

總統府健康台灣推動委員會

第 6 次委員會議紀錄

時間：114 年 11 月 27 日(星期四)下午 4 時

地點：總統府 3 樓大禮堂

主席：賴召集人清德

紀錄：衛生福利部

出席：陳副召集人志鴻、翁副召集人啟惠、陳副召集人時中、吳顧問明賢、陳顧問威明、程顧問文俊、林顧問欣榮、余顧問明隆、陳顧問穆寬、邱顧問冠明、林顧問聖哲、張顧問鴻仁、葉委員俊顯、鄭委員英耀(請假)、余委員忠仁、陳委員適安(請假)、高委員淑芬、詹委員鼎正、周委員慶明、黃委員振國、倪委員衍玄、林委員德文(請假)、李委員貽恒、黃委員建霈、廖委員美南、黃委員金舜、郭委員素娥、洪委員德仁、柯委員富揚、蔡委員森田、簡委員文仁、沈委員延盛、蘇委員冠賓、謝委員清河、何委員美鄉

列席：總統府潘秘書長孟安、張執行秘書惇涵、石執行秘書崇良、鄭副執行秘書俊昇、總統府郭發言人雅慧、衛生福利部呂政務次長建德、莊常務次長人祥、衛生福利部國民健康署沈署長靜芬、衛生福利部食品藥物管理署王副署長德原

壹、主席致詞

「健康台灣推動委員會」今天召開第 6 次會議。感謝各位顧問及委員過去一年多來提供許多寶貴的建議，讓行政團隊、民間團體、第一線的醫護人員，共同推動「健康台灣」各項政策。

像今年 2 月的第 3 次會議，我們曾提及應成立「健康台灣網路學苑平台」，借重各領域專家的知識來提升國民對各項疾病的識能。

現在衛福部已經建置「台灣 e 院」網站，共有 32 家醫院，涵蓋內科、婦產科、皮膚科等 33 個診療科別，包括主治醫師、營養師、藥師及護理師，總計超過 200 位提供民眾免費線上醫療諮詢。

民間的慈月基金會挹注資源所拍攝的「百大醫言堂」節目也在 10 月底上線，針對十大死因與常見疾病邀集全國最具公信力與臨床經驗的百大名醫，以深入淺出的方式傳遞正確、實用的健康知識。

這些進展都是各位顧問及委員智慧與努力的結晶，在這裡要感謝各領域專家不吝提供建言，也感謝行政團隊積極落實，讓願景成真。

今天的議程，除了報告上次會議列管事項的處理情形，衛福部也將提出「長照 3.0」以及「國家防疫一體政策」兩項報告。

台灣自從 2007 年起開始推動「長期照顧十年計畫」，18 年來秉持「多元近便、在地安老」原則來廣布服務資源、擴充服務項目，讓民眾享有既方便又負擔得起的服務。

尤其 2017 年推動「長照 2.0」後，無論是長照經費、服務人力、服務人數還是長照據點，都有飛躍式的成長，台灣的長照體系也更優質、更平價、更普及，服務滿意度高達 9 成，深受國人肯定。

但我們不能以此自滿。今年台灣已經邁入超高齡社會，長照在高齡人口快速成長下，面臨許多嚴峻的挑戰，因此我們提前在明年啟動「長照 3.0」，讓長照各面向都更加提升。

我們要以人為本，以社區為基礎，透過各項前瞻、有效的策略，達到健康促進、積極復能並且導入智慧照顧、強化家庭支持、提升機構量能，讓醫療照顧能夠更緊密整合。

今天的報告將提出完整的規劃來應對未來長照服務需求與多元化挑戰，達成「長照 3.0」健康老化、在地安老、安寧善終的願景。

除了超高齡社會的挑戰，近年新興傳染病原、氣候變遷以及生態系的變化，也對人類及動植物的健康造成影響，禽流感、狂牛症、COVID-19、登革熱等，都是我們耳熟能詳的傳染性疾病，也都和生態息息相關。

面對複雜多變的狀況，我們必須從「One Health」的全球治理脈絡出發，提出「國家一體防疫政策」，將人類、動植物與環境健康視為一體，結合跨部會、跨領域的專家，形成一個「行動共同體」，整合制度框架，提出跨部門的整合性對策，並且務必超前部署，才能守護國人健康，提升社會韌性。

「健康台灣」需要全民的共同參與。再次感謝各位顧問及委員竭盡所能、奉獻專長，讓政府可以從更多元的角度來規劃政策；也感謝行政團隊及民間團體透過公私協力，積極落實各項政策，共同為國人的健康打拚。謝謝！

貳、確認本次會議議程

決定：確認本次會議議程。

參、確認第 5 次委員會議紀錄

決定：確認會議紀錄。

肆、報告事項

一、第 5 次委員會議列管事項辦理情形報告(略)

(石執行秘書崇良簡報)

二、長照 3.0(略)

(衛生福利部呂政務次長建德簡報)

三、國家防疫一體政策(略)

(衛生福利部莊常務次長人祥簡報)

伍、討論事項

謹就報告事項第二案及第三案，提請討論；書面意見列入會議紀錄。(書面意見詳如附錄)

一、民間委員發言

(一) 余委員忠仁

1. 國人對長照 2.0 滿意度高，且經多年推動，照護機構、復健與居家服務人力均明顯增加。目前長照制度經費來源係仰賴稅收，包含菸捐及三稅合一等，明年長照 3.0 推動後恐面臨財源不穩定問題。
2. 荷蘭採全額稅收，日本採長照保險，各有優點；隨超高齡社會來臨，長照需求將持續提升，宜有穩定財源規劃，建議採類似健保模式，由政府預算與保險並行。
3. 長照亦須關切獨居老人議題，65 歲以上長者需長照服務之比例約 15%—16%，內政部估計獨居老人有 97.7 萬人，惟衛福部列管需照顧者僅 5 萬人，恐為低估。建議衛福部與內政部合作，主動廣泛、深入地發掘需求，以利長照介入服務。
4. 支持醫療與長照結合，住院時即啟動早期辨識需求並連結長照體系，及早協助病人獲得照顧服務。

(二) 高委員淑芬

1. 長照 3.0 政策完整，但仍需改善無障礙環境；現行騎樓與公共空間易致危險，限制長者行動，建議納入整體都市規劃考量。
2. 養兒防老觀念需調整，應強調長者身心獨立，包括生活能力、體能、工作與二次就業。臨床顯示退休後易出現憂鬱與腦功能退化，應借鏡歐美強調長者自主，以減少照護需求。

3. 因社會環境日趨複雜，國民精神健康問題呈數倍成長，政府在少年犯罪與青年成癮部分已提供相關協助，卻未包含心理諮商。目前約有 2 萬名兒童及青少年處於不適當成長環境，支持政府推動成立兒少及家庭支持署，期待可納入兒童精神醫療團隊協助。
4. 政策推動需回歸人才培育，以教育系統逐步內化理念，並搭配行銷與推廣，提升政策支持度。

(三) 詹委員鼎正

1. 建議在宅照護(Hospital at Home, HaH)與門診靜脈抗生素治療計畫(OPAT)兩者彈性搭配，以提升服務效益。
2. 感謝衛福部開放大家醫計畫可開立醫師意見書，但現行給付費用偏低，不易提高參與意願，建議增加誘因。
3. 感謝政府提供獎勵協助護理之家與長照機構佈建，惟現行床位設有收費上限，機構基於成本考量難以提升服務品質，建議研議提高收費上限。
4. 關於急性病房共聘照護員，共同分擔費用的計畫，建議放寬看護床位限制，以增加照護床數及受惠人數。
5. 目前對於急性後期復能計畫之具體執行方式仍不甚明確，對復健與復能階段之區分亦需有明確規劃；此外，建議規劃高齡家庭醫師制度。
6. 第一線人員期盼可互相查詢健保與長照資料，建議以兩年至三年期程來推動，達成照護無縫接軌。

(四) 周委員慶明

1. 照護人力短缺與人才流失是重要課題，政府已提出跨部會改善護理人力條件，但關於長照與社區醫療人才供給、職涯與留任等問題，整體誘因仍不足。建議朝整合個案管理、慢性病管理與復能協調之方向，採取專業考核與津貼加給來進行改善。
2. 為加強長照人力資源，建議制定薪資底線與年資梯度，

增加職涯學習學分與進階職稱，將外籍照顧人力訓練與語言能力標準化，並同步導入臨床督導與品質稽核。

3. 在宅醫療與遠距醫療部分，可放寬在宅醫療收案條件並與長照計畫綁定，將遠距門診、藥事追蹤及居家護理視訊追蹤等健康檢測與追蹤項目納入給付，以減少回診與轉送。
4. 建置長照醫療整合資料庫部分，可將健保就醫、長照服務、輔具、用藥與社會福利等資料，去識別化進行整合，建立跨系統的唯一識別碼，並支援區域聯盟機制與資料庫，強化風險分層、預警和資源配置。
5. 建立長照醫療整合資料庫後，也可啟動長照指標公開儀表板，公布各縣市在地老化、再住院率、居家日數、失能延緩成果與家屬滿意度等具體指標，建立民眾查詢平台，有助於正向競爭。

(五) 黃委員振國

1. 國家防疫一體政策(One Health)規劃良好，以芬普尼蛋案、非洲豬瘟為例，顯示源頭管理遠勝於末端管制，應持續加強源頭控管。
2. 認同長照 3.0 規劃，據觀察，老人居家退化較慢，在機構內退化速度明顯較快。病友分享參與 888 計畫後，慢性病控制良好，卻因獨居而孤單不樂，顯示醫師除照顧健康外，關照民眾身心快樂也同等重要。
3. 目前《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》修正方向，似有忽略家庭醫學科之虞，建議再予衡酌。

(六) 倪委員衍玄

1. 在經歷 COVID-19 疫情後獲知，超前整合資源非常重要，惟目前 One Health 計畫多集中於生物醫學領域，亦應關注其他專業，如社會科學、法律、政治等。政府

部門除了農業部、環境部與衛福部外，亦應借鏡先前防疫經驗，納入其他相關部會參與。

2. 贊成政府成立兒少及家庭支持署，但宜釐清業務定位，是否包含醫療及非醫療領域，如家庭支持、社工，以及網路成癮議題。又部分兒童亦需長照服務，包括身心復健、語言復健等，目前長照 3.0 尚無兒少內容，未來是否納入兒少及家庭支持署規劃，亦請說明。

(七) 李委員貽恒

1. 慢性疾病管控已具成效，健康存摺目前已建立膽固醇與血糖值，以利病人瞭解自身狀況並與醫師討論，但血壓資料相對不足，建議搭配國建署推動之 722 居家量測血壓模式，並評估結合健康幣，以鼓勵民眾將血壓值上傳至健康存摺。膽固醇管控部分，感謝健保署即將公告新的給付規範，將代為向醫療院所宣達新制。
2. 坊間有多種 APP 可擔任虛擬個管師角色，協助病人進行慢性病自主管理，日本、美國均已推行，建議評估將慢性病數位處方納入健保相關計畫及給付。
3. 國健署、健保署與疾管署推動多項慢性病計畫，但存在照護網互斥情形，建議整合為單一照護網，設定共同照護目標。
4. 針對大家醫計畫之雙向轉診機制，向上轉診通常較無問題，但高風險族群（如血管阻塞嚴重者）之照護負擔大，不易下轉。建議轉診機制之設計宜考量疾病風險，屬簡單照護者可積極下轉基層醫療，病情複雜者可留在醫院照護。

(八) 黃委員建霽

1. 少子女化問題嚴峻，今年預估只有 11 萬名新生兒，較去年減少 20%，解決少子女化的核心在於「想不想生」。許多年輕人認為生小孩不但成本高，甚至覺得「吃虧」。

國家應營造有利生育的環境，如提升孕產婦就學機會、建立友善生育職場環境、房貸優惠、所得稅減免及貸款優惠等。可評估參考國外成功做法：如提供家長 2,000 萬元貸款，並以每生一名子女補助 1% 利息，20 年約只需 400 萬元。其對比台灣每增加一名新生兒可獲其一輩子約 700 萬元稅收貢獻，其實為正向投資；甚至歐洲許多國家生三個孩子就終身免稅。

2. 生得少，也要生得好。感謝健保署先前推動助產師共照制度，以營造良好生產經驗，國健署亦有提供產後照顧，但產前支持仍相對不足。現有多家醫院透過健康台灣深耕計畫致力改善，期增強年輕父母信心、能力，並指導育兒技巧。
3. 穩固產科人力亦極為重要，如今年婦產科住院醫師招收率僅只有 8 成，雖樂見推動管制「直美」政策，但年輕人需看到職涯前景才願意來，建議採產科總額概念，投入一定經費並採「論價值給付」，方能吸引人才長期留任。

(九) 廖委員美南

1. 台灣已有逾 700 所居家護理所，有 2,000 多名專業居家護理師，其於長照、社區照護與慢性預防工作中均是重要支持力量。
2. 針對長照 3.0 議題，從社區預防、醫療銜接及家庭支持三面向提出建議：
 - (1) 社區預防：目前長者功能評估涵蓋率僅 8.2%，而長照 3.0 設定的目標值為 50%，仍有進步空間。如欲提高涵蓋率，需投入更多專業人力，尤其在異常發現、初步風險評估及連結服務等環節。建議由居家護理師支援社區照顧關懷據點、或運用長照 ABC 據點等，導入 ICOPE(長者健康整合式評估)模式，使長者於

生活圈內接受功能評估與健康促進。可先採小規模據點試行，再推廣全國。

- (2) 醫療銜接：出院銜接長照服務時間已由 51 天縮短至 4 天，進步顯著，但仍需努力始能達成 2 天或 0 天。現行對於首次住院後出現衰弱或失能且需居家照護者，仍未能立即銜接。建議於出院前 48 小時由居家護理師與出院準備團隊交接，以提前介入與安排，縮短出院後的照護落差。另，PAC(急性後期整合照護)承接率僅 11%，若欲提升，須開放更多元機構承接，如護理機構、日照中心、社區照護機構等，並訂定相關補助與品質標準，以普及服務。
- (3) 家庭支持：目前雖有小規模多機能服務，但欠缺足夠人力配置，尤其夜間及病情不穩定者之照護多由社工支援，穩定性不足。建議試辦照護型小規模多機能服務，並增聘護理人員，以支援出院初期、末期或病情不穩定者之家庭照護需求。

(十) 黃委員金舜

1. 針對雞蛋殘留芬普尼事件，建議如下：
 - (1) 加強源頭管理，透過人工智慧化管理模式監控全國養雞場，以阻斷風險。
 - (2) 提升抽驗數量。
 - (3) 整合環境部、農業部及衛福部，加強家禽與家畜管理，建立適切農藥殘留標準，並輔導畜禽產業升級，以提升飼養環境品質。
2. 化妝品含蘇丹紅事件顯示危機即轉機，應全面檢視我國藥品與食品管理問題。
3. 藥品為救命之戰略物資，核心必備藥品及國內用藥需求可事先預估。建議彙整各醫療機構及藥局需求量，統籌國內藥廠生產，並統一訂價與分配。

4. 國防醫學大學與醫藥工業技術發展中心去年簽署合作意向書，打造具研發能力之實習藥廠，應循此模式建立軍備、必備藥品一條龍供應鏈。台灣藥品近年獲得國際品質肯定，已有 144 家西藥製藥廠及 31 家原料藥廠取得國際醫藥品稽查協約組織(PIC/S)藥品優良製造規範(GMP)，若善用民間力量，可供應國內市場並推廣至國際。

(十一)郭委員素娥

1. 感謝總統以「健康台灣」為願景，從預防、延緩失能、復能至安寧善終建構完整照護，並由長照 2.0 擴展至 3.0，在服務面向與年齡上加量不加價。
2. 從疾病預防、急性後期照護到復健，營養的角色也很重要，實證顯示營養介入可降低住院率、節省醫療支出。故針對長照 3.0 提出建議：
 - (1) 在有限資源下，應及早找出高風險個案並介入。社區營養推廣中心及 ICOPE 皆採用 MNA(短版)作為營養篩檢工具，但長照體系尚未全面使用，建議納入開案基本檢查，以利風險分級與早期介入。
 - (2) 目前僅針對糖尿病、慢性腎臟病與加護病房病人之營養諮詢提供健保給付，其餘如癌症、心血管疾病患者等須自費。建議於病人進入 PAC、長照或居家前，即提供營養介入與諮詢，以銜接後續照護。
 - (3) 同意詹委員所提，健保與長照資料應互通，方便第一線人員查閱。

(十二)洪委員德仁

1. 長照需特別重視家庭照顧者支持，外籍看護工為重要力量，但我國的薪資競爭力較低，建議強化教育、認證並改善工作環境。過去曾見外籍看護在相當不便的環境中提供照護服務，建議政府應營造友善對待外籍照

護者之文化，透過社區、NGO 及地方政府，跨專業、跨部門合作，共同倡議並提供獎勵機制。

2. One Health 涉及人類、動物及環境，並受法律與社會決定因子影響，期待國家成立委員會或推動小組，遵循「Health in All Policy」及「消弭不平等」二原則，召集相關部會配合，促使施政朝平權方向努力。

(十三)柯委員富揚

1. 健康台灣推動自行車道整合、國民健康等政策，可透過網路平台、YouTube、短影音等多元方式加強宣導，讓民眾有感。
2. 過去長照 2.0 之長照醫師意見書未納入中醫師，感謝明年將有所調整。中醫亦為居家整合照護、大家醫團隊一員，但長照 3.0 的 PAC 未包含中醫，且現行中醫多以會診方式參與，受次數限制而缺乏治療連續性，建議開放中醫更積極介入協助。
3. 長照 3.0 於安寧照護、預立醫療照護諮商(ACP)、HaH 等服務，限制需由專科醫師執行，中醫無專科制度因而被排除。實務上，部分民眾僅接受中醫診療，導致未能取得相關服務，此應納入考量。
4. 感謝總統肯定清冠一號，其已取得處方藥藥證，建議未來可編列公務預算支持國產、平價的清冠一號，提供確診民眾使用。

(十四)蔡委員森田

1. 長照 3.0 策略及目標規劃完善，值得肯定，醫療與照護整合、提升機構量能均是重點。部分媒體報導病床「一床難求」，大部份是偶發性及地域性。應分析各醫院核准與開放病床數及占床率，以了解部分醫院之開放病床數及占床率是否偏低。
2. 對於床位利用率長期低於 50%的醫院應給予輔導，鼓勵其加入區域醫療聯盟與大醫院合作，承接轉介住院

病人或加入 PAC；如果這些努力仍無法達成，亦可集中閒置病房轉型為長照機構，運用其設備與醫療人力，將有助提供健保的居家醫療服務。轉型後釋出的病床額度，可轉換讓該區域有能力照護急性病人的醫院增加床位，達成醫療與長照的分工。

(十五)簡委員文仁

1. 已依總統指示完成「健康台灣幸福社會國民操」之設計，將於行政院公共治理協調會報帶動及推廣。
2. One Health 概念下，國人健康可從「強未病、控欲病、治已病」切入。醫療為科學、健康為人性，推動健康促進應要考慮利用人性，建議透過公信力和榮譽獎勵提升重視度，並強調健康識能及賦能。尤其，應養成規律運動習慣，據統計全齡規律運動人口約占 35%，其中 30 歲至 60 歲勞動人口與女性比率偏低，極需提高。
3. 長照 3.0 中，獨居老人與隱居者為高危險群，應透過戶政系統普查，確實找出真正需求者。
4. 家庭功能日漸式微，或可倡議「無血緣親人」概念，目前針對兄弟姊妹特留分的修法方向，值得肯定，有助高齡者靈活安排資產，並回饋社會。
5. 建議以「走路」帶動全民運動習慣，並透過科技化紀錄落實健康促進。持續倡議打造人文步道、環台朝聖之旅，鼓勵企業發揮 ESG 精神認養步道，也期待政府帶動響應。

(十六)沈委員延盛

1. 目前癌症給付尚合理，有望提前於 2028 年達成 2030 年降低癌症死亡率 1/3 的目標。
2. 在宅醫療經費龐大，應由衛福部主導並與長照 3.0 整合，涵蓋護理、物理治療等專業，推動健康老化以縮短不健康餘命。另建議將醫療政策轉為健康政策，作為建立第二座護國神山的基礎。

3. 年輕族群機車事故死亡自 2016 年 175 人增至 2024 年 248 人，尚不論重傷案例，便已是重大問題。當前出生率下降、青年族群生活概念改變，希望交通部檢討相關政策，減少年輕族群因機車事故死亡或受傷的比率。
4. 新興傳染病以病毒為主，防疫政策除需防疫醫師，還應建立專業訓練體系，特別是在病毒研究領域，而非僅依賴基礎研究人員。台灣國土狹長，南北溫差大，盛行的病毒亦不同，建議另於南部(登革熱為主)增設病毒庫收集病毒原，作為研究與產業發展基礎。
5. 目前醫院中有 75% 的死亡患者因消化系疾病而過世，但消化系外科手術因健保給付低，致使年輕醫師不願投入。與他國相較健保給付點數，如胰十二指腸切除術，美國高於台灣 60 倍，日本則高於 6 倍。建議健保署提高相關給付，避免醫院未來缺乏消化系外科手術執行醫師。

(十七)蘇委員冠賓

1. 考量健保針對預防保健之激勵措施不足，壽命延長卻導致不健康餘命增加，長照財政壓力勢必日益沉重。應以更積極、具體策略來「縮短不健康餘命」，並與利害關係者合作推動。
2. 就心理健康在「數位轉型」推動部分予以說明：
 - (1) 政府在青少年心理健康與心理韌性政策上成效良好。數位診療在歐美正起步，而健康台灣深耕計畫已提出多項心理健康數位轉型方案，台灣有機會成為領先者。
 - (2) 台灣精神醫學會將成立「精神醫療數位化轉型委員會」，推動數位篩檢、診療與相關法規、倫理及教育訓練等。但我國線上遠距診療仍落後國際，目前美國精神醫療純線上診療占 27.8%、混合模式 21.5%，實體診療僅剩不到一半；顯示線上診療持續發展為常規化。

- (3) 線上診療具去污名化、可近性高等優勢，而精神醫療以面談為主，特別適合推動。台灣憂鬱與焦慮疾病就醫率僅 20%，而自殺為青少年第二大死因，線上診療可成重要助益。台灣已有相當執行基礎，但法規限制仍多，若適度放寬，將大幅助益心理健康與精神醫療發展。
- (4) 台灣在遠距診療整體逐步開放，但「精神健康」照護線上「遠距化」仍待強化。以美國遠距醫療(telehealth)為例，精神醫療(Mental Health)在給付、法規和政策的開放性與彈性，通常優於其他科別。這種優勢地位的形成，主要歸功於聯辦法規的保障以及精神健康照護服務本身的特性。

(十八)謝委員清河

先前已建議政府應提高生醫研發預算，國科會回覆其執行良好，但未能切中要點，故再進一步說明。目前癌症與心血管等治療成果皆來自長期投入研發，而生醫研發需穩定投入經費，才能具有國際競爭力。以下分經費、機制與薪資進行說明：

1. 2000 年台灣政府生醫研發總預算為新台幣 15 億元，而新加坡自該年開始編列研發預算，並將生醫列為發展重點，之後每年均大幅增加預算，至 2025 年，台灣生醫研發預算約 70 億元，新加坡已達 160 億元，人均為台灣的 11 倍；生醫占整體研發預算比例，台灣為 5%，新加坡為 13%。
2. 國科會研究計畫平均每年新台幣約 120 萬元，初次通過率為 45%，且多為 1 年或 2 年期計畫；對比新加坡計畫多為 4 年一期經費約星幣 100 萬元(每年約新台幣 600 萬元)、通過率僅 10%，促使投資更集中，致兩國研發規模與深度之差距持續擴大。

3. 2000 年臺灣大學與新加坡國立大學薪資相近，如今臺大教授月薪 11 萬元至 12 萬元，新加坡約 67 萬元，為臺大 5 倍至 6 倍，清楚顯示我國迫切需投入更多資源。

(十九)何委員美鄉

1. 關於花蓮「全人全社區照護計畫」採論人計酬，應是醫療保險邁向預防性健康保險的一大步，建議納入科學性與第三方評估機制，若確認具成效，再擴大推廣。尤其在年輕族群及青少年，觀察其三高新發生率或肥胖下降率，最能即時反應生活模式介入的成效。
2. One Health 關鍵在於預先準備，真正挑戰在於新疫情發生時之作為。建議未來 1 年至 2 年進行演練，包括未知病原體檢體的診斷(no sample)與高階定序能力的應用，進行反應速度評估；各部門需設立快速啟動疫調的窗口，整合各部門執行的疫調並建立單一主導者及對外窗口，以提升協調與執行效率。
3. 食安層面問題複雜，尤其在電商部分，無論國產或進口食品皆需強化管理。建議賦予食藥署更大執行權，並由數發部等相關部會協助，掌握並明確揭露產地、營養成分，提升民眾辨識優良食品之健康識能。
4. 建議加強長照宣導，製作短片推廣，使民眾清楚家庭照顧者支持、喘息等資訊，更能掌握政策與服務取得途徑。
5. 建議健康幣應與運動幣整合並長期規劃，可評估納入健保體系。運動部已投入經費推動全民運動，而運動所累積之點數，可用於購買經定義後之健康食物，補足微量營養素並提升健康。
6. 台灣 ALDH2(乙醛去氫酶)缺乏症比例全球最高，其屬癌症高風險因子，應藉此推動拒酒，與拒菸、拒毒並行。

二、機關代表發言

(一) 行政院張秘書長惇涵

1. 行政院院會宣布明年 1 月 1 日起，無糖飲料免課 15% 的貨物稅，此亦為落實「健康台灣」政策之一環。然而，目前因中央政府總預算未過，及《財政收支劃分法》限制，使許多國家新興計畫恐有執行之困難。
2. 例如，「國家藥物韌性整備計畫」於衛福部部分編列逾 18 億元，已獲行政院核定，而 One Health，以及部分長照 3.0 等政策亦同。期許在座各位以醫界重要領袖角色協助發聲，促使立法院支持好的政策，提升民眾福祉。

(二) 衛福部石部長崇良

1. 關於花東地區執行之「全人全社區照護計畫」，目前其他縣市也有推動區域性合作。論人計酬係以家戶資料為基礎，該區人口均會納入，藉此建立健康資料，並容納健康促進與文化概念，是具挑戰性的創新健保計畫。
2. 針對長照 3.0 執行重點，補充如下：
 - (1) 除失能照護外，將強化健康促進，涵蓋前端預防與衰弱介入，故將結合社區資源推動，如：長照據點、文健站及社區護理。
 - (2) 針對獨居長者，除長照預算外，另編列特別預算 62 億元進行全面訪視與評估。另將擇重點導入 ICOPE，並連結送餐與科技輔具、緊急救援及社會安全網。
 - (3) 透過國健署推動高齡友善城市，全面營造長者無障礙環境，支持健康與在地老化。
 - (4) 住院與 PAC 銜接部分，住院整合照護計畫明年預計擴大規模。另有關強化 PAC 以縮短住院天數，將採兩階段：第一階段以機能復健為主；第二階段以生活恢復、回歸社區為目標，並由多元機構提供服務。

(5) 此外，將強化在宅醫療與 HaH，擴大感染症、心衰竭等適應症，並導入提早出院模式(early support discharge, ESD)。

3. 李委員關切 722 量測血壓模式部分，健保署與國健署已在討論如何介接資訊，並以圖像式呈現於健康存摺。
4. 數位照顧目前採公務預算，以糖尿病與高血壓進行試辦。感謝醫界協助推廣以數位工具提升精準照護、連續性照護，未來須經醫療科技評估(HTA)以決定是否納入健保給付。大家醫計畫旨在將相關計畫與資訊整合，由疾病照護轉為健康照護導向，並導入 AI 風險預測及分級醫療。
5. 倪委員關切成立兒少及家庭支持署部分，此為總統重要指示方向，將整合兒童健康與福利政策，如肥胖與視力議題，並涵蓋早療；至於心理健康已由心理健康司統籌，兒童心理健康是否移出仍需研議。
6. 「國家藥物韌性整備計畫」預計明年推動，目標涵蓋加速新藥引進、穩定供應鏈與提升自製能力，待行政院核定後，將於委員會報告。
7. 蘇委員關切遠距精神醫療部分，目前遠距醫療已逐步推動，從偏鄉離島等地理障礙區域開始，第二階段已擴展至行動受限族群，第三階段再擴散至就醫障礙者，如精神、失智症等，將逐步納入遠距照護。
8. 簡委員所提「強未病」，即為推動健康幣之政策目的，藉由將健康行為價值化、可兌換獎勵，以鼓勵數據上傳及參與健康活動，待政策完備後再向委員會報告。
9. 關於健保不同工不同酬、鼓勵中醫參與及閒置病房調整等建議，均在推動中，未來將持續向委員會報告進展。
10. 醫院評鑑實施多年，多數院長認為是維持品質的動力，並可獲得外部委員回饋。醫策會亦需接受國際健康照護品質協會（ISQua）評鑑，依相關實證經驗 4 年一

次為合理週期，不宜過長。衛福部將再研議是否擇優延長為 6 年，應搭配訪視輔導，重點在於將品質維持日常化，亦可透過科技技術優化與簡化評鑑。

11. 護病比為關注焦點，關鍵在於合理工作負荷及比例訂定，受照顧強度及工作方式影響(如導入數位化、智慧化照護)。若著重數值本身，可能難以推動科技導入。
12. 健康台灣深耕計畫有別於健保給付模式，係由醫界依自身需求提出計畫，以提升其基礎能力。後續將研議簡化核銷及相關行政作業方式，結餘款亦會適當運用。
13. 關於獎勵金應以固定比例分配執行人員之建議，現行支付設計均朝此方向規劃，例如安寧論質計畫規定 80%給團隊成員、腦中風取栓術評估費 3,000 點，其中 80%需分配予執行人員。
14. 公費生計畫即是透過體系合作，補足偏鄉人力不足。

(三) 國發會葉主任委員俊顯

1. 關於委員提到智慧醫療，AI 新十大建設計畫即包含智慧運用及全民智慧生活圈，將 AI 技術導入醫療推動，將可有效解決相關問題。
2. 預防醫學方面，國發會與加州大學合作，促成矽谷生醫新創與台灣連結，明年該校公衛學院呂淳祺院長將再度訪台，並將邀請委員參與交流。

三、顧問發言

(一) 吳顧問明賢

1. 感謝總統及政府機關的努力，使政策走向正確方向，888 計畫及癌症防治均已見成效。但推動長照 3.0 與 One Health 時，人力仍是主要問題。
2. 隨著 AI 技術發展，各專科是否仍需大量醫師人力，值得檢視；部分制度已不合時宜，應通盤檢討；善用 AI 可有效減少人力需求。

3. 美國川普總統於 11 月 24 日發布「創世任務」，仿效 1942 年曼哈頓計畫，其核心在於打造美國科學與安全平台，並以 AI 協助工作。數位科技已深入醫療及生活並促使進步，然同時也引發問題，例如數位成癮對年輕世代的影響。未來數位科技將重新定義健康，且醫療將融入生活，建議數位健康應有專責統籌單位；台灣具備充足能力，應超前部署因應。

(二) 林顧問欣榮

1. 秀林鄉成功推動全人醫療之論人計酬，整合西醫、中醫及牙醫，並納入醫牙共照，4 年來醫師與居民滿意度大幅提升，服務亦從看病拓展至運動、C 肝照護及預防保健，整體醫療費用也確實大幅下降，成效良好。
2. 建議健保不僅保病，亦應保健康，並加強推動兒童健康促進。

(三) 陳顧問威明

1. 瑞典生育補助高，但出生率仍下降，顯示高額補助未必有效。少子化將導致醫事、護理及重症人力短缺，難以落實健康政策。
2. 為應人力短缺，建議醫院評鑑週期由 4 年延長至 6 年，並期望政府與醫界充分溝通，以簡化與優化評鑑。考量健康台灣深耕計畫甫啟動，各院刻正積極執行，建議於此期間暫緩評鑑，俟一段時間後再檢視成果，且疫情七年間無評鑑，醫界仍運作順利，若能延長評鑑週期，將獲醫界肯定。此外，頻繁的評鑑需要填報大量紙本資料，與醫界積極推動 ESG 節能減碳的目標相違。
3. 因應護理人力不足，建議擴大外籍照服員於急性病房服務。北榮開放鄰近大學護理系學生至院內打工，由護理師帶領熟悉職場，打造安全執業環境並提供合理薪資，重塑護理專業形象，有助攬才留任，值得推廣。
4. 關於護病比議題，台灣可借重資訊與通訊技術(ICT)產業

實力，研議以護理師搭配機器人提供照護，發展「機護比」標準，同時促成照護機器人產業發展。

(四) 程顧問文俊

1. 長照 3.0 規劃已相當完整，僅就其目標策略提出以下看法：

- (1) 第一線人員對健康促進的「長者」之相關定義，解讀各異，需明確界定。此外，「推動社區預防口腔衰弱」範圍可能過於狹隘，建議 2026 年至 2035 年間，應以國家級高度推動健康促進。根據 WHO 之定義，健康促進應涵蓋身體功能、活動力、認知、心理與社會參與、營養，宜參考日本經驗，以多面向衰弱為主軸推動。
- (2) 在醫照整合部分，應增加醫師抗生素選擇性，並納入輸液器之使用，建立明確使用規範，並作為在宅醫療審認基礎，同時擴大適應症並新增提早出院模式。
- (3) 建議整合在宅醫療資訊平台，介接現行 VPN，並採 FHIR 標準，同時建立長照照護計畫調整之綠色通道，以因應長者感染惡化快速、風險上升的情況。
- (4) 面對護理及藥師人力短缺，建議透過轉診平台，媒合基層醫療或居服單位承接在宅急診照護，並建立病況改變之綠色通道；透過跨專業工作坊的雙向教育提升品質。
- (5) 針對提升機構量能部分，建議結合社會住宅與公私協力，於長照資源不足區增設平價長照及短期照護床位。另因床位有限，建議規範申請單位保留呼吸器床位，以利患者入住。
- (6) 強化家庭支持部分，建議政府與民眾共同分擔住院看護費用，及增加夜間臨時住宿量能並推動互助喘息；居家喘息則可建立居家臨托團隊，巷弄站則可提供夜間安心站服務。
- (7) 對於安寧善終部分，期望擴大服務對象，如納入癌症失能個案。

2. 在國家一體防疫政策中，教育部角色亦極重要，建議應將感控知識納入各階段課綱(小學至高中)，建立永續防

疫校園並制度化。另建議將失智、心理韌性相關學識納入全民教育。

(五) 余顧問明隆

1. 贊同醫院評鑑比照大學評鑑，調整為 6 年一次。
2. 根據國家發展委員會預測人口變化，大學入學人數將持續下滑，未來 18 年恐降至 10 萬人，將影響招生及從業人力，需提前因應。
3. 人口高齡化使醫療負擔增加，認同陳顧問所提，照護機器人發展應為我國重要規劃及 ICT 產業利基。日本自 2017 年即開始規劃，原預計 2040 年推出，現加速至 2030 年，建議我國應及早加強醫療照護機器人之投入與研發。
4. 醫療照護需人力支撐，惟未來可投入人口減少，宜提早引進並培育外籍人才，並建議於大學階段培育，除提升技術外，亦促使其融入台灣文化及瞭解本地需求。
5. 鑒於醫療照護需求持續提升，商業保險屬重要輔助措施，有助健保永續。建議健康存摺除納入健康幣外，並可整合納入保單資料，以提升商業保險可近性與信賴度。
6. 未來住宿機構將增加，鑒於許多新興傳染病及人畜共通傳染病，均與空氣品質相關，建議機構管理應納入室內空氣品質，強化長照與防疫效益。

(六) 陳顧問穆寬

1. 感謝總統提出精準加薪、投資國民健康等政策，彰基已陸續針對護理師（年輕護理師加薪最高 9.8%）、內科住院醫師（值班費加薪 30%）、重大傷病患者醫師看診費、查房費（加 30%）及 PGY（平均加 10%）等加薪。
2. 當前許多年輕醫師偏好低工時、高獲益之科別，本人覺得與很多醫院將提高自費收入占比列為管理指標項目有關，導致醫師喪失從醫之初衷，建議衛福部加以列管或適度公布，避免因醫院過度推行自費項目，引導醫師不走內、外、婦、兒等困難科別。

3. 關於醫學系入學方案，建議參考澳洲 Queensland 大學模式提供 29%給農村學生，提高偏鄉及經濟弱勢學生之招生比例，使真正有熱誠及同理心的學生投入醫師工作。
4. 目前公費醫師訓練後分發多集中於離島與原鄉，幾乎服務期滿即離開，致成效不彰。許多偏鄉次醫療區域欠缺醫師，其每萬人口醫師數甚至低於離島和原鄉，例如二林基督教醫院所服務的地區。建議衛福部進行區域性及科別性精準分發，包括(1)台灣本島的偏鄉；(2)婦、兒科等欠缺醫師科別，皆應該特別被重視，並且嘗試公私協力新制以提高留任誘因。例如公費生可採指定科別服務方式，分發到財團法人體系之偏鄉醫院；由醫學中心提供偏鄉醫院公費醫師持續研習、進修及提高薪資等措施，促進偏鄉照護，而非僅限於離島與原鄉。

(七) 邱顧問冠明

1. 不同於以「治病救人」為核心的醫院，長照是以「生活照料」為核心。
 - (1) 資訊流：
 - A. 從民政和社福角度，逐步優化社區內的資料：區分年齡層、失能嚴重度、各社區的居住密度、照顧需求等，以利協助資源分配調度。
 - B. 協助引導和分享醫療院所、各職類的專業意見：目前規劃的居家醫療整合照護計畫、醫師意見書，未來可以加上各醫事職類的意見、家屬的期待，創造良性溝通。
 - C. 善用 AI 協作來成全 24/7(24 hours a day, 7 days a week)指導：例如這兩個禮拜發表的 Chat GPT 群聊、群組服務，以博士級水準處理病患及家屬資訊，再加上精準定位，即可達到媒合的基本期待。

(2) 服務內容或物流：

A. 逐步拼圖來完善各面向。從社區互助的角度，想像 7,800 個村里長與 12,000 座宮廟可能的角色。醫療院所的目標明確，各位委員也著墨不少，然仍有空間投入資源來因勢利導，整合受僱和自行開業的各醫事職類的服務。

B. 呂次長在長照 3.0 人力發展提及，希望能夠創造平台，用來分級派工、整合全職或零工、媒合當地志願的冗餘人力、鼓勵參與，尤其年輕世代承擔陪伴、護送、生活照顧等。鼓勵引用機器人在各種生活照料場域，以政策引領方向，降低勞動負擔。

(3) 金流：從永續的角度，避不開討論經費。希望長照險可以提上議程，避免債留子孫，要許年輕世代一個友善的未來。

2. 建議延長醫院評鑑期程，因評鑑有助維持基本品質，但較難創造卓越。

(八) 林顧問聖哲

1. 關於新興計畫可能面臨之預算問題，可將說帖提供在場委員及顧問，協助向立法院說明。

2. 衛生局每年辦理督考與評鑑項目多有重複，建議將督考結果及急重症認證情形納入參考，以簡化評鑑；並加強訪談藥師、營養師等各層級人員，呈現醫院實況。

3. One Health 為全國性專案，推動執行較嚴謹；但少數如登革熱區域性傳染病，近年在南部不同縣市間發生，相關防疫政策應延續推動，並肯定當地投入人員之辛勞。

4. 關於計畫獎勵金之運用，建議應敘明各類人員分配規則，並保留一定比率用於醫院行政規費。

5. 部分未通過健康台灣深耕計畫之醫院，其資訊設備相對老舊，建議明年若有結餘款，可採保障名額形式，支持 100 床以下地區醫院。

(九) 張顧問鴻仁

1. 今日 2 項報告皆相當完善，持續推動必能展現成果。One Health 翻譯為「防疫一體」極為貼切，不僅可提升國際能見度，亦可望成為重要政策亮點。
2. 目前醫院評鑑流於形式，未簡化前宜先延長評鑑期程。
3. 因應護理人力不足之困境，護理人員應朝管理者角色發展，以智慧醫療與機器人為輔助工具。另為善用外籍人力，如余顧問建議，相關人力應自學生階段即開始培育，運用於看護與護理層級，本土護理人力則定位為管理階層，此作法應列入未來醫療整體規劃，並及早研議推動。

四、副召集人發言

(一) 陳副召集人時中

1. 長照據點及服務人數已增加，但整合性不足。長照 3.0 希望建構共融社區，於一定範圍內提供多元服務，支持在地老化。
2. 醫照整合著重於透過 PAC，將醫院與照護單位兩端緊密結合，及早將病人轉出。然而 PAC 布點仍不足，須研議如何將地區醫院轉型。醫院整合照護計畫可讓照顧病人獲得喘息，同時減少醫療人力。
3. 關於長照財務來源，不同途徑各有風險。長照 2.0 以公務預算為主，採以支定收概念，收支平衡預估可維持至 2035 年；長照 3.0 的財務結構相對健全。
4. 防疫一體政策係整合各部門計畫，補齊不足處，屬補充型及連結型計畫。針對委員提問，未來運作上，將以問題導向評估是否可扎實操作、效益是否充足。
5. 少子化問題涉及經濟、時間成本、住屋及職場友善度，勞動部、衛福部已朝相關方向積極推動。關於對外籍看護的友善度，為涉及國家形象之重要議題，業於國家人權計畫進行討論。

6. 醫院評鑑應簡化，不應成為軍備競賽，可利用平時管理資料進行「素顏比賽」，以現有資訊化程度應可完備流程，無須再予修飾。
7. 行政院在總統指示下推動多項計畫，涉及國家韌性、社會安全網及社會救助，均需預算支持，維持國家穩定發展為首要。

(二) 翁副召集人啟惠

1. 長照 3.0 與國家防疫一體政策內容完整，但希望可提供一頁摘要，說明目的、方式及目標，有助宣傳。
2. AI 可提供客觀資訊，促進跨領域及跨部會溝通，整合民眾意見，優化政策制定及立法品質，對長照及防疫計畫均有幫助，建議善用台灣 AI 技術。
3. 全球醫療支出持續成長，速度高於經濟成長，預計 2030 年全球醫療支出將達 15 兆美元，約占全球 GDP12%，其中早期檢測與預防成長最快，將達 4 兆美元左右，故期待將 AI 應用於預防醫學與健康促進，從治療擴大到預防之精準健康新時代，而運用 AI 可提升其有效性，甚至建立個人化精準健康照護，是台灣發展機會。
4. AI 應用落地與執行非常重要，期待可逐步落實，從基礎研究到應用，例如運用大數據，包含：健保資料、人體生物資料庫、TPMI(台灣精準醫療計畫)、癌症登月計畫、多年累積的傳染病及肝炎防治資料，導出演算法並支援未來早期疾病檢測及預防，不失為台灣機會。

(三) 陳副召集人志鴻

1. 我在 2023 年及 2024 年期間奉總統指示，和各界討論「健康台灣」內容時，基層醫療人員反映最強烈的問題之一即為改革醫院評鑑。其於 30 年前必要性高，但現今醫療品質已大幅提升，許多評鑑已流於形式，而且成為基層尤其是護理人員的重大負擔。

2. 目前許多品質評鑑指標可以由健保署資料庫取得，如院內感染、護病比，建議評鑑內容應優化，非只是簡化，避免擾民。可參考醫學系評鑑(TMAC)表現優異者 6 年一次的模式，較差者 3 年重點追蹤。建議衛福部、醫策會與醫界共同討論改善方式，將有助提升基層人員士氣，此與加薪同等重要。
3. 過往蒐集意見指出，兒科住院醫師難以招募與畢業後一般醫學訓練(PGY)有關。建議評估 PGY 兩年訓練時間可以增加至兒科學習的時間，提供典範學習機會，提升對兒科領域之興趣，應該比用重金吸引更具長期效益，建議請石部長協助與醫策會溝通。

五、潘秘書長孟安

- (一) 針對解決全國醫療資訊系統部分，須建立相關義務、責任及檢核機制。小型診所或偏鄉醫療難有相關人力配置，但衛福部仍應督促其履行資安責任，包含診所、衛生所、醫院及服務廠商。
- (二) 由於資訊廠商品質不一，針對軟體建構及資安防護需嚴格篩選與管理。未來推動虛擬健保卡、電子處方箋等，亦涉及醫療體系之資訊安全，建議衛福部適度按季或按年度檢核，以降低資安風險。

六、賴召集人清德

(一) 委員、顧問意見之回應

1. 林顧問於花東地區推動之全人醫療整合計畫，建議可為其取名為「人本健保 3.0：花東先驅計畫」，強調健康、以人為本，有別於過去以疾病為核心的照顧模式。
2. 近期媒體陸續報導獨居老人在家中過世情形，請陳政委召集衛福部、內政部提出落實可行制度，整合社會資源關照全國獨居老人。

3. 如蔡委員建議，閒置病房應可准予轉為長照病房，脫離健保制度並釋出病床，以滿足機構式長照服務需求。
4. 簡委員提出之步道與腳踏車道已有完整規劃，請陳政委協助如何結合地方政府共同推動，由北至南帶動全民騎乘風氣，並請本會成員合力響應。
5. 我們已經為醫護人員加薪、減稅，針對醫院評鑑亦須簡政，請衛福部與醫策會研議因應作為及配套措施。
6. 何委員關切之減少酒精攝取議題，請衛福部慎重推廣，避免後續造成健康風險及社會問題。
7. 有關學用落差問題，請衛福部協助將台北榮總之成功經驗推廣至其他學校與醫院，應可挽留更多護理系畢業生留在醫界。
8. 黃委員所提之核心必備藥品議題，政府相當重視，已列為全社會防衛韌性之一環，由國安會持續關注。
9. 關於多位委員及顧問提及少子女化問題，金錢非唯一解決之道，政府已推動兩項措施因應，針對因經濟負擔而不敢生育者，以「0到6歲國家一起養」計畫減輕育兒負擔；針對因生理因素未能生育者，補助其人工生殖費用，2018年迄今已孕育3萬多名新生兒。然而，每年投入1,200億元經費仍未有顯著成效。近期會見一位社團友人，他認為少子女化是「社會氛圍」所致，讓我聯想到證嚴法師透過鼓勵信徒捐出大體，使得大體老師來源不虞匱乏的案例。目前年輕人嚮往個人生活，與過去社會文化不同，或許政府可建立社會制度，透過意見領袖及社會氛圍推動文化改變，鼓勵年輕人結婚、生育。請國發會葉主委進行檢討，研議如何鼓勵民眾結婚生子。
10. 關於生醫研發與產業發展鼓勵制度，謝委員屢次提出建言，張顧問亦表呼應，請國發會評估提出相關計畫，鼓勵生醫產業發展。

(二)報告案之提示

第一，以「長照 3.0」因應超高齡社會的挑戰，落實「國家希望工程」願景。

面對超高齡社會的來臨，「長照 3.0」將在明年提前上路，這是政府回應高齡化挑戰的重要政策。我們要擴大服務對象與內容，並且提升機構量能，減輕家庭照護負擔，同時導入科技，以及強化醫療與照顧的銜接，為照護者提供更完整的支持。

請衛福部會同相關機關，結合更多民間力量，透過制度創新、科技應用、以及社區連結，建立從預防、照護到安寧的完善體系，讓國人都能健康老化、在地安老，實現「活得久，也活得更好」的願景。

第二，關於強化「國家防疫一體聯合行動方案」。

防疫一體是確保國家安全，以及公共健康的重要政策，國家必須持續投入資源強化體系運作。請陳政委繼續協調督導，讓衛福部、內政部、環境部及農業部，依據過往累積的經驗，加速推動「國家防疫一體聯合行動方案」。必要時，更要擴增參與部門，提升整體決策與應變效能；翁副召集人另建議應導入人工智慧的科技能量，請併同研議。

最後，請行政團隊將今天會議上委員及顧問所提出的寶貴意見，納入政策參考。讓我們繼續努力，提供符合國人需求的長照服務，以及打造更堅實的防疫網絡。

陸、臨時動議：無

柒、主席結語

關於各界關心我國財政能否支應這麼多政策，在此向各位報告，我國目前財政充裕，係來自全民的努力。馬英九前總統任內經濟年均成長率約 2%，蔡總統 8 年任內平均為 3.2%，股市更從 8,000 點升至 23,000 點，增幅 155%。蔡總統交棒給

我的時候，去年第 4 季 4.8%，今年第 1 季 5.48%、第 2 季 8%、第 3 季 7.6%，今年經濟成長率可望達 6%。台灣不僅為亞洲四小龍之首，更能超越美國、日本、歐盟及中國。

全球智慧化的時代已來臨，台灣扮演關鍵角色，我認為「佔到好地頭、卡贏練拳頭」，台灣擁有優勢地位，只要團結就有利發展。行政院推動 AI 新十大建設，也提出協助中小企業轉型計畫，確保台灣在未來三十年仍保有競爭優勢；經濟成長亦帶來稅收增加，蔡總統任內後期每年均有稅收結餘，目前已累積約 8,000 億元。因此，國防特別預算、健保總額增加以及基礎建設支出均足以支應，更可為民眾提供更好的照顧。

蔡總統啟動的「興安計畫」已投入 749 億元進行陸軍營舍改建，加上空海軍則超過 1,000 億元，我上任後賡續推動二期計畫，今年又為國軍加薪三次。同時，中央財政也能負擔公務人員加薪，以及醫療人員專業加給的調升。

然而，誠如行政院張秘書長所言，有兩個因素可能導致中央政府財政困難：

其一，依在野黨《財政收支劃分法》修正版本，中央每年需分配 7 千多億元給地方，因此需舉債 5 千多億元，超過《公共債務法》所訂舉債上限；此外，蔡總統任內挹注地方經費成長約 50%，中央亦不斷補助，地方政府財政應已不虞匱乏。

其二，增加公務人員退休撫卹、減免 65 歲以上民眾健保費，均涉及國家整體資源配置與財務永續，應審慎檢視其合理性，以免排擠其他如少女子化對策等重要施政。

目前憲政體制雖面臨挑戰，國家仍需走在正確道路上。我呼籲社會團結，對台灣有信心，台灣一定會更好，並希望立法院不分朝野，齊心協助政策推動。謝謝大家，散會。

捌、散會：晚間 8 時 50 分。

附錄、總統府健康台灣推動委員會第 6 次委員會議討論事項 顧問及委員書面意見彙整表

顧問/委員	案別	意見
詹鼎正委員	第二案： 報告案(二)： 長照 3.0	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital at home 與 OPAT 如何整合靈活運用可以思考。 2. 大家醫計畫醫師意見書之前只規劃一案 300 元應該是不足的，該評估內容不少，比目前健保的外勞失能評估(巴氏量表)600 元困難，居家評估有 1,500 元，建議提升至 800 元至 1,000 元左右。 3. 請問獎勵布建長照機構成果？ 4. 建議逐步放寬長照機構收費上限。 5. 建議放寬之前共同分擔看護床位限制。 6. 納入急性後期整合照護(PAC)不分齡失能者可否具體說明？ 7. PAC 出院後銜接復能訓練方案也請具體說明。 8. 未來高齡家庭醫師/個管師方案，建議有機會列入考量。 9. 健保系統與長照系統整合與即時呈現與第一線工作人員之期程是否有機會報告？
廖美南委員	第二案： 報告案(二)： 長照 3.0	<p>長照 3.0 的核心願景是健康老化、在地安老、安寧善終。在此基礎上，提出三項更具體且可落地的政策建議，從「社區預防、醫療銜接與家庭支持」三個關鍵面向，強化跨專業整合，協助長照 3.0 更順利推動。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 強化社區與居家照護功能，成立生活保健站強化早期預防及延緩失能。目前長者功能評估涵蓋率僅 8.2%，而長照 3.0 設定的目標是要達到 50%。要達到這樣的跨系統目標，需要社區端的不同專業共同執行，但確認有異常的長者，則需由護理人員即早介入。建議由居家護理師支援各地社區關懷據點，成立「社區生活保健站」。協同

顧問/委員	案別	意見
		<p>團隊提供整合式長者照護服務(ICOPE)，以擴大長者功能評估服務涵蓋率及健康促進的可近性。建請政府推動小規模試辦計畫，視成效再逐步擴大至全國。</p> <p>2. 建立護理出院銜接專責制度，與擴大 PAC 多元承接者，使照護無縫接軌。目前長照個案的出院銜接天數，已由 51 天降至 4 天(2017 年至 2024 年)，進步許多，但離 0 天銜接仍有距離。同時，資料顯示 75 歲高齡者出院後 30 天內再住院率 13%，30 天內再急診率也高達 23%。再住院原因多與護理可介入預防事件相關(如脫水、三管問題、傷口惡化等)。建議高齡患者自住院端準備出院時，居家護理師即介入，並配套合理給付，以達成「0 天銜接」目標，降低不當照護風險及再入院率等。另現行 PAC 承接率僅 11%，建議擴大參與機構，含護理機構、日照中心、社區型照顧機構，共同承接 PAC 訓練與復能照護，並由政府訂定分級補助、共同訓練與品質標準。</p> <p>3. 推動「照護型小規模多機能服務」，補齊夜間照護、急變處遇與在地安寧的不足。長照 3.0 的八大目標之一是強化家庭支持，但目前在夜間照護、急變事件處遇、在地安寧與善終三項服務仍顯不足。建議推動「照護型小規模多機能服務」試辦計畫，滿足剛出院、末期及病情不穩患者的需求，提供日間照顧、居家服務、臨時夜間住宿及必要安寧療護，強化家庭支持。政府未來規劃將中重度失能住宿補助提高到 18 萬元/年，可用於支持此類多機能試辦計畫。</p>
郭素娥委員	第二案： 報告案(二)： 長照 3.0	國內外已有許多文獻證明營養介入可降低住院率、節省醫療支出。衛生福利部在 111 年至 112 年期間委託營養師公會全聯會進行居家營養不良高風險個案營養介入的試辦計畫，結果在介入後 1 個月就看到總熱量、蛋白質、水分攝取量顯著改善，介入 3 個月

顧問/委員	案別	意見
		<p>後個案的體重、營養狀況、握力及吞嚥困難(EAT-10)狀況也都呈現改善。基於政府照顧國人健康，降低不健康餘命的願景，並以公共衛生三段五級的原則提出有關長照 3.0 之建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關營養不良風險的篩檢目前在社區以及 ICOPE 營養複篩已普遍使用 MNA-SF 作為營養篩檢工具，但是在長照體系(機構、居家)並未全面使用，且各縣市落差大。建議能將 MNA-SF 列為長照 3.0 個案開案時的基本檢查項目，建立「營養不良風險分級」制度(低、中、高風險)，讓後續的服務內容更精準。例如針對高風險個案(肌少症、失智失能、吞嚥困難者)讓營養師介入成為必備流程，可改善營養狀況、延緩失能惡化，減少醫療支出。 2. 如果要能更進一步提早預防因營養不良導致失能，建議將營養師的諮詢納入健保給付，以補強長照 3.0 缺口。目前健保給付的營養諮詢項目僅有糖尿病、慢性腎臟病、重症等病人，其餘疾病均須自費，尚未涵蓋廣大族群的癌症、心血管疾病、咀嚼吞嚥困難者等高營養不良風險的族群。如果能在醫療端先給予病人適當的營養介入(健保給付)，使能銜接長照 3.0 後續的照顧(PAC、居家或轉介機構)，並能改善弱勢者健康，與各國強調的預防醫學及健康平權趨勢接軌，提升國家公共健康韌性。

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。