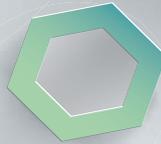
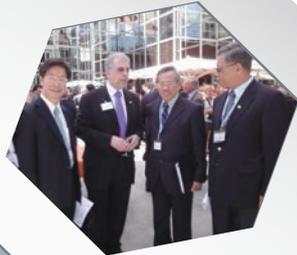


# 登高望遠的堅持

2011－2013衛生福利部邱文達部長的挑戰與因應









部長序 永續不變的堅持 ————— 4

楔子 行公義、好憐憫促進保護全民健康與福祉 — 6

part 1 基礎概論篇

### 應許·夢想的起始點

新任三月的四堂課	10
加強醫學倫理，重塑醫界形象（上）	16
加強醫學倫理，重塑醫界形象（下）	20
社會正義～政府對特殊及弱勢者的醫療照護	24
衛生署的品質政策	34
五大皆空，醫療會崩盤嗎？	44
美容醫學與教育制度寫下我國醫學史新頁	50

part 2 醫療衛生篇

### 跨步·時代的改革者

從美國 APEC 之行看臺灣的非傳染病防治	58
成立亞洲第一個獨立醫療科技評估中心	66
署立醫院的變革	72
談護理改革	80
以 WHO ICF 進行全國身心障礙鑑定	98
完備資訊隨時警戒預防 H7N9 流感疫情	106
我的策略地圖—拯救 MIT 食品的契機	110
化危機為轉機—美牛案與塑化劑事件	118
化危機為轉機—愛滋器官移植事件	126
化危機為轉機—北門分院火災事件	132
健康雲—雲歸何處？	140
捍衛食品安全衛生福利部責無旁貸	144
預防狂犬病「多警覺，多安心」	152
食用油攙偽事件	158

# 目錄 Contents

## part 3 福利落實篇

### 圓滿 · 幸福的祈願樹

漫談我國的罕見疾病照護	170
爭取黃金搶救時間修法推動 AED 救命術	178
二代健保的改革不只補充保費	184
建立長照服務網—邁向長照保險制度	198
署醫聯合啟動中期照護及失智失能照顧	208
解決醫療糾紛—率先推動生育事故救濟試辦計畫	214
改變觀念的時刻到了！—衛生與社會福利的整合	218

## part 4 未來願景篇

### 許諾 · 臺灣的未來式

持續專業參與，維護臺灣尊嚴	226
呼籲醫衛界，全力投入醫衛外交	232
臺灣衛生政策願景	242

附錄	衛生福利部近期要做的事	250
----	-------------	-----

# 永續不變的堅持

2011年2月9日是我來到衛生署服務的日子，對於長年從事醫學教學研究與服務的我來說，是一種完全不同以往的工作型態，所面對的已不僅僅是單純的醫療專業問題，而是全國民眾生命與生活安全的整體照護，以及臺灣健康永續經營的運作與深耕。不管是剛到任的前三個月或是即將屆滿三年的今天，各種不同的挑戰如排山倒海般地迎面而來，沒有所謂的適應期與磨合期，我都必須面對挑戰。

2011年，在公共衛生領域及醫界都發生許多事件，例如食安問題，與民眾飲食直接相關的塑化劑、「萊克多巴胺美牛事件」，甚至於2013年所發生的順丁烯二酸酐、油品混充及違法添加銅葉綠素等事件，在在考驗著我們的危機處理與政策改革能力。

捍衛食品安全，衛生福利部責無旁貸，我們推動食品衛生十大行動方案，建構全面食品安全改革措施，以提振民眾對臺灣食品安全的信心。並持續透過完整法規，健全食品產業的製造與銷售規範，落實有效行政管理監督，要許全民一個實實在在的食品安全環境，重新創造一個「食在安心」的社會。

醫界也是處在一個動盪的狀態，包括署醫貪污、逃漏稅等負面新聞造成社會觀感不佳、醫療五大科與護士人力吃緊問題造成的醫護品質影響等，更加強我對於醫學倫理的倡導及品質政策的推動，民國101年12月2日衛生署包括所屬機關獲頒ISO 9001:2008證書，通過ISO 9001品質管理系統驗證，而這只是一個開始，我們仍須繼續追求服務品質的進步，強化衛生福利行政及服務規劃、執行與監督，為提升國民健康與福祉，做最大的努力。

儘管有著種種挑戰考驗著我們，我們為民眾健康做最大努力與服務的信念依然堅定，尤其是在各項福利政策的擬定與執行，絕對走在全球前端，臺灣的公共衛生推動成果受世界國際肯定，堪稱是另一種臺灣的驕傲。1984年，臺灣首開先例，展開全世界最大規模的B型肝炎疫苗預防注射，一場「肝炎聖戰」奠定臺灣於全球公共衛生優質國家地位；全民健保的實施更成為全世界的典範；對於特殊及弱勢者的照護也是不遺餘力，臺灣是第一個以WHO ICF進行全國身心障礙鑑定的亞洲國家；照護罕見疾病患者，保障罕病基本醫療生存權，臺灣是全世界第五個立法保障罕見疾病病人的國家。為確保有限的醫療資源能更有效運作，提升醫療品質，我們成立了亞洲第一個獨立醫療科技評估中心（Health Technology Assessment, HTA），不僅讓臺灣國際醫療地位的再提升，更揚名於國際。

2013年7月23日衛生福利部成立，是民國60年行政院衛生署成立以來最大幅度的變革，將衛生醫療和社會福利合而為一，攜手併行，達到全人健康與福祉的新境界，並積極提升臺灣於國際的能見度。讚美的掌聲是給予我們的鼓勵，而負面的聲音與種種事件更是我們的磨練與挑戰，而身為首任部長的我，也將以「行公義，好憐憫」的座右銘，繼續往前走，做有意義的事情，再大的挑戰我都願意承擔。而這也將是我們永續不變的堅持！

本書多篇文章先後刊登於「常春」月刊，謹此致謝。

邱文達



# 楔子

## 行公義、好憐憫 促進保護全民健康與福祉

2011年2月9日在衛生署長的交接典禮上致詞，一方面心裡感到非常榮幸，另一方面亦體認到責任重大；衛生業務攸關全體國民健康，能夠擔任此項工作，是一項難得的榮譽，更是一项難得的使命。

### 以維護民眾健康為最高使命

由醫學大學的校長，踏入衛生行政領域，就如同許多好朋友所說的，這是一趟奇遇冒險旅程。內心固然興奮，但也深感忐忑不安。因為受到長官的器重與感召，以及許多師友的支持與鼓勵，我決定以充滿使命感的意志接受挑戰。從接下衛生署第14任署長印信開始，我將全神貫注，把維護民眾健康之「行公義、好憐憫」精神，當成第一要務。

在交接典禮上，我特別感謝歷任署長及同仁的努力，這些年來，已經為臺灣建立了極健全的醫療照護體系，使國民都享有高品質的健康服務。

特別是廣受國際間好評的全民健康保險制度推動，確實是全面照顧國人健康的重要里程碑；健保財務及制度面的改善，更在楊前署長及衛生署同仁的努力下，通過健保法修正案；因應老人化社會的來臨，也積極擘畫「長期照護服務法」，為高齡化社會醫療照護需求打好基礎，這些複雜艱鉅的工程，都在如火如荼地進行中。



102.7.23 日邱部長文達（左起）、黃署長三桂、林次長奏延及曾次長中明共同進行中央健康保險署揭牌儀式。



馬英九總統對衛生福利部寄予厚望及祝福。



馬英九總統、江宜樺院長親臨衛生福利部部長布達暨揭牌典禮。

## 加強團隊協調與危機管理

面對瞬息萬變的衛生醫療問題，我將以過去推動品質提升的經驗，加強衛生部門的橫向協調及危機管理，全面提升服務品質及民眾對衛生醫療的信任度。2011年署立醫院發生醫療採購弊案，我緊急召集危機處理小組，在確保服務不中斷，秉持勿枉勿縱之原則下，立即撤換涉弊相關人員，收押人員依法停職；交保人員，調離主管職務，未來如經起訴，依規定移付懲戒。

在第一時間展開署立醫院總體檢，全面檢視所屬醫院，貫徹執行核心醫療業務不得外包；強化內控機制，落實監督採購流程。同時，進行五大改革，包括檢討所屬醫院採購權限與程序；全面檢討所屬醫院院長與副院長之任期、考評、輪調與遴選；成立所屬醫院體檢小組，邀請醫界耆老、社會公益人士、公共衛生、醫療、管理、護理等領域專家學者，進行輔導及改造工作；整飭醫院風紀，配合檢調單位偵查作業；醫管會執行長改由政務副署長兼任，醫管會之委員全面加以改組，充分發揮其功能。

## 以過去經驗，面對未來挑戰

此外，面對接踵而至各項艱鉅的挑戰，我將秉持著「行公義、好憐憫」之精神，存著謙卑的心，以促進及保護全民健康與福祉為使命，落實醫療照護品質，提升行政服務效率，縮小醫療資源差距，加強關懷弱勢團體。特別在二代健保之落實、長期照護服務之立法及配套規劃、美國牛肉之問題、積極參與世界衛生組織、重大傳染病之防治、藥物食品之管理等，都需要政府跟民眾攜手同心，才能透過跨部會的密切合作，結合團隊力量，落實各項政策。

2013年衛生署將結合原隸屬於內政部的社會福利部門，改制為衛生福利部。利用這個契機，我們將以整合再造、品質深耕、組織文化塑造等方式，達成總統強調「改革、開創、追求公義」之新境界，以不辜負社會各界的期待。



基礎概論篇

# Promise

應許 · 夢想的起始點



# 新任三月的四堂課

就任三個多月，經歷許多難關，流感、福島核災、署醫弊案及世界衛生組織文件矮化臺灣名稱事件，成為接任署長的四堂震撼課，這是我最好的學習與挑戰。未來，仍要繼續往前走，做有意義的事情，再大的挑戰我都願意承擔。

2011年2月9日來到衛生署，這裡與我過去的工作型態很不一樣，之前在北醫當校長，每天重要的任務就是學校教學、研究、服務、學生，而這裡，每天都面對著各種挑戰，而且每樣事務都跟全國有關。從民眾早上刷牙用的牙膏到晚上吃消夜的食品安全，人一生的生老病死，都跟衛生署息息相關。衛生署組織很龐大，各地同仁約有14,000多人，初到之際還有很多單位沒有去過，然而挑戰卻一個接著一個迎面而來。

我是神經外科醫生，經常與死神拔河，總是跟最困難的事情作戰，來到衛生署才發現，很多事情我都不知道，對我是一個挑戰，當然也是一種最好的學習，而且要學的還太多。

## 第一個挑戰—流感

2011年2月剛到衛生署，就遇上很多問題，其中第一個碰到的挑戰就是流感。

當時流感人數暴增，尤其過年前後，流感疫情達到高峰，病患數量怎麼也下不來，報紙不斷報導衛生署一點辦法也沒有，還有人投書等等，

各方意見紛雜。為了控制疫情，我們啟動流感疫苗注射，並開放使用克流感，由於克流感原本適用對象有嚴格規定，一旦把條件降低，使用者也隨之增加，如此一來，嚴重的病患減少了，但也因為病患量太大，造成急診幾近崩盤。

最後我們想出一個辦法—設類流感門診，效果還不錯，醫院開始做病患分流，減少交叉感染，50 多家醫院響應，各地醫院廣設類流感門診之後，交叉感染的機會降低，加上季節轉暖，危機總算解除。這當中，我最感謝署立醫院，願意跟著我們的政策走，可說是解除這波流感疫情的大功臣。

## 第二個挑戰—福島核災

第一個挑戰剛結束，日本發生大地震接踵而來，隨之出現福島核災。因為擔心影響到臺灣，大家又開始將矛頭指向



邱文達部長及林奏延、曾中銘、許銘能等三位次長（由左至右）攝於布達醫揭牌典禮。



100.02.09 衛生署新舊任署長交接典禮。

衛生署，我們很快地禁止福島等 5 個縣生產的牛奶、乳製品與新鮮蔬果進口，保障國人飲食安全。

但民眾仍相當恐慌，為了穩住民心，我們仿倣類流感門診，設輻射諮詢門診，同樣我也很感謝 20 多家署立醫院的參與，短短時間醫院門診人數高達上千人，透過諮詢門診，解除許多莫名的恐慌。同時，我們在衛生署網站、行政院影音白板等管道廣做宣導，同時進行國內的食品查驗，經過一個多月，總算平息了這場輻災恐慌，這是我到衛生署上的第二堂課。

### 第三個挑戰—署醫弊案

但還沒時間喘息，第三個挑戰就來了，署立醫院爆發醫療儀器採購弊案，檢調開始搜索署立醫院，第一波搜索了四家署立醫院，震驚各界。大家又把焦點轉到衛生署，希望我們提出一些辦法，老實說，我剛剛才來這裡，經驗也不多，於是我立刻邀請許多專家學者組成專案小組共同解決，提出三個政策、五個改革：將被收押的院長

停職，獲得交保的則被調離主管職；並派出體檢小組，預計三個月內完成舊案清查；重新檢視過去兩年署立醫院採購案，約有 300 多件，以徹底了解及解決問題。

我希望在最短時間內完成署醫體檢，建立監督機制，限縮採購權限，此外，也將醫藥分流納入署醫改革，並且組成採購改革小組、遴選小組，希望一次徹底改革署立醫院。

經過一個多星期，才稍微平靜些，很不幸，檢調第二波行動再起，我去立法院報告時受到非常嚴厲的質詢，這是我從未經歷過的，幾乎每個委員都上臺開罵，非常嚴厲，我受到了一次震撼教育。不久，第三波檢調動作又起，又有院長被收押，由於我已經著手調查改革，大家也慢慢接受，期待署醫能盡快重生。

## 第四個挑戰—世界衛生組織內部文件

就在這時候，第四個挑戰出現——世界衛生組織（WHO）有份內部機密文件矮化臺灣名稱，而此時，我們已經準備好要去參加世界衛生大會（WHA），是否參加？成為爭論焦點，但我們仍認為應該要去，因為這是 13 年來好不容易爭取到的機會。



102.07.23 衛生福利部部長布達暨揭牌典禮。

如果沒有參與世界衛生組織，我們無法取得各種醫療衛生資訊，對臺灣人民世世代代是個傷害，例如 2003 年的 SARS 疫情，當時我們幾乎一無所知。但自 2009 年臺灣得以進入世界衛生大會成為觀察員以來，我們獲得所有資訊、了解其他國家的情形，例如我們順利取得新流感病毒株，可做出疫苗，控制流感疫情。再以福島核災事件為例，我們在 WHO 網站上可取得世界各地的輻射值、食物、水質等相關資訊，這是因為我們有進入 WHA，顯見參與 WHA 對國家人民的健康非常重要，不單只是政治層面的問題而已。

至於各界所關注的那封信，主要是針對國際衛生條例（IHR），而非針對世衛大會，臺灣參與世衛大會，不會遭遇喪權辱國的不平等對待。這次世界衛生大會對我們非常禮遇，稱呼我們中華台北，稱我為部長。

最後，我們成行了，而我本身就受邀三個演講，一個在大會，第二個在世界醫師會（WMA），第三個在全球衛生論壇（Forum for Health）。此外，17 個技術會議中，我們在 14 個技術會議中發言，提升了國家的能見度。我們以專業參與，

維護我們的主權，如果不參與、不發聲，對臺灣人民更不好，只要有機會發聲，就能彰顯臺灣的存在，我們要盡全力表現，這是我的第四個難關。

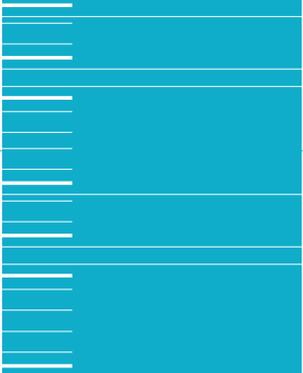
## 做有意義的事承擔無限挑戰

就任三個多月，經歷許多難關，這是我最好的學習與挑戰。我是基督徒，這些年來，我努力做事，依憑的就是《聖經》沙迦利亞書的一段話：「不是依靠勢力，不是依靠才能，而是依靠我的靈方能成事（依靠上帝的幫助才行得通）」。我也時常想起《聖經》詩篇第 111 章說：「敬畏耶和華是智慧的開端，凡實行祂訓辭的，便為明智；讚美祂的話存到永遠」。

我的基督信仰時時提醒我，要「行公義，好憐憫」，這也是我的座右銘。未來，仍要繼續往前走，做有意義的事情，再大的挑戰我都願意承擔。

接下來，我要進行全面的系列性改革，把過去醫界認為最困難的事情，一個個解決，首要之務，是有關急診的安全；其次，醫護人力等，這些事情都已經在規劃中，希望能逐步一件件地完成。

我希望能為醫界做一點事，希望能做些改革，這是我的使命感（mission），希望對衛生界有所貢獻。



醫師除了專業素養，還要有以病人為中心的服務精神，避免醫療糾紛、貪污等負面新聞影響大眾對於醫界的印象。

## 加強醫學倫理， 重塑醫界形象（上）

2011年，醫界發生很多不太好的事，包括貪污、逃漏稅等負面新聞造成社會觀感不佳，醫界需用專業服務以及發揮愛心，重塑濟世救人的形象，如何做呢？首先，要加強醫學倫理教育。

### 醫學倫理的四項原則、六大方向

倫理要探討的是有關善與惡的性質，其中，「生物醫學倫理」特別重要，主要是探討伴隨生命科學發展所衍生出來的道德倫理爭議，美國腫瘤學家 Dr. Van RPotten 在 1971 年首次使用此名詞，90 年代已經普遍使用於全美國。醫學倫理，是指如果利用倫理學的理论及研究架構，探討醫學領域中所有倫理問題的研究。主要在降低醫學科技與人性需求的衝擊，同時深入了解倫理的內涵與真義，研究範圍相當廣泛，包括所有醫事人員、學術研究、醫療機構與醫療體系。

通常，會利用醫療處置、病患喜好、生命品質以及外在的道德原則四個指標，來判斷醫學倫理原則應用在臨床醫療時，孰輕、孰重。而另有

四項醫學倫理原則，在美國已經廣泛應用在醫學倫理教育及臨床討論，成為許多臨床專科的倫理導引。這四項原則為自主原則、不傷害原則、行善原則與公平原則。

- 自主原則：包括了誠實（不隱瞞病人的病情及診斷）、守密（保護病人隱私）以及知情同意（告知病人足夠的訊息，獲得病人同意才能進行醫療處置）。
- 不傷害原則：包括保護病人的生命安全，這是一種相對性的原則，必須在兩害相權中，取其輕，找到合適的平衡點。
- 行善原則：是指做對病人有利的德行，積極來說是促進健康、增進福祉，若無法做到，減少或避免病人受到傷害是最基本的要求。
- 公平原則：用在病人照顧上，是指基於正義與公道，用公平合理的處事態度對待病人及家屬。

隨著醫學、生育科技進步，21 世紀的醫學倫理屢受挑戰，從資訊革命、基因工程到人類基因解密計畫，醫學新革命衍生出新的醫學倫理難題，例如資訊革命帶來的隱私權倫理問題、複製人帶來的倫理問題、人之於猿猴的基因組研究帶來胚胎操縱及胎兒研究等種種問題。

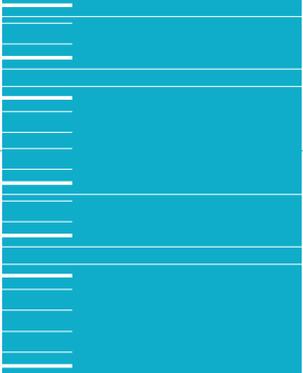
但不論如何，總括來說，奠基在醫學倫理之上有六個重要方向：醫療品質、病人安全、全民健保、實證醫學、研究倫理以及醫學教育，這六大方向的最高目標，就是以病人為中心。

### 什麼是以病人為中心？

大家經常把「以病人為中心」掛在嘴上，說起來容易，要真正做到卻不簡單。美國醫學學會 IOM 將 21 世紀的新健康照護體系定位在「以病人為中心的照護」，根據他們的做法，必須具備以下 10 點：

1. 尊重病人價值、喜好與表達出的需求，讓病人得知必須的資訊，讓病人參與，和醫師共同做決定。
2. 協調與整合的照顧，主要照護者應提供對病人協調並整合各部門的服務，確保正確即時的資訊，能在適當時間到達需要者的手中。
3. 提供生理上的舒適，對於病人的疼痛症狀提供即時且個別化的專業治療，緩和病人的疼痛，減少受苦。

4. 提供情緒上的支持，對病人要有耐心、細心，同時安撫病人的情緒，解除病人的恐懼和焦慮。
5. 家屬與朋友的參與，應該包含病人可能依賴的家屬或朋友，支持家屬醫療照護者的角色，認可家屬的貢獻，讓家屬在照護環境中覺得舒適。
6. 告知、溝通與教育，病人應可無障礙地取得自己的醫療資料，以及相關醫療知識，用病人可以聽得懂的方式，以開放的態度，和病人共同面對疾病，進行溝通。
7. 交接與連續性的照護，應該建立一個完整的系統，讓醫師以及各相關醫療組織單位可以積極合作溝通，持續交換資訊，並在醫療服務上達成共識。確實做到完整的治療交接計畫與連續性的照護，以免因不同的醫療提供者，讓病人受到不同步的處置。
8. 醫療可近性，醫療機構提供各種就醫資訊、醫院的設施及作業流程，以便民眾就醫，醫事人員及第一線人員自發性提供病人可近性的服務。
9. 充分了解病人疾病的過程，與病人在醫院外治療的經驗。
10. 了解健康的決定因素、健康照護與健康大眾的關聯，以及醫療專業人員的責任。



全世界醫療組織都十分重視病人安全的問題，除嚴謹控管的醫療品質，有些觀念必須從小從教育扎根與不斷提醒。

## 加強醫學倫理， 重塑醫界形象（下）

唯有做到以病人為中心，醫療品質才能真正獲得提升。所謂品質，它的定義是多元的，在企業界是顧客滿意或符合使用者的需求，但從醫療品質的角度來看，依據 Thompson 在 1990 年提出四個方向：

1. 病人與家屬滿意的服務：比如說醫療行為常是醫師與病人知識不對等的情况下，必須做到對病人與家屬善盡說明與衛教的責任，務必使他們了解，並進而追求滿意的程度。
2. 結果導向：醫療品質在追求良好的治療結果，但也重視治療過程中的感受與安全感，如安寧照護等。
3. 良好的病歷記錄：好的醫療品質一定要有詳盡，完整的病歷紀錄，才能使醫療過程更為完備，同時對過敏病史及追蹤等有更好的依據。
4. 重視成本效益：醫療品質也須植基於成本效益，過度浪費或不足，都不好。以抗生素為例，開始即使用最貴的第五、六代抗生素，也許有短期效益，但對未來產生的抗藥性等，對病人並不好。

## 病人安全問題受全世界重視

當缺乏醫學倫理作為根基，醫療品質受到影響，病人安全也跟著出問題。這幾年來，病人安全已是世界衛生組織、歐美國家最重視的議題。

所謂病人安全是，對於健康照護過程中引起的不良結果或損害，所採取的避免、預防與改善措施。這些不良的結果或傷害，包含了錯誤、偏差與意外。

在美國，住院病人發生不良事件的機率為 2.9%～3.7%，大部分是輕微事件，其中 1/10 造成病患死亡，1/2～2/3 的不良事件由醫療錯誤所致。在加拿大，住院病人發生不良事件的機率為 7.5%。在澳洲，急症住院病人醫療不當而受到傷害的發生率為 16.6%。

當導入病人安全措施之後，效果顯著，例如手術過程抗生素使用有所規定後，外科手術感染率減少 93%；醫師以電腦鍵入醫令，藥物治療錯誤減少 81%；巡房團隊加入藥劑師之後，可避免的藥物錯誤事件減少 78%（2003 年）；協調一致的藥物調劑模式介入後，藥物治療錯誤減少 81%；胰島素使用劑量標準化後，低血糖事件發生案件從 2.95% 降至 1.1%，心臟手術傷口感染率也從 3.9% 降至 0.4%；制訂呼吸器使用規定後，呼吸器相關肺炎發生率減少 62%。

## 全民健保與醫學倫理

在臺灣，全民健保的實施，雖然有超過 7 成民眾表示滿意，國際社會也讚不絕口，醫學倫理卻受到空前考驗。因為醫療市場已逐漸從過去的自由放任走向醫療社會化，醫病關係也從過去的醫師主

導走向多元化，加上評鑑標準不斷提高，醫療設備日趨昂貴、環保意識抬頭，種種因素使得醫院經營成本高漲，體質脆弱的醫院只好走向關閉一途，為度過財務難關，醫院必須引入企業化的管理模式。

為控制醫療費用、提高醫療服務效率，政府開始強調市場機制的重要性、大力驅策醫院強化預算控制與商業競爭的概念，這時，仍萬萬不可忽略醫學倫理的重要性。

李明亮教授曾經說過，醫學倫理的基本原則不應隨著時代而改變，但在全民健保的時代，醫學倫理必須有特別的解釋，亦即健保政策是國家社會政策不可缺的一環、健保資源不是醫界單獨擁有、醫師應該做到不必要的病人不要看，不必要的檢查及檢驗不要做，不必要的藥物不要給，不必要的刀不要開，於是，醫師的角色除了疾病治療者，更重要是成為人民健康的促進者。

## 實證觀念－醫學倫理重要的一環

此外，我認為，使用最新且即時的治療觀念也是醫學倫理的一環，如何做到？就需要實證醫學。

實證醫學的目標，在於從龐大的醫學資料中過濾出值得信賴的部分，嚴格評讀、綜合分析、整理應用在病人身上。例如，傳統上數十年來均認為對

外傷性腦浮腫有效的類固醇（steroid）及換氣過度（hyperventilation）的治療方法。最新的實證研究如何呢？近年來，經過全美十多家醫學中心研究已證實，類固醇無效、過度換氣也應該要避免，除非有很好的靜脈及大腦氧分壓測量。如果缺少實證醫學，無法找出最新的治療證據，病人將無法得到最適當的治療方式，甚至造成傷害。

有了實證醫學研究作為基礎，發展出以實證醫學為主的健康照護、臨床治療指引與管理，甚而提供管理者制定最有效、有品質以及符合成本效益的政策，才能讓事情做對。在美國，政府部門成立研究整合部門，因為他們已經發現整合非常重要，唯有透過有效率的整合，才能讓實證研究與醫學倫理無縫接軌。

## 倫理須從教育扎根與不斷提醒

我認為，談醫學倫理，最後一道關鍵力量是醫學教育，不僅僅針對醫學生，而是從國小、國中、高中到大學，持續灌輸倫理教育，透過不斷提醒，才能真正落實在臨床醫療體制。一般到了大學，學生的觀念都已受到一些影響，因此更須不斷灌輸醫學倫理的理念，即使出了社會以後，政府及醫學會或團體仍然需要繼續給予醫學倫理教育的訓練與提醒。

最後，我想強調，醫學發展最終目的仍必須回到病人身上，必須正視病人、深入探究病人的內心，從滿足病人的真正需求做起，重視醫學倫理價值，醫學的發展才能繼續，醫學未來的成就才能裨益全人類，值得所有醫護人員再三省思。

# 社會正義～政府對特殊及弱勢者的醫療照護

基於「平等」價值，在目前醫療資源分配不均之社會現況，對於特殊及弱勢者更應根據他們的需求，給予不同程度的扶助，這是對人權的尊重，也是社會正義的具體展現。

今天想跟大家聊聊政府對特殊及弱勢者的醫療照護，談到社會正義，世界人權宣言主張：「人人生而自由，在尊嚴和權利上一律平等。」這裡面所提到「平等」，呼應了我國憲法第七條：「中華民國人民，不分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。」而基於「平等」這個價值，在目前醫療資源分配不均之社會現況，對於特殊及弱勢者更應該根據他們的需求，給予不同程度的扶助，這是對人權的尊重，也是社會正義的具體展現。

## 七項衛生政策照護特殊及弱勢族群

社會正義也體現在健康人權上。世界衛生組織憲章提到，人人應能享有獲得最高標準的健康基本權利，不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會狀態而有不同。然而，世界衛生組織在 2010 年再度提到有關健康平等的概念與做法，為了達到健康平等，應該致力於增加偏鄉醫療的可近性。



媽媽的愛心，加上邱文達部長的親切致意，畫面溫馨。



2013.12.31 邱文達部長和臺北市西湖老人日間照顧中心的長者合演「臺灣走透透」音樂劇，分享快樂。



2013.12.31 邱文達部長參訪臺北市西湖老人日間照顧中心，與長者開心玩賓果遊戲。



社會福利機構的熱情活力與愛心，從不間斷。

因此，政府「黃金十年」的政策裡已融合健康平等的概念，而在與衛生政策有關的 13 項政策中，就有 7 項超過半數的政策是特別強調針對特殊及弱勢族群的醫療照護，包括落實健保改革，保障民眾就醫；落實生育及婦幼保健；開辦生育風險救助；建構完善長期照顧服務網絡；健全身心障礙服務體系；落實「性別平等政策綱領」；建立整合性女性醫療門診等七項政策。

## 臺灣全民健保為國際典範

全民健保從民國 84 年開辦以來，全民納保率高達 99.6%，民眾滿意度高達 88.2%。此外，根據世界衛生組織財務負擔公平性指標，在公平就醫權方面，臺灣排名位居世界第一。若再將我國醫療費用與世界各主要國家做比較，根據 OECD 2011 年的健康資料顯示，平均每人每年醫療費用美國是 7,960 美元，加拿大 4,478 美元，日本 2,877 美元，臺灣僅 2,186 美元，且醫療費用占國內生產毛額比例，臺灣僅 6.9%，美國則高達 17.4%，加拿大 11.3%，鄰近國家的日本也有 8.5%，健保醫療費用遠低於其他先進國家。

以收取最經濟的健保費創造全民福祉，在健保實施以後，全民的就醫習慣及預防醫學的觀念也隨之改變。依據統計數據顯示，在實施健保前 10 年，國人標準化死亡率減少 12%，在健保 10 年後則減少了 18%。統計數據還顯示，國人除了死亡率減少，平均餘命也明顯增加，男性增加 1.9 歲，女性則增加 2.1 歲。如果拿零歲平均餘命及嬰兒死亡率的數字來看，臺灣零歲平均餘命女性 82 歲，男性 76 歲，跟美國（女性 81 歲，男性 76 歲）相當，至於嬰兒死亡率，臺灣每千活產嬰兒之死亡率為 4、美國 7、德國為 3。

臺灣的健保不論在醫療品質、公平就醫、民眾滿意度與醫療費用上均為全民之榮耀、國際間的典範，在 2008 年美國公共電視網更將臺灣的健保與其他先進國家並列為值得參考的典範；2005 諾貝爾得主保羅克魯曼也說過，臺灣的健保經驗適合作為解決美國健保問題的借鏡。2000 年美國經濟學人雜誌也曾為文闡述，臺灣在健康指標、醫療保健支出、醫療資源及醫療品質方面的成就，當年為全球排名第二，僅次於瑞典。

## 健保提供特殊及弱勢族群相當醫療保障

雖然健保財務漸形窘困，對弱勢民眾保費的補助與協助卻仍勢在必行，根據健保局資料，截至民國 100 年 12 月底，健保補助弱勢民眾人數高達 307 萬人，補助經費更高達新臺幣 226 億



健保落實公平就醫，全民均能受到應有的醫療保障。

元。對於民眾欠費協助、紓困貸款、分期繳納、助繳欠費、愛心轉介或將健保欠費鎖卡解卡、免部分負擔方面，截至民國 100 年 12 月底，健保已經協助了 39.8 萬人，金額也多達近 50 億元。

我們曾經針對高低所得家庭的平均每人健保受益比進行統計分析發現，低所得家庭的健保受益比最大可達 5.2 倍，高所得家庭只有 2.4 倍，顯見，臺灣的全民健保的確給了特殊及弱勢族群相當的醫療保障。

## 關注離島及偏鄉醫療

臺灣有些山地離島、偏遠地區的醫療資源不足、就醫不方便，我們採取的策略是，挹注資源。

挹注哪些資源呢？包括了內生性資源—補充及增加當地現有醫療資源，以及外生性資源—由鄉外醫療資源送入山地離島及偏遠地區。在山地離島部分，我們有全民健保山地離島地區醫療效益提升計畫（IDS），由 24 家醫療團隊到 48 個山地離島提供定點門診、24 小時急診、夜間門診、專科門診等醫療服務。至於醫療資源不足的

地區，我們鼓勵醫療院所在當地執業或提供巡迴醫療，提高就醫可近性。

此外，過去臺灣有些縣市缺乏中度急救責任醫院，自 2011 年開始，包括過去缺乏的連江縣、金門縣和澎湖縣，都已經增設中度急救責任醫院，主要的任務是照顧穩定的外傷、急性腦中風以及急性冠心症的病患可在上班時間提供心導管服務，並且能安排適當轉診與接受其他院所的轉診，保障民眾就醫權益。

更且，目前各縣市都具有 24 小時產科服務，在兒科方面，目前還有屏東縣、連江縣及新竹縣等三個縣市假日夜間沒有兒科專科醫師值班看診，我們提出的解決方案是，辦理「提升（婦）產科、兒科醫療品質及資源整合」計畫，獎勵婦兒專科醫師人力、醫院基本承作及設備費用，以強化婦兒科緊急醫療照護網絡，也在 2012 年完成。

為提高醫學中心對離島及偏遠地區支援的動機，也將醫院評鑑指標進行調整增設，例如若成為中度級急救責任醫院，醫院評鑑可列為優等。

改善偏遠地區急重症以及婦兒科醫療品質我們不遺餘力，除了建構急重症照護網，讓全島 19 個縣市都有中度級以上的

急救責任醫院，更獎勵 9 個縣市 17 家醫院成立 24 個特殊急重症照護中心，更獎勵醫院在 10 個觀光地區設立急診醫療站，2 個縣市的三個衛生所設立假日及夜間救護站；並透過空中轉診、遠距醫療及巡迴醫療等行動門診方式提高離島及偏鄉的醫療可近性；同時，更進行部落健康營造，讓健康促進的概念能深入離島偏鄉，做好預防醫學工作。

## 建置老年失能長照服務網絡

很多人可能不是很清楚，政府其實投入許多資源照顧特殊族群，像是老年失能者的長期照護，藉由建構並逐步完成長照資源盤點，推動長照服務網計畫，提供包括生活照顧與醫事服務的長照服務，這幾年來，失能老年服務人口數快速成長，從民國 97 年 2.3% 提升至民國 100 年達到 21%，增加了 9 倍，預計民國 101 年將突破 10 萬人。此外，我們也在偏遠地區建置在地化長照服務體系，截至民國 100 年已經完成 5 個據點，民國 101 年也已通過建置 8 個據點，可以預見未來的長照網絡將愈來愈普及。

除了老年失能，政府也針對身心障礙者提供更多照護，例如推動醫療復健輔具中心計畫、發展遲緩兒聯合評估鑑定、配合身心障礙者權益保障法修正完成新制鑑定辦法，於民國 101 年 7 月 11 日起逐步實施。此外，我們也提供身心障礙者牙科特別門診服務，除了設置 4 家身心障礙者牙科醫療服務示範中心，更於全國指定 79 家醫院提供身心障礙特別門診，包括早期療育與口腔照護。

## 首創亞洲嚴重精神病強制社區治療

精神疾病患者也是我們關注的對象，我們主動追蹤關懷社區精神病人，推動分級照護訪視，並且建立區域特色的精神醫療網，開展出亞洲首創的嚴重精神病強制社區治療，同時廣設社區精神復健中心及康復之家，協助精神病患回歸社區，儘早恢復生活功能。也因為這些努力，使得臺灣的自殺防治工作顯見起色，從民國 86 年連續名列國人十大死因的自殺人數，在民國 95 年達到高峰，卻從民國 99 年起大幅下降，在民國 100 年首度退出國人十大死因，讓推動政策的每一位工作人員無不感到欣慰。

## 提供特殊族群完善便利醫護環境

但令人欣慰的還有罕見疾病照護，臺灣是世界第 5 個立「罕見疾病防治及藥物法」的國家，除了健保給付並列為重大傷病免部分負擔之外，只要列為罕見疾病治療藥品，全部主動加速列入

健保給付，這對患者及家屬的經濟負擔，幫助非常大。其中，尤以運動神經元疾病為最，我們已經在全國北中南三家醫院設有漸凍人專屬病房，提供優質人性化、舒適及個別性的治療環境與設施，讓患者獲得最好的治療，減少家屬在醫療費用上的負擔。

此外，政府也提供漢生病病患醫療照顧及人權保障，除了發放補償金，更推動「漢生病病患直接觀察治療執行計畫」，落實漢生住民分區、分級照護，協助日常生活與健康照護。臺大、馬偕、臺中榮總及成大等四家醫院也於民國 98 年加入，提供診斷及治療，以增加漢生病患的就醫便利性。

特殊族群照護對象還包括因為天然災害災民協助，因為我們有完善的健保醫療網，可以在災難發生的第一時間確保災民就醫無障礙，在降低災民不安的情緒、有助公共衛生工作之餘，更能藉此穩定社會秩序。

女性也是特殊族群照護對象，為提供女性更隱私且完備的就醫環境，我們在全國各醫院輔導

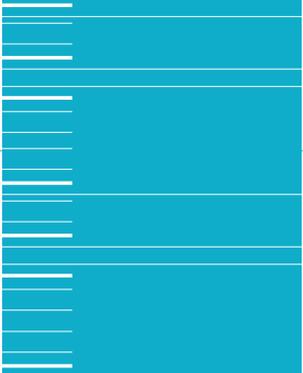
設立女性整合性門診，目前全國第一家婦女整合門診示範醫院是署立臺中醫院，至於醫學中心，則於民國 101 年底設立完成。

## 落實傷害救濟措施

若要完整落實醫療服務的社會正義，就不可不做傷害救濟，目前我們完成了藥害救濟制度，頒布藥害救濟法，讓臺灣成為全球第三個立法救濟的國家，讓因為正當使用合法藥物而導致受害者，能獲得即時救濟。

同時也頒布預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法，讓國人因疫苗接種導致不良反應或傷害時，能適時給予救濟，並且設立預防接種受害救濟審議小組，累積至今已有 615 件獲得給付。我們的傷害救濟措施還包括生育醫療傷害，除了研議醫療事故救濟法立法，並於民國 101 年 10 月展開試辦計畫，不論醫院、診所或助產所都可以參加，主要以達成和解為前提，給付金額在新臺幣 30 至 200 萬元。

總而言之，我們將整合衛生醫療資源與社會福利資源，不分地方與中央，相互協調與合作，完整規劃並落實對特殊及弱勢族群的關懷及協助，透過打造完善的衛生福利網，提供特殊及弱勢族群整合性的健康福利服務，以體現社會正義與健康人權的真諦。



通過 ISO 9001:2008 品質管理驗證只是一個開始，我們仍須繼續追求服務品質的進步，強化衛生福利行政及服務規劃、執行與監督，為提升國民健康與福祉，做最大的努力！

## 衛生署的品質政策

健康是基本人權，也是每一個國民追求的目標，所以衛生署在制訂重大衛生政策時，都應以人民的健康與福祉為考量，打造符合國人期待優質環境。衛生署管轄的業務範圍非常廣泛，像是食品藥物安全、疫病防治監測、醫療健康照護、健康促進、全民健康保險、醫藥生技研發以及國際衛生事務等，無一不與民眾健康休戚相關。

身為衛生署大家長，我常常跟同仁們共勉，應以「促進及保護全民健康福祉」為使命，「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢」為願景，所以我積極導入品質管理觀念，在中央機關推動 ISO 9001: 2008 品質管理系統建置，這是很創新的作法，希望能提升衛生署施政與為民服務品質，並為即將改組升格的衛生福利部打下全面品質管理持續改善（TQM/CQI）的基礎。

### 設立「行政品質管理會」

為凝聚內部同仁共識，並順利推動品質管理系統建置，我們依據品質管理的領導原則及行政

階層管理模式，設置本署「行政品質管理會」，據以擘畫衛生署整體的品質管理架構藍圖，由各領導階層負責品質管理系統的運作績效與成敗，行政品質管理會的架構如下：

行政品質管理會的主要任務是：品質政策與品質目標之策訂、各單位行政作業程序書及文件管制事項之核定、品質績效資料分析及稽核紀錄等報告之審查、品質系統之預防、策進及矯正改善措施之審議及督導、其他有關品質管理系統之決策、考核與督導等事項。

在管理會下面設置工作小組，包含推動小組、內稽小組及文管中心，主要任務是：品質管理系統之實際運作與推動、內部稽核計畫之執行、品質文件之建立與管理等。

## 擬定品質政策

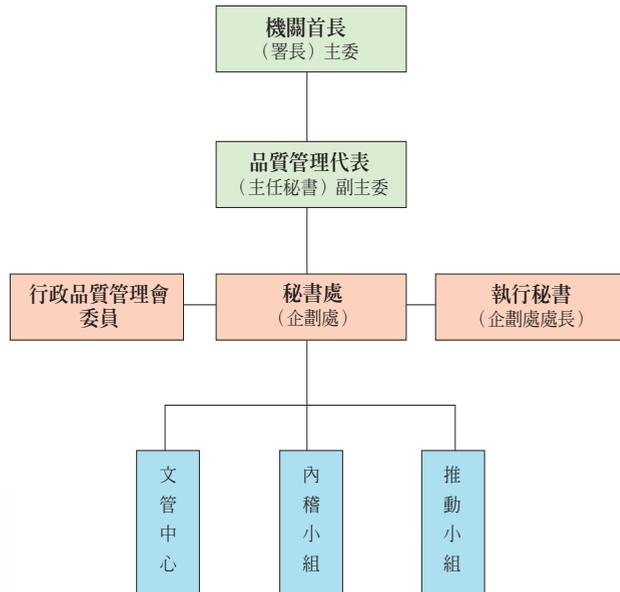
為了讓品質管理系統的推動更有成效，我特別擬定品質政策：「確立標準、持續改善、全面品管、跨域合作」，以此作為各單位推動的依循，這四個理念作法的主要意涵分別是：

### ■ 確立標準：

一旦建立標準化作業流程，可獲得相同的服務結果，不會因為人員不同而讓服務品質有差異。

### ■ 持續改善：

善用有限資源，強化施政服務品質，持續衡量品質成效，並檢討改進，以進行品質管理系統的有效性改善。





2011.09 臺北市全國器官捐贈及移植制度改革論壇。



### ■全面品管：

組織內所有單位主管與人員，依本署品質政策，達成本署品質目標。

### ■跨域合作：

追求組織內部及外部、橫向及縱向的合作，強化服務品質及溝通機制，達到提升服務品質的目標。

## 三階段的推動過程

推動初期，我們選定核心作業流程，透過品質管理教育訓練、系統診斷、標準化流程與文件輔導建構、內外部稽核與矯正，分階段循序導入品質管理系統：

### (1) 導入準備期

在導入準備期間，主要提供本案業務推動主辦及管理人員、流程程序書撰寫人員、內部稽核人員等，一系列的品質管理教育訓練，藉以導入在建構 ISO 9001 品質管理系統期間，不同角色所應負起的任務，並在訓練期間達成組織成員都有初步的共識，有助於系統推動。

在這導入準備期間，我們並邀請品質顧問到衛生署進行實地診斷，就原本已有的作業流程現

況與基礎提供建議，保留優良部分，修改不適當部分，同時補充系統不足的部分，再配合本署行政特質，以建立適合本署體質的 ISO 9001 品質管理系統。

## （2）系統建立與實施期

參與核心作業流程與品質系統建構的人員，依據品質管理「說、寫、做一致」原則及本署行政特色，擬訂適合的作業流程。所草擬的流程文件，在品質領導階層召開 3 次文件討論會議後修正定案，提報本署第 1 次行政品質管理會進行標準化文件審查，文件經機關首長及品質管理代表核定後，發布全面施行。





2012.12 無菸醫院二代戒菸治療服務績優醫療院所頒獎典禮暨實務交流研討會。

各單位依標準化流程文件之要求，落實執行並留下相關執行紀錄或數據，使符合 ISO 品質管理原則，並做為後續稽核進行時，持續改善的根據。

民國 101 年度內部稽核活動在 9 月 24 日至 9 月 28 日進行，就作業流程執行成效進行全面性的稽核查檢，並依據稽核所見提供改善建議給各個受稽核單位參考。

內部稽核情形總結，也會在第 2 次行政品質管理會上提報，目的是讓所有高階主管都能了解這個品質管理系統的運作及執行成效，並就所提的修改建議，進行後續的流程優化。

第 3 次召開的行政品質管理會議，則依據年度整體品質管理系統建構、運行、內部稽核執行，進行管理審查，使品質管理系統徹底落實 PDCA（Plan 計畫－Do 執行－Check 查核－Act 對策），並督促各項作業流程人員自我管理與監控。



ISO 更新認證現場訪查。

### （3）系統查核期

為了解本署 ISO 品質管理系統實施程度，我們向驗證單位台灣衛理國際品保驗證公司（BV, Bureau Veritas Certification）提出國際標準驗證申請。

驗證單位在民國 101 年 10 月 25 日到本署實施初次（預先）驗證評審，並指出問題點及改善方向。初評結束後，我們則根據驗證單位所提出應改善的相關問題點進行修正。正式評審則在 11 月 7 至 9 日進行。

驗證結束當日，即宣布本署以零缺點通過國際標準驗證，並於民國 101 年 12 月 2 日獲頒由英國國家認證委員會（UKAS: United Kingdom

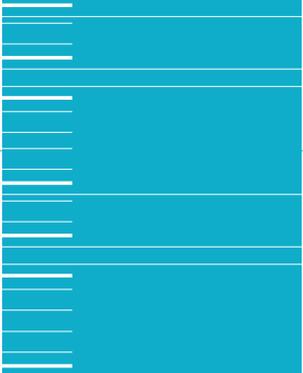


Accreditation Service) 頒發的 ISO 9001: 2008 證書。

通過 ISO 9001 品質管理系統驗證，除了衛生署內部各單位外，也包含所屬機關中央健康保險局、疾病管制局、食品藥物管理局、國民健康局及中醫藥委員會等，這是中央部會的創舉，這項榮譽除了給予同仁鼓勵之外，最重要的是，使國內的醫藥衛生行政服務品質得以提升並持續精進，讓全國人民得到更優質的服務。

不過，通過驗證只是一個開始，未來，衛生福利部成立後，我們仍須以顧客為中心，持續接收外部經驗與訊息，滿足其合理需求為基礎，同時訂定較高標準，追求服務品質的進步，強化衛生福利行政及服務規劃、執行與監督，為提升國民健康與福祉，做最大的努力！





我責成衛生署同仁擬訂 4 大面向 12 項策略，以 3 年 300 億元改革方案，期能重振醫療五大科的醫師人力。

## 五大皆空，醫療會崩盤嗎？

各界對於醫療五大皆空多所關注，我很早就觀察且掌握到這個現象，的確，近年來內科、外科、婦產科、兒科及急診科醫師成長趨緩，且外科、婦科醫師平均年齡已達 50 歲及 53 歲，未來恐發生醫療人力不足的危機，為因應這個現象，我責成署內同仁擬定 4 大面向 12 項策略，3 年 300 億元的改革方案，希望能重振五大科的醫師人力。具體措施包括：

### 提高五大科執業意願

#### (1) 提高全民健保五大科別支付標準：

民國 101 年醫院總額（新臺幣 12.389 億元），用於調高婦科及兒科等 6 項診療項目支付標準，調幅達 14% 以上；另外我們也調高一般病床住院診察費，不分層級均調升 43 點，調幅 14%~17%。

西醫基層總額（新臺幣 9.09 億元），用於調高婦、外門診診察費 9%、兒科 3%，6 歲以下兒童得再加成 20%。

民國 102 年完成及導入醫院總額的支付標準調整並公告實施（醫院總額協商預算 39.9 億元，

用於調整內、外、婦、兒、急診服務相關之處置、手術及麻醉項目支付標準），藉此增進科別平衡及支付公平性。

### （2）增加五大科住院醫師完訓津貼：

我們已規劃五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，以提高誘因。從民國 102 年 9 月開始補助，預估撥付金額達 3.2 億元。

### （3）合理調整五大科醫師訓練容額：

自民國 102 年起將訓練名額總數由 2,143 名調降為 1,670 名（除五大科外，其餘專科之容額較過去減少 30%），以貼近畢業生人數，提高五大科招收率。此外，我們也已於民國 101 年 8 月 3 日設立「專科醫師訓練計畫認定委員會（RRC）」，辦理專科醫師訓練計畫認定程序及結果的審議事項。

### （4）充實五大科醫療輔助人力：

本署專科護理師諮詢委員會分科及甄審工作小組也已於民國 101 年 9 月 12 日通過，在外科下設立婦產科組（民國 102 年已增設完成），並於民國 101 年 11 月 12 日通過外科（婦產科組）專科護理師訓練課程（民國 101 年 12 月 20 日已將訓練課程函知各訓



2012.02 臺北市專科醫師人力發展政策研討會。



2012.02 臺北市專科醫師人力  
發展政策研討會。



練醫院），藉此充實五大科醫療輔助人力。

### （5）強化畢業後一般醫學之五大科訓練：

從民國 100 年 7 月 1 日起開始實施 1 年期 PGY 訓練（以五大科為主的臨床基礎訓練），民國 100 年度及民國 101 年度分別有 614 名學員及 1,325 名學員完成一年期 PGY 訓練。

## 降低醫療糾紛風險

### （1）推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度：

為促進醫病關係和諧及病人安全，提升醫療服務品質及改善高風險醫療科別執業環境，避免醫療爭議事件的發生，我們也研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，規劃內容以建立醫療糾紛調解制度，並配套建立醫療事故補償措施。草案已於民國 101 年 12 月 13 日通過行政法核准，並於民國 101 年 12 月 18 日函送立法院審議。

因為這個法案涉及的層面相當廣，立法作業恐需相當時日，我們於是再針對高風險的醫療科別規劃補償機制，目前先以生育作為優先推動的試辦範圍，規劃辦理「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，試辦計畫已於民國 101 年 9 月 28 日公告，並於民國 101 年 10 月 1 日正式開辦。

## (2) 推動醫療過失刑責合理化：

為了合理規範醫事人員因醫療糾紛所應擔負的刑事責任，避免高風險之科別的醫療人力逐漸流失，導致人力嚴重不足，我責成衛生署內同仁與醫師公會全聯會共同推動醫療法第 82 條之 1 修正草案「醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任。前項所稱重大過失，係指嚴重違反注意義務且偏離醫療常規之行為。醫事人員執行業務，因重大過失致病人死傷者，處五年以下有期徒刑或拘役，得併科五十萬元以下罰金。」。修正草案行政院已於民國 101 年 12 月 13 日通過，並於民國 101 年 12 月 18 日函送立法院審議。

## 充實偏遠地區醫療服務

### (1) 挹注五大科偏遠地區醫療資源：

為加強偏遠地區醫療照顧，對於山地離島、偏遠地區，我認為應該給予點值保障、補助產房及新生兒加護病房維持費用、補助醫護人員值班費及教育訓練費用也應予以挹注，以鼓勵醫療機構提供 24 小時急診、內、外、婦、兒門住診，成立夜間及假日急診救護站或成立

特殊急重症照護中心，因此我們投入許多經費挹注偏遠地區醫療資源，尤其五大科。

### (2) 山地離島在地養成公費生制度：

自民國 90 年起已有 56 名醫師（占 69%）接受五大科專科訓練，履約服務期滿在地留任率達 72%；目前仍有 150 名醫學生於學校培育中。民國 101 年至民國 105 年將再培育 114 名，訓練科別以五大科及家醫科為限，服務年數為 7 年，民國 101 年已完成招收培育 22 名。

### (3) 延攬旅外醫師返鄉服務：

為了鼓勵美國、加拿大、日本、澳洲、紐西蘭、英國、法國或德國，具有我國醫師證書之旅外專科醫師回鄉服務，我提出「鮭魚回流計畫」，鼓勵旅居海外多年的醫師回國貢獻己力，且以偏鄉離島例如澎湖縣、金門縣、連江縣、宜蘭縣、花蓮縣、臺東縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣及屏東縣等醫院服務為優先，以充實五大科醫師人力。

民國 102 年已經核可 2 名由美國回國的婦產科、內科醫師分別至恆基醫療財團法人恆春基督教醫院及天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院服務。

## 解決急診壅塞及安全

### (1) 解緩急診壅塞狀況：

我們積極推動許多相關措施，包括：辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，鼓勵醫院垂直整合，健全急診轉診網絡，並落實醫院緊急醫療分級制度；推動「全民健保急診品質提升方案」，針對提升急診重大疾病照護品質、加強適當轉診及提升急診處置效率三大面向設立指標，並對達標準者提供獎勵措施；成立急重症特殊照護中心及辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」。

### (2) 強化急診室安全：

維護急診醫護人員安全、避免急診暴力事件再度發生，我們函請各縣市衛生局，督導所轄設有急診室的醫院完成五項安全防暴措施，包括門禁管制、警民連線、24 小時保全人員、張貼反暴力海報以及急診室之診療區與候診區作業空間明顯區隔，並且將這些措施納入醫院評鑑規定、緊急醫療分級評定作業規範及醫療機構設置標準中，藉此具體落實並推動。

此外，我們也要求區域級以上設有急診室的醫院申請設置駐衛警察，另請內政部警政署協助於全國各縣市醫院急診室設置巡邏箱（簿）及加強警力巡邏，同時研修醫療法第 106 條有關妨礙醫療業務罪及其加重結果犯的規定，希望透過一連串的措施，杜絕急診暴力的憾事重演。

# 美容醫學與教育制度 寫下我國醫學史新頁

藉由醫策會辦理機構認證鼓勵高品質的美容醫學機構、委由相關醫學會組成美容醫學教育訓練聯合委員會提供美容醫學工作者教育訓練，提升執業人員的專業知能與醫療品質、保障民眾就醫權益。

隨著國人對身體外觀的要求愈來愈重視，美容醫學的需求大幅增加，私人美容醫學診所如雨後春筍般紛紛設立；另一方面，醫師對生活品質的要求也愈來愈高，由於美容醫學工作時數較少，且待遇相對其他科別為高，促使醫師從事美容醫學的意願大幅增加，於是有所謂的「醫師出走潮」，愈來愈多醫師選擇離開醫院，改走美容醫學。

## 資訊不夠充分透明致美容醫學糾紛增加

所謂「美容醫學」是指由專業醫師透過醫學技術，例如手術、藥物、醫療器械、生物科技材料等，執行具侵入性或低侵入性醫療技術來改善身體外觀，而非以治療疾病為主要目的。國內通稱「醫美」一詞，我們考量這應要專業醫師或護理人員在醫師的指導下執行，因此正名為「美容醫學」，而不是「醫學美容」。

目前美容醫學主要包括三大類：

第一類是光電治療：如雷射、脈衝光、電波、超音波等。

第二類是針劑注射治療：如注射肉毒桿菌素、玻尿酸或膠原蛋白等。

第三類是美容手術：如抽脂、隆乳、隆鼻、植髮、雙眼皮手術、拉皮手術或削骨手術等。

由於許多從事美容醫學的醫師並未受過相關醫學專業訓練（例如一般外科、整形外科等），使得美容醫學的相關醫療糾紛大幅增加。我們發現，發生美容醫學糾紛的主要原因包括：可能風險並沒有充分告知、醫美項目及品質資訊不易取得、執業人員資格及經驗未充分揭露或說明。

## 落實管理美容醫學，保障民眾就醫權益

為了保障民眾就醫權益，以及促進醫學美容的健全發展，衛生署針對美容醫學常見爭議事項，從美容醫學的機構認證、執業人員資格及美容醫學廣告等三方向加以管理，希望藉此能終結市場亂象：

### (1) 美容醫學的機構認證

為維護美容醫學品質及確保病人安全，我們開始針對從事美容醫學的醫療機構執行認證，考量「財團法人醫院評鑑暨

醫療品質策進會」長期過去辦理醫院評鑑與多項品質認證，辦理品質認證經驗豐富，所以委由醫策會辦理「美容醫學品質認證」。

認證做法採機構自願參與，美容醫學單位所屬的醫院或診所必須合法登記立案達二年以上，過去二年未有因聘僱或容留未具醫事人員資格者執行醫療業務、執行中央主管機關規定不得執行的醫療行為及禁止使用的藥物，以及醫療廣告內容虛偽、誇張、歪曲事實或有傷風化等情事被衛生主管機關裁罰等紀錄。

此外，醫策會從顧客的角度檢視相關的服務流程，需符合一定的品質要求，醫師專業能力是否符合政府規範，並確保醫療處置過程安全與專

各醫學團體獲頒醫學品質認證，  
民眾就醫權益可獲得保障。





衛生福利部推動美容醫學品質認證。



唯有品質認證，民眾才可放心接受美容醫療。

業。藉此認證鼓勵高品質的美容醫學機構，認證結果可提供民眾在選擇美容醫學機構時的參考依據。

為協助民眾辨認通過美容醫學認證的醫療機構，我們會對通過者授與標章，申請低侵入性光電治療或針劑注射治療者，則授與綠色標章的證書，申請侵入性美容手術者，則授與粉紅色標章的證書，證書上將詳細記載實際通過認證的美容醫療項目，以作為民眾選擇時的辨識參考。

## (2) 美容醫學的執業人員資格要求

依據醫師法規定，只要具備醫師資格的人，都可以執行各項醫療業務，加上醫療業務在性質上本為一體，無法嚴格分割，所以依現行法律，我們並無限制進行美容醫學的醫師之資格。

即便如此，我們仍希望能提升醫師有關美容醫學的專業素養，因此有關執行美容醫學項目的人員資格及相關學分部分，將請皮膚科醫學會、整形外科醫學會、麻醉科醫學會等學會

組成「美容醫學教育訓練聯合委員會」並報經衛生署備查，負責進行規劃醫事人員從事美容醫學的教育訓練。

此外，針對「光電治療」、「針劑注射治療」及「美容手術」等醫療領域，研議所需接受的美容醫學教育訓練課程及時數，以提升從事美容醫學執業人員的專業知能。

至於「美容醫學教育訓練聯合委員會」規劃的從事美容醫學醫事人員所需接受之教育訓練，基本資格須為署定專科醫師，訓練課程必須包括麻醉相關訓練課程，另考量「美容手術」風險較高，須具備外科、皮膚科、眼科、耳鼻喉科、婦產科等署定外科系專科證書才能接受訓練，也就是說，署定內科系等專科醫師則無法接受「美容手術」相關訓練。

另外，我們規劃訂定執行「光電治療」須接受 30 小時的相關訓練；執行「針劑注射治療」須接受 30 小時的專業訓練，同樣也是考量「美容手術」風險較高，除了須具備署定外科系專科證書等資格，還必須額外接受 100 小時的相關訓練，完成訓練者頒發該等級的教育證明。

目前有關美容醫學認證及執業人員學分訓練等管理事宜，我們決議仍以醫界自主管理為主，主要交由皮膚科醫學會等相關學會組成「美容醫學教育訓練聯合委員會」，目前由皮膚科醫學會擔任第1屆召集人及幕僚業務，已於民國102年正式成立，民國102年5月19日開始第一堂訓練課程。

### (3) 美容醫學的廣告管理

打開各種報章媒體，有關醫學美容的醫療廣告令人眼花撩亂，其中不乏誇大吹捧，為確保民眾就醫權益，現行的醫療法第五章已明定醫療廣告專章予以規範，我們也將持續監督。

此外，衛生署也將請各地方衛生局加強取締，為避免美容醫學的醫療機構利用不同廣告型態招攬病人，我們將另外研修廣告規範，以杜絕美容醫學之醫療機構利用不正當方法招攬病人。

我們希望能終結美容醫學衍生的各種醫療糾紛，所以一方面藉由醫策會辦理機構認證鼓勵高品質的美容醫學機構，同時也將認證結果提供民眾選擇美容醫學機構的參考，讓有問題的機構逐漸退出市場；另一方面委由相關醫學會組成的美容醫學教育訓練聯合委員會規劃相關事宜，包括從事美容醫學工作者的教育訓練，提升執業人員的專業知能，讓美容醫學正常發展，提升醫療品質，同時保障民眾就醫權益。



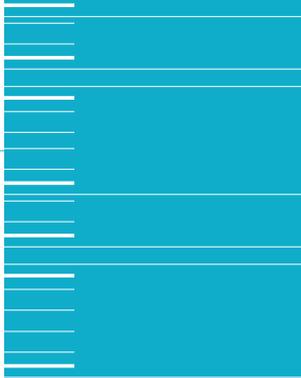
醫療衛生篇

# Stride

跨步·時代的改革者



攝于 101.11.29 衛生署正門口



非傳染病來勢洶湧，連聯合國都特別為此召開高峰會因應。非傳染病包括了心血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸道疾病等 4 大主要疾病。

## 從美國 APEC 之行 看臺灣的非傳染病防治

2012 年 9 月 16 日，就在聯合國召開高峰會前夕，我代表臺灣前往美國舊金山參加亞太經合會（APEC）的「衛生體系創新政策對話會議」，這次很難得，亞太地區有六位部長出席這個高階衛生官員會議，除了臺灣，還包括馬來西亞、泰國、菲律賓、香港、汶萊。主辦國美國的衛生部長也在百忙中撥冗出席，並發表簡短演說。我也針對「因應 APEC 區域內非傳染病的挑戰」主題發表演說，並與各國代表進行雙邊會議，成果相當豐碩。

### 參與雙邊會議結交國際盟友

在雙邊會議上，馬來西亞衛生部長 Dato' Sri Liow Tiong Lai 特別提到臺灣曾發生的塑化劑風暴，他對我們能在短時間內採取積極、透明、快速的處理作法感到敬佩與肯定，可作為馬來西亞的借鏡；同時也盛讚臺灣推行多年的全民健保制度。此外，他也高度期待能與臺灣進行疫苗研發，在臨床試驗方面攜手合作。2013 年 1 月，Dato' Sri Liow Tiong Lai 即將成為 WHO 的執委會委員，他允諾將替臺灣在國際上發聲。

臺灣在 2011 ~ 2012 年擔任 APEC 衛生工作小組副主席，協助主席國日本、主辦國美國與各會員體籌備當年度衛生工作小組工作會議、政策對話活動與相關會議。2012 年的衛生體系創新政策對話會議以非傳染病為主題，我在會議上跟各國代表交換並分享臺灣衛生、疾病、照護等資訊，收穫非常大。

## 癌症—臺灣民眾健康頭號殺手

目前，全世界都相當重視非傳染性疾病，尤其是心血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸道疾病等四大非傳染病，在臺灣的死因中，這四大疾病就占了 60% 的死亡人數。其中，臺灣民眾健康最大的殺手是癌症，標準化發生率很高，每十萬人口有 296.7，標準化死亡率每十萬人口有 131.3，與各國相比（包括：美、英、德、法、義、澳洲、日、韓、星、中國大陸），本國標準化死亡率偏高，這項警訊提醒我們要更努力推展癌症防治。至於慢性呼吸道疾病、心血管疾病與糖尿病，臺灣的發生率與各國相比算還好，落在中間值。

如果比較臺灣、日本、美國、新加坡的癌症死亡率，很明顯地，我們的肝癌、肺癌、大腸直腸癌與口腔癌死亡率特別高。特別是口腔癌，這跟臺灣特有的嚼檳榔文化有關，檳榔可以讓罹患口腔癌的風險高達 28 倍。至於大腸直腸癌，主因是我們

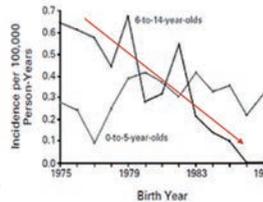
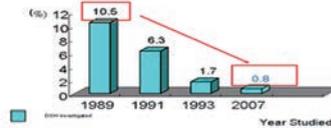
## Experiences of past successes: 1. Universal HBV vaccination and hepatocellular carcinoma

- HBV vaccination program for infants was launched in 1984

### Effect:

- **Infection:** HBsAg(+) rate among children aged 6 decreased from 10.5% in 1989 to 0.8% in 2007
- **Incidence:** the incidence of childhood hepatoma declined significantly

HBsAg Positive Rates of 6-Year-Old Children in Taiwan

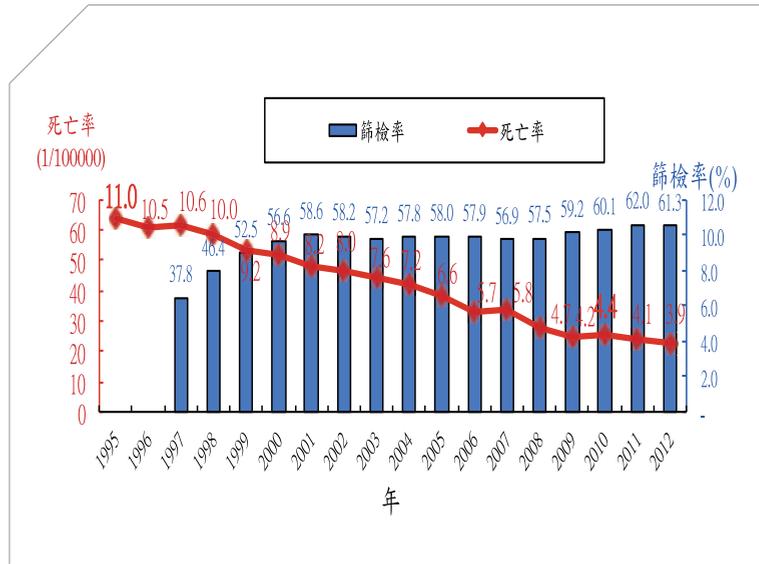


source : Mei-Hwei Cheng, et al. N Engl J Med 1997; 336:1855-9



自 1986 年全國推動 B 型肝炎疫苗接種，使我國 6 歲孩童感染機率由 1989 年 10.5% 降至 2007 年 0.8%。

的篩檢率很低。其他還有胃癌，死亡率也不低，這跟國人喜歡吃醃燻類食物有關，至於肝癌，死亡率居高不下，這跟國人感染 B 型、C 型肝炎的比例高有關，B 型肝炎感染在全人口的比率約達 17.3%，C 型肝炎感染則有 4.4%，死於肝癌者，七成是感染 B 型肝炎，兩成則感染 C 型肝炎。根



自 1995 年開始補助我國 30 歲以上婦女子宮頸抹片檢查，以使子宮頸癌死亡率由 1995 年  $11/10^5$ ，下降至 2012 年  $3.9/10^5$ 。

據統計，至 2012 年為止，臺灣癌症死亡率已占有所有死亡人數的 28.4%，每 3 ~ 4 個人就有 1 人死於癌症，2012 年統計更發現，癌症的醫療花費占有所有醫療支出的 10.4%。

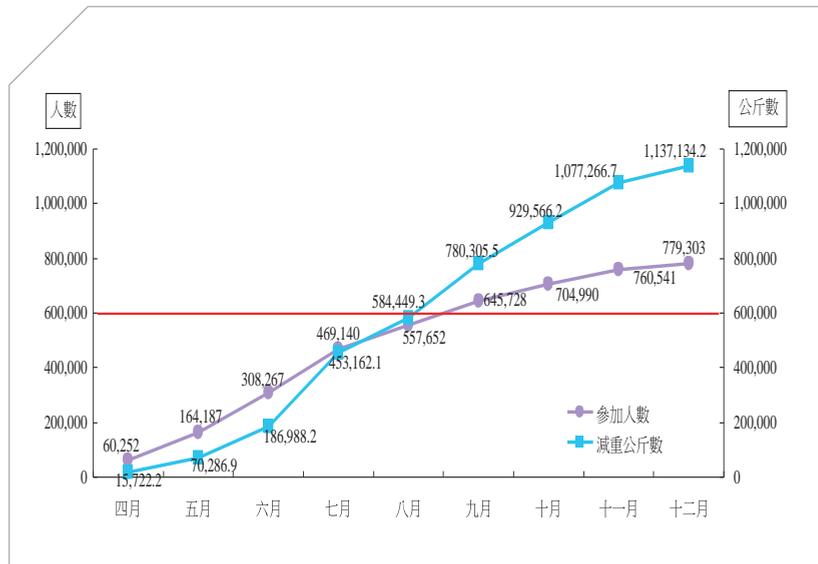
不過，臺灣也有令人驕傲的國際表現，例如我們在 1986 年全面推動 B 型肝炎疫苗接種，這是全世界第一個可成功預防癌症的疫苗，這項措施讓臺灣六歲孩童感染 B 型肝炎的機率大為

降低，從 1989 年的 10.5% 降至 0.8% (2007 年)。此外，臺灣積極推行子宮頸抹片檢查，經過多年努力，篩檢率大幅提升，促使子宮頸癌死亡率下降三分之二。

### 減少四大危險行為：抽菸、喝酒、不健康的飲食及缺乏運動

至於導致這些非傳染病共有四個主要的行為危險因素，包括抽菸、喝酒、不健康的飲食以及缺乏運動，這是會議中另外一項探討重點，因為這些生活行為都會增加罹患非傳染病的風險。

與各國比較，國人體重過重情況，比美國、澳洲、德國等國家低，但領先亞洲國家。至於抽菸的問題，女性比歐美低，男性比歐美高。而飲酒量比率，我們更低了。但在缺乏運動方面，臺灣的情況比各國都嚴重，有高達 73.9% 的人沒有達到一星期三次 30 分鐘或一星期 150 分鐘等度的運動。顯然，國人不太愛運動，有運動習慣的比率過低，未來，我們會在這方面更加努力推廣。



在衛生署大力推動下，台灣減肥成效卓著。

根據統計，國人每年死於抽菸的比率有 16 ~ 20%，醫療支出就高達美金 4.1 億元，占 GDP 的 0.92%，影響國家生產力甚鉅。至於體重過重與肥胖，則花掉國家總體醫療支出的 2.9%。總體來說，癌症是國人健康的最大殺手，最常見的危險因子就是不運動，介於中間值的則是肥胖與抽菸，最低的就是喝酒。此外，我們較獨特的危險因子是檳榔。

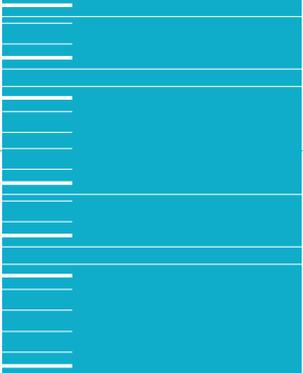
## 三大策略：篩檢、有品質的癌症照護與預防

這些年來，我們全力進行疾病預防，早期發現及適當的治療，讓國人健康得到保障。未來，我們還要更努力，並採取三個重要策略：癌症篩檢、有品質的癌症照護以及癌症預防，尤其是減重與多運動。目前我們有 48 家醫院提供國家級的癌症診療品質，8 家卓越研究中心，並且已經通過癌症防治法、菸害防制法以及運動產業促進發展條例等三項立法。現在我們正努力推動國民營養法、酒害防制法立法希望能盡速通過。

抽菸對健康的危害眾所周知，自從菸害防制法通過之後，成效已經逐步展現，民眾滿意度高達 92%。現在我們也正推動二代戒菸，包括門診、住院與社區衛教，都由政府給付，希望能協助更多人成功戒菸。至於體重控制，也是我們的重點工作，2012 年國健署舉辦全民減重 600 噸活動，在全國各地如火如荼展開，活動實施一年下來，已經減掉 1,137 公噸，共有 77 萬 9 千人參與，算是很成功的活動。

在篩檢方面，愈來愈多醫院利用 IT 加強癌症篩檢，成效顯著，例如醫院資訊系統具自動提醒功能和各類檢查主動提示系統，能協助找出需要進行篩檢的人，以及適合進行哪些檢查項目，同時也方便醫院進行後續追蹤。這幾年，我們也積極推動乳房 X 光攝影、糞便潛血、口腔黏膜、子宮頸抹片檢查等四大癌篩，讓篩檢率不斷提升，尤其乳房 X 光攝影檢查，篩檢率成長非常快，從個位數進步到將近 32%。

日後，我們仍將持續推動篩檢，提高篩檢率，我希望能將篩檢率增加至 1.5 倍。2011 年，我們做了 435 多萬筆癌症篩檢，發現一萬多例癌症，有助於減少醫療資源的支出，這項成果在國際上也頗為亮眼。而我們的目標，是希望到 2020 年，癌症發生率比 2009 年減少兩成，抽菸率減少一半，嚼檳榔的比率也要減少一半，更重要的是，規律運動的比率要倍增，至於符合正常 BMI 的部分，我們希望能提高 5 ~ 10%，這不太容易，但對國人健康具有實質上的幫助，所以不論多艱難，還是要繼續努力，為民眾健康把關。



醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA) 中心的成立，將確保有限的醫療資源能更有效運作，提升醫療品質，能進一步提高臺灣的國際醫療地位，繼全民健保制度之後，再度揚名國際。

## 成立亞洲第一個 獨立醫療科技評估中心

近 10 年來，先進國家陸續成立醫療科技評估的專責機構，例如英國的 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)、加拿大的 CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) 以及澳洲的 PBAC (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee)，主要是協助醫藥衛生相關決策工作。於是，我分別前往這些機構觀摩、交流，經過一段時間的籌備，臺灣終於在 2013 年初擁有亞洲第一個直接協助健保給付決策的醫療科技評估獨立組織，藉此提升健保資源利用的合理性，並強化公共衛生政策的決策品質。

### 健保制度革新的跨時代任務

目前亞洲沒有一個國家有這樣的專責機構，為因應二代健保法修法的需求，衛生署早已逐步規劃分階段整合衛生政策、醫療服務、資源合理配置等科技評估項目。民國 102 年 1 月，正式成立「國家醫療科技評估中心 (National Institute of Health Technology Assessment, NIHTA)」籌備辦公

室，這不僅是一項政策的推動，更是一項攸關臺灣健保制度革新的跨時代任務，能更合理分配醫療資源，堪稱健保最大的改革。

為此，我們投入很多心力，自民國 96 年起委託醫藥品查驗中心（CDE）辦理有關醫療科技評估工作，負責建立評估新收載各類醫藥科技的標準作業流程，並提供健保核價的參考依據，至民國 100 年底總共完成 156 件新藥收載評估、28 件主題研究、53 件廠商諮詢案，評估結果受到各先進國家高度重視。

## 公平獨立執行的機構

全民健保在臺灣實施 10 多年來，以最低的經費達到最佳的醫療滿意度，名列全球第二，僅次於瑞典，加拿大與日本分別名列全球第三、四，2012 年更獲得 CNN、紐約時報、國家地理頻道及時代雜誌等四家國際著名媒體稱讚。而新成立的國家級醫療科技評估中心是以「財團法人」獨立運作，不隸屬公務機構，能公平獨立執行兼具科學與民主的醫療資源分配機制，屆時將以召開公民會議的方式，讓此機制能包容多元意見，符合國人需要。

未來，我們會逐步落實新藥、新醫材、新診療方法及新醫療政策的評估可行性及給付。

# 醫療科技評估

Health Technology Assessment (HTA)



辦理醫療科技評估，保障新藥、新科技納入健保給付之公平與效益。

## (1) 新藥評估是主軸：

以愛滋病治療藥物為例，經 HTA 評估後建議，專利過期的藥物可採用學名藥並調整給付，如此每年約可節省 1.7 億元。當然，我們也會嚴格評估學名藥的品質，確保國人用藥安全。

此外，醫療科技評估還有一項重要任務，就是對個人化醫療（Personalized Medicine）展開評

估，如透過基因檢測或生物標記給予適當藥物，以肺癌為例，如果檢測 EGFR 之後呈現陽性，即可使用愛瑞莎（Iressa）標靶藥物。

## （2）新醫材及診療是評估重點：

例如巴金森氏症患者腦內晶片植入，這稱為「深部腦刺激（DBS）」。至於病患是否需要進行植入、而植入晶片的指標為何，就需經 NIHTA 評估。因為僅僅一片晶片每一人就需花費一百萬元，所費不貲。有評估標準後，對符合部分條件的患者才能達有效助益。目前國內每年約 75 ~ 200 人符合植入標準，國內每年費用預估約 7 千萬至 4 億元，健保從民國 98 年起部份給付。

## （3）新醫療政策評估也是 HTA 的重大任務：

如 NIHTA 針對捐血篩檢中是否加入核酸檢驗法（NAT），經效益評估發現具成本效益，目前使用生化的方式檢測



國家醫療科技評估中心籌備處辦公室風光啟用。



在各方祝福下，國家醫療科技評估中心籌備處辦公室正式成立。



邱文達署長在國家醫療科技評估中心籌備處辦公室成立記者會中致詞。

HIV，花費時間較長，檢測結果也較不敏感，有時明明是陽性檢體卻未被檢出，使用 NAT 檢測則可減少許多失誤個案。

其他例如是否施打 HPV 疫苗，經過成本效益評估後發現具有成本效益，可預防子宮頸癌，我們初步針對偏遠山地離島、低收入戶的弱勢少女免費施打，未來將持續評估其他疫苗接種，這對於國家整體疫苗政策將有深遠影響。

國家醫療資源有限，誰來決定哪種藥物或新醫材須進場或退場，醫療科技評估扮演關鍵角色，也是政策評估的主導推手，像是癌症篩檢，有 10 多種癌症，為什麼我們僅先推動四大癌篩，因為這四項篩檢已具有科學實證可以降低死亡率，並具合理成本效益，例如大腸癌，只要做無痛又便宜的糞便潛血檢查，就可及早偵測癌症和息肉，後續的治療也因而簡單許多，花小錢省大錢，經過評估精算，大腸癌篩檢每救回一人年花

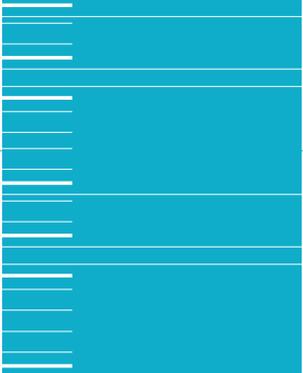
多少錢？答案是：不但不用花錢，還可以省錢。對於乳癌、子宮頸癌和口腔癌篩檢，則是每救回一人年需分別投入 121 萬元、37 萬元和 33 萬元。

## 有效運作醫療資源提升醫療品質

設立醫療科技評估中心籌備辦公室是個開始，接著會進入試營運期、中心獨立期到完備擴大期，我們規劃最遲至民國 103 年會全面完成。

我們真切地希望能為國家建立一個公平的、系統性的、多元參與的平臺與機制，能反映社會價值觀與維護醫療分配正義，為健保與醫療衛生照護相關決策提供及時且具科學實證基礎的科學評估，確保有限的醫療資源能更有效率地運作，提升醫療品質，也期待國家級醫療科技評估中心成立之後，能進一步提高臺灣的國際醫療地位，繼全民健保制度受到世界各國稱許之後，再度揚名國際。

最後再次呼籲，HTA 是否能成功，主要還是要有人才的培育及各醫學大學及教學醫院的投入，否則根本不可能成功，因此希望和英國 NICE 一樣有更多的大學、醫院及人才投入醫療科技評估的領域，讓臺灣再創一次醫療的領先。



對於署立醫院現存的問題，我們邀請由醫療、公衛、護理、社會人士及各界代表組成體檢小組進行總體檢。現階段，我們仍以署立醫院的努力改革為榮，並希望能成功轉型。

## 署立醫院的變革

署立醫院前身是 36 家的省立醫院，走過臺灣公共衛生、醫療發展史的滄桑，見證那一段艱難的歷史，隨著時代變遷與經濟政策的改變，再加上這些年發生的採購弊案等，署立醫院正面臨前所未有的挑戰，因此，需要做一次整體的變革，改變署立醫院在現今醫療體系中的定位。

猶記民國 100 年 2 月剛來到衛生署沒多久，一個多月後就爆發署立醫院採購弊案，當時包括醫院管理委員會執行長以及多名院長、副院長、主任都涉入，這對整個署醫體系以及絕大多數認真負責、清廉自持的署立醫院同仁無疑是個沉重打擊。當時一方面思索如何穩定軍心，在最短時間內恢復署立醫院正常運作；另一方面，也常思考如何改革署立醫院的積弊，重建署立醫院形象。

### 重組醫院管理委員會

首先，要讓受委屈的署醫同仁們情緒有宣洩管道，所以我們先請醫管會在內部網頁開放員工留言板，作為員工溝通管道與情緒宣洩的園地。

接著，便著手醫院管理委員會的全面改組工作，這件事我們由衷感謝各大醫院院長和醫院管理界菁英臨危受命，受聘為醫院管理委員會委員，定期開會討論策略與改革方向。兩年下來，他們對本署醫院體制改革、經營方針及採購策略等，確實提供了諸多寶貴的意見與建議。



102.07.23 部立醫院院長合照。

對於署立醫院現存的問題，我們邀請由醫療、公衛、護理、社會人士及各界代表 58 人組成體檢小組，進行署立醫院總體檢；委員們百忙中不吝提供許多寶貴建議，這兩年間，我們已依建議一一實現。

### 修訂嚴謹採購流程

關於採購作業，我們全面檢視所屬醫院醫療業務委外情形，要求確實遵守「醫療機構業務外包作業指引」規定，違反規定者限期改善，以貫徹核心醫療業務不得外包政策；為了加強內部自主管控機制，對於重大採購案件（儀器 500 萬元，勞務、財物、工程 1 千萬元以上）也增訂了「行政院衛生署所屬醫院辦理重大採購案件應行注意事項」，規範院長採購權限。

醫院進行上述採購作業前，必須提報到本署，送外部專家 3 人審查同意，再提本署醫院管理委員會委員審議通過後才能採購。對於未達重大採購案件 1/10 金額的採購，我們也規定醫院聘請外部專家學者為委員，自行開會處理。醫院管理委

員會並成立所屬醫院採購價格資料庫、排定醫院輪流進行各類聯合採購，以有效管控採購成本。

## 委由專家學者甄選正副院長

由衛生署人事室修訂「行政院衛生署所屬醫院院長、副院長、分院長遴選作業要點」，明訂院長經營醫院績效必須逐年考核，作為決定三年任滿是否續任的參考依據；對於院長、副院長出缺的醫院，由資深醫界前輩們組成甄選小組，以醫院經營理念、領導協調能力、良好品德操守及無不良紀錄為首要考量，公平、公正、公開的選賢與能，希望能開創署立醫院新局面。

## 署醫肩負 10 項公立醫院最重要的社會責任

- 一、署立醫院肩負偏遠離島地區醫療需求，26 家署立醫院中有 2/3 位於偏鄉離島或具特殊功能，對偏遠離島之醫療及公共衛生的推展至為重要。最不簡單的是，最近 26 家署立醫院全部通過 ISO 9001，希望所有署立醫院有一個共同的平臺。
- 二、傳染病防治—全國 22 家傳染病應變醫院，有 13 家是署立醫院，傳染病隔離床占全國 60%，擔負全國大部分防疫第一線工作。



2012.01 署立豐原醫院現任李明輝院長上任交接。



署立豐原醫院急重症暨外傷中心。

三、精神病治療—署立醫院占全國精神病床數 40%，是全國最大的精神醫療服務網。

四、美沙冬治療 90%以上均在署立醫院進行，自民國 95 年開辦至民國 102 年底，已服務 4,954,593 人次，對臺灣地區愛滋病防治產生舉世震驚的成效，並對治安維護有很大的幫助。

五、全國只有三家醫院提供漸凍人照護病房，署立醫院就有臺中、臺南兩家醫院提供。民國 101 年 1 月起至今臺中醫院服務 45 人，臺南醫院服務 29 人。

六、不斷配合政府政策，開設類流感、核災、塑化劑、H7N9、順丁烯二酸特別門診等。

- 七、全國唯一的結核病防治醫院—胸腔病院對全國結核病十年減害計畫之推動有重大助益。
- 八、全國唯一的漢生病治療中心—樂生療養院肩負全臺漢生病的治療。
- 九、偏遠地區醫療影像交換系統及影像判讀中心，至今，該交換系統仍然接受 19 家山地離島衛生所及 14 家偏遠地區醫院的所有醫療影像，由 6 家署立醫院的放射科醫師群負責遠距判讀，能有效紓解偏遠離島地區放射科醫師不足及緊急醫療具判讀時效的需求。
- 十、鼓勵各署立醫院發展各自的醫院特色；例如嘉南療養院、桃園、臺中醫院設置人體試驗審查委員會；桃園醫院成立臨床技能中心；臺北醫院成立國際醫學訓練中心；基隆醫院發展國際觀光遊輪醫療服務等。



## 成為中期及長期照護先鋒

鑒於我國已進入高齡化社會，完整醫療照護體系的聯結至為重要。由急性進入亞急性（中期），在進入長期照護的服務中，中期照護無疑扮演了關鍵性的角色，日本稱之為中途之家。

因此，為了協助亞急性病患生活機能回復，避免過早入住長照機構或反覆再住院，本署所屬 18 家醫院，自民國 101 年 8 月 1 日起建立中期照護服務模式試辦計畫，集合醫療、護理、社工、復健……等跨團隊專家，建構客製化老人照護軟體及團隊，提供銜接急性醫療期過後、還不適宜直接進入長期照護系統的中期照護服務。

同時，23 家署立醫院自民國 101 年 8 月 1 日起全面執行失智失能社區照護，因 11 家署醫於 2011 年即開始推動，至今總計篩檢 3,286 人次、收案 1,530 人、照顧者支持團體及衛教宣導計 11,048 人次。值得一提的是署立臺中醫院，因提供長期照護經驗豐富，是本署長期照護示範中心，並與臺南醫院規劃漸凍人照護服務，卓有成效。

## 全面接辦中低收入戶民眾健康管理計畫

最近臺灣雖然經濟發展有改善，但我們仍看得到社會上依舊有民眾身處在貧窮的角落，亦未能接受完整的健康管理。因此，為照護社會弱勢族群，我們建立署立醫院規劃中低收入戶民眾健康管理計畫，這個計畫在民國 101 年由署立臺中醫院成立結合衛政與社政的健康維護計畫推動小組試辦，並將從民國 102 年 8 月 1 日起 18 家署立醫院全面實施照顧 27 萬中低收入戶民眾健康管理。這個試辦計畫也會在民國 102 年擴及所有署立醫院，成為衛生福利部成立後，對中低收入戶等弱勢族群提供的第一項服務。

## 浴火重生，提升署立醫院服務價值

署立醫院走過署醫弊案以來已屆二年，監察院的調查還未完全結束；其間又經歷新營醫院北門分院大火等事件，雖然如此，我們仍不能抹滅這些年來署立醫院對偏遠離島地區、公共衛生任務及特殊專科醫療的貢獻。衛生福利部成立後，不論未來，署立醫院何去何從，現階段，我們仍以署立醫院的努力改革為榮；並希望署立醫院能成功轉型，結合社會福利體系與資源，在未來高齡化社會開創另一片藍海。

我希望我們提出的護理改革計畫能一步步到位，以徹底解決護理人力短缺的問題，讓照顧民眾第一線的護理人員能重拾對工作的熱忱與信心，提升醫療照護品質。

## 談護理改革

護理人力短缺不是臺灣獨有的現象，其他國家也面臨同樣處境，以美國為例，目前約有 300 多萬執業人口，到 2025 年預計將缺 26 萬名護理人員，加拿大護理學會則推估 2022 年加拿大將短少 6 萬名護理人員，整個非洲地區則短缺 60 萬名。

### 人力短缺問題較其他國家輕微

在臺灣，根據行政院衛生署民國 96 ~ 98 年委託辦理護理人力監測資料庫建置計畫，結果顯示，我國護理人力於 2014 年預期將短少 8,600 多人，推估短缺人數與目前實際短缺人數差距甚小。相較之下，臺灣護理人員短缺問題沒有其他國家嚴重。

當護理人力的供給面小於需求面時，就會面臨護理人力短缺的問題，相關文獻探討醫院護理



101.05.10 馬英九總統參加國際護士節慶祝大會活動。

人力短缺的測量時，發現醫院自行報告的護理人力短缺嚴重程度與護理人員空缺率有顯著相關，當醫院護理人員空缺率（擬招募護理人數當／擬招募護理人數+目前聘用護理人數）大於 5%，則醫院會報告有護理人力短缺的情形。

## 護理人力不足的三大主因

造成護理人力不足的原因為何？

依據行政院衛生署民國 96 ~ 97 年委託護理人員薪資福利調查研究，從 31 篇文獻中歸納出 19 個護理人員離職的因素，研究顯示，離開上個職位的最主要原因是晉升機會，其次是薪資不滿意以及工作壓力大。也就是說，影響護理人員離職意願的最主要原因是工作滿意度，其次是薪資、福利及工作壓力。

另一項研究則顯示，護理人員領證卻不執業的原因，個人因素中健康問題占 45.8%、沒興趣占 41.2%；工作因素輪三班占 73.2%、護理工作本身壓力大 67.6%、及護理專業不受尊重占 60.3%；組織因素則包人力不足工作繁重占 88.1%、薪資公平性低 71%、福利制度不佳 55.4%、及升遷制度不佳與機會少 54.8%。



101.05.10 國際護師節邱署長與接受表揚人員合影。



101.5.6 全國護理改革諮詢會議照片。



## 護理人員平均工作年資僅 6 ~ 7 年

有關護理人員執業環境的分析研究，根據國家衛生研究院 2009 年護理人力相關報告中發現，護理人員執業環境有四大問題：

1. 臨床護理人力負荷過重
2. 護理人員薪資與工作的付出不成比例
3. 護理人員難與醫師建立對等夥伴關係，這與專業能力有限、專業準備度不足有關
4. 護理人員對職場滿意度低，留任意願低

這份報告還指出，依據 2008 年行政院衛生署護理人力資源管理資訊系統資料顯示，我國所有領證護理人員平均累積工作年資為 7.67 年（91.99 個月），其中五成工作年資不到 6 年（中位數為 73 個月），一般來說，護理人員的減損主要發生在執業的最初五年；第五年才能完全成為一位真正的實務護理人員，也就是說，我國許多護理人



101.5.4 護理人力發展政策研討會。

員在成為一名真正的實務護理人員之前，就已經離開護理職場，在真正成為實務護理人員之後一至二年就停止執業。

反觀國外，護理人員的平均工作年資相當長，根據國際護理協會（International Council of Nurses, ICN）2009年統計資料顯示，加拿大護理人員平均工作時間超過20年、冰島18年、紐西蘭20

年、丹麥35年，亞洲國家的印尼、澳門、馬來西亞、新加坡與泰國的平均工作時間則都超過30年，香港也有25～30年，韓國平均年資較短為8.6年，仍高於我國的6～7年。

### 職場期望與需求，臺灣都低於平均期望值

國際護理協會曾在2009年與輝瑞製藥公司也曾針對11個國家進行分層抽樣200位護理人員，進行全球護理人員職場期望與需求調查，各國受訪者認為護理環境、健康照護體系比5年前還好的比例，臺灣受訪者認同的比例皆低於平均值的40%，護理人員自評其工作經驗滿意度評分，臺灣受訪者分數6.7分，低於11國的7分平均值，僅有8%感到「非常滿意」，為受訪

11 個國家中最後一名，再問到護理人員是否願意留任護理職場時，臺灣受訪者分數 7.3 亦低於 11 國之 7.9 分平均值，僅 33% 護理人員極願意留任職場，與 11 國的 53% 也有相當大的差距。

為此，衛生署民國 101 年 5 月 10 日公布的護理改革近中程計畫裡，我們針對護理人員短缺原因進行深入性的探討，想找出近年來護理人力持續惡化的癥結，這份計畫中指出，造成護理人員問題持續惡化的因素很多，像是執照考試通過率偏低，執業初期離職率高，平均職場壽命短等，有些是長期社會文化對照顧服務專業所造成的限制，有些則是制度面所造成。

## 5 大策略解決護理人力短缺問題

進一步分析我國護理制度及現況發現主要問題包括六個面向：

1. 護理業務的專業範圍與跨專業團隊合作分工不明確。
2. 各類評鑑及工作流程的文書作業過於繁雜。
3. 護理費及護理人員薪資待遇福利未能完全反應護理貢獻。

4. 護理人力配置不足，執業環境缺吸引力。
5. 護理教（教學）、考（考試）、用（用人）脫節。
6. 需強化護理專業的社會形象。

既然知道護理人力短缺的原因，就可擬定解決方案與對策。

有鑑於世界各國皆面臨護理人力短缺的問題，國際護理協會在 2004 ~ 2005 年邀集多位護理政策學者進行相關文獻回顧

構成要素	介入措施	要求
工作人力規劃	需求評估 與教育單位以整合或結盟方式進行工作人力規劃 情境模式分析 地理分布	規劃能力 工作人力資料及資訊 相關單位參與
招募及留任	從傳統的人力資源招募 從新的人力資源招募 留任現任工作人員 吸引回流人員	經濟及非經濟誘因 職涯規劃及升遷機會 彈性工作模式 安全工作情境 護理人員參與各項決策
佈署與表現	每日依據工作人員表現安排工作量 彈性工作模式 全時、部分工時及臨時人力班表安排以維持 24 小時照護 在職教育及終身學習	在地有效之管理 工作人力活動資料收集 經濟及非經濟誘因 提供所需物資及設施 護理人員參與各項決策
技術混合及運用	人力技術混合之有效策略決策 法規之基礎建設 立法之基礎建設 在職教育及終身學習	有效策略管理 各項活動產出結果資料收集 工作職責說明 / 角色定位 經濟及非經濟誘因 護理人員參與各項決策

資料來源：Buchan and Calman, 2004, p.32-33。

後，2005 年國際護理協會於臺灣舉行的第 23 屆大會中，公布解決護理人力短缺措施，包括由國家應提出宏觀經濟的健康財源政策、進行工作人力計畫及管理、正向執業環境及組織表現、招募留任及護理領導等五大策略。

其中，學者 Buchan 及 Calman 回顧世界各國護理人力短缺介入措施，提出一套介入措施架構，包括工作人力規劃、招募及留任、佈署與表現、技術混合及運用（參表一）。

Buchan 及 Calman 強調這個架構需要有好的領導才能有改變，並且必須邀集所有相關單位共同參與規劃，由上而下的決策機制無法引發有效的改變，必須邀請基層護理人員、護理教育代表、法規制定者、護理醫事團體、及消費者代表共同參與，才能有效解決護理人力短缺的問題。

### 國際護理學會提倡正向執業環境認證

以美國為例，美國護理學會於 1983 年進行吸引護理人員留任醫院的指標建構，經過 20 年推動，所發展的磁力醫院認證計畫成為美國醫院留

任護理人員的最高榮譽及高品質服務之代名詞，為此，美國護理協會成立美國護理認證中心，辦理磁力醫院認證工作，每年在不同州辦理全國磁力研討會，於會中進行磁力醫院認證頒獎及經驗分享，這些作法促使通過認證醫院的空缺率僅 2.7% 及低平均離職率 10.30%。

可以看出，這個認證模式能有效改善護理執業環境，藉由改善護理及病人照護品質、執業自主性、醫院政策參與決策權及正向執業環境等，逐漸留住護理人員。此外，國際護理協會在 2007 年國際護師節時發表了「正向的執業環境：優質工作環境 = 優質病人照護」工具書，書中提到，一個機構組織要發展正向的執業環境，首先必須先建立一份工作人力概況，包括缺席率、空缺率、流失率，還有年齡、年資等資料，以便管理者在做決策時能有清楚完整的資料可參考。

簡言之，國際護理協會提倡正向的執業環境應該具有以下特點：

- (1) 執業衛生、安全與健康政策能注重職場上的危害、歧視、身心暴力與有關人身安全的議題。
- (2) 公平與可處理的工作量與工作要求／壓力。
- (3) 組織氣氛反映出有效的管理與領導方式、良好的同儕支

持、員工參與決策，及共同的價值觀。

(4) 工作時間表與工作量，能讓工作者在工作與生活間達到健康的平衡。

(5) 平等的機會與待遇。

(6) 有專業發展及職涯進階的機會。

(7) 專業認同、自主性與對業務的掌控權。

(8) 職業保障。

(9) 合適的薪資與福利。

(10) 安全的人力配置。

(11) 支持、督導與指導。

(12) 暢通的溝通與透明度。

(13) 表彰制度。

(14) 可獲的充足的設備、用品供給與支持人員。

## 近中程護理改革十大策略

當全球大多數國家面臨人口老化、經濟緊縮、護理人力短缺、及健康問題複雜化的同時，世界衛生組織也同步檢視 2002 ~ 2008 年強化護理及助產服務策略方針的執行成果，依據歷次世界衛

表二、2011-2015 強化護理及助產服務策略方針 5 個關鍵決策方向及 13 個目標

關鍵決策方向	要目標求
一、強化護產對健康照護體系的貢獻	1.1 護產人員貢獻以人為中心的健康照護服務體系
二、強化護產政策與實務之相關性	1.2 賦能護產人員在健康照護服務層次之領導角色
三、促進護產培訓與生涯規劃	2.1 確認護產政策與健康政策的相關性
四、建立國家護產人力管理機制	2.2 強化護產專業標準
五、促進護產專業之公共事務參與	2.3 透過研究建立以實證為基礎之實證護產服務
	3.1 提供符合國家需求足夠及有能力的護產人力
	3.2 足夠的護產教育資源
	3.3 結合生涯規劃發展護產專家
	4.1 適當的國家護理人力資源發展策略
	4.2 強化護理人力績效
	5.1 促進護理參與政策職位與治理能力
	5.2 護產服務策略方針的應用與監測
	5.3 建立有效的護理夥伴網絡

資料來源：（WHO，2011，p6）。

生大會會議決議，經過兩年的系列研究及諮詢程序，世界衛生組織在 2011 年提出 2011 ~ 2015 強化護理及助產服務策略方針，內涵包括 5 個關鍵決策方向及 13 個目標（參表二），提供整合及務實性的概念架構，作為各國護理政策規劃的參考。

綜合各國文獻及相關團體經過 5 次討論及研習會後，衛生署公布了護理改革近中程計畫，提出 10 大改革策略：

策略 1：整合並減少評鑑、督考和訪查的作業及其項目，回歸以「病人為中心」的照護。

策略 2：促使護理人員的工作內容以護理專業為主。護理業務回歸護理專業，邀集專家訂定護理人員工作規範，規範護理人員做專業工作，其他非專業及雜事交由輔助人員協助。

策略 3：減少護理人員不必要及繁瑣的文書作業，整合各類繼續教育要求，發展更有效率的工作流程。畢竟，護理服務應以病人直接服務為主軸，透過有效率的工作流程，減少護理人員交班及工作中不必要的文書作業。此外，也應提高繼續教育的方便性，增加通訊、網路及視訊等教學課程。

策略 4：創造具吸引力的護理職場，落實勞基法工時等規範，推動彈性工時／工日、固定班別措施，促使護理人員回任工作。

策略 5：調整健保給付的護理費，新增明訂健保護理費給付項目，以彰顯護理的貢獻。

策略 6：明訂三班合理護病比（每名護理人員照護病床數），以減輕護理人員工作負荷。

策略 7：提升護理人員薪資待遇與福利，改善公立醫院高資低用及約用比例。

策略 8：研擬「考訓用脫節」解決方案，並強化護理人員養成教育和在職教育的品質。

策略 9：研擬以考試制度（如公費生及衛生技術職系招考）增加護理人員入學及進用管道。

策略 10：營造並強化專業護理的社會形象。

## 16 項護理執業環境改善措施

根據這十大策略，我們提出並積極進行護理執業環境改善辦理措施，包括：

- (1) 自民國 102 年 1 月起，將原有共 49 項醫院實地評鑑、訪查，精簡為 14 項，總計減少 71% 項目，預估未來在四年內各醫院實際接受評鑑及訪查的次數將減少為 10 次。同時也進行評鑑訪查認定所需繼續教育積分整合及文書作業簡化。
- (2) 民國 101 年進行各項的評鑑及訪查，已朝合併作業及行程方式辦理，其中 317 家醫院參與醫院評鑑與教學醫院評鑑，已縮減為 258 家次，757 家參與衛生醫療業務聯合訪視，已縮減為 397 家次。



102.07.31 參訪日本醫療支付制度與護理照護團員於癌研究會大明醫院合影。

- (3) 「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20 億元專款專用於護理人力配置及夜班費、超時加班費等獎勵措施。衛生署已函知各公立醫院該款項依「公立醫療機構獎勵金發給要點」第 4 點規定，先以用人費用予以扣除，使能專款專用於護理人員，根據調查已有 67% 醫院加薪。民國 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」則編列 25 億元專款專用。
- (4) 行政院已於民國 101 年 9 月 21 日修正「公立醫療機構護理（助產）人員夜班費支給表」，民國 101 年 9 月 1 日起適用。各班別支給數額下限調增 100 元，上限增加 200 元，如固定班別大夜班每日最高 900 元，民國 101 年 10 月調查確已收提高夜班費之效果，已有 64% 醫院調高夜班費。



102.07.31 參訪日本醫療支付制度與護理照護團員拜會日本護理學會合影。

- (5) 於民國 101 年 6 月 22 日通函縣市衛生局及各醫院衛生署依勞基法彙定的「醫療機構護理人員工時規範」，請其遵守勞動基準法相關規定，勞動檢查不合格者納入醫院評鑑。
- (6) 於民國 101 年 7～9 月與地方衛生局合辦北、中、南、東四場「護理基層及主管座談會」，以加強勞基法認識及排班技巧，並傾聽基層護理同仁心聲，使護理決策廣納各方意見。
- (7) 於民國 102 年 1 月 25 日公告修正「護理人員執業登記及繼續教育辦法」，於護理繼續教育 150 點總積分不變下，提高護理人員網路及通訊課程積分比重，由原各 30 點提高至各 60 點，法規倫理課程由原最高採計 15 點，提高至 30 點，增加護理人員接受課程之可近性，減輕其參加實體課程的負荷。
- (8) 民國 101 年度補助 2 家護理團體辦理護理人員繼續教育網絡建構計畫，完成規劃及提供護理員繼續教育課人程 302 場（含視訊），計 27,508 人次上課，共提供 2,555.2 點免費繼續教育課程。民國 102 年持續補助護理團體於各縣市辦理免費課程，並增開視訊及通訊課程方便護理人員取得學分。

- (9) 民國 101 年委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理護理文書作業簡化作業計畫，研擬一般內外科急性病房通用表單及特殊表單建議及範例，函請各醫院參採使用，除非必要，內外科急性病房可不再加其他表單，以減輕護理人員之工作負荷，預計民國 102 年公布護理文書簡化作業表單範例。
- (10) 民國 101 年辦理護理分級照護或 skill mix 制度探討計畫，預定民國 102 年將醫院照顧服務員可執行的工作內容，公布在衛生署網頁供各界參採，鼓勵醫院推行。
- (11) 修正「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」，於民國 102 年 1 月起實施護理類人員點數由每人每月補助 3,000 點調高為 5,000 點，補助 2 年。
- (12) 於民國 101 年 8 月 29 日召開護理諮詢委員會會議，就護理教育考試及研究等議題進行意見交換。
- (13) 依據衛生署醫事管理系統，至民國 101 年 12 月底已完成登錄之執業護理人員總計 141,007 人，為歷史新高；較改革方案公布

前（民國 101 年 4 月底）護理人員執業登錄人數 136,415 人，新增 4,592 人，而至民國 102 年 3 月執業人數仍維持 14 萬人。

- (14) 衛生署民國 101 年 5 月補助辦理建置護理人力回流媒合平臺，101 年 12 月已媒合 2,829 人進入護理職場（初次任護理職 1,670 人、離職後再任職 1,159 人）。
- (15) 有關醫院評鑑基準三班護病比之訂定，衛生署 101 年、102 年亦已邀集醫事團體及護理團體召開 8 次會議，並就各方案提出討論，將於近期公告三班護病比試評版。
- (16) 衛生署已持續召開 10 次護理改革工作小組會議，將持續召開定期追蹤。本計畫辦理進度，即時傾聽各界建言，以改善護理執業環境，留任護理人員。

## 發展正向執業環境的策略

2007 年國際護理協會（ICN）對於發展正向執業環境提出了以下 9 項策略：

- 一、持續提升護理角色（Continuing to promote the nursing role.）。
- 二、界定護理職業範疇，以便護理人員、其他專業人員及大眾能了解其專業進展（Defining the scope of nursing practice so nurses, other disciplines, and the public are aware of the profession's evolution.）。

- 三、進行專業認可及報酬之遊說（Lobbying for professional recognition and remuneration.）。
- 四、發展與宣導對安全工作環境之重要性的立場聲明（Developing and disseminating a position statement on the importance of a safe work environment.）。
- 五、確保其他專業有共同參與安全工作環境之政策發展（Ensuring that other disciplines are involved in the development of policies for safe work environments.）。
- 六、支持研究、為找出最佳照護方式蒐集資料，一旦有資料就發送給大家（Supporting research, collecting data for best practice, and disseminating the data once it is available.）。
- 七、鼓勵教育機構藉由強調團隊合作理論與提供團隊合作機會加強團隊合作精神（Encouraging educational institutes to enhance teamwork by providing opportunities for collaboration and emphasising teamwork theory.）。
- 八、頒發獎項給那些確實實踐招募與留任措施、改善照護與病患滿意度等提供正向執

業環境之健康照護單位（Presenting awards to health care facilities that demonstrate the effectiveness of positive practice environments through recruitment and retention initiatives, reduced drop-out rates, public opinion, improved care and higher patient satisfaction rates.）。

九、使用工具書以提供有關正向工作環境之背景資訊（Using the tool kit to provide background information about the importance of a positive work environment.）。

我來衛生署之前，有非常多年醫院管理的經驗，我深知護理人員工作的辛勞，加上民眾對醫療品質的要求，更使得原已人力短缺的護理人員工作負荷更加沉重。其實，護理服務是醫療照護中最根本且重要的一環，臺灣醫療體系及全民健保的成就備受世界各國推崇，這些掌聲與榮耀的背後，是廣大第一線醫護同仁犧牲奉獻的成果。我希望我們提出的護理改革計畫能一步步到位，以徹底解決護理人力短缺的問題，也盼望各部會能協助配合，讓教考用的工作人力規劃能順利推動，當然，我們也會持續努力推動改革方針，務必使護理同仁負荷過重的問題得以改善，讓照顧民眾第一線的護理人員能重拾對工作的熱忱與信心，提升醫療照護品質。



101.12.6 委託臺灣護理管理學會辦理護理主管業務聯繫會議。



101.12.17 「護理職場勞動條件及勞動權益面面觀」護理職場勞動現況及未來展望教育訓練暨座談會。

# 以 WHO ICF 進行全國身心障礙鑑定

將 ICF 的精神融入身心障礙的鑑定，藉由完整的評估及鑑定，提供身心障礙者更貼切的福利服務，真正落實照顧弱勢、維護社會正義的重要使命。更讓世界各國再次見識到另一個臺灣奇蹟。

臺灣除了全民健保制度受到各國肯定與讚譽，其實在兩年前，還有另一個制度也默默進行一場寧靜革命，且獲得世界各國重視。

## 完成不可能的任務，創造世界第一

民國 101 年 7 月，臺灣身心障礙新制原本被形容可能是全民埋單的大災難，在身障及社福團體、醫療界與政府多方合作協調之下，總算順利踏出第一步，截至民國 102 年 3 月為止，已有 13 萬人經由新的制度完成身心障礙鑑定，這個創舉被形容是臺灣衛生當局繼全民健保之後，完成另一個不可能的任務，甚獲世界各國重視。

這個改造工程相當嚴峻，隨著人口老化，失能及身心障礙的問題逐漸浮現，照顧弱勢族群是衛生主管單位最注重的議題，為了這項變革，我們花了五年的時間進行準備，領先各國勇敢踏出第一步，是目前全球第一個以世界衛生組織（WHO）ICF 分類方式來進行身心障礙鑑定的國家。

## 身心障礙制度的兩項重大變革

根據世界衛生組織統計，目前全球身心障礙

人數約有 7 億人，每 10 人之中就有一位是身心障礙者。臺灣身心障礙鑑定制度與其他國家不同，在原有的全民健保、重大傷病、長期照護、早期療育等健康福利保護傘下，我國身心障礙制度主要提供失能者額外的福利服務，至民國 101 年底為止，全國身心障礙人數達 110 萬人，但是隨著觀念及時代的演進，如何提供符合世界潮流的鑑定與服務系統，提升身心障礙者的社會參與權利，一直是我國衛生福利部門嚴峻的任務及挑戰。

放眼 21 世紀，全球身心障礙領域的發展有兩件大事，促成了我國身心障礙制度的重大革新。

第一件是西元 2001 年世界衛生組織（WHO）公布了「國際健康功能與身心障礙分類系統」（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF），希望建立一個結合生理、心理、社會等多個層面來描述人類健康狀況的分類系統，做為研究健康相關議題的共通語言。

過去傳統上，描述一個人的健康問題多侷限在醫療層面，例如形容一個腦中風個案，大多著重在評估肌肉力量、耐力和關節活動度等，如果單從醫療的角度來看待個案，可能忽略了一個案日常生活功能的困難，例如穿衣、洗澡等，甚至忽略參與社會活動的限制，對身心障礙者來說，醫療問題穩定之後，接著要面對更大的難題，例如日常生活的不便以及無法融入社會

所造成的就學、就業困難，這才是身心障礙者最關心的議題，也因此，當 WHO 一推動 ICF，立刻引起國內身心障礙團體的關注。

第二件則是 2007 年聯合國憲章發表身心障礙者權益宣言（Convention Right for People with Disability，CRPD），這個宣言是近代保障身心障礙者權益的重要法典，聯合國直到隔年才完成各會員國的聯署，臺灣雖然不是聯合國會員國，卻因為有多位立法委員及民間專家學者大力奔走，在 2007 年立法通過「身心障礙者權益保障法」法案，為臺灣身心障礙的發展奠定一個里程碑。

### 身心障礙者權益保障法具備三個重要精神

「身心障礙者權益保障法」明文闡述，從 2012 年 7 月開始，我國身心障礙的鑑定必須依據 ICF 中的八大類作為分類依據，這是一部相當先進的立法，臺灣成了全世界第一個將 ICF 精神融入身心障礙權益的國家。這法案的立法精神包含了三個重要精神：

### (1) 跨專業的團隊評估鑑定

身心障礙的鑑定從過去以醫師為主的鑑定模式，改變成跨專業的聯合評估模式，也就是說，除醫師外，還必須包括物理治療師、職能治療師、社會工作師、語言治療師、心理師、護理師等其他鑑定人員共同參與，此外，如果有就學、就業方面的需求，也要有特殊教育人員和職業重建人員參與協助。

### (2) 醫療鑑定與社會福利的整合

舊制的身心障礙鑑定，只有障礙的類別和等級，如果想進一步獲得社會福利資源，必須再取得相關評估報告，前端醫療鑑定與後端福利輸送無法結合，民眾必須反覆接受評估，此外，地方政府也因為無法得知民眾的確切需求，只能以經驗編列預算，往往造成預算與實際需求的落差。新的鑑定模式則可整合醫療與社會福利，減少民眾疲於奔命反覆接受評估。

### (3) 政府必須根據身心障礙民眾的鑑定和需求評估結果，提供合適的福利服務，對身心障礙者的照顧不再是政府的恩澤，而是政府的責任。

## 三階段的準備工作

當時，為了配合身心障礙觀念的革新，從 2007 年「身心障礙者權益保障法」通過後，衛生署和內政部社會司就著手進行三階段的準備工作：

### ■ 第一階段：2007 ~ 2009 年

主要任務包括工具開發、資源盤點及四縣市試辦。身心障礙評估工具的開發，主要透過專家會議進行，評估工具包括身心障礙鑑定及需求評估兩大系統工具。

- (1) 身心障礙鑑定系統的工具開發：由專家根據 ICF 為基礎架構，組成二群專家團隊，第一群為身體功能構造組（b、s），主要由 199 位專科醫師組成，再依據 ICF 八大身體功能系統構造，分成 8 個次群組；第二群為活動參與及環境組，主要由職能治療、物理治療、心理諮商、聽力語言及特殊教育等 98 位國內專家學者組成，專家名單由全國各身心障礙團體推薦以及該領域研究人員擔任。

- (2) 需求評估工具的發展則是根據 ICF 活動及參與內容及現有福利資源所發展，發展方法主要是以文獻回顧及福利服務供給對應方式為主。
- (3) 資源盤點：在同時期，內政部社會司著手盤點全國各縣市身心障礙者相關福利服務資源，確認目前資源現況，主要研究工具包含結構性問卷及資源檢核表，對象主要為各縣市社會局處主管及承辦人員。
- (4) 前導試辦計畫：2007～2008 年完成第一階段工具發展，於 2009 年進行第一階段的前導試辦計畫。試辦地點主要是臺灣地區北、中、南、東各選擇一個縣、市施行，包括臺北縣、高雄市、彰化縣及花蓮縣共計 500 位身心障礙者進行工具測試，以資訊整合系統處理試辦資料，並收集評估專業人員意見，這階段的主要目的是了解工具之適用性。

## ■ 第二階段：2010～2012.7

主要任務包括工具改良、全國性試辦計畫、建立多元鑑定模式以及擴充福利資源。

- (1) 工具改良：根據第一階段的前導試辦計畫結果進行第二階段的工具改良，持續修改鑑定及需求評估兩大系統評估工具；在鑑定工具方面，修改方向主要包含修訂醫療

診斷標準及發展核心評估項目，另一方面發展我國身心障礙成人版及兒童版的活動參與功能評估工具。

在需求評估工具上，參考 ICF 檢核表及 ICF-CY 增加量化評分比例，並在這階段的試辦計畫中完成需求評估量表之信度檢測。

- (2) 全國性試辦計畫：以全國 16 類身心障礙者為母群，擴大辦理試辦計畫，針對接受重新鑑定的各案，同時以舊制和新制進行評估，共計 10,000 人。並針對進行新制鑑定之專科醫師、鑑定人員及社工人員進行問卷調查，探討新制所造成的衝擊。
- (3) 建立多元鑑定模式以及縮短鑑定時間：主要是以衛生主管機關、專業團隊及醫院團體共同討論鑑定醫院實驗辦理方式，根據鑑定案量、民眾需求及各縣市鑑定醫院數量，研議建立多元鑑定模式，縮短民眾等待鑑定時間。

### ■ 第三階段：2012.7 ~ 2013.3

主要任務是正式實施及追蹤輔導。

- (1) 持續追蹤新制鑑定正式實施後評估工具使用情形，並加強發展鑑定及需求評估系統的橫向連結，確立全國各縣市衛生及社政單位採行鑑定之多元合作模式發展。從 2012 年 7 月至 2013 年 3 月止，已經完成 13 萬人申請身心障礙新制鑑定，民眾陸續依據鑑定結果取得相關的福利服務。
- (2) 追蹤輔導：統籌五組專業團隊（北、中、南、東及離島）從 2013 年 3 月起進行全國 22 縣市的實地輔導及督察，主要針對評估流程、身心障礙者的福利服務連結進行追蹤及輔導。

長久以來，身心障礙者可說是社會弱勢族群，需要政府主動提供更多協助，值得慶幸的是，我們首度將 ICF 的精神融入身心障礙的鑑定，藉由完整的評估及鑑定，提供身心障礙者更貼切的福利服務，真正落實照顧弱勢、維護社會正義的重要使命，也因為我們成功完成身心障礙制度的革新，讓世界各國再次見識到另一個臺灣奇蹟。

即將舉行的 2013 年世界衛生大會 (WHA) 也已經將身心障礙列為未來五年相當重要的議題，相信我們這次的改革經驗將可提供給世界各國，作為落實 ICF 精神及執行聯合國身心障礙者權益宣言時的重要參考，為國際醫療衛生界盡一份心力。

## 完備資訊隨時警戒 預防 H7N9 流感疫情

防治 H7N9 流感疫情，落實傳統市場禁宰及販售活禽政策，並積極推動季節流感疫苗施打，提升應變醫院收治病患量能，以及進行風險溝通及衛教溝通。

天氣漸漸變涼，隨著北雁南飛，國人擔心 H7N9 流感，會不會在秋冬再度捲土重來，造成大流行？根據 WHO 的資料，目前還沒有顯示 H7N9 流感會持續性人傳人，但也不排除病毒會再演變，所以大家還是應該做好預防的工作，包括養成個人良好的衛生習慣，勤洗手，均衡飲食及保持運動習慣，提升個人的抵抗力。從民國 102 年 10 月 1 日起，公費流感疫苗開始接種，請符合接種對象的民眾，儘快前往接種，提高免疫力，讓自己和家人多一層保護。



馬總統視察中央流行疫情指揮中心。

## 即時掌握資訊，納入監測檢驗

早在 2013 年 3 月 30 日，中國大陸出現第一個病例時，我們立刻將此病列為第五類傳染病，並將流感併發症或不明原因肺炎的個案都納入監測檢驗，如此一來，可以讓衛生單位全面掌握到全國所有的可能病例。也因此，我們在 4 月就掌握到從中國大陸境外移入的病例，除了立即提供妥善治療外，也避免造成再傳染。其他所有通報的個案，經過我們檢驗之後，都排除感染。

H7N9 流感在中國大陸出現 138 個病例，其中 45 例死亡。患者以 50 歲以上居多，多數曾接觸禽鳥（多為雞隻），主要感



江院長視察中央流行疫情指揮中心。



邱部長探視臺北市立聯合醫院和平院區醫護人員。

染風險來源為活禽市場，現階段並沒有持續人傳人的現象。但是 H7N9 病毒對動物來說是低致病性的，不像 H5N1 禽流感，對動物來說是高致病性病毒，動物發病或致死率很高，較容易查覺，因此，我擔心當動物感染了 H7N9 禽流感病毒，不容易提早發現，而延誤了阻止其傳播的時機。

### 積極推動季節流感疫苗施打與禁宰販售活禽

雖然現在 H7N9 流感沒有持續人傳人的現象，但我們不敢掉以輕心，持續透過中央流行疫情指揮中心的運作，完成政府各相關部門的應變計畫及整備工作。此外，我們也以多元管道監視疫情，進行風險評估，同時也持續落實傳統市場禁宰及販售活



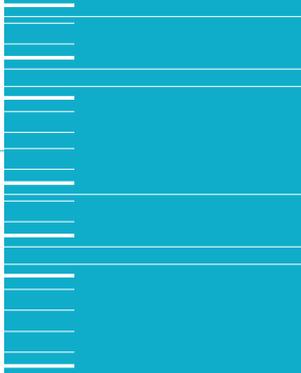
在邱文達部長陪同下，疾病管制署長張峰義（左一）向馬總統解說流感疫情。

禽政策。萬一疫情再度發生，會視實際需要調升指揮中心層級，提升邊境檢疫的強度並發布旅遊警示，持續落實傳統市場禁宰及販售活禽政策，並且積極推動季節流感疫苗施打，提升應變醫院收治病患量能，以及進行風險溝通及衛教溝通。

這個秋冬季節，病毒基因會不會發生突變重組，還很難說，如果病毒突變重組，對人的傳染力可能增強；如果沒有，也可能會變成長期散發的疫情。隨著中國大陸之前關閉的活禽交易市場陸續恢復運作，病毒有可能再度於活禽間傳播，預期仍會有零星人類病例或侷限性群聚疫情發生。所以，提醒國人配合我們的防疫措施，切勿非法走私活禽，避免跟禽鳥接觸，保持良好的衛生習慣，而且一旦出現疑似流感症狀，應立即就醫，讓醫師清楚了解旅遊史和接觸史，給予妥善的治療，也避免造成疫情的擴大。



馬總統非常關心流感疫情，向防疫人員詢問疫情發展情形。



這次塑化劑事件，要從醫療的觀點，醫學要以最嚴謹的角度去看且做持續追蹤，但不要涉入政治考量，讓資訊透明化，避免民眾恐慌。

## 我的策略地圖 —拯救 MIT 食品的契機

2011 年塑化劑事件，引起極大風波，對署裡來說當然是個挑戰。我很感謝盡忠職守的楊技正及實驗室同仁，因她們的發現，以及康局長帶領食品藥物管理局同仁的努力追查，才能讓整件事揭露開來。

### 主動追緝，揪出不法

要在食品中偵測到塑化劑是很困難的，主要是從來未想到會在食品中出現，也因這次是惡意添加到食物內，楊技正一開始檢測時發現有不正常的波動，謹慎起見，便與其實驗室同仁找來五種儀器交叉比對，終於確認這數值不正常，接著，與標準數值比對，發現是 DEHP，才確定問題所在。

儘管確定比對出 DEHP，但還是無法得知這成分從哪來，因為食品中添加物的成分太多。經實驗室同仁分析所有塑膠包裝、包材，一路抽絲剝繭，排除是外包裝後又繼續找，最後鎖定益生菌，但粉末裡有 30 種成分，各廠商又有獨門配方，經過一個個去檢驗、分析，才找到是起雲劑。

雖然發現是起雲劑，但要找到其上游廠商，又是個大工程，透過檢調單位，協助清查國內中、上游廠商，有 20 多家，取回所有原料進行檢測，終於找到惡意添加之原兇。

此事件，在追查過程中，衛生單位不具司法權，廠商不配合，遭遇許多困難，必須透由檢、調單位協助，始能逐一追出其源頭之上游廠商，以及其相關之中下游廠商。事後，有人建議衛生署應設衛生警察，這是很好的建議，不過執行上有困難，因依照法令，警察需隸屬警政體系，不太可能在警政體系外，另行配置警察。

## 影響擴大，啟動危機管理

回溯此事件處理過程，經檢、調單位取回所有原料進行分析化驗，5 月 19 日結果出爐，確認只有昱伸與協成這兩家涉案；5 月 26 日衛生署又發現有另一個不正常波動值，元凶是賓漢公司所生產之雲起劑中含有 DINP，我們隨即通知檢方。對於食品藥物管理局同仁及地方衛生單位在整個過程中不停地努力追查，我們表示最高的敬佩之意。

在衛生署發現係由源頭廠商惡意添加而造成之食品污染，立即於 5 月 19 日通報行政院，行政院當日立刻召開跨部會危機管理會議，啟動危機管理因應機制，在確認最後一批樣本及各

項因應準備工作後，由衛生署在 5 月 23 日召開記者會，對外宣布開始啟動此事件之一連串處理措施。

### 設定 D-DAY，全國抗塑總動員

在全面清查這幾家不法下游廠商同時，我們決定將 5 月 31 日設定為「D-DAY」，要全國總動員，就像諾曼地登陸，就從這天開始展開攻擊，登陸後，等於總動員的開始。5 月 30 日，我們邀集全 22 縣市的衛生局長來開會，討論執行細節，之後，我們仍密集會商六次，其中四次以視訊方式進行。

除了全面清查產品、下架，醫療的問題也很值得重視，該如何解決民眾對醫療的恐慌呢？我們決定設置塑化劑諮詢特別門診，自 5 月 28 日開始包括 28 家署立醫院，臺北、高雄兩家市立醫院以及軍方醫院設立特別門診，總計參與醫院共有 131 家。

### 全面強化稽查，嚴懲違法者

衛生署多管齊下展開「全面強化稽查」。我



2011.07.31 D-day 終止黑心起雲劑產品。



2011.5 全國署立醫院開辦塑化劑諮詢特別門診。

們早已想到，展開稽查後，廠商一定會出現強勢抵抗，不論大規模或小規模或匪夷所思的事情都可能發生，就像原本發現只有飲料、瓶裝水含有塑化劑，接著又爆出某某麵包果醬、奶油球等，牽涉的產品品項愈來愈廣，甚至許多廠商在隱匿產品流向，更是讓人氣憤。我當時就估算，這段時間讓該爆的都爆出來，如此一來，我們就能全面收網，重新整頓，將來我們的食品就愈乾淨，這對民眾反而是好事。至於愈爆愈多的陣痛期間，衛生署難免挨罵、受指責，我都願意虛心接受，事實上，指責就是我們做改革最好的明燈。

塑化劑稽查持續進行，截至7月20日，包括八大通路、四大超商及攤販、夜市等，清查家數已高達近五萬家（49,652家），下架的產品有29,337品項，這應是臺灣有史以來最大一次的稽

查。如此大規模稽查動作，為臺灣食品做了一次大重整，而衛生署仍會持續要求各縣市衛生局，一定要將所有的家數全部查完一遍，接著，強化稽核，持續到每個商店去抽樣，只要發現不合法產品還在架上，立刻要求停業，這是非常嚴重的懲罰。另外，FDA 也和四大超商、八大通路去檢視 1,700 多項的產品標準化，八大通路公司也公開寫切結書，並跟經濟部簽約，聲明通路上的產品絕對不會使用昱伸、賓漢的不法起雲劑。

### 明快處理原料輸出，擦亮 MIT 的招牌

危機就是契機。我希望透過這次事件，能為臺灣社會重新塑造一個安全乾淨的食品衛生環境，這也是拯救臺灣 MIT 食品很好的契機。經過徹底稽查，事件告一段落，我們會向國際社會宣告，全世界會知道，臺灣的食品是最乾淨的國家之一，臺灣的食品絕對沒有問題，讓臺灣的食品產業能提升在國際上的競爭力。

為避免擴大事端，我們相當明快地讓國際知曉處理過程。國際上有 22 個國家進口昱伸與賓

漢的原料，事件爆發後，只要於經濟部列冊者，我們立即全部禁止輸出，除透過駐外單位通知各國衛生單位外，外交部也邀集各國駐臺代表對整體事件做詳細說明，各國對於我們的明快處理，都表示很滿意，有助於他們解除疑慮。

## 最嚴謹的醫療作法，避免恐慌

在國內，衛生署設立健康諮詢門診，數據顯示醫療問題經過 2 個月時間已趨穩定，自 5 月 28 日至 7 月 25 日止，共有 131 家醫院提供健康諮詢門診，累計服務 4,150 人，轉到次專科看診的只有 54 人（僅占 1.3%），其中有四個小朋友有疑似症狀，但仍無法直接證明相關性，須進一步追蹤。

就像世界衛生組織「全球預警暨因應組」發言人哈特爾所說：「DEHP 這個化學物質雖有致癌風險，具有生殖毒性（大部分從動物實驗發現），但對人體沒有立即致命的危害，對人類真正的影響還要觀察。」

從醫療的觀點，醫學要以最嚴謹的角度去看且做持續追蹤，但不要涉入政治考量，讓資訊透明化，避免民眾恐慌；所以，我們讓塑化劑健康諮詢門診持續一段時間，尤其是署立醫院，可做較長時期的追蹤，並請國家衛生研究院立即進行大規模流行病學研究。

## 第二階段的策略地圖

接著，我們展開第二階段的策略地圖。

第一、繼續追昱伸與賓漢的下游廠商，可能還有隱匿的廠商，所以要全力追查，一旦找到，絕對重罰。

第二、藥物的部分，衛生署將仿美、歐、日作出我國每人每日攝取容忍值 TDI，採用「標示」方式，讓民眾可以有選擇的依據。藥物若含有昱伸與賓漢的原料，當然不被允許，但若有其他添加物，則要謹慎考量。因為目前有多種藥物，歐美同意使用少量塑化劑，因其劑量較低，符合每人每天可忍受的量（TDI）。

第三、進口食品部分，衛生署將對所有國內之食品（包含國產及進口食品）進行抽驗。

第四，含塑化劑 PVC 材質醫療器材與化妝品。這問題國際社會早已注意並研究了好幾年，目前各國還沒有辦法全部把 PVC 換成 PE、PP 或更好的 silicone 材質，現階段因醫院的使用量非常大，這些替代品也較昂貴，故國際上沒有規定不能使用含塑化劑 PVC 材質醫療器材，為保障



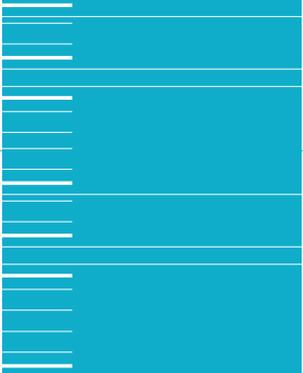
2011.05 公告高 DEHP 暴露風險 PVC 材質醫療器材之最小販售包裝標示符號。

病患權益，我們參酌國際管理趨勢在民國 100 年 5 月 23 日公告，含 DEHP 暴露風險的 PVC 材質醫療器材，販售包裝都必須清楚標示「本產品含有塑化劑 DEHP」或相關標示符號（如圖示），並提醒對高危險群病人可設法改用其他產品，以降低對嬰兒、懷孕或授乳婦女、青春期男性等敏感族群的健康風險。

至於化妝品，美國、日本沒有規定不能使用塑化劑當作定香劑，歐盟則規定有七項不准使用（但殘留量可以到 100ppm），我們已根據歐盟制定最嚴格的標準。

最重要的背景值部分，則於 7 月 13 日由全國專家學者討論後，拍板定案訂出五種塑化劑的 TDI。我想再次強調，未來，我們還會遇到許多困難，假設沒有這些清查行動，就無法知道很多事情，盼望大家共同全力以赴，為國人再造一個安全乾淨的食品環境，這也是拯救臺灣製造 (MIT) 食品的最後一次機會。

最後，還是要感謝馬總統、行政院吳院長、陳副院長、朱敬一政委的支持與鼓勵。同時，各部會及全國 22 縣市衛生局的全力配合及幫忙，是整個行動不可或缺的。



經歷「塑化劑事件」及「萊克多巴胺美牛事件」的重大食品安全事件洗禮，我們學到寶貴經驗，也因此更徹底檢視國內食品安全網的漏洞，進而啓發革新食品安全管理制度的契機，重新創造一個「食在安心」的社會。

## 化危機為轉機 — 美牛案與塑化劑事件

由於現代加工食品的多樣化使得食品管理的困難度與日俱增，且隨著經濟全球化，食品安全問題已經超越了國界，在我國加入世界貿易組織（WTO）後，無可避免地必須面對更多可能的食品安全問題。

大家可能還記憶猶新，臺灣社會曾經在 100 年及 101 年面臨重大食品管理事件，分別為「塑化劑事件」及「萊克多巴胺美牛事件」，這兩大事件都讓衛生署遭受極大考驗，所幸經中央地方衛生機關通力合作，行政院跨部會支援及官產學民聯手迅速有效化解危機，消弭民眾不安，逐步恢復食品產業與市場秩序。

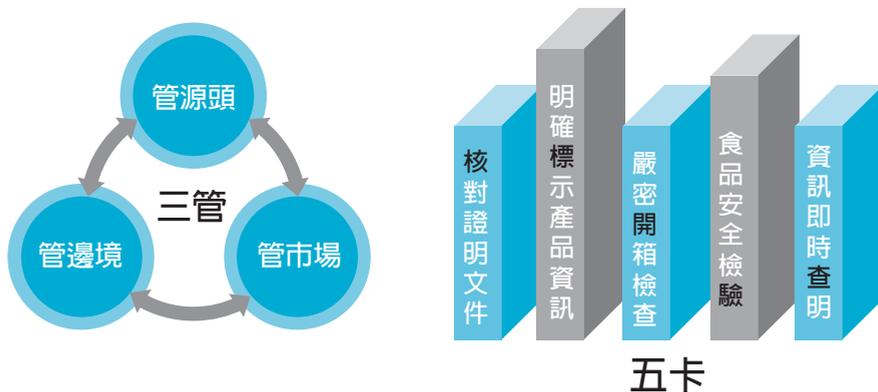
面對未來可能有更多新的挑戰與課題，衛生署將以更積極的態度，為民眾建構更健康安全的消費環境。

### 萊克多巴胺美牛事件

民國 101 年發生的萊克多巴胺美牛事件，起源可追溯至民國 95 年行政院農委會公告乙型受體素（ $\beta$ -agonists）為禁止使用的毒害藥品，食

品中不得檢出。而民國 96 年在邊境查獲美國豬肉含萊克多巴胺（Ractopamine）之後，卻引發貿易問題，美國政府進一步要求我國應予以解禁，並以科學證據為基礎訂定安全容許量；同年 8 月農委會與衛生署同步預告萊克多巴胺解禁及訂定其安全容許量，並將草案通報世界貿易組織（WTO），但國內並未進一步公告施行。

民國 101 年年初國內乙型受體素相關輿情持續發酵，為確保民眾消費安全，衛生署在「三管五卡」的架構下持續加強邊境及市場查驗，行政院並於民國 101 年 3 月 5 日晚間宣布「安全容許、牛豬分離、強制標示、排除內臟」的 16 字政策方向，擬對含有萊克多巴胺的牛肉有條件解禁。



## 成立危機小組積極因應

由於美牛事件引發的效應不容小覷，行政院在民國 101 年 3 月間共召開 4 次「行政院食品安全危機處理小組會議」，研擬相關因應措施，我們衛生署很快在 4 月就邀請專家學者討論萊克多巴胺的人體每日可接受攝取量 (Acceptable Daily Intake, ADI)，並訂定其為每日每公斤體重 1 微克。

民國 101 年 7 月 5 日食品法典委員會 (Codex Alimentarius Commission, Codex) 正式通過萊克多巴胺的殘留標準草案，訂定萊克多巴胺的安全容許量為 10 ppb，隨後在 7 月 25 日立法院三讀通過「食品衛生管理法」與美國牛肉萊克多巴胺事件有關之安全容許量及強制標示修法案，並於 8 月 8 日以總統令正式公布施行。

## 持續推動「加強稽查，強制標示」政策

法案通過之後，我們更積極推動後續稽查工作，衛生署食品藥物管理局旋即在民國 101 年 7 月 31 日召開專家會議，將萊克多巴胺的安全容許量訂定為 10 ppb，8 月預告萊克多巴胺的安全



2012.09 牛肉產地標示宣導單張。



2012.09 邱文達部長前往賣場視察牛肉產地強制標示稽查情形。

容許量與強制標示相關事項。並於 9 月 6 日正式公告強制標示相關事項，並分別在 9 月 12 日及 20 日開始實施散裝、有容器或包裝食品的強制標示；9 月 11 日正式公告增訂牛肉之萊克多巴胺殘留容許量，並於 9 月 13 日開始實施。

除了加強邊境及市售牛肉相關食品的稽查抽驗，也積極辦理民眾宣導及業者說明會，並督導地方政府衛生局落實市售牛肉產品的稽查抽驗，同時加強牛肉原料原產地(國)標示之稽查。

截至民國 102 年 10 月 31 日為止總計查核 48,177 家次，合格率 99.9%，標示不合格產品已給予輔導並確認改善。同時為消弭我國消費者對美國牛肉的疑慮以及提升信心，強化對輸出國生產製造的管理與監控以及邊境查驗，以確保肉品衛生安全無虞。

## 塑化劑事件

民國 100 年 5 月間發生震驚全國甚至國際的塑化劑污染食品事件，影響層面不僅國內食品產業，甚至部分藥品及多種外銷產品也遭波及，重創臺灣製造（MIT）產品的形象，令人遺憾。

回溯這起塑化劑污染食品事件，肇因於不肖業者為牟取暴利，違法添加非食用的物質在食品中，也就是把塑化劑取代起雲劑裡的棕櫚油成分。如果不是由食品藥物管理局第一線檢驗人員本於專業、細心及追根究底的精神，主動揭發並追查，實在很難發現此一惡意非法的行為。

### 設定「D-Day」行動日，挽回民眾信心

在事件發生初期，隨著被查出含塑化劑產品愈來愈多，民眾恐慌程度急速攀升，對食品安全的信心直線下落，整個臺灣社會對食品安全的信心幾乎面臨崩盤。當時，我們立即提出以 5 月 31 日「D-Day」作為終結黑心起雲劑的行動日，並聯合各縣市衛生局、行政院消保會及各縣市消保官，展開台灣歷年來規模最大的食品稽查行動。

感謝相關單位的同仁日以繼夜地全心投入，在源頭追查和產品檢驗「上下夾擊」的策略運用下，遭受污染的產品才能在最短時間內撤離市場。經查扣、封存之受污染食品，衛生署及環保署共同擬訂妥善作法，公開及嚴密監控，務必做到完全銷毀，避免污染環境。並於民國 100 年 6 月 11 日全國同步展開「遭塑化劑污染食品銷毀活動」，以展現政府掃蕩之決心，確保問題食品不會回流。

為了不讓事件重演，衛生署在民國 100 年 6 月舉辦第一次全國食品安全大會，參加對象涵蓋學術界、產業界、消費者團體、協學會及政府機關人員，對本次事件進行總檢討，並檢討及強化「食品添加物管理」與「食品源頭管理」。在會議中所達成的共識，藉由強化跨部會橫向聯繫機制，與各相關部會通力合作與協調，以落實執行各項創新及強化措施，朝產、學界提出「產業升級」、「政策配合」及「社會責任」三大建言方向作規劃。

此外，衛生署食品藥物管理局邀集食品衛生安全與營養諮議會委員及風險評估等相關專家學者，對國內較常使用之 6 項塑化劑，建立我國每人每日耐受量值（Tolerable daily intake，TDI），並於民國 100 年 7 月 31 日正式公告，作為日後追蹤及風險評估的參考。

## 開啟食品安全管理新契機

為強化食品安全管理，我責成署內同仁全面檢討修訂相關政策，建構食品安全防護網，以達到食品安全的目標，提出因應作為，包括在制度面與管理面。

在制度面上，我們開始強制要求食品產業登錄制度，推動民間自主管理驗證體系，輔導成立食品添加物商業同業公會，以促使產業進行升級。在管理面上，搭配訂定「食品添加物管理辦法」、研修「食品添加物之分類管理」、建置「食品添加物追溯追蹤系統」等，以強化政策擬定，加強食品業者的源頭管理及稽查，避免有毒物質違法添加或流向於食品中。

並藉由強化跨部會橫向聯繫機制，與各相關部會通力合作與協調，落實執行各項創新及強化措施，讓食品安全管理制度更加周延完備，以防患於未然。

身為掌管全國民眾健康的舵手，我在思考有關食品安全的管理政策，絕對以國民健康權益為

優先考量，但其實打造食品安全的環境不能只靠衛生署，而是須依賴政府、食品業者及消費者三者共同維護。

政府除了扮演具有國際觀的管理者，透過專業技術的支持以及建構與國際接軌的法規制度外，各部會之間的橫向協調與合作更是做好食品安全管理的必要條件。

而食品業者除了應遵守相關規定，更要具備做好自主管理的認知，永續經營，才能長久獲得消費者的信賴。至於在消費端，我們也將持續傳遞正確的健康安全知識，使國人成為健康理性的消費者。

危機就是轉機，經歷過這些重大食品安全事件洗禮，不論政府單位或產業界都從事件中學到寶貴的經驗，我們也因此更徹底檢視國內食品安全網的漏洞，提升解決問題的能力與完備管理制度，進而啟發革新食品安全管理制度的契機，重新創造一個「食在安心」的社會。

有效的危機處理能將傷害的範圍及程度減到最低，並可提供政府機關許多檢討、學習之處，以獲得不斷改革、進步的動力，重拾人民對政府的信心。

## 化危機為轉機 — 愛滋器官移植事件

很多人也許不很清楚，通常政府機關面臨的危機事件常具有「不確定」、「急迫」、「嚴重」、「複雜」等特性，大多是在毫無預警的情況下發生，且多半牽涉到很多因素、也不易釐清，必須在短時間內給予妥善處理或控制，否則很可能會威脅到人民的生命與財產安全，連帶影響到國家社會的安定。

### 愛滋器官捐贈美事成夢魘

為了將危機導致的各種傷害降至最低，當危機一經確認後，我們就會立即採取最適當的危機處理機制，將危機進行有效控管，並研擬有效危機預防策略，避免類似事件再度發生。

再加上目前網路科技發達，各類媒體管道暢通，資訊傳播的速度相當快，危機事件幾乎無法隱匿而不報，所以我們更會採取積極態度面對，儘可能在最短時間內化解危機。

以愛滋器官捐贈為例，近年來我們衛生署投注許多經費，大力推廣器官捐贈，以造福更多等待器官移植患者，不幸在民國 100 年 8 月爆發一起臺大醫院將愛滋器官誤植的憾事。

這事件起因於一名因墜樓意外導致腦死的病患，因器官仍完好，經家屬同意捐贈器官後，由臺大與成大醫院器官移植小組，分別完成肺臟、肝臟、腎臟（兩例）及心臟等共五例器官移植手術。術後臺大醫院卻發現該名器官捐贈者竟然是愛滋病毒 (HIV) 之感染者，旋即通知成大醫院，兩家醫院立即給予五位受贈者抗 HIV 病毒藥物，希望能將病毒感染機率減至最低。這個重大醫療疏失的發生，可說是在臺灣的移植醫學界投下一枚震撼彈，不僅衝擊醫界龍頭臺大醫院的醫療形象，也讓原為遺愛人間的一樁美事，轉眼間，成為相關人員的一場惡夢。

## 成立三大專責團隊進行危機處理

在歷經三聚氰氨毒奶粉、塑化劑等重大公共衛生安全危機事件後，我們對於相關危機事件均採取「公開透明」且「快速」的處理態度，這次愛滋器官誤植事件的發生，再度考驗衛生署的危機處理能力。

事件爆發，我一接獲財團法人器官捐贈移植登錄中心的通報，便在第一時間責成臺大與成大醫院務必給予五位愛滋器官受贈者最妥適的醫療照護，並要求院方主動向病人及所有家屬致歉並說明原委，同時我也要求責任醫院必須在三日內提交事件完整報告。



愛滋器官捐贈及移植制度改革論壇，專家討論改革方案。

為防止醫療機構再度發生類似疏失，事件發生的次日，我就要求全國各勸募醫院應將書面檢驗報告，以掃描或傳真等方式，傳送至受贈醫院及登錄中心，建立雙重查核機制。衛生署也即刻成立「專案調查小組」、「關懷協助小組」及「醫療諮詢小組」三大專責團隊，針對此次事件展開實地調查工作，除了找出根本原因，同時也提供受害者以及相關人員醫療與關懷的協助，並研商各項危機處理對策，全力處理並復原此次危機事件。

### 資訊透明化消除民眾疑慮與不安

在危機處理過程中，除了迅速掌握危機動態並盡力防堵危機蔓延之外，另一核心任務就是危機溝通。

為了讓全國人民得以掌握事件處理過程，並了解衛生署對此事件的高度關切，我們在通報當日就主動發布新聞稿，並持續公開事件相關重要訊息，讓資訊透明化，避免媒體進行各種不實或臆測性報導，造成民眾過度憂慮與不安。

韋氏字典將「危機」一詞解釋為「事件之轉機與惡化間的轉捩點」，如果危機處理得宜，「危機」就可化為「轉機」。危機事件發生後，有效的危機處理能將傷害的範圍及程度減到最低，並可提供政府機關許多檢討、學習之處，以獲得不斷改革、進步的動力，重拾人民對政府的信心。



愛滋器官捐贈及移植制度改革論壇，專家討論改革方案。

## 五大改革方案完善器捐移植機制

針對這次的臺大誤植愛滋器官事件，我們不斷進行內部檢討與反省，同時著手進行五大改革，包括：

- (1) 修正人體器官移植條例，於法規中明定捐贈者所在醫療機構應於移植手術前，需提供捐贈者移植相關書面檢驗報告予受贈者之醫療機構，以彌補原有作業流程的不足與疏失。
- (2) 強化器官捐贈移植相關人員的教育訓練，並積極規劃建立器捐勸募移植協調人員的認證制度，以健全其專業知能。
- (3) 訂定完善的器官捐贈一致性臨床作業指引，避免各醫院作業流程差異過大，並確保相關檢驗結果能正確且無誤地傳達。
- (4) 改變現有器官勸募網絡運作模式，最終整合為北、中、南、東四區，以提高器官勸募成效。

(5) 全面檢討各器官移植醫院資格，並訂定合宜的退場機制，提升器官捐贈移植之品質。

期望藉由落實這些改革方案，得以完善國內器官捐贈移植機制，並重新尋回民眾對器官捐贈的肯定，有利於未來持續推廣器官捐贈觀念。

所謂危機的管理，除了「危機處理」及「危機復原」二大階段，「危機預防」也是危機管理中不可或缺的一環，政府機關在加強危機處理能力之餘，平時亦應培養危機意識，防患於未然。歷經此次重大醫療疏失事件的考驗後，我相信如果能以上述改革方案為基礎，重新檢視並修正器官捐贈移植相關作業規範，強化檢驗資訊覆核機制，並採取不定期稽核措施，持續督導各器官勸募網絡醫院落實各項規定與標準流程，一定能將種種危機發生的可能性降到最低，甚至化危機於無形中，進而為民眾器官移植的醫療行為，樹立起一道相當安全的屏障。

# 化危機為轉機

## —北門分院火災事件

火災事件發生後半年內，除協助署立新營醫院完成住民保險理賠、後續安置及心理重建，並依病人安全為基礎跨部會制定相關評鑑標準，不論硬體軟體或心理上的協助，都是我們努力將此危機轉為提升醫療照護機構消防安全的具體表現，希望提供民眾更安全的醫療照護環境。

不論美牛食品事件、塑化劑事件、愛滋器官移植等事件，如何將一次次的危機事件在最短時間內穩定下來，儘速找到解決之道，並從中檢討改進，將危機化為轉機，一直是我擔任衛生署長以來非常重視的事情，這當中，我尤其關切醫療照護環境是否安全。

以北門火災事件來說，民國 101 年 10 月 23 日凌晨，行政院衛生署新營醫院北門分院護理之家因人為縱火，造成 13 名住民死亡，72 人受傷的重大火災。我第一時間知道後，立刻率領醫院管理委員會、醫事處、健保局及行政幕僚南下，除了慰問傷者及家屬、協調鄰近醫院提供充足的後續醫療照護，我也深入掌握火災事件的所有細節，希望在最短的時間內解決這個危機。

### 協助新營醫院安頓死傷者及家屬

當時，我親自坐鎮督軍，透過緊急醫療網，動員鄰近醫院協助所有傷患安置及家



署立新營醫院北門分院火災現場一片凌亂。

屬安撫支持，穩定不必要的恐慌；協調地方衛生局及健保局提供後續安置計畫及各項健保財務支持；即使回到臺北，連續兩星期我仍每天透過視訊密集督導後續發展，包括新營醫院是否提供最友善的災後病人照護、緊盯安置進度及協助傷亡者保險理賠事宜；並多次派員南下協調處理。很快地，將所有病人妥當安置，讓新營醫院恢復正常運作，不影響原本的病患就醫權益。

### 立即全面檢視醫療照護環境安全網

為了不讓憾事再度重演，我們勒令全國 505 家醫院與 416 家護理之家依消防法在三日內進行消防安全自主檢查，結果有

九家醫院及三家一般護理之家不合格。針對不合格的醫院與護理之家，我要求各縣市衛生局必須在一個月內完成督導改善，兩個月內完成全面稽查，以確保民眾就醫及就養安全。

## 加強醫療照護體系危機意識及應變能力

我們深切檢討醫院及護理之家火災的原因，不外電線走火、易燃物／助燃物（如氧氣）起火及人為縱火等，其中又以人為縱火最難預防，因此，我希望醫療照護機構應多注意病人的情緒變化，並防範病人私藏引火工具，避免發生意外。一旦發生火災後，導致人命傷亡的主要原因則與消防安全設備管理失當、通報及避難疏散引導規劃不良、救災人力不足及救災人員訓練不足有關。

偏偏臺灣的醫療照護機構通常多設置在高樓層，垂直疏散不易，而院內大量的住民常常有多重疾病且無自主行動的能力，再加上複雜及大量的儀器、可燃物及多種氣體使用，環境火載量極高，令人憂心。而新營醫院北門分院地處偏僻，

災難發生在夜間，照護人力遠不及救災人力所需，一旦火災發生，更容易造成嚴重災情。

為了確保醫療護環境安全無虞，我責成署內相關單位在事件發生後近半年內規劃上百場研討會、舉辦醫院及護理之家消防相關教育訓練、要求所有醫院及護理之家重新檢視緊急應變計畫、充實消防設備、改善環境及動線規劃，並嚴格執行夜間或熄燈消防演習等稽查，希望火災不再發生；即便不幸發生，也能將災損降到最低。

## 提升整體醫療照護體系消防安全水準

在事件發生後半年內，我們進一步聘請國內外專家學者、廣邀相關部會，研討各種加強消防安全的可能措施，藉以修正醫療機構設置標準、護理之家設置標準、醫院評鑑標準及護理之家評鑑標準，希望能強化消防安全相關條文。

衛生署在民國 99 年病人安全年度目標中已增設「加強醫院火災預防與應變」為第九項目標，包含

- 確保建物與設施的防火性能
- 確保滅火及逃生設施的有效性
- 依照單位特性，擬定防火計畫



署立醫院落實人員防火教育及火警應變訓練。

- 制定全院及各特殊單位之火警應變計畫
- 落實人員防火教育及火警應變訓練，並責成衛生局每年確實督考。

新制醫院評鑑基準亦有預防與減災相關條文，今年修訂的醫院評鑑條文，包含「訂定安全管理作業規範，提供安全的就醫及工作環境」（加強建置員工工作安全異常事件通報機制）、「建立醫院危機管理機制」（加強訂定、審核並定期



署立監院護理人員演練傷患等緊急救治與疏散。

檢討醫院危機管理計畫，包括減災預防、人員疏散、準備、應變、復原等）、「訂定符合醫院危機管理需要之緊急災害應變措施計畫及作業程序」（包含：滅火器應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定一步行距離每 20 公尺設置一具）、「落實演練」（加強疏散方向檢視）等，皆增列為重點條文。

護理之家的評鑑標準也已將建築物公共安全檢查簽證申報情形，以及避難逃生系統設置情形列為一級必要項目，內容包含

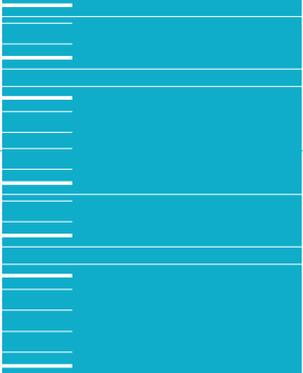
- 符合無障礙之逃生路徑，路徑為防火材料及防火門。
- 設有等待救援空間。
- 等待救援空間有設置避難器具。
- 逃生路徑為雙向（有兩個以上逃生出口），並有視、聽之警示設備。
- 樓梯間、走道及緊急出入口、防火門等周圍 1.5 公尺內保持暢通阻礙物。並且在民國 102 年增修北門火災條款：儲藏室及儲存易燃或可燃性物品的房間，應該建置適用的火警探測器或自動灑水頭，並隨時上鎖。

至於人力配置，我們也做了調整，例如三班人力設置規範，我們多次與護理界、醫院及護理之家經營者開會討論，為了兼顧護理人力及護理品質、都會與偏遠地區人力招募、醫院層級與機構大小等議題，將達成三班人力設置標準的共識。

經過跨部會積極協商，欣聞內政部於民國 102 年 3 月 26 日通過「各類場所消防安全設備設

置標準」部分條文修正草案，明定護理之家機構達 300 平方公尺以上者，應設自動灑水設備，以及不論樓地板面積大小均應設火警自動警報設備，這將有助於確保護理之家的消防安全。

在火災事件發生後半年內，我們協助署立新營醫院完成住民保險理賠、後續安置及心理重建，同時強化醫療照護機構的消防安全設施設備、教育訓練、實際夜間或關燈演練，並偕同內政部消防署及營建署修訂以病人安全為基礎的機構設置標準、醫院評鑑、護理之家評鑑條文，這些不論硬體軟體或心理上的協助，都是我們努力將這次火災危機轉為提升醫療照護機構消防安全的具體表現，希望能提供民眾更安全的醫療照護環境。



將保健、醫療、照護 3 朵小雲，彼此串聯共同實現健康雲的願景。以醫療雲為基礎，未來，不論保健雲或照護雲都可藉此延伸發展，開展出更多健康服務。

## 健康雲－雲歸何處？

雲端管理被廣泛運用在各領域，與每個人息息相關的醫療保健更是蓬勃發展，衛生署很早就開始規劃這部分，尤其將保健、醫療、照護 3 朵小雲涵蓋在整個健康雲的範圍，提供民眾平時的保健或有急、慢性疾病或需要長期照護時，都能獲得相關的健康服務。

### 醫療院所電子化發展資訊創新服務

保健雲的目標是精準傳遞個人化預防保健資訊給最需要的民眾；醫療雲則是藉由電子病歷交換，建立不同醫療院所間連貫的診療服務；照護雲則打造不同等級照護單位共用的照護 IT 資源平臺。3 朵小雲彼此串連，共同實現健康雲的願景。

其中，以電子病歷交換為基礎的醫療雲，是健康雲計畫中最成熟的，衛生署建置電子病歷交換中心讓全國醫療院所病歷互通，完成後病人到任何一間醫院或診所，都能調閱過去在其他醫院的診療記錄。以醫療雲為基礎，未來，不論保健雲或照護雲都可藉此延伸發展，開展出更多健康服務。

醫療電子化在臺灣醫療院所行之有年，2000 年，即全民健保開始辦理的第 6 年，全臺完成電子

化申報系統的醫療院所就已經達成 100%，這套電子申報系統也間接推動各醫療院所投入其他功能面的資訊化。

發展至今，在各醫療院所的電子化發展日益成熟，在此資訊架構下，更有助於衛生署推動健康雲計畫，透過醫療、保健、照護等 3 朵雲的架構，來發展醫療領域的資訊創新服務。

## 電子病歷系統化提供完整醫療照護服務

健康雲計畫的目標是希望能完成個別民眾健康資訊的總歸戶，以後民眾只需要透過單一窗口，就能夠享有保健、醫療、照護等跨機關的服務。

舉例來說，民眾只要用自己的健保 IC 卡，就能查詢到自己歷年來在各醫療機構所留下的就醫記錄、血液篩檢等資料，民眾能夠掌握自己的健康記錄，也方便攜帶就醫。因為只要透過各醫院的電子化平臺，所有病歷資料可以互通，民眾不管到哪一家醫院就診，都能查詢到過去在其他醫院的診療記錄與檢查資料，即便更換治療的醫院，也不需要重複做相同的檢查，可節省醫療資源，同時可審視用藥記錄，避免醫生重複開藥，減少藥物交互作用或藥物過敏的情況發生。

我們期盼，當全國所有醫院完成電子病歷交換後，民眾只要透過健保 IC 卡、病人同意書、醫生的醫事人員卡等三道機制，就能在甲醫院看診時，獲得乙醫院的病歷資料。

## 以確保病人隱私為最高原則

為了讓病歷流通更便利閱讀，製作電子病歷的方式和過往的紙本病歷大不相同。以往紙本病歷若需要更新內容，醫療人員要親自簽章以示負責，而電子病歷的格式，則改以每個醫事人員專屬的醫事人員 IC 卡來簽章，以註明此份病歷的作者，更透過此醫事人員 IC 卡加密這份病歷，以免病歷遭竄改。

為確保病歷資訊安全，民眾到甲醫院看診時，必須簽署紙本同意書同意甲醫院的醫生可以看到此人在乙醫院的哪些病歷資料，經過授權後，甲醫院的醫生就能透過自己的醫事人員 IC 卡和病人的健保 IC 卡，看到此人在乙醫院的病歷。

衛生署從 2008 年開始實施電子病歷計畫，並在 2010 年開始推動加速醫療院所實施電子病歷系統計畫，同年亦完成全國醫學影像交換中心的建置，並將逐步擴充為全國電子病歷交換中心。衛生署目前已制訂 4 張標準電子病歷格式，藉病歷格式標準化來推動電子病歷交換。

這些病歷格式透過衛生署建置的全國電子病歷交換中心，也就是電子病歷的索引系統提供醫療人員讀取，不是直接取得病歷檔案，而是透過索引系統來搜尋另一家醫院的病歷，當醫生讀取且看

完病歷後，病歷不會儲存在索引中心，是否儲存在原醫院則取決於病人的意願，一切以病患隱私為最高前提。

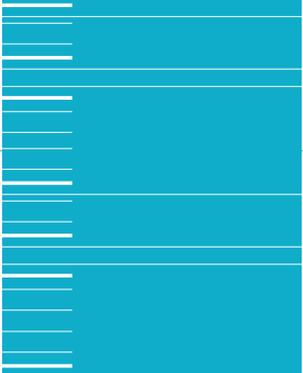
## 帶動小型醫院參與電子病歷交換

電子病歷推動已進入第 4 年，全臺 500 家醫院和 2 萬間診所中，目前已有 274 家醫院宣告實施電子病歷並向衛生署報備，其中更有 150 家醫院完成跨院交換互通的查驗，並開始進行電子病歷交換。雖然目前實施醫院間數並不多約 23%，卻都是大型醫院，總病床數已超過 50%。

計畫推行到第 3 年，我們遇到困難，大型醫院多已完成電子病歷交換建設，因一般大醫院自行建置並維護一套存放電子病歷的伺服器，而且在伺服器上建置匝道與衛生署的索引中心連接，但仍有 3 百多間醫院小型醫院，因為沒有足夠經費資源來建置、維護電子病歷交換的基礎設施，因此無法完成電子病歷建置。

目前規畫小型醫院的解決方案是使用雲端 IaaS 服務來建置與索引中心連接的匝道伺服器，如此一來，小型醫院不需自行建置實體匝道伺服器，能以較低的建置成本，來參與電子病歷的交換。

除了提供資料讓民眾查詢，政府也能利用這些資料發展加值服務。例如，結合戶政機關和疾病管制局的資料，透過 App 服務主動提醒父母，在小孩入學前要注射預防針；也能整合國民健康局和某醫院的健診資訊，主動建議住在這間醫院附近的老年人進行癌症篩檢。也就是說，政府掌握醫療資訊後，能夠結合其他機關主動提供民眾健康相關資訊，達到預防保健的目標。



推動食品衛生十大行動方案，建構全面食品安全改革措施，以提振民眾對臺灣食品安全的信心。並持續透過完整法規，健全食品產業的製造與銷售規範，並落實有效行政管理監督，許全民一個實實在在的食品安全環境。

## 捍衛食品安全 衛生福利部責無旁貸

每個人都希望能夠「吃」得安全，「吃」得安心，「吃」得健康，同時又能夠「買」得放心，這不僅是老百姓的心聲，也始終是行政院衛生福利部的最高宗旨！

### 食安事件頻傳，國內食品安全亮紅燈

伴隨科技愈來愈發達，食品安全的問題也就日益複雜。民國 102 年來連續爆發一系列食品安全事件，包括順丁烯二酸酐化製澱粉事件，及其他陸續發生的醬油含 3- 單氯丙二醇及 4- 甲基咪唑案、豆干含工業用染料（皂黃）案、使用過期原料案、逾期食品變造有效日期案、蘿蔔乾（菜脯）防腐劑超標案、使用工業級添加物案等等，再次重創國內的食品安全。

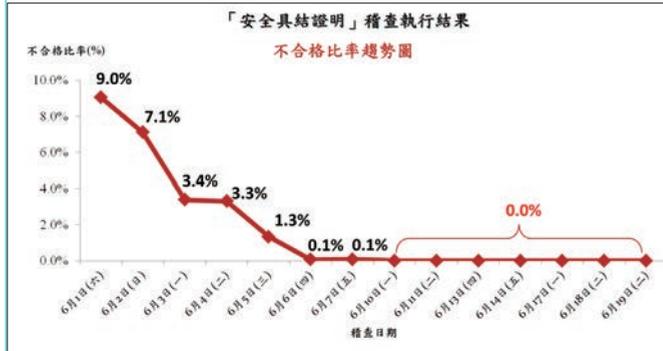
對於食品安全的民生風暴，我們相當重視，也經常跟部內同仁提醒，我們不能只是要民眾不吃有安全疑慮的食品，而是要能確保民眾在市面上所買的食品都是安全的。因此，在食品衛生安全的管理力度上要不斷提升、不斷加強，重建臺灣食品安全的品牌形象，採取安全管理機制，並且時時主動查驗，揪出不法，才能讓消費者能吃得安心。

## 絕無隱匿嚴懲不法

針對順丁烯二酸酐化製澱粉事件，外界一度質疑衛生機關隱密案情，在此特別澄清這絕非事實。從建立檢驗方法、開始展開稽查、購買市售食品檢驗、追查源頭，到掌握確切事證發布新聞，告知社會大眾，整個追查過程都有紀錄可查，絕無隱匿、吃案。

經積極追查確認，不肖業者罔顧國民健康及國家商譽，非法添加順丁烯二酸酐化製澱粉，廣泛使用在國人日常的食材中，包括板條、肉圓、黑輪、粉圓、豆花、粉粿、芋圓、地瓜圓、粉條、湯圓、魚漿製品及肉羹等產品，一經確認，立刻由當時的食品藥物管理局聯合各地方衛生局持續查察，針對轄內澱粉原料廠商進行強力稽查，追蹤涉案產品及原料流向，經查證屬實的違規產品，勒令下架停止販售並限期退回上游經銷業者或製造廠，且由衛生局監督儘速銷毀。

為了維繫消費者的信心，我們自民國 102 年 6 月 1 日起，規定所有澱粉類原料提供者必須提供安全的具結證明給所有販賣含澱粉原料產品的相關業者。而我們在 6 月 20 日已經掌握違規產品的源頭製造廠，且安全具結稽查結果已經一週無不合格者，因此從 20 日起，雖然販售澱粉產品無需強制張貼澱粉產品的原料安全具結證明，業者仍可自願張貼安全具結證明，但若



2013.06 食品澱粉原料廠提供安全具結證明執行成果。

有不實者，將依法處分。統計截至 6 月 30 日止，所有違規產品均由衛生局勒令封存回收，共計約 576 公噸，除檢調封存的一小部分產品（約 2.26 %），均已完成銷毀。查獲涉案的業者，包括經銷「順丁烯二酸酐」盤商 1 家與經銷商 3 家，及順丁烯二酸酐化製澱粉製造廠 9 家與銷售商 71 家。

## 開啟食品安全新紀元

我們相信，在食品的製造過程中，固然不乏排除少數奸商之流干擾食品的安全性，但多數廠商仍屬於非故意。在食品一連串的製造環節中，若輕忽品質管理與控制，都會對民眾身體及臺灣食品信心造成影響，在目前一連串的食品安全事

件中，除了業者未能自律做好源頭管控，其實也顯示現行法規過於寬鬆，對於業者不太具有嚇阻作用。

為了遏止廠商違法行為一再發生，我們全盤檢視修正「食品衛生管理法」，經過大家的努力，該法修正案於民國 102 年 6 月 19 日由總統公布，並於 6 月 21 日正式實施，新法賦予衛生機關更多權利和任務，也加重食品業者的責任，推動強制登錄制度及強化食品添加物業者良好衛生規範，建立食品追溯追蹤制度，並加重違規行為罰鍰與刑責，藉此建立完善的食品安全管理體系，讓消費者可以食得安心，這個法案可謂啟動臺灣食品安全的新紀元

為進一步確保民眾真能吃得安全與健康，同時建立安心的消費環境，衛生福利部也協調農委會、法務部、環保署、經濟部、勞委會、財政部、內政部（警政署）等相關部會，研議及啟動新法上路後全面改革行動方案的配套措施，相關子法規及公告事項於 6 個月內完成，並結合地方政府，建立垂直及橫向聯結的食品安全網，共同全面落實推動新食品衛生管理法，提出十大行動方案如下：

- (1) 建立強制登錄制度：於半年內，要求特定類別達一定規模的食品業者即刻進行強制登錄，首波鎖定所有食品添加物

### 新食品衛生管理法即將實施

## 添加未經許可食品添加物 最重可罰1500萬 最高刑責無期徒刑

**修法重點**

最近發現食品添加未經許可添加物(順丁烯二酸酐、工業用EDTA)、使用逾期原料(大豆分離蛋白及刺槐豆膠)、不符合衛生標準(3-羥丙二醇及苯甲酸)，造成社會不安與民眾恐慌。

立法院5月31日通過修法，將採強制登錄、全成分標示及加重處罰，最高可罰1500萬，最高可處無期徒刑。

**違法重點** 致人於死 強制登錄 專業技師 源頭管理 鼓勵檢舉  
**1500萬** 無期徒刑 方可營業 控管食品 追蹤追溯 保護消費者

2013.06 新食品衛生管理法修法實施。

### 源頭管理 吃的安心

《食安法》新法上路 法規制度全面翻新

OS27食品安全專家計畫，連續兩丁烯二酸酐化製過程製造廠→家俱銷售商→家均已清查下架、回收、封存計→公關，一週內將全數收回！  
強勁安全具証證明比率達99.9%  
衛生機關將持續委地驗、控管源頭，確保民眾消費安心。

新的食品衛生管理法於5月31日經立法院修法三讀通過，過去的食品衛生管理法規與罰則費較輕將全面改變，未來添加未經許可食品添加物最高可罰1500萬元，最高可處無期徒刑。

新法重點包括：

1. 建立強制登錄制度
2. 大幅加重罰則
3. 不定期源頭管理制度
4. 建置食品追蹤及追溯系統
5. 明確規範全成分標示
6. 提高檢舉獎金，保障檢舉者工作權

2013.06 宣導食品源頭管理的重要性。

業者，並強制登錄所製造、輸入及販售的所有單方或以單方混合的複方食品添加物；不僅需強制全登錄，且必須詳列食品添加物全成分，讓消費者查詢。在完成所有公告業別的登錄之後，可讓衛生單位掌握業者及產品，有利於日後的稽查工作。

(2) 大幅加重罰則：訂定「食品違規事件裁罰原則」，作為地方衛生局參考，對重大食品違規事件，採從重處罰，最高可罰 1,500 萬元，最重可處無期徒刑。凡是攙偽、假冒或添加未經核准添加物，也可直接移送

檢調，最重可處以 3 年以下有期徒刑，排除了以往必須證實有傷害才能適用刑責外，更因為檢調於第一時間介入，可以加快調查的速度與力道。

- (3) 追繳不當利得：違法業者獲利如超過 1,500 萬元，且情節重大，由直轄市、縣（市）衛生機關視個案就其所得利益範圍內追繳裁罰；違法業者未於期限內繳納裁處之罰鍰將移送法務部行政執行署各分署執行之。
- (4) 源頭控管化學原料：為能確實防止不當化學物質流入食品製造鏈，與經濟部及財政部，建立進口分流，製造分區，



2013.05 行政院召開食品安全跨部會專案小組會議，會後舉行記者會。

販賣分業等「三分」策略；同時完善勞委會之化學雲建立銷售流向追蹤，並與食品業者登錄系統串聯勾稽。

- (5) 建置食品追蹤及追溯系統：參考國際追溯追蹤管理規範，半年內公告高風險食品業別，建立追蹤及追溯系統管理制度，全面掌控全程供應鏈上、中、下游的供應來源及流向。
- (6) 明確規範全成分標示：於半年內，訂定公布相關子法規，混和兩種食品添加物者，須標示各種成分，不得僅標示用途名稱，並公告指定食品應標明主要內容物百分比，將以奶粉類為優先公告。
- (7) 鼓勵及提高檢舉獎金：半年內修定「檢舉違反食品衛生案件獎勵辦法」之檢舉獎金核撥比率由罰鍰之 5% 增至 10%，並督導各縣市衛生局編列檢舉獎金及落實檢舉人保障機制。
- (8) 強化風險控制、整合中央跨部會及地方稽查：

加強食品衛生安全監測與預警監控機制，如發現食品有衛生安全虞慮之事件，立即發布預警及採取管制措施，並整合中央跨部會、檢調、消保及地方稽查量能，迅速查察。

(9) 研議食品安全基金：建立食品受害補償機制。

(10) 增加專家諮詢及民間團參與機制：首先與經濟部召開澱粉業產官學教育及輔導研商會議，討論未來如何加強澱粉管理，並於 8 月間召開民國 102 年度全國食品安全會議，就新食管法通過後以及食品管理制度進行討論；日後並將每年定期會同行政院其他部會，邀請專家學者、民間團體及業者共同召開全國食品安全會議，檢討食品衛生安全管理制度。

隨著時代變遷，近年來國內外食品業者違規使用添加物的事件時有所聞，衛生福利部為了全國民眾的食品安全，必須面對各種嚴酷挑戰，對於食品安全的把關也必須更加嚴謹。在食品衛生管理法修正施行後，我們以積極的態度反覆思考，經由食品衛生十大行動方案的推動，建構全面的食品安全改革措施，以提振民眾對臺灣食品安全的信心。我們也將持續透過完整的法規，健全食品產業的各種製造與銷售的規範，並落實有效的行政管理監督措施，許給全民一個實實在在食品安全的環境。

# 預防狂犬病

## 「多警覺，多安心」

由於臺灣的醫療與公共衛生條件，已達先進國家的水準，對於狂犬病防疫作為應參考先進國家經驗，預做規劃及預防，阻斷人類病例發生，以確保全體國民之健康安全。

在民國 102 年的夏季，國內防疫的焦點新聞是「狂犬病」。這個在臺灣已根除逾半世紀的疾病，因同年 7 月農委會發布了國內動物狂犬病疫情，再度引起各界關注。

世界動物衛生組織已將臺灣列為狂犬病疫區，國內政府的防疫作戰策略也大幅調整，並將防疫體系首要目標設定為「預防人類狂犬病的發生」。因應這波動物狂犬病疫情，我們積極展開各項防疫策略，重點包括：

### 成立中央流行疫情指揮中心全面防治

狂犬病是人畜共通傳染病，因應可能的疫情變化，衛福部與農委會自民國 102 年 7 月 24 日起邀集相關部會，成立跨部會工作小組。行政院於 8 月 1 日依據傳染病防治法成立「狂犬病中央流行疫情指揮中心」，由毛副院長治國擔任總指揮，每週召開二次指揮中心會議，凝聚並整合各部會量能，加速防治作為更有效率地執行。



毛治國副院長（中）主持狂犬病中央流行疫情指揮中心會議。

## 確保有醫療需要者一定打得到疫苗

國內發生動物狂犬病疫情初期，立即召開傳染病諮詢會預防接種組臨時會議，依農委會監測動物疫情資料，修訂人用狂犬病疫苗及免疫球蛋白接種建議對象。同時積極協調專案進口人用狂犬病疫苗，除掌握 47,500 劑疫苗進口，並逐批進口狂犬病免疫球蛋白，確保國內人用狂犬病疫苗供應無虞；同時為提

高疫苗接種的可近性，於各縣市設置人用狂犬病疫苗儲備醫院，擴充至 60 家儲備醫院。政府的防疫承諾是「經醫師評估需打疫苗的民眾，一定打得到」，請民眾不要擔心或引起不必要的恐慌。

### 實施「鼬獾咬抓傷保平安專案計畫」

依動物疫情監測資訊，國內狂犬病最高風險、最大威脅是「鼬獾」，對於民國 101 年 5 月 23 日起（國內首例陽性鼬獾發現時間）至民國 102 年 7 月 31 日間，凡遭鼬獾咬捉傷、但未曾接種疫苗的民眾，我們提供了保平安計畫，由疾管署專案工作小組評估後，轉請地方衛生單位開立「就醫轉介單」，提供人用狂犬病疫苗施打。

### 第一線動物防疫人員接種人用疫苗

為確保第一線動物防疫人員（執行與野生動物有直接接觸或捕犬者、動物收容所相關人員及開業獸醫師）安全，由農委會、縣市政府及相關公會團體等造冊接種暴露前預防接種，截至 8 月中旬共有 3,000 餘人接受疫苗接種。

## 提供醫療處置指引及辦理醫護人員教育訓練

因國內狂犬病病例絕跡多年，為提升臨床醫師在診治疑似狂犬病動物抓咬傷之能力，特編訂「疑似狂犬病動物抓咬傷臨床處置指引」、「醫師看診遭動物咬傷病患注意事項」、「人用狂犬病疫苗建議對象」及「疫苗接種不良反應通報」等。此外，與各醫學會、學會及各縣市衛生局辦理教育訓練，同時，主動發布「致醫界通函」電子報，透過健保局、各醫學(公)會與縣市衛生局等通路，傳遞基層醫療從業人員狂犬病疫情及最新防疫政策資訊。

## 邀集國際專家共同討論，汲取國際防治經驗

為了解狂犬病對國人的威脅及參考其他疫區國家防治作為，我們也邀請美國疾病管制中心（CDC）及農業部 4 位專家至國內動物疫區進行實地勘查及提供評估建議。同時在 8 月 30 日舉辦「2013 年狂犬病防治國際專家會議」，集結國際專家擬具共識，迅速精進防疫作為，防堵人類狂犬病的發生。

## 持續加強風險溝通及民眾衛教宣導

為避免民眾對狂犬病疫情有不當恐慌，我們定期主動召開記者會及發布新聞稿，說明最新疫情資訊及防治策略，讓疫



美國 CDC 專家來臺參加狂犬病防治國際專家會議。

情資訊更加透明、公開。同時針對不同目標族群開發海報單張、影片及廣播等宣導素材，運用公益、多元媒體通路、教育及里鄰系統等資源加強宣導。疾病管制署的全球資訊網設置「狂犬病專區」網頁，供各政府機關、公司行號等進行網站連結。同時，疾管署設置有 24 小時免付費 1922 防疫專線，提供民眾狂犬病防治及人用疫苗接種之相關諮詢。

依據目前國內動物狂犬病疫情變化，我們需要有中長期防治的準備。由於臺灣的醫療與公共衛生條件，已達到先進國家的水準，所以對於狂

犬病防疫作為參考先進國家經驗，預做規劃及預防，阻斷人類病例發生，以確保全體國民之健康安全。未來，衛福部將就防疫的職責持續努力，行政院相關部會也將積極落實其職責，包括國內動物狂犬病疫情的監視與防治及走私動物之管制等，而民眾也應配合政府的各項防治措施。我相信，透過政府與民間共同合作，將可讓臺灣儘速回復狂犬病清淨區（非疫區），讓國人與動物免受狂犬病毒的威脅。



國際狂犬病防治專家提供專業諮詢。

## 食用油攙偽事件

經此事件後，我們已凝聚社會共識，再度修正食管法加重罰鍰與刑責，希望能儘速完成，並設立食安基金及對內部吹哨者制定獎勵條款，確保食品安全，重拾臺灣美食王國的美譽。

經歷處理塑化劑、順丁烯二酸酐等重大食品安全的危機事件後，我們意識到，現行的食品衛生管理法對食品業者已無法達到遏阻的效用，我們因此不斷集結社會共識，預計在民國 102 年上半年的立法院會期內，與社福暨衛環委員會所有委員們共同推動「食品衛生管理法」修正草案的修法，最後新食管法也如期在民國 102 年 5 月 31 日在立法院三讀通過，主要內容是針對食品添加物以「全登錄、全標示、加重罰鍰與處以刑法」多面向，全面性的加強管理。

關於大統長基油品事件，地方衛生局一直努力查察，但廠商根本拒絕查廠，四度查廠都無法獲得資料，直到民國 102 年 9 月，我才知道地方衛生局碰到這麼多困難，隨後就趕快會同檢調啟動偵查。我們絕對沒有包庇大廠，更沒有隱匿，我們的同仁都非常努力，無論任何困難都有將事情做到好的決心與毅力，沒有人做得不好。對於大統長基從民國 96 年起即摻偽油品，我深感痛心，若是能及早發現及早處理，對食品安全一定有很大幫助。

雖然各方指責不斷，但我們依舊抱持負責任的態度，掌握涉及不法廠商的查廠進度、摻偽油品擴及的品項以及民眾的聲音，並與食品藥物管理署的同仁及專家學者，馬不停蹄地研商食品安全處理對策與繼續修法方向。

### 跨部會食品把關，全力動員稽查

事件發生後，我們在第一時間內向行政院通報，感謝行政院江宜樺院長的支持，他隨即指示召開「食品安全跨部會專案小組」會議，並由毛治國副院長主持，請相關部會針對油品事件共同討論，檢視現行食品安全管理機制，進行全面檢討及改進，包括：加強食品原料及食品添加物（化學物質）等源頭管理、增加第三方監控、落實食品上市後的市場稽查管理，以及全面檢視現有各項認證制度等，跨部會共同為全民的食品安全把關。

為了繼續落實推動食品安全十大行動方案，行政院也特別在「食品藥品安全會報」下特別成立「食品安全稽查及取締聯合小組」，小組規劃重點是主動在民生食品上，加強查緝不法，只要發現有違法事證，一定依法嚴懲，展現政府上下為守護食品安全的決心。

## 銅葉綠素

### 什麼是銅葉綠素

- 自植物萃取的葉綠素經化學方法修飾，成為穩定的著色劑
- 為國際規範允許使用的食品添加物著色劑，但各欄未准許使用於「食用油脂產品」

### 食品中銅葉綠素的風險評估

依據合體食品添加物專家委員會 (JECFA) 的評估報告，銅葉綠素複合物於大範圍試驗中無慢性毒性。

### 銅葉綠素 應用範圍

我國「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」：  
●可添加於口香糖中，用量以鋼計為0.04g/kg以下  
●可添加於膠囊及錠狀食品，用量為0.5g/kg以下

### 銅葉綠素鈉 應用範圍

我國「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」：  
●可添加於口香糖、乾海帶、蔬果加工品、烘焙食品、果醬、果凍、飲料等產品中，用量範圍以鋼計為0.05-0.15g/kg  
●可添加於膠囊及錠狀食品，用量為0.5g/kg以下

## 如何選「對」油

### ●步驟1看包裝，檢視有無「調合油」字樣



◎標示：  
表示只有1種油類



◎標示：  
表示混合2種以上油類

### ●步驟2如果包裝上有「調合油」字樣，看「品名」，對「成分」

品名	成分標示說明
橄欖油 (以單一油類命名)	(例一)成分：橄欖油、大豆油 (例二)成分：橄欖油、芥花油 表示橄欖油含量至少占50%以上
橄欖葵花油 (以兩種油類命名)	(例一)成分：橄欖油、葵花油、椰子油 (例二)成分：橄欖油、葵花油、葡萄籽油 表示橄欖油、葵花油含量分別至少占30%以上
◎調合油 (非以油類名稱命名)	(例一)成分：橄欖油、葵花油、芥花油、葡萄籽油 (例二)成分：橄欖油、葡萄籽油、芥花油、椰子油 各類油類含量多寡由低至高低依序標示

## 啟動「油安行動」，油品如實標示，保障消費者權益

- 啟動「油安行動」，確保市售油品皆不含有害欺及標示不實的行為
- 油品業者應切結未摻角、添加違法物質，且內容物和標示相符，日後發現違法情事，一律嚴懲不貸

## 民眾可以在哪裡獲得資訊？

- 食品藥物管理署消費者保護專線(8:00-18:00) (02) 2787-8200、0800-285-000
- 可參與食品藥物管理署網頁「油品混充及違法添加銅葉綠素事件專區」



衛福部在媒體宣導選購油品的正確方法。

除了政府的公權力，我們在與學界溝通後，號召全國大專院校 130 多個食品與營養相關科系，共同成立「食品安全守護聯盟」，目的是讓學有專精的相關科系學生，能學以致用協助訪查各項販售通路之食品標示，及協助食品衛教宣導活動等項目，運用所學專業知識，共同守護食品安全，在促使業者自律外，同時也讓不良產品無所遁形，提升食品衛生及安全。

# 打擊不法，保障食安絕不停止

### 架上幾已不見違規油品

- 衛生機關已動員5千人次以上，稽查5萬多件產品，1101油安行動已經奏效，民眾的食用油安全獲得保障。
- 食品藥物管理署之銅葉綠素檢驗方法獲國內外專家認可，已完成236件油品之銅葉綠素檢驗，並廣邀民間實驗室加入，擴大檢驗能量。
- 啟動「銷毀作業」，將違規油品轉為生質能源，終結違規油品，兼顧環保及能源利用。
- 推動修法提高罰鍰上限為五千萬元、刑責加重為五年及成立食安保護基金。
- 下一階段將針對其他日常常用食品進行全面掃蕩不法，給民眾一個乾淨安全的食品環境。

### 「油安行動」已見成效

每日新增查獲違規比例<0.5%

### 銅葉綠素是什麼

- 自植物萃取的葉綠素經化學方法修飾，成為穩定的著色劑。
- 為國際規範允許使用的食品添加物著色劑，但各國未准許使用於「食用油產品」。

### 銅葉綠素的應用範圍

我國「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」：

- 可添加於口香糖、膠囊及錠狀食品中。

### 銅葉綠素鈉 應用範圍

我國「食品添加物使用範圍及限量暨規格標準」：

- 可添加於口香糖、乾海帶、蔬果加工品、烘焙食品、果醬、果凍、飲料等產品中。
- 可添加於膠囊及錠狀食品。

### 油品的選購

- 包裝上有負責廠商名稱、電話號碼及地址
- 有清楚標示有效日期、原產地、內容物名稱、營養標示及容量
- 不用塑膠方式使用不同油品

烹調方式	種類	油炸程度	主要用途
高溫煎煮	動物油	★★★★★	適用於炸，但忌多不健康
煎炸	豬油	★★★★★	適用於炸
低溫	大麥油	★★	低溫烹調，絕不適用於炸
拌炒	橄欖油	★★★★	多元不飽和脂肪酸含量高，適用於拌或低溫拌炒
煎炒	椰子油	★★★★	製作快炒點心，不宜為油炸油

衛生福利部食品藥物管理署將食用油品合格及不合格產品名單公布於本署網站上  
 網址: <http://www.fda.gov.tw> 資訊透明公開，使民眾安心。  
 食品標示相關公告及問答資訊，民眾及業者可於網站中查詢，或撥打諮詢專線 02-2787-8200

衛福部刊登廣告，強調打擊不法的決心。

為了確保食用油安全，除繼續查緝不法廠商，也派員到北、中、南、東各大賣場、超市、販售商店等地，稽查不合法的油品是否已經全部下架。又針對市面上宣稱100%或純食用油進行抽驗，一旦發現宣稱100%油品卻摻雜其他油品混充，即認定為標示不實，均依違反食品衛生管理法第28條規定，最高得處20萬元罰鍰，違規產品應限期回收改正，改正前不得繼續販售，屆期未遵行者，沒入銷毀。

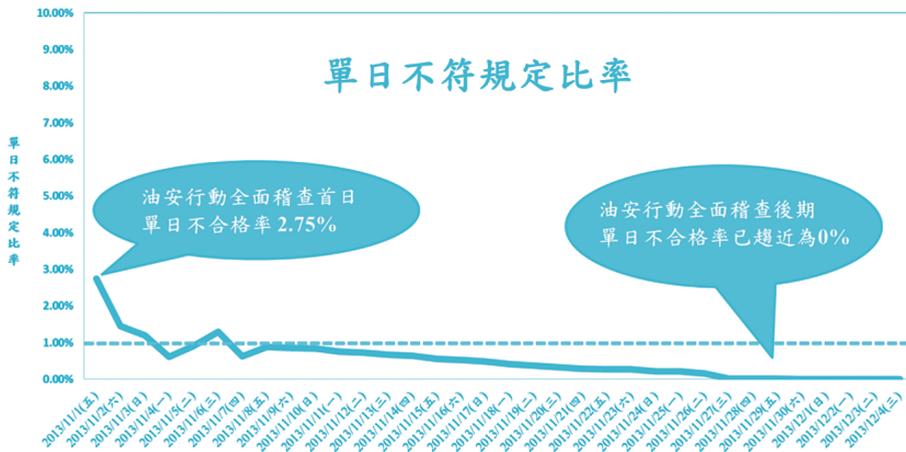
為使民眾安心使用食用油，我們每日彙整各縣市衛生局回報查緝結果與檢驗報告，了解業者落實食用油品標示情形，並且每日更新公布在衛生福利部的網站上，讓資訊透明公開，民眾可隨時查閱。

另外，在這段期間內我們每天召開記者會，除了報告稽查與檢驗報告結果，更主動教導民眾正確選購油品的的方法，同時也設計衛教單張，在各大報章雜誌刊登如何選用油品的廣告，請民眾購買油品時須認清標示，並了解每一種食用油的特性，依照烹調方式挑選最「適合」的油品，摒棄「一桶油用透透」的習慣，才是正確的選油用油之道。

### 啟動「油安行動」，不法一一現形

在油品事件發生後，我們立即要求食用油脂業者在 10 月 31 日前要提出聯合切結，保證所有原料及添加物符合標示。對於未主動切結的業者，衛生稽查人員將會優先稽查，若業者切結後仍與事實不符，將另以偽造文書論處。

### 「油安行動」市售油品標是稽查執行情形



2013.11.01 啟動「油安行動」，稽查全國所有市售食用油，單日不合格率即明顯下降，趨近於0。

在聯合切結結束後，我們隨即在 11 月 1 日全面啟動「油安行動」，地方衛生局到賣場、餐飲店等銷售點擴大稽查，稽查全國所有市售油品，確保民眾在商店架上所購買的油品標示與製造都是合法的。截至民國 102 年 12 月 11 日止，稽查的食用油脂業者未有新增，我們稽查販賣場所及供飲

食場所共 20,004 家次，總計稽查油品 56,606 件，其中 473 件標示不符規定。單日不符規定比率已從 11 月 1 日的 2.75% 降至 12 月 4 日的 0%，且所有市售油品稽查均列為例行性稽查業務。截至民國 102 年 12 月底，疑似進口含銅葉綠素之問題油源未有新增，提供切結證明的有 315 家廠商。

### 追繳不當利得，嚴懲不法廠商

針對廠商不法行為，我們在民國 102 年 10 月 26 日召集法律、會計領域專家以及法務部、財政部、環保署及臺北市、新北市、彰化縣各衛生局代表，就有關大統長基食品廠股份有限公司及富味鄉食品有限公司生產油品攙偽假冒，依其不法所得裁罰一事開會討論。估出對富味鄉食品有限公司 2 年多來之違法裁罰金額達新臺幣 4.6 億元，對大統長基食品廠股份有限公司 7 年多來之違法情事裁罰達新臺幣 18.5 億元，經調查後，仍可依實際調查結果調高裁罰金額。

## 棉籽油介紹

Cotton-Seeds Oil





衛生福利部  
食品藥物管理署  
Food and Drug Administration

網址：http://www.fda.gov.tw/  
服務專線：(02)2787-8000  
地址：11561台北市南港區景美街161-2號

### 棉籽油

#### 精煉棉籽油

- 經精煉加工可以去除存在棉籽內的棉籽酚及其他雜質
- 以棉籽為原料
- 已廣泛使用於多個國家，如美國棉籽油的使用量約佔總食用油的5-6%；日本常見之「綿実油」為100%之棉籽油

國家	棉籽油可為食用油
美國	✓
加拿大	✓
日本	✓
歐盟	✓
澳洲	✓
新加坡	✓
大陸	✓

#### 棉籽酚

- 為植物抗害蟲、抗疾病成分
- 棉籽酚不具基因毒性。實驗結果顯示，棉籽酚會造成男性生殖毒性  
(資料來源：歐洲食品安全局EFSA, 2006)

#### 精煉後的棉籽油安全無虞

- 棉籽酚經過精煉過程即可分解去除
- 粗煉棉籽油因有氣味、顏色，一般不會作為食品使用，需經精煉
- 消費者可觀察油品是否清澈透明，有無異味，即可判別

精煉步驟	去除物質
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">脫膠</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	膠質、樹脂、蛋白質、磷脂質等黏狀物質
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">脫酸</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	游離脂肪酸損害風味 (因棉籽酚會與鹼液反應產生皂化物，可去除大部份的棉籽酚)
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">脫色</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	有色物質 <span style="color: red; font-size: 2em;">✗</span>
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">脫蠟</div> <div style="text-align: center;">↓</div>	蠟質及固醇脂肪 <span style="color: red; font-size: 2em;">✗</span>
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px; width: 30px; margin: 0 auto;">脫臭</div>	臭味成分 (在高溫真空環境下，可去除殘餘的棉籽酚)

透過平面媒體廣告，民眾可清楚知道棉籽油的來源，消除恐慌。

由於此次油品事件影響消費者權益極鉅，而相關業者在事件揭露後，均採否認規避的態度，不僅欠缺悔意，且嚴重耗費行政調查資源，並破壞消費市場信心，我們認為情節已符合食品衛生管理法第 44 條第 2 項所稱之「情節重大」，爰引該條項及行政罰法第 18 條第 2 項之規定，於其所得利益範圍內，提高罰鍰上限，以為誠惕。

由於大統長基公司自民國 96 年 1 月即開始混油，不法獲利金額約新臺幣 18 億 5 千萬元，因此凍結大統長基公司的銀行帳戶，且對該公司旗下的房屋、土地進行假扣押；富味鄉則還在調查，初步估計不法所得約新臺幣 4 億 6 千萬元。目前富味鄉和大統長基各被開出 8 百萬元、3 千多萬元行政罰鍰，未來追繳不法所得將會扣掉行政罰鍰。

在全國民眾高度關切下，大統長基公司混油案已在民國 102 年 12 月 16 日一審宣判，該公司董事長高振利因涉商品虛偽標示罪、詐欺取財罪，另涉《食管法》攙偽、假冒以及添加未經許可添加物，重判 16 年徒刑、大統長基公司罰五千萬。此一判決將有助加速後續追討及求償等程序。

## 追查廠商不法與修法同時並進

經此事件後，我們必須再度修法。趁著民國 102 年下半年的立法院會期，我們已凝聚社會共識，再度修正食管法，未來攙偽或假冒擬從現行最高罰 1,500 萬元增為 5,000 萬元，刑責由 3 年提高到 5 年以下，標示不實從最高罰 20 萬元增為 400 萬元。我們會加快食管法修正草案研擬速度，希望能儘速完成，並設立食安基金及對內部吹哨者制定獎勵條款，確保食品安全，重拾臺灣美食王國的美譽。

## 繼續凝聚力量，積極研商政策

此外，我們在 11 月 30 日在臺灣大學公共衛生學院 101 講堂舉辦「2013 全國食品安全會議」，邀請學者專家、公(協)會、消費者等民間團體、民意代表、各政府部門以及食品、法律等相關領域的專家出席與會，針對「提升政府行政效能」、「加強業者自主管理」及「消費者救濟」三部分共同研商食品安全改革策略，並由馬總統率同行政院江院長、相關部會代表及與會者共同宣誓政府打擊黑心食品的決心，並找回消費者對食品安全的信任，達到「食安有信心，消費真安心」！



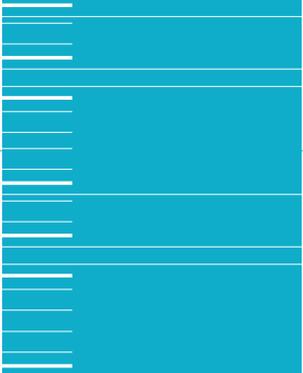
福利落實篇

# Successful

圓滿 · 幸福的祈願樹



攝于 102.07.23 衛生福利部邱文達部長與一級主管合影。



照護罕見疾病患者，保障罕病基本醫療生存權，我們絕對不落人後，臺灣是全世界第五個立法保障罕見疾病病人的國家。

## 漫談我國的罕見疾病照護

前陣子媒體報導所謂「孤兒藥品」，促使我想在這裡跟大家簡單分享一下我們對罕見疾病患者的照護。很多人可能不太清楚，其實我們對罕病病友的照護，不亞於先進國家。

### 罕見疾病並非無藥可救

各國對罕見疾病的定義不一，以美國來說，病患數少於 20 萬人即稱為罕見疾病，在日本，少於 5 萬人就稱為罕見疾病，在臺灣，則以盛行率來界定，只要盛行率在萬分之一以下、具遺傳性及診治的困難，就符合罕見疾病的定義。

國人較熟知的罕見疾病像是苯酮尿症、重型海洋性貧血、黏多醣症（黏多醣寶寶）、成骨不全症（玻璃娃娃）、脊髓性小腦萎縮症（企鵝家族）、高血氨症、有機酸血症、亨杭頓氏舞蹈症、威爾森氏症、多發性硬化症、血小板無力症、尿素循環代謝障礙、先天性腎上腺發育不全等等。

會發生罕見疾病，主要成因通常是基因發生缺陷導致先天性的疾病，至於基因為什麼會發生

缺陷，有些是突變所致，有些則是遺傳，也有部分的罕病到目前為止，還沒有找到確實的致病原因。

值得注意的是，罕見疾病不一定無藥可救，多數的罕見疾病只要能及早發現，給予合適治療藥物或特殊營養品，可避免造成患者心智障礙、發展遲緩等較為嚴重的後果。

## 立法保障罕病基本醫療及生存權

但是，罕見疾病患者人數跟其他疾病相比，顯得相當少數，藥品製造商基於市場、成本考量，不太願意投入大量經費在藥物的研發與製造或者引進國內，使得罕病患者容易成為醫療照護系統下的弱勢族群，而他們所需的治療藥物，就是外界所稱之「孤兒藥」，照護罕病的治療藥物或特殊營養品，費用相當驚人，常常成為患者家屬沈重的負擔。

為了提供這群相對弱勢患者更多照顧，在 2000 年，臺灣就已通過並施行「罕見疾病防治及藥物法」，作為保障罕病患者基本醫療生存權的法源依據，成為世界第五個立法保障罕見疾病病人的國家。立法的目

國家	臺灣	美國	日本	澳洲	歐盟
立法年份	2000	1983	1993	1998	2000
盛行率	1/10000	75/100000	40/100000	11/10000	20/100000

各國罕見疾病立法時間及定義

的是為了防治罕病的發生，且能及早偵測、診斷，進而協助病人取得罕病適用藥物，以及維持生命所需的特殊營養食品，並獎勵與保障該藥物及食品的供應、製造和研究發展。

### 罕病藥物與特殊營養品納入補助

與其他先進國家相比，我國的「罕見疾病防治及藥物法」獨具特色，因為立法內容結合了罕病防治與罕藥法，堪稱世界首見。此外，針對低收入戶及中低收入戶的健保未給付醫療補助費用，以及代謝性罕病病患所需特殊營養品、緊急醫療費用，政府也全額補助。至於一般身分的罕病病患，包括國內確認診斷檢驗、國外代行檢驗、維持生命所需的居家醫療照護器材、治療等醫療費用，政府則補助八成的費用。同時，法案對罕藥許可證的保障則達 10 年。



只要積極治療，罕見疾病  
並非無藥可救。

目前，衛生主管機關對罕病的業務權責如下：

- 國民健康署：負責罕病防治法規、罕病認定、罕病醫療補助服務、研究發展、罕病宣導。
- 食品藥物管理署：負責罕藥法規、罕藥認定、罕藥的查驗登記、罕見疾病特殊營養食品專案申請、罕藥及特殊營養食品之供應、製造與研發獎勵。
- 中央健康保險署：負責罕病患者就醫之醫療費用給付、核發罕病屬重大傷病證明，就醫免部分負擔。

至於申請罕見疾病的流程則是，先與罕見疾病及藥物審議會的委員、中央衛生主管機關、相關專科醫師或醫學會、病友團體及藥事團體等單位提出申請（病友團體及藥事團體這兩類團體需有專科醫師專業評估，才能提出申請），之後進入審查。

## 快速審核原則縮短國外代檢審查流程

提出申請後進入審查，審查原則包括罕見疾病的認定，除了以疾病盛行率萬分之一作為參考基準之外，還須經過衛生署「罕見疾病及藥物審議委員會」的審議認定，並且以是否為「遺傳性或基因突變」以及疾病診療的困難性，作為考量基礎。「罕見疾病及藥物審議委員會」成立至今，已經公告了 201 種罕病、82 種罕藥、40 項的罕病特殊營養食品。

成立特殊營養食品暨藥品物流中心，補助供應維持生命所需的營養食品，並且儲備緊急需用藥物。以 2012 年為例，就儲備了 37 項特殊營養食品、10 項罕病緊急用藥，補助人數約 1,264 人，補助金額達 5,445 萬多元。

提供國外代行檢驗服務及補助，在 2006 年訂定 16 項檢查快速審核原則，希望能更為縮短罕病個案檢體送到國外代檢的審查流程，每年平均補助約 50 案，補助金額約一百多萬元。

## 鼓勵及早檢測，提供防治諮詢服務

根據持有健保重大傷病卡的統計資料，截至民國 101 年為止，全國有 8 千多位罕病病患，這些患者因罕病就醫時可免除部分負擔，對病人或家屬來說，可減輕不少經濟負擔，101 年因罕病患者之用藥達 2 億餘元，均於全民健保相關總額下列專款予以支應，以免受一般醫療費用排擠。我們除了提供醫療費用補助，更重要是還要加強疾病防治，及早偵測，期能早期介入治療。

例如，提供遺傳性疾病檢驗服務，疑似個案可透過各醫療院所，將檢體送到國健局評估核准通過的檢驗機構進行檢測，一旦發現異常，隨即轉介到認證通過的遺傳諮詢中心，提供患者適當的醫療建議，並給予衛教與關懷。

為了鼓勵高危險群加強檢驗，只要符合適應症的個案，例如：具有家族史、曾生育異常兒、34 歲以上孕婦、本人或四等親內疑似罹患遺傳性疾病，這些人只要及早送驗，就可獲得檢驗補助費用 1,500 至 2,000 元左右。如果是山地離島、偏鄉或低收入戶的高齡孕婦或曾生育過異常兒的人，則可減免採檢費用 3,500 元。

篩檢的重點服務對象還包括新生兒，目前新生兒先天性代謝疾病篩檢有 11 項，由國內接生醫療機構（425 家）採新生兒腳跟血，送到篩檢中心檢驗，只要發現疑似陽性個案就必須接受追蹤複檢、診治，確認診斷後，給予治療及遺傳諮詢。

令我們欣慰的是，經過加強防治服務與宣導，讓篩檢率不斷攀升，以 2012 年為例，就有 234,072 人接受篩檢，篩檢率高達 99.8%。

### 醫療補助再提升，減輕病友經濟負擔

除了持續加強篩檢服務，我們在 2010 年也針對「罕見疾病防治及藥物法」第 6 條和 33 條條文進行修法，除了持續提供罕病病人特殊營養品、擴大國外代檢驗費用補助之外，並全額補助低收入戶及中低收入戶病人，也新增罕病病人維持生命所需的居家醫療照護器材租賃、國內確認診斷檢驗、營養諮詢、緊急醫療費用等等的補助。



有健保支撐，罕病患者更有希望。

2011年，更針對罕見疾病醫療補助辦法第3條和4條正條文，將維持生命所需的特殊營養品費用改為全額補助。

這些作法，使罕病病人及其家庭減除更多經濟負擔。未來，我們將持續推動罕見疾病防治工作，讓罕病病友能在最低經濟負擔的情況下，及早且持續接受治療，並提升生活品質。

企盼能將「救人不  
受罰」的精神納入  
法案，一旦立法  
完成，AED 一年增  
加 600 台以上，  
一年後可望能趕上  
德國、英國等先進  
國家，讓臺灣成為  
名副其實的高度文  
明國家，為國人營  
造更安全的生活環  
境。

## 爭取黃金搶救時間 修法推動 AED 救命術

如果右頁這個故事有打動你，那麼，你應該也會同意我們目前正積極推動的「好撒馬利亞人」活動，也就是推動 AED 修法工作。

### AED 大幅提高緊急傷患存活率

AED 是「自動體外心臟電擊去顫器」，又稱「傻瓜電擊器」，能在緊急時刻恢復患者正常心跳，AED 體積不大，使用起來很簡單，只要照著語音指令進行即可，且僅約 150 伏特，不會致人於死地，很適合一般民眾緊急時救人一命。

這幾年來，世界先進國家相當積極推動，在公共場所等處廣為設置，希望在救護車送患者到醫院前能先給予電擊，提高緊急傷患的存活率。

到醫院前的救治非常重要，原因是，民眾如果發生心跳停止，其存活機會與現場目擊者具有高度關聯，病患在醫院外心跳停止的存活關鍵是急救醫學強調的「生命之鏈」，根據美國心臟學會在 2010 年公布的準則，針對非創傷猝死病患

聖經裡有個著名故事：

有一天，一位律法師問耶穌：「我該如何做才能得到永恆的生命？」

耶穌說：「你了解律法，它是怎麼說的？」

律法師說：「你要全心愛上帝，又要愛你的鄰人，像愛自己一樣。」

耶穌說：「你答得很對。」

「可是誰是我的鄰人呢？」

於是，耶穌說了一個故事作為回答。

有一個人從耶路撒冷回到耶利哥，途中被強盜襲擊。強盜剝掉他的衣服、對他拳打腳踢，然後將他遺棄在路旁，只剩下半條命。

沒多久，有一個祭司經過，他看到這位受傷的人，就從另一邊走過去。接著，一位利未人也經過，他是聖殿中祭司的助理，瞧了一眼傷者，也從另外一邊遠遠地走開。

第三個經過的路人是撒馬利亞人，他看到眼前這個傷痕累累的陌生人，滿身是血、神智昏迷，心中起了憐憫之情。他輕柔地用油和酒消毒傷口，再用布條將傷口包紮起來，並且將傷者扶上自己的驢子，把他帶到離這裡最近的客棧，仔細照顧他一整晚。

隔天早晨離開之前，他額外拿出錢給客棧主人，好讓這位傷者能持續得到照顧，並且說：「如果錢不夠，下次經過時我再補給你。」

耶穌問律法師：「現在，你認為這三個人，誰是真正的鄰人？」

律法師回答：「撒馬利亞人。」

「那麼，謹記這個故事，像這好撒馬利亞人一樣，去對待其他的人。」

聖經·路加福音



江宜樺院長和邱文達部長一起呼籲企業在公共場所設置 AED。

應立即採取生命之鏈，包括儘早求救、儘早實施 CPR（心肺復甦術）、儘早電擊去顫，儘早開始進行高級救命術以及整合性復甦後照顧，如此，救活的比率非常高。

過去我們努力對一般民眾推廣 CPR 訓練，現在則要鼓勵推展 CPR 加 AED 的訓練與學習，在緊急時刻可以救人一命。臺灣自從在救護車上裝置 AED，救活的比率從 1% 提高到 5%，增加了五倍。

### 於偏遠鄉鎮離島及公共場所廣設 AED

如果我們進一步在公共場所設置 AED，依據日本的經驗，患者存活率可達到 38%；美國芝加哥機場自從 2000 年開始設置 AED，患者存活率更高達 61%。

既然在公共場所廣設 AED 可大幅提高緊急傷患的存活率，我們當然要積極推動，因此，我提



在邱文達部長陪同下，江宜樺院長親自操作 CPR，學會緊急救人的方法。

#### 各國裝置 AED 的密度

日本	美國	澳洲	臺灣
234 台	198 台	44 台	17 台

出「好撒馬利亞人」活動，希望號召各機關、企業、公司、醫療院所設置或捐贈 AED（也許有一天，也可救到企業主自己），衛生署將免費提供人員訓練，大家一起為國人生命安全把關。

我們很感謝長庚紀念醫院捐贈 250 台 AED，提供人潮密集的交通要站例如高鐵、機場、百貨商場，或觀光地區例如國家公園管理處以及偏遠鄉鎮等地設置。目前臺灣總共有三千多台，我們特別安排能往金門、馬祖等緊急醫療資源較為不足的離島地區設置。

根據美國心臟學會急救復甦準則，250 人以上的機構就應該設置 AED，或者過去一年曾經發生心臟停止的地方也應要裝置，且裝置後要進行全國登錄，讓民眾能在網路上查詢 AED 裝

縣市	分布處	台數
澎湖縣	馬公機場（3 台）、七美機場、望安機場、北海遊客中心、吉貝遊客中心、小門嶼地質館	8
金門縣	金門尚義、國家公園管理處、港務處（2 台）、烈嶼區管理站（2 台）、東區管理站（4 台）、西區管理站（4 台）	14
連江縣	南竿機場、北竿機場、南竿福澳旅客中心、北竿白沙旅客中心、東引中柱旅客中心、東莒猛澳旅客中心、西莒青帆旅客中心	7
東沙管理站	東沙管理站	1

已設置 AED 的離島公共場所

置所在，通常要五分鐘內可到之處（距離裝置 AED 處），例如美國機場每一百多公尺就有一臺，密度算相當高。

## 「救人不受罰」修法，民眾不再畏懼救人

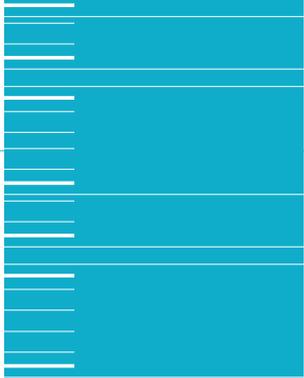
在臺灣，目前礙於法條規範，很可能會讓民眾怯於救人，不敢貿然伸出援手。依據現行法規，民眾施救時如果處理不當，得負民事、刑事的法律責任。為了消除民眾疑慮以及鼓勵民眾對緊急傷病伸出援手，我們參考美國、加拿大等國家「善良的撒馬利亞人法」之救人不受罰精神，針對「緊急醫療救護法」第十四條之一、之二提

出修正草案，希望透過修法能將緊急救護除罪化，讓更多民眾勇於對緊急傷病患施予幫助，就像撒馬利亞人一樣，愛你的鄰人，進而讓臺灣變得更先進更文明些。

根據統計，臺灣平均一年有兩萬人在到院前沒有正常心跳，如果在救護車上給予 AED 心臟電擊，患者存活率可從不到 1% 提升至 5%，一旦透過修法以及廣為設置 AED，救活率將從 5% 提到 10%，預估一年可救回 2,000 條寶貴生命，為 2,000 個家庭帶來希望。

如此有意義的事情，值得我們一起努力推動，這也是我迫切希望能順利推動修法的初衷，企盼能將「救人不受罰」的精神納入法案，一旦立法完成，AED 一年增加 600 台以上，一年後可望能趕上德國，接著趕上英國、澳洲、美國與日本。如此，臺灣就可成為名副其實的高度文明國家，為國人營造更安全的生活環境。

在此，特別感謝台灣急診醫學會、紅十字會總會、各醫院急診醫護同仁、臺灣大學馬惠明教授及本署石崇良處長、許銘能處長及有關同仁，並再次感謝長庚紀念醫院慷慨捐贈 AED，謝謝大家一起為臺灣民眾在緊急救護的道路上奮力不懈、辛勤耕耘。



一個新制度的實施，仍然會出現很多聲音，我們會盡全力去改善。

## 二代健保的改革 不只補充保費

二代健保新制包括六大面向的改革：第一，將負責收入面的健保監理會與負責支出面的費協會，兩會合併一起運作，建立收支連動維持財務。第二，對經常性薪資以外的六種所得，加收補充保費，落實量能付費，促進負擔公平。第三，公開健保的重要會議實錄、醫療機構財務報告及保險病床等資訊等。第四，政府負擔保險費率從現行33.6%提高至36%，加重政府財務責任。第五，低收入民眾免繳補充保費，有欠費的民眾如果確實無法負擔，可免鎖卡，不影響就醫。第六，受刑人納入健保。所以，二代健保的改革不僅僅只有加收高額獎金、執行業務收入、兼職所得、股利所得、利息所得及租金收入等六種所得的補充保險費而已。

### 歷經十年研擬審議，二代健保終於上路

相信很多人都知道二代健保已在今年初上路，平面媒體及電視台也陸續做很多相關報導，但大家幾乎將焦點放在補充保費，忽略了其他更多重要的改革。



全民健保提升山地離島及偏鄉醫療品質施行區域分布圖。

其實二代健保是民國 90 年李明亮前署長成立二代健保規劃小組，邀請各領域超過百餘位的專家學者們經過多年討論，民國 93 年 9 月完成總結報告，把以前制度上的不完美，一一補齊，而參與其中的每位賢能都做了很多努力，民國 95 年 5 月 3 日首次將法案送立法院。

民國 99 年 4 月 8 日，二代健保草案送到立法院，當時規劃的「家戶總所得」版本因為許多立法委員認為，這必須架構在綜合所得稅基礎上，結算時點須延後 1～2 年，程序較為繁瑣，且家

戶變動頻繁，財源不穩定（估計全國有 32% 沒有繳稅，如果實施家戶總所得制，這部分的財源就很難收到），計繳作業難度高，媒體提出許多指責，包括懲罰單身以及對於虛擬所得的疑慮，最後經立法院討論審議後，民國 100 年 1 月 5 日三讀通過二代健保修法草案，以「補充保險費」制取而代之，當天並宣布費率由 5.17% 降至 4.91%，這也代表政府信守承諾，降低保險費率。

### 解決不公平計費，落實照護弱勢族群

健保新制實施後，一般保險費的首年費率行政院核定為 4.91%，補充保險費首年費率則訂為 2%，估計這可維持健保財務穩定至民國 105 年，且 87% 的民眾不會因為保費新制而增加負擔。很多人不清楚，當費率從 5.17% 降為 4.91% 所減少的 200 億元，與另外收取的補充保費也差不多是 200 億元，兩者有何不同？其實很不一樣，最大的差異在於，政府負擔的部分增加了，原本政府每年分擔的經費約 33.6%，健保新制之後提高到 36%，整個健保大餅增加 200 多億元。

經常有人還是會問我：為什麼要另外加收補充保費？這是因為以前依照薪水計算每人應繳的健保費，形成很大的不公平。依財政部統計，如果將

### 按照薪水計收健保費所造成之不公平現象 (概念圖示)



所得較低層級民眾

所得較高層級民眾

- 薪水，指的是在目前需計繳健保費的經常性薪資
- 六類所得，指的是未來將計收補充健保費的六種收入，包括高額獎金、兼職所得、執行業務所得、股利所得、利息所得及租金收入等
- 其他所得，指的是不容易查得到的財產交易及地下經濟之所得

二代健保財務改革，可改善健保收費不公現象。

國民所得，依高低分層，低層的所得大部分來自薪水，因此總所得就幾乎全部須計繳健保費；而較高層的所得少部分來自薪水，因此總所得並非大部分須計繳健保費，明顯違反保費量能負擔的精神。二代健保實施之後，薪水以外六類所得，都要加收補充保險費，就可解決以上不公平的問題。

同時，補充保險費也落實對弱勢族群的照顧，我們做了很多問卷調查，發現薪水外六類所得在 2,000 ~ 5,000 元多為弱勢，因此將原本所得下限從 2,000 元改為 5,000 元，這提議也獲得國民、民進兩黨同意，於民國 101 年 9 月 27 日立法院通過此附帶決議。這麼一來，大約減少 30 億元

的保險收入，而原本預估受影響的民眾則由 17% 減為 13%。此外，根據健保法第 31 條，低收入戶成員也不需繳納補充保險費，其他免扣取補充保險費的對象還包括兼職所得沒有達到基本工資者，例如：兒童及少年、中低收入戶、中低收入老人、領取身心障礙者生活補助費或勞保投保薪資未達基本工資的身心障礙者、在國內就學且無專職工作的專科學校或大學學士班、研究生班學生、符合健保法第 100 條所定的經濟困難者。

## 從制度面改革二代健保

在制度方面有 10 多項，包括：

### ■ 醫療資源合理使用

1. 加重詐領保險給付及醫療費用者罰鍰。
2. 重複就醫、過度使用的保險對象，進行就醫輔導。



健保署長黃三桂（中立者）  
說明二代健保內容。

3. 健保局每年度應提出並執行抑制不當耗用醫療資源改善方案。

■ 二會合一，收支連動機制

將目前全民健保監理會與費協會合而為一。

■ 擴大參與

對於有關保險費率、保險給付範圍、年度醫療給付費用總額、醫療服務與藥物給付的項目以及支付標準等重要事項的研議，應該要有保險付費者的代表參與。

■ 擴大費基

這對健保財務有實質的幫助，新的改革是，規定高額獎金、股利所得、執行業務收入、租金收入、利息所得與兼職所得等六項都必須納入計算收取補充保險費，藉此擴大費基，整體來說，可減輕受薪者的負擔。至於雇主或投保單位方面，則依照每月支出的薪資總額以及受僱員工每月投保金額總額之間的差額，跟雇主計算並收取補充保險費。

■ 引進醫療科技評估

訂定醫療服務、藥物給付項目及支付標準前，健保局得先辦理醫療科技評估，並應公開結果，這是健保開源節流的方法之一。

國家醫療科技評估中心（National Institute of Health Technology Assessment, NIHTA）在民國102年1月16日開辦，以「將有限資源、循科學證據、依公平正義、行合理分配」的願景，確保有限醫療資源被有效率地運用，提升民眾就醫的醫療品質；實現與維護醫療資源分配正義；扮演知識觀念傳播交流的角色，減少不必要的歧異。

#### ■ 實施差額負擔

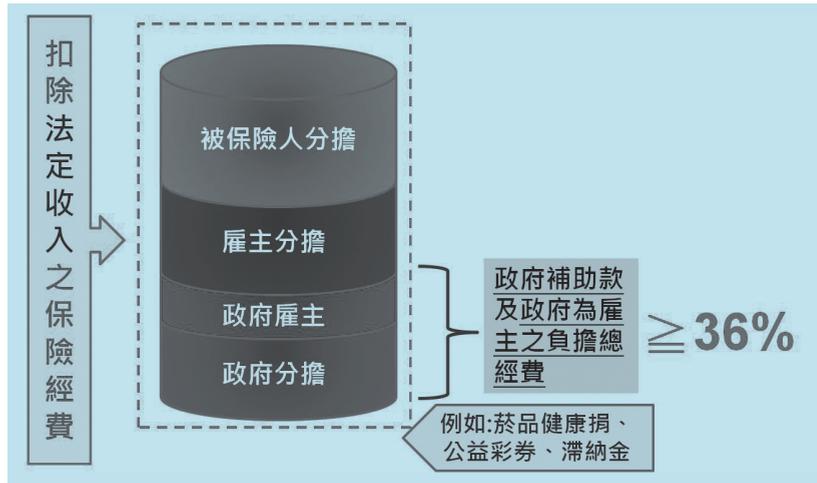
為避免因健保醫療資源有限而使得保險人無法適時收載特材，而被保險人選擇使用還沒納入給付的品項時，仍須全額負擔的不合理現象，特殊材料可以實施差額負擔。

#### ■ 多元支付方式

主要是以同病、同品質作為支付原則，可以論量、論病例、論品質、論人或者論日的方式支付，也可以用論人計酬的方式，實施家庭責任醫師制度，對民眾來說，更能提供好的醫療品質。

#### ■ 財務公開，讓資訊更透明

資訊與品質公開非常重要，讓民眾有更好的選擇。這項改革明定了重要的會議資訊、參與代



二代健保政府財務責任從 34% 提升為 36%。

表利益揭露、特約醫事服務機構的財務報告與醫療品質資訊、保險病床設置比率及各特約醫院的保險病床數、重大違規資訊等，都應該予以公開。例如財務報告規定向健保局提報時間是於次年 10 月底前，提報內容有資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入明細表、醫務成本明細表等六種財務報表。

#### ■ 藥品支出目標 (DET)

以事先協定的成長率，控管藥費成長，一旦超過目標值，就依照超出的費用調整藥價，民國 102 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，已將試辦藥費總額支出目標制度列為政策目標。

## ■修正出國停保制度

從健保開辦後，各界對於出國停保制度看法分歧，這次行政院決定維持出國停保制，但改革作法是，至少須復保3個月後才能再次辦理停保，使復保者繳交的保費高於其使用的健保醫療費用，這樣才能達到公平性。

## 加強對弱勢者的照顧與保障權益

另一項改革是針對弱勢照顧與公平性方面，這部分非常重要，例如：

■對孕婦、遭受家庭暴力受保護者及經濟困難的民眾都不會控卡，確實保障就醫權利，這代表即使沒有錢也能看病，由健保局的愛心基金支付補貼。新制實施後更重要的還有，針對弱勢民眾全面解卡（有能力不繳納保費者才會鎖卡），居家照護醫療費用部分負擔降為5%。

■醫缺地區的部分負擔也獲得減免，現行做法是，山地離島居民就醫均免部分負擔，健保新制實施後，其他醫療資源缺乏地區接受門診、急診或居家照護服務，其部分負擔可減免20%，目前經主管機關認定的醫缺地區有45個區。

# 健保不鎖卡

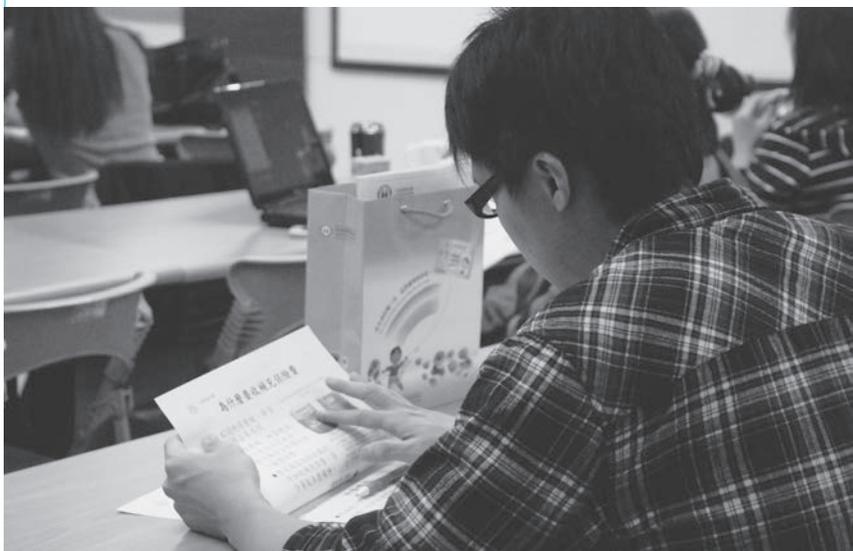


自民國99年10月起，  
「弱勢民眾安心就醫」方案實施，  
43萬的近貧戶、18歲以下兒少、  
特殊境遇家庭及懷孕婦女，  
不再因健保卡鎖卡，  
經濟困難而延誤就醫  
互助共享 無障礙就醫環境

二代健保保障弱勢民眾就醫權益，放寬健保欠費鎖卡條件。

- 18 歲以下、中低收入戶及經濟困難的民眾幾乎不必收補充保險費，這對社會弱勢者來說是非常好的措施。
- 矯正機關收容人納保從現行公務支出改為健保，並且以優先在矯正機關內就醫為原則，民國 102 年度已經有 32 個醫療團隊提供法務部所屬 49 個矯正機關醫療服務。將受刑人納入全民健保，可徹底落實兼顧受刑人的基本健康人權，這使得臺灣健保覆蓋率將近百分之百。
- 政府財務責任增加：也因為政府照顧更多弱勢民眾，財務責任增加，除政府負擔比例 33.6% 增加到 36%，二代健保上路後，原本地方政府負擔的健保費將全部由中央政府來負擔。

二代健保讓民眾就醫更便利。



## 主動積極回應輿論疑惑

健保新制實施後，出現一些輿論反映：例如有人質疑雇主負擔補充保費為重複計費，過去的分擔比率是：政府負擔 34%，民營雇主負擔 29%，健保新制的做法則是，除了保險對象要繳補充保險費，政府負擔大幅增加，民間雇主當然也要多負擔一些些，負擔的部分就是（薪資總額－投保總額）×2%，這可讓低底薪高獎金的投保單位，更合理負擔雇主應負擔的保險費，並且減少雇主以兼職員工取代全職員工，規避健保費的繳納。因此，二代健保的分擔比率中，政府負擔 36%、保險對象負擔 36%，民營雇主的負擔也從過去的 29% 降至 28%。仔細想想，這樣的分擔比率頗為合理。

輿論也指出，健保新制似乎讓社福團體保費負擔增加？其實並沒有，因為二代健保實施後，一般保險費率從 5.17% 調降至 4.91%，雖然須另外負擔補充保險費，但是因為一般保險費負擔減少，所以整體保費未必增加。而且依政府採購法辦理的委辦案件，履約過程如果因為政府法令變更導致成本增加時，社福團體可以要求委託機關調整契約價金。未來新增的委託案，可以將新增的費用計入契約中，這部分衛生署也積極協調各級政府，一起來解決。

另外，輿論對於股票股利計收補充保險費也持不同看法，關於這部分我們本來不打算收，但立法院衛環委員會於

民國 101 年 5 月 3 日通過臨時提案：補充保險費課徵對象不包括股票股利，這是踰越母法之舉，為符合法制，就必須課徵所得稅（包括現金股利與股票股利）。

至於利息拆單的問題，經過我們持續與銀行界溝通，銀行公會全力配合二代健保的推動，部分銀行也開發新的金融商品，鼓勵存戶不要拆單，所以目前幾乎沒有大量拆單的問題了。

輿論反映中還包括研究生兼職所負擔補充保險費的問題，這部分我們也解決了，如果研究生是低收入戶，就不扣取補充保險費，如果是中低收入戶或符合健保法第 100 條之經濟困難要件時，其兼職所得門檻仍可提高至基本工資。由於研究生要繳學費，經過各界建議後，對於沒有專任職務職業的研究生與大專生同樣將下限訂為達基本工資才須扣繳補充保險費。

## 支持二代健保，健保才能永續經營

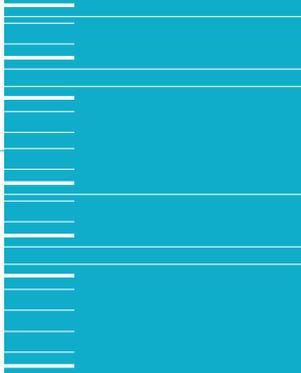
18 年前的一代健保，為了六類十四目問題，爭議好幾年，光是轉診及部分負擔問題就吵了 2 年多，如今，一個新制度的實施，仍然會出現很多聲音，我們會盡全力去改善。

我們擁有全世界最好的健保制度，民國 101 年紐約時報、國家地理頻道、時代雜誌、CNN 電視台四大國際媒體競相報導，且每年有 50 個國家代表前來臺灣參訪健保運作，所以我們更要珍惜全民健保。

能順利完成二代健保改革，多靠各界全力相挺，包括行政團隊、立法院執政黨團的支持、民間團體的理性訴求，目前我們已經完成籌備工作，且於民國 102 年 1 月 1 日開始實施，但二代健保的財務壓力依然很大，預估財務平衡可維持至民國 105 年，盼望大家能共體時艱、共盡社會責任，就像前署長所說「雖不完美，但可接受」。

在未來這四年間，我們有信心重新啟動規劃修法，建立更完美的新一代健保，也期盼各界能持續支持，今天您支持健保，明日，健保就能繼續照顧您。





雖然還有很長的路要走，但至少把目標訂出來，一步一步紮實地走，先打造長照服務網，再完成長照服務法立法，我國邁向長照保險將指日可待。

## 建立長照服務網 —邁向長照保險制度

翻開世界各先進國家的長照保險發展史會發現，臺灣已經落後日本 12 年，落後德國更達 14 年。德國 1994 年立法，1996 年開辦實施機構式照護，實施當年的老年人口約 15.6%，保險對象是全民；日本則早在 1997 年立法，2000 年開始實施，當時的老年人口約 17.3%，實施對象是 40 歲以上的國民；韓國也已於 2007 年立法，2008 年正式開辦，當時老年人口約 10.3%，保險對象是全民。

### 臺灣社會老化速度快得驚人

這些年來，世界衛生組織不斷強調「健康全面覆蓋（Health Universal Coverage）」的觀念，臺灣也應急起直追，因為我們的全民健保制度已臻完備，二代健保也已上式上路，但還缺長照保險，我希望能於民國 105 年無縫銜接健保，建構全球最完善的照護體系，畢竟我們擁有令世界各國稱羨的全民健保制度。

再加上我國人口老化速度非常快，少子化問題日益嚴重，使得全國老化狀況很快就追上日本，民國 101 年底我國 65 歲以上老人共 258.2 萬人，占總人口 11.08%，民國 107 年進入高齡社會（老年人口 14.6%），民國 114 年則進入超高齡社會（老年人口 20%）。

除了老年人口，失能人口也是一大隱憂，根據我們調查，失能人口占全人口的 3.08%，約 69 萬人（其中有一半是年輕族群），老年人口中失能的則有 42 萬人，約占了 16.24%，推估民國 120 年將快速增加至 118 萬人。

## 各國長照體系採行費用來源制度不同

因此，打造長照體系變得相當重要，放眼世界各國，有些國家使用稅收制，有些推行保險制，有些則是商業保險。

### ■稅收制

冰島、瑞典、芬蘭、挪威、丹麥等北歐國家為代表。優點是行政成本較低，因為不收保險費，推行起來較沒有阻力。缺點是，高賦稅率、沒有自助互助的功能，政府必須承擔所有的財務責任，且預算編列必須跟其他政事競爭。

## ■ 保險制

日本、韓國、德國、荷蘭為代表。優點是，具有自助互助的功能，政府不需承擔所有財務責任，預算不需跟其他政事競爭，也不需增加賦稅。缺點是，稽收保費的行政成本高，且必須繳納保費，民眾納保意願相對較低。

## ■ 商業保險制

以美國為代表。優點是，依民眾經濟能力及需要，自由選擇所需的保險，政府介入程度低，國家的財務負擔輕。但缺點是，一般民眾負擔沉重，對於那些無法長期負擔長照費用的低收入者，政府須以 Medicaid 提供照顧。

目前，我國正在擘畫長照保險，應該會朝往日本、德國的方式進行。為了國人整體健康，如何加快腳步，先打造長照服務網，再推動立法，將是衛生署責無旁貸的工作。

## 打造長照服務網作為基礎

一般來說，長期照護服務可分成急性、中期照護與長期照護，長期照護又分成機構式、社區

式與居家式照護。

這當中，機構式包括了養護機構、安養機構、榮民之家與護理之家。社區式則涵蓋喘息服務、日間照護、夜間托顧。居家式則包括居家服務與居家護理。整體來看，目前以喘息服務和日間照護最為缺乏，中期照護與居家服務也不足，是目前較迫切需要補強的部分。

我的想法是，推動長照會採全民健保的推動模式，先打造醫療網，再推動醫療法，經過十年後實施。長照也是，我們從民國 97 年開始推動長照十年計畫，預計民國 105 年長照保險上路。

目前長照制度的發展有三階段：第一階段是長照十年計畫，第二階段是長照服務法（民國 102 年立法）及長照服務網的完成（預計 104 年完成），等整個服務網都建置完成，就可進入第三階段，推動長照保險。

## 確認主管權責與經費編列

長照的主管權責單位是衛生署，主要交由照護處以及長照保險規劃小組兩個單位負責。衛政的服務有三項，社政有五項，衛政的部分我們規劃在長照實施前由照護司負責，實施之後則交給社會保險司負責。所謂的照護司其實就是目前的照護處，

等衛生福利部改組後就變為照護司，社政服務的部分目前是內政部社會司負責，將來就納入社會及家庭署。

除了權責要清楚，經費也須清楚編列。在公務預算的部分，其實是不敷長照服務的需求，民國 97 年至今內政部和衛生署一共編列 123.22 億元（每年 18.7 ~ 28.34 億元），在公務預算不足的窘境下，必須動用第二預備金，民國 101 年已經高達 5.4 億元。

不只公務預算不足，連健保也包括了部分費用，全民健保內涵蓋部分長期照護的費用有居家護理、呼吸照護、安寧居家療護、中風復健、社會性住院、慢性精神病康復之家。這筆經費很龐大，粗估約占健保所支付費用的 10 ~ 15%，大約 500 ~ 750 億元之間。

## 從四大面向發展長期照護

至於服務對象，臺灣老年失能人口涵蓋率五年就增加 12 倍，因此，長照十年的服務對象從第一年 2.3% 已經攀升到 27%，超過 11 萬人。長

照十年計畫的服務項目非常多元，整體來說，居家服務占 71.2%，喘息服務則有 26.8%，交通接送 26.8%。就社政服務部分來看，目前提供居家服務、日間照顧、家庭托顧、輔具和居家環境改善、老人營養、長照機構、交通接送等七項服務。衛政部分則有居家護理、居家與社區復健、喘息服務等。

我們目前的規劃是，先從四大方向作起，有了基礎，才能順利發展長期照護，這四大方向是：

- 環境：一定要先把長照服務網建立起來，包括建立法規，長照服務法及保險法，當然還有營運環境。
- 人力：人力的培養，包括醫事、社福人力、本勞或外勞、讓從事的人員接受專業訓練。
- 技術：透過 IC 結合醫療與社福，並且提供高親和度的醫材輔具設備。
- 教育：針對民眾與長照人員進行教育訓練，包括醫療保健普及教育以及設備用能力。

## 四大策略與七大目標

有了發展基礎，接著，就可展開布局，於是，我一上任就開始著手進行資源盤點，因為這是最重要的部分。我們以地區及失能人口數為依據，

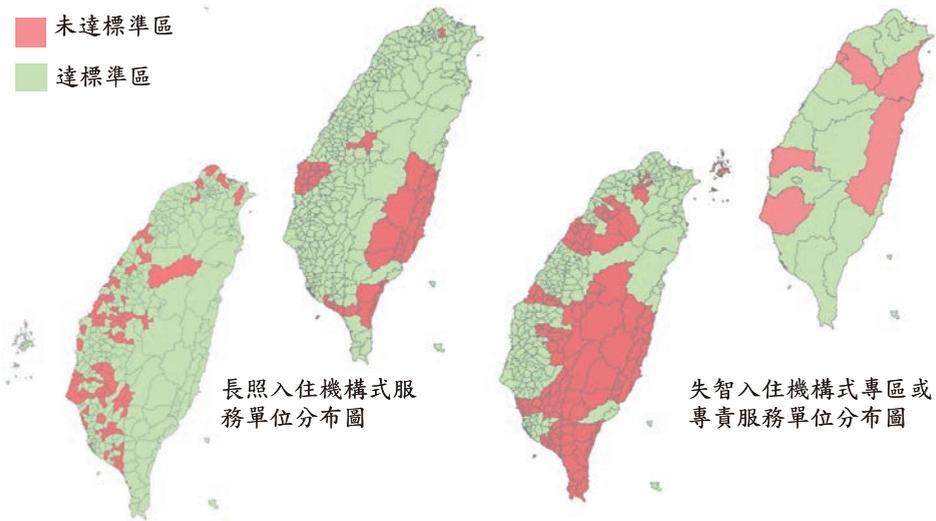
	社區式	居家式	機構式
22 大 區	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設置長期照顧管理中心</li> <li>2. 至少一個輔具服務中心</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 長照床位超過每萬失能人口 700 床</li> <li>2. 至少一個長照入住機構</li> <li>3. 至少一個身障入住機構</li> <li>4. 至少一個失智專區或專責機構</li> <li>5. 至少一個中期照護專區或專責機構</li> </ol>
63 次 區	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 設置長照管理中心分站</li> <li>2. 每次區設置失能或失能、失智混合型日間服務照顧單位</li> <li>3. 每二個鄰近次區至少一個可提供失智日間照顧服務單位</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入住機構式長照床位達每萬失能人口 700 床以上（低於全國平均 2/5 為資源不足區）</li> <li>2. 每二個鄰近次區應至少建置一個身障型全日入住機構</li> </ol>
368 小 區		至少一個服務據點	
山地離島、偏遠地區設置綜合式服務			

在民國 100 年完成盤點，同時了解哪些地區的資源不足，例如居家式的服務據點不夠，需要補強。未來將會以獎勵、補助的方式進行，以完成建置普及性長照服務體系。民國 102 年底，預計失智症社區服務的據點可以完成。

## 長照資源分布狀況

99.12

■ 未達標準區  
■ 達標準區



居家式服務據點分布圖

社區式日間照顧中心分布圖

因此，我們針對長照發展擬定四大策略、七大目標：

■策略一：建置長照服務網，普及長照服務體系

目標 1：民國 102 年底完成 63 個長照次區均有失智症社區服務

目標 2：民國 102 年底 22 個縣市都有中期照護。

目標 3：民國 103 年底完成 89 個資源不足偏遠鄉鎮居家式服務至少一個綜合式服務據點。

目標 4：民國 104 年底完成 63 個次區床位數都能達到每萬失能人口 700 床的標準，預計明年的建置可以達到 80%。

■策略二：充實長照服務人力

目標 5：民國 105 年前完成長照人力培訓，照顧服務員培訓 38,800 人，社工人員培訓達 3,200 人，以補足人力缺口。

■策略三：結合 ICT 發展照護雲，建置長照資訊系統

目標 6：民國 105 年完備長照資訊系統，連結雲端化服務與應用。今年要完成長照資料庫資訊平台，明年要完成社區式及居家式服務端的資訊系統。民國 104 年預計要完成機構式服務端資訊系統，完成建置長照保險資訊系統，等到 105 年，所有系統都可以連結成照護雲。

#### ■策略四：立法及教育宣導

目標 7：民國 102 至 104 年完成立法及教育宣導，民國 105 年邁向長照保險。

我希望民國 102 年能順利將長照服務法完成立法、長照保險法送交行政院審議，明年長照保險法可送立法院並通過完成立法，民國 104 年即可制定長照保險法相關子法規，民國 105 年就可正式邁向長照保險。

雖然還有很長的路要走，但至少把目標訂出來，一步一步紮實地走，先把長照服務網打造完成，再完成長照服務法的立法，那麼，我國邁向長照保險也就指日可待了，期盼這天早點來臨，讓臺灣能達到「健康全面覆蓋」，實乃國人之福。

## 署醫聯合啟動中期照護 及失智失能照顧

衛生署將秉持照護老年人的責任，持續推動相關照護服務政策，今年將聯合各署立醫院啟動中期照護及失智失能照顧，讓全國高齡長者都能獲得最適切的醫療與照護服務。

我國的人口老化速度超乎想像，1993年，老年人口已經跨越了總人口數的7%，成為聯合國所定義的老人國（aging society），2012年最新數據顯示，臺灣地區65歲以上人口佔總人口數比例約為11%（約260萬人），預估至2018年老年人口比例會達14%，成為老化國家（aged society），當老年人口愈多，失智及失能人口也將愈多。

為了因應未來老年人口的醫療照護需求，衛生署逐步推動「中期照護及失智失能照顧」，規劃由署立醫院帶頭，細節如下。



中期照護失智失能—臺中市豐原區中低收入族群健康照護。



102.09.25 民眾失智症宣導活動。

## 中期照護：促進自主與預防不必要住院

由於過去的醫療體系以疾病為導向，對於老年人不典型的疾病表現、多重共病、多重用藥、身心功能退化與失能等，無法面面俱到，應該打造健康照護體系中期照護，做為急性與慢性照護之間的照護橋梁。

所謂中期照護，依照英國老年醫學會（The British Geriatrics Society）對於中期照護定義：「是一種健康照護模式，也就是幫助病患由疾病期過渡到恢復期而返家，或是協助末期病患在生命末期盡量維持一個無症狀困擾下的舒適狀態」。簡單來說，中期照護的兩大主要目標是「促進自主」（promotion of independence）與「預防不必要住院」（prevention of unnecessary hospital admission），根據病患需求衍生出融合多項服務的照護模式，照護的地點相當多元，包括社區醫院、機構式復健、長照機構、安寧療護機構；而其照護的重點是盡可能增進個案獨立生活的能力，提供學習自我照顧的技能及改善生活品質，照護持續時間通常在 2 星期以內，一般不會超過 6 星期。



獨居長者歲末圍爐送暖。



台灣好新聞報導—長者義剪活動。

行政院衛生署百年衛生醫療改革中的長程計畫以及第六、七期醫療網規劃，中期照護服務都被放入計畫內作為重要目標，民國 97 年，署立屏東醫院首先開辦長照機構型的中期照護，之後，陸續在八家署立醫院包含署立臺中醫院在內開辦醫院型和長照機構型的中期照護，深受民眾肯定。

由於成果良好，再加上為因應老人照護日益增多的需求，2013 年，規劃署立綜合醫院全面開辦中期照護服務，讓老年人能積極恢復功能並達到重返社會的目標。

## 打造失智失能照護社區

除了提供中期照護服務，失智症是我們面對的另一個更重要議題。

根據 2009 年全球失智症報告（ADI:Alzheimer Disease International）估計全球失智症患者高達



獨居長者家訪暨傷口護理。

3,560 萬人，平均每 4 秒鐘就有一名新罹病者，每年花費在失智症的相關支出高達 6,040 億美元（約合新臺幣 20 兆元）。

世界衛生組織（WHO）更將失智症列為世界心智健康活動計畫（Mental Health Global Action Plan mhGAP）七項重點心智和神經學疾病之一，美國歐巴馬總統也於 2011 年 1 月 4 日簽署「國家失智症計畫法案」，顯見，失智症受到國際醫界甚至歐美政府相當程度的重視，堪稱 21 世紀最重要的社會、健康及經濟危機之一。

在臺灣，衛生署為因應高齡化社會失智人口快速增加，已委託台灣失智症協會進行由 2011 年至 2012 年底的全國失智症盛行率調查，結果發現，我國 65 歲以上長者罹患失智者為 4.97 %，推估全國老年人罹患失智症者共近 13 萬人，且持續增加中。

針對失智相關照護措施，衛生署很早就著手規劃，2007 年推行長期照護十年計畫，並從 2009 年第六期醫療網開始推動「新世代健康領航計畫—失智失能社區照護計畫」，先由署立臺中醫院、署立草屯療養院、署立嘉南療養院、署立基隆醫



2010.07 署立屏東醫院中期照護失智失能—王進士立委（左二）親臨日間照護專區揭牌。

院、署立苗栗醫院、署立南投醫院、署立恆春醫院、署立旗山醫院、署立澎湖醫院、署立屏東醫院、署立朴子醫院等 11 家署立醫院替失智病患及家屬提供多元化失智照護模式，且根據失智三段五級，提供三種照護服務模式，分別是機構式、社區式、居家等模式。

此外，也積極推動健康促進衛生教育活動、提供多元社區服務及團體活動、篩檢高危險失智症個案、治療延緩退化、社區復健，希望能替家屬量身訂做失智照護。

## 署立醫院積極推動

實際的作法可以署立臺中醫院為例：民國 90 年署立臺中醫院首度創設失智護理之家，民國 96 年再度首創失智團體家屋，民國 96 年 5 月更創辦全國第一家由家醫、中醫、精神、神經科共同看診的整合性記憶保健整合門診，民國 98 至 101 年延續行政院衛生署委託『失智失能社區照護計畫』，持續辦理輕度認知障礙病友團體、家屬支

持團體以及針對醫護人員舉辦失智失能社區照護實務研討會，民國 101 年更開立長青特別門診以及成立衛教暨健康管理中心。

一連串的服務模式為失智症患者及家屬帶來許多實質幫助，從民國 98 至 101 年社區失智服務量就高達 8,772 人，辦理病友會及家屬支持團體有 104 場、失智國際研討會共 10 場，民國 100 年製作的整合性失智照護手冊還榮獲行政院衛生署圖書類優良獎第二名。

除了署立臺中醫院，在南臺灣的署立屏東醫院也積極跟進，針對屏東地區民眾推出失智日間照護服務，使失智者在家屬式的氣氛下得到人性的照護以延緩病況惡化。署立屏東醫院同時也有機構式、社區式、居家式等失智照護模式。

另外，精神專科醫院例如署立嘉南療養院也提供多元失智照護，如長青客棧（失智日照）、失智居家甚至失智居家繼續建立以社區為基礎，結合多專業團隊的照護模式，協助失智症個案延緩認知功能退化及減低家屬照顧負荷。

感謝這些醫院積極提供中期照護及失智照護，未來，衛生署將秉持照護老年人的責任，持續推動相關照護服務政策，預計今年將聯合各署立醫院啟動中期照護及失智失能照顧，讓全國高齡長者都能獲得最適切的醫療與照護服務。

生育事故救濟試辦計畫，期能有效化解因生育事故引發的醫病對立，改善醫病關係，作為未來規劃全面性醫療傷害補償制度的先驅計畫，並達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

## 解決醫療糾紛—率先推動生育事故救濟試辦計畫

醫療爭議（或糾紛）是目前醫療界重要的議題之一，容易造成醫病關係的緊張以及引發一些社會問題。

### 主動研擬補償法案，解決醫療糾紛

根據衛生福利部醫事爭議委員會的分析統計，過去曾接受司法或檢察機關委託的醫療爭議鑑定案件中，其中近六成為死亡個案，如果再加上重傷害個案則超過八成，雖然鑑定結果判定有疏失或可能有疏失的比率不到二成，卻也因此衍生出不少非理性的抗爭，甚至往往動輒要求高額的賠償金，加重醫病關係的惡化，整體社會也必須付出相當高的成本與代價。

為了解決不必要的醫療爭議案件，我督促本部同仁研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，並於民國 101 年 10 月 16 日送行政院審議，行政院也已於同年 12 月 18 日送請立法院審議。

我考量到立法作業通常需要一段時日，且我國也還缺乏針對醫療爭議或醫事事故的系統性資

料蒐集或實證研究，加上財源與實務經驗也還不足，因此我認為應該先針對高風險的醫療科別規劃補償機制，類似藥害救濟那樣的功能。

## 生產醫病爭議高列優先計畫

更且，因為生產過程容易致生不良結果，進而引起醫病爭議，讓醫病關係更加緊張與對立，甚而走向冗長的民事或刑事訴訟，於是，我們決定先以生育事故風險作為優先推動試辦範圍，擬定「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，計畫期程為民國 101 年至 103 年，以作為未來完成立法，擴大辦理醫事事故救濟制度的先驅計畫。

### ■ 生育事故救濟試辦計畫施行簡略說明如下：

本計畫主要在鼓勵提供接生服務的醫療機構或助產機構，積極與生育事故的病人或其代表人達成和解或調解，並由政府依其傷殘程度提供最高 200 萬元的救濟給付補助，使孕產婦得到合理的生育風險保障，並期能有效化解因生育事故引發的醫病對立，改善醫病關係，作為未來規劃全面性醫療傷害補償制度的先驅計畫，並達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

■申請此試辦計畫救濟金必須符合申請條件：

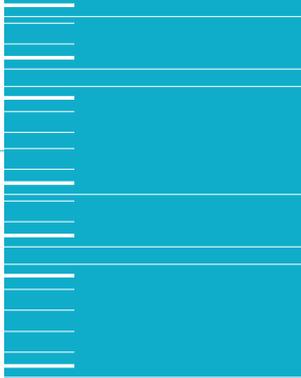
- 生育事故救濟條件：醫療機構或助產機構（以下稱機構）於週產期的醫療與助產過程中，已依該機構專業基準施予必要的診斷、治療或助產措施，卻仍導致孕產婦或胎兒、新生兒死亡或符合相當於身心障礙者權益保障法所定中度以上障礙的生育事故事件。且該事件須經機構與病人雙方達成協議，機構同意給予病方金錢或其他適當方式的協助，由政府對該機構給予一定的經費鼓勵。
- 如果有下列生育事故，則不在救濟之列：
  1. 流產致孕產婦與胎兒之不良結果。
  2. 36週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷所致胎兒死亡（含胎死腹中）或新生兒之不良結果。
  3. 因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害不良結果者。
  4. 對於生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者。

5. 懷孕期間有參與人體試驗情事者。

- 審查機制：衛生福利部成立「衛生福利部生育事故救濟審議會（以下簡稱審議會）」依據行政院核定的「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」、「衛生福利部生育事故救濟審議委員會設置要點」、「衛生福利部生育事故救濟審議基準及作業程序」、本申請作業須知及相關法令進行審議。審議會成員計 17 人，其中 1 人為召集人，包含醫事專家（含婦產科團體代表）、法律學者專家、社會公正人士。委員任期 3 年，期滿可以續聘。
- 施行成效：截至民國 102 年 9 月底，總計有 294 家機構申請參與本計畫，受理 118 件申請生育事故救濟案件，且生育事故救濟審議委員會已經召開 9 次案件審查會議，初步審定案件則有 83 件次，符合救濟要件者共 69 件次（26 件次為產婦、43 件次為新生兒），符合救濟要件者共救濟 6,915.1815 萬元。

未來，希望能持續推動醫療糾紛處理及醫療事故補償法立法通過，讓執行生育的醫療人員與孕產婦都能獲得更多保障，不再衍生更多醫療爭議與事端。

※ 後記：102 年 11 月統計，生育事故的醫療糾紛事件比前一年減少了 87%。



衛生福利部成立，是民國 60 年行政院衛生署成立以來最大幅度的變革，將衛生醫療和社會福利合而為一，攜手併行，達到全人健康與福祉的新境界。

## 改變觀念的時刻到了！ — 衛生與社會福利的整合

在醫界忙碌了近 40 年，卻在二個月內大開眼界，進而徹底改變觀念，什麼觀念呢？就是在社會上竟然還有這麼失依失怙的孤兒、老人、身心障礙者需要幫助，同時我也看到許多有愛心的人默默在社會各個角落照顧這些弱勢朋友，一幕幕場景都令我印象深刻，至今仍感動、感觸良多。

### 衛生福利部成立—符合 WHO 健康定義

民國 102 年 7 月 23 日，衛生福利部成立，這是民國 60 年行政院衛生署成立以來最大幅度的變革，將衛生醫療和社會福利合而為一，達到全人健康與福祉的新境界，同時也符合 WHO 健康的定義之世界潮流，WHO 認為健康是一個完整的生理，心理和社會福祉，而不僅僅是沒有疾病或不虛弱。

長期服務於醫界，身為神經外科醫師，天天有開不完的刀、看不完的病人還要做很多研究工作，對於病患在完成醫學治療後的事情較沒有深入了解，後來又忙於醫學教育及衛生行政工作，既沒有時間也無機會接觸社會福利領域。直到 7



邱文達署長走訪社福機構時與小朋友親切互動。



邱文達署長探視社福機構的老人。

月 23 日，衛生福利部成立之後，為了解社政與衛政該如何徹底整合，開始勤跑各社會福利機構，親自去第一線視察，跟兒童之家的孩子們互動、跟身心障礙者相處、跟老人們聊天，還上節目幫忙賣身心障礙機構的月餅禮盒……我碰觸到完全不一樣的世界，觀念上有了很大的轉變。

## 密集走訪社福機構

二個月內前往北部、中部、金門視察非常多社福機構，包括兒童之家、身心障礙之家、老人院等等，看他們為了增加一些收入推出中秋禮盒，精心製作月餅、蛋捲、手工香皂、畫作、水果、飲品禮盒，這種為生命奮鬥的精神實在令人感佩，並在各界的共同努力下，包括宗教團體、工商界、醫界、衛生福利部及內政部等等，總共採購了九千多萬元。看到這些機構動輒收容數百位孤兒、數百位智障身障者、老憨兒（最老的已經 72 歲），為了服務這些弱勢族群，好多人領著微薄的薪水投入社會福利服務工作，其中不乏許多年輕人，每個人都好善良、充



災民收容所提供最基本的社會救助服務。

滿愛心，尤其是照顧服務員，有些天天照顧各種身障兒，有些得抱著成人身障者洗澡、餵食等，日復一日從事對體力負荷極大的工作，這些是我過去從未想像過的。

### 希望醫界多了解社福工作

也因此，期盼衛生醫療界要放下過去成天忙碌於工作的心態，走出醫院展開雙手，積極去了解社福界，多投入公益服務，多去關心弱勢族群，看看他們的需要。社福領域的人都很好溝通、很善良。當然，我自己也會更加努力讓衛生醫療與社會福利能更加融合，因為我真切感受到社會福利與醫療結合是非常正確的、才是真正全人的照護，畢竟醫療衛生只是整體照護的一環，例如醫生可能只接觸到受虐兒的診斷，後續的追蹤照顧都得仰賴社福，包括提供後續的保護服務，如：追蹤家訪、生活照顧、各種補助津貼等等，才能提供長久的幫助，這是我這二個多月以來最大的感觸，也讓我過去只從衛生醫療看事情的角度完全改觀。



各縣市政府主動提供弱勢族群的照顧與服務。

## 觀念的改變—醫療與社福融合才是全人醫療

真的，改變的時刻到了，希望醫療衛生界的朋友們能揚棄固守醫療衛生領域之觀念與心態，多參與社福領域，關心、了解社會各角落還有很多需要幫忙的弱勢族群，讓他們能獲得完整且全面的照顧，其中跟健康息息相關，包括長期照護、身心障礙者、老人、兒少、婦女及災害防治等。

以身心障礙者為例，以前是由衛生醫療負責身心障礙鑑定，提供復健治療服務，再由社會福利單位負責福利與服務需求評估，提供輔具協助及生活照護等服務，如今整合為衛生福利部之後，透過內部聯繫會議，在實務執行、後續評估工具及流程修正後，更加方便民眾申請，自民國 102 年 7 月實施至今已經核發證明 19 萬 1598 件，這也足以證明醫療衛生與社會福利整合的重要性。

若以老人相關業務來看，我們結合社區和醫療院所資源，擴大社區關懷據點功能，建立連續性老人照顧體系，以老人失

智為例，由國民健康署負責辦理臨床失智評估量表（CDR），提供照管中心、醫院等醫療照護服務，然後由社會及家庭署提供失智老人生活照顧服務及補助，可以提供整體性的服務。老人裝置假牙也是，由中央健康保險署透過健保給付由醫療體系提供治療，再由社會及家庭署提供補助、評估有需要裝置假牙及資格的老人，這才是全人的照護。

兒少相關業務亦然，以早期療育為例，衛生醫療提供早期診斷早期預防的服務，再由社會及家庭署負責提供早期療育兒童生活協助與補助，共同完善早期療育服務跨專業的整合性制度，嘉惠更多需要協助的孩子和家庭。

我再舉婦女健康為例，國民健康署提供婦女健康的諸多篩檢服務，好比乳房篩檢、子宮頸抹片等四癌篩檢，篩檢之後的相關追蹤照顧則由社會及家庭署負責，包括提供各種生活補助等。有些個案因為跟家暴有關所以也提供法律訴訟等協助服務；其他像是酒癮、毒癮等這跟醫療衛生有關，也跟心理健康、家庭照顧服務等業務連在一

起，如今衛生福利部成立了，就可進行統整，能提供加害人、被害人或整個家庭（包括無辜的孩童）相當實質有效的協助。

舉例來說，長期照護及災害防制更是衛生及福利兩個立領域的結合，長期照護將分四大目標、七個策略，也已於今年初撰寫過相關文章說明，災害防治則是由醫院做傷亡醫治急救等，但屬於社福領域的社會救助及社工的工作更是繁重，他們在災害發生前後立刻就要啟動開放收容所，並上山下海勸導民眾離開危險處所。如八八風災時，開設災民收容所 170 處，收容共 8,856 人。

## 營造公義社會—讓國人不要因病而貧，因貧而病

當然，我們也需要更加努力促進衛生醫療與社會福利資源的整合分工，尤其要更重視家庭的價值，參訪了這麼多社福機構，深切感受到家庭的重要性，失依失怙的孩子，只好往兒童之家送，父母雙亡或其中一方生病、服刑、單親等，孩子也只能委託機構扶養，家庭經濟過於弱勢，身心障礙者也只好交給機構照顧，也因此，家庭健全才是社會穩定的基石，身為社會福利部首任部長，深感責任重大，希望能透過衛政與社政的統整，讓國人不再因病而貧，因貧而病，透過強化健康及福利照顧，全方位營造幸福健康的公義社會。

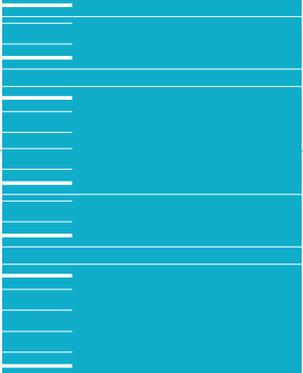


未來願景篇

# Promise

許諾 · 臺灣的未來式





我們要繼續爭取、持續參與國際盛會，如此才能不斷於國際舞台發聲、展現實力。

## 持續專業參與，維護臺灣尊嚴

臺灣長期處於外交困境中，一定要設法走出去，找機會發聲，當我們能參與世界衛生組織，就應把握機會，才能發聲或表達抗議。

所以，我們堅持參加 2011 年世界衛生大會（WHA），並且訂下這次參與世界衛生大會的目標，我堅持要有尊嚴、有意義地參加世界衛生大會，並擬定四點聲明：專業參與、維持尊嚴、展現實力、必須參與才能發聲。

### 現場尋求友邦支持並遞交抗議信

能圓滿完成這項重要任務，有賴於各單位的協助，我特別要感謝外交部全力協助，包括駐日內瓦辦事處謝武樵大使、駐法國代表處呂慶龍大使、駐瑞士代表處謝發達大使，外交部國組司徐儷文司長、國組司徐詠梅簡任秘書以及許許多多人的幫忙，透過團隊作戰，讓我們能順利成行。

抵達日內瓦後，我們立即召開工作會議，並參訪 WHA 開會議場。2011 年 5 月 15 日，我前往歐洲臺灣醫事聯盟年會、聯合國協進會致意，

也跟來自臺灣的許多教會教友、醫界朋友與鄉親們組成的宣達團致意，雖然彼此部分意見不大一致，但我們有同樣的目標，都是為了臺灣的尊嚴，我跟鄉親們說，大家一定要團結、一致對外。當晚，有個外交酒會，當時有 16 個友邦國家，其中有 13 位衛生部長出席。酒會上，謝大使和我用堅定的語氣表達，要求世界衛生組織（WHO）對我國的參與，應該保持一致性與透明原則，並誠懇籲請各國友邦給予支持。當時，有 9 個國家代表發言，非常支持我們。

5 月 16 日上午 11 點半，在 6 個友邦部長及大使陪同下，和 WHO 的指定代表 Mr.Burci 會面，以口頭嚴正表達四點立場，並遞交抗議書：1. 我政府對 WHO 該內部文件表示強烈抗議；2. 對於該內部文件完全無法接受；3. 我國與 WHO 2009 年換函，效力應該超越 WHO 該份內部文件；4. WHO 對我政府的稱呼應該與 WHA 一致。Mr. Burci 表示會馬上將抗議書轉交 WHO 陳馮幹事長，他也說過去兩年中華台北在世界衛生大會的表現非常好，希望我們能持續參與。Mr.Burci 秉持外交禮節應對，而我方也以可以抗議，但不要變成抗爭為原則，盡力採

取最適當的外交禮節。這次，我把此生能使用的最兇的字眼，全都用上去了，但絕對不能逾越外交禮節，所以言談舉止，都必須謹慎、拿捏得宜。

表達強烈抗議並遞交抗議書之後，我們立刻召開中外記者會，許多國際媒體參加，包括日本產經新聞、日本經濟新聞、瑞士時報、星島日報、華盛頓郵報、加拿大快報等 12 家國際媒體都來了，並且還做專訪，連在歐洲有相當影響力的法新社也出席。顯見，我們所採理性的抗議方式，效果顯著。

我在 5 月 17 日獲邀於世界醫師會（WMA）進行演講時，演講主軸是臺灣的電子醫療，包括電子申報系統、健保 IC 卡、醫療服務櫃員機、遠距醫療及照護以及電子病歷。而演講最後，我再度提到，讓臺灣有尊嚴的、公平的、有意義的參與 WHO 所有活動。當場獲得來自各國數百位醫師代表的肯定與好評。

除了努力把握各種機會表達立場，臺灣十數個友邦國家也很幫忙，有 2 個國家以及 6 個技術

委員會國家在大會為臺灣發聲，疾病管制局張峰義局長也針對 IHR 議題發言，希望決策透明、臺灣應獲得尊嚴對待以及能充分參與 WHO。

5 月 18 日，我以中華台北代表團團長身分在大會中發言，分享全民健保、慢性病篩檢、菸害防制及傷害預防等成就，最後我再度強調，希望中華台北 WHA 的模式能適用在 WHO 其他會議、機制、資訊來源及文件。

## 人才培育是國際交流的最重要課題

此外，我方也與美國、歐盟、日本、英國、海地等 10 個國家進行雙邊會談，達成許多共識，例如與美國談人才培訓機制、非傳染性疾病防治合作；與歐盟談醫衛科技、食品安全及人員訓練交流合作；與日本厚生勞動省談人才培育計畫及輻射醫學合作；與海地談災後的公共衛生計畫與人才培育等。會談過程中，彼此氣氛都很和諧，如美國衛生部長對我方相當親切，而我也再度向她與其他國家對於 WHO 內部文件事件，表達臺灣的憤怒與不滿。

在所有合作計畫中，人才培育是我此行感受最深刻也認為是最重要的部分。臺灣離開國際社會太久，在前

署長許子秋時代，曾送很多人才前往國外進修；1970年代所謂「精英100」計畫，當時有許多優秀的人被送到美國約翰霍普金斯醫學院進修，直到1972年退出聯合國之後，臺灣整個國際衛生的人才出現嚴重斷層，至今，能夠參與談判的國際衛生人才相對較弱。之後，我們希望努力建立國際衛生人才培育計畫，為重返國際社會做更多準備，我們打算在3年內送100位優秀人才到各國國際機構見習，開拓國際視野，作更多學習。

### 積極展現專業實力，持續為臺灣發聲

在技術性會議上，我們也積極爭取機會表現，藉由專業參與，包括3場演講、14項重要議題發言，10國的雙邊會談，讓國際社會更加肯定臺灣的醫療衛生實力，也讓各國了解臺灣希望以有尊嚴、公平的方式參與世界衛生組織所有的活動；我也跟許多國際專業團體交流，包括國際護理學會理事長、國際製藥聯盟、世界醫事專業聯盟等，最後還參與全球衛生論壇並發表演說，跟40個國家的衛生界領袖與學者進行經驗交流。

透過外交酒會、中外記者會及專題演講的機會，不斷說明我國的訴求，維護尊嚴的立場，我們受到國際社會相當的重視。截至 5 月 20 日止，國際媒體刊登有關我國參與世界衛生組織的報導共有 117 則，其中包括華盛頓郵報、法新社、日本共同通訊社、瑞士時代報、新加坡星島日報等重要國際媒體。同時我也親筆撰寫：「臺灣—國際衛生的新力量」一文，由新聞局協助傳達至各國際媒體，獲國際媒體刊登共 39 篇，效果相當不錯。其中，美國衛生部長更是主動在 WHO 的國際記者會上公開表示，沒有任何一個聯合國機構有權單方面決定臺灣的地位。

臺灣要不斷在國際舞臺上發聲，並展現實力，就必須繼續爭取、持續參與國際盛會，同時，也要加強國際醫藥合作，擴大國際衛生參與，為國人爭取健康權益。

## 呼籲醫衛界， 全力投入醫衛外交

建議成立類似美國 GHI (Global Health Initiatives)，整合外交部、國合會與衛生署等單位，全力支持醫衛外交工作。「三年百人培訓計畫」的推動，就是加強培訓國際醫衛外交及談判人才，培養更多優秀專業的人才。同時也要號召全國醫藥衛生人員加強投入醫藥外交。

2012年5月，我國代表團20人出席在日內瓦召開的第65屆世界衛生大會(WHA)，共有194個會員國及8個觀察員出席，這是臺灣第四度獲邀參加，除了參與大會，我也應邀在大會中進行一場演說，並出席中外記者會、技術性委員會、技術性簡報會議，與許多國家進行雙邊會議，同時還參加其他國際專業團體舉辦的活動。在短短六天的緊湊行程中，代表團的每位成員都非常積極投入各種正式或非正式的活動，希望能爭取任何可以讓臺灣在國際上發聲的機會。此外，由台灣聯合國協進會、牙醫師公會、台灣醫界聯盟等大約30人組成的民間團體宣達團也飛躍千里，遠赴日內瓦進行宣達活動。



2011.05 邱文達署長抵達日內瓦時，接受媒體採訪。



2011.05 第64屆WHA大會期間，邱文達署長受邀至世界醫師會(WMA)演講。



2011.05.16 邀請 12 家國際媒體及 4 家國內媒體召開中外記者會，表達我國立場。



2011.05 第 64 屆 WHA 舉行前，各國貴賓參加我國舉辦的外交酒會。



2011.05 邱文達署長出席世界醫事專業聯盟（WHA）活動。

## 正式以大會觀察員身分參加

翻開我國參與 WHO 的歷史，早在 1948 ~ 1972 年臺灣就已經是世界衛生組織創始會員國，卻在 1973 ~ 1996 年期間無奈退出，直到 1997 ~ 2008 年才又有機會以個人身分參加技術會議，經過許多人的努力與堅持，終於在 2009 年得以 WHA 大會正式觀察員的身分出席大會活動，直至現在。

如果分析這幾年臺灣能擴大參與 WHO 的關鍵原因，我認為主要有三點：首先是國內朝野的共同努力，其次是支持臺灣的友邦國家以及國際友人等大力支持，同時也與近年來兩岸關係逐漸和緩有關。

臺灣連續四年獲邀出席 WHA，這也是我第二次率團前往，我觀察這四年來臺灣參加 WHA 跟以前有許多不同的地方，包括我國是正式以衛生部長（Minister）的名義受邀；又正式以大會觀察員的身分參加大會；使用與我國參加 WTO 及 APEC 相同的名稱—中華台北（Chinese Taipei）

出席大會；在事前我們都是直接與「世界衛生組織」聯絡，不需要經過第三國輾轉聯繫；大會期間除了在大會以及 16 種專業會議中介紹我國之外，我們也能跟各國的衛生部長直接進行雙邊會談。

## 大會演說「邁向普及化全民健康照護」

我們在 5 月 20 日抵達日內瓦，當天晚上隨即參加外交酒會，酒會中，我國 19 個友邦官員包括 7 位衛生部長都到場參加，我們在酒會中也呼籲友邦繼續支持我們，希望 WHO 對我國的參與應該保持一致性以及透明的原則，接著酒會中邀請各國部長致詞時，他們都同樣支持臺灣爭取以 WHA 的模式，讓我國能擴大參與世界衛生組織，這點令我們感到欣慰。

大會正式在 5 月 21 日舉行，5 月 23 日，我以中華台北衛生部長（Minister）的身分發言，主題是「邁向普及化全民健康照護」，我在演說中提到，臺灣從 1995 年開辦全民健保之後，納保的覆蓋率高達 99.6%，民眾滿意度高達 88.6%，但真正使用到的行政成本只占健保醫療支出的 1.5%，國民總醫療保健支出也僅占 GDP 的 6.9%，這數據遠低於 OECD 其他國家。顯見，我們用很低的保費運作健保，全民健保可說是臺灣最成功的公共政策之一。也因此，2011 年一整年就有超過 50 個國家



2011.05 邱文達署長在外交酒會開場致詞。



2011.05 邱文達署長與甘比亞衛生部長一同出示出席證。



2011.05 我國代表團參加 WHA 技術性委員會。

的代表來臺灣取經，實地了解我們如何運作全民健康保險制度，而國外知名媒體例如 CNN 不僅來臺灣製作報導，更將臺灣與英國、瑞士並列為值得參考與學習的國家。

## 闡述臺灣健保面臨之挑戰與改革

我在演說中除了提到這項傲人的成果，也不諱言我們正面臨最大的挑戰，那就是如何讓健保永續經營與財務平衡，尤其目前醫療工作負荷過重、人力資源短缺，為改善這些問題，我們決定自 2013 年開始進行二代健保改革之外，也將全力進行醫護人員工作條件的改革，並提供許多誘因。畢竟，這群敬業且具服務熱忱的臺灣醫療專業人員是全民健保成功最關鍵的因素，所以我特地在大會上用英文、中文與台語向全國醫護人員至上的最高的敬意與謝意。

此外，我在演說中也特別呼籲 WHO 會員國支持採取我們 2011 年提出的「世衛大會模式」，將我們參與的範圍擴大到世衛組織的其他會議、機制以及活動中，讓臺灣人民也能善盡世界公民的責任。我發言結束後，獲得許多國家代表的熱烈回響，並且主動向我們索取發言稿。

### 獲得多家國際媒體重視，達成醫衛外交

5 月 23 日下午兩點，陳馮富珍幹事長再度當選連任，五點左右，我與外交部派駐日內瓦謝武樵大使立即遞函給法律顧問 Mr. Burci，除了表示祝賀，也再度表達嚴正的立場，絕不接受 WHO 不當對待我們的立場。同時也籲請陳馮幹事長在第二任期間，能擴大臺灣在 WHO 公平及有意義的參與。

令人欣慰的是，我多次的呼籲與表達，得到許許多多國際媒體重視，除了接受法新社、瑞士時報專訪，包括加拿大、韓國、菲律賓、巴拉圭及尼加拉瓜等國的媒體，都主動刊登我撰寫的專文，目前已經刊出超過 56 篇。



邱文達署長與參加 WHA 的各國貴賓熱絡互動。

繁忙且密集的行程還包括安排與其他國家的雙邊會談，不論既定行程或各種掌握時間安排的過程都相當順利，所以能與美國、日本、英國、澳洲、海地、歐盟等 10 個國家進行雙邊會談，而且對方與我國的合作意願很高，由於 2011 年我同樣率代表團去過，這次更能感受各國對我們的態度更為友善與尊重，且相當肯定我們在醫藥衛生上的專業，對於我國開啟國際醫療衛生合作的契機，很有助益。

## 與 10 國進行雙邊會談

尤其美國，2011 年美國衛生部長 Kathleen Sebelius 在 WHO 的國際記者會上就公開表示，沒有任何一個聯合國機構有權單方決定臺灣的地位，這番話顯示美國對我們的態度相當友善。所以 2112 年與美國進行臺美雙邊會談時，我代表



2011.05 臺澳雙邊會談。



2011.05 邱文達署長率許明暉技監（左）戴桂英副署長（右）出席臺英雙邊會談。

馬總統向美國衛生部長致謝，並與美方代表就食品安全、藥品審查、全民健保、醫衛人員訓練與交流等交換意見。

5月24日，我轉往布魯塞爾亞洲智庫（EIAS）進行一場「社會正義與醫療照護」的演講，同時與歐盟衛生暨消費者總署的總署長舉辦歐盟雙邊會談，我們簽署了「菸害警示圖像授權」協定，並且就多項國際衛生議題進行討論，成果相當豐碩。

至於敏感的兩岸互動，因為這次雙方的時間都非常緊湊，排不出時間進行雙邊會談，但其實我們雙方在會場都有寒暄，在執行層級上也有互動，目前兩岸在醫藥衛生合作協議的架構下，雙方每年召開兩次工作會議，就相關議題進行討論，所以雙方仍持續良性的溝通與聯繫。

## 技術性議題發言，展現醫療衛生實力

此外，我們代表團也充分展現專業，針對 16 項技術性議題進行發言，例如非傳染性疾病防治、流感大流行防範、全球疫苗



衛生署國合處副處長施金水（右二）出席 WHA 大會，參與雙邊會談。



2011.05 我代表團成員出席第 65 屆 WHA 技術性委員會。

行動計畫、國際衛生條例的施行等等，可說是歷年來最多的一次，展現了我國醫藥衛生的實力，也讓臺灣有更多機會在國際舞臺上發聲。

這是我國第四年參加 WHA，我的感想是，我們與各國的互信機制已經逐漸建立起來，我國的醫療衛生專業也逐漸受到國際肯定，透過跨國雙邊會談能了解到各國對我們的接受度愈來愈高，並且多數國家對於我們想擴大參與 WHO 的建議也表示支持，頗令人欣慰且值得期待。

### 鼓勵醫藥衛生人才投入醫衛外交

未來，我希望能透過協商及友邦支持，逐步擴大參與 WHO 其他會議及活動，且透過 WHA、APEC 等平台來加強臺灣與各國雙邊會議，持續強化彼此的交流與協議。同時，我也建議我們應該成立類似美國 GHI（Global Health Initiatives）這樣的機構，整合各單位包括外交部、國合會與衛生署，全力支援醫衛外交工作。此外，我們也



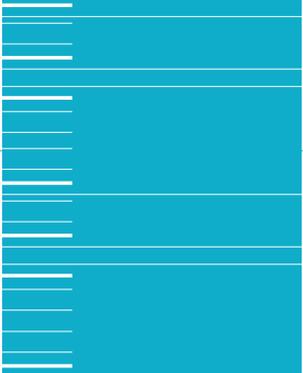
出席第 65 屆 WHA 大會  
的代表團成員。

打算擴大舉辦「台灣健康論壇」，廣邀各國相關部長及官員與會，更重要的，是要加強我們專業的醫衛官員及學者的交流、互訪及訓練，我們所推動的「三年百人培訓計畫」，便是加強培訓國際醫衛外交及談判人才，培養更多優秀專業的人才。同時也要號召全國醫藥衛生人員加強投入醫藥外交，特別是要鼓勵大學、醫療機構及民間團體更踴躍參與其中。

總之，目前 WHO 討論的議題趨勢已經從傳染病控制等逐漸轉移到我們比較強的項目，健康照護體系，如果我們能整合政府與全民的力量，善用這樣的新契機，更加積極參與並協助其他國家，就可提升臺灣對世界的影響力，臺灣雖然地域小、人口相對少，但仍有機會成為「衛生大國」。讓我們大家一起來努力吧。

## 向醫護人員致上最高的敬意

在此，特別向勞苦功高的醫護人員致上最高的敬意！能在國際舞臺上介紹全球皆知的全民健保，是我國的光榮。敬業且具服務熱誠的醫護專業人員，是我們多年來能用較低保費提供高效能醫療服務之關鍵。



臺灣現今從 1960 年代外國援助款占 GDP 9% 的國際援助接受者，成為對外援助款約占 GDP 0.1% 的國際援助提供者，是國際衛生領域積極的參與者，將醫衛成就與經驗回饋國際社會也從不懈怠。

## 臺灣衛生政策願景

2013 年 5 月本人再度率領代表團赴瑞士日內瓦，參加第 66 屆世界衛生組織會員大會（WHA）。因為 2013 年適逢 SARS 十週年，且會前發生 H7N9 疫情，使得本次世界衛生大會備受關注。2013 年大會主題為「如何確保衛生議題在下一階段全球發展目標中之地位」（How to ensure the place of health in the next generation of global development goals），我便藉此機會向世界衛生組織及與會各國分享我國在建構公共衛生體系的過往經驗、現階段成果及目前面臨的挑戰，並就未來願景、展望及施政規劃，提供世界衛生組織及各國作為參考。

### 臺灣公共衛生防疫成績傲人

回顧臺灣公共衛生建設的發展，在 1950 年代，傳染病防治是臺灣公共衛生最重要的議題。臺灣光復後，積極推動疾病防治工作，逐漸交出傲人的成績單，例如較嚴重的傳染病如天花、霍亂、鼠疫、狂犬病等在光復後 15 年內逐一被撲滅；臺灣在 1965 年即已被世界衛生組織（WHO）宣布為「瘧疾根除區」；此外，臺灣也打了一場漂

亮的肝炎聖戰，以全球來看，臺灣原是肝病的高盛行地區，其中 B 型肝炎病毒至今仍是最主要的致病因子，1980 年臺灣成年人的 B 型肝炎病毒慢性感染率高達 15.20%，高居世界之首，但自 2000 年以後，針對新生兒全面施打 B 型肝炎疫苗，使臺灣新生代已成為「B 肝低帶原率」世代，其 B 型肝炎病毒慢性感染比率（帶原率）已低於 1%，可媲美歐美日本等先進國家，成功對抗 B 型肝炎。

雖然目前因抗生素及疫苗的普及，使多數傳染病得到了較好的控制，但新興傳染病仍隨時可能嚴重威脅民眾健康。2013 年 4 月我國發現首例境外移入 H7N9 確定病例，疾管署（原衛生署疾病管制局）恪守「國際衛生條例（IHR）」（2005）的相關規定，秉持透明、公開且準確的原則，於第一時間向世界衛生組織通報，並自發性遵照該組織「流感大流行防範框架」的相關規定，提供病毒株予需要的各方，也願意適時回饋疫苗、藥物或其他防疫物資給需要的國家，避免全球防疫網絡產生缺口，積極確保全球防疫網絡的完整性。

## 傷害防治亦不落人後

除了傳染病，臺灣在傷害防制也有重大進展。我本身是神經外科醫師，在未進入衛生署服務前，就積極推動 WHO 道

路安全（road safety）政策，促成我國在 1997 年正式立法通過騎機車需戴安全帽的規定，使得國民因頭部外傷導致死亡的比率大幅降低，事故傷害從十大死因的第三位降至第六位，每年減少約 3,000 人的死亡數，這正可呼應世界衛生組織倡

導預防與健康促進的重要性。此外，我國領先多數世界衛生組織會員國，率先採行 WHO ICF 系統，進行全國性身心障礙鑑定並與社會福利制度結合，堪稱楷模。



2011.05 出席第 65 屆世界衛生大會（WHA）與史瓦濟蘭代表團合影。

## 早發性非傳染病死亡率 2025 年期降 25%

非傳染性疾病是當前世界衛生組織及全球關切的重要議題。如同世界許多國家，臺灣也面臨人口老化此一重大挑戰。我國 1993 年即進入聯合國界定的高齡社會，預計 2018 年進入「高齡社會」，2025 年進入「超高齡社會」，老化速度可說是已開發國家中最快速者。隨著人口老化，非傳染病（Non-communicable diseases, NCDs）成為重大健康威脅，在臺灣，癌症、心血管疾病、糖尿病、慢性呼吸道疾病等非傳染病約占總死因的八成。



在非傳染性疾病相關衛生政策之實施方面，我國自 1995 年起即全面提供免費子宮頸抹片篩檢，其標準化死亡率已下降六成（每 10 萬人 10.9 降至 4.1）；透過菸害防制法的實施及提高菸品價格，已使成年男性吸菸率降低 1/3。未來，依據國家黃金十年計畫願景目標，預計於 2020 年前將癌症死亡率下降 20%（由每 10 萬人口死亡率 131.6 降至 106）、成人吸菸率減半（由 20% 降為 10%）、成人規律運動率倍增（由 26% 增至 52%）；衛生署呼應 WHO「25 by 25」全球 NCDs 防治架構，自今年起配合訂定 9 大目標與 25 項指標，希望能在 2025 年之前，將早發性非傳染病死亡率降低 25%。

### 建構完整的衛生福利體系

面對高齡社會所帶來各項社會結構轉變方面，在健康層面部分，我們以 whole-of-government、whole-of-society 的行動與 life course approach，已在所有縣市成功導入「高齡友善城市」（age-friendly cities）。如何確保老年人口健康並公平地持續參與各項社會活動，同時兼顧世

代正義，這些都是我們面臨的考驗；如同其他世界衛生組織會員國，面對人口老化對衛生系統可能造成的各項衝擊，政府也積極推動跨部門合作的二代健康保險制度等重要財務改革，同時推動長期照護保險制度，積極建構下一代完整的衛生福利體系。

## 持續健保改革以達永續經營目標

開辦全民健保是臺灣公共衛生推動一個重要的里程碑。自 1995 年開辦以來，大幅降低民眾就醫的經濟障礙，提升了醫療的可近性，民眾的滿意度也一直維持在 7 至 8 成之間，18 年來達成許多傲人成就，並在國際上不斷贏得好評；因為採強制納保，讓 100% 民眾均納入健保保障範圍；特約醫療院所數占 92% 以上，讓民眾就醫更方便。另外，僅占 1% 左右的低廉行政成本；醫療服務全面給付；高度自由的醫療可近性；採行多元支付方式，並實施總額預算制度；尤其是善用科技，全面使用 IC 卡，提升管理及使用效率。

為落實改革，二代健保於 2013 年 1 月 1 日正式上路。二代健保建立了收支連動、維持財務平衡的機制，在強調負擔公平的前提下，擴大費基，收取補充保險費；同時明確規定每年政府負擔的經費不得低於總保險經費的 36%，以增強政府照顧民眾的責任。為使健保資源更有效運用，

健保署每年會提出抑制不當耗用醫療資源的改善執行方案，以符合社會對善用資源、減少浪費的期待。另外，只針對有經濟能力但卻拒繳健保費的欠費民眾採取控卡的措施，藉此保障弱勢民眾獲得應有的醫療。而醫事服務機構的財務、品質報告以及病床數、違規資訊等，均採透明公開、讓全民共同參與監督的機制。

二代健保的施行，讓全民健保朝向改革的方向邁進，但改革的腳步是持續不斷的，未來仍將朝向公平、效率、品質的精神繼續改革，達成健保永續經營的目標。尤其，為了提升醫療服務品質、促進效率、減少浪費，將建立完善的資訊流通基礎建設，利用資訊科技促使醫療資訊相互流通，讓民眾充分掌握健康資訊，並帶動各項健康照護產業的發展。

## 爭取更多國際參與空間，積極回饋國際社會

全球在面臨下一代公共衛生的各項挑戰時，需要跨部門、跨國的協調合作，妥適運用各種可

獲取的有限資源，才可建構一個全球公民皆可獲得衛生照護（universal health coverage）的全球衛生體系（global health system），實現 WHO 的全民皆健康（health for all）的最終目標。

雖然過去無法全面參與世界衛生組織各項機制與會議，或即使參與卻遭遇諸多限制，但我們仍能在逆勢中走出一條自己的路，如今，臺灣的各項國際衛生合作發展獲得相當不錯的進展；臺灣現今已從 1960 年代外國援助款占 GDP 9% 的國際援助接受者，成為對外援助款約占 GDP 0.1% 的國際援助提供者，是國際衛生領域積極的參與者，將醫衛成就與經驗回饋國際社會也從不懈怠。2013 年是我國第五度以觀察員的身分受邀出席世界衛生大會，臺灣將持續支持世界衛生組織及全球夥伴，共同合作加速完成「千禧年發展目標」中所定的衛生事項，我們也期待未來能獲得更多、更彈性的國際參與空間，確保臺灣人民健康並善盡世界公民責任，積極回饋國際社會。



## 衛生福利部近期要做的事

### 48 個偏鄉離島衛生所完成電子病歷網絡

歷經一年，衛生福利部與行政院科技會報共同合作的全國 48 個偏鄉離島衛生所電子病歷系統，已全部建置完成，即起偏鄉離島居民在平地醫療院所就醫後，所有門診紀錄、住院病歷摘要、影像檢查報告及一般常規檢驗報告等資料，全都透過雲端傳回居住所在地的衛生所，民眾不必再大老遠下山就醫，除了省時省事，每年約可節省 7 億 5 千萬元費用。

### 自由經濟示範區：國際醫療服務中心同步開幕

國際醫療是近年來最熱門的領域，各國均積極搶占市場。以亞洲為例，新加坡、馬來西亞、泰國及韓國是最早發展國際醫療的國家，且都相當成功，鄰近的日本及中國大陸也急起直追，如果我們再不推動國際醫療，就有可能因病患、醫護人員的流動及轉換而被邊緣化，進而拖緩國內醫療進步的腳步。

江院長全力推動的自由經濟示範區，第一階段在臺北松山、桃園中正、臺中清泉崗及高雄小港等 4



衛生局人員前往食品廠抽驗產品。

個國際機場，同步啟動 5 個國際醫療服務中心，提供外籍人士來臺醫療服務資訊及預約諮詢。第二階段則是設立國際健康產業園區，吸引國內外相關產業與國內醫療健康產業結合，透過產業聚落的形成，促進生技、藥品、醫材、復健及養生等健康產業發展，期能將民國 101 年 93 億元、102 年 138 億元的國際醫療產值，於一年內突破 200 億元，朝千億元大關邁進。

## 完成長照 120 社區據點

江院長於前內政部長任內，宣布「日間照顧呷百二計畫」，規畫民國 102 年底至少建置 120 個日間照顧中心，照顧失智、失能等老人。在衛福部全面努力下，預計將可如期達成目標，且日間照顧中心都有強化沐浴服務功能，提供有此需求老人的沐浴服務，減少家庭負擔。

依此目標，民國 104 年可望達到每個縣市每萬人口失能老人有 700 張照護病床的目標。



## 19 家部立醫院啟動中低收入戶暨弱勢健康管理計畫

中低收入戶及弱勢族群因經濟等因素，健康情況普遍不佳，也使用較多的醫療資源。目前衛福部立臺中、旗山醫院試辦此一健康管理計畫，即起將擴大到 19 家綜合型部立醫院，主動找出中低收入戶及弱勢族群，主動關懷，並為他們規畫最適切的健康管理計畫，大幅減少他們就醫次數，節省醫療資源，樹立全球健康促進的典範。

## 展開年節食品稽查作業，強化食品稽查

民以食為天，為了讓國人安心過個好年，衛福部從農曆春節前半個月即全面稽查年節食品，包括米、蛋、茶葉、香菇等常見食品。這波行動將結合全國 22 縣市一起執行，預計年前公布兩次抽驗結果。

## 全面啟動中風急性後期照護計畫

收案對象是新發生急性腦血管疾病且急性治療後狀況穩定的患者，提供病患高強度物理治療、職能治療及語言治療，同時由跨專業團隊提供中風共病症、

併發症預防及 PAC 等整合性照護。採論日支付的模式付費，照護時間以 3 ~ 6 周為原則，最長可延長至 12 周。目前有 58 個醫院團隊、161 家醫院申請參與。以民國 101 年推計，每年 4 萬名新發生急性腦中風患者中，3 萬 3 千名可獲得照護，比率高達 83%，預計每人每年可節省 2.2 萬健保給付點值。

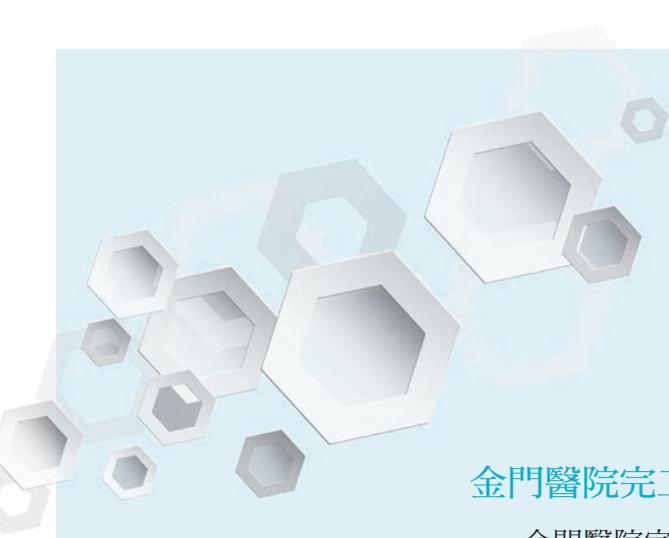
### 提升照護服務員時薪，為長期照護體系鋪路

照護服務員是長期照護體系最前線的工作者，攸關服務品質，但多年來薪資結構不變，導致有意投入這項工作的人越來越少，有必要加以調整。這項調整時薪作業將由江宜樞院長宣布，可望 2014 年 7 月開始施行。



衛生局人員生產線採樣食品檢體。





## 金門醫院完工、啟用

金門醫院完工是個里程碑，當地醫療照護品質可望明顯提升，該院心導管室完成後，5、6成心血管疾病患者可立即接受治療，減少後送臺灣的比率，既可挽救當地民眾生命，也可節省巨額醫療費用。除了金門，連江縣、澎湖、蘭嶼及綠島的偏鄉電子化病歷也建置完成，同樣可提升醫療品質，提高民眾滿意度。

## 改善缺醫村計畫啟動

臺灣山地離島人口僅占總人口數的 1.6%，面積卻高達全國總面積的 44%，相當廣闊，出現不少無醫村，衛福部因而提出「鮭魚回流計畫」，鼓勵在美國、加拿大、日本、澳洲、紐西蘭、英國、法國及德國等國執業的旅外專科醫師回鄉服務，民國 102 年已核可 2 名由美國回國的婦產科、內科醫師到偏鄉服務。預計未來將有更多有愛鄉愛國情懷的旅外醫師響應，充足偏鄉醫事人力。



衛福部食藥署姜郁美副署長向媒體解說稽查行動。

## 南迴緊急醫療中心將動土

南迴公路路經屏東、臺東等偏遠地區，全線缺乏緊急醫療機構，當地居民一旦罹患急重症，只能後送到臺東、屏東、高雄等地救治，往往因緩不濟急而命喪途中。選在臺東縣大武鄉衛生所重建的南迴緊急醫療中心，擁有緊急醫療站、急診暨觀察室、洗腎室等醫療設施，即可擔負起這重責大任，預計民國 104 年完工啟用，守護南迴公路沿線居民的健康。

國家圖書館出版品預行編目資料

登高望遠的堅持：衛福部的挑戰與因應. 2011-2013 / 石崇良

等編. -- 臺北市：衛福部, 民102.12

面；公分. -- (衛生福利部叢書；1)

ISBN 978-986-04-0094-6(精裝附光碟片)

1.公共衛生 2.衛生政策 3.國民健康管理 4.臺灣

412.133

102027716

衛生福利部叢書 002

## 登高望遠的堅持

2011－2013衛生福利部邱文達部長的挑戰與因應

發行人 邱文達

編者 石崇良·廖崑富·陳正堅·鍾權鈞·林進修·許惠淑

出版機關 衛生福利部

地址 台北市塔城街36號

網址 <http://www.mohw.gov.tw/>

電話 02-8590-6666

傳真 02-8590-6055

出版年月 中華民國102年12月

設計印刷 日創社文化事業有限公司

電話 02-7730-6656

工本費 新臺幣350元

ISBN：978-986-04-0094-6（精裝附光碟片）

GPN：1010203644

版權所有·翻印必究

著作財產權歸屬衛生福利部所有，如有利用本書相關行為，請徵求本部書面同意或授權。





## 屬於臺灣的驕傲

1984年「肝炎聖戰」全面推動B型肝炎疫苗注射，  
臺灣研發可成功預防癌症疫苗，有效降低肝癌死亡率為世界第一；  
1995年實施全民健保，  
臺灣成為國際媒體矚目焦點，為國際公共政策成功典範；  
2000年通過並施行「罕見疾病防治及藥物法」，  
臺灣成為世界第五個立法保障罕見疾病病人的國家；  
2012年臺灣為世界第一個以WHO ICF進行全國身心障礙鑑定的國家，  
提供身心障礙者更貼切的福利服務，於國際再創另一個臺灣奇蹟；  
2013年成立亞洲第一個獨立醫療科技評估中心，  
提升臺灣國際醫療地位再度名揚國際；  
以臺灣全民健康與幸福為目標，衛生福利部透過衛政與社政的統整，  
讓國人不再因病而貧，因貧而病，  
透過強化健康及福利照顧，全方位營造幸福健康的公義社會。



衛生福利部  
Ministry of Health and Welfare

10341 台北市大同區塔城街36號  
02-8590-6666  
<http://www.mohw.gov.tw/>

ISBN 978-986-04-0094-6



9 789860 400946

GPN：1010203644  
工本費：新臺幣350元