

調 查 報 告

壹、案由：結核病高居我國傳染病死因之首位，每年新罹病者近一萬五千例，政府相關機關是否善盡防治職責暨結核病防治體系有無闕漏等情，均應予深究乙案。

貳、調查意見：

依據行政院衛生署疾病管制局（下稱疾管局）之統計，民國（下同）97年66種報告傳染病中，結核病之確定病例數為14,265人，多重抗藥性結核病之確定病例數為104人，而當年結核病之死亡數為762人，占所有法定傳染病死亡總數914人之83.37%。結核病以懸殊之差距，位居第一，既為國內最嚴重之傳染病，亦為最亟待解決之防疫問題！

惟查我國防癆體系建制歷史悠久，相關防疫單位亦賡續執行二期「加強結核病防治方案」五年計畫〈83年度至92年度〉暨「結核病十年減半全民動員計畫」〈95年1月1日至104年12月31日〉，對照上開統計顯示衛生主管機關對於結核病防治成效仍待檢討改善。

為究明原因，案經向疾管局、台北縣政府衛生局、國立台灣大學醫學院附設醫院（下稱台大醫院）調閱相關卷證，並於98年5月26日、7月29日兩度約詢疾管局主管人員，茲已調查竣事，爰將調查意見臚陳如次：

一、疾管局未能達成「結核病十年減半全民動員計畫」既定績效指標，進度落後猶未加速追趕，確有怠失：

（一）聯合國千禧年發展目標於6.C項下明訂「2015年瘧疾與主要疾病的發生減半並開始反轉發生率」，而主要疾病即包含了結核病，亦即在該指標6.8即為結核病的發生率、盛行率和死亡率。因而世界衛生組織(WHO)乃於2006年1月發布新的結核病防治計畫(The Global Plan to Stop-TB 2006~2015)，希望在2015年時，結核病的發生率可以減半並且反轉發生率，俾達成千禧年之發展目標。

（二）疾管局為呼應世界衛生組織上開千禧年之發展目標，並鑑於該局92年之統計資料顯示，我國結核病發生率是美國的13倍，日本的2.7倍，且有超過300

例的多重抗藥性結核病人，因此結核病的防治工作，是傳染病防治的首要事項，提供結核病患高品質及完整的治療，更是當務之急。疾管局爰提報方案，擬訂台灣將自 95 年 1 月 1 日起朝結核病十年減半的目標推進，行政院乃於 95 年 7 月正式核定我國結核病十年減半動員計畫，其目標為：

1、透過發現病人 (Find TB)、治療病人 (Cure TB) 為主要策略。

2、全國性預期績效指標：

(1) 總體指標：自計畫起始至第五年 (民國 99 年) 發生率降至 52 人/10 萬人口；第十年 (民國 104 年) 個案發生率降至 34 人/10 萬人口；個案追蹤治療後年齡標準化完治率達 90% 以上。

(2) 年度指標：

年度 \ 指標	95	96	97	98	99
年齡標準化完治率 (%)	91	91.5	92	92.5	93
個案追蹤治療結果 18 個月失落率 (%)	1.65	1.6	1.5	1.4	1.3

3、地方性預期績效指標：自計畫起始至第五年 (民國 99 年)，有 1/2 縣市個案發生率減半；第十年 (民國 104 年)，所有的縣市個案發生率減半。

(三) 惟查疾管局截至 97 年底為止 (已執行 3 年) 之績效為：

1、全國性總體指標：自 95 年 1 月計畫起始之個案發生率 72.5 人/10 萬人口至第三年發生率降至 62.2 人/10 萬人口，下降幅度僅為 14.2%，顯見其防治成果之績效不彰。

2、地方性預期績效指標：全國 25 縣市自計畫起始至第 2.5 年，僅連江縣、新竹市、南投縣、花蓮縣等 4 縣市個案發生率下降較明顯，而嘉義市、台中市、台南市、澎湖縣、金門縣等 5 縣市個案發生率反倒較計畫起始時還增加(如附表 1)。

(四)綜上，疾管局未能達成行政院核定「結核病十年減半全民動員計畫」之全國性與地方性預期績效指標，進度已然落後卻未思加強管制考核措施，妥謀追趕進度，以如期達成既定績效指標，核該局確有怠忽職守之違失。

二、疾管局迭經整併防癆行政機構為科級位階，專責人力、預算經費益趨縮減，難辭輕忽漠視結核病防治業務之咎：

(一)有關結核病防治專責行政機構，係 88 年 7 月配合精省組織調整，將前台灣省慢性病防治局改制為前衛生署慢性病防治局，隸屬該署中部辦公室，下轄該署台中、嘉義、台南慢性病防治院，其編制員額高達 571 人(含公共衛生護士)。嗣又配合精省第二階段組織調整作業，於 90 年 7 月 12 日將結核病防治公共衛生業務移由疾管局之結核病防治組掌理，而原慢性病防治局派駐各衛生所公共衛生護士 319 人亦隨業務移撥該局。

(二)自防癆業務移撥疾管局後，防癆專責行政機構名稱原為結核病防治組，嗣整併為結核病防治科，現則為結核病防治科(兼理漢生病業務)，亦即其行政位階層級淪為連獨立之「科」都不如；又目前該局從政策規劃推動、流病監測分析、研究檢驗至疫苗製造等配置防癆專責人力，於總局部分共有 53 人，另分局負責督導各縣市防治工作者共有 34 人，總計僅為 87 人；足見該局迭次組織調整作業，防癆專責

機構位階一再降低其行政層級，專責人力乃隨之逐漸縮編。

(三)結核病防治年度預算經費益趨縮減：

- 1、卷查疾管局 96~98 年度單位預算總數分別為 5,927,181 千元、5,986,628 千元、6,336,243 千元。其中結核病防治總經費為 1,257,101 千元、1,239,117 千元、1,239,102 千元，分別占該局預算總數之 21.21%、20.70%、19.56%(如附表 2)。
- 2、由上可知，行政院雖已核定「結核病十年減半動員計畫」，惟該局挹注於結核病防治年度預算經費卻逐年益趨縮減，顯難支應業務所需。

(四)綜上，疾管局迭經整併防癆行政機構縮編為科級位階，專責人力、預算經費亦益趨縮減，實難辭輕忽漠視結核病防治業務之咎。

三、疾管局執行都治計畫係結核病防治之重要策略，惟查我國績效遠遜於一般國家平均水準，核有欠當：

(一)查短程直接觀察治療計畫(下稱都治計畫，DOTS)係聯合國世界衛生組織自西元 1993 年起全力推動之結核病防治策略，希望藉由觀察員之嚴密監督下，確保病人持續服下藥物，俾如期治癒，並避免抗藥性細菌之產生，以保護抗結核藥物之效力，據推估，在一個沒有抗藥性結核病或其發生率極低之地區，實施都治計畫理論上可使結核病之治癒率高達 95%，故其防治效果良好。然而國內實施都治計畫結核病人完成治療之比率僅 64%(由於國人高齡罹病者眾，結核病人之年齡層分布，65 歲以上者占 50%、結核病人之死亡數，65 歲以上者高達 80%)，較一般國家平均超過 85%之完治率為低。

(二)次查世界先進國家 2006 年結核病防治成果(以結核病負擔來推估)之國際比較：我國及美國都治個案治

療成功率均為 64%、日本都治個案治療成功率為 60%，略低於我國，南韓及新加坡都治個案治療成功率均為 83%，則顯著高於我國。

項目 國別	發生率 (每 10 萬人口)	死亡率 (每 10 萬人口)	都治涵蓋率 (%)	都治覆蓋下 治療成功率 (%)
我國	87.0	4.0	100	64
美國	4.3	0.4	100	64
日本	22.0	2.7	99	60
南韓	88.0	10.0	100	83
新加坡	26.0	2.2	100	83

(三)綜上，確保病人在觀察員面前「送藥到手、服藥入口、嚥下再走」之 DOTS 計畫，是遏止產生抗藥性細菌之不二法門。惟查國內實施該計畫後，95 年結核病人完治率僅為 64%，雖肇因於國人罹病之年齡層偏高，惟已遠遜於鄰近同為高齡化國家之南韓及新加坡都治個案治療成功率均為 83%，更未達一般國家平均超過 85% 完治率之水準，核有欠當。

四、疾管局編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現兩套統計數據，核與國內防治實況不一，易滋混淆誤導，洵有可議：

(一)按疾管局編印之 2008 年台灣結核病防治年報，有關結核病發生率與盛行率推估方法為：

- 1、世界衛生組織(WHO)年報提到有關結核病發生率之推估方法為： $incidence = deaths / proportion \text{ of incident cases that die}$
- 2、我國推估台灣結核病負擔發生率，係參照前項公式，利用衛生署公告之 2006 年結核病死亡率(死亡率=當年結核病死亡數/年中人口數)除上致死率(致死率=2006 年新案因結核病死亡數/2006 年

新案數)。

- 3、本年報有關台灣結核病負擔盛行率之推估，係利用推估所得之發生率乘上疾病病期(duration of condition)。
- 4、有關 duration of condition 各國計算時採用之係數不同(範圍約為 0.5~3.5)；經參考文獻與其他國家數據後，利用推估得來之發生率乘上 1.3 年來推估台灣結核病負擔盛行率。

(二)查疾管局編印之 2008 年台灣結核病防治年報，呈現國內與國際比較使用之兩套不同統計數據：

- 1、疾管局編印之上開年報之前言指出「結核病為台灣法定傳染病中，每年確定個案數及死亡數最多的傳染病，以 2006 年來看，新發病的個案數為 15,378 人(所有新案的發生率為每十萬人口 67.4 人，痰塗片陽性個案的發生率為每十萬人口 24.3 人)，死於結核病的個案數為 832 人(所有結核病的死亡率為每十萬人口 3.6 人，痰塗片陽性個案的死亡率為每十萬人口 1.97 人)【皆為國內執行實況統計數據】。雖然，2006 年的發生率較 2005 年下降 6%，死亡率下降 16%，然而，與美國、日本及新加坡等國家比較【依照世界衛生組織公式所計算出來之數據】，台灣在結核病防治工作上仍有改善的空間」。

2、該年報援引世界衛生組織計算公式，我國 2006 年國家結核病負擔概況(詳該年報第 119 頁)為：

- (1)發生率：每十萬人口 87 人。
- (2)盛行率：每十萬人口 113 人。
- (3)結核病新案中多重抗藥百分比：1.0%。
- (4)結核病再治個案中多重抗藥百分比：5.3%。

(三)又該年報援引世界衛生組織計算公式，我國 95 年都

治涵蓋率已達 100%(詳該年報第 120 頁)，但疾管局函復本院之公文卻載明「目前台灣 25 縣市均已納入結核病 DOTS 涵蓋區，到 98 年 6 月底為止，結核病痰塗片陽性個案的 DOTS 執行率已達 93.9%」。

- (四) 綜上，疾管局編印之台灣結核病防治年報，為與國際接軌，援引世界衛生組織計算公式，呈現國內與國際比較使用之兩套不同統計數據，但卻交叉混用，核與國內結核病防治實況不一，易滋混淆誤導，洵有可議。

五、台東監獄受刑人因結核病死亡後，其檢體送驗之規範闕如，疾管局允宜妥為增列，以應確認診斷及疾病防治之需要：

- (一) 鍾姓個案為 23 歲女性，於 98 年 7 月 10 日上午 11 時因酒醉駕駛，違反交通安全而進入台東監獄服刑。7 月 11 日凌晨零時 25 分管理人員巡房時，聽到個案一直發出咳嗽聲，進房查看卻發現個案無法叫醒，請室友協助移動至門邊仍叫不醒，經測量，個案血壓持續下降，心跳微弱，監所人員緊急施以口對口人工呼吸急救並後送署立台東醫院施予急救無效，於 7 月 11 日凌晨 2 時 24 分宣告死亡，醫師診斷為猝死，後經法醫解剖初步懷疑為肺結核。
- (二) 案經台東縣衛生局取得該個案之相關檢體（胸水、心包膜液）送疾管局昆陽實驗室檢驗，初步 PCR 檢驗呈現陰性，惟該局後續進行之檢體培養，其結果卻呈現陽性反應。
- (三) 查結核病檢體採檢送驗注意事項，僅針對疑似開放性肺結核病人應收集痰液，作直接塗片檢查，以 Ziehl-Neelsen 法作抗酸菌染色，在顯微鏡下檢驗或採集痰、喉頭拭子、胃液作結核菌培養；另對於結核性腦膜炎病人係抽取其腦脊髓液作結核菌之塗

片檢查及培養；而對於其他器官或組織之肺外結核病人，則抽取其器官或組織之分泌物如胸水、心包膜液、關節液、腹水、血液，膿液等作結核菌之塗片檢查及培養，必要時亦可採取組織切片作病理檢查。由上可知，該送驗注意事項，均僅針對存活病人檢體採檢加以規定，而對於已亡故病人檢體究應如何採檢，相關規範則付之闕如。

(四) 揆諸實驗室確診結核病之檢查標準：

- 1、從臨床檢體（如痰液、體液）分離出結核桿菌。
- 2、經由 DNA 探針(DNA probe)，PCR 或經由高壓液相層析法，從臨床檢體證實結核桿菌的存在。
- 3、無法培養但從檢體中有嗜酸性桿菌存在之證據。

(五) 綜上，台東監獄受刑人因結核病死亡後，其檢體送驗之規範闕如，疾管局允宜妥為增列，以應確認診斷及疾病防治之需要。

六、相關機關允宜記取「朱姓少女因結核病早逝」個案之悲慘殷鑑，妥謀改善策略，俾免重蹈覆轍：

(一) 按朱姓少女因結核病早逝之主因為：

- 1、低社經地位：朱女之母親失業，積欠健保費，致朱女雖身體不適，咳嗽超過 2 個月卻無法就醫。
- 2、公共衛生教育宣導不足：朱女父親在 6 年前經確診為結核病個案，朱女即為密切之接觸者，然而她在就醫時均未提及該結核病接觸史。
- 3、基層醫師警覺心過低：朱女就診，台北縣土城市林明俊診所、育昇診所，均診斷為上呼吸道感染，顯見基層診所醫師警覺心過低，延誤其早期治療良機。
- 4、朱女因症狀未改善，旋於 96 年 9 月 6 日前往亞東醫院心臟科及新陳代謝科門診求治，經由接受心電圖檢查，結果出判為：竇性心律不整（HR：

130/min)、並給予抽血檢驗，T4、TSH、Glucose AC、Growth Hormone、IGF-I、Anti-microsomal Ab，當時並無進行 CXR，即返家。換言之，即便醫學中心等級之亞東醫院亦未能在第一時間就診斷出朱女為結核病個案。

5、朱女直到 96 年 9 月 9 日早上如廁後意識出現變化，被送亞東醫院急診，到院前心跳已停止，經醫師給予插管、CPR 急救後恢復心跳，續發性細菌感染（WBC：21800、CRP：6.17），驗痰塗片結果為 AFB3+，始診斷為粟粒性結核合併心肺衰竭。

(二)查針對已列為接觸者的民眾，不論是家庭內接觸者或校園接觸者，衛生單位都應該透過公共衛生教育的流程提供接觸者瞭解，教導其身為接觸者時應該注意的事項，以利萬一不幸發病，提供醫師早期診斷及接受治療；又台北縣政府衛生局似未善盡篩檢追蹤列管轄區縣民朱女父親為結核病個案之密切接觸者職責，祇因其配合度不佳，即未再強制其接受胸部 X 光檢查，揆諸朱女母親亦為 96 年 9 月 26 日由台北市立聯合醫院中興院區通報之胸部 X 光檢查異常有空洞之感染者，經服藥治療，迄 97 年 5 月 28 日才完治，足見結核病個案之密切接觸者篩檢追蹤列管工作不容有任何疏漏。且該府教育、社政機關未能適時提供低社經地位之朱女必要轉介、社會福利救助或相關援助措施，致釀成「14 歲朱姓少女因結核病早逝」悲劇事件，台北縣政府殊應痛加檢討改進。

(三)另結核病在國內依然盛行，倘若基層、地區、區域級醫療院所，甚或醫學中心等級之醫師欠缺高度警覺心或專業判斷力不足，均有可能造成病患死亡。是以，疾管局允應透過各種教育宣導管道（網站、

媒體宣導、診療指引、防疫報、疫情報導刊物等)來提高醫師診治病人之警覺心，同時宣導兒童潛伏結核感染治療的重要性。

七、疾管局允當深入探究發現結核病個案之盲點，強化其接觸者篩檢追蹤列管工作，並審慎評估都治專案計畫執行之成本效益，俾有效降低發生率：

(一)有關「朱姓少女因結核病早逝」個案之接觸者篩檢追蹤列管工作發現：

- 1、朱女父親為結核病個案之密切接觸者職責，祇因其配合度不佳，即未再強制其接受胸部 X 光檢查，足見台北縣政府衛生局似未善盡職責。
- 2、朱女母親亦為 96 年 9 月 26 日由台北市立聯合醫院中興院區通報之胸部 X 光檢查異常有空洞之感染者，經服藥治療，迄 97 年 5 月 28 日才完治，足見結核病個案之密切接觸者篩檢追蹤列管工作不容有任何疏漏。

(二)有關「台東監獄受刑人因結核病死亡」個案之接觸者篩檢追蹤列管工作發現：

- 1、經查鍾姓個案為 23 歲女性，個案並非肺結核個案，本身無結核病史，但個案先生的姐姐曾為結核病患，業於 95 年 11 月 24 日完治。期間，個案曾於 95 年 4 月 25 日接受山地鄉結核病防治 X 光篩檢，檢查結果正常。
- 2、個案自 94 年 5 月 4 日至 98 年 2 月 10 日曾因咳嗽、流鼻水等不適至海端鄉衛生所就醫計 6 次，最後一次就診紀錄為 98 年 2 月 10 日，就診原因為咳嗽、流鼻水、喉嚨不適，醫師曾告知個案若症狀未見好轉時需複診，但個案並未再複診。

(三)有關確保病人在觀察員面前「送藥到手、服藥入口、嚥下再走」之 DOTS 計畫，是遏止產生抗藥性細菌

之不二法門。惟查國內實施該計畫後，95年結核病人完治率僅為64%，已如前述；卷查疾管局執行DOTS專案計畫，98年已投注六百多名關懷員之龐大約聘人力資源，及近三億元之鉅額預算，其都治專案計畫執行之成本效益如何，卻並未詳加評估。

(四)綜上，疾管局允當深入探究前揭案例所凸顯出發現結核病個案之可能盲點，同時強化其接觸者篩檢追蹤列管工作，並應審慎評估都治專案計畫執行之成本效益，俾有效降低其發生率。

八、台大醫院爆發「傅姓病患在急診室待5天，等住院後才發現為開放性肺結核病例」事件，亟待檢討改善：

(一)本案發生過程：

- 1、傅姓病人為72歲男性個案，有高血壓及中風之病史，因有疲倦以及全身無力之現象，故於98年5月22日至台大醫院急診室求診。
- 2、台大醫院急診予以檢查後發現個案有發燒、胸部X光片異常、肝功能異常等病徵。急診醫師對其初部診斷為左上肺葉社區型肺炎，故給予經驗性抗生素治療，同時安排個案至急診暫留區等候住院。
- 3、雖然臨床表現以及胸部X光均顯現並非典型肺結核之變化，但為求慎重，台大醫院急診室醫師特於翌日早上開立三套痰液耐酸性染色與結核桿菌培養檢驗。由於個案無咳嗽症狀、痰量不多且自行咳痰不易，直至5月26日下午3時35分才蒐集到痰液檢體送驗，當日下午4時10分驗出痰液耐酸性塗片檢驗呈現陽性結果。
- 4、急診部醫師於得知個案痰液耐酸性塗片檢驗結果後，即於下午4時30分將個案移至急診專屬之負壓隔離室，並於同日下午6時30分安排個案住進

內科負壓隔離室接受隔離與治療。

- 5、台大醫院旋於 98 年 5 月 27 日以網路通報，並由台北市政府衛生局於當日辦理結核病登記作業，指派地段負責護理人員予以收案管理，辦理個案之照護、疫情調查及接觸者追蹤檢查等事項。

(二)據台大醫院函復本院陳稱：傅姓病人係臨床上困難於第一時間診斷之肺結核感染之案例，病人當初抵達急診處時，臨床上表現不典型，胸部 X 光亦無典型肺結核常見之開洞、肋膜增厚、鈣化斑、纖維化等可供判讀之變化，因此無法於第一時間獲得診斷，此為目前臨床醫學在肺結核診斷能力上已知之侷限性。惟查傅姓病人係於 98 年 5 月 22 日至台大醫院急診室求診，該院醫師亦於翌（23）日早上即開立三套痰液耐酸性染色與結核桿菌培養檢驗。由於個案無咳嗽症狀、痰量不多且自行咳痰不易，但該院急診室已設有負壓隔離室，卻未執行負壓取痰醫療措施，直至 5 月 26 日下午 3 時 35 分才蒐集到痰液檢體送驗，足見既有負壓隔離設備之妥善使用與醫囑事項之適時貫徹落實執行程度，均容待加強。

(三)對於此次事件，台大醫院之建議如下：

- 1、藉由不斷的在職教育，加強第一線醫護人員基本防護及對於肺結核的臨床警覺性，以進行必要的檢查並儘可能早期獲得診斷。
- 2、急診病人留置等候住院區域的空間規劃，應維持一公尺以上的床位間距。
- 3、設置呼吸道病患留置區，以區隔呼吸道感染病人與其他類疾病病人，同時此區域亦必須特別加強病人間隔與通風規劃。
- 4、鑒於肺結核診斷上之困難，落實感染控制措施與遵守個人基本防護仍為一項基本且重要之要求。

5、醫療院所加強宣導民眾就醫安全的重要性，鼓勵民眾就醫時應配戴外科口罩並勤洗手，以預防傳染性疾病的散播。

(四)綜上，傅姓病人至台大醫院急診室求診，該院醫師亦迅即開立三套痰液耐酸性染色與結核桿菌培養檢驗；雖因個案無咳嗽症狀、痰量不多且自行咳痰不易，但該院急診室已設有負壓隔離室，卻未執行負壓取痰醫療措施，核其未能充分運用既有負壓隔離設備，迅速執行「取痰檢驗」醫囑，實有待檢討改善。又肺結核為台灣地區盛行率最高的呼吸道傳染病，由於其臨床表現多樣化，加上結核菌之培養需要數週之久，常造成第一線醫師早期診斷上的困難，固屬實情。又國人素好選擇大型醫學中心就醫，因而湧向台大醫院急診之病人眾多，加上病情之需要，病人往往需要留置於急診觀察或等候住院，此次爆發前揭「傅姓開放性肺結核病患於急診等候住院期間導致鄰近床位病患與家屬有感染之虞」事件，疫情雖幸經妥善處置而未散播開來，然已徒增院方網路通報、地方衛生局辦理結核病登記作業、指派地段負責護理人員收案管理、辦理個案之照護、疫情調查及接觸者追蹤檢查等人員額外工作負擔，亦斲傷醫院百年傳統優良聲譽，更加凸顯該院日後亟待再加強急診部門之感染控制相關措施的重要性與急迫性。揆諸台大醫院前項建議內容具體可行，該院允宜率先落實執行，俾亡羊補牢修補急診部門之感染控制漏洞，並作為國內各醫療院所之表率。

參、處理辦法：

- 一、調查意見一至四提案糾正行政院衛生署。
- 二、調查意見五至七，函請行政院衛生署轉飭疾病管制局確實檢討改進見復。
- 三、調查意見六，函請台北縣政府確實檢討改進見復。
- 四、調查意見八，函請台大醫院確實檢討改進見復。
- 五、本調查報告審議通過後，調查意見上網公告。
- 六、檢附派查函及相關附件，送請財政及經濟、內政及少數民族、教育及文化委員會聯席會議處理。

附表 1 94~97 年之地方性指標達成情形與差異分析

縣市別	94 年	97 年	94-97 年降幅
	新案數	新案數	%
連江縣	4	2	-50
新竹市	189	134	-29
南投縣	526	383	-27
花蓮縣	480	360	-25
嘉義縣	472	361	-24
苗栗縣	332	254	-23
新竹縣	252	196	-22
雲林縣	729	581	-20
基隆市	332	268	-19
高雄市	1,238	1,009	-18
高雄縣	1,300	1,061	-18
屏東縣	1,061	884	-17
台東縣	276	233	-16
台北市	1,386	1,178	-15
台中縣	953	836	-12
台南縣	873	767	-12
台北縣	2,371	2,147	-9
桃園縣	1,110	1,022	-8
彰化縣	1,018	964	-5
宜蘭縣	361	360	0
嘉義市	144	145	1
台中市	579	591	2
台南市	453	471	4
澎湖縣	23	33	43
金門縣	10	25	150

附表 2

疾管局 96-98 年度結核病防治預算經費表

單位：千元

年度	96 年度	97 年度	98 年度
單位預算總數(A)	5,927,181	5,986,628	6,336,243
結核病防治總經費(B)	1,257,101	1,239,117	1,239,102
結核病防治經費(C)	138,151	120,167	120,152
結核病醫療費用(D)	1,118,950	1,118,950	1,118,950
經費比率(B/A)	21.21%	20.70%	19.56%