

主席、各位委員女士、先生：

今天， 大院第 8 屆第 3 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，^{文達}承邀列席報告，內心感到非常榮幸。

衛生署以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」作為施政願景，期促進及保護全民健康福祉，讓全民能活得更長壽、更快樂。

現謹就「傳染病之防治」、「健全醫療體系」、「全民健保改革」、「食品藥物管理」、「民眾健康促進」、「醫藥生技研發」、「國際衛生參與」等項重要工作，報告近期主要施政成果及未來之重要施政規劃，敬請各位 委員不吝惠予指教：

壹、近期主要施政成果

一、健全醫療體系

(一) 改善偏遠地區急重症醫療品質：

1. 健全緊急醫療照護網絡：

(1) 自 98 年起，辦理「醫院緊急醫療能力分級評定作業」，截至 102 年 2 月底止，全國共有 190 家通過急救責任醫院評定，其中含 26 家重度級及 77 家中度級急救責任醫院，每一縣市均有中度級以上急救責任醫院或特殊急重症照護中心。

(2) 辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，為鼓勵 19 家醫學中心支援偏鄉、離島醫療資源不足的地區醫院，業於 102 年 1 月 14 日公告 102 至 104 年度之獎勵計畫申請說

明，於 1 月 20 日由所在地方衛生局受理及初審，並於 1 月 28 日由本署召開審查會議完竣，刻正辦理相關簽約作業。

- (3) 本署 102 年開始執行「急診暨轉診品質提升計畫」，計有 15 個縣市衛生局、28 家基地醫院提出申請，全國急救責任醫院共 180 家參與，涵蓋率達 95%，期望建立緊急傷病患轉診網絡，以及建置轉診單電子登錄管理平台，並提供民眾即時性及持續性的醫療服務；落實醫院緊急醫療能力分級制度，降低因重複就診或不當轉診之醫療資源浪費。
- (4) 本署自 97 年起推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器 (CPR+AED) 訓練」，迄今共舉辦 222 場約 1 萬 5,000 名以上民眾參與，並有 36 處辦公場所與企業團體主動裝設 AED，獲得本署 CPR+AED 認證。「緊急醫療救護法」部分條文已於 102 年 1 月 16 日總統華總一義字第 10200003971 號令修正公布，規定中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器(AED)或其他必要之緊急救護設備，與 AED 設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法以及與明定民眾為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定；上開二項規定，一面將使我國緊急醫療救護體系向前延伸，一面鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施以急救。

2. 運用醫療發展基金，進行各項獎勵計畫，充實醫療資源缺乏地區急、重症之照護能力：

- (1) 獎勵偏遠地區醫院成立外傷、心血管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等特殊急重症照護中心，讓民眾於發生急重症情事時得接受在地化醫療服務。目前已經核定給予其獎勵者，計有新竹、苗栗、南投、雲林、屏東、臺東、金門、連江、澎湖等 9 個縣 17 家醫院，分別成立 24 個特殊急重症之照護中心。
- (2) 獎勵緊急醫療資源不足地區 13 家醫院，設立「夜間或假日救護站」、「觀光地區急診醫療站」；另亦獎勵 8 家醫院辦理「提升緊急醫療資源缺乏地區醫院急診能力」計畫。
- (3) 獎勵辦理提升（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合計畫，目前已通過 15 個縣市 21 家醫療機構共執行 28 個獎勵計畫，全國各縣市均有 24 小時之產、兒科醫療照護。

(二) 提升醫事人力素質：

1. 為建立有系統的牙醫師臨床訓練制度，加強一般及全人牙科醫療訓練，進而提升全國牙醫師畢業後之訓練品質，增進醫療品質，於 99 年 7 月 1 日開始執行「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。101 年度核定約 78 家醫院、213 家診所辦理，總計有 831 位牙醫師接受訓練。

2. 為加強新進住院醫師一般醫學訓練，提供全人醫療服務，使新進醫師具備獨立執業能力，以提升基層醫療品質，實施「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。101學年度共計核定 39 家教學醫院辦理，並培訓 1,325 名醫師。
3. 為了確保醫療服務品質與病人之安全，辦理「臨床醫事人員培訓計畫」。由各教學醫院安排訓練之師資及課程，讓 14 類醫事人員畢業後初進入臨床服務之時，即可以在臨床專家的指導下，接受二年規範化的培訓課程，以銜接學校教育與臨床服務訓練，培養專業核心能力，獲得獨力醫療照護實踐之能力與態度。101 年度共有 131 家教學醫院辦理，平均每月訓練 1 萬 4,327 人。
4. 為有效評量西醫師考生之醫學知識，反應其臨床照護能力及技能，自 102 年起西醫醫學生實習之考評須包括臨床技能測驗(OSCE)。本署於 102 年度認可 22 家教學醫院辦理臨床技能測驗。
5. 為培育具有全人醫療能力之中醫師，公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」，推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫。101 年共補助 16 家訓練醫院，計 45 名中醫師接受訓練，本項制度將於 103 年 1 月 1 日全面實施。
6. 執行提昇中醫醫事人員執業素質計畫，101 年已辦理中醫師繼續教育活動及中醫基本護理訓練活動共 14 場，提供中醫醫護人員接受繼續教育平台，增進各該人員中醫專業知能。

(三) 健全特殊醫療照護：

1. 持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」：101 年度共補助 14 家醫院辦理特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫，並獎勵台北、台中、高雄及花蓮等地區設置 5 間特殊需求者牙科醫療服務示範中心，計服務 31,485 人次。
2. 提供藥癮病人戒治醫療服務，目前指定藥癮戒治機構共有 118 家，提供個案門診、急診、住院、出院後之追蹤與轉介等項服務。另指定替代治療執行機構 108 家，協助鴉片類物質成癮者戒除藥癮，全國替代治療累計治療人數，已由 96 年底之 1 萬 4,131 人，增至 101 年底止之 3 萬 8,507 人，藥癮者感染愛滋病之比率，自 94 年之 71.5% 降至 100 年之 5%。
3. 為改善矯正機關收容人醫療狀況，本署與法務部合作擇定基隆監獄、桃園監獄、雲林監獄及泰源技能訓練所試辦矯正機關醫療改善獎勵計畫，提供一般科/專科門診服務，並提供定期健康檢查、癌症篩檢及一般藥癮戒治等服務。截至 101 年底止，4 家矯正機關中，有 2 家收容人戒護外醫次數之逐年下降比率達 10% 以上，又所有試辦矯正機關收容人重症人數比率平均減少 6%，58% 糖尿病患之糖化血色素(HbA1c)控制在 7% 以下，75% 高血壓病患之收縮壓/舒張壓控制在 130/85 以下，收容人對監所醫療之滿意度達 86%。

(四) 落實精神病人照護與心理健康：

1. 整合精神病人追蹤照護以及自殺通報個案關懷訪視計畫，101 年以補助或委辦之方式，全國 22 個縣市共聘僱 292 名人力，提供精神病人及自殺通報之個案關懷服務，101 年社區精神病人訪視次數共計 56 萬 5,186 人次，平均訪視率每人為 4.31 次，面訪病人比率 42%，截至 102 年 1 月底，全國追蹤關懷之精神病人 13 萬 1,228 人。
2. 配合「精神衛生法」於 97 年 7 月 4 日修正公布施行，於本署成立精神病人強制鑑定強制社區治療之審查會，負責審理全國強制住院案件，99 年共審理 1,696 件，許可率為 95%；100 年共審理 1,211 件，許可率為 96.12%；101 年共審理 1,221 件，許可率 96.8%；102 年 1 月共審理 86 件，許可率 97.7%。至於強制社區治療部分，已擇定台北市、高雄市作為試辦點，99 年共審理 27 件，許可率 100%；100 年共受理 40 件，許可率為 97.5%。101 年度試辦縣市除原有之台北市、高雄市外，擴增至桃園縣、台中市、台南市、彰化縣等六個縣市，101 年共受理 56 件，許可率為 92.86%。
3. 100 年度我國自殺死亡人數共有 3,507 人，每 10 萬人口粗死亡率為 15.1 人，與 99 年 3,889 人，每 10 萬人口粗死亡率為 16.8 人，相較減少 382 人，下降 9.8%。自 99 年以來，自殺已連續 2 年退出國人 10 大主要死因，100 年並退居第 12 順位，從世界衛生組織標準之「高盛行率」區域降至「中盛行率」區域。101 年 1 月至 12 月，初步

統計自殺死亡人數為 3,461 人，較 100 年同期減少 46 人，減少 1.3%，惟 101 年資料尚未齊全，最終統計資料將以 102 年 6 月本署統計室公布之資訊為準。

(五) 提升醫療服務品質：

1. 持續辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，101 年計完成 198 家醫院評鑑及教學醫院評鑑（含精神科醫院 9 家）之實地評鑑作業，以及研擬「醫院評鑑牙科照護基準（草案）」、「醫院評鑑安寧療護基準（草案）」與「醫院評鑑中醫評鑑基準（草案）」，並辦理試評作業。
2. 辦理基層醫事檢驗、放射機構品質提升計畫，計訪查或輔導 175 家基層醫事檢驗、放射機構，並辦理 851 家次之醫事檢驗能力測試工作，以強化基層醫事檢驗、放射機構之操作品質。
3. 辦理機構人體試驗/研究倫理審查會訪視，目前共 69 家訪視及格。
4. 醫學美容認證管理：已於 102 年 1 月公布「美容醫學品質認證申請手冊」，並接受醫療機構申請。「美容醫學教育證明」之訓練課程內容、時數、分等級及核發單位，後續將請「美容醫學教育訓練聯合委員會」，研議不同等級之美容教育訓練課程，並頒發其教育證明。
5. 擬定並推動病人安全年度目標：
 - (1) 公布 10 項醫院醫療品質及病人安全年度工作目標：
提升用藥安全、落實感染控制、提升手術安全、預

防病人跌倒及降低傷害程度、落實病人安全異常事件管理、提升醫療照護人員間的有效溝通、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全、強化醫院火災預防與應變及加強住院病人自殺防治。

(2) 3 項診所病人安全工作目標及參考做法：

①用藥安全：檢視從處方到給藥之流程是否存有安全疑慮、落實病人用藥過敏史及不良反應史的記錄及運用、加強藥物諮詢功能，提升民眾安全用藥能力。

②跌倒預防：落實執行跌倒防範之教育宣導、改善醫療照護環境，以降低跌倒風險及傷害程度。

③提升手術安全：落實手術安全流程、提升麻醉照護品質。

6. 101 年 12 月 28 日公布安全針具之定義及評鑑基準相關資訊，並於 102 年 2 月 1 日公告品項清單。

7. 出版「健康照護品質指標之國際與國內比較報告」，完成「病人住院經驗調查問卷」及使用手冊，擇定 91 項國家級醫療品質指標。另發表「2012 醫療品質政策白皮書」，將國內相關政策、指標與系統進行綜合性彙整，並提出政策建議與未來藍圖。

(六) 改善醫護執業環境：

1. 完成修正醫療機構設置標準：提升 5 類(護產人員 (33%)、藥事人員 (25%)、醫事檢驗人員 (100%)、醫事

放射人員（26%）及營養師（特殊病房人力）醫事人力配置標準，新增 11 類（呼吸治療師、心理師、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、聽力師、牙體技術人員、社會工作人員、病歷管理人員、醫務管理人員及感染管制人員）醫事人力標準，以改善執業條件。

2. 試辦生育事故救濟計畫：自 101 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止，於週產期之醫療與助產過程發生之生育事故致產婦或新生兒死亡、殘障者，可獲最高 200 萬元之給付。已於 101 年 10 月 1 日正式開辦，截至 102 年 2 月 23 日，合約醫療機構計 188 家；申請案計 37 件。已初步審定案件計 15 件，符合救濟要件者計 13 件，共救濟 1,535 萬元。
3. 醫療糾紛鑑定改革：委託醫策會辦理醫事鑑定事務規劃及處理計畫，定期辦理鑑定共識會議，研擬鑑定醫師訓練課程，以建立醫療鑑定人才庫，期整體提升鑑定品質。
4. 100 年起將七大類醫事人力基準列為醫院評鑑基準之人力項目必要條件。
5. 改善專科醫師人力失衡：調整專科醫師容額與分配、強化所有醫學系畢業生之內、外、婦、兒四科診療能力、增加偏遠地區醫院之資源分配、調整健保給付等。
6. 加強醫院急診部門(室)防暴措施：
 - (1) 為維護醫護人員與病人之安全，本署函請地方縣市衛生局，督導轄區急救責任醫院，積極採取以下五項安全措施：①急診門禁管制，限制進出人數②裝設

警民連線電話③急診室應配置 24 小時保全人員④配合張貼反暴力海報⑤急診室診療區與候診區作業空間應明顯區隔。迄今，完成率達 98.7%，並已將上開五項措施納入醫院評鑑相關規定、醫院緊急醫療分級評定作業規範、以及醫療機構設置標準。

- (2) 本署已要求全國各衛生局，凡轄內有發生急診暴力（滋擾）等案件，須於第一時間通報本署，並輔導所轄區域級以上設有急診室之醫院，依規定自行申請設置駐衛警察，亦請內政部警政署協助於全國各縣市醫院急診室設置巡邏箱（簿）並加強警力巡邏。

7. 持續推動護產人員執業環境改善方案

為澈底改善護理工作環境，本署於 101 年 5 月 10 日公布「護理改革近中程計畫」，提出 6 大目標及 10 大策略，並積極執行，目前已完成事項：

- (1) 自 102 年 1 月起，將原有計 49 項醫院實地評鑑、訪查，精簡為 14 項，計減少 71%項目，預估未來在四年內各醫院實際接受評鑑及訪查的次數將減少為 10 次。並進行評鑑訪查認定所需繼續教育積分整合及文書作業簡化。
- (2) 於 101 年 6 月 22 日通函縣市衛生局及各醫院遵循本署依勞基法彙訂之「醫療機構護理人員工時規範」，並輔導其辦理。
- (3) 「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款專用於護理人力配置及夜班費、超時加班費等

獎勵措施。本署已函知各公立醫院該款項應依「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」第4點規定，先以用人費用予以扣除，使能專款專用於護理人員。根據101年底調查已有67%醫院加薪。

- (4) 行政院人事行政總處於101年9月21日修正「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，自101年9月1日起三班制內容下限增加100元，上限增加200元，二班制依此比例調整，根據101年底調查已有64%醫院調高夜班費。
- (5) 於護理繼續教育150點總積分不變下，提高護理人員網路及通訊課程積分比重，由原各30點提高至各60點，增加護理人員接受課程之可近性，減輕其參加實體課程之負荷，已於102年1月25日公布實施。
- (6) 101年度補助2家護理團體辦理護理人員繼續教育網絡建構計畫，完成規劃及提供護理員繼續教育課程302場(含視訊)，計27,508人次上課，共提供2,555.2點免費繼續教育課程。
- (7) 依據本署醫事管理系統，至101年12月底已完成登錄之執業護理人員計141,007人，為歷史新高；較改革方案公布前(101年4月底)護理人員執業登錄人數136,415人，新增4,592人。
- (8) 本署101年5月補助辦理建置護理人力回流媒合平台，101年12月已媒合2,829人進入護理職場(初次任護理職1,670人、離職後再任職1,159人)。

- (9) 修正「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」，於 102 年實施護理類人員點數由每人每月補助 3,000 點調高為 5,000 點，補助 2 年。
- (10) 於 101 年 7-9 月與地方衛生局合辦北中南東基層及護理主管座談會，以加強勞基法認識及排班技巧，並傾聽基層護理同仁心聲，使護理決策廣納各方意見。
- (11) 本署已於 8 月 29 日召開護理諮詢委員會會議，就護理教育考試及研究等議題進行意見交換。
- (12) 本署已持續召開 8 次護理改革工作小組會議，將持續召開定期追蹤本計畫辦理進度，即時傾聽各界建言，以改善護理執業環境，留任護理人員。
- (13) 委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理護理文書作業簡化作業計畫，研擬一般內外科急性病房通用表單及特殊表單建議及範例，函請各醫院參採使用，除非必要，內外科急性病房可不再加其他表單，以減輕護理人員之工作負荷，預計 102 年公布護理文書簡化作業表單範例。。

8. 推動專科護理師甄審制度：

- (1) 101 年 6 月 4 日 6 度修正專科護理師分科及甄審辦法。
- (2) 95 年開始推動專科護理師甄審制度，至 101 年計有 3,728 人通過甄審。
- (3) 100 年內外科專科護理師之訓練醫院共 69 家、訓練

容量 2,488 名;101 年共 80 家專科護理師訓練醫院，
102 年再增 13 家專科護理師訓練醫院。

(4) 102 年專科護理師新增外科(婦產科組)。

9. 產後護理機構管理：

(1) 100 年依護理人員法第 23 條之 1 規定，辦理產後護理機構評鑑試評，評鑑合格視同督導考核通過，101 年依試評結果完成 102 年產後護理機構評鑑基準訂定，訂於 102 年正式辦理評鑑。

(2) 本署 101 年清查發現未提供護理服務坐月子中心 57 家，輔導結果計 4 家已立案、10 家已許可設立待申辦開業、9 家提出立案申請中、5 家已關閉，餘 29 家為醫院診所附設符合醫療法規定。

(3) 訂於 102 年進行產後護理機構評鑑；另對坊間坐月子中心每年清查及輔導轉型為產後護理機構，並納入縣市衛生局考評。

(七) 發揮署立醫院功能：

1. 102 年 1 月 8 日發布修正「行政院衛生署所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」：將院長、副院長職位導入公開遴選制度，並限定其任期，任期期滿要經續任評核通過後，始得連任，任期屆滿，應予免兼，並應間隔 2 年以上，始得重新參加甄選，再次兼任院長、副院長職務。

2. 100 年 6 月 7 日函頒「行政院衛生署所屬醫院辦理重大

採購案件應行注意事項」，律定院長採購權限，凡屬重大採購案件均需報署送署外之委員先行審查，通過後才能送醫院管理委員會，會議審議同意後始得辦理。

- (1) 全面改組重聘委員：民間專家、學者及社會人士共 25 位擔任委員，審查各項重大採購案及計畫書。
 - (2) 截至 101 年 12 月底止，共計報署 117 件，並已召開 10 次醫院管理委員會，審議案件計 91 件，另有 16 件已撤案、餘 10 件刻進行審議程序（包含署外專家、學者審查中、函請醫院依審查意見補正說明等）。
3. 協助法務部全力投入戒毒、反毒工作，前往監獄看診支援：本署共 24 家醫院辦理，自 95 年 3 月起開辦美沙冬替代療法服務至 101 年底止，計服藥共 495 萬 4,593 人次。
 4. 傳染病之防治：本署有 15 家醫院(全國共 25 家)被 CDC 指定為傳染病之應變醫院，總床數佔全國 61%。
 5. 關懷弱勢族群之醫療照顧：
 - (1) 中期照護服務：101 年有屏東、基隆、桃園、苗栗、南投、豐原、朴子醫院 7 家。101 年度合計設置 111 床，住院總人日 1 萬 6,311 人日、住院總人次：868 人次、個案收案數：284 人。102 年將另增加 11 家署醫開辦。
 - (2) 漸凍人照護病房：101 年成立於台中、台南醫院。
 - (3) 失智失能社區照護：101 年有台中、基隆、苗栗、南投、朴子、旗山、屏東醫院、草屯療養院、嘉南療養

院、恆春旅遊醫院、澎湖醫院等 11 家醫院。101 年度總計篩檢 3,689 人次、收案 1,775 人、照顧者支持團體及衛教宣導計 1 萬 5,826 人次。102 年將另增加 7 家署醫開辦。

(4) 中低收入戶民眾健康管理計畫：101 年台中、旗山醫院試辦，102 年另 16 家醫院開辦，結合衛政、社政及健保等單位，針對社區低收入戶等弱勢民眾，提供主動式健康管理。

(5) 目前共計有公費安養床約 1,943 床(精神養護：玉里醫院 1,497 床、草屯療養院 227 床、漢生病：樂生養院 216 床、烏腳病：新營醫院北門分院 3 床)。

6. 配合政策，開立特別門診：塑化劑健康諮詢門診(21 家醫院於 100 年 5 月 28 日配合開設特別門診)、類流感(22 家醫院配合疫苗施打期程開設特別門診)及 H1N1(22 家醫院於 100 年底配合開設特別門診)。

7. 本署醫療影像判讀中心(IRC)，由所屬桃園、豐原、南投…等 7 家醫院透過判讀中心系統，遠距支援偏遠地區醫療影像判讀服務。使偏遠地區民眾，享受與都會醫院同等級之醫療影像判讀水準。100 年 1 月至 101 年 12 月，累計支援偏遠地區醫院 7 萬 8,602 件、山地離島衛生所 10,731 件，合計共 8 萬 9,333 件。支援單位包括和平、梨山、泰安、尖石、五峰、信義、仁愛、琉球、南澳、達仁、綠島、復興、蘭嶼、阿里山、烏來、大同、望安、七美、烏坵等 19 家衛生所及花蓮、玉里、八里、桃療、

苗栗、竹東、草療、嘉南、新營、旗山、胸腔、恆春旅遊、嘉義及台東等 14 家醫院。未來醫療影像判讀系統將朝雲端化發展，擴充判讀服務效能及能量。

8. 辦理國際醫療之合作及援助：台北醫院(辦理國際醫學訓練中心)、基隆醫院(辦理觀光遊輪醫療服務)、台中醫院(辦理甘比亞及迦納人才培訓)、桃園醫院(協助海地共和國公共衛生業務)。
9. 本署所屬 26 家醫院將於 102 年 3 月底前通過 ISO 品質認證。
10. 署醫特色專書出刊擬訂於 102 年 6 月底前完成，本署醫院特色醫療包含：國際醫療(臺北醫院)、臨床技能中心(桃園醫院)、品質管理(豐原醫院)、建構完整老人照護園區(台中醫院)、漸凍人(臺中、臺南醫院)、中央實驗室(臺中醫院)、中期照護(屏東醫院)、醫療影像判讀中心 IRC(桃園醫院)。

(八) 發展衛生醫療資訊：

1. 推動實施電子病歷：

- (1) 輔導醫院依照衛生署公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定，實施電子病歷，截至 101 年 12 月底止，共有 282 家以上醫院宣告實施。
- (2) 辦理醫療機構電子病歷檢查作業，確認已經宣告實施電子病歷醫療機構，確實符合相關規定，截至 101 年 12 月底為止，共有 207 家醫院通過檢查。

- (3) 公告「醫院實施電子病歷及互通之補助計畫」，並且實施電子病歷跨院交換互通查驗作業，截至 101 年 12 月底為止，查驗合格醫院累計共有 191 家。
2. 營運醫事憑證管理中心，持續簽發醫事憑證，提供醫事人員、醫事機構電子認證、電子簽章及資料加密等功能。截至 101 年 12 月底止，累計製發醫事憑證 IC 卡 36 萬餘張。
3. 透過衛生資訊通報平台，持續提供緊急醫療資源管理及死亡資料之快速通報服務，截至 101 年 12 月底止，計有 189 家急救責任醫院，將其加護病床之空床數資料，自動上傳緊急醫療管理系統；另有 183 家醫療院所，將其死亡資料自動上傳死亡通報網路系統。

(九) 提升原住民族及離島地區醫療服務品質：

1. 推動醫療資訊化
 - (1) 為強化原住民族及離島地區共享醫療資訊系統，採分年分階段之方式，在衛生所建置 HIS 系統，以提升偏遠地區醫療服務品質。截至 101 年 12 月底止，55 家衛生所(山地 30 家、離島 18 家、平地 7 家) 已全數完成建置。
 - (2) 建置 32 家(山地 23 家、離島 9 家)衛生所醫療影像傳輸系統(PACS)，並與本署醫院連線，提供衛生所即時之醫療影像傳輸與醫療影像判讀協助，以利於其醫療診斷，避免醫療資源重覆使用，進而提升醫療服務品

質。

- (3) 為讓偏鄉地區民眾享有與本島相同的判讀品質及即時服務，自 100 年起山地離島 19 家衛生所已由本署醫院提供影像支援判讀，提供在地更佳的醫療診斷，提升偏遠地區民眾就醫的方便性；101 年共支援判讀 6,906 件。

2. 加強山地離島偏遠地區衛生所室辦公廳舍、醫療保健、資訊、交通等項設施及設備之更新：

- (1) 101 年共核定補助 3 家山地離島地區衛生所室辦理重擴建之工程、38 家衛生所(室)修繕以及 3 個直昇機停機坪之修繕工程。
- (2) 101 年共核定補助原住民族及離島地區衛生所室資訊設備 314 項、醫療設備 241 項、巡迴醫療車 2 輛、巡迴醫療機車 40 輛，以提升當地的醫療服務品質，縮短城鄉醫療差距。
- (3) 蘭嶼綠島天秤災後重建：蘭嶼鄉衛生所室(天秤颱風)復建工程計畫，業已發包施作中，依工程契約預計 102 年 2 月 16 日竣工。綠島鄉衛生所暨宿舍(天秤颱風)復建工程及汰換損壞設備計畫，僅完成汰換損壞資訊設備 3 台電腦，另復建工程部分因未能於 101 年底以前發生權責，臺東縣衛生局將於 102 年重提申請計畫。另已核定補助綠島衛生所改建工程 3,550 萬元，地方政府確認細設規劃坪數及經費需求中。

3. 推動「部落社區健康營造計畫」，朝「本土化」、「訂立健康議題」以及「建立機制」三大方向，結合地方資源，推動社區自發性之健康維護模式，促進民眾健康。101

年度輔導成立 86 家健康營造中心，101 年成果包括：疾病篩檢 6 萬 5,296 人次，轉介篩檢異常 1 萬 4,078 人次，血壓監測 10 萬 4,16 人次。辦理健康飲食輔導活動，參加者計 2 萬 9,517 人次；辦理 1,904 場次衛生教育宣導，參與者計 9 萬 1,968 人次，志工參與計 1 萬 600 人次。

4. 推動原住民族及離島地區醫療保健促進計畫及「強化原住民族及離島地區緊急醫療服務相關工作」，辦理醫療保健等各項活動如整合式篩檢、醫療保健衛生教育及在職訓練…等多場衛生教育宣導活動。
5. 推動原住民族及離島地區寒、暑期大專青年健康服務營計畫，培養大專青年服務在該社區提供民眾正確的醫療保健知識，協助指導及落實個人健康管理，逐步減少醫療支出，來達到縮短城鄉健康差距之目標。101 年寒暑期共計補助 40 個團隊，參與服務之學生人數約 1,600 人。
6. 辦理「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」，培育在地醫事人員，截至 101 年底共計培育醫事人員 807 名，102 年預計招生 52 名(含醫學系、牙醫學系 27 人)。
7. 緊急醫療轉診後送服務：本署秉持「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」原則，積極推動強化「在地醫療」為主、「空中轉診」為輔之醫療照護政策。目前「行政院衛生署空中轉診審核中心」持續進行 24 小時之運作，受理空中轉診申請案之審核，101 年共核准 277 件，核准率為 94.86%，有效提升空中轉診後送醫療照護品質。本署

並自 101 年起，於醫學中心任務指標已增列「提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」試辦項目，協助當地醫院提升急重症照護能量，以減少空中轉診後送之必要性。

8. 本署為諮詢學者專家對原住民族及離島衛生醫療重要施政及業務計畫之意見，特設置行政院衛生署原住民族衛生諮詢委員會及離島衛生諮詢委員會，並每年召開諮詢委員會，針對原住民族及離島等衛生醫療重要施政及醫療發展方針進行討論與諮詢。

(十) 整備長照服務體系：

1. 研擬長照服務網計畫，完備長照服務體系
 - (1) 建置長照資源盤點系統，與內政部及退輔會合作，共同完成首度跨部會之長照資源盤點。
 - (2) 為充足長照服務量能，促進長期照護資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，讓長照服務深入各地社區(含偏遠地區)，滿足家庭長照需求，並作為長期照護保險實施之基礎，本署已完成長照服務網計畫(草案)，依服務資源需求，全國劃分為大(22 個)、中(63 個)、小(368 個)區域，研訂獎助資源發展措施，並以社區化及在地化資源發展為主。
 - (3) 發展家庭照顧者支持服務，滿足家庭照顧者之需要，5 年內並將完成建置家庭照顧者支持網絡。101 年底已完成規劃建置全國性家庭照顧者諮詢專線服務。
2. 結合社區資源建構長照體系
 - (1) 推動長照人才培訓計畫：

- ① 照管中心人員訓練：99 年至 101 年完成第 1 階段核心課程訓練共計 157 人（含偏遠地區 52 人）、第 2 階段 157 人次，101 年完成 22 個縣市照管中心考評。
 - ② 辦理各類長照專業人力培訓：99 年至 101 年已完成共同課程訓練共計 8,262 人次（含偏遠地區 305 人次）。補助各醫事團體辦理長照醫事人員繼續教育，99 年至 101 年完成專業課程訓練共計 8,759 人次。共培訓 17,021 人次。
- (2) 推動偏遠地區(含山地離島)設置在地化且社區化服務據點計畫：為提升偏遠服務地區的可近性、促進社區型長照服務之發展及鼓勵創新型長照服務之開發，101 年度獎勵設置高雄市六龜區、南投縣仁愛鄉與信義鄉、屏東縣三地門鄉、臺東縣蘭嶼鄉、嘉義縣阿里山鄉與番路鄉、新北市烏來區、新竹五峰鄉、台南市龍崎區、屏東縣牡丹鄉、屏東縣滿州鄉、花蓮縣卓溪鄉等 13 個據點，102 年新增 20 個據點，以提升在地長照的量與能。

3. 提升長照服務品質及量能

(1) 長照十年計畫具體成效：

- ① 提供民眾服務量占老年失能人口數的比例，呈快速成長，97 年 2.3%、98 年 5.7%、99 年之 16.3%、100 年之 21%，至 101 年底達 27%(全失能人口為 16%)，97 年至 101 年服務人數共計 11 萬 3,202 人。
- ② 家庭照顧者獲得補助使用喘息服務，近年快速成長，

至 100 年底已達 6 萬 1,675 人日，較 97 年成長近 3.5 倍；至 101 年底達 6 萬 4,733 人日，較 100 年成長 1.1 倍。

③ 截至 101 年底，符合失能評估之失智症約 9,737 人獲得長照服務，其中 3,332 人係經「臨床失智評估量表 (CDR)」評估後獲得長照服務。

(2) 提升護理之家照護品質，101 年度依長照機構評鑑整合指標，完成一般護理之家實地評鑑 311 家。

4. 推動長照相關法，作為長照體系建置之法制依據：為健全長照服務體系之發展，確保服務品質，保障接受長照者之尊嚴及權益，本署已完成長照服務法草案研擬，並於第 7 屆第 7 及第 8 會期報請 大院審議，惟因全案未於第 7 屆立法委員任期屆滿前議決，屆期不續審。考量長照服務需求增加，主管部會分立，亟需整合建立普及式長照服務制度，爰於第 8 屆第 1、第 2 及第 3 會期重新報請 大院審議。本署於 101 年 2 月 23 日、7 月 12 日、9 月 6 日辦理三場長照服務法專家諮詢會議，共計邀請 95 名專家學者與相關團體代表與會。未來仍將不斷與各界溝通，並加強宣導長照服務法，使民眾更能深入了解及有效利用。

5. 規劃長期照護保險：辦理長期照護保險之推動與細部規劃，重要工作包括：

(1) 為發展適用於我國長期照護保險之需要評估工具，以反映長照需要，已研擬長照保險多元評估量表(草

案)，並建立各國長照評估工具庫。目前長照保險多元評估量表(草案)業用於第二階段長期照護需要調查及長期照護資源使用群組調查，101 年針對失智症者、智障者、精神障礙者，進行評估工具之細部規劃及修正之委託研究，於相關資料蒐集完成後，進行細部修正，以確立適用我國及符合各特殊群體需要之長照保險多元評估量表。

- (2) 為發展本土化長期照護保險之照顧服務資源使用群組，作為未來長照保險訂定給付與支付標準之依據，於 101 年底完成居家型及社區型長期照護服務資源使用案例資料之收集，將於 102 年 6 月底建立分類系統，並選擇據點進行試辦，以校正分類系統，預計 103 年 6 月擬訂長期照護保險給付標準(草案)。
- (3) 為建立能反應成本且兼顧合理勞動條件之長照保險支付標準，擬訂結構式之問卷，於 101 年 7 月完成居家照顧服務基礎項目成本分析資料之收集，預計 102 年 12 月前完成居家護理及全日住宿型成本資料收集，並於 103 年 6 月前完成社區型成本資料收集及擬訂長期照護保險支付標準(草案)。
- (4) 為建立我國長期照護保險精算模型，以利推估保險費用，刻正以國民長期照護需要調查所收集之全國失能資料，進行不同給付項目及條件下之長期照護保險費率精算，作為我國長照保險財務制度規劃之參考。

- (5) 自 98 年 9 月起至 101 年 12 月底止，邀集專家學者及相關之團體，總共召開 106 次諮詢會議，討論保險財務、體制、給付與支付等各項制度規劃，同時參與 300 場以上溝通宣導活動，包括相關團體之座談會或研討會、主題演講、訪談、活動等，藉此進行意見溝通，蒐集各界建議，作為規劃長期照護保險參考。

二、全民健保改革

(一) 穩定全民健保財務：

1. 99 年 4 月 1 日所實施之保費調整方案，配合各項節流措施，目前財務狀況已有改善，健保收支累計由 99 年 3 月底之短絀 604 億元，轉為 101 年 12 月之結餘 206 億元。
2. 由本署中央健康保險局(以下稱健保局)加強執行健保投保金額查核作業，運用勞退每月提繳工資、勞保投保薪資、薪資所得、營利所得、執行業務所得等外部之資料，比對健保投保金額，對於低報單位，予以調整投保金額，另健保局之各分區業務組，亦就健保承保資料篩選其轄區內疑有低報單位，實施不定期之查核，以落實保險費負擔之公平性。101 年截至 12 月底止，計增加保險費收入 18.58 億元。
3. 健保局透過加強查察健保特約醫事服務機構虛報、浮報醫療費用違規情事，藉以提升健保醫療資源合理運用；除對民眾檢舉、上級交查案件加強稽查之外，另主動分

析資料發掘違規案件，全力進行訪查，並規劃辦理全局性查核專案，101 年截至 12 月底止，訪查醫事服務機構 680 家，占特約之醫事服務機構家數 2.64%。

4. 辦理藥品支付價格調整：健保局依「全民健康保險藥價基準」規定，進行兩年一次之第 7 次藥價調整作業，新藥價已經於 100 年 12 月 1 日開始實施。該調整可緩和藥費支出成長，101 年度藥品費用成長率為-0.36%，所節省之經費，除可用於新藥新科技之引進、擴大給付範圍之外，亦可以用來調整偏低的支付標準，使廣大之民眾都能分享藥價調整好處。

(二) 推動支付制度改革：

1. 逐步導入「住院診斷關聯群」之醫療費用支付制度：
 - (1) 依據 100 年全年醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由原來 4.39 天，下降為 4.17 天，整體下降 5.01%；平均每件實際醫療費用，由原來 4 萬 5,511 點，減少為 4 萬 5,366 點，每件減少 145 點，下降 0.32%。
 - (2) 101 年 1 月至 11 月醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由實施前同期(98 年 1 月至 11 月)4.39 天，下降為 4.13 天，整體下降 5.92%；平均每件實際醫療費用，由實施前同期(98 年 1 月至 11 月)4 萬 5,474 點，減少為 4 萬 5,182 點，每件減少 292 點，下降 0.64%。

(3) 顯示在此制度下，會促使醫院減少不必要之手術、用藥及檢查等費用，一方面保障民眾醫療品質，另一方面亦提升醫療服務效率。

2. 推動「論人計酬支付制度」：

(1) 為改變現行論量計酬之缺失，提供更大誘因促使醫院投入更多健康促進服務，計有 8 家試辦團隊，採 3 種模式試辦，照護對象 20 萬人，試辦期間 3 年，醫院忠誠模式及社區醫療群模式自 100 年 7 月 1 日起至 103 年 6 月 30 日止，區域整合模式自 101 年 1 月 1 日起至 103 年 12 月 31 日止，於 101 年辦理 3 次專家學者實地參訪及輔導會議，召開專家討論會及團隊討論會議各 1 次，其間均邀集其他試辦團隊參與觀摩，促進各試辦團隊間之交流與學習。

(2) 各試辦團隊均竭盡所能提出各種創新照護策略，包括依民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動；積極推動團隊內(院內)資訊整合，結合社區志工，推行健康促進與運動計畫等，對減少醫療浪費及提升照護品質已有初步成果。

3. 高風險、高心力投入之醫事科，健保支付標準調整方案：

(1) 101 年為調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇，挹注經費共計約 21.47 億元。

① 醫院總額依 101 年 6 月 20 日全民健康保險醫療給付協議會討論通過，同意調高婦兒科之特定診療項目

編號 57114C「自然生產新生兒照護費」等 6 項支付點數及調高一般病床之住院診察費各項支付點數調高 43 點，共計增加 12.83 億點。

②西醫基層同醫院調整項目調增加 0.572 億點外，調高婦外兒科門診診察費 8.527 億點：婦產科及外科專科醫師申報第一段門診量內全部科別案件門診診察費加成 9%；兒童專科醫師除 4 歲門診診察費加 2 成，放寬到 6 歲，另申報第一段門診量內全部科別案件門診診察費加成 3%，共計增加 9.099 億點。

③上述支付標準調整，本署已公告，並追溯至 101 年 1 月 1 日實施。

(2) 101 年公告施行急診品質提升計畫，全年預算 3.2 億元，用於獎勵急診照護品質及效率之提升。

(3) 於 100 年 8 月啟動之支付標準表資源耗用相對值表 (RBRVS) 全面評量作業，邀請全國 37 個專科或專業團體共同評量，評量過程以公平、透明為原則，並於 100 年 9 月底完成評量作業，100 年 10 月請國內有意願且有進行成本分析的醫院協助進行成本分析，共計回收 26 家醫院之成本分析資料，已於 101 年 10 月完成醫院成本分析資料之校正，現正進行專科相對值及醫院成本分析資料之串聯及其結果之合理性評估，未來將依據串聯結果研擬支付標準調整草案。另為達到支付標準調整之公正超然原則，健保局刻正邀請內、外、婦、兒及急診科等專家組成「102

年支付標準調整研議小組」，未來支付標準調整之優先順序將以該小組會議決議為準。

(4) 102 年醫院總額編列 50.55 億元及西醫基層編列 2.22 億元，主要用於合理調整急重難科別及內外科之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。

4. 公開醫療服務品質資訊：於健保局全球資訊網建置「醫療品質資訊公開」主題專區，內容包括：(1) 民眾所關心之醫院醫療品質指標；(2) 各醫療院所別醫療品質資訊：含服務類指標及疾病類指標；(3) 專業醫療服務品質報告。公開資訊包括保險病床比率、住院病人出院後 3 日內回到同院再急診率、同日急診返診比率等多樣性品質資訊，101 年 12 月底止，專區上網瀏覽合計 387 萬人次。

(三) 擴大照顧弱勢民眾：

1. 在健保費補助方面：101 年截至 12 月底止，受補助者共計 258 萬餘人，補助金額 219 億餘元。

2. 在欠費及就醫相關費用之協助方面：

(1) 對繳交健保費有困難之弱勢民眾，101 年截至 12 月底止，紓困貸款部分：核貸 3,589 件，金額 2.14 億元；分期繳納部分：核准 13 萬件，金額 31.8 億元；愛心轉介部分：補助 4,755 件，金額 2,274 萬元。

(2) 101 年運用公益彩券回饋金協助經濟弱勢民眾排除就醫障礙，使其獲得妥適醫療照護，已協助 4.3 萬人次，補助金額約 3.53 億元。

3. 醫療保障方面：未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。101 年截至 12 月底止，計受理 3,787 件，醫療費用 1.1 億餘元。
4. 在解除鎖卡方面：
 - (1) 99 年 10 月實施「弱勢民眾就醫方案」，符合該方案之弱勢民眾，如因欠費而被鎖卡，由健保局主動予以解卡，截至 101 年 12 月底止，已解卡 43.4 萬人，包括 20 歲以下者、近貧戶、特殊境遇家庭受扶助條者、懷孕婦女等。
 - (2) 101 年 6 月實施「二代健保健保費欠費暫行停止保險給付執行規劃方案」，分為 4 階段執行，查證欠費民眾經濟能力後才予以鎖卡，截至 101 年 12 月底止，已解卡 14.1 萬人，至有能力卻不繳納健保費之鎖卡人數降至約 4 萬人。
5. 實施全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)：
 - (1) 健保險局已於全國 48 個山地離島鄉鎮(42 萬鄉民)分別實施此項計畫，由有意願、有能力之醫療院所，以支援之方式，提供該地區之民眾各項醫療照顧、專科診療及預防保健等服務；並且定期召開督導委員會議，對所提供的醫療服務及鄉民需求，進行瞭解檢討。
 - (2) 101 年共有 25 家醫院承作，健保局除支付原論量服務費用外，每年額外投入專款專用經費 4-6 億元

(100年投入經費共4.39億元,101年1至9月為3.03億元)。

(四)有效使用醫療資源：

1. 為協助看門診次數高之民眾正確就醫，並強化其本身健康管理，自民國90年開始，辦理專案輔導，藉郵寄關懷函、電訪、親訪、結合社會資源，以及指定就醫處所等不同之方式，導正彼等就醫行為，另為了提升醫療資源使用效率，自99年起，並將門診高利用對象輔導措施，由輔導前一年門診申報就醫次數大於150次(含)者，擴大為大於100次(含)者。100年全年門診申報就醫 ≥ 100 次之個案者33,138位，輔導範圍擴增了7.2倍。經輔導至101年12月底，平均就醫次數下降24%，平均醫療費用下降26%，節制醫療費用約8.29億元。
2. 對於重複違規醫師、停約或終止特約之醫療院所，於同址變更負責人後再遭停約或終止特約者，已修法明定於十年之內不予特約。
3. 自98年12月起，推動以病人為中心之整合性照護，提供多重慢性病人適切且兼具品質及效率的醫療服務，除避免其重複治療用藥及處置外，也減少病人往返醫院之交通時間。101年有193家醫院參與，選定之收案對象約46萬人，經101年成果分析，收案對象平均每人每月門診就醫次數下降0.12次，下降比率9.9%。

(五) 完成準備工作，實施二代健保：

1. 二代健保自 100 年完成修法後，即積極辦理籌備工作，歷經兩年準備，完成了各項法規訂定與修正、健保組織整併、資訊系統的建置與測試、各項新制的規劃、各類作業手冊的編撰及補充保險費收繳流程的模擬試作等工作，並針對保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構，持續擴大辦理宣導業務及民間輔導作業，整體籌備工作均已依時程完成。
2. 二代健保業於 102 年 1 月 1 日如期實施，新制重點包含節制資源使用、減少不當醫療、建立保險財務收支連動機制、擴大雇主及保險對象保費費基、提高政府分擔比率、保障弱勢群體權益、減輕就醫部分負擔、重要資訊公開透明、擴大民眾參與、受刑人納入全民健保等，帶給全民更為公平、更有品質及更講效率之全民健康保險。
3. 為使健保永續經營、促進醫療資源有效運用，落實二代健保之醫療科技評估制度 (Health Technology Assessment, HTA)，本署已於 101 年 11 月 26 日成立「國家醫療科技評估中心籌備辦公室」，藉此啟動國內學研界、產業界、醫療實務界在 HTA 的業務整合，使國內醫療科技評估制度完備發展，並逐漸落實新藥及新醫材在健保給付收載機制中，導入醫療科技評估機制的審查流程，期使醫藥品收載更具公開透明化，讓台灣的全民健保更符社會正義及社會公平。

三、食品藥物管理

(一) 加強食品安全監測：

1. 101 年截至 12 月底止，完成食品中動物用藥殘留監測 572 件，不合格 40 件；包裝場與市售蔬果農藥殘留監測 2,363 件，不合格 242 件；食米之重金屬(鎘、汞、鉛)含量監測 160 件及農藥監測 91 件，均符合規定；市售蔬果植物類重金屬含量監測 102 件，均符合規定。不合格之案件，均透過跨部會之協調機制，進行源頭改善。
2. 加強市售肉品乙型受體素抽驗計畫：101 年度完成抽驗 1,926 件禽畜肉產品，與不符規定產品共計 18 件(14 件牛肉檢出萊克多巴胺、2 件牛肉檢出齊帕特羅、2 件豬肉檢出萊克多巴胺)，均下架回收銷毀。
3. 擴大民間檢驗機構認證，提升檢驗品質，截至 101 年 12 月底止，公告通過認證之食品檢驗實驗室累計 61 家，637 品項。
4. 補助地方衛生局檢驗設備，強化檢驗分工及網絡，以執行「衛生局區域聯合分工檢驗體系」之專責分工檢驗項目為動物用藥或農藥之衛生局為優先，補助宜蘭縣等 4 家衛生局購置高效液相串聯層析質譜儀 (LC/MS/MS)。
5. 101 年 1 至 12 月公告增修訂食品檢驗方法 50 項。

(二) 強化食品衛生管理：

1. 強化食品衛生管理法規

- (1) 101 年 8 月 8 日發布修正「食品衛生管理法」第 11

條、第 17 條之 1 及第 31 條文，增訂與美國牛肉萊克多巴胺事件有關的安全容許量、強制標示及其罰則規定。並已提出「食品衛生管理法」全案修正草案，於 101 年 8 月 27 日函送 大院審議，並於 102 年 1 月 10 日至社會福利及衛生環境委員會進行全案報告，其中增列食品安全風險管理、食品輸入管理、食品檢驗專章，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯追蹤系統、公告類別及規模食品業者登錄以及增修訂相關罰則等，藉以保障國人健康及消費者權益，將另案函送立法院審議。

- (2) 101 年截至 12 月底，已公告增修訂「殘留農藥安全容許量標準」248 項、「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」10 品項、以及「動物用藥殘留標準」11 大類 98 項，另有多項草案預告中。

2. 發布修正「食品衛生管理法」後之牛肉管理成效：

- (1) 針對進口牛肉產品執行「三管五卡」管制措施：101 年與農委會赴美擴大查核輸台 QSA 工廠計 9 家，占輸台量 63.31%。自 101 年 9 月 13 日起至 12 月底止，美國牛肉報驗共計 983 批，抽樣檢驗 815 批，查驗結果均符合規定。
- (2) 強制牛肉原產地標示加強稽查計畫：101 年 9 月 6 日公告「有容器或包裝之食品原產地標示相關規定」、「散裝食品標示相關規定」、「直接供應飲食之場所供

應含牛肉及牛可食部位原料食品標示原產地相關規定」，販售含牛肉之散裝食品場所自 101 年 9 月 12 日起，及生產製造含牛肉的包裝食品自 101 年 9 月 20 日起，亦均須清楚標示牛肉原料來自於哪個國家。同時，自 101 年 9 月 12 日至 11 月 20 日針對包裝、散裝食品，以及直接供應飲食場所之牛肉原產地，進行強制標示之嚴格規範，全面動員各縣市衛生局人力，完成三階段稽查，共稽查 33,550 家次，合格率達 99.8%。

(3) 加強市售牛肉乙型受體素抽驗計畫：101 年 9 月 11 日至 11 月 18 日共抽驗 446 件牛肉產品，均符合規定。

3. 加強進口食品管理：

(1) 101 年截至 12 月底止，查驗件數總計 45,0942 批(含中藥材 781 批)，並加強進口牛肉查驗及日本食品輻射檢驗，101 年抽樣檢驗件數計 37,899 批，較 100 年增加 27%。

(2) 加強通報作業，即時發布訊息：101 年截至 12 月底止，共計公布 424 則不合格之進口食品訊息。

4. 落實食品添加物管理：

(1) 推動食品添加物登錄管理：已建置食品添加物「非登不可」登錄管理資訊系統（網址 <http://fadenbook.fda.gov.tw/>），由衛生局輔導轄區食品添加物製造、販售業者自主性登錄，截至 101 年 12 月底止，已登錄有 501 家製售業者，11,253

項食品添加物產品。並於 101 年 4 月北、中、南區辦理食品添加物業者輔導說明會，計約 400 人次參加，以達宣導教育食品添加物製售業者對登錄制度之政策、規範及相關登錄作業。

- (2) 加強跨部會合作：已與環保署建立毒性化學物質之列管通報；並協調經濟部商業司於 101 年 6 月 28 日公告「公司行號營業項目代碼表」增列「食品添加物製造業」；另經濟部工業局已於 101 年 7 月 9 日在工廠登記增建「食品添加物」之項目，以掌握產業資訊，達到有效管理目的。

5. 加強食品標示管理：

- (1) 101 年 1 月 18 日公告修正「特殊營養食品之病人用食品應加標示事項」；並於 101 年 8 月 9 日公告修正「應標示營養成分及含量之食品類別」，讓業者在包裝食品之營養標示上有更明確的遵循依據。
- (2) 100 年 7 月 21 日公告「塑膠類之食品器具、食品容器、食品包裝，應以中文及通用符號顯著標示之其他公告指定標示事項」及「應依食品衛生管理法第十八條規定標示之塑膠類食品器具、食品容器、食品包裝品項及實施生效日期」，並自 101 年 7 月 21 日起，可重複使用的塑膠類水壺(杯)、奶瓶及餐盒(保鮮盒)，應明確標示品名、材質名稱、耐熱溫度、製造日期等 8 項事項於包裝，其中材質名稱及耐熱溫度等 2 項事項，須以印刷、打印或壓印方式，直接標示於

產品之主要本體，提供購買者使用參考。

(三) 架構全民用藥安全網絡：

1. 提升藥物製造品質：

(1) 持續推動藥品優良製造規範(cGMP)，截至 101 年 12 月底止，158 家國內西藥製劑廠(含 10 家倉儲廠與 3 家先導工廠)及 21 家原料藥廠(共 146 品項)符合 GMP 評鑑。

(2) 推動國內西藥製劑廠實施國際醫藥品稽查協約組織(PIC/S GMP)規範，已有 45 家國內西藥製劑廠已通過 PIC/S GMP 符合性之評鑑。並且我國自 102 年 1 月 1 日起正式成為國際醫藥品稽查協約組織(PIC/S)第 43 個會員，可共享國際藥品安全資訊，確保民眾用藥安全，可藉此提升我國製藥產業國際競爭力，開創我國生技製藥產業新契機。

(3) 持續推動醫療器材優良製造規範(GMP)，截至 101 年 12 月底止，醫療器材 GMP/QSD 認可有效件數共 3,596 件，國內製造廠 14.7%、國外製造廠 85.3%。

2. 強化上市後藥物安全及品質監控：

(1) 建立主動藥物不良反應監測，99-101 年完成 271 件評估，要求上市後須做藥品風險管控者為 101 件，要求下架者為 6 件。

(2) 101 年 4 月 5 日公告「藥品風險管理計畫及內容格式參考指引」(REMS)，截至 101 年 12 月底止，已核准

須執行 REMS 之新藥計 12 成分 14 張藥品許可證，上市後藥品計 6 成分 58 張許可證。

- (3) 加強國內藥物不良品回收通報，101 年度截至 12 月底止，已接獲 773 件藥品不良品及 1,275 件醫療器材不良品通報，回收 89 項藥品，應回收藥品已 100% 回收並予銷毀。
 - (4) 建置「即時」、「直接」、「雙向」藥品溝通平台，101 年度截至 12 月底，已發布 80 則藥品安全新聞。
 - (5) 99 年底成功爭取成為全球醫療器材法規調和會 (Global Harmonization Task Force, GHTF) 轄下警訊報告交換系統 (NCAR) 會員，截至 101 年第 4 季止，已接獲 649 件警訊報告。主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊，截至 101 年底收錄 1,385 則醫療器材產品警訊，1,119 則回收通知，摘譯公布其中 160 則。
 - (6) 101 年度完成市售藥物及化粧品品質監測共計 1,111 件，其中藥品 191 件，183 件合格，8 件不符合；化粧品 159 件，141 件合格，18 件不合格；醫療器材 132 件，102 件合格，20 件不合格，10 件為背景值調查；中藥材 629 件，142 件合格，7 件不合格，480 件為背景值調查。
3. 強化醫療器材之管理，研擬藥事法醫療器材獨立專章，已召開 6 次專家、衛生局及公協會溝通說明會議聽取各界建議，並擬具訂定專章之共識。並於 101 年 6 月 27 日公告修正「醫療器材管理辦法」第 3 條附件一及第 4 條

附件二，依風險程度修正各種類醫療器材之管理方式。

4. 101年6月27日公布修正藥事法，明定藥物製造廠需經主管機關檢查符合GMP並取得「藥物製造許可」後始得製造，若有重大違反GMP時，便可透過停止或廢止原核定之製造許可項目；亦授權中央衛生主管機關得於邊境海關抽驗輸入之藥物，將不合格藥物阻絕於境外，確保進口藥物之品質與安全。
5. 101年11月1日公告「藥商得於郵購買賣通路販賣之醫療器材及應行登記事項」，明訂可販賣醫材品項及藥商應登記事項，確保消費者使用醫療器材之安全。

(四) 改革藥品及臨床試驗檢查機制：

1. 強化審查效能，101年10月15日公告實施「通用技術文件電子化(eCTD)」。
2. 101年12月7日公告修正「藥事法施行細則」，修正新藥定義，以及訂定各類新藥審查準則，有助我國建構與國際接軌之協和化法規環境，使國人提早使用到國際發展之安全及有效的新藥，並促進我國生技新藥產業發展，增進公共利益與民眾健康。
3. 建立核准函核發機制，101年度已有42項產品核發國內核准函(approval letter)，得以進行健保核價申請，加速民眾取得新藥使用。
4. 為加速新藥審查，依據產品風險與產業特性訂定「優先審查」、「精簡審查」、「國產創新審查」等機制，截至101

年 12 月底止，符合上述機制已收案 25 件，已核發許可證 6 件。

5. 101 年 11 月 29 日公告「醫療器材安全性與功效性基本規範及技術文件摘要指引(STED)」；同時公告 36 項醫療器材臨床前測試基準，以建置標準化審查流程，提升審查之一致性與透明性。
6. 建置多重新藥輔導諮詢機制，加速新藥進入市場，嘉惠病患總計輔導藥品 22 案，達臨床試驗階段者 17 案，核准上市 2 件。
7. 針對國內自行研發之醫療器材案件，建立主動輔導機制，並主動輔導清單 34 項，截至 101 年 12 月底止，達臨床試驗階段者 6 件，核准上市 9 件，13 件輔導中，其他 6 件，並於 2 年內成功輔導國產第 3 等級醫療器材許可證總張數由原本 24 張提高至 32 張，增加比率高達 33.3%。
8. 推動藥品國際合作，洽簽台日藥品合作框架協議，合作內容已獲行政院同意；並首次接受 WHO 邀請參與 ICDRA 會前專家會議。

(五) 有效防制藥物濫用：

1. 加強管制藥品流向資料之勾稽及查核，並提升稽查人員專業知能，101 年共計實地稽核 1 萬 6,216 家次，查獲違規 202 家，違規比率 1.25%，對於違規者，均依法處辦，以防範管制藥品之誤用、濫用或者流為非法使用，

確保民眾用藥安全。

2. 辦理藥物濫用通報，101 年精神醫療院所共計通報藥物濫用 1 萬 8,225 件，較 100 年之 1 萬 6,654 件，增加 9.4%。

(六) 跨部會合作打擊不法產品：

1. 落實違規廣告監控，101 年截至 12 月底止，處分違規藥物、化粧品及食品廣告共 8,142 件，罰鍰金額高達新台幣 2 億 346 萬 2 仟元。廣告違規比率由 99 年 1 月之 13.93%，下降至 101 年 12 月之 4.71%，廣告違規率下降達到 9.22%。
2. 打擊不法藥物，99 年 3 月成立「偽劣假藥聯合取締小組」之後，各部會戮力查緝下，坊間清淨度提升，衛生局每月平均稽查維持 1,500 次以上，不法藥物查獲率由 99 年初 27.22% 降至 101 年 12 月 1.76%。另，食品摻西藥案件檢出率由成立前 98 年的 30.2%，下降至 101 年的 14.4%。自該小組運作以來，查緝成果相當豐碩。

(七) 加強中藥安全與管理：

1. 101 年度查處違規中藥廣告，行政處分 827 件，罰鍰計 2,318 萬元；查處違規中藥產品，行政處分 345 件，罰鍰計 159 萬元；查處違規中藥行為，行政處分 364 件，罰鍰計 280 萬元。
2. 101 年於 7 月、9 月及 11 月執行 3 次「不法藥物、化粧品及食品聯合稽查」，計查核 21 縣市之場所 261 處，查

獲違規案件 17 件，均由衛生局依法處理。

3. 持續推動中藥材包裝標示，101 年度查核 121 項藥材共 507 件產品，合格率为 99.6%。
4. 加強落實中藥材之異常物質限量標準，101 年度執行市售中藥材抽驗，已抽驗 331 件檢體，完成 271 件檢體檢驗，均符合規定之限量範圍。
5. 辦理 GMP 中藥廠後續查廠，101 年度已辦理 49 家 GMP 中藥廠後續查廠。
6. 完備中藥材之源頭管理機制，並依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，自 101 年 8 月 1 日起實施 10 項中藥材邊境管理，截至 12 月底止，查驗完成 857 件中藥材報驗通關案，全數合格。
7. 公告臺灣中藥典第二版，新增 101 個品項，合計收載 300 個品項。凡供製造、輸入之中藥材，其品質與規格需符合「臺灣中藥典」第二版規定。
8. 委託奇美醫療財團法人奇美醫院、柳營奇美醫院、中國醫藥大學附設醫院及大仁科技大學成立「中醫藥安全衛生教育資源中心」，提升民眾中醫藥正確就醫用藥知能。
9. 依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，於 101 年 9 月 5 日至 6 日召開「2012 兩岸中醫藥研究合作與交流研討會」。
10. 參加 101 年 9 月 14 日至 16 日假韓國首爾舉辦「第 16 屆國際東洋醫學學術大會」，並發表口頭論文「Last Year and This Year in Taiwan」，同時爭取到 2014 年第 17 屆東洋醫學會之主辦權，我國將第 4 度主辦該大會。

11. 發行國際中醫藥學術電子期刊「Journal of Traditional and Complementary Medicine」(JTCM)，截至 101 年 12 月，已出刊 5 期，共計 50 篇論文。

四、傳染病之防治

(一) 新型冠狀病毒疫情之因應：

1. 世界衛生組織 (WHO) 於去 (101) 年 9 月 24 日公布發現新型冠狀病毒病例，並於本 (102) 年 2 月 16 日公布一起英國新型冠狀病毒感染家庭群聚事件，迄今，全球已有 3 起可能人傳人的群聚事件，累計 15 名病例，其中 9 例死亡。但是目前未發現有持續性的人傳人病例發生，因此，在公眾間人傳人的風險不高，該群聚感染事件對整體的疫情風險也未改變。
2. 本署於去年 9 月 24 日獲 WHO 通知後，立即啟動機場邊境檢疫強化措施、發布新聞稿及致醫界通函，提供最新國際疫情訊息，提高民眾與醫師之警覺及通報，並持續進行民眾衛生教育宣導，提醒領隊、導遊與出國民眾做好自身防護。
3. 立刻派員赴英蒐集檢驗相關資料，於 10 天內，即建立我國新型冠狀病毒檢驗標準方法與流程。
4. 立即擬訂醫院感染管制措施及病患與接觸者之處置指引，並召開專家諮詢會議檢視各項防治作為。
5. 於去 (101) 年 9 月 28 日確定將新型冠狀病毒呼吸道重症納入第五類法定傳染病，並於同年 10 月 3 日公告，以

加強國內外疫情監測與各項防疫作為。

6. 國內監測迄今，總計通報 3 名疑似病例，均已排除感染；另針對醫院送驗之不明原因肺炎檢體 84 件進行檢驗，結果均排除新型冠狀病毒感染。
7. 未來，視國際疫情發展及掌握證據，適時調整防疫作為。

(二) 控制腸病毒之疫情：

1. 臺灣全年都有腸病毒之感染個案，其中以腸病毒 71 型最易引起嚴重併發症及死亡。去(101)年病毒活躍度較高，共發生 153 例重症確定病例，其中 2 例死亡，致死率為 1.3%，重症致死率較往年為低。本(102)年截至 3 月 13 日，1 例重症確定病例。
2. 本署與教育部、內政部合作，督導縣市政府於流行季前完成教、托育機構之洗手設備查核，並持續加強遊樂區、百貨賣場、餐廳等兒童常出入公共場所之衛生督導查核工作。
3. 修訂「腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項」，提供臨床醫療處置之依循，並分區辦理「腸病毒重症個案臨床處置教育訓練」，提升兒科、急診及重症等參與照護腸病毒病人醫師之專業能力，以確保醫療品質。
4. 建立完備之腸病毒重症醫療網，於流行季前，指定腸病毒重症責任醫院，並建立衛生行政機關、各區指揮官、腸病毒諮詢召集人、各責任醫院之橫向聯繫窗口，加強重症個案之轉診與病床調度效率，以確保掌握黃金治療

時間。

5. 因應腸病毒流行高峰期，依傳染病防治法第十六條之規定，於 101 年 5 月 14 日起，啟動「腸病毒流行疫情處理協調會報」，結合相關部會及地方政府之資源，妥為因應。
6. 持續透過多元化之監測系統，嚴密監視疫情，並與地方政府共同辦理防治計畫，督促地方政府強化校園、托育機構、社區保母系統防疫衛教工作，並對 5 歲以下嬰幼兒照顧者，規劃多元化之衛教宣導。

(三) 落實登革熱之防治：

1. 101 年流行季迄今 1,273 例本土登革熱病例，其中臺南市 751 例、其次為高雄市 503 例、桃園縣 7 例、新北市 5 例、澎湖縣 2 例以及台北市、苗栗縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣及台東縣各 1 例，但皆於桃園縣、臺南市及高雄市遭到感染。其中本(102)年截至 3 月 13 日，共 15 例本土登革熱病例。101 年本土登革熱病例數為 100 年的 82.3%，為 99 年的 79.8%，亦較近五年平均值低。另，101 年共有 207 例境外移入病例，依序為菲律賓依序為菲律賓 (74)、印尼 (45)、越南 (30)、泰國 (20)、馬來西亞 (14) 等 10 餘國。102 年共有 42 例境外移入病例，依序為印尼 (17)、泰國 (18)、越南 (5)、馬來西亞 (4) 等，較前五年同期高 (2008-2012 年同期 15、38、37、20、30 例)。

2. 嚴密監測病媒蚊密度指數，與學界合作發展病媒蚊防治新技術。持續加強監測疑似病例，並於國際港埠辦理入境旅客之體溫篩檢與快速檢驗作業，以降低登革熱病毒於社區傳播風險。
3. 本署與有埃及斑蚊分布之縣市共同辦理「101 年埃及斑蚊地區登革熱防治計畫」，擴大社區動員、強化民眾衛教宣導及推廣校園社區容器減量活動。另持續透過「領隊及導遊教育訓練」、「旅遊醫學門診」、「網路社群」及電子、平面媒體等多元管道，向民眾宣導主動落實清除病媒蚊孳生源。
4. 本署於 101 年 3 月邀集全國各縣市政府衛生局召開「登革熱防治工作檢討會」，針對去年防治工作進行檢討及實務經驗交流；另本署及環保署於 101 年 5 月及 9 月兩度邀集中央政府相關機關及縣市政府召開「登革熱流行疫情處理協調會報」，統合登革熱防治工作。
5. 為提升臨床醫師及中央部會所屬人員等之專業診療及防疫能力，於 101 年 4 月及 5 月共辦理 8 場次之登革熱診療及防治相關教育訓練，總計 2,490 人參訓。此外，適時提供疫情資訊予臨床醫師，以利其提高警覺，進而降低登革出血熱之死亡病例。
6. 因應入夏後本土登革熱疫情，自 101 年 6 月起組成「衛生署機動防疫隊」，督導地方政府防疫工作，並依據地方政府請求，即時提供防疫專業技術、物資等支援，如：協助病例地區病媒蚊密度監測、病媒蚊抗藥性試驗、登

革熱社區診斷、提供熱煙霧機設備、防疫人力經費、衛教宣導品等。

(四) 推動結核十年減半：

1. 推動「結核病十年減半全民動員計畫」，94-100 年結核病發生率呈現逐年穩定下降趨勢，年齡標準化發生率降幅為 35.6%，達預期目標。
2. 積極推動「結核病人直接觀察治療(DOTS)計畫」，並落實個案管理，以提升治療成功率。101 年參加此項治療計畫之個案數計有 12,064 人，痰塗片陽性個案都治執行率達 90%以上，較去年同期再為提升。
3. 強化接觸者追蹤及高發生族群的胸部 X 光檢查，以早期發現結核病人或潛伏感染者。擴大推動「潛伏結核感染治療計畫」，101 年加入預防性治療個案達 5,513 人，與 100 年的 4,842 人及 99 年的 3,874 人相較為多，有效避免該些個案以後發病且造成傳染。
4. 為期有效控制多重抗藥性(MDR)結核病疫情，特於 96 年 5 月成立多重抗藥性結核病醫療照護體系，並且於 100 年擴大收治對象。101 年累計收案 145 人。
5. 引進分子基因快速診斷技術，提升臨床診療水準，以縮短診治期程並提高治療成功率。

(五) 辦理愛滋病之防治：

1. 愛滋疫情資料顯示，截至 101 年底累計通報 2 萬 4,239

例本國籍愛滋病毒感染者。其中，15-24 歲年輕族群共通報 4,716 人，佔所有累計通報人數 19.5%。另 101 年新增感染者共 2,224 人，其中男男間性行為者 1,718 人，占 77%；15-24 歲年輕族群感染者 635 人，占 28.6%。

2. 為強化年輕族群防治工作，建置多元化宣傳管道，並結合教育部推動校園性教育(含愛滋病防治)實施計畫，提升國中健康教育專長師資及專業知能，且增進學校校長之處遇知能，以落實健康教育教學的正常化。
3. 為加強男男間性行為者之防治工作，積極推動多元化同志預防方案，除增設網路衛教介入模式、同志健康免費諮詢專線外，並分別於北、中、南部共建置 5 家同志健康社區服務中心，將安全性行為觀念導入其文化中；且於特定場域設置保險套自動服務機，提高保險套取得之便利性及可近性。另加強推動男同志娛樂用藥之防治宣導，並請法務部加強娛樂性用藥管理。
4. 擴大辦理易感族群愛滋病毒之篩檢與諮詢服務，服務對象包括性工作者及其顧客、男男間性行為者、藥癮者等，101 年共計提供篩檢及諮詢服務達 10 萬 0,198 人次。
5. 為提升愛滋病毒感染者醫療照護效果，強化感染者做好其自我健康管理，自民國 96 年起，開辦愛滋病個管師計畫，101 年有 46 家愛滋病之指定醫療機構參與此項計畫，提供愛滋病人衛教及諮詢等服務，101 年計有 12,554 人納入個管計畫。另引進學名藥並進行藥價協商，公告給付治療組合及用藥條件與審查規範，採用同療效但價

格相對較低的處方為優先選擇，以有限的公務預算讓所有的感染者得到最基本的醫療照顧，兼顧病人治療權益及藥費預算支出。

6. 持續推動藥癮愛滋減害計畫，截至 101 年 11 月底，已於全國 21 個縣市(僅連江縣除外)，設置 928 處衛教諮詢服務站、415 臺針具自動服務機及 1 輛清潔針具交換服務車，免費提供清潔針具、稀釋液及容器予藥癮病患使用，同時回收已廢棄之針具。101 年截至 11 月底，服務量達 24 萬 4,000 人次，發出針具 333 萬餘支，針具回收率達 91.39%，較 100 年同期提高。

(六) 流感大流行之因應：

1. 101 年 7 月 1 日至 102 年 3 月 13 日止，流感併發症確定病例累計 412 例，流感相關死亡 35 例(去年同期分別為 1,306 例及 130 例)，感染病毒型別以 AH3 型居多。
2. 於 101 年 11 月完成「季節性流感防治工作手冊」修訂，作為醫療防疫人員及相關部會人員執行防治工作之參考依據。
3. 101 年度流感疫苗接種計畫，採購 297 萬 5,365 劑疫苗，自 101 年 10 月 1 日開打，接種對象包含 65 歲以上老人、6 個月以上至國小六年級學童、重大傷病患者、安養養護機構住民、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員等 6 類，並自 102 年 1 月起開放 50-64 歲具第二型糖尿病、慢性肝炎或肝硬化、心血管疾病及慢性肺疾病者等候補

對象接種，兼顧保障計畫對象之接種權益與發揮疫苗效益。另自 101 年 12 月 26 日起，嬰幼兒接種公費流感疫苗，比照 65 歲以上民眾，無需負擔診察費。截至 102 年 3 月 11 日，接種約 282.7 萬劑，使用率達 97.6%。

4. 維持流感抗病毒藥劑儲備量為 10-15%全人口數之使用量，並妥善管理及使用公費藥劑；另於 101 年 12 月 1 日至 102 年 3 月 31 日期間，擴大公費藥劑使用範圍，以有效因應流感高峰期之防疫需求。
5. 為強化傳染病防治醫療網整備，辦理醫療網應變醫院負壓隔離病房自我查核，並於 101 年辦理 100 場次醫療網相關教育訓練與演練，以提升整體應變量能。另召開 14 場次醫療網區域諮詢會議，運用區域聯防機制，擬定醫療網區域流感大流行因應策略。
6. 為瞭解國內禽畜相關從業人員暴露於禽流感之風險，本署與農委會及經濟部，於 101 年共同辦理「禽畜相關從業人員禽流感病毒血清抗體研究調查計畫」，研究對象總計共 1,247 人，結果分析顯示禽畜相關從業人員 H5N2 血清抗體盛行率為 2.39%，較一般族群為高，不排除 H5N2 禽流感病毒有感染密切接觸者之可能性。依研究結果已建請農政單位加強控制動物流感疫情，而衛生單位則將持續透過人類禽流感疫情監測、辦理流感疫苗接種計畫以及加強與高風險族群之衛教宣導及風險溝通，以降低國民感染禽流感之機率。
7. 自 101 年 3 月 1 日至 8 月 31 日期間，執行 101 年人用流

感 A/H5N1 疫苗自願接種計畫，針對醫事、防疫人員、禽畜養殖相關行業及動物防疫人員、海巡、岸巡、關務人員及欲前往禽流感發生地區之民眾等高風險族群提供接種；前開執行期間計接種 9,761 劑。

(七) 加強機構感染控制：

1. 為提升醫院感染管制查核品質，委託辦理「101 年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，由感染症專科醫師及感染管制師，協助各縣市進行實地查核，提供醫院執行感染管制相關建議，101 年共計查核 492 家醫院。
2. 為避免抗生素抗藥性細菌持續增加，及強化抗生素合理使用，研訂 102-104 年「抗生素管理三年計畫」。
3. 為提升實驗室生物安全與實驗室人員面對意外災害之應變能力，101 年完成國內持有第二等級病原體之 59 家區域級以上醫院及 9 家檢驗所之實地查核工作；並訂定「實驗室生物安全意外事故及災害應變計畫指引」及「微生物實驗室消防與地震防護標準業規定(範例)」，提供各實驗室建立應變標準作業計畫及程序。
4. 為提升長期照護機構人員之感染管制知識，製作「長照機構感染管制數位課程」及編撰「長期照護機構感染管制手冊」，提供相關人員實務學習及參考。
5. 出版我國本土化之「手部衛生工作手冊」，並持續透過感染管制查核作業，督導醫院維持洗手設備完整率，鼓勵醫院應用 WHO 建議的 5 大策略、5 大階段、5 大時機及至

少 5 年持續推動（四 5 運動），建立院內手部衛生推動機制，以提升醫療品質並保障病人安全。

(八) 提升國民免疫能力：

1. 101 年將 5 歲以下中低收入戶、5 歲以下肌肉萎縮症幼童納入公費結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)接種對象，加強對幼童之健康照護。另積極爭取及籌措經費，訂於本(102)年 3 月針對全國 2-5 歲幼童接種一劑 PCV，以有效降低該族群因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症，甚至死亡之機率，並減少其住院治療之醫療費用支出，且該族群之接種效益亦可能擴及其他族群，提升族群免疫力。
2. 101 年 4 月起推動「原國小一年級生應接種之疫苗提前於入學前完成接種」作業，針對 101 年 9 月進入國小一年級就讀之兒童，提前於入學前至衛生所或合約院所接種 MMR 疫苗第二劑與 Tdap-IPV 疫苗，讓幼童能於入小學前，於醫療院所醫師診察評估後完成疫苗接種，除可及早獲得保護力外，亦提升了接種服務品質與效能。
3. 配合流感疫苗接種，持續實施全國 75 歲以上老人多醣體肺炎鏈球菌疫苗（企業捐贈）之接種作業，降低老人因感染肺炎鏈球菌而導致嚴重併發症或死亡之機率，積極維護老人健康，減少醫療費用支出。

五、民眾健康促進

(一) 建置國民健康實證資料庫：

1. 辦理各生命週期重要健康指標之健康監測調查，完成家庭與生育調查、青少年及成人吸菸行為調查等全國代表性、縣市代表性監測資料收集。規劃建置近視、事故傷害及先天性缺陷之監測體系。
2. 建立國民健康指標互動查詢系統，提供各類健康監測調查及出生通報分析結果，截至 101 年 12 月底止，共計開放 649 項健康指標查詢項目；另順應全球化網路服務趨勢，自 100 年 3 月 3 日正式啟用英文版網站，提供雙語化服務介面，有效提升網站服務品質及使用率。自 96 年第一次改版後，截至 101 年 12 月底，上網瀏覽運用已達 7 萬餘人次，平均每年使用人次均逾萬人。

(二) 健康的出生：

1. 提供懷孕婦女 10 次產前檢查及 1 次超音波檢查服務，100 年全年補助產前檢查服務，約計 186 萬人次，平均利用率達 94.04%；至少接受 1 次檢查之比率達 98.35%；101 年 1-6 月約計 104 萬產檢人次，平均利用率約 97%。
2. 自 99 年起，補助低收入戶孕婦接受乙型鏈球菌之篩檢，預防新生兒早發型感染；100 年擴大補助對象至中低收入戶、設籍山地原住民族地區、離島及偏遠地區懷孕婦女，自 101 年 4 月 15 日起，全面每例定額補助 500 元。至 12 月底止，「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」特約院所計 509 家，涵蓋 97.7% 產檢懷孕婦女，其中有 374

家院所不另收費，涵蓋 66.8% 孕婦免自費。接獲院所上傳檢查結果計 13 萬 2,430 筆，占應受檢懷孕婦女之篩檢利用率達 91.0%。

3. 101 年 1 月至 12 月，補助孕婦接受產前遺傳診斷檢驗計 5 萬 1,825 案，發現異常 1,399 案；新生兒先天性代謝疾病篩檢計 23 萬 3,118 案，篩檢率 99.7%，發現異常 3,600 餘案；民眾遺傳性疾病檢查計 10,697 案，發現異常 3,887 案。檢驗異常個案均提供遺傳諮詢與適當醫療處置，必要時協助轉介診治。
4. 辦理母嬰親善醫療院所之認證及輔導計畫，截至 101 年，計有 163 家通過認證，出生數涵蓋率已達 75.1%(100 年為 71.4%)；依據全國母乳哺育率調查之結果，六個月以下寶寶純母乳哺育率 100 年為 45.6% (93 年 24%，97 年為 35.1%，世界衛生組織 2025 年目標為 50%)。為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳婦女無障礙之哺乳環境，99 年 11 月 24 日經總統公布施行「公共場所母乳哺育條例」，101 年 12 月止，全國依法應設置哺（集）乳室之公共場所為 1,788 處，已完成設置達 100%。
5. 為有效遏止出生性別比失衡問題，減少性別篩選及不當墮胎，除了成立出生性別比工作小組，研議防止出生性別比例失衡情形之相關策略外，完備法令，禁止性別篩選，公告「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流

產等行為，為醫師法第 28 條之 4 第 1 款規定不得從事之醫療行為」，爾後查獲有性別篩選或依性別進行墮胎之實證者，即可直接處分醫師 10 至 50 萬元罰鍰，其情節重大者，甚至可廢止其醫師證書。於 101 年 4 月 5 日發布修訂優生保健法施行細則。持續監測及掃蕩違規廣告，結合縣市衛生局持續監測院所及接生者之出生性別比，加強違規實地查察；列入衛生局考核。設立縣市衛生局胎兒性別篩檢查報窗口，並於孕婦手冊刊登檢舉窗口，人手一本。於孕婦及兒童健康手冊宣導「女孩男孩一樣好，生來統統都是寶」，另，對於人工生殖機構進行監測、查處；持續加強可檢測性別試劑之源頭管理，及執行性別篩檢（檢測）檢驗機構、生技公司之規範與管理；加強兩性平等平權及醫療人員之醫學倫理教育。101 年全面走訪輔導產檢醫療院所計 795 家。查察異常機構及接生者查察 156 家次。蒐獲疑不當廣告 6 件，裁罰 2 件不當廣告。出生性別比業由 99 年的 1.090，降至 100 年的 1.079，創 16 年來最低點，國際排名由第 3 降至第 12。101 年再降至 1.074，是 25 年來最低。國際排名再降至第 15 名，持續趨近正常。

6. 提供優質生育保健諮詢及服務體系並縮小健康不平等：成立孕產婦關懷中心；提供孕產婦及其家人免費電話諮詢及網站資訊服務，101 年提供 17,088 通諮詢服務；網站瀏覽量 774,387。另為縮小健康不平等將原住民生育婦女（20-49 歲）健康納入管理，提供一般性健康指導

及生育保健指導與諮詢服務，共計完成建卡管理 72,827 人。

(三) 健康的成長：

1. 辦理滿 4 歲及滿 5 歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務計畫，101 年 1 月至 12 月共計篩檢 35 萬 1,845 人，篩檢率達 96%，異常個案之追蹤轉介率均達 98%以上。
2. 99 年起補助低收入戶新生兒聽力篩檢，101 年 3 月 15 日起全面補助新生兒聽力篩檢，每案補助 700 元。至 12 月底止特約「新生兒聽力篩檢補助服務方案」院所計 309 家，涵蓋 95.6%之出生數。自行執行新生兒聽力篩檢院所(175 家)，及接受外展服務院所(134 家)，計篩檢 17 萬 380 人，篩檢率達 89.4%。發現 216 位確診為聽損，並轉介至相關單位接受療育。
3. 提供未滿 5 歲兒童每半年 1 次免費牙齒塗氟服務，100 年提供計 30 萬 9,118 人次，101 年至 6 月底已有 16 萬 7,794 人次接受此項服務。另於 101 年 7 月 18 日開辦牙醫院到幼托園所塗氟服務。持續全面提供國小免費氟漱口口水防齲服務 101 年 22 個縣市共計 2,659 所國小、146 萬學童受惠。
4. 提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健，並要求院所應登錄檢查結果，補助疑似發展遲緩兒童轉介確診等項轉介確診費用，以提高服務之品質。99 年全年提供兒童預防保健服務，約計 103 萬人次，1 歲以下至少接受 1 次服務之

比率，達 98.3%；100 年服務大約 100 萬人次，平均利用率為 80%，100 年 1 歲以下至少 1 次服務利用率，達 98%。101 年 1-6 月服務約 55 萬人次，7 次之平均利用率為 84%。另，於 100 年委託辦理「兒童接受預防保健服務之調查研究」計畫，以探討及改進影響兒童預防保健利用率之相關因素。

5. 透過「性福 e 學園—青少年網站之秘密花園」，提供青少年朋友們性健康資訊及未婚懷孕等問題諮詢服務，101 年計有 44 萬 5,903 人次瀏覽網站，接受視訊諮詢（商）服務計 2,221 人次。另結合 39 家醫療院所，設立友善、隱密「Teen's 幸福 9 號門診」，提供青少年身心保健、及各種避孕方法及解決不預期懷孕等問題，共服務 4,044 人。建置青少年性健康諮詢（商）服務中心結合 113 所學校/機構合作，完成辦理 120 場次入校宣導講座，計 2 萬 1,750 人次參與。提供青少年性議題個別心理諮商計 61 人、64 個團體諮商共 521 人、msn 線上諮詢 131 人次。

（四）健康的老化：

1. 免費提供 40 至 64 歲民眾 3 年 1 次，55 歲以上原住民及 65 歲以上民眾每年 1 次成人預防保健服務，以早期發現相關慢性疾病及其危險因子，101 年約 179 萬人接受服務，較 100 年 177 萬人高。
2. 101 年推動「以職場為推動基礎之口腔健康照護介入模式計畫」（101-102 年），建置口腔照護模式，以提昇國

人對口腔健康照護之認知、定期看牙醫師及正確潔牙等，並辦理口腔檢查、教育訓練及評估成效。。

3. 與全國各縣市衛生局共同宣導三高之認識與預防，101年國內 18 歲以上民眾能正確判斷異常血壓值比率達 58.1%、能判斷正常血糖值比率達 43.6%。
4. 鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢，101 年計有 20 個縣市辦理，共服務 33 萬 1 千餘人，發現「疑似異常或異常」之個案分別為高血壓 8 萬 2,917 人，高血糖 3 萬 8,543 人，高血膽固醇 5 萬 8,802 人，平均轉介追蹤完成率達 90%以上。
5. 辦理高血壓防治宣導工作：配合 101 年世界高血壓日宣導主題「Healthy Lifestyle Healthy Blood Pressure」，與國際同步，發布新聞稿、刊登文章於康健雜誌、電視播出短片 1,014 檔次、運用網路媒體及辦理宣導活動等行銷方式共計觸達人數約 887 萬人。另於社區之不同型態地點設置血壓測量站，提供量血壓測量及相關衛教服務，計達 1,989 個血壓站。
6. 進行以縣市為推動基礎之高血壓病患健康促進(100-104 年)科技計畫，以提升國人血壓之控制；另執行「以縣市為推動基礎之減鹽介入模式發展與成效評估計畫」(101-103 年)，建立有利減鹽之支持性環境，以降低國人鈉鹽的攝入。
7. 發展醫院整合性心臟病人健康促進共同照護模式，提升病人自我管理及照護能力。

8. 邀集高中、國中、小學之主管及校護、營養師等人員，參與校園慢性病防治之研習，101 年計 524 人參加。
9. 強化糖尿病人及高危險群自我健康管理能力，推動 490 個糖尿病支持團體參與，及推展糖尿病健康促進機構計畫，101 年計有 186 家醫療院所參加。另於 22 縣市推動糖尿病之共同照護網，推行糖尿病醫事人員認證制度。
10. 為加強腎臟病與高危險群之疾病防治工作，101 年獎勵 131 家醫療院所，推展腎臟病之健康促進，另，針對 50 歲以上之中、老年族群或慢性疾病（高血壓、高血脂、糖尿病）病患，製作「護腎 33」電視與廣播短片廣告，提醒三高族群（高血糖、高血壓、高血脂），定期三項檢驗（驗血、驗尿、量血壓）；不購買非法來源之藥物，避免傷腎又傷身；並結合各地方衛生局辦理慢性腎臟病及用藥安全教育宣導活動，辦理 3,808 場宣導活動，已有超過 12 萬位 65 歲以上民眾參與。持續辦理腎臟病日宣導，101 年於全國 7 個縣市舉辦 9 場「愛腎護腎 腎利人生」園遊會，共 8,206 人參與。並於各地辦理 45 場腎臟病防治講座，提供民眾腎臟保健知識，共 5,922 人參與。
11. 推展「老人健康促進計畫」，辦理預防慢性病及老人健康促進，101 年國內 65 歲以上老人接受成人預防保健服務約 87.1 萬人；101 年 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影檢查約 51 萬人，50-69 歲民眾接受糞便潛血檢查者約 101.2 萬人，65 歲以上老人戒菸諮詢專線共計服務 269 人；101

年 1-10 月老人門診戒菸治療共計服務 4,574 人；於花蓮縣、嘉義縣試辦醫院與社區整合防跌計畫，以強化高齡友善防跌服務。

12. 督導各縣市衛生局結合轄區社區照顧關懷據點等項資源，依照社區老人之特質與需求，共同推動老人健康促進工作，包括：健康飲食、運動、老人防跌、用藥安全、慢性病預防、健康篩檢與血壓量測等議題；101 年全國 22 縣市轄內 367 個衛生所結合 1,435 個社區照顧關懷據點，458 家醫療院所結合 1,454 個社區照顧關懷據點，辦理老人健康促進活動，醫療衛生體系結合比率已佔全國關懷據點的 80%以上，超過目標結合率 75%。

13. 推動「高齡友善健康照護機構」認證：

- (1) 99 年參考世界衛生組織之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院標準，推動國際第一個高齡友善健康照護機構認證，至 101 年 12 月底已有 38 家醫院通過認證。
- (2) 101 年補助衛生局「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」中，共有 40 家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。
- (3) 辦理 101 年「高齡友善健康照護推動成果發表會」，頒發 28 家通過高齡友善健康照護機構醫院證書與「第二屆高齡友善健康照護機構典範選拔」、「徵文競賽」及「創意提案」獎項得主，本屆由彰化基督教醫院獲得典範獎。本活動計 268 人出席。

(4) 101 年 4 月 11 日於第 20 屆 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會提案，獲通過成立「Working Group on HPH and Age-Friendly Health Care」(健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組)，由本署國民健康局邱淑媿局長擔任小組召集人，推動高齡友善健康照護，發展國際可適用的高齡友善健康照護架構，傳播行銷高齡友善健康照護，並增加健康專業人員在高齡友善健康照護的能力。

14. 推動適合長者安居樂活的「高齡友善城市」，透過世界衛生組織 (WHO) 揭示之八大面向-敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、康健、不老，改善城市的軟硬體構面，創造有利於長輩活動的條件，100 年輔導 9 個縣市推動，101 年於 20 縣市推動，101 年底成為國際第一個以國家層級全國推動高齡友善城市之國家，22 縣市皆加入推動行列，涵蓋比率為國際之冠。為借鏡國際上推動高齡友善城市及高齡友善健康照護有成之國家的實務與經驗，本署國民健康局向 APEC 申請並獲認可於 101 年 8 月 28-29 日舉辦「2012 APEC 亞太地區高齡友善城市與高齡友善經濟研討會」，該研討會是 APEC 架構下首度辦理高齡友善城市議題之研討會，邀請美、英、加、日、愛爾蘭等國及歐洲高齡平台之專家來台分享高齡友善城市、高齡友善健康照護及高齡友善社會推動經驗，國內則由中央、縣市、健康服務體系、社會團體等面向，分享推動高齡友善現況實務及成果。另於 101 年 9 月至

10 月間分區辦理 4 場工作坊，協助各縣市整合政府及民間資源，推動高齡友善城市及健康城市，發展地方特色項目，並參與國際相關活動。於 101 年 12 月 11、12 日辦理「高齡友善城市共識營暨成果發表會」，進行成果與經驗分享，超過 360 人參與會議。

15. 推動老人活力健康趣味競賽，為鼓勵長者走出來參與社會活動，全國各縣市（縣市競賽）及本署國民健康局（分區競賽及全國決賽）分別舉辦老人活力健康趣味賽，以鄉鎮為單位鼓勵長者組隊參加，101 年全國 22 縣市共組 1,905 隊，超過 7 萬 4 千位高齡者參與活動，占老年人口約 3%，成為每年常態性的競賽，藉此鼓勵長輩在平時即演練、聚會，增進身、心、社會全面的健康。

（五）營造健康支持環境：

1. 推動健康城市：輔導縣市推動健康城市，加入世界衛生組織西太平洋區署所支持的健康城市聯盟（Alliance For Healthy Cities, AFHC），並辦理健康城市工作坊或相關會議，提供資訊與經驗交流機會，截至 101 年底國內有 10 縣市、11 地區，加入成為 AFHC 會員（臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣、南投縣、新竹市、新北市及桃園縣等 10 縣市及臺北市大安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、新北市淡水區、雙溪區、平溪區、坪林區、屏東市等 11 地區）。101 年第五屆健康城市會員大會暨國際研討會於澳洲布里斯本

召開，我國台南健康城市協會、苗栗健康城市協會、屏東健康城市協會及新竹健康城市促進會獲得 AFHC 之健康城市創新發展獎(Award for Creative Developments in Healthy Cities)。

2. 推動健康促進醫院：

- (1) 截至 101 年 12 月底，國內共有 93 家醫院通過 WHO 健康促進醫院國際網絡認證，為國際網絡內的第一大網絡。
- (2) 101 年輔導國內醫院參加世界衛生組織跨國計畫「WHO-HPH Recognition Project 健康促進醫院進階認證計畫」，目前共計 21 家參與。
- (3) 101 年 4 月 11-13 日臺灣承辦 2012 年第 20 屆健康促進醫院國際研討會，為此會議第一次離開歐洲辦理，論文發表達 598 篇，已連續 3 年排名各國第一，並創歷年報名國家最多、報名人數最多、發表論文數最多。
- (4) 101 年邱淑媿局長當選健康促進醫院國際網絡監理會新任主席(理事長)，任期 2 年。
- (5) 辦理環境友善醫院輔導工作坊輔導醫院推動節能減碳措施，並邀請專家協助醫院診斷及提供專業諮詢 101 年辦理北、中、南共 3 場，總共 73 家醫院 84 人出席。

3. 推動社區健康營造：101 年補助 18 縣市、142 個鄉、鎮、市、區之社區營造單位(佔總鄉鎮數 38.6%)，推動社區健康營造計畫，辦理「菸酒檳榔防制」、「致胖環境改

善」、「肥胖防治（飲食、運動）」、「健康老化」、「安全促進」或其他地方健康特色議題等事項，並於北區、南區及東區共辦理 5 場健康社區評估工作坊，藉由衛生局及社區共同合作解決社區健康問題，提升民眾健康與生活品質。

4. 推動安全社區：自 94 年起，持續推動安全社區計畫，並且輔導有意願之社區，申請世界衛生組織安全社區認證，101 年補助 28 個社區推動各項安全促進工作，包括協助社區收集資料、與民間團體及政府相關部門建立伙伴關係、整合資源，加強參與國際安全社區網絡，截至 101 年 12 月底，計有 19 個社區通過認證成為國際安全社區。
5. 推動健康促進職場：持續推動職場健康促進自主管理認證（包含健康促進、健康啟動、菸害防制三項），以營造有益健康的工作環境，截至 101 年 12 月底，計有 9,186 家次已通過此項認證，表揚 342 家績優健康職場。
6. 推動健康促進學校：
 - (1) 健康促進學校國際認證：國內高中職以下之 3,699 所學校，全面推動健康促進學校，以校園之菸害、健康體位、視力保健及口腔保健為各級學校必須推動議題，以性教育、檳榔防制、藥物濫用防制、安全教育與急救及心理健康等為自選議題，101 年辦理健康促進學校國際認證工作，由縣市教育局（處）推薦完成資料送件之 214 所學校中，邀請推動全球健康促進學

校之專家(WHO 及 IUHPE 顧問 Mr.Ian Young、美國 Noy S Kay 臨床副教授、美國 Robert F. Valois 教授、澳洲 Lawrence Harry St Leger 教授、香港李大拔教授)擔任國際委員。經國內外委員審查遴選出 4 校榮獲金質獎，另有 14 所學校榮獲銀質獎，120 所學校榮獲銅質獎，共計 138 所。

- (2) 國際安全學校認證：依據世界衛生組織社區安全促進中心所訂定之準則，持續推動國際安全學校認證，輔導學校並結合各縣市跨局處之資源，建構支持性的安全學習環境，期降低學生事故傷害之發生率，截至 101 年共有 78 所學校通過此項認證。

7. 營造安全居家環境：

- (1) 居家安全環境檢視：至 101 年 6 月透過縣市衛生局(所)人員，辦理 9,345 戶弱勢家庭居家安全環境檢視，並指導其進行初步改善。
- (2) 事故傷害監測：100 年起委託辦理「以健保資料庫及戶政資料庫實施兒童及少年事故傷害監測及醫療成本評估」，以逐步建置台灣事故傷害監測系統，已建置台灣事故傷害之外因別死亡率、發生率、醫療費用等統計查詢系統資料。

8. 油症患者健康照護：為照護多氯聯苯中毒(油症)患者之健康，100 年訂定「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，同時新增補助第一代油症患者住院部份負擔費用。迄 101 年 12 月 31 日止，本署國民健康局列冊服

務之個案數為 1726 人，101 年共 632 位油症患者使用免費健康檢查服務(參與率為 36.6%)，237 位接受衛生教育宣導與專業醫師諮詢等項服務； 101 年 1 月至 10 月共補助 1 萬 867 人次油症患者之門診部分負擔醫療費用、57 人次住院部分負擔醫療費用。

(六) 推動肥胖防治工作：

1. 推動全國健康體重管理計畫：自 100 年起結合 22 縣市共同推動「健康 100 臺灣動起來」健康體重管理計畫，101 年繼續推動「臺灣 101 躍動躍健康」，帶動 22 縣市及各部會響應實踐「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康生活方式，預防肥胖及慢性疾病。截至 101 年 12 月底止，獲來自職場、學校、醫院及社區等各場域共組成 7,012 隊參與，人數達 77 萬 9,303 人，累積減重約 1,137 公噸，超出預定號召 60 萬人、減重 600 公噸的目標。
2. 檢視並改善致胖環境：發展本土性社區致胖環境檢視工具，用以檢視全國 368 鄉鎮市區之環境；同時建構資訊的健康支持性環境，提供健康體重管理資訊；並建置健康飲食系統，帶動健康產業化、產業健康化，及營造多元化運動環境，建置一個時時可運動、處處能運動、人人都運動的環境。
3. 提升健康體重管理知能與素養：製作「健康生活動起來」手冊、健康生活動起來—企業篇教戰手冊、學校健康體位教戰手冊、「聰明吃、快樂動、天天量體重」宣導單張，

建置肥胖防治資訊網及「0800-367-100」健康體重管理諮詢專線、建置健康職場資料網，並進行多元管道大眾宣導，並辦理國人健康體重管理素養調查計畫、減少兒童看電視及使用電腦時間之介入計畫、兒科醫師對事故傷害預防之介入模式研究計畫、職場周全性健康促進模式之發展與成效評估研究計畫、臺灣致胖環境之調查與改善計畫、101 年弱勢族群身體活動模式之開發後續擴充計畫、提升國人熱量營養知能計畫-我國健康餐盤推廣等肥胖防治相關計畫案。

4. 推動健康體能：

- (1) 國內 18 歲以上成人有運動的比率，100 年之 65.1%，上升至 101 年之 70.8%，持續宣導「每日一萬步、健康有保固」概念，結合地方政府、企業界及民間團體，鼓勵民眾養成健走習慣。
- (2) 與地方政府及民間團體合作，截至 100 年在全國 22 縣市共營造 1035 條具在地特色的社區健走步道，其中有 138 條步道結合熱量消耗標示資訊，101 年持續推動中。

5. 推動健康飲食：

- (1) 辦理健康社區評估工作坊，提升衛生局、所及社區單位人員推動肥胖防治及建構健康飲食支持性議題之知能。
- (2) 101 年補助 18 縣市、142 個單位推動社區健康營造計畫，包括推動健康飲食，創造支持性環境，輔導業者

持續性的提供熱量標示及符合營養標準的健康餐飲、輔導轄區內之公立場所不販售較不健康食物及飲料，以社區行動或地方計畫，輔導改善學校週邊所販售的不健康食物、行銷宣導轄內的健康飲食環境，鼓勵民眾運用。

(七) 推動菸害防制工作：

1. 依據 101 年成人吸菸行為調查結果顯示，成人吸菸率由 97 年 21.9% 降至 18.7%；禁菸公共場所二手菸暴露率，由 97 年 23.7% 降至 8.3%。
2. 落實執行菸害防制法之規定，101 年 12 月底止，地方主管機關共稽查 101 萬 6,075 家、取締 9,230 件、處分 8,254 件，罰鍰 3,497 萬 8,000 元。
3. 以「你戒菸 我們戒二手菸」為主軸，透過分眾行銷對吸菸率最高之勞工族群、年輕女性及青少年，以短片、反菸情詩徵稿、微電影徵選及年輕族群反菸創作素材徵選、開發拒菸遊戲 APP、校際拒菸活動推廣... 等多元方式，鼓勵吸菸者戒菸、營造拒菸共識。。
4. 101 年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫；另推動無菸醫院參與國際認證，目前共有 113 家醫院參與，在獲頒 2012 年全球無菸醫院金獎的 6 家得主中，5 家來自臺灣。
5. 101 年 5 月本署邱署長文達與歐盟執委會衛生暨消費者總署(DG SANCO)機構總署長 Ms. Paola Testori Coggi

共同簽署授權我國使用歐盟開發之 37 個菸品健康警示圖像之合作協定，為我國於衛生領域與歐盟簽署之第 1 個正式協定。

6. 推動二代戒菸治療試辦計畫，用藥由菸捐補助，每次藥費自付額不超過 200 元，低收入戶、山地原住民及離島地區全免，截至 101 年 12 月底止，合約院所之分布，已涵括全臺 97% 鄉鎮市區（涵蓋 99.7% 人口數）101 年 9 月推出藥局戒菸服務，以及戒菸衛教暨個案管理，分別有 88 家藥局、90 家院所加入。戒菸服務人數與去年同期 3-10 月比較，由 100 年 36,223 人，增加至 101 年 48,530 人，成長 34.0%；戒菸成功人數由 100 年 9,708 人，上升至 101 年 15,433 人，成長 59.0%。
7. 為協助吸菸者戒菸，設置免付費戒菸電話專線，提供相關諮詢服務，101 年提供諮詢服務計 9.8 萬人次。「2012 戒菸就贏比賽」以「為愛戒菸」為號召，共有 3 萬 1,067 組參賽者報名，創歷屆新高。
8. 持續辦理「矯正機關戒除菸癮實施專案計畫」，49 所矯正機關全數加入，保護不吸菸收容人與協助吸菸收容人戒菸的工作，約 6.5 萬名收容人參與戒菸講座，9,706 名收容人參與戒菸。自 100 年至 101 年止，戒菸滿 1 年者已有約 2,800 人，戒菸成功率達同期參與之 79.5%。
9. 自 98 年起辦理菸品資料申報作業，101 年計有 114 家菸品業者、2,621 項菸品完成申報，所申報之資料公開於「菸品成分資料網站」。

(八) 落實癌症防治工作：

1. 透過多元管道宣導及推動檳榔健康危害工作，建立拒檳社會常模，透過跨部會合作，建立無檳支持環境，開辦戒檳班推動戒檳服務。18 歲以上男性嚼檳率已由 96 年之 17.2% 降至 101 年之 10.9%。
2. 男性全癌症標準化死亡率由 97 年每十萬人口 174.4 人，降至 100 年的 173.7 人，已下降 0.4%；女性由 97 年每 10 萬人口 94.4 人，降至 100 年的 93.4 人，已下降 1.1%；目標為 105 年癌症標準化死亡率下降 10%。
3. 男性全癌症五年存活率由原來 92 至 96 年之 41%，提升至 94 到 98 年之 43%，提升 2%；同一期間，女性全癌症五年存活率，由原來 58%，提升至 60%，提升 2%。
4. 擴大推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢，101 年共完成 491 萬人次篩檢，包含提供子宮頸抹片檢查 213.5 萬人次、乳房攝影 67 萬人次、糞便潛血檢查 112.3 萬人次、口腔黏膜檢查 98.2 萬人次，經篩檢呈陽性，並已進一步確認為癌症或癌前病變者有：子宮頸癌（含原位癌）4,045 人、癌前病變 9,637 人；乳癌 3,166 人；大腸癌 2,001 人、息肉 2 萬 3,775 人；口腔癌 1,232 人及口腔癌前病變 3,445 人。
5. 本（101）年度持續補助原住民族地區及離島國中 1 年級女生（去年施打 1 年級至 3 年級），以及低收入戶和中低收入戶國中 1 年級至 3 年級女生（本年擴及中低收入戶）

施打人類乳突病毒（HPV）疫苗，中低收入戶及低收入戶共 2,020 人完成第 3 劑施打（同意者完成接種率為 94.1%，接種涵蓋率為 20.3%）；原住民族地區及離島共 1,348 人完成第 3 劑施打（同意者完成接種率為 98.5%，接種涵蓋率 64%）。

6. 補助 222 家醫院辦理癌症醫療品質提升計畫，建置門診癌症篩檢主動提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、落實陽性個案追蹤管理、辦理院內癌症防治之衛教宣導及戒檳班等；其中有 69 家醫院，補助內含括癌症診療品質，如多專科團隊運作、癌症病理與影像報告品質、癌症營養及化療安全、癌症個案管理等項目。
7. 推動醫院癌症診療品質認證，以提供具醫學實證並以病人為中心的癌症照護，101 年共計完成 37 家醫院認證工作，截至 101 年底共有 47 家醫院通過認證。
8. 補助 73 家醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務，101 年計服務約 2 萬名癌症病人；另分析 99 年癌症死亡個案死前 1 年曾利用安寧住院、安寧居家或安寧共照者之利用率，癌末病人安寧療護利用率為 42%，較 98 年 39% 成長 3%。

（九）關注弱勢健康、縮小健康不平等

1. 提供低收入戶一年級學生及原住民族地區國小一、二年級學童，免費白齒窩溝封填服務，100 年有 2,954 名學童接受此項服務，101 年度起擴大補助範圍，包含原住民族

地區及離島地區國小一、二年級學童；中低收入戶及低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童恆白齒窩溝封填服務，至 101 年 6 月底計有 8,021 名之學童接受此項服務。

2. 提供身心障礙者口腔預防保健服務，101 年度培訓身心障礙者種子牙醫師 78 人，口腔照護指導員 279 人、新住民 123 人及 308 人居家服務及機構內人員具口腔照護能力；成立 10 個居家服務團隊、提供居家身障者及 33 家身障機構，共計 6,034 人身障者口腔保健服務；並推動長期照護機構口腔保健服務，訓練後至機構內教導潔牙技巧及口腔保健衛教知能。
3. 101 年全國共設置 45 家兒童發展聯合評估中心，提供疑似發展遲緩兒童的跨專業團隊（含小兒神經科、小兒復健科、小兒心智科、職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師、聽力師、社工師等）聯合評估服務。受理初複評之疑似遲緩個案，自接受評估至完成評估報告書於 45 天內完成者占 90%。101 年受理疑似發展遲緩兒童之評估計 15,911 人，經確診為正常者 872 人，發展遲緩兒童 10,954 人。
4. 提供未納入健保之懷孕外籍配偶產前檢查服務，101 年 1 月至 12 月補助 11,880 人次，達新台幣 693 萬元。另，提供全面生育保健建卡管理，並輔導外籍之配偶納入全民健保。
5. 截至 101 年 12 月底，共公告 193 種罕見疾病，82 種罕見

疾病藥物名單及 40 項之罕見疾病特殊營養食品品目。設置罕見疾病個案之通報資料庫，截至 101 年 12 月底通報罹患公告罕病個案 3,813 人。並將罕見疾病納入健保重大傷病範圍，免部分負擔；健保給付罕病醫藥費，每年約計 20 億餘元。成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心：101 年 12 月底補助供應維持生命所需之特殊營養食品 36 項及儲備 9 項緊急需用藥物，約計 5,000 餘萬元；101 年補助特殊營養品計約 302 人，罕藥計 17 人。擴大罕病醫療補助：提供健保未給付之國內外確診檢驗、維生所需居家醫療器材租賃、營養諮詢、特殊營養品、緊急用藥、治療、藥物等醫療費用之補助：101 年補助罕病人維生所需之居家醫療照護器材計 161 人次、代謝性罕病營養諮詢費計 373 人次，補助國內外確診檢驗計 31 人次。本項總計補助 565 人次。

6. 為協助降低吸菸飲酒嚼檳榔高盛行率地區，101 年補助臺南市、基隆市、臺東縣、屏東縣、花蓮縣、南投縣、雲林縣等 7 縣市辦理菸酒檳榔防制整合計畫。

六、醫藥生技研發

(一) 加強生醫科技研發：

1. 強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥品、食品、生技研究發展計畫，與奈米、生技醫藥、網路通訊等國家型計畫。101 年共執行 749 件，另補助辦理 34 場國內及國際研討會。

2. 提供政策的實證參採率: 100 年度結案計畫計 547 件，採行及參考計畫計 538 件，參採率達 98.4%。
3. 建置完備的衛生科技環境：培育 907 名博碩學士生，辦理研討會類活動 889 場(含專家會議、座談、論壇、演講及成果發表會等)、培訓類活動 307 場，共計 1196 場科技活動。
4. 研發成果收入：101 年度收入較 100 年度成長 11%。

(二) 卓越臨床試驗及癌症研究體系：

1. 推動「卓越臨床試驗與研究計畫」，成立 5 家卓越臨床試驗與研究中心，包括 1 家國家級、4 家綜合或專科級。101 年度執行臨床試驗件數：國際臨床試驗計 404 件；國內臨床試驗計 132 件；醫師自行發起臨床試驗計 137 件。
2. 推動「建置癌症卓越研究體系計畫」，補助 8 家醫學中心及研究機構，進行國內癌症研究，101 年建立 82 項癌症分子檢驗技術及提供全國醫院及民眾 5,832 次癌症分子檢驗服務。

(三) 強化國家衛生研究：

1. 國衛院所研發之腸病毒 71 型疫苗(EV71)，於 101 年 3 月完成第 1 期第 2 階段之臨床試驗，以受試者血清進行不同病毒株間的交叉保護試驗，呈現保護能力良好，並於 102 年 1 月完成臨床試驗報告。本疫苗已與國光生技公司簽署非專屬授權，合作開發後續之臨床試驗，期使

疫苗早日量產，預防全球手口足症疫情；而目前亦有其他國內廠商表達技轉意願。

2. 國衛院研發之治療型人類乳突病毒(HPV)疫苗，榮獲第九屆國家新創獎殊榮，並已取得台灣、美國專利。此疫苗以 HPV 致癌蛋白為標的，並可誘發體內強勁免疫反應。預期此疫苗通過臨床試驗後，可以應用在子宮頸上皮內腫瘤的癌前病變患者，預防後續的子宮頸癌發生，或與傳統之放療與化療結合進行治療。
3. 國衛院主導的呼吸道融合病毒(RSV)疫苗，與安成生物科技股份有限公司產學合作，所研發之先驅性之腺病毒載體型疫苗技術，經動物實驗證明確實能避免發燒、重度肺部發炎、注射處皮膚過敏與類感冒症狀等不良副作用。此項疫苗研發技術領先全球，並已申請台灣與美國專利，待通過臨床試驗後，此疫苗可經鼻吸入，提供嬰幼兒與老年人安全簡便預防性保護。
4. 國衛院於101年11月起承接疾管局的卡介苗疫苗及抗蛇毒血清的製造任務，預計於104年起陸續交貨。同時強化對結核病的基礎研究及新型結核病疫苗的開發，將使卡介苗疫苗與結核疾病的研究更為完備，以利於配合政府政策，穩定供應國內卡介苗疫苗與抗蛇毒血清、維護國人健康。
5. B 型腦膜炎球菌重組次蛋白疫苗：由國衛院所研發，已配合 TFDA 來函提醒之內容，另行完成安全藥理心血管試驗，並於101年11月初取得初步試驗報告書，試驗結果

顯示此疫苗注射至動物皆無毒性反應，再次證明此疫苗之安全性無虞。目前持續進行 IND 申請事宜。

6. 國衛院的研究團隊，找到人類細胞內可自行抗癌的護衛因子 5-MTP，並完全解構這個可對抗發炎、癌症生長與轉移的基因。實驗中將此細胞護衛因子注射入肺癌小鼠，有效抑制腫瘤成長近 50%，並減低癌細胞於肺部的轉移。未來將持續研究如何讓此護衛因子發揮正常的功能、並以研發新穎藥物，此重大發現開啟另一癌症自體治療的新里程。
7. 由國衛院主持之「台灣肺癌遺傳流行病學研究團隊」，結合中研院及國內 7 家醫院，與美國國家衛生研究院跨國合作，以病例對照方式分析亞洲 14,000 多名不吸菸女性，進行基因掃描與對照研究，成功發現 3 個全新的肺癌易感基因位點。肺癌是台灣女性死亡率最高的癌症，且絕大多數患者均沒有吸菸，本項研究成果為肺癌的防治找到新的契機、提供肺癌高危險群的早期篩檢的有利依據。
8. 國衛院研發的口服抗糖尿病新藥 DBPR108，已於 101 年 1 月分別獲台灣及美國食品與藥物管理局核准，並於 101 年完成第一期之臨床試驗共 32 人之收案，刻正進行其藥理安全性分析與評估。此為行政院「促成生技成功投資案例」的第一個具體成功案例。
9. 國衛院成立「國家環境毒物研究中心」，並優先執行「塑化劑對健康危害之防治研究」，包括開發塑化劑暴露評估

工具、對塑化劑受害申訴者之追蹤研究等。中心將陸續邀集學界、產業界等相關領域專才，逐步整合台灣長年累積之環境監測資料、進行環境毒物暴露調查研究，釐清環境毒物對健康的影響程度等，進而提出環境健康政策之建言及預防措施。

10. 國衛院藉由開發塑化劑暴露評估工具計畫，於 101 年完成 600 名國小與國中學童之問卷調查及尿液檢體量測。問卷調查結果發現，學童生活習慣以「飯前不洗手」及「使用塑膠包材包裝與塑膠薄手套接觸食物」，為接觸塑化劑風險較高的項目。而學童尿液分析結果，經比較美國參考劑量及歐盟上限容許量，事件後個案體內塑化劑暴露量呈現大幅下降，顯示市售相關產品已有良好的控管，國人也更謹慎面對可能的環境風險。

七、國際衛生參與

(一) 參與國際會議：

1. 世界衛生大會：本署邱署長文達率團赴瑞士日內瓦，出席第 65 屆世界衛生大會，並且針對大會主題「邁向普及化全民健康照護」(Toward Universal Coverage)發表演說。邱署長於 WHA 大會全會代表我政府發言，分享我全球知名的全民健保，並以中、英文及台語公開向我全體醫護人員致謝與打氣。代表團團員於各項技術委員會會議，針對「執行國際衛生條例(2005)」、「全球大型集會活動對全球衛生安全影響」、「流感大流行準備之病毒分

- 享機制」、「小兒麻痺根除」、「全球疫苗行動計畫」等 16 項議題登記發言；復於會議期間與美國及歐盟和海地等 10 個國家進行雙邊會談，討論後續合作交流事宜；並於 101 年 5 月 24 日順訪歐盟執委會「衛生暨消費者保護總署」(DG SANCO)，共同簽署「菸害警示圖像授權協定」，為我與歐盟之醫衛合作開啟新頁；另亦受邀出席世界醫師會(WMA)及世界醫事專業聯盟(WHPA)等國際性專業團體年會等活動，建立我國國際人脈，開創後續合作機會。
2. 101 年就我國關切之重要醫衛議題，如流感大流行防範、疫苗研發、藥品安全、健康體系等，參加多場由世界衛生組織所辦理之技術性會議。
 3. APEC：本屆(2011 至 2012)APEC 衛生工作小組(HWG)副主席係由我國擔任，負責籌備三場「衛生政策對話(Health Policy Dialogue)」國際會議；出席 2012 年「APEC 健康與經濟高階會議」(APEC High-Level Meeting on Health and the Economy)，針對「以全生命歷程觀點降低疾病之經濟負擔」(A Life Course Approach to Reducing the Economic Burden of Disease)主題發表專題演講。會議期間與智利衛生部長、俄羅斯衛生部官員、Johnson & Johnson 集團的執行長等公私部門的衛生領袖進行座談。
 4. 本署提報之 APEC「促進人類安全之衛生策略成本效益分析工作坊(Workshop on Cost-effectiveness of Strategies for Human Security)」，經 APEC 審查通過，

獲經費補助，於 101 年 8 月在臺北舉辦國際研討會。

5. 「2012 臺灣健康論壇」(2012 Taiwan Health Forum) 於去年 11 月 14 至 15 日舉行，計有來自全球 7 位部次長，22 國代表，42 位官員及國際知名學者專家共同參與。菲律賓由衛生部長 Enrique T. Ona 率團參加，並簽署「臺菲健康保險合作瞭解備忘錄」；澳洲由副部長 David Learmonth 代表出席；日本由助理部長 Masato Mugitani 與會，各國官員參與層級創歷年新高。此外，世界三大公共衛生學會「美國公共衛生學會(APHA)」、「世界公共衛生學會(WFPHA)」、「亞太公共衛生學術聯盟(APACPH)」之領袖亦出席，以及世界醫師會(WMA)、歐洲加斯坦健康論壇代表、歐盟議會、WHO 非洲區署現任官員、聯合國發展計畫署(UNDP)、南部非洲發展共同體(SADC)等重量級衛生界人士與會參加。論壇期間，同時進行十餘場雙邊會議，及一場亞歐視訊會議。此次為歷屆健康論壇舉辦以來規模最大、與會層級最高、議題面向最深廣之會議，可視為我國代表團為今年參與世界衛生大會(World Health Assemble, WHA)之暖身。

(二) 推動區域合作：

1. 美國：參加「101 年度中高階衛生行政人員工作坊暨臺美公共衛生圓桌會議計畫」，與美方資深衛生官員進行深度對談與圓桌會議，並向美國 12 州衛生首長發表演說，宣揚我國醫療照護之進步，表達我國如何透過醫衛專業

落實對基本人權之重視，具體展現健康人權之概念。

2. 歐盟：與「加斯坦歐洲衛生論壇」合辦 Non-communicable Diseases-Global priorities and solutions 為主體之平行論壇計畫，並參與歐洲衛生論壇會議與歐洲各國醫療衛生界之高階官員與專家學者交流，且發表演講，將我國重要衛生政策與歐洲國家分享，提升我國能見度。

3. 亞太地區：

(1) 菲律賓：101 年 8 月 7 日邱署長文達率團赴菲律賓，與菲國衛生部長進行台菲衛生合作會議，會中確立了台菲醫藥衛生之七項合作協議。此行除了加強台菲之間的醫衛合作關係外，最重要是建立今後我國與非邦交國部長級會議的合作模式。11 月由我國駐菲律賓臺北經濟文化辦事處及馬尼拉經濟文化辦事處共同簽署「臺菲健康保險合作瞭解備忘錄」。

(2) 日本：本署與外交部共同成立之臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)與日本亞洲醫師協會(AMDA)合作，於民國 100 年 8 月赴斯里蘭卡北部賈夫納教學醫院進行白內障手術醫療交流，共計服務約 130 名病患。計服務約 130 名病患。101 年為延續前述合作成果，捐贈斯里蘭卡當地所欠缺之白內障手術刀 2 柄及高壓滅菌器 1 台，以持續關注斯國後續醫療能力提昇與發展。

(3) 馬紹爾群島共和國及索羅門群島：辦理衛生中心計畫，派遣長駐醫護人員提供當地民眾醫療服務、技術指導，並且協助進行各項公共衛生計畫與衛生教育推

廣等活動。

4. 兩岸：

「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」已於 100 年 6 月 26 日生效，內容包含「傳染病防治」、「醫藥品安全管理及研發」、「中醫藥研究與交流及中藥材安全管理」及「緊急救治」四大合作領域，並已陸續召開工作組會議，建立各工作組之聯繫窗口、擬定工作計畫、展開業務交流及進行訊息通報等事宜。

協議生效至今雙方已就兩岸醫藥品相關法規及技術標準、研發合作等事項進行商討，並推動兩岸藥品研發合作專案試辦計畫；就中國大陸輸入我方之中藥材，建立相關檢驗機制，我方並於 101 年 8 月 1 日公告實施中藥材邊境管理相關措施，以確保中國大陸輸入之中藥材符合我國品質安全要求。

訊息通報部分，雙方已定期相互交換傳染病疫情、檢疫監測資料，如中國大陸已定期提供流感監測週報等，今年透過協議之聯繫平台，陸方通報四川省腺鼠疫疫情予我方，早於 WHO IHR 通報各國之時間，有助我方防疫工作。另，雙方已試行「醫藥品安全快速通報系統作業要點」，期於醫藥品安全事件發生時即時通報，掌握時效預作因應，如本年 4 月間大陸爆發「含鉻超標膠囊（毒膠囊）」及 9 月間「地溝油製藥」事件，即透過雙方窗口聯繫，以瞭解事件情況。另，透過緊急救治機制進行聯繫，如台灣民眾於雲南與四川邊界發生地震之受傷

事件，以確保國人赴陸安全。

5. 非洲及中南美洲：

- (1) 非洲(南非、馬拉威)：推動全民健康保險、愛滋病防治，及 e-Health 等計畫。
- (2) 海地：配合外交部，辦理「海地臺灣衛生中心計畫」、「捐贈醫療器材」、以及「防疫生根計畫」三項公衛醫療面向之子計畫。
- (3) 布吉納法索、巴拉圭聖文森暨格瑞納汀及宏都拉斯等國：101 年共捐贈 761 項醫療器材。

(三) 協助人員訓練：

1. 「臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫」：101 年度共培訓來自 20 個國家共 121 人次之國外醫事人員，包括臨床醫療培訓課程，醫務管理、公共衛生暨全民健保、以及針灸暨傳統中醫等課程；101 年度 8 月底止共培訓 8 個國家 50 位國外醫衛人員。
2. 「海地臺灣衛生中心計畫」：101 年度共計辦理 30 人次之人員交流互訪、22 名海地醫事人員訓練。

(四) 簽署 3 項合作協定與備忘錄：

包括與歐盟簽署菸害警示圖像授權協定、與澳洲簽署食品安全合作與資訊交換瞭解備忘錄、以及與菲律賓簽署健康保險合作瞭解備忘錄。

(五) 接待來訪外賓：

101 年度衛生署暨所屬機關接待外賓共 71 國 1,153 人次：

101 年度衛生署暨所屬機關接待重要外賓一覽表

| 時間 | 國家 | 外賓職稱 | 拜會單位 |
|------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 101/03/01 | 越南 | 衛生部副部長 Pham Van Thuc 等乙行 6 人 | 衛生署 |
| 101/04/09 ~10 | 巴拉圭共和國 | 衛生暨社會福利部長 Esperanza Martinez 等乙行 2 人 | 衛生署 中央健保局 |
| 101/05/01 | 波多黎各 | 波多黎各眾議會議長 Hon. Jenniffer A. Gonzalez-Colon 等乙行 6 人 | 衛生署 |
| 101/07/25 | 瓜地馬拉 | 瓜地馬拉國會議長 Excmo. Lic. Gudy Rivera Estrada 等乙行 7 人 | 衛生署 |
| 101/07/27 | 聖文森 | 聖文森外交部長 Dr. Douglas Slater 及次長 Mr. Andreas Wickham 乙行 2 人 | 衛生署 |
| 101/09/11 | 馬爾他騎士團 | 馬爾他騎士團總理兼外長 Mr. Jean-Pierre Mazery 乙行 6 人 | 衛生署 |
| 101/10/04 | 斯洛伐克 | 斯洛伐克國會副議長 Erika Jurinova 及國會議員乙行 6 人 | 衛生署 |
| 101/11/13 | 美國、南非、保加利亞、菲律賓、馬拉威、馬紹爾 | 菲律賓衛生部部長 Dr. Enrique T. Ona、馬紹爾衛生部部長 Dr. David Kabua、世界醫師會理事長 Dr. Cecil B. Wilson、歐洲議會議員 Dr. Antonyia Parvanova 等「2012 臺灣健康論壇」與會外賓乙行 24 人 | 中央健保局 |
| 101/11/15 | 澳洲 | 澳洲衛生部文官長次長 David Learmonth | 中央健保局 |
| 101/12/28 | 丹麥 | 丹麥國會副議長 Ms. Pia Kjaersgaard 乙行 4 人 | 衛生署 |

101 年度外賓人數統計

| 拜會單位 | 外賓人次 |
|-------|------|
| 衛生署 | 368 |
| 中央健保局 | 441 |

| | |
|---------|------------------|
| 國民健康局 | 104 |
| 食品藥物管理局 | 93 |
| 疾病管制局 | 106 |
| 醫策會 | 26 |
| 國衛院 | 6 |
| 藥害救濟基金會 | 9 |
| 統計 | 共計 71 國 1,153 人次 |

八、提升內控機制

(一) ISO 國際認證：

1. 為提供國人更優質的醫療服務與更貼近民眾需求的全民健康服務，本署及所屬機關服務之同仁秉持全面品管及持續改善之精神，導入 ISO 9001: 2008 品質管理系統，並於 101 年 11 月 9 日通過第三方公正單位 BV Cert. 台灣衛理的驗證，取得品質管理系統國際驗證證書。
2. 本署所屬機關：中央健康保險局、疾病管制局、食品藥物管理局、國民健康局及中醫藥委員會等單位，亦已於 101 年度分別通過 ISO 9001 品質管理系統驗證。

(二) 社會責任報告書：

本署創政府單位之先例，依據全球永續發展報告書協會與全球報告倡議組織 2011 年 3.1 版永續性報告指引(GRI G3.1)，編撰永續發展社會責任報告，報告書內容範圍包括本署及所屬中央健保局、食品藥物管理局、疾病管制局、國民健康局及中醫藥委員會等機關，在經濟、環境及社會層面之主要活動與執行績效，內容涵蓋 2011 年 1

月至 2012 年 12 月之施政成果，並依據社會大眾所關切之社會面、經濟面、環境面相關指標，規劃未來施政重點。本報告書已於 102 年 1 月 24 日通過國際認證公司認證，並於一個月內，正式公開，提供社會大眾閱覽。本署所屬醫院亦將於今年陸續發布其社會責任報告，並期盼帶動更多醫院的參與，使社會更和諧、人民更健康，國家能永續發展。

貳、未來重要施政規劃

一、創建立安健康環境，提升國民幸福指數

(一) 健康的出生與成長：

1. 營造健康生育環境：

(1) 導正性別失衡：持續查察、輔導與宣導，減少非醫療必要之性別檢測、告知與性別選擇（墮胎、胚胎選擇），降低出生性別比。

(2) 代孕生殖立法。

(3) 修訂人工生殖機構許可辦法。

2. 強化婦幼預防保健服務：

(1) 孕產婦全人照護：持續提供孕產婦健康關懷中心。

(2) 規劃健康新世代計畫。

(3) 新生兒健康：持續提升純母乳哺育率；加強新生兒聽力篩檢，提升新生兒聽力篩檢自行執行院所數並加強外展至無儀器院所之執行率。

- (4) 口腔衛生：102 年擴大補助至未滿 6 歲兒童每半年免費塗氟一次及低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區，提供未滿 12 歲兒童每 3 個月免費塗氟一次。
- (5) 近視防治：研議視力指標、加強衛教宣導、建立監測體系、強化研究及跨部會合作。

(二) 健康的高齡化：

1. 持續輔導國內醫院參與高齡友善健康照護機構認證，並推動國際通用的高齡友善健康照護架構。
2. 推廣社區長者參與健康促進活動。
3. 強化癌症及重要慢性病防治服務與體系發展：
 - (1) 篩檢政策精進：擴大大腸癌篩檢年齡及費用調整；成立縣市健康關懷管理中心 (call center)，主動對癌症篩檢困難個案提供關懷諮詢；另強化監測四癌篩檢品質指標，以提升及確保篩檢品質。
 - (2) 強化癌症診療品質以及「癌症診療品質認證」革新。
 - (3) 辦理 GTF-CCC(Global Task Force-Cancer Care and Control)國際會議。
 - (4) 拓展糖尿病共同照護涵蓋率。

(三) 健康生活與健康社區：

1. 推動菸、檳榔危害之防制：
 - (1) 持續推動二代戒菸服務。

(2) 菸害防制法修法及菸品健康福利捐之檢討與調整。

(3) 推動跨部會檳榔防制政策及無檳榔支持環境。

2. 推動健康飲食、規律運動與肥胖防治：

(1) 健康體重管理計畫。

(2) 社區致胖環境之監測與改善。

3. 推動健康場域：

(1) 協助學術團體辦理第 2 屆亞太健康促進與衛生教育研討會。

(2) 積極推動健康照護機構參與健康促進醫院，國際認證與相關活動。

(3) 持續推動健康促進學校認證。

(4) 持續營造醫療衛生伙伴關係。

(四) 關注弱勢健康，縮小健康不平等：

1. 提昇身障及弱勢者口腔健康。

2. 提供 55 至 64 歲原住民每年一次成人預防保健服務。

3. 加強罕見疾病病人基本醫療權益及費用補助，強化罕見疾病通報與登錄。

4. 精進發展遲緩兒童之篩檢發現與聯合評估服務體系。

5. 提供山地原住民族地區、離島地區、身心障礙兒童及低收入、中低收入戶兒童免費白齒窩溝封填服務。

6. 補助原住民族地區、離島、中低收入戶及低收入戶青少年接種 HPV 疫苗。

7. 提昇油症患者照護。

(五) 建置健康監測體系與其他：

1. 辦理各生命週期重要健康指標之健康監測調查，如國民健康訪視調查、國民營養調查等。
2. 建置近視、事故傷害及先天性缺陷之監測體系。
3. 持續與美國 CDC 進行監測調查合作，並擴展與歐洲 EUROCAT 之合作計畫。
4. 強化監測資料之分析、應用與學術發表。
5. 承辦 Gastein European Health Forum 平行論壇。

二、精進醫療照護體系，改善人員執業環境

(一) 建立醫療事故救濟制度：

為促進醫病關係和諧，改善高風險醫療科別執業環境，並提升醫療服務品質及病人安全，本署研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，行政院業於 12 月 18 日送請 大院審議，草案內容共計 7 章、52 條，主要包含規範醫學專業諮詢與提供醫療爭議諮商機制；縮短取得病歷時間；建立公正、合理的醫療糾紛調解處理程序；規範重大醫療事故之專案小組調查；規範醫療事故責任難以釐清時給予補償；律定多元化補償基金來源等，避免醫病陷入纏訟，期使病方儘速弭平傷痛，達到促進醫病和諧關係，營造醫病雙贏局面。

(二) 醫療刑責明確化：

修訂醫療法第 82 條之 1，對於醫事人員執行醫療業務應負刑事責任之情形，及認定違反注意義務之判斷標準予以明確化，使醫事人員執行相關醫療業務時，得有遵循之標準，以避免因憚於刑責而衍生防禦性醫療或醫病關係之對立，該修正草案業於 101 年 10 月 16 日送請行政院審查，行政院業已併同「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」審查完畢，並於 12 月 18 日提送 大院審議，未來修法通過後，將有助於改善醫病關係，提升國內醫療服務品質及保障民眾就醫權益。

(三) 精進醫院評鑑制度：

針對醫院評鑑基準醫事人力項目、醫院評鑑資訊化與持續性監測指標、評鑑委員遴選制度，以及鼓勵特色醫院、友善環境等，持續進行研修作業。

(四) 持續推動病人安全事務：

運用病人安全通報系統，藉由辦理病人安全相關活動，以及醫療品質教育訓練，促進醫療院所全面辦理品質改善與病人安全之作業，並且強化民眾參與。同時積極輔導基層醫療院所，推動醫療品質及病人安全之工作目標，以保障民眾就醫之安全。

(五) 規劃設置兒童醫院：

1. 臺灣兒童醫療面臨少子化，設置兒童醫院能使兒科病例

「集中化」，有助於提升兒科急重症醫療品質；又據國外的資料顯示，兒童醫院的表現比醫學中心的兒科為佳，因此，兒童醫院能提供兒科病人更完整的醫療照護，設置兒童醫院確有其必要性。

2. 為規劃設置兒童醫院，本署業成立「兒童醫院設置規劃專案小組」，並召開多次會議，初步擬定兒童醫院之設置標準及評鑑方式。
3. 本署已於 101 年 12 月 3 日預告修正關於兒童醫院之「醫療機構設置標準」草案，並將於 102 年 3 月公告「兒童醫院評核作業程序」及「兒童醫院評核標準」，以利醫院申請評核成為兒童醫院。

(六) 改善醫院護理執業環境：

1. 改善護理人力配置、薪資及勞動條件，逐步推動優質護理職場醫院指標建構。
2. 辦理護理人力回流計畫，建置護理人員重返職場輔導平台，藉以增加護理就業人力資源，並建立護理輔助人力制度。
3. 強化專科護理師培育制度與功能。
4. 辦理 102 產後護理機構評鑑計畫，及推動護理人員繼續教育制度等。
5. 強化護理專業、領導能力及正面形象，並加強護理教、考、用的相互配合及接軌。

(七) 強化醫事人力資源管理與培訓品質：

持續辦理西醫師一年期、牙醫師二年期與各類醫事人員二年期畢業後一般醫學訓練計畫。並為均衡專科醫師人力，重新檢討各專科容額，規劃將容額總數由 2143 名縮減至 1670 名。配合醫學系學程改革，重新檢討醫師人力規劃與畢業後一般醫學訓練計畫。

(八) 提升署立醫院服務品質：

1. 參加品質認證，強化品質指標管理，推動病人安全，提升醫療及服務品質。
2. 擴大臨床服務範圍，強化教學研究。
3. 強化獨居老人及弱勢者的醫療照護。
4. 強化精神科醫療以維護身心健康。
5. 強化藥癮、毒癮者替代治療計畫。

三、均衡醫療資源分布，強化偏鄉醫療照護

(一) 建立急重症照護網絡：

透過實施「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，輔導偏遠地區醫院發展專長特色，使各區域醫療資源妥適運用，並透過與醫學中心醫院合作，建立急重症之照護網絡，提升偏遠地區醫院緊急醫療處置之能力與品質。

(二) 強化原住民及離島地區醫療保健服務：

1. 強化醫療設備（擴及平地原住民鄉衛生所）：辦理衛生所室重擴建，推動醫療資訊化，補助醫療儀器設備助及建置行動醫療車，以充實在地醫療所需資源。
2. 提昇醫療照護：落實醫療在地化，並以空中轉診輔助，提供遠距醫療服務，賡續辦理健保 IDS 推動，以提供原住民及離島地區多元醫療照護，並提昇服務品質。
3. 充實醫事人力：培育養成公費生(101-105 年)，辦理醫事人員繼續教育，開業補助新增補助藥事及護理等醫事機構，以充實當地醫事人力，並提升其醫療照護能力。
4. 部落健康促進：賡續辦理部落健康營造，推定衛教教材族語化，加強慢性病防治，培育衛生小天使，結合當地人文特色，降低健康不均等現象，使當地亦能享有平等的健康權。

(三) 充實醫療資源缺乏地區之醫療服務，保障民眾就醫：

1. 鑑於健保醫療資源有限，健保局皆逐年與醫界研擬並修正醫療資源不足地區改善方案內容。
2. 102 年度持續辦理西醫基層、中醫及牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案暨醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，以嘉惠偏遠地區民眾。未來會持續強化醫療資源不足地區之醫療服務。

四、永續發展全民健保，提升資源使用效能

- (一) 落實收支連動機制，穩定健保永續經營，持續推動財務

改革：

1. 二代健保實施，在費率 4.91%及計收補充保險費情況下，財務至 105 年雖可維持平衡，但本署仍然會努力進行各項開源節流措施，設法維持財務穩定，使健保資源作最有效之運用。
2. 二代健保實施後，監理、費協兩會已整併為全民健康保險會，將整體考量保險收入與醫療費用支出，藉由收支連動機制，以確保長期之財務平衡，達成健保永續之目標。
3. 另針對二代健保補充保險費新制之執行面及制度面持續檢討改進，以期建立更臻完善之健保財務制度。

(二) 強化弱勢照顧措施，確保就醫無礙：

1. 二代健保實施後，原本對於弱勢民眾之協助措施如愛心轉介、無息紓困貸款、分期繳納等；欠費民眾，因急重症需醫療時，持村里長或醫院出具之清寒證明，即可以健保身分就醫，不致因健保欠費而延誤就醫時機，這些協助措施依舊持續執行。
2. 針對控卡部分，二代健保施行後已明定健保局須對欠費之投保單位或保險對象予以查證與輔導，未來只會針對有能力繳納健保費卻拒不繳納者控卡。

(三) 實施 DRG、論人計酬等多元支付制度，促進資源合理使用：

1. 以同病、同品質同酬為支付原則，並持續辦理 DRG 及增加以論人計酬之支付方式，實施家庭責任醫師制度，為民眾購買健康。
2. 為了提高醫療服務效率及醫療資源的合理分配，積極減少醫療浪費，促進業界同儕制約，同時導入健康照護與疾病管理之機制，建立整合型之照護模式，以及全人照護醫療體系，促進全體民眾身心健康，落實健保保費增值計畫。

(四) 公開醫事服務機構之重要資訊，提升服務品質：

1. 新修正之全民健康保險法強調保險人及保險醫事服務機構應公開全民健保重要事務之資訊，期透過健保業務的決策過程透明化，以利全民共同參與、關心健保業務，並透過醫療品質資訊及重大違規行為的公開，促進保險醫事服務機構提升醫療品質。
2. 健保法第 73 條規定，醫事機構當年領取之醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之健保業務相關財務報告，保險人應公開之。
3. 健保局已邀請相關單位，研訂「全民健保特約醫事服務機構辦理財務報告資訊公開辦法(草案)」，規定當年領取之保險費用，於辦法實施第 1 至 3 年超過 6 億元，第 4 至 5 年超過 4 億元及第 6 年以上超過 2 億元者，應於次年 10 月底前，向保險人提報財務報告，內容包含：(1)

資產負債表(2)收支餘絀表(3)淨值變動表(4)現金流量表(5)醫務收入明細表(6)醫務成本明細表，讓資訊透明。該辦法草案，業於102年2月22日全民健康保險會討論通過，將報請衛生主管機關核定後發布實施。

(五) 持續宣導二代健保各項改革措施，深植品質、效率、公平之核心價值：

二代健保甫於102年1月1日起實施，為使二代健保開辦後各項新制之實務作業順暢，爰102年仍持續以二代健保重要改革措施為主軸，對於不同分眾對象，如：一般大眾、投保單位（扣費義務人）及醫療院所，規劃宣導方式如下：

1. 積極運用全國性及地方性電視、平面（報紙、雜誌）、廣播、戶外燈箱、戶外電視網、網路等多元媒體管道，密集宣導二代健保重要改革措施及內容。
2. 結合中央、地方政府機關與各工（公）會免費公益託播平台，強化宣導。
3. 結合地方縣市政府（衛生局所、社會局、民政局）及地方民間團體（含NGO）、醫療院所資源，共同宣導弱勢民眾健保照顧措施。
4. 加強辦理扣費義務人二代健保補充保險費電話或實地輔導作業。

五、建構長照服務體系，發展長照服務網絡

(一) 整備長照服務體系：

1. 為充足長照服務量能，促進長期照護資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，讓長照服務深入各地社區(含偏遠地區)，滿足家庭長照需求，並作為長期照護保險實施之基礎，本署已完成長照服務網計畫(草案)，業於102年2月底三度函報行政院審核。
2. 擴大培訓長期照護各類專業人力，提升除原已開辦之長照基礎訓練課程外，並將開辦後續之整合課程。
3. 建置偏遠地區發展服務據點以均衡區域長照資源發展，102年新增20個據點，預計103年將增至40個據點。
4. 持續推動長照服務法制化工作。

(二) 籌備長期照護保險相關事宜，推動長期照護保險立法工作，研擬長照保險相關之子法規，進行長照保險細部規劃，並加強辦理溝通宣導，以尋求社會各界共識。

六、完備防疫監視系統，強化防疫應變能力

(一) 持續防範流感及新興傳染病整備：

1. 持續監測國內流感疫情，加強辦理流感疫苗接種作業，並妥適儲備抗病毒藥劑。
2. 持續與農政單位合作加強禽流感疫情之防範與人員健康狀況之調查與監測。
3. 持續推動多元管道衛教宣導。
4. 維持個人防護裝備之全國三級庫存(中央、地方及醫療

院所) 儲備量達 100%安全儲備量。

5. 持續嚴密監視國際疫情發展，適時調整防疫作為。

(二) 提升腸病毒之診治：

1. 持續與民間生技廠商合作，精進「腸病毒 71 型快速檢驗試劑與即時定量系統」之品質，以提供第一線醫療人員及早篩檢出重症病患。
2. 責成國家衛生研究，儘快完成腸病毒 71 型疫苗之開發。

(三) 落實本土疫病防治：

賡續辦理結核病減半，愛滋防治、三麻一風、肝炎以及腸道傳染病之防治計畫。

(四) 落實感染控制措施：

加強執行健康照護機構之感染管制、細菌抗藥性監測與抗生素管理計畫。

(五) 善用國家疫苗基金：

調升菸品健康福利捐挹注疫苗基金之比例，穩定基金財源，期能依規劃期程，於 104 年將 PCV 導入幼兒常規接種，並依傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)之建議逐序推動新疫苗政策。

七、確保食品藥物安全，建構健康消費環境

- (一) 加強藥物與化粧品管理，架構產品安全監測網絡，並增進國際合作交流與人才之培育，以健全產品流通體制；此外，鼓勵學名藥全球化，促進國內生技產業發展，並推動原料藥分品項、分階段實施原料藥主檔案(DMF)制度，同時制定新興生技藥品管理之特殊新藥法規，亦提升台灣藥品臨床試驗國際競爭力，以加速生技產業發展，確保國人迅速得到安全、有效之藥物治療。
- (二) 加強取締違規廣告，全面掃蕩不法藥物，藉由「偽劣假藥聯合取締小組」之跨部會合作機制，發現業者不法行為，即時與當地之檢察機關共同合作進行搜證，爭取辦理時效，加強宣導正確用藥觀念，有效打擊不法。
- (三) 強化並積極推動食品衛生管理策略，全面修正「食品衛生管理法」，增列食品安全風險管理、食品輸入管理、食品檢驗專章，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品源頭管理、以及增修訂相關罰則等。
1. 從農場至餐桌之改善策進方案：推動食品業者登錄制度，及建構食品供應來源與流向之追溯追蹤系統，落實食品業者自主管理之精神及責任，藉以保障國人健康及消費者權益。
 2. 統籌食品風險管控機制：全面加強產品輸入前境外源頭查核管理與邊境查驗、國內食品業者管理及市售產品監

測等面向，以提升食品安全管理效能。

(四) 落實食管法部分修正條文及 大院所作附帶決議，嚴格執行「安全容許、牛豬分離、排除內臟、強制標示」四大政策：

1. 邊境查驗及市售監測：於邊境針對核准使用萊克多巴胺國家之進口牛肉產品逐批查驗，及加強監測市售牛肉產品中萊克多巴胺殘留量。
2. 強制標示：針對包裝、散裝食品，以及直接供應飲食場所之牛肉原產地進行強制標示之嚴格規範，責成縣市政府衛生局持續加強稽查與宣導，落實業者輔導，確保在安全容許下，民眾食的安全及選擇權利。

八、強化中醫就醫品質，完備中藥用藥安全

(一) 推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，改善中醫臨床訓練環境，建立中醫師臨床訓練制度，促進中醫醫療機構健全發展。

(二) 持續辦理中醫醫院評鑑，確保中醫醫療照護品質，檢討中醫職類教學醫院評鑑，提昇中醫臨床訓練品質。

(三) 落實中藥材邊境管理措施，保障市售中藥產品衛生安全及品質。

九、精進心理照護品質，整合精神衛生網絡

(一) 精進心理健康促進及自殺防治策略與作為：

針對各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估結果，積極研議具體因應策略及服務方案，整合政府機關間之自殺防治資源，提升自殺防治整體效益。

(二) 全面推動精神疾病強制社區治療制度：

1. 102 年度全面推動精神疾病嚴重病人強制社區治療制度。
2. 針對無法規律門診、不遵醫囑致病情不穩或生活功能有退化之虞之精神病人，適時啟動「強化精神病人緊急送醫服務方案」，同時配合「居家治療」及「強制社區治療」方案，提供必要精神醫療服務，減緩其生活功能退化，防止精神疾病復發。

(三) 強化社區精神病人管理及追蹤關懷：

1. 督促各直轄市、縣(市)政府衛生局輔導精神醫療機構，落實訂定精神病人出院準備計畫，建立社區追蹤照護銜接機制，俾使醫療體系連結公共衛生體系，由公共衛生護士掌握病人動態及接續提供社區關懷服務。
2. 賡續補助直轄市、縣(市)政府辦理社區精神病人照護計畫，並置關懷員，加強社區精神病人個案管理、追蹤關懷及就醫、就學、就業、就養之資源連結服務。

3. 結合精神醫療網，持續加強精神病人就醫、復健及社區追蹤關懷服務，減少疾病復發，提升精神病人及其家屬之生活品質。

(四) 提升藥、酒癮治療服務之可近性及降低就醫障礙

1. 持續指定藥、酒癮戒治機構，增加戒癮治療服務量能，提高藥、酒癮治療服務之可近性及便捷性；並透過藥、酒癮戒治機構評核作業，監測並提升戒癮服務品質。
2. 結合醫療機構及民間機構、團體之專業和服務資源，發展多元化治療模式，增加戒癮治療之可選擇性，同時部分補助藥酒癮醫療費用，提升藥、酒癮者戒癮動機。

(五) 充實家暴與性侵害處遇資源及提升處遇品質

1. 積極開發加害人處遇資源，培訓加害人處遇專業人力，訂定處遇執行人員資格條件及訓練課程標準，建立處遇人員認證制度。
2. 進行處遇模式之成效評估，發展本土化及多元化之處遇模式，整合警檢機關、醫療體系及司法、社政體系，針對加害人特性，提供處遇服務，並搭配社區監督措施，以提升整體處遇效果。

十、發展智慧醫療服務，促進轉譯醫藥研發

- (一) 加速實施電子病歷，提供政策誘因，加速醫療院所作業之資訊化、病歷之電子化，完成電子病歷交換中心，達

成跨院互通。

- (二)強化疫苗自製能力，有效提昇我國疾病預防水準。
- (三)發展國內血液製劑產業，促進血液製劑安全性技術之研發。
- (四)強化食品藥物檢審作業之透明化及提高其效率，協助產業發展。
- (五)推動區域醫藥衛生法規之協合化，加強國際間之區域結盟。
- (六)賡續推動醫藥衛生保健科技發展，建構醫藥衛生產業優勢環境。
- (七)執行醫藥衛生政策實證研究與建言。
- (八)結合臨床與基礎醫學，從事創新性轉譯醫學研究。
- (九)配合政府政策，研發重要疾病之疫苗，協助推動醫藥生技產業起飛。
- (十)支援全國醫藥衛生研究，建立國內外醫藥衛生合作研究機制。

十一、 深化國際組織參與，拓展國際醫衛合作

- (一)積極參與國際衛生組織各種活動。
- (二)參與國際醫療援助及人道之救援。
- (三)協助友我國家提升醫療衛生水平。
- (四)辦理國際會議進而拓展國際人脈。
- (五)加強兩岸衛生事務之交流與合作。

參、本會期優先之立法計畫

本署於上會期多承 大院協助，通過多項重要之法律案，對本署業務有甚大助益，^{文達}在此處表謝忱。本會期預定請大院優先審議之法案計有醫療法第 82 條之 1 修正草案、醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案、食品衛生管理法修正草案、長期照護服務法草案及廣告四法：食品衛生管理法部分條文修正案、健康食品管理法部分條文修正草案、藥事法部分條文修正草案、化粧品衛生管理條例部分條文修正草案，尚祈 大院鼎力支持於本會期優先審議，早日完成立法程序，以應本署業務需要。