

中華民國 99 年版
公共衛生年報



中華民國 99 年 12 月 行政院衛生署 編印



中華民國 99 年版
公共衛生年報



行政院衛生署編印 中華民國99年12月

序言

衛生署主管之業務範圍廣泛，舉凡公共衛生相關議題，如健康促進、全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、長期照護、生技研發及國際衛生等事項，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。

為讓各界瞭解我國衛生機關作了哪些努力，衛生署每年都會出版公共衛生年報。這本民國99年版之公共衛生年報，詳細地記述了民國98年國內衛生概況、施政作為及具體之成果。

去年臺灣終於成為世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）之觀察員，這是我國近年以來在國際舞臺上最重要的一項突破。我們應把握這個大好機會，打開這扇門，闊步邁出走，參與國際社會事務，讓臺灣的防疫、食品安全、全民健保及醫藥衛生等領域，有機會得到最新的資訊，與全世界接軌，藉此提高臺灣公共衛生水準，保障民眾健康。

回顧過去一年，從三聚氰胺、油炸油事件、到美國牛肉，我們生活當中充滿了各種的食品安全風險。民眾期望把食品的風險降到最低，衛生署也一直往這個方向在努力，我們參考先進國家的管理精神及組織體例，統合相關單位的事權與執行量能，規劃成立功能完整、事權統一之衛生署食品藥物管理局，並於民國99年1月1日揭牌運作，以便為國人的健康，嚴格做好把關工作，保障消費者之權益。



為防範H1N1新型流感之大流行，於98年4月28日成立「H1N1新型流感中央流行疫情指揮中心」，落實各項防治措施，全面掌握H1N1新型流感流行趨勢變化與病毒之變異情形，並辦理流感疫苗接種，使我国的H1N1流感死亡率為OECD會員國平均值的三分之一，為美國的五分之一，與所有OECD國家相比，排行是第四低；全人口疫苗施打的比率為全球第五，其防治成效不論是H1N1流感死亡率或是全人口疫苗之施打率，均不亞於歐美先進國家。

其實，公共衛生業務，不論預防保健、重大傷病、緊急醫療、傳染病的防治，大部分都結合全民健保資源，所以健保不只是財務的問題而已，更與整個醫療體系密切相關。全民健康保險自從民國84年實施至今，已經達成全民有保、就醫無障礙既定目標，臺灣健保制度也受到各國高度的肯定。

然而，巧婦難為無米之炊，目前健保入不敷出，此種困境不予解決，健保將會辦不下去，因此我們提出二代健保修法，將保費之計收基礎，由原來的薪資所得，擴大為家戶總所得，讓費基酌予擴大，以利於健保永續，讓負擔更為公平，以符合社會公義。另為因應民眾長期照護的需要，研擬長期照護服務法、長期照護保險法，期建立良好之長期照護體系，讓民眾能接受長期照護服務。

民國98年，衛生署歷經了非常多的事件，持續受到各界的批評與指教，衛生署向來以「營造安心健康環境、縮短國民健康差距」作為施政願景，在社會鞭策下，我們將盡力做，用不滿足的心督促自己精進，讓全民能活的更長壽更快樂。

行政院衛生署署長

楊志良 謹識

目 錄 CONTENT

序言	2
第一篇 衛生政策	6
第一章 施政目標與重點	
第二章 衛生行政組織	
第三章 衛生預算	
第四章 政策考核	
第二篇 衛生指標	12
第一章 人口指標	
第二章 生命指標	
第三章 國民醫療保健支出指標	
第四章 國際比較	
第三篇 健康促進	21
第一章 健康的出生與成長	
第二章 健康的生活	
第三章 健康的場域	
第四章 健康的老化	
第五章 健康促進的基礎建設	
第四篇 疫病防治	33
第一章 傳染病防治法規及架構	
第二章 重要傳染病/新興傳染病防治	
第三章 防疫整備及感染控制	
第四章 預防接種	
第五篇 食品藥物管理	46
第一章 食品安全管理	
第二章 藥品安全管理	
第三章 藥物、食品、化粧品檢驗	
第六篇 健康照護	55
第一章 健康照護體系	
第二章 緊急醫療	

99公共衛生年報

第三章 精神醫療、心理衛生與自殺防治

第四章 長期照護服務體系

第五章 醫療品質

第六章 醫事人力

第七章 衛生醫療資訊

第七篇 全民健康保險 70

第一章 健康保險現況

第二章 健康保險制度改革

第八篇 弱勢族群健康照護 77

第一章 身心障礙者健康照護

第二章 山地離島居民及原住民之健康照護

第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護

第四章 經濟弱勢者之健康照護

第九篇 國際衛生合作 83

第一章 加入世界衛生組織

第二章 衛生交流合作

第三章 國際衛生援助

第四章 醫療服務國際化

第十篇 衛生科技研究 89

第一章 優先推動計畫

第二章 一般計畫

第三章 國家型科技計畫

第四章 國家衛生研究院科技計畫

附錄 98

附錄一 衛生統計指標

附錄二 法定傳染病確定病例統計

附錄三 行政院衛生署98年政府出版品

附錄四 行政院衛生署相關網站

第一篇 | 衛生政策

第一章 施政目標與重點

第二章 衛生行政組織

第三章 衛生預算

第四章 政策考核



■ 第一篇 衛生政策

行政院衛生署（以下簡稱衛生署）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。

健康是基本人權，也是每一個人追求的理想與目標。衛生署以「促進及保護全民健康，讓全民更長壽更快樂」為使命，以「營造安心健康環境，縮短國民健康差距，成為值得全民信賴的健康領航者」為願景，訂定民國98至101年中程施政計畫及98年度施政計畫，將透過「精進醫療照護體系，維護民眾健康」、「落實保健防疫整備，免除疾病威脅」、「創造全民健保價值，保障醫療平等」、「強化民眾全面參與，實踐健康生活」、「加強藥物食品管理，確保衛生安全」、「發展中西醫藥生技，達成科技厚生」、「積極參與國際衛生，促成國際接軌」、「發展衛生人力資源，強化施政效能」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98年施政方針，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98年施政計畫，其目標及重點如次：

一、精進醫療照護體系，維護民眾健康：建置全國性急重症照護網絡及整合性社區健康照護網絡，落實各層級醫療體系功能及垂直整合；整合實地至醫院辦理之相關評鑑、訪查及認證制度；健全長期照護及身

心障礙醫療復健服務；強化護理服務及人力提升措施；規劃醫療無過失事故救助機制；強化社區心理衛生中心角色功能及自殺通報個案關懷服務。

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；推動成立疫苗基金，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、創造全民健保價值，保障醫療平等：推動健保財務改革，杜絕醫療浪費，建構永續的全民健康保險制度；關懷弱勢族群之特殊醫療照護需求，優先照護山地離島、罕見疾病、中低收入戶等醫療弱勢族群；推動口腔保健服務，強化幼兒、身心障礙者的口腔醫療照護。

四、強化民眾全面參與，實踐健康生活：創造健康的支持性環境，推展預防保健工作；建構無菸支持環境；加強癌症防治，提升癌症醫療品質，推廣安寧療護及支持癌症病友服務；建構優質生育環境、維護兒童及青少年健康；加強糖尿病、高血壓、高血脂等慢性病防治，促進健康的老化；協助地方自主的衛生保健改進，提升社區健康營造知能。

五、加強藥物食品管理，確保衛生安全：落實食品衛生安全與營養白皮書，強化源頭及輸入食品管理，輔導食品業者建立食品安全管制系統，加強跨部會協調合作機制，以及推動國民營養法之立法；健全藥物安全與管理，建構與國際接軌之藥物審查體系及藥政管理法規制度，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，有效減少藥物濫用。

六、發展中西醫藥生技，達成科技厚生：辦理



醫藥衛生科技政策的研擬、規劃、資源分配、整合與推動，進行醫藥衛生研究效益評估及政策導向研究及創新研究計畫，強化衛生政策之應用；鼓勵生技醫學健康研究，加強醫藥衛生保健科技發展；推動臺灣生醫科技島計畫、建立卓越臨床試驗與研究體系。

七、積極參與國際衛生，促進國際接軌：積極進行雙邊及多邊之國際衛生合作及交流等活動；推動加入世界衛生組織及其他重要國際醫療衛生專業組織；辦理國際醫療援助與合作及國際醫療衛生人員培訓。

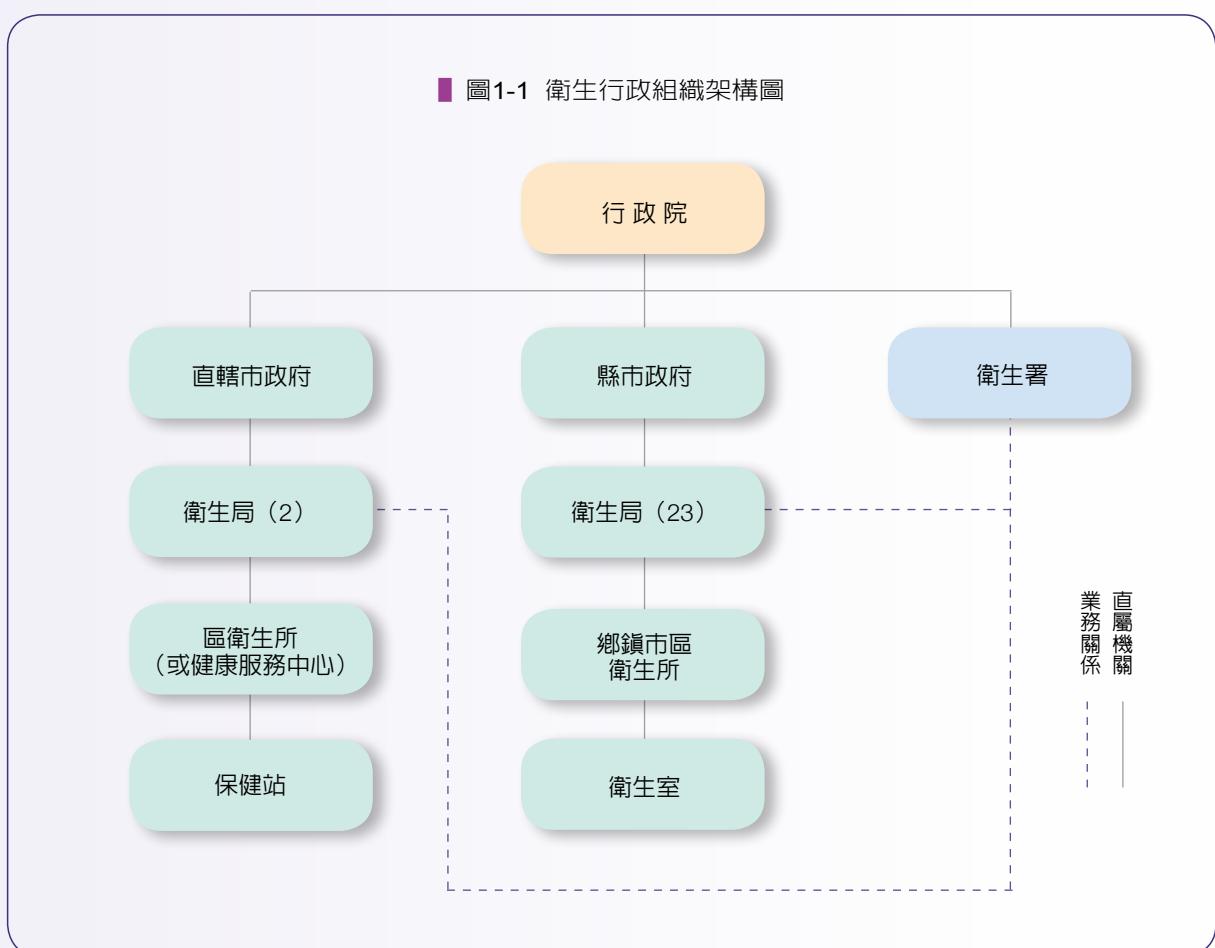
八、發展衛生人力資源，強化施政效能：強化衛生行政人員增能培訓，提升專業面、管理面及國際觀之核心能力；加強醫事人員重點人才培訓，提升專業服務知能。

第二章 衛生行政組織

我國衛生行政組織原分為「中央、省、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，全國共有25個；其在各鄉鎮設有1衛生所，全國共計371個，其任務主要在於執行地方性預防保健服務。

■ 圖1-1 衛生行政組織架構圖



第一節 現行中央衛生行政組織

衛生署於內部設有醫事處、藥政處、食品衛生處、護理及健康照護處、國際合作處、企劃處等6處，另有健保小組、資訊中心、科技發展組、醫院管理委員會等任務編組單位，另外，於民國98年7月23日成立長期照護保險籌備小組，辦理長期照護保險之推動及相關籌備事宜。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、藥物食品檢驗局、管制藥品管理局、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、22家署立醫院、6家署立療養院及1家署立胸腔病院。另外，衛生署捐助設立財團法人國家衛生研究院、財團法人醫藥品查驗中心、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、財團法人藥害救濟基金會及財團法人器官捐贈登錄中心，如圖1-2。

第二節 規劃整併食品藥物管理機構

食品、藥物（西藥、管制藥品、生物製劑、醫療器材及中藥新藥）及化粧品之安全、療效、品質等，攸關民眾日常生活及醫療福祉甚鉅，其管理制度以及其產業管理績效，是全民健康與公共衛生之重要指標。

爰此，衛生署參考先進國家食品藥物管理組織精神及體例，整併衛生署原食品衛生處、藥政處與所屬藥物食品檢驗局、管制藥品管理局及醫事處掌理之新興生醫科技等相關業務，成立「行政院衛生署食品藥物管理局」，使產品管理、檢驗及法規科學研究一元化，並強化保護消費者所需之健康風險評估與風險管理功能，成為我國負責食品、藥物、化粧品及防制管制藥品濫用之整合性行政管理及檢驗研究機關。該局組織法於民國98年6月3日以總統令公布，將於民國99年1月1日正式揭牌運作。

第三節 中央健康保險局組織改制

全民健保基於強制納保之原則，有關保險對象、投保單位及醫療院所之權利與義務，於健保法中均有詳細規定；而中央健康保險局（以下稱健保局）依照全民健康保險法規定，所負責辦理之各項保險業務，屬於高度公權力之行使。

由於全民健保係強制性之社會保險，攸關全體國民之權益，為達成促進國民健康，增進公共利益之目的，行政院於民國97年2月1日將「中央健康保險局組織條例」修正草案送請立法院審議，並經立法院三讀通過後於民國98年1月23日由總統公布，同年進行各項改制準備作業。健保局將自民國99年1月1日改制為行政機關，對於民眾各項全民健保應享有的權利及服務工作，絲毫未受到影響。

第三章 衛生預算

民國98年中央政府總預算為1兆8,097億元，衛生預算為534億元，約占中央政府總預算的3%，如圖1-3。衛生署的經費，雖無法隨



■ 圖1-2 民國98年衛生署組織系統圖



著人口老化及業務需求的增加呈一定的成長，但衛生團隊仍秉著一貫的熱忱與關懷，為許給民眾健康安全的理念努力不懈。民國98年衛生政策滿意度調查，獲得民眾約7成之滿意。

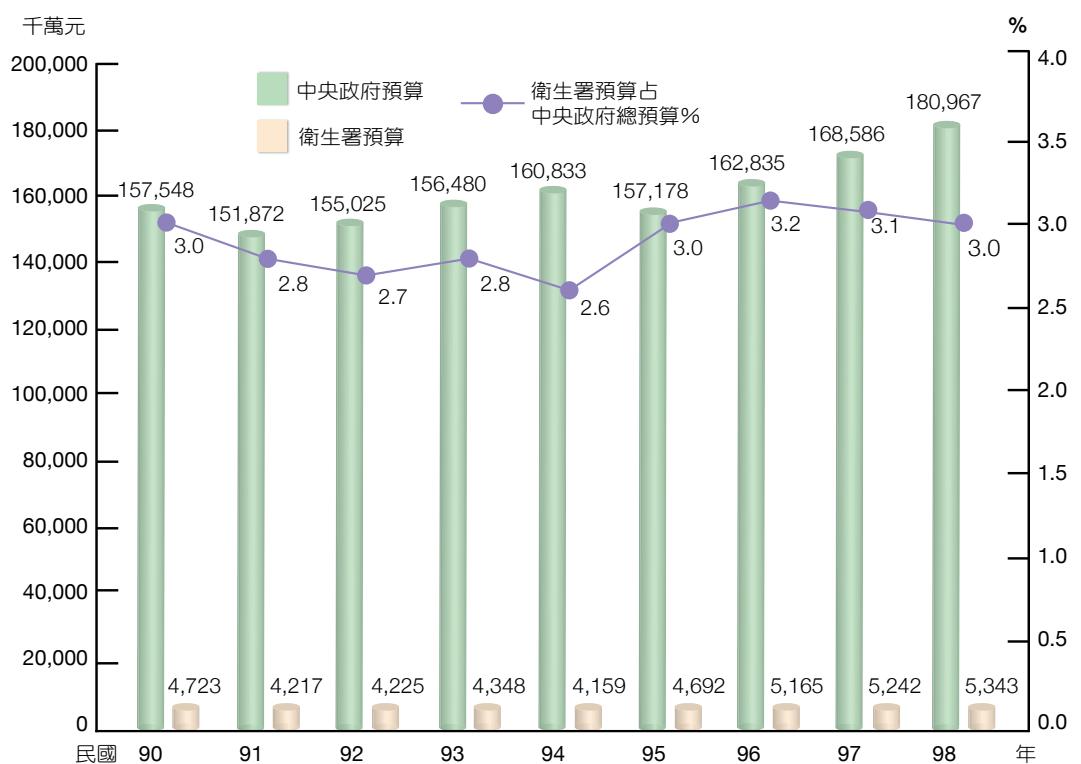
第四章 政策考核

衛生保健之工作，須仰賴中央與地方的通力合作，才能有效貫徹相關政策的執行，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97年起，衛生署針對各縣市之業務特性，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，區分為「防疫保健」、「藥物食品」及「醫療照護」3大類，由相關局處負責考評後分別辦理獎勵事宜。



■ 圖1-3 民國90-98年衛生署預算占中央政府總預算分配圖



第二篇 | 衛生指標

第一章 人口指標

第二章 生命指標

第三章 國民醫療保健支出指標

第四章 國際比較



第二篇 衛生指標

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98年底我國總戶籍登記人口共2,312萬人，其中男性人口1,164萬人，女性人口1,148萬人，人口性別比例【男性人口數/女性人口數*100】為101，人口年增率為3.59‰。

民國98年底，我國人口密度每平方公里達639人，按縣市別分，高雄市達9,948人最為稠密、臺北市9,593人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為74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98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。

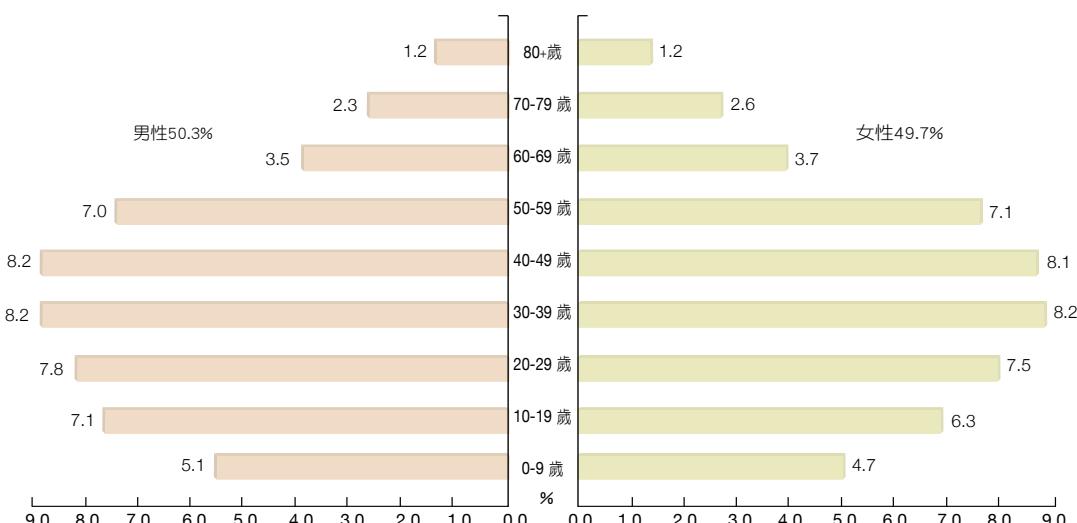
若以人口年齡結構觀察，我國老年人口比率於民國82年突破7%，進入高齡化國家之列。0~14歲幼年人口比率，由民國88年21.4%降至民國98年16.3%，同期間65歲以上老年人口比率則由8.4%升至10.6%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯，如圖2-2、表2-1。

依賴指數【(0~14歲人口+65歲以上人口)/15~64歲人口*100】由民國88年42.6%降至98年36.9%，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。

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88年12.9‰降至民國98年

圖2-1 民國98年人口年齡結構圖



8.3‰，再創歷史新低；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】由民國88年5.7‰微幅上升至民國98年6.2‰。致民國98年人口自然增加率【粗出生率—粗死亡率】下降為2.1‰，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85年之75.0歲逐年提高至98年之79.0歲，13年來增加4.0歲。男性由72.4歲提高為75.9歲，增加3.5歲；女性由78.1歲提高為82.5歲，增加4.4歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

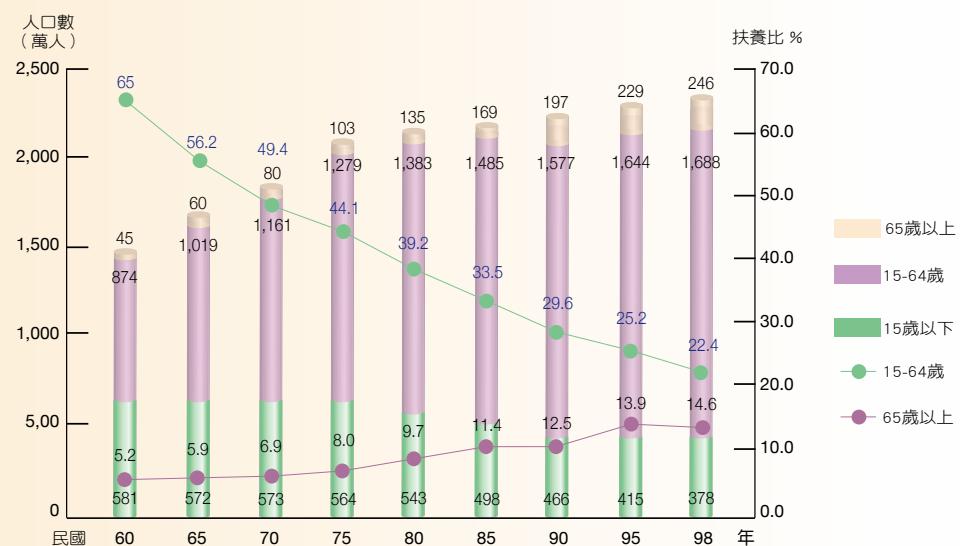
第二章 生命指標

一、十大死因

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98年國人死亡人數為14萬2,240人，每10萬人口粗死亡率616.3人，較上年降0.4%，較民國70年增28.5%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，民國98年每10萬人口標準化死亡率為466.7人，較上年降3.6%，較民國70年則減42.5%，顯示國人死亡變動深受人口結構老化之影響。

■ 圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖



■ 表2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

年底別	總人口	人口結構			扶養比	
		15歲以下	15~64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
千人	%	%	%	%	%	%
民國68年	17,543	32.72	63.13	4.15	51.84	6.57
民國78年	20,157	27.50	66.54	5.96	41.33	8.96
民國88年	22,092	21.43	70.13	8.44	30.56	12.04
民國98年	23,120	16.34	73.03	10.63	22.38	14.56

民國98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).自殺；10).腎炎、腎徵候群及腎病變，其內涵與上年比較，順位相同。若以十大死因粗死亡率觀察，本年除惡性腫瘤、糖尿病與事故傷害分別較上年增加外，餘均呈減少，其中事故傷害之增加主要係受莫拉克風災影響所致。如圖2-5。

二、十大癌症死因

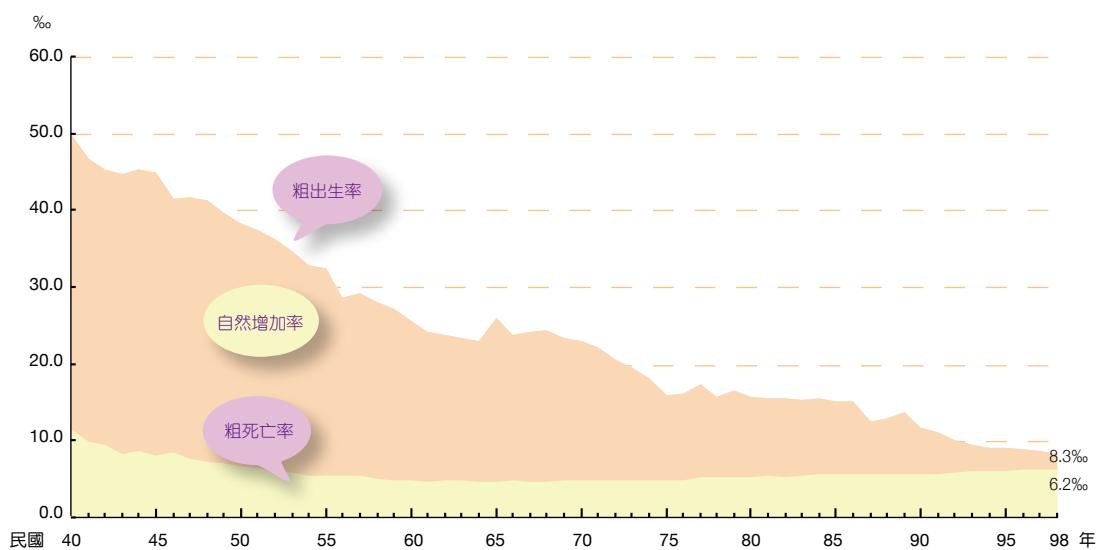
民國98年國人癌症死亡人數為3萬9,917人，每10萬人口粗死亡率173.0人，較上年增2.2%，較民國70年增125.8%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，標準化死亡率為132.5人，較上年微降0.9%，較民國70年則僅增14.0%，顯示國人癌症死亡變動亦受人口結構老化之影響。

民國98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).胃癌、6).口腔癌、7).攝護腺癌、8).食道癌、9).胰臟癌、10).子宮頸癌，其內涵與上年相同但順位有所異動，其中子宮頸癌與胃癌死亡率呈現下降變化，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98年新生兒死亡率已降至2.4‰，約為民國60年之38%；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至4.1‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的39.7/10⁵降至民國98年的8.4/10⁵，如圖2-7。

■ 圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率



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，醫療保健經費占國內生產毛額（GDP）比顯著增加。民國97年國民醫療保健最終支出（NHE）7,885億元。

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5.4%，至民國97年達6.4%，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1萬760元，增至民國97年之3萬4,287元，平均年增率為7.2%，如圖2-8。

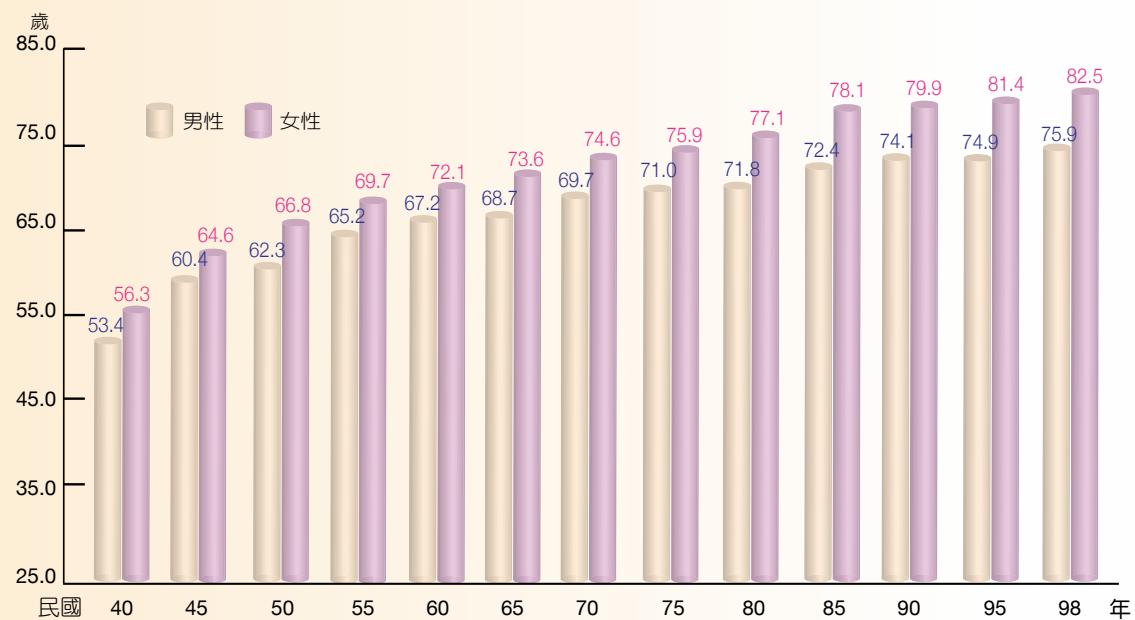
第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2009 Population Reference Bureau資料顯示，西元2009年全球人口為68億997萬人，預估至西元2050年，將達93億2,100萬人，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2009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2.6，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。

■ 圖2-4 國人0歲平均餘命

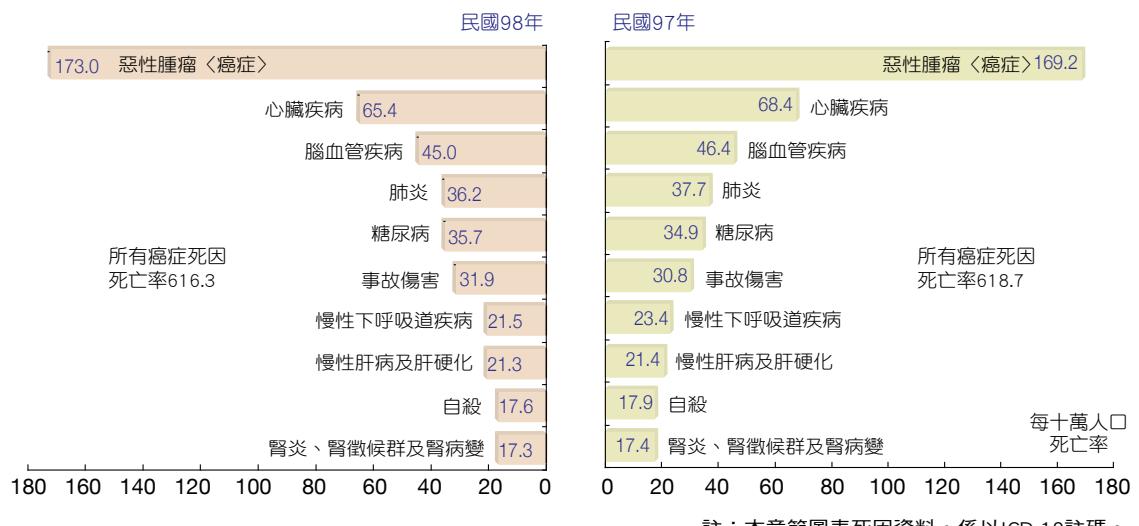


二、平均餘命之比較

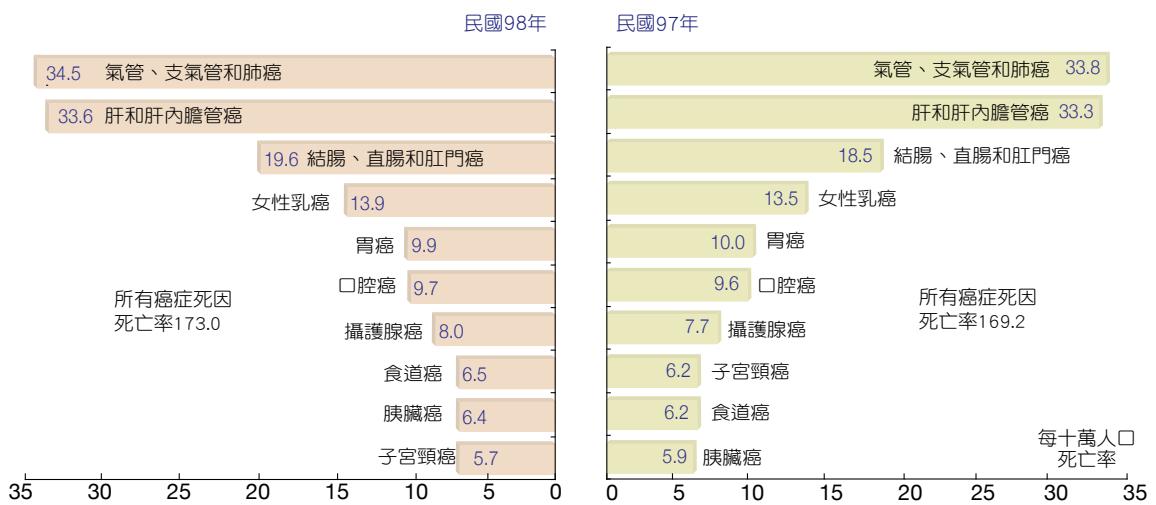
西元2008年，世界主要國家男性0歲平均餘命均在75歲以上，以日本、澳洲、加拿大79歲為最高；臺灣為76歲，約當日本西元1990年之水準。另由西元1960-2000年間差異分析，日本男性平均餘命於40年期間增加12.4歲居各國之冠，我國亦增加11.5歲。西元2008

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14.4歲居各國之冠，我國亦增加13.2歲，如表2-3。

■ 圖2-5 十大死因之變化



■ 圖2-6 十大癌症死因之變化

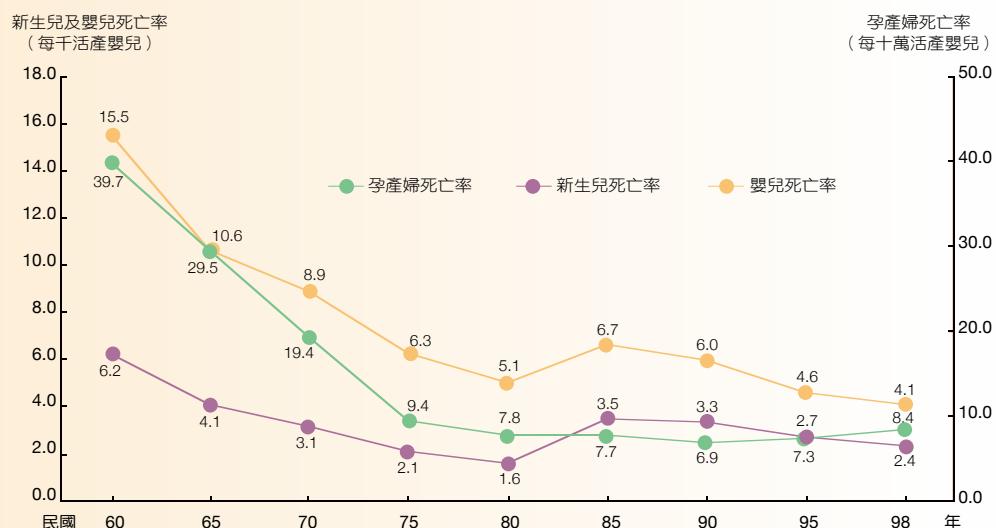


三、醫療保健支出之比較

西元2007年我國平均每個人國民醫療保健支出（NHE）為1,015美元，低於中位數4,038美元，居OECD會員國第24名，僅高於波蘭及墨西哥兩國；平均每個人國內生產毛額（GDP）為1萬7,154美元，低於中位數4萬1,981美元，

居OECD會員國第21名，僅高於捷克、斯洛伐克、匈牙利、波蘭及墨西哥五國。整體而言，平均每個人GDP愈高的國家其平均每個人NHE亦愈高，2007年我國NHE占GDP比為6.0%，低於中位數3.0個百分點，相較於OECD會員國則我國屬相對偏低國家，如表2-4。

■ 圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



■ 圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE

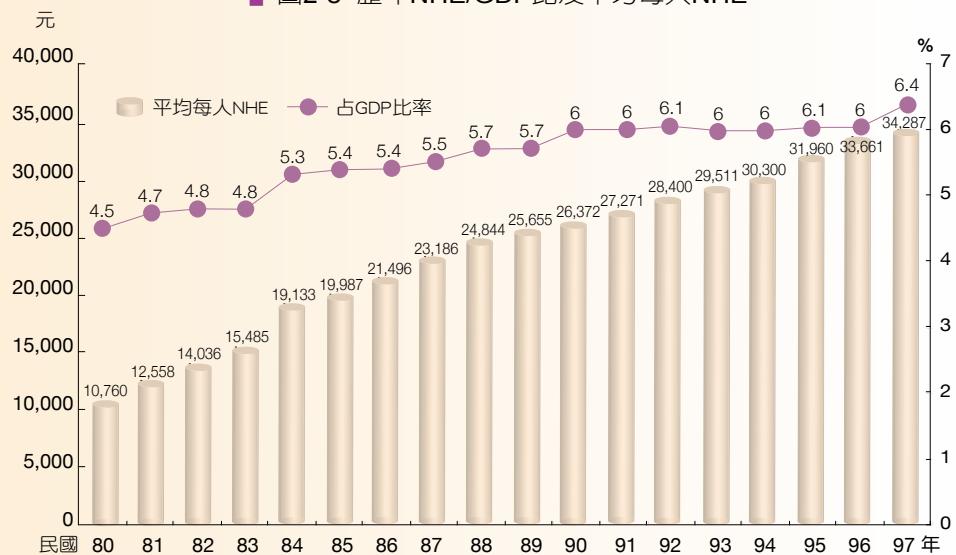


表2-2 世界主要國家人口概況

	年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		2009-2050 人口增減%	總生育率	出生率 ‰	死亡率 ‰	人口自然 增加率%
		2009年	2025年					
全 球	6810	808.7	9,421	38	2.6	20	8	1.2
臺 灣	23.1	23.9	21.5	-7	1.1	8	6	0.2
新 加 坡	5.1	5.7	5.6	10	1.3	10	4	0.6
日 本	127.6	119.3	95.2	-25	1.4	9	9	0.0
韓 國	48.7	49.1	42.3	-13	1.2	9	5	0.4
加 拿 大	33.7	37.6	41.9	24	1.6	11	7	0.3
美 國	306.8	357.5	439.0	43	2.1	14	8	0.6
英 國	61.8	68.8	76.9	24	1.9	13	9	0.3
法 國	62.6	66.1	70.0	12	2.0	13	9	0.4
德 國	82.0	79.6	71.4	-13	1.3	8	10	-0.2

資料來源：2009 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
男 性							
臺 灣	62	67	70	71	74	75	76
英 國	68	69	70	73	76	77	78
美 國	67	67	70	72	74	75	76
法 國	67	68	70	73	75	77	78
德 國	67	67	70	72	75	76	77
加 拿 大	68	67	72	74	77	...	79
挪 威	71	71	72	73	76	78	78
荷 蘭	72	71	73	74	76	77	78
澳 洲	68	67	71	74	77	79	79
紐 西 蘭	69	68	70	72	76	78	78
日 本	65	69	73	76	78	79	79
女 性							
臺 灣	66	72	75	77	80	81	82
英 國	74	75	76	79	80	81	82
美 國	73	75	77	79	80	80	81
法 國	74	76	78	81	83	84	85
德 國	72	74	76	78	81	82	83
加 拿 大	74	76	79	81	82	83	83
挪 威	76	77	79	80	81	83	83
荷 蘭	75	77	79	81	81	82	82
澳 洲	74	74	78	80	82	83	84
紐 西 蘭	74	75	76	78	81	82	83
日 本	70	75	79	82	85	86	86

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



表2-4 2007年OECD會員國與我國平均每人NHE與平均每人GDP 單位：美元

排名	過名以平均每人NHE 排序	NHE/GDP (%)	平均每人NHE	平均每人 GDP
	中位數	9.0	4,038	41,981
1	挪威 Norway	8.9	7,354	82,520
2	美國 United States	16.0	7,290	45,559
3	瑞士 Switzerland	10.8	6,108	56,528
4	冰島 Iceland	9.3	5,964	64,135
5	丹麥 Denmark	9.8	5,550	56,854
6	荷蘭 Netherlands	9.8	4,640	47,419
7	愛爾蘭 Ireland	7.6	4,556	60,175
8	奧地利 Austria	10.1	4,523	44,619
9	瑞典 Sweden	9.1	4,495	49,545
10	法國 France	11.0	4,491	40,772
11	加拿大 Canada	10.1	4,403	43,522
12	比利時 Belgium	10.2	4,389	43,190
13	德國 Germany	10.4	4,209	40,350
14	英國 United Kingdom	8.4	3,867	45,955
15	芬蘭 Finland	8.2	3,809	46,532
16	義大利 Italy	8.7	3,316	35,943
17	紐西蘭 New Zealand	9.2	2,855	30,864
18	西班牙 Spain	8.5	2,712	32,072
19	希臘 Greece	9.6	2,679	27,926
20	南韓 Korea	6.8	1,362	20,014
21	捷克 Czech Republic	6.8	1,141	16,855
22	斯洛伐克 Slovak Republic	7.7	1,077	13,902
23	匈牙利 Hungray	7.4	1,019	13,766
24	臺灣 Taiwan	6.0	1,015	17,154
25	波蘭 Poland	6.4	716	11,130
26	墨西哥 Mexico	5.9	564	9,634

資料來源：1.OECD Health Data, 2009 June
 2.行政院衛生署統計室
 3.澳大利亞、日本、盧森堡、葡萄牙及土耳其五國尚無數據

第一章 健康的出生與成長

第二章 健康的生活

第三章 健康的場域

第四章 健康的老化

第五章 健康促進的基礎建設



第三篇 健康促進

國民健康為國家競爭力的重要表現，為增進國人身、心、社會的健康，衛生署依據1978年「Alma-Ata宣言」及1986年「渥太華(Ottawa)憲章」提出的「健康促進五大行動綱領」，積極訂定健康的公共政策；營造健康社區、醫院、學校及職場等場域；深耕健康社會，帶動健康風潮，型塑健康主流化社會；發展個人健康技能與調整健康服務，以期達成聯合國世界衛生組織(WHO)所提出「全民健康(Health for all)」之最終目標。

為縮小健康的不平等，針對孕產婦與嬰幼兒健康、兒童與青少年健康、中老年健康老化及婦女健康等不同的人生階段，規劃健康促進政策。此外，就危害國人健康的主要威脅，如癌症、菸害及慢性病等，亦積極擬訂各項政策，以因應目前國人肥胖、吸菸、嚼檳榔、不健康飲食及不運動等不健康生活型態的挑戰；進行健康監測及研究調查，並依據實證基礎資料、當前社會及未來發展之需要，規劃政策目標及策略，以增進全人、全民、全社區、全社會、全球的健康。

第一章 健康的出生與成長

為促使嬰幼兒及兒童健康生長發展，除早期發現異常、早期矯治外，更必須提供健全的健康照護系統，是以積極推展孕產婦、嬰幼兒、兒童及青少年等健康促進工作。

第一節 孕產婦健康

一、透過健保特約醫療院所提供的孕婦10次產前檢查服務，以早期發現懷孕各階段可能發生的合併症，確保孕婦與胎兒健康。自民國90年起，本項服務利用率皆維持9成以上，其中約4成在基層診所實施，餘則在

醫學中心、區域醫院及地區醫院實施。

- 二、補助外籍配偶設籍前未納健保之產前檢查補助，每胎以補助5次為上限，每次補助600元。
- 三、委託辦理「孕婦產前檢查服務成效調查計畫」，進行孕婦產前檢查品質監測，整體產檢滿意度達92.2%。
- 四、為促進生育保健，確保孕婦及胎兒的健康及安全，自民國89年著手修正「優生保健法」，並將名稱修正為「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，於民國97年2月22日送立法院審議。
- 五、持續辦理「人工流產諮詢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/諮詢運作模式；接受諮詢、諮詢服務服務者，其滿意度達93.6%，認為整體有幫助達89.9%。
- 六、為減少新生兒先天異常的發生，積極推動多項遺傳性疾病檢查和服務措施，包括：產前遺傳診斷、新生兒篩檢及遺傳諮詢等，且提供檢查個案檢驗費用減免或補助。民國98年34歲以上孕婦接受產前遺傳診斷羊膜穿刺檢查率達90%以上；異常個案均給予追蹤衛教，並依其意願提供適當的產前照護。
- 七、為全面建置親善之母乳哺育環境，研擬「公共場所母乳哺育條例」，並持續辦理母嬰親善醫療院所認證計畫，民國98年共有113家通過認證；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及設置母乳哺育網站。辦理母乳哺育種子講師訓練，以提升醫療院所醫護人員母乳哺育技能。產後1個月純母乳哺育率(總母乳率)自民國97年之54.3% (72.9%) 提高至民國98年之56.7% (81.3%)。

第二節 嬰幼兒及兒童健康

一、新生兒先天性代謝異常篩檢

新生兒於出生後滿48小時，採集新生兒腳跟血進行篩檢，篩檢率達99%以上，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，提供篩檢服務補助。

二、兒童發展篩檢、兒童預防保健服務及發展聯合評估

- (一) 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，並早期發現異常個案，以期早期治療。民國91年起，兒童預防保健服務利用率達7成左右，民國98年利用率約為71.1%。
- (二) 辦理「兒童發展篩檢與疑似異常個案追蹤管理計畫」、「寶貝發展篩檢指南DVD第2版」及「兒童發展篩檢種子人力培訓」計畫，以提升相關人員對兒童發展篩檢的知能與技巧。
- (三) 為使疑似發展遲緩兒童，儘速接受聯合評估及療育服務，於全國25縣市各設置1家「兒童發展聯合評估中心」，另於7縣市（臺北縣、桃園縣、臺中縣、臺中市、高雄市、花蓮縣、臺東縣）再增設1家聯評中心。

三、聽力保健

- (一) 辦理「嬰幼兒聽力篩檢初篩醫療院所服務計畫」，提供新生兒聽力篩檢服務，加強宣導推行新生兒聽力篩檢之重要性。國內參與新生兒聽力篩檢院所數由民國96年之28.70%，提升至民國98年之48.26%。學前兒童聽力篩檢涵蓋率由民國91年之30.3%提升至民國98年之84.79%。
- (二) 辦理「學齡前兒童聽力及語言障礙篩檢及追蹤矯治服務計畫」，聽力篩檢確診異常者均給予追蹤矯治。
- (三) 辦理「聽損兒早期聽語療育宣導暨媒體

推廣計畫」，提供民眾免費諮詢專線服務。

四、視力保健

- (一) 辦理全國「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作計畫」，加強視力保健宣導及強化轉介之重要性。於全國25個縣市辦理滿4歲及滿5歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務，提供視力異常個案轉介與諮詢等服務。民國98年計篩檢33萬5,113人，4萬5,834人異常，異常個案轉介追蹤率均達95%以上。
- (二) 辦理國內學幼童近視盛行率相關研究調查，建立國內近視基礎資料與近視防治措施之參考依據。研發及製作近視防治文宣教材，提供民眾及學校老師視力保健相關知能。

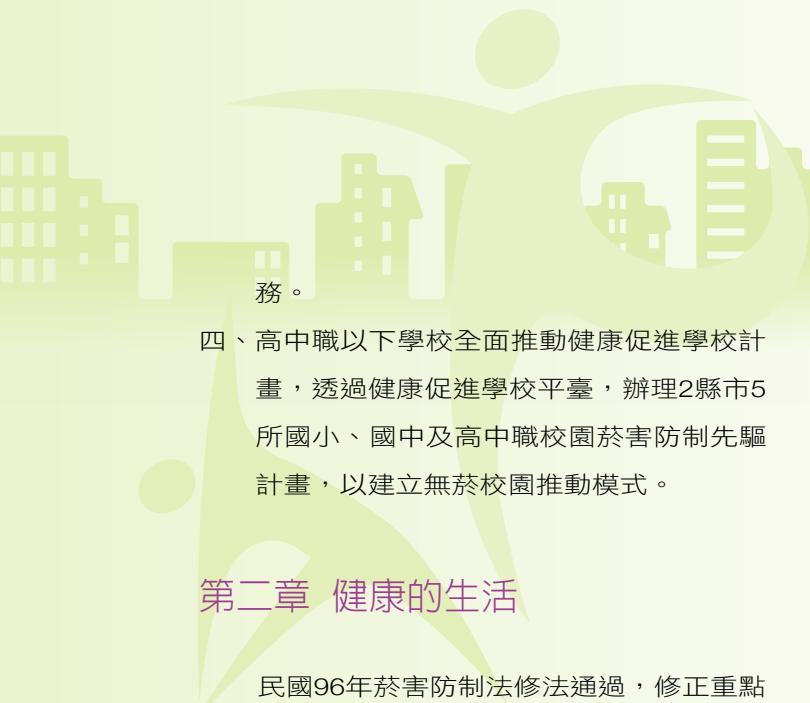
五、口腔保健

- (一) 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；全面提供25縣市2,651所國小學童每週一次含氟水漱口防齲服務，學童參與率達98.5%。
- (二) 辦理發展遲緩兒童口腔照護模式先驅計畫，提供發展遲緩兒童口腔檢查及教導照護者潔牙技巧及口腔保健知識。

第三節 青少年健康

- 一、設置性福e學園-青少年網站（www.young.gov.tw），提供性知識、正確避孕方法，及青少年性健康相關議題之視訊諮詢服務。
- 二、辦理「青少年性健康促進服務站推展計畫」，轉介有需要的青少年進入個別心理諮詢或醫療院所接受服務。
- 三、辦理「青少年親善醫師／門診計畫」，結合醫療院所設立「Teens' 幸福9 號門診」，提供青少年預防保健及生育保健服





務。

四、高中職以下學校全面推動健康促進學校計畫，透過健康促進學校平臺，辦理2縣市5所國小、國中及高中職校園菸害防制先驅計畫，以建立無菸校園推動模式。

第二章 健康的生活

民國96年菸害防制法修法通過，修正重點包括：全面禁止菸品廣告、健康警示圖文標示、菸品成分申報及擴大禁菸場所範圍等規定；並於民國98年1月11日起施行，同年1月23日調高菸品健康福利捐。為使擴大禁菸場所與菸品相關管理等新規定能順利推動，運用各種資源，與行政部門、立法院、地方政府、業界、民眾及民間團體等協調合作，讓我國菸害防制邁向新的里程碑。

第一節 無菸的生活

一、菸害防制法新規定之落實

(一) 參酌「世界衛生組織菸草控制框架公約」之精神，於民國96年7月11日修正公布「菸害防制法」，訂定8項辦法，自民國98年1月11日起施行；「菸害防制法」第4條於民國98年1月23日再次修正通過，將菸品健康福利捐由每包菸10元調漲為20元，並於同年6月1日施行。

(二) 為落實菸害防制法之相關規定，聘雇696名臨時人力，協助各縣市辦理實地訪查與輔導禁菸場所之禁菸標示。

(三) 依據「菸害防制法新規定實施年前後宣導成效評估研究」4次電話調查發現，知道3人以上共用室內工作場所、大眾運輸工具、及旅館/商場/餐飲店等場所禁止吸菸比率，由民國97年7月的3成至民國98年11月仍高達9成以上。民國98

年「成人吸菸行為電話調查」發現，成人吸菸率自民國97年的22%減少為民國98年的20%，室內公共場所的二手菸暴露率自民國97年的27.8%減少為民國98年的7.8%，顯示吸菸率及二手菸的暴露情況減少，民眾已能遵守相關規範。

二、教育宣導與無菸支持環境

(一) 製作禁菸相關教材，透過電視、廣播、交通運輸等媒體及辦公大樓電視牆、商圈廣告、基層診所、商店，加強宣導場所禁菸規定；並增加民眾對菸害之認識，鼓勵吸菸者戒菸。

(二) 與國立科學工藝博物館合作，推出「青春宅急便巡迴展」之菸害防制展覽，並將展覽推廣至學校；於13所高中職學校巡展。調查顯示近9成參觀者對展覽滿意。

(三) 為營造無菸支持環境，與教育部合作，推動「校園菸害防制實施計畫」，並印製「元氣青春－青少年戒菸教育叢書」，加強青少年的戒菸教育。民國98年實地輔導181家職場建立無菸或限菸政策，職場員工吸菸率為18.2%（較民國97年下降1.8%），室內工作場所二手菸暴露率為14%（較97年下降12%）；並補助縣市辦理25個無菸社區計畫；透過國防部訂定國軍菸害防制政策、落實無菸環境、主動介入戒菸治療服務及菸害防制研究與監測等推動相關工作。

三、提供多元化戒菸服務

(一) 自民國91年開辦門診藥物戒菸治療服務，至民國98年止，接受戒菸個案數為40萬8,062人；提供門診藥物戒菸診療服務之醫療院所約2,146家，6個月戒菸成功率約為22.5%。

(二) 自民國92年，辦理「戒菸專線諮詢服務

計畫」，提供免付費的電話戒菸諮詢服務，至民國98年累計服務逾42萬4,115人次6個月戒菸成功率約30%。

(三) 結合社區廣設戒菸班，提供社區民眾就近之戒菸服務。

第二節 安全的生活

我國事故傷害死亡率近10年來，除921大地震外，已逐漸下降；民國95年每10萬人口35.1人，至民國97年已降至每10萬人口30.8人；因民國98年莫拉克水災，又上升為每10萬人口31.9人。為營造健康的生活環境，積極推動下列各項措施：

- 一、營造幼兒安全居家環境，透過25縣市衛生局（所），運用幼兒居家安全環境檢核表，針對幼兒進行居家環境檢測並輔導改善。
- 二、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98年計有11個社區、25所學校通過認證。
- 三、輔導國內外社區發展成為符合6大準則的國際安全社區，我國的「社團法人花蓮縣記憶空間學會」成為繼韓國、美國及紐西蘭之後第四個國際安全學校認證中心，

第三章 健康的場域

西元1997年世界衛生組織發表雅加達宣言，鼓吹推動場域性健康促進計畫，包括：健康社區、健康城市、健康職場與健康學校等健康促進模式。

衛生署多年來持續推動「社區健康營造」、「健康城市」、「健康促進醫院」、「健康職場」與「健康促進學校」等計畫，整合公私部門資源、擴大民眾的參與、培植健康

知能，發掘在地性健康議題，凝聚共識，建立自主健康營造機制，擁有健康的生活型態，進而具備完整的社會功能。

第一節 健康城市

- 一、成立專家團隊輔導並鼓勵縣市推動健康城市計畫，目前加入臺灣健康城市聯盟，共計12個縣（市），以共同關心之議題，推動健康城市計畫。
- 二、建立健康城市資訊交流平臺，蒐集國內、外健康城市相關資訊，建置「臺灣健康城市資訊網」；並出版「2009臺灣健康城市獲獎案例專刊-第1冊」，作為縣市推動參考。
- 三、目前國內計有臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣等6縣市，及臺北市大安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、臺北縣淡水鎮、雙溪鄉、屏東市等9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（Alliance of Healthy Cities, AFHC）會員。

第二節 健康社區

- 一、補助縣市社區辦理「健康促進社區認證試辦計畫」，以渥太華憲章五大行動綱領為推動策略，結合餐飲店、社團及學校等社區資源，共同推動「健康飲食」及「要活就要動」，並建置健走路線、規劃運動空間，營造支持性環境。
- 二、辦理「健康促進社區獎勵補助方案」；並以社區為平臺，補助辦理無菸社區、無檳榔社區、安全社區之「社區整合計畫」。
- 三、補助縣市衛生局辦理「『多運動、健康吃』社區樂活計畫」，聘用營養師及體能專業人員，指導代謝症候群及其高危險民眾正確飲食及運動知能；結合社團及醫療院所，參與社區環境評估調查，建置運動





地圖。

四、辦理「健康心社區職場增活力」發表會，表揚「健康促進社區認證」社區、「無菸社區」、「無檳榔社區」、「安全社區」優良單位及績優健康職場，提供各縣市交流學習機會。

第三節 健康學校

一、與教育部共同推動健康促進學校計畫，由94學年度318所學校之參與，至97學年度擴及高中職以下學校之全面推動。

二、由學校衛生政策、物質環境、社會環境、社區關係、個人健康技能與健康服務等6大範疇，推動健康促進學校計畫，建構健康安全校園，促進及維護校園教職員生的身心及社會健康。98學年度高中職以下3,868所學校全面推動健康促進學校。

三、民國94年起，陸續「健康促進學校推動中心」，提供縣市政府及各級學校一致性協助與服務，以落實學校之永續推動。

第四節 健康職場

一、臺灣職場健康的推動，從職業病防治擴展至「職場健康促進」；從消極減少職業疾病，到積極提升員工健康。

二、推動健康職場，結合專業團隊，提供職場健康促進及菸害防制輔導，實地輔導181家職場推動健康促進。

三、辦理健康職場自主認證，訂定自主認證評鑑標準，共1,703家職場審查通過。

第五節 健康醫院

一、於西元2008年，以觀察員身分受邀進入國際網絡監理委員會，負責推動國內及亞洲區健康促進醫院發展，積極參與國際網絡運作；受國際網絡交付任務，負責籌畫新

的工作小組「健康促進醫院、氣候變遷與環境」，維持臺灣立足於此國際網絡的決策核心，並爭取到臺灣主辦2012年第20屆健康促進醫院國際研討會。

二、至民國99年1月，臺灣有61家醫院通過WHO認證，會員數排名網絡第4，也是全球成長速度最快的網絡，而會員醫院亦積極參與健康促進醫院國際網絡年度大會論文發表，已連續2年發表數居世界第二高。

三、與世界衛生組織WHO (World Health Organization) 健康促進醫院國際網絡秘書處合作，辦理「2009 WHO Winter School」研討會，邀請到該國際網絡秘書長Hanne Tønnesen來臺擔任講座。研討會主題包括健康促進醫院的發展策略、醫



院組織改變、品質管理及健康照護實證等。在圓桌會議，決議臺灣朝推動成立 WHO Collaborating Centre for Quality Management of Health Promotion in Hospitals努力。

第四章 健康的老化

我國人口呈現高齡化現象，由於民眾生活趨向靜態、飲食西化等生活型態的改變，造成慢性病人口的上升，而糖尿病、心血管疾病、腎臟病及癌症等高居十大死因之列。另骨質疏鬆及尿失禁的盛行率，亦隨年齡增長而升高，為提升高齡人口生活品質、減緩慢性病之威脅，降低健保負擔，推展老人健康促進、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

一、積極推展「老人健康促進計畫」（98-101年）

- (一) 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8項工作，期維護老人日常生活之獨立自主性、降低老人的依賴程度，使老人都能「健康生活、延緩老化、延長健康餘命」。
- (二) 推動以衛生所為基礎之資源整合式社區老人健康促進工作模式，於全國北、中、南、東區，各擇一縣市（基隆市、彰化縣、高雄縣、宜蘭縣），每縣市擇2個社區辦理，計885位老人參與，涵蓋率達53.2%。

二、配合國際慢性病節日，如世界糖尿病、高血壓、心臟病、腎臟病、氣喘等，結合衛生局、民間團體及社區資源，辦理多元化行銷慢性病防治，導引國人建立健康生活型態。

三、發展老人口腔健康相關生活品質量表，並探討老人口腔健康相關生活品質之影響因素。

四、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」（Social Environment and Biomarkers of Aging Study；簡稱SEBAS），分別於民國89年與95年辦理樣本世代之兩波實地訪查資料收集，成果報告已陸續出版。雙方研究團隊於民國98-99年間展開第3次調查之規劃事項，針對該樣本世代進行追蹤，據以推論我國中老年民眾之身心社會健康及生活狀況。

第二節 慢性病防治

一、成人預防保健服務，服務內容包括身體檢查、血液及尿液檢查及健康諮詢等項目。免費提供40至64歲民眾每3年執行1次、65歲以上民眾每年執行1次。民國98年計176萬人接受該服務，而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21.6%、7.9%及12.7%。

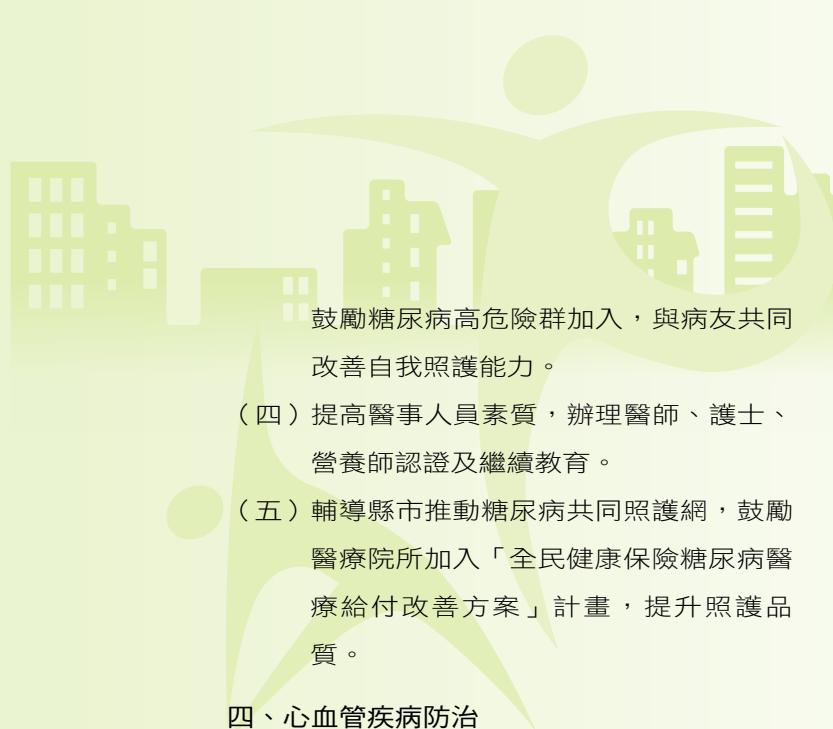
二、代謝症候群

- (一) 多元行銷「維持腰圍理想值，預防代謝症候群」。
- (二) 繼續辦理高、中、小學行政主管、校護、營養師等之預防代謝症候群研習。
- (三) 輔導縣市於社區血壓站增加量腰圍，辦理社區預防代謝症候群健康促進。
- (四) 鼓勵基層醫療院所，參與「全民健康保險代謝症候群照護方案」。

三、糖尿病防治

- (一) 結合糖尿病學會等團體，配合聯合國世界糖尿病日，同步辦理行銷活動。
- (二) 推展糖尿病健康促進機構167家，提供糖尿病患及高危險群者健康促進。
- (三) 增進454個糖尿病友團體自主運作，並





鼓勵糖尿病高危險群加入，與病友共同改善自我照護能力。

- (四) 提高醫事人員素質，辦理醫師、護士、營養師認證及繼續教育。
- (五) 輔導縣市推動糖尿病共同照護網，鼓勵醫療院所加入「全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案」計畫，提升照護品質。

四、心血管疾病防治

- (一) 進行心血管疾病防治衛教宣導，鼓勵民眾落實健康生活型態。
- (二) 配合民國98年高血壓日宣導主軸「鹽與高血壓」及世界心臟日宣導主軸「職場健康」，與中華民國心臟學會、中華民國心臟基金會分別辦理「低鈉好健康 安穩血壓值」、「職場健康 從心開始」衛教園遊會，宣導民眾控制鹽（鈉）攝取及重視心血管疾病防治。
- (三) 招募100個社區辦公（職場）或住宅大樓，辦理宣導活動或座談會，推動定期測量血壓及日常飲食減鹽，近1萬人；並輔導單位同時成為血壓測量服務站。
- (四) 於社區之不同地點（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）普及血壓測量地點，提供民眾便利及可近性高之血壓測量服務，至民國98年底，計約設置1,200個血壓站。

五、慢性腎臟病防治

- (一) 針對腎臟病可改變的發生原因，如用藥習慣與糖尿病控制等，加強腎臟病衛教宣導活動；並推廣成人預防保健服務，以利三高族群及腎臟病之早期發現與妥善控制，減少慢性腎臟病。
- (二) 結合基層醫療與社區資源，共同辦理腎臟保健與疾病防治，完成395場篩檢活動，將腎功能異常者納入追蹤管理；開

發腎臟保健與疾病管理臨床作業指引與衛教指引，並建立品質監測機制，延緩疾病之進展惡化，以減少末期慢性腎臟病。

六、為提供更年期女性貼心服務

設置「0800-00-5107」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，並宣導正確的更年期保健知識。

七、骨質疏鬆及尿失禁防治

- (一) 依據民國94年國民健康訪問暨藥物濫用調查發現，骨質疏鬆及尿失禁盛行率，隨年齡增長而升高；55歲以上婦女每4人就有1人罹患骨質疏鬆症，65歲以上婦女罹病率更高達3成（31.2%）。而55歲以上婦女約30%有尿失禁困擾。
- (二) 透過衛生局、所並結合民間資源教育民眾正確的骨鬆及尿失禁防治觀念。

第三節 癌症防治

「癌症防治法」於民國92年通過，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年推動「國家癌症防治五年計畫」。民國98年研擬「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為主要之策略，降低癌症死亡率。

一、癌症發生現況

- (一) 依據民國96年癌症登記統計，全國癌症（不含原位癌）新發生個案為7萬5,769人（男性4萬3,330人、女性3萬2,439人）；男、女性粗發生率分別為每10萬人口373人和286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312和230人，男女常見10大癌症如表3-1及3-2。

- (二) 檳榔已被國際癌症研究總署列為第一類

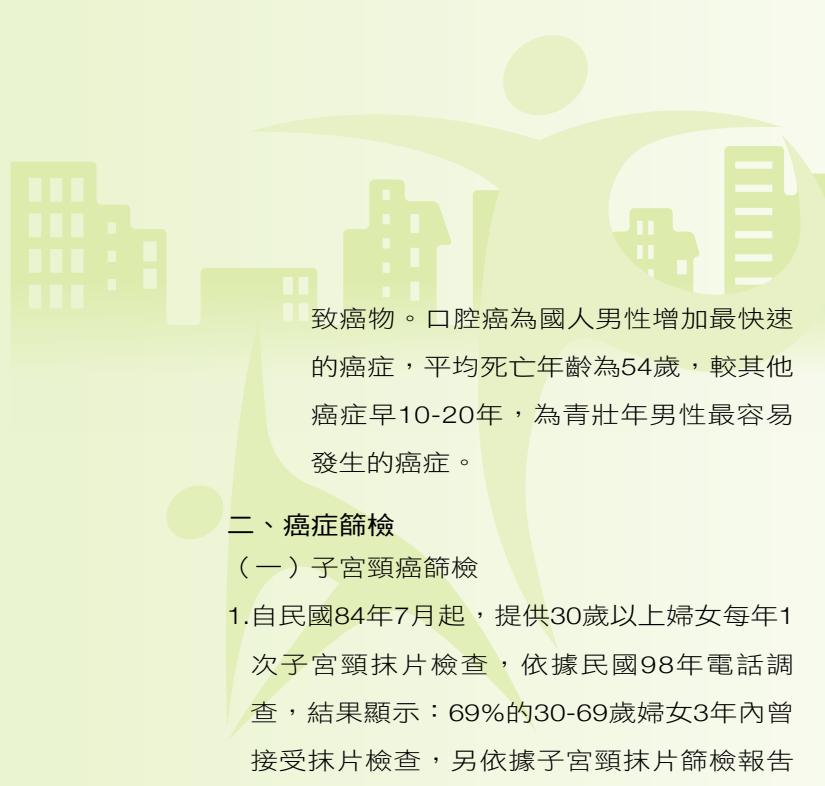
表3-1 民國96年男性10大癌症發生率（不含原位癌）

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	7,210	62	53
大腸	6,040	52	43
肺、支氣管及氣管	5,898	51	42
口腔、口咽及下咽	5,006	43	36
攝護腺	3,367	29	24
胃	2,311	20	16
食道	1,685	15	12
膀胱	1,457	13	10
皮膚	1,314	11	9
鼻咽	1,167	10	8
其他部位	7,875	-	-
總計	43,330	373	312

表3-2 民國96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	7,502	66	53
大腸	4,471	39	31
肺、支氣管及氣管	3,161	28	22
肝及肝內膽管	2,900	26	20
子宮頸	1,749	15	12
甲狀腺	1,407	12	10
胃	1,301	11	9
子宮體	1,165	10	8
皮膚	1,113	10	8
卵巢、輸卵管及寬韌帶	1,047	9	8
其他部位	6,623	-	-
總計	32,439	286	230





致癌物。口腔癌為國人男性增加最快速的癌症，平均死亡年齡為54歲，較其他癌症早10-20年，為青壯年男性最容易發生的癌症。

二、癌症篩檢

(一) 子宮頸癌篩檢

- 1.自民國84年7月起，提供30歲以上婦女每年1次子宮頸抹片檢查，依據民國98年電話調查，結果顯示：69%的30-69歲婦女3年內曾接受抹片檢查，另依據子宮頸抹片篩檢報告資料庫分析顯示，3年內曾做過比率為58%。
- 2.為鼓勵低收入戶婦女接受子宮頸抹片檢查，補助辦理子宮頸抹片獎勵方案，計提供1萬1,349名婦女抹片檢查，發現癌前病變及以上計152名。另與法務部合作辦理「提供矯正機關女性收容人子宮頸抹片檢查試辦計畫」，透過衛生局提供桃園、臺中、高雄、花蓮及宜蘭監獄約2,000名女性收容人子宮頸抹片檢查，發現癌前病變及以上計37名。
- 3.因子宮頸抹片之篩檢，使發生率及死亡率下降，子宮頸侵襲癌標準化發生率由民國84年的每10萬人口24人，下降至民國96年的12人；子宮頸癌標準化死亡率由民國84年的每10萬人口11人，下降至民國98年的4.2人。

(二) 婦女乳癌篩檢

1. 民國91年7月至93年6月試辦50-69歲婦女乳癌兩階段篩檢，並自民國93年7月起，全面提供50-69歲婦女每2年1次乳房攝影篩檢，民國98年11月17日公告補助婦女乳房攝影檢查對象，由原先50-69歲，擴大至45-69歲，並自民國99年1月增加40-44歲具有乳癌家族史之婦女乳房攝影篩檢。
2. 民國98年共有23萬9,000名婦女接受乳癌篩檢服務（2年篩檢率11%），經篩檢發現之乳癌約有5成以上屬於0期或第I期，顯示篩檢有助於早期乳癌發現。

(三) 大腸癌篩檢

1. 民國93年推廣50-69歲民眾接受糞便潛血篩檢，民國98年共有29萬多人接受糞便潛血檢查（2年篩檢率為10%），陽性率4.7%，其中304名確診為大腸癌。
2. 經篩檢發現之大腸癌約有4成以上屬於0期或1期，顯示篩檢有助於早期發現大腸癌。

(四) 口腔癌篩檢：自民國88年起，辦理18歲以上吸菸或嚼檳榔高危險群之口腔黏膜檢查，民國98年共服務88萬名（2年篩檢率28%），陽性率1%，其中696名確診為口腔癌。

三、提升癌症診療照護品質

(一) 自民國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，以期提升國內癌症診療品質，確保癌症病患享有優質之就醫環境，迄今共有40家醫院通過認證，且公告認證結果供民眾就醫選擇參考。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，預計民國99年完成試評，民國100年正式以新版基準辦理認證。

(二) 自民國93年起，補助民間防癌團體，辦理防癌推廣宣導教育和提供病友服務，民國98年補助15個醫療機構及民間團體辦理癌症病友直接服務計畫，服務量共達15萬3千餘人次。

(三) 建立醫院與民間團體合作機制，補助辦理「癌症資源服務單一窗口」，提供及轉介癌症病友及其家屬癌症照護資源，以期建立服務模式及流程。

(四) 推動癌症病人安寧療護服務，截至民國98年底分別有41家、64家與65家醫院提供安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務。並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（含安寧住院、安寧居家或安

寧共同照護服務），已由民國89年7.4%，提升至97年的38%。

(五)為降低檳榔對健康之危害，持續開發創new教材、運用多元媒體通路、拓展宣傳管道等策略，宣導檳榔健康危害觀念。民國97年起，高中職以下可視需求將不嚼檳榔的生活技能融入教學。民國98年，針對口腔癌高發生率縣市之校園加強輔導無檳校園，增加教師技能；於軍中營造無檳榔支持環境；社區則結合民間單位，宣導不嚼檳榔之文化觀念；協助120個高嚼檳榔職場，營造無檳環境。經多年努力後，18歲以上男性嚼檳率已由民國91年之17.5%降至民國98年之14.6%。

第五章 健康促進的基礎建設

由於人口趨於高齡化，出生率下降，國人疾病型態以慢性疾病為主。擬訂適切之健康促進策略，建置非傳染病健康監測機制，建立國人健康狀況、健康行為與認知態度等實證數據資料庫，供現況及長期趨勢分析應用，並強化政策擬定與計畫推行成效評估之實證基礎。此外，透過多元化媒體行銷健康資訊，以提升民眾健康知能，並藉由參與國際健康促進活動，與國際社會分享健康促進成果及促進國際交流。

第一節 健康傳播

一、建置「健康九九網站」(<http://health99.doh.gov.tw>)，使民眾瞭解衛生教育政策，落實衛生教育，強化民眾健康之認知，達到行銷健康知識之目的。目前共有1,390件單張、海報、手冊、多媒體等衛生教育宣導品，可供民眾線上瀏覽、下載或索取。

二、訂定衛生教育主軸計畫，辦理全國衛教主軸宣導巡迴活動的行銷方式。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，有即時回應與澄清的管道，以消彌民眾心中的疑慮。

第二節 健康監測

運用社區面訪調查、電話調查，及在校學生自填問卷調查等3大監測調查工作平臺，辦理全人口及各生命週期特定人口群（嬰幼兒、青少年、成人、中老年及育齡婦女等）健康監測調查，持續收集、分析與發布我國非傳染病健康監測相關資訊，逐步建立健康促進實證決策資料庫。

一、建立制度化國民健康監測調查機制：預定辦理各系列監測調查項目如附表3-3，其中，民國98年辦理之調查計畫包括：以全人口為訪查對象之「國民健康訪問調查」；以高中職、五專在學青少年為自填問卷調查對象之「青少年健康行為」與「青少年吸菸行為」兩項調查，以及以18歲以上人口為對象之「成人吸菸行為」與「成人健康危害行為監測」電話訪問調查等。

二、發展多元化監測調查結果發布機制：因應機關政策擬定、地方衛生單位績效考評、以及民眾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之關心。

三、建置「健康數字123—國民健康指標互動查詢網站」（網址為<http://olap.bhp.doh.gov.tw/>），由使用者依個別需求，查閱健康指標數據，內容包括出生通報資料及國民健康調查、青少年及成人健康行為調查，以及中老年身心社會健康調查等健康監測調查結果。



■ 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)												
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
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			▼				▼			▼			
婦女家庭與生育力調查			●	●				●			●		
嬰幼兒健康照護需求調查					▼	▼	▼	▼		▼		▼	
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				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

第一章 傳染病防治法規及架構

第二章 重要傳染病/新興傳染病防治

第三章 防疫整備及感染控制

第四章 預防接種



第四篇 疫病防治

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，前者旨在持續穩定推動傳染病防治政策，確保防疫成效；後者為因應人類免疫缺乏病毒感染之疫情變化需求，期達減緩人類免疫缺乏病毒傳播之目標。為有效落實兩大重要法規，民國98年配合修正公布「傳染病防治法」第27條，並增修、廢止6項相關法規命令及3項行政規則，期能達到保障個人權益與維護社會安全之目的，並與國際接軌。

一、傳染病防治法

- (一) 為利疫苗政策之推行及落實，修正公布「傳染病防治法」第27條，增設疫苗基金之法源。
- (二) 為因應H1N1新型流感之國內、外流行疫情變化，二度修正公告「傳染病分類及第四類與第五類傳染病之防治措施」，並預告「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修正案，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。

- (三) 為使預防接種受害救濟之個案能得到合理之救濟，並利國家預防接種政策能順利推行，修正發布「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」第7條。
- (四) 為因應屈公病之國際流行疫情，並配合世界衛生組織西太平洋區署消除麻疹時程之策略，以及獎勵於生物病原攻擊事件發生時，積極執行應變作為具有重大功績者，修正發布「傳染病防治獎勵辦法」第3條、第5條、第6條。
- (五) 為獎勵通報麻疹、德國麻疹、屈公病等傳染病，訂定公告「傳染病防治獎勵辦法第6條第1款規定應指定之傳染病範圍」。

二、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

- (一) 為促進感染者身心健康及防止其傳播病毒，並確保感染者就醫之時效性，修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」第3條、第8條。
- (二) 為保障執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作者之權益，訂定發布「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」。

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，同時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

衛生署疾病管制局所屬之研究檢驗中心，負責國內各種傳染病之檢驗及研究業務，包括：病原體確認、新檢驗技術之研發與技術轉移及檢驗標準之訂定。另為因應各類傳染病之檢驗需求，設置10家病毒合約實驗室、9家結核菌合約實驗室及151家認可傳染病檢驗機構，並訂定「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理計畫」，以確保地方衛生單位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疫情肆虐時，因當時缺乏以疫災為主的防災中心，作為中央與地方直接聯繫的作戰指揮據點，影響政府整體的防疫危機處理。為此，民國94年成立國家衛生指揮中心，負責彙整中央各部會、地方政府，甚至民間機構所提供的相關資訊，轉化為整體防災作戰指揮所需的即時資訊，提供指揮官應變決策之參考。另因應國際衛生條例（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快速應變。

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年修正公布「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138家，以隔離收治傳染病患；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，該等醫院均擬定傳染病緊急應變計畫，並據以施行教育訓練及演習，民國98年

各計辦理138場次及59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98年臺灣地區法定傳染病病例分布，如附錄2。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

建構定點醫師、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時，可能產生僅能窺知單一個案資訊，而無法監控整體趨勢之不足。

(一) 定點醫師監測：其監測結果可提供流感流行趨勢與就診率等指標，亦可作為政府相關防治作為、疫苗株選擇與個案照護等之參考。至民國98年底，自願參與通報的定點醫師數約800位（診所醫師數676位；醫院醫師數124位），地域涵蓋約全國鄉鎮市區之87%，所監測疾病包含類流感、腸病毒與腹瀉等。每週蒐集定點監測網絡資料，研判全臺6個地區與全國整體趨勢，再定期藉由電子報及網路回饋定點醫師。

(二) 學校傳染病監測系統：自民國90年至98年底，共有602所小學參與（約占全國國小總數的23%），地域涵蓋約全國鄉鎮市區之92%。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。每週蒐集各校資料，研判全臺6個地區與定點學校整體趨勢，再定期以電子報回饋參與之小學、教育及衛生等相關單位。

(三) 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98年底，參與通報之機





構約有2,069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），強化系統功能，以達通報入口單一化之目標，有效提升疾病通報防治時效。
- (二) 建置整合性之全國防疫資訊情報網，結合傳染病、定點醫師、結核病等資料庫及地理資訊系統圖庫，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98年共調查24件。
- (三) H1N1新型流感全球大流行初期，24小時於桃園機場調查境外移入病例，之後蒐集相關資料並分析，作為新型流感疫情控制之政策參考。

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98年結核病之確定病例個案數為1萬3,321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。計畫內容為結合公共衛生、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。另積極促進國際合作、學術及研究發展，並發動民間組織及其他政府部門共同參與結核病防治。民國98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」策略，有效降低治療失敗及復發機率，預防多重抗藥結核；全國痰塗片陽性病人納入計畫之執行率達90%以上。
- 二、推動「多重抗藥性結核病醫療照護體系」，透過集中收治及進階都治提升抗藥性結核病個案治療成功率，民國98年計收案160位。
- 三、執行「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空公司出國出境實施要點」，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，執行直接觀察預防治療法計畫，有效減少日後發病的機會，民國98年加入人數計2,643人，相對民國97年增加77%。
- 六、主動積極發現個案，進行全國各地胸部X光車巡檢，共計26萬2,279人次，較民國97年多出6萬3,959人次；相對確診病例數較民國97年增加33%。
- 七、民國98年疫情持續下降，確定病例數較民國97年下降6.6%。

第二節 腸道傳染病

一、腸病毒

運用傳染病通報管理系統、定點醫師系統及病毒性感染症合約實驗室監測系統，嚴密監測腸病毒疫情，民國98年腸病毒重症確定病例計有29例，死亡2例。民國98年防治策略包括：

- (一) 委託縣市衛生局辦理「加強社區腸病毒防治計畫」，培訓在地化種籽人才，深耕社區衛教。
- (二) 辦理腸病毒感染併發重症臨床處置訓練，宣導疑似重症轉診時機及臨床處理注意事項等，以提升醫護人員專業知能。
- (三) 運作腸病毒重症醫療網，提升全國腸病毒重症之醫療照護品質，以利病患可獲得適切之醫療照護，降低其致死率及後遺症的發生。

二、A型肝炎

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。山地鄉A型肝炎發生率自民國84年10萬分之90.7（確定病例183例），降至民國98年之0，顯示實施成效良好。

第三節 病媒傳染病

一、登革熱

民國98年登革熱陽性病例計1,052例，其中境外移入204例，本土陽性病例848例（含登革出血熱11例，其中4例死亡），歷年之本土登革熱陽性病例數，如圖4-1。

民國98年防治策略如下：

- (一) 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。
- (二) 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。



- (三) 落實孳生源清除及病媒蚊監測工作，進行病媒蚊體內病毒監測及病媒蚊抗藥性研究。
- (四) 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。
- (五) 因應世界運動會於民國98年7月在高雄地區舉行，辦理「世界運動會競賽場館孳生源查核計畫」，嚴密偵測疫情與病媒蚊密度，賽事期間無登革熱本土疫情發生。

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98年共有18名確定病例。病例年齡分布，最大為53歲，最小為17歲，平均年齡為48.1歲。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除45年成果，持續辦理瘧疾疫情監測，以防範境外移入病例，亦加強衛生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬。民國98年確定病例11例均屬境外移入。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

- (一) 至民國98年底累計發現1萬9,105例（含外籍727例）感染者，其中本國籍個案中有6,116例發病，2,584例死亡。新增



感染個案方面，自民國94年之3,381人下降至民國98年之1,648人，這是臺灣自民國73年發現愛滋病例以來，連續4年出現感染人數下降趨勢。

(二) 因應藥癮者感染愛滋之疫情攀升，自民國94年起，辦理「藥癮愛滋減害計畫」，主要策略包括：

1. 衛教諮詢服務，提供藥癮者正確預防感染愛滋病毒等相關血液傳染疾病之觀念，並提供篩檢諮詢服務，以早期發現個案，及時治療，防止其再傳染他人。
2. 辦理清潔針具計畫，提供藥癮者之輔導追蹤與戒癮諮詢，以防止因使用毒品而感染B、C型肝炎及愛滋病毒。
3. 辦理替代治療，使無法戒毒的人，以口服低危害替代品之方式，取代高危險的靜脈施打，並輔以追蹤輔導、教育與轉介戒毒。截至民國98年底，全國共有97家執行機構提供替代治療服務；設置

1,000處清潔針具衛教諮詢服務站，321臺針具自動服務機，免費提供清潔針具；針具回收率亦逐步提升至80.3%。

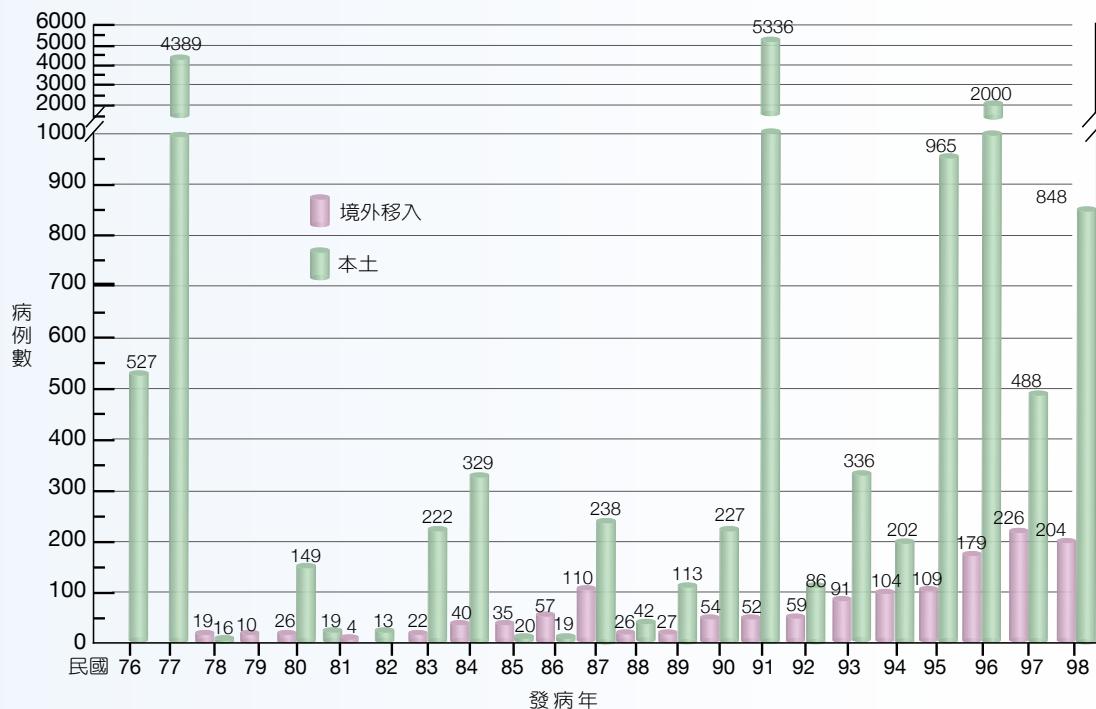
(三) 為加強愛滋病防治，自民國83年起執行「後天免疫缺乏症候群防治計畫」，已進行至第四期五年計畫。全國共有42家愛滋病指定醫院提供免費醫療。另民國98年委請臺大醫院等18家指定醫院，辦理免費匿名篩檢，提高各高危險群及特定群體之篩檢工作，計有1萬3,636人接受篩檢服務，陽性率約為2.67%。

(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98年，計發現孕婦陽性個案73例（含外國籍17例）。

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，

■ 圖4-1 歷年登革熱陽性病例數統計圖



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98年底止，共篩檢3萬8,203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%。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。民國97年出生世代之B型肝炎疫苗第2、3劑完成率分別為97.95%及96.35%；國小新生學童第2、3劑B型肝炎疫苗接種完成率達99%以上。
- (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」，期望能顯著降低肝硬化及肝癌之發生率。累積至民國98年底，B肝登錄計4萬2,084人次，C肝登錄計2萬4,550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鳥及馬匹西尼羅熱血清流行病學調查、鼠類漢他病毒及鉤端螺旋體、羊隻Q熱、貓隻及貓飼主（高危險族群）之貓抓病和弓蟲病等流行病學調查及檢驗方法之建立。民國98年針對臺灣鴿與其他鳥類進行糞便隱球菌調查，其隱球菌分離率為5.6%（77/1,378），隱球菌之分子型皆屬VNI型。

第六節 境外傳染病防治

為防範傳染病自境外移入，採取之措施如下：

一、檢疫

針對船舶、航空器、人員執行必要之檢疫措施。與港埠相關單位組成衛生安全小組，維護入出境國際港埠衛生安全，防範傳染病移入或傳出。另對不影響公共衛生危害之傳染病個案，允許其繼續國際旅行並依據國際衛生條例（IHR 2005）規定，通知下一入境港埠主管當局。

二、旅遊傳染病防治

- (一) 為早期發現及有效防治傳染病，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，民國98年成果包括：
 - 1. 旅遊醫學特別門診與衛教宣導計3,153人次。
 - 2. 旅遊醫學教育訓練：舉辦醫護人員核心課程或研討會，計1,435人次參與；另開辦導遊領隊教育訓練課程，計223人次參與。
 - 3. 編印發行相關出版品：包含旅遊醫學教育訓練手冊、帶著口袋醫師去旅行（民眾衛教手冊）、旅遊醫學通訊、個人疫苗接種手冊等。

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

因應民國98年H1N1新型流感全球大流行，於4月28日成立「中央流行疫情指揮中心」，啟動各項防治工作：

一、邊境管制：掌握國際最新疫情，發布旅遊警示。自4月29日起施行重點航班登機檢疫，並於5月19日適時調整，改採所有航班異常通報登機檢疫。經由邊境管制措施，於5月20日發現我國第一例確定病例。

二、民眾風險溝通：除依里鄰系統發放600萬份家戶宣傳單張外，每日舉行記者會說明疫情，徵用電視頻道播放宣導短片，並建置專屬網頁，及提供24小時之民眾諮詢專線。另透過4大超商、基層診所及藥局等通路，及內政及教育系統等，釋出平面口罩約2,500萬片，有效解決口罩之囤積及哄價問題。

三、疫情監測：採病毒、住院、輕症及死亡監測4種方式進行，並與全民健保及死亡登記資料連結，有效掌握國內之疫情發生趨勢及防制措施的介入成效，並能快速將相關資訊回饋予WHO。

四、公共衛生介入措施：透過多元方式宣導個人衛生習慣及生病不上學不上班等措施，

透過教育體系要求學校加強防疫，通過「325停課標準」（只要3日內一班有2人以上經醫師診斷符合類流感症狀，即建議該班停課5天），在校園疫苗接種作業實施後，再修訂為「814原則」（高中以下學校及補教單位，只要學生接種疫苗比率達8成以上，14天之後，即不必遵循325停課標準）。

五、醫療介入措施：為引導輕症病患就近診治，自8月15日起，由政府預算支應其流感病患之抗病毒藥劑及快速篩檢費用。此外，整合傳染病醫療網、緊急醫療網及醫療院所，以妥善運用醫療資源；並於9月鼓勵醫院開辦「流感特別門診」，及協調地方政府佈設「流感診所」，計達2千餘家，改善急診擁塞狀況。

六、疫苗接種：

(一) 採購1,500萬劑H1N1新型流感疫苗，於11月1日起視疫苗到貨時程，依接種優先順序（如表4-1），開放接種。並於12月12日起開放全民接種，單日計56萬多人施打。截至民國99年4月上旬，全國接種比例近25%，僅次於瑞典、加

■ 表4-1 H1N1新型流感疫苗施打序位

序位	接種對象	序位	接種對象
1	88風災災民、醫事防疫人員	2	孕婦
3	滿6個月國小入學前嬰幼兒	4	重大傷病者
5	國小	6	國中
7	高中職/專一~三	8	青年(<25歲)
9	住院中高危險疾病族群	10	壯年(25-49歲)高危險疾病族群
11	半百以上(>50歲)高危險疾病族群	12	其他健康成人

拿大、荷蘭及美國；其中醫事及防疫人員接種率達82.8%，為全球之冠，而國小至高中職之校園接種率亦達75%，世界排名第二，促使校園停課情形大幅下降。

(二) 死亡情形方面，自民國98年4月26日起至12月31日止，我國H1N1新型流感死亡率約百萬分之1.5，與經濟合作暨發展組織（OECD）會員國比較為第四低，如圖4-2。另為管控疫苗安全，建置接種後不良反應監測系統，包括民眾及醫療機構通報之「被動監測」，及主動比對接種紀錄及全民健保就醫資料，偵測不良反應期望值之「主動監測」。至發生不良反應之個案，均可申請預防接種受害救濟審議小組進行審議。

第二節 反生物恐怖事件防禦

為持續增進我國生物恐怖應變之量能，於民國98年間重整我國「生物防護應變隊」（Biohazard Response And Verification Expert, BRAVE），並於3月舉辦成軍典禮及應變作業

之演練，著手規劃生物防護應變隊之各項技術演練。

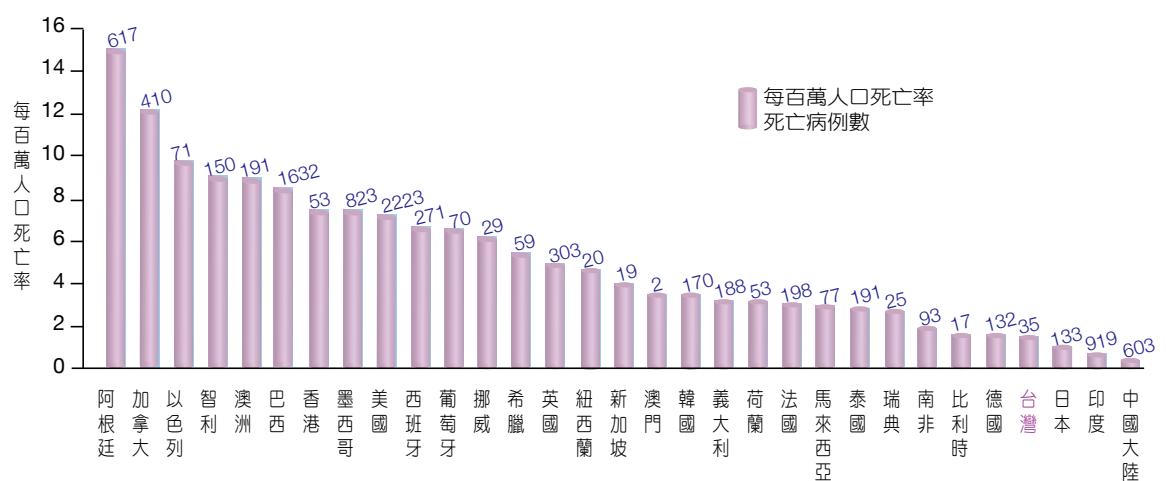
此外，民國98年添購氣瓶式A級防護衣乙批，以使生恐應變整備更加完整；並重新部署及儲備生恐應變相關裝備，以就近分區啟動或跨區支援。

第三節 防疫物資管理

持續進行個人防護裝備資源建置及管理，以因應未來傳染病防治及可能的生物病原災害之需求。首先，以供應鏈角度，加強公私部門協力，整合供應端、物流端乃至需求端之資訊交流，並簽訂多項供應契約及調換貨機制等。在安全儲備量方面，除建置中央、地方、醫院三級庫存外，建置物資管理資訊系統，將物流倉儲業務委託專業物流經營，並透過分倉儲存，達到分散風險及縮短配送時效的效果。

為確保物資緊急調度工作能順利進行，舉辦物資配送演習，制定標準物流作業程序及營運持續管理計畫；並修訂「傳染病防治財物徵用徵調作業程序及補償辦法」及「防疫資源管理系統實施辦法」，以利相關業務之推動。

■ 圖4-2 臺灣H1N1新型流感死亡率與OECD會員國之比較圖



第四節 院內感染控制

為保障病人安全，有效降低醫療（事）機構院內感染發生，落實院內感染控制，制定並推動重要政策，並於民國97年1月公告實施「醫療機構執行感染控制措施查核辦法」。民國98年重點成果如下：

- 一、為提升醫院感染控制查核品質，委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理「98年醫院感染控制查核作業品質提升計畫」，及491家醫院感染控制實地查核作業。
- 二、為有效監控醫院院內感染發生情形，透過定期資料回饋與強化系統功能等方式，持續推動醫院志願參與臺灣院內感染監測資訊系統（Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS）通報，目前計約300家醫院使用，期促使醫院藉此進行自我監控，達到提升感染控制品質之目的。
- 三、為因應H1N1新型流感疫情，訂定4項醫療機構感控措施指引，提供臨床各類人員依循；此外，為保障醫療照護工作人員健康，新增「醫療照護人員預防接種建議」及「個人防護裝備使用建議」2項指引，供醫療機構參考。

第五節 研究及檢驗

一、依「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理計畫」，針對傳染病檢體採檢送驗，訂定11項品管指標，民國98年全國各縣市傳染病檢體送驗共計18萬7,673件，其中不合規定者約占1.31%。在不符合規定之送驗檢體中以運送溫度不合規定（1,151件，46.8%）、檢體量不足（570件，23.2%）及未完成送驗單登錄（264件，10.7%），居前3項主因。

二、民國97年7月4日起，接受傳染病檢驗機構



認可申請案，民國98年經審查通過認可之傳染病檢驗機構共計99家，通過項次共計為382項，累計通過151家及530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臺之開發」計畫，加強未知/新興感染原檢體之收集，積極引進高通量定序技術及研發多重分子檢驗方法，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」，針對群聚性食因性傳染病，提供快速之確認及比對，有效避免疫情之擴散，並作為我國與國際監測體系及學術機構交流合作平臺。另成立「國家流感中心」，整合國內外流感病毒監測、通報及變異趨勢等資訊，提供國內外流病實驗室交流平臺。

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 (Multilocus Variable Number Tandem Repeat Analysis) 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 (Centers for Disease Control and Prevention) 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和美國疾病管制中心主導，「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餘種病毒、細菌、真菌等基因分型資訊及流行病學資料，並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

持續施行「感染性生物材料管理及傳染病病人檢體採檢辦法」，以「自主管理、確實通報、重點查核」為主要核心，建置臺灣感染性生物材料及實驗室生物安全管理。實施至民國98年止，已核備484個單位設置生物安全委員

■ 表4-2 預防接種項目及時程

接種年齡	疫苗種類
出生24小時內	◆ B型肝炎免疫球蛋白一劑 ¹
出生滿24小時以後	◆ 卡介苗一劑
出生滿2-5天	◆ B型肝炎遺傳工程疫苗第一劑
出生滿1個月	◆ B型肝炎遺傳工程疫苗第二劑
出生滿2個月	◆ 小兒麻痺口服疫苗第一劑 ◆ 白喉破傷風百日咳混合疫苗第一劑
出生滿4個月	◆ 小兒麻痺口服疫苗第二劑 ◆ 白喉破傷風百日咳混合疫苗第二劑
出生滿6個月	◆ 小兒麻痺口服疫苗第三劑 ◆ 白喉破傷風百日咳混合疫苗第三劑 ◆ B型肝炎遺傳工程疫苗第三劑
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 ²
出生滿1年3個月	◆ 日本腦炎疫苗第一劑、第二劑（間隔兩週） ³
出生滿1年6個月	◆ 小兒麻痺口服疫苗第四劑 ◆ 白喉破傷風百日咳混合疫苗第四劑
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 ◆ 小兒麻痺口服疫苗第五劑 ◆ 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抗原陽性或表面抗原效價≥2560），其實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.原因應全球供貨不足暫時調整水痘疫苗接種年齡為出生滿15個月，自民國98年7月起，恢復為出生滿12月接種。

3.日本腦炎疫苗每年集中於3月至5月接種，隔年接種第三劑。

4.民國98年3月起，國小1年級生全面改為接種減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap）。

會（或專責人員），申報151種第2級感染性生物材料以及22種第3級感染性生物材料，及同意啟用16家生物安全第3等級實驗室。

民國98年對國內34家持有及使用結核菌株之生物安全第2等級負壓實驗室進行查核，其中24家之缺失已完成改善；7家因涉及硬體工程，將於民國99年查核時再行複核其改善結果；另3家因改善所需經費過多，自行選擇停止進行相關檢驗。藉由實驗室查核工作，促使設置單位及工作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

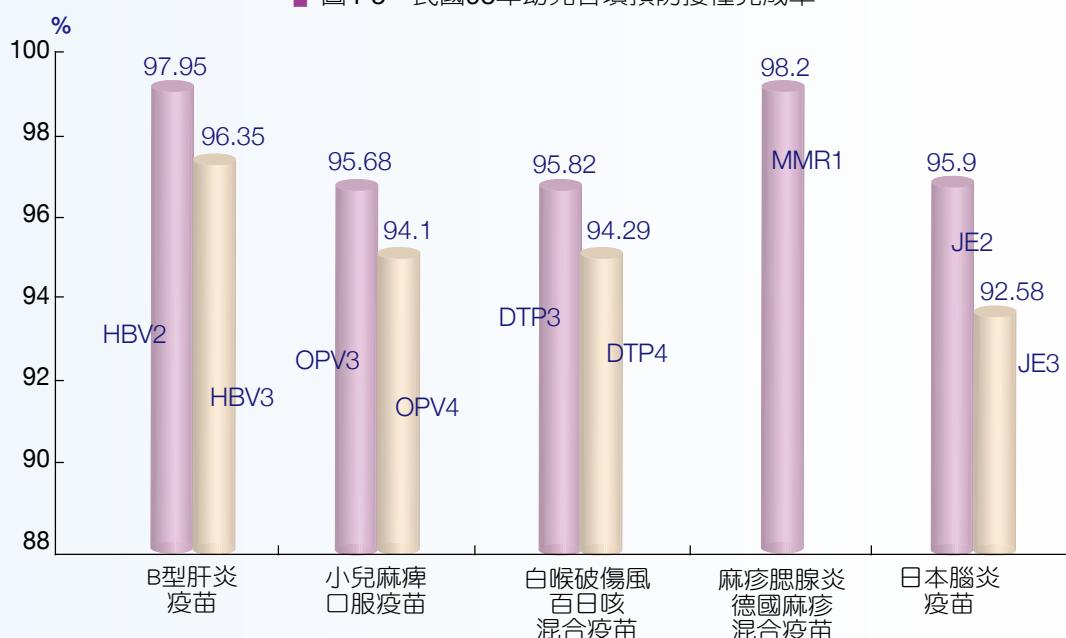
疫苗之研發與接種，將可有效控制有關疫苗可預防之傳染病。

第一節 預防接種現況與趨勢

我國現今基本常規預防接種的疫苗項目為：「卡介苗」、「B型肝炎疫苗」、「白喉、百日咳、破傷風混合疫苗」、「小兒麻痺口服疫苗」、「水痘疫苗」、「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗」、「日本腦炎疫苗」、「流感疫苗」、「減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap）」、「A型肝炎疫苗（於山地鄉等高危險地區實施）」等10項，其中「卡介苗」、「日本腦炎疫苗」為本國自製品項。

目前政府對嬰幼兒提供之常規免費接種項目與時程，如表4-2，民國98年幼兒各項預防接種完成率詳，如圖4-3。為提供便捷之接種服務及提升完成率，各縣市積極推動醫院診所協辦預防接種，並對完成率未達標準之地區加強宣導、催種及進行追蹤補種活動。另持續實施國小新生入學預防接種紀錄檢查，各項疫苗查卡完成率皆達99.75%以上，同時對未完成者安排補種。

■ 圖4-3 民國98年幼兒各項預防接種完成率



註：出生世代：HBV2、HBV3、OPV3、DTP3為民國97年1月1日至97年12月31日；DTP4、OPV4、MMR1、JE2為民國96年1月1至96年12月31日；JE3為民國95年1月1至95年12月31日。

資料來源：全國性預防接種資訊管理系統。

流感疫苗接種計畫自民國98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，其中3歲至6歲幼兒為新增對象。藉由本計畫之推動，期能降低老人、幼兒、重大或慢性潛在疾病者因罹患流感導致嚴重的併發症或死亡，避免醫護人員因感染流感而成為傳染源或影響其健康照護工作，以及降低國小學童罹病率及疾病擴散率。

民國98年3月，疫苗施打政策增加學童百日咳免疫力之減量破傷風白喉非細胞性百日咳混合疫苗（Tdap），取代現行國小1年級接種之破傷風減量白喉混合疫苗（Td）；並於7月推動5歲以下高危險群，接種結合型肺炎鏈球菌疫苗政策，以降低疾病侵襲可能導致之嚴重併發症，減少住院及死亡率。

另持續推動全國75歲以上老人肺炎鏈球菌疫苗接種計畫，期減少因肺炎鏈球菌感染可能引發之侵襲性病症與嚴重併發症、甚至死亡之機率，以降低醫療成本並增進老人健康福利。

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) 使用馬匹免疫蛇毒生產抗血清，全年計生產抗蛇毒馬血漿204.8公升。
- (二) 定期供應疫苗、類毒素、抗毒素、抗蛇毒血清等製劑共144萬7,881劑。
- (三) 供應並代養實驗用動物，如小鼠、天竺鼠、家兔、毒蛇、雪貂等。

二、生物製劑開發

- (一) 偵測臺灣兒童對流感疫苗株與本土流行株的抗體免疫反應，發現幼兒打疫苗前對於本土流行株：H1N1（A/



Taiwan/1899/2009 --swine H1N1-like) 的血清保護率最低，只有21%；另一方面，結果顯示幼兒打疫苗前對於H3N2及Flu B皆有抗體，其血清保護率分別是84%及65%。

- (二) 腸病毒71型類病毒顆粒疫苗開發
 - 1. 確認生產類病毒顆粒（VLP）的病毒株，利用生物反應器量產至20L，純度可達92%以上。
 - 2. 自獼猴免疫實驗中發現，獼猴經由施打EV71類病毒顆粒 可產生高抗體效價及中和效價，並會產生細胞免疫反應及免疫記憶反應。
 - (三) 建立利用鴨子生產抗龜殼花及赤尾鯫蛇毒雙價IgY抗體的製程，並完成ELISA檢驗方法之分析方法。

第一章 食品安全管理

第二章 藥物安全管理

第三章 藥物、食品、化粧品檢驗



第五篇 食品藥物管理

由於市場的開放及食品藥物國際貿易增加，使得加強食品藥物安全及源頭管理、提供即時消費安全資訊、教育民眾安全用藥知識、防制藥物濫用、建立國際相互認證及促進國內產品升級等成為施政重要課題。又，傳統中藥為我國具特色之傳統醫療項目之一，故亦亟需同步加強建構中藥用藥安全環境，俾以全方位鞏固國民用藥及食品衛生安全。

第一章 食品安全管理

食品起始於農業生產，經加工流通，最後達到消費者之餐桌上。在這供銷過程，政府有責維護食品的安全，積極有效的管理，以維護國民健康。

第一節 食品安全管理措施

為消除民眾選購到不良食品的憂慮，確保民眾的健康，加強進口食品管控，發布不合格資訊，建立食品消費紅綠燈、食品履歷制度等，茲說明如下：

一、檢討修正食品衛生安全相關規範

民國98年修正「食品衛生管理法施行細則」部分條文，包括食品添加物「甜味劑」之標示規定、「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」、「殘留農藥安全容許量標準」、食品衛生標準及有關解釋令。修正之法規均刊登於衛生署網站，供各界查閱，落實食品管理透明化。

二、加強進口食品管理

(一) 現行進口食品邊境之查驗，係依食品衛生管理法第24條，委託經濟部標準檢驗局，依「輸入食品查驗辦法」及「輸入食品查驗作業要點」辦理相關查驗業務。

(二) 依輸入食品查驗辦法第11條第1項第2款規定，同產地或國家之同輸入貨品分類號列產品，自發現不符合規定之紀錄起6個月內，檢驗不符合規定達3次，得限期要求輸出國政府機關提供書面資料，說明不合格原因、改善計畫及預防措施。民國98年共函請印尼等6個國家，針對糖食等6項產品提出改善計畫。

(三) 針對進口牛肉定下「三管五卡」管制措施，所謂「三管」就是管源頭、管邊境、管市場；所謂「五卡」，就是要透過嚴格核對證明文件、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5道之關卡，來確保其安全。

三、加強通報作業，即時發布訊息

接獲輸入查驗不合格食品檢驗結果後，立即公布於衛生署食品資訊網站之「不合格產品專區」。

四、建立「食品消費紅綠燈」機制

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，透過諮詢小組進行專業評估，公布紅、黃、綠燈之機制，以提供國人辨識食品安全基準，如表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，立即發布新聞或食品消費紅綠燈資訊，以供民眾消費參考。民國98年共發布2件國際食品安全消費紅綠燈資訊。

五、建立食品污染物風險管理

定期召開跨部會聯繫會報，以整合資源，即時處理關聯性問題。另以環境污染與食品安全之源頭管理作為重點，研訂「環境保護與食品安全通報及應變處理流程」，持續食品衛生特派員之機制。



六、加強不良食品之管理

落實分類制度與查緝，設置消費者檢舉通報專線、推動跨縣市食品衛生查緝專案，宣導並教育民眾如何分辨不良食品。

七、加強食品業者自主管理

- (一) 全面要求食品業者於製程中之各項軟、硬體條件，必須符合食品良好衛生規範，並確實依據「食品衛生管理法」規定，標示食品添加物名稱。
- (二) 針對肉類加工食品與餐盒食品工廠，分階段實施食品安全管制系統。
- (三) 自民國98年7月1日實施「包裝食品宣稱為素食之標示規定」，要求凡宣稱為素食之包裝食品，均須於產品外包裝上標示「全素或純素」、「蛋素」、「奶素」、「奶蛋素」及「植物五辛素」等不同字樣。
- (四) 民國98年8月1日實施餐飲業者食品安全管制系統，由原來先期輔導階段，提升為衛生評鑑制度。本評鑑係由餐飲業者自由參加，以達鼓勵業者自主管理目標。至民國98年底已有4家之餐盒製造業、5家之餐飲服務業通過評鑑。

(五) 民國98年3月25日公告「散裝食品標示相關規定」，並自民國99年開始實施。公司登記或商業登記之食品業者陳列販售場所，應以卡片、標記、立牌、黏貼或其他足以辨明之方式，標示「品名」及「原產地（國）」。

八、建立加工食品追溯系統

建立不同類別產業加工食品追溯系統，初期以簡單加工步驟流程之食品產業。

- (一) 自民國96年起推動至民國98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品項冷藏調理食品及1品項冷凍食品，共計36品項產品參與加工食品追溯資訊的整合計畫。
- (二) 消費者可自衛生署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。

九、基因改造食品管理

- (一) 基因改造食品之審查，依據公告之「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」進

■ 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

行，通過後發給許可證，至民國98年底共有30件基因改造玉米，及4件基因改造黃豆獲審查核准。

(二) 配合基因改造食品查驗登記及標示制度之實施，持續進行相關產品標示調查與檢驗，違規產品通知所在地衛生局處辦；為加強基因改造食品宣導及民眾教育，持續擴增食品資訊網生物科技專區(<http://food.doh.gov.tw/>)內容。

十、食品中毒事件監控機制

至民國98年底止，經通報食品中毒案件共計311件，中毒人數4,067人，無人死亡；依中毒之攝食場所分類，以供膳之營業場所居第一（計145件），學校第二（計70件），自宅第三（計41件），外燴第四（計20件）。

十一、加強公共飲食衛生管理

(一) 至民國98年底，計有3萬134名廚師領有廚師證書。

(二) 於民國96年9月15日公告餐盒食品工廠應符合食品安全管制系統之時程。餐盒食品工廠應於民國99年9月15日起，全面實施食品安全管制系統。

(三) 民國98年8月辦理「餐飲業實施HACCP衛生評鑑」制度，以落實推廣餐飲業之衛生優良標章，及建立「『食』在安心」消費環境之政策；至民國98年底，餐食製造業已有31家通過評鑑、餐飲服務業有7家通過評鑑。

十二、特殊營養食品管理

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，皆應送至衛生署進行審核，至民國98年底審核通過之特殊營養食品包括嬰兒配方食品125件、較大嬰兒配方輔助食品68件，

及病人用食品164件，名單可在衛生署食品資訊網之「業務資訊查詢」中查得。

十三、食品營養標示

近年來因國人營養知識提升，健康意識的抬頭，許多先進國家都已實施包裝食品營養標示制度。為因應消費者之需求，並建立消費者對營養標示之正確認識及提供選購食品之參考資訊，已推動我國市售包裝食品營養成分標示制度。

(一) 民國87年公告市售包裝食品應遵循之營養標示原則，規範標有營養宣稱之市售包裝食品即需提供其營養標示；為使業者對營養標示之內容有依循與指引，民國91年公告「市售包裝食品營養標示規範」及「市售包裝食品營養宣規範」；民國97年起實施市售包裝食品營養標示反式脂肪規範。

(二) 強制規範應標示之營養素項目包括熱量、蛋白質、脂肪、飽和脂肪、反式脂肪、碳水化合物及鈉等7項，且目前已針對熱量、蛋白質、碳水化合物、脂肪、鈉、鈣、鐵、維生素B1、B2、E、膳食纖維、維生素A、C、膽固醇及飽和脂肪等15種營養素訂有每日攝取量之基準值，及對前述有基準值之營養素開放「需適量攝取」、「可補充攝取」之營養宣稱。

十四、民國98年委託國家衛生研究院，針對國民營養健康狀況重要議題進行分析，分析的方向包含國人代謝症候群的時間趨勢及影響因子、國人飲食型態與疾病的關係等，經分析，綜合各學者比較西元2005-2008年與西元1993-1996年營養調查之結果，發現不管是肥胖、代謝症候群相關疾病，男性都在急速增加中，女性增加趨勢趨緩，男性的營養知識、態度、行為在65歲以下之族群都不如





女性，但65 歲以上男性就較女性好，男性維生素D 的狀況比女性好，可能和運動、日曬及飲食有關。

第二節 食品安全監視機制

一、辦理食品查驗登記，確保民眾之使用安全

- (一) 依「食品衛生管理法」第14條規定，公告單品食品添加物、輸入之錠狀、膠囊狀食品等，非經查驗登記並發給許可證，不得製造、加工、調配、改裝、輸入或輸出。
- (二) 「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。
- (三) 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98年底，公告魚油規格標準及紅麴規格標準，已完成審查並核發184件健康食品許可證。

二、每年規劃市售產品品質監測計畫

除了和地方衛生局聯合執行市售產品中農藥、動物用藥及重金屬等監測之外，也委託民間實驗室執行，再由衛生署針對檢驗不合格的產品，進行後續行政處理及追蹤改善，同時加強源頭管理，減少傷害影響層面及再次發生之機率。

第二章 藥物安全管理

衛生署針對藥物安全管理之主要任務為確認藥物的安全性、療效及品質，以保障一般民眾的使用安全。從研發實驗室（製造者端）到消費者端，建立有相關法規與配套措施，以確

保產品安全衛生有效及高品質，並建構合理、透明、嚴謹之法規審查環境。

第一節 藥政管理

為保障消費者用藥安全，持續推動醫藥分業，提升專業服務，加強打擊不法藥物暨違規廣告查處，並針對合理用藥之情況下發生無法預期之藥物不良反應，導致病患嚴重殘疾甚至死亡之事件，提供藥害救濟；另為避免合法管制藥品流為非法使用，透過證照管理及稽核管制，有效掌控流向。

一、自民國86年3月實施醫藥分業制度至今，初步已達「醫師專責診療」、「藥事人員執行調劑業務」之專業分工目標。目前處方箋（含慢性病處方箋）釋出件數自民國88年1,002萬件至民國98年6,181萬件，大幅提升。

二、不法藥物暨違規廣告查處

- (一) 執行「98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、夜市、國術館、民俗療法、整復所、中醫醫院、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、密醫行為等。共計查核場所239處，查獲疑涉違規案件78件，包括劣藥2件，禁藥2件，包裝標示、檢驗規格不符31件，違規藥商19件，違規廣告3件及其他案件21件。

- (二) 取締不法藥物共計3,157件，確認違規處分案件共計1,524件，其中司法移送案件44件，行政處分案件1,480件，行政罰鍰高達4,729.3萬元，包括偽藥35件，禁藥9件，劣藥12件，違規藥商171件，標示、檢驗規格不符194件，違規廣告1,087件及其他案件16件。

- (三) 執行「違規廣告監控計畫-平面媒體監

視子計畫」，監控疑涉違規案件3,458件，經衛生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2,226件，罰款金額已達新臺幣4531.7萬元，如表5-2。

三、提供國人藥害救濟

於民國87年10月公告「藥害救濟要點」，民國89年5月公布施行「藥害救濟法」。並於民國95年放寬審查標準及提高給付，包括無法排除死亡原因與使用藥品無關聯者及無法合理認定有其他原因致身體障礙者；及對因藥害而致住加護病房或燒燙傷病房之嚴重病患，提高給付等，期以建置更加完善藥害救濟制度。截至民國98年底，已受理1,180件有效申請案件，其中502件判定適用藥害救濟而獲得給付，給付比率48.36%，給付總金額約新臺幣1億8,139萬元。

四、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，建立管制藥品分級管理、實施證照管理及稽核管制工作。

(一) 管制藥品依其習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性分4級管理。民國98年4月9日公告增列對-甲氧基乙基安非他命(PMEA)及札來普隆(Zaleplon)為第3級及第4級管制藥品。

(二) 建構管制藥品證照管理體系：實施證照管理制度，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1級至第3級管制藥品。至民國98年底，領有管制藥品登記證之相關機構業者計1萬2,833家、領有管制藥品使用執照之醫師、牙醫師、獸醫師、獸醫佐計4萬1,192人。

(三) 廣續辦理管制藥品管理法規相關講習及宣導，包括地方衛生主管機關種籽師資培訓、醫藥教育研究試驗計畫使用管制藥品單位講習、管制藥品證照管理實務及法規宣導講習、「臺灣e學院」網站線上學習課程、地方行政研習E學中心管制藥品法規線上學習等。

表5-2 民國98年平面媒體監視成果統計表

違規屬性	數量	已結案	未結案	違規確認
	件數	件數	件數	件數
中藥	100	96	4	93
西藥	111	106	5	97
中醫	9	9	0	1
西醫	169	152	17	96
食品	1,635	1,014	621	878
化粧品	1,336	1,211	125	1,004
醫療器材	56	42	14	35
不明	3	1	2	1
瘦身美容	4	4	0	0
其他	35	25	10	21
小計	3,458	2,660	798	2,226

註：「違規確認」係指確經處行政處分之案件數。



（四）管制藥品稽核管制：

1. 管制藥品之管制：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98年共核發2,114件，從源頭管制，防範管制藥品流為非法使用。
2. 管制藥品之流向申報與稽核：建置管制藥品管理資訊系統，推展使用網路媒體申報管制藥品流向資料，加速管制藥品流向資料之建置。利用管制藥品管理資訊系統執行管制藥品流向勾稽及核對，對流向資料異常者加強實地稽核，民國98年計執行實地稽核1萬6,355家次，查獲違規者245家，違規比率1.5%，違規者均依違反相關法條予以處分，以防杜管制藥品之誤用、濫用或流用。

第二節 藥物優良製造及國際相互認證

為健全藥物審核制度，提升國產藥品品質，並能與國際接軌，增進國際競爭力，極力推動優良製造及國際相互認證制度。

- 一、持續推行藥品優良製造規範，推動全面實施國際 PIC/S GMP 標準，至民國98年底，國內 GMP 藥廠計有164家。實施 cGMP 查核，計有5家通過評鑑；輸入藥廠計有737件申請PIC/S GMP符合性資料審查；146家輸入藥廠申請實地查廠，其中121家已通過查核；國外藥廠計有111家通過PIC/S GMP檢查，其中PIC/S會員國佔69%。
- 二、持續推動醫療器材優良製造規範評鑑工作，至民國98年底，完成國產醫療器材 GMP 登錄686廠次，輸入醫療器材品質系統文件（QSD）登錄4,974廠次。
- 三、依據我國與歐盟簽署之醫療器材換文協定，與12家歐盟醫療器材代施查核機構簽訂技術合作方案，另與瑞士藥物管理局簽訂「臺瑞醫療器材技術合作換文」，以增

進醫療器材管理國際調和與互相承認。

第三節 藥物安全監視機制

為保障民眾用藥安全，致力於不法藥物查緝、設立檢舉信箱及免付費檢舉電話，以杜絕不法藥物之危害。

一、持續實施藥物安全監視制度，民國93年9月公告「藥物安全監視管理辦法」，將藥品安全監視期間由原7年改為5年，並納入指定之醫療器材之監視，監視期為3年。藥物於監視期間，需定期檢送安全性報告，由衛生署評估其臨床使用安全性。至民國98年底止，列入安全監視之藥品約計1,160張，列入安全監視之醫療器材有20件，並公布於全國藥物不良反應通報中心網站。

二、為能及時發現新藥臨床試驗之不良反應，成立全國藥物不良反應通報中心，加強宣導國內醫療專業人員及民眾主動通報藥品不良反應訊息，並進行評估。至民國98年底止，藥品上市後之不良反應通報計4萬2,817件，臨床試驗藥品不良事件通報共10萬8,075件。監視期滿藥品之再評估，有44件要求仿單加刊警語或注意事項。

第四節 藥物濫用防制

依民國98年精神醫療院所通報資料，成癮個案主要濫用藥物以海洛因（92.3%）及（甲基）安非他命（28.6%）類為主，為防制藥物之濫用，積極推動各項藥物濫用防制措施、建構藥物濫用通報體系、辦理藥物濫用防制相關計畫，並深入社區進行多元化之宣導。

- 一、辦理「強化藥物濫用防制體系四年計畫」，結合35個社區及民間團體，擴大藥物濫用防制宣導。
- 二、針對不同族群與不同年齡層之宣導對象，

製作藥物濫用防制宣導品、短片及教材，分送政府及民間藥物濫用防制相關單位運用。並透過電視、電影院、廣播、戶外廣告、平面媒體、網路等多元化宣導通路，傳達藥物濫用防制理念。

三、設置「反毒資源線上博物館」，提供民眾藥物濫用危害資訊。另與行政院人事行政局地方行政研習中心合作，開辦「藥物濫用之危害」線上學習。

四、持續輔導及新增醫療機構參與「管制藥品濫用通報」，民國98年計449家醫療機構參與通報，較民國97年新增28家，指定藥癮戒治機構藥物濫用通報率達90%。

五、執行檢驗機構之認可及管理，包括實地評鑑及績效監測。認可檢驗項目包括甲基安非他命、安非他命、嗎啡、可待因、MDMA、MDA、大麻、愷他命及去甲基愷他命共9項。

六、彙整並統計毒品緝獲及管制藥品濫用統計資料，監測藥物濫用及新興毒品趨勢，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。另配合法務部輔導各縣市「毒品危害防制中心」轉介服務。

第五節 中藥用藥安全管理

一、中藥廠已全面實施優良藥品製造規範，截至民國98年底止，國內實施GMP中藥廠總數為117家。

二、為落實中藥材全面包裝標示，民國97年10月14日公告修正「進口及市售中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則」，增加143種應包裝及標示之進口及市售中藥材飲片品項，累計已達324種品項；民國98年1月1日起，則全面要求中藥材之標籤或包裝標示應符合規範，以保障民眾中藥用藥安全。

三、民國98年7月22日訂定「地龍等中藥藥材

含污穢物質之限量」，並自民國99年1月1日生效。

第三章 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、基因改造食品等產品均須申請查驗登記，於取得許可證後，始得製造、輸入或販賣；疫苗、肉毒桿菌毒素等生物製劑以及血液製劑，除取得許可證外，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，亦需檢驗確認。

近年來為有效運用民間檢驗資源，並配合政府的委外化政策之推行，積極推動實驗室認證制度，期以國際規範監督認證之實驗室運作，確保委託檢驗之數據品質，以建立業者自主管理之基本責任。



第一節 檢驗業務

食品藥物之檢驗範圍，除施政需要外，尚支援縣市衛生局與其他機關（構）之一般性檢驗。為了解市售產品品質、衛生安全所執行之調查檢驗，舉凡一般藥品、醫療器材、含藥化粧品、司法檢警單位移送之未知成分藥品與偽禁藥、抗生素、疫苗、血液製劑、醫用放射性藥品、中藥、生藥及其製劑、食品中農藥、動物用藥殘留、化學性污染物質、微生物及其毒素、抗生素、過敏原、攬偽以及基因改造食品等之檢驗都屬檢驗範疇。

一、因應施政需求，辦理查驗登記檢驗，並據以發給許可證；執行疫苗、血液製劑、肉毒桿菌毒素等產品之封緘檢驗；突發事件，如豬肉殘留瘦肉精、三聚氰胺毒奶粉、油炸油酸價過高及含砷疑慮等事件之檢驗。

二、支援縣市衛生局辦理稽查抽驗、消費者服務、食品中毒檢驗等。

三、協助其他機關（構）之檢驗，如海關之產品出口證明等之委託檢驗；法院、地方檢察署、警察局、海關等機關扣押之藥物、食品類證物等。

四、民國98年完成1萬1,291件檢驗，檢驗結果並公布於衛生署消費者資訊網，提供消費者選購產品參考；對於不合格者，函請所在地衛生局處辦，並副知相關機關，加強產品上市前後之管理及輔導。

五、濫用藥物檢驗

（一）尿液檢體以檢出嗎啡、甲基安非他命為主，其次為可待因。非尿液檢體以檢出甲基安非他命為主，其次為含愷他命（Ketamine）者，苯二氮平類藥物則居第3位。

（二）提升檢驗能力，合成新興濫用藥物標準品共16種。

第二節 檢驗品質

為建立嚴謹而有效率之檢驗品質，積極推動優良實驗室操作規範制度，持續開發檢驗方法、推動民間實驗室認證，並致力於提升各縣市衛生檢驗能力，成效如下：

- 一、輔導各衛生局檢驗室建立符合ISO/IEC17025之品質文件，全國25個衛生局均已通過全國認證基金會（TAF）實驗室認證。
- 二、建立衛生局區域聯合分工檢驗體系，「中區衛生局聯合分工檢驗體系」、「南區衛生局聯合分工檢驗體系」與「北區衛生局聯合分工檢驗體系」分別於民國95、96及97年開始運作，預計民國99年全國25個衛生局全數加入聯合分工，並相互支援分，建立專長檢驗類別，以提升檢驗效率之目的。
- 三、推動民間實驗室認證，依國際認證標準評估，確保檢驗結果之精確性，以提升檢驗品質。至民國98年底，已公告食品檢驗認可實驗室23家，藥物化粧品認可實驗室7家，食品檢驗認證項目包括殘留農藥、動物用藥、重金屬、食品添加物、食品成分、戴奧辛、微生物、三聚氰胺等305品項；藥物化粧品檢驗認證項目包括對苯二酚、水楊酸、傳明酸、黃麴毒素及微生物等55品項。
- 四、開發建立相關檢驗方法25篇，研訂醫療器材檢測基準草案5項，公告食品相關檢驗方法30篇，編修生物製劑基準3篇。
- 五、建立實驗室監督管理之機制，針對衛生局及民間認證實驗室，每年均執行監督評鑑及能力試驗，並鼓勵參加國外能力試驗。
- 六、持續辦理檢驗技術及品質管理研討會，並開辦藥物食品網路學園（e-learning），至民國98年底，建置包括檢驗技術類、品保類、儀器操作及維護類等計3類55門課程，以加強推廣檢驗方法及品質規範。

第一章 健康照護體系

第二章 緊急醫療

第三章 精神醫療、心理衛生與自殺防治

第四章 長期照護服務體系

第五章 醫療品質

第六章 醫事人力

第七章 衛生醫療資訊



第六篇 健康照護

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

第一章 健康照護體系

自民國74年配合醫療法之公布施行，推動醫療網計畫，將臺灣劃分為17個醫療區域，規劃各區域之醫療人力與設施，其主要目標在落實醫療資源均衡分布，縮短區域間差距，減少醫療資源重複投資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；惟山地離島偏遠地區醫療資源仍待充實，基層醫療品質仍有強化之空間。又配合後SARS醫療體系改造及因應人口老化問題及新興傳染病對臺灣環境帶來之衝擊與影響，同時

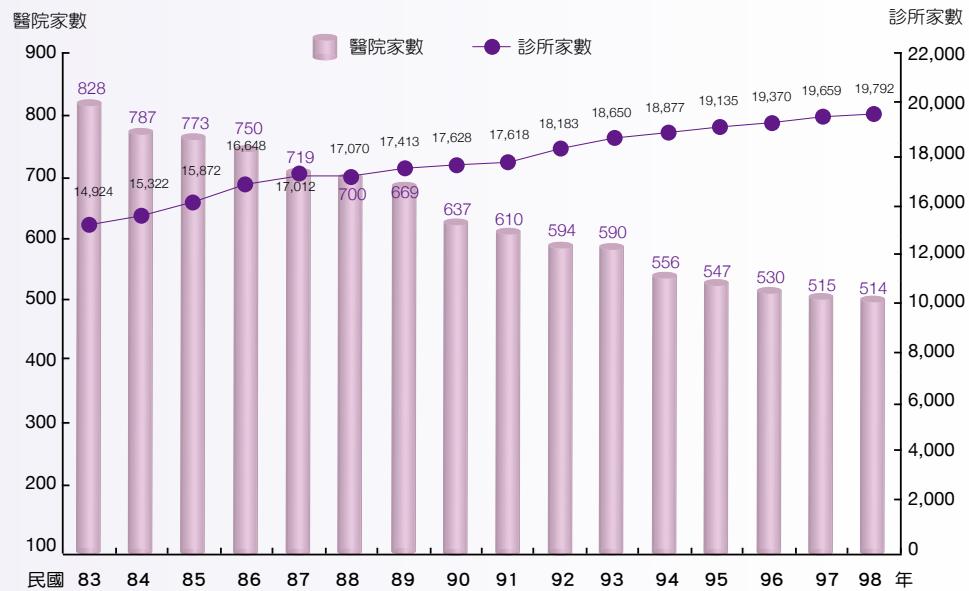
為推廣全人健康照護，確保病人安全，建立以病人為中心的醫療環境，自民國94年至97年實施「全人健康照護計畫」，以提供民眾適切性、可近性、周全性及持續完整的全人醫療照護服務。並規劃自民國98年起實施新世代健康領航計畫。

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依醫療法及醫療網計畫，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與組織運作，評估各地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源與提升區域醫療水準計畫。民國98年實施成果如下：

- 一、醫療機構現況：醫院計有514家，診所計有1萬9,792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15萬6,740床（含一般病床及特殊病床），其中一般病床占63%。醫療院所一般病床為9萬8,875床（含急性一般病床7萬4,132床、慢性一般病床3,880床、急性精神病床6,752床、慢性精神病床1萬3,763床、

圖6-1 歷年醫院診所家數



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67.79床。歷年每萬人口病床數變動情形，如圖6-2。

三、定期清查資源，促進病床有效使用：醫療
法於民國98年5月13日修正公布第14條第2項，規定醫院設立或擴充之許可，其中請人之資格、審查程序及基準、限制條件、撤銷、廢止及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。爰配合上開醫療法之修正，將原有之「受理醫院設立或擴充案件審查原則一覽表」、「受理醫院精神科病床設立或擴充案件審查原則」、「醫院急性一般病床未全數開放使用處理原則」及「醫院精神科病床未全數開放使用處理原則」為研訂基礎，訂定「醫院設立或擴充許可辦法」（草案），以有效掌握各地區病床之開設與核減，並確保民眾就醫權益與資源有效利用。

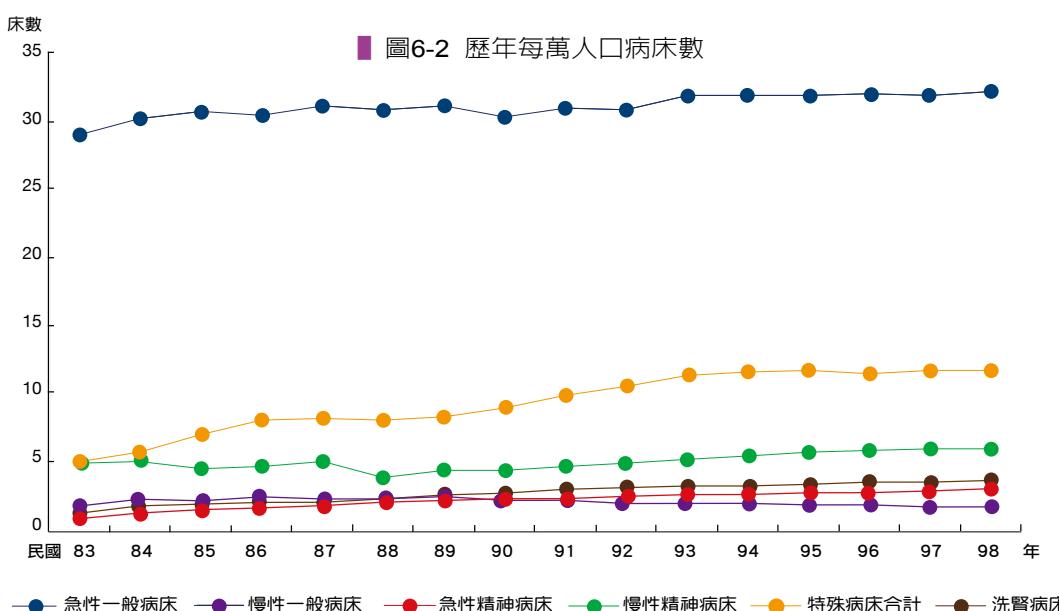
四、醫療區域輔導與資源整合：為均衡發展區域醫療資源，提升醫療品質，依行政院於97年12月2日核定之「新世代健康領航計畫」，推動辦理「98年度醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」。目的在於鼓勵醫療

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4家醫院辦理「婦產科、兒科醫療資源整合及品質之提升計畫」，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

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，奠定基層醫療基礎。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；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98年底，已有4縣市37個衛生所加入。

第二章 緊急醫療

為強化全國緊急醫療救護，提升緊急醫療救護品質，確保緊急傷病患之生命及健康，於民國96年7月11日修正公布「緊急醫療救護法」全文58條，強化建置全國緊急醫療救護網，並積極推展緊急醫療整合性應變機制。此外，於莫拉克風災期間及時啟動相關緊急醫療救護作業，協助災民之緊急傷病救治。

- 一、強化6大區域緊急醫療應變中心能力，整合化災、輻傷、毒藥物等應變體系，提升突發事故應變之速度與能力，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、補助臺北縣、臺中縣、嘉義縣、金門縣辦理各類事故大量傷患緊急醫療救護演習，整合地方衛生機關、醫療院所跟消防機關共同進行救護，有效提升緊急醫療能力。
- 三、莫拉克風災期間，及時啟動6大區域緊急醫療應變中心，統籌調度醫療支援人力，計有醫療院所87家、醫療團隊915隊次投入災區，調度醫事人員5,741人次，醫療服務總計2萬7,159人次。
- 四、地方衛生主管機關指定急救責任醫院計有201家醫院，提供民眾第一線之緊急傷病救治服務，另中央衛生主管機關於民國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。98年度，計完成129家醫院之評定，16家醫院通過重度級評定、21家醫院通過中度級醫院評定。

- 五、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，強化緊急醫療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，並能提供當地民眾與遊客之緊急醫療需求，包括設立「觀光地區急診醫療站」、設立「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源缺乏地區之醫院急診能力」3種模式辦理，98年度共獎勵22處。

六、建立醫院急重症病床通報制度與急救責任
醫院空床資訊傳遞系統，減少病患反覆轉診，並協助醫院辦理急診病患之轉診，改善急診重症病人滯留急診情形；目前計有201家醫院透過系統自動傳送其空床數。

七、民國97年起推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）」急救教育訓練，以公共場所、觀光旅遊地區之工作人員為推廣對象；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訓練，計完成訓練2千餘人次。

八、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」，於民國98年11月17日分北、中、南、東4地區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。

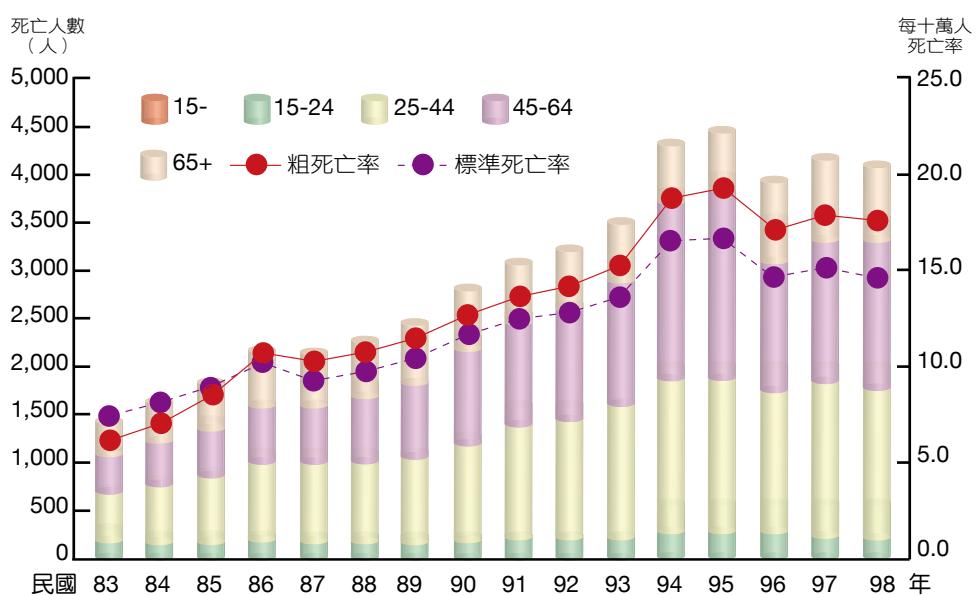
第三章 精神醫療、心理衛生與自殺防治

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提升，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，提供民眾心理健康諮詢服務，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

為促使嚴重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98年之

■ 圖6-3 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。

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。社區復健中心服務量已達3,455人，康復之家許可服務量則為3,844床。
- 三、為有效掌握社區病人照護情形，已完成25個縣市精神病患社區追蹤照護系統之登錄，目前列管個案數計有10萬4,534人，並予追蹤訪視。此外，補助23縣市，由78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，提供社區民眾心理衛生保健、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，委託105家機構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98年執行個案1,763人，處遇計畫執行率91.53%。指定性侵害驗傷採證責任醫院有160家，提供被害人驗傷採證及緊急醫療處置。辦理酒癮戒治處理服務方案，則提供住院治療24人次，門診治療206人次，戒酒認知教育2,396人次。
- 六、經衛生署指定之藥癮戒治機構共111家，其中藥癮戒治核心醫院6家、藥癮戒治醫院98家及藥癮戒治診所7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97家替代療法執行機構，平均每月參與替代療法之個案數有1萬1,521人，服藥人日數達297萬9,286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98年之3萬0,156人；新增之藥癮愛滋人數，則由民國96年的733例，降至民國98年的177例。為強化治療個案戒癮治療意願，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 心理衛生與自殺防治

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，則從民國82年之6.2人，上升到民國98年17.6人，如圖6-3。且連續13年擠進國人十大死因之列。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，使民眾面臨多項衛生、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公共衛生任務，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；另設置「安心專線」0800-788995，提供民眾24小時免付費專業諮詢服務。
- 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112位，強化縣市社區心理衛生中心功能，活絡社區支持網絡，以落實自殺通報個案之關懷訪視、轉介追蹤，減少再自殺率與自殺死亡率。民國98年通報量計有2萬5,649人次，自殺通報比為6.2，訪視計6萬2,019人次，關懷訪視率達99.5%，通報個案3個月內再自殺率則為3.5%，相較民國97年有明顯進步；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98年辦理守門人教育訓練82場，共計訓練1萬3,630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98年底止，累計超過49個精神醫療及心理衛生團隊到點服務，出勤醫療人力計1,458人次，提供災民個案訪視1萬992人次，以及關懷志工、救災人員1,428人次。

第四章 長期照護服務體系

第一節 健全社區化長期照護

依據內政部人口統計，截至民國98年底，我國65歲以上人口比率已達10.6%。隨著人口之高齡化、平均壽命延長、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。而此成為國家當前的重要政策，為回應人民的需求，推展長期照護服務體系，讓民眾獲得可近性、連續性且有效率的長期照護服務，主要策略包括：

- 一、發展多元化長期照護服務網絡，充實社區照顧資源，落實居家老化、在地老化之精神，規劃以社區與居家照護為主，機構照顧為輔之方式，積極輔導醫院及護理之家辦理居家護理服務。至民國98年底，計有

日間照護14家、居家護理機構468家、護理之家機構373家。

- 二、輔導各縣市建立長期照顧管理制度，設置照顧管理中心，並下設30個分站，配置315名照顧管理專業人力。
- 三、配合外籍看護工之申審流程，採取各項措施，與長期照顧管理中心接軌，促進照顧服務產業之發展。
- 四、自民國98年7月23日起，成立長期照護保險籌備小組，進行長期照護保險之規劃，擬以社會保險自助互助之精神，由國民共同分攤長期照護費用，藉以發展社區化之長期照護，讓全體國民擁有良好之長期照護品質。

第二節 推展遠距健康照護

因應我國老年人口的增加，國內醫療照護之需求應轉為治療與照護並重。配合行政院「愛臺十二建設先期規劃案」中之智慧臺灣計畫，推動遠距照護諮詢與健康服務產業計畫。同年，行政院首推的六大新興產業布局，亦將醫療照護產業列為關鍵產業之一。「遠距健康照護」結合醫療照護、資通訊技術、電子化醫療器材等跨領域專業，讓民眾在熟悉的社區與居家環境中獲得健康照護與預防保健服務，乃至在地老化，主要策略包括：

一、建置社區式遠距照護服務系統

以北醫附醫、中興保全、合康診所為服務提供單位，臺北市成功社區為示範社區，提供社區健康便利站、視訊衛教及諮詢、行動定位安全、藥事安全服務、生活資源轉介等5項服務，並連結社區醫療群、送餐、家事管理、交通接送、輔具出租等生活服務資源。主要服務對象包括獨居長者、失智症患者、高血壓、糖尿病患者、行動不便、日常生活需他人協助者；計導入331名社區個案。另於臺北縣市試辦之3個社區據點，分別為臺北縣泰山鄉奇蹟



長青服務中心、臺北市文山區木柵復活堂、以及臺北市大安區成功天主堂等社區民眾活動據點，共導入135名個案。

二、建置居家式遠距照護服務系統

以萬芳醫院為服務提供單位，臺北市文山區為試辦區域，提供遠距生理量測、遠距衛教、會員訪視、生活資源轉介、緊急狀況處理等5項服務，並連結人力派遣、醫材輔具、居家清潔、居家洗衣、美容美髮等醫護與生活服務資源。主要服務對象包括臥床、行動不便、日常生活需他人協助者；輕度失智症患者；高血壓、糖尿病初期或控制不良者；以及上述民眾之家庭主要照顧者，民國98年，共導入240居家個案；並發展「客制服務細緻化」之評估系統。

三、建置機構式遠距照護服務系統

以蕭中正醫院為服務平臺，連結胸腔科、骨科、腎臟科、藥劑師、營養師、護理師、感控師、物理治療師等跨專科、跨專業之醫療照護資源，為遠端的健安、寬福、安泰等3個獨立型態護理之家，提供專業醫護服務，包括：遠距視訊會診、遠距生理量測、視訊探親服務、遠距衛教指導、藥事安全等5項服務。主要服務對象為護理之家住民、住民家屬、護理之家專業人員，民國98年，共導入172名護理之家個案。

四、制訂資訊交換標準與規範

為建立連續性照護資訊服務網絡，提供連續性照護與個人健康資訊應用與服務（PHR/PHA）的加值；參考現有照護模式的實際需求以及國際照護相關的表單與格式，訂定電子照護記錄與遠距生理量測傳輸相關資料內容。藉由電子照護紀錄、遠距生理及健康照護資訊傳輸等服務規範和標準的制定，協助遠距照護服務後續複製擴散的系統整合與資訊介接。

第五章 醫療品質

為提供高品質、全方位及安全的醫療服務，建立病人就醫安全環境、提升醫療人力素質、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98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及病人安全委員會功能外，並規劃多項重點措施。

(一) 訂定「97-98年度醫療品質及病人安全工作目標」，包括：提升用藥安全、落實醫療機構感染控制、提升手術安全、預防病人跌倒及降低傷害程度、鼓勵異常事件通報及資料正確性、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、提升管路安全等。依前述目標與執行策略，辦理定期及不定期考核活動。共92%衛生局輔導轄區醫院至少推動4項病安工作目標，8項全推動者亦有76%，並輔以實地考核方式，聘請專家協助醫院進行品質改善。

(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。有447家醫院參與此系統，通報件數達3萬2,988件。另不

定期發布「臺灣病人安全通報系統」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。

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) 新制評鑑制度之評鑑重點，由結構面評核逐漸轉為過程面與結果面之評核，以社區民眾健康需求為導向，鼓勵發展不同類型之特殊功能醫院。至於教學醫院評鑑，則朝以評核各類醫事人員教學訓練計畫為原則，重視教學訓練過程及成效評核，提升醫師、其他各類醫事人員之人力素質及整體醫療品質。

(二) 建立「定期不定時」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98年底，經評鑑合格醫院有465家，占全國醫院約91%，並完成39家醫院之追蹤輔導訪查。

(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98年計有50家機構申請評鑑，經實地評鑑，符合合格基準之機構有40家，合格率80%。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。

三、為整合相關訪查作業及資源，降低對於醫療機構作業之干擾，自98年度起，辦理13類醫療衛生業務之聯合訪視，截至12月底止，計完成510家醫院聯合訪視業務。

第二節 醫院環境保護措施

醫療事業廢棄物可分為一般事業廢棄物及有害事業廢棄物，醫療院所產生之有害事業廢棄物，以生物醫療廢棄物為主，依廢棄物清理法規定，生物醫療廢棄物應先經熱處理法、化學處理法或滅菌等中間處理方法處理後，方可為最終掩埋處理。

一、自民國78年起，即以醫療區域為規劃單位，設立醫療廢棄物共同清除處理體系。

目前輔導設立之共同清除機構有1家，共同清除處理機構有5家，其中2家採用滅菌方式處理生物醫療廢棄物，其他各家均以焚化方式處理。

二、為減少廢棄物產生，促進物質回收再利用，減輕環境負荷，促進資源永續利用，自民國89年起，即透過減廢與資源回收示範計畫，輔導醫療機構做好廢棄物的處理，並核准2家再利用處理公司，回收含重金屬廢料、滅菌後廢尖銳器具、透析廢棄物等醫療事業廢棄物進行再利用。

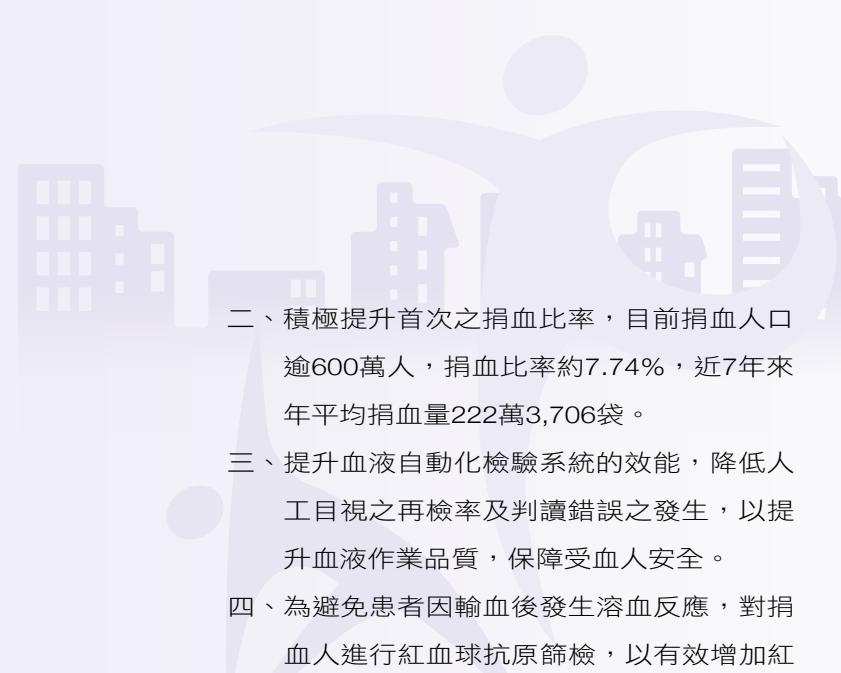
三、輔導35家醫療機構參與廢棄物再利用及減量之自主管理，普查全國醫療院所事業廢棄物處理現況及處理量，輔導及追蹤違反廢棄物清理法及水污染防治法等醫療院所。

第三節 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，加強辦理改善從事血液捐供單位之血液供輸設備、流程、服務品質等促進計畫。另自民國95年1月正式實施血液製劑條例及施行細則，以健全國家血液事業、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、積極提升首次之捐血比率，目前捐血人口逾600萬人，捐血比率約7.74%，近7年來年平均捐血量222萬3,706袋。
 - 三、提升血液自動化檢驗系統的效能，降低人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。
 - 四、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。
 - 五、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。

第四節 提升器官捐贈移植效率與品質

根據統計，國內目前約有6,700位等待接受器官移植的病人，然每年死後捐贈之器官所能救治僅約700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。目前計有器官勸募醫院11家及器官勸募合作醫院190家。
- 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。

第五節 護理照護品質

- 一、推動專科護理師制度，至民國98年止，計有1,936人通過甄審。補助1家護理團體就進階護理制度進行相關法規修訂；完成98年度專科護理師訓練醫院認定，共計有80家醫院，訓練容額3,797人。
- 二、辦理護理人員留任措施方案，補助執業環境改善相關研究計畫及護理形象宣導計畫，鼓勵優秀護理人員留任。
- 三、推動全責照護制度，輔導5家醫院執行全責照護計畫，並完成全責照護工作手冊，供後續相關業務推動參考。
- 四、補助或委託5家醫院、護理團體或學術單位進行護理人文法規、災難護理、實證護理、基層護理人員繼續教育與國際交流等課程研發及推廣，增進護理人員專業知識。
- 五、委託辦理「產後護理機構品質提升計畫」，完成產後護理機構修正草案，研議規劃產後護理機構附設居家護理所工作模式，提升產後護理機構管理及品質改進相關能力。

第六章 醫事人力

醫事人力的多寡、人員素質的良窳，影響醫療服務品質與資源提供之可近性。持續辦理醫事人力規劃、醫事人員培訓等相關計畫，以

健全醫療體系之運作，提升醫療品質。

第一節 醫事人力現況

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、聽力師法及牙體技術師法語言治療師法等14種醫事人員管理法規。此外，亦研擬驗光師法於立法院審查中。

醫事人力至民國98年底止，每萬人口西醫師數為16.38人、中醫師為2.29人、牙醫師為4.91人、藥事人員為12.80人、護理人員為

54.10人。依據新世代健康領航計畫之規劃目標，西醫師、中醫師、牙醫師、醫事檢驗師、醫事放射師、物理治療師、職能治療師、藥事人員、護理人員及營養師等類別之人員數，均符合推估之需求數；另臨床心理師人力則尚有不足。

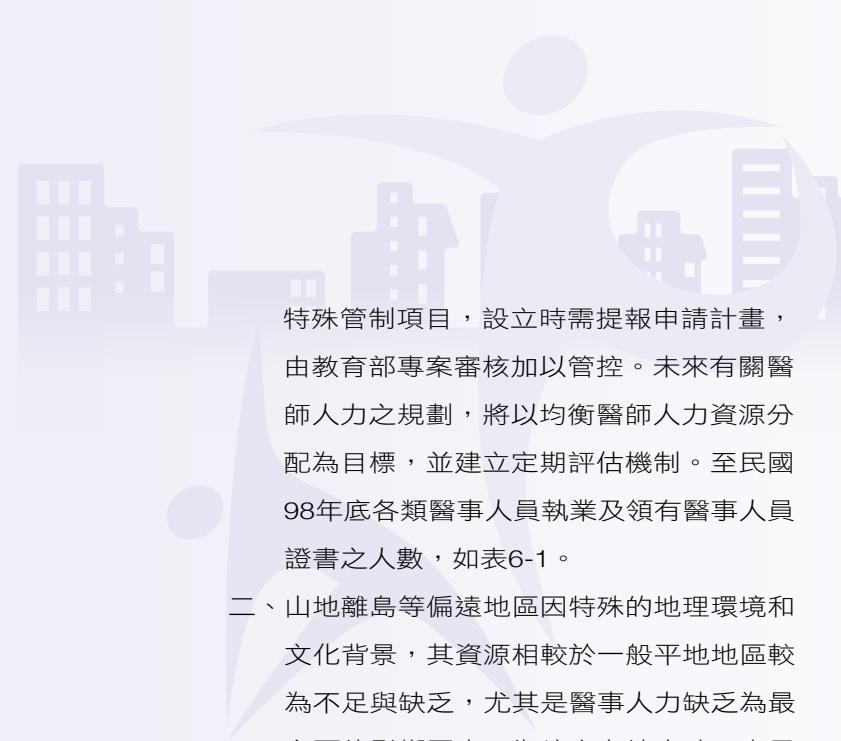
第二節 醫事人力培育

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

■ 表6-1 民國98年各類醫事人員領證與執業人數

醫事人員類別	領證人數	執業人數	每萬人口執業人數
西醫師	55,186	37,880	16.38
牙醫師	14,992	11,351	4.91
中醫師	11,639	5,290	2.29
醫事檢驗師（生）	18,858	8,203	3.55
醫事放射師（士）	7,004	4,651	2.01
藥師（藥劑生）	60,624	29,587	12.80
護理師（士）	358,931	125,081	54.10
助產師（士）	53,761	258	0.11
職能治療師（生）	3,637	2,105	0.91
物理治療師（生）	9,868	4,867	2.11
諮商心理師	1,325	524	0.23
臨床心理師	858	643	0.28
營養師	5,712	1,563	0.68
呼吸治療師	1,888	1,508	0.65
語言治療師	283	55	0.02
齒模員	2,753	1,300	0.56
鑲牙生	311	42	0.02
接骨員	4,374	1,270	0.55



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98年底各類醫事人員執業及領有醫事人員證書之人數，如表6-1。

二、山地離島等偏遠地區因特殊的地理環境和文化背景，其資源相較於一般平地地區較為不足與缺乏，尤其是醫事人力缺乏為最主要的影響因素。為培育在地人才，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98年止，共計培育醫事人員718名，分別為醫師348名、牙醫師57名、藥師29名，其他醫事人員284名；目前公費醫師之留任率為70.78%。

三、培育公費醫師制度實施30餘年以來，無論公立醫院、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、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，促使專科醫師訓練維持一定品質及均衡專科別醫事人力。目前計訂頒26個專科，至民國98年底止，經甄審通過之專科醫師領證人數合計有4萬1,614人次。

五、為強化醫師全人照顧之觀念與能力，提升住院醫師訓練品質，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；第三階段將自民國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98年計核定108家醫院辦理畢業後一般醫學訓練計畫，其中96家醫院實際收訓第一年住院醫師並補助經費，共計完成1,514名住院醫師訓練，並補助相關團體辦理27場師資培育研習營，完成1,687名導師及臨床教師培訓。

六、為提升牙醫師獨立執業前訓練品質，於民國97年開始規劃「牙醫師獨立執業前2年訓練計畫」，並於民國98年底完成制定訓練課程、師資條件及訓練機構認定基準。

七、自民國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98年計有131家醫院參與，共核定2,195個訓練計畫，平均每月補助受訓醫事人員1萬988人。期藉由本計畫之實施，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，進而提升整體之醫療品質。

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年制中醫學系及5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，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民國100年落日。

十、推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，建

立中醫師臨床訓練制度：

- (一) 為落實醫療法第18條第2項規定，培育具有全人醫療能力之中醫師，於民國98年開始推動「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，補助10家訓練醫院，接受32名新進中醫師進行為期2年的負責醫師訓練；又為培育臨床師資及確保訓練品質，輔導3區核心醫院辦理指導醫師培訓營、指導藥師培訓營各3場及受訓醫師病例研習營4場，並完成主要訓練醫院實地訪查工作。
- (二) 辦理中醫醫療機構負責醫師訓練醫院指定作業，民國98年8月27日公告29家合格訓練醫院。

十一、實施中醫醫事人員繼續教育，全面提升中醫醫療照護品質，辦理中醫專科學術研討會、中西醫學整合研討會；辦理中醫基本護理訓練課程，計有1,212位護理人員完成全部訓練課程。



略，民國98年主要工作成果如下：

- (一) 8月11日修正公布「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」，鬆綁電子簽章相關規定，爰增主管機關之權責權限相關說明，及為保障病人權益，新增電子簽章應於電子病歷製作後24小時內完成之規定。
- (二) 制定跨院際互通之電子病歷標準，完成108項電子病歷單張範本，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。
- (三) 輔導醫院依照「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」，實施醫學影像報告電子病歷，截至民國98年底，已有100家醫院實施醫學影像及報告之電子病歷。
- (四) 行政院於11月18日核定「加速醫療院所實施電子病歷系統計畫」，以加速推動醫療院所實施電子病歷。

二、營運醫事憑證管理中心

醫事憑證管理中心（Healthcare Certification Authority, HCA）於民國92年6月13日正式啟用營運，並於民國97年8月19日納入政府憑證總管理中心（Government Root Certification Authority, GRCA），提供醫事電子文件認證服務及電子簽章機制。

第七章 衛生醫療資訊

在「網路健康服務推動計畫（期程：民國91至94年）」、「衛生局所網路便民服務計畫」之基礎上，「國民健康資訊建設計畫（National Health Informatics Project, NHIP）」於民國96年8月奉行政院核定，將營造國家健康資訊發展環境，繼續推動衛生醫療資訊的重要基礎建設，以提升醫療服務品質、病人安全及醫療資源運用效能，達成健康資訊e化流通目標。

第一節 國民健康資訊建設計畫

一、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其實施電子病歷之意願，衛生署從法規、標準、安全、推廣等4大面向擬訂推動策

民國98年計製發4萬7,099張醫事憑證IC卡（累計24萬1,627張），已應用於電子病歷推廣、衛生資訊通報平臺、衛生資訊通報服務入口網、區域醫療資訊平臺、教學醫院教學費用補助管理、精神照護資訊管理、緊急醫療管理、聯合藥品物料採購網、人民申請案件線上申辦服務、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。

三、建置公共衛生資訊系統整合應用服務平臺

建置服務導向之公共衛生資訊系統平臺及入口網，98年度完成衛生署及所屬機關53項系統單一簽入；建構集中式整合平臺，完成121項次共通性應用服務整合；協助25縣市衛生局建置憑證安控系統，加強資訊安全之基礎作業環境。

四、推動健康資料加值應用

辦理「健康資料加值應用協作中心規劃建置」案，將個別健康資料予以加值，促進公共衛生決策品質，並作為相關學術研究及醫療保健服務等相關產業研發創新之參據。民國98年規劃及開發健康資料地理資訊系統，包含定位查詢、疾病死因、癌症死因、人口指標、圖文查詢、統計繪圖等。



第二節 衛生醫療資訊服務

一、衛生醫療資訊業務

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，民國98年主要工作如下：

（一）醫事管理系統

主要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，並與衛生署其他相關系統或所屬機關系統介接和資料轉換，達到資料共享。

（二）加護病床及死亡通報平臺

為提升通報作業效率及品質，完成加護病床通報平臺及建置死亡通報資料自動傳遞功能，計有203家急救責任醫院參與加護病床空床資料通報，191家醫院參與死亡資料通報。

（三）心理衛生通報服務系統

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。通報件數分別為自殺防治2萬6,282件，及身心障礙鑑定6萬9,037件。



(四) 衛生所網站

統籌維運355個衛生所網站，提供民眾上網查詢健康資訊及相關服務。

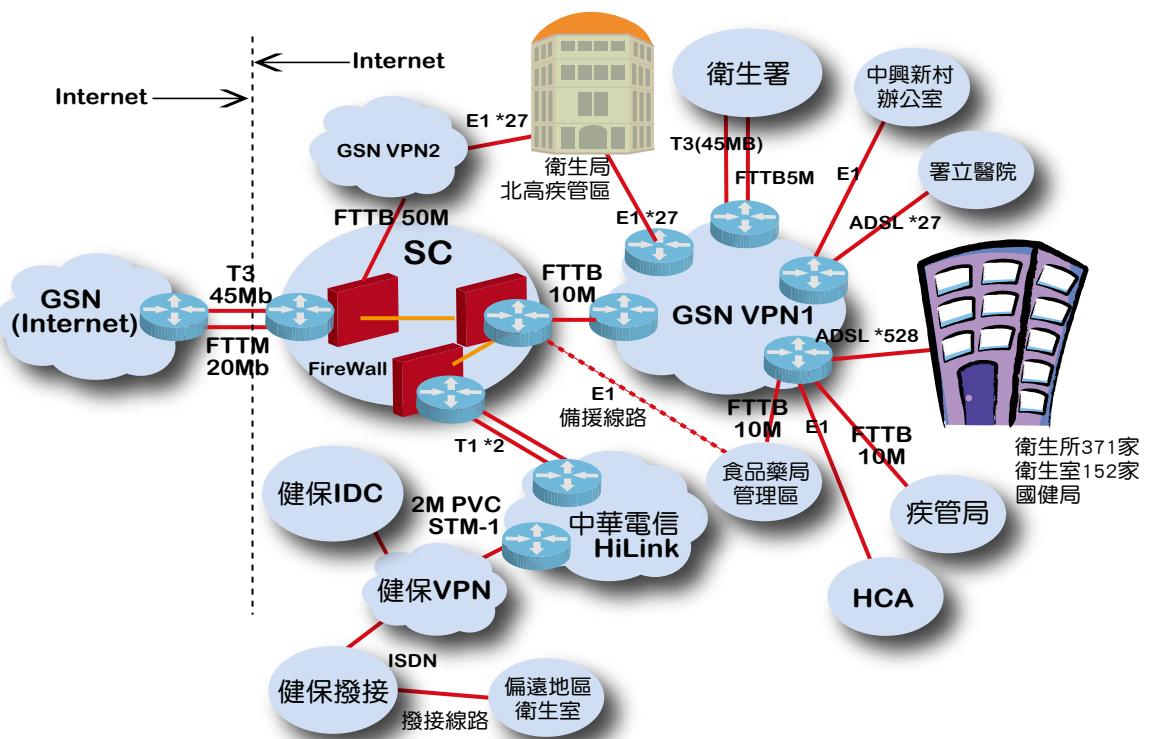
(五) 人民申請案件線上服務系統

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

二、全國醫療資訊網服務

全國醫療資訊網（Health Information Network，簡稱HIN）為我國衛生醫療資訊交換樞紐，如圖6-4。提供衛生醫療資訊交換與共享之功能。其服務中心（Service Center，簡稱SC）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6-4 HIN網路架構圖





第七篇

全民健康保險

第一章 健康保險現況

第二章 健康保險制度改革



第七篇 全民健康保險

全民健保的永續經營是衛生署持續努力的目標，除推動健保制度改革與二代健保修法外，並持續進行各項開源節流措施以維持全民健保財務穩定；本篇將簡介民國98年各項重要成果，並說明全民健保制度改革方向與內容。

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，但具受雇身分者則不受前述4個月之限制。

民國98年底，總投保人數共有2,302萬5,773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

全民健康保險於民國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年最低財務收支之平衡的前提下，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年未作適當調整。

然而，在人口老化與新的醫療科技引進等因素影響下，全民健保醫療費用支出逐年成長實為必然的趨勢，民國86年至98年間，全民健

保的醫療費用支出，年平均成長率為5.27%，而同一時期保險費收入則受限於整體薪資因素，致使年平均成長率僅為4.02%。

以權責基礎計算，民國98年保險收入為4,026.58億元，保險成本（醫療費用支出）為4,348.83億元，年度收支短绌為322.25億元，而自民國84年3月起至98年底，歷年保險收支累計短绌數為587.51億元，安全準備累計餘額為零。

為了改善全民健保財務，維持保險財務平衡，近年來持續推動各項財務穩定措施，以紓緩健保財務困境，民國98年相關措施說明如下：

一、各級政府積欠健保費補助款之催收

除臺北市、高雄市及臺北縣政府外，其他縣政府皆已全部還清欠款，而臺北市、高雄市及臺北縣政府則已分別提出5至8年還款計畫。

二、推動各項增加全民健保財務收入及節制醫療支出之措施，包括：

（一）增加全民健保財務收入方面

1. 加速對中斷投保者的開單作業、查核投保身分與金額。
2. 爭取每年約10億元之公益彩券盈餘分配，及每年約180億元之菸品健康福利捐收入。

（二）節制醫療費用支出方面

1. 辦理藥價調查及第6次藥價調整作業、特殊材料支付價格合理化作業、醫療院所違規查核、醫療費用審查核減等，以節制不必要的支出。
2. 針對使用偏高之門診、藥品及復健等醫療項目，實施加收部分負擔之措施，以減少濫用、加強財務收支監控。
3. 建置高科技檢查即時報備系統，以節制昂貴檢查項目之利用。

三、前述措施，雖然有助於挹注健保財務，但仍不足以彌補收支缺口，短期來說，在現





行全民健保制度下，仍需以檢討費率因應，惟費率檢討須配合修法進度及社會情況，選擇適當時機再依程序辦理。長遠而言，為澈底解決財務問題，使全民健保永續經營，未來應朝全民健保財務制度改革修法（二代健保），以家庭總所得作為費基，讓全民健保之保費費基擴大，使負擔更趨公平及更合理，以維持全民健保永續經營。

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，持續檢討修正全民健康保險醫療費用支付標準，民國98年實施之重要內容如下：

一、提升醫療品質及給付合理性

（一）西醫部分

1. 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」、「醫療資源缺乏地區改善方案」、「慢性B、C型肝炎治療方案」，以提升整體照護品質。
2. 因應醫療科技進步，新增支付項目涵蓋檢驗、處置及手術，重點項目包括用於癌症治療的光動力療法、心臟病患的冠狀動脈血管內超音波、心室輔助裝置植入、深腦刺激術治療參數調整作業、深部腦核電生理定位等共23項支付項目，並放寬適用表別4項，以利民眾就醫。
3. 2歲（含）以下兒童之門診診察費加計20%，放寬為3歲，提升照護範圍與品質。
4. 配合藥價調整節餘款，在考量大多數病患或其家屬之醫療需求、臨床醫藥專家、相關醫學會建議及相關衛生政策等

因素，並邀請專家學者共同討論後，擴大BC肝炎抗病毒藥物、癌症標靶藥物及降血脂藥物等之給付範圍，提升民眾照護品質。

（二）中醫部分

1. 檢討修訂「醫療服務品質指標項目及監測值」、廢止「禱瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」改推行「腦血管疾病及與禱瘡之西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫門診照護試辦計畫」、「小兒氣喘緩解期中醫門診照護試辦計畫」及「醫療資源缺乏地區改善方案」，以減少醫療費用的支出，提升病患整體的照護品質。
2. 新增3歲（含）以下兒童之門診診察費加計20%，以提升照護品質。

（三）牙醫部分

檢討修訂「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」、「醫療服務品質指標項目及監測值」、「牙醫門診總額特殊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、中重度以上身心障礙者之牙醫醫療服務）」、「醫療資源缺乏地區改善方案」（包括牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫），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臺

為合理控制醫療費用，邀集總額承辦團體、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；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。全民健保特約醫療院所的醫療費用申報點數成長率，已由民國88年的8.8%降至民國98年的4.9%。

（五）提升保險對象就醫可近性

為提升保險對象就醫可近性，全民健保特約醫療院所計達2萬4,423家，其中醫療院所1萬9,077家、藥局4,446家、居家護理機構505家、精神復健機構153家、助產機構15家、特約醫事檢驗所201家、特約物理治療所17家、特約醫事放射所8家、特約職能治療所1家，與健保局特約之醫事服務機構已遍布全國各地。

二、改進藥品核價制度及增加民眾用藥權益

（一）為使藥價制度更形合理，新藥能快速納入全民健保給付，並縮小藥品在全民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」，進行第6次藥價調整，完成7,600項藥品品項之價格調整，將可緩和藥費支出的成長。

（二）為提升民眾用藥品質及用藥選擇，減少民眾財務負擔，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、與癌症化學治療有關的貧血用藥、高雪氏症及尼曼匹克氏症C型等罕見疾病用藥、血友病患者之用藥、肝腎移植之抗排斥藥、停經後婦女之骨質疏鬆症治療用藥等。

第四節 醫療品質資訊公開與民眾服務滿意度

一、全民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，促成醫療品質全面提升的重要方法，也是讓民眾直接看到各醫療院所的各項醫療品質監測結果，以實質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，公布院所別品質資訊。

民國98年公布「門診手術（含ESWL）後2日內急診或住院率」、「清淨手術抗生素大

於3日以上（含）使用率」、「小兒健康檢查普及率」、「成人健康檢查普及率」、「主動申報勞保職業傷病中醫健保特約醫療機構」、「中醫門診總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」中醫健保特約醫療機構名單、「醫事機構看診天數」、「簡單性拔牙後30天內不需要術後特別處理的比率」、「C型肝炎抗體轉陽率」等9項醫療品質資訊指標；截至民國98年底，計公布73項醫療品質資訊指標。

此外，民眾亦可於家中持自然人憑證進入衛生署健保局全球資訊網之「多憑證網路承保作業平臺」，查詢個人最近3個月之健保就醫資料。

二、民眾服務滿意度

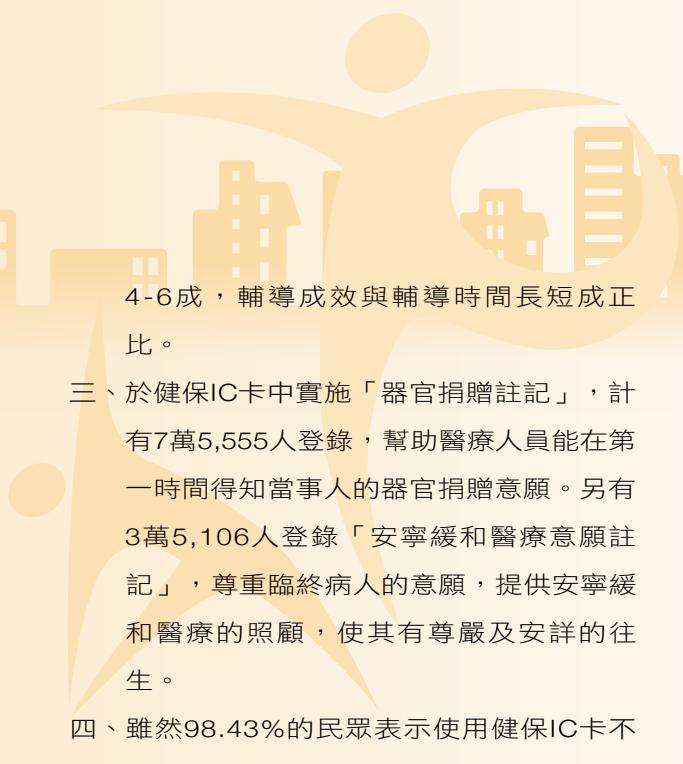
為了解各界對於全民健保各項政策實施之滿意度，每年均針對全民健保整體政策與健保局的服務情形，進行滿意度調查，以瞭解民眾的期望，並作為整體政策及服務改善依據。民國98年民眾對全民健保整體的滿意度達82.9%，對衛生署健保局的服務滿意度達96.47%。

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98年之實施成效如下：

- 一、全國健保特約醫療院所，99.9%已經完成連線認證，促進醫事服務機構電腦化及連線，提供院所間溝通平臺。
- 二、實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者之病患共計1萬1,472人，輔導後，平均每人就醫次數下降達





4-6成，輔導成效與輔導時間長短成正比。

三、於健保IC卡中實施「器官捐贈註記」，計有7萬5,555人登錄，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3萬5,106人登錄「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、雖然98.43%的民眾表示使用健保IC卡不會造成就醫不便或困擾，且卡片損壞率低使用穩定，但為了持續改善健保IC卡的使用效能及應用範圍，著手進行健保IC卡的改善規劃。

第六節 弱勢族群協助

為保障弱勢民眾因經濟困境，繳不出健保費及減輕保險費負擔而致影響就醫權益，民國98年仍持續推動各項協助措施：

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、20歲以下55歲以上之無職業原住民，補助金額約新臺幣184億元，補助人數約296萬人。

二、保險費協助措施

(一) 紓困基金申貸：符合「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」所訂資格之民眾，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；共核貸3,674件，金額約新臺幣2.15億餘

元。

(二) 辦理分期攤繳保險費：因經濟困難無力一次繳清欠費者，可辦理分期攤繳，減輕其繳納保費壓力；計協助22.8萬人辦妥分期攤繳，金額約58.58億元。

(三) 轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費：對於無力繳納保險費之家境清寒民眾，衛生署健保局積極尋求企業團體或善心人士協助；成功轉介個案計3,345件，獲補助金額共新臺幣1,819萬餘元。

(四) 經濟弱勢健保欠費協助方案：

1.配合菸品健康福利捐由10元調高為20元，由其收入的4%用來補助經濟弱勢民眾的健保費，共補助約61.6萬件，補助金額約6.6億元。

2.爭取公益彩券回饋金4 億元，用以辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」，協助繳納欠費8,083 件，金額1.96 億元；另爭取公益彩券回饋金4.154 億元，用於辦理「協助風災災民及災區民眾繳納健保欠費計畫」，優先用於代償莫拉克之災民過去健保相關欠費；其次對於災區之低收入戶及弱勢民眾，亦予比照災民代償其健保之相關欠費。

三、無力繳納保險費者就醫權益

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，獲得醫療保障者計5,025人次。

四、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，領證病患計約有78萬餘人。

五、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，即已在全民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98年亦持續辦理，以保障此類病友的醫療與用藥權益。

第二章 健康保險制度改革

第一節 全民康保改革原因

全民健保的實施，是我國人的驕傲，目前全民健康保險面臨多項困境，政策的實施必須不斷追求進步，為了讓全民健康保險制度能永續經營，健保的改革勢在必行，以解決目前全民健保所面臨的困境。其困境如下：

一、財務失衡且費基公平性受限

受到人口快速老化、醫療科技進步、民眾需求增加等因素之影響，全民健保的收入與支出，長期以來都存在著2個百分點的落差，雖然抑制醫療浪費措施及多元微調方案等開源節流的努力，都已經逐步落實，但全民健保費基應該由經常性薪資改為總所得，以擴大計費基礎，強化公平性。

二、保費負擔差異性大

目前保險對象依照法律的規定，共細分為6類14目，各類目保險費負擔之比率並不相同，造成保費負擔不公平的現象，多眷口之家庭，其負擔亦較重，這些都違反了社會保險所強調的「量能負擔」原則。

三、健保收支缺乏連動

在現行制度下，由於收入面與支出面連動的機制不足，一方面由全民健康保險監理委員會來監督健保的財務收入，另一方面係由全民健康保險醫療費用協定委員會來協商健保的財務支出，收支未能構成連動機制，也是造成健保財務無法平衡的原因之一。

四、醫療資訊不夠公開

由於醫療資訊的不對等，民眾對於所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，而且民眾高度仰賴親友的諮商及轉介，因此，醫療品質資訊缺乏或不易解讀的情形也就日益嚴重。

五、保險支付需重品質

目前全民健保支付給醫療院所的費用，大多採取論量計酬，結合醫療品質的考量比較少。醫療院所在成本壓力與經營困境的雙重顧慮下，常常會有過度使用的情形，因此，當前支付方式需要再加強鼓勵提升品質的機制。

第二節 全民健保改革的核心價值及修法重點

行政院二代健保規劃小組歷經數年規劃，完成總結報告，針對前述歸納所得之健保面臨困境，提出4大層面之政策建議，包括「強化資訊提供以提升醫療品質」、「財務平衡且提升服務購買效率」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「建構權責相符之健保組織體制」，積極規劃二代健保修法事宜。

一、改革目標：確保醫療的可靠性。

二、核心價值，圖8-1

(一) 品質：推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊之公開化，以增進民眾之選擇能力，強化提升醫療品質機制，支付制度朝向鼓勵提供優良醫療服務之方向改革。

(二) 公平：以家戶總所得計收保費，擴大計費基礎，低所得者，可依現行制度獲得就醫保障，另高所得者，則負擔多一點保險費，相同所得的家戶，保費負擔亦相同。

(三) 效率：被保險人類別從6類14目簡化為2類，民眾轉換工作、調整薪資，均不用再辦理轉出、轉入手續。兩會合一，落實收支連動機制。

三、修法草案重點



(一) 組織體制與社會參與：全民健保監理委員會與全民健保醫療費用協定委員會合併為全民健保監理會，統一保險收支事權，強化健保財務收支連動機制；由付費者代表共同決定給付範圍及應負擔之保險費，以計算保險費率。全民健保監理會於審議或協議訂定保險重要事項，得先辦理相關之公民參與活動。

(二) 保費新制：保險所需總經費由政府、雇主及被保險人分擔，其中政府分擔依一定公式成長率計算；雇主依一定公式分擔並與被保險人負擔連動；被保險人依家戶總所得分擔。

(三) 醫療品質與資訊揭露：為確保全民健保醫療品質，明訂保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品

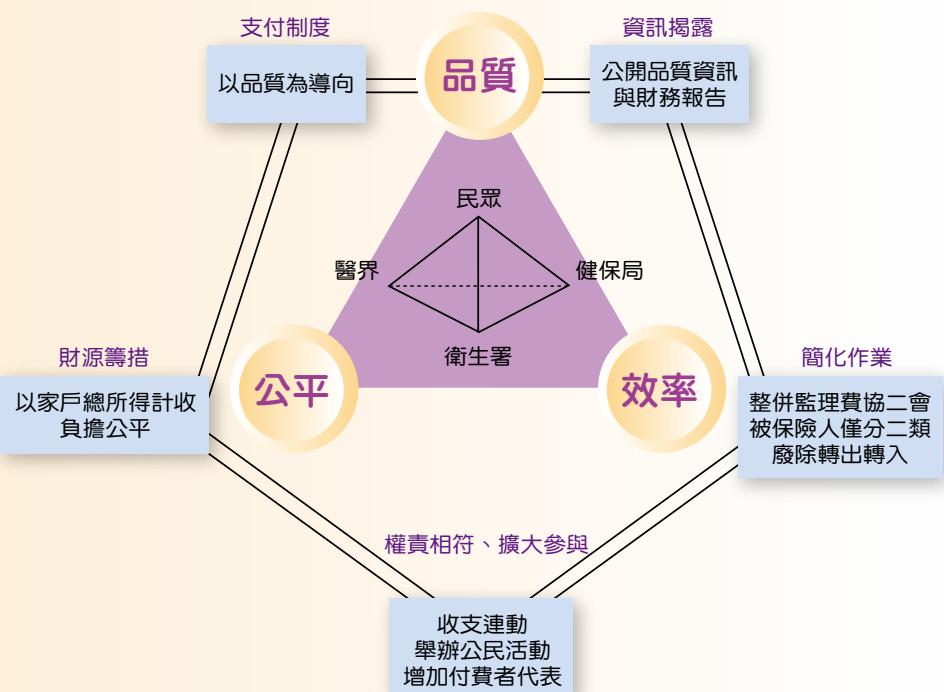
質資訊；強化論品質計酬；建立「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」訂定方式及流程。

(四) 其他：為避免久居海外民眾返國投機就醫之情形，刪除曾有加保紀錄者得即加保之規定。此外，為增加民眾就醫的選擇，訂定差額負擔制度，即被保險人得選用高於同一價格或給付上限之藥物，並應負擔其差額，其實施時間及品項，將送請全民健保監理會討論。

四、修法進度

全民健康保險法修正草案已於民國97年1月25日再次送請行政院審議，並於2月15日送立法院審議。立法院於同年2月29日完成全民健康保險法修正草案一讀程序，交付社會福利及衛生環境委員會審查中。

■ 圖8-1 全民健保改革核心價值



弱勢族群健康照護

第一章 身心障礙者健康照護

第二章 山地離島居民及原住民之健康照護

第三章 特殊健康需求族群及新住民之健康照護

第四章 經濟弱勢者之健康照護



第八篇 弱勢族群健康照護

第一章 身心障礙者健康照護

一、身心障礙者權益保障法，於民國96年7月11日公布，其鑑定標準分為8個身體功能障礙類別，預定於民國101年7月10日施行。為使該法更臻完善，於民國97年及98年分別委託德澤醫療研究基金會及臺北醫學大學，規劃國際健康功能與身心障礙分類系統（International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF）中之身體功能與結構之鑑定標準，截至民國98年底其成效如下：



(一)邀請醫療、物理與職能治療學界、特教、社工、長期照護界等產、官、學界相關專家及身心障礙團體專家，組成跨領域之專業小組，完成活動參與、環境因素鑑定標準制定，建構本土化身心障礙者鑑定標準、身心障礙鑑定流程與鑑定之實務操作手冊。

(二)為協助縣市政府及相關專業人員了解身心障礙鑑定新制的規劃及內容，規劃辦理分區說明會。

二、積極辦理身心障礙者之輔具服務與推廣，並補助各縣（市）設置身心障礙者「醫療復健輔具中心」，以提供輔具之諮詢、評估及個別化設計研發等專業服務為主，提供身心障礙者醫療復健輔助器具服務輸送機制；便於身心障礙者就近得到完整性、多元化專業醫療輔具服務。民國98年補助20家醫療復健輔具中心，並委託中山醫學大學復健醫院辦理「全國性醫療復健輔具研討會暨成果發表會」。

三、積極推動身心障礙者口腔預防保健服務措施，並提供30家身心障礙機構口腔預防保健服務；增加其潔牙技巧及口腔保健知能，改善口腔之健康。此外，亦培訓166名口腔預防保健人員、324名身心障礙者口腔照護指導員、1,129名機構內人員具口腔照護能力。

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，生活條件比一般地區差，醫護人力較為不足，使得偏遠地區居民在就醫資源及健康照護上屬於相對弱勢的族群。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，民國98年補助5家山地及離島地區衛生所（室）重建及20家衛生所室設備及空間修繕，4家山地鄉直昇機停機坪修繕案。衛生所（室）醫療設備221項及資訊設備171項，救護車、巡迴醫療車16輛；另補助平地原住民地區巡迴醫療機車、資訊及醫療相關設備140項，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備。

二、繼續培育地方養成醫事人員

（一）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，目前公費醫師之留任率為72.5%。

（二）為達在地醫療，吸引人才留任，民國98年補助至山地及離島地區設立之醫療機構，共計3家，補助金額合計新臺幣140萬元。

（三）辦理山地鄉衛生所醫師繼續教育訓練，包含急重症訓練、酒癮戒治、物理治療、職能治療及家暴性侵害（復健）等課程。至民國98年止，共計訓練96名醫師，其它醫事人員共計360人。

三、推動部落社區健康營造，成立2個輔導中心，77個健康營造中心；補助40隊「山地及離島地區寒（暑）期大專青年社區部落健康服務營」；委託臺灣原住民醫學會及臺灣身心健康促進學會，協助輔導各部落營造中心及辦理部落社區健康營造觀摩會。

四、推動偏遠部落醫療資訊化，建立共享資訊平臺



（一）建置新竹縣等12個縣34個鄉231個巡迴醫療點，提供「行動門診」送醫療到部落；及完成「母語語音掛號系統」，提供居民便利醫療服務。

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

五、保障山地離島地區居民健康及就醫權利，辦理「山地離島醫療給付效益提升計畫」（IDS）計畫；補助澎湖、金門、連江、臺東縣等縣衛生局辦理遠距醫療會診，共計24個連線點。

六、山地離島緊急醫療後送服務

（一）成立「行政院衛生署空中轉診審核中心」24小時運作，民國98年共接受申請364件，核准331件，核准比例為90.93%。另於山地鄉新設置11點之空中轉診視訊系統，提升山地鄉急重症之處理。



(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，民國98年已後送331名緊急傷病患，並補助2萬4,686名重大傷病患者轉診來臺就醫。

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、於民國97年8月13日公布實施漢生病病患人權保障及補償條例，對因隔離治療政策導致社會排除，身心遭受痛苦之漢生病病患，給與撫慰及補償，並保障其醫療及安養權益，內容包括了回復名譽，追悼亡者，並推動社會教育，以及發放補償金，核撥金額累計7億2,913萬3,329元整。
- 二、成立漢生病病患人權保障及推動小組。
- 三、辦理漢生病院民全人照護，提高服務品質。另為增加漢生病個案就醫便利性，民國98年1月起，新增臺大、馬偕、臺中榮總及成大等4家醫院為漢生病個案確診及治療醫院。
- 四、辦理樂生園區規劃，於民國98年8月14日將樂生院增列為臺灣申請世遺潛力點之一；同年9月7日公告樂生院登錄為「文化景觀」及「歷史建築」。

第二節 罕見疾病防治

- 一、自民國89年施行「罕見疾病防治及藥物法」以來，為全世界繼美國、日本、澳洲與歐盟之後，第5個制訂「罕見疾病」相關法律的國家。該法主要在預防罕見疾病之發生，及早診斷罕見疾病，加強罕見疾病病人之照顧，協助病人取得罕見疾病適用藥物及維持生命所需之特殊營養食品，

並獎勵與保障該藥物及食品之供應、製造與研究發展。

- 二、為提供罕見疾病病人周全的照顧，公告175種罕見疾病、74項罕見疾病藥物及40項維持生命所需之特殊營養食品，並全額補助供應罕見疾病病人維持生命所需之特殊營養食品及緊急用藥，共補助340人。將罕見疾病列入重大傷病範圍，免除病患就醫之部分負擔；提供罕見疾病病人及家屬遺傳診斷及諮詢等相關服務，加強罕見疾病防治相關宣導。
- 三、提供國際醫療合作代行檢驗服務及予以部分補助，共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98年約計補助新臺幣3,200萬餘元；

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，臺灣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，立即引進藥物，免費提供給感染者治療。

一、人權保障方面

- (一) 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」，有效規範對人類免疫缺乏病毒感染者之相關防治作為與維護感染者相關權益。於民國96年7月11日更名為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，以符合人權立國之精神，並切合愛滋病防治之需要。
- (二) 依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，另訂定「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」等子法，以維護感染

者之尊嚴及權益。

(三) 為保障「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」執行人員相關權益，依據前開條例訂定「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，而導致感染人類免疫缺乏病毒者相關補償。

二、健康照護方面

(一) 自民國94年2月5日「後天免疫缺乏症候群防治條例」(現已更名為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」)修訂後，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98年計有1萬3,278人就醫，年度就醫率約達83%。

(二) 為提升愛滋病毒感染者醫療照護，強化感染者之自我健康管理，自民國96年起開辦愛滋病個管師計畫，民國98年共有24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，累計收案管理人數達5,932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，以提升其就醫意願，並加強愛滋個案之接觸者諮詢與檢查追蹤工作。

(四) 補助民間等相關機構(組織)，協助個案收容照顧、就醫安排、緊急安置及管理服務等，民國98年計提供了159位愛滋病患照護及512位個案管理服務工作。

(五) 為強化矯正機關愛滋感染者

諮詢與衛生教育服務，民國98年委託4家民間團體前往矯正機關提供諮詢與衛生教育服務計畫，以強化收容人對愛滋病的認識，藉由適切的諮詢服務，鼓勵個案定期就醫，進而保護自己及保護他人，降低愛滋病毒傳染。

第四節 新住民之健康照護

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，推動各項措施如下：

一、為保障外籍配偶之生育健康，推動外籍配偶建卡管理及生育保健指導，民國98年建卡比率達99.4%以上。另申請內政部外籍配偶照顧輔導基金，補助外籍配偶未設籍前產檢醫療經費，計補助產前檢查1萬2,405人次。並積極推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，計有21縣市、190個衛生所參與。

二、為避免境外移入傳染病，凡合法引進之外籍勞工，均要求檢具健康檢查合格證明，始得申請入國簽證，並於入國工作滿6個月、18個月及30個月之日前後30日內須至指定醫院辦理健康檢查。入國後健康檢



查不合格者，除腸內寄生蟲〈痢疾阿米巴除外〉45日內複檢合格及梅毒30日內完成治療者外，須予以遣返。

- 三、外籍勞工定期健檢（不含入國後3日內之健檢）共31萬2,899人次，不合格率為2.21%，其中以寄生蟲不合格率2.05%為最高，其次為肺結核不合格率0.15%，人類免疫缺乏病毒抗體陽性率則為0.01%。
- 四、領有外僑居留證等在臺長期居留之證明文件者，得依全民健保法相關規定參加全民健保，經繳交保險費並領取健保IC卡後，凡發生疾病、傷害、生育事故，皆可憑卡至特約醫事服務機構，接受必要及完整的醫療服務。
- 五、製作多版語言之衛教宣傳教材，如傳染病防治、慢性病管理、全民健康保險等，並透過相關新住民協助團體傳遞衛教訊息。

第五節 失智失能者社區照護服務

- 一、透過各種照護系統，提供失智失能患者及其家庭照顧者優質的健康和照護服務模式。
- 二、完成5家署立醫院失智失能社區照護服務開辦作業，截至民國98年底，收案數達9,597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、補助油症患者持「油症患者就診卡」就醫之門診部分負擔費用。
- 二、為便利患者就醫，以「健保IC卡註記」替代現行「油症患者就診卡」紙卡；但就不同意註記患者，原就診紙卡仍可繼續使用。
- 三、每年提供油症患者免費健康檢查，並參考國內外研究，檢討健檢項目及健康照護措施。

四、於油症患者分布較多之臺中縣、彰化縣，商請衛生署豐原醫院及彰化基督教醫院，自民國98年12月1日起，開辦「油症特別門診」。

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，衛生署持續於98年推動下列各項協助措施：

- 一、健保費補助。
- 二、保險費協助措施：
- (一) 紓困基金申貸。
 - (二) 辦理分期攤繳保險費。
 - (三) 轉介公益團體（或善心人士）代繳健保費。
 - (四) 經濟弱勢健保欠費協助方案。

三、協助無力繳納保險費者，辦理健保費紓困、分期等措施。

本節詳細內容可參考第七篇「全民健康保險」之第六節「弱勢族群協助」。



國際衛生合作

第一章 加入世界衛生組織

第二章 衛生交流合作

第三章 國際衛生援助

第四章 醫療服務國際化



第九篇 國際衛生合作

推展國際衛生事務，不單是時勢所趨，更是開拓國際空間極重要之舞臺。因此，國際衛生合作交流與援外政策的規劃、推動、協調、資訊的蒐集、國際組織的推動、國際形象的提升、專家的延攬及國際人才的培訓等工作，亦需配合世界潮流，以創意及多元化的方式，發展出多樣性的國際衛生合作模式，並發揮濟弱扶傾的功能，進而達到回饋及貢獻全世界衛生的終極目標。

第一章 加入世界衛生組織

自民國86年推動加入世界衛生組織（World Health Organization, WHO）以來，秉持著「疾病不分國界」的精神，為了全臺灣2千3百多萬人民的健康權益，以專業訴求參與世界衛生組織。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世界衛生組織的必要性，許多主要國家以及主要國際醫事團體均公開支持我國參與世界衛生組織，終於在民國98年5月以觀察員身分出席世界衛生大會。

一、加入世界衛生組織的現況

臺灣尋求參與世界衛生組織截至民國98年止，已長達13個年頭，期間歷經腸病毒與SARS疫情，在衛生事務逐漸跨越國界的趨勢



下，參與世界衛生組織的必要性越來越受重視，且其正當性與受國際社會的支持與日俱增。為此，仍將積極參與各項國際衛生會議與活動，善盡身為世界地球村一員的職責，以爭取世界各國的支持與認同。

- (一) 民國98年4月世界衛生組織幹事長陳馮富珍女士致函邀請，在睽違國際衛生舞臺38年後，首次由葉前署長金川率領專家及官員等人，代表國家前往瑞士日內瓦，參加民國98年5月18日召開之世界衛生大會。
- (二) 於世界衛生大會期間，與美、日、歐盟等國家衛生部長進行會談，參與世界衛生組織相關活動，廣結國際人士，充分顯示WHO及國際社會肯定我國參與全球健康安全體系之必要。未來，將在此利基上，積極爭取進一步擴大參與WHO下之各項會議、機制及活動，共謀人類健康福祉之提升。
- (三) 民國98年1月13日，正式獲得WHO邀請成為國際衛生條例（International Health Regulations, IHR）實施者之一員。衛生署疾病管制局即與世界衛生組織國際衛生條例（IHR）建立聯繫窗口聯繫，並在新型流感（H1N1）疫情爆發期間，透過IHR通報機制，得以即時獲得全球各地疫情、病例流向、監控情形等項資訊，取得疫苗之病毒株、瞭解世界衛生組織的措施與策略，讓我們在此波大流行中，不致陷入以往資訊欠缺的困境，並和世界各國共同合作，使全球之疫情早日獲得有效控制，保障臺灣及全球人類的生命安全。
- (四) 在取得病毒株及疫苗珠後，成功研製國產新型流感（H1N1）疫苗，並已儲備相關防疫醫療物資，以因應可能爆發的疫情，如果臺灣疫情穩定，且於疫苗供

應無虞的狀況下，如果其他國家新型流感疫情嚴重，臺灣願意捐贈自製新型流感疫苗給需要幫助的國家，充分展現我與世界各國共同合作抵禦傳染病入侵的意願，及積極貢獻予國際醫療衛生事務的熱誠。

第二章 衛生交流合作

為加強與友好國家之間的醫療合作，協助友邦提升醫療衛生水準，善盡我作為國際社會成員之責任，爭取國際間對我國的瞭解與重視。並運用各類國際組織，將衛生醫療援助及與各國的實質交流訴諸國際媒體，強化國際的能見度。

第一節 參與或舉辦國際會議、研討會及諮詢會議

一、國際會議

- (一) 參與西元2009年APEC衛生工作小組會議，我國並獲得民國100年至101年副主席優先權及提案「遠距照護創新服務研討會」。
- (二) 參加於杜拜舉辦之「2009年杜拜國際人道救援與重建會議暨展覽會（2009 DIHAD）」。
- (三) 參與「2009年OECD論壇」，並拜會OECD就業勞工暨社會事務委員會重要主管及計畫專案人員，加強與OECD之交流。另亦參加韓國「Technical Workshop and the 5th Asian-Pacific Regional Experts Meeting on Health Accounts」OECD專家研討會議，並分享我國健康帳戶之資料整理與運用。
- (四) 舉辦西元2009年國際工作營（Workshop on Public Health: Health, Policy, Legal Issues and Trade），就國際貿易涉醫療衛生之相關議題進行討

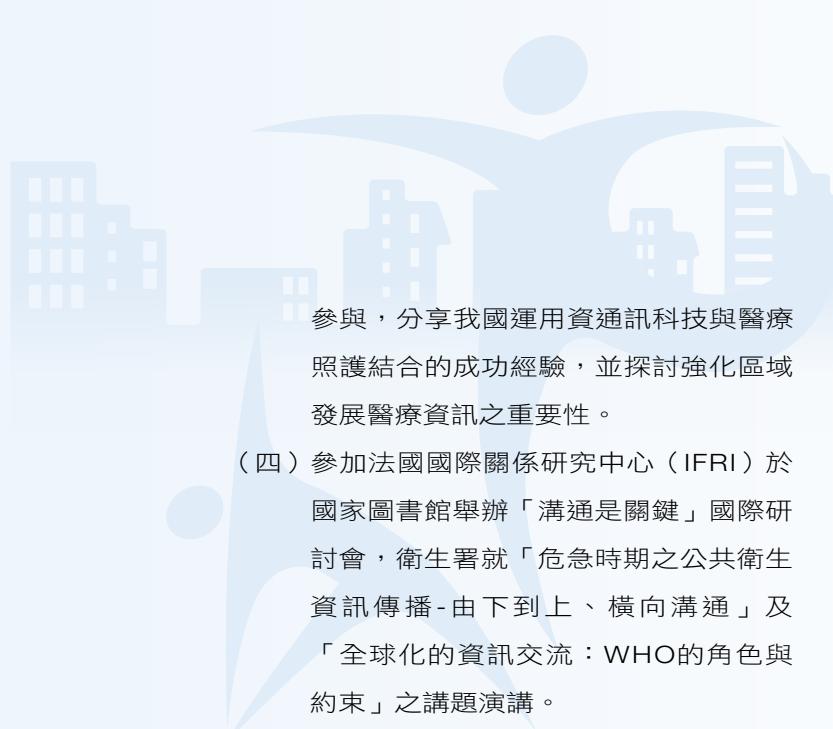
論，有效提升專業知能與國際視野，且作為日後處理實際事務之跨領域之整合性思考。

- (五) 與International Forum Gastein合作籌辦於奧地利舉辦之2009年「第12屆歐洲加斯坦論壇」，會中分別以「Public strategies for coping with economic downturn」、「Where are the safety nets for health finance in crisis? Experiences in Taiwan and Asia」為題發表演講，並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。
- (六) 參加美國2009年公共衛生協會年會，張上淳副署長受邀出席，並擔任大會中平行論壇「Coping with Tough Health Service Issues」之主持人。
- (七) 舉辦2009年第5屆全球衛生領袖論壇，以「全球衛生之預防與創新」為主軸，就「健康生活型態」、「預防醫學」與「醫療照護之創新觀點」進行討論，計約35國，200多位來賓參加。

二、研討會

- (一) 舉辦「愛無界線－國際援助資源之整合、合作與展望」研討會，以宣傳臺灣國際醫衛行動團隊國際合作、和平與全球永續發展之宗旨，並促進與國際組織及國內NGO之交流。會中並與亞洲醫師協會簽訂雙邊合作備忘錄。
- (二) 舉辦「由World Health Report看我國對WHO的可能貢獻」、「由第62屆WHA看我國未來參與全球衛生之展望」及「臺灣非政府組織參與世界衛生組織及國際衛生網絡」等座談會。
- (三) 舉辦「APEC遠距照護創新服務研討會」，計有美國、加拿大、韓國、澳洲、中國、泰國、俄羅斯等12個會員體





參與，分享我國運用資訊科技與醫療照護結合的成功經驗，並探討強化區域發展醫療資訊之重要性。

- (四) 參加法國國際關係研究中心（IFRI）於國家圖書館舉辦「溝通是關鍵」國際研討會，衛生署就「危急時期之公共衛生資訊傳播-由下到上、橫向溝通」及「全球化的資訊交流：WHO的角色與約束」之講題演講。
- (五) 舉辦「2009國際中醫藥輔助醫學學術研討會」、「2009海峽兩岸醫院管理與中西醫結合發展現況研討會」、「2009國際睡眠障礙學術研討會」、「2009前瞻性生物醫學暨科學新知研討會」、「2009兩岸三地中西醫實證醫學學術研討會」、「2009年國際精神醫學論壇」及「亞洲針灸高峰論壇暨國際學術大會」等國際研討會，藉由中西醫學交流討論，促進中醫藥國際交流。
- (六) 民國98年7月22至23日邀請美國疾病管制局（CDC）/慢性病預防及健康促進中心副主任Dr. David V. McQueen，及該中心生育健康部門副主任Dr. Howard I. Goldberg、美國奧瑞岡州立大學紀駿輝副教授及臺大公共衛生學院江東亮院長，針對健康促進的評價、衛生政策優先性設定、弭平健康的不平等以及婦幼衛生工作的挑戰等議題進行專題演講，並於圓桌會議及工作坊深入討論，經驗分享。
- (七) 與臺灣大學法律學院亞洲WTO暨國際衛生法與政策研究中心於民國98年8月28~29日，舉辦「2009年菸草控制框架公約國際研討會」，分享推動菸害防制工作經驗與促進國際交流互動。
- (八) 於民國98年9月19日至20日辦理「2009國際癌症登記研討會」，邀請13位來自

英國、美國、挪威、巴西、日本、韓國及泰國等國外專家擔任講座。除了分享各國癌症登記業務推動經驗外，同時也期盼在癌症登記的領域內能建立後續合作機會，並進一步促成亞太地區癌症登記聯盟之形成。

三、諮詢會議

- (一) 出席日本東京舉行之「第34屆臺日經濟貿易會議」，就食品安全、藥政等10項議題進行討論。
- (二) 參與第21屆臺歐盟諮詢會議，提出「協助臺灣實質參與『世界衛生組織（WHO）』全球衛生機制」討論案，促請歐方繼續協助我實質參與WHO。

第二節 交流合作

- 一、辦理「98年度友邦國家貝里斯醫療合作計畫」、「98年度推動西非地區醫療衛生合作計畫」，並協助培訓當地醫療人員，並與衛生署醫療器材援助平臺計畫合作，捐贈汰舊堪用醫療器材。
- 二、辦理「推展非洲地區國家衛生合作計畫」，於肯亞舉辦「緊急災難應變指揮官訓練營」；坦尚尼亞桑吉巴市舉辦「南部非洲開發共同體愛滋病患跨境就醫區域論壇會議（2009 SADC Regional Forum for HIV Cross Border Patient Challenges）」。
- 三、分別於駐馬紹爾群島共和國及駐索羅門群島辦理臺灣衛生中心計畫，執行各項公共衛生計畫與衛生教育推廣等活動，藉此促進與馬紹爾群島共和國及索羅門群島之友好關係。
- 四、辦理與以色列官員之雙邊會談，簽定交流合作協定，落實「臺以醫療衛生合作協定」之執行，並強化與以色列之衛生醫療合

作交流，建置臺以長期合作交流機制。

五、民國98年8月28日，日本國際緊急援助隊專家小組等人，來臺援助我莫拉克風災。該小組並簡報援助我風災之過程與心得，針對災區衛生防疫問題提供建議並進行意見交流。另與日本分別進行「臺日技術交流計畫」及「臺日技術合作計畫」

六、因應兩岸交流日益頻繁，於民國98年2月27日成立「行政院衛生署大陸事務小組」；另於同年8月13日，成立「行政院衛生署大陸事務辦公室」，建立與大陸衛生部對等之聯繫管道。

七、鼓勵民間團體積極參與國際衛生交流，補助屏東基督教醫院辦理「馬拉威北部7家愛滋病醫療院所電子資訊系統維護及教育訓練計劃」、義大利臺灣協會舉辦「第6屆紀念歐巴尼醫師學術研討會」、「第24屆國際阿茲海默症協會會員國大會及國際失智症研討會」、「2009與菲律賓國家締結姊妹醫院」、「臺越國際醫療交流合作」及「蒙古科布多省及首都烏蘭巴托市口腔醫療保健合作」等。

第三節 教育訓練

一、於駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心，舉辦學齡兒童口腔保健衛教計畫、糖尿病預防篩檢及健康促進活動、烹飪教學及協助聯繫友邦專業醫療人員培訓計畫等。

二、於駐索羅門群島臺灣衛生中心，提供一般健康檢查醫療服務與衛教宣導活動，舉辦糖尿病、高血壓及痛風防治衛生教育演講，同時為當地民眾進行寄生蟲篩檢、治療計畫及防治教育宣導服務。

三、辦理臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計



畫，推動醫療國際化，加強與友邦國家醫療專業人員交流；建立臺灣長期與國際醫療衛生交流合作機制。

第三章 國際衛生援助

面對全球化的潮流，並因應健康無上限、疫病無國界的新時代挑戰，我國致力於國際衛生合作計畫與援助，以達成臺灣向世界叩門，促使國際社會深刻地認識及瞭解臺灣，期能逐步地拓展我國的衛生外交。

第一節 醫療救援

一、民國98年5月辛巴威爆發霍亂疫情，臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）與臺灣世界展望會簽署醫療物資運送合作備忘錄，捐贈價值約2萬美元之霍亂藥品予辛國，以協助其紓解嚴峻之公衛急難。

二、民國98年10月菲律賓遭受颱風「凱莎娜」之侵襲，臺灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）派遣由醫師及護理師所組成之6人醫療隊，攜帶TaiwanIHA標準救援風災及水災之醫藥套組，赴菲國提供醫療援助服務。



第二節 醫療協助

- 一、98年度委由國立臺灣大學附設醫院辦理醫療器材援助平臺計畫（GMISS），共有37家醫療院所及醫療器材廠商捐贈648件醫療器材，完成9個國家11件捐贈案。
- 二、辦理國際援外捐贈計畫，如「蒙古東部醫療中心蘇赫巴托省立醫院電腦斷層掃描儀」、「索羅門群島中央醫院檢驗室檢驗儀器」、「聖多美普林西比民主共和國中央醫院改善醫療及病房設備」、「肯亞Kisumu地區省立醫院血液透析儀及其相關設備」、「史瓦濟蘭購置WHO出版之Blue Trunk Library 與超低溫冰箱設備」及「布吉納法索醫療檢驗器材設備」。

第四章 醫療服務國際化

為因應各國民眾或保險公司尋求較低成本及較高品質醫療，跨國、跨境就醫之風潮，進而帶動醫療產業全球化之趨勢；而如何運用我國具高品質醫療服務、高科技及成本效率之特色，發展國際醫療，將創造下一波產業契機，促進民間投資醫療相關產業，提升國家競爭力，將成為下一波產業發展。

目前所推動之國際醫療、觀光醫療相關計畫，皆在以不影響國人就醫權益之基礎下進行，且就目前國際人士與大陸地區之人民來臺就醫數量，亦均於現有醫療資源可容納範圍內，未來，仍將以國人就醫權益及服務為優先，適當監控國際及大陸地區人民來臺就醫人數，適時調整其許可量。推動醫療服務國際化及強化我國醫療服務品牌，方能開拓通路

及聯結相關資源，以5個面向進行推動策略規劃：

- 一、國際行銷：以強化臺灣國際形象，建立整體醫療知名度，積極開拓海外僑胞與大陸地區市場並進行服務模式推廣，開發合作通路。
- 二、醫療服務品質：將持續進行品質監控與改善，提升整體醫療形象，並務求衡平醫療產業發展與社會公平性。
- 三、觀光資源整合：加強旅遊觀光業與醫療產業之策略合作，提升醫療服務聯結之附加價值，並強化觀光基礎建設及資訊服務，提高旅遊品質。
- 四、政策配搭：便捷海外人士入境程序，以提高其來臺就醫之意願，相關法令限制持續檢討與鬆綁，以利營造產業環境。
- 五、異業結盟：尋求與觀光旅遊業者、飯店業者、航空業者、海內外保險業者建立異業合作模式，延長醫療服務價值鏈及其附加價值，提供完整服務，並建構產業化營運模式。



衛生科技研究

第一章 優先推動計畫

第二章 一般計畫

第三章 國家型科技計畫

第四章 國家衛生研究院科技計畫



第十篇 衛生科技研究

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，進而提升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。

民國98年衛生署共投入5,750人，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」；投入之科技研究預算共約50.89億元，較民國97年度的47.09億元增加約8%，如圖10-1。

第一章 優先推動計畫

一、物質成癮整合型計畫

- (一) 新興濫用藥物鑑定：以質譜技術建立安非他命類新興濫用藥物之鑑定。
- (二) 完成「發展之青少年藥物濫用防制衛教

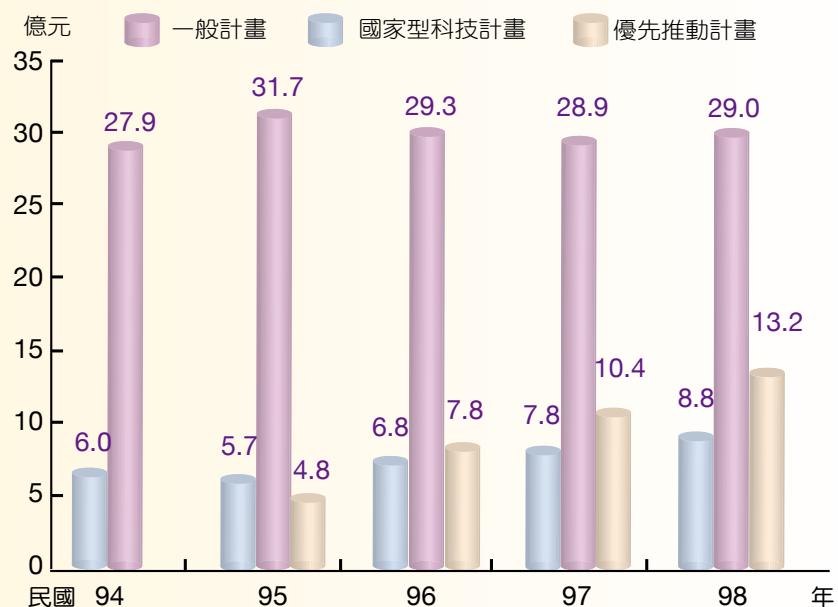
媒體」、「國中七大學習領域預防藥物濫用多媒體主題統整教材七式及教案」、「嗑啼貓多媒體衛教教材」等相關教材/手冊，並建置「藥物濫用預防學習網」（網址：<http://vlab.tmu.edu.tw/VDASS2009>），提供有關藥物濫用預防政策或教育教學輔導之參考。

(三) 國衛院與臺灣成癮科學學會規劃為期3年（含1年臨床和兩年研究）的人才訓練課程，提升我國成癮治療率及研究品質。

二、食品安全與營養科技計畫

- (一) 完成市售農產品農藥殘留檢驗、食品中殘留動物用藥、基改食品標示、素食攜動物性成分、花生製品之黃麴毒素、嬰兒奶粉、乳製品、蛋製品、糖果類及巧克力類重金屬含量等248項品質調查；持續建置加工食品追溯系統10品項。
- (二) 完成國民飲食指標及每日飲食指南草案、成人之維生素B1與維生素B2營養

■ 圖10-1 科技研究經費分配情形



狀況。

(三) 參考各國食物中反式脂肪酸含量及丙烯醯胺含量調查研究資料，作為訂定相關法規標準之參考依據。

三、生醫科技島計畫

(一) 建立卓越臨床試驗與研究體系

- 臺大醫院「國家級卓越臨床試驗與研究中心」與國際知名藥廠GSK、Novartis及Boehringer Ingelheim及Pfizer合作設立臨床研發中心；另成大醫院、國防醫學院及萬芳醫院3家具區域特色的腫瘤、癌症、中風與腦外傷等專科卓越臨床試驗與研究中心，與澳洲雪梨、美國UCSD、密西根、Mayo Clinic及Ohio State等知名大學及韓國Catholic Medical Center合作進行子宮頸癌、肝癌、乳癌、牙科等臨床試驗與研究。
- 完成14件醫療器材臨床試驗案評估；並協助生技醫藥廠商解決法規疑難。

(二) 建置臺灣生物資料庫先期規劃

由中央研究院生物醫學所組成研究團隊，完成「人體生物資料庫管理條例」草案，並於民國99年2月3日由總統公告。對於人體生物資料庫的管理，將具有法源依據，並期能在推動基因生物醫學研究與維護受試者權益取得最佳之平衡點。

四、RFID在健康與醫療應用先導計畫

針對住院病人的辨識、照護作業流程、用藥安全及貴重醫療儀器之管控，由衛生署署立臺中醫院運用無線射頻辨識（Radio Frequency Identification, RFID）技術所開發之系統進行試辦推廣，計導入13個病房（500床）使用，病房病人給藥異常率維持民國97年水準，皆較民國96年下降70%；藥劑科核藥人力時間成本共節省50%（以500床為基

準）。

五、結核病防治整合型計畫

(一) 結核病檢驗技術研究，完成專利申請（名稱：「結核病檢測裝置」），另建立多重與超級抗藥性結核病實驗室檢驗與監測系統，證明分子技術可協助特殊結核病個案判定，臨床檢體快速鑑定及抗藥性同步檢驗，3-7天可發出結果報告。

(二) 結核病防治研究發現，新入監收容人若 $BMI < 20$ ，則3個月內發病風險約為 $BMI \geq 20$ 之13倍之多，建議應提供此類收容人外科口罩，並應密切觀察其相關發病症狀，儘速安排驗痰或安排胸部X光片檢查。

六、慢性腎臟病防治計畫

建構國家級監測系統，整合現有腎臟病資料庫；辦理全民健保給付制度下之照護品質研究，提出包括減少進入透析的人口可以節省可觀醫療費用、照護慢性腎臟病患使其延緩或避免進入透析、促進腎臟移植推廣等政策建議。

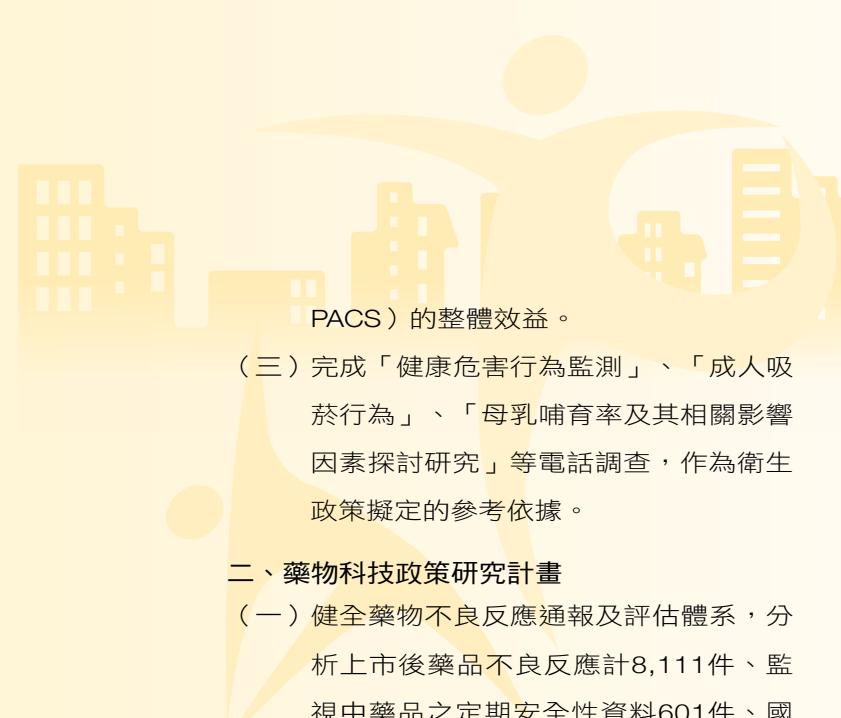
第二章 一般計畫

一、醫衛科技政策研究計畫

(一) 推動「長期照顧管理中心服務品質相關之實施研究」計畫，於各縣市設立長期照顧管理中心，提供失能民眾多元服務，落實「在地化」的精神，作為未來發展長期照護服務輸送體系之參考。

(二) 發展「跨區域整合性醫療影像服務體系及共用醫療資訊系統更新計畫」，利用檢核表來評估山地離島醫療資訊系統（Hospital Information System, HIS）及影像擷取與傳輸系統（Picture Archiving and Communication System,





PACS) 的整體效益。

(三) 完成「健康危害行為監測」、「成人吸菸行為」、「母乳哺育率及其相關影響因素探討研究」等電話調查，作為衛生政策擬定的參考依據。

二、藥物科技政策研究計畫

(一) 健全藥物不良反應通報及評估體系，分析上市後藥品不良反應計8,111件、監視中藥品之定期安全性資料601件、國內未上市藥品之臨床試驗計畫中不良事件1,592件、醫療器材不良反應23件與不良事件43件，並評估監視期滿藥品27品項等，確保民眾用藥安全。

(二) 利用民間實驗室資源協助進行品質監測，提升檢驗能量及時效，共計7家實驗室通過藥物化粧品實驗室評鑑認可，確實掌握各項產品生產時之品質狀況與市面使用情形，確保民眾健康安全。

(三) 中草藥研究，發現天然植物阿魏的萃取成分sesquiterpenes具抗A型流行性感冒病毒(H1N1)之抗病毒活性成分，其抑制病毒效果甚至優於抗病毒處方藥amantadine。此成果已發表於國際權威期刊Journal of Natural Products，亦受世界衛生組織(WHO)關注，民國98年9月更獲洛杉磯時報專文報導。

(四) 進行傳統方劑抗病毒研究，發現三黃瀉心湯及組成藥物黃蓮和黃連所含黃蓮鹼對A型流行性感冒病毒(H1N1)具有良好的抑制作用，減少病毒對宿主細胞的損傷，可積極開發為抗A型流感病毒治療藥物。

(五) 進行蚤休抗腸病毒活性及其免疫調節機制之研究，發現蚤休對腸病毒71型及克沙奇B3型均顯示出良好之對抗活性。

(六) 完成九層塔、千年健等80種中藥藥材，及金線蓮、倒地蜈蚣等40種臺灣本產藥

材之抽提物5項試驗之檢測，將供增修臺灣傳統藥典參考。

第三章 國家型科技計畫

一、基因體醫學國家型科技計畫—醫藥衛生健康服務應用研究

(一) 發現抑癌基因p53影響癌細胞轉移的新機制，極可能是肺癌化及轉移之主要機制，也是治療肺癌的重要標的；已發表在頂尖國際期刊Nature Cell Biology (影響係數 17.776)。

(二) 針對現今抗癌藥物的開發與標靶治療的研究常有專一性的問題，經由對癌細胞表面專一表現的ATP合成酶進行抑制，或採用VISA (VP16-Ga14-WPRE integrated systemic amplifier) 系統，將攜帶的基因選擇性的表現於肺癌細胞上、而不表現於正常細胞內，可僅殺死癌細胞卻不影響正常細胞的生長，為一治療新途徑。

(三) 分析中藥對癌症之效用，減低癌症治療之副作用為目標，完成建立抗肺腺癌中藥篩選平臺；選用連翹、薄荷、桑葉等10種臺灣本土中草藥植物水萃取物。發現部分藥物可以抑制肺腺癌的主要癌化機轉基因，未來可進行動物癌細胞實驗，證實其功效。

(四) 完成活體中藥免疫調控動物模型及高通量基因晶片篩選系統，歸納出具調節免疫、治療肝病之中藥，並提供中藥調節免疫機轉的基礎，對於開發植物新藥或新用途將有所助益。

(五) 進行中醫藥與感染症疾病之基因研究，包括防治敗血症之中藥研究、抗單純皰疹病毒之魚腥草活性物之機制探討、茄科植物中具抗肝炎病毒及幽門螺旋桿菌

天然物之分子機制探討，可應用於開發中藥新藥或保健食品、新的肝炎病毒治療及防治之藥物。

二、生技製藥國家型科技計畫—臨床試驗與轉譯醫學計畫

- (一) 「子宮內膜異位症」血清診斷試劑開發，研究發現：可篩選與子宮內膜異位症高度相關之數項蛋白質之醣質結構進行抗原/抗體設計，此一成果已獲得我國專利，將有助於子宮內膜異位症血清診斷試劑之開發。
- (二) 進行「重組BCG減毒疫苗株」於膀胱癌免疫治療之開發研究，證實低劑量且高抗原性效果上具有較佳療效。此一成果已獲得美國專利，未來也將持續完成重組卡介苗在腫瘤疫苗之開發。

三、奈米國家型科技計畫—奈米在生醫之應用與法規管理

- (一) 完成奈米食品知識網及QA問答集網路版 (<http://140.112.89.45/nanofood/>)，可供民眾瞭解國內外奈米食品相關之資訊、管理規範、安全性與健康風險等資訊。

(二) 推動中草藥奈米相關研究

1. 完成黃連及小檗鹼奈米微脂體的抗人類肝癌細胞作用之分析與細胞凋亡機制之探討；結果顯示藥物對肝癌 (HepG2) 的抑制能力為：小檗鹼奈米微脂體 > 黃連奈米微脂體 > 黃連萃取液 > 小檗鹼水溶液。
2. 完成建置奈米化藥物、中藥、化妝品及食品之科技管理及法規人才養成計畫，舉辦5場奈米研習會。

四、網路通訊國家型科技計畫—電磁場健康效應流行病學研究

利用全國各鄉鎮基地臺數目資料及健保就醫資料檔，進行15歲以下孩童之電磁場暴露分

析研究。結果發現：行動電話基地臺（與無線廣播、電視發射站）數目改變率和兒童各疾病住院率趨勢之間並無顯著相關；僅發現不同的行動電話基地臺改變率和發生先天性畸形及源於周產期（新生兒破傷風除外）疾病住院之年代趨勢有關，此一結果是否真正為因果關係或隨機發現，仍需進一步討論。

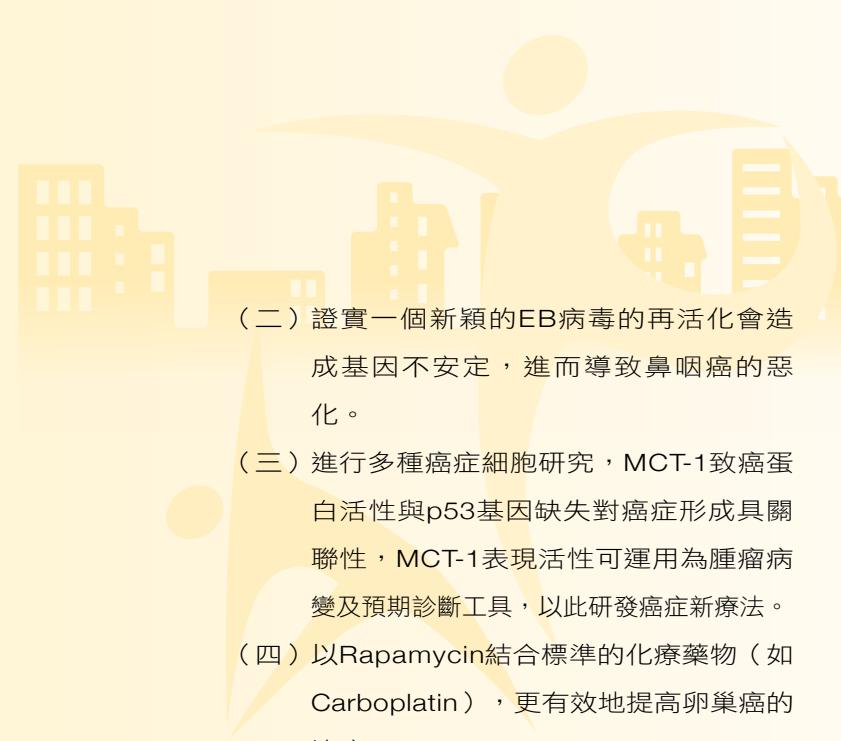
第四章 國家衛生研究院科技計畫

配合行政院科技發展目標，促進全民健康，進行醫藥衛生、醫療科技與藥物研究，開發生物製劑與醫學工程等生技產品與技術，提供生物醫學研究資源與服務，增進學術交流與合作，提出實證衛生政策建言。民國98年重要研究成果如下：

一、癌症轉譯醫學研究

- (一) 於成大醫院臨床試驗中心成立「前期臨床試驗中心」，專責於抗癌新藥的第一、二期臨床研究，加強癌症新藥與新療法的開發，提升癌症患者的照護品質。



- 
- (二) 證實一個新穎的EB病毒的再活化會造成基因不安定，進而導致鼻咽癌的惡化。
 - (三) 進行多種癌症細胞研究，MCT-1致癌蛋白活性與p53基因缺失對癌症形成具關聯性，MCT-1表現活性可運用為腫瘤病變及預期診斷工具，以此研發癌症新療法。
 - (四) 以Rapamycin結合標準的化療藥物（如Carboplatin），更有效地提高卵巢癌的治療。

二、新藥研發

- (一) 抗癌藥物研發：以北極光磷酸激酶（Aurora A & B kinases）與上皮生長因子受器激酶（EGFR）抑制劑為分子標靶，找到數類具潛力之抗癌標靶藥物先導化合物。
- (二) 抗新陳代謝疾病藥物研發：進行抗糖尿病候選藥物DBPR108之臨床前試驗，此候選藥物極具發展潛力，預期可順利推展進入人體臨床一期試驗。
- (三) 抗病毒藥物研發：已篩選出具發展潛力的抗C型肝炎口服先導化合物，成功證實此類化合物具有明顯的抗C型肝炎病毒活性。

三、分子醫學研究

- (一) 證明人類第4號染色體中，Cisd2遺傳基因決定人類早衰、老化及調控哺乳動物的壽命長短，有助於找尋有助於抗老化與延長壽命的治療方法。
- (二) 研究發現一個新型跳躍基因ISCR1可能參與了蔥蘋類藥物抗性基因在細菌之間的傳播，支持了此種基因的分子重組模型。
- (三) 於清華大學成立斑馬魚核心設施，將運用於藥物篩選、毒物學、發育與遺傳生物學、疾病與癌症研究之轉殖與突變動物模式研究，與其他方法學可作系統性

整合。

- (四) 抽菸與DNA修補基因-hOGG1有交互作用，抽菸史達到40包/年以上者，若屬於Cys/Cys基因型，則發生肺癌的危險性，是Ser/Ser基因型者的3.6倍。

四、感染症轉譯醫學研究

- (一) 組成「A/H1N1新型流感緊急應變小組」，並出版「認識H1N1及H5N1新型流感」中文書，提供第一線醫護人員及民眾參考。
- (二) 民國98年國衛院與疾病管制局、成功大學共同合作「越南感染症國際合作計畫」，協助越南胡志明市建立第一兒童醫院完成病毒培養實驗室。
- (三) 研究發現對廣效性乙醯胺具抗藥性之克雷白氏肺炎桿菌（*Klebsiella pneumoniae*）會同時對beta-lactam和aminoglycoside兩類抗生素具有抗藥性，此為臺灣及全球性感染症控制上的重要問題，建議醫護人員應高度重視。

五、生物資訊與遺傳研究

- (一) 以民國90年國民健康訪問調查（NHIS）及91年三高調查的串連資料檔進行分析，發現體位測量值與代謝異常疾病的關係會依共病狀況、性別、年齡及抽菸狀況而有不同；其中，腰臀比是最佳的糖尿病預測指標，尤其是45-64歲年齡組。
- (二) 建置網路工具ATIVS（analytical tool for influenza virus surveillance）便於分析流感病毒A/H3N2的序列資料以及血清學資料，也建立antigenic maps，以提供流感病毒監測的有利工具。
- (三) 提出貝式二層次混合S-I-R計數過程模式（Bayesian two level mixing susceptible-infective-removed counting process model），並分析民國92年臺

灣SARS流行期之資料，發現家戶內之傳染率隨時間而降低。

六、精神與成癮醫學研究

- (一) 分析臺灣地區全民健康保險資料庫，發現接受治療的自閉症及其他發展障礙患者逐年增加，年齡也越來越早，並有顯著的城鄉差異及醫療服務不平等的現象。
- (二) 分析CYP2C19基因多型性以基因劑型統計模式，可用來預測抗憂鬱劑escitalopram (ECIT) 在血中的濃度，此藥劑在代謝緩慢者血中濃度約為快速代謝者的1倍。
- (三) 開發出LC-PDA檢測方法，可直接檢測血漿裡美沙冬對掌異構物及其對掌代謝物的濃度，不需用到其R型及S型對掌異構物標準品。

七、老化症候群之轉譯醫學研究

- (一) 由病例對照研究方式，探討老年人罹患髖骨骨折的重要風險因子，發現女性若有牛奶攝取量較低、肺尖峰流速較低、手握力強度較差及骨質密度低者，較容易發生髖骨骨折；而男性中認知功能較差與低骨質密度者，發生髖骨骨折機率較高。
- (二) 評估臺北地區老人周全性營養，發現老年組低膽固醇 (≤ 160 mg/dl) 的盛行率大於成人組，老年組血中鉻、銅及硒平均值較成人組低，其他如維他命B12、鐵與鋅等微量元素老年組及成人組並無不同。
- (三) 探討老化過程在退化性關節炎疾病機轉中扮演之角色，發現高度糖基化終產物 (AGEs) 會引發關節軟骨細胞產生COX-2-PGE2與iNOSNO，進而引發軟骨基質喪失，顯示AGEs可作為預防及治療上之重要標的物。



(四) 探討老化及AGEs抑制脂肪細胞分化之機轉，初步發現AGEs會抑制轉錄因子，進而抑制3T3-L1小鼠的前脂肪細胞分化；另一新基因（暫名為REA）可增 加轉錄因子在細胞的表達，促進3T3-L1細胞分化為脂肪細胞。

八、環境衛生與職業醫學研究

- (一) 基因多型性可影響人體對砷的代謝能力，但不直接影響砷對血管壁細胞的毒性。
- (二) 氧化鋅具誘發血管內皮細胞沾黏分子 (VCAM-1) 的能力，而亞砷酸鹽 (arsenite) 則無；氧化鋅暴露會導致氧化型麩胱甘肽 (GSSG) 增加，並不會造成麩胱甘肽 (glutathione, GSH) 總量增加，而arsenite則會誘發兩者的增加。

- (三) 在高砷暴露區之抽菸者的肺癌發生率較高，證實砷會經由活性氧化物 (ROS) 與活化AhR binding domain (DRE) 來刺激與活化CYP1A1基因表現與活性。
- (四) 隨著氯化鎳濃度增加，PD-L1 mRNA之表現量亦有增加的趨勢；鎳誘發肺癌細胞株之PD-L1表現可能因而造成HPV持續性的感染，進而引起HPV相關之肺癌形成。
- (五) 二手菸之側流煙煙霧粒子具類雌激素效應，煙霧粒子於雌激素受體ER α 呈加成作用 (additive effect)。
- (六) 血中鉻顯著影響血中紅血球因子並和腎功能有關；血中鉛和心血管疾病相關因子成顯著關係且血中鉛濃度和尿中8-OhdG成顯著正相關。
- (七) 完成砷暴露造成之終生總致癌風險計算，建議尿中砷應低於35 μ g/L才能達到可接受之終生致癌風險。

九、生醫科技產業發展

- (一) 以熱敏感性幾丁聚醣/甘油磷酸鹽 (chitosan/ β -GP) 水膠為細胞載體，將椎間盤細胞注射到退化之髓核位置進行修復，不僅可降低須經手術置換人工髓核的臨床風險，並有助於椎間盤細胞的再生與髓核之重建。
- (二) 成功開發出高階醫療器材/設備之子宮肌瘤熱治療專用之核磁共振影像導引高強度聚焦超音波系統，可精準地執行腫瘤定位、治療中之即時監控、超音波熱/焦點之移動與治療成果之評估等項目，以達成非侵入式子宮肌瘤熱治療之目的。
- (三) 研發血管細胞共培養血液動力系統，首次闡明高血流剪力影響血管平滑肌細胞型態表現，進而提供維持血管恆定保護作用的分子機制，對於抗動脈硬化新型

療法的研發具突破性之發展。

- (四) 以肝癌Pringle Surgery手術為治療基礎，設計輔助癌症奈米療法之互動式缺血性缺氧控制系統，以定義對正常肝細胞傷害最小，對肝腫瘤具最大殺除效果之手術條件，配合多孔性奈米矽球之癌症奈米療法，可增加肝癌治療的成功率。
- (五) 研究發現機械拉伸力可刺激骨保護素 (osteoprotegerin) 基因生成，並利用non-canonical Wnt signaling訊息傳遞機制可增加骨保護素的表現；此發現對老化相關疾病（例如骨質疏鬆症）提供新的治療與研究方向。

十、心血管轉譯醫學研究

- (一) 人類胎盤多分化性細胞 (PDMCs) 對自然殺手細胞 (NK) 的細胞毒性具有抑制效果；PDMCs分離技術及其製備方法已獲臺灣及美國的專利，極具發展潛力及國際競爭力。
- (二) 成人毛囊幹細胞研究探討毛囊週期中TGF- β 3及Notch訊息傳遞所扮演的角色。



色，發現Notch訊號去活化的毛囊會產生發育缺陷且會轉化成不正常的表皮粉瘤，將有助於瞭解落髮的失調狀況及表皮創傷後的療癒過程。

- (三) 以大老鼠中風模式探討PPAR對於中風的療效，發現治療糖尿病的藥物梵帝雅錠（Rosiglitazone）可控制中風，減少中風大老鼠腦部細胞凋亡。
- (四) 進行給予高血脂高膽固醇食物在基因剔除鼠（knockout mice）試驗，得知CRP2與心血管疾病有密切關係，因其所引起粥狀斑塊較大、嚴重且複雜。

十一、免疫醫學應用研發

- (一) 以組織培養、基因轉殖及RNA干擾方法，發現GLK激酶（MAP4K3）可正向調控T細胞之活化，並進一步以小鼠模型證實其於活體內之功能。
- (二) 藉由JKAP磷酸酶（DUSP22）剔除小鼠發現其可調控區域黏著蛋白酶（FAK）之活化，進而影響肺癌細胞之移動。
- (三) 完成以無血清細胞培養方式產製H5N1新型流感疫苗之製程條件最適化、製備疫苗所需的細胞種庫與病毒種庫之安全性檢測、臨床前動物毒理試驗與異常性測試等項目，並開始執行第一期人體臨床試驗。此為第一個由國人成功從研發至人體臨床試驗所製備的疫苗，為臺灣生技史上的一個重要里程碑。
- (四) 腸病毒71型疫苗之研發與自製：完成細胞種庫之安全性檢測，及臨床前與臨床試驗用疫苗之製備、品管檢測、動物免疫測試與異常性試驗等，自行研發的疫苗產品規格，皆符合國際藥典之安全性規範。
- (五) B群腦膜炎球菌重組次單元疫苗研發，已開發出Ag473新表面抗原重組脂化蛋白質，可增強其他抗原的免疫原性，效



用範圍更可擴及到其他血清型腦膜炎，目前已有多家國際疫苗大廠洽詢合作之可行性，將積極促成產研界合作進行產品開發。

十二、奈米醫學研究

- (一) 進行細胞及活體動物毒理、基因體學、奈米安全性及藥物動力學等研究，顯示半導體奈米晶體（俗稱量子點QDs）在人體上的應用需要進一步審慎評估。
- (二) 運用多功能性中孔洞奈米矽球表面積極高的特性，以提高光敏劑量的單位濃度，並利用容易被細胞所吞噬的特性，可用較低的激發能量達到高細胞毒殺的能力，具有癌症治療之潛力。
- (三) 研究發現已上市之氧化鐵粒子產品Resovist除了使幹細胞增生外，其所引發幹細胞一連串的訊息傳遞，會影響幹細胞分化成骨頭細胞（osteocytes）的能力；經過Resovist標定的人類幹細胞，可藉由臨床磁振造影觀察幹細胞往腫瘤所在位置移動，也證明活體內幹細胞的移動的確受到腦腫瘤的吸引所致。



附錄

- 附錄一 衛生統計指標
- 附錄二 法定傳染病確定病例統計
- 附錄三 行政院衛生署98年政府出版品
- 附錄四 行政院衛生署相關網站



附錄一、衛生統計指標

■ 附表1 人口重要指標

年別	總人 口數	人口結構			依賴 人口 指數	性比例 (每百女 子對男 子數)	粗出 生率	粗死 亡率	自然 增加 率	0歲平均餘命			人口密 度(人/ 每平方 公里)
		未滿 15歲	15 至 64歲	65歲 以上						計	男	女	
		千人	%	%						%	%	%	
84年	21,357	23.77	68.60	7.64	45.78	106	15.50	5.60	9.90	74.53	71.85	77.74	590
85年	21,525	23.15	68.99	7.86	44.94	106	15.18	5.71	9.47	74.95	72.38	78.05	595
86年	21,743	22.60	69.34	8.06	44.22	106	15.07	5.59	9.48	75.54	72.97	78.61	601
87年	21,929	21.96	69.79	8.26	43.30	105	12.43	5.64	6.79	75.76	73.12	78.93	606
88年	22,092	21.43	70.13	8.44	42.60	105	12.89	5.73	7.16	75.90	73.33	78.98	610
89年	22,277	21.11	70.26	8.62	42.32	105	13.76	5.68	8.08	76.46	73.83	79.56	616
90年	22,406	20.81	70.39	8.81	42.07	104	11.65	5.71	5.94	76.75	74.06	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	(f) 78.5	(f) 75.49	(f) 82.01	637
98年	23,120	16.34	73.03	10.63	36.93	101	8.29	6.22	2.07	78.97	75.88	82.46	639

說明：1.經濟成長率以實質GDP(國內生產毛額)衡量 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
84年	6.5	12,906	313,349	4.32	7.43	1,910,066	1.53	0.85	5.32	89.58	76.32
85年	6.3	13,527	355,249	4.47	7.64	1,843,786	1.57	0.78	5.39	92.33	77.60
86年	6.6	13,904	393,237	4.57	7.79	1,878,764	1.51	0.79	5.40	93.17	79.44
87年	4.6	12,679	431,469	4.67	7.94	1,992,593	1.37	0.66	5.48	94.73	80.18
88年	5.8	13,609	469,765	4.87	8.16	2,050,004	1.31	1.15	5.67	94.90	82.96
89年	5.8	14,519	493,863	4.92	8.11	3,140,936	1.28	0.85	5.67	96.09	86.08
90年	-2.2	13,093	516,748	5.24	8.43	2,271,755	1.17	1.07	5.97	96.08	87.23
91年	4.6	13,291	541,498	5.26	8.62	2,144,994	1.29	1.10	5.95	95.89	88.36
92年	3.5	13,587	561,720	5.34	8.84	2,206,223	1.53	1.14	6.09	95.62	91.29
93年	6.2	14,663	586,389	5.30	8.73	2,238,904	1.46	1.15	6.04	97.17	93.09
94年	4.2	15,714	615,803	5.38	8.77	2,278,439	1.20	1.11	6.01	99.41	96.80
95年	4.8	16,111	640,471	5.37	8.92	2,232,586	1.39	1.44	6.14	100.00	100.00
96年	5.7	16,855	672,408	5.32	9.03	2,296,077	1.45	1.61	6.13	101.80	103.91
97年	0.7	17,507	708,618	5.58	9.29	2,341,678	1.47	1.30	6.39	105.39	106.17
98年	-1.9	16,423	735,907	5.88	9.67	2,812,369	...	...	...	104.47	106.81

資料來源：財政部財政統計年報

■ 附表3 醫療設施重要指標

年別	醫療機構											
	醫 院						診 所					
	西 醫			中 醫			西 醫			中 醫		
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
84年	16,109	787	688	94	594	99	1	98	15,322	8,683	1,933	4,706
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

資料來源：衛生署統計室



■ 附表3 醫療設施重要指標（續）

年別	基層醫療保健單位					病床數				
	衛生所					醫院病床數			診所 觀看 病床數	
	臺灣省	臺北市	高雄市	金馬 地區	所	床	床	床		
84年	369	338	12	11	8	112,379	101,430	39,922	61,508	10,949
85年	369	338	12	11	8	114,923	104,111	40,125	63,986	10,812
86年	369	338	12	11	8	121,483	108,536	41,421	67,115	12,947
87年	369	338	12	11	8	124,564	111,941	42,838	69,103	12,623
88年	369	338	12	11	8	122,937	110,660	39,440	71,220	12,277
89年	369	338	12	11	8	126,476	114,179	40,129	74,050	12,297
90年	363	332	12	11	8	127,676	114,640	39,670	74,970	13,036
91年	363	332	12	11	8	133,398	119,847	41,904	77,943	13,551
92年	372	340	12	12	8	136,331	121,698	42,777	78,921	14,633
93年	372	339	12	12	9	143,343	127,667	43,865	83,802	15,676
94年	372	339	12	12	9	146,382	129,548	44,273	85,275	16,834
95年	372	339	12	12	9	148,962	131,152	44,076	87,076	17,810
96年	372	339	12	12	9	150,628	131,776	44,873	86,903	18,852
97年	372	339	12	12	9	152,901	133,020	45,450	87,570	19,881
98年	371	339	12	12	8	156,740	134,716	45,913	88,803	22,024

資料來源：衛生署統計室

平均每萬人口

醫院病床數						診所
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	
床	床	床	床	床	床	床
52.78	30.12	1.22	2.38	5.01	7.16	1.76
53.39	30.61	1.59	2.18	4.49	7.60	1.90
55.87	30.46	1.73	2.38	4.71	8.58	2.06
56.80	30.98	1.80	2.29	5.11	8.76	2.10
55.65	30.84	2.10	2.28	3.93	8.63	2.32
56.77	31.03	2.25	2.40	4.38	8.61	2.59
56.99	30.27	2.27	2.17	4.44	9.24	2.77
59.24	30.89	2.37	2.19	4.70	10.13	2.93
60.31	30.77	2.46	1.91	4.89	10.74	3.08
63.18	31.87	2.59	1.95	5.13	11.55	3.19
64.29	31.80	2.64	1.94	5.51	11.75	3.26
65.12	31.88	2.65	1.83	5.71	11.87	3.39
65.61	31.94	2.77	1.75	5.78	11.52	3.48
66.37	31.87	2.86	1.71	5.93	11.69	3.53
67.79	32.06	2.92	1.68	5.95	15.50	3.57
						9.53

■ 附表4 執業醫事人員數

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	
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

資料來源：衛生署統計室

附表5 藥政重要指標

年別	藥 商 家 數			藥物販賣業			藥物製造業			
		藥 局	藥師 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	
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

說明：98年藥局家數含兼營中藥調劑零售2,797家

資料來源：衛生署統計室

附表6 食品衛生重要指標

年別	食品 衛生 檢驗 工作	不 合 格 率	食品衛 生稽查	不合格								食品 中毒 事件	患者	死者
				指導或 期限改善		罰款 處理		停業 處理		移送 法院				
	件	%	家	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	351	4,644	-

資料來源：衛生署統計室

■ 附表7 全民健康保險重要就醫指標

年別	臺灣地區社會保險人數		每百納保人 口門診人次	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					
	千人	%	人次	人次	人次	人次	人次
*84年	19,123	89.54	1,055.81	10.14	530	29,418	9.41
85年	20,041	93.11	1,360.89	11.72	549	31,935	9.03
86年	20,492	94.25	1,431.49	11.61	557	32,760	8.75
87年	20,757	94.66	1,499.66	11.83	588	34,851	8.78
88年	21,090	95.46	1,527.86	12.28	614	36,098	8.68
89年	21,401	96.07	1,472.20	12.57	631	36,478	8.73
90年	21,654	96.64	1,449.86	13.00	659	37,169	8.83
91年	21,869	97.11	1,451.80	13.47	707	39,160	9.05
92年	21,984	97.26	1,432.15	12.44	746	43,343	9.64
93年	22,134	97.55	1,549.52	13.60	776	46,914	9.70
94年	22,315	98.00	1,546.96	13.35	792	49,212	9.86
95年	22,484	98.29	1,467.87	12.95	840	50,216	9.92
96年	22,803	99.32	1,480.50	13.02	857	50,809	10.02
97年	22,918	99.48	1,488.08	13.30	899	51,475	10.24
98年	23,026	99.59	1,548.47	13.66	914	51,374	10.18

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8 死因統計重要指標

	所有死亡原因		惡性腫瘤			心臟疾病			
	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	
84 年	117,954	554.6	1	25,841	121.5	4	11,256	52.9	
85 年	120,605	562.5	1	27,961	130.4	4	11,273	52.6	
86 年	119,385	551.8	1	29,011	134.1	4	10,754	49.7	
87 年	121,946	558.5	1	29,260	134.0	3	11,030	50.5	
88 年	124,991	567.9	1	29,784	135.3	4	11,299	51.3	
89 年	124,481	561.1	1	31,554	142.2	3	10,552	47.6	
90 年	126,667	567.0	1	32,993	147.7	3	11,003	49.3	
91 年	126,936	565.1	1	34,342	152.9	3	11,441	50.9	
92 年	129,878	575.6	1	35,201	156.0	3	11,785	52.2	
93 年	133,679	590.3	1	36,357	160.5	2	12,861	56.8	
94 年	138,957	611.3	1	37,222	163.8	3	12,970	57.1	
95 年	135,071	591.8	1	37,998	166.5	3	12,283	53.8	
96 年	139,376	608.2	1	40,306	175.9	2	13,003	56.7	
97 年	142,283	618.7	1	38,913	169.2	2	15,726	68.4	
98 年	142,240	616.3	1	39,917	173.0	2	15,093	65.4	
	腦血管疾病			肺炎			糖尿病		
	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	
84 年	2	14,132	66.5	8	3,070	14.4	5	7,225	34.0
85 年	2	13,944	65.0	8	3,200	14.9	5	7,525	35.1
86 年	2	12,885	59.6	7	3,619	16.7	5	7,500	34.7
87 年	2	12,705	58.2	7	4,447	20.4	5	7,532	34.5
88 年	3	12,631	57.4	7	4,006	18.2	5	9,023	41.0
89 年	2	13,332	60.1	8	3,302	14.9	5	9,450	42.6
90 年	2	13,141	58.8	8	3,746	16.8	5	9,113	40.8
91 年	2	12,009	53.5	7	4,530	20.2	4	8,818	39.3
92 年	2	12,404	55.0	7	5,099	22.6	4	10,013	44.4
93 年	3	12,339	54.5	6	5,536	24.4	4	9,191	40.6
94 年	2	13,139	57.8	6	5,687	25.0	4	10,501	46.2
95 年	2	12,596	55.2	6	5,396	23.6	4	9,690	42.5
96 年	3	12,875	56.2	6	5,895	25.7	4	10,231	44.6
97 年	3	10,663	46.4	4	8,661	37.7	5	8,036	34.9
98 年	3	10,383	45.0	4	8,358	36.2	5	8,229	35.7

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 死因統計重要指標(續)

	意外事故			慢性下呼吸道疾病			慢性肝病及肝硬化		
	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
85年	3	12,422	57.9	...	4,310	20.1	6	4,610	21.5
86年	3	11,297	52.2	...	4,457	20.6	6	4,767	22.0
87年	4	10,973	50.3	...	4,961	22.7	6	4,940	22.6
88年	2	12,960	58.9	...	5,046	22.9	6	5,180	23.5
89年	4	10,515	47.4	...	4,717	21.3	6	5,174	23.3
90年	4	9,513	42.6	...	5,159	23.1	6	5,239	23.5
91年	5	8,489	37.8	...	5,226	23.3	6	4,795	21.4
92年	5	8,191	36.3	...	5,192	23.0	6	5,185	23.0
93年	5	8,453	37.3	...	5,292	23.4	7	5,351	23.6
94年	5	8,364	36.8	...	5,484	24.1	7	5,621	24.7
95年	5	8,011	35.1	...	4,969	21.8	7	5,049	22.1
96年	5	7,130	31.1	...	4,914	21.4	7	5,160	22.5
97年	6	7,077	30.8	7	5,374	23.4	8	4,917	21.4
98年	6	7,358	31.9	7	4,955	21.5	8	4,918	21.3
	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			
84年	11	1,618	7.6	7	3,519	16.6			
85年	11	1,847	8.6	7	3,547	16.5			
86年	10	2,172	10.0	8	3,504	16.2			
87年	10	2,177	10.0	8	3,435	15.7			
88年	9	2,281	10.4	8	3,474	15.8			
89年	9	2,471	11.1	7	3,872	17.5			
90年	9	2,781	12.5	7	4,056	18.2			
91年	9	3,053	13.6	8	4,168	18.6			
92年	9	3,195	14.2	8	4,306	19.1			
93年	9	3,468	15.3	8	4,680	20.7			
94年	9	4,282	18.8	8	4,822	21.2			
95年	9	4,406	19.3	8	4,712	20.7			
96年	9	3,933	17.2	8	5,099	22.3			
97年	9	4,128	17.9	10	4,012	17.5			
98年	9	4,063	17.6	10	3,999	17.3			

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9 重要指標之國際比較

年別	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	75.6	81.6	75.8	80.5	73.4	80.5	11.0	9.2	14.2	9.0	11.3	10.3
92年	74.8	80.3	77.6	84.4	74.4	80.1	75.5	81.4	75.7	80.7	73.9	80.8	10.1	8.9	14.1	8.6	11.7	10.2
93年	74.7	80.8	78.0	85.0	75.0	80.0	76.0	82.0	76.0	81.0	74.5	81.4	9.6	8.8	14.0	8.5	12.0	9.8
94年	74.5	80.8	78.5	85.5	74.9	80.7	75.7	81.8	75.9	81.0	75.1	81.9	9.1	8.4	13.9	8.4	12.0	9.0
95年	74.9	81.4	78.0	84.7	75.0	80.8	75.8	82.0	76.1	81.1	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	76.0	81.0	77.0	83.0	78.0	82.0	76.0	83.0	8.6	8.7	14.3	8.3	...	9.4
98年	75.9	82.5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.3	...	...	8.1	...	9.0

資料來源：WHO 及OECD網站。

附錄二、法定傳染病確定病例統計

■ 表1 民國98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	80	16	64
	登革熱	1,052	848	204
	流行性腦脊髓膜炎	2	2	0
	副傷寒	6	2	4
	小兒麻痺	0	0	0
	急性無力肢體麻痺	45	45	0
	桿菌性痢疾	91	39	52
	阿米巴性痢疾	190	122	68
	瘧疾	11	0	11
	麻疹	48	39	9
	急性病毒性A型肝炎	234	210	24
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	0	0	0
	漢他病毒肺症候群	0	0	0
	霍亂	3	3	0
	德國麻疹	23	15	8
	屈公病	9	0	9
	西尼羅熱	0	0	0
第三類	流行性斑疹傷寒	0	0	0
	百日咳	90	90	0
	破傷風*	12	-	-
	日本腦炎	18	17	1
	先天性德國麻疹症候群	0	0	0
	急性病毒性B型肝炎	152	146	6
	急性病毒性C型肝炎	131	131	0
	急性病毒性D型肝炎	1	1	0
	急性病毒性E型肝炎	9	5	4
	急性病毒性肝炎未定型	18	18	0
	流行性腮腺炎*	1,068	-	-
	退伍軍人病	84	82	2
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	14	14	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	29	29	0



■ 表1 民國98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	疹性B病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	203	201	2
	類鼻疽	44	44	0
	肉毒桿菌中毒	1	1	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	690	689	1
	Q熱	89	89	0
	地方性斑疹傷寒	40	38	2
	萊姆病	0	0	0
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	353	352	1
	水痘*	10,931	-	-
	貓抓病	26	26	0
	弓形蟲感染症	7	7	0
第五類	流感併發重症	1,134	1,127	7
	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.法定傳染病分類係民國96年10月9日公告訂定，民國97年10月24日及民國98年6月19日公告修正。

2.破傷風、流行性腮腺炎、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，無法判定作為本土個案或境外移入。

3.資料下載時間：99年5月1日

■ 表2 民國98年慢性及其他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	181
第三類	痰塗片陽性結核病	5,211
	其他結核病	8,110
	HIV感染	1,648
	漢生病	7
	梅毒	6,668
	淋病	2,137
第四類	庫賈氏病	3

備註：1.多重抗藥性結核以登記日、結核病以通報建檔日作為分析基準。

2.資料下載時間：99年5月1日。

附錄三 行政院衛生署98年政府出版品

■ 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	元氣青春-青少年戒菸教育叢書	行政院衛生署 國民健康局	1009800104	98年01月
2	臨床微生物電顯圖譜	行政院衛生署 疾病管制局	1009800197	98年02月
3	地理資訊系統在公共衛生之實務應用	財團法人國家衛生研究院	1009800220	98年07月
4	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	1009800263	98年02月
5	臺灣中醫藥中綱計畫執行成果之回顧與前瞻彙編 (CCMP2002~2009)	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009800297	98年03月
6	我國愛滋病防治政策建議書	財團法人國家衛生研究院	1009800378	98年02月
7	臺灣水生藥用植物圖鑑	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009800427	98年05月
8	中醫藥基因體研究及其核心技術訓練(四)研習會專題集錦	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009800507	98年04月
9	2009菁英幹部用藥安全教育研討會	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009800587	98年03月
10	傳統醫學與現代醫學在心身醫學的對話	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009800591	98年03月
11	用藥安全小百科	行政院衛生署/藥政處(行政院衛生署 食品藥物管理局承續)	1009800842	98年04月
12	認識H1N1及H5N1新型流感	財團法人國家衛生研究院	無	98年05月
13	2020健康國民白皮書	行政院衛生署/ 企劃處	1009801232	98年07月
14	2020健康國民白皮書精要	行政院衛生署/ 企劃處	1009801233	98年07月
15	行政院衛生署中醫藥委員會學術暨臨床應用研討會成果彙編(2008)	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801243	98年07月
16	登革熱防治工作指引2009	行政院衛生署 疾病管制局	1009801348	98年05月
17	臺灣建置中草藥臨床試驗環境計畫成果摘要暨管理法規彙編	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801375	98年08月

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
18	臺灣建構中藥 用藥安全環境計劃 (2007-2008) 研究成果彙編 (第一冊)	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801377	98年08月
19	臺灣建構中藥 用藥安全環境計劃 (2007-2008) 研究成果彙編 (第二冊)	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801378	98年08月
20	生物病原災害防救業務計畫	行政院衛生署 疾病管制局	1009801622	98年04月
21	中華藥典第六版補篇	行政院衛生署藥物食品檢驗局(行政院 衛生署食品藥物管理局承續)	1009801652	98年08月
22	臨床研究中心工作手冊	行政院衛生署 嘉南療養院	1009801704	98年09月
23	中醫醫療管理法規彙編	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801760	98年09月
24	中醫藥國際化人才培訓 (II) 2008中醫藥國際化研討會	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801801	98年07月
25	人生迷宮	行政院衛生署 嘉南療養院	1009801874	98年07月
26	傳統醫學與 現代醫學在新陳代謝症候群的對話	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801986	98年07月
27	傳統醫學與現代醫學 在嚴重感染性疾病的診斷與治療	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009801987	98年07月
28	2009健康好書悅讀健康 推介手冊	行政院衛生署 國民健康局	1009802094	98年08月
29	因為有你在慈心滿滿愛- 98年全國衛生保健績優志工暨 團隊慈心獎表揚手冊	行政院衛生署/ 企劃處	1009802161	98年08月
30	多重抗藥性 結核病衛教手冊	行政院衛生署 胸腔病院	1009802422	98年09月
31	行政院衛生署藥物食品檢驗局 三十一週年紀念特刊	行政院衛生署藥物食品檢驗局(行政院 衛生署食品藥物管理局承續)	1009802425	98年09月
32	臨床研究中心工作手冊	行政院衛生署 嘉南療養院	1009802481	98年09月
33	妳藥的知識	行政院衛生署 國民健康局	無	98年10月
34	創造優質的臨床試驗-GCP演講集	行政院衛生署 嘉南療養院	1009802611	98年10月
35	臺灣社區老年人虛弱症、憂鬱症、 骨質疏鬆症之篩檢與 整合型照護計畫衛教手冊	財團法人 國家衛生研究院	1009802674	98年10月

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
36	人畜共通傳染 病臨床指引	行政院衛生署 疾病管制局	1009802697	98年10月
37	登革熱/屈公病 教戰手冊	行政院衛生署 疾病管制局	1009802708	98年10月
38	醫師培育：現況與展望	財團法人 國家衛生研究院	1009802777	98年10月
39	防疫檢體採檢手冊	行政院衛生署 疾病管制局	1009802870	98年11月
40	中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009802905	98年11月
41	開啓另外一扇窗-為毒癮者解除身心 枷鎖 免於愛滋的恐懼	行政院衛生署/衛生教育推動委員會	1009802948	98年10月
42	失智症非藥物治療手冊	行政院衛生署 嘉南療養院	1009802997	98年11月
43	傳統醫學與現代醫學在 泌尿疾病的對話	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009803080	98年10月
44	The Illustration of Common Medicinal Plants in Taiwan Vol.I	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009803493	98年12月
45	重生的幸福- 12名口腔癌病友及 家屬生命紀實	行政院衛生署 國民健康局	1009803494	98年11月
46	重生的幸福- 12名口腔癌病友及 家屬生命紀實	行政院衛生署 國民健康局	1009803495	98年11月
47	消渴中醫典籍彙編	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009803505	98年12月
48	高血壓中醫典籍彙編	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009803506	98年12月
49	結核病怎麼辦？	行政院衛生署 疾病管制局	1009803667	98年12月
50	中草藥產業年鑑2009	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009803730	98年12月
51	全民健保故事書	行政院衛生署 中央健康保險局 中區分局	1009803767	98年12月
52	愛與生命的觸動- 健康促進學校心情故事集	行政院衛生署 國民健康局	1009803828	98年11月

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
53	結核病防治工作手冊	行政院衛生署 疾病管制局	1009803849	98年12月
54	愛滋病防治工作手冊	行政院衛生署 疾病管制局	1009803850	98年12月
55	傳染病防治法規彙編	行政院衛生署 疾病管制局	1009803878	98年12月
56	您不可不知的結核病	行政院衛生署 疾病管制局	1009803933	98年12月
57	控糖達人故事集	行政院衛生署 國民健康局	1009803956	98年12月
58	九十七年度中醫藥研究計畫成果報告 中英文摘要彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009804118	98年12月
59	追疾線索	行政院衛生署疾病管制局	1009804192	98年12月
60	發展遲緩兒之典籍分析與實證運用- 自閉症與腦性麻痺篇	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009804208	98年12月
61	筋骨疾患 養生復健之探討	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009804209	98年12月
62	傳統醫學與 現代醫學在腸胃內科診療的對話	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009804241	98年12月
63	後山戰疫	行政院衛生署 疾病管制局	1009804246	98年12月
64	高山青紀實	中央健康保險局 南區分局	1009804296	98年12月
65	下一站，遇見幸福：藥物濫用實際案例探討手冊	行政院衛生署管制藥品管理局(行政院 衛生署食品藥物管理局承續)	1009804361	98年12月
66	初級救護技術員 訓練教科書	行政院衛生署/ 醫事處	1009804368	98年12月
67	中級救護技術員 訓練教科書	行政院衛生署/ 醫事處	1009804369	98年12月
68	2009臺灣健康城市 獲獎案例專刊-第一冊	行政院衛生署 國民健康局	1009804398	98年12月
69	中藥彩色圖鑑	行政院衛生署 中醫藥委員會	1009804608	98年12月

■ 期刊類

序號	出版品題名	出版機關	政府出版品 統一編號GPN	出版年月
1	行政院衛生署 苗栗醫院院刊	行政院衛生署 苗栗醫院	2006600019	66年05月
2	中醫藥年報	行政院衛生署 中醫藥委員會	2007100017	71年12月
3	疫情報導	行政院衛生署 疾病管制局	2007300023	73年12月
4	基醫醫訊	行政院衛生署 基隆醫院	2008000073	80年03月
5	衛生報導季刊	行政院衛生署/ 企劃處	2008000143	80年03月
6	臺灣癌症臨床研究合作組織通訊	財團法人 國家衛生研究院	2008100075	81年10月
7	癌症登記報告	行政院衛生署 國民健康局	2008200054	82年07月
8	藥物食品分析	行政院衛生署藥物食品檢驗局(行政院 衛生署食品藥物管理局承續)	2008200056	82年01月
9	屏醫院訊	行政院衛生署 屏東醫院	2008400117	84年01月
10	國家衛生研究院簡訊	財團法人 國家衛生研究院	2008500061	85年01月
11	全民健康保險雙月刊	行政院衛生署 中央健康保險局	2008500065	85年05月
12	全民健康保險統計	行政院衛生署 中央健康保險局	2008600134	86年08月
13	全民健康保險簡介	行政院衛生署 中央健康保險局	2008600193	86年12月
14	子宮頸抹片登記報告	行政院衛生署 國民健康局	2008700074	87年08月
15	National Health Insurance in Taiwan Profile	行政院衛生署 中央健康保險局	2008700186	87年12月
16	衛生統計動向	行政院衛生署/ 統計室	2008800097	88年12月
17	管制藥品簡訊	行政院衛生署管制藥品管理局(行政院 衛生署食品藥物管理局承續)	2008800098	88年11月
18	臺中醫院院訊	行政院衛生署臺中醫院	2008800152	88年10月

序號	出版品題名	出版機關	"政府出版品 統一編號GPN"	出版年月
19	中華民國公共衛生年報	行政院衛生署/企劃處	2008800168	88年12月
20	Taiwan Public Health Report	行政院衛生署/ 企劃處	2008900475	89年08月
21	國民醫療保健支出	行政院衛生署/ 統計室	2008900478	89年06月
22	行政院衛生署 玉里醫院	行政院衛生署 玉里醫院	2008900970	89年03月
23	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年03月
24	嘉南院訊	行政院衛生署 嘉南療養院	2009004187	90年12月
25	全民健康保險 醫療統計年報	行政院衛生署/ 統計室	2009100699	91年05月
26	嘉南年刊	行政院衛生署 嘉南療養院	2009102636	91年12月
27	醫療爭議審議報導	全民健康保險 爭議審議委員會	2009105992	91年11月
28	感染控制雜誌	行政院衛生署 疾病管制局	2009200952	92年02月
29	CDC Annual Report	行政院衛生署 疾病管制局	2009205617	92年12月
30	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年02月
31	國家衛生研究院年報	財團法人 國家衛生研究院	2009400670	94年04月
32	藥物食品安全週報	行政院衛生署/食品處(行政院衛生署 食品藥物管理局承續)	2009403531	94年09月
33	定點監視週報	行政院衛生署 疾病管制局	2009404139	94年07月
34	桃醫院刊	行政院衛生署 桃園醫院	2009501093	95年05月
35	出生通報統計年報	行政院衛生署 國民健康局	2009502148	95年06月
36	醫療機構現況及 醫院醫療服務量統計年報	行政院衛生署/ 統計室	2009502598	95年08月

序號	出版品題名	出版機關	"政府出版品 統一編號GPN"	出版年月
37	死因統計	行政院衛生署/ 統計室	2009502599	95年08月
38	公務統計	行政院衛生署/ 統計室	2009502827	95年12月
39	苗醫學術年報	行政院衛生署 苗栗醫院	2009503393	95年12月
40	傳染病統計暨監視年報	行政院衛生署 疾病管制局	2009503523	95年11月
41	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年12月
42	Statistics of communicable diseases and surveillance report	行政院衛生署 疾病管制局	2009503743	95年11月
43	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署 國民健康局	2009601376	96年06月
44	Taiwan Tobacco Control 2009 Annual Report	行政院衛生署 國民健康局	2009601377	96年06月
45	2008-2009 Annual Report : Cherish Life Promote Health	行政院衛生署 國民健康局	2009602537	96年12月
46	2008-2009 國民健康局年報	行政院衛生署 國民健康局	2009602807	96年10月
47	臺灣結核病防治年報	行政院衛生署 疾病管制局	2009604162	96年12月
48	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	行政院衛生署 疾病管制局	2009604164	96年12月
49	Health Statistics in Taiwan , 2006	行政院衛生署/ 統計室	2009701620	97年08月
50	Taiwan Health in the Globe	行政院衛生署/ 國際合作處	2009701792	97年07月
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年12月
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年09月



■ 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	重生的幸福-12名口腔癌病友及家屬生命紀實	行政院衛生署 國民健康局	4209803496	98年11月
2	愛滋病及其他性傳染病防治課程 (醫事人員)	行政院衛生署 疾病管制局	4209804552	98年12月
3	愛滋病及其他性傳染病防治課程 (一般民衆)	行政院衛生署 疾病管制局	4209804562	98年12月
4	2007全民健康保險 統計動向	行政院衛生署 中央健康保險局	4309802852	98年10月
5	傳染病防治工作手冊	行政院衛生署疾病管制局	4309804023	98年12月
6	心肺復甦術急救教育光碟	行政院衛生署/ 醫事處	4509800463	98年03月
7	98年全國衛生保健績優 志工暨團隊慈心獎 表揚活動 DVD	行政院衛生署/ 企劃處	4509802528	98年09月
8	臺灣中醫藥成果多語版	行政院衛生署 中醫藥委員會	4909801207	98年06月
9	National Health Insurance in Taiwan 2009	行政院衛生署 中央健康保險局	4909801281	98年09月
10	臺灣建置中草藥臨床試驗環境計畫成果摘要 暨管理法規彙編電子書	行政院衛生署 中醫藥委員會	4909801380	98年08月
11	臺灣建構中藥用藥安全環境計劃 (2007-2008) 研究成果彙編電子書	行政院衛生署 中醫藥委員會	4909801382	98年08月
12	高血壓防治宣導短片- 血壓計操作技巧飲食減鹽健康到	行政院衛生署 國民健康局	4909803358	98年11月
13	愛知旅	行政院衛生署疾病管制局	4909803603	98年12月

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	行政院衛生署醫事憑證管理中心	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	財團法人罕見疾病基金會	http://www.tfrd.org.tw
16	財團法人食品工業發展研究所	http://www.firdi.org.tw
17	衛生署線上申辦服務系統	http://e-service.doh.gov.tw
18	衛生署消費者資訊網	http://consumer.doh.gov.tw
19	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
20	健康九九衛生教育資源網	http://health99.doh.gov.tw
21	健康電子報	http://www.doh.gov.tw/CHT2006/epaper/epaper_main.aspx
22	臺灣e學院	http://fms.cto.doh.gov.tw
23	自殺防治中心	http://www.tspc.doh.gov.tw
24	藥物資訊網	http://drug.doh.gov.tw
25	食品資訊網	http://food.doh.gov.tw
26	基因改造食品資訊網	http://gmo.doh.gov.tw
27	加工食品追溯系統	http://tfits.firdi.org.tw
28	藥品交互作用資料庫系統	http://dif.doh.gov.tw
29	全國藥物不良通報系統	http://recall.doh.gov.tw
30	全國化妝品不良通報系統	http://cosmetic-recall.doh.gov.tw
31	中草藥用藥安全網	http://tcam.ccmp.gov.tw
32	國民健康局青少年網站-性福e學院	http://www.young.gov.tw
33	健康123-國民健康指標互動查詢網	http://olap.bhp.doh.gov.tw
34	遺傳疾病諮詢服務網	http://www.bhp-gc.tw
35	流感防治網	http://flu.cdc.gov.tw
36	傳染病數位學習網	http://e-learning.cdc.gov.tw
37	反毒資源線上博物館	http://www.antidrug.nat.gov.tw
38	臺灣健康促進學校	http://www.hps.pro.edu.tw
39	醫藥衛生研究資訊網	http://www.hint.org.tw/Welcome.html
40	Taiwan IHA網站	http://www.taiwaniha.org.tw

中華民國公共衛生年報

刊期頻率 年刊
發行人 楊志良
總編輯 黃美娜
編輯委員 王怡人・石美春・邱瑜瑩・洪百薰・洪碧蘭・紀雪雲・柳家瑞
高文惠・商東福・黃韶南・陳麗華・蔡素玲・蔡闇闇・廖崑富
賴幼玲・戴君玲・蘇勳璧（按順序筆畫排列）
執行編輯 周素珍・李中杉・林千媛・李欣純
出版機關 行政院衛生署
地址 台北市塔城街36號
網址 <http://www.doh.gov.tw>
電話 02-8590-6666
傳真 02-8590-6055
出版年月 中華民國99年12月
創刊年月 中華民國88年12月
設計印刷 日創社文化事業有限公司
電話 02-2392-8585
定價 新台幣300元整
展售處 台北 國家書店松江門市
地址 台北市松江路209號1樓
電話 02-2518-0207
台中 五南文化廣場
地址 台中市中山路6號
電話 04-2226-0330

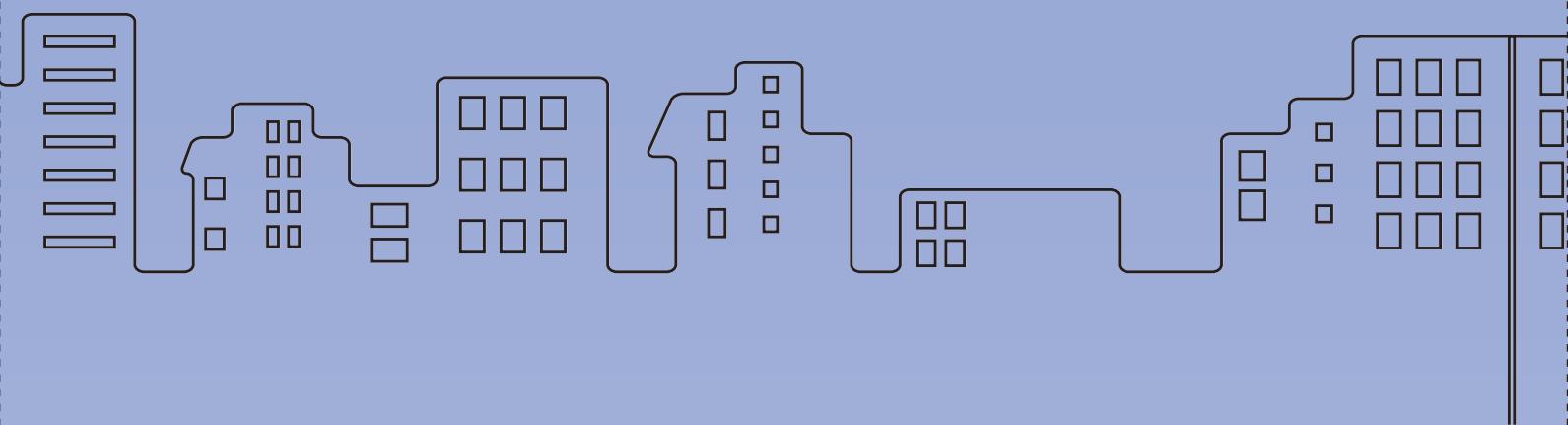
ISSN : 16824822

GPN : 2008800168



本手冊採創用CC「姓名標示－非商業性－相同方式分享」授權條款釋出。
此授權條款的詳細內容請見：
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw/>





促進及保護全民健康
 讓全民更長壽更快樂

ISSN 1728712X



9 771728 712001
GPN:2008700186
定價：新台幣300元整