲（Data Warehouse）技術，建置「醫療費用資料倉儲系統」，是政府部門中最早引進資料倉儲，作為資料提供與分析的平臺，對於決策支援、異常查核、資料調查等均發揮極大效益。

93年1月1日健保卡全面上線後，即建置「健保資訊網（VPN）」作為與特約醫事服務機構雙向溝通之專用網路，除可進行健保卡連線、認證、更新、上傳作業外，更可進行費用申報、試辦計畫等網路申報服務，提升申報作業效率。目前特約醫事服務機構採醫療費用電子申報之比率已近100%。另於101年1月推動以電子憑證登入健保資訊網，期望透過推動跨院所間的醫療影像檔傳輸與交換作業，減少不必要的重複檢驗與檢查，促進跨醫院間的資訊流通，減少全民健保財務支出，進而帶動醫療產業e化及醫療影像標準化。

為提升醫療費用申報正確性及審查效率，亦利用電腦資訊科技，發展「電腦醫令自動化審查系統」，將醫療院所之申報資料，進行電腦邏輯程式檢核，直接核減不給付醫令項目，以減少醫療院所不當申報之情形，並逐步導正醫療院所申報之正確性，以提升審查效率。

在提升民眾就醫便利性方面，自93年1月1日起，健保卡全面正式上線後，整合原有的健保紙卡、《兒童健康手冊》、《孕婦健康手冊》和重大傷病證明卡4種卡冊的就醫與證明功能，並將原本卡冊上明示之登記事項，以隱性及代碼方式，登記於晶片內，除具便利性，同時保障就醫隱私。

健保卡除有重大傷病證明的註記以及過敏藥物的登錄外，也登錄門診醫囑（包括藥品、檢驗及檢

查)，讓醫師在診療時參考，如此可以提升就醫安全，間接避免健保醫療資源的浪費，也可以減少檢驗（查）可能危害身體健康的風險及排隊候檢的時間。此外，利用就醫後 24 小時上傳健保資料的優勢，可及時統計每天的門診人次進行必要管理，另利用健保卡的晶片所儲存的當年就醫次數，並可即時提醒醫師病人高利用門診的情形，及早發現而加以輔導。此外，健保卡亦可註記保險對象器官捐贈、安寧緩和醫療或不施行心肺復甦術意願，讓保險對象在意識不清，無法清楚表達意願時，家屬即可以瞭解其意願，使病人有尊嚴的面對死亡或完成其遺愛人間的心願。

為落實電子化政府，於 95 年 1 月更新網路作業系統，建置「多憑證網路承保作業平台」，讓服務更多元化。截至 102 年 12 月底，使用該系統的投保單位已有 12.4 萬家，每個月透過網路申報之異動資料約 140 萬筆，占全部異動量之 7 成以上。

為提升民眾用藥安全及品質，健保署更於 102 年 7 月開發建置「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，避免醫師重複處方及病人重複用藥，該系統對於提升民眾用藥安全及品質具有效益。103 年仍持續精進其功能，以提高醫師及藥師使用意願及提供病人可查詢自身用藥紀錄為目標，預期將可減少病人重複用藥、降低藥物交互作用情形，提升用藥安全及品質。

另為提升民眾對自我健康及就醫狀況的掌握程度，在考量個人隱私、便民與就醫資訊透明化之前提下，規劃於 103 年年底前完成「健康存摺」之建置，民眾只要利用自然人憑證，就可以申請最近一年特約醫事機構向健保署申報的就醫資料。

申報的就醫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、自付的金額及健保支付的點數，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，讓民眾隨時做好自己的健康管理。

第二章 國民年金

「國民年金」是我國在 97 年 10 月 1 日開辦的社會保險制度，主要目的在於保障年滿 25 歲以上、未滿 65 歲，且未參加軍、公教、勞、農保的國民納入社會安全網，使其在老年、生育、身心障礙甚至死亡時，被保險人及其遺屬能獲得適足的基本經濟生活保障，使我國邁入社會福利制度新里程碑，建構社會安全制度完整網絡，開啟老年年金制度新時代。

第一節 國民年金現況

國民年金開辦後，我國已跨入「全民有保險、老年有保障」的嶄新紀元，102 年國民年金制度辦理情形說明如下：

- 一、被保險人：102 年 12 月國民年金保險被保險人數為 367 萬 7,601 人，如表 7-2。
- 二、保險費率：7.5%。
- 三、保險費負擔：國民年金保險費原則上由政府負擔 40%（每月 518 元），所得未達一定標準者或身心障礙者，提高保費補助至 55%（713 元）或 70%（907 元）；而低收入戶、重度以上身心障礙者，政府更給予 100%（1,296 元）保費補助。
- 四、月投保金額：依《國民年金法》第 11 條規定：「本保險之月投保金額，於本法施行第 1 年，依勞工保險投保薪資分級表第一級定之；第 2 年起，於中央主計機關發布之消費者物價指數累計成長率達 5% 時，即依該成長率調整之。」按行政院主計總處公布之消費者物價指數資料顯示，97 年 10 月至 101 年 9 月止消費者物價指數累計成長率為 3.48%，未達月投保金額調整標準，爰 102 年度國民年金保險月投保金額仍維持 1 萬 7,280 元。
- 五、被保險人繳費率：國保開辦迄今（97 年 10 月至 102 年 12 月），被保險人應收保險費金

額為 1,610.1 億餘元，截至 103 年 3 月 11 日止，已收金額 911.7 億餘元，被保險人繳款率為 56.63%。

六、給付項目

- (一) 保險給付：包含老年年金給付、生育給付、身心障礙年金給付、喪葬給付、遺屬年金給付 5 項。
- (二) 其他給付：包含老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金、原住民給付 3 項。

(三) 102 年截至 12 月底累計核發各項給付 580 億 171 萬 8,756 元，各項給付核付情形，如表 7-3。

七、國民年金保險基金財務狀況：截至 102 年底止，國民年金保險基金積存數額為 1,716 億 3,045 萬 6,775 元，其中投入財務運用之金額為 1,698 億 2,827 萬 2,127 元，102 年截至 12 月底國民年金保險基金各項投資運用及收益概況表，如表 7-4。

表 7-2 102 年 12 月國民年金被保險人數及比率統計表

身分別	被保險人數	比率 (%)
一般身分	318 萬 2 人	86.47
低收入戶	7 萬 6,420 人	2.08
重度、極重度身心障礙者	10 萬 335 人	2.73
中度身心障礙者	7 萬 8,657 人	2.14
輕度身心障礙者	6 萬 7,400 人	1.83
所得未達 1.5 倍	12 萬 3,093 人	3.35
所得未達 2 倍	5 萬 1,694 人	1.41
總計	367 萬 7,601 人	100

表 7-3 102 年國民年金給付核付人數及核付金額統計表

給付種類	核付人數	102 年度累計核付金額
保險給付	老年年金給付	181 億 7,110 萬 916 元
	生育給付	3 億 1,192 萬 1,280 元
	身心障礙年金給付	2 億 1,524 萬 8,026 元
	喪葬給付	15 億 8,362 萬 5,600 元
	遺屬年金給付	19 億 7,313 萬 6,883 元
	合計	222 億 5,503 萬 2,705 元
其他給付	老年基本保證年金	330 億 7,456 萬 2,302 元
	身心障礙基本保證年金	13 億 598 萬 5,461 元
	原住民給付	13 億 6,613 萬 8,288 元
	合計	357 億 4,668 萬 6,051 元
總計	137 萬 3,599 人	580 億 171 萬 8,756 元

註：一次性給付核付人數之年度合計值採累計方式；年金給付核付人數之年度合計值採年底數

表 7-4 102 年 12 月國民年金保險基金各項投資運用及收益概況表

投資項目	102 年 12 月底餘額 (元)	%	本年度總收益 (元)	年度總收益率 (%)
壹、國內業務	1,224 億 5,106 萬 8,856 元	72.09	58 億 7,690 萬 8,177 元	5.43
一、約當現金	479 億 145 萬 1,899 元	28.19	4 億 3,293 萬 892 元	0.89
(一) 銀行存款	473 億 5,145 萬 1,899 元	27.87	4 億 2,490 萬 2,180 元	0.89
1. 活期存款	12 億 3,235 萬 1,899 元	0.73	828 萬 1,702 元	0.66
2. 定期存款	461 億 1,910 萬元	27.14	4 億 1,662 萬 478 元	0.90
(二) 短期票券	5 億 5,000 萬元	0.32	802 萬 8,712 元	0.79
二、權益證券	646 億 4,961 萬 6,957 元	38.07	52 億 6,428 萬 8,613 元	10.23
(一) 自行操作	372 億 9,009 萬 5,193 元	21.96	34 億 0,908 萬 7,812 元	11.72
(二) 委託經營	273 億 5,952 萬 1,764 元	16.11	18 億 5,520 萬 801 元	8.30
三、債務證券	99 億元	5.83	1 億 7,968 萬 8,672 元	2.16
(一) 公司債	23 億元	1.35	5,406 萬 3,463 元	2.60
(二) 金融債	76 億元	4.48	1 億 2,562 萬 5,209 元	2.02
貳、國外業務	473 億 7,720 萬 3,271 元	27.91	2 億 3,708 萬 167 元	0.56
一、約當現金	32 億 7,109 萬 5,785 元	1.93	1 億 9,685 萬 4,040 元	3.71
二、債務證券 (自行操作)	441 億 610 萬 7,486 元	25.98	4,022 萬 6,127 元	0.11
(一) 國外有價證券	183 億 9,797 萬 1,656 元	10.83	3,166 萬 9,559 元	0.32
(二) 債券型基金	257 億 813 萬 5,830 元	15.15	855 萬 6,568 元	0.03
合計	1,698 億 2,827 萬 2,127 元	100.00	61 億 1,398 萬 8,344 元	
合計 (加權後)				4.06

第二節 法規變革

《國民年金法》歷經 14 年的規劃，終於在 96 年 7 月 20 日經立法院三讀通過，總統於同年 8 月 8 日公布，且明定於 97 年 10 月 1 日起施行，為使國民年金制度更公平、合理，保障更完善，本法已歷經多次修正，修正重點如表 7-5。

為改革並健全我國年金制度，行政院已於 101 年 11 月成立年金改革小組，在「財務健全、社會公平、世代包容、務實穩健」的原則下，秉持「全面、漸進、務實、透明」的精神進行漸進改革，衛福部將持續配合行政院政策方向，並蒐集各界對於國民年金制度之機關建議，適時辦理《國民年金法》修正事宜。

表 7-5 國民年金法修正重點

修正公布日期	修正條文	修正重點
97年 8月13日	修正第6、7、30～32條條文；並刪除第52、54條條文；並自97年10月1日起施行	保障農民原有權益，將農民與國民年金脫鉤，並放寬退休勞工參加國民年金保險之期限。
100年 6月29日	修正第1、2、6、7、12～14、30～32、34、40、42、50、53、59條條文及第4章第2節節名、增訂第13-1、18-1、32-1條條文。	為加強照顧弱勢民眾及健全制度內涵，修正本法範圍包括擴大納保範圍、修正保費之計收及年資計算方式、放寬基本保證年金領取條件、增加生育給付及有條件排除配偶連帶罰鍰裁處等規定。
100年 12月21日	增訂第54條之1規定	為因應物價高漲，確保年金給付能保障民眾基本經濟安全，建立年金給付之基本保障參照物價指數成長率調整之機制。
101年 12月26日	修正第31條條文	為因應土地公告現值逐年調整，放寬老年基本保證年金、身心障礙基本保證年金及原住民給付領取條件，使因土地公告現值調整喪失領取資格者，自101年1月起能繼續獲得保障
103年 1月8日	修正第55條	為避免國民年金各項年金給付遭扣押或強制執行，影響給付請領人之基本經濟安全，明定年金給付請領人得檢具保險人出具之證明文件，於金融機構開立專戶，專供存入給付之用，且該專戶內之存款，不得作為抵銷、扣押、供擔保或強制執行之標的，加強國民年金保險保障民眾基本經濟安全之功能。

第三章 長照保險規劃

隨著醫療的進步，國人平均壽命逐年延長，我國人口也快速老化，預估107年老年人口比率將達14%，進入「高齡社會」，失能、失智人口因而急遽增加，在家庭照顧功能日漸式微、家庭醫療保健支出逐年增加、目前公務預算不足以支應長照服務需要，及長照人力不足須高度仰賴外籍看護工情形下，可預見未來長照需求將持續增長，為減輕失能者及其家庭之財務風險及照顧負擔，使國人獲得基本的長照保障，長照保險需求應運而生。

第一節 規劃沿革與重點

一、 規劃沿革

馬總統於97年總統大選競選期間即提出開

辦長照保險之政見。行政院劉前院長兆玄於同年5月30日「院長施政方針報告」中宣示：「配合未來快速成長的長期照顧需求，推動長期照顧保險與立法，減少民眾負擔，讓高齡長者能享有健康與快樂之環境」。隨之行政院經濟建設委員會即會同內政部與行政院衛生署進行長照保險之先期規劃工作，98年行政院衛生署奉行政院核定，成立「長期照護保險籌備小組」，正式承接長照保險後續相關規劃及籌備工作。100年，我國「黃金十年、國家願景」計畫，願景二「公義社會」之施政主軸：「扶幼護老」，其施政目標之一為推動長照保險。102年7月23日，衛生福利部正式成立，長照保險制度之規劃納入社會保險司掌理事項，繼續進行長照保險制度規劃及立法相關工作。

二、 規劃重點

重要工作包括辦理國民長期照護需要調查、發展長照保險多元評估量表、規劃長照保險給付及支付制度、規劃財務制度、服務輸送流程與照顧管理機制、研擬長照保險法草案、進行溝通宣導與電話民調等工作。

第二節 規劃制度與內涵

一、 規劃目標

- (一) 建構高齡化社會完善之長照制度。
- (二) 藉社會自助互助，分擔長照財務風險。
- (三) 帶動長照服務資源發展，提高可近性。
- (四) 維護與促進失能者獨立自主生活。

二、 規劃原則

- (一) 以社會保險、全民互助精神規劃，採全民納保。
- (二) 承保及財務，長照保險與健保雙保一致，但長照保險有三年等待期。
- (三) 強化財務責任制度。
- (四) 經評估有需要始能獲得給付。
- (五) 給付基本長照服務。
- (六) 以衛生福利部中央健康保險署為保險人。

三、 規劃內涵

- (一) 辦理國民長期照護需要調查：為作為長照保險規劃之基礎資料及實證依據，於 99 年及 100 年進行兩階段之國民長期照護需要調查，為一次性調查。
 1. 第一階段調查於 99 年針對全國 5 歲以上，經抽樣之 35 萬民眾，進行面訪調查。調查結果，全國 5 歲以上之失能率為 2.98%。
 2. 第二階段調查於 100 年 4 月至 9 月進行面訪調查工作。對於第一階段所篩選出具有長照需要者及其主要照顧者各 1 萬名，依據本部研擬之「長照保險多元評估量表」草案，評估失能者的長照需要、家庭主要照顧者面臨之問題及所需之長照資源。
- (二) 發展「長照保險多元評估量表」
 1. 為作為長照保險評估工具，決定給付等級

與水準，發展本多元評估量表，內容包括：

- (1) 「日常生活功能量表 (Activities of Daily Livings, ADLs)」與「工具性日常活動功能量表 (Instrumental Activities of Daily Livings, IADLs)」、(2) 溝通能力、(3) 特殊及複雜照護需要、(4) 認知功能、情緒及行為型態、(5) 居家環境、家庭支持及社會支持、(6) 主要照顧者負荷等六大面向。
 2. 為期使該量表能適用於不同之長照需要者，101 年針對精神障礙、智能障礙、失智症患者，及 102 年針對需物理復健治療者及需職能復健治療者，進行長照保險多元評估量表及操作手冊之測試及修正。
- (三) 規劃長照保險給付及支付制度
 1. 給付制度：
 - (1) 為建置反映我國失能者之失能類型及長照需要等級之保險給付標準，自 100 年起陸續蒐集使用居家照顧服務、居家護理、社區式服務、機構收住式服務等各類失能者（包括一般年長者、身心障礙者、精神障礙者、呼吸器依賴患者、罕見疾病患者、失智症患者等）之失能狀況及使用服務的時間等實證資料，並進行統計分析，發展「長期照護案例分類系統」，以作為長照保險給付標準訂定之依據。
 - (2) 「長期照護案例分類系統」係依照長照需要等級類別及資源耗用情形，將個案進行歸類分組，歸於同級的個案，失能情形 (need) 與所需長照服務種類與數量 (resources use) 相似，長照保險給付期藉此系統來反應長照需要與合理之服務成本，使長照資源能更有效且公平的利用。
 2. 支付制度：為建立反映成本且兼顧合理勞動條件之長照保險支付標準，自 99 年起陸續蒐集居家照顧服務、居家護理、社區服務（一般及精神復健機構）及全日住宿型機構之營運成本資料，另蒐集居家照顧服務員與督導員對勞動環境之期待及其薪資等資料。後續將依成本分析結果，據以訂定長照保險支付標準。
 - (四) 規劃長照保險財務制度
 1. 以保險費為主要財源。

2. 保險險費由政府、僱主及保險對象三方負擔。
3. 保險費計繳方式與健保一致，但財務獨立。
4. 強化財務責任制度：(1) 採收支連動，(2) 每三年定期檢討調整費率，(3) 定期精算平衡費率，(4) 安全準備至少八個月。

(五) 規劃長照保險服務輸送機制：保險對象向保險人提出申請後，經資格審查符合長照保險給付條件後，保險人將派員至個案家中，進行長照需要訪視評估，並依照電腦初步判定之給付等級與額度，與個案或其家屬共同擬訂照護計畫；待保險人核定照護計畫後，個案及其家屬即可依據保險人提供之資訊，自行連結服務或透過保險人協助連結服務。保險人需定期進行追蹤複評；保險對象因身心功能改變或其他因素致長照需要改變，亦可主動向保險人申請複評。

第三節 推動立法與宣導

一、 推動立法

鑑於長照保險開辦之前，需先發展充足與普及之服務資源，建構長照服務體系，並強化照護服務網絡，以確保提供普及式的照顧服務，避免保險開辦後服務資源不足。故衛福部正積極規劃推動長照服務網計畫，以期建構服務資源網絡，並推動長照服務法的立法工作，希藉由法案通過實施後，發展普及的長照服務及人力資源，確保長照服務品質，完成相關人力及資源整備，奠定長照保險的實施基礎。

衛福部已研議長照保險法草案，作為長照保險制度實施之法制基礎。未來將視長照資源整備、政府財政、人口老化程度及社會接受度等情況，適時推動長照保險。

二、 宣導

(一) 宣導內容、方式及對象：現階段係長照保險制度規劃及討論階段，宣導內容除針對一般民眾宣導社會保險概念、推動長照保險的必要性、長照保險規劃方向與原則外，亦積極

與專家學者及各相關團體（如長照、社會福利、服務提供單位等）溝通討論長照保險財務、體制、給付支付等各項制度；同時辦理座談會、研討會及電話民意調查進行意見收集，作為規劃之參考，並期藉此提昇社會各界對長照保險的認知、態度與支持度。

(二) 電話民意調查結果：為瞭解民眾對開辦長照保險之看法與付費意願，自 99 年 3 月至 102 年 12 月，共辦理 13 次調查。針對年滿 20 歲以上臺灣地區（含金馬地區）民眾進行電話訪問調查。歷年（99～102 年）重要調查結果概述如下：

1. 民眾對於政府目前規劃長照保險制度的看法：贊成政府規劃長照保險制度者，占率皆為 7 成以上。
2. 各年齡層對於政府目前規劃長照保險制度的看法：以近四次之調查結果發現，各年齡層均有 7 成以上的民眾表示贊成。
3. 民眾對於政府開辦長照保險時程的看法：表示「愈快愈好」者最多，其比率約為 4 成；其次為「兩年內開辦」者，其比率約為 2 成；至於表示「三到四年內開辦」及「四年以後開辦」之比率，則分別居於 8%～12%。
4. 每個月願意付的保費是健保保費的幾分之一：政府如果開辦長照保險，有 14%～20% 的民眾表示個人每月願意付的保費為健保費的「1/1~1/2」，有 17%～19% 的民眾願意付健保費的「1/3~1/4」，有 16%～31% 的民眾願意付健保費的「1/5」，而有 9%～15% 的民眾願意付健保費的「1/6～1/9」，另有 9%～11% 的民眾願意付健保費的「1/10～1/20」。
5. 民眾對由家人照顧者領取照顧津貼的看法：如果政府開辦長照保險，有些需要長期照護的人，不想由保險人派人到家裡服務，希望讓家屬自己照顧並領取照顧津貼，民眾贊成者約 66%～71%，不贊成者約 19%～23%。

8

社會福利服務

- 98 第一章 兒童及少年福利
- 101 第二章 婦女福利與家庭支持
- 103 第三章 老人福利
- 105 第四章 身心障礙者福利



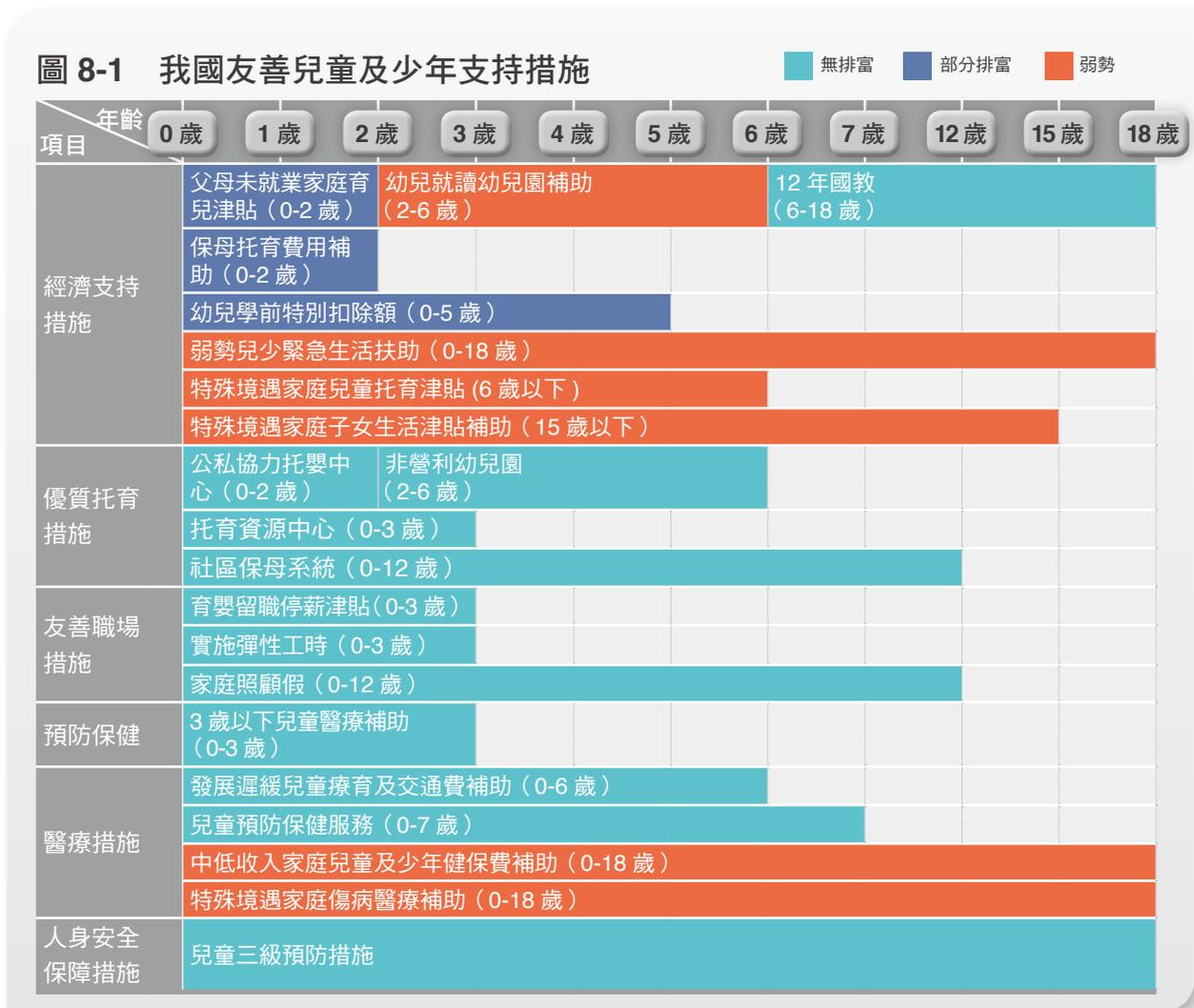
衛福部社會及家庭署(以下簡稱社家署)於102年7月23日成立,規劃及整合婦女、兒童及少年、老人、身心障礙者之福利服務政策,結合家庭與社區資源,讓弱勢者獲得適切之照顧。

第一章 兒童及少年福利

我國兒童及少年人數至102年底共計有425萬8,385人,占全國總人口18.22%,配合行政院規劃少子女化因應對策,及依據102年核定之《人口政策白皮書》,與相關部會共同推動包括:強調婚姻與家庭的價值、研議鼓勵婚育配合措施、建立友善職場環境、建構完善社會環境、建構幼托支持體系、提供相關經濟支持等政策,以緩解少子女

化現象,期以有效突破低迷之生育率,友善兒童及少年支持措施如圖8-1。

在法規面,為因應社會與家庭環境變遷,100年11月30日修正《兒童及少年福利法》名稱並修正為《兒童及少年福利與權益保障法》,條文由原75條增列至118條,由原本著重福利服務,擴展為保障全體兒童及少年成長所需之普遍性權益與福利服務之措施,以符合兒童及少年當前需求與未來的發展權益。復為強化兒童保護體系,於101年8月8日增訂第54條之1,規範司法警察官、司法警察等對於實際照顧兒童之人有違反《毒品危害防制條例》者,於受通緝、羈押、觀察、勒戒、強制戒治或入獄服刑時,有查訪兒童之生活狀況並負保護通報之責。



資料來源:衛生福利部社會及家庭署

第一節 兒童及少年福利

一、提供 0-2 歲育兒津貼

針對兒童的父母至少一方因育兒需要，致未能就業者，且兒童的父母經稅捐稽徵機關核定最近 1 年綜合所得稅稅率未達 20% 者，每月補助 2,500 元至 5,000 元。102 年計有 25 萬 4,331 名兒童受益，補助金額為 52 億 5,500 萬餘元。

二、提供弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助

對遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需要照顧的家庭，每人每月給予 3,000 元緊急生活扶助，協助弱勢家庭度過經濟危機，102 年協助 9,028 戶家庭、照顧 1 萬 5,476 名兒童及少年，提供訪視服務 3 萬 7,153 次，納入高風險家庭輔導 1,046 人，納入兒保個案輔導處遇 639 人。

三、辦理中低收入家庭兒童及少年健保費補助

保障其使用全民健康保險資源，102 年計 229 萬 9,272 人次受益，補助金額為 12 億 4,662 萬 2,646 元。

四、辦理 3 歲以下兒童醫療補助

針對 3 歲以下兒童就醫之門診及住院自付額部分予以補助，102 年計補助免費就醫 1,253 萬 311 人次，補助金額為 18 億 0,805 萬 6,343 元。

五、提供弱勢兒童及少年醫療費用補助

項目包含：應自行負擔之住院費用或看護費用、健保欠費、發展遲緩兒童評估及療育訓練費用，使其獲適切健康照顧，102 年計 9,547 人次受益，補助 6,615 萬 536 元。

第二節 兒童及少年權益維護

一、建立兒童及少年福利與權益溝通平台會議

(一) 設置「衛生福利部兒童及少年福利與權益推動小組」，每半年召開會議 1 次，就兒童及少年福利政策進行協調、研究、審議及諮詢，

以促進兒童及少年福利業務之推動。

(二) 因應政府組織改造及回應民間團體需求，報請行政院設置行政院層級兒童及少年福利與權益推動小組，提升兒童及少年決策層級。

二、推動兒童及少年安全實施方案，建立兒童及少年事故傷害防制機制

(一) 96 年度訂頒「兒童及少年安全實施方案」，結合各單位資源共同推動兒童及少年之人身、居家、交通、校園、遊戲、水域、就業及其他面向的安全工作，積極提供安全無虞的成長環境。

(二) 成立「兒童及少年事故傷害防制推動小組」，每半年定期召開「兒童及少年事故傷害防制協調會議」。

三、維護無戶(國)籍特殊兒童及少年權益

(一) 依據《兒童及少年福利與權益保障法》第 22 條規定，兒童及少年尚未取得國籍或戶籍之前，依個案狀況提供就學、就養、就醫照顧服務，以保障無戶籍、無國籍兒童及少年相關權益。

(二) 辦理非本國籍兒童及少年特殊個案教育訓練，相關業務涉及社政、移民、戶政、衛政及教育等多項專業法令，為使社工員具備足夠之專業能力，辦理教育訓練，提升社工人員專業知能。

(三) 定期彙整追蹤在臺出生非本國籍兒童及少年特殊個案最新處理情形，由各直轄市、縣(市)政府按其類別、處理方式及待解決問題之權責機關等處理機制報送特殊個案，持續追蹤列管。

四、推動兒童人權，提升兒童及少年發展及社會參與

(一) 辦理各項兒童人權觀念宣導活動，結合地方政府及民間團體鼓勵辦理兒童高峰會議、兒童人權戲劇表演等活動，以生動活潑且多元的方式教導兒童瞭解自己的權利，102 年度計補助 77 個團體。

(二) 將每年 10 月 11 日訂為「臺灣女孩日」，

102 年 10 月 11 日辦理第 1 屆臺灣女孩日記者會活動，呼籲全民一起關心與營造有利女孩成長之社會支持環境，鼓勵臺灣女孩勇敢「讚」出來。

- (三) 培力兒童及少年諮詢代表，提升兒童及少年發展及社會參與，102 年辦理「兒童及少年諮詢代表培力計畫」，協助各直轄市、縣(市)政府辦理兒童及少年諮詢代表培力課程，培植兒童及少年諮詢代表，提升公民參與知能，全面落實兒童及少年表意權與社會參與權之推動。

第三節 安置服務

一、加強推動機構安置服務

- (一) 依《兒童及少年福利與權益保障法》第 52 條、第 56 條及第 62 條規定鼓勵、輔導與委託民間團體辦理兒童及少年安置教養機構安置業務，為家遭重大變故、失依、貧困或需受保護之兒童及少年個案提供安置教養服務，至 102 年計已成立 126 所機構如表 8-1。
- (二) 編列預算補助機構專業人員服務費、機構設

施設備、院生課業補救教學、研習訓練等相關業務，102 年獎補助預算經費計 5,564 萬 7,000 元。

二、辦理兒童及少年安置及教養機構聯合評鑑

- (一) 依兒少權益法第 84 條第 2 項規定，直轄市、縣(市)主管機關對轄內兒童及少年安置及教養機構應進行評鑑，並依據《兒童及少年福利機構評鑑及獎勵辦法》規定，以每 3 年辦理評鑑 1 次為原則。
- (二) 辦理機構聯合評鑑：自 95 年起採行中央與地方政府聯合評鑑模式(除臺北市府社會局自行辦理評鑑外)，俾節省行政資源與提升評鑑效益，藉以瞭解各機構安置業務之推展狀況。最近一次兒少安置教養機構評鑑(含 100 年臺北市評鑑及 101 年中央聯合評鑑)，接受評鑑之機構計有 109 家，獲評優等者 32 家、甲等 55 家、乙等 18 家及丙等 4 家，其中評定丙等機構均已於 103 年 2 月通過複評，如表 8-2。

三、推動寄養服務

輔導地方政府委託民間兒童及少年福利團體

表 8-1 近 5 年兒童及少年安置教養機構設立情形

項目	98	99	100	101	102
機構數	114	115	120	123	126
安置人數	4,719	4,554	4,577	4,816	4,985

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

表 8-2 100 年及 101 年兒童及少年安置教養機構評鑑結果

項目別 評鑑結果	臺北市評鑑(100年)	中央聯合評鑑(101年)	小計	比率(%)
優等	6	26	32	29.36
甲等	8	47	55	50.46
乙等	2	16	18	16.51
丙等	0	4	4	3.67
丁等	0	0	0	0.00
小計	16	93	109	100.00

資料來源：衛生福利部社會及家庭署、臺北市府社會局

辦理兒童及少年家庭寄養業務，招募、篩選、訓練適當寄養家庭，102年12月已登記合格之寄養家庭計有1,275戶及251個儲備寄養家庭，目前安置兒童及少年1,804人(表8-3)。受委託單位包括台灣世界展望會、臺灣兒童暨家庭扶助基金會之家庭扶助中心、新北市保母協會、宜蘭縣私立蘭馨婦幼中心等。

四、建置全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統

- (一) 為協助主管機關及安置機構落實個案輔導之交接，並確實掌握個案的服務歷程，研發「建置全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統」。
- (二) 系統個案服務類型擴增：包括寄養家庭、親屬安置、機構安置、後續追蹤等項業務；並於103年1月起，輔導各地方政府、機構、受託民間團體及後追輔導單位等相關工作人員陸續將安置個案相關資訊建置於系統。

第二章 婦女福利與家庭支持

第一節 婦女福利

截至102年底，全國女性人數為1,168萬8,843人，占總人口數50.01%。考量女性角色與對各項服務需求日趨多元，為求更周延滿足婦女需求，我國社會福利經費從80年起即單獨編列婦女福利專款預算，並於89年8月正式設立婦女福利科專責單位；97年3月8日順應時代趨勢，為促進國內外婦女團體聯繫交流，開設「臺灣國家婦女館」；102年7月23日成立衛生福利部，於社會及家庭署設立婦女福利及企劃組並分設婦女福利科，

強化推動各項婦女福利業務，這些努力明確顯示政府加強推動婦女福利及保障婦女權益的決心。

為積極透過制度和政策的改變來消除及預防婦女問題，政府從婦女觀點出發，以充權婦女能力為考量，規劃推動各項服務，重要工作成果臚列如下：

- 一、結合民間團體辦理促進婦女福利與培力之支持性服務，從婦女觀點出發，充權婦女能力，創造並增進婦女公平發展的機會，102年計服務1萬5,050人次。
- 二、強化各縣市19處婦女福利服務中心功能，連結政府與民間資源提供婦女有關婦女福利、婦女權益、親職教育諮詢輔導、法律服務及學習成長等服務，另推動多元化及社區化的綜合性福利服務。
- 三、經營管理臺灣國家婦女館，作為我國推展婦女福利、婦女權益及性別主流化的平台，促進國內外婦女組織及公私部門之聯繫互動。102年累計來館人次達1萬1,542人次，提供國內62個單位(286場次)場地使用；接待64次(1,129人次)國內團體國外人士參訪；網站瀏覽人次超過74萬人次。
- 四、規劃辦理打造女性夢想館計畫，102年補助新北市及屏東縣政府建立女性夢想館，運用女性夢想館空間，建構婦女團體培力與交流，及婦女參與社會、公共事務之機制平臺，辦理多元女性相關展覽，透過賦權及加強女性力量之連結，增進婦女團體培力，建構具有地方在地特色之培力機制與運作模式。

表 8-3 近 5 年寄養家庭及寄養人數一覽表

項目 \ 年度	97	98	99	100	101	102
家庭數(戶)	1,271	1,202	1,260	1,243	1,248	1,275
兒童數(人)	1,849	1,761	1,905	1,802	1,835	1,804

資料來源：衛生福利部社會及家庭署

第二節 弱勢家庭服務

一、單親家庭福利服務

- (一) 為減輕單親家長照顧及經濟負擔，增進家庭功能並發揮潛力，補助民間團體辦理單親家庭個案管理、單親子女課後照顧服務、單親培力計畫及各項支持性福利服務。
- (二) 102 年輔導各地方政府設置 38 處單親家庭服務中心，補助各項單親家庭方案計 187 案。另補助單親就讀大專校院及高中職學費、學雜費與學分費及臨時托育費用，共計補助 416 人。

二、外籍配偶福利服務

- (一) 配合內政部「外籍與大陸配偶照顧輔導措施」規劃辦理，另結合民間團體辦理外籍配偶生活適應輔導班、促進多元文化融合與適應服務、社區服務據點及各項支持性服務等，增進外籍配偶生活及其家庭生活適應與培力。
- (二) 102 年輔導各地方政府設置 35 處外籍配偶家庭服務中心及 92 個社區服務據點，並補助各項外籍配偶家庭方案計 108 案。

三、弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務

為加強對弱勢家庭及其子女之照顧與輔導，訂頒「推動弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務計畫」，補助民間團體辦理家庭訪視、社區推廣、課後臨托與照顧、簡易家務指導、親職教育或親子活動等，102 年補助各項方案計 106 案。

四、兒童及少年高風險家庭處遇服務

- (一) 結合警政、教育、戶政、勞政等單位，全面推動高風險家庭篩檢、轉介及關懷機制，主動提供預防性服務方案以增強家庭權能，預防兒童及少年虐待事件的發生。
- (二) 102 年補助 19 縣市結合 81 個民間團體，增聘 226 位社工專業人力辦理，共計篩檢訪視 3 萬 1,513 個家庭，開案輔導 2 萬 4,226 戶，協助 4 萬 378 位兒童及少年。

第三節 托育及早療家庭服務

一、托育需求家庭服務

- (一) 托育費用補助：父母(或監護人)雙方或單親一方皆就業，致無法自行照顧家中未滿 2 歲幼兒而需送請保母人員照顧者，每月補助 2,000 至 5,000 元不等。102 年補助 5 萬 5,331 名兒童，金額 9 億 6,440 萬 6,000 元。
- (二) 托育服務
 1. 居家式托育服務：自 90 年起於全國推動社區保母系統，協助保母證照考試、提供職前訓練、在職研習、宣導活動及訪視輔導等，截至 102 年 12 月止輔導全國設立 66 個保母系統，計有 3 萬 4,199 名保母加入，收托 4 萬 9,296 名幼兒。
 2. 托嬰中心服務：督導地方政府輔導私立托嬰中心立案，截至 102 年底全國合法立案托嬰中心計有 553 所，核定收托 1 萬 2,200 名幼兒，實際收托 1 萬 1,362 名幼兒
 3. 社區式支持家庭服務：為建構平價優質托育環境，101 年起輔導地方政府結合社區相關資源，以非營利方式辦理公私協力托嬰中心，至 102 年已有 46 所公私協力托嬰中心開辦營運，共收托 2,275 人。另規劃以社區為基礎的托育資源中心，提供家長社區托育資源、親職育兒課程及指導，至 102 年已有 53 處(中央補助 28 處；地方自籌 25 處)開辦營運，服務 70 萬人次。

二、發展遲緩兒童早期療育服務

- (一) 到宅療育服務：針對主要照顧者能力不足、交通偏遠、缺乏療育資源地區、經濟困窘等因素而未能進入幼兒園、療育機構或醫療院所，由早療機構、團體、大專院校專業人員組成服務團隊，提供到宅服務。102 年補助 1,777 名兒童。
- (二) 療育費用補助：提供發展遲緩兒童療育及交通費補助，冀期提高早期療育成效，低收入家庭兒童每人每月最高補助 5,000 元，非低收入家庭每人每月最高補助 3,000 元。102

年補助 2 萬 3,696 名兒童，補助金額 7,908 萬 1,000 元。

- (三) 推動社區療育據點服務：為補充療育資源缺乏的區域之供給，解決部分幼兒可能因家庭經濟困窘、環境偏遠及交通不便等因素，102 年訂頒「推動社區療育據點服務計畫」，整合衛政、社政相關專業人員，進入社區提供近便性的療育選擇。

第四節 特殊需求家庭服務

一、收出養媒合服務

- (一) 為保障兒童及少年最佳利益，杜絕私下販嬰以及減少終止收養的情形，除一定親屬之間關係及繼親關係收養外，收出養的媒合必須委託經許可之機構或財團法人代為辦理，不得私下收養。
- (二) 截至 102 年 12 月底止共 9 家機構 (計 13 個服務處所) 獲許可提供收出養媒合服務。其中有 6 家機構 (計 6 個服務處所) 可提供跨國境收出養媒合服務。

二、特殊境遇家庭扶助

- (一) 針對遭遇特殊境遇之家庭，提供緊急生活扶助、子女生活津貼、兒童托育津貼、傷病醫療補助、法律訴訟補助、子女教育補助及創業貸款補助等扶助措施，以有效協助其改善生活。
- (二) 102 年度扶助 1 萬 9,169 戶家庭、14 萬 8,979 人次、補助金額 4 億 2,784 萬餘元。

三、未成年子女監護權

- (一) 為確保兒童及少年因父母婚姻狀況產生監護權爭議時的權益維護，由地方政府派遣社工員進行會談及評估，並提出訪視調查報告與建議，供法院作為裁定參考。
- (二) 推動「家事商談」服務，透過商談人員協助離婚夫妻尋求雙方可接受的衝突解決方式，減少雙方與子女因離婚造成的傷害。102 年計補助 10 個民間專業團體與 8 個地方法院合作，服務 2 萬 5,003 人次。

四、未成年懷孕支持服務

為建立未成年懷孕預防、處遇及後續輔導服務機制，與民間單位合作設置「全國未成年懷孕諮詢專線」(0800-257-085)，並設置「未成年懷孕求助網站」(<http://www.257085.org.tw>)，提供未成年懷孕少女求助及諮詢。

第三章 老人福利

我國自 82 年邁入高齡化社會，截至 102 年 12 月底，65 歲以上人口已達 269 萬 4,406 人，占總人口 11.53%，人口結構呈現快速老化趨勢。為因應高齡化社會老人照顧需求，衛福部以經濟安全、健康維護、生活照顧三大面向為政策主軸，並就心理及社會適應、教育及休閒分別推動相關措施，貫徹老人福利法，並配合落實行政院核定之「人口政策白皮書 - 高齡化社會對策」，建構有利於高齡者健康、安全及終身學習之友善環境，進而落實維持高齡者活力、尊嚴與自主之政策目標。

第一節 老人經濟安全

- 一、保障中低收入老人之經濟安全及維持基本生活，依其家庭經濟狀況，每人每月給予 3,600 元或 7,200 元生活津貼。102 年計核發 12 萬 892 人、92 億 4,823 萬餘元。
- 二、彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失之經濟所得，補助家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元。102 年計補助 9,152 人次、4,586 萬餘元。
- 三、協助老人將房屋及其坐落土地，轉化為按月領取之現金，安定老人生活，自 102 年 3 月 1 日開辦「不動產逆向抵押貸款制度試辦方案」(以房養老試辦方案)，試辦期間至 106 年 12 月 31 日止。

第二節 老人健康維護

- 一、 協助經濟困難及減輕老人繳納保險費或部分負擔醫療費用之負擔，全額補助中低收入 70 歲以上老人之保險費，102 年計補助 7 萬 9,572 人。
- 二、 提供衛福部委託安置機構照顧之中低收入老人重病住院看護費補助，每日 1,800 元，每年最高 21 萬 6,000 元，102 年計補助 4 家機構。
- 三、 補助低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有中低收入身心障礙者生活補助費、經各級政府全額補助收容安置，以及經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50% 以上之老人裝置假牙，以維護老人健康。統計自 98 年至 102 年底止，共有 2 萬 9,420 人受益。

第三節 老人生活照顧

因應人口快速老化，除督導地方政府依據《老人福利法》第 17 條至第 19 條提供居家式、社區式及機構式相關服務措施，以協助失能長者得到所需連續性照顧外，102 年對於健康老人的生活照顧措施如下：

- 一、 為感念馬偕博士扶弱濟貧的偉大貢獻，對終身奉獻或具有特殊貢獻長期居住臺灣的外籍長輩，表達同本國長輩一樣尊敬與關懷之意，自 100 年 6 月 1 日實施「馬偕計畫」，針對在我國居住 20 年以上，每年居住超過 183 日，且經內政部入出國及移民署發給外僑永久居留證，並年滿 65 歲，對我國長期奉獻服務或具有特殊貢獻之外籍人士，經審核符合資格者比照我國老人提供搭乘國內大眾運輸工具優待。截至 102 年底止，共計 209 位外籍長者申請符合上開資格。
- 二、 持續加強關懷照顧獨居老人，除提供生活照顧服務，亦結合民間單位、志工、社區資源及社會役人力提供獨居老人訪視協助，建立獨居老人安全網，並辦理 24 小時老人緊急

救援服務，使獨居老人發生危難時獲得立即救援。另成立「失蹤老人協尋中心」，藉由行政部門與民間單位合作，透過教育宣導、配戴預防走失手鍊、協尋通報、後續比對、追蹤服務及社會福利諮詢等整體措施，協助家屬尋找不慎走失的老人。自開辦起至 102 年 12 月底，計 2,000 人通報協尋，其中 1,151 人經由該中心尋獲。

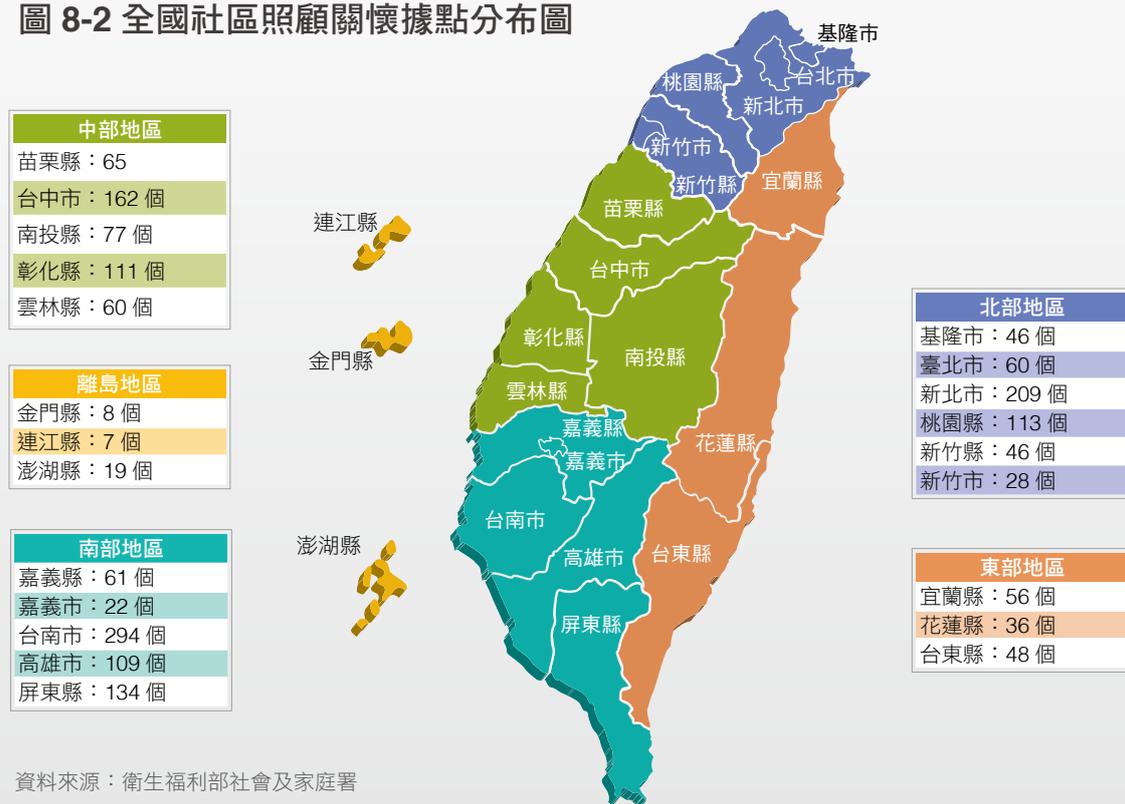
- 三、 專案補助績優民間團體設置老人諮詢服務中心，透過具有豐富學識經驗或專長人士參與，對老人、老人家庭或老人團體提供 0800-228585「老朋友專線」諮詢服務，協助解決老人各方面問題，平均每月諮詢近 600 人次。
- 四、 整合跨部會資源，邀集縣市政府、專家學者及民間團體，共同規劃推動友善關懷老人服務方案第 2 期計畫。該計畫依國內 200 多萬健康與亞健康老人的特性與需求，並延續第一期計畫強調的活躍老化、友善老人及世代融合三大理念，以「健康老化」、「在地老化」、「智慧老化」、「活力老化」、「樂學老化」為目標，提出 84 項具體行動措施，以滿足老人全方位的需求。
- 五、 機構照顧：102 年底全國計有 1,035 家老人福利機構，可收容 5 萬 7,675 人（實際收容 4 萬 3,499 人）。對於資源不足地區，補助民間單位設立老人福利機構；針對資源不虞匱乏之縣市，則以提升機構服務品質為目標進行各項輔導；督促地方政府加強老人福利機構輔導查核，並定期辦理機構評鑑，提升機構服務品質。2013 年計編列 1 億 9,871 萬 9,000 元，補助機構服務費、設施設備及教育訓練費。

第四節 老人社會參與

為鼓勵老人走出家門從事休閒活動、參與社會，滿足其社會參與需求，辦理措施如下：

- 一、 各縣市政府積極結合村里辦公處、社會團體參與普遍設置社區照顧關懷據點 1,852 個（圖 8-2），由當地民眾擔任志工，提供關懷

圖 8-2 全國社區照顧關懷據點分布圖



訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動，服務逾 20 萬人。

- 二、辦理長青學苑、屆齡退休研習及各項老人福利活動，如研討會、健康講座、長青運動會、槌球比賽、老人歌唱比賽等活動，並提供搭乘國內交通工具、進入康樂場所及參觀文教設施半價優待，鼓勵老人多方參與戶外活動，促進身心健康。102 年已補助辦理長青學苑及老人福利活動，計受益人數 41 萬 3,772 人。
- 三、推展行動式老人文康休閒巡迴服務補助 16 個縣市購置多功能巡迴關懷專車（計 18 部車），由縣市政府結合民間團體定期定點辦理社區巡迴服務，利用巡迴關懷專車深入社區，協助老人就近接受福利服務、健康諮詢及休閒文康育樂等服務。各縣市每月平均辦理 23 ~ 24 場次，每月參與人次平均約 1,100 ~ 1,200 人次。
- 四、102 年度辦理重陽節慶祝活動「經典傳 Show 老少童心尬擂台」，並以「愛的回憶 經典重

現」為主軸，於 102 年 10 月 6 日重陽節慶祝大會舉行全國總決賽，將長輩的故事與表演串連成精采的演出，展現老人的活力與才藝、跨世代合作的創意與默契，藉此增進不同世代相互認識與傳承。

第四章 身心障礙者福利

我國身心障礙者福利政策，依據身心障礙者實際需求，並依據《身心障礙者權益保障法》（以下簡稱身權法）規定及《身心障礙者權益保障白皮書》內容，除推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」，並朝向保障經濟安全、多元安置服務措施、提供無障礙生活環境及促進社會參與等方向規劃。

第一節 身心障礙者鑑定與需求評估新制

- 一、身心障礙者鑑定及需求評估新制，依據身權法規定辦理，並自 101 年 7 月 11 日正式

施行，其參採聯合國世界衛生組織（World Health Organization, WHO）頒布之國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF），就身體結構、功能、活動及社會參與等面向進行鑑定，其精神強調對於身心障礙者鑑定及需求評估方式，均採行專業團隊方式進行，並以單一窗口方式主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務。

- 二、為維護身心障礙者權益，101年7月9日訂定發布《身心障礙者鑑定作業辦法》，另為兼顧法定8種障礙類別之平衡性，於102年8月6日再修正該法規附表二之「身心障礙鑑定類別、鑑定向度、程度分級及其基準」。
- 三、102年受理民眾申請身心障礙證明24萬1,935件，核發20萬3,363件，辦理需求評估20萬349件，並運用個案管理方式，依據身心障礙者實際需要，提供個人照顧服務、家庭照顧者支持服務、福利諮詢、社會參與及支持、機構安置及轉介等服務，提供身心障礙者不同生涯階段之需要。

第二節 身心障礙者經濟安全

為保障身心障礙者經濟生活，依據身權法第71條授權訂定《身心障礙者生活補助費發給辦法》，對家庭總收入及財產符合給付標準之身心障礙者，每月核發生活補助費3,500元、4,700元及8,200元。102年提供生活補助204億2,820萬餘元（計有34萬8,316人受益）；補助身心障礙者日間照顧及住宿照顧費64億8,235萬餘元（計有3萬6,520人受益）。

第三節 身心障礙者生活照顧

為促進身心障礙者社會參與，協助家庭照顧者有喘息機會，依身權法第50條及第51條規定，辦理下列個人照顧及家庭支持服務：

一、推動身心障礙者個人照顧服務

為促進身心障礙者生活品質及社會參與，102年辦理身心障礙者居家照顧、自立生活支持、生活重建、日間照顧、社區居住等相關服務措施，共執行7億9,827萬餘元，累計345萬1,125人次受益，其中社區居住共有88個服務據點；社區日間作業設施計有83個服務據點。

二、推動身心障礙者家庭支持服務

為提供身心障礙者家庭多元化照顧管道，建構家庭式的照顧環境，協助減輕家庭照顧負荷並給予照顧者支持，102年辦理身心障礙者家庭托顧、臨時及短期照顧、照顧者支持等家庭支持服務，共執行1億1,537萬餘元、累計16萬8,949人次受益。

三、提升身心障礙者復康巴士服務能量

為推動身心障礙者行動無障礙空間，促進身心障礙者社會參與，自97年起運用公益彩券回饋金補助，結合民間資源捐贈各直轄市、縣市政府增購復康巴士，截至102年12月底止全國復康巴士計有1,332輛，102年累計提供278萬8,378人次服務。

第四節 身心障礙者輔具資源服務整合

為建構合理之輔具供給政策，近期辦理的工作概況說明如下：

- 一、為加強整合輔具資源與服務，業發布《身心障礙輔具資源整合與研究發展及服務辦法》，另為建構整合之溝通平台，於102年10月辦理「102年度全國身心障礙者輔具資源與服務整合聯繫會議」，邀集相關部會與輔具服務單位共同研商輔具整合相關議題，加強各部會服務資源之流通，建構以身心障礙者為核心之輔具服務體系。

二、建構中央至地方之輔具服務體系

- (一)建置中央輔具資源中心：委託設置多功能輔具資源整合推廣中心、矯具義具及行動輔具資源推廣中心、溝通與資訊輔具資源推廣中心，提供諮詢、教育訓練、維護輔具資源入

口網站、輔具展示及各項宣導活動等服務，並輔導地方輔具中心提升專業能力。

(二) 補助及輔導各地方政府成立地方輔具中心，迄 102 年透過補助政策推動，已成立 25 個輔具中心，目前全國除連江縣以外，各縣市皆已設置，扮演具可近性、便利性之輔具服務窗口角色，提供民眾輔具評估、專業諮詢與宣導、維修等服務。

三、增修《身心障礙者輔具費用補助辦法》，修正重點包括：增加輔具補助之選擇性(補助項目由 85 項增加至 172 項)；修正輔具補助流程為需先申請確認、核定補助資格；納入醫療器材規範與保固規定以保障輔具使用者權益；明訂專案補助之依據與對於外出不便者之到宅評估規定。

四、102 年 6 月 26 日修正《身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法》第 5 條之附表，增列單相陽壓呼吸器為補助項目，共計補助 16 項醫療輔具及 3 項醫療費用。

五、身心障礙者醫療輔具補助於 101 年 7 月 11 日起全面實施，截至 102 年底全國共計補助 7,520 人次(男性占 66%，女性占 34%)，補助金額 4,647 萬 1,169 元整。

六、未來將持續推動身心障礙輔具資源整合及各項輔具服務，並持續加強輔導地方輔具中心，提供各項高品質的輔具服務。

第五節 身心障礙福利機構輔導

為有效因應社會化需求，積極培訓身心障礙者福利服務專業人員，賡續補助辦理各類專業人員訓練、居家照顧、日間及住宿式照顧等支持服務相關教育訓練計畫，協助宣導推廣有關業務及提升照顧者知能外，並將推動身心障礙福利社會工作人員分科分級訓練計畫，以落實培養不同階段身心障礙社會工作人員專業能力。

為保障身心障礙者權益，維持身心障礙福利機

構服務品質，持續督促各地方政府加強機構輔導查核，每季將輔導查核情形報送衛福部，並定期辦理機構評鑑，協助機構提升照顧服務品質，維護服務使用者權益。另對有意願參與身心障礙者養護服務之財團法人，輔導朝向小型化、社區化設置發展，以建構居家情境。

修訂身權法強化評鑑成績不佳機構之退場機制、課予主管機關及機構針對工作人員(含業務負責人)任用前資格之查核責任，及任用後人員退場之消極條件規定，確保服務品質，保障身心障礙者權益。

第六節 身心障礙者社會參與

為促進身心障礙者社會參與，辦理下列措施：

- 一、透過推展社會福利補助經費，補助民間團體辦理各項身心障礙者休閒、育樂、研習等福利服務活動，增修無障礙網頁，及充實其設施設備，以促進身心障礙團體服務效能，102 年度共補助 890 案，5 萬 1,089 人次受益。
- 二、每年辦理國際身心障礙者日活動及身心障礙楷模金鷹獎頒獎典禮，增進社會大眾重視身心障礙福利議題，提升身心障礙者正面形象。
- 三、導盲犬服務：目前 35 隻服役中，寄養中導盲幼犬計 77 隻。
- 四、手語翻譯服務：所有直轄市、縣(市)政府均完成服務窗口之設置，有關手語翻譯服務人員合計 277 人。
- 五、專用停車位識別證：已設置專用停車位 1 萬 4,849 個，發放專用車牌、專用停車位識別證 27 萬餘張。
- 六、票價優待：提供身心障礙者及必要陪伴者 1 人，搭乘大眾運輸工具票價，享有半價優待；進入風景區、康樂場所或文教設施，公營、公辦民營免費，民營享有半價優待。

A large, stylized image of two hands, one from the left and one from the right, with fingers curled to form a heart shape. The hands are light-skinned and set against a background of a fine, light-colored dot pattern. The overall color palette is warm, with shades of pink, orange, and red.

9

社會救助與社會工作

- 109 第一章 (中) 低收入戶及急難救助
- 112 第二章 遊民輔導
- 113 第三章 災害救助
- 114 第四章 社會工作
- 116 第五章 福利資源網絡



第一章 (中)低收入戶及急難救助

第一節 救助概況

社會救助之目的，在於照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，協助其自立，以期確實保障弱勢民眾基本生活水準以進一步積極協助其脫貧。

衛福部為擴大照顧未符合低收入戶資格之近貧族群，99年12月29日修正《社會救助法》，放寬最低生活費計算方式及審核門檻，並新增中低收入戶；自100年7月1日新制實施以來，截至102年底各縣市低收入戶及中低收入戶，已審定通過計有低收入戶14萬8,590戶(36萬1,765人)、中低收入戶10萬8,589戶(33萬4,391人)，共計69萬6,156位弱勢民眾納入政

府照顧範圍，較100年6月修法前增加14萬2,742戶(42萬28人)，受惠人數相較修法前增加1.52倍，詳如圖9-1。

社會救助新制修正時，參酌歐盟、OECD、第三世界等國家之貧窮線大多採用可支配所得比例法，認為除可滿足受救助者之基本消費外，更能維護其基本權利及尊嚴，故將最低生活費計算方式，從平均消費支出60%調整為可支配所得中位數之60%(由中央、直轄市主管機關參照中央主計機關所公布當地最近一年每人可支配所得中位數60%定之)，於新年度計算出之數額較現行最低生活費變動達5%以上時調整之。依照修正後最低生活費計算方式，100年6月低收入戶臺灣省最低生活費由新臺幣9,829元調整至1萬244元。近4年最低生活費詳如表9-1。

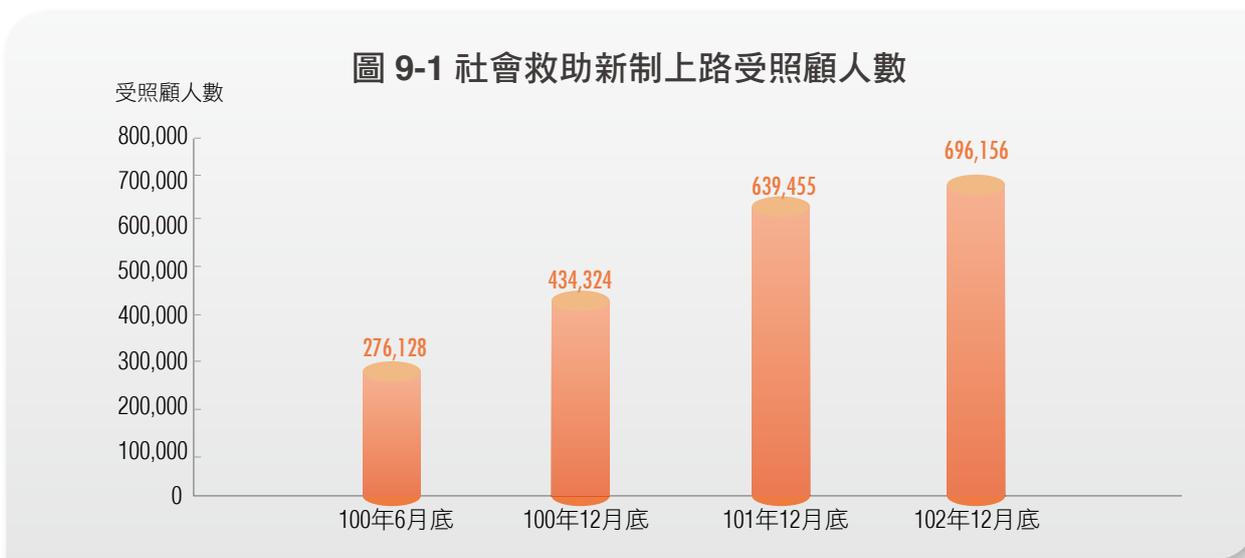


表 9-1 近 4 年最低生活費

新臺幣：元

地區別 年度別	臺灣省	臺北市	高雄市	新北市	臺中市	臺南市	福建省	
							金門縣	連江縣
99	9,829	14,614	11,309	10,792	-----	-----	7,400	
100(1-6月)	9,829	14,794	10,033	10,792	9,945	9,829	7,920	
100(7-12月)	10,244	14,794	11,146	11,832	10,303	10,244	8,798	
101	10,244	14,794	11,890	11,832	10,303	10,244	8,798	
102	10,244	14,794	11,890	11,832	11,066	10,244	8,798	

第二節 生活扶助

低收入戶生活扶助係針對家庭總收入平均分配全家人口，每人每月在最低生活費以下，且家庭財產未超過中央、直轄市主管機關公告之當年度一定金額者，提供持續性的經濟協助，為社會救助工作重要的一環。根據內政部統計處中華民國 97 年低收入戶生活狀況調查報告分析，低收入戶主要致貧原因前 5 項依序為「戶內均為無工作能力人口（33.58%）」、「戶內無工作能力人口眾多（24.07%）」、「負擔家計者久病不癒（18.75%）」、「與負擔家計者離婚或分居（13.24%）」、「原負擔家計者死亡（12.70%）」，詳如圖 9-2。

「與負擔家計者離婚或分居（13.24%）」、「原負擔家計者死亡（12.70%）」，詳如圖 9-2。

低收入戶對補助類社會救助服務措施之需求，依重要度排序前 5 項依序為「每月家庭生活補助（52.77%）」、「身心障礙者生活補助（36.84%）」、「就學子女學雜費減免補助（25.62%）」、「全民健康保險保險費補助（22.85%）」、「老人生活津貼（21.10%）」（詳如圖 9-3），顯示低收入戶在接受政府社會救助的需求上，多以持續性、經常性的經濟助益為主，其中每月家庭生活補助仍居第 1 位。

圖 9-2 低收入戶五大致貧原因重要度

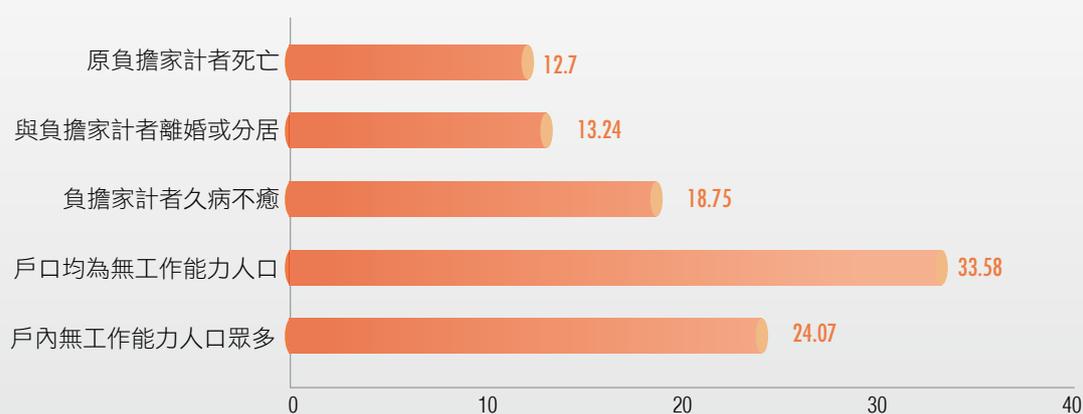
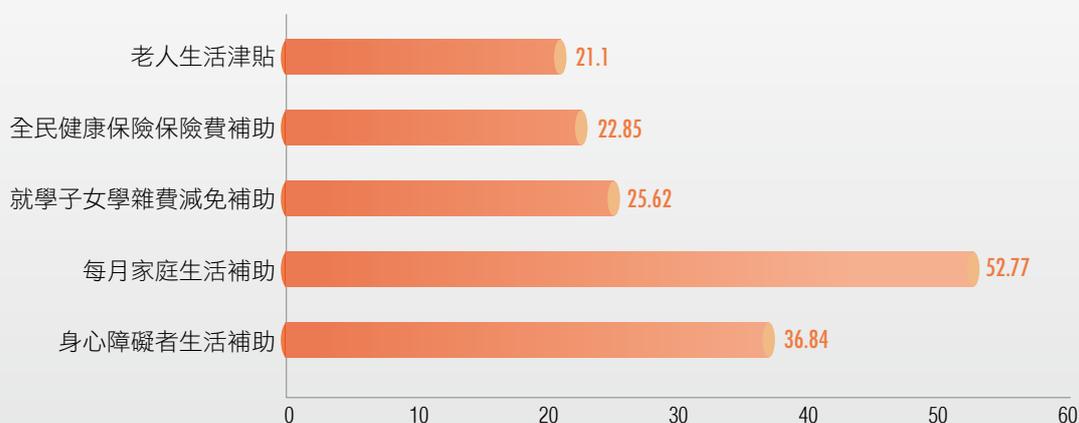


圖 9-3 補助類社會救助服務措施對低收入戶之重要度



現行各地方政府提供低收入戶補助包含家庭生活扶助、就學生活扶助及兒童生活扶助 3 大項，並依照款別不同給予不同之救助措施，此外，依據《社會救助法》第 12 條規定，對於低收入戶中之老人、懷孕滿 3 個月之孕婦，以及身心障礙者，主管機關得依其原領取現金給付之金額增加最高不得逾 40% 之補助。惟避免救助給付過於優渥，影響工作意願，亦於《社會救助法》第 8 條中明文規定，依本法或其他法令每人每月所領取政府核發之救助金額，不得超過當年政府公告之基本工資。102 年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目，如表 9-2。

第三節 醫療補助

按《社會救助法》第 18 條、第 19 條規定，現行針對低收入戶及中低收入戶提供之醫療補助包含以下三大項：

- 一、保險費補助：99 年 12 月 29 日修正公布之《社會救助法》第 19 條規定「低收入戶參加全民健康保險之保險費，由中央主管機關編列預算補助。中低收入戶參加全民健康保險應自付之保險費，由中央主管機關補助二分之一。其他法令有性質相同之補助規定者，不得重複補助。」前開規定自 100 年 7 月 1 日施行，102 年全民健康保險之保險費之補助，計 65 億 4,005 萬餘元。
- 二、部分負擔費用補助：為減輕低收入戶就醫之

負擔，特於《全民健康保險法》第 37 條中明定低收入戶就醫時，應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應，102 年度補助低收入戶部分負擔之醫療費用（含門診與住院），計補助 17 億 9,309 萬餘元。

- 三、全民健康保險不給付之醫療費用補助：各地方政府為滿足低收入戶及中低收入戶之就醫需求，亦訂定相關法令規定醫療費用之補助標準，102 年度補助 4,322 人次，計補助 8,040 萬 7,028 元。

第四節 工作福利

社會救助最積極的目的是希望促進低收入戶及中低收入戶自立，《社會救助法》第 15 條規定：「低收入戶及中低收入戶中有工作能力者，直轄市、縣（市）主管機關應依需求提供或轉介相關就業服務、職業訓練或以工代賑」。各級政府多依此規定積極辦理相關就業服務，並視需要提供創業輔導、創業貸款利息補貼、求職交通補助、求職或職業訓練期間之臨時托育及日間照顧津貼等其他就業服務與補助，此外，渠等參加職業訓練期間，尚可申領職業訓練生活津貼，以解決其參加職業訓練期間，無法維持家庭生計的困擾，免除其後顧之憂。

《社會救助法》新制並具有強化工作福利，協助弱勢民眾自立脫貧等積極策略，例如低收入戶及

表 9-2 102 年政府辦理低收入戶生活扶助主要項目

補助項目	補助人次	補助金額（新臺幣元）
家庭生活補助	136 萬 970 人次	64 億 8,917 萬 5,565 元
就學生活補助	69 萬 5,024 人次	40 億 9,785 萬 9,024 元
以工代賑（含中低）	2 萬 6,929 人次	3 億 9,871 萬 1,960 元
節日慰問	80 萬 9,600 人次	6 億 1,744 萬 1,111 元

中低收入戶參與政府輔導轉介就業而增加之收入，得免計入家庭總收入，最長以 3 年為限，並得延長 1 年，使其保有原救助資格，以強化其工作誘因。低收入戶及中低收入戶參與政府辦理脫貧措施所增加之收入及存款，得免列入家庭總收入及家庭財產計算範圍，最長以 3 年為限，並得延長 1 年，強化渠等自立自強的誘因，達到自立脫貧之目標。

第五節 急難救助

- 一、 依據《社會救助法》針對遭逢急難致生活陷於困境民眾，提供及時救助，紓解經濟急困。
- 二、 經直轄市、縣（市）政府核予救助後仍陷於困境者，依據「衛生福利部急難救助金申請審核及核發作業規定」轉報衛福部再核定救助。
- 三、 推動「馬上關懷」急難救助專案，針對負擔家計主要責任者遭逢變故致生活陷於困境者，結合當地村里辦公處、民間公益團體及鄉（鎮市區）公所訪視認定及關懷救助。
- 四、 102 年辦理民眾急難救助成果詳如表 9-3。

第二章 遊民輔導

第一節 遊民現況

依照地方政府 102 年底各地方列冊輔導遊民人數總計 3,604 人，有近 8 成夜宿在臺北市、新北市、臺中市、臺南市、高雄市及桃園縣，遊民人

數 50 人以下有 8 個縣市，其中金門縣、連江縣及澎湖縣並無遊民，顯見各地方遊民人數規模差異極大，遊民多集中在都市化程度較高的縣市。

依據衛福部委託辦理 102 年度遊民生活狀況調查研究結果顯示：男性比例佔 92.1%，遊民年齡多集中在 45-65 歲，而非都會區的遊民平均年齡較都會區年長，教育程度在國中以下佔 72.1%；在婚姻狀況部分：未婚佔 47.4%，離婚、分居、喪偶等佔 46.9%，顯見多數遊民處在單身的情況下。遊民流落街頭的原因十分多元，依據受訪者自陳其流落街頭原因依序為失業、沒錢付房租、孤獨一人無依靠、家庭關係不和諧等因素所致。

第二節 遊民輔導措施

《社會救助法》第 17 條規定「地方政府應依照其轄內遊民人數、遊民輔導規模及需求，訂定合乎各地方遊民輔導實務運作需要之遊民輔導自治條例或辦法」，現行遊民輔導措施如下：

- 一、 收容安置服務：目前直轄市及縣（市）政府多設有專人承辦遊民收容輔導業務，除協尋家屬、親友外，對於無家可歸、遊蕩街頭或不願接受機構安置之遊民，亦機動提供臨時性之安置場所，如遊民收容所，作為其臨時、短期避寒棲身之所。目前共 10 處公立遊民收容處所（含 7 處公設民營）
- 二、 生活維護措施：為維護遊民基本生活安全，政府及相關機構亦廣結民間團體之力量辦理

表 9-3 急難救助成果統計 (102 年 12 月底止)

類別	受益人數	救助金金額（元）
直轄市、縣（市）政府急難救助	4 萬 2,152 人	2 億 5,104 萬 3,837 元
衛福部急難救助	1,225 人	1,768 萬 5,000 元
「馬上關懷」急難救助	1 萬 7,896 人	2 億 5,996 萬 3,179 元

街頭外展服務，提供遊民基本生活維護，諸如供應熱食、沐浴、禦寒、理髮、乾淨衣物、睡袋、衛生保健等服務。為鼓勵地方政府辦理遊民輔導業務，衛福部近年皆編列相關預算補助直轄市、縣（市）辦理遊民業務。

- 三、 促進自立措施：對於具工作能力與意願之遊民，與勞工主管機關協調提供職業訓練，或評估遊民之特性協調相關單位提供就業機會，如藉以工代賑方式培養遊民工作習慣，或提供諮商服務，以提升遊民自立能力並回歸家庭與社會生活。
- 四、 低溫加強關懷：內政部於 94 年 5 月 6 日函頒「低溫及年節時期加強關懷弱勢民眾專案計畫」，當中央氣象局發布 10 度以下低溫特報時，即由地方政府及民間團體主動啟動低溫關懷服務，提供遊民熱食、禦寒衣物及臨時收容處所資訊等。
- 五、 工作成果：102 年地方政府輔導處理遊民共計 22 萬 3,863 人次，包含提供遊民關懷服務 20 萬 1,425 人次、安置收容 1,508 人次、協助返家 462 人次、轉介福利服務 3,927 人次、轉介就業服務或職業訓練 5,561 人次、其他醫療照護等服務 2,576 人次。

第三章 災害救助

第一節 災民收容與物資整備

- 一、 衛福部每年度因應汛期及颱風季節將屆，均請地方政府確實依照《災害防救法》規定，預先辦理災民臨時收容、社會救助及弱勢族群特殊保護措施及應變事宜。內政部於 102 年 1 月 16 日及 3 月 14 日函請地方政府針對 102 年度災民臨時收容處所、民生物資整備（含開口契約）等進行預先規劃，102 年度全國各縣市災民收容所設置處所及

人數總計為 5,282 所，可收容人數 392 萬 9,629 人。

- 二、 為降低天然災害來臨時可能造成的生命財產損失，內政部業以 101 年 12 月 17 日台內社字第 1010397118 號函修正發布「直轄市、縣（市）危險區域（村里、部落）因應天然災害緊急救濟民生物資儲存作業要點範例」，提供各級地方政府參考，以因應天然災害發生後，避免民眾生活陷入困境，預先建立救濟物資儲存作業機制，以確保居民糧食及民生用品供應。
- 三、 為能於災害發生時，政府可即時整合物資及人力調度媒合需求，於 100 年 12 月完成「重大災害民生物資及志工人力整合網絡平台管理系統」建置。102 年除責成各直轄市、縣（市）政府輔導鄉（鎮市區）公所及所轄志願服務團體辦理相關操作訓練外，衛福部亦針對中央及地方相關人員辦理 3 場次之教育訓練。
- 四、 建立社政人力「區域聯盟、即時協助」模式，將地方政府按地理區域分為北、中、南、東及離島 5 區，就近互相支援受災縣市，為災民提供即時慰助、創傷輔導、心理支持及需求調查等工作。

第二節 災害慰問

- 一、 當重大災害發生，奉行政院院長指示，或於中央災害應變中心成立後，衛福部即依據相關處置報告，聯繫地方政府確認個案為因災致死亡、失蹤或重傷，專案簽報首長啟動發放行政院院長慰問金機制。
- 二、 地方政府查核相關證明文件，認定符合災害救助金發放者，由地方政府針對死亡、失蹤者發放 20 萬元，重傷者發放 10 萬元救助金。此外，並由衛福部發給行政院院長慰問

金，及財團法人賑災基金會運用民間捐款加發慰問金。衛福部及賑災基金會發給死亡、失蹤及重傷者慰問金經費標準如下：

- (一) 死亡慰問金：60 萬元 (衛福部 20 萬元，賑災基金會 40 萬元)。
- (二) 失蹤慰問金：60 萬元 (衛福部 20 萬元，賑災基金會 40 萬元)。
- (三) 重傷慰問金：15 萬元 (衛福部 5 萬元，賑災基金會 10 萬元)。

三、102 年行政院院長慰問金發放情形：於 0602 震災、蘇力及康芮颱風中，共計發放 16 名受難者死亡慰問金，金額總計新臺幣 320 萬元整。

第四章 社會工作

第一節 社會工作制度

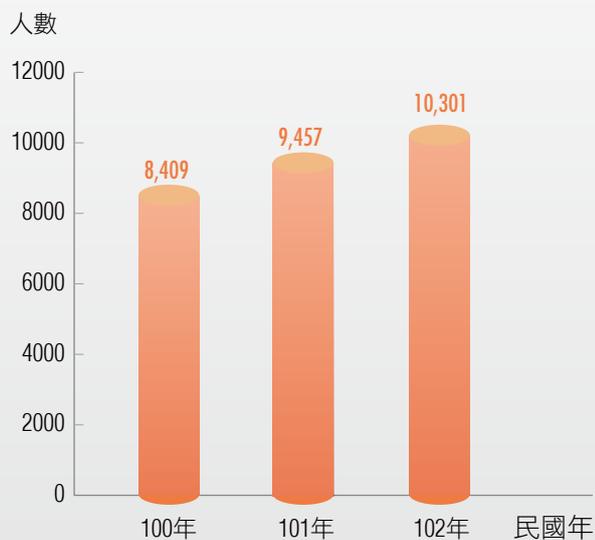
社會工作專業制度之建立已是世界潮流所趨，截至 102 年底，全國通過社會工作師考試已

有 6,942 人，執業社工師計有 3,837 名。全國公私部門社福領域社會工作專職人員數計 10,301 人 (99-102 年公私部門專職人員數詳如圖 9-4)，每 1 社工專職人員平均服務 2,233 位民眾。

為建構社會工作專業制度，已辦理相關措施如下：

- 一、配合考選部專技社工師部分科目免試辦理社會工作實務經驗及業務年資審查；截至 102 年 12 月計已召開 59 次委員會議，共計複審 8,598 件社工年資申請案。
- 二、研訂年度社會工作專業人員表揚實施計畫，由衛福部及民間團體分別就公私部門所送推薦資料予以評選，並於 102 年 4 月 2 日社工日表揚 121 名優良社會工作人員。
- 三、依據《社會工作師接受繼續教育及執業執照更新辦法》辦理社會工作師繼續教育審認；102 年計審查 1,633 件。
- 四、依據《專科社工師分科甄審及接受繼續教育辦法》辦理專科社工師分科甄審作業；本項考試於 103 年 3 月 22 日及 23 日辦理，計有 330 位社工師報考，符合應考者計有 273 人，計錄取 217 人 (錄取率 81.3%)。
- 五、為完善社工人力資源管理，於 102 年 5 月起委外建置全國性社會工作人力資料庫，並進行後續系統開發，於 103 年 5 月完成。

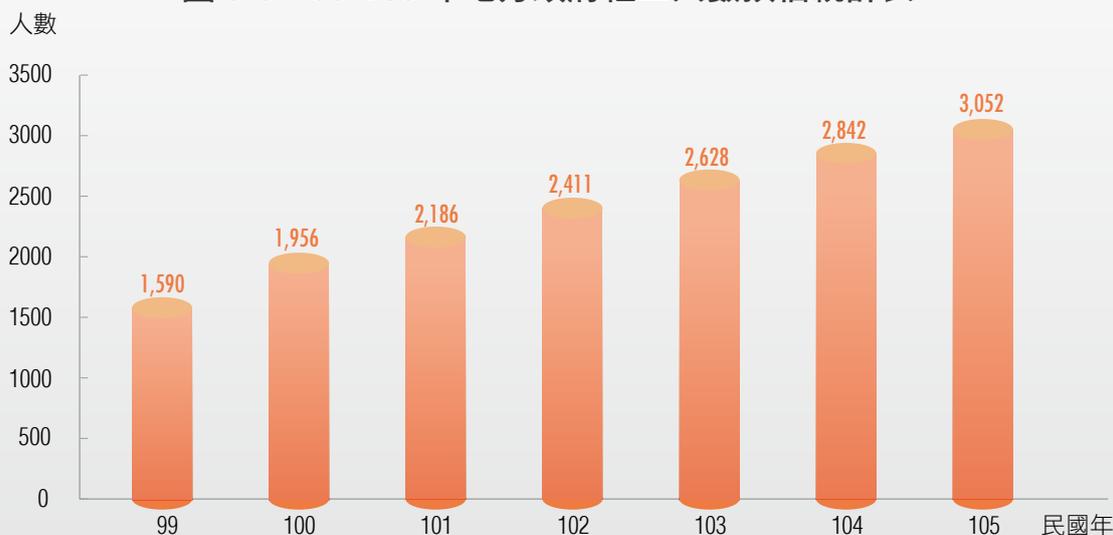
圖 9-4 公私部門社福領域社會工作專職人員數



第二節 充實社工人力計畫

針對當前地方政府社工人力普遍不足之困境，行政院已於 99 年 9 月 14 日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」。計畫預定於 100 年至 105 年增加社工人力 1,462 人 (100 年增加進用 366 名約聘社工員，101 至 105 年增加進用 1,096 名正式編制社工員)，106 至 114 年間出缺再進用正式編制社工員 394 名，未來 (至 105 年) 公部門社工人力預計將由 99 年之 1,590 人增加至 3,052

圖 9-5 99-105 年地方政府社工人數預估統計表



人(詳如圖 9-5);100 年增加進用的 366 名約聘社工人員由中央補助 4 成經費,主要辦理兒少保護、家暴及性侵害防治、身心障礙、老人、婦女、社會救助等社會工作直接服務業務。

計畫實施後,公部門社工人員服務總人口比由每位社工服務 1 萬 4,549 位民眾,降為 7,580 位,從事直接服務及第一線保護個案處遇之社工負擔個案數亦可下降,將可強化兒少保護、家庭暴力、性侵害及弱勢家庭的訪查輔導,提升服務品質,另百分之六十以上社工人員納入正式編制,也可確保社工人員晉用、升遷及合理薪資,建立專職長任,累積社工人員之專業服務能量。

第三節 社工人身安全

為保護社工人員人身安全,衛福部於《社會工作師法》、《兒童及少年福利與權益保障法》、《家庭暴力防治法》等相關法規已將社工人身安全相關措施納入條文規範,並採行相關強化人身安全措施,惟國內社工人員在服務過程中遭騷擾、甚至攻擊的案件時有所聞,國內公部門或民間團體提供社會工作人員(以下簡稱社工人員)

之安全裝備尚有不足,為建立制度保障各領域社工人員執行業務之人身安全,提高實務工作效能,衛福部擬具「社會工作人員執業安全條例」草案,於 102 年 11 月至 12 月間邀集相關單位召開 3 次研商會議,業於 103 年 1 月 9 日函報行政院審查。

為持續強化社工人員執業安全,衛福部規劃執行相關具體措施,包括:

- 一、申請 103 年度公益彩券回饋金補助辦理「推動社工人身安全保障計畫」,以協助地方政府持續加強社工人員人身安全職前、在職教育訓練,並加強風險意識及知能的提升,強化社工人員執業安全防護設施及設備。
- 二、102 年 12 月 31 日委託臺灣社會工作專業人員協會辦理「社工人身安全法案研議研究案」,已於 103 年 7 月 30 日完成,以作為社工人身安全相關規範及子法之研訂參考依據。
- 三、103 年委託臺灣社會工作專業人員協會辦理「社工人力供需及人身安全研究」,以規劃編製社工人員安全維護手冊作為基層社工人員必備之服務工具。

第五章 福利資源網絡

第一節 社區發展

- 一、社區發展工作不單只是硬體的建設，同時亦著重社區意識的凝聚，以及社會福利、健康促進、文化傳承等各項服務的推展，透過社會運動方式與教育過程來培養民眾社區意識，啟發民眾發揮自動自發、自助及人助精神，貢獻人力、物力、財力，提昇生活品質。
- 二、社區發展福利服務補助，其目的在結合民間力量推展社區各項福利服務，透過社區刊物發行與活動的舉辦，凝聚社區居民意識，達成敦親睦鄰，促進社區居民互動，提昇生活品質之目標。成效如下：
 - (一)設置社區活動中心：截至102年底止，臺灣地區已有社區活動中心3,945所，提供社區發展協會召開會議、辦理地方性兒少、婦女、老人活動或居民平日休憩、聚會之場所。
 - (二)營造福利化社區：辦理福利社區化旗艦型計畫、社區人力資源培訓、社區防災備災宣導、社區提案培力等，102年計補助226案。
 - (三)辦理全國性觀摩活動：102年辦理全國走動式績優社區觀摩活動、全國社區民俗育樂觀摩會與全國社會福利社區化觀摩會，參加人數分別為422人，3,567人與1,470人。
 - (四)辦理社區發展工作評鑑：102年辦理南部9縣市政府及所轄社區發展協會之社區發展評鑑工作。計有高雄市、臺南市、彰化縣、嘉義縣獲優等獎；雲林縣、屏東縣、臺東縣、嘉義市、澎湖縣獲甲等獎外，另有高雄市林園區文賢社區等31個社區發展協會獲卓越、優、甲、單項特色等獎項，並辦理社區評鑑表揚典禮，計有803人參與。

第二節 公益勸募

- 一、為有效管理勸募行為，妥善運用社會資源，95年4月25日《公益勸募條例》經立法院三讀通過，同年5月17日經總統令制定公布施行。本條例對於向外募款採取許可制，應依《公益勸募許可辦法》規定報主管機關許可後辦理。102年共計236個團體申請，許可282件，實際募得1億1,884萬餘元。
- 二、每年委託會計師事務所稽查衛福部核准勸募團體辦理勸募活動募得財物數額、使用及流向情形，以提升勸募團體財務責任及運作效能；102年委託會計師事務所查核101年度內政部核准勸募團體辦理勸募活動計221案，及歷年國內外重大災害尚未結案之勸募案件計14案，共計查核235案。
- 三、為增進勸募業務人員專業知能、熟稔公益勸募相關法令，於102年10月及12月分區辦理(北、中、南)公益勸募實務研習共6場次，計670人次參加。

第三節 志願服務

為有效結合民間力量，激勵社會大眾發揮助人精神、健全志願服務發展，內政部於84年訂頒「廣結志工拓展社會福利工作一祥和計畫」，分就志願服務組織、教育訓練、服務推展及宣導獎勵等詳予規範。復於90年1月20日奉總統頒布施行《志願服務法》，明定志願服務定義、適用範圍、主管機關、運用單位的職責、志工的權利、義務及促進志願服務措施等，以有效整合運用社會人力資源，發揚志願服務美德。

為促進志願服務發展，訂頒有各項獎勵措施，包括頒發內政志願服務金質、銀質及銅質徽章(配合組織調整，於103年整合衛生保健及社

會福利志工獎勵)；全國志願服務績優金牌、銀牌及銅牌獎等。又為鼓勵民眾參與志願服務，訂有社會福利補助作業要點，其具體措施有：補助民間團體辦理志工研習訓練、績優志工獎勵表揚、志願服務聯繫會報、編印志工訓練教材、建置「全國志願服務資訊整合系統」、另建置「重大災害物資資源及志工人力整合網絡平台管理系統」，協助受災地方政府透過平台公告即時需求訊息並有效媒合協助辦理救災事宜；並辦理「102年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚」計4團隊、101名績優志工得獎。

經統計全國志工人數逐年成長：100年計70萬7,478人，101年計89萬8,765人，102年達100萬2,920人(詳如圖9-6)。其中衛生保健志工102年達5萬2,007名、社會福利志工102年達20萬2,853名。

圖 9-6 志工人數



第四節 福利諮詢專線

為協助生活上遭遇困難之家庭或個人，衛福部1957福利諮詢專線整合公私立部門各項服務與資源，提供單一窗口之福利諮詢及通報轉介服務，民眾以手機或室內電話撥打1957免付費電話，即可獲得多元的社會福利服務。

- 一、該專線於95年啟動，為提升服務品質，自99年9月1日起委託財團法人臺灣兒童暨家庭扶助基金會辦理，該會聘有30位專業社工(含1位行政人員)每天上午8時至晚上10時提供民眾急難救助及福利服務等相關諮詢與協助。為使1957專線服務不中斷，101年7月1日起至103年6月30日止，續委託兒童暨家庭扶助基金會持續提供服務，並為因應101年7月「國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)」制度正式施行，來電量增加，增聘5位接線社工以為因應，目前總計聘有35位專業社工人員(含1位行政人員)提供服務。
- 二、本專線於100年起整合各直轄市、縣(市)政府之窗口，建置專線通報系統，專線社工一旦發現需要通報轉介之個案，即可透過資訊系統進行通報，各直轄市、縣(市)政府社會局(處)在接收案件後，即可派員訪視或提供相關的服務。透過中央與地方的力量，建立起縝密的社會安全網絡，發揮層層防護機制。另外專線也建置福利知識庫系統，除了整合福利安全網各項資源外，也橫向連結相關部會之就業安全網、自殺防治網、就學安全網及治安維護網等資源。
- 三、專線自99年起至102年12月底止，來電數量共計21萬6,383通，通報各直轄市、縣(市)政府共2,193件。

10

暴力防治與保護服務

- 119 第一章 性騷擾與性別暴力防治
- 121 第二章 家庭暴力防治
- 123 第三章 性侵害防治
- 125 第四章 兒少保護及兒少性交易防制



衛福部成立後，將原分屬於內政部家庭暴力及性侵害防治委員會、社會司及內政部兒童局等攸關民眾人身安全的家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與老人、身心障礙者、兒少保護及兒少性交易防制等保護性業務，集中於衛福部統籌辦理，其中各項被害人保護工作由保護服務司主管，加害人處遇服務則由心理及口腔健康司主責，藉由組織改造社衛政之整合，形成專業分工、資源整合的新局面，並透過強化與警政、衛政、教育、司法、勞政等部會單位跨網絡的連結合作，使各項業務無縫接軌並發揮加乘效益。

第一章 性騷擾與性別暴力防治

第一節 性騷擾防治現況

102年各相關機關（單位）依法受理性騷擾申訴調查案件總計494件（成立349件、不成立87件、其他58件），其中由警察機關受理調查占89%為最大宗，其次10%由加害人所屬單位受理調查（如圖10-1）；相較101年度431件（成立326件、不成立72件、其他33件），略成長14.62%。

性騷擾行為樣態主要為「趁機親吻、擁抱或觸摸胸、臀或其他身體隱私部位」，占49.47%，其次為「羞辱、貶抑、敵意或騷擾的言詞或態度（如：開黃腔、緊盯對方胸部、羞辱他人身材或打扮等）」，占26.65%（如圖10-2）；兩造關係以陌生人為最大宗，占63.45%，其次為朋友，占9.64%（如圖10-3）；案件發生地點主要在公共場所，占44.92%，其次為透過科技設備（如網際網路、手機簡訊…等），占15.12%（如圖10-4）。

圖 10-1 102 年各機關受理性騷擾申訴調查案件

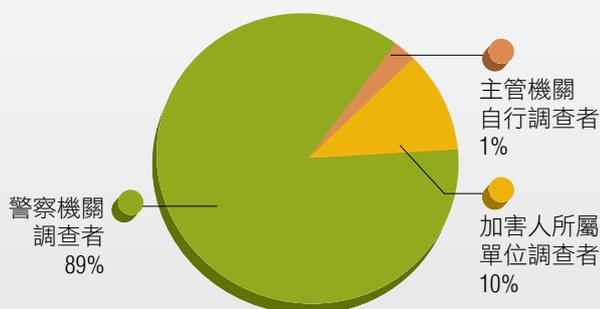


圖 10-3 102 年性騷擾事件兩造關係

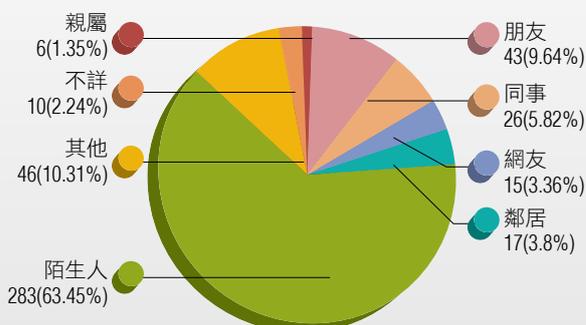


圖 10-2 102 年性騷擾事件行為樣態

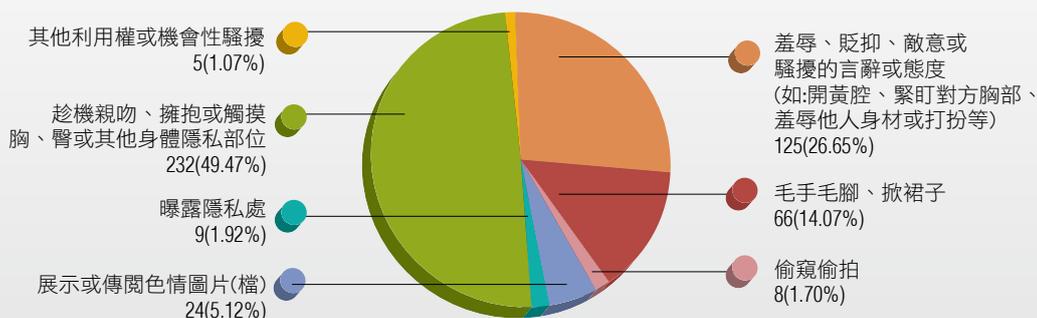
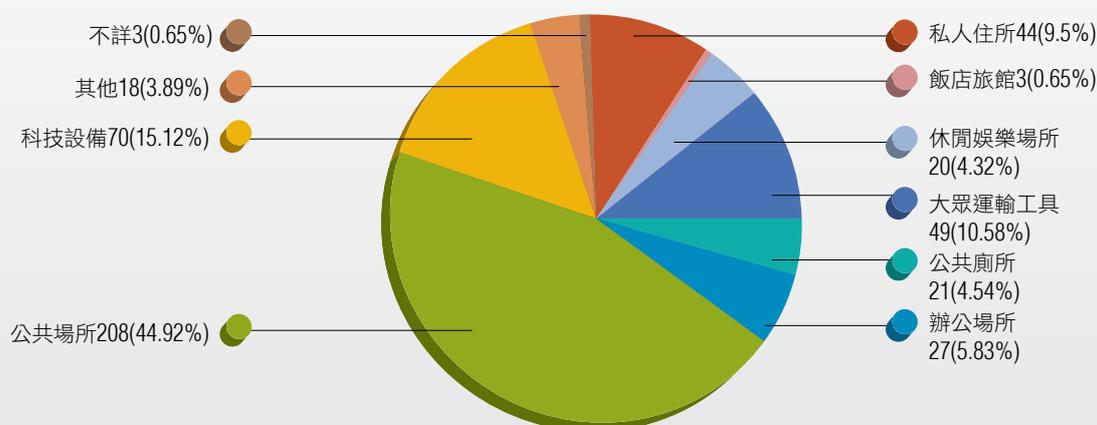


圖 10-4 102 年性騷擾事件發生地點



第二節 性騷擾防治專業發展與教育推廣

- 一、辦理「推動性騷擾防治工作專業發展計畫」：102 年開發「性騷擾檢核表」、編撰「性騷擾案件處理實務操作手冊」，並蒐集性騷擾防治三法實務困境與解決策略，辦理分區教育訓練，包括警政、社政、勞政及教育單位，約 220 人參訓。
- 二、編製及發送「禁止性騷擾」宣導貼紙：為強化公共場所負責人性騷擾防治責任，102 年 11 月編印「禁止性騷擾及性侵害公開揭示海報」4 萬 5,000 張，發送各公共場所（含醫院、餐廳、飯店、公共運輸、休閒場所、飲酒店業、八大行業等）張貼。
- 三、辦理性騷擾防治教育宣導：為強化性騷擾防治教育，鼓勵被害人勇於求助，並強化民眾防暴意識，102 年透過電視、廣播、公共運輸及戶外媒體等加強性騷擾防治宣導廣告播出，總計播出 3,960 檔次。

第三節 性別暴力防治工作

為匯集與性別暴力有關的國內外統計研究、方案、教育訓練及宣導等重要資訊，以回應各界對性別暴力議題之關注，並達到防暴意識之警醒，相關資訊

與經驗之交流和共享，經 3 年籌劃，於 102 年 11 月 21 日辦理「『愛擁抱·不擁暴』反性別暴力資源網啟動儀式暨研究論壇」，頒發榮譽會員證書予多位民間及公部門推動反性別暴力之代表，正式啟動臺灣首座反性別暴力網路圖書館「TAGV 反性別暴力資源網」（網址 <http://tagv.mohw.gov.tw/>），截至 102 年 12 月資料筆數逾 1 萬筆，瀏覽人次逾 80 萬人次。（如圖 10-5）

第四節 跨部會網絡整合機制

- 一、建立跨部會溝通平臺：102 年訂頒「家庭暴力及性侵害防治推動小組設置要點」，遴聘相關部會、民間團體及專家學者代表共 25 名為委員，每季定期召開推動小組會議，加強中央及地方社政、衛政、警政、教育、勞政、司法體系等網絡成員橫向及縱向連結，並廣納民間意見，共同推動各項保護工作。



圖 10-5 反性別暴力資源網啟動儀式

- 二、辦理「家庭暴力、性侵害及性騷擾防治有功人士表揚及網絡願景營」：為凝聚各界防暴共識，增進合作默契並激勵工作士氣，於 102 年 2 月 5 日至 6 日邀集中央及地方防治網絡、民間團體以及專家學者，共同研討家庭暴力、性侵害及性騷擾防治工作之重點議題、施政方向、願景目標及行動策略，共計 200 人次參加，同時表揚長期對防治工作有功之社會人士、公務人員、機構及團體共計 30 名。
- 三、辦理 102 年各直轄市、縣(市)政府推動家庭暴力、性侵害及性騷擾防治業務評鑑：配合「102 年度中央對直轄市、縣(市)政府執行社會福利績效實地考核實施計畫」於 102 年 6 月 26 日至 7 月 31 日至各直轄市、縣(市)實地考核家庭暴力、性侵害及性騷擾防治業務推動情形，經評核特優縣市為高雄市、臺北市及新北市；優等縣市為彰化縣、宜蘭縣、苗栗縣、嘉義市、桃園縣及臺中市，其中臺中市為進步最多之縣市。

第二章 家庭暴力防治

第一節 家庭暴力事件通報與服務狀況

我國家庭暴力通報案件平均每年約成長 5%~10%，102 年通報家庭暴力被害人數 11 萬 103 人，較 101 年 9 萬 8,399 人成長 11.89%；102 年女性被害人數雖較 101 年略增 6,853 人，然依性別比例來看，女性被害人數約占整體被害人數 69.4%，較 101 年度 70.7% 略減 1.3%；疑似或確定為身心障礙者有 6,839 人，約占被害人數 6.21%。102 年通報被害人數最多者為親密關係暴力案件占 45.08%，其次依序為兒童少年保護占 31.66%，其他家庭成員間的暴力占 20.43%，老人虐待占 2.83%；但成長比例最高者為其他家庭成員間的暴力，及兒童少年保護，如表 10-1。102 年各直轄市、縣(市)政府提供家庭暴力被害人保護扶助計 98 萬 8,586 人次、扶助金額 4 億 6,854 萬 2,425 元。(如附錄 1 表 11)

表 10-1 歷年家庭暴力通報被害人數 - 按性別及案件類型分

	年度		97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年
	案件類型	性別						
家庭暴力通報被害人數	婚姻 / 離婚 / 同居關係暴力 (親密關係暴力)	男	3,604	4,428	5,287	5,672	6,512	5,824
		女	38,950	43,046	49,163	43,562	43,492	43,112
		不詳	488	434	471	660	611	697
	兒少保護	男	8,370	8,498	10,679	11,763	13,877	16,540
		女	7,706	8,044	10,234	11,889	13,605	17,653
		不詳	913	794	821	334	454	662
	老人虐待	男	876	1,053	1,215	1,096	1,169	1,171
		女	1,267	1,467	1,868	1,766	1,871	1,889
		不詳	33	28	39	48	50	55
	其他	男	3,658	4,530	5,818	5,617	5,860	8,261
		女	9,353	11,166	12,850	11,368	10,575	13,742
		不詳	220	240	275	375	323	497
總計	男	16,508	18,509	22,999	24,148	27,418	31,796	
	女	57,276	63,723	74,115	68,585	69,543	76,396	
	不詳	1,654	1,496	1,606	1,417	1,438	1,911	
	合計	75,438	83,728	98,720	94,150	98,399	110,103	

第二節 家庭暴力安全防護網計畫

- 一、 廣續推動「家庭暴力安全防護網計畫」：為維護被害人人身安全，自 98 年起推動「家庭暴力安全防護網計畫」，透過落實親密關係暴力危險評估，及定期召開家庭暴力高危機案件網絡會議，加強跨域整合機制，共同評估被害人之致命風險，並擬定安全行動策略。為輔導各直轄市、縣（市）政府逐步建立在地化工作模式，102 年委託民間團體辦理「家庭暴力安全防護網督導人才培力計畫」，辦理 3 梯次團體督導課程及 3 場次案例研討會，計有警政、社政、衛政、司法等相關網絡成員共 423 人參與；並至澎湖縣、臺中市、嘉義縣、宜蘭縣及花蓮縣等 5 個縣市進行個別縣市督導，協助其改善相關問題。此外，並委託專家學者建構家暴安全防護網成本效益分析模型，提供各直轄市、縣（市）政府進行效益分析參考。
- 二、 發展及運用臺灣親密關係暴力危險評估量表（簡稱 TIPVDA 量表）：為協助第一線專業人員及早辨識家庭暴力高危機個案，委託專家學者研發完成臺灣親密關係暴力危險評估量表，並自 100 年起併入家庭暴力事件通報表，要求第一線受理家庭暴力案件之責任通報人員運用此評估工具進行危險評估，以及早辨識高危機個案並介入服務。截至 102 年 12 月，家庭暴力通報件數實施危險評估比率已達 80.37%。

第三節 家庭暴力多元處遇服務方案

為協助各直轄市、縣（市）政府強化家庭暴力被害人保護扶助工作，持續透過社會福利補助經費及公益彩券回饋金，補助辦理家庭暴力被害人多元處遇服務方案：

- 一、 庇護服務方案：包括補助專責人力、延長安置費用及設施設備改善等，102 年計補助 12 項計畫，補助金額計 663 萬餘元。

- 二、 司法協助方案：補助民間團體於法院設置家庭暴力事件服務處，就近協助被害人聲請保護令、陪同出庭、提供諮詢等服務，102 年計補助 17 項計畫，補助金額計 729 萬餘元。
- 三、 被害人直接服務方案：補助直轄市、縣（市）政府及民間團體辦理個案直接服務，102 年計補助 36 項計畫，補助金額計 4,557 萬餘元。
- 四、 原鄉部落家庭暴力防治方案：補助民間團體提供原鄉部落之個案關懷輔導等直接服務，102 年計補助 4 項計畫，補助金額計 189 萬餘元。
- 五、 就業輔導方案：補助民間團體提供家庭暴力被害人就業輔導等相關服務，102 年計補助 4 項計畫，補助金額計 460 萬餘元。
- 六、 目睹兒少輔導方案：補助民間團體提供目睹暴力兒童少年關懷輔導等服務，102 年計補助 10 項計畫，補助金額計 748 萬餘元。
- 七、 新移民人身安全保護計畫（申請外籍配偶照顧輔導基金）：補助直轄市、縣（市）政府辦理外籍配偶人身安全保護工作，包含專責人力、法律訴訟、緊急生活費及房租補助等，102 年度計補助 7 項計畫，補助金額計 398 萬餘元。

第四節 專業服務與責信

- 一、 強化家暴防治網絡合作機制：定期邀集各直轄市、縣（市）政府及中央相關部會召開重大家庭暴力事件個案研討會議，針對家庭暴力事件引致嚴重傷害及死亡個案進行研討，以檢視現行家庭暴力防治網絡之運作情形，據以提出改善跨專業網絡協調及介入策略之建議。
- 二、 研修家庭暴力事件通報措施及處遇基準：102 年 12 月 6 日邀集各直轄市、縣（市）政府及中央相關部會共同修訂「家庭暴力事件通報表」、「家庭暴力成人保護案件開結案評估指標」及「家庭暴力受案評估摘要」，於 102 年 12 月 18 日正式函頒，並自 103 年 1 月 1 日起適用。

- 三、培訓家暴防治網絡專業人才：102 年辦理「家庭暴力防治網絡專業人才訓練計畫」、「家庭暴力被害人心理輔導專業人員培訓計畫」及「家庭暴力處遇治療人員專業訓練」，共計有第一線社工、心理諮商輔導、處遇治療等相關人員 1,397 人次參加。
- 四、辦理「老人保護與家暴防治體系之整合計畫」：102 年補助辦理「地方老人保護與家暴防治體系之整合實驗暨教育訓練計畫」，除舉辦 4 場焦點會議，蒐集各地實務經驗，並於 102 年 12 月 11 日辦理老人保護工作模式分享座談會，邀請各地方政府老人保護及暴力防治業務單位代表與會，以建立老人保護網絡工作之交流學習平臺。

第五節 社區預防意識

- 一、廣續推動「社區防暴紮根計畫」：為持續推動與深化落實「暴力零容忍」的社區意識，102 年辦理「街坊出招 2 防暴幸福讚」- 社區防暴創意競賽活動，並於 102 年 7 月至 8 月間巡迴各地辦理 10 場次社區培力研習營，計有村里鄰長、守望相助隊及社區發展協會、民間團體相關工作者及志工服務隊等共 680 人次參加。
- 二、辦理「親密關係暴力防治社區意識改造計畫」：102 年出版《一念之間轉身就是家》-5 名男士面對家暴逆轉勝的故事 2,000 本，及《一念之轉》紀錄片 1,000 片。102 年分別於北區、中區、南區及東區辦理「承認與放下 - 家暴施暴者改變的心路歷程宣導活動」計 8 場次，共 836 人次參加。
- 三、辦理「外籍配偶人身安全宣導計畫」：為加強外籍配偶認識臺灣有關家庭暴力防治等相關法令規定與求助資源，102 年除透過大眾媒體加強宣導「113 保護專線」及相關自我保護觀念，另透過在臺發行之東南亞語文平面刊物，及以在臺之東南亞人士主要收聽之相關廣播頻道，運用東南亞各國語言進行家

庭暴力防治宣導，102 年計露出外語平面廣告宣導 12 次，廣播廣告宣導 650 檔次。

第六節 家庭暴力加害人處遇

- 一、落實「家庭暴力加害人處遇計畫」：持續倡導法官積極核發加害人處遇計畫之民事保護令，同時督導地方政府落實處遇計畫之執行，102 年應實施處遇計畫個案計有 3,607 人，已完成處遇計畫則有 1,442 人。
- 二、推動「家庭暴力相對人預防性服務方案」：
 - (一) 自 93 年 6 月 23 日起設置「0800-013-999」男性關懷專線，提供男性民眾面對家庭衝突之相關諮商輔導，減少其施暴之機會。102 年該專線計受理 2 萬 3,105 通電話，符合專線設置目的之來電量 1 萬 4,719 通，其中涉及家庭暴力議題者 3,795 通、一般家庭議題者 3,787 通及其他如情緒議題、人際議題等 7,137 通。
 - (二) 運用公益彩券回饋金補助經費，協助地方政府結合民間團體辦理家庭暴力相對人預防性服務方案，102 年計補助 19 案。

第三章 性侵害防治

第一節 性侵害通報與服務

102 年性侵害事件通報被害人數 1 萬 901 人，85% 為女性，63% 為未滿 18 歲之兒童及少年 (如表 10-2)，疑似或確定為身心障礙者有 1,157 人，約佔被害人數 10%；嫌疑人 86% 為男性、32% 為 12 歲至 24 歲的青少年。性侵害 80% 為熟人所為，60% 發生於私人場所。其中兩造關係為 (前) 男女朋友、直系或旁系親屬者合計約 38%，普通朋友占 9.5%，網友占 5.8%。顯示愈親密的人往往易忽略人際的身體界線，應加強身體自主及身體界限之教育宣導。102 年各直轄市、縣 (市) 政府提供性侵害被害人保護扶助計 17 萬 7,258 人次服務，扶助金額 7,753 萬餘元。

表 10-2 歷年性侵害通報被害人數 - 按性別及年齡分

年度	性別	性侵害案件通報被害人數										總計	
		0~6 歲未滿	6~12 歲未滿	12~18 歲未滿	18~24 歲未滿	24~30 歲未滿	30~40 歲未滿	40~50 歲未滿	50~65 歲未滿	65 歲以上	不詳		
97 年	男	19	90	228	30	9	5	1	1	1	48	432	7,285
	女	213	510	2,958	909	558	484	241	91	24	659	6,647	
	不詳	5	17	57	24	11	9	4	2	48	29	206	
98 年	男	16	114	329	31	18	7	1	0	0	57	573	8,008
	女	244	528	3,349	960	556	582	242	106	18	633	7,218	
	不詳	10	16	78	26	16	13	9	1	17	31	217	
99 年	男	28	140	443	61	16	10	3	2	1	61	765	9,320
	女	228	665	4,045	1,024	608	650	291	103	33	711	8,358	
	不詳	6	17	58	20	7	11	2	4	0	72	197	
100 年	男	13	185	712	79	18	12	7	2	1	111	1,140	11,121
	女	274	739	4,964	1,132	567	547	278	127	22	971	9,621	
	不詳	7	20	111	24	8	14	8	1	0	167	360	
101 年	男	27	205	831	87	30	18	12	2	1	122	1,335	12,066
	女	270	734	5,409	1,254	585	635	315	125	34	947	10,308	
	不詳	11	9	112	18	11	8	4	3	0	247	423	
102 年	男	34	161	860	90	34	24	12	5	2	107	1,329	10,901
	女	216	617	4,735	1,144	496	648	318	143	18	824	9,159	
	不詳	5	18	138	26	5	6	5	4	0	206	413	

第二節 性侵害被害人多元處遇

- 一、訂定性侵害案件服務基準及策進處理流程：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置、心理治療、法律諮詢等保護扶助措施；另就「兒少及智能障礙者性侵害案件處理時程管控」、「兩小無猜及無意願進入司法流程之性侵害案件跨網絡合作事宜」，以及重大性侵害事件召開處理流程策進會議。
- 二、強化性侵害案件採驗工作：為有效採集、保存被害人遭性侵害之證物，並提升鑑驗品質，102 年 5 月公告指定 149 家性侵害被害人驗傷採證責任醫院，並製發「疑似性侵害案件證物盒」、「疑似性侵害案件藥毒物鑑驗採證盒」、「疑似性侵害案件胚胎採證盒」、「未開盒採證袋」、「溫馨隨身袋」，供各責任

醫院採證使用。102 年各責任醫院驗傷採證之性侵害被害人計有 3,769 人，其中送刑事警察局化驗採證計 1,882 件。

- 三、推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：為避免被害人在司法訴訟過程中多次陳述案情而一再面對創傷，藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，以達提升訊問品質並減少被害人重複陳述，避免二度傷害。
- 四、辦理「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫」：102 年以「我們的法庭系列」為基礎教材，辦理 3 場次「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫—種子師資培訓實務工作坊」，建立地方專業人才庫；並邀請國內外專家學者針對現行被廣為運用且具有實證基礎的 NICHD 訪談程序，辦理 1 場次國際研討會及 2 場工作坊，強化科學辦案以及提升偵查會談品質，以維護被害人權益，受益者計 780 人次。

第三節 性侵害防治品質與教育

- 一、 建立性侵害防治社工人員分科分級訓練制度：訂定「性侵害防治社工人員分科分級訓練課程」，系統性規劃辦理初階、進階及督導人員專業訓練，並針對兒童遭受性侵害等特殊議題，精進工作人員專業輔導知能。
- 二、 辦理驗傷採證及處遇人員專業訓練：
 - (一) 為提升責任醫院驗傷採證作業品質，102年製發性侵害案件採證及驗傷流程光碟計1,000份，發送各責任醫院，並分區辦理教育訓練課程，計有各責任醫院第一線執行性侵害被害人驗傷採證之婦產科、急診科醫師226人及護理、社工人員89人參與訓練。
 - (二) 委託專業機構、團體依「性侵害加害人身心治療及輔導教育處遇人員訓練課程基準」，辦理核心、進階及督導培訓、再犯危險評估量表填寫能力等課程，以提升性侵害犯罪加害人評估及處遇人員之專業知能。102年辦理23場次，計1,140人次參加。
- 三、 辦理「智能障礙兒童性侵害防治教案推廣計畫」：102年製作智能障礙兒童之性侵害防治教材影片並辦理4場次推廣培訓課程，提供學校及相關機關辦理智能障礙者性侵害防治教育使用，提升身心障礙者辨識危險情境和自我保護能力，增進相關人員對身心障礙、兒童性侵害防治教育之認識，防範性侵害事件發生。
- 四、 強化社區及校園預防教育宣導：102年補助18個民間團體深入社區辦理性侵害防治教育宣導，計有男性1萬9,567人次受益，女性2萬5,502人次受益；另分送本部製作之宣導影片分送予各級學校及地方政府，以廣為運用。

第四節 通報制度與資訊平台

- 一、 設置113保護專線：為提供民眾方便易記之家庭暴力、性侵害、兒少保護案件求助窗口，於90年整合全國眾多保護熱線，設置113保護專線，提供民眾24小時全年無休之

電話諮詢及通報服務，102年共計接線有效電話16萬3,028通，並通報1萬2,630件婚姻/離婚/同居關係暴力案件、1萬3,102件兒少保護案件及1,149件性侵害案件。

- 二、 開發多元通報管道：為暢通求助管道，設置網路諮詢（網談）及網路通報等多元通報管道，102年網路通報家庭暴力、性侵害及兒少保護案件為11萬5,686件，網路諮詢為771件。

第五節 性侵害加害人治療輔導

- 一、 協調設置性侵害加害人刑後強制治療處所：為避免須接受強制治療之個案因滿床而無法收治，積極協調精神醫療網核心醫院，至102年12月底止，新增草屯療養院、高雄市立凱旋醫院為法務部指定強制治療處所，該類型處所累計達3家。
- 二、 落實性侵害加害人社區處遇：102年執行加害人身心治療及輔導教育個案計有5,641人，其中已完成處遇1,754人；尚執行中2,995人，其中高再犯危險31人（1.04%）、中高再犯危險366人（12.22%）、中低再犯危險1,117人（37.30%）及低再犯危險1,481人（49.45%）。另聲請經裁定移送培德醫院執行強制治療個案則有8人，因故未執行501人（個案死亡、重傷、入監、轉介他縣市執行等），依規定移送裁罰383人。

第四章 兒少保護及兒少性交易防制

第一節 保護性社工專業久任制度

- 一、 充實保護性社工人力資源：
 - (一) 增聘兒少保護社工：自95年起補助各地方政府增聘兒童及少年保護社會工作人力，102年度補助320名員額，其中中央補助四成經費計9,079萬9,309元。
 - (二) 增聘家庭暴力及性侵害防治社工：自96年

起補助地方政府增聘家庭暴力及性侵害防治社工人力，102 年補助 190 名員額，其中中央補助四成經費計 5,477 萬餘元。

- 二、建立合理報酬並暢通升遷管道：督促地方政府編置高級社工師及社工督導等職缺，並優先配置於保護性業務。此外，督導地方政府依規定將聘用保護性社工人員薪點折合率從 121.1 元提高為 130 元，截至 102 年底，除南投縣政府外，其餘直轄市、縣（市）政府均已將保護性社工人員薪點折合率提高為 130 元。
- 三、加強安全維護：除研發「地方政府家庭暴力及性侵害防治社工人員保護措施檢核表」，供地方政府檢核轄內保護性社工人身安全狀況外，並補助地方政府增設保護性社工人身安全設施設備，使其能於辦公場所裝設監視及警報設備裝置、購置保護性社工隨身配置保護工具，以建立友善且安全的工作環境，保護社工人員人身安全。

第二節 兒少保護工作

- 一、推動兒少保護通報案件分類分級調查處遇機制：優先處理危急之兒少保護案件，並建立以家內兒少保護事件為核心之工作模式，加強對遭受父母、照顧者虐待或疏忽兒少之安全評估，102 年由政府介入保護之兒童及少年計有 1 萬 6,119 人，受虐類型以身體虐待占 35.1% 居多；施虐者以父母（養父母）占 68% 居多；施虐因素多屬缺乏親職教育或管教不當，占 44.3%。
- 二、建立兒少保護標準作業流程：督導直轄市、縣（市）主管機關於知悉或接獲兒少保護通報後，應立即處理，至遲不得超過 24 小時，並應當面訪視到兒少，於受理案件 4 日內提出調查報告，並提供保護安置、家庭處遇、強制性親職教育等服務，以協助兒少重返家庭；對於不適任之父母，則依法聲請停止親權或改定監護權，並由政府提供收出養及長期安置等替代性兒少福利服務。102 年依上開法

令介入保護之兒童及少年計有 56 萬人次。

- 三、推動以家庭為核心之處遇服務模式：102 年引進國外家庭維繫及家庭重整服務模式，並與美國兒童研究中心 (CRC) 合作開發 SDM (Structured Decision-Making Model) 本土化兒少保護評估決策模型，建立結構化評估決策工具，輔佐社工於第一時間正確界定危險因子、保護因子及家庭風險因子，進行家庭功能評估、兒童及少年安全與安置評估，以擬定安全計畫及家庭處遇計畫。

第三節 兒少性交易防制工作

- 一、推動《兒童及少年性交易防制條例》修法：因應環境變遷，兒童及少年性交易之型態改變，相關處遇措施亟需調整，爰辦理《兒童及少年性交易防制條例》修法工作，修法重點包括強化被害人保護措施及家庭處遇機制等，經 102 年 1 月 16 日送立法院審議，於 102 年 2 月 26 日交付司法及法制、社會福利及衛生環境兩委員會審查，並列為衛福部優先法案。
- 二、定期召開兒童及少年性交易防制督導會報：102 年分別於 6 月 26 日及 12 月 5 日召開第 32 次及第 33 次督導會報，檢討各相關單位辦理工作情形並公布 101 年辦理工作成果，101 年度計救援 420 件個案，被害人 362 人，其中 336 人移送緊急收容中心，26 人交家長領回。
- 三、辦理兒童及少年性交易防制相關福利服務及活動：為預防兒童少年性交易事件及推展相關兒少保護社區預防性服務方案，補助民間團體辦理相關福利服務活動，全年補助金額計 4,600 萬 2,000 元。

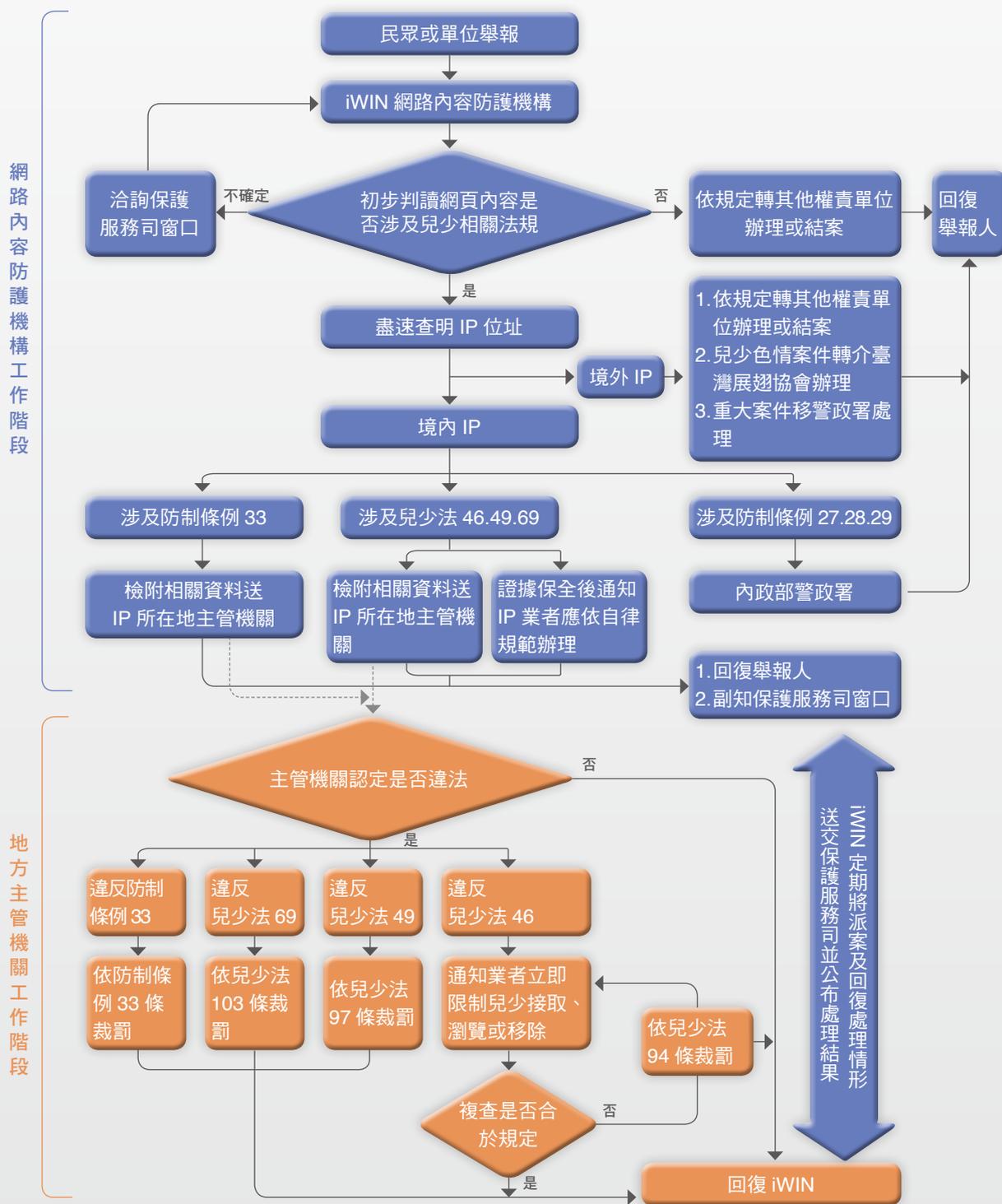
第四節 兒少上網安全機制

配合國家通訊傳播委員會依《兒童及少年福利與權益保障法》第 46 條規定，召集各目的事業主管機關於 102 年委託民間團體成立「iWIN 網路內容防護機構」，受理網路內容違反兒少相關法令之

檢舉，衛福部除參與規劃及分攤相關經費外，並研訂「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程」(如圖 10-6)及「網際網路內容違反兒童及少

年相關法規處理原則」，督導地方政府落實相關案件之查處，對於案件處理時效及結果，將定期邀集地方政府與相關單位檢討，以維護兒少上網安全。

圖 10-6 衛生福利部規劃網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程



本流程所稱兒童及少年相關法規係指涉「兒童及少年福利與權益保障法」第 46.49.69 條與「兒童及少年性交易防制條例」第 27.28.29.33 條。有關國家通訊傳播委員會依據國家資通安全會報所成立之 WIN 網路單一窗口案件之處理，不適用本流程。



11

研究發展與國際合作

129

第一章 衛生福利科技研究

137

第二章 國際合作



第一章 衛生福利科技研究

衛福部 102 年度科技發展預算為 38 億 9,867 萬 2 千元，較前一年減少 1 億 4,849 萬元（圖 11-1），占本部總預算的 2.5%。102 年 7 月 23 日配合政府組織改造，納入內政部社會福利及教育部中醫藥研究所等單位，本部之 103 年科技研究預算（39 億 9,511 萬 2 千元），較前一年法定數增加約 9,600 萬元。科技經費主要投入食品藥物管理、傳染病監測與疾病防治等公共衛生政策擬定所需之實證科學研究、建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及生醫科技研究。

第一節 任務型導向研究

為提供政策擬定所需實證依據，本項重點投入資源約 15 億 9,211 萬 1 千元（占 40.8%），執行 16 項綱要計畫（如附錄四），384 件計畫，培育碩博士生 106 位。本（102）年度研究建議之衛生政策被採行的比率為 51.2%，顯示大部分科技計畫之研究成果已成為政府施政之重要實證依據。

為充分了解上揭研究成果對衛福部整體施政，及科技政策落實的貢獻，依施政重點歸納成「防疫整備」、「民眾健康促進」、「食品藥物管理」、「精進醫療照護體系」、「全民健保改革」等五大類，並分別敘述其重要產出績效：

一、防疫整備

- （一）傳染病預防、治療：完成卡介苗及抗蛇毒血清在國內生產、流感備用疫苗及腸病毒 71 型備用疫苗生產線等，確保國人不受疫情威脅。落實手部衛生、環境清潔等，為預防感染重要措施，因應氣候變遷，開發新技術與建立檢驗平台；對腺病毒、腹瀉病原、腸病毒 71 型和 H7N9 之疫情掌握迅速；推動愛滋病防治整合型計畫，提升愛滋感染者臨床醫療照護利用與品質。提昇結核病防治及醫療品質。
- （二）傳染病診斷、追蹤：成功研發登革熱快速檢驗試劑，並已應用於機場登革熱發燒篩檢站；發現人類首度 H6N1 感染個案；研發腸病毒 71 型快篩試劑並技轉等；因應氣候變遷，開發新技術與建立檢驗平台；整合結核病快速檢測、抗藥機制及流行病學之研究。

圖 11-1 歷年科技研究法定預算數趨勢變化



二、民眾健康促進

- (一) 健康的出生與成長：發展「社區母乳哺育介入模式」提高產婦哺餵母乳率；完成「母乳志工輔導工作手冊」與「母乳哺育支持團體輔導工作手冊」，提供各縣市衛生局所及醫療院所於母乳哺育推展工作時使用。
- (二) 健康的老化：辦理「癌症個案未接受治療原因初探計畫」發現，「口腔癌」、「大腸癌」、「乳癌」與「子宮頸癌」等四癌未接受治療率，低於肝癌及肺癌，顯示民眾已建立定期進行篩檢接受治療之觀念。
- (三) 健康的社區與生活：建立適用於臺灣之「職場周全性健康促進模式」及「量性評估指標」提供政府推動職場員工身心健康及推動成效評估使用。
- (四) 縮小健康差距：辦理「原住民育齡婦女之健康行為與生育危害相關性之研究」，探討影響原住民婦女生育健康的因素，如原住民孕產婦平均產檢次數及飲酒行為，相關結果作為研擬原住民孕產婦產檢及照護政策參考。

三、食品藥物管理

- (一) 完善食品、藥物管理法規
 - 1. 研究現階段對進口食品、食品添加物等項目管理之不足，研究結果提出「食品添加物製造、輸入及販售業者分級管理制度」等 5 項草案 (或修正案) 及咖啡因含量誤差容許範圍等 7 項建議，以完善食品管理法規。
 - 2. 研議藥物管理所需新藥查驗登記加速核准機制、藥品查驗登記審查加速核准機制，研究成果提供 12 項規範制定所需實證依據。
- (二) 食品、藥物流通監管
 - 1. 對食品有害物質、食品攙偽，研究創新的檢驗方式，做為新增或修訂公告檢驗方法的依據，並將檢驗技術應用於市售產品檢驗，保障民眾食品安全。
 - 2. 完成 50 種可能添加西藥成分之質譜資料庫建置，使摻西藥檢驗工作更快速與順暢；

中藥研究建立之銀杏葉與銀杏果指紋資料庫已運用於多件檢驗案件，解決製劑中化學成分複雜不易分析之困境；完成 15 種市售中藥材有機氯農藥殘留檢測調查及 29 種市售常用複方濃縮中藥之腎毒性研究。

四、精進醫療照護體系

- (一) 提升醫療品質：以「醫療服務國際化」為研究目標，首就無形資產法規與定義進行瞭解，並彙整國內外的評價準則，建立評價服務標準流程、評價人員基本規範準則等，並辨識「醫療服務國際化」所涵蓋的無形資產。
- (二) 健全照護體系
 - 1. 推動遠距健康照護服務發展計畫，探討最佳的服務模式，做為後續政策推動的參考。
 - 2. 研究調查重返職場護理人員需求，建立護理人員回流之輔導機制，充實護理人力，102 年共協助 126 位護理人員重返職場。
 - 3. 研究探討長期照護保險對象保費負擔，以供醫療衛生政策制定之參考依據。

五、全民健保改革

- (一) 改善健保財務：針對健保財源籌措、二代健保財務及補充保險費收繳等議題，蒐集及分析資料，提供研究建議，作為全民健康保險法修法依據。
- (二) 持續支付改革：以糖尿病、氣喘、精神分裂症、慢性 B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎感染者、初期慢性腎臟病等 5 項全民健保論質計酬支付方案之整體成效評估，病患端的滿意度達 85 成。
- (三) 增進給付效益：建構二代健保實施後全民健康保險會醫療給付之審議制度，提供健保資源合理使用及有效配置的重要依據；建立臺灣新醫療技術診療項目納入健保給付決策衝擊分析之方法學，提供符合經濟效益之新醫療技術納入健保給付。

第二節 轉譯醫學及產業發展研發

為加強醫藥衛生相關技術，提升國內自行研發量能，並促進醫藥生技產業之發展，102 年投入資源約 22 億 8,083 萬 8 千元（占 58.5%），執行 6 項綱要計畫（如附錄四），264 件計畫，培育碩博士 434 位。藉由技術移轉或授權給有興趣之廠商進行產品之開發合作，進入商業化量產。為彌補我國生醫產業鏈發展的缺口，補助設置臨床試驗與研究中心，帶動國內研發能量進入產業化。在建構醫

藥衛生產業發展之優勢環境，及生醫科技研究在新藥、疫苗研發與技轉之重要成果摘述如下：

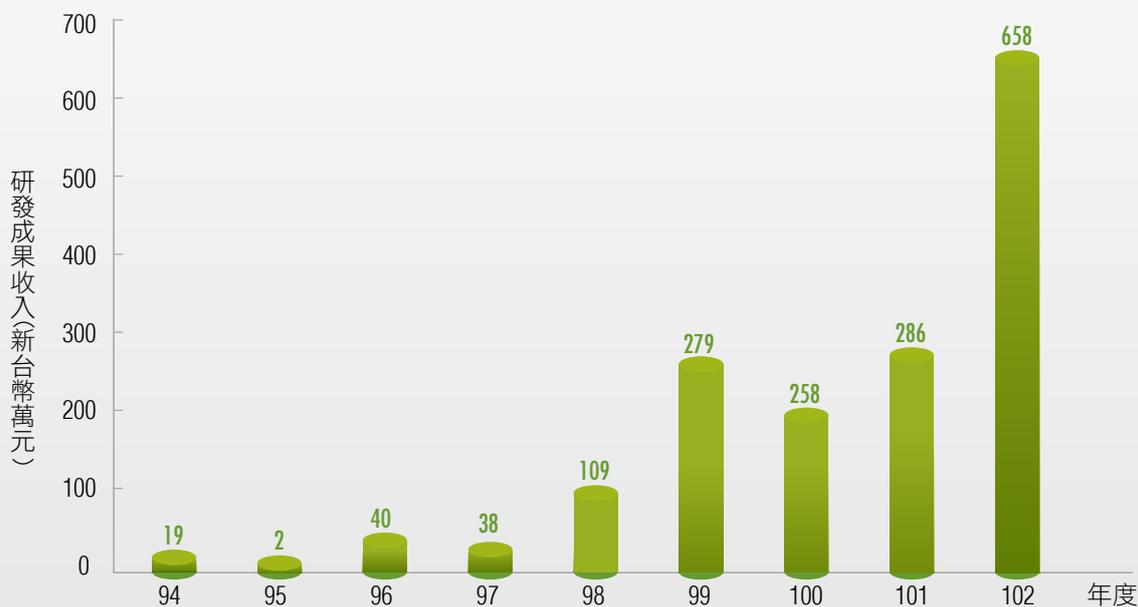
一、技術轉移及專利授權

本（102）年度在生物醫學之基礎與應用研究，共獲得國內及國外專利 70 項；完成 11 項研發成果技轉，收入共計新臺幣 657 萬 8,587 元（表 11-1），較前一年度研發收入（285 萬 7,518 元整）成長 130%（圖 11-2）。

表 11-1 轉移技術、技轉廠商及權利金

轉移技術	技轉廠商	權利金
技術類 技轉		
無血清細胞培養腸病毒 71 型疫苗相關技術	基亞公司	433 萬 2,096 元
1. PPAR 活性劑篩選平台技術 2. PPAR 活性劑篩選平台技術與白藜蘆醇活性成分分析技術 3. PPAR 活性劑篩選平台與白藜蘆醇在引藻及相關產業的應用	1. 統一公司 2. 綠加科技公司 3. 國際引藻生技公司	13 萬 5,175 元
1. 中藥材「防風」之量產繁殖 2. 薑黃繁殖與生產栽培技術	1. 皇基公司 2. 豐滿茶葉農場	8 萬 0,000 元
1. 香椿在婦科癌症上的應用 2. 表面功能化處理之電燒器械於抗組織沾黏與臨床研究 3. 可降解性奈米孔洞複合材於鼻腔填闔物之整合研究 4. 一種癌症的篩檢方法 I 及 II	1. 臺灣香椿生技公司 2. 弘亞生技公司 3. 茂傑生技公司 4. 日祥醫事管理顧問公司	55 萬 9,888 元
產品類 技轉		
1. 新穎抗糖尿病候選藥物 DBPR108 之臨床前暨臨床試驗研發 2. 小分子 C 型肝炎病毒抑制劑 DBPR110 及其衍生物 3. 抗癌藥物 DBPR104 及 DBPR204	1. 健亞生技公司 2. 國光生技公司 3. 杏國生技公司	147 萬 1,428 元

圖 11-2 歷年研發成果收入數趨勢變化



二、建置臨床試驗與研究中心

推動我國新藥及醫療器材上中下游研發能量進入產業化，設置 1 家國家級、4 家綜合或專科級臨床試驗與研究中心(圖 11-3)，藉由卓越臨床試驗與研究中心的設立，培育臨床試驗人才及建立經驗累積的軟實力，重要成果如下：

- (一) 執行藥品及醫材之臨床試驗成果：新增藥品臨床試驗案件數及新增醫材臨床試驗案件數分別為：226 件及 15 件共計 241 件，發表論文共 459 篇及專利獲得 67 件。
- (二) 提升多中心藥品臨床試驗倫理審查效率：推動 IRB 主審中心 (c-IRB)，主審共完成審查 43 件。由過去約 3-4 個月，縮短至平均 8.6 天，節省約 2.5~3.5 個月以上審查時間。
- (三) 促進國內產業發展
 1. 協助國內生技醫藥廠商臨床試驗與研究，促進新藥及新醫材上市，產生經濟效益，包括長庚紅外線耳溫槍、中化製藥公司優穩壓膜衣錠 (Olsaa) 高血壓用藥及美時製藥公司拜

醣美膜衣錠 (Acarmet) 第二型糖尿病用藥。

2. 協助國內生技醫藥產業一般法規諮詢服務共 1,817 件，指標案件共 45 件，其中有 12 件藥品案進入臨床試驗階段 (通過 IND 者)，有效解決醫藥物研發法規議題。

(四) 推動臨床試驗國際合作

1. 擔任 40 多個全球新藥臨床試驗計畫總主持人、steering committee member、主導國際臨床試驗之設計、執行與成果發表。
2. 吸引國際大廠 Pfizer、GSK、Boehringer Ingelheim、Novartis 及 Bayer 來臺設立臨床研發中心
3. 領導國際多中心新藥臨床試驗，證實 Afatinib 是有效治療肺癌的新標靶藥物，改變全球肺癌病人之標準治療方法與療效。

(五) 疾病預防及治療

1. 編印腦中風預防小百科分發社區民眾 1 萬本以上，供民眾保健，並舉辦 10 場以上中風防治活動。

2. 建立 multiplex-PCR pathogen screening system，提供同時偵測 17 種病原之快速大量篩選，以利民眾就醫。

(六) 政策參考

1. 提供完整的人類乳突病毒基因型資料庫，並發表多項研究成果，提供未來在婦女保健及人類乳突病毒感染防治政策上之參考。
2. 編撰腦外傷之健保用藥及醫療指引建議書，增進國人在腦外傷之用藥及治療。

三、建置癌症卓越研究體系

自 99 年起，每年投入約 3 億元，於北、中、南補助 8 家醫學中心暨生物醫學研究機構癌症研究 (圖 11-3)。並以癌症卓越中心為核心將癌症診療及照護服務擴散到區域內 20 家醫院，提高區域內癌症醫療照護水準，並

支持建立國際認證癌症分子檢驗實驗室，提升癌症診斷的正確性及癌症治療的有效性。

(一) 癌症危險因子鑑定

1. 研究發現馬兜鈴酸與臺灣泌尿道癌有高度相關性，雖然 2003 年已全面禁用含馬兜鈴酸之中藥材，研究應加強管控非法走私含馬兜鈴酸中草藥材的流通。
2. 研究發現環境賀爾蒙與基因交互作用可能是造成臺灣年輕乳癌病患急速增加的成因，建議乳癌免費篩檢的年齡由現行的 45 歲再提早。
3. 研究顯示抽煙會增加女性罹患乳癌的可能性，尤其二手菸的暴露，建議推廣戒菸，另外研究證實喝茶可有效對抗菸害所引起的乳癌腫瘤生長。

圖 11-3 臨床試驗與研究中心及癌症卓越研究中心





乳房檢查全乳房自動掃描超音波

(二) 早期篩檢、診斷

1. 發展多項早期篩檢、診斷方法，包括(1)所建立鼻咽癌血液檢驗法，比傳統血液篩檢方式提供更高之準確性；(2)完成早期肺癌診斷之電腦輔助影像系統(3)建立口腔癌超頻譜生醫影像擷取系統(4)發展全乳房自動掃描超音波系統。
2. 提供全國民眾 1 萬 535 次國際認證癌症分子診斷代檢服務，其中提供臺灣 60-70% 慢性骨髓性白血病患者代檢服務。

(三) 癌症治療與照護

1. 進行多項癌症治療臨床試驗如(1)研究顯示肝癌晚期復發和高病毒量相關，抗病毒藥物可降低復發(2)進行乳癌幹細胞、膽道癌療效之第二期臨床試驗等。
2. 完成肺癌、口腔癌、血癌、乳癌、大腸直腸癌等 17 項癌症治療規範、診療指引、照護準則、高危險群篩檢策略，43 項癌症教材。
3. 輔導區域內 6 家中小型醫院癌症品質照護之提升，通過癌症診療品質認證，提升區域癌症照護品質。
4. 培育癌症醫師科學家、研究護士、博碩士生等 376 人。

四、生醫科技研發

(一) 重要疫苗開發

1. 完成腸病毒 71 型疫苗第 1 期臨床試驗，且持續開發一致性更高的純化製程。於 102 年 11 月分別開始 2 批次臨床試驗用腸病毒 71 型疫苗委託製造。
2. 開發「基因重組脂質蛋白質(脂蛋白)平台」技術，發展出治療型人類乳突病毒(HPV)疫苗，已在動物實驗上證實可以治療子宮頸癌，以預防進一步的癌化。
3. 研發之 B 型腦膜炎球菌重組次蛋白疫苗已進行新的臨床前毒理試驗，結果證明此疫苗之安全性無虞，於 102 年 4 月通過第 1 期臨床試驗審查(IND)，並與廠商洽談技術移轉相關事宜。
4. 呼吸道融合病毒(respiratory syncytial virus, RSV)疫苗，以先驅性之腺病毒載體型疫苗，截除引發副作用的核苷酸序列，技術領先全球藥廠，此技術已經申請多項臺美專利，102 年 9 月已取得臺灣專利核准領證中。這項技術不僅能降低疫苗的副作用，且已成功在臨床前動物試驗中證明此疫苗之有效性，非常具有市場潛力。

(二) 藥物研發

1. 衛福部補助國家衛生研究院進行之多項研究成果，榮獲第 10 屆國家新創獎的肯定，如 (1) 抑制抗藥性癌細胞生長的抗癌藥物 DBPR112(2) 研發的 EGFR 標靶抗癌藥物 (3) 內源性紅血球微囊 (RDV) 藥物載體 (4) 兼具癌症治療與診斷的奈米金粒子。
2. 抗 C 型肝炎候選藥物 DBPR110 已在臺灣完成抗 C 型肝炎新藥的研究開發工作，非常具有潛力成為抗 C 型肝炎藥物，將可建立臺灣生技製藥產業新的里程碑。

(三) 創新生醫技術研發

1. 研究發現人類胰臟癌分子標記，可準確 (準確率 95%) 預估胰臟癌病人手術後的預後，超越傳統臨床病理指標以及世界上其他已知的分子指標，為發展胰臟癌治療藥物的重要治療標的。
2. 應用產後的胎盤分離出多潛能胎盤幹細胞 (PDMSCs)，避免了胚胎幹細胞的倫理爭議與誘導性多功能幹細胞的致癌疑慮。且具有較強的增生及分化能力，未來臨床應用極為廣泛。

第三節 推動衛生福利資料增值應用

為達到提升學術研究量能與實證統計支援決策的目標，本著「保障個人健康隱私，促進健康資訊共享，減少資源重複投入」的核心價值，102 年投入資源約 2,572 萬 4 千元 (占約 1%)。

一、健康資料增值應用中心服務平台管理

健康資料增值應用中心是由政府規劃與管理所提供的一個服務平台，旨在提升公共衛生決策品質、拓展學術研究及促進醫療保健服務品質，進而增進全民福祉。101 至 104 年獲行政院的支持，朝雲端化服務目標規劃，除朝 e 化改善平台服務外，在資訊安全確保狀態下更廣泛蒐集健康相關資料庫，在多元服務思維下積極開發主題資料庫、次級資料檔及抽樣資料檔或練習用之模擬數據檔

等建置工作。102 年除持續強化資安管理作業外，並取得資訊安全管理制度 ISO27001 認證。

健康資料增值中心之服務係符合相關法規規定範圍，申請者僅能在實體隔離的獨立作業區內以限時、限地、限欄位方式使用經逐次加密及模糊化之健康資料進行統計分析，且攜出之資料僅限通過審查之統計結果。

二、健康資料增值中心服務內容及服務量

- (一) 102 年 12 月開放申請之資料庫計 14 大類 47 項，各項資料庫均製作使用手冊供使用者參用。
- (二) 為因應學術研究需求，陸續於中國醫藥大學、臺北醫學大學、臺灣大學、成功大學、高雄醫學大學、長庚大學、陽明大學等設立研究分中心。
- (三) 服務案件數由 100 年 135 件逐年上升至 102 年 190 件，平均年增率達 14%。

未來展望

因應政府科技預算逐年下降之趨勢，未來如何在有限的資源下做最有利的科技發展投資更顯重要，衛福部規劃下列各項精進作法，期能因此產出更具政策實證參考及對產業有實質助益的科技成果。

一、以解決政策問題為導向的整合研究規劃

102 年度以前科技研究議題的形成，主要由各局處依施政需求各自提出，再由部長邀請各單位及學者專家召開「決策會議」，針對所提研究議題進行溝通、分工或整合及預算分配。為強化科技規劃方式，並因應組織改造後新增之社會福利任務，自 103 年度起，科技研究計畫之規劃，改為以議題為導向，參考日本厚生勞動省及農業委員會科技處相關科技規劃，將衛福部未來可能面臨

的政策問題，分為 5 大主題 19 個子題 (圖 11-4)。首先由各子題主辦單位邀請相關單位進行跨單位溝通協調，提出對應的整合性研究計畫。接著再依 5 大主題分別召開決策會議由各業務督導之次長主持，並由各子題主辦單位一級主管報告各子題所提之整合性研究計畫。最後再提至部長主持的「科技政策諮詢小組」進行綜整討論，並排定計畫優先順序，方形成 103 年度「衛生福利部」科技發展藍圖。

二、研訂衛生福利科技白皮書

配合本部衛生福利科技研究發展之短、中、

長程策略規劃，將制定未來十年之「衛生福利科技政策白皮書」，作為未來衛生福利科技發展計畫之規劃依據。

三、加強計畫管理，落實退場機制

為有效達成衛福部科技綱要計畫之執行績效，已於 102 年度開始增列期中查核機制，檢視執行過程的問題，並協助改善。此外，期中審查結果可當作是否退場的參考，汰弱留強使經費聚焦在重點計畫上，並制定退場機制標竿作業程序，參採率納入科技資源分配之依據，以達更有效的管理。

圖 11-4 衛生福利部科技計畫架構



第二章 國際合作

第一節 參與國際組織

一、世界衛生組織 (World Health Organization; WHO)

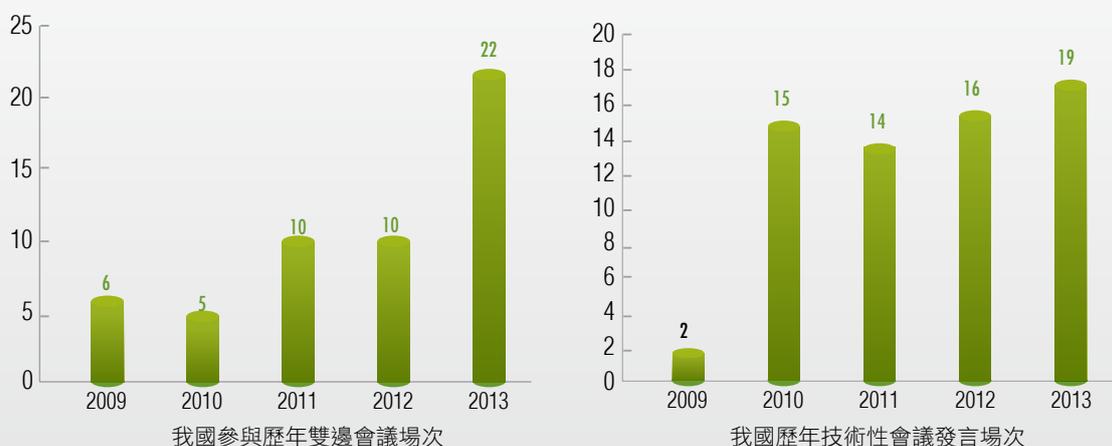
前衛生署邱文達署長率代表團出席 2013 年 5 月於瑞士日內瓦召開的第 66 屆世界衛生大會 (World Health Assembly; WHA)，大會主題為「如何確保健康議題在下一代全球發展目標的定位」，邱前署長於會中演說，與各國分

享臺灣過去 50 年來的傳染病防治經驗，如六大傳染病根除、B 型肝炎防治成效；現階段全民健保實施狀況與二代健保制度等重要財務改革；改善醫療工作環境並提供多種獎勵制度，以解決我國的醫護理人力短缺問題；以及未來我國將配合 WHO「25 by 25」全球 NCDs 防治架構，訂定 9 大目標 25 項指標，以期於 2025 年之前降低 25% 的早發性非傳染病死亡率；並分享我國的「國家黃金十年願景計畫」：預期於 2020 年之前降低 20% 的癌症死亡率、降低 50% 的吸菸率、並達到運動比例雙倍成長等目標。我國參與 WHA 五年來之進展，如圖 11-5。



我國代表團出席第 66 屆世界衛生大會

圖 11-5 我國參與 WHA 五年來之進展





2013 APEC 健康與經濟高階會議

二、亞太經合會 (Asia-Pacific Economic Cooperation; APEC)

衛福部邱文達前部長率團出席 9 月於印尼峇里島舉辦的「2013APEC 健康與經濟高階會議」，邱前部長於會議當日針對「健康醫療體系再思考：第二代健保改革」主題發表專題演講，分享我國自 1995 年以來推動全民健保之經驗，以及為因應財務挑戰而進行之第二代健保改革。

三、國際社會福利協會 (International Council on Social Welfare; ICSW)

ICSW 成立於 1928 年，現有 70 國共 80 個會員組織參與，臺灣於 1968 年芬蘭赫爾辛基召開第十四屆全球會議時申請加入，並於 1969 年 8 月經正式批准為會員國。該會為推動域發展而區分為 10 個區域，臺灣隸屬東北亞區域，會員包括臺灣、日本、韓國及香港。自 2007 年起，於全球性會議隔年召開東北亞區域會議，期望經由討論社會議題，尋求社會福利政策的發展方向。

衛福部社會及家庭署陳坤皇主秘率團參加 6 月於韓國舉辦之「2013 年 ICSW 東北亞區域研討會」及「第 18 屆三國非政府社會福利組

織研討會」，前者的主題為「長期照顧政策」及「照顧管理」；後者的主題為「樂活老化與社會參與」及「低出生率與老齡社會的社會福利」。臺日韓過去 50 年來，相互觀摩學習、交流合作，發展水平堪稱東亞模式，目前三國均面臨因少子化及高齡化造成人口結構改變的衝擊，社福政策之調整勢在必行，藉由與各國學者、專家及實務工作者交流，做為我國相關政策之規劃參考。

四、國際醫藥品稽查協約組織 (PIC/S)

前衛生署食品藥物管理局於 2013 年 1 月 1 日起正式成為 PIC/S 會員，為我國官方單位成為國際組織正式會員首例。透過 PIC/S 平台可共享國際藥品安全資訊，建立與他國 GMP 相互認證，拓展藥品外銷市場，吸引外資投資設廠或委託製造，帶動我國生技醫藥產業發展。

獲 PIC/S 指派，食藥署於 2013 年 9 月在臺北舉辦「第 20 屆 PIC/S 人體血液、組織及細胞專家圈會議」，計有來自 22 國、29 個衛生主管機關 50 位官員參加。與來自各國之稽查員交流分享血液、組織、細胞相關生醫產品之品質安全管理，共同研擬更加完善有效率的稽查規章，並透過互動交流來強化合作夥伴關係。



第 18 屆三國 (臺、日、韓) 非政府社會福利組織研討會代表留影



第 20 屆 PIC/S 人體血液、組織及細胞專家圈會議

第二節 國際交流與援助

一、國際合作與交流

(一) 國際業務辦理情形：如表 11-2

表 11-2 2013 年衛生福利部國際業務辦理情形

衛生福利部國際業務辦理情形	2013 年
國外參加國際會議或研習	共計 86 場
於國內舉辦國際會議	共計 18 場
外賓邀 / 參訪	共計 63 國 824 人次



102 年度中高階衛生行政人員工作坊暨臺美公共衛生圓桌會議



APEC SARS 十週年研討會

1. 參與國際會議

(1) 102 年度中高階衛生行政人員工作坊暨臺美公共衛生圓桌會議：8 月份由食藥署吳秀英副署長率領衛福部 12 名中高階衛生人員參訪馬里蘭州衛生部、北卡州衛福部門、聯邦衛生部門及非營利組織等機關，並舉辦圓桌會議，主題為「增進群體健康 - 制定以實證為基礎之政策」，會中與美國衛生首長、官員及各界公衛專家學者們討論公衛議題，並分

享我國實務經驗。

(2) 第 21 屆 IUHPE 世界健康促進研討會：8 月於泰國芭達雅舉辦，為國際健康促進暨教育聯盟 (IUHPE) 每三年舉辦的世界性學術研討會。本次會議主題為「對健康最佳的投資」，健康署邱淑媿署長於本研討會受邀主持 HPH and Health Care 口頭論文發表場次，並發表了兩場有關我國推動健康促進醫院進展與成果之演講。

2. 舉辦國際會議

- (1) 2013 年傳統暨替代醫學與健康國際學術會議：5 月於臺北舉辦，邀請美國、香港、馬來西亞、南韓等醫、藥、食品三大領域 10 位專家學者發表專題演講，透過先進們探討並分享傳統醫藥、草藥和飲食療法的科學研究新知，提升臺灣中醫藥的國際學術地位。
- (2) APEC SARS 十週年一公共衛生緊急應變體系之創新、成就及永續發展研討會：7 月於臺北舉辦，邀請 APEC 各會員體專家分享及探討十年來公共衛生及醫療體系之改革及進步，計有 14 個 APEC 會員體 30 位代表及 90 位國內公衛醫療專家與會。
- (3) 2013 臺日韓全民健保研討會：7 月於臺北舉辦，邀集臺日韓相關專家學者與代表 200 餘人與會分享健保經驗，包括 3 項主題：「健保制度執行現況及前瞻」、「偏鄉及離島地區醫療」及「高齡化社會對醫療費用的衝擊」，三國就民眾就醫情形、保險財政現況、未來財務面臨之挑戰及改革規劃等面向進行交流。

- (4) 狂犬病國際專家會議：8 月於臺北舉辦，計有 WHO、美國 CDC 及農業部、全球狂犬病控制聯盟、中國疾病預防控制中心及我國相關醫療單位等約 120 位國內外專家學者與會。就狂犬病的防疫措施、狂犬病病毒性腦炎之診斷、病變及致病性、臺灣狂犬病的因應策略、臺灣狂犬病疫情之民眾健康與健康護理、野生動物口服疫苗的評估、野生動物狂犬病調查、暴露前及暴露後免疫的風險評估等議題進行討論。

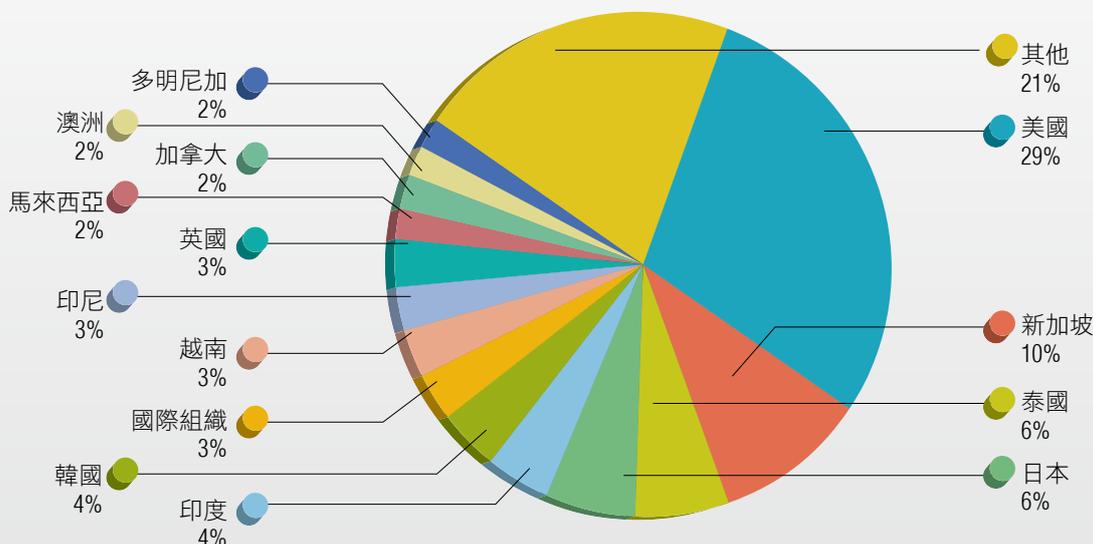
- (5) 2013 臺灣全球健康論壇：11 月於臺北舉辦，主題為「Health in All Policies」，本屆論壇共計 24 國 66 位外賓參與，包括 9 位衛生部部次長，衛生部代表、官員、專家共 32 位，以及 25 位醫衛領導者，為參與國家最踴躍、國內外與會人數最多的一年。

3. 國際友人來訪：102 年共接待 63 國 824 人次外賓參訪，除一般性的拜會外，也就衛生福利政策、醫藥、食品、健保、科技、雙邊合作等議題進行交流，如圖 11-6。



2013 臺灣全球健康論壇

圖 11-6 2013 年來訪外賓國籍比例



(二) 國際合作

1. 「臺奧醫藥品安全資訊合作瞭解備忘錄」：2013年7月9日由前食品藥物管理局康照洲局長與奧地利健康暨食品安全署執行長 Dr.Heinz Fruhauf 共同簽署，增進雙方醫藥品安全及其相關事務之資訊交流及合作。
2. 「兩岸醫藥衛生協議」：2010年12月第六次江陳會談中簽署。2013年爆發 H7N9 禽流感事件，雙方依協議聯繫機制，就病例資訊、疫情新聞等進行查證及確認，陸方將 H7N9 診療方案提供我方知悉並提供 H7N9 病毒株；我方亦派遣 2 名專家赴陸實地瞭解疫情。
3. 與國際專業團體交流：以我國的醫療專業實力，與國際專業團體的交流來結交醫衛盟友，目前我國醫衛界與世界醫師會、國際護理學會、世界醫事專業聯盟、世界藥學會、世界公共衛生學會聯盟、世界復健醫學會及國際製藥聯盟等專業團體，皆維持良好的往來交流與互動關係。

- (三) 出訪邦交國：2013年8月11至21日邱前部長隨同馬總統出訪中南美洲(賀誼專案)期間，與海地、巴拉圭、聖露西亞、聖文森、聖克里斯多福及尼維斯等5國衛生部長就未來雙邊衛生交流及合作方向進行會談，會談的議題包括：我國提供醫療人員培訓、醫療技術經驗分享、醫院重建及提供醫療協助、邦交國協助我國之國際參與等。

二、國際衛生醫療援助

面對全球氣候異常、天災頻繁，我國致力於國際醫療衛生援助，發揮大愛的精神，也使國際社會體認到臺灣的舉足輕重。

(一) 災難救援

1. 中華民國協助海地地震災後重建計畫：由外交部規劃，衛福部配合執行三項公衛醫療面向子計畫：「臺灣健康促進中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」、「防疫生根計畫」。
2. 臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)：於2006年成立至今共執行19次的人道醫療援助行動，包括中國四川省震災、海地震災、



邱前部長陪同馬總統會晤聖露西亞總督露惹絲（賀誼專案）

泰國水災…等等。2013年7月至8月，TaiwanIHA 派遣眼外科胡裕昇醫師、劉怡君護理師前往斯里蘭卡穆萊蒂武地區總醫院執行義診手術，共計服務 190 名白內障病患。

3. 設立海燕風災賑災專戶：2013年11月超級颱風海燕重創菲律賓中部，造成大規模房屋倒塌及上萬民眾傷亡，受災人數超過數百萬，衛福部即刻響應並設立「菲律賓海燕風災賑災專戶」，全臺各界展現無私大愛，專戶募得款項共計達新臺幣 2,174 萬 6,750 元。

(二) 醫療協助

1. 醫療器材援助平台計畫 (GMISS)：募集全國醫療院所汰舊堪用之二手醫療儀器，配合外交政策捐贈友邦。2013年完成海地、聖多美、巴拉圭等 5 件捐贈案共 253 件醫療器材捐贈。
2. 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫 (TIHTC)：藉由訓練國外醫療資源缺乏地區的醫事人員來敦睦邦交，2013年共培訓 26 國 140 人次國外醫事人員。

3. 102 年度推展非洲地區國家衛生合作計畫：協助非洲國家全民健康保險、提升婦幼衛生照護服務、愛滋病防治、寄生蟲防治、e-Health、醫療物資捐贈及人員訓練等公共衛生工作之推展。
4. 102 年駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫：由衛福部雙和醫院辦理，計畫內容包括寄生蟲防治、健康生活飲食教育、青少年衛教、性教育、菸害防制及性病防治宣導，訓練婦幼衛生健康種子教師等。
5. 102 年駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫：衛福部與高雄醫學大學附設中和紀念醫院合作辦理，提供當地醫療及衛教服務、學童寄生蟲防治、種子教師訓練（提昇孕產婦及新生兒照護能力、新生兒復甦術、糖尿病衛教）等。

第三節 醫療服務國際化

一、醫療服務產業發展背景

健保支付方式的變革影響了醫院的經營行為，且伴隨著人口老化及科技進步，醫療服務市場所涵蓋的領域逐漸擴大，醫療產業已從以往單純的疾病治療趨向客戶服務面向。我國歷年來國民醫療保健支出呈現成長趨勢，但其佔 GDP 比例與其他已開發國家相較之下仍偏低，尚有提升的空間。透過醫療服務國際化的推展，有效運用我國醫療服務技術及品質的優勢，可活絡我國醫療產業之發展，並提升我國醫療服務業之國際競爭力。

二、醫療服務國際化之發展目標

- (一) 透過輔導醫療服務提供者發展醫療品牌，建立各自強項特色，提供多元化醫療服務，並效法產業之制度化、組織能力等企管能力，與同業、異業進行橫向縱向活化整合，可有效開拓醫療業者之創新經營策略，使醫療服務產業邁向多元化環境。

(二) 配合自由經濟示範區政策發展國際健康產業，由中央主導政策地方規劃執行，以醫療為火車頭，帶動生技、製藥、醫材、資訊、復健及養生等產業發展。

三、醫療服務國際化之推動成果

- (一) 成立「國際醫療管理工作小組」作為資訊交流與傳播之平台，並持續輔導 50 家參與計畫醫院建置具國際競爭力之環境，除進行外語總機、網站查核外，並完成實地輔導訪查。
- (二) 持續強化我國醫療服務行銷策略，於海內外積極推廣臺灣醫療旅遊，整體行銷我國醫療服務品牌。
1. 製作發行 1 萬份手冊介紹 50 家醫院，隨同「帶你遊臺灣」旅遊專刊一同發送。
 2. 於 101、中正紀念堂以及士林夜市等外國人熱門景點刊登 3 則臺灣國際醫療平面廣告。
 3. 於外蒙古、南京辦理臺灣醫療機構重症成功案例記者會，共吸引 48 家媒體採訪，媒體露出超過 136 則。
 4. 籌組海外行銷拓銷團前往印尼與越南，透過辦理記者會、健康講座及參訪活動，將臺灣優質的醫療服務推廣至東南亞華人、臺商及當地人士，開發當地客群來臺。兩場活動結

束後共計促成 254 人次來臺接受醫療服務。

- (三) 持續鬆綁相關法規限制，並配合大陸人民進入臺灣許可辦法之規定，公告 45 家醫院可代為申請大陸地區人士來臺進行健檢醫美，提供更為便捷的入臺途徑。
- (四) 試辦「僑安專案」，放寬緬甸、寮國、柬埔寨等國僑胞來臺之限制，開放渠等以僑團保證方式，團進來臺進行健康檢查、美容醫學以及醫療服務。截至 103 年 2 月，共計 78 團 1,676 人次透過僑安專案申請入臺。
- (五) 國際醫療近年推動之成效詳如表 11-3。
- (六) 配合自由經濟示範區政策推動「國際健康」產業，第一階段設置「國際醫療服務中心」提供旅客國內醫療服務資訊及預約諮詢協助，以最直接的方式服務海外旅客，四處機場服務中心(臺北松山、桃園、臺中清泉崗、高雄小港)已於 102 年 12 月 28 日同步開幕；第二階段在於成立國際健康產業園區，引進尖端技術與人才，發展醫療及健康產業，吸引國際醫療、製藥醫材、長期照護、復健養生、健康資訊等健康產業共同進駐，提高臺灣國際健康產業知名度並爭取龐大國際健康商機。

表 11-3 國際醫療近年推動之成效

類別 \ 期間	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年
門診	63,388	78,553	96,850	92,931	115,569	123,107
住診	1,102	1,818	2,157	3,105	3,845	4,293
美容	1,072	3,902	3,125	3,254	5,822	10,627
健檢	2,983	5,234	8,532	9,843	48,075	93,137
總人次	68,545	89,507	110,664	109,133	173,311	231,164
產值(億元)	20.29	34.33	41.49	54.14	96.23	136.48



附錄

- 146 附錄一 衛生福利統計指標
- 164 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 166 附錄三 衛生福利部 102 年政府出版品
- 169 附錄四 衛生福利部 102 年科技綱要計畫一覽表
- 170 附錄五 衛生福利部相關網站



附錄一：衛生福利統計指標

表 1、人口

年別	總人口數	人口結構			粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	青少年生育率	人口密度
		未滿 15 歲	15 至 64 歲	65 歲以上						
	千人	%	%	%	‰	‰	‰	每一婦女	‰	人/平方公里
84 年	21,357	23.8	68.6	7.6	15.5	5.6	9.9	1.8	17	590
85 年	21,525	23.2	69.0	7.9	15.2	5.7	9.5	1.8	17	595
86 年	21,743	22.6	69.3	8.1	15.1	5.6	9.5	1.8	15	601
87 年	21,929	22.0	69.8	8.3	12.4	5.6	6.8	1.5	14	606
88 年	22,092	21.4	70.1	8.4	12.9	5.7	7.2	1.6	13	610
89 年	22,277	21.1	70.3	8.6	13.8	5.7	8.1	1.7	14	616
90 年	22,406	20.8	70.4	8.8	11.7	5.7	5.9	1.4	13	619
91 年	22,521	20.4	70.6	9.0	11.0	5.7	5.3	1.3	13	622
92 年	22,605	19.8	70.9	9.2	10.1	5.8	4.3	1.2	11	625
93 年	22,689	19.3	71.2	9.5	9.6	6.0	3.6	1.2	10	627
94 年	22,770	18.7	71.6	9.7	9.1	6.1	2.9	1.1	8	629
95 年	22,877	18.1	71.9	10.0	9.0	6.0	3.0	1.1	7	632
96 年	22,958	17.6	72.2	10.2	8.9	6.2	2.8	1.1	6	634
97 年	23,037	17.0	72.6	10.4	8.6	6.3	2.4	1.1	5	637
98 年	23,120	16.3	73.0	10.6	8.3	6.2	2.1	1.0	4	639
99 年	23,162	15.7	73.6	10.7	7.2	6.3	0.9	0.9	4	640
100 年	23,225	15.1	74.0	10.9	8.5	6.6	1.9	1.1	4	642
101 年	23,316	14.6	74.2	11.2	9.9	6.6	3.2	1.3	4	644
102 年	23,374	14.3	74.2	11.5	8.5	6.7	1.9	1.1	4	646

資料來源：內政部

表 2、平均餘命與死亡率

年別	0 歲平均餘命			5 歲以下 兒童死亡率	15-60 歲 成人死亡率
	計	男	女		
	歲	歲	歲	每千人口	每千人口
84 年	74.5	71.9	77.7	9.0	131.4
85 年	75.0	72.4	78.0	9.3	131.4
86 年	75.5	71.9	77.7	9.0	126.7
87 年	75.8	73.1	78.9	9.3	123.8
88 年	75.9	73.3	79.0	9.1	122.6
89 年	76.5	73.8	79.6	8.5	119.0
90 年	76.7	74.1	79.9	8.2	116.7
91 年	77.2	74.6	80.2	7.6	111.8
92 年	77.3	74.8	80.3	6.9	110.7
93 年	77.5	74.7	80.8	7.3	111.1
94 年	77.4	74.5	80.8	6.9	112.8
95 年	77.9	74.9	81.4	6.6	112.8
96 年	78.4	75.5	81.7	6.4	105.6
97 年	78.6	75.6	81.9	6.3	103.3
98 年	79.0	76.0	82.3	5.6	101.0
99 年	79.2	76.1	82.5	5.5	99.2
100 年	79.1	76.0	82.6	5.7	99.0
101 年	79.5	76.4	82.8	5.1	96.3
102 年 (P)	79.9	76.7	83.3	5.1	96.3

資料來源：內政部

備註：102 年 0 歲平均餘命為內政部估測數。

表 3、醫療保健支出

年別	經濟成長率	平均每人 GDP	醫療保健支出					國民醫療保健支出占 GDP 比	平均每人國民醫療保健支出
			資金應用單位	資金來源					
				公部門比例	政府部門比例	家庭部門比例	家庭自付比例		
%	美元	百萬元	%	%	%	%	元		
84 年	6.4	12,918	382,195	62.9	31.9	45.0	27.8	5.3	17,971
85 年	5.5	13,428	423,626	64.3	30.8	47.1	26.4	5.4	19,757
86 年	5.5	13,810	458,764	62.0	28.4	50.0	29.6	5.4	21,206
87 年	3.5	12,598	499,471	61.7	27.2	49.8	29.5	5.4	22,874
88 年	6.0	13,585	540,108	61.5	25.7	49.5	30.0	5.6	24,539
89 年	5.8	14,704	563,124	60.0	26.6	51.8	31.9	5.5	25,384
90 年	-1.7	13,147	583,775	61.3	27.1	52.0	32.3	5.9	26,130
91 年	5.3	13,404	620,674	60.4	25.7	51.6	32.5	6.0	27,631
92 年	3.7	13,773	657,796	60.2	27.2	51.8	32.7	6.1	29,154
93 年	6.2	15,012	705,353	58.9	25.9	52.3	33.8	6.2	31,146
94 年	4.7	16,051	735,502	57.0	24.9	53.6	35.3	6.3	32,359
95 年	5.4	16,491	767,432	57.3	24.8	52.5	34.3	6.3	33,625
96 年	6.0	17,154	796,540	57.8	24.1	52.8	34.9	6.2	34,757
97 年	0.7	17,399	819,416	57.2	23.9	53.7	35.7	6.5	35,630
98 年	-1.8	16,359	862,552	57.4	23.9	52.7	35.5	6.9	37,375
99 年	10.8	18,503	885,045	57.2	25.5	55.6	36.8	6.5	38,246
100 年	4.2	20,057	906,246	57.3	25.3	56.3	36.8	6.6	39,073
101 年	1.5	20,423	930,181	58.1	24.9	55.5	36.2	6.6	39,973

資料來源：行政院主計總處、衛生福利部

表 4-1、醫療設施—家數

年別	醫療機構數											
	醫院								診所			
	西醫				中醫				西醫	中醫	牙醫	
	公立		私立		公立		私立					
家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	
84年	16,104	787	688	94	594	99	1	98	15,317	8,680	1,933	4,704
85年	16,645	773	684	94	590	89	1	88	15,872	9,009	1,987	4,876
86年	17,398	750	667	95	572	83	2	81	16,648	9,347	2,165	5,136
87年	17,731	719	647	95	552	72	2	70	17,012	9,473	2,259	5,280
88年	17,770	700	634	96	538	66	2	64	17,070	9,378	2,317	5,375
89年	18,082	669	617	94	523	52	2	50	17,413	9,402	2,461	5,550
90年	18,265	637	593	92	501	44	2	42	17,628	9,425	2,544	5,659
91年	18,228	610	574	91	483	36	2	34	17,618	9,287	2,601	5,730
92年	18,777	594	558	91	467	36	2	34	18,183	9,565	2,729	5,889
93年	19,240	590	556	88	468	34	2	32	18,650	9,819	2,852	5,979
94年	19,433	556	531	79	452	25	1	24	18,877	9,948	2,900	6,029
95年	19,682	547	523	79	444	24	1	23	19,135	10,064	3,006	6,065
96年	19,900	530	507	79	428	23	1	22	19,370	10,197	3,069	6,104
97年	20,174	515	493	79	414	22	1	21	19,659	10,326	3,160	6,173
98年	20,306	514	496	79	417	18	1	17	19,792	10,361	3,217	6,214
99年	20,691	508	492	81	411	16	1	15	20,183	10,599	3,289	6,295
100年	21,135	507	491	81	410	16	1	15	20,628	10,815	3,411	6,402
101年	21,437	502	488	81	407	14	1	13	20,935	10,997	3,462	6,476
102年	21,713	495	482	80	402	13	1	12	21,218	11,105	3,548	6,565

資料來源：衛生福利部

表 4-2、醫療設施—病床數

年別	病床數							平均每萬人口病床數				
	床	醫院					診所	床	醫院			診所
		床	公立	私立	急性 病床	急性一 般病床			床	急性 病床	急性一 般病床	
84 年	112,378	101,430	39,922	61,508	66,928	64,322	10,948	52.6	47.5	31.3	30.1	5.1
85 年	114,923	104,111	40,125	63,986	69,310	65,891	10,812	53.4	48.4	32.2	30.6	5.0
86 年	120,485	108,536	41,421	67,115	69,986	66,226	11,949	55.4	49.9	32.2	30.5	5.5
87 年	124,564	111,941	42,838	69,103	71,884	67,944	12,623	56.8	51.0	32.8	31.0	5.8
88 年	122,937	110,660	39,440	71,220	72,764	68,123	12,277	55.6	50.1	32.9	30.8	5.6
89 年	126,476	114,179	40,129	74,050	74,135	69,124	12,297	56.8	51.3	33.3	31.0	5.5
90 年	127,676	114,640	39,670	74,970	72,915	67,818	13,036	57.0	51.2	32.5	30.3	5.8
91 年	133,398	119,847	41,904	77,943	74,902	69,572	13,551	59.2	53.2	33.3	30.9	6.0
92 年	136,331	121,698	42,777	78,921	75,097	69,545	14,633	60.3	53.8	33.2	30.8	6.5
93 年	143,343	127,667	43,865	83,802	78,168	72,300	15,676	63.2	56.3	34.5	31.9	6.9
94 年	146,382	129,548	44,273	85,275	78,423	72,411	16,834	64.3	56.9	34.4	31.8	7.4
95 年	148,962	131,152	44,076	87,076	79,005	72,932	17,810	65.1	57.3	34.5	31.9	7.8
96 年	150,628	131,776	44,873	86,903	79,695	73,337	18,852	65.6	57.4	34.7	31.9	8.2
97 年	152,901	133,020	45,450	87,570	80,021	73,426	19,881	66.4	57.7	34.7	31.9	8.6
98 年	156,740	134,716	45,913	88,803	80,884	74,132	22,024	67.8	58.3	35.0	32.1	9.5
99 年	158,922	135,401	45,981	89,420	81,072	74,140	23,521	68.6	58.5	35.0	32.0	10.2
100 年	160,472	135,431	45,603	89,828	81,173	74,082	25,041	69.1	58.3	35.0	31.9	10.8
101 年	160,900	135,002	45,549	89,453	81,064	73,876	25,898	69.0	57.9	34.8	31.7	11.1
102 年	159,422	134,197	45,134	89,063	80,096	72,692	25,225	68.2	57.4	34.3	31.1	10.8

資料來源：衛生福利部

表 4-3、醫事人力 - 執業醫事人員數

年別	執業醫事人員數																	
	西醫師	中醫師	牙醫師	藥師(生)	醫事檢驗師(生)	醫事放射師(士)	護理師(士)	助產師(士)	營養師	物理治療師(生)	職能治療師(生)	臨床心理師	諮商心理師	呼吸治療師	語言治療師	聽力師	牙體技術師(生)	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
84年	118,248	24,465	3,030	7,026	19,224	4,722	1,793	56,743	842	298	...	...	...	...	...	...	...
85年	123,829	24,790	2,992	7,254	19,667	5,034	1,453	61,494	774	293	...	...	...	...	...	...	...
86年	137,829	25,730	3,299	7,573	21,246	5,389	2,266	69,665	782	515	1,287	...	...	...	...	...	...
87年	144,070	27,168	3,461	7,900	22,761	5,583	2,485	71,215	704	575	1,720	405	...	...	...	...	...
88年	152,385	28,216	3,546	8,240	23,937	6,015	2,500	75,603	649	656	2,290	669	...	...	...	...	...
89年	159,212	29,585	3,733	8,597	24,404	6,230	2,761	79,176	558	743	2,620	746	...	...	...	...	...
90年	165,855	30,562	3,979	8,944	24,891	6,542	3,152	82,763	518	778	2,790	868	...	...	...	...	...
91年	175,444	31,532	4,101	9,206	25,355	6,725	3,410	89,568	490	845	3,084	1,061	...	...	...	...	...
92年	183,103	32,390	4,266	9,551	25,033	7,055	3,557	95,271	476	895	3,373	1,169	...	...	...	...	...
93年	192,611	33,360	4,588	9,868	26,079	7,122	3,704	101,465	459	978	3,614	1,307	...	...	...	...	...
94年	199,734	34,093	4,610	10,141	26,750	7,323	3,880	104,786	397	1,056	3,742	1,447	379	170	899	...	...
95年	206,959	34,899	4,743	10,412	27,412	7,457	4,052	109,153	368	1,137	3,901	1,526	478	278	1,097	...	...
96年	214,748	35,849	4,862	10,740	28,040	7,642	4,211	113,832	347	1,239	4,172	1,744	524	325	1,178	...	...
97年	223,623	37,142	5,112	11,093	28,741	7,896	4,443	118,785	308	1,379	4,457	1,882	584	423	1,335	...	...
98年	233,553	37,880	5,290	11,351	29,587	8,203	4,651	125,081	258	1,563	4,867	2,105	643	524	1,508	-	-	
99年	241,156	38,887	5,354	11,656	30,001	8,377	4,913	128,955	208	1,687	5,214	2,287	696	671	1,657	434	118	
100年	250,258	40,002	5,570	11,992	31,300	8,579	5,133	133,336	134	1,824	5,608	2,496	757	836	1,810	498	157	
101年	258,283	40,938	5,740	12,391	32,015	8,751	5,341	137,641	120	2,050	5,878	2,660	832	1,000	1,892	554	181	
102年	265,759	41,965	5,977	12,794	32,668	9,006	5,507	140,915	132	2,234	6,203	2,806	925	1,122	1,950	676	233	

資料來源：衛生福利部

表 4-4、醫事人力 - 平均每萬人口執業醫事人員數

年別	平均每萬人口執業醫事人員數																	
	西醫師	中醫師	牙醫師	藥師(生)	醫事檢驗師(生)	醫事放射師(士)	護理師(士)	助產師(士)	營養師	物理治療師(生)	職能治療師(生)	臨床心理師	諮商心理師	呼吸治療師	語言治療師	聽力師	牙體技術師(生)	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
84年	55.4	11.5	1.4	3.3	9.0	2.2	0.8	26.6	0.4	0.1	...	...	...	...	...	...	...	...
85年	57.5	11.5	1.4	3.4	9.1	2.3	0.7	28.6	0.4	0.1	...	...	...	...	...	...	...	...
86年	63.4	11.8	1.5	3.5	9.8	2.5	1.0	32.0	0.4	0.2	0.6	...	...	...	...	...	...	...
87年	65.7	12.4	1.6	3.6	10.4	2.5	1.1	32.5	0.3	0.3	0.8	0.2	...	...	...	...	...	...
88年	69.0	12.8	1.6	3.7	10.8	2.7	1.1	34.2	0.3	0.3	1.0	0.3	...	...	...	...	...	...
89年	71.5	13.3	1.7	3.9	11.0	2.8	1.2	35.5	0.3	0.3	1.2	0.3	...	...	...	...	...	...
90年	74.0	13.6	1.8	4.0	11.1	2.9	1.4	36.9	0.2	0.3	1.2	0.4	...	...	...	...	...	...
91年	77.9	14.0	1.8	4.1	11.3	3.0	1.5	39.8	0.2	0.4	1.4	0.5	...	...	...	...	...	...
92年	81.0	14.3	1.9	4.2	11.1	3.1	1.6	42.1	0.2	0.4	1.5	0.5	...	...	...	...	...	...
93年	84.9	14.7	2.0	4.3	11.5	3.1	1.6	44.7	0.2	0.4	1.6	0.6	...	...	...	...	...	...
94年	87.7	15.0	2.0	4.5	11.7	3.2	1.7	46.0	0.2	0.5	1.6	0.6	0.2	0.1	0.4	...	...	...
95年	90.5	15.3	2.1	4.6	12.0	3.3	1.8	47.7	0.2	0.5	1.7	0.7	0.2	0.1	0.5	...	...	...
96年	93.5	15.6	2.1	4.7	12.2	3.3	1.8	49.6	0.2	0.5	1.8	0.8	0.2	0.1	0.5	...	...	...
97年	97.1	16.1	2.2	4.8	12.5	3.4	1.9	51.6	0.1	0.6	1.9	0.8	0.3	0.2	0.6	...	...	...
98年	101.0	16.4	2.3	4.9	12.8	3.5	2.0	54.1	0.1	0.7	2.1	0.9	0.3	0.2	0.7	-	-	-
99年	104.1	16.8	2.3	5.0	13.0	3.6	2.1	55.7	0.1	0.7	2.3	1.0	0.3	0.3	0.7	0.2	0.1	-
100年	107.8	17.2	2.4	5.2	13.5	3.7	2.2	57.4	0.1	0.8	2.4	1.1	0.3	0.4	0.8	0.2	0.1	0.1
101年	110.8	17.6	2.5	5.3	13.7	3.8	2.3	59.0	0.1	0.9	2.5	1.1	0.4	0.4	0.8	0.2	0.1	0.1
102年	113.7	18.0	2.6	5.5	14.0	3.9	2.4	60.3	0.1	1.0	2.7	1.2	0.4	0.5	0.8	0.3	0.1	0.3

資料來源：衛生福利部

表 5、法定傳染病

年別	確定病例														
	霍亂	H5N1 流感	日本腦炎	漢生病	瘧疾	麻疹	流行性腦脊髓膜炎	流行性腮腺炎	百日咳	小兒麻痺症	先天性德國麻疹症候群	德國麻疹	新生兒破傷風	破傷風	結核病
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
84年	3	...	27	10	38	-	9	181	26	-	-	2	...	13	10,836
85年	-	...	21	15	38	-	16	346	15	-	-	3	...	14	11,591
86年	1	...	6	7	48	5	19	256	102	-	-	4	...	12	15,386
87年	-	...	22	7	49	9	12	270	34	-	-	5	...	21	14,169
88年	5	...	24	3	32	1	13	261	19	-	-	2	...	20	13,496
89年	8	...	13	4	42	6	16	375	47	-	-	29	...	24	13,910
90年	-	...	33	2	29	10	43	444	6	-	3	17	...	19	14,486
91年	2	...	19	8	28	24	46	665	18	-	-	4	...	15	16,758
92年	1	...	25	9	34	6	26	676	26	-	-	2	...	13	15,042
93年	1	...	32	9	18	-	24	1,081	21	-	-	4	...	16	16,784
94年	2	-	35	9	26	7	20	1,158	38	-	-	7	...	16	16,472
95年	1	-	29	11	26	4	13	971	14	-	-	6	...	14	15,378
96年	-	-	37	12	13	10	20	1,208	41	-	1	54	-	10	14,480
97年	1	-	17	8	18	16	19	1,145	41	-	1	33	-	18	14,265
98年	3	-	18	7	11	48	2	1,068	90	-	-	23	-	12	13,336
99年	5	-	33	5	21	12	7	1,125	61	-	-	21	-	12	13,237
100年	3	-	22	5	17	33	5	1,171	77	-	-	60	-	10	12,634
101年	5	-	32	13	12	9	6	1,061	54	-	-	12	-	17	12,338
102年	7	-	16	7	13	8	6	1,170	51	-	-	7	-	24	11,528

資料來源：衛生福利部

備註：1. 流行性腮腺炎及破傷風係報告病例。

2. 瘧疾均為境外移入病例。

3. 自 97 年起「癩病」更名為「漢生病」。

表 6、食品藥政

年別	食品中毒事件			藥商家數			
		患者數	死亡數		藥局	藥物暨醫療器材販賣業	藥物暨醫療器材製造業
	件	人	人	家	家	家	家
84 年	123	4,950	-	34,846	4,862	29,314	670
85 年	178	4,043	-	37,176	6,438	30,096	642
86 年	234	7,235	1	38,583	6,707	31,241	635
87 年	180	3,951	-	39,027	6,434	31,945	648
88 年	150	3,112	1	40,322	6,349	33,313	660
89 年	208	3,759	3	43,641	6,397	36,536	708
90 年	178	2,955	2	47,130	6,440	39,948	742
91 年	262	5,566	1	49,752	6,990	41,996	766
92 年	251	5,283	2	51,447	7,155	43,500	792
93 年	274	3,992	2	52,685	7,435	44,395	855
94 年	247	3,530	1	55,802	7,673	47,198	931
95 年	265	4,401	-	57,976	7,397	49,580	999
96 年	248	3,231	-	59,061	7,381	50,633	1,047
97 年	272	2,924	-	58,834	7,215	50,514	1,105
98 年	351	4,642	-	58,524	7,450	49,814	1,260
99 年	503	6,880	1	60,222	7,558	51,289	1,375
100 年	426	5,819	1	63,274	7,699	54,090	1,485
101 年	527	5,701	-	64,024	7,620	54,843	1,561
102 年	409	3,890	-	65,280	7,701	55,926	1,653

資料來源：衛生福利部

表 7、特定死因統計－主要死因

年別	嬰兒死亡率 每千活產	所有死亡原因		主要死因									
				惡性腫瘤		心臟疾病		腦血管疾病		肺炎		糖尿病	
				死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口
84年	6.5	117,954	647.7	25,841	136.4	11,256	64.7	14,132	79.0	3,070	18.4	7,225	39.2
85年	6.7	120,605	641.1	27,961	143.5	11,273	62.2	13,944	75.3	3,200	18.5	7,525	39.4
86年	6.4	119,385	610.7	29,011	144.3	10,754	56.8	12,885	66.6	3,619	19.7	7,500	38.1
87年	6.6	121,946	600.8	29,260	140.5	11,030	55.4	12,705	63.0	4,447	23.0	7,532	36.7
88年	6.1	124,991	594.1	29,784	138.3	11,299	54.5	12,631	60.4	4,006	19.9	9,023	42.4
89年	5.8	124,481	569.4	31,554	141.6	10,552	48.8	13,332	61.1	3,302	15.6	9,450	42.7
90年	6.0	126,667	558.7	32,993	143.1	11,003	48.8	13,141	57.8	3,746	16.8	9,113	39.8
91年	5.4	126,936	539.8	34,342	144.2	11,441	48.5	12,009	50.5	4,530	19.4	8,818	37.1
92年	4.9	129,878	532.3	35,201	143.1	11,785	47.9	12,404	49.9	5,099	20.8	10,013	40.5
93年	5.3	133,680	528.7	36,357	142.8	12,861	50.1	12,339	47.8	5,536	21.5	9,191	35.8
94年	5.0	138,957	530.0	37,222	141.2	12,970	48.3	13,139	48.9	5,687	21.0	10,501	39.4
95年	4.6	135,071	495.4	37,998	139.3	12,283	43.8	12,596	44.7	5,396	18.9	9,690	34.9
96年	4.7	139,376	491.6	40,306	142.6	13,003	44.4	12,875	43.8	5,895	19.6	10,231	35.5
97年	4.6	142,283	484.3	38,913	133.7	15,726	51.7	10,663	35.0	8,661	27.5	8,036	26.9
98年	4.0	142,240	466.7	39,918	132.5	15,094	47.7	10,383	32.8	8,358	25.3	8,230	26.6
99年	4.2	144,709	455.6	41,046	131.6	15,675	47.4	10,134	30.6	8,909	25.6	8,211	25.3
100年	4.2	152,030	462.4	42,559	132.2	16,513	47.9	10,823	31.3	9,047	24.8	9,081	26.9
101年	3.7	153,823	450.6	43,665	131.3	17,121	47.9	11,061	30.8	9,314	24.4	9,281	26.5
102年	3.9	154,374	435.3	44,791	130.4	17,694	47.7	11,313	30.3	9,042	22.5	9,438	25.8

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO 2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 2008 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 7、特定死因統計－主要死因（續）

年別	主要死因											
	事故傷害		慢性下呼吸道疾病		慢性肝病及肝硬化		高血壓性疾病		腎炎、腎病症候群及腎病變		蓄意自我傷害（自殺）	
	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口
84年	12,983	62.6	4,017	23.5	4,456	22.8	2,616	15.3	3,519	19.9	1,618	7.8
85年	12,422	58.9	4,310	24.3	4,610	23.1	2,656	14.9	3,547	19.4	1,847	8.7
86年	11,297	52.5	4,457	23.9	4,767	23.0	2,611	13.8	3,504	18.4	2,172	10.0
87年	10,973	50.2	4,961	25.3	4,940	23.2	2,273	11.5	3,435	17.2	2,177	9.8
88年	12,960	58.7	5,046	24.6	5,180	23.5	1,856	9.0	3,474	16.8	2,281	10.0
89年	10,515	46.5	4,717	21.9	5,174	22.6	1,602	7.5	3,872	17.9	2,471	10.6
90年	9,513	41.5	5,159	22.9	5,239	22.3	1,766	7.9	4,056	17.9	2,781	11.7
91年	8,489	36.3	5,226	22.0	4,795	19.9	1,947	8.2	4,168	17.7	3,053	12.5
92年	8,191	34.5	5,192	20.9	5,185	20.9	1,844	7.4	4,306	17.5	3,195	12.8
93年	8,453	35.0	5,292	20.3	5,351	20.8	1,806	7.0	4,680	18.2	3,468	13.6
94年	8,365	34.0	5,484	20.0	5,621	21.3	1,891	7.0	4,822	17.9	4,282	16.6
95年	8,011	31.9	4,969	17.2	5,049	18.6	1,816	6.4	4,712	16.8	4,406	16.8
96年	7,130	27.9	4,914	16.2	5,160	18.4	1,977	6.6	5,099	17.3	3,933	14.7
97年	7,077	27.0	5,374	16.9	4,917	17.1	3,507	11.2	4,012	13.2	4,128	15.2
98年	7,358	27.7	4,955	14.9	4,918	16.6	3,721	11.5	3,999	12.5	4,063	14.7
99年	6,669	24.4	5,197	14.8	4,912	16.1	4,174	12.2	4,105	12.4	3,889	13.8
100年	6,726	24.1	5,984	16.2	5,153	16.5	4,631	12.9	4,368	12.6	3,507	12.3
101年	6,873	23.8	6,326	16.4	4,975	15.6	4,986	13.3	4,327	12.1	3,766	13.1
102年	6,619	22.4	5,959	14.9	4,843	14.8	5,033	12.9	4,489	11.9	3,565	12.0

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO 2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 2008 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 7-1、特定死因統計—主要癌症死因

年別	主要癌症死因									
	肝和肝內膽管癌		氣管、支氣管和肺癌		結腸、直腸和肛門癌		女性乳癌		前列腺 (攝護腺) 癌	
	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口	死亡人數	標準化死亡率 每十萬人口
84年	5,204	27.2	5,030	26.7	2,469	13.3	918	9.7	371	4.2
85年	5,794	29.5	5,439	28.0	2,642	13.8	987	10.1	463	5.0
86年	5,842	28.9	5,857	29.2	2,855	14.3	1,073	10.6	531	5.6
87年	5,865	28.1	5,749	27.6	2,987	14.5	995	9.5	540	5.3
88年	5,762	26.6	5,959	27.6	3,128	14.6	1,082	10.1	561	5.3
89年	6,001	27.0	6,261	28.0	3,376	15.3	1,149	10.3	635	5.7
90年	6,415	28.0	6,555	28.3	3,457	15.0	1,241	10.7	693	5.9
91年	6,943	29.4	6,846	28.5	3,649	15.3	1,203	10.2	750	6.2
92年	7,010	28.8	6,911	27.9	3,711	15.0	1,381	11.3	742	5.9
93年	7,059	28.1	7,153	27.8	3,898	15.2	1,339	10.5	821	6.2
94年	7,108	27.3	7,302	27.4	4,111	15.5	1,439	11.0	909	6.6
95年	7,415	27.6	7,479	27.0	4,284	15.5	1,439	10.6	957	6.6
96年	7,809	28.1	7,993	27.9	4,470	15.6	1,552	11.1	1,003	6.7
97年	7,651	26.8	7,777	26.3	4,266	14.4	1,541	10.7	892	5.7
98年	7,759	26.2	7,951	25.9	4,531	14.8	1,589	10.6	936	5.9
99年	7,744	25.2	8,194	25.8	4,676	14.6	1,706	11.0	1,021	6.1
100年	8,022	25.3	8,541	26.0	4,921	15.0	1,852	11.6	1,096	6.4
101年	8,116	24.7	8,587	25.4	5,131	14.9	1,912	11.6	1,187	6.7
102年	8,217	24.2	8,854	25.3	5,265	14.9	1,962	11.6	1,207	6.6

資料來源：衛生福利部

備註：1. 標準化死亡率係以 WHO 2000 年世界標準人口年齡結構為計算基礎。

2. 2008 年起以 ICD-10 為統計分類。

表 8、社會保險

年別	全民健保							國民年金			
	保險人數	占總人口百分比	就醫指標					保險人數	百分比占25-64歲	身分別	
			平均每一納保人口門診次數	住院次數每百納保人口	平均門診費用每次	平均住院費用每次	平均住院日數			低收入戶	身心障礙者
	千人	%	次	次	點	點	日	千人	%	千人	千人
84年	19,123	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
85年	20,041	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
86年	20,492	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
87年	20,757	...	14.4	11.6	651	36,770	8.8	...	...	...	...
88年	21,090	...	14.7	12.0	687	38,000	8.7	...	...	...	...
89年	21,401	...	14.1	12.3	718	38,337	8.7	...	...	...	...
90年	21,654	...	13.6	12.5	752	39,101	8.8	...	...	...	...
91年	21,869	...	13.6	13.0	806	41,046	9.1	...	...	...	...
92年	21,984	...	13.4	12.0	849	45,265	9.6	...	...	...	...
93年	22,134	...	14.6	13.2	874	49,048	9.7	...	...	...	...
94年	22,315	...	14.7	13.2	897	51,406	9.9	...	...	...	...
95年	22,484	...	14.0	13.0	959	52,417	9.9	...	...	...	...
96年	22,803	...	14.0	13.1	985	53,027	10.0	...	...	...	...
97年	22,918	...	14.0	13.1	1,032	54,534	10.0	4,221	31.3	39	242
98年	23,026	99.3	14.4	13.4	1,052	54,774	9.9	4,015	29.4	50	251
99年	23,074	99.4	14.6	13.6	1,067	54,693	10.0	3,872	27.9	51	250
100年	23,199	99.5	15.1	13.8	1,086	55,253	9.9	3,784	27.1	62	251
101年	23,281	99.5	15.1	13.8	1,113	55,569	9.9	3,726	26.5	73	248
102年	23,463	99.6	15.1	13.5	1,168	57,168	9.9	3,678	25.9	76	246

資料來源：衛生福利部、勞動部

備註：1. 就醫指標資料來源：本部二代倉儲系統保險對象彙總檔、門診、交付機構及住診明細檔（2014/05/08 擷取）。

2. 本表統計範圍不含代辦案件。

3. 平均每人之分母為季中保險對象人數，係當年2、5、8、11月在保人數之算數平均數。

4. 門診次數不含（件數以0計）：「居家照護及社區精神照護案件」、「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「交付機構」及「醫令金額補報」申報案件。

5. 門診件數不含（件數以0計）：「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「交付機構」及「醫令金額補報」申報案件。

6. 住診件數不含（件數以0計）：「醫令金額補報」申報案件。

7. 住診日數為急性病床天數與慢性病床天數合計。

表 9、社會救助

年別	低收入戶戶數					低收入戶占總戶數比	低收入戶人數				低收入戶人數占總人數比	
	合計	第 0 類(臺北)、第 1 類(高雄) 第 1 款(省、新北、臺中、臺南)、	第 1、2 類(臺北)、第 2 類(高雄) 第 2 款(省、新北、臺中、臺南)、	第 3、4 類(臺北、高雄) 第 3 款(省、新北、臺中、臺南)、	%		合計	第 0 類(臺北)、第 1 類(高雄) 第 1 款(省、新北、臺中、臺南)、	第 1、2 類(臺北)、第 2 類(高雄) 第 2 款(省、新北、臺中、臺南)、	第 3、4 類(臺北、高雄) 第 3 款(省、新北、臺中、臺南)、		%
84 年	48,580	8,755	17,160	22,665	0.8	114,707	10,794	42,824	61,089	0.5		
85 年	49,307	7,855	17,884	23,568	0.8	115,542	9,533	42,738	63,271	0.5		
86 年	49,780	6,544	18,486	24,750	0.8	116,056	7,906	42,852	65,298	0.5		
87 年	54,951	5,795	20,696	28,460	0.9	125,426	6,767	45,658	73,001	0.6		
88 年	58,310	4,980	21,357	31,973	0.9	136,691	5,769	47,064	83,858	0.6		
89 年	66,467	4,983	24,470	37,014	1.0	156,134	5,778	52,630	97,726	0.7		
90 年	67,191	4,132	22,461	40,598	1.0	162,699	4,761	49,876	108,062	0.7		
91 年	70,417	3,648	20,987	45,782	1.0	171,200	4,064	45,454	121,682	0.8		
92 年	76,406	3,702	21,219	51,485	1.1	187,875	4,175	46,762	136,938	0.8		
93 年	82,783	3,665	21,220	57,898	1.2	204,216	4,014	46,659	153,543	0.9		
94 年	84,823	4,049	20,445	60,329	1.2	211,292	4,394	46,973	159,925	0.9		
95 年	89,900	4,214	21,073	64,613	1.2	218,166	4,472	47,168	166,526	1.0		
96 年	90,682	4,207	21,025	65,450	1.2	220,990	4,461	46,776	169,753	1.0		
97 年	93,032	4,308	21,324	67,400	1.2	223,697	4,540	46,748	172,409	1.0		
98 年	105,265	4,253	23,447	77,565	1.3	256,342	4,451	50,811	201,080	1.1		
99 年	112,200	4,085	24,201	83,914	1.4	273,361	4,271	51,788	217,302	1.2		
100 年	128,237	4,253	26,999	96,985	1.6	314,282	4,482	56,295	253,505	1.4		
101 年	145,613	4,364	31,095	110,154	1.8	357,446	4,582	63,984	288,880	1.5		
102 年	148,590	4,520	32,656	111,414	1.8	361,765	4,698	64,022	293,045	1.5		

資料來源：衛生福利部

備註：1. 高雄市自民國 100 年起新增第 4 類。

2. 民國 100 年 7 月 1 日起實施新制社會救助法，除最低生活費調高外，應計算人口範圍亦將兄弟姊妹排除列計。

表 9、社會救助（續）

年別	中低收入戶	總戶數比 中低收入戶占	中低收入戶人數	總戶數比 中低收入戶占	醫療補助		院看護補助 中低收入住		災害救助金額	急難救助	
	戶	%	人	%	人次	萬元	人次	萬元	萬元	人次	萬元
84年	-	-	-	-	...	...	-	-	9,364	37,197	27,170
85年	-	-	-	-	25,561	14,522	-	-	37,421	47,584	31,143
86年	-	-	-	-	45,196	15,762	-	-	29,554	38,391	21,048
87年	-	-	-	-	14,788	16,758	-	-	21,254	44,697	23,528
88年	-	-	-	-	10,548	10,253	-	-	2,996,312	42,580	23,542
89年	-	-	-	-	7,889	9,695	-	-	62,946	41,599	23,949
90年	-	-	-	-	9,640	10,173	4,454	10,209	96,886	39,229	21,406
91年	-	-	-	-	10,049	10,485	4,678	9,191	17,900	39,335	20,536
92年	-	-	-	-	11,242	8,963	4,683	9,523	8,129	35,257	19,914
93年	-	-	-	-	12,146	10,522	4,880	9,246	66,271	36,134	24,592
94年	-	-	-	-	10,756	9,376	5,145	10,429	54,774	33,960	21,794
95年	-	-	-	-	5,326	5,681	5,148	10,200	8,422	37,094	21,596
96年	-	-	-	-	5,734	6,154	5,854	10,965	13,255	46,666	26,845
97年	-	-	-	-	5,295	5,627	6,501	11,411	18,870	48,074	27,366
98年	-	-	-	-	5,486	6,639	7,033	12,167	82,180	44,129	24,576
99年	-	-	-	-	5,773	6,403	8,066	12,871	79,226	47,863	28,373
100年	35,420	0.4	120,042	0.5	5,383	7,092	9,761	16,269	4,672	45,418	27,423
101年	88,988	1.1	282,019	1.2	5,013	7,176	9,667	16,283	17,363	46,978	26,910
102年	108,589	1.3	334,391	1.4	4,322	8,041	10,258	16,936	8,853	40,961	24,669

資料來源：衛生福利部

備註：1. 高雄市自民國 100 年起新增第 4 類。

2. 民國 100 年 7 月 1 日起實施新制社會救助法，除最低生活費調高外，應計算人口範圍亦將兄弟姊妹排除列計。

表 10、社會福利

年別	兒童及少年福利 (未滿 18 歲)						老人福利 (65 歲以上)					
	人數	占總人口比	家庭寄養		弱勢兒童及少年生活扶助		人數	占總人口比	中低收入老人生活津貼		中低收入老人特別照顧津貼	
			寄養人數	金額	人次	金額			年底核定人數	金額	人次	金額
	人	%	人	萬元	人次	萬元	人	%	人	萬元	人次	萬元
91 年	5,544,533	24.6	...	...	...	...	2,031,300	9.0	182,392	999,266	-	-
92 年	5,429,950	24.0	...	...	...	...	2,087,734	9.2	173,951	987,948	7,634	3,554
93 年	5,345,047	23.6	1,960	37,220	597,918	108,056	2,150,475	9.5	156,446	926,000	8,517	3,971
94 年	5,242,928	23.0	2,052	39,579	824,842	171,496	2,216,804	9.7	148,118	892,951	7,847	3,646
95 年	5,107,181	22.3	2,031	43,861	906,194	172,393	2,287,029	10.0	140,544	867,302	7,123	3,287
96 年	5,002,123	21.8	1,941	44,529	820,487	126,308	2,343,092	10.2	134,644	846,696	6,429	3,032
97 年	4,868,304	21.1	1,849	48,253	1,039,134	158,318	2,402,220	10.4	125,951	785,875	6,519	3,177
98 年	4,745,159	20.5	1,761	48,160	1,222,200	195,916	2,457,648	10.6	122,523	768,898	7,263	3,535
99 年	4,595,767	19.8	1,905	43,785	1,355,253	205,352	2,487,893	10.7	119,861	760,908	7,862	3,814
100 年	4,469,350	19.2	1,802	43,366	1,348,606	199,776	2,528,249	10.9	120,266	761,814	8,116	4,062
101 年	4,380,203	18.8	1,835	46,625	1,466,688	288,034	2,600,152	11.2	120,968	923,968	9,042	4,529
102 年	4,258,385	18.2	1,804	45,030	1,406,040	278,058	2,694,406	11.5	120,869	924,823	9,152	4,587

資料來源：衛生福利部

表 10、社會福利 (續)

年別	身心障礙者										
	人數	占身障人口比			占總人口比	生活補助		日間照顧及住宿式照顧補助		輔具費用補助	
		未滿 18 歲	18 至 64 歲	65 歲以上		人次	萬元	年底人數	萬元	人次	萬元
	人	%	%	%	%	人次	萬元	年底人數	萬元	人次	萬元
91 年	831,266	6.6	57.9	35.5	3.7	2,370,720	753,556	13,709	226,751	58,169	64,061
92 年	861,030	6.6	58.6	34.8	3.8	2,654,420	824,960	16,429	265,940	61,223	70,846
93 年	908,719	6.6	58.7	34.7	4.0	2,975,141	1,217,452	20,162	292,195	54,843	58,832
94 年	937,944	6.5	58.5	34.9	4.1	3,273,538	1,333,763	21,658	323,290	45,162	47,753
95 年	981,015	6.4	57.9	35.7	4.3	3,474,205	1,412,015	23,771	353,576	50,817	52,470
96 年	1,020,760	6.2	57.4	36.4	4.4	3,635,680	1,472,416	25,529	396,277	53,243	53,931
97 年	1,040,585	6.1	57.4	36.5	4.5	3,712,397	1,498,714	26,823	431,025	55,425	53,900
98 年	1,071,073	5.9	57.1	37.0	4.6	3,862,823	1,565,270	29,860	475,602	64,138	60,975
99 年	1,076,293	5.8	57.6	36.6	4.6	3,998,947	1,621,943	30,449	517,837	70,873	66,296
100 年	1,100,436	5.6	57.4	37.0	4.7	4,132,534	1,680,850	32,592	565,535	76,289	72,187
101 年	1,117,518	5.6	57.6	36.8	4.8	4,176,404	2,016,490	33,779	613,446	77,422	72,882
102 年	1,125,113	5.3	57.2	37.5	4.8	4,179,802	2,042,821	37,298	648,236	70,564	67,823

資料來源：衛生福利部

表 10、社會福利（續）

年別	婦女福利服務										家庭支持		
	法律諮詢	諮商輔導	親職講座		婦女福利(服務)活動		婦女學苑(成長教育)		其他		單親中途之家 實際收容個案數	特殊境遇家庭 扶助服務	
			辦理次數	參加人次	辦理次數	參加人次	班數	參加人次	辦理次數	參加人次		人次	人次	萬元
	人次	人次	次	人次	次	人次	班	人次	次	人次	人次	萬元	
91年	15,388	62,200	333	39,768	1,708	167,606	727	54,111	217	303,213	-	109,598	27,035
92年	15,203	59,050	400	27,790	2,113	192,558	1,469	165,063	406	114,142	-	169,999	33,806
93年	20,841	53,106	617	33,937	3,088	280,341	2,510	102,737	948	152,627	-	172,683	34,172
94年	19,022	44,140	502	26,788	2,445	221,178	2,275	70,135	1,536	104,949	-	188,293	36,244
95年	19,496	51,595	1,918	23,681	1,474	223,033	2,928	111,472	920	112,451	-	98,858	24,220
96年	18,400	45,239	504	36,403	2,309	236,683	2,157	64,850	1,861	155,601	1,444	103,612	28,547
97年	22,099	33,690	638	39,049	1,842	221,142	3,090	164,833	2,326	84,443	2,661	107,149	30,625
98年	25,602	31,419	624	31,062	1,908	198,079	2,182	82,335	1,844	131,100	2,150	153,175	40,913
99年	23,000	49,653	771	43,591	4,493	263,686	2,612	83,527	3,072	235,062	2,055	188,433	47,861
100年	21,641	53,976	2,336	83,301	3,836	245,763	1,970	91,720	11,366	274,230	539	188,987	48,159
101年	28,019	40,761	1,121	41,611	4,728	334,630	1,699	65,352	2,069	132,885	548	156,784	44,840
102年	40,809	53,535	1,352	41,928	7,932	478,181	2,211	80,103	5,429	166,696	581	148,979	42,784

資料來源：衛生福利部

表 11、保護服務

年別	家暴事件			性侵害事件			兒童及少年保護
	通報人數	被害人保護扶助		通報人數	被害人保護扶助		受虐兒少人數
	人	人次	萬元	人	人次	萬元	人
93年	-	-	-	-	-	-	7,837
94年	58,614	-	-	4,900	-	-	9,897
95年	63,274	285,171	13,825	5,638	48,462	4,925	10,093
96年	68,421	330,606	19,886	6,530	72,090	5,319	13,566
97年	75,438	416,844	25,456	7,285	95,247	5,878	13,703
98年	83,728	478,769	32,684	8,008	101,482	6,491	13,400
99年	98,720	601,567	34,427	9,320	100,942	6,027	18,331
100年	94,150	871,146	40,561	11,121	140,326	7,317	17,667
101年	98,399	915,859	39,116	12,066	158,258	7,077	19,174
102年	110,103	988,586	46,854	10,901	177,258	7,753	16,322

資料來源：衛生福利部

表 12、國際比較

國別	人口					平均餘命與死亡率						
	年齡中位數	粗出生率	粗死亡率	總生育率	青少年生育率	0歲平均餘命			嬰兒死亡率	5歲以下兒童死亡率	15-60歲成人死亡率	
						計	男	女			男	女
	2012	2012	2012	2012	2006-2011	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012
歲	%	%	每一婦女	% (每千15-19歲女性人口)	歲	歲	歲	每千活產	每千人口	每千人口	每千人口	
臺灣	38	10	7	1.3	5	80	76	83	4	5	136	56
日本	46	8	9	1.4	5	84	80	87	2	3	82	43
韓國	39	10	5	1.3	2	81	78	85	3	4	98	40
美國	37	13	8	2.0	34	79	76	81	6	7	130	77
加拿大	40	11	7	1.7	14	82	80	84	5	5	83	52
英國	40	12	9	1.9	25	81	79	83	4	5	90	56
德國	45	8	11	1.4	8	81	78	83	3	4	94	50
法國	40	12	9	2.0	12	82	79	85	3	4	109	52
澳洲	37	13	6	1.9	16	83	81	85	4	5	75	44
紐西蘭	37	14	6	2.1	29	82	80	84	5	6	81	53

資料來源：WHOSIS 2014、衛生福利部

備註：國際比較之資料年係以西元年表示。

表 12、國際比較 (續)

國別	醫療保健支出						
	醫療保健支出比			平均每人醫療保健支出			
	醫療保健支出占GDP比	公部門醫療保健支出占總醫療保健支出比	自付醫療保健支出占私部門醫療保健支出比	平均每人醫療保健支出		平均每人公部門醫療保健支出	
	2011	2011	2011	2011		2011	
	%	%	%	US\$	PPP int. \$	US\$	PPP int. \$
臺灣	6.6	57.3	86.2	1,326	2,479	759	1,420
日本 ²⁰¹⁰	9.6	82.1	80.6	4,114	3,213	3,378	2,638
韓國	7.4	55.3	78.8	1,652	2,198	914	1,217
美國	17.7	47.8	22.2	8,508	8,508	4,066	4,066
加拿大	11.2	70.4	49.8	5,575	4,522	3,925	3,183
英國	9.4	82.8	57.9	3,853	3,405	3,192	2,821
德國	11.3	76.5	56.1	5,158	4,495	3,943	3,436
法國	11.6	76.8	32.1	5,093	4,118	3,909	3,161
澳洲 ²⁰¹⁰	8.9	67.8	59.9	5,176	3,800	3,511	2,578
紐西蘭	10.3	82.7	63.2	3,626	3,182	2,998	2,631

資料來源：WHOSIS 2014、衛生福利部

備註：國際比較之資料年係以西元年表示。

附錄二：法定傳染病確定病例統計

表 1、102 年急性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	合計	本土案例	境外移入
第一類	天花	0	0	0
	鼠疫	0	0	0
	嚴重急性呼吸道症候群	0	0	0
	狂犬病	1	0	1
	H5N1 流感	0	0	0
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	19	6	13
	登革熱	860	596	264
	登革出血熱 / 登革休克症候群	16	14	2
	流行性腦脊髓膜炎	6	6	0
	副傷寒	9	7	2
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺 (註 4)	25	23	2
	桿菌性痢疾	155	24	131
	阿米巴性痢疾	270	88	182
	瘧疾	13	0	13
	麻疹	8	2	6
	急性病毒性 A 型肝炎	139	99	40
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	0	0	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	7	7	0
	德國麻疹	7	1	6
	屈公病	29	0	29
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
炭疽病	0	0	0	
第三類	百日咳	51	51	0
	破傷風 (註 3)	24	-	-
	日本腦炎	16	16	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性 B 型肝炎	97	88	9
	急性病毒性 C 型肝炎	10	10	0
	急性病毒性 D 型肝炎	0	0	0
	急性病毒性 E 型肝炎	9	4	5
	急性病毒性肝炎未定型	5	5	0
	流行性腮腺炎 (註 3)	1,170	-	-
	退伍軍人病	115	111	4
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	10	10	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	12	11	1

類別	疾病	合計	本土案例	境外移入
第四類	疱疹 B 病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	82	79	3
	類鼻疽	19	19	0
	肉毒桿菌中毒	1	1	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	625	624	1
	Q 熱	48	43	5
	地方性斑疹傷寒	27	26	1
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	538	537	1
	水痘 (註 3)	10,276	-	-
	貓抓病 (註 5)	23	22	1
	弓形蟲感染症	15	14	1
	流感併發症	965	959	6
	NDM-1 腸道菌感染症 (註 5)	0	0	0
布氏桿菌病	0	0	0	
第五類	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒出血熱	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0
	中東呼吸症候群冠狀病毒感染症	0	0	0
	H7N9 流感	2	0	2

備註：1. 資料下載時間：民國 103 年 5 月 1 日。

2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。

3. 破傷風、流行性腮腺炎及水痘以報告病例呈現。

4. 依病毒檢驗報告資料，自 73 年以後即無分離出野生株之小兒麻痺病毒。81 年實施「根除三麻一風」計畫以來，即以急性無力肢體麻痺做為小兒麻痺症之疫情監視指標。

5. 「貓抓病」及「NDM-1 腸道菌感染症」，自 102 年 6 月 7 日起由第四類法定傳染病項目中移除。

表 2 102 年慢性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	確定病例數
第二類	多重抗藥性結核病	129
第三類	痰塗片陽性結核病	4,592
	其他結核病	6,936
	梅毒	6,346
	淋病	2,155
	人類免疫缺乏病毒感染 (HIV Infection)	2,244
	後天免疫缺乏症候群 (AIDS)	1,430
	漢生病	7
第四類	庫賈氏病	0

備註：1. 資料下載時間：民國 103 年 5 月 1 日。

2. 除多重抗藥性結核病以衛福部疾管署登記日；結核病 (痰塗片陽性結核病與其他結核病) 以通報建檔日為分析基準，其餘慢性法定傳染病皆以診斷日作為分析基準。

附錄三：衛生福利部 102 年政府出版品

圖書類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號 GPN	出版年月
1	臺灣中藥典	衛生福利部	1010200017	102/01
2	醫事相關法規彙編	衛生福利部	1010200547	102/03
3	101 年健康服務品質測量暨系統性落差報告	衛生福利部	1010201577	102/07
4	中醫醫療法規彙編 (第 6 版)	衛生福利部	1010201969	102/09
5	中醫行政要覽 (第 6 版)	衛生福利部	1010202127	102/10
6	101 年健康服務品質測量暨系統性落差報告第二版	衛生福利部	1010202931	102/11
7	102 年度社區發展工作績效評鑑報告	衛生福利部	1010202460	102/12
8	臺灣中藥典圖鑑	衛生福利部	1010202663	102/12
9	中醫藥典籍探討春、夏養生藥膳食譜	衛生福利部	1010202659	102/12
10	走過百年風華衛生福利部所屬醫院轉型紀實	衛生福利部	1010202844	102/12
11	登高望遠的堅持 :2011-2013 衛福部的挑戰與因應	衛生福利部	1010203644	102/12
12	孕婦健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010200353	102/02
13	兒童健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010200674	102/04
14	長者防跌妙招	衛生福利部國民健康署	1010200903	102/04
15	二代戒菸治療教育課程基本教材	衛生福利部國民健康署	1010201784	102/08
16	糖尿病與我	衛生福利部國民健康署	1010201926	102/08
17	慢性腎臟病健康管理手冊	衛生福利部國民健康署	1010201929	102/08
18	孕婦健康手冊 (中印版)	衛生福利部國民健康署	1010201930	102/09
19	孕婦健康手冊 (中柬版)	衛生福利部國民健康署	1010201931	102/09
20	孕婦健康手冊 (中英版)	衛生福利部國民健康署	1010201932	102/09
21	孕婦健康手冊 (中泰版)	衛生福利部國民健康署	1010201933	102/09
22	孕婦健康手冊 (中越版)	衛生福利部國民健康署	1010201935	102/09
23	兒童健康手冊 (中印版)	衛生福利部國民健康署	1010201937	102/09
24	兒童健康手冊 (中柬版)	衛生福利部國民健康署	1010201938	102/09
25	兒童健康手冊 (中泰版)	衛生福利部國民健康署	1010201939	102/09
26	兒童健康手冊 (中英版)	衛生福利部國民健康署	1010201940	102/09
27	兒童健康手冊 (中越版)	衛生福利部國民健康署	1010201941	102/09
28	高血壓防治學習手冊	衛生福利部國民健康署	1010201942	102/09
29	婦女更年期保健手冊迎接人生新旅程	衛生福利部國民健康署	1010202710	102/12
30	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (中文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010201489	102/07
31	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (英文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010202183	102/11
32	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (日文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010201959	102/10
33	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (泰文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010201794	102/11

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號 GPN	出版年月
34	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (印尼文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010202417	102/11
35	20132014 全民健康保險民眾權益手冊 (越南文版)	衛生福利部中央健康保險署	1010202412	102/11
36	結穗跨步 全民健保十八紀實	衛生福利部中央健康保險署	1010203113	102/12
37	全民健康保險年報 20132014	衛生福利部中央健康保險署	1010203110	102/12
38	遇健幸福	衛生福利部中央健康保險署	1010203118	102/12
39	愛的 365 天	衛生福利部中央健康保險署	1010203123	102/12
40	全民健康保險法規要輯	衛生福利部中央健康保險署	1010202530	102/11
41	食品添加物手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010200727	102/03
42	食品添加物稽查手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010200890	102/04
43	鑽石行動 All In One	衛生福利部食品藥物管理署	1010201264	102/06
44	藥政，開步走	衛生福利部食品藥物管理署	1010201265	102/06
45	罕藥彌補 愛無憾	衛生福利部食品藥物管理署	1010201266	102/06
46	國產維生素類錠狀膠囊狀食品手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010201315	102/07
47	六大行動 go go go!	衛生福利部食品藥物管理署	1010201386	102/07
48	102 年度藥物濫用防制指引	衛生福利部食品藥物管理署	1010201707	102/08
49	塑膠類食品容 (器) 具或包裝衛生安全與標示 100 問	衛生福利部食品藥物管理署	1010202613	102/10
50	揭開食品藥物國家實驗室密碼準	衛生福利部食品藥物管理署	1010202658	102/11
51	小型自助餐飲從業人員衛生操作參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010202692	102/12
52	新住民 安全用藥手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010203038	102/12
53	藥嗨，不藥害	衛生福利部食品藥物管理署	1010203163	102/12
54	米食材風險管控指引手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010203463	102/12
55	臺灣藥品 GMP 的蛻變與成長	衛生福利部食品藥物管理署	1010203628	102/12
56	生物藥品檢驗基準 (III)	衛生福利部食品藥物管理署	1010203631	102/12
57	餐飲業食品安全管制系統 (HACCP) 一致性釋疑手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010203745	102/12
58	餐飲業食材危害分析參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010203746	102/12
59	小型烘焙業者正確選擇食品原物料及食品添加物	衛生福利部食品藥物管理署	1010203773	102/12
60	小型烘焙加工業者衛生作業參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010203774	102/12
61	感染與疫苗	衛生福利部疾病管制署	1010200488	102/02
62	庫賈氏病及其他人類傳播性海綿樣腦症感染管制與病例通報指引手冊	衛生福利部疾病管制署	1010200808	102/05
63	SARS 10 年生聚與教訓	衛生福利部疾病管制署	1010201600	102/08
64	登革熱 / 登革出血熱臨床症狀、診斷與治療	衛生福利部疾病管制署	1010201599	102/08
65	結核病診治指引	衛生福利部疾病管制署	1010201720	102/08
66	愛滋病檢驗及治療指引	衛生福利部疾病管制署	1010201943	102/09
67	季節性流感防治工作手冊	衛生福利部疾病管制署	1010202194	102/10
68	校園結核病防治專書	衛生福利部疾病管制署	1010203737	102/12

期刊類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號 GPN	創刊 年月
1	中醫藥年報(光碟版)第二期	衛生福利部	4610101841	102/12
2	醫療爭議審議報導	衛生福利部	2009105992	91/11
3	國民醫療保健支出	衛生福利部	2008900478	89/06
4	公務統計	衛生福利部	2009502827	95/12
5	死因統計	衛生福利部	2009502599	95/08
6	醫療機構現況及醫院醫療服務量統計	衛生福利部	2009502598	95/08
7	衛生報導季刊	衛生福利部	2010201852	80/03
8	衛生福利報導季刊	衛生福利部	2010201852	102/09
9	中華民國公共衛生年報	衛生福利部	2008800168	88/12
10	《中醫藥雜誌》	衛生福利部國家中醫藥研究所	2007900025	79/10
11	衛生福利部國家中醫藥研究所 2012 年研究年報	衛生福利部國家中醫藥研究所	1010201620	102/09
12	癌症登記報告	衛生福利部國民健康署	2008200054	82/07
13	子宮頸抹片登記報告	衛生福利部國民健康署	2008700074	87/08
14	出生通報統計年報	衛生福利部國民健康署	2009502148	95/06
15	臺灣菸害防制年報	衛生福利部國民健康署	2009601376	96/06
16	Taiwan Tobacco Control Annual Report	衛生福利部國民健康署	2009601377	96/06
17	國民健康局年報	衛生福利部國民健康署	2009602807	96/10
18	Annual Report : Cherish Life Promote Health	衛生福利部國民健康署	2009602537	96/12
19	全民健康保險雙月刊	衛生福利部中央健康保險署	2008500065	85/05
20	全民健康保險雙月刊	衛生福利部中央健康保險署	2008500224	102/07
21	全民健康保險統計 中華民國 101 年	衛生福利部中央健康保險署	2010202037	102/12
22	食品藥物研究年報	衛生福利部食品藥物管理署	2009902762	99/12
23	Journal of Food and Drug Analysis	衛生福利部食品藥物管理署	2008200056	82/01
24	感染控制雜誌	衛生福利部疾病管制署	2009200952	92/02
25	CDC Annual Report	衛生福利部疾病管制署	2009205617	92/12
26	Statistics of communicable diseases and surveillance report	衛生福利部疾病管制署	2009503743	95/11
27	傳染病統計暨監視年報	衛生福利部疾病管制署	2009503523	95/11
28	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	衛生福利部疾病管制署	2009604164	96/12
29	臺灣結核病防治年報	衛生福利部疾病管制署	2009604162	96/12

電子出版品類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號 GPN	出版 年月
1	中醫藥年報合輯(光碟版)第一至十七期	衛生福利部	4310200512	102/03
2	中醫藥典籍數位化成果合輯	衛生福利部	4310200525	102/03
3	中醫藥年報合輯(光碟版)第十八至二十九期	衛生福利部	4310200689	102/05
4	中藥臨床應用數位學習課程	衛生福利部	4510203710	102/12
5	臺灣菸害防制年報	衛生福利部國民健康署	4709601379	96/6
6	全民健保知識家	衛生福利部中央健康保險署	4710203426	102/12
7	關於健保，你可以知道得更多	衛生福利部中央健康保險署	4710203429	102/12
8	SARS 10 年：生聚與教訓	衛生福利部疾病管制署	4310201601	102/07
9	民國 85 年至 100 年臺灣地區公共衛生發展史 (六~八冊)	衛生福利部	1010200768 1010200769 1010200770	102/4

附錄四：衛生福利部 102 年科技綱要計畫一覽表

科技施政重點	科技綱要計畫	法定預算 (仟元)
一、推動任務型導向的醫藥衛生福利及食品科技研究，提供實證基礎以建構優質衛生科技政策，促進醫藥衛生發展	農業生物技術產業化發展方案 - 基因改造食品安全評估環境建置計畫	17,596
	網路通訊國家型科技計畫—電磁場健康效應流行病學研究	3,595
	醫衛科技政策研究計畫	304,432
	食品安全管制科技發展計畫	267,048
	藥物安全品質提升科技計畫	286,663
	創造 NHI 價值：落實健保改革與保障民眾就醫之研究	81,456
	物質成癮整合型計畫	54,764
	實證衛生政策轉譯研發計畫	59,977
	氣候變遷對防疫風險評估與應變計畫	23,055
	新興 / 再浮現傳染病監測技術開發與應用計畫	36,253
	醫療感染控制發展計畫	32,511
	結核病防治整合型計畫	54,865
	愛滋病防治整合型計畫	24,790
二、結合臨床與基礎科學，致力於開創性轉譯醫學研究。	臺灣 cGMP 生物製劑廠運作計畫	126,879
	衛生福利部科技管理計畫	33,399
	臺灣環境毒物及健康風險評估研究—從塑化劑等環境毒物健康危害著手	184,828
	生技醫藥國家型科技計畫 - 轉譯醫學研究及生技醫藥法規服務	99,336
三、建構醫藥衛生產業發展優勢環境，強化國內外醫藥衛生合作與交流，促成生醫科技產業發展。	卓越臨床試驗與研究計畫	319,694
	奈米國家型科技計畫—在生醫之應用與法規管理	166,066
	臺灣重要感染疾病之病原基因體學、致病機制、預防及治療之新策略	44,359
四、推動衛福資料加值應用雲端化服務及研究資源共享，支援國內醫藥衛生科技研究，提升應用量能	生技醫藥國家型計畫 - 各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫	134,225
	醫衛生命科技研究計畫	1,517,158
	健康資料加值應用雲端化服務計畫	25,724

附錄五：衛生福利部相關網站

序號	網站名稱	網址
1	衛生福利部	http://www.mohw.gov.tw
2	衛生福利部疾病管制署	http://www.cdc.gov.tw
3	衛生福利部國民健康署	http://www.hpa.gov.tw
4	衛生福利部食品藥物管理署	http://www.fda.gov.tw
5	衛生福利部中央健康保險署	http://www.nhi.gov.tw
6	衛生福利部社會及家庭署	http://www.sfaa.gov.tw
7	衛生福利部國家中醫藥研究所	http://www.nricm.edu.tw
8	衛生福利 e 寶箱	http://www.mohw.gov.tw
9	醫事憑證管理中心	http://hca.nat.gov.tw
10	送子鳥資訊服務網	https://ibaby.mohw.gov.tw/
11	衛生福利部中央健康保險署聯合門診中心	http://gon.nhi.gov.tw
12	行政院公報資訊網	http://gazette.nat.gov.tw
13	財團法人國家衛生研究院	http://www.nhri.org.tw
14	財團法人藥害救濟基金會	http://www.tdrf.org.tw
15	財團法人醫藥品查驗中心	http://www.cde.org.tw
16	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	http://www.tjcha.org.tw
17	財團法人食品工業發展研究所	http://www.firdi.org.tw
18	衛生福利部線上申辦服務系統	http://e-service.mohw.gov.tw
19	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
20	臺灣 e 院	http://taiwanedoctor.mohw.gov.tw/
21	全國自殺防治中心	http://tspc.tw
22	食品藥物消費者知識服務網	http://consumer.fda.gov.tw/
23	加工食品追溯系統	http://tfts.firdi.org.tw/tfts/
24	全國藥物不良品報系統	http://recall.fda.gov.tw/
25	全國化妝品不良通報系統	http://cosmetic-recall.fda.gov.tw/TDRF_CUAS/Cuas/Home.aspx

序號	網站名稱	網址
26	中草藥用藥安全資訊網	http://tcam.mohw.gov.tw/
27	健康九九衛生教育資源網	http://health99.hpa.gov.tw
28	國民健康署青少年網站 - 性福 e 學院	http://young.hpa.gov.tw/index.asp
29	健康 123- 國民健康指標互動查詢網	https://olap.hpa.gov.tw/index.aspx
30	國民健康署孕產婦關懷網站	http://mammy.hpa.gov.tw/index.asp
31	國民健康署兒童健康管理系統	https://chp.hpa.gov.tw/
32	國民健康署遺傳疾病諮詢服務窗口	http://gene.hpa.gov.tw/
33	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw/
34	臺灣健康促進學校	http://hpsHOME.giee.ntnu.edu.tw
35	Taiwan IHA 網站	http://www.taiwaniha.org.tw
36	健康資料加值應用協作中心	http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/DM1.aspx?f_list_no=812
37	衛生福利部 AED 急救資訊網	http://tw-aed.mohw.gov.tw
38	照顧者服務交流網	http://familycare.mohw.gov.tw/FCWEB/Resource/srv-detail.aspx
39	健康服務品質政策資訊平台	http://hcqm.mohw.gov.tw/
40	臺灣國際醫療衛生人員訓練中心	http://ptph.gov.tw/tihtc/
41	醫療器材援助平台計畫	http://gmiss.mohw.gov.tw/
42	反性別暴力資源網	http://tagv.mohw.gov.tw/
43	死亡通報網路系統	http://das.mohw.gov.tw/das/
44	關懷 e 起來	https://ecare.mohw.gov.tw/
45	肥胖防治網	http://obesity.hpa.gov.tw/
46	健康職場資訊網	http://health.hpa.gov.tw/
47	癌症登記線上互動查詢系統	https://cris.hpa.gov.tw/
48	兒童及少年收養資訊中心	http://www.adoptinfo.org.tw
49	未成年懷孕求助網站	http://www.257085.org.tw/
50	育兒親職網	http://babyedu.sfaa.gov.tw

中華民國 103 年版

衛生福利年報

Taiwan Health and Welfare Report



刊 期 頻 率

年刊

發 行 人

蔣丙煌

總 編 輯

石崇良

編 輯 委 員

(按筆劃順序排列)

王敦正、江國仁、朱日僑、吳玉琴、商東福、張鈺旋、張雍敏
邱弘毅、彭花春、黃偉宏、莊金珠、褚文杰、郭彩榕、劉興鋒
劉玉菁、陳英作、蔡素玲、蔡閻閻、蔡維誼、鄒玫君、鄧世雄

執 行 編 輯

楊芝青、許雅惠、陳馨慧、李淑珍

出 版 機 關

衛生福利部

地 址

11558 臺北市南港區忠孝東路六段 488 號

網 址

<http://www.mohw.gov.tw/>

電 話

02-8590-6666

傳 真

02-8590-7092

出 版 年 月

中華民國 103 年 11 月

創 刊 年 月

中華民國 88 年 12 月

設 計 印 刷

四點設計有限公司

電 話

02-2321-5942

定 價

新台幣 300 元整

展 售 處

臺北 國家書店松江門市
地址 臺北市松江路 209 號 1 樓
電話 02-2518-0207

台中 五南文化廣場
地址 台中市中山路 6 號
電話 04-2226-0330

I S S N

2409-2630

G P N

2010302163



本手冊採「姓名標示—非商業性—相同方式分享」授權條款釋出。

此授權條款的詳細內容請見：<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw/>



促進全民健康與福祉

ISSN 2409-2630



9 772409 263003

GPN : 2010302163

定價：新台幣300元整

廣告