

中華民國 98 年版



公共衛生年報

中華民國 98 年版公共衛生年報

促進及保護全民健康



讓全民更長壽更健康



GPN : 2008800168
定價：新臺幣300元整

行政院衛生署 編印

行政院衛生署 編印
中華民國98年12月

- 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
- 積極參與國際衛生，促進國際接軌

中華民國公共衛生年報

出版者 行政院衛生署
地址：臺北市塔城街36號
電話：(02) 8590-6666
傳真：(02) 8590-6055
網址：www.doh.gov.tw

設計 集思創意顧問股份有限公司
地址：台北市復興北路35號7樓之2
電話：(02) 2751-9900
傳真：(02) 2752-7818

出版日期 中華民國九十八年十二月
ISSN 16824822
GPN 208800168
定價 新臺幣300元整

中華民國

98年版

公共衛生年報



行政院衛生署 編印
中華民國 98 年 12 月

序言

衛生署主管之業務範圍廣泛，舉凡公共衛生、健康促進、全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、生技研發及國際衛生事務等事項，都是攸關全國人民的健康與福祉，任何重大決策都要符合國人對健康的期待。

衛生署向來以「全民健康的領航者、保障人民身心健康、縮短國民健康差距、促進生技產業發展、國際衛生先進國家」作為施政願景，期促進及保護全體國民健康，讓全民能活得更長壽更快樂。

為讓各界瞭解我國衛生機關作了哪些努力，我們每年出版公共衛生年報。此本98年版之公共衛生年報，詳細地記述了97年國內之衛生概況、施政作為及具體之成果，擇要摘述如下：

一、精進醫療照護體系，維護民衆健康：建立以醫療品質為導向之新制醫院評鑑制度；加強心理精神衛生，積極辦理精神病患社區關懷照顧計畫，強化自殺防治；推動實施電子病歷，制訂及維護電子病歷之標準；加強特殊醫療照護；建置社區長期照護體系，持續推動長期照顧十年計畫，推動遠距照護試辦計畫；改善護理職業環境。

二、落實保健防疫整備，免除疾病威脅：強化現有疫病監測體系；落實流感流行整備；持續推動結核病十年減半及毒品病患愛滋減害計畫；強化腸病毒及登革熱等疫病防治；加強醫院感染控制，落實手部衛生推廣計畫；健全國民免疫能力，擴大預防接種項目及對象。

三、創造全民健保價值，保障醫療平等：推動健保制度改革，持續推動醫療給付改善方案，公開醫療服務品質指標；強化偏遠醫療照護；擴大照顧弱勢族群，推動經濟弱勢健保欠費協助方案。

四、強化民衆全面參與，實踐健康生活：倡導「要活就要動」，持續宣導每日一萬步等



健康體能活動；營造健康支持環境，推廣安全社區，建置安全學校，推動健康城市、職場健康促進，健康促進學校；推動菸害防制、建構無菸環境；建構優質生育保健支持環境及慢性病完整照護體系；落實癌症防治工作、降低罹癌風險。

五、加強藥物食品管理，確保衛生安全：整合食品藥物管理，規劃成立食品藥物管理局；加強食品安全監測及食品衛生管理；強化進口食品管理，加強邊境查驗、通報作業；建構安全用藥環境；強化藥物濫用防制，加強中醫藥管理。

六、積極參與國際衛生，促進國際接軌：參與國際衛生組織；推動國際衛生交流；推動醫療援助合作；分享我國衛生成果。

為照顧漢生病病患，衛生署於97年8月13日公布施行之「漢生病病患人權保障及補償條例」，積極辦理病患名譽回復、給予補償金，並保障其醫療及安養權益，讓院民的生活獲得實質照顧。

97年夏天，國人面臨中國大陸三聚氰胺污染奶粉、胺粉及蛋白粉等事件後，簽署「食品安全協議」。另為強化國內之食品藥物管理體系，今（98）年5月通過了「食品藥物管理局（TFDA）」組織條例，預計於明（99）年1月成立，該局成立後，將可更有效執行食品、藥物及化粧品之管理，保障國人健康。

98年1月11日，菸害防治法新法正式上路後，將公共衛生層次往前推了一大步，無菸台灣將不再是口號，可說是台灣公衛史上的另一項驕傲。此外，菸品健康捐同年1月22日通過，調高為20元，6月1日正式實施。

98年4月中旬，H1N1新型流感從墨西哥傳出，且疫情逐漸升溫，並擴散至全球各大洲，我國亦無法避免。根據本署疾病管制局的資料，目前尚屬緩慢、穩定的流行，未來不排除爆發大規模的流行，所以現階段的防疫策略已經不採取完全圍堵，其最主要的目標是避免大規模感染，及減少重症與死亡的發生。在此，呼籲民衆採取自我健康管理，而衛生體系要做的是，準備充分的疫苗、克流感，足夠的醫療容量與醫療人員。我們很慶幸，過去台灣幾十年已建立相當完善的醫療網加上有全民健保，體制上已足以因應。防疫工作，永無止盡，我們還有腸病毒、登革熱、禽流感、季節性流感等疫情需要面對。每個生命都很寶貴，衛生署所有同仁將會特別努力，並期待民衆能充分加以配合。

健保真的是台灣之驕傲，它提供全民綜合性的醫療照護，讓民衆就醫無礙，國際一直給予極高的評價，但現在仍有許多人繳不起健保費，這是衛生署下一步要努力的，為了減輕低收入戶與邊緣戶的負擔，及因應老年人口與重大傷病人數不斷增加，希望能調高健保之費率，此規劃完全是以民衆為出發點考量。希望全體國人共同支持，讓健保能永續經營，給國人真正的保障。

行政院衛生署署長



謹識

目錄 Contents

| | |
|----|---|
| 序言 | 2 |
|----|---|

壹

| | |
|------|---|
| 衛生政策 | 6 |
|------|---|

| | | |
|-----|-------------|----|
| 第一章 | 97年度施政目標與重點 | 7 |
| 第二章 | 衛生行政組織 | 7 |
| 第三章 | 衛生預算 | 10 |
| 第四章 | 政策考核 | 10 |

貳

| | |
|------|----|
| 衛生指標 | 11 |
|------|----|

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

參

| | |
|------|----|
| 健康促進 | 20 |
|------|----|

| | | |
|-----|--------------|----|
| 第一章 | 社區健康 | 21 |
| 第二章 | 婦幼及生育保健 | 21 |
| 第三章 | 兒童及青少年保健 | 23 |
| 第四章 | 生活型態相關慢性疾病防治 | 26 |
| 第五章 | 癌症防治 | 29 |
| 第六章 | 菸害防制 | 31 |
| 第七章 | 國民營養 | 33 |
| 第八章 | 衛生教育 | 34 |

肆

| | |
|------|----|
| 疫病防治 | 35 |
|------|----|

| | | |
|-----|---------------|----|
| 第一章 | 傳染病防治法規及架構 | 36 |
| 第二章 | 重要傳染病/新興傳染病防治 | 38 |
| 第三章 | 防疫整備及感染控制 | 43 |
| 第四章 | 預防接種 | 47 |

伍

| | |
|--------|----|
| 食品藥物管理 | 50 |
|--------|----|

| | | |
|-----|-------------|----|
| 第一章 | 食品藥物安全管理 | 51 |
| 第二章 | 管制藥品管理 | 57 |
| 第三章 | 藥物、食品、化粧品檢驗 | 61 |

陸

健康照護

63

| | | |
|-----|-----------|----|
| 第一章 | 健康照護體系 | 64 |
| 第二章 | 醫療品質 | 66 |
| 第三章 | 精神醫療與心理衛生 | 68 |
| 第四章 | 長期照護服務體系 | 70 |
| 第五章 | 護理照護品質 | 71 |
| 第六章 | 緊急醫療 | 71 |
| 第七章 | 衛生醫療資訊 | 72 |
| 第八章 | 醫事人力 | 74 |

柒

弱勢族群健康照護

78

| | | |
|-----|---------------------|----|
| 第一章 | 山地離島居民、原住民及新住民之健康照護 | 79 |
| 第二章 | 經濟弱勢者之健康照護 | 81 |
| 第三章 | 特殊健康需求族群之健康照護 | 82 |

捌

全民健康保險

85

| | | |
|-----|--------|----|
| 第一章 | 健康保險現況 | 86 |
| 第二章 | 健保制度改革 | 91 |

玖

國際衛生合作

93

| | | |
|-----|----------|----|
| 第一章 | 加入世界衛生組織 | 94 |
| 第二章 | 衛生交流合作 | 95 |
| 第三章 | 國際衛生援助 | 98 |

拾

衛生科技研究

99

| | | |
|-----|-------------|-----|
| 第一章 | 優先推動計畫 | 100 |
| 第二章 | 一般計畫 | 102 |
| 第三章 | 國家型科技計畫 | 103 |
| 第四章 | 國家衛生研究院科技計畫 | 104 |

附錄

112

| | | |
|-----|----------------|-----|
| 附錄一 | 衛生統計指標 | 113 |
| 附錄二 | 行政院衛生署97年政府出版品 | 119 |
| 附錄三 | 行政院衛生署免費諮詢專線 | 126 |
| 附錄四 | 行政院衛生署相關網站 | 126 |



壹

衛生政策

07 | 第一章 97年度施政目標與重點

07 | 第二章 衛生行政組織

10 | 第三章 衛生預算

10 | 第四章 政策考核

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。

為建構一個促進健康的生活環境，讓全民都能獲得妥善的保健醫療服務，衛生署以「全方位健康照護，確保全民健康」為目標，訂定民國94年至97年中程施政計畫、年度施政計畫。民國94年至97年的中程計畫以「改造全民健康照護體系，提升照護品質」、「營造健康生活，提高自主管理」、「強化防疫體系，免除疫病威脅」、「強化藥物食品管理，保障民衆安全」、「發展醫藥科技，推動生技與健康資訊產業」及「推展國際衛生事務，加入世界衛生組織」等6項為施政策略目標。

第一章 97年度施政目標與重點

衛生署依據行政院97年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，並針對當前社會狀況及衛生署未來發展需要，編定民國97年施政計畫，其目標及重點如次：

- 一、改造全民健康照護體系，提升照護品質：
推展全人健康照護，建置社區醫療衛生體系；整合及建構長期健康照護體系，提升長期健康照護服務品質；推動全民健保改革，健全保險制度。

- 二、營造健康生活，提高自主管理：打造無菸健康環境，推動全方位菸害防制工作；宣導民衆建立健康生活形態遠離癌症，推廣主要常見癌症篩檢。

- 三、強化防疫體系，免除疫病威脅：強化現有傳染病監測系統之功能，落實疫病之監測及通報；推展我國因應流感大流行準備計畫，降低流感大流行對民衆健康之衝擊。

- 四、強化藥物食品管理，保障民衆安全：健全藥物食品管理體系，確保用藥食品安全；規劃整併食品藥物管理機構，促使管理、檢驗及研究一元化。

- 五、發展醫藥科技，推動生技與健康資訊產業：促進生醫科技產業發展，並培養醫藥衛生研究人才。

- 六、推展國際衛生事務，加入世界衛生組織：拓展國際衛生網絡，推動參與世界衛生組織；加強國際衛生合作交流與人道援助。

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，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372個，其任務主要在於執行地方性預防保健服務。

第一節 現行中央衛生行政組織

衛生署內部設有醫事處、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。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，攸關民衆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。

圖1-1 衛生行政組織架構圖

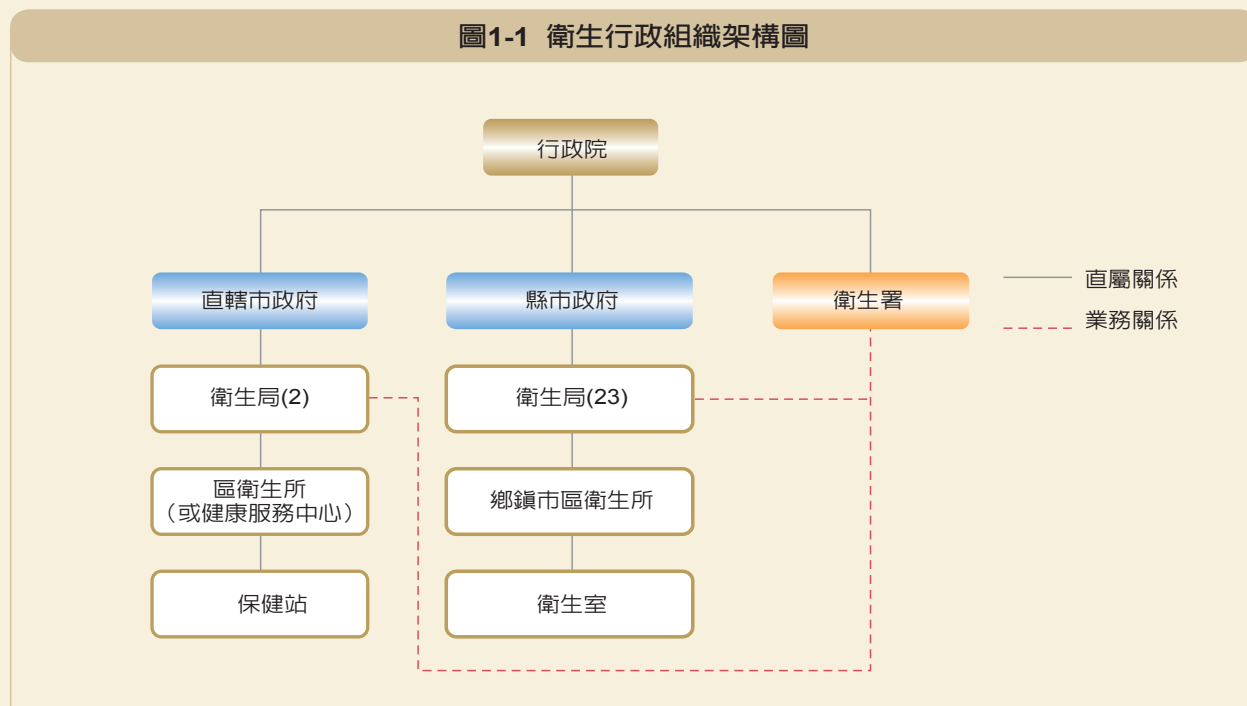
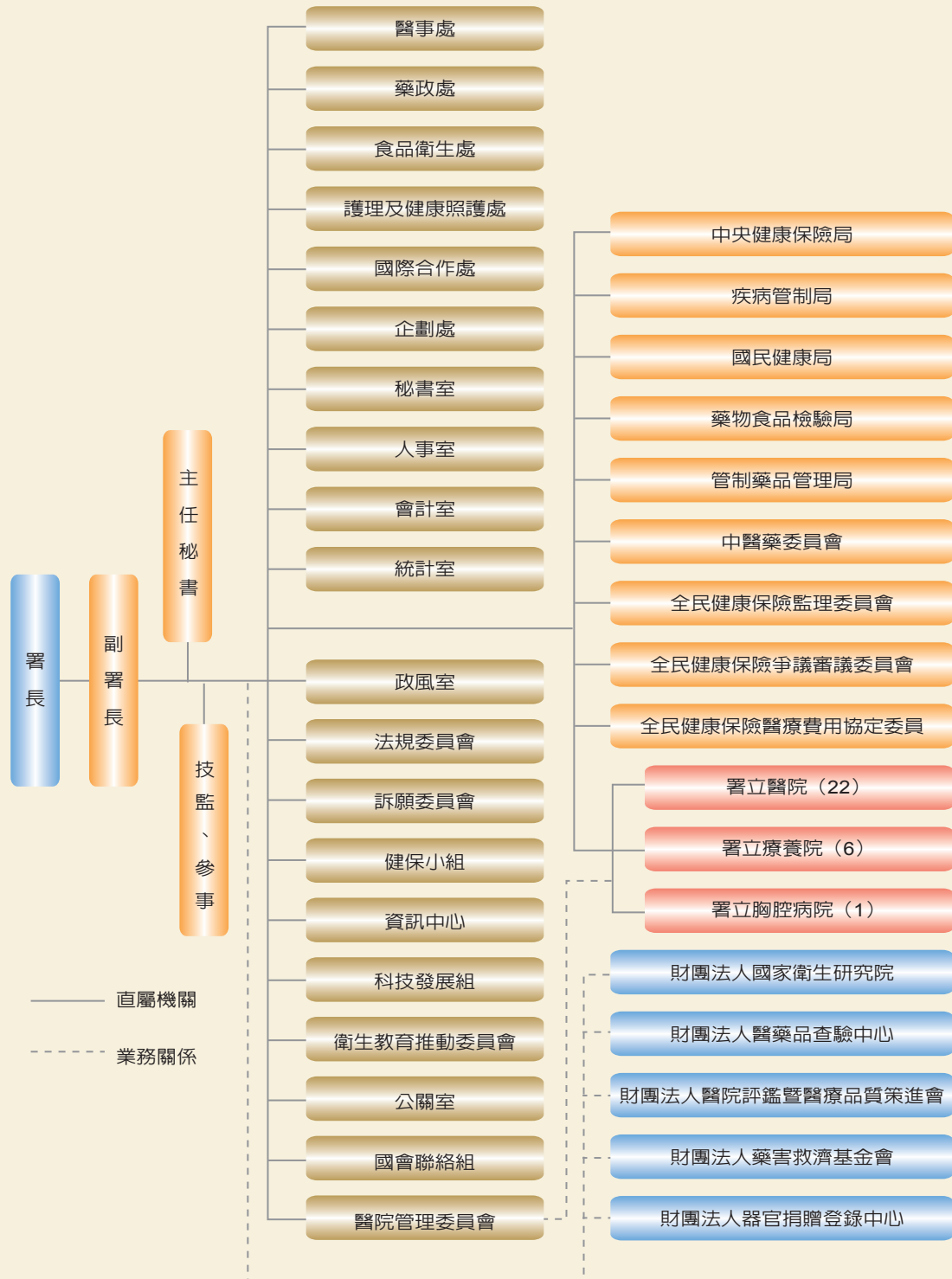


圖1-2 衛生署組織系統圖



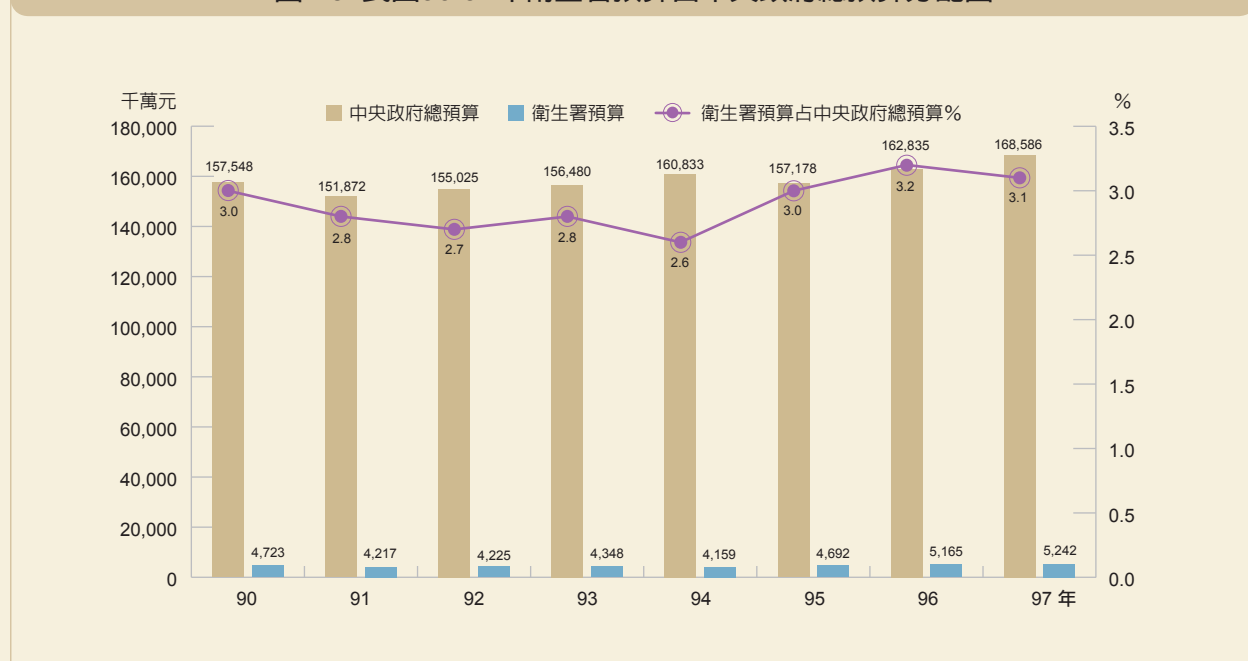
第三章 衛生預算

在中央政府總預算中，衛生預算占中央政府總預算的3.1%，如圖1-3。衛生署的經費，雖無法隨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，為許給民衆健康安全的理念努力不懈。民國97年衛生政策滿意度調查，獲得民衆約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綜合考評作業，主要目的在客觀衡量與展現地方衛生局的年度施政績效，並引導地方機關提升為民服務品質。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，將評核區分為「防疫保健」、「藥物食品」及「醫療照護」3大類，分別由相關局處負責考評與獎勵事宜，以提升衛生行政效率與品質。

圖1-3 民國90-97年衛生署預算占中央政府總預算分配圖





貳

衛生指標

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

貳 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97年底我國總戶籍登記人口共2,304萬人，其中男性人口1,163萬人，女性人口1,141萬人，人口性別比例【男性人口數/女性人口數*100】為102，人口年增率為3.43%。

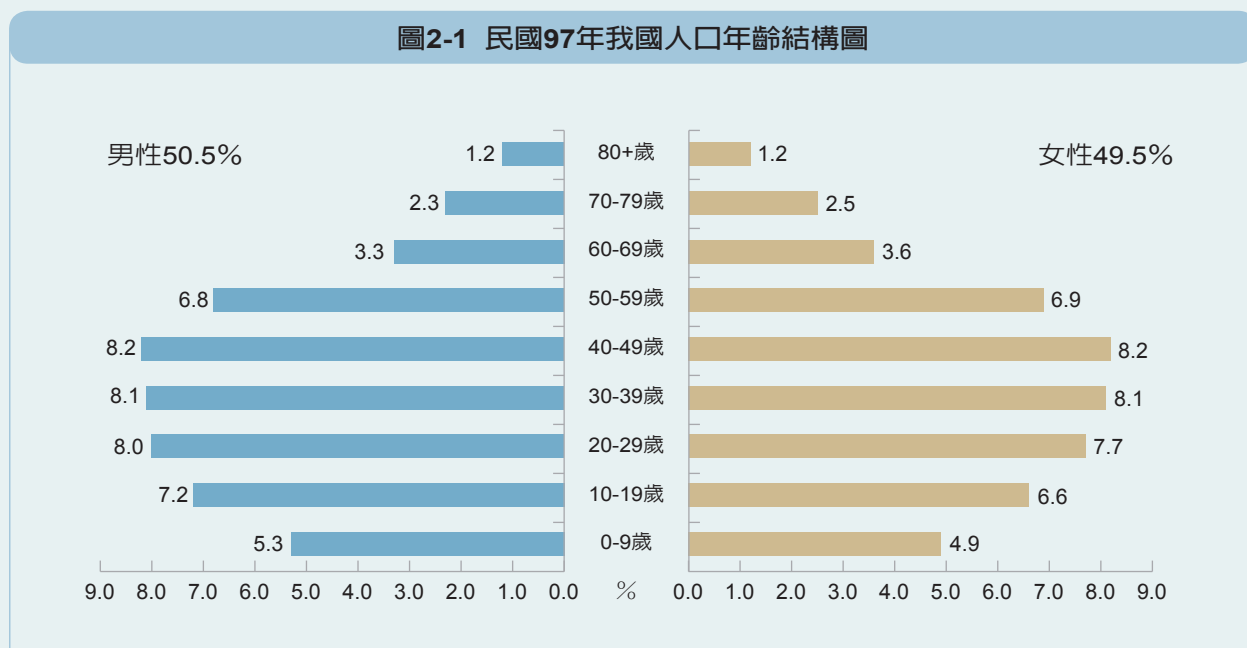
民國97年底，我國人口密度每平方公里達637人，按縣市別分，高雄市達9,933人最為稠密、臺北市9,650人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為74人、66人。

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97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87年21.9%降至民國97年16.9%，同期間65歲以上老年人口比

圖2-1 民國97年我國人口年齡結構圖



率則由8.3%升至10.4%，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87年43.3%降至97年37.7%，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87年12.4%降至民國97年8.6%，再創歷史新低；粗死亡率【死亡數/年中人

口數*1,000】由民國87年5.6%微幅上升至民國97年6.3%。致民國97年人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】下降為2.3%(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87年之75.8歲逐年提高至97年為78.5歲，10年來增加2.7歲。男性由73.1歲提高為75.5歲，增加2.4歲；女性由78.9歲提高為82.0歲，增加3.1歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

表2-1 歷年人口年齡結構與扶養比

| 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67年 | 17,136 | 33.26 | 62.76 | 3.98 | 52.99 | 6.34 |
| 民國77年 | 19,904 | 27.94 | 66.32 | 5.74 | 42.13 | 8.65 |
| 民國87年 | 21,929 | 21.96 | 69.79 | 8.26 | 31.47 | 11.83 |
| 民國97年 | 23,037 | 16.95 | 72.62 | 10.43 | 23.34 | 14.36 |

圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖

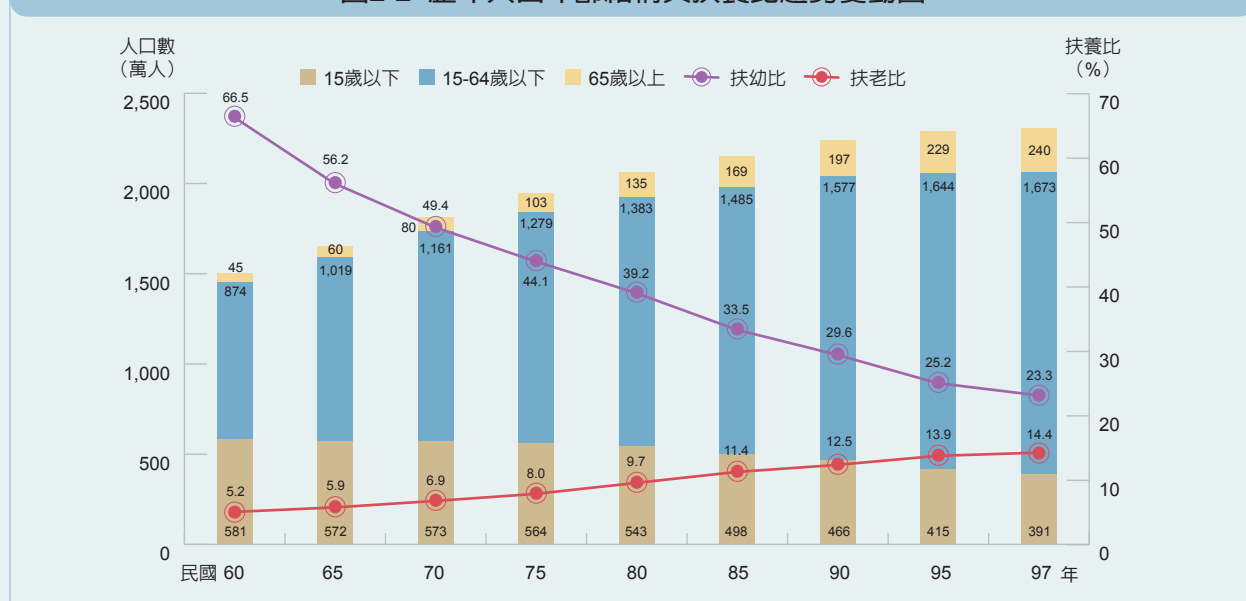


圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

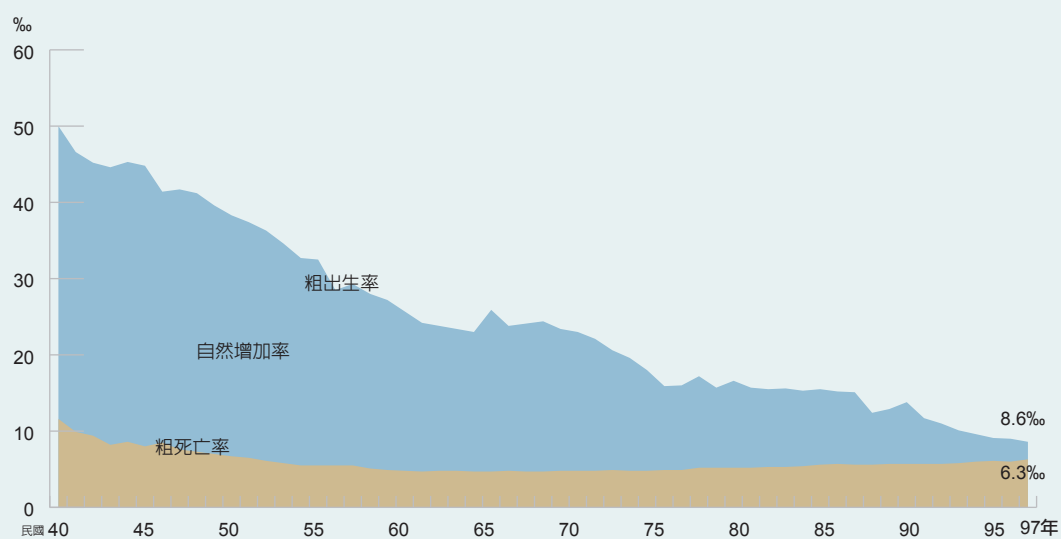
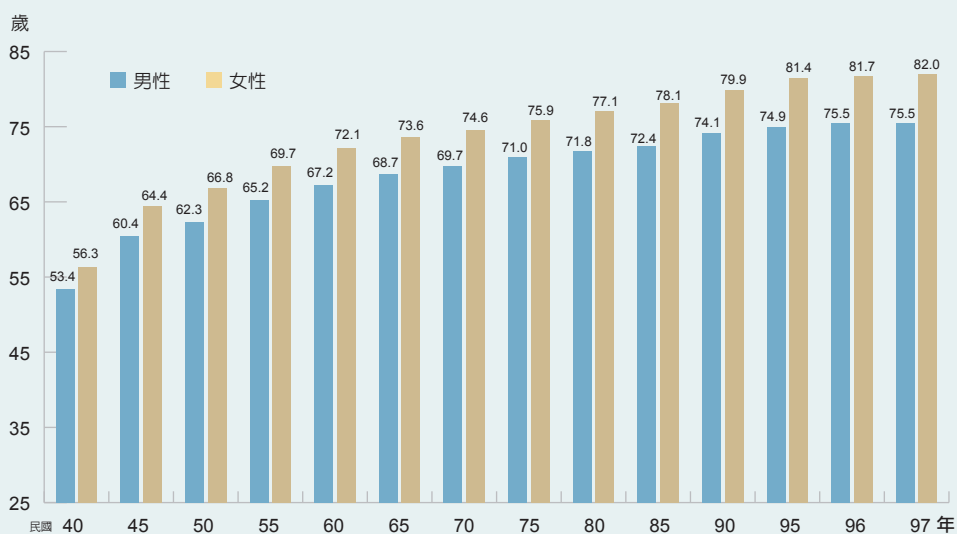


圖2-4 國人0歲平均餘命



第二章 生命指標

一、十大死因

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

民國97年國人死亡人數為14萬2,283人，每10萬人口粗死亡率618.7人，較上年增1.7%，較民國70年增29.0%；若以西元2000年世界標準人口年齡結構調整計算，民國97年每10萬人口標準化死亡率為484.3人，較上年微降

1.5%，較民國70年則減40.3%，顯示國人死亡變動深受人口結構老化之影響。

民國97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)意外事故；(7)慢性下呼吸道疾病；(8)慢性肝病及肝硬化；(9)自殺；(10)腎炎、腎徵候群及腎性病變，其內涵與民國91年比較，惡性腫瘤續居十大死因之首位；事故傷害則由於防制得當，為近年來降幅最明顯之死因，如圖2-5。

二、十大癌症死因

民國97年國人癌症死亡人數為3萬8,913人，每10萬人口粗死亡率169.2人，較上年增2.7%，較民國70年增120.9%；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133.7人，較上年微降0.1%，較民國70年則僅增15.0%，顯示國人癌症死亡變動亦受

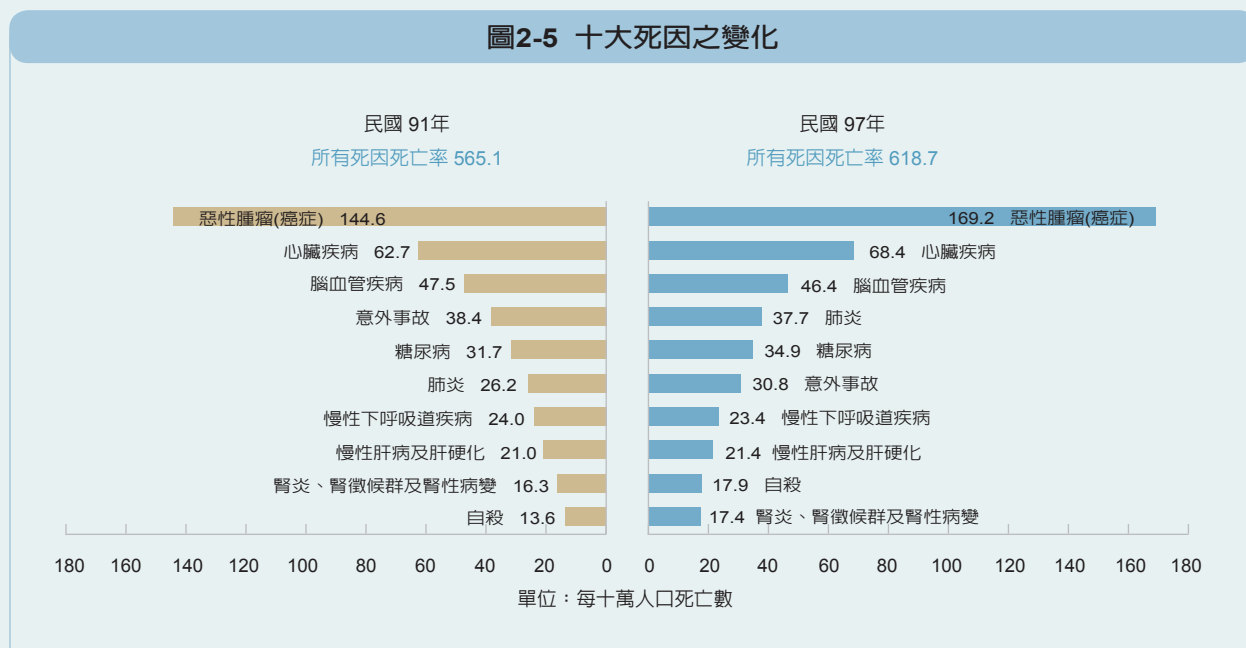
人口結構老化之影響。

民國97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)子宮頸癌、(9)食道癌、(10)胰臟癌，其內涵與民國91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【嬰兒出生未滿1歲死亡數/活產嬰兒數*1,000】及新生兒【嬰兒出生未滿4週死亡數/活產嬰兒數*1,000】死亡率雖因民國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97年新生兒死亡率已降至2.7‰，約為民國60年之4成4；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至4.5‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的39.7/10⁵降至民國97年的6.5/10⁵，如圖2-7。

圖2-5 十大死因之變化



註：本章節圖表民國91-97年死因資料，係以ICD-10註碼。

圖2-6 十大癌症死因之變化

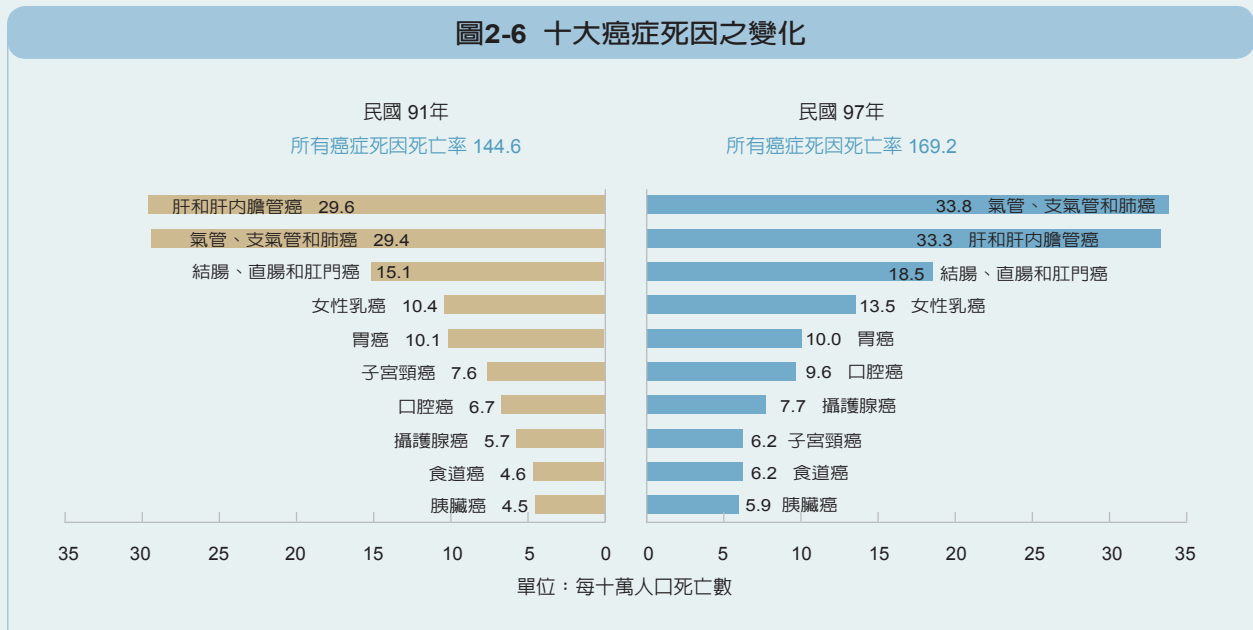
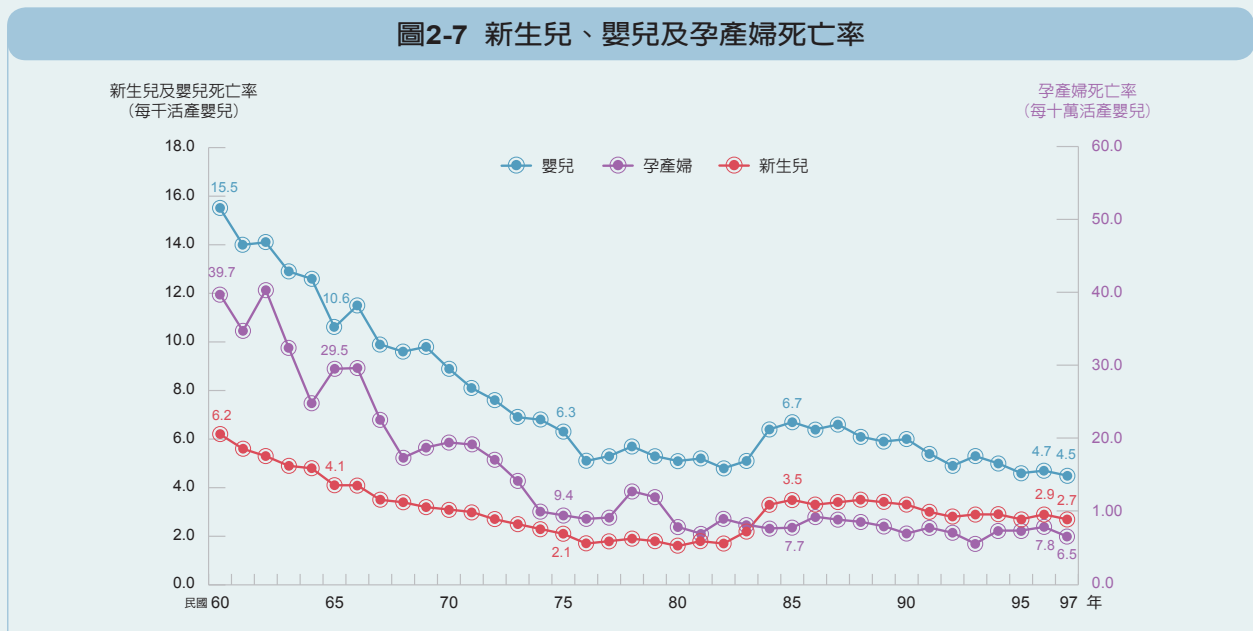


圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



第三章 國民醫療保健支出指標

接受良好的醫療照護是現代國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。我國自民國84年3月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出年增率達18.1%，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96年國民醫療保健最終支出(National Health Expenditure, NHE)7,714億元。

自民國80年起，我國平均每位國民醫療保健支出呈現穩定上升，且民國84年全民健保開辦後，國民醫療保健支出(NHE)占當年國內生產毛額(GDP)比隨即由民國83年之4.9%提升至民國84年5.3%，至民國96年達6.13%，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1萬821元，增至

民國96年之3萬3,661元，增幅達211.1%，如圖2-8。

第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2008 Population Reference Bureau資料顯示，西元2008年全球人口為67億548萬人，預估至西元2050年，將達93億5,184萬人，人口增加率為39%；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2008年全球總生育率(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半，顯示亞洲為低總生育率地區；另全球出生率為21‰，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。

二、平均餘命之比較

西元2007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79歲為最高；台灣為76歲，約當日本西元1990年之水準。另由西元1960-2000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2007年，女性0歲平均餘命均在81歲以上，以日本86歲為最高，法國、澳洲84歲居次；台灣為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)。

三、醫療保健支出之比較

西元2005年我國平均每人國民醫療保健支出(NHE)為942美元，低於中位數3,101美元；平均每人國內生產毛額(GDP)為1萬5,714美元，低於中位數3萬5,185美元，二者在OECD會員國中皆排名第25位，僅高於匈牙利、捷克、斯洛伐克、波蘭、墨西哥及土耳其六國。整體而言，平均每人GDP愈高的國家其平均每人NHE亦愈高，2005年我國NHE占GDP比為6.0%，低於中位數2.9個百分點，在OECD會員國中相對偏低，顯示我國係屬較低水準之國家。

圖2-8 歷年NHE/GDP比及平均每人NHE

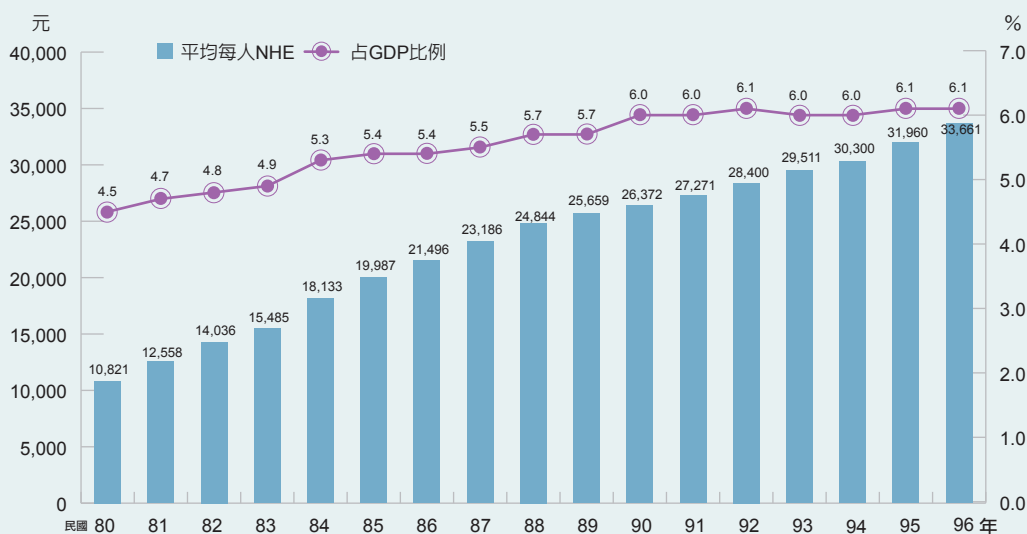


表2-2 世界主要國家人口概況

| | 年中人口 (百萬人) | 人口預測 (百萬人) | | 2008-2050 人口增減 % | 總生育率 | 出生率 ‰ | 死亡率 ‰ | 人口自然 增加率 % |
|-----|---------------|---------------|-------|------------------------|------|----------|----------|------------------|
| | 2008年 | 2025年 | 2050年 | | | | | |
| 全球 | 6705 | 8000 | 9352 | 39 | 2.6 | 21 | 8 | 1.2 |
| 台灣 | 23.0 | 23.1 | 18.9 | -18 | 1.1 | 9 | 6 | 0.3 |
| 新加坡 | 4.8 | 5.3 | 5.3 | 10 | 1.4 | 11 | 5 | 0.6 |
| 日本 | 127.7 | 119.3 | 95.2 | -25 | 1.3 | 9 | 9 | 0.0 |
| 韓國 | 48.6 | 49.1 | 42.3 | -13 | 1.3 | 10 | 5 | 0.5 |
| 加拿大 | 33.3 | 37.6 | 41.9 | 26 | 1.6 | 11 | 7 | 0.3 |
| 美國 | 304.5 | 355.7 | 438.2 | 44 | 2.1 | 14 | 8 | 0.6 |
| 英國 | 61.3 | 68.8 | 76.9 | 26 | 1.9 | 13 | 9 | 0.3 |
| 法國 | 62.0 | 66.1 | 70.0 | 13 | 2.0 | 13 | 8 | 0.4 |
| 德國 | 82.2 | 79.6 | 71.4 | -13 | 1.3 | 8 | 10 | -0.2 |

資料來源：2008 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 | 2007年 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 男 性 | | | | | | | |
| 台灣 | 62 | 67 | 70 | 71 | 74 | 75 | 76 |
| 英國 | 68 | 69 | 70 | 73 | 76 | 77 | 77 |
| 美國 | 67 | 67 | 70 | 72 | 74 | 75 | 76 |
| 法國 | 67 | 68 | 70 | 73 | 75 | 77 | 77 |
| 德國 | 67 | 67 | 70 | 72 | 75 | 76 | 77 |
| 加拿大 | 68 | 67 | 72 | 74 | 77 | ... | 78 |
| 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 | | | | | | | |
| 台灣 | 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 | 84 |
| 德國 | 72 | 74 | 76 | 78 | 81 | 82 | 82 |
| 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 |

附註：1. 民國97年我國0歲平均餘命，男性為75.5歲、女性為82.0歲

2. 資料來源：1960-2005年資料取自2008 OECD Health Data，2007年資料取自2009 World Health Statistics

表2-4 2005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 | 國名--以平均每人NHE排序 | | NHE/GDP(%) | 平均每人NHE | 平均每人GDP |
|----|----------------|-----------------|------------|---------|---------|
| | 中位數 | | 8.9 | 3,101 | 35,185 |
| 1 | 美國 | United States | 15.2 | 6,347 | 41,740 |
| 2 | 挪威 | Norway | 9.1 | 5,941 | 65,350 |
| 3 | 瑞士 | Switzerland | 11.4 | 5,669 | 49,877 |
| 4 | 冰島 | Iceland | 9.4 | 5,198 | 55,076 |
| 5 | 盧森堡 | Luxembourg | 7.8 | 4,789 | 61,752 |
| 6 | 丹麥 | Denmark | 9.4 | 4,499 | 47,642 |
| 7 | 愛爾蘭 | Ireland | 8.2 | 3,966 | 48,871 |
| 8 | 比利時 | Belgium | 10.7 | 3,843 | 36,022 |
| 9 | 奧地利 | Austria | 10.3 | 3,829 | 37,248 |
| 10 | 法國 | France | 11.2 | 3,812 | 34,184 |
| 11 | 瑞典 | Sweden | 9.2 | 3,727 | 40,549 |
| 12 | 德國 | Germany | 10.7 | 3,628 | 34,023 |
| 13 | 荷蘭 | Netherlands | 9.2 | 3,584 | 38,983 |
| 14 | 加拿大 | Canada | 9.9 | 3,470 | 35,185 |
| 15 | 澳大利亞 | Australia | 8.8 | 3,179 | 36,308 |
| 16 | 芬蘭 | Finland | 8.3 | 3,101 | 37,489 |
| 17 | 英國 | United Kingdom | 8.2 | 3,044 | 37,263 |
| 18 | 日本 | Japan | 8.2 | 2,908 | 35,628 |
| 19 | 義大利 | Italy | 8.9 | 2,730 | 30,713 |
| 20 | 紐西蘭 | New Zealand | 8.9 | 2,403 | 26,947 |
| 21 | 西班牙 | Spain | 8.3 | 2,168 | 26,166 |
| 22 | 希臘 | Greece | 9.0 | 2,004 | 22,358 |
| 23 | 葡萄牙 | Portugal | 10.2 | 1,794 | 17,647 |
| 24 | 南韓 | Korea | 6.0 | 983 | 16,441 |
| 25 | 台灣 | Taiwan | 6.0 | 942 | 15,714 |
| 26 | 匈牙利 | Hungary | 8.5 | 927 | 10,955 |
| 27 | 捷克 | Czech Republic | 7.1 | 869 | 12,201 |
| 28 | 斯洛伐克 | Slovak Republic | 7.1 | 626 | 8,803 |
| 29 | 波蘭 | Poland | 6.2 | 494 | 7,953 |
| 30 | 墨西哥 | Mexico | 6.4 | 473 | 7,379 |
| 31 | 土耳其 | Turkey | 5.7 | 383 | 6,720 |

資料來源：1. OECD Health Data, 2008 June
2. 台灣資料來源於行政院衛生署統計室



健康促進

- 21 | 第一章 社區健康
- 22 | 第二章 婦幼及生育保健
- 23 | 第三章 兒童及青少年保健
- 26 | 第四章 生活型態相關慢性疾病防治
- 29 | 第五章 癌症防治
- 31 | 第六章 菸害防制
- 33 | 第七章 國民營養
- 34 | 第八章 衛生教育



健康促進

世界衛生組織(WHO)呼籲，健康不應只是免於疾病，更應積極促進全面性健康的發展。是以衛生署積極營造健康生活、提高自主健康管理，建構健康生活型態；另配合早期篩檢，降低慢性疾病及其合併症之發生，減少國民罹病、殘障與死亡率，以達成促進全民健康與提升生命品質之目的。

第一章 社區健康

世界衛生組織阿瑪阿塔宣言(Alma-Ata Declaration, 1978)強調，藉由落實基層保健醫療來促進民眾健康，以達全民均健目的，衛生署即透過衛生所積極推動基層保健服務。自民國88年更進一步呼應渥太華憲章(Ottawa Charter, 1986)推動「社區健康營造」計畫，期藉由民眾主動參與，建立社區自主健康營造共識與機制，解決社區健康問題。

第一節 衛生所服務品質提升

衛生所為衛生保健服務體系中最基層之運作據點，民國97年底共有372所鄉鎮市區衛生所，包括臺北市12區健康服務中心，提供民眾連續性、整體性及綜合性的基層醫療保健服務，為提升衛生所服務品質辦理下列重要工作：

- 一、辦理「第3屆金所獎」及「衛生所行政相驗培力計畫」，推動優質衛生所標準作業流程及管理經驗標竿學習，提升服務品質。

- 二、編印「2007台灣各縣市衛生所統計年報」，提供全國衛生所服務人力、硬體概況及服務概況，供各縣市政府於衛生所業務規劃之參考。

- 三、督導7縣市衛生局辦理17案衛生所重(擴)建工程，逐年改善基層衛生所建築，提供民眾清新、安全的社區健康服務空間。

- 四、辦理「衛生所醫療保健資訊系統功能擴增及系統維護」，增進門診醫療系統效能。

第二節 健康體能與健康體位

為倡導國人從事健康體能活動，建立健康生活型態，工作重點包括：

- 一、自民國95年起，訂每年11月11日為「全民健走日」，象徵「兩人雙腳，結伴而行」，持續鼓勵國人建立健走健身的健康觀念，結合行政院體育委員會及縣市政府、企業、民間團體，共同宣導「每日一萬步、健康有保固」，鼓勵民眾養成運動習慣，促進國人身體健康。

- 二、為讓健走活動融入社區及職場，結合企業、社區、學界、衛生局等辦理「動態社區環境研討會」、「健走」、「兒童創意繪畫及作文比賽」、「企業推廣健走計畫徵選」，以及「上班族健康操」等各項活動；並整合電視、廣播、報紙、雜誌、網路等媒體，更新網站資訊，多元化宣導健康體能。

第三節 推動健康生活社區化計畫

「健康生活社區化計畫」係改變民衆接受健康服務的方式，激發社區民衆主動關心及參與，結合並組織社區中各團體之力量，促進民衆實踐健康生活，達到國民健康之目標，重點包括：

- 一、建構社區健康促進網絡：以社區為平台，補助23個縣市153個社區辦理「健康促進社區認證試辦暨社區整合計畫」。透過多元推動策略，結合861家商家與1,475個社區團體，建立健康的支持性環境，強化社區民衆參與，共同推動健康飲食、健康體能、菸害防制、檳榔防制、中老年人保健及安全社區等議題。
- 二、持續推動健康城市及健康促進醫院：賡續建立台灣健康城市指標，參與國內、外健康城市活動與事務。迄民國97年底止，台南市、花蓮縣、苗栗縣、台北市大安區、士林區、北投區及台北縣淡水鎮已成功加入WHO西太平洋健康城市(AFHC)聯盟，並於第三屆WHO西太平洋健康城市聯盟大會暨國際研討會議中，分享我國健康城市推動經驗。另，我國計有41家醫院通過WHO健康促進醫院認證。

第四節 職場健康促進與健康風險管理

台灣面臨企業全球化、就業型態多樣化等情境，職場健康的推動亦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。而面對環境污染事件之健康風險衝擊，以跨部會合作方式，規劃完整對策。

- 一、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74家職場推動健康促進。辦理健康職場自主認證，訂定自主認

證評鑑標準，共1,177家職場通過審查，並辦理32家績優健康職場表揚。

- 二、執行有關環境污染引起健康危害之跨部會協調及健康風險評估事宜；召開健康風險組工作分組會議，討論健康風險相關議題(如電磁波等)之因應處理方式，並以跨部會合作方式處理電磁場相關問題。

第二章 婦幼及生育保健

建構完整之婦幼衛生、生育保健服務體系，使孕產婦保持良好健康，每個嬰兒出生後均能健康的發育成長。

第一節 孕產婦與嬰幼兒保健

一、孕產婦保健

- (一) 為提升孕產婦健康照護品質，提供孕婦10次免費產前檢查及發給每位懷孕婦女「孕婦健康手冊」。
- (二) 全面建置親善母乳哺餵環境，持續辦理母嬰親善醫療院所認證計畫，民國97年共有94家通過認證；鼓勵社區培育母乳哺育志工，成立支持團體；提供免費諮詢專線服務，民國97年電話諮詢服務計7,051通；設置母乳哺育網站，平均每年約40萬人次瀏覽；結合縣市衛生局輔導轄區職場設置哺集乳室，與勞委會合作辦理「性別工作平等法暨性騷擾防治宣導會」中宣導「營造友善的職場哺乳環境」，計20場次1,973人參與。

二、嬰幼兒保健

- (一) 為加強嬰幼兒健康照護，提供7歲以下

兒童9次免費健康檢查，並發給父母「兒童健康手冊」，增進其預防保健知識。另透由縣市衛生局辦理嬰幼兒健康管理。

(二) 台灣為全世界第一個以「嬰兒大便卡」進行早期膽道閉鎖篩檢的國家。為早期發現膽道閉鎖個案，推廣「嬰兒大便卡」篩檢，民國97年度完成全國衛生所、診所及74%地區級以上醫院之電腦系統登錄，計篩檢22萬1,823人次，107位嬰兒被通報大便顏色異常，其中14人經證實為膽道閉鎖。

(三) 為提高發展遲緩篩檢率，民國97年辦理「0-3歲兒童發展篩檢及異常個案追蹤管理計畫」，共篩檢32萬3,929人，疑似異常個案4,754人，通報轉介3,574人。

第二節 生育保健

一、自民國74年開始實施「優生保健法」，迄今已逾20餘年。為達成優生保健法「保護母子健康及增進家庭幸福」的立法宗旨，參酌先進國家之經驗，規劃、推展全國生育保健及多項遺傳性疾病檢查和服務措施，包括：推動婚前健康檢查、產前遺傳診斷、新生兒篩檢及遺傳諮詢等，以減少先天異常對下一代健康之威脅。

二、新生兒先天代謝異常篩檢率民國97年達98.7%以上，發現異常4,082案；產前遺傳診斷計3萬3,396案，發現異常774案，其中34歲以上孕婦羊膜穿刺檢查率達85%以上；本人及家族疑似遺傳疾病者，接受進一步遺傳性疾病檢查計1萬1,477案，發現異常4,589案。上述個案皆依「優生保健措

施減免或補助費用辦法」提供篩檢費用減免或補助，異常個案並予追蹤衛教。

三、為整合遺傳性疾病診斷服務網絡，強化相關服務品質，定期辦理遺傳諮詢中心認證(計通過11家)，及辦理遺傳性疾病檢驗機構評核(計通過臨床細胞遺傳學檢驗機構26家、基因檢驗機構9家)。每季進行新生兒篩檢及葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶(G6PD)缺乏症確認檢驗，並實地訪查7家。

第三節 健全人工生殖技術發展

一、為順利推動人工生殖之發展，保障不孕夫妻、人工生殖子女與捐贈人之權益，於民國96年3月21日公布施行「人工生殖法」，並陸續發布「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」、「人工生殖機構許可辦法」、「人工生殖資料通報及管理辦法」，與內政部會銜發布「精卵捐贈親屬關係查證辦法」。至於「代理孕母法草案」部分，將邀集醫學、法律、社會、倫理、婦女權益、兒童福利等專家及不孕者代表，共同研議草案內容。

二、為提升人工生殖機構之施術品質，並提供不孕夫妻選擇就醫之參考，持續辦理人工生殖機構許可審核，至民國97年底計有75家機構許可通過。

第三章 兒童及青少年保健

為促進兒童及青少年期的健康，建構實證資料為基礎之健康政策。因此，加強事故傷害防制、口腔衛生、聽力保健、視力保健、青少年性健康、健康促進學校之推動，期望每一位兒童及青少年都能有健全的身心發展及健康生活。

第一節 事故傷害防制與安全促進

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年降至每10萬人口30.8人。事故傷害防制推動成果如下：

- 一、營造幼兒安全居家環境：透過25縣市衛生局(所)、社區健康營造中心進行居家環境檢測並輔導改善，累計檢測2萬5,401個家庭。
- 二、推動新住民子女事故傷害預防照護，編輯教材、辦理研習，培訓志工、推展至20縣市辦理。
- 三、建立台灣安全社區網絡：民國91年台灣依循世界衛生組織安全社區準則推動安全社區計畫，至民國97年底有3個社區獲認證，累計7個社區通過認證成為國際安全社區。
- 四、推動本土化安全學校模式：依據世界衛生組織國際安全學校認證標準，至民國97年底，共有15所學校通過國際認證。

第二節 口腔、視力、聽力保健

一、口腔保健

比較歷次每五年調查一次的「臺灣地區兒童及青少年口腔狀況調查」，顯示12歲兒童齲蝕指數(DMFT index)由民國79年4.95顆、民國89年3.31顆，降為民國95年2.58顆。預估於民國99年降到2.2顆，指數的降低，主要在於齲齒數與缺牙數的減少。

- (一) 提供5歲以下兒童每年2次免費牙齒塗氟，民國97年共提供22萬1,260人次兒童接受服務。
- (二) 全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計25縣市内2,651所國小約175萬名學童參加，學童參與率達98.5%，期降低兒童齲齒率。

- (三) 推動口腔醫學委員會，研議口腔保健政策。

二、視力保健

比較民國75-95年每五年委託調查一次的「臺灣地區6-18歲學童屈光狀況之流行病學」研究調查，顯示國小近視盛行率逐年增加的趨勢於民國95年已減緩，惟國小一年級生近視率達2成，近視防治應延伸至學齡前兒童。

- (一) 成立「視力保健諮詢小組」，研議朝學齡前兒童之照護者衛教策略發展。
- (二) 辦理全國「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作計畫」，計篩檢約34萬1,796人，初篩異常率14.5%，轉介追蹤矯治率達99%。
- (三) 辦理「社區數位教育及視力保健推展計畫」，結合電腦資訊業者，將資訊教育與視力保健觀念及知識相連結，訓練種子師資及視力保健課程推廣，參與之社區媽媽及學員計1,020人。

三、聽力保健

- (一) 辦理「新生兒聽力篩檢輔導推廣及成效評估」計畫，於北、中、南、東設置4個區域服務中心，計輔導61個初篩單位；參與本計畫之接生醫療院所之新生兒聽力篩檢率達62.5%(篩檢人數1萬8,527人/參與院所接生數2萬9,657人)。
- (二) 辦理「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」，受檢兒童計16萬2,859人，篩檢率達80.94%，複檢率達97.6%。
- (三) 辦理「學前兒童聽力語言障礙篩檢及追蹤矯治推廣服務計畫」，完成檢核

表計5,867份，篩選出疑似有構音/音韻問題者有567人，其中361人(72.6%)確診有構音異常。

- (四) 辦理「聽損兒早期聽語療育宣導暨媒體推廣計畫」，設置免費服務專線，0800-800-832與0800-889-881，來電諮詢人數達3,604人次。

第三節 青少年性健康促進

於民國84年、89年及96年調查研究發現，台灣地區高中、高職及五專在校學生發生性行為比例，男性為10.4%、13.9%、14.7%；女性為6.7%、10.4%、12.7%，青少年性行為比例有逐年增加的趨勢。爰此，辦理以下相關計畫：

- 一、性福e學園-青少年網站服務：提供性知識及正確避孕方法等資訊，民國97年計40萬人次上網瀏覽；提供諮詢信箱，並透過MSN即時通，每週提供2小時線上諮詢服務，計回覆1,210人次；全國首創提供青少年性健康相關議題之視訊諮商服務，計服務2,035人次。

二、青少年性與生育保健服務：

- (一) 補助13家醫院及張老師基金會於8個縣市服務區域辦理「青少年保健服務計畫」，提供青少年身心保健問題之診治、諮詢(商)輔導等服務，共計4,666人次、社區衛教945場次13萬5,038人次。
- (二) 辦理「青少年生育保健親善門診計畫」，協調醫療院所合作成立「Teens'幸福9號門診」，提供各種避孕方法，及協助其與家長溝通共同解

決未預期懷孕等問題，以促進及保障青少年生育健康，計門診服務1,156案，電話服務874案。

- 三、辦理「社區藥局推廣青少年性教育諮詢服務網」計畫，結合150家社區藥局，提供避孕等相關性健康之諮詢服務。

第四節 健康促進學校

97學年度高中職以下3,868所(國小2,652所，國中740所，高中職476所)學校全面參與健康促進學校，學校依據需求推動校園菸害防制、校園安全、檳榔危害、視力保健、口腔保健、健康體位、性教育(含人類乳突病毒及子宮頸癌防治)等健康議題。

- 一、健康促進學校從94學年度318所、95學年度516所、增加至96學年度773所、於97學年度3,868所學校全面推動。
- 二、輔導25縣市成立在地輔導團，發展縣市在地輔導模式，計99位專家學者組成之輔導委員負責各縣市之輔導。
- 三、透過健康促進學校之平台，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，做為全面推動無菸校園模式。
- 四、辦理相關人員之訓練及種子培訓，發展並訂定學校推動計畫之成效指標，辦理指標說明會及人員訓練，共計400人參與。
- 五、建立健康促進學校單一入口網站，提供縣市政府、學校即時獲得訊息及相關資源及線上輔導。
- 六、辦理行銷計畫促使社區、家長及相關團體認同、支持及參與，另辦理4場次觀摩參訪活動，參與人數為437人。

第四章 生活型態相關慢性疾病防治

民國84年我國步入高齡化社會後，人口老化逐年嚴重，民衆生活型態改變、飲食西化，慢性疾病人口逐年上升，糖尿病、心血管疾病、腎臟病等均高居我國十大死因之列。人口老化，加上全民健康保險的實施，洗腎支出已成為健保之重大負擔，為減少慢性疾病之威脅，以公共衛生三段五級的觀念，推展工作計畫，其重要成果如下：

第一節 預防保健

預防保健可以延緩疾病及併發症的發生，以保障全體國民健康。自民國84年起，衛生署提供孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及成人預防保健服務等4項預防保健服務。於民國93年7月起又增加乳房攝影檢查服務及兒童牙齒塗氟保健服務等2項。6項預防保健服務項目詳如表3-1。

民國97年提供各項預防保健服務之成果及效益包括：

- 一、補助孕婦產前檢查服務約174萬人次，利用率約為97.2%，確保孕婦及胎兒健康。
- 二、補助兒童預防保健服務約124萬人次，利用率約為68.6%，以早期發現異常個案並早期治療。
- 三、約22萬人次接受兒童牙齒塗氟服務及口腔衛生指導，利用率約為13.2%，以養成兒童良好口腔衛生習慣，提升兒童口腔健康。
- 四、完成子宮頸抹片篩檢約182萬人及乳房攝影篩檢約16萬人，利用率分別為26%及6.6%，以期早期治療，提高存活率。
- 五、約170萬人接受成人預防保健服務，利用率約為34.2%，以早期發現成人及中老年民衆之慢性病相關因子(如高血壓、高血糖、高血脂)，並早期治療。另外，民衆因透過該服務而被發現有血壓、血糖及血膽固醇值異常之比率分別為22.7%、7.8%及13.1%。

表3-1 預防保健篩檢項目

| 類別 | 對象 | 次數 | 檢查項目 |
|---------|--------------|-------|---------------------------|
| 孕婦產前檢查 | 孕婦 | 10次 | 身體檢查、血液檢查及尿液檢查、超音波檢查及衛教指導 |
| 兒童預防保健 | 7歲以下兒童 | 9次 | 身體檢查、發展診察及衛教指導 |
| 兒童牙齒塗氟 | 未滿5歲兒童 | 每半年1次 | 牙醫師專業塗氟服務、一般性口腔檢查及衛教指導 |
| 子宮頸抹片檢查 | 30歲以上婦女 | 每年1次 | 子宮頸抹片採樣、骨盆腔檢查及子宮頸細胞病理檢查 |
| 乳房攝影檢查 | 50-69歲婦女 | 每2年1次 | 乳房攝影檢查 |
| 成人預防保健 | 40歲以上未滿65歲者 | 每3年1次 | 身體檢查、衛教指導、血液檢查及尿液檢查 |
| | 65歲以上者 | 每年1次 | |
| | 小兒麻痺且在35歲以上者 | 每年1次 | |

第二節 高危險群健康促進

早期發現各種慢性疾病之高危險群，如有家族史者、腹部肥胖、血脂、血糖、血壓異常及代謝症候群等民衆，針對高危險群推展健康促進計畫，避免或延緩疾病之發生。

一、代謝症候群

- (一) 多元行銷預防代謝症候群：廣播託播255檔次；辦理學校員工學生認知競賽活動，獲獎學校計7所；印製學習手冊，供推廣使用。
- (二) 辦理高、中、小學主管及校護、營養師之相關研習，參加學校計923所。

二、糖尿病高危險群

- (一) 配合聯合國2008年世界糖尿病日主題，與學會舉辦台灣民主紀念館點燈、園遊會等活動，成果以「Taiwan」名義展現於聯合國及糖尿病國際聯盟全球網站。
- (二) 於217個社區、136家糖尿病健康促進機構、239個糖尿病友成長團體等推動糖尿病高危險群健康促進，計4萬4,420人，其中改善血糖6,774人、改善血壓5,764人、改善膽固醇4,639人、改善腰圍3,842人、減重 ≥ 2 公斤2,761人。

三、腎臟病高危險群

推動基層腎臟病防治計畫，辦理317場篩檢活動，計4萬9,342人參與篩檢，發現慢性腎臟病1-5期總人數計2,807人(佔5.7%)。辦理一般民衆衛教55場，計6,296位民衆參與；醫護人員教育訓練12場，計942人參與。另研發排灣族語-腎臟防治教材，及腎絲球過濾率(GFR)速算

轉盤。

四、辦理老人健康促進

- (一) 持續辦理老人健康促進相關議題，如老人之健康體能、均衡飲食、防跌、口腔及視力保健、戒菸、癌症篩檢及慢性病防治等。
- (二) 研議中老年人防盲策略，發展簡易篩檢問卷及社區簡易眼疾篩檢工具。補助8家醫院規劃辦理眼科醫師缺乏地區視力保健計畫，辦理中老年人視力篩檢、眼疾衛教等服務。
- (三) 於2縣市試辦資源整合式之社區老人健康促進工作模式；於14縣市20個社區推動銀髮族健康久久計畫。
- (四) 研撰「老人健康促進四年計畫」(民國98-101年)，策劃推動促進健康體能、健康飲食、加強跌倒防制及口腔保健、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項重要工作。
- (五) 推展老人防跌與居家安全營造：透過25縣市衛生局、所、社政單位、社區健康營造中心，於85個營造點，辦理老人防跌暨居家環境檢視及改善。

第三節 提升照護水準

一、研製衛教教材及手冊

辦理重要中老年疾病衛教教材外語版製作，完成「糖尿病與我」、「腦中風防禦守則」、「腎臟病照護學習手冊」、「腎臟保健學習手冊」及「慢性阻塞性肺病自我照護學習手冊」等5款教材之英文版、越南文版及印尼文版，提供予外籍看護工及外籍配偶參考使用。

二、糖尿病共同照護網

- (一) 輔導25縣市推動糖尿病共同照護網，涵蓋328鄉鎮，1,869家醫療院所參與。
- (二) 制定醫師、護理、營養等專業人員認證制度，計認證實務工作者6,481人、師資3,594人，以提高糖尿病醫事人員素質。
- (三) 廣續提升糖尿病照護品質，於136家糖尿病健康促進機構，提供衛教人員見實習812人、戒菸諮商1萬2,503人，參與糖尿病健保醫療給付改善方案計16萬2,511個案。
- (四) 為強化糖尿病友支持系統，增能全國436個糖尿病友團體；病友自發性成立「中華民國糖尿病病友全國協會」；舉辦健康行為改善競賽活動；參與糖尿病人1萬5,909人，改善自我照護行為，其中糖化血色素 ≤ 7 者3,846人，較96年增150人(3.9%)；糖化血色素 ≥ 9.5 者1,736人，較民國96年減54人(-3.1%)。

三、心血管疾病照護

- (一) 普及社區血壓測量場所，至民國97年已成立463個血壓測量站。另推廣定期在家測量血壓，號召全國3千多位個案參加10天在家自我測量血壓行動。
- (二) 民國95年度起建立中風登錄系統，登錄範圍涵蓋全國北、中、南、東四區，計38家醫院參與，並完成3萬多筆中風個案登錄。
- (三) 推動國內減鹽計畫，宣導每日「食鹽不超過6公克(鈉不超過2400毫克)」，並提醒民眾購買包裝食品前，先行檢視包裝上標示之鈉含量。

四、慢性腎臟病照護

延緩慢性腎臟疾病之病程發展，建構跨部門、跨專業的照護模式，設置77家腎臟保健機構，新收個案數1萬4,068人，總收案數3萬1,074人。末期腎臟病患接受血液透析、腹膜透析、腎臟移植個案數2,104人，其中接受腹膜透析者達22.6%；初次接受血液透析患者接受門診服務而不經住院或急診者占38.9%。

第五章 癌症防治

第一節 癌症現況

依據民國95年癌症登記統計，全國癌症(不含原位癌)新發生個案為7萬3,293人(男性4萬2,017人、女性3萬1,276人)；男、女性粗發生率分別為每10萬人口362人和277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310和229人，男女常見十大癌症如表3-2及3-3。

第二節 降低罹癌風險

根據世界衛生組織之「國家防癌計畫」(National Cancer Control Program 2002)，癌症的初段預防至少可以減少30%的癌症個案。因此，致力於減少致癌因子的暴露為各國防癌的重點工作。

一、檳榔健康危害防制

口腔癌的發生和死亡的人數，是男性罹患之所有癌症當中，增加幅度高。檳榔已被國際癌症研究總署列為第一類致癌物，我國研究調查也發現，每10位口腔癌患者中，約有9位曾嚼過檳榔，充分顯示嚼檳榔是造成口腔癌最主要的原因。為防制檳榔之危害，衛生署持續運用媒體通路與開發創新通路，宣導檳榔健康危害觀念，民國97年起，高中職以下學校推動健康促進學校之同時，各學校均可視需求將不嚼檳榔的生活技能融入教學，且軍中已整

表3-2 民國95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 | 7,617 | 62 | 54 |
| 結腸及直腸 | 5,793 | 50 | 43 |
| 肺、支氣管及氣管 | 5,756 | 50 | 42 |
| 口腔、口咽及下咽 | 4,879 | 42 | 36 |
| 攝護腺 | 3,073 | 27 | 22 |
| 胃 | 2,455 | 21 | 18 |
| 食道 | 1,624 | 14 | 12 |
| 膀胱 | 1,406 | 12 | 10 |
| 皮膚 | 1,328 | 11 | 10 |
| 鼻咽 | 1,116 | 10 | 8 |
| 其他部位 | 6,970 | - | - |
| 總計 | 42,017 | 362 | 310 |

表3-3 民國95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 | 6,895 | 61 | 50 |
| 結腸及直腸 | 4,455 | 40 | 32 |
| 肝及肝內膽管 | 2,925 | 26 | 22 |
| 肺、支氣管及氣管 | 2,992 | 27 | 22 |
| 子宮頸侵襲癌 | 1,828 | 16 | 13 |
| 胃 | 1,339 | 12 | 10 |
| 甲狀腺 | 1,257 | 11 | 9 |
| 子宮體 | 1,159 | 10 | 8 |
| 皮膚 | 1,129 | 10 | 8 |
| 卵巢、輸卵管及寬韌帶 | 1,000 | 9 | 7 |
| 其他部位 | 6,297 | - | - |
| 總計 | 31,276 | 277 | 229 |

體營造無檳榔支持環境，而在社區，除結合民間單位一起加入宣導不嚼檳榔之文化觀念，並透過衛生局所和民間單位，於民國97年協助130個高嚼檳榔職場，營造無檳環境。18歲以上男性嚼檳率已由民國91年之17.5%降至民國97年之15%。

二、人類乳突病毒(HPV)疫苗

衛生署分別於民國95年及97年核准嘉喜及保蓓人類乳突病毒(HPV)疫苗上市。為讓社會大眾能更認識人類乳突病毒疫苗與子宮頸癌防治，製作「女人的私密筆記-遠離子宮頸癌33問」、「遠離HPV魔法書」等小冊及「子宮頸癌性事知多少」教學影帶，並透過各種媒體管道，加強民衆宣導。另，為研議人類乳突病毒疫苗政策，進行「父母對9-15歲女兒接種子宮頸癌疫苗意願」電話調查及「國中女學生家長對子宮頸癌疫苗的認知與態度調查」問卷調查，並於民國97年11月29日召開「是否經由公費補助接種子宮頸癌疫苗議題法人論壇」，廣邀家長、教師、醫藥、婦女及社會團體參加，以蒐集相關團體對於人類乳突病毒疫苗政策之看法，做為政策制訂參考。於民國97年底邀集專家完成撰寫「人類乳突病毒疫苗政策評估報告」。

第三節 癌症篩檢

一、子宮頸癌篩檢

(一) 為提供民衆可近性之篩檢服務，除由特約醫療院所提供篩檢服務之外，地方衛生局(所)亦結合社區集會活動，以設站方式提供篩檢服務，另輔導醫院建置門診提示系統，主動提醒3年以上尚未做抹片之婦女，以提高篩檢率。預防保健自民國84年7月開始提供30歲以上婦女每年1次子宮頸抹片檢查，依據衛生署國民健康局民國97年電話調

查結果資料，70%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56%。

(二) 因子宮頸抹片之篩檢，已使得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95年的每10萬人口13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96年的每10萬人口5.8人。

二、婦女乳癌篩檢

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月開始全面提供50-69歲婦女每2年1次乳房攝影篩檢，近2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數達28.8萬人，篩檢率為12%，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、結直腸癌篩檢

民國93年開始推廣50-69歲民衆接受糞便潛血篩檢，近2年內接受糞便潛血篩檢人數達48萬人，篩檢率為10%。經篩檢發現之結直腸癌約有4成以上屬於0期或1期，顯示篩檢有助於早期發現結直腸癌。

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，近2年共服務約104萬人，篩檢率為25%，其中632名確診為口腔癌。

第四節 提升癌症診療照護品質

一、衛生署國民健康局於民國96年10月4日正式公告「97年度癌症診療品質認證基準及

評分說明」與「97年度癌症診療品質認證作業程序」，並自民國97年依據公告之基準，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，確保癌症病患能享有安全有效之優質就醫環境。民國97年共22家醫院完成認證，並公告認證結果以供民衆就醫選擇參考。

二、為提供癌症病患和其家屬持續性的照護和衛教，並促使國內防癌民間團體的蓬勃發展，自民國93年起開始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97年補助13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11萬3,723人次。另為建立醫院與民間團體合作機制，補助辦理成立「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。

三、為緩解癌症末期病人之疼痛和身體不適，並同時照護其身心和靈性的需求，自民國84年起，開始推動安寧緩和醫療，並於民國89年將安寧住院及居家療護納入健保給付，截至民國97年底分別有34家、59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，民國97年安寧共同照護服務個案約1萬3,900名癌症病人。

四、利用死亡檔與全民健保申報資料分析國內癌症病人死亡前1年安寧療護利用情形(含安寧住院、安寧居家與安寧共同照護服務)，已由民國89年7.4%，大幅提升至96年的31.8%，癌症病人安寧療護利用率已大幅提昇。另為提升安寧療護品質，亦建立安寧療護單位認證和輔導機制，辦理癌症防治人員安寧療護之相關訓練。

第六章 菸害防制

為防制菸品之危害，於民國86年通過「菸害防制法」，並自民國91年開徵菸品健康福利捐；民國95年調整每包菸課徵新台幣10元的捐費，其中3%用於菸害防制工作。依據民國93年至97年辦理之「成人吸菸行為電話調查」發現，我國18歲以上成年男性及女性之吸菸率分別為民國93年42.9%、4.6%，民國94年40.0%、4.8%，民國95年39.6%、4.1%，民國96年39.0%、5.1%，至民國97年38.6%、4.8%，由歷年資料指出，男性吸菸率似有下降的趨勢，而女性吸菸率則尚待密切觀察。

第一節 無菸環境

菸害防制工作之主要目標為降低吸菸率及公共場所二手菸暴露率；為維護民衆的健康，避免遭受二手菸危害，分別自社區、餐廳、學校、職場與軍隊辦理營造無菸環境之相關工作，推動無菸環境理念。

一、推動30個無菸社區，成功結合92個社區社團，招募4,600個無菸家庭；已辦理社區戒菸班257班次，約4,744人參加；推動餐廳業者營造無菸環境，目前全國有近1萬2,452家餐廳加入無菸餐廳行列。

二、與教育部、縣市衛生局、教育局共同推動無菸校園，計有3,868所高中職以下學校成為健康促進學校，並有48家大專院校參與推動無菸校園。

三、推動職場菸害防制工作，民國97年共實地輔導74家職場建立無菸或限菸政策，營造無菸的職場環境。衛生署委託進行的全國職場菸害調查結果顯示，職場員工吸菸率為20%(較民國96年下降1%)，室內工作場所二手菸暴露率為26%。

四、為降低國軍的吸菸率，並營造無菸支持環境，與國防部合作，透過各軍司令部訂定國軍菸害防制政策、部隊主動介入戒菸治療服務及辦理菸害防制研究與監測等相關工作。

五、與國際同步辦理「2008年QUIT & WIN 戒菸就贏」計畫，鼓勵吸菸者踴躍戒菸，總計參與人數達1萬8,741組。辦理「丟你的菸創意設計競賽」，安排影像廣告得獎作品於分眾商業大樓聯播網(全省600棟)及台北市及高雄市電影院(242個廳院)播放宣導。

六、透過多元化媒體通路，拍攝25縣市首長無菸公共場所宣導短片，辦理大眾運輸工具及餐廳個性化禁菸標示物設計賽等宣導活動，並結合政府民間團體資源之運用，對於菸害防制法新規定、二手菸危害、及相關菸害或戒菸資訊等進行整合性行銷與宣導。民國97年12月宣導後調查發現，9成民眾知道大眾運輸工具、3人以上室內工作場所及公共場所禁菸之新規範。

七、辦理青春宅急便展示活動，以高中職學生為目標族群，將菸害防制結合青少年關心議題，設計有趣感動的展覽內容，主動運送至參展之學校輪展，民國97年10月於國立科學工藝博物館展出17天，計1萬3,397參觀人次，民國97年11月已完成4所高中職學校巡展，計1萬1,960參觀人次。

第二節 建構多元化戒菸服務

修正的「菸害防制法」第21條及「世界衛生組織菸草控制框架公約」第14條揭示，協助吸菸者戒菸是國家菸害防制的重要工作。目前，我國的吸菸者可經由門診戒菸治療、免費電話戒菸諮商及戒菸班等管道獲得戒菸的協

助。

一、門診藥物戒菸治療服務：目前提供門診藥物戒菸治療服務之合約醫療院所約2,149家，分布於357個鄉鎮市區(97%)；自民國91年開辦至97年底，接受戒菸服務之個案數為36萬957人，其中民國97年全年服務4萬2,857人，6個月戒菸成功率約為22%。

二、戒菸專線服務：自民國92年辦理之「戒菸專線諮詢服務計畫」，透過電話的便利性、隱密性，結合專業心理諮商，提供免付費的電話戒菸諮商服務(0800-636363)，累計至民國97年底服務逾34萬人次。其中民國97年全年已提供電話諮詢服務量7萬6,800人次，接受多次諮詢之6個月戒菸成功率約29%。

第三節 菸害防制法之修法與落實

參酌「世界衛生組織菸草控制框架公約」之精神，推動「菸害防制法」之修法，於民國96年6月獲立法院三讀通過，同年7月11日經總統公告，自民國98年1月1日正式施行，為保障國民的健康與推動菸害防制工作的重大里程碑。

為落實菸害防制法相關規定，辦理多項重要工作計畫，包括：透過聘僱696名臨時人力協助各縣市實地訪查與輔導禁菸場所之禁菸標示；在執行稽查方面，民國97年全國總稽查數約21萬5,000家，取締數1萬2,530件、開立處分書8,275件，總計罰鍰新台幣222萬6,000元整；在接受民眾菸害申訴與諮詢方面，計接獲民眾之菸害檢舉案件達463件，提供法律諮詢服務共計369件；辦理「菸害防制法執法成效調查」，發現平均合格率为91.4%；辦理「菸品檢測暨研究發展中心計畫」，完成30種(180件)國產及進口菸品之尼古丁與焦油含量抽驗，檢測結果



均符合規定，並收集市售菸品品項資訊，以瞭解菸品市場；此外，透過研習營、研討會、訓練班及編製手冊彙編，以加強菸害防制工作人員之專業素養。

第七章 國民營養

癌症、中風、心臟病、糖尿病和高血壓等慢性疾病，往往和不均衡的飲食具有高相關性。依據衛生署國民營養調查顯示，國人飲食，確實有脂肪攝取過多、纖維攝取不足的現象。因此，建立國人健康飲食觀念、實踐健康飲食生活，減少慢性病罹患等議題，為當前極力推廣之重要工作。

第一節 國民營養調查

為定期監測國人營養健康狀況，自民國93至97年度，委請中央研究院針對6歲(含)以下嬰幼兒、以及19歲(含)以上成人進行「第三次國民營養健康狀況變遷調查」，就飲食營養、營養知識態度與行為、各種營養相關疾病等問卷調查及身體健康檢查，探討國人各年齡層之營養問題及營養相關疾病議題，以研擬營養改善方案，訂定營養政策。自民國94年7月起，進行家

戶訪視及體檢調查。為求訪問資料的時效性及正確性，首次運用電腦輔助面訪調查系統進行訪視，並新增雙能量X光吸收測量儀巡迴車，對個案進行全身骨質密度檢測。此次調查共完成6,189人的問卷訪問，3,670人的體檢測量。

第二節 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。

我國營養標示制度之實施，係採漸進推動與業者主動之原則，依食品種類逐步公告實施，首先於民國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，需提供其營養標示；接續於民國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稱規範」，並分別於民國91至96年間分別強制規範有營養宣稱的市售包裝食品、乳品、飲料、油脂、冰品、烘焙、穀物、罐頭、糖果、脫水、醃漬等食品類別應依前揭規範營養標示。自民國97年1月1日起強制規範

市售完整包裝均應全面性實施營養標示制度。

我國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、碳水化合物及鈉等七項，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。為使營養標示制度能落實與執行，衛生署將持續檢討、評估市售包裝食品營養標示制度之適用性。

第八章 衛生教育

為導正國民生活型態，積極推動各項衛生教育宣導，經由電視、廣播、報紙、雜誌、戶外交通及網路等大眾媒體，有系統地提供民眾正確的保健訊息，希望國民能養成健康的行為，擁有自我照護的觀念與能力，為每一個獨特生命的健康幸福，奠定良好的基礎。

第一節 整合衛生教育資源

使民眾瞭解衛生署衛生教育政策，維持與民眾間之良好互動，落實衛生教育，以強化民眾健康之認知，達到行銷健康知識之目的。

- 一、訂定衛生教育主軸，整合結核病防治、珍惜健保資源，落實正確就醫，支持健保核心价值、全民洗手運動等重要健康議題，以整合行銷方式推動，提高民眾自主健康管理。
- 二、整合衛生教育資源，建置衛教宣導通路，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，並利用整體識別系統，讓政策與整體形象連結。此外，針對民眾關心議題，亦有即時回應與澄清的管道，以消弭民眾心

中的疑慮。

- 三、建置「健康九九」衛生教育資源網站，目前，線上共有1,324件衛生教育教材或宣導品，可供民眾瀏覽、下載或索取。
- 四、為求衛教資訊清晰簡明，方便民眾閱讀，整合衛生署新聞焦點、衛教週報、食品資訊電子報、中央健保局電子報、藥物食品安全週報等內容，發行「健康電子報」，目前訂戶已逾6萬戶。

第二節 提升衛教人員工作知能

辦理衛生教育創意交流研討會，邀請表現優異的單位，分享衛教工作上的宣導經驗與推廣模式外，亦聘請專家學者教授最新知識與行銷創意，藉以精進實務推動上的執行能力。

研發「97年度健康宣導資訊彙集」提供各縣市衛生局(所)、醫院、學校等約5,200個單位投身於第一線衛生教育工作人員使用，8成使用者對於該教材的內容、編排方式及設計「非常滿意」。

第三節 建立跨部會合作機制

積極與教育部合作，共同推動學校健康促進計畫，從全國各校老師和護理人員培訓與研習、媒體行銷等項目充分合作，營造健康促進學校的資源平台。

落實向下紮根，培養從小洗手的衛生習慣，針對全國國小以下教(保)育人員，辦理「全民洗手宣導活動」，期藉由培訓種子師資，進而帶動學生、家長正確洗手的習慣，實踐健康生活。



肆

疫病防治

36 | 第一章 傳染病防治法規及架構

38 | 第二章 重要傳染病/新興傳染病防治

43 | 第三章 防疫整備及感染控制

47 | 第四章 預防接種

肆 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，亦需配合世界潮流加速修正國內相關法規，設立疫病防治指揮系統，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，爰訂定「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時有所依據。

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；後者則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與降低毒品使用危害之目標。為有效落實兩大重要法規，民國97年配合訂定或修正20餘項相關法規命令，並期與國際接軌。

一、傳染病防治法

「傳染病防治法」最新一次於民國96年7月修正，其修法重點包括：(一)國內、外流行疫情均得作為中央主管機關啟動流行疫情指揮中心之考量因素，以符合「防疫無國界」精神。

(二)調整我國檢疫架構，將旅客與車、船、航空器及物品檢疫分別管理，兼顧旅客人權保障及檢疫需要。(三)為流感大流行做準備，避免人畜共通傳染病之發生及蔓延，對媒介傳染病或有媒介之虞動物的處置作為更加明確周延，並配合增列補償及處罰之依據。(四)對於傳染病防治醫療網之專責醫院，改由中央主管機關直接指定，並酌予補助。(五)增列主管機關輔導醫療機構執行感染控制措施之法源。

二、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

為強化對感染者權益保障及權益損害協調機制，爰於民國96年7月修正，並將原名「後天免疫缺乏症候群防治條例」修正為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」。其修正重點包括：(一)在感染者之人格與合法權益方面，明定感染者之安養、居住等基本人權應予保障。(二)增加中央主管機關應邀集感染者促進團體、民間機構等，參與推動人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障事項。(三)醫事機構不得拒絕對感染者提供醫療服務；醫事人員應經當事人同意及諮詢程序，始得進行人類免疫缺乏病毒檢驗。(四)增列執行愛滋減害計畫、實施高危險群之教育講習與強制檢驗增訂之法源依據，並明訂參與減害計畫而提供及接受清潔針具和替代療法者，免負刑責。(五)相關人員因執行相關職務，不幸感染人類免疫缺乏病毒時，應給予合理補償，以保障其權益。

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、新檢驗技術之研發及技術轉移、檢驗標準之訂定。民國97年公布「傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法」及「行政院衛生署認可傳染病檢驗機構作業要點」，針對法定傳染病檢驗機構推動檢驗認可制度，亦辦理各項檢驗能力試驗，以確保檢驗品質。另為因應各類傳染病之檢驗需求，設置13家病毒合約實驗室及9家結核菌合約實驗室。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(NHCC)，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

為提升面對新興傳染病收治應變能力及感染症病患收治量能，於民國92年成立「感染症防治醫療網」，設置收治感染症病患之專責醫院；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，指定隔離醫院及應變醫院共141家，以收治傳染病患；並定期辦理25家應變醫院指定負壓隔離病房之輔導查核，以維持負壓隔離病房效能。為使應變醫院能於疫情爆發時集中收治病人，應變醫院依據「因應H5N1流感策略計畫及作戰計畫」，撰擬該等醫院之緊急應變計畫，並據以演習，民國97年計辦理37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97年台灣地區法定傳染病病例分布如表4-1、表4-2。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參考。至民國97年底，自願參與通報的定點醫師數約799位(診所醫師數676位；醫院醫師數123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

判全台6個地區與全國整體趨勢，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97年底，共有611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93%。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、發燒等。每週蒐集各校資料，研判全台6個地區與定點學校整體趨勢，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97年底，參與通報之機構約有1,732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，定期回饋法務部矯正司、內政部社會司、內政部兒童局、各縣市政府社會局及衛生等相關單位。

二、疫情通報系統之整合

- (一) 持續整合各項通報系統並強化系統之功能，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

建構傳染病疫情調查資訊系統，除協助各項法定傳染病之疫情調查，亦可產生模組化問卷，便於防疫人員進行傳染病分析，作為其研判疫情或擬具處理措施之參考。

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，協助於有效時間內快速控制突發之疫情，並將統計分析結果，提供施政單位參考。民國97年共進行18件突發及不明原因之疫病群聚事件調查。

第二章 重要傳染病/ 新興傳染病防治

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

第一節 呼吸道傳染病

一、結核病

台灣於民國97年結核病之確定病例個案數為1萬4,183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。計畫內容為結合公衛、醫療、檢驗三大網絡，以落實接觸者追蹤、高危險群篩檢等策略期能早期發現結核病患，並建置多重抗藥性結核後送醫療網絡、提升醫療及檢驗診治品質、落實都治計畫等，給予完善的醫療照護。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97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

表4-1 民國97年急性法定傳染病確定病例數統計表

| 類別 | 疾病 | 合計 | 本土病例 | 境外移入 |
|-----|--------------|--------|--------|------|
| 第一類 | 天花 | 0 | 0 | 0 |
| | 鼠疫 | 0 | 0 | 0 |
| | 嚴重急性呼吸道症候群 | 0 | 0 | 0 |
| | 狂犬病 | 0 | 0 | 0 |
| | 炭疽病 | 0 | 0 | 0 |
| | H5N1流感 | 0 | 0 | 0 |
| 第二類 | 白喉 | 0 | 0 | 0 |
| | 傷寒 | 33 | 13 | 20 |
| | 登革熱 | 714 | 488 | 226 |
| | 流行性腦脊髓膜炎 | 19 | 19 | 0 |
| | 副傷寒 | 11 | 3 | 8 |
| | 小兒麻痺 | 0 | 0 | 0 |
| | 急性無力肢體麻痺 | 74 | 74 | 0 |
| | 桿菌性痢疾 | 90 | 46 | 44 |
| | 阿米巴性痢疾 | 227 | 144 | 83 |
| | 瘧疾 | 18 | 0 | 18 |
| | 麻疹 | 16 | 9 | 7 |
| | 急性病毒性A型肝炎 | 236 | 201 | 35 |
| | 腸道出血性大腸桿菌感染症 | 0 | 0 | 0 |
| | 漢他病毒出血熱 | 1 | 1 | 0 |
| | 漢他病毒肺症候群 | 0 | 0 | 0 |
| | 霍亂 | 1 | 1 | 0 |
| | 德國麻疹 | 33 | 25 | 8 |
| | 屈公病 | 9 | 0 | 9 |
| | 西尼羅熱 | 0 | 0 | 0 |
| | 流行性斑疹傷寒 | 0 | 0 | 0 |
| 第三類 | 百日咳 | 41 | 40 | 1 |
| | 破傷風 | 18 | 18 | 0 |
| | 日本腦炎 | 17 | 17 | 0 |
| | 先天性德國麻疹症候群 | 1 | 0 | 1 |
| | 急性病毒性B型肝炎 | 231 | 216 | 15 |
| | 急性病毒性C型肝炎 | 124 | 122 | 2 |
| | 急性病毒性D型肝炎 | 4 | 4 | 0 |
| | 急性病毒性E型肝炎 | 14 | 10 | 4 |
| | 急性病毒性肝炎未定型 | 22 | 22 | 0 |
| | 流行性腮腺炎 | 1,145 | 1,145 | 0 |
| | 退伍軍人病 | 69 | 66 | 3 |
| | 侵襲性b型嗜血桿菌感染症 | 12 | 12 | 0 |
| | 新生兒破傷風 | 0 | 0 | 0 |
| | 腸病毒感染併發重症 | 373 | 373 | 0 |
| 第四類 | 疱疹性B病毒感染症 | 0 | 0 | 0 |
| | 鉤端螺旋體病 | 47 | 47 | 0 |
| | 類鼻疽 | 45 | 40 | 5 |
| | 肉毒桿菌中毒 | 11 | 11 | 0 |
| | 侵襲性肺炎鏈球菌感染症 | 805 | 805 | 0 |
| | Q熱 | 91 | 90 | 1 |
| | 地方性斑疹傷寒 | 31 | 28 | 3 |
| | 萊姆病 | 2 | 0 | 2 |
| | 兔熱病 | 0 | 0 | 0 |
| | 恙蟲病 | 492 | 489 | 3 |
| | 水痘 | 11,877 | 11,877 | 0 |
| | 貓抓病 | 28 | 28 | 0 |
| | 弓形蟲感染症 | 3 | 3 | 0 |
| | 流感併發重症 | 22 | 22 | 0 |
| 第五類 | 裂谷熱 | 0 | 0 | 0 |
| | 馬堡病毒出血熱 | 0 | 0 | 0 |
| | 黃熱病 | 0 | 0 | 0 |
| | 伊波拉病毒出血熱 | 0 | 0 | 0 |
| | 拉薩熱 | 0 | 0 | 0 |

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日修正，並自民國97年11月1日生效辦理。

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)。

3. 資料時間：98年5月1日。

表4-2 民國97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 | 159 |
| 第三類 | 痰塗片陽性結核病 | 5,559 |
| | 其他結核病 | 8,706 |
| | HIV感染 | 1,752 |
| | 漢生病 | 8 |
| | 梅毒 | 6,526 |
| | 淋病 | 1,621 |
| 第四類 | 庫賈氏病 | 0 |

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. 資料時間：98年5月1日。

塗片陽性病人納入計畫之執行率達90%以上。

民國97年疫情持續下降，確定病例數較96年下降2%。

(二) 自民國96年5月1日起推動「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。

二、流行性腦脊髓膜炎

民國97年流行性腦脊髓膜炎共通報29例，其中19例為確定病例，0例死亡，致死率0%。確定病例中，以B型占89.5%、C型占5.3%。

(三) 自民國96年9月1日起執行「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，避免結核病傳染之機會及提升國家國際形象。

第二節 腸道傳染病

(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。

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97年腸病毒重症確定病例計有373例，死亡14例。97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)指定「腸病毒重症責任醫院」，使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。

(五) 自民國97年4月1日起推動「潛伏結核感染之治療計畫」，目前以未滿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，為政策推動之對象。並配合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97年加入人數計1,490人。

二、A型肝炎

(六) 主動積極發現個案，進行全國各地胸部X光車巡檢，共計17萬6,247人次。

(一) 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97年之0，顯示實施成效良好。

(二) 民國97年與衛生局合作，針對基隆廟口夜市、臺北士林夜市、饒河街夜市及高雄六合夜市等地，試辦「觀光夜市餐飲從業人員A型病毒性肝炎防治及疫苗接種計畫」，對於經篩檢未具免疫力之餐飲從業人員施予疫苗注射，並對已具免疫力或已注射疫苗之從業人員發給證明，供民衆選擇餐飲場所之參考。

第三節 病媒傳染病

一、登革熱

民國97年登革熱陽性病例計714例，其中境外移入226例，本土陽性病例488例(含登革出血熱4例)，歷年之本土登革熱陽性病例數如圖4-1。民國97年防治策略如下：(一)建立組織

動員機制，召開衛生環保單位聯繫會議，建立聯合稽查合作模式，並請各縣市政府成立縣市政府、鄉鎮市區層級之登革熱流行疫情指揮中心。(二)加強民衆衛教宣導，及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，包括病媒蚊調查及緊急噴藥等。(三)強化監測機制，建立孳生源、幼蟲及病媒蚊監測機制，進行病媒蚊體內病毒監測及病媒蚊抗藥性研究。由於東南亞國家近年登革熱疫情亦較往年嚴峻，加強監測其流行疫情，並加強該地區入境旅客之監測及對體溫異常之入境旅客實施登革熱篩檢。

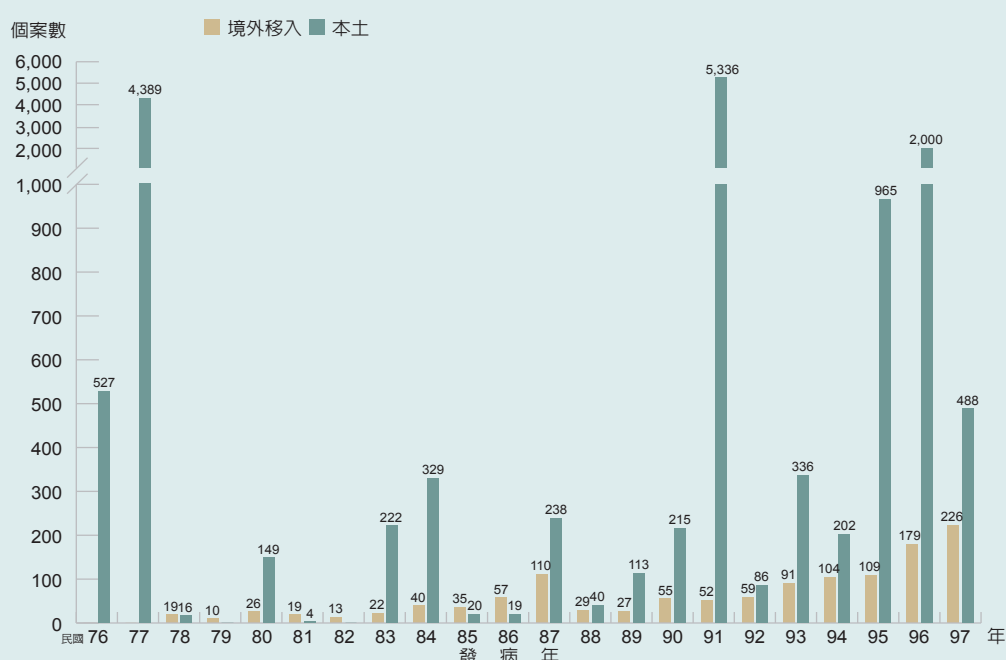
二、日本腦炎

日本腦炎之流行期為5至10月，流行高峰為6至7月。民國97年共有17名確定病例。病例年齡分布，最大為53歲，最小為6歲，平均年齡為35.9歲。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除40年成果，持續辦理瘧疾疫情監測，為防範境外移入病例，亦加強衛

圖4-1 歷年登革熱陽性病例數統計圖



生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬。民國97年確定病例18例，均屬境外移入。

第四節 血體液傳染病

一、愛滋病

(一) 至民國97年底累計發現1萬7,428例(含外籍680例)感染者，其中本國籍個案中有5,183例發病，2,199例死亡。新增感染個案方面，自民國94年之3,386人下降至民國97年之1,752人，這是台灣自民國73年發現愛滋病例以來，首次且連續3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，於民國94年起辦理「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，主要策略包括：1.擴大藥癮者HIV篩檢監測，以早期發現個案，及時給予治療，防止其再傳染給他人；2.辦理清潔針具計畫，提供藥癮者之輔導追蹤與戒癮諮商，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，使一個無法戒毒的人，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97年底，全國共有87家執行機構提供替代治療服務；設置1,103處清潔針具衛教諮詢服務站，418台針具自動服務機，免費提供清潔針具；針具回收率亦逐步提升至61%。

(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36家愛滋病指定醫院，5家藥癮愛滋病指定醫院提供免費醫療。另委請成大醫院等19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，民國97年共1萬

1,194人接受篩檢服務，陽性率約為2.15%。

(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97年，計發現孕婦陽性個案72例(含外國籍16例)。

二、性病

持續加強性病防治衛教宣導，及辦理性病患者的HIV檢驗服務，並結合民間團體建立友善性病門診，輔導及強化接觸者之治療，以有效防治。自民國92年11月起辦理「性病定點醫師通報監測」，民國97年共有283家醫療院所，684名定點醫師參與，藉此落實性病症狀通報及HIV檢體轉送體系。

三、B、C型肝炎

(一) 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97年底，B肝登錄計3萬4,530人次，C肝登錄計1萬7,861人次。

(二) 繼續辦理孕婦B型肝炎產前檢驗和新生兒B型肝炎預防注射，促使全國6歲兒童之帶原率，由實施預防注射前之10.5%，降至約0.8%。並針對學齡前幼兒及國小入學新生進行B型肝炎疫苗補接種工作。民國96年出生世代之B型肝炎疫苗第2、3劑完成率分別為98.1%及96.5%。

第五節 新興傳染病防治

一、辦理「97年人畜共通傳染病研討會」及相關教育訓練

議題主軸包括法定傳染病新增之人畜共通傳染病部分，並含括我國及國際曾發生重大疫情或特殊案例者，以加強國內對於人畜共通傳染病及其防治措施之認知。另修訂「庫賈氏病感染控制與病例通報指引手冊」，針對牙醫師學會及長期照護機構，辦理庫賈氏病通報暨感染控制教育訓練。

二、新興及再浮現傳染病監測系統

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97年針對豬場諾羅病毒進行研究調查，發現與豬場諾羅病毒陽性率有關之危險因子，包括南部豬場、豬隻為白毛豬及肉豬、秋冬季節等；病毒均屬第2基因型別，但分屬兩個亞型，包括目前被認為造成全球冬季腸胃炎最盛行的第4亞型，及與日本病毒株基因相似度最接近的第2亞型。

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。另對於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已依據國際衛生條例(IHR 2005)規定，通知下一入境港埠主管當局。

二、旅遊傳染病防治

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。另針對旅遊業者製作傳染病防治旅遊核心教材，於旅遊公會進行業者教育訓練。

三、外勞健康管理

(一) 民國97年約有37萬名之合法外籍勞工，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。

(二) 民國97年外籍勞工定期健檢(不含入國後3日內之健檢)共37萬3,105人次，不合格率為8.54%，其中以寄生蟲不合格率8.36%為最高，其次為肺結核不合格率0.16%，人類免疫缺乏病毒抗體陽性率則為0.01%。

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、以及生物防恐準備之重要。

第一節 流感大流行之因應

針對流感大流行之因應，衛生署設定有「四大策略-及早偵測、傳染阻絕手段、抗病毒藥物及流感疫苗」及「五道防線-境外阻絕、邊

境管制、社區防疫、醫療體系保全及個人與家庭防護」。民國97年之執行成果包括：

一、更新策略及作戰計畫：配合WHO及國際新知，更新我國「因應流感大流行執行策略計畫」，並據以修訂「因應流感大流行作戰計畫」，提供細部作業流程，以利各項防治措施之執行。我國流感大流行疫情分級詳如表4-3。

二、辦理流感抗病毒藥劑之儲備、使用及演練：流感抗病毒藥劑儲備種類多元化，且達10%人口使用量之儲備目標；規劃流感抗病毒藥劑合約醫療機構，建立藥劑優先使用順序，並制定流感抗病毒藥劑工作計畫；完成規劃克流感原料藥使用啟動流程，並舉辦調劑處所無預警演習。

三、完成流感H5N1疫苗儲備與使用規劃：完成流感H5N1疫苗之儲備，以作為短期戰備物資；另依據大流行病毒暴露高風險族群之疫苗優先接種順序，於4月完成核心風險人員疫苗自願接種作業。

四、提升各級工作人員及民衆之認知與技能：

開設8門流感大流行因應之數位學習課程，並針對不同目標族群，製作13款衛教宣導品。

五、積極進行國際合作：參與APEC國際視訊會議，及歐盟「跨國流感合作研究計畫」，並參加第13屆國際傳染病研討會(ICID)，發表我國流感大流行整備成果。

第二節 反生物恐怖事件防禦

持續檢討反生物恐怖攻擊應變機制，重新組織我國「生物防護應變隊」。另為加強應變人員知能，製作「A、B級防護衣之穿脫技術」、「清消帳篷及防護帳篷之搭設及操作技術」及「天花疫苗接種訓練」等3項數位課程，開辦4期線上「反生恐人員訓練」課程，及2場次「生物防護應變隊」裝備操作自主訓練。

此外，為提升我國反生物恐怖攻擊之應變量能，民國97年間更重整藥物防護裝備之儲備，計更新1萬5,000劑之炭疽病用抗生素Ciprofloxacin，添購各項生物性或化學性防護裝備、檢體採樣器及採樣包等，以維持生恐事件應變之量能。

表4-3 流感大流行疫情等級表

| 等級 | 啟動時機 |
|-----|---|
| O級 | 國外：發現人類感染新亞型流感病毒，但並未有效人傳人。 國內：未出現感染新亞型流感病毒之人類病例。 |
| A1級 | 國外：出現新亞型流感病毒之人傳人聚集事件。 國內：未出現感染新亞型流感病毒之人類病例。 |
| A2級 | 國內：發現人類感染新亞型流感病毒。無論其感染源在國外或國內，亦無論其感染源為人類、動物或實驗室檢體。 |
| B級 | 國內：出現新亞型流感病毒之人傳人聚集事件。 |
| C級 | 國內：新亞型流感病毒造成持續性傳染。 |

註：國外疫情狀況依WHO公布；國內疫情狀況由行政院衛生署或中央流行疫情指揮中心，視疫情調查、病毒檢驗等資訊進行綜合研判。

表4-4 全國防疫物資庫存量統計表

單位：萬片（件）

| 分級庫存品項 | 安全存量 ¹ | | | 總計 | 全國現有庫存量 ² |
|--------|-------------------|------|------|-------|----------------------|
| | 中央 | 縣市政府 | 醫療機構 | | |
| N95 | 50 | 50 | 100 | 200 | 284.8 |
| 外科口罩 | 175 | 175 | 350 | 700 | 966.8 |
| 平面口罩 | 7,500 | - | - | 7,500 | 1034.6 ³ |
| 防護衣 | 20 | 20 | 40 | 80 | 245.8 |

註：1. 安全儲備量係經95.08.23行政院禽流感防治第18次聯繫會議決議。

2. 全國現有庫存量資料來源：97.12.31.物資管理資訊系統。

3. 另透過共同供應契約，完成5,700萬片平面口罩安全儲存量之建置。

第三節 防疫物資管理

民國92年發生SARS疫情時，因防疫物資的需求突增、資訊混亂及供需失衡，衍生恐慌與民怨。為此，著手進行個人防護裝備管理，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，以供應鏈管理角度，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建立N95口罩與防護衣的調換貨機制等。在安全儲備量方面，除建置中央、地方、醫院三級庫存外(如表4-4)，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」，以利防疫物資管理業務之推動。

對於SARS後期留下之大批防疫物資，為減少損耗及避免無謂的浪費，除了持續抽驗以確保其防護品質，同時也機動支援各公部門，妥善利用屆效物資。

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，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97年重點成果臚列如下：

- 一、為提升醫院感染控制查核品質，委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)辦理「97年醫院感染控制查核作業品質提升計畫」；民國97年度辦理495家醫院感染控制實地查核作業(如表4-5)。
- 二、為有效監控醫院院內感染發生情形，強化院內感染通報系統各項功能及實用性，於民國96年改版上線，並更名為台灣院內感染監測資訊系統(Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS)。該系統採志願通報，計約300家醫院使用。民國97年並委託醫策會執行「新版院感定義推廣與收案一致性評估計畫」，辦理相關實務案例研討會課程。
- 三、持續參考國內外相關文獻，並徵詢各相關專科醫學會等建議，編修新版「醫療照護相關感染監測定義」、「侵入性醫療裝置相關感染監測定義」及「扎傷及血液、體液暴露之感染控制措施指引」等3項感控措施指引，以供醫療機構參考遵循。
- 四、邀請國際感染控制與手部衛生權威-日內瓦Dr. Didier Pittet教授來台實地參訪，提供WHO在手部衛生及抗生素管制等方面的執

表4-5 民國97年醫院感染控制查核成果統計表

| 特約類別 | 總數 | 100%≥rate≥90% | | 90%>rate≥80% | | 80%>rate≥60% | | rate>60% | |
|-----------------|-----|---------------|--------|--------------|-------|--------------|-------|----------|-------|
| | | 個數 | 百分比 | 個數 | 百分比 | 個數 | 百分比 | 個數 | 百分比 |
| 全體 | 495 | 338 | 68.3% | 87 | 17.6% | 61 | 12.3% | 9 | 1.8% |
| 醫學中心 | 23 | 23 | 100.0% | - | - | - | - | - | - |
| 區域醫院 | 84 | 78 | 92.9% | 6 | 7.1% | - | - | - | - |
| 地區醫院 | 378 | 234 | 61.9% | 79 | 20.9% | 58 | 15.3% | 7 | 1.9% |
| 診所 ² | 8 | 2 | 25.0% | 2 | 25.0% | 2 | 25.0% | 2 | 25.0% |
| 未特約 | 2 | 1 | 50.0% | - | - | 1 | 50.0% | - | - |

註：1. rate表示查核結果達C以上比率，計算公式為【每家醫院經查核後勾選為「C」、「B」、「A」之項目數】/【實際查核項目(需扣除本項免填之項目)】×100%。

2. 此8間診所於醫政資料之開業登記為醫院，於健保特約類別登記為診所。為使醫院查核更臻完備，故納入本計畫之查核對象。

行重點與趨勢。另辦理醫院感染控制實務營，以提升醫療院所對手部衛生之認知與遵從性。

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9項品管指標，民國97年全國各縣市傳染病檢體送驗共計6萬3,954件，其中不合規定者約占0.94%。較民國96年不合規定者2.2%，已顯著改善。在不符合規定之送驗檢體中，以送驗時效逾期(228件，38.1%)、未完成傳染病通報系統網路版登錄(164件，27.4%)及檢體送驗種類不符(113件，18.9%)，居前3項主因。

二、民國97年7月4日起開始接受傳染病檢驗機構認可申請案，經審查通過予以認可之傳染病檢驗機構共計52家，通過項次共計為148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、民國97年完成15萬4,047件各項法定傳染病檢驗；結核菌合約實驗室共提供30萬3,080件檢體之痰抹片、培養、藥敏及多重抗藥性確認等各項檢驗。完成第一本國內本土自製之「臨床微生物電顯圖譜」，內容包含13種病毒、24種細菌、2種真菌之分類學地位、形態特徵描述、疾病發現史，以及該疾病在台灣的流行概況。

四、完成設計規劃黃病毒、結核菌、細菌、真菌、病毒及寄生蟲等6個重要傳染病病原體參考實驗室，大幅提升整體檢驗技術能力。

五、進行「未知/新興感染原監測技術平台之開發」計畫，加強未知/新興感染原檢體之收集，積極引進及研發多重分子檢驗方法，提升對新興感染症之檢驗技能。

六、民國95年成立台灣「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台。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台。

七、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；與荷蘭國家公共衛生及環境保護研究所分枝桿菌參考實驗室，合作進行「結核菌北京株全球監測計畫」。另參與WHO和美國疾病管制中心主導之「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。

八、病原體基因資料庫：持續整合及更新定序分析分型自動化程式與實驗室資訊管理系統，將基因定序自收件、聚合酶鏈式反應(PCR)、序列比對至結果分析等流程串聯，並強化檢體追蹤、資料比對、自動郵件寄發、與前端基因資料庫動態更新等系統功能，以增進效率。

第六節 實驗室生物安全管理

在歷經民國92年實驗室感染SARS事件的衝擊，逐步建立全國實驗室生物安全管理制度，自民國95年3月26日起正式施行「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，使台灣感染性生物材料及實驗室生物安全管理依法有據。實施至民國97年止，已核備426個單位設置生物安全委員會(或專責人員)，對於設置單位生物安全組織的功能，已日漸發揮作用，將使我國實驗室感染意外趨於「零發生率」。

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」、「破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)」、「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」、「破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)」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4-6，民國97年幼兒各項預防接種完成率詳如圖4-2，至流感疫苗接種部分，接種對象為出生滿6個月至3歲幼兒(初次接種應接種2劑)，及小學一至四年級學童。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98.7%以上，同時對未完成者安排補種。

民國97年10月1日至12月31日止，流感疫苗各類接種對象之接種完成率如下：65歲以上老人、機構對象、罕見疾病及重大傷病患者為54.8%，醫事及防疫人員為87.1%，禽畜養殖等業及動物防疫人員為66.4%，國小1-4年級學童為79.0%，另6個月以上3歲以下幼兒，初次接種(應接種2劑)之第1、2劑接種率分別為39.9%、23.4%。

表4-6 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 |
| | 白喉破傷風百日咳風混合疫苗第二劑 |
| 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12-15個月 | 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑 |
| 出生滿15個月 | 水痘疫苗一劑 ² |
| | 日本腦炎疫苗第一劑、第二劑(間隔兩週) ³ |
| 出生滿18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27個月 | 日本腦炎疫苗第三劑 |
| 國小一年級 ⁴ | 破傷風減量白喉混合疫苗一劑 |
| | 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)，其寶寶應於出生後儘速注射一劑B型肝炎免疫球蛋白，最遲不要超過24小時。
2. 民國97年1月起，暫時調整水痘疫苗接種年齡為出生滿15個月，以因應全球供貨不足。
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. 國小一年級應接種項目，目前係於學校採集中接種；民國97年9月入學國小一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)。

另民國97年10月1日起推動全國75歲以上老人肺炎鏈球菌疫苗接種計畫，搭配流感疫苗接種期程同時接種，期能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，以降低可能醫療成本並增進老人健康福利。

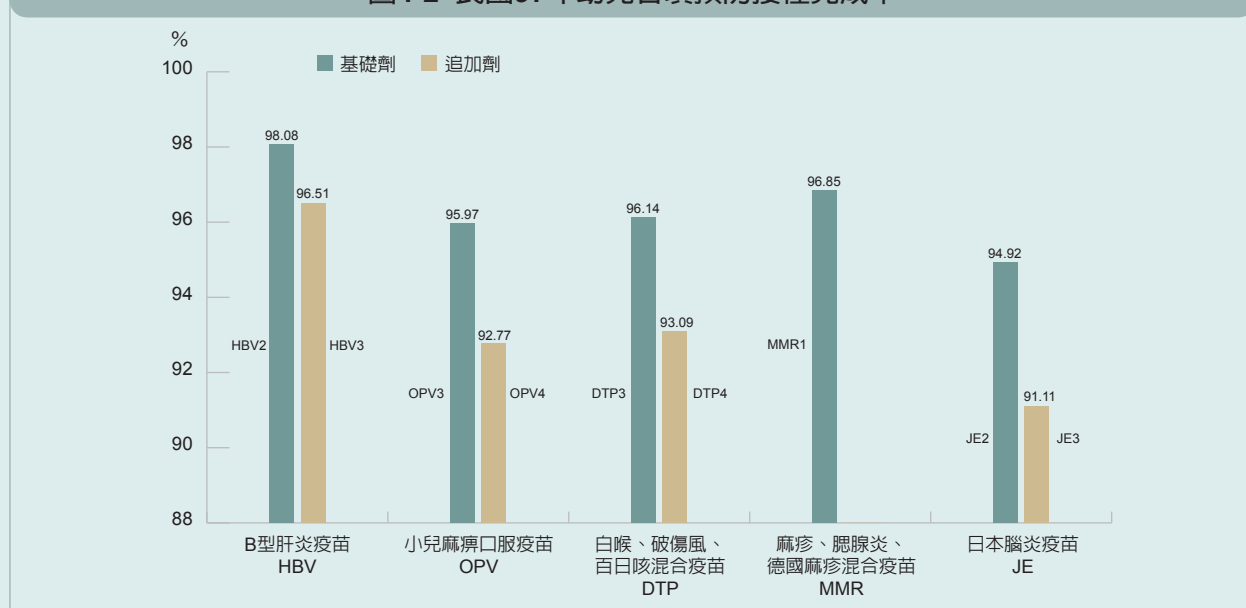
對於因預防接種而受害者，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，可依法給予適當之救助。

第二節 血清疫苗研製

一、生物製劑生產

- (一) 定期供應疫苗、類毒素、抗毒素、抗蛇毒血清等製劑共180萬8,005劑。
- (二) 完成抗蛇毒血清製劑檢驗原液3批，成品4批，血漿原料12批；完成BCG檢驗半成品12批，BCG成品5批；白喉破傷風製劑檢驗成品1批、破傷風類毒素成品4批；完成純水檢驗項目130

圖4-2 民國97年幼兒各項預防接種完成率



註：出生世代：HBV2、HBV3、OPV3、DTP3為民國96年1月1日至96年12月31日；DTP4、OPV4、MMR1、JE2為民國95年1月1日至95年12月31日；JE3為民國94年1月1日至94年12月31日。資料來源：全國性預防接種資訊管理系統（下載統計時間：民國98年1月）

批，原料藥檢驗11批。

(三) 供應並代養實驗用動物，如小鼠、天竺鼠、家兔、毒蛇、雪貂等。使用蛇毒免疫馬匹生產抗血漿，全年計生產抗蛇毒馬血漿293公升。

二、生物製劑開發

(一) 流感研究發展計畫

民國97年成果如下：1.根據H5N1病毒HA基因序列設計去氧核糖核酸(DNA)疫苗；建立新型流感DNA疫苗製程技術，未來可在半年內產製所需之DNA疫苗，以供緊急疫情爆發時使用。另添加新型醣脂佐劑C34作為佐劑，可大幅度降低DNA疫苗的需求量。2.建構我國流感病毒疫苗接種之臨床試驗研究團隊，分析已施打流感疫苗民眾對本土流行病毒株與疫苗株的保護效價。3.建立「台灣人用疫苗研發(含量產技術)計畫」臨床試驗之法規諮詢及

輔導機制，完成早期臨床試驗所需之臨床前審查清單簡明考量重點。

(二) 腸病毒71型類病毒顆粒疫苗開發計畫

民國97年成果如下：1.成功改良酵素連結免疫吸附分析實驗方式，以偵測具顆粒結構(virus like particle, VLP)蛋白質。2.順利建立VLP生產程序，在1公升的細胞液中純化出高濃度($\approx 900 \mu\text{g/ml}$)的VLP樣品。3.目前已生產純化出的VLP約達15.3 mg($\approx 1.528 \text{ mg/ml}$, 10 ml)，並進行猴子動物實驗。

三、國內疫苗研發體系

為有效促成研發成果產業化，衛生署疾病管制局與財團法人國家衛生研究院簽訂2項技術移轉授權契約，包括「行政院衛生署疾病管制局細胞培養腸病毒71型疫苗產製技術移轉授權財團法人國家衛生研究院」及「行政院衛生署疾病管制局細胞培養日本腦炎疫苗產製技術移轉授權財團法人國家衛生研究院」等。



伍 食品藥物管理

51 | 第一章 食品藥物安全管理

57 | 第二章 管制藥品管理

61 | 第三章 藥物、食品、化粧品檢驗

伍 食品藥物管理

由於我國為世界貿易組織及亞太經濟合作會之會員，加上藥物食品國際貿易之有增無減，因應市場開放之衝擊，使得加強藥物食品安全管理、教育民衆安全用藥知識、防制藥物濫用、建立國際相互認證及促進國內產品升級等課題為當務之急。而衛生署在維護人民「知」的權利，保障民衆的健康上更是責無旁貸，同時，更希望民衆在選擇藥物、食品時，懂得為自己的健康把關。

第一章 食品藥物安全管理

食品藥物之品質、流通及專業人員服務等環節，均與民衆之健康息息相關，因此，除積極建立嚴密藥物食品管理機制、推動優良製造及國際間之相互認證外，更致力於教育宣導、正確知識的傳遞，以確保民衆的健康。

第一節 藥物安全管理

為保障民衆用藥安全，改變國人嗜服藥物強身的觀念，積極推動下列工作：

一、於民國97年9月10日至12日，由衛生署藥政處、管制藥品管理局、藥物食品檢驗局及中醫藥委員會共同舉辦「97年全國藥政業務研討會」，共有150位衛生單位人員參加，主題為「建構用藥安全環境」，由衛生局做經驗分享，並宣達當前重要藥政議題及重要公共政策。

二、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97年6,171萬件，大幅提升。

三、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(GMP)，截至民國97年12月底止，國內已實施GMP中藥廠總數為118家。

(二) 落實中藥材全面包裝標示，民國97年10月14日發布修正「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，累計品項共324種，應符標籤或包裝標示之規定，積極確認產品責任之歸屬，保障民衆中藥用藥安全，落實源頭管理之目標。

(三) 為利業者申請中藥新藥臨床試驗，於民國97年2月5日公告「中藥新藥臨床試驗基準」。

(四) 為消費者用藥安全把關，並提升有關萃取濃縮製劑之製藥品質，於民國97年9月12日發布修正「藥品查驗登記審查準則第86條」，並公告「中藥濃縮製劑含總重金屬之限量」、「中藥濃縮製劑加味逍遙散等10個處方含總重金屬及砷含量之限量」及「中藥濃縮製劑加味逍遙散等10個處方含微生物限量」

供業界遵循，以維護國民健康。

(五) 民國97年11月25日公告增列絞股藍等9種中藥材品項為「可同時提供食品使用之中藥材」，截至民國97年底已公告212種中藥材。

(六) 為促進中藥專業人員在職技能，培訓產業科技人才，委託辦理「中藥廠易混淆中藥材研習會」、「台灣市售易混淆中藥材研習會」、「中藥廠實施確效可行性之探討研習會」、「中藥材含有污穢物質檢驗研討會」、「中藥用藥安全及技術傳承研討會」及「中藥產品儲存與包裝標示研習會」等相關培訓課程。

四、不法藥物暨違規廣告查處

(一) 執行「97年度不法藥物、化粧品及食品聯合稽查專案計畫」：分別於4月、8月及12月份執行聯合稽查作業，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222處，查獲疑涉違規案件69件，包括偽藥1件，劣藥6件，禁藥4件，包裝標示、檢驗規格不符24件，違規藥商18件，及其他案件16件。

(二) 民國97年取締不法藥物共計2,334件，其中包括偽藥242件，禁藥13件，劣藥26件，違規藥商141件，標示、檢驗規格不符246件，違規廣告1,609件及其他案件57件。

(三) 民國97年度執行「違規廣告監控計畫-平面媒體監視子計畫」成果(如表5-1)：已監控疑涉違規案件3,134件，經衛生署各主管機關判定後函送各縣

表5-1 民國97年平面媒體監視成果統計表

| 違規屬性 | 數量 | 已結案 | 未結案 | 違規確認 | 罰款金額 |
|------|-------|-------|-----|-------|------------|
| | 件數 | 件數 | 件數 | 件數 | 元 |
| 中藥 | 100 | 100 | 0 | 91 | 1,540,000 |
| 西藥 | 185 | 183 | 2 | 71 | 2,540,000 |
| 中醫 | 78 | 78 | 0 | 47 | 536,000 |
| 西醫 | 195 | 195 | 0 | 106 | 3,740,000 |
| 食品 | 1,029 | 839 | 190 | 558 | 13,770,000 |
| 化粧品 | 1,324 | 1,275 | 49 | 654 | 8,704,000 |
| 醫療器材 | 68 | 51 | 17 | 21 | 1,890,000 |
| 不明 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 瘦身美容 | 62 | 59 | 3 | 9 | 170,000 |
| 其他 | 92 | 67 | 25 | 24 | 1,010,000 |
| 小計 | 3,134 | 2,848 | 286 | 1,581 | 33,900,000 |

註：「違規確認」係指確經處行政處分之案件數。

市衛生局查處，經查復確認違規案件計1,581件，罰款金額已達新台幣2,718.5萬元。

五、為提供國人藥害救濟，於民國87年10月公告「藥害救濟要點」，並自民國88年1月實施。為使藥害救濟制度更趨周延，對於正當使用合法藥物而受害者能獲得及時救助，於民國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97年底，已受理994件有效申請案件，其中415件判定適用藥害救濟而獲得給付，給付比率46.68%，給付總金額約新台幣1億5,525萬元。

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，至民國97年底，國內GMP藥廠計有161家，實施cGMP查核計139家；輸入藥廠目前計有771件申請第3階段確效作業審查，其中652件通過；另計有123家輸入藥廠申請實地查核，其中102家已通過審核。

二、持續推動醫療器材優良製造規範評鑑工作，已完成國產醫療器材GMP登錄460廠家，輸入醫療器材品質系統文件(QSD)登錄3,079廠家。

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，已與瑞士藥物管理局另

簽訂「台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 食品安全管理

為減除民衆選購到不良食品的憂慮，確保民衆的健康，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：為健全現行食品衛生管理工作、遵循國際規範、強化業者自主管理及加強業者之產品責任，已於民國97年完成食品衛生管理法部分條文修正案，並於同年6月11日經總統令發布；另外，共完成76種殘留農藥安全容許量、12項食品添加物之使用範圍、限量及規格標準，8種食品衛生標準之增修訂，及8項動物用藥殘留標準之增修訂；且均將其刊登於衛生署網站，供國內外各界查閱，落實食品管理之透明化。

二、加強進口食品管理

(一) 依據「輸入食品查驗辦法」，對於一再輸入不符規定產品之報驗義務人、產地或國家，得要求相關業者或出口國政府機關提出改善計畫。針對檢出不符合規定之活、生鮮、冷藏水產品，立即要求該產品下架並提高其抽驗機率至20%以上，俾加重違規業者之責任。

(二) 另衛生署每日由專人主動上網查詢國際食品安全資訊，並立即確認不安全產品是否進口我國。如曾有嫌疑食品進口記錄，立即請地方衛生局追蹤該產品流向，必要時進行下架、封存、抽驗或回收、銷燬。如有科學證據顯示對人體有顯著危害時，即針對該污染地區進口之食品採行嚴格管制措

施，必要時並立即加強邊境查驗，以確保食品安全。民國97年期間因中國大陸奶粉含三聚氰胺事件，除暫停該國所有奶粉等產品進口外，亦請中國政府提出改善計畫，並已將三聚氰胺列入進口食品查驗重點項目。

三、加強通報作業，即時發布訊息：秉持資訊公開透明原則，於接獲輸入查驗不合格食品檢驗結果後，立即將該訊息，公布於衛生署食品資訊網站之「不合格產品專區」，即時公布食品檢驗不合格資訊。民國97年共發佈117件進口食品不合格訊息。

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台，透過諮詢小組進行專業評估，公布紅、黃、綠燈機制；紅燈代表嚴重、黃燈代表有疑慮、綠燈代表沒問題，以提供國人正確辨識食品安全基準(如表5-2)。另針對國際食品安全事件，

若屬重大食品事件時，亦發布新聞或食品消費紅綠燈資訊，以供民衆消費參考。民國97年共發佈10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：跨部會定期召開會報機制，整合資源，即時處理關聯性問題。另以環境污染與食品安全源頭管理作為重點，研訂「環境保護與食品安全通報及應變處理流程」，並建立食品特派員之機制。

六、不良食品之管理：加強分類制度與查緝，設置消費者檢舉通報專線、推動跨縣市食品生查緝專案，宣導並教育民衆如何分辨不良食品，並修正食品衛生管理法。

七、推動食品安全管制系統(HACCP)

(一) 民國92年12月23日公告水產品業者實施食品安全管制系統，至民國95年底已全面實施。民國97年辦理符合性稽核共計51家水產品工廠；對其不符規

表5-2 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 |

定者皆依法要求限期改善，並複查確認改善完成。並建置水產食品業不符規定及實施食品安全管制系統之產業等資料庫。

(二) 民國96年8月15日公告，肉類加工食品業應符合食品安全管制系統規定，自公告後1年分階段實施。完成編印稽核人員與業者之指導手冊，辦理地方衛生局肉品食品安全管制系統稽核人員實務訓練班4場次，共計70人參加。辦理「肉類加工食品業實施食品安全管制系統」業者說明會共計77人參加；完成20人以上之肉品加工廠HACCP管理系統稽核，共計21廠次。

(三) 民國96年9月12日公告，餐盒食品工廠應符合食品安全管制系統相關規定，採分階段實施。自民國97年9月15日起餐盒食品工廠每日供應餐食三千份以上之工廠應符合食品安全管制系統。民國97年度完成先期輔導外部稽核及外部稽核再確認共計26廠家(35廠次)，追蹤管理58廠家，舉辦3場研習會共150人參加；1場實務研討會共163人參加；辦理北中南3區轉證之業者說明會共322位業者參加。

八、建立加工食品追溯系統：民國97年完成鮮乳、調味乳、優酪乳、非酒精性飲料(包括包裝飲用水、咖啡及茶飲料)產業加工食品追溯架構，並完成市售15品項鮮乳、1品項優酪乳、11品項包裝飲用水及5品項咖啡及茶飲料產品之加工食品追溯網。

九、為提升食品物流業者之專業知識，以及確保食品由生產、製造、運輸、販售，一直到消費者手中的衛生品質管制，以保障消費大眾飲食衛生，衛生署委託財團法人台灣優良農產品發展協會辦理「低溫及常溫

食品物流業輔導查核計畫」，輔導對象主要為量販店、超市及生鮮處理業者，計64家業者參與評鑑，其中有63家業者通過評鑑，合格率98%。並將國內食品物流業者基本資料及業者受訓名單，建構於台灣優良農產品發展協會之低溫食品物流業者網站資料庫中，以提供衛生機關、業者及消費者查詢。

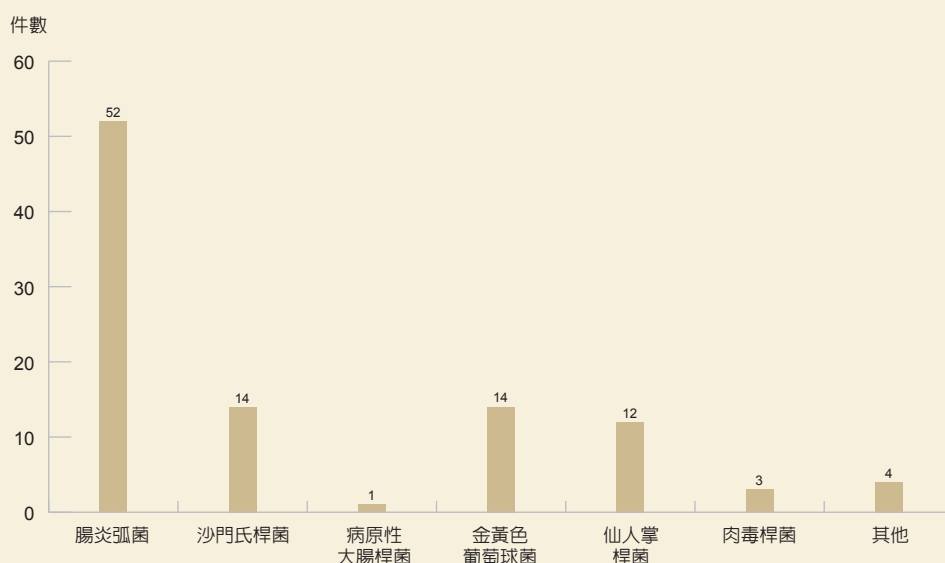
十、基因改造食品管理：實施食品中含基因改造成分之自願性標示及強制性標示管理制度，目前完成審查核可之基因改造黃豆及玉米案共17件，混合型基因改造玉米共5件。

十一、食品中毒事件監控機制：民國97年食品中毒案件共計269件，中毒人數2,921人，死亡0人；與民國96食品中毒發生案件共240件，患者數3,223人相較，件數增加29件，患者數減少302人。而民國97年食品中毒案件依中毒之攝食場所分類：仍以供膳之營業場所居第一(計125件，占46%)，學校第二(計48件，占18%)，自宅第三(計37件，占件14%)，辦公場所第四(計22件，占8%)，與96年相同。而民國97年食品中毒案件依病因物質分析，判明件數計100件，判明率37.2%(如圖5-1)。

十二、加強公共飲食衛生管理：至民國97年底，計有2萬7,637名廚師領有廚師證書，達成率已逾100%(原訂目標為2萬5,000名)。

十三、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低減過敏性、控制體重取代餐食品、管灌用食

圖5-1 民國97年食物中毒案件-細菌類病因統計圖



品。因這些人有特殊的營養需求，而特殊營養食品可提供其該階段完整營養或所需加強之特殊營養，故更應嚴格把關。凡符合上述特殊營養品範圍之食品皆應送至衛生署進行審核，經審核通過之特殊營養食品包括嬰兒配方食品120件，較大嬰兒配方輔助食品63件核可產品，及病人用食品162件，名單可在食品資訊網之「業務資訊查詢」中查得。

第四節 食品藥物安全監視機制

為保障民衆用藥及選購食品之安全，替民衆盡到把關的職責，致力於不法藥物食品查緝、設立檢舉信箱及免付費檢舉電話，以杜絕不法藥物食品之危害。

一、持續實施藥物安全監視制度，並於民國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之安全性，

建立完善的藥品風險管理機制，維護民衆用藥安全，目前列入安全監視之藥品約計1,105張許可證，列入安全監視之醫療器材有17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衆主動通報藥品不良反應訊息，收集國內藥物不良反應資料，並進行評估及執行藥物風險之參考。截至民國97年底止，藥品上市後之不良反應通報計3萬1,708件，臨床試驗藥品不良事件通報3萬8,412件。監視期滿藥品之再評估，有37件要求仿單加刊警語或注意事項。

三、辦理食品查驗登記，確保民衆之使用安全

(一) 我國對食品的管理，雖非以上市前審核並發給許可證為主，惟安全顧慮較高之產品，仍有必要採取上市前審核許可之管理機制。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；計辦理食品添加物726件、膠囊錠狀食品2,525件查驗登記。

- (二) 依據「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。自民國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，目前已公告魚油規格標準及紅麴規格標準。民國97年計核准通過健康食品第一軌33件、第二軌1件。

第二章 管制藥品管理

台灣地區毒品問題日趨嚴重，民國97年緝獲之毒品總量已高達1,890.4公斤，較前1年增加13%，新興毒品愷他命(Ketamine)已連續三年，均居毒品緝獲量首位；除愷他命外，緝獲前五名毒品包括：麻黃鹼類原料藥(安非他命前驅原料)、鹽酸羥亞胺(愷他命前驅原料)、海洛因及古柯鹼等，毒品前驅原料控管，已不容小覷。另，民國97年精神醫療院所通報資料，成癮個案主要濫用之藥仍以海洛因(92.6%)及甲基安非他命(26.3%)類為主，惟Benzodiazepines類藥物(2.0%)、佐沛眠(1.5%)及愷他命(0.9%)等安眠鎮定物質的影響，仍值得密切注意。為防止合法管制藥品流為非法使用，並辦理物質濫用預防工作，衛生署管制藥品管理局於民國97年辦理成果如下：

第一節 管制藥品管理體系

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四級管理。

- 二、建構管制藥品流通管理體系：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。至民國97年底領有管制藥品登記證之相關機構計1萬2,493家及領有管制藥品使用執照計3萬9,503人。藉由推動管制藥品法規線上學習課程及法規宣導講習，使機構及業者熟悉管制藥品相關法規及管理之相關規定，加速申辦作業時效。

- 三、完成「管制藥品證照管理資訊系統單一簽入」轉換作業，使衛生局(所)同仁透過資訊系統單一簽入帳號轉接，進入使用管制藥品管理資訊系統，完成便捷的入口整合作業。

- 四、廣續辦理「管制藥品管理法規種籽師資講習會」，培訓地方衛生主管機關承辦同仁法規宣導能力；並與地方衛生局協同辦理管制藥品證照管理實務及法規宣導講習會56場次，計6,978人參加。另與衛生署醫院管理委員會合作，將「管制藥品管理法規概要」網路線上學習課程，增置於「台灣e學院」網站，將法規宣導對象由領證機構擴增至專業醫事人員。

- 五、管制藥品稽核管制

- (一) 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97年共計核發1,953件，從源頭管制，防範管制藥品流為非法使用。

- (二) 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，民國97年使用網路媒體申報之比率，業者部分已達到98.81%，機構部分由民國96年之71.48%提升為97年之84.90%。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97年計執行實地稽核1萬6,241家次，查獲違規者270家，違規比率1.66%，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 藥物濫用防制

近年俱樂部及狂歡派對潮流的盛行，讓享樂主義式的娛樂文化，帶動愷他命(Ketamine)、搖頭丸(MDMA)、大麻等「俱樂部藥物」進入年輕族群，在藥物新穎的包裝及朋友提供錯誤藥物資訊的推波助瀾下，新興毒品濫用成為新一代的健康殺手，並衍生許多社會及治安問題。此外，興奮劑、安眠鎮靜及麻醉鎮痛藥物等處方藥濫用問題也日益受到國際重視。為維護全民健康，政府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研究計畫，並深入社區進行多元化之防制宣導。

- 一、廣續辦理「加強新興濫用藥物之需求面防制工作四年計畫」，推動新興濫用藥物防制工作：辦理「2008年新興藥物濫用防制研討會」，邀請日本、荷蘭及美國學者專家進行藥物濫用資訊交流及國際合作，有助衛生政策推動。此外，為提供親子輔導

管道，透過數位動畫、遊戲和漫畫電子書三合一方式，進行「新興毒品防制家庭手冊」改版，以寓教於樂模式透過數位平台傳播，初期吸引1千個產品發行通路，3千人以上家庭親子觀賞，網路亦超過4至5萬人次閱覽及下載。

- 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、平面媒體等多元化宣導通路，傳達藥物濫用防制理念。

- 三、於暑假期間針對國小學生舉辦「毒品真可怕」童詩徵文比賽活動，共吸引1,130件小學生作品參賽，得獎名單及作品公布在衛生署網站，並於成果發表會展示。各組第一名作品另刊登於國語週刊及國語日報。

- 四、為建立社區藥物濫用防制宣導網路，以「用愛反毒、健康人生」為主題，與地方團體、國小、衛生局合作辦理「藥物濫用防制社區開講」系列活動。另與社區團體及衛教專家合作，舉辦「厝邊頭尾作伙來、安全社區無毒害」座談會，期建立社區預防網絡，協助社區青少年，遠離毒品危害。

- 五、為強化社區民衆對藥物濫用危害之認知，共結合29個社區及民間團體，擴大藥物濫用防制宣導。計辦理宣導活動1,405場次，參與人數達38萬1,945人次。經由宣導及問卷調查，計回收7,096份問卷，民衆對藥物濫用防制認知率提升10%。

- 六、設置「反毒資源線上博物館」，提供民衆藥物濫用危害資訊，民國97年度網站累計瀏覽人次已達22萬7,057人。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」線上學習課程，完

成線上課程之公務人員，可獲認證時數3小時。民國97年線上課程註冊人數共1萬1,914人，完成課程並取得時數認證人數共8,689人。

七、持續輔導及新增醫療機構參與「管制藥品濫用通報」，並列入地方衛生機關考評重點，民國97年計423家醫療機構參與通報，較民國96年新增116家，藥物濫用通報家數達88%。

八、按月統計毒品緝獲及管制藥品濫用統計資料製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」，提供相關單位參考運用。

九、配合法務部輔導各縣市「毒品危害防制中心」轉介服務，並協助辦理「毒品危害防制中心聯合視導計畫」，包括戒治醫療機構供給、藥癮愛滋篩檢比率、藥癮者戒治醫療轉介服務與追蹤輔導等。民國97年實地考評結果，各縣市藥癮愛滋篩檢率均達80%以上，評比為「特優」之縣市計有桃園縣、台南縣、台南市、嘉義市、宜蘭

縣、高雄縣、彰化縣等7縣市。

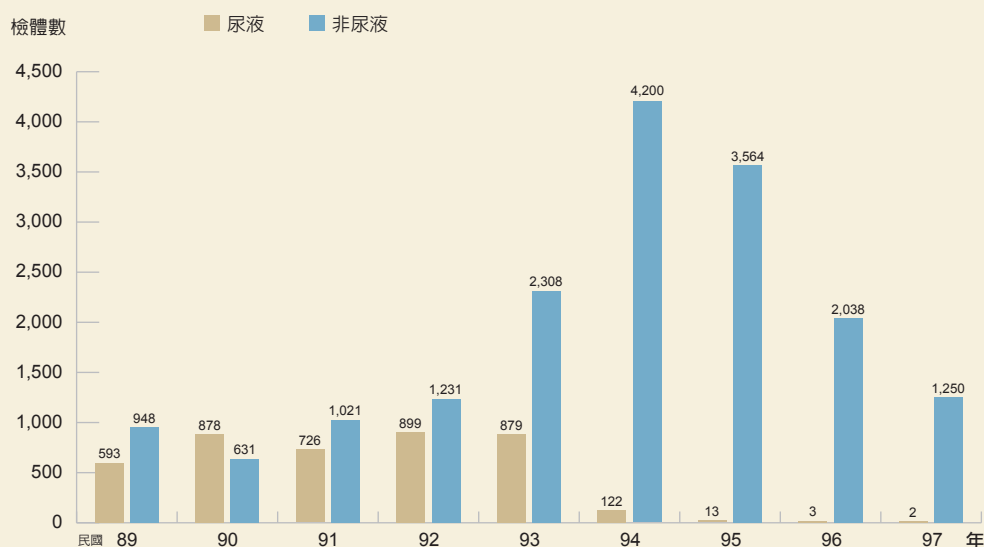
第三節 濫用藥物檢驗體系

濫用藥物檢驗為毒品防制工作重要的一環，對於濫用者具嚇阻作用，在提高濫用藥物檢驗品質，強化濫用藥物檢驗體系方面，民國97年工作成果如下：

一、檢驗司法、檢察、警察、衛生單位所送之濫用藥物檢體，及有再驗必要之濫用藥物尿液檢體。共檢驗1,252件，以濫用藥物檢驗案件為主，歷年檢驗量統計如圖5-2。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三位，其檢出品項分佈如圖5-3。

二、執行檢驗機構之認可及管理，計有13家。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、大麻及愷他命8項。通過愷他命認可檢驗機構5

圖5-2 民國89-97年檢驗檢體統計圖



家。全年認可機構尿液檢驗總件數共計18萬7,295件，較民國96年增加11.6%。認可檢驗機構尿液檢驗件數涵蓋比率99.9%，幾乎已負擔全國尿液檢驗服務，顯示認可管理之效益，詳見圖5-4。在認可檢驗機構管理部分，民國97年完成實地評鑑29家次，績效監測71家次。

三、提升檢驗能力，合成新興濫用藥物標準品共13種。採購取得濫用藥物比對標準品39種。首次檢出新興濫用藥物DOB、PMEA、BZP及TFMPP等4種。

四、為使檢驗結果更具公信力及自我能力之提升，於民國97年6月21日通過美國刑事鑑

圖5-3 民國97年非尿液檢體檢出率

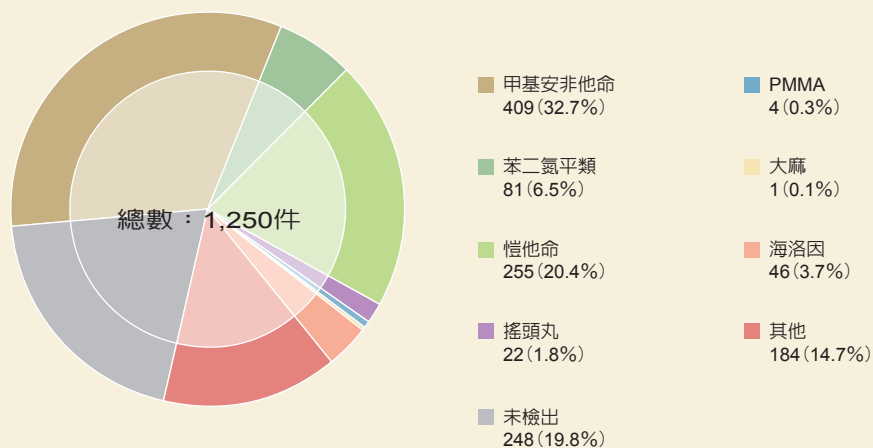
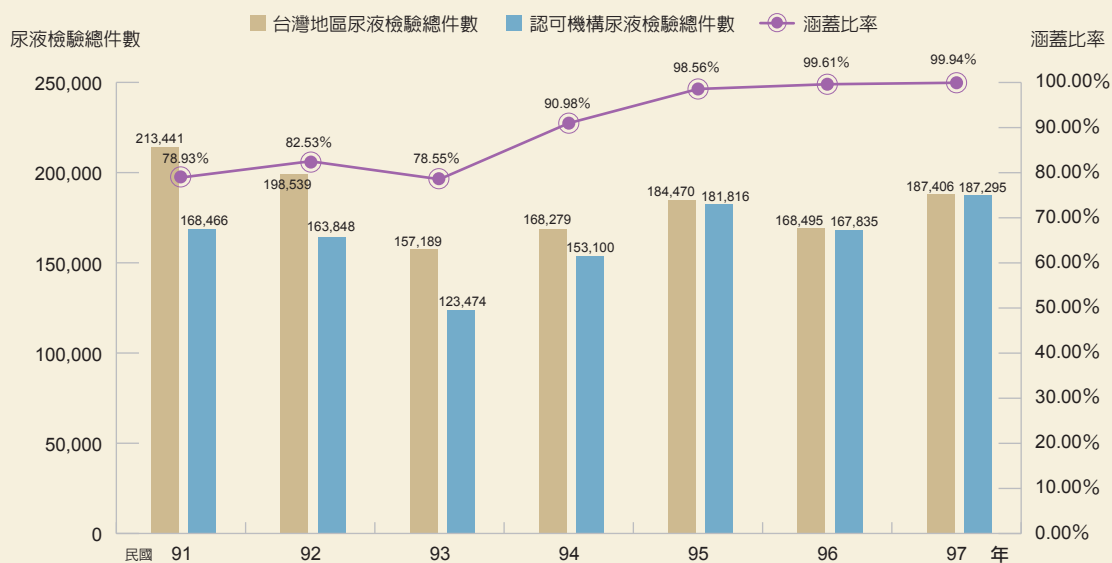


圖5-4 歷年認可檢驗機構尿液檢驗件數涵蓋比率



識實驗室主任協會/實驗室認證委員會(簡稱ASCLD/LAB)之「尿液中毒品檢驗」及「管制物質檢驗」二項認證，並於同年6月26日通過財團法人全國認證基金會(簡稱TAF)鑑識科學試驗領域「管制藥品與違禁藥物尿液檢驗」及「管制藥品與違禁藥物檢驗」之認證，成為全國第一家同時取得ASCLD/LAB國際認證及TAF認證之實驗室，民國97年9月衛生署管制藥品管理局濫用藥物實驗室於全國認證基金會年會受頒「認證先鋒獎」之輝煌成果，充分顯示衛生署管制藥品管理局「濫用藥物實驗室」之檢驗品質及技術，已具備國際實驗室之水準。

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、基因改造食品等均須申請查驗登記，於取得許可證後，始得製造、輸入或販賣，查驗登記審查，除審核廠商提供之書面文件外，尚需執行產品檢驗，以確保其品質與安全；疫苗、肉毒桿菌毒素等生物製劑以及血液製劑，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，積極推動實驗室認可制度，期以國際規範監督認可之實驗室運作，確保委託檢驗之數據品質。並將認可實驗室之名單及認證項目提供公司行號、民衆、消費團體及各級衛生主管機關暨有關機關運用，以建立業者自主管理之基本責任，並配合政府的委外化政策之推行。

第一節 檢驗業務

藥物食品之檢驗範圍，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，

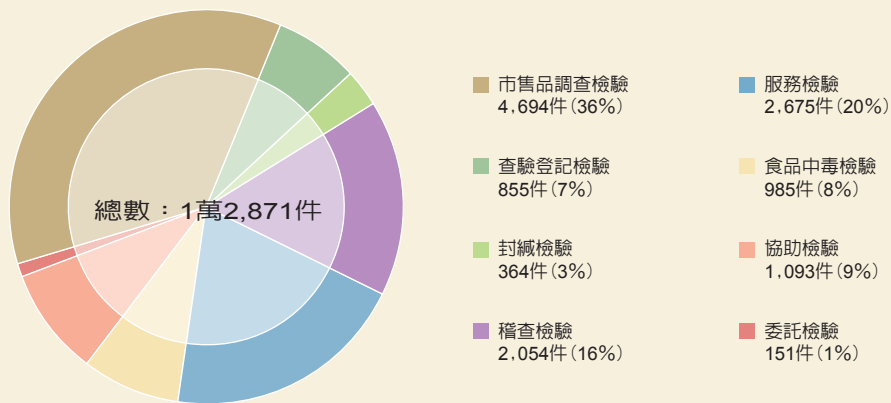
以及為了解市售產品品質、衛生安全、所執行之調查檢驗，舉凡一般藥品、醫療器材、含藥化粧品、司法檢警單位移送之未知成分藥品與偽禁藥、抗生素、疫苗、血液製劑、醫用放射性藥品、中藥、生藥及其製劑、食品中農藥、動物用藥殘留、化學性污染物質、微生物及其毒素、抗生素、過敏原、攪偽以及基因改造食品等之檢驗都屬檢驗範疇。

- 一、施政需求：辦理查驗登記，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、支援其他機關(構)：辦理海關為進口貨品稅則，廠商為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、食品類證物等協助檢驗。
- 四、民國97年完成1萬2,871件檢驗(如圖5-5)，計有查驗登記檢驗855件，封緘檢驗364件；稽查檢驗2,054件，消費者服務檢驗2,675件，食品中毒檢驗985件；協助其他機關完成1,093件檢驗；受理其他機關(構)之委託檢驗151件；另完成市售相關產品調查檢驗，「超市包裝場蔬果殘留農藥監測計畫」等20項，4,694件檢驗，檢驗結果並公布於藥物食品檢驗局網站以及衛生署消費者資訊網，供消費者選購產品參考外，對於不合格者，除函請所在地衛生局處辦，並副知相關機關，加強產品上市前之管理及輔導。

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(GLP)制度，通過財團法

圖5-5 民國97年藥物食品化粧品檢驗業務類別及案件統計圖



人全國認證基金會(TAF)之認證外，開發檢驗方法、推動食品合約實驗室認可，並致力提升各縣市衛生檢驗能力，成效如下：

- 一、積極推動優良實驗操作規範，配合政府推動加入世界貿易組織政策，輔導各衛生局檢驗室建立GLP制度，全國25個衛生局均已通過TAF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年、民國96年及民國97年開始運作，協調中部5縣市衛生局、南部9縣市衛生局及北區、花、東、金門、連江等10縣市衛生局，建立專長檢驗類別，相互支援，聯合分工，以達資源共用、提昇檢驗效率之目的。
- 三、推動民間實驗室認可，依國際認證標準給予公正、客觀、獨立之能力評估，確保檢驗結果之精確性，以提昇檢驗數據之品質，至民國97年底已累計公告食品認可實

驗室18家，藥物化粧品認可實驗室3家，食品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、微生物等；藥物化粧品認證項目包括對苯二酚、水楊酸、傳明酸及總生菌數、金黃色葡萄球菌、綠膿桿菌、大腸桿菌等。

- 四、開發建立相關檢驗方法23篇，研訂醫療器材檢測基準草案15項，公告食品相關檢驗方法37篇，編修生物製劑基準3篇；另完成「藥品不純物系統性分析之研究」、「HIV抗體診斷試劑候選標準血清組之標定與建立」、「Nested PCR-DNA定序方法鑑定中藥製劑中藥材基原之研究」、「食品及食品器具容器包裝中內分泌干擾物質及持久性有機污染物基本資料之建立」、及「基因改造食品之檢驗研究」等議題之研究。
- 五、為加強地方衛生檢驗與稽查人員之能力，辦理相關檢驗訓練、研討會、線上教學、能力試驗以及稽查相關訓練等。



陸 健康照護

- 64 | 第一章 健康照護體系
- 66 | 第二章 醫療品質
- 68 | 第三章 精神醫療與心理衛生
- 70 | 第四章 長期照護服務體系
- 71 | 第五章 護理照護品質
- 71 | 第六章 緊急醫療
- 72 | 第七章 衛生醫療資訊
- 74 | 第八章 醫事人力

陸 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衆的就醫安全，成為當前一大挑戰。如何提供全人、全民適當的健康照護系統，改善醫病關係、落實社區醫療與預防醫學，提升民衆健康及品質，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，將台灣劃分為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台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。其執行重點包括：健全區域醫療體系、提升基層醫療服務品質、醫事人力規劃與提升專業素質、提升醫療照護品質、健全醫療品質外部監督機制、辦理特殊群體醫療照護計畫等，期以提供民衆適切性、可近性、周全性及持續完整的全人醫療照護服務。另為銜接全人健康照護計畫，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，評估各地方民衆健康需求，辦理各項區域醫療資源與提升區域醫療水準計畫。民國97年實施成果如下：

- 一、醫療機構現況：於民國97年底，醫院計有515家，診所計有1萬9659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：於民國97年底，醫療院所病床數共15萬2,091床(含一般病床及特殊病床)，其中一般病床占64.41%。醫療院所一般病床為9萬7,958床(含急性一般病床7萬3,426床、慢性一般病床3,928床、急性精神病床6,595床、慢性精神病床1萬3,661床、慢性結核病床48床及漢生病床300床)，平均每萬人口病床數為66.37床，已達醫療網規劃目標。歷年每萬人口病床數變動情形，如圖6-2。
- 三、醫療事業發展獎勵：自民國81年度起至97年度止，計核定獎勵醫療院所313家。另為獎勵醫事人員到偏遠醫療資源不足地區服務，並核定20區辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善方案」；小型醫院醫療照護服務品質提升之獎勵，「與診所建立聯合執業模式」共計獎勵6家醫院；「提供老人整合性醫療照護服務」共計獎勵16家醫院，以輔導地區醫院轉型充能並提升醫療服務品質。

四、定期清查資源，促進病床有效使用：訂定

「醫院急性一般病床未全數開放使用處理原則」、「醫院精神科病床未全數開放使用處理原則」，全面清查醫院病床開放情形，避免醫院未開放卻佔用病床配額，以確保民衆就醫權益。

第二節 社區醫療照護體系

後SARS時期進行醫療體系改造，自民國93年起，試行建立「社區公衛(防疫)群」，其功能在於促進區域內預防保健、防疫與醫療以及公私部門之資源整合，藉由社區公衛(防疫)群之建立與功能強化，促進地方衛生局、衛生所與

圖6-1 歷年醫院診所家數

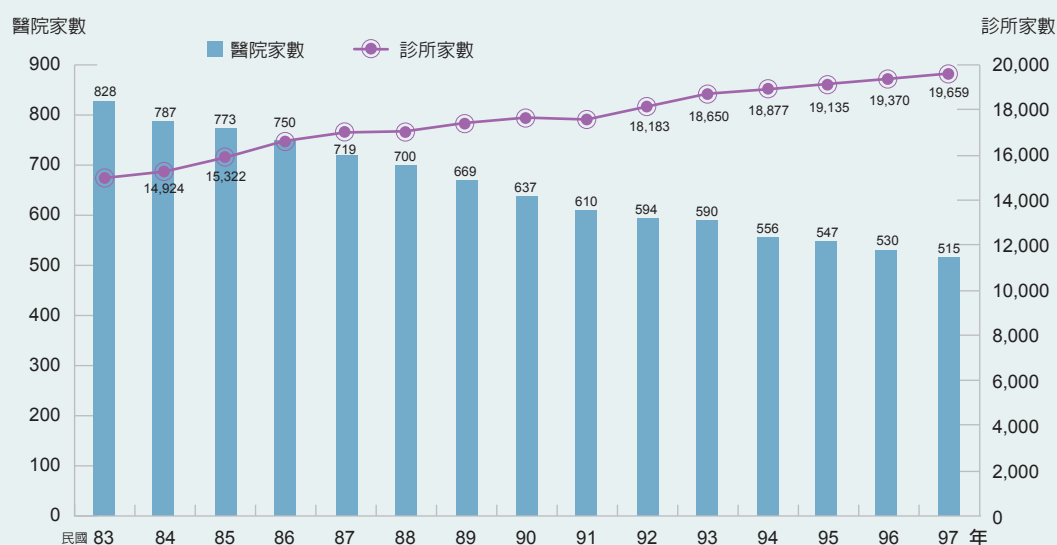
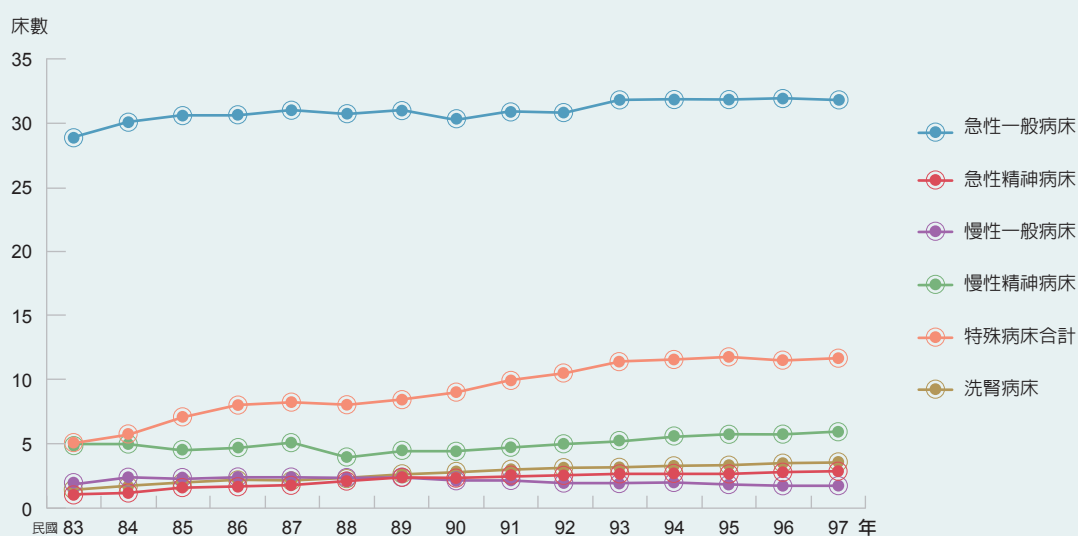


圖6-2 歷年每萬人口病床數



社區醫療群(由診所與合作醫院組成)之互動，以整合社區衛生醫療資源，共同推動衛生醫療防疫業務。民國94年起，辦理建置「社區公衛(防疫)群整合性服務試辦計畫」，由社區醫院、診所、衛生所聯合建置家戶檔案，以審視社區民衆之醫療需求，提供適當的服務與轉介，發揮家庭醫師照護制度功能，並與社區醫院共同組成社區醫療網絡，提供完整的全人醫療照護服務。民國97年底止，計建置305個「社區醫療群」、43個公衛(防疫)群，已建構了「厝邊好醫師，社區好醫院」之區域共同照護網絡。

第三節 署立醫院醫療服務

一、推動大溫暖計畫，截至民國97年12月止，已補助新台幣424萬3,866元；弱勢家庭脫困計畫，民國97年協助轉介案件數共1,094件。

二、加強老人照護服務

(一) 設置護理之家及失智老人中心，計提供護理之家2,326床及失智老人中心150床(台中40床、朴子30床、屏東20床、桃療30床、嘉南30床)。

(二) 成立居家安寧服務團隊，提供全人之安寧緩和居家服務，使罹患癌症老人能完成在地老化之目標；目前已有6家署立醫院(新竹、台中、豐原、南投、台南、澎湖)提供。

三、民國97年7月1日第1家BOT醫院－雙和醫院開始營運，契約年限自民國93年3月8日至民國143年3月7日止。

第二章 醫療品質

為維護高品質、全方位及安全的醫療服務，維護病人就醫安全、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

質監測系統及建立全國血液透析醫療資源與血液品質管制制度等，實為當務之急。

第一節 醫療服務品質

為加強醫療服務品質，建置以病人安全為中心之就醫環境，規劃新醫院評鑑制度，研發病人安全監測、安全事件通報機制，其成效如下：

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，為維護病人安全，提升醫療品質，除強化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) 訂定我國「97-98年度推動醫院醫療品質病人安全工作年度目標」，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，並依前述目標與執行策略，要求各衛生局輔導所轄醫院，並列入督導考核項目，辦理定期及不定期考核活動。

(二) 建置「台灣病人安全通報系統」落實以病人為中心之醫療照護，逐步營造病人安全文化，建置一個不以懲罰為手段之學習環境，及避免錯誤重複發生，促進病人安全，民國97年全國有408家醫院參與此系統，完成通報件數2萬5,283件。另不定期發布「台灣病人安全通報系統」通訊，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台。擴展與國際間相關病人安全之組織交流學習，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」為方向，進行醫院評鑑及教學醫院評鑑改革。

(一) 新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，並對各級醫院的功能做檢討與調整，希望打破「醫院越大越好、科別越多越好」之分級迷思，以社區民衆健康需求為導向，鼓勵發展不同類型之特殊功能醫院。至於教學醫院評鑑改革，則朝以評核教學訓練計畫為原則，重視教學訓練過程及成效，提升醫師及醫事人員之人力素質，改善整體醫療品質。

(二) 建立「定期不定時」之追蹤輔導訪查制度，藉以輔導醫院針對評鑑結果待改進事項持續加強改善，及建立「以病人為中心」的安全照護環境，以確實達到醫療品質提升之目的。民國97年度經評鑑合格醫院有476家，占全國醫院約93%，並完成22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，衛生署於民國93年起開始辦理精神復健機構評鑑，民國97年計有82家機構申請評鑑，經委員實地評鑑，符合合格基準之機構有78家，合格率95.12%，民國98年則有50家機構申請評鑑。另自民國96年起，並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，民國98年衛生署將辦理40家機構之不定時追蹤輔導訪查作業。

(四) 辦理中醫醫療機構負責醫師二年以上醫師訓練醫院評選，民國97年8月4日公告12家合格訓練醫院。

三、為提升牙醫師獨立執業前訓練品質，於民國97年度開始規劃「牙醫師獨立執業前二年訓練計畫」，預定於民國98年底完成制定訓練課程、師資條件及訓練機構認定基準。

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年度起，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。目前衛生署輔導設立之共同清除機構有1家、共同清除及處理機構5家，其中2家採用滅菌方式處理醫療有害事業廢棄物，其他各家均設焚化爐，以焚化方式處理。民國94年5月核准通過財團法人嘉義醫療廢棄物共同處理基金會，電解回收醫療機構產生之廢顯定影液，以解決醫療機構該類廢液處理問題。

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，輔導醫療機構自主妥善處理醫療廢棄物，另核准通過1家再利用處理公司，回收含貴金屬廢料之醫療事業廢棄物通案再利用許可。

第三節 提升血液供輸服務措施

我國捐血運動歷經33年的努力，加上國人的踴躍參與及響應，使得捐血人口比率達到先進國家的水準，對於提升國內醫療品質及促進國民健康，貢獻良多。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。為發展自給自足之血液事業，以符合世界衛生組織倡導之「國家自給自足」政策。自民國95年1月正式實施血液製劑條例及施行細則以來，更能健全國家血液事業、提升醫療用血品質、保障輸血安全。

- 一、目前的檢驗技術，並不能驗出愛滋空窗期感染的血液，也因這項檢驗盲點，徒增輸血風險，為了降低輸血感染愛滋病的風險，積極宣導民眾正確捐血觀念，勸導高危險群勿利用捐血來檢驗愛滋。
- 二、積極開發新血源，提升首次之捐血比率。目前捐血人口逾600萬人，國人捐血比率約7.86%，近8年來年平均捐血量226萬7,739袋。
- 三、提升血液自動化檢驗系統的效能，降低人工目視之再檢率及判讀錯誤之發生，以提升血液作業品質，保障受血人安全。
- 四、國人具紅血球不規則抗體的頻率約為0.73%，醫療院所常因患者體內含有紅血球不規則抗體，於輸血後發生溶血反應。有鑑於此，對捐血人進行紅血球抗原篩檢，可以有效地增加紅血球抗原建檔數，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。

第三章 精神醫療與心理衛生

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97年之重點如下：

- 一、為健全精神疾病患者之醫療照護服務，逐年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。計補助精神醫療機構9家、精神復健機構5家(社區復健中心5家)、精神護理之家4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。至民國97年底，社區復健中心服務量已達3,151人，康復之家服務量則為3,728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9萬8,665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，以妥善規劃其接受醫療、復健及追蹤治療，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，各縣市家暴中心共委託105家機構，提供加害人戒

癮治療、精神治療、心理治療及認知教育輔導等處遇模式，自民國88年6月迄今，累計參與處遇治療之人數有4,810人。各縣市性侵害防治責任醫院計有160家，協助性侵害被害人驗傷採證及緊急醫療處置。完成「縣市政府醫事人員責任通報行政獎懲調查處理作業規定(範例)」修訂，計有19個縣市完成訂定，以加強醫事人員對家庭暴力、性侵害及兒少虐待等責任通報案件之認知。另民國97年辦理酒癮戒治處理方案，進行住院治療人次計有9人，門診治療105人，戒酒認知計有622人。

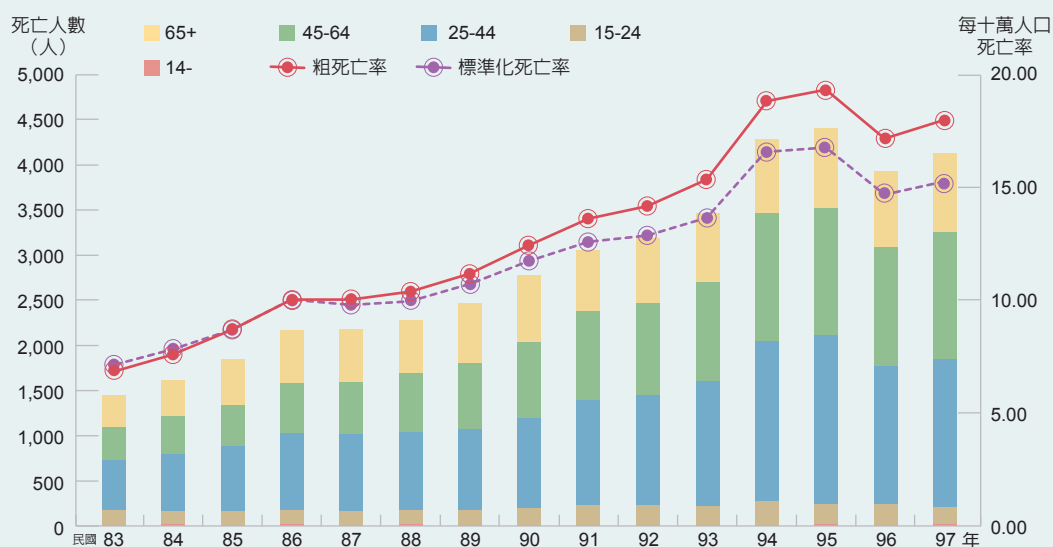
六、經衛生署指定之藥癮戒治機構共111家，其中藥癮戒治核心醫院6家、藥癮戒治醫院98家及藥癮戒治診所7家。衛生署與法務部合作試辦之「戒治所戒治醫療整合試辦計畫」，試辦期間自民國95年4月起至97年12月底止共計提供6,236人之戒治醫療服務，服務人次達5萬2,782人次。

第二節 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(在已開發國家為第8位)。台灣每10萬人口之自殺死亡率，已經從民國82年之6.2人，提高到民國97年17.9人(如圖6-3)，仍連續12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風暴等，使民衆面臨多項衛生、社會、經濟之衝擊，直接、間接造成經濟和社會重大損失，形成不利於自殺防治的環境，而個人的失業或收入中斷、經濟問題，則造成個人與家庭陷入困境。爰此，衛生署將自殺防治工作列為優先公共衛生任務，積極推動各項防治措施。

一、民國94年行政院核定「全國自殺防治策略行動方案」，期望藉由三段五級之觀念，作整體之規劃，將自殺防治分為全面性、選擇性與指標性等3個主要層面，定短、中、長程防治目標。

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。

二、透過「自殺防治通報關懷系統」，將自殺個案訪視、轉介等相關明細及分析報表，通報至衛生局與衛生署。民國97年通報量計2萬4,180次。

三、於民國94年12月成立「自殺防治中心」及設置24小時服務之「安心專線」0800-788995(請幫幫，救救我)，提供民衆專業諮詢服務。民國97年總通話服務量計4萬8,127通。

四、結合社區心理衛生中心，活絡社區支持網絡，擴大憂鬱症之共同照護網，提供相關專業人員之訓練及認證；並辦理說明會，提高自殺防治之通報率及後續之關懷訪視率。

第四章 長期照護服務體系

以「在地老化」的施政理念，透過政府施行垂直式及水平式的整合計畫，綿密連結健康專業與社區支持服務，建置社區化長期照護體系，使社區中失能民衆能維持獨立自主、安全與有尊嚴的生活能力。另發展特殊照護模式，提供身心障礙者獲得完善之服務照顧，該服務內容將另於第七篇中詳述。

第一節 健全社區化長期照護

依據內政部人口統計通報，截至民國97年底，我國65歲以上人口比率已達10.43%。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。而如何提供適切之長期照護，將成為國家當前的重要政策，為符合需求，極力推展長期照護服務體系，讓民衆獲得整合性、可近性及連續性的照顧服務。

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，規劃以社區照顧為主，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。目前計有護理之家機構347家、居家護理機構484家、日間照護17家。

二、協助建立地方照顧管理制度，輔導25縣市設置長期照顧管理中心，作為整合社、衛政長照服務資源，建立受理、連結、輸送長期照顧服務之單一窗口，並下設21個分站；配置302名照顧管理專業人力，辦理全國照顧管理人員在職訓練，提升專業知能。



三、配合行政院勞工委員會外籍看護工之申審流程，採取各項必要之措施，使之與長期照顧管理中心接軌，促進照顧服務業之發展。

第二節 建構身心障礙醫療復健服務

一、自民國96年起，推動遠距照護試辦計畫，透過醫療照護與通訊科技的結合應用，發展社區式、居家式、機構式三種遠距照護服務模式；讓位於不同服務模式之民衆，皆可獲得醫護團隊所提供的遠距照護服務及連續性之照護服務。累計至民國97年底個案數565人接受此項服務。

二、補助21家地區教學級以上醫院辦理醫療復健輔具中心計畫，提供輔具專業評估、諮詢、個別化設計，並對病患指導訓練及辦理衛教等，以提昇服務品質為目標。

三、委託25家醫院辦理兒童發展聯合評估中心計畫，建置可近性高之評估診斷服務網絡，提供兒童聯合評估服務。

第五章 護理照護品質

一、推動全責照護制度，輔導醫院執行全責照護計畫，建立護理人員與護理輔助人力合作模式(以民國97年計畫成果效益分析顯示1位照服員照顧10張病床之1對多照顧模式為成本最低，且最具效益之方案)，減輕護理人員工作負荷，提升病患照護品質，進而促進護理人員留任臨床照護。

二、推廣改善護產人員執業環境方案，促進護理人員留任，民國97年度計補助醫院機構、護理助產相關團體及大專院校等12

個單位參與，建構完成本土化護理人員留任策略模式，計有8大構面、24項策略、70項具體措施，以協助各醫院推動留任措施。

三、推動護理人員繼續教育制度，民國97年度計補助7家護理專業團體規劃各領域護理繼續教育課程。配合民國97年6月20日「護理人員執業登記及繼續教育辦法」公布施行，同年10月31日公告中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣護理學會、中華民國急重症護理學會及中華民國精神衛生護理學會等4家護理團體為衛生署認可之繼續教育積分採認單位，訂定護理人員繼續教育課程及積分審定作業規範。

四、推動專科護理師制度，辦理專科護理師甄審，計通過1,439人；核定68家內(外)科專科護理師訓練醫院，積極推動專科護理師繼續教育。

五、委託辦理產後護理機構輔導計畫，實地輔導69家，作為產後護理機構督導考核、管理及政策制定參考。

六、推動助產人員繼續教育制度，配合助產人員執業登記及繼續教育辦法規定民國100年4月15日執業助產人員要更新執照，委託中華民國助產學會辦理助產人員執業執照更新需求調查，協助執業助產人員取得150點繼續教育積分。

七、辦理友邦人員培訓，計培訓14國護理人員參加，介紹台灣優質護理專業，擴大我國國際衛生之能見度。

第六章 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，並積極推展緊急醫療整合性應變機制。

- 一、為增進中央衛生主管機關快速掌握災情與因應，建置台北、北、中、南、東以及高屏等6區區域緊急醫療應變中心(R.E.O.C)。以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。
- 二、建立周產期緊急醫療網，共有77家高危險妊娠責任醫院，65家新生兒責任醫院。
- 三、建立急重症病床通報制度，改善急診重症病患滯留急診情形，並持續維持急救責任醫院空床資訊傳遞系統之正常運作，以利消防救護單位迅速取得空床資訊；目前計有200家醫院透過系統自動傳送其空床數。
- 四、建置毒化災、核災緊急醫療救護體系，廣續於全國6個REOC，推動相關應變、人員繼續教育訓練及醫護人員防護裝備儲備，提升毒化災大量傷患之救護應變能力。
- 五、民國97年起開始推動心肺復甦術加自動體外電擊去顫器(CPR+AED)急救教育訓練，針對人潮流量大之公共場所與觀光旅遊地區工作人員推廣，共辦理62場次訓練，計2,767人接受訓練。
- 六、為落實救護車之品質，及加強地方衛生局對大量傷病患因應處理機制，分別將救護車管理、辦理大量傷病患演習，納入對地方衛生局之考評項目。

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(期程：民國92至95年)」之基礎上，「國民健康資訊建設計畫(National Health Informatics Project, NHIP)」(期程：民國97至100年)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

衛生署「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」於民國94年11月公告施行，民國97年12月修訂。凡符合規定之醫療機構，得免另以書面方式製作病歷。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、推廣等四大面向擬訂推動策略，民國97年度主要工作如下：

- (一) 民國97年12月25日發布修正「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」並明定醫療機構實施電子病歷之日期及範圍應揭示於機構內明顯處所。
- (二) 修訂完成醫療院所常用之30項電子病歷單張格式標準，修訂過程邀請專科醫學會及各層級醫院協會參與。
- (三) 辦理電子病歷資訊安全強化案，培訓400名醫院資安種子人員、辦理80場醫事人員資訊安全認知講習及提供20家醫院ISO 27001:2005資訊安全管理制度驗證服務。
- (四) 舉辦電子病歷政策說明及意見徵詢會

議，蒐集醫療機構實施電子病歷的困難，並迅速轉為行動方案協助解決；積極推動健保專業審查及醫院評鑑可用電子病歷。

二、醫事憑證管理中心

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

民國97年度計製發1萬3,520張醫事憑證IC卡(累計16萬7,939張)，應用於電子病歷推廣、衛生資訊通報平台、衛生資訊通報服務入口網、區域醫療資訊平台、教學醫院教學費用補助管理、精神照護資訊管理、緊急醫療管理、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台

建置服務導向之公共衛生資訊系統平台及入口網，整合與串連衛生署及所屬機關之公衛資訊系統，建置衛生局憑證安控基礎建設。民國97年度完成衛生機關公共衛生資訊系統盤點、衛生局憑證應用機制所需硬體設備採購，及研提公共衛生資訊整合應用服務架構規劃等。

四、推動健康資料加值應用

民國97年度辦理「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以產生具應用價值之集體資訊，以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。初期以行政支援為目標，再逐步擴大需求對象與服務層面，並提升永續經營的能力。

第二節 衛生醫療資訊服務

一、醫事管理系統改版

民國97年12月1日醫事管理系統全新改版上線，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係統介接和資料轉換，達到資料共享。

民國97年持續維持醫事人員報備支援線上申辦系統功能之正常運作，並辦理25個衛生局及其所轄醫院之推廣工作，全年共2,027家醫院參與，申辦件數計11萬8,564件。

二、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97年度主要成果如下：

- (一) 為提升通報作業效率及品質，民國96年完成加護病床通報平台及建置死亡通報資料自動傳遞功能，民國97年度計有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。
- (二) 維持精神照護通報系統之正常運作，並完成自殺防治通報及身心障礙鑑定系統之功能擴充，強化衛生機關人員執行個案通報、轉介、管理等功能，減少書面作業，提高個案之追蹤照護數。民國97年度之通報件數分別為精神照護1,935件、自殺防治2萬4,760件

(三) 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，民國97年度有290萬6,904人次點閱(累計3,258萬7,907人次)。

(四) 民國92年12月完成醫政、藥政、食品衛生等人民申請業務線上申辦系統，提供各項申請表單下載、查詢辦理進度、通知取件等功能，後續開發各類憑證身分驗證功能，並與行政院研考會電子支付共通平台、銀行超商繳費等金流作業介接。

(五) 民國97年3月18日衛生署各簽審系統通關單證比對作業系統正式上線，簡化進出口申辦流程，加速業者通關速

(六) 民國97年度完成進口食品查驗風險資料之建置、查詢、統計功能，及增加稽查案件整批處理作業方式；97年度新增稽查案件10萬4,588筆(累計27萬5,241筆)。

(七) 整合國內用藥相關資料庫為完整的藥品交互作用關聯式資料庫，免費提供全國醫院、診所及藥局即時檢查處方箋是否有交互作用。截至民國97年底累計上網使用之醫療院所計有3,076家，12萬3,028人次。

The diagram illustrates the network architecture for the National Health Insurance (NHI) system, showing the connection between the Internet, Intranet, and various service providers.

Internet: The Internet is connected to the GSN (Internet) cloud. The connection is labeled T3 (45Mb) and 20Mb FTTB.

Intranet: The Intranet is connected to the SC (Service Center) cloud. The connection is labeled T3 (24M).

SC (Service Center): The SC is connected to the GSN VPN cloud. The connection is labeled T3 (24M) and 100Mb FTTB. A Firewall is shown between the SC and the GSN VPN.

GSN VPN: The GSN VPN is connected to various service providers and agencies:

- 衛生署 (Ministry of Health):** Connected via T3.
- 衛生署 附屬機關 (Ministry of Health Affiliated Agency):** Connected via E1 or ADSL 備援線路 (Backup Line).
- 衛生局 (City Health Bureau):** Connected via E1.
- 衛生所 (Health Station):** Connected via ADSL.
- 健保IDC (Health Insurance IDC):** Connected via STM-1 (2M PVC).
- 中華電信 HiLink (China Telecom HiLink):** Connected via STM-1.
- 健保資訊網 (Health Insurance Information Network):** Connected via STM-1.
- 話價區 (Rate Area):** Connected via ADSL.
- 專科醫學會 (Specialty Medical Association):** Connected via ADSL.
- 管制藥品管理局 (Controlled Drug Administration):** Connected via E1.
- 疾管局 (Disease Control Administration):** Connected via 50Mb FTTB.
- HCA (Health Care Agency):** Connected via 50Mb FTTB.

三、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。

第八章 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。為此, 持續辦理醫事人力配置、醫事人員培訓相關計畫, 以落實醫療體系之健全運作。

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。另外, 將研擬驗光師法等法案。

醫事人力至民國97年底止, 每萬人口西醫師數為16.03人、中醫師為2.25人、牙醫師為4.85人、藥事人員為12.91人、護理人員為54.97人。依據全人健康照護計畫之規劃目標, 每萬人口西醫師數已達目標值15.7人; 另中醫師、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, 亦均符合推估之需求

數; 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、我國對各類醫事人力之培育, 係採取管制措施, 西醫師之培育, 以每年培育1,300名醫學生為原則; 其他類別醫事人力則屬於特殊管制項目, 設立時需提報申請計畫, 由教育部專案審核加以管控。未來有關醫師人力之規劃, 將以均衡醫師人力資源分配為目標, 並建立定期評估機制。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、為培育在地人才, 自民國58年起, 辦理地方醫護人員養成計畫, 以公費培育原住民及離島籍醫事人員, 並直接分發回鄉服務; 民國91年起, 整合金門及連江縣之養成計畫; 計培育256名公費醫師。另對於具有醫療專長之醫療替代役役男, 則優先分發至山地離島等偏遠地區服務, 充實當地醫事人力並提升其醫療品質, 自民國92年至97年底, 共分發364人。
- 三、民國64年起, 即開始培育公費醫師, 畢業後分發基層醫療單位及人才羅致困難科別服務, 並於民國82年由教育部轉衛生署辦理; 迄今, 已培育5,868名公費畢業生, 分發至衛生署系統服務者共3,267人, 計1,315人正履行服務義務, 其中296人服務於人才羅致困難科別, 161人正於山地離島、衛生所及衛生署或地方政府所屬非教學醫院履行第2階段服務義務。為強化衛生

表6-1 民國97年各類醫事人員領有證書及執業情形統計表

| 醫事人員類別 | 領證人數 | 執業人數 | 每萬人口執業人員數 |
|----------|---------|---------|-----------|
| 西醫師 | 51,647 | 36,960 | 16.0 |
| 牙醫師 | 14,281 | 11,187 | 4.9 |
| 中醫師 | 10,377 | 5,184 | 2.3 |
| 醫事檢驗師(生) | 18,380 | 8,384 | 3.6 |
| 醫事放射師(士) | 6,593 | 4,674 | 2.1 |
| 藥師(藥劑生) | 47,009 | 28,772 | 12.9 |
| 護理人員 | 344,955 | 126,792 | 55.0 |
| 助產人員 | 53,578 | 274 | 0.1 |
| 職能治療師(生) | 3,246 | 2,025 | 0.9 |
| 物理治療師(生) | 9,169 | 4,716 | 1.3 |
| 諮商心理師 | 1,174 | 821 | 0.4 |
| 臨床心理師 | 807 | 674 | 0.3 |
| 營養師 | 5,556 | 2,259 | 1.0 |
| 呼吸治療師 | 1,658 | 1,379 | 0.6 |
| 齒模員 | 2,617 | 1,101 | 0.5 |
| 鑲牙生 | 269 | 43 | 0.0 |
| 接骨員 | 4,011 | 949 | 0.4 |

註：領證人數不包含死亡者。

署所屬醫院之社會參與及支援偏遠地區醫療服務，穩定偏遠地區醫師人力資源，自民國94年起，公費畢業生一律分發至衛生署所屬醫院服務6年，並固定調派至偏遠地區服務。

四、積極委託各專科醫學會辦理各科專科醫師甄審工作，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，其中3個分科為牙科專科之分科；至民國97年底止，

經甄審通過之專科醫師領證人數合計有3萬9,036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，積極規劃推動「畢業後一般醫學訓練計畫」，規劃3個月一般醫學訓練課程，並自民國95年度起，延長為1年之訓練課程，以導正醫師偏重以器官疾病為主的治療模式，提供更完善的醫療服務。民國97年計有102家訓練醫院參與。

六、我國中醫師養成教育，分7年制及8年制(民國55年至84年為7年制，從85年起改為8年制；民國92年起，又分為7年制及8年制)中醫學系及5年制學士後中醫學系兩種制度。至民國96年底，修畢是項中醫學分之醫師有339人，其中126人已通過中醫師考試。又為促進中醫正規教育正常發展，提高中醫師由正規教育養成比率，我國中醫師檢定考試制度已於民國97年落日，中醫師特種考試制度亦將於民國100年落日。

七、推動中醫臨床教學訓練改善計畫，健全中醫教學、研究、訓練及執業環境：

- (一) 為落實中醫臨床教學訓練工作，補助24家醫院辦理35項「中醫臨床教學訓練改善計畫」(含22項中醫門診教學計畫、8項中醫會診教學計畫、2項中醫住診教學計畫及3項中醫臨床教學核心醫院計畫)。
- (二) 為發揮中醫醫療機構負責醫師監督功能，培育具有全人醫療能力之中醫

師，促進中醫醫療機構健全發展，將於民國98年推動「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」，民國97年進行該計畫前置作業：1.辦理3次專家共識營，凝聚臨床教學共識，研訂各科訓練基準及學習護照，培育指導醫(藥)師培訓營之授課講師；2.公告訓練課程基準，提供訓練醫院遵循；3.辦理指導醫師培訓營3場及指導藥師培訓營1場，培育臨床指導師資；4.召開「98年中醫醫療機構負責醫師訓練計畫」說明會。

八、為鼓勵教學醫院提供良好之訓練場所及教學資源，使新進醫事人員均能接受必要之訓練，達成提升精進醫療品質及確保病人安全之目標。民國96年7月開始實施「教學醫院教學費用補助計畫」，民國97年共有134家教學醫院申請2,113個訓練計畫數，平均每月補助1萬1,100名新進醫事人員之訓練經費。





柒

弱勢族群 健康照護

79 | 第一章 山地離島居民、原住民及
新住民之健康照護

81 | 第二章 經濟弱勢者之健康照護

82 | 第三章 特殊健康需求族群之健康照護

從健康平等的角度而言，我國致力於健康上弱勢族群之健康照護，包括低收入戶、幼童、65歲以上老人、偏遠地區居民或原住民、需要特殊健康照護者(如失能、慢性病病患、安寧療護者)等對象。

自民國84年3月起實施之全民健康保險制度，目的在降低民衆就醫的經濟障礙，及提升醫療的可近性，至民國97年民衆納保率已達99%以上，並提供了民衆大部分之健康照護需求。本篇乃是針對山地離島居民、原住民、新住民、經濟弱勢者、特殊健康需求族群等，分節撰述弱勢族群之健康照護措施。

第一章 山地離島居民、原住民及新住民之健康照護

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。另外，新住民因語言溝通及文化習俗差異，亦屬於為健康上較弱勢之族群。

第一節 山地離島居民、原住民之健康照護

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，

並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97年補助11家山地及離島地區衛生所(室)重建、空間整修及修繕，以更新建築及延長房屋使用年限，另補助2家山地鄉直昇機停機坪修繕案。核定補助山地離島鄉衛生所(室)醫療設備156項及資訊設備216項，巡迴醫療車7輛；補助平地原住民鄉衛生所醫療設備20項、資訊設備133項，救護車1輛及巡迴醫療機車52輛，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，縮短城鄉醫療差距。

二、廣續培育地方養成醫事人員

(一) 辦理「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」，培育在地醫事人員，自民國58年至97年底，共培育醫事人員686名(醫師327名、牙醫師54名、藥學系27名及其他醫事人員278名)。

(二) 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、以補助方式，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70.78%。另為達在地醫療，吸引人才留任，97年度補助至山地及離島地區設立之醫療機構，共計8家(山地鄉4

家，離島4家)，補助金額合計新台幣332萬5,000元。

- (三) 辦理提升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。截至97年度共計訓練169名醫師，其它醫事人員共計615人。

三、持續推動部落社區健康營造

- (一) 為推動部落社區健康營造，採「本土化」、「訂立健康議題」與「建立機制」3大方向推動。97年度於原住民部落及離島地區甄選機關團體辦理「社區健康營造計畫」，共成立2個輔導中心，77個健康營造中心；另委託台灣原住民醫學會及台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。

- (二) 97年度以公開徵求方式，補助46隊「山地及離島地區暑期大專青年社區部落健康服務營」，出隊人數總計達1,660位學生，服務人次約計1萬2,250人次。

四、推動偏遠部落醫療資訊化，建立共享資訊平台

- (一) 山地鄉及原住民地區醫療資訊化(HIS)系統，已在新竹縣等5個縣17個鄉143個巡迴醫療點完成建置，此一系統除能有效節省人力之外，亦可避免醫療資源的重複使用，使偏遠部落之醫療品質向前邁進一步。其中，提供「行動門診」送醫療到部落，以及建置人性化的母語語音掛號系統，最具有代表性之成果，提供居民便利醫療服務，縮短城鄉醫療資源差距。

- (二) 推動建置醫療影像傳輸(PACS)系統及整合醫療資訊系統，民國97年完成建置台中縣和平鄉所、新竹縣尖石鄉與五峰鄉、南投縣仁愛鄉與信義鄉、屏東縣琉球鄉等6個衛生所與衛生署立桃園醫院連線，以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

- (一) 為提升離島居民醫療之可近性，配合「山地離島醫療給付效益提升計畫」(IDS)計畫，以支援專科醫療、定點假日門診；巡迴門診、整體委外承作等方式，保障其就醫權益。
- (二) 賡續補助澎湖、金門、連江、台東縣等4縣衛生局辦理遠距醫療會診，共計22個連線點，辦理會診計567人次及遠距教學及會議計453場次。

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，97年度共接受申請318件，核准282件，核准比例為88%；節省36趟空中後送次數，以每趟平均30萬元計，可節省直昇機費用1,080萬元。另積極辦理山地鄉新設置11點之空中轉診視訊系統之建置，以提升山地鄉急重症之處理。
- (二) 衛生署訂定「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，97年度已後送309名緊急傷病患，並補助2萬1,974名重大傷病患者轉診來臺就醫。

第二節 新住民之健康照護

- 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，97年度建卡比率達95%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9,861人次。積極推動「外籍配偶生育保健通譯員服務計畫」，計有19縣市、190個衛生所參與。

二、外籍勞工於入國前、入國後3日內，及入國工作滿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。民國97年外籍勞工定期健檢(不含入國後3日內之健檢)共37萬3,105人次，不合格率為8.54%。

三、領有外僑居留證等在台長期居留之證明文件者，得依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。

四、為促進新住民之健康，衛生署在製作傳染病防治、慢性病管理、全民健康保險等衛教宣導資訊時，針對所需要宣導之對象，製作多版語言之教材，並透過相關新住民協助團體傳遞衛教訊息。

第二章 經濟弱勢者之健康照護

為保障弱勢民衆因經濟困境而繳不出健保費及減輕保險費負擔，衛生署及中央健康保險局自民國97年起，持續推動各項協助措施。

第一節 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3歲以下兒童、20歲以下55歲以上之無職業原住民等；民國97年補助金額約新台幣153億元，補助人數約204萬人。

第二節 保險費協助措施

一、紓困基金申貸：具備「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」所訂資格之民衆，得向健保紓困基金申請無息貸款償付積欠之健保費及應向保險醫事服務機構繳納而尚未繳納之自行負擔醫療費用，1年後再開始還款；民國97年共核貸8,708件，金額約新台幣5億餘元。

二、轉介公益團體(或善心人士)代繳健保費：針對無力繳納保險費之家境清寒民衆，衛生署中央健康保險局各分局尋求企業團體或

善心人士協助；民國97年成功轉介個案計2,672件，獲補助金額共新台幣1,563萬餘元。

三、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；民國97年計24.8萬人辦妥分期攤繳。

四、經濟弱勢健保欠費協助方案：行政院於民國97年初實施「經濟弱勢健保欠費協助方案」，專案補助低收入戶及低收入邊緣戶所積欠之健保費及尚未償還之紓困貸款，金額共新台幣8億元，受惠人數3萬3,402人，包括符合低收入戶資格者3萬2,420人及符合低收入邊緣戶資格者982人。

第三節 無力繳納保險費者就醫權益

未加保或欠費之民衆，因急重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。診治後依個案狀況，協助其辦理投保、健保費紓困、轉介、分期等，民國97年因而獲得醫療保障者計2,455人次。

第三章 特殊健康需求族群之健康照護

第一節 漢生病病人權保障及照顧

一、民國97年7月18日立法院通過「漢生病病人權保障及補償條例」；同年8月13日總統明令公布。條例內容主要為：正名、回復名譽、補償金、醫療與安養權益、漢生醫療園區規劃、成立漢生病病人權保障及推動小組。

二、發放樂生院內院民補償金，共272人，計新台幣4億9,262萬9,994元。

三、生活照顧部分，補助每人每月1萬8,000元，其中需用金每人每月7,750元。

第二節 罕見疾病防治

「罕見疾病防治及藥物法」於民國89年8月實施，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。主要在防治罕見疾病之發生，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。

為提供罕見疾病病友周全的照顧，除納入全民健康保險重大傷病及身心障礙範圍外，另訂定「罕見疾病醫療補助辦法」，補助全民健康保險未能給付之診斷、治療、藥物及特殊營養食品等醫療費用，民國97年度計達新台幣3,300餘萬元。另設置罕見疾病個案特殊營養食品及藥物物流中心，嘉惠307人之罕病個案；補助39名罕病個案國際醫療合作代行檢驗服務。截至97年度止，計認定及公告罕見疾病153項167種，公告40種罕見疾病特殊營養食品品目及81種罕見疾病藥物。接獲各診療醫院通報已公告罕見疾病個案計2,909案。

第三節 身心障礙者健康照護

一、建構完善照護模式

為提供身心障礙者獲得完善之服務照顧，在我國長期照護服務體系下，發展特殊照護模式。

(一) 輔導25縣市提供居家護理服務，使失能老人在自己熟悉的環境中被照護，截至97年12月底，累計服務量3,163人次；針對有復健需求，但無法透過交通接送，前往醫療機構接受復健服務者，提供居家或社區復健服務，以維

持或改善失能老人身心功能，截至97年12月底，累計服務量5,050人次；為強化家庭照顧者支持系統，讓長期居家照顧個案之家屬獲得暫時休息的機會，提供家庭照顧者喘息服務，截至97年12月底，累計服務量1萬8,179人日。

(二) 建構失智症照顧模式，衛生署自民國94年起累計補助18家護理之家設置失智症照護專區共356床，提供獎助失智者照護模式之設置及改善服務品質之設施，以提升護理之家對失智症患者之照護能力，讓家屬可減輕照顧上之困擾，並提升其生活之品質。

(三) 地方衛生主管機關業已指定240家醫療機構，辦理身心障礙鑑定業務。並由於身心障礙者權益保障法，於民國96年7月11日公布，其鑑定標準將依據聯合國世界衛生組織所頒佈之「國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)」，分為八個身體功能障礙類別，衛生署已於民國97年5月28日委託財團法人德澤醫學研究基金會辦理。

二、口腔健康照護

身心障礙者共同的口腔健康問題為缺乏醫療修復、口腔衛生不佳、潔牙行為不足與缺乏預防保健的介入。因此，積極推動各項身心障礙者口腔預防保健服務措施。

(一) 完成「身心障礙者口腔健康五年計畫」，於民國97年5月26日奉行政院核可。

(二) 辦理「97年度身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，培訓182名牙醫師、

290名口腔預防保健人員，並提供28家身心障礙機構口腔預防保健服務；辦理身心障礙兒童氟錠防齲計畫，以降低其齲齒率。

第四節 人類免疫缺乏病毒感染者人權保障及照護

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

一、人權保障方面

(一) 我國於民國79年12月17日公布施行「後天免疫缺乏症候群防治條例」，以有效規範人類免疫缺乏病毒感染者相關之防治作為與維護感染者相關權益，為因應疫情變化需求，及國際、國家對於愛滋病人權保障之更積極作為，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) 由於社會大眾對於該疾病之認知仍明顯不足，使大多數人對於感染者存有歧視及錯誤觀念，因此感染者往往在就業、就學、就醫、安養及安置等方面，均受到許多不公平之對待。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。

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97年計有1萬2,061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效果，強化感染者做好自我健康管理，以達到防疫目標，自民國96年起開辦愛滋病個案管理計畫，民國97年共有21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，收案管理人數達4,764人。
- (三) 透過縣市衛生局(所)及個案管理師的追蹤管理，輔導個案定期至指定醫院就醫，關懷其治療情形，以提升愛滋

病個案就醫意願，宣導定期就診與服藥方能延長存活時間、減少伺機性感染，以提昇病患生活品質，並加強愛滋個案之接觸者諮詢與檢查追蹤工作。

- (四) 補助社團法人台灣露德協會、社團法人台灣關愛之家協會、社團法人台北市愛慈社會福利基金會及財團法人基督教晨曦會等組織，透過民間團體的力量，協助個案收容照顧、就醫安排、緊急安置等工作，民國97年提供了481位愛滋病患照護服務。
- (五) 為強化矯正機關愛滋感染者諮詢與衛生教育服務，民國97年委託3家民間團體前往矯正機關提供諮商與衛生教育服務計畫，提供個人諮商1,394人次、團體諮商3,123人次，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。





捌 全民健康保險

86 | 第一章 健康保險現況

91 | 第二章 健保制度改革

捌 全民健康保險

全民健康保險是維護全民健康的最大安全防護網，自民國84年3月開辦以來，在政府、雇主、民衆與醫界的共同努力下，已大幅降低了民衆就醫的經濟障礙，提升了醫療的可近性，且民衆的滿意度，也一直維持在7至8成。同時，很多國家稱羨此制度。本篇就健康保險現況及健康保險制度改革作概況說明。

第一章 健康保險現況

全民健康保險自民國84年3月開始實施，是我國一項重大的社會建設。目前全民健康保險制度辦理狀況，分下列五節加以陳述。

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，且在台灣地區設有戶籍滿4個月的民衆，都必須依法參加全民健保，另在台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97年底，總投保人數(不含軍人)共有2,291萬8,144人，實質納保率達99%以上，已接近全民納保之目標。

為保障弱勢民衆之就醫權益及減輕保險費負擔，民國97年持續推動各項健保費補助及保險費協助措施，除已於第七篇詳述者外，另更持續推動下列協助措施：

一、減輕重大傷病患者財務負擔

對罹患癌症、慢性精神病、洗腎、先天性

疾病及罕見疾病等患者，其醫療費用均給予免部分負擔的優惠，至民國97年底止領證病患計約有79萬餘人。

二、確保罕見疾病及血友病等重症患者之醫療權益與用藥

全民健保醫療費用協定委員會自民國94年起，於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，保障其醫療權益與用藥。

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%，經中央健康保險局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月才微幅調整保險費率，由開辦時之4.25%調整為4.55%，以維持2年最低財務收支之平衡。

以權責基礎計算，民國97年保險收入為4,020.01億元，保險成本為4,159億元，當年收支短絀為139億元，自民國84年3月起至民國97年底，保險收入為43,310.96億元，保險成本為43,316.21億元，歷年保險收支累計短絀數為264.7億元，安全準備累計餘額已低於1個月保險給付總額。

因人口老化與高科技醫療支出增加等因素，使健保醫療費用支出逐年增加，惟健保保險費礙於經濟情勢已有7年未作適當調整，衛生署及中央健康保險局近年持續針對各項應改革事項積極推動，亦已擬具多項行政措施，以提

升醫療品質、改進藥品核價制度、增加民眾用藥權益及資訊透明化，並持續推動各項開源節流措施，例如調整投保金額上限、提高菸品健康捐、將公共衛生支出回歸公務預算，並推動各項抑制醫療浪費措施，包括醫療審查核減、查核違規醫事服務機構追回費用、控制藥費成長率及調整藥價等，以紓緩健保財務困境。

為使全民健保永續經營，衛生署及中央健康保險局已積極推動各項開源節流措施，以維持保險財務之平衡，說明如下：

一、推動各項增加收入及節制醫療支出之措施，以維持財務穩定，包括：

(一) 節制醫療費用支出

1. 辦理藥價調查及第6次藥價調整作業、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；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。
3. 衛生署於民國97年12月31日邀集醫、藥團體、學者專家、消費者代表等召開「藥品政策全國會議」，會議中對於縮小藥價差之政策結論，包括(1)對專利逾期藥品將採及時調整與及時反映市場價格之機制，及(2)藥價調查及調整將集中於專利逾期後之中短期，以期更進一步改善藥價差之問題。

(二) 增加收入

加速對中斷投保者的開單作業、查核投保身分與金額、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及持續推動多

元微調方案等措施。

二、為落實保費負擔公平性，解決財務問題及配合基本工資調升，中央健康保險局於民國96年7月27日依據修正公告之「投保金額分級表」，辦理公告「全民健康保險法施行細則第70條之1規定事項」，並自於8月1日起實施上述公告事項暨第2類第1目最低投保金額按新投保金額分級表第6級(2萬1,000元)起申報，連同全民健康保險新投保金額分級表下限配合基本工資調整為1萬7,280元，使得保險費收入估計一年增加55億元。

三、前述措施，雖有助於挹注健保財務，惟仍不足以彌補收支缺口，長遠而言，在現行健保架構下，仍需以檢討費率因應，而推動健保改革仍屬首要之務，故乃先實施擴大費基方案，費率之檢討則配合修法進度及財務之需求，選擇適當時機再依程序辦理，以維持健保永續經營。

第三節 保險給付與支付

一、持續檢討修正全民健康保險醫療費用支付標準，以提升醫療品質及給付的合理性。民國97年重要內容包括：

(一) 西醫部分

1. 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」及為引導國人建立健康生活型態，增列「代謝症候群照護」方案。
2. 考量外科移植手術整體的相對合理性及鼓勵器官移植，將腎臟、心臟、肺臟及

肝臟移植等手術技術費用支付點數一併調高。

3. 新增2歲(含)以下兒童之門診診察費加計百分之二十，以提升照護品質。
4. 取消血液透析高額折付，改依疾病嚴重度分類調修支付標準；另增列全自動腹膜透析機相關費用。
5. 配合藥價調整節餘款運用，調整醫院門診及住院診察費與住院藥事服務費、住院一般及經濟病床之病房費與護理費、精神科慢性病房住院照護費及日間住院治療及基層院所日劑藥費等診療項目支付標準點數。
6. 將「全民健康保險結核病醫療給付改善方案」納入支付標準以擴大照護範圍。

(二) 中醫部分

1. 修訂「醫療服務品質指標項目及監測值」、「腦血管疾病及與褥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」。
2. 新增中醫複雜性傷科治療處置項目，以提升照護品質。
3. 調高中醫針灸、傷科及脫臼整復另開內服藥之處置費。

(三) 牙醫部分

1. 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)。

2. 新增恆牙根管治療(四根)、恆牙根管治療(五根以上)、特定局部治療、口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護、癌前病變軟組織切片、癌前病變硬軟組織切片等項目。

二、為合理控制醫療費用，自民國91年7月起，全面實施總額支付制度，並進行支付標準及審查制度之改革，如實施論質計酬(如五大疾病醫療給付改善方案、家庭醫師整合性照護計畫等)、擴大論病例計酬、研議支付標準相對值表等，並由個案審查轉朝向建立以檔案分析為主之整體醫療型態審查。

三、行政院核定全民健保醫療費用總額之成長率範圍後，交付全民健康保險醫療費用協定委員會，由付費者與醫療服務提供者就特定範圍的服務，協定其總額及分配方式。

四、為提升保險對象就醫可近性，與中央健康保險局特約之醫事服務機構遍布全國各地，至民國97年底計達2萬3,874家，其中醫療院所1萬8,829家、藥局4,180家、居家護理機構472家、精神復健機構148家、助產機構17家、特約醫事檢驗所200家、特約物理治療所19家、特約醫事放射所8家、特約職能治療所1家。民國97年每人平均門診看診次數為13.84次，與民國96年13.93次相較，減少了0.09次。

五、為提升民眾用藥品質及更多用藥選擇，及減少民眾之財務負擔，陸續調整藥品給付規定。民國97年給付規定調整項目如惡性

腫瘤用藥、肺動脈高血壓治療用藥、過動症治療用藥、抗癲癇用藥、高雪氏症及黏多醣儲積症之罕見疾病用藥、慢性病毒性B型肝炎用藥、停經後婦女之骨質疏鬆症治療用藥、多重抗藥性綠膿桿菌感染用藥、腸病毒感染用藥、與癌症化學治療有關的貧血用藥、便於兒童服用之內服液劑使用原則等。

第四節 醫療審查與品質資訊公開

一、醫療費用審查

- (一) 「程序審查」與「專業審查」：「程序審查」係對醫事機構申報資料之正確性，及是否符合支付標準各項給付規定等進行審核，並建立電腦自動化審查系統，藉助資訊科技，發展電腦審查邏輯，以提升審查效率。「專業審查」則是針對申報案件依電腦隨機抽樣或立意抽樣，再由所聘請之審查醫事人員進行專業審查。實施總額支付制度之部門，其專業審查作業得委託相關醫事機構或團體如醫師公會全國聯合會負責辦理。
- (二) 配合支付標準、藥品給付規定之修訂或中央健康保險局各分局專業審查共識等，廣續研修各科審查注意事項，以提供醫師醫療案件之依循。
- (三) 利用醫療費用申報資料，對藥品、檢查、手術或醫療處置，邀請醫界共同發展經由檔案分析的不予支付指標，針對各項指標設定閾值，就異常部分，以程序審查方式進行扣減，以導正異常醫療行為，並節省審查成本。至民國97年底計公告實施44項不予支付指標。

- (四) 全民健康保險醫療費用審查及其行政救濟程序，除「初審」外，尚包括「複審(申復、再議會審)」、「爭議審議」、「訴願」及「行政訴訟」。全民健康保險醫療費用歷年總核減率如表8-1。保險醫事服務機構對醫療費用審查結果有異議時，可申請「申復」，申復不服仍可申請「爭議審議」由衛生署全民健康保險爭議審議委員會審定，並秉持確保醫療品質、尊重醫療專業自主與病患權益之理念，對爭議審議案件，以實證醫學為基礎，並考量倫理、法律做進一步審議。

二、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最可靠方法，中央健康保險局期望藉由具體公布各醫療院所專業醫療服務品質指標的方式，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。

- (一) 建置「醫療品質資訊公開」專區供各界查詢，網址：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=396&webdata_id=2646&WD_ID=396。
- (二) 院所別品質資訊公開，如醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額及門診透析總額等項目，均於全球資訊網公布，供民眾查詢。截至民國97年底，已公布63項指標，共209萬8,222人次查詢。

表8-1 全民健康保險醫療費用總核減率

| 年度 | 初審後總核減率 | 複審後總核減率 | 爭議審議後總核減率 |
|-----|---------|---------|-----------|
| 86年 | 3.28% | 2.34% | 2.21% |
| 87年 | 2.73% | 1.96% | 1.81% |
| 88年 | 3.48% | 2.75% | 2.53% |
| 89年 | 3.97% | 2.34% | 2.15% |
| 90年 | 2.45% | 1.89% | 1.69% |
| 91年 | 2.21% | 1.67% | 1.54% |
| 92年 | 1.27% | 1.03% | 1.01% |
| 93年 | 2.38% | 2.14% | 2.12% |
| 94年 | 3.02% | 2.29% | 2.13% |
| 95年 | 2.77% | 2.24% | 1.74% |
| 96年 | 2.92% | 2.39% | 1.79% |
| 97年 | 2.70% | 2.41% | 2.37% |

註：97年資料計算時點為截至98年4月3日完成之核減資料

第五節 健保IC卡

為革新全民健保醫療憑證，迎接電子化時代之來臨，自民國93年1月起，開始全面使用健保IC卡，提供民眾更簡單、更方便、更安全之服務。健保IC卡如名片一般大小，規劃有「個人基本資料」、「健保資料」、「醫療專區」及「衛生行政專區」等4種不同類別資料存放區段。健保IC卡可整合過去健保紙卡、兒童健康手冊、孕婦健康手冊之功能，大幅節省民眾奔波換卡之時間及投保單位行政作業之人力。此外，亦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97年之相關實施成效如下：

一、全國健保特約醫療院所，99.9%已經完成連線認證，促進醫事服務機構電腦化及連

線、帶動國內資訊工業的發展，提供院所間溝通平台。

二、實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，民國97年每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者之病患共計1萬5,128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6萬7,801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2萬342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、自民國94年7月起，於健保IC卡中實施預防接種登錄，從民國95年到97年共計714萬6,651筆資料上傳。且透過健保IC卡資料之上傳，可提供東南亞入境者之IC卡就醫紀錄，供衛生署疾病管制局進行登革熱必要管理。

第二章 健保制度改革

第一節 健保改革原因

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，以解決目前健保所面臨的困境。所面臨之困境如下：

在品質方面，由於醫療資訊的不對等，民衆對所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，且民衆高度仰賴親友的諮商及轉介，相形之下，醫療品質資訊缺乏或不易解讀之情形日益嚴重。此外，目前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，當前支付方式需要加強鼓勵提升品質之機制。

在公平方面，現制將保險對象細分為6類14目，各類目保險費負擔之比率並不相同，造成保費負擔差異性大的現象，例如沒收入的失業人口自付的保險費，卻比有固定收入之職業工會會員、農民、漁民(第2類、第3類)還要高；多眷口之家庭，其負擔亦較重。

在效率方面，因被保險人類別分6類14目，民衆轉換工作、調整薪資，需辦理轉出、轉入手續，效率不佳。而現行制度下，係由全民健康保險監理委員會來監督健保的財務收入，另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，收入面與支出面未能構成連動機制，也因此更造成健保財務無法平衡。

第二節 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

(一) 品質：推動民衆就醫資訊及醫療品質資訊之公開化，以增進民衆之選擇能力，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，民衆轉換工作、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

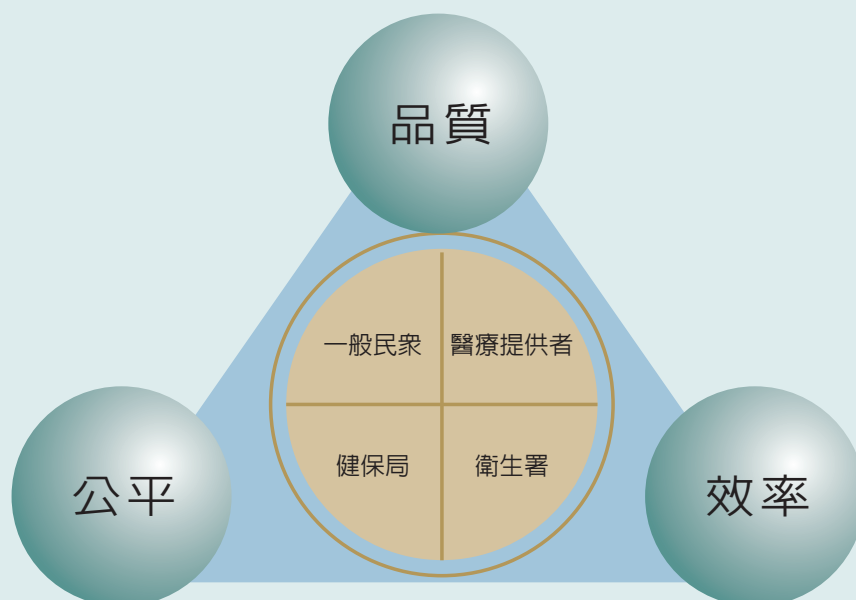
方式及流程。

(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，並於民國97年2月15日送立法院審議。立法院於民國97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 健保改革核心價值





玖 國際衛生合作

94 | 第一章 加入世界衛生組織

95 | 第二章 衛生交流合作

98 | 第三章 國際衛生援助

玖 國際衛生合作

台灣在邁入已開發國家行列之際，推展國際衛生事務，是時勢所趨，更是開拓國際空間極重要之舞台。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、參與國際組織、國際形象的提升、專家的延攬及國際人才的培訓等重要工作外，亦需配合世界潮流，發展多樣性的國際衛生合作模式，進而達到回饋及貢獻全世界衛生的終極目標，歷經多年努力，終於在民國98年5月受世界衛生組織幹事長之邀，以觀察員身分出席世界衛生大會

第一章 加入世界衛生組織

政府自民國86年推動加入世界衛生組織(WHO)迄今，秉持著「疾病不分國界」的精神，為了2,300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。

一、我國為世界衛生組織的發起國之一。民國61年，我國被迫退出世界衛生組織，然而，數十年來，我政府與人民不忘恪遵世界衛生組織的精神，致力於提昇人民的健康水準，盡力使我國衛生發展跟上國際腳步，並在國際衛生合作方面，善盡身為國際社會成員的義務。

二、台灣尋求參與世界衛生組織迄民國97年止已長達12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，台灣參與世界衛生組織的必要性越來越受重視，參與的正當性與受國際社會的支持與日俱增，我國仍將積極參與各項國際衛生會議與活動，並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。

三、民國97年以積極參加WHO相關會議或活動、維持與WHO及重要國際衛生組織的互動、參與國際衛生事務與合作、策劃我國衛生醫藥成果之媒體文宣等為主，具體之成果：

(一) 民國97年1月侯前署長勝茂投稿新新聞：「醫療無國界，台灣不應被排除在WHO大門外」；投稿美國史華府智庫汀生中心：「How to achieve global health security without Taiwan？」；配合新聞局撰文：「台灣，衛生網絡不可缺少的一角」，投稿於海外各主流媒體。5月接受宏觀電視台Taiwan Outlook節目專訪，談論我國參與WHO之議題。

(二) 民國97年4月接待美國前衛生部長Tommy Thompson，渠公開發言支持台灣參與世界衛生組織案。

(三) 民國97年1月、3月、5月分別辦理辦理「2008年台灣加入WHO發展與展望媒體座談會」、「中國與WHO簽訂MOU」說明會及「台灣加入WHO之新挑戰」媒體座談會。

(四) 侯前署長勝茂致函世界衛生組織幹事長、WHO會員國共193國衛生部長暨4大國際重要非政府組織領袖，爭取支持台灣加入WHO。

(五) 與美國衛生部長Mr. Michael Leavitt進行雙邊會談，另L部長亦為我國致函WHO幹事長支持台灣參與WHO。

(六) 與17國友邦就衛生議題進行交流，侯前署長勝茂表達感謝該國對我國推動參與WHO案之支持。

(七) 民國97年12月委請台大毒理學教授康照洲參加世界衛生組織於加拿大舉辦之「三聚氰胺毒理學專家會議」，會中發表我國檢測三聚氰胺之資訊，提供各國專家學者討論。

經過長年政府積極推動，國際社會已經普遍認為將台灣2,300多萬人民排除在WHO之外，是不公平且也認真思考此一問題的解決之道。推動初期，WHO完全未對我要求作出回應，美、日、歐等大國也未熱衷支持，但近幾年來，美、日持續公開支持我成為WHA觀察員，歐洲國家大力協助推動我實質參與；許多國家亦從反對或漠不關心，轉變成願意協助我國爭取實質參與，尤其民國97年我友邦在WHA會中為我聲援，論述條理分明，受到與會國肯定。此種國際氛圍有利我案之推展，奠定未來實質參與世界衛生組織的基礎。

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「亞太經濟合作(APEC)」、「泛美衛生組織(PAHO)」、「西非衛生組織(WAHO)」及「加斯坦衛生論壇(EHFG)」與「經濟合作暨發展組織(OECD)」等國際組織，將我政府人道衛生醫療援助及與各國的實質交流訴諸國際媒體，強化在國際的能見度。民國97年度國際衛生合作及交流活動如下：

一、參與或舉辦國際會議、研討會及諮商會議：

(一) 國際會議

1. 4月參加杜拜國際人道救援與發展大會暨展覽會，以展出我人道援助的成果。
2. 10月衛生署與International Forum Gastein合作籌辦於奧地利舉辦之第11屆歐洲加斯坦衛生論壇，並於大會中主持乙場平行論壇，主題為「Health Ethics」，我國代表並發表政策成果與研究報告，與歐洲各國分享我重要衛生經驗，提昇我國際能見度。
3. 10月舉辦「Workshop on Public Health : International Trade and Domestic Legal Issues」國際工作營，就「WTO與公共衛生之發展」、「開發中國家藥品使用」、「食品安全」、「菸草控制及貿易爭端」等議題進行討論。
4. 10月參加美國公共衛生協會年會，葉前署長金川受邀出席開幕貴賓並致詞，博得全場多次熱烈鼓掌迴響，並擔任大會講座，講題有關全民健保之成就；同



時，有「台灣公共衛生成就」為主軸的平行論壇2場，共發表10篇報告，成功地將台灣的衛生成就及經驗與國際分享。

5. 11月舉辦第四屆全球衛生領袖論壇，以「全球化的健康挑戰與契機」為主軸，就「實證健康政策」、「健康照護品質之全球趨勢」與「疾病控制之能力建構」進行討論，共計有32個國家，約260位來賓參加，有效提升我國於國際醫藥衛生舞台之能見度與重要性。
6. 11月協助亞太公共衛生聯盟(APACPH)於馬來西亞吉隆坡舉辦APACPH第40屆年會，並由台灣籍邱理事長文達於開幕式致詞，突顯台灣對於亞太各國公共衛生推動扮演重要角色。

(二) 研討會

1. 3月台灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)假外交領事人員講習所舉辦「台灣國際醫衛行動團隊跨越兩週年活動暨醫療援外圖片展」及「跨越心世界－以全球觀點看人道援助之永續發展」研討會。

2. 9月中國大陸爆發三聚氰胺食品污染事件，造成全球食品安全衛生重大危害，為使國內食品安全衛生管理制度與國際同步，緊急召開「三聚氰胺食品污染管制措施國際專家會議」，邀集美國、日本、澳紐及歐盟等國官員或專家學者共同研討因應策略。

3. 為積極推動中醫藥國際交流，舉辦「第23屆天然藥物研討會」、「2008前瞻生物醫學科學新知研討會暨第七屆海峽兩岸生物醫學會議」、「第七屆中藥全球化聯盟研討會」、「2008國際中醫藥學術研討會」、「2008海峽兩岸中醫藥學術論壇大會」及「2008國際傳統/替代醫藥(CAM/TM)專業訓練營暨中醫藥國際化研討會」等6場國際研討會，總計約1,820人參加。

- (三) 諮商會議：10月參與於布魯塞爾召開第20屆台歐盟諮商會議，提出建置台歐盟間不合格食品之快速通報平台合作機制、偽藥防制等衛生議題，與歐盟官員進行會商討論。

二、交流合作

- (一) 於APEC衛生工作小組中推動APEC旅遊電子病歷與APEC旅遊卡結合可行性，除提供會員體3種格式電子健康摘要標準化範本外，亦倡導會員體重視傳染病跨國傳播及共同防治的重要性；我國並維運APEC衛生工作小組網頁，提供各經濟體重要衛生安全訊息、工作組計畫活動資訊，以提升我國參與APEC的深度。
- (二) 委託署立桃園醫院辦理「97年度與貝里斯姊妹醫院暨中南美洲醫療衛生合作計畫」，以持續推展中南美洲雙邊與多邊衛生合作交流；委託署立台中醫院辦理「97年度推動西非地區醫療合作計畫」，協助甘比亞及迦納醫事人員來台培訓及衛生合作交流。
- (三) 補助義大利台灣協會舉辦「紀念歐巴尼醫師逝世五週年學術研討會」系列活動，邀請義大利、瑞士等專家學者共同與會，展現我健康無國界之理念。
- (四) 12月拜會OECD下衛生事務相關單位，就該經貿組織衛生事務單位之行政運作機制進行了解，有助於人脈建立與事務評估。
- (五) 與美國共同推動三邊醫療合作案，推動與馬紹爾群島醫療合作、及巴拿馬區域醫療人員訓練中心案，及協調衛生署疾病管制局推動與越南、聖多美合作案。
- (六) 與馬紹爾群島正式簽訂雙方合作備忘錄，並於馬紹爾群島之馬久羅醫院設立衛生教育中心，加強與馬紹爾群島

醫護人員及民衆之聯繫管道，並促進與馬紹爾群島衛生部之合作關係。

- (七) 與日本進行「台日技術交流計畫」共5件，「台日技術合作計畫」共2件。
- (八) 委託國立成功大學醫學院辦理「97年度推動肯亞醫衛合作案」，並組成醫療團隊前往肯亞第三大城市Kisumu，進行與當地Great Lake University Kisumu (GLUK)大學合作開辦災難預防應變訓練課程，並進行實際操作演練及模擬演習等，協助學員在平時之災害準備、因應流程及實際狀況發生時的應變能力。
- (九) 4月參與第一屆台法中草藥研討會，由衛生署中醫藥委員會林主委宜信偕同前國科會陳主任委員建仁及學者專家等赴法參加會談，會中我方說明台灣將中醫藥納入全民健保之經驗及發展近況，促進雙方將來發展合作交流之契機。

三、教育訓練

- (一) 巴拿馬中美洲醫療人員訓練中心，邀請我流感專家前往巴國講授課程，反應熱烈，深獲好評。
- (二) 辦理「經貿與公共衛生法律諮詢暨國際人才培訓」計畫，針對提升衛生署同仁處理國際經貿法規與公衛事務之能力，辦理講座及談判實際演練等多項活動，並提供國際經貿與公共衛生相關法律問題之諮詢。
- (三) 於馬紹爾群島台灣衛生中心，舉辦心肺復甦術暨緊急救護知能教育訓練計畫、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、烹飪教學及預防篩檢活動、亞洲太平洋地區護理人員之培訓課程及協助聯繫友邦專業醫療人員培訓計畫。

- (四) 於索羅門群島台灣衛生中心，舉辦肺結核防治教育訓練演講、提供索羅門群島小學生口腔衛生教育以及當地民眾健康檢查服務。
- (五) 委託署立台北醫院辦理台灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫，配合政府醫療外交政策，推動我國醫療國際化，培訓蒙古、俄羅斯、印尼、布吉納法索等國之醫療專業人員共計18國104人，藉此提升我國國際能見度，並建立台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，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，以達成台灣向世界叩門，促使國際社會深刻地

認識及瞭解台灣，期能逐步地拓展我國的衛生外交。民國97年度重要成果如下：

一、醫療救援

- (一) 3月中南美洲國家厄瓜多水患，台灣國際醫衛行動團立即派遣醫療隊前往厄瓜多提供醫療服務，並採購緊急醫療衛生救援套組協助賑濟災情。
- (二) 5月南亞國家緬甸遭熱帶氣旋侵襲，台灣國際醫衛行動團隊派遣醫療隊與財團法人靈鷲山佛教基金會及中華民國搜救總隊攜帶醫藥衛材及民生物資，共同前往緬甸提供醫療援助服務。

二、醫療協助

- (一) 委由國立台灣大學附設醫院辦理醫療器材援助平台計畫(GMISS)，共計有39家醫療院所及醫療器材廠商捐贈321件醫療器材，受贈國達7國。
- (二) 與外交部共同分攤捐贈薩爾瓦機場體溫感應器，於我駐薩爾瓦多大使館舉行捐贈薩國紅外線體熱影像儀所需款之簽署儀式。





拾

衛生科技研究

100 | 第一章 優先推動計畫

102 | 第二章 一般計畫

103 | 第三章 國家型科技計畫

104 | 第四章 國家衛生研究院
科技計畫

拾 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。

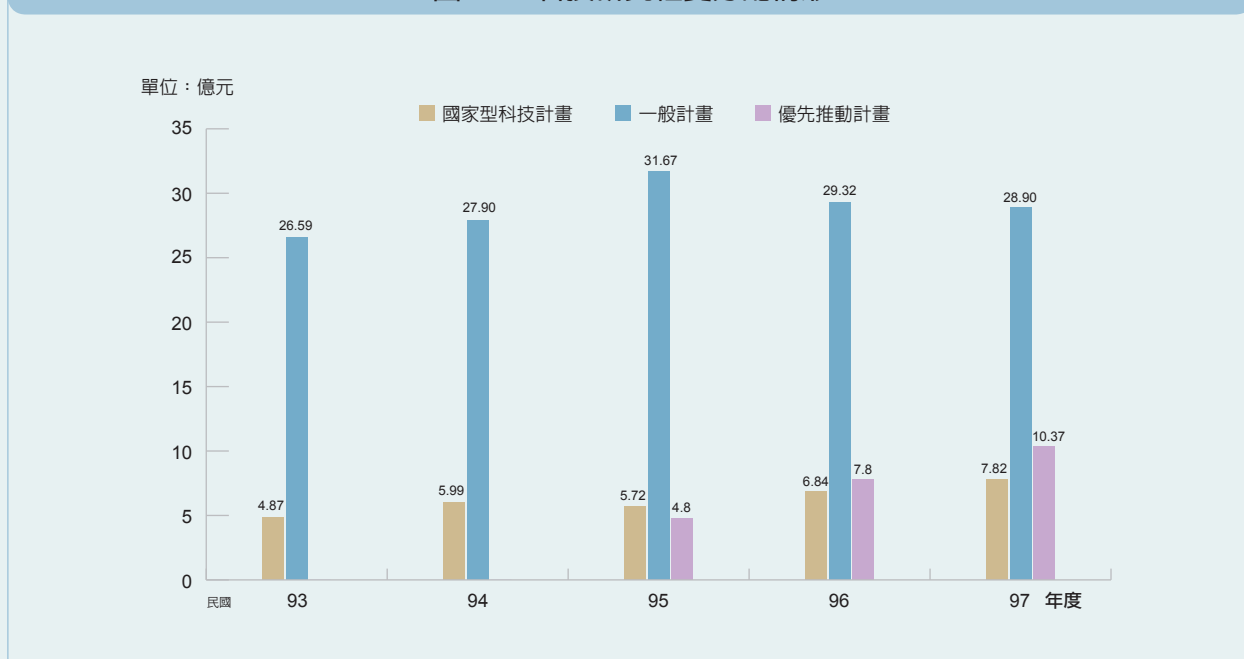
民國97年衛生署共投入5,630人，推動醫衛、藥品、食品、生技等相關科技研究，包含「國家型科技計畫」、「優先推動計畫」及「一般計畫」；投入之科技研究預算共約新台幣47.09億元，較96年度的43.96億元增加約7%，如圖10-1。

第一章 優先推動計畫

一、生醫科技島計畫—建立卓越臨床試驗與研究體系

(一) 成立台大醫院的「國家級卓越臨床試驗與研究中心」與成大醫院、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。以臨床試驗研究和實證醫學成果作為亞洲人種臨床指引與醫療決策的重要參考依據，提升國民健康照護水準。

圖10-1 科技研究經費分配情形



(二) 藉由獎勵金機制鼓勵國內醫護人員投入臨床試驗研究，民國97年共獎助15家醫療機構的37名醫師、11名藥師、15名護理師及4名臨床試驗專業統計師。整合專業領域，以促研究團隊之形成。

二、生醫科技島計畫—建置台灣生物資料庫先期規劃

「台灣生物資料庫管理條例草案立法」於民國97年8月15日舉行公聽會，邀請中央部會、醫院、財團法人、婦女團體代表、原住民代表、人權團體、罕見疾病基金會代表、學者專家、民間臍帶血及生技公司等參加。民國97年11月28日將草案呈報行政院。

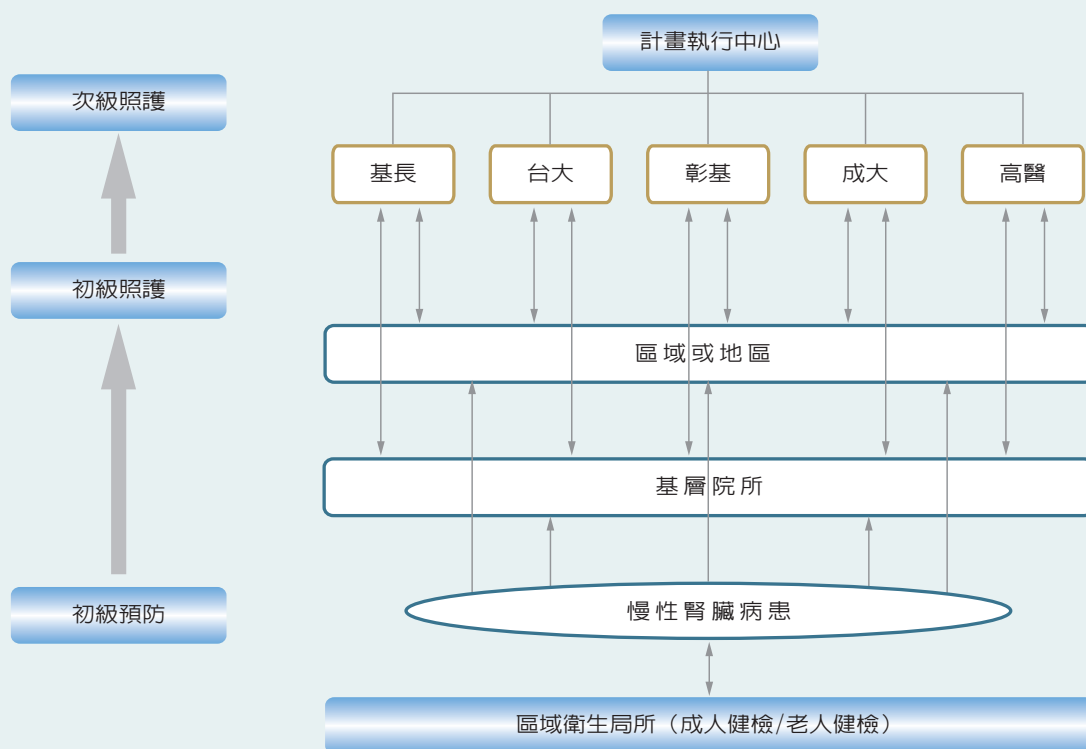
三、台灣人用疫苗研發(含量產技術)計畫

規劃發展H5N1流感、腸病毒71型、日本腦炎與B群腦膜炎球菌重組次單元等4項疫苗。民國97年完成流感疫苗細胞庫與病毒種庫確效測試、齧齒與非齧齒動物模式的臨床前毒理試驗；79天內可產製模擬疫苗株60升/批次。另3種疫苗則完成細胞種庫及病毒種庫，並進行其安全性確效測試、品管檢測測試方法及確效作業。

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，由衛生署署立台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管理及稽核，民國97年於該院共16個病房(佔全院80%)進行導入，提升病人身份之辨識率達

圖10-2 國家級慢性腎臟病防治暨照護模式



100%；建置自動紀錄用藥、病人辨識偵誤功能，落實至所有病房作為通報指標。

五、結核病防治整合型計畫

發展出直接由痰液檢體中檢測結核桿菌之快速診斷晶片，可提供更精確的活性結核菌偵測，作為臨床上輔助醫師診斷之篩檢工具。另研發出四合一藥物(Rimstor)的對照品，並將申請倫理試驗委員會以進行早期臨床試驗，以提升治癒率。

六、慢性腎臟病防治計畫

於民國97年建構「慢性腎臟病共同照護網」之網站，協助醫療院所建立個案資料並定期追蹤管理時程；至民國97年底共有146家醫療院所使用，並登錄3萬6,399位病患資料。推動慢性腎臟疾病於基層與腎病專科院所整合性照護體系、追蹤管理監控網路如圖10-2，以提升對慢性腎臟病之高危險群健康管理完整性，進而有效減少末期腎臟病之發生率。

第二章 一般計畫

一、衛生署醫藥衛生科技發展與管理計畫

為推動政府資訊化、提升作業時效，建置「衛生署科技研究計畫徵求審查管考資訊系統」，並於民國97年7月正式啟用；除方便搜尋相關訊息，更節省重複鍵入資料的時間，提升工作效率。

二、醫衛科技政策研究計畫

- (一) 民國97年蒐集OECD共9國與美、英、日、我國等國內外醫療品質公開資料評估及分析，完成民衆需求調查，並執行優先性醫療資訊項目50組與公開內容之研訂、網站系統暨資料庫之開發與建置等籌劃事項。此研究成果將

提供建立全國性醫療品質資訊公開及透明之機制與模式。

- (二) 就輕、中度失智症居家照顧患者與家屬，除給予一般性醫療照護外，另提供「家屬照顧訓練班」及「家屬支持團體」二種不同的介入模式，計收案172位。結果顯示兩種介入性模式都能顯著的改善失智症居家照顧家屬的照顧負荷、一般健康以及對疾病的知識和態度。研究結果已作為擬定長期照護政策之參考。
- (三) 民國96及97年辦理「人體試驗委員會訪查及輔導」，計有27家機構人體試驗委員會通過訪查及26家機構人體試驗委員會接受輔導；也辦理人體試驗委員會委員講習班及人體試驗主持人講習班各3場，協助提升國內「人體試驗委員會」品質。

三、藥物科技政策研究計畫

- (一) 持續建置藥品交互作用資料庫，提供全國2萬4,300家醫療院所及藥局等單位有關藥品交互作用之作用機轉、嚴重程度、作用時間快慢、不良反應、臨床處置、參考文獻等重要資料，以改善用藥安全。
- (二) 民國97年共有「從含有有機污染物的中草藥移除該有機污染物的方法」、「一種光學疊紋脈診量測及無線傳輸系統」及「舌診系統及其方法」等3項中醫藥研究成果技術取得中華民國專利。
- (三) 為瞭解中醫藥與基因表現之效應，執行「中醫藥基因體相關研究類」計

畫，研發成果ZC008(中藥複方)獲得美國專利，另外「 β -Catenin啓動子報導基因平台評估具抗血癌活性中草藥」之計畫，其研究平台已申請台灣專利。

四、食品衛生及檢驗科技政策研究計畫

- (一) 蒐集整理歐盟、美國等國家食物中反式脂肪酸含量之調查研究，並逐步以所建立之反式脂肪酸分析方法進行油脂類、烘焙類、蛋類、乳品類等含量分析，建置資料庫以供國人飲食參考與提供食品業者利用。
- (二) 完成改善婦女經痛評估、保護腎臟功能、減緩糖尿病誘發血管病變功能、抗代謝症候群、減緩脂肪肝形成等共8項健康食品保健功效評估方法研究，作為增訂健康食品安全性評估項目與方法之參考。
- (三) 調查台灣地區孕婦之飲食攝取與營養狀況，研究顯示國內孕婦懷孕初期葉酸缺乏，懷孕期間鐵、鈣及多項維生素欠缺，孕婦暴露於二手菸的比例極高，對孕婦及胎兒健康皆可能造成長期性不良之影響。此研究成果將作為制定相關營養推動方案與法規之參考。

五、建構加工食品追溯系統計畫

民國97年完成市售15品項鮮乳及11品項包裝飲用水產品之加工食品追溯網，1品項調味乳、1品項優酪乳及5品項非酒精性飲料產業(咖啡及茶飲料)追溯網則於民國98年3月底上線；民衆自行政院衛生署加工食品追溯網(<http://tfts.firdi.org.tw>)即可查詢完整生產銷售資訊。另進

行乳品、飲料及包裝飲用水產業調查，並評估強制實施「食品安全管制系統(HACCP)」之必要性與相關規劃工作。

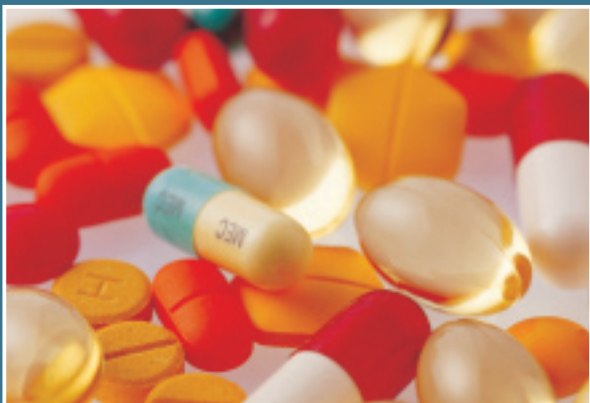
六、建立我國醫療科技評估機制

民國97年完成醫藥科技新藥評估案件標準作業流程等4項，以及降血脂藥物、骨質疏鬆用藥等給付規定與評估研究報告等6件。執行此項計畫之醫藥品查驗中心更成為健康科技評估組織國際網絡(INAHTA)亞洲區第一個正式會員，並在台灣舉辦1場醫藥科技評估國際研討會，促進國際交流。

第三章 國家型科技計畫

一、衛生署基因體醫學國家型科技計畫

- (一) 上皮生長因子受器激酶(EGFR)是目前治療非小細胞肺癌主要的藥物治療靶，但對該類藥物有療效的病患約在9至12個月即會產生抗藥性，故本計畫已發展出高速藥物篩選方法，希望找出國人自行研發上市的新藥；並於民國97年11月申請美國暫時專利。
- (二) 培育「抗肝癌中草藥之研究團隊」及「中醫辨證論治與敗血症之基因體研究團隊」2個研究團隊，其中「抗肝癌中草藥之研究團隊」的研究成果已有藥廠技轉洽談中。
- (三) 民國97年輔導世基生物醫學公司PG-1502檢驗試劑順利通過查驗登記，獲得衛生署醫療器材許可證。此試劑可減少病患使用該藥物所產生的嚴重副作用(如史蒂芬強生症候群)，減輕健保及其他社會資源的負擔，具有相當的經濟效益。



二、農業生技國家型科技計畫—基因改造食品安全評估環境建置計畫

民國97年建立「基因改造食品安全評估」標準流程，完成雙抗木瓜輪點病毒及畸葉嵌紋病毒(PRSV、PLDMV)基因改造木瓜之基因毒性有關試驗項目，並建立國產雙抗基因改造木瓜食用安全性評估。評估資料可作為將來是否核准上市之重要依據，亦可供其他轉基因作物商業運轉前之測試平台，落實我國生技產業之推展。

三、生技製藥國家型科技計畫—臨床試驗與轉譯醫學計畫

(一) 持續推動符合藥品優良臨床試驗規範之臨床試驗，並增加轉譯醫學研究計畫之徵求，以與臨床試驗計畫互為轉介，帶動新藥的研發。民國97年共補助11件臨床試驗計畫及32件轉譯醫學計畫；並對8件臨床試驗計畫進行28次監測、4件計畫進行稽核。經由監測與稽核制度之實施，增進臨床醫師及研究人員對GCP之了解，達到人員訓練的目的，並能及早發現各臨床試驗執

行中產生之問題，整體加強臨床試驗之品質。

(二) 民國97年研究成果共申請國外專利4件，獲得國內專利1件、國外2件，包括：「子宮頸癌生物標記之轉譯研究」計畫之陰道檢體採樣裝置已獲我國經濟部智慧財產局新型專利；「利用數位化屈光計監測管灌病患的胃排空功能」計畫已獲得加拿大與新加坡專利。

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，國家衛生研究院進行醫藥衛生、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97年重要研究成果如下：

一、癌症研究

(一) 癌細胞中調控O6-甲基鳥糞嘌呤-DNA-甲基轉化酵素機轉研究：成果已刊

登於民國97年8月之「Molecular Pharmacology」國際期刊，闡明臨床上喜樹鹼抗性衍生之病人可以用BCNU加以治療。

(二) G-CSF移動骨髓細胞及癌細胞在癌症治療中的角色：發現臨床上同時使用G-CSF與放射治療不會促進腫瘤生長或增加轉移。

(三) ENO1癌相關抗原在癌症病患中所誘發的免疫壓制之分子學研究：研究發現調降ENO1及u-PA癌相關抗原基因的表達，可大幅降低腫瘤細胞之組織侵襲能力及肺部轉移能力；動物模型之研究顯示，單獨地注射ENO1癌相關抗原進入動物體內，便足以調控動物的抗癌的免疫力。

(四) 台灣癌症臨床研究合作組織(Taiwan Cooperative Oncology Group, TCOG)：於民國97年舉辦亞太口腔癌研討會暨TCOG第12屆年會；辦理6場專科醫師、研究護理師、統計人員之臨床試驗教育訓練課程；參與民國97年全國正式實施之癌症診療品質認證作業，認證結果除納入新制醫院評鑑項目中，亦納入醫學中心評鑑六大任務指標內。

二、新藥研發

(一) 抗癌藥物研發：完成2項抑制多種腫瘤之候選藥物DBPR104及DBPR204之階段性臨床前試驗，獲得美國專利，並已將此2項候選藥物技術移轉予杏國生技股份有限公司進行後續新藥發展、製程開發與臨床試驗。

(二) 抗病毒藥物研發：針對C型肝炎進行

藥物研發，已篩選出抗C型肝炎的口服先導化合物，並於97年7月與美商Genelabs Technologies, Inc.(現已被併為葛蘭素史克藥廠GlaxoSmithKline旗下之研究機構)及健亞生技三方共同簽訂合作計畫，研發抗C型肝炎新穎藥物。

(三) 抗新陳代謝疾病藥物研發：選定DBPR108為抗糖尿病候選藥物，潛在副作用比目前上市之藥物還低，在動物體內具有良好的藥物動力學及口服降血糖效果，已於民國97年選定合作廠商，目前正進行階段性臨床前試驗；CB-1拮抗劑之抗肥胖藥物研發，目前已找到數類在動物實驗中具有顯著抗肥胖效果之化合物，並已申請多國專利。

三、分子基因體醫學研究

(一) 非典型雙特異性磷酸酶在上皮細胞生長因子受體訊息傳導中之調控功能：研究發現非典型雙特異性磷酸酶(VHR)涉入酪胺酸激酶受體(EGFR)與局部粘著激酶(FAK)訊息傳導之調節，影響細胞移動與生長，其表現程度會影響肺癌細胞移行的能力。

(二) 發展微生物病原菌比較分析所需技術：目前已建立包括Illumina基因型鑑定、羅氏454重新定序系統及NimbleGen比較性基因體雜交(CGH)的標準作業程序，並已完成克雷白氏肺炎菌(*Klebsiella pneumonia*)、鮑氏不動桿菌(*Acinetobacter baumannii*)與結核桿菌(*Mycobacterium tuberculosis*)等3個致病菌臨床分離株的全基因體定序。

四、感染症研究

(一) 台灣人畜共通抗藥細菌研究結果顯示：對氟化恩甌類(fluoroquinolones)感受性已降低(FQ-RS)之沙門氏菌在會引起沙門氏菌感染之細菌中比率仍高過20% (24-28%)；此外，7個沙門氏菌血清型中也找到可產生廣泛性乙內醯氨酶(ESBL)的抗藥基因之菌型；在21個血清型找到帶有可產生AmpC β -lactamase抗藥基因之菌型，這些對後代頭孢子素抗藥之基因可經由質體(plasmid)傳給其他菌，進而擴散出去，增加具抗藥性的菌種。

(二) 黴菌抗藥性與致病力的訊息傳遞途徑：大量表現藥物幫浦CDR1是造成白色念珠菌有抗藥性的主要機制，研究發現血清抑制藥物幫浦CDR1的表現，而提高白色念珠菌(*Candida albicans*)對抗黴菌藥物的感受性，以及以白色念珠菌無致死力雙突變株發展疫苗的可能性。

(三) 第二型糖尿病病人自然免疫反應與肺結核分枝桿菌感染之關係：研究發現，第二型糖尿病病患(DMTB)治療時間較久，達到痰陰轉的時間也較長；許多DMTB病患轉而帶有多重藥物抗藥性結核菌，顯示糖尿病在肺結核治療上影響重大；第一及第二型糖尿病病患之吞噬性白血球產生細胞激素減少，而由NK或T細胞產生的細胞激素只在第二型糖尿病白血球明顯減少；說明高血糖與胰島素阻抗可能經過不同的細胞機轉來雙重影響免疫細胞的功能。

(四) 抗結核病BCG基因重組疫苗之毒

性、免疫性、保護效力研究：以台北都會城市肺結核菌為分析對象，發現其主要的spoligotypes是北京型(52.5%)，次之為Haarlem型(13.5%)及EAI和EAI-like型(11%)；所發展出之結合表現TB專一抗原和IL-12的rBCG(Ag85B,ESAT-6、CFP-10、TB10.4、Hsp-X,IL-12)之疫苗，已證實可引起強烈T細胞反應，因此具有做為疫苗標的物的潛力。

(五) B型肝炎病毒Pre-S突變蛋白對肝癌癌化過程的角色研究：研究發現，運用pre-S1及pre-S2的基因轉殖鼠，可在活體外測試PPARs促進劑及resveratrol引起表現pre-S mutant肝癌細胞株細胞凋亡的效果，用來發展對肝癌復發或慢性B型肝炎病人進行化學預防的方法。

(六) 台灣地區愛滋病毒在未服藥感染者的抗藥性盛行率及特徵研究：結果發現台灣地區愛滋病毒感染者在治療前抗藥性的盛行率為10.5%，亞型B則達17.4%，是最主要的危險因子；建議台灣地區未服藥的感染者(尤其是亞型B感染者)應該要作抗藥性檢測。

五、生物資訊與遺傳研究

高血壓暨胰島素抗性遺傳基因研究以及後續心血管疾病發生之追蹤研究計畫：研究發現，在肥胖相關表徵型方面，分別於男性、女性發現數個數量性狀基因座，例如針對BMI(身體質量指標)的基因座在第12q染色體，MLS為3.37(empirical $p=0.0043$)，針對臀圍的一個基因座為MLS=4.22 (empirical $p=0.000033$)，這些連鎖結果主要以女性為主，但也有僅在男性的連鎖結果；以家庭為基礎的關聯性分析發

現，IGF1基因與體重、血糖值及胰島素之間具有高度相關性。

六、環境污染與職業醫學

(一) 二手菸與職業有害物質暴露所誘發的生物有效劑量指標研究：目前已建立液相層析串聯式質譜儀(LC/MS/MS)分析方法，分析尿液中cotinine之含量作為二手菸暴露之定量生物指標，並進行8-OHdG、7-MG、7-EG、7-HEG等DNA adducts之分析，為國際間優先開發出的分析方法。

(二) 砷暴露下抽菸與否對肺癌發生的探討：研究證實在p53抗癌基因功能受抑制的細胞中(如：細胞暴露於香菸中)，因為維持中心粒正常的Gadd45a蛋白受抑制，增加砷致癌的風險，並發現NNK與砷共同作用下會增加細胞中心粒不正常現象的發生，顯示兩者在致癌方面有相乘作用；此外，研究也顯示暴露在「二手菸」及低量砷(水及食物)的情況下仍有致癌風險。

(三) 一般族群中環境荷爾蒙干擾物質暴露之小孩的5年發育追蹤：研究結果發現：(1)胎兒在子宮內暴露於多溴聯苯醚，可能會造成新生兒出生時身高及體重降低；(2)母親在產前及產後哺乳期間之鉛暴露，可能會造成兒童5歲時智力降低；(3)學齡前兒童體內鄰苯二甲酸酯之暴露高於孕婦；(4)2-5歲兒童尿液中BBP代謝物(MBzP)與其體內雄性素降低有關；(5)產前鄰苯二甲酸酯之暴露與5歲學齡前兒童性別取向相關之行為發展有關。

(四) 台灣空氣污染對呼吸道與心血管疾

病之貢獻度：研究發現細懸浮微粒(PM_{2.5})標準若設定在20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，10年可避免9,807人次因肺癌死亡及3萬8,967人次因心肺疾病死亡；若標準設定在15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，10年可避免1萬2,817人次因肺癌死亡及5萬1,549人次因心肺疾病死亡；若標準設定在12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，10年可避免1萬4,464人次因肺癌死亡及5萬8,640人次因心肺疾病死亡。

七、醫學工程

(一) 體外培養角膜內皮細胞於生分解性薄膜上以增強捐贈角膜之品質的探討：研究發現移植的角膜可以長回至接近正常的厚度，表示由生物工程所製造的人類CECs細胞層的確具有效能；研究亦發展出一個以生物工程製造的細胞層進行角膜上皮細胞重建的新策略，已證實可利用溫度調節剝離方式來收集體外培養細胞層，製造生物工程人類角膜細胞內皮層。

(二) 螢光共振能量轉換於脊髓挫傷後免疫調控因子變化之原位動態分析：研究建立一原位(*in situ*)、動態及連續偵測系統，可定量分析脊髓挫傷後，腫瘤壞死因子- α (TNF- α)隨時間之濃度變化，即時掌握受創後神經修復及功能性再生的成功條件。

(三) 介入式磁共振造影技術研究：以技術整合為主，在第一階段初期鎖定磁共振導引聚焦超音波熱治療系統為首要產品導向研究之目標，至民國97年已成功設計整合了與3T MRI系統相容之小動物研究平台，產出5項專利揭露，並透

過科發基金醫材研發類別經費補助，開發了以子宮肌瘤治療為臨床標的之產品，目前正積極準備技術移轉及商品化。另外，成功設計並製作一批磁振相容之 HIFU 探頭，證明類似產業適合在國內發展，在iMRI領域之研發成果已為台灣推動醫療器材產業建立了一個成功的模式。

(四) 血管分子生物工程研究：建構國內外第一個血管內皮與平滑肌細胞共培養血液動力系統，研究結果闡明血液動力在動脈硬化症細胞病理機轉中所扮演的角色，進而發現創新的分子機制，可藉以調控動脈硬化形成過程中的細胞交互作用與型態轉變。

(五) 分子影像暨基因工程：發展尖端分子影像技術在生物醫學研究之應用，並發展可充份利用影像工具之特殊條件式基因轉殖動物及疾病動物模型。研究發展出多種多影像報導基因及攜帶報導基因之人類乳癌細胞株可供乳癌基礎及新藥開發研究，並已發展出特殊條件式基因轉殖模型可應用於發炎、新陳代謝、免疫疾病、幹細胞與生物材料等領域之研究。

八、老年醫學研究

(一) 退化性關節炎的免疫致病機轉及其治療：研究發現維他命A 活性產物全反式視黃酸(t-RA)能抑制環氧合酶-2(COX-2)、iNOS及趨化細胞激素的產生，對IL-1和TNF- β 所導致的軟骨細胞活化，具有很好的免疫調節作用與抑制效果；發現銀杏在軟骨細胞中可經由阻斷轉錄因子AP-1的訊息傳導效應，達到調節免疫活性的作用，對於治療退

化性關節炎患者應具有臨床療效。

(二) 老化相關骨骼原細胞及組織修復缺失：研究發現，在老年老鼠骨骼注入IGF-I，可增進造骨細胞(osteoblast)的數量及相關基因的表現，提升骨骼形成，且IGF-I與IGFBP-3及IGFBP-5併用時之療效超越IGF-I單獨使用；發現訊息傳導途徑Wnt10b可促進PPAR- γ 之表現而逆轉骨骼原細胞分化為脂肪細胞之趨向；Wnt10b亦可促進Runx2、Dlx5、Osterix之表現，增進造骨細胞的造骨能力。

九、精神醫學研究

(一) 精神藥物使用之流行病學：研究結果發現，個人特性、醫療提供者特性以及藥物特性三大面向均與BZD長期使用相關，而藥物本身特性約有高達2至5倍造成長期使用BZDs的風險；建議對於BZD之藥品處方開立應更為謹慎，降低病患濫用藥物的可能性。

(二) 微膠質細胞之自然免疫性在阿滋海默症的病理影響：研究發現利用化合物活化擁有抗發炎性之PPAR γ 受體作用，的確能提升微膠質細胞之自然免疫能力，進而抑制阿滋海默氏症病理生成。

(三) 類鐸受體過早激活的神經精神疾病發病原理：研究結果發現，細菌脂多醣體(LPS)對神經系統的傷害，是通過胚胎早期「類鐸受體(toll-like receptors, TLRs)」激活引起的，顯示胚胎期LPS毒性對TLRs有依賴性；同樣的LPS曝露，也會引起血清素神經細胞的損傷，進而影響其在維繫精神健康的重

要作用。

(四) 戒菸藥物影響抗精神藥物表現之藥物基因學研究：結果發現：(1)針對有意願戒菸的精神分裂病門診患者，尼古丁貼片治療是有效的；(2)患者針對尼古丁貼片治療的反應，與個人CYP2C9、CYP2C19及CYP2D6等基因的遺傳基因多形性有關。

(五) 藥物治療劑量血中濃度的監控和藥物基因體學在精神醫學中的探討：在抗憂鬱劑方面，發現一個與Escitalopram藥物分佈有關的基因ABCB1，和憂鬱症的嚴重度有相關性，此基因有一個單核苷酸多型性，就算抗憂鬱劑血中濃度再高，病人的憂鬱症狀也無法改善；研究指出藥物血中濃度不是單一評量藥物效用的指標，需要合併考量個體基因型差異。

(六) 海馬體神經細胞增生在憂鬱症中所扮演的角色：以動物研究結果發現長期使用抗抑鬱藥物或是電擊療法，可以促進齒狀回中新生神經細胞的增生，而且抗抑鬱藥物需要有新生的神經細

胞才能在其行為上產生抗抑鬱效果；此為利用電生理技術研究在憂鬱行為表現時顯現新生神經細胞電生理反應及功能之首例。

十、幹細胞研究

(一) 含有新穎FGF1之生醫材料神經導管之製作與體內評估：研究發現以大氣電漿接枝新穎FGF1生長因子，能延長生長因子脫附的時間，達到緩慢釋放生長因子的目標，促使神經再生，可用於重建周邊神經功能及治療先天性神經疾病。

(二) 人類胎盤幹細胞免疫反應及軟骨疾病動物模式：研究發現透過適當的培養環境，可將胎盤幹細胞分化為三胚胎層裡的細胞，包含神經、脂肪、硬骨、軟骨以及肝臟等細胞顯型，PDMCs並可抑制T細胞增生，因此可避免細胞移植排斥的問題。此細胞的分離技術已在去年獲專利保護，目前也正在進行技術轉移，而且，有關免疫以及軟骨疾病的動物實驗已在進行中，希望透過此類實驗及技術轉移能



將PDMCs成為細胞治療的幹細胞/前驅細胞來源之一。

- (三) 轉型生長因子 $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) 與人類間葉系幹細胞免疫調節功能之相關性：研究發現，臍帶血來源的間葉系幹細胞係經由TGF- $\beta 1$ 抑制T細胞，且其抑制T細胞的能力較骨髓間葉系幹細胞為佳，顯示臍帶血來源的間葉系幹細胞為較佳的細胞治療來源。

十一、疫苗研發

- (一) 黏膜基因疫苗對抗呼吸道感染疾病：以呼吸融合病毒(RSV)為研究模式，成功研發缺陷型病毒性載體(包括腺病毒載體、麻疹病毒載體M33及RA27/3)，應用於黏膜疫苗；腺病毒黏膜疫苗經小鼠實驗證實，可有效引起保護性免疫反應，並且預防RSV病毒的感染，正進行2項專利申請。
- (二) 登革熱疫苗發展：以登革熱病毒結構膜蛋白區塊III(cED III)為候選疫苗，證實可以引發中和性抗體對抗4種血清型登革病毒，有助於發展成4價的登革疫苗。

十二、奈米醫學研究

- (一) 已合成出具有奈米、多孔結構之矽球作為新型口服性藥物的載體，每克矽球內表面積約為一個足球場之面積大小，其內部可用來大量攜帶藥物分子，外部可用來嫁接一個腫瘤辨識分子。
- (二) 已在矽球骨架中設計一個可專一性釋放藥物於結腸道之功能，利用身體腸胃道之酸鹼值的差異，達到孔洞中的藥物分子自調式控釋藥物之功能，使

藥物被良好地保護於奈米孔洞中，在腸道的中性環境下進行持續性的藥物釋放，目前已申請台灣與美國專利，並完成奈米矽球在智慧型靶向傳遞系統之開發，包括智慧型控釋給藥系統、智慧型靶向追蹤系統與高性能之光動力療法。

十三、免疫醫學研究

- (一) 以分子方法獲取Dusp及MAP4K於數種重要之免疫細胞如TH17及樹突細胞中之表現程度，並已完成將此量化變化關聯至這些細胞於體外之功能反應分析。
- (二) 以基因遺傳方式創建3種直接或條件式Dusp及MAP4K基因剔除小鼠，觀察這些基因剔除小鼠是否對免疫細胞分化方式或作用有操控之功能，並研究此受剔除之基因與其下游表型之因果及中間機制之原理。
- (三) 創建多色流式細胞儀平台，並正式用於小鼠體內或體外分化之CD4T細胞表面抗原分析，定義出全新且重要之CD4T細胞子集，有助於進一步瞭解不同CD4T細胞對免疫調節的重要性。

十四、心血管醫學研究

- (一) 前列腺素與細胞存活之機制：研究證實PGI₂係藉由PPAR δ 中14-3-3 ϵ 的正向調控(upregulation)來抑制上皮細胞的細胞凋亡，14-3-3 ϵ 作用時需要細胞溶質中Bad的存在，Bad誘發之細胞凋零乃經由粒線體途徑控制；此機制可作為心血管、中風及癌症治療之有用標的。
- (二) 血管平滑肌細胞中的第二型富含半胱

氨酸蛋白(CRP2)：在動脈受損情況下CRP2經由調控血管壁平滑肌細胞的遷移而影響血管內膜增生及動脈硬化，研究發現TGF- β 會促使CRP2蛋白及mRNA的表現量增加，而且TGF- β 是經由CRP2基因起動子上的CRE順式作用元件(cis-acting element)在基因轉錄階段調控CRP2的表現。瞭解TGF- β 如何調控CRP2在受傷血管壁平滑肌細胞的表現，有助於研發新策略來防止動脈硬化。

(三) 內皮細胞中前列腺環素之保護作用：初步研究發現有幾個NF κ B的結合序列可能會影響14-3-3表現之調節位置，由於NF κ B對血管內皮細胞及許多癌細胞之存活與細胞轉移均扮演極重要之角色，建立此機轉在抑制腫瘤轉移及幹細胞分化具有應用價值。

(四) TLR ligands如何活化免疫系統：研究結果證明Hsp90 β //IRF3訊息傳遞路徑在CpG-B ODN誘導干擾素 α / β 生成作用裡具有重要性，對於研發新的預防和治療病毒侵害方法將有關鍵性角色。

十五、衛生政策研究

(一) 台灣新藥藥事經濟與藥物安全研究：研究發現糖尿病Thiazolidinedione (TZD)可能引發較高的心血管疾病住院風險；抗血栓新藥Clopidogrel較貴，而且腸胃道副作用未減少；證實衛生署自民國91年起推行之「嬰兒大便卡」，能夠有效減少膽道閉鎖個案疾病之醫療費用支出；使用三合一療法的消化性潰瘍個案之住院機率較未使用三合一療法者為低，且間隔時間較久。

(二) 台灣地區慢性腎病病患盛行率、罹病之危險因子、醫療利用與生活型態之研究：研究結果包括(1)發現台灣地區第二型糖尿病男性患者罹患慢性腎病之盛行率為30.9%，無論糖尿病罹患時間長短，抽菸者都比沒有抽菸著有較高的腎病罹患風險，其風險約是在2.28-8.14倍；(2)分析「心臟血管疾病長期追蹤計畫」資料，發現有11%的研究對象罹患慢性腎臟疾病，經6年追蹤結果顯示年齡較高、高三酸甘油脂與高血清尿酸濃度較易有慢性腎臟疾病的問題；(3)慢性腎病高危險群脂締素(adiponectin)基因型在各種族間之分佈可能有差異。

(三) 「2020健康國民白皮書」：已於民國97年5月及9月分別完成「2020健康國民白皮書」、「2020健康國民白皮書精要」及「2020健康國民白皮書技術報告(上下冊)」等專書出版。

(四) 實證醫學之推廣：建置國內第一個「實證臨床指引平台」，辦理實證醫學及臨床指引推廣教育；資料庫之服務與國際實證醫學資料庫Cochrane Library合作，建置文獻回顧資料庫的中文摘要資料庫專區；推廣指引外部品質審查作業，共完成肺炎、急性缺血性腦中風一般處理原則、嚴重腦外傷、台灣痛風與高尿酸血症、台灣血液透析、缺血性心臟病急性心肌梗塞治療及台灣良性攝護腺(前列腺)肥大症等7項疾病臨床指引外部品質審查，供各界參考。



附錄

113 | 附錄一 衛生統計指標

119 | 附錄二 行政院衛生署97年政府出版品

126 | 附錄三 行政院衛生署免費諮詢專線

126 | 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 | % | % | % | % | | ‰ | ‰ | ‰ | 歲 | 歲 | 歲 | |
| 84 年 | 21,357 | 23.77 | 68.60 | 7.64 | 45.78 | 106 | 15.50 | 5.60 | 9.90 | 74.53 | 71.85 | 77.74 | 590 |
| 85 年 | 21,525 | 23.15 | 68.99 | 7.86 | 44.94 | 106 | 15.18 | 5.71 | 9.47 | 74.95 | 72.38 | 78.05 | 595 |
| 86 年 | 21,743 | 22.60 | 69.34 | 8.06 | 44.22 | 106 | 15.07 | 5.59 | 9.48 | 75.54 | 72.97 | 78.61 | 601 |
| 87 年 | 21,929 | 21.96 | 69.79 | 8.26 | 43.30 | 105 | 12.43 | 5.64 | 6.79 | 75.76 | 73.12 | 78.93 | 606 |
| 88 年 | 22,092 | 21.43 | 70.13 | 8.44 | 42.60 | 105 | 12.89 | 5.73 | 7.16 | 75.90 | 73.33 | 78.98 | 610 |
| 89 年 | 22,277 | 21.11 | 70.26 | 8.62 | 42.32 | 105 | 13.76 | 5.68 | 8.08 | 76.46 | 73.83 | 79.56 | 616 |
| 90 年 | 22,406 | 20.81 | 70.39 | 8.81 | 42.07 | 104 | 11.65 | 5.71 | 5.94 | 76.75 | 74.06 | 79.92 | 619 |
| 91 年 | 22,521 | 20.42 | 70.56 | 9.02 | 41.72 | 104 | 11.02 | 5.73 | 5.29 | 77.19 | 74.59 | 80.24 | 622 |
| 92 年 | 22,605 | 19.83 | 70.94 | 9.24 | 40.97 | 104 | 10.06 | 5.80 | 4.27 | 77.35 | 74.77 | 80.33 | 625 |
| 93 年 | 22,689 | 19.34 | 71.19 | 9.48 | 40.48 | 104 | 9.56 | 5.97 | 3.59 | 77.48 | 74.68 | 80.75 | 627 |
| 94 年 | 22,770 | 18.70 | 71.56 | 9.74 | 39.74 | 103 | 9.06 | 6.13 | 2.92 | 77.42 | 74.50 | 80.80 | 629 |
| 95 年 | 22,877 | 18.12 | 71.88 | 10.00 | 39.12 | 103 | 8.96 | 5.95 | 3.01 | 77.90 | 74.86 | 81.41 | 632 |
| 96 年 | 22,958 | 17.56 | 72.24 | 10.21 | 38.43 | 102 | 8.92 | 6.16 | 2.76 | 78.38 | 75.46 | 81.72 | 634 |
| 97 年 | 23,073 | 16.95 | 72.62 | 10.43 | 37.70 | 102 | 8.64 | 6.25 | 2.40 | (f) 78.5 | (f) 75.49 | (f) 82.01 | 637 |

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 | 民醫間療最保健終消費支出 | | | 各級政府支出淨額 (會計年度) | 醫療保健支出占率 | 行政院衛生署及所屬支出 占中央政府總支出 (會計年度) | 占國內比率生產毛額 (GDP) 國民醫療保健支出 | 消費者物價總指數 | 醫療保健類指數 |
|------|--------|---------|--------------|---------|-------|--------------------|----------|-----------------------------------|--------------------------------|------------|---------|
| | | | | 占國內生產毛額 | 占民間消費 | | | | | | |
| | % | 美 元 | 百 萬 元 | % | % | 百 萬 元 | % | % | % | 90 年 = 100 | |
| 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 |

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 | | | | | | | | | | | |
|------|--------|-----|-----|----|-----|----|----|----|--------|--------|-------|-------|
| | 家 | 醫院 | | | | | | | 家 | 診所 | | |
| | | 家 | 西醫 | | 家 | 中醫 | | 家 | | 西醫 | 中醫 | 牙醫 |
| | | | 公立 | 私立 | | 公立 | 私立 | | | | | |
| | | | 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 |

資料來源：衛生署統計室

附表3、醫療設施重要指標(續)

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

說明：1.94年以前醫學中心含準醫學中心 2.89年以前區域醫院含準區域醫院 3.89年以前精神專科醫院含精神專科教學醫院
4.95年增列新制醫院評鑑優等、新制醫院評鑑合格、新制精神科醫院評鑑優等及新制精神科醫院評鑑合格。

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 | | | | | 平均每萬人口 | | | | | | | |
|------|----------|-----|-----|-----|----------|---------|---------|--------|--------|-----------------|--------|------------|------------|------------|------------|----------|-----------|--------|
| | 衛生所 | | | | | 床 | 醫院病床數 | | | 診所觀 看病床 數 | 床 | 醫院病床數 | | | | | | 診 所 |
| | 所 | 台灣省 | 臺北市 | 高雄市 | 金馬 地區 | | 床 | 公立 | 私立 | | | 急性一 般病床 | 急性精 神病床 | 慢性一 般病床 | 慢性精 神病床 | 特殊 病床 | 血液透 析床 | |
| | | 所 | 所 | 所 | 所 | | | 床 | 床 | | | | | | | | | |
| 84 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 112,379 | 101,430 | 39,922 | 61,508 | 10,949 | 52.78 | 30.12 | 1.22 | 2.38 | 5.01 | 7.16 | 1.76 | 5.13 |
| 85 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 114,923 | 104,111 | 40,125 | 63,986 | 10,812 | 53.39 | 30.61 | 1.59 | 2.18 | 4.49 | 7.60 | 1.90 | 5.02 |
| 86 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 121,483 | 108,536 | 41,421 | 67,115 | 12,947 | 55.87 | 30.46 | 1.73 | 2.38 | 4.71 | 8.58 | 2.06 | 5.95 |
| 87 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 124,564 | 111,941 | 42,838 | 69,103 | 12,623 | 56.80 | 30.98 | 1.80 | 2.29 | 5.11 | 8.76 | 2.10 | 5.76 |
| 88 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 122,937 | 110,660 | 39,440 | 71,220 | 12,277 | 55.65 | 30.84 | 2.10 | 2.28 | 3.93 | 8.63 | 2.32 | 5.56 |
| 89 年 | 369 | 338 | 12 | 11 | 8 | 126,476 | 114,179 | 40,129 | 74,050 | 12,297 | 56.77 | 31.03 | 2.25 | 2.40 | 4.38 | 8.61 | 2.59 | 5.52 |
| 90 年 | 363 | 332 | 12 | 11 | 8 | 127,676 | 114,640 | 39,670 | 74,970 | 13,036 | 56.99 | 30.27 | 2.27 | 2.17 | 4.44 | 9.24 | 2.77 | 5.82 |
| 91 年 | 363 | 332 | 12 | 11 | 8 | 133,398 | 119,847 | 41,904 | 77,943 | 13,551 | 59.24 | 30.89 | 2.37 | 2.19 | 4.70 | 10.13 | 2.93 | 6.02 |
| 92 年 | 372 | 340 | 12 | 12 | 8 | 136,331 | 121,698 | 42,777 | 78,921 | 14,633 | 60.31 | 30.77 | 2.46 | 1.91 | 4.89 | 10.74 | 3.08 | 6.47 |
| 93 年 | 372 | 339 | 12 | 12 | 9 | 143,343 | 127,667 | 43,865 | 83,802 | 15,676 | 63.18 | 31.87 | 2.59 | 1.95 | 5.13 | 11.55 | 3.19 | 6.91 |
| 94 年 | 372 | 339 | 12 | 12 | 9 | 146,382 | 129,548 | 44,273 | 85,275 | 16,834 | 64.29 | 31.80 | 2.64 | 1.94 | 5.51 | 11.75 | 3.26 | 7.39 |
| 95 年 | 372 | 339 | 12 | 12 | 9 | 148,962 | 131,152 | 44,076 | 87,076 | 17,810 | 65.12 | 31.88 | 2.65 | 1.83 | 5.71 | 11.87 | 3.39 | 7.79 |
| 96 年 | 372 | 339 | 12 | 12 | 9 | 150,628 | 131,776 | 44,873 | 86,903 | 18,852 | 65.61 | 31.94 | 2.77 | 1.75 | 5.78 | 11.52 | 3.48 | 8.21 |
| 97 年 | 372 | 339 | 12 | 12 | 9 | 152,901 | 133,020 | 45,450 | 87,570 | 19,881 | 66.37 | 31.87 | 2.86 | 1.71 | 5.93 | 11.69 | 3.53 | 8.63 |

資料來源：衛生署統計室

附表4、執業醫師人員數

| 年別 | 執業醫事人員數 | | | | | | | | | | | | |
|------|---------|--------|-------|------------------|--------|-----------|--------|------------|---------|------------|----------|----------|-------|
| | 人 | 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 |

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 局 | | | 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 | 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 |

說明：97年藥局家數含兼營中藥調劑零售2,411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 | | 食品衛生稽查 | 不合格 | | | | | | | | 食品中毒事件 | 患 者 | 死 者 |
|------|----------|-------|---------|---------|-------|-------|------|------|------|------|------|--------|--------|--------|
| | 件 | % | | 指導或限期改善 | | 罰款處理 | | 停業處理 | | 移送法院 | | | | |
| | | | | 家 | % | 家 | % | 家 | % | 家 | % | | | |
| 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 | - |

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 | 台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 |
|-------|------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|--------|
| | | 占台灣地區總 人口數 | 全民健保 | 全民健保 | 全民健保 | 全民健保 | 全民健保 |
| | 千人 | % | 人次 | 人次 | 人次 | 人次 | 人次 |
| *84 年 | 19,123 | 89.54 | 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 |

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

| 年別 | 所有死亡原因 | | 惡性腫瘤 | | | 心臟疾病 | | | 腦血管疾病 | | | 肺炎 | | | 糖尿病 | | |
|------|----------|------------------|----------|----------|------------------|----------|----------|------------------|----------|----------|------------------|----------|----------|------------------|----------|----------|------------------|
| | 死亡 人數 | 每十萬 人口死 亡率 | 死因 順位 | 死亡 人數 | 每十萬 人口死 亡率 | 死因 順位 | 死亡 人數 | 每十萬 人口死 亡率 | 死因 順位 | 死亡 人數 | 每十萬 人口死 亡率 | 死因 順位 | 死亡 人數 | 每十萬 人口死 亡率 | 死因 順位 | 死亡 人數 | 每十 萬人口死 亡率 |
| 84 年 | 117,954 | 554.6 | 1 | 25,841 | 121.5 | 4 | 11,256 | 52.9 | 2 | 14,132 | 66.5 | 8 | 3,070 | 14.4 | 5 | 7,225 | 34.0 |
| 85 年 | 120,605 | 562.5 | 1 | 27,961 | 130.4 | 4 | 11,273 | 52.6 | 2 | 13,944 | 65.0 | 8 | 3,200 | 14.9 | 5 | 7,525 | 35.1 |
| 86 年 | 119,385 | 551.8 | 1 | 29,011 | 134.1 | 4 | 10,754 | 49.7 | 2 | 12,885 | 59.6 | 7 | 3,619 | 16.7 | 5 | 7,500 | 34.7 |
| 87 年 | 121,946 | 558.5 | 1 | 29,260 | 134.0 | 3 | 11,030 | 50.5 | 2 | 12,705 | 58.2 | 7 | 4,447 | 20.4 | 5 | 7,532 | 34.5 |
| 88 年 | 124,991 | 567.9 | 1 | 29,784 | 135.3 | 4 | 11,299 | 51.3 | 3 | 12,631 | 57.4 | 7 | 4,006 | 18.2 | 5 | 9,023 | 41.0 |
| 89 年 | 124,481 | 561.1 | 1 | 31,554 | 142.2 | 3 | 10,552 | 47.6 | 2 | 13,332 | 60.1 | 8 | 3,302 | 14.9 | 5 | 9,450 | 42.6 |
| 90 年 | 126,667 | 567.0 | 1 | 32,993 | 147.7 | 3 | 11,003 | 49.3 | 2 | 13,141 | 58.8 | 8 | 3,746 | 16.8 | 5 | 9,113 | 40.8 |
| 91 年 | 126,936 | 565.1 | 1 | 34,342 | 152.9 | 3 | 11,441 | 50.9 | 2 | 12,009 | 53.5 | 7 | 4,530 | 20.2 | 4 | 8,818 | 39.3 |
| 92 年 | 129,878 | 575.6 | 1 | 35,201 | 156.0 | 3 | 11,785 | 52.2 | 2 | 12,404 | 55.0 | 7 | 5,099 | 22.6 | 4 | 10,013 | 44.4 |
| 93 年 | 133,679 | 590.3 | 1 | 36,357 | 160.5 | 2 | 12,861 | 56.8 | 3 | 12,339 | 54.5 | 6 | 5,536 | 24.4 | 4 | 9,191 | 40.6 |
| 94 年 | 138,957 | 611.3 | 1 | 37,222 | 163.8 | 3 | 12,970 | 57.1 | 2 | 13,139 | 57.8 | 6 | 5,687 | 25.0 | 4 | 10,501 | 46.2 |
| 95 年 | 135,071 | 591.8 | 1 | 37,998 | 166.5 | 3 | 12,283 | 53.8 | 2 | 12,596 | 55.2 | 6 | 5,396 | 23.6 | 4 | 9,690 | 42.5 |
| 96 年 | 139,376 | 608.2 | 1 | 40,306 | 175.9 | 2 | 13,003 | 56.7 | 3 | 12,875 | 56.2 | 6 | 5,895 | 25.7 | 4 | 10,231 | 44.6 |
| 97 年 | 142,283 | 618.7 | 1 | 38,913 | 169.2 | 2 | 15,726 | 68.4 | 3 | 10,663 | 46.4 | 4 | 8,661 | 37.7 | 5 | 8,036 | 34.9 |

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)

| 年別 | 意外事故 | | | 慢性下呼吸道疾病 | | | 慢性肝病及肝硬化 | | | 自殺及自傷 | | | 腎炎、腎徵候症及腎性病變 | | |
|-----|------|--------|----------|----------|-------|----------|----------|-------|----------|-------|-------|----------|--------------|-------|----------|
| | 死因順位 | 死亡人數 | 每十萬人口死亡率 | 死因順位 | 死亡人數 | 每十萬人口死亡率 | 死因順位 | 死亡人數 | 每十萬人口死亡率 | 死因順位 | 死亡人數 | 每十萬人口死亡率 | 死因順位 | 死亡人數 | 每十萬人口死亡率 |
| 84年 | 3 | 12,983 | 61.1 | ... | 4,017 | 18.9 | 6 | 4,456 | 21.0 | 11 | 1,618 | 7.6 | 7 | 3,519 | 16.6 |
| 85年 | 3 | 12,422 | 57.9 | ... | 4,310 | 20.1 | 6 | 4,610 | 21.5 | 11 | 1,847 | 8.6 | 7 | 3,547 | 16.5 |
| 86年 | 3 | 11,297 | 52.2 | ... | 4,457 | 20.6 | 6 | 4,767 | 22.0 | 10 | 2,172 | 10.0 | 8 | 3,504 | 16.2 |
| 87年 | 4 | 10,973 | 50.3 | ... | 4,961 | 22.7 | 6 | 4,940 | 22.6 | 10 | 2,177 | 10.0 | 8 | 3,435 | 15.7 |
| 88年 | 2 | 12,960 | 58.9 | ... | 5,046 | 22.9 | 6 | 5,180 | 23.5 | 9 | 2,281 | 10.4 | 8 | 3,474 | 15.8 |
| 89年 | 4 | 10,515 | 47.4 | ... | 4,717 | 21.3 | 6 | 5,174 | 23.3 | 9 | 2,471 | 11.1 | 7 | 3,872 | 17.5 |
| 90年 | 4 | 9,513 | 42.6 | ... | 5,159 | 23.1 | 6 | 5,239 | 23.5 | 9 | 2,781 | 12.5 | 7 | 4,056 | 18.2 |
| 91年 | 5 | 8,489 | 37.8 | ... | 5,226 | 23.3 | 6 | 4,795 | 21.4 | 9 | 3,053 | 13.6 | 8 | 4,168 | 18.6 |
| 92年 | 5 | 8,191 | 36.3 | ... | 5,192 | 23.0 | 6 | 5,185 | 23.0 | 9 | 3,195 | 14.2 | 8 | 4,306 | 19.1 |
| 93年 | 5 | 8,453 | 37.3 | ... | 5,292 | 23.4 | 7 | 5,351 | 23.6 | 9 | 3,468 | 15.3 | 8 | 4,680 | 20.7 |
| 94年 | 5 | 8,364 | 36.8 | ... | 5,484 | 24.1 | 7 | 5,621 | 24.7 | 9 | 4,282 | 18.8 | 8 | 4,822 | 21.2 |
| 95年 | 5 | 8,011 | 35.1 | ... | 4,969 | 21.8 | 7 | 5,049 | 22.1 | 9 | 4,406 | 19.3 | 8 | 4,712 | 20.7 |
| 96年 | 5 | 7,130 | 31.1 | ... | 4,914 | 21.4 | 7 | 5,160 | 22.5 | 9 | 3,933 | 17.2 | 8 | 5,099 | 22.3 |
| 97年 | 6 | 7,077 | 30.8 | 7 | 5,374 | 23.4 | 8 | 4,917 | 21.4 | 9 | 4,128 | 17.9 | 10 | 4,012 | 17.5 |

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 | | | | | |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|-----|------|------|
| | 中華民國 | | 日本 | | 美國 | | 德國 | | 英國 | | 南韓 | | 中華民國 | 日本 | 美國 | 德國 | 英國 | 南韓 |
| | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 | 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 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 8.9 | ... | ... | ... | ... | ... |
| 97年 | 75.5 | 82.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 8.6 | ... | ... | ... | ... | ... |

資料來源：WHO 及OECD網站。

附錄二 行政院衛生署97年政府出版品

期 刊

| 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 | 藥物食品簡訊 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局 | 2006900031 | 69年09月 |
| 2 | 藥物食品檢驗局調查研究年報 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局 | 2007100003 | 71年07月 |
| 3 | 中醫藥年報 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 2007100017 | 71年12月 |
| 4 | 疫情報導 | 行政院衛生署疾病管制局 | 2007300023 | 73年12月 |
| 5 | Epidemiology Bulletin | 行政院衛生署疾病管制局 | 2007400030 | 74年11月 |
| 6 | 基醫醫訊 | 行政院衛生署基隆醫院 | 2008000073 | 80年03月 |
| 7 | 衛生報導季刊 | 行政院衛生署/企劃處 | 2008000143 | 80年03月 |
| 8 | 臺灣癌症臨床研究合作組織通訊 | 國家衛生研究院 | 2008100075 | 81年10月 |
| 9 | 癌症登記報告 | 行政院衛生署國民健康局 | 2008200054 | 82年07月 |
| 10 | 藥物食品分析 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局 | 2008200056 | 82年01月 |
| 11 | 屏醫院訊 | 行政院衛生署屏東醫院 | 2008400117 | 84年01月 |
| 12 | 國家衛生研究院簡訊 | 國家衛生研究院 | 2008500061 | 85年01月 |
| 13 | 全民健康保險雙月刊 | 中央健康保險局 | 2008500065 | 85年05月 |
| 14 | 全民健康保險統計 | 中央健康保險局 | 2008600134 | 86年08月 |
| 15 | 全民健康保險簡介 | 中央健康保險局 | 2008600193 | 86年12月 |
| 16 | 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 |
| 17 | National Health Insurance in Taiwan Profile | 中央健康保險局 | 2008700186 | 87年12月 |
| 18 | 衛生統計動向 | 行政院衛生署/統計室 | 2008800097 | 88年12月 |
| 19 | 管制藥品簡訊 | 行政院衛生署管制藥品管理局 | 2008800098 | 88年11月 |
| 20 | 台中醫院院訊 | 行政院衛生署臺中醫院 | 2008800152 | 88年10月 |
| 21 | 中華民國公共衛生年報 | 行政院衛生署/企劃處 | 2008800168 | 88年12月 |
| 22 | Taiwan Public Health Report | 行政院衛生署/企劃處 | 2008900475 | 89年08月 |
| 23 | 國民醫療保健支出 | 行政院衛生署/統計室 | 2008900478 | 89年06月 |
| 24 | 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 |
| 25 | 嘉南院訊 | 行政院衛生署嘉南療養院 | 2009004187 | 90年12月 |
| 26 | 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 |

| 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 |
|----|---|--------------|------------------|--------|
| 27 | 嘉南年刊 | 行政院衛生署嘉南療養院 | 2009102636 | 91年12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 | 中央健康保險局 | 2009205641 | 92年02月 |
| 31 | 國家衛生研究院年報 | 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/食品衛生處 | 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 |
| 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 | 台灣菸害防制年報 | 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 | 2007 Annual Report : Taiwan Health Promotion | 行政院衛生署國民健康局 | 2009602537 | 96年12月 |
| 46 | 2007國民健康局年報 | 行政院衛生署國民健康局 | 2009602807 | 96年10月 |
| 47 | 台灣結核病防治年報 | 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 |

圖書

| 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 | 健康台灣 | 行政院衛生署/企劃處 | 1009700034 | 97年01月 |
| 2 | 全民健康保險民衆權益手冊 | 中央健康保險局 | 1009700092 | 97年01月 |
| 3 | 心靈點滴 | 行政院衛生署/衛生教育推動委員會 | 1009700216 | 97年01月 |
| 4 | 愛滋病檢驗及治療指引 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009700236 | 97年01月 |
| 5 | 愛滋病檢驗及治療指引（精簡版） | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009700238 | 97年01月 |
| 6 | 傳染病防治法規彙編 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009700255 | 97年01月 |
| 7 | 失智照護手冊 | 行政院衛生署臺中醫院 | 1009700276 | 97年01月 |
| 8 | 漢生病照顧者人物傳 | 行政院衛生署/醫院管理委員會 | 1009700319 | 97年04月 |
| 9 | 季節性流感防治工作指引 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009700357 | 97年01月 |
| 10 | 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(2007) | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009700408 | 97年04月 |
| 11 | 中醫藥基因體研究及其核心技術訓練 （三）研習會專題集錦 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009700557 | 97年04月 |
| 12 | 傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(十)傳統醫學與現代醫學在皮膚疾病醫療的對話 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009700562 | 97年03月 |
| 13 | 認識H5N1新型流感 (第三版) | 國家衛生研究院 | 1009700586 | 97年03月 |
| 14 | 創新永續健康台灣 | 行政院衛生署/企劃處 | 1009700625 | 97年04月 |
| 15 | 醫師培育暨執業環境、民衆教育、國家醫療支出研議 | 國家衛生研究院 | 1009700651 | 97年03月 |
| 16 | 臺灣中醫藥研發成果暨施政績效彙編 (CCMP 2006~2008) | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009700719 | 97年03月 |
| 17 | 因應流感大流行執行策略計畫 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009700762 | 97年02月 |
| 18 | 臺灣中醫藥寶典 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009700893 | 97年06月 |
| 19 | 全國衛生行政會議實錄 | 行政院衛生署/企劃處 | 1009700967 | 97年04月 |
| 20 | 癌末病情告知指引 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009700984 | 97年04月 |
| 21 | 登革熱教戰手冊 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701002 | 97年04月 |
| 22 | 食品安全與營養白皮書 | 行政院衛生署/食品衛生處 | 1009701056 | 97年04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 |
|----|----------------------------------|-----------------|------------------|--------|
| 23 | 常用中藥材圖鑑 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701058 | 97年05月 |
| 24 | 常見藥用植物圖鑑 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701059 | 97年05月 |
| 25 | 2004-2007中藥產業法規宣導暨中藥用藥安全環境計畫成果發表 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701097 | 97年07月 |
| 26 | 臺灣中醫藥發展紀實（1995-2008） | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701138 | 97年05月 |
| 27 | 中醫藥療效評估之文獻研究－針灸實證醫學 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701139 | 97年07月 |
| 28 | 建構中藥用藥安全環境研究計畫（2004-2008）-五年有成 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701205 | 97年05月 |
| 29 | 登革熱防治工作指引2008 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701229 | 97年05月 |
| 30 | 2020健康國民白皮書 | 行政院衛生署/企劃處 | 1009701231 | 97年05月 |
| 31 | 2020健康國民白皮書精要 | 行政院衛生署/企劃處 | 1009701232 | 97年05月 |
| 32 | 庫賈氏病及其他人類傳播性海綿樣腦症感染控制與病例通報指引手冊 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701268 | 97年05月 |
| 33 | 護理，台灣 | 行政院衛生署/護理及健康照護處 | 1009701385 | 97年05月 |
| 34 | 中藥對照用指標成分物理化學參考資料彙集 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701420 | 97年07月 |
| 35 | 97年反毒報告書 | 行政院衛生署管制藥品管理局 | 1009701424 | 97年06月 |
| 36 | 滅蚊特攻防疫總動員：2007年全國運動會現場防疫官支援心得 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701471 | 97年06月 |
| 37 | 2007傳染病紀實：新聞眼中的防疫史 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701472 | 97年06月 |
| 38 | 2006中醫藥國際化研討會 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701557 | 97年06月 |
| 39 | 兒童健康手冊【中越版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701567 | 97年06月 |
| 40 | 兒童健康手冊【中印版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701569 | 97年06月 |
| 41 | 兒童健康手冊【中泰版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701572 | 97年06月 |
| 42 | 兒童健康手冊【中英版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701573 | 97年06月 |
| 43 | 兒童健康手冊【中柬版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701575 | 97年06月 |
| 44 | 孕婦健康手冊【中越版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701578 | 97年06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 |
|----|---|------------------|------------------|--------|
| 45 | 孕婦健康手冊【中印版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701579 | 97年06月 |
| 46 | 孕婦健康手冊【中泰版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701580 | 97年06月 |
| 47 | 孕婦健康手冊【中英版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701581 | 97年06月 |
| 48 | 孕婦健康手冊【中柬版】 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701582 | 97年06月 |
| 49 | 藥事法判解彙編 | 行政院衛生署/藥政處 | 1009701604 | 97年07月 |
| 50 | 結核病診治指引 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009701614 | 97年06月 |
| 51 | 傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(十一) 傳統醫學與現代醫學在脊椎疾病醫療的對話 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701627 | 97年06月 |
| 52 | 臺灣中醫診斷實證研究成果摘要彙編 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009701673 | 97年07月 |
| 53 | 「緊要關頭婦女鬆弛3點不漏－婆婆媽媽 骨盆保健真簡單」學習手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701690 | 97年06月 |
| 54 | 「緊要關頭婦女鬆弛3點不漏－婆婆媽媽 骨盆保健真簡單」教學手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009701691 | 97年06月 |
| 55 | Nursing Care in Taiwan | 行政院衛生署/護理及健康照護處 | 1009702007 | 97年07月 |
| 56 | 衛生保健你我奉獻--97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 | 1009702105 | 97年08月 |
| 57 | 97年度健康宣導資訊彙集－掌握資訊 投資健康 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009702131 | 97年08月 |
| 58 | 營養24招吃出健康每一天 | 行政院衛生署/衛生教育推動委員會 | 1009702181 | 97年08月 |
| 59 | 2008中藥文化節博覽會暨中藥用藥安全 教育學術研討會演講集 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009702326 | 97年09月 |
| 60 | 2020健康國民白皮書技術報告 | 國家衛生研究院 | 1009702387 | 97年09月 |
| 61 | Influenza Pandemic Strategic Plan | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009702395 | 97年08月 |
| 62 | 全民健康保險藥品給付規定 | 中央健康保險局 | 1009702442 | 97年09月 |
| 63 | National Health Research Institutes Annual Report 2008 | 國家衛生研究院 | 1009702485 | 97年10月 |
| 64 | 我們好想懷孕上天最美的禮物 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009702486 | 97年12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 |
|----|---------------------------------|---------------|------------------|--------|
| 65 | 做人成功如何有個寶貝 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009702491 | 97年12月 |
| 66 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局三十週年紀念專刊 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局 | 1009702638 | 97年10月 |
| 67 | 生技產品諮詢窗口Q&A〔2008〕 | 行政院衛生署/藥政處 | 1009702687 | 97年12月 |
| 68 | 財團法人國家衛生研究院竹南院區公共藝術專刊 | 國家衛生研究院 | 1009702729 | 97年11月 |
| 69 | 健康·活力·新生活 97年健康促進社區認證暨社區整合計畫成果錄 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009702912 | 97年11月 |
| 70 | 減鹽(鈉)秘笈手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009702928 | 97年10月 |
| 71 | 華佗中藏經之研究 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009702935 | 97年12月 |
| 72 | 產後缺乳之中醫藥典籍彙編 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009702936 | 97年12月 |
| 73 | 中藥辨識科技人才－中草藥安全及紮根教育研討會彙編 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009702984 | 97年12月 |
| 74 | 民國95年國中學生健康行為調查成果報告 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009703027 | 97年12月 |
| 75 | 瘧疾預防及治療用藥指引 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009703071 | 97年11月 |
| 76 | 傳染病防治法規彙編 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009703102 | 97年12月 |
| 77 | 中藥GMP廠品質確效培訓參考指導手冊彙編 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009703174 | 97年12月 |
| 78 | 建構中醫整體臨床教學體系的回顧與前瞻 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009703196 | 97年12月 |
| 79 | 老人精神醫療教育手冊 | 行政院衛生署嘉南療養院 | 1009703579 | 97年12月 |
| 80 | 國家衛生研究院97年報 | 國家衛生研究院 | 1009703607 | 97年12月 |
| 81 | 建構中醫整體臨床教學體系計畫論文集 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009703800 | 97年12月 |
| 82 | 九十六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 | 1009703851 | 97年12月 |
| 83 | 法定傳染病監測工作指引 | 行政院衛生署疾病管制局 | 1009703862 | 97年12月 |
| 84 | 中藥材實用手冊-常見藥材圖鑑 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 1009703903 | 97年12月 |
| 85 | 莎希米亞-海洋性貧血照護手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009704178 | 97年12月 |
| 86 | 職場健康促進操作手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 1009704269 | 97年12月 |

電子書

| 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 | 尊重多一點公共場所不吸菸-公共場所拒菸手冊 | 行政院衛生署國民健康局 | 3809701966 | 97年07月 |
| 2 | 遠離子宮頸癌33問-女人的私密筆記 | 行政院衛生署國民健康局 | 3809702914 | 97年12月 |
| 3 | 遠離H P V魔法書 | 行政院衛生署國民健康局 | 3809702915 | 97年12月 |
| 4 | 傳染病防治工作手冊 | 行政院衛生署疾病管制局 | 4309701473 | 97年06月 |
| 5 | 臺灣中醫藥寶典電子書 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 4309701937 | 97年06月 |
| 6 | 2008反毒宣傳影片 珍愛生命 拒絕毒品 | 行政院衛生署管制藥品管理局 | 4509700126 | 97年02月 |
| 7 | 臺灣中醫藥成果 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 4509700405 | 97年03月 |
| 8 | 高血壓防治宣導短片-血壓計操作技巧 DVD光碟 | 行政院衛生署國民健康局 | 4509701712 | 97年07月 |
| 9 | 登革熱成蟲化學防治作業示範影片 | 行政院衛生署疾病管制局 | 4509702135 | 97年08月 |
| 10 | 97年全國衛生保健績優志工暨團隊慈心獎 表揚活動 | 行政院衛生署/企劃處 | 4509702765 | 97年10月 |
| 11 | 卡介苗接種及結核菌素測驗技術教學影片 | 行政院衛生署疾病管制局 | 4509704073 | 97年12月 |
| 12 | 國家衛生研究院簡介 | 國家衛生研究院 | 4509704257 | 97年12月 |
| 13 | 中醫藥典籍查詢系統 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | 4709702937 | 97年12月 |

附錄三 行政院衛生署免費諮詢專線

| 序號 | 專線名稱 | 專線號碼 |
|----|----------------|---------------------------------|
| 1 | 安心專線 | 0800-788995 |
| 2 | 戒菸專線服務中心 | 0800-636363 |
| 3 | 菸害申訴專線 | 0800-531531 |
| 4 | 無菸餐廳專線 | 0800-571571 |
| 5 | 母乳哺育諮詢專線 | 0800-870870 |
| 6 | 更年期保健服務專線 | 0800-005107 |
| 7 | 幼兒聽力篩檢諮詢專線 | 0800-800832（北區）、0800-889881（南區） |
| 8 | 反黑心食品檢舉專線 | 0800-625748 |
| 9 | 中醫藥為民服務專線 | 0800-060136 |
| 10 | 衛生署全國醫療資訊網服務中心 | 0800-231497 |
| 11 | 違規管制藥品檢舉專線 | 0800-015006 |
| 12 | 疫情通報及諮詢服務專線 | 1922 |

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 | 行政院衛生署藥物食品檢驗局 | http://www.nlfd.gov.tw |
| 5 | 行政院衛生署管制藥品管理局 | http://www.nbcd.gov.tw |
| 6 | 行政院衛生署中醫藥委員會 | http://www.ccmp.gov.tw |
| 7 | 行政院衛生署醫院管理委員會 | http://www.cto.doh.gov.tw |
| 8 | 行政院全民健康保險爭議審議委員會 | http://www.dmc.doh.gov.tw |
| 9 | 行政院衛生署公文電子交換中心 | http://hdxc.doh.gov.tw |
| 10 | 行政院衛生署醫事憑證管理中心 | http://hca.nat.gov.tw |
| 11 | 中央健康保險局 | http://www.nhi.gov.tw |
| 12 | 中央健康保險局台北分局 | http://www.nhitb.gov.tw |
| 13 | 中央健康保險局北區分局 | http://www.nhinb.gov.tw |
| 14 | 中央健康保險局中區分局 | http://www.nhicb.gov.tw |
| 15 | 中央健康保險局南區分局 | http://www.nhisb.gov.tw |
| 16 | 中央健康保險局高屏分局 | http://www.nhikb.gov.tw |

| 序號 | 網站名稱 | 網址 |
|----|-------------------|---|
| 17 | 中央健康保險局東區分局 | http://www.nhie.gov.tw |
| 18 | 健保局聯合門診中心 | http://gon.nhi.gov.tw |
| 19 | 行政院公報資訊網 | http://gazette.nat.gov.tw |
| 20 | 財團法人國家衛生研究院 | http://www.nhri.org.tw |
| 21 | 財團法人藥害救濟基金會 | http://www.tdrf.org.tw |
| 22 | 財團法人醫藥品查驗中心 | http://www.cde.org.tw |
| 23 | 財團法人罕見疾病基金會 | http://www.tfrd.org.tw |
| 24 | 財團法人食品工業發展研究所 | http://www.firdi.org.tw |
| 25 | 衛生署線上申辦服務系統 | http://e-service.doh.gov.tw |
| 26 | 衛生署消費者資訊網 | http://consumer.doh.gov.tw |
| 27 | 政府出版品網 | http://open.nat.gov.tw |
| 28 | 健康九九衛生教育資源網 | http://health99.doh.gov.tw |
| 29 | 健康電子報 | http://www.doh.gov.tw/CHT2006/epaper/epaper_main.aspx |
| 30 | 台灣e學院 | http://fms.cto.doh.gov.tw |
| 31 | 自殺防治中心 | http://www.tspc.doh.gov.tw |
| 32 | 藥物資訊網 | http://drug.doh.gov.tw |
| 33 | 食品資訊網 | http://food.doh.gov.tw |
| 34 | 基因改造食品資訊網 | http://gmo.doh.gov.tw |
| 35 | 加工食品追溯系統 | http://tfts.firdi.org.tw |
| 36 | 藥品交互作用資料庫系統 | http://dif.doh.gov.tw |
| 37 | 全國藥物不良通報系統 | http://recall.doh.gov.tw |
| 38 | 全國化妝品不良通報系統 | http://cosmetic-recall.doh.gov.tw |
| 39 | 中草藥用藥安全網 | http://tcam.ccmp.gov.tw |
| 40 | 國民健康局青少年網站-性福e學院 | http://www.young.gov.tw |
| 41 | 健康123-國民健康指標互動查詢網 | http://olap.bhp.doh.gov.tw |
| 42 | 遺傳疾病諮詢服務網 | http://www.bhp-gc.tw |
| 43 | 流感防治網 | http://flu.cdc.gov.tw |
| 44 | 傳染病數位學習網 | http://e-learning.cdc.gov.tw |
| 45 | 反毒資源線上博物館 | http://www.antidrug.nat.gov.tw |
| 46 | 台灣健康促進學校 | http://www.hps.pro.edu.tw |
| 47 | 醫藥衛生研究資訊網 | http://www.hint.org.tw/resource.htm |
| 48 | Taiwan IHA網站 | http://www.taiwaniha.org.tw |
| 49 | 「醫療品質資訊公開」資訊網 | http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=5&menu_id=396&webdata_id=2646&WD_ID=396 |

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

(按順序筆畫排列)

丁志晉、王敦正、朱娟玉、林宜信、邱志彥、洪百薰、洪碧蘭、
紀雪雲、商東福、許景鑫、許蓓文、陳麗華、黃純英、黃韶南、
廖哲慧、廖崑富、蔡淑貞、蔡淑鳳、賴幼玲、戴君玲

執行編輯

周素珍、林干媛、郭慕蓉

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98年12月

創刊年月

中華民國88年12月

設計印刷

集思創意顧問股份有限公司

電話

02-2751-9900

定價

新臺幣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