



中華民國 102 年版

公共衛生年報

落實品質
提升效率
均衡資源

開拓
模範
易學

福利社會

回饋國際



中華民國102年版

公共衛生年報



衛生福利部 編印
中華民國102年12月



序言》

行政院衛生署於民國60年3月17日成立，迄今已逾42年，為因應我國人口結構改變及符合社會進步國家潮流，全方位照顧國人生理、心理及社會各層面之健康，遂配合行政院組織再造計畫，整合衛生醫療與社會福利業務，於民國102年7月23日成立「衛生福利部」，衛生福利部（以下簡稱衛福部）涵蓋之業務擴及社會保險、社會救助、家庭暴力性侵害等保護服務、醫事人員與醫療體系之規劃、護理及長期照護、原住民族及離島居民健康照護、心理健康、精神疾病及物質成癮之防治、中醫藥研究發展、口腔健康及醫療照護、科技發展與國際合作等相關衛生福利事項。

為讓各界瞭解民國101年本部（原行政院衛生署）之施政作為，特出版民國102年版公共衛生年報，呈現民國101年間我國衛生概況、施政作為與具體成果。

為強化民衆全民參與，我們為孕產婦與嬰幼兒、兒童與青少年、中老年及婦女等不同人生階段的國人，積極規劃健康促進政策；為增進新生兒之聽力健康，民國101年3月7日公告「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，全面補助民國101年3月15日（含）起出生3個月內之新生兒聽力篩檢，至民國101年底計有309家醫療機構通過辦理，涵蓋率約95.9%；另為貫徹菸害防制政策，民國101年3月推出二代戒菸，戒菸藥品比照健保收費，低收入戶、山地原住民暨離島地區藥費全免，大幅降低戒菸者之經濟壓力。

結核病防治在我國努力下，確定病例個案數呈現逐年下降之趨勢，衡酌結核病流行現況及評估過去執行成效，參照WHO「The Global Plan To Stop TB 2006-2015」，擬訂我國「結核病十年減半全民動員計畫」，期盼藉由推動DOTS計



畫、落實結核病接觸者檢查等作為，達到民國104年之個案發生率減半之目標；另為因應流感高峰期防治所需，自民國101年12月1日起，擴大公費流感抗病毒藥治之使用要件，增加高燒持續48小時及家人/同事/同班同學有類流感發病者。

為落實食品源頭管理，自民國94年起逐年實施食品安全管制系統（HACCP），民國101年起更將乳品加工業與餐飲業-餐盒食品廠納入稽查對象，同時自民國101年5月8日起實施相關廠家需設置食品安全管制小組，其中至少一人具備食品技師證書之規定，以確保國人食的安全；另我國於民國101年經「第35屆PIC/S會員代表大會」通過，自民國102年起成為PIC/S

（國際醫藥品稽查協約組織）第43個會員國，不但可共享國際藥品安全資訊，並可提升我國製藥產業國際競爭力。

全民健保實施後，許多貧病弱勢民衆因此獲得適當的醫療照護，健保制度成為台灣社會安全的重要制度，為了健保的永續，全民健康保險法修正條文於民國100年1月26日經總統公布，並於民國102年1月1日施行，期盼藉由節制醫療資源使用、減少不當醫療、建立保險財務收支運動機制等內涵，使健保能於原有的穩固基礎上，繼續朝向永續經營的方向前進。

依據人口統計，至民國100年底，我國65歲以上人口比率已達11.15%，隨著人口高齡化，國人對於長期照護的需求也隨之增加，為推展長期照護服務體系，我們積極規劃推動長期照護服務網計畫，研擬「長期照護服務法」，並進行長期照護保險規劃。

為因應國際經貿觀光活動日益頻繁，推展國際衛生事務與醫療服務已成為全球趨勢，自民國98年起我國以觀察員身分參與世界衛生大會（World Health Assembly, WHA），積極參與國際交流合作與提供衛生援助，另積極推展醫療服務國際化，有效運用我國醫療服務技術及品質的優勢，活絡並提升我國醫療服務業之國際競爭力。

回顧過去一年，經歷了相當多的事件，衛生福利部成立後，我們將秉持「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢、福利社會、回饋國際」之施政願景，不斷檢討改進，與時俱進，希望藉由各項業務之推動與改革的落實，為我國衛生福利開啓一個新紀元。

衛生福利部部長

郭文達
謹識

目錄 Contents

落實品質
提升效率
均衡資源
關懷弱勢
福利社會
回饋國際



2013 TAIWAN
PUBLIC

序言	2
[1] 衛生政策	6
第一章 施政目標與重點	7
第二章 衛生行政組織	8
第三章 中央衛生經費	10
[2] 衛生指標	12
第一章 人口指標	13
第二章 生命指標	15
第三章 國民醫療保健支出指標	18
第四章 國際比較	19
[3] 健康促進	22
第一章 健康的出生與成長	23
第二章 健康的生活	25
第三章 健康的環境	26
第四章 健康的高齡化	29
第五章 健康傳播與健康監測	34
[4] 傳染病防治	36
第一章 傳染病防治法規及架構	37
第二章 重要傳染病/新興傳染病防治	39
第三章 防疫整備及感染控制	44
第四章 預防接種	47

HEALTH REPORT

[5]	食品藥物管理	50	[9]	國際衛生合作	91
	第一章 法規標準及產品審查	51		第一章 參與國際衛生組織	92
	第二章 產品源頭管理	52		第二章 國際交流合作	93
	第三章 產品鏈監測	54		第三章 國際衛生援助	97
	第四章 風險評估與國家實驗室	59		第四章 醫療服務國際化	97
	第五章 消費者保護及風險溝通	61			
[6]	健康照護	64	[10]	衛生科技發展	99
	第一章 健康照護體系	65		第一章 醫藥衛生政策研究	100
	第二章 緊急醫療與災害應變	67		第二章 建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及投入生醫科技相關研究	103
	第三章 心理衛生與精神醫療	68			
	第四章 長期照護服務體系	70			
	第五章 醫療品質	72	[11]	衛生科技資訊	106
	第六章 醫事人力	76		第一章 衛生醫療行政資訊化	107
[7]	全民健康保險	78		第二章 醫療照護服務及應用	109
	第一章 健康保險現況	79		第三章 健康資料加值應用服務	111
	第二章 支付制度改革與醫療品質資訊公開	81			
	第三章 擴大照顧弱勢族群	82			
	第四章 落實二代健保	83			
[8]	弱勢族群照護	85		附錄	112
	第一章 身心障礙者之健康照護	86		附錄一 衛生統計指標	113
	第二章 山地離島居民及原住民之健康照護	86		附錄二 法定傳染病確定病例統計	120
	第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護	87		附錄三 衛生福利部民國101年政府出版品	122
				附錄四 衛生福利部相關網站	127



1

衛生政策

- 07 第一章 施政目標與重點
- 08 第二章 衛生行政組織
- 10 第三章 中央衛生經費

現今各國面臨全球化議題，為提升國家競爭力，均致力藉由組織改造，增進政府效能，秉持「精實、彈性、效能」原則，重新檢討政府組織形態；我國現正面臨高齡化、少子化之衝擊，以及新移民之增加，面對人口結構的改變，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，以資因應未來環境。

為將衛生與福利資源整合，於民國102年7月23日正式成立衛生福利部（以下簡稱衛福部），將衛生署現有業務，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，統管公共衛生、醫療、社會福利之公共政策的規劃及評估，建構完善之衛生及社會福利體系，提供全人照護為導向之衛生福利服務。

第一章 施政目標與重點

依據行政院民國101年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，並針對當前社會狀況及未來發展需要，編定民國101年度施政計畫，其目標及重點如次：

一、精進醫療衛生照護，發展長照服務資源，保障民衆就醫權益：健全醫療衛生體系，促進醫療資源合理分布，強化山地離島、偏遠地區醫療照護之可近性，建構整合性社區健康照護網絡，加強急重症醫療照護網絡；規劃「醫療傷害補償制度」，推展全人照護，營造以病人為中心之就醫安全環境，提升病人照護品質，精進醫事人力素質，改善醫事人員執業環境；提升心理健康照護品質，強化精神醫療、心理衛生

及自殺防治工作；完備緊急醫療體系，精進突發事故應變之效能；完備長照服務體系，推動長照服務網計畫，普及長照服務網絡，強化長照服務輸送體系，整合長照機構與人力資源；推動新制身心障礙者鑑定，保障身心障礙者之權益；結合資訊科技，推動遠距健康照護，促進健康照護升值。

- 二、落實防疫整備，免除疫病威脅：強化現有傳染病監視系統之功能，落實疫病之監視及通報，積極拓展防疫工作之國際合作與交流；推行各項預防接種，提高全民免疫力，強化本土傳染病防治，辦理登革熱、腸病毒等急性傳染病防治、結核病及愛滋防治等計畫；推展我國因應流感大流行準備計畫，預作物資儲備及應變演練，降低流感大流行對民衆健康之衝擊。
- 三、營造友善健康支持環境，擴大預防保健服務，促進全民參與：建立健康的支持性環境，培養健康生活型態，推動肥胖、菸害、檳榔及酒品等健康危害防制，維護個人、家庭及社會之健康；建立健康資訊監測機制，監測國人健康狀態；健全生育保健服務，建置友善的生產及母乳哺育環境，擴大罕見疾病等醫療照護補助，強化兒童及青少年健康促進工作及成人預防保健服務，加強主要慢性病之防治，擴大辦理癌症篩檢，提升主要癌症之篩檢率，強化診療品質，降低癌症病人死亡率；建立支持性的高齡友善環境，促進活力及健康老化，營造樂活社區、健康城市、健康醫院及輔導健康學校、健康職場。
- 四、強化食品藥物管理，保障民衆健康：強化食品、藥物、化妝品管理及風險評估，健全輸入藥物食品管理體系，加強食品源頭

管理，輔導食品業者建立食品安全管制系統，加強跨部會之協調合作機制；建構我國藥物管理一元化及符合國際潮流之醫藥品審查機制；落實管制藥品之管理與輔導，強化藥物濫用防制體系，有效減少藥物濫用；推廣民間實驗室認可制度，建構完整實驗室監測網，提升檢驗能量及時效，因應緊急動員檢驗之需。

五、健全健保及推動長照保險制度，保障民衆權益：推動二代健保各項改革，落實收支連動機制，確保健保永續經營；推動全民健保支付制度改革，提升資源使用效能，減少不當醫療，落實資訊公開；進行長照保險制度細部規劃，推動長照保險立法；強化全民健保之監理及爭議審議機制。

六、制定科技研發相關政策：加強醫藥衛生科技研究與發展，發展國內生醫科技產業，推廣衛生科技服務，提升研發應用量能；促進中醫藥研究之科學化與現代化，推廣中醫藥數位知識。

七、促進國際交流與合作：推展衛生之多邊、雙邊及兩岸之國際衛生合作及交流；參與衛生之相關國際組織；辦理衛生之國際醫療援助與合作。

八、提升組織量能：提升公務人員考試及格錄取人員進用比率，為本部培育新一代衛生專業人才；充實衛生專業人力，強化人員之教育訓練及進修，提升專業面、管理面及國際觀之核心能力，建立優質工作團隊。

第二章 衛生行政組織

我國衛生行政組織原分為「中央、省（市）、縣（市）」3級，配合民國88年「地方制度法」公布施行後，衛生行政組織簡化為「中央、直轄市及縣（市）」2級，在中央，

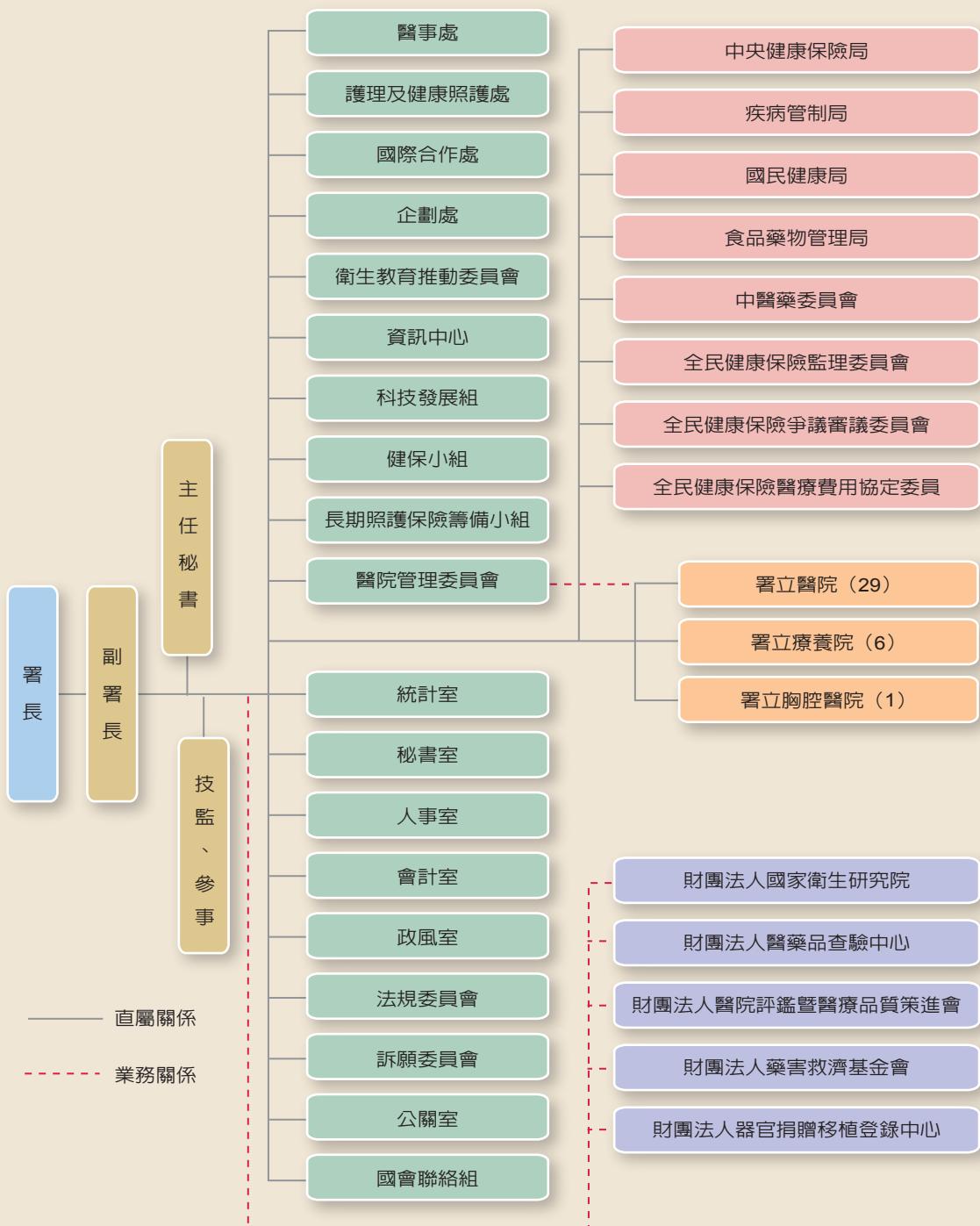
衛生福利部為我國最高衛生及社會福利行政機關，負責全國衛生及社會福利行政事務，並對各級地方衛生及社會福利機關有業務指導、監督和協調的責任。

第一節 現行中央衛生行政組織

行政院衛生署於內部原設有醫事處、護理及健康照護處、國際合作處、企劃處等4處，另有衛生教育推動委員會、資訊中心、科技發展組、健保小組、長期照護保險籌備小組、醫院管理委員會、法規委員會等任務編組單位。所屬機關則包括：中央健康保險局、疾病管制局、國民健康局、食品藥物管理局、中醫藥委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、20家署立醫院、6家署立療養院及1家署立胸腔病院。另外，衛生署捐助設立財團法人國家衛生研究院、財團法人醫藥品查驗中心、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、財團法人藥害救濟基金會及財團法人器官捐贈移植登錄中心，如圖1-1。

自民國102年7月23日起衛生福利部正式成立，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）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1-2。

圖1-1 民國101年行政院衛生署組織系統圖

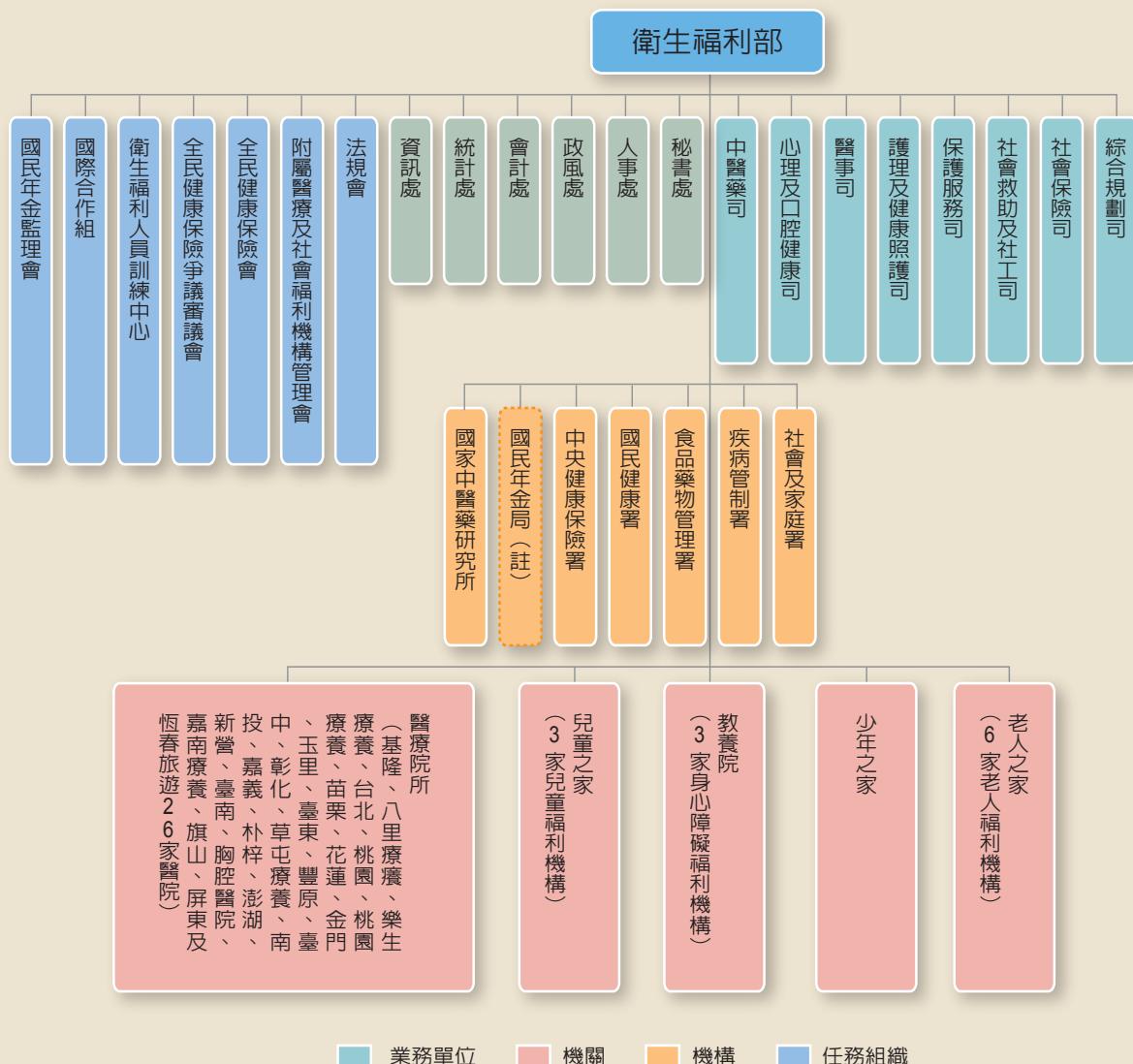


衛生福利部成立後，總員額自10,845人增加為12,182人，公務預算規模也自每年756億成為1,504億，業務涵蓋醫療服務、預防保健、全民健康保險、疾病防治、衛生食品、福利服務、社會救助、社會保險等層面。

第三章 中央衛生經費

民國101年度審計部審定決算數共801億7,822萬3千元，其中，社會保險支出為575億0,271萬元，占決算之71.72%；醫療保健支出

圖1-2 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

為186億1,889萬1千元，占決算之23.22%；科學支出為39億7,922萬8千元，占決算之4.96%；教育支出為7,639萬4千元，占決算之0.1%；社會救助支出為100萬元，占決算之0.001%。如圖1-3。

民國102年度衛生預算共編列755億6,226萬2千元，其中，社會保險支出編列526億

8,072萬6千元，占衛生預算之69.72%；醫療保健支出編列189億1,169萬3千元，占衛生預算之25.03%；科學支出編列38億9,867萬3千元，占衛生預算之5.16%；教育支出編列7,017萬元，占衛生預算之0.09%；社會救助支出編列100萬元，占衛生預算之0.001%。如圖1-4。

圖1-3 101年度中央衛生經費審計部審定決算分布圖

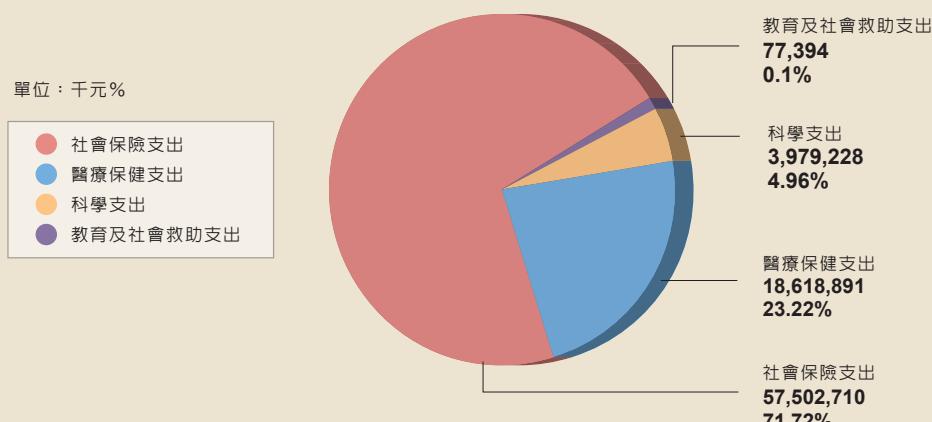
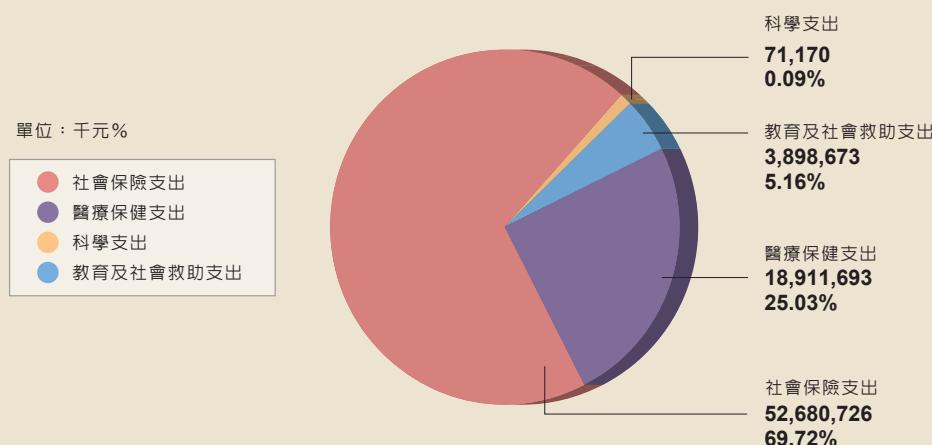


圖1-4 102年度中央衛生經費編列分布圖



2

衛生指標

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



雖然近半世紀以來，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。然戰後嬰兒潮出生人口已開始邁入老年期，人口結構高齡化，首當其衝的就是人口老化的健康與疾病問題，也牽動著國家整體經濟成長的趨勢，進而影響國民醫療保健支出的需求配置、推動與落實，全民健康保險實施，也記錄著臺灣公共衛生進步的成果及歷史發展的軌跡。謹就我國衛生統計重要指標如，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。

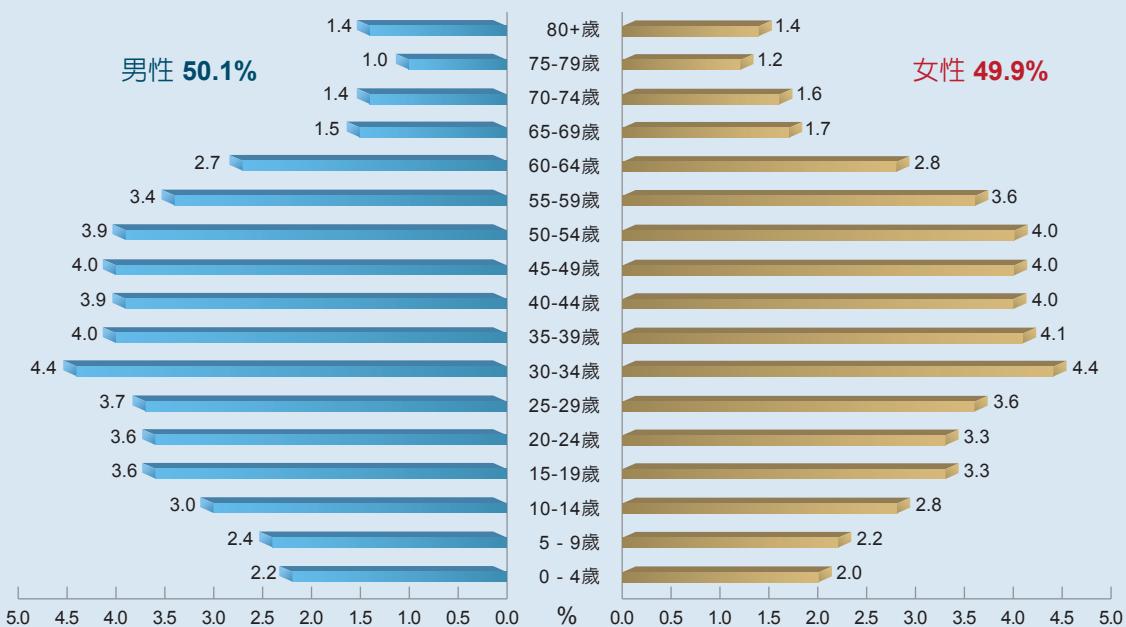
第一章 人口指標

民國101年底我國總戶籍登記人口共2,332萬人，人口密度每平方公里達644人，按縣市別分，臺北市9,835人最為稠密、嘉義市達4,518人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為72人、64人。

一、人口年齡結構

民國 78 年底我國人口突破 2,000 萬人，受出生率逐年下降影響，平均每年僅以 0.6% 速率成長。民國 101 年男性人口 1,167 萬人，女性人口 1,164 萬人，人口性比例（Sex Ratio (Female =100)）【男性人口數 / 女性人口數 *100】為 100，人口年增率為 3.9‰，而人口年齡中位數為男性 36.5 歲、女性 38.1 歲，如圖 2-1。

圖2-1 民國101年我國人口年齡結構圖



若以人口年齡結構觀察，我國老年人口比率於民國82年突破7%，進入高齡化國家之列。0~14歲幼年人口比率，由民國90年20.8%降至民國101年14.6%，同期間65歲以上老年人口比率則由8.8%升至11.2%，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（Dependency Ratio）【(0~14歲人口+65歲以上人口)/15~64歲人口*100】由民國90年42.1%降至101年34.7%，主要係扶幼比（Young Age Population Ratio）【0~14歲人口/15~64歲人口*100】快速下降而扶老比（Old Age Population Ratio）【65歲以上人口/15~64歲人口*100】平穩上升所致。

二、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（Crude Birth Rate（‰）【出生數/年中人口數*1,000】由民國90年11.7‰降至民國99年7.2‰，因適逢虎年創歷史新低，民國100年後緩升，至民國101年因「龍年」（詳虛線）之故再回升至9.9‰；粗死亡率（Crude Death Rate（‰）【死亡數/年中人口數*1,000】由民國90年5.7‰微幅上升至民國101年6.6‰。以致人口自然增加率（Natural Increase Rate（‰）【粗出生率減粗死亡率】為由民國99年0.9‰的谷底，緩升至民國101年3.2‰，長期綜觀，仍呈逐年下滑態勢，如圖2-3。

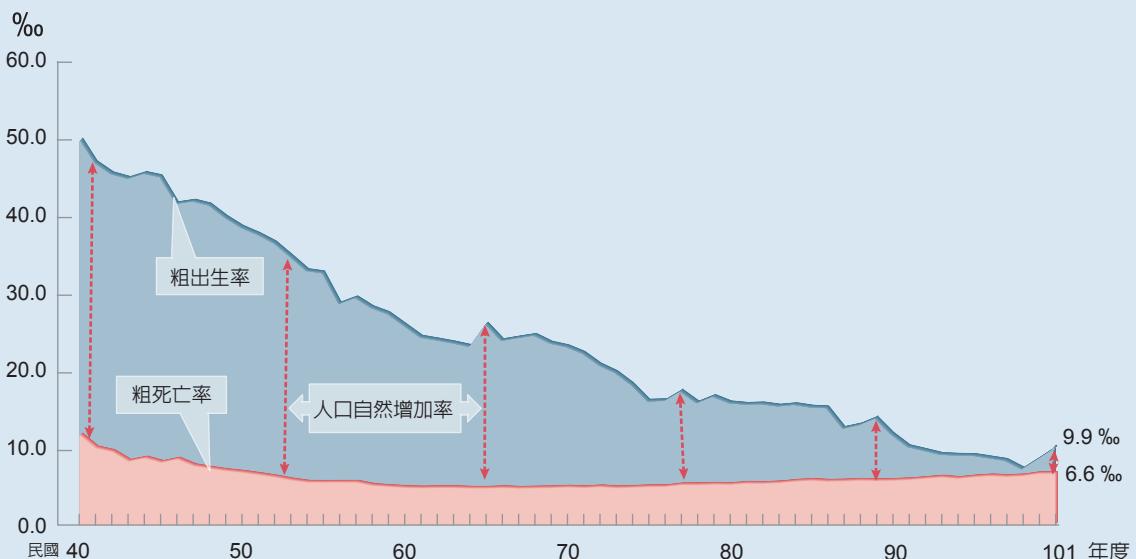
圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖



表2-1 歷年人口結構與扶養比

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	%	%	%	%	%
民國70年	18,194	31.63	63.96	4.41	49.45	6.90
民國80年	20,606	26.34	67.13	6.53	39.23	9.73
民國90年	22,406	20.81	70.39	8.81	29.56	12.51
民國100年	23,225	15.08	74.04	10.89	20.37	14.70
民國101年	23,316	14.63	74.22	11.15	19.72	15.03

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



三、平均餘命 (Life Expectancy)

就國人平均餘命整體變動觀之，我國國民0歲平均餘命由民國91年之77.2歲逐年提高為至民國101年為79.5歲，10年來增加2.3歲。男性由74.6歲提高為76.4歲，增加1.8歲；女性由80.2歲提高為82.8歲，增加2.6歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

第二章 生命指標

一、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，主要死因已由民國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。

圖2-4 國人0歲平均餘命



民國101年國人死亡人數為15萬3,823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450.6人，較上年減少2.5%，較民國91年減少16.5%。

民國97年起國人死因係以國際疾病與死因分類第10版（ICD-10）進行統計，民國101年十大主要死因分別為：（1）惡性腫瘤、（2）心臟疾病（高血壓性疾病除外）、（3）腦血管疾病、（4）肺炎、（5）糖尿病、（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；其排名與上年比較，糖尿病與肺炎、慢性肝病及肝硬化與高血壓性疾病順位交換，如圖2-5。

二、十大主要癌症死因

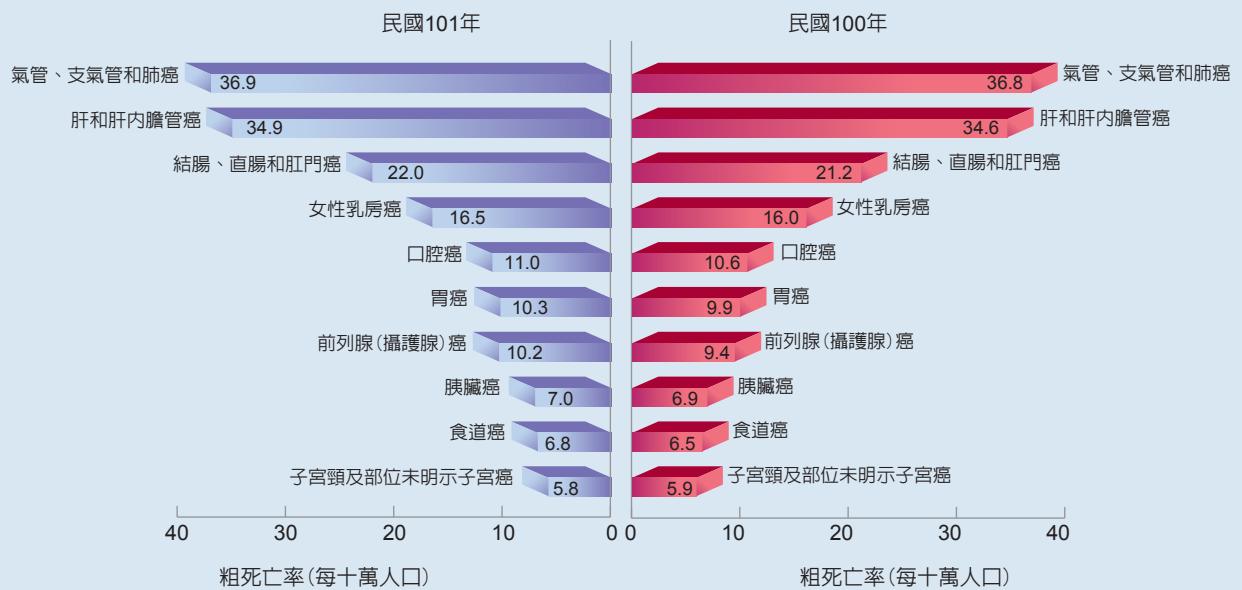
民國101年國人癌症死亡人數為4萬3,665人，占所有死因死亡人數的28.4%，標準化死亡率每十萬人口為131.3人，較上年下降0.7%。

民國101年國人十大主要癌症死因順序為：（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）胃癌、（7）前列腺（攝護腺）癌、（8）胰臟癌、（9）食道癌、（10）子宮頸癌及部位未明示子宮癌，如圖2-6。

圖2-5 十大主要死因之變化



圖2-6 十大主要癌症死因之變



三、新生兒、嬰兒、孕產婦死亡率

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】雖因民國84年實施出生通報而略有上升外，大體而言仍呈下降趨勢，民國101年新生兒死亡率已降至2.3‰，較民國70年下降0.8個千分點；同期間嬰兒死亡率由8.9‰降至3.7‰。孕產婦死亡率 $19.4/10^5$ 降為 $8.5/10^5$ ，如圖2-7。

第三章 國民醫療保健支出指標

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。我國自民國84年3月開辦全民健康保險，

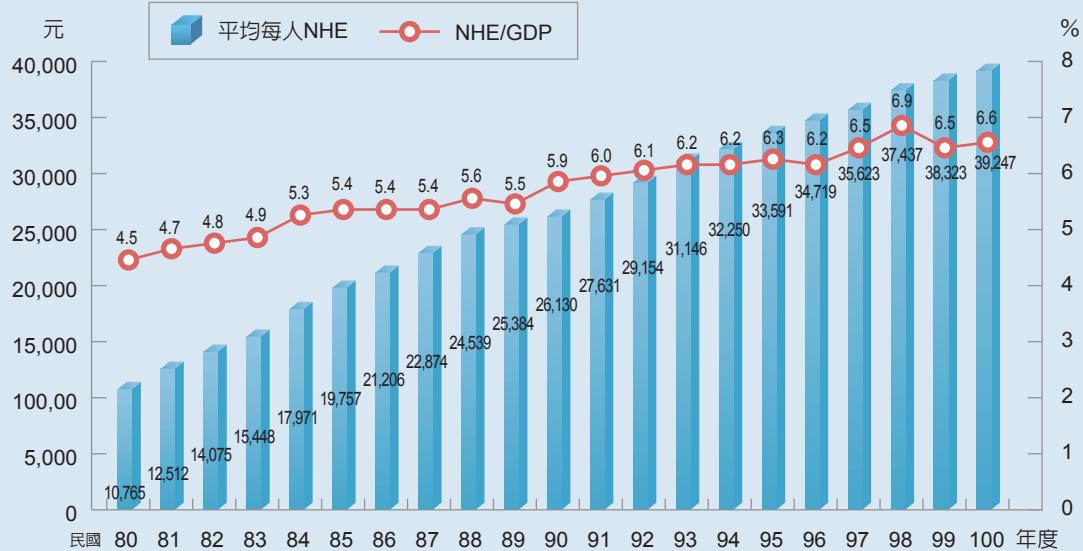
該年國民醫療保健支出年增率達17.3%，其增幅甚大於同年國民所得成長率，自此以後，醫療保健支出占GDP比顯著增加。民國100年國民醫療保健最終支出（NHE）為9,103億元。

自民國80年起，我國平均每人國民醫療保健支出呈現穩定上升，且民國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）比隨即由民國83年4.9%提升至民國84年5.3%，至民國100年達6.6%，顯示全民健康保險實施後國民就醫之可近性顯著提升。近10餘年來，平均每人國民醫療保健支出呈逐年上升趨勢，由民國80年之1萬765元，增至民國100年之3萬9,247元，平均年增率為6.7%，如圖2-8。

圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE



第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2012 Population Reference Bureau 資料顯示，西元2012年全球人口為70.58億人，預估至西元2050年，將達96.24億人，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2-2。

西元2012年全球總生育率（Total Fertility Rate）（表示每婦女在一生中可能有多少個活產）為2.4，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2-2。

二、平均餘命之比較

西元2010年，世界主要國家男性0歲平均餘命均在75歲以上，以日本、澳洲80歲為最高；台灣為76歲，約當日本西元1990年之水準。另由西元1960-2010年間差異分析，近50年來我國男性平均餘命增加14歲，僅次於日本，居主要國家之第二高。

西元2010年，女性0歲平均餘命均在81歲以上，以日本86歲為最高，法國85歲居次、澳洲84歲第三，台灣為83歲，約當日本西元1990年之水準。若以西元1960-2010年時間差異分析，近50年來我國女性平均餘命增加17歲超越日本，居主要國家之冠，如表2-3。

表2-2 世界主要國家人口概況

	年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		2050 vs 2012 人口 倍數比	總生育率	出生率	死亡率	人口自然 增加率
		2012年	2025年	2050年				
全球	7,058.0	8,082.0	9,624.0	1.4	2.4	20	8	1.2
臺灣	23.3	23.5	20.8	0.9	1.1	9	7	0.2
新加坡	5.3	5.8	6.1	1.2	1.2	10	4	0.5
日本	127.6	119.8	95.5	0.7	1.4	9	10	-0.2
韓國	489	50.9	47.2	1.0	1.2	10	5	0.4
加拿大	34.9	39.9	48.6	1.4	1.7	11	7	0.4
美國	313.9	351.4	422.6	1.3	1.9	13	8	0.5
英國	63.2	70.5	79.6	1.3	2.0	13	9	0.4
法國	63.6	67.4	72.4	1.1	2.0	13	9	0.4
德國	81.8	79.2	71.5	0.9	1.4	8	10	-0.2

資料來源：2012 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

表2-3 世界主要國家0歲平均餘命

	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2010 年	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2010 年
	男性							女性						
臺灣	62	67	70	71	74	75	76	66	72	75	77	80	81	83
英國	68	69	70	73	75	77	79	74	75	76	79	80	81	83
美國	67	67	70	72	74	...	76	73	75	77	79	80	...	81
法國	67	68	70	73	75	77	78	74	76	78	81	83	84	85
德國	67	67	70	72	75	76	78	72	74	76	78	81	82	83
加拿大	...	...	72	74	77	...	...	...	...	79	81	82	...	...
挪威	71	71	72	73	76	78	79	76	77	79	80	81	83	83
荷蘭	72	71	73	74	76	77	79	75	77	79	80	81	82	83
澳洲	68	67	71	74	77	79	80	74	74	78	80	82	83	84
紐西蘭	69	68	70	72	76	78	79	74	75	76	78	81	82	83
日本	65	69	73	76	78	79	80	70	75	79	82	85	86	86

附註：2012年我國0歲平均餘命，男性為76.2歲、女性為83.0

資料來源：2012 OECD Health Data

三、醫療保健支出之比較

西元2010年我國平均每人國民醫療保健支出（NHE）為1,211美元，低於中位數3,673美元，約當OECD會員國第29位，僅高於愛沙尼亞、匈牙利、波蘭、智利、土耳其及墨西哥六國；平均每人國內生產毛額（GDP）為18,503美元，低於中位數36,344美元，約當OECD會

員國第28位，僅高於斯洛伐克、愛沙尼亞、匈牙利、波蘭、土耳其、智利及墨西哥七國。整體而言，平均每人GDP愈高的國家其平均每人NHE亦愈高，西元2010年我國NHE占GDP比為6.5%，低於中位數2.8個百分點，與OECD會員國比較，屬相對較低之國家，如表2-4。

表2-4 2010年OECD會員國與我國平均每人NHE與GDP

排名	國名--以平均每人NHE排序		NHE/GDP (%)	平均每人NHE (美元)	平均每人GDP (美元)
中位數			9.3	3,673	36,344
1	美國	United States	17.6	8,233	46,747
2	挪威	Norway	9.4	8,097	85,384
3	瑞士	Switzerland	11.4	7,992	67,489
4	丹麥	Denmark	11.1	6,278	56,238
5	盧森堡 ²⁰⁰⁹	Luxembourg ²⁰⁰⁹	7.9	6,196	104,354
6	加拿大	Canada	11.4	5,419	46,236
7	荷蘭	Netherlands	12.0	5,308	46,903
8	瑞典	Sweden	9.6	4,713	49,274
9	奧地利	Austria	11.0	4,684	45,180
10	德國	Germany	11.6	4,391	40,113
11	法國	France	11.6	4,336	39,460
12	比利時	Belgium	10.5	4,288	43,077
13	澳大利亞 ²⁰⁰⁹	Australia ²⁰⁰⁹	9.1	4,094	45,635
14	愛爾蘭	Ireland	9.2	4,004	46,168
15	英國	United Kingdom	9.6	3,771	36,344
16	日本 ²⁰⁰⁹	Japan ²⁰⁰⁹	9.5	3,735	39,489
17	芬蘭	Finland	8.9	3,733	44,380
18	冰島	Iceland	9.3	3,673	39,541
19	紐西蘭	New Zealand	10.1	3,251	32,556
20	義大利	Italy	9.3	2,983	34,010
21	西班牙	Spain	9.6	2,733	30,223
22	希臘	Greece	10.2	2,575	26,625
23	葡萄牙	Portugal	10.7	2,176	21,499
24	以色列 ²⁰⁰⁹	Israel ²⁰⁰⁹	7.5	1,980	26,033
25	斯洛維尼亞	Slovenia	9.0	1,949	22,897
26	南韓	Korea	7.1	1,452	20,532
27	捷克	Czech Republic	7.5	1,402	18,791
28	斯洛伐克	Slovak Republic	9.0	1,364	16,035
29	台灣	Taiwan	6.5	1,211	18,503
30	匈牙利	Hungary	7.8	1,002	12,863
31	智利	Chile	8.0	947	11,901
32	波蘭	Poland	7.0	863	12,293
33	愛沙尼亞	Estonia	6.3	847	14,147
34	土耳其 ²⁰⁰⁸	Turkey ²⁰⁰⁸	6.1	625	10,279
35	墨西哥	Mexico	6.2	576	9,305

資料來源：2012 OECD Health Data

3

健康促進

- 23 第一章 健康的出生與成長
- 25 第二章 健康的生活
- 26 第三章 健康的環境
- 29 第四章 健康的高齡化
- 34 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）」，本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，並依據健康監測調查及研究之實證資料、檢視人權、性別平等觀點、考慮當前社會狀況及未來發展，訂定各項因應政策或修正政策目標及策略，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

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的孕期婦女 10 次產前檢查服務。自民國 90 年起，本項服務利用率皆維持近 9 成左右，民國 101 年孕婦產前檢查之平均利用率 90.9%，至少產檢 1 次為 98.58%、至少產檢 4 次為 97.35%。

(二)自民國 99 年起，優先補助低收入戶孕婦「乙型鏈球菌篩檢」檢驗費用，自民國 101 年 4 月 15 日起全面補助，每案補助 500 元。

二、出生性別比

自民國 99 年起，建立出生性別比監測機制，掌握各接生院所新生兒性別比，結合衛生局就資料異常院所作進一步訪查瞭解，並掃蕩宣稱包生男或宣傳提供性別篩選的違規廣告，更於各縣市衛生局成立查報窗口以及增修相關法令，加強大眾宣導。我國出生性別比由民國 99 年的



1.090，降至 101 年的 1.074，創下 25 年來（自民國 76 年後）新低，已趨近正常值。特別是過去「一定要生兒子」的第三胎，也從 99 年的 1.203，降至 100 年的 1.130、101 年的 1.115，創下 24 年來（自 78 年以來）的最低值。

第二節 嬰幼兒及兒童健康

一、新生兒先天性代謝異常篩檢

新生兒於出生後滿 48 小時採集血液進行先天性代謝異常篩檢，民國 101 年共篩檢 23 萬 3,118 人，篩檢率達 99% 以上，其常規篩檢項目包括：葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症（G-6-PD 缺乏症）等 11 項，對於異常個案給予追蹤轉介、確診及適當的治療。

二、健全兒童發展篩檢、兒童預防保健服務及發展聯合評估

- (一) 補助醫療院所提供 7 歲以下兒童預防保健服務，以建立連續性健康管理與保健指導，強化兒童發展篩檢、提供多元服務、轉介及確診通報功能。
- (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 縣市廣設置兒童發展聯合評估中心，每縣市至少設置 1 至 4 家。
- 三、「公共場所母乳哺育條例」於民國 99 年 11 月 24 日公布施行；持續辦理母嬰親善醫療院所認證計畫；辦理母乳哺育種子講師訓練計畫；鼓勵各縣市培育母乳哺育志工，成立支持團體；提供免費諮詢專線服務 0800-870870（抱緊您抱緊您（國語諧音））及設置母乳哺育網站。產後 1 個月以下純母乳哺育率自民國 93 年之 46.6%，提高至民國 101 年 71.9%。

第三節 青少年健康

- 一、設置青少年網站/性福e學園，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。
- 二、深入社區與校園，提供青少年性健康促進諮詢（商）服務，於 19 縣市 113 所學校，辦理宣導講座。另以 MSN 與電話為諮詢平臺，進而轉介有需要的青少年進入個別諮詢或醫療院所接受診療。
- 三、結合 39 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，並橫向結合教育部、疾管署，並透過縱向衛生體系，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、研究及跨部會結合，依實證基礎共同推動學童視力保健工作。持續推動滿 4 歲及滿 5 歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作」；另辦理「近視流行病學及防治策略相關文獻回顧計畫」，其結論建議近視之危險因子為長期近距離用眼，而充足的戶外活動時間為保護因子；委託辦理「學齡前至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、民國 101 年 3 月 7 日公告「新生兒聽力篩檢補助服務方案」，全面補助民國 101 年 3 月 15 日（含）起出生 3 個月內之新生兒聽力篩檢。



- 三、民國 101 年提供未滿 5 歲兒童每半年牙齒塗氟一次，提供山地原住民族地區以及離島、身心障礙者、低收入戶及中低收入戶之國小 1-2 年級學童恆臼齒窩溝封填服務，並於民國 101 年 7 月 18 日起，推動幼兒園及社區塗氟。
- 四、自民國 90 年起，全面推動全國各國小學童含氟漱口水計畫，民國 101 年起辦理以職場為推動基礎之口腔健康照護模式計畫，辦理員工口腔教育訓練等。

第二章 健康的生活

第一節 無菸的生活

一、戒菸作為

自民國91年開始，政府以「菸品健康福利捐」定額補助（每週新臺幣250元的戒菸藥品費）戒菸服務，戒菸者每週仍需負擔大約新臺幣550-1,250元的費用，許多吸菸者可能無力負擔。民國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，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。

二代戒菸將社區藥局納入提供戒菸服務的行列，透過藥局的便捷性、藥師的專業性及服務時間的彈性，提供客制化的衛教與支持。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

- (一) 服務量：民國 101 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 64,967 人較 100 年的 48,765 人成長 33.2%。
- (二) 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 101 年 6 個月點戒菸率為 30.1%，較 100 年同期的 26.6% 成長 3.5%。
- (三) 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，101 年總計 1 萬 9,555 人成功戒菸，較 100 年的 1 萬 2,971 人成長 50.7%。
- (四) 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 101 年整體滿意度為 8.1 分。



第二節 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歲以上男性嚼檳率，從民國96年的17.2%降至民國101年的10.9%。工作重點描述如下：

- 一、民國93年起，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，民國101年針對高嚼檳榔地區73所國中小加強輔導無檳校園，其中4所為行動研究學校，以利未來推廣。
- 二、民國97年起，每年補助社區健康營造單位，於社區推動檳榔防制工作，藉由社區首長帶動宣示或訂定無檳生活公約，辦理衛教、宣導講座，透過創意或節日加強宣導、口腔病友現身說法、協助民衆戒除檳榔，及提供嚼檳榔者口腔黏膜檢查。
- 三、民國101年透過衛生局所和民間單位，協助305個高嚼檳榔職場，營造無檳環境；並於212家醫院成立402班戒檳班。民國94年起補助國軍辦理「菸害暨檳榔防制計畫」，於軍中營造無檳榔支持環境。

第三節 安全的生活

- 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人員訓練，增加居家事故傷害防制知能。
- 二、提供7歲以下兒童的7次預防保健服務時，請醫護人員對於各年齡層之兒童，提供各項預防事故傷害的衛教，並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、民國101年辦理「兒科醫師對事故傷害預防介入模式研究計畫」後續擴充，延續民國100年評估兒科醫師於診間施作衛教介入對家長在幼兒事故傷害上的成效後，分區辦理4場兒科醫師事故傷害診間教育訓練，並對收案對象預防再次傷害進行成效評估，另研究確認經過兒科醫師診間衛教介入能顯著提高主要照顧者不安全行為的改善率，幼兒再發生事故傷害的比例也較對照組低。

四、推動安全社區與安全學校計畫，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與國際安全學校認證。

第三章 健康的環境

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。

二、促進國內、外推動健康城市成果交流，民國101年與臺灣健康城市聯盟合作辦理「第四屆臺灣健康城市獎項評選頒獎典禮」；至民國101年底，國內有10縣市及11地區，以非政府組織名義獲准加入健康城市聯盟（Alliance for Healthy Cities, AFHC）會員，並參加AFHC於澳洲召開之第五屆健康城市會員大會暨國際研討會，其中臺南市、苗栗縣、屏東市及新竹市獲得AFHC之健康城市創新發展獎（Award for Creative Developments in Healthy Cities）。

第二節 健康社區

民國101年社區健康營造計畫，補助17個縣市衛生局營造142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「社區安全促進」等，各項議題辦理成果如下：

- 一、菸酒檳榔防制議題：辦理不吸菸活動，開設戒檳班推動無檳職場等。
- 二、肥胖防治議題：推動健康減重活動，成功減去221.8公噸多餘體重並輔導1,022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活動。
- 四、社區安全促進議題：補助28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 健康學校

- 一. 自民國97學年度起成立「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。民國101學年度全國國中小學及7成以上高中職全面推動校園菸害及檳榔危害防制、健康體位、口腔保健、視力保健、性教育及用藥安全等健康議題。
- 二. 民國101年度參考WHO「健康促進學校發展綱領：行動架構」（Health Promoting School: A Framework for Action）訂定健康促進學校國際認證標準，計6項標準，24個子標準，63項評量項目；辦理健康促進學校國際認證工作，由國內外之專家審查報名之214所學校，遴選出4所金質獎、14所銀質獎及120所銅質獎。

第四節 健康職場

- 一、自民國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。

二、民國96年首度辦理全國「健康職場自主認證」，參考WHO「健康職場持續改善流程」，訂定評核項目，鼓勵職場建立健康促進政策及支持性環境。民國101年表揚39家績優健康職場。依民國101年調查結果，職場員工吸菸率為15.8%，較民國99年下降1.1%。

第五節 健康醫院

一、積極參與 WHO 健康促進醫院國際網絡運作

- (一) 至民國101年底，共有93家醫院通過WHO健康促進醫院國際網絡認證，健康促進醫院臺灣網絡，已成為全球最大的網絡。
- (二) 本部國民健康署與WHO健康促進醫院國際網絡秘書處合作，民國100年10月辦理WHO-HPH Autumn School (WHO-HPH Recognition Project-Advanced Course)，並輔導15家國內醫院參與健康促進醫院進階認證跨國計畫。民國101年新增6家醫院參與。

二、推動低碳醫院

- (一) 本部國民健康署主導之「健康促進醫院與環境友善工作委員會」與國際無害醫療組織（Health Care Without Harm, HCWH）於民國101年4月11日舉行健康促進醫院與環境友善會前會議（Pre-Conference on HPH and Environment），同時也召開Global Green and Healthy Hospitals Network（全球綠色與健康醫院網絡）之東南亞宣告儀式，來自世界13個國家與臺灣醫院代表一起參與此宣告（臺灣有21家醫院



參加)，呼籲全球各地重視環境永續的健康照護機構一起來推動社區的環境健康。

(二) WHO 與 HCWH 於 97 年出版「Healthy Hospitals – Healthy Planet – Healthy People」手冊，由 HCWH 在 2011 年擴充成「全球綠色與健康醫院優先工作綱要」(Global Green and Healthy Hospital Agenda)，將醫療業對環境影響分為 10 大面向，並提供了每個面向的行動項目，供醫院推動環保措施之執行參考。民國 101 年 8 月，本部國民健康署參考該 10 大面向為基礎，將其工作項目清單略加修改、彙整成為 8 大面向（領導、化學物、廢棄物、能源、水、運輸、食物、建築）、84 個項目的「醫院環境友善行動自我評估表」。該份自評表於民國 101 年 9-10 月間先行寄送予臺灣醫院試辦，共有 150 家醫院回應，回收率達 91%；經初步分析，臺灣醫院於領導、廢棄物及水面向表現較好；運輸及食物面向較為不足。

第六節 肥胖防治

一、制訂健康的公共政策：推動國民營養法草案、健康促進法草案、研議修正食品衛生

管理法，將易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範；推動及落實公共場所母乳哺育條例，提昇母乳哺餵，以防治兒童肥胖。

二、建構健康的支持性環境：建置肥胖防治網站及「0800-367-100」電話諮詢服務專線，提供健康體重管理資訊；建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」；建置健康飲食資訊系統，鼓勵餐廳提供有清楚、易懂的食物熱量標示的菜單，確實落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準。

三、調整醫療服務的方向：輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，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。

四、強化社區行動力：結合縣市推動健康體重管理計畫，進行多元宣導活動，於社區、學校、職場、醫院全面展開健康體重管理。

五、發展民眾落實健康生活的技能：修改製作「健康生活動起來」手冊、建置網站及諮詢專線等。

第四章 健康的高齡化

第一節 中老年人健康政策

- 一、免費提供40至64歲民衆每3年檢查1次、65歲以上民衆每年檢查1次成人預防保健服務。
- 二、民國99年推動「高齡友善城市」，首先於嘉義市試辦，民國101年擴大至20縣市。
- 三、推動「高齡友善健康照護機構」認證，於101年「高齡友善健康照護推動成果發表會」中，頒發28家通過高齡友善健康照護機構醫院證書與「第二屆高齡友善健康照護機構典範選拔」、「徵文競賽」及「創意提案」獎項得主。
- 四、民國101年補助衛生局「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」中共有40家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。
- 五、民國101年4月11日於第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），推動高齡友善健康照護。
- 六、民國98年推動「老人健康促進計畫（98-101年）」，民國101年全國367個衛生所與458家醫療院所結合1,473個社區關懷據點，辦理老人健康促進活動，醫療衛生體系結合比率已佔全國關懷據點的80%以上。
- 七、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。

第二節 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，使民衆對腰圍警戒值之認知率，由民國95年之3%提升至民國101年的43.9%。民國100年調整成人健檢服務內容，增列BMI、腰圍及高密度脂蛋白膽固醇檢測等。

二、糖尿病防治

推展糖尿病健康促進機構計畫，民國101年計有186家醫療院所參加及490個糖尿病支持團體參與。於各縣市推動糖尿病共同照護網，及糖尿病醫事人員認證制度。

三、心血管疾病防治

- (一) 與全國各縣市衛生局共同宣導三高之預防，並普及血壓測量地點，除醫療院所提供服務外，另於社區之不同型態地點提供量血壓服務。
- (二) 民國91年起鼓勵縣市整合轄區醫療保健資源，結合成人預防保健、癌症篩檢等項目。

四、慢性腎臟病防治

民國101年獎勵131家醫療院所推展腎臟病之健康促進；另印製腎臟病健康管理手冊提供慢性腎臟病人使用，增進其自我照護知能。

五、更年期健康

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。

第三節 癌症防治

民國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，於民國94-98年推動「國家癌症防治五年計畫」，民國99年推動「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。

一、癌症發生現況

依據民國99年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每10萬人口437.4人和344.9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340.7和256.2人，男女常見十大癌症如表3-1、3-2及3-3。

依據衛福部死因統計顯示，癌症自民國71年起即居國人10大死因首位，民國101年有4萬3,665人死因為癌症，占所有死亡個案28%。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民國71年每10萬人口118人逐年上升，至民國86年達最高點144.3人，爾後10年間，均維持138~144人之間，民國101年為131.3人。以癌別來看，肺癌、肝癌、子宮頸癌標準化死亡率均以下降（表3-4、3-5、3-6及圖3-1）

二、癌症篩檢

自民國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

表3-1 民國99年國人十大癌症發生統計資料

順位	原發部位	個案數（人）	年齡標準化發生率（每十萬人口）
1	女性乳房	9,655	63.2
2	大腸	14,040	45.3
3	肝及肝內膽管	11,023	36.1
4	肺、支氣管及氣管	10,615	33.6
5	攝護腺	4,392	28.8
6	口腔、口咽及下咽	6,560	21.7
7	胃	3,854	12.0
8	子宮體	1,737	11.3
9	子宮頸	1,680	10.8
10	皮膚	2,978	9.3
	全癌症	90,649	296.7

備註：1.序位係以標準化發生率高低排序。

2.年齡標準化率，係以2000年世界標準人口為標準人口計算。

3.資料來源：衛生福利部國民健康署2010年癌症登記資料。

表3-2 民國99年男性10大癌症發生率（不含原位癌）

原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每10萬人口)
大腸	8,143	54.4
肝及肝內膽管	7,751	52.3
肺、支氣管及氣管	6,697	43.7
口腔、口咽及下咽	6,028	40.6
攝護腺	4,392	28.8
胃	2,415	15.4
食道	2,091	13.8
皮膚	1,575	10.2
膀胱	1,427	9.2
鼻咽	1,194	8.2
全癌症	50,892	340.7

資料來源：衛生福利部國民健康署民國99年癌症登記資料

表3-3 民國99年女性10大癌症發生率（不含原位癌）

原發部位	個案數	年齡標準化發生率 (每10萬人口)
女性乳房	9,655	63.2
大腸	5,897	36.8
肺、支氣管及氣管	3,918	24.3
肝及肝內膽管	3,272	20.5
甲狀腺	1,838	12.9
子宮體	1,737	11.3
子宮頸	1,680	10.8
胃	1,439	8.9
卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,245	8.5
皮膚	1,403	8.4
全癌症	39,757	256.2

資料來源：衛生福利部國民健康署民國99年癌症登記資料

家。國民健康署補助200餘家30歲以上門診人數 $\geq 5,000$ 案之醫院辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，民國101年全國4項癌症篩檢服務成果如表3-7。

三、提升癌症診療照護品質

(一) 民國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；另委託國家衛生研究院進行新版癌症

診療品質認證基準修訂，民國 100 年正式以新版基準辦理認證，至民國 101 年全國共 48 家醫院通過認證。

(二) 補助民間團體提供癌症病友直接服務，並於民國 99 年起補助醫院成立「癌症資源單一窗口」，整合院內外資源，提供病人與家屬整合性癌症資源服務。

表3-4 民國101年國人十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	8,587	25.4
2	肝和肝內膽管癌	8,116	24.7
3	結腸、直腸和肛門癌	5,131	14.9
4	女性乳房癌	1,912	11.6
5	口腔癌	2,566	8.1
6	胃癌	2,386	6.9
7	前列腺（攝護腺）癌	1,187	6.7
8	胰臟癌	1,629	4.9
9	食道癌	1,581	4.9
10	子宮頸癌	669	3.9
	其他	9,901	30.3
	所有癌症	43,665	131.3

表3-5 民國101年男性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	5,628	34.7
2	肝和肝內膽管癌	5,596	35.8
3	結腸、直腸和肛門癌	2,956	18.1
4	口腔癌	2,359	15.3
5	胃癌	1,502	9.0
6	食道癌	1,477	9.4
7	前列腺（攝護腺）癌	1,187	6.7
8	胰臟癌	935	5.8
9	非何杰金氏淋巴瘤	605	3.7
10	白血病	580	3.9
	其他	4,445	28.1
	所有癌症	27,270	170.4

表3-6 民國101年女性十大癌症死亡資料

順位	癌症死因	個案數 (人)	年齡標準化死亡率 (每十萬人口)
1	氣管、支氣管和肺癌	2,959	17.0
2	肝和肝內膽管癌	2,520	14.4
3	結腸、直腸和肛門癌	2,175	12.1
4	女性乳房癌	1,912	11.6
5	胃癌	884	5.0
6	胰臟癌	694	4.0
7	子宮頸癌	669	3.9
8	卵巢癌	528	3.2
9	非何杰金氏淋巴瘤	410	2.4
10	白血病	364	2.4
	其他	3,280	19.3
	所有癌症	16,395	95.1

圖3-1 歷年十大癌症標準化死亡率趨勢變化

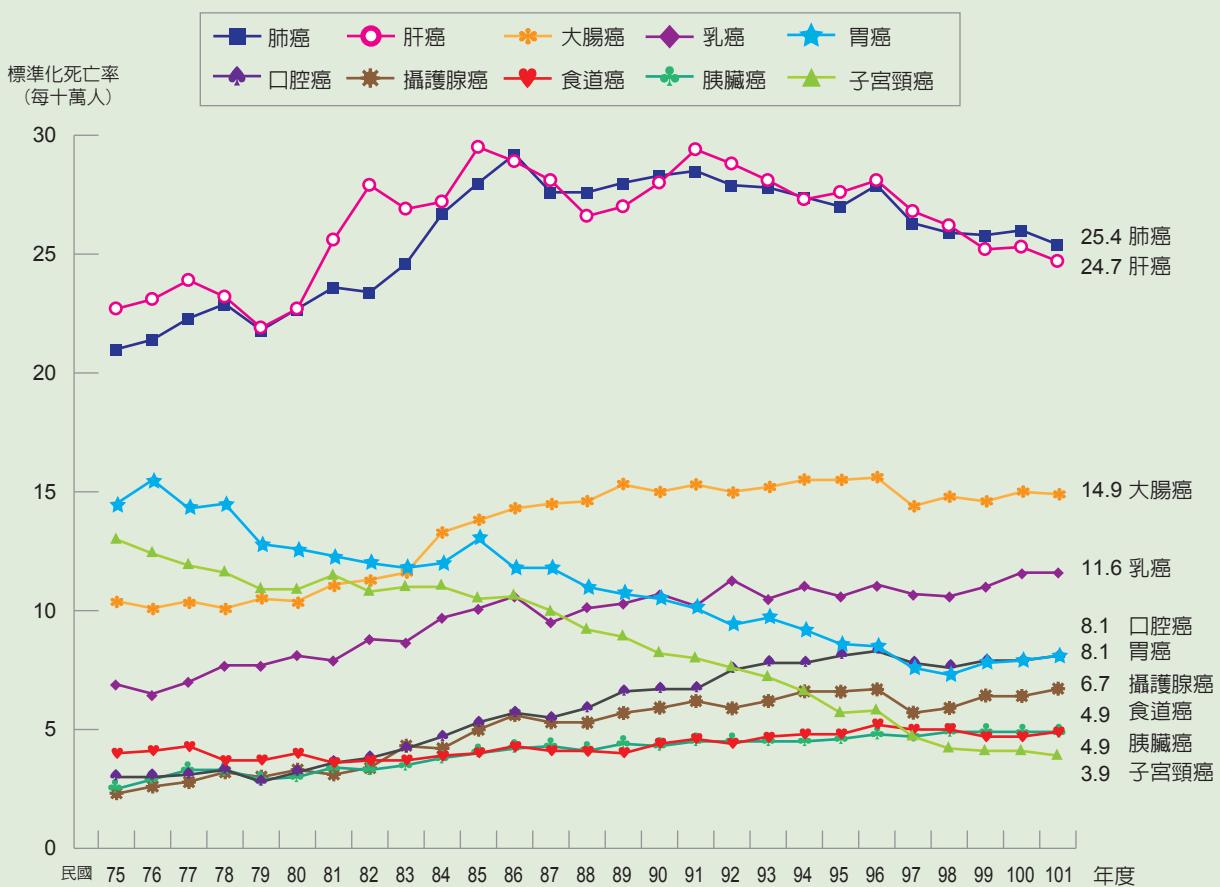


表3-7 民國101年4癌篩檢篩檢量、癌前病變數、癌症數以及篩檢率一覽表

	篩檢量	篩檢率	癌前病變數	癌症數
子宮頸癌	213.5萬	60.8%	9637	4,045
乳癌	67萬	32.5%	-	3,317
大腸癌	112.3萬	34.2%	23,775	2,001
口腔癌	98.2萬	52.5%	3,445	1,232
合計	491萬	-	36,857	10,444

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

(三) 推動癌症病人安寧共同照護服務，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，已由民國 89 年 7.4 %，提升至 100 年 47.5 %。民國 101 年之癌症病人共同照護服務收案量約為 2 萬人。

知度，並利用整體識別系統，讓推動政策與整體形象連結。此外，在面對緊急議題，亦有即時回應與澄清的管道，以消弭民衆心中的疑慮。

三、為求衛教資訊清晰簡明，方便民衆閱讀，特整合本部新聞焦點、衛教週報、食品資訊電子報、中央健保署電子報、藥物食品安全週報等內容，發行「健康電子報」，目前訂戶已逾 10 萬戶。

第五章 健康傳播與健康監測

第一節 整合衛生教育資源

為使民衆瞭解本部衛生教育政策，維持民衆與本部之良好互動，並提升民衆之配合意願，進而支持本部政策，落實衛生教育，以強化民衆健康之認知，達到行銷健康知識之目的。

一、訂定衛生教育主軸，整合心理健康促進、用藥安全、吃得健康等重要議題，以整合行銷方式推動，增加民衆之了解及接受，提高民衆自主健康管理。

二、整合本部衛生教育資源，建置衛教宣導通路，針對本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，提升民衆對衛生議題的認

第二節 提升衛教人員工作知能

自民國97年開始每年皆辦理衛生教育交流研討會，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。

民國 102 年依「主軸宣導」及「職能促進」二主題辦理 4 場。「主軸宣導」部分以「二代健保」、「二代戒菸」、「結核病防治」、「健康飲食、正確用藥」等主軸為宣導重點，安排「人口結構變遷」、「心靈舒壓」、「創意發想」等專題演講；「職能促進」部分則將安排專家學者進行相關課程訓練，其內容包含「團

衛技巧」、「活動企劃」、「簡報製作與溝通技巧」、「平面宣導單張設計」等專題演講，藉此提升學員之專業知能。

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，持續收集、分析與發布健康監測相關資訊，逐步完成非傳染病健康監測系統之建置。

一、建立制度化國民健康監測調查機制，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三大監測調查工作平台，辦理全人口及各生命週期特定人口群健康

監測調查。民國96至101年已辦理以及民國102至105年預定辦理之各系列調查項目，詳如表5-1：

- 二、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，另於民國101年辦理先天性缺陷與事故傷害監測之先驅研究，並規劃改善母乳哺育、國民營養、口腔與視力保健等監測調查機制。
- 三、發展健康監測調查及出生通報指標數據之便捷友善查詢服務。民國101年新增多元化指標分類查詢路徑，並提供個人化網頁服務等功能。

表5-1 衛生福利部國民健康署歷年重要監測調查項目一覽表

調查系列	→ 橫斷健康調查 (cross-sectional survey) ● 長期追蹤調查 (longitudinal survey)									
	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105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	→	→		→	→	→	→	→		
【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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

4

傳染病防治

- 37 第一章 傳染病防治法規及架構
- 39 第二章 重要傳染病/ 新興傳染病防治
- 44 第三章 防疫整備及感染控制
- 47 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 傳染病防治法規及架構

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，民國101年為強化傳染病防治工作，修正6項相關法規命令（實質法規命令）及行政規則，共7次，如表4-1。

第二節 傳染病防治架構

一、防疫架構

分為中央及地方兩個層級，本部疾病管制署（以下簡稱疾管署）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。

二、檢驗架構

本部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

表4-1 民國101年修正發布之法規命令

法規命令名稱	修正發布日期	修正目的
傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	民國101年2月7日	新增「布氏桿菌病」為第四類傳染病及其相應之防治措施，並修正第四類傳染病「庫賈氏病」防治措施之「屍體處置」
預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法	民國101年2月21日	為因應現行預防接種項目與時程之變更，爰修正第7條及第4條附表
傳染病防治醫療網作業辦法	民國101年10月2日	為因應民國99年全國行政區重劃及民國101年醫療機構設置標準之修正，並考量醫院感染控制相關實務需求，爰修正14條及第2條附表一、第6條附表二
傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施	民國101年10月3日	新增「新型冠狀病毒呼吸道重症」為第五類傳染病及其相應之防治措施，如發現該感染症者，請依第五類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理
感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點	民國101年11月27日	為符合實際作業需要，並配合中央行政機關組織基準法第5條第3項規定，作用法不得規定機關組織事項，爰修正第4點、第7點
傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法	民國101年11月28日	為因應實務需要，統整傳染病病人檢體採檢之規範，爰修正全文
預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法	民國101年12月14日	為因應基金年度損益平衡及實務運作之需要，以落實預防接種受害救濟工作推動之意旨，爰修正部分條文

病之檢驗需求，設置8家病毒合約實驗室、8家結核菌合約實驗室及認可281家傳染病檢驗機構，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。

三、指揮架構

民國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之資訊，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, IHR 2005）」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。

第三節 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能力及收治量能，於民國92年架構「感染症防

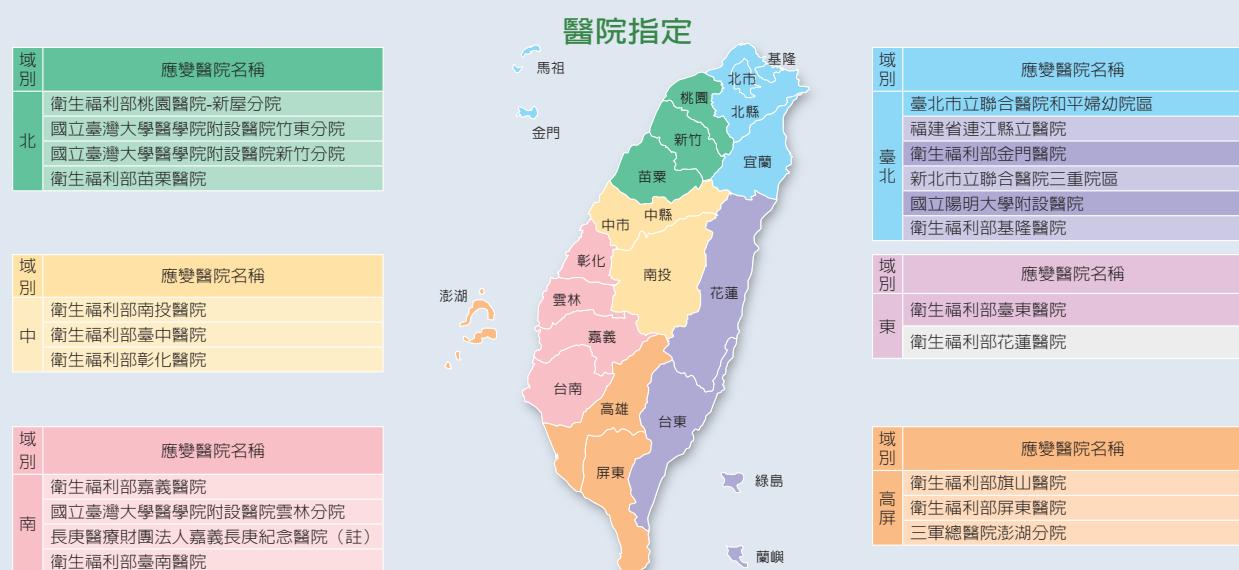
治醫療網」，並於民國96年正名為「傳染病防治醫療網」。

民國97年修正發布「傳染病防治醫療網作業辦法」，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共137家，以隔離收治傳染病患者（如圖4-1）；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，該等醫院均擬定傳染病緊急應變計畫，並據以施行教育訓練及演習，民國101年計各辦理276場次及25次。

第四節 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。民國101年台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：

圖4-1 傳染病防治醫療網醫療體系



一、多元化傳染病監測體系

建構學校、人口密集機構等監測系統，並加值運用急診、健保和死亡登載資料進行疾病監測，以彌補被動通報傳染病之不足。

- (一) 學校傳染病監測系統：至民國 101 年，共有 659 所小學參與（約占全國公立國小總數的 25%），地域涵蓋約全國鄉鎮市區之 97%。參加對象為國小一至六年級（含附設幼稚園），監測疾病包含類流感、手足口病或疱疹性咽峽炎、腹瀉、發燒、紅眼症等。
- (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，蒐集分析通報資料，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或症候群之異常情形，以掌握相關流行趨勢。本系統民國 101 年常規監測之疾病項目包含類流感、腸病毒、腹瀉及紅眼症。
- (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：利用疾管署統計室每日傳送之死亡通報網路系統死亡登載資料，分析通報資料內登載因肺炎或流感死亡之案例，以進行肺炎及流感死亡監測，掌握相關死亡趨勢變化。

二、疫情通報系統之整合

- (一) 持續整合各項通報系統（包括傳染病個案通報系統、症狀通報系統，並聯結疫情調

查系統、中央傳染病追蹤管理系統），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，民國 101 年共協助或參與調查 448 件疑似群聚案件，重要調查事件包含某連鎖餐廳食用生蠔致沙波病毒腸胃炎案、某精神病房人類間質肺炎病毒感染案、中國境外移入狂犬病個案、中區沙門氏菌感染地理性群聚、中部某家庭霍亂群聚、某 11 月女童接種流感疫苗後死亡案、東部社區桿痢群聚案等。

第二章 重要傳染病/新興傳染病防治

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

民國 101 年結核病之確定病例個案數為 1 萬 2,338 例，呈現逐年下降的趨勢。衡酌結核病流行現況及評估過去執行成效，參照世界衛生組織之全球結核病防治計畫「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」，預期民國104年之個案發生率減半，現階段成果詳如圖4-2。至民國101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維持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個案治療成功率，24個月的治療成功率由民國96年64.9%提升至民國101年之78%。
- 三、加強落實結核病接觸者檢查，以期找到感染源，早期治療並監測接觸者發病情形，及早診斷治療達到有效阻斷結核菌傳播目的，民國101年平均每一指標個案之追蹤檢查接觸者為9位。
- 四、推動「潛伏結核感染之治療計畫」，並配合執行「直接觀察預防治療法」，初期以未滿13歲之傳染性肺結核病確診個案之接觸者為對象，有效減少日後發病的機會，

民國101年潛伏結核感染者累計加入直接觀察治療個案為5,444人，較去年同期成長20%以上。

- 五、主動積極發現個案，民國101年進行全國各地胸部X光車巡檢。
- 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。

第二節 腸道傳染病

一、腸病毒

民國101年腸病毒重症確定病例計有153例，其中2例死亡，重症致死率為1.3%，較歷年腸病毒71型流行之致死率明顯為低，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」，培訓在地化種籽人才，深耕社區衛教。
- (二) 運用多元化監測系統監測腸病毒疫情，適時發布警訊，提醒家長及醫師注意，並結合相關部會與地方政府力量，完成教托育

圖4-2 民國94-101年結核病發生數變動趨勢圖



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。

- (三) 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，並辦理醫師教育訓練，確保重症病人之醫療照護品質。
- (四) 因應腸病毒 71 型疫情升高，邀集專家、傳染病防治醫療網各區指揮官，研商因應策略，另邀集相關部會及地方政府，召開「因應腸病毒流行疫情誓師動員會議」；另於腸病毒流行高峰期，依傳染病防治法第十六條之規定，啓動「腸病毒流行疫情處理協調會報」，結合防疫資源，妥為因應。
- (五) 本部疾管署研發之「腸病毒 71 型之快速檢驗試劑」，經技轉民間生技公司，並改良適用全血標本，已於民國 101 年 10 月取得「體外診斷醫療器材查驗登記」，可及早掌握腸病毒 71 型流行趨勢。同時積極推動腸病毒 71 型疫苗研發作業。

二、A 型肝炎

民國 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。民國 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），至民國 101 年已降低至 0，顯示防治政策實施成效良好。

第三節 病媒傳染病

一、登革熱

民國 101 年登革熱確定病例計 1,478 例，其中境外移入 207 例，本土確定病例 1,271 例（含登革出血熱 35 例，其中 7 例死亡），歷年之本土登革熱確定病例數如圖 4-3，民國 101 年主要防治策略如下：

- (一) 落實孳生源清除及容器減量，以減少社區孳生源。

圖 4-3 歷年登革熱確定病例數統計圖



- (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)持續推動社區動員，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」，並組成機動防疫隊，協助督導縣市防疫工作。
- (四)加強民衆衛教宣導；修訂登革熱防治工作指引，加強防疫及醫護人員教育訓練。
- (五)加強病例監測，並於國際機場實施入境旅客體溫量測及登革熱快速檢驗。

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。民國101年共有32名確定病例。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除48年成果，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。民國101年確定病例12例，均屬境外移入。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

自民國73年至民國101年底累計發現2萬4,239例本國籍感染者，其中有9,725例發病，3,771例死亡。另民國101年新增感染者2,224人，91%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77%。民國101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」四組，以深入研擬具體方案。

- (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，並持續委託辦理4家核心同志健康社區服務中心計畫，且與臺南市政府衛生局合作，成立第一間由縣市自行籌辦之同志健康社區服務中心，以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)辦理「藥癮愛滋減害計畫」，至民國101年底，全國共有102家執行機構提供替代治療服務，設置928處清潔針具衛教諮詢服務站及415台針具自動服務機，針具回收率達92%。
- (四)擴大篩檢政策，委託34家醫療機構辦理性病免費匿名篩檢諮詢服務計畫。另於民國101年10月15日至12月15日辦理I-CHECK社群動員愛滋檢驗計畫，召募342名意見領袖，鼓勵同儕進行檢驗。
- (五)為避免母子垂直感染愛滋病毒之威脅，自民國94年起開辦孕婦全面篩檢愛滋計畫，歷年成果如圖4-4。透過公共衛生及醫事機構共同合作，進行預防性投藥等相關措施，自民國98年起已連續4年無母子垂直感染確認個案（依嬰兒出生年）。

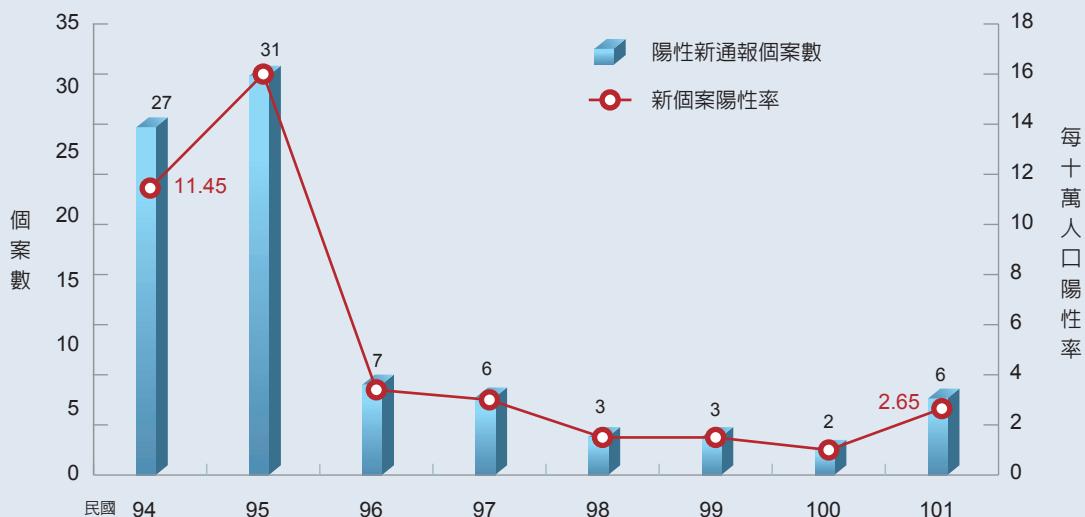
二、性病

委託相關醫學會推動「愛滋病及性病門診品質提升及成效評估計畫」，進行各科專科醫師會員教育訓練，推薦友善性病門診之醫師，以提高性病病患看診之意願；持續辦理性病患者的愛滋病毒檢驗服務。

三、B、C型肝炎

- (一)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

圖4-4 歷年孕婦全面篩檢愛滋計畫個案數及陽性率



0.8%。並針對學齡前幼兒及國小入學新生進行B型肝炎疫苗補接種工作。

(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40萬人，為對已感染對象進行治療，於民國92年10月1日實施「全民健保加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」，累積至民國101年底，B肝登錄計10萬5,391人次，C肝登錄計5萬8,405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。民國101年9月24日獲世界衛生組織(WHO)通知發現中東呼吸症候群冠狀病毒後，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、立即派員前往英國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重症」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，提醒民衆及醫師提高警覺。自民國101年9月至12月底，總計通報3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84件進行檢驗，結果均排除感染。本部將持續嚴密監視國際疫情的發展，適時調整防疫作為。

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

(一)針對船舶、航空器、人員執行必要之檢疫措施。與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，從事指定港埠如桃園國際機場、高雄港之核心能力評估與建置。

(二) 民國 101 年總入境人數為 1,749 萬 1,283 人，其中經由本部疾管署各機場港口檢疫站篩檢出有症狀旅客共計 1 萬 4,556 人，確診罹患法定傳染病個案計有 115 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，並請有疑似傳染病症狀之入境旅客填報「傳染病防制調查表」，以利評估及執行後續防疫處置。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，以加強民衆對旅遊傳染病的認知及自我健康管理觀念。

(二) 民國 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。

(三) 民國 97 年 1 月起執行旅遊醫學委辦業務計畫，主要三大工作計畫及民國 101 年成果如表 4-2。

第三章 防疫整備及感染控制

第一節 流感大流行之整備與因應

一、自民國 94 年以來，持續依據「我國因應流感大流行準備計畫」及第二期計畫（民國 99 年 5 月 23 日奉行政院核定），以「四大策略、五道防線」作為防治主軸，辦理各項整備工作；「四大策略」為疫情監視評估、傳染阻絕手段、流感抗病毒藥劑、流感疫苗，「五道防線」為境外阻絕、邊境管制、社區防疫、醫療體系保全、個人與家庭防護。

二、編製「因應流感大流行執行策略計畫」（中、英文版）及「流感防治工作指引」，據以辦理儲備及管理防疫物資、規劃醫療介入計畫（包括疫苗接種計畫及流感抗病毒藥劑使用規劃）、結合整體醫療資源、導入社區志工量能、辦理相關演訓、強化風險溝通及參與國際合作等各項整備作為。

三、民國 101 年 7 月 18 日至 20 日，本部疾管署舉辦為期三天的「APEC 後流感大流行期疫苗整備策略國際工作坊（APEC

表4-2 民國101年旅遊醫學委辦業務計畫成果

工作計畫	達成目標	目標說明
提升旅遊醫學門診衛教品質	推廣團體衛教模式	辦理 20 場，共計 255 人次。
	宣導 5 人以下門診群體衛教	辦理 188 場，共計 471 人次。
推廣旅遊醫學知識	醫護人員培訓課程	舉辦 12 場。
	全國性研討會	舉辦 2 場。
	導遊領隊教育訓練	舉辦 5 場。
分衆發行相關出版品	臨床醫護人員之出版品	發行「旅遊醫學通訊」季刊及「旅遊醫學門診指南」。
	旅客及旅遊從業人員之出版品	發行「帶著口袋醫師去旅行－旅遊醫學小錦囊」宣導手冊。

Workshop on Influenza Vaccine Policies and Strategies in Post-Pandemic Era)」，藉由各會員體間之經驗交流，達到強化流感疫苗政策及策略之目標。

四、禽流感防治之監測與因應

- (一) 透過世界衛生組織、國際衛生條例聯繫窗口 (IHR Focal Point) 及外電消息，掌握國際間人類感染禽流感疫情資訊，並經由各項系統及多元管道進行國內病例、流行趨勢及病毒活動之監視。本部並與農業委員會建立單一窗口，交換禽類與人類禽流感疫情狀況。
- (二) 農委會、本部及其他相關部會定期藉由召開行政院禽流感防治聯繫會議及其他禽流感防治相關會議，對各項政策及防治工作進行溝通協調，凝聚及整合各部會量能。
- (三) 針對特定地區入境旅客，加強發燒篩檢及詢問旅遊史與疾病曝露史等相關檢疫措施，並加強檢疫人員自我防護措施。同時於國際港埠，提供中文、泰文、印尼文、越南文等語言之禽流感衛教品，供出入境旅客參考。
- (四) 因應國內出現禽類高病原性 H5N2 禽流感疫情，於民國 101 年 3 月編撰「H5N2 禽流感人員防治指引」，並執行「禽畜相關從業人員禽流感病毒血清抗體研究調查」(Serological survey for avian influenza viruses among poultry workers in Taiwan)。
- (五) 民國 101 年 3 月至 8 月，延續辦理人用流感 A/H5N1 疫苗自願接種計畫，為國內醫事與防疫人員、禽畜養殖業者與動物防疫人員、關務機場港口安檢人員，以及經常往返禽流感高風險國家之民衆提供接種服務。

第二節 季節性流感之監測與防治

- 一、季節性流感疫情在民國 101 年夏季出現小規模流行疫情，病毒型別以 A/H3N2 為主，進入民國 101 年冬季後，整體流感疫情未若往年高。為因應流感季之來臨，仍持續透過多元監視體系，對流行現況、病毒活動、疾病嚴重度等加以掌控，並定時公布提醒國人注意防範。
- 二、自民國 101 年 10 月 1 日開始當年季節性流感疫苗接種計畫，另自 12 月 26 起增列補助幼兒流感疫苗診察費。
- 三、民國 101 年 11 月修訂「季節性流感防治工作手冊」，作為醫療及防疫人員執行流感防治工作之參考。
- 四、自民國 101 年 12 月 1 日起，擴大公費流感抗病毒藥劑之使用條件，除原使用範圍之併發症個案、有慢性病史或危險徵兆的類流感患者、群聚事件外，再增加高燒持續 48 小時及家人/同事/同班同學有類流感發病者，擴增藥劑配置點達 3,019 家。
- 五、鼓勵各醫院於春節連續假期間開設類流感門診，避免流感輕症病患湧入急診，造成壅塞及避免交叉感染，並持續採用多元管道，宣導疫苗接種、勤洗手及咳嗽禮節等防疫手段。

第三節 生物恐怖事件防禦

- 一、為完備我國生恐應變體系，本部與國防部於民國 100 年 5 月 25 日簽署「衛生福利部、國防部防疫合作協議」，於民國 101 年 12 月 13 至 14 日合作辦理「101 年生物防護應變訓練研習營」，實兵演練生恐事件現場之應變處置程序。此外，該研習營亦納訓軍方及縣市政府生恐應變承辦人員，期提升中央與地方之專業知能。

二、為增進我國生恐應變之量能，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，提升事件現場指揮應變、領導統御與危害評估量能；另為強化關鍵基礎設施之生恐應變機制，於民國101年7月10日辦理高雄港生恐事件應變處置桌上型演練，驗證第一線應變人員發現可疑恐怖攻擊物品之處置流程。

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，本部已建置中央、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，且透過分倉儲存達到快速配送與分散風險的效果。另為流通推陳庫存物資，辦理「醫用面罩聯合採購物流」採購案，維持中央口罩儲備量、促進庫存流通，並確保防疫用口罩之品質，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

為保障病人安全，有效降低醫療機構內感染發生，制定並推動相關重要政策，促使醫療機構落實感染管制。民國101年重點成果如下：

一、為提升醫院感染管制查核品質與落實「衛生醫療業務聯合訪查」政策，委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「101年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」。

二、為有效監控醫院內感染發生情形，持續推動醫院參與「台灣院內感染監測資訊系統（Taiwan Nosocomial Infections

Surveillance System, TNIS）」通報，目前計約420家醫院使用，期促使醫院進行自我監控及院際間同儕比較，檢討改善相關作為。

三、為提升醫護人員對組合式照護措施認知與落實，有效降低中心導管相關血流感染發生情形，推動「中心導管照護品質提升計畫」，以有效介入措施、財務誘因及績效導向為執行策略，透過成立專案管理中心、分區建置7家示範醫院及評核篩選57家參與醫院，共同參與計畫之執行。

四、因應國內醫療機構諾羅病毒群聚及國際間中東呼吸症候群冠狀病毒感染症，於本部疾管署全球資訊網增設《因應諾羅病毒（Norovirus）感染管制措施指引專區》及訂定《醫療（事）機構因應中東呼吸症候群冠狀病毒感染症管制指引》，提供醫療機構參考依循。

五、為因應多重抗藥性細菌日趨嚴重，訂定CRE（Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae）防治指引，提供醫療照護相關機關及衛生單位明確的防治作業流程及處理疫情之參考。

六、為強化長期照護機構之工作人員感染管制相關知能，編製「長期照護機構感染管制手冊」，並於疾管署全球資訊網建置長期照護機構感染管制數位學習課程，以提昇長期照護醫療品質。

第六節 研究及檢驗

一、民國101年送至研究檢驗中心傳染病檢體共計12萬1,312件，其中檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計1萬2,637件，陽性率為10.42%。

二、進行「未知/新興感染原監測技術平台之開發」計畫，計驗出Sapovirus、

HPeV、Aichivirus、Astrovirus、HCoV-HKU1、HBoV等新興病毒；並自一接種流感疫苗後猝死個案，驗出高量之human parvovirus B19病毒；另自大陸返台就醫之疑似狂犬病感染個案，檢測出狂犬病病毒核酸。

三、持續建置「台灣剝絲網（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，並作為國際監測平台。

四、持續與日本國立感染症研究所進行結核病、漢生病、痢疾阿米巴、百日咳、布氏桿菌症、鉤端螺旋體、腹瀉病毒、病媒蚊等七項合作計畫；與日本結核研究所合作進行「亞洲結核菌北京株研究計畫」。另參與WHO和美國疾病控制及預防中心主導，以及「Global Alliance for Vaccines and Immunization」、「PATH Vaccine Fund」等組織贊助之全球性輪狀病毒疫苗計畫，目前台灣為亞洲區輪狀病毒監測網會員國之一。

五、病原體基因資料庫：建置約20餘種病原體基因分型及流病資料，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，民國101年計通過52家檢驗機構，檢驗項目113項次。

七、民國101年發表SCI期刊學術研究論文共計77篇。

第七節 實驗室生物安全管理

一、以「自主管理、確實通報、重點查核」為主要核心，建置我國感染性生物材料及實驗室生物安全管理制度。至民國101年底，總計563個單位設置生物安全委員會（含專責人員），共申報129種第2級

以及19種第3級感染性生物材料。國內共有21間生物安全第3等級（BSL-3）以上實驗室經本署審查同意啓用（目前有1間BSL-3實驗室暫停使用）；此外，民國101年完成國內68家保存或使用第二級感染性生物材料之實驗室生物安全實地查核工作，掌握該等實驗室之運作管理現況，確保實驗室工作人員之安全。

二、依據「感染性生物材料管理及傳染病病人檢體採檢辦法」第5條第2項規定，公布「設置單位操作第三級以上感染性生物材料人員生物安全訓練課程認可規定」，供醫事檢驗機構遵循。

三、為提升我國實驗室工作人員對於實驗室生物安全操作及防護安全知能與意識，編訂「生物安全第一等級至第三等級實驗室安全規範」，供醫事檢驗機構參照。

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4-3，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的便捷的接種服務，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4-5。

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，造成預防接種政策因應速率緩慢及接種業務推展困難，民國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）之建議逐序導入新疫苗政

表4-3 預防接種項目及時程

接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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3	<ul style="list-style-type: none"> • 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

註：1. 媽媽若為高傳染性B型肝炎帶原者（e抗原陽性），其實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十五個月接種第一劑，間隔二週接種第二劑。

3. 民國101年4月起針對民國101年9月入學之國小新生實施於入學前接種Tdap-IPV及MMR疫苗第二劑，並將於民國102年4月擴增將日本腦炎疫苗第四劑納入提前接種項目。

策，提供幼兒優質之新疫苗。民國101年起推動之新疫苗政策如下：(一) 在幼兒結合型肺炎鏈球菌疫苗（Pneumococcal Conjugate Vaccine，PCV）部分，民國101年1月擴增將5歲以下中低收入戶幼兒納入接種對象；(二) 民國101年4月起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。

「101年度流感疫苗接種計畫」自民國101年10月1日起實施，實施對象包括65歲以上老人、機構對象、罕見疾病及重大傷病患者、醫

事防疫人員、禽畜養殖等動物防疫人員、6個月以上至國小六年級學童共計5類。藉由本計畫之推動，維護高危險群健康及減少醫療費用支出。

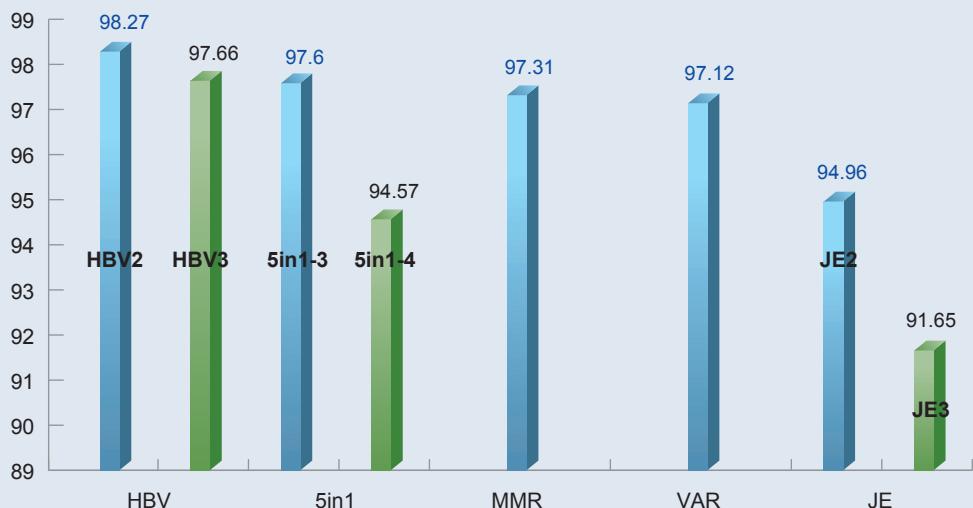
對於因預防接種而受害者，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

一、生物製劑生產

(一) 用蛇毒免疫馬匹生產抗血清，全年計生產抗蛇毒馬血漿243.2公升。

圖4-5 民國 101 年幼兒各項預防接種完成率



※資料來源：民國102年5月全國性預防接種資訊管理（NIIS）系統資料

※備註：HBV-B型肝炎疫苗；5in1-五合一疫苗（白喉百日咳非細胞性百日咳、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；JE-日本腦炎疫苗；VAR-水痘疫苗

(二)定期供應疫苗、類毒素、抗蛇毒血清等製劑共 289 萬 6,916 劑，生物製劑銷售收入計 6,456 萬元。

(三)供應並代養小鼠、天竺鼠、家兔、毒蛇、及馬匹等實驗用動物。

(四)本部疾管署疫苗工廠將於民國 104 年關閉，為避免生物製劑供應短缺，規劃將目前生產之 BCG 及純化抗蛇毒血清等 5 種生物製劑委託國內外廠商製造生產，民國 101 年 12 月 6 日並與財團法人國家衛生研究院完成委託製造契約簽訂。

二、生物製劑開發

(一)利用潮汐式發酵槽搭配無血清培養基，完成 50 公升腸病毒 71 型 C4 基因亞型 (enterovirus71, C4 subgenogroup) 共 9 批原型疫苗試製。

(二)「凍結乾燥添加劑對龜殼花蛇毒免疫性和最低致死劑量的影響」研究計畫發現蛇毒在凍乾的狀態下保存，無論是 4°C 或是 37°C，經過 90 天後最低致死劑量大多均低於 30 天後的儲存。

(三)執行抗蛇毒血清凍晶注射劑安定性試驗能監控抗蛇毒血清上市後的持續安定性以符合 PIC/S GMP 法規，並確保疫苗在架儲期之有效性。

(四)以非籠飼蛇毒取代籠飼蛇毒作為抗蛇毒血清製造原料，初評結果良好，除龜殼花之外，其他蛇毒的量皆超過年需求量，各類毒蛇之最低致死劑量與籠飼蛇毒亦無顯著差異，將擴大評估區域，並深入進行質性分析。



5

食品藥物管理

- 51 第一章 法規標準及產品審查
- 52 第二章 產品源頭管理
- 54 第三章 產品鏈監測
- 59 第四章 風險評估與國家實驗室
- 61 第五章 消費者保護及風險溝通

本部食品藥物管理署（以下簡稱食管署）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。民國101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、建構綿密產品鏈監測、積極推動食品安全風險評估及精進國家實驗室功能、持續加強消費者保護及風險溝通，提供消費者「食在安心」、「藥求安全」之消費環境。

第一章 法規標準及產品審查

第一節 健全法規標準

- 全盤檢討現行食品衛生相關法令與執行面上所遇之問題，並透過法規的修訂，建立全面性食品安全體系如表5-1。
- 藥政管理法規及相關公告增修訂表如表5-2。

第二節 食品藥物查驗登記管理

- 為強化真空包裝即食食品管理，「真空包裝黃豆即食食品應向衛生署辦理查驗登記」自民國100年11月6日正式施行。

- 推動食品添加物登錄管理制度：至民國101年底止，食品添加物登錄管理資訊系統登錄製售業者501家，食品添加物產品11,276項。
- 依「健康食品管理法」規定，健康食品需經查驗登記許可；至民國101年底，許可證核發計有245件。
- 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，以確保效能及安全性。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，至民國101年底，國內共有1,855件核發許可證藥物已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1,745張。
- 醫療器材及含藥化粧品查驗登記：我國醫療器材依風險程度分三等級管理。
- 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，以提高審查品質及縮短時程。

表5-1 民國101年食品衛生管理相關法規及標準增修訂表

日期	法規/標準名稱	內容摘述
民國101年8月8日	食品衛生管理法	修訂第11條、第17條之1及第31條文增訂美國牛肉萊克多巴胺的安全容許量、強制標示及其罰則規定
民國101年8月27日	食品衛生管理法	全法修正草案送立法院，章節總數由7個增至10個，條文總數由40條增至59條
民國101年	食品農藥、用藥殘留、添加物規範	增修訂：346種農藥及3,485品項之殘留農藥安全容許量標準；109種動物用藥及1,242品項之動物用藥殘留標準；788品項食品添加物分別訂有使用範圍、限量及規格；39品項之食品衛生標準

表5-2 民國101年藥政管理法規及相關公告增修訂表

日期	法規/標準名稱	內容摘述
民國101年7月27日	醫療器材管理辦法	修訂第3條附件一及第4條附件二，更新醫療器材管理範圍，與國際管理模式更加接軌
民國101年11月1日	藥商得於郵購買賣通路販賣之醫療器材及應行登記事項	開放具實體通路營業處所之醫療器材販賣業藥商，向所在地之衛生局提出申請經核准後，得以郵購買賣通路販賣低風險之第一等級醫療器材，增加流通性同時確保產品可追溯性
民國101年5月8日	藥品查驗登記審查準則	修正第 6、7、38、38 之 1~4，鬆綁檢附資料之要求，將製售證明及採用證明 (Certificate of Pharmaceutical Product, CPP) 資料定位為輔助文件
民國101年8月17日	藥物回收作業實施要點	修訂藥品回收管理以符合國際醫藥品稽查協約組織 (PIC/S) 規範
民國101年4月6日	管制藥品分級及品項	增列3,4-亞甲基雙氧甲基卡西酮 (Methylone) 為第三級管制藥品，瑞芬坦尼 (Remifentanil) 為第二級管制藥品
民國101年9月27日	管制藥品分級及品項	增列 4-氟甲基安非他命 (4-Fluoromethamphetamine, 4-FMA) 及 3,4-亞甲基雙氧焦二異丁基酮 (3,4-methylenedioxypyrovalerone, MDPV) 為第二級管制藥品，三氟甲苯哌嗪 (1-(3-trifluoromethylphenyl) piperazine, TFMPP) 為第三級管制藥品
民國101年6月20日	管制藥品管理條例施行細則	修正全文31條，為加強申報資料之完整性，明定申報期間無管制藥品收支或結存者亦應辦理申報；為減輕領有管制藥品登記證機構之行政負擔，修正第一級至第三級管制藥品申報之期限，使與第四級管制藥品一致；另為簡政便民，放寬變更管制藥品登記證登記事項時須辦理管制藥品申報規定
民國101年7月1日	中藥濃縮製劑含異常物質之限量標準	所有濃縮製劑之總重金屬、微生物總生菌數、大腸桿菌及沙門氏菌限量，均須符合民國100年8月29日公告之限量標準
民國101年5月30日	中藥材含異常物質之限量標準	公告西洋參及紅耆含異常物質之限量標準
民國101年4月26日	可同時提供食品使用之中藥材	公告增列紅棗、薏苡仁及黑豆3種
民國101年12月2日	臺灣中藥典第二版	公告「臺灣中藥典」第二版，新增101個品項，合計收載300個品項，並自民國102年4月1日起，製造、輸入之中藥材，需符合該藥典規定

第二章 產品源頭管理

第一節 食品源頭管理

一、推動食品安全管制系統 (Hazard Analysis and Critical Control Points, 簡稱

HACCP)：依產品業別逐年實施，預防食品危害的發生。

二、為有效管理廚師證書，已建置「中華民國廚師證書資訊管理系統」及「廚師衛生教育暨廚證系統推廣計畫」，並於民國101年

3月27日正式運作。

三、加強塑膠類食品容器（具）管理：101年度蒐集國內塑膠類食品容器（具）製造商使用之塑膠原料及添加物共計12種，調查原料及加工製程中所含高風險物質，並抽驗30件塑膠食品容器（具）產品，結果皆符合衛生標準。

四、持續推動食品技師投入產業服務：本部食管署「食品安全管制系統（HACCP）」規定，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，自民國101年5月8日起實施。

五、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) 101 年度共計受理輸入食品報驗 46 萬 1,665 批、檢驗 3 萬 8,793 件、檢驗比率 8.4%、檢驗不合格率 1.2%。查驗不符合規定者依法退運或銷毀。

(三) 日本核災事件後暫停受理福島、茨城、櫪木、群馬、千葉等 5 縣市輸入食品報驗申請，自民國 100 年 3 月 20 日起，對日本輸入之各類食品加強輻射監控。

(四) 進口牛肉執行「三管五卡」管制措施：民國 101 年持續赴美查廠，確認輸台之美國牛肉源頭管理與衛生安全。民國 101 年 3

月 20 日起，實施「輸入牛肉產品逐批查驗計畫」，針對自民國 100 年起曾檢出乙型受體素產地之牛肉產品實施逐批查驗。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。

第二節 藥物製造源頭管理

- 一、持續推行「藥品」優良製造規範（GMP）及實施國際醫藥品稽查協約組織（PIC/S GMP）、「醫療器材」GMP/QSD（Quality System Documents）認可登錄、自願性申請「化粧品」及「中藥」優良製造規範進行源頭管控，其實施結果如表 5-4。
- 二、民國101年我國獲得國際醫藥品稽查協約組織（PIC/S）「第35屆PIC/S會員代表大會」全體會員通過，民國102年1月1日起正式成為PIC/S第43個會員，不但可共享國際藥品安全資訊，並可提升我國製藥產業國際競爭力。
- 三、加強原料藥品質管理：強化輸入原料藥與自用原料藥進口管理，建立原料藥DMF制度。
- 四、完備中藥材之源頭管理機制，並依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，自民國101年8月1日起實施10項中藥材邊境管理。

表5-3 民國101年HACCP 完成符合性稽查家數

產品別	期間（民國年）	稽查家數
水產品	94~101	183
肉品加工業	98~101	229
乳品加工業	101年7月1日起	52
餐飲業-餐盒食品廠	101	189

表5-4 民國101年藥品、醫療器材及化粧品通過優良製造規範（GMP）家數

種類	規範名稱	通過家數	登錄筆數	備註
藥品	GMP	158	—	
	PICS/GMP	46	—	
	國外廠查核	186	—	91~101年
醫療器材	GMP	—	530	
	QSD	—	3,066	
化粧品	自願性GMP	26	—	61家次申請
中藥	GMP	104	—	



「PIC/S 入會暨藥品實施 GMP 30 週年研討會」會場接受 PIC/S 主席代表 Dr. Vasiliki Georgia Revithi 頒發證書及入會同意函

第三章 產品鏈監測

第一節 食品之流通管理

一、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。民國101年監測結果如表5-5。

二、持續擴增「產品通路管理便捷查詢系統」：民國100年完成食品衛生、中毒、查驗登記及管理資訊系統，民國101年擴充納入食品安全管制系統（HACCP）資料庫、國際食品安全快速通報系統（TIFSAN）及中華民國廚師證書資訊管理系統，提供衛生局稽查人員易於查詢所需資訊及完成相關資訊登載。

三、聯合各機關執行食品流通專案稽查，包含年貨大街、進口異常食商品、金針農戶及盤商、校園食品、飯店食品安全、市售包裝水果及蔬菜汁飲料標示符合性、貢丸及油飯工廠之香菇原料等，查獲違反之案件均移請衛生局裁處及輔導。

四、查驗登記食品實地查核：101年度完成健康食品製造工廠、國產維生素類錠狀、膠囊狀食品製造工廠及食品添加物製造及販售廠商進行實地查核，其查核結果如表5-6。

第二節 藥物安全及品質監控

一、強化藥物安全監控

為強化藥物安全監控策略，於國內持續建置藥物不良反應、藥品安全主動監控機制、活化藥品不良品通報機制、中草藥不良反應及化粧品不良品等通報系統，整合通報資料庫資料依風險等級進行處理，以保障民衆健康並達到資源共享目標；另本部食品藥物管理署為全球醫療器材法規協和會（Global Harmonization

表5-5 民國101年食品後市場監測結果

監測/稽查項目	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	2,363	2,121	89.8
食品中殘留動物用藥之檢測	572	532	93.0
食米中重金屬（鎘、汞、鉛）含量監測	160	160	100.0
市售食品中真菌毒素含量監測	356	342	96.1
市售蔬果植物類重金屬含量監測	102	102	100.0
市售肉品乙型受體素殘留量檢驗	1,926	1,908	99.1
食米中殘留農藥監測	91	91	100.0
縣市衛生局稽查市售產品	566,672	561,005	99.0
牛肉強制標示稽查	45,734	45,390	99.4

備註：檢驗不合格者，均由地方衛生局依法查處；如屬國產者，皆轉請農政機關針對違規農民加強管理。

表5-6 民國101年查驗登記食品實地查核

類別	查核家數	查核結果	備註
健康食品製造工廠	12	監測檢驗結果均符合規定	40件保健功效成分、11件營養標示及12件衛生標準進行監測
國產維生素類錠狀、膠囊狀食品製造工廠	30	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	74	缺失部分複查改善完竣	

Task Force，簡稱GHTF）「主管機關警訊報告交換系統」（National Competent Authority Report exchange program，簡稱NCAR）會員，可享國際間產品警訊交流資訊，提早準備與阻擋措施；逐批實施生物藥品檢驗與封緘作業，以確認生物藥品品質。相關監控結果如表5-7。

二、市售藥物品質調查監測：

民國101年度分別完成藥品3項、化粧品3項、醫療器材3項及中藥材4項，總計13項計畫類別之監測，共計監測1,111件產品如表5-8。

第三節 取締不法食品藥物

一、整合跨機關資源、加強取締偽劣假藥

行政院於民國99年3月成立「加強取締偽劣假藥及非法廣播電臺」專案，由本部、

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、食品攬西藥、中藥攬西藥及食品藥物非法廣告等，執行成果如下：

- (一) 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，不法藥物查獲率民國101年12月降至1.76%，坊間清淨度業已大幅提升如圖5-1。
- (二) 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1,356.2萬顆。
- (三) 不法藥物檢出率：民國101年食品摻西藥檢出率約為14.4%，其成分類別以壯陽類占49.2%為首；減肥類占29.5%次之。
- (四) 廣告違規率：藥物、化粧品及食品廣告違規比率，民國101年12月降至4.70%，降低民衆用藥誤導，還給民衆乾淨的視聽空間如圖5-2。

表5-7 民國101年藥物安全及品質監控結果概述

藥物安全監控種類名稱	監控結果概述
藥物不良反應通報系統	1.藥品不良反應通報32,259件（民國99-101年） 2.醫療器材不良品及不良反應通報分別為1,422件及157件 3.化粧品不良品通報91件
藥品安全主動監控機制	完成17項高風險疑慮藥品之風險評估報告及執行7品項藥品之主動監控
活化藥品不良品通報機制	藥品不良品通報案件773件，其中高風險不良品181件，並有25件藥品啓動回收作業
中草藥不良反應通報中心	接獲通報214件
全球醫療器材主管機關警訊報告交換系統（NCAR）	接獲NCAR會員國之主管機關警訊報告369件
生物藥品檢驗封緘	辦理340批生物藥品檢驗封緘，合格放行封緘1,268萬劑，成功攔阻4批約249,580劑檢驗不合格及異常產品
中藥材包裝標示及品質管理	共抽查507件檢體，合格率99.8%；並辦理市售中藥材含異常物質之抽驗，共抽驗337件檢體，合格率97.9%

表5-8 藥物化粧品品質調查監測結果

類別	計畫名稱	完成件數	不合格件數	合格率
藥品	心血管藥、降血糖藥及尿路防腐劑等口服劑型之品質監測	83	3	96.4
	市售胃腸用口服膠囊及懸液之微生物限量調查	85	5	94.1
	肺炎鏈球菌結合型疫苗品質評估調查	23	0	100.0
	合計	191	8	95.8
化粧品	市售化粧品中微生物之品質監測	53	6	88.7
	市售指甲油中甲醇、苯及鄰苯二甲酸酯類等禁用成分之品質監測	56	12	78.6
	市售大陸輸入化粧品之品質調查	50	0	100.0
	合計	159	18	88.7
醫療器材	外科用覆蓋巾體液防護試驗之品質監測	10	0	100.0
	無菌手術手套、無菌紗布、棉球、醫療用黏性膠帶及繩帶	94	11	88.3
	B型肝炎表面抗體診斷試劑評估調查研究	28	9	67.9
	合計	132	20	84.8
中藥材	中藥之重金屬檢驗	200	0	100.0
	中藥之農藥殘留檢驗	180	0	100.0
	中藥之黃麴毒素檢驗	100	0	100.0
	市售中藥濃縮製劑污穢物質及中藥製劑品質調查	149	7	95.3
	合計	629	7	98.9

圖5-1 不法藥物查獲率



二、持續監測市場不法藥物、食品及化粧品

- (一) 民國 101 年於受理報驗輸入錠狀膠囊劑型食品中檢驗是否摻加西藥 338 批，抽樣檢驗機率 4.4%，檢驗結果均符合規定。
- (二) 偽劣假藥訪視計畫：民國 101 年完成 323 處場所，其中 51 家疑似違法販賣無處方箋之處方藥犀利士；納杏寶、杏牛營養藻錠等屬偽藥之壯陽藥物；綠騎士 (GREEN GALLENT) 及路易 16 等外用春藥。
- (三) 101 年度不法藥物、化粧品及食品聯合稽查專案計畫：查核 721 家診所、藥局、藥房、藥妝店、醫療器材販賣店等處，稽查有無販售偽禁藥品、無照藥商、藥品標示、醫療器材之包裝標示及品質抽驗等，不合格案件由衛生局進行輔導、限期改善、下架或裁罰。

(四) 辦理市售錠狀、膠囊狀食品摻西藥抽驗計畫

：民國 101 年完成包括藥粧店、藥局、藥房、平面媒體、網路平台、電台廣告、電視廣告、夜市地攤及代理商等所售錠狀、膠囊狀食品共 507 件，6 件檢體檢出西藥成分或檢出非標示成分，均已移請相關縣市衛生局處辦。

(五) 藉由跨部會合作、簡化查緝流程及加強督導各縣市衛生局等措施。

(六) 辦理中藥摻含西藥抽驗：民國 101 年度共抽樣檢驗 143 件，其中 2 件檢出含西藥，均已移請縣市衛生局處辦。

第四節 管制藥品管理

管制藥品分級管理、實施證照管理及稽核管制如表 5-9。

圖 5-2 民國 99～101 年食品藥物廣告違規率



第四章 風險評估及國家實驗室

第一節 風險評估

- 一、「食品安全風險評估諮詢會」：協助推動建立風險評估科技。
- 二、「國家食品安全教育暨研究中心」：促成國立台灣大學設置「國家食品安全教育暨研究中心」，於民國 101 年 8 月 31 日正式成立，建立跨領域之長期合作平台。
- 三、推動食品安全風險評估計畫
 - (一) 民國 101 年引進「美國食品藥物管理局及馬里蘭大學共同隸屬之食品安全與應用營養聯合研究所 (JIFSAN)」之食品安全風險評估培訓及實務課程。
 - (二) 民國 101 年辦理我國總膳食調查 (Total Diet Study, TDS)，評估國人經由各類食品攝取到之農藥種類及量，及其暴露量對國民健康之影響。
 - (三) 利用歷次國民營養調查原始資料，完成建置適用食品安全風險評估之「國家攝食資料庫」。
 - (四) 民國 101 年針對東部地區居民進行血液中戴奧辛含量背景值之調查，擴充完成「全國人體血液中戴奧辛背景值資料庫」。
 - (五) 完成「食品中化學物質的風險評估原則和

方法 (EHC240)」精要中譯本，作為風險評估相關技術之參考文獻。

- (六) 101 年度農業生物技術產業化發展方案科技研究計畫，補助研發基改木瓜、番茄及馬鈴薯之安全性評估案例研究，並持續建置國內基改食品過敏性評估需求之國人過敏血清資源庫。在法規環境方面，民國 101 年擬訂「同源基因改造植物食品之管理原則」草案。
- 四、強化藥品風險評估，於藥品安全評估諮詢小組之專家學者，協助上市後藥品臨床效益及風險評估。

第二節 國家實驗室

- 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，增購液相層析四極柱式串聯質譜儀、即時分析游離源、液相層析附電離子檢測系統、微生物鑑定系統等分析儀器設備，針對海洋黴菌及多重毒素分析、農藥快速篩檢、低揮發性化合物分析（如塑化劑）及微生物快速鑑定進行分析檢驗。各項設備配合使用於食品藥物檢驗分析研究，開發更具效力及更為精確迅速之檢驗方法，制訂技術文件供各界使用。

表5-9 民國101年管制藥品實施證照管理及稽核管制結果

管制藥品管理	管制藥品管理結果摘要
證照管理	領有管制藥品使用執照者，才可使用第一級至第三級管制藥品 領有管制藥品登記證之相關機構業者計1萬4,168家 領有管制藥品使用執照計4萬5,882人
稽核管制	管制藥品之製造、輸入、醫藥教育研究試驗使用等，均需使用已申請憑照、同意書或核准函，共核發1,736件 實地稽核共1萬6,211家次，查獲違規者109家，違規比率1.23%，違規者均予以處分

二、民國101年度初次辦理「未知物鑑別培訓」之系列課程，內容涵蓋層析技術、光譜學、質譜學、NMR核磁共振、X光繞射之原理及應用介紹，藉以強化國家實驗室非目標物之檢測能力。

三、檢驗業務：

(一)施政檢驗：配合行政管理之檢驗，包括醫療器材、健康食品、特殊營養食品及食品添加物等依法申請許可證之查驗登記檢驗；生物製劑藥品輸入或製造完成後之逐批封緘檢驗；以及配合突發事件之檢驗，如骨釘骨板之仿冒事件、醫美診所化粧水含類固醇事件、精油中含二氯甲烷及甲醇事件、德國台製珍珠奶茶含致癌物質事件及韓國泡麵含多環芳香烴化合物等。

(二)協助檢驗：包括各地衛生局稽查抽樣無法自行檢驗項目及消費者送至在地衛生局申訴等轉送之檢驗，以及複雜食品中毒事件發生時，各地方衛生局送檢之檢體。

(三)支援檢驗：包括司法情治或軍警等機關之協助檢驗；政府機關、公營機構、公益團體、法人等之付費委託檢驗。

四、檢驗方法研訂及推廣

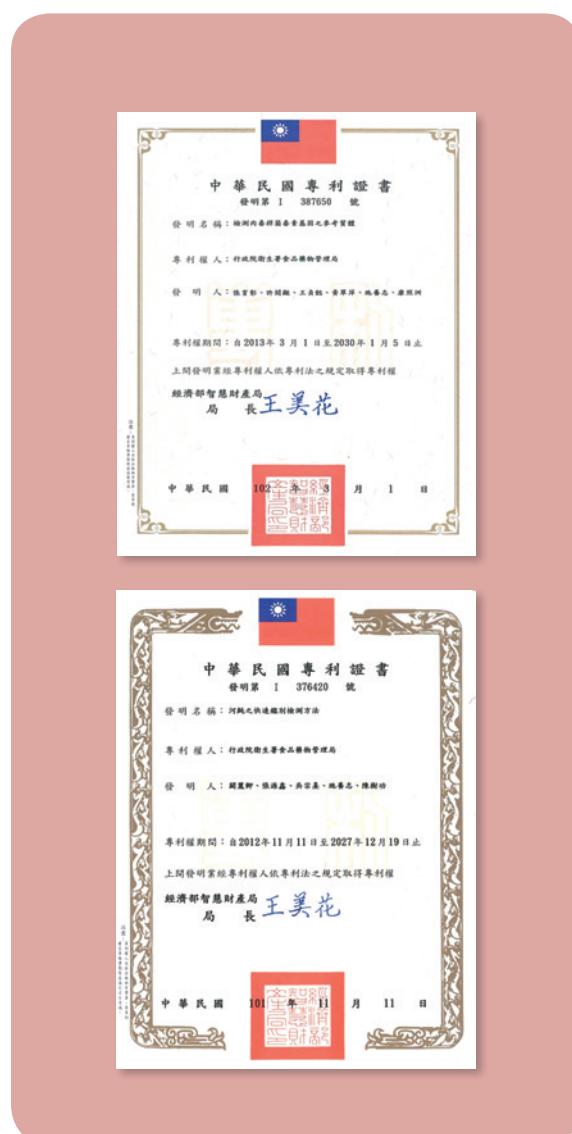
(一)公告新增、修正及廢止之食品類檢驗方法49篇，建議檢驗方法20篇；化粧品新增建議檢驗方法10篇。

(二)民國101年辦理中藥材鑑別及食品業務檢驗技術研討會，共計4場次。另辦理國際食品檢驗技術研討會1場。

(三)民國101年出版「生物藥品檢驗基準II」及「易混淆及誤用中藥材鑑別圖鑑」各1冊，提供生物藥品與藥品微生物相關檢驗規格與檢驗方法參考指引，及業者與民衆辨別中藥材真偽之參考。

五、標準品製備及供應：民國101年度完成日本腦炎疫苗效價試驗用標準品之製備，並完成此標準品效價含量之國際共同標定。

六、科技研究結果：民國101年「檢測肉毒桿菌毒素基因之參考質體」及「河鈍之快速鑑別檢測方法」分別獲得我國發明專利，運用專利技術開發檢驗方法，提升檢驗技術層次與能力。



101年兩項科技研究成果獲得我國發明專利

第五章 消費者保護及風險溝通

第一節 消費者資訊提供

- 一、持續更新「食品藥物消費者知識服務網」
(網址：<http://consumer.fda.gov.tw/>)：彙整業務相關施政資訊及衛教宣導資料，提供民衆多元便捷之查詢服務。
- 二、建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平台」：提供國內、國外藥物安全資訊及藥物安全資訊風險溝通表，即時發布藥物安全相關警訊，以提醒醫療人員及民衆注意。
- 三、建置「食品消費紅綠燈」：在食品安全疑慮事件發生時，提供消費者及業者可以即時查詢邊境及國際間食品安全警訊之資料，維護國內飲食環境之安全。

- 四、建置「線上申辦暨多元化便民繳費平台系統」：提供民衆與業者線上申辦及多元化便民繳費方式，包括ATM、超商、信用卡等，線上申辦項目達25項，並提供各類申辦案件相關資訊及表單下載。
- 五、民國101年出版20種食品藥物相關書籍，提供消費者多元選擇及知的權利。
- 六、民國101年修訂各生命期營養所需之營養重點，提醒國人注意營養攝取及生活重點，並依照「國民飲食指標」及「每日飲食指南」之建議，養成正確均衡飲食習慣，確保身體健康。
- 七、推動建構社區藥局成為民衆正確使用中藥之諮詢服務據點及環境模式，徵選50家臺北市社區藥局提供社區民衆中藥諮詢服務。



「國民飲食指標」及「每日飲食指南」圖示

第二節 風險溝通及衛教宣導

- 一、為保障國人食用安全，確保國人健康，針對訂定「萊克多巴胺殘留安全容許量標準」強化政策之溝通宣導，相關措施如下：
- (一)持續於廣播電台、平面媒體如藥物食品安全週報、藥師週刊、壹周刊、商業周刊與時報周刊進行各項食品衛生安全宣導。
- (二)購買網路關鍵字方式進行宣導，並製作網頁宣導標誌，請本部食管署所屬單位進行超連結。
- (三)製作面紙文宣品分送至 29 個本部醫院及 6 個健保聯合門診中心，供民眾索取。
- 二、強化政府風險溝通：民國101年度持續辦理風險管理及危機處理之教育訓練與演練，包含基礎與進階課程、專題演講及緊急事件應變推演。
- 三、民國101年9月23日舉辦第2屆「925用藥安全宣導活動」，於臺南市及台北市同步舉行戶外大型宣導活動，並以「正確用藥五不原則」及「正確用藥五大核心能力」為主軸宣導目標，獲得媒體之迴響。

四、辦理「正確用藥網路宣導與數位教育議題

推廣及維運之研究」，整合開發完成之教材與教案資料，藉由數位電子媒體，運用網路社群，擴大正確用藥知能教育。

五、配合「行政院偽劣假藥聯合取締小組執行計畫」，以「正確用藥五不原則」及「正確用藥五大核心能力」為宣導主軸，提醒年輕人關心自己及父母買藥情形，拒絕購買來路不明藥物。

六、辦理「101年度醫藥教育研究試驗計畫使用管制藥品宣導講習會」3場次，使從事管制藥品醫藥教育研究試驗之機構業者，瞭解管制藥品相關規定。



正確用藥五大核心能力



正確用藥五不原則

七、藥物濫用防制：

- (一) 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」。
- (二) 設計「拒絕K他命」宣導摺頁等宣導教材；發行「黑天白夜：找回燦爛的陽光」藥物濫用實際案例探討手冊。透過多元媒體通路，提升民衆對正確使用管制藥品及濫用危害之認知。
- (三) 結合42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，辦理8場次之全國社區藥師師資培訓課程。
- 八、辦理醫療器材及化粧品選用安全之衛教宣導：舉行10場醫材管理衛教宣導活動，製

作醫材、化粧品衛教宣導品與短片，舉辦「醫療器材安全選用」、「全國化粧品不良品通報系統」網路有獎徵答活動，並辦理醫材及化粧品衛教宣導記者會。

- 九、民國101年啓動建構中醫藥就醫用藥安全衛生教育模式，訂定中醫藥教育核心五大能力「停、看、聽、選、用」，成立4家中醫藥安全衛生教育資源中心，辦理種子師資培訓。
- 十、舉辦「中草用藥安全宣導圖片設計比賽」，選出3版宣導海報分送地方衛生機關。
- 十一、辦理南部地區民衆用藥習慣調查及用藥安全提升計畫，透過培訓之種子講師，進行36場中藥用藥安全宣導活動，並透過問卷調查作為未來施政之參考。



中草藥用藥安全宣導圖片設計比賽

6



健康照護

- 65 第一章 健康照護體系
- 67 第二章 緊急醫療與災害應變
- 68 第三章 心理衛生與精神醫療
- 70 第四章 長期照護服務體系
- 72 第五章 醫療品質
- 76 第六章 醫事人力

隨著醫藥衛生、社會、經濟環境迅速改變，我國醫療體系及醫療團隊如何確保民衆的就醫安全，成為當前一大挑戰。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，提升民衆健康及生活品質，為當前之重點工作。

第一章 健康照護體系

自民國74年推動醫療網計畫，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，於民國94年至97年推動「全人健康照護計畫」，強調病人安全及以病人為中心，並發展社區醫療衛生體系。又為因應人口老化、少子文化、疾病型態之改變，爰自民國98年至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，以讓民衆活得更長久、更健康、更快樂。現行健康照護體系如圖6-1。

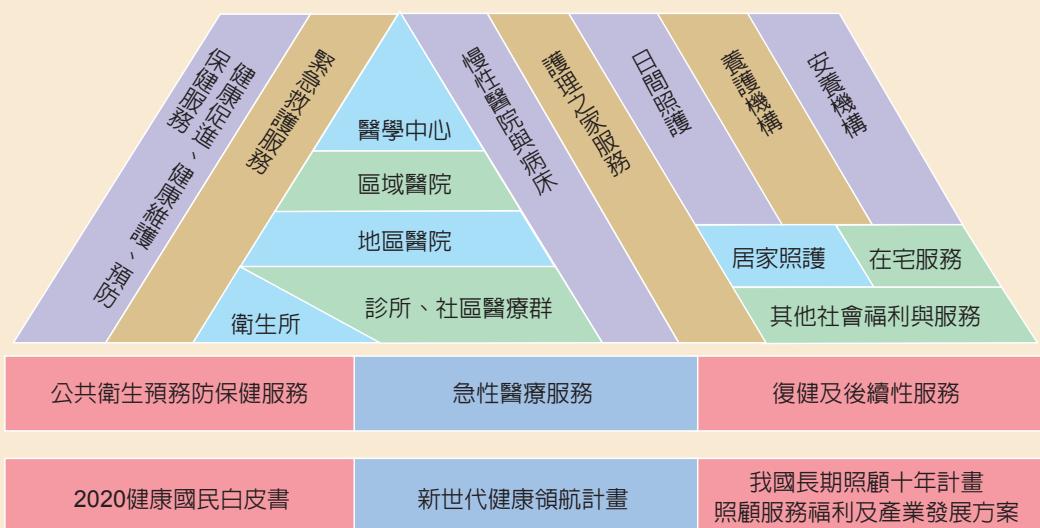
第一節 醫療資源

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，評估各地方民衆健康需求，辦理各項區域醫療資源與提升區域醫療水準計畫。民國101年實施成果如下：

一、醫事機構現況：

醫院計有502家，診所計有2萬935家，藥局有7,620家，一般護理之家有447家，精神護理之家有29家，居家護理所有498家，產後護理機構有148家，日間照護機構有15家，助產所有39家，醫事檢驗所有429家，醫事放射所有69家，物理治療所有45家，職能治療所有10

圖6-1 健康照護體系



家，鑲牙所有61家，心理諮詢所有46家，心理治療所有26家，營養諮詢機構有17家。如圖6-2。

二、醫療院所病床現況：

醫療院所病床數共16萬900床（含一般病床及特殊病床），醫院一般病床包含急性一般病床、慢性一般病床、精神急性一般病床與精神慢性一般病床（含慢性結核病床及漢生病床），平均每萬人口病床數為69.01床，如圖6-3。

三、醫療區域輔導與資源整合：

為提升醫療品質，依行政院於民國98年2月12日核定之「新世代健康領航計畫」，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，配合本部健康照護政策之推動，且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。

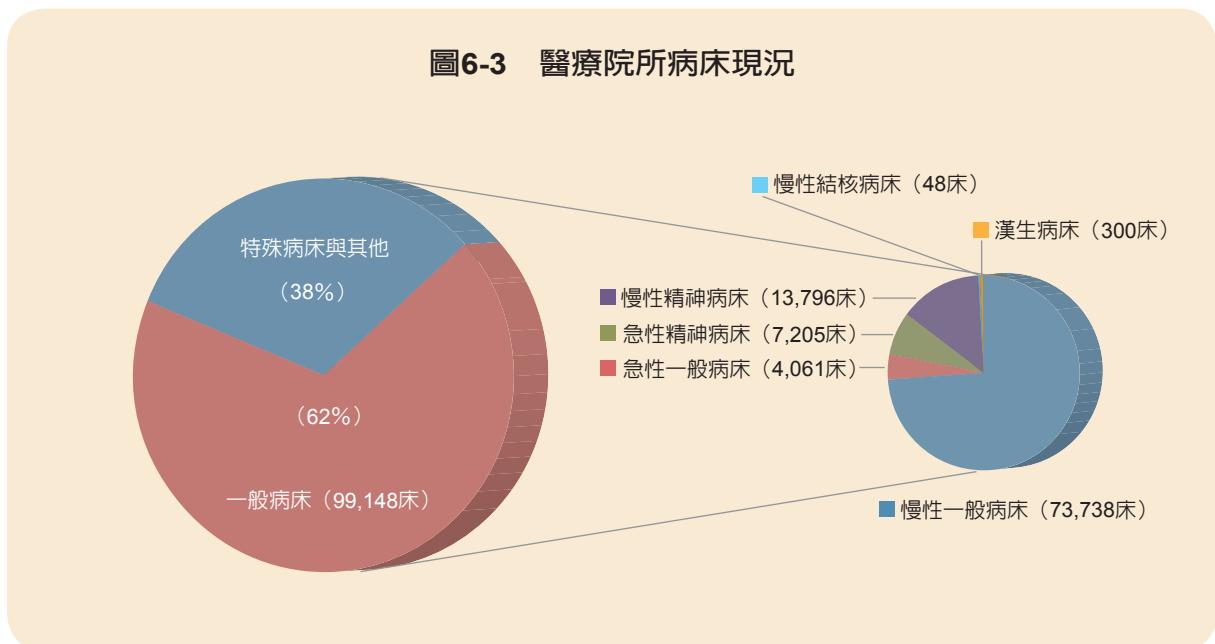
第二節 社區健康照護體系

推動整合性社區健康照護網絡，將急性醫療照護資源朝區域化及類別化做資源整合，並以衛生所為操作中心，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，落實醫療機構之分工與整合，擴大基層醫療機構之參與。

圖6-2 歷年醫療院所家數



圖6-3 醫療院所病床現況



第二章 緊急醫療與災害應變

第一節 緊急醫療

- 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、「醫院緊急醫療能力分級標準」進行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。
- 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。

- 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家醫院成立特殊急重症照護中心，其中21個中心通過認證，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、民國98年起，辦理「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）」急救教育訓練。民國101年底，共計完成223處，其中有36處設置AED並通過認證。
- 六、為提升（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫。計補助16個縣市之19家醫院的婦產科及13家醫院的兒科，辦理提供該區域24小時產兒醫療服務。
- 七、結合內政部消防署與縣市衛生局，共同組成「中央與地方聯合無預警稽查小組」，對救護車進行無預警抽檢，以落實救護車之管理。

第二節 災害應變

- 一、為因應颱風等天然災害，中央災害應變中心民國101年共開設9次。
- 二、配合行政院辦理全國災害防救演習及災害防救業務訪評，針對重大及複合式災害地方政府應變及整備進行實地評核，並結合萬安35號演習，進行衛生動員準備方案各計畫應變之兵棋推演及實兵演練。
- 三、民國101年重大事故緊急應變（12月9日新竹縣司馬庫斯巴士墜谷事故），事故發生後本署北區緊急醫療應變中心協助衛生局監控傷病患之分流後送及轉院，使得獲救傷病患於最短時間內獲致妥善之救治。

第三章 心理衛生與精神醫療

第一節 心理健康促進與自殺防治

臺灣每10萬人口之自殺死亡率，自民國83年之6.9人，逐年攀升至民國95年19.3人之高

峰，並自民國86年起連續13年均於國人十大死因之列；民國99年降至16.8人，民國100年降至15.1人，民國101年為16.2人，並自民國99年起已連續3年退出十大死因（如圖6-4）。惟考量目前每年仍有3千餘人死於自殺，造成諸多個人及家庭傷害，爰此，本部持續將自殺防治工作列為重點任務，積極推動各項防治措施。

- 一、成立「全國自殺防治中心」規劃評估自殺防治策略與成效；設置「安心專線」0800-788995，提供民眾24小時免付費心理諮詢服務。
- 二、建立「自殺防治通報關懷系統」，加強自殺企圖者之通報，並輔助各縣市衛生局聘任自殺關懷訪視員，強化縣市社區心理衛生中心功能，活絡社區支持網絡，透過關懷訪視、轉介追蹤，減少再自殺率與自殺死亡率。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，民國101年辦理守門人教育訓練共計67場次。

圖6-4 歷年自殺死亡數及死亡率



三、自民國99年起推動老人憂鬱症篩檢活動，累計至民國101年底，各縣市衛生局篩檢服務人數計56萬1,105人，累計達全國老人人口22.22%。

四、為建立中央跨部會合作機制，於行政院成立「心理健康促進及自殺防治會報」，民國101年已召開3次會議，針對「軍人」、「農民」、「職場」、「校園」等特殊族群及場域進行相關討論，擬定因應策進作為。

第二節 精神醫療服務

一、持續推動區域精神醫療網區域輔導計畫，劃分6個醫療責任區，並指定核心醫院，協助區域內各縣市政府辦理事項包括：

(一) 建立區域內跨縣市、跨機構之精神醫療資源整合及合作機制等事宜；(二) 推動精神疾病防治工作、發展精神醫療與社區精神復健專業服務；(三) 辦理精神醫療專業人員訓練。

二、為有效掌握社區精神病人動態，督促各直轄市、縣（市）政府追蹤關懷社區精神病人。此外，本部補助各縣市政府292名衛生行政人員與關懷訪視員，辦理社區精神

病人管理、追蹤照護及自殺通報個案關懷訪視業務，並視個案需求，適當轉介其他服務資源。

三、民國97年7月4日修正施行精神衛生法，已配合成立「精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會」，修法後，平均每月強制住院人次從民國98年140人次至101年已降至106人次，強制住院人數已明顯下降，顯見審查會制度對於精神病人權益，已更有保障，各年度審查結果統計如（表6-1）。

四、為健全精神病人之醫療照護服務，補助民間機構開辦或充實精神復健、精神護理之設施及設備，提升精神病人就醫之可近性。

五、為讓症狀穩定中精神病人回歸社區，積極充實精神復健資源，強化社區復健服務。

六、針對家庭暴力加害人，提供認知教育輔導、心理、精神及戒癮治療等處遇項目；指定性侵害驗傷採證責任醫院共152家，提供被害人驗傷採證及緊急醫療處置；辦理酒癮戒治處遇服務方案，提供住院治療1,012人日，門診治療1,227人次，心理輔導1,280人次，戒酒認知教育3,888人次。

表6-1 精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查結果統計表

年度	審查案件數/件	許可數	許可率	不許可數	不許可率	平均每月強制住院人次
民國97年7月至12月	669	578	86.4%	91	13.6%	—
民國98年	1,679	1,555	92.61%	124	7.39%	140
民國99年	1,696	1,611	94.99%	85	5.01%	141
民國100年	1,251	1,203	96.16%	48	3.84%	104
民國101年	1,277	1,234	96.63%	43	3.36%	106
合計	6,572	6,181	94.05%	391	5.95%	—

七、指定藥癮戒治機構共 109 家，另辦理「非愛滋藥癮者替代治療補助計畫」，部分補助非愛滋藥癮者參與替代治療之醫療費用。民國 101 年全國計有 108 家替代治療執行機構，平均每月參與替代治療之個案數有 1 萬 2,663 人；全國替代治療累計治療人數，則由民國 96 年之 1 萬 2,145 人，增加至民國 101 年 3 萬 8,507 人（如圖 6-5）；服藥人日數累計達 1,682 萬 8,089 人日；新增之藥癮愛滋人數，則由民國 96 年的 743 例，降至民國 101 年的 81 例。

第四章 長期照護服務體系

第一節 建構可近性及普及性之長期照護服務

依據人口統計，民國 101 年底我國 65 歲以上人口比率已達 11.15%。隨著人口之高齡化、

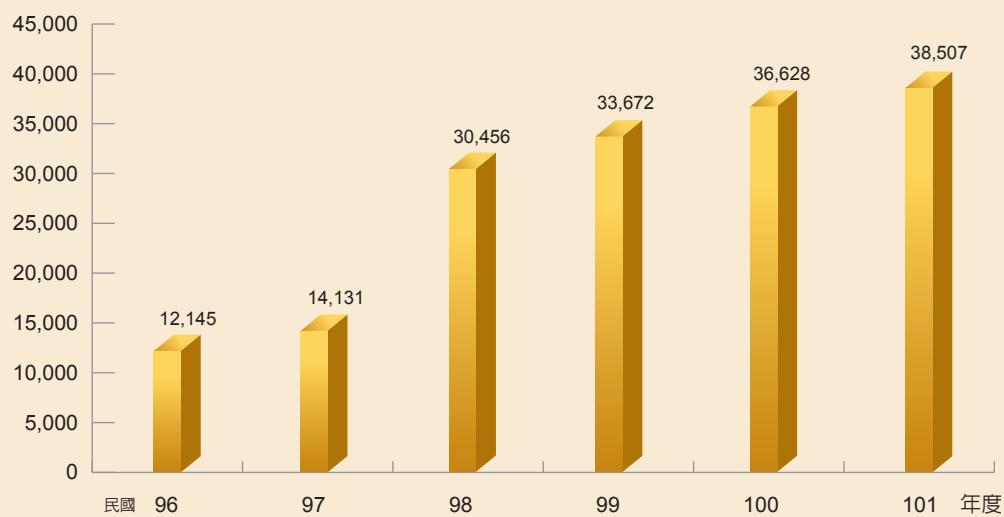
疾病型態的改變及失能者人數大幅增加，致使國人對長期照護的需求遽增，成為國家當前的重要政策。為推展長期照護服務體系，讓民眾獲得可近性、連續性且有效率的長期照護服務，主要策略包括：

一、發展在地老化服務網絡

(一) 延續推動長期照顧十年計畫，提升服務使用率輔導各縣市建立長期照顧管理制度，至民國 101 年設置 22 個照顧管理中心，並下設 40 個分站，配置 315 名照顧管理專業人力；提供服務老年失能人口比率，已由民國 97 年 2.3%，提高到 101 年底的 27%（增加 12 倍）。

(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 12%（全國總人口中低收入戶係占 4%）；低收入戶個案 14%（遠較全國低收入戶占 1% 之比例為高），顯示

圖 6-5 全國替代治療累計治療人數



經濟弱勢族群獲得之協助遠較一般民衆為高。

(三)建置偏遠地區發展服務據點：透過服務據點培訓在地專業人力，並結合當地資源，如衛生所、社區關懷據點等，建構偏遠地區長照服務網絡。民國 100-101 年共建置 13 個據點，以提升在地長照的量與能。

二、規劃及推動長期照護服務網計畫

為建立我國長照服務體系，充足我國長照服務量能，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，本部已完成長照服務網計畫（草案）。前揭草案依服務資源需求，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。

三、長期照護服務法制化

本部積極推動長期照護服務法制化，研擬「長期照護服務法草案」，於民國 101 年 2 月 16 日重新報行政院，並於民國 101 年 2 月 23 日經行政院會已送交立法院第 8 屆委員會議，並列入優先法案進行審議。

四、規劃長期照護保險制度

(一)為發展本土化長期照護案例組合，作為未來長期照護保險訂定給付與支付標準之依據，自民國 100 年 4 月開始，陸續對居家型、社區型及全日住宿型機構等長照服務使用者，進行其長期照護服務資源使用情

形調查，至民國 101 年底共完成 5,536 個案資料收集，預計民國 102 年底完成第 1 版案例組合模型初稿。

(二)為建立反映成本且兼顧合理勞動條件之長期照護保險支付標準，自民國 100 年 7 月起，陸續進行居家照顧服務、居家護理、社區型服務及全日住宿型機構服務等項目之成本分析調查，預計民國 102 年底完成上述調查。

(三)為發展適用於我國長期照護保險之需要評估工具，以反映失能個案之長照需要，已研擬多元評估量表（草案），並建立各國長照需要評估工具庫。該量表（草案）共分為六個面向，包括：「日常活動功能（Activities of Daily Living, ADLs）及工具性日常活動功能（Instrumental Activities of Daily Living, IADLs）」、「溝通能力」、「特殊複雜照護需要」、「認知功能、情緒及行為型態」、「居家環境與社會參與」、「主要照顧者負荷」。目前長期照護保險多元評估量表（草案）業用於長期照護需要調查（第二階段）及長期照護案例組合調查。另自民國 101 年起針對失智症者、智障者、精神障礙者、需復健者等群體，以該評估量表（草案）為基礎，進行細部規劃及修正之委託研究，以確立適用我國及符合各特殊群體需要。

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，本部完成規劃長期照護醫事人力及照管中心照顧管理人員兩個部分。
- 二、長期照護專業人力培訓課程如表 6-2。

表6-2 長期照護專業人力培訓課程

長照醫事服務 人力培訓課程	Level I 共同課程（18小時）
	Level II 專業課程（32小時）
	Level III 整合性課程（24小時）
照管中心照顧 管理人員課程	第一階段：共同核心及實習訓練課程各40小時為基礎。
	第二階段：強調實務、協調溝通及個案跨專業服務做為課程發展設計指引。
	第三階段：配合繼續教育理念與進階能力發展，以跨專業案例教學、跨區域服務體系資源運用及整合等能力培育為重點。

第三節 整合長照機構管理提升品質

- 一、自民國98年起依護理人員法辦理護理之家評鑑。民國100年邀請內政部、退輔會共同完成長照機構評鑑整合作業，並於民國101年完成311家一般護理之家實地評鑑作業。
- 二、辦理一般護理之家評鑑，評鑑不合格之機構，由各轄區衛生局定期督導考核，加強管理。

第四節 推展遠距健康照護

本部於民國99年至103年規劃辦理「遠距健康照護服務發展計畫」，持續推動並擴大辦理，朝健全相關配套機制，以促進產業發展。推展項目與成效如表6-3。

第五章 醫療品質

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，遂推行醫院評鑑制度，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，民國101年成效如下：

一、病人安全與醫療品質

- (一) 擬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「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「101-102年度診所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。
- (二) 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。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。
- (三) 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

表6-3 「遠距健康照護服務發展計畫」辦理項目與成效

服務擴散	委託台北市立萬芳醫院及高雄醫學大學中和紀念醫院設置北南二個遠距健康照護中心，提供民衆24小時之健康照護諮詢、健康管理、協助民衆轉診，並整合醫療資源，創造加值服務與提升服務品質。至民國101年12月底，兩區遠距健康照護中心連結之合作醫療照護機構231家，參與遠距健康照護中心會員人數計23,955人，回饋弱勢族群3,846人，生活照護服務1,352人次，提供諮詢服務51,672人次。
環境整備	(一) 生理量測傳輸設備標準介面擬訂：遠距生理量測傳輸設備介面採用 Continua 國際聯盟及 ISO/IEEE 11073、HL7、IHE 等國際標準，並舉辦三場產業說明會向國內廠商推廣上述傳輸介面標準。 (二) 服務管理辦法草案研擬：就個人資料保護以及規範服務產業兩大面向，提出「遠距健康照護服務業個人資料保護作業準則」與「辦理遠距健康照護服務業務應行注意事項」之草案，並持續辦理草案修正推動。
資訊整合與介接	(一) 建置遠距照護中心成效分析系統，作為未來相關計畫推動之參考。 (二) 配合生理量測傳輸設備標準介面之擬訂，完成生理資訊傳輸軟體 App 及驅動程式。 (三) 將原計畫入口網以服務為導向作網站更新，以民衆及慢性病病患之服務為目標族群，分以健康管理及慢性病照護為主軸，新增資料庫瀏覽以及線上互動等功能。
服務宣導與推廣	辦理5場宣導活動推廣遠距健康照護服務，進行宣導短片拍攝，於全省麥當勞撥放；於健康休閒類雜誌刊登遠距健康照護宣導內容，並製作宣導手冊供相關活動發放。

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。

(四) 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。

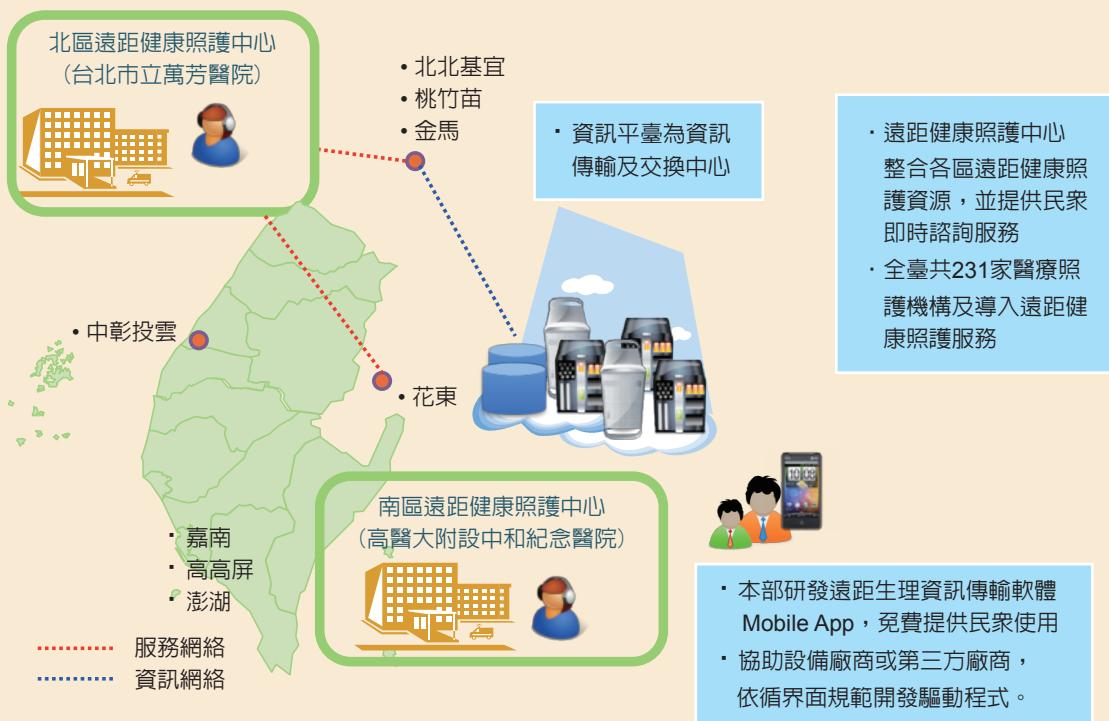
二、醫院評鑑制度

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，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「醫院評鑑中醫評鑑基準（草案）」，並辦理試評作業。

(二) 為輔導精神復健機構內部作業缺失之改善，以確保其照護品質，辦理「精神復健機構評鑑」，至民國 101 年底共完成 568 家次之實地評鑑。近年複評家數逐年降低，由民國 96 年的 16 家降至 101 年的 7 家，顯示評鑑制度確實能提升機構照護品

圖6-6 民國101年遠距健康照護服務情形



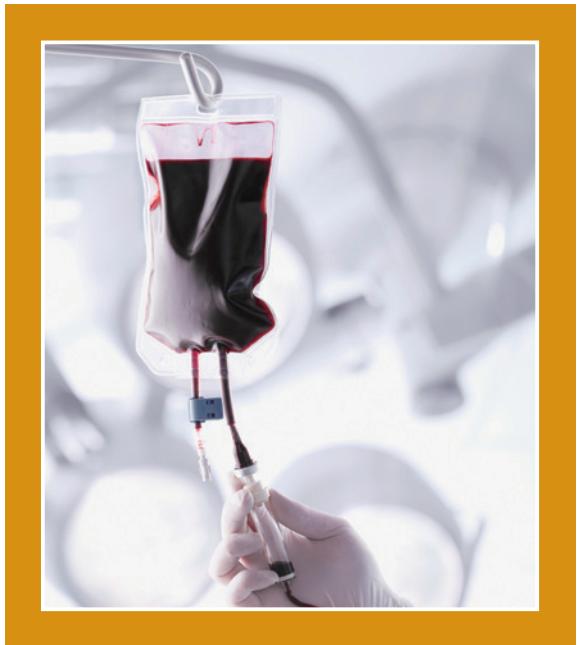
質。另自民國 100 年起，首次辦理精神護理之家評鑑，民國 101 年計有 9 家申請，8 家經評定為合格機構。

(三)為建立以病人為中心之中醫優質醫療照護體制，提供民衆就醫安全環境，辦理中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑；民國 100 年已公告 40 家合格醫院名單，由於該合格效期至民國 103 年 12 月 31 日截止，將於民國 102 年研修評鑑基準，俾為民國 103 年實地評鑑預作準備。

(四)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，降低對於醫療機構作業之干擾。

第二節 提升血液供輸服務品質

為使國人能得到安全的血液，我國自推動自願無償捐血以來，於民國80年國民捐血率首度達到5.18%之國際公認無償供血之國民捐血率，迄今我國一直維持國民捐血率大於5%以上，維持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。自民國96年1月起由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。其中人類免疫球蛋白靜脈注射劑目前已



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。

- 一、為降低受血者因輸血感染愛滋病的風險，勸導高危險群民衆勿利用捐血以檢驗愛滋，民國101年所有捐血者中愛滋病毒（HIV）陽性率達十萬分之3.76，為過去4年來最低，顯見宣導措施獲得成效。
- 二、為提升血液供輸作業品質，本部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」，對各捐血中心進行血漿原料製備作業查核，及進行血液製劑製造廠GMP查核。
- 三、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篩檢，進行紅血球抗原建檔作業。並為因應具有稀有血型病人之醫療輸血需求，建立稀有血型資料庫，提供病患特殊血品的需求。
- 四、委由血液基金會成立血液諮詢實驗室，對外提供血液諮詢檢驗服務，及提供臨床醫療機構輸血安全相關的教育訓練。

五、為有效縮短檢驗空窗期、降低輸血感染之機率，民國99年7月起階段性執行核酸擴大試驗（Nucleic Acid Amplification Testing, NAT），並於民國101年公告102年2月起全面施行供輸血用血袋之核酸擴大試驗，檢測項目包含人類免疫缺損病毒（HIV）、B型肝炎病毒（HBV）及C型肝炎病毒（HCV）等3項病毒篩檢。

第三節 提升器官捐贈移植效率與品質

至民國101年底，國內約有8000位器官移植等候者，然平均每年僅約800人可幸運受惠。為擴大器官捐贈風氣及來源，本部於民國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及器官分配業務。多項措施推動至今，我國器官捐贈率已居亞洲第二，術後存活率亦不亞於先進國家。

- 一、建置器官勸募網絡，藉主動發掘潛在捐贈者，提升我國器官捐贈率。
- 二、建置「器官捐贈移植登錄系統」，建立公平、公正、透明的分配機制；民國97年1月1日修訂器官移植之全民健保給付規定，鼓勵醫院進行器官勸募及移植。
- 三、民國100年11月15日完成「器官捐贈移植登錄系統」與「慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生病子系統」之勾稽機制，提升登錄資料之正確性。
- 四、民國100年12月21日修訂人體器官移植條例，明定捐贈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。
- 五、民國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。

第四節 護理照護品質

- 一、推動專科護理師甄審制度，至民國101年計有3,728人通過甄審。另公告民國101年內外科專科護理師之訓練醫院80家。
- 二、補助2家團體辦理基層護理人員繼續教育計畫，完成規劃及提供護理人員繼續教育課程302場（含視訊）；另修定護理人員執業登記及繼續教育辦法，預定提高護理人員網路及通訊課程積分由原各30點提高至各60點。
- 三、辦理簡化醫院護理文書作業計畫，研擬一般內外科急性病房通用表單及特殊表單建議及範例，函請各醫院參採使用；另亦持續推動全責照護計畫，建立醫院護理人員與護理輔助人力共同照顧模式，以減輕護理人員之工作負荷。
- 四、於民國101年6月函請醫院、衛生局及護理團體轉知所屬機關「醫療機構護理人員工時規範」，請其遵守勞動基準法相關規定，勞動檢查不合格者納入醫院評鑑。另亦完成6家產後護理機構試評及召開2場評鑑基準說明會，收集各界之意見，並依試評結果完成102年產後護理機構評鑑基準訂定，於102年正式辦理評鑑。

第六章 醫事人力

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、至民國101年底各類醫事人員執業及每萬人口執業人數，如附表4-3。

第二節 醫事人力培育

為提升醫事人員的素質，每年均針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、對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、培育山地離島等醫療資源短缺地區之人才，自民國58年起，辦理地方醫事人員養成計畫，目前公費醫師之留任率為7成。地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年平均培育10名，增為27名。



三、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，已達成階段性之任務及政策之目的，因此自民國95年開始，逐年減招40名公費生，並至民國98年完全停止招收；地方養成公費醫師則增加培育名額由原來每年平均培育10名，增為27名。

四、委託各專科醫學會辦理專科醫師甄審工作，提升醫師專業訓練品質，並每3年重新認定專科醫師訓練醫院。目前計訂頒26個專科。

五、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」。民國100年7月起實施一年期畢業後一般醫學訓練計畫，民國101年計核定127家醫院（39家主要訓練醫院、88家合作醫院）辦理一年期PGY訓練計畫。

六、為建立系統性的牙醫師臨床訓練制度，提升牙醫師畢業後之訓練品質及成果，增進醫療品質，民國99年7月1日執行「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。至民國101年底共核定291家醫療機構辦理本訓練計畫。

七、我國中醫師養成教育，分7年制及8年制（民國55年至84年為7年制，從85年起改為8年制；民國92年起，又分為7年制及8年制）中醫學系及五年制學士後中醫學系兩種制度。為促進中醫正規教育正常發展，及正規教育養成比率，我國中醫師檢定考試制度已於民國97年落日，中醫師特種考試制度亦已於民國100年落日。

八、為建立中醫師臨床訓練制度，將於民國103年實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」；未來欲擔任負責醫師者，必須在經教學醫院評鑑合格之中醫部門或經本部指定之中醫醫院接受2年負責醫師訓練，始得擔任。本部遂於98年開始推動「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，至民國100年底，共輔導33家訓練醫院接受122位新進中醫師訓練；另舉辦指導醫師、藥師培訓營，共培訓指導醫師164人、指導藥師296人。

九、為維護中醫師執業素質，推動「提昇中醫醫事人員執業素質計畫」，民國100年，舉辦中醫專科學術研討會及中西醫學整合研討會；另辦理中醫基本護理訓練課程。

十、民國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年内之醫事人員制定核心訓練課程，領證2年内之新進醫事人員受訓覆蓋率約75.81%，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。

十一、完成14類醫事人員繼續教育制度，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。

十二、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，自民國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。自民國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。



7

全民健康保險

- 79 第一章 健康保險現況
- 81 第二章 支付制度改革與醫療品質資訊公開
- 82 第三章 擴大照顧弱勢族群
- 83 第四章 落實二代健保

全民健保實施後，許多貧病弱勢的民衆因此獲得適當的醫療照護，健保制度成為臺灣社會安全的重要支柱；但是面對有限的財源、迫切的醫療需求，為了健保的永續，全民健保持續改革，經過各界努力，全民健康保險法修正條文於民國100年1月26日經總統公布，於民國102年1月1日施行，此一重要轉捩點，使健保能於原有的穩固基礎上，繼續朝向永續經營的方向前進。

民國101年全民健保重要業務辦理情形，將分健康保險現況、支付制度改革與醫療品質資訊公開、擴大照顧弱勢族群及落實二代健保等四章分別陳述。

第一章 健康保險現況

第一節 納保現況

全民健保屬於強制性的社會保險，凡具有中華民國國籍，且在臺灣地區設有戶籍滿4個月的民衆，都必須依法參加全民健保，另在臺灣地區領有居留證明文件，且居留滿4個月之非本國籍人士，也應依法參加，但具受僱身分者則不受前述4個月之限制。（註：民國102年起，配合二代健保之實施，等待月份由4個月改為6個月）

民國101年底總投保人數共有2,328萬949人，實質納保率達99%以上，已接近全民納保目標。

第二節 保險財務

全民健保於民國84年開辦時保險費率定為4.25%，經由推行各項開源節流措施及嚴格執行財務監控，使得原預計維持5年財務平衡之費率，持續運作至民國91年9月，才在維持2年最低財務收支平衡的前提下，微幅調整保險費率

為4.55%，惟礙於經濟情勢，至民國98年已有8年未作調整。因此本部陸續推動各項財務穩定措施，以避免健保財務問題擴大，民國101年推動各項增加健保財務收入措施如下：

(一) 投保金額查核：增加保險費收入18.58億元。

(二) 配合基本工資修正，自民國101年1月1日起，將「全民健康保險投保金額分級表」下限調整為18,780元，分級表各級隨之調整。

(三) 爭取每年約12億元之公益彩券盈餘分配，及約240億元之菸品健康福利捐收入。

藉由上述措施，歷年保險收支累計數由民國99年3月底短绌604.16億元，至民國101年底轉為結餘205.61億元，顯示健保財務已有改善。

第三節 醫療利用現況

民國101年，總門診次數為3億6,537萬人次，總住院次數為318萬人次，平均每人每年門診及住診就醫次數（如表7-1）。

民國101年底健保特約醫事服務機構計達2萬6,317家（如表7-2），其中醫療院所2萬58家，占全國所有醫療院所總數的93.70%，普及全國各地，分佈均衡，保險對象之就醫可近性高。

第四節 健保IC卡應用

自民國93年1月起，全面使用健保IC卡，提供民衆更簡單、方便、安全之服務。健保IC卡，規劃有「個人基本資料」、「健保資料」、「醫療專區」及「衛生行政專區」等4種不同類別資料存放區段。可提供及時的就醫資訊，協助防疫工作之落實，保障全體國民的健康。民國101年之相關實施成效如下：

表7-1 民國101年平均每位保險對象醫療利用情形

項目	次數	成長率
門診	15.1	0.15%
西醫	12.0	-0.52%
牙醫	1.4	2.46%
中醫	1.7	3.15%
住診	0.14	-0.26%
住院日數	1.4日	

表7-2 健保特約醫事服務機構類別及家數

項目	次數	成長率
醫院及診所	20,058	93.70%
藥局	5,284	69.12%
居家護理機構	538	57.91%
助產所	12	32.43%
精神復健機構	184	96.84%
物理治療所	12	30.77%
醫事檢驗機構	217	53.58%
醫事放射機構	9	14.06%
職能治療所	3	33.33%

一、全國健保特約醫療院所，99.9%已經完成連線認證。
二、民國101年底，於健保IC卡中登錄「同意器官捐贈註記」計有20萬5,039人；另有14萬4,986人登錄「同意安寧緩和醫療意願註記」，此可幫助醫療人員能在第一時間得知當事人的器官捐贈意願、與尊重臨終病人的意願，使其有尊嚴及安詳的往生。

三、用藥、重大檢查之註記：藉由健保IC卡有限儲存空間紀錄最近6次就醫紀錄（60組處置、用藥及檢驗檢查之醫令），循環使用，提供醫師透過醫師卡可讀取其內容，供處方之參考，避免重複用藥或重複檢查。

第二章 支付制度改革 與醫療品質資訊公開

第一節 推動多元支付方式，為民衆購買健康

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 service）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。自民國90年10月起，分階段實施子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等5項；民國99年1月新增精神分裂症、慢性B型肝炎帶原者與C型肝炎感染者等2項；民國100年1月再新增初期慢性腎臟病論質方案。

藉由推行「論質計酬」支付制度，醫院可依方案內規定之治療指引，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，自民國99年1月1日起實施全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwanese Diagnosis Related Groups，簡稱Tw-DRGs）支付制度。此外自民國100年7月1日起，開始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，加強預防保健工作，以民衆健康為導向，只要把病人照顧得越好，醫生和醫院的收益就越多，讓民衆獲得更周全的醫療整合照護。

第二節 改進藥品核價制度及增加民衆用藥權益

一、合理調整藥價

為縮小藥品在健保支付與醫院採購的價差，使新藥能快速納入健保給付，本部健保署依法每2年進行1次藥價調整，至民國101年已辦理了7次藥價調整，同時也有效緩和了藥費支出的成長。

二、擴大藥物給付範圍

為提升民衆用藥品質及用藥選擇，減少民衆財務負擔，在考量大多數病患之醫療需要、臨床醫藥專家、相關醫學會之建議等因素，民國101年擴大調整藥品給付的項目如：惡性腫瘤用藥、心臟疾病及糖尿病用藥、血小板缺乏紫斑症用藥、類風濕性關節炎及乾癬用藥等之給付範圍，提升民衆照護品質。

三、確保罕見疾病及血友病等重症患者之醫療權益與用藥

本部全民健康保險會自民國94年起，即已在健保醫療費用醫院總額部門編列有罕見疾病及血友病藥費專款專用項目，以保障此類病友的醫療與用藥權益。

第三節 醫療品質資訊公開

一、醫療品質資訊公開是維護全國民衆就醫權益，促成醫療品質提升的重要方法，也是讓民衆直接看到各醫療院所的醫療品質監

測結果，以發揮透明化監督功效。為此，本部持續規劃辦理健保醫療品質資訊公開作業，並在其全球資訊網（網址：<http://www.nhi.gov.tw>）建置「醫療品質資訊公開」專區，公布醫療院所別品質資訊。

二、此品質資訊分為二大類，一類為服務類指標，該類指標係就普遍性及可行性高的服務類項目進行公開，其中涵蓋醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析醫療服務等服務類別。另一類為疾病類指標，該類指標係依疾病別或照護項目別發展專業醫療服務品質指標，目前共公開糖尿病、人工膝關節置換術、子宮肌瘤手術治療、透析治療、消化性潰瘍、氣喘等6類特定疾病。公開內容均呈現指標主要意涵、指標參考價值、指標定義等訊息，更依據各指標屬性提供衛教知識，讓民衆藉由查詢指標而提升衛教知識。

三、另民衆可於家中持自然人憑證進入本部健保署全球資訊網之一般民衆/網路申辦及查詢網頁中，查詢個人最近3個月之健保就醫資料。

第三章 擴大照顧弱勢族群

為減輕弱勢民衆保險費負擔，避免因經濟困境致影響就醫權益，民國101年持續推動下列各項協助措施：

一、健保費補助

因應民國99年4月1日健保費率自4.55%調整為5.17%，考量個別民衆經濟能力並降低社會衝擊，政府編列預算專案補助一定所得以下民衆應自付保險費新增之差額，民國99年4月至12月合計補助金額95.3億元，民國100年合

計補助金額132億元，民國101年合計補助金額136億元，平均每月補助約1,800萬餘人。

本專案非屬法定補助，且目前社會救助法已將中低收入戶納入，並給予應自付健保費1/2的補助。爰各類目被保險人保費之負擔，應回歸法制面，以落實量能負擔之財務責任制度，因此於二代健保實施後停止補助。

二、保險費協助措施

(一) 紓困基金申貸

符合「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」所訂資格之民衆，得向健保紓困基金申請無息貸款償付積欠之健保費及應向保險醫事服務機構繳納而尚未繳納之自行負擔醫療費用，1年後再開始還款。

(二) 辦理分期繳納保險費

因經濟困難無力一次繳清欠費者，可辦理分期繳納，減輕其繳納保費壓力。

(三) 轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費

對於無力繳納保險費之家境清寒民衆，本部健保署積極尋求企業團體或善心人士協助。

(四) 公益彩券回饋金協助弱勢民衆就醫

民國101年爭取公益彩券回饋金3.5億餘元，以協助經濟弱勢民衆排除就醫障礙，由健保署及16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，俾使經濟弱勢民衆獲得妥適醫療照護。

三、保障無力繳納保險費者就醫權益

為保障弱勢民衆就醫權益，對未加保或欠費之民衆，因急重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保

身分就醫。診治後依個案狀況，協助其辦理投保、健保費紓困、轉介、分期等。

四、解卡方案解除弱勢就醫障礙

本部除繼續實施「弱勢民衆安心就醫方案」，在排富的基礎上，對弱勢民衆健保欠費與健保就醫權採脫鉤方式處理，解卡對象含未滿20歲者、近貧戶、特殊境遇家庭、孕婦等；又參照全民健康保險法第37條立法意旨，於民國101年5月18日實施「二代健保保險費欠費暫行停止保險給付執行規劃方案」，分為4階段執行。

五、減輕重大傷病患者財務負擔

對罹患癌症、慢性精神病、洗腎、先天性疾病及罕見疾病等重大傷病患者，因重大傷病與其相關疾病之醫療費用，均給予免部分負擔的優惠，至民國101年底止領證病患計約有89萬餘人，有效領證數計96萬餘張（如表7-3）。

第四章 落實二代健保

二代健保為全民健康保險實施以來，最大幅度之改革，為期順利實施，自民國100年

完成修法後，本部即積極辦理籌備作業，歷經將近兩年的準備，整體籌備工作均已依時程完成。

第一節 完成準備作業

一、各項法規之研訂（修）發布

為推動二代健保，本部應配合增修訂或廢止之相關法規計有36項，其中新增者16項、修正者17項、廢止者3項；自民國101年3至7月，密集召開法規研修會議，對各項法規逐條加以討論，且視需要邀請相關機關、民間團體及專家學者共同研議，並踐行法制作業程序，於二代健保實施前，完成需用法規之發布，完備二代健保實施的法令基礎。

二、首年費率核定

民國99年4月1日保費調整方案，已控制財務缺口，不再擴大；二代健保由於有補充性財源之挹注，以及加重政府負擔保費之財務責任，使首年一般保險費率得以從5.17%下調為4.91%，財務至民國105年可維持平衡。

表7-3 重大傷病患者領證情形

重大傷病名稱	有效領證數	占率
需積極或長期治療之癌症	463,703	48.2%
慢性精神病	208,325	21.7%
需終身治療之全身性自體免疫症候群	85,473	8.9%
慢性腎衰竭（尿毒症）必須定期透析治療者	71,648	7.4%
心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常	36,375	3.8%
其他	95,921	10.0%
合計	961,265	100%

三、完成收支連動運作機制的準備

- (一) 將全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會之行政幕僚人員，整併籌組全民健康保險會，定位為本部內部之任務編組，以利銜接本部組織改造之規劃。
- (二) 遵循全民健康保險法所定委員組成及比例規範，完成全民健康保險會代表名額、產生方式、議事規範、代表利益自我揭露及資訊公開等事項之細部規定，並完成第1屆全民健康保險會之35名委員遴聘，其中保險付費者代表18名（含被保險人代表12名、雇主代表5名及行政院主計總處代表1名）、保險醫事服務提供者代表10名、專家學者及公正人士5名、行政院經濟建設委員會及本部代表各1名。

四、規劃收繳作業

- (一) 完成補充保險費資訊系統開發與模擬試算，並為補充保險費「就源扣繳」的收費方式，提供多元補充保險費繳款書列印管道、網路免扣取對象查詢及24小時全年無休繳納服務，同時規劃補充保險費電子申報系統，期收簡政便民之效。
- (二) 完成「全民健康保險扣取與繳納補充保險費實務手冊」。
- (三) 發送80.2萬家投保單位及扣費義務人宣導單張及光碟片，供其辦理補充保險費作業參考。

五、加強宣導工作

- (一) 辦理「二代健保作業說明會」：針對民衆、扣費義務人、中央及地方之政府機關、醫療專業團體、各工（公、協、學）會等，分衆辦理「二代健保作業說明會」，以進行面對面之溝通宣導。

(二) 辦理多元媒體通路宣導：

讓一般民衆透過電視、平面（報紙、雜誌）、廣播、戶外燈箱、戶外電視網，以及網路等多元媒體通路，瞭解二代健保改革內容，並普及於地方性廣播、報紙，以落實在地化宣導。

(三) 錄製數位課程：

透過深入淺出的講述，讓民衆能明白健保制度中各項攸關之權益規定。該課程並置放於e等公務園及台北e大等2個學習網站，供民衆選讀，另同步上載於本署全球資訊網二代健保專區供民衆點閱。

六、其他相關籌備作業

針對受刑人納保、醫療科技評估、家庭醫師責任制度、保險醫事服務機構財報公開、保險醫療品質公開及簽訂藥品交易契約多項新制度，皆已收集多方專業意見詳加規劃籌備，確保各項措施及相關規範均可順利執行，俾發揮其效益。

第二節 實施二代健保

依據全民健康保險法第104條：「本法施行日期，由行政院定之。」而施行日期之決定，必須按照籌備工作之進度來決定，本部經評估整體籌備進度，於民國101年4月23日陳報行政院，行政院於民國101年10月9日發布二代健保，自民國102年1月1日施行。

二代健保已如期上路，新制重點包含：節制醫療資源使用、減少不當醫療、建立保險財務收支連動機制、擴大雇主及保險對象保費費基、提高政府分擔比率、保障弱勢群體權益、減輕醫療資源不足區之部分負擔、重要資訊公開透明、擴大民衆參與、受刑人納入全民健保等，預期將可逐步落實公平、品質、效率之全民健康保險核心價值。

8

弱勢族群照護

- 86 第一章 身心障礙者之健康照護
- 86 第二章 山地離島居民及原住民之健康照護
- 87 第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護



世界衛生組織於1998年發表「21世紀全民健康計畫」，並特別提出「健康公平性」的概念，強調將性別、種族、貧窮等議題並列；而越來越多研究也顯示，影響健康的危險因子及疾病預防行為，在不同性別、種族、收入及身心障礙群體，應使用不同對策及因應模式。

第一章 身心障礙者之健康照護

一、新制身心障礙鑑定制度：身心障礙鑑定及需求評估新制於民國101年7月11日起全面實施，民國101年主要完成項目如下：

- (一) 辦理鑑定人員訓練。
- (二) 完備身心障礙之等級及其決策系統。
- (三) 鑑定流程規劃及宣導：1. 辦理鑑定醫院試辦計畫。2. 內政部會同本部訂定發布「身心障礙鑑定與需求評估作業併同辦理實施辦法」，協調各縣市政府執行「併同辦理」作業。3. 辦理相關宣導作業。4. 修正發布「身心障礙者鑑定作業辦法」。



(四) 追蹤新制辦理情形，滾動式修正相關作業機制。

二、辦理身心障礙醫療復健輔具中心：民國101年度共補助10家醫院。發布「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」，於民國101年7月11日全面施行，共計補助15項醫療輔具及3項醫療費用，作為身心障礙者申請醫療輔具及醫療費用補助之依據。

三、辦理「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，培訓種子人員、成立10個居家服務團隊，提供居家及33家身障機構口腔保健服務。

四、全國廣設「兒童發展聯合評估中心」：成立跨專業團隊服務、社區外展服務、家長支持團體，由民國98年25家增加到民國101年45家。

第二章 山地離島居民及原住民之健康照護

一、加強山地離島偏遠地區硬體設備，民國101年度共補助3家衛生所（室）重擴建及38家空間整修及修繕工程與3件直昇機停機坪修繕工程。同時核定補助原住民族及離島地區衛生所（室）資訊設備314項、醫療設備241項、巡迴醫療車2輛、巡迴醫療機車40輛，以縮短城鄉醫療差距。

二、繼續培育地方養成醫事人員：為留住人才，落實在地醫療之配套措施，培育公費生畢業後返鄉服務，與健保署「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫」（IDS）接軌，民國101年公費醫師之留任率為7成。

三、推動原住民族及離島地區部落社區健康營造，民國102年於原住民部落及離島地區

辦理「社區健康營造計畫」，共成立2個輔導中心，86個健康營造中心；推動「原住民及離島地區大專青年社區部落健康服務營」。

四、推動偏遠部落醫療資訊化，建立共享資訊平臺

(一)建置新竹縣等15縣之55家衛生所共319個巡迴醫療點，提供「行動門診」送醫療到部落，及完成「母語語音掛號系統」，縮短城鄉醫療資源差距。

(二)建置醫療影像傳輸(PACS)系統及醫療資訊化系統整合，完成宜蘭縣南澳鄉等32家衛生所與衛生署醫院連線，提升偏遠部落的醫療服務品質。

五、保障山地離島地區居民健康及就醫權利，辦理「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)」；積極辦理遠距醫療會診及空中轉診遠端醫療診視系統審核作業。其中遠距醫療視訊及會診服務，提供無地域性及無時間性限制之溝通環境，使離島地區的病患享有可近性的就醫服務。

六、原住民族及離島地區緊急醫療後送服務

(一)成立「衛生福利部空中轉診審核中心」24小時運作。

(二)訂定「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」。

七、為落實照顧原住民，自民國99年7月起比照65歲以上長者，提供原住民自55歲起每年1次成人預防保健服務。另為加強原住民「預防保健」及「自我健康管理」觀念之宣導，於民國100年撰編印製「成人預防保健服務手冊(原民版)」，分送至55個原住民鄉衛生所，並發送給符合受檢資格之原住民。

八、民國101年度提供山地原住民族地區及離島全部國小1、2年級學童，臼齒窩溝封填服務共3,798案。

九、持續補助山地原住民族地區及離島國中一年級青少女施打人類乳突病毒(Human papillomavirus, HPV)疫苗。

十、為增進原住民婦女生育健康及其子女之健康，民國101年起，結合各縣市衛生局提供各轄之原住民生育婦女(20-49歲)全面性的孕產期、嬰幼兒保健之生育保健指導、諮詢與相關資源轉介等。

第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護

第一節 失智失能者社區照護服務

一、為提供適切失智症之長期照護，本部自民國94年至99年間補助18家護理之家設置失智症照護床，以提升對失智症患者之照護。

二、民國100年初已進行失智症之流行病學調查，預計民國102年底完成，以規劃適切之失智症照護資源，提升我國失智症照護能量。

三、為發展多元社區式失智長照服務網絡，已將失智社區式照護資源，納入長照服務網計畫，預計民國102年底，全國22縣市共63長照次區均建置至少一家失智症社區服務。

四、加強老人照護服務

(一)本部醫院自民國98年起提供失智失能社區照護服務，至民國101年計有11家醫院；中期照護服務計7家。

(二)至民國101年底，本部醫院共提供2,260床護理之家服務(含精神科護理之家)。

(三) 目前計有 6 家醫院（豐原、台中、彰化、新營、台南、屏東）提供安寧居家服務，9 家醫院提供安寧共同照護服務及 4 家提供安寧住院服務，並通過認證，以成立居家安寧服務團隊，提供全人安寧緩和居家服務，使罹患癌症老人能完成在地老化之目標。

五、本部醫院自民國 98 年起提供中期照護服務，民國 101 年計有 7 家，民國 102 年將會有台中醫院、花蓮醫院等 18 家本部醫院陸續加入，讓中期照顧結合政府十年長照政策的推動，建構可近性及持續性的照護服務體系，達到全人照護服務目標。

第二節 漢生病病患人權保障及照顧

一、立法院於民國 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「麻瘋（癩）病」為「漢生病」。

- 二、推動縣市衛生局「漢生病病患人直接觀察治療（*Directly Observed Treatment Short-Course, DOTS*）執行計畫」，提供高品質漢生病個案之照護。
- 三、至民國 101 年底，計有臺大、馬偕、台中榮總、成大及樂生療養院等 5 家醫院為漢生病個案確診及治療醫院，以增加漢生病個案就醫便利性。
- 四、民國 100 年 1 月 24 日樂生橋揭幕，由新院區聖望廣場跨越捷運機廠上空與舊院區蓬萊舍連接，對住民之醫療照護增加便利性。

第三節 罕見疾病防治

一、至民國 101 年底止公告 193 種罕見疾病、82 項罕見疾病藥物及 40 項維持生命所需之



特殊營養食品；將罕見疾病列入重大傷病範圍，免除病患就醫之部分負擔。

- 二、依據「罕見疾病醫療補助辦法」，民國101年全額補助罕病病人維生所需特殊營養品32項及儲備9項緊急需用藥品費。
- 三、擴大罕見疾病醫療補助：提供健保未給付之國內外確診檢驗、維生所需居家醫療器材租賃、營養諮詢等醫療費用之補助。民國101年召開11場維持生命所需之居家醫療照護器材補助審查會議、10場專家共識會議，辦理16場病友、病友團體、廠商及醫療機構說明會。

第四節 人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

本部對愛滋病病患之人權保障及健康照護，不遺餘力，我國為全球少數可以提供感染者免費醫療政策的國家，雞尾酒療法（highly active antiretroviral therapy, HAART）研發後，於民國86年立即引進藥物，免費提供給感染者HAART治療。

一、人權保障方面

- (一) 為保障人民權益，自民國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，持續受理感染者權益受損申訴案件。
- (二) 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」自民國96年起受理申覆案件共計42件。

二、健康照護方面

- (一) 自民國94年2月5日愛滋醫療費用由健保轉由公務預算支應，提供免費的抗愛滋

病毒治療藥品，及給付對象擴增至無健保之愛滋病毒感染者，增加醫療對象的涵蓋率及就醫可近性。

- (二) 為強化感染者做好自我健康管理，以達防疫目標，民國96年起開辦愛滋病個管師計畫，民國101年共有46家愛滋病指定醫療機構參與，提供愛滋病人衛教及諮詢服務。
- (三) 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，以提升就醫意願。宣導定期就診與服藥方能延長存活時間、減少伺機性感染，以提昇病患生活品質，並加強愛滋個案之伴侶諮詢與檢查追蹤。
- (四) 補助愛滋相關民間團體，透過民間力量，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。

第五節 新住民之健康照護

- 一、新住民因語言溝通及文化習俗差異，亦屬於健康上較弱勢之族群，為保障其健康照護權益，輔導新住民納入全民健保；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。
- 二、為保護新住民婦女在未納保全民健保前之生育健康，民國94年至99年間，依內政部「外籍配偶照顧輔導基金補助作業要點」及「外籍配偶照顧輔導基金補助經費申請補助項目及基準」規定，擬訂「外籍配偶設籍前產前檢查補助計畫」辦理未納保前之產前檢查補助費用。每胎以補助5次為上限，每次補助600元。若個案生產前，原申領5張補助聯已用罄而仍未納保時，

可加發5張。民國100年起，由本部健康署編列預算補助未納保產前檢查費用。

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。

四、開發多國語版生育保健教材，包括翻譯成越、印、泰、英、柬等5國語版之生育保健手冊、育兒保健手冊、孕婦健康手冊、兒童健康手冊及生育保健系列VCD等，以提供生育保健資訊。

第六節 油症患者照護

一、油症患者係因食用多氯聯苯 (polychlorinated biphenyls, PCBs) 污染之米糠油所致，稱之為「油症」 (Yucheng)。本部健康署自民國94承接本業務後，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，故將女性患者之子女（民國69年1月1日後出生）納入為照護對象（即稱為第二代油症患者），至民國101年底共有1,726位油症患者，其中第一代為1,284位；第二代為442位。

二、提供油症患者健康照護服務內容如下：

- 1.頒發「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」；2.第一代油症患者可享健保住院不分科別之免部分負擔醫療費用；3.油症患者可持註記身分健保卡或「油症患者就診卡」，均享「門、急診」不分科別之免部分負擔醫療費用；4.每年提供免費健康檢查；5.持續健康追蹤管理（訪視、關懷）；6.民國98年12月起，於本部豐原醫院及彰化基督教醫院，開辦「油症特別門診」服務。

三、民國101年共632位油症患者使用免費健康檢查服務（參與率為36.6%），237位接受衛生教育宣導與專業醫師諮詢等項服務；民國101年共補助1萬3,260人次油症患者之門診部分負擔醫療費用、74人次住院部分負擔醫療費用。

第七節 矯正機關收容人醫療服務

一、為保障收容人健康人權，及改善矯正機關收容人醫療及公共衛生問題，本部與法務部合作規劃試辦「改善矯正機關醫療狀況獎勵計畫」，自民國99年9月起擇定基隆監獄、桃園監獄、雲林監獄及泰源技能訓練所等4家矯正機關，由本部基隆醫院、本部桃園醫院、臺中榮民總醫院嘉義分院及馬偕台東分院分別承作。

二、民國101年共提供5,800名矯正機關收容人一般及專科門診1,916診次/74,518人次、定期健康檢查2,513人次、癌症篩檢4,378人次、藥癮收容人團體心理治療1,361人次及美沙冬替代治療25人等整合性之醫療照護服務。相較於民國100年，民國101年基隆監獄及桃園監獄收容人戒護外醫次數下降比率達10%以上；另所有試辦矯正機關收容人重症人數比率平均減少6%，58%糖尿病患之糖化血色素 (HbA1c) 控制在7%以下，75%高血壓病患之收縮壓/舒張壓控制在130/85以下，收容人對監所醫療之滿意度高達86%；另本計畫之服務模式已提供本部健保署規劃矯正機關收容人納入健保後醫療服務模式之參考。

9

國際衛生合作

- 92 第一章 參與國際衛生組織
- 93 第二章 國際交流合作
- 97 第三章 國際衛生援助
- 97 第四章 醫療服務國際化



第一章 參與國際衛生組織

我國一直積極爭取參與國際衛生組織，民國98年開始以觀察員身分參與世界衛生大會（WHA），不僅肯定了我國在國際上的醫療地位，更增加我國在國際舞台上展現實力之機會。

第一節 參與世界衛生組織（WHO）

一、民國101年由邱文達部長率團出席第65屆WHA，大會主題為「邁向普及化全民健康照護」，部長於WHA大會發言分享我全球知名的全民健保。我代表團員亦於技術性委員會中，針對「執行國際衛生條例（2005）」、「全球大型集會活動對全球衛生安全影響」、「流感大流行準備之病毒分享機制」等16項技術委員會之重要議題發言，分享我國醫療衛生成就與經驗。我方於會期間與美、英、歐盟、日本、澳洲等10國進行雙邊會談，促成「食品安全」、「非傳染性疾病合作」、「全民健

保」、「醫衛人員訓練」等10多項醫衛合作，並籲請各主要國家持續支持我國「維護尊嚴、專業參與」之訴求。我方於會期間順訪問歐盟執委會「衛生暨消費者護總署（DG SANCO）」並簽署了「菸害警示圖像授權協定」，為我國與歐盟之醫衛合作開啓新頁；亦出席世界醫師會及世界醫事專業聯盟等國際專業團體活動，建立人脈、開創合作機會。

- 二、民國101年我國參加了12場WHO技術性會議，包括流感大流行防範、疫苗研發、藥品管制、健康體系、結核病相關等議題。
- 三、與外交部合作推動以「WHA Model」參與WHO重要機制，包含「國際食品安全網絡」、「全球流感監測及反應系統」、「終止結核病夥伴網絡」等。
- 四、積極推動我國「IHR（2005）指定港埠核心能力評估及建置計畫」，並赴澳洲進行參訪考察、配合WHO規劃進度，達成建置目標。



民國101年邱文達部長率我國代表團出席第65屆世界衛生大會

第二節 加入國際醫藥品稽查協約組織 (PIC/S)

本部食品藥物管理署積極爭取加入PIC/S國際組織，並於民國99年6月提交入會申請，在經過一系列書面與實地審查等嚴謹的評鑑程序後，終於在民國101年10月2日於烏克蘭基輔召開的第35屆大會獲得全體會員通過，於民國102年元月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。

第二章 國際交流合作

第一節 參與或舉辦國際會議

一、參與國際會議

本部暨所屬機關民國101年共參加63場國際會議，具代表性之會議有：

(一) 6月26至27日由邱部長率團赴俄羅斯聖彼得堡參加「APEC 健康與經濟高階會

議」，以「以全生命歷程觀點降低疾病之經濟負擔」為主題發表演講，分享我國非傳染性疾病之預防與控制的作為及經驗，也與各國公私部門領袖就亞太區域的健康與經濟議題舉行座談。

(二) 10月3日至6日由時任國合處許明暉處長及健康署邱淑媞署長參加於奧地利舉行的「第15屆歐洲加斯坦衛生論壇」，主題為「危機與轉機 - 搤節時代中的醫療衛生」；許處長受邀擔任論壇主講人，本部亦協辦一場主題為「非傳染性疾病 - 防治政策與醫療體系之因應」之平行論壇，由邱淑媞署長發表專題演講。歐洲經濟衰退、公共財政問題等加深了現有醫衛系統面臨的挑戰，透過論壇的參與，作為我國未來面臨類似情況時規劃策略之參考。

二、於國內舉辦國際會議

民國101年本部暨所屬各機關共舉辦60場國際會議，具代表性之會議有：

(一) 第20屆健康促進醫院國際研討會

本部健康署於4月份與世界衛生組織健康



民國101年6月邱部長於APEC健康與經濟高階會議發表演講



民國101年6月於APEC健康與經濟高階會議



民國101年8月APEC促進人類安全之衛生策略成本效益分析工作坊

促進醫院及健康照護合作中心共同辦理，主題為「環境變革中的健康促進照護：服務提供、醫務管理及健康體系設計的創新」。本屆係該研討會首次離開歐洲，能爭取到主辦權為我國莫大榮耀。邱署長於會中當選健康促進醫院國際網絡監理會新任主席；我方提議成立「健康促進醫院與環境友善委員會」，獲得大會通過並由邱署長擔任小組召集人。

(二) APEC 後流感大流行期疫苗整備策略國際工作坊

本部疾管署於 7 月份舉辦，計有 13 個 APEC 會員國 26 位代表及國內 74 位專家與會。本次工作坊針對「疫苗政策制定」、「疫苗計畫實施」、「疫苗安全監測」以及「疫苗計畫的溝通策略」等議題進行討論及經驗分享。

(三) 促進人類安全之衛生策略成本效益分析工作坊

本部國合組於 8 月份舉辦，包括 6 位 APEC 會員體衛生部門代表、12 位國內外講師，與國內外專家學者、衛生機關和產業代表共 151 位參與。本工作坊的主要目標為強化 APEC 各經濟體健康照護制度的健全和永續性、分享健康服務政策之成本效益理論並進行實地教學演練。

(四) 第十七屆亞洲醫療器材法規調和會年會及 2012 醫療器材複合式產品研討會

本部食品藥物管理署於 11 月份舉辦，邀請各國衛生主管機關、國際醫療器材組織代表及產業界專家擔任講師，計有 27 國近 400 人參加。會中研討 AHWP 政策與技術委員會工作進度，醫療器材評估、品質管理系統、監督及軟體管制等議題，國內業者於會議中與各國人士交流，促進未來的研發製造與行銷合作。

(五) 2012 臺灣健康論壇

本部國合組於 11 月份舉辦，主題為「全球變遷中的公共衛生展望」，針對「公共衛生知識的實踐」及「全球衛生合作夥伴關係」等兩大議題深入討論，期間安排圓桌會議討論公衛人才培訓及援助國可扮演的角色，計有 21 國約 42 名國外官員與專家學者出席，透過討論 WHO 及全球關注之健康議題，作為我國制定衛生政策之參考。

第二節 國際交流與合作

一、國際合作計畫

- (一)「101 年度推展中南美地區國家衛生合作計畫」：辦理友邦衛生醫療人員訓練、醫療物資捐贈及提升婦幼衛生照護及助產服務。
- (二)「101 年度推展非洲地區國家衛生合作計畫」：委託屏東基督教醫院辦理，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。

(三)「101 年駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」：辦理寄生蟲防治、健康生活飲食說明會、青少年衛生教育、性教育、性病防治及菸害防治宣導，訓練婦幼衛生健康促進種子教師。

(四)「101 年駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」：提供當地醫療及衛教服務，辦理學童寄生蟲防治計畫、種子教師訓練（含孕產婦及新生兒照護能力提昇、新生兒復甦術訓練、糖尿病種子衛教師工作坊）。

二、簽署備忘錄或協議：

- (一)「台澳食品安全合作與資訊交換瞭解備忘錄」：民國 101 年 6 月 20 日「第 16 屆台澳經濟諮商會議」，由我駐澳大利亞臺北經濟文化辦事處張小月代表與澳洲辦事處馬



2012臺灣健康論壇



簽署台菲健康保險合作瞭解備忘錄

克文（Kevin Magee）代表共同簽署，該備忘錄以資訊交換、風險評估及人員互訪為主要合作內容，期望透過雙邊合作，健全雙方食品安全管理系統及風險評估之能力。

(二)「臺菲衛生合作會議」：民國 101 年 8 月 6 至 8 日舉辦，期間確立了七項協議：(1) 菲律賓協助我方多參與 WPRO (WHO 西太平洋區屬辦公室) 技術性會議 (2) 台灣醫療 PPP (公辦民營) 列為日後合作重要議題 (3) 菲方學習我國健保制度 (4) 就登革熱境外移入領域互相交流合作 (5) 非傳染性疾病的防治及婦兒健康議題進行討論及合作 (6) 菲國派人來台學習幹細胞治療及骨髓移植等先進醫療技術 (7) 菲方來台參加台灣衛生論壇並參訪 OT 及 BOT 之醫院。

(三)「臺菲健康保險合作瞭解備忘錄」：民國 101 年 11 月 15 日由本部邱部長、中央健保署黃三桂署長、中華民國駐菲王樂生代表、菲國衛生部 Enrique T. Ona 部長、菲律賓健保局 Ernesto V. Beltran 副局長及馬尼拉經濟文化辦事處駐台白熙禮代表共

同簽訂。本瞭解備忘錄除為促進臺灣與菲律賓全民健保實施經驗交流，提升世界各國對於亞洲國家健康保險實施經驗之重視外，亦共同致力將兩國健保的研究合作，並將研究成果發表於國際場合及學術期刊。

(四)「台英保密瞭解備忘錄」：民國 101 年 12 月 18 日由時任衛生署食管局康照洲局長與英國藥物及保健產品管理局 (MHRA) Kent Woods 執行長簽訂，促進非公開文件和資訊的共享，可分享的資訊包括上市後藥物監視資料、藥品或醫療器材品質缺陷或產品回收資訊、收到上市申請案或變更申請案、完成之查核報告，未來將可透過此一平台，取得 MHRA 擁有且不屬於公共領域之藥物文件及資訊。

三、國際友人來訪：

民國 101 年本部暨所屬機關共接待 71 國外賓參訪，達 1326 人次，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。

四、應邀出訪：

本部邱文達部長受邀於民國 101 年 1 月 24 至 28 日，率團前往美國國家衛生研究院 (NIH) 以及加州大學聖地牙哥分校 (UCSD)，以「新的轉譯醫學研究—輕度腦創傷的研究發展」為主題，進行兩場特別演講，說明我國在過去 30 年腦創傷四個階段的研究，在座之專家學者都對台灣在腦創傷的轉譯研究及實際成果表示讚許，並做了很深入的討論。此行亦與 NIH 的心理健康部門 (NIMH) 主任與副主任進行會談，對於我國精神醫療的發展，以及未來衛生福利部心理司的設立進行了很有意義且深入的意見交流，亦對未來雙邊合作及研究鋪陳了一條康莊大道。

第三章 國際衛生援助

第一節 災難救援

「中華民國協助海地地震災後重建計畫」：海地於民國 99 年 1 月發生地震，臺灣國際醫衛行動團隊 (TaiwanIHA) 即前往援助災區援助，並提出為期三年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



邱部長與 NIH 藥物濫用研究所 (NIDA) 主任
Dr. Antonello Bonci 合影

材計畫」、「防疫生根計畫」，以協助其災後公衛醫療之重建工作。

第二節 醫療協助

(一)「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，並配合外交政策捐贈友邦或友好國家。民國 101 年共完成布吉納法索、巴拉圭、聖文森暨格瑞納汀、宏都拉斯及菲律賓等 5 國 761 項醫療器材捐贈。

(二)「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敦睦邦交，提升其醫療水平，民國 101 年培訓 20 國 121 名醫衛專業人員，包括臨床醫療培訓課程，醫務管理、公共衛生暨全民健保、以及針灸暨傳統中醫等專案培訓課程等。

第四章 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

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。

三、醫療服務國際化之推動成果

- (一) 配合行政院推動六大新興產業政策，列為六大新興產業—健康照護升值白金方案重點發展項目之一。
- (二) 持續透過醫療服務國際化整體規劃小組之跨部會合作機制，由行政院經濟建設委員會、交通部觀光局、經濟部國際貿易局、行政院大陸委員會、僑務委員會、外交部等有關機關，以及相關領域專家者共同檢討計畫推動成效，協調跨部會資源，以利我國醫療服務國際化之推廣。
- (三) 委託台灣私立醫療院所協會成立我國醫療服務國際化統一窗口—「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 43 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。
- (四) 進行國際醫療產業之重點產業人才供需調查及推估，透過深度訪談調查關鍵人才之質量需求，並透過大專院校相關系所畢業生人數推估專業人才之供給量。
- (五) 強化我國醫療服務行銷策略，委託中華民國對外貿易發展協會辦理國際宣傳，於海內外積極推廣台灣醫療旅遊，整體行銷我國醫療服務品牌，具體作為如下：
 1. 設置海外台灣國際醫療服務駐點，提供外籍人士來臺就醫諮詢及協助。
 2. 製作宣導短片、相關文宣品及宣導單張。
 3. 積極參與國際研討會及相關展覽。
 4. 邀請國外媒體來訪，增加國際露出機會。

5. 開發創意加值服務，建構智慧型手機應用程式（APP），提供台灣代表性旅遊景點及醫療院所，使智慧型手機用戶可迅速掌握台灣觀光及醫療資訊。
6. 刊登北京、上海及印尼機場燈箱廣告，藉由其高觸達率有效提升我國醫療曝光度。
- (六) 內政部移民署民國 100 年 12 月於「大陸地區人民進入臺灣地區許可辦法」增修條文，增列「醫美」「健檢」為大陸人士來臺事由之一。本部於民國 101 年配合該法公告得代申請大陸地區人民進入臺灣進行健康檢查及醫學美容之醫療機構為 39 家。
- (七) 於民國 101 年 5 月開始試辦「僑安專案」，放寬緬甸、寮國、柬埔寨等國僑胞來台之限制，試辦期間開放渠等以團進團出方式，來台進行健檢、醫美。
- (八) 參加民國 101 年 10 月 24-26 日於美國邁阿密舉辦之「2012 年全球觀光醫療暨保健會議」，於部長級高峰會議及綜合座談時段參與討論，並設置台灣醫療旅遊形象服務攤位，提升我國醫療之曝光度。
- (九) 國家地理頻道製作首部以台灣醫療為主題的紀錄片 - 《愛上真台灣：台灣醫療奇蹟》。完整記錄從美國、埃及、杜拜、馬來西亞等地來台就醫、成功完成手術的台灣醫療奇蹟，自民國 101 年 7 月起於台灣及海外目標市場播出共 23 次，並獲得熱烈回響，於台灣、馬來西亞、菲律賓，及新加坡四地區共觸及 130 萬觀眾，且收視率皆高於該頻道平均收視率。
- (十) 規劃 Patients Beyond Borders (PBB) 醫療旅遊專書 - 台灣簡體中文版出版事宜，就台灣整體醫療環境、43 家參與台灣國際醫療管理工作小組醫院以及觀光環境與旅行業者進行介紹。

10

衛生科技發展

100 第一章 醫藥衛生政策研究

103 第二章 建構醫藥衛生產業發展之優勢環境
及投入生醫科技相關研究



本部衛生科技發展以「科技厚生」為總目標，透過以實證科學證據為基礎擬定優質醫藥衛生政策、建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及生醫科技相關研究的投入，提升國家的醫藥衛生水準及促進健康產業之發展，期能達到本部科技厚生的目標。本部101年度衛生科技發展預算為4,047,163千元，佔本部總預算的5%。科技經費主要投入食品藥物管理、傳染病監測與防治等公共衛生政策擬定所需之實證科學研究及建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及生醫科技相關研究。

第一章 醫藥衛生政策研究

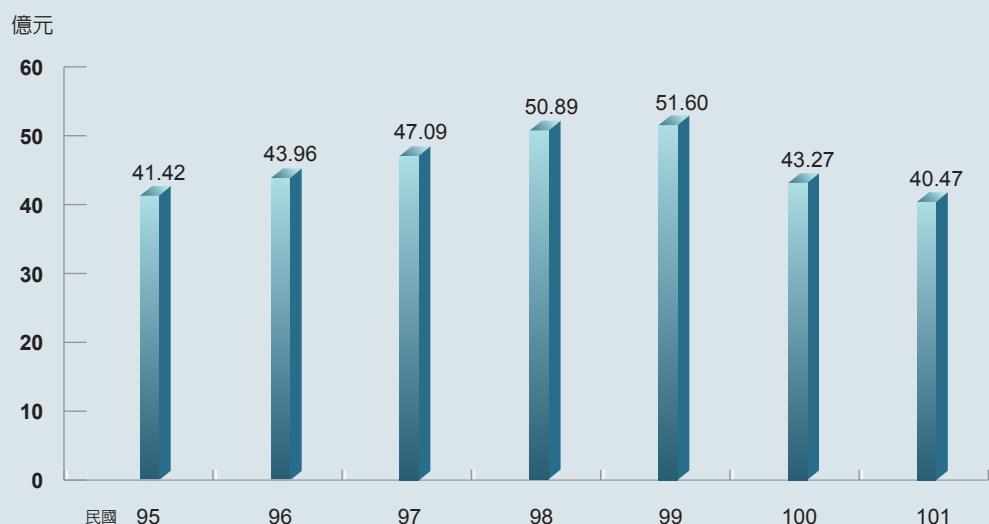
一、傳染病之防治

(一) 完成國內首次大規模 H1N1 新型流感疫苗於孕婦之使用安全評估研究，顯示接種疫

苗後發生自然流產之風險，與對照期比較並無差異。此項成果已運用於持續建議孕婦接種季節流感疫苗，且懷孕早期之婦女應優先接種不含佐劑之流感疫苗，以有效保護母嬰的健康。

- (二) 開發並組裝完成可同時偵測四型登革病毒 NS1 抗原之免疫色層分析法 (ICT) 快速檢驗試劑，應用於醫療臨床及港埠檢疫，於第一時間全面監測登革熱病例，阻絕境外移入病毒，減輕國內防疫壓力。
- (三) 開發的「腸病毒 71 型抗體 IgM 檢驗試劑技術」技轉台塑生醫科技股份有限公司，開發完成全血型檢驗試劑，並已完成查驗登記，用於協助臨床醫師於 30 分鐘內即可快速診斷重症個案，迅予治療，有效減緩病程發展。

圖10-1 歷年科技研究法定預算



(四) 開發建立的「抗藥性結核菌基因」檢驗方法，縮短傳統 8 週檢測時間至 1 週，成本降低至少 20% 以上，有效提升我國結核病檢驗水準，並盡早正確治療病人，減少傳染。

二、食品藥物管理

(一) 在加強食品產製流通之監管方面，已完成產品通路管理便捷查詢系統，供衛生局人員稽查查詢使用。民國 99 年 4 月連續發生真空包裝食品肉毒桿菌中毒事件，經本部進行相關研究並據以公告實施真空包裝黃豆即食食品標示及查驗登記等規範，真空包裝食品之肉毒桿菌中毒人數由民國 99 年 8 人降至民國 101 年 0 人，保障消費者免於肉毒桿菌之危害。

(二) 在國民營養方面，國小學童國民營養健康狀況變遷調查顯示，國小學童兩性之身高、體重及身體質量指數皆升高，過半國小學童維生素 E、維生素 D 攝取量低於國人膳食營養素參考攝取量 (Dietary Reference Intakes, DRIs)。

(三) 在健全法規方面，已完成特殊營養食品規範及標準之研究，並提出「病人用特殊營養食品檢驗值與標準值之誤差允許範圍規範」、「病人用均衡營養配方食品規範」及「台灣病人用減重代餐食品規範建議」草案。

(四) 在藥品源頭管理與國際化，領先日本與韓國，成功加入國際醫藥品稽查協約組織 (Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme, PIC/S)，顯示我國藥廠 GMP 法規與管理制度及稽查水準受國際認可，且可減少重覆查廠並拓展國際市場。

(五) 在發展全面性產品後市場監測強化，我國肺炎鏈球菌結合型疫苗品質之冷鏈調查研究，在亞洲各國居領先的地位。



(六) 民國 101 年啓動建構中醫藥就醫用藥安全衛生教育模式，訂定中醫藥教育核心五大能力「停、看、聽、選、用」，成立 4 家中醫藥安全衛生教育資源中心。

(七) 為強化中藥用藥安全，完成 30 種中藥材有機氯農藥殘留檢測調查、20 種黃麴毒素檢測調查及 30 種市售常用複方濃縮中藥之腎毒性研究。

(八) 為發展臺灣本土藥用資源，完成台灣產黃花石斛健康食品之開發與台灣特有菊科植物之抗發炎與護肝功能之研發；狗肝菜等 12 種臺灣本土中草藥植物基原與抗發炎及免疫調節活性等研究。

三、癌症防治

癌症連續第 30 年蟬聯國人 10 大死因榜首，本部自民國 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的癌症研究（圖 10-2）。以醫學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

圖10-2 癌症卓越研究中心區域院際合作示意圖



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。重要研究成果如下：

(一) 在癌症治療研究方面，研究顯示肝癌手術後給予抗病毒藥物，可使肝癌手術後的復發率減少，提升存活率；晚期膽道癌之預後差且缺乏有效之化學治療藥物，本計畫進行的膽道癌化學治療療效二期臨床試驗，提供癌症病患免費接受國外藥廠開發新藥的機會，並提供免費藥物約達台幣8,600 萬元。

(二) 在癌症危險因子發現方面，研究顯示台灣六成的泌尿道癌病患檢體中有馬兜鈴酸衍

生物，初步確實馬兜鈴酸為台灣泌尿道癌的重要病因；發現酚類環境荷爾蒙於年輕乳癌病人體內濃度較高，顯示台灣女性乳癌年輕化，可能與塑化劑 DEHP 有關。

四、健全醫療照護體系

(一) 為推動遠距健康照護服務，於南北設置遠距健康照護中心，計 231 家醫療照護機構導入遠距健康照護服務。為使民衆認識失智症，設立網站 (www.tada2002.org.tw) 並提供客服服務。

(二) 為妥善運用有限緊急醫療資源，本部於民國 99 全面實施急診五級檢傷分類標準。

民國 101 年衛生科技研究計畫中，更新五級檢傷教育訓練教材（含檢傷分級正確性及影響因素、TTAS 五級檢傷系統判定依據）及建置檢傷分類標準案例題庫（成人及兒童版）並舉辦 26 場次教育訓練，建立檢傷護理人員臨床經驗分享平台及檢傷分級共識，深入分析五級檢傷分類系統之內容與判定依據標準。

五、全民健保改革

民國 101 年配合二代健保的實施，優先推動二代健保財務系統規劃、補充保險費收費方式，健保 Tw-DRGs 支付制度、論質計酬支付制度及論人計酬試辦計畫執行成效評估，醫藥科技評估等 20 項研究計畫，辦理成效包含財務風險評估、健保醫療給付調整之審議機制、總額資源配置影響評估、藥價支付機制、民衆就醫權益滿意度調查、健保已給付藥品及特材成本效益評估，並完成醫藥科技評估案件共 52 件，研究成果並納入健保業務改革參考，將提升全民健康保險照護民衆健康之效能。

六、民衆健康促進

在強化民衆全面參與，實踐健康生活，民國 101 完成「社區母乳哺育介入模式」有助研擬提升婦女產後純母乳哺育率之相關政策。建立並推動適用於臺灣之「職場周全性健康促進模式」，及「量性評估指標」以評估推動成效，有助提升職場員工身心健康。「建立臨床與社區之整合性老人跌倒防制網模式」以降低老人於日常生活中發生跌倒比例。發展「台灣心臟病人健康促進共同照護模式」提升冠心病人自我照護認知能力與健康行為改變（如用藥、飲食）。開發「視覺障礙者身體活動模式」包括太極拳、走路、協力車、游泳等 4 類活動，促進視覺障礙者身體活動量。

第二章 建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及投入生醫科技相關研究

一、建構醫藥衛生產業發展之優勢環境

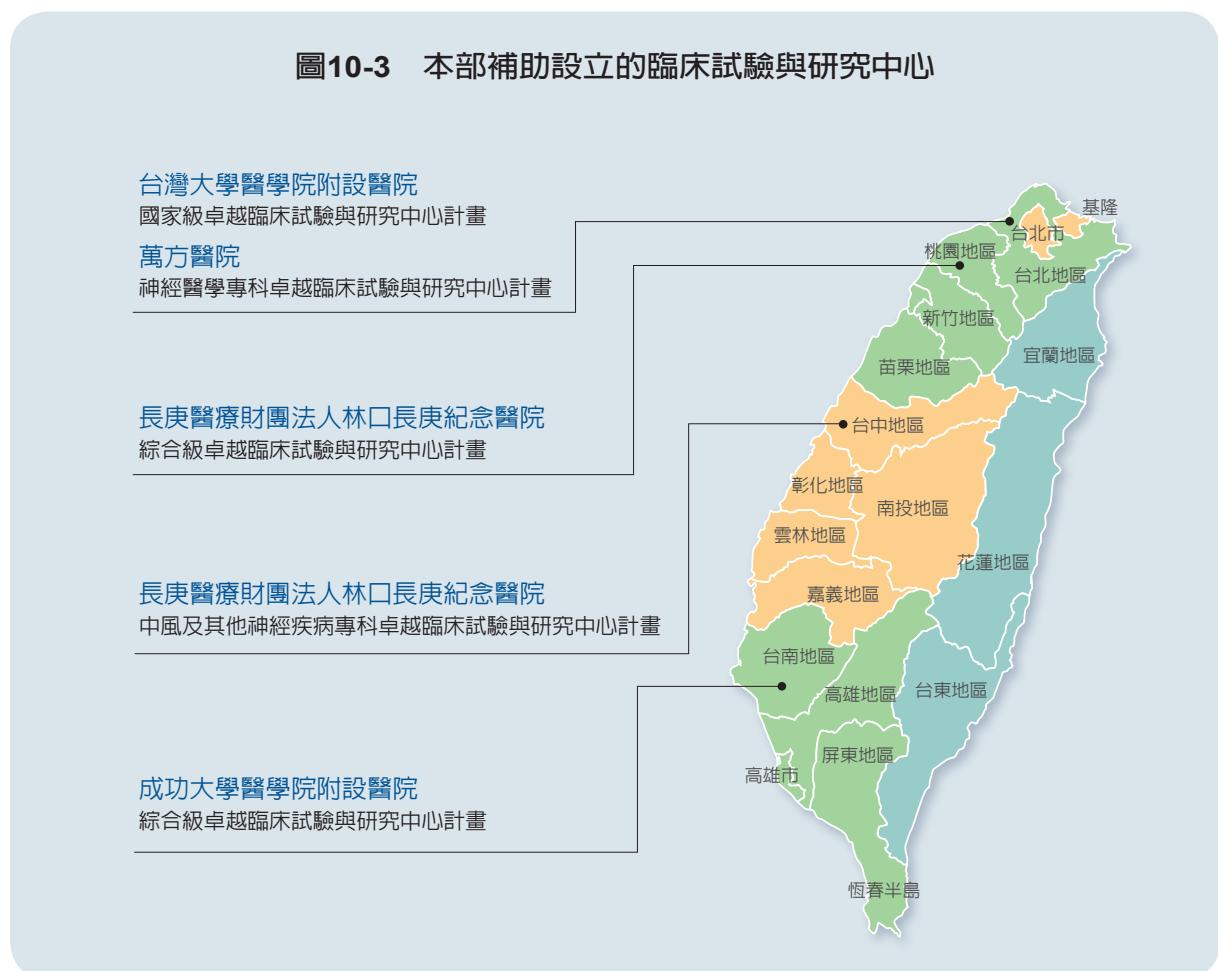
為推動我國新藥以及醫療器材上中下游鏈研發能量進入產業化，本部補助設置 1 家國家級臨床試驗與研究中心及 4 家專科及綜合及臨床試驗與研究中心（圖 10-3），藉由卓越臨床試驗與研究中心的設立，彌補我國生醫產業鏈發展的缺口，帶動國內研發能量進入產業化。民國 101 年度重要成果：

- (一) 醫藥品查驗中心協助國內產學研案件中有 12 件藥品案進入臨床試驗階段（通過 IND），有 2 件醫材案進入臨床階段，有效協助國內解決醫藥物研發法規議題。
- (二) 在我國內臨床試驗與研究中心與國外大藥廠合作進行的重要臨床試驗方面：台大醫院與聯亞生技合作進行 UBITh® 阿茲海默症疫苗在輕度至中度阿茲海默症患者之第一期臨床試驗。成大醫院與諾華及百靈佳公司針對多項癌症及心血管新藥進行臨床試驗。中國醫藥大學附設醫院與懷特生技針對急性腦缺血中風的治療，進行中風新藥開發。
- (三) 國家衛生研究院之小兒感染症研究網絡共有台大、馬偕、林口長庚、中國附醫等 11 個單位共同合作，藉以瞭解台灣兒科細菌肺炎病人族群中，主要病原生物流行病學和抗生素抗藥性。

二、醫藥生技研發

- (一) 在新藥開發方面，小分子抗糖尿病新藥 DBPR108（圖 10-4）技轉健亞製藥集團產學合作，促成第一個研究單位與國內生技製藥公司結合的產業聯盟。已於民國

圖10-3 本部補助設立的臨床試驗與研究中心



101年1月分別獲台灣及美國食品與藥物管理局核准，並於民國101年完成第一期之臨床試驗共32人之收案，刻正進行其藥理安全性分析與評估。此為第一個行政院「促成生技成功投資案例」的具體成功案例。

(二) 抗C型肝炎候選藥物DBPR110，預計於民國102年初完成階段性臨床前開發，已與中天生技完成專屬技轉合作備忘錄簽署。如能夠順利進入人體的臨床試驗，並在台灣完成抗C型肝炎新藥的研究開發工作，將可建立台灣生技製藥產業新的里程碑。

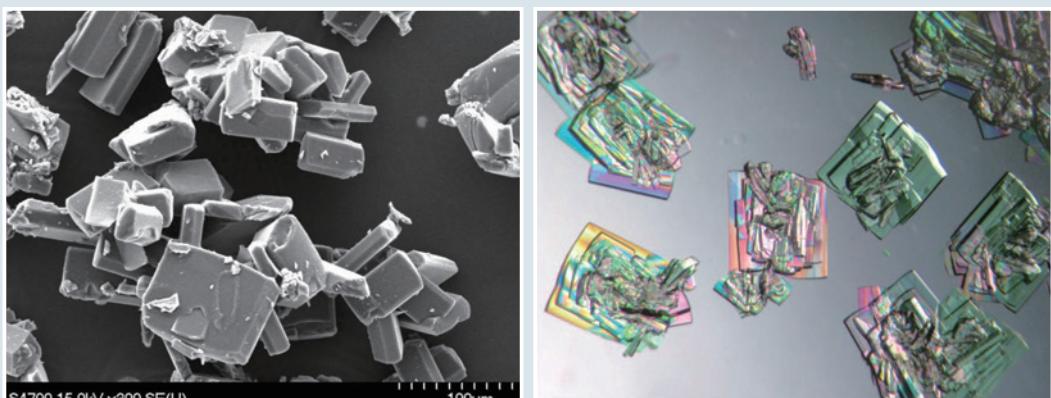
(三) 在疫苗的開發方面

1. 已完成全球第一次發展腸病毒人用小兒疫苗（圖10-5）第一期第一階段臨床試驗，在台北榮民總醫院及台大醫院進行臨床試驗，於民國101年3月完成第1期第2階段之臨床試驗，以受試者血清進行不同病毒株間的交叉保護試驗，呈現保護能力良好。
2. 呼吸道融合病毒（Respiratory Syncytial Virus, RSV）疫苗，與安成生物科技股份有限公司產學合作，以先驅性之腺病毒載體型疫苗，截除引發副作用的核甘酸序列，經動物實驗證明確實能避免發燒、重度肺部發炎、注射處皮膚過敏與類感冒症狀等不良副作用。此項疫苗研發技術領先

- 全球，並已申請台灣與美國專利，待通過臨床試驗後，此疫苗可經鼻吸入，提供嬰幼兒與老年人安全簡便預防性保護。
3. B型腦膜炎球菌重組次蛋白疫苗目前正依本部食品藥物管理署的相關規範，進行新的臨床前毒理試驗相關事宜，並將於完成試驗後進行第一期人體臨床試驗申請及審查。民國 101 年 4 月 27 日第 2 次公開徵選「B 型腦膜炎重組次單元疫苗」技術移轉廠商。

4. 國衛院研發之治療型人類乳突病毒(HPV)疫苗，榮獲第九屆國家新創獎殊榮，並已取得台灣、美國專利。此疫苗以 HPV 致癌蛋白為標的，並可誘發體內強勁免疫反應。預期此疫苗通過臨床試驗後，可以應用在子宮頸上皮內腫瘤的癌前病變患者，預防後續的子宮頸癌發生，或與傳統之放療與化療結合進行治療。

圖10-4 國人開發的抗糖尿病候選藥物DBPR108結晶照片

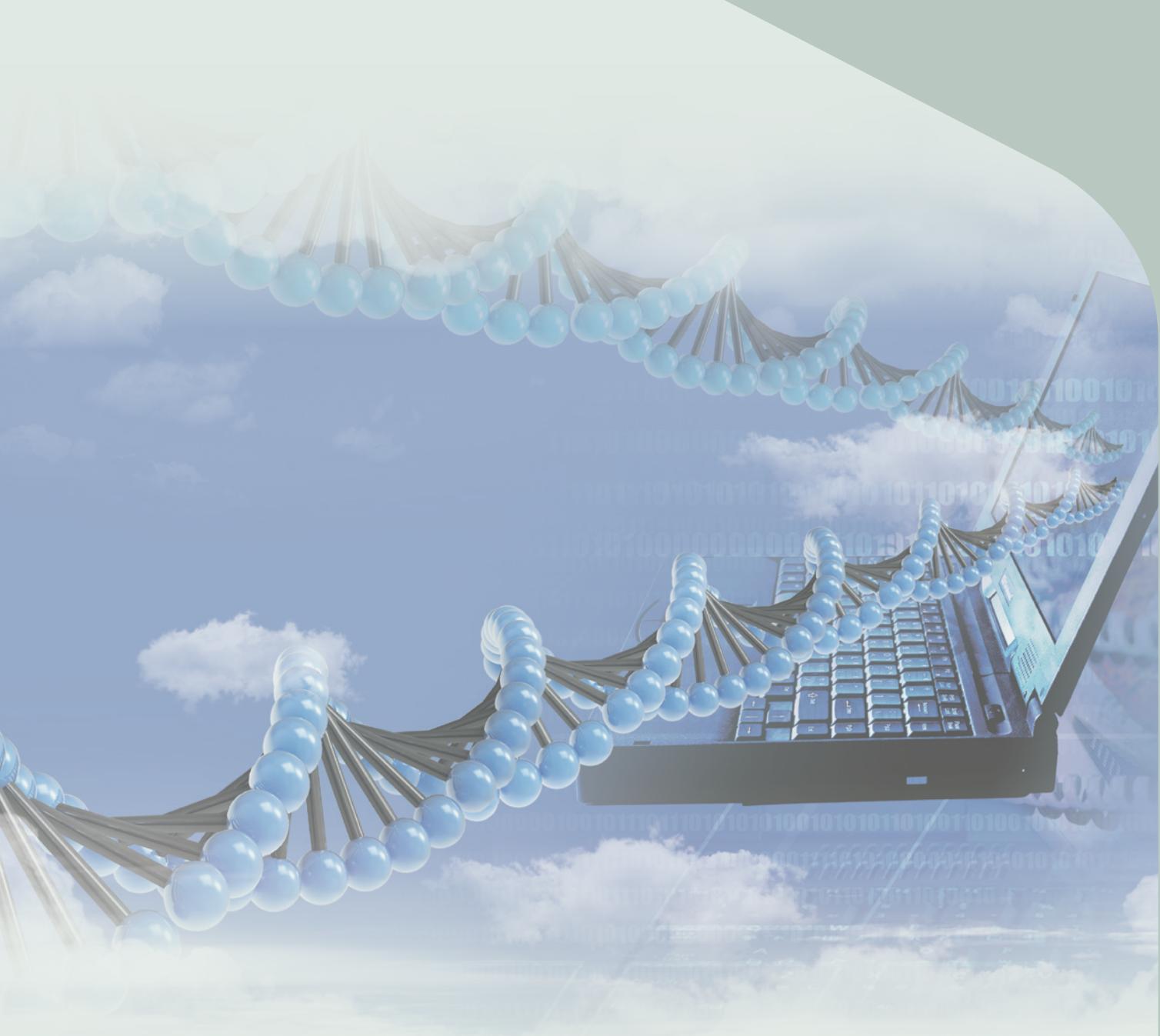


已通過美國及本部食品藥物管理署核准執行第一期臨床試驗，於民國101年上半年在臺灣展開第一期臨床試驗。
資料來源：國家衛生研究院生技與藥物研究所。

圖10-5 國人開發的細胞培養腸病毒71型疫苗(臨床試驗用)



資料來源：國家衛生研究院感染症與疫苗研究所



11

衛生醫療資訊

- 107 第一章 衛生醫療行政資訊化
- 109 第二章 醫療照護服務及應用
- 111 第三章 健康資料加值應用服務

本部持續推動各項資訊計畫，建構良好衛生資訊發展環境，創新醫療資訊服務模式，提升醫療照護品質及病人服務。

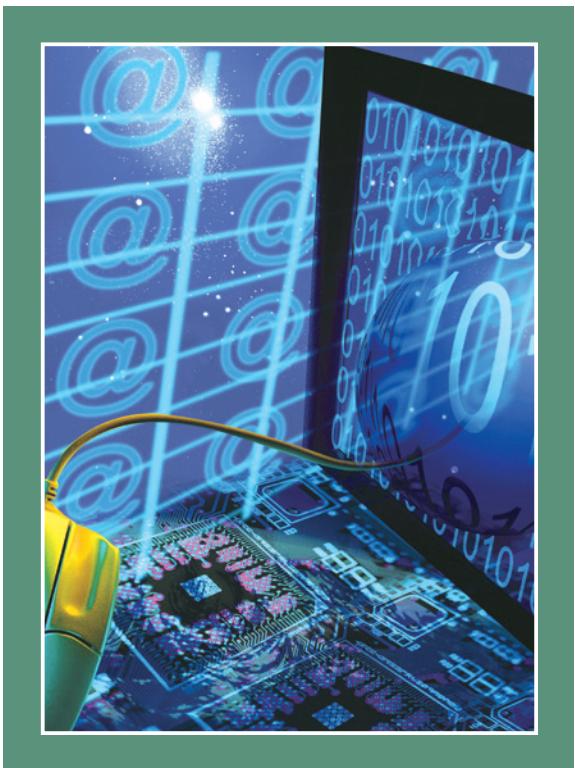
第一章 衛生醫療行政資訊化

第一節 衛生資訊服務

- 一、醫事管理系統提供本部及衛生局進行醫事、藥事、護產、精神復健機構管理，及醫事人員、行政處分、特定儀器與醫事人員繼續教育積分之管理作業。
- 二、完成加護病床通報平台及死亡通報資料自動傳遞功能。
- 三、強化衛生機關人員執行個案通報、轉介、管理等功能，提高個案之追蹤照護數。
- 四、維運343個衛生所網站，提供民衆上網查詢健康資訊及服務。
- 五、人民申請案件線上服務系統提供申請表單下載、查詢辦理進度、通知取件等功能，開發各類憑證身分驗證功能，並與行政院研考會電子支付共通平台、銀行超商繳費等金流作業介接。
- 六、為全面e化本部公文處理流程，導入電子憑證認證及電子簽章之安全機制，實施公文線上簽核。

第二節 公共衛生資訊系統整合應用服務平台

維運衛生機關入口網及公共衛生資訊整合應用服務平台，提供共通需要之系統服務元件，並協助各級衛生主管機關之公衛系統進行服務導入、促使各公衛系統共享模組元件與服務，並簡化登入作業促進資料交流，輔助公衛人員發揮本身的專業能力與提升公衛人員服務效能。



提供各縣市衛生局憑證安控機制，協助衛生局於系統登入、資料處理與傳輸機密性資料時予以運用，確保個案資料使用與傳輸過程中安全無虞。

第三節 全國醫療資訊網服務

全國醫療資訊網（Health Information Network, HIN）為我國衛生醫療資訊交換樞紐（如圖11-1），提供衛生醫療資訊交換與共享功能。其服務中心（Service Center, SC）負責HIN各項公用類資訊系統作業管理及諮詢服務，協助提升基層衛生機關資訊作業效率及品質。

第四節 資訊安全

建置整體防護暨監控機制，包括防火牆、入侵防禦、防毒系統、網頁過濾、垃圾郵件過濾、系統弱點掃描、網頁原始碼檢測及修補追

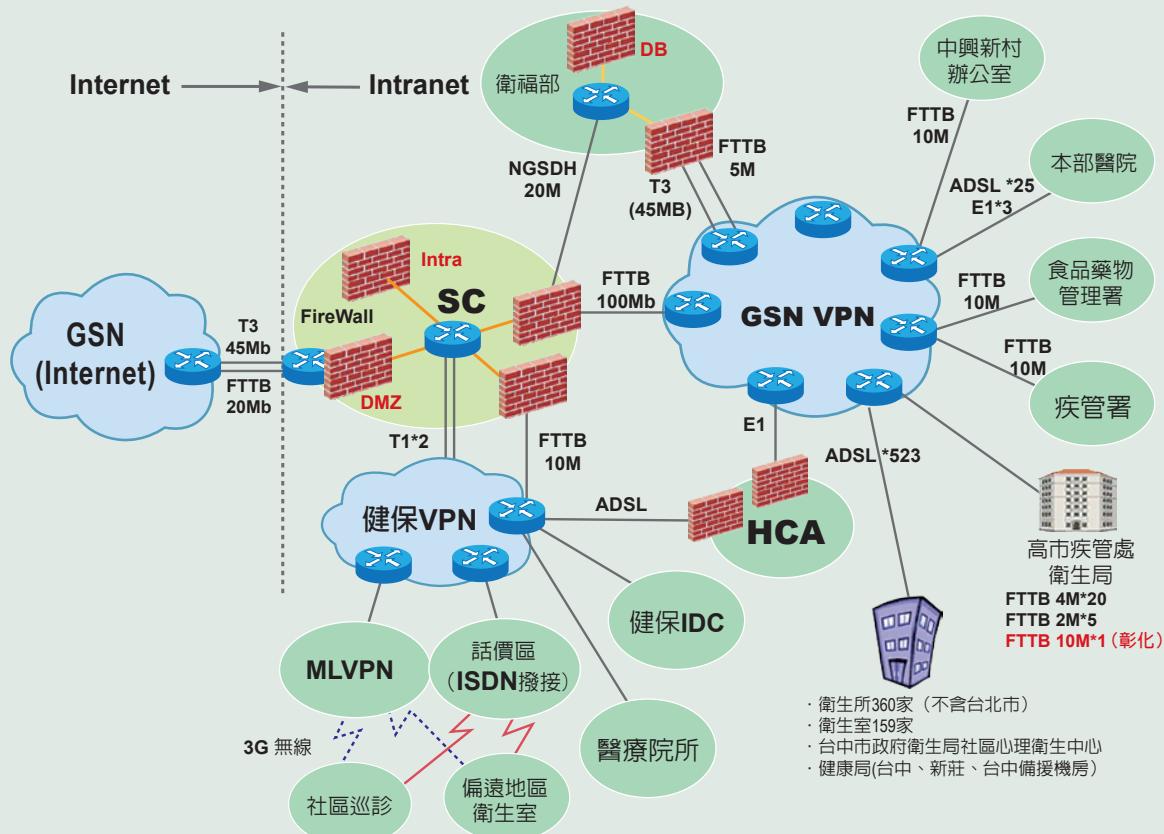
蹤等；依據ISO 27001：2005資訊安全管理標準之要求，整合本部資訊處、全國醫療資訊網服務中心及醫療憑證管理中心之資訊安全管理制度，並通過驗證；辦理各項資安教育訓練，強化資訊安全之意識與能力。

第五節 建立「台灣e學院」－醫療數位學習平台

一、為提高民衆疾病預防保健知能，協助慢性病患者及家屬自我照護能力，及提供專業醫事人員繼續教育，挑選出十大類13項慢性疾病，製作多媒體數位課程。

二、民國99年起連續三年導入「衛生局所」系列課程，涵蓋應用流行病學、民衆與媒體溝通、婦女健康及婦幼衛生、社區癌症防治與篩檢、健康促進、衛生教育、健康行為、健康飲食、青少年健康與性教育、慢性病預防與控制、兒童健康、社區資源管理與運用、菸害防制、肥胖防治、健康老化、衛生所統計應用等數位課程。至民國101年底，總計提供「一般民衆」、「專業醫事」、「繼續教育」、「衛生局所」四大類，共264門，417小時之數位學習課程。

圖11-1 HIN網路架構圖



第六節 建置「台灣 e 院」－醫療諮詢服務網

- 一、應用網際網路為民服務，本網站提供民眾，免費獲得專業醫療諮詢服務。包括醫療諮詢、罕見疾病諮詢、藥物諮詢、營養教室、預防保健諮詢等單元。
- 二、本網站由衛福部所屬醫院及台大、榮總、長庚等36家醫院約249位主治醫師、8位營養師、27位藥師及8位護理師組成服務團隊，開放內科、婦產科、皮膚科等34個科別，答復網友諮詢，讓民眾快速獲得正確的健康營養常識及醫藥資訊。

第二章 醫療照護服務及應用

第一節 推動電子病歷

衛福部從法規、標準、安全、推廣等面向擬訂推動策略，至民國101年底完成工作如下：

- 一、制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、制定並公告醫療影像及報告類、血液檢驗類、出院病摘要類及門診用藥紀錄類等4類電子病歷交換標準及規範，另亦完成門診病歷單、病理報告、手術紀錄等三大類電子病歷範本草案。
- 三、輔導282家醫院依照「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」實施電子病歷。
- 四、辦理電子病歷檢查作業，已有207家醫院通過檢查。
- 五、協助醫院強化電子病歷安全能力，共93家醫院通過國際資訊安全制度ISO 27001：2005驗證。

六、民國99年至101年辦理「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」，加速醫院實施電子病歷及互通，累計有191家醫院查驗合格。

第二節 營運醫事憑證管理中心

醫事憑證管理中心（Healthcare Certification Authority, HCA）於民國92年6月13日正式啓用營運，提供醫事電子文件認證服務及電子簽章機制。

為加強醫事憑證金鑰安全強度，民國100年1月1日起，HCA簽發醫事憑證之金鑰長度，由1024位元提升為2048位元。至民國101年底累計製發36萬6,531張醫事憑證IC卡，已應用於電子病歷、HIS系統、健保資訊網服務系統、衛生資訊通報平台、公共衛生資訊入口網、區域醫療資訊平台、教學醫院教學費用補助管理、精神照護資訊管理、緊急醫療管理、



藥品物料聯合訂購網、醫事人員線上申辦系統、多憑證線上加退保申報、網路出生通報、防疫資訊交換中心、中央傳染病追蹤管理、社區醫療資訊管理、醫療院所電子公文交換及讀寫「中華民國國民健保IC卡」之醫療專區欄位等。

第三節 醫療影像交換及判讀中心 (Image Exchange/Reading Center, IEC/IRC) 建置

民國99年建置完成「全國醫療影像交換及判讀中心」，成立不同醫院跨院網路影像交換及判讀平台，支援偏遠地區、山地離島衛生所醫療影像判讀服務，解決山地離島及偏遠地區放射科專科醫師不足之情事。

第四節 公文線上簽核

為配合行政院民國99年1月25日院授研訊字第0992460081號「電子公文節能減紙推動方案」，推動公文無紙化，落實節能減紙及資

安要求，本部於民國100至101年統籌辦理所屬20家醫院公文線上簽核系統整合建置系統，並於民國101年8月底完成輔導上線，其中13家醫院之公文簽上簽核系統採雲端運算架構，集中建置於本部附屬醫療及社會福利機構管理會之醫療雲。

至民國101年底共計有25家所屬醫院已建置公文線上簽核系統（金門醫院預計於102年度建置），經詢檔案管理局「公文電子交換暨線上簽核填報系統」各院之公文線上簽核率皆已達行政院核定之101年度公文線上簽核績效指標（30%）以上。

第五節 推動山地離島衛生所醫療資訊化

藉由HIS及PACS系統的建置，發揮山地鄉共同醫療照護的功能，將當地衛生所、支援醫院及緊急醫療責任醫院（IDS）等三方，做跨區域的資訊連結。



一、民國95至101年在宜蘭縣等15縣55家衛生所319個巡迴醫療點完成HIS系統建置。另分年分階段建置32家衛生所 PACS系統（含跨區調閱系統）與本部醫院連線，透過專科醫師支援，增加醫療影像之確診，以減少轉診後送，提供即時衛生所醫療診斷，避免重覆使用醫療資源，提升醫療服務之品質。

二、本部於民國101年12月4日至桃園縣復興鄉召開「山地離島雲端健康照護記者會」，介紹山地離島偏遠地區醫療電子化進程、相關健康照護措施以及電子病歷雲端化及其效益，冀望透過政策與科技的導入，使得山地偏鄉地區國人可以獲得妥善適切的醫療照護環境。

三、推動建置HIS及PACS成效：

- (一)於屏東縣衛生局建置門診健康資料庫雛形。
- (二)於本部桃園醫院建立醫療影像判讀中心(IRC)。
- (三)民國101年HIS系統門診人次統計約80萬6,121人次，估計節省約15億多元就醫往返交通費用。
- (四)民國101年PACS系統判讀件數約7,635件，估約節省1,450萬元的民衆就醫往返交通費用。

第三章 健康資料加值應用服務

第一節 健康資料庫及服務平台之建置

健康資料加值應用協作中心資料庫及服務平台之建置，係以本部統計處核心能力培植並擴大團隊資料處理分析之實作能力，並擴大統計支援決策之量能。以行政支援為初期目標，爭取資料提供單位信任與合作；滿足各單位對

指標建置或資料統計分析之需求與期待。

建置初期以支援學術研究為階段目標，提昇學者研究之質量，爭取各界信任、合作與期待，在互動中學習，以厚植未來發展空間，以滿足各界需求與永續經營為最終目標。

第二節 發展健康資料加值應用雲端化服務

民國101至104年再次獲得行政院科技會報的支持，將原計畫轉化為「健康資料加值應用雲端化服務計畫」。雲端化服務係以基礎設施即服務（IaaS）、平台即服務（PaaS）與軟體即服務（SaaS）所需的系統架構，透過標準化與模組化以追求服務對象與內容更多元化。除平台服務朝雲端化服務改善外，在資訊安全確保狀態下廣泛蒐集健康相關資料庫，亦產製以疾病別或地區別等主題式資料檔、加速資料處理之次級資料檔及抽樣資料檔、驗證程式或練習用之模擬數據檔。指標查詢系統亦將朝客製化目標建置，以現行各種線上查詢方式，滿足各界快速便捷之指標查詢需求。

第三節 建置健康資料加值應用研究分中心

為擴展健康資料加值應用服務量能，並考量區域平衡，依健康資料加值應用協作中心之設置規格標準，以及發展多元特色教學研究功能，特規劃成立研究分中心。

各研究分中心之環境及空間需求須經勘查、軟硬體設施與人力配置設立條件完成溝通討論，均符合規範後尚須簽奉核准後始准設置營運。至民國101年底計已完成中國醫藥大學台中研究分中心、台北醫學大學研究分中心及台灣大學研究分中心之設置。

12

附錄

- 113 附錄一 衛生統計指標
- 120 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 122 附錄三 衛生福利部民國101年政府出版品
- 127 附錄四 衛生福利部相關網站



附錄一 衛生統計指標

附表 1 人口重要指標

年別	總人數	人口結構			粗出生率	粗死亡率	自然增加率	總生育率	青少女生育率	人口密度
		未滿15歲	15至64歲	65歲以上						
千人	%	%	%	%	%	%	%	每一婦女	%	人/每平方公里
84年	21,357	23.8	68.6	7.6	15.5	5.6	9.9	1.8	17	590
89年	22,277	21.1	70.3	8.6	13.8	5.7	8.1	1.7	14	616
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

資料來源：內政部統計處

附表 2 預期餘命與死亡率

年別	0歲預期餘命			5歲以下兒童死亡率	15-60歲成人死亡率
	合計	男	女		
	歲	歲	歲		
84年	74.5	71.9	77.7	9.0	131.4
89年	76.5	73.8	79.6	8.5	119.0
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

資料來源：內政部統計處

附表 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						支出占GDP比	平均每人國民醫療保健支出		
			資金運用單位		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	5.25	17,971			
89年	5.8	14,704	563,124	60.0	26.6	51.8	31.9	5.53	25,384			
94年	4.7	16,051	733,045	56.9	24.7	53.8	35.4	6.24	32,250			
95年	5.4	16,491	766,666	57.3	24.8	52.5	34.3	6.26	33,591			
96年	6.0	17,154	795,662	57.7	24.0	52.9	34.9	6.16	34,719			
97年	0.7	17,399	819,240	57.2	23.9	53.7	35.7	6.49	35,623			
98年	-1.8	16,359	863,996	57.5	24.0	52.6	35.4	6.92	37,437			
99年	10.8	18,503	886,834	57.0	25.4	54.9	36.2	6.51	38,323			
100年	4.1	20,006	910,267	57.0	25.2	55.7	36.3	6.62	39,247			
101年	13	20,386	...	...	...	...	...	...	...

資料來源：行政院主計總處、衛生福利部統計處

附表 4-1 醫事人力與醫療設施一家數

年別	醫療機構數											
		醫院						診所				
		西醫		中醫								
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	
84年	16,109	787	688	94	594	99	1	98	15,322	8,683	1,933	4,706
89年	18,082	669	617	94	523	52	2	50	17,413	9,402	2,461	5,550
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	10,066	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

資料來源：衛生福利部統計處

附表 4-2 醫事人力與醫療設施－病床數

年別	病床數								平均每萬人口病床數				
			醫院				診所			醫院			診所
	公立	私立	急性病床		急性一般病床			急性病床	急性一般病床				
床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床
84年	112,379	101,430	39,922	61,508	66,928	64,322	10,949	52.8	47.7	31.3	30.1	5.1	
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	
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	57.2	34.7	31.9	8.2	
97年	152,901	133,020	45,450	87,570	80,021	73,426	19,881	66.4	57.6	34.7	31.9	8.6	
98年	156,740	134,716	45,913	88,803	80,884	74,132	22,024	67.8	61.7	35.0	32.1	9.5	
99年	158,922	135,401	45,981	89,420	81,072	74,140	23,521	68.6	62.0	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	

附表 4-3 醫事人力與醫療設施－人力

年別	醫療院所執業醫事人員數						平均每萬人口醫療院所執業醫事人員數							
			西醫師	中醫師	牙醫師	藥事人員	護理人員			西醫師	中醫師	牙醫師	藥事人員	護理人員
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
84年	97,262	24,452	2,838	7,026	4,533	51,885	45.5	11.4	1.3	3.3	2.1	24.3		
89年	136,199	29,522	3,647	8,597	11,230	70,743	61.1	13.3	1.6	3.9	5.0	31.8		
94年	170,810	34,061	4,596	10,140	12,290	92,447	75.0	15.0	2.0	4.5	5.4	40.6		
95年	176,257	34,864	4,727	10,412	12,804	95,354	77.1	15.2	2.1	4.6	5.6	41.7		
96年	182,601	35,815	4,848	10,740	13,308	98,839	79.5	15.6	2.1	4.7	5.8	43.1		
97年	190,102	37,099	5,099	11,093	13,960	102,767	82.5	16.1	2.2	4.8	6.1	44.6		
98年	198,056	37,841	5,277	11,351	14,398	107,775	85.7	16.4	2.3	4.9	6.2	46.6		
99年	204,745	38,849	5,341	11,656	14,813	111,087	88.4	16.8	2.3	5.0	6.4	48.0		
100年	211,339	39,960	5,556	11,992	15,219	114,300	91.0	17.2	2.4	5.2	6.6	49.2		
101年	217,781	40,897	5,729	12,391	15,594	117,804	93.4	17.5	2.5	5.3	6.7	50.5		

附表 5 食品藥政重要指標

年別	食品中毒事件			藥商家數			
	件	患 者	死 者	藥 局	器 材 藥 物 販 賣 業	器 材 藥 物 製 造 業	器 材 藥 物 醫 療
		人	人		家	家	家
84年	123	4,950	-	34,846	4,862	29,314	670
89年	208	3,759	3	43,641	6,397	36,536	708
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	240	3,223	-	59,061	7,381	50,633	1,047
97年	269	2,921	-	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

資料來源：衛生福利部統計處

附表 6 全民健康保險重要就醫指標

年別	全民健保保險人數		全民健保					
	千人	占 總 人 口 百分 比	保 人 口 次 數	平 均 每 一 門 診 納	口 住 院 次 數	每 百 納 保 人	門 診 費 用 次 數	平 均 每 次
		%	次	次	次	點	點	日
84年	19,123	89.5	10.6*	6.1*	530	29,418	9.4	
89年	21,401	96.1	14.7	12.6	631	36,478	8.8	
94年	22,315	98.0	15.5	13.4	792	49,212	9.9	
95年	22,484	98.3	14.7	13.0	840	50,216	9.9	
96年	22,803	99.3	14.8	13.0	857	50,809	10.0	
97年	22,918	99.5	14.9	13.3	899	51,475	10.2	
98年	23,026	99.6	15.5	13.7	914	51,374	10.2	
100年	23,074	99.6	15.6	13.9	932	51,267	10.2	
101年	23,199	99.9	16.2	14.1	950	51,809	10.2	

資料來源：衛生福利部中央健康保險署

註：民國84年資料統計期間為3-12月，惟“每百納保人口住院次數”及“平均每次住院費用”為7~12月。

附表 7 特定死因統計－主要死因

年別	嬰兒死亡率	孕產婦死率	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	
每千活產	每十萬活產	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數	每十萬人口標準化死亡率	死亡人數
84年	6.5	7.7	117,954	647.7	25,841	136.4	11,256	64.7	14,132	79.0	3,070	18.4	7,225	39.2
89年	5.8	7.8	124,481	569.4	31,554	141.6	10,552	48.8	13,332	61.1	3,302	15.6	9,450	42.7
94年	5.0	7.3	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	7.3	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	6.9	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	6.6	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	8.3	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	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	5.0	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	8.5	153,823	450.6	43,665	131.3	17,121	47.9	11,061	30.8	9,314	24.4	9,281	26.5

資料來源：衛生福利部統計處

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。

附表 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	4,018	23.5	4,456	22.8	2,616	15.3	3,519	19.9	1,618	7.8
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
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	4,970	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	15.9	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

附表 7 特定死因統計－主要癌症（續）

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
89年	6,001	27.0	6,261	28.0	3,376	15.3	1,149	10.3	635	5.7
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

附表 8 重要指標之國際比較

國別	人口					預期餘命與死亡率							
	年齡中位數	粗出生率	粗死亡率	總生育率	青少女生育率	0 歲預期餘命			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	
民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國94年-101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年	民國101年
歲	%	%	每一婦女	%	歲	歲	歲	每千活產	每千人口	每千人口	每千人口	每千人口	每千人口
台灣	38	8	7	1	6	79	76	83	5	6	140	56	
日本	45	9	10	1	5	79	76	82	5	3	84	46	
韓國	38	10	6	1	2	72	68	76	6	5	102	42	
美國	37	14	8	2	39	75	72	79	9	8	131	77	
加拿大	40	11	7	2	14	77	74	80	7	6	84	53	
英國	40	12	9	2	25	76	73	79	8	5	91	57	
澳洲	37	14	7	2	16	77	74	80	8	5	80	46	
德國	45	9	10	1	9	76	72	79	7	4	96	51	
法國	40	13	8	2	12	78	73	82	7	4	113	53	

資料來源：WHO 網站及衛生福利部

附表 8 重要指標之國際比較（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			
	GDP 支出占醫療保健	總醫療支出比	公部門保健支出比	健保部門自付医疗支出比	醫療平均支出保健全人	醫療平均支出保健全人	公部門保健支出保健全人	公部門保健支出平均每人醫療
民國99年	民國99年	民國99年	民國99年	民國99年	民國99年	民國99年	民國99年	民國99年
%	%	%	%	US\$	PPP int. \$	US\$	PPP int. \$	
台灣	6.5	57.0	84.1	1,211	2,321	691	1,324	
日本	9.2	80.3	82.0	3,958	3,120	3,179	2,506	
韓國	7.1	58.2	76.8	1,452	2,035	845	1,185	
美國	17.6	48.2	22.7	8,233	8,233	3,967	3,967	
加拿大	11.4	71.1	49.0	5,257	4,443	3,736	3,157	
英國	9.6	83.2	53.1	3,495	3,433	2,908	2,857	
澳洲	9.0	68.5	59.4	5,174	3,685	3,545	2,525	
德國	11.5	76.8	51.4	4,654	4,342	3,573	3,334	
法國	11.7	76.9	32.2	4,618	3,997	3,553	3,075	

資料來源：WHO 網站及衛生福利部

附錄二 法定傳染病確定病例統計

表1 民國101年急性法定傳染病確定病例數統計表

類別	疾病	合計	本土病例	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
	炭疽病	0	0	0
	H5N1流感	0	0	0
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	26	15	11
	登革熱	1,478	1,271	207
	登革出血熱/登革休克症候群	36	35	1
	流行性腦脊髓膜炎	6	5	1
	副傷寒	8	1	7
	小兒麻痺症	0	0	0
	§ 急性無力肢體麻痺	51	51	0
	桿菌性痢疾	155	49	106
	阿米巴性痢疾	258	86	172
	瘧疾	12	0	12
	麻疹	9	4	5
	急性病毒性A型肝炎	99	73	26
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	1	1	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	5	5	0
	德國麻疹	12	6	6
第三類	屈公病	5	0	5
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	百日咳	54	53	1
	※破傷風	17	-	-
	日本腦炎	32	32	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	97	93	4
	急性病毒性C型肝炎	34	34	0
	急性病毒性D型肝炎	0	0	0
	急性病毒性E型肝炎	9	7	2
	急性病毒性肝炎未定型	10	10	0
	※流行性腮腺炎	1,061	-	-
	退伍軍人病	88	83	5
第四類	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	3	3	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	153	152	1
	庖疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	91	91	0
	類鼻疽	29	29	0

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第四類	肉毒桿菌中毒	0	0	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	749	746	3
	Q熱	53	48	5
	地方性斑疹傷寒	37	32	5
	萊姆病	1	0	1
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	460	458	2
	※水痘	8,373	-	-
	貓抓病	76	76	0
	弓形蟲感染症	12	11	1
	流感併發症	1,595	1,593	2
	NDM-1 腸道菌感染症	0	0	0
第五類	布氏桿菌病	0	0	0
	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
	新型冠狀病毒呼吸道重症	0	0	0

備註：

1. 資料下載時間：民國102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（無經採檢體檢驗確認之病例）呈現。
4. § 依病毒檢驗報告資料，自民國73年以後即無分離出野生株之小兒麻痺病毒。民國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。

附表2 民國101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	140
	痰塗片陽性結核病	4,739
	其他結核病	7,599
	梅毒	5,896
	淋病	1,983
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV Infection）	2,224
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,280
	漢生病	13
	庫賈氏病	0

備註：

1. 資料下載時間：民國102年5月1日。
2. 除多重抗藥性結核病以本部疾管署登記日；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 衛生福利部民國 101 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	胃癌臨床診療指引	衛生福利部	1010100072	101/01
2	孕婦健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010100144	101/01
3	涼麵、熟食滷味、飲料及冰品之食品風險管控手冊（衛生局輔導專用）	衛生福利部食品藥物管理署	1010100145	101/01
4	兒童健康手冊	衛生福利部國民健康署	1010100146	101/01
5	老人精神醫療團隊教育手冊第四版	衛生福利部嘉南療養院	1010100158	101/01
6	臨床戒菸服務指引	衛生福利部國民健康署	1010100254	101/02
7	國人膳食營養素參考攝取量及其說明 第七版	衛生福利部食品藥物管理署	1010100937	101/04
8	食品添加物手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010100939	101/04
9	食品添加物登錄管理制度暨操作手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010100965	101/05
10	食品添加物稽查手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010100966	101/05
11	學名藥查驗登記相關規定彙編專輯	衛生福利部食品藥物管理署	1010101083	101/06
12	防疫檢體採檢手冊	衛生福利部疾病管制署	1010101121	101/06
13	寶貝家庭健康手帖：健康飲食與正確用藥	衛生福利部	1010101167	101/05
14	登革熱防治工作指引	衛生福利部疾病管制署	1010101256	101/06
15	臺灣常用藥用植物圖鑑（II）	衛生福利部	1010101351	101/08
16	Influenza Pandemic Strategic Plan – Third Edition	衛生福利部疾病管制署	1010101438	101/07
17	101年度藥物濫用防制指引	衛生福利部食品藥物管理署	1010101470	101/07
18	中醫醫療管理法規彙編	衛生福利部	1010101502	101/09
19	生物病原災害防救業務計畫	衛生福利部疾病管制署	1010101743	101/07
20	101年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚活動表揚手冊	衛生福利部	1010101776	101/08
21	氣候變遷及慢性病防治 種籽師資版	衛生福利部國民健康署	1010101810	101/08
22	氣候變遷及慢性病防治 民衆保健版	衛生福利部國民健康署	1010101812	101/08
23	中醫行政要覽	衛生福利部	1010101843	101/10
24	母乳哺育教戰手冊	衛生福利部國民健康署	1010102450	101/12
25	台灣常用中藥材炮製實務彙編	衛生福利部	1010102454	101/12

序號	題名	出版機關	政府出版品統一編號GPN	出版年月
26	吃河豚、風險大－臺灣常見有毒河豚（鯉）圖鑑手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010102458	101/10
27	2012醫療品質政策白皮書	衛生福利部	1010102646	101/11
28	健康照護品質系統性落差報告	衛生福利部	1010102647	101/11
29	中醫藥典籍探討－呵護女性食譜（女性養生藥膳）	衛生福利部	1010102781	101/12
30	每日飲食指南	衛生福利部食品藥物管理署	1010102820	101/11
31	The Illustration of Common Medicine Plants in Taiwan Vol.III	衛生福利部	1010102855	101/12
32	觀光夜市、美食街等小型餐飲店餐飲從業人員衛生安全操作指引手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010102962	101/11
33	臺灣常用藥用植物圖鑑（III）	衛生福利部	1010103058	101/12
34	黑天白夜-找回燦爛的陽光	衛生福利部食品藥物管理署	1010103131	101/11
35	全民健康保險爭議審議案例彙編（七）－醫療篇	衛生福利部	1010103222	101/12
36	全民健康保險爭議審議案例彙編（七）－權益篇	衛生福利部	1010103225	101/12
37	易混淆及誤用中藥材鑑別圖鑑	衛生福利部食品藥物管理署	1010103485	101/12
38	降低食品中丙烯醯胺含量加工指引手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010103539	101/12
39	簡明中藥彙編	衛生福利部	1010103670	101/12
40	生物藥品檢驗基準（II）	衛生福利部食品藥物管理署	1010103702	101/12
41	季節性流感防治工作手冊	衛生福利部疾病管制署	1010103757	101/12
42	行政院衛生福利部嘉南療養院人體試驗委員會工作手冊（第二版）	衛生福利部嘉南療養院	1010103788	101/12
43	無菸的家 立體遊戲書	衛生福利部國民健康署	1010103892	101/12
44	餐盒食品工廠對食材供應商之衛生管理參考手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010103898	101/12
45	即食、熟食、飲料及冰品自主衛生管理之管控手冊	衛生福利部食品藥物管理署	1010103903	101/12
46	行政院衛生署永續發展社會責任報告書	衛生福利部		101/12

● 期刊類

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版年月
1	行政院衛生署苗栗醫院院刊	衛生福利部苗栗醫院	2006600019	66/05
2	基醫醫訊	衛生福利部基隆醫院	2008000073	80/03
3	衛生報導季刊	衛生福利部	2008000143	80/03
4	藥物食品分析	衛生福利部食品藥物管理署	2008200056	82/01
5	屏醫院訊	衛生福利部屏東醫院	2008400117	84/01
6	全民健康保險雙月刊	衛生福利部中央健康保險署	2008500065	85/05
7	全民健康保險統計	衛生福利部中央健康保險署	2008600134	86/08
8	全民健康保險簡介	衛生福利部中央健康保險署	2008600193	86/12
9	衛生統計動向	衛生福利部	2008800097	88/12
10	台中醫院院訊	衛生福利部臺中醫院	2008800152	88/10
11	中華民國公共衛生年報	衛生福利部	2008800168	88/12
12	Taiwan Public Health Report	衛生福利部	2008900475	89/08
13	國民醫療保健支出	衛生福利部	2008900478	89/06
14	行政院衛生署玉里醫院	衛生福利部玉里醫院	2008900970	89/03
15	全民健康保險爭議審議委員會年報	全民健康保險爭議審議委員會	2008901170	89/03
16	嘉南院訊	衛生福利部嘉南療養院	2009004187	90/12
17	全民健康保險醫療統計年報	衛生福利部	2009100699	91/05
18	嘉南年刊	衛生福利部嘉南療養院	2009102636	91/12
19	醫療爭議審議報導	全民健康保險爭議審議委員會	2009105992	91/11
20	嘉南年刊	衛生福利部嘉南療養院	2009106006	91/12
21	2012 嘉南年刊	衛生福利部嘉南療養院	2009106009	91/12
22	感染控制雜誌	衛生福利部疾病管制署	2009200952	92/02
23	CDC Annual Report	衛生福利部疾病管制署	2009205617	92/12
24	全民健康保險統計動向	衛生福利部中央健康保險署	2009205641	92/02
25	CDC Annual Report	衛生福利部疾病管制署	2009205701	92/12
26	藥物食品安全週報	衛生福利部	2009403531	94/09
27	定點監視週報	衛生福利部疾病管制署	2009404139	94/07
28	桃醫院刊	衛生福利部桃園醫院	2009501093	95/05
29	出生通報統計年報	衛生福利部國民健康署	2009502148	95/06

序號	題名	出版機關	政府出版品統一編號GPN	出版年月
30	醫療機構現況及醫院醫療服務量統計年報	衛生福利部	2009502598	95/08
31	死因統計	衛生福利部	2009502599	95/08
32	公務統計	衛生福利部	2009502827	95/12
33	苗醫學術年報	衛生福利部苗栗醫院	2009503393	95/12
34	傳染病統計暨監視年報	衛生福利部疾病管制署	2009503523	95/11
35	2005臺灣地區衛生所統計年報	衛生福利部國民健康署	2009503684	95/12
36	Statistics of communicable diseases and surveillance report	衛生福利部疾病管制署	2009503743	95/11
37	台灣菸害防制年報	衛生福利部國民健康署	2009601376	96/06
38	Taiwan Tobacco Control 2009 Annual Report	衛生福利部國民健康署	2009601377	96/06
39	2008-2009 Annual Report : Cherish Life Promote Health	衛生福利部國民健康署	2009602537	96/12
40	國民健康局年報	衛生福利部國民健康署	2009602807	96/10
41	台灣結核病防治年報	衛生福利部疾病管制署	2009604162	96/12
42	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	衛生福利部疾病管制署	2009604164	96/12
43	Health Statistics in Taiwan,2006	衛生福利部	2009701620	97/08
44	Taiwan Health in the Globe	衛生福利部	2009701792	97/07
45	行政院衛生署中南區區域聯盟臨床專刊	衛生福利部臺中醫院	2009704409	97/12
46	玉醫院訊	衛生福利部玉里醫院	2009704416	97/09
47	行政院衛生署中南區區域聯盟研究年刊	衛生福利部臺中醫院	2009803204	98/09
48	食品藥物研究年報	衛生福利部食品藥物管理署	2009902762	99/11
49	行政院衛生署中南區區域聯盟研究電子報	衛生福利部臺中醫院	2010000817	100/4
50	食品中毒發生與防治年報	衛生福利部食品藥物管理署	2010002894	100/10
51	醫學暨衛生雜誌	衛生福利部	2010101285	101/8
52	輸入食品管理暨輸入查驗統計年報	衛生福利部食品藥物管理署	2010103850	101/12

●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	銀髮族防跌保健手冊	衛生福利部臺中醫院	3810101600	101/07
2	大台中健康加值手冊與健康地圖	衛生福利部臺中醫院	3810103883	101/11
3	何謂臨床試驗？	衛生福利部嘉南療養院	3910103548	101/12
4	勇士大戰吐伯大王： 結核病衛生教育動畫影片 – 布農族	衛生福利部疾病管制署	4210101808	101/09
5	CDC Annual Report	衛生福利部疾病管制署	4309902536	99/07
6	臺灣常用藥用植物圖鑑 (I)	衛生福利部	4310101066	101/06
7	登革熱防疫大作戰	衛生福利部疾病管制署	4310101592	101/08
8	臺灣常用藥用植物圖鑑 (II)	衛生福利部	4310102296	101/10
9	臺灣常用藥用植物圖鑑 (III)	衛生福利部	4310103235	101/12
10	愛滋防治，邁向DAYLIGHT 音樂劇	衛生福利部疾病管制署	4510102102	101/10
11	中醫藥年報（光碟版）	衛生福利部	4610101841	101/10
12	台灣菸害防制年報	衛生福利部國民健康署	4709601379	96/06
13	藥物食品安全週報	衛生福利部食品藥物管理署	4909405233	94/09
14	行政院衛生署中央健康保險局電子報	衛生福利部中央健康保險署	4909504725	95/01
15	疫情報導	衛生福利部疾病管制署	4909902426	99/01
16	Taiwan Epidemiology Bulletin	衛生福利部疾病管制署	4909902427	99/01
17	中醫臨床簡介數位學習課程	衛生福利部	4910103144	101/12

附錄四 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	衛生福利部社會及家庭署	http://www.sfaa.gov.tw/
3	衛生福利部疾病管制署	http://www.cdc.gov.tw
4	衛生福利部國民健康署	http://www.hpa.gov.tw/
5	衛生福利部食品藥物管理署	http://www.fda.gov.tw
6	衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會	http://www.hso.mohw.gov.tw/
7	衛生福利部全民健康保險爭議審議委員會	http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHDSB/
8	衛生福利部全民健康保險會	http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/
9	醫事憑證管理中心	http://hca.nat.gov.tw
10	衛生福利部中央健康保險署	http://www.nhi.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	財團法人食品工業發展研究所	http://www.firdi.org.tw
17	衛生福利部線上申辦服務系統	http://e-service.mohw.gov.tw/
18	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
19	健康九九衛生教育資源網	http://health99.hpa.gov.tw/
20	臺灣e學院	http://fms.hso.mohw.gov.tw
21	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://tfits.firdi.org.tw
24	全國藥物不良品通報系統	http://recall.fda.gov.tw/
25	全國化粧品不良品通報系統	http://cosmetic-recall.fda.gov.tw/
26	中草藥用藥安全資訊網	http://tcam.mohw.gov.tw/
27	國民健康署青少年網站-性福e學院	http://www.young.gov.tw
28	健康123-國民健康指標互動查詢網	http://olap.hpa.gov.tw
29	孕產婦關懷專線服務網站	http://mammy.hpa.gov.tw
30	兒童健康管理系統	https://chp.hpa.gov.tw/
31	遺傳疾病諮詢服務網	http://gene.hpa.gov.tw/
32	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw
33	臺灣健康促進學校	http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw
34	Taiwan IHA網站	http://www.taiwaniha.org.tw
35	健康資料加值應用協作中心	http://biostat.cmu.edu.tw/~nhip/indexn.html
36	照顧者服務交流網	http://familycare.mohw.gov.tw/FCWEB/MainPage/MainPage.aspx
37	健康服務品質政策資訊平台	http://hcqm.mohw.gov.tw/
38	台灣國際醫療衛生人員訓練中心	http://www.ptph.gov.tw/tihtc/
39	醫療器材援助平台計畫	http://gmiss.mohw.gov.tw/
40	反性別暴力資源平台TAGV	http://tagv.mohw.gov.tw/
41	關懷e起來	https://ecare.mohw.gov.tw/
42	公共場所AED急救資訊網	http://tw-AED.mohw.gov.tw
43	肥胖防治網	http://obesity.hpa.gov.tw/
44	健康職場資訊網	http://health.hpa.gov.tw/
45	癌症登記線上互動查詢系統	https://cris.hpa.gov.tw/



中華民國公共衛生年報

刊期頻率

年刊

發行人

邱文達

總編輯

石崇良

編輯委員

(按順序筆畫排列)

王敦正、周淑婉、邱弘毅、邱瑜瑩、柳家瑞、洪碧蘭

高文惠、商東福、張鈺旋、許須美、彭花春、黃偉宏

廖崑富、劉明勳、劉家秀、蔡素玲、蔡闔闔、賴慧貞

楊芝青、宋紫雪、張碩媛

執行編輯

衛生福利部

出版機關

台北市塔城街36號

地 址

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

網 址

02-8590-6666

電 話

02-8590-6055

傳 真

中華民國102年12月

出版年月

中華民國88年12月

創刊年月

集思創意顧問股份有限公司

設計印刷

02-8797-7333

電 話

新臺幣300元整

定 價

展 售 處

台北 國家書店松江門市

地址 台北市松江路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

ISSN : 16824822

GPN : 2008800168



本手冊採創用CC「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/>



促進及保護全民健康與福祉



GPN : 2008800168

定價：新臺幣300元整

廣告