

先進國家對於外籍愛滋感染者之醫療服務制度研析

黃思怡^{1*}、王貴鳳¹、黃彥芳¹、陳昶勳²

摘要

近年國際組織為了落實疾病平權，積極推動解除愛滋感染者跨越國境的障礙，為順應國際潮流，我國近年亦積極推動「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正，並已於2015年2月4日公布，解除對於外籍愛滋感染者入境、停留及居留的嚴格限制。當各國陸續解除愛滋感染者跨越國境的限制，伴隨而來的是對外籍愛滋感染者提供醫療服務的制度問題。而對於感染者來說，是否能夠在可以負擔的範圍內，取得某一國家的愛滋醫療服務，亦成為感染者考量是否前往該國求學、工作或生活的重要因素之一。本文綜覽美國、加拿大、澳洲、紐西蘭、德國、英國及日本等先進國家對於外籍愛滋感染者申請各類簽證之限制，各國私人保險、社會保險、國民保健服務對於外籍人士之給付情形，以及在各國不同醫療服務制度下感染者需支付的部分負擔，期望從不同層面瞭解先進國家醫療資源對於外籍愛滋感染者之可近性。總結來說，許多先進國家的長期簽證申請限制仍嚴，抑或於就醫時收取高額部分負擔，故其醫療資源對於外籍愛滋感染者之可近性仍有許多障礙，建議感染者前往他國求學、工作或生活時，應事先瞭解該國相關規定，並考慮自費投保商業保險或者自行攜帶藥物前往。

關鍵字：外籍人士、愛滋病、醫療資源、可近性、先進國家

¹衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組

投稿日期：2015年11月18日

²衛生福利部疾病管制署新興傳染病整備組

接受日期：2016年03月30日

通訊作者：黃思怡^{1*}

DOI：10.6524/EB.20170110.33(1).001

E-mail：smile523@cdc.gov.tw

前言

近年國際組織為了落實疾病平權，積極推動解除愛滋感染者跨越國境的障礙，為順應國際潮流，我國近年亦積極推動「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」（以下簡稱權益保障條例）部分條文修正，並已於 2015 年 2 月 4 日公布，解除對於外籍愛滋感染者入境、停留及居留的嚴格限制。

當各國陸續解除愛滋感染者跨越國境的限制，伴隨而來的是對外籍愛滋感染者提供醫療服務的制度問題，因愛滋藥品所費不貲，且各國醫療服務制度不同，故本文試圖透過綜整先進國家對於外籍愛滋感染者申請各類簽證之限制，私人保險、社會保險、國民保健服務對於外籍人士之給付情形，以及在各國不同醫療服務制度下，感染者需支付的部分負擔數額，期望瞭解各國對於外籍愛滋感染者的醫療費用給付現況，並作為本國籍愛滋感染者前往他國取得醫療資源，以及我國未來規劃外籍愛滋感染者醫療服務的參考。

材料與方法

因本文涉及各國移民法規及醫療服務制度，各項相關規定繁複，為避免語言隔閡造成資料誤判，故搜尋標的以十大醫藥先進國家（美國、加拿大、英國、德國、澳洲、日本、法國、瑞士、比利時、瑞典）中，於撰寫文章時可取得與本文議題相關英語資料之前六個國家為主，再加上普遍被認為是先進國家且官方語言為英語之紐西蘭。資料搜尋是透過 Google 搜尋引擎，以移民及醫療相關關鍵字，分別限定各國網域搜尋。資訊大多數來自各國官方網站，輔以部分民間團體網站、學術文章及新聞等資料來源，並經確認為截稿時可取得的最新資訊。最後比較分析美國、加拿大、澳洲、紐西蘭、德國、英國、日本及我國等八國之制度。

結果

目前先進國家的愛滋醫療皆由該國的醫療服務制度提供，其中私人保險 (private insurance) 及社會保險 (National Health Insurance) 的主要財源為保費，美國一般醫療保險屬私人保險，日本、德國、美國老人健康保險及我國全民健康保險屬於社會保險；國民保健服務 (National Health Service) 的主要財源則為稅收，英國、加拿大、澳洲及紐西蘭屬於此類 [1]。

本文就先進國家醫療資源對於外籍愛滋感染者的可近性，針對以下三個層次進行探討。第一個層次是感染者可否通過該國長期居留簽證申請，第二個層次是感染者持有的簽證類型是否得以投保該國健康保險或使用醫療服務，第三個層次則是就醫時支付部分負擔的數額多寡。必須注意的是，依各國醫療服務制度的不同，需付出的保費或稅額亦是為數不小的隱形醫療成本，惟保費或稅額多與個人收入呈現正相關，難以齊頭式橫向比較，故本文在醫療費用支出部分僅就部分負擔數額進行探討。以下將分別介紹前開七個先進國家對於外籍人士的簽證申請規定及醫療給付情形（表一）。

表一、先進國家對外籍愛滋感染者簽證申請規定及醫療給付情形

			
國家	愛滋感染是否影響簽證申請	醫療保險或服務之投保或加入資格*1	愛滋醫療費用部分負擔數額*2
美國	愛滋感染影響簽證申請之規定已刪除，但申請永久居留簽證時，會依病況嚴重程度判定	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久／臨時居留簽證者 領有工作或學生簽證者 	每年可高達 6,600 美元或以上 (217,800 臺幣)
加拿大	申請六個月以上或永久居留簽證時，難以通過審查	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久居留簽證者 領有工作或學生簽證者視各省規範而定 	每年 1,865 加幣以上 (46,625 臺幣)
澳洲	申請三個月以上或永久居留簽證時，難以通過審查	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久居留簽證者及其配偶／子女／父母 領有工作簽證者 	每次 114.9 澳幣 (2,873 臺幣)
紐西蘭	申請十二個月以上或永久居留簽證時，難以通過審查	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久居留簽證者及其 17 歲以下子女 領有兩年以上工作簽證者 領有特定種類學生簽證者 	每次處方 5 紐元 (110 臺幣)
德國	向部分邦政府申請三個月以上或永久居留簽證時，難以通過審查	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有居留簽證的工作者及其配偶／子女 領有工作及學生簽證者 	每年可高達 1,900 歐元或以上 (70,300 臺幣)
英國	否	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久居留簽證者及其配偶／子女 合法工作者及學生 (六個月以上課程) 	0 (2012 年起愛滋醫療資源開放任何身份免費使用)
日本	否	<ul style="list-style-type: none"> 公民或領有永久居留簽證者 領有三個月以上居留簽證者 	每年可高達 720,000 日圓以上 (216,000 臺幣)

*1 本欄僅呈現常用資格，詳細資格請查閱各國健康保險或醫療服務網站。

*2 部分負擔數額比較係以一般狀況為基礎，不列入各國提供特殊族群（例如低收入者、老人或小孩等）之補助或減免。

註：簽證申請規定、醫療保險或服務的投保或加入資格以及部分負擔數額皆可能隨時變動。

一、美國

依據美國移民及國籍法(Immigration and Nationality Act, INA)，任何外籍人士被確認感染「具公共衛生重要性的傳染性疾病(Communicable Disease of Public Health Significance)」，則不具申請該國簽證的資格[2]。自 2010 年 1 月 4 日起，美國正式將愛滋感染從具公共衛生重要性的傳染性疾病清單中移除[3]，自此愛滋感染單一因素已不再是被拒絕發給美國簽證的原因之一。然而，當申請永久居留簽證（俗稱綠卡）時，申請者是否造成該國「公共負擔(public charge)」，仍為重要的評估因素之一[4]，因此，如感染者病況嚴重，亦有可能因此無法取得永久居留簽證[5]，當然移民官亦會綜合考量感染者本身及其親屬（需為美國公民或永久居留簽證持有者）的財力狀況等因素作成決定[4]。

在 2010 年歐巴馬總統簽署「病患保護與可負擔健保法案」(Patient Protection and Affordable Care Act, Obamacare)後，使更多人符合投保一般私人醫療保險的條件，並規定保險公司不得因被保險人病況拒絕其投保，且訂定了被保險人每年除保費外額外支付金額的上限（以 2015 年為例，最高每年每人 6,600 美元，每戶 13,200 美元）[6]。對於外籍人士來說，領有永久或臨時居留簽證者及領有工作或學生簽證者，得以選擇投保依該制度制定費率的保險方案[7]。然而，2014 年 5 月，愛滋協會及國家健康法案計畫組織(AIDS Institute and the National Health Law Program)聯合向美國衛生部投書表示，歐巴馬健保實施後，保險公司仍然透過分級機制降低愛滋藥品的可近性，並提高感染者需額外支付的金額[8]。

二、加拿大

依據加拿大移民及難民保護法(Immigration and Refugee Protection Act, IRPA)，來自大多數國家（傳染病發生率高於加拿大者）的外籍人士申請六個月以上或永久居留簽證時，需要接受醫學檢查（包含愛滋病檢測），如果經評估申請者可能對公眾健康或安全構成威脅，或可能會有醫療或社會服務的「過度需求(excessive demand)」，則可因「醫學上不被接受(medical inadmissibility)」之理由駁回簽證申請。2014 年 12 月加拿大政府更新「過度需求閾值(excessive demand cost threshold)」為每年 6,387 加幣，意即簽證申請者預計居留期間（例如求學及工作期間，或是一生），每年造成的政府支出不可超過該金額。因此，對於感染者申請簽證之審查來說，會根據醫學檢查結果，判斷何時需要開始服用愛滋藥物，並計算居留期間使用醫療或社會服務的預期成本。已開始服藥的感染者是難以通過審查的，除非感染者於居留期間不增加該國支出，例如充分證明擁有私人保險且足夠支付愛滋醫療費用，或是由其配偶或父母（需為加拿大公民或永久居留簽證持有者）擔保[9]。

依據加拿大的國民保健服務規定，外籍人士領有永久居留簽證者可加入，領有工作或學生簽證者則視各省規範而定[10]。即使一位非常健康的感染者通過加拿大的居留簽證審查，並且加入國民保健服務，除在 British Columbia 省可獲得免費的愛滋醫療之外，在其他省份居留的感染者每年仍需負擔高達 1,865 加幣（1999 年幣值）以上的部分負擔[11]。

三、澳洲

依據澳洲移民法(Migration Act)，大部分的外籍人士申請三個月以上及永久居留簽證時，需要接受醫學檢查（包含愛滋病檢測），如果經評估申請者可能對公共衛生構成威脅或對整體社會造成危害、可能損害醫療資源或社會服務的可近性、或是可能會造成整體社會的「顯著支出(significant cost)」，則可因不符合「健康條件(health requirement)」而駁回簽證申請。現行澳洲政府訂定「顯著支出閾值(significant cost threshold)」為 40,000 澳幣，短期居留簽證申請者預計居留期間（例如工作期間）或是永久居留簽證申請者每 5 年造成

的政府支出不可超過該金額。對於感染者來說，會依醫學檢查報告評估未來的病情發展是否可能在居留期間達到顯著支出。已經開始服藥的感染者是難以通過審查的，除非感染者證明其自行攜帶藥物、充分證明其不會造成公共支出（例如雇主可全額負擔藥費），或是改以申請較短期的停留簽證（因為不具使用該國醫療資源的資格）[12–14]。感染者如有配偶、父母或子女為澳洲公民或永久居留簽證持有者，可申請健康條件豁免，但移民官仍會綜合評估各項因素後決定[12]。

依據澳洲的國民保健服務規定，外籍人士領有永久居留簽證者及其配偶、子女、父母以及領有工作簽證者可加入[15]。一位非常健康的感染者如通過澳洲簽證申請，並且加入國民保健服務，以 2016 年來說，每次每種藥品處方需負擔 38.3 澳幣的部分負擔（愛滋治療藥品平均每次開立三種藥品則為 114.9 澳幣，每次可領取兩個月份量），該年度所有藥品部分負擔支出達到安全網上限(safety net threshold)1,475.7 澳幣後，則改以較低費率支付部分負擔[16–17]。此外，針對外籍學生，澳洲政府偕同數家私人保險公司特別設計海外學生健康保險(Overseas Student Health Cover, OSHC)，但如在加保前即為感染者，則在一年等待期中不會給付任何愛滋醫療費用[18]。

四、紐西蘭

依據紐西蘭移民法(Immigration Act)，外籍人士申請十二個月以上及永久居留簽證時，需要接受醫學檢查（包含愛滋病檢測），如果經評估申請者可能對公共衛生造成危害，或可能會造成整體醫療或特殊教育服務的「顯著支出或需求(significant costs or demands)」，則可因不符合「可接受的健康標準(acceptable standard of health)」而駁回簽證申請。紐西蘭政府現行設定顯著支出數值為 41,000 紐幣，居留簽證申請者每 5 年造成的政府支出不可超過該金額。對於感染者來說，會依醫學檢查報告評估未來的病情發展是否可能在居留期間造成顯著支出或需求，原則上感染者是無法通過審查的，除非感染者證明其有能力負擔或由他人支付醫療費用、有充足的私人健康保險等。感染者如有配偶或父母為紐西蘭公民或永久居留簽證持有者，可申請健康標準豁免，但移民官仍會綜合評估各項因素後決定[19]。

依據紐西蘭的國民保健服務規定，外籍人士領有永久居留簽證者及其 17 歲以下子女、領有兩年以上工作簽證者及領有特定種類學生簽證者可加入[20]。然而因感染者幾乎無法通過十二個月以上及永久居留簽證申請，故亦無法進入該國使用醫療資源。如能通過簽證申請，並加入國民保健服務，則每次處方僅需負擔 5 紐元的部分負擔[21]。

五、歐洲

在德國，向部分邦政府申請三個月以上的居留簽證時，需要接受醫學檢查（包含愛滋病檢測），如果證實為感染者，則簽證申請會被駁回[22]。依據

德國社會保險規定，領有居留簽證者或領有工作、學生簽證者可以加保，但是就醫部分負擔在醫療費用的 1–10% 之間，故每年可高達 1,900 歐元或以上 [23]。

英國對於感染者的居留簽證申請則無任何限制 [22]，且國家保健服務自 2012 年起開放愛滋醫療資源給外籍人士免費使用 [24]。

六、日本

日本對於感染者的短期或永久居留簽證申請無任何限制 [22]，但目前日本並無引進外籍勞工的政策。公民或領有永久居留簽證者、領有三個月以上居留簽證者可以投保社會保險 [25]，但是就醫部分負擔是醫療費用總額的 30% [1]。另外，某些費用需要自己全額負擔，如住進醫院的單人房的「差額床費」或使用保險中沒被承認的治療藥，故愛滋醫療費用的部分負擔每年可高達 720,000 日元或以上 [26]。

七、臺灣

我國自 2015 年 2 月 4 日起解除外籍愛滋感染者入境、停留及居留的限制，惟於其確診開始服藥兩年內之醫療費用，依法由公務預算補助。現階段考量我國移民政策係採全面開放及未向感染者收取部分負擔等因素，權衡國家財政狀況，在外籍感染者部分，僅補助在臺灣地區合法居留之外籍配偶（含大陸地區、香港、澳門）及於我國醫療過程中感染之外籍人士 [27]。另在居留與定居健康檢查證明應檢查項目表中，提醒其他外籍人士於進入我國後不會獲得愛滋醫療費用補助，並鼓勵其留在母國接受治療或自行購買醫療保險 [28]。而於愛滋感染者確診開始服藥兩年後之醫療費用，如感染者為我國全民健康保險對象，依法係由全民健康保險給付 [29]。

討論

雖然近年國際組織積極推動解除愛滋感染者跨越國境的障礙，然經細究先進國家的移民法規，可發現部份國家審查外籍愛滋感染者長時間居留申請依然嚴格，申請者居留期間對該國醫療服務制度之經濟衝擊是非常重要的評估條件。

目前各國愛滋醫療皆由該國醫療服務制度提供，領有特定種類簽證者方可投保，且許多國家收取的部分負擔數額頗高，惟獨英國開放任何身份皆可免費使用愛滋醫療資源，但因該政策可能吸引鄰近國家感染者前往，其國內亦逐漸出現反對聲浪 [30]。

總結來說，許多先進國家的長期簽證申請限制仍嚴，抑或於就醫時收取高額部分負擔，因此其醫療資源對於外籍愛滋感染者之可近性仍有許多障礙。建議感染者前往他國求學、工作或生活時，應事先瞭解該國相關規定，並考慮自費投保商業保險或者自行攜帶藥物前往。

參考文獻

1. 衛生福利部中央健康保險署：各國健保制度比一比。取自：www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1526。
2. U.S. Bureau of Consular Affairs. Ineligibilities and Waivers: Laws. Available at: travel.state.gov/content/visas/english/general/ineligibilities.html.
3. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Final Rule Removing HIV Infection from U.S. Immigration Screening. Available at: www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/laws-regs/hiv-ban-removal/final-rule.html.
4. U.S. Citizenship and Immigration Services. Public Charge. Available at : www.uscis.gov/green-card/green-card-processes-and-procedures/public-charge.
5. Immigration Equality. HIV Ban End & HIV-Based Immigration. Available at: www.immigrationequality.org/get-legal-help/our-legal-resources/visa-questions/hiv-ban-hiv-based-immigration-applications.
6. ObamaCare Facts. Benefits Of ObamaCare: Advantage of ObamaCare. Available at: obamacarefacts.com/benefitsobamacare.
7. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Immigration status and the Marketplace. Available at: www.healthcare.gov/immigrants/immigration-status.
8. Jacobs DB, Sommers BD. Using drugs to discriminate--adverse selection in the insurance marketplace. *N Engl J Med* 2015; 372(5): 399–402.
9. Canadian HIV/AIDS Legal Network. Immigration and Travel to Canada for People Living with HIV: Questions and Answers. Available at: www.aidslaw.ca/site/canadas-immigration-policy-as-it-affects-people-living-with-hiv-questions-and-answers.
10. Citizenship and Immigration Canada. Canada's universal health-care system. Available at: www.cic.gc.ca/english/newcomers/after-health.asp.
11. Canadian AIDS Society. The Economic Cost of HIV/AIDS in Canada. Available at: www.cdn aids.ca/economic.
12. HIV/AIDS Legal Centre. Positive migration guide. Available at: halc.org.au/publications/guides-to-hiv-and-the-law/.
13. Australian Department of Immigration and Border Protection. Significant costs and services in short supply. Available at: www.border.gov.au/Trav/Visa/Health/overview-of-the-health-requirement/significant-costs-and-services-in-short-supply.
14. Parliament of Australia. Chapter 3 The Migration Health Requirement. Available at: www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Joint/Completed_Inquiries/mig/disability/chapter3#fn17.
15. Department of Human Services. Eligibility for Medicare Card. Available at: www.humanservices.gov.au/customer/enablers/medicare/medicare-card/eligibility-for-medicare-card.

16. Pharmaceutical Benefits Scheme. Fees, Patient Contributions and Safety Net Thresholds. Available at: www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/front/fee.
17. National Association of people with HIV Australia. Poz Action: Antiretroviral co-payments for people with HIV in Australia. Available at: napwha.org.au/about-us/poz-action/poz-action-antiretroviral-co-payments-people-hiv-australia.
18. Department of Health. Overseas Student Health Cover - Frequently Asked Questions. Available at: www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/overseas+student+health+cover+faq-1.
19. Immigration New Zealand. Immigration New Zealand Operational Manual. Available at: www.immigration.govt.nz/opsmanual.
20. Ministry of Health. Guide to eligibility for publicly funded health services. Available at: www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/eligibility-publicly-funded-health-services/guide-eligibility-publicly-funded-health-services-0.
21. Ministry of Health. Prescription charges. Available at: www.health.govt.nz/your-health/conditions-and-treatments/treatments-and-surgery/medications/prescription-charges.
22. The Global Database on HIV related travel restrictions. 2012-2013 Quick Reference - Entry and residence regulations for people living with HIV. Available at: www.hivtravel.org/Default.aspx?pageId=161.
23. Mostardt S, Hanhoff N, Wasem J, et al. Cost of HIV and determinants of health care costs in HIV-positive patients in Germany: results of the DAGNÄ K3A Study. *Eur J Health Econ* 2013; 14(5): 799–808.
24. National AIDS Trust. Who has to pay? Available at: http://www.nat.org.uk/media/Files/Publications/Aug15_Who_has_to_pay.pdf.
25. Osaka Foundation of International Exchange. Are foreigners eligible for National Health Insurance? Available at: www.ofix.or.jp/life/eng/medical/01.html#02.
26. Tokyo Foreigners. The Current State of HIV/AIDS in Japan. Available at: <http://www.tokyo-foreigners.com/living-tips/the-current-state-of-hiv-aids-in-japan/>.
27. 衛生福利部 105 年 3 月 15 日部授疾字第 1050300166 號公告。
28. 衛生福利部 104 年 2 月 6 日部授疾字第 1042100032 號公告。
29. 人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例。
30. Daily mail. Immigrants, HIV and the true cost to the NHS: Should the 'International Health Service' be treating patients who come here with the killer disease, asks SUE REID. Available at: www.dailymail.co.uk/debate/article-2788843/immigrants-hiv-true-cost-nhs-international-health-service-treating-patient-s-come-killer-disease-asks-sue-reid.html#ixzz3q1fo35fN.

1989–2015 年臺灣受聘僱外國人健康檢查制度的演進與革新

張育菁^{1*}、黃志傑¹、林詠青²、吳麗琴¹、何麗莉¹、吳怡君¹

摘要

我國自 1989 年開放引進從事勞務型工作之受聘僱外國人（簡稱外籍勞工或外勞），由於其主要來自東南亞傳染病高風險國家，外籍勞工健康檢查措施亦同時施行，以降低傳染病境外移入風險。本文蒐集 1989 年至 2015 年外勞健檢制度相關資料，區分「行政依據與中央主管機關」、「健檢時程與核備程序」、「健檢項目」以及「母國認可醫院及國內指定醫院管理」等四個面向分述其變化。截至 2015 年，外勞健檢措施已施行 26 年餘，期間配合法規修正及防疫目的等歷經多次調整，尤以近年因應國際間重視勞工人權及配合資訊化管理所採行重要變革，皆在本文中詳細描述。未來，外勞健檢措施將依循政府勞工政策、國際疫情與各國移工管理經驗等持續更新，俾能兼顧勞工人權、經濟發展與防疫安全。

關鍵字：受聘僱外國人、外籍勞工、健康檢查

前言

2004 年，我國依據「就業服務法」訂定「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」，使得受聘僱外國人健康檢查具有專屬的法規命令。依據上述辦法規定，受聘僱外國人分兩類，第一類為從事技術型工作者，屬白領階級，多來自先進國家；第二類為從事勞務型工作者（簡稱外籍勞工或外勞），屬藍領階級，多來自開發中國家[1]。考量防疫需求，我國採「藍領從嚴，白領從寬」原則，白領階級除依法律規定之專任外國語文教師外，並無健檢要求，而藍領階級則要求入境前後之健檢。

臺灣自 1989 年開放引進外籍勞工，當時稱為「海外補充勞工」[2]，初期主要來自印尼、菲律賓、泰國及馬來西亞，皆為產業外勞。而後馬籍勞工人數逐年降低，1999 年開始引進越南籍勞工；同時，因應高齡化社會，開放社福外勞引進，比例也逐年增加。2015 年底，國內外勞主要來自印尼(40%)、菲律賓(21%)、泰國(10%)及越南(29%)，包括 62%的產業外勞及 38%的社福外勞，總數約 60 萬人[3]（圖一）。

¹衛生福利部疾病管制署檢疫組

投稿日期：2016 年 10 月 03 日

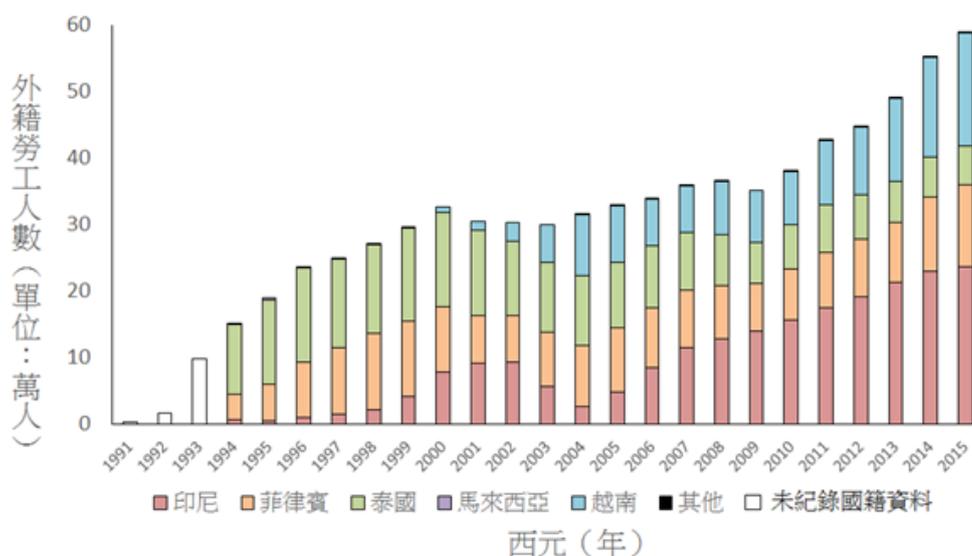
²衛生福利部疾病管制署預防醫學辦公室

接受日期：2016 年 10 月 12 日

通訊作者：張育菁^{1*}

DOI：10.6524/EB.20170110.33(1).002

E-mail：CYC445113@cdc.gov.tw



圖一、1991-2015年臺灣外籍勞工人數（國籍別）

配合法規修正及防疫需求等，外勞健檢制度歷經數次變動，相關文獻有限，且皆僅論及 2012 年以前之變化[1,4-7]。近年為落實勞工權益保障及因應資訊時代來臨，外勞健檢制度採行許多重要變革。然而制度變革之內容與緣由，未有相關文獻探討。本研究目的即在檢視我國 1989-2015 年的外籍勞工健康檢查制度的變革及其緣由，做為未來制度調整的參考。

材料與方法

本文回顧 1989 年至 2015 年臺灣的外勞健檢與境外移入法定傳染病疫情相關文獻並調閱相關公文。搜尋法務部全球法規資料庫中外勞健檢相關法規之沿革。透過訪談中央主管機關法制人員及外勞健檢業務資深同仁以及外勞健檢資訊系統相關人員蒐集歷史資料。另外，由勞動部統計資料庫獲得各年度外勞人數及國籍等資訊[3]。

本研究將外籍勞工健康檢查制度分為四個面向探討，包括「行政依據與中央主管機關」、「健檢辦理時程與核備程序」、「健檢項目」及「母國認可醫院及國內指定醫院之管理」。

結果

一、行政依據與中央主管機關

我國於 1989 年依據「十四項重要建設工程人力需求因應措施方案」開放引進產業外勞[1]，其健康檢查之中央主管機關為衛生署防疫處[5]。1991 年依據「因應當前人力短缺暫行措施」進一步開放六大行業得申請產業外勞[1,8]；而社福外勞則至 1992 年公布「因應家庭照顧殘障人力短缺暫行措施」才開放引進[9]，同年公布「外國人聘僱許可及管理辦法」，外勞之聘僱與健檢制度始

有法源依據。1998年7月，外勞健檢之中央主管機關改為衛生署檢疫總所，隔(1999)年7月，衛生署疾病管制局成立，並由其承接業務[5,10]。「外國人聘僱許可及管理辦法」歷經四次修正，於2004年1月13日廢止，外勞健檢規定獨立訂定於「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」。因應政府組織改造，疾病管制局於2013年改制為衛生福利部疾病管制署[10]。

二、健檢時程與核備程序

(一) 辦理時程

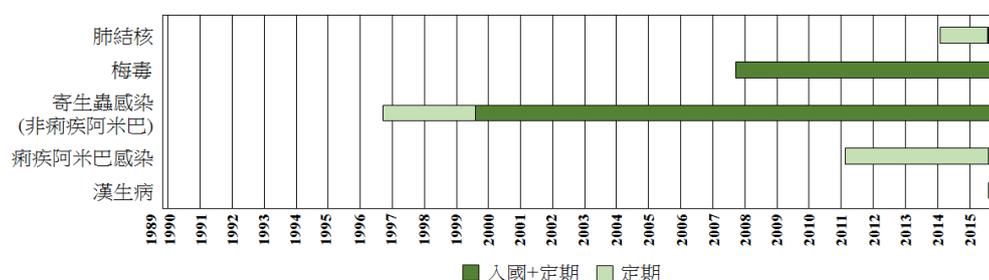
1989年，外勞來臺必須自費進行母國健檢及入國健檢（入國後3日內辦理）[2]。考量部分傳染病有潛伏期，1992年增加定期健檢規定，於每滿6個月之翌日起7日內辦理[5]。為使外勞有充裕的時間辦理健檢，1996年放寬入國健檢於入國後7日內辦理，定期健檢於每滿6個月之日前後1個月內辦理[5]。但因放寬入國健檢的辦理時間與防疫時效性有所牴觸，故於1998年再改回入國後3日內辦理，定期健檢改於每滿6個月之日前後30日內辦理[5]。為減輕外勞負擔，2004年刪除12及24個月定期健檢[5]。

(二) 核備程序

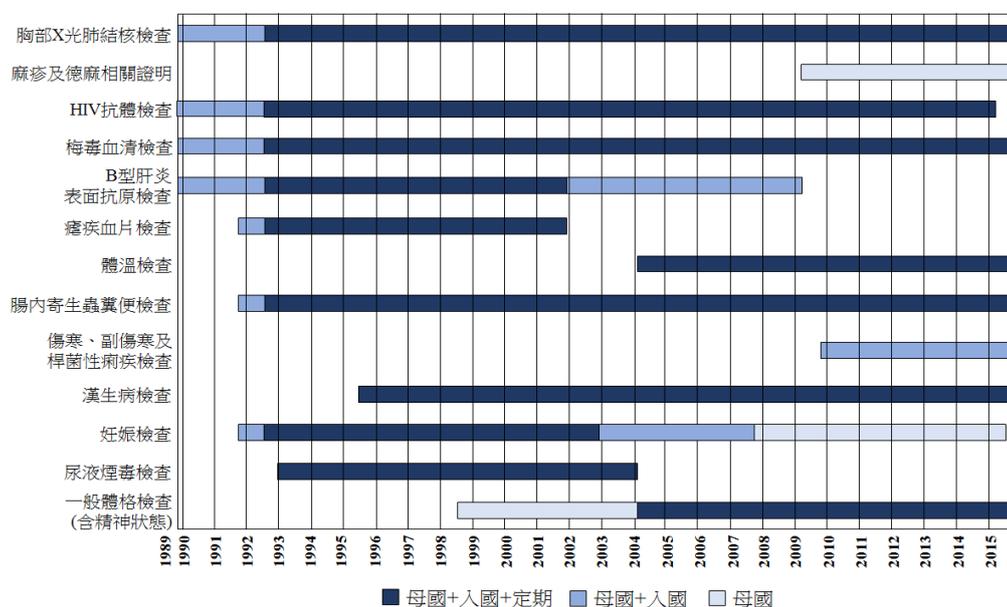
1. 母國健檢：由外交部駐外館處審查，不合格者不予核發簽證。
2. 入國健檢：1989年，雇主須於外勞入境10日內檢附健檢證明向警察機關辦理居留證；1992年，改送衛生局備查；1996年，送件時間延長為15日[5]。1998年，為加速取得聘僱許可效率，改送中央主管機關申請聘僱許可。2001年外勞健檢資訊化，由行政院勞工委員會於收件後人工登錄健檢資訊，並將外勞基本資料及入國健檢資訊交換至「外籍勞工健康管理資訊系統」。2015年試辦醫院於健檢之次日起7日內上傳健檢結果清單至資訊平臺，再透過勞動部交換至系統中；待勞工主管機關完成配套措施後，將能免除健檢合格者之雇主送件程序，但健檢不合格者之雇主仍須送件補正相關資料。
3. 定期健檢：1989年，雇主須於醫院發報告起3日內檢附健檢證明向衛生局核備；1998年，送件時間延長為15日；2004年，送件時間起算改為雇主收受健檢證明日[5]。2001年資訊系統上線，由衛生局於收件後人工建置健檢資訊至「外籍勞工健康管理資訊系統」；並將資訊交換至勞動部，使其亦能掌握外勞定期健檢情形。2014年，由醫院於健檢之日起25日內上傳健檢結果清單，並送交核章紙本清單至衛生局；「不合格」及「須進一步檢查」之健檢證明須上傳至平臺或寄送至衛生局。上傳之資料由衛生局匯入系統中，免除健檢合格者之雇主送件程序，但健檢不合格者之雇主仍須送件補正相關資料。2015年起，為簡化流程，核章之紙本清單由醫院自行留存，上傳時間縮短為10日。

三、健檢項目

依據法規沿革，1996年起，新增定期或入國健檢不合格者得留臺治療規定（圖二）。2000年公告適用廢止外國人聘僱許可之指定傳染病，此公告於2002年就業服務法修正後取得法源依據，至2015年為止，歷經4次修正。依傳染途徑區分之傳染病與非傳染病之相關檢查項目變革（圖三）如下：



圖二、1989-2015年臺灣外籍勞工健康檢查不合格得留臺治療規定演進



圖三、1989-2015年臺灣外籍勞工健康檢查項目演進

(一) 空氣或飛沫傳染

1. 胸部 X 光肺結核檢查：自 1989 年起即納入檢查項目中，不合格者不予核發聘僱許可。為兼顧雇主及勞工權益，2014 年新增定期健檢不合格者得留臺治療規定；2015 年起，放寬入國健檢不合格者亦得留臺治療。
2. 麻疹及德國麻疹之抗體檢驗報告或預防接種證明：麻疹及德國麻疹主要透過空氣或飛沫傳染，傳染力極強。2007 年 6 月間，國內連續發生兩起外勞德國麻疹群聚事件[11]，引起政府高度關切。考量仍有部分國人未曾接受麻疹腮腺炎德國麻疹混合(MMR)疫苗接種，且根據國外研究顯示，接種第二劑 MMR 疫苗 12 年後，有高達 10% 的人偵測不到德國麻疹抗體[12]，為防止境外移入麻疹及德國麻疹，2009 年母國健檢新增本項目。

(二)性接觸或血液傳染

1. HIV 抗體檢查：自 1989 年起即納入檢查項目中，不合格者不予核發聘僱許可。基於國際人權趨勢，配合 2015 年「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」取消非本國籍 HIV 感染者入境、停留及居留限制，於同年刪除本項目。
2. 梅毒血清檢查：自 1989 年起即納入檢查項目中，不合格者不予核發聘僱許可。依據 2007 年之臨床研究發現，Penicillin G benzathine 之注射可有效治療各期梅毒[13]。故於 2007 年起，入國健檢及定期健檢不合格者得留臺治療。
3. B 型肝炎表面抗原檢查：自 1989 年起即納入檢查項目中，然因 B 型肝炎屬於血液傳染疾病，而外勞來臺並非從事血液體液接觸或身體侵入性處置行為之高風險工作，2000 年起，定期健檢免驗。基於 B 型肝炎帶原者於一般工作狀況下並無傳染之虞，2009 年刪除本項目[7]。

(三)蟲媒傳染

1. 瘧疾血片檢查：臺灣在 1965 年已由 WHO 宣布成為瘧疾根除地區[14]，而在 1988 年時，東南亞各外勞來源國均為瘧疾高風險地區，且我國 1990 年 1 月至 8 月的 26 名瘧疾個案皆為境外移入[15]，故於 1991 年新增本項目。然而，由於瘧疾未發病時之血片檢出率偏低，而發病時會有極度不適症狀，患者多會主動就醫等因素，2000 年刪除本項目[14]。
2. 體溫檢查：2003 年因應 SARS 疫情，始於港埠設置發燒篩檢站，登革熱個案也因體溫異常而獲得攔阻[16]。爰 2004 年新增本項目，以期及早發現以急性高燒為主要症狀的蟲媒傳染病。

(四)食物或飲水傳染

1. 腸內寄生蟲糞便檢查：由於外勞來源國均為腸道寄生蟲盛行區域，1991 年新增本項目；1995 年敘明本項目包括痢疾阿米巴原蟲，以防醫院漏檢[5]。為兼顧雇主及勞工權益，1996 年新增定期健檢不合格且非屬痢疾阿米巴者得於 30 日內治療複檢規定；1999 年，入國健檢不合格且非屬痢疾阿米巴者亦可治療複檢；2007 年時間延長為 45 日，2015 年更延長至 65 日[5]。另外，阿米巴性痢疾個案於 2011 年起，定期健檢檢出者得於 75 日內治療複檢，2015 年起，入國健檢檢出者亦得治療複檢，但時間以 65 日為限。
2. 傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查：2009 年 1 月至 5 月，印尼籍勞工境外移入傷寒的個案共 17 名（為 2008 年同期的 3 倍），自同年 10 月 15 日起，印尼籍勞工母國健檢及入國健檢新增本項目 [17]。接連數年，傷寒檢出率大幅降低，但桿菌性痢疾檢出率卻居高不下，因此自 2012 年起列為印尼籍勞工母國及入國健檢之必要項目。

(五) 接觸傳染

漢生病檢查：原稱為癩病檢查，2009 年更名為漢生病檢查。1994 年，依據世界衛生組織統計，全球約有 180 萬名病例，其中 70% 在東南亞[1]。1995 年衛生署防疫處於外勞健檢增列本項目[1]，為兼顧雇主及勞工權益，2015 年起，允許入國或定期健檢不合格者可以留臺治療。

(六) 非傳染病

1. 妊娠檢查：為避免女性外勞在臺工作期間懷孕生子，1991 年起新增本項目[1]。部分外勞為了仍能留臺工作，透過合法或非法方式墮胎，除了危害母體健康，也引發人權問題[18]。為保障懷孕女性外勞的工作權，2002 年起，定期健檢免驗；2007 年起，入國健檢免驗；2015 年刪除本項目。
2. 尿液煙毒檢查：為加強毒品防制，1992 年增列本項目，內容包含安非他命及嗎啡[5]。2000 年，母國健檢增加大麻檢查。然而，基於其屬犯罪預防而非健康檢查範疇，且國內辦理外勞健檢的指定醫院僅極少數為認可濫用藥物尿液檢查機構，2004 年刪除本項目。
3. 一般體格檢查（含精神狀態檢查）：由於 1993 年曾經發生外籍看護殺死受照顧長者事件，而引發國人關切外勞精神疾病的問題[1]。為了確保外勞之精神健康，1996 年母國健檢增列精神狀態檢查[5]；1997 年起，增列一般體格檢查，包含精神狀態檢查[5]。

四、母國健檢認可醫院及國內健檢指定醫院之管理

(一) 母國認可醫院

1989 年，外勞健檢須由居住所在地公立醫院或經母國政府認可之醫院辦理；1992 年起，改由經我國中央衛生主管機關認可之醫院辦理[5]。申請認可之醫院須取得該國政府衛生及勞工主管機關核准得辦理勞工健康檢查之相關證明，並檢附「檢驗項目」、「檢驗方法」、「儀器名稱」、「試劑」、「標準作業手冊」、「人力配置及證照」等資料予我國當地駐外單位初審，再經外勞健檢中央主管機關審查通過者，成為認可醫院[5]。為簡化認可醫院的申請與管理程序，2005 年發布「外勞母國健康檢查醫院申請程序及廢止基準」。醫院取得該國政府衛生及勞工主管機關核發之證明後，通過駐外單位初審及國內主管機關複審，即成為認可醫院。為了確保健檢品質，外勞入國健檢結果不合格率偏高或有開具不實健檢報告或健檢作業有不法情事者，將廢止認可資格[19]。至 2015 年為止，認可醫院共 68 家，包含印尼 36 家、菲律賓 12 家、泰國 6 家、越南 13 家及蒙古 1 家。

(二) 國內指定醫院

1989 年起，外勞健檢由公立醫院或教學醫院辦理；1993 年起，改由衛生署指定醫院辦理，指定醫院的資格為公私立區域級以上的教學醫院

[5]。1996 年公告「行政院衛生署外勞健檢醫院之指定與撤銷注意事項」做為管理依據，指定醫院除為區域級以上教學醫院，尚須參加指定機構品管監測及抽查[5]。1999 年新增規定，指定醫院經撤銷後，二年內不得再申請為指定醫院[5]。2004 年公布的「受聘僱外國人入國後健康檢查醫院指定與管理辦法」，取代上述注意事項；至 2015 年為止，本辦法歷經 5 次修正。上述辦法公布後，醫院有 2 年緩衝時間取得實驗室認證，否則將廢止指定資格；最後共有 60 家醫院通過審查。

由於部分縣市沒有醫院符合申請資格，為達便民目的，2009 年將埔里基督教醫院及臺大醫院雲林分院列為試辦醫院，2010 年試辦醫院再新增臺北榮總玉里分院。但試辦醫院為暫時性措施，因此仍鼓勵各醫院積極取得指定醫院資格並主動提出申請。2013 年，埔里基督教醫院成功申請成為指定醫院。至 2015 年為止，可辦理外勞健檢的醫院共 73 家，包含 4 家離島醫院及 2 家試辦醫院。

討論與建議

檢視 26 年來外勞健檢制度的變化，行政依據由行政規則改為法規命令，使外勞健檢的執行具有更明確的依據。健檢辦理時程從原本的母國及入國健檢，新增每滿 6 個月之定期健檢，再刪去 12 及 24 個月的定期健檢，兼顧外勞權益與防疫目的。核備程序逐步規劃完成由雇主人工送件改為醫院上傳資料，使外勞健檢核備更具效率，同時也降低雇主的負擔。健康檢查項目除防疫考量，已刪除許多項目，同時皆新增留臺治療規定，顯見我國對外勞人權的重視。另外，透過相關行政規則及法規命令的管理，使母國認可醫院及國內指定醫院之健檢品質更具保障。

本文詳述外勞健檢制度的演進與革新理由，然而這些改變對我國疫病管理所造成的影響，仍待進一步研究分析。此外，近年國際間新興傳染病或地區流行疫情頻傳，外勞健檢屬於人員檢疫重要的環節，衛生主管機關必須密切關注國際疫情變化，依據外勞母國疾病風險、病原傳染途徑與危害程度等，適時調整外勞健檢制度，降低傳染病境外移入的風險。

誌謝

感謝疾病管制署檢疫組吳麗珠科長、祝幼如科員、冷偉緒先生以及德菲資訊鄭金碧小姐提供相關資料，使本文可以順利完成。

參考文獻

1. 許須美：外勞與國內防疫問題。疫情報導 1996；12(11)：339-55。
2. 臺灣省政府：十四項重要建設工程人力需求因應措施方案。臺灣省政府公報 1991；春字(9)：9-12。

3. 勞動部：統計資料庫。取自：<http://statdb.mol.gov.tw/evta/jspProxy.aspx?sys=100&kind=10&type=1&funid=wqrymenu2&cparm1=wq14&rdm=enZllnqn>。
4. 許昭純：外籍勞工健康管理業務簡介。疫情報導 1999；15(8)：266–71。
5. 吳麗珠、王仁德、林文斐等：外籍勞工健康檢查制度回顧與展望。疫情報導 2005；21(8)：569–86。
6. 吳麗珠、黃彥芳、楊靖慧：2001–2007 外籍勞工健康檢查概況。疫情報導 2009；25(7)：440–52。
7. 吳麗珠、冷偉緒、顏哲傑：2008–2012 年外籍勞工健康檢查概況。疫情報導 2014；30(2)：20–8。
8. 高雄市政府：因應當前人力短缺暫行措施（核定本）。高雄市政府公報 1991；冬字(1)：16–31。
9. 郭林璋：老人養護機構運用外籍監護工之效益與困境。社區發展季刊 2003；104：402–12。
10. 衛生福利部疾病管制署：沿革與成果。取自：<http://www.cdc.gov.tw/page.aspx?nowtreeid=2A3C89E6840CED4F&treeid=CEBDD9807D700B40>。
11. 王士娟、高銓吟、施秀等：2007 年苗、桃地區外籍勞工集體感染德國麻疹群聚事件。疫情報導 2008；24(7)：459–68。
12. LeBaron CW, Forghani B, Matter L, et al. Persistence of Rubella Antibodies after 2 Doses of Measles-Mumps-Rubella Vaccine. *J Infect Dis* 2009; 200: 888–99.
13. Michele Van Vranken. Prevention and Treatment of Sexually Transmitted Diseases: An Update. *Am Fam Physician* 2007; 76(12) :1827–32.
14. 楊文志、張惠莉、張淑年等：瘧疾監測。疫情報導 2000；16(10)：447–52。
15. 王寰峯：瘧疾疫情簡介。疫情報導 1990；6(9)：67–75。
16. 簡慧儀、李雪梅：桃園國際機場發燒篩檢站成效概況分析。疫情報導 2007；24(1)：38–50。
17. 吳麗珠、陳婉青、林明誠等：2009 年印尼勞工境外移入傷寒疫情及其介入措施。疫情報導 2011；27(5)：50–5。
18. 張幼燕、陳才友、林英欽等：外勞健檢不合格因素與相關公共衛生議題探討。臺灣醫界 2005；48(5)：27–31。
19. 衛生福利部疾病管制署：外勞母國健康檢查醫院申請程序及廢止基準。取自：<http://www.cdc.gov.tw/list.aspx?treeid=AA2D4B06C27690E6&nowtreeid=E2E03C52598CD5F6>。

日期：2016 年第 50–52 週(2016/12/11–12/31) DOI: 10.6524/EB.20170110.33(1).003

疫情概要：

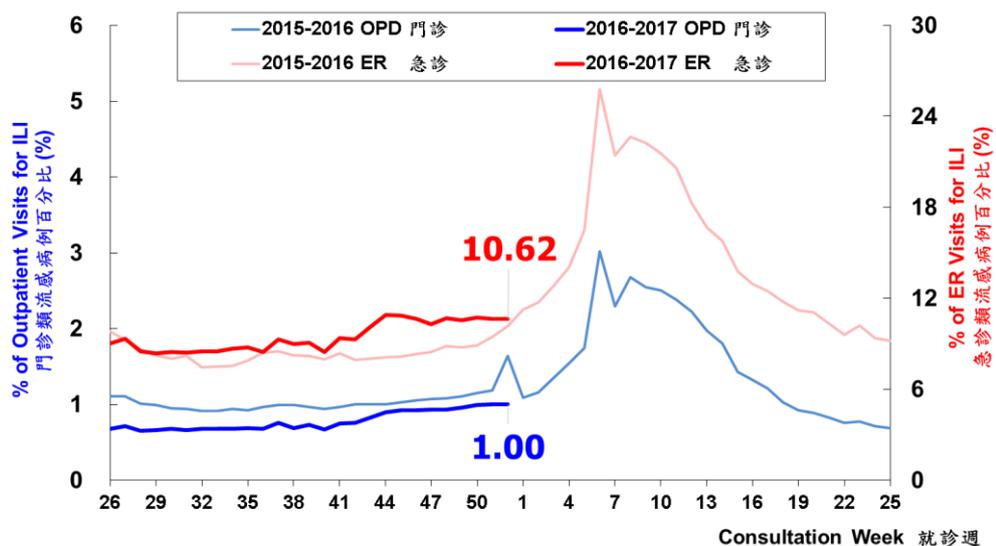
國內流感重症通報數近三週緩升，健保住院人次與門急診類流感就診病例百分比近期持平，社區流感病毒以 H3N2 型為主，病毒抗原性資料顯示 98% H3N2 病毒與本流感季疫苗株吻合，未檢出抗藥性病毒株；氣象預報未來一週各地日夜溫差大，疫情可能緩升。國內腸病毒輕症疫情逐漸趨緩，社區檢出病毒以克沙奇 A 型為主，腸病毒 71 型仍有散發個案。

全球累計 69 國家／屬地出現茲卡病毒本土病例；美國佛羅里達州及德克薩斯州卡梅倫郡本土疫情持續；新加坡、泰國茲卡疫情趨緩，惟近期與菲律賓仍有新增病例，我國茲卡境外移入及本土病例發生風險持續。中國大陸 H7N9 流感進入流行季節，今年疫情上升速度較往年同期為高，將持續監測。

一、流感

(一)國內疫情

1. 流感輕症：門急診類流感就診病例百分比近期持平。
2. 流感併發重症：第 52 週通報數較前一週上升。本流感季累計 244 例(86% H3N2 型、2% H1N1 型、6% A 未分型、5% B 型、1% 同時感染 H3N2 及 B 型)，其中 31 例經審查與流感相關死亡病例(22 例 H3N2 型、1 例 H1N1 型、4 例 A 未分型、3 例 B 型、1 例同時感染 H3N2 及 B 型)。
3. 第 50 週社區流感病毒主要流行型別以 H3N2 為多，抗原性監測資料顯示 98% H3N2 病毒與本流感季疫苗株吻合。無檢出抗藥性病毒株。



圖一、近 2 個流感季類流感門急診監測

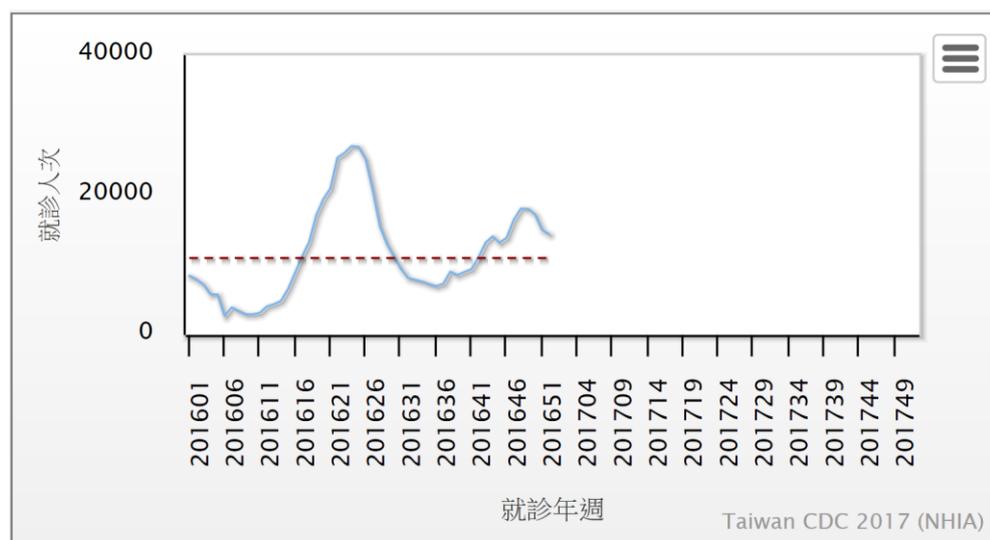
(二)國際疫情

趨勢 國家	2016-2017年流感季				
	活動度	週別	監測值	主要流行型別	疫苗吻合度
韓國	上升 (進入流行期)	第52週	門診就診千分比：86.2	H3N2型	均為H3N2型 且均相似
歐洲	上升 (進入流行期)	第51週	定點陽性率：47%	H3N2型	H3N2及B型與本季疫苗株相似， H1N1型則均與南半球下 季疫苗株相似
美國	上升 (ILI逾基礎值)	第51週	陽性率：10.4%	H3N2型	H3N2型及B/Vic分別為 96%、88%，餘均相似
中國大陸	南、北方 均上升	第51週	陽性率：全國23.6% (南方24.3%，北方22.7%)	H3N2型	H3N2型及B/Yam分別為 99%、91%，餘均相似
加拿大	上升 (進入流行期)	第50週	陽性率：11.7%	H3N2型	各型別均相似
日本	上升 (進入流行期)	第50週	定醫平均報告數：5.02	H3N2型	H3N2型、H1N1型、 B/Vic及B/Yam分別為 80%、99%、99%、 100%相似
香港	下降	第52週	陽性率：4.32%	H3N2型	-

二、腸病毒

(一)國內疫情

- 1.腸病毒輕症：逐漸趨緩。第52週全國門、急診就診人次(14,428人次)，較第51週(15,040人次)下降4.1%。
- 2.腸病毒併發重症：2016年累計33例，其中感染腸病毒71型23例、克沙奇A4型、A6及B3型各2例，感染克沙奇A2、A5、B4及伊科18型各1例。
- 3.腸病毒71型監測：2016年累計145例輕症、23例重症。
- 4.第50週社區腸病毒主要流行型別為克沙奇A型，以克沙奇A2病毒為主。



圖二、2016年腸病毒健保門急診就診人次趨勢

(二)國際疫情

國家	累計數 疫情趨勢	2016年		備註
		截止點	報告數(死亡數)	
香港	處高水平	12/24	急診就診千分比:1.5	與去年同期相當
澳門	疫情上升	12/11	3,479	高於去年同期
泰國	相對低點	12/25	78,667(3)	去年同期的2.1倍
新加坡	相對低點	12/24	41,636	去年同期的1.5倍
韓國	相對低點	12/24	門診就診千分比:0.5	與近4年同期相當
日本	過高峰，疫情下降	12/18	67,157	高於去年同期
越南	過高峰，疫情下降	12/4	46,388(0)	低於去年同期
中國大陸	疫情上升	11/30	2,322,616(192)	去年同期的1.2倍

三、茲卡病毒感染症**(一)國際疫情****1.美國本土疫情**

- (1)佛羅里達州：第 52 週新增 3 例本土病例，與邁阿密郡有關；自 2016 年 7 月底出現本土病例後迄至 12/28 累計 256 例，另累計 17 例感染地不明。
- (2)德克薩斯州卡梅倫郡(Cameron)：第 52 週無新增本土病例，自 2016 年 11/28 至 12/22 累計 6 例。
- (3)佛州邁阿密郡(Miami-Dade)及德州卡梅倫郡(Cameron)共 2 郡旅遊疫情建議列為警示(Alert)。

2.其他東南亞國家本土疫情

- (1)菲律賓：第 52 週新增 14 例；2016 年累計 52 例，包含 4 名孕婦，以中部伊洛伊洛市 14 例最多。
- (2)泰國：疫情趨緩，近期每週新增約 15 例；2016 年截至 11/18 累計 728 例，包含 80 名孕婦；累計報告 2 名小頭症個案。
- (3)新加坡：疫情趨緩，第 52 週新增 1 例，2016 年截至 12/30 累計 456 例，17 名孕婦感染；目前已無群聚區。
- (4)越南：第 52 週無新增病例；2016 年累計 164 例，以中南部胡志明市 154 例占最多，餘分布於慶和省、富安省、平陽省、隆安省、茶榮省、多樂省、巴地頭頓省、嘉萊省及同奈省；報告 1 名小頭症個案。
- (5)馬來西亞：第 52 週無更新病例；2016 年至 12/17 累計 8 例，分布於砂拉越州、沙巴州、雪蘭莪州及鄰近新加坡之新山等地區，包含 2 名孕婦。

3.世界衛生組織(WHO)12/29 宣布 2015 年至 2016 年 12/28 累計 69 國家／屬地出現本土流行疫情

(1) 65 個國家／屬地持續具流行疫情或可能有本土傳播：包括泰國、菲律賓、越南、印尼、新加坡、馬來西亞、馬爾地夫 7 國。

(2) 4 個國家曾有疫情，惟 2016 年尚未報告病例：寮國、巴布亞紐幾內亞、索羅門群島、萬那杜。

(3) 13 國出現性傳播本土病例：美、加、義、法、葡、紐、德、阿根廷、智利、秘魯、西班牙、荷蘭及英國。

(二)國內疫情：我國 2016 年第 50–52 週無新增病例；2016 年累計 13 例，均為境外移入，感染國家分別為泰國 4 例、越南及馬來西亞各 2 例，印尼、新加坡、聖露西亞、聖文森及格瑞那丁及美國（佛州邁阿密）各 1 例。

四、人類新型 A 型流感—H7N9 流感

(一)香港：2016 年 12/30 公布去年入秋後第二例，70 歲男，具慢性病史，12/13–16 至廣東省深圳市及中山市旅遊，期間曾經過流動活禽攤販，感染源調查中；一名同行友人出現症狀，檢驗呈陰性。

(二)中國大陸：湖南省、江西省、貴州省、上海市上週共新增 4 例，其中除上海市個案外，餘均為該省去年入秋後首例，已知 2 例具禽類接觸史；提升貴州省旅遊疫情建議至第二級：警示(Alert)。自 2016 年入秋(10/1)迄今累計 22 例，分別為中國大陸江蘇省及安徽省各 5 例，福建省、上海市及香港各 2 例，浙江省、廣東省、湖南省、江西省、貴州省及澳門各 1 例。往年 11 月至次年 5 月為流行季，根據中國疾控中心報告，部分地區疫情上升速度高於往年同期。

(三)全球：自 2013 年迄今累計 820 例，WHO 於 2016 年 12/19 更新統計，累計 322 例死亡。

五、國際間旅遊疫情建議等級

疫情	國家／地區		等級	旅行建議	發布日期
人類禽流感	中國大陸	浙江省、廣東省、安徽省、湖南省、上海市、江西省、江蘇省、四川省、福建省、山東省、湖北省、河北省、北京市、天津市、遼寧省、河南省、雲南省、廣西、貴州省	第二級 警示(Alert)	對當地採取加強防護	2017/1/3
		其他省市，不含港澳	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/8/18

字粗體：疫情更新

(續上頁表格) 國際間旅遊疫情建議等級表

疫情	國家/地區	等級	旅行建議	發布日期
登革熱	東南亞地區 9 個國家： 印尼、泰國、新加坡、 馬來西亞、菲律賓、寮國、 越南、柬埔寨、緬甸 南亞地區 1 國家：斯里蘭卡	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/8/16
麻疹	中國大陸、哈薩克、剛果民主 共和國、獅子山、奈及利亞、 印度、羅馬尼亞			2016/11/1
中東呼吸症候 群冠狀病毒感 染症 (MERS)	沙烏地阿拉伯	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2015/6/9
	中東地區通報病例國家： 阿拉伯聯合大公國、約旦、 卡達、伊朗、阿曼、科威特	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2015/9/30
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、奈及利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2015/12/1
茲卡病毒 感染	北美洲 1 國、中南美洲 47 國/ 屬地、大洋洲 8 國/屬地、 亞洲 7 國、非洲 2 國	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2016/12/6
	亞洲 1 國、大洋洲 3 國/屬地	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/10/28
拉薩熱	奈及利亞、多哥	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/6/14

字粗體：疫情更新

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地 址：臺北市中正區林森南路 6 號

電 話：(02) 2395-9825

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2017;33:[inclusive page numbers].[DOI]

發行人：周志浩

總編輯：林詠青

執行編輯：陳學儒、李欣倫、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>