

病毒性肝炎防治計畫
(第二期計畫 106-109 年)

衛生福利部

中華民國 107 年 3 月

目錄

壹、	計畫緣起.....	2
一、	依據.....	2
二、	未來環境預測.....	2
三、	問題評析.....	5
四、	社會參與及政策溝通情形.....	16
貳、	計畫目標.....	16
一、	目標說明.....	16
二、	達成目標之限制.....	17
三、	預期績效指標及評估基準.....	19
參、	現行相關政策及方案之檢討	21
肆、	執行策略及方法	30
一、	主要工作項目.....	30
二、	分期(年)執行策略.....	30
三、	執行步驟(方法)與分工.....	30
伍、	期程與資源需求	36
陸、	預期效果及影響	39
柒、	財務計畫.....	39
捌、	附則.....	40
一、	替選方案之分析及評估.....	40
二、	風險評估.....	40
三、	有關機關配合事項.....	41
四、	中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表.....	41
五、	其他有關事項.....	41

壹、 計畫緣起

一、 依據

依據民國 105 年 7 月 15 日「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」105 年第 1 次會議提案「病毒性肝炎防治計畫(第二期計畫 106 年至 109 年)」，決議由本部研議中長程計畫。

二、 未來環境預測

(一)高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦所生幼兒之帶原率可望再降低

嬰幼兒 B 型肝炎疫苗及免疫球蛋白接種，可有效阻斷 B 型肝炎帶原者的母子垂直傳染，但孕婦如果有較高的病毒量，其所生的小孩仍會有 10% 的帶原率。目前國際上已研究針對高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦，在其懷孕第二期或第三期服用抗病毒藥物以抑制病毒量，進而降低母子垂直傳染率，未來如能擴大推動高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦之預防性治療，對於高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦之母嬰垂直感染的預防將有很大助益。

(二)C 型肝炎疫苗仍在研發階段

C 型肝炎病毒為 RNA 病毒，約有 100 種基因亞型，因該病毒基因變異性高，突變速度快，疫苗研發製造不易。目前國際間對該項疫苗仍在研發中，如能研製成功，將使 C 型肝炎之預防能更為提早。

(三)慢性 C 型肝炎患者接受治癒，可降低 C 型肝炎傳播風險

隨醫藥科技之進步，目前 C 型肝炎治療口服新藥之開發，已可使慢性 C 型肝炎患者達到 9 成以上之治癒程度。如擴大慢性 C 型肝炎患者接受治癒，可降低國內 C 型肝炎傳播風險。

(四)全面實施捐血者篩檢 B、C 型肝炎病毒之抗體及核酸雙重檢驗，把關血液安全

我國依循 WHO 規範，推動自願無償捐血制度，以全面提升血液安全；另外，我國「捐血者健康標準」訂定有關捐血者之捐血條件，並於 102 年 2 月起，全面增加捐血血液之 B、C 型肝炎病毒核酸檢驗，由健保支付，使我國在捐血血液之安全確保措施，涵蓋 B、C 型肝炎病毒抗體與核酸之雙重檢驗方式，對於呈陽性反應、有安全疑慮之血液，予以廢棄，不得使用，避免 B、C 型肝炎透過輸血血液傳染。

(五)持續於成人預防保健服務提供病毒性 B、C 型肝炎篩檢

篩檢之目的旨在尚無症狀之疾病前期，早期發現並提供適當治療，進而減緩慢性疾病或癌化之病程進展、降低癌症的發生和死亡。WHO 統計 15-30% 的慢性肝炎患者在 20 年內會進展成肝硬化或肝癌，而篩檢業務之推動能延緩並阻斷肝炎發展肝硬化和肝癌之病程，從而達到肝癌防治的目標。本部國民健康署於 100 年 8 月 1 日開始實施之新制成人健康檢查加入 B、C 型肝炎檢查，考量國人肝硬化發生年齡高峰在 54 歲以後，故依國內專家建議以 45 歲為篩檢起始點，執行條件為

民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，可搭配成人預防保健服務終身接受 1 次檢查。對於不符合成人預防保健受檢資格的民國 54 年次以前出生的成人，如尚未做過 B、C 型肝炎篩檢者，則可利用本部國民健康署所補助之成人預防保健服務，進行 GOT、GPT 等肝功能檢查，當肝功能異常者，則可依醫師建議下，接受健保給付之必要的病毒肝炎檢驗。

(六)B、C 型肝炎治療計畫持續推展，可預期病毒性肝炎導致慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡人數將逐年下降

「全民健保加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫」自 92 年 10 月起至 105 年 12 月 31 日止，累計共收案 29.1 萬人次(男性占 66.5%、女性占 33.5%)，其中 B 型肝炎 20.0 萬人次(男性占 71.4%、女性占 28.6%)，C 型肝炎 9.1 萬人次(男性占 55.8%、女性占 44.2%)。健保署「全民健康保險給付慢性 B 型及 C 型肝炎治療之效益評估」委託研究分析 93 年至 102 年期間有使用抗病毒藥物與未接受該類藥物治療病患之長期療效，研究顯示慢性 B 型肝炎病患不管是使用健保支付之 B 肝藥物，相對於未接受治療者皆顯著降低肝癌發生之風險(lamivudine: HR 0.56; interferon or pegylated interferon:HR 0.30; entecavir: HR 0.68; telbivudine: HR 0.68; tenofovir:HR 0.68)、肝臟相關死亡風險(lamivudine:HR 0.68; interferon or pegylated interferon:HR 0.25; entecavir: HR 0.70;telbivudine: HR 0.77; tenofovir:HR 0.54)與全死因死

亡風險(lamivudine:HR 0.70; interferon or pegylated interferon:HR 0.18; entecavir: HR 0.62;telbivudine:HR 0.79; tenofovir: HR 0.58)，慢性 C 型肝炎感染者使用長效干擾素合併雷巴威林治療，相對於未接受治療者顯著降低肝癌發生之風險(HR 0.28)、肝臟相關死亡風險(HR 0.14)與全死因死亡之風險(HR 0.15)。該研究文獻回顧與實證研究皆支持上述健保支付藥物之成本效益，持續推動該計畫有利於降低國人肝癌發生與死亡之風險。有鑒於此，健保署於 102 年已將本計畫列為常態性計畫執行，長期推動。

三、 問題評析

(一)HBeAg(+)母親所生子女仍有約 10%之帶原率

過去研究顯示，嬰幼兒施打疫苗後仍發生 B 型肝炎感染之原因，包括子宮內感染、母親高病毒量、宿主 HLA typing 及病毒突變株等因素，但以母親病毒量濃度為母子垂直傳染之關鍵因素。高傳染性 B 型肝炎帶原孕婦，因其病毒量高，使其所生子女即使接種 B 型肝炎免疫球蛋白及 B 型肝炎疫苗，仍有 10%之機率成為 B 型肝炎帶原者，另依據國內外文獻，尚無研究顯示性別為母嬰垂直感染的風險因子。為保護該族群幼兒之健康，本部疾病管制署爰自 99 年 9 月起針對 B 型肝炎高危險群幼兒，推動追蹤檢查與追加接種作業計畫，以儘早發現該等幼兒之疫苗接種效果及 B 型肝炎感染狀況，早期進行追蹤檢

查與追加接種，期能降低該等幼兒發生肝硬化及肝癌之風險。統計資料顯示，HBeAg(+)母親接受公衛人員衛教之衛教率已達 97-99%，惟其幼兒受檢率約四成，部分 HBeAg(+)母親之幼兒未接受篩檢之原因，係 HBeAg(+)母親不捨幼童尚年幼，需接受抽血篩檢所致，爰未來須持續加強其幼兒於滿 1 歲時之 B 型肝炎篩檢及 B 型肝炎疫苗之追加接種措施，以降低其未來發生肝硬化及肝癌之風險。

(二)急性 C 型肝炎感染個案約 70-80%無症狀，早期發現困難

急性 C 型肝炎之感染，發病通常不明顯，70-80%無症狀，僅約 20-30%患者有臨床症狀，早期診斷困難再加上有些慢性 C 型肝炎的感染者，並不知道自身感染狀況，造成疾病監測所發現個案多為症狀較嚴重者或中老年人。

(三)急性 C 型肝炎新感染者診斷不易

由於 C 型肝炎無 IgM 血清標記可進行新感染之確認，因此診斷新近感染 C 型肝炎者十分不易。鑑於以往急性 C 型肝炎病例定義於臨床症狀之條件需符合黃疸症狀方可通報，且考量 C 型肝炎感染個案僅約 20-30%患者有臨床症狀，本部疾病管制署爰於 103 年修正通報病例定義，以增加臨床個案之監測及掌握初期或無症狀之急性 C 型肝炎發生個案，惟雖已將通報定義放寬為出現急性肝炎症狀、具 C 型肝炎抗體陽性且醫師研判為急性 C 型肝炎個案，或依實驗室診斷研

判為急性 C 型肝炎個案，但仍無法完全排除慢性 C 型肝炎急性發作及慢性 C 型肝炎個案。

(四)急性 C 型肝炎新感染個案風險因子與過去不同，HIV 感染者合併急性 C 型肝炎人數上升

依本部疾病管制署傳染病通報系統統計資料顯示，急性 C 型肝炎病例男性多於女性(性別比約 2:1)；年齡別發生率主要發生在 20 歲以上，隨年齡增加而遞增；另依據血液基金會提供之重複捐血者一年內 C 肝轉陽率資料，經初步分析結果中南部地區急性 C 型肝炎發生率，並無明顯較各地區為高之情形，且男女發生率並無顯著之差異。

近年急性 C 型肝炎個案之風險因子與過去早期 C 型肝炎感染者因輸血或污染針具注射等醫源性感染不同，依本部疾病管制署疫調資料，21-40 歲之年輕族群感染原因多為不安全性行為，且以男男間之性行為為居多，而曾經感染梅毒亦為重要風險因子；50 歲以上族群則以洗腎者或曾經輸血者較多。103 及 104 年的急性 C 型肝炎確定病例中，有 20% 合併 HIV 感染，而這類病例中，85% 患者感染 HIV 的風險因子為男男間性行為，顯示國內 HIV 感染且有男男間性行為者，為急性 C 型肝炎高風險族群。另本部疾病管制署於 98 年採集愛滋病感染者檢體中，發現注射藥癮者之 C 型肝炎盛行率約達 90.4%。

(五)民眾對 C 型肝炎防治認知仍有努力空間

國民健康署於 105 年對 4,938 位民眾電話訪問調查發現，認為肝病發生主要原因與 C 型肝炎有關者為 48.9%；而認為 B、C 型肝炎是引起國人肝硬化及肝癌發生主因者僅佔 67.4%，可見民眾對肝癌及肝硬化發生原因認知不足，尤其是年紀較高、教育程度低、未曾罹患肝炎及未曾檢驗者。B、C 型肝炎帶原者接受後續追蹤治療意願調查結果也發現，民眾檢驗出 B、C 型肝炎者未進一步去看醫師占 31.7%（男性 32.4%；女性 30.7%），其不就醫的主要原因，有 67.8% 的人認為身體沒有什麼症狀應該不需要，其他原因包括沒有時間、不知道應該要去看醫師等。

(六)成人預防保健服務篩檢率持續提升

國民健康署自 100 年 8 月起，新制成人健康檢查搭配檢查 B、C 型肝炎篩檢，統計 101-104 年接受 B、C 型肝炎篩檢人數分別為 3.8 萬人、5.7 萬人、7.6 萬人、8.9 萬人；B、C 型肝炎篩檢陽性率約落在 16.0%-16.3%、3.8-4.7% 之間，篩檢率持續提升中。

表 1、成人預防保健服務篩檢結果統計

年度	參與成健者 符合 B、C 型肝炎 篩檢人數	實際篩檢人數	利用率	陽性率	
				HBV	HCV
2012	66,143	38,466	58.2	16.0 (4,505/28,161)	3.8 (1,055/27,771)
2013	101,162	57,575	56.9	16.1 (7,383/45,747)	4.0 (1,795/45,328)

2014	130,337	76,739	58.9	16.3 (10,307/63,145)	4.7 (2,913/62,621)
2015	161,261	89,026	55.2	16.1 (11,954/74,657)	4.69 (3,487/74,311)

註：依據本署歷年成人預防保健服務之 B、C 型肝炎檢查核付檔串結果檔上傳人數計算，即自實際篩檢人數中，扣除不符合成人預防保健規定之篩檢條件者，如曾經篩檢過或篩檢年齡不符合規定者等資料

(七)B、C 型肝炎患者接受治療及追蹤比率低

相關研究顯示，在臺灣目前 30 歲以上民眾之 B 型肝炎帶原率為 15-20%，因此仍有高達 300 萬 B 型肝炎感染者；另 C 型肝炎方面，民眾之 C 型肝炎帶原率約為 1.8%，估計約有 45 萬人為 C 型肝炎帶原者。截至 105 年年底，已接受健保給付治療的 B、C 型肝炎患者由 92 年的 1 千多人次增加至約 29 萬人次，其中治療人次之性別比男性高於女性，與本部疾管署統計肝炎人數男性多於女性有關，但就前人研究估計 B 型肝炎與 C 型肝炎潛在需治療族群約為 40~70%之帶原病患來看，仍有許多努力空間；另健保署為鼓勵院所加強照護及追蹤肝炎病患，自 99 年起推動「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，其參與方案之院所數由 224 家增加至 105 年的 514 家，參與方案對象也由 4 萬人增加至 22 萬人(男性占 55.3%、女性占 44.7%)，若依符合收案條件之就醫 B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎感染者來計算(從 99 年約 53 萬人至 105 年約 63 萬人)，追蹤收案率

也由 9.8% 增加至 38.5% (圖 6.1)，其中男性收案率為 37.8%、女性 39.4%，但依有接受過腹部超音波檢查之 B、C 肝患者來看，105 年實質追蹤率達 83.9% (圖 6.2)，其中男性實質追蹤率 83.3%、女性為 84.8%。

綜上，經由健保署努力及持續推動，其健保給付治療的 B、C 型肝炎患者及 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者追蹤照護已大幅增加。惟治療率及追蹤率低的可能原因有：(1)並非所有 B、C 型肝炎患者皆須接受治療，不過至少有 40~70% 的 B、C 型肝炎帶原病患須接受治療；(2)部份病患未到醫療院所接受定期追蹤，主要是可能來自民眾自認身體沒有什麼症狀，不需要就醫檢查；尚有其他原因如衛教不足、民眾忘記帶原狀況等，這些病患可能因此錯失預防肝癌發生或是早期診斷肝癌的時機；而男性治療率及追蹤率略低於女性，係因女性較注重健康狀態，就醫率高於男性。

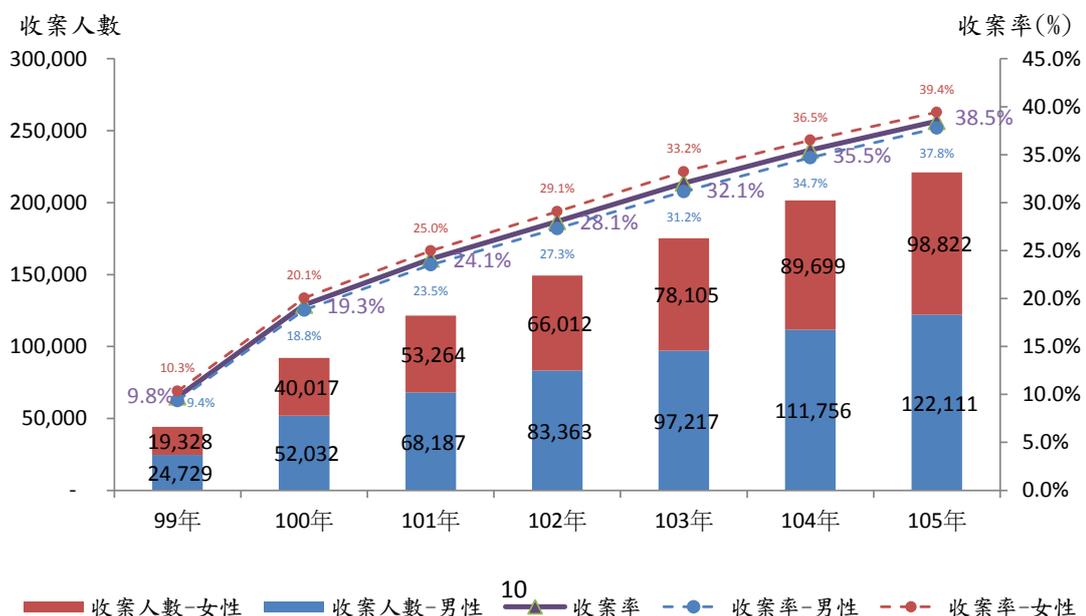


圖 6.1、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者追蹤照護收案情形

註：1. 資料來源：中央健康保險署門診申報檔。(擷取日期:1061017)

2. 收案率：

(1)收案個案人數(分子)：指申報方案之醫令代碼 P4201C、P4202C。

(2)符合收案人數(分母)：指最近 6 個月內，曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者，至少就醫達 2 次(含)以上。

(99-105 年依方案應回推最近 6 個月內資料，故費用年月皆往前 6 個月，例如 105 年之費用年月：10407-10512)

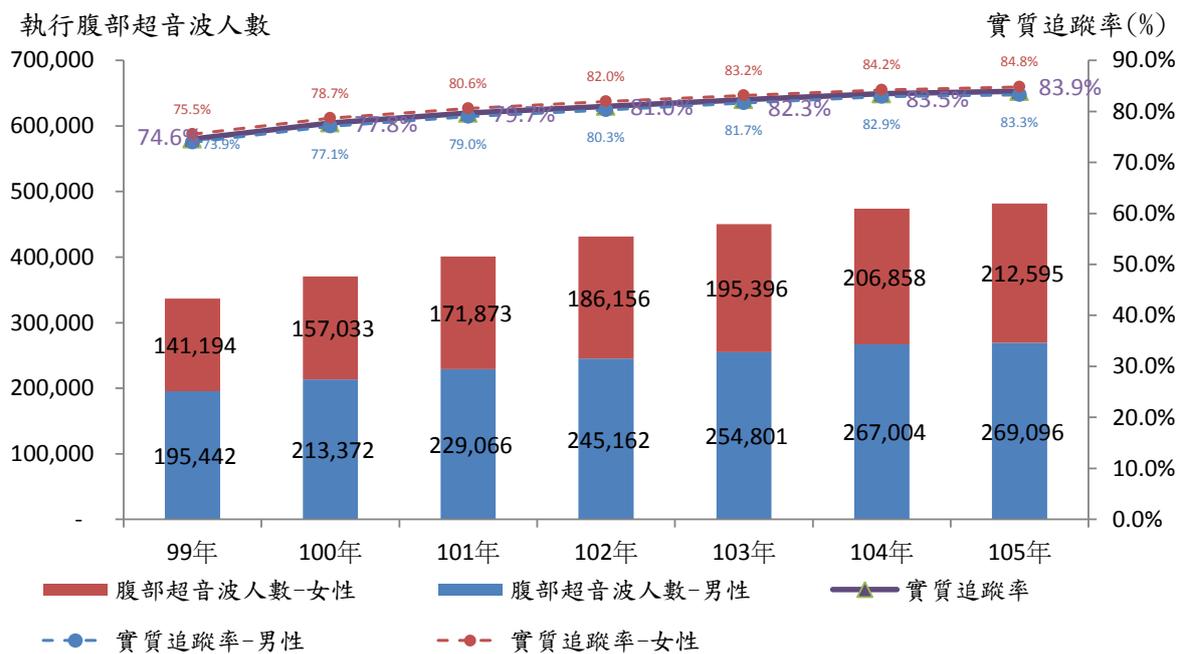


圖 6.2、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者實質追蹤情形

註：

1. 資料來源：中央健康保險署門診申報檔。

2. 實質追蹤率：執行腹部超音波人數/符合方案收案對象人數。

3. 執行腹部超音波人數：指符合本方案已收案人數及未收案人數中有執行腹部超音波之人數。

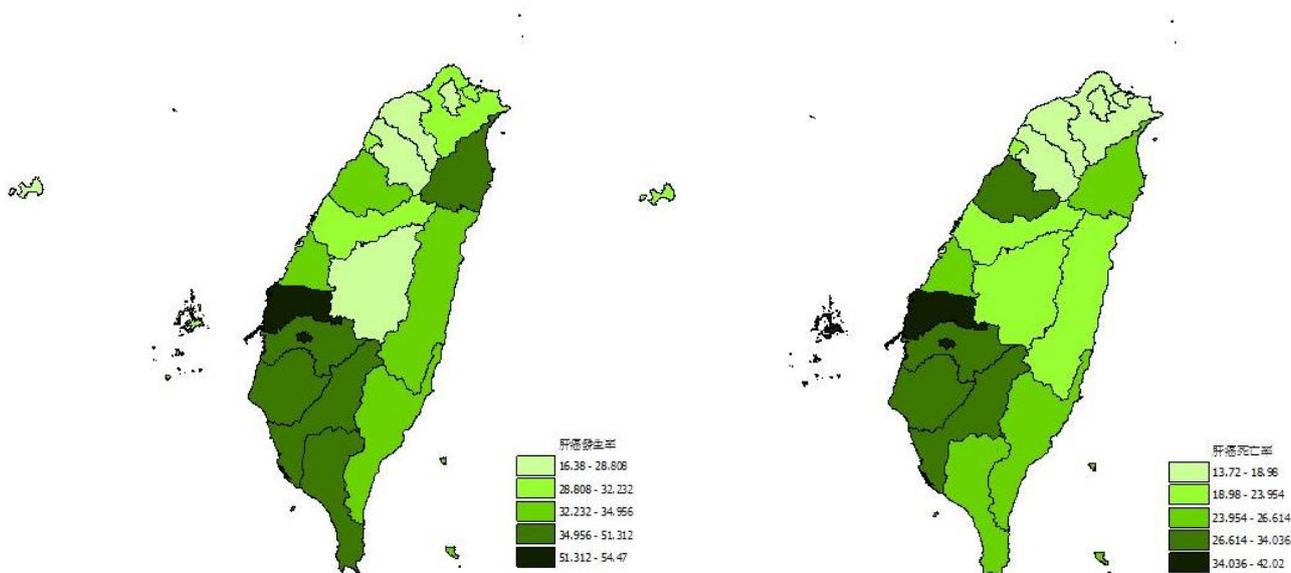
(八)慢性肝病、肝硬化及肝癌對國人健康威脅仍不容忽視

癌症登記資料顯示，每年有超過 1 萬名肝癌新發生個案，104 年發生人數 11,420 人，標準化發生率每十萬人口 31.8 人（男性 46.5、女性 18.2），依縣市別分析，嘉義市(58.6)、雲林縣(48.5)、嘉義縣(43.4)、澎湖縣(41.6)及高雄市(40.0) 標準化發生率為全國前 5 名（圖 1）；縣市別男性肝癌標準化發生率皆高於女性，其中金門縣及連江縣的男性發生率約為女性發生率的 5 倍；男性肝癌發生率前五名縣市為嘉義市、雲林縣、澎湖縣、嘉義縣及高雄市；女性肝癌發生率前五名縣市為則為嘉義市、雲林縣、高雄市、台東縣、及嘉義縣。

圖 1、肝癌發生及死亡率地圖

肝癌年齡標準化發生率

肝癌年齡標準化死亡率



依 105 年衛生福利部死因統計資料顯示，慢性肝病、肝硬化及肝癌（以下簡稱肝病）死亡人數多達 13,091 人，約佔所有死亡人數 7%，高於

因糖尿病(6%，男性與女性死亡人數差異不大)或高血壓(3%，男性與女性死亡人數差異不大)，嚴重影響國人健康。其中，慢性肝病及肝硬化死亡人數 4,738 人（男性 3,404 人、女性 1,334 人），佔肝病死亡總數 36%，在全國主要死因排名第 10 位；肝癌死亡人數則有 8,353 人（男性 5,619 人，女性 2,734 人），約佔所有癌症死亡總數 17.5%，在全國主要癌症死因排名第 2 位。依性別比較，分別佔所有男性癌症死亡總數 19.2% 及女性癌症死亡總數的 14.7%，在男性及女性皆為第二大癌症主要死因。財團法人肝病防治學術基金會楊培銘教授指出感染 B、C 型肝炎病毒後，可能會導致慢性肝炎、肝硬化及肝癌，肝癌患者中約有 60-70% 是由 B 型肝炎引起，20% 為 C 型肝炎，B 型肝炎帶原者，男性發生肝癌之機率遠高於女性，這是因為同為帶原者，男性病人演變成肝硬化的機率遠高於女性病人；但在 C 型肝炎感染者，男女發生肝癌的機率差不多。由於 B 型肝炎人口遠高於 C 型肝炎人口，故男性發生肝癌之機率約為女性的 3.5 倍，主要因素為 B 型肝炎病毒。由慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡率長期趨勢來看，過去 10 年逐漸由上升趨勢轉為持平（圖 2、3），但對國人健康影響力仍不容忽視。

圖 2、慢性肝病及肝硬化死亡率長期趨勢

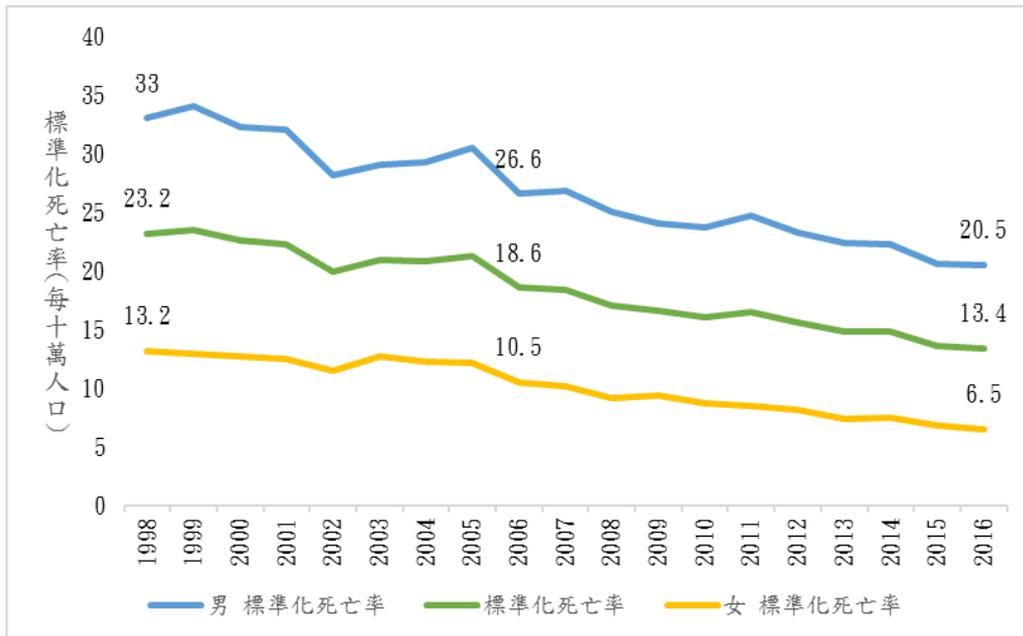
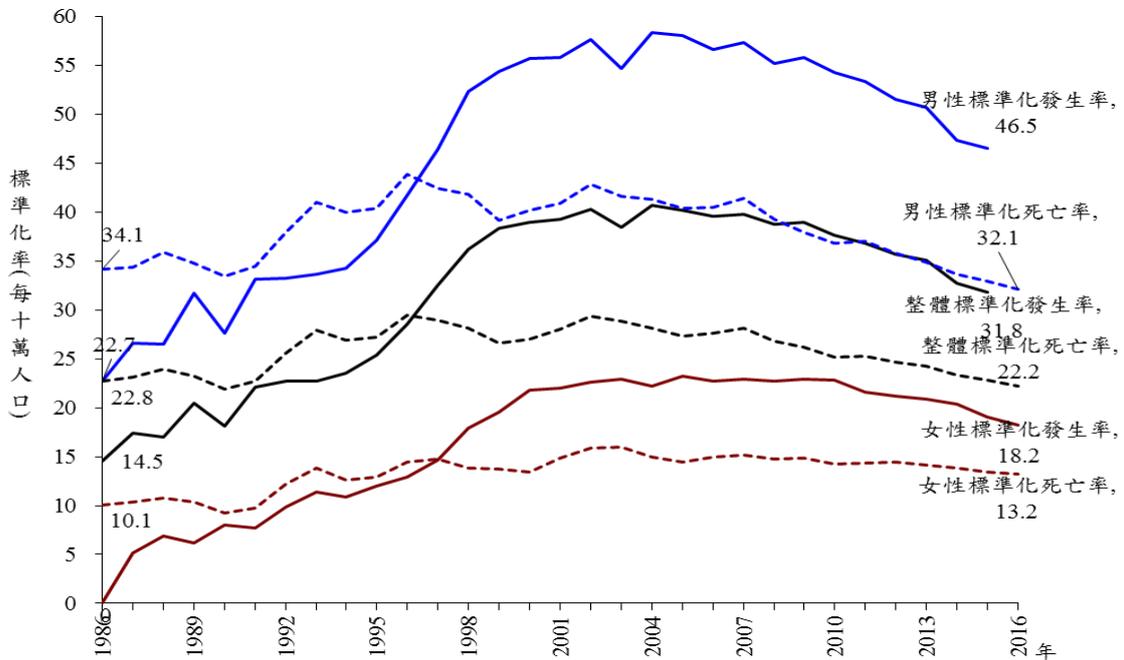


圖 3、肝癌標準化發生率及死亡率長期趨勢



觀察各年齡層肝癌發生及死亡狀況，國人在40歲以後的發生率及死亡率均隨年齡增長大幅攀升（圖4、5）。

圖4、肝癌年齡別發生率

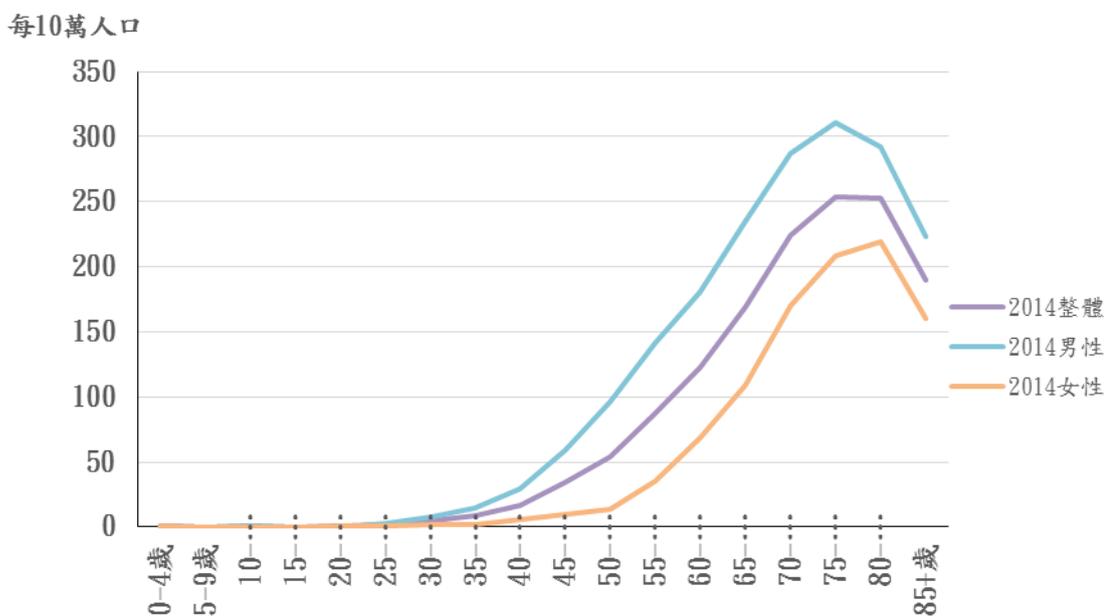
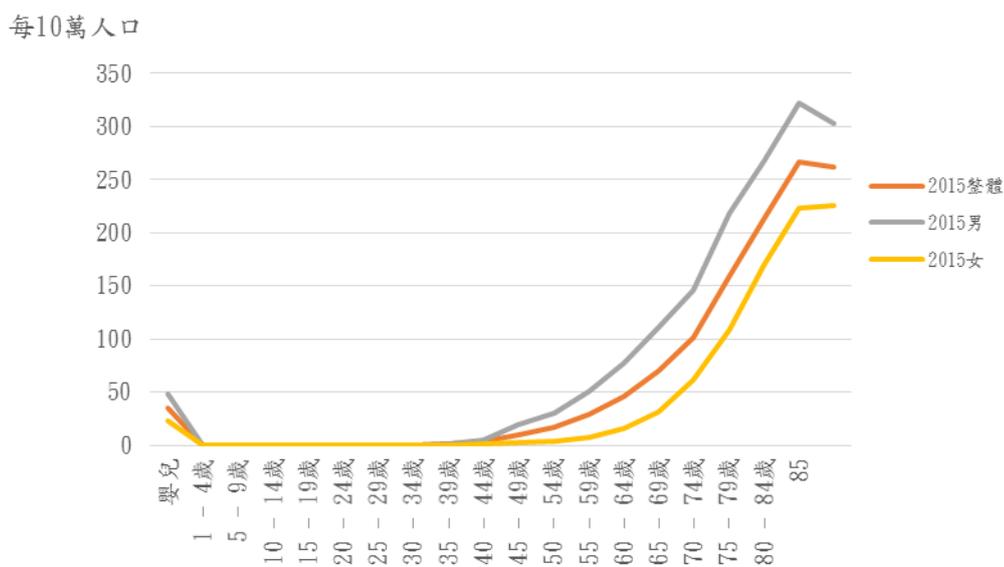


圖5、肝癌年齡別死亡率



四、 社會參與及政策溝通情形

- 辦理跨部門會議，形成政策共識

定期召開「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」會議，由衛生福利部就有關機關(構)代表、相關領域之學者及專家，提供肝癌及肝炎防治訊息、議題討論與政策溝通之平台。相關專家含女性研究健康專家，男女性別達 1/3。

貳、 計畫目標

一、 目標說明

(一)長期目標：30-70 歲肝癌、慢性肝病、肝硬化死亡率至 2030 年下降 50%(參考 WHO 目標)。

(二)短期目標：

1. 降低一般民眾及高風險族群（血液透析病患及 HIV 感染者）之急性 B 型肝炎、急性 C 型肝炎發生率，至 109 年下降 30% 以上。
2. 嬰兒第三劑 B 型肝炎疫苗接種率 98% 以上。
3. 預防母子垂直感染 B 型肝炎：嬰兒出生劑 B 型肝炎疫苗接種率 99% 以上。
4. 醫療機構對於醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，全面提供安全針具。
5. 經由衛教諮詢服務站提供注射藥癮者清潔針具數量，由 104 年每

年每人 144 支針具，提升至 109 年之每年每人 200 支針具。

6. 逐年提升成人預防保健服務且符合 B、C 型肝炎篩檢利用率，預計 109 年可達 70%。
7. 提升慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護比率 109 年達 40%(105 年為 38%)。
8. 提升慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療比率 109 年達 37%(105 年為 32%)。

二、 達成目標之限制

- (一)民眾由認知、態度到行為一連串的改變需要時間，該時間的長短則受個人、環境和醫療生態等因素影響。因此，鼓勵民眾了解自己是否感染 B、C 型肝炎，如不知則應做篩檢，使慢性 B、C 型肝炎患者可以主動接受治療及定期追蹤，需要媒體、醫療和親友等人際傳播及醫療資源的配合，也需要大量衛生人力和經費的投入。會針對發生率較高地區，透過溫馨訴求等，或男女閱讀不同的雜誌等加強宣導。
- (二)急性 B、C 型肝炎發病不明顯，且潛伏期長，感染來源不易釐清。
- (三)急性 B、C 型肝炎新感染個案在臨床診斷上，醫師無法完全排除慢性 B 型肝炎或慢性 C 型肝炎急性發作個案。
- (四)愛滋病高風險族群亦為感染 B、C 型肝炎之高風險族群，且該族群之風險行為較不易改變。

- (五)近年來外籍配偶比率及赴大陸與海外工作人數不斷攀升，常有父母攜子女居住或往來於兩地。由於父母繁忙、居住地接種資源不足，或是各國 B 型肝炎疫苗接種時程，可能因該國的流行趨勢等因素而有所不同，而會導致一些幼兒無法按時程完成疫苗接種。
- (六)為推動安全針具使用，民國 100 年 12 月 21 日修正公布醫療法第 56 條及第 101 條，明定醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應自中華民國一百零一年起，五年內按比例逐步完成「全面提供」安全針具。為落實保障醫護人員職業安全，自 102 年起，每季公告安全針具品項清單，但因非所有針具皆有設計安全針具，因此依本部 102 年 7 月 15 日安全針具推動專案小組第 5 次工作會議討論決議，全面提供安全針具僅限於有安全針具可供轉換之醫療行為。
- (七)為提升藥癮者清潔針具取得之可近性及方便性，於全國廣設衛教諮詢服務站及設置針具自動服務機，免費提供清潔針具、稀釋液及回收廢棄之針具，但因社區民眾支持度低及藥癮者買針或交換針具時造成商家之困擾，故衛教諮詢服務站及針具自動服務機的設置量逐年降低，間接影響注射藥癮者拿取清潔針具之便利性。另為達成 WHO 所訂每人每年領取 200 支清潔針具目標，推估採購針具及稀釋液之預算至少需 3,500 萬元以上，惟目前每年之愛滋防治預算並不足以支應需求。

三、 預期績效指標及評估基準

(一)民國 109 年急性 B 型肝炎及急性 C 型肝炎發生率下降 30% 至：

1. 一般民眾：每十萬人分別為 48(含)人、24(含)人以下。

※資料來源：醫療財團法人台灣血液基金會。

評估基準：104 年 B 肝(HBsAg 陽性)轉陽率為每十萬人 68 人、104 年 C 肝(Anti-HCV 陽性、Anti-HCV 陰性及 HCV RNA 陽性)轉陽率為每十萬人 34 人，依 WHO 2020 年降低 30% 新感染慢性肝炎目標訂定。

2. 高風險族群：

- (1) 血液透析病患：每十萬人分別為 130(含)人、300(含)人以下。

※資料來源：中央健康保險署/門診透析醫療品質指標。

評估基準：104 年 B 肝(HBsAg 陽性)轉陽率為每十萬人 187 人、104 年 C 肝(Anti-HCV 陽性)轉陽率為每十萬人 428 人，依 WHO 2020 年降低 30% 新感染慢性肝炎目標訂定。

- (2) HIV 感染者：急性 C 肝轉陽率每千人年為 8.3(含)人以下。

※資料來源：台大洪健清教授之研究。

評估基準：104 年 C 肝(Anti-HCV 陽性)轉陽率為每千人年 11.85，依 WHO 2020 年降低 30% 新感染慢性肝炎目標訂定；至有關急性 B 型肝炎發生率方面，查國內尚無長期性追蹤之相關研究，經與台大洪健清教授聯繫，其刻正進行前揭研究之規

劃，如取得相關資料，依前述目標訂定下降人數。

(二)民國 106-109 年每年嬰兒第三劑 B 型肝炎疫苗接種率維持在 98% 以上。

※資料來源：全國性預防接種資訊管理系統。

※評估基準：102 年出生世代之 B 型肝炎疫苗第 3 劑完成率為 98.1%，
103 年出生世代為 98.0%。

(三)民國 106-109 年各年度嬰兒出生後 B 型肝炎疫苗接種率維持在 99% 以上。

※資料來源：全國性預防接種資訊管理系統。

※評估基準：B 型肝炎疫苗第 1 劑之接種時程為「出生後 24 小時內儘速接種」，故以第 1 劑完成率評估。102 年出生世代之第 1 劑完成率為 99.1%，103 年出生世代為 99.1%。

(四)至 109 年時，每年每人提供 200 支針具。

※資料來源：衛生福利部疾病管制署預防愛滋衛教諮詢服務統計資料。

※評估基準： $\text{注射藥癮者每人每年清潔針具領用量} = \text{當年度清潔針具發放量} / \text{當年度社區注射藥癮者接受服務人數}$

(五)至 106 年時，醫療機構可達到 100% 全面提供安全針具。

(六)民國 109 年成人預防保健服務且符合 B、C 型肝炎篩檢利用率提升至 70%。

(七)民國 109 年健保署「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」照護率不分性別均提升至 40%。

(八)民國 109 年健保署「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」治療涵蓋率不分性別均至少提升至 37%。

(九)民國 109 年不分男女提升民眾對 B、C 型肝炎之知能達 70%。

※資料來源及評估基準：國民健康署健康行為調查(BRFSS)，105 年正確回答「B 型肝炎或 C 型肝炎是引起國人肝硬化及肝癌最重要的原因」之比率為 67.4%。

參、 現行相關政策及方案之檢討

一、 B 型肝炎疫苗預防注射計畫

我國自 73 年 7 月起開始實施 B 型肝炎疫苗預防注射計畫，先從高危險群之新生兒做起，至民國 75 年 7 月再擴大到新生兒全部接種，並逐年擴大注射對象，另亦同時進行孕婦 B 型肝炎之篩檢工作。計畫實施後 6 歲兒童 B 型肝炎帶原率已由實施前之 10.5% 下降至 0.8%，另依據國內學者研究結果，6-14 歲幼兒罹患肝癌比率，由實施前每十萬人口 0.54 下降至 0.20，顯示 B 型肝炎疫苗接種，可避免其未來產生肝硬化或肝癌，同時降低 B 型肝炎傳播風險，成效相當的顯著。依據全國性預防接種資訊管理系統 (NIIS) 103 年統計結果，國內幼童第 2 及 3 劑 B 型肝炎疫苗接種完成率，分別為 98.0% 及 97.4%。國小新生入學預防接種紀錄卡檢查結

果，國小新生第 2 及 3 劑 B 型肝炎預防接種完成率皆達 99%。HBIG 接種率達 98.1%。上述資料顯示我國 B 型肝炎疫苗防治，已達國際水平之上。但針對 HBeAg(+)母親所生小孩，於接種 HBIG 後，仍有約 10%之帶原率，為使帶原率持續降低，委託國內學者執行 HBeAg(+)母親於第三孕期使用抗病毒藥物，以減少母嬰垂直傳染之研究計畫，研究結果顯示以短期的惠立妥(Tenofovir, TDF)治療，能有效降低懷孕婦女生產時的病毒量，同時也能降低寶寶六個月時的 HBsAg 陽性率，並減緩母親產後 ALT 升高的情形，前揭研究成果將做為後續相關政策推動之參採依據。

二、 急性 C 型肝炎病例定義

為能提高疫情監測效能，本部疾病管制署於 103 年修訂急性 C 型肝炎病例定義，擴大監測 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)一年內由陰性轉陽性個案、Anti-HCV 陰性且 C 型肝炎病毒核酸檢測陽性個案，並放寬急性 C 型肝炎之臨床條件，以掌握國內急性 C 型肝炎個案。依傳染病個案通報系統資料統計，100 至 104 年病例數分別為 34、34、10、205 及 217 例(男性病例數分別為 19、24、5、135 及 145 例；女性病例數分別為 15、10、5、70、72)，顯示已提升對初期感染或無症狀急性 C 型肝炎個案之監測，並將持續密切注意監測病例之變化。另同時檢討修正監測系統效能，如資料比對發現，部分個案因未符合系統研判邏輯，無法研判為確定個案，業已進行系統修訂，以利該等個案納入。

三、 全國醫院感染管制查核作業

為推動醫院落實感染管制措施，降低醫療照護相關感染發生的風險，本部疾病管制署自 94 年開始辦理全國醫院感染管制查核作業，後續自 97 年起辦理「醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，訂定感染管制查核標準作業流程，由感染症專科醫師及感染管制護理師協同各縣市政府衛生局同仁進行實地查核，提供醫院執行感染管制措施相關建議。另為使查核作業內容配合政策推動及符合實務所需，並每年進行查核基準研修；其中，為預防醫療照護工作人員因意外暴觸病人血液造成感染，以及降低透析病人感染的風險，分別訂有相關基準，稽核醫院是否制訂院內相關作業流程並確實執行。

四、 藥癮愛滋減害計畫

為避免注射藥癮者感染愛滋造成愛滋疫情上升，目前持續推動藥癮愛滋減害計畫，於全國 20 縣市設置 837 處衛教諮詢服務站、417 台針具自動服務機，免費提供清潔針具、稀釋液及回收廢棄之針具，提升藥癮者清潔針具取得之可近性及方便性，避免藥癮者共用注射用具，另透過廢棄針具之回收，維護社區環境之清潔與避免民眾遭針扎之危險性，對於衛教諮詢服務站及針具自動服務機的設置量逐年降低情形，將請地方政府衛生局持續與社區藥局溝通協調或開發新執行點，增加注射藥癮者取得之便利性。另將積極爭取經費採購足量之清潔針具及稀釋液，供應注射

藥癮者使用，避免發生共用情事。另針對藥癮愛滋個案則持續辦理替代治療計畫，提高藥癮者愛滋病防治相關認知及加強安全性行為的衛教宣導，以降低愛滋病、梅毒及 B、C 型肝炎感染風險。105 年我國計有 62 家愛滋病指定醫院，1 家愛滋病指定藥局；另為強化感染者做好自我健康管理，96 年起開辦愛滋病個案管理計畫，截至 105 年止共計有 60 家辦理該計畫，提供衛教及諮詢服務。為提升愛滋病指定醫院對於 HIV 感染者之照護知能，依據「人類免疫缺乏病毒指定醫事機構指定原則」，愛滋病指定醫院每年須辦理 1 場院內之愛滋病繼續教育訓練，並每年提報相關佐證資料至本部疾病管制署備查。

五、 B、C 型肝炎篩檢

台灣從 75 年開始施行全面實施嬰幼兒 B 型肝炎預防接種，100 年 8 月 1 日起推行成人預防保健之肝炎篩檢，針對民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，終身可接受 1 次 B、C 型肝炎篩檢，每年接受 B、C 型肝炎篩檢人數逐年增加。另外，配合各縣市整合式篩檢服務計畫，鼓勵縣市將 B、C 型肝炎篩檢納入縣市整合式篩檢之執行項目中。105 年整合式篩檢服務，計有 20 縣市之篩檢項目涵括有 B、C 型肝炎篩檢項目。歷年各縣市整合式篩檢服務 B 型、C 型肝炎篩檢數及篩檢陽性個案追蹤情形。

因應醫藥科技之快速發展，篩檢政策之調整亦需與時俱進。本部國民健康署為促進全民健康，未來將一依專家意見及獲配預算額度調整 B、C

型肝炎篩檢策略，如修訂篩檢年齡條件為：民國 55 年或以後出生且滿 40 歲民眾，可搭配成人預防保健服務終身接受 1 次 B、C 型病毒肝炎篩檢服務，期能嘉惠更多民眾及早確立診斷、介入治療，免於病痛之苦，亦減少長期病程之醫療資源耗用。

六、 民眾之 B、C 型肝病識能

(一)透過傳播媒體，加強民眾的衛教宣導，增進民眾認知。

為提升民眾肝病識能，鼓勵民眾主動篩檢知道自己是否有 B 型肝炎或 C 型肝炎，如有 B 型肝炎或 C 型肝炎要積極就醫追蹤治療。國民健康署錄製廣播帶及影片、製作海報及單張，並於相關網站建置相關資訊。針對肝炎盛行率高之地區，錄製當地居民主要使用的語言版本之廣播帶，並於地方電台播放，此外，亦透過臉書等網路宣導，以達宣導效果。

(二)配合 7 月 28 日世界肝炎日與 NGO 共同辦理肝炎防治記者會加強宣導。

七、 B、C 型肝炎照護治療方案

(一)全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫

1. 本計畫由健保署自 92 年 10 月 1 日起試辦，主要目的為配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險 B 型及 C 型肝炎藥物治療照護品質。健保署已於 102 年將本計畫列為常態性

計畫。

- 凡符合「全民健康保險藥品給付規定」中 B、C 型肝炎之適用條件且至有參加本項試辦計畫之院所就診，並經試辦醫師臨床專業之診治符合適用條件者，即可由試辦院所收案加入試辦計畫接受 B 型及 C 型肝炎之藥物治療。另，為增進病患就醫可近性，於 94 年 5 月放寬至地區醫院及基層診所可加入計畫，95 年 9 月對於 B、C 型肝炎醫療資源不足地區，放寬醫事（醫師）服務機構之資格，以擴大照護範圍，另為增加就醫可近性，100 年起放寬基層醫師資格，刪除須參與家醫試辦計畫之規定，105 年放寬肝炎醫療資源不足區及山地離島鄉鎮，得由具消化內科或小兒消化學之專任或兼任專科醫師之基層院所執行。相關計畫執行成果如下圖 7.1-圖 7.3：

圖 7.1 歷年累計收案數_總計

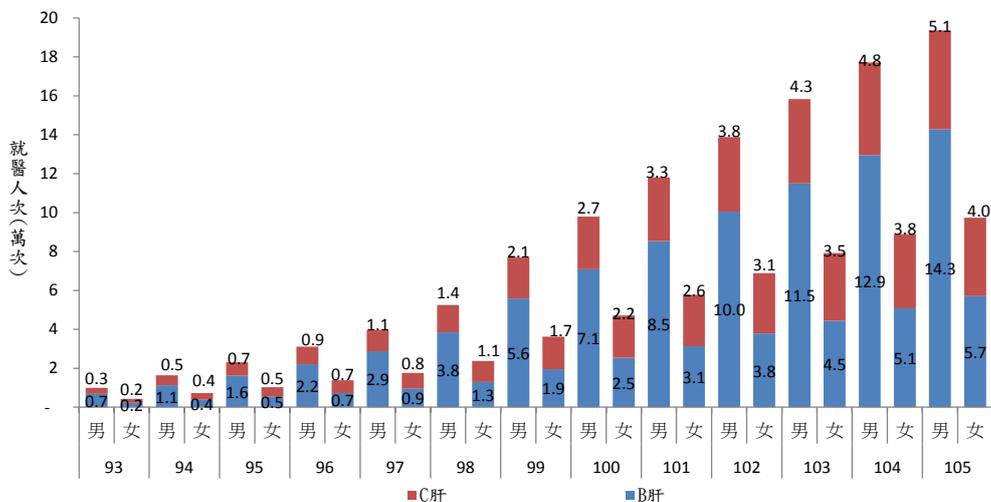


圖 7.2 歷年累計收案數_B 肝療程

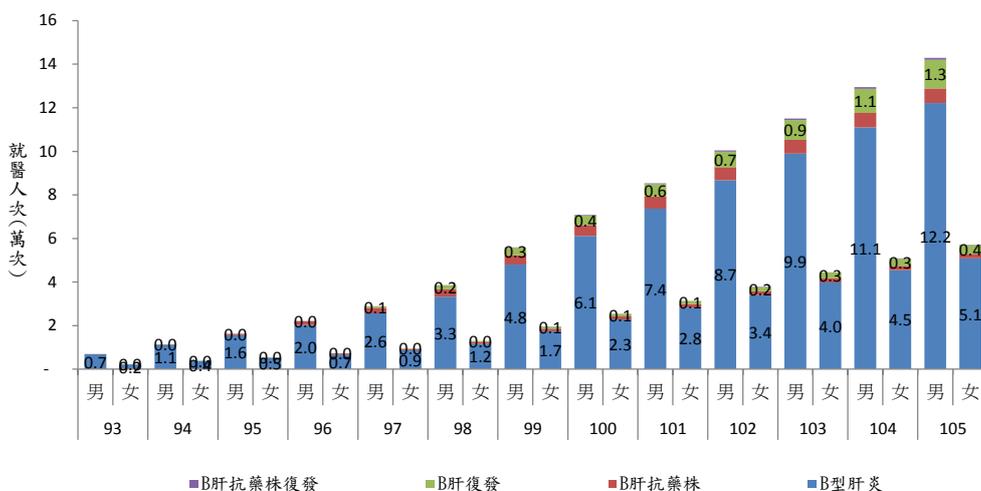
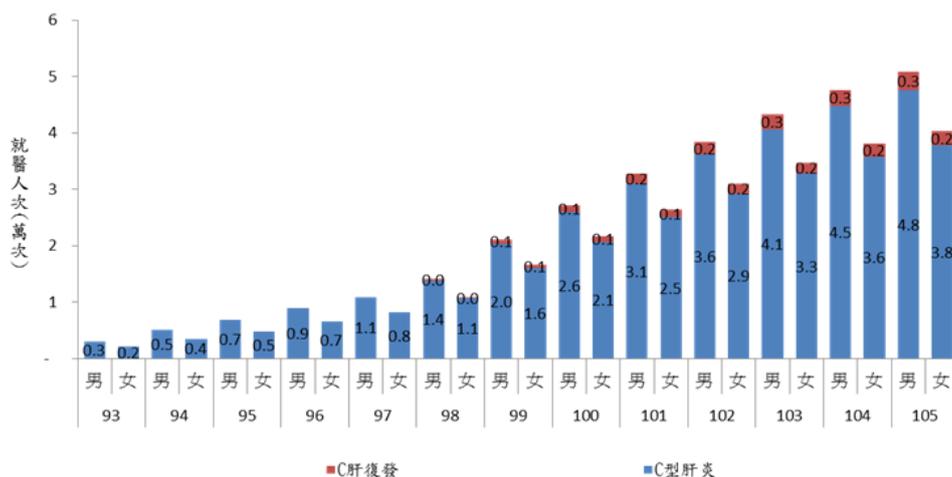


圖 7.3 歷年累計收案數_C 肝療程



註：1.105 年度統計至 106 年 4 月 14 日。2.收案數係指當年度累積收案人次。

- 為長期提供 B 型及 C 型肝炎病患醫療服務，為避免因預算額度限制因素而中斷治療，102 年度全民健康保險會(原衛生署醫療費用協定委員會)協定及經衛生福利部核定後，醫院部門之 B 型及 C 型肝炎治療計畫改由一般服務部門支應，基層部門則仍維持專款專用，其不足之預算由其他部門支應。

4. 目前共有 6 項療程：「B 型肝炎」、「B 型肝炎抗藥株」、「B 型肝炎復發」、及「B 型肝炎抗藥株復發」，「C 型肝炎」與「C 型肝炎復發」。迄至 105 年度各療程累計收案數達 29.1 萬人次(男性占 66.5%、女性占 33.5%)。
5. 為提供 B 型肝炎患者更完善之長期治療，健保署自 106 年 1 月 1 日起修正 B 型肝炎治療藥品給付規定，B 型肝炎口服治療藥品由原規定每次最長治療 3 年(e 抗原陽性患者於 3 年治療期間內有 e 抗原轉陰者，可再給付鞏固治療 1 年)、每人限治療 2 次，修訂相關停藥標準(「HBeAg 陽性患者可治療至 HBeAg 轉陰後加上鞏固治療 1 年」、「HBeAg 陰性患者至少治療 2 年，檢驗血清 HBV DNA 三次，每次間隔 6 個月皆檢驗不到可停藥，每次療程至多 3 年」)，且再次復發時得再接受治療，不限治療次數，以上規定均不限性別。
6. 由本計畫第 1 節第 3 項問題評析之第 8 點之數據與描述得知目前 B、C 型肝炎患者接受治療之比率仍低，透過上述計畫或藥品支付標準的改善:(1)擴大供給面參與增加民眾就醫可近性、(2)強化 B 肝帶原者的長期治療，若是再次復發仍可接受健保給付治療，沒有次數之限制，無須自費減少民眾負擔，期以提升 B、C 型肝炎患者之治療涵蓋率。

(二)全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

1. 為減少肝癌的死亡率及發生率，衛生福利部癌症防治政策委員會 97 年第 4 次會議指示本署研擬肝炎帶原者個案管理計畫。健保署據以研擬本項方案，曾於 98 年 9 月 23 日至衛生署癌症防治會議專案報告，依據會中委員提供專業意見修訂本方案，並於 12 月 2 日再度報告，獲衛生福利部癌症防治會議通過，公告自 99 年 1 月起試辦，主要目的為建立以病患為中心的共同照護模式，提升 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率，降低肝癌死亡率及降低第 3 期至第 4 期之肝癌發生率。
2. 實施模式為列入全民健康保險總額專款項目「醫療給付改善方案」預算項目支應。本方案藉由支付制度的設計，導入 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式。
3. 105 年參加 B、C 型肝炎個案追蹤方案醫療院所數有 514 家，收案人數為 22.1 萬人(男性占 55.3%、女性占 44.7%)。
4. 由本計畫第 1 節第 3 項問題評析之第 8 點之數據得知 105 年照護收案率為 38.5%(男性 37.8%、女性 39.4%)，有執行腹部超音波之實質追蹤率為 83.9%(男性 83.3%、女性 84.8%)，目前之照護收案

率仍偏低。105 年修訂計畫之收案條件，由「同一院所經結案之保險對象，不得再收案」修改為「同一院所經結案對象 1 年內不得再收案」，期透過計畫持續之修訂以利於收案追蹤率之提升。

肆、 執行策略及方法

一、 主要工作項目

- (一)預防 B、C 型肝炎病毒感染
- (二)推動 B、C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原及感染狀況之認知
- (三)加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療

二、 分期(年)執行策略

有關各策略之分期執行期程，請見附表甘特圖。

三、 執行步驟(方法)與分工

(一)預防肝炎病毒感染

策略一： 維持嬰幼兒 B 型肝炎疫苗高接種率及加強高危險群孕婦所生幼兒滿 1 歲時之篩檢與追加接種

持續督導衛生局辦理嬰幼兒 B 型肝炎疫苗預防接種注射，並透過全國預防接種資訊管理系統孕婦 B 型肝炎篩檢資料之上傳，儘速追蹤高危險群新生兒按時接種 HBIG，以提升 HBIG 之接種率。另，本部疾病管制署對於 HBeAg(+) 之孕產婦所生幼兒於 1 歲之追蹤抽血，已在「兒童健康手

冊」及「孕婦手冊」中，增列孕婦及幼兒 B 型肝炎檢驗及欄位，以加強提醒 HBeAg 陽性母親攜帶其滿 1 歲幼兒前往醫院進行抽血檢查，另一方面列入縣市衛生局考評項目，以提升縣市衛生局執行的完成率。

策略二：強化急性 B、C 型肝炎疾病監測

強化法定傳染病通報系統、疫情資料倉儲系統、疫情調查系統等相關系統之功能，並加強個案疫情調查，以降低急性 B、C 型肝炎感染風險。

策略三：加強高風險族群及一般民眾急性病毒性肝炎防治衛教

補助地方政府衛生局，辦理高風險族群(如：HIV 感染者及藥癮者及醫療工作人員等)及一般民眾衛教宣導，並與同志健康服務中心、愛滋病指定醫院及相關民間團體合作，針對 HIV 感染者及同志族群，提供疾病諮詢服務並辦理衛教宣導活動，以強化該等族群之疾病風險意識，此外，與肝炎防治民間團體合作響應 WHO 每年 7 月 28 日「世界肝炎日」宣導主題及相關宣導活動，增加民眾對急性病毒性肝炎之認知與預防，且適時更新網路衛教宣導教材。

策略四：辦理病毒性肝炎檢驗品質管制作業

本部疾病管制署依傳染病防治法第 46 條第二項規定

訂定「傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法」，持續委託相關學術機構或由該署辦理檢驗單位指定、委託、認可事宜，以確保急性病毒性肝炎檢驗通報品質。

策略五：落實醫療機構感染管制措施

定期檢視及修訂醫療機構感染管制措施指引，建立「暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防及處置作業流程」。並協助地方政府衛生局透過醫療機構督導考核或感染管制查核作業等外部稽核機制，督導轄區醫療機構落實感染管制措施。

策略六：推動注射藥癮者清潔針具計畫

推動注射藥癮者愛滋減害計畫，提供國內注射藥癮者清潔針具領用及強化注射藥癮者衛教宣導(如：全程正確使用保險套之安全性行為)，以降低注射藥癮者經由血液或性行為感染愛滋病及急性 B、C 型肝炎之風險。

策略七：提升愛滋病指定醫院照護品質

補助愛滋病指定醫院辦理愛滋病服務品質提升計畫，提升 HIV 感染者對於急性病毒性肝炎之疾病認知，提供其預防措施及方法，降低其感染風險，並要求愛滋病指定醫院將急性病毒性肝炎議題納入醫事人員教育訓練，提升醫

事人員對於 HIV 感染者合併急性病毒性肝炎之通報、診斷、治療與照護。

(二)推動 B 型及 C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原、預防感染及定期追蹤治療之認知

策略一：協助提升民眾對帶原及感染狀況之認知

方法一：透過各種媒體管道、衛教單張(如：感染者衛教須知)，加強民眾認識 B、C 型肝炎。

方法二：於本部國民健康署、疾病管制署網站放置衛教訊息。

方法三：宣導民眾從預防感染、定期篩檢追蹤及治療。

策略二：提供 B、C 型肝炎篩檢

方法一：持續辦理成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢，以確知帶原及感染狀況。

方法二：縣市配合其社區整合式篩檢服務及推動，提供成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢。

方法三：強化醫療機構端資訊查詢功能、系統建置主動提示功能，提升篩檢利用率。

(三)加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療

策略一：提供高危險群(如男性、45 歲以上、HIV 感染者及藥癮者等)慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制

方法一： 衛教成人預防保健及社區整合式篩檢發現之高危險群(如男性、45 歲以上、HIV 感染者及藥癮者等)B 型肝炎帶原者或慢性 C 型肝炎感染者至醫療院所接受進一步治療或檢查。於孕婦手冊中增列一頁「孕婦 B 型肝炎檢查追蹤紀錄表」。俾利 B 型肝炎帶原孕婦於產檢後，由醫師於追蹤紀錄表填列，亦可提醒定期接受肝功能、超音波等檢查。

方法二： 鼓勵特約醫療院所及縣市衛生局針對成人預防保健服務或整合式篩檢發現之 B、C 型肝炎感染患者，衛教其至醫療院所接受抗病毒治療或追蹤檢查。鼓勵醫療院所利用院所內現有之 B、C 型肝炎標記檢驗資料，提醒高危險群(如男性、45 歲以上、HIV 感染者及藥癮者等)慢性 B、C 型肝炎就醫患者，接受抗病毒治療與定期追蹤檢查。健保署持續推動「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」，促使醫療院所針對院內發現之 B、C 型肝炎感染個案主動提供衛教資訊，並由醫師依病人情形轉介接受抗病毒治療或定期追蹤檢查。

策略二： 加強高危險群(如男性、45 歲以上、HIV 感染者及藥癮者等)

B 型肝炎帶原者及慢性 C 型肝炎感染者定期接受追蹤檢查或抗病毒治療。

方法一： 辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，並提升衛生局、醫療院所人員對計畫內容之瞭解，能適當衛教民眾。

方法二： 利用適合不同性別、年齡、族群的大眾媒體加強宣導慢性 B、C 型肝炎患者保護肝臟相關訊息，如維持理想體重及運動的健康生活型態、戒絕菸酒及檳榔、避免食用含人工添加、醃漬、或有可能被黃麴毒素污染的食物，避免服用成分不明的藥物或偏方，以免增加肝臟負擔等，及強調慢性 B、C 型患者應進一步請醫師評估接受抗病毒治療並定期追蹤肝功能。

策略三： 持續辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。

伍、 期程與資源需求

一、 計畫期程

本計畫為第二期計畫為 106 年至 109 年。

二、 所需資源說明

所需資源包含人力及經費(含經常門和資本門)，將因應國民健康狀況及民

眾健康需求，逐步調整對各項工作之實施內容與預算。

三、 經費來源及計算基準

本計畫將由本部公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金以及健保基金支應(如分年度經費需求表)。其計算基準係依未來推廣工作所需，並以目前補助(或捐助)計畫之標準編列相關經費，經費將視實際情形修正。

四、 經費需求(含分年經費)及與中程歲出概算額度配合情形

國民健康署成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢經費係由公務預算支應，該經費已列入健康署「預防保健服務計畫(107-110 年)」中，刻正研擬中。另，宣導費用係由健康署之菸害防制及衛生保健基金支應。

中央健康保險署 B、C 型肝炎追蹤及治療計畫預算，係屬於健保基金，需依全民健康保險醫院部門及西醫基層部門總額協商結果辦理，健保署將持續爭取預算執行。

疾病管制署現階段推動急性病毒性肝炎防治業務，係依據行政院核定「急性傳染病流行風險監控與管理計畫(第二期計畫 105-109 年)」辦理，該計畫中訂有「病毒性肝炎防治子計畫」，所防治之急性病毒性肝炎包含 A、B、C、D 及 E 型等 5 種，防治業務內容進行資源整合併同推動。本計畫預防 B、C 型肝炎病毒感染相關業務之經費合併編列於「急性傳染病流行風險監控與管理計畫(第二期計畫 105-109 年)」。

另 B 型肝炎疫苗及 B 型

肝炎免疫球蛋白之購置經費編列於疫苗基金「疫苗接種計畫」、醫療機構感染管制查核經費編列於「醫院感染管制品質提升計畫」、注射藥癮者清潔針具計畫及辦理愛滋病指定醫院個案管理相關業務等，經費編列於「愛滋防治第六期五年計畫」。

分年度經費需求表

單位：千元

工作項目	106 年	107 年	108 年	109 年
(一)預防 B、C 型肝炎病毒感染	2,694	2,598	2,598	2,598
(二)B 型肝炎疫苗及 HBIG 購置費	42,420	66,255	66,255	66,255
(三)辦理醫療機構感染管制查核相關業務	1,200	1,250	1,250	1,250
(四)推動注射藥癮者清潔針具計畫	20,000	20,000	20,000	20,000
(五)辦理愛滋病指定醫院服務品質提升計畫相關業務	21,150	21,150	21,150	21,150
(六)推動 B、C 型肝炎篩檢，並加強民眾對帶原及感染狀況之認知				
加強民眾對帶原及感染狀況之認知	2,000	2,000	2,000	2,000
推動 B、C 型肝炎篩檢工作	11,140	26,712	28,752	30,063
B、C 型肝炎篩檢資料介接、分析	50	50	50	50
(七)加強 B、C 型肝炎陽性個案之後續追蹤及治療				
建立轉介或提供慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療及定期追蹤的機制	34,900	36,700	38,500	40,400
持續辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」	3,300,000	3,300,000	3,300,000	3,300,000
總計	3,435,554	3,476,715	3,480,555	3,483,766
經費來源				
公務預算	56,184	71,710	73,750	75,061
疫苗基金	42,420	66,255	66,255	66,255
菸害防制及衛生保健基金	2,050	2,050	2,050	2,050
健保基金	3,334,900	3,336,700	3,338,500	3,340,400

陸、 預期效果及影響

一、 預期效果

- (一) 透過多元管道加強衛生教育宣導，提升民眾預防感染肝炎病毒的知識及能力，以減少感染人數。
- (二) 持續辦理 B 型肝炎母子垂直傳播相關防治策略，包括新生兒預防接種及高風險母親所生幼兒追蹤等，期以達到降低疫苗接種世代 B 型肝炎帶原率之目標。
- (三) 持續辦理成人預防保健服務 B、C 型肝炎篩檢並提升篩檢利用率，使能在尚無症狀之疾病前期，早期發現並接受適當追蹤、治療等介入措施。
- (四) 提升慢性 B、C 型肝炎感染者定期追蹤或接受治療的比率，以預防肝硬化及肝癌，進而減低因肝病死亡的人數。

二、 計畫影響：預期國人慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡率將逐年下降

柒、 財務計畫

本計畫財源來自衛生福利部之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金以及健保基金。藉由上述來源之政府編列預算，補助民眾由前端的預防至後續的治療等相關項目，包含孕婦 B 型肝炎檢測及新生兒型肝炎 B 型肝炎疫苗接種、成人預防保健 B、C 型肝炎篩檢及 B、C 型肝炎篩檢陽性患者之追蹤及治療，故無法向民眾收取部份負擔或其他自償性方式獲取財源。上

述經費除用於中央主辦機關理之上述病毒性肝炎防治工作，並補助縣市地方政府及民間團體辦理相關衛教宣導工作，透過中央、地方與民間團體合作以強化計畫執行成效。本部未來將持續辦理病毒性肝炎防治工作，B、C 型肝炎患者追蹤及治療部分亦持續於各部門總額爭取預算執行，期能透過計畫之執行，以減低後續肝病之發生與死亡，促進國人健康。

捌、 附則

一、 替選方案之分析及評估

二、 風險評估

國內 B 型肝炎及 C 型肝炎感染人數眾多，目前 C 型肝炎尚無疫苗，而已接種 B 型肝炎疫苗或免疫球蛋白的世代，仍無法完全預防 HBeAg 陽性母親所生小孩之母嬰垂直感染風險，且該族群易成為帶原者。依據衛生福利部參採「風險管理及危機處理作業手冊」訂定之「風險發生機率分類表」(如表 1)及「風險影響程度分類表」(如表 2)，B 型肝炎及 C 型肝炎感染在風險機率方面評估為「幾乎確定」發生，如本計畫持續推行，並達成計畫所訂目標，將降低為「可能」發生，計畫目標將包含篩檢率提升、篩檢陽性轉介率、照護率提升及治療率提升，可使 B 型肝炎患者病情控制率達 8 成、C 型肝炎患者治癒率達 7-9 成，則影響程度為「輕微」，本計畫執行項目風險分布情形如風險圖像(如表 3)。

表 1、風險發生機率分類表－機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率 0%~40%；只會在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%；有些情況下會發生。	發生機率 61%以上；在大部分的情況下會發生。

表 2、風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形 象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

表 3、風險圖像

影響程度	風險分布		
非常嚴重(3)	高度風險	高度風險	極度風險
嚴重(2)	中度風險	高度風險	高度風險
輕微(1)	低度風險	中度風險 提升篩檢率 提升照護率	高度風險
	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
	發生機率		

三、 有關機關配合事項

四、 中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表(待擬)

五、 其他有關事項

計畫執行甘特圖暨分工表(附表1)。

附表 1、甘特圖暨分工表

工作項目	年度執行進度				主辦單位	協辦單位
	106 年	107 年	108 年	109 年		
(一)預防肝炎病毒感染						
維持嬰幼兒 B 型肝炎疫苗高接種率及加強高危險群孕婦所生幼兒滿 1 歲時之篩檢與追加接種					本部疾病管制署	地方政府衛生局
強化急性 B、C 型肝炎疫情監測					本部疾病管制署	地方政府衛生局
加強衛教溝通提升急性病毒性肝炎防治知能					本部疾病管制署	地方政府衛生局、國民健康署、中央健康保險署
辦理急性病毒性肝炎檢驗單位指定、委託及認可事宜					本部疾病管制署	醫療及檢驗機構
落實醫療機構感染管制措施					本部疾病管制署	地方政府衛生局
推動注射藥癮者清潔針具計畫					本部疾病管制署	地方政府衛生局
辦理愛滋病指定醫院醫事人員之相關教育訓練，確保愛滋病指定醫院照護品質					本部疾病管制署	地方政府衛生局、愛滋病指定醫院
(二)推動 B、C 型肝炎篩檢，並提升民眾對帶原及感染狀況之認知						
加強民眾對帶原及感染狀況之認知					本部國民健康署	疾病管制署、地方政府衛生局
推動 B、C 型肝炎篩檢工作					本部國民健康署	

(三)加強 B、C 型肝炎陽性
個案之後續追蹤及治療

建立轉介或提供慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治 療及定期追蹤的機制					本部中央 健康保險 署	
衛教 B 型肝炎帶原者及慢性 C 型肝炎感染者定期接受追 蹤檢查或抗病毒治療					本部中央 健康保險 署	
持續辦理「全民健康保險加 強慢性 B 型及 C 型肝炎治療 計畫」					本部中央 健康保險 署	

中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第12點)	○				
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)		○			
	(3)是否依據「跨域增值公共建設財務規劃方案」之精神提具相關財務策略規劃檢核表?並依據各類審查作業規定提具相關書件		○			
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		○			
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)		○			
	(2)是否研提完整財務計畫	○				
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	○				
	(2)資金籌措:依「跨域增值公共建設財務規劃方案」精神,將影響區域進行整合規劃,並將外部效益內部化		○			
	(3)經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、依「跨域增值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定	○				
	(4)年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,應檢討調減一定比率之舊有經費支應;如仍有不敷,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件	○				
	(5)經資比1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		○			
	(6)屬具自償性者,是否透過基金協助資金調度		○			
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	○				
	(2)擬請增人力者,是否檢附下列資料: a.現有人力運用情形 b.計畫結束後,請增人力之處理原則		○			

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	c.請增人力之類別及進用方式 d.請增人力之經費來源					
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)	○				
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		○			
	(2)屬補助型計畫,補助方式是否符合規定 (中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		○			
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定 農業區之農牧用地		○			
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土 地徵收條例施行細則第2條之1規定		○			
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者,是 否依原住民族基本法第21條規定辦理		○			
8、風險評估	是否對計畫內容進行風險評估	○				
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		○			
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	○				
11、無障礙及通用 設計影響評 估	是否考量無障礙環境,參考建築及活動空 間相關規範辦理		○			
12、高齡社會影響 評估	是否考量高齡者友善措施,參考WHO「高 齡友善城市指南」相關規定辦理		○			
13、涉及空間規劃 者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		○			
14、涉及政府辦公 廳舍興建購 置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間 資源共同開發之理念		○			
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤,是 否進行跨機關協商		○			
	(2)是否檢附相關協商文書資料		○			
16、依碳中和概念 優先選列節 能減碳指標	(1)是否以二氧化碳之減量為節能減碳指 標,並設定減量目標		○			
	(2)是否規劃採用綠建築或其他節能減碳 措施		○			
	(3)是否檢附相關說明文件		○			
17、資通安全防護 規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	○				

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期： 107 年 01 月 24 日		
填表人姓名：劉亭余	職稱：專業助理	身份： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員
電話：(02)2522-0788	e-mail：lucy357159@hpa.gov.tw	<input type="checkbox"/> 非業務單位人員， (請說明：_____)
填 表 說 明		
<p>一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫除因物價調整而需修正計畫經費，或僅計畫期程變更外，皆應填具本表。</p> <p>二、「主管機關」欄請填列中央二級主管機關，「主辦機關」欄請填列提案機關（單位）。</p> <p>三、建議各單位於計畫研擬初期，即徵詢性別平等專家學者或各部會性別平等專案小組之意見；計畫研擬完成後，應併同本表送請民間性別平等專家學者進程序參與，參酌其意見修正計畫內容，並填寫「拾、評估結果」後通知程序參與者。</p>		
壹、計畫名稱	病毒性肝炎防治計畫(第二期計畫 102-106 年)(草案)	
貳、主管機關	主辦機關（單位）	
參、計畫內容涉及領域：	勾選（可複選）	
3-1 權力、決策、影響力領域		
3-2 就業、經濟、福利領域		
3-3 人口、婚姻、家庭領域		
3-4 教育、文化、媒體領域		
3-5 人身安全、司法領域		
3-6 健康、醫療、照顧領域	✓	
3-7 環境、能源、科技領域		
3-8 其他（勾選「其他」欄位者，請簡述計畫涉及領域）		
肆、問題與需求評估		
項 目	說 明	備 註

<p>4-1 計畫之現況問題與需求概述</p>	<p>一、依 105 年衛生福利部死因統計資料顯示，慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡人數多達 13,091 人，約佔所有死亡人數 7%，其中，慢性肝病及肝硬化死亡人數 4,738 人（男性 3,404 人、女性 1,334 人），佔肝病死亡總數 36%，在全國主要死因排名第 10 位；肝癌死亡人數則有 8,353 人（男性 5,619 人，女性 2,734 人），約佔所有癌症死亡總數 17.5%，在全國主要癌症死因排名第 2 位。依性別比較，分別佔所有男性癌症死亡總數 19.2% 及女性癌症死亡總數的 14.7%，在男性及女性皆為第二大癌症主要死因。若以標準化死亡率來看慢性肝病及肝硬化男性標準化死亡率為每十萬人 20.5 人，女性標準化死亡率每十萬人 6.5 人，男性是女性的 3.2 倍，除此之外，男性肝癌標準化死亡率為每十萬人 32.1 人，女性肝癌標準化死亡率每十萬人 13.2 人，男性是女性的 2.4 倍，可知男性死亡率較女性高。</p> <p>二、近年急性 C 型肝炎個案之風險因子與過去早期 C 型肝炎感染者因輸血或污染針具注射等醫源性感染不同，主要性別差異原因為 21-40 歲之主要感染原因為男男間不安全性行為，至其他感染原因暫無明顯之性別差異。</p> <p>三、財團法人肝病防治學術基金會楊培銘教授指出感染 B、C 型肝炎病毒後，可能會導致慢性肝炎、肝硬化及肝癌，肝癌患者中約有 60-70% 是由 B 型肝炎引起，20% 為 C 型肝炎。B 型肝炎帶原者，男性發生肝癌之機率遠高於女性，這是因為同為帶原者，男性病人演變成肝硬化的機率遠高於女性病人；但在 C 型肝炎感染者，男女發生肝癌的機率差不多。由於 B 型肝炎人口遠高於 C 型肝炎人口，故男性發生肝癌之機率約為女性的 3.5 倍，主要因素為 B 型肝炎病毒。由慢性肝病、肝硬化及肝癌死亡率長期趨勢來看，過去 10 年逐漸由上升趨勢轉為持平。</p>	<p>簡要說明計畫之現況問題與需求。</p>
--------------------------------	---	------------------------

<p>4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析</p>	<p>一、癌症登記資料顯示，每年有超過 1 萬名肝癌新發生個案，103 年發生人數 11,358 人，標準化發生率每十萬人口 32.74 人（男性為 47.30 人、女性為 19.07 人），依縣市別分析，嘉義市為每十萬人 54.5 人、連江縣為每十萬人 53.2 人、雲林縣為每十萬人 51.8 人、嘉義縣為每十萬人 51.0 人及台南市為每十萬人 43.0 人，標準化發生率為全國前 5 名各縣市發生率死亡率。</p> <p>二、依本部疾病管制署傳染病通報系統統計資料顯示，急性 C 型肝炎病例男性多於女性(性別比約 2:1)；年齡別發生率主要發生在 20 歲以上，隨年齡增加而遞增；另依據血液基金會提供之重複捐血者一年內 C 肝轉陽率資料，經初步分析結果中南部地區急性 C 型肝炎發生率，並無明顯較各地區為高之情形，且男女發生率並無顯著之差異。</p> <p>三、全民健保加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫」自 92 年 10 月起至 105 年 12 月 31 日止，累計共收案 291,624 人次(男性占 66.5%、女性占 33.5%)，其中 B 型肝炎 199,827 人次(男性占 71.4%、女性占 28.6%)，C 型肝炎 91,797 人次(男性占 55.8%、女性占 44.2%)。</p> <p>四、本計畫已呈現相關性別統計：包括肝癌男女發生、死亡人數、急性 C 型肝炎 HIV 男女感染者比較、民眾對於肝病之認知程度。</p>	<p>1.透過相關資料庫、圖書等各種途徑蒐集既有的性別統計與性別分析。</p> <p>2.性別統計與性別分析應儘量顧及不同性別、性傾向及性別認同者之年齡、族群、地區等面向。</p>
<p>4-3 建議未來需要強化與本計畫相關的性別統計與性別分析及其方法</p>	<p>本計畫已定期針對男女肝癌及肝炎發生及死亡(各年齡別、地區)分析相關的性別統計，有關急性病毒性 B、C 型肝炎的發生情形及發生原因，可以現有系統進行性別分析，相關研究亦有納入性別比較，資料並補充於修正計畫，未來將持續進行性別統計分析。</p>	<p>說明需要強化的性別統計類別及方法，包括由業務單位釐清性別統計的定義及範圍，向主計單位建議分析項目或編列經費委託調查，並提出確保執行的方法。</p>
<p>伍、計畫目標概述（併同敘明性別目標）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 降低一般民眾及高風險族群（血液透析病患及 HIV 感染者）之急性 B 型肝炎、急性 C 型肝炎發生率，至 109 年下降 30% 以上。 2. 嬰兒第三劑 B 型肝炎疫苗接種率 98% 以上。 3. 預防母子垂直感染 B 型肝炎：嬰兒出生劑 B 型肝炎疫苗接種率 99% 以上。 4. 醫療機構對於醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，全面提供安全針具。 	

	<p>5. 經由衛教諮詢服務站提供注射藥癮者清潔針具數量，由 104 年每年每人 144 支針具，提升至 109 年之每年每人 200 支針具。</p> <p>6. 逐年提升成人預防保健服務且符合 B、C 型肝炎篩檢利用率，預計 109 年可達 70%。</p> <p>7. 提升慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護比率 109 年達 40%。</p> <p>8. 提升慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療比率 109 年達 37%。</p>
<p>陸、性別參與情形或改善方法（計畫於研擬、決策、發展、執行之過程中，不同性別者之參與機制，如計畫相關組織或機制，性別比例是否達 1/3）</p>	<p>1. 計畫推廣之 B 型肝炎或 C 型肝炎篩檢、整合性篩檢服務慢性 B、C 型肝炎患者轉介追蹤檢查、接受健保服務之照護及接受抗病毒治療適用族群中，除各有年齡限制外，均不以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象，皆全面推廣。</p> <p>2. 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集該領域專家共同研商討論，針對本計畫規劃與執行予以檢討，參與對象未設定特定性別對象，兩性均共同參與。</p> <p>3. 計畫經本部肝癌及肝炎防治會報告通過，委員共計 14 名其中女性委員占 6 名；42%，查「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」係依據衛生福利部肝癌及肝炎防治會設置要點，為推展肝癌及肝炎防治工作所設立，其專家領域涵蓋臨床醫學及研究、公共衛生、流行病學及健康保險等相關領域之專業權威人士。就急性 B、C 型肝炎的防治而言，上述領域專家可提供充分協助。未來執行中將納入婦女健康專家。</p>

柒、受益對象

1. 若 7-1 至 7-3 任一指標評定「是」者，應繼續填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9 及「第二部分－程序參與」；如 7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，則免填「捌、評估內容」8-1 至 8-9，逕填寫「第二部分－程序參與」，惟若經程序參與後，10-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。
2. 本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因，應有量化或質化說明，不得僅列示「無涉性別」、「與性別無關」或「性別一律平等」。

項 目	評定結果 (請勾選)		評定原因	備 註
	是	否		
<p>7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象</p>	<input checked="" type="checkbox"/>		<p>一、針對民國 55 年或以後出生且滿 45 歲，可搭配成人預防保健服務終身接受 1 次檢查、提升成人預防保健服務篩檢率、提升成人預防保健服務且符合 B、C 型肝炎篩檢利用率、提升慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護比率、提升慢性 B、C 型肝炎患者接受抗病毒治療比率、衛教諮詢服務站提供注射藥癮者清潔針具數量 109 年增加至每年每人 200 支針具，均不以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象。</p> <p>二、但針對男男間性行為者之防治策略，將與同志健康服務中心、愛滋病指定醫院及相關民間團體合作，針對</p>	<p>如受益對象以男性或女性為主，或以同性戀、異性戀或雙性戀為主，或個人自認屬於男性或女性者，請評定為「是」。</p>

		<p>HIV 感染者及同志族群，提供疾病諮詢服務並辦理衛教宣導活動，以強化該等族群之疾病風險意識。另急性 B、C 型肝炎具傳播性，針對高風險族群進行防治，亦使整體族群受益。</p>	
<p>7-2 受益對象無區別，但計畫內容涉及一般社會認知既存的性別偏見，或統計資料顯示性別比例差距過大者</p>	<p>✓</p>	<p>一、據 105 年衛生福利部死因統計資料顯示，約 4,738 人死於慢性肝病及肝硬化，佔全國主要癌症死因的第 10 位、約 8,353 人死於肝癌，佔全國主要癌症死因的第 2 位。其中男性死於慢性肝病、肝硬化約 3,404 人，佔全國男性主要癌症死因的第 8 位、死於肝癌約 5,619 人，佔全國男性主要癌症死因的第 2 位；女性死於慢性肝病、肝硬化約 1,334 人，佔全國女性主要癌症死因的第 11 位、死於肝癌約 2,734 人，佔全國女性主要癌症死因的第 2 位。數據顯示，肝癌男女皆在死因二位，而慢性肝病及肝硬化男性在主要死亡原因仍在死因前十位，女性則以逐漸下降至十位外。</p> <p>二、急性 C 型肝炎新感染個案風險因子與過去不同，HIV 感染者合併急性 C 型肝炎人數上升，依本部疾病管制署傳染病通報系統統計資料顯示，急性 C 型肝炎病例男性多於女性(性別比約 2:1)；年齡別發生率主要發生在 20 歲以上，隨年齡增加而遞增；另依據血液基金會提供之重複捐血者一年內 C 肝轉陽率資料，經初步分析結果中南部地區急性 C 型肝炎發生率，並無明顯較各地區為高之情形，且男女發生率並無顯著之差異。</p> <p>三、另查感染來源分析資料，與性別具相關性之因素為男男間不安全性行為及合併感染 HIV，未來將與同志健康服務中心、愛滋病指定醫院及相關民間團體合作，針對 HIV 感染者及同志族群，提供疾病諮詢服務並辦理衛教宣</p>	<p>如受益對象雖未限於特定性別人口群，但計畫內容涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性者，請評定為「是」。</p>

			導活動，以強化該等族群之疾病風險意識。	
7-3 公共建設之空間規劃與工程設計涉及對不同性別、性傾向或性別認同者權益相關者		✓	公共建設之空間規劃與工程設計不影響不同性別、性傾向或性別認同者之相關權益。	如公共建設之空間規劃與工程設計涉及不同性別、性傾向或性別認同者使用便利及合理性、區位安全性，或消除空間死角，或考慮特殊使用需求者之可能性者，請評定為「是」。

捌、評估內容

(一) 資源與過程

項 目	說 明	備 註
8-1 經費配置： 計畫如何編列或調整預算配置，以回應性別需求與達成性別目標	<p>一、健康行為調查(BFRSS)分析民眾對於肝病防治認知之調查評估，106 年正確回答「B 型或 C 型肝炎是引起國人肝硬化及肝癌最重要的原因」男女比率分別為 59.9%、66.3%，整體比率為 63.3，因宣導為統一製作，故經費之編列無法依性別編列。</p> <p>二、補助地方政府衛生局，辦理高風險族群(如：HIV 感染者及藥癮者)及一般民眾衛教宣導，並與同志健康服務中心、愛滋病指定醫院及相關民間團體合作，針對 HIV 感染者及同志族群，提供疾病諮詢服務並辦理衛教宣導活動，以強化該等族群之疾病風險意識，此外，與肝炎防治民間團體合作響應 WHO 每年 7 月 28 日「世界肝炎日」宣導主題及相關宣導活動，增加民眾對急性病毒性肝炎之認知與預防，且適時更新網路衛教宣導教材，有關男男間性行為預防急性 B、C 型肝炎防治工作，已明列於經費工作項目之中。</p>	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。

<p>8-2 執行策略：計畫如何縮小不同性別、性傾向或性別認同者差異之迫切性與需求性</p>	<p>依國內外文獻之研究結果，嬰兒垂直感染 B 型肝炎無性別差異。</p> <p>2.高危險群孕婦係指檢驗 HBeAg 陽性者(病毒高度複製狀態，傳染風險高)，因過去台灣屬於 B 型肝炎高盛行率國家，傳染途徑主要透過母子垂直感染，雖自 75 年起全面接種 B 肝疫苗，但 HBeAg 陽性母親所生子女約有 10%之帶原情形，爰透過提供孕婦篩檢服務，了解本身 B 肝感染風險，並經醫護人員、公共衛生人員提供相關衛教資訊，說明其所生子女可透過接種 B 肝疫苗、免疫球蛋白及後續追蹤篩檢追加接種的方式，降低其所生子女感染 B 肝的風險。</p>	<p>計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。</p>
<p>8-3 宣導傳播：計畫宣導方式如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異</p>	<p>一、以標準化死亡率來看慢性肝病疾肝硬化男性標準化死亡率為每十萬人 20.5 人，女性標準化死亡率為每十萬人 6.5%人，男性是女性的 3.2 倍，除此之外，肝癌男性標準化死亡率為每十萬人 32.1 人，女性標準化死亡率為每十萬人 13.2 人，男性是女性的 2.4 倍，男性發生率及死亡率皆比女性高。</p> <p>二、宣導方式係依據定期對民眾進行肝病防治認知之調查 106 年正確回答「B 型或 C 型肝炎是引起國人肝硬化及肝癌最重要的原因」之比率為 63.3%(業包括性別與變項間之交叉分析)，瞭解民眾對肝病防治之認知，包含 B、C 型肝炎篩檢、結合縣市整合性癌症篩檢進行健康行為宣導、追蹤及治療，以及前述是否存在阻礙因素，作為規劃各標的群體的宣導和推廣方案之依據。</p>	<p>說明傳佈訊息給目標對象所採用的方式，是否針對不同背景的目標對象採取不同傳播方法的設計。</p>

<p>8-4 性別友善措施：搭配其他對不同性別、性傾向或性別認同者之友善措施或方案</p>	<p>一、業已在「兒童健康手冊」及「孕婦手冊」中，增列孕婦及幼兒 B 型肝炎檢驗及欄位，以加強提醒 HBeAg 陽性母親攜帶其滿 1 歲幼兒前往醫院進行抽血檢查，民眾對 B 肝篩檢、疫苗接種及急性病毒性肝炎防治如有相關疑義，可洽地方衛生局或疾病管制署諮詢。</p> <p>二、國民健康署鼓勵醫療機構設置青少年親善門診，截至 106 年 12 月止，全台 22 縣市有 93 家醫療院所(查詢網址：http://goo.gl/BbmFTu)，設立友善、隱密「Teens' 幸福 9 號門診」，提供青少年兩性交往、生育健康(含避孕方法)、人際關係及情緒問題等議題之醫療服務及諮詢。國民健康署親善門診醫事人力培訓，包含請醫事人員對於青少年應表現公平友善、不歧視、不評斷且尊重的態度，不管其年齡、性別、婚姻狀況、性取向、文化背景、原生族群、失能與否或其他原因。</p>	<p>說明計畫之性別友善措施或方案。</p>
<p>(二) 效益評估</p>		
<p>項 目</p>	<p>說 明</p>	<p>備 註</p>
<p>8-5 落實法規政策：計畫符合相關法規政策之情形</p>	<p>落實「經濟社會文化權利國際公約」第 12 條、「傳染病防治法」第 27 條。</p> <p>一、計畫中有關急性 B、C 型肝炎控制係為落實傳染病防治法，依據相關實證研究結果，進行問題評析，據以制定防治政策及策略。</p> <p>二、健保署 BC 肝醫療給付方案及 BC 肝治療方案均無性別歧視情事，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療，健保支付方式及內容均無涉性別。</p>	<p>說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，可參考行政院性別平等會網站 (http://www.gec.ey.gov.tw)。</p>

<p>8-6 預防或消除性別隔離：計畫如何預防或消除性別隔離</p>	<p>一、預防母子垂直感染 B 型肝炎、醫療機構對於醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，全面提供安全針具，急性 B、C 型肝炎控制策略依據分析及研究結果訂定，未因性別而有不同。</p> <p>二、健保支付方式及內容均無涉性別，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療。</p>	<p>說明計畫如何預防或消除傳統文化對不同性別、性傾向或性別認同者之限制或僵化期待。</p>
<p>8-7 平等取得社會資源：計畫如何提升平等獲取社會資源機會</p>	<p>一、成人預防保健服務符合 B、C 型肝炎篩檢、慢性 B、C 型肝炎患者接受健保服務之照護治療，急性病毒性肝炎防治之相關資源依疾病控制需要而配置，不因性別而有不平等獲取機會。</p> <p>二、健保支付方式及內容均無涉性別，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療。</p>	<p>說明計畫如何提供不同性別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。</p>
<p>8-8 空間與工程效益：軟硬體之公共空間之空間規劃與工程設計，在空間使用性、安全性、友善性上之具體效益</p>	<p>本計畫未涉及公共空間之空間規劃與工程設計。</p>	<p>1.使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>2.安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>3.友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p>
<p>8-9 設立考核指標與機制：計畫如何設立性別敏感指標，並且透過制度化的機制，以便監督計畫的影響程度</p>	<p>一、以標準化死亡率來看慢性肝病疾肝硬化性標準化死亡率來看男性是女性的 3.2 倍，肝癌標準化死亡率(每十萬人) 男性是女性的 2.4 倍慢性肝病肝硬化及肝癌之性別差異皆為男性較高，惟計畫目標之訂定針對 B、C 型肝炎患者，故本計畫受益對象不因不同性別、年齡、族群者之差別而有差異。</p> <p>二、本計畫屬公共衛生防治計畫，以社會大眾為對象，期降低整體之病毒性肝炎發生情形。另疾管署業已依據相關實證研究結果，進行問題評析，據以制定防治政策及策略並設立計畫指標。</p> <p>三、健保支付方式及內容均無涉性別。</p>	<p>1.為衡量性別目標達成情形，計畫如何訂定相關預期績效指標及評估基準（績效指標，後續請依「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」納入年度管制作業計畫評核）。</p> <p>2.說明性別敏感指標，並考量不同性別、性傾向或性別認同者之年齡、族群、地區等面向。</p>

<p>玖、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。</p>		
<p>9-1 評估結果之綜合說明</p>	<p>慢性肝病及肝硬化經多年來醫界、公衛、學界的努力，已降為十大死因之第十位，肝癌則為癌症死因第二位，在持續加強推動肝病防治工作下，期望降低慢性肝病及肝硬化的死亡率。</p> <p>有關委員之建議及肯定，將有助於肝病防治工作的推廣。</p>	
<p>9-2 參採情形</p>	<p>9-2-1 說明採納意見後之計畫調整</p>	<p>業將委員意見修正於計畫中，讓計畫更具性別概念。</p>
	<p>9-2-2 說明未參採之理由或替代規劃</p>	<p>1. 部分缺乏性別資料，或政策之推動屬整體性時，如健保支付方式、內容及預算分配均無涉性別及年齡，保險對象只要符合條件均可由醫療院所進行收案、追蹤及治療，仍會盡可能考量性別概念加以推動。</p> <p>2. 計畫中有關急性 B、C 型肝炎控制係為落實傳染病防治法，依據該法第 11 條及 12 條，對於傳染病病人，應予尊重及保障，不得予以歧視；另，政府機關（構）、民間團體、事業或個人不得拒絕傳染病病人就學、工作、安養、居住或予其他不公平之待遇。其意涵涵蓋不分性別男女之差異，應予平等之對待。</p>
<p>9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果： 已於 107 年 03 月 27 日將「評估結果」通知程序參與者審閱</p>		

- * 請機關填表人於填完「第一部分」第壹項至第捌項後，由民間性別平等專家學者進行「第二部分－程序參與」項目，完成「第二部分－程序參與」後，再由機關填表人依據「第二部分－程序參與」之主要意見，續填「第一部分－玖、評估結果」。
- * 「第二部分－程序參與」之 10-5「計畫與性別關聯之程度」經性別平等專家學者評定為「有關」者，請機關填表人依據其檢視意見填列「第一部分－玖、評估結果」9-1 至 9-3；若經評定為「無關」者，則 9-1 至 9-3 免填。
- * 若以上有 1 項未完成，表示計畫案在研擬時未考量性別，應退回主管（辦）機關重新辦理。

【第二部分－程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

拾、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱(http://www.taiwanwomenscenter.org.tw/)。			
(一) 基本資料			
10-1 程序參與期程或時間	107 年 3 月 6 日至 107 年 3 月 20 日		
10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	張珽 台大公衛學院健康政策與管理研究所 退休副教授(現兼任) 中華心理衛生協會 理事長 專長:婦女健康 (政策)，心理健康 (政策)，性別教育		
10-3 參與方式	<input type="checkbox"/> 計畫研商會議 <input type="checkbox"/> 性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/> 書面意見		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 可更完整 <input type="checkbox"/> 現有資料不足須設法補足 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 應可設法找尋 <input type="checkbox"/> 現狀與未來皆有困難	<input type="checkbox"/> 有，且具性別目標 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，已很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<input checked="" type="checkbox"/> 有關 <input type="checkbox"/> 無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若 7-1 至 7-3 均評定「否」者，則勾選「無關」)。		
(二) 主要意見：就前述各項(問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估)說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
10-6 問題與需求評估說明之合宜性	合宜，雖仍缺少一些基本性別統計資料，		
10-7 性別目標說明之合宜性	合宜，未來可有更多具性別、年齡、族群等分析結果		
10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	專家性別比例 OK，但是還是建議未來邀請性別健康專家參與		
10-9 受益對象之合宜性	合宜 (對同志等高風險合宜，對影響男女因素原因仍待加強)		
10-10 資源與過程說明之合宜性	部分合宜 只是無資料看到男女在預防、治療、對藥物反應上是否有差異，無法回答性別需求。 未來在宣傳方式與內容應與分析男女年齡族群特色來進行		
10-11 效益評估說明之合宜性	尚合宜，可加入符合 CEDAW 12 條第 24 一般建議		
10-12 綜合性檢視意見	未來撰寫性別影響評估，需多瞭解性別統計、性別分析的意涵，並即時蒐集相關資料以俾未來檢視用。		
(三) 參與時機及方式之合宜性			
還可以			
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。 (簽章，簽名或打字皆可) 張珽			