

總統府健康台灣推動委員會

第 8 次委員會議紀錄

時間：115 年 8 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、
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(請假)、司徒顧問惠康、
葉委員俊顯、鄭委員英耀(請假)、余委員忠仁、高委員淑芬
(請假)、詹委員鼎正、陳委員相國、黃委員振國、倪委員衍玄、
林委員德文、李委員貽恒、黃委員建霈、廖委員美南(請假)、
蘇委員守毅、郭委員素娥、許委員有杉、洪委員德仁、蔡委員森田、
簡委員文仁、沈委員廷盛、謝委員清河、何委員美鄉、鄭委員守夏、
郭委員慈安

列席：總統府潘秘書長孟安、張執行秘書惇涵(請假)、石執行秘書崇良、
鄭副執行秘書俊昇、陳副執行秘書亮妤、總統府郭發言人雅慧、
衛生福利部林政務次長靜儀、衛生福利部疾病管制署羅署長一鈞、
衛生福利部食品藥物管理署姜署長至剛、衛生福利部國民健康署
沈署長靜芬

壹、主席致詞

這個月，「健康台灣推動委員會」成立屆滿兩年。今天，是第 3 屆委員會成員，首次共同參與會議。

本屆成員，我們特別擴大遴聘民間相關領域的專家學者，納入公共衛生、失智與長期照護，以及醫學研究等專業力量。期待透過更多元的視角，為健康政策提供更多具前瞻性的建言。

在座的新聘顧問和委員，各位都很熟悉，我來一一介紹，請大家以掌聲歡迎他們。

首先是國衛院院長—司徒惠康顧問，再來是醫師公會全聯會理事長—陳相國委員、中醫師公會全聯會理事長—蘇守毅委員、新北市藥師公會理事長—許有杉委員、台大公衛學院特聘教授—鄭守夏委員、中山醫學大學附設醫院副院長—郭慈安委員。再次歡迎各位，一起為台灣的健康政策，貢獻智慧與心力。

今天會議的第一個議題，是攸關健康平權與國家韌性的「原住民族健康韌性國家行動計畫」。

多元族群共存共榮，是台灣珍貴的資產，其中，原住民族更奠定了台灣豐富的歷史與文化底蘊。

然而，統計顯示，原住民族與全體國人的平均餘命，存在 7.54 歲的落差，這不僅凸顯健康平權仍有努力的空間，也提醒我們必須加快腳步，強化原住民朋友的健康照護。

過去，在我擔任行政院長期間，為了落實原住民族健康權，改善醫療照護不均等，政府積極推動《原住民族健康法》的立法工作，在朝野共同支持下，2023 年公布施行，以法律位階寬列預算、擴大原民參與，建構以原住民族為主體的健康照護政策。

我競選總統時，特別將強化原住民族健康服務，列為「國家希望工程」與「健康台灣」的重要目標，就任總統後，政府也全力落實。

今天很高興看到，衛福部透過「原住民族健康韌性國家行動計畫」的 15 項核心策略，積極提升在地醫療量能、建構文化安全感、以及培育部落人才，讓因地制宜的健康照護網絡，成為守護族人健康，最堅實、最可信賴的後盾。

實現全民健康覆蓋，是打造永續韌性國家的必要條件；而落實原住民族健康照護，則是推動健康平權，不可或缺、也是最關鍵的一塊拼圖，希望我們大家一起繼續努力。

另外，「健康台灣」的核心目標，不只是讓國人活得長壽，更要活得健康。

台灣已經邁入超高齡社會，慢性病已成為影響國人健康的重要挑戰。我們的健康政策，也必須由疾病治療，逐步轉向健康促進與預防醫學，鼓勵民眾主動建立健康生活習慣。

因此，衛福部將在今年 10 月，運用創新的數位健康科技，推出「健康幣」政策，以獎勵機制鼓勵健康行為，讓更多民眾願意主動進行健檢、癌症篩檢、預防保健及健康管理，將健康行為融入日常生活。

「健康幣」不單純只是一項健康獎勵制度，也是政府推動數位健康治理的新模式。透過政府建立制度、公私協力共同參與，我們將攜手打造全民健康促進生態系。

在此，我要特別感謝衛福部，在各項衛生福利政策上勇於創新；也要請各位顧問與委員，稍後踴躍提出專業建言，讓政府可以更穩健地推動各項健康政策。

一小步的健康改變，匯聚起來，就是國家韌性的一大步。讓我們攜手同心，共同打造一個更健康、更包容、也更具韌性的台灣！

貳、確認本次會議議程

決定：確認本次會議議程。

參、確認第 7 次委員會議紀錄

決定：確認會議紀錄。

肆、報告事項

一、第 7 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、原住民族健康韌性國家行動計畫(略)

(衛生福利部林政務次長靜儀簡報)

三、健康幣政策推動規劃(略)

(衛生福利部國民健康署沈署長靜芬簡報)

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. 高淑芬委員不克出席，代為發言如下：

- (1)原住民族健康韌性國家行動計畫若涉及流行病學調查，須遵守原住民族研究倫理及審查規範，並提供足夠資源，以確保田野調查之執行符合相關規範。
- (2)為降低酒精及物質成癮風險，防治策略建議從「禁止」轉為「正向替代」，透過改善生活環境、創造就業機會，使原住民族發揮運動、藝術等天賦，培養健康生活及展現自我的舞台。
- (3)母嬰與兒少照顧應自產前開始，避免有害物質影響胎兒發展；同時應提供兼顧文化之彈性學習，如遠距教學、家庭農作及文化活動參與，透過維護部落文化主體性及認同，培育兒少潛能。

- (4)精神健康篩檢應普及化、降低檢測門檻，並針對原住民族過動症盛行率較高情形，結合醫院及學校資源，強化早期篩檢與支持網絡。
- (5)健康幣除鼓勵個人自律外，可評估納入團體誘因，如以醫院團體減重共同累積健康成果及獎勵，提升健康促進成效。

2. 強化醫事人員待遇福利

- (1)公職醫事人員服務及專業獎勵金自 20 年前訂定迄今未調整，考量其工作負荷及壓力較高，建議重新檢視相關待遇。
- (2)約聘人員轉任公職後之休假年資中斷，建議應延續較為合理；現行約聘與公職人員薪資待遇差距縮小，公職不再具吸引力。公職人員請假若以半小時為單位，較利育兒家庭接送子女，建議調整相關細節，降低公職人員相對剝奪感。
- (3)教育部 89 年函釋有關夜班津貼僅限護理及助產人員，惟其他醫事人員亦有值夜班情形，建議重新檢視相關規定。

- 3. 藥品韌性除關鍵藥品投資外，應重視利基性藥品製造及發展，從藥品研發建立完整生技製藥產業生態圈，提升我國製藥實力及國際市場競爭力；另學名藥及相似藥之使用，建議於健保支付方式上適度設計，並搭配醫病管理，提高使用意願。
- 4. 針對慢性病防治，建議參考日本經驗，提升至國家層級推動，並研議成立慢性病防治會報、或訂定慢性病防治相關法規，規劃五年或十年期計畫及長期財源，強化全國

疾病登錄、照護網絡及三高防治 888 成效給付，落實健康台灣目標。

(二)詹委員鼎正

1. 目前健康幣規劃係以執行預防保健進行累積，惟相關行為並非每日進行，可能影響民眾持續使用及累積之黏著度，建議國健署參考坊間 APP，研議結合民眾日常健康行為，如飲水、運動、睡眠等，提升民眾參與及使用意願。
2. 長期照護醫師意見書現已開放於個案家中填寫，針對長照司先前研議開放於門診填寫之方式，期待儘早實施。

(三)陳委員相國

1. 偏鄉人力補足宜避免影響醫學中心人員總額，留任意願是偏鄉服務人力的關鍵。樂見原住民族及離島地區醫事人員養成計畫(第六期)能將原鄉服務留任率提高 80%，為提高偏鄉留任，應定期檢視實際需求，如人力規劃、免稅措施、獎勵金額等。
2. 目前政府編列 52 億元經費強化偏鄉原住民族醫療服務，但新增補助及照護措施應由政府專款支應，避免排擠既有健保總額，以兼顧原住民族健康照顧權益、資源配置及永續性。
3. 現行偏鄉及五大科醫療人力不足，醫院主治醫師工作負擔沉重，建議醫師減稅政策可於年底前實施，以鼓勵急重症等醫療人才留任，支持國家醫療量能及品質。
4. 近 2 年健保總額成長及公務預算挹注均有增加，惟政策成果尚缺乏宣傳，建議編列經費加強宣導，增進全民瞭解。

(四)黃委員振國

1. 建議針對居住於都會區、山地原鄉及偏遠地區之原住民族，分析其十大死因是否有所差異；考量原住民族平均餘命差距，相關政策應及早於 40 歲以前介入效益較佳。檳榔及酒精對健康影響甚鉅，可評估納入健康幣政策給予鼓勵；亦應積極協助原住民孕婦，於實際居住地提供直接照顧。
2. 健康幣立意良好，惟應考量 APP 使用普及度，建議增列健保卡進行兌換，並以醫療院所作為優先兌換場域，如折抵自費疫苗，提高民眾使用便利性及誘因；另可研議運用於自費疫苗差額，並考量家人間相互流通使用可能性，提高使用效益。

(五)倪委員衍玄

1. 兒科急重難罕疾病醫療經驗傳承
 - (1)因少子女化導致急重難罕疾病病例減少，例如複雜性小兒先天性心臟病及膽道閉鎖等手術，可能數年僅有少數病例，若分散於各醫院，恐造成醫療經驗累積及傳承困難，並影響年輕主治醫師及研修醫師教育。
 - (2)建議針對兒科急重難罕疾病、甚至兒童癌症，研議調整醫院評鑑或健保機制，使醫學中心得依強項發展特色治療項目，使特殊病例可集中治療，以維持醫療品質及人才培育。
2. 建議推動友善醫療，例如針對兒童接受核磁共振(MRI)檢查時，可透過小丑醫師說故事等方式降低兒童恐懼，減少麻醉需求。
3. 支持健康幣政策，普發一萬元政策若轉為發放一萬元健康幣亦為可行。

(六)林委員德文

1. 建議規劃原住民族健康中長程計畫

- (1)近年國際間已陸續發展原住民族健康決定因素研究及指引，建議應規劃原住民族健康中長程計畫，並參考國際指引，除訂定具體操作性指標外，亦應建立總體成效指標，以對接健康台灣政策，並聚焦民眾實際感受，使政策成果更具體、更有感。
- (2)原住民族身分應視為健康不均等重要因素，不應僅作為利害關係人，應共同參與政策規劃及執行。原住民族健康政策會就中長程計畫所提八大建議，將提供衛福部作為後續規劃參考。

2. 原住民族健康政策除涵蓋原鄉地區外，亦需兼顧都會原住民族，除以地區為基礎外，亦應從「屬人」角度進行長期監測，並強化地方政府參與；健康政策規劃應呼應原住民族文化安全及社群評審委員會(Community Review Board)倫理準則，將有助原民健康基因定序之發展。
3. 基層醫療公版雲端醫療資訊系統(web HIS)發展應同步考量韌性醫療，尤其於原鄉衛生所，需有在地備援機制，以因應斷網、斷訊情形。
4. 健康幣可結合飲食、運動及戒菸酒等健康行為，例如民眾訂購健康餐累計健康幣，購買菸酒則扣減健康幣。

(七)李委員貽恒

1. 慢性疾病照顧應重視照護結果，惟目前糖尿病、慢性腎臟病及代謝症候群等計畫分別由不同單位規劃執行，且各計畫之給付及收案條件不一，促使醫師優先選擇給付誘因較高之項目參與。建議將各項慢性病整合為單一專案計畫，以利醫師參與。

2. 健康台灣相關政策之長期目標為降低死亡率，近期應以提升疾病控制率為目標，如改善血糖控制率等。除評估醫院照護品質，建議出院後亦應持續追蹤疾病控制情形，以完整照護成效。
3. 健康幣可結合健康存摺 APP 使用率加以推廣，民眾開通健康存摺 APP 後，即贈予一定點數，以鼓勵使用。

(八)黃委員建霈

1. 原住民族照護政策已涵蓋孕產期照護，由於原住民族嬰幼兒死亡率較一般嬰幼兒為高，其中一部分與胎兒早產有關，建議可從孕婦照護著手，以兼顧孕婦及嬰幼兒長期健康。
2. 考量青少年懷孕、疫苗接種、具健康風險物質使用、傳染性疾病及體重控制等因素，均可能增加高風險懷孕情形，對於原住民族中經濟弱勢者，建議針對必要檢查及疫苗提供補助或減免，以降低就醫難度。
3. 維持偏鄉地區產科醫療資源相當重要，監測工具及緊急狀況發生時之快速送醫機制均應納入考量。近年偏鄉產科醫療機構大幅減少，因生育率降低、產科收入減少，尤其燈塔型醫院因營運成本較高，更需政府編列預算支應，提供原住民族孕產婦醫療可近性及轉介機制。
4. 現行產檢次數以四次以上作為指標，原住民族達成率與一般民眾差距不大，惟四次為世界衛生組織(WHO)最低標準，建議研議八次以上產檢情形，較能完整呈現原住民族與一般民眾差異性。
5. 健康幣政策可評估納入更多健康行為作為獎勵項目，例如完成一定次數之產檢、公費疫苗接種、人類乳突病毒(HPV)疫苗接種及新生兒篩檢等；兌換項目應具吸引力，並可評估納入所得稅減免或健保保費減免等措施。

(九)蘇守毅委員

1. 感謝總統擔任台南市市長期間推動行動醫院，使偏鄉居民獲得健康照顧，市民平均餘命較其他地區高 1.2 歲，現在推廣至全國，造福人民。
2. 近日中醫藥研究所將改制為「國家中醫研究院」，該院除中藥外，亦涵蓋針灸、傷科等領域，建議結合人工智慧 (AI)、新知識及新管理模式，促進中醫藥發展，為中醫建立新里程碑。
3. 原住民族計畫有關中醫介入部分，建議如下：
 - (1) 周產期高風險追蹤可納入產後中醫照護，並提供衛教諮詢與建議，協助產婦產後身體調養。
 - (2) 人才培育方面，中醫目前尚無公費生制度，建議評估每年設置 5 名至 15 名公費生，畢業後至原住鄉鎮衛生所服務，並結合當地傳統醫藥知識，提升原住民族服務量能。

(十)郭委員素娥

1. 肯定健康幣政策，期待正向導引國人健康生活型態，目前規劃採分階段進行，實施後可滾動修正，建議對持續健康行為的民眾再給予獎勵。
2. 考量健康幣 APP 使用有數位落差，偏鄉地區超商與生鮮賣場少，兌換較不便等情形，應一併納入規劃。另建議將高齡長者及偏鄉地區作為點數兌換加權項目。
3. 建議健康幣之食物兌換機制，可與政府政策及產業發展連結，例如食藥署與國健署合作推動食品正面營養資訊「紅黃綠」標示制度，未來可研議將民眾選擇健康餐點納入健康幣獎勵。

4. 國健署在社區長者共餐據點輔導服務涵蓋率很高，目前更進一步擴展餐廳及餐飲業者的輔導，但業者意願普遍不高。建議透過健康幣政策，鼓勵民眾選擇健康餐點，藉以提高業者接受輔導，提供健康與高齡友善餐點意願，再回饋民眾及店家。

(十一)許委員有杉

1. 八大藥業公協會涵蓋原廠、學名藥、自我照護及國內藥廠等不同領域，在此代各公協會對現行藥價調查機制暫停3年一事，表達感謝。過去各公協會在藥價政策立場存在差異，近期已逐步達成共識，願意共同協助政府推動藥品相關政策，建議召開「全國藥政會議」，從產、官、學、研等面向進行總體檢討。
2. 在藥品韌性部分，對缺藥議題官方與基層認知不同。由於優良運銷準則(GDP)的推動，大部分供貨給小型藥局的盤商缺乏資源，陸續退出市場，進而出現供藥不足問題；且現行藥局間藥品調度涉及法規限制，建議修法規範單一藥品於藥局總調劑量比例，適度開放合理調撥，改善缺藥問題。
3. 建議於3年至5年內逐步推動藥品小包裝化，並參考日本自動化檢藥作法；另建議全面推動電子處方箋，可使用條碼產生器(QR Code)數位讀取方式轉入醫療資訊系統(HIS)，以因應目前藥事人力吃緊問題。目前公職藥事專業人才不足問題，建議比照醫師提供不開業獎金，增加藥師投入衛生部門誘因。

(十二)洪委員德仁

1. 健保快易通目前使用人數雖高，但應留意長輩自行使用所面臨之數位落差問題。

2. 今天簡報未提及健康幣財務規劃，穩健財源方可確保執行情形，建議於 2027 年底前完成健康幣、文化幣、運動幣等整合，讓優質施政更廣為國人知悉及使用，增進國人健康。
3. 有關軍醫體系人員待遇、薪資及相關加給尚未同步適用（包含派駐金門、馬祖及澎湖等地區），且無加班、值班免稅措施。考量軍醫體系為國家安全及韌性醫療重要基礎，建議適時納入軍醫體系人員意見，並研議醫師、護理人員等加給及免稅措施，以強化軍醫體系人力及醫療韌性。
4. 感謝總統將國防醫學院升格為國防醫學大學，建議進一步提升軍醫體系整體發展，以利永續經營。

(十三)蔡委員森田

1. 有關醫策會疾病照護品質認證，各位委員意見將攜回討論，檢視分數評量如何結合到社區連結、出院後照顧，並透過考試分數機制導引教學。
2. 平均餘命分析結果顯示都會區相對高，值得進一步探討醫療資源等因素之影響；原住民族半數居住於都會區，建議關注居住地變化是否關乎原住民族與一般民眾之平均餘命差距，並瞭解原住民族移居都市後，其生活型態及心理壓力之影響。
3. 應理解原住民與一般民眾想法差異，方有助治療介入。建議衛福部與原民會共同研議於醫師醫學教育及在職訓練中，納入原住民族文化安全相關教育。
4. 建議擴大健康幣適用範圍，例如納入參與戒菸門診及戒菸成功者；獎勵方式可研議折抵掛號費或部分負擔。

(十四)簡委員文仁

1. 健康台灣推動之政策，應加強宣導及推廣，讓國人瞭解參與。2032 年前平均餘命增加 3 歲、不健康餘命比例降至 8%等目標，可藉「強未病、控欲病、治已病」等概念來達成該願景。
2. 有關「健康台灣幸福社會國民操」，原設計口號「台海無波、世界叫好、灣護國人、兩岸用巧」修正為「台創科技、世界叫好、灣護國人、全齡皆保」，目前已與運動部全民運動署討論，使民眾便利取用。
3. 老年學涉及長者醫療與照顧，是一項新興學門，台灣目前未開設博士班課程。建議教育部研議成立涵蓋性別、環境、教育等全方位老年學博士班，同時建立在地化研究數據。
4. 建議政府善用民間企業力量推動自行車道、步道等健康設施，透過企業認養及活動表揚等方式，鼓勵企業參與，並結合環境保護、社會責任、公司治理(ESG)理念，促進民眾健康。

(十五)沈委員延盛

1. 呼應余忠仁委員所提公職醫師薪資問題，不同醫院、不同體系間醫師待遇差距較大；以成大醫院為例，透過獎勵金制度，提升薪資水平。本年健保總額增加至 1 兆 82 億元，醫院收入增加，但未反映於公職醫事人員薪資，更影響年輕醫師投入急重難罕等科別意願，建議研議如何實質提升醫事人員薪資待遇。
2. 肯定健康幣規劃，提高健康平均餘命關鍵概念在於延緩失能，可透過維持社交活動、健康飲食等方式達成，長者維持健康、避免失智，將可形成第二國力。

3. 《全民健康保險資料管理條例》於本年 8 月 10 日正式施行，惟幾項國家資料庫(如國健署、健保署)整合及互通仍待加強，應儘早檢視相關法令及機制並予調整。
4. 為落實健康平權，應關注發生於特定族群之特殊疾病。以東方人特有疾病鼻咽癌為例，國外少有三期臨床實驗，致病患難有新藥使用，且其好發於年輕人，若可協助病患儘早恢復健康，將有助國家生產力。建議健保署研議調整藥物給付方式，加速特殊疾病治療；另亦可透過健康幣政策著手。

(十六)謝委員清河

1. 人才是決定台灣未來 20 年至 30 年競爭力的關鍵。國家科技優勢需幾十年建立，人才一旦流失則可在短時間內摧毀。目前歐洲、新加坡及中國等均積極招攬國際人才，建議思考台灣如何提供充足經費及資源，以吸引優秀科學人才。
2. 半導體產業為台灣重要護國神山，但國家發展不應集中於單一領域，工作機會集中於少數領域，將造成人才斷層。再生醫學、生醫、材料及量子等領域，均需積極培育及延攬年輕人才，建議如下：
 - (1)成立國家隊(機構):主動延攬全球優秀人才，提供資源、經費、行政支持及彈性制度等。
 - (2)留住年輕人才：現況許多國人高中階段即出國求學，政府應大幅改善博士生、教授及研究人員待遇與研究環境，尤其應包含生醫、基礎科學與其他領域。
 - (3)高齡社會將以精準醫療、生物科技為重要競爭力來源，國家資源配置應涵蓋生命科學及生醫專業，以強化相關專業人才參與國家政策決策。

(十七)何委員美鄉

1. 因高齡人口比例持續成長，加上可能面臨緊急用血需求，血庫缺血將會是未來重要問題，需有長期計畫尋求解方。國際有兩個研究方向：
 - (1)運用幹細胞或誘導性多能幹細胞(iPSC)技術進行體外培養，此類血球細胞半衰期與人體內產生的細胞相當接近，符合常規醫學上的應用，在英國此類研究已進入臨床測試，但仍未有公開文獻，建議衛福部與經濟部召集產、學界研擬長期策略。
 - (2)另人造血液是利用血庫中過期的血收集紅血素後，製成血紅素囊泡(Hemoglobin vesicles)，日本奈良縣立醫科大學已進入臨床試驗，如能發展至凍乾燥、便於攜帶型態，除可作為戶外急診醫療，亦具戰場及國家韌性需求，建議提送全社會防衛韌性委員會討論策劃。
2. 目前尚無證據顯示進口疫苗優於國產，政策宣導及媒體表述宜審慎，避免國人誤解；另有關媒體經費減縮，但健康生活模式仍要持續倡議，建議思考結合步道、登山等民間團體進行合作及宣導。
3. 建議擴大健康幣應用於健康商品及健康食物(非健康食品)，配合即將推出的紅黃綠食品營養標示，由國健署、食藥署結合民間企業辦理活動或競賽，鼓勵民眾參與；另可研議提高健康幣兌換健康食物比例，提升對民眾健康行為實質效益。

(十八)鄭委員守夏

1. 提高學名藥使用率為藥物韌性重要工作之一，惟目前學名藥價格偏低，將影響醫師及民眾使用意願。建議調整

健保給付策略，對於藥廠主動委託第三方公正單位，針對上市後藥品進行抽樣與檢測，證實學名藥品質與原廠藥相當者，可給予價格誘因。

2. 台灣原廠藥專利到期後，降價幅度較為有限，建議衛福部參考美國聯邦醫療保險和補助服務中心(CMS)藥價訂定及調整機制，並透過外交談判方式協商討論。
3. 減免醫事人員稅收政策，仍應考量公平性議題，避免其他產業產生相對剝奪感。目前部分診所醫師收入高於醫院醫師，且執行業務所得之所得稅計算方式亦有不同，導致醫師執業選擇流向基層，造成急重症醫療體系人才流失。
4. 健康幣政策建議採逐步、穩健方式推動，並陸續將健康行為納入 APP 管理。現行健保署的大家醫計畫與國健署的代謝症候群計畫都是推動三高防治 888 重點項目，惟目前在申報、支付、預算來源及相關規範各有不同，建議宜整合，未來可將戒菸酒及慢性病管理等行為納入回饋機制，以鼓勵醫療端及民眾參與。

(十九)郭委員慈安

1. 肯定衛福部提供醫療及長照相關資源，台灣進入超高齡社會後，長照 3.0 及醫療應共同合作搭建服務，如急性後期整合照護(PAC)、復健病房，促使服務銜接。
2. 因健康台灣政策推動，醫療端納入優化人才與智慧科技，似弱化長照的介入點。但在長照領域，除前兩項外，尤須著重照服員人力識能提升，非僅限於持續性提供長照服務，應協助充能，提升長者自主能力及生活品質，呼應 WHO 向全世界宣示，應建立失智有能的社會，破除無能的概念。

3. 近期運動部拍攝體適能 AI 智慧科技影片，然據悉國健署量測體適能仍採人工作業。衛福部雖主管超高齡長者健康，但仍須跨行政部門共同合作，有利創新突破。
4. 獨居、老人等用語可能產生標籤或歧視意涵，建議政策及宣導應予留意；另關於老年憂鬱自殺、每年有 3 萬多名長者遭通報疑似受虐，建議健康、醫療及長照政策相互合作，完整接住長者生活。

二、顧問發言

(一)林顧問欣榮

1. 有關原住民族精準醫療及中草藥發展，建議結合 AI 及中醫藥科技，並應用於罕病、癌症及帕金森氏症等疾病治療，進一步拓展國際合作。國家中醫研究院之設立有助於提升臨床及精準治療，建議持續發展具台灣優勢研究。
2. 原住民族醫療人才培育方面，建議透過公費生及醫院共同培育等方式，推動原住民族人才在地養成、履約及深耕，並鼓勵各大學增設原住民族專班，以充實醫療人力。
3. 全人醫療照護尤需著重預防保健，透過健康幣政策引導將有所助益。花蓮縣秀林鄉推行全人醫療照護已邁向第四年且成效良好，透過區域治理、共享結餘機制，鼓勵醫療團隊改善照護及降低醫療耗用，結合縣、鄉、村三級網絡、長照據點、文健站等，導入運動、社交等社會處方箋。
4. 建請政府持續協助花東地區，提供長期預算，支持鄉鎮合作、共同管理費用，以及建立統一快速健康照護互通操作資源(FHIR)平台，縮小原住民族、偏鄉與西部地區之平均餘命差距、實現健康平權。

(二)陳顧問威明

1. 配合衛福部健康政策，北榮推出「榮總幣」，完全採計健康幣點數，並結合院區周邊自然、文化資源，鼓勵同仁支持政策。惟健康高風險族群可能因較難接觸醫療資源，影響點數取得，建議針對低收入戶及身障人士提供額外誘因。
2. 2025 年國人平均餘命為 81.27 歲，已接近疫情前水準，未來可望再創新高；台灣女性平均餘命已接近新加坡，惟男性仍有約 3.3 歲差距，推測年輕族群機車事故可能為影響男性平均壽命因素之一，建議分析交通事故對平均餘命之影響，以釐清兩者關聯。
3. 台北市與台東縣平均餘命相差約 7.5 歲，男性差距達 8.8 歲，推測原因為醫療資源差距，建議持續挹注醫療資源至偏鄉原住民族地區，落實醫療平權。
4. 偏鄉「燈塔型醫院」多為公立醫院，所得稅減免將有鼓勵效果，然偏鄉人力流失原因之一為醫療作業基金，加薪後可獲得績效獎金減少，影響實質獎勵。針對醫院困境，公立醫院協會於本年 6 月 13 日提出建言，懇請重視。
5. 台灣部分步道對行人及寵物不夠友善，自行車速度過快，造成安全風險。遛狗為國人常見日常活動，建議可研議於步道標示寵物友善、生態保護(限制寵物)等。

(三)程顧問文俊

1. 偏鄉原住民族地區現況及挑戰有 3 點：
 - (1)人力與轉介制度瓶頸：現行健保給付以醫師診察費及藥費為主，惟偏鄉地區實務高度仰賴行政人員協作掛號、遠距醫療及非醫療業務。
 - (2)用藥連續性與交通障礙：偏鄉部落居住分散，且同一縣市跨區距離遙遠，就醫、領藥極為不便。

- (3)緊急應變法規限制：無人機藥物運送可補足路運缺口，惟未達中央災害應變中心開設標準時，仍須依《民用航空法》規定申請，流程繁複。

2. 為改善上述困境，建議：

- (1)建構跨專業協作網絡，優化在地藥物供應鏈配送機制。
- (2)建立彈性藥物配送、代領機制及費用分攤模式，大幅縮短部落族人取藥動線及用藥即時性。
- (3)放寬偏鄉無人機審核標準或建立綠色通道，以提升藥品補給效率。

3. 有關健康幣累積制度：

- (1)建議依健康效益差異化設計點數，例如癌症篩檢、疫苗接種、戒菸等具高度預防效益及規律運動等行為，給予較高點數；慢性病定期追蹤、回診及疾病控制等屬自主疾病管理行為則予次級點數。
- (2)可依高風險族群年齡、地區提供加成，持續參與健康行為及家庭共同參與者給予額外獎勵。
- (3)考量高齡者及不熟悉數位工具之民眾，建議研議結合健保卡、敬老卡等方式，提供多元兌換管道。

(四)余顧問明隆

- 1. 建議國家除設定全體國民平均餘命目標外，可另訂定原住民族目標，如「提升原住民族平均餘命」，以呈現實質成效、落實健康平權。過去 10 年原住民族與全體國民平均餘命差距每年約縮小 0.07 歲，10 年合計約縮小 0.7 歲，未來可考量設定更積極改善目標。
- 2. 有關原住民族疾病精準醫療，可透過簡單分析進行防治。原住民族癌症死亡平均年齡以肝病約 48 歲最短，其次為

口腔癌約 57 歲、大腸癌約 67 歲，建議針對各關鍵要項提出精準防治與治療。

3. 原鄉肝病成因包括 B 型肝炎、酒精及代謝異常脂肪肝，建議研議放寬偏鄉 B 型肝炎治療相關措施，減少民眾就醫及轉診負擔，並將戒酒保肝計畫納入健保給付、或研議提升相關論質計畫給付。
4. 建議放寬原住民族執行成人預防保健篩檢條件，例如 30 歲至 45 歲每 3 年 1 次、45 歲以上每年 1 次，並檢討現行公費癌症篩檢年齡限制，如大腸癌糞便潛血檢查由 45 歲提前至 40 歲、肺癌低劑量電腦斷層檢查下修至 45 歲，以落實精準預防及早期治療。
5. 肯定推動健康幣政策，建議除鼓勵健康檢查及疫苗接種外，關鍵為與生活型態改善相互連結，促使民眾依據健檢結果調整飲食、運動等健康行為，再反映於後續健檢成效，形成良性循環。
6. 目前健康幣獎勵多為 45 歲以上健康檢查項目，18 歲至 44 歲族群較難取得點數，建議第二階段納入運動、飲食等健康生活紀錄，讓年輕族群及早將健康融入日常。

(五)陳顧問穆寬

1. 原住民族口腔癌及胃癌死亡率約為國人 2 倍，相關防治措施建議參考台南市「行動醫院」模式，由衛福部口腔健康司、國健署及健保署共同合作，推動一站式服務，整合篩檢、切片與確診，降低族人轉介切片負擔。
2. 建議教育部納入原鄉健康促進工作，於原住民族地區學校加強宣導檳榔危害、戒除及口腔癌防治教育，並考量檳榔於部分南島語系民族具有經濟及文化意義，建議從小建立正確認知，降低口腔癌風險。

3. 彰化基督教醫院口腔癌治療存活率為全國頂尖，院方對弱勢或原住民患者額外提供營養、看護及交通等支持措施，若政府編列一年 52 億元預算，建議應將相關項目納入照護計畫；目前胃癌、口腔癌治療以末期患者為主，建議納入總統擔任台南市市長期間提出之原住民家戶關懷與陪伴計畫，強化支持。
4. 彰基持續落實不同工、不同酬，並透過薪資保障等方式，鼓勵醫師投入人力較不足之外科、小兒科等。

(六)邱顧問冠明

1. 亞東醫院自 2026 年 9 月 1 日起開始實施「亞東幣」，概念等同健康幣，建議鼓勵企業響應、擴大健康投資、強化多元創意，如彈性休假、優先宿舍權及公益捐款等；可研議健康幣跨世代移轉機制，讓年輕人將點數轉贈父母使用。
2. 建議衛福部、國健署建立企業健康促進評核及頒發 ESG 標章機制，鼓勵企業、民眾持續參與，整合健康福利及資源，形成全民參與之國家級健康經濟循環。
3. 呼應倪衍玄委員和陳相國委員對於急重難罕科別醫師傳承策略，年輕醫師重視時間價值，對假日非典型工時應建立補償機制。
4. 考量醫師養成不易，建議將人才培育及傳承成本納入制度設計，可參考南韓手術傳承加成給付模式，精準分配予參與手術之資深住院醫師及年輕醫師，支持接班人才培育及團隊傳承。

(七)司徒顧問惠康

1. 國家衛生研究院成立已 30 週年，業完成全面性回顧及未來 10 年至 20 年前瞻規劃，未來將持續推動貼近人民需求之

優質研究、提供科學實證作為政府政策參採依據，並協助台灣生技產業落地發展。

2. 《原住民族健康法》2023 年公布實施後，國衛院於同年 12 月成立原住民族健康研究中心，整合院內資源推動原住民族健康，包含健康資料庫建置、維運及政策應用；由疾病監測延伸至精準預防及分層評估；最終推動學術研究轉譯，建立族群健康政策監測及評估機制，並結合原民會、專家及學者共同推動。
3. 有關原住民族醫療照護及人才培育，建議深化醫學教育，除醫學生外，亦涵蓋牙醫師、中醫師及護理人員等，並將文化尊重及健康平權融入醫學教育白皮書，從人才培育源頭強化原住民族醫療照護。
4. 有關疫苗產製及藥物韌性，相關部會已透過國衛院論壇，邀集產、學等利害關係人，規劃國產疫苗發展方向及國際接軌策略；推動國家疫苗深根計畫，提升疫苗產製效能，依需求建立彈性採購模式；另持續投入經費推動國家自製疫苗。

三、機關代表發言

(一)衛福部石部長崇良

1. 感謝林德文委員與多位原民專家共同建構原住民族健康韌性國家行動計畫，衛福部將再行修訂，包含總體目標之訂定等。
 - (1) 考量逾半數原住民族人口居住於都會區，未來執行相關政策時，亦將重視並強化都會區原住民之健康照護。
 - (2) 有關下修各項健康促進預防篩檢的年齡，目前 B、C 肝篩檢、口腔癌及胃癌篩檢已調降篩檢年齡，至於其他癌別將再研議。

- (3) 針對原住民族研究及資料主權治理，目前依《人體研究法》，涉及原住民族研究須取得部落同意，衛福部已與原民會研議簡化程序，以利研究進行。
 - (4) 關於原鄉無人機送藥議題，無人機已實際於救災發揮緊急送藥功能，衛福部也提出相關計畫，惟受立法院預算審查程序影響後續推展。目前已發布無人機送藥相關指引，未來將朝常態化及據點布建方向推動。
 - (5) 針對建議將中醫納入原鄉服務，過去全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)已包含中醫服務，後續將再研議如何更緊密結合。
2. 健康幣設計理念是希望民眾善加利用健康存摺，掌握自身健康資訊並於 Health Go 進行點數兌換。
- (1) 衛福部未另編列相關預算，將透過與超商、藥局、人壽保險及診所等機構合作提供回饋。
 - (2) 考量健康幣係以健康促進為主要目的，不鼓勵直接折抵醫療費用，後續將召開招商說明會。
 - (3) 目前點數回饋係依科學統計分析，參考疾病所節省之醫療費用訂定，後續將逐步擴大推動。
3. 有關醫事人力留才，未來投入偏鄉服務之醫事人員，其津貼及獎勵金將納入免稅；醫院醫師加班費免稅部分，因各醫院薪資結構及名目不一，衛福部刻蒐集、彙整及歸類相關資料，後續送行政院研議。至公立醫院部分，衛福部已成立部立醫院困境及改革小組並研擬方案，續將邀集其他公立醫院體系共同討論後，提出完整報告。
4. 針對藥物韌性部分，缺藥問題主要涉及供需失衡及藥品調度分配，衛福部於藥物韌性整備計畫強化社區藥局

供應網，並透過法規調適，研議藥局間及藥局與診所間之藥品調度機制。另未來 3 年暫不進行藥價調整，但仍將持續研修學名藥及藥價相關政策，並廣邀相關團體討論，形同全國藥政會議。

5. 有關健康資料整合及資料運用，除健保資料庫外，其他政府資料庫已納入次世代數位醫療資訊系統科技計畫，目前衛福部健康資料服務中心可協助資料串檔，惟僅能就地使用，尚無法遠端運用。另《人體生物資料庫管理條例》修法案已送行政院審查，俟修法完成後，可使資料運用更具彈性。

(二)衛福部健保署陳署長亮好

1. 有關不同工不同酬，目前外科已挹注 29.4 億元，資料顯示急診人力已有回流情形；另針對兒科 6 歲至 18 歲診察費及婦產科挹注預算，後續健保署將邀集內科醫學會研議相關給付調整。
2. 護病比新制將於 2027 年 5 月 1 日分階段實施，目前整體達標率約 78%，較上一季之 70% 為高；另自本年 9 月 1 日起，健保額外挹注 21.37 億元護理費，其中醫學中心約 7 億元、區域醫院約 8 億元及地區醫院約 7 億元，建議各醫療院所妥善運用，補足所需人力。
3. 有關「三高防治 888」計畫執行成果，第一個「8」收案達成率為 63%，第二個「8」即接受生活習慣諮商或介入之比率為 51%，第三個「8」即三高達良好控制之比率為 63%。
4. 近日行政院生技產業策略諮議委員會議（BTC）會議就 AI 及資料治理進行討論，委員建議以健保資料庫為核心，逐步

銜接國健署及衛福部長期照顧司相關資料，建構國家級資料庫，並規劃資料使用權限、資安維護、資料回饋政府及政策研擬等機制；相關方向係經國內外專家學者及 BTC 委員多次討論，並由行政院吳誠文政務委員持續帶領推動。

5. 原住民族健康議題部分，近期已提高治療酒癮補助，並成立酒癮戒除中心，以加強酒癮防治服務。另依台灣相關研究分析，酒精依賴伴隨較高之慢性肝病等健康負擔，相關政策研議除考量資源投入外，亦應兼顧原住民族文化敏感度及文化安全性。

(三)衛福部國健署沈署長靜芬

1. 有關健康幣政策黏著性，將透過不定期設計健康任務，結合健康行為及抽獎機制，提高民眾參與度及持續使用意願。另針對委員建議納入走路、飲水、戒菸及戒酒等健康行為，將提送專家小組討論，並評估相關數據之客觀取得及判定方式，視評估結果階段性納入。
2. 何美鄉委員提及健康飲食推動，國健署辦理國民飲食健康宣導計畫及相關獎項，鼓勵通路、連鎖餐飲及一般餐飲業者推動健康飲食，提供民眾多元管道取得健康選擇。
3. 針對孕婦吸菸、飲酒之健康影響，已有產前衛教宣導；另就高風險孕產婦追蹤關懷計畫也涵蓋社會及健康風險，原住民族孕產婦如有相關社會風險，亦可納入計畫持續追蹤及關懷。

四、副召集人發言

(一)陳副召集人時中

1. 健康幣政策推出後預期將引起社會廣泛討論，建議預先完備整體政策論述，明確說明各階段推動內容，避免政策

焦點失焦；另有關點數公平性及計算方式，目前係依健康效益換算點數，民眾不易理解，建議研議分類、分級或單一、疊加式等較易理解之計點機制，並及早規劃政策溝通及輿情因應措施；推動期間亦應持續蒐集各界意見，逐步檢討改進。

2. 對於原住民族健康，過去我擔任衛福部部長時，便推動改善原住民族健康不平等行動計畫，惟常因文化敏感度影響相關策略推展，建議第二期計畫調整推動順序，先從疾病治療著手，建立原住民族對醫療體系之信任，再逐步導入健康促進措施，以降低文化衝突並提升政策成效。
3. 有關許有彬委員提到全國藥政會議，現行行政體系較偏重藥品管理，惟藥師及調劑等制度之管理，食藥署及醫事司間仍有權責未明之處，形成管理模糊空間，建議由衛福部統籌介入，釐清權責分工。

(二)翁副召集人啟惠

1. 目前原住民族健康資料相對不足，且逾半數原住民族人口居住於都會區。考量全國人口結構及出生率低於死亡率之趨勢，若原住民族人口趨勢相同，則將可能面臨人口銳減甚至消失問題，宜納入整體人口政策一併思考。
2. 有關強化健康促進、預防、早期檢測及治療，將有助於提升「健康台灣」之社會形象，惟應避免被誤解為鼓勵未經臨床驗證之醫療行為；另未來健康促進活動將產生大量健康數據，建議研議將相關資料適度納入人體生物資料庫等資料應用體系，作為改善健康促進及精準健康發展之參考。
3. 癌症及失智症均為全球重要健康議題，除持續強化癌症防治外，亦應及早因應失智症所衍生之醫療及社會成本。現行失智症早期檢測已有 MRI、腦電波結合 AI 等技術，

另國際間已有以血液檢測Tau 蛋白之相關技術，具精準度高、檢測便利及成本較低等優勢，建議衛福部評估導入早期檢測之可行性。

(三)陳副召集人志鴻

1. 2024 年 4 月 27 日健康台灣全國論壇中所提出十大建言，今天報告的原住民族健康政策已補足最後一塊拼圖，後續應持續落實、執行及追蹤考核總統政見，確保政策目標逐步達成。
2. 有關「健康台灣」政策成果未來將被檢驗，在此提醒相關執行部門應該建立一致性之 KPI 定義及計算方式。例如 2030 年癌症標準化死亡率降低 30%之目標，其基準年為呼應 WHO 目標設定之 2015 年，相關基準及指標應明確說明。
3. 行政部門設定健康目標之定義，對外宜有一致說法
 - (1) 癌症篩檢為降低癌症死亡之關鍵，目前整體篩檢率僅約 30%，故仍需持續強化篩檢及早期發現。有關「888 三高防治計畫」之 KPI，關鍵在於第三個「8」—80%三高控制要達標，然而所謂三高控制達標的具體定義，各自解讀不同；建議行政部門應依照學界意見，將三高達標的定義說明清楚，使各界說法一致。
 - (2) 目前衛福部報告設定「三高相關慢性病死亡率降低 30%」之目標，與 WHO 針對降低慢性病之「可避免死亡率」不同，建議明確說明是降低「標準化死亡率」或是「可避免死亡率」？
4. 目前十大死因中，自殺也在排名內。總統政見已規劃全民心理健康韌性計畫，建議持續關注相關計畫執行進度；另外肯定教育部編列相關預算，推動社會情緒學習(SEL)課程，逐步落實相關建言。

5. 健康台灣深耕計畫已執行兩年，明年度預計再投入 100 億元，考量申請計畫眾多且競爭激烈，建議對外強化說明審查機制係獨立於政府之外之專業審查，審查結果之公平、公正及專業性將可受檢驗。

五、賴召集人清德

(一)委員、顧問意見之回應

1. 2025 年已針對師級公職人員專業加給提升 7%至 11%，目前點值增加、醫院收入增加，應隨之調整員工績效獎金。政府僅可增加健保總額，無論公私立醫院，均應將收入回饋於員工。請衛福部再行瞭解公立醫院收入增加，醫療人員薪資有無提升。
2. 2025 年癌症篩檢預算約 68 億元，篩檢逾 500 萬人次，篩出逾 6 萬名癌前病變及逾 1 萬名癌症患者，合計約逾 7 萬人受益，顯示癌症篩檢具實質效益。
3. 政府未另編列健康幣政策相關預算，是鼓勵商家參與健康促進計畫，擴大政策宣導、社會參與。九三軍人節，我請四大超商、大賣場配合推出敬軍優惠，另針對現役軍人及家屬提供搭機、出國旅行等禮遇服務、折扣優惠，表達對軍人的支持。今日也與國防部討論軍人薪水，政府持續為軍人、警察加薪，特殊加給也不斷增加。
4. 有關謝清河委員提出延攬國外知名專家學者來台協助發展科技，除現行高等教育深耕計畫，協助教授研究及改善薪資，目前亦規劃向前 100 大企業募款推動獎學金計畫。一是「台灣講座」，邀請國際知名學者來台任教；二是提供學生獎學金，補助對象包括大學生、碩士生及博士生，吸引各國優秀學子來台就學及工作，培養更多人才，強化國家競爭力。目前仍在募資中，未來將適時公布。

5. 感謝林欣榮顧問負責東部全人整合照護計畫，這對台灣健保改革非常重要。這2年來政府持續提高健保總額，將不應由健保支付的款項改由公務預算支應，本年健保總額達1兆82億元，健保署才有預算實施不同工不同酬。我也鼓勵各醫療院所，無論公、私立，醫學中心或診所均要加薪，才能留住人才。
6. 目前全台各區都已實施醫院個別總額，南區推動實施已相當時間，成效不錯。下一步健保改革應引進健康促進，請承續林欣榮顧問東部推動經驗，並評估結合在宅醫療、在宅急症照護、甚至規劃行動醫院。歡迎各位持續回饋意見，朝向以人為本的醫療服務，取代現行論件計酬模式，減輕醫療照護負擔。

(二)綜合裁示

關於獨居長者照護，經統計一年數十位獨居長者獨自過世。為避免未來再出現獨居長者孤獨過世、卻無人知曉情形，請衛福部訂定相關指標，並與民政、社福系統合作，應親自交付物資(如便當)予獨居長者，以掌握長者身體健康。

針對今日的報告，我做以下兩點裁示：

第一，落實「原住民族健康韌性國家行動計畫」，全力實踐健康平權。

請衛福部安排至原民會進行專題演講，促使其瞭解目前有一重大政策將有助原住民族健康促進，俾使政策發揮效果。

請行政團隊，參考本次會議的各項建議，妥善推動15項核心策略，讓4年208億元經費，發揮最大效益，進一步照顧原住民族健康。

同時，請衛福部及原民會等相關單位，強化跨部會合作，將健康平權、文化安全、以及部落治理等核心理念，全面融入政策規劃，並且加速推動三高及癌症防治、婦幼健康，以及全人整合照護。

未來，我們要持續完善原住民族健康資料庫，推動部落整合式研究，並且透過部落的共同參與，傾聽原鄉聲音，讓各項政策不斷精進，能夠精準對焦原住民族的需求，促進族人健康。

第二，完善「健康幣」制度，建構全民健康促進新模式。

「健康幣」是落實預防醫學、促進健康生活的重要措施。請衛福部持續完善制度設計與數位服務，讓「健康幣」更符合國人使用需求，鼓勵民眾建立自主健康管理習慣。

未來，也請衛福部繼續擴大公私協力，結合地方政府、醫療院所、以及民間企業，豐富「健康幣」使用場域及獎勵內容，並且要強化宣導、縮減數位落差，讓不分年齡、不分族群，都能便利參與，共同建立以預防為核心的健康促進模式。

最後，請行政團隊依照既有規劃，推動各項健康政策，並且將會議中的共識與建言，落實為具體行動，帶給人民更完善的健康照護。謝謝大家。

陸、臨時動議：無

柒、主席結語

「健康台灣」的目標，不只是提升醫療服務，更要讓每一位國人，都能享有公平、可近且有尊嚴的健康照護。

透過「原住民族健康韌性國家行動計畫」，我們展現政府有決心，縮短原住民族與全國之間的健康落差，要為族人打造更符合文化脈絡、貼近在地需求的健康照護體系。

此外，衛福部提出的「健康幣」政策，將讓台灣繼續深化數位健康應用，也將重新塑造台灣的「健康文化」。

期待我們一起繼續努力，凝聚智慧與力量，以各種創新政策，讓國人擁有更健康的未來。謝謝大家。

捌、散會：晚間 8 時 57 分。

附錄、總統府健康台灣推動委員會第 8 次委員會議討論事項顧問及委員書面意見彙整表

委員	案別	意見
詹鼎正 委員	其他意見	【案由】 為落實長照 3.0「健康老化、在地安老」與醫療長照整合之政策核心，建請(1)衛生福利部精進「居家失能個案家庭醫師照護方案」，並全面開放於診間（門診）開立長照醫師意見書、(2)於健保醫療資訊雲端查詢系統提供長照服務資料查詢，並(3)放寬完成合理訓練之醫師得兼任該方案之個案管理師，以排除實務基層參與障礙，提升醫師投入長照服務之意願。 【說明】 1. 診間開立醫師意見書未能如期推動，影響長照涵蓋率擴大 依據衛福部 114 年 9 月 25 日「居家失能個案家庭醫師照護方案整併研商會議」紀錄，全聯會代表早已指出多數失能病人仍在門診就醫，若開放門診醫師開立意見書，能大幅提升長照服務的涵蓋率。然而，長照司後續卻以「長照家醫」涵蓋人數仍有 18.1 萬人尚未加入為由，擬暫緩實施「診間開立醫師意見書」，維持必須至個案家中開立之限制。此規定與實務脫節，偏鄉，失能等級相對低個案(不符合健保居家整合服務)，或條件符合但不願意接受健保居家整合服務，持續在門診治療個案，如果由門診最了解病情的醫師開立醫師意見書，效果將優於派一位不熟識的居家團隊醫師至家中完成醫師意見書。 2. 健保醫療資訊雲端查詢系統中的長照資料建置停滯，醫療端與長照端資訊無法連結。全聯會於 115 年 3 月 26 日即去函衛福部，強烈建議儘早依規劃於健保醫療資訊雲端查詢系統下新增「長期照顧」子系統，以利醫師查詢長照個案的相關服務資料，落實整合照護。惟

委員	案別	意見
		衛福部於 115 年 4 月 7 日回文表示「整併方案尚未定案，暫無法提供子系統具體期程」，僅稱系統刻正進行測試。資訊不透明導致第一線醫師如同處於資訊孤島，無法確實掌握個案在長照端接受的服務。 3. 忽視醫師既有跨專業整合能力，額外行政與訓練負擔扼殺基層參與意願 醫師於醫學教育及臨床訓練中，本身已具備跨專業團隊合作、個案管理及整合照護之核心能力。然而目前長照司並未對「醫師兼任個案管理師」給予合理的學分採認及制度鬆綁。若強行要求基層醫師參與疊床架屋的長照人員繼續教育訓練，不僅減損醫療量能，更降低基層診所投入居家失能方案的實質意願。 【建議】 1. 解禁並公告「診間開立醫師意見書」具體實施期程與合理給付，與現行居家失能方案併行打破必須到府開立之單一限制，允許熟悉個案病情之門診醫師直接於診間開立醫師意見書，以醫療端既有之追蹤網絡建構「高齡專責醫師」機制，擴大長照 3.0 之服務網，也回歸長照服務法之精神。 2. 加速健保醫療資訊雲端查詢系統中的「長照資料」子系統上線，開放雙向資訊查詢 促請衛福部於資訊安全前提下，完成系統測試並正式上線，讓醫師能於健保醫療資訊雲端查詢系統，一鍵查閱長照個案之「長照服務項目與計畫資料」，解決醫療與長照端資訊脫鉤之斷層。

委員	案別	意見
		3. 比照意見書訓練模式(三小時課程)，規劃專屬醫師的個管師必要課程並放寬兼任資格，醫師公會全聯會長者與長照小組主張以醫師既有之專業及繼續教育為基礎，由衛福部與全聯會共同規劃專為醫師設計之精簡、必要性個案管理相關課程，完訓後即直接認可具備兼任該方案個案管理師之資格，並給予管理費支應，以提升基層診所投入居家失能方案的實質意願。
郭慈安 委員	第三案： 健康幣政策 推動規劃	國民健康從公共衛生的三段五級來思考，往往因政府不同的部門主管權責，導致健康議題從預防、診斷、治療到照護產生銜接不順或斷鍊的現象。目前健康幣推動立意良好，執行在即。希望未來可以銜接或串聯的網絡不只是衛政單位，因為在社區的部件、如社家署、原民會、客委會、教育部的各種社區據點與學習場域，也都有非常符合資格的場域。另外，國家衛生研究院近年也有三個在地老化健康介入與智慧科技發展的落地研究。建議整個健康幣的推行，必須檢視公衛三段五級以及政府橫向智慧健康科技的研發，同步盤點並可能勾稽運用，這樣才不會浪費許多已建立並可能也已經得到驗證的國際計畫成果與資源。
	其他意見	主題一：住院整合照護（護佐）計畫各縣市推動速度不一產生民眾能否使用的差異。 說明：人口老化與家庭結構改變產生高齡者住院時，家人因工作與生活平衡難以陪病協助在病房照顧。衛福部自 111 年推動「住院整合照護服務」，由醫院安排共聘照服員與護理師共同照顧病人，讓家屬不用全天候在醫院陪病。目前長照 3.0 預計 117 年達到全國八萬張急性病床 100%涵蓋率，但進度緩慢。未來若要落實醫療與長照的順利轉銜與整合，宜追蹤進度並確保財務穩定。

委員	案別	意見
		主題二：居家照顧服務員的薪資結構需做長照人力供需結構調整。 說明： (一)依據衛生福利部長照統計分析，110 年至 113 年間，長照服務人數由 388,866 人成長至 558,071 人，增幅高達 43.5%；然而，同期間照顧服務員人力僅成長約 30.7%，人力增幅明顯落後於服務需求的成長速度，長照體系已出現結構性人力失衡。 (二)在長照服務中使用量最高、也最仰賴人力投入的居家照顧服務，人力供給不足的情況尤為嚴峻。居家照顧服務員的薪資結構在過去八年明顯低於勞動部最低工時薪資結構的調整。隨著台灣即將正式邁入超高齡社會，照顧需求持續攀升，制度卻未同步補足人力與跟進薪資結構，造成工作超載或人力流失，直接衝擊服務品質與體系穩定。
陳相國 委員	第一案： 第 7 次委員會 議列管事項 辦理情形	建議一：針對列管事項(三)宜配套，檢視醫療與長照服務銜接機制，兼顧民眾申請便利性與醫療專業判斷 建議藉此案進一步檢視醫療與長照銜接問題。現行長照服務涉及醫療評估、醫師意見書及後續照護需求，若過度限縮醫師於診間提供相關意見書之管道，恐增加民眾就醫及申請長照服務之障礙。建議衛福部兼顧民眾便利性與醫療專業判斷，建立診間、居家醫療與長照服務間更順暢之銜接機制。
	第二案： 原住民族健康 韌性國家 行動計畫	一、建議一：本會肯定留任率提升，為在地人才養成重點 本會一向主張，面對偏鄉醫療人力不足的痛點，不宜採用「逕增醫學生總額」的方式來解決。真正的解方，在於強化吸引人才的實質誘因，或透過區域聯防等制度設計，讓醫師願意去、也留得下來。

委員	案別	意見
		非常樂見第六期計畫將原鄉服務留任率目標提升至 80%，提高在學補助津貼至每學期 20 萬元，並導入大小手陪伴及返鄉服務見習等輔導機制。「留任率的提高」正是強化人力引進及培育政策的重要關鍵，建議配套措施如相關醫事人力規劃、免稅優惠措施、獎勵金額再進化等，亦宜定期檢視以符實際需求。全聯會將持續與國家站在一起，透過公私協力完善偏鄉醫療網，共同守護偏鄉民眾的健康。 二、建議二：強化原住民族健康服務，兼顧整體醫療資源配置 本會肯定政府加強原住民族健康照護，針對偏鄉醫療資源不足及健康差距，提供更多支持與協助。不過，新增的補助、優惠或照護措施，應由政府編列專門且穩定的經費支應，不宜排擠現有健保及醫療資源，以免影響其他民眾原本可以獲得的醫療服務。建議政府在照顧原住民族健康、縮小健康差距的同時，也應兼顧所有民眾的就醫權益，兼顧整體醫療資源配置公平性與永續性。
	第三案： 健康幣政策 推動規劃	一、建議一：強化醫療端宣導，提升健康幣政策可近性，降低數位落差 本會肯定透過健康幣鼓勵民眾建立健康生活習慣，提升預防保健及篩檢參與率。建議後續推動可進一步強化醫療端之政策宣導與推廣機制，透過醫療院所及醫事人員於民眾接受成人健檢、癌症篩檢及疫苗接種等預防保健服務時，主動提供健康幣相關資訊及操作引導，讓健康幣政策與既有預防保健服務有效銜接，提升民眾對政策之認知及實際參與率。另健康幣政策高度仰賴數位平台及 APP 操作，考量高齡者、偏鄉及數位弱勢族群可能面臨數位工具使用之限制，建議除既有數位推動機制外，亦應強化實體宣導及操作協助，可結合醫療院所、衛生所及地方公會等在地醫療資源，協助民眾實際使用，避免因資訊或數位落差影響民眾參與權益。

委員	案別	意見
		二、建議二：強化社區及基層醫療在健康幣政策中的角色 建議將家庭醫師、基層診所及社區醫療網絡納入核心推動體系，結合成人健檢、癌症篩檢、疫苗接種及慢性病管理，由基層醫療提供持續性健康諮詢與追蹤，引導民眾從「一次性健康行為」進一步建立長期健康管理習慣，落實預防醫學與社區健康照護。
高淑芬 委員	第二案： 原住民族健康韌性國家行動計畫	行動計畫完善，但是慢性病和癌症與不健康行為(例如飲酒)及生活形態有關，健康宜包括身心二面，因此，以下增加建議： 1. 深化流行病學調查與兼顧研究倫理 • 過去與中央研究院鄭泰安教授合作進行原住民族群的飲酒、自殺、精神疾病及心理健康研究，累積了豐富的田野與實證經驗。針對少數族群的研究需恪守嚴謹的倫理審查，且增加研究資源。建議政府持續開展全國性流行病學身心狀況調查，特別針對原住民兒童與青少年族群建立長期追蹤機制，作為精準施政的參考。 2. 慢性病與成癮防治：以「正向替代」取代單純禁止 • 國人因酒精代謝酵素特性，飲酒對慢性病、肝臟及多種癌症的風險顯著高於歐美族群，因此，要改善原住民族的身體健康，酒精使用問題之防治為首要。 • 對於酒精與物質使用問題，政策方針可從單純的「禁止」轉為「尋找健康替代方案」。需從根本著手，透過能力培育、改善生活環境、提升經濟條件與創造就業機會，同時發掘並發揮原民在運動、音樂、藝術等領域的天賦優勢，建立健康的生活舞台。

委員	案別	意見
		3. 兒少早期介入與適性教育支持 • 母嬰照護與早期發展：照護宜從受孕前及孕期開始，避免有害物質(例如酒精與物質使用)影響胎兒發展，並落實幼兒期的健康追蹤。 • 兼顧文化與彈性學習：偏鄉教育可適度導入遠距與數位教學資源，但須同步防範網路成癮。同時應平衡家庭農作或文化活動參與，在保有部落主體性與文化認同的前提下，早期發掘並培育孩子的天賦潛能。 4. 精神健康篩檢普及化與降低就醫門檻 • 全國兒少之注意力不足過動症(ADHD)盛行率約 7%至 8%，原民兒少盛行率高於此，但偏鄉往往因醫療資源可近性不足、掛號費及交通負擔繁重，導致早期篩檢與治療率偏低。 • 建議強化偏鄉的身心篩檢機制，結合家庭教育、學校教育與精神醫療資源，建立完整的早期療育網絡，讓有神經發展或心理困擾的孩子能及早獲得專業診斷、協助與治療。
	第三案： 健康幣政策 推動規劃	健康幣制度規劃已相當完整，暫無進一步修正建議。惟現行以個人自律推廣健康行為，效果恐屬有限；建議可導入團體集點機制(如 10 人、50 人甚至 100 人一團)，累加點數並藉由同儕力量帶來良性競爭與相互影響，使健康行為成為普世價值。健康幣點數的累積效果，猶如遊戲積分令人樂於追求；若能結合群體力量與適當行銷推廣，效果將更加顯著。

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。