



中華民國

97

年版

公共衛生年報



中華民國

97

年版

公共衛生年報

行政院衛生署 編印
中華民國97年12月



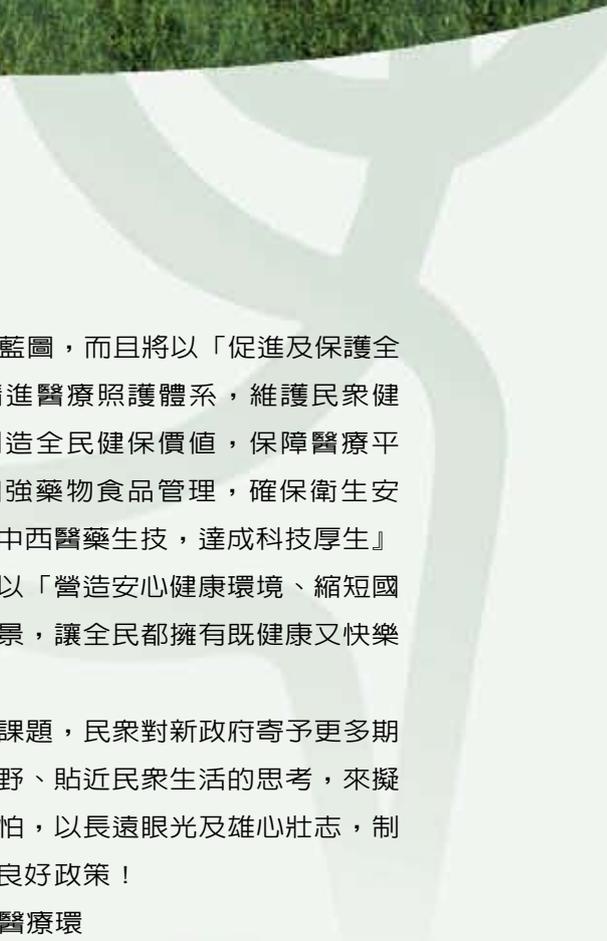
蓄勢待發 · 珍愛健康

序言

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

為讓各界瞭解衛生署替國人作了哪些努力，我們每年出版公共衛生年報。此本97年版之公共衛生年報，詳細地記述了96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、在改造照護體系，提升照護品質方面：推展全人健康照護計畫、強化精神病患社區照護、發展社區公衛群及社區醫療群、建立以醫療品質為導向之新醫院評鑑制度、健全社區化之長期照護體系、整合金馬澎湖醫療資源、推動經濟弱勢健保欠費協助方案、擴大健保費之繳納管道、實施健保多元微調措施、推動二代健保修法。
- 二、在營造健康生活，提高自主管理方面：推動健康社區、健康城市、健康職場及健康學校之認證制度、建構優質生育保健支持環境及慢性病完整照護體系、加強癌症防治、強化社區藥局功能、宣導要活就要動、辦理每日一萬步之健康體能活動。
- 三、在強化防疫體系，免除疫病威脅方面：完成流感大流行之準備、結合企業界擴大推動老年疫苗接種政策、持續推動結核病十年減半及毒品病患愛滋減害計畫、實施限制傳染性結核病患搭機政策、強化現有疫病監測體系。
- 四、在藥物食品管理，保障民衆安全方面：落實藥物及化粧品安全監測、強化跨部會之廣告監控管理、建立食品消費之紅綠燈機制、強化食品問題跨部會之協調、有效掌控管制藥品流通，加強藥物濫用防制。
- 五、在發展醫藥科技，推動生技產業方面：持續推動國民健康資訊建設、推廣電子病歷跨院交換、執行生醫科技島之計畫、提供全方位中醫藥資訊服務。
- 六、在國際衛生事務，加入世衛組織方面：成立國際醫衛行動團隊、舉行台美衛生會談、建構跨國之衛生合作與交流機制、推動參與世界衛生組織，爭取台灣健康人權。



今後，我們將致力於檢討過去缺失，用心規劃未來藍圖，而且將以「促進及保護全民健康，讓全民更長壽更快樂」當作使命，透過『精進醫療照護體系，維護民衆健康』、『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』、『強化民衆全面參與，實踐健康生活』、『加強藥物食品管理，確保衛生安全』、『發展衛生人力資源，強化施政效能』、『發展中西醫藥生技，達成科技厚生』及『積極參與國際衛生，促進國際接軌』等項策略，並以「營造安心健康環境、縮短國民健康差距，成為值得全民信賴的健康領航者」作為願景，讓全民都擁有既健康又快樂的生活。

邁入新的時代，應有新的思維，以因應社會複雜的課題，民衆對新政府寄予更多期待，因此我要同仁們拋棄自己本位，用比較前瞻性的視野、貼近民衆生活的思考，來擬定相關的政策。同時期勉同仁要有勇氣、有夢想、不要怕，以長遠眼光及雄心壯志，制定長久而可行的醫療制度，替國人規劃出正確而可行的良好政策！

希望藉由我們一齊努力奮鬥，能為國家建立優質的健康醫療環境和週延的公共衛生制度，讓台灣的人民擁有健康的
身體、享受快樂的人生！

行政院衛生署署長

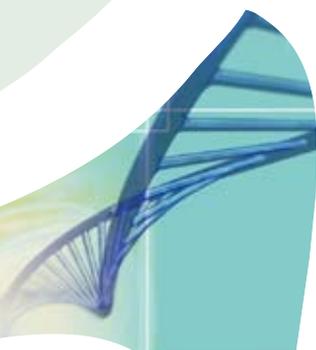
葉金川 謹識



目錄



序言	2
第一篇 衛生政策	6
第一章 衛生行政組織	7
第二章 施政理念	8
第二篇 衛生指標	11
第一章 人口指標	12
第二章 生命指標	14
第三章 國民醫療保健支出指標	15
第四章 國際比較	16
第三篇 健康促進	19
第一章 社區健康	20
第二章 婦幼、優生保健及遺傳性疾病預防	22
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	27
第五章 癌症防治	29
第六章 菸害防制	34
第七章 國民營養	35
第八章 衛生教育	36
第四篇 疫病防治	37
第一章 傳染病防治法規及架構	38
第二章 重要傳染病防治	39
第三章 新興傳染病防治	48
第四章 防疫整備及感染控制	50
第五章 預防接種	53
第五篇 食品藥物管理	57
第一章 食品藥物安全管理	58
第二章 管制藥品管理	63
第三章 藥物、食品、化粧品檢驗	66



第六篇 醫療照護	69
第一章 醫療體系	70
第二章 醫療品質	73
第三章 精神醫療與心理衛生	76
第四章 長期照護服務及護理照護品質	77
第五章 緊急醫療	79
第六章 山地離島醫療保健	79
第七章 衛生醫療資訊	81
第八章 醫事人力	84
第七篇 全民健康保險	87
第一章 健康保險現況	88
第二章 健保制度改革	93
第八篇 國際衛生合作	95
第一章 加入世界衛生組織	96
第二章 衛生交流合作	97
第三章 國際衛生援助	100
第九篇 衛生科技研究	101
第一章 優先推動計畫	103
第二章 一般型科技計畫	105
第三章 國家型計畫	106
第四章 國家衛生研究院科技計畫	107
附錄	116
附錄一 衛生統計指標	117
附錄二 行政院衛生署96年政府出版品	125
附錄三 行政院衛生署免費諮詢專線	129
附錄四 行政院衛生署相關網站	130
附錄五 英文縮寫一覽表	131



第一篇 衛生政策

第一章 衛生行政組織

第二章 施政理念

第一篇 | 衛生政策 |

衛生政策的制定，需要宏觀的視野、長遠的規劃與具體的構想，集結專家學者之智慧，作最佳的決策。因此，行政院衛生署（以下簡稱衛生署）在推動各項衛生政策，均秉持著以國人的生命健康福祉為目標。

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。

在中央政府總預算中，衛生預算占中央政府總預算的3.2%，如圖1-1。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，但衛生團隊仍能秉著一貫的熱忱與關懷，為許給民衆健康安全理念努力不懈。民國96年衛生政策滿意度調查，獲得民衆約7成之滿意。

第一章 衛生行政組織

我國衛生行政組織原分為「中央、省、縣(市)」等3級，配合民國88年「地方制度法」公布施行，便以「精簡組織，增加行政效率，建立活力政府」原則，完成「精簡台灣省政府組織」作業後，衛生行政組織業已簡化為「中央、直轄市及縣(市)」2級。(如圖1-2)

一、中央衛生行政組織

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。

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。衛生署的附屬機關則包括：中央健康保險局、疾病管制局、國民

圖1-1 民國90-96年衛生署預算占中央政府總預算分配圖

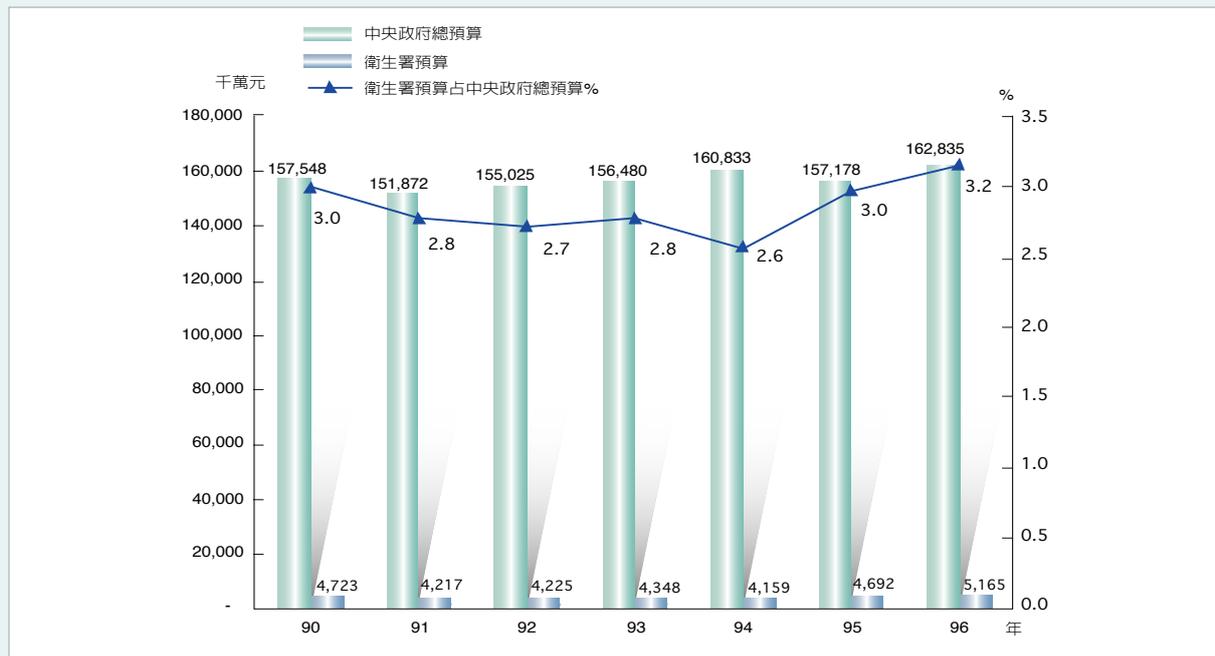
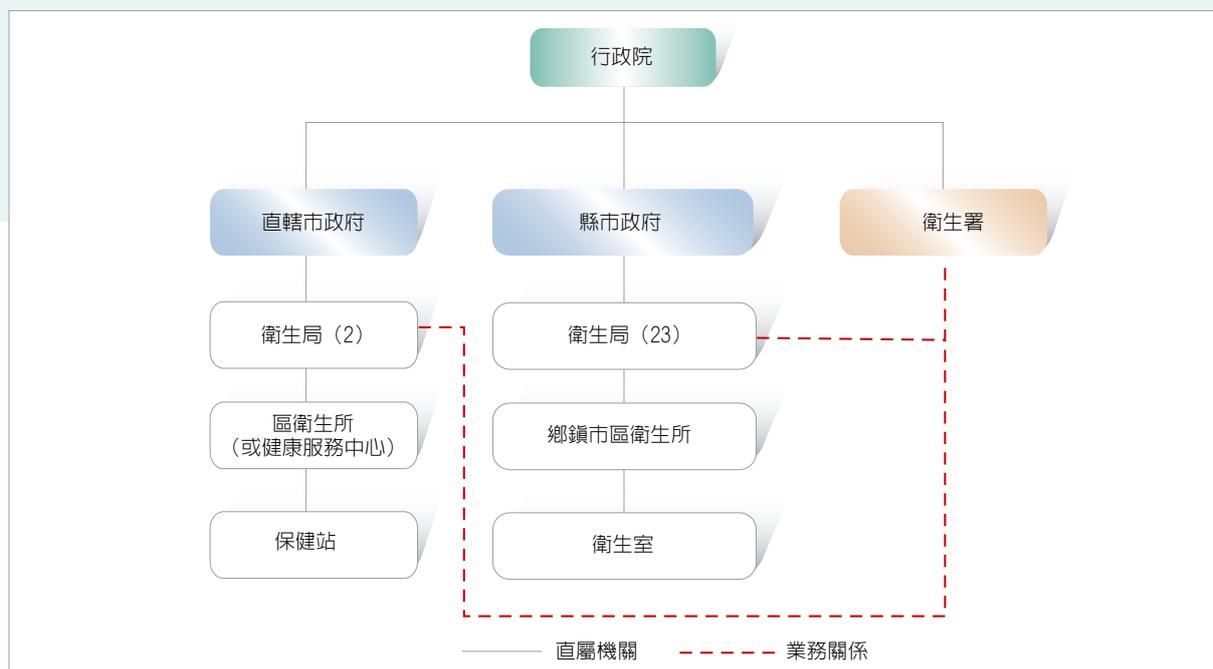


圖1-2 衛生行政組織架構圖



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1-3。

二、地方衛生行政組織

地方衛生行政機關為直轄市及縣市政府衛生局，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衛生行政工作。

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。為落實對地方衛生機關相關業務之督導考核，且簡化考評作業，提升地方機關執行效能，衛生署每年均統一擬定相關績效評估計畫，並至各衛生局辦理實地考核；考核指標區分中央衛生政策、地方特色、衛生投入和民意反映3大類。採逐年檢討年度考評內容之適切性，以因應

中央衛生政策，及衛生局公共衛生業務需求而改變；期許國人在中央與地方衛生機關的通力合作下，提升衛生行政效率與品質，達到全體國民皆能夠活得更長久、更健康與更舒服的目標。

第二章 施政理念

衛生署以「許給全民健康安全的人生」為願景，於民國94年到97年間，朝『全方位健康照護，確保全民健康』之目標，訂定中程施政計畫、年度施政計畫、大溫暖計畫及2020健康國民白皮書。

一、中程施政計畫

結合人力及預算資源，以跨年度、重要創新之業務為優先，進行內外環境、優先發展課題評析，依國家長程整體及前瞻發展需要，配合往年施政績效之評估，選定中程施政目標，擬訂策略績效目標及衡量指標，配合國家中程財政目標及可用資源，規劃中程施政計畫，作為未來4年之政策引導。

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

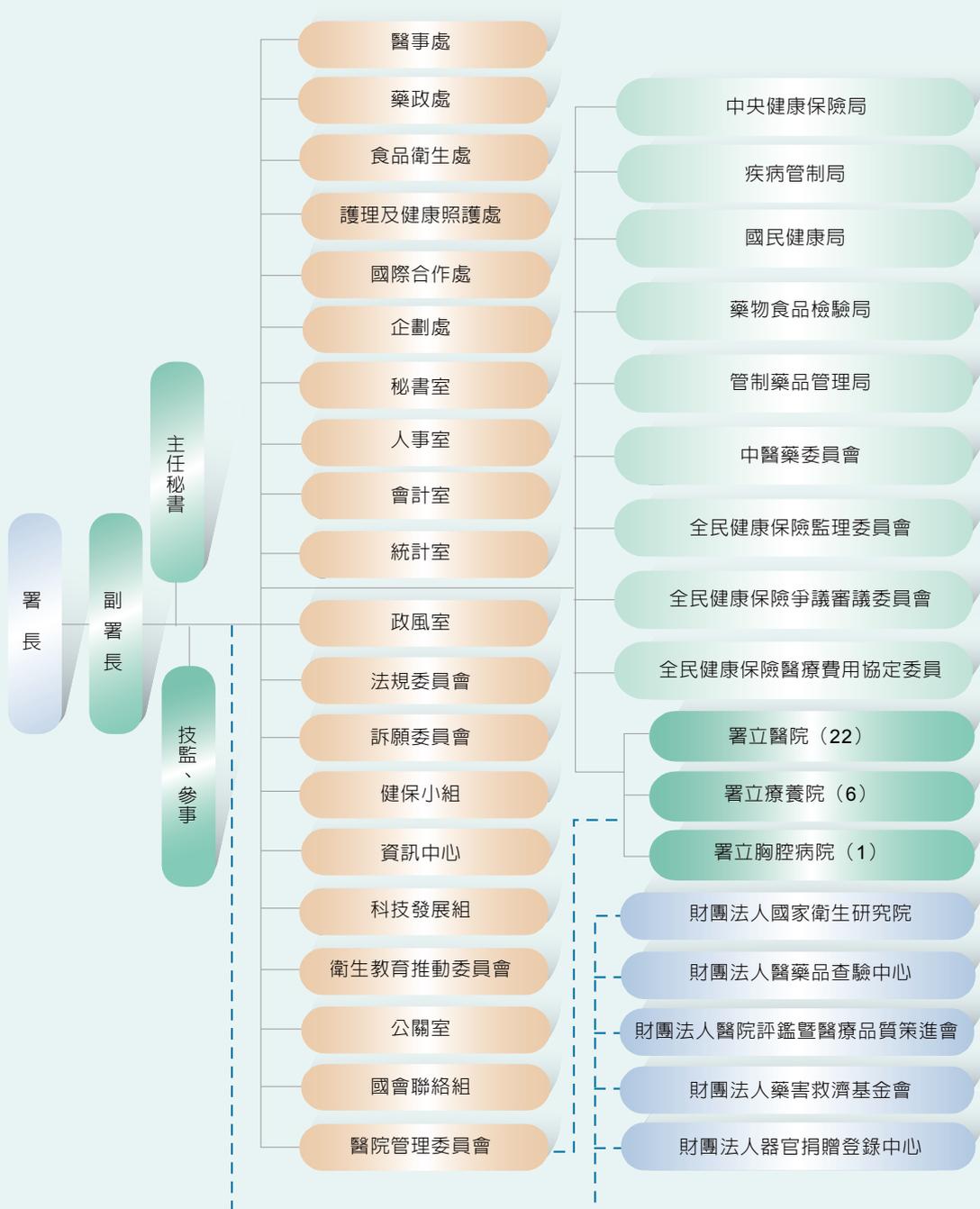
活，提高自主管理」、「強化防疫體系，免除疫病威脅」、「強化藥物食品管理，保障民衆安全」、「發展醫藥科技、推動生技與健康資訊產業」及「推展國際衛生事務，加入世界衛生組織」等6項，為重要之策略目標，如圖1-4。

醫療資源配置決策機制，確保全民健保永續發展；推動健康生活社區化，建立國人健康生活型態；健全緊急醫療救護體系，強化基層醫療服務；發展專業多元長期健康照護產業，落實全人照護健康政策；推動專業及資訊化防疫體系，提升檢疫及檢驗品質；推動醫藥衛生保健科技發展，建構醫藥衛生產業優質環境；推展國際衛生合作，爭取加入世界衛生組織。

二、年度施政計畫

配合中程施政計畫藍圖，持續推動全民健保

圖1-3 衛生署組織系統圖



三、大溫暖計畫

依據台灣經濟永續發展會議，行政院為回應當前人民迫切需求，因應社會經濟發展趨勢，整合經續會決議，擬定2015年國家經濟發展願景之大投資、大溫暖計畫，第一階段3年衝刺計畫。計畫分為五大套案：產業發展、人力資源、金融市場、公共建設及社會福利等。

大溫暖計畫為前述社會福利套案，以縮小城鄉和貧富差距、強化老人安養、因應少子女化、促進國民健康為目標，含12項重點計畫。衛生署參與之重點工作如下：

- (一)建構全人照顧體系計畫，落實全人健康照護概念、確保病人安全、自殺防治、阻斷疫病流行、防制藥物濫用之危害，提供民眾品質、適切、可近性與持續性之醫療照護。
- (二)全民健康保險制度改革計畫，擴大費基，落實資訊公開、保費公平性，並強化健保體制，朝鼓勵提升醫療品質方向改革。
- (三)建構長期照顧體系，建立支持家庭照顧者體系，穩健長期照顧財務制度，並結合民間資源提供長期照顧服務。

四、規劃2020健康國民白皮書

台灣的醫療、衛生成就，在全球有目共睹；尤其是全民健保開辦後，不論是醫療可近性或國人就醫的公平性，都打造了傲人的台灣經驗。但在可見的未來，我們即將面臨全球化、少子女化趨勢、疾病型態改變、職業種別增加、工作彈性化、醫療個人化、疾病管理需求和健保財務的惡化等挑戰，我們需要以全新的視野，檢視未來的健康、預防保健、醫療等需求，制訂新的政策。

為建構2020年台灣的健康藍圖，衛生署委託國家衛生研究院於2006年8月共同執行「2020健康國民白皮書」規劃。依據健康決定因子進行規劃與設計，藉由社會環境、健康生活型態以及優質健康照護服務等之面向，加以細分成13個主題，並且針對6大焦點族群，組成19個工作小組，進行相關研議工作。自2007年3月開始，19個工作小組即展開密集的討論，並提出白皮書的撰寫架構，初版「2020健康國民白皮書」於2008年3月完成。

圖1-4 民國94-97年中程施政計畫架構圖





第二篇

衛生指標

第一章 人口指標

第二章 生命指標

第三章 國民醫療保健支出指標

第四章 國際比較

第二篇 | 衛生指標 |

由於國民所得水準提高、生活環境與國民營養的改善、醫藥衛生的進步，使得國民平均餘命逐年延長。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如後。

第一章 人口指標

民國96年底我國總戶籍登記人口共2,295萬人，其中男性人口1,160萬人，女性人口1,134萬人，人口性比例【男性人口數/女性人口數*100】為102，人口年增率為3.58%。

民國96年底，我國人口密度每平方公里達634人，按縣市別分，高雄市達9,900人最為稠密、台北市9,674人居次位；東部之花蓮縣、台東縣最低，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96年底人口年齡結構已呈現低出生率、低死亡率之縮減型金字塔，如圖2-1。

若以人口年齡結構觀察，我國65歲以上老年人口占率於民國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85年23.2%降至民國96年17.6%，同期間65歲以上老年人口比率則由7.9%升至10.2%，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85年45.0%降至96年38.4%，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

圖2-1 民國96年我國人口年齡結構圖

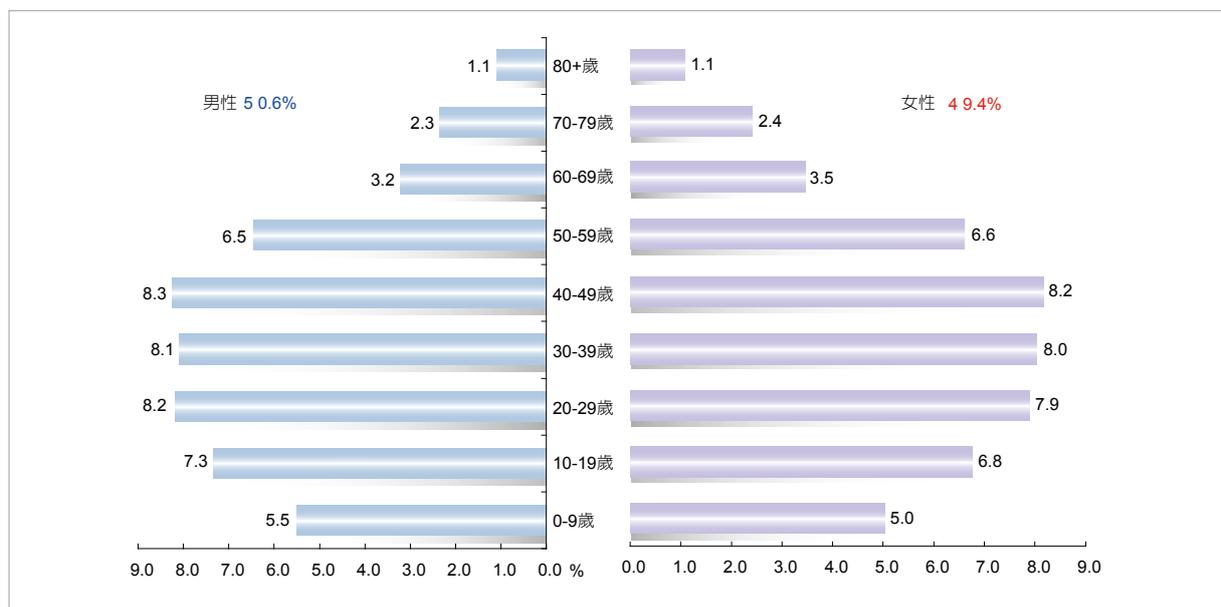


圖2-2 歷年人口年齡結構與扶養比趨勢變動圖

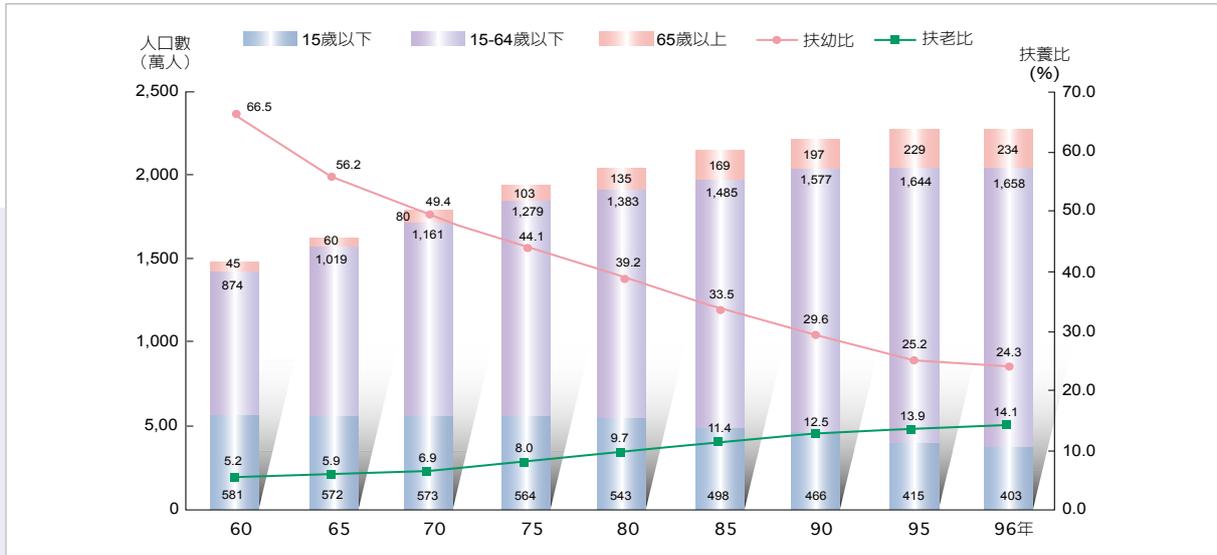
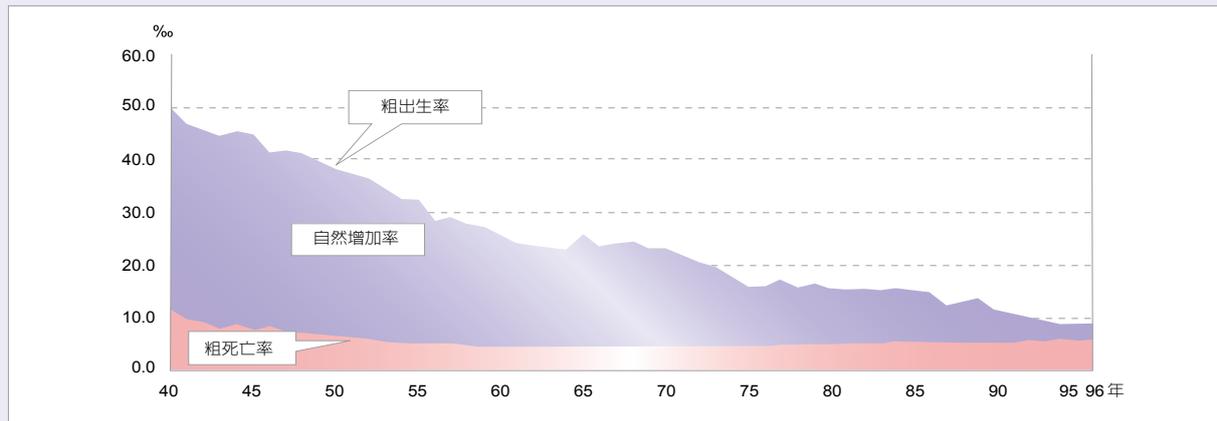


表2-1 歷年人口結構

	總人口 千人	人口結構			扶養比	
		15歲以下	15-64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
		%	%	%	%	%
民國65年	16,508	34.7	61.7	3.6	56.2	5.9
民國75年	19,455	28.9	65.7	5.3	44.1	8.0
民國85年	21,525	23.2	68.9	7.9	33.5	11.4
民國95年	22,877	18.1	71.9	10.0	25.2	13.9
民國96年	22,958	17.6	72.2	10.2	24.3	14.1

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

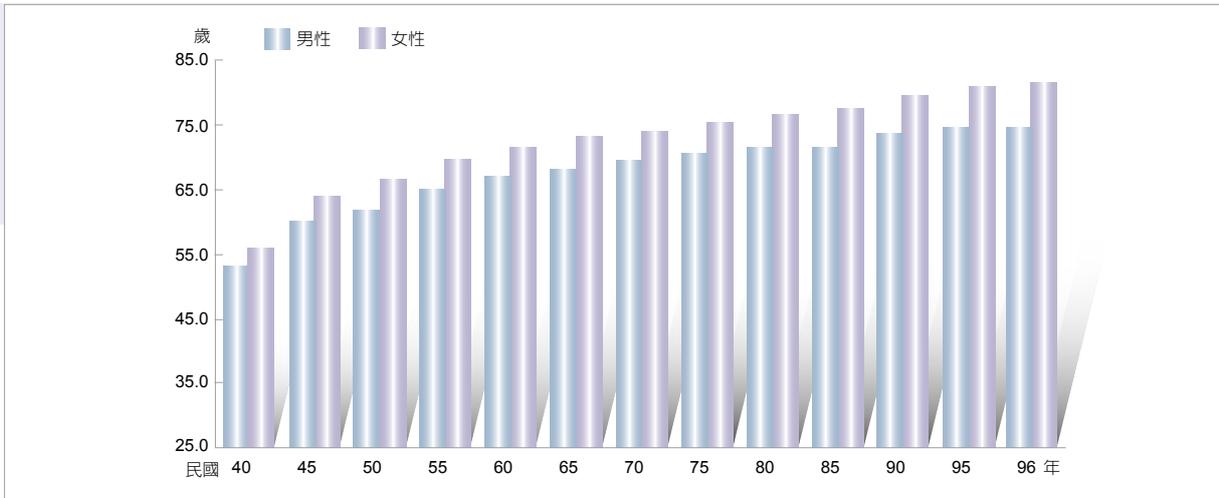


*1,000] 由民國85年15.2‰降至民國96年8.9‰，再創歷史新低；粗死亡率【死亡數/年中人口數*1,000】由民國85年5.7‰微幅上升至民國96年6.2‰。致民國96年人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】下降為2.8‰。(如圖2-3)

三、平均餘命

民國85年至96年來，我國國民0歲平均餘命由75.0歲提高為78.3歲。男性由72.4歲提高為75.1歲；女性由78.1歲提高為81.9歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

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96年國人死亡人數為13萬9,376人，死亡率每10萬人口608.2人，死亡率較民國70年增26.8%，民國96年國人十大死因分別為：(1)惡性腫瘤；(2)心臟疾病；(3)腦血管疾病；(4)糖尿病；(5)事故傷害；(6)肺炎；(7)慢性肝病及肝硬化；(8)腎炎、腎症候群及腎性病變；(9)自殺；(10)高血壓性疾病，其內涵與民國70年比較，支氣管

炎、肺氣腫、氣喘及結核病已退出十大死因；糖尿病和自殺已擠入十大死因；惡性腫瘤自民國71年持續居十大死因之首位，且死亡率逐年上升，是增幅最大之死因；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96年國人癌症死亡人數為4萬306人，死亡率每10萬人口175.9人，死亡率較民國70年增129.6%。民國96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(含口咽及下咽)、(7)攝護腺癌、(8)子宮頸癌、(9)食道癌、(10)胰臟癌，其內涵與民國70年比較，鼻咽癌、白血病和非何杰金

圖2-5 十大死因之變化

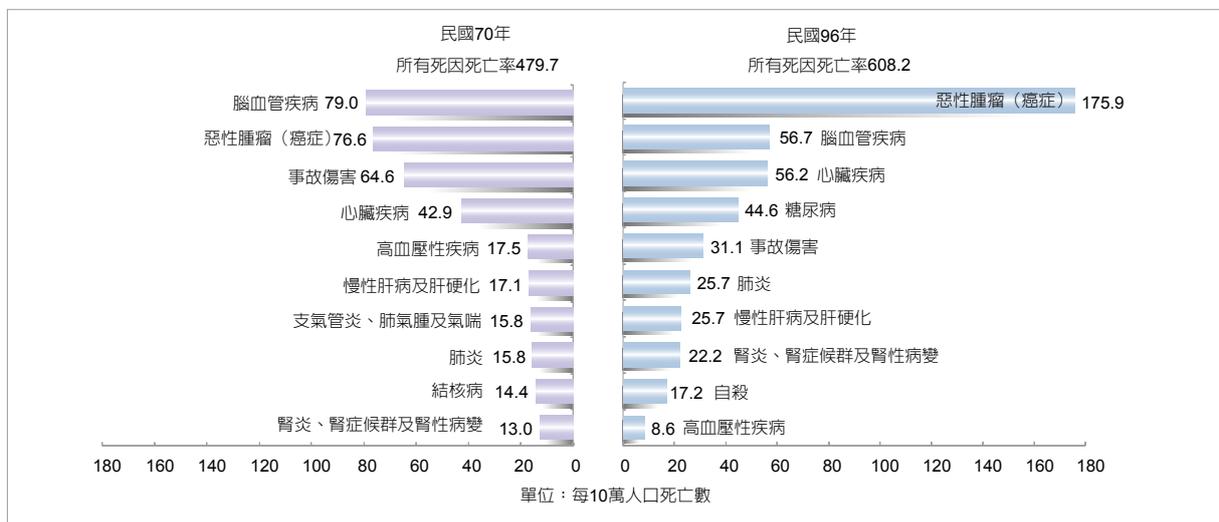


圖2-6 十大癌症死因之變化

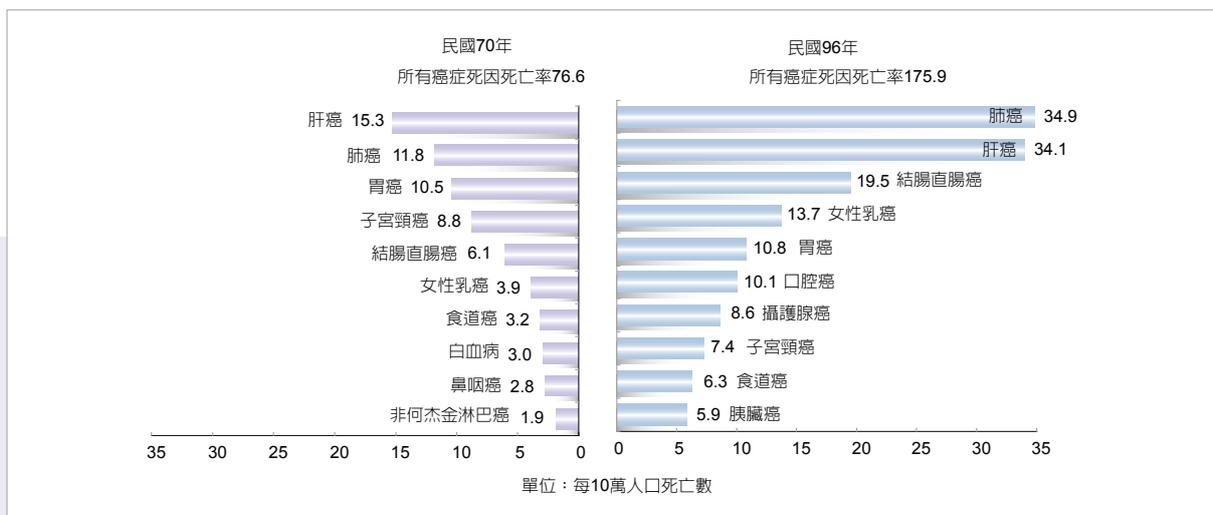
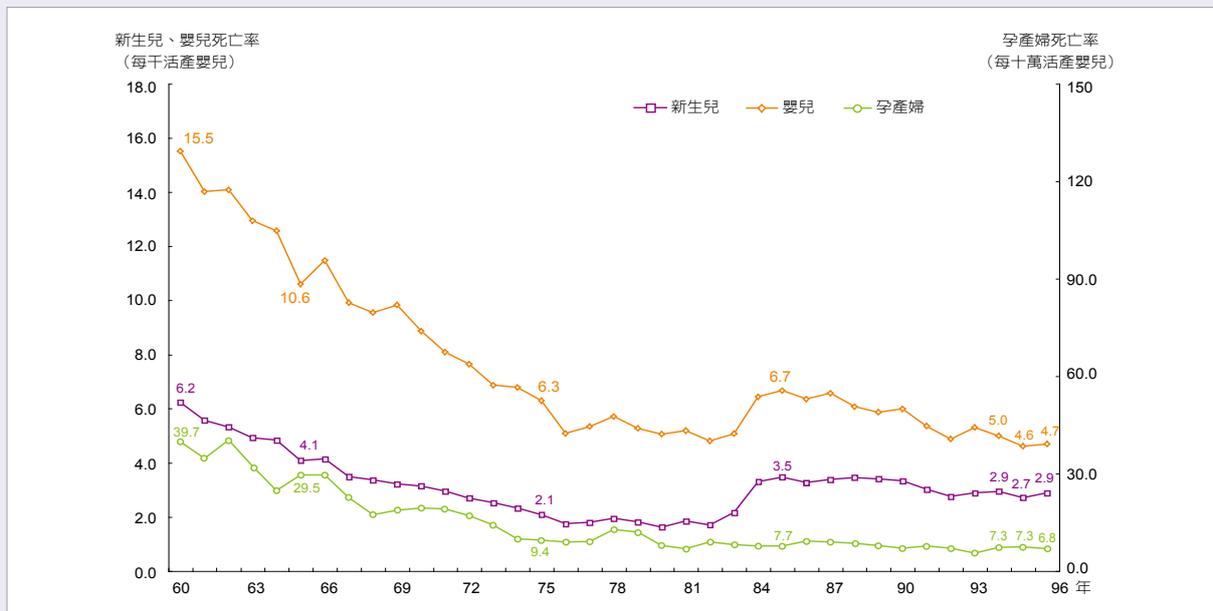


圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



淋巴癌退出十大癌症死因，口腔癌、攝護腺癌和胰臟癌則擠入十大癌症死因。女性乳癌、口腔癌、攝護腺癌，是增幅最大之癌症死因，子宮頸癌則由於篩檢工作推廣得宜，為唯一呈降幅之癌症死因，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，新生兒【嬰兒出生未滿4週死亡數/活產嬰兒數*1,000】及嬰兒【嬰兒出生未滿1歲死亡數/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96年新生兒死亡率已降至2.9‰，約為民國60年之4成

7；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至4.7‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的39.7/10⁵降至民國96年的6.8/10⁵，如圖2-7。

第三章 國民醫療保健支出指標

接受良好的醫療照護是現代國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。我國自民國84年3月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出年增率達18.1%，其增幅甚大於同年國民所得成長率。民國95年國民醫療保健最終支出(NHE)為7,226億元。

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)比率隨即由民國83年之4.9%提升至民國84年5.3%，至民國95年達6.1%。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1萬775元，增至民國95年之3萬1,661元，增幅達192.0%，如圖2-8。

人，預估至西元2050年，將達92億9,400萬人，人口增加率為40%；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2006年全球總生育率(表示每婦女在一生中可能有多少個活產)為2.7，表列亞洲國家均不到平均值之一半，顯示亞洲為低總生育率地區；另全球出生率為21‰，死亡率為9‰；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。

第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2007 Population Reference Bureau資料顯示，西元2007年全球人口為66億2,500萬

二、平均餘命之國際比較

西元2006年，世界主要國家男性0歲平均餘命均在75歲以上，以日本及澳洲79歲為最高；台

圖2-8 歷年NHE/GDP比率及平均每人NHE

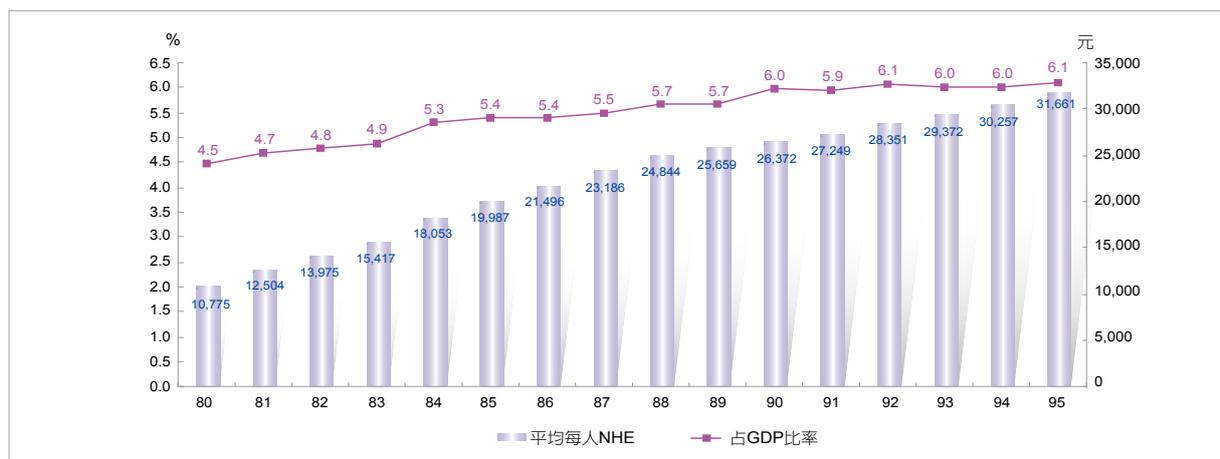


表2-2 世界主要國家人口概況

	年中人口 (百萬人)	人口預測 (百萬人)		2007-2050 人口增減%	總生育率	出生率‰	死亡率‰	人口自然增加率%
	2007年	2025年	2050年					
全球	6625.0	7965.0	9294.0	40	2.7	21	9	1.2
台灣	22.9	23.1	18.9	-18	1.1	9	6	0.3
新加坡	4.6	5.3	5.3	13	1.3	10	4	0.6
日本	127.7	119.3	95.2	-26	1.3	9	9	0.0
韓國	48.5	49.1	42.3	-13	1.1	9	5	0.4
加拿大	32.9	37.6	41.6	26	1.5	11	7	0.3
美國	302.2	349.4	419.9	39	2.1	14	8	0.6
英國	61.0	65.8	69.2	13	1.8	12	10	0.3
法國	61.7	66.1	70.0	13	2.0	13	9	0.4
德國	82.3	79.6	71.4	-13	1.3	8	10	-0.2

資料來源：2007 World Population Data Sheet, Population Reference Bureau

灣為74.9歲，約當日本西元1985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2006年，女性0歲平均餘命均在80歲以上，以日本86歲為最高，法國、澳洲 84歲居次；台灣為81.4歲，約當日本西元1985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、主要死因之比較

將各國死亡率以西元2000年世界標準人口調整計算後，比較我國與主要先進國家之死亡率，發現各國普遍均以惡性腫瘤疾病死亡居首位。其中心臟疾病死亡率以歐美國家較高；自殺死亡以

日本最高、韓國次之；糖尿病、事故傷害、慢性肝病及肝硬化以我國、南韓較高(如表2-4)。

四、醫療保健支出之國際比較

西元2004年我國平均每人國民醫療保健支出(NHE)為879美元，低於中位數2,901美元；平均每人國內生產毛額(GDP)為14,663美元，低於中位數32,823美元，二者與表列OECD會員國比較，相當排名第24位，僅高於南韓、捷克、匈牙利、墨西哥、斯洛伐克、波蘭及土耳其7國。整體而言，平均每人GDP愈高的國家其平均每人NHE亦愈高，2004年我國NHE占GDP比率為6.0%，相對偏低，而西元2006年我國NHE占GDP比率提高為6.1%(如表2-5)。

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	2006年
男性							
台灣	62.3	66.7	69.6	71.3	73.8	74.5	75
英國	67.9	68.7	70.2	72.9	75.5	76.9	77
美國	66.6	67.1	70.0	71.8	74.1	...	75
法國	67.0	68.4	70.2	72.8	75.3	76.7	77
德國	66.9	67.2	69.6	72.0	75.0	76.2	77
加拿大	68.4	67.4	71.7	74.4	76.7	...	78
挪威	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0	77.7	78
荷蘭	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5	77.2	78
澳洲	67.9	67.4	71.0	73.9	76.6	78.5	79
紐西蘭	68.7	68.3	70.0	72.4	76.3	77.5	78
日本	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.6	79
女性							
台灣	66.4	71.6	74.6	76.8	79.6	80.8	81
英國	73.7	75.0	76.2	78.5	80.2	81.1	81
美國	73.1	74.7	77.4	78.8	79.5	...	80
法國	73.6	75.9	78.4	80.9	82.7	83.8	84
德國	72.4	73.6	76.1	78.4	81.0	81.8	82
加拿大	74.2	76.4	78.9	80.8	81.9	...	83
挪威	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4	82.5	83
荷蘭	75.4	76.5	79.2	80.9	80.5	81.6	82
澳洲	73.9	74.2	78.1	80.1	82.0	83.3	84
紐西蘭	73.9	74.6	76.3	78.3	81.1	81.7	82
日本	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	85.5	86

附註：1.民國96年我國0歲平均餘命，男性為75.1歲、女性為81.9歲

2.資料來源：1960-2005年資料擷至2007 OECD Health Data；2006年取至WHS 2008

表2-4 主要死亡原因標準化死亡率之國際比較

—以2000年W.H.O之世界標準人口數為準—

單位：每十萬人口

1975年 國際簡略死因 分類號碼	死亡原因	台灣(2006年)		日本 (2002年)	美國 (2000年)	德國 (2001年)	英國 (2002年)	新加坡 (2001年)	南韓 (2002年)
		死亡率	標準化 死亡率						
	所有死亡原因	591.8	495.4	375.8	576.3	520.0	534.0	467.8	556.6
08-14	惡性腫瘤	166.5	139.3	119.3	139.2	137.1	146.8	130.7	136.6
29	腦血管疾病	55.2	44.7	45.4	35.6	43.7	51.9	45.5	85.3
250,251,27,28*	心臟疾病	53.8	43.8	55.4	152.1	151.8	122.9	114.5#	41.1
181	糖尿病	42.5	34.9	4.8	16.7	12.6	6.1	16.0	27.1
E47-E53	事故傷害	35.1	31.9	19.5	31.3	17.9	14.9	10.3	37.7
321	肺炎	23.6	18.9	28.3	13.2	9.8	26.7	50.5	6.5
347	慢性肝病及肝硬化	22.1	18.6	6.2	8.5	13.8	9.4	3.1	20.3
350	腎炎、腎徵候群及 腎性病變	20.6	16.8	6.6	8.4	4.7	3.4	8.1	6.2
E54	自殺	19.3	16.8	18.0	9.5	10.5	6.3	8.9	17.1
26	高血壓性疾病	8.0	6.4	1.8	10.1	11.4	3.2	11.9	12.3

資料來源：世界衛生組織(網址：www.who.int)Mortality Database之Table 1計算而得。

附註：1.日本、美國、德國、英國及韓國採國際疾病分類第10版(ICD-10)註碼。

2.死因分類號碼中*符號表示其病名僅佔該號碼之一部分疾病，28*係包括國際詳細分類號碼420-429。

3.心臟疾病(#符號)所採之ICD-9 BASEIC CODE為250,251,270,28(新加坡採用)

表2-5 2004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MHE	平均每人GDP
	中位數	8.7	2,901	32,823
1	盧森堡 Luxembourg	8.3	6,068	73,524
2	美國 United States	15.2	6,037	39,697
3	瑞士 Switzerland	11.5	5,635	48,807
4	挪威 Norway	9.7	5,436	56,319
5	冰島 Iceland	10.0	4,462	44,568
6	丹麥 Denmark	9.2	4,167	45,110
7	奧地利 Austria	10.3	3,662	35,613
8	法國 France	11.0	3,615	32,823
9	瑞典 Sweden	9.1	3,530	38,802
10	比利時 Belgium	10.2	3,512	34,927
11	德國 Germany	10.6	3,499	33,033
12	荷蘭 Netherlands	9.2	3,425	37,143
13	愛爾蘭 Ireland	7.5	3,368	45,053
14	澳大利亞 Australia	9.5	3,126	32,811
15	加拿大 Canada	9.8	3,029	31,054
16	日本 Japan	8.0	2,901	36,073
17	英國 United Kingdom	8.1	2,880	35,751
18	芬蘭 Finland	7.4	2,649	35,976
19	義大利 Italy	8.7	2,589	29,828
20	希臘 Greece	9.6	2,288	23,743
21	紐西蘭 New Zealand	8.6	2,094	24,212
22	西班牙 Spain	8.1	1,960	21,294
23	葡萄牙 Portugal	9.8	1,655	16,950
24	台灣 Taiwan	6.0	879	14,663
25	匈牙利 Hungary	8.1	818	10,108
26	南韓 Korea	5.5	777	14,153
27	捷克 Czech Republic	7.3	771	10,602
28	斯洛伐克 Slovak Republic	7.2	565	7,806
29	墨西哥 Mexico	6.5	424	6,566
30	波蘭 Poland	6.2	410	6,607
31	土耳其 Turkey	7.7	327	4,231

資料來源：1.OECD Health Data,2007 July

2.台灣資料源於行政院衛生署統計室



第三篇

健康促進

第一章 社區健康

第二章 婦幼、優生保健及遺傳性疾病預防

第三章 兒童及青少年保健

第四章 生活型態相關慢性疾病防治

第五章 癌症防治

第六章 菸害防制

第七章 國民營養

第八章 衛生教育

第三篇 | 健康促進

健康的人民是國家競爭力的基石，也是國家永續發展的重要推動力；隨著台灣地區生活型態與人口結構的急遽變遷，老年人口快速增長，國人的健康問題亦由急性傳染病轉為慢性病為主；與歐美各國一樣，我國近年主要死因皆以癌症、慢性疾病及事故傷害為主，歸究其致病原因，部分可歸因於遺傳之生物因素外，主要與個人生活型態，如：吸菸、運動、飲食習慣及是否定期接受疾病篩檢等有關。

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，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

世界衛生組織在阿瑪阿塔宣言(Alma-Ata Declaration, 1978)中強調，藉由落實基層保健醫療來促進民眾健康，以達成全民均健目的，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開始推動「社區健康營造」計畫，期望藉由社區參與，使民眾發掘出社區的健康議題，產生共識並建立社區自主健康營造機制，一起解決社區的健康問題。

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96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)，為社區民眾提供連續性、整體性及綜合性的醫療與保健服務，為提升衛生所整體服務品質，提供衛生所優良作業流程、以及改善硬體設施，重要工作成果如下：

- 一、辦理「第2屆金所獎」，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「2006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、辦理「衛生所人力需求與人員編制之探討」，調查衛生所業務與人力需求情形。
- 四、督導10縣市衛生局辦理21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。
- 五、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 健康活動與健康體位

由於近年國人慢性病大幅增加，為有效預防，倡導國人從事健康體能活動，並配合均衡飲食，以維持健康體位，建立健康生活型態，重點包括：

- 一、自民國95年起，每年11月11日訂為「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，並結合體育委員會及25縣市同步舉辦「1111全民健走日--快樂台灣向前走」活動，宣導「每日一萬步、健康有保固」，帶動全民健走風氣，營造動態生活。
- 二、為讓健走活動融入社區、職場，建立動態生活，結合企業、學界、衛生局辦理健走圓桌論壇及製作專題報導；製播「健走」及「上班族健康操」宣導帶，跨媒體整合行銷；更新健康能量便利屋網站資訊，多元化宣導健康體能。
- 三、為使國人對自我健康體位有正確認識，推動全民體重登錄活動，並自民國92年起推動

「成人健康體位、挑戰1824」五年計畫，以正確的體重控制方法，達到理想的身體質量指數(BMI)在18.5-24間(如表3-1)。減少因過重或肥胖引起慢性疾病之危害，而做到「掌握BMI、健康向前邁」之目標。訂定自我測量腰圍的簡易方法，引導國人關注維持腰圍於理想範圍。另結合各縣市衛生局、醫療院所、民間團體、及企業單位，積極傳達「健康體位」及「正確體重控制」觀念，民國92年至96年，計開辦體重控制班1,070班，超過3萬3千人參與，總減重量達6萬5千公斤。

四、積極推動「學校飲食衛生」、「正確認識食品」、「體重控制班」、「癌症防治飲食」、「天天5蔬果」等相關宣導活動，以增進國人對飲食衛生、國民營養及健康體位之認知。

第三節 推動健康生活社區化計畫

「健康生活社區化計畫」係改變傳統上民眾被動接受健康服務的方式，透過社區組織的運作，激發社區民眾之主動參與，關心自身所處的社區健康問題，並結合社區中各團體之力量解決問題，促進民眾實踐健康生活，達到國民健康之目標，重點包括：

一、建構社區健康促進網絡：補助179個社區健康營造計畫，由縣市衛生局整合社區提案，結合社區資源，共同推動菸害防制、心理衛生、癌症防治、檳榔健康危害防制、慢性病防治等健康議題。計營造1萬3,843個無菸環境及280個不嚼食檳榔場所；招募1萬2,859位

社區健康營造志工，結合3,484個社區團體共同推動健康營造工作，並由20縣市衛生局結合103位在地專家學者辦理輔導工作。

二、推動健康城市聯盟：推動台北縣、苗栗縣與花蓮縣等健康城市計畫與辦理台灣健康城市聯盟計畫。完成健康城市指標之研擬，並輔導縣市參與健康城市，迄民國96年底止，已有台南市、花蓮縣、台北市(含士林區、大安區、北投區)成功加入WHO西太平洋健康城市聯盟。

三、推動健康促進醫院網絡：輔導17家醫院通過世界衛生組織合作中心健康促進醫院國際認證，並辦理全國健康促進醫院研討會。

第四節 職場健康促進與健康風險

台灣面臨企業全球化、就業型態多樣化等情境，職場健康的推動亦配合調整，從以往之職業病防治，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，以跨部會合作之處理方式，作一完整之規劃對策。

一、結合專業團隊，提供職場健康促進及菸害防制之輔導，實地輔導81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673家職場審查通過，並辦理115家績優健康職場表揚。

二、每年與行政院勞工委員會共同辦理醫師及護理人員職業衛生保健教育訓練，培育職業衛生專業人才。

三、針對環境污染引起健康危害，執行跨部會協

表3-1 成人健康體位定義

體位	身體質量指數(BMI)=體重(Kg)/身高(m ²)	腰圍
體重過輕	BMI < 18.5	
正常範圍	18.5 ≤ BMI < 24	
異常範圍	過重：24 ≤ BMI < 27 輕度肥胖：27 ≤ BMI < 30 中度肥胖：30 ≤ BMI < 35 重度肥胖：BMI ≥ 35	男性：≥ 90公分(約35.5吋) 女性：≥ 80公分(約31.5吋)

調及健康風險評估；召開健康風險組工作分組會議，討論健康風險相關議題(如電磁波及農藥使用後空瓶罐之回收處理作業等)之因應處理方式；並在「健康風險組」下成立「電磁場(波)工作小組」，以跨部會合作方式處理電磁場相關問題。

第二章 婦幼、生育保健及遺傳性 疾病預防

建構完整之婦幼衛生、優生保健服務體系，照顧罕見病患等弱勢團體，使孕產婦保持良好的健康，每個嬰兒出生後均能健康的發育成長，並且尊重女性生命價值與尊嚴，提供婦女親善就醫環境，使婦幼衛生保健工作更臻完善，以提升孕產婦和嬰幼兒之健康。

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」，並試辦孕產婦健康管理模式。
- (二)積極營造婦女親善生產環境，遴選7家醫院進行試辦。辦理「人工流產諮商機制探討及運作模式建立」，提供懷孕婦女充分之資訊。
- (三)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96年共有94家通過認證；輔導34家醫療院所辦理「母嬰親善醫療院所輔導計畫」，以期提高基層醫療院所參與認證之目的。另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，平均每天接聽25通諮詢電話；建置母乳哺育網站，平均每月3萬人次瀏覽；發行充電季報、鼓勵公私立機關團體、公司

行號設置哺(集)乳室、研發教材及宣導資料，以強化基層醫療工作人員及民衆對母乳哺育的正確認知，提升母乳哺育率。

- (四)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，96年度建卡比率達95%以上。另由內政部外籍配偶照顧輔導基金會，補助外籍配偶未設籍前產檢醫療及生育調節經費，計補助產前檢查9,842人次，生育調節1,123人。積極推動「外籍配偶生育保健通譯員服務三年計畫」，計有18縣市、157個衛生所參與。

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」，增進預防保健知識。另試辦基層衛生單位嬰幼兒健康管理模式。
- (二)為提升早產兒照護品質，建置全國極低體重早產兒資料庫及出院後轉介照護服務網。為早期發現膽道閉鎖個案，推廣「嬰兒大便卡」篩檢，96年度完成全國衛生所、99%醫學中心及54.6%地區醫院之電腦系統登錄，使台灣成為全世界第一個以「嬰兒大便卡」做早期膽道閉鎖篩檢的國家。篩檢數計11萬5,808人次，113位嬰兒被通報大便顏色異常，其中14人經手術後證實為膽道閉鎖。
- (三)為提高發展遲緩篩檢率，辦理「0-6歲兒童發展篩檢及異常個案追蹤管理計畫」，共篩檢26萬3,299人，疑似異常個案3,519人，通報轉介2,940人。辦理「幼稚園所3-4歲兒童發展遲緩篩檢與兒童預防保健服務整合模式試辦計畫」、「發展遲緩幼兒健康體適能介入計畫」；其次，研發寶貝發展篩檢工具指

南及DVD，提升醫療院所及衛生局所工作人員發現發展遲緩兒童之知能，並辦理「兒童發展篩檢工具之信、效度與效益分析計畫」，以兼顧篩檢之品質。

第二節 生育保健

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、推展全國優生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。

新生兒先天代謝異常篩檢率達99.5%以上，96年度發現3,995案異常兒；產前遺傳診斷計2萬4,443案，其中34歲以上孕婦羊膜穿刺檢查率達86.4%以上；本人及家族疑似遺傳疾病者，接受進一步優生健康檢查計1萬1,724案。上述個案皆依「優生保健措施減免或補助費用辦法」提供減免或補助，異常個案並予追蹤衛教。

為整合遺傳性疾病診斷服務網絡，強化相關服務品質，辦理遺傳諮詢中心認證，計通過10家，完成遺傳性疾病檢驗機構之後續評核12家。每季進行新生兒篩檢及葡萄糖六磷酸鹽脫氫酶(G6PD)缺乏症確認檢驗，並實地訪查13家。

第三節 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。

近年來，政府為提供罕見疾病病友周全的照顧，除將罕見疾病納入全民健保重大傷病及身心障礙範圍外，依罕見疾病防治及藥物法訂定「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，96年度計達3,400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285人之罕病個案；補助51名罕病個案國際醫療合作代行檢驗服務。截至96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罕見疾病個案計3,026案。

第四節 健全人工生殖技術發展

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」，6月23日發布「人工生殖子女親屬關係查詢辦法」，7月26日發布「人工生殖機構許可辦法」，7月30日與內政部會銜發布「精卵捐贈親屬關係查證辦法」，8月8日發布「人工生殖資料通報及管理辦法」。至於「代理孕母法草案」部分，將積極召開衛生署人工生殖技術諮詢委員會相關會議，並邀集醫學、法律、社會、倫理、婦女權益、兒童福利等專家及不孕者代表，共同研議並確認草案內容，以利後續立法程序之進行。

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，截至民國96年11月止計有72家機構許可通過。

第三章 兒童及青少年保健

投資兒童青少年的健康，就是投資國家的未來；兒童及青少年期的健康會影響未來成人健康狀態，更會影響國家未來的競爭力。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，加強事故傷害防制、口腔、聽力、視力、青少年性教育、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年來之趨勢，除民國88年因921大地震提高外，已逐漸下降。惟近幾年之事故傷害死亡率下降幅度趨於平緩，到民國94年每十萬人口死亡數為36.8，95年則再降至每十萬人口35.1(如圖3-1)。推動成果如下：

- 一、營造幼兒居家安全環境：透過各縣市衛生局(所)、社區健康營造中心針對轄內有幼兒家庭，進行1萬2,293家戶之居家環境檢測及改善。
- 二、營造新住民子女事故傷害預防照護，擴大推展至12縣市辦理。
- 三、辦理安全社區推廣網絡計畫：自民國95年起，成立推廣中心及北、中、南、東4個支援中心，民國96年輔導32個新發展的社區推動各項安全促進工作。
- 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，已有6所學校通過WHO安全學校國際認證，本土性的推動模式已逐步建構完成。
- 五、建置事故傷害外因登錄系統：以發生事故住院病患為收案對象，推行「全國電子化事故傷害病患受傷機轉、外傷登錄作業及資料庫

之建制與推動」計畫，並於6家區域醫院以上之醫院試辦，96年度已登錄6,009名個案。

第二節 口腔、視力、聽力保健

一、口腔保健

依據歷年全國性調查資料顯示，12歲兒童齲蝕指數(DMFT index)由民國79年4.95顆降為民國85年4.22顆、民國89年3.31顆、及民國95年2.58顆。如氟化物繼續運用於國小學童，預估於民國99年降到2.2顆(如圖3-2)。整體而言，DMFT index的降低，主要在於齲齒數與缺牙數的減少及填補率提升。

- (一)提供5歲以下兒童每年2次免費牙齒塗氟、口腔檢查及衛生教育服務，以降低學前兒童齲齒；全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計2,651所國小約1,791萬名學童參加，學童參與率98.5%，期使學童降低齲齒率及養成良好口腔衛生習慣。
- (二)辦理「96年度身心障礙者口腔預防保健服務計畫」，培訓身心障礙者口腔預防保健144名牙醫師及902名保健人員，並完成機構內身心障礙者潔牙作業手冊製作，建立牙醫師團體、衛生、教育、社政及家長團體之工作網

圖3-1 台灣地區歷年事故傷害死亡率

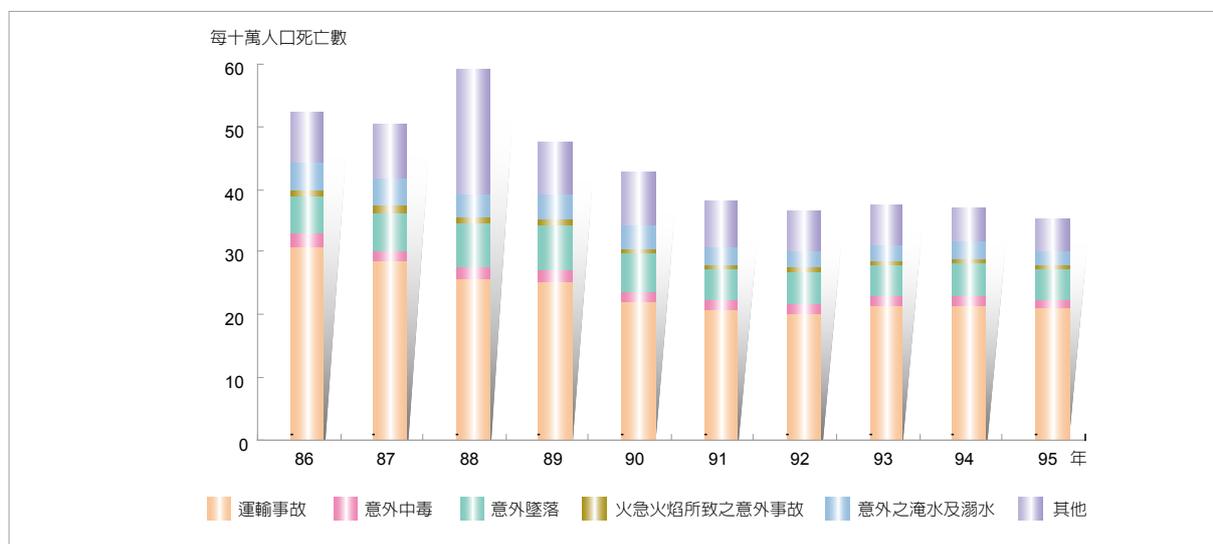


圖3-2 12歲兒童齲蝕指數統計圖

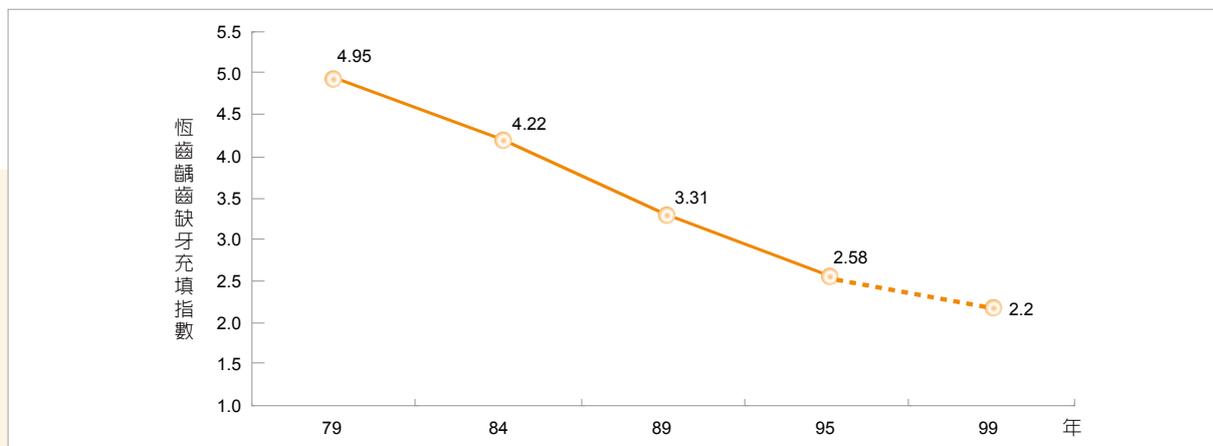


表3-2 歷年學齡前兒童斜弱視及視力篩檢成果統計表

年	篩檢數(人)	初篩異常率(%)	異常個案轉介追蹤率(%)
89	310,078	15.00	94.50
90	314,308	12.30	96.30
91	306,478	12.30	96.31
92	306,395	12.03	98.00
93	281,131	13.12	98.00
94	308,089	12.95	98.00
95	265,699	11.85	99.00
96	344,787	14.50	99.00

絡。辦理身心障礙兒童氟錠防齲計畫，提供400名身心障礙兒童氟錠投予、照護者之氟化物宣導與口腔衛生教育，建置台灣身心障礙兒童氟錠投予之安全模式。另辦理「2007年身心障礙者口腔醫療照護國際研討會」，分享先進國家的經驗，計22位國外專家學者及國內743人參加。

二、視力保健

依據95年度全國調查研究與前4次調查結果比較，國小近視盛行率逐年增加的趨勢已有減緩，惟國內兒童近視平均年齡為8歲，顯示學齡前兒童是防治的對象，其推動成果如下：

(一)成立「視力保健諮詢委員會」，研議學童近視防治策略：將朝學齡前兒童之照護者衛教策略發展，並結合電腦軟硬體業，宣導近視保健。

(二)設置2家社區視力保健中心及9個社區視力保健服務網，提供偏遠及山地地區之視力篩檢服務，及學齡前兒童斜弱視、視力異常個案複檢諮詢等服務外，亦積極結合社區資源，推動眼睛健康促進與照護模式，保障民衆和兒童眼睛之健康。

(三)辦理全國「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢工作計畫」，計篩檢34萬4,787人，初篩異常率14.5%，轉介追蹤矯治率達99%，如表3-2。

三、聽力保健

(一)推動南、北聽力保健資源中心先驅性計畫，協助基層婦產科醫院介入出生新生兒聽力篩檢服務，計有21縣市58家醫療院所參與，篩檢率均達63.01%，轉介率5.92%。

- (二)辦理「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」，受檢兒童計16萬8,795名，複檢率達98%，確診異常者1,068名，占初篩陽性者之21.3%。
- (三)於台東縣辦理「偏遠地區學前兒童聽力語言障礙整合篩檢及追蹤矯治之試辦計畫」，以問卷調查129家幼稚園4,558人，結果顯示疑似有構音或音韻問題之460位個案中，再經語言治療師完整評估需追蹤矯治占81.2%。
- (四)辦理「嬰幼兒聽力篩檢諮詢服務計畫」，設置免費服務專線，平均每月諮詢率223人次；且透過諮詢專線服務，使得諮詢年齡在3歲(含)以下之比率由未設置前之46%提升至81%。
- (五)辦理「南台灣國高中職在學青少年早期噪音聽損盛行率調查」，結果8.4%具有單側或雙側噪音性(高頻)聽損，23.8%具有噪音導致聽閾改變現象，將有助於未來規劃噪音性聽損的衛教和對策。

第三節 青少年保健服務

青少年在身體開始蛻變為成人時，生理及心理亦同時產生微妙的變化，為此，提供青少年性教育、保健門診等服務，透過專業人員關心青少年的健康與成長，實屬重要。

一、開創多元、活潑、生動的性福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96年上網瀏覽約90萬人次，及回覆線上諮詢1,527人次。

二、青少年性與生育保健服務：

- (一)補助14家醫院及張老師基金會8個縣市服務區域辦理「青少年保健門診及青少年健康服務計畫」，提供青少年身心保健問題之診治、轉介、諮詢等服務，共計5,746人次、社區衛教641場次139,864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」，發展具友善(Friendly)、隱密特徵的親善門診，提供各種避孕方法及其家長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，共計門診服務720案，電話服務666案。

三、辦理青少年性教育Flash競賽活動，以「踢爆色情、情慾自主、網路交友」為主題，鼓勵青少年、學校組隊參賽，計有112件參賽，得獎作品6件置於青少年網站供下載使用。辦理「踢爆色情、情慾自主」性教育教材研討會及製作國中、小及高中性教育教材及家長手冊、宣導書籤及培訓性教育老師，供教師教學使用，以建立青少年正確的性觀念。透過衛生局所辦理青少年性教育宣導活動，計2,808場次，46萬3,350人次參加。

四、辦理「生活技能」性教育種子師資培訓，計分2階段舉行，第1階段以提升教師教導學生健康兩性交往所需「生活技能」的教學知能為主，第2階段為完成第1階段後返校教學，分享教學課程及反思，計394人次參訓。

五、辦理「社區藥局推廣青少年性教育諮詢服務網」計畫，結合社區藥局提供有關青少年性健康等相關諮詢服務，150家社區藥局藥師接受「青少年性教育諮詢」培訓；並懸掛「社區藥局青少年性教育諮詢服務」標誌，提供避孕藥、事後避孕丸、RU486等醫師處方藥，及保險套使用等相關性教育之諮詢服務。

六、建置完成青少年性福諮商網站(<http://webcounsel.young.gov.tw>)，提供親善、隱密的青少年性教育及未婚懷孕諮商服務管道，防止再度懷孕發生。

第四節 健康促進學校

賡續與教育部共同推動健康促進學校計畫，計有773所學校加入，其中國小521所、國中214所、高中職38所，各級學校以菸害防制及檳榔危害列為必選議題，並將性教育(含愛滋病防治)、安全教育及急救、用藥安全及藥物濫用防制、健康體位(含健康飲食及健康體能)、視力保健、口腔保健、心理健康促進、傳染病防治、消費者健康等列為自選議題。

- 一、參與學校從94年度之318所、95年度516所、增加至96年度之773所；預定97年度全面推動。
- 二、由59位專家學者成立專業輔導團，輔導25縣市成立在地輔導團，完成輔導手冊編印。辦理示範學校成果發表學術研討會、輔導團共識營兼增能工作坊、縣市健康促進學校行政與資源研討會、示範學校參訪等活動計約1,300人參與。
- 三、辦理健康促進學校校長、教師、校護及衛生人員等訓練，共計3,500多位人員參與推動計畫訓練及700多位教師參與生活技能訓練。
- 四、設置健康促進學校網站，運用網路平台提供教材、資訊及交流的服務，並連結世界衛生組織及世界各國健康促進學校網站，以提供縣市政府及學校最新即時訊息及相關資源。

五、參加加拿大第19屆健康促進國際會議(IUHPE)暨參展健康促進學校推動成效，計40餘國分享經驗。另辦理第1屆健康促進學校磐石獎頒獎典禮，對績優學校、社區及家長頒獎表揚。

六、完成中央及地方教育、衛生單位資源投入分析，各支持系統成效評價，及學校基礎資料建置與推動健康計畫現況分析。

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

預防保健可以早期發現疾病與治療，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，預防保健項目如表3-3。

表3-3 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、實驗室、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 65歲以上者 小兒麻痺且在35歲以上者	每3年1次 每年1次 每年1次	身體檢查、健康諮詢、血液檢查及尿液檢查

民國96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176萬人次，利用率約為96.6%，確保孕婦及胎兒健康。
- 二、補助兒童預防保健服務約134萬人次，利用率約為71.3%，以早期發現異常個案並早期治療。
- 三、約20萬人次接受兒童牙齒塗氟服務及口腔衛生指導，利用率約為10.5%，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178萬人及乳房攝影篩檢14萬人，利用率分別為26.2%及6.3%，以期早期治療，提高存活率。
- 五、早期發現成人及中老年民眾之慢性病相關因子(如高血壓、高血糖、高血脂)，早期治療，約197萬人接受服務，利用率約為40.6%。

第二節 高危險群健康促進

依據公共衛生三段五級預防與健康促進之概念，提供預防保健服務，可以早期發現各種慢性疾病之高危險群，如血脂、血糖、血壓異常及代謝症候群民眾，針對高危險群體推展健康促進計畫，可促進其健康，避免或延緩疾病之發生。

一、早期篩檢、早期發現疾病

- (一)為早期發現糖尿病、高血脂、高血壓及腎功能異常等慢性疾病，以便能早期接受治療，降低疾病之嚴重性及死亡率，免費提供40~64歲民眾3年1次，65歲以上民眾每年1次之成人預防保健服務，民國96年約有175萬人接受服務，而被發現有血壓、血糖及血膽固醇值異常之比率分別為22.5%、7.8%及13.1%。
- (二)繼續推動整合性篩檢服務，計有20縣市辦理，自民國92至96年，參與民眾已高達119萬8千人，且民眾滿意度頗高。

二、代謝症候群

- (一)多元行銷預防代謝症候群：研發預防代謝症候群宣導工具及教材等，辦理宣導標語競賽；透過學校、社區、網際網路及5,103家便利商店等通路，擴大行銷「腰圍不過理想值，預防代謝症候群」。
- (二)辦理代謝症候群防治工作，國高中小校護理人員研習495人參加。

三、糖尿病高危險群

- (一)配合民國96年第1屆聯合國世界糖尿病日，舉辦台北101大樓點燈、園遊會及246健走，發布台灣糖尿病防治宣言，並將成果展現於聯合國及糖尿病國際聯盟全球網站。
- (二)於175個社區、136家醫療院所、454個病友團體等推動糖尿病高危險群健康促進，計51,841人(前期糖尿病患者9,527人)參與，改善飲食、運動或體重者各約2,000人，改善空腹血糖、血膽固醇者各約2,500人，改善血壓3,189人。

四、腎臟病高危險群

於彰化縣、嘉義市、臺南市衛生局辦理基層腎臟疾病個案管理計畫，完成1萬3,431人社區篩檢，結果發現患有慢性腎臟病共計1,744人，納入異常個案管理共計1,591人，個案管理率達91.22%。

五、辦理老人健康促進

- (一)據96年修訂之老人福利法，與內政部會銜於民國96年7月31日頒行「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」。
- (二)辦理老人健康促進之重要議題，包括：戒菸、防跌、慢性病防治、視力保健、大腸直腸癌等防治。辦理健康篩檢計約94萬人次，對於異常個案並予轉介、追

蹤。推展老人防跌與居家安全營造，透過各縣市衛生局、所、社政單位、社區健康營造中心，於75個營造點，辦理老人防跌暨居家環境檢視及改善。中老年視覺問題及眼疾亦隨著高齡化社會之來臨，亦有增加趨勢，為減少視覺問題對生活品質的影響，在老年人防盲方面，推動視力保健及防盲工作，並發展簡易篩檢問卷及工具。

- (三)於彰化縣及台中市試辦以衛生所為基礎，資源整合式之老人健康促進工作模式。另研製「成功老化」學習教材，供民衆參考。

第三節 提升照護水準

一、糖尿病共同照護網

- (一)輔導全國各縣市推動糖尿病共同照護網，計352鄉鎮、1,256家醫療院所（其中基層醫療單位984家）參與。
- (二)提高糖尿病醫事人員素質：制定認證制度，計認證6,913人、師資3,255人；建立認證之「專業知識」課程電腦考試系統。
- (三)廣續於136家糖尿病健康促進機構提升糖尿病照護，參與個案討論會計8,159人次。
- (四)建構全國454個糖尿病友團體網絡，培訓增能種子383人，辦理激勵競賽（健康操、糖化血色素之改善）、優良團體選拔；增能病友11,230人：改善行為如每週自我血糖監測3,793人、運動6,556人、飲食5,345人；糖化血色素 ≤ 7 者3,593人（占32%），較增能前增加612（5.5%）人，糖化血色素 ≥ 9.5 者1,813人（占16%），較增能前減少403人（-3.7%）。

二、心血管疾病照護

- (一)為喚起國內女性對心臟疾病的重視，透

過系列活動，宣導女性心臟病發作時可能會出現的病徵，讓女性平時可做到自我檢查，進而自我發現、及早治療，約計有5,900位民衆參與相關活動。

- (二)建立中風登錄系統，完成中風登錄平台、中風登錄標準流程訂定以及登錄資料品管機制建置等，計35家簽約醫院參與線上登錄，1萬6千多例個案完成登錄。

三、腎臟病人照護

為減緩慢性腎臟疾病(CKD)之病程發展，及協助病患接受透析醫療，建構跨部門、跨專業的照護模式，設置81家腎臟保健機構，新收個案數9,693人、門診追蹤個案數2萬821人，末期腎臟病患接受血液透析、腹膜透析、腎臟移植個案數1,374人，其中接受腹膜透析者達26.6%；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315人，較民國95年增加126人。

四、慢性阻塞性肺病(COPD)病患照護

於2家醫院辦理慢性阻塞性肺病病患健康促進先驅計畫，整合各科專業人員照護模式，透過詳實之評估與個案管理(個案數共267人)，並輔以肺復原治療，有效維持病患肺功能，提升病患生活品質。

第五章 癌症防治

「癌症防治法」在民國92年通過實施後，除依法定期召開中央癌症防治會報及癌症防治政策委員會，進行橫向及縱向業務之協調與溝通，更研擬「國家癌症防治五年計畫」，作為民國94至98年癌症防治工作方針。並依「癌症防治法」之指導和規範，進行對癌症防治整體計畫之管理、蒐集及建置癌症防治相關資料、研擬三段五級預防及提升癌症病人生活品質之策略，以降低癌症發生率和死亡率為目標。癌症標準化死亡率由民國91年每十萬人口死亡數144.2人下降至民國96年的142.6人，降幅1.1%。

第一節 癌症現況

為規劃癌症之防治，於民國68年以行政命令50床以上醫院建立癌症登記系統，要求申報新發癌症個案的流行病學和診斷治療摘要資料，並建立全國癌症病人資料庫，除提供衛生機關做為擬訂癌症防治政策之參考外，亦成為各個學術單位進行癌症描述性流行病學研究、探討危險因子及評估疾病存活情形之重要數據來源。

民國94年計有212家50床以上醫院，申報新發生癌症個案，經比對剔除重複個案後，全國癌症(不含原位癌)新發生個案為6萬8,907人(男性

39,431人、女性29,476人)；男、女性粗發生率分別為每10萬人口341人和263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299人和223人，男女常見十大癌症如表3-4及3-5。

比較近5年(民國90-94年)男女癌症年齡標準化發生率，女性全癌症上升2.1%，其中乳癌上升幅度達22%，另子宮頸侵襲癌大幅下降約31%，顯示子宮頸抹片早期篩檢之成效(如圖3-3)。男性全癌症增加約3.7%，其中口腔癌上升幅度17.9%以上，此與男性吸菸、嚼檳榔等危險因子有關(如圖3-4)。

表3-4 民國94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	7,159	62	55
結腸及直腸	5,497	48	42
肺、支氣管及氣管	5,566	48	41
口腔、口咽及下咽	4,310	37	32
攝護腺	2,704	23	20
胃	2,288	20	17
食道	1,403	12	11
膀胱	1,363	12	10
皮膚	1,139	10	9
鼻咽	1,123	10	8
其他部位	6,879	-	-
總計	39,431	341	299

表3-5 民國94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	6,593	59	49
結腸及直腸	4,107	37	31
肝及肝內膽管	2,757	25	21
肺、支氣管及氣管	2,746	25	21
子宮頸	1,977	18	15
胃	1,292	12	10
甲狀腺	1,146	10	9
皮膚	1,039	9	8
子宮體	987	9	7
卵巢、輸卵管及寬韌帶	894	8	7
其他部位	5,938	-	-
總計	29,476	263	223

圖3-3 民國90-94年女性10大癌症年齡標準化發生率5年變化圖

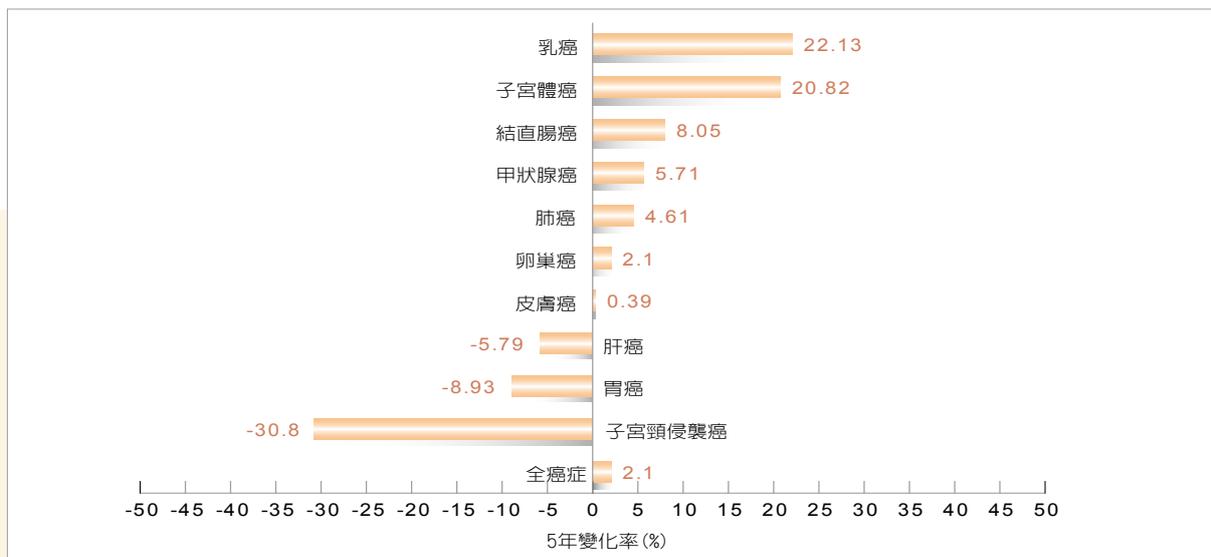
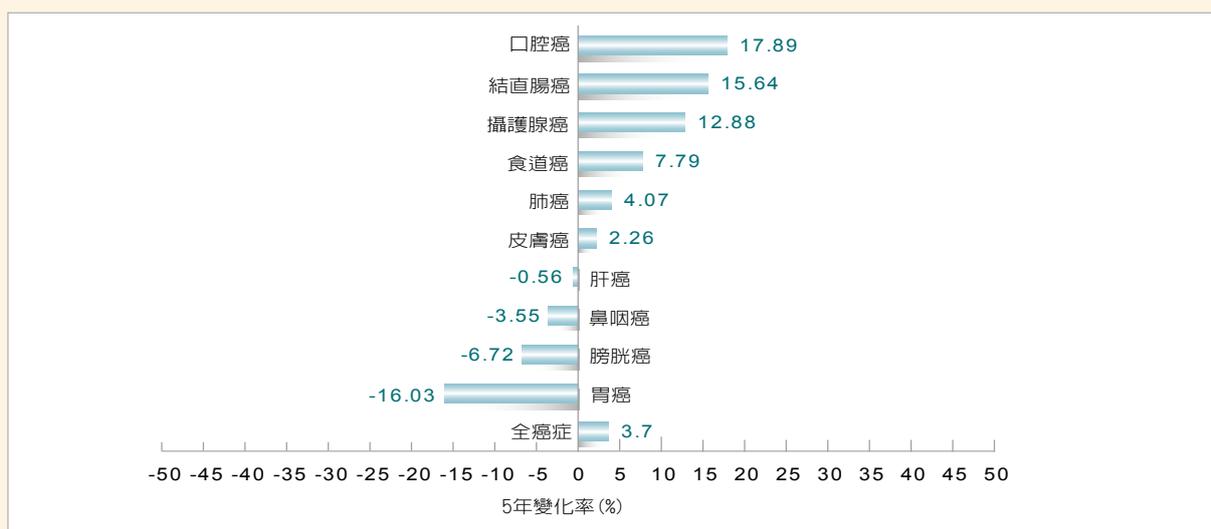


圖3-4 民國90-94年男性10大癌症年齡標準化發生率5年變化圖



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，有效控制吸菸及嚼食檳榔率、減少肥胖人口、推廣疫苗注射以防止B型肝炎感染，是國家防癌計畫的重要環節。

在我國各種重要的癌症中，男性口腔癌過去五年的變化率超過17%，是增加速度最快的癌症，且長期以來標準化發生率和死亡率皆持續上升(如圖3-5)，故檳榔健康危害防制工作亦是癌症初段預防的焦點策略。

為防止檳榔所導致各層面之危害，行政院9大部會於民國86年曾共同執行「檳榔問題管理方案」，大幅提升了檳榔議題之重視以及民衆對檳榔危害健康問題之了解；過去10年間，相關工作已逐步進入學校、軍隊、職場及社區等場域。目前，已有超過700餘所健康促進學校將不嚼檳榔的生活技能融入教學，且軍中已整體營造無檳榔支持環境，而在社區中，除結合民間單位一起加入宣導不嚼檳榔之文化觀，辦理競賽活動協助民衆戒檳榔外，並辦理戒檳榔競賽活動，其成功率約達8%。這近3年來，更持續深入約20餘個高嚼檳榔之鄉鎮宣導。

由於近年對檳榔議題之投入，使得嚼食率呈現下降(如表3-6)。為使此項經驗與成果能延續，已研擬「檳榔健康危害防制暨口腔癌防治五年計畫」，作為未來檳榔健康危害防制之方針。

第三節 早期發現癌症

子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌是可以經由早期發現、早期治療且治癒率高的癌症，故推動上述癌症篩檢，以期早期發現、早期治療，提高存活率。

一、30歲以上婦女子宮頸癌篩檢：

(一)為提供民眾可近性之篩檢服務，除由特約醫療院所提供篩檢服務之外，地方衛生局(所)亦會結合社區集會活動，以設站

方式提供篩檢服務，另，輔導醫院建置門診主動提示系統，主動提醒3年以上尚未做抹片之婦女，以提高篩檢率。我國自民國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，截至民國96年底，30-69歲婦女3年內曾接受抹片篩檢人數約333萬人，篩檢率為55%。

(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 $23.7/10^5$ ，下降至民國94年的 $15/10^5$ ；子宮頸癌標準化死亡率由民國84年的 $10.9/10^5$ ，下降至民國96年的 $5.8/10^5$ (以西元2000年世界標準人口年齡結構為基準)，如圖3-6。

圖3-5 民國83-96年口腔癌標準化死亡率及發生率之長期趨勢圖

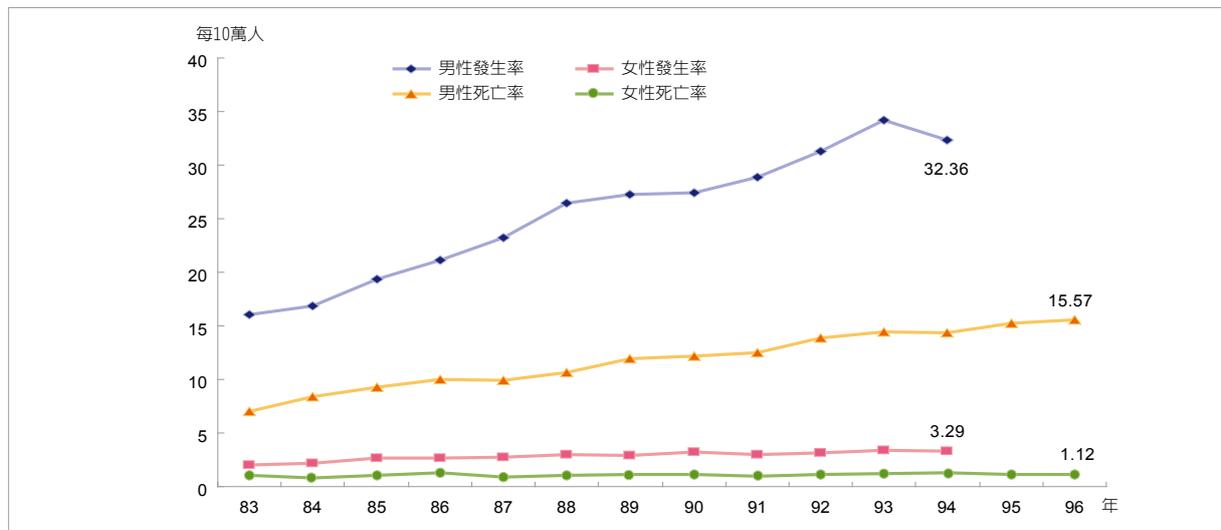


表3-6 台灣成人嚼檳榔率統計表

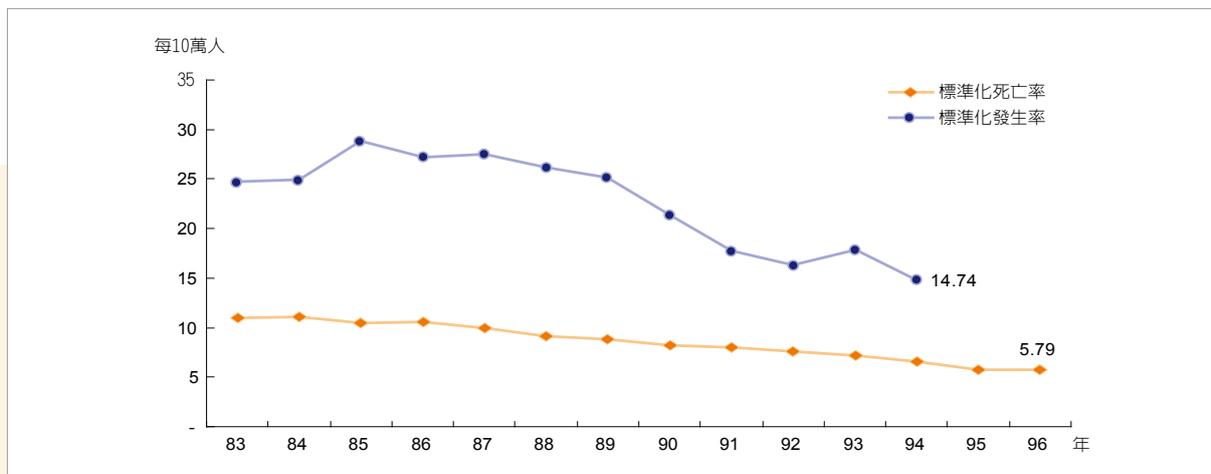
單位：%

	85年 ¹	88年 ²	91年 ³	94年 ⁴	96年 ⁵
調查方法	面訪	電訪	面訪	面訪	電訪
男性	—	17.7	17.5	16	17
女性	—	1.0	1.2	1	—
總計	10.9	9.0	9.4	8.5	—

備註：資料來自

- 1.李蘭等，台灣地區青少年與成年人有關嚼檳榔之認知與行為調查，1996。
- 2.李蘭等，民國88年台灣地區成人之嚼食檳榔行為調查，1999。
- 3.國民健康局，91年國民健康調查，2002。
- 4.國民健康局，94年國民健康訪問調查，2005。
- 5.國民健康局，台灣健康行為危險因子、成人吸菸行為電話調查，2007。

圖3-6 子宮頸侵襲癌年齡別標準化發生率及標準化死亡率統計圖



二、50-69歲婦女乳癌篩檢

國民健康局於民國91年7月至93年6月試辦50-69歲婦女乳癌兩階段篩檢，預防保健自民國93年7月開始提供50-69歲婦女每2年1次乳房攝影篩檢，截至民國96年底，2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數近23.6萬人，篩檢率為10.3%。

三、50-69歲民眾結直腸癌篩檢

自民國93年開始推廣50-69歲民眾每1~2年接受糞便潛血篩檢，截至民國96年底，2年內曾接受糞便潛血篩檢人數約為48萬人，篩檢率為11.2%。

四、吸菸或嚼檳榔等高危險群之口腔癌篩檢

自民國88年起，辦理吸菸或嚼檳榔等高危險群之口腔癌篩檢，民國96年吸菸或嚼檳榔民眾接受口腔癌篩檢人數近37萬人。

第四節 提升癌症診療照護品質

為提升國內癌症診療品質，依據癌症防治法第15條訂定「癌症診療品質保證措施準則」，於民國94年3月10日公布實施；民國96年計補助21家醫院辦理「癌症防治中心－全面提升癌症診療品質計畫」，除已建立的子宮頸癌、乳癌、肺癌、大腸直腸癌、口腔癌、肝癌等之核心測量指標外，並委託發展消化系統及泌尿系統之癌症核

心測量指標，作為未來提供醫院據以定期監測並與其他醫院作橫向比較。另為建立癌症診療品質認證，委託國家衛生研究院辦理10家醫院試評，並依試評結果修訂認證基準，並於民國96年10月4日公告。

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96年計提供6萬人次的直接服務。此外，亦辦理教育訓練以提升專業人員和志工的服務知能。辦理第2屆全球華人乳癌病友組織聯盟大會，共有海外20個華人乳癌病友組織及15個國內乳癌病友組織參加，促進國外團體對台灣國民健康政策與全民健康保險成效的瞭解，提升台灣國際形象。

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，目前分別有34家與59家醫院提供住院和居家服務。惟民國93年癌症病人死亡前一年曾接受健保安寧療護的個案僅占15.4%；為此，96年度持續補助38家醫院推動安寧共同照護，由安寧照護團隊至非安寧病房提供癌末病人安寧療護服務，約服務9,000名癌症病

人，占癌症死亡數23%；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年並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96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吸菸比率顯示，民國93年之42.78%、4.54%；民國95年之39.51%、4.12%，至民國96年之38.90%、5.09%，男性吸菸率有下降的趨勢。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。

第一節 無菸環境

為維護民衆的健康，避免遭受二手菸之危害，推動無菸環境之理念，分別自餐廳、學校、職場與軍隊辦理營造無菸環境之相關工作：

- 一、推動餐廳業者營造無菸環境，各縣市有8,281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773所高中職以下學校成為健康促進學校(較民國93年318所學校增加143%)，並有38家大專院校參與推動無菸校園。
- 三、結合專業輔導團隊推動職場菸害防制，民國96年共實地輔導224家職場建立無菸或限菸政策，建立無菸的職場環境。進行全國職場菸害調查，結果顯示職場員工吸菸率為21%(較民國95年下降1.8%)，室內工作場所二手菸暴露率為25.9%(較民國95年下降3.5%)。
- 四、為降低國軍的吸菸率，並營造無菸招持環境，與國防部合作，透過各軍司令部訂定國軍菸害防制政策、落實部隊主動介入戒菸治療模式及辦理菸害防制研究與監測等菸害防

制相關工作。

- 五、響應民國96年世界無菸日「無菸環境」主題，邀請國內學生與藝術家參與無菸藝術品創作，並辦理系列宣導活動，首座大型無菸藝術品並於台鐵板橋站長期展出；另，辦理「縣市公務機關與議會禁菸調查」，呼籲政府機關及公營事業機構率先落實菸害防制法新規定。
- 六、透過多元媒體通路，辦理「室內公共場所及工作場所全面禁菸」教育宣導，宣導期後調查發現受訪者知道室內公共場所大眾運輸工具、3人以上室內工作場所禁菸規定及孕婦及18歲以下者不能吸菸之比例均增加。
- 七、與國立科學工藝博物館辦理「青春氧樂園-無菸，少年行!」菸害防制大型巡迴展覽，自民國95年6月至96年4月分別於高雄、台北及台中展出233天，計有25萬4,993人次參觀，另移至澎湖及金門延伸展出，計有1萬3,244人次參觀。

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，應將協助吸菸者戒菸納入國家菸害防制工作。我國的吸菸者可經由門診戒菸治療、免費電話戒菸諮詢及戒菸班等管道獲得戒菸的協助。

- 一、門診戒菸醫療服務：目前提供門診藥物戒菸診療服務之合約醫療院所所有2,259家，分布於357個鄉鎮市區(97%)；自開辦至民國96年底，接受戒菸服務之個案數為86萬196人次，6個月戒菸成功率約為21.4%左右。
- 二、戒菸專線服務：自民國92年開始辦理「戒菸專線諮詢服務計畫」，透過電話的便利性、隱密性，結合專業心理諮詢，提供免付費的電話戒菸諮詢服務(0800-636363)。迄民國96年底，已提供26萬3,476人次之電話服務。

第三節 菸害防制法之修法與落實

依據「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7月11日經總統公布，民國98年1月11日正式施行，為保障我國國民的健康與推動菸害防制工作邁進一大步。

為落實菸害防制法相關規定，辦理多項重要工作計畫，包括：「菸害防制法稽查處分通報及個案管理資訊系統」，協助中央及地方衛生主管機關即時掌握菸害防制法執法稽查之現況，民國96年全國總稽查數60萬4,297次，取締1萬1,430件；「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；並接受民眾菸害申訴與諮詢，計接獲民眾之菸害檢舉案件達450件；辦理「菸害防制法執法成效調查」，發現平均合格率為88.9%；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93至97年度，委請中央研究院針對0-3歲、4-6歲、19-30歲、31-44歲、45-64歲及65歲以上等6個年齡層之國民進行「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，正式進行家戶訪視及體檢調查。

將「台灣國民營養健康狀況變遷調查(1997-2002)--國小學童國民營養健康狀況變遷調查(2001-2002)」成果發表於國際期刊；並將歷次營養調查結果置於衛生署網站供各界查詢查詢。

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。

自民國80年開始，委託財團法人食品工業發展研究所進行台灣地區食品成分分析6年計畫，逐步建立各類食品之營養成分資料庫，以做為營養標示之先期作業。另為使營養標示制度可逐步落實，於92至97年度委託食品工業發展研究所執行技術輔導國內市售包裝食品業者執行營養標示計畫。

基於業者主動標示及漸進推展營養標示制度之原則，公告「市售包裝食品營養標示規範」，自民國91年1月起，凡標示有營養宣稱之市售包裝食品，必須提供營養標示。自民國92年1月起，針對飲料類及乳品類，實施營養標示制度；民國93年1月起，油脂及冰品類，實施營養標示之產品。民國94年1月起，烘焙、穀類實施營養標示制度。民國96年1月起，脫水及醃漬食品實施營養標示制度；民國97年1月起，冷凍食品、食用調味料類食品及其他完整包裝之食品，均必須提供營養標示。民國96年公告「修正市售包裝食品營養標示規範部分規定」，自民國97年1月起，市售包裝食品營養標示需於脂肪項下加標飽和脂肪及反式脂肪含量。

第八章 衛生教育

為導正國民生活型態，衛生署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，以清晰、生動、活潑之宣導手法，有系統地提供民眾正確的保健訊息，就是希望國民能在日常生活中，養成健康的行為，並透過家庭、學校及社會的力量，為每一個獨特生命的健康幸福，奠定良好的基礎。民國96年之重要成果如下：

- 一、訂定衛生教育主軸，整合用藥安全(含中藥安全及藥物濫用)、健康體位(含代謝症候群)、愛滋及結核病防治、提升國內器官捐贈、自殺防治、珍惜健保資源，落實正確就醫等重要健康議題，以整合行銷之方式推動，提高民眾自主健康管理。
- 二、為推廣「厝邊好醫師，社區好醫院」及建立民眾自我健康照顧的觀念，特出版「健康達人125—民眾自我照護手冊」，使民眾在遇到疾病前兆時，能先行參考手冊內容自我照護，或配合醫師診治之醫囑自我照護，改變過去以疾病治療、醫護人員為中心的照顧模式。
- 三、建立跨部會合作機制，如積極與教育部合作，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，營造健康促進學校之資源平台。
- 四、為整合衛生署衛生教育資源，採公平、公正、公開的徵求方式，辦理「媒體通路集中採購」，設計整體識別系統，以建立整體之形象；建置多樣性的宣導通路平台，提升民眾對衛生議題的認知度；並透過集中採購媒體通路，提升宣導效益，提供多元的服務。
- 五、配合重大節日及世界衛生組織之主題，如：婦女節、母親節、父親節、3月24日世界結核病日、5月7日世界氣喘日、6月腎臟保健宣導月、9月心臟血管保健宣導月、11月12日世界骨質疏鬆日、11月14日世界糖尿病日及12月1

日世界愛滋病等，辦理系列之衛教宣導活動。

- 六、建置「健康九九」衛生教育資源網站，目前，線上共有1,119件衛生教育教材或宣導品，可供民眾瀏覽、下載或索取。
- 七、辦理「健康好書 閱讀健康」活動，針對兒童及青少年健康、婦女健康、中老年健康、飲食與運動、心理健康、癌症防治與菸害防制等6大主題，選出106件健康好書，並經由縣市圖書館、各級學校、衛生局等通路，提供民眾選購與閱讀之參考，以掌握健康資訊，閱讀健康好書。
- 八、建置疫Q遊教館，除固定之常設展外，並配合年度防治宣導重點，進行館內展示(包括：展示創意衛教宣導品得獎作品、新興疫病防治主題展及流感主題展)，另藉由兼具趣味及互動式之衛教宣導品展，以增加展館豐富性，全年參觀人數3,269人。
- 九、與教育部之「台灣科學教育館」合作，設置疫病展示區，提供參觀民眾及各級學校戶外教學之用，全年參觀人數有60萬9,857人；並辦理3次疾病防治活動營隊，培育防疫小尖兵。另與該部之「高雄科學工藝博物館」合作，進行禽流感相關宣導展示，將疫病預防方法深植民眾日常生活中。
- 十、製作各類衛生服務議題之文宣品，如癌症、糖尿病、高血壓、高血脂、愛滋病、腸病毒、用藥安全、食品安全、食品營養標示……等衛教書籍、手冊及單張，提供民眾自學、醫護衛教人員執行教學及衛生教育宣導時使用。
- 十一、為確保網路醫療健康資訊內容之可靠性、正確性，建立優良健康資訊網站入口網，引導民眾點閱正確的健康資訊；並建立健康資訊網站品質基準及優良健康資訊網站案例庫，提供健康資訊網站經營者及民眾選取健康資訊網站之參考。



第四篇

疫病防治

第一章 傳染病防治法規及架構

第二章 重要傳染病防治

第三章 新興傳染病防治

第四章 防疫整備及感染控制

第五章 預防接種

第四篇 | 疫病防治

全球在歷經生物恐怖攻擊及新興傳染病入侵的威脅，使得傳染病防治的重要性更為世人所重視。因此，疫病防治除需持續辦理疫情監視及調查、境外檢疫及防疫、防疫整備、感染控制、研究檢驗、疫苗的研發及預防接種工作外，亦需配合世界潮流加速修正國內相關法規，設立「國家衛生指揮中心」統一疫病防治指揮系統，期望透過完善的軟硬體設施及設備，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」及「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，以完善、適切地規範人民在傳染病防治之義務及權利，並讓相關工作人員於執行防疫工作時有所依據。傳染病防治工作之推動，係由中央負責傳染病防治策略與計畫訂定及督導地方衛生機構執行，地方則依據中央訂定策略與計畫，擬定執行計畫，並執行各項傳染病防治工作。

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，後者旨在因應後天免疫缺乏症候群之疫情變化需求，並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。此兩法規於民國96年皆有重大修正，有20餘項相關法規命令配合修訂，希望能同時達到保障個人

權益與維護社會安全的目的，並期與國際接軌。

一、傳染病防治法

民國96年6月15日「國際衛生條例(IHR2005)」正式生效施行，我國「傳染病防治法」修正案亦於同年7月18日配合修正公布，為我國傳染病防治政策與國際社會接軌開創新頁。本次修正之重要內容包括：（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

原名「後天免疫缺乏症候群防治條例」之修正法案，於民國96年7月11日修正公布，並為強化對感染者權益保障及權益損害協調機制，爰將現行條例名稱修正為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」。修正重點在於加強愛滋病患之人權保障，包括：（一）在感染者之人格與合法權益應受尊重及保障方面，此次明文增列感染者之安養、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) 醫事機構不得拒絕提供服務；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) 增加執行愛滋減害計畫、實施高危險群之教育講習與強制檢驗增訂的法源依據。條例中明訂因參與減害計畫而提供及接受清潔針具和替代療法者，不負刑事責任。(五) 相關人員如不幸於執行相關職務時感染人類免疫缺乏病毒，則由其服務機關(構) 給予合理補償，以保障其權益。惟為避免個案標準不一而衍生爭議，條例中亦授權由中央主管機關獎勵並統一訂定補償辦法，期使提供感染者服務工作或執行相關工作者能受到鼓勵並且無後顧之憂。

第二節 傳染病防治架構

一、防疫架構

依傳染病防治法規定，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、指揮、輔導及考核縣市衛生單位執行各項傳染病防治工作，而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，辦理各項傳染病防治工作。

二、檢驗架構

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、檢驗標準之訂定及檢驗認證等。另為因應各類傳染病之檢驗需求，與國內各醫學中心、教學醫院合作設置13家病毒合約實驗室及9家結核病合約實驗室。此外，為提升國內整體檢驗能力及品質，每年皆針對國內各醫療院所及合約實驗室進行檢驗品質監控計畫，並為確保地方衛生單位傳染病檢體採檢

送驗品質、時效及安全，訂定「全國傳染病檢體採檢送驗品質管理計畫」，供各縣市衛生局據以訂定執行計畫。同時亦辦理國內生物醫學實驗室之病毒性肝炎、結核菌藥物敏感性試驗、人類免疫缺乏病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)篩檢、HIV-1 RNA-PCR 核酸正確性測試、HIV-1西方墨點法確認等檢驗之能力試驗，以確保檢驗品質。

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，成立國家衛生指揮中心(NHCC)，並於民國94年1月18日正式運作。

NHCC的指揮體系係參考美國緊急應變通用的指揮架構為基礎，再整合國內自行建立的疫情應變指揮標準作業流程。除總指揮中心外，北(南港)、中(台中)、南(台南)、東(花蓮)、高屏(高雄)及台灣桃園國際機場等地區皆設有分區指揮中心。NHCC可作為跨部會的資訊交流平台，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。

民國96年6月15日世界衛生組織正式施行國際衛生條例(IHR 2005)，為統一國際組織聯絡窗口，亦將與世界各國聯絡之窗口設於NHCC，以利重要疫情及公共衛生緊急事件之通報及快速應變。

第二章 重要傳染病防治

傳染病防治在環境衛生條件改善、疫苗廣泛接種、生活水準提升，及防疫工作的推動下，已有大幅的進步。近幾年來，已陸續根除天花、狂犬病、瘧疾、小兒麻痺等疫病，惟面對國際交流

之日趨頻繁，新興及再浮現疫病的威脅日增，傳染病防治工作又再度面臨嚴峻的考驗。以下各節將就國內防疫體系如何針對重要傳染病防治作一說明。

第一節 疫情監視與調查

疾病監視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96年台灣地區法定傳染病病例分布如表4-1、表4-2。有關疫情監視與調查之情況如下：

一、多元化傳染病監測體系

建構定點監視網絡，包含定點醫師、學校、人口密集機構等監視系統，其建置目的為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：自民國79年開始運作，該系統之監測結果可提供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重要參考。至民國96年底，自願參與通報的定點醫師數654位〈診所醫師數526位；醫院醫師數128位〉，地域涵蓋範圍約為全國鄉鎮市區之70%，所監測疾病包含類流感、腸病毒與腹瀉等。每週蒐集監測資料，研判分析全台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)學校傳染病監視系統：自民國90年設立，至民國96年底共有454所小學參與(約占全國國小總數的17%)，地域涵蓋範圍約為全國鄉鎮市區之87%。參加對象包括國小一至六年級(包含附設幼稚園)，監測疾病含類流感、水痘、腮腺炎、手足口病或疱疹性咽峽炎、腹瀉、發燒、法定傳染病等。每週蒐集各學校學童生病資料，研判分析全台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視系統：係監視人口密集機構之呼吸道及腸道傳染病群聚事件，如老人安養、養護、長期照護機構、老人公寓、身心障礙福利機構、兒童、少年安置及教養機構、榮民之家、矯正機關、護理之家、康復之家等機構內之住民及工作人員；至民國96年底，參與通報之機構有1,852家；監測項目含呼吸道傳染病、腸道傳染病、群聚事件等。每週蒐集各機構確認及通報資料分析，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)為整合各項通報系統並強化系統之功能，於民國96年推動「傳染病通報系統四期建置」，及「傳染病通報系統與結核病通報系統整併案」，以達到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，包含新感染症症候群監視、新興傳染病住院日誌管理、疫情處理地理資訊、傳染病個案通報、定點醫師通報、人口密集機構傳染病監視通報及學校監視通報等資訊系統之整合性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

疾病管制局建構之傳染病疫情調查資訊系統，除可立即進行法定傳染病之疫情調查，亦可

表4-1 民國96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	34	15	19
	登革熱	2,179	2,000	179
	流行性腦脊髓膜炎	20	20	0
	副傷寒	6	2	4
	小兒麻痺	0	0	0
	急性無力肢體麻痺	51	51	0
	桿菌性痢疾	246	201	45
	阿米巴性痢疾	145	83	62
	瘧疾	13	0	13
	麻疹	10	0	10
	急性病毒性 A 型肝炎	203	180	23
	腸道出血性大腸桿菌感染症	0	0	0
	漢他病毒出血熱	1	0	1
	漢他病毒肺炎症候群	0	0	0
	霍亂	0	0	0
	德國麻疹	54	51	3
	屈公病	2	0	2
	西尼羅熱	0	0	0
	流行性斑疹傷寒	0	0	0
第三類	百日咳	41	41	0
	破傷風	-	-	-
	日本腦炎	37	37	0
	先天性德國麻疹症候群	1	0	1
	急性病毒性 B 型肝炎	202	196	6
	急性病毒性 C 型肝炎	153	153	0
	急性病毒性 D 型肝炎	1	1	0
	急性病毒性 E 型肝炎	12	6	6
	急性病毒性肝炎未定型	10	10	0
	腮腺炎	-	-	-
	退伍軍人病	56	53	3
	侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症	16	16	0
	新生兒破傷風	0	0	0
	腸病毒感染併發重症	12	11	1
第四類	疹性 B 病毒感染症	0	0	0
	鉤端螺旋體病	10	10	0
	類鼻疽	4	4	0
	肉毒桿菌中毒	4	4	0
	侵襲性肺炎鏈球菌感染症	169	169	0
	Q 熱	17	17	0
	地方性斑疹傷寒	6	6	0
	萊姆病	1	0	1
	兔熱病	0	0	0
	恙蟲病	510	505	5
	水痘	-	-	-
	貓抓病	1	1	0
	弓形蟲感染症	2	2	0
	流感併發重症	26	25	1
第五類	庫賈氏病	0	0	0
	裂谷熱	0	0	0
	馬堡病毒出血熱	0	0	0
	黃熱病	0	0	0
	伊波拉病毒出血熱	0	0	0
	拉薩熱	0	0	0

備註

- 1：依據民國96年10月9日公告「傳染病防治法」法定傳染病依其致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低分為五類。
- 2：資料時間及型態：自民國96年1月1日至12月31日止，以發病年作為分析基準。
- 3：「-」表示無經採檢檢驗確認之病例。

表4-2 民國96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
第三類	痰塗片陽性結核病	5,734
	其他結核病	8,746
	癩病	12
	梅毒	5,798
	淋病	1,442
其他	後天免疫缺乏症候群	1,061
	HIV感染	1,935

註：資料時間及型態：自民國96年1月1日至12月31日止，癩病、HIV感染及後天免疫缺乏症候群係以診斷年、結核病係以通報建檔日，作為分析基準。

依情境或疾病別產生模組化問卷，以協助其進行各項疫情調查資料之收集、維護與查詢。同時，亦便於防疫人員透過統一標準化之各類疫調問卷，進行傳染病分析，如：流行曲線分析、人口學分析、危險性分析等橫向或縱向之分析作業，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」，藉由培育應用流行病學人才，協助疾病管制局於有效時間內快速控制突發之疫情，並將實務所獲取之資料，經由統計分析，提供施政單位參考。FETP於民國96年共進行16件突發及不明原因之疫病群聚事件調查，包括桿菌性痢疾3件、肺結核2件、諾羅病毒2件、外勞德國麻疹2件、及流感、沙波病毒、克沙奇病毒、外勞水痘、腸病毒、肺炎、不明原因嬰幼兒猝死案件等各1件。

為偵測新興及再浮現傳染病，疾病管制局「痾難疫病調查中心」特結合國內衛生行政體系、醫療體系、學術研究體系等資源，邀集感染症、流行病學、病理解剖及毒物學等專家學者，針對疑似傳染病不明原因死亡及猝死案件，進行調查與分析，積極推動傳染病病理解剖以釐清致病因，儘早採行防疫措施，阻斷可能之傳播途

徑，期能藉此增加對於特殊致病原之瞭解與防範，俾有效且及時控制疫情，降低社會大眾之恐懼並避免後續危害之產生。

第二節 呼吸道傳染病

一、結核病

結核病在全球每年已造成900萬人感染、200萬人死亡，台灣於民國94至96年結核病之確定病例個案數分別為1萬6,472、1萬5,378、1萬4,480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，疾病管制局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等，給予病人完善的醫療照護。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96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、個案復發的機率、預防多重抗藥結核；將具傳染性之痰陽性病人，納入都治關懷之計畫，全國涵蓋率達92.6%。

- (二)自5月1日「多重抗藥性結核病醫療照護體系」開始運作，包括萬芳醫院、署立桃園醫院、署立台中醫院、署立胸腔病院、防癆協會等5個團隊，截至12月底止，已收治198名個案，透過集中收治及進階都治計畫提升抗藥性結核病個案治療成功率。
- (三)主動積極發現個案，進行全國各地胸部X光車巡檢，共計15萬2,617人次。為更有效在社區及山地鄉發現結核病個案，購置4輛數位X光車，於7月開始執行巡迴篩檢，同時加強接觸者檢查工作。
- (四)於9月1日公告實施「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，阻斷結核病傳染之機會及提升國家國際形象。
- (五)補助原住民、山地鄉結核病住院治療計481人次、1萬3,211天；慢性傳染性肺結核住院治療計56人次、6,664天，提供個案就醫方便性及降低就醫經濟障礙。
- (六)民國96年疫情持續下降，確定病例數較民國95年下降6%。

二、流行性腦脊髓膜炎

民國96年流行性腦脊髓膜炎共通報36例，其中20例為確定病例，3例死亡，致死率15%。確定病例中，以B型占80%、C型占5%。

第三節 腸道傳染病

一、腸病毒

運用傳染病通報管理系統、定點醫師系統及病毒性感染症合約實驗室監視系統，嚴密監視腸病毒疫情。民國96年腸病毒重症確定病例計有12

例，死亡3例，致死率25%。

定期公布腸病毒最新疫情及「台灣地區檢出腸病毒71型及腸病毒重症病例之鄉鎮分布表」，供各縣市辦理防治及腸病毒停課作業時參考。

為充實防治知能，完成修訂「腸病毒群防治工作手冊」、「托兒所、幼稚園及國民小學教(保)育人員腸病毒防治手冊」及「腸病毒感染併發重症臨床處理注意事項」等防治衛教參考材料。委託縣市衛生局辦理「加強社區腸病毒防治計畫」，培訓在地化衛教種子人才，深耕社區衛教，降低腸病毒感染機會，進而避免後遺症或死亡個案的發生。

邀集專家擔任臨床醫療諮詢委員，協助疑似重症病例之審查，建立醫療處理原則，提供臨床醫療與政策制定之參考，以達降低重症致死率之目標。修訂「疑似腸病毒重症轉診醫院建議名單」，使醫療院所轉診時有更充分適切之選擇與參考，降低腸病毒感染併發重症患者致死率及後遺症的發生。

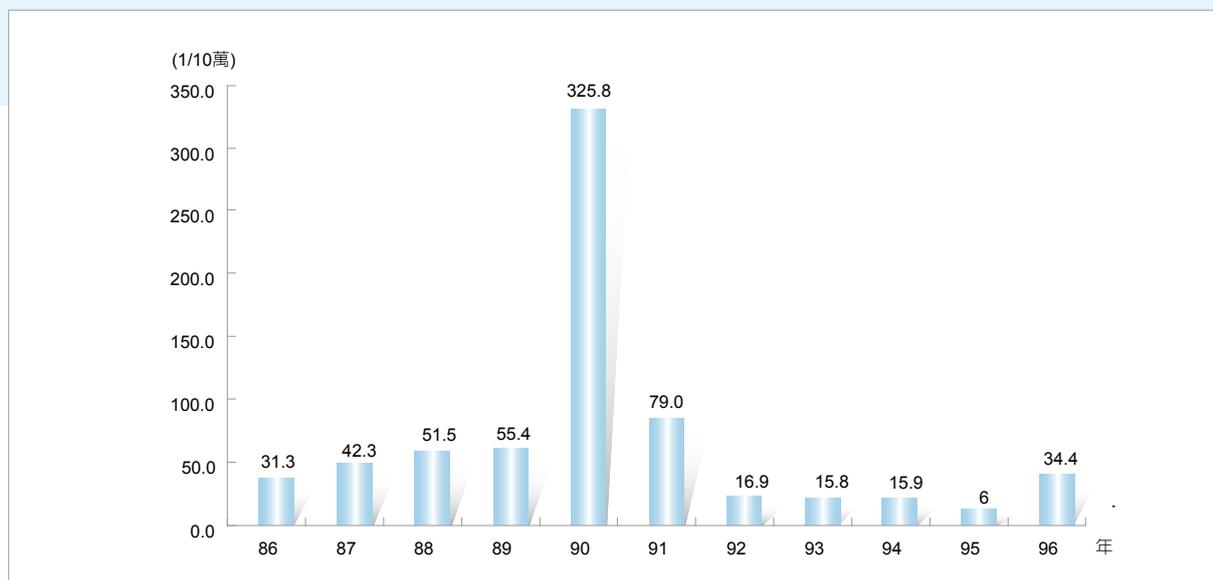
二、桿菌性痢疾

民國96年桿菌性痢疾總病例數共246例(含本土病例201例、境外移入45例)，其中山地鄉計88例，占全國本土桿菌性痢疾總病數44%，發生率為34.4人/10萬人口，其中南投縣信義鄉及仁愛鄉86例，花蓮縣卓溪鄉2例。整體山地鄉自民國86年至96年之發生率如圖4-1所示。

三、A型肝炎

民國96年病毒性A型肝炎共203例(含本土病例180例、境外移入23例)。持續對30個偏遠地區山地鄉，出生滿2歲至國小6年級孩童，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型肝炎發生率大幅下降，從民國

圖4-1 民國86年至96年山地鄉桿菌性痢疾發生率



84年之10萬分之90.7(確定病例183例)，降至民國96年之0.5(確定病例1例)，顯示實施成效良好。

第四節 病媒傳染病

一、登革熱

民國96年登革熱確定病例計2,179例，其中境外移入179例，本土確定病例2,000例(其中登革出血熱11例)，歷年之本土登革熱確定病例數如圖4-2。近年來，由於東南亞國家登革熱疫情亦較往年嚴峻，加強監測其流行疫情以防範境外移入病例亦為重要工作，民國96年各國登革熱病例總數及病毒分型統計如表4-3。

依據「96-99年度登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫」辦理登革熱相關工作，包括：

- (一)建立組織動員機制，召開衛生環保單位聯繫會議，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，補助登革熱高危險區縣市民間團體辦理滅蚊社區營造工作，全面清除孳生源。加強衛教宣導，製作宣導材料，經由各種通路，使民眾獲得正確之登革熱

防治知識。

- (二)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，包括登革熱防治、病媒蚊調查及緊急噴藥。
- (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。督導地方政府針對疑似病例辦理疫情調查、緊急噴藥、孳生源清除及加強衛教宣導工作，並加強東南亞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。
- (四)因應台南市辦理全國運動會，於10月16日至25日進駐41位「現場防疫官」，負責比賽場館及選手村之登革熱防治工作，於全運會結束後，未發現有疑似感染登革熱者。

二、日本腦炎

日本腦炎仍為台灣地方性疾病，流行期為5至10月，流行高峰為6至7月。民國96年共有37名確定病例。病例年齡分布，最大為83歲，最小為6個月，平均年齡為45.1歲。

圖4-2 歷年本土登革熱確定病例數統計圖

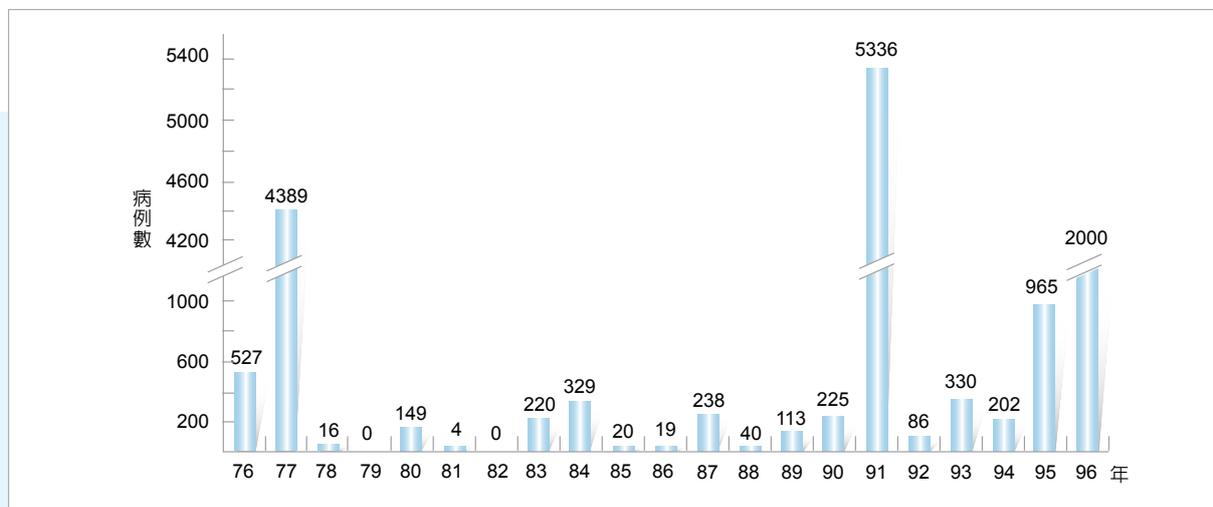


表4-3 民國96年登革熱病毒分型-國家別統計表

感染地區	病例總數	病毒型別				
		DN-1	DN-2	DN-3	DN-4	未分型
越南	55	18	10	2	0	25
印尼	48	8	10	8	2	20
菲律賓	22	3	6	7	1	5
柬埔寨	12	2	1	1	0	8
中國大陸	9	6	0	0	0	3
泰國	9	4	0	0	2	3
緬甸	8	1	0	2	0	5
馬來西亞	8	3	3	1	0	1
新加坡	3	0	3	0	0	0
索羅門群島	2	0	0	0	1	1
孟加拉	1	0	0	1	0	0
印度	1	0	0		0	1
寮國	1	0	0	0	0	1
台灣	2,000	1,104	76	0	0	820
總計	2,179	1,149	109	22	6	893

三、瘧疾

為保持瘧疾根除40年成果，持續辦理瘧疾疫情監測，對於境外移入病例，加強防治工作，避免疫情發生，另亦加強衛生教育宣導，提醒國人出國旅行時，防範病媒蚊叮咬。民國96年確定病例為13例均屬境外移入。

第五節 血液傳染病

一、愛滋病

(一)至民國96年底累計發現1萬5,651例(含外籍640例)感染者，其中本國籍個案中累計有4,250例發病，其中1,870例死亡。

(二)自民國95年開始推動全方位整合之減害計畫(Harm Reduction Program)，目的是希望降低毒品對個人、家庭、社會的傷害。其主要措施包括：1.擴大藥癮者HIV篩檢監測，以便早期發現個案，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詢，以防止因使用毒品而感染B、C型肝炎及愛滋病毒；3.辦理替代治療，使一個無法戒毒的人，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。

(三)因應藥癮者感染愛滋之疫情攀升，於民國94年12月起辦理「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，實施清潔針具計畫及替代治療；於民國95年7月擴大實施，截至民國96年底，全國共有67家醫療院所提供替代治療服務，累計治療人數達1萬7,821人，其中5間署立療養院及22家署立醫院累計治療人數達4,027人；並設置1,137處清潔針具衛教諮詢服務站，參與計畫的藥癮者超過50萬人次；針具回收率也從初期不到10%逐步提升至目前的56%。

(四)國內愛滋病毒新增感染個案，從民國94年之3,403人下降至民國96年之1,935人，這是台灣自從1981年發現愛滋病例以來，首次且連續2年出現感染人數下降趨勢。

(五)配合全國性減刑，辦理衛教諮詢專案，計157場次，受益人數達1萬5,000人以上，並針對出監受刑人及其家屬，加強減害及愛滋防治宣導；且於全國41家矯正機關設置「衛教諮詢服務站」，發出1萬1,143份「出獄錦囊包」。自民國96年

7月16日至12月底止，更生人參與替代治療者計有1,320人，並有538名愛滋感染更生人進行追蹤列管，追蹤率達97.1%。

(六)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，及「愛滋病雞尾酒式混合療法」藥品。另委請成大醫院等10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96年共7,906人接受篩檢服務。

(七)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96年，篩檢率達98%以上，計發現孕婦陽性個案66例，其中本國籍51例，外國籍15例。

(八)署立療養院與法務合作毒癮犯者戒治：

1.與署立嘉南療養院合作「緩起訴毒品罪犯之減害試辦計畫」，自民國95年9月至96年12月止，計收案258人、服藥45,873人次。

2.與署立草屯療養院合作實施毒癮戒治社區化，設立「茄荖山莊」，民國96年計評估100人，收治9人。主動監測新興濫用毒品，受理司法、檢察、警察、衛生單位送驗之毒品，計3,800件。

(九)公告修正「鴉片類物質成癮替代療法作業基準」，並配合愛滋減害計畫，共同擴大辦理替代療法業務。

二、性病

為掌握性病流行病學資料，於民國92年11月開始與婦產科、皮膚科、家醫科、泌尿科和感染科醫師合作，辦理「性病定點醫師通報監測」，

民國96年全國共有319家醫療院所，569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

我國成人B型肝炎帶原者粗估約250至300萬人，C型肝炎之感染者粗估約70至80萬人，為對已感染對象進行治療，於民國92年10月1日正式開辦「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。自民國92年10月至民國96年12月13日，收案總計登錄4萬3,373人次，其中B肝2萬7,806人次(含抗藥株1,988人，B肝復發90人)，C肝1萬5,567人次。

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95年出生世代之B型肝炎疫苗第2、3劑完成率分別為97.5%及95.3%。

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，並對人員實施重要傳染病預防接種，目前接種項目有霍亂、黃熱病及流行性腦脊髓膜炎。港區衛生工作方面，由疾病管制局、港務局(航空站)、港警局(航警局)、關稅局等單位組成衛生安全小組，負責規劃、協調及執行港埠地區衛生管制事項，維護入出境國際港埠衛生安全，防範傳染病移入或傳出。

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

實施紅外線測溫儀篩檢入境旅客，並請有症狀之入境旅客填報「傳染病防制調查表」。另為加強民眾對於旅遊傳染病的認知及自我健康管理觀念，製作「健康敬告卡」、「衛教宣導標語轉動筆」等宣導品，於國際機場及金、馬小三通港埠發放，並對出境旅客或團體進行衛生教育，於國際港埠入出境處設置燈箱、壁貼等宣傳標示，以及製作「機上宣導帶」、「船舶檢疫宣導帶」於各家航空公司航機內及進出小三通航班上進行播放宣導。另針對旅遊業者製作傳染病防治旅遊核心教材，參與旅遊公會進行業者教育訓練。

三、外勞健康管理

- (一)民國96年約有35萬名之合法外籍勞工，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，並於入國後接受健康檢查。
- (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，項目包括胸部X光攝影檢查、人類免疫缺乏病毒抗體檢查、梅毒血清檢查、B型肝炎表面抗原檢查、腸內寄生蟲糞便檢查、一般體格檢查(含精神狀態)及癩病檢查，其中入國工作滿6個月、18個月及30個月之健康檢查免驗B型肝炎表面抗原。外籍勞工入國後健康檢查不合格者，除腸內寄生蟲(痢疾阿米巴除外)45日內複檢合格及梅毒30日內完成治療者外，須予以遣返。
- (三)為提升外勞健檢品質，並履行「受聘僱外國人入國後健康檢查醫院指定與管理辦法」相關規定，原有72家外勞健檢醫院指定有效期至民國95年7月15日止。新申請辦理外勞健檢之醫院(離島地區除外)，

除具備區域級以上或新制醫院評鑑合格之教學醫院資格外，尚需取得實驗室認證資格。截至民國96年12月底，指定醫院60家中，除4家位於離島外，其餘醫院均已取得實驗室認證資格。

(四)民國96年外籍勞工定期健檢(不含入國後3日內之健檢)共34萬2,958人次，不合格率為7.48%，其中以寄生蟲不合格率7.35%為最高，其次為肺結核不合格率0.11%，人類免疫缺乏病毒抗體陽性率則為0.004%。民國94、95及96年，外籍勞工定期健檢腸內寄生蟲不合格率分別為3.53%、5.89%及7.35%；胸部X光肺結核檢查不合格率則分別為0.08%、0.12%及0.11%。上述發現，近3年來外勞定期健檢不合格率稍有增加，可能因推行實驗室認證及實地抽驗胸部X光片與寄生蟲檢體，健檢品質有所提升。

第三章 新興傳染病防治

從民國92年SARS疫情，及目前面臨可能的流感大流行，顯示疫病無國界及新興傳染病防治的重要性。本章特就新興傳染病之威脅及防治重點予以詳述。

第一節 流感大流行之因應

流感大流行可能發生之威脅，來自於H5N1亞型禽流感病毒所引起之禽類疫情擴散與人類案例發生。為此，世界衛生組織自民國93年起，持續發布H5N1流感人類病例。倘發生流感大流行，除影響國民生命健康，更將導致社會及經濟陷入壓力及失序的危機，疾病管制局遂於民國94年研訂「我國因應流感大流行之準備計畫」作為最高政策指導綱領；並編訂執行策略計畫，針對不同疫情等級採行不同執行策略，提供各機關制定因應措施之依據；另發布及出版「因應流感大流行作戰計畫」，參考國內疫病防治經驗，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4-4。

針對流感大流行之因應，疾病管制局設定有「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96年之執行成果包括：

一、總體成果：委託英國倫敦-衛生及熱帶醫學學院(London School of Hygiene and Tropical Medicine)之Richard Coker博士，依據世界衛生組織制定之評估清單，就我國準備程度進行評核，結果顯示我國總體完成度為70%，

表4-4 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。

較其他28國之平均狀況為優(中位數約57%)，總評為「高度準備」，具相當之創新策略可供其他國家學習。

- 二、為使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，建立藥物優先使用順序，並制定流感抗病毒藥劑工作計畫，作為相關防疫之標準作業流程。完成規劃克流感原料藥物使用啟動流程，包括藥物分裝、藥物調劑及克流感液劑配送，並舉辦調劑處所無預警演習。
- 三、完成19萬劑H5N1疫苗之儲備；另訂定大流行時高風險族群之疫苗優先接種順序，並於10月公布因應流感大流行作戰計畫「疫苗接種工作計畫」，做為防疫人員防疫作為之依循。此外，為使境外防疫隊隨時能於國際出動時具有保護力，於7月完成接種作業。且依據前述疫苗優先接種順序，針對風險高低，規劃完成核心風險人員疫苗自願接種計畫。
- 四、簽訂防護具共同供應契約，以維持防疫應變量能；建立分級查核與調度機制，落實3級庫存制度；修訂防疫物資管理相關法令，以強化個人防護設備(PPE)管理機制。
- 五、提升各級工作人員認知與技能：
 - (一)提供各機關企業有關因應流感大流行營運之指引，包括保護員工健康、擴大社交距離、協助生病及暴露員工等衛生防疫建議，使社會各界及早規劃因應方案，於流感大流行期間得以持續運作、減少未來大流行之影響。
 - (二)8月舉辦「黑琵一號：因應流感大流行試辦居家上班演習」，檢視如於疫情期間部分人力居家上班，業務能否持續進行。

第二節 新興傳染病防治措施

一、因應傳染病防治法修訂，公告修訂各類新興傳染病

依據民國96年7月18日修訂公布之「傳染病防治法」，公告狂犬病及炭疽病為第1類傳染病；漢他病毒症候群、西尼羅熱為第2類傳染病；疱疹B病毒感染症、鉤端螺旋體病、類鼻疽、萊姆病、兔熱病、貓抓病及弓形蟲感染症、庫賈氏病為第4類傳染病；黃熱病、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、伊波拉病毒出血熱及拉薩熱為第5類傳染病，並訂定相關配套防治措施，以使公共衛生和醫療衛生人員對公告之傳染病防治措施有所瞭解及遵循。

二、辦理人畜共通傳染病研討會

為提升醫療衛生及動物防疫相關工作人員，對人畜共通傳染病之相關認知及其防治措施等知能，衛生署疾病管制局與行政院農業委員會、動植物防疫檢疫局暨家畜衛生試驗所共同委託台灣感染症醫學會辦理研討會。會中邀集國內外各界學者專家(包含農政機關、衛生機關、醫療院所、相關學會)共襄盛舉，其內容包括：人畜共通傳染病防治策略綜論及狂犬病、利什曼原蟲症、弓蟲症、沙門氏桿菌症、類鼻疽、及其他國內外近年曾發生重大疫情或特殊案例之重要人畜共通傳染病相關研討。

第四章 防疫整備及感染控制

民國92年爆發SARS疫情，以及反生物恐怖事件防禦等，突顯防疫物資管理、傳染病防治及醫院感染控制、以及生物防恐之重要，為妥善提升國家因應重大疫病整體防疫能量的重要措施，本章將逐一說明。

第一節 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，著手進行防疫物資儲備與管理，以因應未來傳染病防治及可能的恐怖攻擊事件之需求。

為強化國家整體防疫物資整備效率，至民國96年已簽訂多項個人防護器具的共同供應契約，並建立電動送風呼吸防護具及P100半面具的調換貨機制。在安全庫存方面，除依不同比例建置中央、地方、醫院防疫物資3級庫存外(如表4-5)，在物流管理部分，建置物資管理資訊系統，以有效掌控防疫物資產、銷、存即時動態。

為確保物資緊急調度工作能順利進行，建立B/C級物資調度作業標準流程；並藉由稽催查核工作，持續督促地方與醫療院所，落實安全存量之3級庫存制度。96年度配合傳染病防治法修正公布，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」，強化政策實施之法源依據，以利防疫物資管理業務之推動。持續辦理物資管理資訊系統操作訓練及防護具使用教育訓練，以使各相關單位人員熟習防疫物資調度作業及個人防護具使用方法。此外，為減少SARS後期所留下大批防疫物資，損耗並避免無謂的浪費，持續抽驗物資，以延長其使用年限外，同時也機動支援各公部門，妥善利用屆效物資。

第二節 傳染病防治醫療網

依據民國96年傳染病防治法修正公布，修訂「傳染病防治醫療網作業辦法」及「臨時傳染病醫療所設立及補償辦法」。

「傳染病防治醫療網」將全國分為6個傳染病防治醫療網區，每區敦聘專家為指揮官及副指揮官，並邀集醫療、感染控制、公共衛生等專家、學者及相關地方主管機關代表組成委員會，提供該區傳染病防治事項之諮詢。全國規劃有23家防治醫院及19家支援合作醫院，防治醫院依據因應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，計辦理20場次演練/演習。另委託勞工安全衛生研究所協助辦理3區共6場次負壓隔離病房教育訓練(基礎及進階訓練)，及23家防治醫院簽約負壓隔離病房之查核，維持負壓隔離病房效能，因應疫情隨時啟動，進而使病患得到妥善之診治。

第三節 院內感染控制

為有效降低醫療(事)機構院內感染，落實院內感染控制，制定並推動重要政策，其重點成果臚列如下：

- 一、自民國94年起辦理例行性全國醫院感染控制查核作業，逐年檢討修訂查核項目；並於民國96年參考新制醫院評鑑，將查核評分選項

表4-5 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				全國總量 ²
	中央	縣市政府	醫療機構	總計	
N95	50	50	100	200	307.8
外科口罩	175	175	350	700	1,095
平面口罩	7,500	-	-	7,500	571 ³
防護衣	20	20	40	80	426.3

註：1.安全庫存係經95.08.23行政院禽流感防治第18次聯繫會議決議。

2.全國總量資料來源：96.12.31.物資管理資訊系統。

3.已透過共同供應契約及期約採購，完成7,500萬片平面口罩安全存量之建置，將於97年陸續交貨。

依達成度區分為5等級，以提升醫院院內感染控制作業品質。計有507家受查核醫院中，僅有3家經追蹤輔導後仍未達合格標準，符合率為99.4%，詳如表4-6所示。

- 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，自民國94年底開始進行系統之全面改版，於民國96年初正式上線，並更名為台灣院內感染監視資訊系統(Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System, TNIS)。該系統採志願通報，計325家醫院使用。
- 三、委託台灣醫院感染管制學會執行「醫院感染控制分區輔導計畫暨醫療品質提升計畫」，聘任專家輔導及協助中小型區域及地區醫院建立完善院內感控制度，於民國96年實地輔導265家醫院；同時編印感染控制雜誌雙月刊，提供各醫院從事院內感染控制工作人員參閱，並舉辦60場次相關教育訓練，以提升臨床與衛生單位人員專業知識。
- 四、為建置符合國內需求之感染控制措施指引，供各醫療機構參考遵循，持續參考國內外相關文獻、歐美國家現行感染措施指引，並徵詢各相關專科醫學會等建議，訂定各項感染控制措施指引；96年度計編修「因應H5N1流

感醫療(事)機構感控措施指引」等7項感控措施指引。

- 五、鑑於手部衛生是預防醫療照護機構內感染最有效的方法，藉由訂定手部衛生相關指引、製作各式宣導品、委託辦理研討會等方式，提供各醫院學習及交流之平台；並舉行「96年品管圈競賽」，鼓勵醫療人員提升洗手遵從率。

第四節 反生物恐怖事件防禦

為強化我國反生物恐怖防護應變量能，自民國94年起與國防部軍醫局共同辦理「生恐應變訓練合作計畫」，建置生物防護相關設備，辦理生物防護應變人員訓練等。截至民國96年底止，計約300人次完成生物防護應變人員訓練(含複訓)；此外，為使生物防護應變人員熟稔災害發生時之標準作業程序，於12月中旬辦理「國軍生物防護示範演練」，由軍方應變人員示範生恐事件現場之檢體採集、人員疏散、隔離、清消等處置作業程序，作為先遣人員處置及操作程序之參考。

為推廣反生物恐怖及生物防護知識，與國家衛生研究院合作規劃建置「傳染病數位學習網」(原名為「反生物恐怖數位學習網」)，利用數位教學不受時間地點限制及隨時獲得最新資訊等優

表4-6 民國94-96年醫院感染控制查核成果統計表

年	西醫醫院查核家數	平均合格比率(%)	不合格家數	符合率
94	535	85.2	39	92.7%
95	521	90.6	7	98.7%
96	507	92.3	3	99.4%

註：

- 1.醫院查核合格係指該院符合查核基準之項目比率，醫學中心須達80%以上，區域醫院達70%以上，地區醫院達60%以上，始為當年度院感查核「合格」醫院。
- 2.個別醫院查核合格比率=【每家醫院經查核後勾選為合格之項目數】/【實際查核項目(扣除不適用之免填項目)】×100%，平均合格比率為個別醫院查核合格比率之平均值。
- 3.符合率=【經查核符合標準之醫院家數】/【當年度查核醫院總家數】×100%。

點，配合傳統教學與實物操作演練，培訓生物防護應變人員。為使訓練資源持續有效運用，並建立我國反生物恐怖之基礎量能，除原有課程訓練外，並增納各類傳染病之相關數位學習課程，提供民眾與防疫志工獲得反生物恐怖及傳染病知能之數位學習管道。

第五節 研究及實驗室安全

一、研究

- (一)民國96年完成16萬1,385件各項法定傳染病檢驗；結核菌合約實驗室共提供12萬5,135件檢體之痰抹片、培養、藥敏及多重抗藥性(MDR)確認等各項檢驗；建置生物材料暨實驗室生物安全管理資訊系統及病原體電子顯微鏡影像攝影圖譜庫，完成28種250張細菌影像圖譜、15種120張病毒影像圖譜、3種26張真菌影像圖譜及1種7張寄生蟲影像圖譜，並完成9家結核菌合約實驗室訪視，及國內13家BSL-3實驗室之查核。
- (二)完成設計規劃黃病毒、結核菌、細菌、真菌、病毒及寄生蟲6個重要傳染病原體參考實驗室，預計於民國97年完成後將可大幅提升整體檢驗技術能力。
- (三)進行「新感染症症候群監視通報檢體檢驗計畫」，並積極引進及研發快速分子檢驗及流病分型方法，提升對新興感染症之檢驗技能。
- (四)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。
- (五)民國95年成立「國家流感中心」，以整

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相互交流平台。

- (六)與日本國立感染症研究所(National Institute of Infectious Disease, NIID)合作，進行「建立亞洲盛行之登革熱及蟲媒病毒分子流行病學實驗室網計畫」及「腸內菌之MLVA技術研發工作」。另與英國Aberdeen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(National Institute of Public Health and Environmental Protection)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」。此外，參與WHO和美國CDC主導，「Global Alliance for Vaccines and Immunization」(GAVI)、「PATH Vaccine Fund」組織贊助之全球性輪狀病毒疫苗計畫(Rotavirus Vaccine Program)，為亞洲區輪狀病毒監測網會員國(Asian Rotavirus Surveillance Network, ARSN)。

(七)病原體基因資料庫：

- 1.建立完整的自動化序列分型系統與前端基因資料庫系統，自民國95年起和國科會進階生物資訊核心設施合作開發新版基因庫系統，整合超過5個實驗室15種病原體序列與圖譜資料，並於民國96年1月正式開放上線。
- 2.定序分析自動化程式與實驗室資訊管理系統整合與更新：將疾病管制局研究檢驗中心基因定序實驗室整個收件流程、PCR與定序流程、序列比對與結果分析等流程串聯起來，建置成實驗

室資訊系統，並與前端基因資料庫網站連結及動態更新，完成疾病管制局定序服務網站之建置。

3. 為因應即時監測流感病毒快速突變演化之特異性，並能即時與國際公開資料庫比對，建立一套與定序實驗室序列分析整合的流感序列自動擷取與分析流程，並已正式應用於序列即時分析上。
4. 為因應未來5年內相關硬體之需求，與國科會進階生物資訊核心設施合作，建置完整的硬體伺服器，此系統擁有強大的計算能力、完備的管理能力與備份之功能。

二、實驗室生物安全

在歷經民國92年實驗室感染SARS事件的衝擊，並與各界的努力，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，藉由國內產、官、學各界的持續努力及合作，將使我國實驗室感染意外趨於「零發生率」，並營造優質且具國際水準的生物安全文化。

三、新興及再浮現傳染病監視系統

為建構全國性新興人畜共通傳染病宿主動物背景資料，及建立相關檢驗實驗室、檢驗方法及其儲能，自民國94年起逐步委託學術研究機構進行包括鳥及馬匹的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熱血清、貓隻及貓飼主(高危險族群)之貓抓病和弓蟲病的流行病調查及地方性斑疹傷寒等檢驗方法之建立。經由研究調查之實施，民國96年獲得下列成果：

- (一) 共採得貓檢體共528隻，人檢體533個，其中貓－飼主配對共201對。
- (二) 以乳膠凝集試驗法檢測貓隻弓蟲症抗體，結果貓總陽性率為3.22% (17/528)，其中以東部地區最高，為9.52% (2/21)，中部地區最低0.95% (1/105)。
- (三) 以乳膠凝集試驗法檢測人體弓蟲症抗體，結果人總陽性率為7.13% (38/533)。另以蟲體抗原進行酵素結合免疫吸附法(enzyme linked immunosorbent assay)偵測人體弓蟲症抗體力價，結果人總陽性率為9.12% (27/296)。
- (四) 應用免疫螢光抗體染色檢驗貓抓病，結果貓總陽性率為14.77% (78/528)，人總陽性率為16.89% (90/533)。

第五章 預防接種

疫苗之研發與接種，將可有效控制相關之傳染病。本章將說明民國96年接種情況，以及國內疫苗研發現況。

第一節 預防接種現況與趨勢

我國列為常規預防接種的疫苗項目有：「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」、「破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)」、「流感疫苗」、「A型肝炎疫苗(於山地鄉等高危險地區實施)」等10項，其中為本國自製品項有「卡介苗」、「日本腦炎疫苗」、「破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)」等3項，自製疫苗品項比率佔30%。

目前政府對嬰幼兒提供之常規免費接種項目與時程如表4-7，96年度幼兒各項預防接種完成率詳如圖4-3。為提供便捷之接種服務及提升完成

率，各縣市積極推動醫院診所協辦預防接種業務(目前全國約有1,600家合約醫院診所參與幼童疫苗接種工作)，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。另持續積極實施國小新生入學預防接種紀錄檢查，小一新生各項疫苗完成率皆達97%以上，同時對未完成者安排補種，以保障學、幼童不受傳染病之威脅。

民國96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、機構對象以及特殊族群為48.4%，醫事及防疫人員為83.3%，禽畜養殖等業及動物防疫人員為49.1%，國小一、二年級學童為66.2%，另6個月以上2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38.3%、24.4%。

另於10月針對機構內受照顧者及75歲以上老人肺炎鏈球菌疫苗接種計畫，推動流感疫苗與肺炎鏈球菌疫苗的同時接種，期能減少因肺炎鏈球菌感染可能引發中耳炎、肺炎、菌血症、腦膜炎

表4-7 預防接種項目及時程

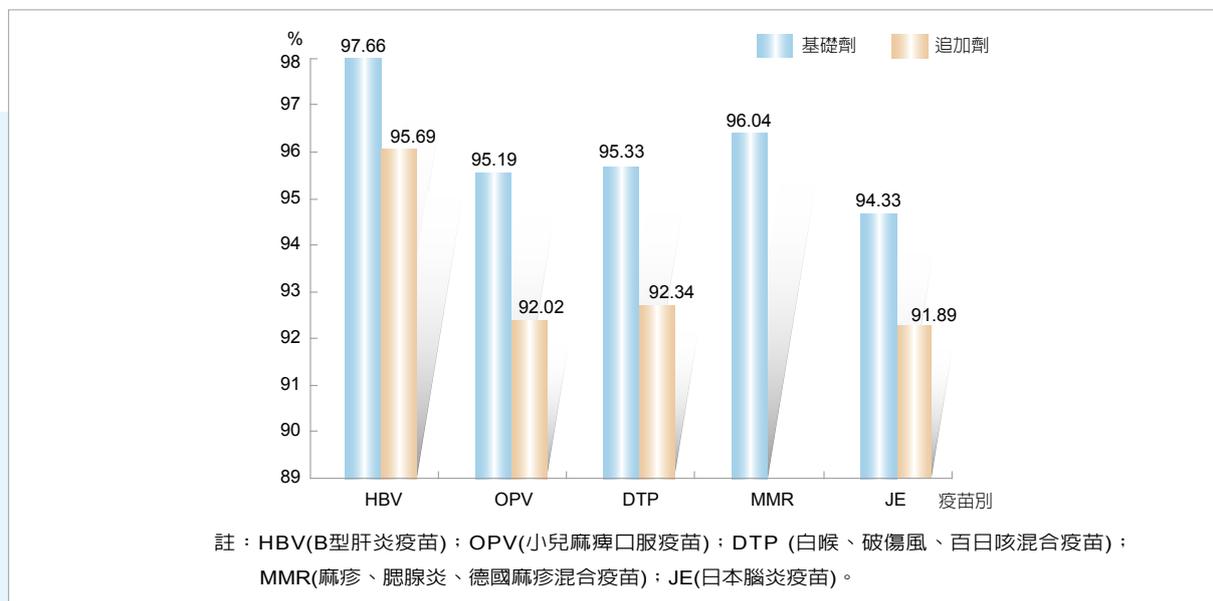
接種年齡	疫苗種類
出生 24小時內	● B型肝炎免疫球蛋白一劑 ¹
出生滿 24小時以後	● 卡介苗一劑
出生滿 2-5天	● B型肝炎遺傳工程疫苗第一劑
出生滿 1個月	● B型肝炎遺傳工程疫苗第二劑
出生滿 2個月	● 小兒麻痺口服疫苗第一劑 ● 白喉破傷風百日咳混合疫苗第一劑
出生滿 4個月	● 小兒麻痺口服疫苗第二劑 ● 白喉破傷風百日咳風混合疫苗第二劑
出生滿 6個月	● 小兒麻痺口服疫苗第三劑 ● 白喉破傷風百日咳混合疫苗第三劑 ● B型肝炎遺傳工程疫苗第三劑
出生滿 12個月	● 水痘疫苗一劑
出生滿 12-15個月	● 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑
出生滿 15個月	● 日本腦炎疫苗第一劑、第二劑(間隔兩週) ²
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 ● 破傷風減量白喉混合疫苗一劑
國小一年級 ³	● 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. 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。

3. 國小一年級應接種項目，目前係於學校採集中接種。

圖4-3 民國96年幼兒各項預防接種完成率



等侵襲性病與嚴重併發症、甚至死亡機率，降低可能醫療成本並增進老人健康。

另一方面，政府設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，針對受害者，可依法給予適當之救助。

為適時將新疫苗導入常規接種時程，依據傳染病防治諮詢委員會預防接種組(ACIP)決議，排定之優先納入常規預防接種之項目及對象，並積極爭取穩定財源，作為後續長期推動疫苗政策的基石，進而提升國民免疫力，發揮疫苗接種、疾病防治及達到保護民眾健康的最大效益。

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243萬7,683劑。霍亂10萬6,081劑、抗雨傘節及飯匙倩蛇毒血清凍晶注射劑1,203劑、抗龜殼花及赤尾蛇毒血清凍晶注射劑2,545劑、抗百步蛇蛇

毒血清凍晶注射劑346劑、破傷風抗毒素凍晶注射劑249劑、白喉抗毒素凍晶注射劑5劑、卡介苗65萬3,040劑、破傷風類毒素92萬9,720劑、破傷風類毒素1萬2,942劑、吸著破傷風白喉混合類毒素34萬4,240劑、吸著破傷風白喉混合類毒素9萬9,144劑、吸著白喉破傷風混合類毒素37萬8,678劑。

(二)完成抗蛇毒血清製劑檢驗原液 2批, 成品4批, 血漿原料12批; 完成BCG檢驗半成品15批, BCG成品5批; 完成霍亂製劑檢驗原液4批, 成品3批; 白喉破傷風製劑檢驗原液2批, 成品3批、破傷風類毒素成品2批; 完成純水檢驗項目68批, 原料藥檢驗16批。

(三)供應並代養實驗用動物, 計小鼠1萬6,788隻、天竺鼠412隻、家兔47隻、雪貂18隻。使用馬匹免疫蛇毒生產抗血清, 全年計生產抗蛇毒馬血漿313公升。

二、生物製劑開發

(一) 流感研究發展計畫

1. 挑選5株台灣流行之流感病毒株進行雪貂免疫，及免疫血清之分型鑑定。
2. 完成流感病毒生物資訊系統(IVBS) 使用者手冊，且正式開放IVBS系統功能及資料庫予相關人員使用。
3. 分別建立12個及8個質體之反轉基因法系統，成功地製造出3株疫苗種仔株。
4. H5N1 HA DNA疫苗可誘發完整之免疫保護效能，不受致命劑量禽流感疫苗株NIBRG-14感染之影響，且對不同演化之H5N1禽流感病毒亦有交叉保護的作用。
5. 篩選20種醣脂進行測試，發現C1、C13、C14、C17、C26及7DW8-5等6種具有較好的佐劑效果，且其結果皆較傳統佐劑「明礬」為佳。
6. 完成「新型流感疫苗查驗登記注意要點」草案，並於民國96年6月27日公告為「新型流感疫苗查驗登記指引」。

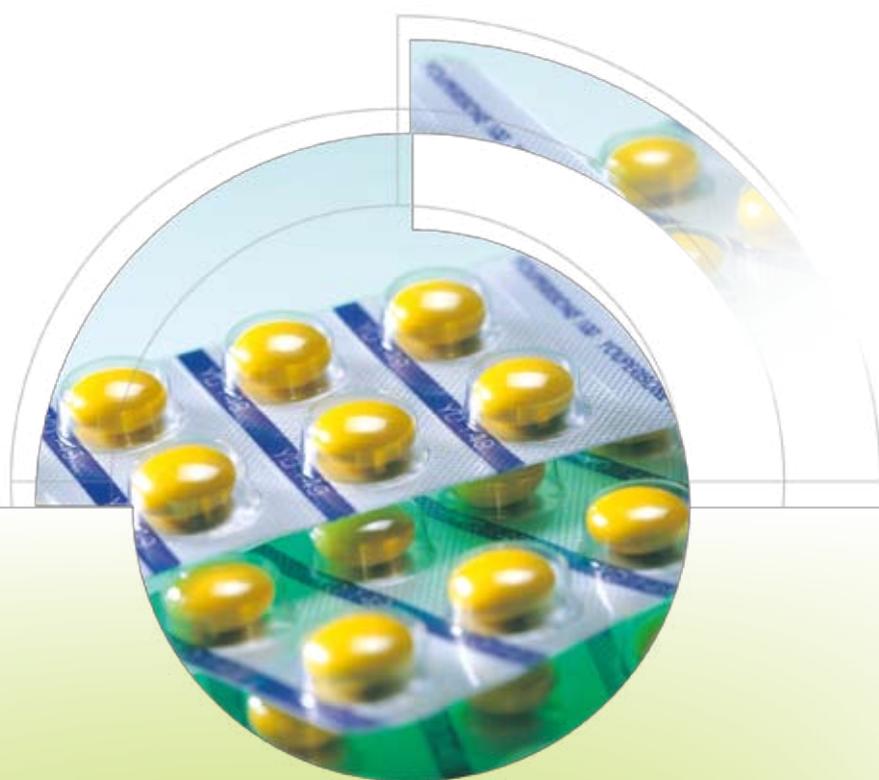
(二) 開發以鴨蛋生產抗蛇毒IgY抗體：持續進行抗蛇毒IgY抗體研究，主要以鴨子生產抗鎖鍊蛇IgY抗體為主，第4週時IgY抗體效價達60IU/ml以上，至第25週IgY抗體效價仍可維持在130IU/ml以上。

(三) 開發癌症疫苗：以脂溶性胜肽為內生佐劑應用於B型肝炎病毒(HBV)、人類乳突瘤病毒(HPV)以及EBV等病毒相關之癌症疫苗研發。初步結果顯示HPVE7脂溶性胜肽可於小鼠體內抑制TC-1腫瘤細胞的生長。研究成果已申請美國provision專利「IMMUNOPEPTIDES OF HPV E6 AND E7 PROTEINS」。

(四) 登革疫苗之研發：著重於膜蛋白envelope protein domain III (ED III)與抗登革病毒非結構性蛋白1(NS1)兩類候選疫苗之純化。已完成純化NS1蛋白之流程並開始進行免疫原性之評估，經測試可同時中和四種血清型登革病毒，研究結果將進一步申請專利。

(五) 開發新型佐劑：針對從牛樟芝分離出之三帖類化合物做篩選，得到一候選化合物C6。可促進樹突細胞的成熟，及刺激樹突細胞產生TNF α 、MIP-1 β 及MCP-1等細胞激素，並可誘發專一性T細胞之生長與活化；顯示C6具有可發展成為疫苗佐劑之潛力。





第五篇

食品藥物管理

第一章 食品藥物安全管理

第二章 管制藥品管理

第三章 藥物、食品、化粧品檢驗

第五篇 | 食品藥物管理 |

由於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

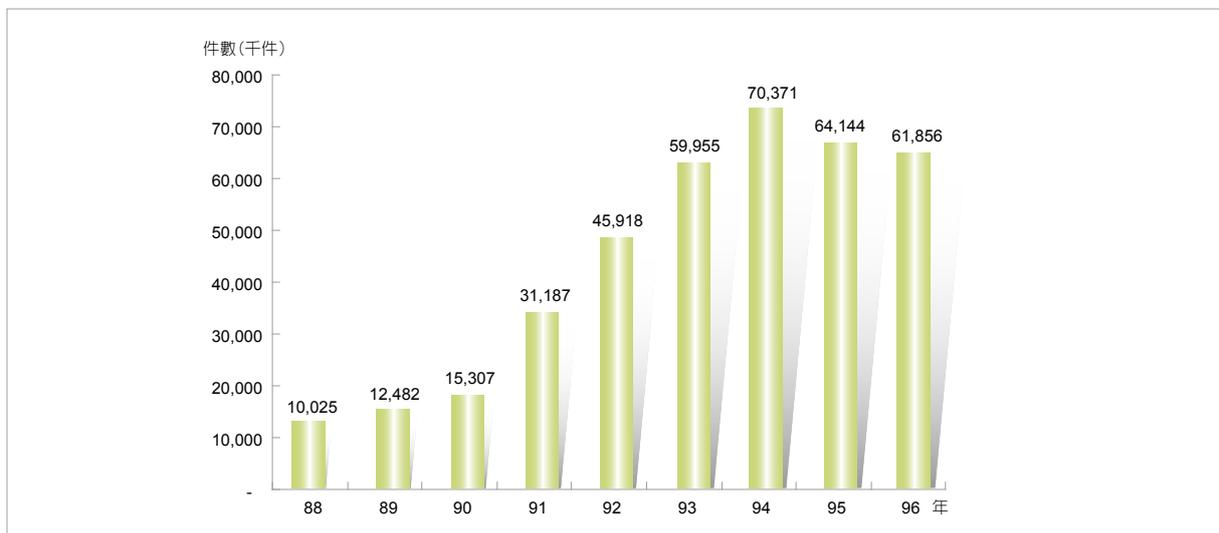
藥物食品之品質、流通及專業人員服務等環節，均與民衆之健康息息相關，因此，除積極建立嚴密藥物食品管理機制、推動優良製造及國際間之相互認證外，更致力於教育宣導、正確知識的傳遞，以確保民衆的健康。

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、為協助民衆辨識偽禁藥品，於民國95年12月啓用「藥物資訊網」，提供5,200項藥物之實體外觀辨識資訊、18種常見被仿冒之藥品真偽辨識圖檔，供醫藥、護理人員及民衆查詢；另建置藥廠授權經銷商資料庫，公布第一批41家藥廠(含18種易被仿冒藥品之藥廠)授權之經銷商資料，以利醫療院所採購藥品，及提供民衆查詢與查緝單位之參考。
- 二、自民國86年3月實施醫藥分業制度至今，以健保特約西醫診所與健保特約藥局達3：1為條件指標，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。民國91年8月公告「西醫診所周圍1.8公里之路程內有健保特約藥局者，必須實施醫藥分業」，並自民國92年1月正式實施。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96年6,185萬件，大幅提升(如圖5-1)。
- 三、中藥用藥安全管理
(一)落實中藥材全面包裝標示，於民國96年

圖5-1 門診處方交付特約藥局調劑件數統計圖



12月25日訂定「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」，使應包裝及標示之進口及市售中藥材飲片品項增加到181種；未來，仍將持續推動此制度，希望未來國內民眾所購買到的中藥材，都具有完整的包裝標示，其品質亦符合檢驗標準，讓民眾能享有更好的中藥用藥安全環境。

(二)建立亞太中藥標準品供應機制，自民國93年至96年已建置完成97種中藥標準品；研議中藥標準品供應行銷、智慧財產權保護等問題，作為日後政策之參考。

四、建立本草綱目毒性藥材之網路資料庫系統，提供台灣中華藥典或台灣傳統藥典(中華中藥典)未來再版時，添加毒性之參考。

五、辦理「中醫藥人才培訓V-中醫藥基因體研究及其核心技術訓練」培訓，以基因晶片、生物資訊、系統生物學等基因體相關議題為課程內容。

六、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96年底，已受理858件有效申請案件，其中338件判定適用藥害救濟而獲得給付，給付比率44.82%，給付總金額約1億2,900萬元。

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、持續推動藥品優良製造規範，至民國96年底，國內GMP藥廠計有160家，實施cGMP查核計117家；輸入藥廠目前計有747件申請第3階段確效作業審查，其中586件通過審查；另計有97家輸入藥廠申請實地查核，其中77家已通過審核。

二、推動及輔導傳統中藥廠全面實施優良藥品製造規範(GMP)，中藥廠自民國94年10月起，全面實施GMP。至民國96年底止，國內中藥廠GMP家數計有114家。

三、推動中藥飲片炮製工廠實施GMP制度，辦理北中南宣導說明會，促進生產現代化與規格化之中藥飲片。

四、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415廠家，輸入醫療器材品質系統文件(QSD)登錄2,780廠家。

五、依據我國與歐盟簽署之醫療器材換文協定，總計與12家歐盟醫療器材代施查核機構簽訂技術合作方案，並於民國96年7月4日與瑞士藥物管理局(Swissmedic, the Swiss Agency for Therapeutic Products)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

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

一、檢討修正食品衛生安全相關規範：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，96年度已完成114種殘留農藥安全容許量、18項食品添加物之使用範圍、限量及規格標準，及12種食品衛生標準之增修訂；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：修正「輸入食品查驗辦法」，加重違規業者之責任，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。

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。自民國96年起，已公布100則以上不合格訊息。

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5-1)。民國96年計發布紅燈1次，黃燈24次，黃綠燈15次，綠燈24次，共64次。

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，宣導並教育民眾如何分辨不良食品，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年公告分階段逐步實施水產品安全管制系統，至民國96年底，計153家水產品工廠全面實施。辦理符合性稽核共計41家；建立水產品不同公告類別之稽

表5-1 食品消費紅綠燈

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

查重點：更新水產食品業基本資料、重要管制點及缺失事項等資料庫。

(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。編印稽核人員與業者之指導手冊，辦理肉類加工食品業食品安全管制系統稽核人員實務訓練班、肉品稽查、調查相關技術研討會、「肉類加工食品業實施食品安全管制系統」業者說明會及業者HACCP相關教育訓練講習班；完成輔導肉品加工廠18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，自民國96年9月15日起分階段實施。完成先期輔導外部稽核及外部稽核再確認共計30廠家(52廠次)，追蹤管理162廠家，舉辦1場研討會共147人參加；辦理北中南3區之法規說明會。

(四)民國96年12月12日公告訂定「食品安全管制系統訓練機關(構)申請認可及辦理訓練應注意事項」。

八、建立加工食品追溯系統

(一)以加工乳品業為優先推動產業別，96年度完成輔導4家乳品工廠(四方乳品工業股份有限公司、佳乳食品股份有限公司、高大牧場鮮乳工廠及統一企業股份有限公司)，建立加工追溯系統。

(二)民國96年12月7日正式推出加工食品追溯網，消費者可經網站查詢市售鮮乳相關資訊，例如原料檢驗結果、生產線殺菌資料、成品檢驗結果等。

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117家業者參與評鑑，其中有116家業者通過評鑑，合格率99%。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。。

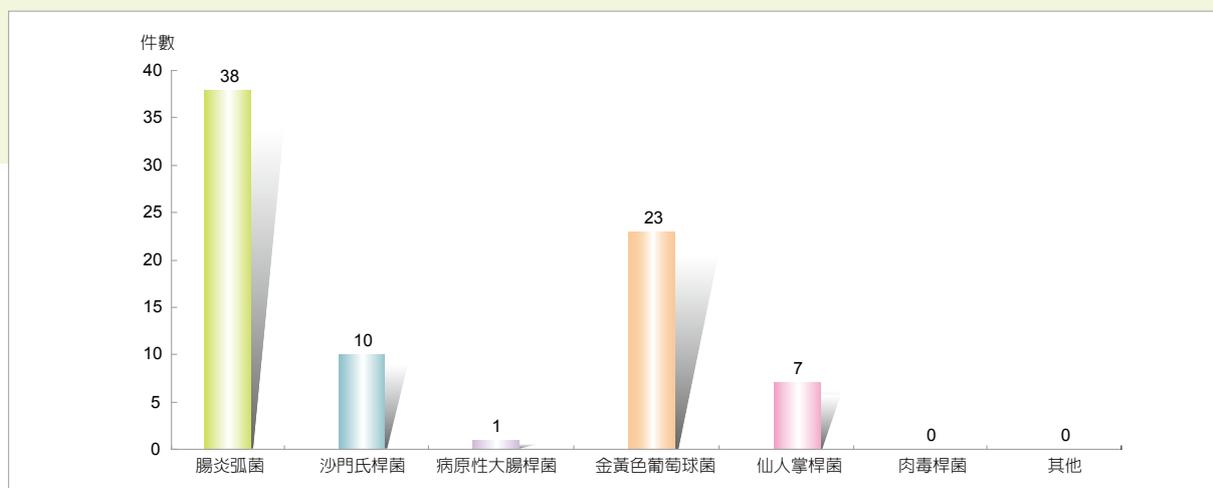
十、基因改造食品管理：實施食品中含基因改造成分之自願性標示及強制性標示管理制度，目前完成審查核可之基因改造黃豆及玉米案共14件。

十一、食品中毒事件監控機制：民國96年食品中毒發生案件共240件，患者數3,223人。與民國95年食品中毒件數265件、患者數4,401人相比較，件數減少25件(9.4%)、患者數減少307人(7.0%)。而民國96年食品中毒案件依病因物質分析，判明件數計79件，判明率32.9%(如圖5-2)；依攝食場所分類時，以供膳之營業場所發生件數最高，計109件，占45.4%，其次為學校，計51件，占21.3%，再其次為自宅及辦公場所，計35件及20件，各占14.6%及8.3%。

十二、加強公共飲食衛生管理：至民國96年底，計有2萬7,504名廚師領有廚師證書，達成率已逾100%，(原訂目標為1萬3,356名)。餐飲業有68家、餐盒食品業有202家符合食品安全管制系統先期輔導認證。

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

圖5-2 民國96年食物中毒案件-細菌類病因統計圖



140件，較大嬰兒配方輔助食品79件核可產品，及病人用食品148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計763品項，列入安全監視之醫療器材有6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，除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外，於民國94年8月公告「嚴重藥物不良反應通報辦法」，建置「台灣藥物安全監視」網站，結合藥品不良品回

收通報，加強整合上市後藥物安全監視。成立全國藥物不良反應通報中心，收集國內藥物不良反應資料，並將臨床專家評估之結果做適當之必要處置。截至民國96年底止，藥品上市後之不良反應通報計2萬2,947件，臨床試驗藥品不良事件通報2萬90件。另發行藥物安全簡訊季刊及摘譯國外藥物安全有關資訊。

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665件、膠囊錠狀食品2,773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。民國96年計核准通過健康食品24件。

四、聯合查緝：

(一)成立跨部會「打擊不法藥物專案會報」，每隔半年開會研議，以建立不法藥物之查緝流程與各查緝機關之合作模式，有效杜絕不法藥品之流通。並責成縣(市)衛生局執行不法藥物、化粧品及食品稽查專案計畫；另制定流動藥販查處作業程序、網路違規販售藥品案件、非法藥物查處作業程序，提升查緝效率及效益。

(二)執行「96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236處，查獲疑涉違規案件79件包括偽藥7件，劣藥3件，禁藥1件，包裝標示、檢驗規格不符28件，違規藥商19件，違規廣告3件

及其他案件18件。並抽驗檢體11件，待查明有無違規後依法辦理。

(三)取締不法藥物共計1,064件，其中包括偽藥40件，禁藥14件，劣藥5件，違規藥商44件，標示、檢驗規格不符98件，違規廣告803件及其他案件9件。

(四)執行「違規廣告監控計畫-平面媒體監視子計畫」成果：96年度已邁入第6年，就所訂閱之30份報紙及19份雜誌，舉發認涉違規的醫藥衛生廣告。計已監控疑涉違規案2,696件，經判定後函送各縣市衛生局查處，經查復確認違規案件計1,666件，罰款金額已達3,449萬元(如表5-2)，以杜絕誇大不實之違規廣告。

第二章 管制藥品管理

依據西元2007年聯合國毒品暨犯罪辦公室(United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)世界毒品年度報告書統計，截至西元2005年，全球藥物濫用人口約有2億人，占全球15至64歲人口的4.8%。藥物濫用種類以大麻占最

表5-2 91-96年平面媒體監視成果統計表

單位：件數

年	91	92	93	94	95	96	小計
違規屬性							
中藥	53	12	44	133	73	128	443
西藥	2	1	9	77	29	65	183
中醫	82	33	26	44	13	21	219
西醫	33	36	73	77	81	146	428
食品	143	213	284	706	958	367	2,631
化粧品	31	74	125	376	496	915	2,017
醫療器材	3	30	9	26	7	19	94
不明	6	20	5	3	0	0	34
瘦身美容	5	14	6	21	3	1	50
其他	5	25	29	44	26	4	133
小計	363	458	610	1,507	1,686	1,666	6,232

多，約有1億5千9百萬人，約占15至64歲人口之3.8%，其次為安非他命類，包括(甲基)安非他命2千5百萬人(0.6%)與MDMA (搖頭丸)1千萬人(0.2%)，餘為古柯鹼(0.3%)，鴉片類(0.4%)與海洛因(0.3%)等。過去十年，因各國查緝機關間的合作及反毒策略聯盟，大幅增加緝獲量，特別是安非他命類等新興合成毒品。另，國際麻醉藥品管制局(International Narcotics Control Board, INCB)於西元2007年3月發布警訊指出世界各國處方藥物遭到濫用，規模即將超過海洛因等非法藥物使用量，其衍生的問題將繼新興合成毒品(如安非他命、搖頭丸等)，成為需要關切的問題。

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、管制藥品分級管理：行政院於民國96年2月16日公告，增修下列管制藥品分級品項：

- (一)將第三級管制藥品Tramadol(特拉嗎竇)改為第四級管制藥品。
- (二)將第三級管制藥品Nalbuphine(納布芬)改為非管制藥品。

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。計核發管制藥品登記證1萬2,364件；核發管制藥品使用執照3萬7,828件。藉由推動管制藥品法規線上學習課程及法規制度講習，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、辦理管制藥品管理法規宣導種子師資培訓課程，加強各地方衛生主管機關從事管制藥品

管理業務承辦人員對管制藥品法規及實務瞭解，至民國96年已培訓178人；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62場次，計7,013人參加。舉辦『管制藥品法規達人』網路有獎徵答活動，透過活動加強宣導，增進各界對管制藥品管理法規之瞭解與認識。本活動計有21,308人次參加，96%參加者認為本活動對法規的瞭解有助益，97%以上民衆贊成繼續以有獎徵答活動方式宣導法規，整體「管制藥品法規達人」有獎徵答活動之滿意度達92%，成效良好。

五、協調將「管制藥品管理法規」納入相關醫藥人員繼續教育課程：

- (一)於民國96年8月17日修正「醫師執業登記及繼續教育辦法」，納入『管制藥品之法規』，歸類於『醫學相關法規』。
- (二)研擬於「藥師繼續教育實施辦法」(暫定名稱)中，將『管制藥品相關法規及使用規範』視同必修課程之範圍。

六、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，96年度共計核發2,023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，96年度使用網路媒體申報之比率，業者由95年度之93%提升為98.81%，機構則由95年度之49%提升為71.84%。並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，96年度計執行實地稽核16,451家次，查獲違規者232家，違規比率

1.41%，違規者均依違反相關法條予以處分，以防制藥物濫用。

第二節 藥物濫用防制

隨著網際網路、資訊科技、化工技術的發展以及PUB、KTV、網咖等娛樂場所的盛行，現代人接觸不法藥物資訊的管道也越益增加。愷他命(Ketamine)、搖頭丸(MDMA)、大麻等「俱樂部藥物」常於時下青少年流行的娛樂聚會場所，以「助興」等目的散佈。此外，國際間興奮劑型藥物、安眠鎮靜藥物及麻醉鎮痛藥物等處方藥濫用問題也日益受到重視。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，並深入社區進行多元化之防制宣導。

- 一、廣續推動「加強新興濫用藥物之需求面防制工作四年計畫」：結合國內外物質濫用非政府組織，辦理「96年藥物濫用防制國際研討會」。邀請美國、日本、馬來西亞、新加坡、泰國及汶萊等多國專家學者，進行意見交流及經驗分享。此外，為瞭解民國94、95年發送之「青春不搖頭」漫畫手冊宣導成效及評價，於民國96年針對全國50所國中、25所高中及25所高職學生、家長及老師進行評估，93%學生及96%家長認為該手冊適用於青少年藥物濫用防制宣導，有助於與子女在藥物濫用防制的教育方法上溝通、互動。
- 二、設置「反毒資源線上博物館」，提供民眾毒品危害資訊，該網站累計瀏覽人次已達172,408人。並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 (<http://elearning.hrd.gov.tw/>)，以提供更便利之網路學習服務。
- 三、因應藥物濫用趨勢，製作符合當前防制需求之宣導品、短片及教材，以供各界藥物濫用防制相關單位運用。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。並經由創意競賽等活動，鼓

勵青年學子從事健康休閒娛樂。

- 四、為防範「音樂祭」流為不法藥物流通場所，結合衛生局及活動主辦單位，分別於台南七股白色海洋音樂祭、台北縣貢寮音樂祭及新音樂節等活動現場，設置反毒宣導攤位，加強反毒宣導。
- 五、「管制藥品濫用通報及獎勵辦法」於民國96年1月1日施行，依規定得發給通報獎金每例新台幣100元。為配合獎勵辦法修正、擴大通報功能提升通報率、加強宣導並使各縣市相關人員熟悉網路通報系統之各項功能操作程序，3月於全國分區辦理說明會，與會人員計260人次，並有效提升醫療機構通報件數。計315家機構參與通報，較民國95年新增128家，通報案件計1萬7,995件，較民國95年新增6,031件(增加約1.5倍)。
- 六、因應「罪犯減刑條例」施行，自民國96年6月25日起，於全國分區辦理「各縣市毒品危害防制中心對減刑之藥癮者相關因應措施說明會」。個案列管追蹤率已達8成以上，並依個案需求，協助轉介就醫、就業、就學、就養等相關服務。
- 七、為深入推廣藥物濫用防制教育於基層社區，定期辦理「社區藥師培訓計畫」，並提供文宣品展示架及宣導品免費申請等服務，協助結訓之「藥物濫用防制諮詢站」社區藥師提供在地民眾諮詢服務。此外，將有意願擔任濫用防制宣講種子師資之藥師名單，更新於管制藥品管理局網頁，供各界及教育部列入反毒宣講團參考。
- 八、為強化社區民眾對藥物濫用危害之認知，結合76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1,656場次，參與人數達68萬2,834人次。經問卷調查，計回收問卷1萬7,603份，民眾對藥物濫用防制認知率前後測提升11%。

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，常需檢驗確認；凡此種種檢驗相關事宜，均由衛生署藥物食品檢驗局負責辦理。

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。

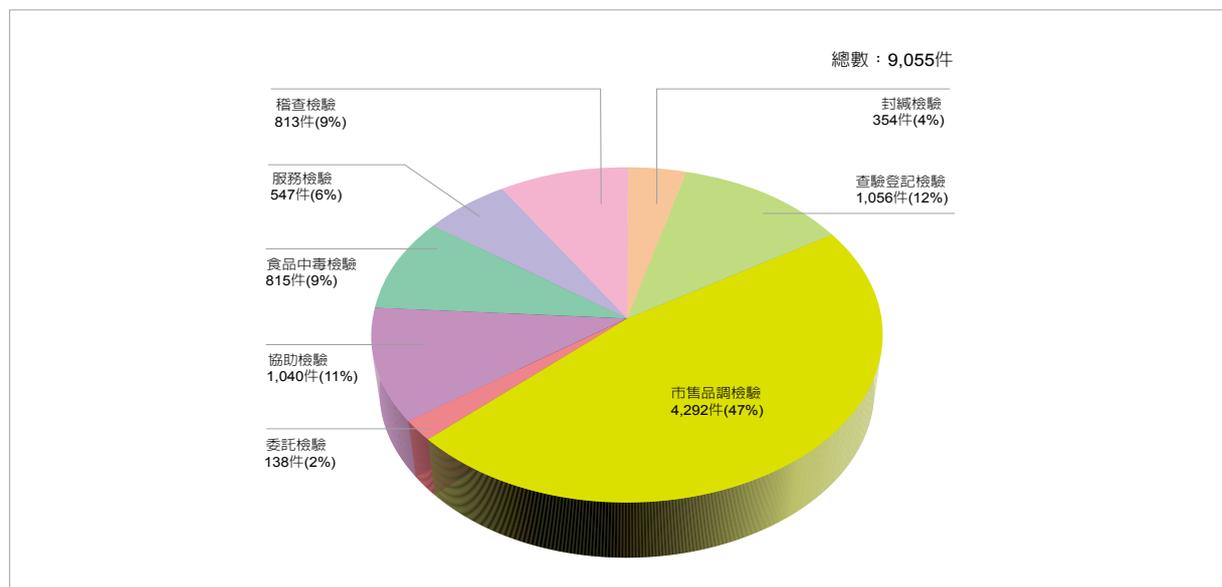
第一節 檢驗業務

行政院藥物食品檢驗局之檢驗範圍，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、攙偽以及基因改造食品等之檢驗都屬檢驗範疇。

- 一、施政需要：查驗登記，並據以發給許可證者；封緘檢驗，包括疫苗、血液製劑、肉毒桿菌毒素等；突發事件，如進口化粧品含鎘及鉍、豬肉殘留培林等事件之檢驗。
- 二、支援縣市衛生局：稽查抽驗、消費者服務、食品中毒檢驗等。
- 三、支援其他機關(構)：委託檢驗，如海關為進口貨品稅則，廠商為產品出口證明；協助檢驗，如法院、地方檢察署、警察局、海關等機關扣押之藥物、食品類證物等。
- 四、完成查驗登記檢驗1,056件，封緘檢驗354件；支援衛生局業務方面，完成稽查檢驗813件，消費者服務檢驗547件，食品中毒檢驗815件；協助其他機關完成1,040件檢驗；受理其他機關(構)之委託檢驗138件；完成市售相關產品調查檢驗，計有「超市包裝場蔬果

圖5-3 民國96年藥物食品化粧品檢驗業務類別及案件統計圖



殘留農藥監測計畫」等27項，4,292件檢驗(如圖5-3)，部分檢驗結果公布於藥物食品檢驗局網站以及衛生署消費者資訊網，供消費者選購產品時比較參考外；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，通過財團法人全國認證基金會(TAF)之認證，並開發檢驗方法、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、積極推動優良實驗室操作規範，配合政府推動加入世界貿易組織政策，輔導各衛生局實驗室建立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」與「南區衛生局聯合分工檢驗體系」分別於民國95年2月及96年7月起運行，協調中部5縣市衛生局及南部9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、提升檢驗效率之目的。
- 三、持續推動食品實驗室認可，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及提升檢驗數據之品質，已累計公告認可15家實驗室，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。
- 四、開發建立相關檢驗方法34篇，研訂醫療器材檢測基準草案25項，公告食品相關檢驗方法28篇，編修生物製劑基準3篇；另完成「藥品不純物之系統性分析」、「HIV抗體診斷試劑候選標準血清組之製備」、「Nested PCR-DNA定序方法鑑定中藥製劑中藥材基原之研究」、「食品中戴奧辛背景值調查研究」、

「人體血液中戴奧辛背景值調查」及「基因改造食品之檢驗研究與監測」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。

第三節 濫用藥物檢驗

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，強化濫用藥物檢驗方面，民國96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2,041件，以濫用藥物檢驗案件為主，因尿液檢驗任務均已由民間認可實驗室擔負，毒品檢驗則由4家公立醫療院所協助，濫用藥物檢驗總件數較民國95年3,577件減少1,536件，歷年檢驗量統計如圖5-4。尿液檢體以檢出嗎啡、甲基安非他命為主，其次為可待因、安非他命。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，MDMA則居第3位，其檢出品項分布如圖5-5。
- 二、執行檢驗機構之認可及管理，計有14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2家；認可機構尿液檢驗總件數計16萬7,835件，較民國95年減少7.7%；認可檢驗機構尿液檢驗件數涵蓋比率99.6%，幾乎已負擔全國尿液檢驗服務，詳見圖5-6。
- 三、提升檢驗能力：合成新興濫用藥物標準品共11種；採購取得濫用藥物比對標準品12種。首次檢出新興濫用藥物AMT、5-MeO-AMT、5-MeO-DIPT、mCPP及Hydroxyimline等5種。編纂發行「2007濫用藥物檢驗方法彙編」及「濫用藥物檢驗相關解釋彙編」2種出版品。

圖5-4 歷年檢驗檢體統計圖

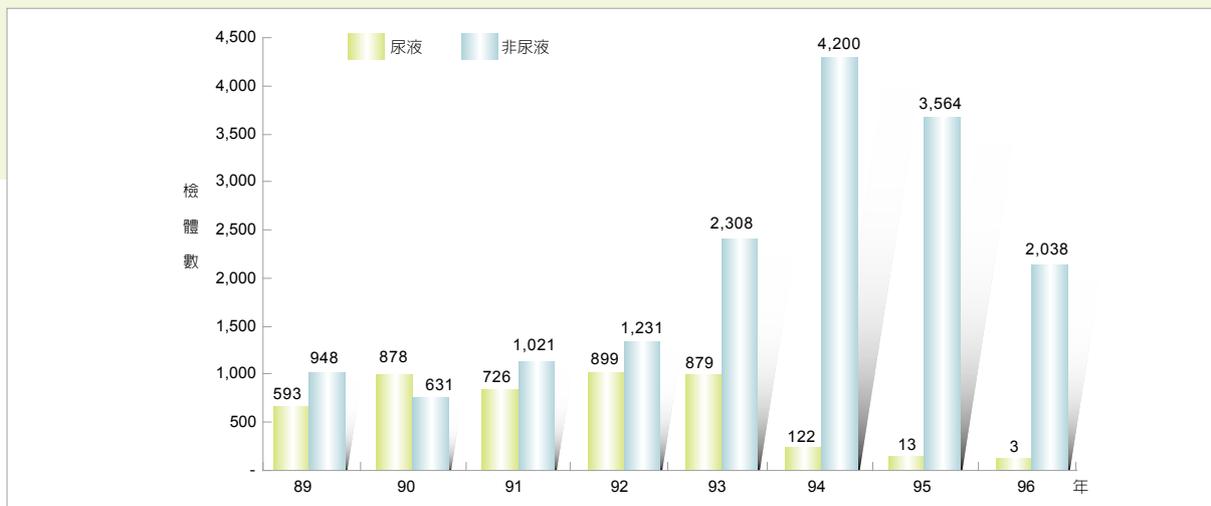


圖5-5 民國96年非尿液檢體檢出率

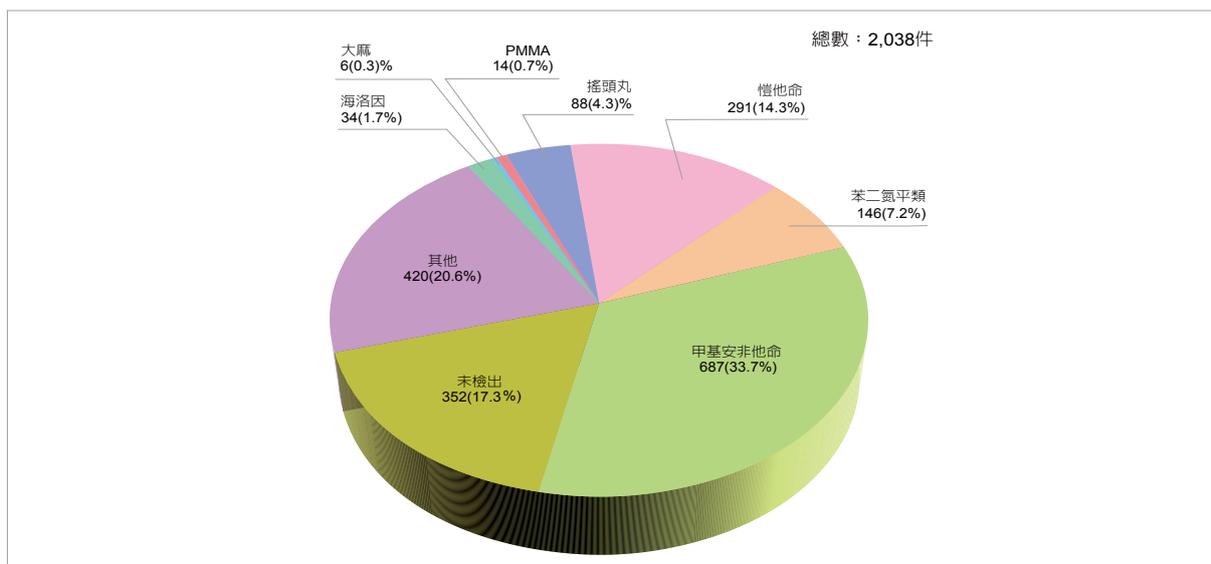


圖5-6 歷年認可檢驗機構尿液檢驗件數涵蓋比率





第六篇

醫療照護

- 第一章 醫療體系
- 第二章 醫療品質
- 第三章 精神醫療與心理衛生
- 第四章 長期照護服務及護理照護品質
- 第五章 緊急醫療
- 第六章 山地離島醫療保健
- 第七章 衛生醫療資訊
- 第八章 醫事人力

第六篇 | 醫療照護

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、全民適當的醫療照顧系統，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 醫療體系

自民國74年配合醫療法之研訂，推動醫療網計畫，並參考行政院經濟建設委員會規劃之生活圈，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，其主要目標即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，19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。鑒於醫療網第4期計畫已於民國93年底結束，而為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。

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96年實施成果如下：

一、醫療機構現況：於民國96年底，醫院計有530家，診所計有1萬9,370家(如圖6-1)。醫院家數逐年減少，診所家數逐漸增多。

圖6-1 歷年醫院診所家數

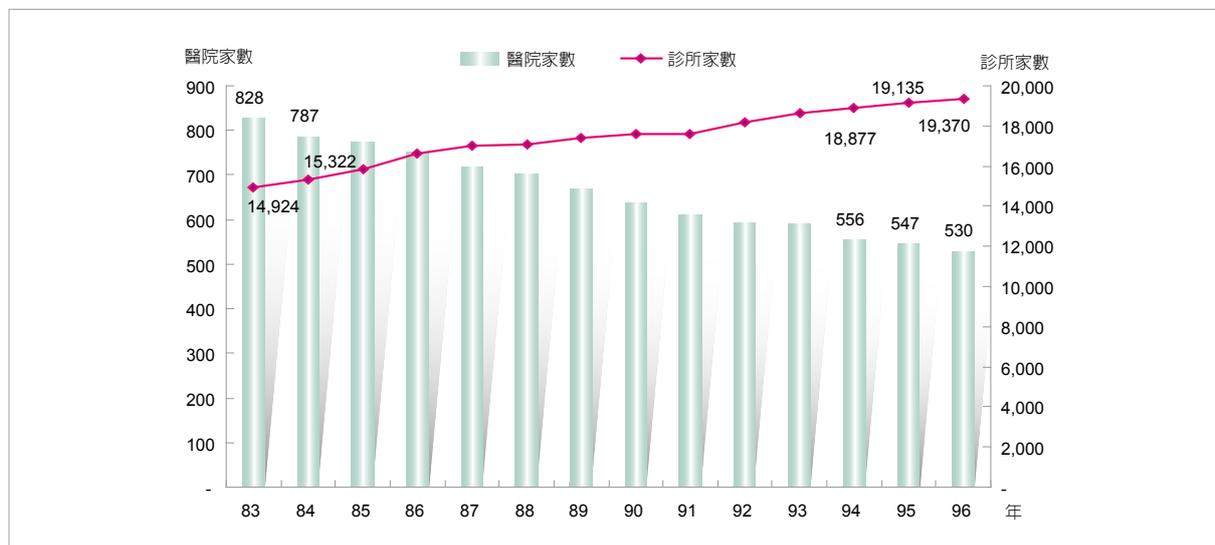
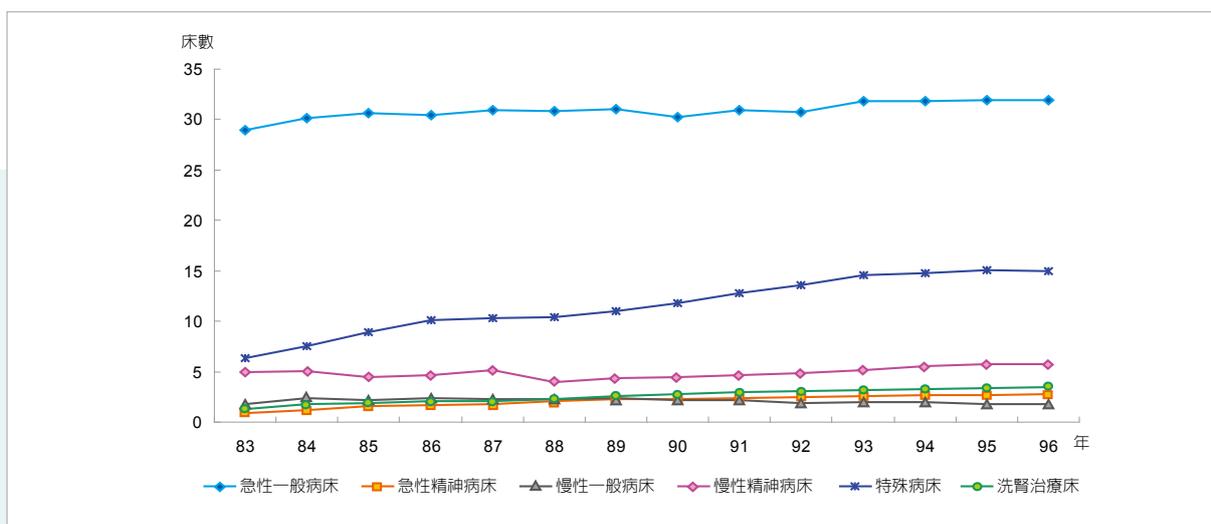


圖6-2 歷年每萬人口病床數



二、醫療院所病床現況：於民國96年底，醫療院所病床數共15萬628床(含一般病床及特殊病床)，其中一般病床占64.62%。屬於衛生署及縣、市立醫院者占13.68%，其他公立醫院占16.10%，法人、醫學院附設之私立醫院占35.13%，其他私立醫院占36.61%；醫療院所一般病床為9萬6,987床(含急性一般病床7萬3,337床、慢性一般病床4,014床、急性精神病床6,358床、慢性精神病床1萬3,278床)，平均每萬人口病床數為65.61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、醫療發展基金獎勵：自81年度起至96年度止，共計核定獎勵醫院214家、診所105家，核定20區辦理「緊急醫療資源缺乏地區之改善獎勵」；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。

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

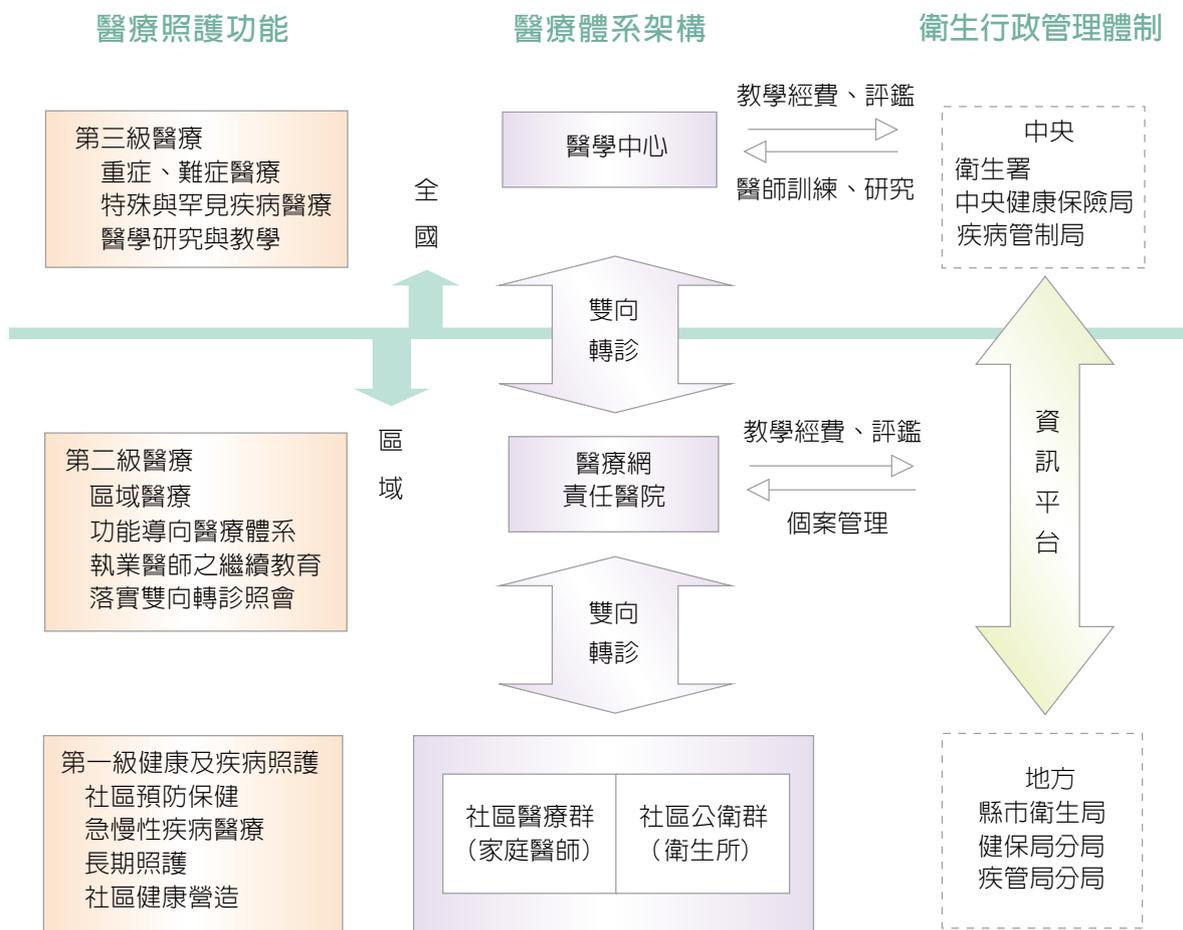
醫院未開放卻佔用病床配額，以確保民眾就醫權益。

第二節 社區醫療照護體系

後SARS時期醫療體系進行改造，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，解決社區民眾之健康問題。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，以審視社區民眾之醫療需求，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96年底止，計建置305個「社區醫療群」、43個公衛(防疫)群，同時輔導社區醫療群189群與社區公衛群13群參加區域性學習型組織。另推廣社區醫療群訪查基準，計有7縣市衛生局訪查38群。社區醫療照護架構如圖6-3。

強化社區醫療衛生體系，建置區域共同照護

圖6-3 社區醫療照護架構



網絡與醫療資訊平台，透過醫療發展基金獎勵措施，輔導地區醫院提供「老人整合性之醫療服務」，或與診所醫師合作聯合執業。以彰化縣為示範點，辦理區域共同照護試辦計畫，推動分級醫療與雙向轉診，運用疾病管理與個案管理，亦運用現代化資訊技術，提供基層醫師與合作醫院間雙向轉診資訊的分享，引導民眾正確就醫行為，減少重複就醫所造成之醫療資源浪費，重建民眾對基層醫療之信心，進而營造良好的醫病關係。

第三節 公立醫院經營

過去公立醫院長期接受政府公務預算補助，惟經營績效仍不佳；為增進公立醫院經營彈性及

提升營運效率，爰推廣公立醫院朝『多化元』之方向，加速改革之政策。

- 一、為增進公立醫院經營彈性、提升經營效率，實施機構簡併及策略聯盟。
- 二、實施署立醫院區域聯盟之功能性整合，期以人才交流、資源共享、聯合行銷等方式，達到降低營運成本，提升營運成效。
- 三、建置安全醫院作業環境，提供優質醫療及社區關懷服務。
- 四、署立屏東恆春分院自民國96年5月2日改制為署立恆春旅遊醫院，另為提升恆春地區醫療服務品質，已建置重症加護病房、用藥安全及添購所需儀器設備。

五、署立豐原醫院、台中醫院均已正式成為國際健康促進醫院的網絡會員，於國際間發光，值得標竿學習對象。

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，並改善住院陪病文化，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

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)參考美國Joint Commission(JC)所發展的醫療機構年度工作目標與執行策略，訂定我國「97-98年度推動醫院醫療品質病人安全年度目標」，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，並列入醫療機構督導考核項目，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，查民國96年全國有339家醫院參與此系統，完成通報件數1萬4,945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)參酌美國National Patient Safety Foundation辦理病人安全週活動之經驗，自民國93年起，於每年10月第4週辦理病人安全週活動，推展正確就醫觀念，透過全民健保6分區推廣至全國，以加強家屬、民衆及醫事人員對於病人安全的瞭解及重視，藉以提升良好的醫病關係；另為落實醫療機構感染控制，以「醫療機構手部衛生運動」為工作重點，藉由辦理大型活動進行醫療人員及民衆宣導，以網路響應洗手活動，並研擬「手部衛生推廣工具箱」供醫療院所使用。並分別以平面、電視及廣播等媒體，向民衆宣導「探病前後要洗手」的觀念，作為97年度「全民洗手運動」之暖身。

(四)為提升手術正確性，加強手術部位標記，優先推行術前標示之5項手術項目「全膝關節置換術」、「脊椎融合術-後融合」、「全股關節置換術」、「截肢手術」、「周邊血管手術」，並由中華民國骨科醫學會協助建立參考作業指引，而中央健康保險局進行實地查核作業。

(五)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，鼓勵進行病安研究發展。

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，由結構面評估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缺失事項進行持續改善，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。96年度經評鑑合格醫院有463家，占全國醫院約85%，並完成101家醫院之追蹤輔導訪查。
 - (三)辦理精神科醫院評鑑及精神復健機構評鑑，完成25家精神科醫院評鑑。另於民國96年8月評定29家復健機構合格、16家機構須接受複評；經於97年1月辦理複評後，12家通過評鑑，其餘4家辦理歇業或變更負責人。
 - (四)為確保中醫醫療服務品質，提供中醫就醫之安全環境，辦理中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑，已完成36家醫療機構評鑑工作，其中有12家醫院獲得優等，21家合格。
- 三、逐步建立品質管理及臨床指標，研擬實用性醫療品質審查準則。
- 四、推動醫療品質提升計畫，發展疾病核心醫療品質績效指標，加強品質監控與改善。推動之品質專案計有40項。
- 五、為強化特定醫療技術、檢查、檢驗醫療儀器施行或使用品質，依據「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定，醫療機構施行或使用特定治療檢查檢驗項目應依規定向所在地直轄市或縣(市)主管機關申請登記後，始得施行或使用。至民國95年底止，計公告24項醫療技術及醫療儀器。另依醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法，公告列管正子斷層掃描設備及醫用迴旋加速器。

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。衛生署自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。

自民國90年12月28日與行政院環境保護署會銜發布「醫療廢棄物共同清除處理機構管理辦法」，現有可處理醫療有害事業廢棄物之公民營廢棄物清理機構及醫療廢棄物共同清除處理機構之總設計處理容量每日達167噸以上，已足夠處理目前每日所產生60噸之感染性醫療事業廢棄物量。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。

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32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

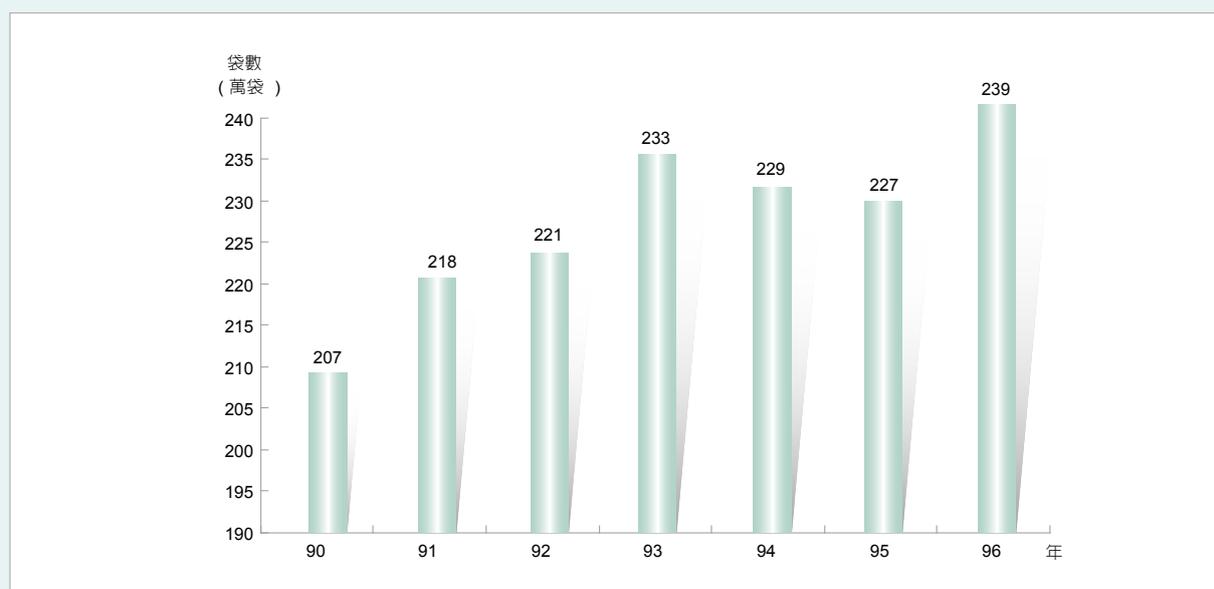
備、流程、服務品質等促進計畫。為發展自給自足之血液事業，以符合世界衛生組織倡導之「國家自給自足」政策。自民國95年1月正式實施血液製劑條例及施行細則以來，更能健全國家血液事業、提升醫療用血品質、保障輸血安全。

- 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，積極宣導民衆正確捐血觀念，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7年來年平均捐血量224萬9,216袋(圖6-4)。
- 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、血液核酸擴大檢驗法可以直接偵測病毒核

酸，具有高於傳統血清學檢驗的極佳敏感度，也能有效縮短檢驗空窗期。為實施血液核酸擴大檢驗之將來作準備，積極規劃辦理技術人員之培訓，使相關從事人員對血液核酸擴大檢驗之熟悉及提升其檢驗技術。

- 五、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。
- 六、為提升離島及偏遠地區醫院之輸血服務品質，針對金門、澎湖等離島及花蓮、台東地區醫療院所，辦理「輸血安全」相關專業課程，以提升當地醫療品質，並拉近離島及本島間醫療資源之落差。

圖6-4 民國90-96年國人捐血量



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；病情較輕微的精神疾病患者能重新回歸社區，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96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1家、精神復健機構10家(社區復健中心9家、康復之家1家)、精神護理之家5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96年底，社區復健中心服務量已達2,891人，康復之家服務量則為3,377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9萬500餘人，並予追蹤訪視。此外，補助31家機構(包含社區復健中心及相關家屬團體)，由60位社區關懷訪視員提供到宅實際訪視，使精神病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。

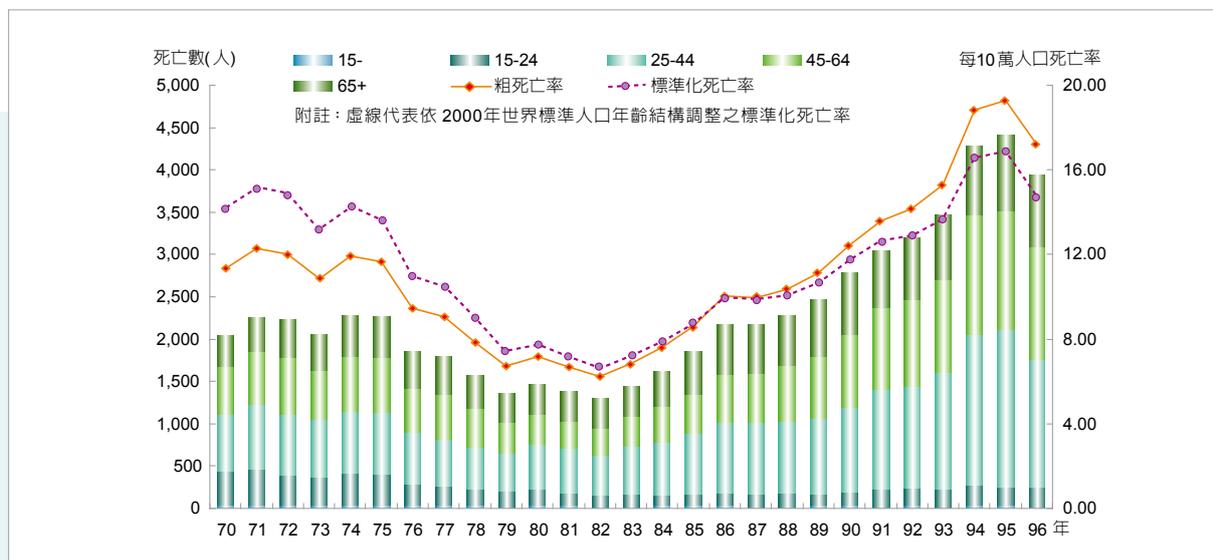
- 四、補助直轄市及縣市政府設立社區心理衛生中心，提供社區民眾心理衛生保健、諮詢、諮商服務及推廣教育宣導。全國已設立25所，達成各縣市均有1所之目標。
- 五、針對家庭暴力加害人處遇計畫，各縣市家暴中心共委託105家機構，提供加害人戒癮治療、精神治療、心理治療及認知教育輔導等處遇模式，自民國88年6月迄今，累計參與處遇治療之人數有3,916人次。各縣市性侵害防治責任醫院計有160家，協助性侵害被害人驗傷採證及緊急醫療處置。完成「縣市政府醫事人員責任通報行政獎懲調查處理作業規定(範例)」修訂，計有18個縣市完成訂定，以加強醫事人員對家庭暴力、性侵害及兒少虐待等責任通報案件之認知。
- 六、經衛生署指定之藥癮戒治機構共113家，有效期間為3年。另與司法體系合作，發展戒治醫療整合試辦計畫，至民國96年12月底止，戒治所內評估人數3,132人，進入治療人數4,107人；總計個別諮商2,576人次，團體治療2萬088人次，精神狀態評估人次237495人次，醫療處遇總人次2萬6,159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95年19.3人，民國96年雖降為17.2人(如圖6-5)，但仍連續11年擠進國人十大死因之列。

又近年來，舉凡921大地震、全球經濟大緊縮、SARS風暴等，使民眾面臨多項衛生、社會、經濟之衝擊，直接、間接造成經濟和社會重大損

圖6-5 歷年自殺死亡數及死亡率



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，擬定短、中、長程防治目標。
- 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96年通報量計2萬3,006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)，提供民眾專業諮詢服務。民國96年總通話服務量計4萬1,991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 長期照護服務及護理照護品質

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，使社區中失能民眾能維持獨立自主、安全與有尊嚴的生活能力。另提供身心障礙者完善之醫療復健服務照顧。

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96年底，我國65歲以上人口比率已達10.21%。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，讓民眾獲得整合性、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324家、居家護理機構503家、日間照護13家。

- 二、建置長期照顧「單一窗口」管理機制，輔導25縣市設置長期照顧管理中心，並確立長期照顧管理中心評價指標；辦理全國照顧管理人員在職訓練，提升專業知能。
- 三、配合衛生資訊通報暨長期照護資訊網系統維護及推廣，完成各縣市長期照顧管理中心系統、護理之家個案管理資訊系統、出院準備連網資訊系統，以提供長期照顧管理中心、護理之家及出院準備服務等個案管理資料之鍵入及推廣使用，建立品質監控，提升作業效率，落實急性醫療與後續之銜接機制，提供連續性之照護服務。
- 四、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。
- 五、辦理暫托(喘息)服務計畫，提供照顧家屬之暫托服務，並成立照顧者支持團體、辦理照顧者訓練班，以紓解照顧者之身心壓力，提升照顧者之照顧能力，計9,489(人/日)接受此項服務。

第二節 身心障礙醫療復健服務

積極推動身心障礙者醫療復健，以強化弱勢族群之醫療健康照護。

- 一、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3種遠距照護服務模式，讓民眾不論是在社區、住家或其他照護機構，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。
- 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，提供輔具展示、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，以提升服務品質為目標。

- 三、委託25縣市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。
- 四、建構失智症照顧模式，目前除署立花蓮、朴子、屏東、台東醫院及財團法人埔里基督教醫院、基隆市立醫院、彰化縣洪宗鄰醫院等7家醫院附設護理之家，辦理失智症照顧模式之示範外，並持續推動「獎勵設置社區型日間照護及護理之家功能改造計畫」；96年度共補助8家醫院辦理失智症病患之照護設施，提供機構式照顧服務，讓家屬減輕照顧上之困擾，以提升其生活之品質。

第三節 提升護理照護品質

- 一、委託辦理全責照護試辦計畫暨評價研究計畫，以建置合理護理人員與護理輔助合作模式，減輕護理人員負擔。
- 二、推廣改善護產人員執業環境方案，促進護理人員留任，落實護產人員繼續教育認定制度；計有醫院機構、護理助產相關團體及大專院校等28個單位參與。
- 三、推動專科護理師制度，辦理專科護理師甄審，通過857人，並訂定專科護理執業範圍，相關法規及配套措施。
- 四、委託辦理產後護理機構訪查計畫，實地訪查46家，以作為產後護理機構評鑑、管理及政策制定參考，並研擬修正產後護理機構(包括坐月子中心)之定型化契約草案。
- 五、辦理友邦護理人員之培訓，計培訓17國護理人員；藉由與各友邦護理人員之交流，介紹台灣優質之護理專業，擴大我國國際衛生之能見度。

第五章 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、補助台大及成大醫療團隊建置「國家災難醫療救護隊」，以應付重大災難發生時之緊急醫療需求。完成全國中央(台北)、北、中、南、東及高屏等6區緊急醫療應變指揮中心(R.E.O.C)之建置與運作。
- 二、建置周產期緊急醫療轉診系統，共90家新生兒急救責任醫院、85家高危險妊娠急救責任醫院，完成系統功能性之調整與新功能之開發，方便醫療院所使用及供民衆上網查詢。
- 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203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：
 - (一)成立台北、北部、中部、南部、高屏及東部等6個區域協調中心，提升毒化災大量傷患之救護應變能力。
 - (二)成立毒藥物諮詢檢驗執行中心，由台北榮民總醫院負責，結合中部、南部及東部分支中心，共同組成中毒諮詢、檢驗服務網絡。
 - (三)成立緊急醫療特定解毒劑管控中心，由台北榮民總醫院負責，儲備緊急醫療特定解毒劑，將解毒劑適當分配至全國53家醫院。
- 五、推廣全國CPR急救教育訓練，辦理中央機關公職人員CPR急救教育訓練，每年約有1,000人次參加訓練；並補助各縣市衛生局及民間

團體辦理民衆CPR急救訓練。

- 六、為落實救護車之品質，及落實醫院緊急災害應變措施，分別將救護車管理、醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，納入對地方衛生局之考評項目。
- 七、署立恆春遊旅醫院於民國95年11月整合當地3家醫院，以發展觀光醫療及提供地區24小時之急診服務。另由衛生署中區區盟統籌指揮調度支援所屬台東醫院成功分院，負責醫師及護士派班，提供地區24小時之急診服務；另由桃園縣衛生局整合署立桃園、新屋分院、台北、新竹、苗栗醫院等醫院，提供地區24小時之急診服務。

第六章 山地離島醫療保健

由於山地離島較一般地區之醫療資源及人力缺乏，且受地理環境之限制，致影響其生活及醫療之方便性，為縮短醫療保健城鄉之差距，積極辦理各項醫療保健措施及「原住民部落離島社區健康營造」，以提升醫療保健品質，創造健康的社區。

- 一、整合偏遠地區、澎湖及金馬地區醫療資源
 - (一)金門縣立醫院於民國94年10月1日改隸為衛生署醫院，並由所屬台北區域聯盟醫院支援各項醫療業務。
 - (二)澎湖醫療大樓由三軍總醫院澎湖分院經營，而澎湖地區醫療資源整合，已進入營運整合期，預計於民國97年7月整合完成。另補助澎湖醫療大樓設置核磁共振造影系統(MRI)，已於民國96年1月26日啟用，將更有效提升該地區之醫療水準。
 - (三)補助連江縣立醫院新建醫療大樓及金門醫院辦理病房空間整修，以提升金門、馬祖地區之醫療保健服務品質。
 - (四)為改善原住民之醫療照護問題，署立花

蓮醫院豐濱分院於民國95年8月1日，更名為花蓮醫院豐濱原住民分院。

二、補助山地離島地區計有台東縣達仁鄉衛生所、嘉義縣阿里山鄉衛生所、屏東縣獅子鄉衛生所、金門縣金寧鄉衛生所等4案衛生所室重建及空間整修，並辦理臺北縣烏來鄉衛生所及信賢衛生室等2間修繕，以更新建築及延長房屋使用年限。補助醫療儀器設備計141項及資訊設備計151項、汰換老舊救護車及巡迴醫療車計10輛，以提升當地醫療照護水準。

三、保障山地離島地區居民健康及就醫權利

(一)協調原住民委員會，補助健保費，減輕原住民就醫負擔，普及全民健保各類服務。

(二)整合當地基層與醫院醫療資源，結合學術與民間力量，加強醫療支援計畫，除由公私立醫院及軍方醫院繼續支援外，並自民國88年11月起，推動「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(Integrated Delivery System,IDS)」，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，完成「鄉鄉有醫療，村村有支援」，全國48個山地離島鄉均已參與本項計畫。

(三)辦理「行政院衛生署空中轉診審核中心計畫」，讓當地嚴重及緊急傷病患得到更適切之醫療照護，並提升空中救護品質。96年度共接受空中轉診申請案件303件，核准268件，核准比例為88.45%。此外，並補助2處山地離島地區直昇機停機坪修繕計（南投縣仁愛鄉及新竹縣尖石鄉秀巒停機坪），以加強直昇機之起降及飛航安全。

(四)依據「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」，自民國87年

起，補助澎湖、金門、連江、屏東及台東縣等衛生局，辦理空中轉診後送及轉診來台就醫交通費補助。至民國96年底止，已後送292名緊急傷病患，及補助1萬9,771名重大傷病患者轉診來台就醫。

四、遠距醫療及發展醫療資訊系統及醫療影像傳輸系統

(一)於澎湖、金門、連江、台東縣等4縣衛生局建置遠距醫療會診系統，提供遠距醫療會診，計設有25個連線點。

(二)為強化山地離島地區共享醫療資訊系統，提升衛生所醫療保健服務之便利性，逐步規劃「全國山地離島地區共用醫療資訊系統(HIS)建置計畫」，分3階段以區域共享方式分3-5年建置HIS系統。

第1階段規劃區域為屏東縣8個山地鄉及1個離島鄉、南投縣仁愛鄉及信義鄉、苗栗縣南庄鄉、新竹縣尖石鄉及五峰鄉、臺中縣和平鄉等共16個建置點。

(三)96年度辦理苗栗縣泰安鄉衛生所及台中縣梨山衛生所與署立醫院整合醫療影像傳輸計畫，建置與署立豐原醫院連線之醫療影像傳輸(PACS)系統，以提升衛生所醫療診斷之正確度。

(四)辦理山地離島衛生所試用電子圖書館資源種子教師培訓講習會，計有山地離島衛生局、所等66個單位，53人次參加，並自民國96年8月1日至10月31日試用電子期刊。

五、部落民眾健康生活促進

(一)推動「社區健康營造計畫」，採「本土化」、「訂立健康議題」與「建立機制」三大方向，以機構化組織，結合地方資源，活化社區健康策略，帶動社區

民衆參與共同營造自發性健康新活力，創造健康的社區。

(二)補助大專院校15個營隊辦理山地離島及偏遠地區暑期大專青年社區部落健康服務營計畫，於民國96年6月28日舉行授旗儀式後展開下部服務，參與出隊人數計618人，約計服務3,500人。

(三)推動暑期大專青年社區部落健康服務營，辦理家暴、性侵、菸酒、檳榔防制等績優隊伍表揚及宣導活動計畫，參加隊伍計15隊，參加人員約200人。

六、充實醫療衛生人力與提升專業能力

(一)鼓勵醫事人員至山地離島開業，訂定「離島開業醫療機構獎勵及輔導辦法」，已輔導3家醫療機構(診所)開業；「行政院衛生署補助醫事人員至山地鄉開業要點」，補助5家醫療機構(診所)至山地鄉開業。

(二)辦理山地鄉衛生所醫師繼續教育訓練，包含急重症訓練及酒癮戒治課程，由署立新竹醫院、屏東醫院及花蓮醫院等3家承辦，計訓練73名醫師及255名醫事人員，其他醫療機構參與之醫事人員980名。

(三)以公費待遇培育原住民及離島籍醫事人員，並分發回鄉服務，截至民國96年12月底止，共培育醫師273人，服務期滿仍有超過7成以上醫師留在當地服務。

七、邀請新竹縣尖石鄉、五峰鄉地區60位衛生小天使 至國家衛生指揮中心、健保局、管制藥品管理局及衛生署空中救護審核中心等地參觀；並教導健康觀念，化口號為行動，力行健康生活與正常心靈之體驗。

八、委託高雄縣及屏東縣衛生局辦理「從原住民家暴的認知和求助需求建構以部落為主體的

整合模式研究推廣計畫」，以建立醫療、訓練、轉介通報網絡系統。加強辦理家暴、性侵害防治等相關宣導活動，計30場次，2,508人次參加。

九、補助15縣衛生局，辦理「山地離島地區地方醫療保健促進計畫」及「強化山地離島地區緊急醫療服務相關工作」；共辦理223場次，計6,650人次；另補助7家社團，辦理「山地離島地區地方醫療保健促進」活動。

第七章 衛生醫療資訊

隨著資訊科技的日新月異，資訊系統在醫療及健康照護品質上已扮演起重要的角色。延續「網路健康服務推動計畫(計畫期程：民國91~94年)」、「衛生局所網路便民服務計畫(計畫期程：民國92~95年)」等計畫之基礎，衛生署提出「國民健康資訊建設計畫」(計畫期程：民國97~100年)於民國96年8月奉行政院核定，將落實「全人健康照護」的政策目標，推動衛生醫療資訊重要基礎建設，並促使台灣衛生醫療業界能持續保有資訊科技應用之優勢。

第一節 網路健康服務

一、推動電子病歷

為維護電子病歷的安全與病患隱私，訂定「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」，並於民國94年11月公告施行。凡符合前開辦法規定之醫療機構，得免另以書面方式製作病歷，以達到增進醫療服務效率、提高醫療品質及降低醫療機構經營成本等效益。

(一)民國96年辦理「建構以病人為中心之電子病歷跨院資訊交換環境案」，完備電子病歷跨院相關法制，減少醫療院所在推行電子病歷時之疑慮，並徵求及獲得11家醫學中心導入電子病歷內容基本格式，發展電子病歷跨院

交換環境，使民衆得以獲得完整連續之醫療服務，提升醫療品質。

(二)民國92年6月13日正式啓用醫療憑證管理中心，提供醫療電子憑證服務；96年度計製發8,147張醫事憑證IC卡(累計154,419張)，應用於電子病歷推廣、衛生局所網路便民服務、網路出生通報、檢驗檢查報告簽章、醫療院所電子公文交換及讀寫「中華民國國民健保卡」之重大傷病患、過敏藥物、處方箋、器官捐贈同意與否等欄位內容。

二、民國96年完成衛生資訊通報平台及死亡通報資料自動傳遞功能之建置，導入191家急救責任醫院將加護病床空床資料自動上傳至緊急醫療管理系統，並推廣150家醫療院所使用死亡通報資料自動傳遞功能，以提升通報作業效率及品質。

三、配合電子化政府推動方案，於民國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，運用網際網路提供各項申請表單下載、查詢辦理進度、通知取件等功能；民國96年新增「非感染性人體器官、組織及細胞進出口」及「昂貴或具危險性醫療器材進口」線上申辦功能，且與衛生署醫事簽審管理系統整合，以縮短業者通關案件處理時效，並增加超商繳費機制，期達成簡政便民目標。

四、民國96年期間，陸續增修緊急醫療救護通報、救護技術員及急救責任醫院管理等功能，提升系統操作介面之親和度，建立系統運作監測機制，以於事故發生時提供即時之緊急救護資訊。

五、於民國93年正式開放藥品交互作用資料庫系統，將藥品及其相關交互作用之基本資料，合併健保藥品代碼、成分名及學名為主的國內使用藥等資料庫，整合為完整的藥品交互

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，提升用藥安全、處方適當性，降低重複用藥及健保支出，以保障民衆用藥安全。截至民國96年底累計參與使用之醫療院所計有2,179家，上網使用有9萬1,305人次。

第二節 醫療資訊網

一、發展衛生醫療資訊通報服務系統

衛生署統籌發展與衛生局、所業務相關之衛生資訊通報服務系統，使用者包括各縣市衛生局、所、醫療院所及醫事人員等，各系統之推廣均牽涉多機關之協調，為達以資訊提升健康照護服務工作效率，持續強化系統功能並辦理推廣事宜，96年度主要成果如下：

(一)完成精神照護通報、自殺防治通報、身心障礙鑑定等系統功能擴充，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。96年度精神照護通報4,098件，自殺防治通報2萬3,971件，身心障礙鑑定通報5萬9,312件。

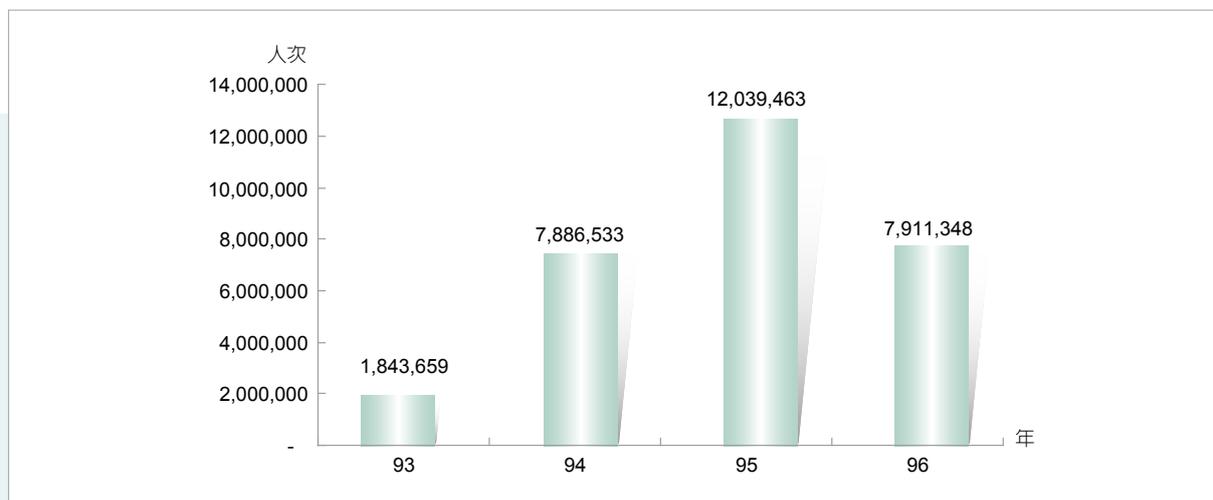
(二)擴充醫事人員報備支援線上申辦系統功能，及辦理25個衛生局及其所轄醫院推廣工作；累計申辦件數計8萬3,031件、682家醫院參與，有效縮短醫院辦理報備支援行政作業時間(每1申請案件約由3日減為1日)。

(三)輔導衛生局之資訊網、帳號線上申辦及公務文件管理系統等上線使用，計完成便民服務入口網各子系統待辦件數功能擴充，並持續進行單一簽入系統整合工作，有效提升衛生局、所同仁服務品質。

(四)統籌維運354個衛生所之衛生保健便民服務網站，提供民衆上網查詢健康資訊及相關服務，民國93年至96年點閱人次如圖6-6。

(五)持續維運食品衛生管理資訊系統，96年度完

圖6-6 衛生所網站歷年點閱次數統計圖



成進口免驗(F01及F02)資料轉入本系統資料庫及資料查詢之功能，強化食品之衛生安全控管；通報稽查案件計17萬653筆。

(六)持續維持長期照顧管理中心系統、中央長期照護系統、護理之家個案管理資訊系統、長期照護出院準備連網服務系統等正常運作，及提升25縣市長期照顧管理中心使用系統之熟悉度。推廣28家署立醫院使用長期照護出院準備連網服務系統，及配合內政部照顧服務管理資訊系統進行個案資料介接之設計、測試等事宜，使衛政與社政相關資訊得以整合，進而提升照護品質。

二、醫事管理系統

主要協助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等之管理，並與其他相關系統或衛生署所屬機關系統介接和資料轉換，達到資料共享。計完成護理人力建置案、醫事糾紛鑑定系統、醫療資源地理資訊系統之資料與本系統之介接，並持續增修系統功能以符合法規規定及實際作業需求，提升系統之效能。

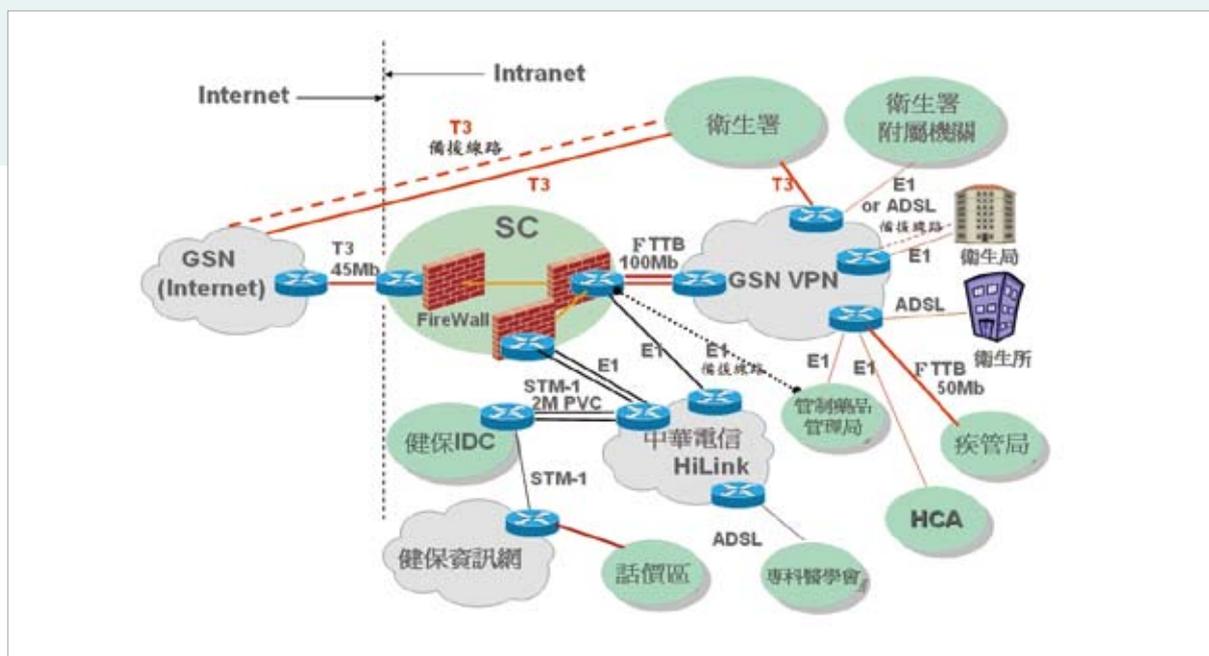
三、全國醫療資訊網服務

為達到衛生醫療資訊交換與共享之需，全國醫療資訊網(Health Information Network，簡稱HIN)於民國84年建置台北、台中、高雄3個區域資訊中心，民國90年整併為一個服務中心，擔任我國衛生醫療資訊交換樞紐(如圖6-7)。

全國醫療資訊網服務中心(Service Center，簡稱SC)負責HIN各項公用類資訊系統之維護、效能、備份等作業管理及連線單位之諮詢服務，以及網路監控、維護、運作及資安管理，並進行各縣市衛生局所資訊環境現況訪視輔導等服務，提供連線衛生醫療單位高品質、高穩定性之資料處理服務、資訊傳輸與交換管道，並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。

為確保資通安全，依據ISO 27001：2005資訊安全管理標準之要求，建置衛生署資訊中心、SC及醫療憑證管理中心(HCA)之資訊安全管理制度，且分別通過認證，提升衛生醫療資訊的機密性、完整性及可用性，並提供更安全的網路便民服務。

圖6-7 HIN網路架構圖



第八章 醫事人力

醫事人力的多寡、人員素質的良窳，在在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、心理師法及呼吸治療師法等11種醫事人員管理法規。未來，亦將研擬牙體技術師法、驗光師法、聽力師法及語言治療師法等法案。

醫事人力至民國96年底止，每萬人口西醫師數為15.78人、中醫師為2.16人、牙醫師為4.74人、藥事人員為12.62人、護理人員為51.69人。依據全人健康照護計畫之規劃目標，每萬人口西醫師已達目標值14.7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；惟臨床心理人力則尚屬不足。

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96年底，共分發318人。

- 三、自民國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5,559名公費畢業生，分發至衛生署系統服務者共3,172人，計1,297人正履行服務義務，其中419人服務於人才羅致困難科別，212人正於山地離島、衛生所及非公立教學醫院履行第2階段服務義務。為強化衛生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25個專科，其中2個分科為牙科專科之分科；至民國96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。此外，甄選補助老人醫學、遺傳醫學、職業醫學、核子醫學、解剖病理等科之特殊科醫師5位出國進修，以提升該等專科人力與品質。

- 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。計有127家訓練醫院參與。
- 六、辦理「額外牙科住院醫師培育計畫」，95年計培育399名牙醫師於教學醫院接受2年住院醫師訓練。
- 七、我國中醫師養成教育，分7年制及8年制(民國55年至84年為7年制，從85年起改為8年制；民國92年起，又分為7年制及8年制)中醫學系

表6-1 民國96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	領有證書人數	執業人數	每萬人口執業人員數
西醫師	52,437	36,230	15.78
中醫師	11,179	4,952	2.16
牙醫師	14,180	10,884	4.74
藥師(藥劑生)	46,800	28,997	12.62
護理人員	333,531	118,693	51.69
助產人員	53,700	379	0.16
營養師	4,973	2,057	0.89
醫事檢驗師(生)	17,754	8,142	3.55
物理治療師(生)	8,152	4,254	1.85
職能治療師(生)	2,785	1,807	0.79
醫事放射師(生)	6,196	4,365	1.90
臨床心理師	717	573	0.25

註：領有證書人數包含死亡者。

及5年制學士後中醫學系兩種制度。至民國95年底，修畢是項中醫學分之醫師有339人，其中124人已通過中醫師考試。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將於民國97年落日，中醫師特種考試制度亦將於民國100年落日。

八、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18家醫院辦理34項「中醫臨床教學訓練改善計畫」（含2項中醫住診教學計畫、7項中醫會診教學計畫、22項中醫門診教學計畫及3項中醫臨床教學核心醫院計畫），共開設619個中醫教學門診，訓練2,705人次。

(二)為提供中醫師研討診治病例與分享教學經驗之溝通平台，於全國北、中、南3區，各舉辦全國性、區域性聯合教學病例討論會及門診示範教學各1場，共有1,735人次中醫師參加。

(三)針對每個教學案例，均製作中醫教學病例，撰寫中醫教學內容摘要表，並完成「中醫門、會(住)診教學案例研析」編輯工作，作為中醫臨床教學教材。

(四)為建立中醫醫療機構負責醫師2年醫師訓練制度，分南區、中區及北區等3區召開「中醫醫療機構負責醫師2年醫師訓練計畫」專家座談會，並輔導3區核心醫院研訂相關之訓練課程大綱、內容及評量方法等全國性基準工作。

九、實施中醫醫事人員繼續教育，全面提升中醫醫療照護品質

(一)辦理中醫師繼續教育(含經驗傳承)學術研討會12場，參加繼續教育中醫師數為3,836人，占執業中醫師總數(註：民國95年底執業中醫師總數為4,727人)之81.1%。

(二)辦理中西醫學術研討會4場，參加繼續教育中醫師數為3,029人，占執業中醫師總數(註：民國95年底執業中醫師總數為4,727人)之64.1%。

(三)辦理中醫護理訓練24場，計有789人參加。另，計有870位護理人員完成全部7科9學分訓練課程，占民國95年底中醫醫院護理人員總數(1,568人)之50.3%。



第七篇

全民健康保險

第一章 健康保險現況

第二章 健保制度改革

第七篇 | 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，也一直維持接近8成。同時，因著很多國家稱羨此制度，僅僅民國96年就有401人次前來觀摩。另全球健康科學及服務類排名第一的期刊—Health Affairs，於西元2003年刊登我國全民健保的研究論文中指出，依照世界衛生組織財務負擔公平指數計算，台灣之全民健康保險在家庭可支配所得和醫療開銷間的比率，即「財務負擔的公平性」上，優於許多主要先進國家。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。民國96年底，總投保人數(不含軍人)共有2,262萬9635人，實質納保率已達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96年持續推動各項協助措施，包括下列成果：

一、健保費補助

各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、中低收入70歲以上老人及3歲以下兒童、20

歲以下55歲以上之無職業原住民等；補助金額約163億元，補助人數約219萬人，較民國95年補助金額多出8億餘元，人數多4萬餘人。

二、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；共核貸2,438件，金額約1.6億元。

(二)轉介公益團體代繳保險費：針對無力繳納保險費之民衆，中央健康保險局各分局協助轉介公益團體或愛心人士代繳其保險費；轉介成功之個案計2,067件，獲補助金額共1,004萬餘元。

(三)辦理分期攤繳保險費：凡一時經濟困難無力一次繳清保險費者，均可辦理分期繳納，減輕其投保之壓力；計25萬8,716人辦妥保險費分期付款。

三、為保障無力繳納保險費者之就醫權益，持續提供緊急醫療保障措施。中央健康保險局各分局依其需要，協助辦理紓困基金無息貸款、代為轉介公益團體代繳費用或協調特約院所以醫療救助基金吸收其就醫之費用，以解決其困難；共受理1,028人次。

四、減輕重大傷病患者財務負擔：對罹患癌症、慢性精神病、洗腎、先天性疾病及罕見疾病之患者，其醫療費用均給予免部分負擔的優惠，領證病患計約有75萬餘人。

五、確保罕見疾病及血友病等重症患者之醫療權益與用藥。

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%，經健保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。

從民國84年3月起至民國96年底，以權責基

礎計算，僅民國84、85、86及89年之收支有結餘外，其餘年度皆為短絀。歷年保險收入合計為39,027.14億元，保險成本合計39,151.96億元，保險收支累計短絀數為124.82億元（表7-1），若就民國96年加以觀察，保險收入為3,874.71億元，保險成本為4,011.49億元，當年收支短絀為136.78億元，安全準備累計餘額已低於1個月保險給付總額。

表7-1 全民健康保險歷年財務收支表(權責基礎) 單位：新台幣億元

年別	保險收入註 ¹		保險成本註 ²		保險收支 餘絀	安全準備 累計餘額
	金額	成長率%	金額	成長率%		
84	1,939.91	-	1,568.47	-	371.44	371.44
85	2,413.27	-	2,229.38	-	183.89	555.33
86	2,436.40	0.96	2,376.14	6.58	60.26	615.59
87	2,604.81	6.91	2,620.40	10.28	(15.59)	600.00
88	2,648.94	1.69	2,858.98	9.10	(210.04)	389.96
89	2,851.70	7.65註 ³	2,842.06	(0.59)註 ⁴	9.64	399.60
90	2,861.46	0.34	3,017.88	6.19	(156.42)	243.18
91	3,076.07	7.50註 ⁵	3,232.62	7.12	(156.55)	86.63
92	3,367.60	9.48註 ⁶	3,371.43	4.29註 ⁷	(3.83)	82.80
93	3,522.43	4.60	3,526.73	4.61	(4.30)	78.50
94	3,610.92	2.51	3,674.27	4.18	(63.35)	15.15
95	3,821.92	5.76註 ⁸	3,822.11	4.02	(3.19)	11.96
96	3,874.71	1.46註 ⁹	4,011.49	4.95	(136.78)	(124.82)
合計	39,027.14		39,151.96		(124.82)	
86-96年平均	3,152.18	4.40	3,214.01	5.49		

說明：

1.()代表負數

2.84至95年保險收支金額為審定決算數

備註：

1.保險收入 = 保險費 + 滯納金 + 資金運用淨收入 + 公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數 + 其他淨收入 - 呆帳提存數 - 利息費用

2.保險成本 = 醫療費用 + 其他金融保險成本(保險成本已扣除921震災醫療費用補助)。

3.89年保險收入大幅成長，主要因加強中斷投保開單結果。

4.89年保險成本大幅下降，主要因加強開源節流措施與財務收支監控之效果；另若包含921震災政府補助之醫療費用45.23億元，則當年之保險成本應為2,887.29億元，成長率為0.99%。

5.91年保險收入大幅成長，因8月起實施保費負擔公平方案及9月起保險費率調整為4.55%。

6.92年保險收入大幅成長，係因受91年實施保費負擔公平方案及保險費率調整為4.55%影響月數分別僅有5個月及4個月，而92年則為全年實施所致。

7.92年保險成本成長率下降，係由於自91年7月起西醫醫院實施總額預算支付制度後，支付制度已全面改採總額預算支付，使保險成本能在合理成長範圍內有效控制。

8.95年保險收入成長，主要係95年2月16日將菸品健康福利捐由每包5元調整為10元，同時將用於全民健保安全準備之比率由原來70%調高為90%。

9.96年保險收入成長率下降，係由於平均眷口數自96年1月1日起由0.78人調降為0.70人，預估每年保險收入減少約88億元，雖自96年8月1日起配合基本工資調升，辦理投保金額分級表暨保險人應公告事項調整，惟影響月數僅有5個月。

為使全民健保永續經營，積極推動開源節流措施，維持保險財務之平衡。

一、為維持財務穩定，推動各項依法能增加收入及節制醫療支出之措施如下：

(一)節制醫療費用支出：

- 1.辦理第5次藥價調查及調整作業、藥價再確認及更正申報、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.於民國96年7月19日公布藥價再確認結果，新藥價自9月1日生效，調降5,700餘項，估計每年可減少60億元藥費支出，累計前一波第5次藥價調查之調降，共可減少150億元藥費支出。

(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、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(21,000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17,280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

96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」、「國民健康改善試辦計畫」、「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」、「醫療資源缺乏地區服務獎勵試辦計畫」、「慢性B、C型肝炎治療方案」及為達「科別平衡」調整支付標準。
- 2.新增33項胸腔及腹腔鏡手術診療項目及新增嬰兒保溫箱支付標準。
- 3.放射線診療部分新增「經由心導管治療直徑2.5 mm(含)以上之開放性動脈瘻管」項目。

(二)中醫部分：

- 1.修訂「醫療服務品質指標項目及監測值」、「門診醫療品質提升計畫」、「腦血管疾病及褥瘡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」、「醫療資源缺乏地區改善方案」，並擬訂「中醫初診患者提升診察品質」。
- 2.新增複雜性針灸項目及初診診察費，以提升照護品質。
- 3.新增中醫醫院兩段式門診合理量診察費支付方式，每位專任中醫師每月看診日平均門診合理量為55人次，超過人次者支給較低診察費。

(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」、「加強提升初診照護品質計畫」、「牙醫特殊服務計畫(包括先天性

唇顎裂患者、中重度以上身心障礙者牙醫醫療服務)、「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「牙周疾病控制基本處置」、「乳牙多根管治療項目」及「原80歲以上可申報之複雜性拔牙，年齡放寬至65歲以上」等項目。
3. 為擴大牙醫特殊醫療服務，將顛顏畸形症患者納入「全民健康保險牙醫門診總額特殊項目醫療服務試辦計畫」服務之對象。

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、經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，歷年

協定結果如表7-2。

- 四、為提升保險對象就醫可近性，中央健康保險局民國96年底特約之醫事服務機構遍布全國各地，計達2萬3,478家，其中醫療院所1萬8,540家、藥局4,061家、助產所18家、精神科社區復健機構143家、居家照護機構474家、醫事檢驗機構210家、物理治療所22家、醫事放射機構9家、職能治療所1家。民國96年每人平均門診看診次數為13.93次，與民國95年13.82次相較，增加了0.11次。
- 五、為提升民衆用藥品質及更多用藥選擇，及減少民衆之財務負擔，陸續調整藥品給付規定，調整項目如惡性腫瘤用藥、帕金森氏症治療用藥、過動症治療用藥、與癌症化學治療有關的貧血用藥、慢性病毒性B型或慢性病毒性C型肝炎用藥、重型海洋性貧血、侵入性念珠菌感染症用藥等。

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

表7-2 總額支付制度下全民健康保險每人醫療費用成長率

年別	91年度		92年度	93年度	94年度	95年度	96年度	97年度	
	上半年	下半年							
行政院核定範圍	1.67~4%		1.55~4.02%	0.51~4.00%	1.34~4.03%	1.17~5.00%	2.32~5.10%	2.30-5.00%	
費 協 會 協 定	總體	2.34~3.71%	3.88%	3.90%	3.81%	3.61%	4.54%	4.50%	4.47%
	牙醫門診	2.50%		2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%	2.65%
	中醫門診	2.00%		2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%	2.51%
	西醫基層	3.73%		2.90%	2.70%	3.23%	4.68%	4.18%	4.13%
	醫院	1.61~3.73% (目標值)	4%	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.91%	4.90%
	其他	—		增加13億元	增加10億元	增加11.41億元	增加0.62億元	增加4.72億元	增加3.16億元

說明：91~94年為每人醫療費用成長率；95年起為總醫療費用成長率

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)依據各類醫療費用審查注意事項，配合支付標準、藥品給付規定之修訂或各分局相關審查共識，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)為減少不當用藥、檢查、手術或醫療處置，造成民眾健康的損害或生命威脅，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，以程序審查方式對醫療院所或藥局進行扣減，以導正異常醫療行為，並節省審查成本。至民國96年底計公告實施38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7-3。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」專區供各界查詢，包括：

- 1.專業醫療服務品質指標報告：醫院總額、西醫基層總額、牙醫總額、中醫總額、門診透析總額。
- 2.特定疾病或治療方式專業醫療服務品質報告。
- 3.以實證醫學為基礎之臨床診療指引。
- 4.以實證醫學為基礎之案例研析。
- 5.實證醫學文獻評讀資料。

(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

表7-3 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%	1.78%
96年	2.92%	2.58%	2.54%

96年資料計算時點為截至97年4月7日完成之核減資料

額等項目，均於全球資訊網公布，供民衆查詢。截至97年1月止，已公布53項指標，共107萬7,237人次查詢。

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，提供民衆更簡單、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，大幅節省民衆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96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」，每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者之病患共計1萬5,439人，輔導後，平均每人就醫次數下降達3~6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4萬545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1萬2,459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，截至民國96年12月底，上傳家數1,697家，共計541萬2,312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，供疾病管制局進行登革熱必要管理。

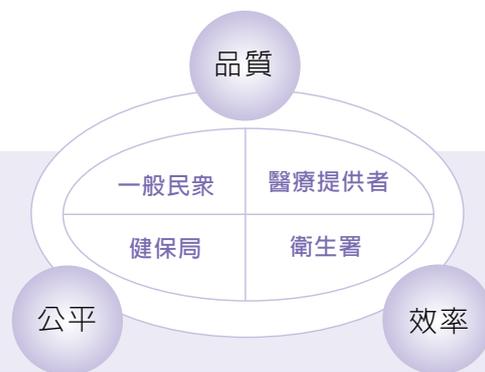
第二章 健保制度改革

健保的實施，是我國重大的社會建設，也是受惠民衆最廣泛的公共政策，更是促進國家進步、維繫社會安全、保障人民權益極重要的一環。然而，因人口老化快速、高科技醫療成本高、醫療費用成長高於保費收入、保險費率、費基及醫療給付範圍調整不易，加上新興傳染病的威脅，使得全民健康保險財務面臨危機，為因應挑戰，亦極力推動健保制度之改革，以使全民健康保險制度能永續經營。

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。所面臨之困境如下：

- 一、財務失衡日趨嚴重：受到人口快速老化、醫療科技進步、民衆需求增加等因素之影響，健保的收入與支出的成長率，長期以來都存在著2個百分點的差距，目前實施多元微調，雖然可勉強將健保財務維持一段時間，但面對安全準備即將破底，財務平衡問題，必須優先處理。
- 二、保費負擔差異性大：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，造成保費負擔之公平性受到挑戰，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。
- 三、健保收支缺乏連動：在現行制度下，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。
- 四、資源配置機制不足：我國健保制度，係整合原公、勞、農保體制而來，對於給付範圍增減，



缺乏評估機制，且在健保資源有限之情況下，無醫療資源合理配置的機制，因此造成給付內容無法合理調整的現象。

五、醫療資訊不夠公開：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。

六、保險支付需重品質：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。

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，提出總結報告，內容包括「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」等4大層面之政策建議，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，保費分擔的公平性。

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：久居海外未按月交保險費的民衆，回國復保必須有等待期。此外，為增加民衆就醫的選擇，訂定差額負擔，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月已將全民健康保險法修正草案，交付衛生環境及勞工委員會審查中。



第八篇

國際衛生合作

第一章 加入世界衛生組織

第二章 衛生交流合作

第三章 國際衛生援助

第八篇 | 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，也是現代衛生管理之必要。國際衛生合作交流與援外政策的規劃、推動、協調、資訊的蒐集、國際組織的推動、專家的延攬及國際人才的培訓等重要工作外，亦需配合全球化，以創意及多元化的方式，發展出多樣性的國際衛生合作模式，不但國人可受惠，更達到貢獻世界衛生的目標。

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，均在中國強力阻擾下而未能成功。但亦由於我們的努力不懈，已成全球關注的焦點，並讓全世界都注意到我們所受的不公平待遇。而為使醫療衛生與國際接軌，仍繼續以推動加入世界衛生組織為主要的工作。

- 一、為推動參與世界衛生組織，於民國90年4月25日成立「行政院推動參與世界衛生組織專案小組」，期能有效整合及運用各項資源，以醫療、衛生、人道為訴求重點，積極爭取國際認同，以促成加入世界衛生組織的最終目標。自民國86年起，每年5月的世界衛生大會期間，均組團派員赴世界衛生組織所在地瑞士日內瓦市，就台灣爭取以觀察員資格出席世界衛生大會，積極爭取各界的支持。透過我友邦「邀請台灣以觀察員身分參與世界衛生大會」之提案，於每年大會召開首日總務委員會中獲得熱烈討論，惟中國強力動員反對，最終仍未能列入大會議程。
- 二、台灣尋求參與世界衛生組織迄今已長達11個年頭，期間歷經腸病毒與SARS疫情後，台灣

參與的正當性與受國際社會的支持與日俱增，雖因中國惡意打壓，使得加入WHO受到阻撓，仍不懈怠的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；並透過國際交流，汲取衛生管理、醫療技術、衛生科技新知，藉他山之石以攻錯，提升人民的健康水準。

三、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、參與國際衛生合作事務，96年度具體成果如下：

- (一)與索羅門、馬紹爾、諾魯、吉里巴斯、帛琉、吐瓦魯及加拿大等7國衛生部長進行會談。
- (二)WHA大會當天投票結束後，日本、美國、加拿大及歐盟等重要國家針對投票相繼發表解釋性聲明支持我國。
- (三)與歐美等國共12個世界衛生組織合作中心進行合作與交流，並分別與其中兩個中心簽訂合作備忘錄。
- (四)致函193個WHO會員國之衛生部領袖及4大國際醫藥衛生組織，如世界醫師會(WMA)、國際護理學會(ICN)、國際藥學會(FIP)與國際牙醫學會(IDF)等，籲請其支持我國加入世界衛生組織案。
- (五)侯前署長專文獲國際重要醫藥衛生期刊(The Lancet)刊載，提升本案之國際能見度，並爭取國際社會之瞭解與支持。
- (六)動員國內、外學者及海外僑界於當地聲援我WHO案，並強化國人對WHO案之認知與瞭解。



經過這幾年來政府積極推動下，國際社會已經普遍認為，若將台灣2,300萬人民排除在WHO之外是不公平的，而且也認真思考此一問題的解決之道。我案推動的前8年(86年-93年)，WHO和美、日、歐等大國未予支持，但進幾年來，美、日公開支持我國成為WHA觀察員，歐洲國家大力協助我國實質參與，基於醫衛專業，WHO方面也開始願意與我相關部門進行互動；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，在在都值得肯定。此種國際氛圍之利我發展，未來在既有的基礎上，應可進一步強化，作為未來擴大推動全方位參與國際衛生事務的基礎。

第二章 衛生交流合作

為加強與友好國家之間的醫療合作，我國協助友邦提升醫療衛生水準，善盡作為國際社會成員之責任，爭取國際間對台灣的瞭解與重視。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，強化台灣在國際的能見度。民國96年國際衛生合作及交流活動如下：

一、為加強與各國在衛生領域及禽流感疫情防治、資訊交流、人員訓練及研發能力等方面之合作，積極與各國簽署衛生合作協定或瞭解備忘錄，完成簽署國家共計4國。

二、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「2007年杜拜國際人道救援與重建會議暨展覽會」，展示約1千多件醫療器材；且在展覽會場播放台灣在馬拉威的醫療援助實錄影片，宣揚近

年來參與國際急難救助及人道援助之具體貢獻。

2.6月間出席「亞太經濟合作(APEC)2007年衛生部長會議」，與各會員體分享我國抗SARS與「愛滋病減害計劃」的經驗。並呼籲各會員體加強對出境旅客手提行李檢查，及再次舉辦流感大流行演習，以建構各會員體的防疫能量。

3.7月及9月召開「台灣國際衛生論壇」，分享國際衛生相關實務經驗，建立良好國際關係，討論議題為「衛生統計與實證決策(Health Statistics and Evidence-based Decisions)」及「台灣全民健康保險概況(National Health Insurance in Taiwan)」。

4.8月出席於斯里蘭卡可倫坡舉行之「第8屆國際愛滋病會議」，75個國家及3千名專家、學者與會，並於大會中發表桃園縣政府衛生局近3年來推動各項愛滋防治政策及減害計畫之成效，讓世界各國瞭解台灣，聽到台灣人的聲音和吸收台灣人的經驗。

5.10月出席馬紹爾群島舉辦之「第2屆台灣與太平洋友邦元首高峰會」，並向吉里巴斯、馬紹爾群島、諾魯、帛琉、索羅門群島、吐瓦魯等6國南太平洋友邦元首報告過去1年來，台灣與南太平洋友邦之5大合作成果，包括：常駐醫療團派遣、醫護人員訓練、急難救助服務、臨床醫療服務、國際活動參與等。

6.與國際加斯坦論壇合辦「第10屆歐洲加斯坦衛生論壇」，並於該論壇下舉辦1場平行論壇，會議期間並安排與歐盟、歐洲國家衛生高級官員進行雙邊會談。

7. 11月於台大醫院國際會議中心舉辦「2007全球衛生領袖論壇」，針對論壇主題「健康權益的挑戰」，進行深入的探討。
8. 出席11月日本東京舉行之「第32屆台日經濟貿易會議」，提出「召開台日衛生會議」等4項交流合作提案，另日方提案出「重新開放日本產牛肉及家禽肉輸台」等7項提案，就未來實務交流事項進行討論。
9. 於12月1日至4日假台北台大國際會議中心舉辦「14屆國際東洋醫學學術大會」，以「東洋醫學之全球化」為主題，共有12個國家超過1,000人參加，期望透過中醫臨床專家學者與現代的科學技術，促進傳統醫學與現代醫學之結合。

(二)研討會

1. 4月舉辦「Passion and Care: 2000-2006台灣國際衛生人道援助畫冊發表會暨國際急難醫療協助研討會」，讓國際社會瞭解，我國民間團體在第一線從事人道援助的愛心與勇氣。
2. 9月衛生署台北醫院與蒙古醫科大學合辦「2007 國際醫療科技創新研討會」，開啓台灣與蒙古之醫療學術合作契機，同時，促使蒙古國、韓國、日本專家學者瞭解我國傳統替代療法及醫療資訊等領域之發展成就。
3. 委由台大醫院辦理「推動參與骨科相關國際性組織活動」，擴充建置骨骼關節十年運動網站及製作英文宣導手冊，派員參與「骨關節十年國際性組織年會2007世界骨骼關節會議」，並與台灣骨科英索學會合辦「骨骼關節教育性專題討論會」及「推動骨關節十年活動專家諮詢會議」。

4. 11月辦理「台灣與南島國家之熱帶感染症與癌症控制國際研討會」，發表與南島國家之合作成果，並提供國內熱帶醫學、癌症等國際衛生合作之經驗。
5. 11月召開APEC衛生任務小組「推動建立台灣與亞太地區旅客電子健康摘要標準化範本」研討會，邀請美、澳、日、韓、泰、馬等經濟體專家代表，就各國電子健康摘要發展現況、趨勢與遠景、現階段各國衛生資訊之研究成果，及所面臨之挑戰，進行經驗分享與技術交流。
6. 舉辦「第22屆天然藥物研討會」、「兩岸中醫護理學術研討會」、「2007海峽兩岸中醫病毒性疾病學術論壇大會」及「2007東亞研究型大學學生夏令營」及「第14屆國際東洋醫學學術大會」等國際研討會，參加人數計1,670人，促進國際間對中醫藥學術交流及資訊交換，並提升台灣傳統醫藥學在國際學術領導地位。
7. 派員出席美國、澳洲、加拿大、越南等亞太經濟合作(APEC)會員體，分別舉辦流感大流行防治等衛生安全議題研討會，並分享台灣防治成果。

(三)諮商會議

1. 4月召開「第1屆台韓經貿諮商會議」，就新藥審查及食品衛生管理等議題，與韓國進行交流合作。
2. 7月於美國舉辦之「台美貿易暨投資架構協定談判會議」，就藥價調查、藥品交易定型化契約、藥品實際交易價格支付制度等進行雙方協商。
3. 10月參與「第12屆台澳經濟諮商會議」，就雙方在南太平洋國家之衛生合作、新藥研發與臨床合作及管制藥



品輸出入互惠簽署副知事宜；出席「第14屆台紐經貿諮商會議」，就管制藥品輸出入互惠簽署副知事宜進行商議；參與「第19屆台歐盟諮商會議」，提出「加強台歐盟合作交流，發展反生物恐怖威脅合作方案」等4項議案，積極拓展並建立與歐盟之衛生合作關係。

三、交流合作

- (一)4月組團赴日考察有關長期照顧及中期照顧政策暨各類型服務機構，並與日方長照機構進行交流。邀請日方人員參加衛生署相關活動，並定期將醫療衛生資訊提供交流協會轉日本厚生勞動省。
- (二)4月派遣長駐醫療團為馬紹爾民眾提供醫療服務，建立我國與馬紹爾醫療衛生交流合作機制。
- (三)就健保、疾病防治、國際衛生合作等議題拓展合作新契機；其中台、美與第3國合作案，與美方會談就5國合作進行會談。如：(1)台、美、馬拉威愛滋病合作計畫正式納入美國Country Operational Plan，藉由此項合作，辦理參與人員之相關訓練，協助提升馬拉威愛滋病檢驗品質與降低母子垂直感染；(2)台、美、馬紹爾評估糖尿病合作計畫案，將有助於拓展台灣參與國際衛生領域之實質參與，未來期將合作經驗延伸至其他國家；(3)台、美、巴拿馬合作計畫，並於96年11月派員前往巴拿馬洽商與中美洲醫療人員訓練中心合作案。
- (四)洽邀「北美洲台灣人醫師協會」派遣醫療義診團，並於8月前往巴拿馬義診，獲

得巴國高度肯定。

- (五)衛生署新竹醫院於10月辦理「索羅門群島常駐醫療團計畫」，派遣2名醫師及1名護理師赴索國，提供醫療服務、技術指導，且進行公共衛生防治計畫等工作。
- (六)11月邀請斯里蘭卡Hambantota台灣村健康服務中心的經營團隊來台進行醫療交流，學習有關台灣健康衛生政策、基層健康照顧服務、健康管理、健康促進等議題。
- (七)12月組團赴以色列進行訪問交流，除對以國醫療衛生體制及生技資訊研發事項，有更深入的瞭解，學習創傷醫學及緊急災難應變之制度與管理，並尋求各級醫院合作之可行性及設立技術合作交換平台。
- (八)台北市中醫師公會與韓國首爾特別市韓醫師會於12月簽訂合作備忘錄，交換兩國傳統醫學有關教育、醫療制度的經驗，以增進傳統醫學臨床醫療及保健水準。
- (九)促成歐洲醫師協會與中華民國醫師公會全國聯合會簽訂合作備忘錄，並邀請其主席於12月來台訪問。
- (十)積極鼓勵衛生機構積極參與國際衛生醫療之合作及援助，如衛生署台北醫院、桃園醫院、台中醫院、高雄醫學大學附設醫院及嘉義基督教醫院，分別與蒙古、貝里斯、甘比亞、所羅門群島及菲律賓締結姊妹醫院或學校；另補助國內20個民間衛生機關/團體，參與重要國際衛生會議或辦理國際之交流活動等。

四、教育訓練

- (一)於馬紹爾設立「台灣衛生中心」，作為我國及太平洋島國之醫事人員訓練基地。

(二)民國96年10月至97年3月，衛生署台北醫院與亞洲開發銀行蒙古衛生發展組合作，辦理蒙古醫事人員訓練計畫，共分為「醫療照護管理」、「公共衛生」及「醫事人員臨床訓練」等3階段、7項不同主題之醫療衛生專業訓練課程。

五、積極參與於肯亞、尚比亞召開之技術會議--強化區域與國家加速提升其PMTCT、小兒HIV照顧與治療計畫能力、病患安全與醫療資訊應用及美國總統抗愛滋病緊急計畫醫療資訊工作會議等。

六、參與「2007年台灣運動暨休閒產業展」、「香港醫療及保健服務展」、「台北國際醫療器材、藥品暨生技展覽會」、「96年台灣醫療服務國際化巡迴美國講演宣導」等國際性活動，宣傳台灣優質醫療服務。另赴越南與香港、大陸廣州等地訪察衛生相關單位，瞭解當地醫療相關服務之概況，俾利台灣推動醫療服務國際化。

第三章 國際衛生援助

自民國61年退出世界衛生組織之後，台灣與國際衛生社會的緊密連結亦隨之脫勾，面對全球化的潮流，並因應健康無上限、疫病無國界的新時代挑戰，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96年重要成果如下：

一、醫療救援

- (一)為協助肯亞95年12月爆發裂谷熱，於民國96年1月迅速組成防疫團，攜帶相關防疫物資，緊急前往救援。
- (二)3月印尼西蘇門答臘省巴東地區發生6.3級強震，造成近百人死傷，立即派遣醫療隊攜帶抗生素、急救醫療用藥、代用血漿等醫藥物資，趕赴印尼災區提供醫療

援助。

(三)4月索羅門群島發生規模8.1強烈地震並引發海嘯，即攜帶200公斤醫療物資，前往索國受創最嚴重之吉佐島架設緊急醫療站，提供醫療援助，為第一個抵達該島救援之國際醫療團隊；而索國政府為表感謝，於8月頒發醫療服務獎章予醫療隊成員。

(四)8月秘魯發生芮氏規模8級的強烈地震，隨即派遣5人醫療隊攜帶8箱醫療物資，前往受災最嚴重之Pisco鎮展開救援，為第一支抵達Pisco災區馳援的外國救援團隊。

二、醫療協助

(一)5月協助越南河內順利完成首例海洋性貧血者骨髓移植，再次向國際間展現我國對於促進全球衛生所做出的努力，也證明我具有提供其他國家醫療援助的實力與能力。

(二)積極與美國駐馬拉威疾病病管制局人員洽商三邊合作，協助提升馬拉威愛滋病檢驗室品質及幼兒愛滋病篩檢與母子垂直感染防治計畫，並協助駐馬拉威醫療團發展愛滋病資料電子系統之開發與推展。補助駐馬拉威醫療團於中央姆祖祖醫院之愛滋病門診檢驗試劑及購置檢體冷凍櫃。

(三)捐贈甘比亞皇家維多利亞教學醫院二手窄管內視鏡攝影機及該院急需之血壓計、實驗衣、診療儀及超音波感應紙等。

(四)另協助巴拉圭防治登革熱，尼加拉瓜進行行動醫療巡迴義診，巴拿馬建置實驗室生物安全防護措施；並成立境外防疫大隊，開啓境外防疫合作新紀元。



第九篇

衛生科技研究

第一章 優先推動計畫

第二章 一般型科技計畫

第三章 國家型計畫

第四章 國家衛生研究院科技計畫

第九篇 | 衛生科技研究 |

生醫產業為國家發展的重點亦為當前國際的趨勢。衛生署向來對生物技術產業及健康產業的發展，提升國家醫藥衛生科技及國際競爭力極為重視，且不遺餘力，並以「生醫產業的推動者」為願景。而基因科學、奈米科技學術研究、醫學工程發展、生物資訊開發、臨床試驗體系及新藥研發的良窳等，更是影響我國能否立足於國際生物科技舞台的關鍵因素。

規劃醫藥衛生科技政策之研究、推動醫藥衛生資料庫之建置與整合、建立產業發展及科學研究之核心資源，建構生技醫藥科技發展之基礎環境及國際合作機制，加強醫藥衛生科技人才培訓、延攬及運用。另，強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥品、食品、生技及國家型計畫等共800項研究發展計畫，投入人力5,713人，作為訂定衛生政策及計畫之實証基礎。

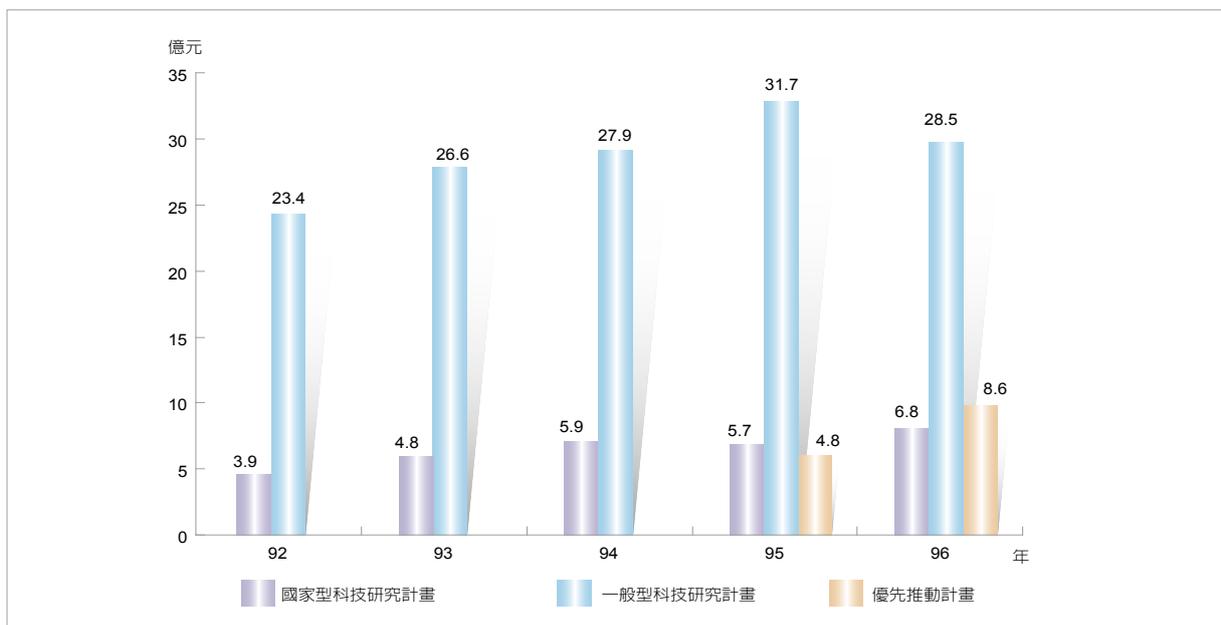
96年度計發表了1,570篇之科技相關研究成

果，包括國內期刊論文143篇、國外期刊論文734篇、國內研討會論文334篇、國外研討會論文282篇、國內專著62篇、國外專著15篇等。完成93篇技術報告、153項技術創新，提供890項技術服務；獲得14項國內專利及7項國外專利；並進行2項技術擴散、促進廠商投資金額323萬元。

民國96年投入科技研究經費，計43.9億元，較民國95年42.1億元增加4.28%。此經費概分為國家型計畫及非國家型計畫，非國家型計畫又可細分為優先計畫及一般型計畫。國家型科技研究計畫經費6.8億元，較95年度之5.7億元增加19.4%；非國家型計畫為37.1億元，較95年之34.9億元增加6.1%，其中優先推動計畫8.6億元，一般型科技研究計畫經費28.5億元，如圖9-1。

民國96年，共有7項優先推動計畫、6項一般型計畫及6項國家型計畫。本篇將就各項計畫及成果作概述說明。

圖9-1 科技研究經費分配情形



第一章 優先推動計畫

一、「建立卓越臨床試驗與研究體系」計畫

- (一)執行項目包括「建立國家級與腫瘤、癌症、中風等專科級卓越臨床試驗與研究中心」、「國家臨床試驗合作網絡」及「推動臨床試驗人才培育獎助及教育訓練」。對於建置國內健全的臨床試驗環境與培訓臨床試驗相關醫事人員，及提升國內臨床試驗水準有具體的成效。
- (二)補助成立台大國家級卓越臨床試驗與研究中心、成大醫學中心卓越腫瘤專科臨床試驗與研究中心、萬芳醫學中心卓越神經醫學專科臨床試驗與研究中心及三軍總醫院/國防醫學院卓越癌症專科臨床試驗與研究中心。4家中心計執行309件臨床試驗案，包括76項研究者啟動之(PI-initiated)研究案與233件廠商贊助案。
- (三)台大醫院之「國家級卓越臨床試驗與研究中心」已成功吸引國際生技醫藥大廠GSK來台設立『NTUH-GSK Clinical R & D Center』國際臨床研發中心，對帶動國內各醫學研究及服務機構，及協助國內生技製藥產業發展具指標意義。
- (四)計有14家醫療機構，53名醫事人員受獎從事臨床研究，包括醫師26名、護理師15名、藥師10名及臨床試驗專業統計師2名；受獎醫療機構須提報院內臨床試驗人員後續培育計畫及臨床試驗研究案管理機制，有助於國內臨床試驗研究團隊扶植。

二、建置台灣生物資料庫先期規劃

- (一)以遺傳醫學組、倫理法律組、資訊平台組與產業發展組，針對不同的議題，提出台灣生物資料庫全面性的建構，並勾

勒出台灣生物資料庫的初步藍圖，未來期望能落實籌建生物資料庫之目標，為後續生醫研究發展有所貢獻。

- (二)透過教育訓練、溝通說明會及跨校教學平台，並運用記者會、說明會、社會意向調查等方式，強化公眾溝通，提升民眾對基因科學知識之瞭解與信賴。
- (三)積極於嘉義、花蓮、苗栗等縣市建立示範點、輔以社區健康公約的制定、與社區健康營造網絡和基層公共衛生能力的加強。並探討台灣生物資料庫未來可產業化項目、組織可能架構模式進行財務估算，且探討隨著產業化的歷程所衍生的智慧財產權保護與管理機制等議題。

三、台灣人用疫苗研發(含量產技術)計畫

- (一)整合國內有限資源與人才，建立國家疫苗研發團隊，挹注經費於4項重要疫苗(流感、細胞培養腸病毒71型、細胞培養日本腦炎病毒與B群腦膜炎球菌)，推廣防疫基礎設施及國內疫苗產製之能力，建立我國以疫苗因應世界大流行及本土特殊傳染病的能力。
- (二)在細胞培養產製流感疫苗方面，主要以Mongolia/rg-A/244/05Sj#163258疫苗株為實際演練模擬目標，在66天可完成60升/批次之產量，但不包括免疫抗體效價檢測。並完成「流感監測標準化工作手冊」、「新型流感疫苗緊急情況之下之快速查驗登記審查流程機制」草案及公告「新型流感疫苗查驗登記指引」，配合流感大流行之準備，讓防疫政策更加完善。
- (三)以細胞滾動培養瓶進行日本腦炎病毒3批次試量產，病毒收穫體積為40公升。經20倍濃縮、液相層析管柱純化後，病毒毒力TCID₅₀為107.3。

(四)腸病毒71型疫苗株於非洲綠猴腎細胞中進行馴化，馴化後細胞培養瓶中的病毒產量可自 3.8×10^6 增加至 3.16×10^7 TCID₅₀/ml。而生物反應器之生產製程部分，應用Cytodex 1微載體技術的旋轉瓶（spinner flask）中，當接種細胞濃度為 2×10^5 時具較佳之效能，最高病毒效價約 2×10^7 TCID₅₀/ml。

(五)B群腦膜炎球菌：已建構符合cGMP規範之重組疫苗抗原表現系統，並提出專利申請；完成實驗室級疫苗原液(5L發酵槽)第10次試製及重組疫苗抗原之蛋白質質譜鑑定、疫苗原液安定性試驗(第六個月)等。另進行疫苗佐劑及劑量之動物實驗，並完成脂化rAg473之細胞毒性與小鼠急毒測試。

四、疫苗追蹤管理計畫

- (一)藉由RFID技術的應用，確保接種安全、提升疫苗庫存管理自動化及加強疫苗品質管理3大目標，並建立疫苗製造、配送、冷運冷藏、庫存及注射之全面履歷管理。
- (二)完成日本腦炎疫苗自動貼標方法與標籤二合一設計，可透過特定模具開發來完成疫苗製造廠的RFID自動貼標一貫作業。另完成RFID TAG疫苗溫度監控測

試，應用於物流配送之溫度物監控，可即時及全程掌握溫度變化及異常訊息，而提升物流車溫度監控與管理。

- (三)完成日本腦炎製造內容與履歷管理，使用特製尺寸批次讀取天線，可一次讀取最小包裝盒內每一瓶疫苗資料。

五、RFID在健康與醫療應用先導計畫

- (一)針對住院病人照護作業流程、病人辨識、用藥安全及貴重醫療儀器之管控，運用無線射頻辨識技術(RFID)，進行嚴密的管控、稽核及管理。
- (二)署立台中醫院導入RFID於住院病人手環，使得病人手環的辨識率由原先的80%，提高到100%。此外，於臨床護理人員病人照護動線，自動紀錄相關資料，參與試辦的4個病房病人用藥異常通報件數增加35%，顯示導入後可提高通報情形。
- (三)開發應用RFID之藥包機，將RFID模組與藥包機及條碼進行整合，使藥包機在進行包藥時，將藥品處方資料寫入Tag中，讓藥師在核藥三讀五對，或護理人員交班及投藥給病人時，可提供自動藥品圖文的輔助，提升用藥安全。相關系統並申請且已獲得中華民國新型專利「結合RFID之住院用藥及照護管理系統」。



六、生醫資訊研發服務與管理共通平台計畫

- (一)推動與目前國際常用之「健康資訊交換第七層協定(HL7)」接軌，落實院際醫療資訊的交換與流通，舉辦HL7訊息驗證教育訓練及國際認證考試教育訓練方式，96年度完成HL7 v3中文化及推廣工作，並維運醫療資訊標準HL7訊息驗證系統及國際檢查檢驗標準LOINC碼與健保碼(NHI-LOINC)對照系統，提供各醫療院所進行醫療資訊交換時訊息驗證之準則，及輔導11家醫院通過HL7訊息驗證及6家醫院導入LOINC碼。
- (二)民國96年6月20-23日舉辦「第6屆亞太HL7健康資訊交換標準研討會」，以「整合健康資訊標準，提供全方位健康照護」為主軸，邀請國際醫療與健康產業及服務體系專家學者、產官學研代表參與，凝聚策略，促進醫療與健康產業發展，提升整體健康照護服務品質，參加人數計347人。

第二章 一般型科技計畫

一、醫藥衛生科技發展與管理計畫

- (一)建置「科技研究計畫徵求審查管考資訊系統」，減少資料重複輸入，並分析歷年資料，提高計畫徵求效率。該系統預計民國97年可正式開放使用。
- (二)補助多個藥物、生技等協會辦理「醫藥食品生技現況與趨勢人才」、「醫藥品查驗登記相關人才」、「居家照護安全設計配置科技人才」、「福祉科技共用品檢測人才種子」等培訓課程。
- (三)補助學術團體舉辦醫藥衛生科技研討會，包括基因體醫學、更年期、有機飲食趨勢、神經外科醫學會、血管醫學聯盟、健康資訊管理、亞太實證醫學聯盟

等國際研討會及國內研討會，促進國內外醫藥衛生研究交流，協助國內學術研究水準與國際接軌。

二、藥物科技發展計畫

- (一)以「制訂健全醫藥生技法規國際協合作」、「強化生技產品查驗登記」、「推動公開公正透明一元化藥品審查制度」及「轉型為發展生技產業之墊腳石」為目標，完成多項成果。
- (二)研擬藥品不純物品質規範，建立6種藥典(台灣、美國、英國、歐洲、日本、中國藥典)之藥品不純物電子資料庫，可快速查詢各國藥品不純物之規範、安全性資料，瞭解其差異性，以作為擬訂國內藥品品質管理規範之參考。
- (三)完成醫療器材臨床試驗設計審查及GCP查核相關管理模式建議案，統整矯具義肢、個人行動輔具、個人照顧與保護輔具、訓練技巧輔具等類別項目之國內外相關規範與檢驗標準，提供藥政決策之科學性依據及重要問題之解決對策。
- (四)建置「中藥法規整合資料庫」，整理美國、歐盟、日本及中國中藥藥事法律規章，並製作光碟，分送中藥機構學校團體各界安裝查詢或閱讀使用。

三、食品衛生及檢驗科技政策研究計畫

- (一)就「營養、飲食與疾病相關性研究」、「營養代謝症候疾病與老人營養教育介入之研究」、「健康食品之保健功效項目及其評估方法之增修訂」、「建置基因改造食品風險分析管理網站」等主題進行研究；以提高國內基因改造食品權益關係群體的知識能力。
- (二)建立社區癌症預防營養教育介入模式，整合包含營養教育學者、地方衛生局營養員、區域醫院營養師、企業體健康中

心護理人員、團膳公司營養師及廚房工作人員之營養教育團隊。

四、醫衛科技政策研究計畫

- (一)建立器官保存庫品質管理機制，及皮庫、羊膜庫、瓣膜庫之標準作業程序，並於台北榮總進行皮庫標準作業程序運作試行。並舉辦組織庫(移植用)運作品管機制，計70人與會。
- (二)建構放射線檢查之病人安全預防措施及指標，成立「中華民國放射線醫學會病人安全次委員會」，舉辦中華民國放射線醫學會第56次學術研討會及放射線科顯影劑之使用與病人安全研討會各1場，並提供全國放射線科病人安全預防措施及指標建議白皮書1冊。
- (三)建構台灣本土化醫院緊急應變及指揮體系(HEICS)計畫，調查全國醫療院所對於醫院緊急應變體系的基本認知及實際應用情形，且完成教育訓練規劃與未來緊急應變網站之規劃。
- (四)為提升國內「人體試驗委員會」品質，公告「96年度人體試驗委員會訪查作業程序」，完成31家機構人體試驗委員會訪查，且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。

第三章 國家型計畫

一、衛生署基因體醫學國家型科技計畫-醫藥衛生健康服務應用研究

- (一)對國人女性進行肺癌及中醫藥之基因研究，建立我國病原體基因資料庫，及基因體醫學臨床試驗與相關產品之評估與審核機制，提供疾病診斷、預防之參考及促進醫藥產業之發展。
- (二)建置台灣肺癌遺傳流行病學研究資料庫，利用基因微陣列及肺癌細胞轉移模

式成功找到肺癌存活及轉移之基因標誌(gene signature)，以預測病人預後，作為肺癌個人化醫療之參考，並將成果發表於民國96年之新英格蘭醫學雜誌。已建立我國病原體基因資料庫，序列資料達2萬3,000筆。

- (三)為建立嚴謹之基因體醫學臨床試驗與相關產品之評估與審核機制，進行13件與基因體計畫主持人直接相關之法規輔導工作。其中，已有2至3件將進行臨床試驗，有5件成果已由國內產業承接，將進行下游研發，另有1案，正由醫藥品查驗中心進行商業計畫書輔導，以協助廠商上游研究成果商品化及未來技轉工作之進行。

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

- (一)基於鼓勵國內新興生技產業發展，對民間產品研發投資不足，及安全評估技術缺乏經驗之現況，給予適當獎補助，提升業者產品研發安全評估科技能力。針對達到田間試驗階段之國產基因改造食品案件，依據「基因改造食品安全性評估方法」規定，進行多項初步之食品安全評估試驗，協助產業界建立實務經驗，提升安全評估技術。
- (二)進行基因改造食品安全評估環境建置計畫，針對過敏性、毒理及營養組成改變等3項，就安全評估技術特殊議題、技術性國際規範，進行安全評估相關專題之深入研究。
- (三)完成「基因改造食品安全性評估手冊」、「基因改造食品過敏誘發性評估」實驗室操作手冊、及「基因改造微生物衍生食品之安全性評估方法」草案；除可使國內基因改造食品業者對於

申請審核有所依循，亦可加速相關產業之創新與升級，降低各國貿易技術之障礙問題。

三、生技製藥國家型科技計畫--臨床試驗與轉譯醫學中程綱要計畫

- (一)為加強國內轉譯醫學之研究，銜接實驗室至臨床應用，加速新藥產出，通過補助14件轉譯醫學研究。
- (二)為確保臨床試驗執行效率及資料可信度，針對8件臨床試驗進行37次監測及2件進行稽核。

四、「數位學習國家型計畫-醫療數位學習網」

- (一)建置醫療數位課程及開放醫療數位學習平台--台灣e學院，建構國人常見13類慢性疾病、96項醫療數位疾病課程子題之相關課程。另專業醫事人員「老人精神醫學課程」通過數位學習教材品質認證AA級認證。
- (二)所製作的課程，免費提供慈濟大學、亞洲大學、中台醫護科技大學、高中與國中學校輔導室、台灣石油、台灣電力公司、台灣郵政股份有限公司、國稅局、縣市政府衛生局、衛生所、老人養護中心、台大遺傳諮詢中心及衛生署醫護員工在職教育等75單位使用。96年度榮獲第8屆金手指網路獎網站類之「教育學習項」銅牌獎(公務機關第一名)、行政院各機關建立參與及建議制度(電腦資訊組)榮譽獎。提供給全國公務員線上學習的「e等公務員」網站，共有6項課程點閱率列居前10名之內。

藥衛生研究，解決國內重要疾病，進行醫療科技與藥物研究，開發新產品與新技術。同時，協助生物製劑與醫學工程等生技產業發展，辦理學術活動及提供研究資源，並擔任智庫角色，提供具實證基礎的衛生政策建言。民國96年度重要研究成果如下：

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(MGMT)的機轉：研究結果顯示，荷爾蒙藥物 tamoxifen 可以藉由誘導MGMT 泛素化作用，而調降MGMT在癌細胞中的含量，進而提高化療藥物 BCNU在化學治療上的敏感度。這項結果，可以作為支持傳統上「化學與荷爾蒙合併治療」的有利證據，研究成果已刊登於11月之「International Journal of Cancer」。
- (二)人類胃癌細胞株探討Oxaliplatin之抗藥性機轉：將人類胃癌細胞株TSGH，重覆暴露於逐步增加濃度之oxaliplatin中，發展出一具oxaliplatin抗藥性之穩定細胞株 TSGH-oxal/s3，其oxaliplatin之半抑制濃度IC50 (15.9 mg/ml)為母細胞株(0.3mg/ml)之53倍，有助於進一步瞭解ATP7A在臨床上之可應用性。研究結果於Br J Cancer發表。
- (三)針對甲型烯醇酶 (ENO1)在腫瘤發生時所引起的免疫抑制現象，探討癌相關蛋白在癌免疫監控系統中所扮演的可能角色。利用一株老鼠的肝癌細胞ML-1，於細胞表面及細胞質內表現高量的ENO1，做為研究腫瘤細胞的模型，將此細胞轉殖於同一H2背景的Balb/c品系老鼠中。研究發現重新活化腫瘤免疫力對抗ENO1，便可有效地抑制腫瘤生長。研究還發現一些新的TGF β type I receptor

第四章 國家衛生研究院科技計畫

21世紀是生物科技產業急速發展的年代，國家衛生研究院為國內唯一國家級醫藥衛生研究機構，其任務為配合行政院科技發展目標，推展醫

的變異種存在於肺癌病人肺胸水中的腫瘤細胞，可進一步探討其在促進腫瘤生長的功能。研究成果已發表於近期的 *BMC Molecular Biology Journal* 期刊。

(四)多中心前瞻性研究評估以第一線抗生素治療早期低惡性度及高惡性度胃黏膜相關淋巴組織淋巴瘤之療效及其相關預後標記：研究證實以抗生素作為第IE(或甚至IIE-1)期高惡性度胃黏膜相關淋巴組織淋巴瘤治療之可行性，而NF- κ B及BCL-10之核染色及t(11;18)之存在與否將有助於決定早期低及高惡性度胃黏膜相關淋巴組織淋巴瘤之治療方式；單純以抗生素之Hp廓清療法或其他較侵襲性之治療。約50~60%之第IE期高惡性度胃黏膜相關淋巴組織淋巴瘤將可以抗生素治療兩周後痊癒，而能免除接受副作用較高之化學治療。

(五)臨床試驗

- 1.目前參與台灣癌症臨床研究合作組織(TCOG)合作之會員醫院已達24家，所服務的癌症病人數涵蓋全部癌症病人之90%以上。
- 2.為確保TCOG各研究計畫原始登錄資料之完整與正確，安排至9家會員醫院進行稽核作業，並就稽核缺失及建議與各院溝通、促其改進。而為監督TCOG各研究計畫之治療安全性，評估每一種療法之風險及效益，每半年定期審查，必要時並做出計畫修改或中止之建議；另對個案之嚴重不良反應進行評估。
- 3.完成子宮頸癌、乳癌、口腔癌、肺癌、大腸直腸癌、胃癌、攝護腺癌、鼻咽癌、放射治療、顱內腫瘤等10種癌症診治共識，並編撰完成婦癌(子宮頸癌篩檢、子宮頸癌、子宮內膜癌、子宮惡性肉瘤、上皮性

卵巢癌、惡性卵巢生殖細胞腫瘤)、肺癌、大腸直腸癌、乳癌、攝護腺癌、胰臟癌、癌症疼痛等癌症臨床指引，可縮小目前在癌症治療上，各家醫學中心與各個腫瘤醫師之間的分歧，提供給醫師做為治療病人之指引參考，也可供癌症病患及其家屬對病症治療之了解並與醫師密切配合，以提升癌症醫療品質。

- 4.以季刊形式出版『台灣癌症臨床研究合作組織通訊』，計已出版57期與癌症有關的研究新知，其中包含以臨床醫學為素材之「黏膜相關淋巴組織瘤專刊」及「淋巴瘤專刊」，為醫學本土化留下見證。

二、新藥研發

- (一)包含癌症、病毒感染症(C型肝炎、登革熱)及新陳代謝疾病(糖尿病、肥胖症)等藥物研發，經由高速藥物篩選、分子結構模擬、藥物設計與修飾以及動物藥理研究，已確認多項候選藥物及先導化合物，已申請39項美國專利(取得4項抗腸病毒藥物及3項抗癌藥物專利)、32項台灣專利(取得3項抗腸病毒藥物、1項抗癌藥物、1項抗C型肝炎藥物及1項抗發炎藥物專利)，以及30項其他國家專利(取得抗C型肝炎藥物之歐洲與中國專利各1項)，並陸續發表國際期刊論文30篇。
- (二)抗癌藥物研發：抗癌候選藥物DBPR104已完成階段性臨床前毒性試驗及配方研究。另一口服抗癌候選藥物DBPR204參加生技製藥國家型計畫的招商說明及成果發表會，並委外進行化合物試量產、臨床前藥物動力分析試驗及毒性測試(小鼠/大鼠/狗)。此2項候選藥物皆獲醫藥品查驗中心選為「新醫藥品關鍵途徑」法規諮詢服務指標案件，目前正在尋求共同開發或技轉廠商。



(三)抗新陳代謝疾病藥物研發：持續進行DPP-IV抑制劑合成最佳化修飾及動物試驗，並已選定抗糖尿病候選藥物DBPR108，於6月參加生技製藥國家型計畫的招商說明及成果發表會，並於12月與業界廠商合作提出申請行政院科發基金之「促進生技投資成功案例計畫」，將推動DBPR108之臨床前及臨床研發。

(四)其他藥物開發：發展四系列具藥物應用潛能的新穎化合物：Oxadiazole Compounds、Selenophene Compounds、Thiophene Compounds及Pyrazole Compounds。同時，針對上述化合物及相關治療疾病如：(1)戒除煙癮；(2)抗肥胖；(3)糖尿病第二型的治療；(4)動脈硬化；(5)肝硬化；(6)關節炎等，申請了4項美國專利、2項台灣專利及2項專利合作條約(Patent Cooperation Treaty, 簡稱PCT)之專利。也發展出2種新穎合成方法(synthetic methodology)，以便有效率的合成某些特定高活性化合物進行動物試驗；這些合成方法已發表在國際期刊中((Chem. Commun., 301-303, 2007; Synlett, 1274-1278, 2007; Synlett, 1317-1319, 2007)。同時，有一系列新穎alkenylthiophene 衍生物已完成其SAR之研究，研究成果即將刊登於Organic & Biomolecular Chemistry 雜誌。

三、分子基因體醫學研究

(一)針對台灣肺癌病人之表皮生長因子受體基因進行有系統之基因序列分析，多次

發表論文於Oncogene國際期刊上，並獲得國際間的重視。

(二)針對gefitinib對肺腺癌患者療效之研究結果顯示，該藥對台灣肺腺癌患者有達5成以上的反應率，比西方人(白種人)僅有10%的反應率高很多，亦高於化學治療的反應率。對於該藥有療效的病患而言，不只可延長壽命，還可以省去化療所造成的掉髮及嘔吐等副作用，改善病患的生活品質。而健保局亦自11月起，將艾瑞莎由第三線肺癌用藥改為第二線肺癌用藥，讓更多的肺癌患者受惠。

四、感染症研究

(一)細菌基因體研究：首次於台灣發現Klebsiella pneumonia分離株具有表現SHV-2 β -lactamase之qnrS quinolone抗藥性質體，並且完成表現CMY-8及CTX-M-3 β -lactamase質體之解序。另對三總、花蓮門諾醫院及嘉義灣橋榮民醫院3個不同地區收集之結核菌菌株基因序列分析，顯示一般漢人以新型北京株(Beijing strain)為主(占52%)，而原住民則以Haarlem strain及古早型北京株為主(占20-40%)，反映出我國結核菌傳播之路徑依菌種型別而有所不同。

(二)肺炎克雷白氏桿菌相關研究：在臨床研究證實以第三代頭芽孢素治療克雷白氏肺炎桿菌肝膿瘍，其成效明顯優於第一代頭芽孢素，並有效降低該病的死亡率及併發症。同時完成克雷白氏桿菌第1型基因定序，研究成果已發表在臨床微生物學及感染症等專業期刊。

(三)臨床病毒實驗室病毒監測、臨床與基礎研究及越南病毒實驗室計畫：已完成分子實驗室的建立以及相關人員的訓練，並利用所建立的分子研究實驗室，對收集自第一兒童醫院的臨床檢體進行初步的病原分析，現已進入第2階段，執行EV71流行病學及EV71重症Milrinone臨床試驗、Epstein-Barr Viurs(EBV)造成噬血症候群之流行病學等，持續EV、hemophagocytic syndrome之流行病學研究及Milrinone臨床試驗；著手訓練越南合作實驗室臨床醫師及助理病毒培養的相關技術，並協助建立病毒培養實驗室。結果將有助於瞭解這些常見感染症的致病機制與病原、宿主之間的相關性。

(四)全國微生物抗藥性監測計畫抗藥性測試結果

1. 對大腸桿菌(*E. coli*)的監測：整體來看，對Ampicillin的抗性，每一期都沒有明顯下降，但對第三第四線的抗生素，則有增加趨勢。於住院病人，對ciprofloxacin及cefazlin的抗性，則都有上升趨勢。
2. 第五期全國微生物抗藥監測計畫(Taiwan Surveillance of Antimicrobial Resistance V, TSAR V)：針對TSAR-V所收集Acinetobacter baumannii(AB)菌株之病人進行臨床資料收集及分析。由14家醫院128位病人的資料進行分析。發現院內感染之carbapenem抗藥性鮑氏不動桿菌病患比carbapenem敏感性鮑氏不動桿菌病患於「加護病房住院」、「住院日數」以及「曾使用carbapenem抗生素治療」之情況，有明顯統計差異。由

此研究結果指出抗藥性細菌的院內感染可造成住院病患延長住院天數，且抗生素的使用與細菌產生抗藥性息息相關，因此良好的感染控制與減少廣效性抗生素的使用以及侵入性導管的長期留置，對於避免造成抗藥性細菌的感染是十分重要的。

3. 肺炎鏈球菌(*S. pneumoniae*)對第一線抗生素(erythromycin)之抗性：研究發現肺炎鏈球菌對第一線抗生素之抗性一直在50%-90%，其他抗生素亦無下降趨勢，如：肺炎雙球菌對紅黴素及四環黴素之抗藥性仍高過90%。

(五)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之研究：發現愛滋病毒感染者在治療前抗藥性的盛行率為9.6%，而亞型B達15.6%，是最主要的危險因子，建議在未服藥的感染者應該要作抗藥性檢測，尤其是亞型B感染者。結果可提供抗病毒治療及公共衛生相關的參考。

五、生物資訊與遺傳研究

(一)參加國際基因研究計畫：史丹福-亞太地區高血壓暨胰島素抗性遺傳基因研究計畫，除建立台灣區的資料協調中心，負責台大、三總、台北榮總、台中榮總4所醫學中心的資料管理及資料之分析工作，並在連鎖分析方面，經過全基因組掃描分析，在第20號染色體上發現：(1)空腹胰島素(fasting insulin)以及胰島素AUC(area under the curve)的二維數量性狀基因座(quantitative trait loci: QTL)；(2)空腹胰島素以及HOMA-beta(homeostasis model assessment of beta cell function)的二維數量性狀基因座是在37cM的位置。且針對空腹胰島素

以及胰島素抗性之指標HOMA-IR之LOD score為 5.10，此外也在第16號染色體45cM處找到對1小時胰島素以及胰島素AUC之QTL，其LOD score為 4.29，這位置在原先一維連鎖分析時並未出現。

(二)生物資訊學研究：整合Genbank、Gene Ontology（基因分類資料庫）與KEGG(代謝途徑資料庫)三大資料庫中的基因註解於此預測系統，完成了幽門螺旋桿菌蛋白質交互作用整合性圖像化平台（hp-DPI, H.pylori Database of Protein Interactomes, <http://dpi.nhri.org.tw/hp/>）。透過比較蛋白質體學的方法，將現有已知的蛋白質交互作用關係，轉化為序列模組與模組之間的關係，藉此建立統計模型，來預測同一物種內或是不同物種間，可能存在的蛋白質交互網路架構，並可透過這樣的機制來註解那些未知功能的蛋白質。

(三)台灣肺癌遺傳流行病學研究及臨床應用協調中心：從6家醫學中心，收集1,119位肺癌病例和1,007位健康對照。透過結構式問卷、受過訪員訓練的護士之面談訪視，收集到個案的參與研究同意書、血液、抽煙狀況、家族史以及其他肺癌危險因子的調查狀況。在調整可能的危險干擾因子之後，分析發現，Ser326Cys基因型和肺癌的發生並沒有相關。然而，對於抽煙史達到每年40包以上的人而言，其若屬於Cys/Cys基因型，則發生肺癌的危險性，是Ser/Ser基因型者的3.6倍。

六、環境污染與職業醫學

(一)環境與性別對女性肺腺癌發生之影響及相關防治之研究：利用benzo[a]pyrene作為代表性多環芳香烴化物，探討雌激

素、多環芳香烴化物與肺腺癌之關係。將腺癌細胞植入裸鼠皮下，結果顯示benzo[a]pyrene的暴露刺激表現型雌激素受體(ER)之肺腺癌細胞株在雌鼠的生長，腫瘤體積大小與暴露量呈正相關，於雄鼠腫瘤的生長則與暴露劑量無關；切除卵巢促進腫瘤生長，同時掩蓋了benzo[a]pyrene的刺激作用，回補雌激素逆轉卵巢切除所帶來之影響。當利用轉殖技術於腺癌細胞中大量表現 α 型雌激素受體(ER α)，benzo[a]pyrene的暴露不再對腺癌細胞於雌鼠的腫瘤形成有顯著影響。以此方法偵測出的生物活性，有助對這些環境因子的致癌機制更深入了解。同時，亦應用在國家型女性肺癌計畫中環境因子之篩選工作。

(二)檳榔致癌性之化學防制與干預：由基因組微陣列晶片分析，發現一些新穎的基因表現，在收集的10個口腔癌DNA的檢體進行array CGH分析及10個口腔癌RNA的檢體，作為比對嚼食檳榔者與非嚼食者的口腔黏膜維他命A代謝模式及相關基因之表現。經由人類齒齦細胞的細胞培養，確認檳榔子可以抑制mRNA的表現及降低DNA修補基因蛋白質的含量，將更進一步利用LC/MS/MAS的分析工具，來發展能夠分析檳榔鹼及其代謝產物(3-methylnitrosaminopropionitrile(MNPN))的方式。

(三)分析台灣空氣污染對呼吸道與心血管疾病之貢獻度：發現污染物的管制標準若設定在 $15 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ，則1年約可減少8,258人死亡，肺癌可以減少約776人，心肺疾病的死亡可以減少2,887人死亡。

七、醫學工程

(一)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：以腫瘤壞死因子- α (TNF- α)為指標性分子，設計合成該因子及其受器之螢光融合蛋白對，並利用植入型微光纖以及螢光共振能量傳遞(FRET)原理，研發一原位(in situ)、動態及連續偵測系統，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。

(二)以螺旋型血管支架為模型之心血管人工臟器的血球破壞研究：採用螺旋型的血管支架作為研究模型，使用CFD數據值模擬及精密流場量測工具，探討在流體力學及結構力學影響下血球破壞的機制。將應用結構力學物理模型，探討血管支架在血管、斑塊、支架及氣球不同界面環境受力、材料非線性及大變形多重影響作用，探討支架釋放後對血管壁及斑塊之應力及形變分析，研究效益可作為支架釋放之參考依據。

(三)介入式磁振造影研究計畫：進行跨院校、臨床與產品開發並重之介入式磁振造影 (Interventional MRI；簡稱iMRI)整合型計畫，建立以開放式磁振造影系統為平台的長期臨床研究中心，主要參與合作有台大醫學院及台北榮民總醫院，以開展腦神經外科、心血管以及磁振手術室(MR-OR)領域之研究。已提出5項專利申請，為後續產品之開發與商業化，奠定良好基礎。

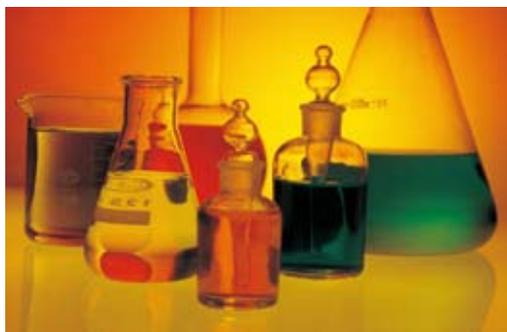
(四)正電子斷層掃描小動物中的定量測量：探索PET空間鑑別率之問題，評估有限

的空間鑑別率在各種實驗條件下的影響，同時也將研究建立於提高空間鑑別率的有效校正處理。顯示可提高使用microPET R4進行小動物造影中定量測量的精度，亦可應用到人體造影或動物造影採用之其他正電子斷層掃描機種或系統上。

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：與三軍總醫院合作，直接從實際退化性關節炎的患者取得週邊血液、關節液和外科手術的關節樣本，作一系列的研究。成果包括：1)成功且穩定的建立軟骨細胞的培養；2)建立5到7株的軟骨細胞的細胞株，對日後的研究將會有莫大的幫助；3)分析維他命A的活性產物t-RA對第一介白質和腫瘤壞死因子所導致軟骨細胞的活化，發現t-RA具有相當不錯的免疫調節作用；4)維他命A的活性產物也經由抑制cyclooxygenase-2(COX-2)的表現而非inducible nitric oxide synthase(iNOS)-NO訊息路徑，抑制chemokines釋放。同時，已在天竺鼠和大白鼠建立退化性關節炎的動物模式，準備測試藥物對退化性關節炎治療的療效，以為退化性關節炎病人的治療及相關藥物的研發提供科學研究的基礎。

(二)台北市社區老人周全性營養評估：於5月至12月間，選取台北地區65歲以上老年人共200人，進行完整的營養評估，包括



人體學測量(Anthropometric measurement-身高、體重、BMI、體組成分析(BIA and DEXA)、腰圍、上臂圍、小腿圍、小腿長等)、實驗室檢查(albumin、hemoglobin、cholesterol、lymphocyte count、vitamin B12、vitamin A&D、微量元素包括鋅、鐵、銅、硒與鎳)及老人迷你營養評估(Mini Nutritional Assessment)等，並測量其休息代謝率(resting metabolic rate)，結果發現：(1)男性有較高的腰圍、矢狀高度(sagittal height)、膝高、空腹血糖與尿酸值、攝取熱量等；(2)各種營養不良指標的盛行率從0-33.3%不等；(3)女性血中鎳平均值較低，其它如維生素B12、銅與硒等微量元素男女並無不同。這些營養評估指標，未來可與死亡率與罹病率進行相關分析，以探討這些營養評估指標是否可作為國內醫療品質評估與預測老人死亡率與罹病率的重要因子。

九、精神醫學研究

- (一)抗憂鬱藥物基因體藥理學研究：取得250位受試者之臨床量表、服藥順從性、藥物血中濃度檢體及DNA檢體等資料，並針對其中近100名受試者之資料進行初步的統計分析。同時，建置藥物血中濃度檢測平台，已完成測試穩定度及信、效度的檢驗及124個病人之藥物血中濃度測試。
- (二)台灣地區兒童青少年精神疾病之流行病學研究：利用全民健康保險資料庫，於1997-1999出生世代中定義出3,440位自閉症個案，及3萬3,391位以年齡與居住地區都市化程度配對之對照組兒童。研究結果顯示在調整性別、居住地區、社會經濟地位與是否為多胞胎之後，與對

照組個案相較，罹患自閉症之兒童有較高的比例被診斷有先天性異常(如神經系統異常，調整後危險對比值為8~26)、神經方面疾病(如癲癇，調整後危險對比值為5~13)及內分泌疾病(如先天性甲狀腺官能不足，調整後危險對比值為3~5)。依其認知能力分層後，顯示診斷為智能遲緩的自閉症個案其同時診斷有上述疾病的相關強度比無智能遲緩之自閉症兒童還高。此外，在特定神經疾病中(如腦性麻痺及癲癇)亦顯示性別有交互作用的影響，在女性確診個案中其疾病間共病相關性較男性高。

- (三)微膠質細胞之自然免疫性在阿耳滋海默氏症的病理影響：利用化合物活化擁有抗發炎性之peroxisome proliferator-activated receptor- γ (PPAR γ)作用的確能影響微膠質細胞之自然免疫能力，顯示微膠質細胞之PPAR γ 活性可能會影響阿耳滋海默氏症之病理生成。建立一測試平台，可利用於篩選可調控微膠質細胞活化之化合物。研究成果已發表4篇國際論文及1篇國際會議摘要，並提出1件專利申請。

十、幹細胞研究

- (一)成體與胚胎腦神經幹細胞之研發：藉由神經球形成(Neurosphere assay)和分化能力證實KT98細胞株是具有神經幹細胞特性。同時，確認F1B-GFP或是F1B-DsRed質體可穩定的轉染至KT98細胞內，由此觀察到具有GFP表現之細胞是比較有能力形成神經球(Neurosphere)；並發現當細胞以維他命A酸培養後，將導致螢光蛋白強度減弱。此外，利用對神經前驅細胞具專一性之抗體CD24測試，觀察到再分化後僅有CD24+/F1BGFP+

細胞可表現似神經元之型態，顯示F1B-GFP和F1B-DsRed質體可利用為篩選神經幹細胞或前驅細胞的細胞標誌。

- (二)人類神經幹細胞之特性及醫學應用：利用其他神經幹細胞之特有轉錄啟動子所驅動的螢光綠報導蛋白(如Nestin-GFP, Sox 2-GFP, Oct 4-GFP)導入人類骨髓及臍帶血細胞中，並用GFP會產生綠色螢光的方式，來分離及純化神經幹細胞，以詳細檢測這些神經幹細胞在體外的分化能力及功能性。再進一步將這些分離及純化的神經幹細胞植入中風大鼠的腦部，觀察其修復大鼠中樞神經系統的能力。有助於建立自人類骨髓及臍帶血分離及純化神經幹細胞的技術平台，提供日後臨床細胞治療組織工程及再生醫學治療中樞神經系統疾病之用。

十一、奈米醫學研究

- (一)在阿爾伐奈米發生器標的癌細胞研究中，發現與展示奈米放射標靶治療藥物之有效性及雙效組合式治療物之協同與加成性。且經國內跨單位與跨領域，及核心平台技術之有效與成功整合，已完成及提出2項美國與中華民國專利申請，發表3篇SCI國際期刊論文，6篇國際會議論文發表。
- (二)利用奈米技術改善抗癌藥物之藥物動力性質及藥效：發現一系列新型之抗癌候選藥物(BPR0L)，不僅在人類癌細胞株之體外活性測試中，具有顯著的抗癌細胞活性，在移植腫瘤細胞之癌病老鼠的體內測試實驗中，也具有延長老鼠存活及抑制裸鼠內腫瘤細胞生長的效果。其中，BPR0L075化合物在白血病之老鼠動

物模型中，與cisplatin一起使用，具有延長老鼠壽命之加乘效果；在老鼠動物實驗中可明顯抑制人類口腔癌及胃癌的腫瘤生長，在體外試驗中發現可克服一般抗癌藥物(如paclitaxel, colchicine, vincristine, CPT, and VP-16)化療後所產生的抗藥性，目前BPR0L075已被選為具有潛力進行臨床前發展之抗癌候選藥物。

- (三)奈米科技與細胞醫學及組織工程之發展應用：以矽作為外殼將氧化鐵包裹於其中形成一奈米氧化鐵粒子，發現此粒子標定幹細胞的能力顯著，能在臨床磁共振造影儀器下顯影。結果發表於國際高知名期刊「奈米短訊」(Nano Letters)，此一期刊在【奈米科學暨奈米技術】領域中排名第一，並引起國內多家報紙媒體報導。此外，探討表面電荷對於多孔性矽奈米粒子進入幹細胞能力的影響，結果也發表在民國96年的「生醫材料」(Biomaterials)期刊，此期刊在【材料科學之生醫材料】期刊領域中排名也是第一。

十二、衛生政策研究

- (一)糖尿病社區聯合照護網絡暨長期追蹤計畫：與36家診所共同合作進行個案追蹤，收案總數為1,223人，至12月止，有效個案數為955人，第4年結案率為21.9%。研究顯示：對於糖化血色素小於8%和初診血壓或血脂控制較好的病人，在病情控制上除一般衛教介入外，更需特別加強監控病情的發展，注意藥物的調整，才能達到理想的控制目標。
- (二)已發表一系列有關流行病學與政策性以

實證為基礎之菸害研究論文，並投稿至 Tobacco Control，匯集為 Taiwan Supplement 共 13 篇，以及其他國際期刊的論文出版。參與醫界菸害防制聯盟之活動，協助推動醫護專業人員協助病人戒菸事宜。另，研究者參加世界衛生組織於泰國曼谷舉辦之菸草控制框架公約 (FCTC) 之第 2 次締約國大會 (COP II) 會議，與 WHO 會員國代表進行交流；同年 10 月 17 日至 20 日亦於舉辦之亞太地區拒菸大會，出版「急速增加菸價之七大理由與三大迷思」、「菸草框架公約台灣成績單」及「台灣菸害防制與歐盟之比較」專輯。

- (三) 愛滋病自我篩檢效益分析先導計畫：針對 5 組愛滋高危險群--性病防治所初診病患、同志 (MSM)、社區毒癮者、性工作者及監所毒癮者--進行 2 次自我篩檢、問卷調查以及愛滋病防治諮詢。並分別針對 5 組愛滋高危險群之社經狀況、行為調查及篩檢經驗等進行分析；發現愛滋病自我篩檢之快速檢驗試劑，確實能夠提高愛滋高危險群之自覺，預期將能降低傳染率，進而減少醫療成本支出。
- (四) 建立並完成健保門、住、急診十大疾病臨床指引，包括：急性心肌梗塞、良性前列腺肥大、肺炎、骨關節炎、血液透析、高血壓及慢性病毒性肝炎的診斷與治療。由台灣神經創傷學會所製作之『嚴重腦外傷臨床診療指引』已於 8 月出版專書；發展出之臨床指引，亦符合國衛院平台的標準。指引發展小組並對 16 個醫學會舉辦說明會，說明並推動十大

指引以及 11~15 號臨床診療指引；並舉辦或協辦研討會，希望吸引並培育各類醫事人員參與學習。

- (五) 實證醫學臨床指引平台推廣計畫：已研議完成實證臨床指引的建議架構及審查標準，公告指引審查作業要點，並辦理指引品質提升工作坊。同時，推廣指引外部品質審查作業，收集各專科學會已發展之指引，定期每季召開專家會議，並舉辦推廣教育研習營及研討會；與醫策會合辦實證醫學文獻查證比賽；此外，並籌辦亞太實證醫學聯盟研討會，邀請國外實證領域學者專家 18 位來台進行專題演講及舉辦工作坊，國內外參與人數近 400 人次，內容涵括護理中醫等多元議題，達到經驗分享的目的，有助於推廣我國實證醫學臨床指引平台。
- (七) 設立實證醫學發展服務暨東亞考科藍中心：已購置國際實證醫學電子資料庫「考科藍資料庫 (The Cochrane Library)」，提供國內 61 家區域醫院使用。又為豐富醫療專業人員對於實證醫學資料庫的知識及技能，於 2 月至 3 月間舉辦 Cochrane Library 操作教育訓練課程。分別與醫學中心及醫策會合作舉辦實證醫學研習及競賽活動。另考量中文實證醫學資料庫的使用需求，已與考科藍資料庫洽商完成 Cochrane review 摘要中文化授權事宜。



附錄

- 附錄一 衛生統計指標
- 附錄二 行政院衛生署96年政府出版品
- 附錄三 行政院衛生署免費諮詢專線
- 附錄四 行政院衛生署相關網站
- 附錄五 英文縮寫一覽表

附錄一 衛生統計指標

附表1 人口重要指標

年別	總人口數 千人	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/平方公里)
		未滿15歲	15至64歲	65歲以上						計	男	女	
		%	%	%						歲	歲	歲	
84年	21,357	23.77	68.60	7.64	45.78	106	15.50	5.60	9.90	74.53	71.85	77.74	590
85年	21,525	23.15	68.99	7.86	44.94	106	15.18	5.71	9.47	74.95	72.38	78.05	595
86年	21,743	22.60	69.34	8.06	44.22	106	15.07	5.59	9.48	75.54	72.97	78.61	601
87年	21,929	21.96	69.79	8.26	43.30	105	12.43	5.64	6.79	75.76	73.12	78.93	606
88年	22,092	21.43	70.13	8.44	42.60	105	12.89	5.73	7.16	75.90	73.33	78.98	610
89年	22,277	21.11	70.26	8.62	42.32	105	13.76	5.68	8.08	76.46	73.83	79.56	616
90年	22,406	20.81	70.39	8.81	42.07	104	11.65	5.71	5.94	76.75	74.06	79.92	619
91年	22,521	20.42	70.56	9.02	41.72	104	11.02	5.73	5.29	77.19	74.59	80.24	622
92年	22,605	19.83	70.94	9.24	40.97	104	10.06	5.80	4.27	77.35	74.77	80.33	625
93年	22,689	19.34	71.19	9.48	40.48	104	9.56	5.97	3.59	77.48	74.68	80.75	627
94年	22,770	18.70	71.56	9.74	39.74	103	9.06	6.13	2.92	77.42	74.50	80.80	629
95年	22,877	18.12	71.88	10.00	39.12	103	8.96	5.95	3.01	77.46	74.57	80.81	632
96年	22,958	17.56	72.24	10.21	38.43	102	8.92	6.16	2.76	(f) 78.25	(f) 75.09	(f) 8.90	634

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 美元	醫民間保健最終支出費 百萬元	占國內生產毛額	占民間消費	各級政府支出淨額 (會計年度) 百萬元	醫療保健支出占率	總支出(會計年度) 所屬支出占中央政府 行政院衛生署及	國民醫療保健支出占國 民生產毛額(GDP)比率	消費者物價總指數	醫療保健類指數
84年	6.5	12,906	313,349	4.32	7.43	1,910,066	1.53	0.70	5.49	93.23	87.48
85年	6.3	13,527	355,249	4.47	7.64	1,843,786	1.57	0.63	5.39	96.10	88.96
86年	6.6	13,904	393,237	4.57	7.79	1,878,764	1.51	0.61	5.40	96.96	91.06
87年	4.6	12,679	431,469	4.67	7.94	1,992,593	1.37	0.52	5.48	98.60	91.91
88年	5.8	13,609	469,765	4.87	8.16	2,050,004	1.31	0.51	5.67	98.77	95.11
89年	5.8	14,519	493,863	4.92	8.11	3,140,936	1.28	0.85	5.67	100.01	98.68
90年	-2.2	13,093	516,748	5.24	8.43	2,271,755	1.17	1.07	5.97	100.00	100.00
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	6.08	95.62	91.29
93年	6.2	14,663	586,389	5.30	8.73	2,238,904	1.46	1.15	6.01	97.17	93.09
94年	4.2	15,714	615,803	5.38	8.77	2,310,755	1.18	1.11	6.02	99.41	96.80
95年	4.9	16,073	648,248	5.45	9.02	2,261,958	1.37	1.44	6.09	100.00	100.00
96年	5.7	16,792	686,397	5.45	9.22	...	...	...	...	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							診所			
		家	西醫		中醫		家	西醫	中醫	牙醫		
			公立 家	私立 家	公立 家	私立 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

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

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
	台灣省	臺北市	高雄市	金馬地區	所		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	洗腎治療床	
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

資料來源：衛生署統計室

附表4 執業醫事人員數

年別	執業醫事人員數												
	西醫師	中醫師	每一醫師服務人數(含中、西醫師)	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

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
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

說明：96年藥局家數含兼營中藥調劑零售2,423家

資料來源：衛生署統計室

附表6 食品衛生重要指標

年別	食品衛生檢驗工作	不合格率	食品衛生稽查	不合格						食品中毒事件	患者	死者
				指導或限期改善	罰款處理		停業處理					
					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	0.15	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	0.05	8	0.00	251	5,283	-
93年	37,158	6.89	150,698	13,426	8.91	118	0.07	10	0.00	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	265	4,401	-
96年	38,729	...	156,794	27,769	17.71	94	0.06	11	0.01	240	3,223	-

資料來源：衛生署統計室

附表7 保健類重要指標

年別	兒童預防保健服務平均使用率	成人預防保健服務平均使用率		子宮頸抹片檢查平均使用率	育齡婦女一般生育率	未滿20歲婦女生育率	嬰兒出生數
		40歲至64歲	65歲以上				
	%	%	%	%	‰	‰	人
84年	...	...	...	...	55	17.0	329,581
85年	...	...	...	...	54	17.0	325,545
86年	...	...	...	...	53	15.4	326,002
87年	...	...	...	...	43	13.8	268,881
88年	55.75	11.17	30.64	31.04	45	12.9	284,073
89年	65.67	12.01	33.56	34.72	48	14.0	307,200
90年	74.16	13.40	37.59	32.73	41	13.0	257,866
91年	77.88	13.81	41.22	31.91	39	13.0	246,950
92年	78.38	13.97	40.32	27.19	36	11.0	227,447
93年	91.17	13.99	38.21	29.02	34	10.0	217,685
94年	74.48	11.98	63.23	26.39	33	8.0	206,465
95年	86.32	11.37	35.86	29.05	33	7.0	204,459
96年	82.78	12.30	37.45	25.52	32	6.0	204,414

資料來源：中央健康保險局

附表8 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
	千人	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
		%	人次	人次	人次	人次	人次
*84年	19,124	89.54	1,056.23	10.15	529	29,458	9.26
85年	20,040	93.10	1,360.89	11.72	549	31,901	9.04
86年	20,492	94.25	1,432.88	11.60	557	32,768	9.21
87年	20,757	94.66	1,499.66	11.83	588	34,851	8.78
88年	21,090	96.06	1,527.85	12.28	614	36,098	8.68
89年	21,401	96.16	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	97.67	1,451.80	13.47	707	39,160	9.04
92年	21,984	97.26	1,437.74	12.48	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

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9 死因統計重要指標

年別	國際簡略死因分類號碼		08~14			29			250,251,27,28*			181		
	所有死亡原因		惡性腫瘤			腦血管疾病			心臟疾病			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
84年	117,954	554.62	1	25,841	121.50	2	14,132	66.45	4	11,256	52.93	5	7,225	33.97
85年	120,605	562.49	1	27,961	130.41	2	13,944	65.03	4	11,273	52.58	5	7,525	35.10
86年	119,385	551.84	1	29,011	134.10	2	12,885	59.56	4	10,754	49.71	5	7,500	34.67
87年	121,946	558.47	1	29,260	134.00	2	12,705	58.18	3	11,030	50.51	5	7,532	34.49
88年	124,991	567.87	1	29,784	135.32	3	12,631	57.39	4	11,299	51.33	5	9,023	40.99
89年	124,481	561.12	1	31,554	142.23	2	13,332	60.10	3	10,552	47.56	5	9,450	42.60
90年	126,667	566.97	1	32,993	147.68	2	13,141	58.82	3	11,003	49.25	5	9,113	40.79
91年	126,936	565.08	1	34,342	152.88	2	12,009	53.46	3	11,441	50.93	4	8,818	39.26
92年	129,878	575.63	1	35,201	156.01	2	12,404	54.98	3	11,785	52.23	4	10,013	44.38
93年	133,679	590.28	1	36,357	160.54	3	12,339	54.48	2	12,861	56.79	4	9,191	40.58
94年	138,957	611.34	1	37,222	163.76	2	13,139	57.81	3	12,970	57.06	4	10,501	46.20
95年	135,071	591.81	1	37,998	166.49	2	12,596	55.19	3	12,283	53.82	4	9,690	42.46
96年	139,376	608.17	1	40,306	175.87	3	12,875	56.18	2	1,3003	56.74	4	10,231	44.64

說明：28*係包括國際詳細分類號碼420~429之全部疾病

資料來源：衛生署統計室

附表9 死因統計重要指標(續)

年別	E47~E53			321			347			350			E54			26		
	事故傷害			肺炎			慢性肝病及肝硬化			腎炎、腎徵候症及腎性病變			自殺及自傷			高血壓性疾病		
	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	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	61.05	8	3,070	14.44	6	4,456	20.95	7	3,519	16.55	11	1,618	7.61	9	2,616	12.30
85年	3	12,422	57.93	8	3,200	14.92	6	4,610	21.50	7	3,547	16.54	11	1,847	8.61	9	2,656	12.39
86年	3	11,297	52.22	7	3,619	16.73	6	4,767	22.03	8	3,504	16.20	10	2,172	10.04	9	2,611	12.07
87年	4	10,973	50.25	7	4,447	20.37	6	4,940	22.62	8	3,435	15.73	10	2,177	9.97	9	2,273	10.41
88年	2	12,960	58.88	7	4,006	18.20	6	5,180	23.53	8	3,474	15.78	9	2,281	10.36	10	1,856	8.43
89年	4	10,515	47.40	8	3,302	14.88	6	5,174	23.32	7	3,872	17.45	9	2,471	11.14	11	1,602	7.22
90年	4	9,513	42.58	8	3,746	16.77	6	5,239	23.45	7	4,056	18.15	9	2,781	12.45	10	1,766	7.90
91年	5	8,489	37.79	7	4,530	20.17	6	4,795	21.35	8	4,168	18.55	9	3,053	13.59	10	1,947	8.67
92年	5	8,191	36.30	7	5,099	22.60	6	5,185	22.98	8	4,306	19.08	9	3,195	14.16	10	1,844	8.17
93年	5	8,453	37.33	6	5,536	24.44	7	5,351	23.63	8	4,680	20.67	9	3,468	15.31	10	1,806	7.97
94年	5	8,364	36.80	6	5,687	25.02	7	5,621	24.73	8	4,822	21.21	9	4,282	18.84	10	1,891	8.32
95年	5	8,011	35.10	6	5,396	23.64	7	5,049	22.12	8	4,712	20.65	9	4,406	19.30	10	1,816	7.96
96年	5	7,130	31.11	6	5,895	25.72	7	5,160	22.52	8	5,099	22.25	9	3,933	17.16	10	1,977	8.63

資料來源：衛生署統計室



附表10 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	日	美	德	英	南
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	民國	本	國	國	國	韓
	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	78.1	77.0	83.6	73.1	79.1	73.6	79.9	74.3	79.5	68.0	76.0	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	69.0	77.0	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	70.0	77.0	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	71.7	79.2	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	71.8	79.4	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	71.7	79.3	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	74.0	81.0	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	73.4	80.6	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	73.6	80.8	9.0	8.7	14.2	8.2	12.4	9.2
96年	75.1	81.9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.9	...	...	...	...	...

資料來源：WHO (The World Health Report 2005)

附表10 重要指標之國際比較(續)

年別	標準化死亡率						嬰兒死亡率						每萬人口醫師數					
	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	中華民國	日本	美國	德國	英國	南韓
	每十萬人口	每十萬人口	每十萬人口	每十萬人口	每十萬人口	每十萬人口	%	%	%	%	%	%	人	人	人	人	人	人
84年	647.7	446.7	616.3	616.4	609.1	677.5	6.4	4.3	7.6	5.3	6.2	8.5	11	18	26	31	18	11
85年	641.1	420.0	603.7	601.6	593.8	649.1	6.7	3.8	7.3	5.0	6.1	8.3	12	18	26	31	18	12
86年	610.7	413.9	591.1	576.0	581.1	634.5	6.4	3.7	7.2	4.9	5.9	8.0	12	19	27	31	19	12
87年	600.8	412.4	583.8	561.4	574.8	615.6	6.6	3.6	7.2	4.6	5.7	7.9	12	19	27	32	19	13
88年	594.1	417.4	586.6	549.8	571.4	606.8	6.1	3.4	7.1	4.5	5.8	7.8	13	19	28	32	20	13
89年	569.4	394.9	576.3	536.6	546.8	589.9	5.7	3.2	6.9	4.4	5.6	7.7	13	19	28	33	20	13
90年	558.7	384.5	...	520.0	538.4	561.9	6.0	3.1	6.9	4.3	5.5	7.6	14	21	28	33	...	14
91年	539.8	375.8	...	...	534.0	556.6	5.4	3.0	6.9	4.2	5.2	9.6	14	...	...	...	...	...
92年	532.3	...	...	...	...	...	4.9	3.0	6.7	4.2	5.3	...	14	...	...	...	...	...
93年	528.7	...	...	...	...	...	5.3	2.8	6.8	4.1	5.1	...	15	...	...	...	...	...
94年	530.0	...	...	...	...	...	5.0	2.8	6.9	3.9	5.1	...	15	...	...	...	...	...
95年	495.4	...	...	...	...	...	4.6	2.6	...	3.8	5.0	...	15	...	...	...	...	...
96年	491.6	...	...	...	...	...	4.7	...	...	...	...	...	16	...	...	...	...	...

資料來源：WHO (The World Health Report 2005)

附表10 重要指標之國際比較(續)

年別	每萬人口病床數						占床率						平均住院日數					
	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	中華民國	日本	美國	德國	英國	南韓
	床	床	床	床	床	床	%	%	%	%	%	%	日	日	日	日	日	日
84年	53	130	99	112	83	44	69.7	81.6	62.8	82.1	76.0	66.3	10.3	44.2	7.8	13.5	10.3	13.0
85年	53	132	98	114	83	46	67.3	82.2	61.5	80.6	75.9	70.1	9.6	43.7	7.5	12.9	10.3	13.0
86年	56	132	98	115	73	48	64.7	81.7	61.9	81.1	76.4	69.7	9.3	42.5	7.3	11.9	9.3	13.0
87年	57	134	97	...	81	52	62.6	81.6	62.6	82.3	76.1	66.9	8.8	40.8	7.1	11.7	8.9	13.0
88年	56	134	95	148	79	55	64.7	81.9	63.4	82.2	74.0	66.9	8.8	39.8	7.0	11.6	8.1	12.0
89年	57	135	93	...	77	61	64.0	81.8	63.9	81.9	75.0	67.2	8.7	39.1	6.8	11.4	9.9	14.0
90年	57	136	91	149	76	...	68.7	81.0	64.5	81.1	75.2	67.3	8.8	38.7	6.7	11.2	10.3	13.0
91年	59	135	90	...	74	...	70.0	80.0	65.7	80.1	74.9	65.2	8.8	37.5	6.6	10.9	9.9	13.0
92年	60	135	...	...	72	...	68.5	79.5	66.2	77.6	74.8	71.6	9.4	36.4	6.5	10.6	9.7	13.5
93年	63	...	...	...	...	...	71.1	79.3	66.9	75.5	74.9	...	9.4	36.3	6.5	10.4	9.3	...
94年	64	...	...	...	...	...	69.2	79.2	66.4	75.6	73.4	...	9.5	35.7	6.5	10.2	9.0	...
95年	65	...	...	...	...	...	67.8	...	...	...	...	...	9.6	...	...	...	8.7	...
96年	66	...	...	...	...	...	68.8	...	...	...	...	...	9.4	...	...	...	...	...

資料來源：WHO (The World Health Report 2005)



附錄二 行政院衛生署96年政府出版品

期刊

流水號	期刊題名	發行週期	出版機關/單位	統一編號GPN	創刊年月
1	衛生報導季刊	季	行政院衛生署/企劃處	2008000143	80年03月
2	中華民國公共衛生年報	年	行政院衛生署/企劃處	2008800168	88年12月
3	Taiwan Public Health Report	年	行政院衛生署/企劃處	2008900475	89年08月
4	衛生統計動向	年	行政院衛生署/統計室	2008800097	88年12月
5	國民醫療保健支出	年	行政院衛生署/統計室	2008900478	89年06月
6	全民健康保險醫療統計年報	年	行政院衛生署/統計室	2009100699	91年05月
7	醫療機構現況及醫院醫療服務量統計年報	年	行政院衛生署/統計室	2009502598	95年08月
8	死因統計	年	行政院衛生署/統計室	2009502599	95年08月
9	公務統計	年	行政院衛生署/統計室	2009502827	95年12月
10	藥物食品安全週報	週	行政院衛生署/食品衛生處	2009403531	94年09月
11	全民健康保險爭議審議委員會年報	年	全民健康保險爭議審議委員會	2008901170	89年03月
12	全民健康保險雙月刊	雙月	中央健康保險局	2008500065	85年05月
13	全民健康保險統計	年	中央健康保險局	2008600134	86年08月
14	全民健康保險簡介	不定期	中央健康保險局	2008600193	86年12月
15	National Health Insurance Profile	年	中央健康保險局	2008700186	87年12月
16	2003全民健康保險統計動向	不定期	中央健康保險局	2009205641	92年02月
17	中醫藥年報	年	行政院衛生署中醫藥委員會	2007100017	71年01月
18	疫情報導	月	行政院衛生署疾病管制局	2007300023	73年12月
19	Epidemiology Bulletin	月	行政院衛生署疾病管制局	2007400030	74年11月
20	結核病防治年報	年	行政院衛生署疾病管制局	2009103336	91年03月
21	感染控制雜誌	雙月	行政院衛生署疾病管制局	2009200952	92年02月
22	CDC Annual Report	年	行政院衛生署疾病管制局	2009205617	92年12月
23	定點監視週報	週	行政院衛生署疾病管制局	2009404139	94年07月
24	傳染病統計暨監視年報	年	行政院衛生署疾病管制局	2009503523	95年11月
25	Statistics of communicable diseases and surveillance report	年	行政院衛生署疾病管制局	2009503743	95年11月
26	台灣結核病防治年報	年	行政院衛生署疾病管制局	2009604162	96年12月
27	Taiwan Tuberculosis Control Report 2007	年	行政院衛生署疾病管制局	2009604164	96年12月
28	癌症登記報告	年	行政院衛生署國民健康局	2008200054	82年07月
29	子宮頸抹片登記報告	年	行政院衛生署國民健康局	2008700074	87年08月
30	出生通報統計年報	年	行政院衛生署國民健康局	2009502148	95年06月
31	2005臺灣地區衛生所統計年報	年	行政院衛生署國民健康局	2009503684	95年12月
32	台灣菸害防制年報	年	行政院衛生署國民健康局	2009601376	96年06月
33	Taiwan Tobacco Control Annual Report	年	行政院衛生署國民健康局	2009601377	96年06月
34	2006 Annual Report : Taiwan Health Promotion	年	行政院衛生署國民健康局	2009602537	96年12月
35	2006國民健康局年報	年	行政院衛生署國民健康局	2009602807	96年10月

期刊

流水號	期刊題名	發行週期	出版機關/單位	統一編號GPN	創刊年月
36	管制藥品簡訊	季	行政院衛生署管制藥品管理局	2008800098	88年11月
37	藥物食品簡訊	月	行政院衛生署藥物食品檢驗局	2006900031	69年09月
38	藥物食品檢驗局調查研究年報	年	行政院衛生署藥物食品檢驗局	2007100003	71年07月
39	藥物食品分析	年	行政院衛生署藥物食品檢驗局	2008200056	82年01月
40	基醫醫訊	年	行政院衛生署基隆醫院	2008000073	80年03月
41	嘉南院訊	雙月	行政院衛生署嘉南療養院	2009004187	90年12月
42	嘉南年刊	年	行政院衛生署嘉南療養院	2009102636	91年12月
43	行政院衛生署玉里醫院	季	行政院衛生署玉里醫院	2008900970	89年03月
44	屏醫院訊	季	行政院衛生署屏東醫院	2008400117	84年01月
45	行政院衛生署苗栗醫院院刊	年	行政院衛生署苗栗醫院	2006600019	66年05月
46	苗醫學術年報	年	行政院衛生署苗栗醫院	2009503393	95年12月
47	桃醫院刊	雙月	行政院衛生署桃園醫院	2009501093	95年05月
48	台中醫院院訊	年	行政院衛生署臺中醫院	2008800152	88年10月
49	臺灣癌症臨床研究合作組織通訊	年	國家衛生研究院	2008100075	81年10月
50	國家衛生研究院簡訊	雙月	國家衛生研究院	2008500061	85年01月
51	國家衛生研究院年報	年	國家衛生研究院	2009400670	94年04月

圖書

流水號	出版品題名	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
1	關鍵時刻－邁向全民健保改革新紀元	行政院衛生署/健保小組	1009600092	96年01月
2	生技產品諮詢窗口Q&A(2007)	行政院衛生署/藥政處	1009600835	96年06月
3	甜蜜的家庭：世界名曲紓壓CD書	行政院衛生署/企劃處	1009601037	96年05月
4	心靈點滴	行政院衛生署/衛生教育推動委員會	1009601468	96年06月
5	中沙醫療團援外史料紀錄-荒漠行醫照影	行政院衛生署/國際合作處	1009601537	96年06月
6	用心灌溉散播慈愛-96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	1009602592	96年09月
7	全民健康保險藥品給付規定	中央健康保險局	1009602098	96年07月
8	全民健保與您牽手12年	中央健康保險局	1009602156	96年09月
9	全民健保便民手冊	中央健康保險局東區分局	1009603462	96年11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(2006)	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601198	96年07月
11	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(2006)第一冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601202	96年07月
12	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(2006)第二冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601204	96年07月
13	失眠中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601230	96年06月
14	飲食療法中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601231	96年06月
15	中醫藥基因體研究及其核心技術訓練(二)研習會精要彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601451	96年06月
16	中醫醫療管理法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009601929	96年09月

圖書

流水號	出版品題名	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
17	臺灣建構中藥用藥安全環境計畫(2006)研究成果彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009602596	96年12月
18	臺灣建構中藥用藥安全環境計畫(2006)研究成果彙編第一冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009602597	96年12月
19	臺灣建構中藥用藥安全環境計畫(2006)研究成果彙編第二冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009602598	96年12月
20	中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009602938	96年12月
21	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(八)傳統醫學與現代醫學在婦科疾病與保健的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603055	96年12月
22	建構中藥用藥安全環境計畫(2004~2006)研究成果分析要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603301	96年12月
23	SARS嚴重急性呼吸道症候群等病毒性疾病中醫典籍之研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603460	96年12月
24	中醫調護典籍文獻分析研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603580	96年12月
25	注意力缺失過動症之中醫藥典籍研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603662	96年12月
26	河洛中藥文化之研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603663	96年12月
27	2007臺灣中醫藥典籍研究計畫成果暨專書發表會輯要	行政院衛生署中醫藥委員會	1009603696	96年12月
28	95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	1009604371	96年12月
29	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(九)傳統醫學與現代醫學在心臟血管疾病醫療的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009604415	96年12月
30	登鋒造極—95抗登革專案紀實：登革先鋒·創造極限	行政院衛生署疾病管制局	1009600227	96年02月
31	侵入性醫療感染管制作業基準	行政院衛生署疾病管制局	1009600462	96年03月
32	讓愛灑人間：結核防治都治關懷員真心案例	行政院衛生署疾病管制局	1009600559	96年05月
33	H5N1流感：醫護人員教戰手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009600568	96年04月
34	防疫檢體採檢手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009600569	96年03月
35	登革熱防治工作指引2007	行政院衛生署疾病管制局	1009601563	96年06月
36	逐步踏實：95抗登革心情紀實	行政院衛生署疾病管制局	1009601782	96年06月
37	鉤端螺旋體病臨床症狀、診斷及治療指引	行政院衛生署疾病管制局	1009601783	96年12月
38	退伍軍人菌控制作業建議指引	行政院衛生署疾病管制局	1009602228	96年08月
39	傳染病通報指引	行政院衛生署疾病管制局	1009604155	96年12月
40	傳染病通報定義指引手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009604160	96年12月
41	臨床細胞遺傳學實驗室操作指引	行政院衛生署國民健康局	1009600120	96年01月
42	代謝症候群防治工作手冊	行政院衛生署國民健康局	1009600214	96年01月
43	醫務社會工作癌症照顧領域實務手冊	行政院衛生署國民健康局	1009600319	96年01月
44	健康促進學校手冊	行政院衛生署國民健康局	1009600437	96年02月
45	菸害防制及衛生保健基金運用成果	行政院衛生署國民健康局	1009600655	96年04月
46	乳癌治療期間病友衛教手冊	行政院衛生署國民健康局	1009600874	96年04月
47	Taiwan Health, We Care	行政院衛生署國民健康局	1009601107	96年05月

圖書

流水號	出版品題名	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
48	2007健康好書 悅讀健康推介手冊	行政院衛生署國民健康局	1009601369	96年05月
49	優生保健暨罕見疾病防治學術論文集	行政院衛生署國民健康局	1009601602	96年12月
50	冠心病自我照護手冊	行政院衛生署國民健康局	1009602347	96年12月
51	成功老化-銀髮族保健手冊	行政院衛生署國民健康局	1009602624	96年10月
52	保命防跌系列--保命防跌寶典	行政院衛生署國民健康局	1009602704	96年12月
53	保命防跌系列--居家環境安全與改善(執行手冊)	行政院衛生署國民健康局	1009602705	96年12月
54	青少年糖尿病	行政院衛生署國民健康局	1009602886	96年12月
55	特別危害健康作業健康檢查指引	行政院衛生署國民健康局	1009603065	96年11月
56	幼兒居家安全環境檢視手冊	行政院衛生署國民健康局	1009603193	96年12月
57	漫談電磁波	行政院衛生署國民健康局	1009603595	96年12月
58	代謝症候群學習手冊社區民眾版	行政院衛生署國民健康局	1009603601	96年12月
59	職場健康促進推動指引	行政院衛生署國民健康局	1009603679	96年12月
60	台灣家庭計畫之奠基啓航－以周聯彬教授口述訪談為主軸的探索	行政院衛生署國民健康局	1009603857	96年12月
61	社區逗陣 愛健康-96年度社區健康營造精英計畫成果集	行政院衛生署國民健康局	1009603973	96年12月
62	再見--菸之殤	行政院衛生署國民健康局	1009603976	96年12月
63	代謝症候群教學手冊社區民眾版	行政院衛生署國民健康局	1009604012	96年12月
64	亨丁頓舞蹈症家長照護手冊	行政院衛生署國民健康局	1009604054	96年12月
65	成骨不全症家長照護手冊	行政院衛生署國民健康局	1009604059	96年12月
66	讓家庭動起來-慢飛天使健康體適能家長手冊	行政院衛生署國民健康局	1009604079	96年12月
67	職場紓壓達人	行政院衛生署國民健康局	1009604125	96年12月
68	檳榔防制十週年特刊- 無檳生活 健康樂活	行政院衛生署國民健康局	1009604326	96年12月
69	96年藥物濫用實際案例探討-姊姊妹妹站起來	行政院衛生署管制藥品管理局	1009602795	96年10月
70	2007濫用藥物檢驗方法彙編	行政院衛生署管制藥品管理局	1009603484	96年11月
71	宜蘭大醫院的故事	行政院衛生署宜蘭醫院	1009604062	96年12月
72	腦的美麗境界?活出優質生命?台南特展活動紀實	行政院衛生署嘉南療養院	1009602397	96年09月
73	美哉嘉南實務發展軌跡—邁向卓越關鍵	行政院衛生署嘉南療養院	1009603152	96年11月
74	台灣護理研究-倫理議題與困境	國家衛生研究院	1009600008	96年11月
75	老年醫學次專科醫師訓練手冊	國家衛生研究院	1009600420	96年02月
76	National Health Research Institutes	國家衛生研究院	1009600495	96年03月
77	2005年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告NO.1國民健康訪問調查	國家衛生研究院	1009601402	96年07月
78	2005年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告NO.2藥物濫用調查	國家衛生研究院	1009601404	96年07月
79	婦癌臨床診療指引	國家衛生研究院	1009602212	96年08月
80	嚴重腦外傷臨床診療指引	國家衛生研究院	1009602326	96年08月
81	癌症疼痛處理指引	國家衛生研究院	1009602436	96年09月

電子書

流水號	出版品題名	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
1	甜蜜的家庭	行政院衛生署	4309601083	96年05月
2	用心灌溉散播慈愛-96年全國衛生保健績優志工暨團隊慈心獎記者會暨表揚大會實錄	行政院衛生署	4509603110	96年10月
3	2006藥物辨識查詢系統：藥安全藥知道	行政院衛生署	4609600211	96年01月
4	2005年全民健康保險統計動向	中央健康保險局	4309601491	96年05月
5	中醫藥基因體研究及其核心技術訓練(二)DVD	行政院衛生署中醫藥委員會	4509601449	96年06月
6	傳染病防治工作手冊	行政院衛生署疾病管制局	4309600768	96年03月
7	鉤端螺旋體病臨床症狀、診斷及治療指引	行政院衛生署疾病管制局	4309604416	96年12月
8	創「疫」LIVE SHOW：傳染病防治宣導合輯PART 1	行政院衛生署疾病管制局	4609602594	96年09月
9	寶貝發展篩檢指南光碟	行政院衛生署國民健康局	4509600292	96年01月
10	乳癌治療期間病友衛教指南	行政院衛生署國民健康局	4509600875	96年04月
11	外籍配偶生育保健系列（中、英、越、印、泰語）	行政院衛生署國民健康局	4509603946	96年12月
12	遺失的微笑	行政院衛生署國民健康局	4509604282	96年12月
13	台灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	4709601379	96年06月
14	96年臨床試驗研討會	行政院衛生署嘉南療養院	4509602243	96年08月
15	愛從嘉南出發 - 行政院衛生署嘉南療養院簡介	行政院衛生署嘉南療養院	4509603157	96年11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	黑心食品檢舉通報專線	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	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 民國96年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	中央健康保險局	http://www.nhi.gov.tw
5	中央健康保險局台北分局	http://www.nhitb.gov.tw
6	中央健康保險局北區分局	http://www.nhinb.gov.tw
7	中央健康保險局中區分局	http://www.nhicb.gov.tw
8	中央健康保險局南區分局	http://www.nhisb.gov.tw
9	中央健康保險局高屏分局	http://www.nhikb.gov.tw
10	中央健康保險局東區分局	http://www.nhieb.gov.tw
11	健保局聯合門診中心	http://gon.nhi.gov.tw/
12	行政院衛生署藥物食品檢驗局	http://www.nlfd.gov.tw
13	行政院衛生署管制藥品管理局	http://www.nbcd.gov.tw
14	行政院衛生署中醫藥委員會	http://www.ccmp.gov.tw
15	行政院衛生署醫院管理委員會	http://www.cto.doh.gov.tw
16	行政院衛生署公文電子交換中心	http://hdxc.doh.gov.tw
17	行政院公報資訊網	http://gazette.nat.gov.tw/
18	衛生統計資訊網	http://www.doh.gov.tw/statistic
19	政府出版品網	http://open.nat.gov.tw
20	衛生署線上申辦服務系統	http://e-service.doh.gov.tw
21	衛生署全國醫療資訊網服務中心	http://sc.doh.gov.tw
22	衛生署消費者資訊網	http://consumer.doh.gov.tw
23	衛生署電子圖書館	http://203.65.110.139:8003/elibrary
24	健康九九衛生教育資源網	http://health99.doh.gov.tw
25	健康電子報	http://www.doh.gov.tw/HealthPaper/20070628.html
26	台灣e學院	http://fms.cto.doh.gov.tw/index.html
27	自殺防治中心	http://www.tspc.doh.gov.tw
28	藥物資訊網	http://drug.gov.tw
29	食品資訊網	http://food.doh.gov.tw
30	基因改造食品	http://gmo.doh.gov.tw
31	加工食品追溯系統	http://tfts.firdi.org.tw
32	醫療憑證管理中心	http://hca.doh.gov.tw
33	藥品交互作用資料庫系統	http://dif.doh.gov.tw
34	中醫藥資訊網	http://www.ccmp.com.tw
35	中醫基因體資訊網	http://tcmgdb.cmu.edu.tw
36	中草藥用藥安全網	http://tcam.ccmp.gov.tw
37	菸害防制專區網	http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080
38	101拒菸大作戰網	http://www.ettoday.com/events/101
39	青少年網站	http://www.young.gov.tw
40	社區健康營造網	http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/hpnet
41	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	反毒資源線上博物館	http://www.antidrug.nat.gov.tw/
45	台灣健康促進學校	http://www.allschool.com.tw
46	財團法人國家衛生研究院	http://www.nhri.org.tw
47	財團法人藥害救濟基金會	http://www.tdrf.org.tw
48	財團法人醫藥品查驗中心	http://www.cde.org.tw
49	財團法人罕見疾病基金會	http://www.tfrd.org.tw
50	醫藥衛生研究資訊網	http://www.hint.org.tw
51	青少年性福諮商網站	http://webcounsel.young.gov.tw
52	藥物濫用危害線上學習網	http://elearning.rad.gov.tw
53	Taiwan IHA網站	http://www.taiwaniha.org.tw:80

附錄五 英文縮寫一覽表

序號	中文	全文	縮寫
1	亞太經濟合作會議	Asia Pacific Economic Cooperation	APEC
2	亞洲區輪狀病毒監測網會員國	Asian Rotavirus Surveillance Network	ARSN
3	身體質量指數	Body Mass Index	BMI
4	慢性阻塞性肺病	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	COPD
5	慢性腎臟疾病	Chronic Kidney Disease	CKD
6	平均恆齒齲蝕指數	Decayed Missing Filled Tooth	DMFT
7	菸草控制框架公約	The Framework Convention on Tobacco Control	FCTC
8	應用流行病學專業人才訓練及養成計畫	Field Epidemiology Training Program	FETP
9	加斯坦衛生論壇	European Health Forum Gastein	EHFG
10	表皮生長因子受體基因	Epidermal Growth Factor Receptor	EGFR
11	國際藥學會	Federation International Pharmaceutical	FIP
12	疫苗和免疫的全球性聯盟	Global Alliance for Vaccines and Immunization	GAVI
13	良好作業規範	Good Manufacturing Practice	GMP
14	優良實驗室規範	Good Laboratory Practice	GLP
15	食品安全管制系統	Hazard Analysis and Critical Control Points	HACCP
16	醫療憑證管理中心	Healthcare Certification Authority	HCA
17	全國醫療資訊網	Health Information Network	HIN
18	人類免疫缺乏病毒	Human Immunodeficiency Virus	HIV
19	國際護理學會	International Council of Nurses	ICN
20	全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫	Integrated Delivery System	IDS
21	國際麻醉藥品管制局	International Narcotics Control Board	INCB
22	國際衛生條例	International Hygienic Rule	IHR
23	流感病毒生物資訊系統	Influenza Virus Biology information System	IVBS
24	聯合委員會	Joint Commission	JC
25	合作備忘錄	Memorandum of Understanding	MOU
26	核磁共振造影系統	Magnetic Resonance Imaging	MRI
27	醫療保健支出	National Health Expenditure	NHE
28	國家衛生指揮中心	National Health Command Center	NHCC
29	國家流感中心	National Influenza Center	NIC
30	國立感染症研究所	National Institute of Infectious Disease	NIID
31	國民健康資訊建設計畫	National Health Informatics Project	NHIP
32	經濟合作發展組織	Organization for Economic Cooperation and Development	OECD
33	醫療影像傳輸	Picture Archiving and Communication System	PACS
34	泛美衛生組織	Pan American Health Organization	PAHO
35	醫療器材品質系統文件	Quality System Documentation	QSD
36	嚴重急性性呼吸道綜合症	Severe Acute Respiratory Syndrome	SARS
37	財團法人全國認證基金會	Taiwan Accreditation Foundation	TAF
38	台灣癌症臨床研究合作組織	Taiwan Cooperative Oncology Group	TCOG
39	貿易暨投資架構協定	Trade and Investment Framework Agreement	TIFA
40	台灣院內感染監視資訊系統	Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System	TNIS
41	台灣病人安全通報系統	Taiwan Patient Safety Reporting System	TPSR
42	第五期全國微生物抗藥監測計畫	Taiwan Surveillance of Antimicrobial Resistance V	TSAR V
43	聯合國毒品暨犯罪辦公室	United Nations Office on Drugs and Crime	UNODC
44	西非衛生組織	World Arabian Horse Organization	WAHO
45	世界經濟論壇	World Economic Forum	WEF
46	世界衛生大會	World Health Assembly	WHA
47	世界醫師會	World Medical Association	WMA
48	世界貿易組織	World Trade Organization	WTO

中華民國公共衛生年報

刊期頻率	年刊
出版機關	行政院衛生署
發行人	葉金川
總編輯	戴桂英
編輯委員	(按順序筆畫排列) 王敦正·朱娟玉·巫敏生·林 頂·林宜信·邱志彥· 周國塘·許蓓文·洪碧蘭·洪百薰·紀雪雲·吳憲明· 吳美玲·商東福·陳志朗·陳麗華·黃純英·黃韶南· 葉雅芬·廖崑富·鄭秋真·賴幼玲
執行編輯	林干媛·許瓊玲
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97年12月
創刊年月	中華民國88年12月
設計印刷	日創社文化事業有限公司
電 話	(02) 23928585
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 台中市中區綠川東街32號3樓 電話 (04) 2395-3100

GPN: 2008800168

ISSN: 16824822



促進及保護全民健康 · 讓全民更長壽更快樂

ISSN 1682482-2



00300



GPN : 2008800168
定價 : 新臺幣300元