



中華民國 **100** 年版

公共衛生年報

全民照護 · 健康一百

行政院衛生署 編印
中華民國100年12月

中華民國 **100** 年版

公共衛生年報

全民照護 · 健康一百



行政院衛生署 編印
中華民國 100 年 12 月



序言

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、醫療救護、全民健保、弱勢照護、生技研發及國際衛生事務等事項，都是攸關全國人民的健康與福祉，任何重大決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」的施政願景，時時刻刻均致力於落實「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作了哪些努力，衛生署每年均出版公共衛生年報。此本民國100年版之公共衛生年報，詳細地記述了民國99至100年上半年國內之衛生概況、施政作為以及具體成果。

面對流感大流行，尤其在民國100年過年前後，流感疫情達高峰，為了控制疫情，我們啟動流感疫苗注射、開放使用克流感，並於各地醫院廣設類流感門診，做病患分流以降低交叉感染機會，最後成功地控制了疫情。

為積極保護消費者健康，民國99年1月1日成立「行政院衛生署食品藥物管理局」，為我國食品、藥物及化粧品安全把關。民國100年5月發生起雲劑遭塑化劑污染事件，讓我們更深刻的體會到食品安全風險管理的重要性，期盼透過這次事件，能重新為國人塑造一個安全乾淨的食品衛生環境，並提升我國食品產業在國際的競爭力。

全民健保是台灣的驕傲，讓民衆就醫無礙，並享有品質優良的醫療照護及便利的就醫環境，在國際上一直享有極高的評價；為讓健保財務穩定，民國99年4月1日將健保費率由4.55%調整為5.17%；另為促使健保永續發展，於民國100年1月26日，總統公布配合推動二代健保而研議之「全民健康保險法」修正案，包括調整保險費計收方式、提升政府財務責任、建立財務收支連動機



制、促進資源合理使用、減少不當醫療及加強資訊之公開等項重大改革，使健保永續經營，讓國人更能受惠。

民國97年「國民營養健康狀況變遷調查」顯示，我國成人過重或肥胖之比率高達44.1%，有鑑於此，本署於民國100年1月24日開始，推動「健康100 台灣動起來」全國健康減重600噸之計畫，號召全民「揪團減油」，透過團結，相互支持，一起學會「聰明吃、健康動，天天量體重」的健康技巧，邁向更健康的人生。

台灣醫療產業產值龐大，價格亦極具國際競爭力，醫療服務水平在亞洲也居於領先地位；本署積極推展台灣醫療服務的國際化，實現「顧客走進來，醫療走出去」的目標，同時擴大台灣醫療產業在國際上的能見度。

我國已經連續三年獲邀以觀察員身分參與世界衛生大會（World Health Assembly, WHA），並且持續擴大參與多項技術性之會議。在友邦與國際友人的努力與支持下，國際社會逐漸瞭解我國加入之必要性，也都公開表示支持我國參與，藉以善盡身為國際社會成員的義務。

隨著人口高齡化及失能人數增加，

為健全我國之長期照護服務網絡，使民衆獲得有品質、普及式服務，本署所研擬之「長期照護服務法」，已於民國100年5月送請立法院審查中，以期建立完善之長期照護體系。除了面對高齡化問題外，我們同時面臨少子女化、人口結構改變等項衝擊，為了因應挑戰，也正著手於衛生與社會福利資源整合，配合政府組織再造計畫，規劃擬成立「衛生福利部」，以便提供全人照護為導向之衛生福利服務。

回顧過去的一年半，衛生署經歷了很多事件，持續受到各界的批評與指教，我們深知必須不斷檢討改善，方能與時俱進，符合社會期待。希望藉由各項業務推動與改革的落實，能為全國衛生醫療開啓一個新的世紀。

行政院衛生署署長

邱文達

謹識

目錄

Contents

序言	2
----	---

第一篇 衛生政策 6

第一章 施政目標與重點	7
第二章 衛生行政組織	8
第三章 衛生預算	10
第四章 施政考評	10

第二篇 衛生指標 11

第一章 人口指標	12
第二章 生命指標	14
第三章 國民醫療保健支出指標	16
第四章 國際比較	17

第三篇 健康促進 20

第一章 健康的出生與成長	21
第二章 健康的生活	23
第三章 健康的場域	24
第四章 健康的老化	26
第五章 健康促進的基礎建設	29

第四篇 疫病防治 31

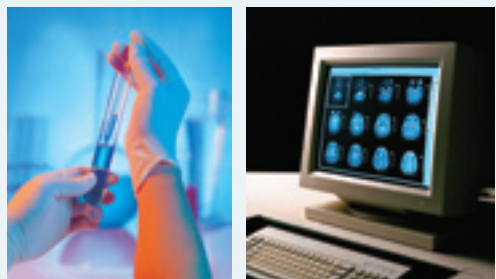
第一章 傳染病防治法規及架構	32
第二章 重要傳染病/新興傳染病防治	34
第三章 防疫整備及感染控制	38
第四章 預防接種	42

第五篇 食品藥物管理 45

第一章 消費者保護	46
第二章 食品安全管理	50
第三章 藥物、化粧品安全管理	54
第四章 藥物、食品、化粧品檢驗	58

第六篇 健康照護 59

第一章 健康照護體系	60
第二章 緊急醫療與災害應變	61
第三章 精神醫療與心理衛生	62
第四章 長期照護服務體系	65
第五章 醫療品質	68
第六章 醫事人力	70



第七篇 全民健康保險 73

第一章	健康保險現況	74
第二章	健康保險制度改革	79

第八篇 弱勢族群照護 82

第一章	身心障礙者之健康照護	83
第二章	山地離島居民及原住民之健康照護	83
第三章	特殊健康需求族群及新住民之健康 照護	84
第四章	經濟弱勢者之健康照護	88

第九篇 國際衛生合作 89

第一章	參與國際衛生組織	90
第二章	國際交流合作	90
第三章	國際衛生援助	93
第四章	醫療服務國際化	94

第十篇 衛生科技研究 95

第一章	優先推動計畫	96
第二章	一般計畫	97
第三章	國家型科技計畫	99

第十一篇 衛生醫療資訊 100

第一章	衛生醫療行政資訊化	101
第二章	醫療照護服務及應用	102
第三章	線上服務	105

附錄 106

附錄一	衛生統計指標	107
附錄二	法定傳染病確定病例統計	119
附錄三	行政院衛生署99-100年6月 政府出版品	121
附錄四	行政院衛生署相關網站	127



1

衛生政策

- 07 第一章 施政目標與重點
- 08 第二章 衛生行政組織
- 10 第三章 衛生預算
- 10 第四章 施政考評



行政院衛生署（以下稱衛生署）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，而在有限的資源及組織下，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。

我國憲法本文的基本國策，以及憲法增修條文第十條，也有保障人民健康的規定，雖然並未規範具體的衛生政策，但衛生署為落實「健康權為人民基本權利」的人權概念，積極利用有限的資源與組織制度，以「促進及保護全民健康與福祉」之使命，提供人民在醫療照護、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全方位健康照護服務，俾達成「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」願景。爰訂定民國99至102年中程施政計畫及99及100年度施政計畫，將透過「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

衛生署依據行政院民國99及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99及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：創造健康的支持性環境，提升社區健康營造知能，推展預防保健工作；建構無菸支持環境；強化癌症防治及醫療品質；建構友善

環境、維護國人健康，加強慢性病等防治，促進活力及健康老化。

二、落實保健防疫整備，免除疾病威脅：落實疫病防治管理，強化各項疫病防治措施；加強本土傳染病防治，辦理結核病十年減半及愛滋減害等傳染病防治計畫；積極推動國家疫苗基金，擴大疫苗接種；架構完整傳染病監視系統，加強跨部會之合作方式。

三、精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益：建置全國急重症照護網絡及整合性社區健康照護網絡，促進資源合理分布，強化醫療照護體系，營造以病人為中心之就醫安全環境；精進醫院評鑑制度，持續改善醫療品質；健全長期照護體系，照護弱勢族群；促進國人心理衛生及自殺防治。

四、加強食品藥物管理，保障民衆健康：強化食品、藥物、化粧品管理及風險評估，健全食品藥物安全與管理，加強跨部會協調合作機制；建構與國際接軌之醫藥品審查體系，推動不法藥物食品聯合稽查；建構中藥用藥安全環境；落實管制藥品管理與輔導，減少藥物濫用。

五、發展醫藥衛生科技：紮根衛生科技及醫衛安全研究，強化社會、經濟及環境因子對於公衆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。

六、提高行政效能：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，增進審查人員專業；進行署立醫院體質功能整合，精簡行政人力及推動資訊化。

七、改善健保財務，減少收支短絀：配合二代健保修法，規劃相關作業執行措施，確保健保永續經營；積極實施各項開源節流措施，以減少財務收支短絀。



八、營造優質學習文化，發展人力資源：運用績效管理及人力資源之管理策略，強化衛生行政人員進修訓練，提升專業面、管理面及國際觀之核心能力；加強醫事人力培訓，提升專業服務知能。

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，衛生行政組織業已簡化為「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；其在各鄉鎮區設有1衛生所，全國共計372個，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，另有健保小組、資訊中心、科技發展組、衛生教育推動委員會、長期照護保險籌備小組、醫院管理委員會等任務編組單位。衛生署的所屬機關則包括：中央健康保險局、疾病管制局、國民健康局、食品藥物管理局、中醫藥委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會、29家署立醫院（含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。

圖1-1 衛生行政組織架構圖

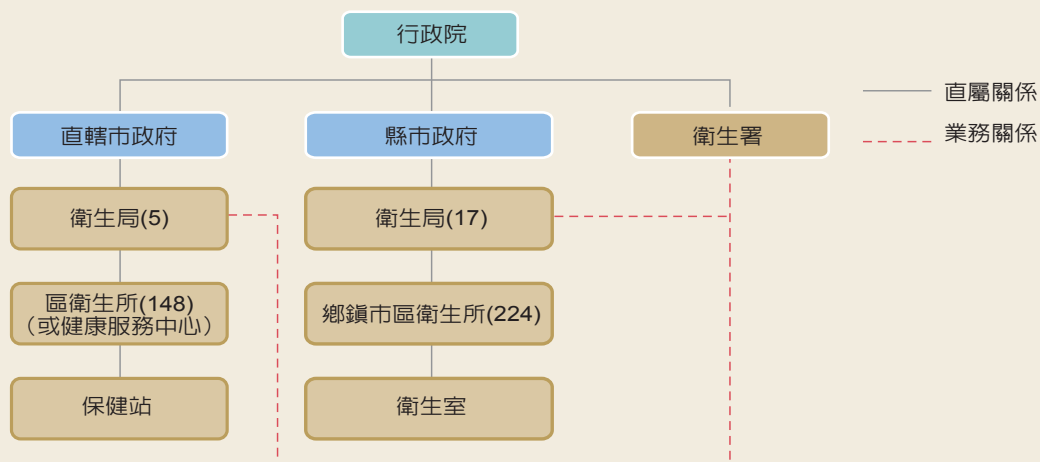
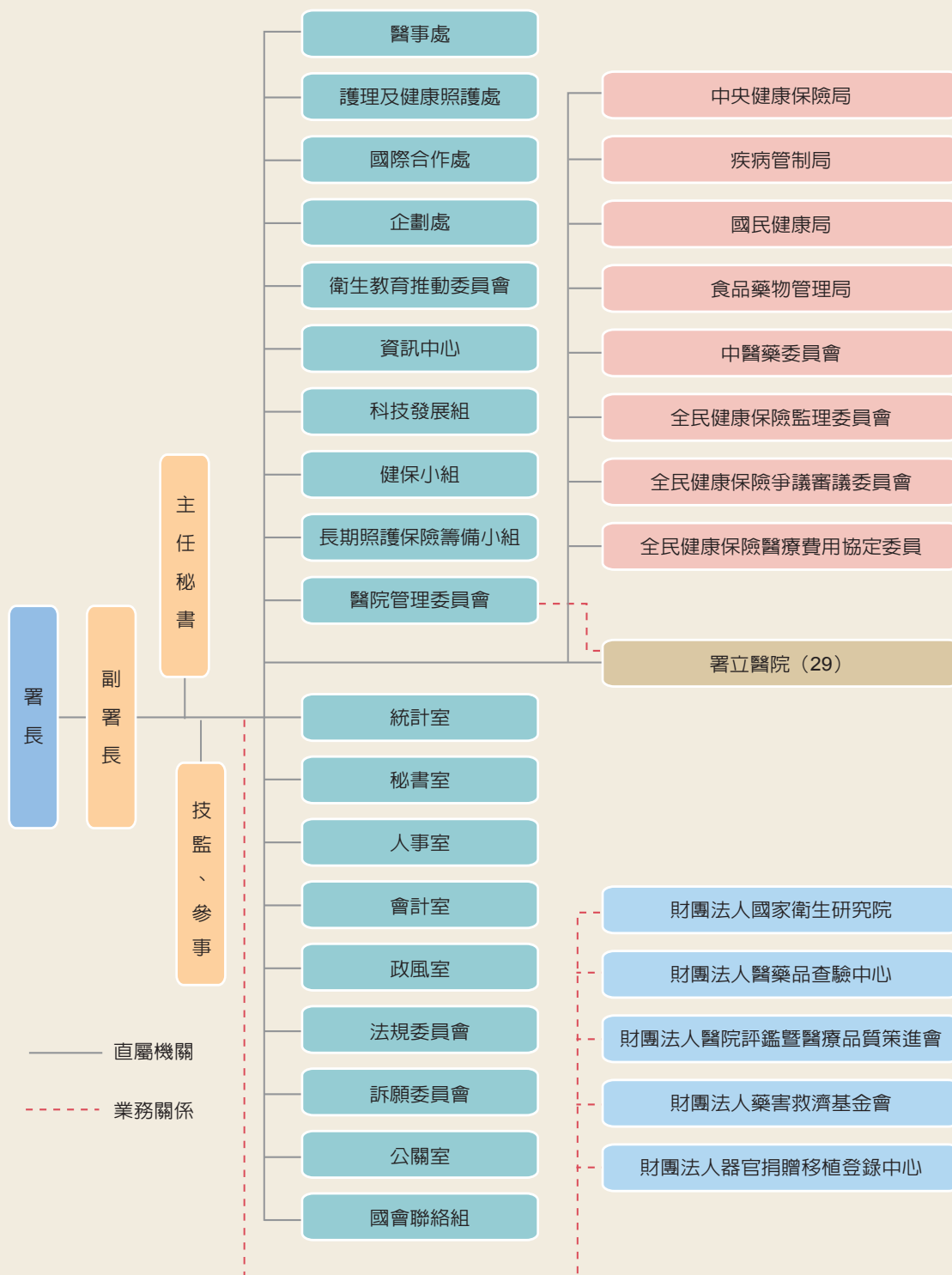


圖1-2 民國100年衛生署組織系統圖





我國現正面臨高齡化、少子女化之衝擊，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 衛生預算

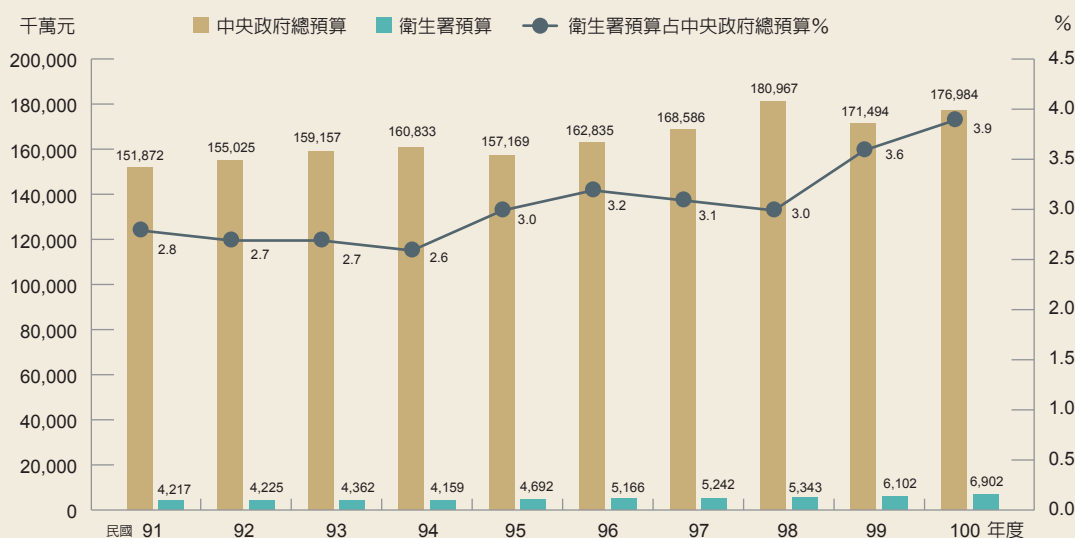
民國100年中央政府總預算為1兆7,698億元，衛生署預算為690億元，約占中央政府總預算的3.9%，如圖1-3。

衛生署以促進及保護全民健康與福祉為使命，秉著一貫的熱忱與關懷，在有限的預算下為許給民衆健康安全的理念努力不懈。民國99年衛生政策滿意度調查，獲得民衆約7成之滿意。

第四章 施政考評

衛生保健之工作，須仰賴中央與地方的通力合作，才能有效貫徹相關政策的執行，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，衛生署因應組織調整，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，由衛生署相關局處負責考評後，再依據考評結果辦理獎勵事宜。

圖1-3 民國91-100年衛生署預算占中央政府總預算分配圖



2

衛生指標

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





由於國民所得水準提高、生活環境與國民營養的改善、醫藥衛生的進步及醫療保健水準的提升，使得國民平均餘命逐年延長。為因應社會環境之變遷、比較全民健康保險實施後我國公共衛生進步的成果，謹就我國衛生統計重要指標如：人口指標、生命指標、國民醫療保健支出指標及國際比較等之變化趨勢作簡要陳述。

第一章 人口指標

民國99年底我國總戶籍登記人口共2,316萬人，其中男性人口1,164萬人，女性人口1,153萬人，人口性比例【男性人口數/女性人口數*100】為101，人口年增率為1.83‰。

民國99年底，我國人口密度每平方公里達640人，按縣市別分，高雄市達9,961人最為稠密、臺北市9,635人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為73人、66人。

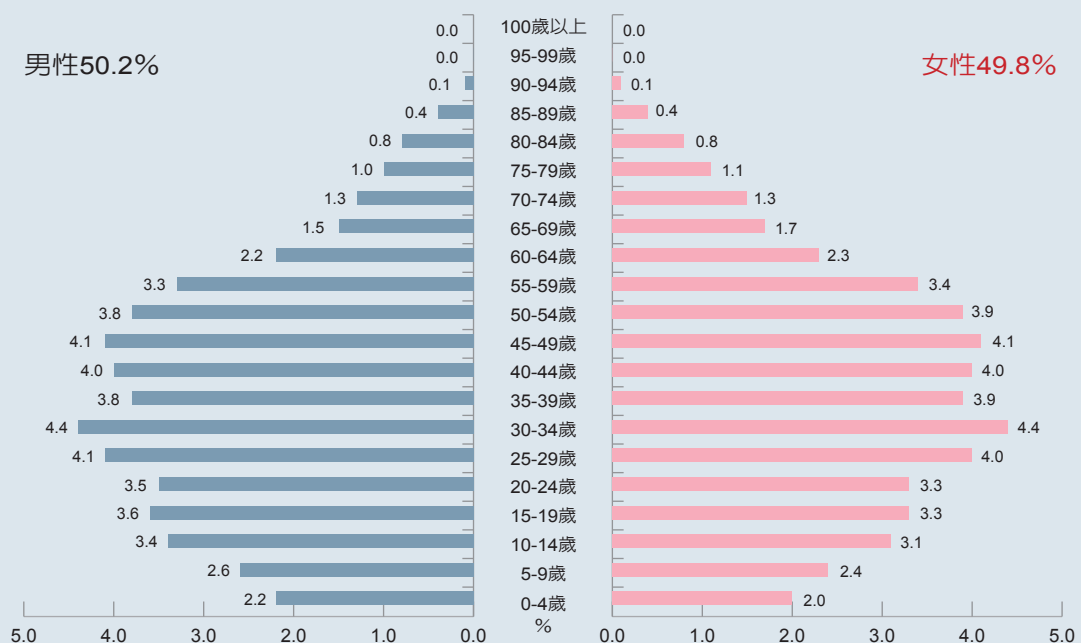
一、人口年齡結構

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99年底人口年齡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89年21.1%降至民國99年15.7%，同期間65歲以上老年人口比率則由8.6%升至10.7%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯（如圖2-2、表2-1）。

依賴指數【（0~14歲人口+65歲以上人口）/15~64歲人口*100】由民國89年42.3%降至99年35.9%，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。

圖2-1 民國99年我國人口年齡結構圖



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89年13.8‰降至民國99年7.2‰，再創歷史新低；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】由民國89年5.7‰微幅上升至民國99年6.3‰。致民國99年人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】下降為0.9‰。（如圖2-3）。

三、平均餘命

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89年之76.5歲逐年提高為至民國99年為79.0歲，10年來增加2.5歲。男性由73.8歲提高為76.2歲，增加2.4歲；女性由79.6歲提高為82.7歲，增加3.1歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，（如圖2-4）。

表2-1 歷年人口結構與扶養比

年底別	總人口	人口結構			扶養比	
		15歲以下	15-64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
	千人	%	%	%	%	%
民國69年	17,805	32.09	63.63	4.28	50.44	6.73
民國79年	20,353	27.07	66.72	6.21	40.57	9.31
民國89年	22,277	21.11	70.26	8.62	30.05	12.27
民國99年	23,162	15.65	73.61	10.74	21.26	14.59

圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖

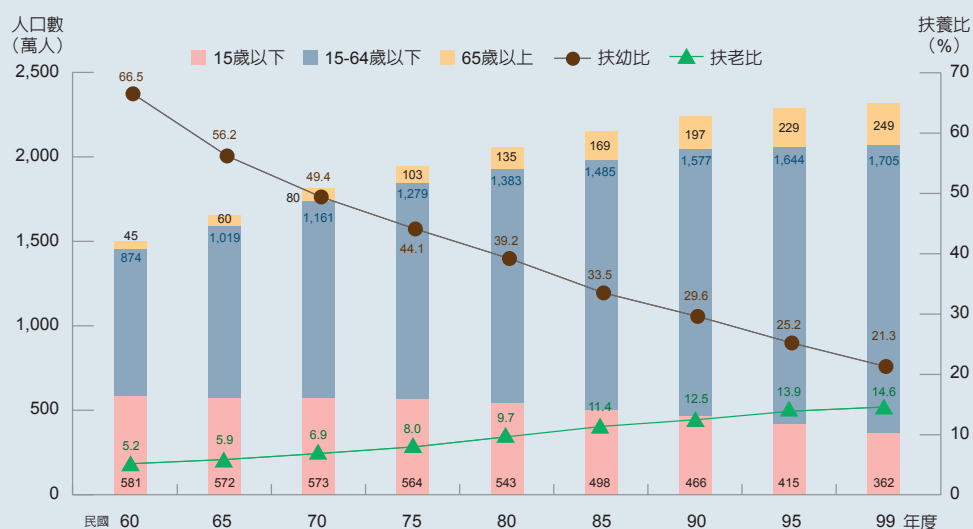




圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率圖

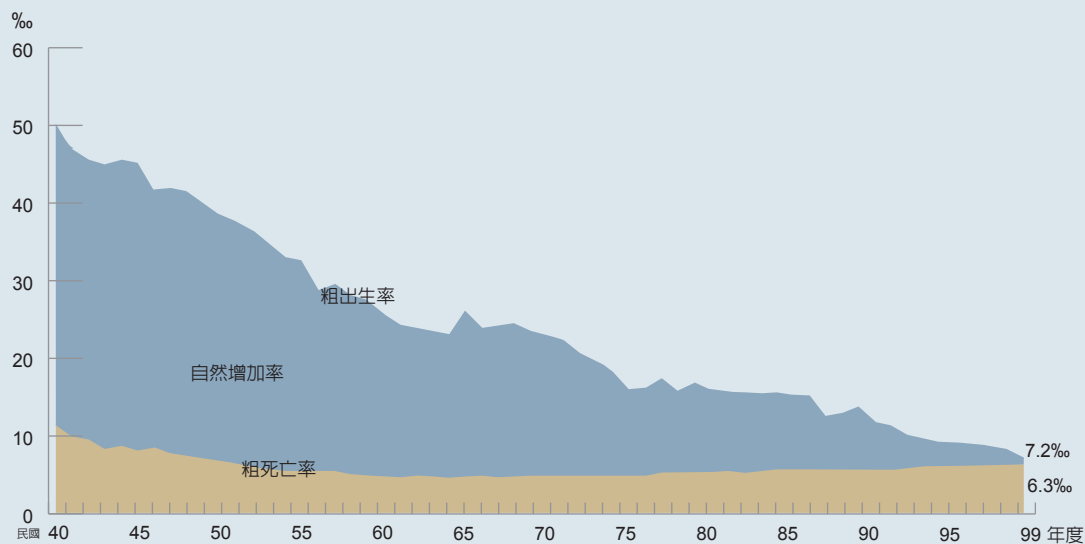
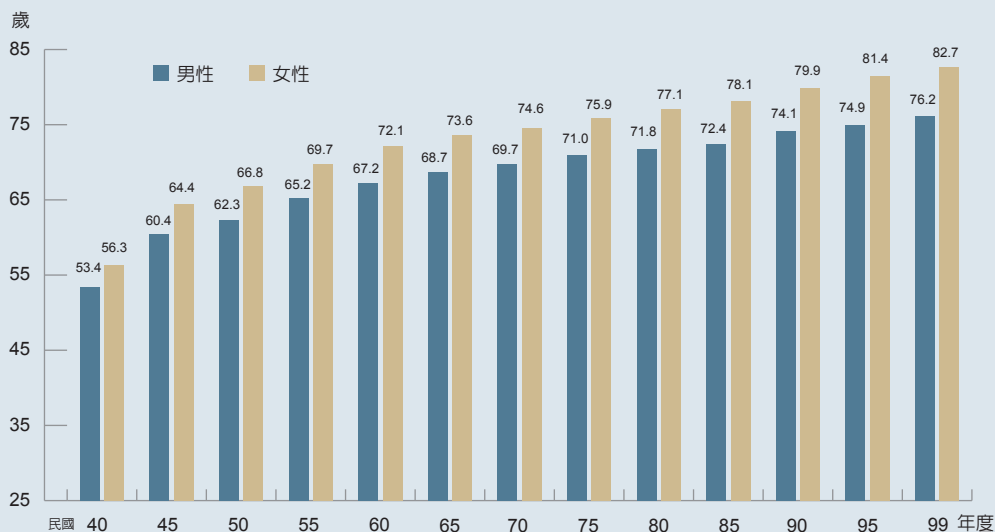


圖2-4 國人0歲平均餘命



第二章 生命指標

一、十大死因

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99年國人死亡人數為14萬4,709人，粗死亡率每10萬人口625.3人，較上年上升1.5%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計

算，民國99年每10萬人口標準化死亡率為455.6人，較上年降2.4%，顯示國人死亡變動深受人口結構老化之影響。

民國99年國人死因係以國際疾病與死因分類第10版（ICD-10）進行統計，十大死因分別為：（1）惡性腫瘤；（2）心臟疾病；（3）腦血管疾病；（4）肺炎；（5）糖尿病；（6）事故傷害；（7）慢性下呼吸道疾病；（8）慢性肝病及肝硬化；（9）高血壓性疾病；（10）腎炎、腎徵候群及腎病變，其內涵與上年比較，自殺為自86年後首度退出十大死因之列，另高血壓性疾病由上年11順位進居本年死因第9順位，餘均與上年同。如圖2-5。

二、十大癌症死因

民國99年國人癌症死亡人數為4萬1,046人，粗死亡率每10萬人口177.4人，較上年增2.5%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，標準化死亡率為131.6人，較上年微

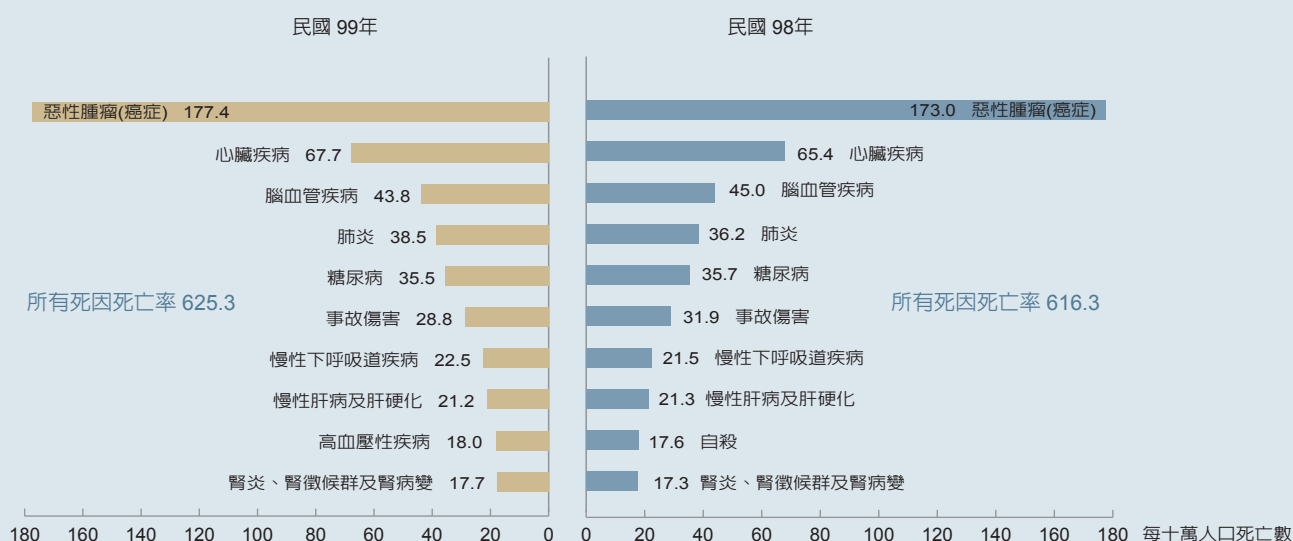
降0.7%，顯示國人癌症死亡變動亦受人口結構老化之影響。

民國99年國人十大癌症死因分別為：（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）食道癌、（9）胰臟癌、（10）子宮頸癌，其第5死因與第6死因與上年互調，餘均同，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99年新生兒死亡率已降至2.6‰，約為民國60年之38%；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39.7/10⁵降至民國99年的4.2/10⁵，如圖2-7。

圖2-5 十大死因之變化



註：本章節死因資料，係以ICD-10註碼。



圖2-6 十大癌症死因之變化

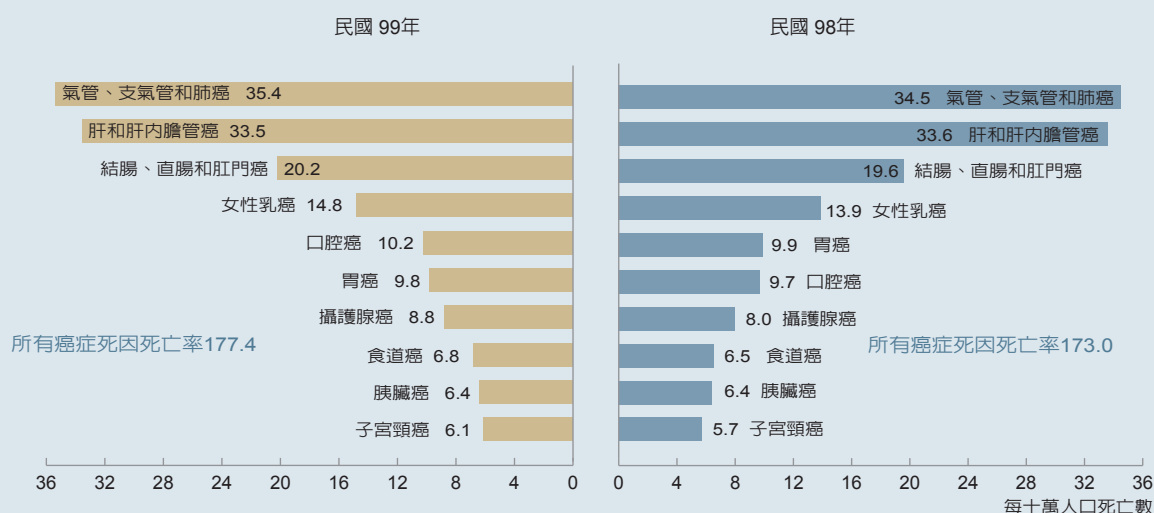
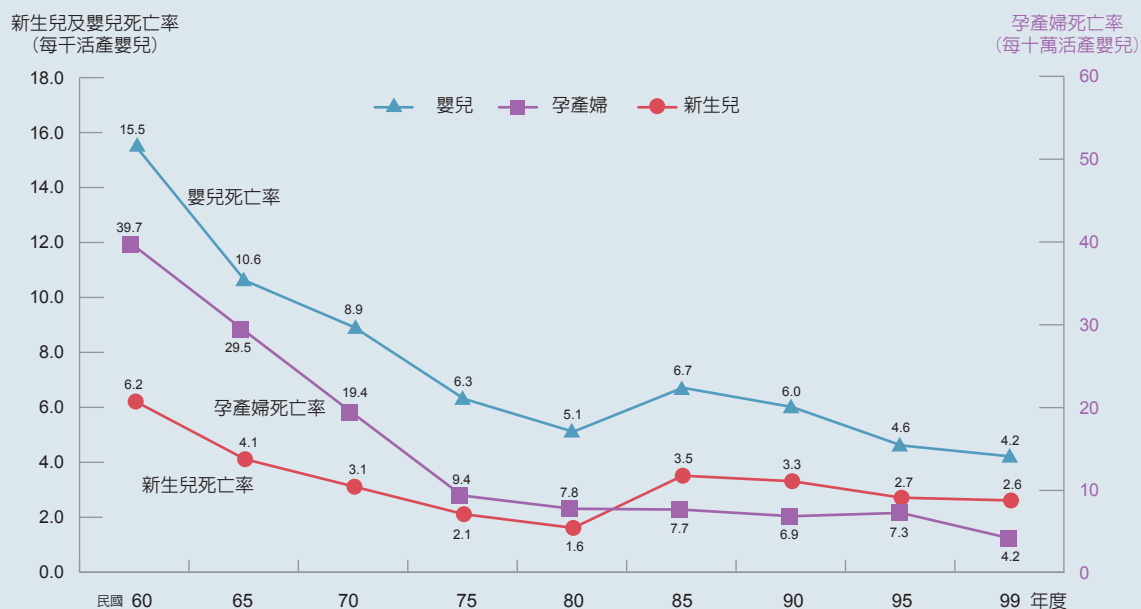


圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



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17.9%，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98年國民醫療保健最終支出（NHE）8,591億元。

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98年達6.9%，顯示全民健康保險實施後國民就醫之可近性顯著提升。近10餘年來，平均每人國民醫療保健支出呈逐年上升趨勢，由民國80年之1萬765元，增至民國98年之3萬7,224元，平均年增率為6.1%，（如圖2-8）。

第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2010 Population Reference Bureau資料顯示，西元2010年全球人口為68.92億人，預估至西元2050年，將達94.85億人，人口增加率為38%；雖其人口變動率大致仍呈增加趨勢，但部分國家人口呈負成長，且人口變動率持續下降中，如表2-2。

西元2010年全球總生育率（表示每婦女在一生中可能有多少個活產）為2.5，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

西元2008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、加拿大79歲為最高；臺灣為76歲，約當日本西元1990年之水準。另由西元1960-2000年間差異分析，日本男性平均餘命於40年期間增加13歲居各國之冠，我國亦增加12歲。

西元2008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82歲，約當日本西元1990年之水準。再以西元1960-2000年間差異分析，日本女性平均餘命於40年期間增加15歲居各國之冠，我國亦增加14歲（如表2-3）。

圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE

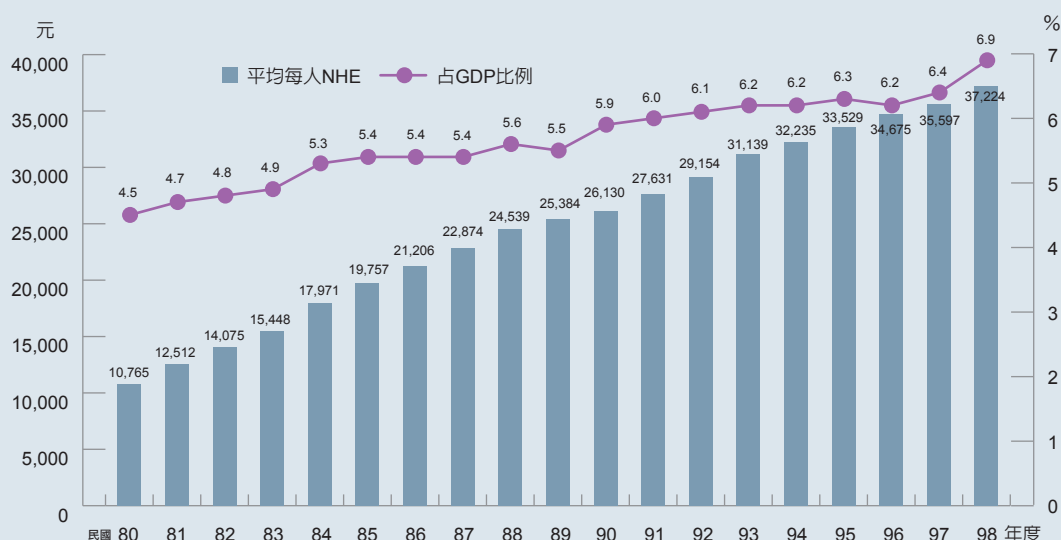




表2-2 世界主要國家人口概況

	年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		2050 vs 2010人口 倍數比	總生育率	出生率 ‰	死亡率 ‰	人口自然增 加率 %
	2010年	2025年	2050年					
全球	6,892.0	8,108.0	9,485.0	1.4	2.5	20	8	1.2
臺灣	23.2	23.9	21.5	0.9	1.0	8	6	0.2
新加坡	5.1	5.7	5.5	1.1	1.2	10	4	0.6
日本	127.4	119.3	95.2	0.7	1.4	9	9	-0.0
韓國	48.9	49.1	42.3	0.9	1.2	9	5	0.4
加拿大	34.1	39.7	48.4	1.4	1.7	11	7	0.4
美國	309.6	351.4	422.6	1.4	2.0	14	8	0.6
英國	62.2	68.6	77.0	1.2	1.9	13	9	0.4
法國	63.0	66.1	70.0	1.1	2.0	13	9	0.4
德國	81.6	79.7	71.5	0.9	1.3	8	10	-0.2

資料來源：2010 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

表2-3 世界主要國家0歲平均餘命

	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2008 年	1960 年	1970 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2008 年
	男 性							女 性						
臺灣	62	67	70	71	74	75	76	66	72	75	77	80	81	82
英國	68	69	70	73	76	77	78	74	75	76	79	80	81	82
美國	67	67	70	72	74	75	76	73	75	77	79	80	80	81
法國	67	68	70	73	75	77	78	74	76	78	81	83	84	85
德國	67	67	70	72	75	76	77	72	74	76	78	81	82	83
加拿大	68	67	72	74	77	...	79	74	76	79	81	82	83	83
挪威	71	71	72	73	76	78	78	76	77	79	80	81	83	83
荷蘭	72	71	73	74	76	77	78	75	77	79	81	81	82	82
澳洲	68	67	71	74	77	79	79	74	74	78	80	82	83	84
紐西蘭	69	68	70	72	76	78	78	74	75	76	78	81	82	83
日本	65	69	73	76	78	79	79	70	75	79	82	85	86	86

資料來源：1960-2005資料取自2008 OECD Health Data，2008資料取自WHOSIS 2010

三、醫療保健支出之比較

西元2008年我國平均每人國民醫療保健支出（NHE）為1,129美元，低於中位數3,545美元，居第29位，僅高於匈牙利、愛沙尼亞、波蘭、智利、墨西哥及土耳其；平均每人國內生產毛額（GDP）為17,399美元，低於中位

數39,170美元，居第30位，僅高於匈牙利、波蘭、墨西哥、智利及土耳其。整體而言，平均每人GDP愈高的國家其平均每人NHE亦愈高，2008年我國NHE占GDP比為6.4%，較中位數低2.3個百分點，與OECD會員國比較，屬相對偏低之國家。（如表2-4）

表2-4 2008年OECD會員國與我國平均每人NHE與GDP

單位：美元

排名	國名--以平均每人NHE排序		NHE/GDP(%)	平均每人NHE	平均每人GDP
中位數			8.7	3,545	39,170
1	挪威	Norway	8.5	8,075	94,568
2	美國	United States	16.0	7,538	47,193
3	瑞士	Switzerland	10.7	7,037	65,600
4	丹麥 ²⁰⁰⁷	Denmark ²⁰⁰⁷	9.7	5,550	56,974
5	愛爾蘭	Ireland	8.7	5,500	62,918
6	荷蘭	Netherlands	9.9	5,274	53,466
7	奧地利	Austria	10.5	5,215	49,743
8	法國	France	11.2	4,996	44,785
9	比利時	Belgium	10.2	4,932	48,197
10	盧森堡 ²⁰⁰⁶	Luxembourg ²⁰⁰⁶	7.3	4,929	67,521
11	瑞典	Sweden	9.4	4,879	51,937
12	冰島	Iceland	9.1	4,777	52,608
13	德國	Germany	10.5	4,714	44,700
14	加拿大	Canada	10.4	4,691	45,185
15	芬蘭	Finland	8.4	4,282	51,038
16	澳大利亞 ²⁰⁰⁷	Australia ²⁰⁰⁷	8.5	3,975	46,734
17	英國	United Kingdom	8.7	3,838	44,320
18	義大利	Italy	9.1	3,545	39,170
19	西班牙	Spain	9.0	3,240	36,125
20	紐西蘭	New Zealand	9.8	2,953	29,980
21	日本 ²⁰⁰⁷	Japan ²⁰⁰⁷	8.1	2,781	34,284
22	希臘 ²⁰⁰⁷	Greece ²⁰⁰⁷	9.7	2,679	27,713
23	斯洛維尼亞	Slovenia	8.3	2,257	27,101
24	以色列	Israel	7.8	2,222	28,645
25	葡萄牙 ²⁰⁰⁶	Portugal ²⁰⁰⁶	9.9	1,823	18,358
26	捷克	Czech Republic	7.1	1,498	21,059
27	斯洛伐克	Slovak Republic	7.8	1,374	17,555
28	南韓	Korea	6.5	1,245	19,115
29	台灣	Taiwan	6.4	1,129	17,399
30	匈牙利	Hungary	7.3	1,119	15,368
31	愛沙尼亞	Estonia	6.1	1,073	17,539
32	波蘭	Poland	7.0	972	13,856
33	智利	Chile	6.9	697	10,167
34	墨西哥	Mexico	5.9	599	10,184
35	土耳其 ²⁰⁰⁷	Turkey ²⁰⁰⁷	6.0	530	8,780

資料來源：1. OECD Health Data, 2010

2. 行政院衛生署統計室

3

健康促進

- 21 第一章 健康的出生與成長
- 23 第二章 健康的生活
- 24 第三章 健康的場域
- 26 第四章 健康的老化
- 29 第五章 健康促進的基礎建設



為達成聯合國世界衛生組織（WHO）所提出「全民健康」，衛生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。此外，針對不健康生活型態的挑戰，亦擬訂各項因應政策如癌症、菸害及慢性病防治等；同時依據健康監測調查及研究之實證資料、考慮當前社會狀況及未來發展，規劃及修正政策目標及策略，持續增進全人、全民、全社區、全社會、全球的健康。衛生署也致力於人權相關之「菸害防制」、「保障胎兒生命」、「健康社區營造」、「癌症防治」、「生育保健」、「身心障礙者口腔預防保健服務」、「減少死產率及嬰兒死亡率」、「兒童健康照護」、「女性健康照護」及「健康老化」等議題。

第一章 健康的出生與成長

為促使嬰幼兒及兒童健康生長發展，衛生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約 90%，至少產檢 1 次為 96.2%。

(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山地離島偏遠地區孕婦，每案補助 400 元。

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，接受檢查個案皆提供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) 持續辦理「人工流產諮商機制配套措施與資源整合運用模式之建立計畫」，提供 4 種人工流產諮詢 / 諮商運作模式。

(三) 民國 97 年 2 月 20 日函送立法院審議之優生保健法修正草案擬修正為「生育保健法」，增訂遺傳疾病防治服務規定；明訂醫療機構應提供懷孕婦女諮詢服務、修正人工流產規範等，修法程序持續中。

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 99 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 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。民國 99 年兒童預防保健服務，1 歲以內至少接受 1 次服務達 98.3%。另民國 99 年推動「新一代兒童預防保健服務方案」，乃強化兒童發展篩檢、提供多元服務、轉介及確診通報功能。

(二)為讓疑似發展遲緩兒童，儘速接受聯合評估及療育服務，於全國各縣市各設置 1 至 4 家「兒童發展聯合評估中心」，目前全國共設置 42 家；民國 99-100 年 6 月提供疑似發展遲緩兒童聯合評估計 1 萬 9,134 人，辦理社區篩檢及評估服務 180 場次。

三、「公共場所母乳哺育條例」於民國 99 年 11 月 24 日公布施行。持續辦理母嬰親善醫療院所認證計畫，民國 99 年共 144 家通過認證；辦理母乳哺育種子講師訓練；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（媽餵您、媽餵您（台語））及設置母乳哺育網站（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 99 年 58.5%。

第三節 青少年健康

- 一、設置性福e學園-青少年網站「秘密花園」（www.young.gov.tw），提供性知識及正確避孕方法等資訊，及青少年性健康相關議題之視訊諮詢服務。民國99年-100年6月計48萬4,857人次瀏覽，視訊諮詢服務4,065人次。
- 二、辦理「青少年性健康促進服務站推展計畫」，以部落格與電話為諮詢平台，進而轉介有需要的青少年進入個別諮商或醫療院所接受服務。
- 三、結合30家醫療院所設立「青少年親善醫師／門診」，提供青少年預防保健及生育保健服務。

第四節 視力保健

- 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99年計篩檢36萬1,720人，異常個案轉介率為98%。
- 二、民國99-100年辦理「學齡前兒童近視、其他視力現況及其相關因素探討計畫」調查學幼童近視盛行率情形。
- 三、製作電視宣導帶、報章雜誌、海報及文宣品等宣導近視防治之重要性。

第五節 聽力保健

- 一、辦理「新生兒聽力篩檢網絡計畫及成效評估」，國內參與新生兒聽力篩檢院所數由民國96年163家占28.70%，提升至民國99年243家占60.45%。
- 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99年篩檢人數為16萬7,120人，複檢率為99.01%，服務涵蓋率為86.64%。
- 三、優先補助新生兒「聽力篩檢」費用，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。

第六節 口腔保健

- 一、氟化物使用，以預防齲齒，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99年至100年6月服務42萬4,154人次；提供全國各縣市2,661所國小、152萬名學童每週1次含氟水漱口防齲服務。
- 二、民國99年至100年6月提供27家醫療院所及早療機構之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。

三、為預防弱勢兒童白齒齲齒，提供山地鄉國小一、二年級學童，及非山地鄉國小低收入戶一年級學童白齒窩溝封填服務，民國99年至100年6月服務6,575名學童。

四、辦理「建置牙周病口腔健康照護模式」，培訓牙周病種子教師、志工及公衛護士口腔保健知識及正確潔牙，99年已培訓100位牙周病種子教師，辦理7場糖尿病病友團體推廣營參與人數約計400人；100年培訓70位種子教師，社區推廣20場次計600人。

第二章 健康的生活

民國98年菸害防制法新規定及菸品健康福利捐調漲施行，透過積極宣導與稽查輔導，依據「成人吸菸行為電話調查」顯示，我國18歲以上男性與女性之吸菸率，分別由民國97年的38.6%、4.8%降為民國99年的35.0%、4.1%。

第一節 無菸的生活

一、落實菸害防制法

(一)民國99年調查發現，成人吸菸率自民國97年的21.9%降為民國99年的19.8%，禁菸公共場所二手菸暴露率自民國97年的23.7%降為民國99年的9.1%，顯示成人吸菸率減少及禁菸場所二手菸暴露的情況改善。

(二)為落實菸害防制法規定，民國99年1月至100年6月計進行場所稽查57萬餘處、536萬餘次、處分1萬2,884件，完成81件菸品之尼古丁與焦油含量抽驗，並辦理菸品資料申報作業。

二、教育宣導與無菸支持環境

(一)與國家通訊傳播委員會促使卡通節目於吸菸畫面附加反菸插卡，並積極研議分級制度，要求有吸菸畫面的卡通影片不得於學



齡前兒童節目播放。

(二)請蔡依林、周杰倫等代言菸害防制宣導，「2010 戒菸就贏活動」更配合世界無菸日主題，呼籲「正視菸商對女性的促銷行為」。

(三)辦理校園菸害防制實施計畫及大專校院校園菸害防制研習營，以落實無菸校園。民國99年至100年6月辦理129個無菸社區計畫；53家醫院加入無菸醫院國際網絡；與國防部共同推動國軍菸害防制工作，營造無菸支持環境。

三、提供多元化戒菸服務

(一)發展戒菸共同照護網絡，連結校園、軍隊、職場與醫療機構，民國99年培訓戒菸衛教人員達2萬7,450人，為民國98年之64倍、歷年合計之2.8倍；民國99年發放戒菸教戰手冊達145萬本以上，已有73萬7,691人簽署同意追蹤卡，願意接受戒菸協助，民國100年延續印製戒菸教戰手冊50萬本，透過縣市衛生局所宣導發放，再透過戒菸專線的主動電話關懷，期能輔導更多吸菸者戒菸。

(二)民國91年開辦門診戒菸治療服務，至民國100年6月提供服務之合約醫療院所1,890



家，含括 96% 的鄉鎮市區。至民國 100 年 5 月累計服務個案數逾 147 萬人次；民國 99 年至 100 年 5 月服務量逾 19 萬 7,025 人次。

(三) 民國 92 年開辦戒菸專線諮詢服務計畫，提供免付費的電話戒菸諮商服務，至民國 100 年 6 月累計服務逾 56 萬人次，民國 99 年至 100 年 6 月電話諮詢服務量近 14 萬人次，6 個月戒菸成功超過 3 成。

(四) 各縣市醫療院所開辦戒菸班；與法務部辦理「矯正機關於害防制實施專案計畫」，協助吸菸的收容人戒菸。

第二節 安全的生活

我國事故傷害死亡率近 10 年來，除遭逢重大天然災害致死死亡率增加外，已呈下降趨勢；民國 78 年每 10 萬人口死亡率 70.2 人，至民國 99 年已降至每 10 萬人口 28.8 人，推動成果如下：

- 一、透過各縣市衛生局（所），運用幼兒居家安全環境檢核表，針對弱勢家庭中有 6 歲以下幼兒進行居家環境檢測並輔導改善，自民國 99 至 100 年 6 月底計檢測 1 萬 8,653 戶。
- 二、辦理「兒科醫師發展兒少事故傷害防制先驅計畫」，發展 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、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 6 月底，計有 18 個社區、44 所學校通過認證。

第三章 健康的場域

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」、

「健康職場」、「健康學校」與「健康醫院」等計畫，藉整合公私部門資源，帶動民眾參與、培育健康知能，建構友善的支持性環境，以達身心、社會的健康。

第一節 健康城市

- 一、成立專家輔導團隊，鼓勵並輔導縣市推動健康城市，至民國 100 年，共有 13 縣市推動健康城市計畫。
- 二、建立健康城市交流平台，辦理「2010 臺灣健康城市研討會」，邀請國外專家分享經驗；另辦理「2010 健康城市全國工作坊暨第 2 屆健康城市獎項評選頒獎典禮」，促進縣市交流；並出版「2009 臺灣健康城市獲獎案例專刊」及「健康城市在臺灣」。
- 三、至民國 100 年 6 月底，國內有 7 縣市及 11 地區，以非政府組織名義獲准加入 WHO 西太平洋健康城市聯盟（AFHC）會員。

第二節 健康社區

- 一、民國 99 年新增 36 個社區單位通過「健康促進社區認證」，推動「天天 5 蔬果」及「要活就要動」。民國 97 至 99 年底，累計有 84 個社區單位通過健康促進社區認證。
- 二、民國 100 年社區健康營造計畫，補助 16 個縣市衛生局結合轄區 104 個社區單位共同推動，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。
- 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，倡議健康體重管理，防治肥胖，推動身體活動及健康飲食，以增加規律運動及天天五蔬果人口。

第三節 健康學校

- 一、為能照顧全國所有學生健康，衛生署自93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，100學年度全國計有3,557所高中職以下學校辦理健康促進學校計畫，全面推動校園菸害及檳榔防制、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、自97學年度起成立「健康促進學校推動中心」，將輔導支持網絡系統、教育訓練中心、教學資源發展中心、地方整合行銷及支持性數位學習平台等資源進行整合，建立一個全國性健康促進學校單一評鑑機制。

第四節 健康職場

臺灣職場健康推動從職業病防治擴展至「職場健康促進」，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，民國96至99年共5,523家次職場通過健康職場自主認證，目前仍在有效期者計有4,850家次；95至99年共表揚263家次績優健康職場。民國99年職場員工吸菸率為17.3%，較民國98年下降0.9%。

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)民國 99 年在英國召開之健康促進醫院國際網絡會員大會，國民健康局局長獲推舉擔任國際網絡副主席；並爭取到第 20 屆健康促進醫院國際研討會，將於 101 年 4 月在臺灣舉辦，該研討會是首次離開歐洲舉辦。並於民國 99 年舉辦「健康照護與環境友善國際研討會」，帶領醫界宣誓「減碳救地球，醫界作先鋒」。
 - (二)健康促進醫院臺灣網絡迄民國 100 年 4 月，有 67 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 97、98 年發表數居世界第二，民國 99 年發表數居世界第一。

二、推動低碳醫院

- (一)協助國際推動醫療領域節能減碳行動，由國民健康局局長擔任國際工作小組召集人，已號召國內 128 家醫院響應（涵蓋全國病床數之 64%），預計民國 109 年年較 96 年減少碳排放量 13%（16 萬 4,648 公噸），相當於幫助臺灣種植 445 座大安森林公園。
- (二)編製綠色醫院推動經驗分享手冊，介紹能源效率、綠色建築設計、替代能源、交通運輸工具、食物、廢棄物、水及環境教育，供醫院推動環境友善工作參考。

第六節 肥胖防治

衛生署於民國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，目的為提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性疾病。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、推動「國民營養法」草案；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、檢視並改善致胖環境，建構資訊支持性環境，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。
- 三、輔導醫療院所由診斷治療轉為健康促進，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預



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。

四、透過有組織的行動力，整合跨部門資源，進行多元媒體宣導活動，動員社區、學校、職場、醫院各場域，以利民眾揪團報名。

五、製作教材，進行多元管道大眾宣導，增進民眾熱量與營養、運動及健康體重管理之知能；訂定健康體重管理知能之基本內容，提昇國人健康體重管理素養。

第四章 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年老年人口進入高齡社會。再加上民眾生活趨向靜態、飲食西化等生活型態影響，導致慢性病人口上升，故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等健康促進工作。

第一節 中老年人健康政策

- 一、民國99年推動「高齡友善城市」首先於嘉義市試辦，嘉義市於民國100年6月30日申請加入WHO高齡友善城市全球網絡，民國100年新增8縣市加入推動行列，預計民國101年底前達全國半數以上縣市推動，民國103年朝所有縣市都推動高齡友善城市之目標。
- 二、民國99年8月辦理「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，共有67家醫療院所超過300位醫護同仁與會，會後有8家醫院實施自我評量，至民國100年4月已有7家醫院通過認證。
- 三、民國98年推動「老人健康促進計畫（98-101年）」，擇定健康體能、跌倒防制、健康飲食、口腔保健、菸害防制、心理健康、社會參與、老人預防保健及篩檢服務等八項重要工作。同時結合健康城市、安全社區、社區健康營造及內政部社區照顧關懷據點等，辦理老人健康促進活動，民國99年共結合1,220個社區照顧關懷據點，整體結合比率達73%。民國100年為促進老人在社區可就近接受健康促進服務，更透過縣市衛生局，積極鼓勵轄區之醫療院所結合社區照顧關懷據點及其他社區資源，辦理各項健康促進活動，並鼓勵及邀請老人參加。
- 四、辦理全國老人健康趣味競賽，自民國100年起以鄉鎮為單位鼓勵長者組隊參加，藉此鼓勵長輩在平時即演練、聚會，增進身、心、社會全面的健康。迄100年6月已組成590隊。

第二節 重要慢性病防治

一、成人預防保健服務

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。民國100

年1-6月計108.3萬人接受該服務，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、代謝症候群

製作代謝症候群防治手冊及宣導教材、教具，並推動維持理想腰圍等行銷計畫，持續辦理高、中、小學主管、校護及營養師等研習。

三、糖尿病防治

推展糖尿病健康促進機構計畫，民國99年計有167家醫療院所參加及455個糖尿病支持團體參與。且於各縣市推動糖尿病之共同照護網，及糖尿病醫事人員認證制度，共計認證臨床照護者6,736人、師資4,061人。

四、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99年國內18歲以上民眾知道自己血壓值的比率達50%以上、對正常血糖值認知率達40%以上、對慢性腎臟病防治之認知率達57.6%。

(二)為普及血壓測量地點，除醫療院所提供服務外，另於社區之不同型態地點（如行政服務單位、社區關懷據點、活動中心、藥局、賣場及職場等）提供量血壓服務，至民國99年底計約1,400個血壓站。

(三)提供整合性篩檢服務，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、癌症篩檢等篩檢項目；民國91年至民國99年累計參與服務高達197萬6千人。

五、慢性腎臟病防治

民國99年獎勵108家醫療院所推展腎臟病之健康促進，新收案數約1萬5,899人，

持續追蹤者約5萬1,305人；另，完成腎臟病防治手冊編列，提供醫護人員使用，使其在提供衛生教育及照護服務時能有所參考。

六、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，發行充電報，並透過大眾傳播管道提供正確的更年期保健資料。

第三節 癌症防治

民國92年通過「癌症防治法」後，依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，於民國94-98年推動「國家癌症防治五年計畫」，同時獲得行政院永續發展委員會民國99年「國家永續發展獎」-行動計畫執行績優獎。為降低癌症死亡率，於民國99年推動「第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢（99-102年）」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略。

一、癌症發生現況

依據民國97年癌症登記統計，男、女性粗發生率分別為每10萬人口389人和304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317和238人，男女常見十大癌症如表3-2及表3-3。

二、檳榔健康危害防制

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，並於軍中營造無檳榔支持環境，民國99年透過衛生局所和民間單位，協助120個高嚼檳榔職場，營造無檳環境。經統計，18歲以上男性嚼檳率已由民國96年之17.2%降至民國99年之12.5%。

三、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、45-69 歲婦女及 40 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眾每 2 年 1 次口腔黏膜檢查及 50-69 歲民眾每 2 年 1 次糞便潛血檢查。

(二)民國 99 年共計篩檢 440.6 萬人次，工作目標達成率 107%，共計發現 1 萬 757 名癌

症及 3 萬 2,865 名癌前病變。篩檢率分別達成為子宮頸癌 3 年篩檢率達 60%、乳癌 2 年篩檢率達 21.5%、大腸癌 2 年篩檢率達 22%及口腔癌 2 年篩檢率達 32%。民國 100 年 1-6 月共計篩檢 221 萬人次，已發現 9,354 名癌前病變及 3,305 名癌症。

(三)辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，打造 232 家醫院成為「癌症救命先鋒」，民國 99 年篩檢服務量較前一年大幅成長達 2 倍（子宮頸癌 1.1 倍、乳癌 2.2 倍、口腔癌 4.5 倍及大腸癌 16.2 倍）。

四、提升癌症診療照護品質

(一)民國 97 年起針對新診斷癌症個案達 500 例以上之醫院，辦理癌症診療品質認證，民國 97 至 99 年共 41 家通過認證；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。

表3-1 民國97年男性10大癌症發生率（不含原位癌）

原發部位	個案數	粗發生率 (每10萬人口)	年齡標準化發生率 (每10萬人口)
肝及肝內膽管	7,401	63.7	52.6
結腸、直腸、乙狀結腸連結部及肛門	6,277	54.0	43.9
肺、支氣管及氣管	6,194	53.3	42.6
口腔、口咽及下咽	5,349	46.0	37.6
攝護腺	3,603	31.0	24.6
胃	2,303	19.8	15.5
食道	1,849	15.9	12.9
膀胱	1,476	12.7	10.3
皮膚	1,380	11.9	9.4
鼻咽	1,162	10.0	8.3
其他部位	8,177	-	-
總計	45,171	388.5	317.3

表3-2 民國97年女性10大癌症發生率（不含原位癌）

原發部位	個案數	粗發生率 (每10萬人口)	年齡標準化發生率 (每10萬人口)
女性乳房	8,136	71.3	56.1
結腸、直腸、乙狀結腸連結部及肛門	4,727	41.4	31.5
肺、支氣管及氣管	3,322	29.1	22.3
肝及肝內膽管	3,164	27.7	21.6
子宮頸	1,725	15.1	11.8
甲狀腺	1,561	13.7	11.4
子宮體	1,424	12.5	9.8
胃	1,275	11.2	8.5
皮膚	1,205	10.6	7.9
卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,110	9.7	7.8
其他部位	6,998	-	-
總計	34,647	303.6	237.8

(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) 推動癌症病人安寧療護服務，至民國 99 年底分別有 49 家、72 家與 69 家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務，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 98 年 39%。民國 100 年 1-6 月之共照收案量約為 9,000 人。

媒體等衛生教育宣導品，可供民眾線上瀏覽、下載或索取。

二、整合衛生教育資源

使民眾瞭解衛生署衛生教育政策，維持民眾與衛生署之良好互動，並提升民眾之配合意願，進而支持衛生署政策，落實衛生教育，以強化民眾健康之認知，達到行銷健康知識之目的。

(一) 訂定衛生教育主軸，整合「吃的安心、用的安全－食品安全、用藥安全、吃的健康及風險教育」、「自我健康管理－健康體能、防疫基本功、心理衛生及風險教育」及「珍惜健保資源、支持健保改革－支持緩和醫療、支持器官捐贈及風險教育」等重要健康議題，以行銷方式推動，並透過多樣性的資源、延續性的推動及整體性的包裝，提升民眾對衛生議題的認知度。此外，在面對緊急議題，亦有即時回應與澄

第五章 健康促進的基礎建設

第一節 健康傳播

一、建置「健康九九網站」(<http://health99.doh.gov.tw>)，及單張、海報、手冊、多



清的管道，以消弭民眾心中的疑慮。

(二) 為方便民眾閱讀，整合衛生署新聞焦點、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」。

(三) 為提升衛教人員工作知能，辦理「100 年度衛生教育工作坊」，邀請衛生署相關單位說明 100 年度衛教主軸之宣導重點，同時邀請專家學者教授行銷創意知識，以精進實務推動上的執行能力。

第二節 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台，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 年已辦計劃及 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，以提高民眾對健康問題關心。

(三) 建置「健康數字 123－國民健康指標互動查詢網站」(<http://olap.bhp.doh.gov.tw/>)，快速提供各項健康監測調查及出生通報指標數據之查詢服務，截至民國 100 年 6 月底開放查詢指標項目共計 431 項。

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		▲				▲				▲
家庭與生育保健調查			●				●			
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

疫病防治

- 32 第一章 傳染病防治法規及架構
- 34 第二章 重要傳染病/新興傳染病防治
- 38 第三章 防疫整備及感染控制
- 42 第四章 預防接種





疫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，建置疫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99年為強化傳染病防治工作，修正4項相關法規命令及1項行政規則。

一、傳染病防治法

(一) 為因應 H1N1 新型流感之國內、外流行疫情變化，修正發布「傳染病防治醫療網作業辦法」及「指定徵用設立檢疫隔離場所及徵調相關人員作業程序與補償辦法」二項法規命令之部分條文，以期強化傳染病防治醫療網之功能與指定、徵用隔離場所及徵調相關人員之機制，使整體防疫運作更趨完善。

(二) 為使疑似預防接種受害之個案能進行專業完善之審議，儘速釐清病因，並避免疑因預防接種嚴重不良反應事件，影響預防接種政策之推行，修正發布「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」部分條文，落實人權保障。

(三) 為因應抗藥性 NDM-1 腸道菌造成病患醫療安全之問題，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」，新增「NDM-1 腸道菌感染症」為第四類傳染病。

二、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

為避免國外檢驗報告不正確，導致外籍配偶將人類免疫缺乏病毒傳染給本國人等，修正「感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點」第四點、第五點、第七點，以確保申覆人其檢附之人類免疫缺乏病毒檢驗證明文件之正確性，並顧及在本要點修正前已入境之外籍配偶權益，落實人權保障。

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202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，負責整合中央各部會、地方政府及各機構所提供資訊，轉化為整體防災作戰所需的即時訊息，提供指揮官應變決策參考。另為因應國際衛生條例（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99年各計辦理143場次及27場次。

第四節 疫情監測與調查機制

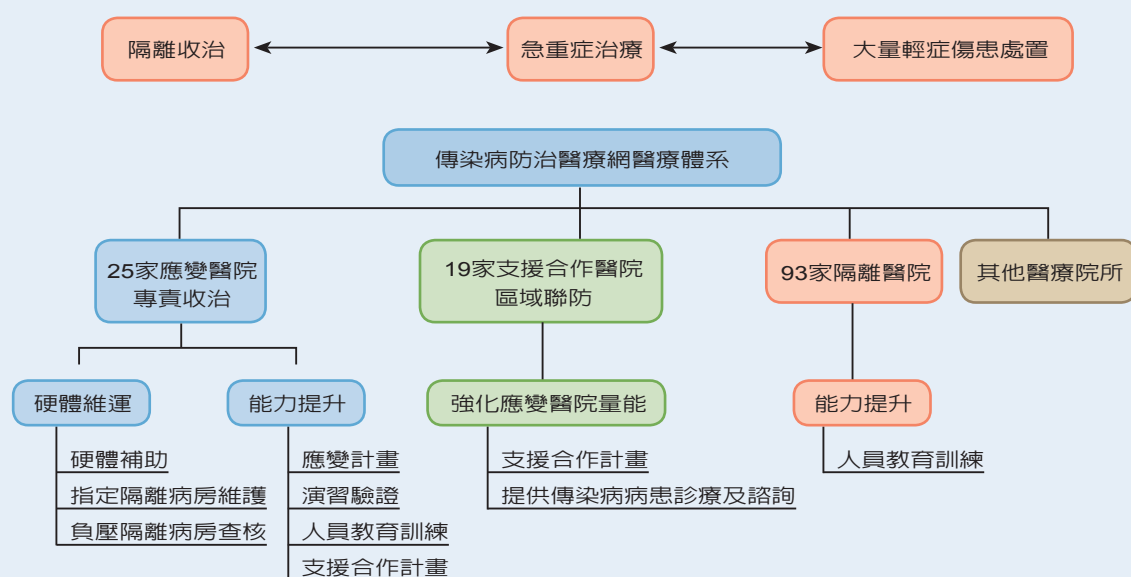
疾病監測的目的在於即時偵測疾病發生及異常狀況，建立疾病流行的長期趨勢，以利進行傳染病防治政策擬定之參考。民國99年臺灣地區法定傳染病病例分布（如附錄二），有關疫情監測與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

建構學校、人口密集機構等定點監測系統，以彌補被動通報傳染病之不足。

（一）學校傳染病監測系統：自民國90年至民國100年，共有645所小學參與（約占全國國小總數的24.6%），地域涵蓋約全國鄉鎮市區之96.2%。參加對象為國小一至六年級（含附設幼稚園），監測疾病包含類流感、手足口病或疱疹性咽峽炎、腹瀉、發燒、紅眼症等。

圖4-1 傳染病防治醫療網醫療體系架構圖





(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 6 月底，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。

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 99 年共調查 15 件，包含肉毒桿菌中毒、沙門氏菌群聚事件調查等。

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99年結核病之確定病例個案數為1萬3,237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。計畫內容為結合公衛、醫療、檢驗三大網絡，以落實接觸者追蹤、高危險群篩檢等策略，期能早期發現結核病患，並建置多重抗藥性結核後送醫療網絡、提升醫療及檢驗診治品質、落實都治計畫等，給予完善的醫療照護。民國99年防治成果如下：

一、推動結核病人直接觀察治療（都治）計畫，以「送藥到手、服藥入口、吃完再走」的策略，有效降低治療失敗及復發機率，預防多重抗藥性結核的發生；全國細菌學檢查陽性的病人納入計畫之執行率達92%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99年計收案152位。

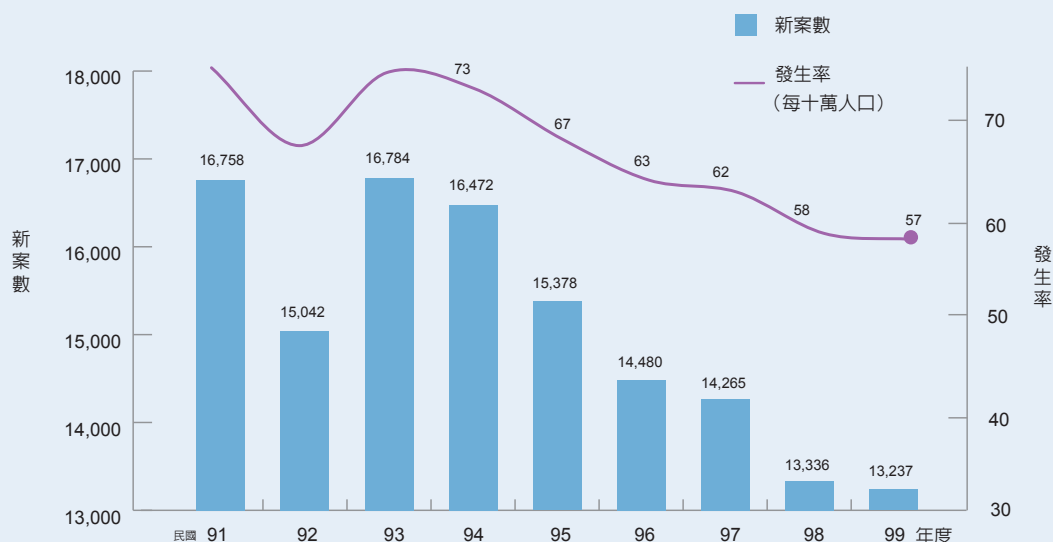
三、執行「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，避免結核病傳染之機會及提升國家國際形象。

四、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。

五、推動「潛伏結核感染之治療計畫」，對於未滿13歲之傳染性肺結核病確診個案之接觸者，並經醫師評估需治療者，執行直接觀察治療法計畫，有效減少日後發病的機會，民國99年潛伏結核感染者累計加入直接觀察治療個案為3,874人，較去年同期之2,650人成長。

六、主動積極發現個案，進行全國各地胸部X光車巡檢，共計30萬6,704人次，較民國98年多出4萬4,425人次；民國99年發現確診

圖4-2 民國91-99年結核病發生數變動趨勢圖



個案290案，相較民國98年發現202案增加43.6%。

第二節 腸道傳染病

一、腸病毒

民國99年腸病毒重症確定病例計有16例，無死亡個案。民國99-100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，深耕社區衛教。
- (二) 因應醫療技術日新月異，邀請各區腸病毒召集人及專家，參考臨床經驗，完成「腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項」修訂作業，以更切合臨床需求，提升治療成效。
- (三) 運作腸病毒重症醫療網，建立責任醫院間

橫向聯繫窗口，加速病患轉診，以提升全國腸病毒重症之醫療照護品質，降低其致死率及後遺症的發生。

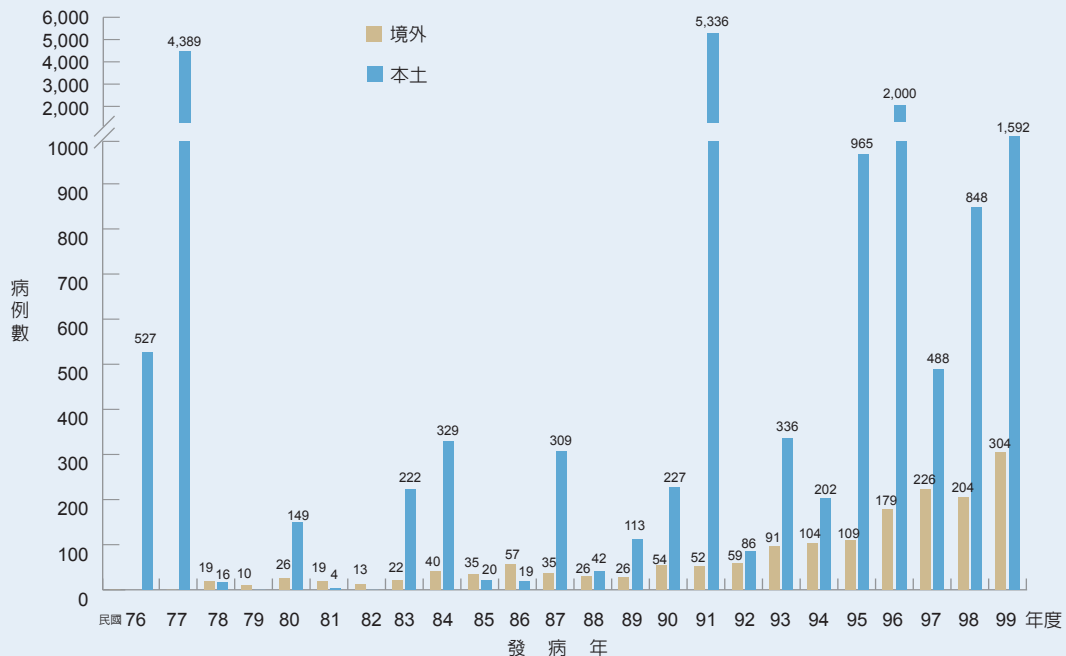
- (四) 初步開發完成「腸病毒 71 型之快速檢驗試劑」，並進行技術轉移事宜，期能儘速量產，俾及早篩檢可能發展成為重症之高風險族群。同時，為減少感染腸病毒 71 型，進而避免後遺症及死亡，規劃辦理「腸病毒 71 型疫苗合作開發」案。

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），民國99年山地鄉A型肝炎病例數為零，顯示防治政策實施成效良好。



圖4-3 歷年登革熱確定病例數統計圖



第三節 病媒傳染病

一、登革熱

民國99年登革熱確定病例計1,896例，其中境外移入304例，本土確定病例1,592例（含登革出血熱18例，其中2例死亡），歷年之本土登革熱確定病例數如圖4-3。

民國99-100年上半年防治策略如下：

- (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「盡量限縮噴藥」為原則，並應因地制宜且依專業評估，執行緊急防治所必須之病媒蚊噴藥工作，以避免病媒蚊產生抗藥性且利於緊急疫情時之噴藥有效性。
- (三) 建立組織動員，召開衛生環保單位聯繫會報，持續辦理聯合稽查。

(四) 加強民眾衛教宣導，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99年共有33名確定病例。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除46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99年確定病例21例，均屬境外移入。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

(一) 至民國99年底累計發現2萬57例本國籍



感染者，其中有 7,333 例發病，2,904 例死亡。另民國 99 年新增感染者 1,796 人。

(二)持續辦理「藥癮愛滋減害計畫」，主要策略包括：衛教諮詢服務，辦理清潔針具計畫及替代治療；截至民國 99 年底，全國共有 100 家執行機構提供替代治療服務，設置 952 處清潔針具衛教諮詢服務站及 379 台針具自動服務機，免費提供清潔針具等，針具回收率亦逐步提升至 88%。

(三)自民國 83 年起執行「後天免疫缺乏症候群防治計畫」，已進行至第四期五年計畫。全國共有 45 家愛滋病指定醫院提供免費醫療。另民國 99 年委託 22 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 397 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 99 年，計發現孕婦陽性個案 77 例（含外國籍 20 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. 建置同志專屬「性致勃勃」愛滋防治網站。

3. 製作健康同志-愛滋防治創意宣導品，強化自我健康管理觀念，提供安全性行為訊息。

4. 結合民間團體辦理三溫暖、pub等場所之愛滋篩檢與諮詢。

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99年底，共篩檢7萬9,836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 型肝炎帶原者約 250 至 300 萬人，C 型肝炎之感染者約 70 至 80 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 99 年底，B 肝登錄計 6 萬 9,281 人次，C 肝登錄計 3 萬 7,613 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。

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，維護出入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規劃。

民國99年總入境人數為1,498萬936人，其中經由疾病管制局各機場港口檢疫站篩檢出有症狀旅客共計1萬4,892人，確診罹患傳染病個案計有213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，以加強民眾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99年成果包括：

1. 民國99年全年度旅遊醫學門診達到3,878人

次、電話諮詢達4,963人次、網站瀏覽達1萬335人次，辦理5場團體衛教，計81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99年全年度分區辦理20場醫護人員培訓課程、2場全國性研討會、7場導遊領隊教育訓練，總計超過2,400人次參與。
3. 編印發行相關出版品：包含健康走天涯-導遊領隊旅遊醫學小錦囊、旅遊醫學區域手冊（東南亞、大陸港澳、南美洲、非洲），以及定期出版旅遊醫學通訊等。

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 流感大流行之因應

一、民國98-99年H1N1新型流感大流行因應

我國H1N1新型流感（以下簡稱新型流感）大流行的第二波疫情於民國99年2月下旬結束，防疫工作於民國99年3月底回歸常態，世界衛生組織（WHO）於8月10日宣布新型流感大流行疫情進入「後大流行期」，建議各國應持續監視疫情，以偵測下一波流行，並持續致力於減輕流感大流行所帶來的影響，另鼓勵各國檢視及評估防治作為。我國相關防治作為如下：

（一）提升抗病毒藥劑可近性：民國98年8月15日至99年3月31日期間，透過健保體系提供流感病毒抗原快速篩檢及克流感，由公務預算支應，經分析，確實有效縮短診治時程，避免延誤治療。

（二）持續提供新型流感疫苗接種：截至流行季

末（民國 99 年 2 月），共約施打 565 萬劑，接種率 24.5%，為全球第五；醫師接種率 76%，全球最高；學生接種率 75%，與韓國並列第一，國內疫情隨著疫苗接種計畫之展開而迅速降溫。之後依 WHO 建議，持續提供接種服務，至民國 99 年 11 月底疫苗屆期止，共施打 569.5 萬劑，接種率為 24.7%。

（三）我國 H1N1 死亡率為經濟合作暨發展組織（OECD）會員國平均值的 1/3，為美國的 1/5，與所有 OECD 國家相較，僅次於比利時及日本（如圖 4-4）。本次防疫工作，經歷我國首度參與世界衛生大會、被接納為 IHR 成員，並首度在 IHR（2005）框架下運作，在資訊充分及我國高度準備下，我國民眾生活及社會機能穩定運作，經濟活

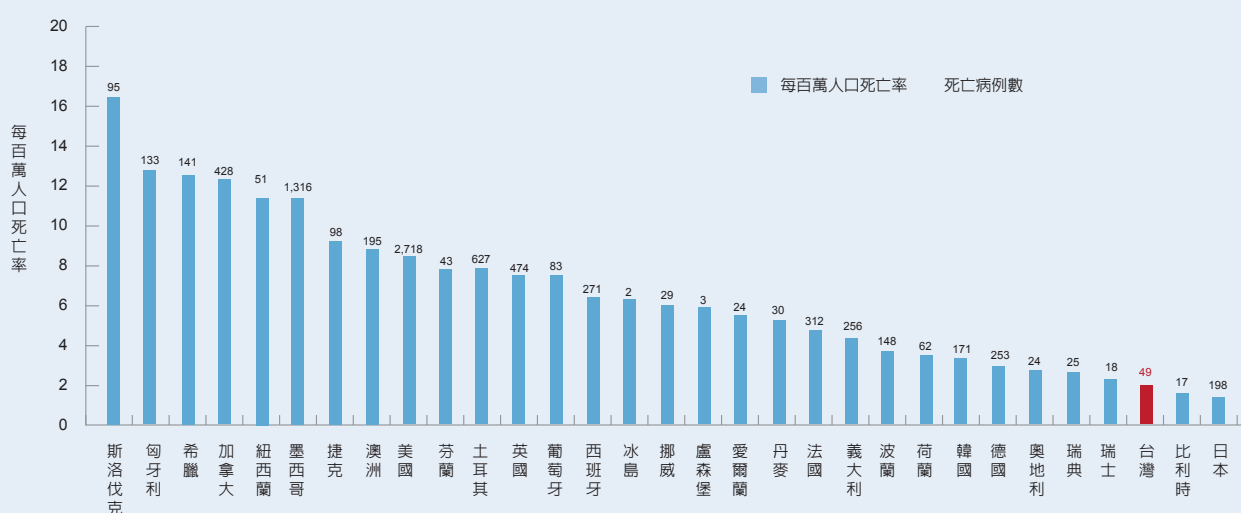
動亦未受影響，可謂防治績效卓著，並能與世界各國分享我國防治經驗，更加證明我國參與 WHO 的重要性。

二、民國99-100年上半年季節性流感防治

（一）辦理疫苗接種計畫：於民國 99 年 10 月 1 日開始執行季節流感疫苗接種計畫，並提前於 11 月開放國小五、六年級學童接種，且於 12 月 1 日開放全民接種。

（二）提供抗病毒藥劑：為因應流感高峰期防治所需，自民國 100 年 1 月 25 日至 4 月 10 日，擴大公費流感抗病毒藥劑之使用條件，除原使用範圍之重症個案、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，總計達 1,186

圖4-4 台灣與經濟合作暨發展組織(OECD)會員國H1N1死亡率排行



其他非OECD國家死亡數：中國大陸（805）、香港（81）



點，增加民眾取得公費藥劑之可近性。

(三) 提高醫療可近性：鼓勵醫院開設類流感門診，以避免急診病人壅塞，並減少交互傳染。

(四) 進行教育宣導：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。

(五) 即時掌握疫情：設有多元監視體系，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。

(六) 研商重要政策：邀集各領域專家學者召開「行政院衛生署傳染病防治諮詢委員會」，進行重要防疫政策之討論及檢討。

三、流感A/H5N1疫苗接種政策：

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99年8-11月辦理人用流感A/H5N1疫苗自願接種計畫，為國內流感政策決策者及流感專家、醫事、防疫人員、禽畜養殖業者與動物防疫人員、關務機場港口安檢人員，以及經常往返禽流感高風險國家之民眾提供接種服務。並於民國100年3-8月廣續辦理本項接種計畫。

第二節 反生物恐怖事件防禦

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」之相關訓練及演練；亦增購可攜式生物戰劑偵檢儀，以提高病原之偵測能力，該儀器可於60（±10）分鐘以內偵測炭疽、鼠疫、天花及兔熱症等生物戰劑。並於民國99年11月辦理國際研討會-「Workshop for Anti-Bioterrorism First Response Team 2010」，提升應變隊隊員之知能。

第三節 防疫物資管理

一、為因應生物病原災害發生時之物資需求，進行個人防護裝備資源建置及管理。完成防疫及民生物資之安全儲備量，執行三級庫存管理制度，建置中央、地方和醫院之30天儲備量、簽訂共同供應、換貨、代庫存等採購契約，並透過連結各醫療機構及衛生單位之管理系統，掌握全國防疫物資即時庫存狀況。

二、為確保物資緊急調度，將中央倉儲委由專業物流經營，做好物流管理，確保倉儲環境及物資之週轉、去化及屆效管理；並透過分倉儲存，達到緊急配送與分散風險的效果，期能在最短期間內，將防疫物資配

送予第一線之防疫工作人員，確保有充足之個人防護裝備。

- 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，兼顧平時之物資推陳及疫情期間之物資需求。

第四節 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99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（簡稱醫策會）辦理「99年醫院感染控制查核作業品質提升計畫」，及495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（TNIS）通報，目前計約385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、為防範NDM-1腸道菌感染症的傳播發生，及掌握可能的感染事件，依據WHO準則推動防治措施，包括建立NDM-1腸道菌感染症通報機制；加強推動及督導醫療機構落實各項感染控制措施；並辦理相關教育訓練。
- 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。（二）建置手部衛生示範中心，委託臺灣大學附設醫院、三軍總醫院及高雄榮民總醫院3家醫院，以

WHO手部衛生指引為藍本，訂定與執行院內手部衛生推廣計畫，並建立相關工作手冊、教材等全國性推廣文件。

- 五、參考國內外相關指引與文獻，並配合國內現況制訂「醫院退伍軍人菌環境檢測作業及其相關因應措施指引」、及增修「滅菌監測之感染控制措施指引」、「醫療照護人員預防接種建議」供醫療機構參考，依其服務特性，內化修訂為內部執行與管理措施。

第五節 研究及檢驗

- 一、民國99年全國各縣市傳染病檢體送驗共計26萬5,189件，其中不合規定者約占1.77%。在不符合規定之檢體中，以檢體送驗時效不當（3,136件，66.8%）、運送溫度不合規定（796件，16.9%）及未完成送驗單登錄（366件，7.8 %），居前3項主因。
- 二、民國97年7月4日起開始接受傳染病檢驗機構認可申請案，民國99年經審查通過予以認可之傳染病檢驗機構共計71家（196項次），累計通過202家及826項。將持續透過各管道加強宣導及推動檢驗認可制度，以達到防疫檢驗量能提升之目的。
- 三、進行「未知/新興感染原監測技術平台之開發」計畫，加強未知/新興感染原之監測，提升對新興感染症之檢驗技能。
- 四、民國95年成立「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，並作為國際監測平台。另成立「國家流感中心」，整合國內外流感病毒相關資訊，提供防疫即時訊息。
- 五、與日本國立感染症研究所合作，進行「建



立亞洲盛行之登革熱及蟲媒病毒分子流行病學實驗室網計畫」及「腸內菌之MLVA技術研發工作」；與英國亞伯丁大學及日本千葉大學建立菌株及型別資料交換之合作關係；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，「Global Alliance for Vaccines and Immunization」、「PATH Vaccine Fund」組織贊助之全球性輪狀病毒疫苗計畫，為亞洲區輪狀病毒監測網會員國。

六、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，開放各界以計畫方式申請腸病毒、流感病毒序列及相關流病資料。此外，資料庫對外網站亦提供腸病毒、流感病毒及腺病毒序列及簡單流行病學資訊之查詢、比對分析、批次下載、引子設計、腸病毒71型基因亞型之分型及流感病毒疫苗株比對等功能。

第六節 實驗室生物安全管理

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6月底，總計503個單位設置生物安全委員會（或專責人員），共申報159種第2級及22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）以上實驗室經衛生署審查同意啓用（後續有3間BSL-3實驗室暫停使用）；此外，民國99年並對國內32家從事結核菌鑑定及藥物敏感性試驗之BSL-2負壓實驗室以及19間BSL-3以上實驗室進行查核。藉由實驗室查核工作，促使設置單位管理及實驗室人員重視生物安全自主管理機制，確保實驗室運作安全無虞，建立我國優質的實驗室生物安全管理文化。

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4-1，另對山地鄉等高危險地區實施幼童接種A型肝炎疫苗，經由各縣市衛生所及合約醫院診所提供便捷的接種服務，持續催種與追蹤補種作業。幼兒各項預防接種完成率詳如圖4-5。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。並自民國99年1月起，將結合

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。

99年度流感疫苗接種計畫自民國99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。

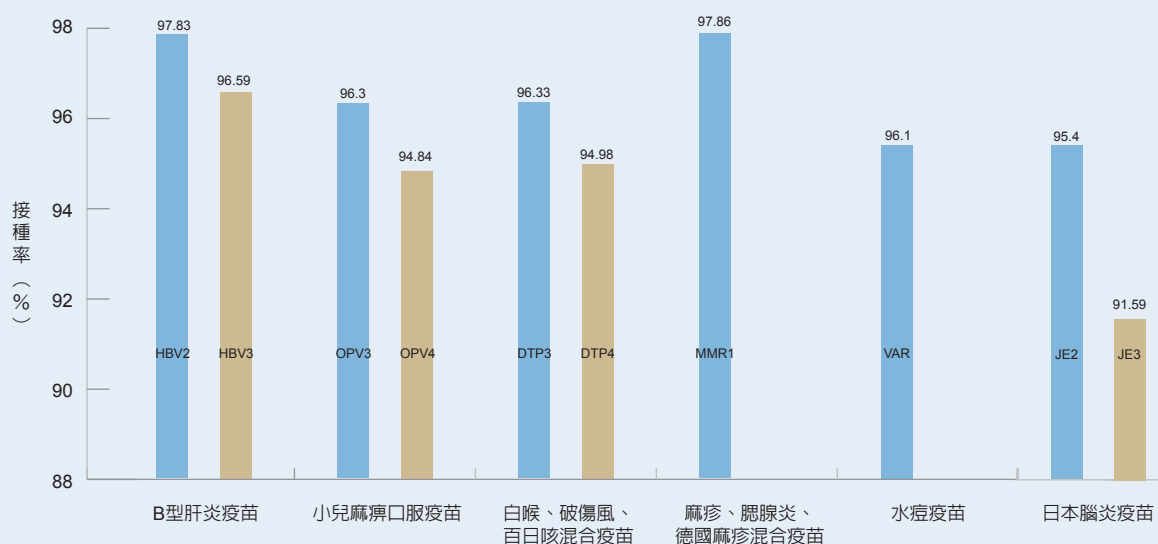
對於因預防接種而受害者，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

一、生物製劑生產

- (一) 使用蛇毒免疫馬匹生產抗血清，全年計生產抗蛇毒馬血漿 338.4 公升。
- (二) 定期供應疫苗、類毒素、抗蛇毒血清等製劑共 173 萬 8,134 劑，生物製劑銷售收入計 5,850 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。

圖4-5 民國 99年幼兒各項預防接種完成率



註：出生世代：HBV2、HBV3、OPV3、DTP3為民國98年1月1日至98年12月31日；DTP4、OPV4、MMR1、JE2為民國97年1月1日至97年12月31日；JE3為民國96年1月1日至96年12月31日。資料來源：全國性預防接種資訊管理系統（下載統計時間：民國100年1月）



表4-1 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
國小一年級 ⁴	• 減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗一劑 • 小兒麻痺口服疫苗一劑 • 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 • 日本腦炎疫苗第四劑

註：1. 媽媽若為高傳染性B型肝炎帶原者（e抗原陽性），其實應於出生後儘速注射一劑B型肝炎免疫球蛋白，最遲不要超過24小時。

2. 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. 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。

二、生物製劑開發

- (一) 建立四株新型 H1N1 疫苗株和三株臺灣本土流感疫苗株種庫，並完成原型疫苗的量產。另證實自製臺灣本土流感疫苗株可有效量產並順利產生高抗體效價。
- (二) 執行毒蛇飼養管理模式研究，以提高圈養毒蛇之質量狀況及增加蛇毒的產量。另發

展酵素連結免疫反應（ELISA）檢驗系統，提高抗飯匙倩蛇毒血清效價之檢驗準確性。

- (三) 執行「行政院衛生署疾病管制局新建免疫馬場計畫」，民國 99 年 12 月底開工，預計民國 100 年底完工。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

- 46 第一章 消費者保護
- 50 第二章 食品安全管理
- 54 第三章 藥物、化粧品安全管理
- 58 第四章 藥物、食品、化粧品檢驗





我國於民國91年加入世界貿易組織，市場開放導致食品藥物進出口大幅增加，管理面臨新的挑戰。民國99年衛生署成立食品藥物管理局，整併原藥政處、食品處、藥物食品檢驗局及管制藥品管理局，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。工作重點為加強食品藥物安全及源頭管理、提供即時消費安全資訊、取締不法藥物、防制藥物濫用、法規國際協合化及提升產品品質。

第一章 消費者保護

因應社會趨勢發展，衛生署針對食品藥物管理，加強與消費者、媒體之溝通與資訊透明化；及時提供專業、正確的訊息，增進民衆的信任及信心，並結合跨部會之行政量能，強力掃蕩不法藥物及違規廣告，強化消費者保護。

第一節 消費者資訊提供

一、於民國100年6月30日完成整併原食品資訊網、藥物資訊網、消費者資訊網、反毒

資源線上博物館、基因改造食品資訊網、GMP資訊服務網及人體細胞組織資訊網等7個網站，建置「食品藥物消費者知識服務網」。




二、食品營養標示

為提供消費者選購食品之營養參考資訊，推動我國市售包裝食品營養成分標示制度。自民國97年起，所有市售商業完整包裝之食品，應標示熱量、蛋白質、脂肪、飽和脂肪、反式脂肪、碳水化合物及鈉等七項之營養成分及含量。並於民國99年11月29日發布「市售包裝維生素礦物質類之錠狀膠囊狀食品營養標示方式及內容標準」，施行日期為民國101年4月30日。

三、食品消費紅綠燈

在食品安全疑慮事件發生時，以專業科學基礎及風險評估分析作溝通平臺，透過諮詢小組專業評估，公布紅、黃、綠燈之機制，以提供國人辨識食品安全（表5-1）；紅燈代表嚴重、黃燈代表有疑慮、綠燈代表沒問題。另於發生國際食品重大安全事件時，

表5-1 食品消費紅綠燈

燈號	意 義
紅燈 	a. 不論是否危害人體健康，不應給人食用 b. 對人體有立即危害 c. 超過有效期限 d. 不安全程度致有害人體健康等 e. 違反食品衛生容許量標準且具危害人體健康安全者 f. 食品摻藥品 g. 經由健康風險評估後，有高度危害人體健康之可能
黃燈 	a. 對人體無立即危害，但有危害之疑慮，須深入調查或有改善空間 b. 食品具有不安全之疑慮 c. 違反食品衛生容許量標準，但不致危害人體健康安全者，且影響層面大者 d. 經由健康風險評估後，有致人體健康危害之虞
綠燈 	a. 標示不全 b. 雖有危害之虞，但危險因子已被控制 c. 產品安全無虞，純屬誤傳 d. 經由健康風險評估後，可能危害人體健康之可能性極微

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年公布6件食品消費紅綠燈，民國100年6月已公布3件黃燈。

第二節 取締不法藥物食品

一、「加強取締偽劣假藥」專案

(一) 行政院於民國 99 年 3 月成立「加強取締偽劣假藥」專案，由衛生署、法務部、內政部警政署、財政部關稅總局、國家通訊傳播委員會、行政院新聞局、行政院海岸巡防署及各地方縣市政府等單位共同組成「偽劣假藥聯合取締小組」加強稽查，查獲不法藥物包括：偽禁劣藥、食品攙西藥及中藥攙西藥等型態。在未成立取締小組成立前，民國 99 年 1 至 3 月查獲不法藥物案件數每月平均 190 件，移送法辦案件平均 43 件；成立後，民國 99 年 4 月至民國 100 年 6 月查處案件，每月平均查獲 306 件（成長 1.6 倍），移送 202 件（成長 4.7 倍），足見部會合作對查緝不法藥物極具成效。

(二) 取締小組成立前（自民國 98 年 4 月 1 日起至 99 年 3 月 31 日止），查獲不法藥物計 183.7 萬顆；成立後（自民國 99 年 4 月 1 日起至民國 100 年 6 月 30 日止），查獲不法藥物計 1,151.9 萬顆，查獲不法藥物數量增加 6.2 倍。

(三) 取締小組自藥局、藥房、網路郵購、夜市及地攤等不法藥物流通管道查獲之不法藥物，送經衛生署食品藥物管理局檢驗發現，西藥檢出率約為

21%，其功效類別以壯陽類占 53%，位居於首；減肥類占 29%，居於次位。

(四) 民國 100 年 1 至 6 月，共受理 1,722 件查緝之檢體，已完成 1,385 件，其檢驗結果如表 5-2。

二、檢察機關查緝檢驗案

民國99年配合跨部會打擊民生犯罪第13次會議「檢察機關查緝業者利用廣播電台、電視頻道銷售非法藥物、健康食品案件執行方案」，自民國100年1至6月，共受理362件，已完成243件，其檢驗結果如表 5-3。

三、淨化違規廣告

請國家通訊傳播委員會與新聞局於接獲地方衛生局開立之處分書時，即依相關法令採取行政手段，促使違規廣告停止刊播，統計藥物、化粧品及食品廣告違規比率由民國99年1月 13.9%下降至民國100年6月5.2%。



表5-2 民國100年1-6月「加強取締偽劣假藥」專案檢驗結果一覽表

類別	受理檢體數(件)	完成檢體數(件)	檢出檢體數(件)	檢出率
藥品	219	113	68	60%
食品	1,437	1,160	228	20%
中藥		46	13	28%
化粧品	66	66	11	17%
合計	1,722	1,385	320	23%



表5-3 民國100年1-6月檢察機關查緝檢驗結果一覽表

類別	受理檢體數(件)	完成檢體數(件)	檢出檢體數(件)	檢出率
藥品	67	60	53	88%
食品	278	134	24	18%
中藥		32	8	25%
化粧品	17	17	13	76%
合計	362	243	98	40%

第三節 起雲劑添加塑化劑污染食品事件

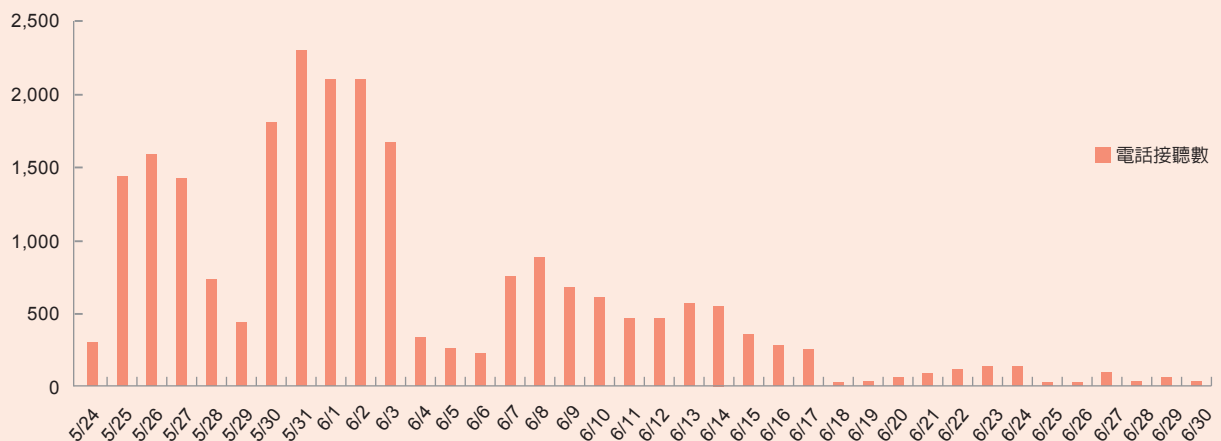
一、民國100年4月7日衛生署與地方衛生局於辦理「偽劣假藥聯合取締計畫」稽查檢驗市售產品時，於「康富生技中心股份有限公司」生產之「益生菌粉末」發現含有塑化劑鄰苯二甲酸二（2-乙基己基）酯（DEHP），並進行下列重要處置：

- （一）要求廠商立即下架回收並追查來源，確認為「昱伸香料公司」製造的起雲劑造成，請檢調單位協助調查中下游廠商並發布新聞。
- （二）5月26日發現「賓漢香料公司」生產的起雲劑含有另一種塑化劑鄰苯二甲酸二異壬酯（DINP），亦展開調查。

（三）塑化劑鄰苯二甲酸酯類種類多、毒性低，常添加於各類塑膠用品，但依法不得添加於食品，該事件引起民衆及媒體極重度關切，民國100年5至6月報紙新聞1,564則（正面暨中性報導1,378則、負面報導186則）及專線電話統計2萬3,000通如附圖5-1。

（四）起雲劑不法添加塑化劑廠商，總計有「昱伸香料公司」及「賓漢香料公司」2家，購買其起雲劑中盤商8家、購買中盤商中間產品如水果香料粉優酪香料粉濃縮果漿果醬等186家廠商、及最終消費產品包括運動飲料、果汁飲料、膠囊錠狀或粉狀營養補給品等229家廠商近千項之產品受到

圖5-1 起雲劑添加塑化劑事件專線電話量統計分析



污染，可疑產品均立即要求下架回收，確認受到污染產品則於 6 月開始陸續銷毀處理，至 7 月 29 日，除檢調機關因尚在進行司法行政程序，偵查之需所扣案產品暫緩銷毀外，其餘封存回收產品均已全數銷毀。

- (五) 6 月 13 日彰化地檢署依違反食品衛生管理法及詐欺罪起訴，將昱伸公司負責人及販賣塑化劑的金董公司共 4 人求處 15 至 25 年重刑，二公司分別處罰金 2 億及 1 億元。

二、起雲劑事件重要影響：

- (一) 臺灣食品形象影響：本案受到污染產品廣泛，引起民衆擔心其危害，及對於相關廠商及產品的不信任。
- (二) 產業產值影響：吳院長敦義於民國 100 年 6 月 10 日立法院報告塑化劑事件對國內食品業影響，相關產業年產值約 933 億元中，將減少 92 億元，包括保健食品、茶類及其他不含酒精飲料、果蔬汁等。為加強管理，經濟部公告五大類產品檢附證明文件始得出口。

三、政府行動

- (一) 行政院啟動緊急應變措施，成立跨部會專案小組，立即追查產品流向，評估影響範圍，並督導各衛生局下架回收疑似污染產品。每日召開專案小組會議及工作小組會議檢討追查進度。
- (二) 資訊透明：
1. 衛生署及食品藥物管理局網站均建立專區並隨時更新資訊，提供健康風險資訊、問答集、產品回收等資訊。
 2. 出口產品通報相關 22 國家地區，並向各國駐台辦事處溝通說明。
 3. 每日發布新聞說明最新情形。
 4. 設立電話專線 20 線，同仁輪班每日上午 7 時至下午 11 時接聽回復相關問題。

- (三) 公告塑化劑污染食品之處理原則：5 月 28 日公告「運動飲料」、「果汁飲料」、「茶飲料」、「果醬、果漿或果凍」、「膠囊錠狀或粉末之型態」等五大類食品，使用起雲劑者，應提出安全證明，包括起雲劑供應商來源證明，及衛生署公佈之實驗室檢驗證明，無者於 5 月 31 日 (D-day) 零時起禁止販售，以確保架上無受塑化劑污染產品。

- (四) 衛生、檢調及消保單位強力稽查：5 月 31 日起至食品通路展開聯合稽查抽驗，確認架上無污染塑化劑食品，請業者針對架上販售之 5 大類食品提出安全證明，至 7 月 19 日各縣市稽查販賣商 4 萬 9,652 家，要求下架 4,076 家 2 萬 9,337 項次產品，並完成四大超商五大類產品證明文件查核。

- (五) 動員檢驗能量：聯合政府及民間有檢驗能力之 49 家實驗室，每天最高可提供 3,000 件塑化劑檢測服務。

- (六) 風險溝通及醫療服務諮詢：結合各部會資源及通路全面宣導，並聯合約 150 家醫院提供健康諮詢門診服務。

四、相關措施

- (一) 加重處分嚇阻不法：修正食品衛生管理法第 31 條及第 34 條，提高罰鍰至 6 萬至 600 萬，對於業者惡意違規添加食品添加物而致危害人體健康者，提高罰金至 1,000 萬，加重刑度至 7 年，該修正案於 6 月 10 日立法院三讀通過。
- (二) 加強源頭管理：環保署修正發布「毒性化學物質運作及釋放量紀錄管理辦法」，明訂第四類毒化物應逐日紀錄，逐月上網申報運作紀錄，以加強流向管理。另對各類鄰苯二甲酸酯類塑化劑研擬將加強分級列管。
- (三) 民國 100 年 6 月召開全國食品安全會議，以廣納各界建言研擬我國食品添加物及食品業之管理改革方案。



第二章 食品安全管理

食品始於農業生產，經加工流通，最後達到消費者之餐桌上，政府透過法規進行源頭及流通管理，以確保消費者購買食品之來源及飲食安全，維護國民健康。

第一節 源頭管理

一、檢討修正食品衛生安全相關規範：依據農作物防治病蟲害及食品加工需求，民國99年增修訂殘留農藥安全容許量標準209品項及食品添加物使用範圍及限量暨規格標準245品項，確保食品安全，同時促進與國際規範接軌。

二、加強進口食品管理：

(一) 依據「輸入食品查驗辦法」，針對檢出不符合規定之活、生鮮、冷藏水產品，立即要求該產品下架並提高其抽驗機率至20%以上。輸入查驗不合格食品，立即於衛生署食品資訊網站「不合格產品專區」公布，民國99年至100年6月底，共公佈266件，不合格產品均不得輸入。

(二) 衛生署食品藥物管理局每日由專人上網查詢國際食品安全資訊，確認不安全產品是否進口我國，民國99年至100年6月底共122件國際發布之食品安全警訊，其中12件有相同品名之產品輸入紀錄，均於第一時間由衛生署食品藥物管理局協助地方衛生局確認，相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12件。

(三) 針對輸入食品不合格情形嚴重者提高查驗機率至20%或50%，加強管制項目包含日本綠茶、鮮桃及金桔，中國大陸（含香港及澳門）菊花及紅麴米，越南調味料、調製竹筍及花生糖，印尼糖果，菲律賓調味料等，自民國99年至100年6月底前述

產品共抽檢953批，不合格率14.90%，詳細結果如表5-4。

(四) 為加強輸入食品把關，達到境外、邊境與國內後市場之一元化管理，自民國100年起收回原委託經濟部標準檢驗局辦理之輸入食品邊境查驗工作。民國99年積極辦理「輸入食品邊境查驗自動化管理資訊系統」建置、人員培訓、委託民間檢驗機構執行輸入食品檢驗等，並在基隆、台北、桃園、台中、高雄等各主要港埠設立辦事處，於民國100年起受理業者報驗。民國100年1至6月底輸入食品查驗結果如表5-5。

(五) 對進口牛肉訂定「三管五卡」管制措施，管源頭、管邊境、管市場，並透過核對證明文件、明確標示產品資訊、開箱進行嚴密檢查、切實檢驗食品安全、資訊連線即時查明等五道關卡。

(六) 於民國99年8月與農委會赴美查廠，成員包括衛生署，農委會防檢局以及國內專家學者，共查核6家，牛肉輸台數量占全美輸台數量50%以上，確認輸台之美國牛肉源頭管理與衛生安全。

(七) 民國99年共審查秘魯禽肉、波蘭豬肉、墨西哥豬、牛肉及西班牙豬肉輸入申請案；民國100年已審查奧地利豬肉輸入申請案，審查結果皆要求申請國再提送補充說明資料。99年另辦理日本、荷蘭及加拿大牛肉重新開放申請案，經牛海綿狀腦病(BSE)專家諮議委員會議討論，亦再請荷蘭及加拿大補充相關資料，供後續風險評估審查。

三、餐飲衛生管理

(一) 推動食品安全管制系統(HACCP)

1. 食品安全管制系統為一鑑別、評估及控制食品安全危害之系統，經由產品產銷過程

表5-4 民國99年-100年6月輸入食品加強管制查驗重點項目一覽表

管制項目	報驗數（件）	抽驗件數（件）	不合格件數（件）	不合格比率（%）
日本綠茶	184	94	23	24.47
中國（含港澳）菊花	62	21	8	38.10
中國（含港澳）紅麴米	111	17	4	23.53
印尼糖果	741	211	39	18.48
菲律賓調味料	538	62	4	6.45
越南調味料	950	106	29	27.36
越南調製竹筍	101	49	6	12.24
韓國蘋果	544	98	11	11.22
日本鮮桃	383	123	6	4.88
日本金桔	157	50	5	10.00
越南花生糖	282	122	7	5.74
總計	4,053	953	142	14.90

表5-5 輸入食品查驗統計

	報驗數	總淨重（kg）	檢驗數	檢驗比率（%）	不合格數	不合格比率（%）
總計	203,896	1,821,820,589	13,067	6.41	133	1.02

統計期間：100年1月1日至100年6月30日

中可能產生危害之分析，設置重要管制點並加以嚴格監控，有效預防食品危害的發生。

- 餐飲業者除必須符合食品良好衛生規範法規（Good Hygienic Practice, GHP）外，並自民國99年9月15日起，餐盒食品工廠全面實施食品安全管制系統。
- 民國98年9月起實行餐飲業食品安全管制系統（HACCP）衛生評鑑制度，落實餐飲業衛生優良標章，及建立「『食』在安心」消費環境，民國99年通過衛生評鑑並發予

證書共計197家，其中餐食製造業140家，餐飲服務業57家。

- 民國99年輔導北、中、南三區具代表性的觀光夜市，共計46家餐飲店通過衛生管理輔導。
- 強化食品中毒事件監控機制，對餐飲業者進行稽查輔導與抽驗，建立食品藥物管理局與疾病管制局之資訊整合系統及交流管道，迅速掌握調查及檢驗結果，提高食品中毒案件處理效率。



四、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。

五、「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。民國96年12月31日起健康食品查驗登記分成雙軌制，第一軌以個案審查為主，第二軌是以食品是否合乎衛生署公告的規格標準來申請，至民國100年6月底，許可證核發計有200件。

六、特殊營養品係指「嬰兒配方食品及較大嬰兒配方輔助食品」，及經調整食品中營養組成後之「病人用食品」，包括調整蛋白質、胺基酸、脂肪或礦物質之食品及減低過敏性、控制體重取代餐食品、管灌用食品。凡特殊營養品範圍之食品，皆應送至衛生署審核。民國99年完成特殊營養食品查驗登記新案31件、變更58件、展延30件、註銷廢止2件、樣品申請20件及罕病特殊營養食品專案進口23件。

七、基因改造食品管理

(一)基因改造食品之審查，是依據「基因改造食品安全性評估方法」，及「混合型基因改造食品安全性評估原則」，通過後發給許可證，至民國100年6月共有單一品系22件及混合品系22件，獲審查核准。

(二)持續辦理相關調查與檢驗，對於違規之基因改造產品立即通知所在地衛生局處辦。

八、食品塑膠容器管理：民國99年11月22日公告修正食品器具容器包裝衛生標準。增訂塑膠類中鄰苯二甲酸酯類（DEHP, DBP）、聚乳酸（PLA）材質、聚碳酸酯（PC）材質（奶瓶除外）、聚醚砜樹脂

（PES）、聚苯砜樹脂（PPSU）材質奶瓶為管制項目，並訂定雙酚A溶出限量標準。另建置「塑膠食品容器宣導網站」，提供使用塑膠類食品容器（具）之正確觀念及方式。

九、加強真空包裝即食食品之管理：99年度發生肉毒桿菌中毒共8案11人，其中有1人死亡。其分別檢出肉毒桿菌A型毒素（6案）、B型毒素（1案）與E型毒素（1案）。為加強管理，要求業者做好冷鏈管理或是商業滅菌，並於民國99年10月14日公告「真空包裝食品良好衛生規範」、「市售真空包裝食品標示相關規定」；同時修正「罐頭食品良好衛生規範」，並草擬「真空包裝食品驗證管理辦法」、「真空包裝食品標章標準圖樣使用辦法」及「真空包裝黃豆食品應向衛生署辦理查驗登記相關規定」等草案。

十、食品標示管理：

(一)民國99年5月28日公告「包裝速食麵標示相關規定」。自100年7月1日起，實施包裝速食麵品名標示原則及醒語標示內容。

(二)民國99年6月1日修訂「鮮乳、保久乳及調味乳品名及標示原則」。自100年3月1日起，實施食品（食品原料）混裝含量（重量）由多至少依序標示原產地（國）。

(三)民國99年7月26日公告「修正『有容器或包裝之食品，應於個別產品之外包裝標示原產地』」。自100年3月1日起，實施食品（食品原料）混裝含量（重量）由多至少依序標示原產地（國）。

(四)民國99年9月21日公告「市售包裝調合油外包裝品名標示相關規定」。實施市售包裝調合油外包裝品名，僅可以依規定含量以上之油脂名稱為品名（兩種以下）。

(五)民國99年9月10日訂定「全穀產品宣稱

及標示原則」。自 100 年 7 月 1 日起，實施包裝速食麵品名標示原則及醒語標示內容。

第二節 流通管理

為強化食品安全進行後市場稽查與監測，管理市售及網路販售食品；針對進口牛肉及散裝食品，規範應有原產地標示，並實地稽查；推動加工食品追溯系統，提供消費者多元透明產品資訊。

一、市售食品衛生安全管理：每年和地方衛生局聯合執行市售產品監測，並委託民間實驗室檢驗。針對檢驗不合格產品，則進行行政處理及追蹤改善，同時加強源頭管理。民國97-99年執行「食米中重金屬（鎘、汞、鉛）含量監測」、「食品中殘留動物用藥之檢測」、「市售及包裝場農產品殘留農藥監測」、「市售食品中黃麴毒素、橘黴素、棒麴毒素、赭麴毒素A含量監測」等後市場產品監測計畫，結果如表 5-6。

二、網路食品衛生安全管理：民國99年針對應節月餅、網路10大團購食品及冬令鍋類產品進行製造商環境稽查，其中2家月餅製造

商及2家網路10大團購食品業者，不符食品良好衛生規範規定，經限期改善後，複查結果均已合格。

三、牛肉標示稽查計畫：自民國99年3月起，請各縣市衛生局輔導轄區內餐飲業者於菜單上主動標示牛肉產地，並採取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、公佈資訊等5大策略。至民國100年上半年，成果如下：

- (一) 散裝牛肉標示大賣場共稽查 5,314 家次，合格家數為 4,716 家次，合格率為 88.7%。
- (二) 攤販業者共稽查 3,260 家次，合格家數為 2,568 家次，合格率為 78.8%。
- (三) 餐廳牛肉標示共稽查 1 萬 357 家次，合格家數為 8,811 家次，合格率為 85.1%。

四、推動加工食品追溯系統：自民國96年至99年底已完成市售17品項乳品、11品項包裝飲用水、5品項飲料、2品項冷藏調理食品、3品項冷凍食品、10品項油脂產品、5品項穀類加工食品、3品項肉類加工品、5品項調味品、1品項蜂蜜及2品項保健食品，共計64品項產品，14種產業模組。消

表5-6 民國97-99年產品後市場監測結果

計畫名稱	年度	總件數（件）	合格數（件）	合格率
市售及包裝場農產品殘留農藥監測	97	1,765	1,557	88.2%
	98	1,894	1,696	89.5%
	99	2,051	1,856	90.5%
食品中殘留動物用藥之檢測	97	252	232	92.1%
	98	266	252	94.7%
	99	330	324	98.2%
食米中重金屬（鎘、汞、鉛）含量之調查	97	161	161	100%
	98	161	161	100%
	99	161	161	100%



費者可至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。

第三章 藥物、化粧品安全管理

藥物安全管理主要為確認藥物的安全性、療效及品質，以保障一般民衆的使用安全。而整體管理策略是透過風險管理規劃管理制度，從研發（製造者端）到消費者端，建立法規與配套措施，以確保產品安全衛生有效及高品質，並建構合理、透明、嚴謹之審查環境。

第一節 生產源頭管理

- 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，至民國100年6月底，國內GMP藥廠計有164家，26家已通過評鑑符合PIC/S GMP。輸入藥廠計有1,000件申請PIC/S GMP符合性資料審查；另自民國91至100年6月底為止計有176家輸入藥廠申請實地查廠，其中152家已通過查核。
- 二、推動加入國際稽查協約組織（PIC/S）：民國99年6月14日向PIC/S組織秘書處正式提

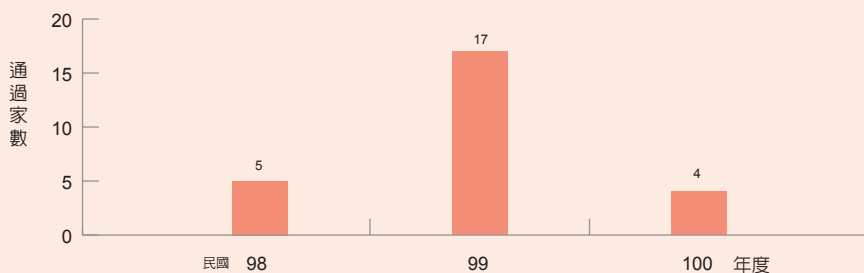
交入會申請，經PIC/S通知送審資料已備齊，正進行PIC/S入會評鑑中。

- 三、持續推動醫療器材優良製造規範評鑑工作，自99年至100年6月止，受理GMP/QSD申請案共2,051廠次，另已完成查核985廠次；截至100年6月止有效登錄者共計GMP480筆（占15%）及QSD2,721筆（占85%）。
- 四、民國97年起實施自願性化粧品優良製造規範，由衛生署與經濟部工業局共同執行查核，民國97年至100年上半年已有34家廠商申請查核，其中17家廠商通過GMP查核。
- 五、國內中藥廠已全面實施GMP，至100年6月底已實施GMP中藥廠總數為116家。並依據藥物製造業者檢查辦法，每年進行GMP中藥廠後續查廠，民國99年至100年6月底共完成84家後續查廠。

第二節 上市前管理

- 一、建置藥物審查一元化體系：自民國99年起，整合食品藥物管理局行政體系、財團法人藥品查驗中心及相關諮詢委員會建立的專業審查能力，提升審查效率。
- 二、藥品上市前需經查驗登記：審查要項包括

圖5-2 國內製藥廠歷年通過PIC/S GMP查核家數



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取代非臨床及臨床試驗，至民國100年6月底止共核發藥品許可證2萬7,353張，包含藥品（原料藥）2,398張及藥品（製劑）2萬4,955張。

三、醫療器材及含藥化粧品查驗登記：我國醫療器材依風險程度分成三個等級管理。至民國100年6月止，醫療器材許可證總計3萬1,178張，含藥化粧品許可證總計1萬4,242張。

四、加強中藥濃縮製劑安全限量管制：民國99年5月28日公告修訂「中藥濃縮製劑含異常物質之限量」，自民國99年7月1日起生產之產品，均須符合該公告之規定。

第三節 上市後管理

一、加強藥物安全監控

（一）民國99年建置「藥品安全資訊即時監控暨傳遞平台」，以提醒醫療人員及民衆注意。民國100年6月底止總計監控148則國內、外藥品安全資訊，即時發布藥品安全相關警訊16則，以及藥品安全資訊風險溝通表10則。

（二）民國99年參照歐、美制度，針對具高風險疑慮藥品，研擬上市後執行「風險管理計畫」，以提升藥商對自身產品之風險意識，共同為民衆用藥安全努力。

（三）民國100年7月完成建置具單一通報窗口「強化藥品不良反應通報系統」，將資料分流不同資料庫（如疫苗、藥品、醫療器材），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。

（四）為建立中藥材之源頭管理機制，第一階段推動中藥材之包裝標示，99年5月及12月

已進行中藥藥政聯合稽查作業，有關中藥材包裝標示，共抽查442件檢體，合格率達98.9%。

二、藥物品質監控

（一）建置完善藥品品質監控機制，分為主動監控及被動監控，主動監控為品質監測計畫，被動監控包含不良品通報系統和療效不等性通報系統，以接受醫療人員及民衆發現疑似藥品不良品（或療效不等）之通報。民國99年至100年6月計接獲藥品不良品通報1,177件。民國92年至100年6月止，接獲醫療器材不良品通報計1,265件；民國99年至100年6月止，化粧品60件不良品通報。

（二）加強市售品之品質及安全監控，建置衛生機關資訊共享平台，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。

（三）衛生署食品藥物管理局於99年12月17日成為全球醫療器材法規協和會（GHTF）「主管機關警訊報告交換系統」（NCAR）會員，能接收各參與會員國之回收通知、安全警訊、風險警訊、產品通知及其他產品警告資訊，確保消費者安全，並讓我國醫療器材管理更向國際化目標邁進。

三、不法藥物暨違規廣告查處

（一）執行「99年度不法藥物、化粧品及食品聯合稽查專案計畫」：查核地點包括所在地之市集、地攤、國術館、民俗療法、整復所、中醫診所、藥局、中藥房等；稽查重點為有無販售偽禁藥品、無照藥商、藥品標示、中藥材之包裝標示及品質抽驗等。共計查核場所257處，查獲疑涉違規案件24件。

（二）辦理中藥摻含西藥專案抽驗計畫：該專案計畫共抽樣124件，民國99年至100年



6 月底，已檢驗完成 118 件，其中 116 件經檢驗符合規定，2 件檢出摻含西藥，另 6 件仍檢驗中。違規案件均已移請相關縣市衛生局作後續之處置。

(三) 民國 99 年至 100 年 6 月底取締不法藥物共計 4,059 件，確認違規處分案件共計 1,241 件，其中司法移送案件 175 件，行政處分案件 1,069 件，行政罰鍰高達 6,673.4 萬元，包括偽藥 79 件，禁藥 90 件，劣藥 8 件，無照藥商 185 件，包裝標示、檢驗規格不符 131 件，違規廣告 684 件及其他案件 81 件。

(四) 民國 99 年至 100 年 6 月底執行「違規廣告監控計畫 - 平面媒體監視子計畫」成果（如表 5-7）：已監控疑涉違規案件 3,895 件，經衛生署各主管機關判定後函送各縣市衛生局查處，經查復確認違規案件計 2,980 件，罰款金額已達新台幣 6,107.2 萬元。

四、藥害救濟之審議：全世界僅三個國家有藥

害救濟制度，「藥害救濟法」自民國 89 年 6 月 2 日起實施，使國人在合理用藥下發生無法預期之藥物不良反應，導致嚴重殘疾甚至死亡之事件予以救濟。至民國 99 年底，衛生署共審議藥害救濟 1,228 件（圖 5-3），審議結果符合藥害救濟適用範圍者 623 件，給付率約達 50.73%（圖 5-4）。

第四節 管制藥品管理

為掌控國內管制藥品流向，建置管制藥品管理體系，管制藥品分級管理、實施證照管理及稽核管制工作。

一、管制藥品管理體系

(一) 管制藥品依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性分四級管理。行政院於民國 99 年 4 月 2 日公告修正第三級管制藥品「伯替唑他（Brotizolam）」改列為第四級管制藥品，民國 99 年 7 月 29 日公告增列 4- 甲基甲基卡西酮（4-MMC；俗稱「喵喵」）為第三級管制藥品，民國 100 年 1 月 14

表5-7 民國99年至100年6月底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	萬元
中藥	15	15	0	8	30
西藥	54	54	0	46	191
中醫	5	5	0	4	0
西醫	65	65	0	54	85
食品	1,214	1,112	102	1,085	2,799
化粧品	2,472	1,801	671	1739	2,790.2
醫療器材	34	33	1	31	189
不明	0	0	0	0	0
瘦身美容	3	2	1	0	0
其他	33	28	5	13	107
小計	3,895	3115	780	2,980	6,107.2

註：「違規確認」係指確經處行政處分之案件數。

圖5-3 民國88-99年藥害救濟申請案統計

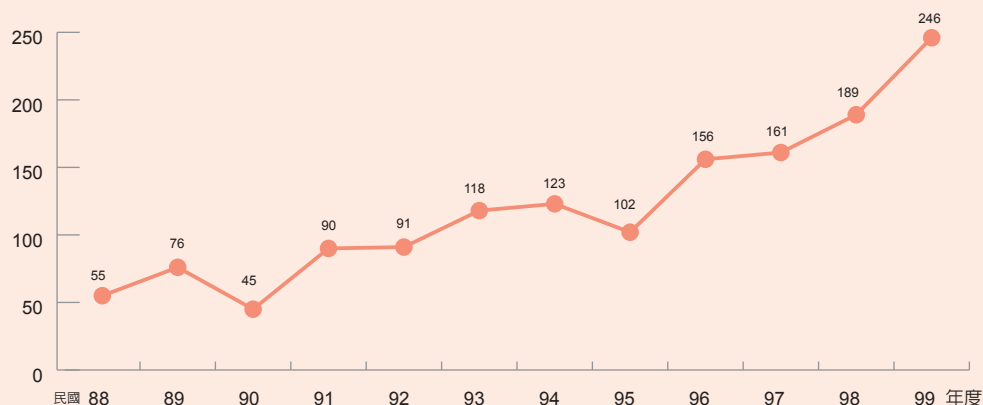
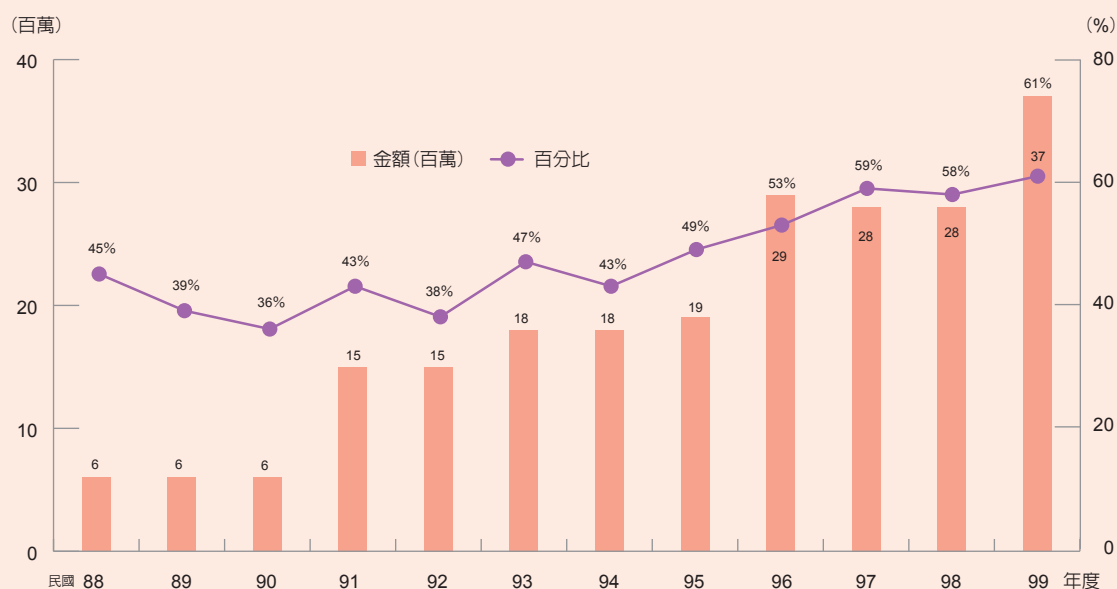


圖5-4 民國88-99年通過救濟之金額與給付率統計



日公告增列 5- 甲氧基 -N,N- 二異丙基色胺（俗稱火狐狸、媚藥）及 Thiamylal Sodium（商品名 Citosol）為第四級管制藥品。

(二) 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衛生署食品藥物管理局管制藥品製藥工廠得以公司設置等。

(三) 管制藥品證照管理：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 6 月底止領有管制藥品登記證之相關機構業者計 1 萬 3,486 家，領有管制藥品使用執照之醫師、牙醫師、獸醫師、獸醫佐計 4 萬 3,157 人。



(四) 管制藥品稽核管制：

1. 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99年至100年6月底共計核發2,832件，從源頭管制，防範管制藥品流為非法使用。
2. 民國99年至100年6月底共計執行實地稽核2萬1,753家次，查獲違規者259家，違規比率1.19%，違規者均依相關法條予以處分，以防杜管制藥品之誤用、濫用或流用。

二、藥物濫用防制

- (一) 衛生署食品藥物管理局「食品藥物消費者知識服務網」之「反毒資源館」，提供民眾藥物濫用危害資訊。
- (二) 持續輔導及新增醫療機構參與「管制藥品濫用通報」，以呈現更完整的藥物濫用現況資料。
- (三) 每月彙整並統計毒品緝獲及管制藥品濫用資料，製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」，提供相關單位參考運用。
- (四) 持續辦理藥物濫用防制教育宣導，透過廣播媒體及巡迴座談會宣導，編輯發行「管制藥品簡訊」，並結合民間團體，擴大教育宣導資源；培訓社區藥師，就近提供諮詢；

於暑假期間，加強青少年藥物濫用防制宣導。

- 三、濫用藥物檢驗體系：衛生署食品藥物管理局協助院檢、警察、衛生單位送驗，民國99年至100年6月底共完成檢驗2,596件，另督導5家公立醫療院所協助毒品檢驗。

第四章 藥物、食品、化粧品檢驗

藥品、醫療器材、含藥化粧品、食品添加物、健康食品、基因改造食品等均須申請查驗登記，取得許可證後，始得製造、輸入或販賣，查驗登記審查，除審核廠商提供之書面文件外，尚需執行產品檢驗，以確保其品質與安全；疫苗、肉毒桿菌毒素等生物製劑以及血液製劑，取得許可證外，尚需逐批抽樣檢驗、封緘後才能上市；遇有藥物、食品、化粧品相關突發事件及市售產品之品質衛生安全，亦需檢驗確認。

第一節 檢驗業務

民國100年共執行「市售及包裝場農產品殘留農藥監測」等25項（包含食品14項，藥品6項，化粧品3項及醫材2項），部分檢驗結果發布新聞，並公布於衛生署食品藥物管理局網站（<http://www.fda.gov.tw/>），供消費者選購產品時比較參考，不合格者除請所在地衛生局處辦，並通知相關機關，加強產品管理及輔導。

第二節 檢驗品質

推動民間實驗室認證，依國際認證標準給予公正、客觀、獨立之能力評估，並制定「實驗室認證標章」，確保檢驗結果之精確性及提昇品質。至民國100年6月底累計公告通過食品認證實驗室55家、478項檢驗項目，藥物化粧品認證實驗室26家、248項檢驗項目。

6

健康照護

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



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

第一章 健康照護體系

自民國74年推動醫療網計畫，將臺灣劃分為17個醫療區域，規劃各區域之醫療人力與設施，以落實醫療資源均衡分布及提升區域醫療水準。該計畫自第1期實施至第4期，20年以來，醫院病床資源漸已充足，醫療品質亦有提升。復配合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

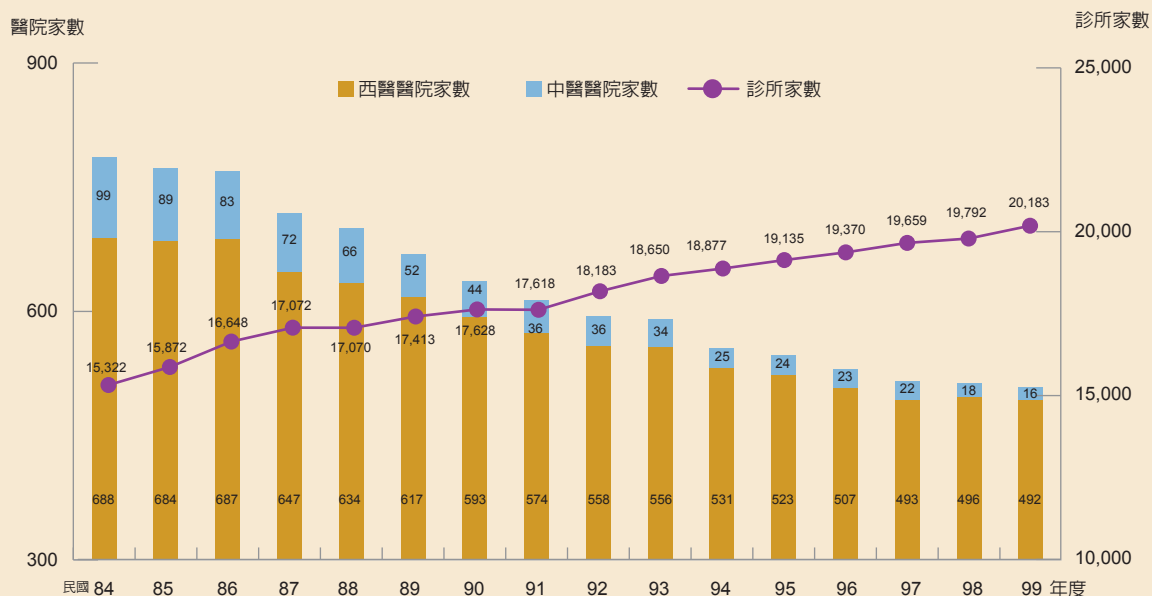
系。又為因應人口老化、少子女化、疾病型態之改變，爰自民國98年-101年實施新世代健康領航計畫，加強提供全民適切、可近性、持續性與整合性的全人醫療照護服務，以讓民衆活得更長久、更健康、更快樂。

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99年實施成果如下：

- 一、醫療機構現況：醫院計有508家，診所計有2萬0,183家，如圖6-1。醫院家數逐年減少，診所家數逐漸增多。
- 二、醫療院所病床現況：醫療院所病床數共15萬8,922床（含一般病床及特殊病床），其

圖6-1 歷年醫療院所家數



中一般病床占62%。醫院一般病床為9萬9,177床（含急性一般病床7萬4,140床、慢性一般病床3,779床、急性精神病床6,932床、慢性精神病床1萬3,978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68.61床。

三、定期清查資源，促進病床有效使用：訂定「醫院設立或擴充許可辦法」並於99年1月25日發布實施，以有效掌握各地區病床之開設與核減，以確保民衆就醫權益與資源有效利用。

四、醫療區域輔導與資源整合：為提升醫療品質，依行政院於97年12月2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，配合衛生署健康政策之推動，且自主性發展各醫療區域之特色、激發地方創新之活力及整合政府部門相關資源。

五、醫療事業發展獎勵：為獎勵醫事人員到偏遠醫療資源不足地區服務，透過醫療發展基金補助19個醫療資源不足地區辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善計畫」，並獎勵醫院辦理「婦產科、兒科醫療資源整合提升計畫」，以達促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源之目標。

第二節 社區健康照護體系

一、繼後SARS時期進行醫療體系改造，推動「全人健康照護計畫」，發展以病人為中心、社區醫療為導向之健康照護模式，落實醫療院所間垂直分工與水平合作機制，有效連結基層醫療、預防保健、急性醫療、復健服務、及長期照護等體系。

二、辦理「建構整合性社區健康照護網絡試辦計畫」，將急性醫療照護資源朝區域化及類別化做資源整合，並以衛生所為操作中心，結合區域內之各類組織，如診所、社區醫院、醫事機構（如社區藥局、醫事檢驗所、護理機構、精神復健機構等）、社會福利機構、教育機構、社區團體等，以疾病預防、慢性疾病照護、資訊整合及健康資料管理為主，落實醫療機構之分工與整合，擴大基層醫療機構之參與，至民國99年底，計已有5縣市50個衛生所加入。

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，確保緊急傷病患之生命及健康，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（EOC）能力，整合化災、輻傷、毒藥物等應變體系，提升應變速度與能力，並即時監控與掌握區域內災害有關緊急醫療事件、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、衛生署於民國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99年底，計有198家急救責任醫院（其中有23家醫院通過重度級醫院評定、26家醫院通過中度級醫院評定），提供民衆第一線之緊急傷病救治服務。



- 三、運用醫療發展基金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，並提供當地民衆與遊客之緊急醫療需求，包括設立「觀光地區急診醫療站」、設立「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3種模式辦理，99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，評估民衆特殊之緊急醫療需求，提供急重症醫療服務，並以成立外傷、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99年已核定獎勵金門縣、連江縣、澎湖縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣共17家醫院成立24個特殊急重症照護中心。
- 五、民國98年起，委託民間專業團體，針對企業或辦公處所之工作人員辦理「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98-99年共計完成106處，共約8千人次訓練。
- 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」，對救護車展開無預警抽檢，以落實救護車之管理，維護病人和家屬之權益。

第二節 災害應變

- 一、民國99年衛生會報由醫政、藥政、傳染病防治及國軍醫療動員業管單位聯合編組，前往各縣市訪查動員業務；廣續配合中央防災業務機關辦理毒化災、港安、鐵安、反恐、空難、海難等、並補助地方政府辦理緊急醫療救護示範演練，計指導8個縣市演練各類災害之緊急醫療救護業務，達成

整合地方衛生機關、醫療院所與消防機關共同進行救護，有效提升災難之緊急醫療能力。

- 二、持續運用緊急醫療管理系統，加強重大災害事件發生時之即時資訊通報，了解與確保全國急救責任醫院醫療救護能量與品質，及掌握全國救護技術員及救護車資料，以提供各衛生、消防單位之緊急醫療救護資訊使用。
- 三、依據衛生署災害防救緊急應變作業要點，設立緊急醫療、防疫保健、行政支援各工作小組，辦理減災、整備、緊急應變與災後復原各項工作，並融入我國災害防救指揮架構，擔任醫衛環保組主責成員，負責統籌緊急醫療救護、傳染病防治、食品衛生及其它公共衛生事項（如：心理衛生）等作為。民國99年間中央災害應變中心計開設7次，總計開設時數554小時，本署亦適時發揮正面之效用。

第三章 精神醫療與心理健康

鑑於社會轉型，人際關係疏離，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。為此，衛生署對於推動精神疾病患者的醫療照護、規劃心理衛生服務計畫不遺餘力，提供民衆心理健康諮詢服務，以預防創傷後壓力症候群及相關精神疾病的發生。

第一節 精神醫療服務

為促使精神疾病患者獲得完善之醫療照護，致力於健全照護網絡；俾讓精神病人能重新回歸社區，積極推動社區復健服務。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99年之執行成果如下：

- 一、為健全精神疾病患者之醫療照護服務，補助各級政府與民間機構開辦或充實精神醫療、精神復健、精神護理之設施及設備，以提升精神病患就醫之可近性。計補助精神復健機構4家、精神護理之家1家。
- 二、為讓症狀穩定、局部功能退化、具復健潛能，但長期停滯於醫療機構中之精神病患回歸社區，積極充實精神復健設施，強化社區之復健服務。日間型精神復健機構服務量已達3,566人，住家型精神復健機構許可服務量則為3,648床。
- 三、為有效掌握社區病人照護情形，已完成各個縣市精神病患社區追蹤照護系統之登錄，列管個案數計有11萬9,791人，並予追蹤訪視。此外，補助各縣市（除連江縣外），由97位社區關懷訪視員提供到宅實際訪視，使精神病人出院後能持續規則就醫，並視其需求予適當轉介、復健及追蹤治療，並教導家屬對高危險群個案之危機處理。
- 四、補助直轄市及縣市政府設立社區心理衛生中心，提供社區民衆心理衛生保健、諮詢、諮商服務及推廣教育宣導。全國已設立25所，達成各縣市均有1所之目標。
- 五、針對家庭暴力加害人處遇計畫，提供加害人認知教育輔導、心理治療、精神治療、戒癮治療等處遇項目，民國99年執行個案2,363人，處遇計畫執行率93.11%。指定性侵害驗傷採證責任醫院有155家，提供被害人驗傷採證及緊急醫療處置，開具驗傷診斷書3,844件，送刑事警察局化驗採證盒2,492件。辦理酒癮戒治處理服務方案，則提供住院治療657人次，門診治療716人次，心理輔導872人次，戒酒認知教育3,466人次。

- 六、經衛生署指定之藥癮戒治機構共108家，其中藥癮戒治核心醫院18家、藥癮戒治醫院80家及藥癮戒治診所10家。另為兼顧公共衛生及公共安全，落實推動藥癮病人戒治醫療工作，辦理「毒品危害防制中心治療補助計畫」，部分補助非愛滋藥癮者參與替代療法之醫療費用。全國計有100家替代療法執行機構，平均每月參與替代療法之個案數有1萬1,750人，服藥人日數達1,048萬9,694人日；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99年之3萬3,672人；新增之藥癮愛滋人數，則由民國96年的733例，降至民國99年的105例。為強化治療個案戒癮治療意願，以責成各縣市政府毒品危害防治中心，提供定期追蹤輔導及轉介就學、就業、就養等社會福利救助資源。

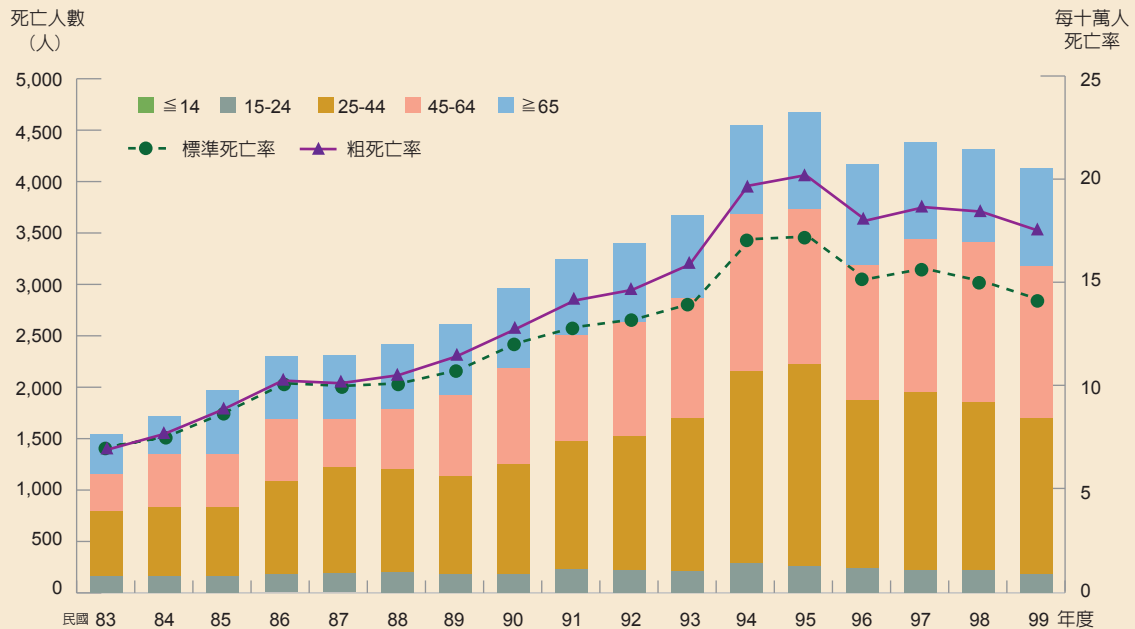
第二節 心理健康促進與自殺防治

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；惟民國99年降至16.8人，首度退出十大死因，位居第11順位，如圖6-2。又近年來，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，衛生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」，協助規劃評估自殺防治策略成效、統計分析自殺相關資訊；設置「安心專線」0800 -788995，



圖6-2 歷年自殺死亡數及死亡率



註：虛線代表依西元2000年世界標準人口年齡結構調整之標準化死亡率

提供民眾24小時免付費專業諮詢服務，民國99年共計服務7萬1,781人次，較98年6萬1,284人次增加服務量17.2%。

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117位，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99年通報量計有2萬6,870人次，訪視計7萬4,794次，關懷訪視率達99.6%，相較民國98年服務量有明顯提升；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99年辦理守門人教育訓練74場，共計訓練7,316人次。

四、為因應莫拉克風災災民心理重建之需，啟動災難心理衛生機制，截至民國99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7,552人次，災民訪視4萬6,869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，民國99年底我國65歲以上人口比率已達10.7%。隨著人口之高齡化、疾病型態的改變及失能者人數大幅增加，致使國人對長期照護的需求遽增。為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) 延續推動長期照護計畫，提升服務使用率

行政院於民國97年核定長期照顧十年計畫，輔導各縣市建立長期照顧管理制度，至民國100年，共有22個照顧管理中心，並下設38個分站，配置315名照顧管理專業人力。已提供之服務占失能人口數比例已由民國97年2.3%、98年5.7%，提升至民國99年16.3%。

(二) 提升經濟弱勢者獲得長照服務之可近性

分析比較長期照護個案社經狀況，發現中低收入戶個案占13.87%（全國總人口中低收入戶係占4%）；低收入戶個案係占12.8%（遠較全國低收入戶占1%之比例為高）。由此可知，經濟弱勢族群所獲得長期照護十年計畫之協助遠較一般民衆為高。

二、長期照護服務法制化

長期照護係以全人口身心失能照護需要作為基礎，提供失能者所需之社區式、居家式及機構式的照護服務。為健全長期照護服務網絡與體系之發展，使民衆獲得有品質、普及式的服務。衛生署於民國98年起著手規劃研擬長照服務法，民國99年10月19日完成函報行政院，並於民國100

年3月31日經行政院院會通過後報請立法院審議，「長照服務法草案」已於4月20日委員會議進行審議，並於5月2日及5月4日進行逐條審查，已通過法案名稱為「長期照顧服務法草案」，及草案條文第一條至第五條。

三、規劃長期照護服務網

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，衛生署民國99年研擬長期照護服務網架構及計畫草案。其計畫主要內容包括：

(一) 合理劃分長期照護服務網區，研訂區域資源目標值。

(二) 均衡發展長期照護服務資源，包括長期照護機構及人力，有效配置各區域長照資源，獎助資源不足區域（偏遠地區）發展社區化長期照護資源及培訓多元人力。

(三) 提升長期照護服務品質，發展各類長照機構整合評鑑機制。

四、辦理國民長期照護需要調查

為推估長照資源供需及長照保險規模、精算保險費率，作為發展長照服務體系之參考，已於民國99年進行35萬受訪個案面訪調查工作，完成第一階段「國民長期照護需要調查」初步統計報告，全國之失能率為2.98%；並於民國100年持續進行第二階段「國民長期照護需要調查」，就第一階段所篩選出有長期照護需要之一萬名個案及其主要照顧者，進行深度訪視調查。

第二節 長期照護專業人力之培訓

為因應未來長期照護需求大幅增加，衛生署除持續辦理長期照顧管理中心照顧管理人員



訓練外，並將於民國99-101年展開長期照護專業人力培訓計畫，以資強化長期照護專業人員照護能力，滿足長期照護需求者之多元化的需求。

衛生署已完成三個階段「長期照護專業人力培訓」課程規劃：包括Level I 共同課程，係以基礎、廣泛之長照理念為主；Level II 專業課程，則強調個別領域專業照護能力；Level III 整合性課程，以強化跨專業及整合能力為主；於民國99年起分階段展開培訓。

- 一、辦理長期照護醫事人員繼續教育計畫，Level I 共同課程護理人員1,097人、醫師38人、職能治療師142人、物理治療師158人、藥師233人、營養師152人、社工人員132人、臨床心理師11人，合計1,963人。Level II 專業課程完成訓練人數為護理人員421人、醫師294人、職能治療師85人、物理治療師347人、藥師380人、營養師100人，合計1,627人。
- 二、辦理長期照顧管理中心人力訓練，完成核心課程訓練63人、實習訓練63人；並派遣專家學者赴各縣市長期照顧管理中心實地瞭解與業務輔導，以提升工作人員服務品質。

第三節 長期照護機構品質管理

至民國100年6月底，全台計有408家護理之家，是國內目前重要長期照護服務資源之一，為確保與提升服務品質，自民國98年度起，依護理人員法，辦理護理之家評鑑，至民國99年共計有370家護理之家接受評鑑，有306家評鑑合格，合格率占82.7%；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。

另考量現行長期照護機構分屬不同中央主管單位，各中央主管機關依各相關法規辦理

機構評鑑，各機構類型、品管指標及辦理情形亦有所不同，民衆選擇長期照護機構及未來長期照護保險機構服務品質無參考依據，爰規劃「社政、衛政整合型長期照護機構評鑑」，已於民國99年完成長期照護機構評鑑整合建議方案之草案。

第四節 推展遠距健康照護

因應我國老年人口的增加，衛生署於民國99年至103年規劃辦理「遠距健康照護服務發展計畫」，基於民國96及民國97年「遠距照護試辦計畫」及「遠距照護服務改善與品質提升計畫」成果，繼續推動並擴大辦理，健全相關配套機制，促進產業發展。

一、服務擴散

為推動遠距健康照護服務在全國各地之複製擴散，民國99年度在北、中、南、東四區委辦團隊聯結共62家醫療照護機構（圖6-3），分別為北區台北醫學大學附設醫院、中區彰化基督教醫院、南區高雄醫學大學附設中和紀念醫院及東區基督教門諾會醫院。至民國100年6月底止，累計收案3,717人，累積服務人次為74萬5,061人。為達到服務永續經營為主要目的，未來將逐步將服務標準化，並發展服務之營運模式，以利未來相關產業推動及發展。同時，為整合各照護資源，將設置區域服務中心，提供民衆即時諮詢及健康管理服務。

二、環境整備

為提升遠距健康照護發展環境整備度，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：參考先進國家遠距健康照護發

展，提供法規研議及建議分析。並提出遠距健康照護及長期照護之結合建議分析。

(三) 成效評估：以民國 99 年度各複製擴散團隊參與遠距健康照護服務之對象為調查對象，推估遠距健康照護服務普及後之效益。

三、資訊整合與介接

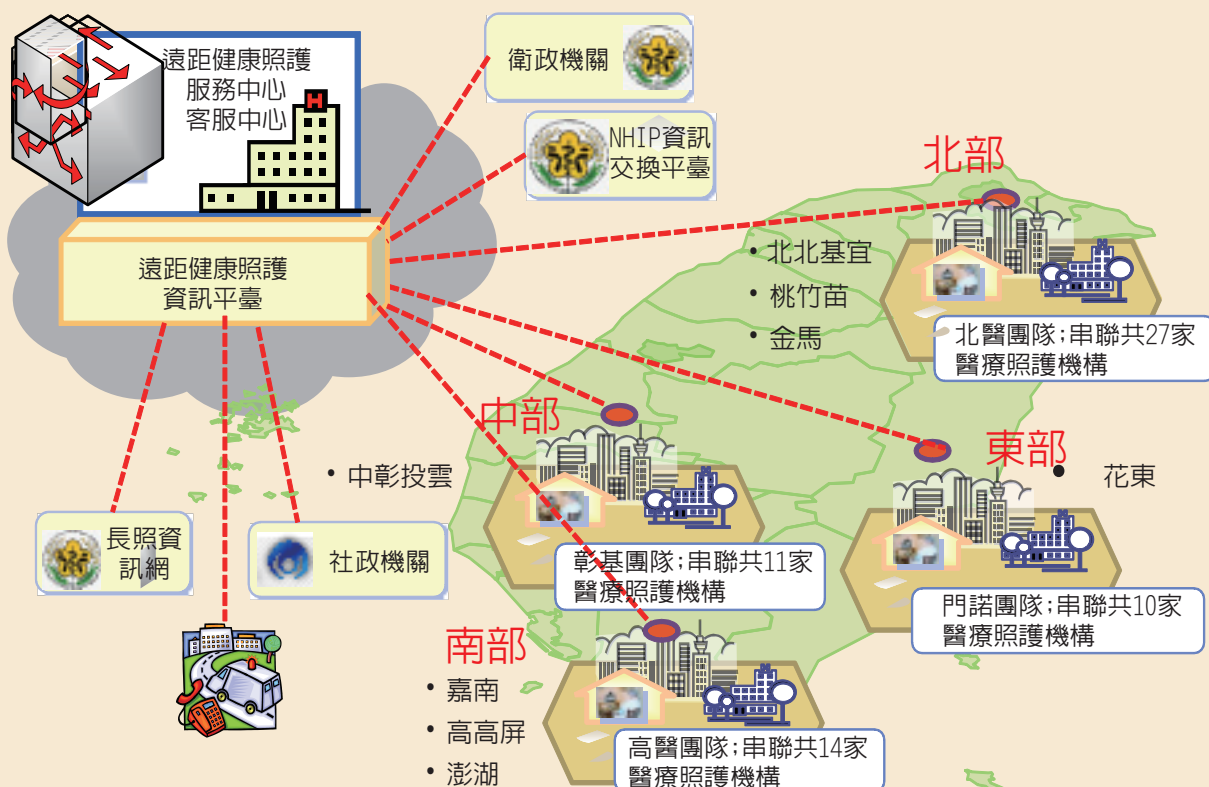
已完成民國99年北、中、南、東四區服務團隊資訊系統平台介接與驗測及8項服務模組及產出5份標準文件。同時也提供多元化遠距創新服務的驗證平台，藉由電子照護紀錄、遠端生理及健康照護資訊傳輸等服務規範和標準的制定，帶動更多照護機構、服務提供者與相關產業加入。此外，因應未來政府雲對於醫療照護之規劃，將藉由照護雲整合各區健康照護

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，並透過各種雲終端設備，提供新型態的智慧化、行動化及個人化健康照護服務。

四、教育宣導

民國99年度共參與4場醫療展活動及舉行遠距健康照護國際研討會，邀請國外專家、國內產官學研專家等與會，整體滿意度高達86%。在遠距健康照護人才培訓部份，至民國99年底共辦理12場服務類及資訊類課程，計541人完成培訓。未來將根據服務人員之需求，持續辦理人才培訓，並積極參與全國性之生技展及醫療展，向民衆宣導遠距健康照護服務之效益。

圖6-3 民國99年服務擴散委辦案執行情形





第五章 醫療品質

為提供高品質、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，實為首要工作。

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99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，除強化衛生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「99-100 年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：提升用藥安全、落實感染控制、提升手術安全、預防病人跌倒及降低傷害程度、鼓勵異常事件通報、提升醫療照護人員間溝通的有效性、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全、加強醫院火災預防及應變等。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，促進病人安全。民國 99 年有 2,657 家醫院參與此系統，通報件數達 5 萬 8,816 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，收錄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。

(五)為確保醫療品質與病人權益，衛生署於 99 年 2 月 23 日公告「醫療機構業務外包作業指引」，明定醫院對於外包業務應負全部責任，且規範除偏遠地區人才羅致困難之醫院外，涉及診斷、治療、核心護理等之醫療核心業務，均不得外包。並於新制醫院評鑑基準「外包業務管理」訂有醫院業務外包須遵守之規範，透過評鑑進行實地查核，以確保醫療品質。

二、醫院評鑑制度

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

(一)修訂「醫院評鑑基準」及「教學醫院評鑑基準」。民國 99 年簡化「醫院評鑑項目」，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」整合「新制教學醫院評鑑」、「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」等關於教學醫院之評鑑或訪查，共將 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。截至民國 99 年底，經評鑑合格醫院有 453 家，占全國醫院約 89%，並完成 33 家醫

院之不定時追蹤輔導訪查及 10 家醫院之即時追蹤輔導訪查作業。

(三) 為強化精神復健機構之管理及提升社區精神病人之照護品質，自民國 93 年起，即辦理精神復健機構評鑑，民國 99 年計有 44 家機構申請評鑑，經實地評鑑，符合合格基準之機構有 37 家，合格率 84%。另針對評鑑合格效期內之機構，實施不定時追蹤輔導訪查作業，以確保機構於 3 年合格效期內，仍能維持作業品質及查照其評鑑缺失事項改善情形。

(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」；已於 100 年 5 月底完成 45 家醫院實地評鑑作業。

三、民國99年起整併醫院評鑑訪視、醫療衛生業務聯合訪查、專科醫師訓練機構認定行程，使原需受評1,545家次，減併為667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

自民國70年執行第1期加強B型肝炎防治計畫以來，衛生署即持續推動血液供輸品質之提升計畫。另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」，期以自給自足為目標，提供國人安全無虞的血液製劑供醫療使用，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來檢驗愛滋。

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，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，於民國99年7月起階段性執行核酸擴大試驗（NAT），規劃每年篩檢約25萬捐血人次，篩檢對象以重複捐血人為主。

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，國內於民國100年6月底約有7,200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750餘人，和廣大的等待人數相較，實難解燃眉之急。為推動我國器官捐贈風氣，增加器官捐贈來源，衛生署於民國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），以進行器官捐贈之推展，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，且器官移植成功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99年度死後捐贈人數計209人，受惠人數約756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日修訂全民健保給付相關規定，以鼓勵醫院進行器官勸募及移植。
- 四、鑑於國內器官移植技術日益進步，部分規定已無法符合現行醫療實務，衛生署擬定人體器官移植條例修正草案，並於民國98年7月28日送請立法院審議，期能提升器官捐贈移植之管理，簡化活體肝臟捐贈之審查程序，並健全公平、公正、公開之分配制度。

第四節 護理照護品質

- 一、推動專科護理師制度，至民國99年度專科護理師甄審，計有2,564人通過甄審，並於100年度續辦專科護理師甄審。100年度專科護理師訓練醫院，計核定69家訓練醫院及2,488名訓練容量。
- 二、持續補助護理團體推動基層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99年補助11家相關團體，辦理90場、計1萬4,200人參加；民國100年補助3家護理團體建置教育訓練網絡，預定完成課程至少128場（含視訊）。

- 三、推動全責照護制度，建置護理人員與護理輔助人員合作模式，減輕護理人員工作負擔，協助病患家屬解決住院病患照顧需求，民國99年配合行政院勞工委員會「多元就業開發方案」，補助培訓與人力經費，使失業者受訓後具備居家及醫院病人照顧服務之能力。民國100年1月核定9家署立醫院設置全責照護病房，提供弱勢族群免付費之看護員服務。
- 四、100年度辦理產後護理機構評鑑試評，為鼓勵機構參加試評，該年度有參加評鑑者，評鑑合格視同督導考核通過，未參加評鑑者以督導考核方式辦理。

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。研擬驗光師法於立法院審查中。
- 二、衛生署定期評估各類醫事人員供需狀況，目前14類醫事人員之培育人數，除語言治療師、聽力師及心理師之培育人數略顯不足，其餘皆符合需求（如表6-1）。

表6-1 民國99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
西醫師	38,887	16.79
牙醫師	11,656	5.03
中醫師	5,354	2.31
醫事檢驗師（生）	8,377	3.62
醫事放射師（士）	4,913	2.12
藥師（藥劑生）	30,001	12.95
護理師（士）	128,955	55.67
助產師（士）	208	0.09
職能治療師（生）	2,287	0.99
物理治療師（生）	5,214	2.25
諮商心理師	671	0.29
臨床心理師	696	0.30
營養師	1,687	0.73
呼吸治療師	1,657	0.72
語言治療師	434	0.19
聽力師	118	0.05

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。至民國99年底各類醫事人員執業及每萬人口執業人數，如表6-1。

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，以公費培育原住民及離島籍醫事人員，學成直接分發回鄉服務；民國91年起，整合金門及連江縣之養成計畫；至民國99年止，共計培育醫事人員744名，分別為醫師373名、牙醫師58名、藥師30名，其他醫事人員283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，因此經過審慎評估，決定自民國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。



四、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，實踐「以病人為中心」的全人醫療照護理念，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，期達到提升受訓學員學習成效，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99年計核定115家醫院辦理畢業後一般醫學訓練計畫，其中105家醫院實際收訓第一年住院醫師並補助經費，共計完成1,447名住院醫師訓練，並補助相關團體辦理20場師資培育研習營，完成2,173名導師及臨床教師培訓。

五、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，衛生署於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99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。

六、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99年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有4萬3,474人次。

七、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年內之醫事人員制定核心訓練課程，並對訓練成效優良之醫院予以獎勵，民國99年計有131家醫院參與，共核定2,173個訓練計畫，平均每月補助受訓醫事人員1萬856人，領證2年內之新進醫事人員受訓覆蓋率約50.3%，藉

由本計畫之實施，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。

八、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。

九、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，提高中醫師由正規教育養成比率，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將於100年落日。

十、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，衛生署將於民國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該署指定之中醫醫院接受2年負責醫師訓練，始得擔任。為輔導前揭醫院，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6月，共輔導33家訓練醫院接受122位新進中醫師訓練；另舉辦受訓醫師病例報告研習營17場，計有中醫師2,181人次參與。

十一、推動「提昇中醫醫事人員執業素質計畫」，至民國100年6月，在中醫師繼續教育方面，共舉辦中醫專科學術研討會及中西醫學整合研討會22場；另辦理中醫基本護理訓練課程，計有1,406位護理人員完成全部訓練課程。

7

全民健康保險

74 第一章 健康保險現況

79 第二章 健康保險制度改革





全民健保自民國84年開辦以來，民眾藉由自助互助及風險分攤的方式，獲得完整的醫療照護，許多貧病弱勢的民眾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，為了健保永續經營，健保改革是衛生署持續努力的目標，本篇提出民國99-100年上半年的各項重要成果，並說明健保制度改革的方向與內容。

第一章 健康保險現況

全民健保重要業務辦理情形，其中包括：納保、財務狀況，以及對保險給付、醫療品質資訊公開、健保IC卡應用成果及弱勢民眾照護等，將分下列六節加以陳述。

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個月的民眾，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99年底，總投保人數共有2,307萬4,487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，衛生署陸續推動各項財務穩定措施，以避免健保財務問題擴大，民國99年推動各項增加健保財務收入措施如下：

(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) 將全民健保保險費費率由4.55%調整為5.17%，並調整投保金額分級表上限。

在不縮減民眾醫療保障之前提下，財務缺口日益擴大，截至民國99年3月底止，保險收支累計短絀數已達604億元，依現行健保法規定，早已達到依法必須調整費率的條件，為了穩定健保財務，政府決定在不繼續擴大財務缺口的前提下，自民國99年4月1日開始，將費率由原來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。

健保財務以權責基礎計算，民國99年至民國100年6月底保險收入為7,055.12億元，保險成本（醫療費用支出）為6,710.62億元，收支結餘為353.70億元，而自民國84年3月起至民國100年6月底，保險收入為5兆4,132.01億元，保險成本為5兆4,360.55億元，歷年保險收支累計短絀數由民國99年3月底604.16億元降為228.54億元，顯示民國99年度健保費率調整方案已有效改善健保財務，減少收支短絀。

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眾用藥權益，衛生署持續檢討修正全民健康保險醫療費用支付標準，民國99-100年上半年實施之重要內容如下：

一、全民健保醫療服務人次

民國99年，總門診次數為3億4,770萬人次，總住院次數為310萬人次，平均每人每年門診就醫次數為15.1次，其中西醫、牙醫及中醫平均每人每年門診就醫次數分別為12.1次、1.3次、1.6次，平均每人每年住診就醫次數0.13次（即平均每百人每年

住院13次），平均每人每年住院日數則為1.3日。

二、提升保險對象就醫可近性

為提升保險對象就醫可近性，至民國100年6月底健保特約醫療院所計達2萬5,356家，其中醫療院所1萬9,547家，藥局4,864家、居家護理機構531家、精神復健機構165家、助產機構12家、醫事檢驗所212家、物理治療所13家、醫事放射所11家、職能治療所1家。醫療院所占全國所有醫療院所總數的92.80%，健保特約醫事服務機構已遍布全國各地。

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收等患者，其醫療費用均給予免部分負擔的優惠，至民國100年6月底止領證病患計約有83萬餘人。

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，第1年實施原論病例計酬相關群組的155項DRG項目。為更精確反映DRG的疾病嚴重度，民國100年起增列胰臟移植乙項，同時將傳統及腹腔鏡闌尾切除術手術、有或無內視鏡手術之膽囊切除術、同一刀口多條血管手術予以再分類，原實施的155項修訂為164項DRG項目。此外，為避免影響醫院之財務，民國100年起之配套修正包括：化療或放療、呼吸器、洗腎之醫療服務點數不含有於DRG支付定額，改另以論量計酬方式申報；18歲以下之先天性疾病個案，如個案之實際醫療服務點數超過上限臨界點，超過部分由原先支付8成調整為全額支付；排除使用葉克膜（ECMO）案件；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. 修訂醫療服務方案提升照護品質

檢討修訂「西醫基層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」、「擴大推動醫療給付改善方案」、「家庭醫師整合性照護制度計畫」、「醫療資源不足地區改善方案」、「慢性B、C型肝炎治療計畫」、「提升住院護理照護品質計畫」、「高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫」等，並新增「醫院總額品質保證保留款實施方案」、「診所以病人為中心整合照護計畫」、「初期慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」、「醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」、「全民健保論人計酬試辦計畫」等，以提升整體照護品質。

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，重點項目包括血中藥物濃度測定-Everolimus、游離攝護腺特異抗原 Free PSA、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，以利民眾就醫。另為提升醫療品質及照護之公平性，減輕民眾負擔，參考其他國家社會保險，取消施行電腦斷層及血管造影之病患使用非離子性顯影劑之適應症限制。

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（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（包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科）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。

（二）中醫部分

檢討修訂5項延續試辦計畫：「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」、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，以提升整體醫療照護品質。

（三）牙醫部分

檢討修訂「牙醫門診總額品質保證留款實施方案」、「醫療服務品質指標項目及監測值」、「牙醫門診總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫（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，並改善特殊族群之醫療服務品質。

（四）建立醫療費用共同管理平台

為合理控制醫療費用，持續建立與醫界共同管理之平台，邀集總額受託單位、醫界代表、藥界代表、專家學者、衛生署及費協會代表共同組成各部門總額支付委員會，負責研議相關執行辦法，及督導總額支付制度實際運作情形，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，在此平台運作下，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99年的2.5%。



五、改進藥品核價制度及增加民眾用藥權益

（一）藥價合理調整

為使藥價制度更形合理，新藥能快速納入健保給付，並縮小藥品在健保支付與醫院採購的價差，除修正「全民健康保險藥價基準」外，並每2年進行1次藥價調整，至今已辦理了6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

為提升民眾用藥品質及用藥選擇，減少民眾財務負擔，在考量大多數病患或其家屬之醫療需要、臨床醫藥專家、相關醫學會之建議等因素，民國99年擴大調整藥品給付規定項目如：惡性腫瘤用藥、肺動脈高血壓治療用藥、慢性病毒性B型肝炎及C型肝炎用藥、罕見疾病用藥等之給付範圍，提升民眾照護品質。

（三）確保罕見疾病及血友病等重症患者之醫療權益與用藥

衛生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、血友病及愛滋病藥費專款專用項目，民國100年亦持續辦理，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眾服務滿意度

一、健保醫療品質資訊公開

醫療品質資訊公開是維護全國民眾就醫權益，促成醫療品質提升的重要方法，也是讓民眾直接看到各醫療院所的醫療品質監測結果，以發揮透明化監督功效。為此，持續規劃各總額部門醫療品質資訊公開作業，並在衛生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。

醫療院所別品質資訊分為二大類，一類為服務類指標，該類指標係就普遍性及可行性高的服務類項目進行公開，其中涵蓋醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析醫療服務等服務類別，至民國100年6月底，共有85項指標。另一類為疾病類指標，該類指標係依疾病別或照護項目別發展專業醫療服務品質指標，目前共公開糖尿病、人工膝關節置換術、子宮肌瘤手術治療、透析治療、消化性潰瘍、氣喘等6類特定疾病。此外，為提高民眾瞭解醫療品質資訊，公開內容均呈現指標主要意涵、指標參考價值、指標定義等訊息，更依據

各指標屬性提供衛教知識，讓民眾藉由查詢指標而提升衛教知識。

民眾可於家中持自然人憑證進入衛生署健保局全球資訊網之一般民眾/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、民眾服務滿意度

為瞭解各界對於健保各項政策實施之滿意度，每年均針對健保整體政策，進行滿意度調查，以瞭解民眾的期望，並作為整體政策及服務改善依據。民國99年民眾對健保整體的滿意度達88%。

第五節 健保IC卡應用

自民國93年1月起，全面使用健保IC卡，提供民眾更簡單、方便、安全之服務。健保IC卡如名片一般大小，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99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，提供院所間溝通平台。



二、實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，民國99年每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者之病患共計6,756人，輔導後，平均每人就醫次數下降達4-5成，輔導成效與輔導時間長短成正比。

三、至民國99年底，於健保IC卡中登錄「同意器官捐贈註記」，計有12萬657筆，幫助醫療人員能在第一時間得知當事人的器官捐贈意願。另有5萬3,338筆資料登錄「同意安寧緩和醫療意願註記」，尊重臨終病人的意願，提供安寧緩和醫療的照顧，使其有尊嚴及安詳的往生。

四、用藥、重大檢查之註記

全民健康保險為病人就醫安全考量，藉由健保IC卡有限儲存空間紀錄最近6次就醫紀錄（60組處置、用藥及檢驗檢查之醫令），循環使用，提供醫師透過醫師卡可讀取其內容，供處方之參考，避免重複用藥或重複檢查，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

為減輕弱勢民眾保險費負擔，避免因經濟困境致影響就醫權益，民國99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70歲以上老人及18歲以下兒童及少年、19歲以下及年滿55歲之無職業原住民，至民國100年6月底補助金額約新台幣326億元，補助約300萬人。

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%，考量個別民眾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眾應自付保險費新增之差額，至民國100年6月底合計補助金額162.52億元，平均每月補助人數約1,800萬人。

1. 第1類至3類被保險人，採取「單一費率、差別補助」的措施，補助投保金額在40,100元（含）以下者及42,000元至50,600元之自付保險費新增部分之全部或部分差額。

2. 第6類保險對象自付保險費新增之差額，並設排富條件，如綜合所得稅率超過6%者，不予補助。6%以下者，補助其自付保險費新增之全部差額。

（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」所訂資格之民眾，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；至民國100年6月底共核貸5,579件，金額約3.53億餘元。

（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，減輕其繳納保費壓力；截至民國100年6月計協助31.8萬人辦妥分期繳納，金額約77.46億元。

（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眾，衛生署健保局積極尋求企業團體或善心人士協助；至民國100年6月底成功轉

介個案計4,467件，獲補助金額共新台幣2,091萬餘元。

(五) 經濟弱勢健保欠費協助方案

健保局除由菸品健康福利捐收入的4%用來補助經濟弱勢民眾的健保費，至民國100年6月底共補助約53萬人，補助金額約27.9億元，並於民國98年、99年分別向財政部爭取公益彩券回饋金，辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」、「協助風災災民及災區民眾繳納健保欠費計畫」等計畫，協助低收入戶繳納欠費，及莫拉克風災災民、災區低收入戶及原住民，代償其健保之相關欠費，與弱勢族群民國98年全年住院部分負擔之補助，共協助計4萬3,726人，金額10.93億元。民國100年亦獲得公益彩券回饋金3.86億元之補助，辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」，至民國100年8月底已協助1萬4,469人，金額3.28億元。

三、加強無力繳納保險費者就醫權益

為保障弱勢民眾就醫權益，對未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。診治後依個案狀況，協助其辦理投保、健保費紓困、轉介、分期等，至民國100年6月底因而獲得醫療保障者計8,651件，金額2.17億元。

四、解卡方案解除弱勢就醫障礙

(一) 健保局依照二代健保法之修法精神，研訂「弱勢民眾安心就醫方案」，對健保費欠費的民眾於考量排富後，對弱勢民眾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眾不予鎖卡，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) 該方案主要針對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眾予以解卡，至民國100年6月底約有38.5萬弱勢欠費民眾受惠解卡（含18歲以下兒少17.7萬人、近貧戶16.9萬人、特殊境遇家庭者3.9萬人），實際積欠健保費被鎖卡民眾截至民國100年6月底已減少為21.9萬人。

第二章 健康保險制度改革

第一節 全民健保改革之修法過程

一、修法過程

(一) 二代健保之「全民健康保險法」修正草案初次於民國95年5月3日送請立法院審議，但因改革幅度大，難以取得社會共識；民國97年2月15日，因立法院屆期不續審，重送立法院審議。衛生署於民國99年3月再次研提修正草案，於同年4月1日陳報行政院審查，於99年4月8日院會通過，函請立法院審議。民國99年4月16日立法院完成一讀程序，交付該院社會福利及衛生環境委員會審查，該委員會於民國99年5月20日完成審查，並決議院會討論本案前需經黨團協商，故衛生署於民國99年6月至12月間密集與各黨團及委員溝通修法共識。

(二) 為持續凝聚修法共識，衛生署自民國99年9月至11月，分北、中、南三區，以「差額負擔」、「費基內涵」、「藥價問題」及「保費新制」為題，召開12場次溝通說明會，邀集各界代表參與討論。同期間內，立法委員分以「家戶總所得與費率」、「差額負擔」、「藥價、藥價差與藥品支出目標」、「資訊公開」及「監理會組成與運作」為題共同召開5場次公聽會。



(三)立法院於民國 99 年 12 月 7 日進行全民健康保險法修正草案之二讀程序，完成第一條之二讀；但因執政黨多數委員認為在現階段推動二代健保，雖能大幅度改善保險費負擔之公平性，但仍須務實考量保費新制採家戶總所得，並架構於綜合所得稅之基礎上，可能產生扣繳及結算程序繁複、行政成本龐大、家戶狀況變動頻繁等問題，建議行政部門應於影響民眾最少之情形下，進行健保改革。

(四)經行政、立法部門於民國 99 年 12 月 9 日至 17 日間密集研商後，行政部門依據立法部門之建議，提供二代健保再修正案，經執政黨立法院黨團大會採納，並據以提出修正動議送院會審議，經立法院於民國 100 年 1 月 4 日完成三讀程序，總統於 1 月 26 日公布修正全文（其施行日期，將由行政院定之）。

二、修法重點

(一)節制資源使用，減少不當醫療：

1. 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。
2. 對於多次重複就醫、過度使用醫療資源之保險對象，將進行輔導與就醫協助，並得於未依規定就醫時，不予保險給付。
3. 明令健保局應每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案，確保資源有效運用，並逐年依市場交易情形合理調整藥品價格。
4. 訂定每年藥品費用目標，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)提升政府對全民健保之財務責任：

1. 明定政府每年應負擔之保險經費，不得低於全部保險經費（扣除其他菸品健康捐等法定收入後）之36%，依據初步推估，政府於修正實施之第一年將增加百餘億元之經費挹注，以後並將隨保險醫療支出之成長而增加。
2. 本次修正實施前所累計之財務短絀，由政府分年編列預算填補。

(三)建立全民健保保險財務收支連動機制：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，統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議，確保收支連動，達成健保財務穩健經營之目標。

(四)確保穩定之財務收入、擴大保險費費基、強化量能負擔精神、減輕受薪階級負擔：

1. 擴大納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、利息所得等項目為計算保險對象補充保險費之費基，並可適度調降現有保險費之費率，減輕一般大眾之負擔。
2. 按雇主（投保單位）每月支出之薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，計收雇主之補充保險費。

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

(六)重要資訊公開透明，擴大民眾參與：

1. 明定全民健保重要事務之會議資訊、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各特約醫院之保險病床使用情形、重大違規資訊等，均應予以公開。

2. 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、總額支付制度之推動、實施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：

1. 凡經濟困難者、遭受家庭暴力受保護者、非有經濟能力但拒不繳納保險費者，於未繳清保險費或滯納金前，均不予暫停給付（控卡），以保障弱勢群體就醫之權益。
2. 減免於醫療資源缺乏地區就醫之部分負擔。
3. 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：

1. 將現行「曾有」加保紀錄返國可立即加保之規定，修改為須「二年内曾有」加保紀錄。
2. 對於首次返國設籍或重新設籍者，以及持有居留證件來台居留者，除受雇者、政府駐外人員及其眷屬以外，均須俟設籍或居住滿六個月後，始得參加全民健保。

(九) 受刑人納入全民健保：澈底落實全民健保保障全民健康之精神，並兼顧受刑人之基本健康人權。

三、總結

二代健保從民國90年開始規劃到修法通過，歷經11年，完成了全民健康保險實

施以來的最大改革，除了期待二代健保能帶領全民健康保險制度走向新的紀元，更期許未來全可朝關懷弱勢、優質照護及資源共享的方面努力，開啓另一階段的健保改革。

第二節 全民健保改革之籌備作業

此次通過的全民健康保險法修正案，除了保險費計算方式改變，還包括了提升政府財務責任、建立財務收支連動設計、節制資源使用、減少不當醫療、實施醫療科技評估、加強資訊公開等許多面向，將可使健保制度的未來朝向更完善的道路前進。

衛生署已陸續展開各項子法規之研議作業，共須訂修37項法規，其中新增法規16項；健保局亦已著手進行擴大宣導、資訊系統建置、保險財務作業規劃及各項新制規劃等籌備工作，整體二代健保籌備工作約需1至2年之準備時間，衛生署及健保局將盡最大努力完成籌備工作，以提供民眾更完善的服務。

為擴大社會大眾對二代健保價值與改革重點之瞭解，積極回應各界疑義，採「分眾宣導，階段實施」針對不同對象分階段進行宣導與說明。第一階段使民眾充分瞭解二代健保重點，同時蒐集各界意見，提供子法規擬定參考；第二階段針對民眾重視之議題加強切入，並配合子法規之訂定進度，對二代健保之執行面作較具體之說明，第三階段以二代健保實務作業說明為主，以利二代健保順利上路。

二代健保所揭櫫的公平、效率及品質，不但是法案的核心精神，也是衛生署與健保局永續努力的方向與目標。未來期望藉由二代健保的施行，加強提升保費負擔公平、落實醫療照護品質，提升行政效率，縮小醫療資源差距，並加強關懷弱勢團體，以架構積極健全的醫療照護體系，讓全民更健康、更長壽、更幸福。

8

弱勢族群照護

- 83 第一章 身心障礙者之健康照護
- 83 第二章 山地離島居民及原住民之健康照護
- 84 第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護
- 88 第四章 經濟弱勢者之健康照護



世界衛生組織於1998年發表「21世紀全民健康計畫」時，特別提出「健康公平性」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、為落實對身心障礙者的全人健康照顧，身心障礙者權益保障法於民國96年7月11日總統公布對於身心障礙者之定義，由過去採疾病導向的方式，改為由功能導向方式之「八大身心功能障礙類別」。未來身心障礙證明除需要鑑定之外，亦須經過需求評估方能取得身心障礙證明並享有法定服務。鑑定人員由過去的醫師改為由醫事、社工、特教、職評等人員籌組專業團隊人員進行鑑定，利用新制身心障礙分類架構下完成鑑定報告及需求評估結果，以提供身心障礙者適當之福利與服務。

中華民國100年2月1日總統華總一義字第10000017951號令，身權法第106條：「..應於96年6月5日修正之條文全面施行後3年內，協同直轄市、縣（市）主管機關對申請、申請重新鑑定或原領有手冊註記效期之身心障礙者…進行鑑定與評估，同時完成應遵行事項驗證、測量、修正等相關作業。…應於前項作業完成後4年內，完成第一項執永久效期手冊者之相關作業。」

二、衛生署依身心障礙者權益保障法第五條規定，規劃新制身心障礙鑑定系統，至民國99年底計完成下列事項：

(一)修正新制身心障礙鑑定工具：民國99年透過專家會議及新北市、高雄市、花蓮縣以及彰化縣四場檢討會，修正民國97至民國98年發展之鑑定工具。

(二)辦理鑑定人員培訓：為使心智身心障礙鑑定可順利推行，衛生署於民國99年於彰化基督教醫院、署立雙和醫院、高雄醫學大學附設醫院、及慈濟綜合醫院共計舉行6場相關培訓課程，共計273位醫療專業領域人員參加。

(三)進行新制身心障礙鑑定工具試驗：根據資料分析與處理，四縣市回收樣本數為522名，扣除鑑定資料有缺漏者15名，總計有效施測人數為507名。在性別方面，男性與女性分別為294與213人。

(四)修正完成民國99年度「身心障礙者鑑定作業辦法」草案，計20條。

三、辦理「身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，培訓口腔照護指導員、種子牙醫師、志工及機構內人員口腔照護能力，民國99年至100年上半年提供居家及機構內約6,000名身心障礙者口腔保健服務。

第二章 山地離島居民及原住民之健康照護

山地離島等偏遠地區因地理環境特殊，醫護人員較為不足，使得偏遠地區居民在就醫資源及健康照護上較缺乏。為能加強山地離島及原住民之健康照顧的可近性、周延性及持續性，衛生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定位為優先，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至100年6月底共核定補助6家衛生所（室）重建及19家空間整修及修繕工程，3家山地鄉直昇機停機坪修繕案。同時核定補助山地離島地區衛生所（室）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47項、醫療設備49項、巡迴醫療機車8輛，以提升偏遠地區的醫療服務品質及設備資源，縮短城鄉醫療差距。

二、廣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99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，帶動社區民眾共同參與營造健康社區。民國100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，85個健康營造中心。委託台灣原住民醫學學會及臺灣身心健康促進學會進行協助輔導，並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。

四、推動「山地及離島地區大專青年社區部落健康服務營」，民國100年寒、暑假補助40個服務營隊，約計1,600人出隊提供社區部落服務，服務足跡遍及台灣山地及離島等地區。

五、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13縣39家衛生所268個巡迴醫療點，提供「行動門診」送醫療到部落，並完成「母語語音掛號系統」，提供居民便利醫療服務，縮小城鄉醫療資源差距。

（二）建置醫療影像傳輸（PACS）系統及醫療資訊化系統整合，完成建置宜蘭縣南澳鄉等31家衛生所與衛生署醫院連線，提升偏遠部落的醫療服務品質。

六、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、台東縣等縣衛生局辦理遠距醫療會診，共計24個連線點。

七、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99年計受理緊急救護諮詢34件；另受理空中轉診申請346件，審核結果，計核准空中轉診309件，核准率約89.3%，提升空中轉診後送醫療品質。

（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」補助轉診來臺就醫交通費，99年度離島地區來臺就醫之病患計2萬7,528人補助二分之一交通費。

八、自民國99年起提供山地鄉國小一、二年級學童及非山地鄉國小低收入戶一年級學童白齒窩溝封填服務，以預防其白齒齲齒。

第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護

第一節 漢生病病患人權保障及照顧

一、總統於97年8月13日公布施行「漢生病病患人權保障及補償條例」，修正相關法令條文內之「痲瘋（癩）病」為「漢生病」。

二、回復漢生病病人名義，行政院劉兆玄前院長於民國98年2月12日於行政院3131次院會公開聲明，向漢生病病患道歉。

三、民國98年2月2日成立漢生病病患人權保障及推動小組，至民國99年底，共召開13次會議。

四、辦理補償（撫慰）金發放共7億3,062萬6,662元，包括樂生院民292人，共5億0,029萬9,994元及院外居家病友947人，共2億3,032萬6,668元。

五、辦理樂生園區規劃工作：民國98年8月14日文建會將樂生療養院增列為台灣申請世界遺產潛力點之一，同年9月7日台北縣政府公告登錄樂生療養院為「文化景觀」及「歷史建築」。

六、民國97年起落實漢生住民分區、分級照護，將新大樓高樓層與舊院區畫分為安養區，新大樓2-3樓層為養護區，各區設置醫護人員、生活輔導員、生活照顧助理員與照顧服務人員等協助日常生活與健康維護作業，推動「漢生病病患直接觀察治療（DOTS）執行計畫」，提供高品質漢生病個案之照護。

七、民國98年1月起新增臺大、馬偕、台中榮總及成大等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。

八、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。

第二節 罕見疾病防治

為提供罕見疾病病人周全的照顧，衛生署主要措施說明如下：

一、至民國100年6月底共公告185種罕見疾病、75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」，民國100年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99年約計補助新台幣3,700萬餘元；提供罕見疾病病人及家屬遺傳診斷及諮詢等相關服務，並加強罕見疾病防治相關宣導。





三、民國99年12月8日公布修正罕見疾病防治及藥物法第六條及第三十三條條文，將強化罕見疾病在預防、篩檢、研究工作的內容及擴大罕見疾病病人維持生命所需之居家醫療器材費用補助，以減少罕病的發生及減輕照顧者的負擔。

四、為配合罕見疾病防治及藥物法修法，衛生署業於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，可回溯至民國100年元旦生效。

第三節 人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

衛生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。於雞尾酒療法（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）我國於民國79年12月17日公布施行「後天免疫缺乏症候群防治條例」，以有效規範對愛滋病毒感染者之相關防治作為與維護感染者相關權益。為因應疫情變化需求，及國際、國家對於愛滋病人權保障之更積極作為，衛生署已於民國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」，以切合愛滋病防治之需要，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，除了提供免費的抗愛滋病毒治療藥品外，並將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之可近性，民國99年計有1萬4,548人就醫，年度就醫率約達85%。

（二）為提升愛滋病毒感染者醫療照護效果，強化感染者做好自我健康管理，以達到防疫目標，自民國96年起開辦愛滋病個管師計畫，民國99年共有39家愛滋病指定醫療機構參與計畫，提供愛滋病人衛教及諮詢服務，至99年底累計收案管理人數達8,254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，以提升愛滋病個案就醫意願，宣導定期就診與服藥方能延長存活時間、減少伺機性感染，以提昇病患生活品質，並加強愛滋個案之接觸者諮詢與檢查追蹤。

(四)補助愛滋相關民間團體透過民間團體的力量，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99年提供132位愛滋個案安置及608位個案管理服務。

第四節 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」，提供全面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99年之建卡管理率達98.60%。

二、為保護新住民婦女在未納保全民健保前之生育健康，自民國94年起至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」並申請補助經費，用以辦理渠等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99年補助未納保產前檢查，共10,024案次，補助金額達581餘萬元。自民國100年起，業由衛生署國民健康局編列預算補助未納保產前檢查費用；100年1-6月共5,022案次，補助金額達291餘萬元。

三、推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」並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99年計有21個縣市、190個衛生所辦理上開計畫，並有364名通譯員參與及提供本項服務。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。

第五節 失智失能者社區照護服務

一、由於國人壽命延長，失智人口急速增加，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，衛生署自民國94年起至民國99年共補助18家護理之家設置失智症照護床，以提升失智症者之照護能力及服務品質。

二、持續推動失智症防治相關研究，自民國100至民國102年規劃辦理「失智症(含輕度認知功能障礙)流行病學調查及失智症照護研究計畫」，作為評估台灣失智症照顧需求之依據。並將失智症防治之相關知識及技能，納入長期照護專業人力培訓課程，以培訓優質專業照護人力。

三、透過各種照護系統，提供失智失能患者及家庭照顧者優質的健康和照護服務模式。

四、完成8家署立醫院失智失能社區照護服務開辦作業，截至99年底止，收案數達500人，篩檢及衛教宣導已達1,500人，已確實落實在地老化之長期照護目標。

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)民國68年4月起，因食用多氯聯苯(PCBs)污染之米糠油導致「油症」。民國



94 年起，考量可能經由胎盤或哺乳感染至下一代，故將女性患者之子女（69（含）年後出生）納入為照護對象（即稱為第二代油症患者）截至民國 100 年 3 月底共有 1,516 位油症患者，其中第一代為 1,306 位；第二代為 210 位。

（二）提供油症患者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. 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、台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，衛生署於民國 100 年 4 月 29 日舉辦「台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及五島市健康政策科吉谷清光科長，與會演講並與臺灣學者及官方代表進行討論，並邀請衛生局（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郭育良理事長及專家學者進行雙向溝通，瞭解患者需求，增進患者瞭解衛生署提供之健康照護服務內容。

第四章 經濟弱勢者之健康照護

為了讓經濟情況困難的民眾，也能一樣享有全民健保的各項服務，衛生署及健保局持續提供各項協助繳納保險費措施，例如辦理健保費紓困、分期繳納及轉介公益團體繳交健保費等措施（詳細內容可參考第七篇「全民健康保險」第一章第六節「弱勢族群協助」），摘述如下：

- 一、健保紓困基金申請無息貸款償付積欠之健保費，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，至民國 100 年 6 月底共核貸 5,579 件，金額約 3.53 億餘元。
- 二、經濟困難無力一次繳清欠費者，可辦理分期繳納，至民國 100 年 6 月底計協助 31.8 萬人辦妥分期繳納，金額約 77.46 億元。
- 三、無力繳納保險費之家境清寒民眾，衛生署健保局積極轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費；至民國 100 年 6 月底成功轉介個案計 4,467 件，獲補助金額共新台幣 2,091 萬餘元。
- 四、由於品健康福利捐收入的 4% 用來補助經濟弱勢民眾的健保費，至民國 100 年 6 月底共補助 53 萬人，補助金額約 27.9 億元。
- 五、民國 100 年已爭取公益彩券回饋金，並核定包含中央健康保險局及 15 個縣（市）共 17 件補助計畫，優先照護低收入邊緣戶等弱勢族群，補助項目包括：健保部分負擔、健保欠費、住院膳食費、偏遠地區交通費、掛號費、其他醫療自付費用、業務費、人事費及宣導費等，用以協助經濟弱勢民眾度過一時難關，獲得妥適醫療照護。至民國 100 年 8 月底已協助 1 萬 4,469 人，金額 3.28 億元。

9

國際衛生合作

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





國際醫療之推展為全球趨勢，我國具有醫療品質優良，價格具競爭力的優勢，藉由醫療服務國際化之推行，可開創我國醫療產業新契機。因此，國際衛生合作交流透過參與國際組織、提升國際形象、延攬專家、及國際人才的培訓等，並配合世界潮流，發展多樣性的合作模式，在地球村發揮濟弱扶傾的功能，進而達到回饋及貢獻全世界衛生之目標。

第一章 參與國際衛生組織

我國一直積極爭取參與各國際衛生組織，其中以推動加入WHO為重點，並在民國98年以觀察員身分參與世界衛生大會（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

自民國86年推動加入世界衛生組織（WHO），秉持「疾病不分國界」的精神，以專業訴求參與WHO，多年來在友邦與國際友人的努力與支持下，國際社會逐漸瞭解我國加入之必要性，許多主要國家及國際醫事團體均公開支持我國參與，我國亦致力提昇人民健康水準，盡力使我國衛生發展與國際同步，並善盡身為國際社會成員的義務。

第二節 加入世界衛生組織的現況

臺灣尋求參與WHO已長達14年，歷經腸病毒、SARS及H1N1疫情，在衛生事務漸跨國界的趨勢下，臺灣參與世界衛生組織的必要性，參與的正當性及受國際社會的支持與日俱增，我國仍將積極參與各項國際衛生會議與活動，善盡地球村一員的職責，爭取國際支持與認同。

一、出席第64屆WHA，以「專業參與、維護尊嚴」為訴求，積極參與大會及技術委員

會，針對14項重要醫衛議題發言，充分展現我醫療衛生實力，受與會人員肯定。

二、積極參與WHO其他專業議題會議，民國100年6月底計參與WHO技術性會議達9場，議題包括醫事人力資源、中醫藥相關、疫苗相關及日本腦炎等，實踐我國參與及貢獻國際社會之承諾。

三、衛生署疾病管制局除申請我國港埠納為WHO核可之「允許核發衛生管制證書之授權港口名單」外，亦推動「IHR（2005）指定港埠核心能力評估及建置」，向友好國家洽詢港埠核心能力建置事宜，並研擬「建置IHR指定港埠核心能力計畫」，成立中央跨部會推動小組，並積極依照世界衛生組織預訂時程，進行各項自我評估工作。

第二章 國際交流合作

為加強與友邦間的醫療合作，協助提升醫療衛生水準，善盡我作為國際社會成員之責任，爭取國際間之瞭解重視，運用「亞太經濟合作（APEC）」（亞洲）、「泛美衛生組織（PAHO）」（美洲）、「西非衛生組織（WAHO）」（非洲）及「加斯坦衛生論壇（EHFG）」與「經濟合作暨發展組織（OECD）」（歐洲）等國際組織，將我國衛生醫療援助及與各國的實質交流訴諸國際，強化我國國際能見度。

第一節 參與或舉辦國際會議、研討會及諮商會議

一、國際會議

（一）出席民國100年3月於美國華府舉辦之APEC衛生工作小組會議。

（二）衛生署提報之APEC計畫案「Enhancing Hospital Safety and Responding to Public Health Emergencies by Applying RFID」已通過計畫審查且獲經費補助。

(三)與加斯坦衛生論壇合作籌辦 2010 年「歐洲加斯坦論壇」，我國代表於會中發表演講，與歐洲重要醫藥衛生領域之專家學者、政府官員分享我衛生政策及學術研究成果，提昇我國國際能見度。

(四)楊志良前署長應邀出席「伊利諾州公共衛生緊急事件整備高峰會議」，並發表專題演講，會後抵華府拜會美國衛生部健康照護研究及品質署（AHRQ）、國際衛生事務辦公室（OGHA）及美國國家衛生研究院所屬之過敏與傳染病研究所，並於「戰略暨國際研究中心（CSIS）」公開演講。

(五)為參與國際社會協助海地地震災後重建計畫，我國派遣特使團赴多明尼加，參加「展望海地前景全球高峰會議」。會後拜會海地蒲雷華（René PRÉVAL）總統及相關部會首長，研商後續重建規劃事宜。

(六)與內政部消防署特種搜救隊、臺北市消防局及外交部組團參加「2010 年杜拜國際人道救援與重建會議暨展覽會（DIHAD 2010）」，積極推廣我赴友邦海地援助震災之成效。

(七)舉辦臺灣健康論壇，計有 20 國、200 多位國內外衛生領袖、資深衛生官員及專家學者參加，針對「領導力」、「氣候變遷與健

康」以及「健康體系」等議題，進行專題演講與經驗分享。

二、研討會

(一)楊志良前署長應邀出席「Healthcare in Asia 2010 研討會」，並擔任「探討政府醫療保健財務問題」場次之主講人；至李光耀公共政策管理學院發表專題演講，會晤新加坡衛生部許文遠部長，就醫療衛生議題進行意見交流。

(二)楊志良前署長赴美出席「99 年度中高階衛生行政人員工作坊暨臺美公共衛生圓桌會議計畫」，並發表專題演講。此行與北卡州聯邦眾議員、北卡等 12 州衛生署署長及重要公共衛生非營利組織之高層執行者見面，就中美重要公共衛生議題交換意見及經驗分享。會後參訪加州州立大學柏克萊分校，進行公開演說，分享臺灣健保經驗。

(三)民國 99 年 11 月，於台北辦理「Regional Economic Integration and Public Health : Current Health Issues and Future Challenges for Asia-Pacific Region」研討會。

(四)辦理「Conference on International Health and Trade」及「2010 年兩岸衛生法律與政策學術研討會」，探討公衛議題關注之焦





點與處理爭議問題之國際事務，及兩岸衛生法基本問題等。

三、諮商會議

(一) 民國 99 年 4 月出席「第 14 屆台澳經濟諮商會議」，並簽署「駐澳大利亞台北經濟文化辦事處與澳大利亞商工辦事處間藥物管理合作瞭解備忘錄」，以利衛生署食品藥物管理局與澳洲藥物管理局藥物管理之資訊交換，建立合作關係。

(二) 出席由外交部亞東關係協會及日本交流協會共同舉辦之「第 35 屆台日經濟貿易會議」，與日方就 10 項食品安全、藥政等相關議題進行討論。

第二節 交流合作

一、辦理「99年度推展中南美地區國家衛生合作計畫」，協助培訓貝里斯與宏都拉斯之醫護人員，並捐贈醫療器材。

二、辦理「99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、辦理「99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；另於南非舉辦「南部非洲開發共同體愛滋病患跨境就醫區域論壇會議」。

四、民國99年12月21日完成「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」簽署，並於民國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」等四大合作領域。

五、為加強中醫藥交流活動，推廣國際傳統醫藥事務，民國99年6月22日成立「國際傳統

醫藥交流合作中心」。

六、民國99年6月22日至28日假中國醫藥大學舉辦「2010年國際傳統/替代醫藥專業訓練營(2010 CAM/TM Professional Training Program)」邀請來自澳洲、印尼、韓國、日本、越南等12國家17位高級傳統醫藥管理官員及學界代表前來參加，並邀請國內專家學者共同交流。

七、於民國100年3月8日出席美國華盛頓舉行之APEC衛生政策論壇，與會員國分享並宣揚我國推動健康老化的政策、執行策略與成果，並以Proactive Approach towards Healthier Aging and Healthier Community為題發表演講。

八、第13屆加斯坦歐洲衛生論壇於99年10月6日至9日舉行，主題為「Health in Europe - Ready for the Future?」。衛生署協同辦理一場平行論壇，主題為Healthy Ageing-Demographic change and the future of health」。除分享我國健康老化(Health ageing)施政成果外，集結世界各地衛生醫療體系的實務經驗，作為我國面對未來人口老化議題之施政方向及參考。

九、第138屆美國公共衛生學會於99年11月6日至10日在科羅拉多州丹佛市舉行，會議主題為社會正義(Social Justice)，衛生署以海報發表「Contraceptive use after unplanned pregnancy terminated by induced abortion: An observation from a recent fertility survey in Taiwan」與國際分享。

十、參加民國99年6月11日至12日舉辦「2010菸草控制框架公約國際研討會:FCFC回顧與前瞻」，透過非政府組織，參與開發中國家推動菸害防制工作，分享臺灣經驗，促進國際交流互動。

十一、衛生署國民健康局與美國喬治城大學暨普林斯頓大學共同辦理「老人健康之社會因素與生物指標研究」(SEBAS)，以5年為期，第三期計畫訂於民國100年9月起至民國101年4月止針對該樣本世代進行第三次追蹤訪查，據以探討我國中老年身心健康狀況與慢性疾病、壓力、生物指標之關係。

第三節 教育訓練

- 一、駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心99年度辦理4場護理和醫事人員有關社區慢性病和口腔衛生之教育訓練研討會；另薦送3位馬國護理人員來臺參加呼吸治療及血液透析技術醫療臨床訓練。
- 二、駐索羅門群島臺灣衛生中心99年度辦理寄生蟲鏡檢種子技師訓練工作坊及婦幼衛生訓練工作坊，並與其他援助索國之政府組織建立合作模式，包括教材編制、教育訓練等活動。
- 三、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫(TIHTC) 99年度至100年度上半年共培訓20個國家之190名醫事人員，包括臨床醫療培訓課程，醫務管理、公共衛生暨全民健保、以及針灸暨傳統中醫等專案培訓課程。

第三章 國際衛生援助

面對全球化潮流，因應健康無上限、疫病無國界之新挑戰，我國致力於國際衛生合作計畫與援助，以達成台灣向世界叩門，促使國際社會深刻地認識及瞭解台灣，期能逐步拓展衛生外交。

第一節 醫療救援

海地於民國99年1月發生地震，派遣臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)醫療隊援助災區。並就「中華民國協助海地地震災後重建計畫」，提出為期三年「海地臺灣衛生中心計畫」、「捐贈醫療器材計畫」、「防疫生根計畫」等子計畫，各子計畫之工作內容如下：

- (一)臺灣衛生中心計畫：委由衛生署桃園醫院執行，於民國100年6月10-21日，率團前往海地進行實地查訪。攜帶8台「二合一血糖血壓機」等醫藥物資，捐贈予海地Artibonate省衛生局。
- (二)捐贈醫療器材計畫：委由衛生署桃園醫院以及醫療器材援助平台計畫(GMISS)執行。透過GMISS向我國各醫院募集二手醫療器材，於民國100年2月5日運抵海地，並由我駐海地大使館舉行捐贈儀式，由海地衛生部長Dr. Alex LARSEN代表接受。另委由桃園醫院購置9台國產手提式製氧機，並於民國100年3月運抵海地，分配予9家海地醫療院所使用。
- (三)防疫生根計畫：民國99年10月，海地爆發霍亂，衛生署疾病管制局透過「防疫生根計畫」，捐贈2批防疫檢驗醫療器材，交由海地國家公共衛生實驗室(LNSP)運用；另與海地LNSP於民國100年3月2日簽署合作協議書，合作內容包括LNSP醫學檢驗專業人員訓練、流行病學專業人員訓練、以及依據海地實驗室需求，提供防疫物資暨耗材與儀器設備等項目。

第二節 醫療協助

- 一、民國99年3月，馬總統率團前往太平洋6友邦進行國是訪問，主軸為「有效合作、永續發展」。



二、辦理「醫療器材援助平台計畫(GMISS)」，提供醫療器材給友邦及友我國家。民國 99 年至 100 年上半年，共辦理 12 個國家 18 件捐贈案，捐贈 749 件醫療器材。

第四章 醫療服務國際化

一、醫療服務國際化之發展背景

近年來許多東南亞國家致力推行醫療旅遊，目前推行最具成效如：新加坡、泰國、韓國，甚至是晚近崛起的印度。這些國家政府都各自發展具特色的醫療旅遊套裝行程，提供許多就業機會，活絡該國內服務業。我國位於亞洲重要經濟樞紐位置，且擁有優秀的醫師群以及領先的技術，實應充分運用此項既有優勢，謀求國家及全民的最大利基，並藉以活絡我國醫療產業之發展。

二、醫療服務國際化之發展目標

我國推動醫療服務國際化之精髓，在於結合臺灣的優質醫療、高科技與親善服務，連結觀光旅遊業，開拓醫療產業發展的新利基，同時驅動我國高價值的科技型服務業之發展，透過整體行銷策略提昇我國醫療服務品牌形象，進而促進國家整體發展，使「臺灣服務」成為臺灣經濟的新標誌，提升臺灣之國際能見度。

三、醫療服務國際化之推動成果

- (一)我國自民國 95 年推動「2015 經濟發展願景第一階段三年衝刺計畫」，將「醫療服務國際化旗艦計畫」列為重點發展項目，更將其納入 98 年度六大新興產業發展之重點項目，並為國家十大重點服務業之一。
- (二)辦理「醫療服務國際化推動計畫」，委託成立國際醫療管理工作小組，以作為我國醫

療服務國際化資訊交流及整合之平台。該小組輔導超過 30 家醫療院所共同參與，民國 99 年共計有 1 萬 5,843 位外籍人士接受臺灣醫療服務。

- (三)籌組醫療服務國際化整體規劃小組，由專家學者及相關部會代表共同組成，以利共同協調並投入資源，促成醫療服務國際化事務推展。

(四)致力推動法規鬆綁：

1. 於民國99年1月11日公告放寬國際醫療廣告得以非本國語文登載或播放醫療服務。
2. 民國99年1月25日修正發布「醫院設立或擴充許可辦法」，規範醫院得向衛生署申請特許設置國際醫療病床，其設置床數不得逾急性一般病床之10%，並應與其他病床區隔，且不申報健保給付。
3. 研擬修正醫療法，放寬專辦國際醫療之私立醫療機構，得以公司型態設立，該修正案於民國99年3月4日報請立法院審議。
4. 協調外交部、內政部入出國及移民署將外籍人士及大陸地區人士來台就醫申請流程簡便化、常態化，以利更多境外人士來台接受國際醫療服務。

- (五)民國 99 年執行「醫療服務國際化全方位行銷計畫」，於海外設置 10 個駐點，提供外籍人士來臺就醫之諮詢及協助。同時協助臺灣 12 家醫院與美國加州之美商臺灣醫聯保險公司進行合作簽約，藉由轉介該保險公司之保戶來臺接受疾病治療，進一步與美國全國性之保險公司進行合作關係。

- (六)辦理「醫療服務國際化整合行銷推廣計畫」，已徵求國際知名媒體協助拍攝臺灣國際醫療專輯影片，擴大相關宣傳活動。

10

衛生科技研究

- 96 第一章 優先推動計畫
- 97 第二章 一般計畫
- 99 第三章 國家型科技計畫



衛生科技發展以「科技厚生」為總目標，並以實證科學研究為基礎擬定相關政策，進而提昇國家的醫藥衛生水準。此外，更建構醫藥衛生產業發展之優勢環境及促進健康產業之發展。

衛生署推動醫衛、藥品、食品、生技等相關科技研究，包含「國家型科技計畫」、「優先推動計畫」及「一般計畫」；民國99年和100年投入之科技研究預算分別約51.6、43.3億元，如圖10-1。

第一章 「優先推動計畫」重要研究成果及其推廣

一、物質成癮整合型計畫

(一) 建立 60 項新興濫用劇毒迷幻強姦藥及另類搖頭丸之化學特性、藥理藥物特性、臨床效果及精神危險毒性資料；並分析台灣地區查獲轟趴濫用藥物案例，建立藥品結構圖及圖片資料庫，有助於即時掌握並了解其毒性、成癮性及危害特性，供及早發現與預防濫用參考。

(二) 孕期暴露鴉片類藥物對於子代的疼痛反應路徑有明顯的影響，代表藥物間的交互反應影響可持續到子代成年時再次被藥物所引發。此發現可提供臨床上對於懷孕期婦女進行維持療法時的劑量選擇，可減低美沙冬與丁基原啡因可能造成的副作用。

二、食品安全與營養科技計畫

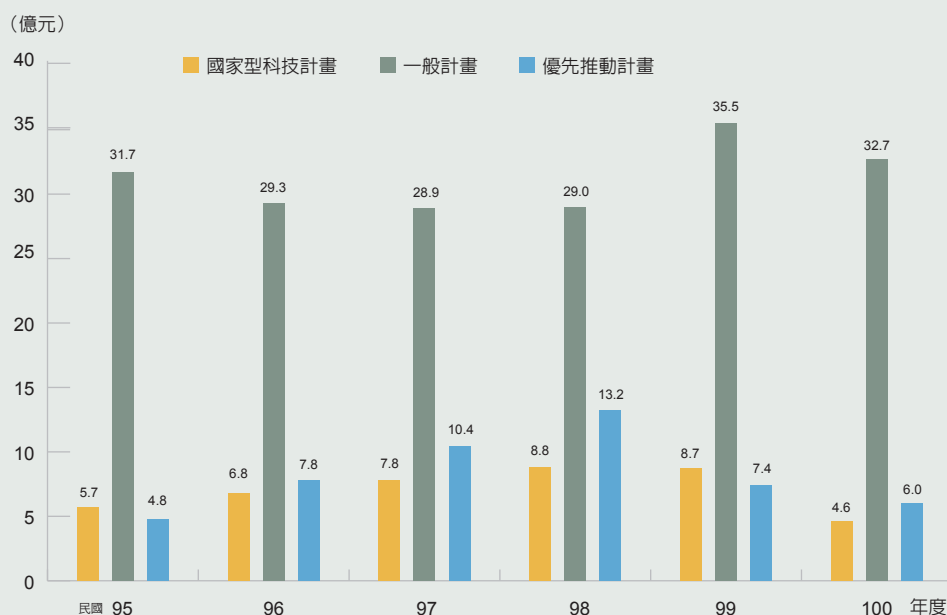
(一) 訂定食品安全風險評估及管理政策，包括食品加工過程之危害物質含量及食品中殘留農藥安全容許量之管理。

(二) 完成第七版國人膳食營養素參考攝取量之草案，可作為衛生署食品藥物管理局日後公布之依據，亦可作為「每日飲食指南」及「飲食指標」之依據。

三、慢性腎臟病防治計畫

建構完成慢性腎臟病之整合性預防及醫療照護模式1項、評估慢性腎臟病跨專業、跨科別治療照護模式1項，除增加民眾或病友對腎臟疾病之病因、治療以及自我監測和自我照護的方式之瞭解，亦能達到

圖10-1 科技研究經費分配情形



疾病管理的目的，進而增加醫療可近性、照護品質與降低照護費用。

四、結核病防治整合型計畫

研發出適合國人使用的四合一抗結核製劑藥物FDCs，依據目前人體臨床試驗結果，預期未來可開發為結核病第一線藥物，並可朝減少服用錠劑顆數的研發方向，提升病人服藥順服性及舒適性。

五、農業生技產業化發展方案研究計畫

進行三種國產基因改造木瓜回交果實品種基因毒性試驗，發現其對沙門菌無致變異性、小鼠週邊紅血球均不具活體染色體基因變異之毒性作用，且對活體外哺乳類細胞株之染色體不具致變異作用；與末基因改造之品種比較，兩者之安全性視為實質等同。

六、RFID在健康與醫療應用先導計畫

針對醫院內住院病人的照護作業流程（洗腎照護、藥品自動辨識、開刀房動向管理等），運用無線射頻辨識技術（RFID）結合醫療資訊系統，以提升醫院的服務品質及病人安全。醫院導入RFID技術後，住院病人手環的辨識率由導入前80%提高至100%，在住院、洗腎照護流程管理及藥品自動辨識等應用，都有顯著績效。

七、實證衛生政策研發計畫

針對慢性病中占洗腎人口最多的糖尿病患進行相關腎病變研究，發現微量蛋白尿、長期吸菸、血糖或血壓控制不佳與胰島素抵抗等危險因子使糖尿病患者罹患腎病變的機率倍增。研究成果可作為政府掌控造成糖尿病患腎病變的危險因子，提升糖尿病治療的照護品質，進而降低洗腎人口。

八、台灣人用疫苗（含量產技術）計畫

（一）腸病毒 71 型疫苗已於民國 99 年 10 月 26 日獲准開始執行第一期人體臨床試驗，預

計民國 100 年底完成試驗，為亞洲地區第一個通過政府單位許可執行第一期人體臨床試驗之腸病毒疫苗，同時已開始進行技轉國內廠商之相關作業。

（二）H5N1 流感疫苗已技轉國內生技公司，並已完成第一期人體臨床試驗，預計民國 100 年度第二季取得人體臨床試驗最終報告。

第二章 一般計畫

一、醫衛科技政策研究計畫

（一）發展並分析 10 項國人常見癌症（包含：乳癌、結直腸癌、口腔癌、肺癌、肝癌、子宮頸癌、攝護腺癌、膀胱癌、食道癌及胃癌）首次治療型態指標計 200 多項。

（二）建置一大型串聯資料庫（LLDB）進行 H1N1 新型流感疫苗上市後之前瞻性即時主動監測；串聯分析獨立蒐集之疫苗接種紀錄（暴露）與不良事件（預後）之關聯，發現兩者無顯著的統計相關性。

（三）針對新制醫院評鑑之成效評估研究顯示：新制推動期間，整體品質朝正向發展；專業人員及一般民眾對於評鑑的各個面向（含病人安全、病人參與、整合性照護等），約七成持正向態度，肯定其重要性並認為近年來醫療品質確有改善。

二、藥物科技政策科技發展中綱計畫

（一）製作完成「台灣市售易混淆中藥辨識」數位學習課程 4 小時及課程單機版播放光碟，內容包含 70 組市售易混誤用中藥材之藥材基原鑑定、圖片拍攝、文字及語音說明等。

（二）建立國內自製流感疫苗品質評估體系，導入可攜式內毒素快速定量系統以進行細胞內毒素之快速判讀，實驗結果顯示機器判讀之結果準確迅速。同時，持續監測民國 99



年流感疫苗之品質，共 38 批不同批號流感疫苗之檢驗結果，均符合我國藥典規範。

(三) 針對『全民健康保險藥價基準』新藥收載流程，醫藥品查驗中心提出草案和流程之建議，透過新流程將可強化效率，提升服務品質，並透過該中心網頁之醫藥科技評估專區，增加資訊透明度，供一般大眾、學界及產界之交流和互動。

三、建立食品風險預警系統

訂定食品安全風險評估及管理政策，包括食品加工過程之危害物質含量及食品中殘留農藥安全容許量之管理；建立國人膳食中食品添加物、抗生物質及動物用藥等背景值與風險評估資料。

四、卓越臨床試驗與研究計畫

執行亞太區域以上之臨床試驗案 498 件、新藥或新醫療器材臨床試驗案件數（含廠商贊助）693 件、醫師自行研究案件數 473 件；其中，台大臨床試驗中心醫師擔任 22 個國際臨床試驗計畫總主持人及指導委員會成員等，展現領導國際臨床試驗的地位，對設置國家級卓越臨床試驗與研究中心具指標性意義。參與這些重要的研究，可改變疾病的標準治療指引（如肝癌之第一個有效治療藥物 Sorafenib 之核准），可促進藥物之上市（如藥物 afatinib 第二、三期臨床試驗）。

五、醫衛生命科技研究中程綱要計畫

(一) 癌症醫學研究：發現胰臟病患之腫瘤如果帶有「14 個基因印記組合」，平均存活率會小於一年，反之則可達三年以上；此項發現對臨床治療具有指標意義。此外，發現透過內皮細胞中轉錄因子 Nrf2 的訊息傳導路徑的表達與活化，可作為檳榔相關口腔癌早期診斷之生物標靶及癌化進展之指標。台灣癌症臨床研究合作組織出版「攝護腺（前列腺）癌臨床診療指引」及「大腸癌臨床診療指引」，可供醫師作為治療病人之指引參考，提升癌症醫療品質。

(二) 感染症醫學研究：第六期台灣微生物抗藥性監測計畫研究發現，台灣醫院及社區多重抗藥菌盛行率依然居高或明顯增加，最明顯增加的是對 Carbapenem 具抗藥性的鮑氏不動桿菌（CRAB）。

(三) 醫藥衛生政策實證及健康老化研究：完成全台約 3,700 人調查，以瞭解台灣中老年人罹患慢性病的情形及其危險因子、行動機能、生活品質以及健康行為對預防慢性疾病、行動不便及不良生活品質的影響，作為健康照護體系規劃及老人健康政策推動之重要參考依據。

(四) 心血管醫學研究：在小鼠模型上證實，第二型富含半胱氨酸蛋白（CRP2）在血管受傷及動脈硬化方面扮演重要的保護角色，故維持或提升此蛋白在血管的表現將有助於減緩動脈硬化。

(五)環境衛生與職業醫學研究：研究發現，柴油廢氣暴露與心肌梗塞指標肌紅素呈顯著相關，故推論維修人員柴油廢氣暴露可能增加心臟血管疾病的風險。此外，首次在動物實驗證實，同時暴露砷及二手菸，會增加血液氧化性 DNA 損傷指標“8OhdG”的濃度，並造成肺氣腫病變。

(六)新藥研發與技轉：小分子抗癌新藥 DBPR104 於民國 99 年 7 月及 11 月通過美國 FDA 及我國衛生署食品藥物管理局審查，將於台南成功大學附設醫院展開第一期人體臨床試驗；另與民間製藥集團合作研發之小分子抗糖尿病新藥 DBPR108，已進入臨床前試驗階段，預計民國 101 年進行人體臨床試驗。

(七)生物資訊與遺傳流病研究：完成可供生醫或基因體研究人員使用的基因剔除鼠表型線上分析工具“MamPhEA”，將有助於後基因體時代大規模基因功能的檢測及分析，並已開始提供使用。

(八)生醫科技研究：研究團隊採用 2 個非致癌性的基因 OCT4 及 SOX2，即可將胎兒臍帶血管之人類臍靜脈內皮細胞 (HUVEC) 轉變成誘導式多功能幹細胞 (Induced Pluripotent Stem cells, iPS cells)，提升其臨床應用可能性。另研發「新型奈米多孔性矽球用於載送口服性藥物之傳遞系統」，可將藥物專一性地送達結腸道，並可進一步調控藥物之釋放，有效解決口服藥物於腸胃道之容易分解、無專一性及藥物副作用等問題。

立」報告，以全向性電磁波場強計量測結果，搭配個人活動模式問卷，推算個人電磁波時量平均暴露值，可做為後續流行病學研究之基礎。

二、奈米國家型科技計畫-奈米在生醫之應用與法規管理

民國 98 年開始執行奈米國家型科技計畫，在法規建置方面，已完成 30 件奈米相關產品（藥品、醫療器材、化粧品及食品）等，管理規範與法規修正草案。民國 99 年並編撰「奈米食品 QA 問答集」，促進社會大眾對於奈米風險的認識。

三、衛生署基因體醫學國家型科技計畫-醫藥衛生健康服務應用研究

發現香菸中重要致癌物 NNK（尼古丁衍生代謝物）導致癌症之新機制，及戒菸有助減少癌症發生之科學證據，除提供新的治療標的外，亦可作為戒菸宣導之科學證據。此項成果被選為期刊 J. Clin. Invest. (SCI:16.559) 的 2010 年第 120 卷之封面專文，並吸引美國媒體專訪。民國 99 年進行中藥四物湯對子宮內膜異位與卵巢癌作用之基因體研究，研究顯示：中藥四物湯具有抑制子宮內膜異位與卵巢癌細胞生長作用，其詳細機轉仍待進一步確認；卵巢癌早期以四物湯輔以正規西醫療法，能降低化療劑量達到療效，亦可減少化療之副作用。

(SCI:16.559) 的 2010 年第 120 卷之封面專文，並吸引美國媒體專訪。民國 99 年進行中藥四物湯對子宮內膜異位與卵巢癌作用之基因體研究，研究顯示：中藥四物湯具有抑制子宮內膜異位與卵巢癌細胞生長作用，其詳細機轉仍待進一步確認；卵巢癌早期以四物湯輔以正規西醫療法，能降低化療劑量達到療效，亦可減少化療之副作用。

四、生技製藥國家型科技計畫-臨床試驗與轉譯醫學中程綱要計畫

民國 99 年成功開發一個體外診斷試劑，未來將只需對 4 個基因進行甲基化檢測後，就能早期發現子宮頸癌前病變；搭配自行開發之陰道自我採檢器，與醫師採檢達相同準確性，將可提升民眾受檢意願、提升篩檢效益。

第三章 國家型科技計畫

一、網路通訊國家型科技計畫-電磁場健康效應流行病學研究

完成「電磁波人體暴露量化模式之建



11

衛生醫療資訊

- 101 第一章 衛生醫療行政資訊化
- 102 第二章 醫療照護服務及應用
- 105 第三章 線上服務



網際網路日益普及、資訊科技日新月異，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。衛生署持續推動「國民健康資訊建設計畫」、「加速辦理智慧醫療照護計畫」，以落實全人健康照護目標，提供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。配合行政院組織改造，以服務不中斷之原則，辦理資訊業務調整作業，確保業務順利移轉。

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等作業。為提升醫事人員及醫事機構資料之正確性，以維護相關人員權益，及切實掌握醫療資源分配狀況，民國99年9月23日完成「醫事系統資料校對」網站，醫事人員及醫事機構負責人可持醫事憑證IC卡上網登入系統，進行資料校對申請及確認。
- 二、完成加護病床通報平台及建置死亡通報資料自動傳遞功能，截至民國100年6月底計有200家急救責任醫院參與加護病床空床資料通報，167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99年之通報件數分別為自殺防治通報系統2萬7,361件，及身心障礙鑑定系統6萬9,783件。

四、統籌維運343個衛生所網站，提供民眾上網查詢健康資訊及相關服務。

五、人民申請案件線上服務系統提供各項申請表單下載、查詢辦理進度、通知取件等功能，開發各類憑證身分驗證功能，並與行政院研考會電子支付共通平台、銀行超商繳費等金流作業介接。

六、為全面e化衛生署公文系統流程，衛生署導入電子憑證認證及電子簽章之安全機制，重新開發建置公文線上簽核系統（包括公文製作、公文管理、檔案管理、歸檔影像及各系統整合應用），並自民國99年11月起實施。

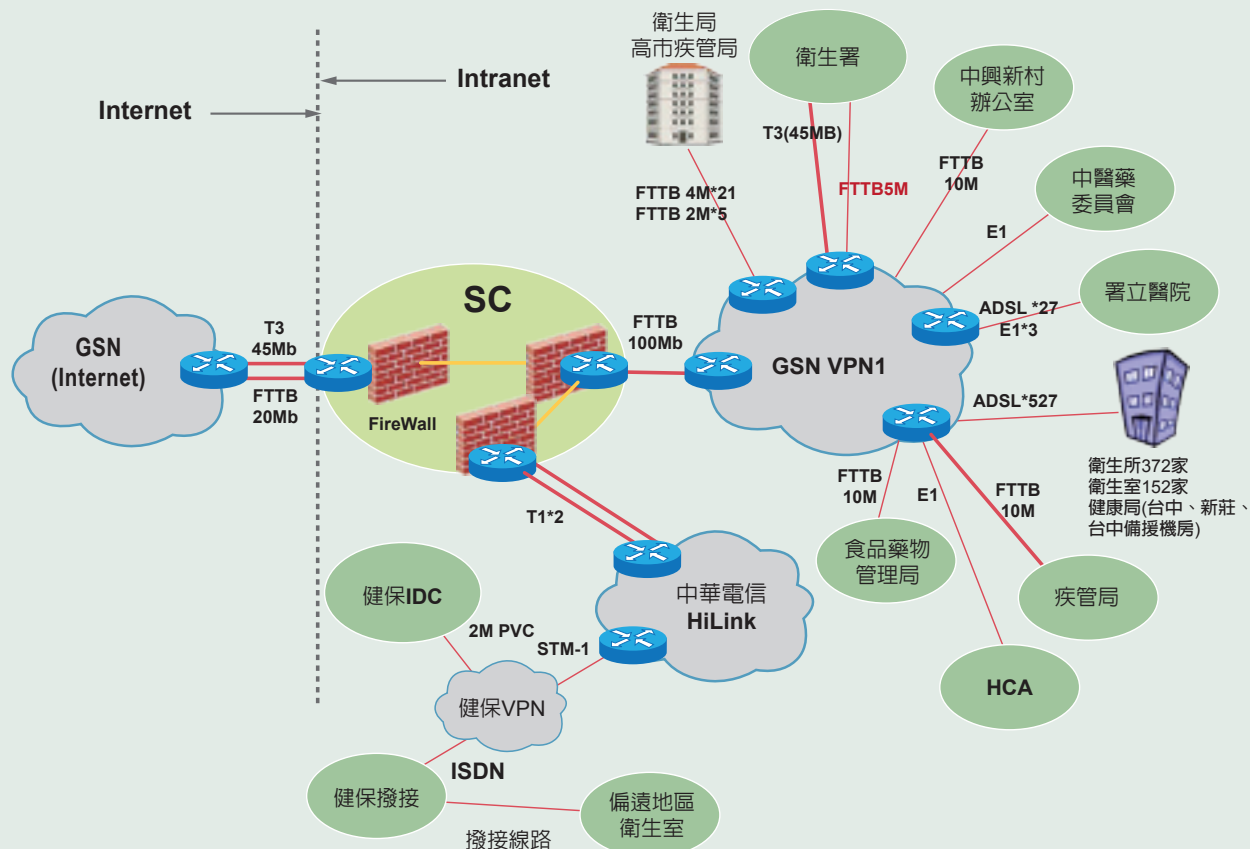
第二節 公共衛生資訊系統整合應用服務平台

建置服務導向之公共衛生資訊系統平台及入口網，截至民國100年6月完成衛生署及所屬機關80項系統單一簽入；建構集中式整合平台，完成163項次共通性應用服務整合；以自殺防治通報及精神照護系統為示範，開發個案資料管理系統，藉由系統間個案資料互通，減少公衛人員重複登錄個案資料之工作負荷；協助各縣市衛生局建置憑證安控系統，提供加強資訊安全之基礎作業環境。

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之功能。其服務中心負責HIN各項公用類資訊系統之作業管理及連線單位之諮詢服務，以及網路、資安管理，並進行各縣市衛生局、所資訊環境現況訪視輔導等服務，協助提升基層衛生機關資訊作業效率及品質，縮小城鄉數位落差。

圖11-1 HIN網路架構圖



第四節 資訊安全

為確保衛生署及全國醫療資訊網之資通安全，建置整體防護暨監控之機制，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；辦理各項資安教育訓練，強化衛生醫療人員資訊安全之意識與能力。

第二章 醫療照護服務及應用

為營造國家健康資訊發展環境，衛生署陸續推動「國民健康資訊建設計畫」、「加速辦理智慧醫療照護計畫」，以發展健康資訊技術，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合法及安全之電子

病歷及提升實施電子病歷之意願，衛生署從法規、標準、安全、推廣等四大面向擬訂推動策略，截至民國100年6月完成工作如下：

- 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，保持國內電子病歷標準的完整性及正確性。
- 二、輔導醫院依照「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」實施電子病歷，已有227家醫院宣告實施。
- 三、辦理醫療機構電子病歷檢查作業，以確認已宣告實施電子病歷醫療機構，確實符合相關規定，已有148家醫院通過檢查。
- 四、協助醫院強化電子病歷安全能力，至民國99年底共93家醫院通過國際資訊安全制度ISO 27001：2005驗證。為促進院際病歷互通，99年度辦理「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」，進行電子病歷檢查及跨院交換互通查驗作業，至民國99年底查驗合格醫院累計133家。為持續推動電子病歷之發展，民國100年6月1日公告100年度「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」，透過實質的補助，加速醫院實施電子病歷及互通。

第二節 營運醫事憑證管理中心

醫事憑證管理中心（HCA）於民國92年6月13日正式啓用營運，並於民國97年8月19日納入政府憑證總管理中心（GRCA），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，於民國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6月累計製發31萬1,411張醫事憑證IC卡，已應用於電子病歷推廣、衛生資訊通報平台、公共衛生資訊入口網、區域醫療資訊平台、教學醫院教學費用補助管理、精神照護資訊管理、緊急醫療管理、藥品物料聯合訂購網、醫事人員線上申辦系統、多憑證線上加退保申報、網路出生通報、防疫資訊交換中心、中央傳染病追蹤管理、社區醫療資訊管理、醫療院所電子公文交換及讀寫「中華民國國民健保IC卡」之醫療專區欄位等。

第三節 醫療影像交換及判讀中心（IEC/IRC）建置

為減少民眾重複檢查，提高就醫品質，節省醫療費用。民國98年配合行政院推動「振興經濟擴大公共建設」方案，籌建「全國醫療影像交換及判讀中心」，成立不同醫院跨院間的網路影像交換及判讀平台，透過此平台支援偏遠地區、山地離島衛生所醫療影像判讀服務，讓病患能獲得更方便、更優質、更有效率的各種醫療照護，並解決山地離島及偏遠地區放射科專科醫師不足等之情事。

醫療影像交換及判讀中心於民國99年底建置完成，累計至民國100年6月底止，共計支援判讀5萬4,734件醫療影像（山地離島衛生所3,576件、衛生署所屬醫院5萬1,158件）。（如表11-1）。

表11-1 醫療影像判讀及委判醫院一覽表

項目	醫院或衛生所
支援判讀醫院	衛生署桃園、豐原、朴子、臺南及屏東醫院及胸腔病院等6家
被支援判讀醫院	衛生署竹東、胸腔、花蓮、玉里、八里、旗山、恆春、桃療、草療、嘉南等10家醫院
被支援判讀衛生所	尖石、五峰、仁愛、信義、和平、琉球、泰安、梨山、南澳、復興、阿里山、達仁、蘭嶼、綠島等14家衛生所



第四節 醫院安全關懷RFID建置計畫

為提升衛生署醫院的醫療服務品質，加強病人安全，衛生署自民國96年至99年共四年於台中醫院先期試辦RFID（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RFID技術稽核及管理，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，地區遼闊，交通不方便，醫療資源缺乏，無法有效利用現有醫療制度與資源，其醫療服務資訊化程度卻明顯落後，亟待加強山地離島地區的醫療資訊化。因此，需藉由HIS及PACS系統的建置，來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、為強化醫療資訊化（HIS）系統，使完整的醫療照護品質深入山地離島偏遠部落，衛生署採分年分階段方式，民國95至99年在宜蘭縣等13縣39家衛生所268個巡迴醫療點完成建置。另建置醫療影像傳輸系統（PACS），分年分階段建置31家衛生所PACS系統（含跨區調閱系統），與衛生署醫院連線，透過大型醫院專科醫師為支援，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，避免重複使用醫療資源，以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）於署立豐原醫院及桃園醫院建立影像判讀中心。
- （三）39家衛生所醫療服務人次（HIS系統）統計，自99年度門診人次約785,287人次，100年度門診人次約31萬3,889人次，若以民眾前往都市看診所需交通相關費用約1,900元計算，估計節省約20億多元的就醫往返交通費用。
- （四）31家衛生所醫療影像判讀件數（PACS系統）統計，自99年度判讀件數約2,296件，100年度判讀件數約1,203人次，估計節省665萬元的民眾就醫往返交通費用。
- （五）衛生署為推動山地離島醫療資訊化，以「智慧醫療品質圈」為主題，以「千里醫療、彈指之間偏遠地區行動智慧醫療改善專案」為圈名，參加第11屆醫療品質獎競賽，獲潛力獎及特別獎（新人獎）。

第六節 推動健康資料加值應用

- 一、在「保障個人健康隱私，促進健康資訊共享，減少資源重複投入」的核心價值下，為達到健康資訊共享的目標，衛生署於民國97年規劃建置「健康資料加值應用協作中心」，其目標為將個別健康資料予以加值，產生具應用價值之集體資訊，以促進公共衛生決策品質、相關學術研究及醫療保健服務業等相關產業研發創新之參據，用以增進全民福祉。
- 二、民國99年9月分別於北區、中區及南區舉辦說明會，議題包括健康相關資料庫使用經驗分享、中心介紹及服務內容說明（健康資料庫範圍及使用限制、資料庫使用申請作業流程、收費辦法及使用資料庫所需具



備之基礎能力等)。民國100年1月1日協作中心正式對外營運，其服務範圍項目、申請作業流程、收費辦法可上網查詢。

總計可提供「一般民眾」、「專業醫事」、「繼續教育」、「衛生局所」四大類，共215門，時數369.5小時之醫療數位學習課程。

第三章 線上服務

為提高民眾保健知識及加強醫療諮詢服務，衛生署應用網際網路陸續建置「台灣e院」及「台灣e學院」，幫助民眾快速獲取正確之健康常識及醫藥資訊。

第一節 建立「台灣e學院」－醫療數位學習平台

- 一、為提高民眾疾病預防保健知能，協助慢性病患及其家屬自我照護能力，及提供專業醫事人員繼續教育，提升專業素養，依據國內發展十大死因，挑選出十大類13項慢性疾病，並邀集國內醫療機構、醫學會、基金會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，內容涵蓋應用流行病學、民眾與媒體溝通、婦女健康及婦幼衛生、身體活動、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領域之醫療數位課程。

第二節 建置「台灣e院」－醫療諮詢服務網

- 一、應用網際網路加強為民服務，建置「台灣e院」醫療諮詢服務網站提供民眾上網，免費獲得專業醫療諮詢服務。內容包括醫療諮詢、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台大、榮總、長庚等共38家醫院的249位主治醫師以上、9位營養師、31位藥師及8位護理師組成醫療諮詢服務團隊，開放內科、婦產科、皮膚科等32個診療科別，答復網友諮詢問題，免費提供醫療諮詢服務並引導就醫，幫助民眾快速獲得正確的健康營養常識及醫藥資訊。
- 三、自民國89年8月15日建置至100年6月底，累計Q & A共4萬6,677筆，並進行常見問題分類，目前分類已有2,176種。99年共有Q & A 3,640筆，熱門醫院前三名為新竹、彰化、桃園醫院，熱門科別為泌尿科、婦產科、皮膚科。



附錄

- 107 附錄一 衛生統計指標
- 119 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 121 附錄三 行政院衛生署99-100年6月政府出版品
- 127 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	
		%	%	%	%		‰	‰	‰	歲	歲	歲	
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	74.06	79.92	619
91 年	22,521	20.42	70.56	9.02	41.72	104	11.02	5.73	5.29	77.19	74.59	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	23,073	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	(f)79.24	(f)76.15	(f)82.66	640

說明：1. 經濟成長率以實質GDP(國內生產毛額)衡 2.(f)為預測值

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	年經濟 成長率	平均 每人 GDP	民間最 終消費 醫療保 健支出	占國內 生產 毛額	占民間 消費	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 中央政府 總支出 (會計 年度)	國民醫療 保健支出 占國內生 產毛額 (GDP) 比率	消費者 物價總 指數	醫療保 健類指 數
	%	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	6.20	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	6.25	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	6.45	105.39	106.17
98 年	-1.9	16,353	741,037	5.94	9.78	2,670,898	1.34	1.59	6.87	104.47	106.81
99 年	10.9	18,588	767,004	5.64	9.71	2,727,261*	...	...	...	105.48	107.50

說明：*為初估數值

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	醫療機構											
	家	醫院							診所			
		家	西醫			中醫			家	西醫	中醫	牙醫
			家	公立	私立	家	公立	私立		家	家	家
				家	家		家	家				
84 年	16,109	787	688	94	594	99	1	98	15,322	8,683	1,933	4,706
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

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	醫院按評鑑等級																	
	醫學中心		區域醫院		地區醫院				新制醫院 評鑑優等		新制醫院 評鑑合格		精神專科 醫院		新制精神 科醫院評 鑑優等		新制精神 科醫院評 鑑合格	
家	床	家	床	家	床	家	床	家	床	家	床	家	床	家	床	家	床	
84 年	14	19,375	44	22,342	505	44,750	63	15,860	...	...	...	...	30	8,368	...	...	...	...
85 年	14	19,919	45	24,099	479	44,369	68	18,463	...	...	...	...	28	8,126	...	...	...	...
86 年	16	22,151	51	28,282	468	42,834	69	17,514	...	...	...	...	26	8,348	...	...	...	...
87 年	17	23,405	51	28,974	469	44,621	67	18,143	...	...	...	...	27	8,395	...	...	...	...
88 年	18	24,555	51	27,883	426	42,327	66	18,446	...	...	...	...	32	8,709	...	...	...	...
89 年	23	27,473	63	33,820	387	36,080	49	13,277	...	...	...	...	32	9,399	...	...	...	...
90 年	24	28,389	66	35,381	401	36,104	47	13,168	...	...	...	...	35	9,703	...	...	...	...
91 年	23	29,398	71	40,761	385	35,860	41	11,468	...	...	...	...	36	9,450	...	...	...	...
92 年	23	30,301	72	42,158	372	34,922	42	11,765	...	...	...	...	37	10,493	...	...	...	...
93 年	24	31,195	72	43,628	359	35,952	42	12,594	...	...	...	...	37	10,879	...	...	...	...
94 年	22	30,552	64	39,536	352	38,584	41	13,453	...	...	...	...	38	11,153	...	...	...	...
95 年	24	31,786	55	37,616	344	37,602	37	11,961	-	-	15	7,198	37	11,176	-	-	-	-
96 年	23	32,439	20	14,970	306	28,254	23	7,714	24	15,979	59	24,683	29	7,239	7	3,537	4	1,092
97 年	17	22,565	-	-	208	16,129	8	2,189	51	35,435	146	33,610	3	1,006	7	3,537	30	7,473
98 年	7	8,379	-	-	112	6,918	1	135	22	28,147	67	44,326	221	34,356	-	-	7	3,527
99 年	-	-	-	-	-	-	-	-	34	39,430	88	52,696	290	29,456	-	-	8	3,959

說明：1. 94年以前醫學中心含準醫學中心

2. 89年以前區域醫院含準區域醫院

3. 89年以前精神專科醫院含精神專科教學醫院

4. 95年醫事處增列新制醫院評鑑優等、新制醫院評鑑合格、新制精神科醫院評鑑優等及新制精神科醫院評鑑合格。

5. 臺北市立聯合醫院各院區評鑑結果不一，以相同結果占多數者做為統計。

6. 行政院國軍退除役官兵輔導委員會玉里榮民醫院評鑑等級合格項目有「新制精神科醫院評鑑合格」及「新制醫院評鑑優等」兩項，統計資料分別計列。

7. 行政院衛生署玉里醫院評鑑等級合格項目有「新制精神科醫院評鑑合格」及「新制醫院評鑑合格」兩項，統計資料分別計列。

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	基層醫療保健單位					病床數					平均每萬人口							
	衛生所					床	醫院病床數			診所觀 看病床 數	床	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		
	所	所	所	所	所												床	
84 年	369	338	12	11	8	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	369	338	12	11	8	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	369	338	12	11	8	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	369	338	12	11	8	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	369	338	12	11	8	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	369	338	12	11	8	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	363	332	12	11	8	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	363	332	12	11	8	133,398	119,847	41,904	77,943	13,551	59.24	30.89	2.37	2.19	4.70	10.13	2.93	6.02
92 年	372	340	12	12	8	136,331	121,698	42,777	78,921	14,633	60.31	30.77	2.46	1.91	4.89	10.74	3.08	6.47
93 年	372	339	12	12	9	143,343	127,667	43,865	83,802	15,676	63.18	31.87	2.59	1.95	5.13	11.55	3.19	6.91
94 年	372	339	12	12	9	146,382	129,548	44,273	85,275	16,834	64.29	31.80	2.64	1.94	5.51	11.75	3.26	7.39
95 年	372	339	12	12	9	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	372	339	12	12	9	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	372	339	12	12	9	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	371	339	12	12	8	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	372	312	12	39	9	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

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	每一醫師服務人數(含西、中醫師)	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	每人護產人員服務人數	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	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	7,896	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

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	藥局			藥物販賣業			藥物製造業		
		藥師 親自主持	藥劑生 親自主持		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	醫療器材 製造業
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
84 年	34,846	4,862	2,386	2,476	9,074	9,631	10,609	253	249	168
85 年	37,176	6,438	3,243	3,195	7,563	9,585	12,948	242	238	162
86 年	38,583	6,707	3,443	3,264	7,020	9,123	15,098	243	218	174
87 年	39,027	6,434	3,436	2,998	6,466	9,217	16,262	243	217	188
88 年	40,322	6,349	3,422	2,927	6,457	9,229	17,627	244	208	208
89 年	43,641	6,397	3,491	2,906	6,359	11,161	19,016	243	207	258
90 年	47,130	6,440	3,600	2,840	6,524	12,864	20,560	257	202	283
91 年	49,752	6,990	3,983	3,007	6,526	13,202	22,268	244	200	322
92 年	51,447	7,155	4,193	2,962	6,751	12,799	23,950	243	171	378
93 年	52,685	7,435	4,465	2,970	6,759	12,712	24,924	244	171	440
94 年	55,802	7,673	4,691	2,982	6,875	12,682	27,641	241	150	540
95 年	57,976	7,397	4,598	2,799	6,941	12,577	30,062	238	129	632
96 年	59,061	7,381	4,663	2,718	6,848	12,505	31,280	244	121	682
97 年	58,834	7,215	4,628	2,587	6,630	12,234	31,650	245	111	749
98 年	58,524	7,450	4,902	2,548	5,370	11,481	32,963	280	134	846
99 年	60,222	7,558	5,049	2,509	5,388	11,308	34,593	292	130	953

說明：99年藥局家數含兼營中藥調劑零售2,916家

資料來源：衛生署統計室

附表5、食品衛生重要指標

年別			食品衛生稽查	不合格								食品中毒事件		
	食品衛生 檢驗 工作	不合 格率		指導或 限期改善		罰款 處理		停業 處理		移送 法院			患者	死者
				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

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	臺灣地區社會保險人數		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(元)	平均每次住院 費用(元)	平均住院日數
		占臺灣地區總 人口數	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	人次	人次	人次
*84 年	19,123	89.5	10.6	10.1	530	29,418	9.4
85 年	20,041	93.1	13.6	11.7	549	31,935	9.0
86 年	20,492	94.2	14.3	11.6	557	32,760	8.8
87 年	20,757	94.7	15.0	11.8	588	34,851	8.8
88 年	21,090	95.5	15.3	12.3	614	36,098	8.7
89 年	21,401	96.1	14.7	12.6	631	36,478	8.7
90 年	21,654	96.6	14.5	13.0	659	37,169	8.8
91 年	21,869	97.1	14.5	13.5	707	39,160	9.1
92 年	21,984	97.3	14.3	12.4	746	43,343	9.6
93 年	22,134	97.6	15.5	13.6	776	46,914	9.7
94 年	22,315	98.0	15.5	13.4	792	49,212	9.9
95 年	22,484	98.3	14.7	13.0	840	50,216	9.9
96 年	22,803	99.3	14.8	13.0	857	50,809	10.0
97 年	22,918	99.5	14.9	13.3	899	51,475	10.2
98 年	23,026	99.6	15.5	13.7	914	51,374	10.2
99 年	23,074	99.6	15.6	13.9	932	51,267	10.3

說明：1.*84年只含3-12月資料，非全年資料

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			肺炎			糖尿病		
	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	66.5	8	3,070	14.4	5	7,225	34.0
85 年	120,605	562.5	1	27,961	130.4	4	11,273	52.6	2	13,944	65.0	8	3,200	14.9	5	7,525	35.1
86 年	119,385	551.8	1	29,011	134.1	4	10,754	49.7	2	12,885	59.6	7	3,619	16.7	5	7,500	34.7
87 年	121,946	558.5	1	29,260	134.0	3	11,030	50.5	2	12,705	58.2	7	4,447	20.4	5	7,532	34.5
88 年	124,991	567.9	1	29,784	135.3	4	11,299	51.3	3	12,631	57.4	7	4,006	18.2	5	9,023	41.0
89 年	124,481	561.1	1	31,554	142.2	3	10,552	47.6	2	13,332	60.1	8	3,302	14.9	5	9,450	42.6
90 年	126,667	567.0	1	32,993	147.7	3	11,003	49.2	2	13,141	58.8	8	3,746	16.8	5	9,113	40.8
91 年	126,936	565.1	1	34,342	152.9	3	11,441	50.9	2	12,009	53.5	7	4,530	20.2	4	8,818	39.3
92 年	129,878	575.6	1	35,201	156.0	3	11,785	52.2	2	12,404	55.0	7	5,099	22.6	4	10,013	44.4
93 年	133,679	590.3	1	36,357	160.5	2	12,861	56.8	3	12,339	54.5	6	5,536	24.4	4	9,191	40.6
94 年	138,957	611.3	1	37,222	163.8	3	12,970	57.1	2	13,139	57.8	6	5,687	25.0	4	10,501	46.2
95 年	135,071	591.8	1	37,998	166.5	3	12,283	53.8	2	12,596	55.2	6	5,396	23.6	4	9,690	42.5
96 年	139,376	608.2	1	40,306	175.9	2	13,003	56.7	3	12,875	56.2	6	5,895	25.7	4	10,231	44.6
97 年	142,283	618.7	1	38,913	169.2	2	15,726	68.4	3	10,663	46.4	4	8,661	37.7	5	8,036	34.9
98 年	142,240	616.3	1	39,917	173.0	2	15,093	65.4	3	10,383	45.0	4	8,358	36.2	5	8,229	35.7
99 年	144,709	625.3	1	41,046	177.4	2	15,675	67.7	3	10,134	43.8	4	8,909	38.5	5	8,211	35.5

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7、死因統計重要指標(續)

年別	意外事故			慢性下呼吸道疾病			慢性肝病及肝硬化			自殺及自傷			腎炎、腎徵候症及 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	61.1	...	4,017	18.9	6	4,456	21.0	11	1,618	7.6	7	3,519	16.6
85 年	3	12,422	57.9	...	4,310	20.1	6	4,610	21.5	11	1,847	8.6	7	3,547	16.5
86 年	3	11,297	52.2	...	4,457	20.6	6	4,767	22.0	10	2,172	10.0	8	3,504	16.2
87 年	4	10,973	50.3	...	4,961	22.7	6	4,940	22.6	10	2,177	10.0	8	3,435	15.7
88 年	2	12,960	58.9	...	5,046	22.9	6	5,180	23.5	9	2,281	10.4	8	3,474	15.8
89 年	4	10,515	47.4	...	4,717	21.3	6	5,174	23.3	9	2,471	11.1	7	3,872	17.5
90 年	4	9,513	42.6	...	5,159	23.1	6	5,239	23.5	9	2,781	12.4	7	4,056	18.2
91 年	5	8,489	37.8	...	5,226	23.3	6	4,795	21.4	9	3,053	13.6	8	4,168	18.6
92 年	5	8,191	36.3	...	5,192	23.0	6	5,185	23.0	9	3,195	14.2	8	4,306	19.1
93 年	5	8,453	37.3	...	5,292	23.4	7	5,351	23.6	9	3,468	15.3	8	4,680	20.7
94 年	5	8,364	36.8	...	5,484	24.1	7	5,621	24.7	9	4,282	18.8	8	4,822	21.2
95 年	5	8,011	35.1	...	4,969	21.8	7	5,049	22.1	9	4,406	19.3	8	4,712	20.7
96 年	5	7,130	31.1	...	4,914	21.4	7	5,160	22.5	9	3,933	17.2	8	5,099	22.3
97 年	6	7,077	30.8	7	5,374	23.4	8	4,917	21.4	9	4,128	17.9	10	4,012	17.5
98 年	6	7,358	31.9	7	4,955	21.5	8	4,918	21.3	9	4,063	17.6	10	3,999	17.3
99 年	6	6,669	28.8	7	5,197	22.5	8	4,912	21.2	11	3,889	16.8	10	4,105	17.7

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	76.2	82.7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7.2	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99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
第二類	白喉	0	0	0
	傷寒	33	22	11
	登革熱	1,896	1,592	304
	登革出血熱/登革休克症候群	21	18	3
	流行性腦脊髓膜炎	7	7	0
	副傷寒	12	0	12
	小兒麻痺症	0	0	0
	急性無力肢體麻痺	49	49	0
	桿菌性痢疾	172	90	82
	阿米巴性痢疾	262	123	139
	瘧疾	21	0	21
	麻疹	12	6	6
	急性病毒性A型肝炎	110	95	15
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	1	1	0
	漢他病毒肺炎症候群	0	0	0
	霍亂	5	5	0
	德國麻疹	21	10	11
	屈公病	13	0	13
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
第三類	百日咳	61	61	0
	※破傷風	12	-	-
	日本腦炎	33	32	1
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	172	162	10
	急性病毒性C型肝炎	41	41	0
	急性病毒性D型肝炎	1	1	0
	急性病毒性E型肝炎	7	5	2
	急性病毒性肝炎未定型	13	13	0
	※流行性腮腺炎	1,125	-	-
	退伍軍人病	102	98	4
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	12	12	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	16	15	1



附表1、民國99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	疱疹B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	77	75	2
	類鼻疽	45	45	0
	肉毒桿菌中毒	11	11	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	737	737	0
	Q熱	89	85	4
	地方性斑疹傷寒	42	38	4
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	402	401	1
	※水痘	9,218	-	-
	貓抓病	65	65	0
	弓形蟲感染症	5	5	0
	流感併發重症	882	873	9
	NDM-1 腸道菌感染症	1	0	1
第五類	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒出血熱	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0

備註：

1. 資料下載時間：100年5月1日。

2. 急性法定傳染病皆以發病日作為分析基準。

3. ※ 破傷風、流行性腮腺炎及水痘為報告病例（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99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	156
第三類	痰塗片陽性結核病	5,027
	其他結核病	8,210
	梅毒	6,482
	淋病	2,265
	人類免疫缺乏病毒感染（HIV infection）	1,796
	後天免疫缺乏症候群（AIDS）	1,087
	漢生病	5
第四類	# 庫賈氏病	0

備註：1. 資料下載時間：100年5月1日。

2. 除多重抗藥性結核病以衛生署疾病管制局登記日；結核病(痰塗片陽性結核病與其他結核病)以通報建檔日外，其餘慢性法定傳染病皆以診斷日作為分析基準。

3. # 99年庫賈氏病監測中包含1例我國首例新型庫賈氏病極可能病例（probable case），該病例於民國99年死亡。其曾於民國78年至86年在英國牛海綿樣腦病高風險時期長期居住達8年，疾病暴露史相當明確，歸屬於境外移入病例。

附錄三 行政院衛生署99-100年6月政府出版品

圖書類

序號	出版品題名	出版機關/單位	政府出版品統一編號GPN	出版年月
1	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(十七) 傳統醫學與現代醫學在老人醫學的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009900095	99/1
2	國家衛生研究院98年報	國家衛生研究院	1009900241	99/1
3	National Health Research Institutes Annual Report 2009	國家衛生研究院	1009900242	99/1
4	社區資源整合式老人健康促進成果專刊	行政院衛生署國民健康局	1009900624	99/2
5	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(十八) 傳統醫學與現代醫學在兒科醫學的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009900943	99/3
6	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(十九) 傳統醫學與現代醫學對於生殖醫學的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009900945	99/3
7	2009臺灣健康城市獲獎案例專刊—第二冊	行政院衛生署國民健康局	1009901346	99/5
8	全國老人團體健康促進運作優良案例	行政院衛生署國民健康局	1009901425	99/3
9	登革熱防治工作指引2010	行政院衛生署疾病管制局	1009901548	99/7
10	老人精神醫療團隊教育手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1009901629	99/12
11	師資培育中心工作手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1009902141	99/7
12	全民健康保險法規要輯	行政院衛生署中央健康保險局	1009902475	99/7
13	National Health Insurance Handbook	行政院衛生署中央健康保險局	1009902478	99/7
14	臨床研究中心工作手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1009902563	99/7
15	老年精神醫學次專科教學訓練手冊	行政院衛生署嘉南療養院	1009902596	99/7
16	破繭而出的心路歷程-多重抗藥性結核病治療案例集	行政院衛生署胸腔病院	1009902685	99/8
17	中醫醫療管理法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009902693	99/9
18	我國因應流感大流行準備第二期計畫	行政院衛生署疾病管制局	1009902696	99/5
19	行政院衛生署中南區區域聯盟學術研究諮詢問題集錦	行政院衛生署臺中醫院	1009902819	99/9
20	學校糖尿病照護參考手冊	行政院衛生署國民健康局	1009902843	99/9



序號	出版品題名	出版機關/單位	政府出版品統一編號GPN	出版年月
21	99年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚活動表揚手冊	行政院衛生署	1009902956	99/9
22	攝護腺癌(前列腺) 癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1009903217	99/10
23	愛滋病檢驗及治療指引	行政院衛生署疾病管制局	1009903319	99/10
24	中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009903421	99/11
25	更年期障礙中醫典籍研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009903517	99/12
26	法定傳染病監測工作指引	行政院衛生署疾病管制局	1009903619	99/11
27	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	1009903664	99/10
28	瘧疾預防及治療用藥指引	行政院衛生署疾病管制局	1009903736	99/11
29	大腸癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1009903781	99/12
30	健保星座故事書	行政院衛生署中央健康保險局	1009903827	99/11
31	護理人力及專科護理師制度：願景與挑戰	國家衛生研究院	1009904247	99/12
32	公共衛生教育與人力現況與展望	國家衛生研究院	1009904249	99/12
33	2020年牙醫醫事人力培育和供需規劃	國家衛生研究院	1009904266	99/12
34	綠色醫院、綠色生活、綠色地球：綠色醫院推動經驗分享手冊	行政院衛生署國民健康局	1009904473	99/12
35	Green Hospital Green Life Green Planet: Experience Sharing on Green Hospitals	行政院衛生署國民健康局	1009904475	99/12
36	一起趣防疫	行政院衛生署疾病管制局	1009904488	99/12
37	健康老化－銀髮族保健手冊	行政院衛生署國民健康局	1009904773	99/12
38	全民健康保險爭議審議案例彙編(六)-權益篇	行政院衛生署	1009904789	99/12
39	全民健康保險爭議審議案例彙編(六)-醫療篇	行政院衛生署	1009904941	99/12
40	慢性腎臟病防治手冊	行政院衛生署國民健康局	1009905035	99/12

序號	出版品題名	出版機關/單位	政府出版品統一編號GPN	出版年月
41	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
42	認識流感疫苗	行政院衛生署疾病管制局	1010000109	100/4
43	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
44	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
45	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
46	結核病診治指引	行政院衛生署疾病管制局	1010000498	100/3
47	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
48	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
49	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
50	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
51	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
52	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
53	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
54	100年反毒報告書	行政院衛生署食品藥物管理局	1010001108	100/6
55	婦癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1010001113	100/6
56	登革熱防治工作指引	行政院衛生署疾病管制局	1010001161	100/5
57	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
58	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
59	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
60	100年醫院評鑑參考手冊	行政院衛生署臺中醫院	1010002107	100/6
61	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



期刊類

序號	出版品題名	出版機關 / 單位	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	66/5
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	80/3
4	衛生報導季刊	行政院衛生署	2008000143	80/3
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	82/7
7	藥物食品分析	行政院衛生署食品藥物管理局	2008200056	82/1
8	屏醫院訊	行政院衛生署屏東醫院	2008400117	84/1
9	國家衛生研究院簡訊	國家衛生研究院	2008500061	85/1
10	全民健康保險雙月刊	行政院衛生署中央健康保險局	2008500065	85/5
11	全民健康保險統計	行政院衛生署中央健康保險局	2008600134	86/8
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	87/8
14	National Health Insurance in Taiwan Profile	行政院衛生署中央健康保險局	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	台中醫院院訊	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	89/8
20	國民醫療保健支出	行政院衛生署	2008900478	89/6
21	行政院衛生署玉里醫院	行政院衛生署玉里醫院	2008900970	89/3
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	89/3
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	91/5
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	感染控制雜誌	行政院衛生署疾病管制局	2009200952	92/2
28	CDC Annual Report	行政院衛生署疾病管制局	2009205617	92/12

序號	出版品題名	出版機關 / 單位	政府出版品統一編號GPN	出版年月
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	92/2
30	國家衛生研究院年報	國家衛生研究院	2009400670	94/4
31	藥物食品安全週報	行政院衛生署	2009403531	94/9
32	桃醫院刊	行政院衛生署桃園醫院	2009501093	95/5
33	出生通報統計年報	行政院衛生署國民健康局	2009502148	95/6
34	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	95/8
35	死因統計	行政院衛生署	2009502599	95/8
36	公務統計	行政院衛生署	2009502827	95/12
37	苗醫學術年報	行政院衛生署苗栗醫院	2009503393	95/12
38	傳染病統計暨監視年報	行政院衛生署疾病管制局	2009503523	95/11
39	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
40	Statistics of communicable diseases and surveillance report	行政院衛生署疾病管制局	2009503743	95/11
41	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	2009601376	96/6
42	Taiwan Tobacco Control 2009 Annual Report	行政院衛生署國民健康局	2009601377	96/6
43	2008-2009 Annual Report : Cherish Life Promote Health	行政院衛生署國民健康局	2009602537	96/12
44	國民健康局年報	行政院衛生署國民健康局	2009602807	96/10
45	臺灣結核病防治年報	行政院衛生署疾病管制局	2009604162	96/12
46	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	行政院衛生署疾病管制局	2009604164	96/12
47	Health Statistics in Taiwan	行政院衛生署	2009701620	95
48	Taiwan Health in the Globe	行政院衛生署	2009701792	97/7
49	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
50	玉醫院訊	行政院衛生署玉里醫院	2009704416	97/9
51	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
52	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	98/9
53	食品藥物研究年報	行政院衛生署食品藥物管理局	2009902762	99/11
54	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	100/4



電子出版品類

序號	出版品題名	出版機關 / 單位	政府出版品 統一編號GPN	出版 年月
1	整合性失智照護手冊第二版	行政院衛生署臺中醫院	3809903848	99/11
2	寶貝發展篩檢指南DVD第2版	行政院衛生署國民健康局	4309901255	99/4
3	2009臺灣建構中藥用藥安全環境計畫研究成果彙編電子書	行政院衛生署中醫藥委員會	4309902169	99/7
4	CDC Annual Report	行政院衛生署疾病管制局	4309902536	99/7
5	由愛而生	行政院衛生署疾病管制局	4310000773	100/4
6	子宮頸癌：性事知多少	行政院衛生署國民健康局	4509902732	99/8
7	檳榔不入口 文化仍可守	行政院衛生署	4509905063	99/11
8	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	4709601379	96/6
9	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	4709904294	99/12
10	全民健康保險統計	行政院衛生署中央健康保險局	4909205586	92/8
11	藥物食品安全週報	行政院衛生署食品藥物管理局	4909405233	94/9
12	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	95/1
13	疫情報導	行政院衛生署疾病管制局	4909902426	99/1
14	Taiwan Epidemiology Bulletin	行政院衛生署疾病管制局	4909902427	99/1
15	易混淆藥材辨識數位學習課程	行政院衛生署中醫藥委員會	4909903595	99/12
16	勇士大戰土伯大王結核病衛生教育動畫影片	行政院衛生署疾病管制局	4909904402	99/12

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	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://tfts.firdi.org.tw
24	藥品交互作用資料庫系統	http://hpshome.giee.ntnu.edu.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	https://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
34	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw
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

發行人

總編輯

編輯委員

執行編輯

出版機關

地址

網址

電話

傳真

出版年月

創刊年月

設計印刷

電話

定價

展售處

年刊

邱文達

許銘能

(按順序筆畫排列)

王怡人、王敦正、朱娟玉、邱弘毅、邱瑜瑩、柳家瑞

洪百薰、洪碧蘭、高文惠、許國雄、商東福、陳惠娟

陳麗華、黃純英、黃韶南、廖崑富、蔡素玲、蔡閻閻

楊芝青、李中杉、林干媛、高慈佑

行政院衛生署

台北市塔城街36號

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

02-8590-6666

02-8590-6055

中華民國100年12月

中華民國88年12月

集思創意顧問股份有限公司

02-8797-7333

新臺幣300元整

台北 國家書店松江門市

地址 台北市松江路209號1樓

電話 02-2518-0207

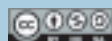
台中 五南文化廣場

地址 台中市中山路6號

電話 04-2226-0330

ISSN : 16824822

GPN : 2008800168



本手冊採創用CC「姓名標示－非商業性－相同方式分享」授權條款釋出。

此授權條款的詳細內容請見：

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw>.

促進及保護全民健康



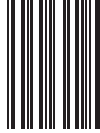
讓全民更長壽更健康

ISSN 1682-482-2



9 771682 482002

00300



GPN : 2008800168

定價：新臺幣300元整