

行政院衛生署中程施政計畫（99 至 102 年度）

壹、使命及願景

一、使命

衛生署主管之業務範圍廣泛，舉凡全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、健康促進及公共衛生等事項，都是攸關全國人民的健康與福祉，任何重大決策，都要符合國人對健康的期待。我們致力於檢討過去缺失，用心規劃未來藍圖，以「促進及保護全民健康，讓全民更長壽更快樂」當作使命，並以「全民健康的領航者、保障人民身心健康、縮短國民健康差距、促進生技產業發展、國際衛生先進國家」為願景。

二、願景

全民健康的領航者、保障人民身心健康、縮短國民健康差距、促進生技產業發展、國際衛生先進國家

貳、施政重點

一、現有施政重點及相關計畫執行成效檢討

（一）精進醫療照護體系，維護民眾健康

1、醫療與公共衛生服務體系再造：

- （1）一般急性病床數，已由 94 年之每萬人口 30.9 床提高至 97 年每萬人口 31.94 床。每萬人口急性一般病床最高與最低區域差距比已縮減為 2.05。
- （2）自 94 年至 97 年底已完成 17 個縣市累計建置 43 個社區公衛（防疫）群，另推動社區公衛群新型推展模式試辦計畫，計有 3 縣市衛生局參與試辦。

2、建立優質之緊急醫療救護體系：

- （1）以區域緊急醫療應變中心（REOC）整合各項特殊緊急醫療體系（化災、輻傷、毒藥物）及災難醫療隊。
- （2）進行高危險妊娠及新生兒責任醫院能力審查，自 95 年起至 97 年底參加計畫之高危險妊娠責任醫院為 77 家，新生兒責任醫院為 65 家。
- （3）推動創傷急症照護標準作業流程，並輔導醫院建立創傷照護管理機制，提升照護品質，自 96 年起至 97 年底有 22 家醫院完成實地分級訪查。
- （4）藉由醫療指導醫師，強化救護技術員技能，以及消防與衛生（醫院）體系之連結，自 95 年起至 97 年底已有 16 縣市參與。
- （5）97 年 10 月 16 日公告「急診五級檢傷分類基準」，建立客觀標準的資訊系統，提升急診病患之鑑別度，強化緊急醫療品質。97 年 7 月 17 日發布緊急傷病患轉診實施辦法。

3、強化精神衛生體系：

- （1）精神衛生法業於 96 年 7 月 4 日修正公布並開始施行，該法相關子法規已陸續發布。

- (2) 建置社區精神病患通報整合系統，並推動分級照護（1-5 級）訪視制度，自 94 年起至 97 年 12 月止，25 個縣市已登錄照護個案數為 98,665 人，並定期追蹤，以落實社區精神病患關懷訪視。積極辦理精神病患社區關懷照顧計畫，97 年總共補助 22 個縣市（金門、連江、澎湖除外），設置 67 名社區關懷訪視員提供此項服務，每一名訪視員每月至少訪視 30 名之個案。
- (3) 自 95 年起與法務部合作，由衛生署署立醫院與法務部各獨立戒治所共同辦理「戒治醫療整合試辦計畫」，至 97 年 12 月止，進入醫療處遇總人次約計 50,000 餘人次；衛生署草屯療養院辦理「治療性社區模式計畫」，截至 97 年 12 月止，共評估 228 人。
- (4) 95 年起至 97 年年底止，已輔導五個縣市為先導區及六個縣市為推廣區。啟動「自殺防治通報關懷系統」，提供通報個案關懷訪視服務，97 年共計通報 2 萬 4,180 人次，通報後分案關懷率達 98.7%，較 96 年 2 萬 3,006 人次及分案關懷率 96.4%，分別增加 5.1% 及 2.3%。
- (5) 設置自殺防治免費諮詢電話「安心專線」，安排精神醫療專業人員提供 24 小時之諮詢服務，97 年共計服務 4 萬 8,127 人次，較 96 年 4 萬 1,991 人次增加 14.62%。
- (6) 由衛生署協同相關部會共同辦理自殺防治守門人之教育訓練，97 年共辦理 143 場次，受訓者 1 萬 4,906 人次，較 96 年辦理的 129 場次、1 萬 603 人次，分別增加 14 場及 4,303 人次。

4、推展病人安全及以病人為中心之醫療作業：

- (1) 推廣病人安全，以病人為中心之醫療作業，建立病人安全通報系統，97 年度計 408 家醫院參與，通報件數為 25,283 件。
- (2) 函頒醫院病人安全工作目標及執行策略，97-98 年度計有用藥安全、感染控制、手術安全、預防跌倒、鼓勵通報、醫療溝通有效性、鼓勵病人及家屬參與、管路安全等八大目標。
- (3) 進行評鑑委員制度改革及評鑑流程改善，並辦理醫學中心任務指標試評作業。97 年度完成辦理 134 家醫院之實地評鑑、22 家醫院之不定時追蹤輔導訪查。
- (4) 辦理 97 年度醫學中心六大任務指標試評作業。

5、醫事人力規劃與推展全人照護訓練制度：

- (1) 定期評估臺灣地區醫事人力分布情形，97 年度配合中綱科技計畫辦理 3 項醫事人力研究計畫，發展醫事人員臨床教學訓練品質指標。
- (2) 核定 102 家醫院辦理 97 年度畢業後一般醫學訓練計畫；96 學年度畢業後一般醫學訓練計畫完成 1,341 名住院醫師訓練；辦理 24 場師資培育研習營，完成 1,310 人次導師及臨床教師培訓。
- (3) 辦理 98 學年度應屆畢業醫學系公費生分發說明會，並於 97 年 12 月完成 66 名公費生之分發作業。
- (4) 公費醫師培育制度自 64 年實施迄今，大約培育 5 千多位公費醫師，不論公立醫院、山地離島、偏遠地區醫師人力不足問題，都已逐步改善，達成階段性任務及

政策目的，因此衛生署經過審慎評估，並且執行立法院所作成公費生應逐年減招之決議，自民國 95 年開始，逐年減招 40 名公費生，並至民國 98 年完全停止招收。公費生之培育停止後，衛生署將對山地離島偏遠地區民眾醫療需求，制定相關配套措施：包括責由衛生署所屬醫院遴派醫師支援山地離島偏遠地區所不足之醫師人力、獎勵醫護人員前往醫療資源缺乏地區提供緊急醫療服務、透過健保給付措施鼓勵醫師前往偏遠地區服務，以及增加地方養成公費生之培育名額。

- 6、發展國際醫療衛生交流與推動醫療服務國際化：醫療服務國際化：自 96 年起至 97 年底參與衛生署委託執行之醫療服務國際化推動計畫共 29 家醫院及 1 家診所，並針對現行醫療服務國際化之現況，進行通路規劃與行銷，研擬不同服務模式策略規劃方式、持續推動醫療服務國際化平臺建立，輔導參與醫療機構推動醫療服務國際化相關工作。
- 7、強化護理人力培育、任用及功能提升
 - (1) 法規訂定面：修正「專科護理師分科及甄審辦法」。
 - (2) 人才培訓面：補助醫院辦理護理人員留任措施計畫。辦理友邦護理人員培訓計畫，以培訓國際護理人才。
 - (3) 制度面：於 94 年進行 6 項臨床護理人力配置模式相關研究。辦理全責護理模式試辦計畫。
- 8、健全社區化長期照顧及身心障礙醫療復健網絡
 - (1) 持續推動長期照顧十年計畫，規劃照顧管理制度與居家護理、社區及居家復健、喘息服務等項業務。經輔導後截至 97 年底全國 25 個縣市均已設立長期照顧管理中心。
 - (2) 保障身心障礙者權益，配合內政部修訂「身心障礙等級」暨「身心障礙者鑑定表」，並指定 239 家鑑定醫療機構，以提供身心障礙鑑定服務，97 年度補助 21 家辦理醫院醫療輔具服務工作。
 - (3) 衛生署自 96 年起，推動遠距照護試辦計畫，透過醫療照護與通訊科技的結合應用，發展社區式、居家式、機構式三種遠距照護服務模式。
- 9、加強山地離島及原住民醫療保健服務
 - (1) 強化山地離島及原住民衛生保健工作體系：推動部落社區健康營造，採「本土化」、「訂立健康議題」與「建立機制」三大方向推動；97 年計成立 2 個輔導中心及 75 個健康營造中心。
 - (2) 改善醫療保健設施方面：完成 94-97 年補助 17 家山地及離島地區衛生所（室）重建及空間整修及 6 家衛生所室修繕，以更新建築及延長房屋使用年限，另補助 2 家山地鄉直昇機停機坪修繕案。核定補助醫療設備 296 項及資訊設備 367 項，巡迴醫療車 17 輛，以提升偏遠部落的醫療服務品質及資訊設備，縮短城鄉醫療差距。

- (3) 加強醫療支援計畫：協調醫院支援其鄰近之山地離島偏遠地區、居家照護、衛教、巡迴醫療等工作，加強基層醫療保健服務。97 年辦理提升山地鄉衛生所醫師繼續教育訓練，由本署新竹醫院、屏東醫院及花蓮醫院等 3 家承辦本計畫。
- (4) 繼續補助澎湖、金門、連江、台東縣等四個衛生局辦理遠距醫療會診，97 年共計 25 個連線點，以提升離島居民醫療之可近性。
- (5) 辦理山地離島及原住民偏遠地區醫療影像傳輸 (PACS) 系統之建置：完成建置泰安鄉等 8 個點與衛生署醫院連線。
- (6) 強化山地離島及原住民地區共享醫療資訊系統，並建立即時性原住民族之健康資料庫，98 年預計完成 35 家 (73%) 建置案。

1 0、加強精神科及藥癮病患醫療照護：

- (1) 衛生署桃療、八里、草療、嘉療、玉里等醫院與法務部合作，每週由醫師、心理師、社工師、職能治療師、護理師等工作人員，進駐新店、台中、高雄、台東等戒治所提供戒治醫療服務，自 95 年至 97 年 12 月底止，治療人數計 6,236 人，醫療處遇計 52,782 人次。
- (2) 衛生署與法務部共同簽訂「藥癮戒治暨社區復健計畫－法務與醫療之合作模式」，由衛生署草屯療養院 95 年 12 月 26 日成立「茄荖山莊」實施毒癮戒治社區復健，自 96 年 1 月至 97 年 12 月共評估 235 人，收治 12 人。
- (3) 藥癮與 HIV (+) 替代療法減害計畫，由衛生署 22 家醫療院辦理，95 年 2 月起至 97 年底服藥人數共 4,495 人，服藥人次共計 184 萬 460 人次。
- (4) 衛生署嘉南療養院與地檢署合作緩起訴毒品病犯之減害試辦計畫，自 95 年 9 月至 97 年 12 月底止，共收案 258 人，服藥人次 45,873 人次。

1 1、關懷照護弱勢族群：

- (1) 衛生署於 95 年 8 月 1 日在花蓮豐濱成立國內第一家原住民醫院。
- (2) 衛生署署立醫院為服務 70 歲以上老人，於 95 年 1 月 1 日起免收掛號費，另自 95 年 9 月 1 日起設立快速門診。
- (3) 衛生署草屯療養院、玉里醫院自 95 年 8 月起增加 200 床精神養護床，連同原有養護床共計 1,717 床，用以加強精神病患收容。
- (4) 推動大溫暖計畫「弱勢家庭脫困計畫」，自 95 年 11 月至 97 年 12 月底止，協助就醫完成率達 100%，並補助 424 萬餘元；協助轉介案件數共 1,094 件。
- (5) 加強老人照護服務，設置護理之家及失智老人中心，計提供護理之家 2,326 床及失智老人中心 150 床 (97 年 12 月統計數據)。97 年度成立居家安寧服務團隊，由新竹等 6 家署立醫院，提供全人之安寧緩和居家服務，使罹患癌症老人能完成在地老化之目標。
- (6) 加強身心障礙口腔醫療服務：由衛生署基隆、台北、新竹等三家醫院先行推動身心障者牙科整體醫療服務試辦計畫，至 97 年 12 月底，已服務個案數計 1,834 人。推動「身心障礙牙科醫療服務網絡模式推廣計畫」，97 年度服務醫院計 8 家，服務量至少達 9,358 人次。

- (7) 漢生病病患人權照顧，97年8月13日總統明令公布「漢生病病患人權保障及補償條例」；97年12月5日樂生院民〈院內〉補償金發放完畢，共272人，4億9,262萬餘元；公費養護補助每人每月18,000元，其中零用金每人每月7,750元。

1.2、醫療藥衛生科技與衛生資訊系統的建置

- (1) 自92年8月至97年12月底止，累計製發醫事憑證IC卡16萬7,939張。建置「藥品交互作用資料庫管理資訊系統」，95年開放全國醫療院所及藥局即時檢查處方箋是否有交互作用，保障民眾用藥安全；至97年12月底止，共計12萬3,253人次上網點閱。
- (2) 97年度輔導10家醫學中心導入衛生署制定之12項電子病歷單張，進行院際電子病歷交換及接受民眾申請電子病歷，截至98年4月共計1,643位民眾申請電子病歷。
- (3) 自93年10月起統籌維運355個衛生所網站，提供民眾上網查詢健康資訊及相關服務，截至97年12月底止累計290萬6,904人次上網點閱。
- (4) 96年12月完成衛生資訊通報平台建置，至97年底導入203家急救責任醫院，將加護病床空床資料自動上傳至緊急醫療管理系統；推廣191家醫療院所使用死亡通報資料自動傳遞功能，提升通報作業效率及品質。
- (5) 94年6月完成全國醫療資訊網與政府網際服務網整合工作，提升傳輸速率並降低使用費用。96年度依據ISO 27001：2005資訊安全管理標準之要求，建置衛生署資訊中心、全國醫療資訊網服務中心及醫療憑證管理中心之資訊安全管理制度，並通過認證。另為加速衛生機關間之公文交換，衛生署公文電子交換中心於92年2月正式啓用，至97年底共595家機構上線參與。

(二) 落實保健防疫整備，免除疾病威脅

1、登革熱及其他病媒傳染病防治四年計畫

- (1) 國際機場辦理入境旅客體溫篩檢及登革熱快速篩檢(NS1)，降低登革熱境外移入之風險。
- (2) 進行本土登革熱流行疫情病毒株之基因序列分析，即時提供縣市衛生局參考，以瞭解可能感染來源並及時採取防治措施，且東南亞登革熱疫情嚴峻的威脅，境外移入病毒株之監測仍為登革熱防治工作之重點。
- (3) 加強衛教宣導，提升民眾對於前往流行地區之自我保護意識與措施。
- (4) 97年於嘉義縣等8縣市辦理「埃及斑蚊地區登革熱防治計畫」，成立滅蚊志工隊達568隊，各縣市均全面動員，使登革熱防治工作內化為社區活動的一部分。
- (5) 鑒於東南亞各國登革熱疫情嚴峻，我國登革熱境外移入風險增加，97年派員赴新加坡研習登革熱防治政策及前往泰國受訓，不僅促進防治經驗之交流，亦建立在國際衛生條例(IHR)架構下合作之聯繫管道。

2、我國因應流感大流行準備計畫

- (1) 督導各地方政府完成準備計畫之修訂，25縣市均依「因應流感大流行執行策略計畫」，完成其準備計畫之修訂。

- (2) 積極辦理國際合作，包括參與 APEC SMEWG Pandemic Influenza Train The Trainer's workshop、APEC EINet 第二次國際視訊會議、歐盟 FP7「跨國流感合作研究計畫」(AsiaFluCap) 及 ICID 國際研討會等。
 - (3) 辦理大流行時之大量物資配送之桌上演練，檢視防疫動員量能。另完成快速配送大量疫苗實兵演練，成功建立大量疫苗於 24 小時內送達 182 個指定地點之量能及流程。
 - (4) 96 年委託國外學者就我國準備程度進行評核，結果顯示我國總體完成度為 70%，相較於其他 28 國之平均狀況為優，總評為高度準備，具有相當創新之策略可供其他國家學習。
 - (5) 97 年度防治得宜，即使周圍國家陸續傳出病例，國內亦傳出少數禽類疫情，惟仍維持無人類 H5N1 流感病例之防治成果。
- 3、後天免疫缺乏症候群防治第四期五年計畫
- (1) 台灣發現愛滋病患 20 年來，在 95 年時感染者之成長趨勢首見反轉；97 年疫情持續下降，其中又以藥癮者大幅下降至 21.5%，減少最多。
 - (2) 建立良好跨部會合作模式，展現政府部門合縱連橫成果，為跨部會合作之最佳典範。
 - (3) 96 年「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」授權訂定之 11 項法規命令，自 96 年至 98 年已公告「人類免疫缺乏病毒感染者權益保障辦法」等 9 項，並完成研擬「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」及「行政院衛生署後天免疫缺乏症候群防治工作獎勵要點」草案，報請行政院核備中。
 - (4) 積極推展藥癮愛滋減害計畫，針對藥癮者進行相關衛教諮詢，並辦理清潔針具計畫與替代治療服務。使用過之針具回收率從初期不到 1%，逐步提升至 97 年的 61%；97 年並於全國 23 縣市共有 73 家醫院、14 個給藥點提供替代治療服務，服藥人數計 12,583 人，累計服藥人次 437 萬 7,135 人日，累計參與人數高達 25,683 人。
 - (5) 自 97 年起辦理「性病及藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫」及推動「擴大愛滋諮詢篩檢服務方案」，提升愛滋篩檢資源的可近性，並建置完成「愛滋諮詢篩檢線上檢核系統」，整合各縣市之愛滋篩檢服務管理平台。
- 4、結核病十年減半全民動員計畫
- (1) 為與世界接軌，參照知名國際組織 Stop TB Partnership (終止結核夥伴) 推薦之全球結核病防治計畫「The Global Plan To Stop TB 2006-2015」，研訂及執行國內的相關防治計畫。
 - (2) 推動結核病人直接觀察治療(都治)計畫，以「送藥到手、服藥入口、吃完再走」策略，有效降低治療失敗、個案復發的機率，將具傳染性之痰陽性病人納入都治關懷計畫，至 97 年底痰塗片陽性個案都治涵蓋率依世界衛生組織之公式達 100%，塗陽個案 DOTS 執行率 90.4%。

- (3) 建置「MDR 結核病醫療照護體系」，以收治較難醫治或是多重抗藥性之病人，97 年「MDR 結核病醫療照護體系」收案 199 位（累計 397 位），截至 12 月 31 日止，涵蓋率達 82.38%（318/386），收案個案之 2 個月痰抹片陰轉率為 64.77%，6 個月痰培養陰轉率為 69.09%。
 - (4) 97 年 4 月 1 日起推動「潛伏結核感染之治療計畫」，以潛伏感染治療幾乎無服藥副作用的族群--12 歲以下之兒童接觸者為第一優先執行對象，並配合執行「直接觀察預防治療法（DOPT：Directly Observed Preventive Therapy）」，截至 12 月底，合計加入人數共計 1,440 人。
 - (5) 自 96 年 9 月 1 日公告實施「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，阻斷結核病傳染源之國際傳播，為全球第 1 個採取此種措施之國家，提升國家國際形象；截至 97 年 12 月底，全台灣結核病出境管制之人數為 667 人。
- 5、根除小兒麻痺症、新生兒破傷風、先天性德國麻疹症候群及麻疹第四期計畫
- (1) 召開「傳染病防治諮詢委員會—小兒麻痺症根除成果保全組」會議，確認我國小兒麻痺症根除保全狀況，並提交證明文件至 WHO 西太平洋區署，展現防治成績。
 - (2) 持續維持幼兒之高疫苗接種完成率達 95% 以上，追蹤未按時完成的幼兒完成接種。同時繼續辦理國小新生入學預防接種紀錄卡查核及疫苗補種工作，97 年度查核結果，各縣市國小新生之持卡率已達 99.82%，各項疫苗之接種完成率則達 98.77% 以上，確實達到接種效益及防治成效。
 - (3) 因外籍人士攜入病原引發群聚感染事件頻傳，自 98 年 1 月 1 日起實施外籍人士等申請居留或定居時，不分性別均須檢具麻疹及德國麻疹等相關抗體陽性檢驗報告或預防接種證明。
 - (4) 三麻一風四項疾病均已趨近於消除／根除的目標，個案亦趨罕見，除藉由法定傳染病通報系統監測外，並持續運用各種管道（如出生通報系統、戶政死亡檔資料及麻疹實驗室主動監視等），主動搜尋可能之疑似病例，掌握疫情資訊，做為根除／消除之有力佐證。
- 6、肝炎防治第五期五年計畫
- (1) 辦理慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫，自 92 年 10 月至 97 年 12 月底，總計收案 52,391 人，其中 B 肝 34,530 人，C 肝 17,861 人。本治療試辦計畫係我國首度大規模提供免費之藥物治療 B、C 型肝炎患者，使患者避免惡化至肝硬化及肝癌。
 - (2) 辦理 B 型肝炎預防注射，完成率一直維持國際水平以上。針對高危險地區的 12 縣市 39 鄉鎮之 2 歲至國小六年級之學童進行 A 型肝炎疫苗接種，使山地鄉 A 型肝炎發生率由 84 年之 10 萬分之 90.7，大幅下降至 0（97 年），顯示實施成效良好。（97 年）
 - (3) 97 年計有 20 個縣市衛生局辦理慢性肝炎篩檢服務，B 型肝炎共篩檢 14 萬 6,624 人，其中 B 型肝炎陽性數 17,773 人，B 型肝炎陽性率為 12.1%，B 型肝炎陽性個

案追蹤完成數達 75.8%；C 型肝炎共篩檢 14 萬 6,627 人，C 型肝炎陽性率為 5.5%，C 型肝炎陽性個案追蹤完成數達 80%。

7、腸病毒及腸道、水患相關傳染病防治計畫

- (1) 藉由多元化疾病監視系統，於 97 年 1 月上旬監測到腸病毒 71 型較為活躍，即於 1 月 24 日成立腸病毒之應變小組，加強監測疫情發展。由於腸病毒疫情嚴峻，於 6 月 10 日成立腸病毒中央流行疫情指揮中心，統籌各項防疫作為與醫療資源之調度事宜。為防止第二波腸病毒疫情發生，實施第二波疫情防治績優縣市獎勵方案，有效控制病毒傳播，也因此未發生第二波腸病毒之疫情。
- (2) 97 年委託衛生局辦理「加強腸病毒防治計畫」，因應疫情嚴峻，與縣市衛生局共同辦理「腸病毒緊急疫情防治計畫」，並與行政院南部聯合服務中心共同辦理腸病毒緊急防治衛教，總計辦理種子人才培訓 256 場，培訓 9,855 人。
- (3) 97 年完成修訂「天然災害防疫緊急應變手冊」，並於中央災害應變中心設立時，進駐輪值。採購酚類消毒劑，並加強淹水戶消毒衛教工作及防疫物資資訊管理。

8、建構生物防護及 SARS 等新興傳染病防治網計畫

- (1) 建置完成「國家衛生指揮中心」及設置 IHR Focal Point，24 小時即時收集國內外疫情資訊，增進危機處理能力，迅速處理各種疫情，提升疫病監測通報資訊指揮之時效及量能。
- (2) 建構完整的資訊網路系統，建立並整合多元化之監視系統，達通報入口單一化之目標，有效提高疾病通報時效，迅速檢視及分析資料。
- (3) 儲備我國防疫量能，積極培養防疫尖兵、廣徵人才，提升防疫專業能力，並規劃儲備所需之防疫物資，成立傳染病防治醫療網，加強疫情防治之應變能力。
- (4) 建置「1922 民眾疫情通報及諮詢服務中心」，提供 24 小時中、台、英文民眾疫情通報及諮詢服務，並運用資源整合、異業結盟方式傳遞防疫訊息，全面建立提升全民疫病認知及預防行為之管道，以有效防止疫病的發生與散播。
- (5) 97 年完成 36 個國家之醫療衛生暨傳染病防治與專家資料庫之建置，及 6 個亞太地區參考實驗室執行策略之制定，並與英、法、美、日、新加坡等國之重要實驗室建立聯繫及合作網絡，積極參與國際防疫業務。另成立「境外防疫大隊」，以決戰境外為目標，於他國爆發疫病流行時，主動提供協助，提高國際能見度。

(三) 創造全民健保價值，保障醫療平等

1、健保收支管理

- (1) 在保險費收入方面，健保局依法令規定收取保險費，目前收繳率已達 98.5%，尚未收繳之保險費，多為弱勢民眾應繳納之金額。健保收支產生赤字，乃是由於收入及支出間缺乏連動機制，此為體制設計使然，再加上人口老化、醫療科技進步及醫療服務內容增加等因素，使得醫療費用之成長高於保險收入之成長。自民國 87 年起產生保險收入小於醫療費用之現象，為了減緩財務上的壓力，健保局致力推行各項開源節流措施及執行嚴格的財務監控，使得原預計僅能維持 5 年財務平衡之費率，持續經營了近 8 年才做調整，民國 91 年 9 月以維持 2 年財務收支平衡

且安全準備為零之最低幅度調整，將保險費率由 4.25% 微幅調整為 4.55%，再度延緩安全準備為零的窘境。另為因應健保財務危機，健保局陸續推動各項抑制不當醫療浪費措施，並自民國 94 年起實施「多元微調」方案，積極研議推動各項能增加收入及減少支出之措施，以延緩安全準備用罄之時機。實際執行結果，使原預估於民國 95 年底用罄之安全準備餘額維持為 11.96 億元，另民國 96 年 1 月起調降平均眷口數，同年 8 月起配合基本工資調整相關投保金額，另菸品健康福利捐於 98 年 6 月起由 10 元調整為 20 元，預估未來每年將可增加保險收入 80 億元，減少保險成本 7 億元，惟每年保險收入成長率仍低於保險成本成長率。由於全民健康保險安全準備餘額已於民國 96 年 3 月用罄，在保險收入成長有限，保險成本與保險收入缺口逐漸擴大情形下，預估民國 98 年之年度保險短絀將達 223 億元，而到民國 101 年年度短絀金額將達 529 億元，同時歷年累計短絀金額將高達 1,710 億元。

- (2) 在支出方面，實施總額支付制度及論病例計酬支付制度、推動支付標準合理化、調整住院及急重症醫療之支付點數、降低藥品給付價格、透過檔案分析及專案控管等方法，加強特約醫療院所違規查核，以控制醫療費用之成長。
- (3) 醫療利用合理化：加強高診次個案之輔導計畫，實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，杜絕醫療浪費。針對前一年門診申報就醫次數 ≥ 150 次，當年前一季門診申報就醫次數 ≥ 50 次，以及健保 IC 卡上傳每月門診就醫次數 ≥ 20 次之保險對象，藉以不同輔導方式，導正門診高利用量保險對象正確就醫行為。透過健保 IC 卡的功能設計，將病患以前之就醫資訊，提供醫師診療參考，減少不必要之檢驗或檢查，節省醫療資源。97 年每月門診健保 IC 卡上傳就醫次數超過 20 次者之病患共計 1 萬 5,128 人，輔導後，平均每人就醫次數下降達 4~6 成，輔導成效與輔導時間長短成正比。
- (4) 為縮小藥價差，健保局依「全民健康保險藥價基準」及「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」規定，自民國 88 年起共辦理完成 5 次藥價調查及價格調整，累計節省藥費約 282 億元。目前正辦理第 6 次藥價調查作業中。

2、合理分配醫療資源，提升就醫可近性及醫療照護品質。

- (1) 依全民健康保險醫療費用協定委員會之協定分配各部門年度醫療費用總額及實施計畫，以合理分配及充分運用有限之醫療資源。並因應總額支付制度之全面實施，積極建立以檔案分析為主軸之審查制度，進行醫院醫療利用異常之審查管理。
- (2) 自民國 92 年 10 月 1 日起，實施「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，並陸續將 B 型及 C 型肝炎治療新藥納入給付範圍，截至 97 年底止，參與院所數已達 190 家。對於醫療資源不足地區及山地離島地區，更放寬醫事（醫師）服務機構參與資格，以提升醫療資源缺乏地區民眾就醫之可近性與方便性。

- (3) 陸續辦理無中醫鄉巡迴醫療服務、基層醫師至醫療資源缺乏地區服務獎勵措施試辦計畫及牙醫師至無牙醫鄉服務(執業及巡迴醫療)獎勵措施,使醫療資源缺乏地區民眾獲得適當之醫療服務。
- (4) 推行全人照護的家庭醫師制度,提供民眾整體性的初級醫療,積極成立社區醫療群,建立家庭健康檔案,開放社區醫院醫療資源供基層醫師使用,建構雙向轉診合作模式。截至民國 97 年底止,全國已有 324 個社區醫療群,參加之基層診所所有 1,846 家,參與占率為 19.61%。

3、加強辦理弱勢保險對象就醫措施

- (1) 健保費補助,各級政府對特定弱勢者補助健保費,包括低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、中低收入 70 歲以上老人及 18 歲以下兒童、20 歲以下 55 歲以上之無職業原住民等;每年補助金額約 153 億元,補助人數約 204 萬人。
- (2) 欠繳保險費協助
 - A. 紓困貸款:具備「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」所訂資格之民眾,得向健保紓困基金申請無息貸款償付積欠之健保費及應向保險醫事服務機構繳納而尚未繳納之自行負擔醫療費用,一年後再開始還款,民國 97 年共核貸 8,708 件,金額約 5 億元。
 - B. 愛心轉介:健保局各分局協助轉介公益團體、企業及個人代繳其保險費。民國 97 年轉介成功之個案計 2,672 件,獲補助金額共 1,563 萬餘元。
 - C. 辦理分期攤繳保險費:不符健保費補助或紓困貸款資格,但因一時經濟困難無力一次繳清保險費者,可申請分期繳納,減輕其投保之壓力。至民國 97 年,共計 24.8 萬件辦妥保險費分期攤繳,金額為 64 億元。
 - D. 行政院於民國 97 年 1 月特別制訂「經濟弱勢健保欠費協助方案」,運用公益彩券回饋金及行政院第二預備金,對於符合社會救助法所定之低收入戶及全家人口平均收入介於最低生活費標準 1 至 1.5 倍之低收入邊緣戶,協助繳清先前所積欠的健保費,以幫助這些經濟特別困難民眾渡過短期難關,並協助其重新回到社會。計畫經費已全數執行完畢,共計協助低收入戶 3 萬 2,420 人,低收入邊緣戶 982 人。
- (3) 緊急醫療保障措施:為保障無力繳費保險者之就醫權益,對於未加入健保或有欠費之民眾,如發生急重症需醫療者,只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明,即可先以健保身分就醫,醫療院所於受理民眾就醫後,將證明資料傳真至健保各轄區分局作後續輔導追蹤。民國 97 年受理 2,455 件,費用 6,680 萬餘元。
- (4) 重大傷病就醫保障:符合重大傷病範圍並於健保 IC 卡登錄相關重大傷病之健保被保險人,就醫時可免繳部份負擔。截至民國 97 年底止,行政院衛生署已公告 30 類重大疾病列入全民健保重大傷病範圍,受益人數已達 79 萬餘人。

4、改善地方政府欠費問題

- (1) 截至民國 98 年 4 月底止，各級政府民國 97 年度以前累積未撥付數合計 611.55 億元，包括臺北市政府 349.32 億元、高雄市政府 181.24 億元、及臺北縣政府 44.32 億元及各縣（市）政府 36.67 億元。
- (2) 為確保債權，北、高兩市政府民國 96 年度以前欠費，分別於 93 年 1 月 13 日、95 年 7 月 17 日及 97 年 5 月 21 日移送強制執行。另臺北縣政府民國 97 年度欠費亦於 98 年 3 月 4 日移送強制執行在案。
- (3) 積極催繳欠費，臺北市政府積欠健保費補助款研提還款計畫，行政院及法務部行政執行署台北行政執行處均已積極介入協商。高雄市政府積欠民國 95 年度以前之健保費補助款所提 8 年還款計畫，業自民國 97 年度起依還款計畫清償舊欠。臺北縣政府積欠民國 97 年度健保費補助款，健保局將積極與該府協商還款計畫，另亦請板橋行政執行處居中協調處理。在縣（市）政府部分，由於行政院主計處已運用中央對地方補助機制，持續控管各縣市政府（北、高及北縣除外）保險費補助款繳納情形，自民國 90 年度起，各縣市政府已無新增欠費。至於台南縣及雲林縣政府民國 97 年度未依還款計畫攤還舊欠，健保局將依全民健康保險法第 29 條第 3 項規定，以衛生署函陳報行政院自其補助款中扣減抵充。另為避免地方政府欠費不斷增加，宜儘速修訂健保法第 27 條，將地方政府應負擔健保費補助款改由中央政府負擔。

(四) 強化民眾全面參與，實踐健康生活

1、健康的出生與成長，建構優質生育環境、維護兒童及青少年健康。

- (1) 自 93 年起全面實施網路出生通報，並於 97 年度通過 ISO27001 資安驗證，以確保出生資料的機密性、完整性及可用性。97 年度通報數共計 19 萬 8,468 人，通報率達 99.9%。
- (2) 營造親善且無障礙母乳哺育環境，推動母嬰親善醫療院所認證制度，通過認證之醫療院所家數自民國 90 年之 38 家，成長至 97 年之 94 家，產後一個月純母乳哺育率自民國 91 年之 27.4%，增加為 97 年之 44.7%。
- (3) 生育保健：95 年 7 月 1 日起將新生兒先天代謝疾病異常篩檢服務項目由 5 項擴增為 11 項，並提高篩檢費用之減免額度；95 年至 97 年共篩檢 60 萬 4,182 人，新生兒篩檢率 99% 以上，異常個案追蹤完成率達 95% 以上。補助孕婦接受產前遺傳診斷服務，補助人數由 94 年 31,376 人增加至 97 年 33,396 人，其中 34 歲以上高齡孕婦受檢率由 86.1% 增加為 87.3%，異常個案追蹤完成率均達 95% 以上；遺傳性疾病檢查 94 年至 97 年平均每年約補助 11,000 餘人；經檢查發現之異常個案，均予轉介診治及提供遺傳諮詢與照護。另，為確保遺傳服務品質，定期辦理機構評核，截至 97 年共評核通過臨床細胞遺傳學檢驗機構 26 家、遺傳性疾病基因檢驗機構 9 家及遺傳諮詢中心 11 家。在罕病防治方面，自 89 年至 97 年底止，審議認定及公告 173 種罕病，74 種罕病藥物及其適應症、40 種罕病特殊營養食品及適應症，各診療機構共通報罕病 2,909 案；成立罕病特殊營養食品暨藥物物流中心，補

助供應罕病個案維持生命所需之特殊營養食品，計儲備供應 32 項，另儲備 10 項罕病緊急用藥；提供罕病個案國際醫療合作代行檢驗服務，計補助 312 案。

- (4) 孕產婦及兒童預防保健服務：孕婦產前檢查利用率，95 年為 97.8%，97 年為 97.2%；兒童預防保健服務利用率，95 年為 69.5%，97 年為 69.2%，係因強化補助案件之審核機制所致；97 年 24 縣市學前兒童聽力篩檢率達 80.94%；接生醫院新生兒聽力篩檢普及率 39.4% (224/568)。
- (5) 國民口腔健康計畫推動兒童及青少年口腔健康，提供 5 歲以下兒童每半年 1 次牙醫師專業牙齒塗氟、口腔檢查、衛生教育等服務，以降低兒童齲齒率，94 年 7 月至 98 年 6 月底約服務 75 萬餘人次。自 91 年起全面推動國小學童含氟漱口水防齲計畫，計 25 縣市國小學童參加，學童參與率 98.5%。
- (6) 結合教育及社政單位資源，辦理「學齡前兒童斜弱視及視力篩檢計畫」，97 年 4 歲兒童受檢數為 136,934 人，初篩異常率為 14.1%，5 歲兒童受檢數為 204,862 人，初篩異常率為 14.9%，期能降低我國幼童斜弱視與近視發生率。
- (7) 推廣新住民兒童事故傷害預防照護計畫，施行安全學校推動前驅計畫，於 96-97 年總共有 15 家獲得國際安全學校認證。

2、健康的老化，加強糖尿病、高血壓、高血脂等慢性病防治，推廣預防保健服務。

- (1) 鼓勵縣市整合轄區醫療保健服務資源，結合成人預防保健服務、癌症篩檢等既有健康篩檢項目，並對高危險群個案進行衛生教育，異常個案進行轉介追蹤與管理，至 97 年計有 20 縣市實施。
- (2) 96 年訂定「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」。97 年辦理老人健康促進行銷活動，試辦 2 縣市資源整合式之社區老人健康促進工作模式；於 14 縣市 20 個社區推動銀髮族健康久久計畫；研撰 98-101 年「老人健康促進四年計畫」。
- (3) 93 年訂定 20 歲以上成人「代謝症候群之判定標準」，96 年予以修訂後，於 96-98 年辦理預防代謝症候群多元行銷活動；97-98 年辦理高、中、小學之主管及校護、營養師等之校園代謝症候群防治研習。
- (4) 自 96 年起將 25 個縣市糖尿病共同照護網絡，擴展為糖尿病防治網絡，97 年計 328 鄉鎮、1,869 家醫療院所（其中基層醫療單位 1,580 家）參與；輔導成立糖尿病友團體計 437 個；推展糖尿病健康促進機構計 136 家。另自 93 年起設置「腎臟病健康促進機構」，97 年加入醫療院所 77 家、98 年 86 家。健保局以前述機構模式為範本，95 年開始推動「pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」，協助病患延緩病程並做好透析前的周全準備，97 年計有 19,858 位新增個案接受照護。97 年 10 月開始進行為期三年之「慢性腎臟病防治科技研究計畫」。此外，設置更年期婦女保健免費諮詢專線，協助解決更年期婦女疑難問題。
- (5) 建置健康監測資料庫：自民國 90 年起每隔四年進行一次「國民健康訪問調查」，於 98 年辦理第 3 次調查，以隨時掌握國人之健康狀況。另以民國 78 年起所建立之台灣地區中老年人，進行世代長期追蹤調查，於民國 96 年完成第 6 次「中老年人身心社會生活健康長期追蹤調查」，以因應高齡化社會擬定相關健康政策參考。

- 3、創造健康的支持性環境，營造健康生活，推動國人運動習慣改善。
 - (1) 社區健康促進：以社區為平台，推動健康體能、健康飲食、無菸社區、無檳榔社區、銀髮族健康久久、安全社區與乳癌及子宮頸癌篩檢等議題，98年計22個縣市、155個社區單位參與推動。
 - (2) 推動職場健康促進：結合輔導專業團隊，95年起輔導職場推動菸害防制及職場健康促進工作，96年起推動健康職場自主認證，至97年底已有1,850家職場通過認證。
 - (3) 推動健康城市：目前已有臺南市等7個縣市區域加入世界衛生組織西太平洋健康城市聯盟(AFHC)。將持續輔導各縣市推動健康城市及申請加入AFHC。
 - (4) 改善國人運動習慣：推動動態生活，宣導「每日一萬步、健康有保固」，及推動「上班族健康操」，養成動態生活習慣，促進國人身體健康。
 - (5) 辦理「健康行為危險因子」電話調查，96年電話調查結果：18歲以上國人運動盛行率為51.5%，97年上升至55.1%。
- 4、推動菸害防制工作，提供多元化戒菸服務，建構無菸支持環境。
 - (1) 我國自91年開徵菸品健康福利捐，由於經費挹注於菸害防制工作，歷年成人吸菸率，分別自91年的27.1%、93年的23.99%、94年的22.63%、95年的22.10%、96年的22.27%至97年的21.92%，顯示推動菸害防制相關工作與策略，已逐漸發揮成效。
 - (2) 96年7月修正公告「菸害防制法」，自98年1月11日施行，並公布8項辦法。
 - (3) 加強菸害防制工作，97年地方主管機關執法菸害違規稽查21萬4,504家，取締8,093件。
 - (4) 提供多元化戒菸服務：提供免付費電話戒菸諮詢服務，92年開辦至97年12月累計提供服務約36萬人次。自91年9月起，持續辦理醫療院所戒菸服務補助計畫，於各縣市醫療院所開辦戒菸班，至97年12月，合約醫療院所計2,149家（各鄉鎮之普及率97%），計提供108萬6,951人次之門診戒菸治療服務。
 - (5) 建構無菸支持環境：97年輔導1,177家健康職場自主認證，將三人以上室內工作場所全面禁菸納入通過認證的要件；推動3,868所高中職以下學校成為健康促進學校，並有48所大專校院加入無菸校園行列；另亦透過各軍總部積極推行菸害與檳榔防制相關工作。
 - (6) 菸害防制法新規定加強宣導：針對98年1月11日實施的菸害防制新規定，運用多元化通路，進行分波段密集整合性宣導，以呼籲業者與民眾及早適應新的規定。
- 5、強化防癌宣導，推動主要癌症篩檢，提升癌症照護品質，推廣安寧療護及癌症病友服務。
 - (1) 防癌宣導：首部拍攝之口腔癌病友紀錄片-遺失的微笑，獲97年度政府出版品優等獎，並首度利用嚼檳榔者較常利用之加油站通路同時宣導，計達60萬人次。另，因應人類乳突病毒疫苗上市，製作相關宣導手冊及單張，如「女人私密筆記-

遠離子宮頸癌 33 問」、「遠離 HPV 魔法書」等發送至全國 25 縣市衛生局；並製作「子宮頸癌防治與疫苗接種教育-青少年教學影帶」，發送至全國國高中學校，及提供「子宮頸癌守門員-抹片檢查」、「認識子宮頸癌及人類乳突病毒」單張，供民眾索取及宣導使用。

- (2) 癌症篩檢：推動主要癌症篩檢服務，迄 97 年止，30-69 歲婦女 3 年內曾接受子宮頸抹片篩檢率達 56%；50-69 歲婦女 2 年內曾接受乳房攝影篩檢率達 12%；50-69 歲民眾 2 年內大腸癌糞便潛血檢查篩檢率達 11%；18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾二年內口腔黏膜篩檢率達 25%。至 98 年 4 月止，提供 30 歲以上婦女子宮頸抹片檢查 64.7 萬人；50-69 歲婦女乳房攝影檢查 8.7 萬人；50-69 歲民眾糞便潛血檢查 10.6 萬人；18 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾口腔黏膜檢查 39.6 萬人，並持續辦理中。
- (3) 癌症照護品質：97 年已完成 22 家醫院實地認證，該認證結果未來將納入醫院評鑑項目與醫學中心任務評量指標，以促使醫院落實「癌症診療品質保證措施準則」，並公告認證結果以供民眾就醫選擇參考。
- (4) 安寧療護及病友服務：補助醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務計畫，安寧療護涵蓋率已由民國 93 年 15.4%提高至 97 年的 31%。在病友服務方面，與醫院及民間團體合作提供癌症病友服務，由 94 年服務 1 萬人次提高到 97 年之 11 萬餘人次。

(五) 加強藥物食品管理，確保衛生安全

1、建立嚴謹而有效率之食品藥物查驗登記體系，與法規國際協合化：

- (1) 受理健康食品個案審查申請案件，97 年受理 48 件及完成 34 件。於 97 年 2 月開始施行委託審查後，案件整體審查時間明顯縮短許多，以 97 年平均辦理時間而言，為 143 天/件（不包含廠商補件時間）。使我國生技產業更加蓬勃發展，進而提升生技品質，促進國民健康。另，委外單位義務提供輔導諮詢服務，協助國內健康食品申請及相關法規之諮詢，97 年共計有 835 件次。
- (2) 編修及公告 27 件藥政相關法規，並辦理相關法規溝通及說明會；持續更新國內相關規範以符合國際標準，透明化的簡化臨床試驗申請流程（「台灣藥物法規資訊網」問卷調查，其中以「法規查詢功能」之滿意度最高 87.18%）。
- (3) 受理新藥臨床試驗申請案件，97 年度完成臨床試驗新案審查案件數 205 件、複審案 465 件、58 件銜接性試驗評估案、新藥（含生物藥品）查驗登記審查案 101 件。相關審查案件數目有明顯成長，審查天數亦較前一年有顯著縮短 10%到 20%。
- (4) 完成 128 件國產醫療器材廠認可登錄及後續稽核案件審查，及 661 件輸入醫療器材廠認可登錄及後續稽核案件審查，以確保國內外醫療器材廠均符合 GMP。
- (5) 持續推動藥物貿易通關自動化、建置藥物資訊相關資料庫與查詢系統（包括藥物仿單外盒包裝（11,111 筆）、藥品交互作用資料庫、藥品的中華民國輸出入貨分類號 CCC code（20,000 筆），推廣供各界（醫療院所、消費者及通關單位等）使用。

- (6) 提供生技法規諮詢單一窗口，協助國內生技製藥研發及法規之諮詢，97年共計有455件。
 - (7) 參與國際活動，推動國際協化與技術合作：包括參訪歐洲 EMEA、日本 PMDA 及中國，以瞭解各國藥物審查流程、機制及相互承認意見；參加藥品資訊協會 (DIA) 年會、世界藥學會 (FIP) 年會、歐洲學名藥協會 (EGA) 年會、醫療器材法規協會 (GHTF)、亞洲醫療器材法規調和會 (AHWP)，以瞭解國際生技醫藥產業發展及法規趨勢；持續推動醫療器材國際換文及技術合作；舉辦 ICH Q8 Pharmaceutical Development 研討會、「APEC-LISF CPP 論壇」及「第四屆台日藥政管理交流」等國際會議。
- 2、建立新藥臨床試驗體系與產業連結，97年完成工作包括：
- (1) 整合國內現有臨床試驗資源，透過全面提升14家醫療機構臨床試驗之關鍵環境，共舉辦教育訓練累計167場、國際會議及招商活動27場、完成協調會議2場及抽樣查核臨床試驗中心2次，並協助本土37家廠商執行臨床試驗；持續性計畫訓練執行臨床試驗所需各類人才，舉辦6場初階訓練課程及2場進階訓練課程；持續運作健全之查核體系，推動藥品優良臨床試驗規範查核工作，完成29件醫院GCP查核、11家IRB認證通過及辦理3場業界查核意見之溝通座談會。
 - (2) 規劃及建立非臨床GLP認證查核體系：實驗室輔導7場次、GLP自願性查核3場次、舉辦4場GLP實驗室相關研討課程及1場查核員訓練。
- 3、加強查緝不法藥物、健全藥物不良反應通報系統，以保障民眾用藥安全：97年完成工作包括：
- (1) 建立偽藥及不法化粧品成分分析技術及安全性調查與訓練、宣導，以確保市售產品之安全性：建置50種藥品光譜資料庫，實地進行檢測民眾藥品，並完成北/中/南3場市售不法藥物研討會，修訂新版「近紅外線藥品鑑別系統培訓手冊」，派專家實地進行訪視35間社區藥局。
 - (2) 提升藥事專業水準，建立醫院釋出處方箋與醫藥合作模式，於3家公立醫院試辦，處方箋釋出率達21.1%。
 - (3) 正確用藥知識推廣：持續擴充與整合藥物資訊網，提供民眾及醫藥專業人員正確用藥資訊及線上藥師服務，完成電子報發送12次，全年度網站瀏覽人次達100萬人次；於媒體宣傳（廣播7,019檔次，報紙13次，雜誌報導3次，電視新聞報導2次）正確用藥「不聽、不信、不買、不吃、不推薦之五不原則」。
 - (4) 完成統計有關民眾取得藥物管道相關之行為調查結果分析並發表成果，分析1,000件廣告申請案件及違規廣告，整理常見不予核准及違規情節，並完成藥物廣告審查及管理手冊及寄送各地衛生局。
- 4、97年辦理10場不良品通報及回收作業宣導活動及ADR教育訓練；接受不良品通報約409件及上市後ADR約5,981件、臨床試驗計畫中不良事(SAE)累計1,298件、監視中藥品之定期安全性資料(PSUR)603件。

- 5、建立風險評估之食品衛生管理制度：完成食品衛生管理法部分條文修正案，於 97 年 6 月 11 日總統令修正公布。每年召開「食品中毒防治工作會報」，針對防治重點進行相關議題之研討。加強食品廣告管理，97 年衛生機關查察違規食品廣告案件，計 19,322 件，其中由平面媒體、網路及電台查獲者共計 13,319 件，有線電視 6,003 件。各縣市衛生局針對食品違規廣告計開立 1,410 件處分書，共計金額為新台幣 7,757.6 萬元。定期辦理跨部會「環境保護與食品安全協調會報」，藉由建立對環境、養殖區全面且持續之監測制度，有效監控國內污染食品衛生安全事件之發生，並落實跨部會協調機制。
- 6、推動國內食品衛生安全監視計畫：推動食品衛生安全管制系統（HACCP）及稽核、建立肉品業者食品安全管制系統模式、餐飲業實施食品安全管制系統、建立加工食品追溯系統、強化肉品及水產品衛生管理、罐頭食品衛生管理、麵條業者自主管理、即食鮮食衛生管理、推動低溫及常溫食品物流業輔導計畫、包裝飲用水及盛裝水之查核、素食稽查抽驗、餐飲業衛生講習、食品標示管理、並且辦理食品衛生管理人員教育訓練。
- 7、參與食品衛生國際事務輔導業者自主管理之成果：包括、加強中國進口食品管理、提升東南亞進口農水產品管理成效、即時蒐集國際食品安全資訊，必要時發布食品消費紅綠燈資訊、加強通報作業，即時發布訊息、重建經濟部標準檢驗局資訊系統、膠囊、錠狀食品查驗登記。
- 8、進行國民營養法草案研擬及意見徵詢、進行 97 年度「嬰兒配方食品及較大嬰兒配方輔助食品營養素分析方法評估與市場監控」計畫、委託辦理「技術輔導國內市售包裝食品業者執行營養標示制度計畫」、公告「營養諮詢機構開業執照及營養師執業執照費額」。
- 9、執行國民營養狀況監測計畫，至 97 年底止，已完成 48 個鄉（鎮市區），6,189 人之訪視。
- 10、有效管理管制藥品，防制藥物濫用
 - （1）執行管制藥品稽核管理，94 至 97 年稽核 67,043 家次，查獲違規 989 家次，均依法處分。提升管制藥品證照核發作業之效率，平均核發日數自 5 日縮短為 2.9 日。建立免費之全國性多元化藥物濫用防制宣導通路，並辦理宣導活動，民眾對藥物濫用防制認知率達 90%。管理本署認可濫用藥物尿液檢驗機構，其全年檢驗量占全國尿液檢驗件數的 99.9%，並推動愷他命檢驗認可。訂定及執行「行政院衛生署協助毒品檢驗實施計畫」。
 - （2）加強新興濫用藥物需求面防制工作四年計畫，修正管制藥品管理條例及 9 項管制藥品分級品項及級數。加強毒品先驅化學品管制藥品原料藥流向之稽核，阻斷安非他命製造供應，95 年（甲基）安非他命緝獲量較 93 年大幅減少 94.3%。辦理「共用針頭吸毒導致愛滋病傳播危害之宣導認知率計畫」，並針對青少年製作「青春不搖頭手冊」。首次針對全國一般人口進行藥物濫用調查，對於瞭解國內民眾藥物濫用盛行率（1.2%）、濫用狀況及其相關影響因素；並建置管制藥品及

新興濫用藥物之毒性評估資料、檢驗及毒性函詢索引等藥物濫用防制政策之參考資料庫。另，與美國華盛頓大學共同合作辦理「新興毒品跨國多城市流行病學研究」計畫。

- (3) 藥物濫用防制科技政策研究計畫，進行藥物濫用流行病學調查研究。分析藥物濫用相關致死案例，深入探討藥物濫用致死之危險因子，進行使用多重濫用藥物毒性評估研究。研修「苯二氮平類藥品用於鎮靜安眠之使用指引」及「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人使用成癮性麻醉藥品注意事項」等相關規範。執行尿液中愷他命及低濃度安非他命類藥物之 GC/MS 定量分析，並據以修正「濫用藥物尿液檢驗作業準則」第 15 條及第 18 條閾值規定。

1.1、推動中藥用藥安全環境，提升中醫藥品質：

- (1) 94 年 10 月起中藥廠全面實施「優良藥品製造規範」(GMP)，截至 97 年 12 月底為止，國內已實施該項規範之中藥廠總數為 118 家。
- (2) 推動中藥製售品之產品標示制度，97 年修正發布「進口及市售中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則」，指定 324 種中藥材飲片品項其標籤或包裝應符合標示規定。
- (3) 強化中藥檢驗標準法規，97 年修正發布「藥品查驗登記審查準則」第 86 條，並陸續公告中藥濃縮製劑及中藥材含重金屬、污穢物質及黃麴毒素等各種限量標準。
- (4) 推行中藥炮製研究計畫，促進製程管控與品質管制規格之建立。
- (5) 94 年至 97 年辦理 41 場中藥產業人才培訓及 198 場用藥安全教育宣導活動，輔導業者及民眾正確辨識藥材，降低藥材誤混用比例。
- (6) 建置中草藥用藥安全資訊網，提供民眾用藥安全知識、強化中藥資源管理與建立資訊暨通路網絡。

(六) 發展中西醫藥生技，達成科技厚生

- 1、衛生署每年約執行 600-900 項研究發展計畫，年度預算為 40-50 億元，每年發表約 1,000-1,500 篇研究成果，包括國內期刊論文 150-180 篇、國外期刊論文 700-800 篇、國內研討會論文 300 篇、國外研討會論文 350 篇、國內專著 40 篇、國外專著 15 篇等。及完成技術報告、技術創新與提供技術服務並獲得國外(內)專利及技術擴散、促進廠商投資等。
- 2、建構優質衛生科技政策，植根衛生科技研發：針對重要衛生相關議題進行流行病學調查或衛生相關統計成果，可作為政策或施政計畫擬定之實證基礎來源已完成約 350 項；針對疾病或健康問題所發展的介入方案或運作模式，可作為擬定正式施政計畫的藍圖參考，已完成約 40 項；建立未來制定基準、標準或管理制度所需的基礎實證資料，或實質產出法規草案已完成 240 項；建立資料庫或平台，可提供衛生施政與管理所需之知識文件，或開放民眾查詢使用已完成 45 項；針對新興醫藥衛生管理議題進行政策探索研究或完成之法規初探報告，作為擬定施政計畫的參考已完成 53 項；針對已推行或試辦完成的政策或工作計畫進行成效評估，以回饋至政策或工作計畫的修訂已完成 18 項。

- 3、強化生命科學技術研究，邁向生醫科技產業：探索重大疾病的致病因子（risk factor），作為未來開發預防、篩檢、治療、照護等方案的標的已完成 31 項；從危險因子進一步分析具有鑑別性的生物標記（biomarker），作為未來開發檢驗試劑、藥物等標的；或藉由臨床試驗評估生物標記的可利用性已完成 28 項；致病機制利用基因體學、蛋白體學、生物資訊學等工具或動物模式，研究疾病的致病機制已完成 34 項；執行臨床試驗為推動台灣成為亞太臨床試驗重鎮，於「生醫科技島」計畫項下所執行的臨床試驗案數，含學術案 183 項及廠商贊助案 394 項；因執行科技研究計畫所形成的組織內、跨領域或跨組織合作團隊 54 個團隊。
- 4、推廣衛生科技服務，提升研發應用量能：對科學社群或目標服務對象提供服務項目，或者建立服務模式的數目已完成 7 項及提供之資訊服務或技術服務量。
- 5、97 年委託長庚醫院桃園院區及台北市聯合醫院規劃建置中西醫合作示範病房，進行臨床療效評估，發展最適當及最具成本效益的中西醫共同照護臨床治療路徑，進而提升中西醫整合臨床照護模式。

（七）積極參與國際衛生，促進國際接軌

- 1、積極參加 WHO 相關會議或活動。與友邦與友我之國家衛生部長建立聯繫，並爭取 4 大國際醫藥衛生組織，如世界醫師會等國際醫衛意見領袖支持我國參與世界衛生組織案。
- 2、98 年 1 月 WHO 幹事長辦公室主任 Dr. Kean 致函衛生署疾病管制局，邀請我國加入國際衛生條例（IHR）機制。衛生署疾管局取得 WHO 提供的 IHR「公衛事件資訊平台」密碼，直接掌握第一手國際疫情資訊，可同步和全球防疫資訊接軌。
- 3、衛生署於 98 年 4 月 3 日舉辦「由 World Health Report 看我國對 WHO 的可能貢獻」座談會，邀請學者專家分享經驗。
- 4、98 年 4 月 28 日 WHO 幹事長發函邀請衛生署葉署長金川，以觀察員身分參加世界衛生大會，邀請函正式列出葉署長官銜。第 62 屆世界衛生大會期間，葉署長金川與宋副署長晏仁與美國、日本、加拿大、歐盟、教廷等國官員展開雙邊會談，就衛生專業議題作交流。
- 5、我國持續爭取加入 WHO 五項機制，包括爭取參與 INFOSAN、FCTC、GOARN、Stop TB partnership 以及 IMPACT。
- 6、運用我國為 APEC 正式會員體身分，積極參與 APEC 衛生相關工作。於 2006 年及 2007 年出席 APEC 衛生部長會議，提供我國衛生經驗如 SARS 防治、愛滋病減害計畫等與各會員體分享；另運用我國衛生資訊強項，在 APEC 衛生任務小組中推動「旅客電子健康摘要標準化」、「遠距照護創新服務國際研討會」等計畫，提供最佳範例供會員體參考運用，建立我國在相關議題上具領導討論之地位。
- 7、積極與各國簽署衛生合作協定或瞭解備忘錄，並已完成簽署國家計 30 國。促成國內醫療衛生機構或團體與各國締結姊妹醫院或姊妹會等；與歐洲加斯坦衛生論壇合辦每年 10 月於奧地利加斯坦所舉辦之平行論壇。

- 8、推動辦理援外計畫：執行亞太、西非及中南美洲等區域國家醫療衛生合作/互動計畫以及友邦國家護理人員培訓計畫；我國流感專家並於中美洲區域衛生訓練中心講授流感相關課程。鼓勵民間團體積極參與國際衛生事務與援助，洽邀「北美洲台灣人醫師協會」派醫療團赴巴拿馬義診，並獲巴國高度肯定。衛生署與外交部共同成立「台灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）」：為有效整合政府與民間之國際人道援助力量，並辦理「援助菲律賓土石流物資」等國際緊急醫療人道救援計畫。
- 9、宣揚我國醫療衛生之成就：運用國際媒體，提升國際形象，自 2006 年至 2009 年，參加「杜拜國際人道救援與重建會議暨展覽會」，宣導我國醫療援助實錄；並在台舉辦「『Passion and Care: 2000-2006 台灣國際衛生人道援助畫冊』發表會暨國際急難醫療協助研討會」、「擁抱心世界－以全球觀點看人道援助之永續發展研討會」、「TaiwanIHA 愛無界線－國際醫療援助資源之整合、合作與展望研討會」；出版「Taiwan Health in the Globe」英文季刊，宣導我重要醫療衛生政策及施政成果。
- 10、辦理 WTO 課程：委託台大法學院於 96-98 年執行「國際經貿與公共衛生相關法律諮詢」計畫。

（八）發展衛生人力資源，強化施政效能

- 1、申請考試分發：由於戰後嬰兒潮世代將於近年逐漸退離職場，為避免衛生人才相繼流失影響衛生專業經驗之傳承及人才培育，自 98 年度起，本署透過提升公務人員考試及格錄取人員進用比例之方式，逐年增加衛生領域專業人才之進用，為本署培育新一代之衛生專業人才。截至 98 年 5 月底為止，本署暨所屬機關已申請年度考試及格人員分發已達 47 人，嗣後將視相關職缺之出缺情形，賡續申請年度考試及格人員分發進用。
- 2、組織學習：
 - （1）本署及所屬機關公務人員平均學習時數為 83.87 小時（本署學習時數 94.47 小時）、平均數位學習時數為 8.72 小時（本署部分為 9.1 小時）。
 - （2）訂定本署 97 年推動組織學習及績效評核實施計畫，本署所屬機關（構）、醫院共有 44 個（含中央健康保險局分局），辦理組織學習機關為 44 個，比例為 100%。
 - （3）營造優質數位學習環境、建構本署數位學習網絡。
 - （4）國家文官培訓所辦理專書閱讀心得寫作競賽，本署榮獲 97 年團體獎之優良獎。
- 3、進行衛生人員專業領域及內部專業人員人力培育：包括 97 年度辦理長期照護管理人員訓練，訓練總人數約 220 人；96 年至 97 年針對食品衛生管理人員進行人才培訓，共計培訓約 1,600 人次。另內部人員 97 年度共計辦理性別主流化訓練 36 場，其它如政策規劃及法制專業之培訓亦持續辦理中。

二、未來環境情勢分析

目前健康衛生組織在衛生相關人員及民眾參與的努力下，醫療體系雖已漸趨完善，民間產業對於醫藥衛生的逐漸投入與重視，以及人民組織與民眾個人對健康認知與重視亦提升，且在全球化與國際化以下，更促進知識與人才之交流，國內亦擁有優秀的醫療專業人才並逐步提高國際能見度。但未來將仍面臨人口老化、環境及生活多樣化，慢性疾病增加；全球化、地球暖化，新興

傳染病威脅防疫體系；醫院垂直分工與水平合作機制，未有效整合；長期照護需求增加，弱勢健康不平等；健保財務困境與現有體制仍須改善；食品及藥物安全與營養保健等健康問題之挑戰。

（一）健康衛生組織體系內部優勢（S）

1、醫療體系已漸趨完善

國內醫療資源已漸趨充足，至 97 年底每萬人口急性一般病床為 31.94 床，每萬人口西醫師數 16.03 人；建置全國六分區緊急醫療指揮應變中心及國家級災難醫療救護隊，以應付重大災難發生時緊急醫療救護需求，並成立全國自殺防治中心及建置安心專線；醫療體系漸落實以病人為中心，並建置臺灣病人安全通報系統，及以社區醫療為導向之整合性醫療照護，且完成醫院評鑑新制作業，建立定期不定時醫院評鑑追蹤輔導機制。全民健保制度獲國際肯定，民眾滿意度高，人人擁有健保 IC 卡，以資訊化管理並提供網路 e 化服務。

2、人口老化，弱勢族群、老人照護及健康促進議題受到重視

本國醫療及健保制度基礎健全，不但兼顧弱勢照護，且有助於長期照護發展，97 年「十年長期照顧計畫」正式施行，各縣市設置長期照顧管理中心，已朝向健康照護與社會照護資源相互整合邁進；行政院經建會自 98 年起進行長期照護保險先期規劃。國內護理教育普及，教育環境漸趨完整，護理專業品質備受民眾重視，國際學術交流暢通，有助護理品質的提升。健康促進議題漸受重視，衛生署國民健康局擁有若干全國性健康調查資料及主要癌症篩檢等資料庫，可供政策研擬、評價之參考。另外，社會上逐漸重視菸害防制，共同推動訂定防制菸害各項措施，有利推動健康促進相關業務。

3、傳染病防治、藥物食品衛生管理等法制趨完備

完成傳染病防治法與人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例之修正，落實傳染病防治相關作為。傳染病監測通報系統全面網路化，大幅提昇疫病資訊處理能力及時效性。成立「國家衛生指揮中心」（NHCC），建立分級化及標準化的傳染病防治醫療網，落實區域聯防運作。

在食品衛生管理方面，各類產業別逐步推動食品安全管制系統（HACCP）制度，食品相關主管機關成立跨部會溝通管道，中央與地方衛生單位已逐步建立資訊化系統，以有效縮短協調時間。與其他國家衛生單位進行藥物管理合作交流或相互認證，有助於法規國際化及開拓我國製藥產業之外銷市場。隨著食品貿易全球化之蓬勃發展，進口食品之種類與型態日益複雜，衛生安全的問題也日趨重要，挑戰隨之而來，影響邊境管理之成效。為強化進口食品之管理，保障國民健康權益，世界各國均採行諸多強化措施。各類食品於國際間流通頻繁，不安全食品事件均同時影響其他國家，為在有限人力及資源條件下，加強對進口食品安全管理，以保障國人飲食健康，本署於 96 年修正發布「輸入食品查驗辦法」，加入風險管理概念，將輸入食品邊境查驗改為「三級式」管理，對檢驗不合格之同產地、相同產品增加抽批查驗比率，同時，本署亦針對特定高風險地區進行年度加強抽驗。為因應日漸複雜之進口食品管控與稽核機制，同時亦針對日益增多之國際食品安全警訊資料及時且有效之處理，重建一套具查詢、核對、統計、分析及風險管理等多功能之資訊系統極為重要。

另對於中草藥新藥開發的相關法規已陸續制定完成。管制藥品管理條例對於醫療院所使用及管理皆有規範之法源，以及完善的濫用藥物尿液檢驗機構認可管理法規制度。

98年5月12日立法院通過「食品藥物管理局組織法」；將原衛生署食品衛生處、藥政處、藥物食品檢驗局、管制藥品管理局四個單位加以整併，成為事權統一的新機關。統合相關單位的事權與執行量能，強化食品藥物衛生管理機制，同時配合整體生技製藥產業發展政策，提升食品藥物管理、檢驗及研究之水準，為國人之健康嚴格做好把關工作，保障消費者之權益。

4、生物科技之研究發展漸受重視

衛生署具備帶動國內衛生醫療合作研究團隊形成之能力，除成立國家衛生研究院，並與國內各大學共同舉辦各類學術活動，更組成合作研究群，為特定的醫藥衛生問題謀求解決之道。已推動基礎及臨床的跨領域整合性醫學研究計畫，如：中老年健康因子及健康老化研究、物質成癮整合性研究計畫，與建置衛生政策研究資訊系統，並持續推動台灣癌症臨床研究合作組織（TCOG）整合之臨床試驗計畫，建構政策研議平台、建立跨領域共識運作模式，促成研究成果落實於政策，整合與建置衛生政策研究資訊系統，有助研究發展。在促進健康產業發展方面，96年7月4日公布「生技新藥產業發展條例」，本署成立建立單一收件窗口機制，加強輔導廠商對查驗登記相關法規之瞭解、提供業者完整的諮詢服務，進而促進我國新藥研發。

5、擁有優秀的醫療專業人才並逐步提高國際能見度

我國因建構醫療體系、全民健保以及緊急災難應變系統，各項公共衛生建設經驗，使我國擁有優秀的醫療專業、科技及經驗豐富之人才，包括公共衛生、醫藥、衛生資訊、流行病學、基因研究相關高水準之專業人才。另透過多年來完善之中醫藥教考用制度，並培訓跨領域之研究人才，已累積相關專業證照之人力及知識與技術資本，我國中醫師的考試制度與認證管理較世界各國完善。又如本署與外交部合作設立的 TaiwanIHA，國際能見度逐漸提高，已累積推動參與國際組織之人力資源與能量。

（二）健康衛生組織體系內部之弱勢（W）

1、醫療體系及長照服務的資源尚無法充分滿足民眾的需求

基層醫療體系尚無法有效與預防保健、復健服務、長期照護等體系相聯結。緊急醫療救護業務涉及衛生及消防體系，跨部會間良好合作溝通之機制仍有待加強。自殺防治策略之研擬及其效益評估，雖參考全世界經驗，但仍在發展階段中。電子病歷之推動上政策誘因不足，病人資料之使用權限、個人隱私權之保障、資通安全尚未完成確立。國內長期照顧服務的資源尚無法充分滿足民眾的需求，中央與地方預算經費有限，專業人力培育仍在起步，照管專員流動率高，跨專業領域，業務整合不易。

2、藥物食品相關法規之即時性與整合性尚待加強

輸入食品查驗業務尚未整合，所涉及的各個主管機關仍各有立場，造成溝通的時間拉長。輸入食品查驗業務尚未整合，標準限量制定程序及產品審核程序耗時，無法滿足各類新穎產品之需求。為因應急速發展的醫藥生技產業需求及保護消費者用藥安全，我國藥物管理亟需整合現有科學審查量能，建立單一窗口輔導國內產業，檢討修訂符合國際

趨勢之法規，必與跨部會、跨國合作共同打擊不法藥物，以建構產品上市前研發、製造及上市後之完善管理一元化體系。

3、全民健保營運面臨瓶頸

自 84 年到 97 年，健保費收入的年平均成長率為 4.34%，醫療費用支出的年平均成長率為 5.34%，兩者間存有約一個百分點之落差，醫療保健支出持續增加，保險費入不敷出，預估至 98 年底，依權責基礎累計將有約 493 億元之不足。為平衡健保財務，依法應調整費率，惟考量健保法修正案正送請立法院審議中，費率調整當配合修法之進度及財務之需求。健保局已積極爭取補充性財源，來改善財務收支失衡狀況。另立法院會於 98 年 1 月 12 日三讀通過菸品健康福利捐調漲案，將菸品健康福利捐由現行 10 元調高為 20 元，課徵所得的經費將對健保財務帶來挹注。

4、經費與人力之不足

防疫技術需要精進、生技產業尚待扶植、健康促進、藥物食品衛生管理等衛生工作皆缺乏足夠之經費。衛生專業人員素質亟待提升，基層衛生單位人力不足，且業務輪替頻仍，有礙各項衛生業務之推動。部分專科別醫師人力不足，例如，癌症已連續 24 年蟬連國人十大死因之首，但是癌症專科醫師人力的不足日趨嚴重，年輕醫師選擇腫瘤科的意願低落，突顯國內缺乏該專科醫師的嚴重性。又出國旅運經費有限，且每年刪減，影響派員出席國際會議之機會。

(三) 外部環境之機會 (O)

1、全球化與國際化促進知識與人才之交流

資訊科技的應用、創新與網際網路的普及，使得知識之交流更加快速，為因應知識經濟時代來臨，知識管理與組織學習，更加速經驗傳承，並可以快速回應民眾的需求與提供更多樣化的服務。另藉由參加或主辦相關國際性研討會、赴國外參訪及加入國際組織等，更加有助專業人力之發展與進步。

2、民間產業對於醫藥衛生的投入與重視

近年來，民間產業界對於政策配合度提高，例如，台塑捐贈老人肺炎雙球疫苗，鴻海公司捐贈台大醫院進行癌症研究等，可見民間業者活絡，可有效建立夥伴關係，並提供政策推動的輔助資源。健康促進為國際全球新趨勢，健康促進議題常有民間團體主動參與推動。長期照護的需求增加。失能人口增加，長期照護的需求更加殷切，民間參與長期照顧服務意願高，多元服務資源等待開發。

3、人民組織與民眾個人對健康認知與重視提升

國人健康知識水準的提升，民眾對產品安全與品管之重視與日俱增，消費者支持食品衛生、藥物管理、防疫、健康促進等行動，有助逐步推動各項衛生政策。可藉由衛教措施，增進國人對傳染病防治及預防保健之認知，消費者熱心志工服務，另與藥物濫用防制民間團體及社區合作，辦理藥物濫用防制宣導，建立社區藥物濫用防制網絡，亦有利市場監督及健康生活營造。民眾對健保改革之期待，健保議題受重視，社會各界對弱勢族群的重視，有助健保改革措施之推動。

4、醫藥科技發展已成國際關注議題

健康照護產業逐漸發展，衛生、教育政策及醫療、社會環境之檢討修正，有助於各種健康照護產業的發展。世界健康產業興起，帶動醫療產業轉型並帶來生機。推動電子病歷可免印紙本，符合節能減碳之環保意識。與其他國家衛生單位進行合作交流或相互認證，有助於法規國際化及開拓我國製藥產業之外銷市場。中醫藥尚有發展空間，全球中草藥或植物性產品的銷售量持續快速成長，加入 WTO 後，各國貿易障礙降低，有利中醫藥向外發展，中西醫結合的風潮使中醫藥市場擴大。

5、國際衛生交流空間逐漸擴大

我國衛生醫療成就受普世肯定，國際間之非政府組織及學協會與我國合作的意願高，積極參與相關會議或計畫活動，或以舉辦論壇等方式，建立互動管道及資訊交流平台，可以建立相關領域之國際人脈，並爭取支持。國際間天災人禍不斷，我國可憑藉所具有之醫療衛生強項，透過短期緊急災難之醫療援助，以及中長期衛生合作之醫療援外實質進入國際社會，並彰顯台灣在國際衛生援助之重要地位。世界各國對醫療公衛能力建構的需求很大，幫助其他國家訓練醫衛人才，可以奠定我國在國際上之醫衛地位。伴隨著貿易自由化的發展及經濟全球化的趨勢，國際性經貿組織（例如 APEC、OECD 等）對於衛生安全或防疫議題日漸關注，並於其下建置相關之委員會或工作小組以爲因應。藉由國際組織對衛生議題之重視，可拓展我國與國際社會合作交流之機會。

隨著兩岸關係改善，加上友邦以及主要國家如美國、日本、歐盟等國之長期支持，WHO 幹事長依據該組織憲章所規定之職權，正式發函邀請本署葉署長金川以觀察員身分參加世界衛生大會，我國代表團乙行 15 人於 98 年 5 月參加第 62 屆世界衛生大會，與各國衛生部長會談，拓展我參與國際衛生事務之空間。

（四）外部環境的威脅（T）

1、全球化及地球暖化對公共衛生之威脅

近年因氣候暖化、環境變異，加上世界地球村的來臨，國際往來頻繁等因素，造成新興及再浮現傳染病之威脅日益增加，SARS 及 H5N1 新型流感等新興傳染病對全球公共衛生之嚴重威脅，國人入（出）國境或各國往來交通日益增多，各類傳染病入侵之風險增加，提昇傳染病防治困難度。在國際快速變動情勢下，加上消費者保護意識抬頭，國際貿易發達，產品安全已成爲國際關注之議題。藥物、食品及化粧品安全管理已面臨更嚴峻的挑戰，例如，因應我國加入 WTO 後，來自世界各國之輸入藥品增加，如何避免進口藥品之品質良莠不齊而影響國人用藥安全與有效性，乃成爲極重要之挑戰。

2、社經環境變遷及人口老化，所導致的健康問題

社會環境的變動、人口老化、少子化及慢性病增加等改變，使健康照顧體系面臨新的挑戰。罹患慢性疾病的人數也隨著平均餘命的增加而成長。國人十大死亡主要原因，以血管疾病及心臟病等慢性疾病爲主，其致病原因，除遺傳導致之生物因素外，主要與個人生活型態，如吸菸、嚼檳榔、飲食、運動習慣、是否定期接受疾病篩檢及環境危害等有重大相關，而個人生活型態又與社經環境條件息息相關。此外，社經弱勢群體，如較少教育、較低收入、較偏遠地區等社群民眾，常面臨健康不平等的情境，也是衛生政策的考驗。

3、科技發展之競爭與威脅

亞洲新興國家的生醫科技競爭力不容忽視，由於生技研究成果所帶動的附加價值高，國際間爭相發展，歐、美、日、韓等先進國家，不論從政府面或私人企業（如大型藥廠）對其醫藥衛生研究人才均有完整之培育系統，使其醫藥衛生研究能持續發展，並帶動其醫藥產業規模，國內環境相對下明顯不足。國科會報告顯示近年我國在醫衛領域的學術表現已經被韓國及中國大陸迎頭趕上。

近年來，新加坡及香港的研究成果表現相對亮眼，積極爭取亞太地區的領導地位。國內衛生政策研究環境的不利因素包含：國內衛生政策資源尚未系統化整合、對於衛生政策研究尚未系統性的支持及資源之整合與分享，不利於人才之養成與延攬，更削弱了學術研究之國際競爭力。其他如網際網路科技的發展，快速且無國界，增加食品、藥物管理的困難。又如新興科技運用於生育保健所衍生之法律、倫理、社會秩序等問題，都是科技發展帶來的威脅。

三、未來 4 年施政重點

（一）推展預防保健工作

- 1、建構無菸環境，強化癌症防治工作，擴大提供癌症篩檢服務，協助民眾遠離癌症威脅。
- 2、推展新一代兒童預防保健服務方案，推動老人健康促進計畫。
- 3、營造樂活社區與健康城市，鼓勵民眾實踐健康活力的生活；創造支持性之社會環境及提倡有益身心之生活方式。

（二）強化國家防疫安全

- 1、推動國家疫苗基金，積極辦理各項預防接種，加強全民防疫，強化疫情控制成效，提升自主防疫能力，落實疫病之監視及通報。
- 2、辦理傳染病防治之各項重大防疫措施，落實本土及境外移入傳染病防治。
- 3、推展我國因應流感大流行準備計畫，預作物資儲備工作，推動流感疫苗自製。

（三）促進健康照護升值

- 1、推動新世代健康領航計畫，建置急重症照護網絡，提升心理健康照護品質。
- 2、建構社區健康照護網絡，整合社區醫療資源，提升基層醫療照護品質。
- 3、營造以病人為中心之就醫安全環境，規劃「無論有無過失醫療事故救濟制度」，以改善醫病關係提升醫療品質。
- 4、推動智慧型醫療服務及國民健康資訊建設計畫，建立公共衛生資訊整合服務，促進健康資訊加值應用。

（四）促進國人健康平等

- 1、強化山地離島、偏遠地區及原住民醫療保健服務；持續辦理「山地離島醫療給付效益提昇計畫」。
- 2、從性別、教育、年齡、種族及地區等各層面，以健康平等觀點，提供各項健康照護措施。
- 3、加強精神科及藥癮病人防治，推動署立醫院開辦失智失能者社區照護服務。

(五) 強化食品藥物量能

- 1、組織再造，成立食品藥物管理局，加強進口食品及國內食品管理，落實源頭管理，重新建立輸入食品報驗查驗資訊管理系統及加工食品之追溯系統，落實源頭管理，整合食品安全資訊，促進資訊透明化。
- 2、持續推廣民間實驗室認可，聯合中央、地方及民間實驗室資源，建構實驗室監測網，符合國際標準組織認證規範，提升檢驗能量及時效，因應緊急動員檢驗之需。
- 3、建構國際接軌之藥物法規及審查環境，檢討修訂我國藥政法規、簡化審查流程，並推動與各國之相互認證及技術合作。
- 4、賡續推動建構中藥用藥安全環境計畫，促進中醫藥研究之科學化與現代化，並推廣中醫藥數位知識。

(六) 創造全民健保價值

- 1、中央健保局組織改制，提高服務效能。
- 2、推動健保改革，確保永續經營，減少醫療浪費，協助弱勢族群排除就醫障礙。
- 3、逐步導入全民健保住院診斷關聯群支付制度及論質支付，加速提升保險醫療品質。
- 4、透過推動家醫制度、超長期病患審查管理、監控急診暫留率及將急重症照護列為醫院總額之保障額度或獎勵項目等措施來提升醫院病床運轉率。
- 5、加強特約醫療院所之管理，避免其違法向病患收取各類自費費用。
- 6、透過各種媒體通路，增加健保財務管控狀況透明度，以增進民眾之瞭解。

(七) 健全長期照護體制

- 1、落實十年長期照護計畫，充實照護服務資源，持續發展長期照護保險服務之輸送及管理體系。
- 2、推動長期照護保險立法。

(八) 發展醫藥衛生科技

- 1、紮根衛生科技及醫衛安全研究，強化社會、經濟及環境因子對於公眾健康衝擊及公共衛生因應之研究，以防範於未然，及提升緊急應變之能力。
- 2、強化生命科學研究，發展國內生醫科技產業。
- 3、推廣衛生科技服務，提升研發應用量能。

(九) 活化國際衛生參與

- 1、積極參與世界衛生組織的活動及會議。
- 2、進行雙邊及多邊之國際衛生合作、援助及交流。

(十) 人力之培訓與羅致

- 1、逐年提升公務人員考試及格錄取人員進用比率，為本署培育新一代衛生專業人才。
- 2、強化組織學習各項活動及辦理組織學習成果及績效評核活動，提升員工平均學習時數，營造優質數位學習環境。
- 3、辦理衛生行政人員國內外進修及訓練計畫，提升各級衛生行政人員辦理衛生業務之能力及強化國際醫療衛生人員培訓。

(十一) 強化天然災害應變，推動災後重建工作

- 1、強化緊急醫療、心理衛生、防疫保健等災害前之減災整備、災害後之應變處置、災損情形與焦點問題及其相關之處置作為等。
- 2、加強天然災後重建，包括精神復健、心理衛生保健、醫療服務與公共衛生等重建工作。

參、關鍵策略目標、共同性目標、關鍵績效指標及共同性指標

一、關鍵策略目標

本署依據平衡計分卡精神之「業務成果」、「行政效率」、「財務管理」及「組織學習」等四大面向，訂定「強化民眾全面參與，實踐健康生活」、「落實保健防疫整備，免除疾病威脅」、「精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益」、「強化食品藥物管理，保障民眾健康」、「發展醫藥衛生科技」、「提高行政效能」、「改善健保財務，減少收支短絀」、「營造優質學習文化，發展人力資源」等八項關鍵策略目標，分別說明如下：

(一) 強化民眾全面參與，實踐健康生活（業務成果）

- 1、擴大辦理癌症篩檢，提升主要癌症之篩檢率，早期發現早期治療，減輕癌症病人負擔。
- 2、建置優質婦幼保健服務網絡，提升生育保健、遺傳性疾病及罕見疾病服務網絡品質。
- 3、辦理兒童預防保健工作，加強兒童及青少年事故傷害防制，維護健康權益。
- 4、制定健康老化政策，加強代謝症候群及慢性病之防治，提供整合性之老人保健服務。
- 5、創造健康的支持性環境，營造健康活力的生活，落實健康飲食與規律運動。

(二) 落實保健防疫整備，免除疾病威脅（業務成果）

- 1、推動成立國家疫苗基金，厚植國民免疫力，強化防疫知能；提升我國疫苗之自製能力及新技術檢驗能力，帶動國內防疫產業發展。
- 2、建構無菸環境，提供民眾全方位的健康照顧服務措施。
- 3、積極建構傳染病緊急事件應變能力及防疫決策指揮體系，強化邊境檢疫措施及增加境外防疫量能。
- 4、積極參與世界衛生組織的活動及會議。
- 5、進行雙邊及多邊之國際衛生合作、援助及交流。

(三) 精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益（業務成果）

- 1、推動健康照護加值措施，建置急重症照護網，提供完善醫療照護服務促進健康，提升醫療服務之效率與品質。
- 2、加速辦理智慧醫療照護，推動電子病歷、遠距醫療服務、醫院安全關懷 RFID、醫療影像數位化、影像傳輸及健康資料庫加值應用等項計畫，建立高品質醫療照護模式。
- 3、提高山地離島病患的醫療品質及醫療利用之可近性。
- 4、提升長期照護效能，規劃推動長期照護保險。
- 5、落實照顧罕見疾病病人，加強身心障礙者的健康照護。

(四) 強化食品藥物管理，保障民眾健康（業務成果）

- 1、強化食品、藥物、化粧品之管理與風險評估及流病調查統計機制，健全輸入食品管理體系及邊境查驗，落實源頭管理制度。
- 2、加強中藥材炮製規範、邊境查驗及落實源頭管理制度，加速中藥安全與品質提升。
- 3、發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗與研究水準。
- 4、確保管制藥品合理使用，強化藥物濫用防制體系。

(五) 發展醫藥衛生科技（業務成果）

- 1、紮根衛生科技及醫衛安全研究，強化社會、經濟及環境因子對於公眾健康衝擊及公共衛生因應之研究，以防範於未然，及提升緊急應變之能力。
- 2、強化生命科學研究，發展國內生醫科技產業。
- 3、推廣衛生科技服務，提升研發應用量能。

(六) 提高行政效能（行政效率）

- 1、檢討現行藥政法規，簡化審查行政流程，縮短藥物上市時間。
- 2、縮短食品查驗登記時間，提升行政效能。
- 3、進行署立醫院體質功能整合，精簡行政人力及推動資訊化。

(七) 改善健保財務，減少收支短絀（財務管理）

- 1、推動健保改革，適時修訂法令，確保永續經營。
- 2、積極實施各項開源節流措施，以減少財務收支短絀。

(八) 營造優質學習文化，發展人力資源（組織學習）

- 1、運用績效管理及人力資源之管理策略，發展員工專業知能及競爭力。
- 2、提升數位化組織學習，擴散及深化組織學習成效、提升業務績效。
- 3、提升衛生人員專業面、管理面及國際觀之核心能力，儲備各類專業人才，建立優質工作團隊。

二、共同性目標

(一) 提升研發量能（行政效率）

提升研發量能

(二) 提升資產效益，妥適配置政府資源（財務管理）

提升資產效益，妥適配置政府資源

(三) 提升人力資源素質與管理效能（組織學習）

提升人力資源素質與管理效能

三、關鍵績效指標、衡量標準及年度目標值

序號	關鍵策略目標	編號	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
1	強化民眾全面參與，實踐健康生活（業務成果）	1	主要癌症篩檢率之平均增加值	1	統計數據	提升主要癌症篩檢率之平均增加值： $(A+B+C)$	6%	10%	14%	17%

序號	關鍵策略目標	編號	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
						+D) ÷4 A：當年-98 年之（50-69 歲婦女近 2 年內曾接受乳癌篩檢比率）之差 B：當年-98 年之（50-69 歲民眾 2 年內曾接受結直腸癌篩檢比率）之差 C：當年-98 年之（18 歲以上嚼檳榔或吸菸者 2 年內曾接受口腔黏膜健康檢查比率）之差 D：當年-98 年之（30-69 歲婦女最近 3 年曾接受子宮頸癌篩檢比率）之差				
		2	18 歲以上國人運動人口比率	1	統計數據	（18 歲以上國人過去 2 週運動人口數÷18 歲以上人口數）×100%	56.8 %	57.3 %	57.8 %	58.3 %
2	落實保健防疫整備，免除疾病威脅（業務成果）	1	3 歲以下幼童完成各項常規疫苗接種率	1	統計數據	以 NIIS 系統資料（設籍該縣市當年度 3 歲以下全數完成各項常規疫苗之人數÷設籍該縣市當年度 3 歲以下人數）×100%	90.5 %	91%	91.5 %	92%
		2	18 歲以上人口吸菸率	1	問卷調查	（18 歲以上男性吸菸人口數 + 18 歲以上女性吸菸人口數）÷（18 歲	21.32 %	21.02 %	20.72 %	20.42 %

序號	關鍵策略目標	編號	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
						以上人口數) ×100%				
3	精進醫療照護體系，保障弱勢就醫權益（業務成果）	1	急重症照護網之完成度	1	統計數據	【建置急重症照護網之縣市數÷總縣市數】×100% （說明：完成度係指，每一縣市至少有一家重度急救責任醫院（一小時內車程可達）或每一縣市至少有一家中度急救責任醫院，且提供特殊急重症照護中心至少一處即屬完成）	40%	60%	90%	100%
		2	山地離島地區醫療服務次數比	1	統計數據	山地離島地區平均每人全年門診次數÷全國平均每人全年門診次數×100%≥100%	100%	100%	100%	100%
4	強化食品藥物管理，保障民眾健康（業務成果）	1	農藥殘留標準增修訂	1	統計數據	農藥殘留標準增修訂項目數	30項	30項	30項	30項
		2	訂定中藥材炮製規範，提升中藥品質	1	統計數據	制定常用中藥材（約200項）炮製規範之完成度	20%	40%	60%	100%
5	發展醫藥衛生科技（業務成果）	1	科技計畫被衛生政策參採之百分比	1	統計數據	科技計畫被衛生政策參採之百分比	95%	96%	96%	97%
		2	推動生技方案及產學合作，提升研發應用量能	1	統計數據	每年成立或輔導廠商案數及產學合作案數	17案	18案	19案	19案
6	提高行政效能（行政效率）	1	簡化審查流程，縮短藥物上市時	1	統計數據	縮短新藥審查平均天數之程度	5%	7.5%	10%	10%

序號	關鍵策略目標	編號	關鍵績效指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
			間			【(去年平均天數-當年度平均天數)÷去年平均天數】×100%				
		2	縮短食品查驗登記時間	1	統計數據	【(前一年度審查平均天數-當年度審查平均天數)÷前一年度審查平均天數】×100%	4%	5%	6%	6%
7	改善健保財務，減少收支短絀(財務管理)	1	落實政府欠費之催收管理	1	統計數據	欠費政府之年度還款情形	14億元	14億元	24億元	27億元
		2	投保金額查核	1	統計數據	以97年實績值為基準(15.2億)，每年成長5%	16.76億	17.6億	18.5億	19.4億
8	營造優質學習文化，發展人力資源(組織學習)	1	逐年提升年度考試及格錄取人員進用比例	1	統計數據	(申請年度考試分發人員數÷前一年度薦任第9職等以下非主管人員出缺數)×100%	25%	30%	33%	33%
		2	辦理衛生專業人員(含地方衛生局人員)訓練之班數成長率	1	統計數據	成長率=【(當年開班數-去年開班數)÷去年開班數】×100%	1.5%	1.5%	1.5%	1.5%

註：

評估體制之數字代號意義如下：

- 1.指實際評估作業係運用既有之組織架構進行。
- 2.指實際評估作業係由特定之任務編組進行。
- 3.指實際評估作業係透過第三者方式(如由專家學者)進行。
- 4.指實際評估作業係運用既有之組織架構並邀請第三者共同參與進行。
- 5.其它。

四、共同性指標、衡量標準及年度目標值

序號	共同性目標	編號	共同性指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
1	提升研發量能 (行政效率)	1	行政及政策研究經費比率	1	統計數據	(年度行政及政策類研究經費÷年度預算)×100%	0.006%	0.007%	0.007%	0.007%
		2	推動法規鬆綁：主管法規檢討訂修完成率	1	統計數據	(檢討訂修法規完成數÷主管法規數)×100%	5.2%	4.1%	3.8%	3.8%
2	提升資產效益，妥適配置政府資源(財務管理)	1	機關年度資本門預算執行率	1	統計數據	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)/(資本門預算數)×100% (以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)	90%	90%	90%	90%
		2	機關中程歲出概算額度內編報概算數	1	統計數據	[(本年度歲出概算編報數-本年度中程歲出概算額度核列數)/本年度中程歲出概算額度核列數]×100%	5%	5%	5%	5%
3	提升人力資源素質與管理效能 (組織學習)	1	機關年度預算員額增減率	1	統計數據	【(次年度-本年度預算員額數)÷本年度預算員額】×100%	0%	-0.21%	-0.20%	-0.16%
		2	推動終身學習	1	統計數據	是否依規定推動終身學習，並達到下列各分項標準者(各年度目標值填列符號代表意義：0代表「3項均未達到」、1代表「達	3項	3項	3項	3項

序號	共同性目標	編號	共同性指標	評估體制	評估方式	衡量標準	年度績效目標值			
							99	100	101	102
						到 1 項」、2 代表「達到 2 項」、3 代表「達到 3 項」) 【說明】：1、平均學習時數、平均數位學習時數、與業務相關平均學習時數均超過該年度最低時數規定。2、各主管機關將推動法治教育、人文素養及推廣數位學習(如營造優質數位學習環境、依業務性質及施訓需求發展數位課程、選送屬員參加數位學習人才培訓專班等)等工作納入年度訓練進修計畫。3、各主管機關及其所屬機關訓練費用占人事費用之比例均達 4% 以上。				