

台湾医药

主编：林端宜 副主编：肖林榕

鹭江出版社

卫生概观

台湾医药卫生概观

〔闽〕新登字 08 号

台湾医药卫生概观

主编:林端宜 副主编:肖林榕

*

鹭江出版社出版、发行

(厦门市莲花新村香莲里 15 号 邮编:361009)

福州黎明印刷厂 印刷

(福州市黎明兴园路218号 邮编:350002)

开本 850×1168 1/32 11:5 印张 2 插页 275 千字

1998 年 1 月第 1 版

1998 年 1 月第 1 次印刷

印数:1—1000

ISBN 7—80610—443—7
R·24 定价:16.80 元

如有发现印装质量问题请寄承印厂调换

主 编:林端宜 副主编:肖林榕
编写组成员(按姓氏笔画排列):
肖林榕 林丹红 林晓风
林端宜 黄苏萍 曾友长
黎璧莹

鹭江出版社

编写说明

《台湾医药卫生概观》是祖国大陆第一部综览台湾医药卫生概貌的著作。内容涵盖台湾医药卫生的重要指标,卫生行政组织、人力、经费;介绍台湾实施“全民健康保险”、医疗网建设的背景及计划的全部内容,实施过程中的成绩与问题;介绍台湾医疗保健服务:从青少年到老年,从妇女到幼儿,从老年疾病到精神疾病,从紧急救护到边远地区的特殊服务,同时也介绍了对疾病,包括传染性及非传染性疾病的防治;本书还侧重介绍台湾的医政管理与药政管理,台湾的医学教育与医药科研,台湾制药产业的现状、市场及管理;本书独立“中医中药”章节,旨在系统地介绍祖国传统医学在台湾发展的历史与现状。

本书在编写过程中,参考了大量台湾医药卫生资料,力求全面、真实地反映台湾医药卫生发展状况,可供行政领导、科技界、医药卫生界同行借鉴与参考。

本书由长期从事涉台中医药信息研究的福建中医学院闽台中医药信息中心同仁及长期从事涉台医药卫生研究的中国医学科学院信息研究所黎璧莹研究员共同完成。主要撰稿人依序为:林端宜、肖林榕、黎璧莹、曾友长;参写人员还有:黄苏萍、林丹红、林晓风。

作者

1996年6月于福州

目 录

第一章 概况	(1)
第一节 概论	(1)
第二节 重要卫生指标	(4)
第三节 卫生行政组织	(21)
第四节 卫生行政人力及经费	(24)
第五节 医疗卫生资讯	(27)
第二章 医疗卫生保健	(34)
第一节 概论	(34)
第二节 实施“全民健康保险”	(36)
第三节 医疗网建设	(54)
第四节 保健服务	(61)
第五节 特殊医疗服务	(75)
第六节 疾病防治	(83)
第三章 医政与药政	(102)
第一节 概论	(102)
第二节 医政管理	(107)
第三节 药政管理	(133)
第四章 医学教育	(147)
第一节 概论	(147)
第二节 医学各专业教育	(150)

第三节	台湾各医学院校简介·····	(161)
第四节	医事人员的培训及继续教育·····	(173)
第五章	医药卫生科技研究·····	(175)
第一节	概论·····	(175)
第二节	医药卫生科技研究管理·····	(176)
第三节	医药卫生研究的现况与成果·····	(187)
第四节	台湾地区医药科研单位简况·····	(232)
第五节	两岸医药卫生科技的交流·····	(256)
第六章	制药产业·····	(259)
第一节	概论·····	(259)
第二节	台湾制药工业现状·····	(261)
第三节	台湾制药产业市场·····	(263)
第四节	台湾地区制药产业的管理·····	(266)
第五节	台湾中药产业·····	(276)
第六节	台湾制药产业发展的策略·····	(280)
第七章	中医中药·····	(284)
第一节	概论·····	(284)
第二节	台湾中医药历史及现状·····	(286)
第三节	中医药行政与管理·····	(298)
第四节	中医药教育·····	(309)
第五节	中医药科研·····	(322)

第一章 概 况

第一节 概 论

台湾地区的卫生保健状况，可从其重要卫生指标的变化、卫生经费的投入及卫生主管机构的职能、人力的投入等软硬件中体现。

台湾地区人口变化经历了由高出生率、高死亡率向低出生率、低死亡率转变的过程；台湾地区的人口年龄结构图形从金字塔形转为壶形。目前，生产年龄人口（15～65岁）数已小于依赖人口，65岁以上的人口占台湾人口的总数已从1961年的2.49%上升至7.10%，至2000年，台湾老龄人口将达8.1%。据推算估计，2034年起，台湾人口将呈负增长，2036年底人口数将为2 578万人，其中65岁以上人口占总人口的21.7%，14岁以下人口占17.2%，15～65岁人口占61.2%，依赖人口指数达64。

1956年，台湾地区享受健康保险和其他社会保险的人数只占人口总数的3.98%，至1988年，参保人数已上升为37.62%。1995年3月，台湾地区开始实施“全民健康保险”。由于卫生状况的改变，人民生活水平的提高，疾病的结构也发生了显著的变化，

40~50年代时期的传染病和流行病盛行状况已不复存在，代之而起的是以慢性退行性疾病为主的疾病；工业的高度发展，生活节奏的加快，工作紧张繁忙，环境污染的加重以及现代人养成的生息时间紊乱、饮食不节等习惯，使得癌症、高血脂、高血压、精神病等发病率明显增多，艾滋病等西方世界“时髦”病也逐渐侵袭、蔓延。

台湾卫生行政主管部门在管理上分乡镇、县(市)、省(“辖市”)及“行政院”直属“卫生署”，其管理职能涵盖医政、药政、食品卫生、防疫、保健、麻醉药品、中医药等。为提高执法力度及加强规范管理，“卫生署”还直设药物食品检验局、预防医学研究所等将管理与研究融为一体的单位，管理台湾的药品市场、进口药品以及食品等，并附有稽查的权利，同时开展一些相关研究来配合制定一些管理标准，如市售中药材标准、制剂规格标准、药品毒性试验和安全试验标准、各种生物制品的试验试剂管理法规等。

1994年，台湾卫生行政人力的投入计21 869人，其中“学士”以上学历人数占27.37%，绝大部分行政人员是通过考试合格录用的。

以下从1995年台湾“卫生署”公布的“卫生统计提要分析”观其医药卫生发展之现状，公布的数字以1994年底统计为准。

1. 医疗保健支出。(见第四节)

2. 卫生指标。

台湾地区现有人口21 125 792人，其中男性为10 879 563人，女性为10 246 229人，较1993年底增加181 786人，年增长率为8.68%；出生总数为322 263人，死亡总数为113 486人，自然增加人口为208 777人，自然增加率为9.93%。

人口年龄中位数为29岁，其中15岁以下占24.40%，65岁以上占7.37%，15~65岁占68.23%，依赖人口指数为46.57。

每平方千米人口数为 587 人，每户平均为 3.75 人，其中以台北市每平方千米占的人口数最多为 9 763 人，次为高雄市 9 220 人，而屏东、花莲最低，分别为 72 人、77 人。

男性平均寿命为 71.80 岁，女性为 77.72 岁；死亡原因依序为：恶性肿瘤、脑血管疾病、意外事故、心脏疾病、糖尿病、慢性肝病及肝硬化、肾炎及肾变性病、肺炎、高血压、支气管炎和肺气肿、哮喘。

3. 医疗设施、医事人力。

(1) 医疗机构数：共有公、私立医疗院所 15 752 家，较 1993 年底增加 4.58%，其中医院 828 家（包括公立 98 家，私立 730 家），诊所 14 924 家（包括西医 8 511 家，中医 1 876 家，牙医 4 537 家）。

(2) 病床数：共有 103 733 张病床，其中急性病床 78 258 张（含一般病床、加护病床、烧伤病床、洗肾病床、婴儿床、急诊观察床等），慢性病床 16 012 张（含精神病床、结核病床、肝病床等），另有诊所观察床 9 463 张。在总病床数中，公立院所 38 314 张，占 36.94%，私立院所 65 419 张，占 63.06%。平均每万人拥有 48.98 张病床，较 1993 年增加 2.25%；平均每张病床服务人数为 204 人，比上一年减少 4 人。

(3) 医事人力：执业医事人员共 114 076 人，较 1993 年增加 4.14%，其中医师 24 455 人，占 21.44%；中医师 2 833 人，占 2.48%；牙医 6 973 人，占 6.11%；药师 11 025 人，占 9.66%；药剂生 7 737 人，占 6.78%；检验师 4 170 人，占 3.66%；检验生 423 人，占 0.37%；X 线技师 1 699 人，占 1.49%；护理师 23 270 人，占 20.40%；护士 30 464 人，占 26.71%；助产士 905 人，占 0.79%；镶牙生 122 人，占 0.11%。另有金马地区医事人员 113 921 人。平均每万人拥有医事人员 53.87 人，较 1993 年增加

3.26%。

(4) 医院医疗服务：①平均每日出院人数为 5 869 人次，门诊 305 301 人次，急诊 11 916 人次，洗肾 4 912 人次，手术 2 136 人次，接生 540 人次。②病床占床率平均 73.06%，其中急性病床 71.41%，一般病床 72.88%，急性精神病床 70.97%，慢性精神病床 85.92%，结核病床 70.52%，慢性病床 72.41%。③平均住院日数 9.77 天。

台湾地区已初步建成医疗资讯网络，使卫生行政、业务、医院的管理更加规范、便捷。

4. 药商家数。

共有药商 33 579 家（已实施 GMP 的药厂有 227 家），其中药局 1 955 家；西药商 11 943 家（贩卖业者 11 692 家，制造业 251 家）；中药商 9 572 家（贩卖业者 9 321 家，制造业 251 家）；医疗器材商 10 109 家（贩卖业者 9 952 家，制造业 157 家）。另有金马地区药商 6 家。

第二节 重要卫生指标

一、人口政策及相关措施的沿革

人口，是一个地区强弱标志之一，每一个国家或地区人口的数量、素质、结构及分布状况，代表该国家或地区的经济、社会及人文的发展水平。

台湾光复后（1945 年），人口曾因社会的稳定一度上升。国民党迁台后的 1951 年，出生率曾高达 45.97%。1953 年蒋介石对人口问题提出了四项原则：（1）质量并重；（2）人口均衡分布；

(3) 按各地资源分布, 促使人口资源的均衡发展和利用; (4) 城市与农村人口的均衡发展。1961 年 9 月, 成立“台湾人口研究中心”, 开始以科学方法研究人口与家庭问题; 1964 年开始推行“家庭计划”工作; 1968 年 5 月公布“台湾地区家庭计划实施办法”; 1969 年“行政院”发布“人口政策纲领”; 1970 年“内政部”正式成立“人口政策委员会”; 1979 年, 蒋经国要求, 10 年后人口自然增长率应降至 1.25%, 同时实施优生保健; 1984 年 7 月公布了“优生保健法”; 1989 年台湾人口政策的目标又作了相应的调整, 由缓和人口成长, 改为维持人口合理成长。

台湾在推行人口政策中制定了一些相应的措施, 作为民生的保障, 如“儿童福利法”、“都市计划法”、“区域计划法”、“老人福利法”、“残障福利法”、“社会救助法”、“少年福利法”等。

在执行人口政策初期, 1964 年首先推行的避孕器具是“子宫避孕环”, 1967 年增加了口服避孕药, 1970 年起提供避孕套; 1973 年起开始推行男女结扎; 1985 年在实行优生保健之后, 又增加了人工流产措施。在各种避孕方法中以子宫上环接受者最多, 占 67.30%; 口服避孕药占 9.90%; 避孕套使用者占 17.63%; 结扎占 5.17%, 其中未满 30 岁接受结扎的男性约占女性的 54.89%, 但有子女两个或以下的男性接受结扎的人数却为女性的 2.66 倍。

1991 年, 台湾推出新家庭计划, 该计划以优生保健为目标, 成立“人口教育委员会”, 宣传优生保健, 提倡婚前体检, 孕前、产前、产后卫生保健; “卫生署”还成立“新生儿优生筛检中心”, 减少先天性缺陷儿的出生, 确保人口素质。

近年, 台湾妇女生育率逐年降低, 单身贵族、只婚不育者增多, 人口增长缓慢, 加上人口寿命延长, 导致人口老化。为防止这一倾向蔓延, 台湾亦采取一些措施避免晚婚、不婚, 防止离婚, 鼓励育龄妇女生育二胎。1995 年 3 月, 台湾地区实现了“全民健

康保险”，该法将有力地保证并推动上述计划的顺利实施。

二、人口及社会经济状况

（一）人口总数及增长率

台湾原是人口稀少的地区。1905年时，在这3.6万平方千米的土地上只有300万左右居民，这以后人口逐渐增多。1941年人口增至600万；到1961年又翻了一番，人口达到1200万；到1991年底，台湾的总人口数已突破2000万。

1961年，台湾地区的人口密度为每平方千米307.7人，1994年上升为585人，仅次于孟加拉，居世界第二位。其67%的人口集中在仅占全地区面积18%的台北和基隆、高雄和台南、台中三大都会区，以及中坜、新竹、嘉义三个次都会区内，人口密度高达每平方千米2170人。人口的地区分布不合理，是台湾长期存在的问题。

台湾地区人口的发展经历了由高出生率、高死亡率向低出生率、低死亡率转变的过程。1905年，粗出生率为40%以上。1945年第二次世界大战结束后，出生率逐渐上升，到1951年粗出生率达到最高峰，为49.97%，其后逐年下降。1964年开始实行家庭计划之后，粗出生率进一步下降。到1981年已降至22.97%，1984年后降至20%以下，1993年粗出生率为15.59%。由于40年代的死亡登记工作极不准确，故粗死亡率只能从1951年算起，当时的粗死亡率为11.5%，到1993年降至5.30%。人口的增长率在出生率和死亡率都高的时期约为5%；当粗出生率逐渐上升，而死亡率逐渐下降时，人口自然增长率便上升，而且速度加快。因此，1951年粗出生率达到高峰时，人口自然增长率上升到38.40%，达到了历史的最高峰。之后，粗出生率和粗死亡率均迅速下降，人口自然增长率也就随之降低。1991年降至10.53%，1994年下降到9.91%。据分析，如果人口自然增长率仍继续下降，到2036年，估

计会出现人口的零增长。(见表 1—1) 人口老龄化的现象将会加重。

表 1—1 台湾地区人口状况 (1961~1994 年)

年别	人口数 (千人)	人口密度 (每平方千米)	粗出生率 (‰)	粗死亡率 (‰)	自然增长率 (‰)	期望寿命(岁)	
						男	女
1961	11 149	309.70	38.31	6.62	31.69	62.30	66.76
1966	12 993	360.91	32.40	5.36	27.04	65.18	69.74
1971	14 995	415.52	25.64	4.78	20.86	67.19	72.08
1976	16 508	458.56	25.93	4.69	21.24	68.70	73.59
1981	18 136	503.76	22.97	4.83	18.14	69.74	74.64
1986	19 445	540.40	15.92	4.89	11.03	70.97	75.88
1991	20 557	571.02	15.71	5.18	10.53	71.83	77.15
1992	20 752	576.46	15.54	5.33	10.21	71.79	77.22
1993	20 944	581.78	15.59	5.30	10.28	72.00	77.40
1994	21 178	585.00	15.31	5.40	9.91	—	—

但是,城市与县之间的人口增降情况差别较大。从 1961 年到 1981 年,城市人口的增长率下降较快。以人口数最多的三个城市(台北市、高雄市和台中市)与三个县(台北县、桃园县和台中县)作比较,在 1961~1971 年期间,三个城市的平均人口增长率均高于三个县。前者分别为 96.3‰、77.3‰、50.3‰,后者分别为 49.5‰、47.8‰、28.7‰。这三个城市和三个县的人口增长率大多高于同期全地区的平均年增长率(为 36.7‰)。1971~1981 年,三个城市的人口增长率有了明显的下降,尤以台北市为最,下降到 24.4‰,但都没有降至全地区平均年增长率(20.2‰)的水平。三个县中桃园、台中两县的年均人口增长率下降不多,而台北县却有明显的上升,达到 80.9‰。在 1981~1991 年间,全地区的年均人口增长率已降至 13.4‰,上述各市县虽未能降至这一水平,但台北市已下降至 19.7‰,高雄市下降至 13.8‰,台中市下降至 27.5‰,台北县下降至 32‰,桃园县下降至 26.7‰,台中县

下降至 23.3%。市县相比较，从 1961 年到 1991 年，三个城市和三个县的人口年均增长率下降的百分点分别为：台北市 7.66，高雄市 6.35，台中市 2.28；台北县 1.75，桃园县 2.11，台中县 0.54。提示城市地区在控制人口增长方面成效较显著。

（二）人口年龄结构及社会经济状况

台湾地区的人口年龄结构随着出生率和死亡率的变化也发生了改变。1961 年，由于出生率和死亡率均高，人口年龄结构图形呈金字塔形。到 1992 年，则因低出生率和低死亡率使人口年龄结构图形转变为一个壶形。在这期间，15 岁以下人口由 1961 年占 48.85% 下降到 25.76%，而 65 岁以上的人口则由 2.49% 上升至 6.80%。1993 年，15 岁以下人口进一步下降到 25.15%，15~65 岁人口增至 67.75%，65 岁以上者则占 7.10%。按照联合国的标准，台湾地区已迈进老龄化社会。据统计，台湾省 21 个县市中已有 15 个达到老龄化的标准，其中澎湖县最高，老年人口占 10.8%，台东县 9.64%，嘉义县 9.4%，花莲县 9.33%；占比例最低的台北县和台中市也分别达到 5.49% 和 5.72%。

随着人口老龄化，生产年龄人口（15~65 岁）所负担的依赖人口（15 岁以下及 65 岁以上者）数，已从 1961 年的 93.57 人减少为 1992 年的 48.59 人，1993 年进一步减少为 47.60 人。其中 15 岁以下的依赖人口数由 1961 年的 88.75 人减为 38.60 人，而老年的依赖人口则由 4.82 人增为 9.90 人，增加一倍多，到 2036 年将增至 35 人。因此，对老年人的医疗照顾问题已引起社会的极大关注。（见表 1—2）

台湾居民的健康水平不断提高与社会经济的不断发展、居民收入逐年增多有关。1992 年居民的人均收入（9 332 美元）比 1971 年（410 美元）增加 21.7 倍，而人均医疗消费也从 1971 年的 409 元新台币增加到 1992 年的 7 741 元新台币，即增加 17.9 倍（扣

除物价增长因素后实增加 3.2 倍)。医疗消费在民间消费中所占的比例,也由 1971 年的 4.25% 上升到 1992 年的 5.29%。“政府”的医疗保健支出在 1971~1992 年期间也增加 63.04 倍;同期人均分摊得到的“政府”医疗保健费用从 56 元新台币提高到 2 570 元新台币,增加了 44.89 倍。(见表 1—3)

表 1—2 台湾地区人口年龄结构

年别	年底人口数				人群指数(%) *			
	总计 (千人)	15 岁以 下(%)	15~65 岁(%)	65 岁以 上(%)	年少 人口	年老 人口	从属 人口	老年化
1961	11 149	45.85	51.66	2.49	88.75	4.82	93.57	5.43
1966	12 993	43.96	53.33	2.71	82.43	5.08	87.51	6.16
1971	14 995	38.71	58.26	3.03	66.44	5.20	71.64	7.83
1976	16 508	34.67	61.70	3.63	56.19	5.88	62.07	10.47
1981	18 136	31.60	63.99	4.41	49.38	6.89	56.27	13.96
1986	19 356	28.99	65.73	5.28	44.10	8.03	52.14	18.21
1991	20 557	26.33	67.15	6.52	39.21	9.71	48.92	24.76
1996	21 552	23.45	68.99	7.56	34.00	10.96	44.96	32.23
2001	22 678	22.15	69.55	8.30	31.84	11.93	43.77	37.49
2006	23 794	22.72	68.43	8.85	33.20	12.93	46.13	38.96
2011	25 107	22.09	67.98	9.93	32.48	14.61	47.10	44.98

* 计算方式如下:

$$\text{年少人口指数} = \frac{0 \sim 14 \text{ 岁人口数}}{15 \sim 64 \text{ 岁人口数}} \times 100\%$$

$$\text{年老人口指数} = \frac{65 \text{ 岁以上人口数}}{15 \sim 64 \text{ 岁人口数}} \times 100\%$$

$$\text{从属人口指数} = \frac{(0 \sim 14 \text{ 岁人口数} + 65 \text{ 岁以上人口数})}{15 \sim 64 \text{ 岁人口数}} \times 100\%$$

$$\text{老年化指数} = \frac{65 \text{ 岁以上人口数}}{0 \sim 14 \text{ 岁人口数}} \times 100\%$$

表 1—3

台湾地区一般社会指标

年别	经济增长率 (%)	人均 GNP (美元)	人均 收入 (美元)	医疗消费 占民间消 费的比例 (%)	“政府”医 疗开支占 “政府”开 支的比例 (%)	社会保 险人数占 总人口的 比例(%)	受教育程度 高等 识字 教育 率 (%) (%)
1961	6.84	152	142	4.20	—	6.25	2.0 74.1
1966	8.97	237	221	4.25	—	7.10	2.5 76.9
1971	13.01	443	410	4.25	1.51	8.71	4.1 83.2
1976	13.70	1 132	1 041	4.64	2.19	12.71	5.6 87.9
1981	5.76	2 669	2 443	5.07	2.20	17.83	7.5 90.1
1986	12.57	3 993	3 646	5.17	3.61	28.72	9.4 92.0
1989	7.33	7 512	6 889	4.61	3.43	44.47	10.5 92.9
1990	5.02	7 954	7 285	4.71	3.64	47.21	10.8 93.2
1991	7.24	8 788	8 050	5.06	3.08	49.35	11.5 93.9
1992	6.02	10 215	9 329	5.29	3.13	54.08	12.4 93.9
1993	5.94	—	9 636	5.47	2.23	55.99*	13.1 94.0*

* 含金门、马祖地区。

三、生命统计

(一) 生育率与死亡率

台湾地区的粗出生率在 1951 年时高达 49.97‰, 1966 年仍在 32‰ 以上。1968 年及 1969 年, 台湾当局陆续颁布“台湾地区家庭计划实施办法”和“人口政策纲领”后, 出生率逐渐下降。在 70 年代初, 出生率降至 25.64‰, 到 90 年代初, 出生率进一步下降, 1994 年出生率为 15.31‰。

在人口政策的推动下, 妇女生育率也呈现出持续下降之势。每千名妇女的净繁殖率(‰)从 1961 年的 2 488.4 下降到 1991 年的 799.8, 并且从 1984 年开始, 人口净繁殖率已下降到人口替换水平“1”以下。(见表 1—4)

随着社会经济的发展, 居民生活水平的提高, 以及医疗技术的进步, 台湾地区的死亡率也有了很大变化。粗死亡率已由 1952