



中華民國九十五年版

公共衛生年報



中華民國九十五年版

公共衛生年報

行政院衛生署 編印

中華民國95年12月

序言

全方位的健康，係民衆追求圓滿人生的重要目標之一。為此，行政院於民國94年特別將「健康台灣」列為施政主軸，並以「國民身心健康、環境永續健康、政府體質健康、經濟體制健康、社會互信健康及生活品質健康」六大面向施政藍圖，作為全體社會共同努力之目標。

本人於民國94年2月17日接任衛生署署長時，即依施政藍圖提出「健康台灣——許給台灣人民健康安全的人生」作為衛生署的願景，秉持「崇法務實，厚生愛民」兩大價值觀，肩負「全民健康的提昇者、健康人生的教育者、生醫產業的推動者、國際衛生的參與者」四大使命，帶領衛生團隊，在現有的施政基礎上，竭盡心智，全力以赴。

為打造健康台灣，讓全民朝向身心健康的生活邁進，我們努力建構多項疼惜生命健康的政策良方，包括：

活化組織效能，提升行政效率

逐步調整內部組織，促使本署組織活化，成為簡政、便民、高效率的行政機關。

營造健康生活，實踐健康行為

推動健康體能，強化社區行動，發展健康城市，營造健康生活，創造優質生育保健支持環境，建立健康之公共政策，健全慢性病照護網絡，落實整合性預防保健服務。

建構防疫體系，免除疫病威脅

改善醫院感染控制體系，建置新興傳染病及再浮現傳染病醫療體系，整合並強化疫病監測體系，建立全國防疫檢驗網。

落實藥物食品管理，保障民衆安全

推展藥物食品管理、檢驗及研究一元化；建立國際相互認證制度，加強藥物濫用防制，辦理藥物食品上市後之監控，輔助生技產業之發展。



建立醫病伙伴，共護病人安全

推動健康安全就醫環境，落實全人照護健康政策，建立具社區理念之醫院評鑑制度，發展多元化之長期健康照護服務體系，積極推動弱勢族群的醫療照護。

健全健保制度，打造健康理想國

實施多元微調方案，解除健保財務危機，健全全民健保體質，建立健保財務指標，推動健保制度前瞻性之改革。

推展國際衛生，落實衛生國際化

推動參與世界衛生組織，加強國際之合作交流及人道之醫療援助，規劃成立國際衛生醫療合作及援外之專責單位，培育國際衛生事務人才。

發展生技醫療，推動健康產業

建立醫藥衛生健康實證基礎，落實優質衛生政策，建構醫藥生技產業基礎環境，推動國家型之科技計畫，營造國家健康資訊基礎架構。

衛生工作永不止息，經常隨著內外環境的變遷而調整，必須與國民的需求緊密連結，讓全民都能夠自我保健並關切國家的衛生政策，衛生署將持續以全人、細緻、公平的精神，善盡一切的力量，守護全民的健康。

行政院衛生署署長

侯勝茂 謹識

中華民國95年12月

目錄

Taiwan Public Health Report

CONTENTS

序 言	2
第一篇 衛生政策	7
第一章 衛生組織	8
第二章 施政架構	9
第二篇 衛生指標	12
第一章 人口指標	13
第二章 生命指標	15
第三章 國民醫療保健支出指標	16
第四章 國際比較	17
第三篇 國民保健	21
第一章 社區健康營造	22
第二章 婦幼衛生保健	24
第三章 兒童及青少年衛生保健	28
第四章 慢性疾病防治	30
第五章 癌症防治	32
第六章 菸害防制	35
第七章 國民營養	36
第八章 衛生教育	38



第四篇 疫病防治

40

第一章	法定傳染病	41
第二章	重要傳染病防治	42
第三章	新興傳染病防治	51
第四章	防疫整備及感染控制	53
第五章	預防接種	54

第五篇 藥物食品管理

57

第一章	藥物食品安全管理	58
第二章	管制藥品管理	63
第三章	藥物、食品、化粧品檢驗	65
第四章	特殊藥物管理	66

第六篇 醫療照護

69

第一章	醫療體系	70
第二章	醫療品質	74
第三章	精神醫療暨心理衛生	76
第四章	長期照護服務體系	77
第五章	緊急醫療	79
第六章	山地離島醫療保健	80
第七章	醫事人力	81



2006

第七篇 全民健康保險

84

- 第一章 健康保險現況 85
- 第二章 健保制度改革 90

第八篇 國際衛生合作

94

- 第一章 加入世界衛生組織 95
- 第二章 衛生交流合作 97
- 第二章 國際衛生援助 99

第九篇 衛生科技研究

101

- 第一章 一般型科技計畫 102
- 第二章 國家型計畫 104
- 第三章 國家衛生院研究科技計畫 105

附錄

107

- 附錄一 衛生統計指標 108
- 附錄二 衛生署94年度政府出版品 117
- 附錄三 衛生署相關網站 126
- 附錄四 衛生署免費諮詢專線 127

第一篇 衛生政策

活化組織效能
提升行政效率。



1



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。因而，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。

衛生署所掌握的醫療、防疫、保健、藥物、食品與化粧品之管理，以及全民健康保險，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，並未隨著人口老化及業務需求的增加呈一定的成長(如圖1-2)，但衛生團隊仍能秉著一貫的熱忱與關懷，為許給民衆健康安全理念努力不逮。94年衛生政策滿意度調查，獲得民衆約六成表示滿意。

第一章 衛生組織

一、現行中央衛生組織

目前，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；29家署立醫院及分院、5家療養院、1家胸腔病院；另亦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1-3。全國共有25個地方政府衛生局、373個衛生所及497個衛生室。

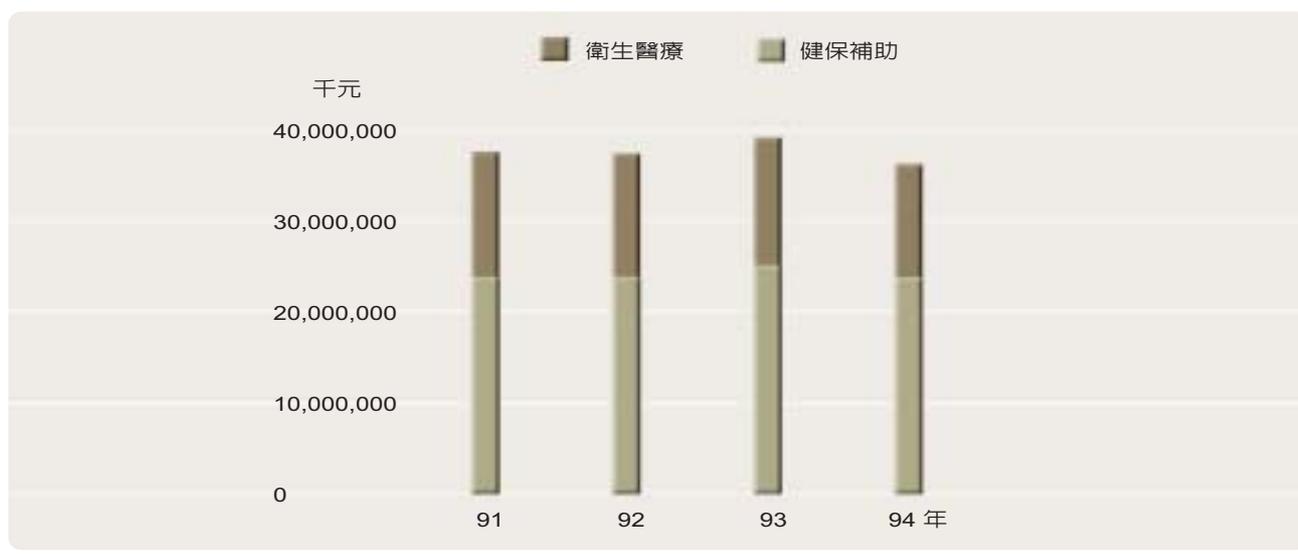
圖 1-1

90-94 年衛生署預算占中央政府總預算百分比



圖 1-2

衛生署 91-94 年預算



二、組織再造

西元 1980 年代起，世界各國為提升國家競爭力，美國、英國、加拿大、紐西蘭、日本等國，甚至中國大陸，均紛紛投入並大刀闊斧地對政府部門進行組織改造工作。有鑑於此，我國自民國 82 年起亦投入政府改造行列，數度因外在因素而停擺，於民國 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 月完成首要的「精簡台灣省政府組織作業」後，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。民國 90 年 3 月更組成「政府再造委員會」，加速進行中央行政機關組織改造工作。為此，衛生署與內政部分別於民國 91 年 10 月及民國 94 年 3 月，兩度完成「衛生與社會安全部」組織調整初步規劃，待「行政院組織法」完成修法程序後，即可進行後續相關法制作業。

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」、「落實政策訂定及執行之分工」及「重整現有資源，落實事權統一」等項原則，逐步進行內部組織調整，近年所完成之重要工作，有：（1）整合三個防疫體系，於民國 88 年 7 月成立「疾病管制局」。（2）簡併四個國民保健體系，民國 88 年 7 月成立「國民健康局」。（3）重建結核病防治體系，讓公共衛生業務回歸防疫體系，原「慢性病防治局」改制「胸腔病院」以負責病患醫療照護。（4）民國 93 年 6 月成立「國際合作處」，拓展國際衛生事務。（5）民國 93 年 6 月成立「護理及健康照護處」，專責推動特殊醫療照護服務。（6）民國 93 年 6 月成立「醫院管理委員會」專責 34 家衛生署所屬醫院之監督與管理。

第二章 施政架構

為配合行政院四大施政主軸之「社會領域方面：完備生活安全網」政策方針下，衛生署以「許給全民健康安全的人生」為願景，於民國 94 年

圖 1-3

衛生署組織系統



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

為落實行政院施政主軸，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。

以「許給全民健康安全的人生」為願景，朝「全方位健康照護，確保全民健康」為施政目

標。並以「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」等六項為重要之策略目標，如圖1-4。

二、年度施政計畫

每年度依中程施政計畫之策略目標，選定當年施政重點，撰擬計畫內容，確定當年度衡量指標之目標值，並辦理施政績效評估，作為日後衡量施政績效良窳及提升績效之依據。

圖 1-4

94-97年中程施政計畫架構



第二篇 衛生指標

著重衛生指標
監測國民健康。



2



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

第一章 人口指標

民國94年底我國總戶籍登記人口共2,277萬人，其中男性人口1,156萬人，女性人口1,121萬人，人口性比例【男性人口數/女性人口數*100】為103，人口年增率為3.58%。

民國94年底，我國人口密度每平方公里達629人，按縣市別分，高雄市達9,835人最為稠密、臺北市9,626人次之；東部之花蓮縣、臺東縣最低，分別為75人、68人。

一、人口年齡結構

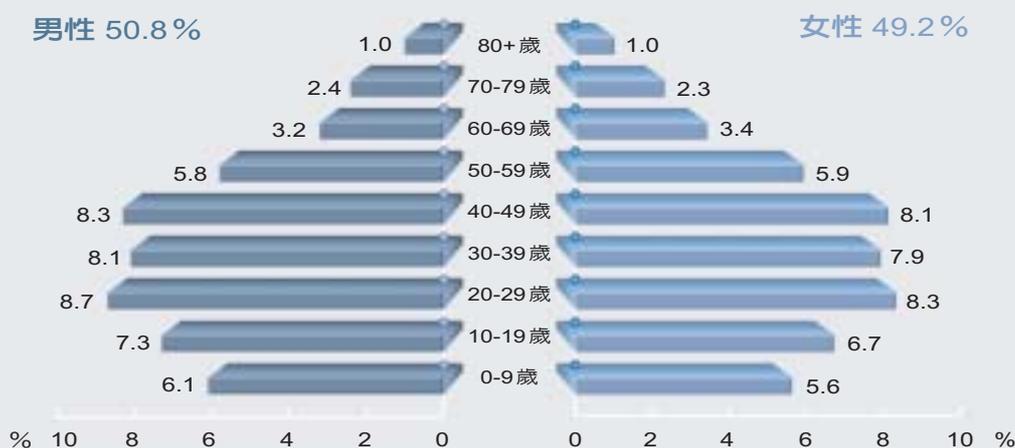
民國78年底我國人口突破2,000萬人，至民國94年底達2,277萬人，然近年來人口年增率呈逐年下降趨勢。另受出生率下降影響，民國94年底人口年齡結構已呈現低出生率、低死亡率之靜止型金字塔，如圖2-1。

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84年23.8%降至民國94年18.7%，減少5.1個百分點，同期間65歲以上老年人口比率則由7.6%升至9.7%，人口年齡結構高齡化特徵益趨明顯（如圖2-2、表2-1）。

依賴指數【0~14歲人口+65歲以上人口/15~64歲人口*100】由民國84年45.8%降至94年39.7%，主要係扶幼比【0~14歲人口/15~64歲人口*100】快速下降而扶老比【65歲以上人口/15~64歲人口*100】平穩上升所致。

圖 2-1

民國94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84年15.5‰降至民國94年9.1‰，為繼93年首次低於10.0‰後，再創歷史新低；粗死亡率【死亡數／年中人口數*1,000】由民國84年5.6‰微幅上升至民國94年6.1‰。致民國94年人口自然增加率【粗出生率減粗死亡率】下

降為2.92‰，亦為歷年之最低，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84年至94年）來，我國國民兩性0歲平均餘命由74.5歲提高為76.5歲，增加2.0歲。男性由71.9歲提高為73.7歲，增加1.9歲；女性由77.7歲提高為79.8歲，增加2.1歲，顯示女性0歲平均餘命增幅高於男性，如圖2-4。

圖 2-2

臺灣地區歷年人口結構分布圖

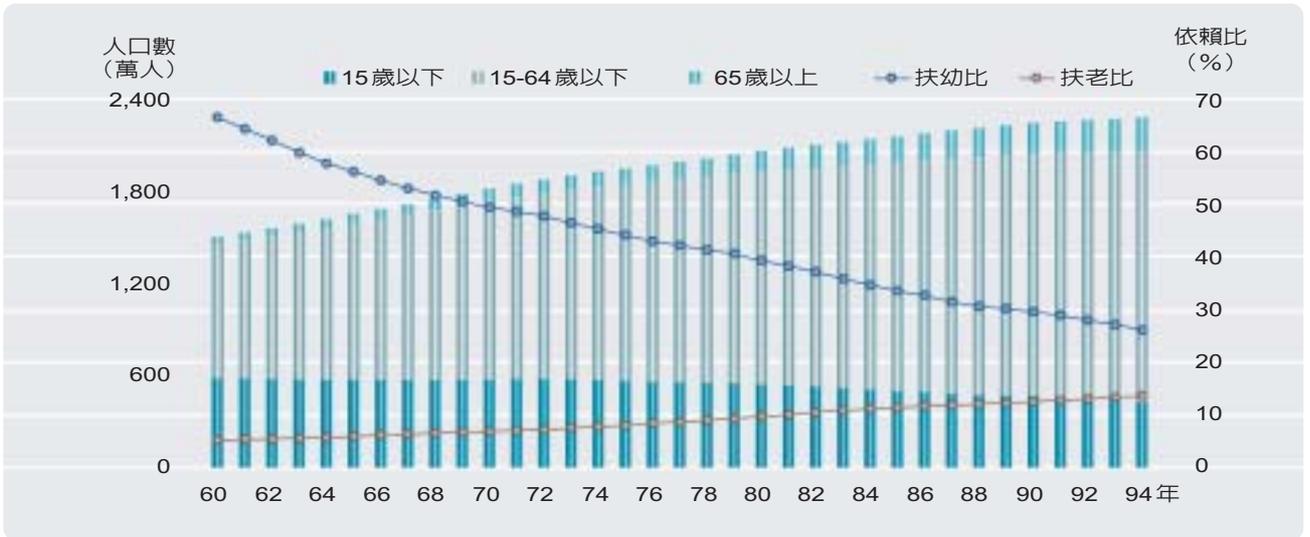


表 2-1 歷年人口結構

	總人口 千人	人口結構			扶養比	
		15歲以下	15-64歲	65歲以上	扶幼比	扶老比
		%	%	%	%	%
民國64年底	16,150	35.32	61.18	3.49	57.74	5.71
民國74年底	19,258	29.58	65.37	5.05	45.25	7.73
民國84年底	21,357	23.77	68.60	7.64	34.65	11.13
民國94年底	22,770	18.70	71.56	9.74	26.14	13.60

第二章 生命指標

一、十大死因

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

民國94年國人死亡人數為13萬8,957人，死亡率每10萬人口611.3人，較民國70年增27.4%，民國94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。

二、十大癌症死因

民國94年國人癌症死亡人數為3萬7,222人，

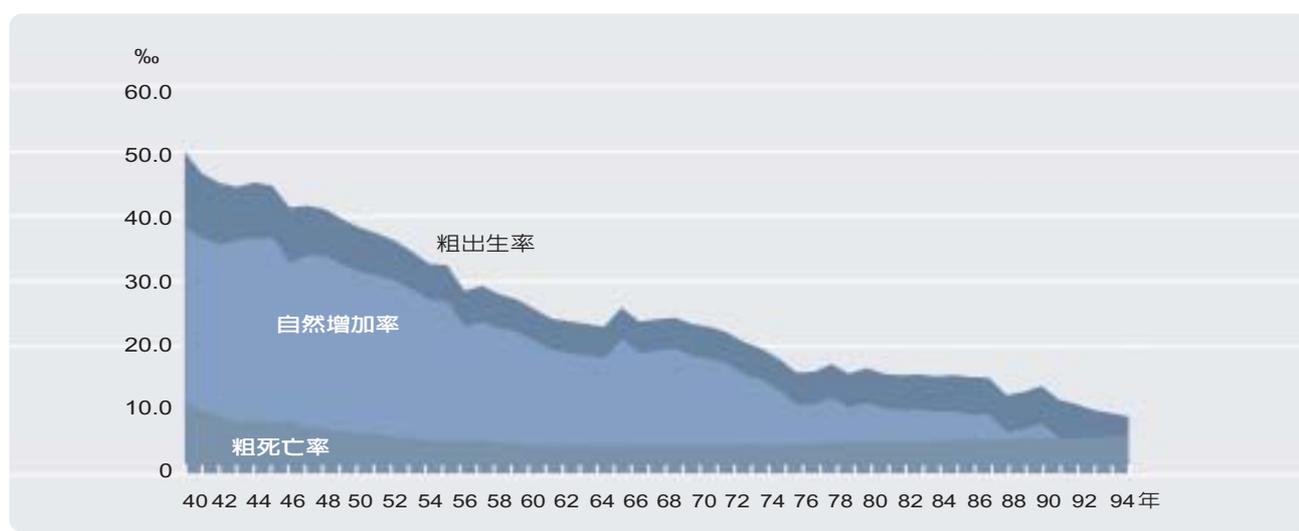
死亡率每10萬人口163.8人，較民國70年增113.8%。民國94年國人十大癌症死因分別為：(1) 肺癌、(2) 肝癌、(3) 結腸直腸癌、(4) 女性乳癌、(5) 胃癌、(6) 口腔癌（含口咽及下咽）、(7) 攝護腺癌、(8) 子宮頸癌、(9) 食道癌、(10) 胰臟癌，其內涵與民國70年比較，鼻咽癌、白血病退出十大，女性乳癌、口腔癌、攝護腺癌，是增幅最大之癌症死因，子宮頸癌則由於篩檢工作推廣得宜，為唯一呈降幅之癌症死因，如圖2-6。

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94年新生兒死亡率已降至2.9‰，約為民國60年之4成7；同期間嬰兒死亡率由15.5‰降至5.0‰。另外，孕產婦死亡率亦由民國60年的39.7/10⁵降至民國94年的7.3/10⁵，如圖2-7。

圖 2-3

臺灣地區歷年粗出生率粗死亡率及自然增加率



第三章 國民醫療保健支出指標

接受良好的醫療照護是現代國民基本需求之一，也是衡量一個國家進步與否的重要指標。我國自民國84年3月開辦全民健康保險，該年國民醫療保健支出年增率達18.0%，其增幅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93年國民醫療保健最終支出（NHE）6,647億元。

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

圖 2-4 國人0歲平均餘命

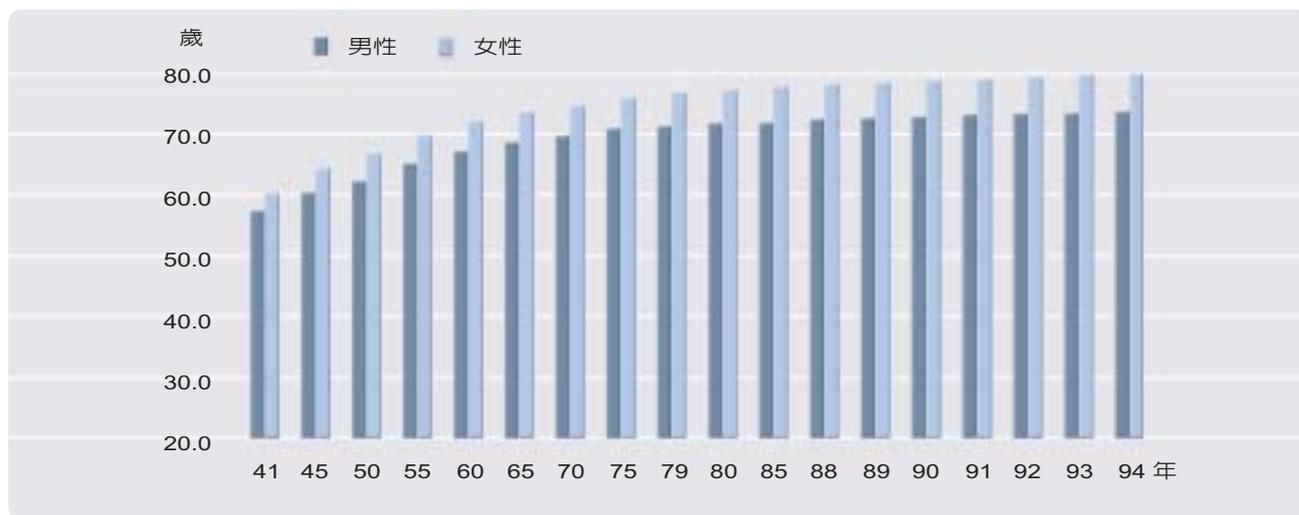


圖 2-5 十大死因之變化



圖 2-6

十大癌症死因之變化



民國84年5.5%，至民國93年達6.2%，顯示全民健康保險實施後國民就醫之可近性顯著提升。近10餘年來，平均每人國民醫療保健支出呈逐年上升趨勢，由民國80年之1萬828元，增至民國93年之2萬9,351元，增幅達171.1%，如圖2-8。

第四章 國際比較

一、人口自然增加率之比較

依據2005 World Population Data Sheet資料顯示，西元2005年全球人口為64億7,700萬人，預估至西元2050年，將達92億6,200萬人，人口增加率為43%；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2005年全球出生率為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73.4歲，相當於日本西元1980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，澳洲82.8歲居次；台灣為79.3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1976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）。

圖 2-7

新生兒、嬰兒及孕產婦死亡率



圖 2-8

歷年 NHE / GDP 比及平均每人 NHE



四、醫療保健支出之國際比較

我國雖非世界經濟合作與發展組織 (OECD) 會員國，就國人醫療保健支出若以西元 2003 年我國與 OECD 30 國醫療保健支出 (NHE) 之統計觀察，我國 NHE 占 GDP 比例為 6.2% 相當於第 26

名，高於南韓，低於美國、瑞士、德國、法國、加拿大、澳洲、日本及英國等，屬偏低比例之國家。但我國平均每人 GDP 與平均每人 NHE 分別為 1 萬 3,327 美元及 824 美元，則均相當於 OECD 30 國之第 24 名。(如表 2-5)。

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)		2005-2050 人口增減	出生率	死亡率	自然增加率
	2005年	2025年	2050年	%	‰	‰	%
全球	6477.0	7952.0	9262.0	43	21	9	1.2
中華民國	22.7	23.6	19.8	-13	9	6	0.4
新加坡	4.3	5.1	5.2	21	10	4	0.6
日本	127.7	121.1	100.6	-21	9	8	0.1
韓國	48.3	49.8	42.3	-12	10	5	0.5
加拿大	32.2	36.0	36.9	14	10	7	0.3
美國	296.5	349.4	419.9	42	14	8	0.6
英國	60.1	64.7	67.0	12	12	10	0.2
法國	60.7	63.4	64.0	5	13	8	0.4
德國	82.5	82.0	75.1	-9	9	10	-0.1

資料來源：2005 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						
中華民國	62.3	66.7	69.6	71.3	72.7	73.4
英國	67.9	68.7	70.2	72.9	75.5	75.7
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	77.6
女性						
中華民國	66.4	71.6	74.6	76.8	78.4	79.3
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	84.4

附註：1. 2004年我國0歲平均餘命，男性為73.5歲、女性為79.7歲

2. 資料來源：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	中華民國(2002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	565.1	539.8	375.8	576.3	520.0	534.0	467.8	556.6
08-14	惡性腫瘤	152.9	144.2	119.3	139.2	137.1	146.8	130.7	136.6
29	腦血管疾病	53.5	50.5	45.4	35.6	43.7	51.9	45.5	85.3
250,251, 27,28 *	心臟疾病	50.9	48.5	55.4	152.1	151.8	122.9	114.5#	41.1
181	糖尿病	39.3	37.1	4.8	16.7	12.6	6.1	16.0	27.1
E47-E53	事故傷害	37.8	36.3	19.5	31.3	17.9	14.9	10.3	37.7
321	肺炎	20.2	19.4	28.3	13.2	9.8	26.7	50.5	6.5
347	慢性肝病及肝硬化	21.3	19.9	6.2	8.5	13.8	9.4	3.1	20.3
350	腎炎、腎徵候群 及腎性病變	18.6	17.7	6.6	8.4	4.7	3.4	8.1	6.2
E54	自殺	13.6	12.5	18.0	9.5	10.5	6.3	8.9	17.1
26	高血壓性疾病	8.7	8.2	1.8	10.1	11.4	3.2	11.9	12.3

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

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

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

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

表 2-5 2003 年 OECD 會員國與我國醫療保健支出指標

排名	國別	醫療保健 支出占 GDP比(%)	平均每人醫 療保健支出 (美元)	平均每人 GDP (美元)	排名	國別	醫療保健 支出占 GDP比(%)	平均每人醫 療保健支出 (美元)	平均每人 GDP (美元)
	中位數	8.1	2,139	27,067	16	義大利	8.4	2,139	25,375
1	美國	15.0	5,635	37,658	17	英國	7.7	2,031	30,314
2	瑞士	11.5	5,041	43,741	18	奧地利 ²⁰⁰²	7.6	1,961	25,793
3	挪威	10.3	4,976	48,383	19	澳洲 ²⁰⁰²	9.3	1,960	20,978
4	冰島	10.5	3,827	36,510	20	紐西蘭	8.1	1,611	19,982
5	丹麥	9.0	3,534	39,315	21	希臘	9.9	1,549	15,624
6	德國	11.1	3,204	28,973	22	西班牙	7.7	1,535	19,984
7	荷蘭	9.8	3,088	31,458	23	葡萄牙	9.6	1,348	14,045
8	法國	10.1	2,967	29,275	24	台灣	6.2	824	13,327
9	盧森堡 ²⁰⁰²	6.1	2,950	48,219	25	韓國	5.6	705	12,651
10	比利時	9.6	2,796	29,188	26	捷克	7.5	668	8,858
11	加拿大	9.9	2,670	27,075	27	匈牙利 ²⁰⁰²	7.8	496	6,390
12	瑞典 ²⁰⁰²	9.2	2,494	27,067	28	墨西哥	6.2	372	6,031
13	日本 ²⁰⁰²	7.9	2,450	31,181	29	斯洛伐克	5.9	360	6,073
14	芬蘭	7.4	2,297	30,855	30	波蘭 ²⁰⁰²	6.0	303	5,008
15	愛爾蘭 ²⁰⁰²	7.3	2,255	30,711	31	土耳其 ²⁰⁰²	6.6	194	2,933

附註：1.資料來源：世界經濟合作與發展組織(OECD)Health Data 2005。

2.以平均每人醫療保健支出排序。

第三篇 國民保健

營造健康生活
實踐健康行爲。



3



第三篇 國民保健

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，國人的健康問題亦隨之由急性傳染病轉為慢性病盛行的時代；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，更應能積極促進全面性健康的發展。是以衛生署歷年工作之重點，皆為透過以預防保健為導向的初段與次段預防之公共衛生策略規劃，營造健康生活、提高自我管理，建構健康生活型態；另配合早期篩檢、適切治療，降低慢性疾病及其合併症之發生，全面減少國民罹病、殘障與死亡率，以達成促進全民健康與生命品質目的。

第一章 社區健康營造

世界衛生組織（WHO）曾在阿瑪阿塔宣言（Alma-Ata Declaration, 1978）中強調，藉由落實基層保健醫療來促進民衆健康，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，期望藉由參與社區資源，使民衆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 健康生活社區化

「健康生活社區化計畫」於民國94年3月納入台灣健康社區六星計畫社福醫療面向之執行計畫，積極於全國各鄉、鎮（市、區）推動社區健

康營造工作，重點包括：

- 一、積極建立社區自主健康營造機制，民國94年補助成立216個社區健康營造中心（不含部落離島），其中56個提升為專業推動中心，輔導鄰近社區1,718次（含實地及電話訪視），培訓志工356場次、6,984人次，引導社區民衆20萬4,679人次參與社區健康促進。
- 二、引導各縣市衛生局與專家學者共同輔導社區健康營造中心，積極培育社區健康營造專業人才，辦理衛生局健康營造承辦人員培訓及在地輔導專家經驗交流研習會，建置社區健康營造網，作為社區健康營造資訊及溝通平台。
- 三、積極推動健康城市計畫，由台北市、高雄市及台南市先行辦理；並與台南市合作，建置本土性健康城市指標，完成健康城市白皮書；台南市健康城市促進會於民國94年7月通過審核成為世界衛生組織（WHO）西太平洋健康城市聯盟會員。
- 四、以民衆健康的生活為出發點，透過民衆參與社區空間改造的過程，讓民衆積極創造自身健康環境，推動健康環境與空間營造。全國已有23個縣（市）、93個社區推動健康環境空間之建置。
- 五、自民國91年7月開始推動「台北市內湖區都會型」、「台中縣東勢鎮鄉鎮型」、「嘉義縣阿里山山地原住民型」、「花蓮縣豐濱鄉濱海原住民型」等4個不同型態之安全社區計畫，並已通過WHO國際認證，未來將藉此4個社區為推動平台，擴展至國內其他社區。

六、積極推廣健康體能，以「每日一萬步，健康有保固」之健康概念，強調「健康的生活應從最簡單的走路開始」，並辦理「虛擬環島健走180天」、「30天1,000公里徒步環島大挑戰」等多項活動。

第二節 職業健康促進

台灣面臨產業快速變遷，企業生活的全球化、就業型態的多樣化等工作環境的變動，職場健康的面向亦需配合調整，故推動職業衛生保健工作，從以往職業病防治工作，擴展至「職場健康促進」，從消極減少職業疾病的發生，到積極提升員工的健康狀況。

- 一、為促進勞工健康，預防職業傷害，成立高屏區及中區2個職業衛生保健中心，建立跨縣市職業衛生保健醫療服務網，提供職業傷病諮詢，輔導勞工體格及健康檢查指定醫療機構，開發職業衛生保健相關宣導教材。
- 二、為鼓勵醫療院所從事職業衛生保健服務，補助15家醫療院所辦理職業醫學暨職業衛生服務計畫，並提供中小型事業單位或職業工會，到廠健康促進諮詢及職業衛生保健服務。
- 三、補助30家職場辦理「強化職場健康促進計畫」，鼓勵員工參與評估職場健康需求，營造符合員工需求之職場健康環境。
- 四、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，同時早期發現新類型職業傷病。
- 五、辦理專業人員職業衛生保健及職業病防治教育訓練，建立相關作業指引，包括「常見特別危害健康作業健康檢查指引健康管理分級

探討」、「職業衛生保健－問題評估與事業單位醫護作業手冊計畫」，以協助醫護專業人員實務作業，提升勞工健康檢查及職業衛生保健服務品質。

第三節 健康促進學校

為響應世界衛生組織以學校為健康生活環境之理念，衛生署與教育部共同規劃「健康促進學校四年計畫」，計有210所國小、69所國中、39所高中職等學校加入，其精神在於各學校依據不同的健康需求提出解決方案。

- 一、成立教學資源發展中心，完成健康促進學校教學資源需求評估，編製「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」等教材；建置「健康促進學校數位學習平台」（[http:// www.allschool.com.tw/](http://www.allschool.com.tw/)）及單一窗口諮詢專線（02-23693105）。
- 二、遴聘35位專家學者擔任健康促進學校輔導人員，除到校輔導外，也利用健康促進學校網站進行線上輔導。共辦理4區示範學校之參訪活動，促使各學校交流、分享及觀摩。
- 三、辦理參與學校校長、行政人員、校護、衛生局及教育局相關人員的訓練，計1,000餘人參加；另辦理生活技能工作坊種子教師訓練一場次，計100餘人參與。
- 四、辦理健康促進學校識別標誌之票選活動及成果發表會，另在17縣市行銷健康促進學校計畫，其中桃園縣、台北縣、台中市、台中縣、嘉義市、台南市、屏東縣、花蓮縣、台東縣等9個縣市長帶領所轄學校校長，宣示推動健康促進學校，顯示健康促進學校之推動，已逐漸受到認同及重視。

第四節 提升衛生所效能

為提升衛生所服務效能，提供民眾清新、安全、優質的社區健康服務空間，積極辦理衛生所重擴建及服務品質提升之規劃，工作成果如下：

- 一、在基層提供民眾衛生醫療保健之衛生所，已補助重擴建約有38所，94年度再補助12家，提供民眾一個安全、保健、便利、舒適的社區（衛生所）健康服務空間。
- 二、為增進衛生所工作效率，並配合健保改革措施，持續更新「衛生所資訊系統視窗版」，並依IC卡推廣作業時程增修相關功能。
- 三、辦理「衛生所服務品質提升」並成果發表，台北縣、新竹縣、台中縣、雲林縣、嘉義縣、台南縣、花蓮縣等縣市衛生局分別就「獎勵金發放原則之探討」、「衛生所學習型組織之學習模式建立」、「健康關懷中心之設置試辦」及「社區健康評估」等議題，與全國衛生局分享經驗。此外，為使衛生所主管了解領導藝術及管理科學，編印「衛生所領導管理即時通」，分送全國衛生局所參考。
- 四、建置衛生局所網路便民服務，由中央統籌規劃建置衛生保健便民服務入口網站，並於民國93年10月正式啟用；整合開發衛生保健便民服務資訊系統，如衛生局所公文系統、電子公布欄系統等，以加速衛生局所應用網際網路技術提供民眾預防保健服務。94年度持續辦理355家衛生所網站維運，完成保健服務英文版網頁設計、英譯工作，方便外籍媽媽讀取保健資訊，及完成網站掛號功能與衛生所資訊系統整合增修工作。截至民國94年12月底止，總點閱次數達973萬927次。

第二章 婦幼衛生保健

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

近年來，外籍及大陸配偶人數的增加，因教育、年齡差距和語言隔閡等影響，潛藏著生育健康及子女教養等危機，形成孕產婦與嬰幼兒健康照護上新的問題，因此，除持續推動原本的孕產婦與嬰幼兒保健工作外，更積極將外籍及大陸配偶納入保健管理範圍，以確保其健康。

- 一、為加強孕產婦及嬰幼兒健康照護，研發各項作業規範及衛教教材，結合戶政單位，提供新婚夫婦手冊，並開發「社區孕產婦健康管理模式」及「社區嬰幼兒健康管理模式」，預定於民國95年各選擇2-3縣市試辦。
- 二、各縣市衛生局辦理「0-6歲學前兒童發展篩檢及異常個案追蹤管理計畫」，計篩檢58萬6,200人次，疑似異常個案1,980人，通報轉介人數1,628人。積極推廣「嬰兒大便卡」，預定民國95年於預防接種資訊管理系統登錄大便顏色，俾收提醒之效。
- 三、全面建置母乳哺餵環境，持續辦理母嬰親善醫療機構輔導及認證，共有81家通過認證；並積極宣導建置友善職場哺乳環境，鼓勵機關團體或公司行號設置哺（集）乳室。另於台北市立婦幼醫院、新竹市、花蓮縣、屏東縣、台南市、台中縣等6地試辦培育社區母乳哺育志工並成立支持團體。

四、為加強外籍配偶之生育健康照護，衛生署特訂定「外籍配偶生育健康管理計畫」，逐一建卡管理，建卡率高達90%以上；並可向內政部外籍配偶照顧輔導基金會，申請外籍配偶生育調節及產檢醫療補助費用。編印「外籍配偶生育保健手冊」，和多國語版之「育兒保健手冊」、「認識早產單張」及「生育保健系列」VCD。

五、外籍配偶占全國總結婚對數比率，由民國87年7.1%，提升至民國93年15.5%，而其所生的子女數於亦達總出生數的13.2%。為克服基層工作人員與外籍配偶之語言溝通障礙問題，於新竹縣、雲林縣、台北縣、南投縣、彰化縣、嘉義縣、台南市、高雄市等8縣市試辦「外籍配偶志工」培訓計畫。

第二節 優生保健

優生保健是利用醫學技術在婚前、孕前、產前、產後等不同生活週期中介入，發揮預防醫學的精神，儘量避免先天性缺陷兒的產生。自民國74年「優生保健法」實施起，積極推展全國優生保健工作及多項遺傳性疾病檢查和服務措施。

一、自民國74年開始實施「優生保健法」，迄今已逾20年。為達成其立法宗旨，衛生署積極推展全國優生保健工作及多項遺傳性疾病檢查和服務措施，包括：婚前健康檢查、產前遺傳診斷、新生兒篩檢及遺傳諮詢等（如表3-1）。新生兒先天代謝異常篩檢率達99%以上（如圖3-1），發現1,863案異常兒（如表3-2）；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89.8%以上；本人及家族疑似遺傳疾病者，接受進一步優生健康檢查計1萬2,349案。

二、為配合新生兒篩檢由現行5項新增為11項之

重大變革，委託辦理「國人CAH、MSUD、MCAD、GAI、IVA及MMA等疾病之確認診斷、治療方式及基因變異分析之探討」等計畫，希冀建置國人確診及治療作業模式、鑑別診斷方法、標準作業流程等，以有效防治遺傳性及罕見疾病的發生。

三、辦理遺傳諮詢中心認證，以確保遺傳諮詢服務之品質；計有11家醫學中心通過認證。

第三節 罕見疾病防治

過去，罕見疾病患者大多為社會中的弱勢族群，其在醫療、藥物、生活及安養照護上，一直未受到政府及社會大眾的重視，直至民國89年「罕見疾病防治及藥物法」實施才逐漸獲得改善，衛生署亦陸續公布相關法規、設置遺傳諮詢中心等單位，期望能提供罕見疾病患者更完善的照護服務。

一、罕見疾病防治及藥物法於民國89年8月實施，並於民國94年1月19日修正通過。94年度止，計認定及公告罕見疾病128項、148種；接獲通報2,276案之罕見疾病個案。民國89年8月9日至94年底之通報前10項罕見疾病個案數，如表3-3。

二、公告罕見疾病藥物名單及其適應症75種、罕見疾病特殊營養食品品目及適應症40種；設置罕見疾病個案特殊營養食品及藥物物流中心，統籌購置及供應30類特殊營養食品及儲備10項罕見疾病藥物。

三、為落實對罕見疾病病人之照顧，依法編列預算補助健保未能給付之罕見疾病診斷、治療、藥物與維持生命所需之特殊營養食品費用，計2,430餘萬元；並與財團法人罕見疾病基金會（<http://www.tfrd.org.tw>）提供罕病個

表 3-1 優生保健服務項目

服務項目	服務地點	服務對象
一、臨床遺傳諮詢診斷與治療	1. 經評鑑通過之醫學中心或準醫學中心	1. 經證明四親等以內親屬或本人疑似罹患遺傳或精神疾病者
二、優生健康檢查	2. 新生兒篩檢轉介醫院	2. 經產前遺傳診斷技術發現胎兒不正常，需對流產物或新生兒確定診斷者
三、婚前健康檢查	設有家庭醫學科或保健科之公私立醫院	未婚或已婚尚未生育之男女
四、產前遺傳診斷	婦產科醫院診所	孕婦有下列情形者：
----超音波檢查	由衛生署評鑑合格之羊水檢驗中心	1. 34歲以上之高齡孕婦
----羊膜穿刺		2. 本胎次有生育先天性缺陷兒之可能者
----羊水分析		3. 曾生育先天性缺陷兒者
		4. 本人或配偶有遺傳疾病者
		5. 家族中有遺傳疾病者
		6. 習慣性流產者
五、新生兒篩檢	台大醫院及榮民總醫院優生保健諮詢中心	所有新生兒
----檢體採集	1. 加入篩檢系統之接生單位及各鄉鎮市區衛生所(室)	
----檢驗作業	2. 經衛生署指定之轉介醫院	
----追蹤複檢		
----診斷治療		

圖 3-1

新生兒先天性代謝異常疾病篩檢歷年成果

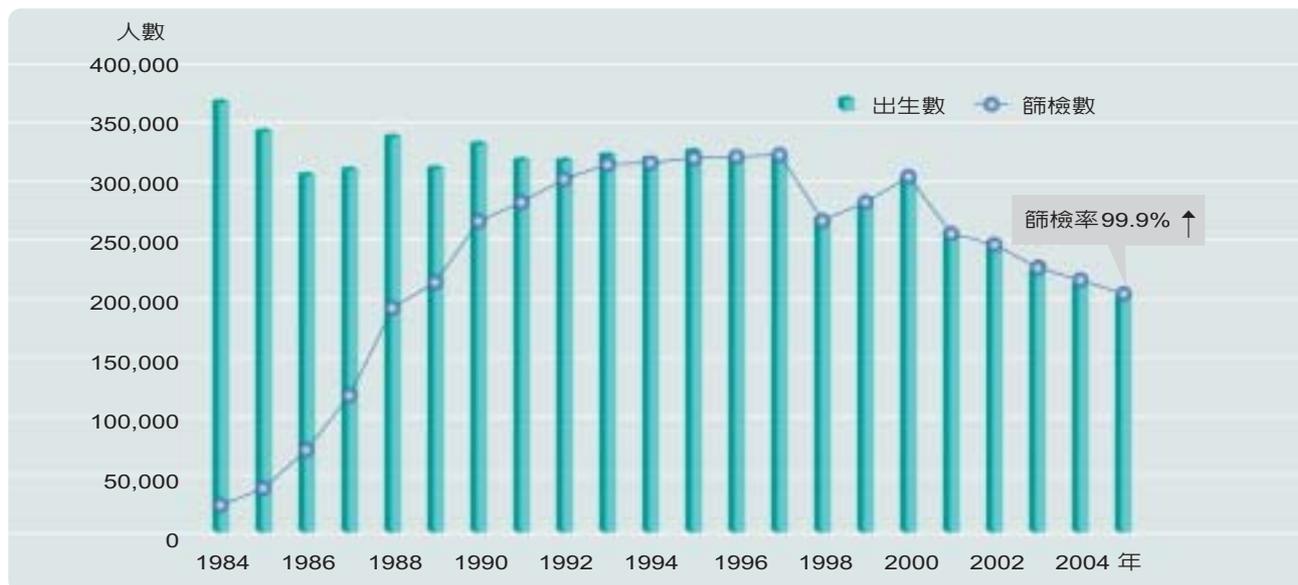


表 3-2 新生兒先天性代謝異常個案統計

個案類別	葡萄糖-6-磷酸鹽去氫酶缺乏症	先天性甲狀腺低能症	苯酮尿症	高胱胺酸尿症	半乳糖血症
個案數	1,790	72	1	0	0

案之檢體送國外代行檢驗費用各 40% 之經費補助，減輕病患家庭經濟負擔。

第四節 人工生殖

不孕症有時可以查出原因並做有效的治療，有時需借助不孕症檢查及人工協助生殖技術來幫助懷孕，不孕症夫婦接受人工協助生殖技術的過程，除需醫療人員的協助外，更需要家人、朋友的扶持關懷。推動相關法案立法，以及持續辦理人工協助生殖技術醫療機構評核，希望不孕症夫婦在獲得正確資訊及診療後，能夠重燃生機，延續生命喜悅之光。

- 一、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 10 月 6 日經立法院通過；至於代理孕母部分，則委請國立成功大學，參酌民國 93 年 9 月「代理孕母公民共識會議」所形成「不禁止，但是有條件開放代理孕母」之共識，研擬「代理孕母法草案」，全案於民國 94 年 9 月完成，陸續將再召開會議討論，以資周延。
- 二、持續辦理人工生殖技術醫療機構評核，以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；計有 66 家機構通過評核。

表 3-3 通報前 10 項罕見疾病

序位	罕見疾病名稱	通報人數
一	苯酮尿症 (Phenylketonuria)	155 人
二	肌萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)	137 人
三	軟骨發育不全症 (Achondroplasia)	125 人
四	多發性硬化症 (Multiple sclerosis)	114 人
五	Prader-Willi 氏症候群 (Prader-Willi syndrome)	101 人
六	成骨不全症 (Osteogenesis imperfecta)	97 人
七	黏多糖症 (Mucopolysaccharidoses)	90 人
八	脊髓性肌肉萎縮症 (Spinal muscular atrophy)	75 人
九	肝醣儲積症 (Glycogen storage disease)	63 人
十	粒腺體缺陷 (Mitochondrial defect)	46 人

三、持續維護人工生殖資料庫，並定期分析施術資料；另委託台灣生殖醫學會研訂不孕症及試管嬰兒衛教手冊，以作為不孕夫妻相關資訊之參考。

四、積極推動「重塑生育及家庭價值」、「兩性共同承擔婚育責任」及「珍愛生命，尊重傳承」的觀念，以提升婦女之生育率。

第三章 兒童及青少年衛生保健

為使兒童與青少年獲得適當的營養、健康照護、安全、保障、生活指導及學校教育，推動事故傷害防制、聽力、口腔、視力保健、青少年保健服務等工作，期望每一位兒童及青少年都能享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

依據衛生署民國94年生命統計資料，事故傷害死亡率為每十萬人口36.8人，高居十大死因第五位。且事故傷害為台灣地區1-14歲少年（占30.9%）、15-24歲青年（占52.5%）的首要死因，25-44歲壯年（占17.9%）的次要死因，其所造成的潛在工作年數損失及對國家競爭力的影響更是不容忽視。

一、為避免兒童及青少年意外事故之發生，積極推動安全環境之營造，計輔導110所國小、幼稚園、托兒所遊戲設施設備安全示範校園；另結合私立醫療機構及民間水上救生團體等社區資源，完成10個危險水域安全環境及網絡之建置。

二、透過25縣市衛生局（所）針對轄內有幼兒家庭，進行居家安全檢測及環境改善，共計1,300家。陸續就危險水域、高危險交通事故

道路，進行安全環境營造與改善，提升民衆之認知。

三、為加強青少年對事故傷害防制之認知，辦理交通安全及溺水防制之宣導，包括：網頁建置、情境模擬互動遊戲、多媒體光碟教學、海報、媒體宣導等。此外，辦理遊戲設施設備安全種子師資培訓，計326人參加。結合內政部辦理老人居家照顧與事故傷害防制研討會，計103人參加。

第二節 聽力、口腔、視力保健

依衛生署最近調查得知，台灣地區新生兒聽力障礙之盛行率約為3‰、15-18歲青少年需接受牙周病治療高達81.78%、12歲兒童齲齒指數（DMFT index）為3.31顆、兒童近視平均年齡為8歲，以上資料顯示於聽力、口腔、視力健康方面仍須加強防治，故推動以下措施：

一、聽力保健：嬰幼兒期是人類成長的重要階段，而0-3歲是聽力語言發展的黃金時期，根據衛生署研究顯示，新生兒聽力障礙之盛行率約為3‰，幼兒聽力障礙（含中耳炎造成）之盛行率約為2‰。為早期發現、早期矯正聽障兒，推動之防治措施如下：

（一）辦理滿3歲至未滿4歲「學前兒童聽力篩檢推廣服務計畫」，至94年度止，約篩檢13萬名幼童，發現異常之幼童均給予轉介矯治。另辦理10場家長成長團體座談會，及訓練、培訓119名志工，設置免費諮詢專線（0800-800832、0800-889881）。

（二）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；完成「嬰幼兒聽力篩檢指引手冊」，並建置

「台灣嬰幼兒聽力網站」(<http://www.bhp.doh.gov.tw>) 提供查詢相關資訊。

二、口腔保健：依據衛生署民國89年「6-18歲人口口腔狀況全國性調查」指出，15-18歲青少年需接受牙周病治療高達81.78%，12歲兒童齲齒指數(DMFT index)為3.31顆，高於WHO所定小於3顆的標準。為改善國人口腔健康，積極推展下列各項措施：

- (一) 提供5歲以下兒童每年2次牙齒免費塗氟之服務；全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計25縣市，2,646所國小之188萬名學童參加，如表3-4。
- (二) 推動銀髮族口腔健康選拔活動，計有1,169名銀髮長者參與；期透過一系列選拔、講座、宣導，讓民眾瞭解從小就必須養成良好的生活與飲食習慣，在老年才能擁有好的口腔健康。
- (三) 辦理台灣地區「身心障礙口腔醫療種子醫師培訓專案計畫」，計有1,047名牙醫師及347名牙科助理參與；研發牙周病防治教材，辦理牙醫師牙周病防治之訓練。
- (四) 針對特殊族群，規劃完整的口腔健康照護模式，如糖尿病患者之「糖尿病共同照護網口腔健康照護計畫」。

三、視力保健：依據民國89年「6-18歲屈光調查」顯示，國內兒童近視平均年齡為8歲，較民國84年提早1歲，顯示近視年齡下降；另隨著高齡化社會的來臨，中、老年人眼疾、視覺問題等健康照護需求日趨增加，視力保健與防盲工作愈顯得重要。

(一) 設置3家社區視力保健中心及12家社區視力保健服務網，提供門診診治、教育訓練、保健諮詢及宣導等服務。

(二) 全面推動「學齡前兒童斜弱視及視力保健篩檢」及「社區視力健康照護老人視力篩檢」，篩檢發現之異常個案，給予轉介、追蹤矯治及收案管理。

第三節 青少年保健服務

正值青春年華的青少年在身體開始蛻變為成人時，生理、心理開始產生微妙的變化，為此，提供青少年性教育、保健門診等服務，透過專業服務和人員共同關心青少年的健康與成長。

一、性與生育保健服務

(一) 獎助3家青少年健康中心及47家青少年保健門診，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，共計1萬5,617人次受益。

(二) 與4家醫療院所合作推動「青少年生育保健親善門診計畫」，協助青少年緊急避孕，並與家長共同解決非預期懷孕等問題。

(三) 與3家醫療院所合作辦理「青少年健康中心實驗計畫」，分別推動人員培訓、網路性教育及特殊族群性教育等主題。

二、完成青少年網站之改版，增加線上諮詢功能，包括家長專用信箱、教師專用信箱、青少年專用信箱，提供更完整之服務，上網瀏覽約20萬人次。並辦理「青少年性教育電腦遊戲軟體開發暨網路宣導」。

三、辦理青少年性教育宣導，計631場次、9萬

表 3-4 國小學童含氟漱口水防齲計畫

年	縣市數	學校數	學生人數	涵蓋率
86	10	34	40,640	2.13
87	13	48	52,281	2.74
88	16	368	457,773	23.75
89	21	1,959	1,414,000	73.35
90	25	2,429	1,819,495	94.47
91	25	2,632	1,903,357	98.00
92	25	2,627	1,883,509	98.20
93	25	2,638	1,882,186	98.40
94	25	2,646	1,880,000	98.50

9,321人參加，及「親職性教育成長營」系列活動，計5場次、1,200人參加。此外，進行性教育線上遊戲之宣導、製作遊戲光碟及宣導品，及4場校園研習活動。

第四章 慢性疾病预防

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、氣喘與腎臟疾病為國人罹患之主要慢性病，而早期發現、早期治療，是慢性病防治之重要工作。

第一節 糖尿病防治

據國外研究顯示，前期糖尿病（即飯前血糖 > 110mg/dl 及 < 126mg/dl）演變為糖尿病之年演變率為 13.6-16.4%，惟該等糖尿病高危險群尚能及早力行健康促進行為，可延緩糖尿病之發生。

糖尿病高危險群係指，有糖尿病家族史者、曾罹患妊娠糖尿病者及肥胖症患者；為減緩此類疾病之發生，積極推動下列各項措施：

- 一、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，截至目前為止，至少有41萬民衆接受篩檢。另推動糖尿病高危險群之健康促進項目，包括：定期檢測，維護血糖、血脂、血壓、體重於理想範圍，執行飲食、運動、體重控制等，全國25縣市50個社區參與。
- 二、建置25縣市糖尿病共同照護網（如圖3-2），參與鄉鎮數達352個，涵蓋率為95%；成立138家糖尿病人保健推廣機構，積極提供糖尿病患者優質團隊（醫師、護理、營養）療護，進行病人之併發症篩檢與預防；另積極進行糖尿病患者口腔健康狀況調查，同時規劃不同社區型態之糖尿病人口腔健康照護模式，提升糖尿病人之自我照護知能。
- 三、加強醫師、護理、營養等團隊之運作及照護

品質，配合健保給付改善方案，團隊照護糖尿病人計1千萬人，及提升醫事機構糖化血色素檢驗品質，外部能力測試輔導計259家。

- 四、為強化糖尿病人對疾病之適應與自我照護，研印「糖尿病共同照護工作指引」、修訂「糖尿病預防、診斷與控制流程指引」，供其參考；另成立423個糖尿病病友團體，培訓種子輔導員計123人，以加強其支持系統。辦理照護網醫事人員之認證，共認證6,092人。

第二節 心血管疾病防治

心血管疾病多年來，均名列國人十大死因之第2位及第3位，因此，早期發現心血管疾病患者、延緩心血管疾病高危險群罹患疾病，實為當前重要工作。

- 一、自民國91年起，積極鼓勵縣市整合轄區醫療保健服務資源，結合全民健保成人預防保健服務、癌症篩檢等既有之健康篩檢項目，推動整合性篩檢服務，目前已有20縣市加入此行列。參與整合性篩檢服務之民衆已高達80萬人，且滿意度均達90%以上。
- 二、為建構完整之心血管疾病照護網絡，補助2縣市辦理社區心血管疾病防治先驅計畫，建立含危險因子預防、高危險群體之發現與加強衛教，以及個案管理與照護之全面防治模式。
- 三、鼓勵縣市參考衛生署國民健康局於民國92年研發製作之「冠心病防治套裝教材」，針對社區篩檢所發現之心血管疾病高危險個案，進行社區團體之衛生教育介入，期能改善已存在之危險因子，目前已有10縣市、22個鄉鎮辦理此項健康促進工作。
- 四、辦理4家「中風防治中心先驅計畫」，評估區

域內之各項中風預防宣導教育、篩檢、跨科別整合療法、醫護人員教育訓練及建立醫療照護服務網絡等實證資料。

- 五、補助2縣市開發腦血管疾病患者社區健康管理實驗計畫，建立中風患者社區健康管理模式，並據以推廣至其他縣市。

第三節 腎臟病防治

根據衛生署統計，腎炎、腎病症候群及腎病變，近年來名列國人十大死因的第8位，且因著民衆生活型態飲食習慣（外食）的改變，使得高血壓、糖尿病、高尿酸血症日漸盛行，更使得因上述疾病而併發腎臟疾病的發生，亦演變成洗腎人口的增加。在在顯示腎臟疾病預防的重要性；因此，為預防腎臟疾病的發生，並避免病況的惡化，更不遺餘力推廣腎臟疾病的防治工作。

- 一、自92年度起，成立腎臟保健推廣示範機構，建構跨部門、跨專業的照護模式，依病人實際需要，建立有效的醫療、衛教、與營養指導策略，確實追蹤病人治療狀況，降低末期腎臟疾病之發生，共設置19家腎臟保健推廣機構。
- 二、試辦基層腎臟疾病個案管理計畫，由衛生局主導，以整合性預防保健服務為平台，發現腎臟疾病高危險群及異常個案，建立社區腎臟疾病個案管理與追蹤系統，並建立衛生局（所）與轄區內醫學院及醫院之照會與轉介模式，建構完整之共同照護網路，提供全方位之照顧。民國94年由高雄市政府衛生局先行試辦，再將其成效推廣至各縣市衛生局。
- 三、為降低糖尿病、高血壓、痛風及藥物濫用而併發腎臟疾病，製作各類的宣導手冊、單張及影片，提供民衆作為參考的依據，並進而養成良

圖 3-2

糖尿病共同照護網



好生活習慣、適度運動習慣、戒菸及不酗酒、良好的飲食習慣等健康生活型態。另為使先天性腎臟疾病的早期發現，同時透過學校護士，落實學童尿液篩檢之轉介與追蹤。

第四節 氣喘病防治

近年來，世界各地的氣喘發生率和盛行率都有逐年增加的趨勢，台灣也不例外。氣喘是一種慢性呼吸道發炎的疾病，需要長期用藥控制，只要照顧得宜，即可避免氣喘的發作。

為使氣喘病患者可以獲得正確的資訊，製作「氣喘病患自我照護手冊」，將協助病患或其家屬，以循序漸進的方式，從正確認識氣喘病、氣喘病的檢查與診斷、氣喘嚴重度分類方式及其階梯式治療原則等作系列介紹，而使患者及其家屬如何於平時照顧患者，並建立適合患者自己的照顧計畫，進而減緩病況發作，保障生命的安全，提升生活的品質。

另針對參與「中央健康保險局—氣喘醫療給付改善方案試辦計畫」之醫療院所，辦理氣喘教材推廣教育訓練，並提供氣喘病患自我照護教材；辦理幼稚園教師（園長）氣喘防治教育訓練，增進幼稚園教師氣喘照護專業知能。

第五章 癌症防治

根據世界衛生組織的統計，全球每年至少有1,000萬人診斷罹患癌症，估計到西元2020年時，每年新發個案將超過1,500萬人；每年癌症死亡人數有600萬人，估計占死亡總數12%。

癌症自民國71年起，即成為國人十大死因之首位，其發生率及死亡率逐年攀升。20年以來（民國73年-93年），國人主要癌症死亡原因，在男性方面係以肝癌、肺癌、胃癌、結腸直腸癌及口腔癌等為其最主要之癌症死因；其中除胃癌有

趨緩外，另4種癌症均持續增加，尤其是口腔癌躍增5.47倍（如圖3-3）。在女性方面則以肺癌、肝癌、結腸直腸癌、子宮頸癌及女性乳癌等為其最主要之癌症死因；僅有子宮頸癌有明顯下降（如圖3-4）。

有鑑於此，協助民衆養成健康的生活型態、健康飲食。保持運動習慣，並定期接受癌症篩檢，是公認最有效益的癌症防治措施，因此，積極運用各種管道，加強癌症防治的宣導。並訂定「國家癌症防治五年計畫」（期程由民國94年-98年），並於民國94年7月11日經行政院核定通過實施中，以期望能謀全國民衆健康之福祉。其重要成果簡述如後。

第一節 定期癌症篩檢

對於能藉由篩檢而早期發現，且治療成效良好的癌症，衛生署提供篩檢服務，包括：子宮頸癌、乳癌、口腔癌及結直腸癌。

一、子宮頸癌

(一) 女性30歲以後，應每3年至少接受1次子宮頸抹片檢查，並自民國84年起，將30歲以上婦女子宮頸抹片篩檢，納入健保預防保健服務項目。截至民國94年底，30歲以上婦女3年內曾接受子宮頸抹片篩檢達340萬人。

(二) 子宮頸抹片篩檢推廣已10年，然仍有近25%的婦女從未接受過子宮頸抹片篩檢，為此，於台北市、桃園縣、台北縣、台中縣、嘉義縣、台南縣等6個縣市衛生局試辦「10年以上從未接受子宮頸抹片檢查婦女人類乳突病毒自我採檢計畫」，期望發現人類乳突病毒感染呈陽性之高危險婦女，能接受子宮頸抹片檢查。

(三) 子宮頸抹片篩檢已反映在發生率及死亡率的下降，標準化發生率（以2000年世界標準人口年齡結構為基準）由民國84年的 $23.9/10^5$ 下降至民國91年的 $17.2/10^5$ ；標準化死亡率（以民國70年女性年中人口年齡結構為基準）由民國84年的 $7.0/10^5$ 下降至民國93年的 $4.4/10^5$ 。

二、乳癌

女性應每月定期乳房自我檢查；並於35歲以後，每年接受專科醫師檢查；50歲以後，則每2-3年接受乳房X光攝影篩檢。自民國93年起，將50-69歲婦女乳房X光攝影篩檢，納入健保預防保健服務項目；約達6萬名50-69歲婦女接受乳房攝影篩檢。

三、口腔癌

補助18歲以上吸菸或嚼檳榔民衆口腔黏膜篩檢，至民國94年底止，吸菸或嚼食檳榔民衆接受口腔黏膜篩檢36萬人。

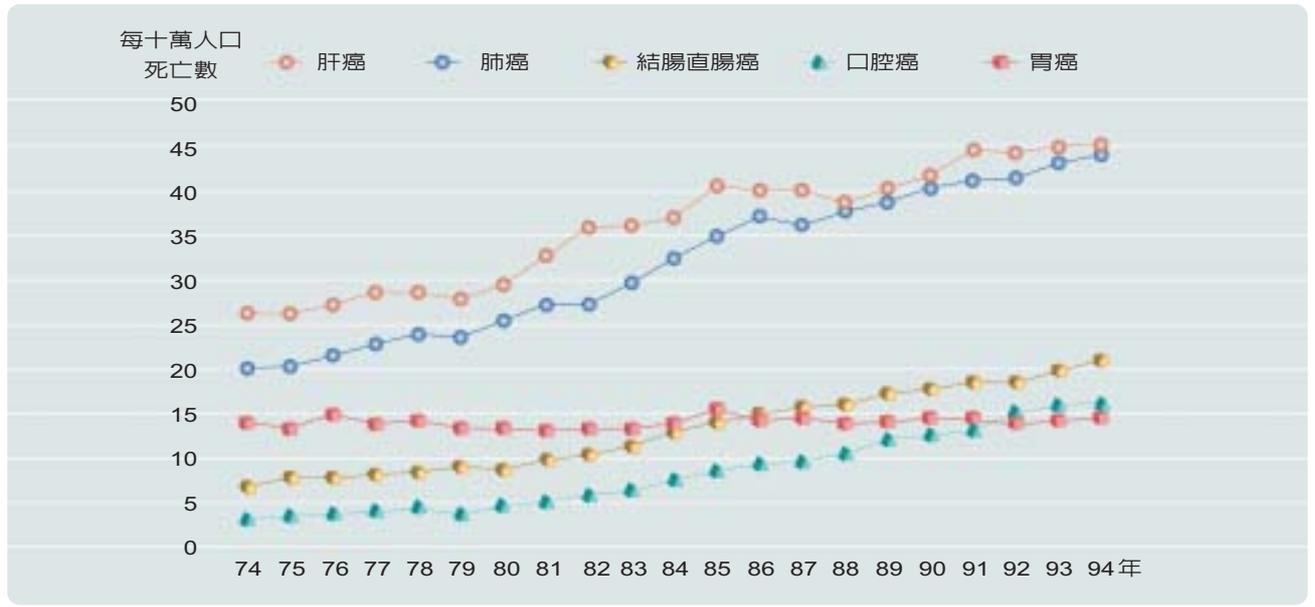
四、結直腸癌

補助50-69歲民衆之糞便潛血篩檢、具一等親罹患結直腸癌高危險群民衆之大腸鏡篩檢。目前為止，50-69歲民衆接受糞便潛血篩檢計29萬人，具一等親罹患結直腸癌之高危險群接受大腸鏡篩檢，計1,300人。

五、為提供民衆可近性之篩檢服務，除由特約醫療院所提供篩檢服務外，地方衛生局（所）亦結合社區之集會活動，採設站方式提供服務。另補助78家地區級以上醫院辦理子宮頸抹片篩檢門診主動提示系統，建立院內整合機制，主動提醒並提供病患有效率的癌症篩檢服務。

圖 3-3

台灣男性主要癌症死亡趨勢



第二節 癌症照護品質

為有效掌握國內癌症現況，建立完整之個案管理，衛生署自民國68年起，辦理癌症登記，除提供衛生機關做為擬定癌症防治政策之參考外，亦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。為使罹癌患者獲得妥適的照護，主要措施如下：

一、提升癌症診療品質

- (一) 依民國91年癌症登記資料顯示，國人男性癌症5年存活率為32.9%，女性為58.4%，低於美國的65%。雖此差異可能部分來自於篩檢，或是好發癌症部位不同，但也可能反應出國內的癌症診療品質仍有提升的空間。據此，衛生署依癌症防治法第15條訂定「癌症診療品質保證措施準則」，並於民國94年3月10

日公布實施。

- (二) 辦理「癌症防治中心－全面提升癌症診療品質計畫」，計有27家醫院參與，除規範醫院應成立癌症醫療品質小組或委員會，落實「癌症診療品質保證措施準則」外，並自民國94年起，須申報院內民國93年新診斷之子宮頸癌、乳癌、肺癌、肝癌、口腔癌及大腸直腸癌6種癌症之期別、診斷、治療與追蹤等資料，以建置癌症診療資料庫。
- (三) 辦理「癌症中心品質提升整合型研究計畫」，完成子宮頸癌、乳癌、肺癌、大腸直腸癌等核心測量指標，建立各種癌症病人層面及化學藥物安全監測及癌症多專科團隊運作模式等。
- (四) 委託中國醫藥大學辦理「癌症病人就醫滿意度調查」，調查發現，癌症病人及家

屬對整體就醫品質之滿意高達九成。

二、推動安寧療護

(一) 為緩解癌症病人疼痛及各種症狀、提高生活品質，衛生署自民國84年起，推動「安寧緩和醫療」，除積極辦理安寧緩和醫療宣導外，並於民國89年將安寧緩和醫療住院及居家服務，納入健保給付試辦計畫，至目前為止，計有25家醫院提供安寧住院服務，54家提供安寧居家服務。另由健保資料得知，民國93年接受安寧住院或居家服務之利用率為15.5%。

(二) 為提高癌症病人接受安寧緩和醫療服務，補助34家醫院辦理「安寧共同照護計畫」，約提供8,000名癌症病人之安寧療護服務。

(三) 推動「癌症病友服務品質提升計畫」，與民間癌症病友及癌症服務相關團體合作，提供癌症新病友、復發病友或家屬病房、化療室或主動電話探訪服務等，共約4萬人次、家屬座談會9場次、身心靈工作坊或講座約1,000人次、病友支持團體20梯次、心理諮詢面談服務154人次，並提供個案管理、家庭探訪之服務。此外，更針對提供服務的志工進行相關訓練及督導，希望藉由癌症照護身心專業知識、疾病告知及倫理或法律的議題研討，建構完整之癌症照護網絡。

第六章 菸害防制

據研究調查顯示，民國93年成年男性及女性

圖 3-4

台灣女性主要癌症死亡趨勢



吸菸率分別為42.78%、4.54%（如圖3-5），以此推估18歲以上吸菸者約達413萬，每年有超過1萬8,800人死於吸菸相關疾病，耗費於治療吸菸引發疾病之醫療費用，每年更高達新台幣300億元。自民國91年開徵之「菸品健康福利捐」，其中10%專款專用於菸害防制工作，爰此，積極規劃並推動以下重點工作，期能降低國人吸菸率、提升戒菸率及防制二手菸害。

第一節 菸害防制法

依據西元2003年5月通過之「世界衛生組織菸草控制框架公約（The Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）」標準，研擬菸害防制法修正案，提高菸品健康福利捐，禁止菸品促銷廣告及加強菸品容器之標示、擴大禁菸場所及加重罰則等，並已送請立法院審議。其中提高菸品健康捐部分，已於民國95年1月3日經立法院通過，並自2月16日起實施。

為落實菸害防制之執法，成立「菸害違規案件申訴暨處理中心」，檢舉案件數達1,003件；輔導地方主管機關執法，總稽查數約39萬次、總取締數5,681件。建置「菸害防制法稽查處分通報及個案管理系統」；成立「菸害防制政策及資料庫中心」；編撰菸害防制工作人員執法手冊。

第二節 無菸環境

為保障大多數不吸菸民衆的健康權益，推動拒吸二手菸理念，分別自社區、學校、職場與軍隊推動無菸環境：

- 一、輔導餐廳業者營造無菸環境，並進行評比與獎勵。目前，全國25縣市已有1萬家以上餐廳加入無菸餐廳的行列。
- 二、結合教育部、縣市衛生局、教育局共同推動無菸校園，計有高中職以下222家、健康促

進學校318家參與；亦有34家大專院校加入此行列，期望建立大專生各項防制菸害之知能，並喚醒對拒菸意識的重視，營造無菸的健康環境。

- 三、為保障職場員工健康，協助業者訂定禁菸政策、營造無菸環境、提供戒菸諮詢服務，計已輔導1,703家企業加入無菸職場的行列。
- 四、為降低國軍吸菸率並提升戒菸效果，自民國92年起，與國防部共同推動辦理「國軍菸害防制計畫」，期能創造軍中健康無菸環境。

第三節 菸害防制服務

建構多元化戒菸服務網絡，自民國92年1月設置「戒菸專線服務中心（0800-636363）」，提供專業戒菸諮詢，已服務累計8萬5,521人，一年持續戒菸率為25%；並於25縣市醫療院所開辦戒菸班，同時開辦各類醫療專業人員之戒菸種籽師資教育訓練，以提升服務品質。

辦理「擴大醫療院所戒菸服務補助計畫」，目前已有2,020家醫療院所參與，全國門診戒菸服務普及率達97%，計已提供約12萬7,293人之戒菸服務。

辦理菸害防制研究調查，進行成人、高中（職）生吸菸行為調查及菸品銷售資料調查分析暨資料庫之建置。另辦理縣市菸害防制計畫品管理工作坊，以提升縣市菸害防制人員健問題分析與研擬適合當地之防制計畫。

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歲等6個年齡層以上之國民進行「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65歲以上老年人及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 (<http://www.doh.gov.tw>)。另外，預定於95年度彙編「學童營養現況」乙書，供各界參考使用。

第二節 食品營養標示

近年來國人營養知識提升，健康意識的抬頭，且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，推動國內市售包裝食品營養成份標示制度。

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份分析6年計畫，逐步建立各類食品之營養成份資料庫，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」，並

圖 3-5

18歲以上之吸菸率



自民國91年1月1日起，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。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。

第三節 健康體位

成人肥胖的定義，主要是以身體質量指數 (Body mass index, BMI) 及腰圍來評估。當BMI介於18.5到24之間，是屬於正常範圍，BMI介於24到27之間，稱為「體重過重」，BMI大於27就屬於「肥胖」了 (如表3-5)。另外，國人的中央 (即腰腹部) 肥胖與罹患代謝疾病的關係密切，以在成人肥胖定義中，如果男性腰圍大於90公分 (約35.5吋)，女性腰圍大於80公分 (約31.6吋)，也算是肥胖。

為使民衆對自我健康體位有正確的認識，進行全民體重登錄活動，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18.5-24，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。

調整飲食、增加身體活動量或養成良好的運動習慣，都是促使體重控制計畫成功的重要關鍵。因此，衛生署積極辦理「體重控制班」、「學校飲食衛生」及「飲食大會考」等活動，以增進民衆對飲食衛生及國民營養之認知，進而建立正確之飲食觀念及體型意識。計辦理體重控制講座1,500場，體控班250班，6,000位民衆減去約1萬0,300公斤，「1824」相關活動2,100場次，約

25萬人登入體位。另辦理地方巡迴活動及媒體製播，使資訊有效傳播。

第八章 衛生教育

影響健康的主要因素是生活型態，醫療照顧僅是次要因素，爰此，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，有系統地提供民衆正確的醫療保健訊息，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、每年訂定衛生教育主軸，整合用藥安全、藥物濫用防制、健康飲食、安全性行為、癌症篩檢及預防保健服務等重要健康議題，以整合行銷之方式推動，促使民衆之了解及接受度，提高民衆自主健康管理。
- 二、建置衛教平台，積極與教育部合作，共同推動學校健康促進計畫，並藉由教育部與衛生署所舉辦之各類活動，如大專衛生保健行政座談、青年健康大使、衛生教育種子教師培訓、及校園傳染病通報等，加強彼此間之聯繫與合作。
- 三、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。

- 四、建置「健康九九衛生教育資源網站 (<http://health99.doh.gov.tw>)」，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，可供民衆索取或下載。
- 五、透過各種教育宣導「鼓勵生育衛生教育宣導計畫」，促使民衆對「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。
- 六、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。
- 七、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，提供參觀民衆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衆日常生活中。
- 八、為加強民衆使用中藥之安全，確保中藥之品質，於民國 94 年 9 月舉辦「中藥用藥安全及藥用與有毒植物博覽會」；並於 11 月假臺北捷運站地下 2 樓展出「看中醫，請到合法中醫醫院診所」燈箱，宣導正確中醫就醫觀念。
- 九、製作各類衛生服務重要議題，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，提供民衆自學、醫護衛教人員執行教學及衛生教育宣導時使用。
- 十、衛生署為確保網路醫療健康資訊內容之可靠性、正確性，自民國 91 年起，辦理健康資訊網站評獎活動，94 年度並將相關資訊彙集成為衛生署健康資訊入口網站，藉由本活動鼓勵國內健康資訊網站重視經營與資訊內容品質，及引導民衆點閱正確的健康資訊，促進身心健康。

表 3-5 身體質量指數(BMI)

體位	身體質量指數： $\frac{\text{體重(kg)}}{\text{身高(m}^2\text{)}}$
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

第四篇 疫病防治

建構防疫體系
免除疫病威脅。



4



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，並設立「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，達到預防疫病早期發現、早期防範之目的，保障全民的健康及提升生活品質。重要工作如下：

第一章 法定傳染病

完善的防疫法規除能適切規範人民在傳染病防治之義務及權利外，更讓所有相關之工作人員於執行防疫工作有所依據，是以法規為推動防疫工作之最重要基石。爰此，針對防疫工作的二部法律--「傳染病防治法」及「後天免疫缺乏症候群防治條例」，配合防疫工作需求及時勢變遷而有所增修。

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」於民國93年1月20日修正公布，共計7章75條。配合該法之實施，除修正及增訂20項的相關子法規外，並於民國95年2月9日配合「國際衛生條例」公告增列天花、拉薩熱、裂谷熱、馬堡病毒出血熱、西尼羅熱為法定傳染病，如表4-1。

「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，強化愛滋病防治，另配合修訂「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講習辦法」2項法規命令。

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，已著手辦理國內相關法規，如「傳染病防治法」、「港埠檢疫規則」、「傳染病防治獎勵辦法」的修法工作。

第二節 中央流行疫情指揮中心

民國92年SARS疫情肆虐時，因缺乏中央與地方直接聯繫的作戰指揮中心，致影響政府整體防疫的危機處理。為此，衛生署前署長陳建仁指示疾病管制局成立國家衛生指揮中心（NHCC），並派員前往美國衛生部指揮中心進行考察，歷經一年之籌備建置，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；設有協調指揮中心、戰情中心、指揮官室、主任室、幕僚討論室及媒體訊息室，能快速傳達災情與分析決策資訊。除總指揮中心外，北（南港）、中（台中）、南（台南）、東（花蓮）及高屏（高雄）等地區皆設有分區指揮中心，完善架構出台灣的防災機制。NHCC可作為跨部會的資訊交流平台，彙整中央

表 4-1 台灣法定傳染病

法規	類別	傳染病名稱	通報時限	強制隔離
傳染病防治法	第一類	霍亂、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	24小時內	是
	第二類	流行性斑疹傷寒、白喉、流行性腦脊髓膜炎、傷寒、副傷寒、小兒麻痺症、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、登革熱(登革出血熱/登革休克症候群)、瘧疾、麻疹、急性病毒性A型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、腸病毒感染併發重症、漢他病毒症候群(漢他病毒出血熱、漢他病毒肺症候群)	24小時內	必要時
	第三類	結核病、日本腦炎、癩病、德國麻疹、先天性德國麻疹症候群、百日咳、猩紅熱、破傷風、恙蟲病、急性病毒性肝炎(除A型外)、腮腺炎、水痘、退伍軍人病、侵襲性b型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、流行性感冒併發重症	1週內	必要時
	指定	新型流行性感冒	24小時內	施行隔離治療
	傳染病	天花、拉薩熱、裂谷熱(里夫谷熱)、馬堡病毒出血熱	24小時內	是
後天免疫缺乏症候群防治條例		HIV感染、愛滋病	24小時內	必要時

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，提供指揮官有效進行流行疫病、生物病原災害、反生恐及緊急醫療等應變之決策參考。

民國93年之南亞海嘯，疾病管制局所派出之防疫隊即透過視訊會議與NHCC即時連線，進行有效的人力與物資調度，並即時監控所有外援進度，這是NHCC首度指揮海外任務，也是台灣在參與國際救災行動上的里程碑。而對於H5N1禽流感病毒可能引發新型流感大流行，疾病管制局亦運用NHCC先進的軟、硬體設備進行兵棋推演，操練各項標準作業流程及部門間的協調連繫。

第二章 重要傳染病防治

傳染病防治在環境衛生條件改善、疫苗廣泛接種、生活水準提升，及防疫工作的推動下，已有大幅的進步。近幾年來，已陸續根除天花、狂犬病、瘧疾、小兒麻痺等疫病，惟面對國際交流之日趨頻繁，新興及再浮現疫病的威脅日增，傳染病防治工作又再度面臨嚴峻的考驗。以下各節將就國內防疫體系如何針對重要傳染病防治作一說明。

第一節 疫情監視與調查

為強化疫情監視，已建立多元化監視系統，架構簡單快速的電腦網路通報作業，俾能迅速檢

視及分析資料，民國94年台灣地區法定傳染病病例分布如表4-2。而新型流行性感冒亦於民國93年12月30日公告為指定傳染病，並已完成「傳染病通報系統」、「症狀通報系統」及「病毒性合約實驗室子系統」之建置及檢驗結果之整合，且於系統接獲新型流行性感冒疑似個案通報時，自動以手機簡訊通知防疫人員，以即時進行防治工作。

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。為偵測新興傳染病，生物攻擊與造成社區內群聚感染之致病原，疾病管制局於民國89年成立痾難疫病調查中心，結合防疫醫療與學術，以強化機動性與敏感性，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，94年度北、中、南、東等四區計有42件不明原因死亡案件（如表4-3），並推動病理解剖以釐清其致病因，儘早採行防疫措施以阻斷可能之流行。另進行10件突發及不明原因之疫病聚集流行調查，如表4-4。

為提升疫情調查能力，辦理第20期「應用流行病學專業人才訓練及養成計畫」（FETP），另辦理縣市「應用流行病學短期訓練」初級班及中級班共14場次，478人參加。

第二節 呼吸道傳染病

一、結核病

民國94年結核病為國人第13大死因，民國94年通報個案數為2萬2,665人，列管在案人數為1萬5,097人。重要工作如下：

- (一) 辦理結核病醫療給付改善方案，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，民國94年計有255家醫院加入方案，結核病個案的照護率達68.8%。擴大結核病個案就醫免部分負擔醫療院所共659家（全國衛生所369所及醫療院所290家），辦理就醫補助291人次及結核菌代檢驗疫服務922人，提供個案就醫方便性及降低就醫障礙；另補助慢性開放性結核病人及山地鄉病人住院治療費用，計441人次。
- (二) 落實結核病個案追蹤管理，充實結核病防治人力，提供各縣市3,144人月之人力，協助進行結核病訪視20萬4,754人次，並責由分局定期輔導，12個月失落率與前一年同期比較，由15.74%降至10.35%，18個月失落率與前一年同期比較由4.48%降至2.66%。加強醫護人員及原住民結核病個案之管理，個案一經通報，系統立即自動發送簡訊通知防疫人員。
- (三) 強化結核病通報查詢系統，提高醫療院所網路通報時效，平均通報時效已縮短至2天內，通報時效異常率低於2%。
- (四) 改進結核病公共衛生體系：針對高危險團體及高發病地區進行胸部X光篩檢，主動發現病人，共篩檢25萬3,061人次。辦理專業人員教育訓練，包括醫師281人、護理人員1,657人、衛生機關人員932人及個案管理師495人。
- (五) 建構結核病診療體系：以「行政院衛生署感染症防治醫療網」為架構，在北、中、南、東共設置8家結核病後送及教育訓練中心，解決抗藥性個案、困難治療個案問題及培育專業人員。並於北、中、南、東各區成立結

表 4-2 94 年台灣地區法定傳染病病例分布

類別	疾病	報告	確定	類別	疾病	報告	確定
第一類	※霍亂	2	2	第三類	結核病	22,665	15,866
	※鼠疫	-	-		日本腦炎	306	35
	※黃熱病	-	-		※癩病	9	9
	※狂犬病	-	-		德國麻疹	43	6
	※伊波拉病毒出血熱	-	-		※先天性德國麻疹症候群	-	-
	※炭疽病	-	-		百日咳	184	38
	※嚴重急性呼吸道症候群	-	-		猩紅熱	1,713	1,132
第二類	※流行性斑疹傷寒	-	-		破傷風	16	-
	※白喉	-	-		恙蟲病	2,176	462
	流行性腦脊髓膜炎	39	20		急性病毒性B型肝炎	323	321
	傷寒	76	35		急性病毒性C型肝炎	194	172
	副傷寒	40	13		急性病毒性D型肝炎	14	4
	※小兒麻痺症	-	-		急性病毒性E型肝炎	71	21
	桿菌性痢疾	214	174		急性病毒性未定型肝炎	16	10
	阿米巴性痢疾	283	120		腮腺炎	1,158	-
	登革熱	1,083	306		水痘	13,599	-
	※瘧疾	26	26		退伍軍人病	943	38
	麻疹	39	7		侵襲性b型嗜血桿菌感染症	38	12
	急性病毒性A型肝炎	264	257		※梅毒	5,291	5,291
	腸道出血性大腸桿菌感染症	6	-		※淋病	1,498	1,498
	腸病毒併發重症	275	142		流行性感胃併發重症	91	33
	※漢他病毒症候群	-	-	指定傳染病	※新型流行性感胃	-	-
			其他	※後天免疫缺乏症候群	504	504	
				※HIV感染	3,404	3,404	

附註：1.資料時間及型態：以民國94年1月1日至12月31日發病年作為分析基準。另「後天免疫缺乏症候群」及「HIV感染」之病例，不包括外國籍人士，且以診斷日作為分析基準。
 2.※者表確定病例方納入統計，「-」代表「0」。
 3.癩病之病例包含外籍人士統計。
 4.登革熱確定病例中有202例為本土病例，104例為境外移入；瘧疾26例均為境外移入。

核病診療諮詢小組，協助結核病個案確診、審查二線結核藥物用藥及提供診療處理建議，以提升結核病照護水準，共召開結核病診療諮詢小組會議及討論會123場次，討論病例2,061案、困難個案訪視數130件及突發或異常疫情調查19件。

(六) 建構結核菌檢驗體系：委託方便快捷的運送系統及分布各地的9家合約實驗室進行驗痰

檢驗，辦理結核菌代檢驗服務共13萬7,410件，個案驗痰率已提高95%。

二、流行性腦脊髓膜炎

民國94年流行性腦脊髓膜炎共通報39例，其中20例為確定病例，1例死亡，致死率5%，不論是確定病例數或致死率皆比去年下降。確定病例中，以B型為主要血清型別，佔80%，Y型則佔10%，另未定型佔10%（如表4-5）。

表 4-3 94 年不明原因死亡案件分區統計表

年度 \ 區域	北區	中區	南區	東區	總計
94	16(8)	11(5)	9(1)	6(2)	42(16)

附註：括號內表示有進行病理解剖案件數。

表 4-4 94 年突發及不明原因之疫病聚集流行調查病例分類統計表

病例別	案件數
嘔吐、腹瀉	5
桿菌性痢疾	2
食品中毒	2
腦炎	1
合計	10

第三節 腸道傳染病

一、腸病毒

運用傳染病通報管理系統之腸病毒感染併發重症監視，及定點醫師系統之手足口症及疱疹性咽峽炎監視，嚴密監視腸病毒疫情。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。另修訂「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。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。

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。且不定期更新「腸病毒重症後送醫院建議名單」，提供醫療院所轉診時有更充分適切之選擇與參考，使腸病毒感染併發重症患者能夠及時獲得適當之醫療處置及照護，降低致死率及後遺症的發生。並辦理 5 場次「腸病毒感染之臨床診斷及併發重症之處置」講習訓練，強化腸病毒感染併發重症醫護品質。

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，94 年度 9 個重點防治縣市的桿菌性痢疾病例數共計 39 例，與前 5 年年平均病例數 222 例比較，病例數降低 83%，其中桃源鄉、和平鄉、復興鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、尖石鄉及南

表 4-5 94 年流行性腦脊髓膜炎病例數分佈

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	4	3	0	0%	0	1	0	0	0	2
二月	6	2	0	0%	0	2	0	0	0	0
三月	4	3	0	0%	0	3	0	0	0	0
四月	6	4	0	0%	0	2	0	0	2	0
五月	2	1	0	0%	0	1	0	0	0	0
六月	3	0	0	0%	0	0	0	0	0	0
七月	4	3	0	0%	0	3	0	0	0	0
八月	4	2	0	0%	0	2	0	0	0	0
九月	4	1	1	100%	0	1	0	0	0	0
十月	2	1	0	0%	0	1	0	0	0	0
十一月	0	0	0	0%	0	0	0	0	0	0
十二月	0	0	0	0%	0	0	0	0	0	0
總計	39	20	1	5%	0	16	0	0	2	2

附註：民國93年流行性腦脊髓膜炎確定病例24例，3例死亡，致死率為12.5%。

澳鄉等更呈現零病例之防治成效。整體山地鄉民國90至94年間每年每10萬人口累積發生率依次為325.8、79.0、16.9、15.8、15.9，顯示山地鄉桿菌性痢疾流行業已受到控制，如圖4-2。

三、A型肝炎

持續對12縣市30個偏遠地區山地鄉鎮之出生滿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型肝炎發生率從民國84年之10萬分之90.7降至民國94年之0，大幅下降，顯示實施成效良好，如圖4-3。

為因應小三通後，兩岸民衆與貨品之往來頻繁，可能傳入A型肝炎對兒童健康造成威脅，自民國91年2月起，針對金門縣、連江縣滿2歲以上至12歲以下兒童A型肝炎疫苗注射，納入免費常規預防接種。

另考量血友病患者輸血時可能感染A型肝炎，自民國93年12月15日起，免費提供國內未

具A型肝炎抗體之血友病患施打A型肝炎疫苗，並委由財團法人中華民國血友病協會及個案固定就診之18家醫院協助調查及辦理施打疫苗之相關事宜。

第四節 病媒傳染病

一、登革熱

民國94年登革熱確定病例累計306例，無死亡病例，其中境外移入104例（登革出血熱2例）；本土確定病例202例（登革出血熱3例），如圖4-4、表4-6。

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：

(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，提升全民

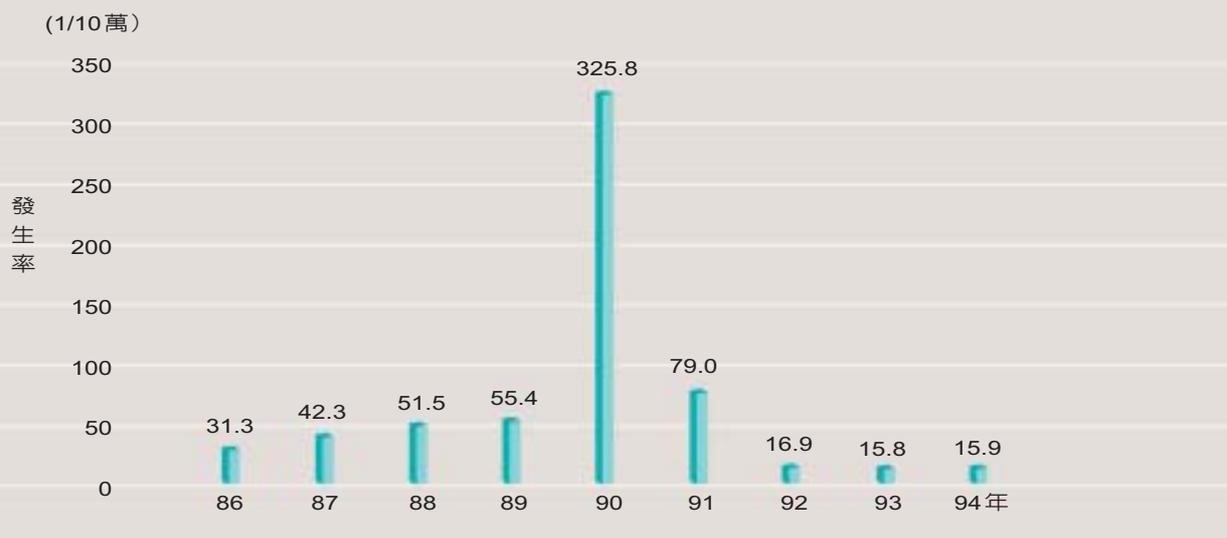
圖 4-1

臺灣地區定點醫師通報腸病毒平均門診人次



圖 4-2

台灣地區山地鄉桿菌性痢疾發生率趨勢

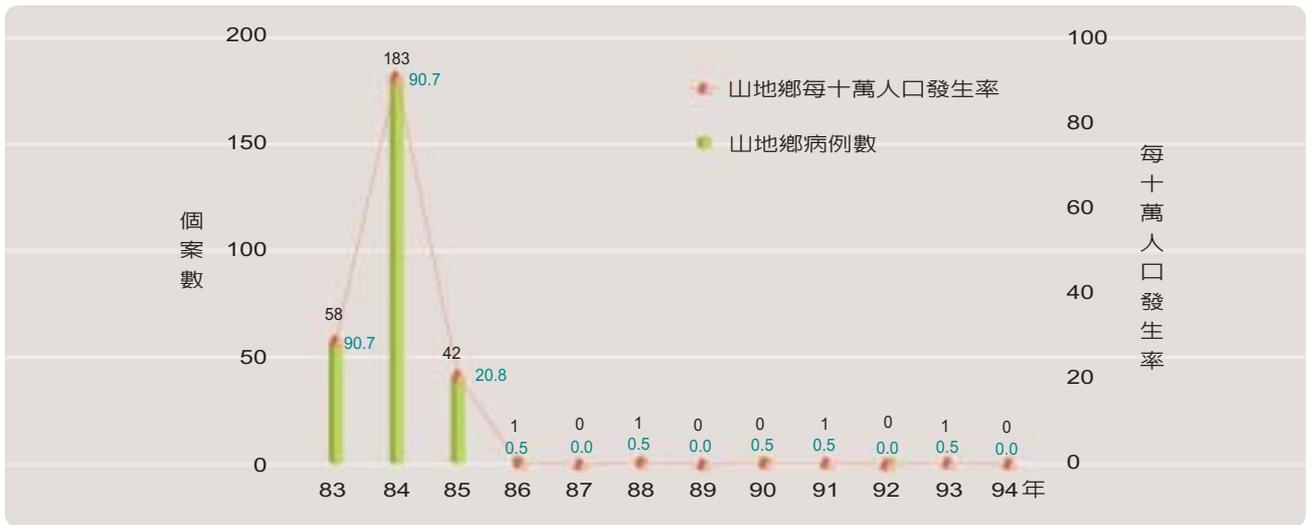


登革熱防治知能，製作分眾宣導材料，經由各種通路，使民衆獲得正確之登革熱防治知識。

(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及登革出血熱患者醫療照護訓練等，並運用國際合作管道，派遣人員

圖 4-3

歷年之急性病毒性 A 型肝炎山地鄉發生率



資料來源：傳染病個案通報管理系統

出國研習防疫及醫療經驗。

- (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。

二、日本腦炎

日本腦炎仍為台灣的地方性疾病，流行期為5至10月，流行高峰為6至7月，每年報告病例約為300至400例，確定病例約為10至30例。民國94年共有306名報告病例及35名確定病例。病例年齡分佈，最大為83歲，最小為12歲，平均年齡為43.9歲。確定病例發病月份集中於5至8月。

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94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

截至民國94年底止，累計發現愛滋病感染者1萬709例（含外籍551例），本國籍個案中有2,398例發病，其中1,333例死亡。

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」，已進行至第三期五年計畫，其內容包括加強醫療照護及擴增防治體系，健全疾病監測系統，提高檢驗服務品質，提高輸血安全，擴展衛生教育宣導，強化性病防治，培訓專業人才及進行科技發展等。

目前全國共有28家愛滋病指定醫院及3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。另委請台大醫院等10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94年接受篩檢服務，計5,350人。

為避免母子垂直感染愛滋病毒之威脅，自民國94年起，提供全國懷孕婦女愛滋病諮詢、篩檢及陽性個案後續照護服務，計已篩檢逾23萬名以上孕婦，發現陽性個案28位（其中21位為本國籍，7位為外國籍），已生產者有22位，均已轉介至愛滋病指定醫院，持續進行產婦照護服務及追蹤新生兒之健康情形。

因應藥癮者感染愛滋之疫情攀升，民國94年12月6日辦理「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，實施清潔針具及替代療法；初期於台北市、台北縣、桃園縣及台南縣等4縣市試辦，共設置76處清潔針具執行點，包括34家藥局、31所衛生所及11家醫院，每月約發出1,000至2,000支清潔

針具，替代療法則由4家醫院試辦，初期預定服務260人。

為提供愛滋病患生活照顧、末期臨終病患安寧照護、家屬喘息服務及出院後之短期安置等服務，委託愛滋相關民間團體辦理，民國94年計服務240名愛滋病個案，提供720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月與婦產科、皮膚科、家醫科、泌尿科和感染科醫師合作，試辦「性病定點醫師通報監測與性病患者HIV檢驗計畫」；全國共有309家醫療院所，428名定點醫師參與，監測對象為性病門診患者，以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。

圖 4-4

94年本土登革熱確定病例發病縣市週別分佈



資料來源：傳染病個案通報管理系統

表 4-6 94 年境外移入登革熱確定病例感染國別及型別分佈

單位：病例數

感染國家	型 別					總計
	1	2	3	4	未分型	
印尼	9	5	7	2	14	37
越南	1	11	3		7	22
菲律賓	1	2	1	3	3	10
泰國				8	1	9
緬甸			5		2	7
柬埔寨				1	5	6
馬來西亞	1				4	5
新加坡	1		1	3	5	
印度					1	1
貝里斯					1	1
孟加拉		1				1
總計	13	19	17	14	41	104

表 4-7 94 年國際港埠檢疫工作統計表

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)	7,167	53,761				
第一分局 (蘇澳港)	651	0				
第一分局 (金門水頭港)	2,553	242,073				
第一分局 (馬祖福沃港)	1,545	36,628				
第二分局 (中正機場)			61,225	8,674,133	15,069	4,548,402
第三分局 (台中港)	5,771	3,747				
第三分局 (清泉崗機場)			46	3,103		
第三分局 (麥寮港)	2,556	9				
第五分局 (高雄港)	17,313	134,977				
第五分局 (高雄國際機場)			14,161	1,336,099	626	219,296
第六分局 (花蓮港)	3,760	1,009	33	1,649		
合計	41,316	472,204	75,465	10,014,984	15,695	4,767,698

三、B、C 型肝炎

全國 B 型肝炎帶原者約 250 萬人，C 型肝炎之感染者約 30 萬人，為對已感染者進行治療，自民國 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 94 年 12 月底，計登錄 2 萬 3,596 例，其中 B 肝 1 萬 4,801 例，C 肝 8,795 例。其中尚在

治療中有 9,321 例 (39.5%)、治療中斷 2,485 例 (10.5%)、死亡 1,227 例 (5.2%)、治療結束 1 萬 0,518 例 (44.6%) 及轉介 45 例 (0.2%)。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，同時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 93 年出生世代之 B 型肝炎疫苗第 2、3 劑完成率分別為 97% 及 94.5%。

為加強肝炎檢驗之品質，針對參與「全民健保加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之醫院進行檢驗品質能力試驗，並完成不合格醫院之複試，複試結果顯示各醫院精確度達 100%。

第六節 檢疫

為防範傳染病自境外移入，特針對船舶、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、流行性腦脊髓膜炎、成人型破傷風及減量白喉混合疫苗等。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）及關稅局等單位組成「國際港埠疫病防治聯合督導小組」，定期檢查孳生源清除情形及病媒管制。入境運輸工具檢疫工作成果如表 4-7。

另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」之措施。印製中英文「預防禽流感-旅遊人士健康敬告卡」衛教宣導單張於國際機場及金、馬小三通出境處發放，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及壁貼等宣傳物，且請各航空公司協助於航機上播放宣導影帶。衛生署疾病管制局網站並設有旅遊資訊專區，提供民眾查詢旅遊傳染病之相關資訊。

為加強外籍勞工的健康管理，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。而外勞健康檢查項目中以寄生蟲之不合格率最高。

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，民國 93 年大陸地區豬鏈球菌感染症的疫情，及目前面臨禽流感/新型流感爆發大流行的威脅，在在顯示新興傳染病防治的重要性。本章特就新型流感及豬鏈球菌感染症之威脅及防治重點予以詳述。

第一節 新型流行性感冒

鑑於 H5N1 及 H7N7 等家禽流行性感冒疫情不絕，世界衛生組織呼籲各國應對流感大流行之防治進行準備。而為掌握疫情防治先機，衛生署疾病管制局於民國 93 年 12 月 29 日將「新型流行性感冒」公告為法定傳染病，並定義為「A 型流行性感冒病毒；但非屬 H1、H3 亞型者，或雖為 H1、H3 亞型，但現行流行性感冒疫苗未能提供足夠保護力者，以該局實驗室病毒分離結果為判定標準。同時公告「採檢條件」，凡醫師於臨床上發現符合公告採檢條件之對象，除須立即通報外，並由全國約 485 家「新型流行性感冒採檢醫療機構」（包含大多數地區級以上醫院及部分診所）進行採檢，且視狀況給予抗病毒藥劑治療。

針對「新型流行性感冒」之防治，已設定「四大策略及五道防線」。四大策略為及時監測、流感疫苗、抗病毒藥物及傳染阻絕手段；五道防線為境外阻絕、邊境檢疫、社區防治、醫療體系保全及個人與家庭防護，並積極進行各項重要工作。

民國94年3月完成「流感大流行防治作戰動員及準備計畫」，作為防疫人員進行各項工作之依據、5月24日行政院核准「我國因應流感大流行準備計畫」，成為流感大流行防治之核心計畫；與各相關部會進行政策溝通，辦理跨部會之相關演習強化互動模式，熟悉作戰動員組織體系，督導各縣市政府進行地方型計畫之擬定及各項演練。

民國92年起，儲備流感抗病毒藥劑「克流感」，於民國94年取得有條件實施「克流感」強制授權，並著手招商建置一座具有1,600萬劑以上產能之流感疫苗工廠。

以進行任務導向研究為重點，於民國94年6月正式成立「流感研究專案計畫」，集合院內外各方面的專家學者，深入研究流感及H5N1禽流感，研發與提供迅速確實病毒實驗診斷，演練研

發克流感（Tamiflu）製程，協助制訂H5N1病人臨床治療指引，研發流感疫苗，期望能由診斷、治療、預防等全面性的考量，來減低禽流感可能對我國的衝擊，進而建立新型流感防禦網。

為提升資訊透明化及便利性，建置監視、通報、疫情調查及自主健康管理等資訊系統及流感防治網（<http://flu.cdc.gov.tw>），提供暢通之衛教及溝通管道，並持續加強與特殊族群進行風險溝通。民國94年10月起，針對越南、泰國、印尼、柬埔寨及中國大陸港澳地區等禽流感流行地區入境旅客進行自主健康管理10天。衛生署公告之「流感大流行流行疫情等級」如表4-8，我國目前處於流行疫情等級之0級，而國外雖傳出人類病例，世界衛生組織卻尚未確認為有效人傳人病例。

表 4-8 流感大流行疫情等級

等級	啟動時機
0級	國內檢出H5或H7型家禽流行性感胃病毒或國外發生高病原性家禽流行性感胃感染人之確定病例。 1. 國內禽鳥發生低病原性家禽流行性感胃。 2. 國內禽鳥發生高病原性家禽流行性感胃。
A1級	國外發生人傳人之新型流行性感胃確定病例。
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胃疑似病例。
B級	國內發生新型流行性感胃人傳人之確定病例。
C級	國內進入新型流行性感胃人傳人確定病例之大規模流行。

表 4-9 全國防疫物資庫存量統計表

單位：萬片（件）

品項	庫存層級				總計
	醫院	衛生局	中央		
N95口罩	205.5	96.8	65.0		367.3
防護衣	166.8	44.3	254.0		465.1
平面口罩	1050.1	514.5	838.4		2403.0

資料來源：防疫物資管理資訊系統

第二節 豬鏈球菌感染症

民國94年6月底，中國大陸四川省資陽市發生未明原因之急性疾病疫情報告，至7月中旬初步判斷為豬鏈球菌感染症，8月中旬世界衛生組織發布的資訊顯示計有215例病例，其中39例死亡。針對此一疑似突發不明原因之傳染病疫情，國內於第一時間即採取相關預防措施：

- 一、召開緊急疫情防治會議，邀請各專家及相關機關共同研商防疫對策，訂定疾病通報、採檢、院內感染及境外管制等重要措施，並立即將相關資訊公布周知。
- 二、即時發布新聞，並在機場港口（小三通）張貼海報，提醒前往大陸地區旅客，有關預防豬鏈球菌感染之相關衛教常識，並避免前往流行地區，如有必要前往者，亦應做好個人防範措施。
- 三、加強自中國大陸返台旅客之發燒篩檢及疫情監測，商請行政院農業委員會加強防範走私動物及其產品，避免將疫情傳入國內。持續透過各種國際管道取得中國大陸最新疫情消息，提供國人快速而正確之資訊並進行研判，據以即時修訂各項因應措施。

第四章 防疫整備及感染控制

民國92年發生SARS疫情時，對醫療衛生及民衆的生活均造成極大衝擊，N95口罩、防護衣等防疫物資的需求突增、資訊混亂及供需失衡，衍生社會恐慌與幾近崩解，同時暴露整個國家面對重大疫病因應能量的不足。為妥善提升國家因應重大疫病整體防疫能量，已就防疫整備、加強院內感染控制及反生物恐怖事件防禦等重要工作加強辦理。

第一節 防疫物資管理

民國92年爆發SARS疫情，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，衛生署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4-9）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。

邀請專家演講「物資管控及災難應變」及「防疫物資平時準備及緊急調度」等，以新型流感為模擬情境，評估物資需求，討論供應鏈及物流等，另辦理物資管理系統操作教育訓練，並協助三軍衛材供應處等7處國軍單位，改善防疫物資儲存設施。

因應流感大流行防治作戰動員及準備計畫，分別支援行政院農業委員會動植物防疫檢疫局、行政院海岸巡防署、內政部警政署、內政部消防署及環境保護署等單位25萬6千片N95口罩、94萬8千片外科口罩（含平面口罩）、25萬5千件防護衣、19萬3千件隔離衣及38萬3千雙手套等個人防護裝備。民國94年12月並完成含各衛生局及醫療院所個人防護具應儲備量之「防疫物流體系建立及防疫設備需求量推估」，作為後續防疫物資整備之基礎。

第二節 感染症防治

民國92年SARS疫情透過院內感染快速在醫院間蔓延，造成醫療與防疫體系的重大損害。為防範類似事件的再度發生，積極建置感染症醫療網，期使在嚴密的防治網下，保障民衆的生命安全。

- 一、感染症醫療網：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，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：傳染病防治法於民國93年修訂後，賦予衛生主管機關加強院內感染防治及預防接種措施的法源依據，疾病管制局於民國93年11月3日完成配套的「醫療（事）機構傳染病感染管制與預防接種查核辦法」，並於民國94年初完成查核項目與查核基準的公告，透過各縣市衛生局的查核，及疾病管制局、區域感染症專科醫師和感染控制護理師組成的團隊進行分區輔導計畫，各級醫院查核合格率從民國92年後SARS時期的79.6%，大幅提升至民國94年底的92%。並持續加強診所、醫院、醫事團體與照護收容機構等醫護人員之傳染病防治與感染控制教育訓練，委託專家團隊積極進行各項感染控制指引、防護措施建議等研擬和審核作業，積極規劃開發各種感染控制教材，透過網路提供各界參考運用及學習。

第三節 反生物恐怖事件防禦

疾病管制局於民國94年8月31日完成「反生物恐怖應變組應變計畫」，建置應變用拖曳車、拖車式大量除污消帳棚、正負壓多功能隔離帳、生物快速偵檢儀、ABCD各級防護衣、液態檢體採樣器、空氣氣膠濃縮檢測儀等先進設備與儀器。

為強化我國反生物恐怖防護應變量能，辦理相關演習及訓練，於民國94年4月舉辦「天花反生物恐怖攻擊兵棋推演」專案演習、與國防部軍醫局共同辦理「生恐應變訓練合作計畫」，計有78人完訓、舉辦生物防護專業應變人員訓練班、建置北及南區（含軍方）共4隊生物防護應變隊，隊員計有77人、分區辦理4場生物防護巡迴講習等。並推動全民生物防護宣導，針對一般民衆辦理25場「認識生物恐怖防護觀念」教育訓練，計有1,519人參加。12月邀請美國、荷蘭、日本、波蘭及新加坡等國之反生恐專家抵台，與國內相關單位人員與專家討論，建立非官方之國際交流管道，作為我國反生物恐怖政策之參考，舉辦「2005年台灣反生物恐怖攻擊國際研討會」暨專業應變人員訓練班結訓成果演習。

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，配合傳統教學與實物操作演練，培訓生物防護應變人員。另編印「炭疽病衛生防疫人員工作手冊」及「天花衛生防疫人員工作手冊」，分區舉辦「生物防護－炭疽病及天花衛生防疫人員教育訓練」。

第五章 預防接種

截至民國94年底止，全國傳染病共通報1萬5,951例疑似病例，透過疫苗的接種，其中三麻一風通報病例分別為德國麻疹43例（6例確定）、麻疹39例（7例確定病例，其中1例為境外移入）、急性無力肢體麻痺79例（65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。

為控制各種傳染病的爆發與流行，現今政府對嬰幼兒提供之常規免費接種項目與時程（如表4-10）。為提供便捷之接種服務及提升完成率，各縣市計約1,600家合約醫院診所廣續推動常規預防

接種業務外；另亦積極參與流感疫苗接種計畫，共有4,000多家合約醫院診所（含幼兒接種）參與。此外，並對流動人口集中地區加強宣導及進行追蹤補種活動。另亦持續積極實施學齡前兒童及國小新生入學預防接種紀錄檢查與補種作業，提高完成率（如圖4-5及圖4-6），以保障學、幼童不受傳染病之威脅。

基於流感防治及整體防疫考量，流感疫苗接種計畫實施對象包括：65歲以上老人、居住於安養、養護等長期照護機構之個案與照護之工作人員、罕見疾病患者、6個月以上2歲以下幼兒、醫療院所之醫護等人員及防疫人員、禽畜（雞、鴨、鵝、豬）養殖等相關行業工作人員及動物防疫人員等高危險群。截至民國94年底止，各類實

表 4-10 預防接種項目與時程

適合接種年齡	疫苗種類	接種單位
出生後儘速接種 (不超過 24 小時)	B 型肝炎免疫球蛋白	一劑
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 (每年集中於三月至五月接種)	第一劑
	日本腦炎疫苗	隔二週
	(每年集中於三月至五月接種)	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 2 年 3 個月 日本腦炎疫苗	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 (每年集中於三月至五月接種)	第四劑
	卡介苗疤痕普查 (無疤及測驗陰性者補種)	

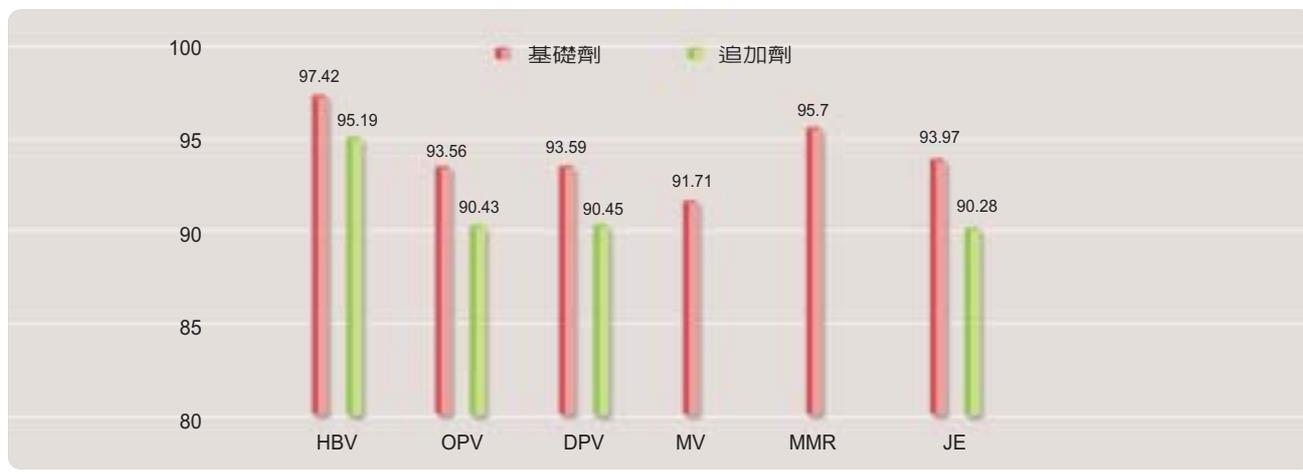
水痘疫苗實施對象：民國92年1月以後出生且滿12個月以上之幼兒

施對象之接種率如下：醫護及防疫人員為 94.7%，65 歲以上老人為 59.2%，禽畜（雞鴨鵝豬）養殖等相關行業工作人員為 92.7%，首次接

種之 2 歲以下幼兒（須接種兩劑）第 1 劑為 63.4%、第 2 劑為 43.5%，去年已接種過之 2 歲以下幼兒為 72.2%。

圖 4-5

嬰幼兒各項預防接種完成率

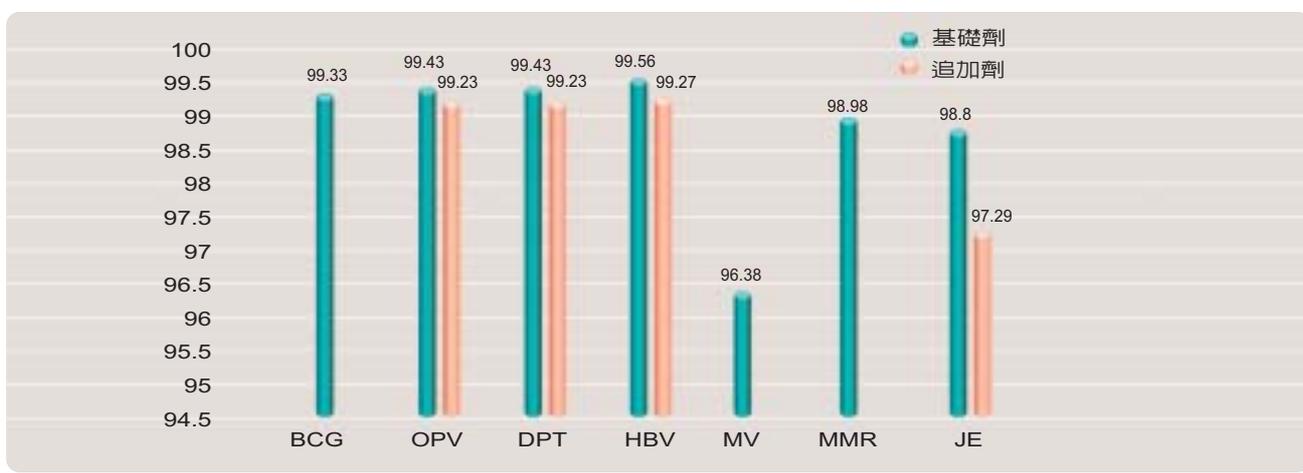


附註：HBV B型肝炎疫苗
 OPV 小兒麻痺口服疫苗
 DPT 白喉破傷風百日咳混合疫苗
 MV 麻疹疫苗
 MMR 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗
 JE 日本腦炎疫苗

資料來源：截至民國 95 年 1 月全國預防接種資訊系統統計資料

圖 4-6

國小新生入學預防接種完成率



附註：有關各項預防接種完成率圖及流感接種率，請於付印前通知預防接種實務科提供更新資料。
 資料來源：民國 94 年 9 月國小新生入學預防接種紀錄卡檢查。

第五篇 藥物食品管理

落實藥物食品管理
保障民眾安全。



5



第五篇 藥物食品管理

由於我國現為世界貿易組織及亞太經濟合作會議之會員，加上藥物食品國際貿易之有增無減，因應市場開放之衝擊、違規藥物食品之充斥、毒品之氾濫，使得加強藥物食品之安全管理、教育民衆之安全用藥知識、藥物濫用之防制、建立國際相互認證及促進國內產品升級等課題為當務之急。而衛生署在維護人民「知」的權利，保障民衆的健康上更是責無旁貸，同時，更希望民衆在選擇藥物、食品時，懂得為自己的健康把關。民國94年之重要成果分述如后。

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

第一節 藥物安全管理

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錯誤觀念，國人之用藥量為美國人的6.5倍。為保障民衆用藥安全，積極推動下列工作：

- 一、建置國人用藥安全管理機制，推動用藥除錯防錯計畫，鼓勵社區醫藥合作，分別於全國20個縣市認養74個社區，由藥事人員結合當地資源，深入基層，提供多元化之藥事照護服務。
- 二、為積極活化基層醫療，營造人本的社區健康照護環境，積極推動「三合一社區醫藥服務群」，發展區域性的醫藥合作模式，已有10個

成功案例，及8縣市發展小眾化藥事照護服務網，從醫療、保健及藥事照護三方面，提供民衆完整的健康服務。

- 三、建構嚴謹之臨床試驗及藥物審查體系，提升審查品質與效率，加速新藥審查；並積極推動藥品中文標示。
- 四、於全國社區大學開辦「用藥安全」講座，以傳遞正確用藥之資訊，提供民衆汲取社區用藥知識之管道。截至民國94年底止，計培訓444位藥師擔任授課講師，7,217位民衆參與修課，5萬5,802家藥局、販賣及製造業者參加課程。
- 五、強化中藥用藥安全管理，廣續推動「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，以阻隔不良藥材暨掌握優質貨源。
 - (二) 亞太中藥標準品供應，完成20種中藥指標成分標準品項之萃取、分離與鑑定。
 - (三) 檢討修正中醫藥法律規章，如GMP及炮製基準相關規範草案，已蒐集國內外中草藥相關法規並彙集成冊；辦理查緝宣導教育計畫，辦理3場中藥產業暨未來趨勢暨執行查緝宣導教育研討會，共1,008人次參加。
 - (四) 辦理中醫藥產業科技人才之培訓計畫。
 - (五) 建置「中草藥用藥安全資訊網」（<http://tcam.ccmp.gov.tw>），並於民國94年9月1日正式啓用，以服務國人，提供民衆正確之資訊，確保國人對於中草藥的用藥安全。

(六) 辦理中藥製程開發機制計畫及中藥炮製基地計畫。

- 六、為促進新藥物及相關產製技術之研發，提升國內藥物製造工業水準，於民國89年11月20日與經濟部工業局依據藥事法第41條規定，共同發布「藥物科技研究發展獎勵辦法」。經審查結果符合獎勵條件者計15件，其中藥品類6件、醫療器材類3件、製造技術類6件，核發獎勵金總計411萬5千元。
- 七、設置「生技諮詢單一窗口」，增進生技產業之發展，計服務150件。
- 八、藥品交互作用資料庫系統，將藥品及其相關交互作用之基本資料，合併健保藥品代碼、成分名及學名為主的國內使用藥等資料庫，整合為完整的藥品交互作用關聯式資料庫，提供醫院、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。目前使用單位為17家醫學中心、18家區域及地區醫院、24家署立醫院、34家藥局、健保總局及6個分局。截至民國94年底計有3萬6,249人次登入系統或下載資料比對。

第二節 食品安全管理

近年來，『黑心食品』充斥市面，造成民眾在選購食品或食用上均產生嚴重的疑慮，為減除民眾的憂慮，確保民眾的健康，衛生署建立食品消費紅綠燈、食品履歷制度等…，說明如下：

- 一、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，檢討修正食品衛生安全相關規範。完成「食品衛生管理法修正草案」之研擬，並於民

國94年12月5日送立法院審議；完成93種殘留農藥安全容許量、5項食品添加物之使用範圍、限量及規格標準，及6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。
- 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。
- 四、黑心食品之管理：為打擊黑心食品，除加強分類制度與查緝外，設置消費者檢舉通報專線（0800-625-748）、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等，並修正食品衛生管理法。
- 五、推動水產品業者實施食品安全管制系統業務，已完成以水產、冷凍、冷藏食品類別為主之第二階段查核工作，計查核36家。
- 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的，達成食品產製源頭管制目標。另為

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

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、建立「食品履歷制度」，透過源頭管理概念，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業者，計87家業者參與評鑑，其中有85家業者通過評鑑，合格率97%。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 (<http://food.doh.gov.tw>)。

八、基因改造食品管理：賡續以漸進方式，依產品加工程度，分3階段逐年實施強制標示。目前完成審查核可之基因改造黃豆及玉米案共12件。

九、食品中毒事件監控機制：民國94年食品中毒發生案件共247件，患者數3,530人，死亡人數1人。與民國93年食品中毒件數274件、患者數3,992人相比較，件數減少27件(9.9%)、患者數減少462人(11.6%)。而食品中毒案件依病因物質分析，判明件數計91件，判明率38.9%，如圖5-1。依攝食場所分類時，以供膳之營業場所發生件數最高，計102件，佔41.3%；其次為學校，計54件，佔21.9%；再其次為自宅及辦公場所，計33件及19件，各佔13.4%及7.7%（如圖5-2）。

第三節 安全監視機制

為保障民衆用藥及選購食品之安全，替民衆盡到把關的職責，致力於不法藥物食品查緝、設立檢舉信箱及免付費檢舉電話，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、於民國93年9月9日公告「藥物安全監視管理辦法」，辦理新藥安全監視制度，以供衛生署

評估其臨床使用之安全性，建立完善的藥品風險管理機制，維護民衆用藥安全，目前新藥安全監視藥品，計635品項。

二、建置藥物不良反應通報體系，成立全國藥物不良反應通報中心。民國94年截至12月底止，藥品上市後之不良反應通報計3,722件，定期安全性報告801件，嚴重不良事件通報1,614件。並於民國94年8月31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；另發行藥物安全簡訊季刊。

三、建置全國藥物辨識系統，以建立國內各藥廠（商）藥物辨識代碼、藥物仿單資料庫及藥物實體外觀辨識手冊、網路查詢等，並以多元化方式提供各界專業人士及民衆藥物實體之辨識、藥物名稱之查詢。

四、辦理查驗登記，確保民衆之使用安全：

（一）醫療器材查驗登記：經參考國際管理趨勢，規定所有醫療器材自民國94年6月20日起，必須全面納入查驗登記，非領有許可證，不得輸入、製造與販售。另

原無須申領許可證者，如果於民國94年6月20日之前，已提出查驗登記之申請者，得有半年之緩衝期。受理申請案件計9,633件，經核發6,965件之許可證。

（二）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497件、膠囊錠狀食品3,047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94年計核准通過健康食品22件。

圖5-1

食物中毒案件-細菌類病因統計



圖5-2

食物中毒案件-攝食場所分類統計



(三) 鼓勵國人研發中藥新藥，國內第一件經由IND與NDA通過之中藥新藥之藥品許可證，已於民國95年3月30日核發；除代表我國具有新藥研發之能力外，更顯示我國科學化之中藥審查品質，開創中草藥之新紀元。

五、成立不法跨部會「打擊不法藥物專案會報」，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。設有不法藥物檢舉信箱（drug@doh.gov.tw）與電話（0800-058-828）。

六、聯合查緝：

(一) 推動跨區聯合稽查：民國94年7月至12月止，查獲藥物、化粧品違規案件計431件，處分違規業者189家，且將63件涉及偽禁藥之案件移送至地檢署偵辦；另查獲95件非法中藥商、不法中藥物228件，亦已依法處理。

(二) 辦理全民監控違規廣告計畫：計查獲違規藥物、化粧品廣告193件、食品廣告743件、中藥廣告689件，均已函轉轄區衛生局查處。

第四節 優良製造及國際相互認證

為健全藥物審核制度，提升國內製藥工業產品品質水準；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，156家藥廠完成cGMP第3階段確效作業；輸入藥廠目前計有800家完成cGMP第2階段確效作業評鑑，另輸入藥廠計有1,012件申請第2階段確效作業審查，其中736件通過審查。
- 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9月30日起，全面實施GMP。國內已有32家藥廠成功轉型、82家委託製造，中藥廠GMP家數計有102家。

- 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337廠次，輸入醫療器材品質系統文件（QSD）登錄2,516廠次。並配合經濟部完成我國與歐盟醫療器材換文協定（Exchange of Letter）之簽署，期能增進醫療器材管理國際調合與相互承認。
- 四、補助成立13家中藥臨床試驗中心，並辦理11家之查核，均已具備執行中藥臨床試驗之能力，有助於臨床法規及周邊環境之建置，進而提升水準與國際接軌之目標。

第二章 管制藥品管理

據聯合國統計（UNODCCP,2003），目前全球非法藥物濫用人口高達2億人，約占總人口之3.4%，若扣除15歲以下人口，則藥物濫用人口約占全球總人口之4.7%。大麻是國際上濫用人口最多之毒品，濫用人數高達1億6,280餘萬人，其次為安非他命類；此外，鴉片、古柯鹼及海洛因則分占第3、4、5位，顯見藥物濫用的問題已朝向全球化的趨勢發展。又近年來，新興藥品（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向，建置管制藥品管理體系，建立管制藥品分級管及實施證照管理。

- 一、管制藥品分級管理：依管制藥品之習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性分4級管理。公告增列「阿米庚酸」（Amineptine）為第2級管制藥品，及「4-溴-2,5-二甲氧基苯基乙基

胺」（2C-B，4-bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine）為第3級管制藥品。

- 二、建構管制藥品流通管理體系：實施證照管理制度，相關業者或機構須申領管制藥品登記證，始可輸入、輸出、製造、販賣及購買管制藥品。計核發管制藥品登記證1萬2,312件；核發管制藥品憑照、同意書及核准函1,936件；核發管制藥品使用執照3萬4,673件，如表5-2。

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，自行安排執行之例行性稽核。
- （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，協助執行之查緝工作。
- （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38.88%之機構，及89.61%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1萬8,164家次，計查獲違反規定186案，違規比率1.02%，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。

四、建置網路資訊系統 (<http://www.nbcd.gov.tw/company/SA21100.asp>)，將產銷管制藥品之主要成分、適應症、有效期間、藥價與藥品外觀、包裝圖檔等資料登錄網站，方便購戶查閱，並提供申購作業程序說明、作業進度及年限量之查詢，以使管制藥品購戶隨時掌握申購資訊。

第二節 藥物濫用防制

近年來，毒品呈現多樣化之趨勢，除海洛因、安非他命外，已出現許多新興濫用物質，如搖頭丸 (MDMA)、搖腳丸 (LSD)、迷幻魔菇 (Psilocybine)、一粒眠、Ketamine及FM2等醫療用藥，皆相繼淪為「替代性」毒品。為此，加強推動新興濫用藥物之防制、建置通報系統，並積極辦理多元化之教育宣導，促使國人能尊重生命，拒絕毒品，以減低濫用藥物之危害。

一、為加強新興濫用藥物之防制，訂定「加強新興濫用藥物之需求面防制工作四年計畫」，以建構新興濫用藥物之防制機制、建立新興毒品有效之毒性評估指標及全國非法藥物使用之調查機制、研發新興濫用藥物及其代謝之檢測方法、加強國際合作等5項工作為其重點。

二、建置管制藥品濫用通報系統，以呈現更完整的濫用現況資料，目前為止，共107家醫療機構參與通報，較去年度新增20家，通報案件計1萬2,872件。按月彙整管制藥品濫用及毒品緝獲統計資料，製作「藥物濫用案件暨檢驗統計資料」，供相關單位參考運用。

三、訂定「反毒新策略」，將民國94年定為「全國反毒作戰年」，由法務部擔任毒品政策跨部會之統籌機關，加強各部會防制作為。衛生署負責的部分主要係以預防為主軸，以減少毒品傷害，並防制共用針頭造成傳染病之擴散。

四、培訓藥物濫用防制種子師資，並設置293個社區藥物濫用防制諮詢站，提供社區民衆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 (<http://elearning.hrd.gov.tw/Training ASP3>)，以提升藥物濫用防制之成效。

五、推動多元化藥物濫用防制，建置「反毒資源線上博物館」。並進行大規模之全國非法藥物濫用盛行狀況調查、新興毒品跨國多城市之流行病學研究。

表5-2 94年管制藥品使用執照核發件數統計表

專門職業類別	全國執業人數	核發數量	核發百分比
醫師	34,498	30,845	89.00
牙醫師	10,272	2,333	23.00
獸醫師	2,974	1,304	44.00
獸醫佐	405	191	47.00
合計	48,149	34,673	72.00

第三章 藥物、食品、化粧品檢驗

為獎勵新藥研發，強化智慧財產權之保護，並兼顧國人用藥權益及國內製藥業發展，於民國94年2月5日增訂『藥事法』第40條之2條文，規定新成分新藥自發證後，擁有5年的資料專屬權保護期，另規定新成分新藥在國內取得上市許可3年內，必須向衛生署申請查驗登證記，始得準用專屬期的保護。另亦規定藥品及醫療器材均須申請查驗登記，於取得許可證後，始得製造、輸入或販賣。

第一節 檢驗業務

衛生署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該局檢驗範疇。

- 一、施政需求：查驗登記，並據以發給許可證者；封緘檢驗，包括流感疫苗、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、素食食品攙動物性成分等事件之檢驗。
- 二、支援縣市衛生局：稽查抽驗、消費者服務、食品中毒檢驗等。
- 三、支援其他機關（構）：委託檢驗，如海關為進口貨品稅則，廠商為產品出口證明；協助

檢驗，如法院、地方檢察署、警察局、海關等機關扣押之藥物、食品類證物等。

- 四、完成查驗登記檢驗1,088件，封緘檢驗362件；支援衛生局業務方面，完成稽查檢驗3,199件，消費者服務檢驗1,058件，食品中毒檢驗1,112件；協助其他機關完成616件檢驗；受理其他機關（構）之委託檢驗79件，如圖5-3。

第二節 檢驗品質

為建立嚴謹而有效率之檢驗品質，辦理市售品調查檢驗、開發新檢驗方法，並提升各縣市衛生檢驗能力，其成效如下：

- 一、辦理市售品調查評估檢驗，已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，完成5,432件檢驗，其中11項之檢驗結果，對媒體發布新聞外，同步公布於藥物食品檢驗局網站（<http://www.nlfd.gov.tw>），除藉以加強廠商對其產品衛生安全之社會責任外，並供消費大眾參考，確保消費者之權益。
- 二、積極推動優良實驗操作規範，並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，25個衛生局均已通過TAF認證。另有9個民間食品衛生委託檢驗室通過衛生署之認可。
- 三、開發建立新檢驗方法、提升檢驗研究水準，訂定相關檢驗方法31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13篇，編修生物製劑基準7篇；另完成「藥品不純物之系統性分析」、「B型肝炎表面抗原靈敏度套組（sensitivity panel）之製備」、「利用LC/MS/MS分析細辛藥材暨其製劑中馬兜

鈴酸含量」、「食品中戴奧辛背景值調查研究」、「人體血液中戴奧辛背景值調查」及「基因改造食品之檢驗研究與監測」等議題之研究。

四、輔導各縣市衛生局提升其檢驗能力；並適時就市售產品之調查，辦理相關說明會，加強業者及地方衛生稽查與檢驗人員之能力。另辦理「基因改造食品標示管理檢驗」及「食品攙偽管理與檢驗」說明會，約有240人參加。

第三節 藥物濫用檢驗體系

為加強濫用藥物檢驗品質，提高檢驗速度，建置藥物濫用檢驗體系，其重點如下：

一、辦理管制藥品之檢驗及尿液檢體複驗，並協助檢驗檢、警、司法單位送驗之毒品檢體。共檢驗涉嫌毒品或管制藥品檢體4,322件，以毒品案件較多，較93年3,187件增加35.6%，其中尿液檢體122件，非尿液檢體4,200件。尿液檢體以檢出嗎啡，及同時檢出嗎啡及可待因為主，其次為甲基安非他命。非尿液檢體以檢出甲基安非他命為主，其次為含搖頭丸（MDMA），愷他命（Ketamine）者居第三位，如圖5-4。

二、辦理濫用藥物尿液檢驗技術，收集國內藥內藥物濫用趨勢，及國際濫用藥物檢驗機構之認可規範，以適時修訂「濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法」、「政府機關濫用藥物尿液檢驗實驗室設置標準」、「濫用藥物尿液檢驗作業準則」。已於民國94年10月12日修訂「濫用藥物尿液檢驗作業準則」第18條規定，若無適當相層析質譜分析方法者，得採用適當之液相層析質譜分析方法進行檢驗，並訂定適當之閾值。

三、依據毒品危害防制條例第33條之1，授權訂定「濫用藥物尿液檢驗作業準則」、「濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法」，執行認可及管理檢驗機構工作，以定期績效測試，及實地評鑑管理維持其檢測品質，目前計有13家通過衛生署認可之檢驗機構提供濫用藥物尿液檢測服務，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，而其全年檢驗尿液檢體總件數共計15萬3,100件，占濫用藥物尿液檢驗總件數的91.2%。

第四章 特殊藥物管理

有鑑於罕見疾病患者在醫療、藥物上一直處於弱勢，加上各種新興傳染病的危害，積極推動罕見藥物之管理，並研發、製造各類生物製劑。此外，為使民衆於正當使用藥物而受藥害有所保障，更戮力於藥害救濟工作。

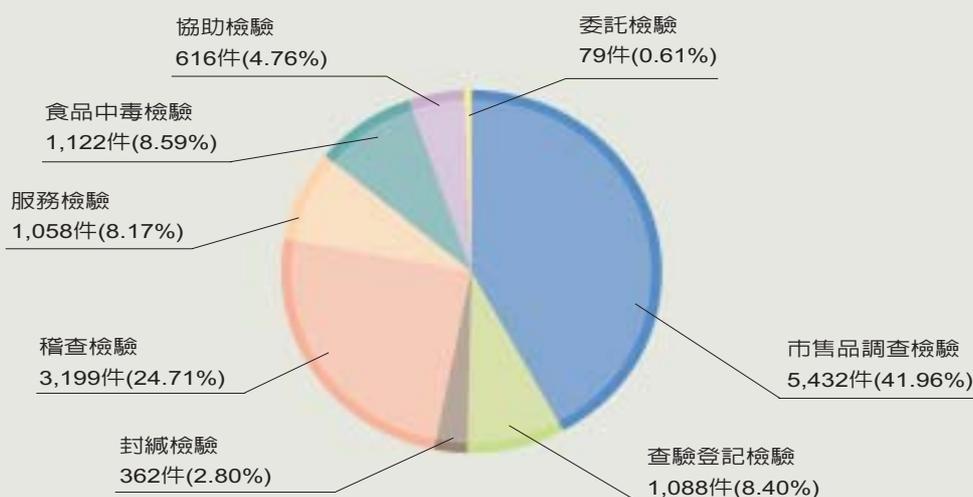
第一節 罕見藥物管理

「罕見疾病防治及藥物法」於民國89年8月實施之後，透過政府與民間團體的努力，罕見疾病防治已有具體成效。除核准治療罕見疾病所需的藥物、加強罕見疾病患者的醫療照護外，也帶動各界對罕見疾病的重視。該法施行迄今，衛生署陸續公告128項罕見疾病及148種用來治療罕見疾病之藥物。

民國91年起，正式將罕見疾病列入全民健康保險重大傷病範圍，以保障罕見疾病患者接受醫療之權益，同時，自民國90年開始，全民健保給付罕見疾病藥品之金額也逐年增加。

圖5-3

藥物食品化粧品檢驗業務類別及案件統計



為強化罕見疾病藥物物流中心之功能，使其除了提供緊急用藥之外，亦肩負起教育訓練及資源整合的工作。民國94年年初亦完成「罕見疾病防治及藥物法」的修正，增列罕見疾病特殊營養食品供應製造相關規定，提供罕見疾病患者更完善的生活照護。未來，仍將持續辦理罕見疾病防治教育宣導，加強推動罕見疾病患者社會福利政策。

第二節 血清疫苗研製

為講求「創新」、「智慧財產權」及「市場擁有權」，發展國內生物技術產業，積極推動生物研發、製造及開發，以提升國際競爭力。

一、生物製劑製造、檢定與開發

- (一) 完成凍結乾燥卡介苗119萬700劑、霍亂疫苗5萬3,755劑、吸著破傷風白喉混合類毒素53萬5,590劑（成人用）、吸著白喉破傷風混合類毒素3萬9,690劑、明礬沉澱破傷風類毒素181萬4,200劑、抗龜

殼花赤尾鮫蛇毒血清注射劑1,807劑、抗雨傘節及飯匙倩蛇毒血清凍晶注射劑3,558劑。

- (二) 完成並通過cGMP第3階段查廠作業。
- (三) 完成生物製劑成品檢驗22批、原液86批、原料151批及材料43批。
- (四) 台灣鎖鏈蛇抗蛇毒血清臨床試驗計有8名病例，治療率100%，該項生物製劑正進行查驗登記申請執照中。

二、生物製劑生產技術授權、合作與移轉

- (一) 與國光生物科技股份有限公司合作，已完成吸著白喉破傷風混合類毒素、成人用吸著破傷風白喉混合類毒素2項產品的技術移轉。並於民國94年11月簽訂「日本腦炎疫苗細胞培養製程技術平台開發合作研究合作契約」。
- (二) 與財團法人國家衛生研究院進行生物製

劑生產技術移轉之訓練。該院人員分別在卡介苗、破傷風、白喉製造區和分裝室接受訓練，及接受卡介苗、蛇毒和微生物檢驗等訓練。

三、生物製劑研發

- (一) 完成腸病毒71型疫苗製程改良與免疫特性分析。
- (二) 改以鴨蛋生產抗飯匙倩蛇毒及抗雨傘節蛇毒，約可分別節省15%及75%的經費。
- (三) 為因應新型流感大流行，引進實驗用雪貂，協助產製第1株本土株A型流感抗體，並合作研發新型流感疫苗。
- (四) 利用「即時聚合酶鍊反應 (real-time PCR)」，進行卡介苗效價分析，建立以卡介苗 16S rRNA QPCR進行檢測之標準曲線，檢測出其有效範圍 (4×10^5 cells至 4×10^1 cells)；並檢測卡介苗菌的生長差異。

四、克流感為目前國際間認定對抗新型流感最有效的特效藥，惟因全球的搶購，為期國內自製，衛生署於民國94年10月31日依法向經濟部智慧財產局提出特許實施克流感專利權之申請，並於11月25日獲該局審議通過，積極推動該藥劑之量產作業。

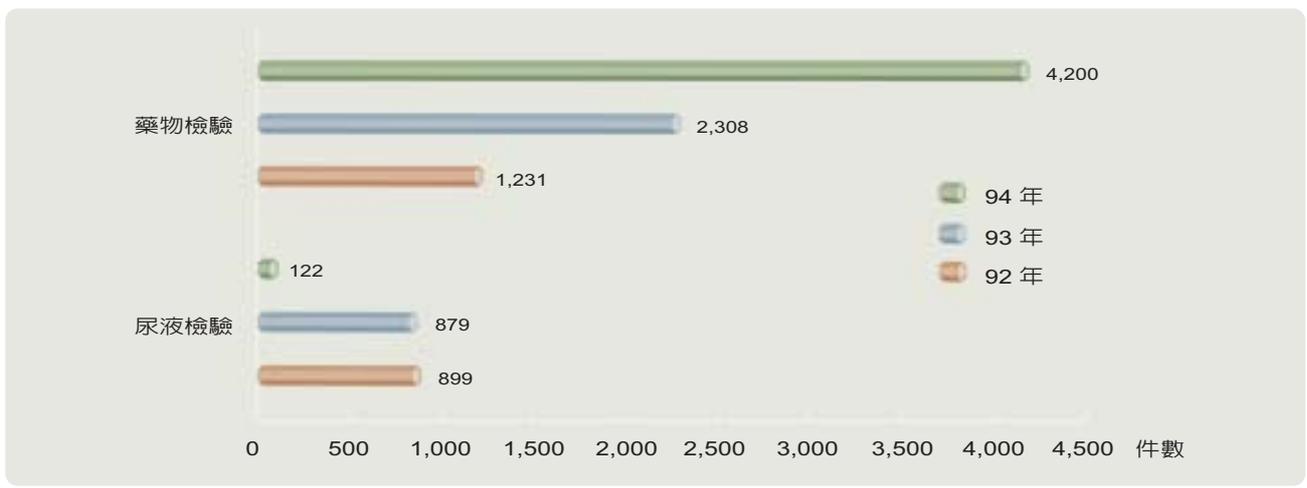
第三節 藥害救濟

為提供國人完整而周延之藥害救濟制度，本署於民國87年10月12日公告「藥害救濟要點」，並自民國88年1月12日實施。使民衆在正當使用經衛生署許可之藥品，而因個人體質差異或因科技發展中不可預知之因子所受藥害之病患，能獲得迅速救濟。

另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31日公布施行「藥害救濟法」。計已完成507件審議，其中有214件判定適用藥害救濟制度，獲得給付比率為42.21%，給付總金額8,200萬元。

圖5-4

檢驗送驗之毒品或管制藥品檢體3年數量比較圖



第六篇 醫療照護

建立醫病伙伴
共護病人安全。



6



第六篇 醫療照護

隨著醫藥衛生、社會、經濟環境迅速改變，提供給民衆的不僅是疾病之照護專業課題，對於我們的醫療體系及醫療團隊如何確保民衆的就醫安全，成為當前一大挑戰。又因國人就醫習慣與普遍對基層醫療機構醫師的缺乏信心，未能落實轉診制度，造成醫療院所漸呈兩極化之發展，而使達到「全人照護」的理念難上加難。

而如何提供全人（包括生物、心理、社會及靈性等層面）、全民（每一個人）基本保健醫療（包括預防保健、疾病診治、長期照護）的照顧系統，建構全人照護之「健康體系」，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，提升民衆健康及品質，為94年度之重點工作。

第一章 醫療體系

台灣醫療服務體系之規劃，係由各社區的診所提供一級醫療，由地區醫院及區域醫院提供二級醫療，由醫學中心提供三級醫療，但因民衆可自由就醫，各級醫療間之垂直分工及照會制度無法有效落實，且鑑於醫師過度專科化，家庭醫師日漸式微，民衆無法獲得整體性、持續性及方便性之健康照護，致使醫療體系之改造刻不容緩。因此，就醫療資源的檢討、發展社區醫療衛生體系、戮力公立醫院的改革、及建置醫療資訊網絡，以提供民衆完整的全人醫療照護服務。

第一節 醫療資源

為促進醫療資源均衡發展，依醫療法及醫療網計畫，建立區域醫療體系，並透過區域輔導與

組織運作，評估各地方民衆健康需求，整合區域醫療資源與提升區域醫療水準。

實施醫療發展基金獎勵方案，持續獎助醫療資源缺乏區興建醫療機構159家；另依「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」，完成清查醫院急性一般病床、精神科病床許可開放情形，計核減（含廢止部分）為開放使用病床7,364床。並依健保6大區域，實施6大醫療區域輔導計畫，藉以加強整合各區域之醫療資源，提供民衆適切、可近性之醫療服務。

- 一、醫療機構現況：近年來，公私立醫療院所呈現逐年增加趨勢，民國94年底，醫院計有556家，診所計有1萬8,877家，如圖6-1。醫療院所朝兩極化發展，醫院家數逐年減少，較上年減少0.57%；診所家數逐漸增多，較上年增加1.22%。平均每一醫療院所年服務人次則逐年遞減，民國94年已降至每一院所服務856人；而每萬人所擁有院所家數，由民國78年之6家逐年增加至民國94年之11.6家。
- 二、醫療院所病床現況：自實施全民健保以來，醫院家數逐年減少，但其病床數則增加迅速。民國94年醫院病床數共14萬6,382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。醫療網計畫自民國74年實施至今，急、慢性一般及精神病病床，均已達到預期

之目標。醫療院所一般病床為9萬5,810床、急性一般病床為7萬2,411床、慢性一般病床4,415、急性精神病床6,012床、慢性精神病床1萬2,544床；歷年每萬人口病床數變動情形，如圖6-2。

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」，且自94年度起，推動「發展社區醫療衛生體系」及「社區公衛（防疫）群」試辦計畫，由社區醫院、診所、衛生所聯合為社區民眾審視其醫療需求，並作適當的轉介，發揮家庭醫師功能，建置家戶檔案，並與社區醫院共同組成社區醫療網絡，為民眾提供完整的全人醫療照護服務。94年度止，計建置268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，輔導地區醫院提供老人整合性之醫療服務，或與診所醫師合作聯合執業。以彰化縣為示範，辦理區域共同照護試辦計畫，以落實各界所重視之分級醫療與雙向轉診。

落實本土化之雙向轉診，建立基層診所與醫院垂直整合，採區域整合性健康照護服務模式，運用疾病管理與個案管理，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。

運用現代化資訊技術，促進基層醫師與合作醫院間雙向轉診資訊的分享，強化地區資源整合與同儕制約機制。

第三節 公立醫院經營

過去公立醫院經常被詬病長期接受政府公務預算補助，惟經營績效仍不佳、醫療功能不彰；

圖6-1

台灣歷年醫院診所家數



附註：詳細數字請參考附錄3

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。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4.1億元。
- 四、建置安全醫院作業環境，提供優質醫療及社區關懷服務。
- 五、發展醫院特色，如屏東恆春分院開辦觀光醫療服務；嘉義醫院開設東南亞第一台乳房專屬磁振造影服務，計服務770例。

六、建置所屬醫院「藥品物料聯合訂購網」電子商務交易平台，採取自動下單、統一請款、統一付款，每年可節省約3億元之採購成本。

七、推動公立醫院及財團法人醫院財資訊透明化，落實財團法人醫療機構之監督與輔導；並於民國94年12月預告「醫療法人財務報告編製準則」，提供醫療法人之遵循依據。

第四節 醫療資訊

由於資訊科技的快速發展，且其進步亦對醫療體系業務產生重大的變革，病歷資訊的即時性，如檢驗檢查報告、醫療影像系統等等，在在影響醫療機構的作業流程。另外網際網路相關技術日趨成熟與普及，除提供良好醫護人員所需的即時資料外，亦可透過網際網路與病患建立更好的溝通與服務。因此，推動「網路健康服務」，期使民衆能隨時隨地在合法、安全及確保個人隱私下，透過網際網路查詢民衆自己的病歷內容，並

圖6-2

台灣歷年每萬人口病床數



進而達到建立全民終生健康照護之體系。

一、建置醫療資訊網，設置一個服務中心 (Service Center, 簡稱SC)，以達到醫療資訊交換共享之需求。另建置醫事管理系統，協助衛生署及衛生局進行醫事機構、醫事人員之管理。

二、推動網路健康服務

(一) 推廣病歷電子化：為維護電子病歷的安全與病患隱私，自92年度起，辦理醫療院所病歷電子化推廣計畫，93年度規劃電子病歷內容基本格式，並於民國94年完成門診、急診及住院電子病歷內容基本格式之訂定及試作，同時提供技術諮詢服務，以減少醫療院所在格式應用上之困難。另於民國94年11月24日公告施行「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」。

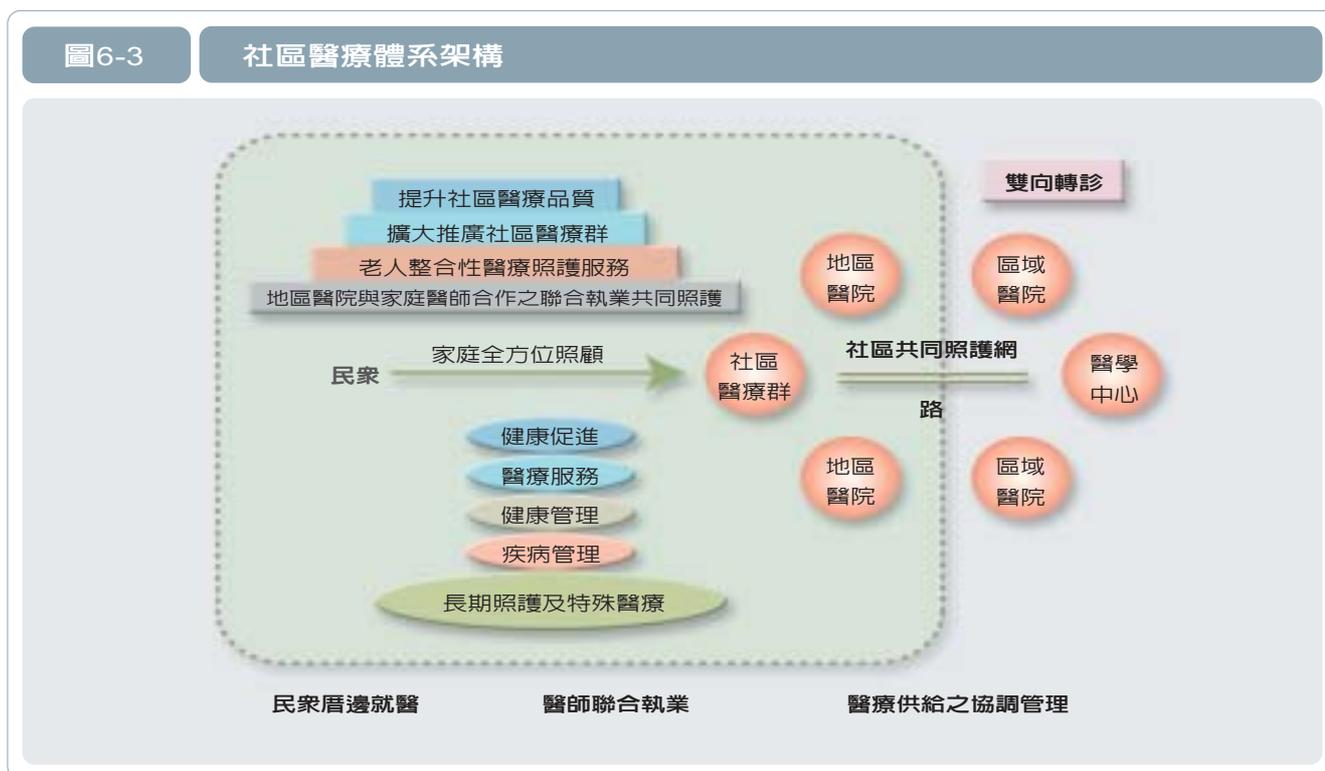
經由醫療院所病歷電子化現況調查顯示，國內醫療產業在基礎建設上已有相當的基礎，且醫院病歷電子化多已進展至院內整合階段並逐漸邁向院際之分享與交換應用。

(二) 設置及營運醫療憑證管理中心：民國92年6月13日「醫療憑證管理中心」正式啓用營運，提供醫療電子憑證服務，截至民國94年底止，已製發14萬2,267張醫事憑證IC卡，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：為促進醫療資訊電

圖6-3

社區醫療體系架構



子化的普及應用，落實院際間醫療資訊的交換與流通，積極辦理醫療資訊標準推廣工作。民國89年加入國際醫療資訊標準HL7（Health Level Seven）協會，已完成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。

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月下旬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、加強醫院管理品質及有效且持續性進行醫院外部品質監測系統，建置高品質、全方位及安全的醫療品質，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，規劃以病人為中心的醫院評鑑制度，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，亦進行多項相關研究及措施，來推動病人安全運動。為維護病人安全，提升醫療品質，除強化醫療品質委員會及病人安全委員會功能外，並規劃多項重點措施。

- （一）透過健保6大分區醫療網，舉辦病人安全週活動，特別設計「用藥紀錄卡」，供民衆使用，提醒民衆注意自身用藥安

全。參與活動醫院共有385家、診所6,000多家、社區藥局4,000多家。

- （二）完成「醫院安全作業參考指引」、「診所安全作業參考指引」及「中醫醫療院所安全作業參考指引」等之訂定。
- （三）改善我國Demerol與Morphine之標籤，以避免醫事人員混淆，確保病人安全。
- （四）完成與英國國家病人安全機構NPSA（National Patient Safety Agency）進行交流學習計畫。
- （五）推廣手術前標示活動，擬定5項手術術式（如全膝關節置換術、脊椎融合術、全股關節置換術、截肢手術及周邊血管手術等），將優先進行實地查核。
- （六）為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，規劃建置「台灣病人安全通報系統（Taiwan Patient Safety Reporting System，簡稱TPSR）」，已有169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。

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估，強調醫院功能及全人照護品質之公正優質的評鑑機制。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，提升醫師人力素質，改善整體醫療品質。

(二) 建立「定期不定時」之追蹤輔導訪查制度，經評鑑合格醫院有499家，占全國醫院約90%，並完成102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) 為提升中醫醫療服務品質，強化中醫醫院業務管理，於民國94年9月21日組成「中醫部門評鑑作業規章研議小組」，研訂中醫部門評鑑作業程序、評鑑基準及評分說明等相關規章，展開各項準備作業。

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、辦理「94年度促進民衆健康照護品質計畫」，研究領域包含：病人安全專案、護理人力調查、臨床護理人力配置模式探討、護理人員留任措施、護理角色功能探討、護理權益、護理倫理、護理歷史及形象及護理機構指標管理等議題，以提升護理照護品質。

七、為強化特定醫療技術、檢查、檢驗醫療儀器施行或使用品質，於民國92年12月24日發布

「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，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94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 醫院環境衛生品質

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，依廢棄物清理法之規定，有害事業廢棄物中的感染性醫療廢棄物應經焚化或滅菌之中間處理後，方可為最終掩埋處理。衛生署自78年度起，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，以集中處理之方式達到經濟效益之原則。

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」迄今，現有可處理醫療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。另民國94年5月核准通過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。民國94年12月核准通過1家再利用處理公司回收含貴金屬醫療事業廢棄物通案再利用許可。

第三章 精神醫療暨心理衛生

近年來，精神疾病患者危害社會事件層出不窮，造成民衆的不安；又鑑於國人每每於遭受重大災難、創傷，或面臨嚴重衝突時，往往對精神及心理造成不可磨滅的傷痕，且對其個人日常生活亦造成影響。為此，衛生署對於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、提供民衆心理健康諮詢服務，以預防創傷後功力症候群及相關精神疾病的發生。

第一節 自殺防治

依據世界衛生組織報告預測，在西元2020年時，自殺於全球十大死因中將排名第9位（已開發國家為第8位），而全球衛生負擔，以「生命損失年數」與「伴隨殘障存活年數」合起來估算，最高的十大「疾病與傷害」中，重鬱病將排名第2位，僅次於缺血性心臟病。又自西元1997年以來，亞洲地區除了新加坡，自殺死亡率皆呈現上升趨勢，如圖6-4。

歷年來，台灣自殺死亡率亦逐年攀升，平均每10萬人口有18.84人自殺死亡，其中以25~44歲之年齡層最高，45~64歲次之，如圖6-5。為此，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、擬訂「全國自殺防治策略行動方案」，並於民國94年5月奉行政院核定。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1日啓動「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。截至94年底止，計通報686名個案。

- 三、民國94年12月9日，成立「自殺防治中心」（委託台灣憂鬱症協會辦理）及設置24小時即時之「安心專線」0800-788995（請幫幫，救救我），提供民衆專業之諮詢服務。計服務約3,136人次之服務。
- 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其後之介入。

第二節 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，致力於健全精神疾病醫療照護網絡；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7家（社區復健中心4家、康復之家3家）、精神護理之家3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，並強化及社區復健之服務，積極充實精神復健設施。至民國94年底，社區復健中心服務量已達2,061人，康復之家服務量則為2,937床。
- 三、補助直轄市及縣市政府設立社區心理衛生中心，以提供社區民衆心理衛生保健、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。

四、為提供性侵害被害人快速、專業之醫療處置與驗傷採證，加強辦理家庭暴力及性侵害被害人醫療服務及加害人治療及矯治工作。性侵害防治責任醫院已增至168家、執行家庭暴力加害人處遇計畫之機構則有62家，以提供加害人戒癮治療、精神治療、心理輔導及認知教育輔導等處遇模式。自民國87年6月迄今，累計參與計畫人數計有2,514人。編訂「醫事人員兒少虐待及疏忽工作手冊」、「家庭暴力及性侵害專業人員線上課程」教學光碟，提升醫事人員之專業能力。

第四章 長期照護服務體系

以「在地老化」的施政理念，透過政府施行垂直式及水平式的整合計畫，綿密連結健康專業

與社區支持服務，建置社區化長期照護體系，使社區中失能民衆能維持獨立自主、安全與有尊嚴的生活能力。另發展特殊照護模式，提供身心障礙者獲得完善之服務照顧。

第一節 長期照護社區化

民國92年台灣65歲以上人口比率超過9%（如圖6-6），又依據行政院經建會之人口推估，西元2020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，讓民衆獲得整合性、可近性及連續性的照顧服務。

一、發展多元化長期照護服務網絡，充實社區照顧資源，落實居家老化、在地老化之精神，

圖6-4

台灣與亞洲地區自殺死亡之比較



資料來源：1.世界衛生組織Suicide: Country reports and Charts

2.香港衛生署、南韓衛生部、日本厚生勞動省人口動態統計月報

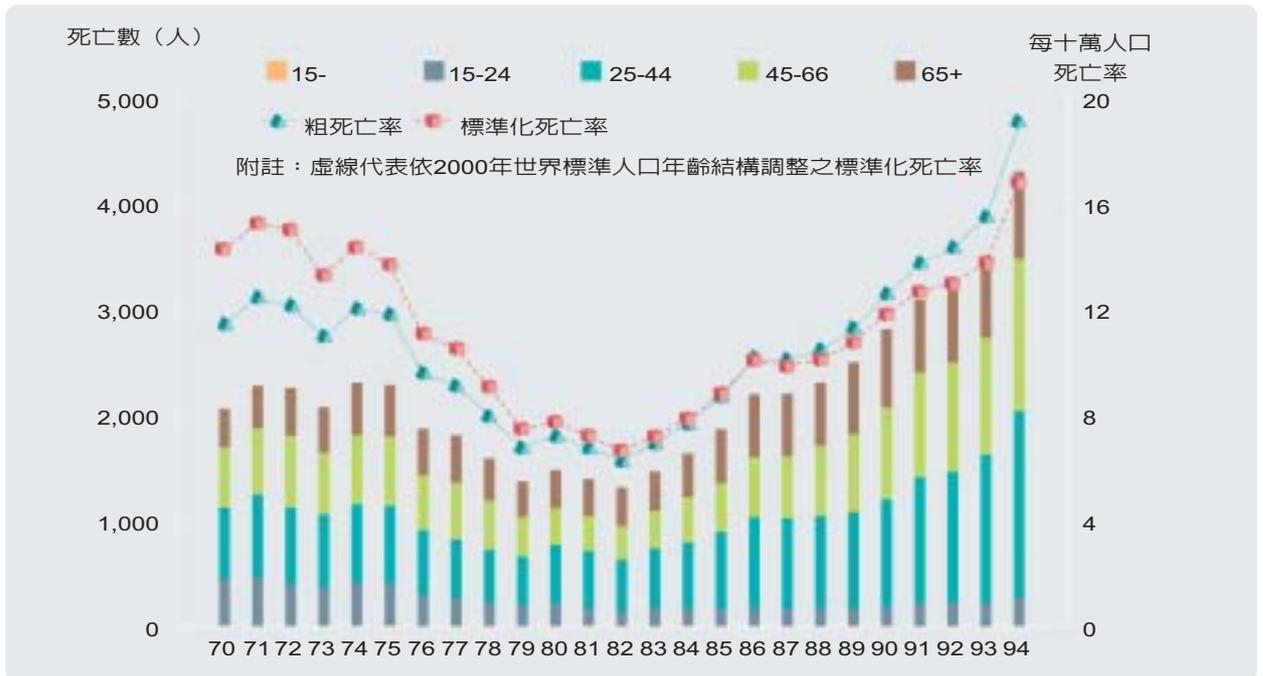
規劃以社區照顧為主，機構照顧為輔之方式，積極輔導醫院及護理之家辦理居家護理服務。目前計有居家護理機構450家、日間照護45家。

- 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。計補助74家地區教學醫院辦理此項計畫。
- 三、建置長期照護「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；辦理全國照顧管理師在職訓練，提升專業知能。
- 四、委託縣市衛生局（如台中縣、台中市、嘉義市、高雄市、花蓮縣等）辦理長期照顧服務模式整合性計畫，試辦長期照護資源單一窗口管理機制。

- 五、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、醫院長期照顧管理中心系統，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。
- 六、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。
- 七、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2,164人接受此項服務。
- 八、補助國立台灣大學辦理「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

圖6-5

臺灣地區歷年自殺死亡數及死亡率



與照護方案」計畫，方案內容包括：個案管理服務、健康評估、個案聯誼會及提供職業復健。

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、補助台北市立聯合醫院及高雄醫學大學附設中和紀念醫院等2家醫院，辦理「身心障礙服務網絡模式試辦計畫」。
- 二、為推動身心障礙者之牙科醫療服務品質，辦理「身心障礙者牙科醫療發展專案計畫」，計補助慈濟綜合醫院及其大林分院、台北榮總醫院、天主教耕莘醫院等4家醫院，購置麻醉設備。
- 三、補助16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。

四、補助23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。

五、補助設置失智症及愛滋病安寧療護護理之家，建立特殊照護模式。

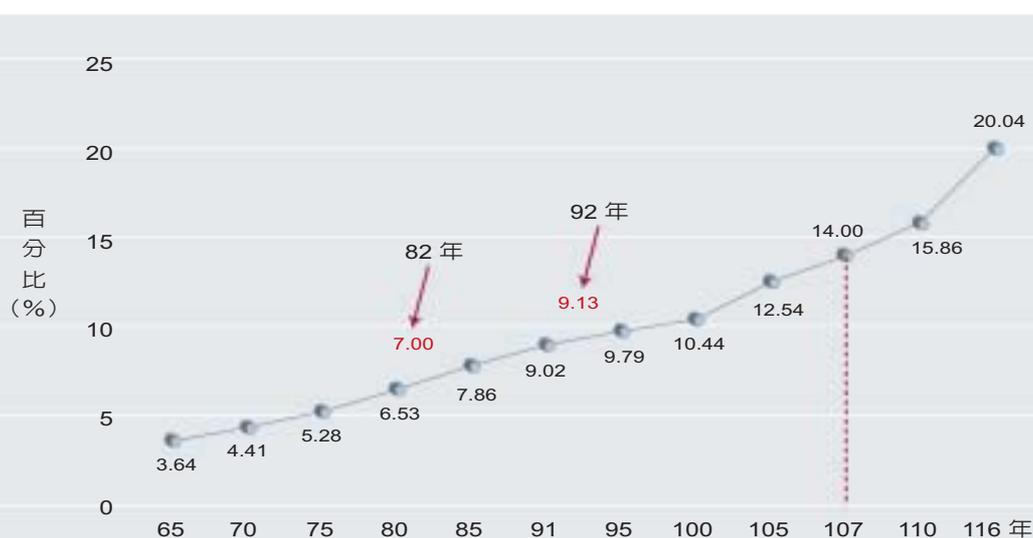
第五章 緊急醫療

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年月9日公布「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（E.O.C.）之建置與運作。

圖6-6

臺閩地區老年人口占總人口比率（92年以後為推估數）



- 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6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、82家高危險妊娠急救責任醫院，完成系統功能性之調整與新功能之開發，方便醫療院所使用及供民衆上網查詢。
- 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208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52家醫院。
- 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，計有約1,000人次參加訓練；此外，並補助民間團體辦理民衆CPR急救訓練。

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，補助山地鄉4家（台北縣烏來鄉信賢衛生室重建、苗栗縣泰安鄉大興衛生室重建、苗栗縣泰安鄉大興衛生室重建、花蓮縣秀林鄉衛生所拆除重建）山地鄉衛生所室重建及27家離島地區衛生所室修繕，以更新建築及延長房屋使用年限。補助醫療儀器設備計140項及資訊設備計187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，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，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（IDS Integrated Delivery System）」，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」。計全國48個山地離島鄉均已參與本項計畫，服務人數約40萬餘人。

(三) 辦理「緊急傷病患空中轉診」，讓當地嚴重及緊急傷病患得到更適切之醫療照護。補助台北醫學大學成立「全國空中緊急醫療救護諮詢中心」(National Aeromedical Counseling Center, 簡稱NACC)，派駐於內政部消防署救災救護指揮中心，協助全國緊急醫療轉送申請案件之審核，並提供24小時醫療救護諮詢服務。接受空中轉診案件408件，核准341件，核准比例為83.6%。

(四) 依據「山地離島地區嚴重或緊急傷病患就醫交通費補助要點」，自民國87年起，補助澎湖、金門、連江、屏東及台東縣等衛生局，辦理空中轉診後送及轉診來台就醫交通費補助。至民國94年底止，計補助1億19,99萬3,430元；已後送349名緊急傷病患，及補助1萬9,233名重大傷病患者轉診來台就醫。

(五) 自94年度起，於高雄縣、台中縣、連江縣辦理營養照顧計畫探討，建置山地離島地區營養照顧模式之可行性。

三、於澎湖、金門、連江、台東縣等4個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。

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」及「行政院衛生署補助醫事人員至山地鄉開業要點」。

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，帶動社區民衆參與，共同營造自發性健康新活力，創造健康的社區。各健康營造中心研訂之健康議題，共推動52個計畫。

六、整合澎湖及金馬地區醫療資源

(一) 整合金門縣立醫院(含烈嶼院區)及臺北醫院花崗石分院為1家醫院，並於民國94年10月1日完成金門縣立醫院改隸為本署醫院。

(二) 民國94年7月1日國軍馬祖醫院裁撤後，衛生署本「醫療不中斷」之原則，除由臺北市立聯合醫院支援外，另由衛生署中區區域聯盟醫院支援外科及精神科承接所有業務，並定期開會檢討支援相關事宜，滿足其實際醫療需求。

(三) 投資7.6億興建澎湖醫療大樓，已於民國94年9月24日委託三軍總醫院經營及進行澎湖地區的醫療資源整合。

七、規劃辦理各類醫事人員繼續教育課程，積極提升山地離島醫事人員之量與質，94年度計培訓10位山地離島衛生所醫師，有效提升山地離島偏遠地區醫事人員之專業素質。

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。

第七章 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。為此，衛生署對於醫事人力的配置、醫事人員的培訓，一向皆納為重點工作，其重點如下：

第一節 醫事人力現況

醫事人員管理法規，計有醫師法、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。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94年底止，每萬人口西醫師數為15.15、中醫師為2.10、牙醫師為4.51、藥事人員為12.34、護理人員為48.93。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數，與韓國、香港及新加坡相近；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，亦均達到需求數；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

為加強醫事人員的素質，衛生署每年均針對各類醫事人力進行在職訓練、培育計畫及養成計畫，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，將由原追求數量之成長轉為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94年底，共分發228人。而為強化衛生署所屬醫院之社會功能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。

- 三、自民國64年起，即開始培育公費醫師，並於民國82年由教育部轉衛生署辦理；迄今，已培育5,225名公費畢業生，現有1,315人正履行服務義務，其中738人服務於特殊科，376人正履行第二階段服務義務。
- 四、於民國77年6月29日訂定「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。至目前為止，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3萬5,967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，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116家訓練醫院參與，1,300人完成訓練。
- 六、於民國94年11月25日發布「內外科專科護理

師訓練課程綱要」、「內外科訓練醫院認定基準」、「外科專科護理師訓練醫院認定標準」；並於12月1日發布「內外科專科護理師甄審原則」，以推動專科護理師之甄審、繼續教育等。

七、我國中醫師養成教育，分7年制（自民國85年起改為8年制）中醫學系及5年制學士後中醫學系兩種制度。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；又為促進中醫正規教育正常發展，提高中醫師由正規教育養成比率，我國中醫師檢定考試制度將於民國97年落日，而中醫師特種考試制度亦將於民國100年落日。

八、推動中醫臨床教學訓練計畫，開設463個中醫教學門診，訓練1,706人次。於北、中、南三區，舉辦12場教學病例討論會，提供全國中醫師研討診治病例與分享教學經驗的溝通平台；另針對每個教學案例，均製作中醫教學病歷，撰寫中醫教學內容摘要表，作為中醫臨床教學訓練教材；評量各訓練醫院教學成果，並評估計畫成效。

九、辦理繼續教育計畫，參加中醫師繼續教育人為3,765人，占執業中醫師總數之80.6%；參加中醫護理訓練人員數為672人，占中醫醫院護理人員總數之57.8%。另辦理提升中醫護理照護品質計畫，包含中醫基本學理、護理訓練及進階訓練。

表6-1 94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	49,587	34,093	14.79
中醫師	10,618	4,610	2.02
牙醫師	13,411	10,141	4.45
藥師	32,823	19,660	8.63
藥劑生	12,645	7,090	3.11
護理人員	307,299	104,786	46.02
助產師	164	2	0.00
助產士	53,238	395	0.17
營養師	4,349	1,056	0.46
醫事檢驗師（生）	16,505	7,323	3.22
物理治療師	3,863	2,391	1.05
物理治療生	2,790	1,351	0.59
職能治療師	1,820	1,274	0.56
職能治療生	414	173	0.08
醫事放射師（士）	5,375	3,880	1.70
臨床心理師	596	379	0.17
諮商心理師	703	170	0.07
呼吸治療師	1,226	899	0.39

健全健保制度

打造健康理想國。

第七篇 全民健康保險



7



第七篇 全民健康保險

全民健康保險是維護全民健康福祉的最大安全防護網，自民國84年3月1日開辦以來，在政府、雇主、醫界與民衆的共同努力下，已大幅降低了民衆就醫的經濟障礙，提升了醫療的可近性，且民衆的滿意度，也一直維持在七至八成之間。同時，健保所創造的價值也讓很多國家稱羨，僅僅民國94年就有40個國家前來觀摩取經，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，全世界排名第一，優於許多主要先進國家。本篇就健康保險現況及健康保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10日開始實施，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，並保障民衆的就醫權益，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個月的民衆，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，截至民國94年底，總投保人數（不含軍人）共有2,231萬4,647

人，實質納保率已達99%以上，已接近全民納保之目標。

而為保障弱勢民衆之就醫權益及保險費負擔，全民健保提供以下各項協助措施包括：

一、補助保險費：協助各級政府補助弱勢者保險費，含低收入戶、身心障礙者、中低收入戶70歲以上老人、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66億元，補助人數約111萬人。

二、協助欠繳保險費

(一) 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。截至民國94年底，共計17萬625人辦妥保險費分期付款，金額為57.73億元。

(二) 開辦全民健保紓困基金：具備經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法所訂資格之民衆，得向健保紓困基金申請無息貸款，一年後再還款，截至民國94年底，共申貸7,856件，金額約4.93億元。

(三) 轉介公益團體代繳保險費：無力繳納保險費之民衆，中央健康保險局各分局協助轉介公益團體或愛心人士代繳其保險費。截至民國94年底，轉介成功之個案計698件，獲補助金額共564萬餘元。

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，民衆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。截至民國94年底，共受理1,234人次，醫療費用為1,921萬餘元。

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56餘萬人，其人數雖僅佔總保險對象之2.9%，但其民國92年所使用之醫療資源卻將近859億元，約佔總醫療費用之24%。

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，保險費率定為4.25%，係以精算5年為週期所計算之平衡費率。由於受到經濟成長趨緩、人口老化、醫療科技進步及提升醫療品質等因素之影響，自民國87年起產生保險收入小於醫療費用之現象，造成健保財務入不敷出。惟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94年底，以權責基礎計算，保險收入為31,332.6億元，保險成本為31,318.37億元，若就民國94年加以觀察，保險收入為3,610億元，保險成本為3,674.27億元，收支短絀為64.27億元，累計安全準備餘額為14.23億

元，已低於1個月保險給付總額（約306億元）。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。詳如表7-1及圖7-1。

為使全民健保能夠維持財務平衡，以便提供民衆優質醫療服務，健保局自民國93年3月起陸續邀請各界召開研討會，廣泛交換意見。並於民國94年1月辦理「健保公民共識會議」，經參採公民會議結論及各界問卷調查結果，提出「多元微調」方案，強調節流與開源並重，持續實施各項開源節流措施，使得健保財務狀況獲得初步緩解。

開源措施：

- 一、預防保健支出、法定傳染病防治及教學醫院教學成本等屬於公共衛生之費用，回歸公務預算，民國94年8月10日行政院核列40億元。
- 二、調高投保金額上限，由現行8萬7,600元調整為13萬1,700元，於民國94年4月1日起實施。
- 三、軍公教人員投保金額占全薪之比率，由現行82.42%調整為87.04%，於民國94年4月1日起實施。
- 四、「菸酒稅法」修正案於民國95年1月3日獲立法院三讀通過，菸品健康捐由現行每包5元調整為每包10元，分配全民健保安全準備之比率由現行之70%調高為90%。
- 五、代位求償之範圍，由職災擴大到公共安全事件、重大交通事故、食品中毒及公害事件，於民國94年4月29日獲立法院三讀通過。
- 六、擴大基層醫療與大型醫院門診部分負擔之差距，自民國94年7月15日起，實施西醫門診

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2}		保險成本 ^{註3}		保險收支 餘絀	安全準備 累計餘額
	金額	成長率%	金額	成長率%		
84	1,939.91	-	1,568.47	-	371.44	371.44
85	2,413.27	-	2,229.38	-	183.89	555.33
86	2,436.40	0.96	2,376.14	6.58	60.26	615.59
87	2,604.81	6.91	2,620.40	10.28	(15.59)	600.00
88	2,648.94	1.69	2,858.98	9.10	(210.04)	389.96
89	2,851.70	7.65	2,842.06	(0.59)	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3}	3,232.62	7.12	(156.55)	86.63
92	3,367.60	9.48	3,371.43	4.29	(3.83)	82.80
93	3,522.44	4.60	3,526.74	4.61	(4.30)	78.50
94	3,610.00	2.49	3,674.27	4.18	(64.27)	14.23
合計	31,332.60	-	31,318.37	-	14.23	
85-94年平均	2,939.27	4.58	2,974.99	5.71	-	

附註：1.()代表負數2.84至93年保險收支金額為審定決算數

2.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

3.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)。

4.91年8月修法實施擴大費基方案，91年9月起保險費率由4.25%調為4.55%。

未經轉診逕赴醫院之基本部分負擔調整。

節流措施：

- 一、利用IC卡上傳資料，即時關心與輔導就醫頻繁病人。
- 二、減少重複檢驗、檢查、用藥。
- 三、監控藥價，縮小價差。
- 四、加強院所違規查核。
- 五、加強宣導正確就醫、安全用藥。

第三節 支付制度

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，促使各科平衡發展，並兼顧各層級醫院之平衡發展。調整內容，包括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；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；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，同意增列得另行核實申報「骨轉移疼痛之bisphosphonate」藥物；為提升基層照護品質，新增辦理高血壓及憂鬱症改善方案；

為節省健保醫療費用支出，訂定診所不合理釋出處方型態，明定排除為負責藥事人員出資經營之藥局規定；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；另為鼓勵醫師以自然產替代剖腹產，自民國94年5月1日起，調高自然產給付標準與剖腹產論病例計酬支付相同。此外，刻正加速推動住院診斷關聯群（DRG）支付方式。

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、與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。

依健保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。

為提升保險對象就醫服務品質，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94年底，計達2萬2,965家，其中醫療院所1萬7,931家、藥局4,171家、助產所24家、精神科社區復健機構118家、居家照護機構465家、醫事檢驗機構222家、物理治療所28家、醫事放射機構6家。民國94年每人平均門診看診次數為14.84次，與去年14.71次相較，略為上升。

另，全民健保亦提供「兒童預防保健服務」、「成人預防保健服務」、「婦女子宮頸抹片檢查」、

「孕婦產前檢查」、「50歲以上婦女乳房檢查服務」及「兒童牙齒預防保健服務」等6項預防保健服務，民國94年底止，利用率分別為73.12%、35.39%、29.47%、96.84%、3.05%及6.25%。

為提升民衆用藥品質及更多之用藥選擇，並減少民衆之財務負擔，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 醫療給付

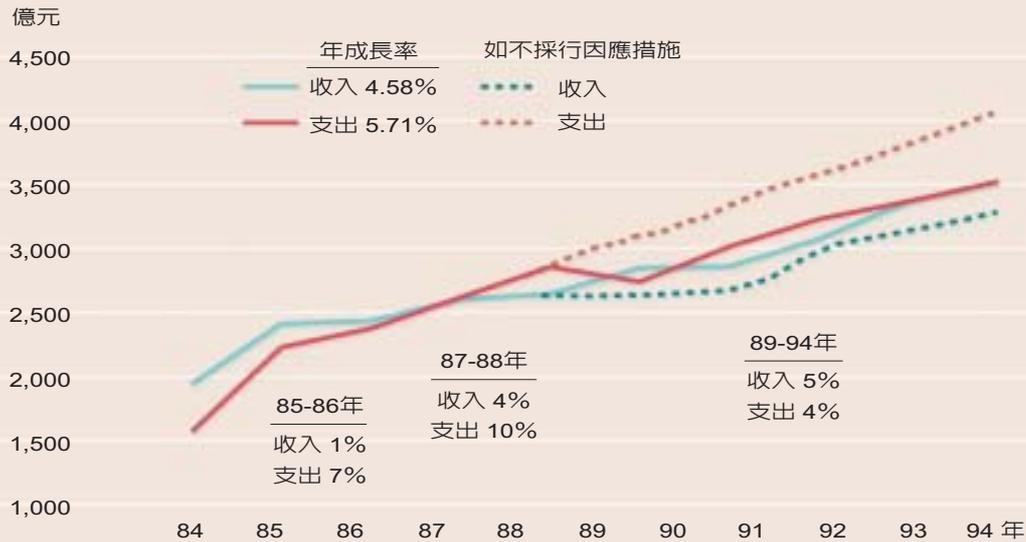
一、醫療費用審查

全民健康保險醫事機構申報之醫療費用審查作業，概分為「程序審查」與「專業審查」二種；「程序審查」係由行政人員核對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，為因應數量龐大之申報案件，部分程序審查已藉由電腦予以標準化；「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。為提升審查一致性，另於民國94年底，依總額別增修相關醫療服務審查原則，提供醫師費用審查遵循。

為確保民衆就醫安全，避免因少數醫師的不當用藥、檢查、手術或醫療處置，造成民衆健康的損害或生命威脅，同時促進醫療資源有效利用，確使民衆繳交的健保保費真正用於刀口上，

圖7-1

全民健保歷年財務收支



健保局邀請醫界共同發展檔案分析審查不予支付指標，針對各項指標設定閾值，就超過部分，以電腦對醫療院所或藥局進行核減（統扣），期藉由專業管理程序及後續監控作業，以達導正異常醫療行為及醫療資源合理使用之目的。民國94年已完成16項不予支付指標之公告。

全民健康保險醫療費用審查及其行政救濟程序，分為「初核」、「申復」、「再議會審」、「爭議審議」、「訴願」及「行政訴訟」。初核中分為「程序審查」與「專業審查」二種，全民健康保險門住診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」由衛生署爭議審議委員會審定。

為健全全民健康保險爭議審議之功能，秉持確保醫療品質並兼顧健保財務控制及尊重醫療專業自主與病患權益之理念，建立以實證醫學為基

礎之審查制度與通案審查原則，透過倫理、法律、經濟政策的分析，以提升醫療品質。

二、醫療品質審查

(一) 與各部門總額支付委員會協商，就普遍性及可行性較高之科別項目，提出2至3項指標，透過網站公開醫療服務品質，使民衆能瞭解醫療服務品質之指標。未來將持續與各部門總額支付委員會協商，爭取增加可公開之指標及研議其他公開資訊方式之效益及可行性，期使民衆能取得真正需要的資訊。陸續完成之專業醫療服務品質指標報告、案例研析、實證醫學文獻、臨床診療指引手冊與教育訓練教材，將以網路公布及資料印行的方式，提供各界參考。自民國94年11月21日起，於健保局全球資訊網開闢「醫療品質全都露」專區，公布院所

表7-2 歷年全民健康保險每人醫療費用成長率

年別 部門別	91年度		92年度	93年度	94年度	95年度
	上半年	下半年				
行政院核定範圍	1.67~4%	1.55~4.02%	0.51~4.00%	1.34~4.03%	1.17~5.00%	
總體	2.342~3.707%	3.883%	3.899%	3.813%	3.605%	4.536%
費 協 會 協 定	牙醫門診	2.50%	2.48%	2.64%	2.90%	2.93%
	中醫門診	2.00%	2.07%	2.41%	2.51%	2.78%
	西醫基層	3.727%	2.898%	2.70%	3.228%	4.684%
	醫院	1.61~3.727% (目標值)	4%	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%
其他	—		增加13億元	增加10億元	增加 11.41億元	增加 0.62億元

別品質資訊，迄目前為止，已超過4萬8,083人次點閱查詢。公布之品質指標項目如次：

1. 醫院總額：「藥袋標示藥品名稱及使用說明」、「一般門診掛號費用」、「門診慢性病一開立慢性病連續處方箋百分比」3項指標。
2. 西醫基層：「注射劑使用率」、「門診上呼吸道感染病人複診率」、「門診用藥日數重複率」3項指標。
3. 牙醫總額：「牙齒填補二年保存率」及「根管治療一年內完成率」2項指標。
4. 中醫總額：「7日內處方用藥日數重複2日以上比率」、「中醫重複就診率」2項指標。

(二) 按季完成各總額專業醫療服務品質報告之產製，公布於健保局全球資訊網「專

業醫療品質」專區，提供各界參考。另完成白內障、新一代NSAID、糖尿病、高血壓、人工關節置換術、抗生素使用日數分析及山地離島地區等特定疾病或治療方式專業醫療服務品質報告，以資料印行或網路公布方式供各界參考。

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

第一節 健保改革原因

全民健保的實施，是我國人的驕傲，但是政策的實施必須不斷追求進步，為了讓我國最重要的社會保險制度能永續經營，而目前全民健康保險亦面臨多項困境，使得健保的改革勢在必行。惟健保之改革，我們將檢討現行制度實施所遭遇的問題與困境，配合現今的社會脈動，並充分全民參與的精神，不管是民衆、民間團體或是醫療團體的聲音，都是「全民健保改革」參考的依據，以期提升民衆健康，且讓全民健保永續經營。

目前面臨之困境：

- 一、財務失衡日趨嚴重：受到人口快速老化、醫療科技進步、民衆需求增加等因素之影響，健保的收入與支出，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，且其中沒收入的失業人口（第6類）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，這些都違反了社會保險所強調的「量能負擔」原則。
- 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，缺乏評估機制，且在健保財務收支缺乏連動之情況下，醫療資源配置機制就顯得更不足，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，民衆對所接受的醫療服務，無法判斷其品質的好壞，且民衆高度仰賴親友的諮商及轉介，相形之下，醫療品質資訊缺乏或不易解讀之情形日益嚴重。

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。醫療院所在成本壓力與經營困境之雙重顧慮下，常有過度使用情形，因此，當前支付方式需要加強鼓勵提升品質之機制。

第二節 健保改革的目標及核心價值

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，衛生署即在此基礎上，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，提升品質、效率、公平。

二、**核心價值**

品質：推動民衆就醫資訊及醫療品質資訊之公開化，以增進民衆之選擇能力，強化提升醫療品質機制，支付制度朝向

鼓勵提供優良醫療服務之方向改革。

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。

效率：被保險人類別從6類14目簡化為二類，民衆轉換工作、調整薪資，均不用再辦理轉出、轉入手續。兩會合一，落實收支連動機制。

第三節 健保修法重點

為推動二代健保接軌，有關全民健康保險法修正草案，衛生署以「品質」、「公平」、「效率」三項核心價值為依據，進行全民健康保險制度結構化的改革，同時強調「權責相符」的概念，藉由強化資訊提供來提升醫療品質，以較公平的方式來收繳保費，並擴大保費之計算基礎，落實健保收支連動機制的建立，及擴大社會多元化參與健保政策等目的，同時參酌司法院大法官第524號、第533號解釋，對全民健康保險現行規定，所

提出若干之指正意見，以及配合「行政程序法」相關規定，一併配合增修相關條文。

民國94年已與相關部會、地方政府、相關團體進行200餘場之溝通座談會並拜訪朝野各黨團，以聽取各界建言，希望符合國人之期盼。本修法草案之重點：

一、組織體制與社會參與

(一) 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。



表7-3 全民健康保險門住診醫療費用總核減率

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%

- (二) 統一保險收支事權，強化健保財務收支連動機制。
- (三) 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。
- (四) 全民健保監理會於審議或協議訂定保險重要事項，認有擴大參與之必要時，得先辦理相關之公民參與活動。

二、保費新制

- (一) 費基由薪資所得擴大為家戶總所得。
- (二) 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) 簡化保險對象6類14目之分類為二類。
- (四) 保險人每年應將被保險人保險費上、下限、應收保費之保險費率及雇主分擔之調整平均比率，經全民健保監理會審議後，送主管機關每年公告。
- (五) 被保險人在投保單位間之異動，免辦理轉入、轉出手續，僅於投保及退保時始辦理。

- (六) 變更保險經費、保險費之扣繳、繳納、結算及補（退）程序。

三、醫療品質與資訊揭露

- (一) 為確保全民健保醫療品質，保險人及保險醫事服務機構定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。
- (二) 強化論品質計酬。
- (三) 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) 規定領取保險醫療費用超過一定數額以上之特約醫事服務機構應提供全民健保相關財務報表，保險人並得予公開。

四、其他

- (一) 久居海外民衆回國就醫必須有等待期。
- (二) 為增加民衆就醫的選擇，訂定差額負擔，即被保險人得選用高於同一價格或給付上限之藥物，並應負擔其差額；其實施時間及品項，將送請全民健保監理會討論。

推展國際衛生

落實衛生國際化。

第八篇 國際衛生合作



8



| 第八篇 國際衛生合作 |

台灣在邁入已開發國家行列之際，推動國際衛生合作業務，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。衛生署依據「行政院衛生署組織法」，於民國93年8月成立國際合作處，舉凡國際衛生合作交流與援外政策的規劃、推動、協調，相關資訊的蒐集、推動國際組織、國際形象、專家的延攬，及國際人才的培訓等事項，均屬國際合作處的重要職掌。

未來，要以更多創意及多元化的方式，發展出多樣性的國際衛生合作模式，在執行各項國際衛生合作計畫時，更可以與先進國家及國際組織進行實質而直接的接觸，增加彼此的溝通機會，也可以研擬出適合我國進行的國際接觸模式，透過國際衛生合作的手段，在地球村發揮濟弱扶傾的功能，進而達到回饋及貢獻全世界衛生的終極目標。

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，均在中國強力阻擾下而未能成功。但亦由於我們的努力不懈怠，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。而為使醫療衛生與國際接軌，仍繼續以推動加入世界衛生組織為主要的重要工作。

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，我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25日成立「行政院推動參與世界衛生組織專案小組」，期能有效整合及運用各項資源，以醫療、衛生、人道為訴求重點，積極爭取國際認同，以促成加入世界衛生組織的最終目標。自民國86年始，每年5月的世界衛生大會（World Health Assembly; WHA）期間，我國均組團派員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。並透過國際交流，汲取衛生管理、醫療技術、衛生科技新知，藉他山之石以攻錯，而提升

我國人民的健康水準。

五、積極參加WHO相關會議或活動、維持與WHO及重要國際衛生組織的互動、參與國際衛生事務與合作、策劃我國衛生醫藥成果之媒體文宣等為主，94年度具體之成果如下：

- (一) 促成國際衛生條例 (IHR) 修正案通過“普世原則”：世界衛生組織鑑於多年的IHR已經無法因應目前新興與再浮現傳染病的威脅，乃於民國93年1月公布第一版修正草案，之後復於民國93年11月及94年2月、5月，分別召開修正會議。我國也積極籌組專家小組，就條文內容，提供具體意見。第58屆世界衛生大會之與會國代表多數支持IHR中應含普世適用原則 (universal application)，且不應歧視任何人。決議文於民國94年5月23日經全會通過，其中第2點以引述條文之方式，要求會員國及WHO幹事長在執行IHR時，須全面符合IHR第2條及第3條條文 (即普世適用原則)。此一修正，可為我國未來參與IHR奠定法理上的基礎。
- (二) 完成多場次雙邊會談：於第58屆世界衛生大會期間，與我友邦等國家之衛生領袖進行會談，建立及拓展我國國際衛生人脈，並針對雙邊可能之衛生合作議題進行討論，規劃未來我國與各國之合作計畫，擴大我國際參與之空間，以作為我國推動世界衛生組織案之有效利基。
- (三) 召開愛滋病研討會與展覽：於世界衛生大會期間，舉辦愛滋病國際研討會，與會之大使館暨重要國際組織之領袖或代表將近200人，並由我國駐馬拉威醫療

團團長余廣亮醫師報告我國協助馬拉威愛滋病防治之成果，會議中並展示多項我國海外衛生援助之彩色海報及多項文宣影帶，有效宣揚我國推動國際衛生醫療援外事務之具體行動。

- (四) 掌握世界衛生大會訂定之重大國際衛生政策：世界衛生大會為世界衛生組織訂定全球重大衛生政策的最高權力機構，參與世界衛生大會，可即時與各國或重要組織代表相互交流，深入探討重大衛生議題。94年度重大議題，除我國參與世界衛生組織案外，還包括：珍愛每位母親與小孩、國際衛生條例修正案、傳染病防治、部分傳染病疫苗之研發與供需、傳統醫藥等，提供我國制定相關衛生政策的參考，作為推動與國際同步並與世界接軌之相關策略。
- (五) 民國94年我國推動參與世界衛生組織，仍因中國強力阻撓而未竟其全功，然亦有多國我國友邦於各場合直接或間接發言支持我案，且均超過往年，且首度包括美、日、歐三邊，實為一項重大進展。
- (六) 世界醫師會 (WMA)，於民國94年5月通過決議文，正式表態支持台灣以觀察員之身分參與世界衛生大會，暨國際衛生條例應納入台灣地區。
- (七) 自第58屆世界衛生大會 (WHA) 後，我國醫藥衛生專家可有條件的受邀參加WHO專業技術性會議，包括出席民國94年11月7~9日，於日內瓦所召開的WHO大型禽流感國際會議。
- (八) 世界脊骨神經醫師聯盟 (World

Federation of Chiropractic) 於民國94年12月6日通過支持我國成為世界衛生組織觀察員及國際衛生條例 (IHR) 之參與。

- (九) 編印我國英文版衛生專業文宣說帖，如：Taiwan Health Outlook 2005、Global Medical Instruments Supporting & Service Program (GMISS)、The Globe (A monthly newsletter of Taiwan in Global Health)、Hospital Care in Taiwan、Health life Taiwan、Small island with a great heart、My Taiwan：connected to the world等。

第二章 衛生交流合作

為加強與友好國家之間的醫療合作，協助友邦提升醫療衛生水準，善盡我作為國際社會成員之責任，爭取國際間對我國的瞭解與重視，並運用「亞太經濟合作 (APEC)」(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，強化我國在國際的能見度。94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) 民國94年3月17日與蒙古衛生部簽署衛生合作協定，促進我與蒙古間之衛生交流，加強實質合作關係。
- (二) 民國94年11月25日中央健康保險局與南韓國民健康保險公團簽署健保合作備忘錄，合作內容包括：雙方定期進行台、



與以色列簽訂雙方合作備忘錄

韓健保人員及資訊交流；提升各國對於亞洲國家健康保險實施經驗之重視；及共同將兩國健康保險的研究合作及研究成果發表於國際場合及學術期刊上。並藉台、韓兩國彼此學習，提升與改善兩國全民健康保險服務。

- (三) 簽署中美合作備忘錄，並聘請CDC專家 Dr. Michael Malison擔任顧問，且與CDC洽談禽流感、TB及EIS訓練等合作計畫。
- (四) 簽署中日合作備忘錄，每年定期與日本國立感染症研究所輪流舉辦雙邊研討會，並進行桿菌性痢疾、登革熱等合作計畫。

二、國際會議、研討會

- (一) 民國94年4月18日至20日，由衛生署、駐馬國醫療團與馬拉威愛滋病國家委員會於馬拉威共同舉辦愛滋病國際研討會。

- (二) 民國94年11月28日至12月3日，於台北舉辦「2005全球衛生領袖論壇」，邀請35國36位衛生領袖參加，與會人士包括國內、國際學者專家及國內醫藥民間團體、學校師生等約200餘位。論壇期間並安排各國衛生領袖及重要貴賓拜會衛生署各單位，促渠等瞭解我國之醫藥衛生體系，加強與我之衛生交流合作。
- (三) 為慶祝全民健保開辦10週年，中央健康保險局在民國94年3月18日至19日舉辦國際研討會，邀請30多位來自世界各國的貴賓，例如捷克衛生部副部長、土耳其國家計畫部次長、韓國健保局總裁、菲律賓健保公司總裁、印尼國營健保公司PT.ASKES總裁等來台共襄盛舉，並與國內近800位專家學者與會、討論，針對健保提出實質經驗及有建設性的精闢見解。
- (四) 民國94年6月24日至25日，委託辦理「第20屆天然藥物研討會」，齊集了美、日與台灣中草藥一流之研究學者，發表50餘篇研究專題之成果報告與103篇壁報論文，為我國中醫藥的發展提供了承先啓後的功能。
- (五) 民國94年8月23日至24日舉辦「植物性藥品之研發與臨床試驗國際論壇」。
- (六) 民國94年8月27日至29日與國家衛生研究院共同主辦「第四次中草藥全球化聯盟國際研討會」，本研討會共來自美國、加拿大、英國、澳洲、新加坡、大陸...等國家代表參與，共約200多人與會。
- (七) 民國94年3月15日，辦理「藥物濫用研究新趨勢—流病、毒理及檢驗座談會」，針對管制前驅物質、毒癮戒治、替代療法及針頭交換計畫等議題，進行討論與意見交流。
- (八) 民國94年7月26日，辦理「Getting the most out of buprenorphine. Induction and detoxification protocol」藥癮戒治替代療法學術研討會，針對澳洲藥癮戒治替代療法之執行經驗進行交流。
- (九) 民國94年8月9日至14日，辦理「Introduction of IHRA and Harm Reduction Principles (Harm Reduction Principles and Experience (The Global Trend of Harm Reduction)」學術研討會，針對國際間減少毒品傷害之執行經驗進行交流。
- (十) 民國94年9月20日至22日，召開「94年新興毒品跨國多城市流行病學比較國際會議」，就國內外藥物濫用現況及監測體系交換資訊，期望對未來推動社區藥物濫用流行病學工作組織計畫有幫助，進而對社會藥物濫用防制有所助益。
- (十一) 民國94年11月2日至3日，辦理「實驗室品保及品管圓桌會議」及「頭髮檢驗研討會」，針對尿液檢驗之品保品管及頭髮檢驗之內容與發展進行研討及意見交流。
- (十二) 民國94年11月22日至24日，辦理「2005藥物濫用防制與藥癮戒治國際研討會」，針對「藥癮戒治模式」、「減少傷害之發展趨勢」、「毒癮病患之共病現象」及「替代療法之實施經驗」等四大議題，提出報告與經驗交流。
- (十三) 補助台灣護理學會辦理國際護理協會(International Council of Nurses, ICN) 第23屆國際護士大會暨第7屆

國際護理助產法規會議，計有148國、4000多人（外賓3000多人）與會，進行護理專業知識經驗分享交流。

- (十四) 參加WHO傳統醫學主管部門所舉辦之3場工作會議，包括民國94年7月5日至7日於中國大陸廣西南寧召開之「青蒿種植與採收規範（GACP）會議」、9月20至23日於中國大陸上海召開之「WHO INTER-REGIONAL WORKSHOP ON GACP AND GMP FOR HERBAL MEDICINES」會議及10月3至6日於義大利召開「THE FOURTH WHO CONSULTATION ON SELECTED MEDICINAL PLANTS」會議。除可建立業務之直接聯繫管道，顯示我國實力獲肯定外，更為我國中醫藥外交一大突破。
- (十五) 辦理「2005年第三屆亞洲國小學童口腔保健推廣會議」，計國內外專家學者及醫護人員約500人參與。

三、辦理國際衛生醫療合作計畫，如接受巴西聖保羅大學醫學院25位醫師來台研習中醫及針灸，補助署立台北醫院並促成台灣大學醫學院與聖保羅大學醫學院締結姐妹學校、高雄醫學大學附設醫院、財團法人嘉義基督教醫院、財團法人彰化基督教醫院、國立陽明大學分別與蒙古、索羅門群島、菲律賓與巴布亞新幾內亞締結姊妹醫院（校）計畫。

四、為與國際性組織或各國傳染病防治機構建立合作管道，積極參與WHO相關會議或活動，自IHR2005修正通過後，已出席WHO在日內瓦召開之「禽流感相關會議」以及在中國北

京召開之「國際生物安全會議」，並與「日本國立感染症研究所」、「美國疾病管制局」、「WHO/APEC」、「越南衛生部及國立熱帶暨流行病研究所」及「印尼衛生部」等5個傳染病防治機構建立互訪及聯繫管道。另取得美國、加拿大、葡萄牙、土耳其及歐盟執委會等聯繫資訊。

- 五、為加強國際交流及人才培訓，疾病管制局派遣88人次出國，進行熱帶醫學、流病調查及傳染病防治等實務訓練，並辦理結核病、登革熱、瘧疾及生物恐怖攻擊防護4場國際研討會，計有98位國外專家與會。
- 六、補助民間團體辦理「柬埔寨菸害防制技術合作方案」等，以提升我國於菸害防制之國際能見度。
- 七、署立桃園醫院於民國94年11月開設「國際病房」；署立台北醫院設置「國際醫療衛生中心」，以拓展國際醫療之服務，加強對外籍病人之照護，同時亦接受各國醫療人員來台進行交流活動。

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。94年度重要成果如下：

- 一、民國93年12月26日東南亞及南亞地區發生強烈地震與海嘯，造成相關國家嚴重災情，為表達我國人道關懷，隨即展開南亞災害之賑

災工作，截至民國94年4月間，衛生署已機動派遣醫療團、防疫隊，前往印尼、泰國及馬爾地夫等受災國進行人道醫療救援工作。

二、為濟助菲國風災，民國94年2月28日衛生署於菲國衛生部部長會議室進行醫療藥品捐贈儀式，並簽署風災醫療藥品捐贈書。

三、為援助馬紹爾共和國馬久羅醫院大火，捐贈價值新台幣50萬元之醫療藥品與該院，並於民國94年12月30日，在馬久羅醫院舉行捐贈儀式。

四、馬拉威之醫療衛生協助

(一) 購置AIDS檢測醫療設備及7套指紋辨識電腦系統，協助其開辦愛滋病免費治療中心-彩虹門診。另協助馬拉威醫療團擴

充其AIDS門診軟硬體設備。

(二) 持續提供助產包及腳踏車等助產裝備，協助駐該國之馬拉威醫療團辦理助產士訓練計畫。

(三) 補助馬拉威醫療團購買多功能用途之小型巴士乙台。

(四) 捐贈數藥盤給該國衛生部，協助其醫療院所執行藥事服務作業。

五、派防疫隊赴聖多美普林西比協助瘧疾疫情之防治。

六、響應世界衛生組織之呼籲，捐贈越南60萬劑克流感藥物，控制其禽流感疫情，且避免疫情傳入國內。

七、協助南亞流亡藏人健康促進計畫，派遣口腔醫療團協助吐瓦魯與吉里巴斯暨斐濟等國家、協助秘魯及迦納公共衛生學院設置衛生資訊設備。



台灣國際醫療行動團隊到印尼之醫療協助



提供印尼震災緊急醫療服務

發展生技醫療

推動健康產業。

第九篇 衛生科技研究



9



第九篇 衛生科技研究

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

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、建置與整合醫藥衛生資料庫、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。並以實證科學研究為基礎，擬定相關政策，進而提升國家的醫藥衛生水準。

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，94年度為33億8,917萬元，其

中國家型科技研究計畫經費5億9,874萬元，較93年度之4億8,730萬元增加22.8%；一般型科技研究計畫經費27億9,043萬元，較93年度之26億5,880萬元增加4.9%，如圖9-1。而以領域別區分（不含國家型計畫），醫衛領域科技研究經費為18億2,160萬元、藥品領域為4億5,478萬元、生技領域為3億8,992萬元、食品領域為7,554萬元、共通領域為4,851萬元，各領域所占經費之分配，如圖9-2。

推動科技之發展重點，概分為一般型科技計畫及國家型計畫，分述如下：

第一章 一般型科技計畫

一般型科技計畫含醫衛、藥品、食品、共通

圖9-1

衛生科技研究經費

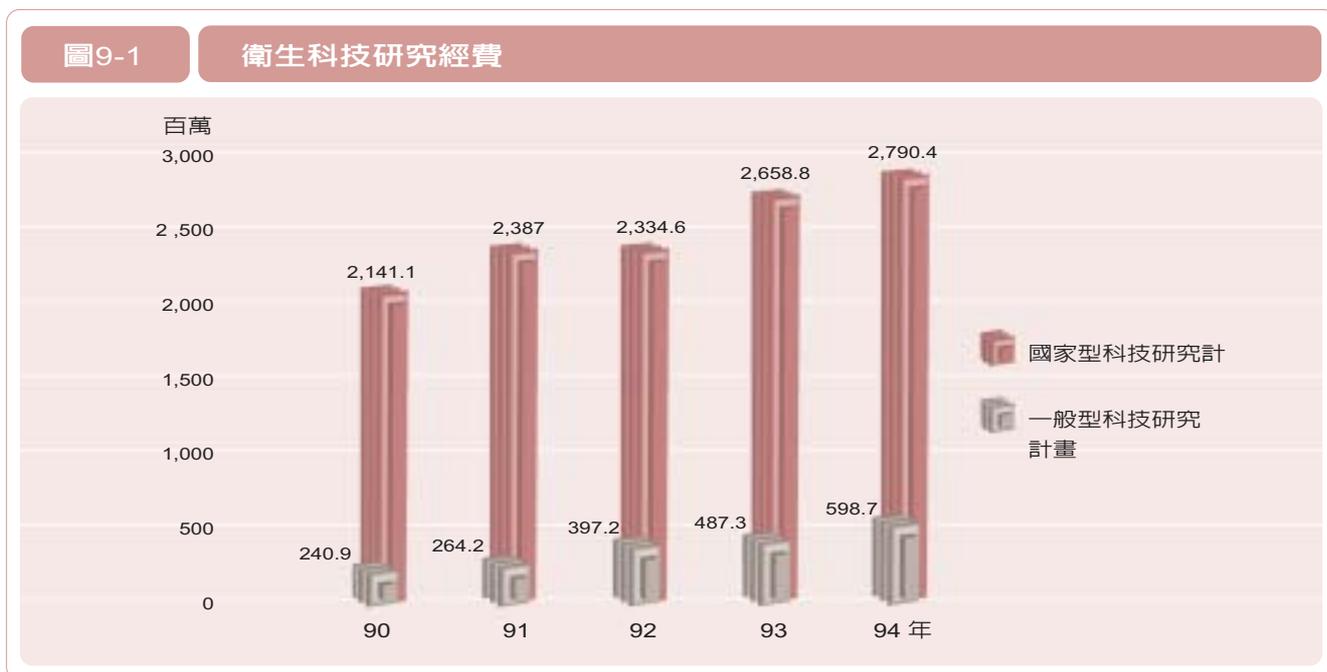
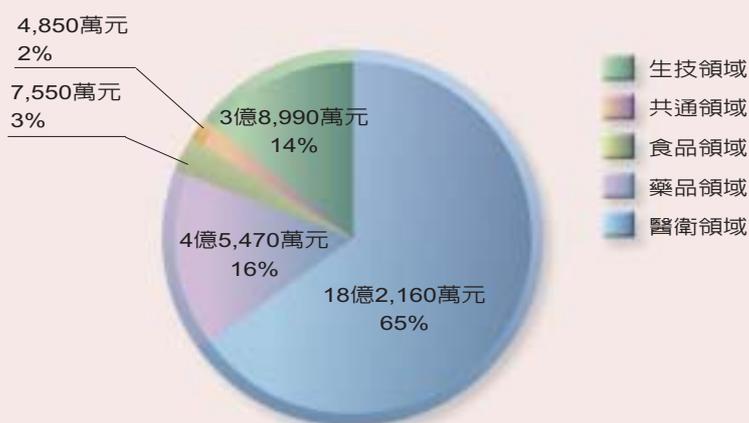


圖9-2

一般型科技研究經費分析圖



等領域及生醫科技島計畫，其重點及成效如下：

- 一、醫衛領域：就「國內醫療不良事件」、「精神障礙者職業復健及就業安置」、「台灣原住民遺傳疾病血緣」、「女性心理健康需求調查」、「家庭暴力暨性侵害治療、鑑定與處遇模式」、「職業族群與憂鬱症等相關危險因子及有效防治策略之探討」、「老人憂鬱症與自殺防治」、「藥物濫用與酒精成癮問題探討」及「探討國內外藥物濫用戒治模式與趨勢」等議題進行相關研究，進而建構醫院病人安全指標管理架構、確定影響精神障礙患者就業因素與評估工具、推廣原住民社區基因篩檢可行性、家庭暴力與性侵害之加害者團體治療之重要性、建立我國戒治標準，促進我國藥物濫用戒治品質、建立適用的本土化管制藥品依賴性與成癮性評估模式。
- 二、藥品領域：完成「環境建構生技製藥產業及法規之連結」、「新興生技產品管理體系之規劃與建立」、「推動GLP、GCP及建立臨床實

驗室作業標準」、「老年門診病患用藥品質與潛在致命性藥品交互作用之研究」、「慢性病連續處方箋釋出」、「法規服務單位的建置輔導或前置作業」、「醫療器材管理」、「濫用藥物檢驗科技、國內常見濫用藥物毒性評估與機轉及藥物濫用危害與防制之流行病學」、「中醫藥現代化與國際化」、「藥物化粧品檢驗與法規研究計畫」等相關研究，並提出具體政策建議，以期改變民眾衛生習慣與行為，增進民眾之健康福祉。

- 三、食品領域：分別進行「整合國人飲食、營養狀況與疾病關聯性及相關分析方法之研究」、「整合保健食品研發、功效評估及產品標準」、「完成健康食品之保護心臟血管功能評估方法」、「完成WTO時代下基因改造食品之管理及相關國際法規問題之研究」、「完成油炸澱粉類食品中丙烯醯胺含量分析」及「研發食品分析檢測技術」等，針對研究結果，建置國民營養監測管理機制、建立完善

之管理制度及符合國際規範之基因改造食品管理體系及食品安全風險管理體系、落實基因改造食品標示制度及建構相關法規、並擬訂「酒類添加物使用範圍及用量標準草案」、「健康食品之保護心臟血管功能評估方法草案」。

四、防疫領域：建立傳染性病致病原（如：抗藥菌株）、血清及相關檢體材料庫；整合傳染病通報系統之臨床與流病資料、病原體基本資料與病原體基因資料庫資料；建立完整的傳染病監測及診斷系統，以快速的獲知並診斷新興及再浮現傳染病的侵入，提升疫病檢測能力，有效控制疫情；建立疫情資料庫及電子資料交換系統，整合及強化疫情監視網，確保防疫緊急應變及動員能力；另藉由行為科學研究，加強公共傳播教育宣導，提高全民參與傳染病防治之能力，落實防疫全民化。

五、共通領域：

（一）醫藥衛生科技計畫推動與管理：已完成醫、藥、保健、食品、防災等領域科技研究計畫，共257件。

（二）推動科技研究成果管理與資訊化、人才培訓、舉辦國際性與區域性研討會、教育訓練與國際合作，辦理國際及國內學術研討會34件、13件論文發表於國外期刊、研究計畫實地查證3場次與成果發表會3場、科技新知演講16場次及科技管理人員訓練22場次；另完成自行研究計畫獎勵審查及所屬研究機構（含國家衛生研究院）組織績效評鑑。

六、生醫科技島計畫：推動「國民健康資訊基礎架構（NHII）整合建置計畫」、「建置台灣基

因資料庫Taiwan Biobank」及「建立臨床試驗與研究體系」等3個專案計畫，有助於把台灣建構為亞洲區域「基因體醫學研究重鎮」暨「人體臨床研究中心」，並可引導台灣具有優勢的資訊產業進入生技領域，讓台灣成為卓越的生醫科技島。

第二章 國家型計畫

國家型計畫包括防救災醫療體系、基因體醫學、生技製藥、農業生物科技及醫療數位學習等國家型科技計畫，其重點及成效如下：

一、防救災醫療體系科技計畫：建立與整合空中緊急救災救護醫療網、發展e化救護車標準作業模式、建立醫療衛生功能群緊急醫療救護教育訓練課程及訓練中心合適發展模式、總體醫療機構面對恐怖攻擊等突發重大事件發生時之應變模式及落實生物災變、毒化災、核災、飛航事故緊急醫療應變體系。

二、基因體醫學國家型計畫：進行肺癌等重要疾病基因體研究及臨床應用、病原體基因資料庫之建置、中醫藥之基因體相關研究及建立嚴謹之基因體醫學臨床試驗與相關產品之評估與審核機制。

三、生技製藥國家型計畫：進行10件中草藥臨床試驗計畫、進行2件西藥臨床試驗計畫及探索性臨床試驗及轉譯醫學臨床研究之輔導機制；建立監測/稽核機制，進而確實加強藥品優良臨床試驗之規範。

四、農業生物科技國家型計畫：建立及加強符合GLP規範之安全性評估及檢驗實驗室標準及管理規範。另配合行政院農業委員會核准田

間試驗之基因轉殖作物品系，進行食品安全性評估，建立我國開發之基因改造食品安全評估模式。

五、醫療數位學習國家型科技計畫：透過組織整體性的規劃，運用資訊科技，結合醫學中心、醫學會及專業數位學習資訊廠商等，整合國內衛生醫療體系資源及資訊專業人才，運用電腦多媒體及網路資訊科技，有系統建置國人常見慢性疾病之醫療數位學習課程，使民衆在時間及空間的限制下，能上網學習，獲得疾病預防保健知識，降低慢性病罹患比率，並協助慢性病病患及其家屬自我照護能力，提升專業醫事人員多元進修管道及素質。

第三章 國家衛生研究院科技計畫

醫藥衛生的研究成果，是奠定國富民強與競爭力的基礎。國家衛生研究院自民國85年成立以來，即以進行任務導向研究為重點，發展醫藥科技並培育醫學研究人才，提升國內高科技生物與醫療技術及醫藥產業，並協助政府制定適合國情之醫療保健政策。其研究重點及成效如下：

一、推展醫藥衛生研究，解決國內重要疾病

(一) 為提升國人的癌症治療水準，設立了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。另外也經由「台灣癌症臨床研究合作組織」，促進各醫學中心的合作交流，並爭取與國際大藥廠合作進行新藥臨床試驗。

(二) 進行第三期肝癌術後輔助性干擾素治療之中心臨床試驗；第二期Taxol加上UFT/LV治療晚期胃腺癌之臨床試驗；並完成隔週投予Gemcitabine加上Oxaliplatin及48小時灌注高劑量5FU/LV治療晚期胰臟癌之第一期臨床試驗；並參與數個新穎臨床試驗，希望能對台灣常見癌症之治療有所助益。

(三) 設立病毒檢驗與研究實驗室，發現HA與NA基因分別來自Victoria及Yamagata亞型之重組B型流感病毒，在今年成為南台灣B型流感病毒流行的主流。此外，發現台灣流感病毒的流行比WHO疫苗株提前兩年，這對我國疫苗的研發十分重要，且將相關研究結果，提供給各區域醫院、地區醫院之感染科、小兒科及醫療診所及本署疾病管制局等相關防疫單位參考。

(四) 針對我國工業區特有的職業疾病，與因環境污染所引起之疾病，包括戴奧辛、多氯聯苯、重金屬污染與砷之研究等。同時，進行有關我國健康風險評估的相關研究計畫，並利用建立的風險評估模型，針對美國牛肉進口問題，以超然且專業的能力來分析與提出建議，讓國民有更多的認知。

二、進行醫療科技及藥物研究，開發新產品與新技術

(一) 分子與基因醫學研究：建立基因體核心設施，並發展多項關鍵技術，組織「台灣應用性基因定位聯盟」。完成未接受過gefitinib治療之定序研究，發現肺癌病人基因突變和gefitinib療效有關。另外，建

立台灣第一個能做成色質原位雜交法的實驗室，並提供神經芽母細胞瘤之 MYCN 基因放大現象之檢驗服務。

- (二) 生物統計與生物資訊研究：應用嚴謹統計設計與分析之原理，與最先進的研究資料管理系統，推動並提升台灣生技醫藥研究水準，進行的計畫包括臨床試驗的設計與監督、建立生技藥品統計方法、發展生物資訊資料庫與利用統計模型、建構全國健康訪問調查之架構與資料協調中心等。
- (三) 生物技術與藥物之研究：整合新藥的研發設施，建置藥動力與藥物代謝實驗室，並陸續參與各項計畫，協助選擇具潛力的化合物，以作為進一步的最佳化修飾或臨床前藥物選擇之依據。
- (四) 醫學工程研究領域：進行人工心瓣、超音波組織影像分析、血液動力、非侵入式體表心電圖影像系統、三維PET影像重建、心血管疾病之分子影像研究及正子影像報導基因的開發等研究；動脈硬化症形成之機轉研究；推動創新的介入式磁振造影 (Imri) 研究。
- (五) 奈米醫學研究：成功將奈米粒子及光纖技術結合，運用到醫學相關的偵測，並建立其通透性之量化標準。藉由此各類組織在不同生理狀況下之血管通透性評估，將可對藥物傳遞系統在設計上或相關臨床醫學資料上，提供重要參數。

三、研究規劃醫藥衛生政策及預防保健制度

- (一) 衛生政策研究：以建立國內醫療衛生政

策研究合作網絡為目標，逐步完成多項重要研究。在國民健康訪視調查及其資料庫方面，完成山地、離島地區的報告；分析面訪和健保串連的資料，瞭解民眾就醫行為、意外傷害等議題，均已提供相關單位作為政策制訂之參考；另外，針對菸害預防政策研究之中，有13篇台灣菸害政策與流行病學論文由國際期刊“Tobacco Control”接受並匯集為“Taiwan Supplement”發表，對以實證為基礎作衛生政策之研究，立下典範；並建立糖尿病社區聯合照護網絡與長期監測計畫，建構國內糖尿病人血糖、糖化血色素、血壓、血脂等指標常模，供擬定台灣本土性糖尿病控管目標參考。

- (二) 出版「長期照護財務制度規劃」，從各個角度探討我國於未來建構長期照護財務制度應具備之條件；醫師研究人才培育研議案的分析，建議醫學專業發展應區分研究與臨床二個領域，讓有志於研究之醫師專心鑽研於研究，同時健保政策應改善現行健保給付制度，以額外津貼補助研究，使醫院願意重視研究工作，也鼓勵醫師投入研究。專科護理師培育研議案促成衛生署成立「專科護理師諮詢委員會」，作為負責統籌規劃我國專科護理師制度建置之單位，並促使訂定「專科護理師分科及甄審辦法」，使專科護理師訓練醫院之工作及專科護理師甄審之辦理有法源依據。

附 錄

| 附錄一 |		
衛生統計指標		108
| 附錄二 |		
衛生署94年度政府出版品		117
| 附錄三 |		
衛生署相關網站		126
| 附錄四 |		
衛生署免費諮詢專線		127



附錄一 衛生統計指標

附表1 人口重要指標

年別	總人口數 千人	人口結構			依賴人口 指數	性比例 (每百女子所占 男子數)	粗出生率 ‰	粗死亡率 ‰	自然增加率 ‰	0歲平均餘命			人口密度(人/ 每平方公里)
		未滿 15歲	15至 64歲	65歲 以上						計	男	女	
		%	%	%									
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	74.55	71.89	77.77	595
86年	21,743	22.60	69.34	8.06	44.22	106	15.07	5.59	9.48	74.58	71.93	77.81	601
87年	21,929	21.96	69.79	8.26	43.30	105	12.43	5.64	6.79	74.83	72.20	77.96	606
88年	22,092	21.43	70.13	8.44	42.60	105	12.89	5.73	7.16	75.04	72.46	78.12	610
89年	22,277	21.11	70.26	8.62	42.32	105	13.76	5.68	8.08	75.30	72.67	78.44	616
90年	22,406	20.81	70.39	8.81	42.07	104	11.65	5.71	5.94	75.58	72.87	78.75	619
91年	22,521	20.42	70.56	9.02	41.72	104	11.02	5.73	5.29	75.87	73.03	78.94	622
92年	22,605	19.83	70.94	9.24	40.97	104	10.06	5.80	4.27	76.14	73.40	79.31	625
93年	22,689	19.34	71.19	9.48	40.48	104	9.56	5.97	3.59	76.37	73.47	79.70	627
94年	22,770	18.70	71.56	9.74	39.74	103	9.06	6.15	2.92	(f)76.53	(f)73.72	(f)79.79	629
與上年 增減%	0.36	-0.64	0.37	0.26	-0.74	-0.96	-0.50	0.18	-0.67	0.16	0.25	0.09	0.32

說明：1. 經濟成長率以實質GDP（國內生產毛額）衡量

2. (f)係預測數

資料來源：內政部統計處

附表2 醫療保健支出重要指標

年別	年經濟 成長率 %	平均每人 GDP 美元	民間 醫療 保健 支出 最終 消費 百萬元	占國內 生產 毛額		各級 政府 支出 淨額 (會計 年度) 百萬元	醫療 保健 支出 占 率 %	行政 院衛 生署 支 出 占 率 %	中 央 政 府 總 支 出 (會 計 年 度) 占 率 %	國 民 醫 療 保 健 支 出 占 國 內 生 產 毛 額 (GDP) 占 率 %	消 費 者 物 價 總 指 數 90年=100	醫 類 指 數 保 健
				占 國 內 生 產 毛 額	占 民 間 消 費							
				%	%							
83年	7.1	11,613	264,295	4.09	7.00	1,826,367	1.58	0.71	5.05	89.93	86.11	
84年	6.4	12,488	315,464	4.50	7.65	1,910,066	1.53	0.70	5.49	93.23	87.48	
85年	6.1	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	15,271	622,110	...	...	...	...	...	...	103.46	110.97
與上年 增減%	-1.98	7.01	6.09	...	...	...	...	...	...	2.33	4.25

說明：經濟成長率以實質GDP衡量

資料來源：行政院主計處國民經濟動向統計季報、財政部財政院統計年報（表4當期價格計算）

附表3 醫事人力與醫療設施重要指標

年別	醫療機構											
	醫院								診所			
	西醫				中醫				西醫	中醫	牙醫	
	公立	私立	公立	私立	公立	私立	公立	私立				
家	家	家	家	家	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
與上年 增減%	1.00	-5.76	-4.50	-10.23	-3.42	-26.47	-50.00	-25.00	1.22	1.31	1.68	0.84

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	醫院按評鑑等級分									
	醫學中心		區域醫院		地區醫院				精神專科醫院	
	家	床	家	床	家	床	教學醫院		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
與上年 增減%	-8.33	-2.06	-11.11	-9.38	-1.95	7.32	-2.38	6.82	2.70	2.52

說明：1.醫學中心含準醫學中心

2.89年以前區域醫院含準區域醫院

3.精神專科醫院含精神專科教學醫院

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	所	所	所	所	床	床	公立		診所觀 看病床 數	床	一般 病床	急性 病床	特殊 病床
								私立	私立					
83年	369	338	12	11	8	103,733	94,270	37,586	56,684	9,463	45	37	29	7
84年	369	338	12	11	8	112,379	101,430	39,922	61,508	10,949	48	39	30	8
85年	369	338	12	11	8	114,923	104,111	40,125	63,986	10,812	48	39	31	9
86年	369	338	12	11	8	121,483	108,536	41,421	67,115	12,947	50	40	32	10
87年	369	338	12	11	8	124,564	111,941	42,838	69,103	12,623	50	41	33	10
88年	369	338	12	11	8	122,937	110,660	39,440	71,220	12,277	50	40	33	10
89年	369	338	12	11	8	126,476	114,179	40,129	74,050	12,297	51	40	33	11
90年	363	332	12	11	8	127,676	114,640	39,670	74,970	13,036	51	39	33	12
91年	363	332	12	11	8	133,398	119,847	41,904	77,943	13,551	53	40	33	13
92年	372	340	12	12	8	136,331	121,698	42,777	78,921	14,633	54	40	33	14
93年	372	339	12	12	9	143,343	127,667	43,865	83,802	15,676	56	42	34	15
94年	373	340	12	12	9	146,382	129,548	44,273	85,275	16,834	57	42	34	15
與上年 增減%	0.27	0.29	0.00	0.00	0.00	2.12	1.47	0.93	1.76	7.39	1.79	0.00	0.00	0.00

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												
	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	每一護產 人員服 務人數	醫事檢 驗師 (生)	醫事放 射師 (士)	營養 師	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
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	1,094	62,268	346	5,034	1,453	293
86年	137,829	25,730	3,299	749	7,573	2,871	21,246	1,023	70,447	309	5,389	2,266	515
87年	144,070	27,168	3,461	716	7,900	2,776	22,761	963	71,919	305	5,583	2,485	575
88年	152,385	28,216	3,546	696	8,240	2,681	23,937	923	76,252	290	6,015	2,500	656
89年	159,212	29,585	3,733	669	8,597	2,591	24,404	913	79,734	279	6,230	2,761	743
90年	165,855	30,562	3,979	649	8,944	2,505	24,891	900	83,281	269	6,542	3,152	778
91年	175,444	31,532	4,101	632	9,206	2,446	25,355	888	90,058	250	6,725	3,410	845
92年	183,103	32,390	4,266	617	9,551	2,367	25,033	903	95,747	236	7,055	3,557	895
93年	192,611	33,360	4,588	598	9,868	2,299	26,079	870	101,924	223	7,122	3,704	978
94年	199,734	34,093	4,610	588	10,141	2,245	26,750	850	105,183	216	7,323	3,880	1,056
與上年 增減%	3.70	2.20	0.48	-1.67	2.77	-2.35	2.57	-2.18	3.20	-3.14	2.82	4.75	7.98

說明：執業醫事人員自84年起含營養師，86年起含物理治療師、生，87年起含職能治療師、生
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 物 販 賣 業			藥 物 製 造 業		
	家	家	藥師親 自主持 家	藥劑生親 自主持 家	西藥販 賣業 家	中藥販 賣業 家	醫療器材 販賣業 家	西藥製 造業 家	中藥製 造業 家	醫療器材 製造業 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	55,804	*7,673	4,691	2,982	6,875	12,682	27,641	241	152	540
與上年 增減%	5.92	3.20	5.06	0.40	1.72	-0.24	10.90	-1.23	-11.11	22.73

說明：*：藥局家數兼營中藥調劑零售2339家。

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		食 品 衛 生 稽 查							食 品 中 毒 事 件		
	件	不合 格率 %	指 導 或 限 期 改 善			罰 款 處 理		停 業 處 理		件	患者 人	死者 人
			家	家	%	家	%	家	%			
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	8.76	104	0.05	8	0.00	251	5,283	-
93年	37,158	6.89	150,698	13,426	8.90	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
與上年 增減%	6.14	-0.53	19.78	12.14	-0.57	-56.78	-0.04	-50.00	0.00	-9.85	-11.57	-50.00

資料來源：衛生署統計室

附表6 疾病管制重要指標

年別	霍亂		嚴重急性 呼吸道 症候群		傷寒		副傷寒		痢疾		登革熱		登革出血熱 或登革休克 症候群		瘧疾	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
83年	2	2	-	-	218	48	...	...	374	220	1034	244	...	...	35	35
84年	3	3	-	-	227	47	...	...	684	573	1803	364	5	5	38	38
85年	-	-	-	-	280	68	...	...	448	263	1078	53	3	3	38	38
86年	1	1	-	-	283	54	...	...	588	426	772	76	1	1	48	48
87年	-	-	-	-	302	74	5	4	570	446	1353	334	14	14	49	49
88年	5	5	-	-	183	49	14	11	393	265	1109	65	4	4	32	32
89年	8	8	-	-	147	43	37	3	789	643	857	140	1	1	42	42
90年	-	-	-	-	172	59	47	11	2,020	1,630	1121	270	11	11	29	29
91年	2	2	-	-	135	54	64	18	1,006	725	15,221	5,388	242	242	28	28
92年	1	1	347	347	107	40	59	15	646	367	1583	145	2	2	34	34
93年	1	1	-	-	93	38	72	19	465	252	1421	427	7	7	18	18
94年	2	2	-	-	76	35	40	13	497	294	1083	306	5	5	26	26
與上年 增減%	100.00	100.00	-	-	-18.28	-7.89	-44.44	-31.58	6.88	16.67	-23.79	-28.34	-28.57	-28.57	44.44	44.44

說明：1.傷寒、副傷寒87年以前為合併一起統計

2.瘧疾26個確定病例均為境外移入；登革熱確定病例中有202例本土病例，104例境外移入病例。

資料來源：疾病管制局

附表6 疾病管制重要指標（續）

年別	麻疹		結核病		日本 腦炎		德國 麻疹		先天性 德國麻 疹症候 群		急性病 毒肝炎		流行性 感冒併 發重症		HIV 感染者		AIDS 後天免 疫缺乏 症候群	
	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定	報告	確定
83年	98	33	...	...	214	13	195	6	-	-	654	410	...	...	213	213	65	65
84年	42	-	...	...	284	27	122	2	-	-	1,387	958	...	...	264	264	100	100
85年	47	-	...	...	332	21	152	3	-	-	1,112	560	...	...	311	311	162	162
86年	67	5	...	...	342	6	112	4	-	-	1,264	511	...	...	383	383	135	135
87年	50	9	...	...	417	22	64	5	-	-	1,317	576	...	...	444	444	155	155
88年	23	-	14,730	12,344	412	24	31	2	-	-	1,031	485	5	2	507	507	180	180
89年	48	5	18,699	15,767	387	13	93	29	-	-	547	298	22	4	570	570	181	181
90年	50	9	18,889	14,486	400	33	84	17	3	3	992	769	29	7	689	689	165	165
91年	79	24	25,262	16,758	311	19	78	4	-	-	452	806	18	5	773	773	177	177
92年	59	6	22,362	14,074	309	25	53	2	-	-	381	338	52	16	857	857	225	225
93年	36	-	24,161	17,142	319	32	48	4	-	-	859	807	41	19	1,521	1,521	257	257
94年	39	7	22,666	11,836	306	35	43	7	-	-	882	785	91	33	3,403	3,403	506	506
與上年 增減%	8.33	-	-6.19	-30.95	-4.08	9.38	-10.42	75.00	-	-	2.68	-2.73	121.95	73.68	123.73	123.73	96.89	96.89

說明：HIV與AIDS病例數自91年起，以本國籍病例資料進行分析；91年以前，包含本國籍及外國籍病例。

資料來源：疾病管制局

附表7 保健類重要指標

年別	全民健保兒童 預防保健服務 平均使用數	全民健保成人預防保健服務 平均使用數		全民健保子宮頸 抹片檢查平均 使用數	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	271,450
88年	55.75	11.41	30.62	31.49	45	12.9	283,661
89年	65.67	12.27	33.47	34.97	48	14.0	305,312
90年	74.16	13.65	37.53	32.86	41	13.0	260,354
91年	77.88	14.06	41.17	31.98	39	13.0	247,530
92年	78.38	14.39	40.84	27.39	36	11.0	227,070
93年	62.21	14.37	38.87	29.13	34	10.0	216,419
94年	74.48	11.98	36.23	26.39	33	8.0	205,854
與上年 增減%	12.27	-2.39	-2.64	-2.74	-1.00	-2.00	-4.88

資料來源：中央健康保險局、內政部戶政司

附表8 健康及社會保險重要指標

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 (日)		
	千人	占臺灣 地區總 人口數	公保	勞保	農保	公保	勞保	農保	公保	勞保	健保	公保	勞保	農保	公保	勞保	農保
		%	全民健保			全民健保			全民健保			全民健保			全民健保		
83年	12,172	57.48	1,492.17	1,468.63	2,511.16	13.50	9.77	21.12	524	412	397	34,377	26,170	28,613	9.59	10.44	11.64
**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		
與上年 增減%	0.82	0.45	-0.17			-1.84			2.06			490			1.65		

說明：*自84年起本類資料係指全民健康保險
資料來源：中央健康保險局

附表9 死因統計重要指標

年別	國際簡略死因分類號碼		08~14			29			250,251,27,28*			181			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	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率	死因順位	死亡人數	每十萬人口死亡率
83年	112,238	532.27	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	554.62	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	562.49	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	551.84	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	558.47	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	567.87	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	561.12	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	566.97	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	565.08	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	575.63	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	590.28	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	611.34	1	37,222	163.76	2	13,139	57.81	3	12,970	57.06	4	10,501	46.20	5	8,365	36.80
與上年增減%	3.95	21.06		2.38	3.22		6.48	3.33		0.85	0.27		14.25	5.62		-1.04	-0.53

資料來源：衛生署統計室

附表9 死因統計重要指標（續）

年別	321			347			350			E54			26			嬰兒死亡率 ‰	孕產婦死亡率 每十萬人口死亡率
	肺炎			慢性肝病及肝硬化			腎炎、腎臟後群及腎變性病			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	5.07	8.05
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	6.43	7.59
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	6.66	7.68
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	6.35	9.20
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	6.57	8.84
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	6.07	8.46
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	5.86	7.86
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	5.99	6.91
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	5.35	7.68
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	4.87	6.61
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	5.30	5.54
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	4.97	7.27
與上年增減%		2.73	0.58		5.05	1.10		3.03	0.54		23.47	3.53		4.71	0.35	-0.33	1.73

說明：1. 嬰兒死亡率=(已完成戶籍登記之全年嬰兒死亡數/全年出生人數)×1000

2. 孕產婦死亡率=(一年內由於各種產褥原因所致孕產婦死亡數/全年出生人數)×100000

3. 死亡率與上年比增減之單位為每十萬人口增減數

資料來源：衛生署統計室

附表10 重要指標之國際比較

年別	平均餘命												粗出生率					
	中華民國		日本		美國		德國		英國		南韓		中華民國	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	%	%	%	%	%	%
82年	71.6	77.5	76.3	82.5	72.2	78.8	72.7	79.2	73.7	79.1	68.0	75.0	15.6	9.6	15.5	10	13.1	16
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	71.9	77.8	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	71.9	77.8	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	72.2	78.0	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	72.5	78.1	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	72.7	78.4	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	72.9	78.8	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	73.2	78.9	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	73.4	79.3	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	73.5	79.7	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	73.7	79.8	79.0	86.0	75.0	81.0	76.0	82.0	76.0	81.0	74.0	81.0	9.1	8.4	13.9	8.4	12.0	9.0
與上年 增減%	0.3	0.1	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.5	-0.4	-0.1	-0.1	0.0	-0.8

資料來源：OECD HEALTH DATA 2003

附表10 重要指標之國際比較（續）

年別	嬰兒死亡率						每萬人口醫師數						每萬人口病床數					
	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
	%	%	%	%	%	%	人	人	人	人	人	人	床	床	床	床	床	床
82年	4.8	4.3	8.4	5.8	6.3	9.9	11	17	25	29	17	10	48	162	45	97	51	37
83年	5.1	4.2	8.0	5.6	6.2	8.9	12	18	26	30	17	11	49	162	43	97	49	41
84年	6.4	4.3	7.6	5.3	6.2	8.5	11	18	26	31	18	11	53	162	41	97	47	44
85年	6.7	3.8	7.3	5.0	6.1	8.3	12	18	26	31	18	12	53	162	40	96	45	46
86年	6.4	3.7	7.2	4.9	5.9	8.0	12	19	27	31	19	12	56	164	40	94	44	48
87年	6.6	3.6	7.2	4.6	5.7	7.9	12	19	27	32	19	13	57	164	38	93	43	52
88年	6.1	3.4	7.1	4.5	5.8	7.8	13	19	28	32	20	13	56	164	36	92	41	55
89年	5.7	3.2	6.9	4.4	5.6	7.7	13	19	28	33	20	13	57	165	36	91	41	61
90年	6.0	3.1	6.9	4.3	5.5	7.6	14	21	28	33	...	14	57	...	...	...	...	...
91年	5.4	3.0	6.9	4.2	5.2	9.6	14	...	...	...	...	...	59	...	...	...	...	...
92年	4.9	3.0	6.7	4.2	5.3	...	14	...	...	...	...	...	60	...	...	...	...	...
93年	5.3	...	...	...	...	...	15	...	...	...	...	...	63	...	...	...	...	...
94年	5.0	...	...	...	...	...	15	...	...	...	...	...	64	...	...	...	...	...
與上年 增減%	-0.3	...	...	...	...	...	0.0	...	...	...	...	...	1.0	...	...	...	...	...

資料來源：OECD HEALTH DATA 2003

附表10 重要指標之國際比較 (續)

年別	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
	%	%	%	%	%	%	日	日	日	日	日	日
82年	72.8	82.5	64.4	82.4	77.8	76.8	10.5	46.4	8.6	15.0	10.2	13.0
83年	73.1	83.1	62.9	81.8	77.7	77.0	10.2	45.5	8.2	14.7	10.0	13.0
84年	68.6	83.6	62.8	81.3	77.9	66.3	10.2	44.2	7.8	14.2	9.9	13.0
85年	66.0	84.3	61.5	79.8	78.0	70.1	9.4	43.7	7.5	13.5	9.8	13.0
86年	63.1	83.9	61.9	80.4	78.7	69.7	9.2	42.5	7.3	12.5	...	13.0
87年	60.8	84.0	62.6	81.6	78.8	66.9	8.7	40.8	7.1	12.3	...	13.0
88年	62.8	84.6	63.4	81.4	77.5	66.9	8.5	39.8	7.0	12.0	...	12.0
89年	64.0	...	63.9	81.1	78.5	67.2	8.7	...	6.8	11.9	...	14.0
90年	68.7	...	64.5	80.1	...	67.3	8.8	...	6.7	11.6	...	13.0
91年	70.0	...	...	...	...	...	*8.8	...	...	...	...	...
92年	*66.0	...	...	...	...	...	*9.4	...	...	...	...	...
93年	*68.9	...	...	...	...	...	*9.7	...	...	...	...	...
94年	*69.2	...	...	...	...	...	*9.5	...	...	...	...	...
與上年 增減%	*0.3	...	...	...	...	...	*0.2	...	...	...	...	...

說明：*係一般病床

資料來源：OECD HEALTH DATA 2003

附錄二

衛生署94年政府出版品

期刊

流水號	期刊題名	出版機關/單位	出刊週期	統一編號GPN	創刊年月
1	全民健康保險雙月刊	中央健康保險局	雙月刊	2008500065	85年5月
2	全民健康保險統計	中央健康保險局	年刊	2008600134	86年8月
3	全民健康保險簡介	中央健康保險局	不定期	2008600193	86年12月
4	National Health Insurance Profile	中央健康保險局	年刊	2008700186	87年12月
5	全民健康保險統計動向	中央健康保險局	不定期	2009205641	92年2月
6	全民健康保險爭議審議委員會年報	全民健康保險爭議審議委員會	年刊	2008901170	89年3月
7	全民健康保險醫療統計年報	行政院衛生署/統計室	年刊	2009100699	91年5月
8	衛生統計(一)公務統計	行政院衛生署/統計室	年刊	2006100013	61年11月
9	衛生統計(二)生命統計	行政院衛生署/統計室	年刊	2006100014	61年1月
10	臺灣地區醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表	行政院衛生署/統計室	年刊	2008100073	81年1月
11	Health Trends and Vital Statistics	行政院衛生署/統計室	年刊	2008900477	89年6月
12	國民醫療保健支出	行政院衛生署/統計室	年刊	2008900478	89年6月
13	衛生統計動向	行政院衛生署/統計室	年刊	2008800097	88年12月
14	全民健康保險醫療統計年報	行政院衛生署/統計室	年刊	2009100699	91年3月
15	臺灣地區死因統計結果摘要	行政院衛生署/統計室	年刊	2008300043	83年1月
16	衛生報導	行政院衛生署/企劃處	季刊	2008000143	80年3月
17	中華民國公共衛生年報	行政院衛生署/企劃處	年刊	2008800168	88年12月
18	Taiwan Public Health Report	行政院衛生署/企劃處	年刊	2008900475	89年8月
19	藥物食品安全週報	行政院衛生署/FDA籌備處	週刊	2009403531	94年9月
20	中醫藥年報	行政院衛生署中醫藥委員會	年刊	2007100017	71年1月

附錄二

衛生署94年政府出版品（續）

期刊

流水號	期刊題名	出版機關/單位	出刊週期	統一編號GPN	創刊年月
21	疫情報導	行政院衛生署疾病管制局	月刊	2007300023	73年12月
22	臺灣地區傳染病統計暨監視年報	行政院衛生署疾病管制局	年刊	2008300045	83年1月
23	Epidemiology Bulletin	行政院衛生署疾病管制局	月刊	2007400030	74年11月
24	結核病防治年報	行政院衛生署疾病管制局	年刊	2009103336	91年3月
25	感染控制雜誌	行政院衛生署疾病管制局	雙月刊	2009200952	92年2月
26	Statistics of communicable diseases and surveillance report in Taiwan area	行政院衛生署疾病管制局	年刊	2009300465	93年1月
27	定點監視週報	行政院衛生署疾病管制局	週刊	2009404139	94年7月
28	CDC Annual Report : 2004	行政院衛生署疾病管制局	年刊	2009205617	92年12月
29	子宮頸抹片登記報告	行政院衛生署國民健康局	年刊	2008700074	87年8月
30	癌症登記報告	行政院衛生署國民健康局	年刊	2008200054	82年7月
31	管制藥品簡訊	行政院衛生署管制藥品管理局	季刊	2008800098	88年11月
32	無毒有我健康報	行政院衛生署管制藥品管理局	半月刊	2009205516	92年12月
33	藥物食品檢驗局調查研究年報	行政院衛生署藥物食品檢驗局	年刊	2007100003	71年7月
34	藥物食品簡訊	行政院衛生署藥物食品檢驗局	月刊	2006900031	69年9月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

期刊

流水號	期刊題名	出版機關/單位	出刊週期	統一編號GPN	創刊年月
35	藥物食品分析	行政院衛生署藥物食品檢驗局	季刊	2008200056	82年1月
36	臺灣癌症臨床研究合作組織通訊	財團法人國家衛生研究院	季刊	2008100075	81年10月
37	國家衛生研究院年報	財團法人國家衛生研究院	年刊	2009400670	94年4月
38	國家衛生研究院簡訊	財團法人國家衛生研究院	雙月刊	2008500061	85年1月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

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	臨床倫理委員會Q&A	行政院衛生署/醫事處	1009402484	94年7月
2	2005生技產品諮詢窗口Q&A	行政院衛生署/藥政處	1009401673	94年5月
3	用藥安全小百科：用藥錦囊 安全把關	行政院衛生署/藥政處	1009402026	94年6月
4	成人健康體位、挑戰1824：九十三年度成果報告	行政院衛生署/食品衛生處	1009402204	94年5月
5	每日飲食指南：成人均衡飲食建議量參考手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009402207	94年5月
6	國民飲食指標	行政院衛生署/食品衛生處	1009402208	94年5月
7	長大的秘密武器：3-6歲幼兒營養教育	行政院衛生署/食品衛生處	1009402209	94年5月
8	傑克與豌豆：1-3年級學童營養教育	行政院衛生署/食品衛生處	1009402210	94年5月
9	奇幻冒險健康當家：4-6年級學童營養教育	行政院衛生署/食品衛生處	1009402211	94年5月
10	營造孩子的健康人生：幼兒期營養參考手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009402212	94年5月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

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
11	傑克與豌豆，奇幻冒險，健康當家： 兒童期營養參考手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009402213	94年5月
12	舞動青春·健康加分：青少年營養參考 手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009402214	94年8月
13	珍愛身體·做我自己： 青少年體型意識與節制飲食參考手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009402215	94年8月
14	食品添加物使用手冊	行政院衛生署/食品衛生處	1009401036	94年2月
15	Taiwan Health Outlook 2005	行政院衛生署/國際合作處	1009401259	94年5月
16	Hospital Cares in Taiwan	行政院衛生署/國際合作處	1009403968	94年11月
17	台灣抗SARS紀實	行政院衛生署/企劃處	1009403435	94年10月
18	94年第四屆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	1009403400	94年10月
19	台灣地區2010年衛生指標白皮書	行政院衛生署/企劃處	1009403537	94年10月
20	2004衛生人員訓練專輯	行政院衛生署/企劃處	1009400567	94年1月
21	全民健康保險醫療費用總額支付制度問 答輯	全民健康保險醫療費用協定委 員會	1009401877	94年6月
22	中醫藥造字檔字典	行政院衛生署中醫藥委員會	1009400557	94年3月
23	建構台灣中醫臨床教學訓練環境暨病例 教學實務	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402479	94年8月
24	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（2004）	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402662	94年9月
25	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（2004）第一冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402663	94年9月
26	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（2004）第二冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402665	94年9月
27	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（2004）第三冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402666	94年9月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

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
28	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（2004）第四冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402667	94年9月
29	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（2004）第五冊	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402668	94年9月
30	臺灣中醫藥發展策略與成果：行政院衛生署中醫藥委員會成立10週年紀念特輯	行政院衛生署中醫藥委員會	1009402809	94年10月
31	中醫藥管理法規彙編	行政院衛生署中醫藥委員會	1009403364	94年10月
32	行政院衛生署中醫藥委員會科技研發策略暨委辦計畫(1996-2005年)研究成果	行政院衛生署中醫藥委員會	1009403755	94年11月
33	臺灣中醫行政要覽	行政院衛生署中醫藥委員會	1009403363	94年11月
34	傳統醫學與現代醫學對話論壇專輯(一) 傳統醫學與現代醫學對話的啟動與機制	行政院衛生署中醫藥委員會	1009403983	94年12月
35	中藥用藥安全與實務	行政院衛生署中醫藥委員會	1009404017	94年12月
36	全民健康保險藥品給付規定	中央健康保險局	1009401451	94年6月
37	孕婦健康手冊	行政院衛生署國民健康局	1009400175	94年1月
38	兒童健康手冊	行政院衛生署國民健康局	1009400113	94年1月
39	台灣地區民國91年國民健康促進知識態度與行為調查	行政院衛生署國民健康局	1009400150	94年1月
40	衛教魅力高手	行政院衛生署國民健康局	1009400159	94年2月
41	Taiwan Tobacco Control Annual Report 2005	行政院衛生署國民健康局	1009401251	94年4月
42	臺灣菸害防制年報	行政院衛生署國民健康局	1009401103	94年4月
43	健康九九，活力100：94年度健康宣導資訊彙集	行政院衛生署國民健康局	1009401471	94年5月
44	衛生所建築維護管理手冊	行政院衛生署國民健康局	1009402496	94年8月
45	子宮頸抹片登記報告民國93年年報	行政院衛生署國民健康局	1009402444	94年9月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

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
46	販售菸品停聽看學習手冊	行政院衛生署國民健康局	1009403117	94年9月
47	健康生活社區化采風錄	行政院衛生署國民健康局	1009402987	94年10月
48	三年有成-成長、茁壯、飛越	行政院衛生署國民健康局	1009403583	94年11月
49	與乳房的親密對話-台灣地區乳癌防治現況	行政院衛生署國民健康局	1009403754	94年11月
50	無菸職場工作指引	行政院衛生署國民健康局	1009403876	94年11月
51	無菸職場輔導經驗手冊	行政院衛生署國民健康局	1009403877	94年11月
52	2005菸害防制創意教學活動設計競賽成果手冊	行政院衛生署國民健康局	1009404308	94年12月
53	運籌帷幄動燭光機	行政院衛生署國民健康局	1009404494	94年12月
54	防疫檢體採檢手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009400015	94年2月
55	細菌實驗室品質管理系統	行政院衛生署疾病管制局	1009401365	94年4月
56	疑似傳染病死亡病理解剖作業參考手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009401380	94年4月
57	登革熱防治工作手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009400975	94年5月
58	炭疽病衛生防疫人員作業手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009401646	94年6月
59	登革熱戰役實錄	行政院衛生署疾病管制局	1009401888	94年7月
60	仁者無疆：南亞海嘯援助記錄專刊：防疫愛心，南亞紮根	行政院衛生署疾病管制局	1009401960	94年7月
61	天花衛生防疫人員作業手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009402366	94年8月
62	登革熱/登革出血熱 臨床症狀、診斷與治療	行政院衛生署疾病管制局	1009403278	94年10月
63	台灣瘧疾根除四十週年紀念展：導覽手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009403679	94年11月
64	結核病怎麼辦	行政院衛生署疾病管制局	1009404343	94年12月
65	肺結核病知多少?多問多答	行政院衛生署疾病管制局	1009404346	94年12月

流水號	出版品名稱	出版機關/單位	統一編號GPN	出版年月
66	性教育及愛滋病防治3D動畫影片暨教學手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009403550	94年12月
67	預防流感、新型流感問答手冊	行政院衛生署疾病管制局	1009404365	94年12月
68	臺灣撲瘧紀實	行政院衛生署疾病管制局	1009403126	94年12月
69	Malaria Eradication in Taiwan	行政院衛生署疾病管制局	1009403150	94年12月
70	抗瘧實錄-瘧疾根除四十週年紀念特刊	行政院衛生署疾病管制局	1009403155	94年12月
71	Fight Against Malaria- Malaria Eradication in Taiwan-Fortieth Anniversary Special Edition	行政院衛生署疾病管制局	1009403284	94年12月
72	常見濫用毒品圖樣彙編	行政院衛生署管制藥品管理局	1009402776	94年6月
73	濫用藥物檢驗相關解釋彙編	行政院衛生署管制藥品管理局	1009401500	94年6月
74	青春不搖頭 漫畫手冊	行政院衛生署管制藥品管理局	1009401994	94年9月
75	常見濫用毒品圖樣彙編	行政院衛生署管制藥品管理局	1009402740	94年9月
76	臨床試驗病患教育手冊	國家衛生研究院	1009400672	94年3月
77	重大健康危機事件之國家指揮體系及因應策略計畫總結報告書	國家衛生研究院	1009400804	94年4月
78	國家衛生研究院論壇十年	國家衛生研究院	1009400987	94年4月
79	台灣社會精神照護研討會--家庭照護與就業服務--彙編	國家衛生研究院	1009402003	94年7月
80	全國菸害防制策略會議總結報告書	國家衛生研究院	1009402107	94年7月
81	台灣健康地圖集（五）： 癌症死亡率—鄉鎮市區別 （全省地區）1998-2002	國家衛生研究院	1009403696	94年10月
82	台灣健康地圖集（二）： 癌症死亡率—鄉鎮市區別 （北部地區-北基宜，桃竹苗） 1998-2002	國家衛生研究院	1009403443	94年10月

附錄二

衛生署94年政府出版品（續）

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
83	台灣健康地圖集（三）： 癌症死亡率—鄉鎮市區別 （中部地區—中彰投，雲嘉南） 1998-2002	國家衛生研究院	1009403446	94年10月
84	台灣健康地圖集（四）： 癌症死亡率—鄉鎮市區別 （南部及東部地區—高屏，花東） 1998-2002	國家衛生研究院	1009403447	94年10月
85	台灣抗生素使用及細菌抗藥性政策建言	國家衛生研究院	1009403501	94年11月
86	第五期文獻回顧研析計畫	國家衛生研究院	1009403697	94年11月
87	安非他命類藥物與精神疾病	國家衛生研究院	1009403711	94年11月
88	飲酒與心臟血管疾病的關係	國家衛生研究院	1009403712	94年11月
89	飲酒行為之預防與戒斷	國家衛生研究院	1009403713	94年11月
90	飲酒與生殖危害	國家衛生研究院	1009403714	94年11月
91	牙周病與系統性疾病	國家衛生研究院	1009403716	94年11月
92	牙周病與免疫反應	國家衛生研究院	1009403718	94年11月
93	機能性食品與腸胃道功能	國家衛生研究院	1009403720	94年11月
94	身體活動與婦女健康	國家衛生研究院	1009403721	94年11月
95	身體活動與青少年健康	國家衛生研究院	1009403723	94年11月
96	身體活動與靜態工作者的健康	國家衛生研究院	1009403724	94年11月
97	兒少虐待及疏忽—醫事人員工作手冊	國家衛生研究院	1009404498	94年12月
98	承諾與挑戰—醫療保健政策研究組七年 回顧—研究成果與政策建言	國家衛生研究院	1009404499	94年12月

附錄二 衛生署94年政府出版品（續）

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	身體輕搖擺·健康跟著來 (1824搖擺操教學光碟)	行政院衛生署/食品衛生處	4509404093	94年12月
2	全民健保醫療爭議案例宣導	全民健康保險爭議審議委員會	4909400002	94年2月
3	中醫藥基因體研究及其核心技術 訓練DVD光碟書(一)	行政院衛生署中醫藥委員會	4509404539	94年12月
4	2005台灣菸害防制年報影音光碟	行政院衛生署國民健康局	4109401396	94年5月
5	腎臟保健廣播劇--愛腎臟小劇場	行政院衛生署國民健康局	4109401885	94年6月
6	產前遺傳檢測教育課程光碟	行政院衛生署國民健康局	4609402397	94年8月
7	新生兒篩檢教育課程	行政院衛生署國民健康局	4609402400	94年8月
8	腎臟病照護-認識腎臟病-教學者Flash	行政院衛生署國民健康局	4109402536	94年11月
9	腎臟保健-如何愛護自己的腎臟-教學者Flash	行政院衛生署國民健康局	4109402537	94年11月
10	國際旅遊傳染病資訊	行政院衛生署疾病管制局	4309401648	94年6月
11	登革熱衛教宣導VCD	行政院衛生署疾病管制局	4109402362	94年8月
12	阿嬤，邁擱哭啊！：預防禽流感、防疫大作戰	行政院衛生署疾病管制局	4509404349	94年12月
13	反毒宣導短片	行政院衛生署管制藥品管理局	4609403044	94年9月
14	青春不搖頭	行政院衛生署管制藥品管理局	4509404389	94年12月

附錄三 衛生署相關網站

行政院衛生署 http://www.doh.gov.tw	01	衛生統計資訊網 http://www.doh.gov.tw/statistic	16
行政院衛生署疾病管制局 http://www.cdc.gov.tw	02	自殺防治中心 http://www.tspc.doh.gov.tw	17
行政院衛生署國民健康局 http://www.bhp.doh.gov.tw	03	食品資訊網 http://food.doh.gov.tw	18
中央健康保險局 http://www.nhi.gov.tw	04	病人安全專區 http://www.tjcha.org.tw/safe	19
中央健康保險局台北分局 http://www.nhitb.gov.tw	05	台灣e院 http://spl.cto.gov.tw/doctor	20
中央健康保險局北區分局 http://www.nhinb.gov.tw	06	台灣e學院 http://fins.cto.gov.tw	21
中央健康保險局中區分局 http://www.nhicb.gov.tw	07	醫療憑證管理中心 http://hca.doh.gov.tw	22
中央健康保險局南區分局 http://www.nhisb.gov.tw	08	基因改造食品 http://gmo.doh.gov.tw	23
中央健康保險局高屏分局 http://www.nhikb.gov.tw	09	流感防治網 http://flu.cdc.gov.tw	24
中央健康保險局東區分局 http://www.nhieb.gov.tw	10	結核病防治主題網 http://www.ttv.c.url.tw/lung/index.htm	25
行政院衛生署藥物食品檢驗局 http://www.nlfd.gov.tw	11	反毒資源線上博物館 http://antidrug.nat.gov.tw	26
行政院衛生署管制藥品管理局 http://www.nbcd.gov.tw	12	衛生署線上申辦服務系統 http://e-service.doh.gov.tw	27
行政院衛生署中醫藥委員會 http://www.ccmp.gov.tw	13	中草藥用藥安全網 http://tcam.ccmp.gov.tw	28
行政院衛生署醫院管理委員會 http://www.cto.doh.gov.tw	14	優良健康資訊網 http://awards.doh.gov.tw	29
健康九九衛生教育資源網 http://www.health99.doh.gov.tw	15	健康促進學校數位學習網 http://www.allschool.com.tw	30

附錄三 衛生署相關網站 (續)

健康智商線上測驗 http://www.bhp.doh.gov.tw/asp/hq	31	醫藥衛生研究資訊網 http://www.hint.org.tw	39
衛生保健志願服務資訊網 http://vol.doh.gov.tw	32	藥物資訊網 http://druginfo.tmu.edu.tw	40
衛生保健便民服務入口網 http://chs-www.doh.gov.tw/cspt	33	新時代護理形象網 http://www.taiwannursing.tw	41
財團法人國家衛生研究院 http://www.nhri.org.tw	34	101拒菸大作戰網 http://www.ettoday.com/events/101	42
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 http://tjcha.org.tw	35	政府出版品網 http://open.nat.gov.tw	43
財團法人藥害救濟基金會 http://www.tdrf.org.tw	36	行政院公報資訊網 http://gazette.nat.gov.tw/	44
財團法人醫藥品查驗中心 http://www.cde.org.tw	37	全民健保醫療品質資訊分享 http://www.hcguality.helthe.net	45
財團法人罕見疾病基金會 http://www.tfrd.org.tw	38	不法藥物檢舉信箱 drug@doh.gov.tw	46

附錄四 衛生署免費諮詢專線

1 安心專線 (自殺防治諮詢專線) 0800-788995	4 菸害申訴專線 0800-531531	7 更年期保健服務專線 0800-005107
2 不法藥物檢舉專線 0800-058828	5 無菸餐廳專線 0800-571571	8 幼兒聽力篩檢諮詢專線 0800-800832(北區)、 0800-889881(南區)
3 戒菸專線服務中心 0800-636363	6 母乳哺育諮詢專線 0800-870870	9 黑心食品檢舉通報專線 0800-625748