

一、健康保險相關議題

(一)法源依據：

中華民國憲法(民國 36 年 01 月 01 日)

第 155 條國家為謀社會福利，應實施社會保險制度。人民之老弱殘廢，無力生活，及受非常災患者，國家應予以適當之扶助與救濟。

第 157 條國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。

中華民國憲法增修條文 (民國 94 年 06 月 10 日)

第 10 條 (五)國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。

(二) 制度前身

1. 在 1995 年實施全民健保之前，將公保、勞保、農保、軍保...等十三種社會保險，佔總人口數約 57%，其均含有醫療服務給付。
2. 1985-2000 年的醫療網計畫，主旨在發展醫療資源，均衡城鄉發展。

(三) 其他國家不同的醫療保險制度

1. 公醫制：以英國為主要代表。醫師為受雇於公立醫院的公務員，醫療開支由政府編列預算支應。
2. 自由保險市場：以美國為主要代表。除了政府辦理少部分的社會保險之外，其他醫療保險為私人企業與民眾自行負責。
3. 社會保險制：最早源於德國首創，醫療開支由疾病保險基金所支付，而疾病保險基金的來源則由政府、僱主、民眾共同分擔。

(四) 理論基礎

1. 大數法則
2. 道德危害
3. 逆選擇

(五) 時事議題

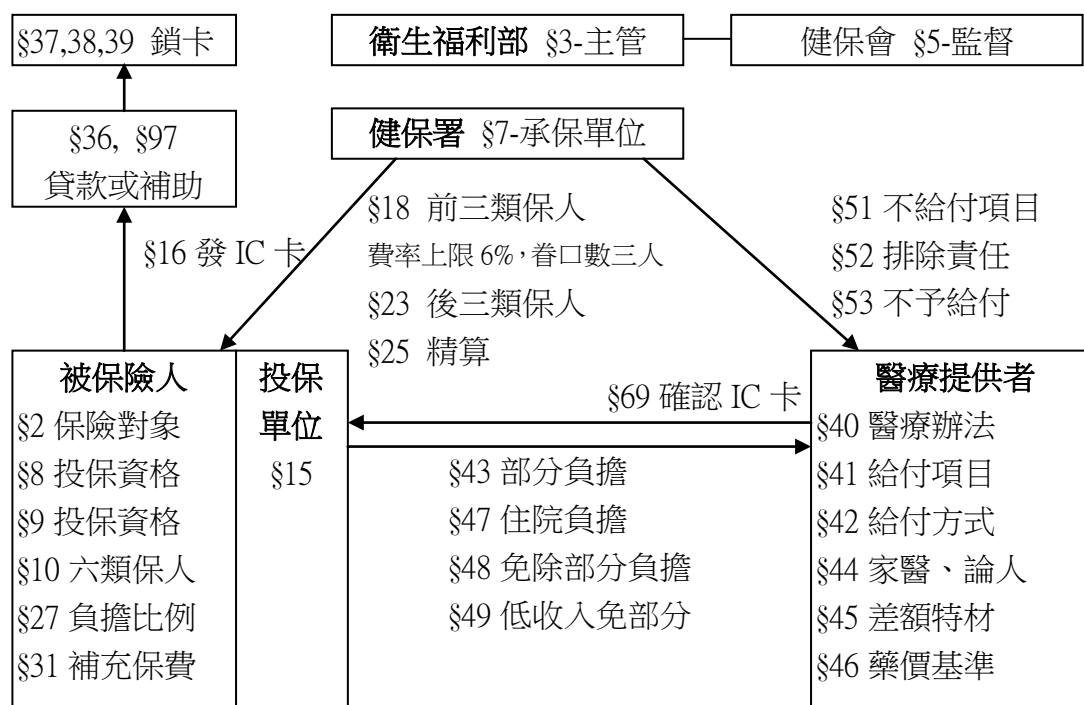
1. 補充保費的收取修正案：打工兼職單筆收入低於一萬九千兩百七十三元，最快八月起就可不用再扣繳補充保費。衛生福利部部長邱文達昨天宣布，將兼職所得補充保費扣費下限，從現行五千元調高至基本工資；這項政策六月底會正式公告，預計最快八月實施，估計有五十八萬人可減輕保費負擔。
2. 藥價黑洞：梅毒是台灣國內法定傳染病，每年約會新增 6000 多名病例。但梅毒是可以治療的，而治療梅毒首選的藥物 Retarpen (利達平注射劑)，為長效型青黴素 (盤尼西林：Penicillin)。根據《蘋果日報》報導指出，因為

代理商去年停止供貨，替代用藥健保給付過低，目前只有部分大醫院才有採買，梅毒患者必須碰運氣才有藥可用。

3. DRG 制度：健保從 2010 年開始實施「同病同酬、包裹給付」的 DRGs 制度，除原有的 164 種疾病外，第 2 階段於 103 年 7 月 1 日將新增納入 254 種病症；納入 DRGs 制度的病症有各自支付上限，若醫療院所的治療費用超過上限，將無法獲得健保全額給付。
4. 人力短缺問題：六大皆空(內外婦兒、護理與麻醉)的科別發生住院醫師荒。
5. 論人計酬的問題。

(六) 健康保險法治的架構

第九章 全民健康保險法規重點整理



今年熱門條文：

- 第 31 條 第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：【扣費義務人免扣取補充保險費之情形】
- 一、所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。
 - 二、非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
 - 三、執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
 - 四、股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。

五、利息所得。

六、租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

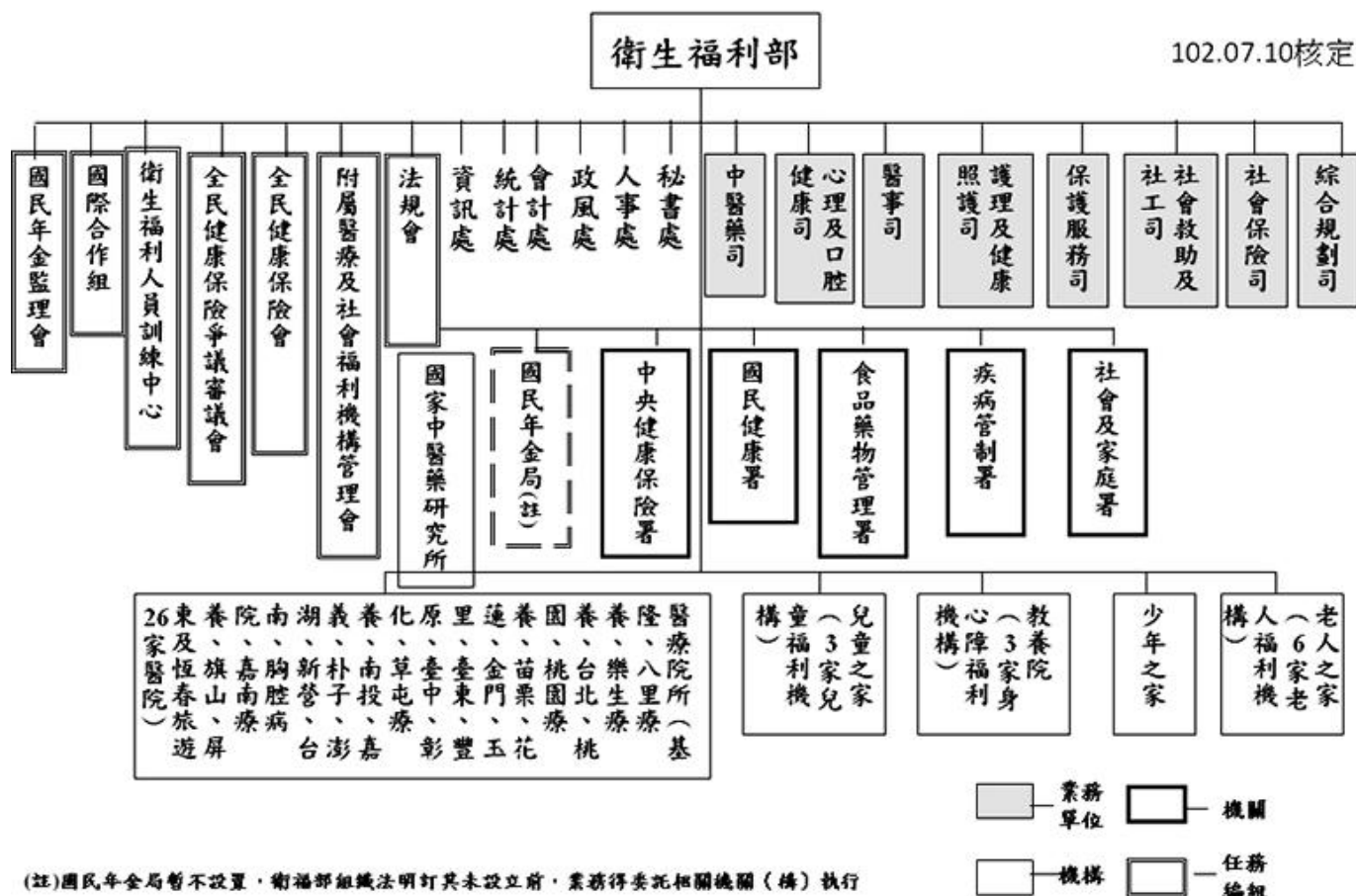
第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

第 44 條 保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。

第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。【訂定家庭責任醫師制度】

二、衛生福利部組織調整



衛生福利部組織法 (民國 102 年 06 月 19 日修正)

第 2 條 本部掌理下列事項：

一、衛生福利政策、法令、資源之規劃、管理、監督與相關事務之調查研究、管制考核、政策宣導、科技發展及國際合作。

- 二、全民健康保險、國民年金、長期照顧（護）財務之政策規劃、管理及監督。
- 三、社會救助、社會工作、社會資源運用與社區發展之政策規劃、管理及監督。
- 四、家庭暴力、性侵害、性騷擾防治與其他保護服務業務之政策規劃、管理及監督。
- 五、醫事人員、醫事機構、醫事團體與全國醫療網、緊急醫療業務之政策規劃、管理及督導。
- 六、護理及長期照顧（護）服務、早期療育之政策規劃、管理及監督。
- 七、原住民族及離島居民醫療、健康照顧（護）、醫護人力培育、疾病防治之政策與法令規劃、管理、監督及研究。
- 八、心理健康及精神疾病防治相關政策與物質成癮防治之政策規劃、管理及監督。
- 九、中醫藥發展、傳統調理之政策規劃、管理、監督及研究。
- 十、所屬中醫藥研究、醫療機構與社會福利機構之督導、協調及推動。
- 十一、口腔健康及醫療照護之政策規劃、管理、監督及研究。
- 十二、其他有關衛生福利事項。

衛生福利部疾病管制署組織法（民國 102 年 06 月 19 日修正）

第 2 條 本署掌理下列事項：

- 一、傳染病預防與管制（以下稱防疫）政策之規劃、執行及相關法規之研擬。
- 二、各種傳染病（以下稱疫病）之預防、控制、調查、研究及檢驗。
- 三、國內疫病之通報、疫情監視與國際疫情之蒐集及交換。
- 四、疫病爆發之因應整備及緊急應變處理。
- 五、防疫藥物、公費疫苗、生物製劑之供應及法定傳染病之預防接種。
- 六、國際港埠之疫病檢查（以下稱檢疫）與衛生管理及外籍勞工之衛生管理。
- 七、疫病檢驗方法之訂定及檢驗認證、生物安全管理。
- 八、防疫及檢疫專業人員之培訓。
- 九、防疫與檢疫業務之國際合作及交流。
- 十、其他有關疫病管制事項。

衛生福利部食品藥物管理署組織法（民國 102 年 06 月 19 日修正）

第 2 條 本署掌理下列事項：

- 一、食品、藥物、化粧品（以下簡稱食品藥物化粧品）管理政策之規劃與執行及相關法規之研擬。
- 二、食品藥物化粧品之查驗登記、審核、給證、備查與藥物人體試驗之審查及監督。

- 三、食品藥物化粧品業者之生產流程管理、輸入查（檢）驗、流通、稽查、查核及輔導。
- 四、食品藥物化粧品之檢驗、研究、實驗室認證、風險評估與風險管理及中藥、植物性藥材之檢驗。
- 五、食品藥物化粧品之安全監視、危害事件調查及處理。
- 六、管制藥品之稽核、通報、預警、教育宣導與第一級、第二級管制藥品之輸入、輸出、製造及販賣。
- 七、食品藥物化粧品消費者保護措施之推動。
- 八、食品藥物化粧品事務之國際合作及境外管理作業。
- 九、其他有關食品藥物化粧品之管理事項。

衛生福利部中央健康保險署組織法 (民國 102 年 06 月 19 日修正)

第 2 條 本署掌理下列事項：

- 一、全民健康保險承保業務之研擬、規劃及執行。
- 二、全民健康保險財務業務之研擬、規劃及執行。
- 三、全民健康保險醫療給付業務、醫療費用支付業務及醫務管理業務之研擬、規劃及執行。
- 四、全民健康保險藥品特材業務之研擬、規劃及執行。
- 五、全民健康保險醫療服務審查業務與醫療品質提升業務之研擬、規劃及執行。
- 六、全民健康保險制度執行業務之綜合規劃。
- 七、全民健康保險資訊業務之研擬、規劃及執行。
- 八、其他有關全民健康保險業務事項。

衛生福利部國民健康署組織法 (民國 102 年 06 月 19 日修正)

第 2 條 本署掌理下列事項：

- 一、國民健康促進政策之規劃、推動與執行及相關法規之研擬。
- 二、癌症、心血管疾病與其他主要非傳染病防治之規劃、推動及執行。
- 三、國民健康生活型態建構之規劃、推動及執行。
- 四、菸害防制之規劃、推動及執行。
- 五、國民營養之規劃、推動及執行。
- 六、生育健康之規劃、推動及執行。
- 七、口腔、視力與聽力預防保健之規劃、推動及執行。
- 八、國民健康監測與研究發展之規劃、推動及執行。
- 九、國民健康促進及非傳染病防治有關之國際合作。
- 十、其他有關國民健康事項。

衛生福利部社會及家庭署組織法 (民國 102 年 06 月 19 日修正)

第 2 條 一、老人、身心障礙者、婦女、兒童、少年福利服務政策之規劃、推動與執行及相關法規之研訂。

- 二、老人、身心障礙者、婦女、兒童、少年福利人力資源之規劃、推動

與執行及相關法規之研訂。

三、老人、身心障礙者、婦女、兒童、少年權益保障、社會參與之規劃、推動及執行。

四、老人、身心障礙者、婦女、兒童、少年福利機構業務之監督及輔導。

五、家庭支持制度與服務之規劃、推動及執行。

六、其他有關社會及家庭福利服務事項。

三、專科護理師的修法

立法院初審，明訂專科護理師工作（中央社新聞稿 2014/05/28）

（曾盈瑜台北 28 日電）立法院社會福利及衛生環境委員會今天初審通過護理人員法修正草案，明訂專科護理師可在醫師指示下執行醫療業務，補充醫師人力。民國 89 年護理人員法修法，建立「專科護理師」制度。要成為專科護理師，必須先有內（外）科相關領域臨床實務經驗 3 年以上，並在衛生福利部認定的專科護理師訓練醫院接受 6 個月以上專科護理師臨床訓練，擁有實務經驗及訓練證明文件。有前述經驗後，參加甄審通過者，才能領有國家發給的專科護理師證照。中華民國醫師公會全國聯合會秘書長蔡明忠受訪表示，專科護理師介於護理師跟住院醫師之間，經過受訓與考試，擁有比較進階的技巧；可在醫師指示下，協助醫師在臨床工作執行業務。執行工作內容接近資淺的住院醫師，等於是醫師的替代人力。

初審條文新增規定，專科護理師及接受專科護理師訓練期間的護理師，可以在醫師監督下執行醫療業務。相關辦法由中央主管機關定之。

提案修法的中國國民黨籍立法委員蘇清泉說，台灣目前有 4400 多名領有證照的專科護理師。但衛福部希望將來逐漸將醫師納入勞基法範圍，這時就需要更多輔助人力，才不會使病人照護產生缺口。台灣不像國外有「醫師助理」一職，因此需要更多專科護理師補足醫師人力不足。

蘇清泉表示，在現行臨床照護實務上，不少專科護理師會在醫師指示下執行醫療業務，但由於執業範圍沒明確規範，許多專科護理師遊走於密醫罪法律邊緣。修法將明確賦予專科護理師在醫師指示下執行醫療業務的法源，明確讓專科護理師成為醫師的補充人力，也避免他們觸犯醫療法。

蘇清泉說，修法通過後，專科護理師將可在醫師指示下進行侵入式治療如置換鼻胃管、換氣切管等，但醫生還是要負全責。1030528

補充法條重點：

醫療法：

第 58 條 醫療機構不得置臨床助理執行醫療業務。**【嚴禁臨床助理】**

第 59 條 醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人。**【值班醫師】** (罰 102)

醫師法：

第 28 條 未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：

一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。

二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。

三、合於第十一條第一項但書規定。

四、臨時施行急救。

專科護理師法的修正方向，應該朝向「分科更為細緻、保障就業權益、專科醫療分工、非住院醫師職」四個方向，而非修法後為住院醫師的代表或替身。

四、精神衛生相關法規

以往四五月的食安事件，例如三聚氰胺、塑化劑、毒澱粉...等都是當年衛生行政的熱門考題，但上述的事件雖有毒害，但不至於血戮殘忍。發生在今年五月二十一日北捷殺人事件，造成四死二十五人輕重傷的悲劇，老師特別提醒各位學員出入交通的安全多留心，若有人題的重點如下：

(一) 精神疾病的定義

精神衛生法第 3 條：本法用詞定義如下：

一、精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括**精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者。**

二、專科醫師：指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。

三、病人：指罹患精神疾病之人。

四、嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

五、社區精神復健：指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、心理重建、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療。

六、社區治療：指為避免嚴重病人病情惡化，於社區中採行居家治療、社區精神復健、門診治療等治療方式。

因此嫌犯有無精神方面的疾病，需有精神專科醫師兩名以上的共同認定，並且有完整的評估報告，作為精神方面減輕刑責的說明。

(二) 通報與監視機制

精神身心疾病不僅讓個人心靈受害之外，更常見波及家人、鄰居或不相干的路人，猶如顆不定時炸彈一般。因此建立完整的通報機制與監視機制，能夠防範未然，是通報與監視機制的重點工作。

精神衛生法第 29 條：病人或有第三條第一款所定狀態之人之保護人或家屬，應協助其就醫。

直轄市、縣（市）主管機關知有前項之人或其自由受不當限制時，應主動協助之。

經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，醫療機構應將其資料通報直轄市、縣（市）主管機關。

第 31 條：前條之機關、機構或場所於病人離開時，應即通知其住（居）所在地直轄市、縣（市）主管機關予以追蹤保護，並給予必要之協助。

第 32 條：警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通知當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。

民眾發現前項之人時，應即通知當地警察機關或消防機關。

第一項醫療機構將病人適當處置後，應轉送至直轄市、縣（市）主管機關指定之精神醫療機構（以下簡稱指定精神醫療機構）繼續接受治療。

依第一項規定送醫者，其身分經查明為病人時，當地主管機關應立即通知其家屬，並應協助其就醫。

第三項之指定精神醫療機構，其指定方式、資格條件、管理、專科醫師指定及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

(三) 強制住院的基礎法治

精神衛生法第 35 條：病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：

- 一、門診。
- 二、急診。
- 三、全日住院。
- 四、日間留院。
- 五、社區精神復健。
- 六、居家治療。
- 七、其他照護方式。

前項居家治療之方式及認定標準，由中央主管機關定之。

第 41 條：嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。

前項嚴重病人拒絕接受全日住院治療者，直轄市、縣（市）主管機關得指定精神醫療機構予以緊急安置，並交由二位以上直轄市、縣（市）主管機關指定之專科醫師進行強制鑑定。但於離島地區，強制鑑定得僅由一位專科醫師實施。

前項強制鑑定結果，仍有全日住院治療必要，經詢問嚴重病人意見，仍拒絕接受或無法表達時，應即填具強制住院基本資料表及通報表，並檢附嚴重病人及其保

護人之意見及相關診斷證明文件，向審查會申請許可強制住院；強制住院可否之決定，應送達嚴重病人及其保護人。

第二項之緊急安置及前項之申請強制住院許可，由直轄市、縣（市）主管機關委託指定精神醫療機構辦理之；緊急安置、申請強制住院之程序、應備文件及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

(四) 善盡留意，尚有緊急醫療法作為保障

能落實精神衛生的通報與強制治療，但難保有漏網之魚的疑慮，因此平時緊急醫療的應變系統建制，是精神衛生法的另一種層面的保險機制。相關條文如下：

緊急醫療救護法第 3 條：本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：

- 一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理。
- 二、送醫途中之緊急救護。
- 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。
- 四、醫療機構之緊急醫療。

緊急醫療救護法施行細則第 2 條：本法用詞，定義如下：

- 一、緊急傷病：指具有急性及嚴重性症狀，如未即時給予醫療救護處理，將導致個人健康、身體功能嚴重傷害或身體器官機能嚴重異常之傷病。
- 二、緊急傷病患：指緊急傷病之患者。但不包括醫院已收治住院者。
- 三、大量傷病患：指單一事故、災害發生之傷病患人數達十五人以上，或預判可能達十五人以上者。
- 四、重大傷病患：指傷害或疾病狀況具生命威脅之危險，需專業醫療團隊予以立即處置者。
- 五、離島、偏遠地區難以診治之傷病患：指依該離島、偏遠地區之醫療設備、設施及醫事人員能力，無法提供適切治療者。

本次事件之後，國人深深地思考精神衛生體系的建立，是否能及早即時發現需要幫助的朋友，減少更多不必要的自殺案與傷人事故案件。以下數字請同學稍微留意：

1. 101 年自殺人數 3,766 人，13.1 人/十萬人，死因排序第十一位。
2. 101 年強制住院人數平均 106 人次。
3. 101 年事故傷害 6,873 人，23.8 人/十萬人，死因排序第六位。
4. 103 年精神病床總數 21,255 張，平均 9.09 張/萬人。醫療網目標 2000 年 10 張/萬人。其他支援資源：71 間日留型精神復健機構，119 間住院型精神復健機構，32 間精神護理之家。

六、傳染疾病的重點

(一) 法規根本

根據傳染病防治法第三條所示，根據疾病造成的致死率、發生率及傳播速

度，這三種危害風險程度高低分類，可以將疾病區分為五類，並列有注意監測的其他類，整理為下表：

第一類傳染病：天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群(SARS)、狂犬病、炭疽病、H5N1 流感

第二類傳染病：白喉、傷寒與副傷寒、登革熱、流行性腦脊髓膜炎、小兒麻痺症/急性無力肢體麻痺、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、瘧疾、麻疹、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、漢他病毒症候群、霍亂、德國麻疹、多重抗藥性結核病、屈公病、西尼羅熱、流行性斑疹傷寒

第三類傳染病：百日咳、破傷風、本腦炎、結核病(除多重抗藥性結核病外)、漢生病（麻風）、先天性德國麻疹症候群、急性病毒性 B 型肝炎、急性病毒性 C 型肝炎、急性病毒性 D 型肝炎、急性病毒性 E 型肝炎、流行性腮腺炎、退伍軍人病、侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症、梅毒、淋病、新生兒破傷風、腸病毒感染併發重症、人類免疫缺乏病毒感染

第四類傳染病：疱疹 B 病毒感染症、鉤端螺旋體病、類鼻疽、肉毒桿菌中毒、侵襲性肺炎鏈球菌感染症、Q 熱、地方性斑疹傷寒、萊姆病、兔熱病、恙蟲病、水痘、貓抓病、弓形蟲感染症、流感併發症、庫賈氏病、NDM-1 腸道菌感染症、布氏桿菌病

第五類傳染病：裂谷熱(里夫谷熱)、馬堡病毒出血熱、黃熱病、伊波拉病毒出血熱、拉薩熱

其他類傳染病：鸚鵡熱、亨德拉病毒及立百病毒感染症、第二型豬鏈球菌感染症、病毒性腸胃炎、沙門氏菌感染症、食因性寄生蟲、非食因性寄生蟲、疥瘡、頭蝨感染、李斯特菌症、隱球菌症、CRE 抗藥性檢測、VISA/VRSA 抗藥性檢測、肺囊蟲肺炎

根據上述的整理，可以用下面表格表達，並且很容易背誦及實務應用：

傳染病防治法的相關重點整理

法定傳染病 (§3)	認定 (§8)	通報 (§39)	隔離 (§44)	屍體處理 (§50)
第一類	中央衛生主管	24 小時內	指定隔離	24 小時內火化
第二類	地方衛生主管	24 小時內	視必要性	原則火化
第三類	地方衛生主管	一週內	視必要性	原則火化
第四類	中央衛生主管	中央主管機關公告	中央主管機關公告	原則火化
第五類	中央衛生主管	中央主管機關公告	中央主管機關公告	中央主管機關公告
罰則		(§64、65)	(§69)	(§69)

(二) 國際間的重大疫情

非洲：

「無疆界醫師組織」21日警告，今年2月自西非幾內亞爆發、並蔓延至獅子山共和國與賴比瑞亞等國的伊波拉病毒疫情，目前「已經失控」。

疫情爆發至今造成超過300人死亡，世界衛生組織（WHO）表示，這是伊波拉病毒自1976年被發現以來，死亡人數最高一次。WHO指出，幾內亞等3國通報近600名感染，有340人死於和伊波拉病毒相關的疾病。WHO發言人告訴半島電視台，這是首度有3個國家同時爆發疫情。

伊波拉病毒有5種，其中3種特別危險，死亡率高達90%，而且沒有疫苗可救命。感染伊波拉病毒會引發伊波拉病毒出血熱，潛伏期為2天到3周，若感染熱帶病毒伊波拉，數日內會出現高燒、肌肉痛、虛弱無力、嘔吐及腹瀉等症狀，有時會器官衰竭和出血不止。

重症者常伴隨肝臟受損、腎衰竭、中樞神經損傷、休克併發多重器官衰竭。院內感染相當普遍，經汙染針筒、針頭而傳染。

衛福部疾病管制署已針對幾內亞及獅子山旅遊疫情建議提升到「第一級：注意」，由於台灣與兩國並無直飛，且需與感染者有接觸才可能染病，因此疫情進入台灣風險不高。

中東(亞洲)：

近兩年奪走2百多條人命的中東呼吸症候群冠狀病毒（MERS-CoV），最新一期的「新英格蘭期刊」首度證實感染源來自駱駝。疾病管制署提醒國人，勿接觸中東駱駝或喝駱駝奶。

新英格蘭期刊4日登出來自中東研究單位的報告指出，一名44歲住沙烏地阿拉伯吉達的退伍軍人，經營駱駝農場，養了9隻駱駝，常和朋友一起到農場照顧這些駱駝。前陣子，這名中東人養的4隻駱駝流鼻水，他為其中1隻駱駝的鼻腔塗藥，不料感染中東冠狀病毒，於去年11月送至吉達的King Abdulaziz大學附設醫院治療後死亡。

研究人員檢驗這隻被塗藥駱駝，發現帶有中東呼吸症候群冠狀病毒，進一步檢驗中東人身上冠狀病毒的基因序列，和駱駝身上病毒的基因序列百分之百相同，確定中東這波疫情感染源為駱駝。世界衛生組織前年9月公布全球第一例中東冠狀病毒病例，疫情持續延燒，包括沙國、約旦、卡達、英、阿拉伯聯合大公國、法、德、突尼西亞、義大利和印尼，陸續發現確診病例。

世衛於4日宣布，已有681人確定感染，其中204人死亡；不過，中東衛生單位最新發布有691人感染，其中284人死亡。疾管署防疫醫師羅一鈞說，現在只在中東的駱駝身上發現此一冠狀病毒，建議國人去中東勿接觸駱駝。

近來報告顯示，駱駝奶也驗出此病毒，提醒國人出國勿喝未消毒的駱駝奶，但接觸台灣的駱駝或羊駝不用擔心。

印尼已出現在中東感染此病返國發病的案例，台灣是否也會出現類似病例？羅一鈞說：「很難避免！」疾管署已通報醫界，收治從中東返國的肺炎病人，必須通報疾管署。

羅一鈞指出，2003 年侵襲台灣的「嚴重急性呼吸道症候群」(SARS)，也是由冠狀病毒所引起的，但它和中東冠狀病毒，是各自獨立發展的病毒，前者的人類感染源，在近兩年確定來自蝙蝠；後者過去從血清檢驗懷疑來自駱駝，直到這篇研究發表，現在終於獲得證實。

(三) 結核病防治工作：請詳讀 TB 減半計畫

(四) 愛滋與毒癮防制：請詳讀減害計畫

七、食品安全衛生

(一) 食品安全衛生管理法 (民國 103 年 02 月 05 日修正)

第 15 條 食品或食品添加物有下列情形之一者，不得製造、加工、調配、包裝、運送、貯存、販賣、輸入、輸出、作為贈品或公開陳列：

- 一、變質或腐敗。
- 二、未成熟而有害人體健康。
- 三、有毒或含有人體健康之物質或異物。
- 四、染有病原性生物，或經流行病學調查認定屬造成食品中毒之病因。
- 五、殘留農藥或動物用藥含量超過安全容許量。
- 六、受原子塵或放射能污染，其含量超過安全容許量。
- 七、攙偽或假冒。
- 八、逾有效日期。
- 九、從未於國內供作飲食且未經證明為無害人體健康。
- 十、添加未經中央主管機關許可之添加物。

前項第五款、第六款殘留農藥或動物用藥安全容許量及食品中原子塵或放射能污染安全容許量之標準，由中央主管機關會商相關機關定之。

第一項第三款有害人體健康之物質，包括雖非疫區而近十年內有發生牛海綿狀腦病或新型庫賈氏症病例之國家或地區牛隻之頭骨、腦、眼睛、脊髓、絞肉、內臟及其他相關產製品。

國內外之肉品及其他相關產製品，除依中央主管機關根據國人膳食習慣為風險評估所訂定安全容許標準者外，不得檢出乙型受體素。

國內外如發生因食用安全容許殘留乙型受體素肉品導致中毒案例時，應立即停止含乙型受體素之肉品進口；國內經確認有因食用致中毒之個案，政府應負照護責任，並協助向廠商請求損害賠償。

第 18 條 食品添加物之品名、規格及其使用範圍、限量標準，由中央主管機關定之。

前項標準之訂定，必須以可以達到預期效果之最小量為限制，且依據國人膳食習慣為風險評估，同時必須遵守規格標準之規定。

(二) 健康食品管理法 (民國 95 年 05 月 17 日修正)

第 2 條 本法所稱健康食品，指具有保健功效，並標示或廣告其具該功效之食品。本法所稱之保健功效，係指增進民眾健康、**減少疾病危害風險**，且具有實質科學證據之功效，非屬治療、矯正人類疾病之醫療效能，並經中央主管機關公告者。

(三) 食品標示的法源及規範內容

食品安全衛生管理法 第二十二條	健康食品管理法 第十三條
一、品名。 二、內容物名稱；其為二種以上混合物時，應分別標明。主成分應標明所佔百分比，其應標示之產品、主成分項目、標示內容、方式及各該產品實施日期，由中央主管機關另定之。 三、淨重、容量或數量。 四、食品添加物名稱；混合二種以上食品添加物，以功能性命名者，應分別標明添加物名稱。 五、製造廠商與國內負責廠商名稱、電話號碼及地址。 六、原產地（國）。 七、有效日期。 八、營養標示。 九、其他經中央主管機關公告之事項。	一、品名。 二、內容物名稱及其重量或容量；其為兩種以上混合物時，應分別標明。 三、食品添加物之名稱。 四、有效日期、保存方法及條件。 五、廠商名稱、地址。輸入者應註明國內負責廠商名稱、地址。 六、核准之功效。 七、許可證字號、「健康食品」字樣及標準圖樣。 八、攝取量、食用時應注意事項及其他必要之警語。 九、營養成分及含量。 十、其他經中央主管機關公告指定之標示事項。

八、藥物安全

(一) 藥事法常考重點

第 20 條 本法所稱偽藥，係指藥品經稽查或檢驗有左列各款情形之一者：

- 一、未經核准，擅自製造者。
- 二、所含有效成分之名稱，與核准不符者。
- 三、將他人產品抽換或摻雜者。
- 四、塗改或更換有效期間之標示者。

第 21 條 本法所稱劣藥，係指核准之藥品經稽查或檢驗有左列情形之一者：

- 一、擅自添加非法定著色劑、防腐劑、香料、矯味劑及賦形劑者。
- 二、所含有效成分之質、量或強度，與核准不符者。
- 三、藥品中一部或全部含有污穢或異物者。
- 四、有顯明變色、混濁、沈澱、潮解或已腐化分解者。
- 五、主治效能與核准不符者。
- 六、超過有效期間或保存期限者。
- 七、因儲藏過久或儲藏方法不當而變質者。
- 八、裝入有害物質所製成之容器或使用回收容器者。

第 22 條 本法所稱禁藥，係指藥品有左列各款情形之一者：

- 一、經中央衛生主管機關明令公告禁止製造、調劑、輸入、輸出、販賣或陳列之毒害藥品。
- 二、未經核准擅自輸入之藥品。但旅客或隨交通工具服務人員攜帶自用藥品進口者，不在此限。

前項第二款自用藥品之限量，由中央衛生主管機關會同財政部公告之。

第 23 條 本法所稱不良醫療器材，係指醫療器材經稽查或檢驗有左列各款情形之一者：

- 一、使用時易生危險，或可損傷人體，或使診斷發生錯誤者。
- 二、含有毒質或有害物質，致使用時有損人體健康者。
- 三、超過有效期間或保存期限者。
- 四、性能或有效成分之質、量或強度，與核准不符者。

細則第 7 條：本法第二十三條第一款所稱使用，係指依標籤或仿單刊載之用法，作正常合理之使用者。

(二) 管制藥品

管制藥品與毒品的定義及管轄比較

	管制藥品	毒品
主管機關	衛生福利部(食品藥物管理署)	法務部(檢察司)
法規前身	麻醉藥品管理條例(18.11.11 公布)	肅清煙毒條例 (81.7.27 公布)
法規名稱	管制藥品管理條例 (88.6.2 公布, 100.01.26 修正)	毒品危害防制條例 (87.5.20 公布, 99.11.24 修正)
定義	1.成癮性麻醉藥品 2.影響精神藥品 3.其他認為有加強管理必要之藥品*限供醫藥及科學上之需用	具有成癮性、濫用性及對社會危害性之 1.麻醉藥品與其製品 2.影響精神物質與其製品
分級	依據「 <u>習慣性</u> 、 <u>依賴性</u> 、濫用性、 <u>社會危害性</u> 」分四級管理	「 <u>成癮性</u> 、濫用性、 <u>社會危害性</u> 」分四級管理
分級品項審議	衛生福利部管制藥品審議委員會審議，報請行政院核定公告	法務部毒品審議委員會審議，報請行政院核定公告

--	--	--

資料來源：衛生福利部

九、預防保健服務

(一) 兒童預防保健：

- 1.未滿一歲六個月：補助四次。
- 2.一歲六個月以上至未滿二歲：補助一次。
- 3.二歲以上至未滿三歲：補助一次。
- 4.三歲以上至未滿七歲：補助一次。

(二) 孕婦產前檢查：

- 1.妊娠第一期（未滿十七週）：補助二次。
- 2.妊娠第二期（十七週至未滿二十九週）：補助二次。
- 3.妊娠第三期（二十九週以後）：補助六次。

(三) 婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上，每年補助一次。

(四) 婦女乳房攝影檢查：

- 1.四十五歲以上至未滿七十歲，每二年補助一次。
- 2.四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女，每二年補助一次。

(五) 定量免疫法糞便潛血檢查：五十歲以上至未滿七十五歲者，每二年補助一次。

(六) 口腔黏膜檢查：

- 1.三十歲以上嚼檳榔或吸菸者，每二年補助一次。
- 2.十八歲以上至未滿三十歲嚼檳榔之原住民，每二年補助一次。

(七) 兒童牙齒塗氟保健服務：

- 1.未滿六歲兒童，每半年補助一次。
- 2.未滿十二歲之低收入戶、身心障礙、設籍原住民族地區、偏遠及離島地區兒童，每三個月補助一次。

(八) 成人預防保健「健康加值」方案：

- 1.四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次。
- 2.六十五歲以上者，每年補助一次。
- 3.罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。
- 4.五十五歲以上原住民，每年補助一次。

十、菸品健康福利捐分配及運作

菸品健康福利捐分配及運作辦法 (民國 100 年 09 月 05 日修正)

第 4 條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由行政院農業委員會依年度預算程

序編列，其餘額依下列比率分配之：

- 一、百分之七十供 全民健康保險之安全準備。
- 二、百分之五點五供 癌症防治之用。
- 三、百分之四供 提升預防醫學與臨床醫學醫療品質之用。
- 四、百分之二點五供 補助醫療資源缺乏地區之用。
- 五、百分之二供 罕見疾病等之醫療費用之用。
- 六、百分之六供 補助經濟困難者之保險費之用。
- 七、百分之三供 中央與地方菸害防制之用。
- 八、百分之三供 中央與地方衛生保健之用。
- 九、百分之三供 中央與地方社會福利之用。
- 十、百分之一供 中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。

十一、老人福利與長期照護

由於我國國民平均壽命延長，且生育率持續降低，於八十二年正式邁入聯合國世界衛生組織（WHO）所稱，老年人口超過百分之七之「高齡化社會」，推估至一百零六年老年人口將達百分之十四，邁入高齡社會，至一百一十四年更可能達百分之二十，邁入超高齡社會。人口老化伴隨疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化等問題。此外，家庭結構改變更使家庭中能執行照護失能者之人力短缺。

長期照護（以下簡稱長照）即係針對不分年齡、身分別、障別之身心失能，且有長照需求者，提供其所需之社區式、居家式及機構式等照護服務。而長照需求日益增加已成為各國政府與國民所需面對之重大風險課題，世界衛生組織即曾建議先進國家應積極建立全國普及式長照制度。我國於八十七年起陸續推動「建構長期照護先導計畫」、「新世代健康領航計畫」、「加強老人安養服務方案」、「照顧服務福利及產業發展方案」及「長期照顧十年計畫」等各項方案，積極因應高齡化時代的來臨。

為建置完善長照服務制度等計畫、方案之推動，應對人員、機構、品質有妥適之規範。由於國內目前有關長照機構及人員之管理較為多元，且規範不一，為有效整合，故採寬嚴適中、兼容並蓄之管理措施。而在需求增加之同時，為健全長照服務體系之發展，確保服務品質，保障接受長照服務者之尊嚴及權益，並使長照制度具有完備之法源基礎，爰擬具「長期照護服務法」草案，共七章五十五條，其要點如下：

- 一、本法之立法目的、用詞定義及主管機關權責。(草案第一條至第五條)
- 二、長照諮詢代表之規定。(草案第六條)
- 三、長照服務評估及服務方式之規定。(草案第七條及第八條)
- 四、長照服務發展計畫之訂定、獎助、長照服務發展基金之設置及服務資源過剩區限制之規定。(草案第九條及第十條)
- 五、長照人員訓練、認證、繼續教育及登錄等管理規定。(草案第十一條及第

十二條)

- 六、長照機構之分類、設立、擴充、遷移、登記事項變更、停業、歇業及復業等管理規定。(草案第十四條至第十七條)
- 七、長照機構名稱、廣告、負責人、收費及相關訊息揭示之規定。(草案第十八條至第二十七條)
- 八、長照機構評鑑、輔導、監督、考核、檢查及配合提供資料之規定。(草案第二十九條)
- 九、長照機構歇業、停業時，有安置接受長照服務者之義務；另明定接受長照服務者權益保障之規定。(草案第三十條至第三十四條)
- 十、違反本法規定之罰則。(草案第三十五條至第四十七條)
- 十一、本法施行前已從事長照服務之人員及已依其他法律規定從事長照服務之機關(構)、法人、團體、合作社、事務所等，於本法施行後一定期間內仍得提供長照服務之過渡規定。(草案第四十九條及第五十條)
- 十二、依國軍退除役官兵輔導條例設立之榮譽國民之家，不適用本法關於長照機構許可、核定相關條文之規定。(草案第五十一條)
- 十三、個人看護者除接受中央主管機關公告指定訓練外，不適用本法之規定。(草案第五十二條)
- 十四、失能者由家庭自行照顧或個人看護時，得由長照機構提供支持性服務之規定。(草案第五十三條)