

第一章、兒童健康指標之 現況與展望

召集人： 國立成功大學醫學院公共衛生學科暨研究所教授 呂宗學

副召集人： 國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院院長 吳美環

撰稿成員： 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院醫師 林舜峯

高雄醫學大學公共衛生學系助理教授 梁富文

研議成員： 國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授 江東亮

中華民國兒童健康聯盟理事長 呂鴻基

私立天主教輔仁大學醫學院助理教授 陳慧祺

(依姓氏筆畫排序)

前言

兒童代表未來，如何保障他們健康成長，是全球共同關注的焦點，也是各國積極傾注資源力求改善的目標。聯合國在 2001 年提出千禧年發展目標（Millennium Development Goals，MDGs），其每一目標皆是已知的健康決定因素，因而發布以來，影響全球健康政策制定、實務工作與學術研究方向至鉅；其中，與兒童有關的指標包括消除極端貧窮與飢餓、確保兒童接受完整基礎教育、消除各級教育中的性別差距、降低五歲以下兒童死亡率、減少無法獲得安全飲水與基本衛生設施的人口比例等（臺灣衛誌 2014，Vol.33，No.3）。及至 2015 年，聯合國再提出 17 項永續發展目標（Sustainable Development Goals，SDGs），作為全球未來 15 年發展指標；其中，與兒童較有關的包括消除一切形式的貧窮、消除飢餓、確保健康的生活（包括降低新生兒死亡率及五歲以下兒童死亡率）、確保包容和公平的優質教育、實現性別平等、普及潔淨水源與衛生設施、減少不平等、永續城市與社區等（United Nations，sustainabledevelopment.un.org，臺灣衛誌 2017，Vol.36，No.1）。

凡醫療、健康政策決策都需建立相關指標（indicator），以確認問題、設定目標，甚而評估政策實施後成效也需以指標的指數（index）呈現。聯合國兒童基金會研究中心（UNICEF Innocenti Research Centre）2006 年開始發展兒童幸福指標（child well-being indicators），並分別在 2007、2013 年公告經濟合作暨發展組織（OECD）會員國上述指標比較結果（UNICEF 2007，2013）。之後並持續針對歐盟會員國與富裕國家進行兒童幸福指標的跨國排行比較；這些舉動俱為影響這些國家兒童健康政策的關鍵。

政策問題的確認（problem identification）往往需透過比較才能發現其中的落差，因此，比較標竿（benchmark）的選擇非常重要。以臺灣經濟水平來說，當然要選擇高所得國家的兒童健康相關指數作為標竿；臺灣在 2014 年由呂鴻基教授主導的臺灣兒童健康聯盟出版了「臺灣兒童健康幸福指數—兒童的健康、教育及福利之綜合評價」一書，內容主要將臺灣各指標結果與聯合國兒童基金會（UNICEF）2007 年出版的指標比較，也是此次兒童健康指標的重要參考資料（臺灣兒童健康幸福指數，中華民國兒童保健協會，2014）。

壹、現況檢討

兒童健康指標是利用具代表性的指標來評估兒童的家庭、學校、與健康等情況。從同一國家不同年代的比較，可以了解其國內兒童健康進步情形，而從不同國家間的國際比較，可以了解其他國家情況，並檢視自己國家是否仍有改進空間。每一國家使用的指標不盡相同，本章主要參

考 UNICEF2013 年出版針對高所得國家兒童健康幸福比較使用的指標，包括以下六大面向：物質福利、健康與安全、教育福祉、行為與危險、居住與環境、主觀幸福感，共 34 項指標(UNICEF 2013)。此外，參考國立臺灣大學中國信託慈善基金會兒少暨家庭研究中心出版的「臺灣童權指標兒少視窗」(2014 年修訂版)，經專家會議討論，從中選取適合臺灣現況的社會福利相關指標，共計 38 項；進一步將指標分為 A、B 兩類，A 類指對於臺灣重要且優先指標，共計 22 項；B 類指目前臺灣無適當數據可供比較，或有數據、但重要性較低的指標，其中 B 類分為核心指標 11 項與選項指標共 5 項。B 類核心指標為國外已列入比較的重要指標，但臺灣目前暫無適當數據可供參考，建議政府應優先進行資料收集；選項指標重要性較低，可不列入優先資料收集範圍。進行國際比較時，係參考 UNICEF 表格，將各國指數排序後，區分前、中、後三等分，以說明國家指數排名位置，前三分之一表示表現較好，中三分之一表示中等，後三分之一表示表現較差。比較對象主要以經濟合作暨發展組織(OECD)國家為主，以較高標準作為臺灣比較，目前 OECD 會員國 35 國，若無相關指標資料，則不納入比較。

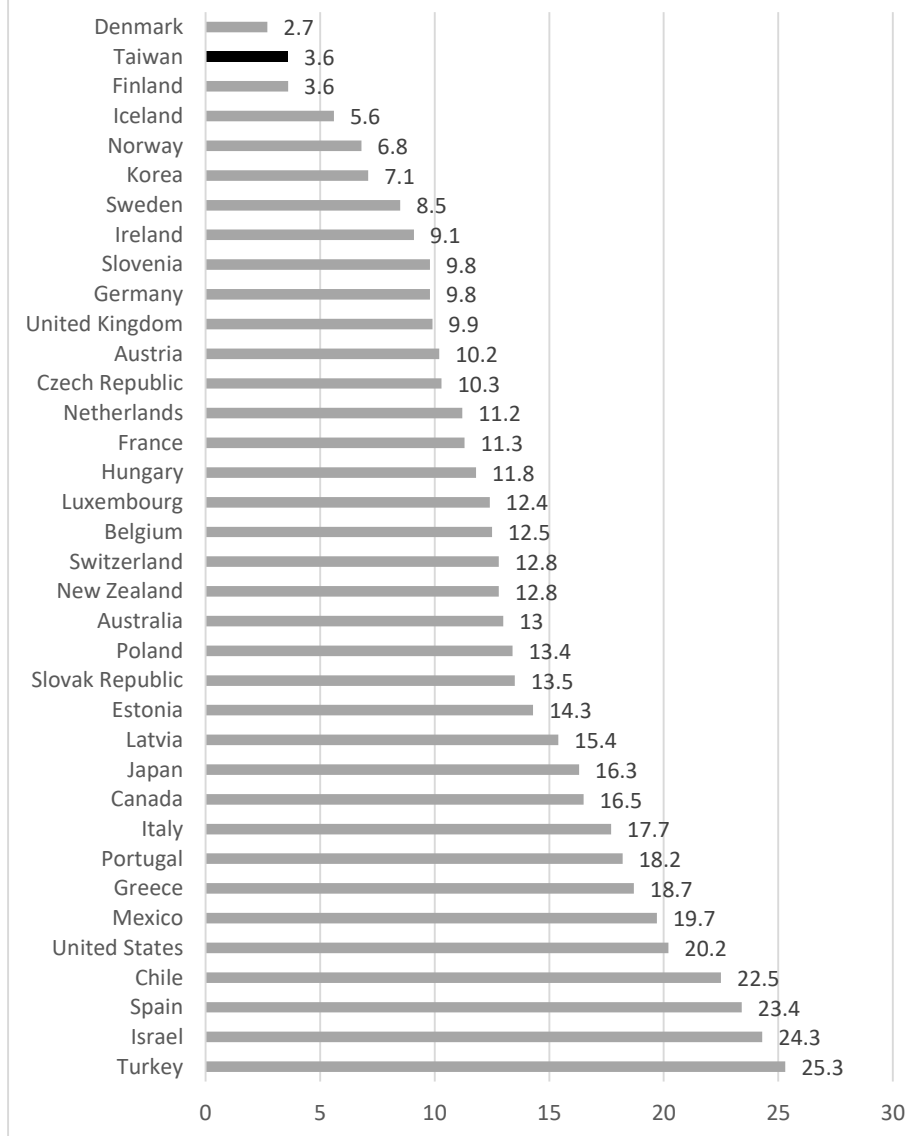
以下依序將 A 類、B 類核心、B 類選項指標分別介紹與比較：

一、A 類指標

(一) 兒童相對貧窮率

兒童相對貧窮率指的是有兒童的家庭中，家戶等值所得低於全國中位數 50% (即貧窮線) 的百分比，是兒童金錢被剝奪的指標。由於每一家戶人數不同，因此將家戶人數開根號後作為等值分數，利用家戶可支配所得 (加上補助、扣除稅) 除以等值分數，即為等值家戶所得。臺灣兒童相對貧窮率從 2006 年 4.6%，逐年增加至 2010 年 5.8%，之後開始下降，2011、2012 年為 5.5%，到 2015 年為 3.6% (臺灣大學江東亮老師研究資料)。國際比較的資料來源為 OECD 官方網站 (OECD. stat)，對象為 0~17 歲兒童，大多取自 2013 年資料，其中日本、紐西蘭是 2012 年資料，而澳洲、芬蘭、匈牙利、以色列、墨西哥、荷蘭、美國是 2014 年資料。臺灣在 36 國中排名第二，名列前三分之一，最低的是丹麥 2.7%，最高為土耳其 25.3%。

兒童相對貧窮率% (全國中位數50%以下)

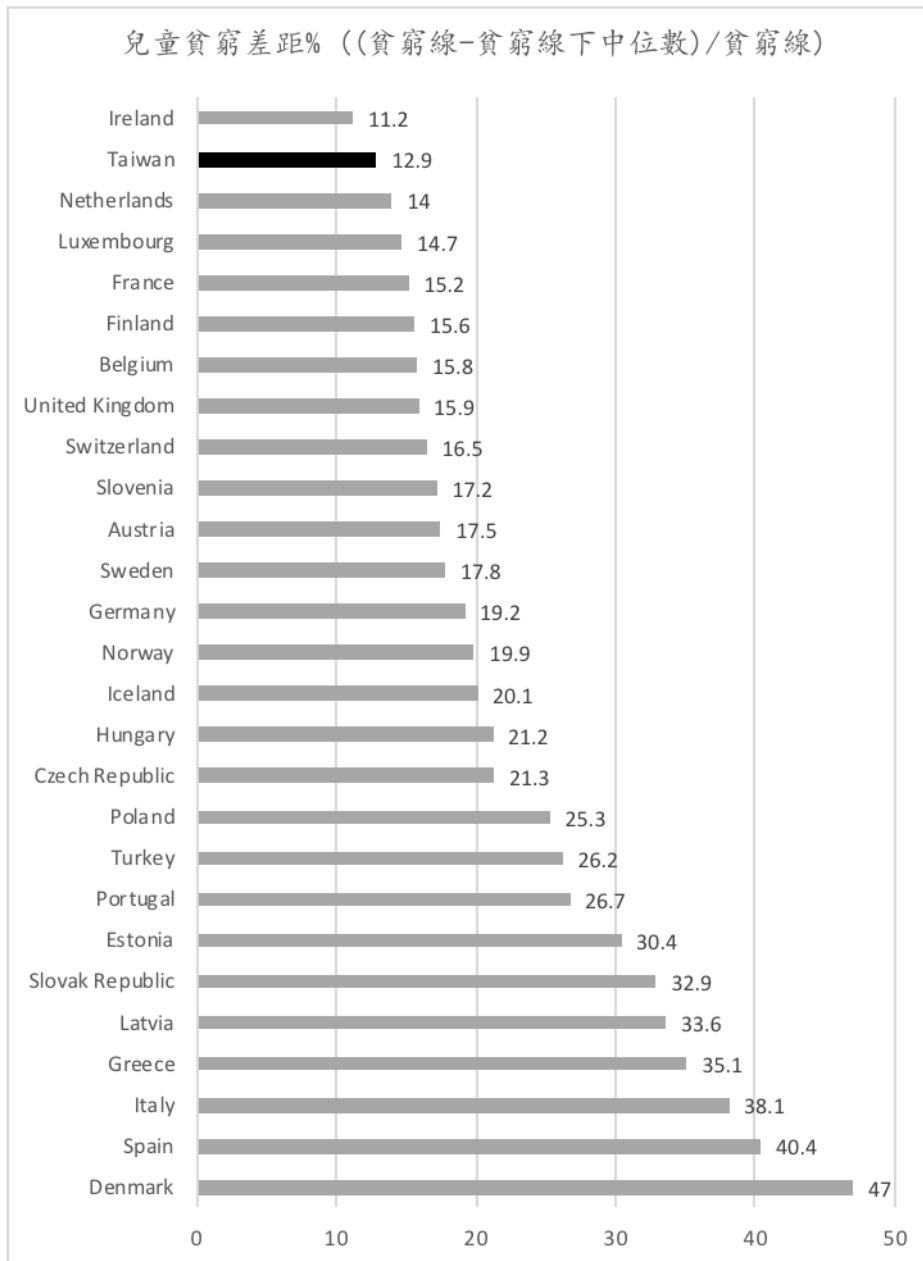


資料來源：OECD. Stat、江東亮老師研究資料
 資料年代：Japan, New Zealand(2012); Australia, Finland, Hungary, Israel, Mexico, Netherlands, United States (2014); Taiwan (2015); others (2013)

(二) 兒童貧窮差距

兒童貧窮差距指有兒童的家庭家戶等值所得在貧窮線下家庭的中位數與貧窮線的差距，以差距佔貧窮線的百分比表示，亦為兒童金錢剝奪的指標；差距越大表示所得不平等程度越大。臺灣大學江東亮老師的研究資料指出，臺灣兒童貧窮差距在2006~2015年間，約為12.8%(2011年)至18.3%(2009年)，2015年為12.9%。國際比較來源為Eurostat (Eurostat)，對象為18歲以下兒童；除瑞士為2014年資料外，其他為2015年資料。臺灣在27個國家中排名第二，

最低為愛爾蘭 11.2%，最高為丹麥 47%。

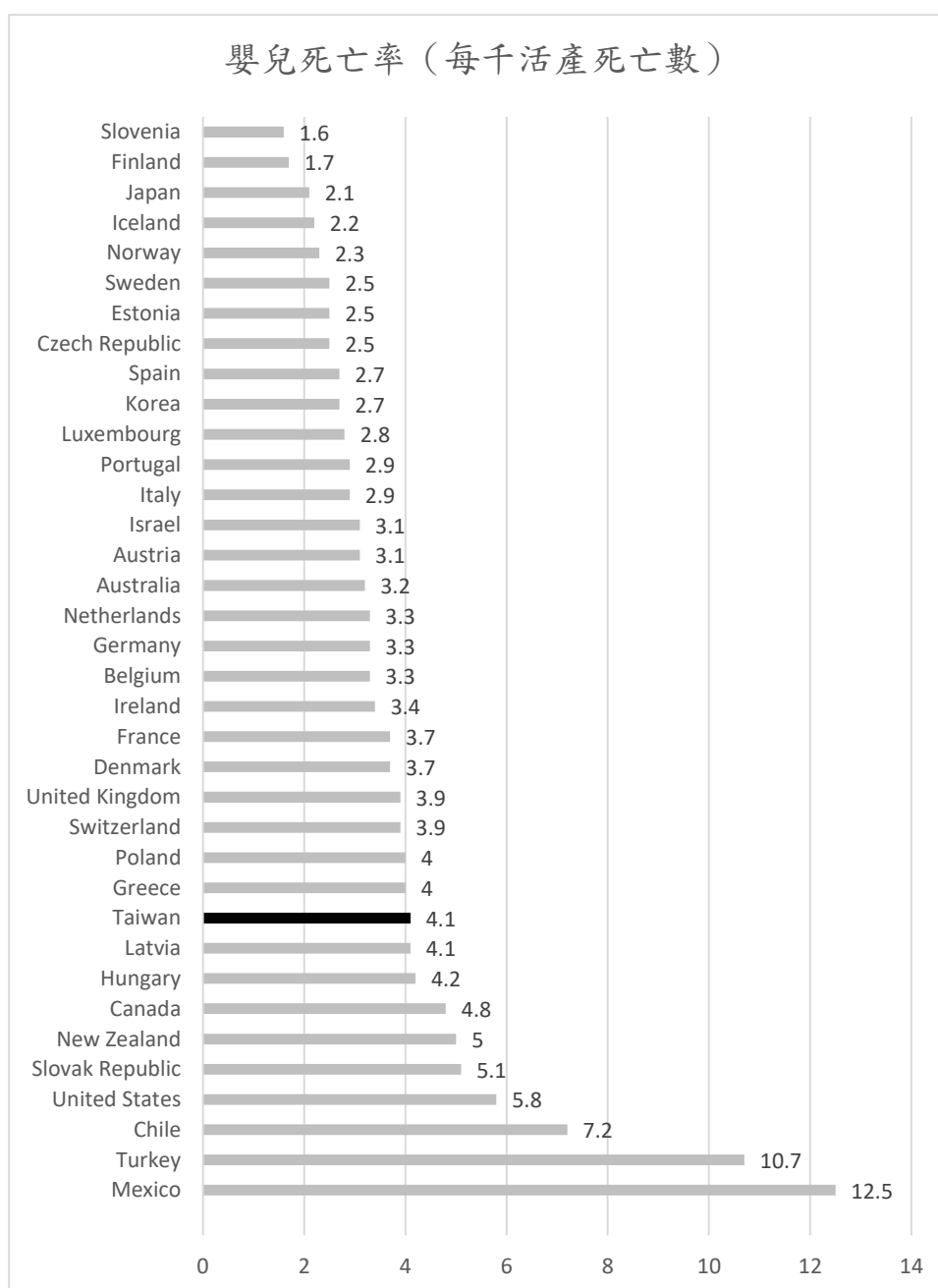


資料來源: Eurostat (no data from Australia, Canada, Chile, Israel, Japan, Korea, Mexico, New Zealand, United States)、江東亮老師研究資料
資料年代: Switzerland (2014); others (2015)

(三) 嬰兒死亡率

嬰兒死亡率指未滿一歲嬰兒的死亡率，以每千名活產嬰兒的死亡數表示，是常見的兒童健康指標。合計 2006~2010 年資料，臺灣每千名活產死亡數為 4.4，2011~2013 年為 3.9，2015 年為 4.1 (衛福部死因統計年報)；國際比較資料來源為 OECD. Stat 資料，其中，加拿大為 2012 年，紐西蘭為 2013 年，智利、日本、美國為 2014 年，其他為 2015 年資料。臺灣在 36 國中排

名第 27 名，屬後段三分之一，最低的是斯洛維尼亞，最高的是墨西哥，每千名活產嬰兒死亡數分別是 1.6 及 12.5 (OECD. Stat)。

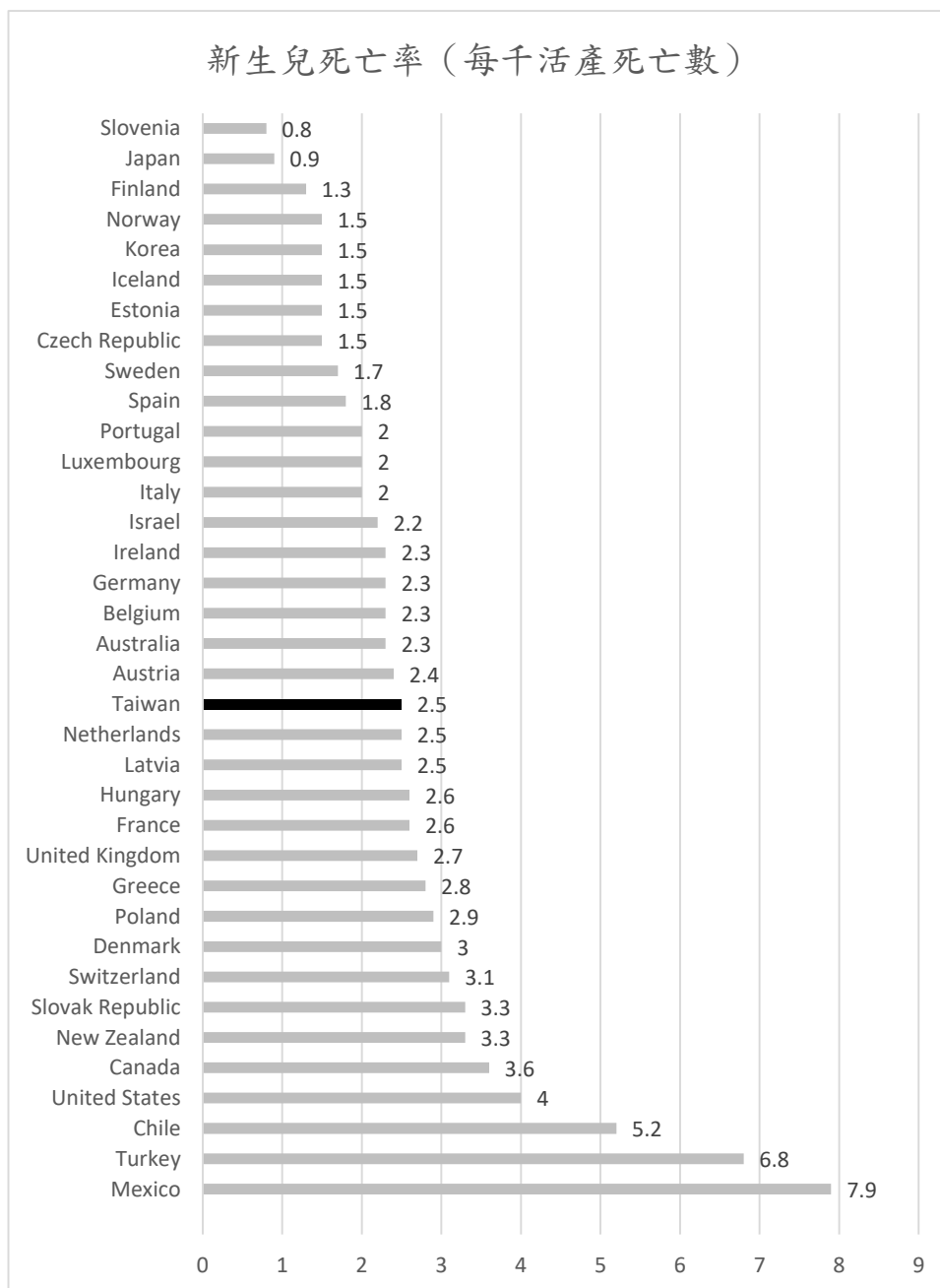


資料來源：OECD. Stat、衛福部 104 年死因統計年報

資料年代：Canada (2012)； New Zealand (2013)； Chile， Japan， United States (2014)； others (2015)

(四) 新生兒死亡率

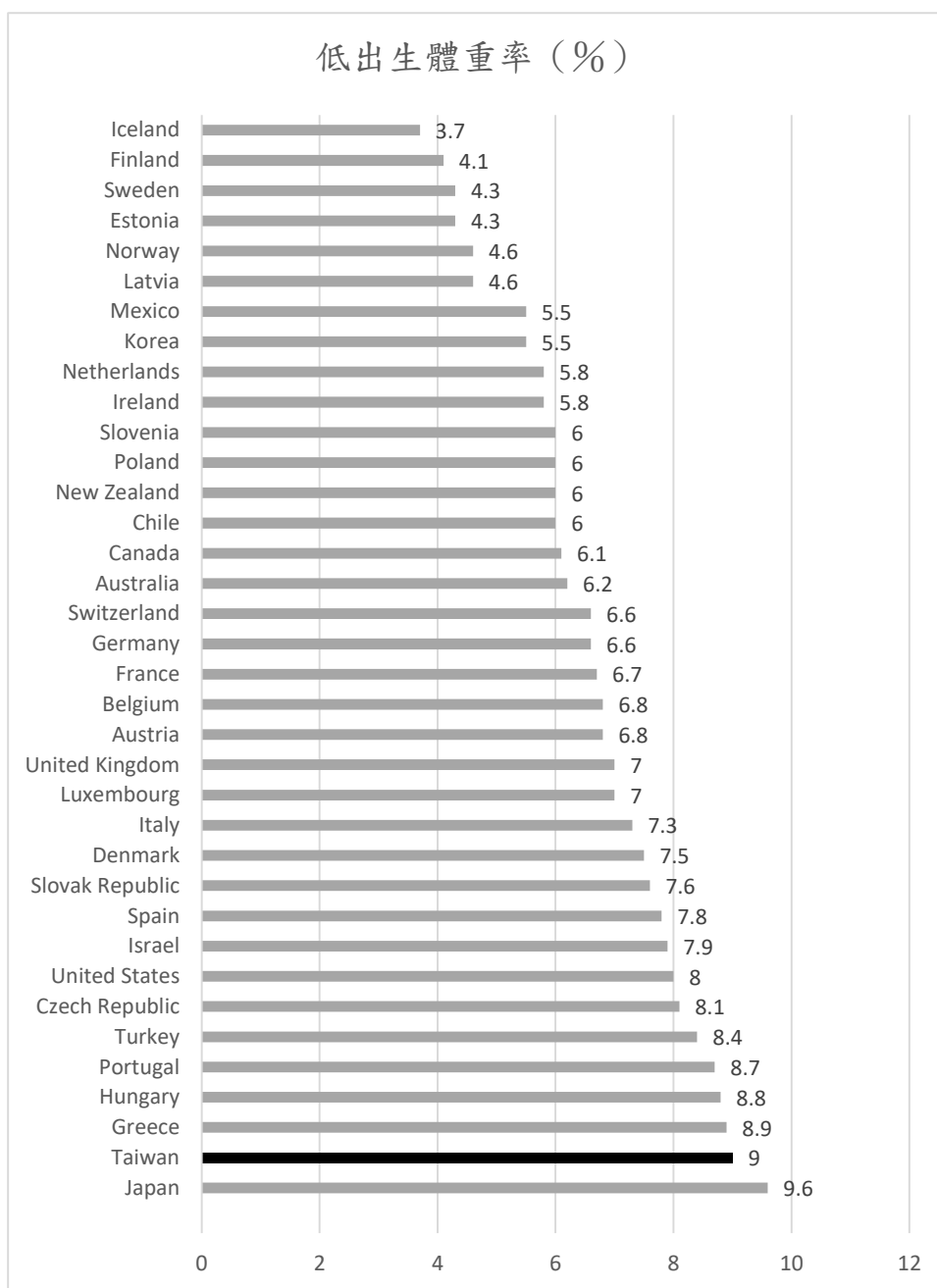
新生兒死亡率指每千名活產嬰兒未滿 28 天的死亡數，屬兒童健康指標。根據衛生福利部 2015 年死因統計年報，2006~2015 年近十年的新生兒死亡率，每千活產死亡數為 2.2（2014 年）~2.9（2007 年）之間，2015 年為 2.5。國際比較資料來源為 OECD. stat，主要為 2015 年資料；其中，加拿大為 2012 年，義大利、紐西蘭為 2013 年，比利時、智利、愛爾蘭、日本、美國為 2014 年資料，OECD 會員國約在千分之 0.8~7.9 之間，臺灣在 36 國中排名第 20 名，屬中段三分之一。



資料來源：OECD. stat、衛福部 104 年死因統計年報
 資料年代：Canada (2012)； Italy, New Zealand (2013)； Belgium, Chile, Ireland, Japan, United States (2014)； others (2015)

(五) 低出生體重率

低出生體重率指出生體重小於 2500 公克嬰兒的百分比，是嬰兒健康指標。低出生體重量多與早產有關，而早產可能衍生出許多併發症，包括死亡、呼吸道問題、感染等，長期可能有發展遲緩或行為問題。臺灣低出生體重率自 2007 年 7.6% 上升至 2011 年 8.2%，2015 年 9%（國民健康署 104 年出生統計年報）。國際比較資料為 OECD 2013 年資料(Health at a glance, 2015)，Latvia 資料來自 The World Bank (The World Bank) 提供 2012 年資料。臺灣在 36 國中排名第 35，屬後三分之一，最低是冰島，最高是日本，低出生體重率分別是 3.7% 及 9.6%。

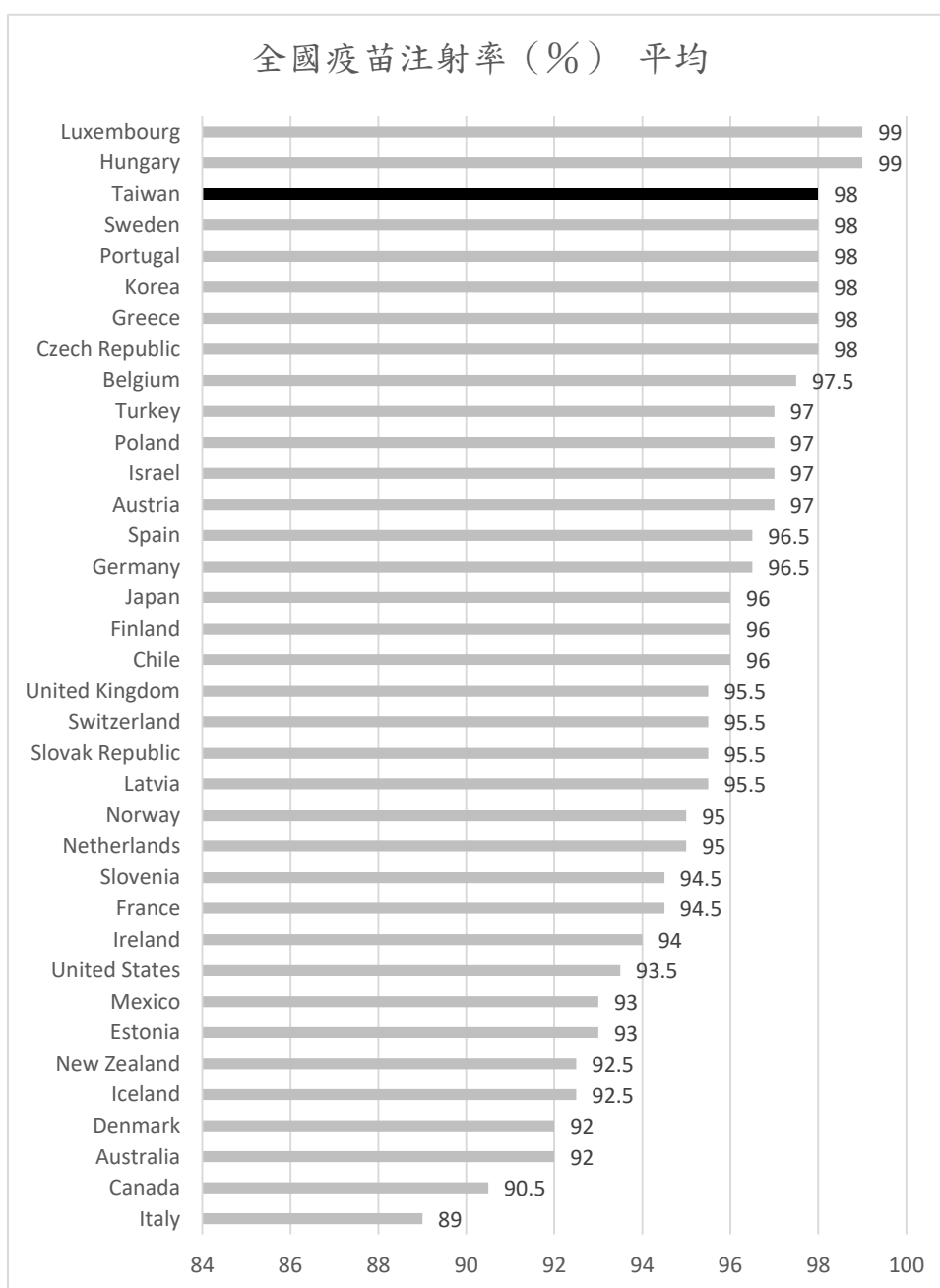


資料來源：OECD、The World Bank (Latvia)、國民健康署 104 年出生統計年報
 資料年代：Latvia (2012)；Taiwan (2015)；others (2013)

(六)全國疫苗注射率

全國疫苗注射率指兒童麻疹第一劑、白喉百日咳破傷風三合一疫苗第三劑的接種率，屬兒童健康指標。因各國施打的疫苗種類及時程不同，而上述疫苗在各國於 12~23 個月大兒童均可施打完畢，故以上述疫苗加以比較。臺灣因施打五合一，即三合一之外再加上注射型小兒麻痺疫苗及 B 型嗜血桿菌疫苗，另外，麻疹是與德國麻疹、腮腺炎合為一支疫苗(MMR)，故臺灣以 MMR 第一劑及五合一第三劑比較。研究世代以 WHO 所定義，若疫苗是在 0~11

個月大接種，則選取 12~23 個月大世代，而 12~23 個月大所接種的疫苗，則選取 24~36 個月大世代。臺灣 2015 年全國性預防接種資訊管理系統顯示，MMR 第一劑及五合一第三劑接種率皆為 98%（衛生福利部疾病管制署全國性預防接種資訊管理系統）。國際比較資料來源為 WHO 2013~2015 年資料（WHO，immunization coverage），MMR 第一劑注射率，臺灣在 36 國家中排名第五，屬前三分之一，最高的是墨西哥、匈牙利、盧森堡與捷克，皆為 99%，最低為義大利，85%。五合一第三劑注射率臺灣排名第六，為前三分之一，最高的是希臘、法國、匈牙利、盧森堡與比利時，皆為 99%，最低為墨西哥 87%。而平均注射率排名，臺灣名列第三，為前三分之一，最高為盧森堡與匈牙利 99%，最低為義大利 89%。



資料來源：WHO

資料年代：Israel， Germany (2013)； Australia、Czech Republic； France (2014)； others (2015)

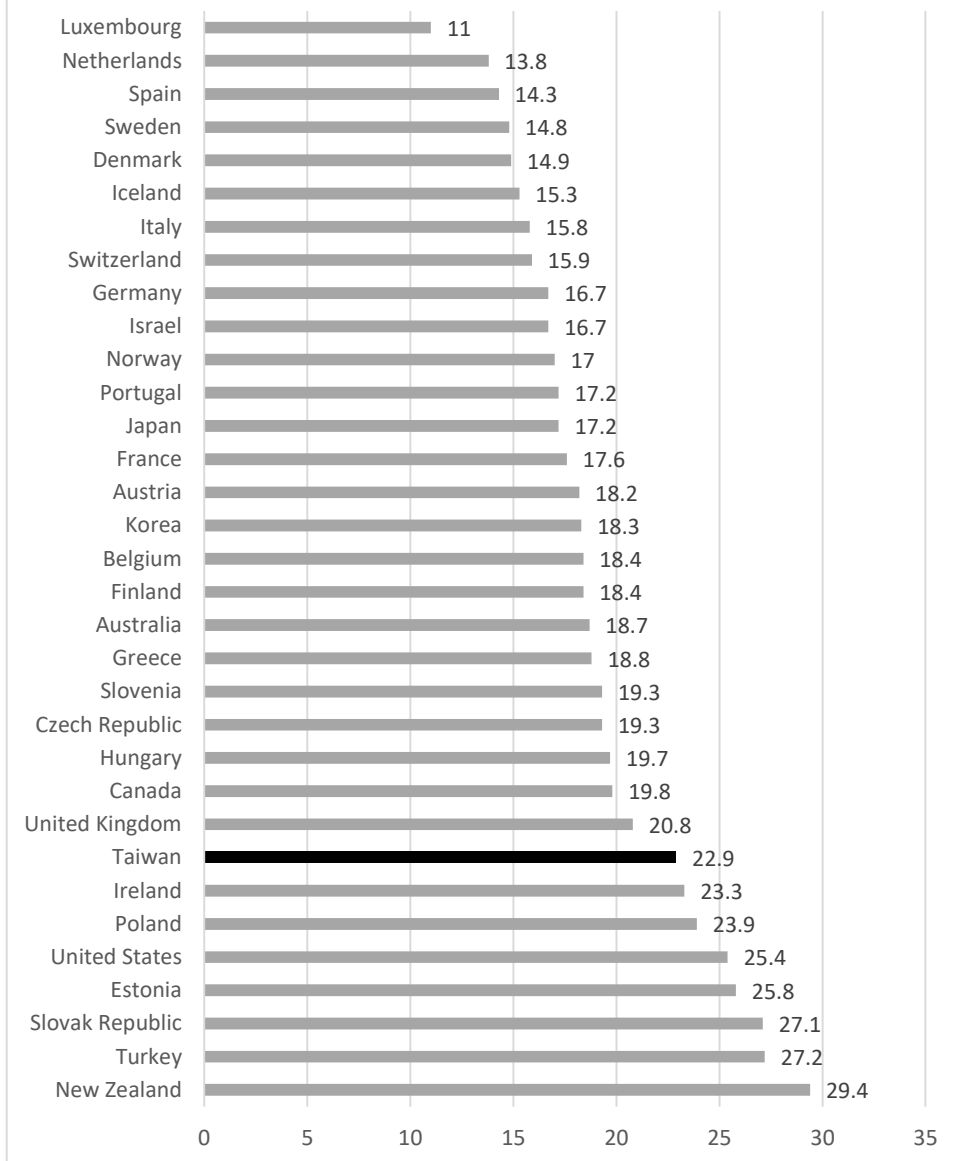
(七) 兒童及青少年死亡率

兒童及青少年死亡率亦為兒童健康指標，指 1~19 歲的死亡率，以每十萬人的死亡數表示，可細分為 1~4 歲、5~9 歲、10~14 歲、15~19 歲。據成功大學呂宗學教授統計，台灣 2006~2010 年合計 1~19 歲，1-4 歲，5-9 歲，10-14 歲、15-19 歲每十萬人口死亡數分別是 25，30.6，15.2，14.9，40.2。而 2011~2013 年合計，台灣 1~19 歲，1-4 歲，5-9 歲，10-14 歲、15-19 歲每十萬

人口死亡數分別為 22.9，25.8，13.2，14.4，35.4（梁富文等，2016）；各年齡層死亡率均有下降。國際比較則利用 WHO mortality database（WHO mortality database）及加拿大官方網站 Statistics Canada（Statistics Canada）資料，計算每個國家近三年平均，大多為 2010~2012 年資料。台灣排名，1~19 歲死亡率在 33 個國家中排 26 名，屬於後三分之一，最高為紐西蘭，最低為盧森堡，每十萬人口死亡數分別為 29.4 及 11.0；1~4 歲死亡率台灣排第 28 名，屬於後三分之一，最高為土耳其（46.4），最低為盧森堡（11.3）；5~9 歲死亡率台灣排第 30 名，位於後三分之一，最高為土耳其（18.9），最低為盧森堡（2.3）；10~14 歲死亡率台灣排 27 名，屬於後三分之一，最高為斯洛伐克（19.5），最低為盧森堡（3.2）；15~19 歲死亡率台灣排第 22 名，屬於中三分之一，最高為紐西蘭（57.4），最低為荷蘭（20.8）。

另外也計算五歲以下死亡率，以每千名活產嬰兒的死亡數表示。以內政部資料統計，台灣 2015 年五歲以下每千名活產嬰兒死亡數為 5 人。五歲以下兒童死亡率資料來源為 The World Bank 2015 年資料。台灣在 36 個國家中排 27 名，屬於後三分之一，最高為土耳其，最低為盧森堡，每千名活產嬰兒死亡數分別是 13.5 人及 1.9 人。

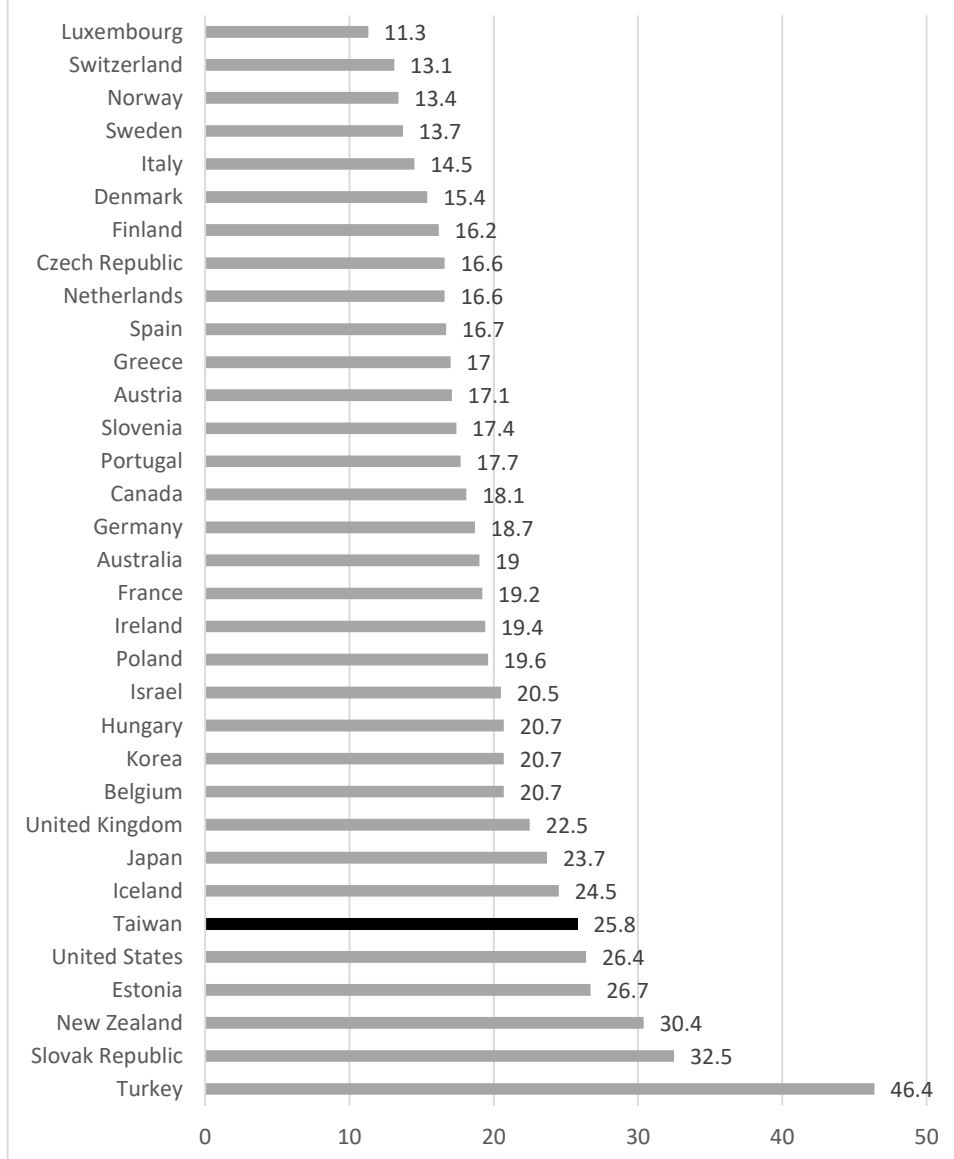
兒童及青少年死亡率（每十萬人口死亡數）
1~19歲



資料來源：WHO mortality database， Statistics Canada， 成功大學呂宗學老師研究資料（no data from Chile， Latvia， Mexico）

資料年代：Australia， Israel， Italy， Japan（2009~2011）；Belgium， Denmark， Germany， New Zealand， Slovak Republic， Slovenia， Switzerland，（2008~2010）；Canada（2010~2012）；France， Iceland（2007~2009）；Taiwan（2011~2013）；United Kingdom（2005~2007）；Ireland（2006~2008）；Others（2010~2012）

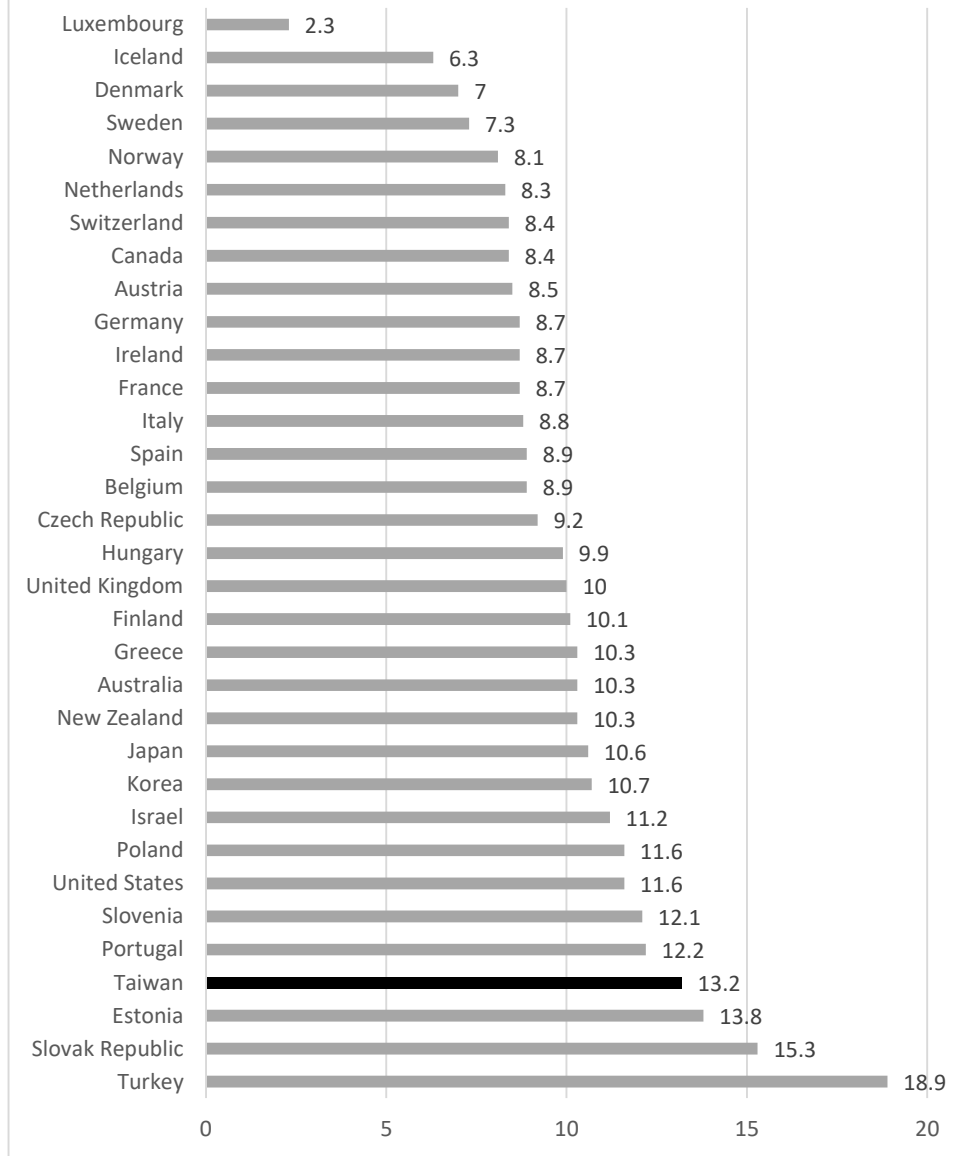
兒童及青少年死亡率（每十萬人口死亡數）
1~4歲



資料來源：WHO mortality database， Statistics Canada， ， 梁富文等(2016)(no data from Chile， Latvia， Mexico)

資料年代：Australia， Israel， Italy， Japan (2009~2011)；Belgium， Denmark， Germany， New Zealand， Slovak Republic， Slovenia， Switzerland， (2008~2010)；Canada (2010~2012)；France， Iceland (2007~2009)；Taiwan (2011~2013)；United Kingdom (2005~2007)；Ireland (2006~2008)；Others (2010~2012)

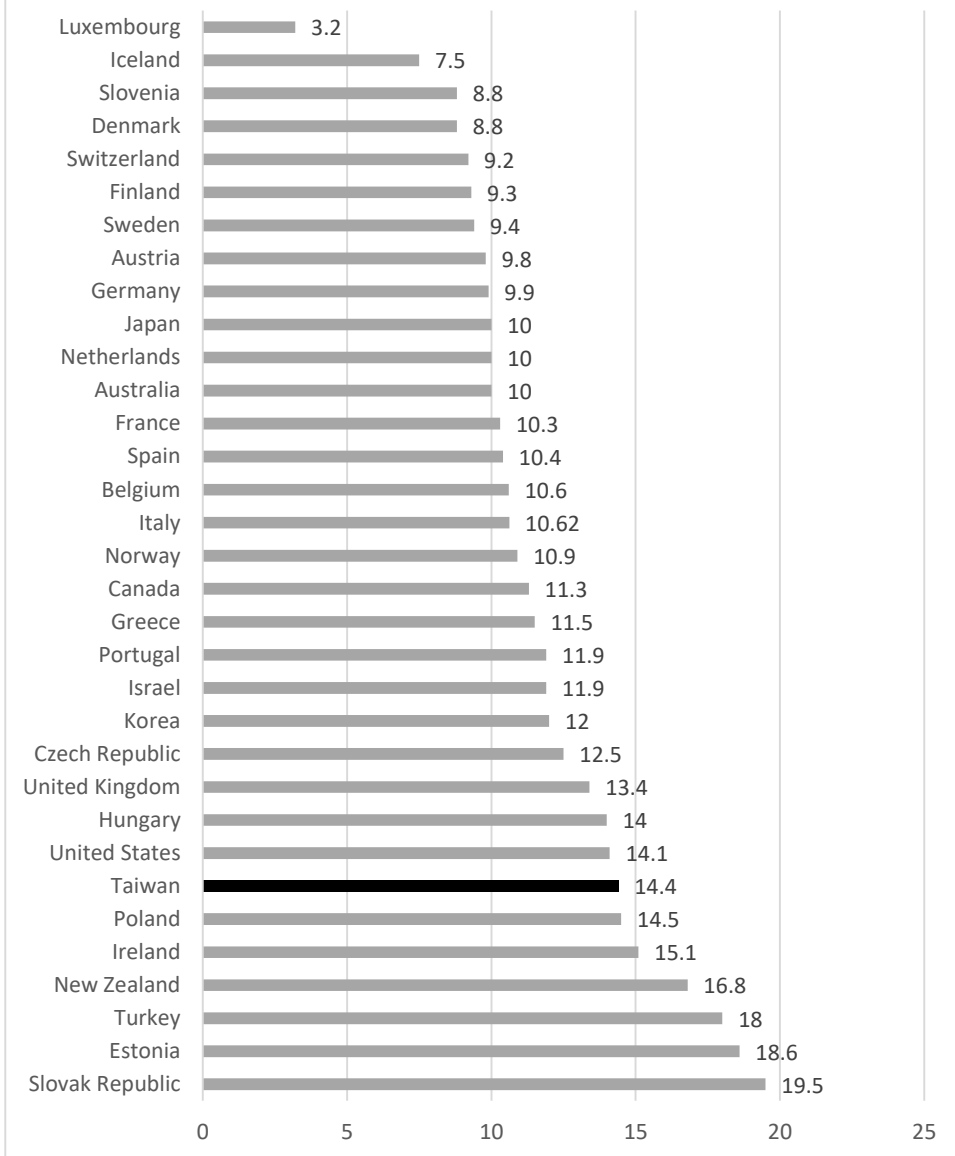
兒童及青少年死亡率（每十萬人口死亡數）
5~9歲



資料來源：WHO mortality database， Statistics Canada， 梁富文等(2016)(no data from Chile， Latvia， Mexico)

資料年代：Australia， Israel， Italy， Japan (2009~2011)；Belgium， Denmark， Germany， New Zealand， Slovak Republic， Slovenia， Switzerland， (2008~2010)；Canada (2010~2012)；France， Iceland (2007~2009)；Taiwan (2011~2013)；United Kingdom (2005~2007)；Ireland (2006~2008)；Others (2010~2012)

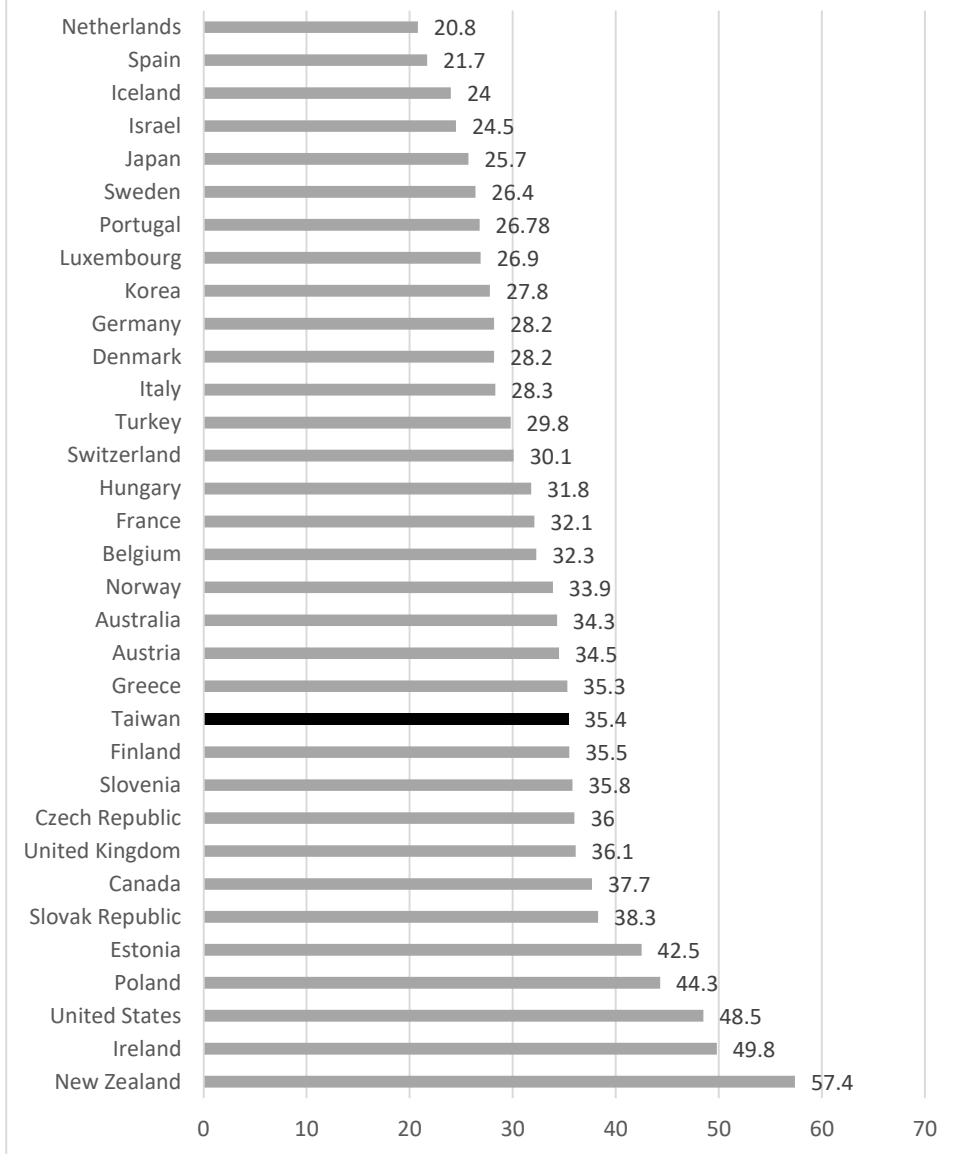
兒童及青少年死亡率（每十萬人口死亡數）
10~14歲



資料來源：WHO mortality database， Statistics Canada， 梁富文等(2016) (no data from Chile， Latvia， Mexico)

資料年代：Australia， Israel， Italy， Japan (2009~2011)； Belgium， Denmark， Germany， New Zealand， Slovak Republic， Slovenia， Switzerland， (2008~2010)； Canada (2010~2012)； France， Iceland (2007~2009)； Taiwan (2011~2013)； United Kingdom (2005~2007)； Ireland (2006~2008)； Others (2010~2012)

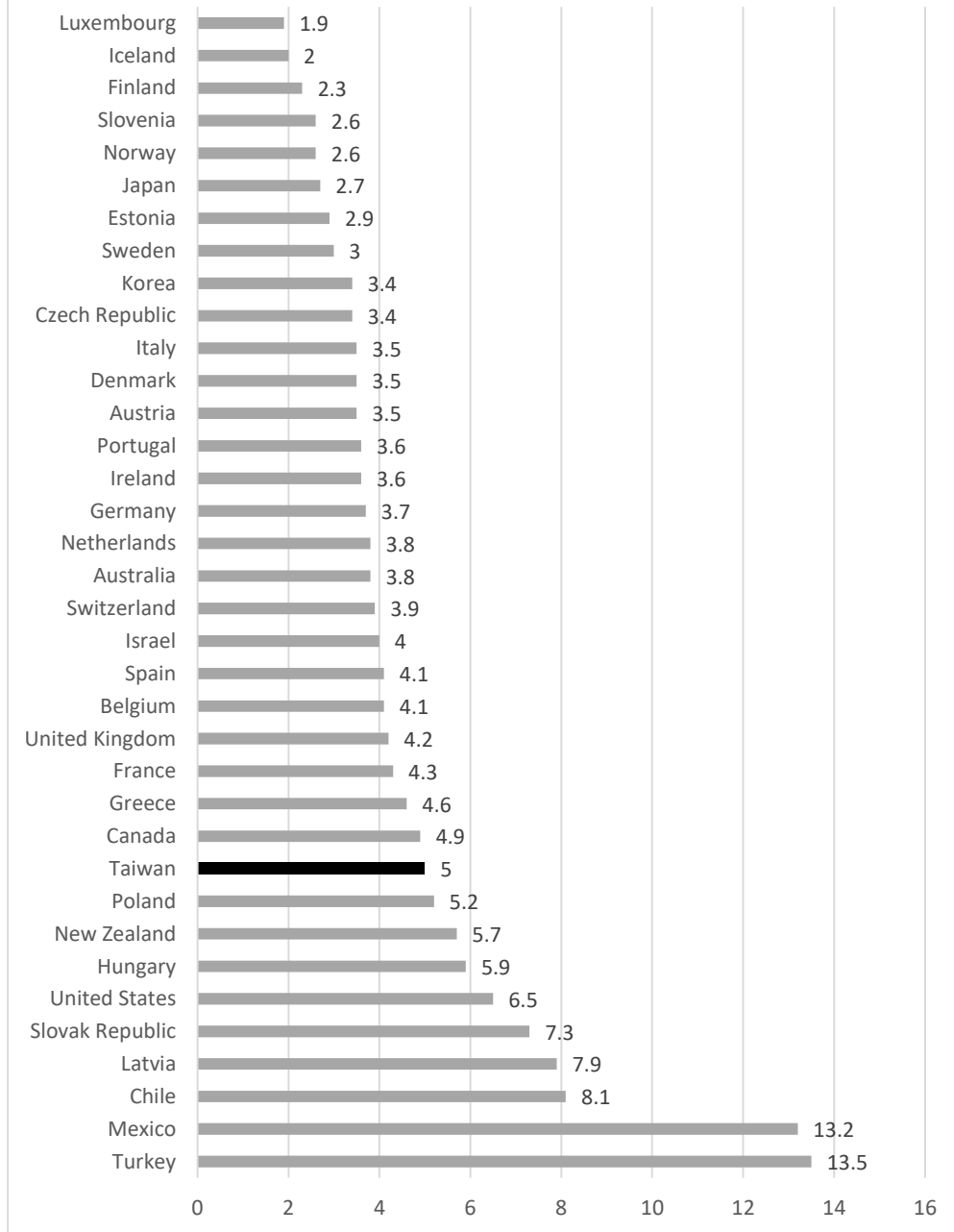
兒童及青少年死亡率 (每十萬人口死亡數)
15~19歲



資料來源：WHO mortality database， Statistics Canada， 成功大學呂宗學老師研究資料 (no data from Chile， Latvia， Mexico)

資料年代：Australia， Israel， Italy， Japan (2009~2011)；Belgium， Denmark， Germany， New Zealand， Slovak Republic， Slovenia， Switzerland， (2008~2010)；Canada (2010~2012)；France， Iceland (2007~2009)；Taiwan (2011~2013)；United Kingdom (2005~2007)；Ireland (2006~2008)；Others (2010~2012)

兒童及青少年死亡率（每千活產死亡數）5歲以下

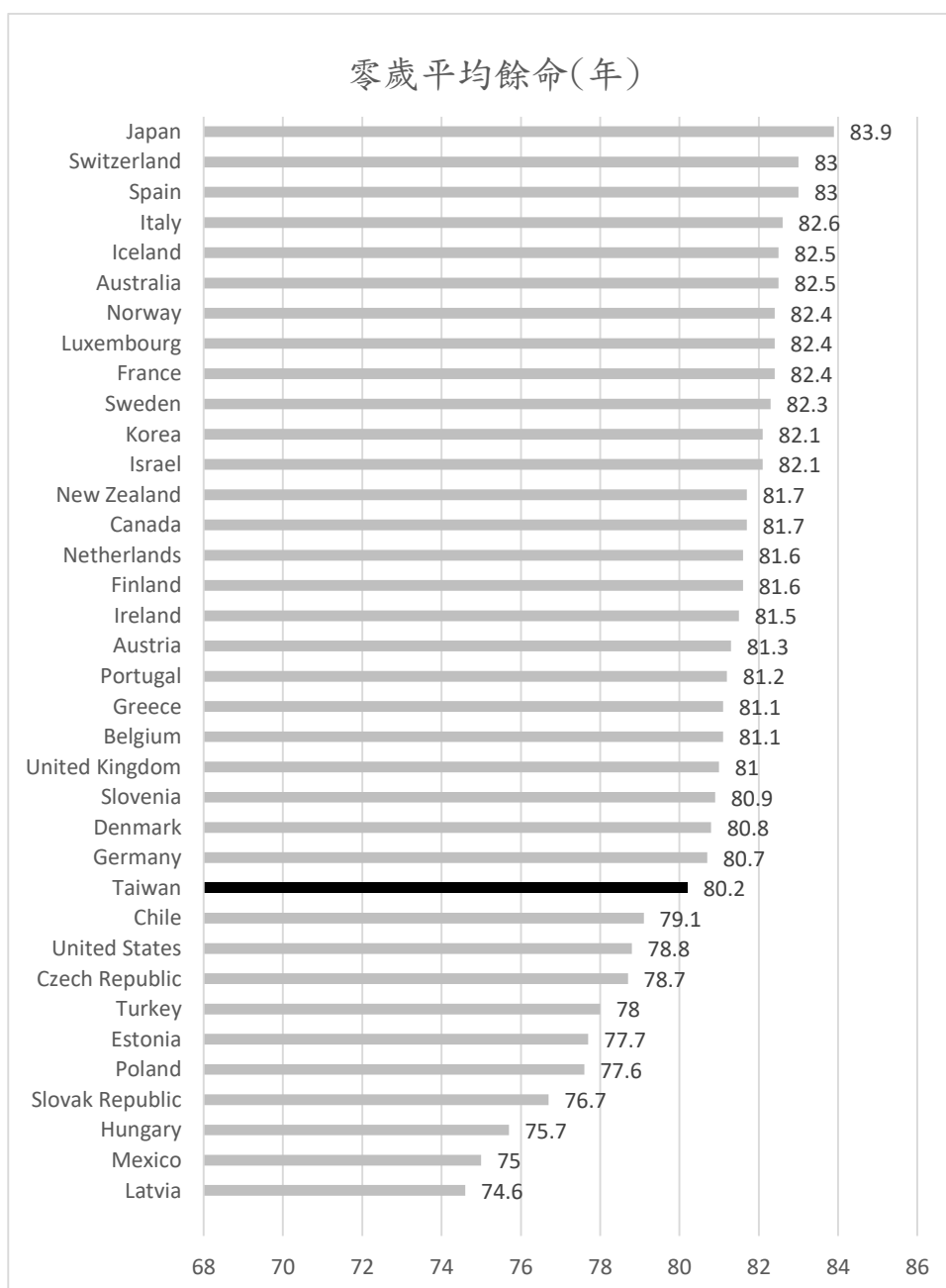


資料來源：The World Bank、內政部
資料年代：2015

(八) 零歲平均餘命

零歲平均餘命表示當年出生嬰兒預期可存活之平均年齡，是一國家健康的指標，也包含了兒童健康。臺灣2015年內政部報告指出，零歲平均餘命為80.2年，男性77.0年，女性為83.6

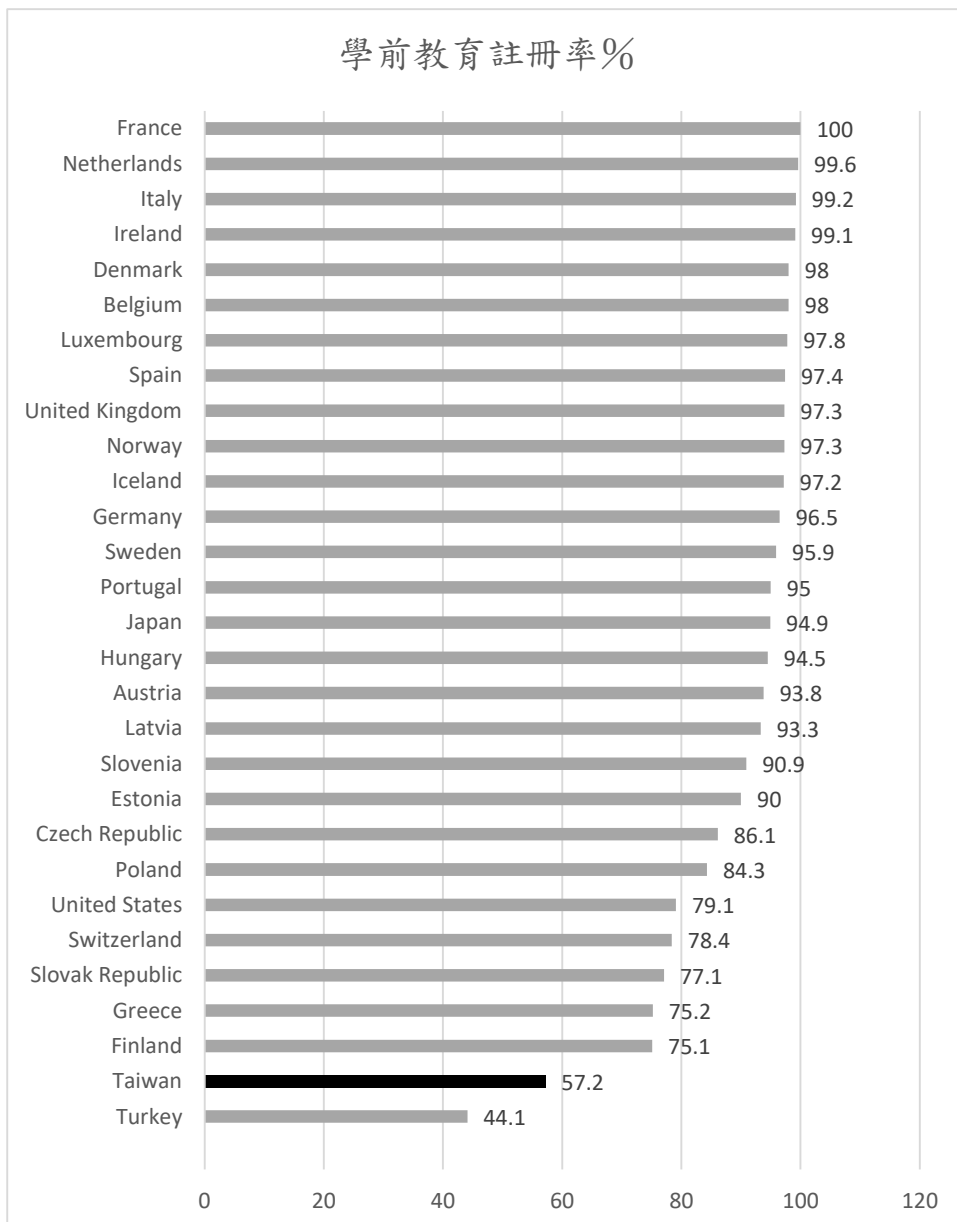
年。根據內政部資料，臺灣地區零歲平均餘命 1970 年男性 66.7 年，女性為 71.6 年，1980 年男女分別為 69.6、74.6 年，1990 年為 71.3 年、76.8 年，2000 年為 73.8、79.6 年，2010 年為 76.1 與 82.5 年，有逐年上升趨勢（請見內政部簡易生命表）。國際比較資料為 OECD stat，大多為 2015 年資料，其中加拿大是 2011 年。臺灣在 36 個國家中排名第 26 名，屬後三分之一，最高為日本 83.9 年，最低為拉脫維亞 74.6 年。



資料來源：The World Bank、內政部
 資料年代：Canada (2011)； others (2015)

(九) 學前教育註冊率

根據 UNICEF 對學前教育註冊率的定義，係指四歲至入國小前兒童接受學前教育的比率，為兒童教育指標 (UNICEF 2013)。2015 年臺灣 2~5 歲幼兒園淨在學率為 57.2% (教育部 2016 年教育統計)。國際比較資料來源為 Eurostat 2012 年資料，定義亦為四歲至入國小前兒童接受學前教育比率，日本為 2011 年資料。臺灣在既有資料 29 國中排名 28，為後三分之一，最高為法國 100%，最低為土耳其 44.1%。以臺灣 2~5 歲定義來看，2~3 歲就讀幼兒園比例應較 4 歲以上低，因此，以 OECD 年齡定義，臺灣註冊率應較目前數據高。

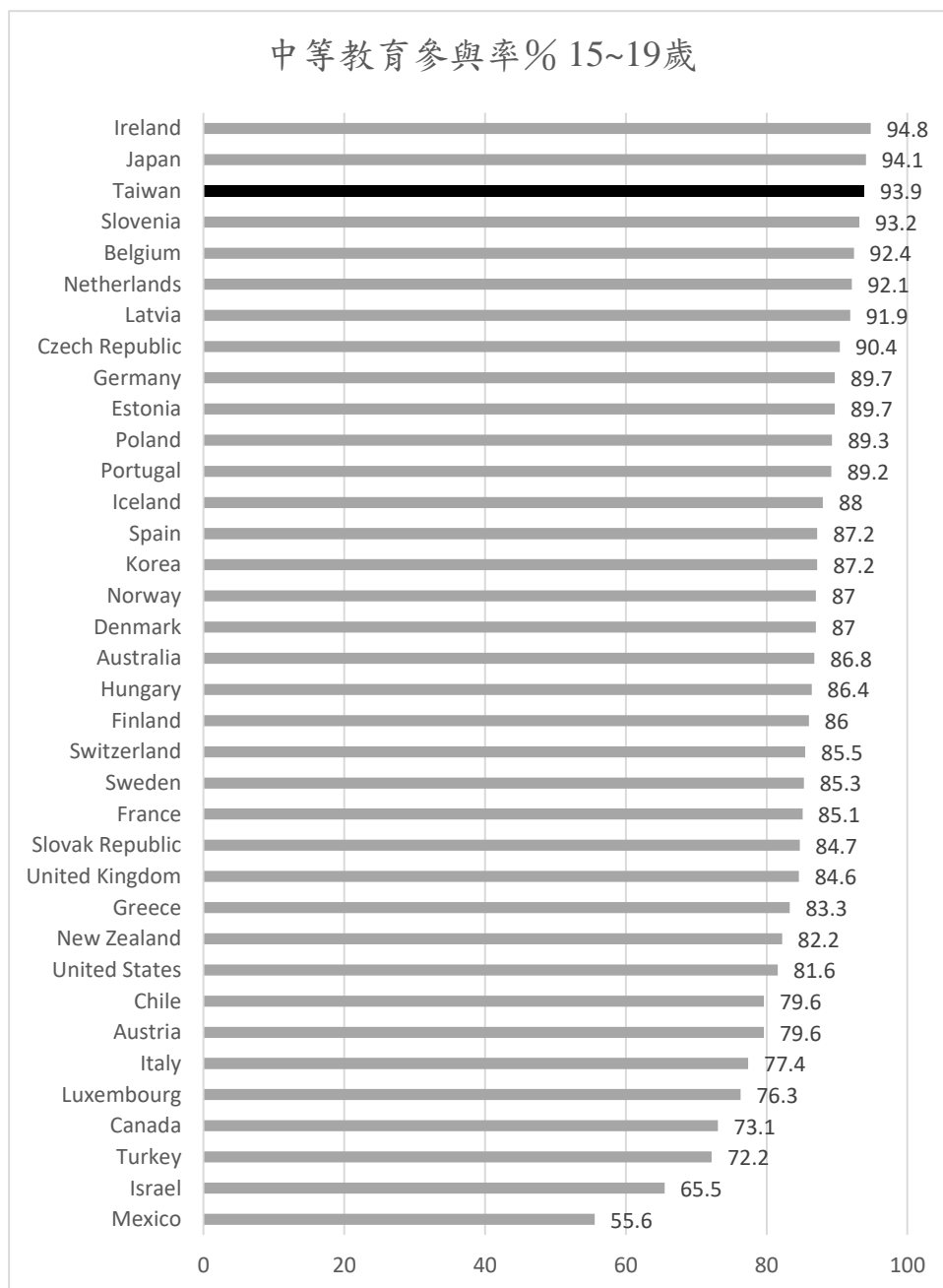


資料來源：Eurostat (no data from Australia, Canada, Chile, Korea, Mexico, New Zealand)、教育部

資料年代：Japan (2011); Taiwan (2015); others (2012)

(十) 中等教育參與率

中等教育參與率指 15~19 歲註冊率，亦為兒童教育指標之一。臺灣教育統計資料分為高級中等教育 15~17 歲及高等教育 18~21 歲，與國外 15~19 歲不同，在此以 15~17 歲接受高級中等教育的淨在學率做比較（淨在學率=各該級教育相當學齡學生人數除以各該相當學齡人數 X100%）。臺灣 2015 年 15~17 歲淨在學率為 93.9%（教育部 2016 年教育統計）。國際比較資料來源為 OECD stat 提供的 15~19 歲註冊率，未註明就讀高級中等教育或高等教育，主要為 2014 年資料，其中加拿大與冰島是 2013 年資料。臺灣在 36 個國家中排名第三，屬前三分之一，最高為愛爾蘭 94.8%，最低為墨西哥 55.6%。



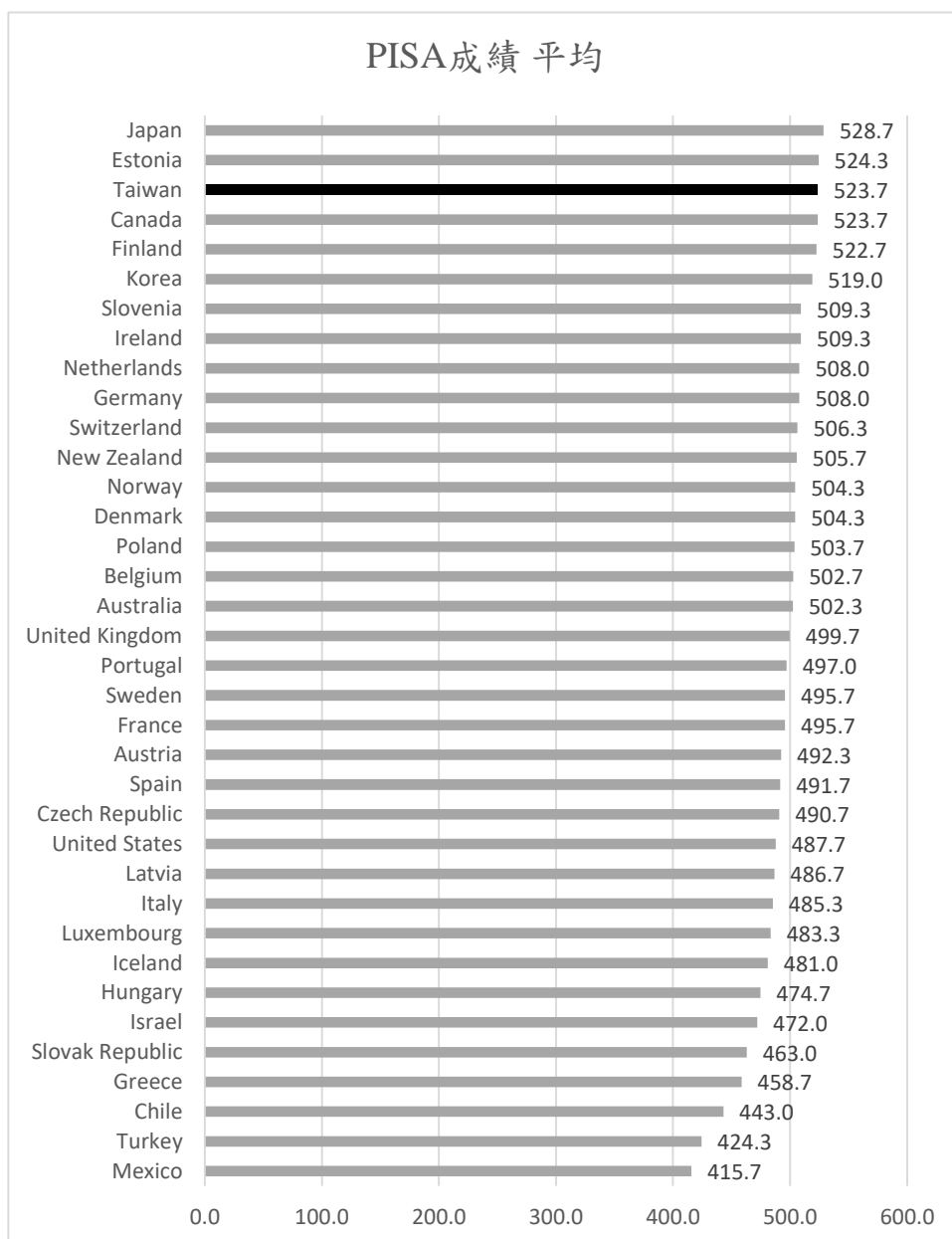
資料來源：OECD.stat、教育部

資料年代：Canada，Iceland（2013）；Taiwan（2015）；others（2014）

（十一）PISA 測驗的閱讀、數學與科學平均成績

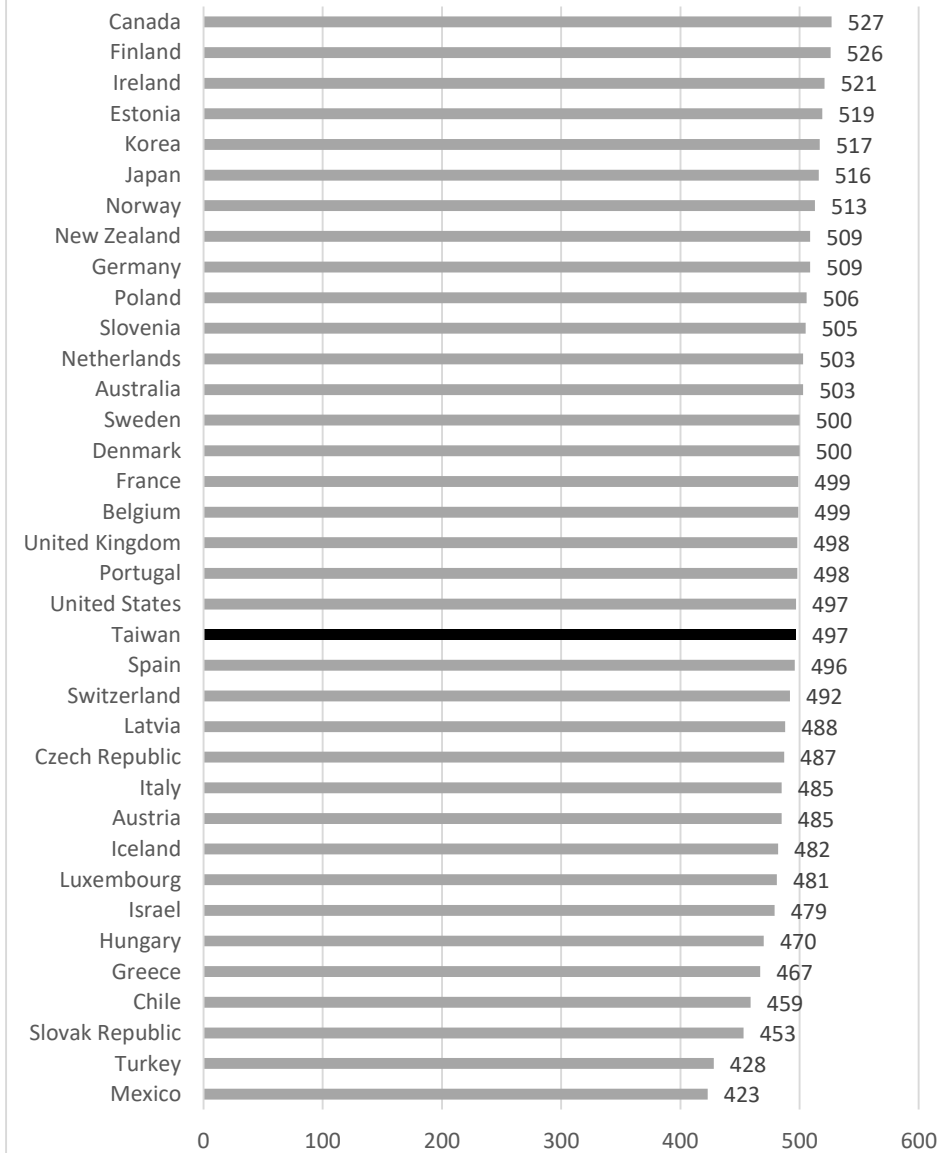
國際學生評估計劃（Programme for International Students Assessment, PISA）是 OECD 的計畫，主要評估 15 歲青少年在完成義務教育前，是否擁有充分參與現代社會的關鍵知識與技能，測驗科目包括閱讀、數學與科學。2015 年全球共 72 國參與，針對 2,900 萬名學生進行抽樣，約 54 萬名學生完成測驗（OECD PISA 2015），臺灣也是參與國之一。2015 年臺灣平均分數為 523.7 分，在 36 國中排名第三，僅落後日本 528.7 分與愛沙尼亞 524.3 分。閱讀

方面，臺灣成績為 497 分，在 36 國中排名 21 名，屬中三分之一，最好的是加拿大 527 分，最低為墨西哥 423 分。數學方面，臺灣的成績為 542 分，排名第一；科學部分，臺灣的成績為 532 分，排名第三，第一名為日本 538 分，第二名為愛沙尼亞 534 分。



資料來源：OECD PISA
資料年代：2015

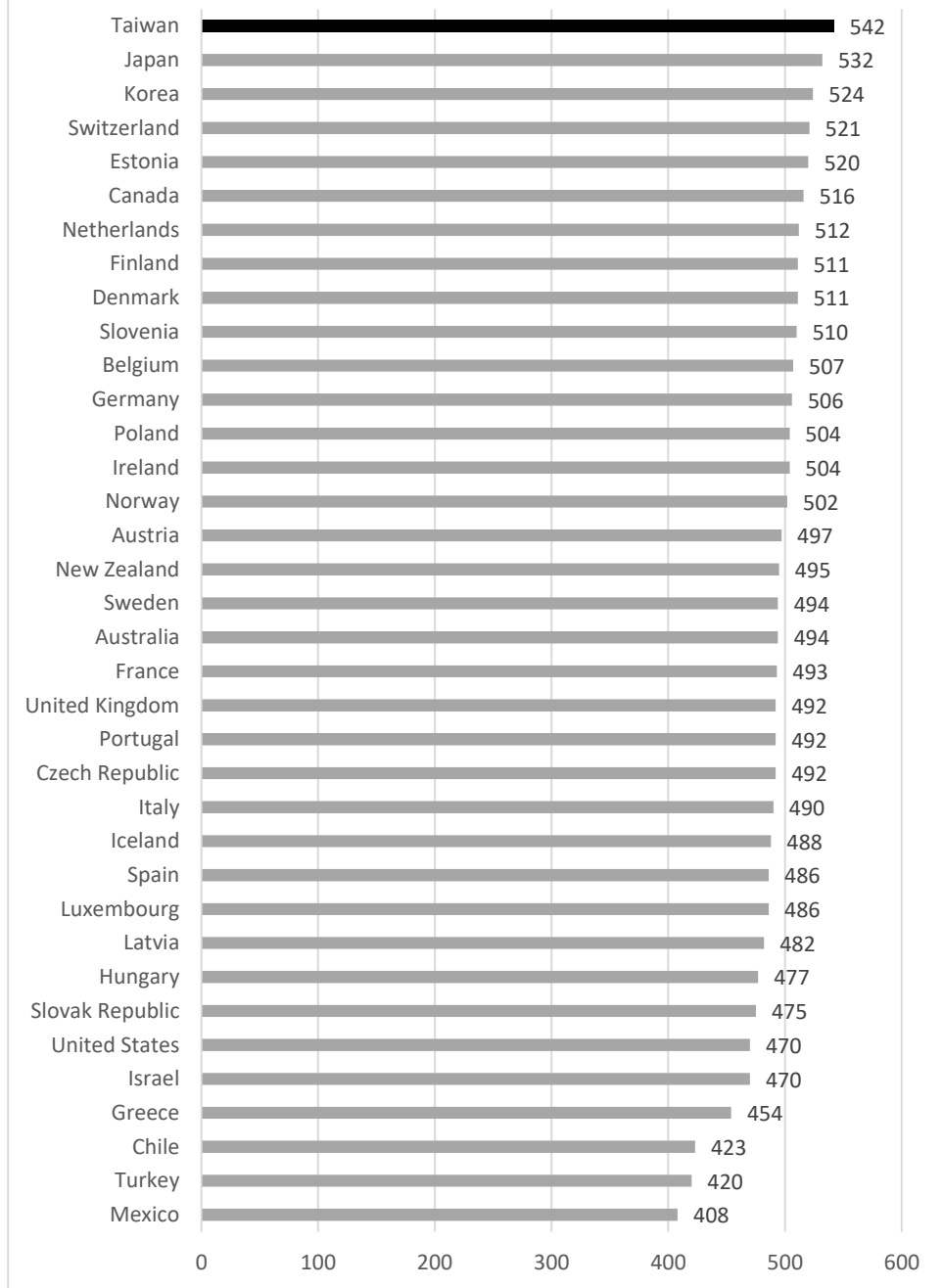
PISA成績 閱讀



資料來源：OECD PISA

資料年代：2015

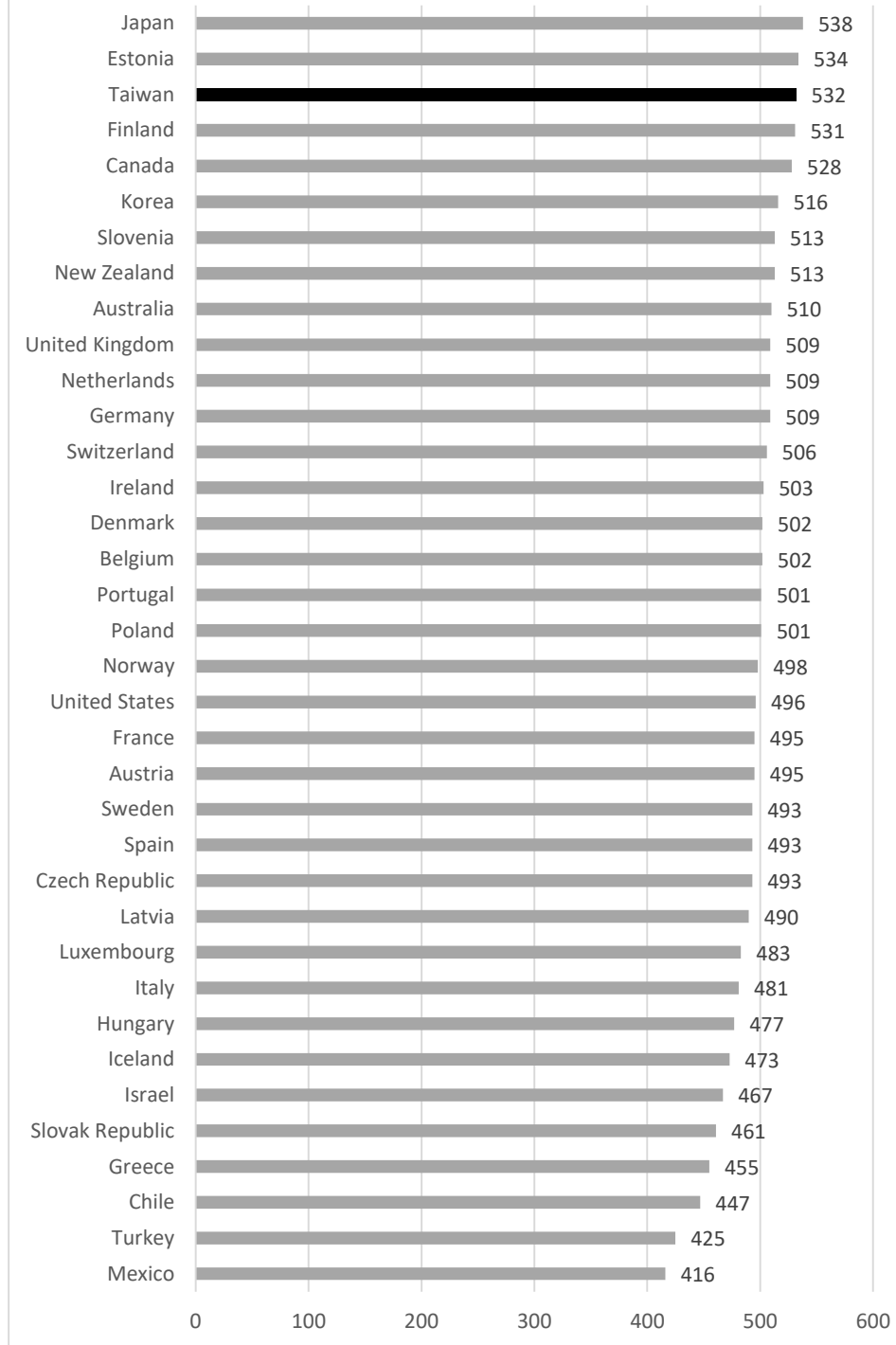
PISA成績 數學



資料來源：OECD PISA

資料年代：2015

PISA成績 科學

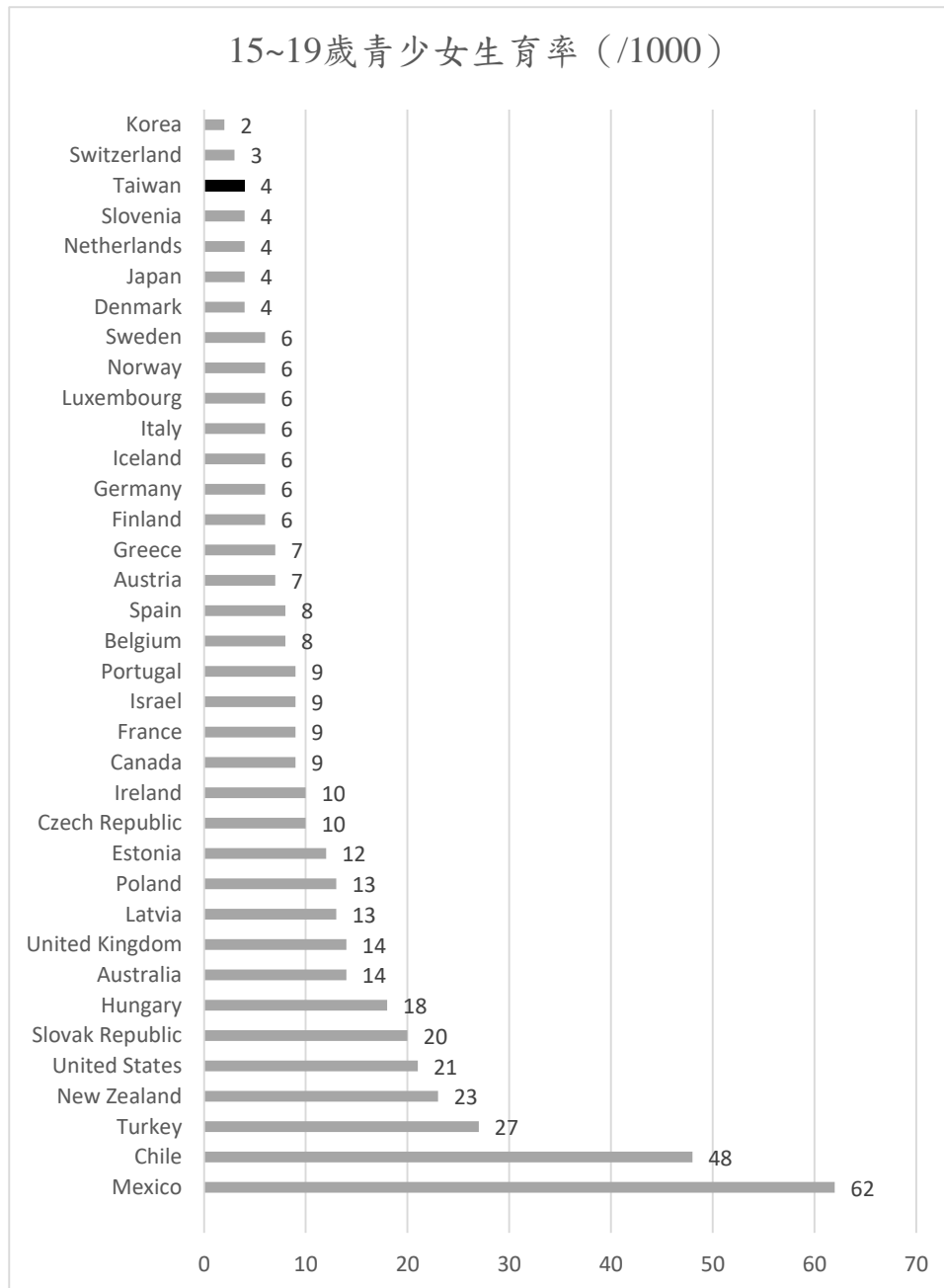


資料來源：OECD PISA

資料年代：2015

(十二) 15~19 歲青少年生育率

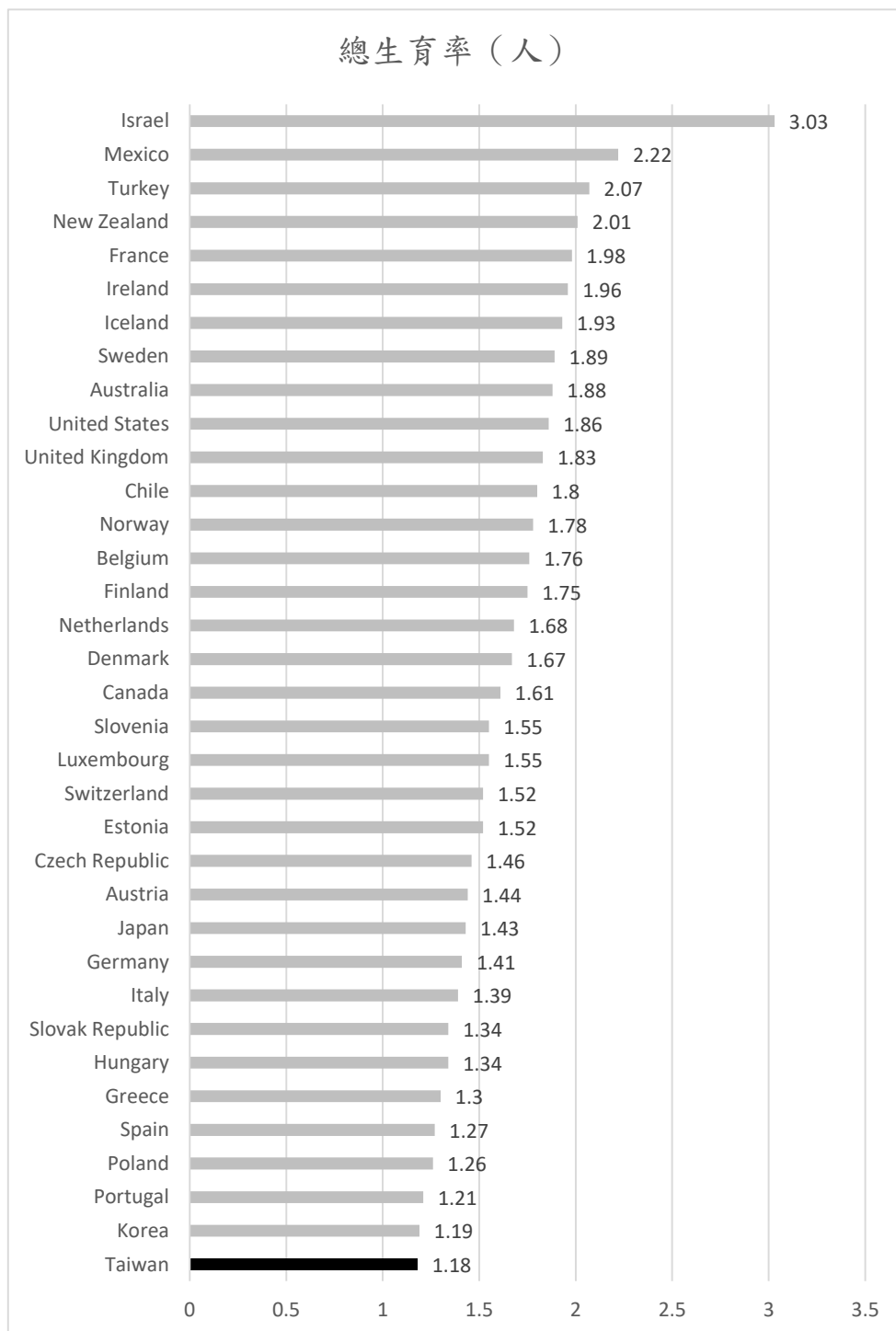
青少年生育率指每千名 15~19 歲女性生育的活產嬰兒數，屬於風險行為(risk behaviours) 指標之一。臺灣 2015 年每千名 15~19 歲青少年生育的活產嬰兒數為 4 人(內政部戶政司)。國際比較資料來源為世界銀行(The World Bank)2015 年資料。臺灣在 36 個國家中排名第三，前二名分別為韓國(千分之二)與瑞士(千分之三)。臺灣青少年生育率較低，可能與高等教育機會普遍提高、婦女延遲進入婚姻及生育有關(臺灣童權指標兒少視窗 2014 修訂版)。



資料來源：The World Bank、內政部
資料年代：2015

(十三)總生育率

總生育率指一個假設世代的育齡婦女（15~49 歲）按照目前的年齡別生育水準，在無死亡情況下，度過其生育年齡期間以後，一生所生育的嬰兒數，以人數表示。臺灣在 1970 年代總生育率約為 4 人，高過 OECD 國家平均（2.8 人），1995 年降低至 1.8 人，之後持續下降，與 OECD 國家平均（1.7 人）接近（臺灣童權指標兒少視窗 2014 修訂版）。近年來臺灣總生育率在 2010 年達到最低，為 0.9 人，之後約 1.07~1.27 人之間，2015 年為 1.18 人（內政部戶政司）。國際比較資料來源為 OECD 2013 年資料，定義亦為 15~49 歲女性。臺灣在 35 國排名最後（1.18 人），最高為以色列（3.03 人）（OECD iLibrary）。

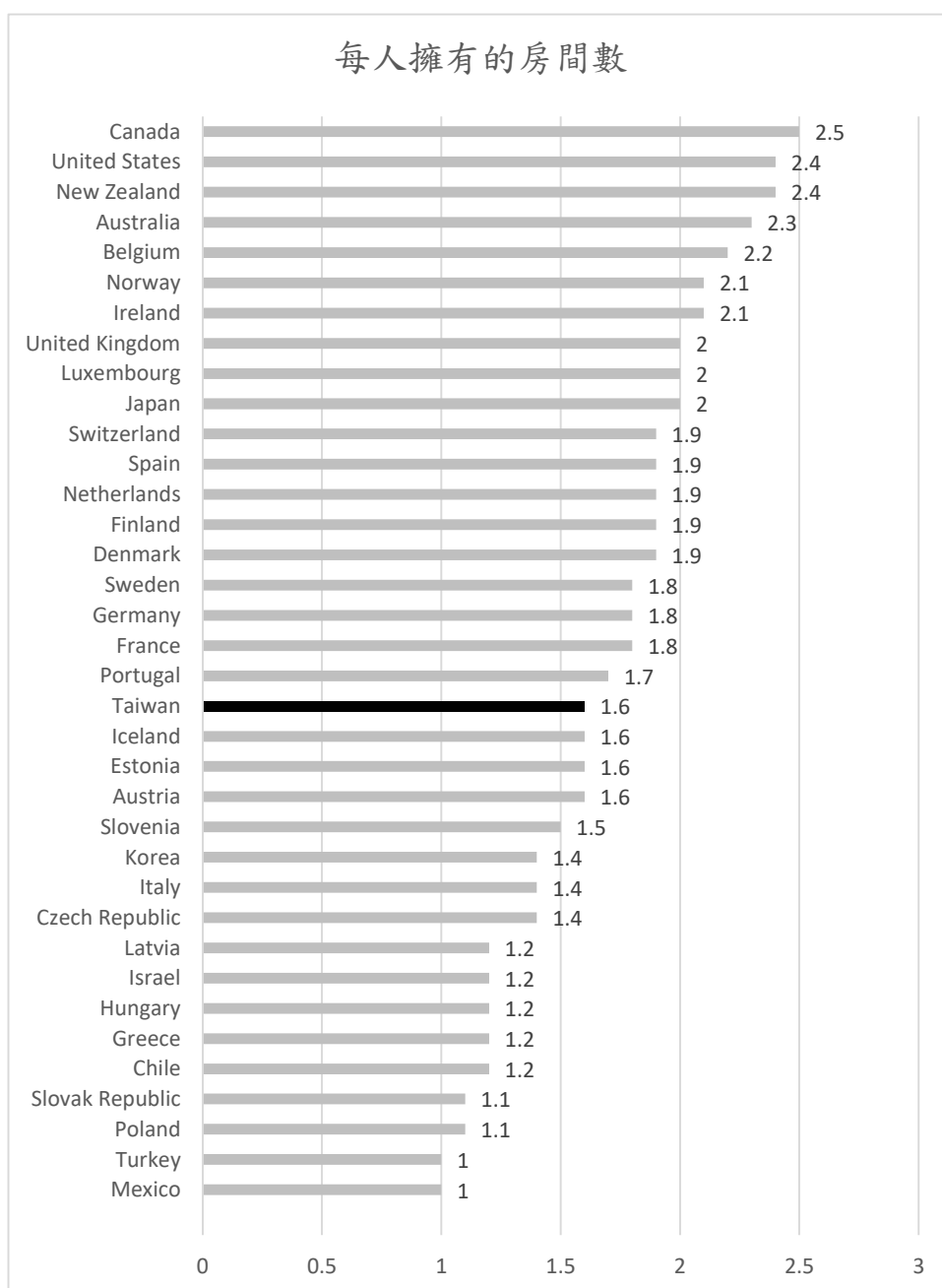


資料來源：OECD iLibrary (no data from Latvia)、內政部
 資料年代：Canada (2011)； Chile (2012)； Taiwan (2015)； others (2013)

(十四)每人擁有的房間數

此為評估兒童所處家庭環境的指標，表示是否過度擁擠。過度擁擠會造成缺乏隱私、沒有安靜的環境唸書，也與壓力增加及行為異常的風險有關。臺灣行政院主計處 2015 年報告，2013

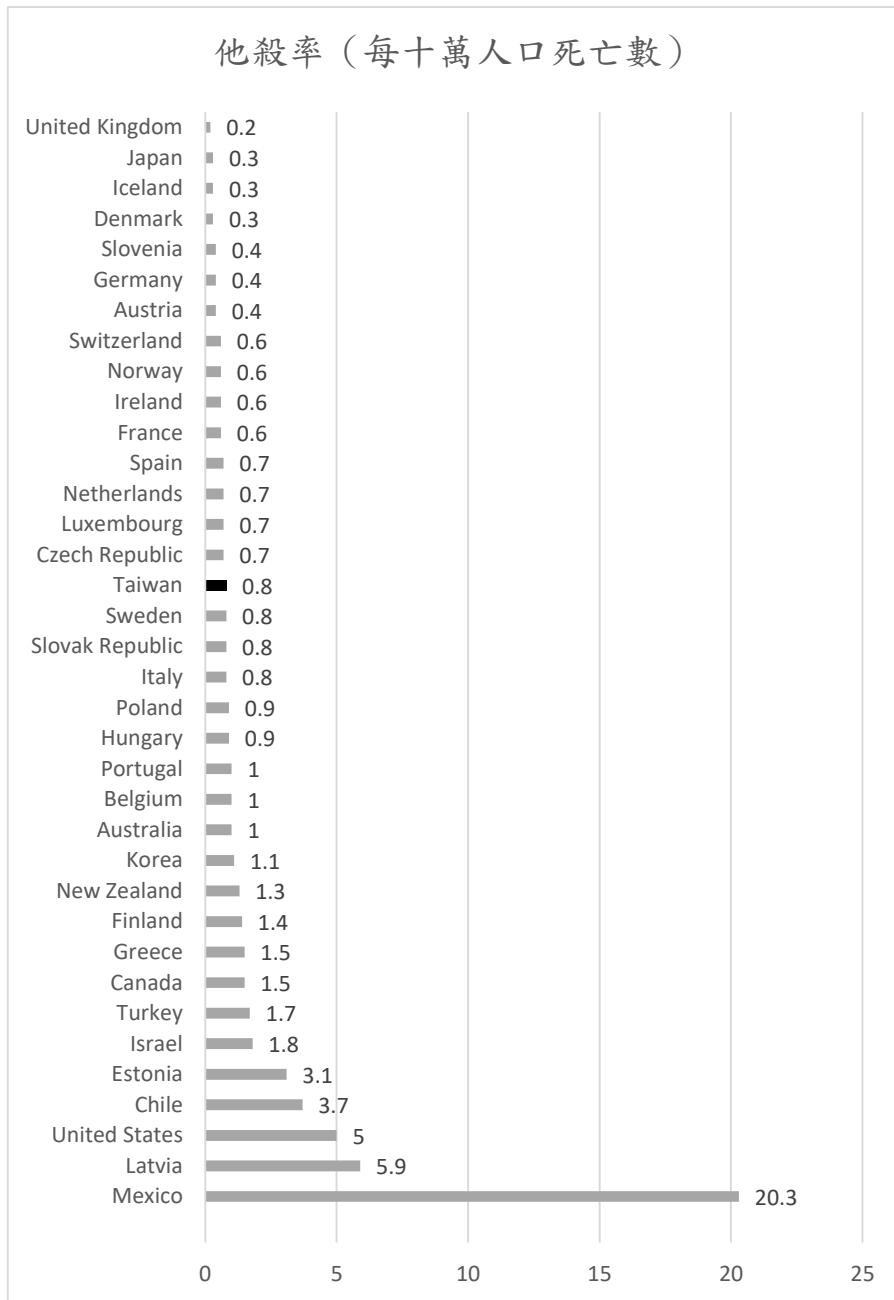
年每人擁有的房間數是 1.6 (行政院主計處)。國際比較的資料來源為 Eurostat 與 OECD stat。臺灣在 36 國中排名第 20 名，屬於中三分之一，最多的是加拿大，2.5 間，最少的是墨西哥與土耳其僅 1 間。以上資料並非僅針對有兒童的家庭調查。臺灣衛福部在 2014 年進行臺灣兒童及少年生活狀況調查，問卷內容問及與兒童及少年同住的人口數及房間數，但公布數據為平均人口數及平均房間數，無法與國際比較；應有資料可進一步針對兒童的每人房間數 (衛福部臺灣兒童及少年生活狀況調查—兒童篇 (0~12 歲)、少年篇 (12~18 歲)，2016)。



資料來源：Eurostat， OECD.stat， 行政院主計處
 資料年代：Chile (2001)； Korea， Mexico (2010)； Canada (2011)； Israel， Japan， Turkey (2013)； Australia， New Zealand， Switzerland， United States (2014)； Latvia， Hungary (2016)； others (2015)

(十五)他殺率

他殺率指每年每十萬人口被他殺的死亡數，此為居家與環境安全指標之一，評估兒童所在國家是否安全。臺灣 2015 年年齡標準化的他殺率為每十萬人口 0.8 人（衛生福利部 104 年死因統計年報，以 WHO 2000 年世界人口年齡結構為基準）。國際比較的資料來源為 OECD. stat（OECD. stat），主要為 2014 年資料，以 2010 年 OECD 國家總人口年齡結構為基準計算標準化他殺率。臺灣在 36 國中排名 16，屬中三分之一，最低為英國，最高為墨西哥，分別是每十萬人口 0.2 及 20.3 人。



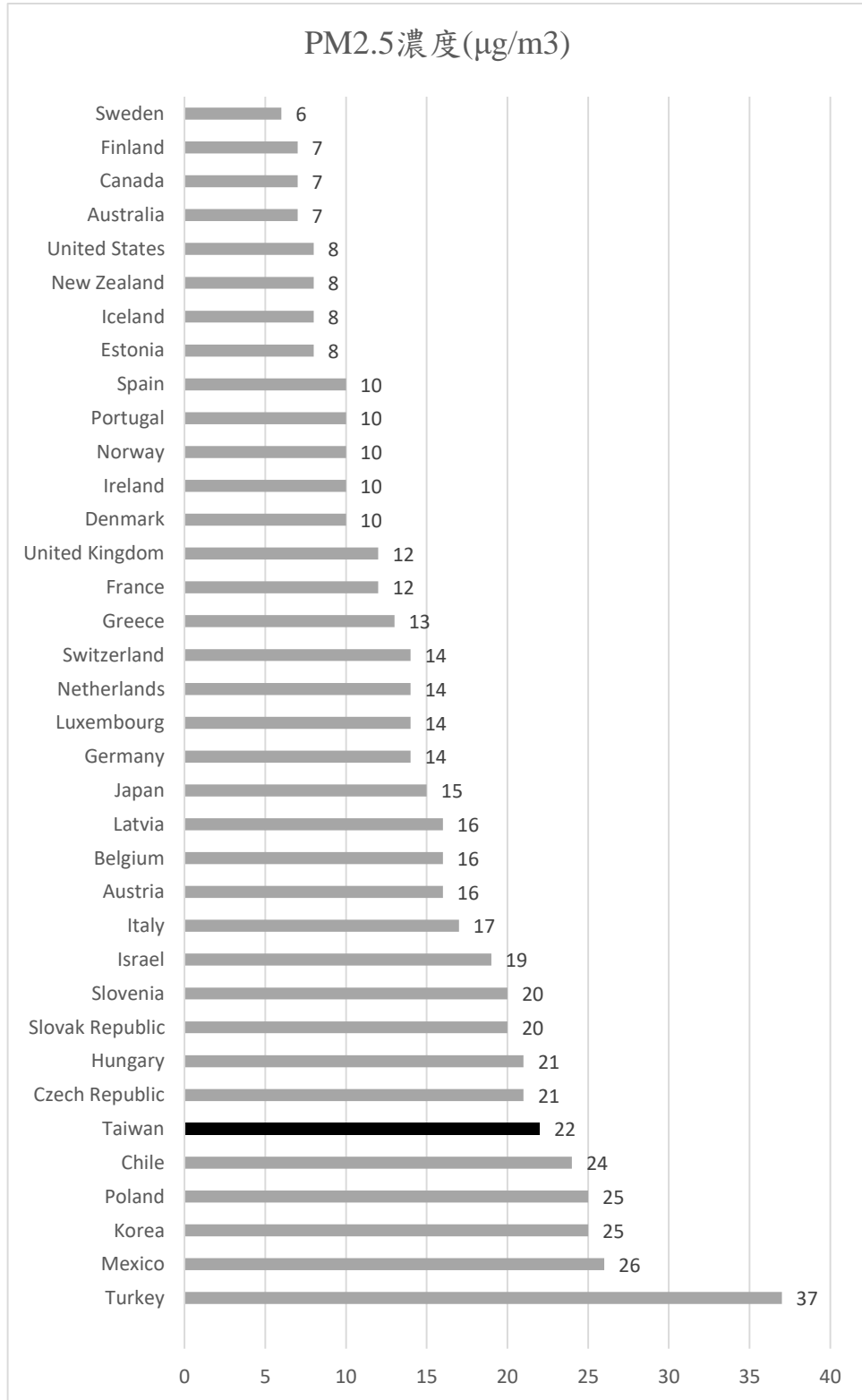
資料來源：OECD. Stat、衛福部

資料年代：Iceland (2009)；Slovenia (2010)；Canada (2011)；Belgium, Chile, France, Ireland, Israel, Japan, Korea, Mexico, Netherlands, Switzerland, Turkey, United Kingdom, United States (2013)；Taiwan (2015)；others (2014)

(十六)空氣污染

空氣污染為兒童所處的環境指標之一，以 PM_{2.5} 進行比較，濃度單位為 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 。臺灣 2015 年 PM_{2.5} 為 $22 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (環境保護署年報)。國際比較資料來源為 WHO database (WHO database)，

大多為 2013 年資料。臺灣在 36 國中，PM2.5 排名第 31 名，屬後三分之一，最低的是瑞典（6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ），最高是土耳其（37 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ）。我國較 OECD 國家 PM2.5 年平均濃度較高，主要原因除人為活動密集與地形因素所造成污染排放與累積外，亦有來自上風處境外傳輸影響。依環保署研究顯示，境外傳輸對 PM2.5 年平均濃度影響比率介於 34%~40%，因此與其他高緯度國家相比，背景值有大幅差異。



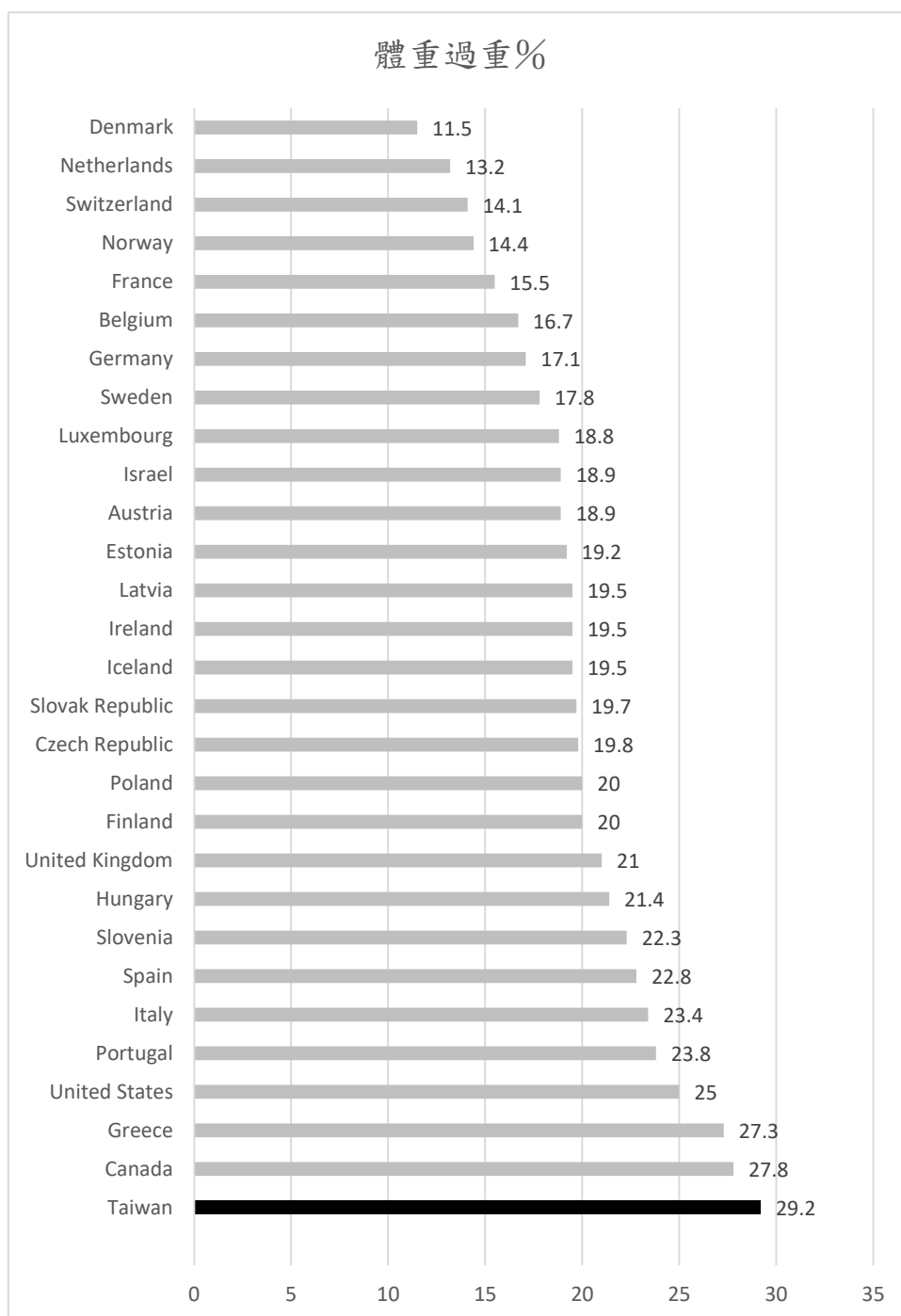
資料來源：WHO database、環境保護署

資料年代：Mexico (2011)；Japan， New Zealand， Turkey (2012)；Australia， Chile， Finland， France， Israel， Korea， Portugal， United States (2014)； Taiwan (2015)； others (2013)

(十七)體重過重百分比

兒童肥胖是全球性問題，對現在及未來的健康有嚴重影響，包括成人肥胖、心血管疾病、內分泌疾病、肺部、腸胃道等疾病，也與心理問題如缺乏自信心、憂鬱、飲食疾病有關。國外資料主要以兒童、青少年健康行為調查(health behavior in school-aged children, HBSC)為主。此調查為與世界衛生組織合作的跨國研究，目前有 45 國參與，每四年進行一次調查。最新一次為 2013/2014 年進行的調查(WHO, HBSC)，對象主要是 11、13、15 歲兒童及青少年，詢問兒童及青少年不穿衣服時體重及不穿鞋的身高，來計算 BMI 值。不同年紀有不同標準，以國際肥胖特別工作小組(International Obesity Task Force, IOTF)的切點為準，計算過重或肥胖的人數百分比。

臺灣目前無年齡與 HBSC 完全相符的資料，以食品藥物管理署在 2010 年進行的國民營養健康狀況變遷調查，針對全國國中生抽樣，以體檢結果而非問卷自述計算，而 BMI 標準以 2002 年衛生署 2~18 歲過重與肥胖定義。調查結果發現，國中生過重或肥胖盛行率為 26.3%。另外，國民健康署 2017 年公布的健康促進統計年報指出，依據衛生福利部 2013 年公布「兒童及青少年生長身體質量指數(BMI)建議值」為標準，臺灣 2015 年國中生過重或肥胖盛行率為 29.2% (教育部 2016 年教育統計)。比較 IOTF 與臺灣 2013 年標準發現，臺灣的標準值較國外低，可能因此高估臺灣過重或肥胖的盛行率。以 13 歲兒童為例，IOTF 定義男生過重與肥胖分別為 BMI> 21.89 及 BMI>26.87，臺灣則分別為 BMI>21.9 及 BMI>24.5；IOTF 定義女生過重與肥胖分別為 BMI>22.49 及 BMI>27.57，臺灣則分別為 BMI>21.9 與 BMI>24.3。由於臺灣的資料可能高估，需有與國際相同標準的資料才能正確比較。

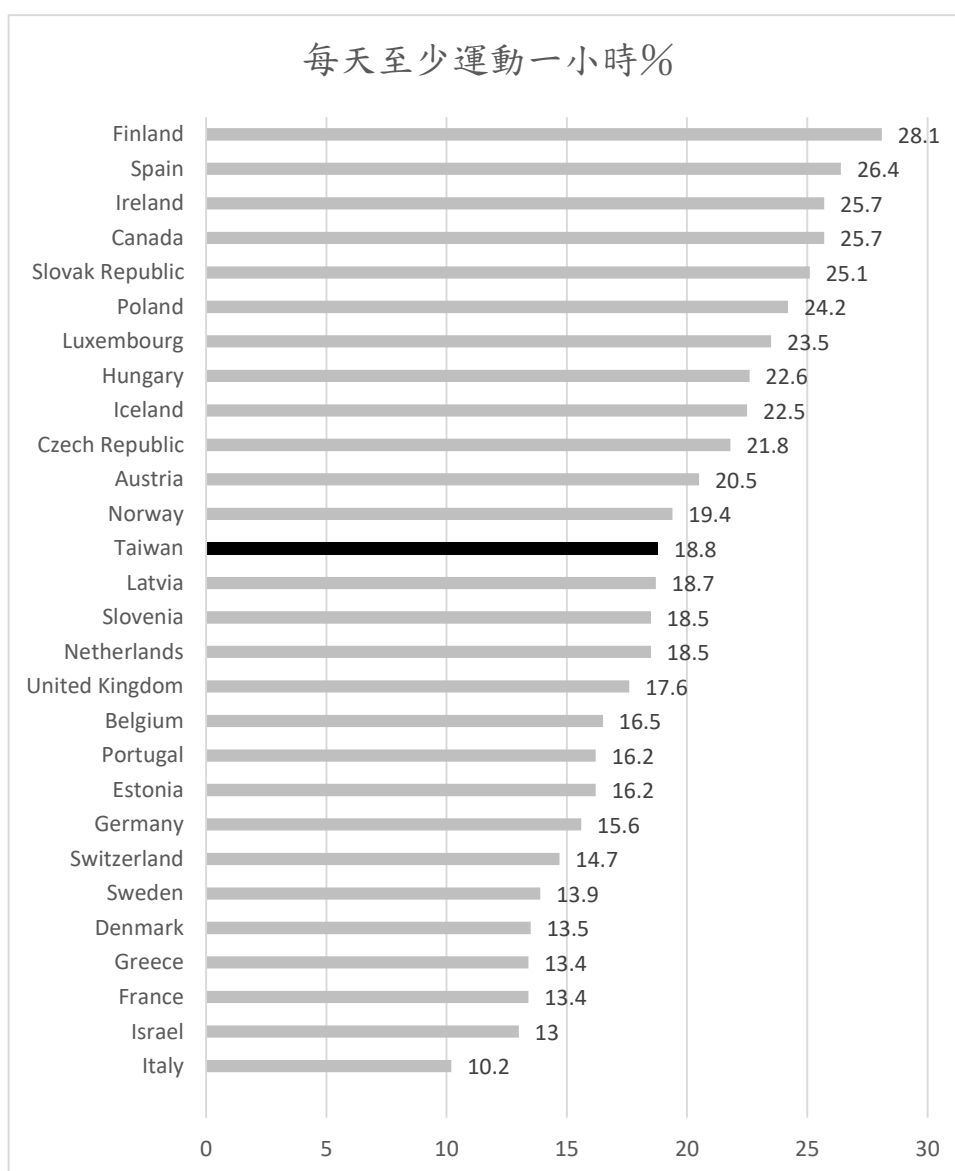


資料來源：HBSC、國民健康署
 資料年代：HBSC (2013/2014)； Taiwan (2015)

(十八)每天至少運動一小時的百分比

中等程度以上的運動對青少年身體、心理、社會健康及課業表現都有好處。HBSC 測量詢問兒童及青少年過去一週至少運動 60 分鐘以上的天數，中等程度以上運動的定義為會增加心跳及呼吸稍喘的運動，計算每天至少一小時中等程度以上運動的人數百分比。臺灣目前並

無年齡與 HBSC 完全相符的資料，根據臺灣國民健康署公布的健康促進統計年報，2014 年國中生未達上述標準比率為 81.2%；換句話說，達到每天至少運動一小時的百分比為 18.8%。國際比較資料為 HBSC，與其他有資料的 27 個 OECD 會員國比較，臺灣排名第 13，為中三分之一，最高為芬蘭 28.1%，最低為義大利 10.2%。



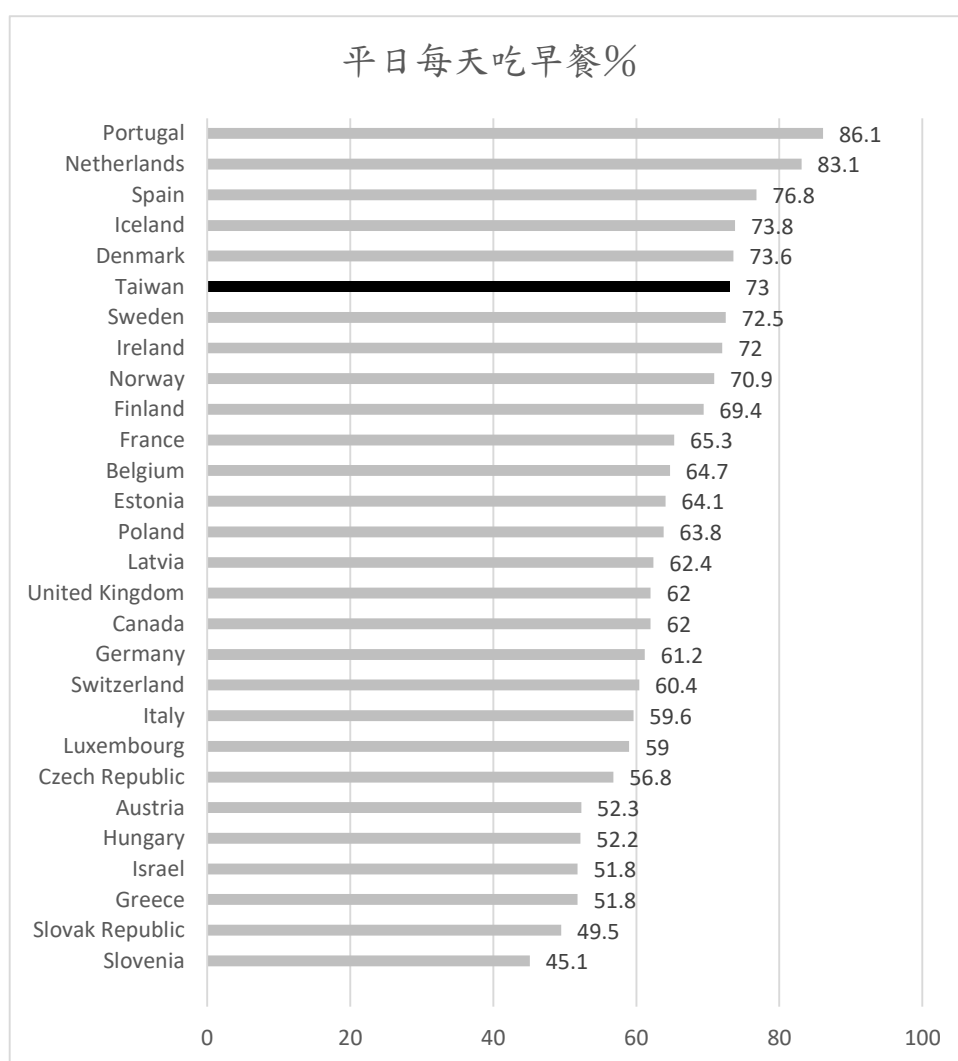
資料來源：HBSC、國民健康署
資料年代：HBSC (2013/2014)； Taiwan (2014)

(十九)平日每天吃早餐的百分比

吃早餐可減少吃零食及高熱量食物的機會，也能減少過重及肥胖的機會。HBSC 測量為詢問兒童及青少年吃早餐（定義為至少一杯牛奶或果汁）頻率，分平日及假日，計算平日每

天吃早餐百分比。臺灣目前無年齡與 HBSC 完全相符的資料，根據臺灣國民健康署民國 99 年國中學生健康行為調查報告，學生過去七天內，吃早餐天數在五天（含）以下者佔 27%；換句話說，每週吃早餐在 6 天（含）以上者有 73%，與 HBSC 定義稍有不同。國際比較資料為 HBSC，與有資料的 OECD 27 個會員國比較，臺灣排名第六，為前三分之一，最高為葡萄牙 86.1%，最低為斯洛維尼亞 45.1%。另外，衛福部 2014 年進行的兒童及少年生活狀況調查，問卷問一週內吃早餐天數，結果發現，國中生每天吃早餐比例為 69.9%。

(二十)每天吃水果的百分比

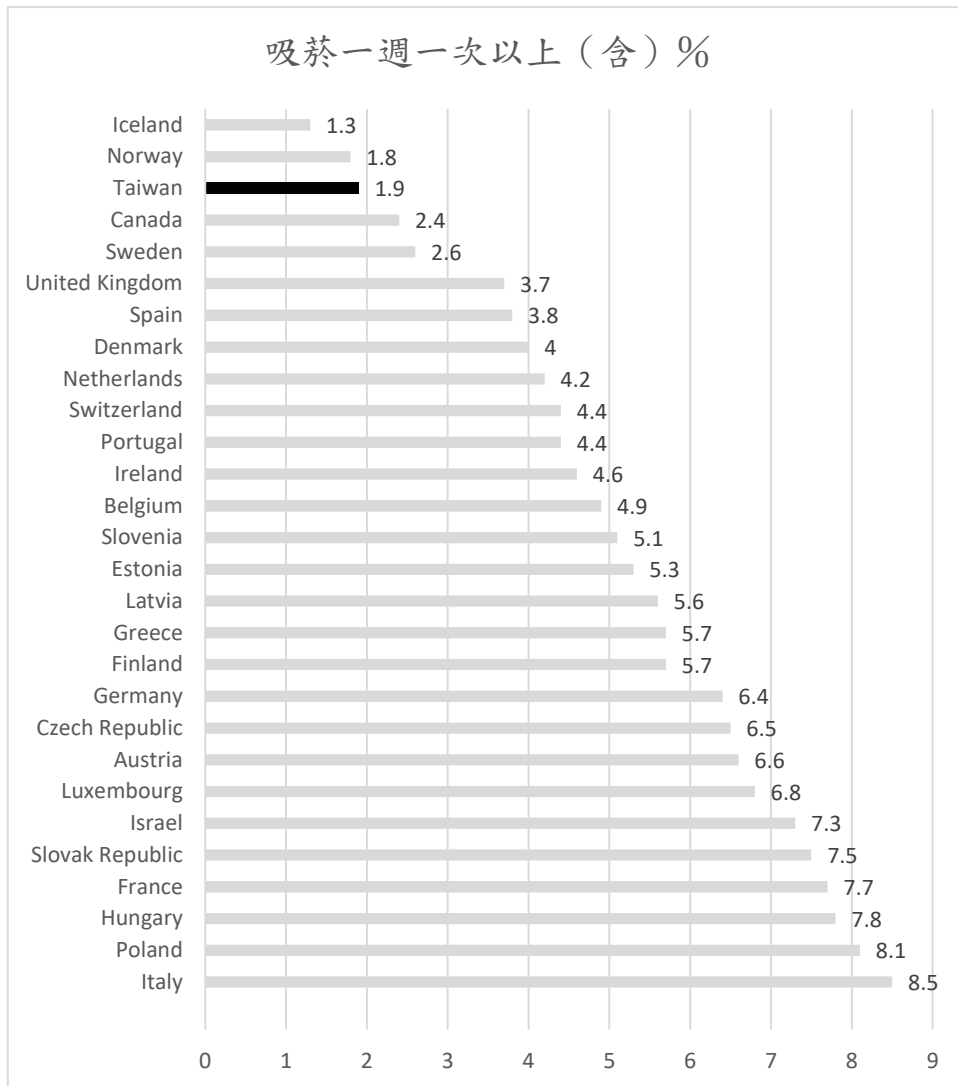


資料來源：HBSC、國民健康署
 資料年代：HBSC (2013/2014)； Taiwan (2010)

吃水果對健康的好處可分短期與長期，長期包括可減少慢性病危險；故一般建議蔬菜及水果一天至少要五份以上。要增加青少年水果攝取，需要政策及家庭與學校介入。HBSC 測量詢問兒童及青少年吃水果頻率，從不到每天或每天不只一次，計算每天至少攝取一次水果的人數百分比。27 個 OECD 會員國中，每天吃水果比例最高為加拿大 50.1%，最低為芬蘭 23.9%，平均為 37.3%，達到前三分之一，須在 39.4% 以上。臺灣目前無年齡與 HBSC 完全相符資料，國民健康署 2010 年國中學生健康行為調查為平均每天吃多少碗水果，以份量為評估方式，並不是以頻率，故無法與國際比較。

(二十一)一週吸菸一次以上（含）百分比

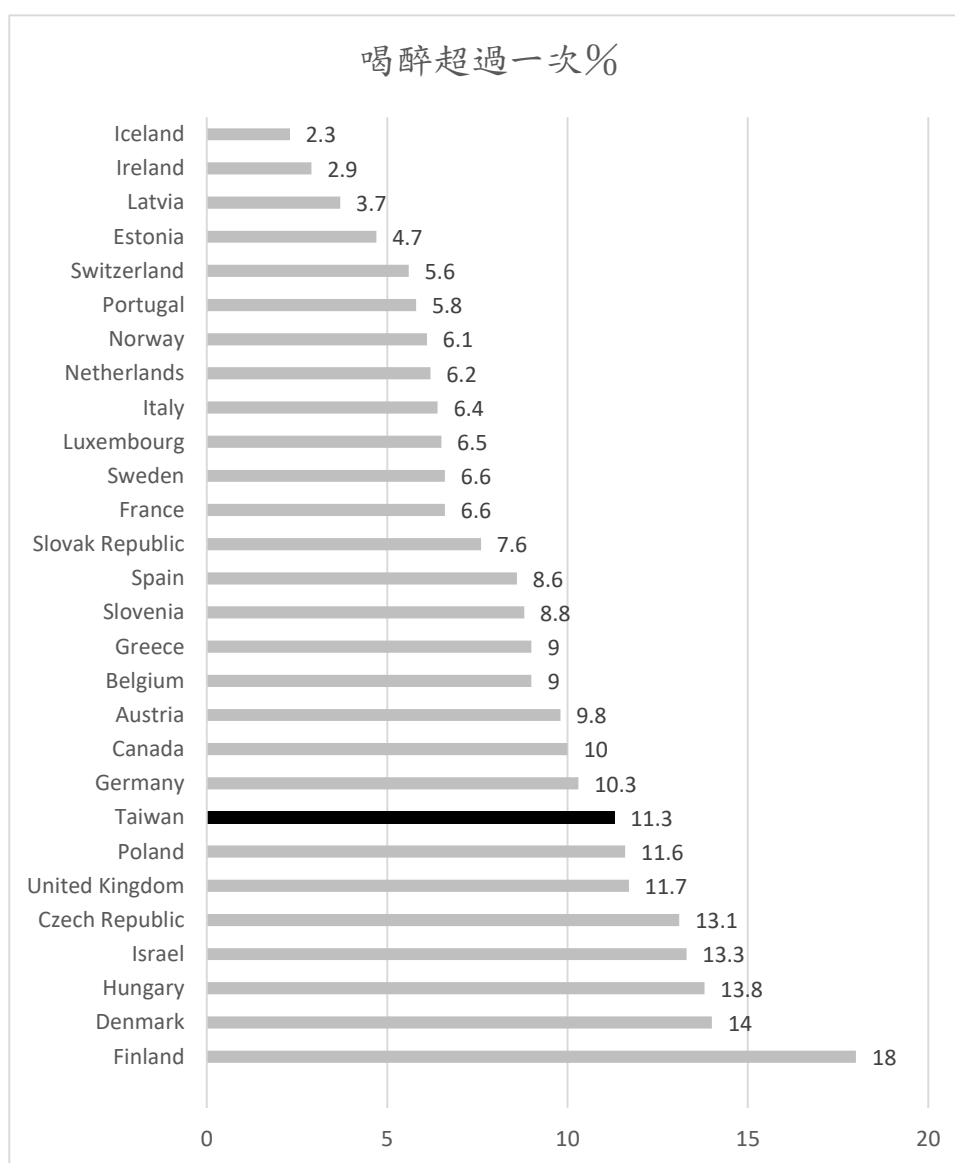
吸菸造成的早期死亡是全球最常見、且可加以預防的，吸菸會造成青少年上癮、肺功能減少、肺發育不良及氣喘等；吸菸率也與社經地位有關，出身自較弱勢的環境，吸菸率可能較高。HBSC 測量詢問兒童及青少年吸菸頻率，從不曾吸菸到每天吸菸，結果以每週至少一次的人數百分比表示。臺灣目前無年齡與 HBSC 完全相符的資料，以臺灣 2015 年進行國中學生吸菸行為調查，問卷問過去 30 天內吸菸天數，結果發現，吸菸者佔 3.5%，吸菸者中 30 天內吸菸六天以上佔 54%，因此在 30 天內有吸菸 6 天以上的佔樣本學生全體 2.5%。國際資料為 HBSC，與 OECD 有資料的 27 個會員國比較，28 個國家中，台灣排名第三，為前三分之一，最高為義大利 8.5%，最低為冰島 1.3%。



資料來源：HBSC、國民健康署
 資料年代：HBSC (2013/2014)； Taiwan (2015)

(二十二)喝醉超過一次的百分比

有些人青少年時期就開始喝酒，飲酒過量對身體有害，對精神、社會及身體的影響，包括成績不好、暴力、事故傷害、使用其他藥物、不安全性行為等。HBSC 指標測量為詢問兒童及青少年是否曾喝醉過，從不曾喝醉至喝醉超過十次，結果以喝醉過兩次或兩次以上的人數百分比表示。臺灣目前無年齡與 HBSC 完全相符資料，臺灣根據國民健康署 2014 年國中學生健康行為調查，曾經喝醉一次以上的佔 11.3%，定義上較 HBSC 少一次。國際資料為 HBSC，與有資料的 27 個 OECD 國家比較，臺灣排名第 21 名，為後三分之一。喝醉超過一次比例最高的為芬蘭 18%，最低為冰島 2.3%。



資料來源：HBSC、國民健康署
資料年代：HBSC (2013/2014)； Taiwan (2014)

二、B 類核心指標

所有指標均為兒童青少年健康行為調查(health behaviour in school-aged children, HBSC)項目,此調查係與世界衛生組織合作的跨國研究,目前有 45 國參與,每四年調查一次;最近一次在 2013/2014 年進行(WHO, HBSC),主要調查 11、13、15 歲兒童及青少年健康行為、危險行為及主觀的學校或家庭感受。UNICEF 進行國際比較在行為與危險、主觀幸福感部分也是以 HBSC 為主要資料來源。目前臺灣也有與 HBSC 合作的計畫,但資料尚未公布,希望國家能主導或協助持續與國際同步調查。有部分指標已列入 A 類指標,以下就其他各項主要指標做介紹:

(一) 生活滿意度

利用坎特里爾階梯量表(Cantril Ladder),最低 0 分到最高 10 分,詢問兒童對目前生活是否滿意,以國家中生活滿意度分數高於中位分數的人數百分比表示,是主觀幸福感的指標。HBSC 有資料的 27 個 OECD 國家中,最高為荷蘭,91.2% 兒童自覺生活滿意度好,最低的是捷克,79.7%,平均為 85.6%,達到前三分之一需在 87.8% 以上。

(二) 有問題很容易跟媽媽說的百分比

好的家庭溝通能保護兒童,幫助兒童面對壓力,以降低負面影響。與家長溝通的家庭功能指標,是主觀幸福感及社會支持的指標。問兒童青少年覺得有事情或困擾時能跟媽媽說的容易程度,選項從非常容易到非常困難,指標以選擇非常容易與容易的人數百分比表示。27 個 OECD 國家中,最高的是冰島,90.5%,最低為法國 72%,平均為 83.5%,前三分之一至少為 86%。

(三) 有問題很容易跟爸爸說的百分比

與爸爸的溝通有助於維持兒童青少年的情緒健全、自信心及正面身體形象,是主觀幸福感及社會支持的指標。問兒童青少年覺得有事情、困擾時能跟爸爸說的容易程度,選項從非常容易到非常困難,指標以選擇非常容易與容易的人數百分比表示。27 個 OECD 國家中,最高的是冰島 82.9%,最低為法國 54%,平均為 69.3%,前三分之一至少為 71.9%。

(四) 同學是友善益友的百分比

同儕的支持對青少年身心發展很重要,也能讓他們更有能力面對壓力。測量以多面向社會支持量表(Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)進行,問兒童青少年三個問題:1.是否覺得朋友真的試著幫助他們,在發生錯誤時可以依靠朋友?2.是否有可以分享悲傷與快樂的朋友?3.是否能跟朋友說遭遇的問題?每題七分,從一分為非常不

同意到七分為非常同意，以平均 5.5 分以上為高同儕支持的人數百分比表示。有資料的 25 個 OECD 國家，最高為匈牙利 78.6%，最低為拉脫維亞 46.7%，平均為 63.9%，前三分之一至少為 68.6%。

(五) 對學校課業感到壓力的百分比

學校壓力可能與健康有關，例如會引起頭痛、腹痛、背痛、頭暈等，也會有情緒上的抱怨，例如感到傷心、緊張等，與自覺健康、生活滿意度有關。測量為詢問兒童青少年對必須做的功課感到壓力的程度，從完全沒有壓力到有很大的壓力，結果以自述有一些壓力或很大壓力人數的百分比表示。在 OECD 27 個國家中，最低的是匈牙利 17.7%，最高為義大利 51.5%，平均為 33.7%，壓力較小的前三分之一至少為 39.7%。

(六) 很喜歡上學的百分比

兒童及青少年有很多時間在學校中，而學校對兒童的認知、社會、行為發展影響很大，好的學校經驗能成為保護因子，能減少危險行為、增加自覺健康及其他精神或身體的症狀。測量為詢問兒童及青少年對目前學校的感覺，從非常喜歡到非常不喜歡，結果以覺得非常喜歡的人數百分比表示。OECD 的 27 個有資料的國家中，很喜歡上學最高的是冰島 45.3%，最低為愛沙尼亞 10%，平均為 26.8%，前三分之一至少為 30.7%。

(七) 自覺健康普通或不好的百分比

青少年自覺健康不僅是呈現有無慢性疾病或失能，也是評估是否了解自己健康的主觀指標。兒童早期健康不良可能造成長期的負面影響，包括身體、心理、社會環境、行為等問題。測量為詢問兒童及青少年描述自己的健康，選項有很好、好、普通、不好，結果為自述健康為普通或不好的人數百分比。OECD 27 個有資料國家中，自覺健康普通或不好比例最低為希臘 6.6%，最高為拉脫維亞 21.2%，平均為 13.1%，健康較好的前三分之一，此指標須在 11.4% 以下。

(八) 自述有健康相關症狀百分比

有多重健康症狀是評估主觀健康的重要指標，反映個人對於家庭、社會及同儕負面事件的感受。測量方式為詢問兒童及青少年在最近六個月是否有以下相關症狀：頭痛、胃痛、背痛、感覺低落或躁動、感覺緊張、不好入睡、頭暈等，選項為每天有症狀到很少或不曾有症狀，結果為有兩項以上症狀發作頻率在一週一次以上的人數百分比。在 OECD 27 個有資料國家中，有健康症狀比例最低的是愛爾蘭 14.9%，最高為義大利 47.2%，平均為 29%，健康較好的前三分之一須在 24% 以下。

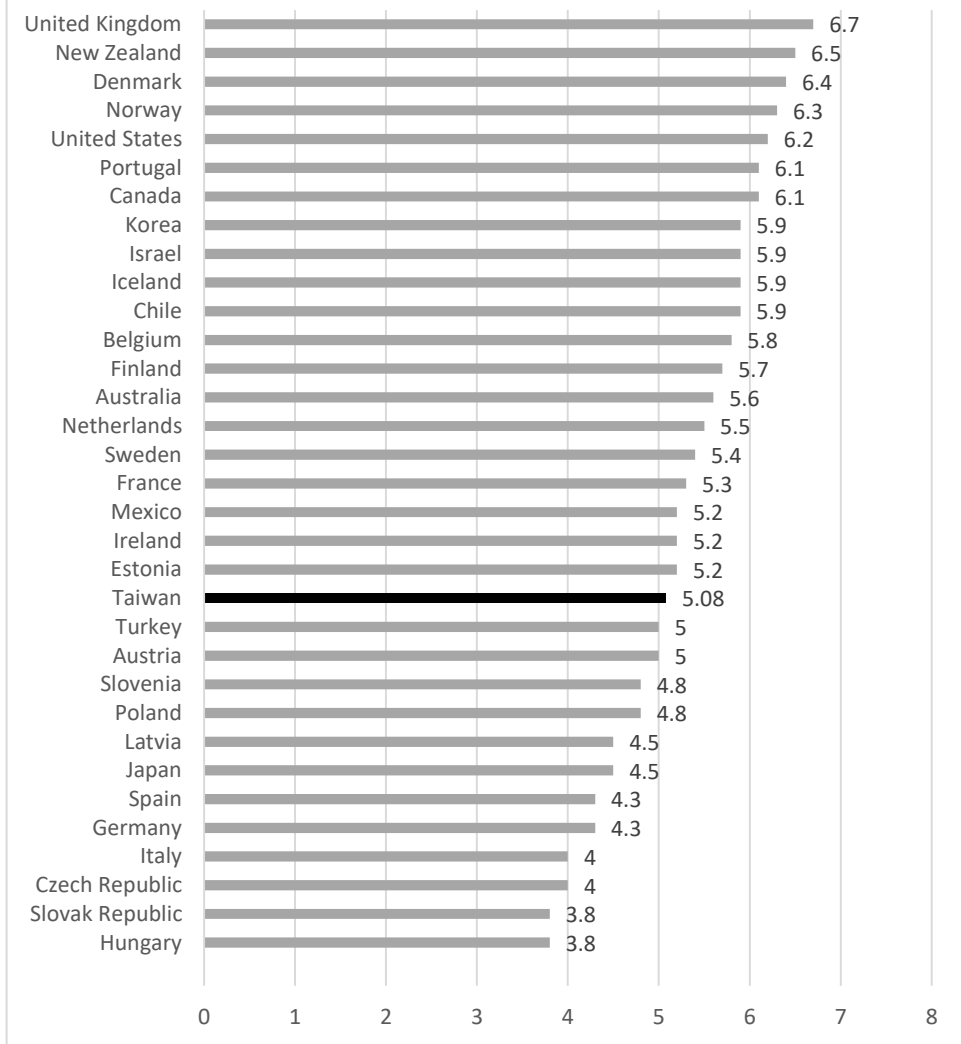
(九) 兩個月內曾被霸凌超過一次的百分比

不管是霸凌別人或是被霸凌，都會對個人身心造成短期及長期影響，身體影響包括頭痛、背痛、胃痛等，精神方面有憂鬱、脾氣差、緊張、孤獨、自殺念頭等；長期影響有行為問題，包括衝動、暴力、酗酒及藥物濫用等，而青少年經歷霸凌更容易產生負面影響。此指標是詢問兒童及青少年在過去兩個月中被霸凌頻率，定義為一位同學被另一位或是一群同學用言語或做令人不舒服的事情、一直重複被取笑或是被排擠；若是兩力氣相等的同學間打架，或是較友善的取笑同學則不算是霸凌。結果以過去兩個月內被霸凌兩次以上的人數百分比表示。在 27 個 OECD 國家中，被霸凌比例最高的是拉脫維亞 22.7%，最低為瑞典 4.4%，平均為 10.2%，在較低的前三分之一須在 7.6% 以下。

(十) 教育支出

此指標為教育經費佔國內生產毛額(GDP)的百分比。臺灣 2015 年教育支出佔 GDP5.1% (教育部 2016 年教育統計)。國際比較資料來源為 OECD Family Database (OECD Family Database) 2013 年的資料。臺灣在 33 個國家中排第 21 名，屬中三分之一，最高的是英國 6.7%，最低的是匈牙利 3.8%。

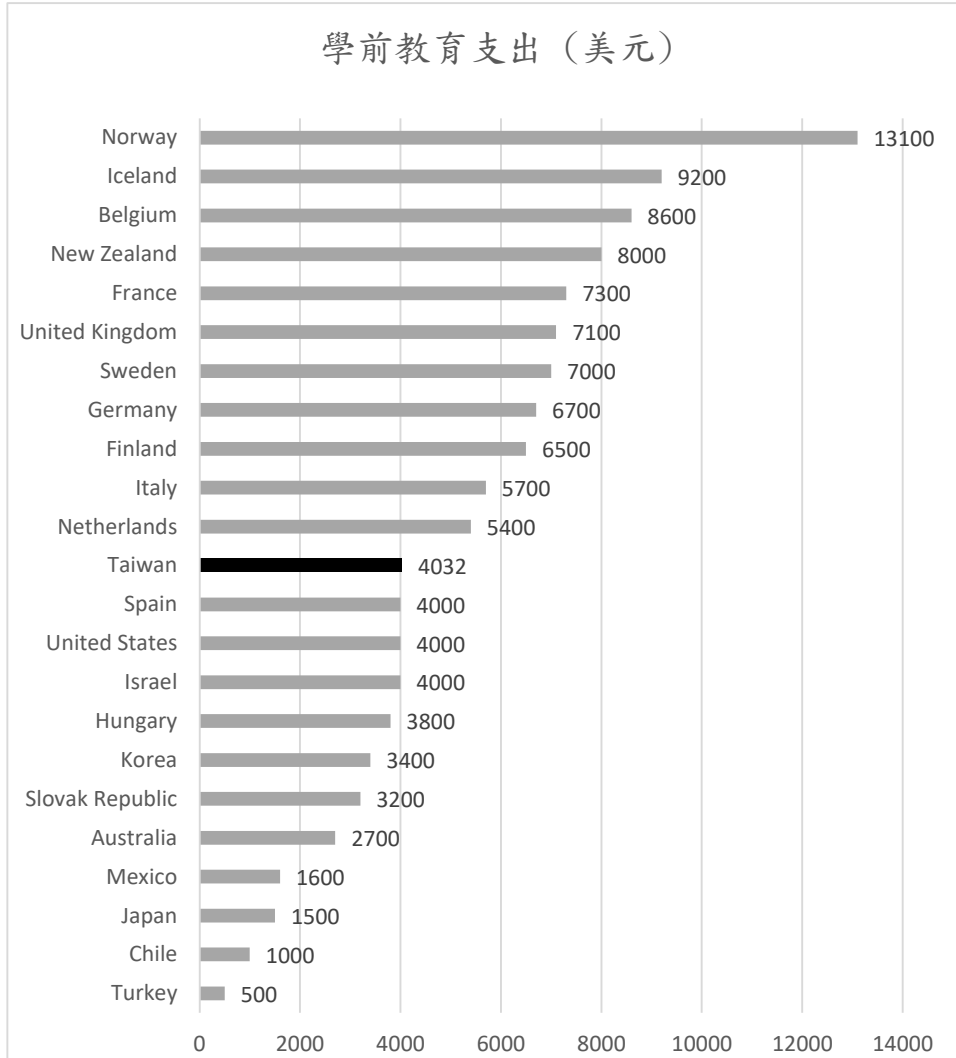
教育支出佔GDP%



資料來源：OECD Family Database (no data from Greece, Luxembourg, Switzerland)、教育部
資料年代：Taiwan (2015)； others (2013)

(十一) 每位兒童照顧與學前教育之公共支出

此指標係政府對兒童照顧的指標，區分為 0~2 歲的兒童照顧公共支出、3~5 歲學前教育公共支出，臺灣目前僅學前教育的公共支出可供比較。臺灣在 2014~2015 年幼兒園平均



資料來源：OECD Family Database (no data from Austria, Czech Republic, Denmark, Estonia, Greece, Ireland, Latvia, Luxembourg, Poland, Portugal, Slovenia, Switzerland)、教育部
資料年代：Taiwan (2015)； others (2013)

每位學生分攤經費為新台幣 120,957 元(教育部 2016 年教育統計)，相當於美金 4,032 元(以當時美金對台幣 1:30 匯率換算)。國際比較資料來源為 2013 年 OECD Family Database (OECD Family Database) 資料。包含臺灣共 23 個國家中，臺灣排第 12 名，為中三分之一，最高為挪威 13100 美元，最低為土耳其 500 美元。兒童照顧公共支出部分，有資料的 23 個 OECD 國家中，最高為瑞典 13700 美元，最低為墨西哥 200 美元，平均為 3526.1 美元。

三、B類選項指標

(一) 兒童剝奪指數

指兒童缺乏生活物質的嚴重程度，是兒童家庭相對所得及社會相對地位的指標，UNICEF 2013年公佈的國際比較，其定義為下列14項物質中缺兩項以上的百分比，包括1.一天三餐；2.一天中至少有一餐含肉、雞或魚（或素食者等量的食物）；3.每天新鮮蔬果；4.適合兒童年齡與知識的書籍（不包含教科書）；5.戶外休閒器材（腳踏車、滑板等）；6.常規休閒活動（游泳、玩樂器、參加社團等）；7.室內遊戲（每位兒童至少一項，包括教育玩具、積木、棋盤遊戲、電腦遊戲等）；8.有經費參與學校旅遊與活動；9.有安靜、足夠空間與光線的房間做功課；10.有網際網路；11.有些新衣服（即不是所有都是二手衣服）；12.有兩雙合適的鞋子；13.有機會邀請朋友到家中玩及吃；14.有機會慶祝特殊日子，如生日等。25個OECD國家中，剝奪指數最高為匈牙利31.9%，最低為冰島0.9%，平均為10.2%，指數較低的前三分之一須在4.9%以下。

(二) 家庭富裕程度

評估兒童是否為低收入家庭，是物質剝奪的指標，UNICEF 2013年國際比較用的是HBSC 2009/2010報告，定義如下：問以下四個問題：1.家中有轎車、貨車或卡車？無（0分）、1輛（1分）、2輛以上（2分）；2.過去12個月中，假日與家人旅遊的次數，無（0分）、1次（1分）、2次（2分）、超過2次（3分）；3.家中有幾台電腦？無（0分）、1台（1分）、2台（2分）、超過2台（3分）；4.你有自己的臥室嗎？無（0分）、有（1分）。四個分數加總後若介於0~3分為低收入家庭、4~5分為中收入家庭、6~7分為高收入家庭。HBSC 2013/2014又增加兩題，5.家中有洗碗機嗎？無、有洗碗機嗎？無（0分）、有（1分）；6.家中有幾間浴室？無（0分）、1間（1分）、2間（2分）、超過2間（3分）。因每個國家情形不同，故HBSC 2013/2014不以分數界定，而是用每個國家分數在最低的20%為低收入家庭，中間60%為中等、最高的20%為高收入，此結果僅用來比較國家中低收入或高收入家庭在其他指數表現的差異，而不以家庭富裕程度進行國際比較。

(三) NEET率

NEET（not in education, employment or training）指15~19歲青少年沒有就學、工作或接受訓練的百分比。此指數與一國的經濟情況與就業機會有關，也與青少年心理問題、藥物濫用、犯罪、長期失業有關。國際比較資料來源為OECD stat，大部分為2015年資料，OECD

35個國家中，NEET率最高為土耳其18.7%，最低為德國2.5%，平均為6.5%，指數較低的前三分之一要在4.3%以下。

（四）過去12個月內曾參與打架超過兩次的百分比

此指標亦為 HBSC 調查指標之一，打架是青少年暴力最常見的形式，介入方法可以從個人、家庭及學校著手。參與打架可能自述較差的生活滿意度、較差的家庭及同儕關係，或與酗酒、藥物濫用有關。測量方式為詢問兒童及青少年在過去12個月內曾參與身體打架的次數，範圍從不曾參與打架到參與打架超過三次，結果以超過兩次的人數百分比表示。OECD 27 個國家中，打架比例最高的是捷克 13.6%，最低為芬蘭 5.5%，平均為 9.5%，比例較少的前三分之一要在 8% 以下。

（五）自述二項以上居住問題的百分比

此指標為居家環境指標之一，居住問題定義為：1.屋頂漏水、地板、牆壁潮濕、窗戶腐壞等 (leaking roof, damp floors/walls /foundations/ rot in windows)；2.住處太暗 (dwelling too dark)；3.沒有泡澡或淋浴的地方 (no bath or shower)；4.沒有室內的沖水馬桶 (no indoor flushing toilet for the sole use of the household)。結果以有兩項以上問題的人數百分比表示。國際比較資料為 UNICEF 2013 公佈的比較資料，25 個 OECD 國家中，有居住問題比例最高的為拉脫維亞，22.4%，最低為冰島，0.5%，平均為 4.9%，比例較少的前三分之一須在 2.7% 以下。

小結：

臺灣在 A 類指數中表現較好，在國際比較中前三分之一的有兒童貧窮率、兒童貧窮差距、疫苗注射率、中等教育參與率、PISA 平均成績、PISA 數學成績、PISA 科學成績、15~19 歲青少年生育率（比率較低的為較好）、平日每天吃早餐百分比、吸煙一週一次以上（含）百分比（比率較低的為較好）；表現普通，在國際比較中屬於中三分之一的有：新生兒死亡率、15~19 歲死亡率、PISA 閱讀成績、每人擁有房間數、他殺率、每位兒童學前教育公共支出、教育支出、每天運動至少一小時百分比；表現較差，在國際中屬於後三分之一的有嬰兒死亡率、低出生體重率、1~19 歲死亡率、1~4 歲死亡率、5~9 歲死亡率、10~14 歲死亡率、五歲以下死亡率、零歲平均餘命、學前教育註冊率、總生育率、空氣污染（PM_{2.5}）、體重過重百分比、喝醉超過一次百分比。B 類核心指標與兒童及青少年健康、行為、主觀幸福感有關，還需進一步的資料，才能與國際比較。

貳、目標

- 一、建立我國常態性調查，約每五年收集一次，並透過資料分析完成國內趨勢比較與跨國橫斷面比較，藉以改善需提升之指標；針對上述之 A 類指標及 B 類核心指標，建立資料收集與管理之標準行政程序。
- 二、降低各年齡層兒童不利健康行為的盛行率、疾病率、與死亡率。
- 三、改善兒童健康指標指數。

參、策略

- 一、政府須成立跨單位執行並編列預算，才能持續進行兒童健康幸福指數的資料收集與分析，委託相關學術單位進行相關方法學研究，發展出適合臺灣情境並可供跨國比較的指數，作為各種政策擬定與評價參考。

兒童健康指標	收集單位
A 類指標（目前台灣有相同指標之統計數據，共 18 項指標）	
1.兒童相對貧窮率	建請國家依據重要及優先性，擬定有相關之單位收集左列指標資料。
2.兒童貧窮差距	
3.嬰兒死亡率	
4.新生兒死亡率	
5.低出生體重率	
6.全國疫苗注射率	
7.兒童及青少年死亡率	
8.零歲平均餘命	
9.學前教育註冊率	
10.中等教育參與率	
11. PISA 測驗中閱讀、數學與科學的平均成績	
12.15~19 歲青少年生育率	
13.總生育率	
14.每人擁有的房間數	
15.他殺數	
16.空氣污染	
17.體重過重百分比	
18.每天至少運動一小時百分比	
19.平日每天吃早餐的百分比	
20.每天吃水果的百分比	

21.一週吸菸一次以上（含）百分比	
22.喝醉超過一次百分比	
B 類核心指標	
兒童青少年健康行為調查（共 15 項指標） 兒少生活狀況調查（目前台灣有的）	

二、政府單位要成立跨領域、多專業的兒童死亡原因複審（Child Death Review）委員會，並編列預算，持續在衛生局與醫院推動兒童死亡原因複審。初期可先以臺灣全人口行政資料進行分析，提供縣市衛生局與醫院決定針對哪些死因進行個案審查參考。高所得國家十分重視兒童死亡，認定有相當比例兒童死亡是可避免的（avoidable）或是可預防的（preventable），且許多兒童死亡是某些不良制度、管理或環境的「前哨事件」（sentinel events），若不改變這些結構性因素，將持續有更多兒童死亡事件發生。但，目前死亡證明書記錄的資訊並不足以作為擬訂具體策略參考，因此必須收集更詳細資料進行兒童死亡原因複審，以釐清該死亡事件有多大程度可避免性與可預防性。臺灣應參考歐美先進國家推動兒童死亡原因複審作法，並考量國內外風俗民情與文化差異，訂定我國兒童死亡原因複審的執行方式。

三、與國際推動兒童健康指標相關權威機構建立關係，培訓相關人才。

肆、衡量指標

一、 中程指標（2022）

- （一）完成我國完整的兒童健康指數數值及其改變可能性之分析，並由國家級單位監測。
- （二）降低各年齡層兒童死亡率，達到 OECD 國家死亡率中位數之目標。

二、 長程指標（2030）

- （一）完成我國兩次完整的兒童健康指數數值及其改變趨勢之分析。
- （二）降低各年齡層兒童死亡率到 OECD 國家死亡率之前三分之一。