序 言

近來許多國家把國民的健康，列為國家財力指標之一，國際前鋒論壇報《International Herald Tribune》就提出國民快樂指數(Gross National Happiness, GNH)這個名詞，認為國民擁有健康的身心靈，生活在一個舒適穩定、和平希望的環境中，才能被激發出強大的國民生產力。健康在本世紀突然成了顯學，國民的健康也讓所有國家愈來愈重視，因為這關乎人民的素質及國家未來的發展潛力。

現今社會講求的是全人醫療、全人健康，因此，衛生署需要照顧民眾的不只是生理上免除病痛、心理上免除壓力，且更要維持社會的健康機制，為打造健康而有活力的台灣努力不懈。而做為一個捍衛國民健康的守護者，衛生署更扛起了衛生教育的責任，不斷以最直接、最有力的方式，貼近民眾，給民眾全方位的健康佈局！

我們期望國人活得更長久、活得更健康、活得更舒服，就是在這樣的理念下，我們全心全力推動衛生署能成為「全民健康的提升者、健康人生的教育者、健康產業的推動者、國際衛生的參與者」，並已逐漸開花結果。例如致力登革熱之防治，破除4年1次大流行的魔咒；實施「結核病十年減半計畫」，提升抗藥性結核病患服藥之順從性及治療之成功率；推動「愛滋減害試辦計畫」，使國內愛滋病感染人數首次出現下降趨勢，且在世界經濟論壇(WEF)2006年競爭力評比，我國愛滋病之低盛行率與24個國家並列第1。

96年版之公共衛生年報，記述95年國內之衛生概況、施政作為及具體之成果；取材選自民國95年1月至12月衛生施政之策略與措施。為了維護國人身心健康，衛生團隊朝擘劃全民均健的新藍海航行，希望透過營造健康支持環境、推動健康生活型態、提升健康照護品質，來達成民眾活得更長久、活得更健康、活得更舒服之最終目標：

營造健康支持環境：營造安全之社區、建置健康之城市、推動健康促進學校、推廣無菸職業場所、發展社區公衛群及社區醫療群、強化社區藥局功能、建構長期照顧體系。

推動健康生活型態：推行健康新煮張、要活就要動、健康心理、每日一萬步，健康有保固。

提升健康照護品質：健康促進、疫病管理、醫療照護及全民健保等相關措施，落實健康平權、資訊透明、在地服務，以提升照護之品質。

衛生行政團隊是一個優秀的工作團隊，在施政過程中，雖不免遭遇到或大或小的阻礙和壓力。但是衛生醫療政策原本就是所涉萬端，必須不斷創新思考，建立適合國情制度，且要把握「KISS(Keep It Simple and Stupid)」原則，簡單明瞭的政策，就是最好的政策。

「健康台灣—許給全民一個健康安全的人生」是衛生署的願景，而「將健康資訊還給人民」是本人對自己的期許及對民眾的承諾，我們整個衛生團隊，會在現有的施政基礎上，竭盡心智，全力以赴，為守護全民的健康，共同善盡所有心力！

行政院衛生署署長

侯勝茂

謹識

1

衛生政策

第一章　衛生行政組織

第二章　施政架構

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，並以前瞻的衛生課題趨勢，集結專家學者之智慧，作最佳的決策。因此，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、護理產業，生技與健康產業資訊、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，而在有效的資源及組織下，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。

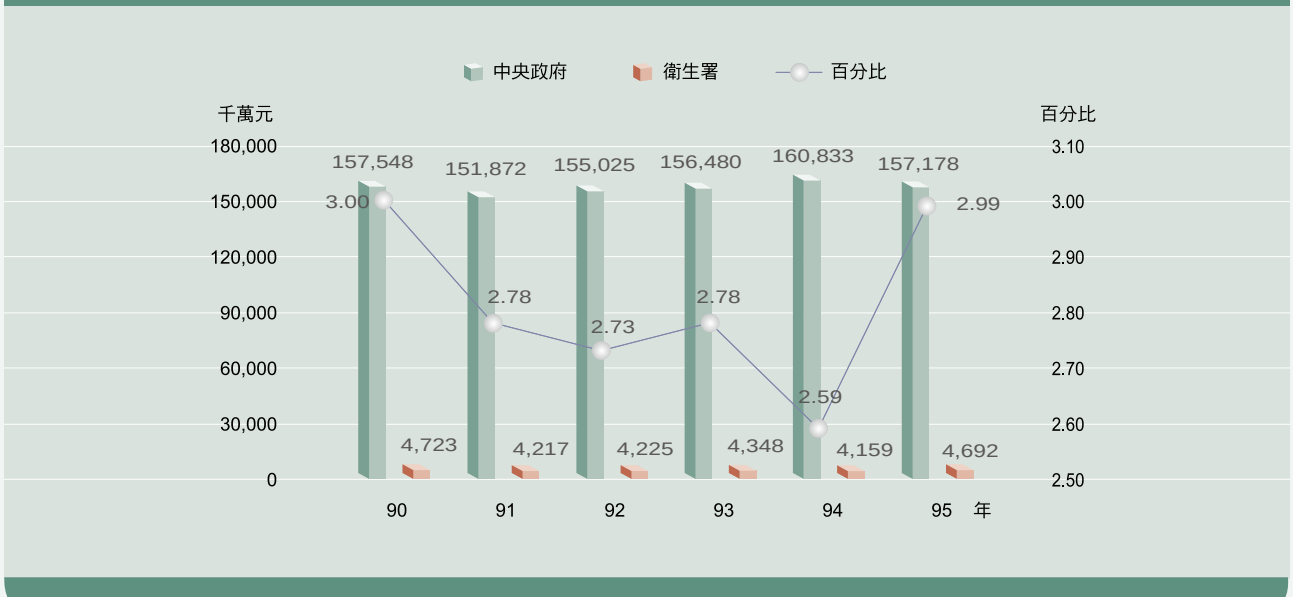
在中央政府總預算中，衛生業務的比例，占總預算的2.6%，如圖1-1。衛生署的經費，雖無法隨著人口老化及業務需求的增加呈一定的成長，但衛生團隊仍能秉著一貫的熱忱與關懷，為許給民眾健康安全的理念努力不逮。民國95年衛生政策滿意度調查，獲得民眾約六成之滿意。

第一章　衛生行政組織

一、現行衛生行政組織

衛生行政組織分中央與地方二級。中央最高衛生行政機關為行政院衛生署，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；附屬機關則包括：中央健康保險局、疾病管制局、國民健康局、藥物食品檢驗局、管制藥品管理局、中醫藥委員會、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會；26家署立醫院及分院、6家療養院、1家胸腔病院；另捐助設有財團法人國家衛生研究院、財團法人醫藥品查驗中心、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、財團法人藥害救濟基金會及財團法人器官捐贈登錄中心，如圖1-2。

圖1-1　90-95年衛生署預算占中央總預算分配圖



地方衛生行政機關為直轄市及縣市衛生局，全國共有25個；其在各鄉鎮設有1衛生所，全國共計372個。

二、中央衛生行政組織再造

西元1980年起，世界各國為提升國家競爭力，均紛紛投入並大刀闊斧地對政府部門進行組織改造工作。我國自民國82年起亦投入政府改造行列，民國87年行政院頒定「政府再造綱領」作為最高指導原則後，組織改造工作有了加速作用，民國88年7月完成精簡台灣省政府組織作業，讓行政層級由原來「中央、省、縣（市）、鄉鎮」4個層級，簡化為中央、縣(市)與鄉鎮3個層級。又衛生署與內政部於民國94年3月，完成「衛生與社會安全部」組織調整初步規劃，正等待「行政院組織法」完成修法程序後，即可進行後續作業。

為使衛生行政組織保持活化，自民國88年起，便以「精簡組織，增加行政效率，建立活力政府」原則，逐步進行內部組織調整，近年所完成之重要工作，有：(1)民國88年7月成立「疾病管制局」，整合三個防疫體系。(2)民國88年7月，將「麻醉藥品經理處」改制為「管制藥品管理局」，健全管制藥品管理，加強藥物濫用防制。(3)配合「精省作業」，原台灣省政府衛生處改為衛生署「中部辦公室」；省立醫院、療養院改制為衛生署醫院。(4)民國88年7月成立「國民健康局」，整合保健處及3個保健有關的研究所。 (5)重建結核病防治體系，原「慢性病防治局」改制「胸腔病院」以負責病患醫療照護。(6)民國93年6月衛生署內部增列「國際合作處」，拓展國際衛生事務；增列「護理及健康照護處」，專責推動特殊醫療照護服務；並將「中部辦公室」轉型為「醫院管理委員會」，專責33家衛生署所屬醫院之監督與管理。

第二章　施政架構

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，訂定中程施政計畫及年度施政計畫。

一、中程施政計畫

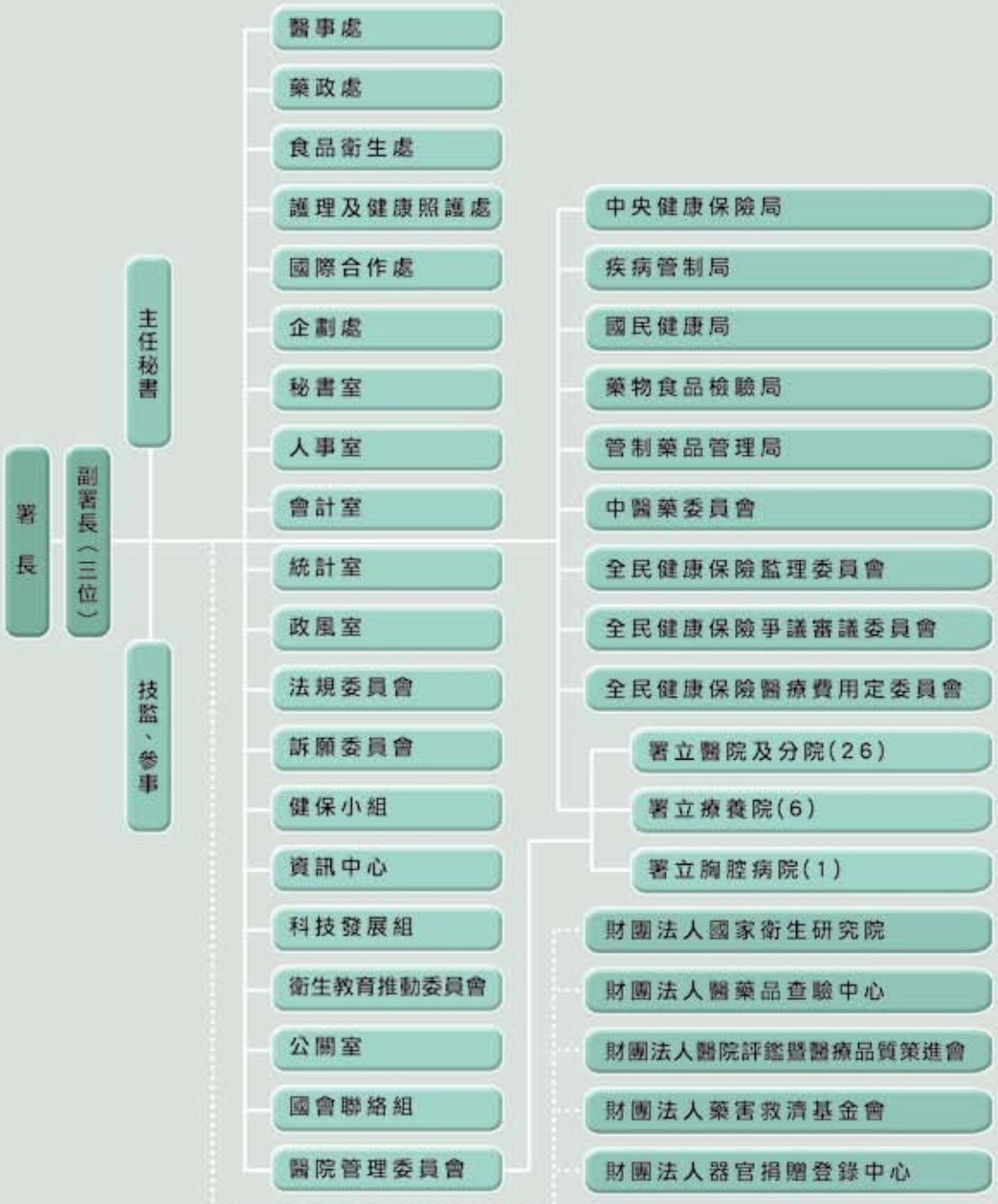
衛生署結合人力及預算資源，以跨年度、重要創新之業務為優先，進行內外環境、優先發展課題評析，依國家長程整體及前瞻發展需要，配合往年施政績效之評估，選定中程施政目標，擬訂策略績效目標及衡量指標，配合國家中程財政目標及可用資源，規劃中程施政計畫，作為未來4年之政策引導。

本中程計畫以「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，保障民眾安全」、「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1-3。

二、年度施政計畫

配合中程施政計畫藍圖，落實「健康台灣」的施政理念，持續推動健保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。

圖1-2 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，內含4大重點：縮小城鄉/貧富差距、強化老人安養、因應少子女化、促進國民健康等，規劃為12項重點計畫。

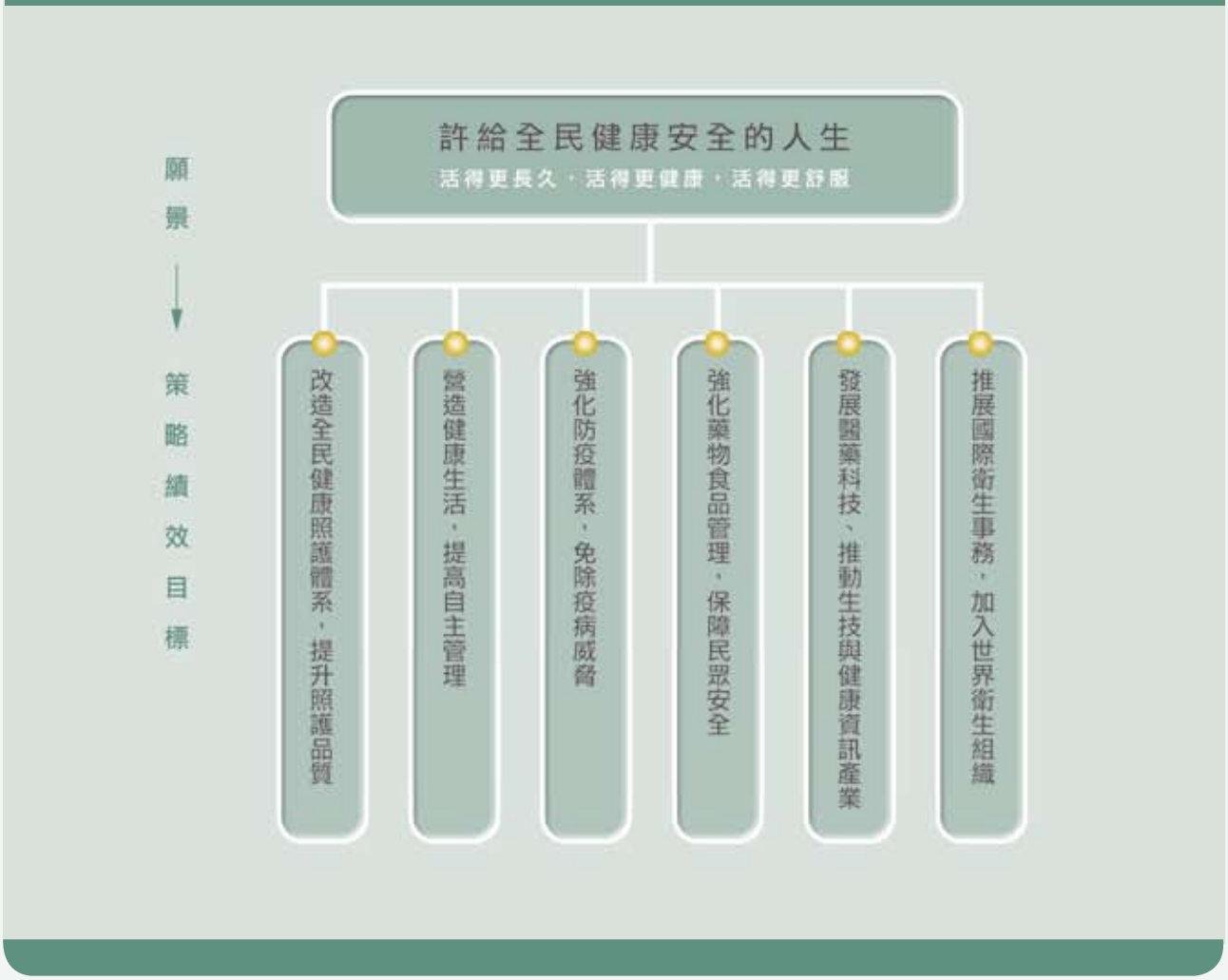
衛生署參與之重點工作如下：

(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。

圖1-3 94-97年中程施政計畫架構圖



2

衛生指標

第一章 人口指標

第二章 生命指標

第三章 國民醫療保健支出指標

第四章 國際比較

第二篇　衛生指標

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

第一章　人口指標

民國95年底我國總戶籍登記人口共2,287萬人，其中男性人口1,159萬人，女性人口1,128萬人，人口性別比例【男性人口數/女性人口數*100】為103，人口年增率為4.66‰。

民國95年底，我國人口密度每平方公里達632人，按縣市別分，高雄市達9,862人最為稠密、臺北市9,684人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為75人、67人。

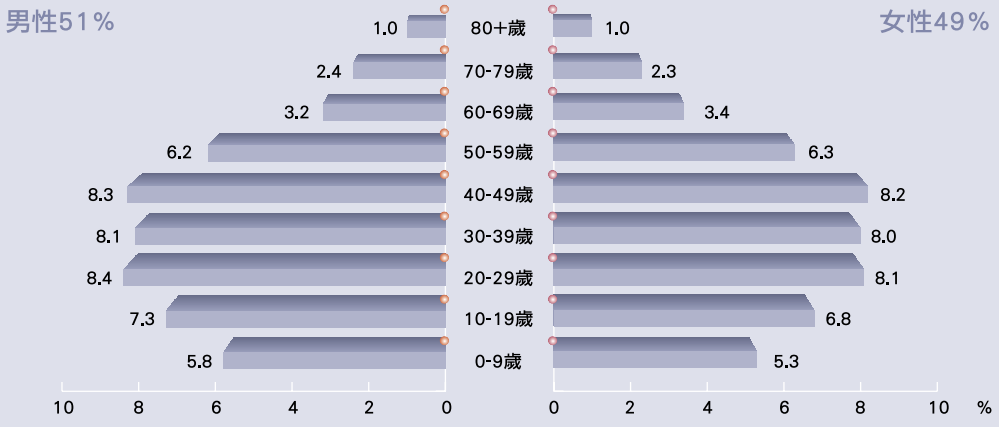
一、人口年齡結構

民國78年底我國人口突破2,000萬人，受出生率下降影響，民國95年底人口年齡結構已呈現低出生率、低死亡率之靜止型金字塔，如圖2-1。

若以人口年齡結構觀察，我國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65年34.7%降至民國95年18.1%，減少16.6個百分點，同期間65歲以上老年人口比率則由3.6%升至10.0%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯(如表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65年62.1%降至民國95年39.1%，主要係扶幼比【0～14歲人口/15～64歲人口*100】快速下降，而扶老比【65歲以上人口/15～64歲人口*100】平穩上升所致(圖2-2)。

圖2-1　民國95年我國人口年齡結構圖



二、出生及死亡概況

隨著社會變遷及價值觀的改變，近年來我國之生育率逐年下滑，粗出生率【出生數/年中人口數*1,000】由民國85年15.2‰降至民國95年9.0‰，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95年6.0‰；而人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】則下降為3.01‰，如圖2-3。

三、平均餘命

就國人平均餘命整體變動觀之：近10年(民國85年至95年)來，我國國民兩性0歲平均餘命由75.0歲提高為77.5歲，增加2.5歲。男性由72.4歲提高為74.6歲，增加2.2歲；女性由78.1歲提高為80.8歲，增加2.7歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

第二章　生命指標

一、十大死因

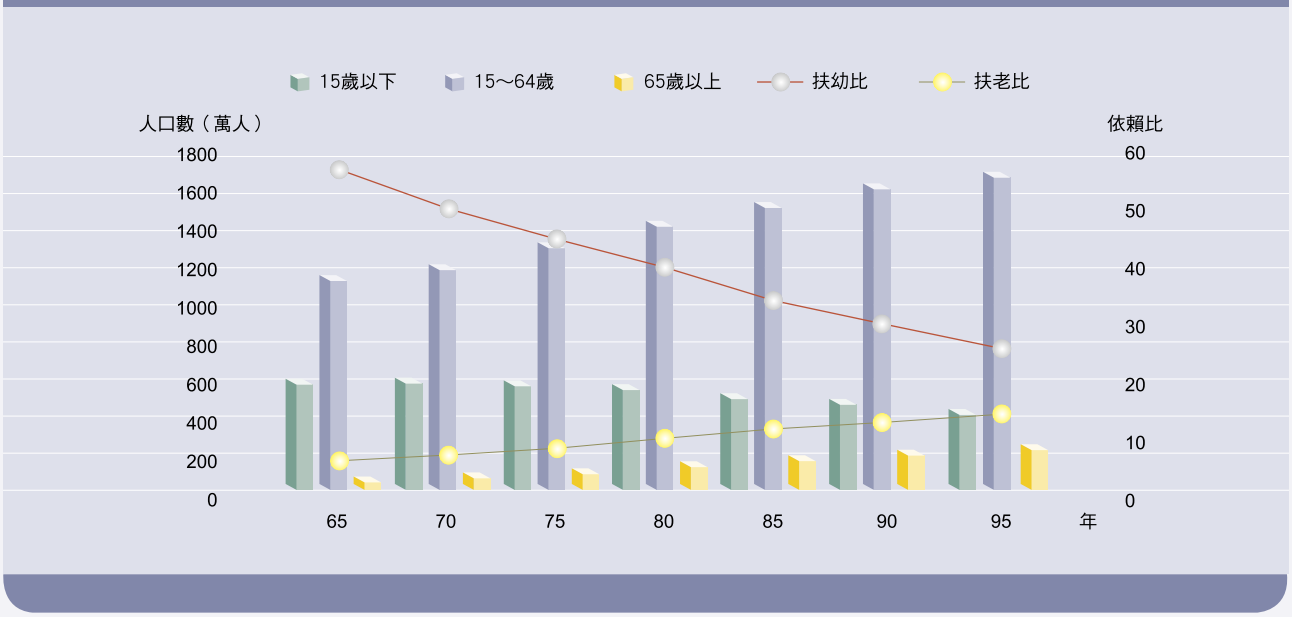
由於社會經濟結構改變、生活水準提高及衛生保健的改善，主要死因已由民國41年之急性、傳染性疾病轉變成以惡性腫瘤、心血管等慢性疾病與事故傷害為主。

民國95年國人死亡人數為13萬5,071人，死亡率每10萬人口591.8人，較民國70年增

表2-1　歷年人口結構統計表

	總人口 千人	人口結構			扶養比	
		15歲以下 %	15-64歲 %	64歲以上 %	扶幼比 %	扶老比 %
65年	16,508	34.67	61.70	3.63	56.18	5.89
75年	19,455	28.99	65.73	5.28	44.10	8.03
85年	21,525	23.15	68.99	7.86	33.55	11.39
95年	22,877	18.12	71.88	10.00	25.21	13.91

圖2-2　歷年人口結構分布圖



23.4%，民國95年國人十大死因分別為：(1)惡性腫瘤；(2)腦血管疾病；(3)心臟疾病；(4)糖尿病；(5)事故傷害；(6)肺炎；(7)慢性肝病及肝硬化；(8)腎炎、腎徵症候群及腎性病變；(9)自殺；(10)高血壓性疾病，其內涵與民國70年比較，結核病已退出十大死因；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。

圖2-3 歷年粗出生率、粗死亡率及自然增加率

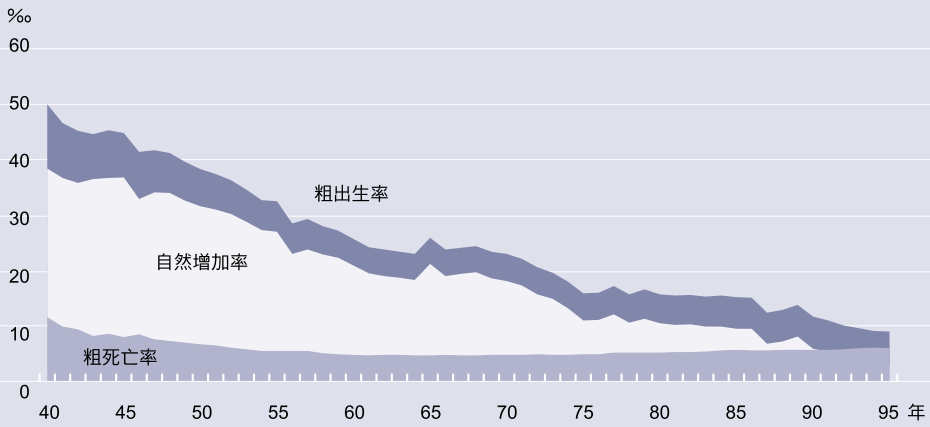
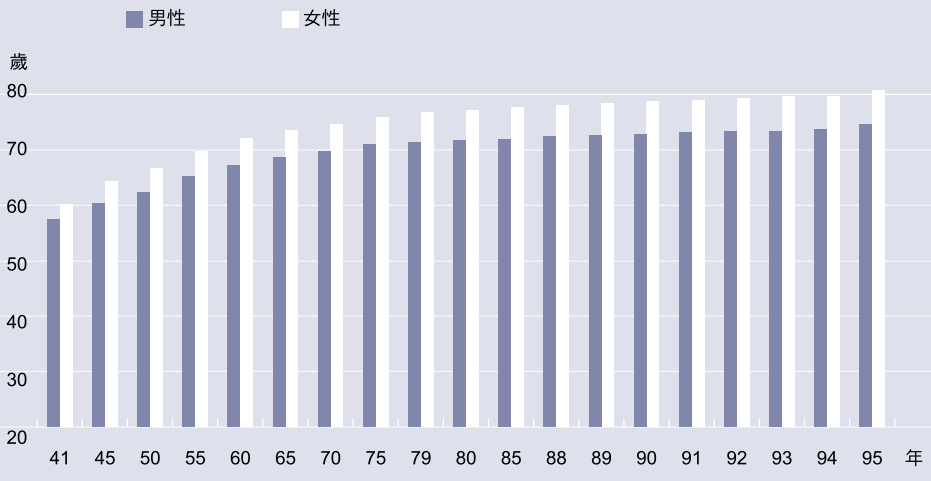


圖2-4 國人0歲平均餘命



二、十大癌症死因

民國95年國人癌症死亡人數為3萬7,998人，死亡率每10萬人口166.5人，較民國70年增117.4%。民國95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、白血病退出十大癌症死因，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

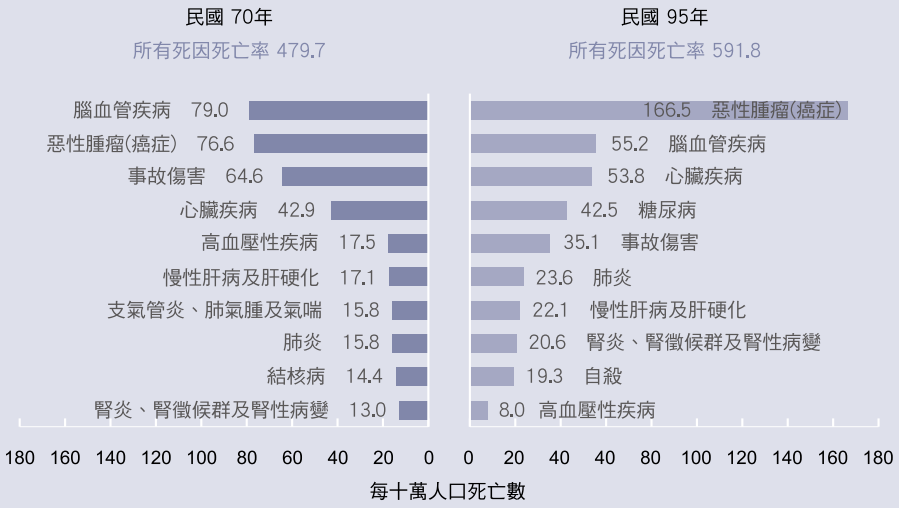
隨著公共衛生之進步，嬰兒【嬰兒出生未滿1歲死亡數/活產嬰兒數*1,000】及新生兒【嬰兒出生未滿4週死亡數/活產嬰兒數*1,000】死亡率雖因民國84年實施出生通報而略有上升外，大體而言仍呈下降趨勢，民國95年新生兒死亡率已降至2.7‰，約為民國60年(6.2‰)之4成4；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至4.6‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的39.7/10^5降至民國95年的7.3/10^5，如圖2-7。

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，自此以後，醫療保健經費占GDP比顯著增加。民國94年國民醫療保健最終支出(NHE) 6,871億元。

自民國80年起，我國平均每位國民醫療保健支出呈現穩定上升，且民國84年全民健保開辦後，國民醫療保健支出(NHE)占當年國內生產毛額(GDP)比隨即由民國83年之5.1%提升至民國84年5.5%，至民國94年達6.2%。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1萬828元，增至民國94年之3萬230元，增幅達180.6%，如圖2-8。

圖2-5　十大死因之變化



第四章　國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2006 World Population Data Sheet資料顯示，西元2006年全球人口為65億5,500萬人，預估至西元2050年，將達92億4,300萬人，人口增加率為41%；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(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。

二、平均餘命之比較

西元2003年，世界主要國家男性0歲平均餘命均在73歲以上，以日本78.4歲為最高，澳洲77.8歲居次；台灣為74.8歲，相當於日本西元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10.4歲。女性0歲平均餘命均在80歲左右，以日本85.3歲為最高，法國82.7歲居次；台灣為80.3歲，相當於日本西元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12.0歲(如表2-3)。

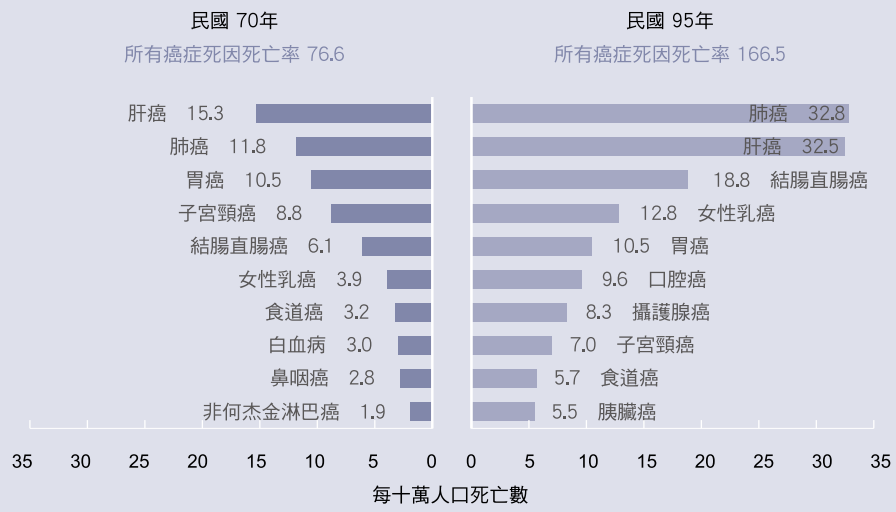
三、主要死因之比較

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2003年我國平均每人國民醫療保健支出(NHE)為824美元，低於中位數2,139美元；平均每人國內生產毛額(GDP)為13,327美元，低於

圖2-6　十大癌症死因之變化



中位數26,311美元，二者在世界經濟合作與發展組織(OECD)中皆相當於第24位，僅高於南韓、捷克、匈牙利(2002)、墨西哥、斯洛伐克、波蘭(2002)及土其(2002)等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。西元2003年我國NHE占GDP比為6.2%，低於中位數1.9個百分點，在OECD會員國中相對偏低，顯示我國係屬較低水準之國家(如表2-5)。

圖2-7 新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率

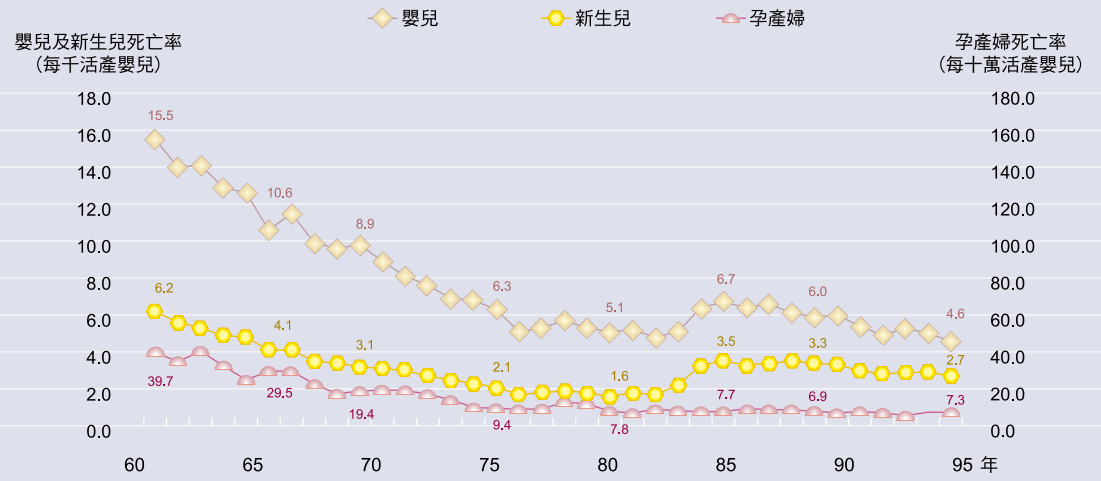


圖2-8 歷年 NHE/GDP 比率及平均每人NHE

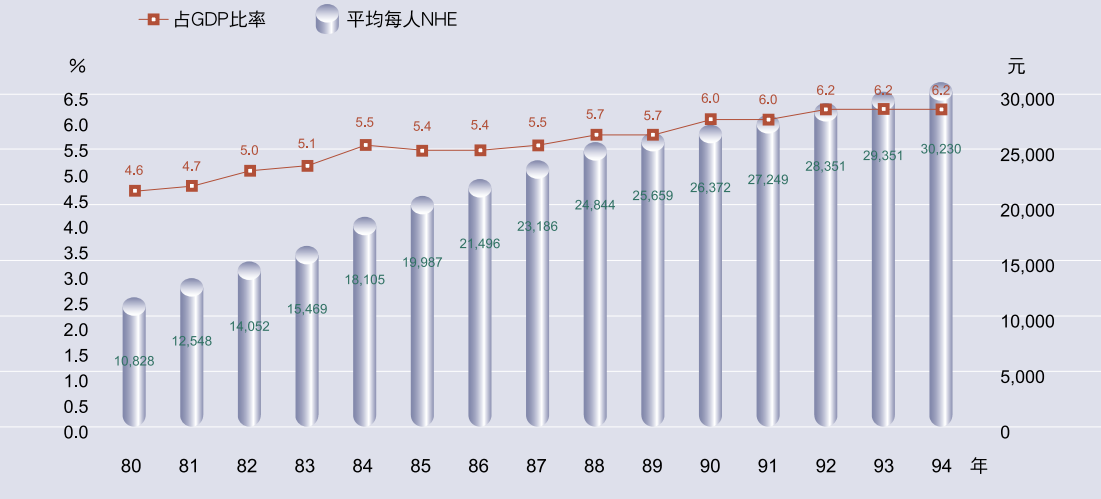


表2-2 世界主要國家人口概況

	年中人口(百萬人)	人口預測(百萬人)		2006-2050人口增減%	出生率‰	死亡率‰	總生育	自然增加率%
	2006年	2025年	2050年					
全球	6555.0	7940.0	9243.0	41	21	9	2.7	1.2
台灣	22.8	23.6	19.8	-13	9	6	1.1	0.3
新加坡	4.5	5.2	5.3	19	10	4	1.2	0.7
日本	127.8	121.1	100.6	-21	9	8	1.3	0.0
韓國	48.5	49.8	42.3	-13	9	5	1.1	0.4
加拿大	32.6	37.6	41.9	29	11	7	1.5	0.3
美國	299.1	349.4	419.9	40	14	8	2.0	0.6
英國	60.5	65.8	69.2	14	12	10	1.8	0.2
法國	61.2	63.4	64.0	5	13	9	1.9	0.4
德國	82.4	82.0	75.1	-9	8	10	1.3	-0.2

資料來源：2006 World Population Data Sheet,Population Reference Bureau

表2-3 世界主要國家0歲平均餘命

單位：歲

	1960年	1970年	1980年	1990年	2000年	2003年
男 性						
台灣	62.3	66.7	69.6	71.3	72.7	74.8
英國	67.9	68.7	70.2	72.9	75.5	76.2
美國	66.6	67.1	70.0	71.8	74.1	74.4
法國	67.0	68.4	70.2	72.8	75.3	75.8
德國	66.9	67.2	69.6	72.0	75.0	75.5
加拿大	68.4	67.4	71.7	74.4	76.7	…
挪威	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0	77.0
荷蘭	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5	76.2
澳洲	67.9	67.4	71.0	73.9	76.6	77.8
紐西蘭	68.7	68.3	70.0	72.4	76.3	…
日本	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	78.4
女 性						
台灣	66.4	71.6	74.6	76.8	78.4	80.3
英國	73.7	75.0	76.2	78.5	80.2	80.7
美國	73.1	74.7	77.4	78.8	79.5	80.1
法國	73.6	75.9	78.4	80.9	82.7	82.9
德國	72.4	73.6	76.1	78.4	81.0	81.4
加拿大	74.2	76.4	78.9	80.8	81.9	…
挪威	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4	81.9
荷蘭	75.4	76.5	79.2	80.9	80.5	80.9
澳洲	73.9	74.2	78.1	80.1	82.0	82.8
紐西蘭	73.9	74.6	76.3	78.3	81.1	…
日本	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	85.3

資料來源：1.2006年我國0歲平均餘命，男性為74.6歲、女性為80.8歲
2.2005 OECD Health Data

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

備註：1.資料來源：世界衛生組織(網址：www.who.int)Mortality Database之Table 1計算而得。
2.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。
3.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。
4.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 2003年OECD會員國與我國平均每人NHE與GDP之國際比較

單位：美元

排名	國名--以平均每人NHE排序	平均每人NHE	平均每人GDP	NHE/GDP	排名	國名--以平均每人NHE排序	平均每人NHE	平均每人GDP	NHE/GDP
	中位數	2,139	26,311	8.1	16	義大利	2,139	25,375	8.4
1	美國	5,635	37,658	15.0	17	英國	2.031	26,311	7.7
2	瑞士	5,041	43,741	11.5	18	奧地利2002	1,961	25,793	7.6
3	挪威	4,976	48,383	10.3	19	澳洲2002	1.960	20,978	9.3
4	冰島	3,827	36,510	10.5	20	紐西蘭	1,611	19,982	8.1
5	丹麥	3,534	39,315	9.0	21	希臘	1,549	15,624	9.9
6	德國	3,204	28,973	11.1	22	西班牙	1,535	19,984	7.7
7	荷蘭	3,088	31,458	9.8	23	葡萄牙	1,348	14,045	9.6
8	法國	2,967	29,275	10.1	24	台灣	824	13,327	6.2
9	盧森堡2002	2,950	48,219	6.1	25	韓國	705	12,651	5.6
10	比利時	2,796	29,188	9.6	26	捷克	668	8,858	7.5
11	加拿大	2,670	27,075	9.9	27	匈牙利2002	496	6,390	7.8
12	瑞典2002	2,494	27,067	9.2	28	墨西哥	372	6,031	6.2
13	日本2002	2,450	31,181	7.9	29	斯洛伐克	360	3,073	5.9
14	芬蘭	2,297	30,855	7.4	30	波蘭2002	303	5,008	6.0
15	愛爾蘭2002	2,255	30,711	7.3	31	土耳其2002	194	2,933	6.6

資料來源：1.世界經濟合作與發展組織(OECD)Health Data 2005
2.行政院衛生署統計室

3

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一部分，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，歸咎其背後致病原因，部分可歸因於遺傳導致之生物因素外，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，健康不應只是沒有疾病而已，更應積極促進全面性健康的發展。是以衛生署積極營造健康生活、提高自主健康管理，建構健康生活型態；另配合早期篩檢，降低慢性疾病及其合併症之發生，減少國民罹病、殘障與死亡率，以達成促進全民健康與提升生命品質之目的。

第一章　社區健康

世界衛生組織(WHO)曾在阿拉木圖宣言(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，衛生署自民國88年開始推動「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

衛生所為台灣衛生保健服務體系中最基層之運作據點，民國95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、提升衛生所人員專業能力及改善硬體設施，重要工作成果如下：

一、補助並督導11縣市衛生局辦理20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。

二、辦理「衛生稽查員能力發展需求評估與訓練模式之探討研究」，進行衛生所稽查人員專業能力調查及編製衛生稽查員工作手冊，提升衛生所稽查員之法律專業能力及為民服務品質。

第二節　健康體能與健康體位

由於近年國人生活型態改變，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。

二、為增進國人對健走之認識及接受度 辦理「健康體能系列宣導活動」，印製健走宣導單張，且於電視座談節目及平面媒體，宣導「每日一萬步、健康有保固」；更新健康能量便利屋網站資訊，增列「社區健走步道」，倡導民眾結合在地環境，運用社區步道，將健走融入日常生活。

三、辦理「健康體能學術研討會」，發表研究成果、調查報告，提升相關知能，並供各學術單位及衛生局、所工作人員參考運用。

四、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(Body Mass Index, 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。並訂

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。

五、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」等政策及宣導，以增進國人對飲食衛生及國民營養之認知，進而建立正確的體位及飲食觀念。

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199個社區健康營造計畫，由民間團體結合社區衛生醫療資源，共同推動社區所需之健康促進。成立747個社區血壓站，推動305家健康飲食餐飲店，733家無菸餐廳，以營造健康支持性環境；另辦理6,732場健康講座；招募1萬2,162位社區健康營造志工，並辦理983場志工培訓課程；結合3,031個社區團體共同推動健康營造工作，辦理706場大型宣導活動，共26萬6,049人次參加。

二、推動健康城市聯盟：94年度台南市以「台南市健康城市促進會」名義加入WHO西太平洋健康城市聯盟會員，95年度進一步推動台灣健康城市聯盟計畫，辦理台灣健康城市聯盟會議，共有23個縣市首長或代表共同承諾簽署推動健康城市宣言。另辦理健康城市工作坊，推廣健康城市成功的經驗。

第四節 職場健康促進與健康風險

台灣面臨企業全球化、就業型態的多樣化等情境，職場健康的推動面向需要配合調整，故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。

一、民國95年起，結合職場健康促進及菸害防制，成立北、中、南三區「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」，建置服務網絡並提供諮詢、衛生教育及訓練，以建立健康的職場環境。另辦理優良無菸職場之評鑑與獎勵，表揚113家績優無菸職場，建立成功推動模式。進行全國性職場菸害調查顯示，民國95年職場員工吸菸率為22.8%，與民國92年相較吸菸率降低2.2%。

二、為瞭解勞工職業傷病之概況，辦理職業傷病通報系統，鼓勵醫師早期發現職業傷病相關個案，以早期發現新類型職業傷病。每年與勞委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、擔任行政院國家永續發展委員會「健康風險組」召集單位，執行有關環境污染引起健康危害之跨部會協調及健康風險評估事宜；95

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)

年度召開健康風險組工作分組會議，及健康風險評估政策會議，討論新興健康風險問題(如電磁波及氣候變異等)之因應處理方式。

第二章　婦幼、優生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，試辦孕產婦健康管理模式，並提供孕婦產前檢查。

(二) 積極營造婦女親善生產環境， 95年度運用「親善生產先驅作業規範」，遴選5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95年共有82家通過認證。於各縣市推廣社區支持網絡模式，協助社區培育母乳哺育志工，成立支持團體；設立免費諮詢專線，平均每天接聽25通諮詢電話，架設母乳哺育網站，平均每月2萬人次瀏覽，發行充電季報；鼓勵民間機關團體或公司行號設置哺(集)乳室。

(四) 為協助外籍配偶之生育保健，積極推動外籍配偶建卡管理及生育保健指導，95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3,864人次，生育調節710人。於外籍配偶密集縣市，積極推動「外籍配偶生育保健通譯員服務三年計畫」，民國95年計有14縣市、119個衛生所參與。並編撰「外籍配偶生育保健常用語手冊」，協助醫護人員提供正確醫療保健資訊。

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，並發給每位父母「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，95年度結合預防接種資訊管理系統登錄大便顏色，推廣「嬰兒大便卡」篩檢，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。

(三) 為提高發展遲緩篩檢率，研發寶貝發展篩檢工具指南及DVD，提供醫院及衛生局所工作人員使用。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。辦理「0-6歲兒童發展篩檢及異常個案追蹤管理計畫」，95年度共篩檢25萬1,236人，疑似異常個案2,056人，通報轉介895人；另結合內政部兒童局，配合4月份「兒童發展篩檢月」召開記者會，加強大眾重視幼兒發展篩檢。另辦理「幼托園所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」，將工作觸角延伸到幼托園所。

第二節 優生保健

自民國74年開始實施「優生保健法」，迄今已逾20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99.9%以上(如圖3-1)，發現3,751案異常兒；產前遺傳診斷計2萬2,378案，其中34歲以上孕婦羊膜穿刺檢查率達88.8%以上(如表3-2)；本人及家族疑似遺傳疾病者，接受進一步優生健康檢查計1萬998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；逐月進行新生兒篩檢及G6PD缺乏症確認檢驗計20次，並實地訪查22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，95年度計達2,658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283名罕病個案；補助36名罕病個案國際醫療合作代行檢驗服務。截至95年度止，計認定及公告罕見疾病143項156種，公告40種罕見疾病特殊營養食品品目及80種罕見疾病藥物。接獲各診療醫院通報罕見疾病個案計2,715案(如表3-3)；辦理罕病防治巡迴宣導計畫。

第四節 健全人工生殖技術發展

為順利推動人工生殖之立法，將備受爭議之代理孕母議題與人工生殖法脫鉤處理，重新擬具「人工生殖法草案」，於民國94年5月20日函送立法院，並於民國96年3月5日經該院三讀通過，3月21日經總統公布施行。並依據該法訂定及公告相關辦法，並進行民眾及相關人員之宣導；至於代理孕母部分，則委請國立成功大學，研擬「代理孕母法草案」，全案於民國94年9月完成，截至民國95年12月止，共辦理12次人工生殖技術諮詢委員臨時會議及專家學者討論會，以廣納各界專家學者意見。

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，持續辦理人工生殖技術醫療機構評核，計有73家機構通過評核。建置並維護人工生殖資料庫，定期分析施術資料，民國95年施術治療週期數共有7,273週期。

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，加強社區安全、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正常而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自民國78年逐漸下降，除民國88年因921大地震稍為提高外，近幾年來亦呈現下降之趨勢，雖然民國93年有再度上升之趨勢，但至民國94年則些微下降。綜合而言，近幾年之事故傷害死亡率下降幅度趨

圖3-1 新生兒先天性代謝異常疾病篩檢歷年成果統計圖

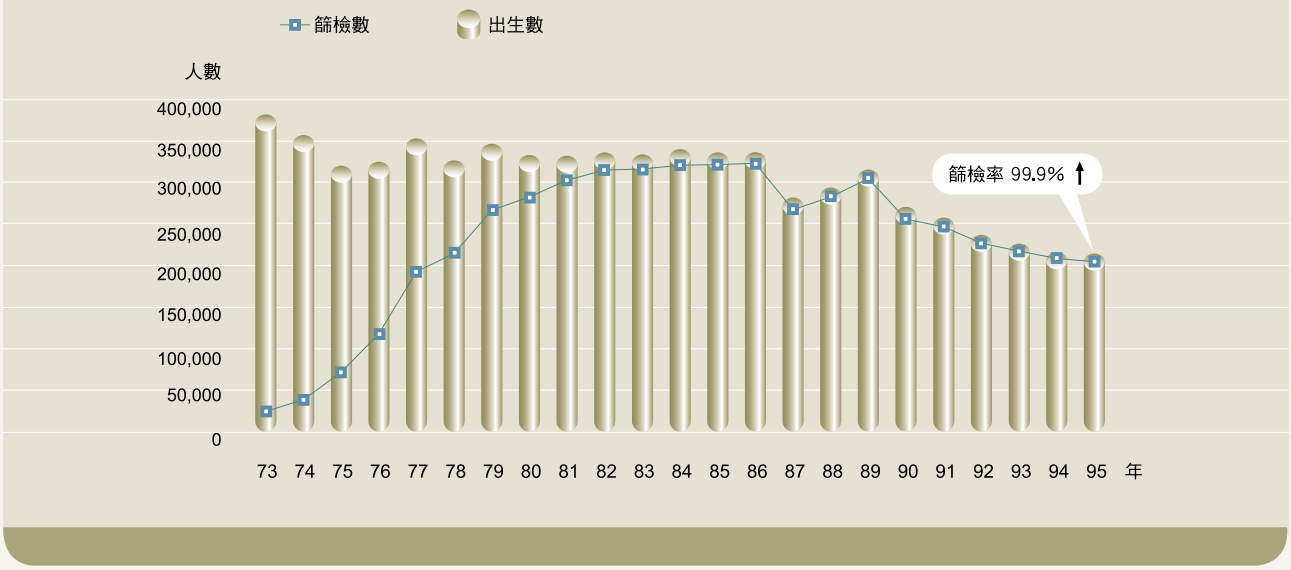


表3-2 34歲以上孕婦接受羊膜穿刺檢查統計表

年別	35歲以上婦女生育之新生兒數	34歲以上孕婦接受檢查人數	檢查率（%）	年別	35歲以上婦女生育之新生兒數	34歲以上孕婦接受檢查人數	檢查率（%）
76	8,752	672	7.7	86	22,692	13,491	59.5
77	10,577	1,163	11.0	87	22,082	12,057	54.6
78	11,695	1,828	15.6	88	22,252	15,343	69.0
79	12,927	2,214	17.1	89	25,602	19,337	75.5
80	14,315	2,551	17.8	90	23,046	16,231	70.5
81	15,366	3,048	19.8	91	21,851	16,940	77.8
82	16,831	4,250	25.3	92	21,468	16,343	76.1
83	18,042	6,318	35.0	93	21,472	17,885	83.3
84	19,305	8,252	42.7	94	22,498	18,777	83.5
85	21,399	10,134	47.4	95	23,920	21,296	89.0

於平緩現象，到民國94年維持在36.8/10^{-6}(如圖3-2)。

為營造安全居家環境，透過25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1萬8,075家之居家安全檢測及環境改善。

結合私立醫療機構及民間水上救生團體等社區資源辦理水域安全研討會計200人參與；營造外籍與大陸配偶對兒童事故傷害預防照護，已完成鄉村型及都市型之外籍與大陸配偶對兒童事故傷害預防照護模式建置，將擴大推展至6縣市辦理；此外，自民國95年起，辦理台灣安全社區推廣網絡計畫，成立台灣安全社區推廣中心及北、中、南、東4個支援中心，輔導9個新發展的社區推動各項安全促進工作。另依據世界衛生組織國際安全學校認證標準，試辦4所安全示範學校，逐步建構本土性的推動模式。

為建置國內事故傷害流行病學資料，特建立以發生嚴重事故住院病患為收案對象之「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33家區域醫院以上之醫院試辦，95年度已登錄約3,300名個案，並分析其流行病學資料，供擬定事故傷害防制策略之依據。

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（如圖3-3）。整體而言，DMFT index的降低，主要在於齲齒數與缺牙數的減少，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；另亦提供兒童牙齒預防保健服務，以降低學前兒童齲齒率。

(二) 全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計25縣市內2,655所國小約183萬

圖3-2　歷年事故傷害死亡率

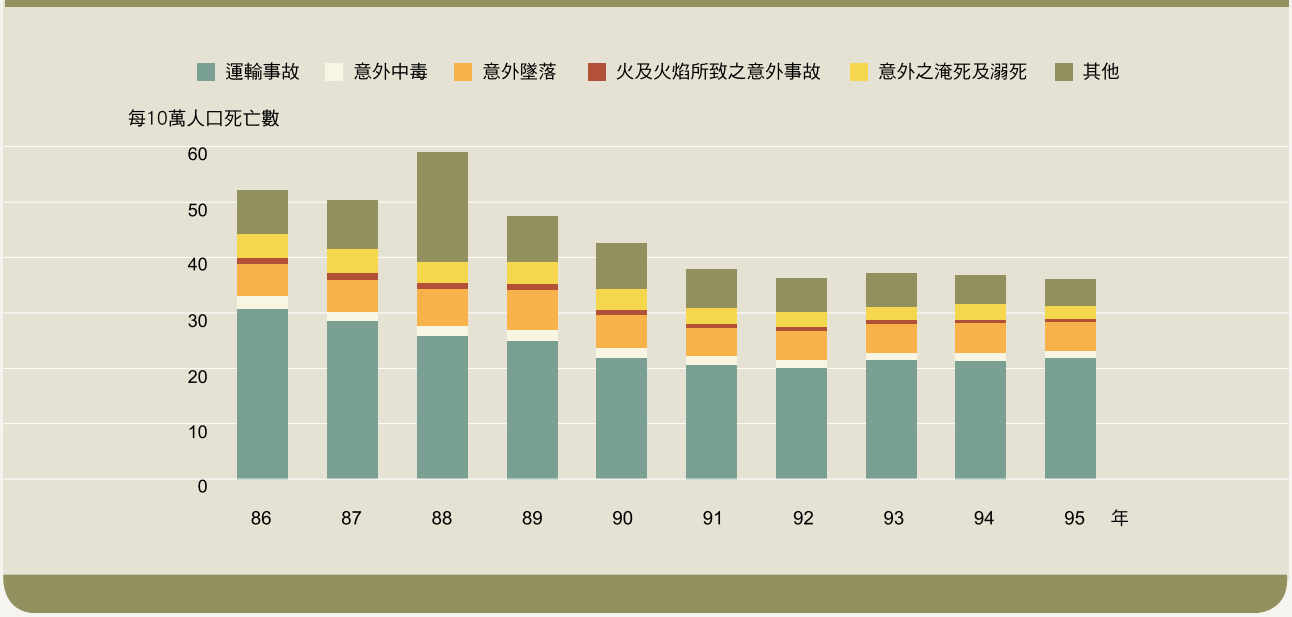


表3-3　通報前10項罕見疾病統計表

序位	罕見疾病名稱	通報人數
一	苯酮尿症（Phenylketonuria）	157人
二	肌萎縮性側索硬化症（Amyotrophic lateralsclerosis, ALS）	147人
三	多發性硬化症（Multiple sclerosis）	143人
三	軟骨發育不全症（Achondroplasia）	133人
五	Prader-Willi 氏症候群（Prader-Willi syndrome）	116人
六	成骨不全症（Osteogenesis imperfecta）	114人
七	黏多醣症（Mucopolysaccharidoses）	94人
八	脊髓性肌肉萎縮症（Spinal muscular atrophy）	85人
九	肝醣儲積症（Glycogen storage disease）	71人
十	粒腺體缺陷（Mitochondrial defect）	62人

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，以達WHO 2010年12歲兒童DMFT index 2顆以下之目標。

(三) 推動「身心障礙者口腔預防保健服務」，培訓460名身心障礙者口腔預防保健種子教師，並提供25家身障機構40場次服務，加強照護者與老師的口腔衛生教育知識。辦理「身心障礙兒童氟錠防齲計畫」，建立台灣身心障礙者氟錠投予之安全模式，降低其齲齒率。辦理2場次身心障礙者口腔健康國際研討會，邀請美國、日本、韓國、泰國、新加坡、香港等國家之專家學者，與台灣專家學者及實務工作者經驗交流及分享推動成果，共約500人參與。

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，國小近視盛行率由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，顯示防治的年齡需提前到學齡前兒童；而糖尿病等慢性疾病的盛行，中老年視覺問題及眼疾(如白內障、視網膜病變、高度近視併發症)亦隨著高齡化社會之來臨，而有增加趨勢，為減少視覺問題對生活品質的影響，推動視力保健及防盲工作更顯重要。

(一) 成立「視力保健諮詢委員會」，提供建言與諮詢。依任務需要設置兒童視力保健工作小組及中老年人視力保健小組，研議相關之議題。

(二) 設置3家社區視力保健中心及11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，保障民眾和兒童眼睛之健康。

(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26萬5,699人，異常個案26萬9,255人，轉介追蹤矯治率達99%，如表3-4。

三、聽力保健：依據國內、外相關研究顯示，約有千分之三的新生兒患有先天性兩側聽力障礙，預估我國每年約有600個聽障兒，若能早期發現、早期於6個月大前介入聽能復建，發育到3歲時，其平均語言發展幾乎和正常聽力的幼童是相同的。另，幼兒聽力障

圖3-3 12歲兒童齲蝕指數統計圖

表3-4 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

礙（含中耳炎造成）的發生率約為2%，因此，為早期發現、早期矯治，推動措施如下：

(一) 委託建置新生兒聽力篩檢網站及聽篩資料庫系統，進行聽損個案追蹤研究，共12家醫學中心及區域醫院參與，計篩檢8,834名，都登錄網路資料庫，並給予追蹤管理。另亦建置「台灣嬰幼兒聽力網站」提供相關資訊。

(二) 辦理「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」，95年度篩檢3歲至未滿4歲幼童共15萬4,214名幼童，初篩未通過轉介醫院複檢，確診異常之918名幼童均給予繼續追蹤矯治管理。另辦理32場各式家長成長團體及親師座談會、志工培訓251人次，及設置北區、南區免費諮詢專線，使用諮詢專線達1萬3,178人次。

(三) 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，共40家醫療院所參與，篩檢率達67.7%。

(四)「學前兒童聽力語言障礙工作計畫模式建置及成效評價」共30園所1,167名幼童接受篩檢；完成「幼兒聽力語言保健」手冊及衛教資訊。

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95年上網瀏覽約48萬人次，讓青少年透過網路獲得正確性知識及生理、心理健康資訊。提供之線上諮詢服務，含青少年、家長、教師等3個服務信箱，回覆3,270人次，幫助師長協助青少年共同面臨青春期相關問題。

二、青少年性與生育保健服務：

(一) 補助46家醫院辦理青少年保健門診，提供青少年有關性、生理、生殖、安全性行為及其他身心保健問題之診治、轉介、諮詢等服務，共3萬7,526人次受益。

(二) 辦理「青少年生育保健親善門診計畫」，協調4家醫療院所合作成立「Teen's幸福9號門診(幸福就好，幸福久久)」，發展具有友善（Friendly）、尊重、隱密特徵的親善門診，提供青少年生育保健諮詢及醫療保健服務，並協助與家長溝通，辦理「父母與子女談性」親職教育講座，共同解決未預期懷孕問題，提升性與生殖健康之親子溝通相關知能。

三、辦理「挑戰性福達人大作戰」網路宣導活動，計3,000人次參加網路活動，於網路媒體刊登露出於Yahoo！交友及健康新聞等版面廣告露出。透過衛生局所辦理青少年性教育宣導活動，計3,286場次，56萬114人參加。

四、製作「愛情先修班--青春四人行」性教育(生活技能)教學影片，供國高中職教師教學用；並撥發「性教育教材、教具」－陰莖模型、輔助媒體光碟片供67所健康促進學校及25縣市衛生局所推廣性教育議題使用；及辦理衛生局所性教育相關工作人員研習，計44人參加。

第四節　健康促進學校

持續與教育部共同推動健康促進學校計畫，計有516所學校加入，其中國小367所、國中123所、高中職26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、消費者健康等為自選議題。另為使學校能永續推動計畫，持續強化及擴充相關支持系統。

一、完成10項健康議題之行動方案、健康促進學校教師教學資源手冊、健康促進學校國際面面觀，電子檔掛於健康促進學校網站。

二、53位專家學者成立專業輔導團，輔導18縣市政府成立輔導支持系統，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、縣市教育衛生資源整合會議，完成輔導手冊輔導員篇、議題篇及行動篇之編印。

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。內容包括：台灣健康促進學校概況、健康學校政策與法令、推動學校名單、各支持系統計畫說明、資源專區、輔導資源、教學遊戲、主要推動成員、健康促進學校學術發表文章及相關網站連結，並連結世界衛生組織及世界各國健康促進學校網站。

五、辦理第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會，會中邀請日本、泰國、新加坡、香港、澳洲及美國等國家10多位專家學者、學校實務工作者，以及台灣專家學者及實務工作者，進行經驗交流及分享，並共同簽署未來持續合作承諾。

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，學校對政府單位投入及支持系統的需求及滿意度資料建立，以及學校推動健康計畫現況分析，未來將以這些基礎資料作為成效分析之依據。

第四章　生活型態相關慢性疾病防治

近年來，國人的生活型態隨著世界潮流趨向勞動減少化、飲食西方化，加上人口老化，疾病型態逐漸由傳染性疾病轉為慢性疾病。糖尿病、心血管疾病、腦中風、慢性呼吸道疾病與腎臟疾病為國人罹患之主要慢性病，為減少慢性疾病之發生及降低其死亡率，加強教育宣導，高危險群健康促進，早期發現、早期治療及建構完善照護網絡，是慢性病防治之重要工作。為導引國人及早建立健康生活型態，減少慢性疾病的威脅，慢性疾病防治以公共衛生三段五級的觀念推展，其重要成果如下：

第一節 高危險群健康促進

一、代謝症候群

(一) 修訂及公告「代謝症候群之判定標準」。

(二) 辦理「社區代謝症候群健康促進」之介入研究，高危險群計453人(實驗組276人，對照組177人)，透過多元性社區介入方案(包括志工培訓、專業醫事人員諮詢、電話及社區活動)，進行健康促進行為，如運動、營養、人際支持、壓力處理及健康責任等之改善。

二、糖尿病高危險群

(一) 於全國25縣市181個社區及89個醫療院所，針對高危險群者給予執行飲食、運動、體重控制等健康促進，共2萬6,122人；在89個醫療院所共計8,994人，其飯前血糖下降者占44.9%，血壓、膽固醇改善者分別為49.9%、43.6%。

(二) 為呼應世界衛生組織健康促進醫院理念，及加強高危險群健康促進，將「糖尿病人保健推廣機構」轉型為「糖尿病健康促進機構」，計116家。

三、心血管疾病之高危險群

鼓勵及協助縣市針對三高篩檢結果為心血管疾病之高危險群民眾(如高血壓、高血脂、高血糖及肥胖等個案)，提供團體衛生教育或個人衛生教育等介入活動，95年度計有2,153位個案接受服務。

四、腎臟病高危險群

於高雄市政府衛生局試辦基層腎臟疾病個案管理計畫，以整合性預防保健服務為平台，建立社區腎臟疾病個案管理與追蹤系統。該計畫之社區篩檢已完成2萬8,433人，其中慢性腎臟病第二期人數為5,028人，併有糖尿病、高血壓、高血脂及尿液異常人數為1,596人，管理人數為1,324人，追蹤轉介就醫率83%(目標80%)。

五、早期篩檢、早期發現疾病

(一) 積極督導全國25縣市推動社區三合一(血壓、血糖及血膽固醇)篩檢，95年度計有55萬位民眾接受篩檢，較民國94年(41萬)成長14萬人。在篩檢結果異常個案之後續追蹤方面，血壓、血糖、血膽固醇異常個案的轉介就醫完成率可達90%。

(二) 為建立有效之篩檢模式，自民國91年起，鼓勵縣市整合轄區醫療保健服務資源，結合全民健康保險成人預防保健服務、癌症篩檢等既有健康篩檢項目，推動整合性篩檢服務，整合的概念包含篩檢項目、資源、人力、經費、個案轉介及資訊系統等之整合。95年度已有20縣市加入實施該服務之行列；自民國92至95年，參與整合性篩檢服務之民眾已高達98萬人，且民眾滿意度頗高。

六、預防老人跌倒

推動老人防跌計畫，並結合長照及相關老人機構辦理老人防跌研討會，計200人參加。

第二節 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，參與鄉鎮數達352個，涵蓋率為95%。

(二) 修訂及公告糖尿病共同照護網醫事人員認證基準，共認證實務工作者6,998人，師資認證3,026人。

(三) 賡續於116家糖尿病健康促進機構提升糖尿病照護，計服務糖尿病人40萬3,292人次，其中有65%接受團隊照

護；加入全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案計10萬7,279人，戒菸諮商5,241人，辦理個案討論會583場。

(四) 逐步建構糖尿病友支持系統，成立450個糖尿病友團體，辦理病友團體增能計畫，培訓團體核心幹部及種子輔導員共117人，每星期至少做一次自我血糖監測的有2,492人；肥胖病友體重減輕至少2 公斤的有1,037人。

(五) 以民國90-92年全國糖尿病人健保資料，針對糖尿病人共116萬979人(若以民國91年台灣高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查研究，推估全國糖尿病人約135萬人計，就醫率為86%)，其照護成效進行研究顯示：接受1年照護後之糖尿病人糖化血色素約可降低0.3%，糖化血色素≧9%者，約有5%的患者可獲得改善，住院率及住院費用降低。

(六) 於彰化縣推動「基層糖尿病個案照護模式」，計團隊照護2萬3,577人，併發症篩檢率：腎篩檢38%、視網膜篩檢53%、足部篩檢86%、血脂篩檢86%；照護結果為：糖化血色素<7%占32%、糖化血色素>9%占25%，血脂控制好者占67%。

二、中風病人照護

(一) 針對出院回歸社區之中風個案提供連續性、完整性之管理，降低再次中風率，推動中風患者社區健康管理計畫，並連結出院準備服務，規劃中風個案回到社區照護。

(二) 建立社區中風個案分級管理內容及流程，並透過電訪、家訪或社區活動等不同方式，提供中風個案管理服務(含護理、復健、營養、用藥等服務及衛生教育指導)。95年度，計有5縣市辦理，管理中風個案3,317位，個案之血壓值及服藥遵從性獲得改善。

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17家腎臟保健推廣機構與27家腎臟保健機構，收案人數達7千人，末期腎臟病患接受血液透析、腹膜透析、腎臟移植個案數1,064人，較民國94年增加182人，其中接受腹膜透析者達26.8%，較民國94年增加6.5%。

四、慢性阻塞性肺病病患照護

於北、中、南地區5家醫院辦理慢性阻塞性肺病(COPD)病患健康促進先驅計畫，透過詳實之評估與個案管理方式，提升病患自我照護能力及醫護人員之照護能力。

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。癌症防治工作係依「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，並以降低癌症發生率和死亡率為目標。癌症標準化死亡率過去10年間已自143.5/10^5下降至141.2 /10^5。

第一節　癌症現況

衛生署為規劃癌症防治工作，在民國68年命令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。

圖3-4 民國88-92年女性10大癌症年齡標準化發生率5年變化圖

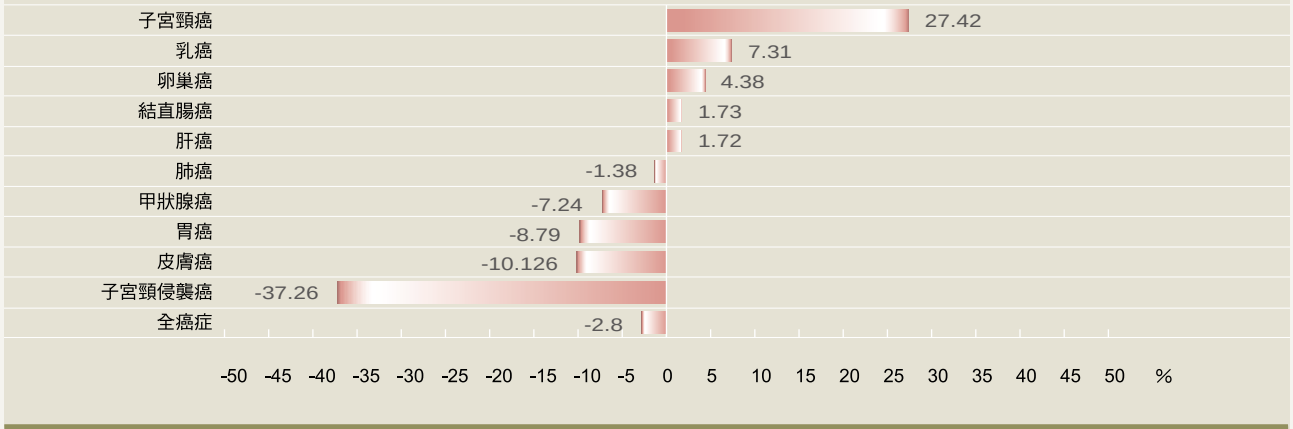
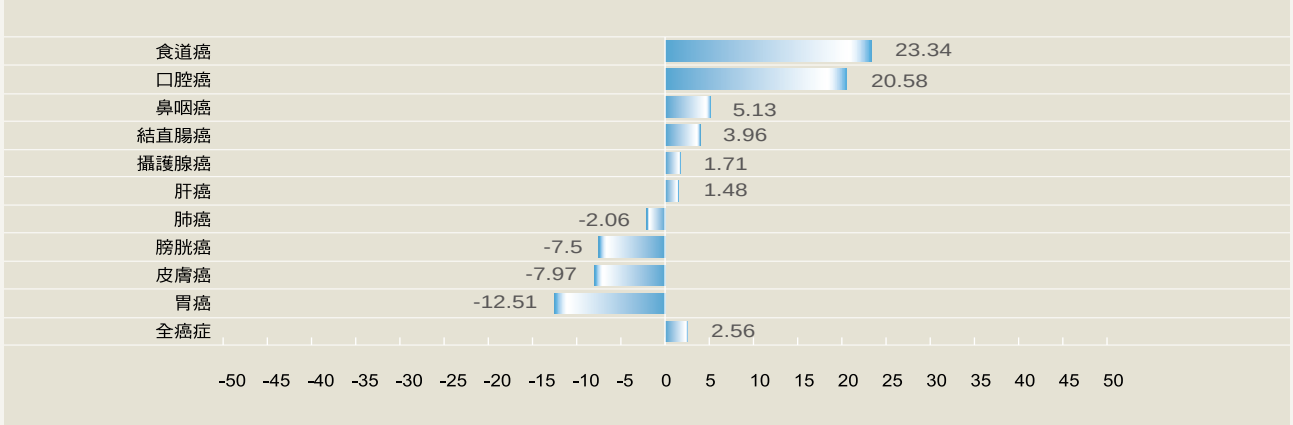


圖3-5 民國88-92年男性10大癌症年齡標準化發生率5年變化圖



民國92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6萬2,542人(男性36,285人、女性26,257人)；全癌症粗發生率為每10萬人口276.68人，男、女性粗發生率分別為每10萬人口315.11人和236.77人；如以西元2000年世界衛生組織世界人口結構調整計算，我國全癌症標準化發生率為每10萬人口250.77人，男、女性標準化發生率分別為每10萬人口288.98人和212.02人，男女常見十大癌症如表3-5及3-6。

比較近5年(民國88-92年)男女癌症年齡標準化發生率，女性全癌症下降2.8%，其中子宮頸侵襲癌大幅下降約37%，顯示子宮頸抹片早期篩檢之成效(如圖3-4)。男性全癌症增加約2.6%，其中食道癌與口腔癌大幅度上升20%以上，此與男性吸菸、嚼檳榔等危險因子有關(如圖3-5)。

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，男性口腔癌和食道癌過去五年的變化率皆超過20%，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3-6)，故檳榔健康危害防制工作係預防癌症發生首要策略。

為防止檳榔所導致各層面之危害，行政院9大部會於10年前曾共同執行「檳榔問題管理方案」，大幅提升了檳榔議題之能見度以及民眾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500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眾戒檳榔外，近3年來，每年更持續深入約20餘個高嚼檳榔之鄉鎮宣導。

經近幾年對檳榔議題之投入，已初步見到成人嚼檳榔率自10.9%之下降至8.5%(如表3-7)，且部分嚼食檳榔率較高的縣市如台東縣、屏東縣、嘉義縣等，嚼食檳榔率亦出現下降情形。

基於過去10年之經驗與成果，衛生署已研擬「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工作之方針。

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，計補助27家醫院辦理子宮頸抹片篩檢門診主動提示系統。另全民健康保險預防保健自民國84年7月開始給付30歲以上婦女每年1次子宮頸抹片檢查。截至民國95年底，30歲以上婦女3年內曾接受抹片篩檢人數約355萬人，篩檢率為53.9%。

(二) 因著子宮頸抹片之篩檢，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

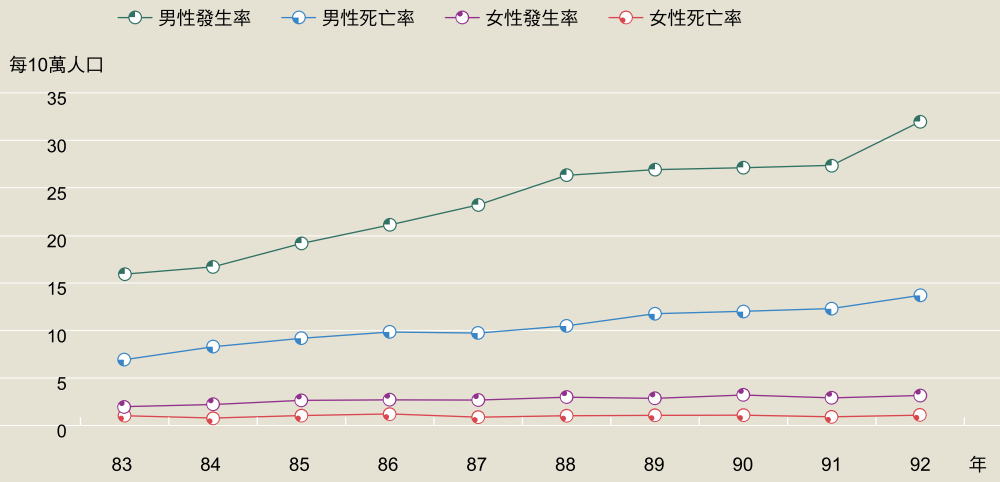
表3-5 民國92年男性10大癌症發生率(不含原位癌)

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	6,753	58.64	54.88
肺、支氣管及氣管	5,025	43.64	39.39
結腸及直腸	4,677	40.62	37.29
口腔、口咽及下咽	4,040	35.08	31.81
胃	2,308	20.04	17.98
攝護腺	2,237	19.43	17.22
膀胱	1,318	11.45	10.48
食道	1,258	10.92	10.04
鼻咽	1,157	10.05	9.01
皮膚	960	8.34	7.62
其他部位	6,552	-	-
總計	36,285	315.11	288.98

表3-6 民國92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	5,325	48.02	42.01
結腸及直腸	3,561	32.11	28.81
肝及肝內膽管	2,651	23.91	21.87
肺、支氣管及氣管	2,390	21.55	19.35
子宮頸	2,061	18.59	16.37
胃	1,226	11.06	9.86
甲狀腺	975	8.79	7.82
卵巢、輸卵管及寬韌帶	833	7.51	6.67
子宮體	793	7.15	6.32
皮膚	783	7.06	6.29
其他部位	5,659	-	-
總計	26,257	236.77	212.02

圖3-6 民國83-92年口腔癌標準化死亡率及發生率之長期趨勢圖



國92年的16.4/10^5；子宮頸癌標準化死亡率由民國84年的10.86/10^5，下降至民國95年的5.7/10^5(以西元2000年世界標準人口年齡結構為基準)，如圖3-7。

二、50-69歲婦女乳癌篩檢：

(一) 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，全民健康保險預防保健自93年7月開始給付50-69歲婦女每2年1次乳房攝影篩檢。

(二) 截至民國95年底，50-69歲婦女2年內曾接受過乳房攝影篩檢人數近17萬人，篩檢率為7.8%。

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，民國95年50-69歲民眾接受糞便潛血

篩檢人數約為22萬人，篩檢率為5.2%。

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95年吸菸或嚼檳榔民眾接受口腔癌篩檢人數近28萬人。

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；補助25家醫院辦理「癌症防治中心－全面提升癌症診療品質計畫」，委託學者建立子宮頸癌、乳癌、肺癌、大腸直腸癌、口腔癌、肝癌等核心測量指標，供醫院據以定期監測並與其他醫院作橫向比較。

為提供癌症病患和其家屬相關衛教和協助，提升其生活品質和繼續接受治療，與民間團體合作，自民國93年起試辦提供病友服務，提供主動電話探訪服務；經1年提供直接服務者，已達7萬人次。此外，更針對提供服務的專業人員及志工進行相關訓練，成功結合民間團體在台灣辦理第一屆全球華人乳癌病友組織聯盟大會，共有國內外31個團體與會，向世界宣揚台灣病友服務之成就。

表3-7　台灣成人嚼檳榔率統計表

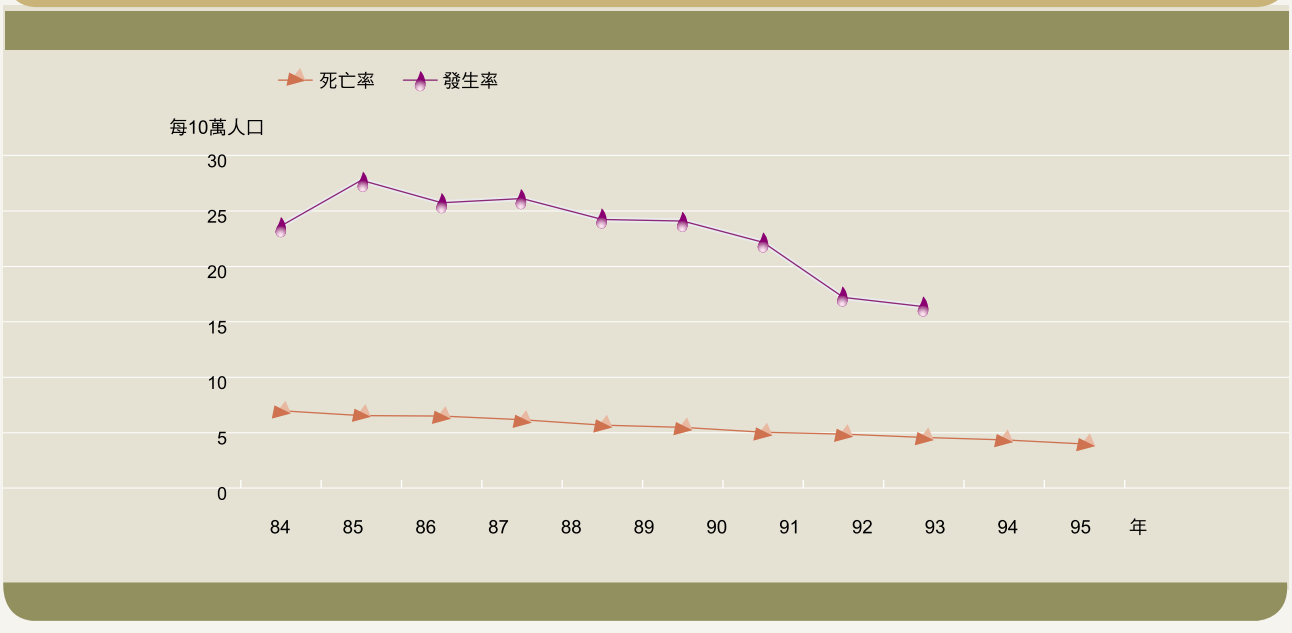
單位：%

	85年	88年	91年	94年
男性	—	17.7	16.6	15.9
女性	—	1.0	1.2	1.0
總計	10.9	9.0	9.1	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國民健康訪問調查，2005。

圖3-7　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



為緩解癌症末期病人之疼痛和身體不適，並同時照護其心和靈性的需求，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32家與55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，補助醫院推動安寧共同照護，由安寧病房派團隊赴非安寧病房提供癌末病人安寧療護服務，計補助38家醫院，每年約服務8,000名病人。另亦建立安寧療護單位認證和後續評核制度，並辦理「最佳安寧病房選拔」，據以表揚品質績優醫院和提供院際標竿學習。

第六章　菸害防制

為控制菸品之危害，我國於民國86年通過「菸害防制法」，並自民國91年開徵的菸品健康福利捐，其中約新台幣10億元專用於菸害防制工作。依據民國93年及95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93年分別為42.78%、4.54%；95年分別為39.56%、4.12%，男性吸菸率有下降的趨勢。菸害防制工作重點，期望降低18歲以上成人吸菸率，及降低公共場所二手菸暴露率。

第一節　無菸環境

為維護民眾的健康權益，保障民眾免於二手菸之危害，推動拒吸二手菸、營造無菸環境之理念，分別自餐廳、學校、職場與軍隊推動無菸環境：

一、持續推動各縣市餐廳業者營造無菸環境，目前全國25縣市約有1萬家以上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516所高中職以下學校成為健康促進學校(較民國93年318所學校約增加62.3%)，並有38家大專院校加入無菸校園行列。

三、成立北、中、南三區「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」，協助189家職場訂定無菸或限菸政策，輔導66家職場推動健康促進，以建立健康的職場環境。

四、為降低國軍吸菸率並提升戒菸效果，透過各軍司令部積極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國軍菸害防制研究與監測等菸害防制相關工作。

五、透過傳播媒體通路（如：無線有線電視台、報紙、廣播、網路、戶外媒體等多元化通路），及「無菸最漾」拒菸麻荳選拔賽、職場女性網路拒菸支持團體等，整合行銷以宣導預防吸菸、戒菸及拒菸議題，並配合世界衛生組織「世界禁菸日」主題，透過15位拒菸鬥士參與『拒菸鬥士』勇敢站出來」系列活動（如：「真人證言候車亭廣告」、「手護寶貝遠離菸害」陳情活動…），呼籲民眾對「菸品是致命的偽裝」的認知與重視。

六、與國立科學工藝博物館共同辦理「青春氧樂園-無菸，少年行!」菸害防制大型巡迴展覽，分別於高雄、台北及台中展出，計有25萬4,993參觀人次。

第二節　建構多元化戒菸服務

戒菸可預防致病及早逝，西元1950年Doll等人開始進行吸菸者死亡率的長期研究，逾半世紀的世代追蹤結果發現，吸菸者約半數會死於吸菸的習慣、其中年死亡率為不吸菸者的3倍、且平均餘命少了20年，戒菸確實可有效降低因吸菸致死的危險性。

「菸害防制法」第18條及世界衛生組織「菸草控制框架公約」第14條，均揭示應將菸癮診斷、治療及諮詢納入國家衛生計畫。目前，台灣的吸菸者可經由門診服務的藥物戒菸治療、電話專線的免費戒菸諮商及社區戒菸班的行為治療等服務，獲得多元管道的戒菸協助。

一、門診藥物戒菸治療服務：目前提供門診藥物戒菸診療服務之合約醫療院所約2,259家，

分布於357個鄉鎮市區(97%)；自開辦至民國95年12月止，接受戒菸服務之個案數為24萬7,731人，6個月戒菸成功率約為20%左右。

二、戒菸專線服務：為提供吸菸者戒菸諮詢服務，參考美國加州戒菸專線模式，於民國92年成立亞洲第一個「戒菸專線諮詢服務計畫」，委託財團法人「張老師」基金會辦理。利用電話的便利性、隱密性，結合專業心理諮商，提供免付費的電話戒菸諮商服務(0800-636363)。提供電話諮詢量4萬3,748人，電話諮商量9,295人，服務對象以31-50歲居多，以男性為多(約占56.5%)，服務之整體滿意程度為85.4%。

第三節 菸害防制法之落實與修法

依據世界衛生組織「菸草控制框架公約」（FCTC）之精神，積極推動「菸害防制法」之修正工作。該法案於民國96年6月經立法院三讀通過，更明確保障國民的健康，落實世界衛生組織菸草控制框架公約。

為落實菸害防制法，建置「菸害防制法稽查處分通報系統及個案管理資訊系統」及「菸害申訴服務中心」協助縣市處理稽查工作，並提供民眾申訴諮詢。全國總稽查數48萬8,671次，取締7,163件。

此外，「菸品檢測暨研究發展中心」計畫，持續監測菸品危害成分，計完成30種(180件)國產及進口菸品之尼古丁、焦油之含量，檢測結果均符合現行規定。並透過研習營、研討會、訓練班及編製執法手冊彙編，以加強菸害防制人員專業素養。

為提供民眾菸害申訴服務及相關法令之諮詢，辦理「菸害防制法律服務工作計畫」，計接獲民眾之菸害檢舉案件達400餘件；並持續辦理「菸害防制法稽查處分通報及個案管理資訊系統」，提供中央及地方衛生主管機關即時掌握菸害防制法執法狀況。

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，無論男女，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與疾病相關議題，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。

根據1999-2000年65歲以上老年人及2001-2002年6-12歲的學童之「第二次國民營養健康狀況變遷調查」，已出版「老人營養現況」乙書，並置於衛生署網站查詢。

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。89年度委託食品工業發展研究所執行國內市售包裝食品營養標示值之研究及業者輔導之計畫。

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月起則是公告脫水及醃漬食品實施營養標示制度。而為使食品營養標示更臻完備，亦積極輔導與教育『脫水及醃漬』等食品類別之業者，以促使業者能正確建立營養標示之數據。

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。重要成果如下：

一、訂定民國95年衛生教育主軸，包括用藥安全、藥物濫用防制、愛滋及結核病防治、菸害及檳榔防制、自殺防治、全民健保等重要健康議題，以整合行銷之方式推動，促使民眾了解及接受，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　育部合作，共同推動學校健康促進計畫，從教材開發、人員培訓與輔導、資源中心及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、建置衛生教育宣導通路，透過多樣性的資源，延續性的推動及整合行銷，提升民眾對衛生議題的認知度。此外，在面對緊急議題，亦有即時回應與澄清的管道，以消弭民眾心中的疑慮。

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，設有動態生活館、菸害防制館、SARS主題館、青少年性教育館及防癌健康館；目前已收錄了2,000多件衛生教育教材，可供民眾索取或下載。

七、透過各種教育宣導「鼓勵生育衛生教育宣導計畫」，促使民眾對「重塑生育及家庭價值」、「兩性共同承擔婚育責任」以及「珍愛生命、尊重傳承」的觀念。

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，全年參觀人數約3,269人。

九、與教育部所屬之「台灣科學教育館」合作，於館內設置疫病展示區，提供參觀民眾及各級學校戶外教學之用，全年參觀人數約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，辦理健康資訊網站評獎活動，自民國91年起，已連續5年辦理評獎活動，引導民眾點閱正確的健康資訊，促進身心健康。民國95年將歷屆優良健康資訊網站的優點加以彙整，編撰成「優良健康資訊網站案例庫」，並置於優良健康資訊網站入口網，提供有心經營健康資訊網站的單位參考強化其網站內容品質。

4

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

全球在歷經美國911恐怖攻擊事件、SARS風暴、及禽流感疫情的肆虐…等等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與調查、境外檢疫與防疫、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「後天免疫缺乏症候群防治條例」，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「後天免疫缺乏症候群防治條例」是執行傳染病防治的兩大重要法規。「傳染病防治法」最近一次修正是民國95年6月14日，旨在持續穩定推動國家預防接種政策、確保疫苗接種成效，避免造成防疫漏洞。「後天免疫缺乏症候群防治條例」亦於民國94年2月5日修正公布部分條文，以強化愛滋病防治；並配合修訂「後天免疫缺乏症候群防治條例施行細則」、「後天免疫缺乏症候群及其他性病防治講習辦法」二項法規命令，以及「感染人類免疫缺乏病毒者再入國（境）申覆審議要點」與「後天免疫缺乏症候群檢驗及治療費用補助要點」二項行政規則。

世界衛生組織（WHO）於西元2005年召開的第58屆WHA中修正通過之「國際衛生條例」，將於民國96年6月15日正式實施，該條例著重提升國際檢疫規範及加強各國公共衛生應變能力。我國目前雖非WHO會員國，但身為世界村之一分子，為積極配合「國際衛生條例」的施行，已完成國內相關法規，如「傳染病防治法」、「港埠檢疫規則」、「傳染病防治獎勵辦法」之修法工作。

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、教學醫院合作共設置13個合約實驗室。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，同時亦規劃辦理國內生物醫學實驗室之品保及認證系統。

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，依據傳染病防治法第4條規定，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。針對傳染病檢體採檢送驗訂定10項品管指標，民國95年全國各縣市傳染病檢體送驗共計7萬3,911件，其中不合規定者計4,833件，約占7.7%。在不符合規定之送驗檢體中，以送驗時效逾期（1,268件，26.2%）、未完成傳染病通報系統網路版登錄（1,017件，21.0%）及檢體送驗單資料不完整（930件，19.2%），居前三項主因。未來將持續加強相關行政管制措施，逐年改善傳染病檢體採檢送驗品質，以提升檢驗效能。

三、指揮架構

有鑑於民國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，派員前往美國衛生部指揮中心進行考察，歷經一年籌備建置，成立國家衛生指揮中心（NHCC），於民國94年1月18日正式開幕運作。

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95年入夏後，南部縣市因登革熱疫情無法有效防治，於10月2日奉行政院核准成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，在防疫作戰期間，充分發揮疫情整合與協調指揮的功能，並於12月22日解除登革熱疫情威脅。

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95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則說明如下：

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：由疾病管制局前身檢疫總所，自民國78年即開始規劃建構，並於民國79年開始運作，該系統之監測結果可提供流感流行趨勢與就診率等指標，亦可作為政府相關防治作為、疫苗株選擇與個案照護等重要參考。目前自願參與通報的定點醫師數約650位，分布於臺閩地區70-80%的鄉鎮市區，每位定點醫師涵蓋之人口數僅稍次於日本(平均每3.6萬人即有1位定點醫師)，所監測疾病包含類流感、腸病毒與腹瀉等；並每週蒐集定點監視網絡資料，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年開始試辦，其地域涵蓋範圍約為所有鄉鎮市區之92%。至民國95年12月止，共有454所小學參與（約占全國國小總數的17%）。參加對象包括幼稚園、國小一至六年級，目前監測疾病含類流感、

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；並每週將蒐集各學校學童生病資料，及全台6個地區與全國資料，定期以電子報回饋參與小學、教育及衛生等相關單位。

(三) 人口密集機構傳染病監視系統：自民國92年12月開始運作，主要係監視人口密集機構之呼吸道及腸道傳染病群聚事件。其監視對象包含老人安養養護、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95年12月底，參與通報之機構數約有1,750家，總人數約有20萬人；計有150家機構通報1,619人次，其中疑似呼吸道症狀694人次、腸道症狀905人、發燒聚集20人次、呼吸道症狀群聚事件25件、腸道症狀群聚事件59件。此系統設有群聚事件警戒值，故當同一家機構於3日內通報相同症狀人數大於或等於3人時，系統可自動發送簡訊通知防疫人員，以期及早採取必要防疫措施。

二、疫情通報系統之整合

(一) 為整合性質類似之通報系統並強化系統之功能，於民國95年完成傳染病通報系統三期建置並正式上線使用，將原「主動監視通報系統」改版整併為「症狀監視通報系統」；整併原「新感染症症候群通報系統」至「法定傳染病通報系統」，提升「法定傳染病通報系統」之功能，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、疫情電子看板、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GIS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，亦可自行依情境或疾病別產生模組化問卷，以協助其進行日常各項疫情調查資料之收集、維護與查詢工作。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依據。

此外，民國95年持續辦理「應用流行病學專業人才訓練及養成計畫（Field Epidemiology Training Program,FETP）」，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，並將實務工作獲取之資料，經由統計分析，將結果提供施政單位參考。FETP於95年度計進行8件突發及不明原因之疫病聚集流行調查，包括諾羅病毒案件3件、食品中毒3件、肺結核1件及不明原因皮膚出疹1件。

為偵測新興及再浮現傳染病，疾病管制局「疑難疫病調查中心」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。民國95年疑難不明原因死亡案件總計30件(其中解剖8件)，分區統計為北區14件(解剖4件)、中區5件、南區8件(解剖3件)及東區3件(解剖1件)。

表4-1　95年急性法定傳染病病例數統計表

類別	疾病	總計		本土		境外	
		通報	確定	通報	確定	通報	確定
第一類	※霍亂	1	1	1	1	-	-
	※鼠疫	-	-	-	-	-	-
	※黃熱病	-	-	-	-	-	-
	※狂犬病	-	-	-	-	-	-
	※伊波拉病毒出血熱	-	-	-	-	-	-
	※炭疽病	-	-	-	-	-	-
	嚴重急性呼吸道症候群	-	-	-	-	-	-
第二類	※流行性斑疹傷寒	-	-	-	-	-	-
	※白喉	-	-	-	-	-	-
	流行性腦脊髓膜炎	25	13	24	12	1	1
	傷寒	75	43	51	25	24	18
	副傷寒	56	10	48	3	8	7
	※小兒麻痺症	-	-	-	-	-	-
	急性無力肢體麻痺	74	66	73	65	1	1
	桿菌性痢疾	164	139	122	101	42	38
	阿米巴痢疾	363	125	223	81	140	44
	登革熱	2,465	1,074	2,310	965	155	109
	※瘧疾	26	26	-	-	26	26
	麻疹	24	4	21	1	3	3
	急性病毒性A型肝炎	193	189	178	174	15	15
	腸道出血性大腸桿菌感染症	6	-	6	-	-	-
	腸病毒感染併發重症	48	11	48	11	-	-
	※漢他病毒出血熱	3	3	3	3	-	-
	※漢他病毒肺症候群	-	-	-	-	-	-
第三類	日本腦炎	251	29	247	28	4	1
	德國麻疹	54	6	50	3	4	3
	※先天性德國麻疹症候群	-	-	-	-	-	-
	百日咳	135	14	135	14	-	-
	猩紅熱	1,634	1,130	1,629	1,129	5	1
	破傷風	14	-	14	-	-	-
	※新生兒破傷風	-	-	-	-	-	-
	恙蟲病	2,353	384	2,316	383	37	1
	急性病毒性B型肝炎	274	245	268	241	6	4
	急性病毒性C型肝炎	759	154	758	154	1	-
	急性病毒性D型肝炎	12	5	11	5	1	-
	急性病毒性E型肝炎	72	11	67	10	5	1
	急性病毒性肝炎未定型	17	9	17	9	-	-
	腮腺炎	971	5	970	4	1	1
	水痘	10,563	-	10,559	-	4	-
	退伍軍人病	605	56	602	54	3	2
	侵襲性b型嗜血桿菌感染症	41	16	41	16	-	-
	流行性感冒併發重症	96	25	96	25	-	-
指定傳染病	※天花	-	-	-	-	-	-
	※拉薩病毒出血熱	-	-	-	-	-	-
	※馬堡病毒出血熱	-	-	-	-	-	-
	※烈谷熱	-	-	-	-	-	-
	※西尼羅熱	-	-	-	-	-	-
	※新型流感	-	-	-	-	-	-

備註1：資料時間及型態：自民國95年1月1日至12月31日止，以發病年作為分析基準。

2：※者表確定病例方納入統計，「-」代表「0」。

表4-2　95年慢性及其他法定傳染病病例數統計表

類 別	疾　病	通 報	確 定
第三類	開放性結核病	6,566	5,542
	其他結核病	13,841	9,836
	※癩病	11	11
	※梅毒	5,808	5,808
	※淋病	1,437	1,437
其他	※後天免疫缺乏症候群	579	579
	※HIV感染	2,938	2,938

備註1：資料時間及型態：自民國95年1月1日至12月31日止，以診斷年作為分析基準。
2：※者表確定病例方納入統計。
3：配合傳染病防治法及與國際指標接軌，結核病以痰塗片陽性結核病、其他結核病等兩種分類方式呈現。
4：後天免疫缺乏症候群及HIV感染以本國籍病例資料分析。

民國95年至12月底，三麻一風通報病例分別為德國麻疹54例 (6例確定)；麻疹24例 (4例確定病例)；急性無力肢體麻痺74例 (66例確定)；先天性德國麻疹症候群及新生兒破傷風均無確定病例，皆已採取適當之防治措施。

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93至95年結核病之確定病例個案數分別為1萬6,784、1萬6,472、1萬5,378例。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(WHO)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年之個案發生率降至34人/10萬人口。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（Find TB），並建置多重抗藥性結核後送醫療網絡、提升醫療及檢驗診治品質、落實都治計畫等，給予完善的醫療照護（Cure TB）。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95年之防治成果概述如下：

(一) 擴大結核病個案就醫免部分負擔醫療費用，辦理無健保就醫補助及補助慢性開放性結核病人及山地鄉病人住院治療費用，提供個案就醫方便性及降低就醫障礙。補助無健保結核病患醫療補助者，共801人次。

(二) 辦理結核病醫療給付改善方案，目前已有307家醫療院所加入，通報確診納管個案共計1萬2,179人。醫院設置個案管理師，協助個案管理及稽催回診，提高照護率。

(三) 各縣市推動都治計畫，進用368人擔任關懷員，負責監督病患規則服藥；同時利用公共服務擴大就業計畫90人力，協助個案管理及訪視工作，共服務12萬377人次。

(四) 繼續推動結核菌代檢網計畫，共提供13萬3,273人次就近驗痰服務；痰抹片陽性個案收案都治的全國涵蓋率達70%。

二、流行性腦脊髓膜炎

民國95年流行性腦脊髓膜炎共通報25例，其中13例為確定病例，2例死亡，致死率15%，確定病例數比去年下降。確定病例中，以B型占77%、Y型占15%、C型占8%。詳細資料如表4-3。

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95年腸病毒重症確定病例計有11例，無死亡病例。歷年定點醫師通報腸病毒平均病例數統計如圖4-1。

修正「腸病毒感染併發重症通報定義」，加入適用於新生兒重症之內容，使更切合實際防治所需，避免遺漏疑似重症個案。並定期公布腸病毒最新疫情及「臺灣地區檢出腸病毒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」、「腸病毒防治工作計畫」、「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。

自民國95年起，委託縣市衛生局辦理「提升腸病毒醫護品質教育訓練及加強社區衛生教育宣導計畫」，充實醫護人員相關知識，培訓在地化衛教種籽人才，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。提供「腸病毒重症後送醫院建議名單」，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、山地鄉桿菌性痢疾

持續辦理山地鄉桿菌性痢疾加強防治計畫，95年度山地鄉桿菌性痢疾總病例數計15例，與前5年年平均病例數206例比較，病例數降低93%，

表4-3 民國95年流行性腦脊髓膜炎病例數分布統計表

月份	病例數				血清型別					
	通報病例數	確定病例數	死亡病例數	致死率	A	B	C	W135	Y	未定
一月	1	1	0		0	1	0	0	0	0
二月	0	0	0		0	0	0	0	0	0
三月	2	0	0		0	0	0	0	0	0
四月	1	0	0		0	0	0	0	0	0
五月	0	0	0		0	0	0	0	0	0
六月	3	2	1		0	2	0	0	0	0
七月	3	1	0	15%	0	0	1	0	0	0
八月	4	3	0		0	2	0	0	1	0
九月	3	3	0		0	2	0	0	1	0
十月	3	0	0		0	0	0	0	0	0
十一月	2	1	0		0	1	0	0	0	0
十二月	3	2	1		0	2	0	0	0	0
合計	25	13	2		0	10	1	0	2	0

備註：1.民國94年流行性腦脊髓膜炎確定病例20例，1例死亡，致死率為5%。
2.民國95年流行性腦脊髓膜炎確定病例13例，2例死亡，致死率為15%。

圖4-1 歷年定點醫師通報腸病毒平均病例數統計圖

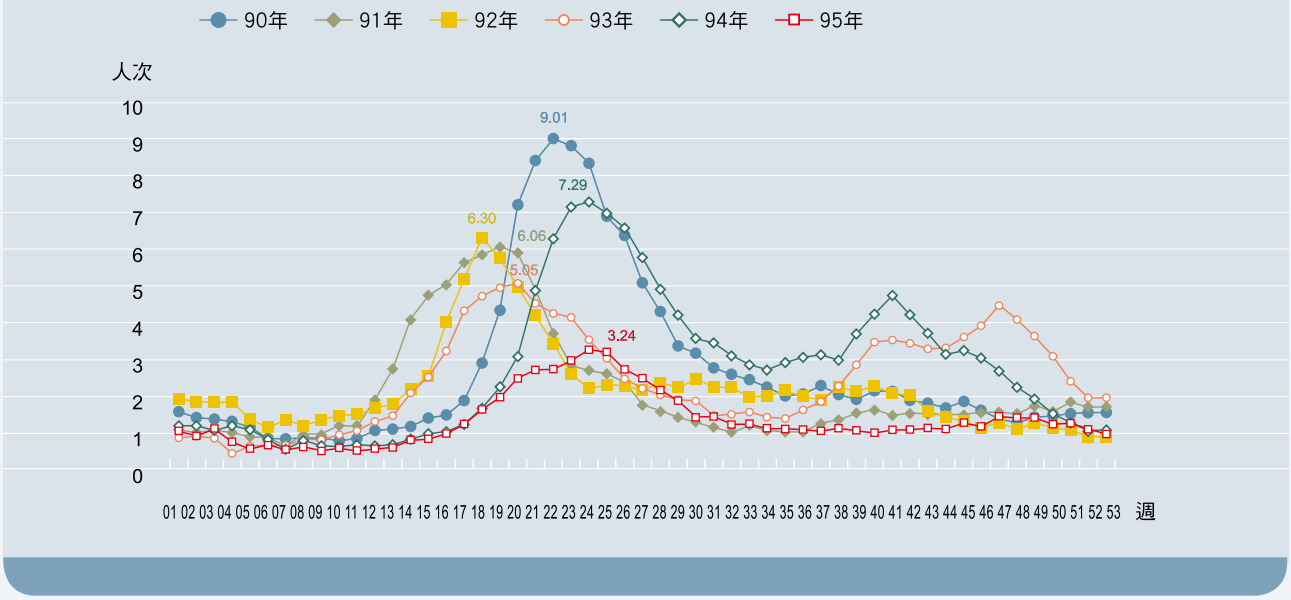
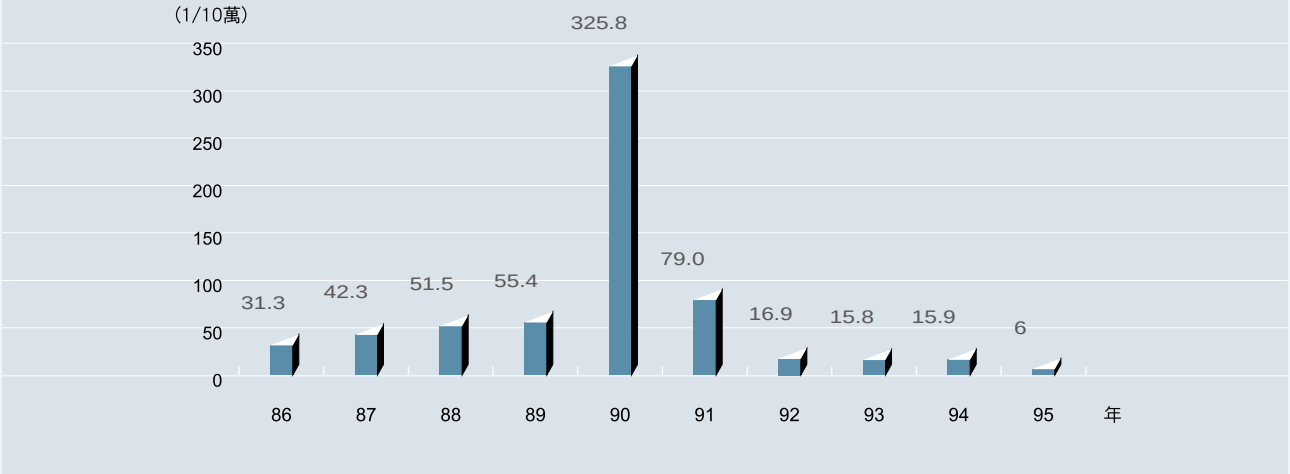


圖4-2 86至95年山地鄉桿菌性痢疾發生率



其中大同鄉、尖石鄉、五峰鄉、信義鄉、延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉、蘭嶼鄉等山地鄉更呈現零病例之防治成效。山地鄉桿菌性痢疾之發生率，已由民國86年每10萬人口之31.3，下降至民國95年之6.0，顯示該疾病之流行已受到良好控制。

三、A型肝炎

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84年之10萬分之90.7降至95年1.0，顯示實施成效良好。

第四節 病媒傳染病

一、登革熱

民國95年登革熱確定病例計1,074例，其中境外移入109例，本土確定病例965例(其中登革出血熱19例)，4例死亡病例，如圖4-3、表4-4。

為防治登革熱，依據「根除病媒蚊孳生源，阻斷本土登革熱四年計畫」辦理相關工作，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防治中心，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手冊，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) 運用登革熱疫情預測資料，於民國95年10月2日成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，並於高雄市成立「前進指揮所」，有效整合中央與地方防疫資源、統籌、協調與督導登革熱防治政策相關事務，在經費不足、外來疫情壓力及選舉魔咒下，指揮中心運作後第3週，整體疫情即呈下降趨勢，主要流行地區疫情均獲控制，避免重蹈91年大流行之覆轍，也讓民眾對於政府從事這一波登革熱防治之滿意度，從95年9月的57%，提升至11月的70%。

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，每年報告病例約

圖4-3 95年本土登革熱確定病例發病分布圖

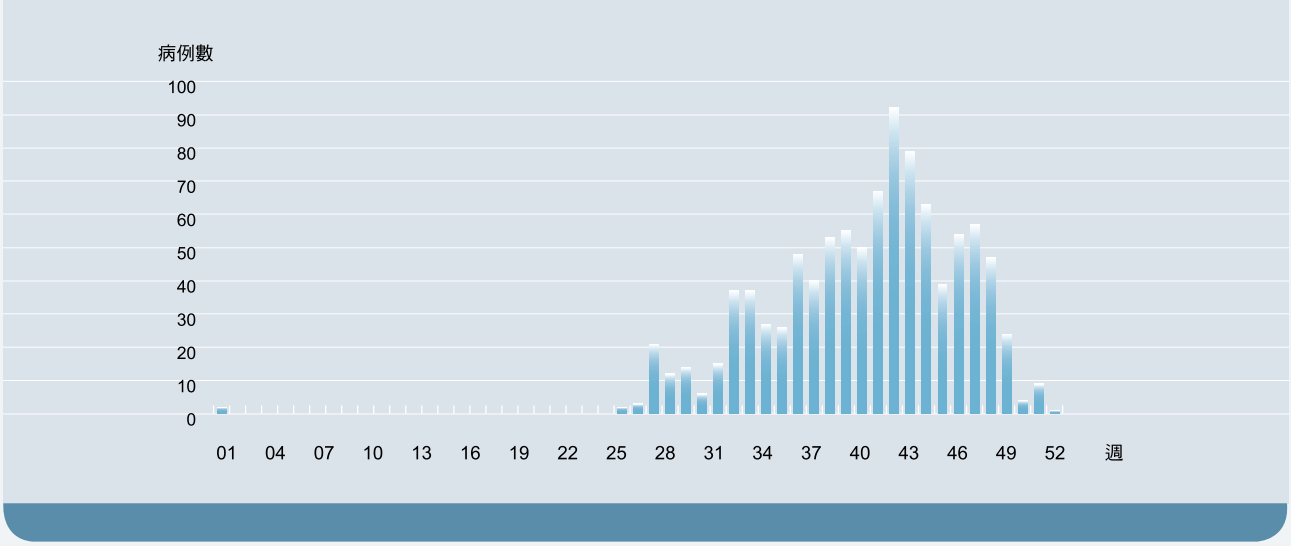


表4-4　95年登革熱病毒分型-國家別統計表

感染地區	病例總數	病毒型別				
		DN-1	DN-2	DN-3	DN-4	未分型
印尼	20	5	4	3	1	7
緬甸	2			1		1
越南	36	7	10	3	1	15
菲律賓	16	1	5	5		5
泰國	12	3	4		3	2
柬埔寨	9			4		5
薩爾瓦多	1	1				
馬來西亞	5	3		1		1
印度	3	1	1			1
孟加拉	4			2		2
馬達加斯加	1	1				
中華民國	965	1	34	370		560
合計	1074	23	58	389	5	598

為300至400例，確定病例約為10至30例。民國95年共有251名報告病例及29名確定病例。病例年齡分布，最大為74歲，最小為11歲，平均年齡為46.8歲。

三、瘧疾

為保持瘧疾根除40年成果，持續辦理瘧疾疫情監測，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95年確定病例為26例，均屬境外移入，其中1例為執行境外管制措施－國際機場體溫異常病人篩檢所發現。

第五節　血液傳染病

一、愛滋病

至民國95年12月底累計發現1萬3,702例(含外籍599例)感染者，本國籍個案中有2,981例發病，其中1,570例死亡。

自民國95年開始推動之減害計畫(Harm Reduction Program)是一個全方位的整合性計畫，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：(一)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；(二)辦理清潔針具計畫，提供藥癮者之輔導追蹤與戒癮諮商，以防止因使用毒品而感染B、C型肝炎及愛滋病毒；(三)辦理替代療法，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。

因應藥癮者感染愛滋之疫情攀升，曾於民國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療法，經試辦半年初步評估確有成效，於民國95年7月提前擴大實施，截至12月底，全國共有19家醫療院所提供替代療法服務，治療人數共計1,066人，服藥人次8萬9,650人日；並設置730處清潔針具衛教諮商服務站，發出之針具數超過45萬支，參與計畫的藥癮者超過7萬4千人次；針具回收率也從初期不到1%逐步提升至目前的21%。國內愛滋病毒新增感染個案，已經從民國94年之3,399人下降為民國95年之2,942人，總共減少457例，這是台灣自從70年發現愛滋病例以來，首次出現感染

人數下降趨勢。且依據「世界經濟論壇（WEF）全球競爭力2006年評比」衛生相關指標之評鑑結果，我國將「15至49歲人口之愛滋病盛行率」控制在0.1%以下，在125個受評國家中，與24個國家並列第1名。

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。目前全國共有32家愛滋病指定醫院，4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9家指定醫院，辦理免費匿名篩檢，以提高各高危險群及特定群體之篩檢工作，民國95年共6,088人接受篩檢服務。

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95年底，計發現孕婦陽性個案58例，其中本國籍45例，外國籍13例。

委託台北市愛慈教育基金會、台灣關愛之家協會提供個案輔導服務，並補助天主教靈德之家協會，辦理台北、台中「社區照護方案」，以提供愛滋病患之生活照顧；計提供1,186人次之服務量。

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與性病患者HIV檢驗計畫」，民國95年全國共有256家醫療院所，466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。另編印一般性病診治手冊及辦理性病手冊講習課程，提升性病診治水準。

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95年12月底，收案總計登錄3萬3,017人次，B肝2萬1,074人次(含抗藥株740人)，C肝1萬1,943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，促使全國六歲兒童之帶原率，由實施預防注射前之10.5%，降至0.84%。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94年出生世代之B型肝炎疫苗第2、3劑完成率分別為97.6%及95.4%。

第六節　檢疫、旅遊及外勞健康

一、檢疫

為防範傳染病自境外移入，特別針對船舶、航空器、人員執行必要之檢疫措施，並對國際檢疫及重要傳染病實施預防接種，目前接種之項目有霍亂、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。入境運輸工具檢疫工作成果如表4-5。

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」等衛教宣導單張於國際機場及金、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

95年度約有33萬名之合法外籍勞工，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。

為健全外籍勞工健康管理，衛生署依據「就業服務法」授權，於民國93年訂定發布「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」暨「受聘僱外國人入國後健康檢查醫院指定與管理辦法」。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、妊娠、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妊娠及B型肝炎表面抗原。外籍勞工如有任何一項檢查不合格，不得入國，已入國者，除腸內寄生蟲（痢疾阿米巴除外）30日內複檢合格者外，其餘須予以遣返。

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95年12月底，新獲得指定之醫院達51家，除4家位於離島外，計有47家醫院取得實驗室認證資格。

95年度外籍勞工定期健檢(不含入國後3日內之健檢)共32萬5,060人次，不合格率為6.03%，其中以寄生蟲不合格率5.89%為最高，其次為肺結核不合格率0.12%，人類免疫缺乏病毒抗體陽性率則為0.01%。93、94及95年度，外籍勞工定期健檢腸內寄生蟲不合格率分別為2.61%、3.53%及5.89%；胸部X光肺結核檢查不合格率則分別為0.05%、0.08%及0.12%。上述發現，民國94年及民國95年的外勞定期健檢不合格率稍有增加，可能因近2年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90年美國911恐怖攻擊事件，炭疽菌生物恐怖攻擊，民國92年SARS疫情，及目前面臨流感大流行，在在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

表4-5　95年國際港埠檢疫統計表

檢疫單位	進港船數(艘)	海運旅客數(人)	航空客機數(架)	航空旅客數(人)	貨機數(架)	貨機總噸數
第一分局(基隆港)	7,451	18,054				
第一分局(蘇澳港)	657	0				
第一分局(金門水頭港)	3,479	620,454				
第一分局(馬祖福沃港)	918	45,780				
第二分局(桃園機場)			63,879	9,294,915	14,936	4,474,413
第三分局(台中港)	5,710	2,924	296	20,127		
第三分局(麥寮港)	2,510	2				
第五分局(高雄港)	17,323	44,169				
第五分局(小港機場)			14,542	1,673,963	637	208,536
第六分局(花蓮港)	1,306	257	26	2,309		
合計	39,354	731,640	78,743	10,991,314	15,573	4,682,949

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。自民國93年起，世界衛生組織持續發布H5N1流感人類病例，國際間資訊顯示，流感大流行發生的危機步步近逼。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，故疾病管制局於民國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。我國流感大流行疫情分級詳如表4-6。

針對流感大流行之因應，疾病管制局設定有「四大策略--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95年之執行成果包括：

一、抗病毒藥劑達預定目標：238萬人份抗病毒藥劑於民國95年到位，達成10%人口使用量目標。隨藥物儲備種類增加，並更新抗病毒藥劑管理系統，辦理教育訓練，及規劃未來分級使用對象。

二、完成H5N1流感疫苗儲備與使用規劃：儲備19萬劑H5N1流感疫苗，作短期戰備物資，並以維持防疫、醫療及社會重要機能為目的，規劃H5N1流感疫苗之優先使用對象。

三、建立個人防護設備(PPE)管理機制：增購P100半面具等防護具，以備大流行期間保護醫護人員之健康，並已推估PPE安全存量，建立三級庫存，建立分級查核與調度機制。

四、建立流感大流行監視量能：為應流感大流行初期之監視需要，95年度增購PCR與RT-PCR等流感病毒檢驗試劑耗材；相關之採檢醫療機構及相關資訊系統、疫調流程及表單等均已建置。

五、提升各級工作人員認知與技能：辦理流感大流行系列演習，含機場入境旅客處置、醫療團隊進駐離島、防疫物資緊急調度、中央流行疫情指揮中心運作、地方應變體系處置等演習；並督導所有縣市政府完成其因應計畫。

民國95年為新型流行性感冒防治的「演習年」，為提升中央及地方防疫體系對流感大流行之應變能力，分別辦理「離島感染症病患之應變演習」、「防疫物資緊急配送實兵演練」、「地方應變體系處置演習」及「流感大流行A1級中央流行疫情指揮中心運作演練」，將軍事上的演習

表4-6 流感大流行疫情等級表

等級	啓動時機
O級	國內檢出H5或H7家禽流行性感冒病毒或國外發生高病源性家禽流行性感冒感染人之確定病例。 1. 國內禽鳥發生低病原性家禽流行性感冒。 2. 國內禽鳥發生高病原性家禽流行性感冒。
A1級	國外發生人傳人之新型流行性感冒確定病例。
A2級	國內發生禽畜類傳染至人、境外移入、實驗室感染等新型流行性感冒疑似病例。
B級	國內發生新型流行性感冒人傳人之確定病例。
C級	國內進入新型流行性感冒人傳人確定病例之大規模流行。

概念應用至防疫動員。另並持續督導地方政府進行必要之演習或演練。

第二節　新興傳染病防治措施

一、公告「天花」、「拉薩熱」、「馬堡病毒出血熱」、「裂谷熱」及「西尼羅熱」為指定傳染病

根據新修訂之「國際衛生條例」第6條有關「通報」條文內容，具體規定了「天花」、「小兒麻痺」、「新型流行性感冒」、「嚴重急性呼吸道症候群」、「霍亂」、「肺鼠疫」、「黃熱病」、「伊波拉病毒出血熱」、「拉薩熱」、「馬堡病毒出血熱」、「西尼羅熱」、「登革熱」、「裂谷熱」及「流行性腦脊髓膜炎」等14項傳染病應列入監視的傳染病，世界衛生組織會員國必須依該條例內「評估和通報有可能構成有關國際公共生的緊急事件之決策文件」之流程，評估其國內所發生之公共衛生事件是否需向世界衛生組織報告。當時我國「傳染病防治法」，除「天花」、「拉薩熱」、「馬堡病毒出血熱」、「西尼羅熱」及「裂谷熱」等5項傳染病外，皆已列為應通報之法定傳染病。

因此，為使國內防疫體系能對上述5種疾病進行有效監視與防治，並依新修訂之「國際衛生條例」規定，與世界防疫趨勢並行及未來接軌，於民國95年2月9日依據「傳染病防治法」第3條及第43條規定，公告該5種疾病為指定傳染病，其中，「天花」、「拉薩熱」、「馬堡病毒出血熱」及「裂谷熱」比照第1類法定傳染病規定辦理，「西尼羅熱」比照第2類法定傳染病規定辦理。同時，為使該等疾病之防疫工作能順利推展，訂定出血熱疑似病患處理流程及疾病防治工作手冊、設置傳染病線上即時通報管道和疫情調查系統及該等疾病之統一教材，以使公共衛生和醫療衛生人員對新公告傳染疾病防治有所了解及遵循。

二、編撰「人畜共通傳染病臨床指引」

為加強臨床工作人員對於人畜共通傳染病之認知並應實務工作之需要，委託中華民國比較病理學會、台灣感染症醫學會及台灣感染管制學會共同編撰，內容包括78種重要之人畜共通傳染病之介紹、疾病通報系統、實驗室生物安全及醫療院所隔離防護措施指引等相關資料，以提供臨床醫護人員工作參考。

三、建置「人畜共通傳染病資訊網」

將現有人畜共通傳染病之資訊整合，提供學界、醫療衛生及動物接觸者之資訊平台及利用本網站宣導推廣人畜共通傳染病相關疾病知識，以提升整體防疫能量。網站內容包含「人畜共通傳染病臨床指引」之檔案下載、防疫教育宣導、活動資訊、疫情資訊及政府對於人畜共通傳染病防疫工作相關資訊及處理流程等資訊。

第四章　防疫整備及感染控制

民國92年爆發SARS疫情，以及美國911恐怖攻擊事件與炭疽菌生物恐怖攻擊等，突顯防疫物資管理、感染症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，已就相關工作加強辦理，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，使得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。為因應未來傳染病防治之需求，疾病管制局著手進行防疫物資管理，完成平面口罩及外科手術口罩等防疫物資採購開口式合約，並依疫情狀況評估修正須納入合約之防疫物資品項，除建立基本庫存(如表4-7)外，並逐步建置防疫物資之供應鏈及管理系統，有效掌控防疫物資產、銷、存即時資料。民國95年以沙盤推演方式，評估基層衛生單位對防疫物資管理資訊系統(MIS)之熟悉程度，並督導基層儲訓快速、正確使用個人防護器具能力。

為有效管理防疫物資，在安全庫存方面，建置中央、地方、醫院防疫物資三級庫存：中央庫存防疫物資以緊急調度為目的，地方衛生機關庫存係基於地方衛生動員及傳染病防治之需，醫療系統對收治病患所衍生之感染控制需求，皆需貯備充足之防疫物資。

因應流感大流行防治作戰動員及準備計畫，分別支援行政院農委會動植物防疫檢疫局、行政院海岸巡防署、內政部警政署、空中警察防衛隊、內政部消防署及環保署等單位36萬6千片N95口罩、184萬4千片外科口罩(含平面口罩)、28萬9千件防護衣、22萬7千件隔離衣及18萬5千5百雙手套等個人防護裝備。

第二節 感染控制

一、感染症防治醫療網

規劃及建置「感染症防治醫療網」組織架構，包含：各區指揮中心、23家感染症防治醫院、諮詢委員會感染症防治醫療網小組、支援合作醫院及協同部會等相關單位。並定期召開會議、辦理演習及教育訓練，期使各相關單位及人員熟習感染症防治體系，發揮感染症防治醫療網功能。另因應相關流感大流行，業研擬準備動員機制、醫院清空、病患轉院、後送、徵用醫院及大型收治場所等工作指引，提供各相關單位規劃參考，以利病患得到妥善之診治。

二、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) 醫院感染管制查核作業：為提升醫療(事)機構院內感染控制之能力，訂定查核基準，並推動醫院感染管制查核作業，民國93年後SARS時期重點抽查60%的地區級以上醫院；95年度地方衛生局普查521家醫院，疾病管制局抽選127家醫院進行複查，並藉由分區輔導計畫，針對重點醫院與未達標準之醫院進行輔導。95年度之查核總及格率達98.66%，超越計畫原訂92%之目標

表4-7 全國防疫物資庫存量統計表

單位：萬片(件)

品項＼庫存層級	醫院	衛生局	中央	非衛生體系單位	總計
N95	139.3	97.9	53.1	2.7	293.0
防護衣	75.3	45.4	250.3	86.6	457.6
外科口罩	526.3	434.7	62.8	20.0	1,043.9
平面口罩	107.9	85.1	718.8	61.7	973.5

表4-8 民國93-95年醫院感染控制查核成果統計表

年度	西醫醫院家數	完成查核家數	各級主管機關查核/輔導次數	平均得分	不合格家數	合格率
93	553	339	509	79.3	69	79.6%
94	535	535	862	85.2	39	92.7%
95	521	521	950	90.3	7	98.7%

備註：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。

值；各級醫院的感控查核不合格由69家大幅下降至7家，詳如表4-8所示。

(二) 加強感控實施方案：為鼓勵醫療(事)機構參與院內感染控制，推動「加強感染控制」實施方案。自民國94年實施以來，醫院參與感控及傳染病防治相關工作品質、採檢及實驗室檢驗品質、疫情通報與處理品質、配合傳染病防治工作等，表現均明顯提升。

(三) 醫院感染控制分區輔導計畫：為輔導醫院建立院內感染控制制度，於民國91年首度分區試辦「醫院感染管制輔導計畫」，除了每年固定出版醫院感染控制雜誌雙月刊，並協助各級衛生主管機關處理轄區各種傳染病疫情調查、感染控制專業知識與人力培訓，及重點管理機構的輔導訪視，其成果如表4-9。

(四) 建置感染控制防治措施規則與指引：為建置符合國內需求之感染控制防治措施規則與指引，使各級醫療機構之作業有所遵循，民國93至95年期間完成20餘種防護措施及感染管制相關指引，並藉由開發資訊平台與知識檢測系統提供各級單位建立自主訓練與成效檢覈的機制。

(五) 其他配套管理措施：自民國95年起重新規劃醫院感染管制及抗生素抗藥性監視通報等多元管理措施，以早期發現、即時通報疑似群聚感染事件，並減少醫療(事)機構群聚感染的危害，指導其採取更有效的管制措施以保障病人安全。

第三節 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」，計畫中建置生物防護相關設備乙批，並訓練北、中、南及東區生物防護應變人員，共約232人。民國95年為測試及評估生物防護應變人員之應變能力，分區辦理2場次演練，第1場次於11月23日假高鐵台北站進行，採預警方式，演練狀況設定為「陸運站疑似生物戰劑散佈事件」；第2場次於11月28日假台中港區進行，採無預警方式，演練狀況設定為「商船遭恐怖分子攜帶之生物戰劑汙染」，透過演習計畫驗證指揮體系、通報機制與應變量能，並作為未來反生恐政策規劃之參考。

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「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點，並配合傳統教學與實物操作演練，培訓生物防護應變人員。目前已建置96堂數位學習課程，並辦理「反生物恐怖數位教學種

表4-9 民國93-95年醫院分區輔導計畫成果統計表

年度	雜誌發行	教育訓練		重點機構輔導	
	(雙月刊)	目標場次	完成場次 (目標達成率%)	目標家數	實地輔導家數 (目標達成率%)
93年	6期	30	33 (110%)	170	192 (113%)
94年	6期	36	41 (114%)	205	212 (103%)
95年	6期	55	66 (120%)	230	296 (129%)

子師資訓練營」及「反生物恐怖數位學習訓練課程-指揮者專業人才、醫療專業人才、公共衛生專業人才、專業技術人才」等訓練，培訓已達362人次，分布於全省各縣市。

第四節 研究及檢驗

一、研究及檢驗

(一) 95年度完成15萬4,217件各項法定傳染病檢驗；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26種200張細菌影像圖譜，12種90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；並辦理國內BSL-3實驗室之建檔及2梯次訪查。

(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) 配合世界衛生組織之建議，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，以提升對新興感染症之檢驗技能。

(四) 成立台灣「國際剝絲監測網(PulseNet, Taiwan)」，針對群聚性食因性傳染病，提供快速之確認及比對，有效避免疫情進一步之擴散，並可作為我國與國際監測體系及學術機構交流合作平台。

(五) 成立「國家流感中心(National Influenza Center, NIC)」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) 持續與美國疾病管制中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）、日本國立感染症研究所（National Institute of Infectious Disease, NIID）等實驗室合作、與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」，與英國Aberdeen大學及日本千葉大學(Chiba University, Japan)建立菌株交換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 Enviromental 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」。

(七) 病原體基因資料庫

1. 病原體基因資料庫建置計畫已逐年建立多項重點病原體基因資料庫，並運用相關基因資料，推測疾病可能的感染來源，作為外來或新浮現病原流行監測，並適時提供分子流行病學資訊，作為傳染病及時預警及防疫政策重要參考依據。

2. 透過病原體基因序列及個案流病資料的分析，有助疾病感染源或感染途徑之釐清，如近年腸病毒71型流行亞型、南台灣登革熱的流行、藥癮者HIV個案急速的增加、流感病毒流行監測等，均藉由基因序列，推測其流行的幅度及可能的感染源，提供疾病防治策略之參考，以期能及早對疫病作準備，此外相關基因序列資料亦可作為未來傳染病疫苗研發或診斷試劑開發之重要參考。

3. 建構病原體基因資料庫系統

(1) 建置新版基因資料庫軟硬體，整合疾病管制局各實驗室之病毒、細菌、真菌等基因分型資訊與流

行病學資料，並提供更多分析功能，該系統預定於民國96年1月正式上線。

(2) 整合定序分析自動化流程與實驗室資訊管理系統，以客制化的資訊系統方式，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，建置成實驗室資訊系統，並與前端新版基因資料庫網站完成連結，提供線上定序服務暨完成管理網站建置。

二、實驗室生物安全

民國92年底國內曾發生實驗室感染SARS事件，喚起國人對實驗室生物安全的重視。為此，特邀集國內外專家學者研商修法訂定「感染性生物材料管理及傳染病病人檢體採檢辦法」，並自民國95年3月26日起正式實施。依該辦法分級管理精神，每年應定期查核全國生物安全第三級以上實驗室，確保其運作安全無虞；至於生物安全第二級(含)以下實驗室，則由各單位生物安全委員會或專責人員負責督導管理，每年至少辦理一次內部稽核。對於實驗室生物安全防護等級，應依據實驗室實際操作之感染性生物材料特性、設施及設備安全條件、人員防護裝備等級等因素，進行合理風險評估，以訂定適合單位之生物安全管理規定，在兼顧舒適操作及安全防護之考量下，才能有效確保實驗室生物安全無虞。

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特定人畜共通傳染性疾病之檢驗實驗室、檢驗方法及其儲能。自94年度起逐步委託學術研究機構進行包括鼠類漢他病毒及鉤端螺旋體血清流行學調查、鳥及馬匹西尼羅熱血清流行病學調查、鼠類漢他病毒及鉤端螺旋體、羊隻Q熱血清流行病調查及地方性斑疹傷寒檢驗方法之建立。經由研究調查之實施，95年度獲得下列成果：

(一) 以顯微凝集試驗法（microscopic agglutination test; MAT）抽檢老鼠鉤端螺旋體抗體，其抗體陽性率為11%。

(二) 使用RT-PCR抽檢測老鼠漢他病毒帶原情形，結果顯示陽性率為32%。

(三) 抽檢南部羊群Q熱結果，陽性率為28%。

經由相關計畫實施，目前已能初步了解國內鉤端螺旋體、漢他病毒、西尼羅熱、Q熱等相關宿主動物之感染情形，並建立參考檢驗方法及支援實驗室的架設，對於日後相關防疫工作及疾病監測發揮莫大助益。

第五章　預防接種

疫苗之研發與接種，將可有效控制有關疫苗可預防之傳染病。本章將說明台灣地區95年度接種情況，以及國內疫苗研發現況。

第一節　預防接種現況與趨勢

我國目前基本常規預防接種的疫苗項目為：「卡介苗」、「B型肝炎疫苗」、「白喉、百日咳、破傷風混合疫苗」、「小兒麻痺口服疫苗」、「水痘疫苗」、「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗」、「日本腦炎疫苗」、「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4-10，民國95年幼兒各項預防接種完成率詳如圖4-4。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。

流感疫苗之接種，截至民國95年12月底各類實施對象之接種率如下：醫護及防疫人員為88.3%，65歲以上老人為52.3%，禽畜(雞鴨鵝豬)養殖等相關行業工作人員為52.9%，另2歲以下幼兒，初次接種(應接種兩劑)之第1、2劑接種率分別為49.5%、31.6%。

另一方面，政府亦設有預防接種受害救濟之申請及審議制度，對於因預防接種而受害者，可依法給予適當之救助。

全球疫苗發展之四大趨勢，包括：改善更安全或更有效的疫苗、研發其他重要病原疫苗、發展多合一疫苗以減少挨針次數、發展以預防癌症為目的之疫苗，如人類乳突病毒疫苗、戒菸疫苗等。此外WHO亦大力推動B型嗜血桿菌、肺炎鏈球菌疫苗等接種計畫。

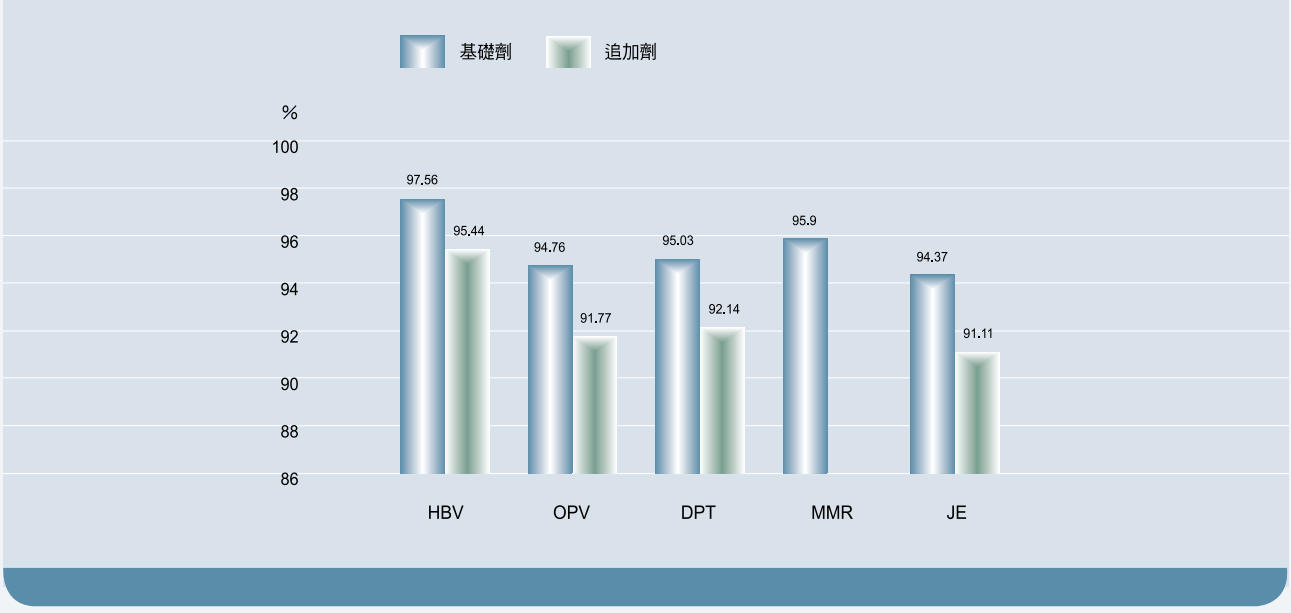
未來新疫苗將納入常規項目，就疾病的嚴重度、疫苗的有效安全及供應穩定、公共衛生之醫療成本等因素審慎評估優先順序，並朝多元化管道爭取實施，以期達到疫苗接種的最大效益及整體防疫的成效。

第二節 血清疫苗研製

一、生物製劑製造、檢定與開發

(一) 完成製造凍結乾燥卡介苗60萬4,290劑、霍亂疫苗10萬8,368劑、吸著破傷風白喉混合類毒素(成人用)53萬3,594劑、吸著

圖4-4 幼兒各項預防接種完成率



備註：HBV　B型肝炎疫苗
OPV　小兒痲痺口服疫苗
DPT　白喉、破傷風、百日咳混合疫苗
MMR　痲疹、腮腺炎、德國痲疹混合疫苗
JE　日本腦炎疫苗

白喉破傷風混合類毒素3萬6,630劑、明礬沉澱破傷風類毒素8,986劑、抗龜殼花赤尾鮐蛇毒血清注射劑2,285劑、抗百步蛇蛇毒血清凍晶注射劑1,069劑。

(二) 完成生物製劑成品檢驗17批、原液45批、原料103批、材料28批。

(三) 台灣鎖鏈蛇抗蛇毒血清臨床試驗，計有4名病例。

二、生物製劑生產技術國內外合作

(一) 與財團法人國家衛生研究院及韓國IVI簽訂「流感疫苗研發技術材料合作協議書」。

(二) 與財團法人國家衛生研究院及美國IOMAI公司簽署合作備忘錄。

三、生物製劑研發

(一) 流感研究發展計畫：

1. 建立台灣地區流感病毒傳播預測模式之基本模型及雪貂免疫模式。
2. 完成美國NCBI 之Influenza Virus Resource 與LANL之Influenza Sequence Database (ISD) 及台灣疾病管制局流感病毒序列資料之整合。
3. 鑑定分析新型流感病毒之完整基因體，並以反轉基因法產出流感病毒株。
4. 建置生產線及製程技術，每月可進行至少60公升原液半成品，相當於7,500劑疫苗的產量(以每劑含15 μg有效抗原估計)，目前生產之H5N1病毒疫苗原液約2萬8,227劑(每劑以含15μg HA蛋白為主)。
5. 利用H5基因的高保留性DNA 序列，建構5種H5N1 禽流感病毒的重組H5 DNA，經H5 DNA 疫苗投藥後可完全保護小鼠，體重變化與存活率均不受禽流感疫苗株NIBRG-14 感染之影響。
6. 提出「新型流感疫苗查驗登記之審查注意要點」建議草案，並正協助衛生署藥政處進行草案法條化公告作業。

(二) 腸病毒71型疫苗研發

1. 篩選出genotype 為C4的另一支疫苗候選株E36(其抗體中和效價皆高於之前篩選出的原型疫苗株E59)。
2. 完成20批次腸病毒71型原型疫苗的病毒培養、量產收獲、濃縮純化及ELISA、SDS- PAGE、Western blot等分析，其產程具一致性。
3. 已進行腸病毒71型原型疫苗量產批次小鼠免疫實驗，免疫5ug蛋白質可產生1：40抗體力價。
4. 完成原型疫苗小白鼠異常毒性安全試驗2批次。

(三) 開發以鴨蛋生產抗蛇毒IgY抗體

1. 以雙向免疫擴散試驗及西方墨點法皆證實以硫酸銨沈澱法純化之抗飯匙倩與雨傘節IgY抗體對所免疫之蛇毒具有專一性及可辨識性，且具有高度的穩定性。
2. 若改以鴨蛋分別生產抗飯匙倩與雨傘節蛇毒抗體取代馬血清，初步估計約可節省約85%的經費。

四、國內疫苗研發體系

(一) 為落實政府發展疫苗產業之政策，強化疫苗研發基礎，因應新興傳染病突發緊急疫情，於民國95年提出台灣人用疫苗研發(含量產技術)五年計畫，計畫主要整合國內有限資源與人力，建立國家疫苗研發團隊，挹注經費於4項重要疫苗：流感、腸病毒71型、細胞性日本腦炎與B群腦膜炎球菌重組次單元疫

表4-10 預防接種項目及時程

適合接種年齡	疫苗種類	
出生24小時以後	卡介苗	一劑
出生滿2～5天	B型肝炎疫苗	第一劑
出生滿1個月	B型肝炎疫苗	第二劑
出生滿2個月	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第一劑
	小兒麻痺口服疫苗	第一劑
出生滿4個月	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第二劑
	小兒麻痺口服疫苗	第二劑
出生滿6個月	B型肝炎疫苗	第三劑
	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第三劑
	小兒麻痺口服疫苗	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 (每年集中於3月至5月接種)	第一劑
	日本腦炎疫苗 (每年集中於3月至5月接種)	隔二週 第二劑
出生滿1年6個月	白喉破傷風百日咳混合疫苗	第四劑
	小兒麻痺口服疫苗	第四劑
出生滿24個月	A型肝炎疫苗 *	第一劑
出生滿2年3個月	日本腦炎疫苗 (每年集中於3月至5月接種)	第三劑
國小一年級	破傷風減量白喉混合疫苗	一劑
	小兒麻痺口服疫苗	第五劑
	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	第二劑
	日本腦炎疫苗 (每年集中於3月至5月接種)	第四劑
	卡介苗疤痕普查 (無疤且測驗陰性者補種)	
	A型肝炎疫苗 *	第二劑
65歲以上	流感疫苗	每年

* 實施對象為山地鄉及其鄰近的平地鄉與金門、連江縣之學幼童

苗，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) 完成緊急流感應變生產線之建置，確立細胞培養產製技術及最佳量產條件與相關文件之建立，於民國95年6月開始持續小量疫苗生產，並於第4季開始以每批次60公升的規模試製，以供96年第一季進行臨床前試驗(Pre-clinical trial)。

5

藥物食品管理

第一章 藥物食品安全管理

第二章 管制藥品管理

第三章 藥物、食品、化粧品檢驗

第五篇　藥物食品管理

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、違規藥物食品充斥，使得加強藥物食品安全管理、教育民眾安全用藥知識、防制藥物濫用、建立國際相互認證及促進國內產品升級等課題為當務之急。而衛生署在維護人民「知」的權利，保障民眾的健康上更是責無旁貸，同時，更希望民眾在選擇藥物、食品時，懂得為自己的健康把關。

第一章　藥物食品安全管理

藥物食品之產品品質、產品流通及專業人員服務等環節，均與民眾之健康息息相關，因此，衛生署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，以確保民眾的健康。

第一節　藥物安全管理

健康用藥是多層次的問題，加上國人看病文化及嗜服藥物強身的觀念，國人之用藥量為美國人的6.5倍。為保障民眾用藥安全，積極推動下列工作：

一、為協助民眾辨識偽禁藥品，已於民國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、護理人員及民眾查詢；另建置藥廠授權經銷商資料庫，公布第1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，及提供民眾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95年6,414萬件，大幅提升(如圖5-1)。

三、於全國社區大學開辦「正確用藥安全」課程，並於全國社區相關團體(如老人)辦理宣導講座、利用電台宣導正確用藥，提升民眾用藥知識。

四、為強化中藥用藥安全管理，賡續推動「建構中藥用藥安全環境五年計畫」

(一) 落實中藥製劑(材)品質管制，完成境外管制流程架構草案，落實中藥材包裝標示制度，已公告81種品項，阻隔不良藥材暨掌握優質貨源。

(二) 建立亞太中藥標準品供應機制，完成74種中藥標準品項；研議中藥標準品供應行銷、智慧財產權保護等問題，以為日後執行政策之參考。

(三) 修訂中藥法律規章及加強宣導教育，如研擬中藥廠實施GMP確效相關法規與解說草案；推動中藥飲片炮製工廠實施優良藥品製造規範(GMP)制度。

(四) 強化中藥產業科技人才之培訓，開設中藥藥材學、中藥藥材學實驗、中藥炮製學、中藥炮製學實驗及中草藥產業技術等5項課程，培育產業界與民眾等123人次。

(五) 強化中藥製程安全與建立研發平台：建立陳皮、五味子及何首烏藥材炮製分析研究及推動中藥廠實施GMP飲片炮製工廠；進行4項中藥製程開發機制計畫。

五、推動中藥炮製基地計畫，希望藉由訂定中藥炮製規範，將中藥材(原料藥)回歸藥事法管理，保障民眾使用中藥材之安全性。此外，也進行中藥肝腎、酒劑等相關安全性研究，以作為制定品質管制之參考。

六、民國95年10月發布「中藥製劑含有害物質限量標準及其適用範圍」及11月發布「中藥藥材污穢物質限量」解釋令，管制藥品含各類汙穢物質之限量，強化中藥品質控管及健全中藥管理。

七、為提供國人藥害救濟，衛生署於民國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」。已受理797件有效申請案件，其中316件判定適用藥害救濟而獲得給付，給付比率47.07%，給付總金額1億2,504萬6,076元。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。

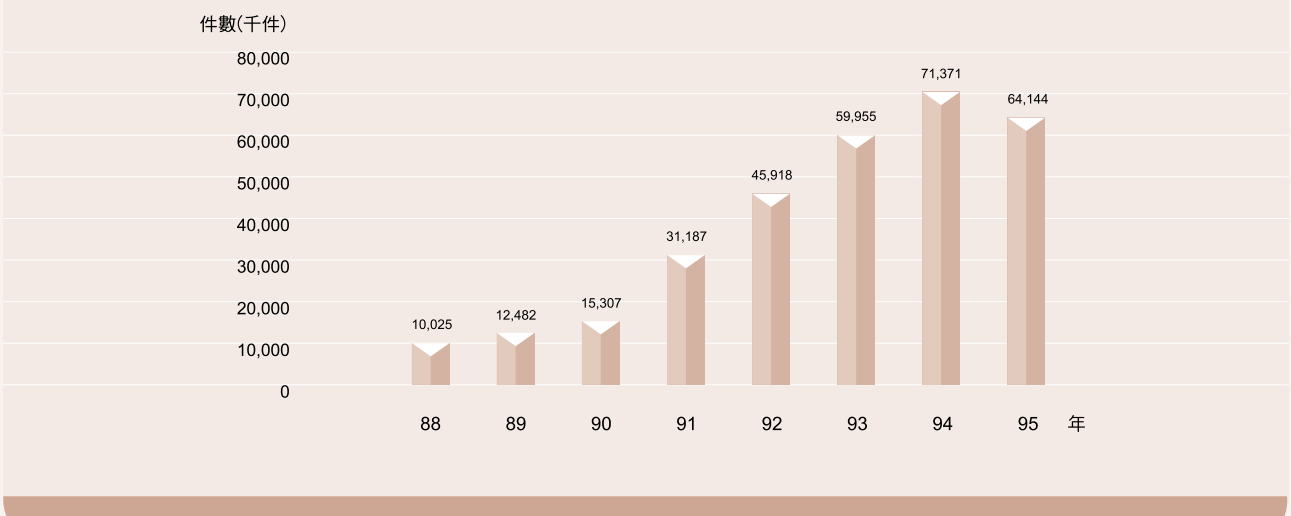
第二節　藥物優良製造及國際相互認證

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

一、繼續推動藥品優良製造規範，已有168家國產藥廠完成cGMP第1階段確效作業，其中有162家藥廠完成cGMP第2階段確效作業，161家藥廠完成cGMP第3階段確效作業；輸入藥廠目前計有738家申請第3階段確效作業審查，其中622件通過審查；另計有78家輸入藥廠申請實地查核，其中60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9月起，全面實施GMP。國內中藥廠GMP家數計有112家。

圖5-1　門診處方交付特約藥局調劑件數統計圖



三、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409廠家，輸入醫療器材品質系統文件(QSD)登錄2,026廠家。另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，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

為減除民眾選購黑心食品、摒除黑心食品的憂慮，確保民眾的健康，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，於民國95年5月17日公布修正「健康食品管理法」；完成33種殘留農藥安全容許量、42項食品添加物之使用範圍、限量及規格標準，及5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、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95年計發佈紅燈2次，黃燈9次，黃綠燈5次，綠燈14次，共30次。

三、建立食品污染物風險管理：自民國94年8月起，與行政院農業委員會、環境保護署等機關之副首長定期召開會報機制，整合跨部會資源，即時處理關聯性之問題。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」，並架構食品特派員之機制。計召開3次會報，11次聯繫會議，辦理兩場次全國性研習會，特派員出勤38次。

四、黑心食品之管理：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黑心食品，並修正食品衛生管理法。

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

五、食品安全管制系統（HACCP）：

(一) 本系統為一鑑別、評估及控制食品安全危害之系統，引用危害分析管制原理，對原料驗收，加工、製造及貯運等全程進行食品安全危害之管控。

(二) 食品業者應設立食品安全管制系統工作小組，以鑑別及管理食品良好衛生規範相關紀錄、制訂、執行及確認危害分析重要管制點計畫及負責食品安全管制系統實施之溝通及鑑別所需資源。

(三) 危害分析

1. 食品業者應列出所有危害，並執行危害分析，決定危害之預防措施。

2.危害分析應依據已查證之產品描述、產品預定用途與現場相符之加工流程圖為基礎。

3. 應鑑別危害之發生頻率及嚴重性，並考慮天然毒素、微生物污染、化學性污染、殺蟲劑、藥物殘留、動物疾病、分解或劣變物質、寄生蟲、食品添加物、物理性及其他食品安全之危害。

(四) 協助各類食品業者建立HACCP制度模式，並辦理水產食品業、肉品業之HACCP符合性稽核；及相關之教育訓練。

(五) 推動乳品、肉品、餐飲實施HACCP管理制度，辦理餐飲業HACCP先期輔導制度。

六、食品業者衛生安全管理：公告「食品良好衛生規範」，推動全面性的食品業者自主管理，以提升衛生單位管理人員專業知識，輔導食品業者建立自主管理制度，進而提升自我管理能力，達成食品產製源頭管制目標。另為鼓勵業者建立自我管理體系，亦協助推動非強制性的優良食品GMP及CAS認證制度，由市場機制間接促成食品業者之自我管理力量。

七、推動食品物流業輔導與管理：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。委託中華CAS優良食品發展協會辦理「食品物流衛生評鑑」，輔導對象主要為量販店、超市及生鮮處理業者，計122家業者參與評鑑，其中有120家業者通過評鑑，合格率98%。並將評鑑合格之業者名單，以及低溫食品採購、消費、保存及消費等相關資訊，均公布於衛生署食品資訊網。

八、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。

九、食品中毒事件監控機制：民國95年食品中毒發生案件共265件，患者數4,401人，死亡人數0人。與民國94年食品中毒件數247件、患者數3,530人相比較，件數增加18件（7.3%）、患者數增加871人（24.7%）。而食品中毒案件依病因物質分析，判明件數計98件，判明率36.6%(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117件，佔44%；其次為學校，計47件，佔18%；再其次為自宅及辦公場所，計41件及24件，各佔15%及9%(如圖5-3)。

十、加強公共飲食衛生管理：至民國95年底，計有1萬3,356名烹飪從業人員列管並需持有廚師證書，計有2萬4,432名廚師領有廚師證書，達成率已逾100%；餐飲業維安建檔家數計有5,670家，有2,819家達到衛生自主管理之要求。

十一、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

圖5-2 民國95年食物中毒案件-細菌類病因統計圖

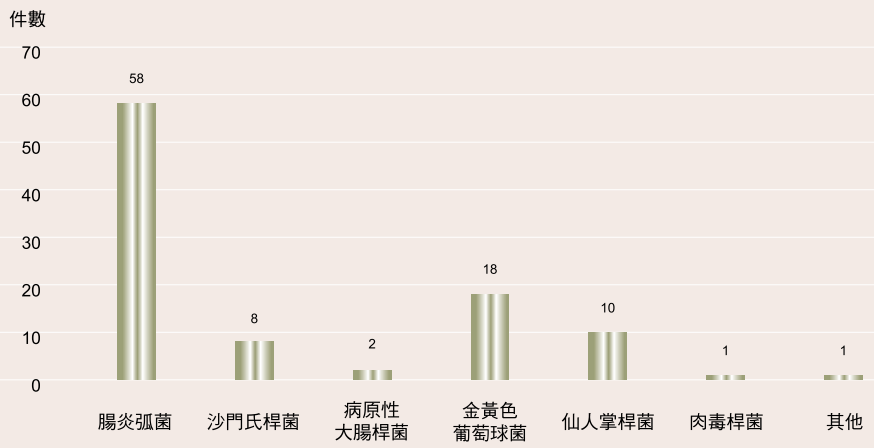
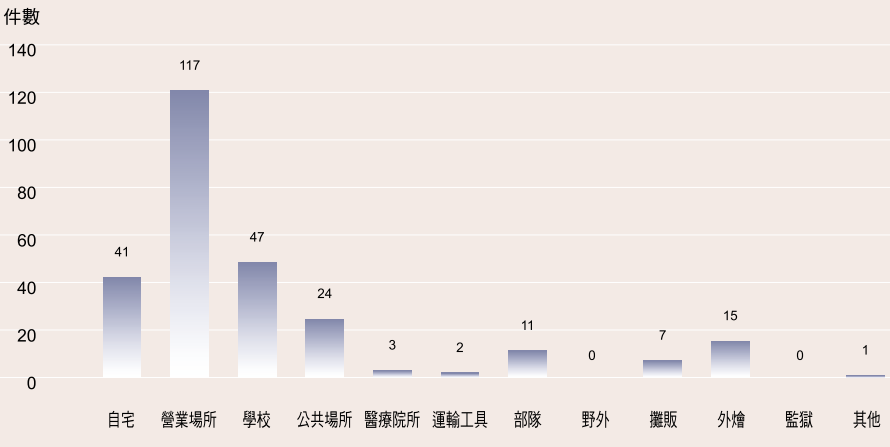


圖5-3 民國95年食物中毒案件-攝食場所分類統計圖



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 155 件，較大嬰兒配方輔助食品 109 件核可產品，及病人用食品 160 件，名單可上食品資訊網之「業務資訊查詢」中查得。

第四節 安全監視機制

為保障民眾用藥及選購食品之安全，替民眾盡到把關的職責，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，並建置安全監控制度，以杜絕不法藥物食品之充斥與危害。

一、持續實施新藥安全監視制度，並於民國93年9月公告「藥物安全監視管理辦法」，將新藥安全監視期間由原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，維護民眾用藥安全，目前新藥安全監視藥品，計762品項，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所未見之不良反應，除加強宣導國內醫療專業人員及民眾主動通報藥品不良反應訊息外，於民國93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95年12月底止，藥品上市後之不良反應通報計1萬7,264件，臨床試驗藥品不良事件通報1萬8,666件。另發行藥物安全簡訊季刊。

三、辦理查驗登記，確保民眾之使用安全：

(一) 食品查驗登記：

1. 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920件、膠囊錠狀食品3,063件查驗登記。

2. 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95年計核准通過健康食品13件。

(二) 公告中藥之新藥臨床試驗審查準則及查驗登記審查準則草案，以期建立完善無障礙的法律環境，促進新藥開發。

四、聯合查緝：

(一) 為加強督導地方衛生機關嚴格取締藥物違規案件，自民國95年5月起，增加稽查頻率，按月辦理，並對過去3年曾有販售偽、禁藥品違規紀錄之藥品販售業者，建立「黑名單」，持續加以強力查核，保障消費者用藥安全。此外設有不法藥物檢舉信箱與免付費檢舉電話，一接獲民眾檢舉，即送交各地方衛生局查處。

(二) 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。

(三) 辦理「95年度平面媒體違規廣告監控計畫」，違規的醫療衛生廣告，計2,329件，經判定後函送各縣市衛生局查處，確認違規案件計1,237件，罰款金額高達1,589萬2仟元。本計畫執行已邁入第6年，取締案件也逐年增加(如表5-2)。衛生署非常重視違規醫療廣告帶來負面效應，於民國95年5月30日修改藥事法條文，將藥事法第66條第1、2項罰款金額由3萬至15萬元改為20萬至500萬元。藥事法第66條第3項，罰款金額由1萬至5萬元改為20萬至500萬元，其經衛生主管機關通知限期停止而仍繼續刊播者，處新臺幣60萬元以上2,500萬元以下罰鍰，並應按次連續處罰，至其停止刊播為止。希望在法規更臻完備之下能達到違規醫療廣告歸零的最終目標。

(四) 加強地方衛生機關針對市售宣稱壯陽、減肥食品抽驗是否摻加西藥，使地方衛生機關查獲偽禁藥並移送地檢署偵辦之案件數急劇增加，民國91年至95年，移送總件數由原先48件增加至149件。

第二章 管制藥品管理

據聯合國毒品暨犯罪辦公室(UNODCCP)之「2005 World Drug Report」之統計資料顯示，目前全球非法藥物濫用人口高達2億人，約占15至64歲人口之5%。大麻是國際上濫用人口最多之毒品，濫用人數高達1億6千萬人約占15至64歲人口之4%，其次為安非他命類，主要包括(甲基)安非他命及搖頭丸(MDMA)，分別約有2,600萬人

表5-2 91-95年平面違規廣告監視統計表

單位：件數

屬性＼年	91	92	93	94	95	小計
中藥	53	12	44	133	73	315
西藥	2	1	9	77	28	117
中醫	82	33	26	44	13	198
西醫	33	36	73	77	79	298
食品	143	213	284	703	916	2,259
化粧品	31	74	125	376	496	1,102
醫療器材	3	30	9	26	7	75
瘦身美容	5	14	6	21	3	49
不明	6	20	5	3	0	34
其他	5	25	29	44	25	128
總計	363	458	610	1,504	1,640	4,575

及800萬人；此外，古柯鹼、海洛因及鴉片則分占第3、4、5位，顯見藥物濫用已是全球性的問題。又近年來，新興濫用藥物(或稱俱樂部濫用藥)的氾濫，更突顯出管制藥品管理及防制的重要性。

第一節 管制藥品管理體系

為掌控國內管制藥品流通，建立管制藥品分級管理、實施證照管理及稽核。

一、管制藥品分級管理：

於民國95年8月公告增修下列管制藥品分級品項：

(一) 增列第二級管制藥品「對-甲氧基甲基安非他命、PMMA (Para-methoxymethamphetamine)」。

(二) 低含量管制藥品之體外檢驗試劑（每公撮 1 毫克以下，單位包裝規格為所含每一管制藥品成分總量 2 毫克以下），不適用於管制藥品管理條例之品項及範圍。

(三) 增列第四級管制藥品氯苄雷司（Clobenzorex）。

(四) 第四級管制藥品硝甲西泮（硝甲氮平）（Nimetazepam），改列為第三級管制藥品。

二、建構管制藥品流通管理體系：

(一) 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。

(二) 核發管制藥品登記證1萬2,308件；核發管制藥品憑照、同意書及核准函1,966件；核發管制藥品使用執照3萬6,147件。

三、管制藥品之稽核管制

(一) 一般稽核：由地方衛生局依據衛生署年度計畫，自行安排例行性之稽核。

(二) 重點稽核：依據濫用程度、用量異常或檢舉案件等，會同地方衛生局執行查核。

(三) 司法查核：配合檢、警、調機關，協助執行查緝工作。

(四) 聯合稽查：會同地方衛生局辦理衛生署之「不法藥物、化粧品及食品聯合稽查專案計畫」，執行稽查工作。

(五) 網路查核：查核網路廣告販賣管制藥品或毒品，移送內政部警政署刑事警察局偵辦。

(六) 管制藥品流向申報與查核：推展以網路媒體申報管制藥品收支結存情形，已有

49%之機構，及93%之業者以媒體申報；紙本申報資料亦皆建立電腦檔案，以核對流向，對流向異常者加強查核。共查核1萬6,629家次，計查獲違反規定306案，違規比率1.84%，均依違規情節輕重予以處分，以防杜管制藥品之流用或濫用。

第二節　藥物濫用防制

隨著網路與生活間關係越來越密切，資訊的普及已達無國界之分，藉由網路的便利性，能迅速獲得各項訊息，相對的藥物濫用者同樣也能在網路上獲取國際間藥物濫用的資訊，甚至進行毒品交易。濫用藥物已呈現多樣化趨勢，除以往常見之海洛因、安非他命等外，搖頭丸(MDMA)、愷他命(Ketamine)、大麻及一粒眠等新興濫用藥物亦常見於PUB、KTV等娛樂場所。為此，持續加強推動各項防制措施、建構藥物濫用通報體系，並積極辦理多元化之防制宣導，加強國人對藥物濫用危害的認知，進而拒絕毒品。

一、為加強新興濫用藥物防制，賡續推動「加強新興濫用藥物之需求面防制工作四年計畫」。業已完成國內首次以一般人口為對象之全國性藥物濫用調查，發現台灣地區藥物濫用盛行率為1.2%，而最常濫用藥物的種類依序為：安非他命、搖頭丸、愷他命及大麻。首次濫用藥物的年齡為20.6歲，濫用藥物的動機大多因「好奇、趕流行」。另進行新興毒品跨國多城市之流行病學研究。

二、建置管制藥品濫用通報系統，目前計有131家醫療機構參與通報，通報案件計1萬1,967件。另於民國95年12月15日發布增訂「管制藥品濫用通報及獎勵辦法」，鼓勵各醫療院所協助參與通報作業，建立更完整之流行病學資料，即時監測藥物濫用流行趨勢。

三、自民國95年7月起，輔導並協助各縣市政府成立「毒品危害防制中心」，依「預防宣導組」、「保護扶助組」、「轉介服務組」與「綜合規劃組」等4大功能分組，以「預防勝於治療」理念，加強民眾藥物濫用防制教育宣導，並結合社工、醫療、心理與其他相關之專業人員，以「全人服務」的理念，幫助需戒毒之個案。

四、自民國95年起，透過社區自主提案方式，結合社區的力量，針對社區中可能之藥物濫用行為與問題，以民眾自主管理之方式，辦理藥物濫用防制宣導活動，強化社區民眾對藥物濫用危害的認知。

五、與法務部合作，辦理「藥癮戒治暨社區復建計畫」，由衛生署八里及桃園療養院與新店戒治所合作，戒治人員自民國95年5月至12月底計3,244人；草屯療養院與台中戒治所合作，戒治人員自95年全年計5,931人。

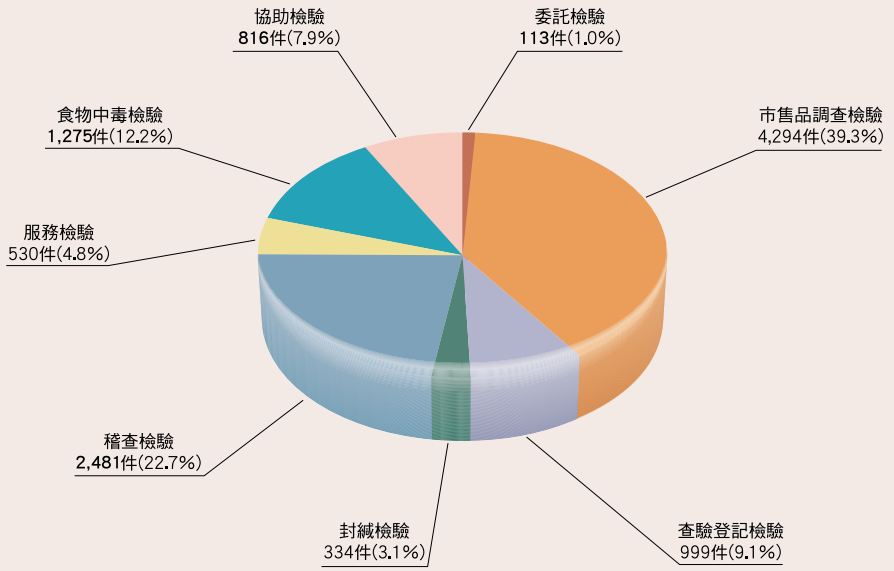
六、辦理藥癮與HIV(＋)替代療法減害計畫，由衛生署八里、桃園、草屯、嘉南等4家療養院合作，共收案1,080人，服藥人次6萬2,507人次。

七、由衛生署嘉南療養院與法務部合作，自民國95年9月1日起，實施「緩起訴毒品病犯之減害試辦計畫」，截至12月止，計收案200海洛因患者接受治療。

八、由衛生署草屯療養院與法務部合作，將台中分監部分舊房舍，闢建為毒癮者社區戒治復健場所－茄苳山莊，並於民國95年12月開幕。

九、建置「反毒資源線上博物館」，平均每月訪客瀏覽人次約2,000人次。培訓藥物濫用防制種子師資，運用設置293個社區藥物濫用防制之諮詢站，提供社區民眾藥物濫用相關諮詢服務；並與行政院人事行政局地方行政研習中心合作，開辦「常見濫用藥物之危害與防制」線上學習課程，以提升藥物濫用防制之成效。

圖5-4 藥物食品化粧品檢驗業務類別及案件統計圖



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。將認可實驗室之名單及認證項目提供公司行號、民眾、消費團體及各級衛生主管機關暨有關機關運用，以建立業者自主管理之基本責任，並配合政府的委外化政策之推行。

第一節　檢驗業務

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

一、施政需求：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，如嬰兒奶粉疑受污染、石斑魚含孔雀綠、進口蔬菜疑似大腸桿菌O157污染等事件之檢驗。

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998件，封緘檢驗334件；支援衛生局業務方面，完成稽查檢驗2,481件，消費者服務檢驗530件，食品中毒檢驗1,275件；協助其他機關完成816件檢驗；受理其他機關(構)之委託檢驗113件(如圖5-4)；完成市售相關產品調查檢驗，計有「超市包裝場蔬果殘留農藥監測計畫」等28項，4,294件檢驗，其中9項之檢驗結果，對媒體發佈新聞外，同步公布於藥物食品檢驗局網站，除藉以加強廠商對其產品衛生安全之社會責任，並供消費大眾參考，確保消費者之權益。

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

一、民國93年起推動食品合約實驗室認可，依國際認證標準給予公正、客觀、獨立之能力評估，確保檢驗結果之精確性，以提升檢驗數據之品質，已累計公告認可13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。

二、積極推動優良實驗操作規範，配合政府推動加入世界貿易組織政策，輔導各衛生局檢驗室建立GLP 制度，全國25個衛生局均已通過TAF認證。

三、開發建立相關檢驗方法43篇，研訂醫療器材審查基準草案20項，公告食品相關檢驗方法7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」、「B型肝炎表面抗原國家標準血清組-靈敏度套組之標定與建立」、「Nested PCR-DNA定序方法鑑定中藥製劑中藥材基原之研究」、「食品中戴奧辛背景值調查」、「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。

四、建立「中區衛生局聯合分工檢驗體系」，協調中部5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。

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 濫用藥物檢驗體系

為提高濫用藥物檢驗速度及品質，適時修正法規命令，並強化及管理濫用藥物檢驗體系，民國95年工作重點如下：

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3,577件，檢驗總件數較94年4,322件減少745件，其中非尿液檢體較民國94年減少14.8%，尿液檢體減少89.3%，歷年檢驗量統計如圖5-5。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），搖頭丸（MDMA）則居第三位，檢出品項分布如圖5-6。

二、於11月17日修訂「濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法」第22、41及51條規定，增訂中止期限屆滿並經實地評鑑通過後，恢復其認可資格；未恢復認可資格前，暫停經中止認可檢驗項目之檢驗。另辦理「濫用藥物尿液檢驗技術研討會」、「頭髮

及減害計畫濫用藥物檢驗研討會」及「頭髮及減害計畫」，以提升濫用藥物相關檢驗技術。

三、執行檢驗機構之認可及管理工作：進行定期績效測試57家次，及實地評鑑32家次，另加強查核8家次，以維持其檢驗品質。管理尿液檢驗機關(構)包括，新增1家通過衛生署認可之檢驗機構及3家衛生局，計有

圖5-5 民國89-95年檢驗檢體統計圖

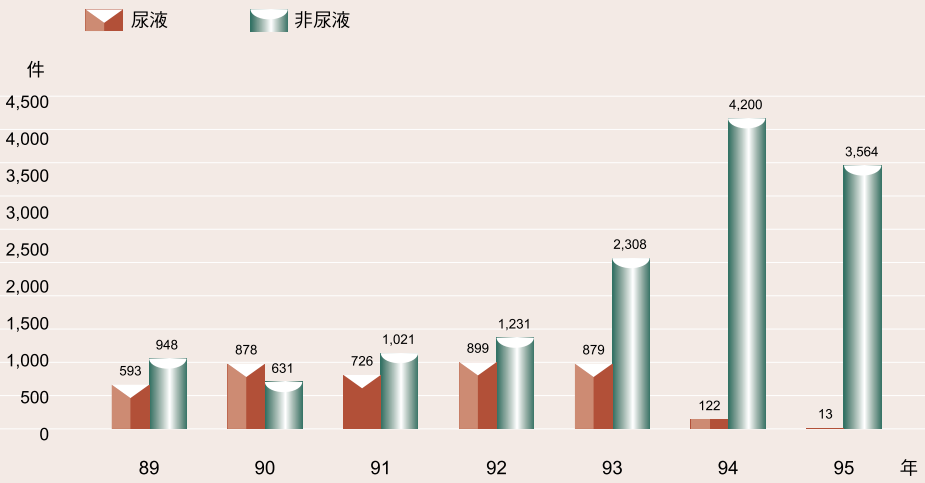
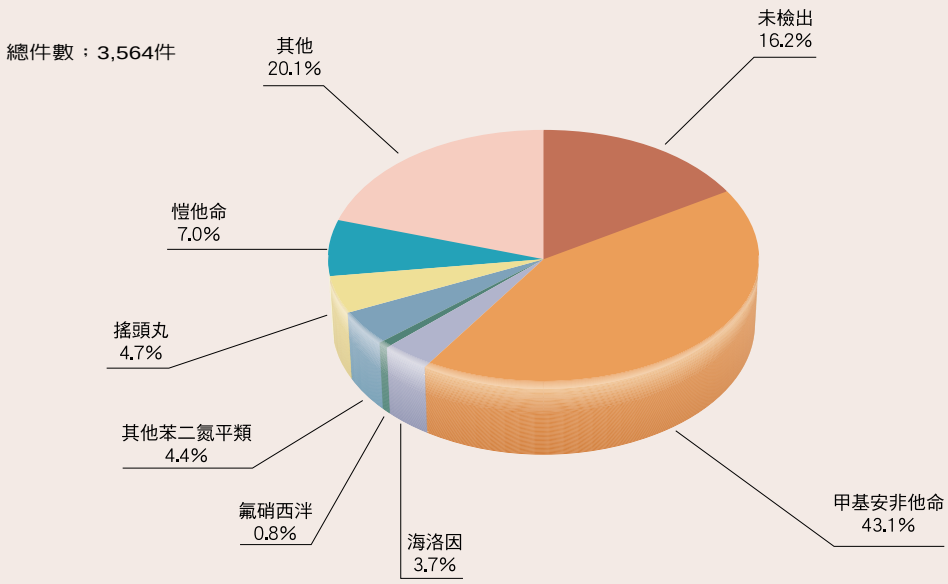


圖5-6 民國95年非尿液檢體檢出率



17家，認可項目包括甲基安非他命、安非他命、MDMA、MDA、嗎啡、可待因、及大麻等。全年認可機構尿液檢驗總件數共計18萬1,816件，尿液檢驗件數涵蓋比率為98.6%【涵蓋比率=(認可機構檢驗總件數÷台灣地區檢驗總件數)×100%】，較民國94年增加7.4%，如圖5-7及5-8。另協調全國北、中、南共4家公立醫療院所，辦理1公克以下之毒品定性檢驗，協助司法警察機關超過負荷之檢驗需求。

圖5-7 濫用藥物尿液檢驗機關(構)管理成果統計圖

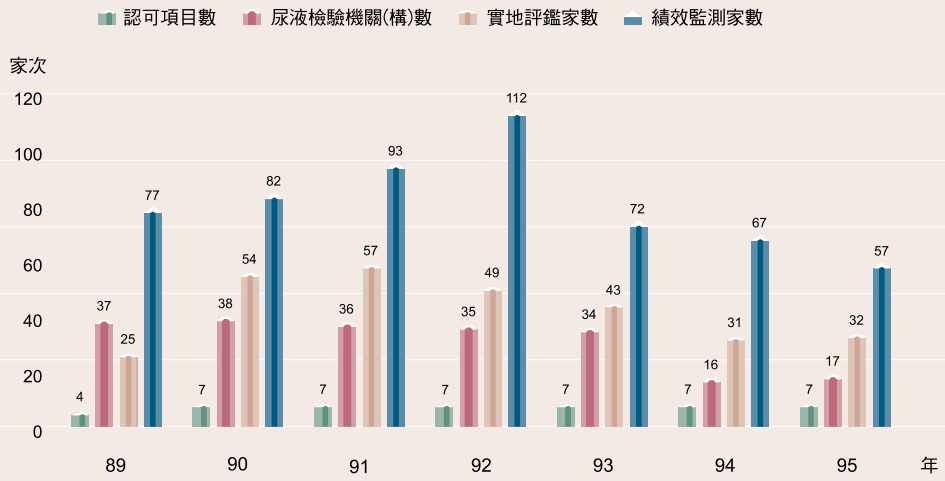
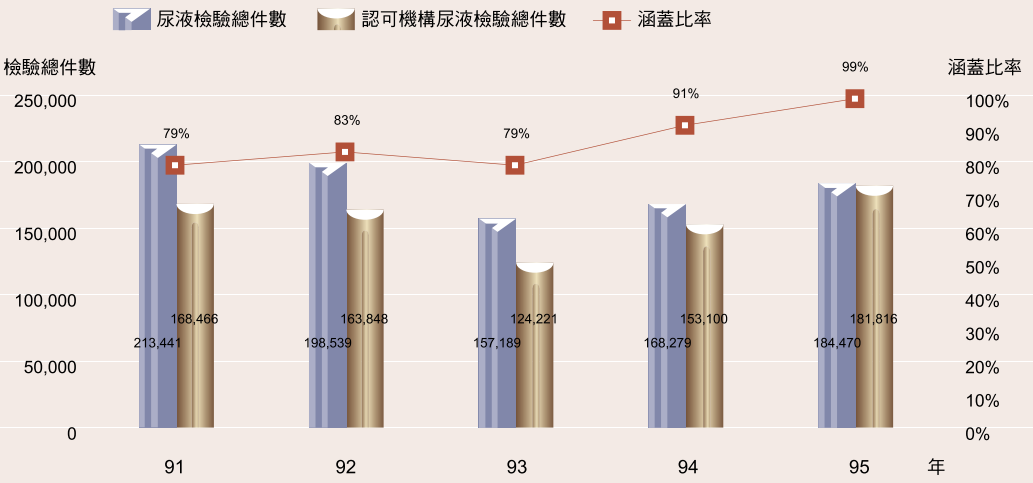


圖5-8 歷年認可檢驗機構尿液檢驗件數涵蓋比率



6

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 長期照護服務體系

第五章 緊急醫療

第六章 山地離島醫療保健

第七章 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，提供給民眾的不僅是疾病之照護，對於我們的醫療體系及醫療團隊如何確保民眾的就醫安全，成為當前一大挑戰。而如何提供全人、全民適當的保健醫療照顧系統，避免專業分工太細、改善醫病關係、落實社區醫療與預防醫學，提升民眾健康及品質，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，將台灣地區劃分為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1月至民國97年12月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，期以提供民眾適切性、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，評估各地方民眾健康需求，辦理各項區域醫療資源與提升區域醫療水準計畫。相關實施成果如下：

一、醫療機構現況：公私立醫療院所呈現逐年增加趨勢，民國95年底醫院計有547家，診所計有1萬9,135家(圖6-1)。醫院家數逐年減少，診所家數逐漸增多。平均每一醫療院所年服務人次則逐年遞減，已降至每一院所服務844人；而每萬人所擁有院所家數，由民國78年之6家逐年增加至8.4家。

二、醫療院所病床現況：自實施全民健保以來，醫院家數因經營管理效率及競爭之故，雖呈減幅趨勢，但其病床數則增加迅速。醫療院所病床數共14萬8,962床(含一般病床及特殊病床)，其中一般病床占65.4%。屬於衛生署及縣、市立醫院者占16.7%，其他公立醫院占19.6%，法人、醫學院附設之私立醫院占34.5%，其他私立醫院占29.2%；私立醫院病床數約為公立醫院的1.7倍。醫療院所一般病床為9萬6,595床(含急性一般病床7萬2,932床、慢性一般病床4,188床、急性精神病床6,073床、慢性精神病床1萬3,054床)，平均每萬人口病床數為65.12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95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5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，避免醫院長期佔用病床資源及確保民眾就醫權益，於民國95年底計核減(含廢止)急性一般病床7,513床，精神病床2,355床。

第二節　社區醫療衛生體系

因應後SARS醫療體系改造之需求，自93年度起，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，以促進地方衛生局、衛生所與社區醫療群（由診所與合作醫院組成）之互動，可整合社區衛生醫療資源，共同推動衛生醫療防疫業務，及解決社區民眾之健康問題，並落實社區醫療保健模式與社區防疫醫療網絡之建立。94年

圖6-1　歷年醫院診所家數

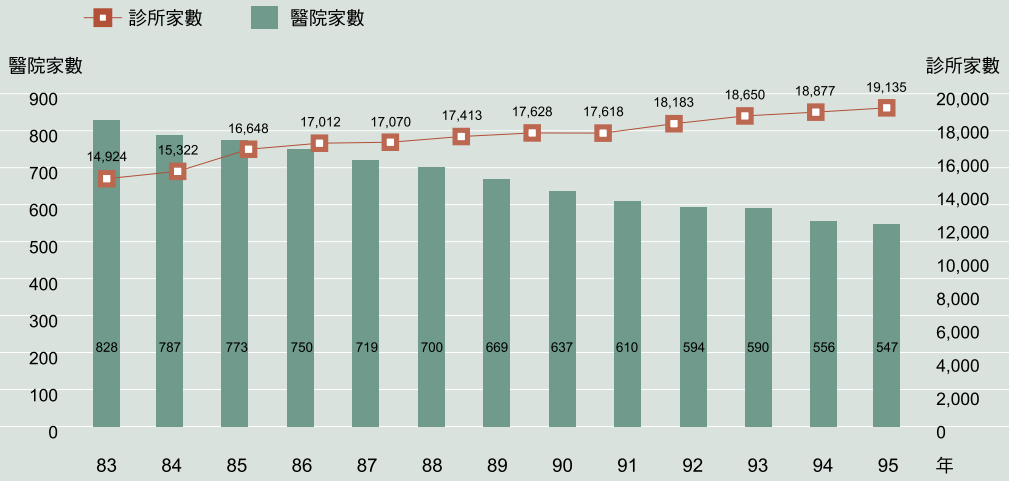
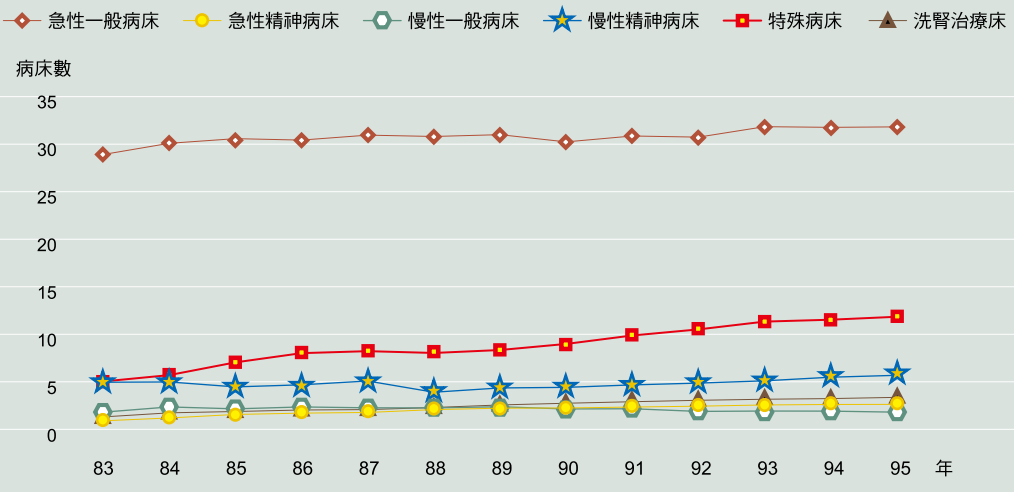


圖6-2　歷年每萬人口病床數



度起，積極建置「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，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。95年度止，計建置303個「社區醫療群」、20個公衛(防疫)群，同時輔導成立社區醫療群示範點，並建立社區醫療品質評核制度。社區醫療衛生體系架構如圖6-3。

強化社區醫療衛生體系，建置區域共同照護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。民國95年以彰化縣為示範點，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

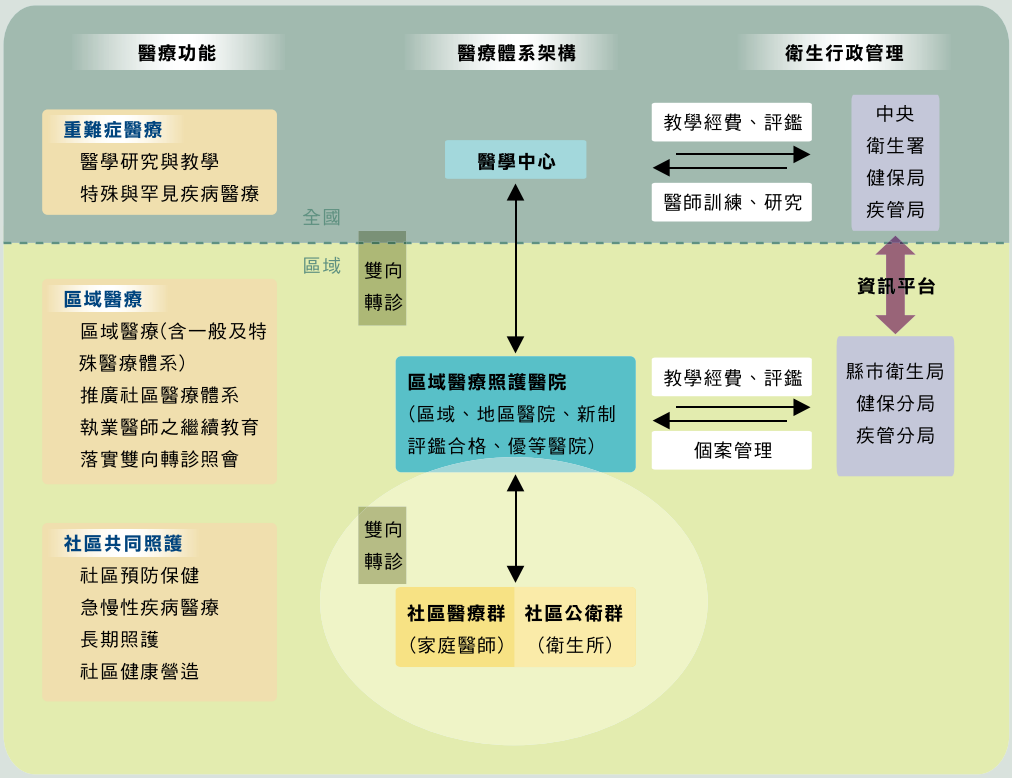
過去公立醫院長期接受政府公務預算補助，惟經營績效仍不佳；為增進公立醫院經營彈性及提升營運效率，爰推廣公立醫院朝『多化元』、『法人化』之方向，加速改革之政策。

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、規劃推動公立醫院轉型為行政法人，並進行署立醫院之組織再造，促進民間參與機制。

圖6-3 社區醫療體系



另署立醫院辦理「促進民間參與公共建設方案」，計民間參與投資金額達3.2億元。

四、 建置安全醫院作業環境，提供優質醫療及社區關懷服務。

第二章 醫療品質

台灣近年來發生之醫療事件，以及民國92年4月SARS疫情之擴大，顯現了醫院感染管制、病人就醫安全、醫護人員訓練不足等問題。因此，加強病人安全、提升醫療人力素質、加強醫院管理品質、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，維護高品質、全方位及安全的醫療服務，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(WHO)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 on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)所發展的醫療機構年度工作目標與執行策略，訂定我國「95-96年度醫院病人安全工作目標」，包括：提升用藥安全、落實醫療機構感染控制、提升手術正確性、提升病人辨識的正確性、預防病人跌倒、鼓勵異常事件通報、改善交接病人之溝通與安全、提升民眾參與病人安全等，並於民國95年1月函頒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(Taiwan Patient Safety Reporting System，簡稱TPR)」，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，已有301家醫院參與此系統。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 (NPSF)辦理病人安全週活動之經驗，自民國93年起，首度以3年為期，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，透過健保6大分區醫療網推廣全國，以加強家屬、民眾及醫療服務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；95年度以「病人安全我參與」為口號，以「用藥安全」及「家庭用藥總檢查」兩大活動為主軸，提醒民眾做好自己長期用藥與藥物過敏紀錄，加強自身用藥安全。藉由病人安全週之活動，增強民眾健康知能引導參與醫療決策過程，並深植我國病人安全文化。

(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，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。擴展我國與國際間相關病人安全組織交流學習，鼓勵進行病安研究發展，快速傳播資訊，分享經驗。

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，以社區民眾健康需求為導向，鼓勵發展不同類型之特殊功能醫院。至於教學醫院評鑑改革，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。目前經評鑑合格醫院有491家，占全國醫院約90%，並完成70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3家精神科醫院(含教學)、75家精神復健機構之評鑑，確保精神疾病患者之醫療及社區復健服務品質。

(四) 為確保中醫醫療服務品質，提供中醫就醫之安全環境，首度辦理中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑，於民國95年6月公告「95年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑作業程序」及「中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑基準」，完成36家醫療機構評鑑工作，並藉以評定中醫醫療機構負責醫師2年以上醫師訓練合格醫院；計有12家醫院獲得優等，21家合格。

三、 規劃籌設第三者公正機構-健康照護促進中心，作為我國醫療品質資訊提供及監控組織，建立全國醫療品質評估架構，發展我國重要疾病核心指標。

四、 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，進而建立與品質關聯之健保支付制度。

五、 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。

六、 委託辦理「全責護理模式試辦計畫」及「複合式護理照護試辦計畫」，藉以建置全責護理人員與護理輔助人員合作模式，減輕護理人員工作負擔；另委託辦理7項護理人員留任措施試辦計畫，緩解目前護理人力不足之窘境。

七、 執行嚴重急性呼吸道症候群醫療照護或防治而受創人員的復健與照護方案，計84人參與。

八、 透過公共衛生護理與公立醫院護理社群網絡，建立中央與地方護理政策溝通平台，推動護理夥伴網絡計畫暨公部門在職教育計畫，計有28家公立醫院及7縣市衛生局參與。

九、 自民國94年起，成立專科護理師諮詢委員會，推動專科護理師制度，積極規劃專科護理師執業範圍、相關法規及配套措施。

十、 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 醫院環境保護品質

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、處理機構共有6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。核准通過1家醫療廢棄物共同清除處理機構，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，輔導醫療機構自主性的做好廢棄物的妥善處理與管理，核准通過1家再利用處理公司。

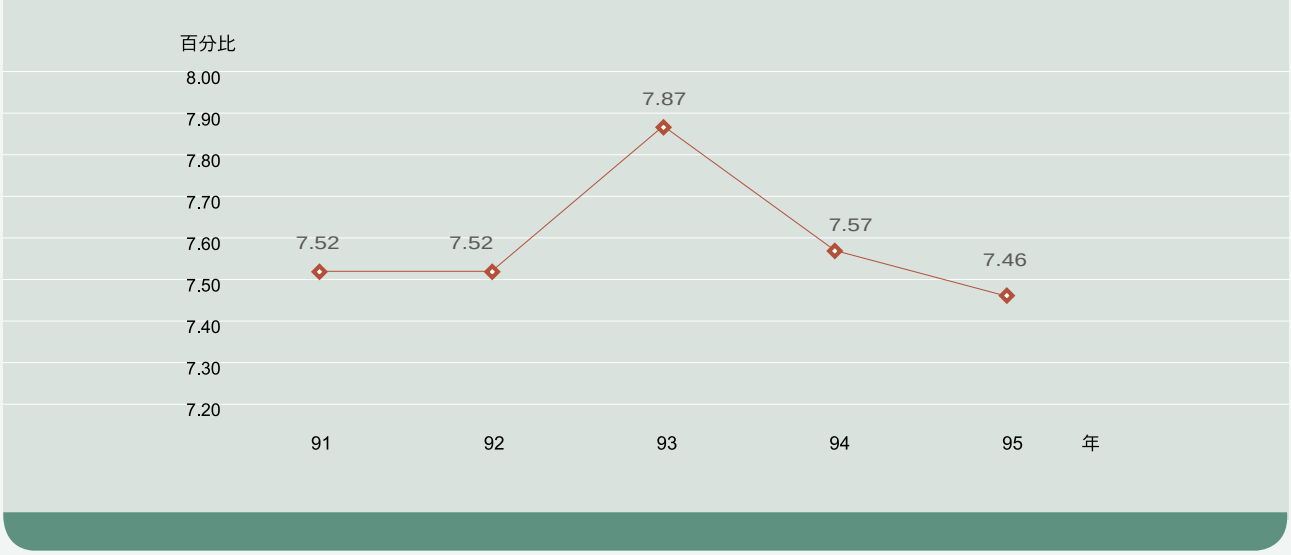
第三節　提升血液供輸服務品質

我國捐血運動自推行以來，歷經32年的努力，由於國人的踴躍參與及熱烈響應，使我國的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年執行第一期加強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，加強改善從事血液捐供業務之單位辦理血液供輸設備、流程、服務品質等促進計畫。為推動國內生技水準，並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，我國血液製劑條例及施行細則於民國95年1月正式實施後，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、宣導高危險群勿捐血：目前的檢驗技術，並不能驗出愛滋空窗期感染的血液，也因這項檢驗盲點，徒增輸血風險，為了降低輸血感染愛滋病的風險，積極宣導民眾正確捐血觀念，勸導高危險群勿利用捐血來檢驗愛滋。

二、積極開發新血源，提升首次捐血比率：台灣捐血運動已發展30餘年，捐血觀念深植人心，目前捐血人口逾600萬人，國人捐血比率約7.46%(圖6-4)，近6年來年平均捐血量222萬5,251袋(圖6-5)。

圖6-4　91-95年國人捐血比率



三、加強檢驗自動化效能，提升血液作業品質：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、辦理血液核酸擴大檢驗(nucleic acid testing,NAT)教育訓練：血液核酸擴大檢驗（NAT）法可以直接偵測病毒核酸，具有高於傳統血清學檢驗(EIA)的極佳敏感度，也能有效縮短檢驗空窗期，為將來實施血液核酸擴大檢驗（NAT）作準備，規劃辦理技術人員培訓課程，使作業人員能藉教育訓練課程，對血液核酸擴大檢驗（NAT）之熟悉，並學習該檢驗技術。

五、建立稀有血型庫：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、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，除提升當地醫療品質外，亦可拉近離島及本島間醫療資源之落差。

第三章　精神醫療與心理衛生

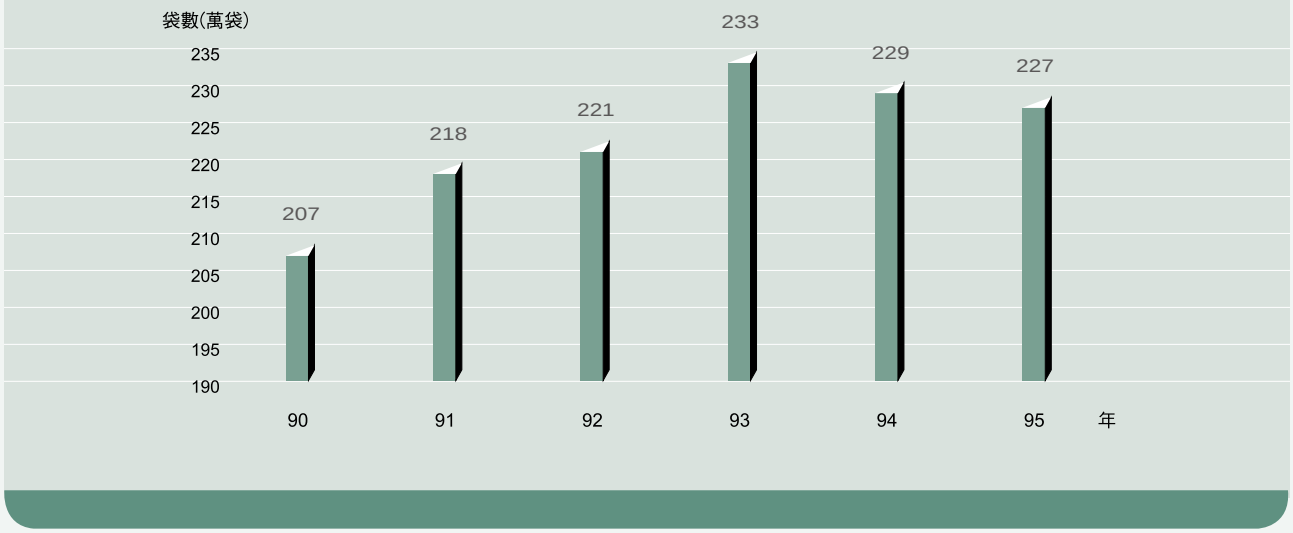
鑑於社會轉型，人際關係疏離，社會支持系統薄弱，社會心理問題日益增加，精神疾病之預防及心理健康之提升，成為亟需重視之課題。為此，衛生署對於推動精神疾病患者的醫療照護、規劃心理衛生服務計畫不遺餘力，且致力於推廣身心衛教、提供民眾心理健康諮詢服務，以預防創傷後壓力症候群及相關精神疾病的發生。

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，其重點如下：

一、為健全精神疾病患者之醫療照護服務，逐年

圖6-5　90-95年捐血量



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4家。

二、為讓症狀穩定、局部功能退化、具復健潛能，但長期停滯於醫療機構中之精神病患回歸社區，積極充實精神復健設施，強化社區之復健服務。至民國95年底，社區復健中心服務量已達2,639人，康復之家服務量則為3,365床。

三、為有效掌握社區病人照護情形，業已完成25個縣市精神病患社區追蹤照護系統登錄作業，目前列管個案數計有7萬6,105餘人，依衛生署社區追蹤照護訪視要點提供追蹤訪視服務。此外，全省也補助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，另對高危險群個案，教導家屬危機處理。

四、補助直轄市及縣市政府設立社區心理衛生中心，以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3,361人次。性侵害被害人驗傷採證及緊急醫療處置部分，各縣市性侵害防治責任醫院則有160家。另為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，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，並已有18個縣市完成訂定。

六、95年度經衛生署指定之藥癮戒治機構共134家，另與司法體系合作，發展戒治醫療整合試辦計畫，至12月底止，戒治所內評估人數1,123人，進入治療人數840人，個別諮商1,135人次，團體治療6,917人次，醫療處遇總人次9,175人次；民國95年12月26日於草屯分監推動發展治療性社區復健計畫，預定收治30位物質濫用患者。鼓勵相關機構與團體，辦理41場專題講座、繼續教育及成長團體。

七、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。

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，自殺將排名為第九位（在已開發國家為第八位）。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（如圖6-6），並且連續9年擠進國人十大死因之列。因此，為提升國民之心理健康，減少不必要生命損失，自殺防治工作乃為我國當前公共衛生要務。

自殺對於社會衝擊相當大，但相關因素卻是多層面，且相互交錯影響的，並且自殺族群具異質性。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5月奉行政院核定「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、於民國94年11月啓動「自殺防治通報關懷系統」，通報單位將自殺個案訪視、轉介等

相關明細及分析報表，通報至衛生局與衛生署。民國95年通報量計1萬9,192人次。

三、民國94年12月成立「自殺防治中心」（委託台灣憂鬱症協會辦理）及設置24小時服務之「安心專線」0800-788995（請幫幫，救救我），提供民眾專業之諮詢服務。民國95年總通話服務量計2萬7,517通。

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

第四章　長期照護服務體系

以「在地老化」的施政理念，透過政府施行垂直式及水平式的整合計畫，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。另發展特殊照護模式，提供身心障礙者獲得完善之照顧服務。

第一節　長期照護社區化

民國95年台灣65歲以上人口比率超過10%(如圖6-7)，又依據行政院經建會之人口推估，民國107年將高達14%。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，衛生署為符合需求，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311家、居家護理468家、日間照護22家。

二、建立長期健康照護制度，落實急性醫療與後續之銜接機制，辦理「出院準備服務」計畫，提供連續性之照護服務。

三、建置長期照顧「單一窗口」管理機制，已輔導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。

四、建置長期照護資訊網，並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，並提升作業效率。

五、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。

六、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，計有7,792人/日接受此項服務。

第二節　身心障礙服務

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、補助18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、訓練及提供居家輔具服務。

二、補助24家區域以上醫院辦理兒童發展聯合評估中心計畫，建置可近性高之評估診斷及療育服務網絡，提供兒童職能、物理及語言等療育服務及後續門診追蹤。

三、建構失智症照顧模式，目前除衛生署花蓮、朴子及屏東醫院辦理失智症照顧模式之示範外，於民國95年起，推動「獎勵設置社區型日間照護中心及護理之家功能改造計畫」。另補助4家醫院辦理失智症病患之照護設

施，提供合適的機構式照顧服務，讓家屬減輕照顧困擾，提升其生活品質。

第五章　緊急醫療

為強化全國緊急醫療救護體系，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84年8月公布「緊急醫療救護法」，並積極推展緊急醫療應變機制。

一、補助台大及成大醫療團隊建置「國家級災難醫療救護隊」，以應付重大災難發生時之緊急醫療需求。並完成全國中央(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、加強衛生動員之整備工作，並配合災害防救法及其相關法規，強化災害防救、大量傷病患救護工作，共辦理7場大量傷病患演習；建立大量傷病患緊急醫療救護緊急事件管理(ICS)指揮系統。

三、建置周產期緊急醫療轉診系統，共92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眾上網查詢。

四、建立急重症病床通報制度，以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206家醫院透過系統自動傳送其空床數。

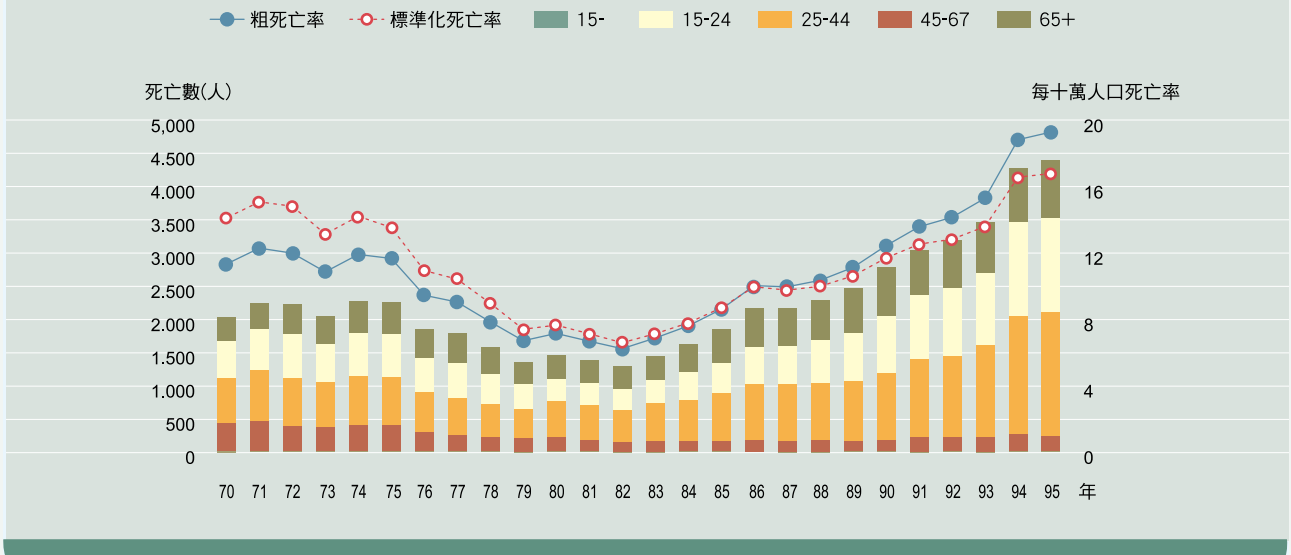
五、健全衛生機關因應化災、核災，建置毒化災、核災緊急醫療救護體系：

(一) 整合化災與輻傷醫療服務，成立台北、北部、中部、南部、高屏、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。

圖6-6　歷年自殺死亡數及死亡率



附註：虛線代表2000年世界標準人口年齡結構調整之標準畫死亡率

六、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；此外，並補助各縣市衛生局及民間團體辦理民眾CPR急救訓練。

七、辦理救護車業務品質考核，結合內政部消防署、國防部軍醫局及縣市衛生局，所組成中央與地方之聯合稽查小組，分別於民國95年4月及8月，對救護車展開抽檢業務，落實救護車之管理，對提升救護車之服務品質及維護病人和家屬之權益，實有助益。

八、為落實醫院建立緊急災害應變措施計畫，民國93年12月修正發布「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」，並將衛生局督導情形列入地方衛生局績效綜合考評項目，以落實醫院對緊急災害應變之執行。

第六章　山地離島醫療保健

由於山地離島比一般地區醫療資源及人力較不足，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」，以達提升醫療保健品質，創造健康的社區。

一、強化醫療資源及設施：改善醫療保健設施，補助山地離島6家(高雄縣三民村衛生室重建、茂林鄉衛生所空間整修併萬山衛生室重建、花蓮縣秀林鄉佳民村、萬榮鄉馬遠村及紅葉村等4間衛生室重建、澎湖縣馬公市第一衛生所空間整修)衛生所室重建及11間衛生室修繕，以更新建築及延長房屋使用年限。補助醫療儀器設備計125項及資訊設備計225項，以提升醫療保健水準。另補助山地離島衛生所汰換老舊救護車及巡迴醫療車計17輛、巡迴醫療機車218輛，以提升醫療救護作業機動性。

二、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，

圖6-7　老年人口占總人口比率圖

(民國95年底已超過10.0%)

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。95年度計接受空中轉診案件255件，核准214件，核准比例為83.92%。此外，並補助3處山地離島地區直昇機停機坪修繕(桃園縣復興鄉華陵村、澎湖縣望安鄉花嶼村及金門縣烏坵)，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，辦理空中轉診及就醫交通費補助。至民國95年底止，已空中轉送317名緊急傷病患，及補助2萬803名重大傷病患者轉診來台就醫的交通費。

三、遠距醫療

(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) 於苗栗縣泰安鄉試辦「行動門診」巡迴醫療，以無線即時環境取代紙本病歷。另全國首創「泰雅語」語音掛號系統，並可適用各種族語。

(三) 於連江縣辦理離島地區PACS系統建置試辦計畫，以跨區域即時X光診斷，縮短各島與台灣本島之距離，並串連成虛擬即時醫療平台，提供第二會診及後送準備等，以提升山地離島地區醫療品質。

四、為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1家醫療機構(診所)至山地鄉開業。

五、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，帶動社區民眾參與共同營造自發性健康新活力，創造健康的社區。95年度共推動61個計畫，結合1,425個社區團體共同推動，招募保健志工3,835人。

六、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月改隸為衛生署，並由所屬台北區域聯盟醫院支援各項醫療業務。

(二) 民國94年7月國軍馬祖醫院裁撤後，本「醫療不中斷」之原則，除由臺北市立聯合醫院支援外，由衛生署中區區域聯盟醫院支援外科及精神科，以滿足實際醫療需求。

(三) 澎湖醫療大樓由三軍總醫院澎湖分院經營，澎湖地區的醫療資源整合，目前已進入營運整合期，預計於民國97年7月整合完成。

(四) 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。另補助澎湖醫療大樓設置核磁共振造影系(MRI)，已於民國96年1月26日啓用，將更有效之提升該地區之醫療水準。

(五) 為改善原住民之醫療照護問題，衛生署花蓮醫院豐濱分院於民國95年8月1日

起，改名為花蓮醫院豐濱原住民分院，強化原住民醫療服務。

(六) 恆春分院於民國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。

(七) 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桃、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。

七、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，分由安泰醫院及衛生署宜蘭醫院承辦本計畫，計約23名醫師參訓。

八、成立山地醫療救護守護團，進用山地醫療救護守護員90人，實施緊急救護教育訓練，協助推動山地鄉衛生所公共衛生業務，提升山地醫療照顧品質，並解決原住民之失業問題。

九、辦理苗栗縣原住民肝病防治及金門、綠島地區肝病篩檢計畫，針對年滿20歲以上未接受整合式篩檢之居民進行篩檢及超音波檢查。金門、綠島地區篩檢1,739人，確診計8人；苗栗縣原住民地區篩檢970人，確診計5人。

十、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，至民國95年12月底止，共培育醫師266人，服務期滿仍有超過7成以上之醫師留在當地服務。

第七章 醫療資訊

隨著資訊科技的日新月異，資訊系統在醫療照護品質上逐漸扮演重要的角色，衛生署在「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，延續、擴展及推動「國民健康資訊建設計畫(National Health Informatics Project, NHIP)」，以落實「把健康資訊還給民眾」的政策目標，提供良好衛生資訊發展環境，培植我國健康資訊人才，創造新型的醫療資訊產業服務模式，提升醫療服務品質。

第一節 醫療資訊網

一、全國醫療資訊網基礎建設

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（Service Center，簡稱SC），擔任我國醫療資訊交換樞紐(如圖6-8)。

SC持續負責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，以提供連線衛生醫療單位一個高品質、高穩定之資料處理服務、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。

二、醫事管理系統

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積分之管理等作業，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，且持續進行功能增修，提升系統之效能。

三、衛生局所網路便民服務計畫

配合「挑戰2008國家發展重點計畫－數位台灣計畫」，提出「衛生局所網路便民服務計畫」，由中央統籌規劃開發衛生保健便民服務網站暨相關資訊通報服務系統，加速衛生局、所應用網際網路技術提供民眾預防保健服務。95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，各系統之通報件數分別為9,867件、2萬563件及4萬1,563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2萬8,631件、267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) 衛生局單一簽入系統整合：輔導衛生局局內資訊網、帳號線上申辦及知識管理系統等上線使用，並完成衛生局既有系統與管制藥品管理局及中醫藥委員會系統單一簽入整合工作。

(四) 統籌維運354個衛生所之衛生保健便民服務網站，提供民眾上網查詢健康資訊及相關服務，計有2,176萬9,655人次的點閱次數(如圖6-9)。

(五) 食品衛生管理資訊系統，於民國95年1月正式上線運作，對於食品稽查、管理作業均有強化之功能，且維護大眾食的安全，提升業務資訊化之行政效率。計已完成建置之稽查事件約7萬8,000筆。

四、建置長期照護資訊網

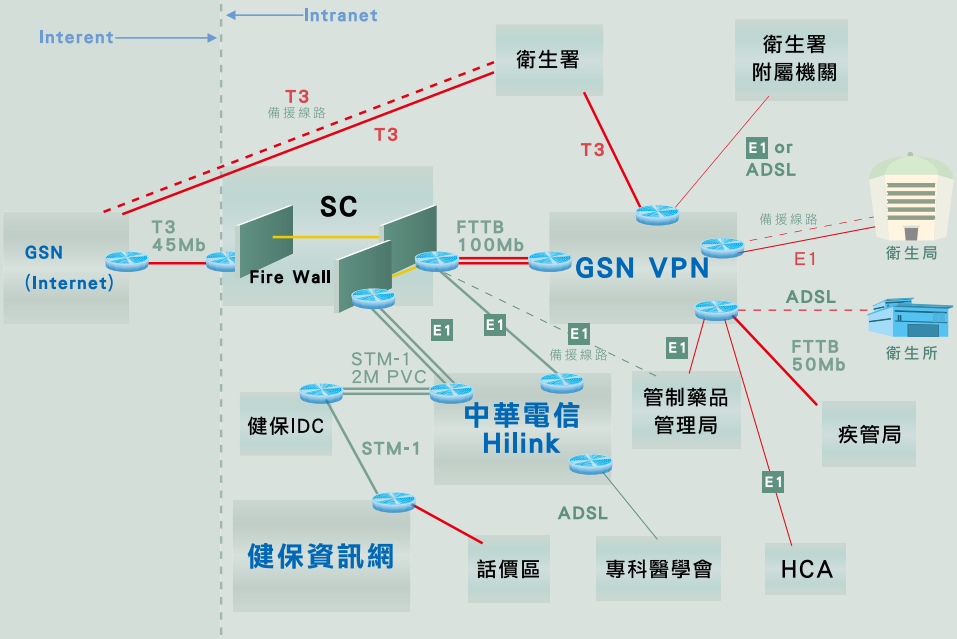
95年度依中央研訂之通報流程及管理指標，擴充照護機構通報等系統功能、辦理相關教育訓練與推廣工作，持續輔導25縣市長期照顧管理中心、31家護理之家及14家醫院使用前項系統，並與內政部照顧服務管理資訊系統進行資料交換。透過長期照護資訊網系統功能之強化及推廣，達到以資訊支援長期照護業務目的。

第二節 網路健康服務

一、推廣病歷電子化

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

圖6-8 HIN網路架構圖



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) 推廣醫療院所病歷電子化：國內各醫院對於病歷電子化之發展，截至目前，已相當普及，計約有5成(244家)醫院位於第2階段(電腦化病歷階段)，4成(202家)已到達第3階段(電子醫療紀錄階段)以上。顯示未來電子病歷之發展，國內醫療產業在基礎建設上已有相當的基礎，且醫院病歷電子化多已進展至院內整合階段並逐漸邁向院際之分享與交換應用(如圖6-10)。

圖6-9 衛生所網站歷年點閱次數統計圖

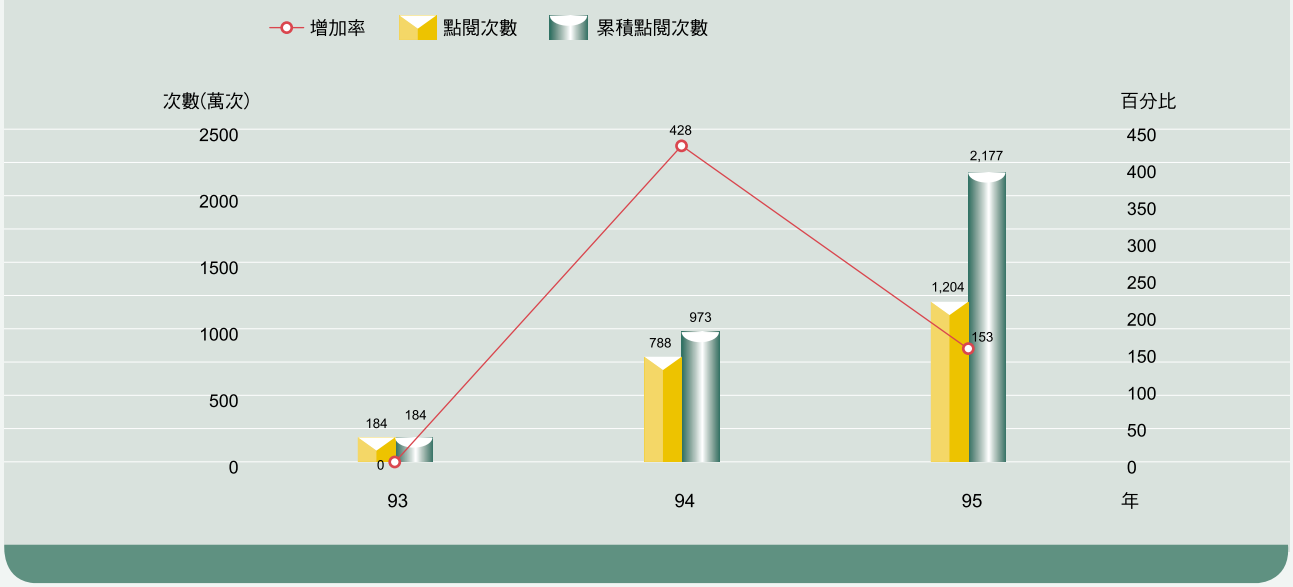
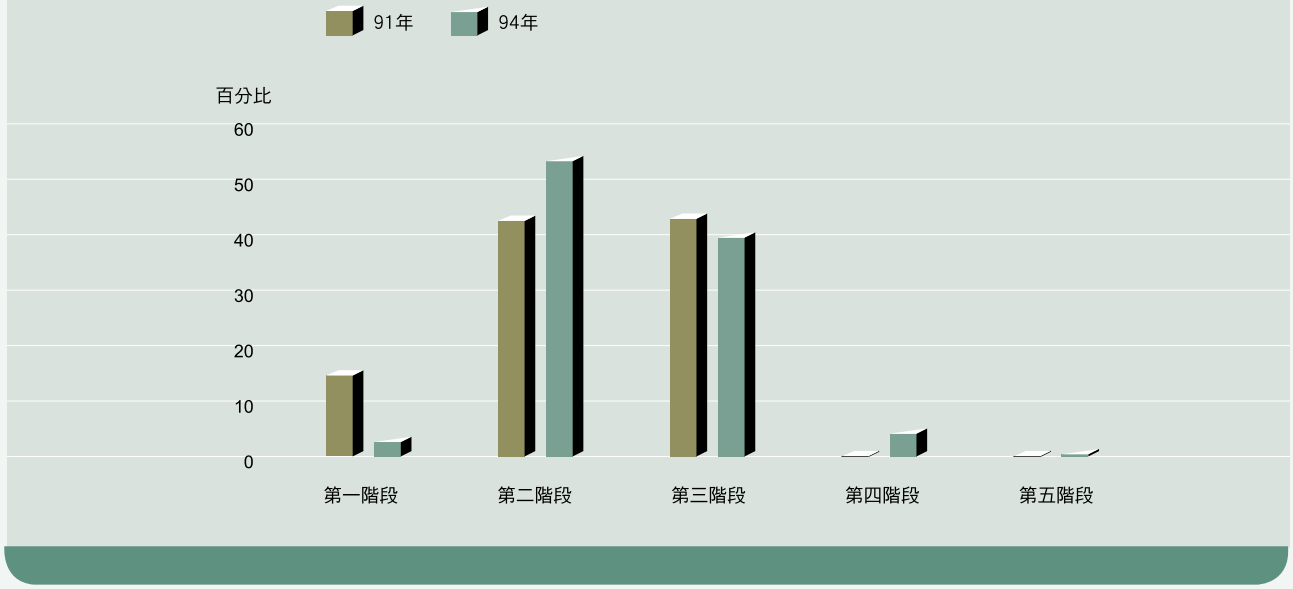


圖6-10 醫院病歷電子化調查結果統計圖



(二) 設置及營運醫療憑證管理中心：於民國92年6月13日正式啓用營運，提供醫療電子憑證服務；計製發5,832張醫事憑證IC卡，累計達146,272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。

(三) 推廣醫療資訊標準，落實院際醫療資訊的交換與流通：持續辦理醫療資訊HL7及醫療影像(The Digital Imaging and Communications in Medicine, DICOM)標準推動計畫，完成13項HL7標準建議書草案制定，並建置醫療資訊標準HL7訊息驗證系統及國際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。

二、藥品交互作用資料庫系統：於民國93年正式開放，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，以保障民眾用藥安全。參與使用之醫療院所計有1,787家，共計6萬3,819人次上網使用。

三、緊急醫療管理系統：於民國90年應用網際網路技術完成「緊急醫療管理系統」改版，並陸續完成各急救責任醫院HIS系統自動轉出各科加護病床及急診留觀床空床數資訊，與結合醫療資源管理地理資訊系統圖資介面，展示區域內及　近縣市之空床數和地理位置資訊；增修緊急醫療救護通報、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。使用單位包括衛生署、消防署、急救責任醫院、各縣市衛生局、各縣市消防局救災救護指揮中心、流行疫情指揮中心及六區緊急醫療災難應變中心等400多個單位。

四、人民申請案件線上服務系統：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95年新增第一等級醫療器材查驗登記線上申辦功能，並與藥證業務管理資訊系統及醫事管理系統整合，以縮短作業處理時效，且增加以醫療憑證管理中心核發之醫事憑證(人員及機構)IC卡登入系統功能，提供民眾多元化登入機制，期達成簡政便民目標。

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95年底止，每萬人口西醫師數為15.26人、中醫師為2.07人、牙醫師為4.55人、藥事人員為11.99人、護理人員為47.90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之人員數，亦均符合推估之需求數；惟臨床心理人力及聽語治療人力則尚屬不足。

第二節 醫事人力培育

為提升醫事人員的素質，衛生署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95年底，共分發275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5,391名公費畢業生，現有1,327人正履行服務義務，其中451人服務於特殊科，195人正於山地離島、衛生所及非公立教學醫院等履行第二階段服務義務。而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、於民國77年6月訂定「專科醫師分科及甄審辦法」，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；同時，自90年度起，每年重新認定專科醫師

表6-1 95年度各類醫事人員領有證書及執業情況

醫事人員類別	領證人數	執業人數	執業人數／每萬人口
醫　師	50,933	34,899	15.26
中醫師	10,893	4,743	2.07
牙醫師	13,802	10,412	4.55
藥師(藥劑生)	45,943	27,413	11.99
護產人員	373,034	109,538	47.90
營養師	4,529	1,138	0.50
醫事檢驗師(生)	17,244	7,459	3.26
物理治療師	4,261	2,395	1.05
物理治療生	3,130	1,378	0.60
職能治療師	2,027	1,286	0.56
職能治療生	467	172	0.08
醫事放射師(士)	5,765	4,053	1.77
臨床心理師	649	413	0.18
諮商心理師	808	24	0.01
呼吸治療師	1,360	1,078	0.47

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；經甄審通過之專科醫師領證人數合計有3萬7,646人次。此外，每年均甄選補助老人醫學、遺傳醫學、職業醫學、核子醫學、解剖病理、臨床病理、放射治療、法醫等8科特殊科醫師出國進修，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，自92年度起，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，延長為一年之訓練課程，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122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、民國95年12月發布「專科護理師分科及甄審辦法」部分修正條文，並廢止專科護理師相關行政規則。辦理「內、外科專科護理師指導者培育計畫」，553名醫護人員參訓（184名醫師、369名護理師）；並於12月辦理95年度內、外科專科護理師甄審筆試，計1,662人參加口試。另為建立護理人員留任措施，提升護理專業能力，委託辦理7項護理人員留任措施試辦計畫。

八、我國中醫師養成教育，分7年制及8年制中醫學系及5年制學士後中醫學系兩種制度。另為拔擢國內對中醫藥學術有研習心得人士，考選部亦舉辦中醫師檢定考試與特種考試；惟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，而中醫師特種考試制度亦將於民國100年落日。

九、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，民國95年補助14家醫院辦理24項「中醫臨床教學訓練改善計畫」（含13項中醫門診教學、7項中醫會診教學、1項中醫住診教學及3項中醫臨床訓練核心醫院），共開設612個中醫教學門診，訓練2,508人次；進行574次中醫會診教學，訓練1,733人次；在中醫住診教學部分，則進行54次教學，訓練81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、南三區，各舉辦1場全國性及3場區域性聯合教學病例討論會，合計12場，共有2,109人次中醫師參加，並有84位指導醫師投稿113篇醫學期刊。

(三) 針對每個教學案例，均製作中醫教學病歷，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。

十、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15場，參加繼續教育中醫師數為3,736人，占民國94年底執業中醫師總數(4,616人)之80.9%。

(二) 辦理中西醫學術研討會9場，參加繼續教育中醫師數為3,218人，占民國94年底執業中醫師總數(4,616人)之69.7%。

(三) 辦理中醫護理訓練24場，參加本計畫護理人員數為762人，占94年底中醫醫院護理人員總數（1,427人）之55.9%。目前，已有169位護理人員完成全部7科9學分訓練課程。

7

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、醫界與民眾的共同努力下，已大幅降低了民眾就醫的經濟障礙，提升了醫療的可近性，且民眾的滿意度，也一直維持在6至7成之間。同時，健保所創造的價值也讓很多國家稱羨，僅僅民國95年就有273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 Affair，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（WHO）財務負擔公平指數計算，台灣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，是我國開國以來最重大的社會建設。為使全民健康保險制度能永續經營，並保障民眾的就醫權益，推動各項健保措施。其重點如下：

第一節　納保現況

全民健保屬於強制性的社會保險，凡具有中華民國國籍，且在臺灣地區設有戶籍滿4個月的民眾，都必須依法參加，成為全民健保的保險對象，另在臺灣地區領有居留證明文件，且居留滿4個月之非本國籍人士，也應依法參加全民健保。為達全民納保目標，使全民獲得適切之醫療照護，持續執行各項輔導納保措施，至民國95年底，總投保人數（不含軍人）共有2,248萬4,427人，實質納保率已達99％以上，已接近全民納保之目標。為保障弱勢民眾之就醫權益及減輕保險費負擔，全民健保提供以下各項協助措施包括：

一、補助保險費：由各級政府補助弱勢者保險費，含中低收入戶70歲以上老人、身心障礙者、無職業原住民、失業勞工、中低收入3歲以下兒童等，每年補助金額約64.5億元，補助人數約137.3萬人。

二、協助繳納積欠之保險費

(一) 開辦全民健保紓困基金：符合經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法所訂資格之民眾，得向健保紓困基金申請無息貸款以繳納保險費，一年後再還款，民國95年共核貸1,827件。

(二) 轉介公益團體代繳保險費：無力繳納保險費之民眾，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。民國95年轉介成功之個案計574件，獲救助金額共471萬餘元。

(三) 辦理分期攤繳保險費：凡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。民國95年共計25萬6,962人辦妥保險費分期付款。

三、提供緊急醫療保障措施：為保障無力繳納保險費者之就醫權益，民眾如因傷病需急診就醫或住院醫療、罹患急重症需門診治療者，只要檢附戶籍所在地村(里)長出具之清寒證明書，或由就醫之醫療機構查明後出具清寒證明，即得以健保之身分先行就醫。中央健康保險局各分局並將依其需要，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等基金吸收其就醫之費用，以解決其困難。民國95年共受理495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，此等病患大約有65萬餘人，其人數雖僅

佔總保險對象之2.9%，但其民國94年所使用之醫療資源卻將近1,109億元，約占總醫療費用之26%。

五、確保罕見疾病、血友病及愛滋病等重症患者醫療權益與用藥。

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95年底，以權責基礎計算，保險收入為35,154.74億元，保險成本為35,140.47億元，若就民國95年加以觀察，保險收入為3,821.21億元，保險成本為3,822.1億元，當年收支短絀為0.89億元，累計安全準備餘額為14.27億元(表7-1)，已低於1個月保險給付總額(約318億元)。依據全民健康保險法第67條規定，本保險安全準備總額低於1個月之保險給付總額時，即應調整保險費率。

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	2,413.28	-	2,229.38	-	183.90	555.33
86	2,436.38	0.96	2,376.14	6.58	60.26	615.59
87	2,604.80	6.91	2,620.40	10.28	(15.59)	599.99
88	2,648.95	1.69	2,858.98	9.10	(210.03)	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	3,371.44	4.29註7	(3.83)	82.80
93	3,522.44	4.60	3,526.74	4.61	(4.30)	78.50
94	3,610.92	2.519	3,674.27	4.18註9	(63.35)	15.16
95	3,821.21	5.82註8	3,822.10	4.02註9	(0.89)	14.27
合計	35,154.740	-	35,140.477	-	14.27	14.27
86-95年平均	3,080.16	4.70	3,134.26	5.54	-	-

說明：1.( )代表負數

2.84至93年保險收支金額為審定決算數

註：1.保險收入＝保險費＋滯納金＋資金運用淨收入＋公益彩券分配數＋其他淨收入－呆帳提存數

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年保險收入大幅成長，因菸品健康福利捐應徵收之金額，自95年2月16日起由每千支(每公斤)250元調高為500元，且分配全民健保安全準備之比率由70%調高為90%。

9.94、95年保險成本成長率下降，係由於預防保健、法定傳染病防治改由公務預算支應。

為提供解決健保財務問題的具體建議，全民健康保險監理委員會組成專案小組進行研議，該會於民國95年12月召開臨時會議決議：「一、安全準備不宜為零；二、減少健保支出應具體定義，並避免影響醫療品質；三、基本假設條件中依法應調整事項，應立即實施。」中央健康保險局業已依據會議決議，研擬各項財務調整事項，未來依法應公告調整之事項將配合基本工資的調整一併處理，以紓解健保財務困難。

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，合理反映支付點數之相對性，促使各科及各層級醫院平衡發展。調整內容包括：

(一) 全民健康保險醫療費用支付標準相對值第二版，同意婦產科相對值表導入支付標準。

(二) 為使醫療資源同工同酬，朝單一表別方向修訂，同意西醫基層所提報第二階段放寬表別，總計7項。

(三) 為減少層級間安寧療護論日計酬給付之差異，並朝向單一給付方向修訂，同意修正「安寧療護納入全民健康保險給付試辦計畫」各層級每日定額醫療費用為單一支付點數，另基於民眾用藥權益，同意增列得核實申報「骨轉移疼痛之bisphosphonate」藥物。

(四) 為提升基層照護品質，新增辦理高血壓及憂鬱症改善方案。

(五) 為擴大服務身心障礙患者之牙醫醫療服務，服務對象放寬至中度以上身心障礙者，並得由各縣市牙醫師公會組成醫療團，定期至內政部指定之身心障礙福利機構服務提供牙醫服務。

(六) 為鼓勵醫師以自然產替代剖腹產，自民國94年5月起，調高自然產給付標準，與剖腹產論病例計酬支付相同。

二、為合理控制醫療費用，促進醫療資源均衡分布，自民國91年7月全面實施總額支付制度，並於微觀層面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制度試辦計畫等)、擴大論病例計酬、研議支付標準相對值表等，並由個案審查轉由朝向建立以檔案分析為主之整體醫療型態審查。

三、前述總額支付制度，係依全民健康保險法規定，年度醫療費用總額範圍係由衛生署於年度前擬定，經行政院核定後，交付全民健康

表7-2　歷年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
部門別		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%	2.34~5.10%	1.17~5.00%
費協會協定	總體	2.342~3.707%	3.883%	3.899%	3.813%	3.605%	4.536%	4.501%
	牙醫門診	2.50%		2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%
	中醫門診	2.00%		2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%
	西醫基層	3.727%		2.898%	2.70%	3.228%	4.684%	4.18%
	醫院	1.61~3.727% (目標值)	4%	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.91%
	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

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

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，中央健康保險局特約之醫事服務機構遍布全國各地，截至民國95年底，計達2萬3,207家，其中醫療院所1萬8,289家、藥局4,036家、助產所21家、精神科社區復健機構132家、居家照護機構486家、醫事檢驗機構213家、物理治療所22家、醫事放射機構8家。民國95年每人平均門診看診次數為13.82次，與民國94年14.71次相較，已減少近1次。

五、為提升民眾用藥品質及更多之用藥選擇，並減少民眾之財務負擔，近年陸續調整藥品給付規定，民國94年給付規定調整項目如下：骨質疏鬆症用藥、復發性惡性神經膠質瘤用藥、中重度異位性皮膚炎用藥、口服胃癌病患用藥、侵入性念珠菌感染症用藥、抗血小板劑用藥定、復發型多發性硬化症藥品、原發性肺動脈高血壓用藥。

第四節　醫療審查與品質資訊公開

一、醫療費用審查

(一) 醫療費用審查作業，初審分為「程序審查」與「專業審查」2種；「程序審查」係由行政人員針對醫事機構申報資料之正確性以及是否符合支付標準之各項給付規定等進行審核。「專業審查」則是由中央健康保險局針對申報案件依電腦隨機抽樣或立意抽樣，抽出樣本案件，再由該局聘請具有教學、臨床或實際經驗之醫藥專家，成立醫療服務審查委員會及各區醫療服務審查分組辦理之。實施總額支付制度之部門，其專業審查作業則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) 為提升審查一致性，民國95年依總額別出版醫院、西醫基層、牙醫、中醫之醫療費用審查注意事項，提供醫師費用審查遵循。

(三) 為確保民眾就醫安全，避免因少數醫師的不當用藥、檢查、手術或醫療處置，造成民眾健康的損害或生命威脅，中央健康保險局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，就超過部分，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，達到醫療資源合理使用、確保民眾就醫安全，提升醫療品質之目的。民國95年計公告實施21項不予支付指標，修訂3項不予支付指標，及停止1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。該委員會秉持確保醫療品質、兼顧健保財務控制、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，透過倫理、法律等層面考量，做更慎重的審議。

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，全民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、中醫總額、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額等項目，均於全球資訊網公布，供民眾查詢。

第五節 健保IC卡

為革新全民健保醫療憑證，以迎接電子化時代之來臨，自民國93年1月起，開始全面使用健保IC卡，提供民眾更簡單、更方便、更安全之服務。健保IC卡和名片一般大小，上面有一塊IC晶片，晶片內擁有足夠的記憶容量，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，而且5至7年不需換卡，大幅節省民眾奔波換卡之時間及投保單位行政作業之人力，符合大家「多卡合一，一卡到底」之期待。此外，健保IC卡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。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「醫療利用異常保險對象專案輔導計畫」，針對看病頻率每月超過20次以上之病患(15,574人)，加以輔導後，初步結果顯示看病頻率已經下降3至6成。

三、 健保IC卡之衛生行政專區實施「器官捐贈註記」，已有2萬4,145人登錄器官捐贈註記，幫助醫療人員能在第一時間，得知當事人的器官捐贈意願。

四、 健保IC卡之衛生行政專區實施「安寧緩和醫療意願註記」，已有4,462人登錄安寧緩和醫療意願註記，在病人臨終時能尊重病人的意願，提供安寧緩和醫療的照顧，在臨終時協助病人有尊嚴及安詳的往生。

五、 自民國94年7月起，衛生行政專區開始實施「預防接種登錄及上傳」，截至民國96年1

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%
94年資料計算時點為截至95.12.31完成之核減資料			

月29日，上傳家數1,757家，共計3,079,285筆上傳資料。

六、協助「95抗登革熱專案」，運用健保IC卡之上傳資料，針對本土病例1,238人次比對民國95年6月起之所有IC卡就醫紀錄，供疾病管制局進行必要之管理，對於協助高雄地區登革熱疫情之控制頗獲好評。

第二章　健保制度改革

健保的實施，是我國開國以來最重大的社會建設，也是受惠民眾最廣泛的公共政策，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。目前面臨之困境如下：

一、財務失衡日趨嚴重：受到人口快速老化、醫療科技進步、民眾需求增加等因素之影響，健保的收入與支出，長期以來都存在著2個百分點的落差，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，造成保費負擔差異性大的現象，例如沒收入的失業人口自付的保險費，卻比有固定收入之職業工會會員、農民、漁民(第2類、第3類)還要高；多眷口之家庭，其負擔亦較重。

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，因此造成醫療浪費與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，民眾對所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，且民眾高度仰賴親友的諮商及轉介，相形之下，醫療品質資訊缺乏或不易解讀之情形日益嚴重。

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」等四大層面之政策建議，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。

二、核心價值

(一) 品質：推動民眾就醫資訊及醫療品質資訊之公開化，以增進民眾之選擇能力，強化提升醫療品質機制，支付制度朝向

鼓勵提供優良醫療服務之方向改革。

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

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

三、修法草案重點

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

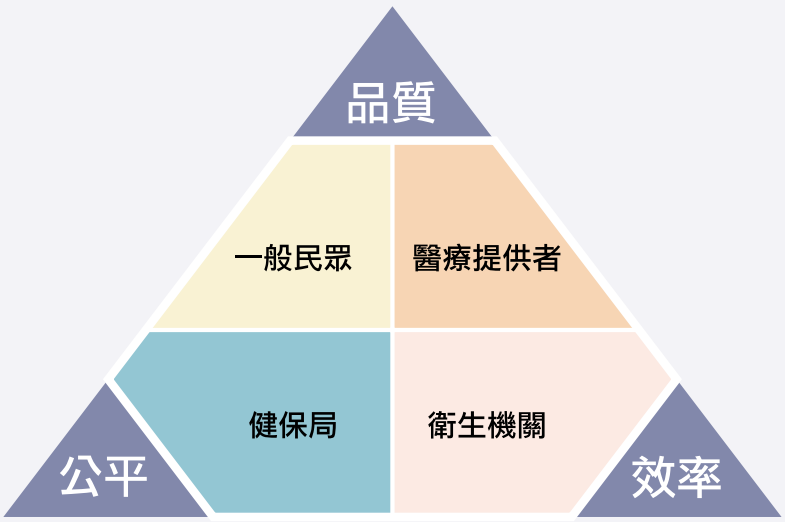
(二) 保費新制：保險所需總經費由政府、雇主及被保險人分擔，其中政府分擔依一定公式成長率計算；雇主依一定公式分擔並與被保險人負擔連動；被保險人依家戶總所得分擔。

(三) 醫療品質與資訊揭露：為確保全民健保醫療品質，明訂保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊；強化論品質計酬；建立「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」訂定方式及流程。

(四) 其他：久居海外未按月交保險費的民眾，回國復保必須有等待期。此外，為增加民眾就醫的選擇，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94年9月15日送請行政院審議，經行政院召開7次審查會議，徵詢各部會意見，修改草案內容，並於民國95年5月送立法院審議。立法院於民國95年10月完成全民健康保險法修正草案一讀程序，交付衛環委員會審議中。



8

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，推展國際衛生合作業務，不單是時勢所趨，更是台灣能否在國際舞台上嶄露頭角的一項重要關鍵。因此，國際衛生合作交流、援外政策的規劃、相關資訊的蒐集、國際組織的參與、國際形象的提升、專家的延攬及國際人才的培訓等項，需配合世界潮流，以創意及多元化的方式，發展出多樣性的國際衛生合作模式，並可在地球村發揮濟弱扶傾的功能，達到貢獻國際衛生的終極目標。

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迄今，在中國強力阻擾下而未能成功。但亦由於我們的努力不懈怠，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。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重要工作。

一、我國為世界衛生組織的發起國之一。民國34年，我國與巴西兩國代表於聯合國舊金山會議建議儘速召開國際衛生會議，成立世界衛生組織。由於世界衛生組織肯定「健康」乃為人類的「基本權利」，因此於該組織章程中明述：「追求最高的健康水準，為每個人的基本權利，此一權利，不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會情形而有所差別。」

二、民國61年，我國被迫退出世界衛生組織，然而，數十年來，政府與人民不忘恪遵世界衛生組織的精神，致力於提升人民的健康水準，並在國際衛生合作方面，善盡身為國際社會成員的義務。

三、為推動參與世界衛生組織，我國於民國90年4月成立「行政院推動參與世界衛生組織跨部會專案小組」，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年始，每年5月的世界衛生大會（World Health Assembly; WHA）期間，我國均派員組團赴世界衛生組織所在地瑞士日內瓦市，就我國爭取以觀察員資格出席世界衛生大會、參與世界衛生組織一事，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，惟中共強力動員反對，最終仍未能列入大會議程。

四、台灣尋求參與WHO迄今已長達10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，雖因中國大陸之惡意打壓，使得加入WHO受到阻撓，然我國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。

五、95年度具體之成果如下：

(一) 許多國家在WHA公開場合直接或間接為台灣執言，極具意義：繼民國93年美國與日本首度在WHA公開投票支持台灣成為WHA觀察員後，民國94年在WHA則有吐瓦魯、馬紹爾、布吉那法索、宏都拉斯、聖文森、聖多美普林西比、吉里巴斯、多明尼加、蒙古、美國、加拿大與澳洲等國，在公開場合，針對衛生專業與健康人權相關議題，直接或間接發言助我，且呼籲WHO應與我國加強互動關係。

(二) 提前實施IHR，獲得肯定：民國94年WHO修訂的「國際衛生條例」(IHR)納入有利我國參與的「普世適用」(universal application)原則。我國於民

與布吉納法索簽署禽流感異情交換合作瞭解備忘錄

國95年5月正式宣布提前實施IHR，獲得國際社會普遍肯定，有助於融入國際防疫合作體系。目前由疾病管制局擔任我國IHR Focal Point，將我國重要疫情資訊通知WHO及其區署和各國的聯繫窗口。

(三) 積極參與傳染病相關會議或活動：，包括參加6場世界衛生組織（WHO）技術性會議及10場亞太經濟合作論壇（APEC）衛生相關會議，並於4場APEC會議擔任講員，且參與APEC流感大流行區域模擬演練。

(四) 我國與WHO的實質互動方面，也獲致以下具體進展：

1.得以參與WHO會議：在政府與民間鍥而不捨的努力下，對WHO及中國均造成極大壓力，迫使中國做出退讓，有條件的同意我國醫衛官員與專家參加WHO技術性會議。迄今已參加多項WHO技術性會議，較過去被完全排拒在外的情形，已有具體進展。

2. 得以與WHO進行資訊交流：衛生署疾病管制局已經與WHO的窗口，建立直接的聯繫管道，同時定期接獲WHO編撰的世界疫情最新資訊（即Outbreak Verification List），而且能夠參與WHO總部以及區域辦公室舉辦的相關技術性會議或訓練，對於汲取國際防疫合作經驗，極具助益。

3. 得以參與WHO防疫機制：我國目前雖然尚未成為全球傳染病爆發與警戒網絡（GOARN）的正式成員，但已可參與部分GOARN及其他防疫機制的相關活動。

4.得以取得WHO緊急援助：WHO方面已經公開表示，萬一台灣爆發嚴重疫情，WHO將迅速派員赴台協助。換言之，民國92年台灣遭逢SARS危機，WHO因為中國阻撓而延遲6週始派員來台協助的情形，將不會再度發生。

我國推動參與世界衛生組織迄今，國際氛圍的友我轉變，對於後續推動工作應可發揮巨大效益。國際社會已經普遍認為將台灣2,300萬人民排除在WHO之外，是不公平、不道德的，而且也認真思考此一問題的解決之道。推動的前八年(86-93)，美、日、歐等大國未熱衷支持，但兩年多以來，美、日公開支持我國成為WHA觀察員。此外，歐洲國家亦大力協助推動我國實質參與，WHO方面也從最初排拒與我國接觸，到目前願意基於醫衛專業與相關部門進行互動；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。此種國際氛圍之有利發展，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，協助友邦提升醫療衛生水準，且善盡作為國際社會成員之責任，爭取國際間對我國的瞭解與重視，並運用「亞太經濟合作（APEC）」(亞洲)、「泛美衛生組織（PAHO）」(美洲)、「西非衛生組織(WAHO)」(非洲)及「加斯坦衛生論壇(EHFG)」

與「經濟合作暨發展組織(OECD)」(歐洲)等國際組織，將我國政府人道衛生醫療援助及與各國的實質交流訴諸國際媒體，強化在國際的能見度。95年度國際衛生合作及交流活動如下：

一、簽訂合作備忘錄及協定

(一) 7月與以色列簽訂「台以衛生醫療合作協定」，加強我國與以色列在衛生醫療領域方面的合作，並以此協定為基礎，選派我國兩位醫師赴以色列接受為期兩週的創傷醫學訓練課程；另邀訪以色列衛生部高級官員訪台，於年底召開台以衛生雙邊會談，積極推展台以實質衛生合作交流。

(二) 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，自民國83年至95年12月底止，完成簽署國家計28國。

二、參與國際會議、研討會

(一) 參與歐盟相關會議

1. 6月參與第18屆台歐盟諮商會議，衛生署提出「建構以病人為中心之電子病歷內容互通架構案」及「台歐盟合作共同援助非洲衛生、醫療案」等二項議案，積極拓展並建立與歐盟衛生合作關係。
2. 10月補助義大利台灣協會與米蘭聖拉斐爾大學，假米蘭舉辦紀念歐巴尼醫師逝世3週年國際研討會。
3. 10月與國際加斯坦論壇合辦「第九屆歐洲加斯坦衛生論壇」，我於該論壇下舉辦一場平行論壇，會議期間並安排署長與歐盟、歐洲國家衛生高級官員進行雙邊會談。
4. 10月於捷克舉辦「Health Care 21-Current and Future Health Care」國際研討會，邀請東歐國家重要衛生界領袖共同參與。
5. 10月召開「APEC衛生任務小組建立亞太地區旅客通用電子健康摘要範本計畫啓動會議」，邀集亞太經濟合作（APEC）12個會員體來臺，研擬推動運用電子資訊設備減低傳染病跨國傳播。

(二)參與日本相關會議

1. 為推動台日衛生合作，籌辦台日衛生交流會議，期望透過雙方定期舉辦會議之方式，建立台日衛生議題之長期溝通機制，並於第31屆台日經貿會議進行提案，以推動本案。
2. 與日本國立感染症研究所（NIID）假台北舉辦第三屆台日雙邊研討會，主題為愛滋病，日方有12名專家出席；並持續進行桿菌性痢疾及登革熱2項合作計畫。

(三)參與APEC相關會議

1. 5月出席「亞太經濟合作（APEC）2006年禽流感疫情部長會議」，與各國之衛生、農業部長及重要國際組織代表，共同研商禽流感防治策略並訂立「預防及因應禽流感與新種流感大流行之行動計畫（Preparation of the Action Plan on Prevention and Response to Avian and Influenza pandemics）」。
2. 派員出席美國、日本、澳洲、加拿大等亞太經濟合作（APEC）會員體分別舉辦流感大流行防治相關議題之研討會或活動，並分享我國防治成果計有11次及14人次。

(四)參與其他國際會議或培訓活動

1. 3月辦理「建構全球衛生安全國際研討會」，邀請多位於衛生領域上有傑出貢獻的國際專業人士來台演講，包括世界醫師會前任秘書長Dr. Delon Human、世界醫師會現任會長Dr. Kgosi Letlape、倫敦熱帶醫學院教授Prof. Martin McKee等人，有近百位的

國內外專家學者參與會議，並針對台灣要如何與全球衛生安全成為一共同體系，以填補此衛生安全體系之缺口做一深入探討。

2. 於7月間參與我太平洋民主聯盟與印尼共同舉辦之禽流感防治國際研討會。
3. 因應國際間護理人力普遍缺乏，藉由我國之醫療水準之優勢，積極協助國際間友邦醫事人員質與量之提升，於8月辦理「2006友邦國家護理人員培訓計畫」，共有來自東南亞及南太平洋地區12國，共計24位高階護理人員來台接受培訓。
4. 9月及10月，舉辦「2006年國際傳統/替代醫藥(CAM/TM)專業訓練」（2006 CAM/TM Professional Training Program），此訓練招訓29位國外學員，來自22個國家主管醫藥之官員及專業人士。
5. 11月舉辦「中醫藥國際化與現代化研討會」邀集來自美國、香港地區、英國、德國及國內產、官、學、研各界精英及專家學者，齊聚一堂，研討世界傳統醫藥之發展趨勢、現況、國際化、現代化等事宜。
6. 12月於印度辦理「台印衛生安全國際會議」等國際衛生交流活動。
7. 12月假臺大醫院國際會議中心舉辦「2006全球衛生領袖論壇」，並邀集國內外高階資深衛生官員、著名專家學者、以及醫衛界團體代表等與會，一起針對此次論壇主題「全球衛生的永續發展」（Sustainability of Global Health），發表精闢的演說，進行深入的探討。
8. 辦理「傳染病數理模式國際研討會」及「第八屆愛滋病國際研討會」，並與法國巴斯德研究所合辦「再浮現病毒感染症國際研討會」，分別邀請20位及33位國內、外專家擔任講員，計有1,150位國內、外人員與會。

三、於7月赴美國華府舉辦第一屆台美衛生會談。此會議促成台、美雙邊衛生部副部長進行對等會談，並就健保、疾病防治、國際衛生合作議題拓展合作新契機。其中就雙方與第三國合作案，選定與5國(含馬紹爾群島、馬拉威、巴拿馬、越南及聖多美)進行發展衛生合作。目前業有（1）台、美、馬拉威愛滋病合作計畫已正式納入美國Country Operational Plan，藉由此項對等合作案，提升我國在愛滋病領域之國際能見度；（2）此外，台、美、馬紹爾合作案，我國業已派員前往評估糖尿病合作計畫，此兩項合作成果，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。

四、為鼓勵衛生機構積極參與國際衛生醫療之合作及援助，有助拓展我國際衛生合作事宜，如補助衛生署台北醫院、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、迦納、所羅門群島及菲律賓締結姊妹醫院或學校；另也補助國內28個民間團體，參與重要國際衛生會議或辦理國際之交流活動等。

五、為因應在台日人之就診需求，業將「可提供日語就診服務之醫療機構名單」(含括可以日語進行醫療相關服務之醫師、護理人員及志工資訊)予日方，並擬具「在台日人感染禽流感及新型流感時之就診及通報作業流程」供其參考。8月安排交流協會人員參加我方舉辦之「抗病毒藥劑調劑四區實地演習」，讓日方對我防疫體系及其運作方式，有更進一步的瞭解。

六、第2年補助台大醫院發展台越國際醫療交流合作，期望與越南醫療機構建立建教合作關係，協助其提升醫療服務、教學及研究水

提供甘比亞之醫療援助

提供所羅門之醫療援助

準，增進國內醫療專業人員對跨國醫療交流之視野與對新興傳染性疾病資訊蒐集與掌握，增進越南醫療機構對台灣醫療服務、教學及研究發展之深度認識，增進台灣醫療專業人員於越南醫療界之影響力，評估台灣於越南發展醫療產業之可行性與策略及台灣與越南發展研究合作之可能方向。

七、加入馬拉威全國愛滋病計畫，定期參與相關會議，並於10月協助馬拉威辦理該國愛滋病檢討會議及於11月協助辦理之東非外科醫學會。

八、與美國疾病管制及預防中心洽談流感、結核病、流行病學調查（EIS）訓練及共同於第三國推動衛生合作等計畫；並持續進行台美公共衛生暨預防醫學合作計畫第二號協定-MRSA計畫。

九、邀請越南國家衛生暨傳染病研究院阮陳賢院長來台就「越南人類禽流感流行病學及防治經驗」發表專題演講及洽談合作事宜。

十、6月29日至7月9日，由衛生署中醫藥委員會及陽明大學傳統醫學研究所前往德國及英國參訪BfArM,、MHRA、EMEA及Schwabe藥廠等機構，探討我國中醫藥科技管理體制內部資源之強弱及外部環境之機會，以找出適合台灣中醫藥醫療科技管理機制之發展策略，更與歐洲地區建立交流溝通管道，及提升我國參與世界傳統醫藥發展之關鍵角色。

第三章　國際衛生援助

自民國61年退出世界衛生組織之後，我國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。95年度重要成果如下：

一、3月為整合政府與民間之人道醫療援助力量，衛生署與外交部共同成立跨部會之「台灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）」，於成立後共辦理「菲律賓土石流物資援助」、「協助布吉那法索禽流感疫情控制」、「印尼日惹震災緊急救援」及「協助肯亞水災難民」等國際緊急醫療人道救援計畫。

二、2月運送醫藥物資援助菲律賓土石流，TaiwanIHA迅速募集約新台幣300萬之醫療物資，並與外交部及航空公司共同努力，緊急將物資運抵災區。

三、4月間布吉那法索傳出禽流感疫情，TaiwanIHA整合我國外交、醫衛、農畜等資源，派遣醫療及農業專家評估疫情，並教導使用當地消毒器材及檢驗技術。此行動獲得當地媒體關注外，亦成功鞏固二國邦誼及建立全球禽流感防疫網。

四、5月派遣3批醫療團隊協助印尼震災救援，並攜帶約新台幣300萬醫療物資與我消防署特種搜救隊共同抵達災區。此次除我國政府間跨多部會合作外，亦有多家民間機構主動捐助骨科器材及物資，並且首次參與WHO於當地之國際協調會議。

五、12月間肯亞發生嚴重水災，先遣評估小組抵達災區後，捐助價值新台幣110萬元之物資一批，並與當地政府單位與美國CDC合作防治當地裂谷熱疫情。

六、6月間組團赴查德協助禽流感防治工作。

七、我國醫療器材援助平台計畫(GMISS)，捐贈二手醫療器材至布吉納法索、吉里巴斯、宏都拉斯、尼加拉瓜、聖文森、貝里斯、海地、蒙古等國家，並確保受援國得到所需，落實我國衛生外交政策，增加我國於國際之能見度。

八、補助馬拉威台灣愛滋病中心購置血球分析儀、分光儀、顯微鏡等相關設備。

九、捐贈迦納全身防護衣、N95口罩、檢驗手套及鞋套等禽流感防疫物資。

十、補助甘比亞購置小兒麻痺疫苗。

9

衛生科技研究

第一章　重要衛生科技計畫

第二章　國家衛生研究院科技計畫

第九篇　衛生科技研究

生醫科技為國家發展的重點，亦為當前國際的趨勢。衛生署向來對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、臨床試驗體系建置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。

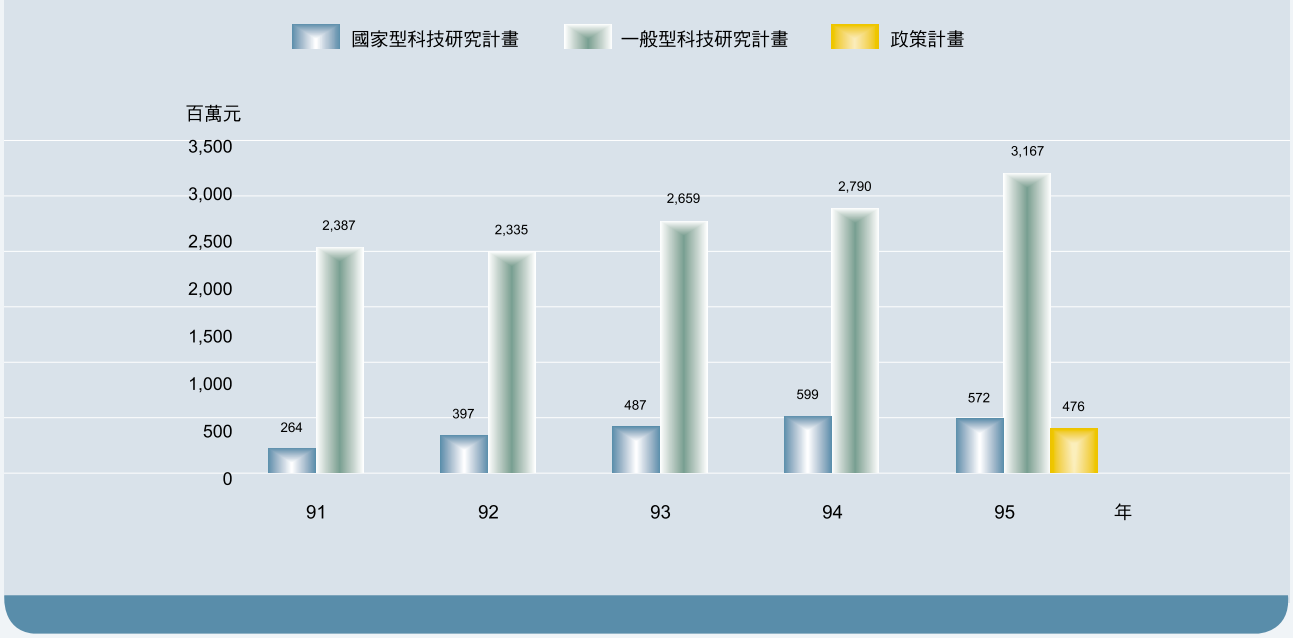
衛生署科技發展策略主要係配合衛生業務，規劃醫藥衛生科技政策研究、推動醫藥衛生資料庫之整合、建立產業發展及科學研究之核心資源，建構生技醫藥科技發展之基礎環境及國際合作機制，加強醫藥衛生科技人才培訓、延攬及運用。在成果應用方面，強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥品、食品、生技及國家型計畫等相關科技研究計畫共1,005件、投入7,884人力，提供訂定衛生政策及計畫之實證基礎，研究成果參採比率達98%。

其他科技相關研究成果包括發表了1,681篇研究成果、3項國內專利及5項國外專利、8項技術輸出、21項技術擴散、139篇技術報告、29項技術創新、614項技術服務、1項商標及1項教材品質認證。

第一章　重要衛生科技計畫

衛生署(含附屬單位及國家衛生研究院)所投入科技研究經費，95年度為4,215百萬元，分為三大部分：國家型科技研究計畫經費572百萬元，較94年度之2,790百萬元減少4.4%，一般型科技研究計畫經費3,167百萬元，較94年度之2,790百萬元增加13.5%、新增政策計畫經費476百萬元，如圖9-1。

圖9-1　科技研究經費分配圖



第一節 政策計畫

政策計畫係以發展政策主導的研發課題，建立機制引導，促成跨部會研發合作，並藉產學合作方式提升資源使用效率，創造高附加價值之計畫；計提出「建置消費者健康安全防護網暨促進健康產業計畫」及「流感疫苗研究發展計畫」等2項。

一、建置消費者健康安全防護網暨促進健康產業計畫：以提升國民用藥、食品及醫療資訊安全；與規劃先導性醫療資訊化系統，吸引相關產業投入為目標。已完成建置「消費者資訊網」、「藥物資訊網」、「食品資訊網」，滿意度達99.7%；整合中區地方檢驗體系，提升檢驗能力；制訂6大類22張電子病歷基本格式； 91家醫療院所透過系統進行醫療影像事前審查案件之電子資料傳遞作業，累計案件數為4,057件。

二、流感疫苗研究發展計畫：由衛生署疾病管制局整合國內流感領域學者專家共同執行，選定疫苗株及疫苗政策相關研究、建立疫苗基礎技術和推動產業發展等三大分支計畫。於建立雪貂的飼養與病毒的感染模式後，完成五株病毒的雪貂免疫，並獲得抗病毒血清；建立臺灣地區流感病毒傳播預測模式之基本模型；建構5種H5N1 禽流感病毒的重組H5 DNA，經H5 DNA 疫苗投藥後之小鼠，均不受禽流感疫苗株NIBRG-14 感染之影響；完成細胞培養去活化全病毒疫苗(Madin-Darby Canine Kidney, MDCK) 40公升量產產程之建置，生產之疫苗經接種小白鼠確認可產生中和抗體。

第二節 一般型科技計畫

一般型科技計畫包括臨床試驗與研究體系、建置台灣生物資料庫先期規劃、醫衛領域、藥品領域、食品領域、共通領域等，其重點及成效如下：

一、建立卓越臨床試驗與研究體系：執行項目包括(一)建立國家級與腫瘤、癌症、中風專科級卓越臨床試驗與研究中心，(二)國家臨床試驗合作網絡，(三)推動臨床試驗人才培育獎助及教育訓練，(四)轉譯醫學臨床研究等計畫。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，有相當大的助益，且在提升國內臨床試驗水準亦有具體成效。已進行大型多國多中心「人類乳突病毒疫苗預防子宮頸癌第三期臨床試驗」；治療肝癌之新藥研發及流行性感冒疫苗研發；發展抗肝癌新藥；建立「中風登錄系統」及「頭部外傷登錄系統」；獎助醫師、藥師、護理師等，兼職或全職投入臨床研究計畫共12家醫療機構。

二、建置台灣生物資料庫先期規劃：以遺傳醫學組、倫理法律組、資訊平台組與產業發展組，針對不同議題，建構全面性之台灣生物資料庫，勾勒出台灣生物資料庫之初步藍圖，未來期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。已完成台灣生物資料庫研究架構之規劃與具體的執行方案；探討台灣生物資料庫未來可能的運作模式，及正式運作後可能帶來的智慧財產權相關應用與後續產業發展。並完成人體組織法草案、個人基因資訊隱私法草案及建置完善之公眾溝通機制。

三、醫衛領域：就「醫學倫理於醫療機構與醫療政策層面應用研究」、「另類醫療之安全管理模式計畫」、「病人安全文化調查、監測指標研議、急診不良事件流行病學調查等研究」、「建置基因資訊安全管理法規與倫理面之探討」、「特殊心理健康問題－自殺、憂鬱症計畫」、「醫事人力發展規劃相關研究」、「醫療糾紛鑑定實證探討及醫療傷害補償、強制保險制度之相關研究」、「物質濫用治療模式與共病症研究」、「婦

女健康議題、家庭暴力暨性侵害防治相關研究」、「兒童及少年性侵害保護網絡之建構」、「失智症醫療、健康促進研究方案」、「推動社區醫療群之長期照護網」及「老人及身障者長期照護追蹤」等議題進行相關研究，進而建立憂鬱症與自殺之預防、篩檢、治療與復健模式；初步建立居家照護個案轉介機制；有系統地組織中、重度居家護理照護團隊，結合個案管理模式，進行多領域的照護與評估，作為管理規劃政策之參考，以提升醫療品質及保障民眾安全。

四、藥品領域：完成包含「抗精神病藥物Aripiprazole療效及副作用的藥物基因學研究」、「氣喘病童LTC4 synthase基因變異多型性對治療氣喘發炎新藥白烯三素拮抗劑對藥物基因學影響」等藥品遺傳因子相關研究；「落實尊重智財與合理用藥的藥物知識經濟政策研究」、「我國製藥業智財權與衛生法規整合性服務與相關機制之檢討與建議」等藥品智財權研究；「推動醫療器材標準採認機制及其產業應用」、「新興及未鑑別之醫療器材分類分級判例資料庫之研究」、「醫療器材優良製造規範認證制度規劃可行性之架構」等醫療器材法規政策相關研究，推動以實證科學為基礎之優質衛生政策。另外，針對「藥物濫用防制」、「中醫藥之現代化及國際化」及「藥物化妝品檢驗與法規」等議題亦完成相關研究計畫，提出具體政策建議，維護、提升民眾之健康。

五、食品領域：進行「建置智慧型食品分析資料庫分析系統」、「食品營養成分資料庫數據檢覆及互動式多媒體與其應用軟體之開發」、「健康食品之保健功效成分規格參考標準建立之研究」、「我國開發之基因改造食品安全評估模式之建立」、「臺灣與國際間奈米食品之安全性和管理規範研究」、「市售食品用清潔劑中壬基苯酚類化合物含量分析及人體暴露評估」、「完成市售氫化油脂及點心食品中反式脂肪酸含量之調查」及「奈米化紅麴發酵產物之安全性試驗與保健成份之功效評估」等議題之研究。已發展和提供一個互動式應用軟體，以進行大眾營養教育及協助一般民眾飲食攝取分析的實用工具；利用有關奈米食品、基因改造食品、氫化油中反式脂肪酸的市場現況、食用安全性和管理規範等資料，作為我國規劃奈米食品安全管理制度時之依據及參考。

六、共通領域：醫藥衛生科技政策的研擬、規劃與推動；補助舉辦國際醫院聯盟、內科學、太平洋小兒外科醫學、EPC/RFID國際高峰論壇、人類基因體組織暨人類遺傳學、禽流感等相關研討會；另完成「決戰境外與加強科技交流」計畫，由國立台灣大學與香港醫界進行交流及研究人員互訪，舉辦台港新興感染症學術研討會。

第三節 國家型計畫

國家型計畫包括基因體醫學、生技製藥、農業生物科技、醫療數位學習及奈米、生技製藥等國家型科技計畫。

一、防災國家型科技計畫：進行「災難醫療指揮機制及醫療應變能量評估模式等整合型研究」、「建立土石流及水災醫療應變模式」、「訂定國內實用之醫院災害應變指揮系統」、「發展e化救護車標準作業模式」、「RFID科技的開發應用於救災系統」及「跨區域整合衛生醫療群指揮系統」等議題之研究。完成高屏區區域級責任醫院非結構耐震評估；發展耐震新工法、建構南部地區非結構物耐震資料庫；規劃緊急醫療體系資訊傳輸與通報管理系統，並運用資訊工業產業、3G通訊服務、無線通訊以及藍芽技術，運用於遠距醫療直昇機、救護車等到達醫院途中之通訊、醫療諮詢、傷況影像、生理功能、生命徵項等同時多點即時傳輸與通聯，使得醫療通報體系能發揮最大之功效。

二、基因體醫學國家型計畫：進行女性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。

三、生技製藥國家型計畫：為配合上中游研發成果，以期更進一步應用在臨床評估，已補助18件以上之臨床試驗，參與55件早期探索性臨床試驗計畫書的審查，並受理54件先導性臨床試驗諮詢服務申請；為確保臨床試驗之品質，完成15件臨床試驗監控及8次稽核。

四、農業生物科技國家型計畫：修訂「基因改造食品安全評估方法」，新增『混合型基因轉殖植物管理辦法』，進行基因改造食品安全評估環境建置，建構符合GLP規範之安全評估及檢驗實驗室設置標準及管理規範、設立基因改造食品安全評估專業諮詢中心、配合國內已完成或核准田間試驗之基因轉殖作物品系，進行食品安全性評估。

五、醫療數位學習國家型科技計畫：建構醫療數位課程及開放醫療數位學習平台—台灣e學院，已有中華民國開發性製藥研究協會製作之「藥遊園」課程、台灣婦科腫瘤醫學會繼續教育課程、衛生署台北醫院「94年度禽流感防範及應變計畫課程」及嘉南療養院「老人精神醫療及老人日間留院課程」供民眾免費瀏覽，上網學習人數截至民國95年12月底止共75萬人次。編撰中文醫學辭典，取得56項慢性疾病數位學習課程著作權，及一般民眾課程獲得由經濟部工業局核發之數位學習教材品質認證證書AA級認證。提供醫療諮詢，包含衛生署所屬醫院及台大、榮總、長庚等42家醫院主治醫師共249位以上、8位營養師、28位藥師及11位護理師等，諮詢科別則包含內科、婦產科、皮膚科及罕見疾病等38個診療科別；服務人次達98萬人次。

第二章　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，配合行政院科技發展目標，加強醫藥與生物科技相關研究，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，並提供具體衛生政策建言。95年度重要之研究成果，臚列說明如下：

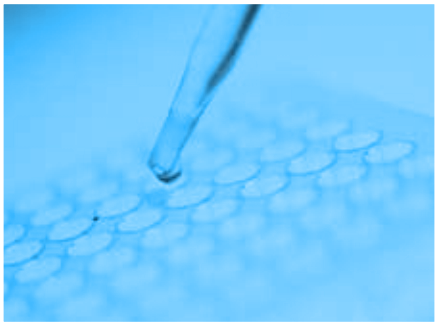
一、推展醫藥衛生研究，解決國內重要疾病

(一) 癌症研究：設立全國第一座癌症臨床試驗研究中心，包括癌症門診及臨床研究合作病房，並經由「台灣癌症臨床研究合作組織」，聯合國內24所醫院與醫學中心醫師，進行癌症臨床診斷與治療指引的研發，以提升癌症治療的醫療品質。

(二) 臨床試驗：經與各大醫學中心合作進行臨床試驗，已完成子宮頸癌、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，並編撰完成子宮頸癌及子宮內膜癌及卵巢癌、肺癌、大腸直腸癌、乳癌、攝護腺癌、胰臟癌等癌症臨床指引，裨益國內癌症治療品質的提升。

(三) 環境污染與職業醫學：完成國內首篇確立戴奧辛與多氯聯苯會經母親胎盤進入胎兒體內，也會經含脂質量高的母乳由新生兒直接攝食之報告；另針對美國牛肉進口問題，以超然且專業的分析，提出建議並協助衛生署進行風險溝通。並積極進行有關我國環境與國民健康風險評估模型。

(四) 感染症研究：由監測到基礎研究，解決本土性感染症問題。設立病毒檢驗與研究實驗室，持續對台灣南部的腸病毒及流感病毒進行監測，發現近年於台灣的主要流行株B/Hong Kong/1351/02-like strain (B reassortant)，與世界衛生組織建議使用之疫苗株B/Hong Kong/330/01-like strain (Victoria lineage)並不相同。此項成果不僅提供台灣地區流感疫苗研發必要的參考資料，對流感病毒全球性監測亦具有重要意義。此外，還發現國內第一株克雷白氏肺炎桿菌(Klebsiella pneumoniae)帶有造成對FQ感受性降低基因(qnr)之質體，此質體並含對其他類抗生素之抗藥基因(包含廣譜素,ESBL)及可傳播其多重抗藥基因給其他細菌之管道，此發現將擴展國內細菌對FQ 抗藥機制之研究。



(五) 老年醫學研究：從事老化的基礎研究到老年醫學的臨床研究，包含建立老年醫學研究網絡，進行「台灣多中心植物雌激素研究計畫」，參與者有台大醫院、成大醫院與彰化基督教醫院等3家醫學中心，目前持續收案並進行分析，以了解老年化與慢性疾病的致病機轉與健康危險因子，進而發展早期預防、早期診斷與疾病治療模式。

(六) 精神醫學研究：從神經科學到精神醫學臨床研究，解決精神疾病與藥物濫用問題，同時進行台灣地區兒童青少年精神疾病的流行病學研究，進而提出衛生政策、防治評估及健康促進計畫的參考依據。

二、進行醫療科技及藥物研究，開發新產品與新技術

(一) 新藥研發：進行抗癌藥物研發，已合成超過60個不同的衍生物，其中5個具有相當不錯地活性與對水溶解度，並完成藥物動力學實驗。繼而將其中具較好生物可利用率者，進行口服藥物確效試驗，發現BPR0L002與BPR0L164皆有口服抗癌效果。同時，完成腸病毒71型新藥開發所有雜環化合物A-G的合成，經嚴格純化過程及嚴謹化學結構鑑定，並進行抗腸病毒71型以及克沙奇病毒B2、B3 型的生物活性測試，可作為繼續發展抗腸病毒新藥之用。

(二) 醫學工程研究：進行前瞻性醫學工程基礎研究與技術發展，作為疾病之預防、診斷及治療的參考，包含人工心瓣加速測試理論的研究，提出心瓣穴蝕氣泡爆破應力為心瓣破壞參數，以解決機械心瓣開發廠商為節省人工心瓣測試時間，忽略環境負載對人工心瓣所造成的物理破壞性的問題，以改進臨床診斷與治療方法。另外，藉由基因體學方法及新進技術的整合與運用，研究血液動力因素，尤其是擾流，對於血管內皮及平滑肌細胞結構、基因表現及功能的影響，以作為進一步發展臨床上動脈硬化症新型療法的理論基礎。

(三) 遺傳基因研究：進行高血壓暨胰島素抗性遺傳基因研究，以及後續心血管疾病發生的追蹤研究，以找尋調控胰島素的基因，進而發展早期診斷與治療的方法。另外，進行台灣遺傳性非息肉症大腸直腸癌家族登錄，研究相關遺傳基因及臨床基因檢測的方法，以解決遺傳基因導致的疾病。

(四) 生物資訊研究：建立專門應用於比較基因體雜交實驗的genomic DNA array-CGH平台，並發展出比較基因體雜交實驗所需的統計分析法與演算法，興建完成的專用平台在分析各式細胞內染色體套數異常的解析度及靈敏度，皆優於傳統以染色體或cDNA為探針的比較基因體雜交實驗平台。

(五) 基因體科.技應用研究：在癌症基因體研究方面，已完成乳癌、視網膜母細胞癌及第一型纖維母細胞症的分子診斷研究，此外，疾病基因定位選殖研究方面，以遺傳性股骨頭缺血性壞死之基因定位選殖(positional cloning)研究結果，發現type II collagen (COL2A1)突變造成遺傳性股骨頭壞死的現象，可作為進一步發展治療模式的參考。

(六) 幹細胞研究：透過成體與胚胎腦神經幹細胞的研發、以及人類胎盤幹細胞的生物特性與免疫反應，提升幹細胞分離及純化的技術，並成功的將胎盤間質幹細胞分化成骨頭、脂肪及神經細胞，並在體外大量培養幹細胞代替成熟肝臟細胞，以進行肝臟重塑，作為發展治療先天性代謝疾病的基礎，同時推動幹細胞研究技術的整體發展。

三、研究醫藥衛生政策及預防保健制度

(一) 完成第五期全國微生物抗藥性監測計畫，接續前四期的研究成果，繼續監測台灣細菌抗藥性嚴重度與分佈情形，促使政府實施禁止非必要性抗生素使用之法令，進而減少我國龐大健保醫療經費。此外，也擬定自民國96年起禁用抗生素飼料添加物之國家政策，停用tetracycline、bacitracin、neomycin等抗生素，是國家抗生素使用的重要里程碑。

(二) 規劃成立「台灣流行性感冒研究小組」，研究H5N1病毒流行現況，及進行國際衛生合作計畫。

(三) 進行糖尿病社區聯合照護網絡與長期監測計畫，建置台灣本土性糖尿病世代資料，提供有關單位制定台灣本土性糖尿病控管目標參考。

配合跨部會健康風險評估中心，執行「食用狂牛病疫區進口牛肉之健康風險評估」，與「勞工安全有關之暴露評估」，適時提供衛生署及勞委會科學評估結果，做為政府決策施政之依據。

(五) 協助衛生署制定「人體器官保存庫辦法(草案)」、「人體器官、組織、細胞輸入輸出管理辦法(草案)」。

10

附錄

附錄1 衛生統計指標

附錄2 行政院衛生署95年政府出版品

附錄3 行政院衛生署相關網站

附錄4 行政院衛生署免費諮詢專線

附錄5 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	人口結構			依賴人口指數	性比例(每百女子所占子數)	粗出生率	粗死亡率	自然增加率	0歲平均餘命			人口密度(人/每平方公里)
		未滿15歲	15至64歲	65歲以上						計	男	女	
	千人	%	%	%	%		‰	‰	‰	歲	歲	歲	
83年	21,178	24.41	68.21	7.38	46.60	106	15.31	5.40	9.91	74.50	71.81	77.76	585
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

資料來源：內政部統計處

附表2、醫療保健支出重要指標

年別	年經濟成長率	平均每人GDP	民醫間療最保終健消支費出	占國內生產毛額	占民間消費	各級政府支出淨額(會計年度)	醫療保健支出占率	行政院衛生署及所屬支出占中央政府總支出(會計年度)	國民醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)比率	消費者物價總指數	醫療保健類指數
	%	美元	百萬元	%	%	百萬元	%	%	%	90年=100	
83年	7.4	11,991	262,483	3.93	6.79	1,826,367	1.58	0.71	5.05	89.93	86.11
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	4.3	13,163	541,498	5.31	8.66	2,144,917	1.29	1.10	6.00	99.80	101.29
92年	3.4	13,327	561,720	5.44	8.93	2,206,223	1.53	1.14	6.20	99.52	104.65
93年	6.1	14,271	586,389	5.44	8.86	2,238,914	1.46	1.17	6.17	101.13	106.72
94年	4.1	15,291	617,934	5.41	8.80	2,309,565	1.18	1.12	6.16	103.46	110.97
95年	4.7	16,030	645,411	5.44	9.00	…	…	…	…	104.08	114.63

資料來源：財政部財政統計年報

附表3、醫事人力與醫療設施重要指標

年別	醫療機構											
	家	醫院							診所			
		家	西醫			中醫			家	西醫	中醫	牙醫
			家	公立	私立	家	公立	私立				
				家	家		家	家		家	家	家
83 年	15,752	828	719	97	622	109	1	108	14,924	8,511	1,876	4,537
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	3,004	6,065

資料來源：衛生署統計室

附表3、醫事人力與醫療設施重要指標(續)

年別	醫院按評鑑等級									
	醫學中心		區域醫院		地區醫院				精神專科醫院	
							教學醫院			
	家	床	家	床	家	床	家	床	家	床
83 年	13	16,590	45	21,662	509	41,775	57	13,165	29	7,793
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	37	11,176

資料來源：衛生署統計室

附表3、醫事人力與醫療設施重要指標(續)

年別	基層醫療保健單位					病床數					平均每萬人口							
	衛生所						醫院病床數				醫院病床數							
	所	台灣省	臺北市	高雄市	金馬地區	床	床	公立	私立	診所觀看病床數	床	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	診所
	所	所	所	所	所			床	床	床		床	床	床	床	床	床	床
83 年	369	338	12	11	8	103,733	94,270	37,586	56,684	9,463	48.98	28.94	0.92	1.83	4.98	6.52	1.33	4.46
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	2.01	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

資料來源：衛生署統計室

附表3、醫事人力與醫療設施重要指標(續)

年別	執業醫事人員數												
	人	西醫師	中醫師	每一醫師服務人數(含西醫師)	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收	醫事檢驗師(生)	醫事放射師	營養師
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
83 年	114,076	24,455	2,833	776	6,973	3,037	18,762	1,129	54,639	388	4,593	1,699	…
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	1,095	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	206,984	34,899	4,743	577	10,412	2,197	27,413	835	109,538	209	7,459	4,053	1,138

資料來源：衛生署統計室

附表4、藥政重要指標

年別	藥商家數	藥局	藥師親自主持	藥劑生親自主持	藥物販賣業 西藥販賣業	藥物販賣業 中藥販賣業	藥物販賣業 醫療器材販賣業	藥物製造業 西藥製造業	藥物製造業 中藥製造業	藥物製造業 醫療器材製造業
	家	家	家	家	家	家	家	家	家	家
83 年	33,585	1,956	894	1,062	11,693	9,321	9,955	251	252	157
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	112	632

資料來源：衛生署統計室

附表5. 食品衛生重要指標

年別	食品衛生檢驗工作	不合格率	食品衛生稽查	指導或期限改善		罰款處理		停業處理		食品衛生檢驗工作	患者	死者
	件	%	家	家	%	家	%	家	%	件	人	人
83 年	44,205	7.90	257,508	20,335	7.90	1,177	0.46	1	0.00	102	4,276	-
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	-

資料來源：衛生署統計室

附表6、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

資料來源：中央健康保險局

附表7、全民健康保險重要就醫指標

年別	臺灣地區社會保險人數		每百納保人口門診人次	每百納保人口住院人次	平均每次門診費用(元)	平均每次住院費用(元)	平均住院日數
		占台灣地區總人口數	全民健保	全民健保	全民健保	全民健保	全民健保
	千 人	%	人次	人次	人次	人次	人次
*84 年	19,124	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

說明：1.*84年只含3-12月資料，非全年資料

2.資料來源：中央健康保險局

附表8、死因統計重要指標

年別	國際簡略死因分類號碼	08~14			250,251,27,28*			29			181			E47～E53		
	所有死亡原因	惡性腫瘤			腦血管疾病			心臟疾病			糖尿病			事故傷害		
	死亡人數	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
83 年	112,238	1	23,318	110.58	2	13,658	64.77	4	12,005	56.93	5	6,094	28.90	3	13,219	62.69
84 年	117,954	1	25,841	121.50	2	14,132	66.45	4	11,256	52.93	5	7,225	33.97	3	12,983	61.05
85 年	120,605	1	27,961	130.41	2	13,944	65.03	4	11,273	52.58	5	7,525	35.10	3	12,422	57.93
86 年	119,385	1	29,011	134.10	2	12,885	59.56	4	10,754	49.71	5	7,500	34.67	3	11,297	52.22
87 年	121,946	1	29,260	134.00	2	12,705	58.18	3	11,030	50.51	5	7,532	34.49	4	10,973	50.25
88 年	124,991	1	29,784	135.32	3	12,631	57.39	4	11,299	51.33	5	9,023	40.99	2	12,960	58.88
89 年	124,481	1	31,554	142.23	2	13,332	60.10	3	10,552	47.56	5	9,450	42.60	4	10,515	47.40
90 年	126,667	1	32,993	147.68	2	13,141	58.82	3	11,003	49.25	5	9,113	40.79	4	9,513	42.58
91 年	126,936	1	34,342	152.88	2	12,009	53.46	3	11,441	50.93	4	8,818	39.26	5	8,489	37.79
92 年	129,878	1	35,201	156.01	2	12,404	54.98	3	11,785	52.23	4	10,013	44.38	5	8,191	36.30
93 年	133,679	1	36,357	160.54	3	12,339	54.48	2	12,861	56.79	4	9,191	40.58	5	8,453	37.33
94 年	138,957	1	37,222	163.76	2	13,139	57.81	3	12,970	57.06	4	10,501	46.20	5	8,364	36.80
95 年	135,671	1	37,998	166.49	2	12,596	55.19	3	12,283	53.82	4	9,690	42.46	5	8,011	35.10

資料來源：衛生署統計室

附表8、死因統計重要指標（續）

年別	321			347			350			E54			26		
	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
83 年	8	2,890	13.71	6	4,163	19.74	7	3,211	15.23	13	1,451	6.88	9	2,191	10.39
84 年	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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

資料來源：衛生署統計室

附表9、重要指標之國際比較

年別	平均餘命												粗出生率					
	中華民國		日本		美國		德國		英國		南韓		中華民國	日本	美國	德國	英國	南韓
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女						
	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	歲	‰	‰	‰	‰	‰	‰
83 年	71.8	77.8	76.6	83.0	72.4	79.0	73.1	79.6	73.9	79.2	67.0	75.0	15.3	10.0	15.2	9.5	13.0	16.3
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	74.6	80.8	78.0	84.7	75.0	80.8	75.8	82.0	76.1	81.1	73.6	80.8	9.0					

資料來源：WHO (The World Health Report 2004)

附表9、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
83 年	638.6	438.7	618.7	627.2	603.5	704.0	5.1	4.2	8.0	5.6	6.2	8.9	12	18	26	30	17	11
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	…	…	…	…	…	15	…	…	…	…	…
94 年	530.0		-				5.0	…	…	…	…	…	15	…	…	…	…	…
95 年	495.4		-				4.6	…	…	…	…	…	15	…	…	…	…	…

資料來源：WHO (The World Health Report 2004)

附表9、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
83 年	49	129	…	114	…	41	73.1	81.0	62.9	82.5	76	77.0	10.2	45.5	8.2	14.0	10.2	13.0
84 年	53	130	99	112	83	44	68.6	81.6	62.8	82.1	76.0	66.3	10.2	44.2	7.8	13.5	10.2	13.0
85 年	53	132	98	114	83	46	66.0	82.2	61.5	80.6	75.9	70.1	9.4	43.7	7.5	12.9	10.3	13.0
86 年	56	132	98	115	73	48	63.1	81.7	61.9	81.1	76.4	69.7	9.2	42.5	7.3	11.9	9.3	13.0
87 年	57	134	97	…	81	52	60.8	81.6	62.6	82.3	76.1	66.9	8.7	40.8	7.1	11.7	8.9	13.0
88 年	56	134	95	148	79	55	62.8	81.9	63.4	82.2	74.0	66.9	8.5	39.8	7.0	11.6	8.2	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	8.4	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	8.4	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	8.1	13.0
92 年	60	135	…	…	72	…	*66.0	79.5	66.2	…	74.8	71.6	*9.4	36.4	6.5	…	7.6	13.5
93 年	63	…	…	…	…	…	*68.9	…	…	…	…	…	*9.7	…	…	…	…	…
94 年	64	…	…	…	…	…	*69.2	…	…	…	…	…	*9.5	…	…	…	…	…
95 年	65	…	…	…	…	…	*67.8	…	…	…	…	…	*9.6	…	…	…	…	…

說明：*係一般病床

資料來源：WHO (The World Health Report 2004)

附錄二 | 行政院衛生署95年政府出版品

期　刊

流水號	期刊名稱	發行週期	出版機關/單位	統一編號GPN	創刊年月
1	衛生統計(一)公務統計	年	行政院衛生署/統計室	2006100013	61年11月
2	衛生報導季刊	季	行政院衛生署/統計室	2008000143	80年03月
3	衛生統計動向	年	行政院衛生署/統計室	2008800097	88年12月
4	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
5	Taiwan Public Health Report	年	行政院衛生署/企劃處	2008900475	89年08月
6	Health Trends and Vital Statistics	年	行政院衛生署/統計室	2008900477	89年07月
7	國民醫療保健支出	年	行政院衛生署/統計室	2008900478	89年06月
8	Taiwan Supplement	年	行政院衛生署/統計室	2009001238	90年03月
9	全民健康保險醫療統計年報(上、中、下卷)	年	行政院衛生署/統計室	2009100699	91年05月
10	中華民國台灣地區全民健保主要疾病就診率統計(停紙本發行, 網路版續用)	年	行政院衛生署/統計室	2009300232	93年03月
11	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
12	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
13	死因統計	年	行政院衛生署/統計室	2009502599	95年08月
14	公務統計	年	行政院衛生署/統計室	2009502827	95年12月
15	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
16	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
17	藥物食品分析	季	行政院衛生署藥物食品檢驗局	2008200056	82年01月
18	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
19	無毒有我健康報	半月	行政院衛生署管制藥品管理局	2009205516	92年12月
20	疫情報導	月	行政院衛生署疾病管制局	2007300023	73年12月
21	Epidemiology Bulletin	月	行政院衛生署疾病管制局	2007400030	74年11月
22	結核病防治年報	年	行政院衛生署疾病管制局	2009103336	91年03月
23	感染控制雜誌	雙月	行政院衛生署疾病管制局	2009200952	92年02月
24	CDC Annual Report ：2006	年	行政院衛生署疾病管制局	2009205617	92年12月
25	定點監視週報	週	行政院衛生署疾病管制局	2009404139	94年07月
26	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
27	Statistics of communicable diseases and surveillance report	年	行政院衛生署疾病管制局	2009503743	95年11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	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	全民健康保險雙月刊	雙月	中央健康保險局	2008500065	85年05月
33	全民健康保險統計	年	中央健康保險局	2008600134	86年08月
34	全民健康保險簡介	不定期	中央健康保險局	2008600193	86年12月

流水號	期刊名稱	發行週期	出版機關/單位	統一編號GPN	創刊年月
35	National Health Insurance Profile	年	中央健康保險局	2008700186	87年12月
36	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
37	中醫藥年報	年	行政院衛生署中醫藥委員會	2007100017	71年01月
38	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
39	基醫醫訊	季	行政院衛生署基隆醫院	2008000073	80年03月
40	桃醫院刊	雙月	行政院衛生署桃園醫院	2009501093	95年05月
41	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
42	苗醫學術年報	年	行政院衛生署苗栗醫院	2009503393	95年12月
43	行政院衛生署豐原醫院醫訊	季	行政院衛生署豐原醫院	2007400042	74年04月
44	台中醫院院訊	季	行政院衛生署臺中醫院	2008800152	88年10月
45	朴醫院訊	季	行政院衛生署朴子醫院	2009101675	91年05月
46	屏醫院訊	季	行政院衛生署屏東醫院	2008400117	84年01月
47	92週年院慶特刊	不定期	行政院衛生署屏東醫院	2009005736	90年12月
48	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
49	嘉南院訊	雙月	行政院衛生署嘉南療養院	2009004187	90年12月
50	嘉南年刊	年	行政院衛生署嘉南療養院	2009102636	91年12月
51	臺灣癌症臨床研究合作組織通訊	季	國家衛生研究院	2008100075	81年10月
52	國家衛生研究院簡訊	雙月	國家衛生研究院	2008500061	85年01月
53	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	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
1	Health Newsletter(No.1)	行政院衛生署/企劃處	1009500080	95年01月
2	Health Newsletter(No.2)	行政院衛生署/企劃處	1009500081	95年03月
3	Health Newsletter(No.3)	行政院衛生署/企劃處	1009500082	95年05月
4	Health Newsletter(No.4)	行政院衛生署/企劃處	1009500083	95年06月
5	Health Newsletter(No.5)	行政院衛生署/企劃處	1009500084	95年08月
6	Health Newsletter(No.6)	行政院衛生署/企劃處	1009500085	95年10月
7	Health Newsletter(No.7)	行政院衛生署/企劃處	1009500086	95年12月
8	二代健保Q&A	行政院衛生署/企劃處	1009500308	95年08月
9	護您健康．心血管篇：慢性病照護指引	行政院衛生署/藥政處	1009500485	95年06月
10	健康達人125—民眾自我照護手冊	行政院衛生署/衛生教育推動委員會	1009500995	95年05月
11	行政院衛生署審理訴願案件常用法規彙編	行政院衛生署/訴願委員會	1009502149	95年08月
12	臨床營養工作手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009502519	95年09月
13	壹日高鈣套餐食譜	行政院衛生署/食品衛生處	1009502696	95年10月
14	慈愛無限˙心手成願－95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	1009502830	95年10月
15	中華藥典第六版	行政院衛生署/藥政處	1009503004	95年12月
16	語言通一點 溝通更方便：醫院服務人員英語對話手冊	行政院衛生署/企劃處	1009503383	95年11月

圖　書

流水號	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
17	藥你健康－Ⅰ用藥基本知識	行政院衛生署/藥政處	1009504000	95年09月
18	藥你健康－II常見疾病用藥	行政院衛生署/藥政處	1009504001	95年09月
19	藥你健康－III預防保健指引	行政院衛生署/藥政處	1009504002	95年09月
20	民眾就醫指引	行政院衛生署/健保小組	1009504345	95年12月
21	中藥檢驗方法專輯(十三)易混淆及誤用藥材之鑑別(二)	行政院衛生署藥物食品檢驗局	1009501765	95年06月
22	95年藥物濫用實際案例探討–轉身，看見陽光	行政院衛生署管制藥品管理局	1009501452	95年06月
23	青春不搖頭【高中版】	行政院衛生署管制藥品管理局	1009501517	95年09月
24	負壓隔離病房標準作業手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009500141	95年01月
25	愛滋病諮商與篩檢專業人員手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009500364	95年01月
26	聽，希望在唱歌:「愛與接納」傳染病病患的故事	行政院衛生署疾病管制局	1009500451	95年03月
27	傳染病標準檢驗方法手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009501570	95年07月
28	人畜共通傳染病臨床指引	行政院衛生署疾病管制局	1009501728	95年07月
29	瘧疾預防及治療用藥指引	行政院衛生署疾病管制局	1009502158	95年09月
30	傳染病防治法規彙編	行政院衛生署疾病管制局	1009502801	95年12月
31	結核病診治指引	行政院衛生署疾病管制局	1009504104	95年12月
32	演習研習：以流感大流行為例	行政院衛生署疾病管制局	1009504612	95年08月
33	行政院衛生署國民健康局科技計畫研究成果-健康促進 迎向豐盛人生	行政院衛生署國民健康局	1009500841	95年04月
34	民國八十九年老人健康之社會因素與生物指標研究成果報告（中英對照）	行政院衛生署國民健康局	1009501475	95年05月
35	2006年臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	1009501574	95年06月
36	Taiwan Tobacco Control Annual Report 2006	行政院衛生署國民健康局	1009501575	95年06月
37	認識癌症	行政院衛生署國民健康局	1009501904	95年07月
38	民國92年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第五次)調查成果報告	行政院衛生署國民健康局	1009502486	95年09月
39	台灣護理人員對骨質疏鬆之防治指引	行政院衛生署國民健康局	1009502743	95年10月
40	癌症登記字辭學	行政院衛生署國民健康局	1009503153	95年11月
41	社區健康營造工作手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503796	95年11月
42	慢性阻塞性肺病(COPD)自我管理學習手冊及教學手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503928	95年12月
43	慢性阻塞性肺病(COPD)自我管理學習手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503930	95年12月
44	慢性阻塞性肺病(COPD)教學手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503931	95年12月
45	腎上腺腦白質失養症照護手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503991	95年12月
46	龐貝氏症照護手冊	行政院衛生署國民健康局	1009503992	95年12月
47	遠離糖尿病－完全教學手冊（社區民眾版）	行政院衛生署國民健康局	1009504253	95年12月
48	遠離糖尿病－完全教學手冊（青少年版）	行政院衛生署國民健康局	1009504254	95年12月
49	遠離糖尿病－完全學習手冊（社區民眾版）	行政院衛生署國民健康局	1009504263	95年12月
50	遠離糖尿病－完全學習攻略（青少年版）	行政院衛生署國民健康局	1009504264	95年12月
51	全民健康保險民眾權益手冊	中央健康保險局	1009500298	95年02月
52	全民健康保險相關法規要輯	中央健康保險局	1009500832	95年03月
53	THE RELEVANT STATUTES AND REGULATIONS OF NATIONAL HEALTH INSURANCE	中央健康保險局	1009501568	95年06月
54	全民健康保險藥品給付規定	中央健康保險局	1009501900	95年07月
55	需長期使用呼吸器病人手冊	中央健康保險局	1009501996	95年07月

圖　書

流水號	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
56	全民健康保險法解釋彙編	中央健康保險局	1009502385	95年09月
57	上呼吸道感染自我照顧手冊	中央健康保險局	1009502796	95年10月
58	健保費為什麼不夠	中央健康保險局	1009503876	95年12月
59	National Health Insurance Handbook	中央健康保險局	1009503883	95年12月
60	認識二代健保	中央健康保險局	3809500088	95年01月
61	九十三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	1009500376	95年02月
62	Visions on Chinese Medicine in Taiwan	行政院衛生署中醫藥委員會	1009500389	95年02月
63	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(2005)	行政院衛生署中醫藥委員會	1009501924	95年09月
64	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(2005)第一冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009501928	95年09月
65	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(2005)第二冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009501929	95年09月
66	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(2005)第三冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009501930	95年09月
67	中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑作業手冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502116	95年08月
68	臺灣中醫藥現代化及國際化研究思路：衛生署中醫藥委員會整合型計畫成果要覽(1986-2006)	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502117	95年11月
69	中醫醫療管理法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502129	95年09月
70	臺灣中醫藥現代化暨國際化之策略與成果(CCMP2006)	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502527	95年09月
71	體質強化之中醫藥典籍研究	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502709	95年12月
72	憂鬱症中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502713	95年12月
73	缺血性心臟病中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502714	95年12月
74	慢性阻塞性肺病中醫資訊典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502716	95年12月
75	氣喘中醫藥典籍整理	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502719	95年12月
76	進行性肌肉萎縮症中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502720	95年12月
77	類風濕性關節炎中醫典籍彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502722	95年12月
78	全球中醫藥網路資源導覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009502992	95年12月
79	常用中藥材圖鑑	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503116	95年11月
80	常見藥用植物圖鑑	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503121	95年11月
81	九十四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	1009503277	95年12月
82	台灣中醫藥國際化相關活動彙編(一)－2006年中醫藥國際化研討會評析	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503458	95年12月
83	中醫藥科學化暨全球智財及管理策略	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503558	95年11月
84	臺灣中藥製劑尋寶導覽—中藥GMP實施概況暨藥廠簡介	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503830	95年11月
85	95年中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009503898	95年12月
86	台灣中醫藥國際化相關活動彙編(二)—海峽兩岸中醫藥學術交流成果評析(1996-2006)	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504054	95年12月
87	臺灣中醫藥基因體全球發展之韜略與成果	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504220	95年12月
88	歷年中醫藥委託研究計畫成果論文集	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504300	95年12月
89	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(二)傳統醫學與現代醫學對話困難的排除	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504377	95年12月

圖　書

流水號	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
90	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(三)『病人為中心』的問診、檢查、診斷與治療	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504387	95年12月
91	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(四)傳統醫學與現代醫學在肥胖症治療的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504393	95年12月
92	臺灣建構中藥用藥安全環境計畫(2005)研究成果彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504400	95年12月
93	臺灣中藥藥品管理暨相關法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504413	95年12月
94	臺灣市售易混淆中藥圖鑑	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504415	95年12月
95	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(五)傳統醫學與現代醫學在癌症醫療的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504553	95年12月
96	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(六)傳統醫學與現代醫學風濕性疾病診療的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504554	95年12月
97	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(七)傳統醫學與現代醫學在慢性疼痛診療的對話	行政院衛生署中醫藥委員會	1009504555	95年12月
98	認識H5N1新型流感	國家衛生研究院	1009500801	95年06月
99	兒少虐待及疏忽-醫事人員工作手冊	國家衛生研究院	1009504651	95年04月

電　子　書

流水號	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
1	95年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚活動實錄	行政院衛生署	4809503257	95年11月
2	2006反毒宣傳影片毒品防制全國動起來	行政院衛生署管制藥品管理局	4609504074	95年12月
3	開啓無毒人生的一扇窗九十五年度藥物濫用防制多媒體教材	行政院衛生署管制藥品管理局	4709504066	95年12月
4	傳染病防治工作手冊	行政院衛生署疾病管制局	4309500139	95年01月
5	演習研習:以流感大流行為例	行政院衛生署疾病管制局	4509502154	95年08月
6	演習研習:以流感大流行為例(1)	行政院衛生署疾病管制局	4509502155	95年08月
7	演習研習:以流感大流行為例(2)	行政院衛生署疾病管制局	4509502156	95年08月
8	白鷺鷥二號—防疫物資緊急配送演習	行政院衛生署疾病管制局	4509503520	95年11月
9	愛滋/結核電子報	行政院衛生署疾病管制局	4809504109	95年07月
10	金腎勇、真正勇限定精選集—金健康+愛腎廣播	行政院衛生署國民健康局	4309503080	95年12月
11	糖尿病防治教材－教導銀髮族認識糖尿病DVD光碟(全套四集)	行政院衛生署國民健康局	4509502604	95年09月
12	性教育教學影片「愛情先修班-青春四人行」	行政院衛生署國民健康局	4609503460	95年11月
13	2006中醫藥國際化研討會DVD光碟書	行政院衛生署中醫藥委員會	4509504474	95年12月

附錄三 | 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	衛生資訊通報服務入口網	http://chs-www.doh.gov.tw/csnpt/index.html
22	衛生署全國醫療資訊網服務中心	http://sc.doh.gov.tw
23	衛生署消費者資訊網	http://consumer.doh.gov.tw
24	衛生署電子圖書館	http://203.65.110.139:8003/elibrary
25	健康九九衛生教育資源網	http://health99.doh.gov.tw
26	健康電子報	http://www.doh.gov.tw/HealthPaper/20070628.html
27	台灣e學院	http://fms.cto.doh.gov.tw/index.html
28	自殺防治中心	http://www.tspc.doh.gov.tw
29	藥物資訊網	http://drug.gov.tw
30	食品資訊網	http://food.doh.gov.tw
31	基因改造食品	http://gmo.doh.gov.tw
32	優良健康資訊網	http://awards.doh.gov.tw
33	醫療憑證管理中心	http://hca.doh.gov.tw
34	藥品交互作用資料庫系統	http://dif.doh.gov.tw

序號	網站名稱	網址
35	中醫藥資訊網	http://www.ccmp.com.tw
36	中醫基因體資訊網	http://tcmgdb.cmu.edu.tw
37	中草藥用藥安全網	http://tcam.ccmp.gov.tw
38	菸害防制專區網	http://tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080
39	101拒菸大作戰網	http://www.ettoday.com/events/101
40	青少年網站	http://www.young.gov.tw
41	社區健康營造網	http://hpnet.bhp.doh.gov.tw/hpnet
42	國民健康指標互動查詢網	http://olap.bhp.doh.gov.tw
43	優良健康資訊網站入口網	http://awards.doh.gov.tw
44	遺傳疾病諮詢服務網	http://www.bhp-gc.tw
45	流感防治網	http://flu.cdc.gov.tw/
46	反毒資源線上博物館	http://www.antidrug.nat.gov.tw/
47	台灣健康促進學校	http://www.allschool.com.tw
48	財團法人國家衛生研究院	http://www.nhri.org.tw
49	財團法人藥害救濟基金會	http://www.tdrf.org.tw
50	財團法人醫藥品查驗中心	http://www.cde.org.tw
51	財團法人罕見疾病基金會	http://www.tfrd.org.tw
52	醫藥衛生研究資訊網	http://www.hint.org.tw

附錄四 | 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	健保免費服務專線	0800-212369

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	身體質量指數	Body Mass Index	BMI
3	美國疾病管制中心	Centers for Disease Control and Prevention	CDC
4	平均恆齒齲蝕指數	Decayed Missing Filled Tooth	DMFT
5	醫療影像標準推動計畫	The Digital Imaging and Communications in Medicine	DICOM
6	應用流行病學專業人才訓練及養成計畫	Field Epidemiology Training Program	FETP
7	國民快樂指數	Gross National Happiness,	GNH
8	國內生產總值	Gross Domestic Product	GDP
9	良好作業規範	Good Manufacturing Practice	GMP
10	優良實驗室規範	Good Laboratory Practice	GLP
11	葡萄糖六磷酸鹽脫氫酉每缺乏症	Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase	G6PD
12	食品安全管制系統	Hazard Analysis and Critical Control Points	HACCP
13	全國醫療資訊網	Health Information Network	HIN
14	國際衛生條例	International Health Regulations	IHR
15	美國醫療機構評鑑聯合會	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	JCAHO
16	顯微凝集試驗法	Microscopic Agglutination Test	MAT
17	細胞培養去活化全病毒疫苗	Madin -Darby Canine Kidney	MDCK
18	醫療保健支出	National Health Expenditure	NHE
19	國家衛生指揮中心	National Health Command Center	NHCC
20	國家流感中心	National Influenza Center	NIC
21	日本國立感染症研究所	National Institute of Infectious Disease	NIID
22	血液核酸擴大檢驗	Nucleic Acid Testing	NAT
23	國民健康資訊建設計畫	National Health Informatics Project	NHIP
24	經濟合作發展組織	Organization for Economic Cooperation and Development	OECD
25	醫療器材品質系統文件	Quality System Documentation	QSD
26	嚴重急性呼吸道綜合症	Severe Acute Respiratory Syndrome	SARS
27	服務中心	Service Center	SC
28	財團法人全國認證基金會	Taiwan Accreditation Foundation	TAF
29	台灣病人安全通報系統	Taiwan Patient Safety Reporting System	TPR
30	世界衛生組織	World Health Organization	WHO
31	世界經濟論壇	World Economic Forum	WEF
32	世界衛生大會	World Health Assembly	WHA

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	侯勝茂
總編輯	戴桂英
編輯委員	（按姓氏筆畫順序排列）
	朱娟玉・巫敏生・林　頂・林宜信・邱志彥・周國塘・ 許國雄・洪碧蘭
	洪百薰・紀雪雲・商東福・陳志朗・陳麗華・崔道華・黃純英・葉雅芬
	鄭秋真・賴幼玲・藍國岳
執行編輯	盧胤雯・許瓊玲
出版機關	行政院衛生署
地址	臺北市中正區愛國東路 100 號
網址	http://www.doh.gov.tw
電話	02-2396-8116
傳真	02-2397-9148
出版年月	中華民國 96 年 11 月
創刊年月	中華民國 88 年 12 月
設計印刷	集思創意設計顧問有限公司
電話	（02）2751-9900
定價	新臺幣 300 元整

展售處

台北　國家書坊台視總店

地址　台北市八德路三段 10 號 B1

電話　（02）2578-1515 轉 284

台中　五南文化廣場

地址　台中市中區綠川東街 32 號 3F

電話　（04）239-53100

GPN：208800168

ISSN：16824822