

立法院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會
第24次全體委員會議

「我國解決健康不平等、原鄉醫療
資源之現況與展望」
專題報告



報告機關：衛生福利部

報告日期：中華民國107年5月30日

主席、各位委員女士、先生：

今日大院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就「我國解決健康不平等、原鄉醫療資源之現況與展望」進行專案報告。敬請各位委員不吝指教。

壹、健康差距分析

為瞭解我國國民健康差距，以改善縮小差距，增進健康公平，本部國民健康署與曾任世界衛生組織「社會決定因素與健康委員會」主席之英國倫敦大學健康公平學院 (University College London, Institute of Health Equity) 院長 Sir Marmot 教授及其團隊展開合作，於105年5月出版「臺灣健康不平等報告」，結果顯示國人健康狀況已逐步改善，且在與英國比較上，臺灣很多方面呈現的健康落差比英國小，例如：最優勢和最弱勢族群間的平均餘命差異。依 Marmot 教授之歸類，臺灣在縮小健康不平等之表現已相當不錯，但每個國家都有可以繼續努力的地方。

「臺灣健康不平等報告」將所有鄉鎮市區依社會經濟條件由高至低分為五組進行比較，其結果發現，我國男、女性平均餘命在社會經濟條件最高與最低地區之落差各為6.4年和3.5年。若將平均餘命依高低分成十等分，平均餘命較高地區多集中於六都，山地鄉除少數例外，幾乎均落於平均餘命最低之一組。

因山地鄉居民以原住民族為主，故進一步分析發現，原住民族的零歲平均餘命，從95年(68.5歲)至104年(71.9歲)增加3.4歲，增幅高於全國民眾零歲平均餘命；但104年原住民族零歲平均餘命仍較全國民眾零歲平均餘命(80.2歲)低8.3歲。

在新生兒及嬰兒健康上，101年至105年全國新生兒死亡率介於2.2‰至2.5‰，原鄉離島地區則介於3.2‰至3.9‰；全國嬰兒死亡率介於3.6‰至4.1‰，原鄉離島地區則介於4.9‰至5.8‰，其中原住民族嬰兒死因源自於周產期的特定病況、先天性畸形、變形及染色體異常、事故傷害之占率，亦高於全國。

在十大死因上，原住民族於三高相關疾病如心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病等之標準化死亡率相對於全國高；慢性肝病及肝硬化、事故傷害之標準化死亡率則相對明顯高於全國。在十大癌症死亡率上，原住民族口腔癌、胃癌及前列腺(攝護腺)之標準化死亡率明顯高於非原住民族，且原住民族好發的癌症，其發生年齡比非原住民族早，尤以大腸癌、肝癌、胃癌等消化系癌為明顯。

在結核病死亡率上，105年原民鄉每十萬人口死亡率4.3人，較94年的11.1人已大幅下降改善，但相較於台灣地區每十萬人口2.3人，仍有相當大的改善空間。

在健康生活型態上，依104年國人吸菸行為調查結果，原住民族吸菸率達27.6%、家庭二手菸暴露率達30.2%，較全體國人(分別為17.1%、24.9%)高；另依102年國民健康訪問調查，原住民族成人嚼檳率達26.7%、飲酒率達65.2%、曾經醉酒率達41.9%、過去一個月暴飲率達12.9%，而12至17歲青少年曾經飲酒率達40.8%、過去一個月飲酒率達15.2%，亦較全體國人(分別為5.8%、45.7%、19.3%、5.4%、23.8%、7.3%)高。

解決健康不平等問題，必須從改善其經濟條件、生活環境及公共衛生等方面著手，本部尤致力於改善特殊族群或醫療資源不足地

區之醫療衛生資源落差，今年並完成訂定3年期的「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」(107-109年)，將透過10個原鄉健康照護行動計畫，再加以精確地評量成效，期望能在109年研擬一個整體且全面的大型行動計畫，並加以落實執行。

貳、目前因應對策

一、建構完善的生育與兒童發展環境

(一)為建構安心懷孕及生育環境，補助全民10次免費產前檢查、超音波檢查、乙型鏈球菌篩檢、產前遺傳診斷，以及孕婦產前衛教指導，並補助經濟弱勢民眾人工生殖，提供新生兒先天性代謝異常疾病篩檢及聽力篩檢、7歲以下兒童7次兒童預防保健及衛教指導，營造友善母乳環境、免費孕產婦關懷諮詢專線及網站，同時補助地方政府衛生局整合51家醫院辦理兒童發展聯合評估業務，以跨專業團隊方式提供疑似發展遲緩兒童診察、評估與檢查服務。

(二)106年起並針對高風險懷孕婦女，提供孕期至產後6週之個案管理關懷追蹤等服務，委請4縣市(新北市、嘉義縣、花蓮縣及臺東縣)衛生局，結合轄區醫療院所執行「高風險孕產婦健康管理試辦計畫」，共結合38家醫療院所，收案980人，完成2,101次關懷訪視，成功轉介40人。

二、營造健康部落，強化社區與民眾自我增能

(一)截至107年於原住民族地區12縣55鄉鎮完成53處部落

健康營造中心，招募及培訓社區健康營造人才，並依部落社區特性因地制宜，由下而上擬定健康議題及策略，帶動社區民眾共同參與健康促進活動，包含衛教宣導、居家關懷、血壓量測、疾病篩檢(含轉介)等，並同時提升個人健康信念。

(二)結合縣市辦理「菸酒檳榔防制整合計畫」，第一期(101年至105年)補助7縣市辦理菸酒檳榔整合教育宣導及戒治服務，多數縣市之成人吸菸率明顯下降。

三、透過支援策略，增進健康服務與疾病診療照護

(一)推動原鄉慢性病防治：原住民接受二代戒菸服務得免藥品部分負擔；提供55歲以上原住民每年1次成人預防保健服務，服務可及性較一般55至64歲民眾每3年提供1次高；另擴大口腔癌篩檢服務，嚼食過檳榔之原住民可提早自18歲起即開始每2年1次免費口腔癌篩檢；並自100年起補助山地原住民及離島地區國一青少年及低收入戶國中青少年接種人類乳突病毒(Human papillomavirus, HPV)疫苗，並於107年起積極推行全國國一女生接種HPV疫苗。

(二)加強山地原鄉主動篩檢服務，及早發現結核病個案，提供適當診療照護。山地原鄉結核病發生率自94年全國的4倍下降為105年的3倍，且105年結核病個案都治加入率為99%，治療成功率為79%，與全國水準相當且較佳。

四、提升原鄉醫療資源，逐步實現在地醫療化：

(一)扶植在地人才，提供適合族群文化的健康照護：

1. 配合地方需求，辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，至106學年度培育原住民籍535人，其中醫學系265人、牙醫40人，其他醫事人員為230人，約7成公費醫師期滿後仍願留在原鄉服務。
2. 自105年重新辦理公費醫師制度，105年、106年分別有87名、97名公費醫學生入學，於完成專科醫師訓練後將分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務。

(二)改善醫療照護之可近性：

1. 透過「醫學中心支援計畫」，106年計提供108名11類急重症專科醫師人力，支援醫療資源不足地區25家醫院，提升在地醫院之緊急醫療照護能力，增進當地居民就醫可近性。
2. 提升偏遠地區急重症醫療照護能力，106年已輔導12縣市之25家受獎勵醫院，協助緊急醫療資源不足地區22家醫院達成或部分達成重/中度急救責任醫院基準(含1家達重度級，5家達部分重度級，5家達全中度級，1家達中度級(不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護章節)，10家達部分中度級)。
3. 充實在地緊急醫療量能，辦理「緊急醫療資源不足地區改善計畫」，107年補助設立8處「觀光地區急診醫療站」、3處「夜間假日救護站」與7處「醫療資源不足地區之醫院急診能力」，每月可服務急診病患約

9,000人次。

4. 推動「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System，簡稱IDS計畫)」，已在50個山地離島鄉鎮及2個適用地區實施，鼓勵醫院提供醫療服務，除一般門診、假日或夜間待診外，並因應地區住民之醫療需求提供不同專科服務，每月專科診次大於1,900診次。
5. 105年起補助原鄉居民在地轉診醫療所需交通費，105-106年補助2.8萬人次，預計107年補助1.5萬人次。

(三)強化基層醫療保健服務體系：

1. 106年補助2家原鄉地區醫事機構開業，預計107年補助4家，充足在地醫療資源。
2. 補助建築設備建設與更新：106年補助原鄉衛生所(室)新(重)建及整修7家、更新醫療設備90項、資訊設備244項、巡迴醫療車54輛及巡迴醫療機車7輛。107年核定補助建物新建及修繕6家、更新醫療設備34項與資訊設備32項。
3. 原鄉衛生所建置共用醫療資訊系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS)，並委託本部桃園醫院代判讀醫療影像，使當地民眾能享有醫學中心級服務。截至106年原鄉衛生所(53家)均完成HIS系統建置，另PACS系統建置34家。
4. 提升原鄉地區資通訊基礎建設，改善網路品質，至

106年完成衛生所(室)及巡迴醫療點之網路頻寬達100Mbps共76處，預計107年新增81處。

五、提供經濟協助，保障基本生活條件

(一)依社會救助法，針對低收入戶家戶提供家庭生活、就學生活及兒童生活補助。對未接受公費安置之中低收入老人及身心障礙者，提供老人生活津貼及身障者生活補助，以及弱勢兒童及少年生活扶助等，以確保其基本生活。

(二)持續依國民年金法，針對未就業或工作收入低於基本工資、個人財產及收入低於一定標準、未領取政府津貼、補貼或月退休金之「年滿55歲至未滿65歲之原住民」，發放原住民給付。

參、未來工作重點

一、高風險孕產婦健康管理試辦計畫：參考「臺灣健康不平等報告」，其指出一歲以前的神經發展是孩童認知能力的基礎，若早期認知發展落後，日後的教育階段也可能落後，並造成健康程度及社會階層之落差，故於107年試辦計畫除擴大至6縣市(嘉義縣、花蓮縣、臺東縣、屏東縣、南投縣及宜蘭縣)共同參與執行，並結合親子共讀計畫，由個案管理人員於家訪時進行親子共讀及事故傷害預防之衛教指導。另擴大收案對象，增加未定期產檢、34歲以上且合併具有健康風險因子至少1項、藥物濫用或心理衛生問題之孕婦，提高試辦計畫成效。

- 二、**推動山地原鄉結核病主動發現計畫**：強化辦理山地原鄉胸部X光巡迴篩檢服務，同時結合新檢驗技術，以結核病症狀評估搭配結核菌快速分子檢測取代胸部X光篩檢，藉由擴大多元管道及早主動發現結核病個案並導入醫療體系提供適當診療照護，同時阻斷社區傳染鏈，以降低山地原鄉結核病發生率。
- 三、**發展原鄉地區慢性病管理服務模式**：基於原鄉地區社區之特性，藉由結合衛生所、社區基層院所及IDS計畫服務醫院，建構衛生所與基層醫療院所之永續性社區照護網絡。針對原住民常見之三高問題，依民眾健康需求提供適宜之社區健康促進、醫療服務及個案管理，協助衛生所透過社區慢性病需求評估，提供社區整體介入，針對三高控制不良、肥胖、多重急慢性病及代謝症候群之高風險個案，由源頭管理做起，提供預防保健篩檢、個案管理、用藥管理等介入措施。
- 四、**推動原鄉消化系癌症防治試辦計畫**：新推出消化性癌症(胃癌、口腔癌、食道癌與大腸癌)篩檢服務，預計將提供花東地區30歲(含)以上原住民篩檢收案至少達(含)1,000人，依臺灣地區感染幽門螺旋桿菌盛行率 $30-40/10^5$ 推估，收案1,000人，可減少3-4人罹患胃癌及300人罹患消化性潰瘍。
- 五、**菸酒檳防制**：賡續推動第二期(106年至110年)菸酒檳整合計畫，持續補助8縣市執行，將以原住民傳統飲酒文化為基礎，以健康自主管理的部落意識出發，透過各縣市政

府、民間單位及部落(社區)組織之人力物力資源，來促進部落(社區)族人自主管理健康方式，進而營造「無菸檳、節酒、健康、希望」的部落(社區)環境生活。

- 六、**發展原鄉地區事故傷害防制模式**：將先分析確認原住民族地區事故傷害原因、類型，並選定2個高風險原鄉地區試辦事故傷害防制模式，營造安全社區，後續擴大推動。
- 七、**建立部落健康營造新型態**：推動策略將聚焦於「能力升級」與「就業加值」，引領「原鄉健康分享經濟發展」，並促進原住民族地區健康照護資源佈建。107年先試辦1處部落營造中心育成健康照護資源佈建，提升在地人健康服務就業率，後續全面推動。
- 八、**規劃原鄉論人計酬試辦計畫**：預定108年於1至2個山地鄉試行，透過服務內容設計，提供以家戶為中心之全人、連續性、周全性之整合式預防、治療、照護服務流程。
- 九、**提升醫療資源及品質**：持續透過醫學中心支援計畫，規劃區域聯防整合照護醫療，藉以逐步改善山地、離島及偏遠地區醫療照護品質，全面提升偏僻地區醫療照護量能。扶植在地醫院醫療照護能力，並於偏遠地區挹注資源，逐步提升急診、急重症醫療照護量能。
- 十、**強化在地醫療人力量能**：持續推動原住民族及離島地區醫事人員養成，預計106-110年培育88名原住民族公費生；充實公費醫師制度，均衡偏遠地區醫療人力分布，並鼓勵醫師留任深耕偏鄉，提升居民醫療照護之可近性及品質。

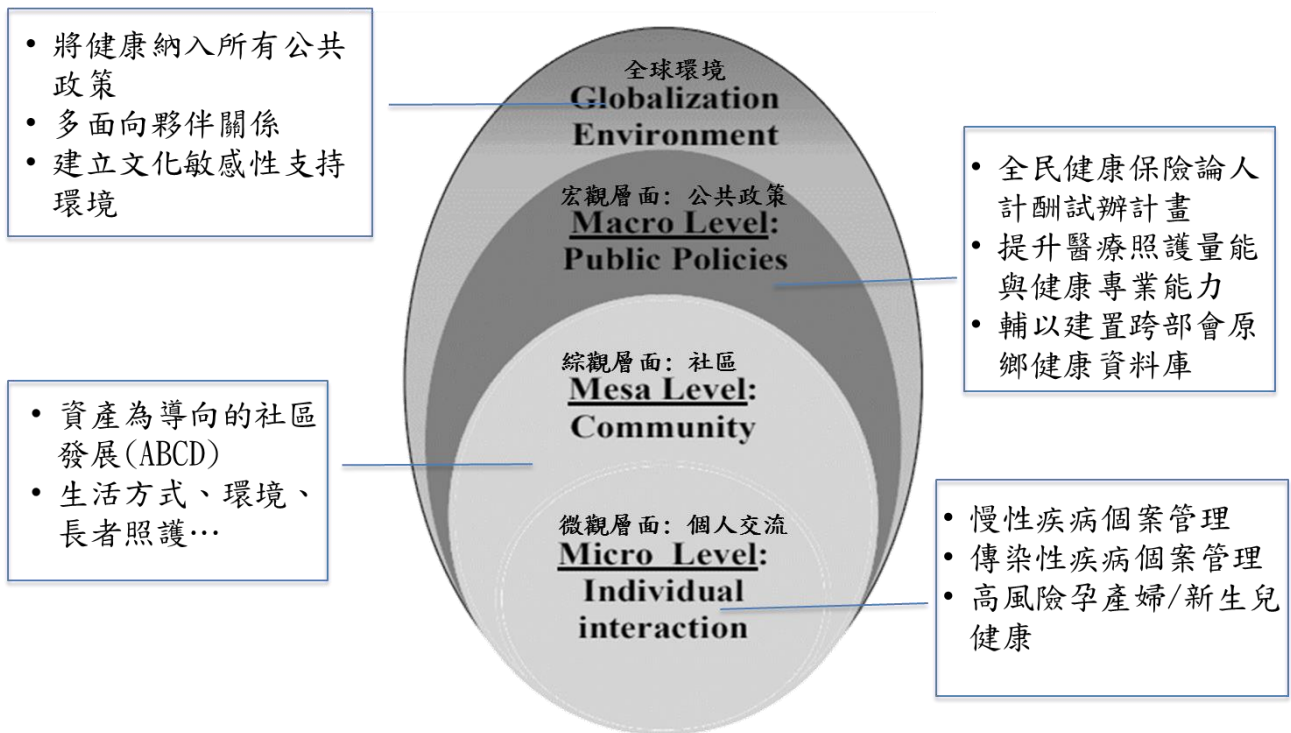
十一、**建置跨部會原鄉健康資料庫**：進一步整合資料彙集、分析及應用，持續發掘原鄉關鍵的健康問題，務實提出具影響力的政策目標與行動措施，並監測行動措施是否到位並達成效益。

綜上，為了達到全民健康，不遺漏任何一個國民，必須在個人、社區、公共政策與全球環境等四個面向去執行。在個人層面，已研提強化高風險孕產婦及新生兒健康、傳染性疾病與慢性疾病個案管理的行動措施；在社區層面，則透過以社區資產為導向的社區發展ABCD (Asset Based Community Development)方式，促進並改善居民生活方式、環境與長者照護等；在公共政策層面，則規劃推動全民健康保險論人計酬試辦計畫，持續提升原鄉或偏遠地區醫療照護量能與健康專業能力，並輔以建置跨部會原鄉健康資料庫來發掘問題、評估政策是否落實；最後，在全球環境層面，必須致力於將健康納入所有公共政策，並維繫多面向的夥伴關係，及建立文化敏感性的支持環境等，共同營造全面性健康照護(如附圖)。

肆、結語

為促進全民健康平等，本部已於今(107)年啟動「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」，透過10項健康照護行動計畫，於109年前發展並精進原鄉醫療服務照護模式。並將賡續推動各項衛生福利政策，改善區域及族群間醫療資源不足問題，以及透過跨部會協力，共同努力縮減國人健康不平等。

以上報告，敬請主席及各位委員指教，謝謝。



附圖、營造全面性健康照護計畫