

中華民國 101 年版
公共衛生年報

強調品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢



行政院衛生署 編印
中華民國101年10月



行政院衛生署
中華民國101年10月

序言

行政院衛生署主管之業務範圍廣泛，舉凡公共衛生、健康促進、防疫監測、食品安全、藥物管理、醫療照護、全民健保、弱勢族群照護、國際衛生事務與衛生科技發展等，皆攸關全民健康與福祉，任何重大政策都要符合國人對健康的期待。身為全民健康的守護者，衛生署本於「落實品質、提升效率、均衡資源及關懷弱勢」之施政願景，致力落實「促進及保護全民健康與福祉」之使命。

為讓各界瞭解我國衛生機關的努力，衛生署每年均出版公共衛生年報，在今年的公共衛生年報中，詳細記載民國100年間國內之衛生概況、施政作為與具體成果。

為強化民衆全民參與，實踐健康生活，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，同時為預防慢性疾病，自民國100年起推動「健康100臺灣動起來」健康體重管理，呼籲國人「聰明吃、快樂動、天天量體重」，至民國100年底共72萬4,564位民衆參與，共同健康減重1,104公噸，成效卓越。

在世界衛生組織(WHO)宣布H1N1新型流感大流行結束進入「後大流行期(post-pandemic period)」屆滿一週年前夕，本署出版「世紀首役-H1N1新型流感工作紀實」，藉此傳承防疫工作經驗，提供各界查閱運用；另針對季節性流感高峰期防治所需，本署自100年12月1日起，擴大公費流感抗病毒藥劑使用條件與擴增藥劑配置點，以增加民衆獲得公費施打服務之可近性。

經歷起雲劑遭塑化劑污染事件，讓我們深刻體認到食品安全風險管理的重要性，衛生署於民國100年6月22日公布施行「食品衛生管理法」第31條及第34條修正條文，以加強食品添加物管理，加重違法



業者之罰則，同時積極推動食品安全風險評估工作，建立法規環境制度等，保障民衆食的安全。

全民健保實施後，全民獲得更妥適的健康照護，健保制度更成為臺灣社會安全的支柱，也因執行成效卓越，各國紛紛派員參訪、交流與學習，同時，受到國際諸多肯定與媒體正面報導。為讓全民健保永續經營，「全民健康保險法」業於民國100年1月26日修正公布，透過此修正案之落實，我們期待以「公平、效率、品質」之核心精神，使健保制度朝向更完善之道路邁進。

依據人口統計，至民國100年底，我國65歲以上人口比率已達10.89%，隨著人口高齡化及疾病型態改變，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，我們積極推動長期照護服務法制化，研擬「長期照護服務法」，並進行長期照護需要調查，以推估長期照護資源供需及保險規模、建置國民長期照護需要之基礎資料庫；另為因應人口結構改變等衝擊，衛生署配合政府組織再造計畫，刻正著手於衛生保健與社會福利之資源整合，規劃成立「衛生福利部」，以提供全人照護為主軸之衛生福利服務。

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，本署對於推動國際衛生醫療合作不遺餘力，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)，不僅肯定我國在國際醫療上的作為，更增加我國的能見度，同時積極參與國際交流合作，提供衛生援助及發展醫療服務國際化，期達到貢獻世界及鞏固臺灣地位之目標。

回顧過去一年，衛生署經歷了相當多的事件，持續接受各界的批評與指教，我們深知必須不斷檢討改進，與時俱進，希望藉由各項業務之推動與改革的落實，為全國衛生醫療開啓一個新紀元。

行政院衛生署署長 邱文達
謹識

目 錄

序言

2

1 衛生政策

● 第一章 施政目標與重點	07
● 第二章 衛生行政組織	08
● 第三章 中央衛生經費	10
● 第四章 政策考核	10

2 衛生指標

● 第一章 人口指標	14
● 第二章 生命指標	17
● 第三章 國民醫療保健支出指標	20
● 第四章 國際比較	20

3 健康促進

● 第一章 健康的出生與成長	25
● 第二章 健康的生活	26
● 第三章 健康的老化	28
● 第四章 健康的環境	31
● 第五章 健康傳播與健康監測	34

4 傳染病防治

● 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

5 食品藥物管理

● 第一章 法規標準及產品審查	51
● 第二章 風險評估及國家參考實驗室	52
● 第三章 產品源頭管理	54
● 第四章 產品鏈監測	55
● 第五章 消費者教育及風險溝通	58

6 醫療照護

● 第一章 健康照護體系	61
● 第二章 緊急醫療與災害應變	64
● 第三章 精神醫療與心理健康	65
● 第四章 長期照護服務體系	67
● 第五章 醫療品質	70
● 第六章 醫事人力	73

7 全民健康保險

- 第一章 健康保險現況 77
- 第二章 推動二代健保 82

8 弱勢族群照護

- 第一章 身心障礙者之健康照護 85
- 第二章 山地離島偏遠地區居民及原住民之健康照護 85
- 第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護 86
- 第四章 經濟弱勢者之健康照護 89

9 國際衛生合作

- 第一章 參與國際衛生組織 92
- 第二章 國際交流合作 93
- 第三章 國際衛生援助 96
- 第四章 醫療服務國際化 97

10 衛生科技發展

- 第一章 醫藥衛生政策研究 99
- 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 101

11 衛生醫療資訊

- 第一章 衛生醫療行政資訊化 104
- 第二章 醫療照護服務及應用 106
- 第三章 健康資料加值應用服務 107

附錄

- 附錄一 衛生統計指標 110
- 附錄二 法定傳染病確定病例統計 121
- 附錄三 行政院衛生署100年政府出版品 123
- 附錄四 行政院衛生署相關網站 129



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
- 10 第四章 政策考核

衛生政策

行政院衛生署（以下簡稱本署）所掌理的醫療照護、疫病防治、健康促進、藥物食品管理、生技研發與健康產業管理、全民健康保險及國際衛生事務等，都與每個人有密不可分的關連，而在有限的資源下，如何提供人民一個全方位健康照護，以確保全民健康，實屬當前重要課題。

健康是基本人權，也是每一個人追求的理想與目標。衛生署以「促進及保護全民健康福祉」為使命，以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」為願景，訂定民國99至102年中程施政計畫及100年度施政計畫，透過「強化民衆全面參與，實踐健康生活」、「落實保健防疫整備，免除疾病威脅」、「精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益」、「強化食品藥物管理，保障民衆健康」、「發展醫藥衛生科技」、「提高行政效能」、「改善健保財務，減少收支短絀」、「營造優質學習文化，發展人力資源」等策略，積極推展衛生保健及醫療服務。

第一章 施政目標與重點

依據行政院民國100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100年度施政計畫，其目標及重點如次：

一、強化民衆全面參與，實踐健康生活：營造健康支持性環境，培養國人健康生活型態；強化預防保健服務，加強主要慢性病之防治，擴大辦理癌症篩檢，建構高齡友善環境；營造菸害防制支持環境；建立健康資訊監測機制，監測國人健康狀態。

二、落實保健防疫整備，免除疾病威脅：強化傳染病監視系統，落實疫病之監視及通報；辦理結核病十年減半、愛滋減害等傳染病防治計畫；積極推動國家疫苗基金，辦理各項預防接種，積極拓展防疫工作之國際合作與交流。

三、精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益：健全醫療衛生體系，促進醫療資源合理分布，建構整合性社區健康照護網絡；推展全人照護，營造以病人為中心之就醫安全環境；提升心理健康照護品質及推動智慧型醫療服務；優先照護醫療弱勢，加強身心障礙者健康照護，完備長期照護服務體系。

四、強化食品藥物管理，保障民衆健康：強化食品、藥物、化粧品管理及風險評估，健全輸入藥物食品管理體系，加強中藥用藥安全，落實管制藥品之管理與輔導，加強跨部會之協調合作機制；建構完整實驗室監測網，提升檢驗能量，以因應緊急動員檢驗之需。

五、發展醫藥衛生科技：紮根醫藥衛生科技研究與發展，強化社會、經濟及環境因子對於公眾健康衝擊及公共衛生因應之研究，提升政府與民衆緊急應變之機制與能力；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，維護國民健康福祉。

六、提高行政效能：改革藥物及臨床試驗審查機制，檢討現行相關管理法規，建構嚴謹、高效率的藥物審查機制與流程，訂定符合國際潮流之醫藥品的審查模式、食品安全風險評估及管理原則，提高審查效率及品質，並增進審查人員專

業訓練；進行署立醫院體質功能整合，提升服務效能。

七、改善健保財務，減少收支短绌：配合二代健保修法，規劃相關作業執行措施，推動支付制度改革，確保永續經營；推動健保就醫資訊及醫療品質資訊公開，提升醫療品質與支付之效益，減少醫療浪費，協助弱勢排除就醫障礙，保障就醫平等。

八、營造優質學習文化，發展人力資源：強化衛生人員教育訓練，提升專業面、管理面及國際觀之核心能力，促進國際衛生合作與交流；運用績效管理及人力資源之管理策略，培養人員專業知能及競爭力，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，如圖1-1。

中央之衛生主管機關為行政院衛生署，為我國最高衛生行政機關，負責全國衛生行政事務，並對地方衛生機關負有業務指導、監督和協調的責任。地方衛生行政機關為直轄市及縣市政府衛生局，負責地方衛生行政事務，民國99年12月25日五都改制後，全國各地方衛生局由25個整併為22個；其在各鄉鎮市區設有基層醫療保健單位（衛生所或健康服務中心），其任務主要在於執行地方性預防保健服務。

第一節 現行中央衛生行政組織

衛生署於內部設有醫事處、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

圖1-1 衛生行政組織架構圖

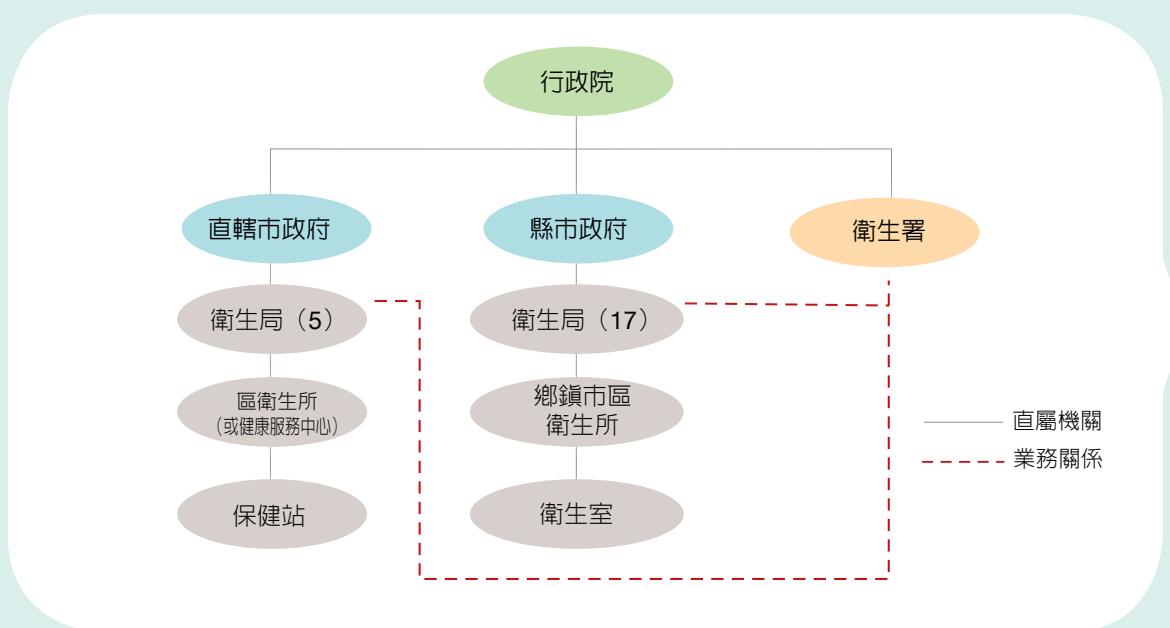


圖1-2 民國100年衛生署組織系統圖



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1-2。

第二節 規劃成立衛生福利部

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，重新檢討政府組織型態。

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，以因應未來環境。

為將衛生與福利資源整合，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成立衛生福利部，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。

第三章 中央衛生經費

民國101年中央政府總預算為1兆9,388億元，衛生預算為808億元，約占中央政府總預

算之4.2%，如圖1-3。

101年衛生預算中，社會保險支出編列575億2,474萬8千元，占衛生預算之71.2%，醫療保健支出編列191億5,485萬8千元，占衛生預算之23.7%，科學支出編列40億4,716萬3千元，占衛生預算之5.0%，教育支出編列7,796萬5千元，占衛生預算之0.1%，社會救助支出編列100萬元，占衛生預算之0.001%，如圖1-4。

101年度衛生預算為808億0,573萬4千元，較上（100）年度預算數690億1,509萬8千元（決算數680億2,470萬8千元），增列117億9,063萬6千元，增幅17.1%，主要增減項目如表1-1、表1-2。

第四章 政策考核

衛生保健之工作，須仰賴中央與地方的通力合作，才能有效貫澈相關政策的執行，以確保國民健康。衛生署對地方衛生局之績效考評作業，主要目的在客觀衡量與展現地方衛生局的年度施政績效，引導地方機關提升為民服務品質及衛生行政效率。自民國99年起，整併與簡化原評核作業，將原有的9項（醫政、長期照護、藥政、管制藥品、食品、檢驗、防疫、保健及衛生教育）評核項目，整合為醫政、長期照護、藥物食品、防疫、保健及衛生教育6大類，由本署相關局處考評後，並辦理獎勵事宜，縣市衛生局則依據五都及縣市人口數分組，民國100年度各分組考評第一名之縣市分別為臺中市政府衛生局、嘉義縣衛生局、嘉義市政府衛生局、花蓮縣衛生局。



圖1-3 民國92~101年衛生署主管預算占中央政府總預算分配圖

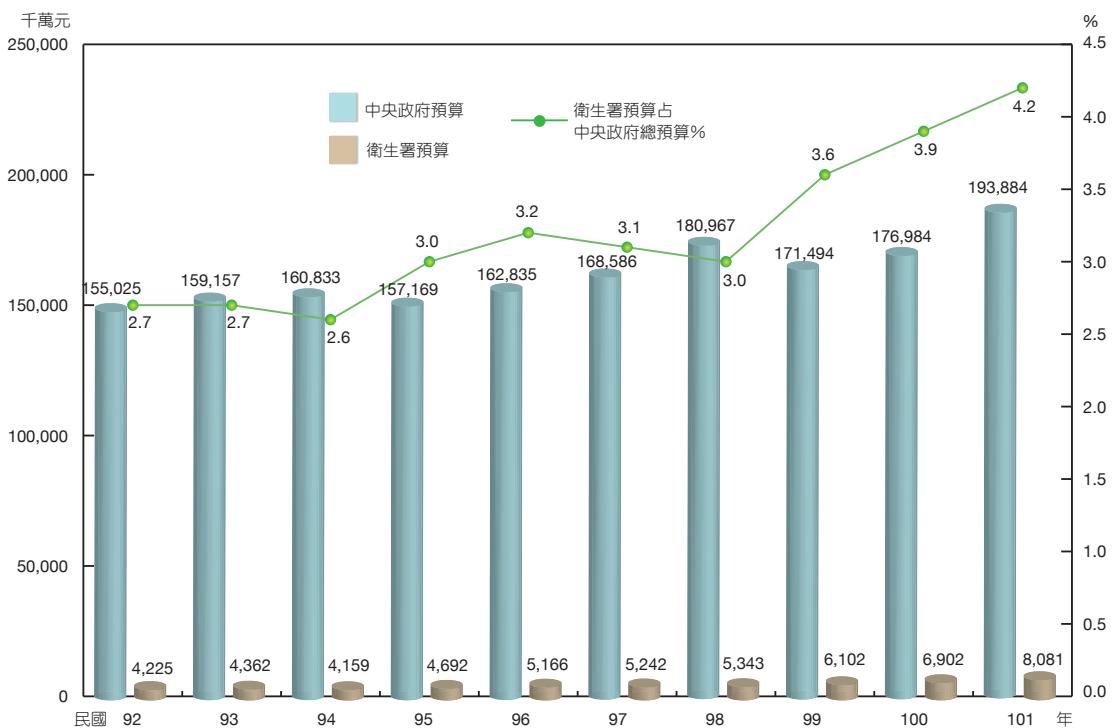


圖1-4 101年度中央衛生經費編列分布圖（單位：千元；%）

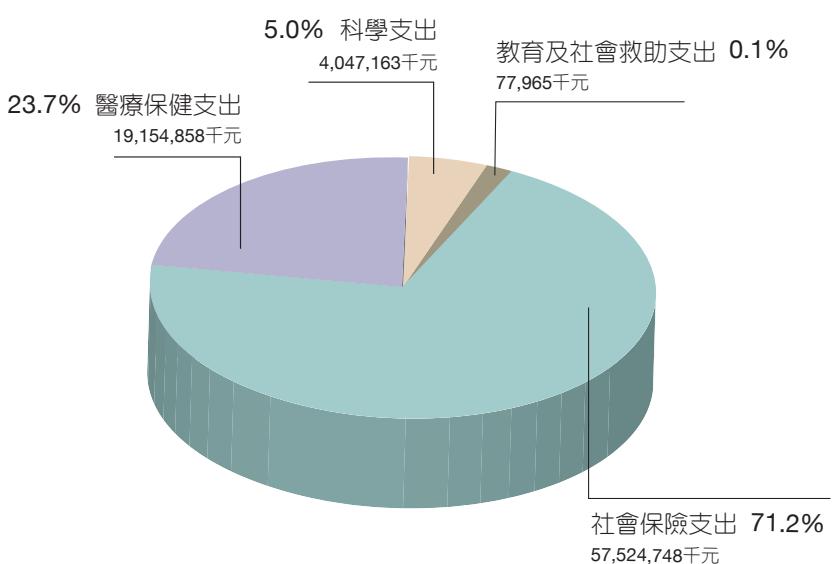


表1-1 101年度衛生預算增列項目一覽表

序號	項目	預算
1	政府應負擔健保費法定下限及撥補累計財務短绌	120億元
2	直轄市非設籍健保欠費繳款專案補助	34億7,083萬9千元
3	漁民、水利會會員及其他團體保險費補助	16億0,106萬6千元
4	辦理食品查驗登記管理、藥物化粧品審查、赴國外藥廠GMP查核及食品邊境查驗	1億7,967萬7千元
5	生醫管理中心衛生大樓工程	8,899萬元
6	新竹生醫園區醫院籌設計畫	4,500萬元
	合計	173億8,557萬2千元

表1-2 101年度衛生預算減列項目一覽表

序號	項目	預算
1	政府對一定所得以下民衆健保費差額補助	34億0,503萬5千元
2	辦理新世代健康領航計畫及臨床醫事人力培訓計畫	3億2,134萬5千元
3	署立醫院人事費用補助款	3億1,938萬6千元
4	辦理金門綜合醫療大樓工程款	2億8,910萬元
5	補助財團法人國家衛生研究院研究經費	1億7,612萬9千元
6	辦理國民健康資訊計畫	1億5,425萬5千元
7	辦理防疫業務	4億2,276萬6千元
8	辦理預防保健業務	1億3,804萬元
9	辦理健保工作業務	1億0,885萬6千元
10	辦理產品通路管理便捷查詢系統及輸入食品邊境查驗業務	1億8,528萬3千元
	合計	55億2,019萬5千元



2

衛生指標

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



衛生指標

由於近半世紀以來，我國國民所得水準的成長、生活環境的健全、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。為因應戰後嬰兒潮的逐漸凋零，人口結構邁向少子化、高齡化的社會環境變遷，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，因此透過比較全民健康保險實施後我國公共衛生進步的成果，以記錄臺灣公共衛生的歷史發展軌跡。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

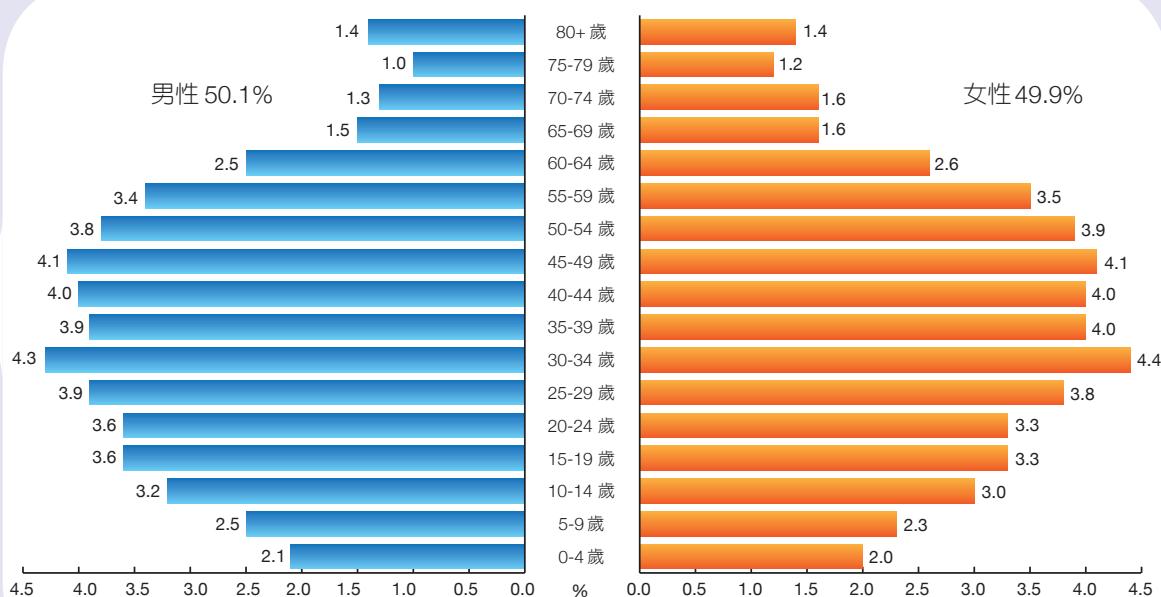
民國100年底我國總戶籍登記人口共2,322萬人，其中男性人口1,165萬人，女性人口1,158萬人，人口性比例【男性人口數／女性人口數*100】為101，人口年增率為0.27%。

民國100年底，我國人口密度每平方公里達642人，按縣市別分，臺北市9,753人最為稠密、嘉義市達4,523人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為73人、65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，民國100年底人口年齡

圖2-1 民國100年我國人口年齡結構圖



結構已呈現低出生率、低死亡率之人口成長靜止狀態，如圖2-1。

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100年15.1%，同期間65歲以上老年人口比率則由8.8%升至10.9%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯，如圖2-2、表2-1。



圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖

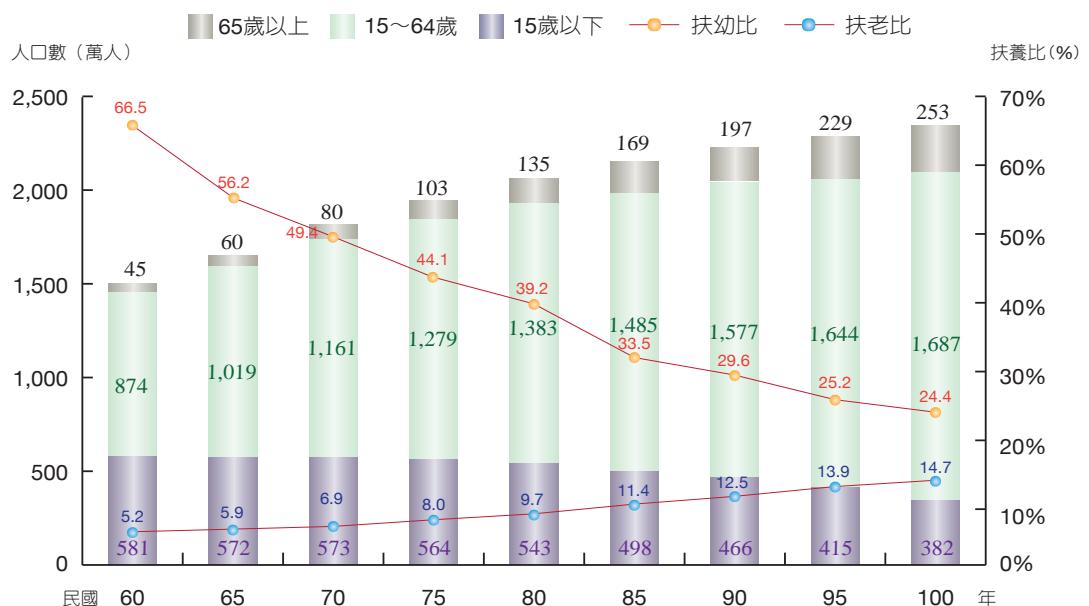


表2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

年底別	總人口	人口結構			扶養比	
		15歲以下	15~64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
	千人	%	%	%	%	%
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	21.37	14.70

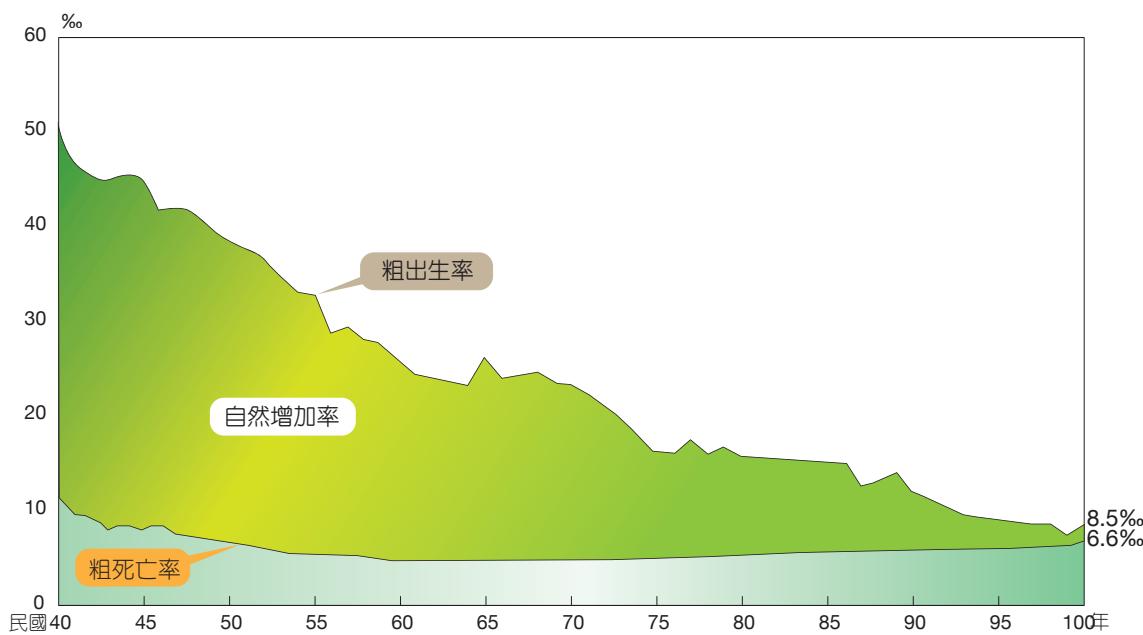
依賴指數【(0~14歲人口+65歲以上人口)

/ 15~64歲人口*100】由民國90年42.1%降至100年35.1%，主要係扶幼比【0~14歲人口 / 15~64歲人口*100】快速下降，而扶老比【65歲以上人口 / 15~64歲人口*100】平穩上升所致。

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【出生數 / 年中人口數*1,000】由民國90年11.7‰降至民國100年8.5‰，再創歷史新低；粗死亡率【死亡

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



數 / 年中人口數*1,000】由民國90年5.7‰微幅上升至民國100年6.6‰。致民國100年人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】下降為1.9‰，如圖2-3。

三、平均餘命（Life Expectancy）

就國人平均餘命整體變動觀之：我國國民兩性0歲平均餘命由民國90年之76.7歲逐年提高為至100年為79.2歲，10年來增加2.5歲。男性由74.1歲提高為76.0歲，增加1.9歲；女性由79.9歲提高為82.7歲，增加2.8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

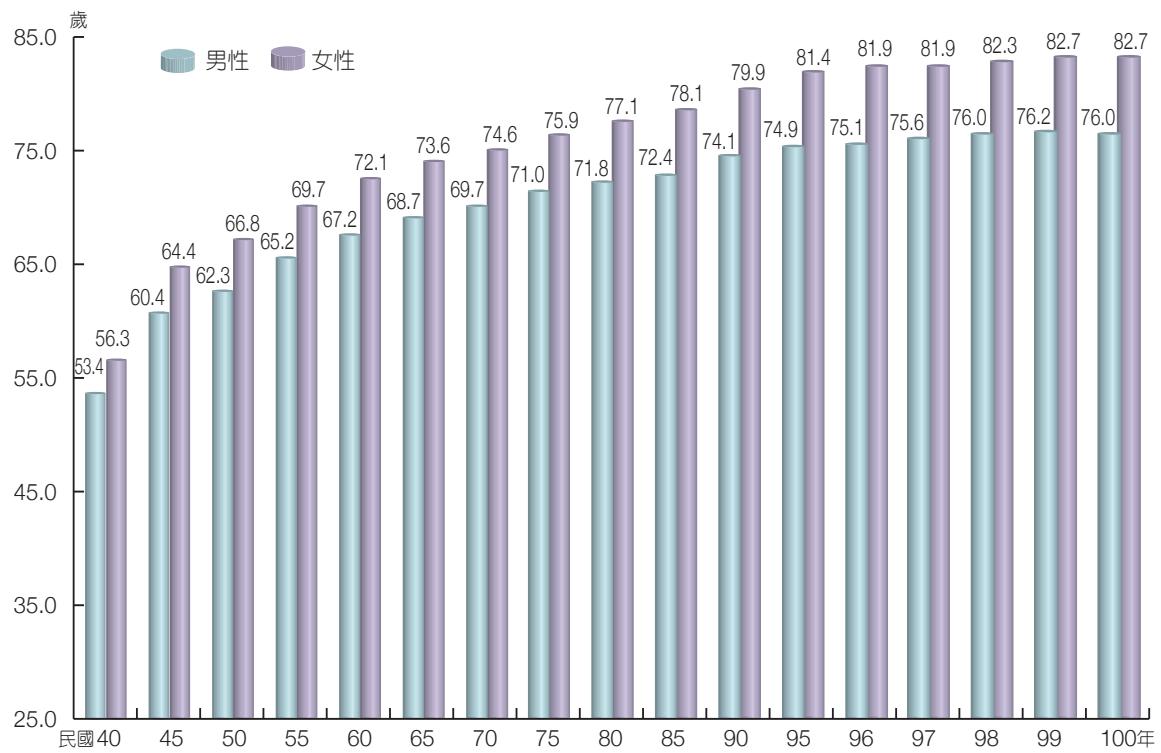
一、十大主要死因

由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生保健的改善，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。

民國100年國人死亡人數為15萬2,030人，粗死亡率每十萬人口655.5人，較上年上升4.8%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，民國100年每十萬人口標準化死亡率為462.4人，較上年增1.5%。

民國100年國人死因係以國際疾病與死因

圖2-4 國人0歲平均餘命



分類第10版（ICD-10）進行統計，十大主要死因分別為：（1）惡性腫瘤、（2）心臟疾病、（3）腦血管疾病、（4）糖尿病、（5）肺炎、（6）事故傷害、（7）慢性下呼吸道疾病、（8）慢性肝病及肝硬化、（9）高血壓性疾病、（10）腎炎、腎病症候群及腎病變；其排名與上年比較，僅糖尿病與肺炎順位交換，而自殺繼99年後再次退出十大主要死因排名第12，如圖2-5。

二、十大主要癌症死因

民國100年國人癌症死亡人數為4萬2,559人，粗死亡率每十萬人口183.5人，較上年增3.5%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，每十萬人口標準化死亡率為132.2人，較上年微升0.5%，顯示國人癌症死亡變動亦受人口結構老化之影響。

民國100年國人十大主要癌症死因分別

為：（1）肺癌、（2）肝癌、（3）結腸直腸癌、（4）女性乳癌、（5）口腔癌、（6）胃癌、（7）攝護腺癌、（8）胰臟癌、（9）食道癌、（10）子宮頸癌，與上年相較，第八的胰臟癌與第九的食道癌順位互換，其餘不變，如圖2-6。

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100年新生兒死亡率已降至2.7‰，約為民國60年之4.4‰；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至4.2‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的 $39.7 / 10^5$ 降至民國100年的 $5.0 / 10^5$ ，如圖2-7。

圖2-5 十大主要死因之變化

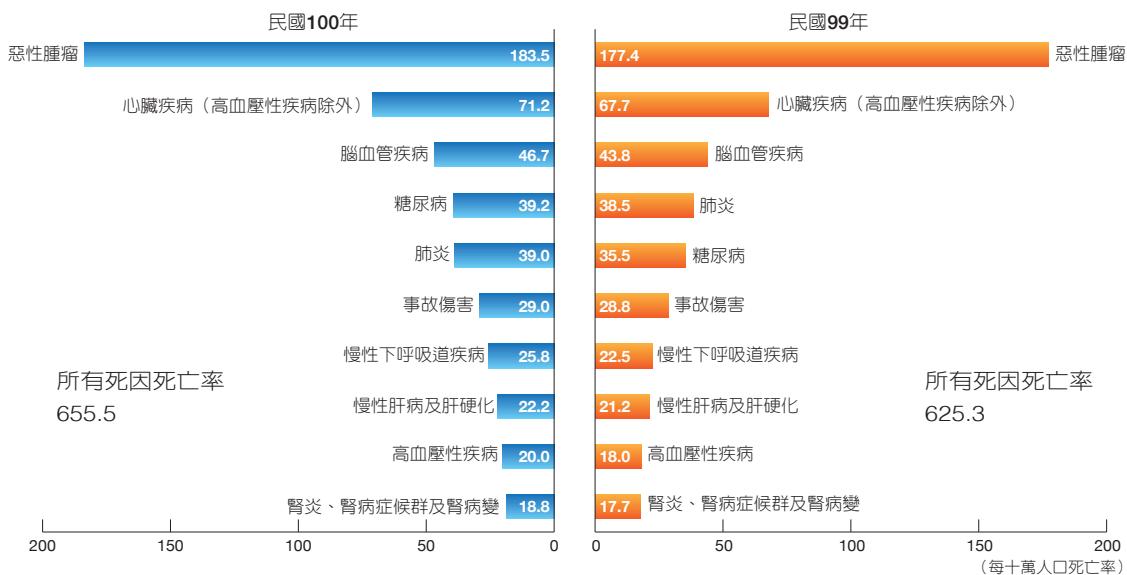


圖2-6 十大主要癌症死因之變

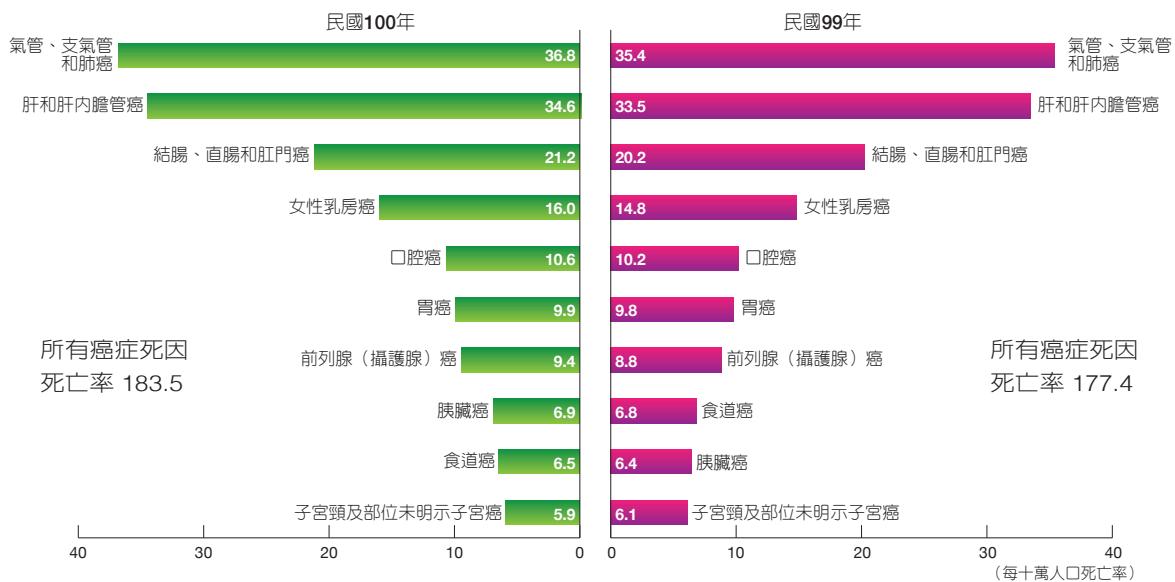
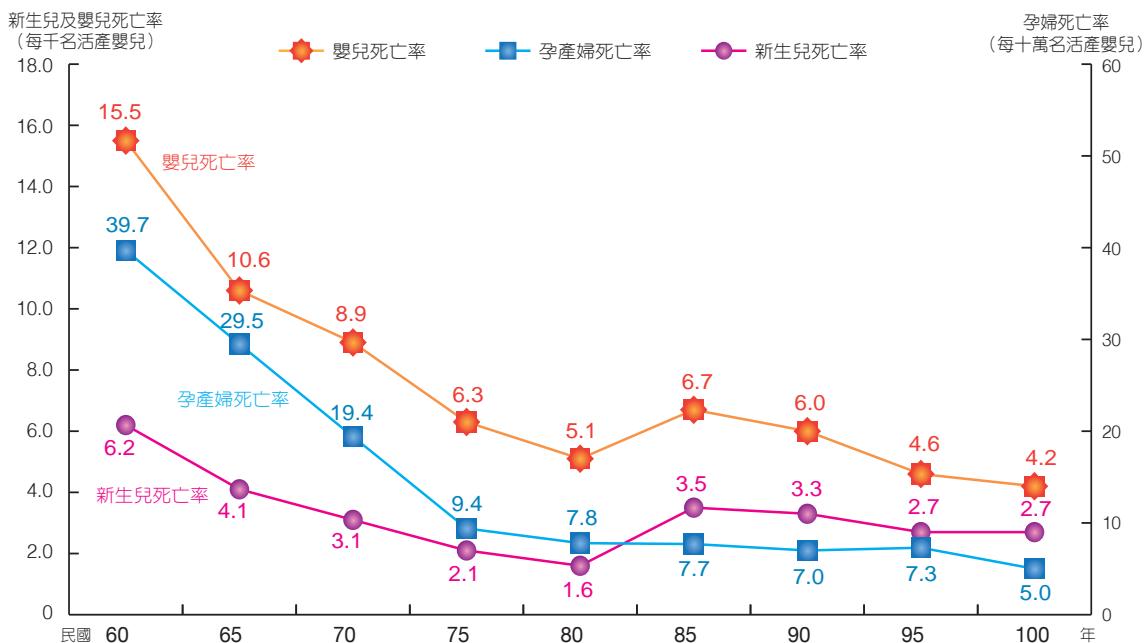


圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



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，醫療保健經費占GDP比顯著增加。民國99年國民醫療保健最終支出（NHE）8,912億元。

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年之4.9%提升至民國84年5.3%，至民國99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，平均每個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99年之3萬8,510元，平均年增率為6.0%，如圖2-8。

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70.57億人，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。

圖2-8 歷年NHE / GDP比及平均每人NHE

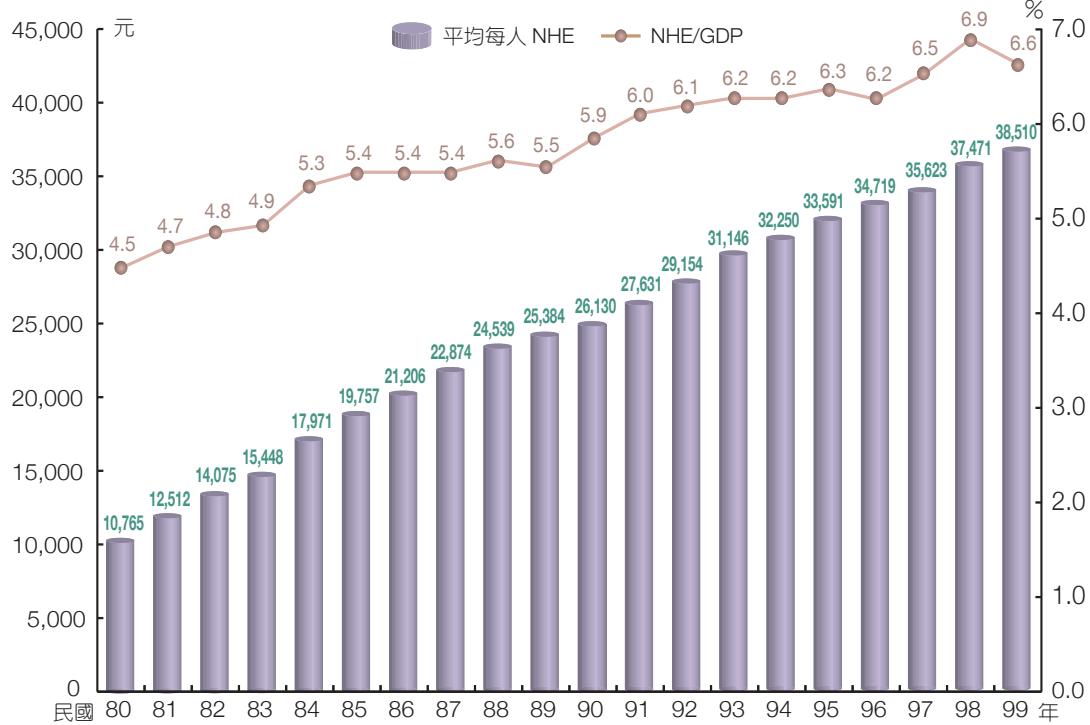


表2-2 世界主要國家人口概況

	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					
全球	7057.1	8082.0	9624.0	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	48.9	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	62.2	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

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，表列亞洲國家均不到平均值之一半，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

2009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；臺灣為76歲，約當日本西元1990年之水準。另由西元1960-2009年間差異分析，我國男性平均餘命於近50年期間增加14歲，僅次於日本。

2009年，女性0歲平均餘命均在80歲以上，以日本86歲為最高，法國85歲居次、澳洲84歲第三；臺灣為83歲，約當日本西元

1990年之水準。若再以西元1960-2009年時間差異分析，我國女性平均餘命於近50年期間增加17歲超越日本，居各國之冠，如表2-3。

三、醫療保健支出之比較

2009年我國平均每人國民醫療保健支出（NHE）為1,133美元，低於中位數3,490美元，居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16,353美元，低於中位數35,814美元，居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，2009年我國NHE占GDP比為6.9%，低於中位數2.6個百分點，與OECD會員國比較，屬相對較低之國家，如表2-4。



表2-3 世界主要國家0歲平均餘命

	男性						
	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2005年	2009年
臺灣	62	67	70	71	74	75	76
英國	68	69	70	73	76	77	78
美國	67	67	70	72	74	75	76
法國	67	68	70	73	75	77	78
德國	67	67	70	72	75	76	78
加拿大	68	67	72	74	77	...	79
挪威	71	71	72	73	76	78	79
荷蘭	72	71	73	74	76	77	78
澳洲	68	67	71	74	77	79	80
紐西蘭	69	68	70	72	76	78	79
日本	65	69	73	76	78	79	80



女性

	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2005年	2009年
臺灣	66	72	75	77	80	81	82
英國	74	75	76	79	80	81	82
美國	73	75	77	79	80	80	81
法國	74	76	78	81	83	84	85
德國	72	74	76	78	81	82	83
加拿大	74	76	79	81	82	83	83
挪威	76	77	79	80	81	83	83
荷蘭	75	77	79	81	81	82	83
澳洲	74	74	78	80	82	83	84
紐西蘭	74	75	76	78	81	82	83
日本	70	75	79	82	85	86	86

資料來源：1960-2005資料取自2008 OECD Health Data，2009資料取自WHOSIS 2011



表2-4 2009年OECD會員國與我國平均每人NHE與平均每人GDP

排名	國名—以平均每人NHE排序		NHE / GDP (%)	平均每人NHE (美元)	平均每人GDP (美元)
中位數			9.5	3,490	35,814
1	美國	United States	17.4	7,960	45,797
2	挪威	Norway	9.6	7,516	78,409
3	瑞士	Switzerland	11.4	7,160	63,525
4	丹麥	Denmark	11.5	6,408	55,970
5	盧森堡	Luxembourg	7.8	6,196	107,174
6	荷蘭	Netherlands	12.0	5,953	48,398
7	奧地利	Austria	11.0	5,177	45,568
8	法國	France	11.8	4,987	41,159
9	比利時	Belgium	10.9	4,881	43,640
10	愛爾蘭	Ireland	9.5	4,877	49,738
11	德國	Germany	11.6	4,855	40,659
12	加拿大	Canada	11.4	4,748	40,041
13	瑞典	Sweden	10.0	4,320	43,395
14	澳大利亞 ²⁰⁰⁸	Australia	8.7	4,246	48,893
15	芬蘭	Finland	9.2	4,194	44,545
16	英國	United Kingdom	9.8	3,732	35,666
17	冰島	Iceland	9.7	3,658	37,883
18	義大利	Italy	9.5	3,490	35,814
19	日本 ²⁰⁰⁸	Japan	8.5	3,252	38,272
20	西班牙	Spain	9.5	3,118	31,877
21	紐西蘭	New Zealand	10.3	2,798	27,187
22	希臘 ²⁰⁰⁷	Greece	9.6	2,794	27,767
23	葡萄牙 ²⁰⁰⁸	Portugal	10.1	2,325	23,713
24	斯洛維尼亞	Slovenia	9.3	2,319	24,333
25	以色列	Israel	7.9	2,072	26,103
26	斯洛伐克	Slovak Republic	9.1	1,515	16,165
27	捷克	Czech Republic	8.2	1,492	18,129
28	南韓	Korea	6.9	1,184	17,110
29	臺灣	Taiwan	6.9	1,133	16,353
30	愛沙尼亞	Estonia	7.0	1,035	14,374
31	匈牙利	Hungary	7.4	957	12,847
32	波蘭	Poland	7.4	837	11,287
33	智利	Chile	8.4	798	9,502
34	土耳其 ²⁰⁰⁸	Turkey	6.1	620	10,197
35	墨西哥	Mexico	6.4	525	8,180

資料來源：1. OECD Health Data 2012.

2. 行政院衛生署統計室。



3

健康促進

- | | | |
|----|-----|-----------|
| 25 | 第一章 | 健康的出生與成長 |
| 26 | 第二章 | 健康的生活 |
| 28 | 第三章 | 健康的老化 |
| 31 | 第四章 | 健康的環境 |
| 34 | 第五章 | 健康傳播與健康監測 |

健康促進

為達成世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康（Health for all）」，本署為孕產婦與嬰幼兒、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。亦針對國人不健康生活型態的挑戰，亦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，來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

為促使嬰幼兒及兒童健康成長，本署國民健康局積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年等健康促進工作，以期早期發現異常、早期矯治。

第一節 孕產婦健康

一、孕婦產前檢查

- (一) 透過健保特約醫療院所提供的孕期婦女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99年孕婦產前檢查之平均利用率90.94%，至少產檢1次為98.29%、至少產檢4次為95.96%。民國100年1-11月孕婦產前檢查之利用率92.76%。
- (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；民國100年起，擴大補助對象至中低收入戶及設籍山地原住民地區、離島偏遠地區孕婦，每案補助400元，至民國100年底止全面輔助共補助約1,503人，101年規劃全面輔助。

二、特殊健康議題

- (一) 自民國73年7月9日優生保健法公布實

施以來，積極推動多項服務措施，包括：產前遺傳診斷、新生兒篩檢及遺傳諮詢等，接受檢查個案檢驗費用減免或補助，異常個案給予追蹤衛教，並提供適當的產前照護。

- (二) 監測各院所與醫師接生性別比、結合縣市衛生局進行輔導與稽查、掃蕩性別篩選之違規廣告、成立跨局處工作小組，並進行法令增修，100年出生性比下降為1.079，創16年來（自民國85年）最低值，而一向比第1、2胎高出許多的第3胎以上出生性別比，在100年也降到1.134，更是創18年來（民國自83年）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

新生兒可於出生後滿48小時採集血液進行先天性代謝異常篩檢，民國100年篩檢率達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) 補助醫療院所提供的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。推動「新一代兒童預防保健服務方案」，強化兒童發展篩檢、提供多元服務、轉介及確診通報功能。至民國100年底止之兒童預防保健服務7次平均利用率達80%。
- (二) 為讓疑似發展遲緩兒童，儘速接受聯合評估及療育服務，於全國各縣市各設置1至4家「兒童發展聯合評估中心」，目前全國共設置45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，截至民國100年底止符合條例應設置哺（集）乳室之公共場所計有1,549處。持續辦理母嬰親善醫療院所認證計畫，民國100年共158家通過認證；辦理母乳哺育種子講師品質提升計畫；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（媽餉您、媽餉您（臺語））及設置母乳哺育網站（[www.bhp.doh.gov.tw / breastfeeding /](http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/)）。產後1個月純母乳哺育率自民國97年之54.3%，提高至民國100年61.8%。

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，提供青少年具可近性及隱密性之視訊諮商服務。

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87所學校，辦理宣導講座外。另以部落格與電話為諮詢平臺，進而轉介有需要的青少年進入個別諮商或醫療院所接受診療。

三、結合31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、疾管局，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、辦理滿4歲及滿5歲「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作」，民國100年辦理「眼科醫師介入幼托園所近視防治工作」提供可近性照護、衛教服務及品質監測，以早期發現視力問題早期給予矯治。

二、辦理「學齡前兒童聽力篩檢服務計畫」，於社區或托兒園、所進行篩檢，民國100年篩檢人數為17萬9,898人，複檢率為97.88%，服務涵蓋率為91.38%。

三、自民國99年起，優先提供低收入戶之新生兒出生3個月內聽力篩檢之費用補助，每案補助500元。另於民國100年11月22日公告「新生兒聽力篩檢醫療機構認證原則」。並為配合民國101年規劃全面補助新生兒聽力篩檢，給予聽力篩檢基本衛教資訊，及儀器操作教學。

四、提供5歲以下兒童每年2次之牙齒塗氟、口腔檢查及口腔衛生教育服務，民國100年結合25家醫療院所及早療機構，發展遲緩兒童口腔檢查、教導兒童及其照顧者潔牙技巧及口腔保健知識。提供山地鄉原住民族地區國小一、二年級學童，及非山地鄉國小低收入戶一年級學童臼齒窩溝封填服務。

第二章 健康的生活

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

第一節 無菸的生活

一、落實菸害防制法
(一) 菸害防制法新規定自民國98年1月11日上路已三週年，近九成民衆（88.5%）認為無菸環境因新規定有改善；18歲以上成人吸菸率略有下降（由97年



21.9%降至19.1%），過去3年減少42萬吸菸人口。民國100年法定禁菸場所二手菸暴露率持續下降，保護率達91.8%。

- (二) 辦理菸害防制相關宣導教育活動，醫事相關人員參與戒菸訓練並配合地方特性推動無菸環境。

二、教育宣導與無菸支持環境

- (一) 透過勸導父親及早戒菸幸福無憾的30秒短片及「分享拒菸故事」、年輕族群反菸創作徵選及網路影像徵選活動等，以提高青少女對菸害的覺察力。
- (二) 邀請徐風、卓勝利及孫越等三位資深藝人，分享切身之痛的經歷，呼籲吸菸者及早戒菸，以遠離慢性阻塞性肺病、癌症及相關疾病。
- (三) 持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區、市場、商圈、公園等無菸場域計畫，民國100年補助101個社區單位推動無菸社區計畫；推動無菸醫院參與國際認證通過者53家，其中金質獎高達32家。
- (四) 為落實高中職以下學校菸害防制工作，辦理「校園戒菸教育種籽教師訓練計畫」，培訓師資並執行戒菸教育。

三、提供多元化戒菸服務

- (一) 全國有1,957家醫療院所提供門診戒菸服務，涵蓋99%人口之鄉鎮，吸菸者可接受醫師的諮詢及戒菸藥品（如貼片、嚼錠等）治療，政府補助每人每週250元的藥品費用，六個月戒菸成功率約23.4%。
- (二) 免付費戒菸專線，由專業諮詢人員協助來電者規劃個人戒菸計畫，戒菸成功率超過兩成。並印製戒菸教戰手冊



民國100年菸害防制

透過縣市衛生局所的宣導發放，期能輔導更多吸菸者戒菸。

- (三) 建立戒菸共同照護網絡，民國100年培訓社區藥局、校園、職場及醫療院所之戒菸衛教人員達2萬6,114人。並與各縣市衛生局、藥師公會合作，計有1,000家社區藥局加入提供免費戒菸諮詢服務。
- (四) 民國100年與法務部合作開辦「矯正機關菸害防制實施專案計畫」，協助9,706名收容人戒菸。

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100年的11.3%。工作重點摘述如下：

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100年針對高嚼檳榔地區50所國中小加強輔導無檳校園，其中7所為重點標竿學校，以利未來推廣。

二、民國96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、協助民眾戒除檳榔，及提供嚼檳榔者口腔黏膜檢查，民國100年共補助15個縣市86個社區健康營造單位辦理檳榔防制計畫。

三、民國100年透過衛生局所和民間單位，協助172個高嚼檳榔職場，營造無檳環境；並於227家辦理「100年醫院癌症醫療品質提升計畫」醫院成立291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，民國100年共辦理1,966場次，完成7萬1,013人口腔癌篩檢。

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，民國100年計檢測2萬417戶，辦理人員訓練，增加居家事故傷害防制知能。

二、辦理「兒科醫師對事故傷害預防之介入模式研究計畫」：編修0～4歲幼兒事故傷害檢核表及衛教諮詢單張，由兒科醫師於門診親自提供衛教，增進幼兒照顧者事故傷害防制知能。

三、辦理「以健保資料庫及戶政資料庫實施

兒童及少年事故傷害監測及醫療成本評估」，建置臺灣事故傷害之外因別死亡率、發生率、醫療費用等統計查詢系統。

四、內政部於民國100年11月30日發布施行「兒童及少年福利權益保障法」，本署配合修訂相關法規，及辦理兒童及少年安全維護及事故傷害防制措施。

五、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，至民國100年底，計有19個社區、46所學校通過認證。

第三章 健康的老化

我國低出生率，加以戰後嬰兒潮進入老年，預計民國106年老年人口百分比將達高齡社會之標準。再加上民眾生活趨向靜態、飲食西化等生活型態，導致慢性病人口上升，為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病之威脅，推展高齡友善城市、高齡友善健康照護、老人健康促進、重要慢性病防治及癌症防治等健康促進工作。

第一節 中老年人健康政策

一、免費提供40至64歲民眾每3年檢查1次、65歲以上民眾每年檢查1次成人預防保健服務。民國100年1至11月計170萬人接受該服務，而民國99年藉由該服務新發現血壓、血糖及血膽固醇值異常比率，分別為20.8%、8.1%及12.0%。

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，預計民國102年達全臺所有縣市都推



動高齡友善城市之目標，讓臺灣成為全球高齡友善城市涵蓋率最高的國家。

三、辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，邀請英國、新加坡及日本等國外及國內專家學者經驗分享，至民國100年底已有13家醫院通過高齡友善健康照護機構認證。

四、民國98年推動「老人健康促進計畫（98-101年）」，辦理老人健康促進活動，民國100年，22縣市轄內有477家醫療院所結合1,333個社區照顧關懷據點，辦理相關老人健康促進活動，其結合全國社區照顧關懷據點之比率，由民國99年的26%大幅提升至民國100年的83.9%。

五、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。至民國100年底，全國組隊總數已達929隊，計約3萬0,424名以上老人參加。

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100年的41.7%；並持續辦理高、中、小學主管、校護及營養師等研習。另民國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，估計有1,063萬位民衆受惠。

二、糖尿病防治

推展糖尿病健康促進機構計畫，民國100年計有174家醫療院所參加及483個糖尿病支持團體參與；且於各縣市內推動糖尿病共同照護網及糖尿病醫事人員認證制

度，民國100年共計認證臨床照護者6,532人。

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，民國100年國內18歲以上民衆知道自己對血壓異常值之認知率達62.3%、對正常血糖值認知率達44.6%、對慢性腎臟病防治之認知率達49.9%；並普及血壓測量地點，除醫療院所提供的服務外，另於社區之不同型態地點提供量血壓服務，民國100年計有1,987個血壓站。

(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；至民國100年底累計參與服務高達221萬7千人。

四、慢性腎臟病防治

民國100年獎勵126家醫療院所推展腎臟病之健康促進，新收案數約2萬2,228人，持續追蹤者約6萬6,774人；另，印製腎臟病健康管理手冊8萬本，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議及癌症防治政策委員會，為降低癌症死亡率，於民國94至98年推動「國家癌症防治五年計畫」，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98年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每10萬人口421人和332

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336和253人，男女常見十大癌症如表3-1及表3-2。

表3-1 民國98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)
肝及肝內膽管	7,747	53.6
大腸	7,151	48.7
肺、支氣管及氣管	6,737	45.1
口腔、口咽及下咽	5,927	40.8
攝護腺	4,013	26.9
胃	2,404	15.9
食道	1,898	13.0
皮膚	1,589	10.7
膀胱	1,419	9.4
非何杰金氏淋巴瘤	1,205	8.5
其他部位	8,932	-
總計	49,022	336.3

表3-2 民國98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	8,926	59.9
大腸	5,337	34.5
肺、支氣管及氣管	3,906	25.2
肝及肝內膽管	3,333	21.7
甲狀腺	1,846	13.2
子宮頸	1,797	11.9
子宮體	1,496	9.9
胃	1,444	9.2
皮膚	1,339	8.4
卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,113	7.7
其他部位	7,630	-
總計	38,167	253.5



二、癌症篩檢

- (一) 預防保健服務提供30歲以上婦女每年1次子宮頸抹片檢查、45歲至69歲婦女及40歲至44歲二親等以內血親曾患乳癌之婦女每2年1次乳房攝影檢查、30歲以上嚼檳榔或吸菸民衆每2年1次口腔黏膜檢查及50歲至69歲民衆每2年1次糞便潛血檢查。
- (二) 民國99年及100年共計篩檢897萬3千人次，共發現2萬2千名癌症及6萬2千名癌前病變。子宮頸癌30歲至69歲3年篩檢率62%、乳癌2年篩檢率29.3%、大腸癌2年篩檢率33.9%，口腔癌2年篩檢率40%。
- (三) 辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，打造228家醫院成為「癌症救命先鋒」，民國100年篩檢服務量分別為子宮頸癌篩檢103萬6千人次、乳癌篩檢48萬4千人次、大腸癌篩檢45萬9千人次及口腔癌篩檢34萬人次。

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，於99年完成8家醫院試評，民國100年正式以新版基準辦理認證；此外，規劃篩檢轉介治療醫院評核，以建構癌症防治網，提供無縫的癌症照護。
- (二) 民國99年起補助民間團體及醫院成立「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。
- (三) 推動癌症病人安寧共同照護服務，至民國100年底共有69家醫院提供安寧共同照護服務，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99年42%。民國100年之癌症病人共同照護服務收案量約為2萬人。

第四章 健康的環境

依據1997年世界衛生組織發表雅加達宣言，持續推動「健康城市」、「健康社區」、「健康學校」、「健康職場」與「健康醫院」等計畫，藉整合公私部門資源，帶動民衆參與、培育健康知能，建構友善的支持性環境，以達身、心及社會的健康。

第一節 健康城市

- 一、成立專家輔導團隊，鼓勵並輔導縣市推動健康城市，至民國100年，共有15縣市推動健康城市計畫。
- 二、建立健康城市交流平臺，辦理「2011健康城市暨高齡友善城市研討會」，邀請紐約醫學會Dr. Ruth Finkelstein及日本明治學院大學Prof. Takiko Okamoto，分享推動高齡友善城市經驗，並辦理「第三屆臺灣健康城市獎項頒獎典禮」。
- 三、至民國100年底，國內有7縣市及11地區，以非政府組織名義獲准加入WHO西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance for Healthy Cities, AFHC）會員。

第二節 健康社區

- 一、民國100年社區健康營造計畫，補助16個縣市衛生局營造107個鄉鎮市區，共同推動議題包括：「四大癌症篩檢宣導」、「老人健康促進」、「菸害防制-青少年」、「檳榔防制（含戒菸）」、「安全促進」及健康減重。

- 二、民國100年出版「100個愛的故事」出版品，將歷年於醫院、校園、社區、職場、城市各場域推動健康促進成果，以說故事方式，呈現默默耕耘之健康傳導者的故事。
- 三、民國100年補助13縣市衛生局辦理「多運動、健康吃」社區樂活計畫，共有45萬5,609位民眾參與「聰明吃 快樂動 天天量體重」健康體重管理活動。

第三節 健康學校

- 一、自民國91年起與教育部整合跨部會資源，共同推動健康促進學校計畫，自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。100學年度全國國中小學及7成以上高中職（計有3,696所學校）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100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，完成25所學校試評，以及52所學校健康議題之介入研究；為呈現我國健康促進學校之成果，於民國100年11月辦理「2011健康促進學校成果發表暨國際研討會」，邀請香港、美國、蘇格蘭、澳洲之專家進行演講，分享各國推動健康促進學校工作之經驗。

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96至100年共7,411家次職場通過健康職場自主認證，民國100年表揚40家績優健康職場。依民國100年調查結果，職場員工吸菸率為16.9%，較民國99年下降0.4%。

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) 健康促進醫院臺灣網絡至民國100年底，共有76家醫院通過WHO認證，是全球成長速度最快的網絡，而我國會員醫院積極參與國際網絡年度大會論文發表，民國99年、100年發表數居世界第一。
- (二) 本署國民健康局邱淑媞局長受邀參加義大利健康促進醫院Trento區域網絡於民國100年12月舉行第14屆健康促進醫院研討會，分享我國健康促進醫院推動的策略與最佳案例經驗。
- (三) 本署國民健康局與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。

二、推動低碳醫院

- (一) 協助國際推動醫療領域節能減碳行動，於民國100年6月於芬蘭土庫第19屆健康促進醫院國際研討會中召開一場Symposium on HPH and Environment，及舉辦Task Force on



HPH and Environment第三次專家會議。另發展推動策略指引及操作建議，國內辦理5場輔導工作坊。

- (二) 健康無害組織（Health Care Without Harm, HCWH）與其他國際組織，於民國100年12月4日在南非德班合辦之第一屆全球氣候與健康高峰會議（The First Global Climate and Health Summit），本署國民健康局邱淑媞局長以「健康促進醫院國際網絡」副主席及國民健康局局長身分受邀出席，演講臺灣承辦WHO HPH國際網絡交付推動TF on HPH and Environment的努力，及臺灣醫界參與推動節能減碳的成果。
- (三) HCWH於民國100年12月6日於聯合國氣候變遷綱要公約（UNFCCC）第17屆締約國大會主會場召開記者會，本署國民健康局邱淑媞局長受邀出席，與WHO公共衛生與環境部門處長Dr. Maria Neira、HCWM國際團隊協調人Joshua Karliner及其他組織二位代表等共同擔任記者會報告人。
- (四) 環境品質文教基金會（本署國民健康局委辦）與HCWH等國際醫療組織於民國100年12月8日在聯合國氣候變遷綱要公約第17屆締約國大會（COP17），合辦「Climate Change and Public Health: Healthy Climate, Healthy People, Healthy Economy」周邊會議，本署國民健康局邱淑媞局長演講臺灣推動環境友善醫院成果。

第六節 肥胖防治

為提倡動態生活，提高民衆對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性

疾病，民國100年結合全國22縣市共同推動「健康100臺灣動起來」健康體重管理計畫，號召60萬人共同減重600公噸，由馬總統英九代言呼籲國人「聰明吃、快樂動、天天量體重」，並由行政院吳院長敦義帶領22縣市及各部會共同向肥胖宣戰。主要策略如下：

- 一、落實公共場所母乳哺育條例，推動健康城市、健康促進醫院、健康促進職場、健康促進學校及健康社區。
- 二、運用網站及電話諮詢服務專線，提供健康體重管理資訊；並建置健康飲食系統、及多元運動環境。輔導醫療院所由診斷治療轉為健康促進，設立提示系統，對病患及民衆主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息；推動母嬰親善醫院，鼓勵哺育母乳。



肥胖防治

- 三、進行多元媒體宣導活動，動員社區、學校、職場、醫院各場域，以利民衆揪團報名。並製作宣導教材及教戰手冊，建置網站及諮詢專線提昇國人健康體重管理素養。
- 四、迄民國100年底，共72萬4,564位民衆參與，組成1萬1,880個團隊，共同健康減重1,104公噸。

第五章 健康傳播與健康監測

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

第一節 整合衛生教育資源

使民衆瞭解本署衛生教育政策，維持民衆與本署之良好互動，並提升民衆之配合意願，進而支持本署政策，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，整合健康飲食、正確用藥等重要議題，以整合行銷方式推動，增加民衆之了解及接受，提高民衆自主健康管理。
- 二、整合本署衛生教育資源，建置衛教宣導通路，針對本署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。

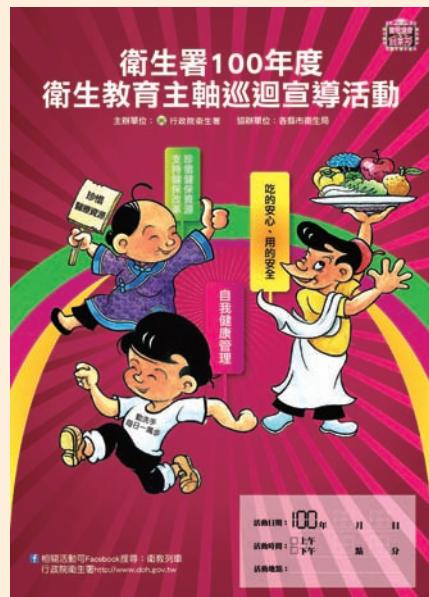
三、為求衛教資訊清晰簡明，方便民衆閱讀，特整合本署新聞焦點、衛教週報、食品資訊電子報、中央健保局電子報、藥物食品安全週報等內容，發行「健康電子報」，目前訂戶已逾9萬戶。

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101年依「主軸宣傳」及「職能促進」二主題辦理4場，計176人參加。「主軸宣傳」部分以「健康飲食」、「正確用藥」為宣導重點，並安排「風險管控與危機處理」、「問卷規劃與設計」、「環境與健康」及「消費者行為與健康」等專題演講。「職能促進」部分則安排如「置入性行銷之規範及執行注意事項」、「危機管理和媒體應對」、「社群行銷實戰攻略」及「健康體適能」等專題演講，藉此提升學員之專業知能。

本署自民國91年起辦理衛生保健志工慈心獎表揚活動，至民國100年已邁入第10年，象徵志願服務不斷延續。民國100年共有4萬8千多名志工熱心投入及奉獻，促使社會更加的祥和與美好。期望更多社會大眾見賢思齊，加入志願服務行列。



民國100年衛生署教育主軸巡迴宣導活動海報



第三節 健康監測

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臺，辦理全人口及各生命週期特定人口群健康監測調查，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，民國95至100年已辦調查及101至104年預定辦理之各系列監測調查項目，詳如表3-3。

二、發展多元化監測調查結果發布機制，因

應政策擬定、績效考評及衛生教育宣導等不同用途，建立多元化之調查結果發布管道，以提高民衆對健康問題關心。

三、提供各項健康監測調查及出生通報指標數據之便捷友善查詢服務，共開放484項健康指標。民國100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，以提高使用者查詢效率。

表3-3 衛生署國民健康局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)									
	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104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

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，於民國100年為強化傳染病防治工作，修正5項相關法規命令，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，衛生署疾病管制局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

衛生署疾病管制局研究檢驗中心，負責國內各種傳染病之檢驗及研究業務。為因應各類傳染病之檢驗需求，設置12家病毒合約實驗室、9家結核菌合約實驗室及認可245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

鑑於民國92年SARS疫情肆虐之經驗，於民國94年成立國家衛生指揮中心，負責

表4-1 民國100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
修正發布「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」部分條文	100年1月25日	配合受聘僱外國人健康檢查實務需要
修正發布「防疫物資及資源建置實施辦法」部分條文	100年6月27日	為落實儲備防疫物資之管理，建立安全儲備機制，促進防疫物資推陳。
修正發布「港埠檢疫費用徵收辦法」第2條及第4條	100年8月12日	基於使用者付費之原則，明定檢疫費用徵收對象及狂犬病疫苗、免疫球蛋白、阿米巴性痢疾藥品之收費基準。
修正公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」	100年9月16日	因應流感防治需要，並使疾病名稱符合疫情監測標的。
修正發布「預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法」第2條	100年12月6日	明確衛生單位護理人員施行預防接種作業之工作範圍

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（如圖4-1）；並經由定期輔導查核工作，維持負壓隔離病房效能。為提升及完善應變

醫院對於因應大流行疫情之整備，該等醫院均撰擬傳染病緊急應變計畫，並據以施行教育訓練及演習，民國100年計各辦理145場次及33場次。

第四節 疫情監測與調查機制

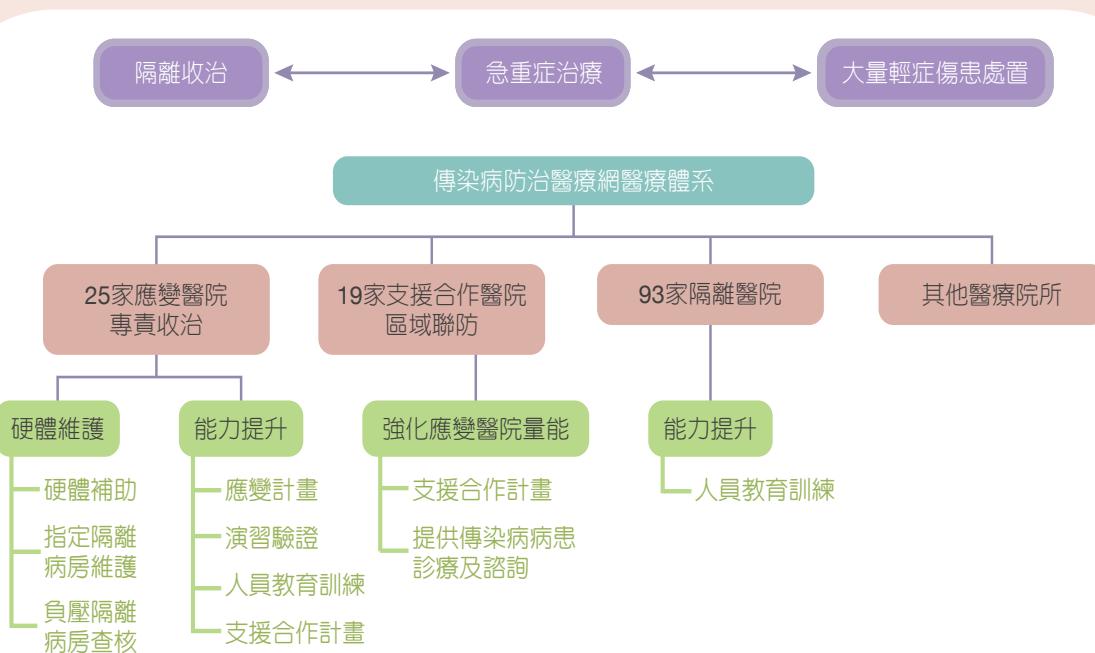
疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及異常狀況，建立疾病流行的長期趨勢，以利進行傳染病防治政策擬定之參考。民國100年臺灣地區法定傳染病病例分布（如附錄二），有關疫情監測與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

建構學校、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100年，共有661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

圖4-1 傳染病防治醫療網醫療體系架構圖



- 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：係監測人口密集機構之呼吸道及腸道傳染病群聚事件；至民國100年，參與通報之機構約有二千餘家；監測項目包含呼吸道及腸道傳染病、群聚事件等。每週蒐集分析各機構確認及通報資料。
- (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100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，自民國98年4月起監測疾病項目包含類流感、腸病毒、腹瀉，並於民國100年增加猩紅熱之監測。
- (五) 肺炎及流感死亡監測：利用本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，進而提供流感防治作業參考。
- ## 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疫病群聚事件進行調查，民國100年共調查28件，包含NDM-1個案調查、南投縣信義鄉不明原因死亡群聚事件調查、某校肺結核群聚事件調查、類鼻疽地緣性群聚調查及傷寒地緣性群聚調查等。

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、小兒麻痺等疫病，惟面對日趨頻繁之國際交流，新興及再浮現疫病的威脅日增，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100年結核病之確定病例個案數為1萬2,634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。民國100年防治成果如下：

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，民國100年計收案212位。

三、加強落實結核病接觸者檢查，有效阻斷傳染，民國100年平均接觸者為8.1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100年潛伏結核感染者累計加入直接觀察治療個案為4,842人，較去年同期之3,874人成長。

五、主動積極發現個案，民國100年進行全國各地胸部X光車巡檢，共計29萬1,061人次，發現確診個案328人次，相較99年發現290人次增加38人次。民國100年主動

篩檢發現率為十萬分之112，相較99年發現率十萬分之93，增加20%。

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。

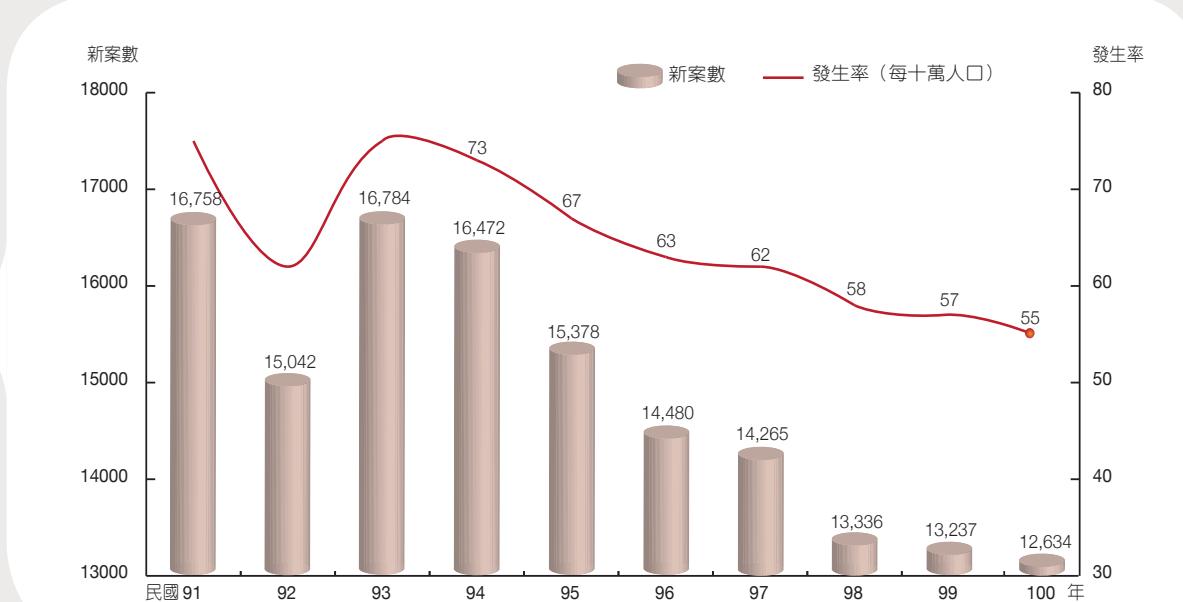
第二節 腸道傳染病

一、腸病毒

民國100年腸病毒重症確定病例計有59例，其中4例死亡。民國100至101年防治策略包括：

- (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，強化家庭、校園、托育機構、社區保母系統防疫衛教工作，深耕社區衛教。
- (二) 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，並針對腸病毒重症責任醫院及區域級以上醫院，辦理醫師教育訓練，確保

圖4-2 民國91～100年結核病發生數變動趨勢圖



腸病毒重症病人之醫療照護品質，降低致死率及後遺症的發生。

- (三) 因應民國100年下半年疫情上升，多次發布新聞稿提出警訊及對幼童家長的呼籲，並積極加強民眾衛教宣導，及持續加強教托育機構及公共場所之督核。於11月召開專家會議，並邀集教育部、內政部、各縣市衛生局等研商防治作為。自12月起，成立腸病毒防治專案任務小組，每週會議研商防治策略。
- (四) 初步開發完成「腸病毒71型之快速檢驗試劑」，已技轉廠商量產，將先運用於社區監測，以利及早篩檢可能發展成為重症之高風險族群及掌握腸病毒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100年已降低至0.49（確定病例1例），顯示防治政策實施成效良好。

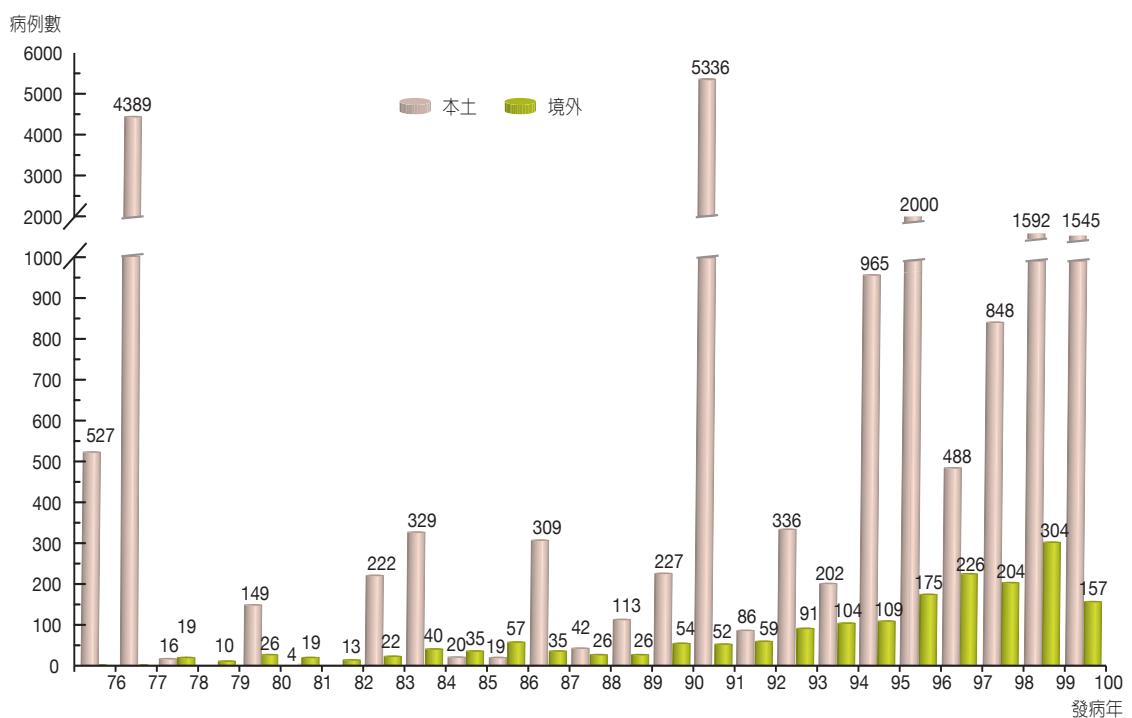
第三節 病媒傳染病

一、登革熱

民國100年登革熱確定病例計1,702例，其中境外移入157例，本土確定病例1,545例（含登革出血熱20例，其中5例死亡），歷年之本土登革熱確定病例數如圖4-3。

民國100年防治策略如下：

圖4-3 歷年登革熱確定病例數統計圖



- (一) 以落實孳生源清除及容器減量為主要防治策略，以減少社區孳生源。
- (二) 成蟲化學防治以「儘量限縮噴藥」為原則，惟應依專業評估且因地制宜執行緊急化學防治工作，以避免病媒蚊產生抗藥性。
- (三) 持續推動社區動員，適時邀集中央政府各單位及縣市政府召開「登革熱流行疫情處理協調會報」，並組成機動防疫隊，協助且督導縣市防疫工作。
- (四) 加強民衆衛教宣導，修訂登革熱防治工作指引，加強防疫人員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100年共有22名確定病例。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除47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100年確定病例17例，均屬境外移入。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

- (一) 自民國73年至民國100年底累計發現2萬2,020例本國籍感染者，其中有8,413例發病，3,360例死亡。另民國100年新增感染者1,967人。
- (二) 辦理「藥癮愛滋減害計畫」，至民國100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374臺針具自動服務機，針具回收率達90%。

(三) 至民國100年底全國共有45家愛滋病指定醫院提供醫療。另民國100年委託32家醫療機構辦理性病免費匿名篩檢諮詢服務計畫，計有2萬4,990人接受篩檢服務，愛滋病毒陽性率約為2.6%。

- (四) 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，截至民國100年，計發現孕婦陽性個案79例（含外國籍21例）。
- (五) 男男間性行為者防治策略

1. 成立北、中、南三區同志健康社區服務中心，提供友善多元的服務。
2. 推動網路意見領袖及監看等衛教介入服務。
3. 結合民間團體辦理三溫暖、pub等場所之愛滋篩檢與諮詢。
4. 推動同志三溫暖友善、健康及安全商店標章，並於同志經常聚集場所設置保險套自動服務機。
5. 建置同志健康免費諮詢專線0800-010-569，即時提供同志正確之愛滋相關衛教諮詢。

二、性病

持續加強性病防治衛教宣導，及辦理性病患者的愛滋病毒檢驗服務，並結合醫事團體建立友善性病門診，輔導及強化接觸者之治療，以有效防治。「性病病患全面篩檢愛滋病毒計畫」自民國97年實行至民國100年底，共篩檢12萬8,692位個案。

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，促使全國6歲兒童之帶原率，由實施預防注射前之10.5%，降至約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50萬人，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100年底，B肝登錄計7萬6,909人次，C肝登錄計4萬6,480人次。

第五節 新興傳染病防治

為建構全國性新興人畜共通傳染病宿主動物背景資料，及建立相關實驗室、檢驗方法及其儲能，自民國94年起，委託學術研究機構進行相關宿主動物流行病學調查及檢驗方法之建立。民國100年並針對我國人口密集之五大都會地區進行「臺灣五大都會地區重要鼠媒傳染病調查—漢他病毒出血熱、鉤端螺旋體病、地方性斑疹傷寒」，相關成果已提供縣市衛生與環保機關滅鼠與疾病防治之參採。

第六節 境外傳染病防治

為防範傳染病自境外移入，採取之措施如下：

一、檢疫

針對船舶、航空器、人員執行必要之檢疫措施。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。

民國100年總入境人數為1,564萬8,884人，其中經由本署疾病管制局各機場港口檢疫站篩檢出有症狀旅客共計1萬4,930人，確診罹患法定傳染病個案計有130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，以加強民衆對於旅遊傳染病的認知及自我健康管理觀念。
- (二) 民國97年1月成立「旅遊醫學教育訓練中心」，辦理旅遊醫學門診與衛教宣導、教育訓練、編印發行相關出版品等三大工作計畫，民國100年成果包括：
1. 民國100年全年度旅遊醫學門診達到4,406人次、電話諮詢達4,222人次、網站瀏覽達1萬4,685人次，辦理3場團體衛教，計56人次。
 2. 旅遊醫學教育訓練：每年不定期針對醫護人員與旅行業者辦理相關教育訓練與研討會，民國100年全年度分區辦理12場醫護人員培訓課程、2場全國性研討會、8場導遊領隊教育訓練，總計超過2,500人次參與。
 3. 編印發行相關出版品：出版「個人化的旅遊醫學」專書及「旅遊醫學通訊」。

第三章 防疫整備及感染控制

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

第一節 流感大流行之整備與因應

- 一、我國自民國94年以來，持續依據「我國因應流感大流行準備計畫」（下稱準備計畫）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，繼續辦理各項整備工作；「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、除準備計畫，另有「因應流感大流行執行策略計畫」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、辦理疫情啓動之相關演訓、強化風險溝通及參與國際合作等各項整備作為。
- 三、本署疾病管制局在世界衛生組織（WHO）宣布H1N1新型流感大流行結束進入「後大流行期（post-pandemic period）」屆滿一週年前夕（民國100年8月9日），出版「世紀首疫—H1N1新型流感工作紀實」，記錄民國98～99年H1N1新型流感大流行，我國中央流行疫情指揮中心303天的防疫歷程，藉此傳承防疫工作經驗，提供各界查閱或運用作為對公共衛生政策之研究與探討。

四、禽流感防治之監測與因應

- (一) 行政院定期召開「禽流感防治聯繫會議」，由各相關部會進行防治工作協調及溝通。透過「國際衛生條例聯繫窗口（IHR Focal Point）」持續監測國際間H5N1流感疫情資訊，並加強國內各項疫情監測，定時公布國內外最新疫情現況。本署並與農業委員會建立單一窗口，持續交換各自掌握之禽類與人類禽流感疫情狀況。
- (二) 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，並加強檢疫人員執勤時之自我防護措施，以維護人員健康安全。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。
- (三) 有鑑於國際間人類H5N1病例及高病原性禽流感頻傳，為有效運用國內儲備之H5N1疫苗，於民國100年3～8月辦理人用流感A / H5N1疫苗自願接種計畫，為國內醫事、防疫人員、禽畜養殖業者與動物防疫人員、關務機關港口安檢人員，以及經常往返禽流感高風險國家之民眾提供接種服務。

第二節 季節性流感之監測與防治

- 一、民國100年5月18日將「流感併發重症」更名為「流感併發症」，並修訂病例定義。透過多元監視體系，對流行現況、病毒活動、疾病嚴重度等均有掌控，並定時公布提醒國人注意防範。
- 二、民國100年10月1日開始當年季節流感疫苗接種計畫，以提升高危險群接種率為執行目標，取消12月1日開放全民接種策略。





三、為因應流感高峰期防治所需，自民國100

年12月1日至101年3月31日，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，並函請各縣市衛生局配合擴增藥劑配置點，最高達2,873點，增加民衆取得公費藥劑之可近性。

四、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，包括：召開每週例行記者會及不定期之議題性記者會、發布新聞稿／致醫界通函、開發多種宣導素材供各界使用，並辦理創意海報及金句徵選競賽、利用網路社群定期發布防疫漫畫及短文等。

第三節 生物恐怖事件防禦

為完備我國生恐應變體系，本署與國防部於民國100年5月25日簽署「行政院衛生署、國防部防疫合作協議」，雙方將針對重

大傳染病疫情及生物恐怖攻擊事件，進行各項緊急應變事宜，並針對各項防疫議題，合辦學術研討會或開設生物防護相關教育訓練等，以共同提升我國整體生恐應變量能。

為增進我國生物恐怖應變之量能，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，包含應變隊員之裝備自主訓練共計24場次，及應變隊之無預警演習共計6場次，建立及驗證隊員之出動流程；另於民國100年12月13至15日辦理「100年生物防護應變訓練研習營」，同時納訓軍方生恐應變人員及縣市政府生恐應變承辦人員，提升中央與地方應變人員之專業知能。

第四節 防疫物資管理

一、為因應生物病源災害發生時之需求，本署已建置中央、地方和醫院之三級庫存管理制度，完成個人防護裝備等防疫物資及民生口罩之安全儲備。藉由連結各醫院及衛生單位之管理資訊系統，並簽訂共同供應、代庫存、換貨等採購契約，即時掌握全國庫存狀況並充實物資緊急供應量能。

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。另為強化庫存物資之週轉，實施「醫用面罩聯合採購物流」方案，透過中央、地方政府及醫療院所之聯合採購，維持穩定之中央口罩儲備量、促進庫存流通，並確保醫療院所採購防疫用口罩之品質，兼顧平時物資推陳及疫期間安全儲備之需求。

三、推動「醫用面罩聯合採購物流」方案，建置中央、地方政府及醫療院所之聯合採購機制，促進中央儲備之面罩流通並維持庫存量，且確保醫療院所防疫用口罩之品質，兼顧平時物資推陳及疫情期間安全儲備之需求。

第五節 院內感染控制

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控制。民國100年重點成果如下：

- 一、為提升醫院感染控制查核品質，委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「100年醫院感染控制查核作業品質提升計畫」，進行490家醫院感染控制實地查核。
- 二、為有效監控醫院院內感染發生情形，持續推動醫院志願參與「臺灣院內感染監測資訊系統（Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS）」通報，目前計約445家醫院使用，期促使醫院藉此進行自我監控及院際間同儕比較以檢討改善相關作為，達到提升感染控制品質之目的。
- 三、醫院為因應發生抗藥性細菌感染，必須蒐集資料，研判高風險區，以利相關感染防治作業，修訂「醫院針對多重抗藥性細菌感染之防治作為」流程，供醫院參照。
- 四、響應WHO手部衛生推廣活動，執行：
 - (一) 醫院手部衛生認證：於民國99年8月10日公告「醫院手部衛生認證獎補助計畫」，計有325家醫院申請參與，2家因停歇業終止合約，共計311家醫院通

過認證，其中有53家優質醫院發予獎勵金。

(二) 建置手部衛生示範中心：委託臺大醫院、三軍總醫院及高雄榮民總醫院，以WHO手部衛生指引為藍本，推行院內手部衛生運動，並建立相關全國性推廣文件；臺大醫院及高雄榮民總醫院並申請參加「2011年亞太手部衛生卓越獎競賽（Asia Pacific Hand Hygiene Excellence Award）」，雙雙入圍已開發國家決選名單前3名，最後由臺大醫院榮獲冠軍殊榮，可見我國推廣醫護人員手部衛生的執行成效已獲國際肯定。

五、增修《人口密集機構感染控制措施指引》及《醫療照護人員預防接種建議》，以作為醫療機構實務作業之參考依循。

第六節 研究及檢驗

- 一、民國100年送至研究檢驗中心傳染病檢體共計15萬6,450件，其中檢驗出各種病原體或抗體陽性總件數計1萬8,021件，陽性率為11.52%。
- 二、進行「未知 / 新興感染原監測技術平臺之開發」計畫，加強未知 / 新興感染原之監測，計驗出Sapovirus、Saffold virus、HPeV、Aichivirus、Astrovirus、Salivirus、HCoV-HKU1、HCoV-NL63、HCoV-OC43、HCoV-229E、HBoV、human metapneumovirus等新興病毒。
- 三、持續建置「臺灣國際剝絲監測網（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，並作為國際監測平臺，民國



100年利用此一平臺協助釐清國內傷寒食品中毒等案件，並追查到感染來源。

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、布魯氏病、鉤端螺旋體、腹瀉病毒、病媒蚊等六項合作計畫；與美國疾病控制及預防中心合作進行「維持有效結核病治療研究計畫」；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，目前臺灣為亞洲區輪狀病毒監測網的會員國之一。

五、病原體基因資料庫：建置約20餘種病原體基因分型及流行病學資料，開放各界申請腸病毒、流感病毒序列及相關流病等資料。此外，資料庫亦提供病原體之比對分析、批次下載、引子設計等功能。

六、持續推動國內傳染病檢驗機構認可制度，民國100年計通過31家檢驗機構，檢驗項目157項次；自97年7月迄今累計通過245家檢驗機構，955檢驗項次。

七、民國100年，研究檢驗中心計發表52篇學術研究論文，其中44篇刊載於SCI期刊中。

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100年底，總計515個單位設置生物安全委員會（含專責人員），共申報235種第2級以及23種第3級感染性生物材料。國內共

有20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2間BSL-3實驗室暫停使用）；此外，民國100年完成國內44家保存或使用第三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、為使國內微生物及生物醫學實驗室清楚國際上最新感染性物質運輸規範，公布「感染性物質運輸規範指引（2011-2012版）」，並置於本署疾病管制局全球資訊網，提供各界參考遵循。

第四章 預防接種

疫苗之研發與接種，將可有效控制有關疫苗可預防之傳染病。

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4-2，另對山地鄉等高危險地區實施幼童接種A型肝炎疫苗，經由各縣市衛生所及合約醫院診所提供的便捷的接種服務，持續催種與追蹤補種作業。幼兒各項預防接種完成率詳如圖4-4。並持續實施國小新生入學預防接種紀錄檢查，持卡率達99.85%以上，同時對未完成者安排補種。

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的困難，於民國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。民國99年1月起，結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV）之實施接

種對象，由民國98年7月推動之5歲以下高危險群幼兒，擴及至低收入戶之5歲以下幼童及山地離島偏遠地區民國99年以後出生幼兒。另自民國99年3月起，全面推行幼兒接種白喉、破傷風、非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗，提供幼兒優質之新疫苗，以減少不良反應的發生及幼兒接種疫苗的次數。

100年度流感疫苗接種計畫自民國100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4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。

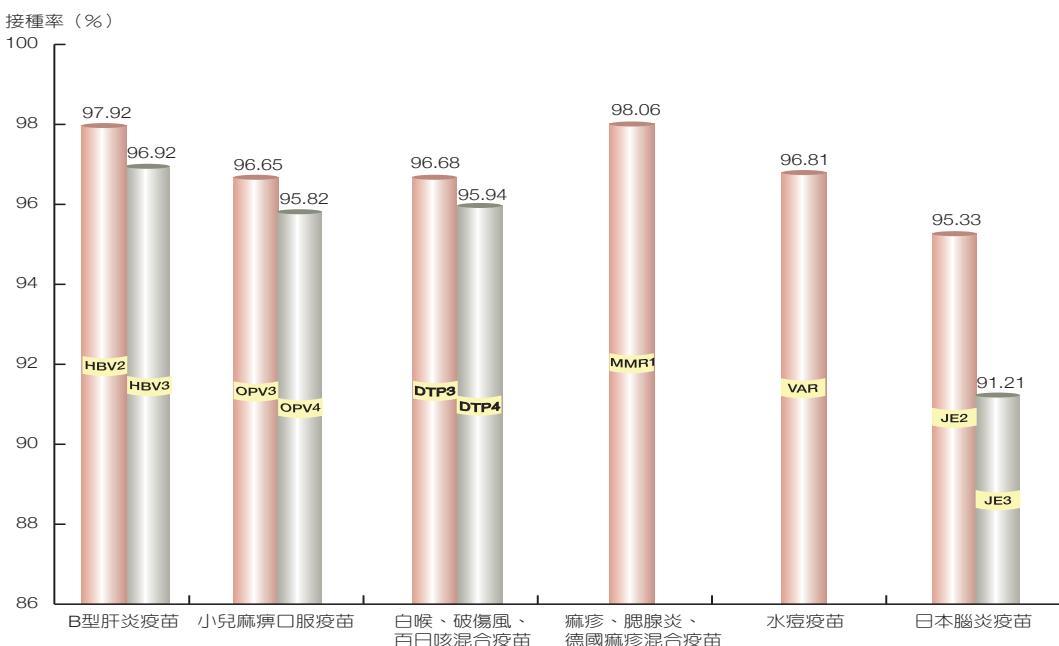
表4-2 預防接種項目及時程

接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	●B型肝炎免疫球蛋白一劑 ¹ ●B型肝炎疫苗第一劑 ²
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 ³
出生滿4個月	●五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第二劑
出生滿6個月	●B型肝炎疫苗第三劑 ●五合一疫苗（白喉破傷風非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺混合疫苗）第三劑
出生滿12個月	●麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 ●水痘疫苗一劑
出生滿1年3個月	●日本腦炎疫苗第一劑、第二劑（間隔兩週） ⁴
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 ●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
國小一年級 ⁴	●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），其實寶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.民國100年5月起將第一劑B型肝炎疫苗接種時程由原先出生滿2～5天接種修訂為出生24小時內儘速接種。
 3.民國99年3月起全面實施幼兒常規接種五合一疫苗新接種政策。
 4.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，隔年接種第三劑。



圖4-4 民國100年幼兒各項預防接種完成率



註：出生世代：HBV2、HBV3、OPV3、DTP3為民國99年1月1日至99年12月31日；DTP4、OPV4、MMR1、JE2為民國98年1月1日至98年12月31日；JE3為民國97年1月1日至97年12月31日；VAR為民國98年7月1日至99年6月30日。

資料來源：全國性預防接種資訊管理系統（統計時間：民國101年1月）

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342.9公升。
- (二) 定期供應疫苗、類毒素、抗蛇毒血清等製劑共268萬劑，生物製劑銷售收入計6,159餘萬元。
- (三) 供應並代養小鼠、天竺鼠、家兔、毒蛇、雪貂及馬匹等實驗用動物。

二、生物製劑開發

- (一) 建置38種不同腸病毒71型病毒株種庫，且完成5批次之腸病毒71型C4基因群（genogroup）之原型疫苗製造。老鼠動物實驗顯示，以腹腔注射稀釋16x之抗原劑量，就可以產生1:120以

上之中和抗體力價。

- (二) 執行開發抗臺灣蛇毒血清抗體—非籠飼來源之蛇毒質量穩定性評估計畫，發現雨傘節及眼鏡蛇以非籠飼毒蛇取毒，具實務操作之可行性。
- (三) 評估破傷風疫苗效價在馬匹的消長，發現破傷風疫苗效價不受蛇毒免疫的影響，並訂出最佳破傷風疫苗免疫時程，維持馬匹的健康和抗蛇毒產品的安全品質。
- (四) 執行新建免疫馬場計畫，主體工程於民國101年6月完工，所餘無塵室工程預計於民國102年內完工，未來將成為我國第一個符合優良藥品製造（cGMP）的免疫馬場。



5

食品藥物管理

- 51 第一章 法規標準及產品審查
- 52 第二章 風險評估及國家參考實驗室
- 54 第三章 產品源頭管理
- 55 第四章 產品鏈監測
- 58 第五章 消費者教育及風險溝通

食品藥物管理

本署於民國99年成立食品藥物管理局，以保護消費者健康為核心，落實食品藥物安全管理一元化，提升管理效能。民國100年工作重點為法規標準及產品審查、風險評估及國家參考實驗室、產品源頭管理、產品鏈監測、消費者教育及風險溝通，並因應起雲劑添加塑化劑污染事件，辦理「塑化劑污染食品之處理原則」公告、風險溝通等相關緊急應變措施。

第一章 法規標準及產品審查

持續檢視修正及研訂食品藥物相關管理規範，另，參考國際間針對藥品、醫療器材、含藥化粧品及風險較高、食用對象特殊性或須進行特殊功效驗證之食品等之管理，訂定產品查驗登記管理制度。

第一節 健全法規標準

一、食品衛生管理法規

- (一) 為加強食品添加物管理，加重違法業者之罰責，完成「食品衛生管理法」第31條及第34條條文修正，於民國100年6月22日公布施行。
- (二) 依據農作物防治病蟲害及食品加工需求，民國100年增修訂殘留農藥安全容許量標準667品項及食品添加物使用範圍及限量暨規格標準18品項。
- (三) 民國100年5月28日公告「塑化劑污染食品之處理原則」：凡屬「運動飲料」、「果汁飲料」、「茶飲料」、「果醬、果漿或果凍」、「膠囊錠狀粉製品」等5大類食品，含有衛生署食品藥物管理局確認塑化劑污染起雲劑

及其相關產品者，立刻下架回收；使用起雲劑者，如未於民國100年5月31日零時前提出安全證明，禁止販售，違反者依法從重處罰。本處理原則在污染範圍已獲掌控並無新增污染之情事後，業於民國100年8月1日公告停止適用。

- (四) 民國100年11月6日施行「真空包裝黃豆即食食品應向本署辦理查驗登記」。

二、藥政管理法規

- (一) 民國100年12月7日公布修正藥事法第19條及第34條，修正後藥局得販售一定等級醫療器材且毋須另行申請藥商執照，增加醫療器材流通通路。
- (二) 管制藥品分四級管理，行政院於民國100年1月14日增列5-MeO-DIPT及硫美妥(Thiamylal)為第四級管制藥品。民國100年10月20日增列「K2(Spice)」內常見所含之5種類大麻活性物質(JWH-018、JWH-073、JWH-250、HU-210、CP47,497)及對-氯安非他命為第三級管制藥品。
- (三) 民國100年1月26日公布修正管制藥品管理條例部分條文，授權行政機關以公告方式訂定之事項、修正管理人之消極資格、管制藥品登記證相關管理事項及增訂本署食品藥物管理局管制藥品製藥工廠得以公司設置等。
- (四) 民國100年11月22日發布訂定管制藥品使用執照及登記證核發及管理辦法，明確規定管制藥品使用執照及登記證相關管理事項。
- (五) 加強中藥濃縮製劑安全限量管制：民

國100年8月29日號公告修正「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」之適用範圍及其實施日期，新增100方單味濃縮製劑及67項基準方濃縮製劑之異常物質限量，並自民國100年12月1日起實施，其餘單味濃縮製劑應於民國101年7月1日起符合規定，此外，民國84年8月31日及民國89年6月29日衛生署已公告200基準方之其餘濃縮製劑，亦應於102年7月1日起符合標準。

第二節 食品藥物查驗登記管理

- 一、民國100年11月6日實行「真空包裝黃豆即食食品查驗登記」，非經本署查驗登記許可並予以公告之真空包裝黃豆即食食品，不得製造、加工、調配、改裝或販賣。
- 二、民國100年1月1日起國產產品配方中添加任一維生素，其每日攝取量大於「國人膳食營養素參考攝取量」150%、小於「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」上限之錠狀及膠囊狀食品，應辦理查驗登記。
- 三、「健康食品管理法」規定，健康食品非經查驗登記許可不得擅自製造、輸入，或是標示、廣告為健康食品或強調具有保健功效，至民國100年底，許可證核發計有204件。
- 四、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，而學名藥則以生體相等性試驗（bioequivalence, BE）取代非臨床及臨床試驗，至民國100年底共核發藥品許可證2萬7,582張，包含原料藥2,508

張及製劑2萬5,074張。

五、醫療器材及含藥化粧品查驗登記：醫療器材依風險程度分三等級管理，至民國100年底，醫療器材許可證總計3萬3,571張，含藥化粧品許可證總計1萬4,885張。

六、藥物審查機制之改革：整合本署食品藥物管理局行政體系、財團法人醫藥品查驗中心及相關諮詢委員會，建立專業審查能力及審查能量。同時簡化藥物審查機制，以提高審查案件品質及縮短時程。民國98年新藥平均審查天數為173天，於民國100年降至126天，縮減幅度達27.2%。

第二章 風險評估及國家參考實驗室

積極推動食品安全風險評估工作，首要建立法規環境制度，引進風險評估科學技術，訓練培養人才，並與國際規範接軌。提供科學與技術性之數據與證據，以利進行風險管理及風險溝通。

第一節 風險評估

- 一、民國100年成立「食品安全風險評估諮詢會」，推動建立風險評估科技，完成風險分析工作原則、風險評估項目優先順序、攝食資料庫建制規劃及推動人才培訓。
- 二、舉辦「食品安全風險評估科技人才培訓研討會」與「食品安全風險評估概論訓練班」，參照美國食品藥物管理局機制培訓人才。
- 三、推動食品安全風險評估計畫
 - (一) 民國99至100年辦理我國總膳食調查



(Total Diet Study, TDS) , 同時建立「國人攝食食品添加物健康風險評估模式」，評估國人經由飲食中攝食或實際接觸此類添加物之種類，及其暴露量對國民健康之影響。

- (二) 延續全氟辛烷磺（Perfluorooctane Sulfonate, PFOS）及全氟辛酸（Perfluorooctanoic Acid, PFOA）類化合物食品器具容器包裝之遷移試驗（Migration Test）評估，並參考最新國際發展，進行風險評估及建立檢測方法。
- (三) 蒐集各國之風險監測與預警模式資料，並與國內外專家學者進行水產品及海洋生物毒之風險預警模式交流，制定適合本國之海洋生物毒風險監測及預警模式。

第二節 食品、藥物、化粧品檢驗及研究

為確保食品、藥物、化粧品及醫療器材產品安全及品質，辦理檢驗科技支援行政管理。

一、檢驗工作

- (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，如塑化劑汙染事件、日本輻災事件碘化鉀錠劑檢驗、甲烯藍解毒劑檢驗及國小漱口水不明異物鑑別等。
- (二) 督導檢驗：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，以及食品中毒事件發生時，直轄市外地方衛生

局送檢之檢體，民國100年共檢驗1,143件，不合格檢體數計160件，由各地方衛生局輔導業者確實遵照食品衛生管理規定。

- (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。

二、檢驗方法研訂及推廣

- (一) 訂定醫療器材及生物藥品之規格基準，公告食品類檢驗方法及相關檢驗流程，供各界實驗室參考使用。民國100年出版「生物藥品檢驗基準I」，公告新增、修正及廢止之食品類檢驗方法34篇，食品類與化粧品類檢驗方法35篇。
- (二) 民國100年辦理中藥材鑑別研習會、中藥製劑／食品摻加西藥成分等檢驗方法及食品微生物中腸炎弧菌及沙門氏桿菌、食用菇類中鉛及鎘之檢驗、油炸油中砷檢驗、動物用藥檢驗、食品中組織胺檢驗等訓練及推廣。
- (三) 民國100年市售品質調查，包括市售食品真菌毒素含量檢驗、食品與中藥之農藥殘留量檢驗、市售外科手術口罩之品質監測、足膜化粧品之品質監測、彩粧類化粧品中重金屬鉛、砷、鎘含量之品質監測、清潔類化粧品中1,4-Dioxane之殘留量監測、抗生素製劑品質監測、市售中藥材之品質監測、含類固醇類外用製劑之品質監測、卡巴氮平製劑之品質調查、醫療院所滅菌紗布、棉花及外科用敷料之無菌性監測、B型肝炎表面抗原診斷試劑品質監測、人類乳突病毒疫苗品質評估調查及生長激素基因工程製劑之品質評估調查等計畫。

(四) 民國100年完成番瀉昔A之標定，並著手進行日本腦炎及腸病毒71型候選血清標準品製備。

第三章 產品源頭管理

藉由食品及藥物製造管理機制，確保產品製造端之安全及品質；同時執行輸入食品查驗，落實邊境管制，杜絕不良產品於境外。

第一節 食品源頭管理

一、食品安全管制系統 (Hazard Analysis and Critical Control Points, 簡稱HACCP)：經由產品產銷過程中可能產生危害之分析，設置重要管制點並加以嚴格監控，預防食品危害的發生。至民國100年底，推動情形如下：

- (一) 水產品：民國94至100年執行水產食品業HACCP符合性稽查，共計176家。
- (二) 肉品：自民國98年8月15日肉品加工業者全面實施HACCP，至民國100年執行符合性稽查，共計115家。
- (三) 乳品：民國100年7月1日起，針對不同乳品加工業別逐年實施HACCP，提升乳品產業之衛生管理能力。
- (四) 餐飲業：民國98年8月起推動HACCP制度，截至民國100年9月底為止，已有165家餐食製造業、87家餐飲服務業，通過「餐飲業實施HACCP衛生評鑑」。

二、推動加工食品追溯系統：至民國100年底，已完成64品項產品，14種產業模組。消費者可自加工食品追溯網網站 (<http://tfts.firdi.org.tw>)，查詢此類產品之原料來源、檢驗結果、加工製程管制資料與成品檢驗結果等相關資訊。

三、輸入食品管理

- (一) 自民國100年起自行辦理輸入食品邊境查驗業務，共計受理輸入食品報驗申請42萬602批、檢驗2萬9,801件、檢驗比率7.08%、不合格率0.97%，達業務「無縫接軌」之目標。
- (二) 日本核災事件後暫停受理福島、茨城、櫸木、群馬、千葉等5縣市輸入食品報驗申請，並與原子能委員會合作，自民國100年3月20日起加強輻射監控，逐批查驗日本輸臺之生鮮冷藏及冷凍蔬果、活生鮮冷藏及冷凍水產品、乳製品、嬰幼兒食品、礦泉水或飲水、海草類等八大類食品。民國100年共完成1萬7,188件輻射檢測，結果皆符合我國標準。
- (三) 每日由專人上網查詢國際食品安全資訊，民國99至100年底共214件國際發布警訊，其中12件有產品輸入紀錄，均於第一時間確認，同批次之產品要求回收下架，不同批次之產品則於抽驗符合規定後准予販售。國際不安全食品回收16件。
- (四) 進口牛肉執行「三管五卡」管制措施。民國100年持續與農委會赴美查廠，成員包括本署，農委會防檢局以及國內專家學者，確認輸臺之美國牛肉源頭管理與衛生安全。
- (五) 國內中藥廠已全面實施GMP，至民國100年底已實施GMP中藥廠116家。民國100年並依據藥物製造業者檢查辦法共完成60家後續查廠。

第二節 藥物製造源頭管理

一、持續推行藥品優良製造規範，並推動全面實施國際醫藥品稽查協約組織（PIC / S GMP）標準，民國100年底，國內



GMP西藥製劑廠計有152家，34家已通過評鑑。輸入藥品之國外製造廠計有733件通過查核；另自民國91至100年底為止計查核188廠次輸入藥品之國外製造廠，其中161家已通過查核。

二、推動加入國際醫藥品稽查協約組織（PIC / S）：

經100年11月PIC / S會員大會決議進入第2階段入會資格評鑑，PIC / S代表團將於民國101年6月來臺進行實地訪查。

三、持續推動醫療器材優良製造規範評鑑工作，

自民國99至100年底止，受理GMP / QSD (Quality System Documents)申請案共2萬,5871廠，有效登錄者共計GMP 486筆（占15%）及QSD 2,777筆（占85%）。

四、民國97年起實施自願性化粧品優良製造規範，

由本署與經濟部工業局共同查核，至民國100年底共有47家次廠商申請，其中23家廠商通過GMP查核。

五、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，自民國98年10月至100年底，原料藥主檔案（Drug Master File, DMF）申請案結案件數共725件，其中核准355件，不準369件，核准率49.10%。

六、國內中藥廠已全面實施GMP，至民國100

年底已實施GMP中藥廠116家。民國100年並依據藥物製造業者檢查辦法共完成60家後續查廠。

第四章 產品鏈監測

加強食品藥物產品原料、生產、運送至消費各個環節之稽查及抽驗，並建立安全監測之資料庫系統，以利資訊交換與有效應用；另，強力掃蕩不法藥物及違規廣告，以避免不法食品藥物危害民眾健康。

第一節 食品之流通管理

一、協同衛生局執行產品後市場監測計畫，加強把關食品以符合各項衛生標準，民國100年成果如表5-1。

二、民國100年建置完成「產品通路管理便捷查詢系統」，介接食品衛生管理資訊系統、食品中毒管理資訊系統、食品查驗登記管理資訊系統以及進口輸入食品邊境查驗資訊系統資料庫，使第一線稽查人員隨時取得最新之輸入食品報驗、食品安全管理等資訊。

三、自民國99年6月至100年底，依據行政院進口異常商品聯合稽查關鍵性農產品，共計執行214次稽查共5,383件，稽查傳

表5-1 民國100年產品後市場監測結果

項目	結果			
	總件數	合格數	不合格數	合格率 (%)
市售及包裝場農產品殘留農藥監測	2,110	1,878	232	89.0
食品中殘留動物用藥檢測	481	437	44	90.8
食米中重金屬（鎘、汞、鉛）含量監測	160	160	0	100
市售食品中殘留赭麴毒素A (ochratoxin A) 、棒麴毒素 (patulin) 及橘黴素 (citrinin) 等真菌毒素含量監測	364	339	25	93.1

統市場、攤商、大賣場、超市等，原產地未標示或標示錯誤計茶葉38件、香菇45件、花生39件、大蒜66件、金針21件，共計209件。

四、牛肉標示稽查計畫：由縣市衛生局輔導餐飲業者於菜單上標示牛肉產地，並要求餐飲及販售業者張貼牛肉產地、賣場設置「牛肉專區」、源頭管理、主動稽查、公布資訊等5大策略。民國100年散裝牛肉標示合格率98.5%，餐廳牛肉標示合格率97.4%。

五、聯合各機關執行食品流通專案稽查，包含「年貨大街聯合稽查」、「祭祀食品品質檢測及標示查核」、「金針及菊花盤商稽查」、「塑化劑聯合稽查」等。違反之案件均移請衛生局裁處及輔導。

六、民國100年查核健康食品製造工廠30場次，並執行健康食品產品監測47件。

七、針對持有食品添加物許可證之國內製售業者，進行作業廠區及儲存環境查核，民國100年完成70家，並辦理輔導說明會。

第二節 藥物安全及品質監控

一、建立新藥上市後的風險管理，推動藥品風險評估暨監控計畫（REMS），民國100年完成40項藥品風險管控，包括要求修改仿單或限縮使用、要求廠商執行風險管理計畫或要求藥品下市。

二、民國100年7月完成建置「強化藥品不良反應通報系統」，將資料分疫苗、藥品、醫療器材等不同資料庫，並導入安全訊號偵測功能，以提升藥品自主性通報資料庫之應用。

三、中草藥不良反應通報中心，民國100年接收通報案件數共計142例，其中嚴重不良

反應（SAE）通報案件共計22例，較以往為少。中草藥不良反應通報已完成評估案件數共計82件，其中「極有可能」的占17%。

四、建置衛生機關資訊共享平臺，地方衛生機關可及時掌握不良品回收及不合格產品資訊，以提昇稽查效率，及避免重覆送驗。

五、辦理329批國產及進口之疫苗、生物毒素、抗毒素、抗血清及血液製劑等生物藥品檢驗封緘，驗畢合格放行封緘1,220萬劑，攔阻14批約7萬5,000劑檢驗不合格及異常產品，確保民衆安全。

六、本署食品藥物管理局為全球醫療器材法規協和會（Global Harmonization 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，民國100年接獲NCAR會員國之主管機關警訊報告279件。

七、民國100年7至11月進行中藥藥政聯合稽查，有關中藥材包裝標示，共抽查622件檢體，合格率99.2%。

第三節 取締不法食品藥物

為取締根絕偽劣假藥、違法食品之販售，捍衛國人健康。藉由持續市場監測機制，辦理跨縣市與跨機關合作之取締行動、食品藥物廣告監測、受理疑似不法食品藥物檢驗及中藥摻含西藥專案抽驗等工作，以加強查緝並遏止不法。

一、整合跨機關資源、加強取締偽劣假藥

(一) 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



本署、法務部、內政部警政署等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、食品攬西藥及中藥攬西藥等，執行成果如下：

1. 相較於小組成立前（民國99年第1季），民國99年4月至100年12月，每月平均查獲253件（增加1.3倍），移送171件（增加4倍），顯現部會合作對查緝不法藥物之成效。另衛生機關每月平均稽查次數維持在1,500次以上，不法藥物查獲率由民國99年5月的27.22%降至民國100年12月的2.03%，坊間清淨度業已大幅提升。
 2. 取締小組成立前（自民國98年4月起至99年3月），查獲不法藥物計183.7萬顆；成立後（民國99年4月至民國101年3月），查獲不法藥物計1,356.2萬顆，查獲不法藥物數量增加7.4倍。
 3. 查獲之不法藥物，西藥檢出率約為22%，其功效類別以壯陽類占40%，位居於首；減肥類占31%，居於次位。
- (二) 民國100年共完成242件檢察機關送驗案件，西藥檢出率約為19%，其功效類別以減肥類占31%，位居於首；壯陽類占24%，居於次位。
- (三) 藥物、化粧品及食品廣告違規比率由民國99年1月 13.9%大幅降至民國100年12月4.95%。

二、持續市場監測不法藥物、食品及化粧品

- (一) 民國100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218批，抽樣檢驗機率2.79%，不合格計3批。
- (二) 執行偽劣假藥訪視計畫，民國100年完成321家，其中97家疑似違法販賣含無

處方箋處方藥犀利士、威而鋼、樂威壯；抗生素及路易16綠騎士等外用春藥之情趣商店資料。

- (三) 執行「100年度不法藥物、化粧品及食品聯合稽查專案計畫」：查核市集、地攤、國術館、民俗療法、整復所、中醫診所、藥局、中藥房等；稽查有無販售偽禁藥品、無照藥商、藥品標示、中藥材之包裝標示及品質抽驗等。共計查核262處，查獲疑涉違規案件13件。
- (四) 辦理中藥摻含西藥專案抽驗計畫：民國99至100年底，共抽樣檢驗124件，其中2件檢出含西藥，均已移請縣市衛生局處辦。
- (五) 民國100年度取締不法藥物共計2,713件，違規處分案件共計794件，其中司法移送179件，行政處分617件，行政罰鍰3,051.4萬元，包括偽藥126件，禁藥55件，劣藥11件，無照藥商95件，包裝標示、檢驗規格不符58件，違規廣告413件及其他案件40件。
- (六) 民國100年度執行「違規廣告監控計畫—平面媒體監視子計畫」成果（如表5-2）：已監控疑涉違規案件1,992件，經本署判定後函送各縣市衛生局查處，違規案件計1,239件，罰款金額2,415萬元。

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。

- 一、證照管理：相關業者或機構須申領管制藥品登記證，始可輸入、輸出、製造、

販賣及購買管制藥品。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。至民國100年底，領有管制藥品登記證之相關機構業者計1萬3,760家，領有管制藥品使用執照計4萬4,505人。

二、稽核管制：

- (一) 管制藥品之製造、輸入、輸出、醫藥教育研究試驗使用等，均需申請憑照、同意書或核准函，民國100年共計核發1,850件。
- (二) 民國100年共計執行實地稽核1萬5,247家次，查獲違規者143家，違規比率0.94%，違規者均予以處分。

第五章 消費者教育及風險溝通

針對食品藥物管理，加強與消費者、媒體之溝通，及時提供專業、正確的訊息，增進民衆的瞭解、信任及信心。

第一節 消費者資訊提供

- 一、民國100年6月30日整併建置「食品藥物消費者知識服務網」，以利民衆查詢。
- 二、為推廣均衡的健康飲食觀念，於民國100年7月6日公布研訂之新版「國民飲食指標」及「每日飲食指南」。同時提出「素食飲食指標」，並提醒國人宜遵守「國民飲食指標」12項原則及「每日飲食指南」之建議。
- 三、食品消費紅綠燈：在食品安全疑慮事件發生時，透過諮詢小組專業評估，公布紅、黃、綠燈之機制，以提供國人辨識。於發生重大國際食品安全事件時，立即發布新聞或食品消費紅綠燈資訊，以供民衆參考。民國99至100年底止共公布80件食品消費紅綠燈，其中6件黃燈。
- 四、建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平臺」，民國100年底總計監控287則國內、外藥品安全資訊，即時發布藥品安

表5-2 民國100年平面媒體監視成果統計表

違規屬性	數量	已結案	未結案	違規確認	罰款金額
	件數	件數	件數	件數	元
中藥	2	2	0	0	0
西藥	3	2	1	0	0
中醫	1	1	0	1	50,000
西醫	47	11	36	7	230,000
食品	186	149	37	134	2,875,000
化粧品	1,724	1,134	590	1,080	20,545,000
醫療器材	12	11	1	11	200,000
瘦身美容	3	3	0	1	50,000
其他	14	7	7	5	200,000
小計	1,992	1,320	672	1,239	24,150,00

註：「違規確認」係指確經處行政處分之案件數。



全相關警訊30則，及藥品安全資訊風險溝通表27則，提醒醫療人員及民衆注意。

五、辦理中部及澎湖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40場中藥社區用藥安全宣導活動，加強民衆中藥正確用藥習慣與知識，並透過問卷調查做為未來施政之參考。

第二節 風險溝通及衛教宣導

一、起雲劑添加塑化劑污染食品事件之風險溝通

- (一) 本署食品藥物管理局網站建立專區並隨時更新健康風險資訊、問答集、產品回收等資訊。
- (二) 出口產品通報相關22國家地區，並向各國駐臺辦事處說明。
- (三) 每日發布新聞說明最新情形。
- (四) 設立電話專線20線，每日上午7時至下午11時輪班接聽回復相關問題。
- (五) 製作多樣化文宣素材，由各式媒體通路協助宣導。

二、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。

三、辦理「社區民衆用藥安全教育模式開發及推廣計畫」、「校園正確用藥教育議題創造之研究及推廣計畫」，成立正確用藥教育中心、種子學校、資源中心、社區用藥諮詢站及培訓種子師資。開發與研究34種衛生教育模式教案，於校園及社區進行教學與宣導。

四、辦理「正確用藥網路宣導與數位教育議

題創造計畫」，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、舉辦「醫療器材安全使用守護行動」宣誓典禮。製作食品衛生、用藥及化粧品安全使用相關之宣導短片；製作平面文宣，並於本署食品藥物管理局及行政院各部會網站供民衆索取及下載。

六、藥物濫用防制

(一) 持續輔導及新增醫療機構參與「管制藥品濫用通報」，製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」，發行「管制藥品簡訊」及製作多樣化宣導教材，並結合民間團體，培訓社區藥師，擴大教育宣導資源。

(二) 辦理「100年全國反毒會議」，以「無毒家園 健康一百」為主題，展現我國反毒成效。



民國100年「要玩藥丸傻傻分不清楚」海報



健康照護

6

- | | | |
|----|-----|-----------|
| 61 | 第一章 | 健康照護體系 |
| 64 | 第二章 | 緊急醫療與災害應變 |
| 65 | 第三章 | 精神醫療與心理健康 |
| 67 | 第四章 | 長期照護服務體系 |
| 70 | 第五章 | 醫療品質 |
| 73 | 第六章 | 醫事人力 |

健 康 照 護

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

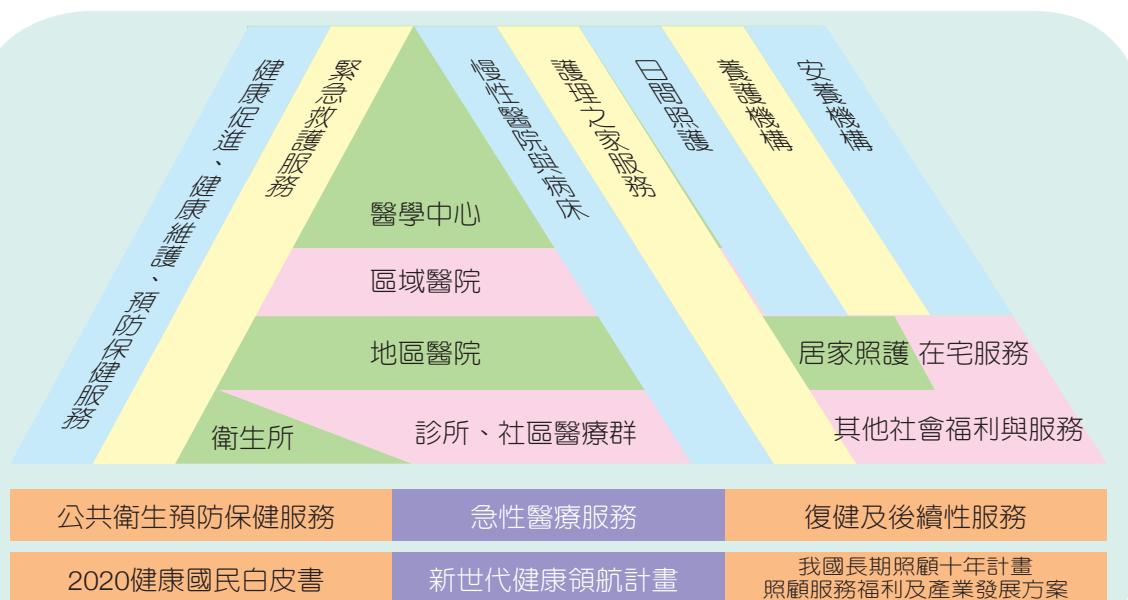
病型態之改變，爰自民國98至101年實施新世代健康領航計畫，加強提供全民適切、可近性、持續性與整合性的全人醫療照護服務，讓民衆活得更長久、更健康、更快樂。現行健康照護體系如圖6-1。

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100年實施成果如下：

一、醫事機構現況：醫院計有507家，診所計有2萬0,628家，藥局有7,558家，一般護理之家有390家，精神護理之家有28家，居家護理所有516家，產後護理機構有103家，日間照護機構有14家，助產所有

圖6-1 現行健康照護體系



64家，醫事檢驗所有455家，醫事放射所有69家，物理治療所有35家，職能治療所有8家，鑲牙所有63家，心理諮詢所有39家，心理治療所有21家，營養諮詢機構有14家。醫院家數逐年減少，診所家數逐漸增多，如圖6-2。

二、醫療院所病床現況：

(一) 醫療院所病床數共16萬0,472床（含一般病床及特殊病床），其中一般病床占62%。醫院一般病床為9萬9,306床（含急性一般病床7萬4,082床、慢性一般病床4,037床、急性精神病床7,091床、慢性精神病床1萬3,748床、慢性結核病床48床及漢生病床300床），平均每萬人口病床數為69.09床。

(二) 鑑於推動國際與兩岸醫療業務及民衆就

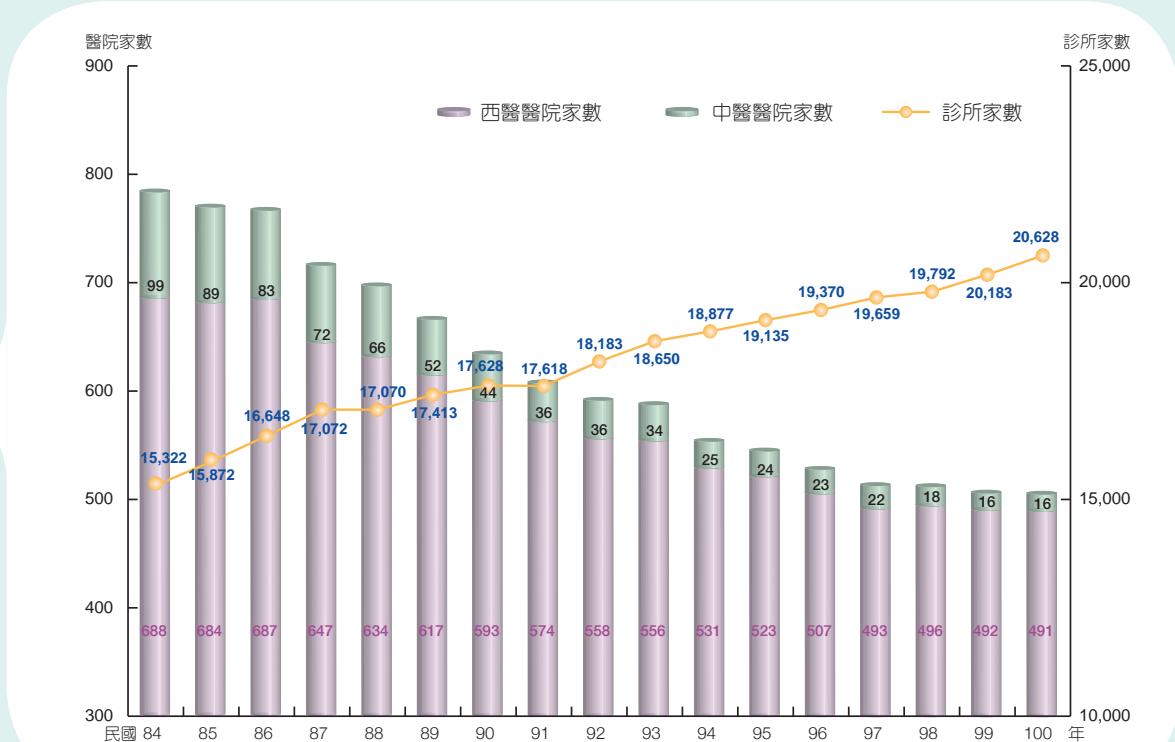
醫形態改變，重新檢討次醫療區域，並將次醫療區域之劃分由63個修正為50個（修正前後詳如表6-1）。於民國100年9月16日修正「醫院設立或擴充許可辦法」部分條文。

三、醫療區域輔導與資源整合：為提升醫療品質，依行政院於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，配合本署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

圖6-2 歷年醫療院所家數



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、社區藥局、醫事檢驗所、護理機構、精神復健機構、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，至民國100年底，計有8縣市81個衛生所加入。

表6-1 次醫療區域劃分情形

修正後規定（民國100年9月公告50個次醫療區域）			修正前規定（民國82年公告63個次醫療區域）		
一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域	一級醫療區域	二級醫療區域	次醫療區域
臺北	臺北	北區，西北區，中區，西區，南區，東區	臺北	臺北	臺北，淡芝，泰林，三鶯，坪烏
	基隆	不分區		基隆	不分區
	宜蘭	宜蘭，羅東		宜蘭	宜蘭，羅東
北區	桃園	桃園，中壢	北區	桃園	桃園，中壢
	新竹	新竹，竹北，竹東		新竹	竹西，竹北，竹東
	苗栗	海線，苗栗，中港		苗栗	海線，苗栗，中港，山線
中區	臺中	山線，海線，屯區	中區	臺中	豐原，清水，大甲，霧峰，臺中
	彰化	北彰化，南彰化		彰化	彰化，鹿港，二林，員林，田中
	南投	埔里，草屯，南投，竹山		南投	埔里，草屯，南投，竹山
南區	雲林	北港，虎尾，斗六	南區	雲林	西螺，北港，虎尾，斗六，臺西
	嘉義	嘉義，阿里山，太保		嘉義	嘉義，嘉東，嘉北，嘉西
	臺南	新營，永康，臺南		臺南	新營，曾文，北門，新豐，臺南，新化
高屏	高雄	岡山，高雄，旗山	高屏	高雄	岡山，高雄，旗山，小港
	屏東	屏東，東港，枋寮，恆春		屏東	屏東，潮州，東港，恆春，高樹
	澎湖	不分區		澎湖	不分區
東區	臺東	臺東，關山，成功，大武	東區	臺東	臺東，關山，成功，大武
	花蓮	花蓮，鳳林，玉里		花蓮	花蓮，鳳林，玉里
備註： 一、合計一級醫療區域6個，二級醫療區域17個，次醫療區域50個。 二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計算，但不列入二級及次醫療區域劃分。			備註： 一、合計一級醫療區域6個，二級醫療區域17個，次醫療區域63個。 二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計算，但不列入二級及次醫療區域劃分。		

第二章 緊急醫療與災害應變

第一節 緊急醫療

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

一、強化6大區域緊急醫療應變中心 (REOC)

能力，整合化災、輜傷、毒藥物等應變體系，並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、於民國98年7月13日，依緊急醫療救護法第38條之授權發布「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。至民國100年底，計有24家醫院通過重度級醫院評定、57家醫院通過中度級醫院評定。

三、辦理緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫，強化資源缺乏地區全時或特殊時段（夜間與假日、觀光旅遊旺季）之緊急醫療服務，提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求，包括設立「觀光地區急診醫療站」、「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，100年度共獎勵21處。

四、獎勵偏遠地區醫院成立特殊急重症照護中心，以縣市作整體考量，評估民眾特殊之緊急醫療需求，提供急重症醫療服務，並成立外傷、心導管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等照護中心為重

點發展方向。民國100年已核定金門縣、連江縣、澎湖縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣共17家醫院成立24個特殊急重症照護中心。

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100年底，共計完成166處，約1萬2千人次訓練，其中有36處設置AED並通過認證。

六、結合內政部消防署、國防部軍醫局與縣市衛生局，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。

七、為紓解醫院急診室壅塞之困境，本署於新世代健康領航計畫將「中度級以上急救責任醫院急診病人滯留超過24小時之年平均比率」列入績效指標。民國100年中、重度級急救責任醫院急診病人留觀或等待住院滯留超過24小時人數之年平均比率為2.58%，業已達成本署所定年度目標5.5%以下之成果。

第二節 災害應變

一、因應0311東日本大震災，民國100年3月17日起本署開設民眾輻射傷害之健康諮詢門診，協助解除民眾相關疑慮，同時辦理醫院輻射傷害病患收治示範演練；另鑑於日本震災引發巨大海嘯，造成核電廠輻射外洩，中央災害防救委員會計召開5次專案會議，本署負責國內碘片發放因應措施與加強監控檢測日本輸入食品及農、水產生鮮食品等是否有輻射污染。

二、民國100年4月27日發生阿里山森林鐵路事故，本署與南區緊急醫療應變中心協助嘉義縣政府，迅速啓動緊急醫療救護



系統，妥善完成受傷旅客就醫。

三、民國100年本署參加直轄市、縣（市）地區災害防救演習考評，考評重點為：災民收容與醫療作業之醫療站開設評估、緊急醫療與後續醫療之醫療隊指揮與派遣，以強化地方政府因應複合式災害之醫療應變能力。

四、民國100年中央災害應變中心開設7次，包括：0311日本地震、阿里山森林鐵路事故、艾莉颱風、桑達颱風、米雷颱風、梅花颱風及南瑪都颱風等，運作時間計272小時，本署均派員進駐應變，緊急醫療管理系統亦適時發揮正面之效用。

第三章 精神醫療與心理健康

由於社會轉型，社會支持系統薄弱，社會心理問題日益增加，精神疾病之預防及心理健康之促進，成為亟需重視之課題。因此，本署積極推動精神病人的醫療照護、規劃心理衛生服務計畫、提供民眾心理健康的諮詢服務，及預防創傷後壓力症候群等各項工作。

第一節 精神醫療服務

為使精神疾病患者獲得完善之醫療照護及重新回歸社區，並推動社區復健服務。另為使遭受性侵害被害人獲得妥善之照護，亦辦理家庭暴力及性侵害防治相關業務，民國100年執行成果如下：

一、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，提升患者就醫之可近性。100年度計補助精神復健機構4家、精神護理之家1家，分別增加服務量144人次／床及47床。

二、為讓症狀穩定之精神病人回歸社區，積極充實精神復健設施，強化社區復健服務。民國100年底止，日間型精神復健機構服務量已達3,563人，住宿型精神復健機構許可服務量則為4,070床。

三、為有效掌握社區精神病人動態，督促各直轄市、縣（市）政府列冊關懷社區精神病患，至民國100年底止，全國追蹤關懷之精神病人計有12萬3,748人。此外，辦理100年度「整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫」及「高危險群個案關懷訪視計畫」共計補助各縣市政府300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，並視其需求適當轉介。另對自殺通報個案進行訪視關懷，以減少再自殺行為的發生。

四、持續推動區域精神醫療網絡之建置，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）分析區域內各縣市資源及現況問題，建立區域內跨縣市、跨機構之資源整合及合作機制，發揮精神醫療網緊急聯絡中心功能，提供轄區精神病人危機處理服務（含床位管理及病床調度），協助衛生局訂定災難心理衛生服務與緊急動員計畫，並支援衛生局處理重大災難或危機事件之後續民眾心理輔導事宜；（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。

五、民國97年7月4日修正施行精神衛生法，配合成立「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會」，由專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師等

專業人員及法律專家、病人權益促進團體代表組成，針對申請案件進行審查。累計至民國100年底止，審查會受理審查案件總數為5,295件；許可案件數為4,947件，許可率93.42%，不許可案件數為348件，不許可率6.57%；修法後，民國98年、99年及100年平均每月強制住院人次分別為140人次、141人次及104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，已有更周全保障。

六、針對家庭暴力加害人處遇計畫，提供加害人認知教育輔導、心理、精神及戒癮治療等處遇項目，民國100年執行個案2,815人，處遇計畫執行率81.30%。指定性侵害驗傷採證責任醫院154家，提供被害人驗傷採證及緊急醫療處置，開具驗傷診斷書3,358件，送刑事警察局化驗採證盒1,825件。辦理酒癮戒治處理服務方案，提供住院治療758人次，門診治療1,194人次，心理輔導1,055人次，戒酒認知教育2,856人次。

七、指定藥癮戒治機構共109家，其中藥癮戒治核心醫院18家、藥癮戒治醫院83家及藥癮戒治診所8家。另辦理「非愛滋替代治療補助計畫」，部分補助非愛滋藥癮者參與替代治療之醫療費用。100年度全國計有104家替代治療執行機構，平均每月參與替代療法之個案數有1萬2,090人；全國替代療法累計治療人數，則由民國96年之1萬4,131人，增加至民國100年之3萬6,628人，服藥人日數達1,371萬4,454人日；新增之藥癮愛滋人數，則由民國96年的733例，降至民國100年的99例。

第二節 心理健康促進與自殺防治

根據世界衛生組織報告預測，到西元2020年時，全球十大死因當中，自殺將排名為第9位（在已發展國家為第8位）。臺灣每10萬人口之自殺死亡率，自民國82年之6.2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100年降至15.1人，已連續2年退出十大死因，位居第12順位，如圖6-3。

近年來，舉凡921大地震、全球金融海嘯、SARS風暴、莫拉克風災等，使民衆面臨多項衛生、社會、經濟之衝擊，直接、間接造成經濟和社會重大損失，形成不利於國人心理健康的環境，而個人的失業或收入中斷、經濟問題，則使個人與家庭陷入困境。爰此，本署將自殺防治工作及災難心理衛生工作列為優先任務，積極推動各項防治措施。

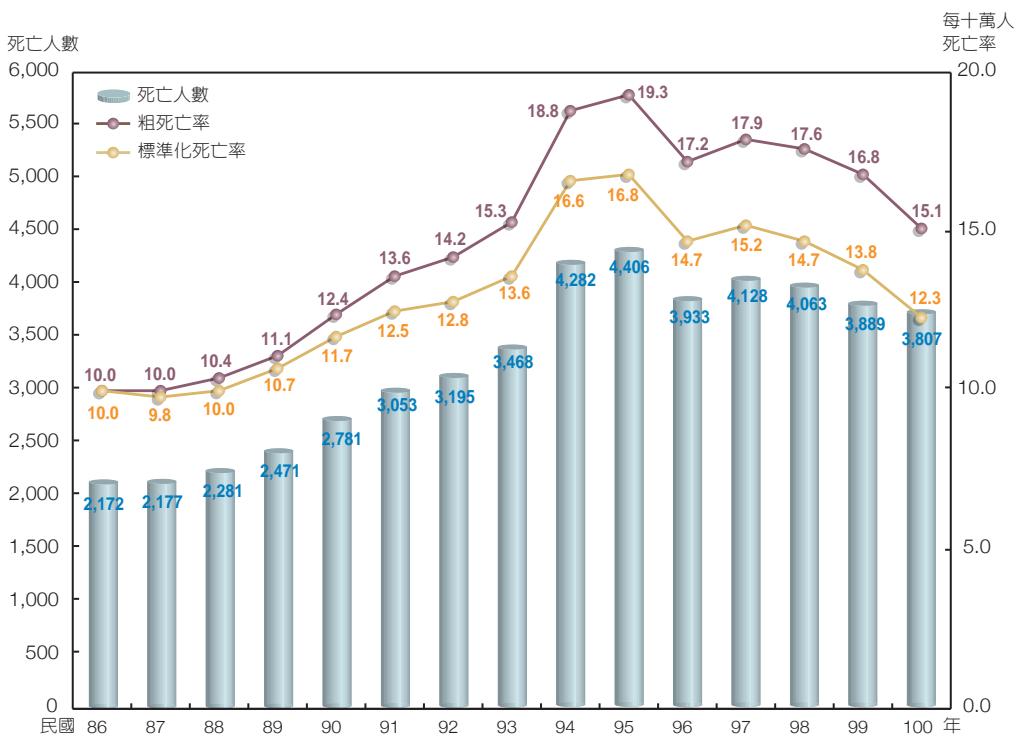
一、成立「全國自殺防治中心」，規劃評估自殺防治策略與成效；設置「安心專線」0800 -788995，提供民衆24小時免付費專業諮詢服務，民國100年服務量共計6萬8,303人次，即時阻止正在自殺個案共計475位，追蹤照顧約800位有自殺計畫之民衆。

二、辦理「全國自殺防治策略行動方案第2期計畫」，藉由三段五級之觀念，將自殺防治策略分為全面性、選擇性與指標性等3個主要層面，並擬定短、中、長程防治目標。

三、建立「自殺防治通報關懷系統」，加強自殺企圖者之通報，並補助各縣市衛生局自殺關懷訪視員，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。民國100年通報量計有2



圖6-3 歷年自殺死亡數及死亡率



萬6,183人次，訪視計12萬9,334次，關懷訪視率達99.6%；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，於民國100年辦理守門人教育訓練共計269場次，約1萬4,104人次參加訓練。

四、民國100年度編印「全國心理衛生與精神醫療服務資源手冊」，寄送行政院相關部會、各縣市政府及精神醫療機構等，共計發送達2萬3,930本。

五、自民國99年起推動老人憂鬱症篩檢活動，累計至民國100年底，各縣市衛生局篩檢服務人數計44萬7,024人，累計達全國老人人口18.24%。

六、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100年計召開3次會議，已進行各部會資源盤點，以老人自殺防治為年度工作重點，篩選優先服務對象，擬定因應策進作為。

七、為配合莫拉克風災災民心理重建之需，啓動災難心理衛生機制，截至民國100年底止，累計超過63個精神醫療及心理衛生團隊提供到點服務，出勤醫療人力計1萬1,288人次，災民訪視6萬4,357人次，以及關懷志工、救災人員1,484人次。

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，截至民國101年6月底，我國65歲以上人口比率已達10.98%。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

衆獲得可近性、連續性且有效率的長期照護服務，主要策略包括：

一、發展社區在地老化服務網絡

(一) 延續推動長期照顧十年計畫，提升服務使用率

民國97年推動長期照顧十年計畫，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37個分站，配置315名照顧管理專業人力，其提供之服務占老年失能人口比率，已經由民國97年2.3%、98年5.7%、99年16.3%，100年21%，提高到101年6月底的22%（增加9倍）。

(二) 提升經濟弱勢者獲得長期照顧服務之可近性

由四年全國長期照顧個案資料中，分析比較個案社經狀況，發現中低收入戶個案占12.23%（全國總人口中低收入戶係占4%）；低收入戶個案係占14.24%（遠較全國低收入戶占1%之比例為高），顯示經濟弱勢族群所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

為使偏遠地區民衆可以適時獲得長照服務，本署推動「偏遠地區（倉山地離島）設置在地且社區化長照服務據點」試辦計畫，透過服務據點的設立，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、教會、鄉公所等，建構偏遠地區長照服務網絡。民國100年已完成南投縣仁愛鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市六龜區、臺東縣蘭嶼鄉、屏東縣三地門鄉等5個據點，民國101年已核定再發展8個服務據點，預計3年内將發展至40個據點。

二、規劃及推動長期照護服務網計畫

為促進長期照護資源均衡發展，統籌規劃現有長照機構、人力合理分布及劃分長照區域，健全長照服務網絡，民國101年延續民國100年之「長照服務網計畫」，持續推動，主要成果如下：

(一) 本署積極規劃長照服務網計畫，依長照資源盤點結果及服務資源需求，全國劃分為大（22個）、中（63個）、小（368個）區域，研訂獎助各類長照人力及設施資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主。

(二) 為發展家庭照顧者支持服務，5年内將完成建置家庭照顧者支持網路。

(三) 為充實質優量足長照服務人力，本署擴大並加強各類照護人力的培訓，針對醫事長照專業已完成分為三個階段之課程規劃，並分階段展開長照醫事專業人力培訓計畫。

三、長期照護服務法制化

長期照護服務法是以在地老化、發展多元性服務為主軸，不應該有年齡、身分別的限制。因此本署積極推動長期照護服務法制化，研擬「長期照護服務法草案」，並於民國100年3月31日經行政院會通過送交立法院第7屆第7會期委員會議進行審議，全案因屆期不續審。考量長期照護服務需求增加，主管部會分立，亟需整合建立普及式長期照護服務制度，爰於民國101年2月16日重新報行政院。

四、規劃長期照護保險制度

(一) 為推估長期照護資源供需及保險規模、精算保險費率，以及建置國民長期照護需要之基礎資料庫，已於民國99年進行第一階段長期照護需要調查，完成35萬個案面訪調查，初步統計全國失能率為2.98%；民國100年已



完成第二階段調查，主要是針對第一階段篩選出失能者及其主要照顧者（共約2萬名），經專業人員進行深度評估，以了解其長期照護需要內涵及照顧負荷量。

(二) 為發展本土化長期照護保險照顧服務資源使用群組，作為未來長照保險訂定給付與支付標準之依據，於民國100年4月開始，進行居家型及全日住宿長期照護服務資源使用群組調查，預計民國101年完成建立初步之模型。

(三) 為建立反映成本且兼顧合理勞動條件之長照保險支付標準，已於民國100年7月起，進行居家服務項目之成本分析調查，寄發問卷近1,900份，預計民國101年完成居家照顧服務基礎項目之成本分析。

(四) 為發展適用於我國長期照護保險之評估工具，已研擬長期照護保險多元評估量表（草案），並運用於國民長期照護需要調查（第二階段）；未來將依個案資料分析結果，以及針對較有特殊長照需求之族群，進行評估量表之測試及修正後，建立長照保險多元評估量表（第一版），作為未來評估失能者長期照護需要之評估工具，以貼近民衆需求，使長期照護服務資源能妥適利用。

第二節 長期照護專業人力之培訓

為使培訓計畫推動能具一致性、連續性及完整性，本署多次召開「長期照護專業人力培訓規劃」會議，分別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。

一、長期照護醫事人力課程規劃：

(一) Level I 共同課程（18小時）：使長期照護領域之人員能先具備基本知能，發展設計以基礎、廣泛之長照理念為主。

(二) Level II 專業課程（32小時）：依各專業領域各自訂出應訓練時數，再分別訂定細項課程，發展個別專業領域之課程，強調專業照護能力。

(三) Level III 整合性課程（24小時）：課程設計以強化跨專業及整合能力為主。

二、照管中心照顧管理人員課程規劃：

(一) 第一階段：以現行照管中心照管專員共同核心課程40小時及實習訓練課程40小時為基礎。

(二) 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。

(三) 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。

三、長期照護專業人力培訓成果：

(一) 民國99年至100年底辦理長期照護專業人力培訓，Level I 共同課程完成培訓人數計4,550人，Level II 專業課程完成訓練人數為合計5,117人。

(二) 民國99年至100年底辦理長期照顧管理中心人力訓練，第一階段核心課程訓練99人、第二階段完成課程訓練157人；並請專家學者至各縣市長期照顧管理中心實地瞭解與業務輔導。

第三節 整合長照機構管理提升品質

一、為確保長期照護機構服務品質，自民國98年度起，依護理人員法，辦理護理之家評鑑，至民國100年共計有383家護理之家接受評鑑，有325家評鑑合格，合格率占84.9%；評鑑不合格之機構，由各轄區衛生局持續定期督導考核，加強管理。

二、邀請內政部、退輔會及專家學者共同完成長照機構評鑑整合作業原則與基準，並於民國

100年10月至11月間完成一般護理之家30家機構之實地試評作業。

三、民國101年3月20日公告101年度「一般護理之家評鑑作業程序」，並辦理三場一般護理之家評鑑說明會與展開實地評鑑，預定於11月份公告本年度評鑑結果。

第四節 推展遠距健康照護

因應我國老年人口的增加，本署於民國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。

一、服務擴散

民國99年起，由全臺北、中、南、東四區團隊聯結共130家醫療照護機構，65家異業合作廠商，設置北南兩個遠距健康照護中心，提供民眾24小時不間斷之健康照護諮詢，以及健康管理服務，協助民眾轉介就診（圖6-4）。至民國101年6月底止，累計收案11,381人，累積服務人次為57萬7,257人，使用即時諮詢服務7萬2,803人次。現階段以服務標準化及產業化為發展目標，鼓勵醫療院所與其他產業結合，開發創新產品，建立商業營運模式。

二、環境整備

針對遠距健康照護之資訊傳輸標準、相關政策法令、以及服務成本效益之推估等三大面向進行研議，其執行成果如下：

- (一) 標準推廣：使用連續照護文件標準制定及遠距健康照護資訊標準制定與改善流程。
- (二) 法規研議：因應個人資料保護法對於個人敏感性資料收集、儲存、利用之限制，提出中長期法規配套措施建議。
- (三) 成效評估：以民國99至100年參與遠距健康照護服務之會員為調查對象，了解推行後之效益，建立長期評估模型。

結果顯示，會員加入服務後，可觀察到平均就

醫費用降低367.53元，平均住院日下降35%，平均門急診的人次下降55%，血壓控制良率從49.5%上升至56%，而血糖控制良率則介於90%之間，服務滿意度87.5%。

三、資訊整合與介接

- (一) 在新設置之北南遠距健康照護中心資訊介接上，依照不同醫療院所資訊化程度不同，發展資訊不落地／資訊落地之合作模式。
- (二) 因應未來政府對於醫療照護之雲端規劃，將整合各區健康照護服務，串聯各區服務系統及生活資源，建立雲端健康照護記錄資料庫，提供新型態的智慧化、行動化及個人化健康照護服務。

四、服務宣導與推廣

- (一) 進行服務導向入口網站建置，提供民衆服務資源查詢以及線上互動之功能。
- (二) 參與民國101年銀髮展以及生技月生技展，向民衆推廣遠距離健康照護服務之成果，以及遠距健康照護中心服務。

第五章 醫療品質

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

第一節 醫療服務品質

為加強醫療服務品質，建置以病人為中心之安全就醫環境，遂推行新制醫院評鑑制度，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100年成效如下：

一、病人安全與醫療品質

病人安全是世界衛生組織及歐美國家近



年最重視的議題之一，為維護病人安全，提升醫療品質，除強化本署醫療品質政策諮詢委員會功能外，並規劃多項重點措施。

(一) 訂定醫院版「101-102年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：提升用藥安全、落實感染管制、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、加強住院病人自殺防治等十項工作目標。另公告診所版「101-102年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：用藥安全、跌倒預防以及提升手術安全等3項工作目標。並依前述目標與執行策略，辦理定期及不定期考核活動。

(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

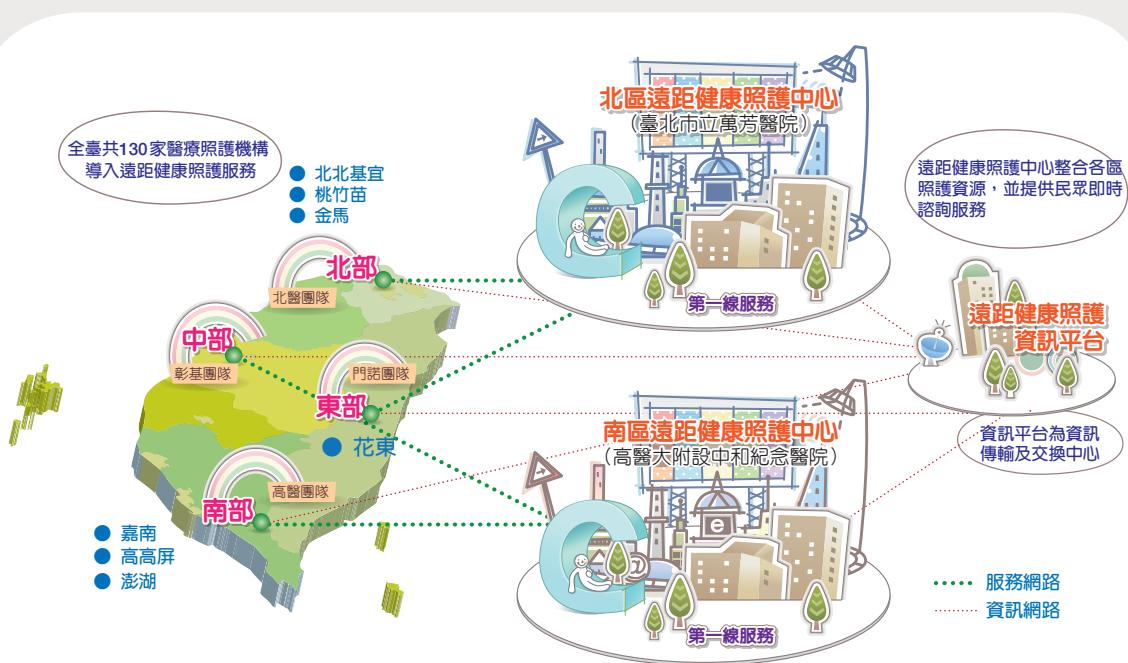
為手段之學習環境，以避免錯誤重複發生。民國100年共有3,910家醫療院所參與此系統，通報件數達6萬6,107件。另不定期發布該系統通訊及病人安全事件建議措施，即時提供醫療院所參考。

- (三) 建置病人安全網站，提供病人安全新知與交流平臺，收集國際間有關病人安全之訊息，以供國內醫療院所及醫事人員交流學習，鼓勵進行病人安全相關研究發展。
- (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，以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。

圖6-4 民國100年遠距健康照護服務情形



- (一) 民國100年實施新版「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」。新版「醫院評鑑基準」從505項整併為238項，並將7種醫事人力配置列為必要項目；新版「教學醫院評鑑基準」整合「教學醫院評鑑」、「畢業後一般醫學訓練訪查」及「教學醫院教學費用補助計畫查核」等評核項目，將14職類之醫事人員納入教學醫院評鑑範圍。
- (二) 建立「不定時及即時」之追蹤輔導訪查制度，以確實達到醫療品質提升之目的。民國100年底，經評鑑合格醫院有471家，占全國醫院約93%，並完成73家醫院不定時追蹤輔導訪查及5家醫院即時追蹤輔導訪查作業。
- (三) 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100年底共完成400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100年的7家，顯示評鑑制度確實能提升機構照護品質。另本署自民國100年起，首次辦理精神護理之家評鑑，計有14家申請，12家經評定為合格機構。
- (四) 為建立以病人為中心之中醫優質醫療照護體制，提供民眾就醫安全環境，辦理「100年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑」，完成45家醫院實地評鑑作業，並公告40家合格醫院名單。
- (五) 整併醫院評鑑、醫療衛生業務訪查、專科醫師訓練機構認定之行程，截至民國100年底，使原需受評機構1,069家次，減併為738家次，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。民國90年經行政院核備「國血國用衛生政策」，以自給自足為目標，提供國人安全無虞的血液製劑，確保國人健康。民國95年1月正式實施血液製劑條例及施行細則，健全國家血液事業、提升醫療用血品質、保障輸血安全。

- 一、為降低受血者因輸血感染愛滋病的風險，積極宣導民眾正確捐血觀念，勸導高危險群民眾勿利用捐血以檢驗愛滋。
- 二、提升血液自動化檢驗系統的效能，降低人工目視之再檢率及判讀錯誤之發生，以提升血液供輸作業品質，保障受血人安全。
- 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，以有效增加紅血球抗原建檔數，並提升稀有血型病患尋得適合血液輸用之機率，增進輸血之安全。
- 四、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。此外，並成立血液諮詢實驗室，對外提供血液諮詢檢驗服務。
- 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（NAT），並自民國101年起全面施行供輸血用血袋之核酸擴大試驗。
- 六、辦理「輸血品質提升獎勵計畫」，對血液基金會各捐血中心、捐血站、捐血室及捐血車等各項捐、供血業務進行訪查，以確保輸血品質。



第三節 提升器官捐贈移植效率與品質

根據統計，民國101年1月底國內約有7,700位等待接受器官移植的病人，然每年死後捐贈之器官所能救治僅約850餘人，與廣大的等待人數相較，實難解燃眉之急。為促進我國器官捐贈風氣，增加器官捐贈來源，於民國91年捐助成立「財團法人器官捐贈移植登錄中心」（簡稱登錄中心），以推廣器官捐贈業務，促進捐贈器官有效運用，增進國民健康為宗旨。在推動多項重大措施下，使得我國器官捐贈率已居亞洲第二，器官移植存活率亦不亞於美國等先進國家。

- 一、建置器官勸募網絡，以主動勸募之方式，發掘潛在捐贈者，並訂定器官捐贈移植作業流程。民國100年計有器官勸募醫院10家及器官勸募合作醫院200家，另民國100年死後捐贈人數計229人，受惠人數約879人。
- 二、建置「器官捐贈移植登錄系統」，並自民國94年4月1日起，進行屍體器官捐贈移植登錄系統線上分配作業，以建立公平、公正、透明的器官分配機制。
- 三、民國97年1月1日修訂器官移植之全民健保給付規定，以鼓勵醫院進行器官勸募及移植。
- 四、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」勾稽機制，當醫院登錄捐贈者之資料時，器官捐贈移植登錄系統將即時與前開愛滋病毒感染民眾之列管資料檔進行比對，以重複查核檢驗結果與登錄資料之正確性，建立多层次之檢核機制。
- 五、民國100年12月21日公布施行人體器官移植條例修正案，明定器官捐贈意願應註記於健保IC卡，且視同正本，以供醫療機構及醫事人員得以快速了解其意願，並增訂

施行器官分配之法律授權及捐贈者之書面檢驗報告應予受移植者醫療機構之規定，以確保受移植者之醫療機構能充分瞭解摘取器官之狀況。

第四節 護理照護品質

- 一、推動專科護理師甄審制度，至民國100年計有2,918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、持續推動護理人員繼續教育計畫，落實護理人員繼續教育積分認定，民國100年補助3家護理團體，辦理護理人員繼續教育課程248場。
- 三、持續推動全責照護計畫，建立醫院臨床護理人力及輔助護理人力共同照顧模式，減輕護理人力非專業性負荷，至民國100年有15家醫院辦理。
- 四、為鼓勵醫院留任護理人員，辦理「推動磁吸醫院—特色競賽表揚計畫」，發展本土性磁吸醫院特色指標，民國100年底計有83家醫院申請，37家獲獎表揚。
- 五、辦理「護理人員工作內容及待遇調整北、中、南系列公聽會」。
- 六、訂定「醫療機構與護理人員勞動契約建議應記載及不得記載事項」及「醫院聘僱員工期間勞動條件常見不符勞動基準法等相關法規之事項」，於民國100年11月1日函知各院遵循。
- 七、民國100年辦理產後護理機構評鑑試評，計有92家機構完成試評，其成績將作為縣市衛生局督導考核成績之參考。

第六章 醫事人力

醫療服務需有足夠的醫事人力且具備良好的臨床素質，以提升醫療服務品質。衛生署將持續辦理醫事人力規劃及醫事人員培訓等相關

計畫，以避免發生醫事人力不足的窘況，並健全醫療體系之正常運作，達成促進醫療品質提升及確保病人安全之目標。

第一節 醫事人力現況

一、依據專門職業人員專業證照制度之醫事人員類別區分，訂定醫師法、藥師法、助產人員法、營養師法、護理人員法、物理治療師法、職能治療師法、醫事檢驗師法、醫事放射師法、心理師法、呼吸治療師法、聽力師法、語言治療師法及牙體技術師法等14種醫事人員管理法規。驗光師人員法（草案）已於立法院審查中。

二、至民國100年底各類醫事人員執業及每萬人口執業人數如表6-2。

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、為培育山地離島等醫療資源短缺地區之人才，自民國58年起，辦理地方醫護人員成計畫；民國91年起，整合金門縣及連江縣之養成計畫；至民國100年止，共計培育醫事人員776名，分別為醫師400名、牙醫師58名、藥師31名，其他醫事人員287名，目前公費醫師之留任率為72%。
- 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6~9名，增為27名。

表6-2 民國100年各類醫事人員執業人數

醫事人員類別	執業人數	每萬人口執業人數	醫事人員類別	執業人數	每萬人口執業人數
西醫師	40,002	17.34	職能治療師（生）	2,496	1.12
牙醫師	11,992	5.24	物理治療師（生）	5,608	2.45
中醫師	5,570	2.31	諮詢心理師	836	0.54
醫事檢驗師（生）	8,579	3.86	臨床心理師	757	0.36
醫事放射師（士）	5,113	2.27	營養師	1,824	1.11
藥師（藥劑生）	31,300	13.87	呼吸治療師	1,810	0.79
護理師（士）	133,336	48.49	語言治療師	498	0.22
助產師（士）	134	0.06	聽力師	157	0.07



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，至民國100年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有4萬4,241人次。

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」。自民國92年起，實施3個月一般醫學訓練（PGY訓練）課程；第二階段於民國95年起，以原有3個月訓練模式為基礎，辦理6個月畢業後一般醫學訓練；第三階段於民國100年7月起，實施一年期畢業後一般醫學訓練計畫，使受訓醫師具備獨立執業能力，提升基層醫療服務品質。民國101年計核定39家主要訓練醫院，88家合作醫院辦理一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫，共計626名接受訓練。

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100年底共核定286家醫療機構辦理本訓練計畫，其中有82家醫院及204家診所。

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，落實中醫醫療機構負責醫師督導功能，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署指定之中醫醫院接受2年負責醫師訓練，始得擔任。本署遂於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，在中醫師教育訓練方面，舉辦中醫專科學術研討會及中西醫學整合研討會16場；另辦理中醫基本護理訓練課程，共有1,645位護理人員完成訓練。

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，民國101年計有131家醫院參與，共核定2,296個訓練計畫，受訓人員每月平均約1萬3,322人，領證2年内之新進醫事人員受訓覆蓋率約62.18%，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。





7

全民健康保險

77 第一章 健康保險現況

82 第二章 推動二代健保

全民健康保險

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，施行日期由行政院公布，此一重要里程碑，將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。

第一章 健康保險現況

民國100年全民健保重要業務辦理情形，將分納保現況、保險財務、保險給付與支付、醫療品質資訊公開與民衆服務滿意度、健保IC卡應用、弱勢族群協助等分別陳述。

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。

民國100年底，總投保人數共有2,319萬8,664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，截至民國98年已有8年未作調整。因此，本署陸續推動各項財務穩定措施，民國99至100年推動各項增加收入措施如下：

- 一、查核投保身分與金額。
- 二、爭取每年約10億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。
- 三、將保險費費率由4.55%調整為5.17%，投保金額分級表上限由13萬1,700元調高至18萬2,000元，第6類保險對象保險費配合費率調幅調整。
- 四、配合基本工資修正，自民國100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1萬7,880元，各投保金額之投保等級隨之變動，第2類第1目被保險人最低投保金額，按新投保金額分級表之第6級2萬1,900元申報；另自民國100年4月1日起，第3類被保險人投保金額調整為2萬1,900元。

歷年保險收支累計短绌數由民國99年3月底604.16億元降至民國100年底之62.31億元，顯示民國99年度健保費率調整方案已有效改善健保財務，減少收支短绌。

第三節 保險給付與支付

為提升醫療品質與給付的合理性、改進藥品核價制度以及增加民衆用藥權益，本署持續檢討修正全民健康保險醫療費用支付標準，民國100年實施之重要內容如下：

一、全民健保醫療服務人次

民國100年，總門診次數為3億7,582萬人次，總住院次數為328萬人次，平均每人每年門診及住診就醫次數如表7-1。

二、提升保險對象就醫可近性

民國100年底，健保特約醫事服務機構計達2萬5,747家（如表7-2），其中醫療院所1萬9,763家，占全國所有醫療院所總數的92.64%，普及全國各地，分佈均衡。

三、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患者，其醫療費用均給予免部分負擔的優惠，至民國100年底領證病患計約有86萬餘人，有效領證數計91萬餘張（如表7-3）。

四、提升醫療品質及給付合理性

（一）西醫部分

1. 持續推動及導入DRGs支付制度

民國99年起分年分階段實施住院診斷關聯群（DRGs）支付制度。為更精確反映DRG的疾病嚴重度，民國100年除將原實施的155項按臨床特性，再細緻分類為164項DRG項目外，並將使用葉克膜（ECMO）案件排除DRG範圍、擴大得核實申報項目（包括：化療或放療、呼吸器、洗腎等醫療服務）、全額支付18歲以下先天性疾病超過上限臨界點之點數，及實施「DRG支付

制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」。

2. 修訂醫療服務方案

為提升整體醫療服務品質，檢討修訂家庭醫師照護計畫、以病人為中心整合照護計畫、論人計酬試辦計畫、藥事居家照護試辦計畫、醫療資源不足地區改善方案、醫療資源不足地區之醫療服務提昇計畫、總額品質保證保留款實施方案、醫療服務品質指標項目及監測值、提升住院護理照護品質計畫、初期慢性腎臟病照護計畫及擴大推動醫療給付改善方案等。

3. 新增支付項目增加醫療服務範圍

因應醫療科技進步，新增支付項目涵蓋檢驗、處置及手術，重點項目包括器官移植病患術後使用抗排斥藥之血中藥物濃度測定—Everolimus、攝護腺癌之游離攝護腺特異抗原 Free PSA檢查、多葉型準直儀合金模塊之設計及製作—每一照野等3項支付項目，並開放適用表別5項，以利民衆就醫。

4. 調整兒科、婦科及外科支付標準

民國100年起放寬西醫基層院所4歲

表7-1、民國100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	3.33
西醫	12.1	3.86
牙醫	1.3	-0.93
中醫	1.7	3.10
住診	0.14	1.87
住院日數	1.4日	

表7-2、民國100年健保特約醫事服務機構統計

特約類別	家數	特約率（%）
醫院及診所	19,763	92.64
藥局	5,037	65.02
居家護理機構	528	52.64
助產所	12	5.50
精神復健機構	170	91.89
物理治療所	13	39.39
醫事檢驗機構	213	49.88
醫事放射機構	10	14.08
職能治療所	1	12.50



(含)以下兒童門診診察費兒科專科醫師得加計20%；西醫醫院4歲(含)以下兒童不限科別門診診察費得加計20%。另西醫醫院婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報門診診察費項目得加計17%，若同時符合4歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%，提升照護範圍與品質。

5. 論人計酬試辦計畫

因應二代健保第42條明定得採論人方式訂定醫療服務給付項目及支付標準，及第44條規定家庭責任醫師制度之給付應採論人計酬為實施原則，民國100年2月公告論人計酬試辦計畫後，開放醫療院所組成團隊提出計畫書，經評選後選出3種模式7個團隊，自100年7月起執行為期3年之試辦計畫，參加照護對象共計15萬餘人。

(二) 中醫部分

檢討修訂「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腫瘤患者手術、化療、放射

線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」等延續試辦計畫。

(三) 牙醫部分

檢討修訂「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」、「醫療服務品質指標項目及監測值」、「牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫（加強先天性唇顎裂及顱顏畸形患者、治療特別困難之身心障礙者之牙醫醫療服務）」、「牙周病統合照護計畫」、「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，提升牙醫門診醫療服務品質，獎勵優質牙醫特約醫療院所。

(四) 建立醫療費用共同管理平臺

為合理控制醫療費用，持續建立與醫界共同管理之平臺，邀集總額受託單位、醫界與藥界代表、專家學者、本署及費協會代表共同組成各部門總額支付委員會議，持續改革總額支付制度，促進醫療資源合理使用及持續監控點數及點值之變動，健保特約醫療院所的醫療費用申報點數的年成長率，已由民國88年的8.8%降至民國100年的4.92%。

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	432,344	47.06
慢性精神病	208,432	22.69
需終身治療之全身性自體免疫症候群	79,672	8.67
慢性腎衰竭（尿毒症）必須定期透析治療者	68,536	7.46
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	35,878	3.91
其他	93,858	10.22
合計	918,720	100

五、改進藥品核價制度

(一) 藥價合理調整

為縮小藥品在健保支付與醫院採購的價7.8差，使新藥能快速納入健保給付，健保局依法每2年進行1次藥價調整，至民國100年已辦理7次藥價調整，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，民國100年擴大調整藥品給付規定項目如：惡性腫瘤用藥、心臟疾病及糖尿病用藥、慢性病毒性B型肝炎及C型肝炎用藥、血小板缺乏紫斑症用藥、多發性硬化症用藥、黃斑部退化病變及乾眼症眼科用藥等之給付範圍。

(三) 確保罕見疾病及血友病等重症患者之醫療權益與用藥

本署全民健保醫療費用協定委員會自民國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。

第四節 醫療品質資訊公開與民衆服務滿意度

一、健保醫療品質資訊公開

醫療品質資訊公開是維護民衆就醫權益，促成醫療品質提升的重要方法，也能讓民衆發揮監督功效。為此，持續規劃健保醫療品質資訊公開作業，並在本署健保局全球資訊網（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。

品質資訊分為二大類，一類為服務類指標，該類指標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、西診所、中醫、牙醫及透析醫療服務等服務類別，至民國100年年底，共有98項指標。另一類為疾病類指標，是依疾病別或照護項目別發展專業醫療服務品質指標，目前有糖尿病、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類特定疾病公開相關資訊，讓民衆藉由查詢指標而提升衛教知識。民衆可於家中持自然人憑證進入本署健保局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。

二、民衆服務滿意度

每年均針對健保整體政策，進行滿意度調查，以瞭解民衆的期望，並作為整體政策及服務改善依據。民國100年民衆對健保整體的滿意度達80.4%。

第五節 健保IC卡應用

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100年之相關實施成效如下：

- 一、全國健保特約醫療院所，99.9%已經完成連線認證，促進醫事服務機構電腦化及連線，提供院所間溝通平臺。
- 二、實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，將每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者納入輔導，輔導後就醫次數平均下降達4至5成。
- 三、民國100年底，於健保IC卡中登錄「同意器官捐贈註記」，計有13萬8,972人；另

有9萬9,086人資料登錄「同意安寧緩和醫療意願註記」，幫助醫療人員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。

四、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，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，提升就醫安全，並間接可減少醫療資源浪費。

第六節 弱勢族群協助

為減輕弱勢民衆保險費負擔，避免因經濟困境影響就醫權益，民國100年持續推動下列各項協助措施：

一、健保費補助

各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、中低收入戶及符合菸品健康福利捐補助之經濟困難者、未滿20歲及年滿55歲以第6類第2目地區人口身分投保之原住民，民國100年補助金額約227億元，補助約308萬人。

二、保險費協助措施

(一) 因應費率調整之保費補助

因應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100年合計補助金額132億元，平均每月補助約1,800萬餘人。

(二) 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；民國100年共核貸3,872件，金額約2.41億餘元。

(三) 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，減輕繳納保費壓力；民國100年計協助18.7萬件辦妥分期繳納，金額約43.79億元。

(四) 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，積極尋求企業團體或善心人士協助；民國100年成功轉介個案計2,646件，補助金額約1,806萬餘元。

三、保障無力繳納保險費者之就醫權益

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、轉介及分期等，民國100年因而獲得醫療保障者計5,128件，金額1.4億元。

四、解卡方案解除弱勢就醫障礙

(一) 研訂「弱勢民衆安心就醫方案」，對健保費欠費的民衆於考量排富後，對弱勢民衆健保欠費與健保就醫權採脫鉤方式處理，即對弱勢健保欠費民衆不予鎖卡，以保障其健保就醫權。該方案於民國99年10月29日奉行政院同意備查。

(二) 該方案針對18歲以下兒少、近貧戶、「特殊境遇家庭扶助條例」之扶助家庭等經濟弱勢民衆予以解卡，至民國100年底約有39.8萬弱勢欠費民衆受惠解卡，實際積欠健保費被鎖卡民衆已減少為19.7萬人。

第二章 推動二代健保

全民健康保險法修正案已於民國100年1月26日修正公布，完成健保實施以來最大幅度的改革，總統並指示本署必須於1至2年内完成籌備工作，以實施二代健保。

第一節 改革重點

一、節制資源使用，減少不當醫療

- (一) 加重詐領保險給付及醫療費用者之罰鍰至其詐領金額之二十倍，並對於違規情節重大之特約醫事服務機構，得視其情節輕重，於一定期間不予特約或永不特約。
- (二) 對不當使用醫療資源之保險對象進行就醫輔導，並得於未依規定就醫時，不予保險給付。
- (三) 健保局每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案，並逐年依市場交易情形合理調整藥品價格。
- (四) 推動年度藥品費用支出目標制，超出之額度由醫療給付費用中扣除，並依其額度修正次一年之藥價。

二、提升政府之財務責任

- (一) 明定政府每年負擔不得低於全部保險經費（扣除菸品健康福利捐等其他法定收入後）之36%，預估政府於實施新制第一年將增加百餘億元之經費挹注，以後將隨醫療支出規模之成長而增加。
- (二) 新制實施前所累計之短绌，由政府分年編列預算填補。

三、將全民健保監理委員會及醫療費用協定委員會整併為全民健康保險會，統籌保

險財務收支連動機制，確保健保財務穩健經營。

四、擴大保險費費基、提升保費負擔公平性

- (一) 紳入所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金、非所屬投保單位給付之薪資所得、股利所得、執行業務收入、租金收入、利息所得等為保險對象補充保險費之費基，可紓緩一般保險費率調升之壓力，並使所得相同者之保費負擔趨近，提升負擔公平性。
- (二) 按雇主（投保單位）每月支出之薪資總額與其受僱者投保金額總額間之差額，計收雇主之補充保險費，可拉近薪資結構不同但支付薪資總額相同的企業之保費負擔。

五、納入多元計酬之支付方式：以同病、同品質同酬為支付原則，並得以論人計酬之支付方式，實施家庭責任醫師制度，為民衆購買健康。

六、重要資訊公開透明，擴大民衆參與

- (一) 明定重要之會議資訊、參與代表之利益揭露、特約醫事服務機構之財務報告與醫療品質資訊、保險病房設置比率及特約醫院保險病床使用情形、重大違規資訊等，均應公開。
- (二) 有關保險費率、保險給付範圍、年度醫療給付費用總額、醫療服務與藥物給付項目及支付標準、總額支付制度、差額負擔之特殊材料項目等重要事項之研議，均有保險付費者代表參與，並得由全民健康保險會辦理公民參與活動，蒐集民意。

七、保障弱勢群體權益，減輕就醫部分負擔

- (一) 保險人經查證及輔導後，始得對有能



力卻拒不繳納之保險對象停止保險給付，以保障弱勢群體就醫之權益。

(二) 減免於醫療資源缺乏地區就醫之部分負擔。

(三) 調降居家照護服務之部分負擔費用比率為5%。

八、從嚴規定久居海外或新住民參加全民健保之條件：除「二年内」曾有加保紀錄的設籍國人或受僱者外，其餘須要設籍或取得居留證件滿6個月，才有參加健保的資格。

九、受刑人納入全民健保，保障基本健康人權。

第二節 簽備作業

一、健保組織整併作業

(一) 將全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會合併為「全民健康保險會」，使財務收支能事權合一，以求收支連動、財務平衡之效。

(二) 為使「全民健康保險會」組成能充分代表各界參與，並肩負穩定健保財務平衡之責任，爰遵循全民健康保險法第5條所訂委員組成及比例之規範，研擬其代表名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等事項之相關辦法，並適度納入外界對該會委員課責之期許，俾為該會發揮功能奠基。

(三) 配合行政院組織改造，依統籌規劃原則進行衛生福利部籌備作業，定位全民健康保險會為衛生福利部內之常設性任務編組。

二、法規訂定準備作業

全民健康保險法修正公布後，必須完成至少30餘項法規命令的研(修)訂，其中至少16項法規為配合本次修法所新增。本署將依據法制作業規定及行政程序法，完成相關法規之訂修發布。

三、新制規劃作業

為二代健保之實施，補充保險費扣繳作業及資訊系統建置、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須詳加規劃，並多方收集專業意見，確保各項措施及相關規範均可順利執行，俾發揮其效益。

四、分衆、分階段加強宣導

以「二代健保，全民更好」為核心訴求，分為「健保價值」、「照顧弱勢」、「開源節流」、「財務收支連動、合理收取保費」四大面向，提出七項宣導主軸議題，針對不同對象分階段進行宣導與說明。第一階段使民衆瞭解二代健保重點，同時蒐集各界意見，提供子法規擬定參考；第二階段針對民衆重視議題，加強對二代健保執行面之具體說明，第三階段以二代健保實務作業說明為主，俾利二代健保能順利上路。

二代健保所揭橥的公平、效率及品質，是法案的核心精神，也是本署永續努力的目標，透過全民健康保險法修正案之落實，將使健保制度朝向更完善的道路前進。

由於全民健保制度執行成效卓著，各國派員前來我國參訪、交流及學習，並常受邀參與國際性會議如國際健康經濟協會（International Health Economics Association, iHEA），發表成果及改革議題等，同時受到國際諸多肯定與媒體報導，民國101年3月18日美國CNN即以「拯救健保之GPS路徑圖」為題，介紹臺灣的全民健康險制度成就，成為各國建立、改革健康照護制度的標竿學習對象。

8

弱勢族群照護

- 85 第一章 身心障礙者之健康照護
- 85 第二章 山地離島偏遠地區居民及原住民之健康照護
- 86 第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護
- 89 第四章 經濟弱勢者之健康照護



弱勢族群照護

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：身心障礙者權益保障法於民國96年7月11日奉 總統公布；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，為配合新制鑑定的推動，本署自民國97年起陸續完成身心障礙者鑑定標準之研訂、鑑定流程規劃、鑑定人員的準備及相關子法之修訂、規劃等事宜。
- 二、辦理身心障礙醫療復健輔具中心：民國93年起輔助各縣（市）設置身心障礙者「醫療復健輔具中心」，提供輔具諮詢、評估及個別化設計研發等服務，讓身心障礙者能就近得到完整性、多元化專業醫療輔具服務。民國100年共補助12家醫院執行，服務5萬4,194人次。
- 三、發展遲緩兒童口腔照護計畫：民國99年開始辦理，民國100年委託署立雙和醫院、高雄醫學大學附設醫院、花蓮慈濟醫院於北部、南部、東部，結合44家醫療院所、27家早療評估或療育單位共同辦理，計提供697名發展遲緩兒童口檢、教導兒童及其照顧者潔牙技巧及口腔保健知識，期建立服務據點及網路。
- 四、全國廣設「兒童發展聯合評估中心」，提供學齡前兒童發展遲緩早期療育專業評估與轉銜機制，包括成立跨專業團隊服務，社區外

展服務，成立家長支持團體，由民國98年25家增加到民國100年42家。

第二章 山地離島偏遠地區居民及原住民之健康照護

山地離島及偏遠地區因地理環境特殊，地處面積遼闊，使當地區居民在醫療資源及健康照護上屬於相對弱勢的族群。為能加強當地居民之健康照顧的可近性、周延性及持續性，本署以強化離島地區醫療資源整合、提升山地離島地區之醫療照護品質、加強衛生所功能角色為優先，積極推動提升醫事人力素質及加強重要疾病防治為重點。

- 一、加強山地離島偏遠地區硬體設備，民國100年度共補助2家衛生所（室）重擴建及18家空間整修及修繕工程及山地原住民鄉衛生所（室）照明及空調設備改善專案計畫23處與3件直昇機停機坪修繕工程。同時核定資訊設備115項、醫療設備135項、巡迴醫療車6輛、巡迴醫療機車62輛、救護車1輛，另核定補助平地原住民地區衛生所（室）資訊設備64項、醫療設備79項、巡迴醫療機車8輛、巡迴醫療車1輛，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，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，與健保局「山地離島醫療給付效益提升計畫」（IDS）接軌，鼓勵醫事人員服務期滿後，留在當地服務，民國100年公費醫師之留任率為72%。
- 三、推動部落社區健康營造，結合地方資源，帶動社區民眾參與。民國101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；委託台灣原住民醫學學會及台灣身心健康促進學會，以創意競賽及媒體行銷的方式，提升社會大眾對原住民部落及離島社區健康營造之認識。公開徵求辦理「原住民及離島地區寒、暑期大專青年健康服務計畫」，民國101年共輔助40個服務團隊，約預計1,600人出隊提供社區部落服務。

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45鄉48家衛生所308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」，提供居民便利醫療服務，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家衛生所與本署醫院連線，提升偏遠部落的醫療服務品質。
- (三) 為讓偏鄉地區民眾享有相同的判讀品質及即時服務，自民國100年起山地離島19家衛生所由本署醫院提供影像支援判讀。

五、保障山地離島地區居民健康及就醫權利，辦理「山地離島醫療給付效益提升計畫」（IDS）計畫，補助澎湖、金門、連江、臺東縣等縣衛生局辦理遠距醫療會診，共計25個連線點。

六、山地離島緊急醫療後送服務

- (一) 成立「行政院衛生署空中轉診審核中心」24小時運作，民國101年6月止計受理緊急救護諮詢10件；另受理空中轉診申請152件，審核結果，計核准空

中轉診141件，核准率約92.76%。

- (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」，補助轉診來臺就醫時二分之一交通費，民國100年離島地區來臺就醫之病患計2萬7,033人次。

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、因國人壽命延長，失智人口急遽增加，對家庭和社會產生嚴重衝擊。為提供適切失智症之長期照護，本署自民國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、為了解臺灣地區65歲以上人口罹患失智症之現況，民國100年初已著手進行失智症之流行病學調查，預計民國102年底完成。透過該項研究調查，建立我國失智症之盛行率、發生率等資料，了解失智症預防、病因及危險因素等，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、民國100年由本署、內政部與退輔會，共同完成全國首次跨部會失智症資源盤點，其結果為全國有9個縣市無機構式失智服務資源，全國有12個縣市無社區式失智日間照顧資源。
- 四、加強老人照護服務
 - (一) 本署醫院自民國98年起提供失智失能社區照護服務，至民國100年計有9家醫院（基隆、苗栗、臺中、南投、朴子、旗山、屏東醫院、草屯療養院及嘉南療



養院），中期照護服務5家（基隆、桃園、苗栗、南投、屏東醫院）。

(二) 至民國100年底止，本署醫院共提供2,224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、臺中、彰化、新營、臺南、屏東）提供安寧居家服務，9家醫院（臺北、桃園、豐原、南投、彰化、臺南、屏東、臺東、金門）提供安寧共同照護服務及4家（臺北、桃園、臺南、雙和）提供安寧住院服務，並通過認證，成立居家安寧服務團隊，提供全人安寧緩和居家服務。

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、漢生病病患人權保障及推動小組至民國100年12月止共召開16次會議。

三、持續推動縣市衛生局「漢生病病患人直接觀察治療(DOTS)執行計畫」，提供高品質漢生病個案之照護。

四、民國98年1月起新增臺大、馬偕、臺中榮總及成大等4家醫院為漢生病個案確診及治療醫院，增加漢生病個案就醫便利性。

五、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

為提供罕見疾病病人周全的照顧，本署主要措施說明如下：

一、至民國100年底公告193種罕見疾病、78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；依據「罕見疾病醫療補助辦法」，補助供應維持生命所需之特殊營養食品29項及儲備9項緊急需用藥物。

二、提供國際醫療合作代行檢驗服務及予以部分補助，平均每年約42人，補助全民健康保險未能給付之診斷及治療等醫療費用，民國100年約計補助新台幣4,008萬餘元；提供罕見疾病病人及家屬遺傳診斷及諮詢等相關服務。

三、為配合罕見疾病防治及藥物法修法，本署於民國100年4月7日正式公告「罕見疾病醫療補助辦法」修正條文，除持續提供罕病病人特殊營養食品外，亦擴大罕病國外代行檢驗費用之補助；全額補助中低收入戶病人；另新增罕病病人維持生命所需之居家醫療照護器材、國內確認診斷檢驗、營養諮詢、緊急醫療、維持生命所需之居家醫療照護器材等費用之補助；其中確診之檢驗費用與維持生命所需之居家醫療照護器材費用，可追溯至民國100年元旦生效。

第四節 人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

本署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，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) 民國79年12月17日公布施行「後天免疫

缺乏症候群防治條例」，為因應疫情變化，及國際、國家對於愛滋病人權保障，於民國96年7月11日修正完成「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，以切合防治之需要，並符合人權立國之精神。

- (二) 訂定「人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法」及「感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點」，維護感染者之尊嚴及權益。其中權益保障辦法，將愛滋病毒感染者之權益受損申訴機制予以法制化。
- (三) 訂定「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」，提供執行相關工作，而導致感染愛滋病毒者相關補償。
- (四) 訂定「愛滋病毒感染者權益受損案件通報流程」，提供感染者即時協助。

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，民國100年個案就醫率約達86%。
- (二) 為強化感染者做好自我健康管理，民國96年起開辦愛滋病個管師計畫，民國100年共有45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，累計收案管理人數達1萬0,201人。
- (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，以提升就醫意願及病患生活品質。
- (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等，民國100年提供146位愛滋個案安置及359位個案管理服務。

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，民國100年建卡管理率達99.43 %。
- 二、為保護新住民婦女在未納入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。民國100年起，由本署國民健康局編列預算補助未納保產前檢查費用；民國100年共補助1萬0,461案次，補助金額達508餘萬元。
- 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。民國100年計有17個縣市、210個衛生所辦理此計畫，並有364名通譯員參與。
- 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、油症患者健康照護方針與健康追蹤

(一) 油症患者係因食用多氯聯苯污染之米糠油所致，稱之為「油症」(Yucheng)。本署國民健康局自民國93年承接本業務後，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），截至民國100年底共有1,541位油症患者，其中第一代為1,308位；第二代為233位。

(二) 提供健康照護服務內容如下：1.函頒「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.第一、二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，於署立豐原醫院及彰化基督教醫院，開辦「油症特別門診」服務。

二、臺日油症健康照護研討會

(一) 為瞭解日本對油症患者照護政策，作為我國油症患者健康照護之參考依據，本署國民健康局於民國100年4月29日舉辦「臺日油症健康照護研討會」，邀請日本九州大學古江增隆教授、Kanemi油症被害者支援中心藤原壽和秘書長等，與會演講與討論，同時邀請衛生局

（所）、油症患者及相關團體參加，出席者計80餘人，其中油症患者超過50餘人。

(二) 民國100年5月19日邀請油症受害者代表、油症受害者支持協會及專家學者進行座談溝通，瞭解患者需求，增進患者瞭解本署提供之健康照護服務內容。

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，本署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，由本署基隆醫院、本署桃園醫院、臺中榮民總醫院嘉義分院及馬偕臺東分院分別承作，提供包含一般及專科門診、定期健康檢查、癌症篩檢及藥癮戒治等整合性之醫療照護服務。

二、至民國100年底，試辦之矯正機關戒護外醫次數平均下降12.28%，重症人數平均減少23.17%；約68%糖尿病患之糖化血色素(HbA1c)控制在7%以下；約63%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亦達八至九成以上。

第四章 經濟弱勢者之健康照護

為使經濟困難民衆，也能享有全民健保的各項服務，持續提供各項協助措施，摘述如下：

一、因經濟困難而無法繳納健保費及就醫部分負擔者，可向健保紓困基金申請無息貸款

償付欠費，1年後再開始還款，民國100年共核貸3,872件，金額約2.41億餘元。

二、經濟困難無力一次繳清欠費者，可辦理分期繳納，民國100年計協助18.7萬件辦妥分期繳納，金額約43.79億元。

三、無力繳納保險費之家境清寒民衆，積極轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費；民國100年成功轉介2,646件，獲補助金額1,806萬餘元。

四、由菸品健康福利捐分配之部分收入（自民國100年9月7日起分配比率由原4%調升為6%），補助經濟弱勢民衆的健保費，民國100年共補助約53萬人，金額約17.2億元，其中，中低收入戶約5萬人，金額約0.7億元，補助其他經濟困難者約48萬人，金額約16.5億元。

五、民國100年爭取公益彩券回饋金4億餘元，並核定包含健保局及15個縣（市）共17件補助計畫，補助項目包含健保欠費及就醫相關費用等，以協助經濟弱勢民衆獲得妥適醫療照護，至民國100年底已協助4萬9千餘人。

六、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取脫鉤方式處理，即對18歲以下兒少、近貧兒、「特殊境遇家庭扶助條例」之扶助家庭等弱勢健保欠費民衆不予鎖卡，以保障其健保就醫權。至民國100年底約有39萬8千名弱勢欠費民衆受惠解卡。



2011 Taiwan Health Forum
Sustainable Health Systems
October 17-18, 2011



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 |
| 96 | 第三章 | 國際衛生援助 |
| 97 | 第四章 | 醫療服務國際化 |

國際衛生合作

為因應國際經貿觀光等活動日益頻繁而衍生之需求，推展國際衛生事務與醫療服務已成為全球趨勢，本署對於推動國際衛生醫療合作不遺餘力，透過推動參與國際衛生組織、國際交流與合作、提供國際衛生援助及發展醫療服務國際化等四項工作努力達成，並順應時勢發展多樣性的合作模式，進而達到貢獻世界及鞏固臺灣地位之目標。

第一章 參與國際衛生組織

我國一直積極爭取參與各國衛生組織，其中以推動加入世界衛生組織（World Health Organization, WHO）為重點，民國98年以觀察員身分參與世界衛生大會（World Health Assembly, WHA），不僅肯定我國在國際醫療上的作為，更增加我國之能見度。

第一節 加入世界衛生組織

「持續專業參與，維護臺灣尊嚴」。自民國86年開始推動參與世界衛生組織，期間歷經腸病毒、SARS及H1N1疫情等重大國際公共衛生事件，同時在朝跨國合作的趨勢下，參與的正當性及受國際社會的支持與日俱增，終於自民國98年起，獲邀為世界衛生大會觀察員，藉由專業參與，讓國際社會更加肯定臺灣的醫療衛生實力。

第二節 加入世界衛生組織的現況

一、民國100年由邱文達署長率團，出席第64屆世界衛生大會（WHA），並發表演說，我國針對「流感大流行準備」等14

項技術議題發言，分享我國醫療衛生成就與經驗；且籲請美國、歐盟、日本等主要國家，持續支持我國「維護尊嚴、專業參與」之訴求，並於5月16日針對WHO內部文件不當稱呼我國政府一事，向WHO遞交抗議信並以口頭嚴正表達四點立場：

- (一) 我政府對WHO 該內部文件表示強烈抗議。
 - (二) 對於該內部文件完全無法接受。
 - (三) 我國與WHO 2009 年換函，效力應該超越WHO 該份內部文件。
 - (四) WHO對我政府的稱呼應該與WHA一致。
- 二、民國100年我國派員參加10場WHO技術性會議，議題包括醫事人力、疫苗研發、傳統醫藥、國際衛生條例執行等各項公衛議題。
- 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



民國100年邱文達署長率我國代表團出席第64屆世界衛生大會



全網絡」（INFOSAN）、「全球流感監測及反應系統」（GISRS）、「終止結核病夥伴網絡（Stop TB Partnership）」等，以落實專業參與之訴求。

四、衛生署疾病管制局向WHO提送我國「允許核發衛生管制證書之授權港口名單」，並報請行政院成立跨部會小組，積極推動我國「IHR（2005）指定港埠核心能力評估及建置計畫」，並依據WHO相關指引，邀請日本IHR專家來臺進行自我評核作業，獲極高評價。



民國100年9月邱文達署長於APEC健康體系創新政策對話發表演講

「馬丁金恩健康平權高峰會議」，並發表演講，內容為：以臺灣全民健保之實踐說明了我國政府如何達成金恩博士長年推動健康平權之理想。

- (二) 民國100年9月16至17日邱文達署長率團出席美國舊金山召開之APEC「健康體系創新政策對話」，並於「Panel I-Addressing NCD Challenges in the APEC Region」發表演講，會中與美國、馬來西亞、菲律賓、泰國、汶萊等衛生部長進行充分交流。
- (三) 民國100年10月5至8日由楊志良教授率團（代表本署邱文達署長）出席奧地利舉辦「第14屆加斯坦歐洲衛生論壇」。楊志良教授及本署國民健康局邱淑媞局長分別發表「UN summit and beyond: an Asian perspective」及「Prioritising and mobilising NCD prevention and control at country level」兩場演講，並與歐盟衛生界人員交流。

第二章 國際交流合作

為加強與友邦間的醫療合作，運用「亞太經濟合作（APEC）」、「泛美衛生組織（PAHO）」、「西非衛生組織（WAHO）」及「加斯坦衛生論壇（EHFG）」與「經濟合作暨發展組織（OECD）」等國際組織，參與相關會議與研習，將我國衛生醫療經驗與各國實質交流。

第一節 參與或舉辦國際會議及研習訓練

一、參與國際會議

民國100年共參加了105場國際會議，茲摘述如下：

- (一) 民國100年8月邱文達署長造訪美衛生部轄下負責食品安全、健保改革及醫療資訊等機構，以進一步深化臺美兩國衛生交流合作。同時受邀參加「促進跨文化及弱勢族群醫療協會」（Institute for Advancement of Multicultural & Minority Medicine, IAMMM）主辦之

(四) 民國100年10月29日至11月2日由楊志良教授率團（代表邱文達署長）出席美國華盛頓D.C.舉辦之美國公共衛生協會（APHA）第139屆年會，會中辦理臺灣論壇「Promoting Health from Cradle to Grave: Case Studies of Taiwan's Reform and Comprehensive Approach to Care」，報告一系列臺灣之健康照護經驗，包括：癌症防治、兒童預防保健、愛滋病防治、全民健保改革及長期照護政策等重要政策成果與各國分享。

二、參與國外研習訓練

為因應全球的天災及新疫病的發生，對傳染病的疫情、防護及災害應變整備等需求，民國100年共派員前往19國，參加38場的研習訓練，以期達到保護全民健康，降低疫病風險的目標。

三、國內舉辦國際會議

民國100年共辦理65場國際會議，茲摘述如下：

(一) 民國100年6月2至4日舉辦「反毒國際研討會」、「全國反毒會議」及「反毒園遊會」等系列活動。其中「反毒國際研討會」結合民間非政府組織與學術單位，共同參與藥物濫用防制及開創新的藥癮治療模式為主軸，邀請

國內、香港及美國等學者專家，藉由國際合作及國際藥物濫用資訊交流，達到全面防制藥物濫用之目的。

(二) 民國100年8月18及19日假臺北舉辦「APEC愛滋減害研討會」，由本署疾病管制局向APEC提出申請辦理並獲得APEC各會員體支持。會中邀請國際減害聯盟執行主席Dr. Rick Lines分享減害及人權主題，澳洲減害之父Dr. Alex Wodak分享澳洲毒癮患者及其他高危險群之控制經驗，並邀請各會員體之愛滋病專家就「愛滋減害之發展」、「愛滋減害之挑戰」及「藥癮者及高危險群之流行病學、治療及預防」等議題發表演說及經驗分享。另安排參訪我國美沙冬替代治療執行醫院及清潔針具計畫服務據點，計有13個APEC會員體30位代表及國內77位專家與會。

(三) 民國100年10月17至18日舉辦「2011臺灣健康論壇」（2011 Taiwan Health Forum），主題為「永續健康體系」，以健康公平、健康照護財政及重大健康災難等議題進行專題演講，計有美、英、紐、日、韓等25國約40名國外官員與專家學者出席；透過共同討論世界衛生組織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) 「100年度推展中南美地區國家衛生合作計畫」：本署桃園醫院赴宏都拉斯進行婦幼衛生教育，辦理內科、耳鼻喉科、小兒科及婦產科醫療服務並捐



民國100年全國反毒會議



贈醫療衛材及藥品；另外至貝里斯實地考察並接受貝國3名臨床護理人員來臺受訓。

(二)「100年度推動西非地區醫療衛生合作計畫」：協助培訓甘比亞及迦納之醫療人員，於迦納成立醫療資訊共同研發實驗室。

(三)「100年度推展非洲地區國家衛生合作計畫」：與肯亞GLUK大學合作，開辦「災難預防應變訓練」課程，協助Kisumu地區之緊急應變系統建置。

(四)「國家衛生研究院與越南之實驗室研究計畫」：民國100年1月由國衛院蘇益仁所長代表前往越南胡志明市第一兒童醫院，討論合作研究主題，共有：1.建立以醫院為基礎的腸病毒偵測系統。2.新生兒Cox B感染。3.登革熱研究。4.復發性EB病毒相關噬血症候群病人的遺傳基因與病毒研究等四項合作計畫。

二、簽署備忘錄或協議

(一)「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」：民國99年12月21日簽署，民國100年6月26日正式生效。內容包含「傳染病防治」、「醫藥品安全管理及研發」、「中醫藥研究與交流及中藥材安全管理」及「緊急救治」等四個合作領域。第一次工作組會議於民國100年8月召開，雙方主要就協議之後續執行事宜，進行商討。

(二)「東亞國家菸害防制合作計畫」：民國100年1月1日由本署國民健康局與柬埔寨、蒙古共同簽署。主要內容為協助柬埔寨推動立法、建置無菸工作環境、辦理戒菸就贏、提供戒菸服務以及支持社

區健康促進計畫，並與蒙古首都烏蘭巴托衛生局合作推動無菸工作環境及菸害意識提升計畫。

(三)「海地防疫生根計畫協議」：民國100年3月2日由本署疾病管制局與海地共同簽署，內容包括協助實驗室及流病訓練、雙方互訪、捐贈實驗、防疫物資及儀器等。

(四)「菸害防制全球資訊網計畫」：民國100年3月11日由本署國民健康局與國際抗癌聯盟(UICC)簽署於瑞士日內瓦。藉由該聯盟設立的「GLOBALink—菸害防制全球資訊網」，迅速流通菸害防制資訊。

三、國際友人來訪

(一)民國100年衛生署暨所屬機關共接待51國1,443人次外賓來臺參訪。

(二)臺灣全民健保制度，受到國際諸多肯定，成為各國標竿學習對象。民國100年9月4至10日泰國國家健康保險局官員一行19人，訪臺接受為期一週的全民健保體制課程；民國100年11月14日至25日馬來西亞衛生部薦送21位醫療衛生官員來臺，展開為期兩週的培訓課程，學習臺灣全民健保。

第三節 國際教育訓練

一、「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心」：民國100年共協助1,945人次民眾建立健康指標；辦理13場宣導健康生活飲食型態、新陳代謝症候群防治重要性相關之說明會；協同馬國衛生部進行青少年衛生教育、性教育、性病防治宣導及菸害防制宣導。

二、「駐索羅門群島臺灣衛生中心」：民國100年提供當地醫療服務，其中包括寄生蟲防治計畫，累計服務1,990人次，訓練176位合格種子教師，辦理社區公共衛生教育，共3,650人次受惠。

三、「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫（TIHTC）」：民國100年共培訓23國146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課程。

第三章 國際衛生援助

面對全球氣候變遷及天災頻繁之新挑戰，我國仍致力於國際醫療衛生援助，發揮大愛精神，使國際社會深刻地瞭解及認識。

第一節 國際醫療救援

海地於民國99年1月發生地震，臺灣國際醫衛行動團隊前往災區援助。並提出三年三項「中華民國協助海地地震災後重建計畫」，其工作內容如下：

一、臺灣衛生中心計畫：委由本署桃園醫院執行，民國100年雙方共3次官方之互訪



台灣國際醫療行動團隊替當地居民檢查眼睛狀況

交流，並捐贈15臺「二合一血糖血壓機」、血糖試紙等醫藥物資。

二、捐贈醫療器材計畫：委由臺大醫院醫療器材援助平臺計畫（GMISS）及本署桃園醫院執行。民國100年提供二手或新購置醫療器材供9家海地醫療院所使用。

三、防疫生根計畫：民國100年3月2日由本署疾病管制局研究檢驗中心與海地國家公共衛生實驗室簽署合作協議書，以提升海地傳染病檢驗量能及流行病學調查能力，同年10月21日至11月3日，派員至海地進行專家學術交流及訪察，並捐贈檢驗儀器3臺及90箱淨水錠，以對抗霍亂疫情。

第二節 國際醫療協助

一、辦理「醫療器材援助平臺計畫（GMISS）」，捐贈醫療器材予友邦及友我國家。民國100年共辦理7個國家8件捐贈案，捐贈449件醫療器材。

二、臺灣國際醫衛行動團隊（Taiwan IHA）與日本亞洲醫師協會（AMDA）合作，於民國100年8月赴斯里蘭卡北部賈夫納教學醫院進行白內障手術醫療交流，計服務約130名病患。

三、本署國民健康局辦理「臺灣的愛，點亮平安的希望-捐贈助產設備到索羅門群島活動」，於民國100年9月19日代表捐贈60套符合索國生產環境需要之助產器具及相關技術之訓練。

四、民國100年10月泰國水患，本署與國防部、僑務委員會、行政院環境保護署共同合作，提供6,000份衛教摺頁及家庭急救包，並由在泰臺商及僑團協助分配。



第四章 醫療服務國際化

一、醫療服務產業發展背景

醫院經營模式受全民健保支付制度影響，加上人口老化及科技進步，醫療服務市場涵蓋的領域擴大，醫療產業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，但其占GDP比例與其他已開發國家相較之下仍偏低。期透過我國醫療服務技術及品質的優勢，活絡我國醫療產業發展，提升醫療服務業之國際競爭力。

二、醫療服務國際化之發展目標

透過發展醫療品牌，建立特色，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、異業進行活化整合，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，成為六大新興產業—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，共同檢討計畫推動成效及協調跨部會資源，以利朝國際化之推廣。
- (三) 委託臺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臺，並持續輔導32家參與計畫醫院建置具國際競爭力之環境。
- (四) 進行國際醫療產業之重點產業人才供需調查及推估工作。
- (五) 委託中華民國對外貿易發展協會辦理國際宣傳，計有世界日報等17家平面媒

體、大陸上海廣播電視臺等8篇電視媒體報導。

- (六) 引進國際醫療服務業策略聯盟，民國100年建立6個策略聯盟進行合作，邀請41家國際醫療相關服務業者洽談合作事宜，與3家相關業者簽訂轉介服務合作，並於海外設置12個服務駐點，提供諮詢與服務。
- (七) 開發臺灣醫療旅遊智慧型手機應用程式（app），使智慧型手機用戶可迅速掌握臺灣觀光及醫療資訊。
- (八) 參加美國芝加哥舉辦之「2011年全球觀光醫療暨保健會議」，設置臺灣醫療旅遊形象服務攤位，提升我國醫療之曝光度。
- (九) 檢討國內相關法規並進行鬆綁，民國100年9月16日修正發布「醫院設立或擴充許可辦法」，明訂本署得指定國際醫療醫院於特定區域設立。



台灣國際醫療行動團隊執行白內障手術

10 衛生科技發展

99 第一章 醫藥衛生政策研究

101 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



衛生科技發展

衛生科技發展以「科技厚生」為總目標，以實證科學證據為基礎擬定衛生政策，朝提升國家的醫藥衛生水準及促進健康產業之發展。民國100年衛生科技發展預算為43億2,772萬元，占本署總預算的6.3%。其中40%科技投入醫藥衛生政策之實證科學研究；60%投入建構醫藥衛生產業發展之環境及生醫科技相關研究（如圖10-1）。

第一章 醫藥衛生政策研究

本署在促進國民健康、藥物食品管理、疫病監測及防治等政策研究成果及其在衛生政策擬定的應用，簡要說明如下：

一、促進國民健康

（一）兒童及青少年健康促進

1. 本署國民健康局依據「發展性髋關節發育不良」研究調查成果，修訂公告民國100年「醫事服務機構辦理預防保健注

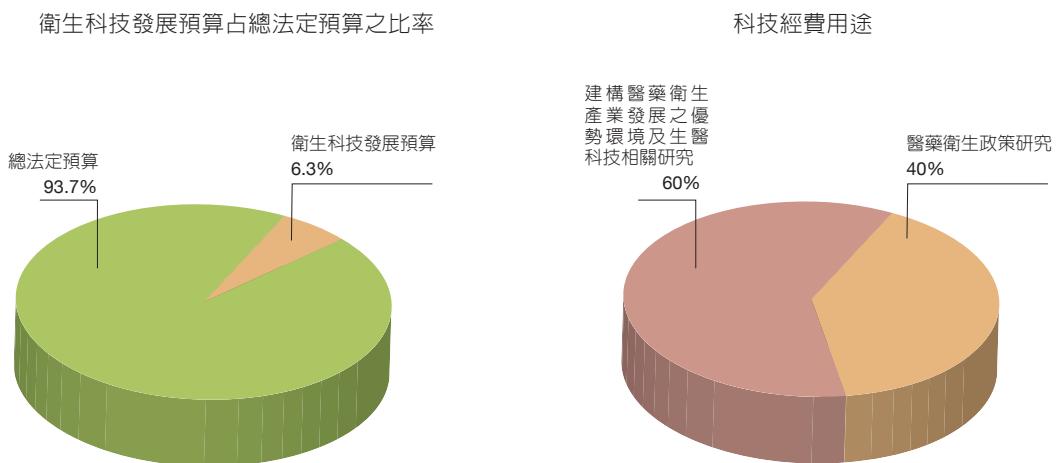
意事項」，將「髋關節篩檢」列入兒童預防保健第1-3次身體檢查項目，以促進我國兒童及青少年健康。

2. 完成「健康危害行為監測調查」、「成人吸菸行為電話調查」、「臺灣民眾對子女性別態度與性別篩檢經驗之研究」、「高中職及五專學生健康行為調查」、「兒童及青少年行為之長期追蹤調查」、「臺灣出生世代研究資料庫」等6項調查工作，作為兒童及青少年健康衛生政策擬定的參考依據。

（二）老人健康促進

1. 研究發現老人身體質量指數（Body Mass Index, BMI）與老人死亡率呈現J型相關，即體重最輕的老人有顯著較高的死亡風險，腰圍與老人死亡率的關係也有類似的結果。研究結果可作為老人健康促進政策擬定或衛生教育的參考。

圖10-1 民國100年衛生科技發展預算



2. 依據高齡友善政策，發展「臨床與社區之整合性老人跌倒防制網模式」，民國100年成立長者防跌共同照護小組，結合社區關懷據點，施行防跌介入並與醫院對院內跌倒者或高危險群，提供防跌共同照護及建立與社區雙向溝通及轉介之管道，研究結果供規劃高齡者跌倒防制模式之參考。

(三) 癌症防治

1. 初步分析發現，肥胖者發生大腸癌、乳癌（更年期婦女）、子宮體癌的相對危險性較高，目前針對大腸癌、乳癌首次治療型態進行分析。研究結果可作為癌症防治衛生教育擬定的參考。
2. 「實施癌症診療品質認證對我國癌症醫療品質之影響」計畫，完成癌症診療品質認證成效評估指標（包括5項結構面指標、10項過程面指標與8項結果面指標，總計23項），發現六大癌症病患存活情形在認證醫院優於非認證醫院。

(四) 針對慢性腎臟病完成三年期之整合型「慢性腎臟病防治研究計畫」四項計畫，成果包括整合國內慢性腎臟病資料庫、建立慢性腎臟病世代研究族群、找到3個慢性腎臟病生物指標、開發國人版估計腎絲球過濾速率（eGFR；estimated Glomerular filtration rate）計算公式、透析選擇臨床照護指引提出實證研究證據、建立整合性照護模式、提出慢性腎臟病論質計酬給付及我國整體器官移植政策短、中期建議，並將相關研究成果納為重要政策，如早期慢性腎臟病之健保給付，及研擬「慢性腎臟病患者照護品質提升計畫（101～105年）」防治政策。

二、藥物食品

- (一) 針對民國100年5月爆發塑化劑污染事件，本署已針對受害申訴者或至塑化劑健康諮詢門診等高暴露族群進行「塑化劑高暴露族群之中長期追蹤研究」。
- (二) 完成中華藥典第七版，共含2,120個品項，且新增414品項，修訂224品項，內容包括藥品規格、鑑別試驗及含量測定方法，以使國內之藥品品質、製藥水準、藥品檢測與鑑別方法符合國際標準。
- (三) 建置「中西藥交互作用資訊網」及「臺灣市售常見易混用誤用藥材資訊網」。

三、護理及健康照護

- 針對我國人口快速老化、照護人力及山地離島偏鄉醫療資源不足問題，導入新的資訊科技，提供新服務。
- (一) 遠距健康照護服務整合與發展計畫：完成三項慢性病遠距健康照護標準作業流程，尋求異業合作開發創新服務營運模式。進行計畫入口網站功能新增，連結89家遠距健康照護服務機構，提供民眾查詢遠距健康照護資源。
 - (二) 失智症流行病學調查及失智症照護研究：本研究採二階段進行，第一階段訪問調查後，將篩檢疑似輕度認知功能障礙及失智症患者轉介至醫院做進一步之確診，民國100年度已完成30%（2,928案）之徵詢，預計於民國102年12月31日完成，以作為未來研訂失智症患者照護政策參考，規劃適切之失智症照護資源，提升我國失智症照護能量。
 - (三) 建置長期照護需求評估與資源配置評估：以「系統整合規劃建置」與「整



體架構」二大主軸進行規劃，在現有系統中新增18項功能，將作為後續長照系統規劃的參考。

(四) 山地鄉醫療照護成效評估及健康差距監測指標建置：以健康風險因子對原住民平均餘命或健康指標增減之貢獻度，形成原住民健康政策優先順序。運用資訊系統（包括HIS 及PACS）資料，建立各山地離島地區民衆健康狀況趨勢與指標，並探討投入該地區醫療資源（含IDS）與健康指標之關聯。建立山地鄉醫療照護成效指標，整合指標使用標準，驗證山地離島地區民衆之健康風險因子間之關聯性。

(五) 山地離島地區醫療資源效益評估調查與運用：進行醫事人力資源評估及動態資料庫建立、居民醫療需求及利用狀況探討及緊急醫療人力調度規劃，以產出因地制宜的評估成果，並完成第一階段山地離島地區（825份）居民健康狀況調查。

四、疫病監測與防治

(一) 針對國內抗生素濫用嚴重，全國微生物抗藥性監測計畫持續提供全國細菌抗藥性不同年度的定量數據，及偵測新興的抗藥性問題，除增加對抗藥菌種演變的瞭解，亦作為推動國內抗生素的謹慎使用和加強感控措施的依據。

(二) 登革熱預防方面，藉由埃及斑蚊及白線斑蚊消長因子及因應對策研究，將主要消長因子配合埃及斑蚊及白線斑蚊之月份密度消長，訂定一個臺灣地區登革熱預防之防治時程表，並納入登革熱防治工作計畫。研究發現除蟲菊精處理之長效門簾，不僅對埃及斑蚊具有驅避作用，亦可降低屋外蚊子飛入屋內吸血頻率50%，且暴露於長效含藥窗門簾3分鐘

之埃及斑蚊將縮短一半壽命，可運用於南部縣市登革熱防治措施。

(三) 成功開發「腸病毒71型抗體IgM檢驗試劑」，除操作簡單、使用方便，不同過去耗時1-2周之檢驗流程，該技術於30分鐘內即可快速取得檢驗結果，協助醫師迅速診斷與治療。目前已技轉國內廠商，未來量產上市後，將有助於我國腸病毒疫情之防治。

(四) 結核病防治整合型計畫-結核病防治研發整合型計畫

- 臺灣結核病防治最大問題是病人不澈底服藥，已有許多文獻與醫學團體積極主張採用複方錠劑 (fixed-dose tablet)，希望藉由簡化的錠劑組合而改善病人之服藥順從性，並確保處方內容之正確性。本署疾病管制局四合一複方製劑 (Four-drug fixed-dose combinations, FDCs) 已申請新藥查驗登記，期能早日上市，以增加服藥順從性，進而增進結核病的治療與控制。另已申請臺灣、美國、中國大陸四合一劑型製程專利。

- 透過對高危險族群進行潛伏結核感染篩檢及治療之評估，建立本土大規模資料，有助於預防高危險族群發病及療程參考。

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

在醫藥衛生產業發展之優勢環境建構及生醫科技研究在新藥、疫苗研發與技轉成果，簡要說明如下：

一、建構醫藥衛生產業發展之優勢環境

(一) 本署於北、中、南設置2個國家級臨床試驗中心及3個專科卓越中心，同時配合生技醫藥、奈米國家型計畫的推動，在本署推動轉譯醫學研究，協助國內開發之新藥、疫苗研發進行臨床試驗，以期推動國內生醫產業，並帶動國內研發能量進入產業化。

(二) 為解決建置生物資料庫所面臨的基本人權問題，於民國94年12月1日至民國99年10月31日推動「建置臺灣生物資料庫先期規劃」計畫，並於民國99年2月3日公告「人體生物資料庫管理條例」，以確保生物資料庫之檢體，資料、訊息的使用，能在參與者授權生物資料庫倫理委員會監督，及主管機關列管下，符合倫理原則，發揮最高的生物研發效益。另為衡平促進以人為對象之科學研發符合尊重自主，善意及正義之倫理原則，並保障研究對象權益，爰制定人體研究法，並自民國100年12月28施行。

二、生醫科技相關新藥、疫苗研發與技轉

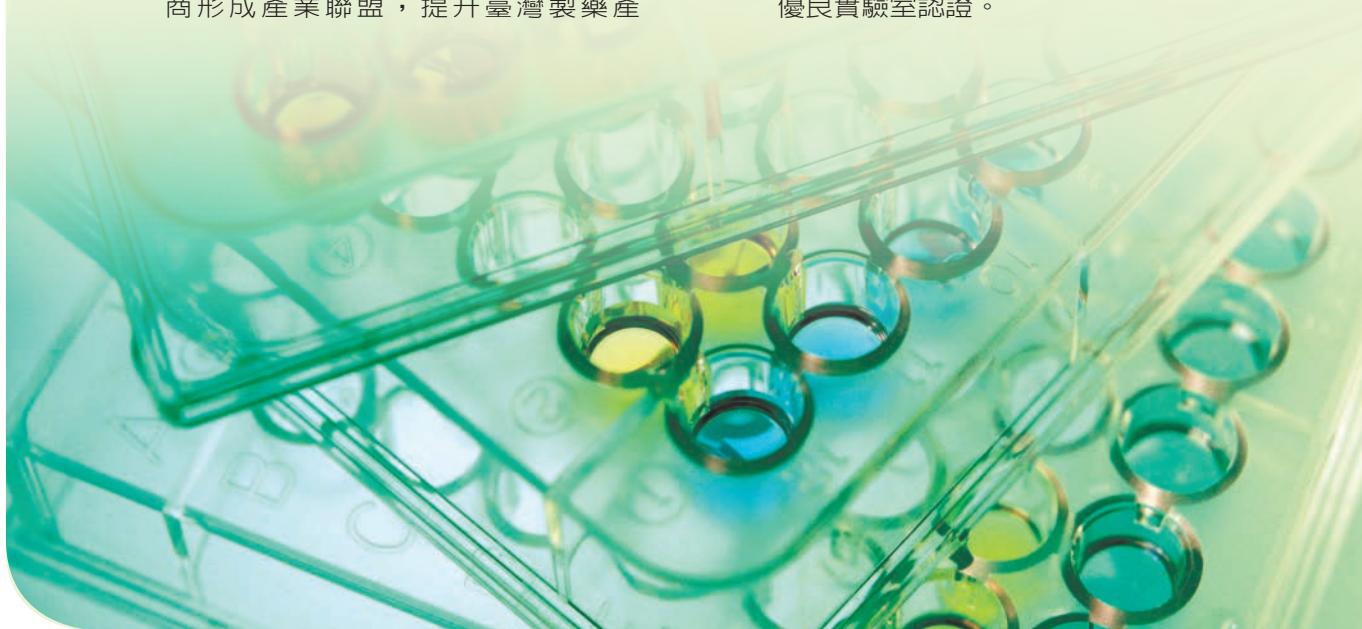
(一) 抗糖尿病藥物DBPR108：與健亞製藥集團進行產學合作，促成國內六家廠商形成產業聯盟，提升臺灣製藥產

業，為臺灣開創一個新的藥廠集體研發模式；此藥物通過美國及本署食品藥物管理局核准執行第一期臨床試驗，預訂於101年上半年在臺灣展開第一期臨床試驗。

(二) 抗癌新藥DBPR104：獲美國及本署食品藥物管理局審查通過，於臺南成大醫院展開第一期的人體臨床試驗，研發技術已技轉杏輝製藥集團子公司杏國生技，為國人第一個自行研發的小分子藥物在臺進行臨床試驗的產研合作成功案例。

(三) 腸病毒71型疫苗研發：於臺北榮民總醫院及臺大醫院經8個月的臨床試驗後，完成全球第一次發展之腸病毒人用小兒疫苗第一期第一階段臨床試驗，確認安全性與抗體反應良好，已開始第二階段臨床試驗；100年9月與國光生技公司簽訂非專屬技術授權合約。

(四) 疫苗H5N1流感疫苗研發：完成流感疫苗量產的開發，以每年生產儲備10萬劑流感緊急疫苗為目標，提升國家整體防疫建設；品質管制部門於100年7月31日取得本署食品藥物管理局GLP優良實驗室認證。



11 衛生醫療資訊

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



衛生醫療資訊

由於網際網路日益普及，資訊科技將大量與多元化運用到醫療行為，以強化醫院管理、提升醫療照護品質及病人服務。本署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，提升醫療資源運用效能。

第一章 衛生醫療行政資訊化

規劃各項衛生資訊服務、應用及管理系統，加強跨機關資訊流通，提升健康照護服務工作效率。

第一節 衛生資訊服務

- 一、醫事管理系統提供衛生署及衛生局進行醫事、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臺及死亡通報資料自動傳遞功能，至民國100年底計有198家急救責任醫院參與加護病床空床資料通報，176家醫院參與死亡資料通報。
- 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。民國100年通報件數分別為自殺防治通報系統2萬6,885件、身心障礙鑑定系統6萬5,666件。
- 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臺、銀行

超商繳費等金流作業介接。

六、為全面e化衛生署公文處理流程，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，民國100年完成1萬6千餘件線上簽核公文，內部發文電子約2萬餘件。

第二節 公共衛生資訊系統整合應用服務平臺

建置服務導向之公共衛生資訊系統平臺及入口網，截至民國100年底完成101項系統單一簽入；建構集中式整合平臺，完成167項次共通性應用服務整合，協助各縣市衛生局建置憑證安控系統，加強資訊安全基礎作業環境。

第三節 全國醫療資訊網服務

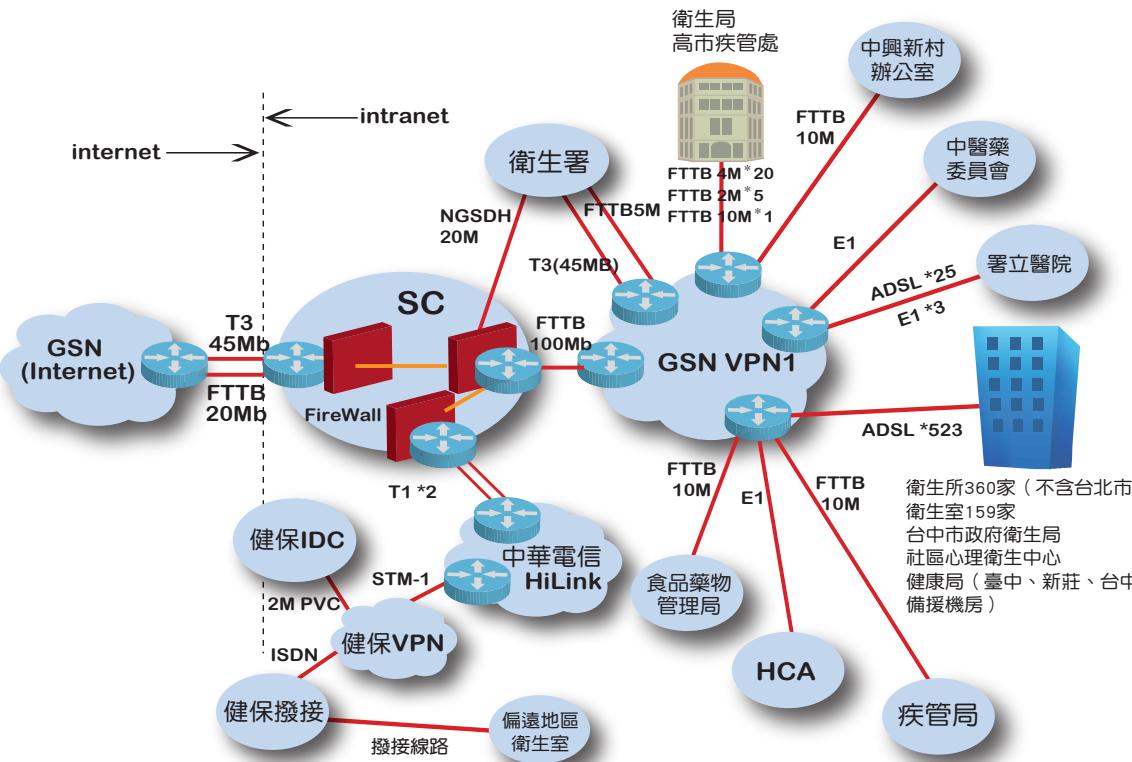
全國醫療資訊網（HIN）為我國衛生醫療資訊交換樞紐（如圖11-1），提供衛生醫療資訊交換與共享功能。其服務中心（SC）負責HIN各項公用類資訊系統作業管理及諮詢服務，協助提升基層衛生機關資訊作業效率及品質。

第四節 資訊安全

為確保本署及全國醫療資訊網之資通安全，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，整合衛生署資訊中心、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；



圖11-1 HIN網路架構圖



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「臺灣e學院」－醫療數位學習平臺

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，依據國內十大死因，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及100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等數位課程。至民國100年12月底，總計提供「一般民衆」、「專業醫事」、「繼續教育」、「衛生局所」四大類，共219門，373小時之數位學習課程。

第六節 建置「臺灣 e 院」－醫療諮詢服務網

一、應用網際網路為民服務，本網站提供民衆，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、本網站由衛生署所屬醫院及臺大、榮總、

長庚等38家醫院約249位主治醫師、9位營養師、31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32個科別，答覆網友諮詢，讓民衆快速獲得正確的健康營養常識及醫藥資訊。至民國100年底，累計Q&A共4萬8,489筆，熱門科別為泌尿科、婦產科及皮膚科。

第二章 醫療照護服務及應用

發展健康資訊技術，促進院際病歷互通整合，減少病患重複檢驗檢查及用藥，提升醫療資源運用效能；加速推動醫療院所醫療作業資訊化、病歷電子化及跨院交換，提升醫療照護品質及病人安全。

第一節 推動電子病歷

為協助醫療院所發展電子病歷及提升實施之意願，衛生署從法規、標準、安全、推廣等面向擬訂推動策略，截至民國100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。
- 三、輔導274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208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100年持續辦理「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，計有56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。截至民國100年底累計製發32萬2,977張醫事憑證IC卡，已應用於電子病歷推廣、衛生資訊通報平臺、公共衛生資訊入口網、區域醫療資訊平臺、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（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臺，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。

累計至民國100年底止，共支援判讀6萬9,946件醫療影像（山地離島衛生所5,904件、衛生署所屬醫院6萬4,042件）。

第四節 醫院安全關懷RFID建置計畫

民國96年至99年於本署臺中醫院先期試辦RFID（radio frequency identify device，



RFID無線射頻身份識別系統）在醫療照護應用，對提升病人用藥安全，住院病人醫療照護作業流程、病人辨識、用藥安全及貴重醫療儀器之管控等，以提升醫療品質。

已完成住院及洗腎照護流程管理、住院病患動向管理、特殊病患門禁管理、病人安全管理、藥包機自動供補、病人衛教數位學習、藥品圖文輔助辨識管理、輸注液管理、貴重儀器管理、開刀房動向管理及開刀房病患辨識管理等11系統之開發並上線。

第五節 推動山地離島衛生所醫療資訊化

山地離島地區因環境特殊，醫療服務資訊化程度相對落後。因此，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100年在新竹縣等15縣48家衛生所308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）與衛生署醫院連線，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、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) 於本署豐原醫院及桃園醫院建立影像判讀中心。
- (三) 至民國101年6月底止HIS系統門診人次統計約40萬9,242人次，估計節省約7億多元的就醫往返交通費用。
- (四) 至民國101年6月底止PACS系統判讀件數約3,269件，估約節省621萬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

為達成「保障個人健康隱私，促進健康資訊共享，減少資源重複投入」的核心價值，達到健康資訊共享的目標，於民國97年12月辦理「健康資料加值應用協作中心規劃建置計畫」專案，建置健康資料加值應用協作中心（以下簡稱該中心），其目標為將健康資料加值以產生具應用價值之集體資訊，供促進公共衛生決策品質、學術研究及醫療保健服務業等產業研發創新之參據，進而增進全民福祉，民國100年1月1日該中心正式對外營運。

第一節 檔案申請使用

一、外釋檔案申請使用

提供不具識別碼及模糊化處理之死因檔、醫院醫療服務量檔、醫療機構現況檔。

二、非外釋檔案申請使用

對涉及個案資料，無法提供外釋使用之檔案，使用者需親往該中心獨立作業區使用資料，其資料及使用之特性如下：

- (一) 個案資料庫皆未置放網路，上網之資料皆屬指標或統計資料。
- (二) 需經嚴格管控且僅能於該中心獨立作業區執行，僅可攜出統計結果。
- (三) 僅依其研究需要提供其必要欄位資料庫於獨立作業區執行作業之用。
- (四) 除該中心提供物件外，不得攜入任何物件。

第二節 健康指標查詢系統

一、參考加拿大衛生資訊研究院之健康指標格式，訂定符合國情之12大類指標，包括：

- 1.人口學指標；2.國民健康狀況指標；3.醫療資源；4.醫療利用；5.非醫療健康決定

因子；6.經濟指標；7.長期照護資源及利用；8.社會保障；9.醫療保健支出；10.醫療財源：醫療財源依單位分、醫療會計帳戶（SHA）表格、其他；11.藥品市場；12.總體品質指標。

二、指標查詢系統

依據查詢內容及方式建置簡易制式指標查詢系統及健康年報查詢系統。

(一) 簡易制式指標查訊系統：

以12大類健康指標為主體，利用樹狀架構呈現相關指標之定義並提供歷年指標資料下載。已完成指標資料上線，提供262項不同的指標內容查詢，包含人口數、性比例、成人識字率、勞動力等。

(二) 健康年報查詢系統：

以建置健康資料加值應用協作平臺年報

時所製作的資料方塊（CUBE）為基礎，配合衛生統計年報（包括：死因統計年報、醫療現況暨服務量年報）挑選適合對一般民眾開放之指標項目，目前製作49種歷年報表。

第三節 提供健康資料地理資訊系統查詢

健康資料地理資訊平臺已建置中英文版頁面，整合死因統計、醫療現況暨服務量、全民健康保險醫療統計、人口統計等四大類指標，並結合空間地理資料，將指標資料配合空間資料在網頁上展繪。除指標資料的呈現外，該平臺亦提供了條件查詢及統計圖表繪製等功能，讓使用者依地域、資料年份、性別、年齡等條件進行查詢（如圖11-2）。

圖11-2 健康資料地理資訊平臺中文版面

行政院衛生署
衛生署
疾病管制局
主計處
中華民國統計資訊網
Directed of Health, Executive Yuan, ROCCHINA

健康資料加值應用協作中心 The Collaboration Center of Health Information Application

地理資訊系統
Geographic Information System

首頁・中文・English

系統說明

地圖及趨勢圖查詢提供台灣地區死因統計、醫療現況暨服務量、全民健保醫療統計及人口統計等項目之地理分布及歷年趨勢圖之互動式查詢。

指標查詢

死因統計

主要死因
癌症死因
新生兒死亡率

嬰兒死亡率
孕產婦死亡率
死亡年齡中位數

死亡年齡平均數
潛在生命年數損失

地圖查詢 趨勢圖查詢

全民健保醫療統計

就醫件數
醫療費用

就醫人數
手術人次

就醫人次
每十萬人就診率

地圖查詢 趨勢圖查詢

醫療現況暨服務量

醫療院所家數
醫療院所執業醫事人員
醫院專科醫師專任人數

醫療院所病床
重要醫療儀器數
醫院服務量統計

地圖查詢 趨勢圖查詢

人口統計

人口數
人口老化指數

粗死亡率
自然增加率

粗出生率

地圖查詢 趨勢圖查詢

附錄

- 110 附錄一 衛生統計指標
- 121 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 123 附錄三 行政院衛生署100年政府出版品
- 129 附錄四 行政院衛生署相關網站



附錄一

衛生統計指標

附表1 人口重要指標

年別	總人口數	人口結構			依賴人口指數	性比例 (每百女子對男子數)	粗出生率 ‰	粗死亡率 ‰	自然增加率 ‰	0歲平均餘命			人口密度 (人/每平方公里)
		未滿 15 歲	15 至 64 歲	65 歲 以上						計	男	女	
		千人	%	%						%	%	%	
84年	21,357	23.77	68.60	7.64	45.78	106	15.50	5.60	9.90	74.53	71.85	77.74	590
85年	21,525	23.15	68.99	7.86	44.94	106	15.18	5.71	9.47	74.95	72.38	78.05	595
86年	21,743	22.60	69.34	8.06	44.22	106	15.07	5.59	9.48	75.54	72.97	78.61	601
87年	21,929	21.96	69.79	8.26	43.30	105	12.43	5.64	6.79	75.76	73.12	78.93	606
88年	22,092	21.43	70.13	8.44	42.60	105	12.89	5.73	7.16	75.90	73.33	78.98	610
89年	22,277	21.11	70.26	8.62	42.32	105	13.76	5.68	8.08	76.46	73.83	79.56	616
90年	22,406	20.81	70.39	8.81	42.07	104	11.65	5.71	5.94	76.75	74.07	79.92	619
91年	22,521	20.42	70.56	9.02	41.72	104	11.02	5.73	5.29	77.19	74.58	80.24	622
92年	22,605	19.83	70.94	9.24	40.97	104	10.06	5.80	4.27	77.35	74.77	80.33	625
93年	22,689	19.34	71.19	9.48	40.48	104	9.56	5.97	3.59	77.48	74.68	80.75	627
94年	22,770	18.70	71.56	9.74	39.74	103	9.06	6.13	2.92	77.42	74.50	80.80	629
95年	22,877	18.12	71.88	10.00	39.12	103	8.96	5.95	3.01	77.90	74.86	81.41	632
96年	22,958	17.56	72.24	10.21	38.43	102	8.92	6.16	2.76	78.38	75.46	81.72	634
97年	23,037	16.95	72.62	10.43	37.70	102	8.64	6.25	2.40	78.57	75.59	81.94	637
98年	23,120	16.34	73.03	10.63	36.93	101	8.29	6.22	2.07	79.01	76.03	82.34	639
99年	23,162	15.65	73.61	10.74	35.85	101	7.21	6.30	0.91	79.18	76.13	82.55	640
100年	23,225	15.08	74.04	10.89	35.07	101	8.48	6.59	1.88	79.15	75.96	82.63	642

說明：經濟成長率以實質GDP（國內生產毛額）衡量

資料來源：內政部統計處



附表2 醫療保健支出重要指標

年別	經濟成長率	平均每人GDP	民間最終消費醫療保健支出			各級政府支出淨額（會計年度）	醫療保健支出占率	行政院衛生署及所屬支出占府總支出（會計年度）	國民醫療保健支出占中央政府總支出（會計年度）	(GDP) 比	消費者物價總指數	醫療保健類指數
				占國內生產毛額	占民間消費							
	%	美元	百萬元	%	%	百萬元	%	%	%	%	95年 = 100	
84 年	6.4	12,918	297,442	4.09	7.15	1,910,066	1.53	0.85	5.25	89.58	76.32	
85 年	5.5	13,428	337,254	4.27	7.36	1,843,786	1.57	0.78	5.36	92.33	77.60	
86 年	5.5	13,810	373,197	4.35	7.51	1,878,764	1.51	0.79	5.35	93.17	79.44	
87 年	3.5	12,598	409,417	4.45	7.65	1,992,593	1.37	0.66	5.43	94.73	80.18	
88 年	6.0	13,585	445,716	4.62	7.87	2,050,004	1.31	1.15	5.60	94.90	82.96	
89 年	5.8	14,704	468,162	4.60	7.82	3,140,936	1.28	0.85	5.53	96.09	86.08	
90 年	-1.7	13,147	490,076	4.94	8.13	2,271,755	1.17	1.07	5.88	96.08	87.23	
91 年	5.3	13,404	525,273	5.05	8.42	2,144,994	1.29	1.10	5.96	95.89	88.36	
92 年	3.7	13,773	552,375	5.16	8.63	2,216,514	1.54	1.14	6.15	95.62	91.29	
93 年	6.2	15,012	594,186	5.23	8.73	2,245,047	1.48	1.15	6.21	97.17	93.09	
94 年	4.7	16,051	626,961	5.34	8.84	2,291,999	1.22	1.11	6.24	99.41	96.80	
95 年	5.4	16,491	645,441	5.27	8.90	2,214,226	1.39	1.44	6.26	100.00	100.00	
96 年	6.0	17,154	679,179	5.26	9.05	2,290,169	1.42	1.61	6.16	101.80	103.91	
97 年	0.7	17,399	708,184	5.61	9.31	2,343,585	1.47	1.30	6.49	105.39	106.17	
98 年	-1.8	16,359	740,924	5.94	9.78	2,670,898	1.34	1.59	6.93	104.47	106.81	
99 年	10.7	18,588	762,932	5.60	9.65	2,566,804	1.48	1.59	6.55	105.48	107.50	
100 年	4.0	20,122	788,673	5.74	9.62	2,734,760	-	-	-	106.98	109.45	

資料來源：財政部財政統計年報

附表3 醫事人力與醫療設施重要指標

年別	家	醫療機構											
		醫院								診所			
		西醫				中醫				家	西醫	中醫	牙醫
		公立	私立	家	家	公立	私立	家	家				
84 年	16,109	787	688	94	594	99	1	98	15,322	8,683	1,933	4,706	
85 年	16,645	773	684	94	590	89	1	88	15,872	9,009	1,987	4,876	
86 年	17,398	750	667	95	572	83	2	81	16,648	9,347	2,165	5,136	
87 年	17,731	719	647	95	552	72	2	70	17,012	9,473	2,259	5,280	
88 年	17,770	700	634	96	538	66	2	64	17,070	9,378	2,317	5,375	
89 年	18,082	669	617	94	523	52	2	50	17,413	9,402	2,461	5,550	
90 年	18,265	637	593	92	501	44	2	42	17,628	9,425	2,544	5,659	
91 年	18,228	610	574	91	483	36	2	34	17,618	9,287	2,601	5,730	
92 年	18,777	594	558	91	467	36	2	34	18,183	9,565	2,729	5,889	
93 年	19,240	590	556	88	468	34	2	32	18,650	9,819	2,852	5,979	
94 年	19,433	556	531	79	452	25	1	24	18,877	9,948	2,900	6,029	
95 年	19,682	547	523	79	444	24	1	23	19,135	10,066	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	

資料來源：衛生署統計室



附表3 醫事人力與醫療設施重要指標（續）

年別	病床數						平均每萬人口								
	醫院病床數				診所觀察床數		醫院病床數						診所		
	公立	私立					急性一般病床	急性精神病床	慢性一般病床	慢性精神病床	特殊病床	血液透析床			
年別	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	10,949	52.78	30.12	1.22	2.38	5.01	7.16	1.76	5.13		
85年	114,923	104,111	40,125	63,986	10,812	53.39	30.61	1.59	2.18	4.49	7.60	1.90	5.02		
86年	121,483	108,536	41,421	67,115	12,947	55.87	30.46	1.73	2.38	4.71	8.58	2.06	5.95		
87年	124,564	111,941	42,838	69,103	12,623	56.80	30.98	1.80	2.29	5.11	8.76	2.10	5.76		
88年	122,937	110,660	39,440	71,220	12,277	55.65	30.84	2.10	2.28	3.93	8.63	2.32	5.56		
89年	126,476	114,179	40,129	74,050	12,297	56.77	31.03	2.25	2.40	4.38	8.61	2.59	5.52		
90年	127,676	114,640	39,670	74,970	13,036	56.99	30.27	2.27	2.17	4.44	9.24	2.77	5.82		
91年	133,398	119,847	41,904	77,943	13,551	59.24	30.89	2.37	2.17	4.70	10.13	2.93	6.02		
92年	136,331	121,698	42,777	78,921	14,633	60.31	30.77	2.46	2.19	4.89	10.74	3.08	6.47		
93年	143,343	127,667	43,865	83,802	15,676	63.18	31.87	2.59	1.91	5.13	11.55	3.19	6.91		
94年	146,382	129,548	44,273	85,275	16,834	64.29	31.80	2.64	1.95	5.51	11.75	3.26	7.39		
95年	148,962	131,152	44,076	87,076	17,810	65.12	31.88	2.65	1.83	5.71	11.87	3.39	7.79		
96年	150,628	131,776	44,873	86,903	18,852	65.61	31.94	2.77	1.75	5.78	11.52	3.48	8.21		
97年	152,901	133,020	45,450	87,570	19,881	66.37	31.87	2.86	1.71	5.93	11.69	3.53	8.63		
98年	156,740	134,716	45,913	88,803	22,024	67.79	32.06	2.92	1.68	5.95	15.50	3.57	9.53		
99年	158,922	135,401	45,981	89,420	23,521	68.61	32.01	2.99	1.63	6.03	15.64	3.65	10.15		
100年	160,472	135,431	45,603	89,828	25,041	69.09	31.90	3.05	1.74	5.92	15.55	3.72	10.78		

資料來源：衛生署統計室

附表3 醫事人力與醫療設施重要指標（續）

年別	執業醫事人員數												
	西醫師	中醫師	每一 （含西、 中醫師） 服務人數	牙醫師	每一 牙醫師 服務人數	藥事人員	每一 藥事人員 服務人數	護產人員	每一 護產人員 服務人數	醫事檢驗師 (生)	醫事放射師 (士)	營養師	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
84 年	118,242	24,465	3,030	777	7,026	3,040	19,224	1,111	57,585	371	4,722	1,793	298
85 年	123,829	24,790	2,992	775	7,254	2,967	19,667	1,094	62,268	346	5,034	1,453	293
86 年	137,829	25,730	3,299	749	7,573	2,871	21,246	1,023	70,447	309	5,389	2,266	515
87 年	144,070	27,168	3,461	716	7,900	2,776	22,761	963	71,919	305	5,583	2,485	575
88 年	152,385	28,216	3,546	696	8,240	2,681	23,937	923	76,252	290	6,015	2,500	656
89 年	159,212	29,585	3,733	669	8,597	2,591	24,404	913	79,734	279	6,230	2,761	743
90 年	165,855	30,562	3,979	649	8,944	2,505	24,891	900	83,281	269	6,542	3,152	778
91 年	175,444	31,532	4,101	632	9,206	2,446	25,355	888	90,058	250	6,725	3,410	845
92 年	183,103	32,390	4,266	617	9,551	2,367	25,033	903	95,747	236	7,055	3,557	895
93 年	192,611	33,360	4,588	598	9,868	2,299	26,079	870	101,924	223	7,122	3,704	978
94 年	199,734	34,093	4,610	588	10,141	2,245	26,750	850	105,183	216	7,323	3,880	1,056
95 年	206,959	34,899	4,743	577	10,412	2,197	27,412	835	109,521	209	7,457	4,052	1,137
96 年	214,748	35,849	4,862	567	10,740	2,138	28,040	819	114,179	201	7,642	4,211	1,239
97 年	223,623	37,142	5,112	545	11,093	2,077	28,741	802	119,093	193	7,869	4,443	1,379
98 年	233,553	37,880	5,290	536	11,351	2,037	29,587	781	125,081	184	8,203	4,651	1,563
99 年	241,156	38,887	5,354	524	11,656	1,987	30,001	772	129,163	179	8,377	4,913	1,687
100年	250,258	40,002	5,570	510	11,992	1,937	31,300	742	133,470	174	8,579	5,113	1,824

資料來源：衛生署統計室



附表4 藥政重要指標

年別	藥商家數			藥物販賣業			藥物製造業		
		藥局	藥師	藥劑生	西藥販賣業	中藥販賣業	醫療器材販賣業	西藥製造業	中藥製造業
			親自主持	親自主持	家	家	家	家	家
84 年	34,846	4,862	2,386	2,476	9,074	9,631	10,609	253	249
85 年	37,176	6,438	3,243	3,195	7,563	9,585	12,948	242	238
86 年	38,583	6,707	3,443	3,264	7,020	9,123	15,098	243	218
87 年	39,027	6,434	3,436	2,998	6,466	9,217	16,262	243	217
88 年	40,322	6,349	3,422	2,927	6,457	9,229	17,627	244	208
89 年	43,641	6,397	3,491	2,906	6,359	11,161	19,016	243	207
90 年	47,130	6,440	3,600	2,840	6,524	12,864	20,560	257	202
91 年	49,752	6,990	3,983	3,007	6,526	13,202	22,268	244	200
92 年	51,447	7,155	4,193	2,962	6,751	12,799	23,950	243	171
93 年	52,685	7,435	4,465	2,970	6,759	12,712	24,924	244	171
94 年	55,802	7,673	4,691	2,982	6,875	12,682	27,641	241	150
95 年	57,976	7,397	4,598	2,799	6,941	12,577	30,062	238	129
96 年	59,061	7,381	4,663	2,718	6,848	12,505	31,280	244	121
97 年	58,834	7,215	4,628	2,587	6,630	12,234	31,650	245	111
98 年	58,524	7,450	4,902	2,548	5,370	11,481	32,963	280	134
99 年	60,222	7,558	5,049	2,509	5,388	11,308	34,593	292	130
100年	63,274	7,699	5,246	2,453	5,352	11,286	37,452	293	126
									1,066

說明：100年藥局家數含兼營中藥調劑零售3,071家

資料來源：衛生署統計室

附表5 食品衛生重要指標

年別	食品 衛生 檢驗 工作	不合 格率	食品衛 生稽查	不合格								食品 中毒 事件	患者		死者	
				指導或 限期改善		罰款 處理		停業 處理		移送 法院						
				件	%	家	家	%	家	%	家	%	件	人	人	
84 年	40,410	10.51	237,189	20,390	8.60	1,316	0.55	6	0.00	-	-	123	4,950	-		
85 年	38,475	10.11	210,942	22,229	10.54	2,903	1.38	95	0.05	-	-	178	4,043	-		
86 年	38,606	10.49	197,042	16,582	8.42	1,051	0.53	29	0.01	-	-	234	7,235	1		
87 年	38,141	8.72	179,485	16,821	9.37	1,035	0.58	34	0.02	-	-	180	3,951	-		
88 年	37,773	8.09	181,818	19,020	10.46	37	0.02	10	0.01	-	-	150	3,112	1		
89 年	67,020	4.42	181,865	20,363	11.20	152	0.08	8	0.00	-	-	208	3,759	3		
90 年	34,907	8.56	166,195	20,069	12.08	104	0.06	59	0.04	-	-	178	2,955	2		
91 年	33,971	8.57	158,583	15,978	10.08	69	0.04	9	0.01	-	-	262	5,566	1		
92 年	36,220	10.06	177,102	15,525	8.77	104	0.06	8	0.00	-	-	251	5,283	-		
93 年	37,158	6.89	150,698	13,426	8.91	118	0.08	10	0.01	-	-	274	3,992	2		
94 年	39,395	6.36	182,575	15,218	8.34	51	0.03	5	0.00	-	-	247	3,530	1		
95 年	39,539	…	165,208	24,376	14.75	108	0.07	19	0.01	6	0.00	265	4,401	-		
96 年	38,729	…	156,794	27,769	17.71	94	0.06	11	0.01	4	0.00	240	3,223	-		
97 年	43,545	6.04	143,779	34,177	23.77	65	0.05	81	0.06	6	0.00	269	2,921	-		
98 年	38,770	6.84	150,675	32,463	21.55	92	0.06	18	0.01	6	0.00	361	4,644	-		
99 年	38,044	6.55	136,456	28,967	21.23	131	0.10	5	0.00	3	0.00	503	6,880	1		
100年	42,372	5.16	117,278	34,921	29.78	6	0.01	82	0.07	-	-	426	5,819	1		

資料來源：衛生署統計室





附表6 全民健康保險重要就醫指標

年別	社會保險人數		平均每人門診人次	每百納保人口住院人次	平均每次門診費用	平均每次住院費用	平均住院日數
	總人口數 占臺灣地區	全民健保	全民健保	全民健保	全民健保	全民健保	全民健保
		千人	%	人次	人次	點	點
*84 年	19,123	89.54	10.56	6.14	530	31,017	9.41
85 年	20,041	93.11	13.61	11.72	549	31,935	9.03
86 年	20,492	94.25	14.31	11.61	557	32,760	8.75
87 年	20,757	94.66	15.00	11.83	588	34,851	8.78
88 年	21,090	95.46	15.28	12.28	614	36,098	8.68
89 年	21,401	96.07	14.72	12.57	631	36,478	8.73
90 年	21,654	96.64	14.50	13.00	659	37,169	8.83
91 年	21,869	97.11	14.52	13.47	707	39,160	9.05
92 年	21,984	97.26	14.32	12.44	746	43,343	9.64
93 年	22,134	97.55	15.50	13.60	776	46,914	9.70
94 年	22,315	98.00	15.47	13.35	792	49,212	9.86
95 年	22,484	98.29	14.68	12.95	840	50,216	9.92
96 年	22,803	99.32	14.81	13.02	857	50,809	10.02
97 年	22,918	99.48	14.88	13.30	899	51,475	10.24
98 年	23,026	99.59	15.50	13.66	914	51,420	10.19
99 年	23,074	99.62	15.63	13.90	932	51,267	10.25
100年	23,199	99.89	16.17	14.13	950	51,809	10.18

說 明：1. *84年只含3-12月資料，其中“每百納保人口住院人次”及“平均每次住院費用”為7-12月資料
2. 資料來源：中央健康保險局

附表7 死因統計重要指標

年別	所有死亡原因		惡性腫瘤			心臟疾病			腦血管疾病			糖尿病			肺炎		
	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率
84 年	117,954	554.6	1	25,841	121.5	4	11,256	52.9	2	14,132	66.4	5	7,225	34.0	8	3,070	14.4
85 年	120,605	562.5	1	27,961	130.4	4	11,273	52.6	2	13,944	65.0	5	7,525	35.1	8	3,200	14.9
86 年	119,385	551.8	1	29,011	134.1	4	10,754	49.7	2	12,885	59.6	5	7,500	34.7	7	3,619	16.7
87 年	121,946	558.5	1	29,260	134.0	3	11,030	50.5	2	12,705	58.2	5	7,532	34.5	7	4,447	20.4
88 年	124,991	567.9	1	29,784	135.3	4	11,299	51.3	3	12,631	57.4	5	9,023	41.0	7	4,006	18.2
89 年	124,481	561.1	1	31,554	142.2	3	10,552	47.6	2	13,332	60.1	5	9,450	42.6	8	3,302	14.9
90 年	126,667	567.0	1	32,993	147.7	3	11,003	49.2	2	13,141	58.8	5	9,113	40.8	8	3,746	16.8
91 年	126,936	565.1	1	34,342	152.9	3	11,441	50.9	2	12,009	53.5	4	8,818	39.3	7	4,530	20.2
92 年	129,878	575.6	1	35,201	156.0	3	11,785	52.2	2	12,404	55.0	4	10,013	44.4	7	5,099	22.6
93 年	133,677	590.3	1	36,357	160.5	2	12,861	56.8	3	12,339	54.5	4	9,191	40.6	6	5,536	24.4
94 年	138,957	611.3	1	37,222	163.8	3	12,970	57.1	2	13,139	57.8	4	10,501	46.2	6	5,687	25.0
95 年	135,071	591.8	1	37,998	166.5	3	12,283	53.8	2	12,596	55.2	4	9,690	42.5	6	5,396	23.6
96 年	139,376	608.2	1	40,306	175.9	2	13,003	56.7	3	12,875	56.2	4	10,231	44.6	6	5,895	25.7
97 年	142,283	618.7	1	38,913	169.2	2	15,726	68.4	3	10,663	46.4	5	8,036	34.9	4	8,661	37.7
98 年	142,240	616.3	1	39,918	173.0	2	15,094	65.4	3	10,383	45.0	5	8,230	35.7	4	8,358	36.2
99 年	144,709	625.3	1	41,046	177.4	2	15,675	67.7	3	10,134	43.8	5	8,211	35.5	4	8,909	38.5
100年	152,030	655.5	1	42,559	183.5	2	16,513	71.2	3	10,823	46.7	4	9,081	39.2	5	9,047	39.0

說 明：1. 自民國97年開始以ICD-10 診碼

2. 慢性下呼吸道疾病係ICD-10 才有之死因順位選項。

資料來源：衛生署統計室





附表7 死因統計重要指標（續）

	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、腎臟候症及腎性病變		
	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率
84年	3	12,983	61.0	…	4,017	18.9	6	4,456	21.0	9	2,616	12.3	7	3,519	16.5
85年	3	12,422	57.9	…	4,310	20.1	6	4,610	21.5	9	2,656	12.4	7	3,547	16.5
86年	3	11,297	52.2	…	4,457	20.6	6	4,767	22.0	9	2,611	12.1	8	3,504	16.2
87年	4	10,973	50.3	…	4,961	22.7	6	4,940	22.6	9	2,273	10.4	8	3,435	15.7
88年	2	12,960	58.9	…	5,046	22.9	6	5,180	23.5	10	1,856	8.4	8	3,474	15.8
89年	4	10,515	47.4	…	4,717	21.3	6	5,174	23.3	11	1,602	7.2	7	3,872	17.5
90年	4	9,513	42.6	…	5,159	23.1	6	5,239	23.5	10	1,766	7.9	7	4,056	18.2
91年	5	8,489	37.8	…	5,226	23.3	6	4,795	21.3	10	1,947	8.7	8	4,168	18.6
92年	5	8,191	36.3	…	5,192	23.0	6	5,185	23.0	10	1,844	8.2	8	4,306	19.1
93年	5	8,453	37.3	…	5,292	23.4	7	5,351	23.6	10	1,806	8.0	8	4,680	20.7
94年	5	8,365	36.8	…	5,484	24.1	7	5,621	24.7	10	1,891	8.3	8	4,822	21.2
95年	5	8,011	35.1	…	4,969	21.8	7	5,049	22.1	10	1,816	8.0	8	4,712	20.6
96年	5	7,130	31.1	…	4,914	21.4	7	5,160	22.5	10	1,977	8.6	8	5,099	22.2
97年	6	7,077	30.8	7	5,374	23.4	8	4,917	21.4	12	3,507	15.2	10	4,012	17.4
98年	6	7,358	31.9	7	4,955	21.5	8	4,918	21.3	11	3,721	16.1	10	3,999	17.3
99年	6	6,669	28.8	7	5,197	22.5	8	4,912	21.2	9	4,174	18.0	10	4,105	17.7
100年	6	6,726	29.0	7	5,984	25.8	8	5,153	22.2	9	4,631	20.0	10	4,368	18.8

說 明：1. 自民國97年開始以ICD-10 註碼

2. 慢性下呼吸道疾病係ICD-10 才有之死因順位選項。

資料來源：衛生署統計室

附表8 重要指標之國際比較

年別	0歲平均餘命												粗出生率					
	臺灣		日本		美國		德國		英國		南韓		臺灣	日本	美國	德國	英國	南韓
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女						
	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	%	%	%	%	%	%
84年	71.9	77.7	76.4	82.9	72.5	78.9	73.3	79.7	74.0	79.2	69.6	77.4	15.5	9.6	14.8	9.4	12.6	16.0
85年	72.4	78.0	77.0	83.6	73.1	79.1	73.6	79.9	74.3	79.5	70.1	77.8	15.2	9.7	14.7	9.7	12.6	15.3
86年	73.0	78.6	77.2	83.8	73.6	79.4	74.0	80.3	74.6	79.6	70.6	78.1	15.1	9.5	14.5	9.9	12.5	14.8
87年	73.1	78.9	77.2	84.0	73.8	79.5	74.5	80.6	74.8	79.8	71.1	78.5	12.4	9.6	14.6	9.7	12.3	13.8
88年	73.3	79.0	77.1	84.0	73.9	79.4	74.7	80.7	75.0	79.8	71.7	79.2	12.9	9.4	14.5	9.4	11.9	13.2
89年	73.8	79.6	77.7	84.6	74.1	79.5	75.0	81.0	75.5	80.2	72.3	79.6	13.8	9.5	14.4	9.3	11.5	13.4
90年	74.1	79.9	78.9	84.9	74.4	79.8	75.6	81.3	75.7	80.4	72.8	80.0	11.7	9.3	14.1	8.9	11.3	11.6
91年	74.6	80.2	78.3	85.2	74.5	79.9	75.7	81.3	76.0	80.6	73.4	80.5	11.0	9.2	14.2	9.0	11.3	10.3
92年	74.8	80.3	78.4	85.3	74.4	80.1	75.8	81.3	76.2	80.5	73.9	80.8	10.1	8.9	14.1	8.6	11.7	10.2
93年	74.7	80.8	78.6	85.6	75.0	80.0	76.5	81.9	76.8	81.0	74.5	81.4	9.6	8.8	14.0	8.5	12.0	9.8
94年	74.5	80.8	78.6	85.5	74.9	80.7	76.7	82.0	77.1	81.2	75.1	81.9	9.1	8.4	13.9	8.4	12.0	9.0
95年	74.9	81.4	79.0	85.8	75.0	80.8	77.2	82.4	77.3	81.7	75.7	82.4	9.0	8.7	14.2	8.2	12.4	9.2
96年	75.5	81.7	79.2	86.0	76.0	81.0	77.4	82.7	77.0	82.0	76.1	82.7	8.9	8.7	14.3	8.3	12.8	10.0
97年	75.6	81.9	79.0	86.0	75.5	80.5	77.0	83.0	78.0	82.0	76.0	83.0	8.6	8.7	14.3	8.3	12.9	9.4
98年	75.9	82.5	80.0	86.0	75.7	80.6	78.0	83.0	78.0	82.0	77.0	83.0	8.3	8.5	13.5	8.1	13.0	9.0
99年	76.1	82.6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7.2	8.5	...	...	...	...
100年	76.0	82.7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.5	...	...	...	...	...

資料來源：WHO 及OECD網站。



附錄二

法定傳染病確定病例統計

附表1 民國100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	0	0	0
	炭疽病	0	0	0
	H5N1流感	0	0	0
	白喉	0	0	0
第二類	傷寒	49	42	7
	登革熱	1,702	1,545	157
	登革出血熱 / 登革休克症候群	22	20	2
	流行性腦脊髓膜炎	5	5	0
	副傷寒	6	1	5
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺	45	45	0
	桿菌性痢疾	203	64	139
	阿米巴性痢疾	256	121	135
	瘧疾	17	0	17
	麻疹	33	29	4
	急性病毒性A型肝炎	104	84	20
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	0	0	0
第三類	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	3	2	1
	德國麻疹	60	27	33
	屈公病	1	0	1
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	百日咳	77	77	0
	※破傷風	10	-	-
	日本腦炎	22	22	0
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	163	149	14
	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	12	6	6
	急性病毒性肝炎未定型	10	9	1
	※流行性腮腺炎	1,171	-	-
	退伍軍人病	97	91	6
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	9	9	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	58	58	0

附表1 民國100年急性法定傳染病確定病例數統計表（續）

類別	疾病	合計	本土病例	境外移入
第四類	庖疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	55	55	0
	類鼻疽	45	44	1
	肉毒桿菌中毒	6	6	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	839	838	1
	Q熱	35	33	2
	地方性斑疹傷寒	26	25	1
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	1	0	1
	恙蟲病	322	320	2
第五類	※水痘	9,868	-	-
	貓抓病	47	46	1
	弓形蟲感染症	5	5	0
	流感併發症	1,481	1,476	5
	NDM-1 腸道菌感染症	0	0	0
	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
第六類	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒出血熱	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0

備註：

- 資料下載時間：民國101年2月15日。由於疾病管制局各類法定傳染病年度統計資料結算日為每年4月30日，因此有關民國100年之統計數據，待資料結算整理後會有微幅變動。
- 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。
- ※破傷風、流行性腮腺炎及水痘為報告病例（無經採檢體檢驗確認之病例），未對病例進行流行病學分析，無法判定為本土個案或境外移入。

附表2 民國100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	154
	痰塗片陽性結核病	4,559
	其他結核病	8,075
	梅毒	6,372
第三類	淋病	1,978
	人類免疫缺乏病毒感染(HIV Infection)	1,967
	後天免疫缺乏症候群(AIDS)	1,075
	漢生病	5
第四類	庫賈氏病	0

備註：

- 資料下載時間：民國101年5月1日。
- 除多重抗藥性結核病以衛生署疾病管制局登記日為分析基準；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

行政院衛生署100年政府出版品

附表1 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	食品添加物規格檢驗方法彙編【第一版】	行政院衛生署食品藥物管理局	1010000096	100 / 1
2	認識流感疫苗	行政院衛生署疾病管制局	1010000109	100 / 4
3	登革熱病媒蚊孳生源圖譜	行政院衛生署疾病管制局	1010000205	100 / 1
4	健康職場行業別操作手冊	行政院衛生署國民健康局	1010000229	100 / 1
5	行政院衛生署中南區區域聯盟員工公文製作與Q&A手冊	行政院衛生署臺中醫院	1010000376	100 / 4
6	結核病診治指引	行政院衛生署疾病管制局	1010000498	100 / 3
7	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯（二十）傳統醫學與現代醫學對話的精華與共識－德菲法分析研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000928	100 / 4
8	中藥材炮製規範之典籍文獻研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000931	100 / 6
9	中風中醫典籍彙編（上、下冊）	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000932	100 / 6
10	消化性潰瘍之中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000933	100 / 6
11	美容之中醫藥典籍文獻分析研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000934	100 / 6
12	礙容疾病類中醫典籍研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1010000935	100 / 6
13	第十次家庭與生育力調查報告	行政院衛生署國民健康局	1010001057	100 / 5
14	100年反毒報告書	行政院衛生署食品藥物管理局	1010001108	100 / 6
15	婦癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1010001113	100 / 6
16	登革熱防治工作指引	行政院衛生署疾病管制局	1010001161	100 / 5
17	慢性腎臟病（CKD）健康管理手冊	行政院衛生署國民健康局	1010001264	100 / 6
18	2011全國防疫專家會議實錄	行政院衛生署疾病管制局	1010002013	100 / 6
19	100年教學醫院評鑑參考手冊	行政院衛生署臺中醫院	1010002105	100 / 6
20	100年醫院評鑑參考手冊	行政院衛生署臺中醫院	1010002107	100 / 6
21	以病人為中心醫療流程參考手冊	行政院衛生署臺中醫院	1010002108	100 / 6
22	成人預防保健手冊	行政院衛生署國民健康局	1010002304	100 / 7
23	母乳哺育教戰手冊	行政院衛生署國民健康局	1010002305	100 / 9

附表1 圖書類（續）

序號	題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版年月
24	2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告 No. 2 藥物濫用調查	國家衛生研究院	1010002474	100 / 8
25	中醫醫療管理法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1010002493	100 / 9
26	H1N1新型流感大流行工作紀實	行政院衛生署疾病管制局	1010002515	100 / 8
27	防疫檢體採檢手冊	行政院衛生署疾病管制局	1010002518	100 / 8
28	藥物濫用防制指引	行政院衛生署食品藥物管理局	1010002592	100 / 8
29	成人預防保健手冊（原民版）	行政院衛生署國民健康局	1010002645	100 / 8
30	健康好書 悅讀健康推介手冊 2011	行政院衛生署國民健康局	1010002721	100 / 8
31	中華藥典第七版	行政院衛生署食品藥物管理局	1010002749	100 / 10
32	傳染病標準檢驗方法手冊	行政院衛生署疾病管制局	1010002895	100 / 9
33	100年全國衛生保健績優志工暨團隊慈心獎表揚手冊	行政院衛生署	1010002906	100 / 9
34	100個愛的故事	行政院衛生署國民健康局	1010003012	100 / 10
35	糖尿病與我	行政院衛生署國民健康局	1010003119	100 / 9
36	因應流感大流行執行策略計畫	行政院衛生署疾病管制局	1010003205	100 / 8
37	門診戒菸治療醫師訓練計畫教育課程基本教材	行政院衛生署國民健康局	1010003218	100 / 8
38	奇妙的藥用植物	行政院衛生署中醫藥委員會	1010003234	100 / 11
39	全民健康保險民衆權益手冊	行政院衛生署中央健康保險局	1010003322	100 / 10
40	中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1010003327	100 / 11
41	The Illustration of Common Medicine Plants in Taiwan Vol.II	行政院衛生署中醫藥委員會	1010003328	100 / 11
42	我們的足跡：國家衛生研究院感染症研究組 (1997-2011)	國家衛生研究院	1010003351	100 / 10
43	新世紀臺灣嬰幼兒健康圖像	行政院衛生署國民健康局	1010003416	100 / 10
44	婦女更年期保健手冊-迎接人生新旅程	行政院衛生署國民健康局	1010003438	100 / 12
45	骨質疏鬆症臨床治療指引	行政院衛生署國民健康局	1010003596	100 / 12
46	2009年國民健康訪問暨藥物濫用調查結果報告 No. 1 國民健康訪問調查	國家衛生研究院	1010003604	100 / 11



序號	題名	出版機關	政府出版品統一編號GPN	出版年月
47	爸媽管很大—給爸媽上的一堂課	行政院衛生署食品藥物管理局	1010003651	100 / 11
48	生物藥品檢驗基準 (I)	行政院衛生署食品藥物管理局	1010003726	100 / 11
49	國家衛生研究院100年報	行政院衛生署	1010003731	100 / 12
50	National Health Research Institutes Annual Report 2011	國家衛生研究院	1010003733	100 / 12
51	行政院衛生署嘉南療養院人體試驗委員會工作手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1010003839	100 / 11
52	National Health Insurance in Taiwan 2011-2012 Handbook	行政院衛生署中央健康保險局	1010004013	100 / 12
53	臨床研究中心工作手冊 第四版	行政院衛生署嘉南療養院	1010004081	100 / 11
54	行政院衛生署嘉南療養院風險管理工作手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1010004506	100 / 12
55	鼻咽癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1010004537	100 / 12
56	口腔癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1010004539	100 / 12
57	臺灣公衛百年記事	行政院衛生署	1010004598	100 / 12
58	結核病怎麼辦？	行政院衛生署疾病管制局	1010004699	100 / 12
59	高級救護技術員教科書	行政院衛生署	1010004716	100 / 12
60	臺灣常用藥用植物圖鑑 (I)	行政院衛生署中醫藥委員會	1010004725	100 / 12
61	藥藥大冒險	行政院衛生署食品藥物管理局	1010004744	100 / 12
62	油炸油安全管理簡易手冊	行政院衛生署食品藥物管理局	1010004833	100 / 12
63	藥物濫用防制指引	行政院衛生署食品藥物管理局	1010004947	100 / 12
64	2011腎臟健康論壇之共識與建言	國家衛生研究院	1010004995	100 / 12
65	2011-2012全民健康保險民衆權益手冊合輯（中文、英文、泰文、越南文、印尼文）	行政院衛生署中央健康保險局	1010005125	100 / 12
66	全民健康保險民衆權益手冊2011-2012（印尼文版）	行政院衛生署中央健康保險局	1010005126	100 / 12
67	全民健康保險民衆權益手冊2011-2012（泰文版）	行政院衛生署中央健康保險局	1010005127	100 / 12
68	全民健康保險民衆權益手冊2011-2012（越南文版）	行政院衛生署中央健康保險局	1010005128	100 / 12
69	食品塑化劑啓示錄	行政院衛生署	1010005135	100 / 12

附表2 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	行政院衛生署苗栗醫院	2006600019	66 / 05
2	中醫藥年報	行政院衛生署中醫藥委員會	2007100017	71 / 12
3	基醫醫訊	行政院衛生署基隆醫院	2008000073	80 / 05
4	衛生報導季刊	行政院衛生署	2008000143	80 / 05
5	臺灣癌症臨床研究合作組織通訊	國家衛生研究院	2008100075	81 / 10
6	癌症登記報告	行政院衛生署國民健康局	2008200054	82 / 07
7	藥物食品分析	行政院衛生署食品藥物管理局	2008200056	82 / 01
8	屏醫院訊	行政院衛生署屏東醫院	2008400117	84 / 01
9	國家衛生研究院簡訊	國家衛生研究院	2008500061	85 / 04
10	全民健康保險雙月刊	行政院衛生署中央健康保險局	2008500065	85 / 05
11	全民健康保險統計	行政院衛生署中央健康保險局	2008600134	86 / 08
12	全民健康保險簡介	行政院衛生署中央健康保險局	2008600193	86 / 12
13	子宮頸抹片登記報告	行政院衛生署國民健康局	2008700074	87 / 08
14	National Health Insurance in Taiwan Profile	中央健康保險局	2008700186	87 / 12
15	衛生統計動向	行政院衛生署	2008800097	88 / 12
16	管制藥品簡訊	行政院衛生署管制藥品管理局	2008800098	88 / 11
17	臺中醫院院訊	行政院衛生署臺中醫院	2008800152	88 / 10
18	中華民國公共衛生年報	行政院衛生署	2008800168	88 / 12
19	Taiwan Public Health Report	行政院衛生署	2008900475	89 / 08
20	國民醫療保健支出	行政院衛生署	2008900478	89 / 06
21	行政院衛生署玉里醫院	行政院衛生署玉里醫院	2008900970	89 / 05
22	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
23	嘉南院訊	行政院衛生署嘉南療養院	2009004187	90 / 12
24	全民健康保險醫療統計年報	行政院衛生署	2009100699	91 / 05
25	嘉南年刊	行政院衛生署嘉南療養院	2009102636	91 / 12
26	醫療爭議審議報導	全民健康保險爭議審議委員會	2009105992	91 / 11
27	嘉南年刊	行政院衛生署嘉南療養院	2009106006	91 / 12
28	感染控制雜誌	行政院衛生署疾病管制局	2009200952	92 / 02
29	全民健康保險統計動向	行政院衛生署中央健康保險局	2009205641	92 / 02
30	CDC Annual Report	行政院衛生署疾病管制局	2009205701	92 / 12
31	國家衛生研究院年報	國家衛生研究院	2009400670	94 / 04





序號	題名	出版機關	政府出版品統一編號GPN	出版年月
32	藥物食品安全週報	行政院衛生署	2009403531	94 / 09
33	桃醫院刊	行政院衛生署桃園醫院	2009501093	95 / 05
34	出生通報統計年報	行政院衛生署國民健康局	2009502148	95 / 01
35	醫療機構現況及醫院醫療服務量統計年報	行政院衛生署	2009502598	95 / 08
36	死因統計	行政院衛生署	2009502599	95 / 08
37	公務統計	行政院衛生署	2009502827	95 / 12
38	苗醫學術年報	行政院衛生署苗栗醫院	2009503393	95 / 12
39	傳染病統計暨監視年報	行政院衛生署疾病管制局	2009503523	95 / 11
40	2005臺灣地區衛生所統計年報	行政院衛生署國民健康局	2009503684	95 / 12
41	Statistics of communicable diseases and surveillance report	行政院衛生署疾病管制局	2009503743	95 / 11
42	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	2009601376	96 / 01
43	Taiwan Tobacco Control 2009 Annual Report	行政院衛生署國民健康局	2009601377	96 / 01
44	2008-2009 Annual Report : Cherish Life Promote Health	行政院衛生署國民健康局	2009602537	96 / 12
45	國民健康局年報	行政院衛生署國民健康局	2009602807	96 / 10
46	臺灣結核病防治年報	行政院衛生署疾病管制局	2009604162	96 / 12
47	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	行政院衛生署疾病管制局	2009604164	96 / 12
48	Health Statistics in Taiwan,2006	行政院衛生署	2009701620	97 / 08
49	Taiwan Health in the Globe	行政院衛生署	2009701792	97 / 07
50	行政院衛生署中南區區域聯盟臨床專刊	行政院衛生署臺中醫院	2009704409	97 / 12
51	玉醫院訊	行政院衛生署玉里醫院	2009704416	97 / 09
52	Annual Report of Chinese Medicine and Pharmacy (R.O.C.)	行政院衛生署中醫藥委員會	2009802853	98 / 12
53	行政院衛生署中南區區域聯盟研究年刊	行政院衛生署臺中醫院	2009803204	98 / 09
54	食品藥物研究年報	行政院衛生署食品藥物管理局	2009902762	99 / 11
55	行政院衛生署中南區區域聯盟研究電子報	行政院衛生署臺中醫院	2010000817	66 / 05
56	食品中毒發生與防治年報	行政院衛生署食品藥物管理局	2010002894	71 / 12

附表3 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	早餐從業人員衛生操作指引手冊	行政院衛生署食品藥物管理局	3810003444	100 / 11
2	失智症照顧者手冊	行政院衛生署臺中醫院	3810004029	100 / 12
3	無毒家園 健康一百 2011年反毒宣導影片集錦	行政院衛生署食品藥物管理局	3910004476	100 / 12
4	CDC Annual Report	行政院衛生署疾病管制局	4309902536	99 / 07
5	由愛而生	行政院衛生署疾病管制局	4310000773	100 / 4
6	100個愛的故事	行政院衛生署國民健康局	4310003045	100 / 10
7	The 100 Love Stories	行政院衛生署國民健康局	4310003154	100 / 10
8	結核病中醫藥典籍探討	行政院衛生署中醫藥委員會	4310003771	100 / 12
9	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	4709601379	96 / 01
10	National Health Insurance in Taiwan 2011-2012 Handbook	行政院衛生署中央健康保險局	4710004265	100 / 12
11	全民健康保險統計	行政院衛生署中央健康保險局	4909205586	92 / 08
12	藥物食品安全週報	行政院衛生署食品藥物管理局	4909405233	94 / 09
13	行政院衛生署中央健康保險局電子報	行政院衛生署中央健康保險局	4909504725	95 / 01
14	疫情報導	行政院衛生署疾病管制局	4909902426	99 / 01
15	Taiwan Epidemiology Bulletin	行政院衛生署疾病管制局	4909902427	99 / 01
16	中醫基礎理論數位教材	行政院衛生署中醫藥委員會	4910003508	100 / 11
17	臺中醫院院訊	行政院衛生署臺中醫院	2008800152	88 / 10



附錄四

行政院衛生署相關網站

序號	網站名稱	網址
1	行政院衛生署	http://www.doh.gov.tw
2	行政院衛生署疾病管制局	http://www.cdc.gov.tw
3	行政院衛生署國民健康局	http://www.bhp.doh.gov.tw
4	行政院衛生署食品藥物管理局	http://www.fda.gov.tw
5	行政院衛生署中醫藥委員會	http://www.ccmp.gov.tw
6	行政院衛生署醫院管理委員會	http://www.cto.doh.gov.tw
7	行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會	http://www.dmc.doh.gov.tw
8	醫事憑證管理中心	http://hca.nat.gov.tw
9	行政院衛生署中央健康保險局	http://www.nhi.gov.tw
10	健保局聯合門診中心	http://gon.nhi.gov.tw
11	行政院公報資訊網	http://gazette.nat.gov.tw
12	財團法人國家衛生研究院	http://www.nhri.org.tw
13	財團法人藥害救濟基金會	http://www.tdrf.org.tw
14	財團法人醫藥品查驗中心	http://www.cde.org.tw
15	財團法人食品工業發展研究所	http://www.firdi.org.tw
16	衛生署線上申辦服務系統	http://e-service.doh.gov.tw
17	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
18	健康九九衛生教育資源網	http://www.health99.doh.gov.tw/
19	健康電子報	http://www.doh.gov.tw/CHT2006/epaper/epaper_main.aspx
20	臺灣e學院	http://fms.cto.doh.gov.tw
21	自殺防治中心	http://www.tspc.doh.gov.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	藥品交互作用資料庫系統	http://dif.fda.gov.tw
25	全國藥物不良通報系統	http://recall.doh.gov.tw
26	全國化粧品不良通報系統	http://cosmetic-recall.doh.gov.tw
27	中草藥用藥安全資訊網	http://tcam.ccmp.gov.tw
28	國民健康局青少年網站-性福e學院	http://www.young.gov.tw
29	健康123-國民健康指標互動查詢網	http://olap.bhp.doh.gov.tw
30	國民健康局母乳哺育網站	http://www.bhp.doh.gov.tw/breastfeeding/
31	兒童健康管理系統	http://chp.bhp.doh.gov.tw/
32	遺傳疾病諮詢服務網	http://www.bhp-gc.tw
33	流感防治網	http://flu.cdc.gov.tw/mp.asp?mp=150
34	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw/index.jsp
35	反毒資源線上博物館	http://www.antidrug.nat.gov.tw
36	臺灣健康促進學校	http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw
37	醫藥衛生研究資訊網	http://www.hint.org.tw/Welcome.html
38	Taiwan IHA網站	http://www.taiwaniha.org.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 王怡人 · 王敦正 · 林宇旋 · 邱弘毅 · 邱瑜瑩 · 洪碧蘭 · 商東福
陳惠娟 · 陳麗華 · 黃偉宏 · 黃韶南 · 廖崑富 · 蔡素玲 · 蔡闇闇
賴幼玲 · 劉明勳 (按順序筆畫排列)
執行編輯 楊芝青 · 許雅惠 · 林千媛 · 張碩媛
出版機關 行政院衛生署
地 址 台北市塔城街36號
網 址 <http://www.doh.gov.tw>
電 話 02-8590-6666
傳 真 02-8590-6055
出版年月 中華民國101年10月
創刊年月 中華民國88年12月
設計印刷 曰創社文化事業有限公司
電 話 02-7737-8585
定 價 新台幣300元整
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/>





GPN : 2008800168
定價：新臺幣300元整

廣告