

# 總統府健康台灣推動委員會

## 第3次委員會議紀錄

時間：114年2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：衛福部

出席：陳副召集人志鴻、翁副召集人啟惠(請假)、陳副召集人時中、吳顧問明賢(請假)、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、劉委員鏡清、鄭委員英耀、陳委員適安、高委員淑芬、詹委員鼎正、沈委員靜芬、周委員慶明、黃委員振國、倪委員衍玄(請假)、林委員德文、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(請假)、謝委員清河、何委員美鄉

列席：總統府潘秘書長孟安、邱執行秘書泰源、張副執行秘書惇涵、石副執行秘書崇良、總統府郭發言人雅慧、衛生福利部周常務次長志浩、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吳署長昭軍

### 壹、主席致詞

今天，「健康台灣推動委員會」召開第3次會議。首先，我要感謝2位副召集人、各位顧問、委員及線上朋友，持續關心健康台灣的規劃及推動進度。

上次會議，我們向各位報告「強化癌症防治策略」，如今在行政院的督導下，從今年開始，全面擴大公費重要癌症篩檢範疇，包括擴大篩檢的年齡層及項目；在治療端，也聚焦基因檢測及精準醫療，

並且成立「癌症新藥基金」提供多元癌症新藥給付，希望在 2030 年達到降低癌症標準化死亡率 1/3 的目標。

今天的會議將由衛福部報告「第 2 次委員會議列管事項辦理情形」，以及「健康台灣—慢性病防治：健康生活模式養成、肥胖防治及三高防治 888 計畫」。在國人的十大死因中，有 7 項與慢性病有關，在這 7 項中，有 5 項是三高慢性疾病相關，而每年健保「三高」相關疾病的醫療支出，也高達 1,700 億元，成為龐大的醫療負擔。

世界衛生組織（WHO）指出，導致非傳染性疾病的四大主要風險因子，包括吸菸、身體活動量不足、不健康飲食以及有害使用酒精；根據「國民營養健康調查」的結果，也顯示國人的身體活動量以低度及中度活動為主，而且飲食攝取明顯不均，包含攝取過量的糖、鹽以及蔬果乳品攝取量不足等情形。

因此，照顧國人健康的最佳策略就是要加強國人身體活動，提升健康飲食識能，改善國內飲食環境，從前端來預防慢性疾病的發生。

稍後，衛福部將完整說明慢性病防治各項策略，從前端的建立健康生活型態，到中段的肥胖防治行動，全力預防國人有高血糖、高血脂、高血壓，「三高」症狀。

從今年開始，衛福部已經升級成人預防保健服務，將年齡下調至 30 歲，如果已經罹患「三高」，將會透過「三高防治 888」的規劃，找出目標群眾，再進行介入，力求改善症狀，避免發展成為慢性病。

這樣的行動策略需要從職場、社區、校園、國軍等各場域同步推動，藉由公私部門協力合作，才能降低慢性病以及慢性病所造成的失能風險。我們也設下目標，要在 2030 年達成降低三高相關慢性病標準化死亡率 1/3。

我希望，透過各位顧問及委員的專業，提供多面向的討論與建言，讓政府能夠提出符合國民需求的健康政策。

對於大家關心的醫院壅塞問題，政府也會積極處理。衛福部除了在農曆年前進行增購流感疫苗等預防措施，面對春節到近期的急診壅塞情形，在卓榮泰院長的指示下，衛福部已經制定短期因應策略以及中長期的改革方向。

我們會透過各縣市衛生局加強督導、調度急診病床，同時持續強化各醫學中心的院內病床調度以及發揮緊急醫療網功能，加強區域醫院間的聯防機制，減輕急診壓力。我們也將加強民眾獲取分級就醫資訊、落實醫療分級制度，讓資源更能妥善運用。

針對中長期人力問題，我們會持續獎勵醫院增聘護理人力，減輕負擔；我們也會研議調整健保給付，鼓勵更多醫院投入急重症照護；而因應高齡化挑戰，到宅醫療、在宅急症照護以及長照 3.0 與急性後期等照護也要一起推動，來降低醫療機構的壓力。

我們希望，透過多管齊下解決台灣醫療所面對的問題，提供民眾更好的照顧，早日達到「健康台灣」的願景，讓我們一起繼續努力，謝謝大家！

## 貳、確認本次會議議程

決定：確認本次會議議程。

## 參、確認第 2 次委員會議紀錄

決定：確認第2次委員會議紀錄。

## 肆、報告事項

### 一、第 2 次委員會議列管事項辦理情形報告(略)

(邱執行秘書泰源簡報)

### 二、健康台灣—慢性病防治：健康生活模式養成、肥胖防治及三高防治 888 計畫(略)

(衛生福利部周常務次長志浩簡報)

## 伍、討論事項(依發言順序)

請委員就報告事項發言；書面意見列入會議紀錄。  
(書面意見詳如附錄一)

### 一、民間委員發言

#### (一) 詹委員鼎正

「建構家醫大平台串聯全人照護」鼓勵醫療院所將民眾到院測量的血壓數值上傳平台，但往往容易偏高，可能影響準確性，建議可參考「722計畫」作法，採用民眾居家測量的血壓值。

#### (二) 陳委員適安

1. 從全球與台灣的統計來看，糖尿病與腎臟病的盛行率有所下降，然而高血壓與心血管疾病仍未獲良好控制，甚至有上升趨勢。目前糖尿病、慢性腎臟病（CKD）已有專屬衛教學會或個案管理師等機制，但高血壓與缺血性心臟病等疾病則缺乏相關規範，致未能明確追蹤與監測藥物遵從率，若能導入上開學會經驗，相信有所助益。
2. 若要擴大配置個管師，醫院成本勢必上升。建議運用數位工具，透過遠距醫療進行個案管理及衛教，讓病人在家接受專業指導，除降低人事成本，亦有利追蹤。
3. 相對於糖尿病與腎臟病藥物，心血管疾病具療效之藥物較昂貴，健保給付限制較多，影響病患治療。建議針對高價醫材採用特定專案機制降低成本，以提升心臟病患者的照護。
4. 關於高血壓防治及推廣，社團法人台灣高血壓學會由數百位心臟科醫師專家組成，並擁有許多統計數據，可邀請其提供協助，應可獲得相當助益。

#### (三) 周委員慶明

1. 關於健康檢查政策，提出兩點建議：

- (1) 多數患者不清楚自身健檢結果，或雖知異常但未獲後續衛教指導，建議跨部會整合提升各類健檢結果利用率，如由勞動部協助將勞工健檢結果匯入國健署之成人健檢資料庫，並將異常結果顯示於健保資訊網服務系統(VPN)，同時推播至健康存摺，以提醒民眾後續追蹤。
  - (2) 建議將長者健檢年齡門檻由 65 歲下修至 60 歲，並納入長者功能評估量表 (ICOPE)、骨密度檢查、肌力檢測及睡眠障礙篩檢等。
2. 在「三高防治 888 計畫」(下稱「888 計畫」) 中，第二個「8」(生活習慣諮詢) 缺乏明確介入指引，建議導入家庭醫師計畫，編列相關經費鼓勵醫師參與，並與績效卓越的學會、醫院合作，訓練專業衛教師，以提升介入效果。
  3. 針對第三個「8」(三高控制)，目前國內外多項治療指引，均強調善用具保護機制的預防性用藥，例如可保護心臟與腎臟的糖尿病用藥。但這類藥物價格較高，建議健保給付應與治療指引接軌，適度放寬用藥給付規範，同時應有總額挹注，以減少對點值的影響。

#### (四) 黃委員振國

1. 長者隨年紀增長，外出就醫不便，有必要強化在地服務資源。目前「888 計畫」聚焦於衛福部等醫療資源，建議善用學校營養師資源，由教育部責成營養師與當地醫療院所、衛生局合作，協助提升社區長者營養照護，亦可結合國中、小學體育老師，為社區長者提供健康指導。
2. 「722 計畫」鼓勵民眾居家量測血壓，但電子血壓計品牌眾多，品質不一，政府應建立品質管理監測機制，並提供適合肥胖者的血壓計。部分廠商已開發本土品牌電子血壓計，值得鼓勵。

3. 新藥、新科技價值不容否定，但受限健保總額制度，難以全面納入。考量部分新藥兼具降血糖、心臟與腎臟保護作用，若無健保總額限制，建議都應納入給付範圍。
4. 無論癌症、重症患者，病情穩定都應回歸社區長期追蹤，建議醫療團隊應含括醫學中心、地區醫院、診所與安養機構，提供以個人為中心的「醫養合一」照護模式。

#### (五) 李委員貽恒

1. 目前已發展多個照護網系統，包括糖尿病、慢性腎臟病照護計畫、國健署的代謝症候群照護網等，建議衛福部整合管理，使醫師參與照護計畫方式更為簡便。另建議針對動脈硬化等風險較高的族群，亦可比照建立照護網，讓全國醫療機構皆可參與。
2. 建議藥品給付規範應加速與已公告之臨床治療指引 (clinical pathway)同步，其中多數係屬較舊型的藥物，所需費用不高；且若給付規範未涉及新藥，應不致耗用過多健保支出。
3. 關於 80%共照病人可接受生活習慣諮詢部分，基層醫學會建議，包含心臟病、糖尿病、腎臟病等慢性病照護網，應將個管師、衛教師等負責衛教工作者正式納入照顧網絡，並提供適當認證與獎勵機制。

#### (六) 廖委員美南

1. 「888 計畫」之第二個目標為 80%共照網病人接受生活習慣諮詢，這是非常好的策略，獲取健康知識相對容易，但更重要的是行為改變，甚至生活習慣養成。目前已有相關學會規劃人員訓練，但此人力需求甚多，須廣納更多專業人員參與，包括護理師。故建議廣徵相關專業學會意見，規劃服務作業標準、培訓制度與資格認證，並儘速推動。

2. 病情較複雜的三高患者，住院後須由進階臨床護理專家提供急性整合醫療照護，除可降低醫療資源耗用，也可降低病人死亡率。故建議健保給付可針對複雜慢性病增列特殊照護項目，並提高相關護理費。
3. 近來護理人力問題備受關注，總統也提及急診壅塞事件，我們邀集 24 個專業團體提出聲明，支持行政院護理人力政策整備 12 項計畫。例如目前夜班費補貼僅適用一般病房，建議涵蓋急診、ICU 等急性病房或全數納入，此部分護理專業團體已有共識，希望就共識部分可儘快實施。
4. 健保給付的護理費未能反映現行護理人力成本，許多醫院每年已自行加薪 3% 至 4%，但相較之下，部分護理費標準已超過十年未調整，建議應長期規劃，逐步提高給付標準。
5. COVID-19 期間曾實施住院整合照護計畫，其成效良好，獲得民眾與醫護人員高度肯定，但由於護佐人力來源不足，實際病床涵蓋率及申請醫院仍然有限。建議可研議開放外籍中階技術人員，經過專業訓練與管理後，進入醫院協助護理人員，提升整體人力運用效率，同時減輕護理人員負擔。

## (七) 郭委員素娥

1. 建立正向的健康飲食文化相當重要，尤其是解決鹽、糖攝取過多、膳食纖維和蔬果不足的問題。政府目前已有多項措施推動，接下來則需要讓民眾瞭解政府推動的重點。建議可參考英國和日本做法，訂定「營養月」，號召產官學一起推動，強調政府想要推動的飲食重點，例如減鹽、減糖，或提供無糖飲料優惠，鼓勵民眾參與。
2. 目前外食族群多，特別是年輕族群，常牽涉過多鹽、糖問題。政府推動食品正面標示，透過紅黃綠燈標示，

讓民眾容易理解，是相當務實可行方式，樂意配合持續推動相關食品標示政策。

### (八) 柯委員富揚

1. 在「888 計畫」中，重點是第一個「8」的收案率，在中醫照護加入慢性病防治網後，相信能夠貢獻更多收案數。
2. 「888 計畫」重點在於執行率，考量照護網絡包含學校、職場、醫療院所各種場域；醫療方面，尚有居家、社區、偏鄉、長照機構等，為提升處理效率，建議其計算、量化可運用 AI 技術，架構相關模式，並參照 COVID-19 防疫經驗，建立共同資料庫，例如利用健保 VPN 登錄平台作為「888 計畫」平台，並建立明確標準，例如檢驗數據結果等，協助中醫及各場域、醫療院所精準收案，共同完成收案目標。
3. 中醫在慢性病防治可提供實質貢獻，在社區、老年醫學方面提供長照服務，透過太極拳、八段錦進行保健；另可提供養生、食療等生活習慣諮詢服務，協助達到 80% 控制率。

### (九) 簡委員文仁

1. 前次會議所提打造「科技人文綠道、環台觀光朝聖之旅」，是需透過官民協力推廣的長期目標。經四方請益並跟相關單位討論後，先提短期目標，建請由政府呼籲，鼓勵企業發揮 ESG 精神認養步道。步道建設要符合「E」環境保護精神，並可透過碳權折抵企業碳費，吸引企業參與。
2. 台灣運動健康聯盟推動健康達人挑戰賽(CBHS)，鼓勵民眾養成規律運動習慣，量測身體數據與體能測試。面對政府預算不足的問題，倡議由中央政府推動企業認養此類健康推動計畫，促使政策落實。
3. 關於「888 計畫」中的健康飲食，政府應輔導夜市與小

吃攤販，例如穿制服、戴帽子，並對已達標準之攤位給予獎勵，以提升品質。

4. 血壓計的精度與準確度均有規範，建議經濟部可加強管理，並確保醫院的血壓計定期校正。
5. 諮詢介入相當重要，應聚焦於真正需要接受諮詢的族群，建議政府機關應避免以例行公事推廣衛教，宜以目標族群進行精準推廣。

## (十) 高委員淑芬

1. 關於慢性病防治，衛福部規劃的「888 計畫」嚴謹且完善，關鍵在於執行與 KPI 監測。剛剛有委員提及可透過發展 App 與數位工具協助，但慢性病多與行為模式相關，主要干預措施除了藥物及一般的行為改變策略，例如想減重就施打瘦瘦針，但行為模式仍沒有改變，可能效益有限。又例如：酒、藥、網路的成癮行為，不論慢性病或成癮嚴重者，需要精神科介入的整合型治療模式，否則難以根本改善其行為。然而，健保資源有限，若需投入健檢疾病預防，則應使用其他財源，以免排擠急重難罕疾病治療經費。
2. 應促進全民健康意識，察覺自己及身邊的人的身心健康問題的敏感度，並及早就醫。現行制度是 30 歲提供公費健康檢查，但曾在診間遇有孩童體重已逾一百公斤，會先請他自費檢測膽固醇與血糖，這樣案例應可納入健保給付。
3. 關於老年議題，過去工作至 65 歲、壽命約 70 多歲，養老財務負擔有限。然而，如今 65 歲退休後，可能還有 20 年至 30 年生活，長者應建立「為自己負責、不增加年輕人負擔」的觀念。此外，過度照顧反而可能讓長者失能，如同孩童學步、語言發展，適當的練習與挑戰，有助於能力維持及提升，無障礙空間、街道、設施是中央與各地方政府需要積極改善之處。本人曾

指導腦部萎縮的 12 歲孩童練習行走，最終恢復正常發展，可見提供訓練機會的重要性。

4. 許多人認為 20 多歲後記憶和學習力開始逐年下降，但研究顯示，60 歲仍可透過學習刺激神經活化。我們常鼓勵長者學習第二語言，可促進不同腦區發展。慢性病防治與高齡政策應有更多思維，讓長者彼此鼓勵、獨立自主、健康老化。

## (十一) 黃委員金舜

1. 台灣已進入超高齡社會，國發會預估 65 歲以上人口占總人口數約 20%，即約四百六十七萬人，據國健署 2024 年發布之《2021 年國民健康訪問調查結果報告》其中 85.9%患有至少一種慢性病，64.5%至少兩種，43.5%至少三種，顯示台灣民眾的生活作息和營養攝取嚴重偏差。這些患者通常會前往醫院就診及拿取藥物，但根據新北市藥師公會於 2020 年至 2021 年進行調查顯示，28%的病患為中度配合服藥，26%為低度配合服藥，合計高達 54%病患用藥配合度不佳；調查更顯示 31%病患自認病情穩定自行停藥，30%病患認為吃藥很麻煩而擅自停藥。顯示儘管藥物處方有效，但若未能按時服藥，病情仍無法有效控制。因此，慢性病管理過程，應設有追蹤機制，監測病患是否按時服藥，以進行改善。
2. 另外，許多台灣長者退休後未與子女同住，夫妻 2 人獨居，三餐大多外食，甚至午餐、晚餐吃同一份便當，致營養失調、蛋白質長期攝取不足，亦可能產生肌肉萎縮、容易跌倒等健康問題，因此應多加關注台灣長者長期營養不良問題。

## (十二) 蔡委員森田

1. 若要推廣運動，鄰里公園是可近性很高的場域，惟不同運動所需之設施規劃，需再與內政部國土管理署討

論。如總統所提發展台灣健康操之構想，也可於公園定時定點推動，有利多數民眾參與。

2. 目前每 200 萬人設一間醫學中心的規定已不符現況，建議應解禁醫學中心數量。藉由醫院評鑑、教學醫院評鑑，訂定更高標準，當醫院達到良好的醫療品質與病人安全，即可肩負醫學中心任務。醫學中心的核心職責是擔任領導者，帶領區域醫院、地區醫院形成區域醫療聯盟，並引領提升區域醫療聯盟中病人安全、醫療品質與民眾健康促進，並確實執行分級醫療。
3. 可設定指標作為符合醫學中心資格之審查依據，審查整體聯盟的運作，除了書面資料，尚須確認人員交流、分工、資訊交換等實質運作層面。現在醫事人員限定在單一醫院執業，建議未來規定放寬得於聯盟裡執業，省去報備支援程序。健保署正在推動個別醫院小總額計畫，未來可以考慮擴大至區域醫療聯盟的總額計畫。
4. 區域醫療聯盟應加強與地方衛生局的聯繫，訂定區域醫療合作的規範，當個別聯盟出現問題時，藉由區域醫療合作的規範與鄰近的聯盟互相支援。例如台南有成大與奇美兩大醫療體系聯盟，兩者應相互合作；若問題涉及跨縣市，鄰近縣市亦可合作；涉及多縣市問題，則需中央政府協調處理。
5. 最後，「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照顧服務獎勵計畫」亦應強調偏鄉服務，中央應指定醫學中心提供偏鄉服務，並提供足夠預算支持，確保服務的實質投入，而非僅為應對風險。

### (十三) 黃委員建霽

1. 對多數女性而言，孕期可能是一輩子體重增加最快的時期。肥胖者懷孕風險大，帶來的影響如高血壓、糖尿病等也可能伴隨一生，而且不僅孕婦受影響，胎兒也會受到影響，孩子出生後患有代謝疾病的比率也會增加。

2. 孕期如何控制體重，有個口訣是：「孕前保持理想體重、孕期適當增重，產後儘快恢復。」目前我國採用美國的孕期增重標準，但美國人身高較我國平均高 7、8 公分，倘國人參照美國標準，相同 BMI 範圍內同樣的增重對較矮的人其 BMI 會增加較多，亦即增加危險。根據馬偕醫院追蹤 1 萬名孕產婦的研究，發現較國外減少約 2 公斤，是最適合的增重範圍。然而如 BMI 超過 35 的孕婦，這只占 1%、多胞胎孕婦數因人工生殖增加到現在約 3%至 4%，這些特殊族群，都需有足夠個案數才能建構資料庫。建議規範醫療機構將孕婦體重及生產相關資料上傳，建立台灣本土資料庫及適當增重標準，對孕婦的照護會更有幫助。
3. 在產檢過程中，控制體重和飲食至關重要，但目前孕婦衛教只能得到 10 分鐘至 20 分鐘的指導，不足以有效傳遞必要的知識，若無充足的經費支持，很難持續下去。對於體重異常或增重過快的個案，建議提供專案補助，促使獲得正確指導。感謝政府機關在有限經費下，健保署已於 2024 年 12 月通過產科醫師與助產師的共照及妊娠糖尿病共照網，還有國健署即將推動的產後照護等，但仍須將共照範圍擴大，並增加該有的項目，才能達到全面性支持。
4. 適當控制體重有助於減少女性相關癌症的發生，針對過重的情形，除藥物外，還應搭配飲食和運動。希望能與郭素娥委員和簡文仁委員合作，進一步改善婦女的飲食與運動習慣，減少癌症的風險。

#### (十四) 沈委員靜芬

1. 關於急診壅塞問題，原因之一是患有潛在疾病長者，因感染急性病症導致惡化，需前往急診就醫。根據疾管署資料，2025 年春節年假後，流感逐漸進入高峰期，同時還有黴漿菌等其他傳染病在流行。在台灣進入高齡化社會後，針對長者、及有慢性疾病的患者，

除需積極控制潛在疾病外，針對傳染性疾病的預防也將會是一大重點。

2. 目前社區流感疫苗涵蓋率偏低，且疫苗施打速度慢。原因在於民眾對疫苗的認識不足，即便疾管署積極推廣宣傳，但仍有民眾因擔心副作用而不願意接種。這反映出一般民眾對疫苗的相關知識仍需加強，若能在國小、國中階段加強健康教育，特別是疫苗原理、副作用等基本知識，有助成年後瞭解如何進行健康管理及提高疫苗施打的意願。
3. 2025 年的流感為疫苗相似株，但仍然造成流行，除了跟疫苗涵蓋率有關外，也與近年來疫苗基金財源短缺，以致於新型且較具有免疫原性的疫苗無法及時導入有關聯。過去，台灣曾是疫苗政策的領先者，例如於全球首先全面施打 HBV 疫苗，但近年衛福部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）建議列入常規疫苗接種的項目，卻常因為疫苗基金財源不夠，導致於一些重要的疫苗（如成人接合型肺炎鏈球菌疫苗）未能及時納入公費接種，落後鄰近先進國家。此外，過去開發的疫苗較單純且成本低廉，但近年來開發的疫苗，因生物技術門檻較高，並有大規模的臨床試驗證實其較優的免疫原性，所以疫苗費用也會比過去來的較高，但由於疫苗基金的財源限制，無法將這些疫苗導入給民眾利用，相當可惜。
4. 就疫苗政策提出建議如下：
  - (1) 將疫苗的基本概念納入學校教育，可以配合流感疫苗施打季節，讓民眾從小建立正確的疫苗觀念。
  - (2) 政府應增加對疫苗基金的投資，讓疫苗基金財源更加穩定，以符合時代趨勢及健康投資的政策；除菸捐收入外，可考慮納入公益彩券回饋金或超徵稅額的再分配。
  - (3) 在疫苗基金中的分配，也應該更精緻照護兒童，建

議可設立兒科疫苗小總額，保障兒童疫苗施打的權益，更加落實「0-6 歲國家一起養」政策。

#### (十五) 何委員美鄉

1. 簡報中關於十大死因中與三高慢性病相關者，應納入嚴重特殊傳染性疾病，其高比例應為肥胖、高血壓、糖尿病等族群。因新興傳染病與慢性病防治相關，民眾若健康，便能降低新興傳染病所造成的重症與死亡率。
2. 健康生活模式的推廣，需從個案處理到公共健康，逐步積累改變。根據國健署資料，從 2013 年迄今，發現 18 歲以下的兒童越來越不健康，包含肥胖和營養不良問題，特別是三高問題已經顯現。青少年一旦發病，會影響往後生活品質，且早期併發症風險較高。因此，慢性病防治應從小孩做起，並以家庭為單位進行教育，幫助他們建立健康的飲食習慣。
3. 針對孩童飲食，應針對性地補充營養素。舉例而言，可參考「班班有鮮乳」政策，改以提供卡路里較低、膳食纖維和蛋白質含量較高的豆奶，有助於預防學生罹患三高。或許可選擇一個縣市配合，在學校推廣試辦，並帶動市場推廣，讓更多家庭受益。
4. 健康生活模式必須長期推動，例如衛福部規劃於明道大學種植有機中草藥，可評估同步在該校推行減碳農業，並運用學校儀器檢測食品安全、研發健康食物，形成「健康園區」，長久推動健康飲食相關工作。
5. 我們需要根據台灣人「缺什麼補什麼」之飲食習慣，來設計食物標示。可參考紐、澳、英國和新加坡的作法，標示飲料糖分含量。雖然國健署積極推廣全穀食物來補充膳食纖維，但成效未達預期，各政府部門應該協同合作，確保政策目標與行動一致。
6. 「治病靠醫療、健康靠自己」，我們可以透過競賽方式，

推出使用全穀粉或營養密度較高的豆類製作的美味食品料理，吸引大眾改變飲食習慣；或是錄製短影片傳遞訊息，讓民眾理解健康飲食的重要性，可以選擇美味且健康的食物，這些都有待政策引導、產業配合、民眾健康認知的提升，需要長期的努力。

## (十六) 謝委員清河

1. 中研院與台大醫院、台北榮總、國衛院及食工所共同成立台灣人類 iPSC 幹細胞服務聯盟，至今已服務超過 50 個單位，產製超過 500 株 iPSC 幹細胞；另也建立台灣的 iPSC 幹細胞庫，是全球第 5 大的細胞庫。我們也完成了若干國家層級的旗艦計畫，訓練超過 20 位高階人才，並協助成立了數家生技公司。
2. 我們的研究發現，若能建立 2 個臨床等級的超級捐贈者 iPSC 幹細胞庫，依據接受細胞移植患者白血球表面抗原不同匹配程度，這 2 株 iPSC 幹細胞可提供 13% 至 40% 的台灣人民接受各種細胞治療的幹細胞來源；若將 2 個超級捐贈者 iPSC 幹細胞庫開放給各國利用，則可運用於全球 4 億至 10 億人口細胞治療所需，顯示其巨大價值。
3. 日本已發展 7 株 iPSC 超級幹細胞，但其與台灣基因型差異甚為顯著，兩國的幹細胞庫無法直接對接，因此台灣必須建立屬於自己的幹細胞庫。此外，可與日本等國合作，若全球能篩選並產製各國特有 200 株超級 iPSC 幹細胞，則全球人口皆可受益，這樣的國際合作與競爭相當重要。
4. 非常感謝衛福部的超高辦事效率，除 2024 年已公布實施之再生醫療雙法，並於上週預告施行細則，對再生醫學及抗老化領域具重大意義。儘管如此，我們仍需進一步研議國家超級 iPSC 幹細胞庫。在陳副召集人支持下，我們已於中研院生醫所舉辦 2 次再生醫學藍圖

會議，討論成立國家幹細胞庫的必要性、可行性、法規倫理及永續經營等議題，會議紀錄將呈交召集人及副召集人。

5. 建立 iPSC 幹細胞庫需要產官學研醫等多方合作，我們預計於 4 月 27 日的健康台灣全國論壇上報告整體想法，並在此之前再次召開藍圖會議，將邀請衛福部及新上任的食藥署姜署長參加。

## (十七) 洪委員德仁

1. 專業討論應跨出醫療領域，與社會溝通取得共識。政府應善用私校轉型資源，例如，嘉義縣的協志工商總資產達 20 億元，退場後願將校地無償捐贈中正大學，惟修復經費需 1 億元，中正大學難以獨力負擔，在此也向教育部反映。
2. 建議可選擇 1、2 個園區示範健康台灣理念，整合跨領域資源，建立健康紅利回饋機制。要求民眾改變生活方式並落實於日常，實際操作難度大，難以單靠醫療機構努力，或可先從幾個行政區或小城市試辦健康台灣網絡平台或學校，除用於教育宣導外，亦協助民眾養成健康行為，藉由 App 登錄健檢、戒菸、戒檳、健康生活和飲食等紀錄，並整合文化券、體育券、圖書券、原鄉券等資源提供紅利。另亦可結合社區創生產業、企業等，提供旅遊、餐飲優惠等，讓民眾感受到即時回饋，並改善健康。
3. 關於急診問題，建議區域網絡系統能納入基層醫療機構，實現分級、分流，並邀請專家學者與醫師公會合作，根據近年急診樣態，進行關鍵疾病和流向分析，制定清晰的就醫指南，界定燈號提示，符合急症狀況者可前往大醫院就診、輕症留在基層診所。以流感為例，疾管署因疫情關係公告 3 月 15 日以前，由醫師判定患者病況和家族史等，無須快篩，及時開立抗病毒

藥物，即可大量紓緩病患湧進急診，讓基層診所肩負更多責任，以保有醫院量能。

### (十八)林委員德文

1. 針對原住民族健康問題，建議衛福部將目前健康台灣所有議題，納入原住民族健康政策相對應計畫。因討論原住民族健康政策，需特別關注文化敏感度，要先有資料才能建立後續指南，但目前的生活型態、國民營養調查，看不出原住民族的差異性。建議透過原住民族健康政策會議社群參與，精準反映在相關政策中。
2. 針對健康生活的推動，已有地方政府推出市民友善的健康步道，當民眾掃描 QR code 後，即可進入平台並記錄，不需要專門的 App，並運用「健康幣」方式進行累計及回饋。此方式為民眾自發性參與，而非依賴醫療機構的介入，建議可借鑑發展「健康台灣步道」，提升民眾參與感。
3. 衛福部目前擁有大量資料，但 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources) 資料交換問題仍然存在，且民眾僅能查看健康存摺，無法接收其他疾病照護網上傳之資訊，相當可惜。建議衛福部讓民眾可以適度地查看自己的資料，對民眾的健康管理形成正向回饋。
4. 目前民眾可自行選擇到醫學中心或診所看診，惟就醫資料無人管理，建議應於醫療照護端串聯監控資料和個管資料，運用資料庫、AI 分析技術，設定智慧提醒，讓民眾藉由查看自己的資料，對自我健康負責，並和照護者達到良好合作。

### (十九)沈委員延盛

1. 首先感謝健保署石署長半年來在縮減癌症給付差距上的努力，還有國健署吳署長為瞭解決台南地區肺癌篩檢檢查壅塞問題，親自與臺南市衛生局討論分流方案，行政官員的努力值得肯定，應該幫助他們發揮更好的效率。

2. 有關年輕人電動玩具成癮問題，蘇冠賓委員曾分享澳洲研究，證實年輕人減少電動玩具遊戲時間後，行為穩定、學習效率提高。證實生活型態改變，可促進年輕人身體健康，這是教育部應關注的議題。今天各位委員談到健康促進，最重要仍是行為改變。當年輕人心情不好、不穩定，伴隨生活型態改變，則會影響健康、及導致肥胖，故應從根本上解決問題。
3. 擔任成大醫院外傷科主任期間，發現急診壅塞並非僅因健保給付不足或人員薪水問題，而是多重因素的累積。醫院關床、病患無法入住，就會導致急診塞車，醫院若有好的策略控床，就能緩解問題。另急診醫師未能即時處理病人症狀、將病人妥善檢傷分類，致輕症患者無法迅速離院，亦是塞床原因之一。檢傷分類為急診醫師專業技能之一，應從行政、教育等多方面持續加強本質學能，提高其能力與韌性。
4. 多數長者將急診作為求診首選，造成急診負擔加重，也會導致護理人員流失。以成大醫院為例，護理師薪水並不低，多數離職的原因是難以兼顧生活品質。因此，我們需要透過教育宣導等方法，避免將急診作為求診首選，協助醫院改善工作環境。

## 二、機關委員(代表)發言

### (一) 衛福部周常務次長志浩

1. 針對詹鼎正委員提及血壓計問題，我們將檢討並與食藥署、經濟部標檢局討論進一步精進處理。
2. 個管師確實是慢性病管理的重要環節，過去推動結核防治計畫，即仰賴個管師的協助。慢性病照護的確需要有人長期關心，包含專業分工議題，衛福部將持續致力納入研議；此外，善用數位科技確實有助於降低醫療成本，將再深入研議。
3. 周慶明委員提到民眾健檢後未獲後續解說，確實應改

善，我們將與勞動部等相關機關合作，確保醫院在提供健檢服務後，能加強解說，讓檢查發揮效益。此外，健檢費用與評估項目也會進一步檢討。

4. 改善生活習慣是長期課題，國內過去較少著墨，未來將積極推動。
5. 關於黃振國委員建議善用學校營養師資源，我們將與教育部討論，特別是寒暑假期間，如何更有效發揮其專業價值。同樣地，學校體育老師也能成為重要的健康推動者。
6. 李貽恒委員提到三高個案之分級、分流管理相當重要，可能會涉及不同專業之溝通，有關健保署與國健署照護資源整合問題，衛福部將再評估後續處。
7. 針對廖美南委員就護理人力方面提供之建議，我們將與護理團體、教育部及考試院會商，共同研擬對策。
8. 針對郭素娥委員所提建議，關鍵在於如何獎勵企業積極參與，我相信許多企業樂意配合，感謝提供具體實例，企業將持續成為政府的重要夥伴。
9. 針對柯富揚委員提及中醫的角色，尤其在生活習慣、運動方面的功效，我們將與中醫藥團體合作推動。
10. 簡文仁委員提出倡議企業參與的建議，塑造良好的運動環境不必全由政府執行，畢竟政府資源有限、民間力量無限，應盡量吸引民間投入，升級資源和擴大聲勢，這是政府應推動的方向。
11. 關於高淑芬委員提及例子，其實不應僅依賴健保，有時候民眾也會願意投資自己健康，我們朝這方面努力，鼓勵民眾主動關心健康，而非等待健保介入。

## (二) 健保署署長兼副執行秘書崇良

1. 慢性病防治仰賴個案管理，目前健保已有多項具個案管理性質之健康計畫，其中會員數最多者為家醫計畫，涵蓋約 600 萬人，主要著重預防保健，如篩檢、

疫苗與慢性病治療。此外，還有 11 項針對特定疾病的個案管理計畫，包括糖尿病、初期慢性腎臟病、氣喘等。隨著人口高齡化與慢性病問題增加，健保署正推動個案管理計畫整合，根據風險分級，將低風險者納入「大家醫計畫」，強化血糖、血脂、血壓管理；2025 年將擴展為家醫 2.0，並調整計畫運作模式。

2. 糖尿病共照計畫透過衛教師與個管師協助，其疾病控制成效顯著。但此傳統模式可能無法因應未來需求，因此我們正建置「家醫大平台」，整合個人健康數據，並運用 AI 技術進行風險分級。強化低風險者的自我健康管理，並結合數位工具，提供客製化衛教素材；高風險者始納入個案管理。預計 2025 年下半年，醫師於診間將可看到病人風險燈號，同時民眾可透過健康存摺掌握自身健康狀況，強化自主管理。
3. 過往三高管理較偏重糖尿病與腎臟病，高血壓介入較少。近來李貽恒委員與健保署合作，發展動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD) 用藥指引及生活型態介入，接續治療也將陸續跟進。過去礙於經費限制，治療指引與健保給付存有落差，但自 2024 年起，在總統與行政院支持下，健保署積極爭取預算，使癌症及慢性病用藥跟上指引。3 月 1 日起，SGLT2 抑制劑擴大給付，不僅用於血糖控制，也能預防慢性腎臟病、腎功能惡化及心臟衰竭。健保署將以指引為基礎，檢討照護計畫之整合及相關用藥給付方式。
4. 慢性病與生活型態息息相關，單靠藥物控制未必能達到最佳療效，仍需透過生活型態介入。過去較缺乏此部分的培力，服務提供者及相關機制仍待建立，故初步正與家庭醫學會、生活型態醫學會合作，建立生活型態評估量表，供病人自填並由醫師確認，再進行轉介或導入介入措施，涵蓋營養、運動與睡眠等領域。此推動困難度較高，不過如黃振國委員提到，學校與

社區資源應與醫療體系整合，以貼近民眾生活。

5. 過去家醫計畫係以西醫為主，但根據分析，每年約八萬人接受中醫單一治療、未向西醫求診，具一定忠誠度，目前也正討論如何結合實證、與檢驗數據，將此類病人納入整合性照護，推動中西醫整合。
6. 針對廖美南委員關心的護理費調整，目標是希望4年內逐步調升60%，並已於2025年起逐步提升。不過，更重要的是希望能夠真正反映在提升護理人員薪資上，實務執行亦會特別留意。

### (三) 鄭委員英耀

1. 目前在十二年國教課綱中，「健康與體育」課程已涵蓋相關健康促進的內容，教材中也包含如何建立健康的生活習慣、終身運動的觀念等。此外，部分藝術課程亦融入正向心理與積極面對生活的元素。同時，教育部將持續推動教師增能，以確保健康教育有效落實。
2. 未來在中小學健康教育的強化方面，教育部正積極研議如何提升實效。例如，目前已與各地方政府教育局處討論，是否能夠將第7節課全面改為運動時間，甚至未來運動部可以把校園開放，結合社區運動，推動全面運動。此外，亦同步檢視各學校的遊戲器材，評估如何增添趣味性與冒險性，這些措施皆在全面規劃中。
3. 小學階段均有實施體適能測驗，另在飲食方面，營養午餐食材則符合「3章1Q」政策，透過平台進行登錄與管理。
4. 明道大學為退場的學校，後續將由衛福部規劃承接。關於委員建議設立健康園區部分，教育部將與衛福部、或跨部會研議如何規劃。現有土地所有權隸屬台糖，確實留有部分精緻農業科技和相關儀器設備，但是否保存良好，會後將再進行瞭解。

## (四) 劉委員鏡清

1. 國發會支持明道大學轉型規劃，在衛福部計畫中，許多跨部會的專案、計畫會送交國發會審核，我們將加速進程協助執行。
2. 肥胖問題確實亟待解決，許多企業已將肥胖與三高防治納入企業社會責任，並推動健康相關專案。國發會將協調金管會函請上市、上櫃公司將相關項目納入企業社會責任，並作為 ESG 評鑑的一部分，促使企業與社會共同推動減重及預防三高。

## 三、顧問發言

### (一) 林顧問欣榮

1. 我國健保制度深受國際關注，吸引很多國家來學習，包括美國和日本亦曾派員至花蓮秀林鄉參訪，瞭解全人照護的論人計酬制度。治病要於未病之時，感謝部長和署長的努力，總統也持續帶領我們向前，為保持第一，我們責任重大。
2. 花蓮慈濟醫院在推廣本土藥物不遺餘力，過去 20 年來，推動第一個自然小分子藥，處理惡性腦瘤復發；現在推廣「茉草」，已通過基因毒性、染色體變異等多項檢測，正申請成為食用及藥用草藥。為推動韌性台灣，我們積極推動精準中草藥，不是輔佐、而是救命的藥，對失智症等都有效，建議中醫藥司建立相關網站，提供全世界使用。
3. 關於人口和人才海嘯問題，特別是花東等偏遠地區，隨著人口逐漸減少，醫療人力面臨挑戰。對於長期人才培養，建議教育部加強東部地區大學的醫師、牙醫師、藥師及相關技術人員的人力培養。
4. 花蓮慈濟醫院的糖尿病照護在近期獲得 SNQ 金獎，透過 AI、原住民語言、針對太魯閣族的運動，結合慈濟大學智慧藥箱回傳檢驗數據，精準守門人把關健康，也證明我們的努力成果。

## (二) 陳顧問威明

1. 衛福部 2024 年提出的護理夜班津貼，是實質有感的政策。白班人員需要面對病人和查房，也非常辛苦，若能適度增加白班津貼，並讓加護病房與急診比照發放津貼，將更加有感。
2. 近年自費診所增加，吸引醫院主治醫師與護理師轉任，且內科、外科、婦科、兒科、急診科的住院醫師招募面臨困難，北榮已為該等科別醫師加薪，但因將排擠其他科別經費，仍需政府提供支持，提供適當津貼，讓更多急重難罕相關科別的護理師、藥師及醫師留任醫院，對國家社會將是一大正面影響。
3. 目前自費診所提供的多項治療服務，建議對於療效不明者應加以管控，並在有實證醫學證據，確認有效下才同意施行。另針對電視廣告宣稱產品具有療效的現象，應加強管控以保護社會大眾。

## (三) 程顧問文俊

1. 日本人平均壽命長，其中一個原因就是健檢非常普及。建議台灣應提高健檢便利性並普及化，例如：行動健檢、健檢推廣及資料整合，尤其可以將自費健檢資料和健康存摺整合，亦可將勞工體檢與成人健檢合併執行。對上班族來說，若有夜間或假日健檢，並提供院所額外加成給付，將有助於擴大推動。
2. 其次，提高健檢的廣泛度和曝光度也是關鍵，可透過公衛資料分析、多元媒體的宣傳與在地的宣導，讓民眾更容易接觸到這些資源。菸酒防治的重點則是嚴格執行，例如在美國購買酒類商品時會要求出示證件。除了擴大禁售範圍、時段，甚至逐年調整稅率，並強化各階段教育宣導。
3. 有關健康促進、全民運動及食品標示等策略，若能於健康存摺 App 結合健康認證的餐廳清單、Google Map，

將有助於民眾選擇健康餐飲。超市和量販店若有專區展示低熱量、高纖維的食品，也能讓消費者更容易做出健康選擇。

4. 關於運動可近性方面，在台北等都會地區，建議可透過公共運動中心免費或優惠時段、夜間戶外運動場，以及與私立健身房合作等方式推動；企業 CSR、運動社團、積分激勵也有助於推展運動風氣。政策須協同合作，由中央、地方政府共同推動，結合醫院、企業、學校、社區衛教及數位科技應用，並運用健康存摺、健康風險評估等工具，將有助於向年輕族群推廣。
5. 定期公布三高指標及青少年飲酒控制進展，對民眾有積極鼓勵作用。政策需持續調整，執行力尤為關鍵。以美國為例，提升高血壓和高血脂控制率的關鍵，在於病人教育與醫師的持續指導，病人每日在家量測血壓，充分遵循醫囑才能收效。

#### (四) 余顧問明隆

1. 建議推動運動處方，若能將健康台灣與全民運動政策兩者結合，將能達到更好的效果。運動處方是由醫師、運動教練、體適能教練等專業人員，根據個人的健康狀況、體能水準和運動目標所開立的運動計畫。尤其對於三高或肥胖族群，應培養醫師開立運動處方，並由獲得認證之運動教練、防護員和體適能專員來執行。
2. 希望衛福部國健署、醫事司與教育部體育署合作，共同推動運動處方普及化的計畫。首先可以針對亞健康族群，接續是肥胖族群進行；對於有疾病者，還有醫學問題要考量，可以是未來再推動的方向。執行有 7 項重點，包含：培訓醫師、體適能教練等專業人才；建立完善服務體系，從醫療院所、社區健康到運動場館等；建立運動處方資訊平台，讓亞健康者也能使用；宣導及社區推廣；政府支持，並將企業納入參與；促進

產業研發，加值運動科技等。依工研院推估，2030 年運動科技年產值是 13 兆元，低推估為 3 兆元，建議行政院將健康運動產業規劃為未來的兆元產業，並形成商業模式引領時尚潮流，進而永續推展。

3. 目前「888 計畫」已很完整，建議未來可將肥胖但未達三高的族群納入收案，以延遲進入亞健康的進程。
4. 目前台灣仍有 100 萬至 200 萬人患有 B 型肝炎，其中 40 歲以上是肝癌的好發期，但因健保給付標準過於複雜，定期追蹤的涵蓋率不足。建議提高 B 型肝炎患者照護的涵蓋率，並簡化給付標準。

## (五) 陳顧問穆寬

1. 「888 計畫」已相當完整，建議可加強對偏鄉和原鄉的投入，首要強化資訊系統建設和遠距醫療，以縮短城鄉差距。
2. 醫療環境的努力應該被正面報導，以捍衛醫界尊嚴。例如台中新光三越發生氣爆時，彰基兩位護理師在現場協助搶救傷者，非常勇敢，應該讓民眾知悉，讓醫療工作者獲得更多正面支持。建議可成立輿情反應小組，報導事實真相，也讓大眾瞭解急診壅塞並非近 1 年、2 年才發生的問題。
3. 健保 30 年來給付未做過全面調整，應進行總體檢，並通盤檢討各科別醫師人力分配，甚至動態調整。以小兒科為例，我國出生人數從 2014 年 20.8 萬人，逐年降到 2024 年 13 萬人，惟每年容額均為 130 人，可研議是否適度縮減，並適度開放急診容額。

## (六) 邱顧問冠明

1. 目前健保快易通 App 僅提供半年資料，建議配合 AI 內閣行動創新，擴大 App 功能，統整個人健康資料並提供下載。該 App 可傳遞健康識能，如營養、飲食和運動提醒，並可與教育部合作，利用「遊戲化」策略，

寓教於樂，同時藉由青少年向長輩傳遞健康知識，照顧家族成員的健康。

2. 呼應廖美南委員建議，希望透過教育部的協助，擴大招募外籍生，採用技職教育模式增加醫療協作人力。即使無法認證為專業人員，但仍可成為助手，改善醫療缺工的困境。
3. 建議推動善終服務，增加專款補助，並擴大使用通訊診療，協調健保和長照，共同支持在宅和機構的善終。因目前部分負擔訂有上限，末期病患住院負擔超過上限後，直到生命終點無需擔憂費用，故建議考慮逐年調漲住院部分負擔，或廢除上限規定，以釋出醫院床位。
4. 關於醫院給付的調整，不必然要全面性地翻轉現有制度，但如需進行調整，應集中於假日與夜間班次。這些班次主要由年輕醫師負責，而年輕人是未來醫療界的接班人。年輕人為何選擇離開？因為「生活品質不好、錢不到位、心受委屈」。因此，給付調整應聚焦於假日和夜間班次。最後，建議結合加給補助及稅賦優免措施，提高留才誘因。

## (七) 林顧問聖哲

1. 目前公園設施多具共融性，使用方式多元。過去曾與衛生局、物理治療師公會及職能治療師公會合作，製作示範短片，讓長者瞭解如何正確使用公園設施而不會受傷。設施本身沒有問題，關鍵在於如何正確使用。
2. 目前國健署有進行社區整合性的篩檢，臺南市政府推動「行動醫院，全民健檢」已蒐集超過一百萬人次資料。民眾在醫院量血壓常有白袍症候群問題，或可讓民眾稍事休息後再測量，一般來說數值會較低。
3. 資料整合確實需要大量時間處理，過去成立生物資料庫，先進行數據清理，刪除異常值。未來討論與健保署資料系統對接，可能須先進行資料整理。

4. 可善用關鍵機會或節慶，加強宣導「888 計畫」。例如，每年 3 月的第 2 個星期四是世界腎臟日，可將「888 計畫」與腎臟日結合，共同宣導慢性病防治。
5. 成大醫院宋俊明教授近期提出了 CKD（慢性腎臟病）和 DKD（糖尿病腎病）應該合併為 CKM（慢性腎病管理）的觀點，並指出治療不應只聚焦在單一問題，而是可以將多個相關領域結合，例如糖尿病的治療，可以宣導護腎與護心等。推動的重點在於讓「888 計畫」或是各個主張、倡議能夠落地，讓民眾瞭解並參與。
6. 提到人力問題，中國醫藥大學附設醫院已規定護理人員月休 8 日，除中央補助小夜班、大夜班獎勵金外，更擴大發放至白班人員，但仍面臨缺人問題。現代年輕人更重視的是休息時間，其次才是薪水、工作環境，這點非常重要，我們需要繼續努力。

### (八) 張顧問鴻仁

今天報告之整體計畫目標非常清楚，有策略、有方法一定會成功，無其他意見。

## 四、副召集人發言

### (一) 陳副召集人志鴻

1. 三高與癌症一樣，越早發現越好。因此，我們強調早期發現、早期治療。數據顯示，29 歲至 39 歲的年輕族群中也有高血脂，且未檢查時並不知道自己膽固醇過高。年輕人除了抽菸以外，就是膽固醇高的問題。因此，須不斷呼籲 30 歲以上的族群參加公費健檢。
2. 目前，醫界強調請病人在家測量血壓，而非在醫院測量，因為病患常有「白袍高血壓」，故門診實務偏向以病人在家測量的結果為準，許多病人亦養成相關習慣。故數據傳輸部分，建議應尊重病患測量的結果，並鼓勵病人養成此習慣。

3. 「888 計畫」中，第三個「8」是指控制率應達標準，例如一般人血壓應保持在 130/80 mmHg 以下，低密度膽固醇脂蛋白和 HbA1c 也要達標才能降低死亡率或是減少失能，至於高危險族群則需訂定更嚴格標準。達標的關鍵則需要醫師與人的合作，包含用藥、病人配合度。新藥如 SGLT2 抑制劑，係針對納入照護網病人，即可開立使用，是正確的做法，藉此可鼓勵病人與醫師共同參與照護網，以確保可得到更好的照護品質。
4. 許多基層診所反映，參加照護網、大家醫計畫於門診必須處理很多行政細節，若有一個好的個管師，則能專注無微不至地照顧病人，對病人照護有更好的結果，但牽涉到相關人事費用。「健康台灣深耕計畫」目的係讓醫界發想解決方案，其中一項策略「優化醫療工作條件」，是否可由醫界提出計畫，編列「888 計畫」及癌症篩檢所需專業人力。
5. 另外，「健康台灣深耕計畫」面向之一為「社會責任」，其具體呈現方式可為：針對某一地區的重大健康問題，醫院間須垂直整合共同照顧，並提出執行計畫所需人力；若規劃良好，則可運用「健康台灣深耕計畫」執行，以彈性符合在地醫療院所需求。例如，雲嘉南地區的大腸直腸癌盛行率最高，應在當地推動早期篩檢，但當地醫院量能已達飽和，故可提出為履行「社會責任」，申請計畫執行。因健保為總額制度，醫院及診所營運若需更多個管師來維持計畫品質，可從健保以外的經費挹注，由各界自己發想策略，解決當地的健康問題。期待邱部長能使計畫更具彈性，讓醫界執行時可獲得額外助力，將事情做得更好。
6. 非常支持大學招收外籍學生，這也是我在中國醫藥大學努力推動的方向。剛剛所提的重點是，在醫療照護團隊中，護理人員非常重要，但現在的護理人員往往處於超負荷的工作狀態。因此，我支持設立護佐制度，

讓有經驗但尚未取得執照的護理畢業生擔任護佐，協助護理師共同照護病人，以補足人力不足的問題，建議護理界自行考量與調整。然而，護佐的職位應以本土優先，國內有許多護理系畢業生尚未考取執照，可以在擔任護佐期間累積臨床經驗，並且有機會通過考試。至於有人主張開放外籍護理人員或移工進入醫療照護團隊，現階段尚不宜引進。

7. 感謝賴總統及行政院團隊支持，與我們進行了 3 次委員會議，每次長達 4 小時。從去年八月至今，已經將十大死因中幾項確定策略，包括國家癌症防治計畫，雖然是第 5 期，但這次計畫回應了醫界的訴求，擴大篩檢範圍並確保治療跟進國際指引。三高慢性病引發的死亡人數，每年有 6 萬人，而癌症每年則造成 5 萬人死亡。但其實三高如果控制不好，會引發器官損傷，也是造成不健康餘命太長的主要原因。有關心理健康的議題，政府已經通過 5 年期全民心理健康韌性計畫，2025 年至 2030 年將編列 53 億元進行推動，這也相當重要。癌症控制好，可以延長平均餘命；將三高控制好，可以減少失能、縮短不健康餘命；再把心理健康支持做好，社會就會更和諧，能幫助年輕人不因網路影響而自殺。衛福部已訂立目標，預計 2028 年將自殺死亡率減少 5%，感謝政府的支持。
8. 再次提醒執行單位，雖然現在所有計畫都已經框架清晰，但很多是跨部會的工作，存在執行面的挑戰。例如，癌症篩檢率目前僅有 30% 至 40%，今年已增加投入 40 億元來提升篩檢率，執行端必須建立有效的監控機制，定期監測篩檢工作進展，若未達標，則需要多方協同努力。
9. 三高防治同樣涉及醫界和藥界的共同努力，建議執行單位應更接地氣，聆聽第一線醫師的意見與困境，並避免各部門計畫的重複與繁雜的行政工作。例如，國健署、健保署和疾管署的計畫各自獨立，不僅影響效

率，也增添許多重複的行政工作。請衛福部盡快解決第一線問題，並希望有進度管控。因為我們有了醫師總統帶領，政府支持投入這麼多經費，3 場會議的政策都非常重要，經費必須用在刀口上。未來也必須公私協力，眾多醫界、民間團體共同協助，只要政府有需要，大家都會全力配合並協助推動。如今會議已定調各項政策，接續就是確保政策落實推動。

10.4月27日的健康台灣全國論壇，政府會報告已經落實的政策，讓醫界知道政府動作這麼迅速。同時，針對未來將推動的智慧醫療、幹細胞、再生醫療等議題，將透過團體討論，提供政府建議。

## (二) 陳副召集人時中

1. 首先，健康促進大致可以分為兩個方向，第一是專業投入，健保署和衛福部提出了許多策略與方法，其中一個關鍵點是，專業的投入應該與醫療表現的結果(outcome)緊密結合，才能最大程度地發揮專業力量。目前多著重於過程投入並據以給予報酬，但對結果的獎勵則較少。或許在經費的分配上，可以再做一些調整。第二，未來要實現全民健康參與，教育部的角色和投入非常重要，從小開始教育健康觀念、知識。在社會中，企業的社會責任導入也非常重要。
2. 最後，全民要投入健康促進，目前健保的健康存摺做得非常成功，應可再導入AI，讓健康存摺具備更多功能，首先是增加識能，其次是改變態度跟行為投入。讓民眾能夠更清楚地知道如何飲食、如何運動、如何調整生活習慣以達到更好的健康狀況，並和其他人的狀況比較，產生見賢思齊效果。此外，App 也應有預測和鼓勵效果，當民眾配合 App 的建議執行，可以查看慢性病、三高風險是否降低，知道自己的努力是否有效。台灣是一個 AI 跟健保大國，將 AI 導入我們的健康存摺，讓全民都可以均健，非常重要。

## 五、賴召集人清德

### (一) 委員關注議題之回應

1. 希望衛福部與健保署就委員的寶貴建議，進行後續討論並落實執行，若僅在會議中討論，或僅在醫界間推動，將很難達到全面性的效果。
2. 簡文仁委員提出全國步道設置的建議，對促進民眾活動，特別是對年長者的健康非常有益。建議委員可與台灣健康步道協會合作，規劃、開闢全國步道，並將推廣範圍擴展至每個縣市，與協會共同努力，進一步細緻規劃並應公開路段圖，方便鼓勵企業認養。
3. 有關柯富揚委員提到建立平台的建議，我們先聚焦於個案管理議題。考量慢性病高風險死亡率的上升，可能與缺乏個管師參與有關，囿於醫事人力有限，或許可運用科技成立如「健康台灣網路學苑」的平台，由各領域專家提供糖尿病、高血壓等相關知識。請衛福部善用健康存摺功能，做為政府與民眾間的溝通管道，強化健康促進的觀念並提供相關資訊。
4. 針對「888計畫」，部會非常努力地列出達成目標的時程表。現行照護網的血糖、血脂資料都能先納入統計，至於血壓部分，醫療院所只需確認病人使用血壓計之量測方式、時間是否合適，如符合標準，其結果即可上傳並納入健保資料庫，這樣處理會更快速。衛福部必須展現領導能力，指導地方衛生局和各大醫院，包括區域醫院和地區醫院，促使其執行「888計畫」相關措施，並設定目標。例如，台北榮民總醫院作為醫學中心，甫獲全世界第一級認證，應要能提供三高患者數量以及已納入共管計畫的比率、後續照護情形，並作為醫院評鑑的重要指標。
5. 健康台灣的理念應從小扎根，請教育部於下次委員會議進行簡報，說明小學、國中及高中各階段，與健康

促進教育相關之教材內容，以及預計如何落實執行；並配合時代進步，納入新的倡議及內容。透過簡報，讓委員知道學生所學習的健康促進內容，進而集思廣益提供意見，以助落實。

6. 另請簡文仁委員設計一套「健康台灣操」或「台灣健康操」，可針對不同的環境、族群設計，鼓勵民眾運動，並將「健康台灣」理念推廣到社會。
7. 有關黃建霈委員建議建立台灣婦女懷孕期間適當的體重增加標準，可評估納入健康台灣深耕計畫辦理。
8. 有關明道大學退場轉型一節，國發會已表示支持，請鄭部長、邱部長後續再與何美鄉委員討論可否朝健康園區之方向發展及推動。
9. 請衛福部善用健康台灣深耕計畫，解決「888 計畫」推動問題，例如陳適安委員所提有關高血壓防治及推廣，可委託高血壓醫學會協助建立所需數據，以利後續執行。
10. 有關廖美南委員開放外籍中階技術人員之建議，台灣現行外籍移工以製造業為主，尚未開放服務業移工。然各行業皆面臨人力短缺議題，勞動部刻就移工開放相關政策進行研議。
11. 目前急診壅塞情形嚴重，緊急醫療網絡未能發揮功能，應建立更有效的機制來分流病患。當醫學中心滿床時，應自主督導急診端將病患轉診至區域醫院、地區醫院，並將可出院的患者安排出院，以及時分散病患。地方政府亦應主動向醫院瞭解問題所在，協助緊急醫療網發揮功能。請衛福部確實檢討成因，並針對委員所提建議，邀集相關醫院討論解決策略、落實執行，避免急診壅塞問題重蹈覆轍。

## (二) 兩項報告案併案裁示

1. 第一，穩健推動列管事項，並向國人報告成果。有關

第2次委員會議的列管事項，目前都有明確的執行進度與後續規劃。我要請行政院、衛福部和相關部會，持續推動及追蹤管考，若有具體成果，應適時向國人報告，展現政府打造「健康台灣」的決心與努力，也包括今天會議報告提出要執行的事項、以及各位委員、顧問與兩位副召集人所提示事項，都應該要列管討論進行。

2. 第二點，以全面健康管理，強化三高防治。台灣每年約有 6.2 萬人死於三高相關慢性疾病，在 2023 年占總死亡數 3 成。面對「三高」對國人健康的威脅，我們除了有成人預防保健，更有勞工健檢、軍公教健檢，以及自費健檢，都能夠協助三高的高風險族群，早期發現、早期治療。今天有多位委員提醒這些資料應該都要彙整上傳，且便於利用，甚至開發大數據及人工智慧的運用。我會請國防部、勞動部等相關主管部會，協助鼓勵各項健檢資料上傳，以更完善的健康數據，推動國人的健康管理；我也希望各部會能夠適時向委員會會報相關進度，確保政府的三高防治工作更具成效。
3. 第三個，是營造健康生活的社會環境。面對慢性病的挑戰，除了著重治療，預防更是關鍵，必須從營造健康生活做起。我要請衛福部、教育部及體育署，持續強化合作，打造利於活動的環境，提升國人走向戶外意願，進而培養規律的運動習慣。另外，2024 年《營養及健康飲食促進法》已經上路，除了衛福部要繼續推動營養促進工作，我也期盼教育部以及其他部會，都能夠透過健康採購等政策，鼓勵轄下單位、各場域，建置健康飲食環境，讓營養概念逐步落實在大眾的日常生活。這個包括食物標示、開發健康食品、健康食譜等等，都值得去做。
4. 第四，推行「888 計畫」，防治慢性病。請衛福部依據

「888 計畫」框架，透過「找得出」、「要介入」，以及「有改善」等三大策略，協助民眾早期發現，儘速建立健康生活模式，來因應三高問題。同時，我要請相關部會，逐步增加預防慢性病的預算，讓各項防治措施能夠更加順利施行，來達成「2030 年降低三高相關慢性病標準化死亡率三分之一」的目標。

5. 最後，慢性病防治與健康生活方式培養，絕非單一部會的責任。我們看到衛福部積極推動新政，並且結合各部會資源，以及依據生命週期，提供相應的營養照護、擴大服務對象，來提供更多人適當照護。未來執政團隊將繼續努力，與各位副召集人、顧問及委員集思廣益、凝聚共識，來強化全人、全家、全社區的整合性照護，讓國人更健康，謝謝大家。

## 陸、臨時動議：

**提案：**響應國家氣候變遷對策委員會之作法，放棄參與本委員會相關出席費用，以襄助委員會運作，持續為提升國人健康做出貢獻。（程顧問文俊提案，31 位民間委員及顧問連署）

**一、程顧問文俊提案說明（詳附錄二）**

**二、決議：**感謝提案及連署委員及顧問願意共體時艱，委員會將持續運作。

## 柒、主席結語

針對今天的會議，再次感謝各位的參與，我要做出三點結論：

第一，第 2 次委員會會議所列管事項，已經有具體進度和規劃。請行政院和相關部會，繼續積極推動，如果有重大進展，請在委員會中提案報告，也適時向國人報告成果。

第二，各部會要積極鼓勵民眾培養健康生活型態，多管齊下，來落實全齡健康均衡飲食、提升全齡身體活動，全面提升國人的健康水平。

第三，我們要促成各類健檢結果的整合和運用，包括勞工健檢、成人預防保健、軍公教健檢，自費健檢等項目，來協助國人能夠掌握自身健康狀況，強化自我健康管理，除了降低「三高」帶來的慢性病負擔與失能風險，更將有助於台灣，在 2030 年，達成「降低三高相關慢性病標準化死亡率三分之一」的目標。

另外，為了打造「健康台灣」，2024 年，我就任前宣示，每年 4 月 27 日，都會舉辦的「健康台灣全國論壇」，2025 年也將如期舉行。我相信，透過廣納各界意見，一定能匯集更多力量，來提升國人健康，也期待在座各位屆時踴躍參與。

最後，再提醒衛福部兩點。方才委員提到不同工但同酬的情形，應進行全面性地檢討，勇於改變現行健保制度，達到不同工、不同酬。另外，透過一個跨域的團體，結合醫學中心、區域醫院、地區醫院和基層診所，形成區域聯防，其基本上就是健康促進的概念。目前花蓮縣秀林鄉執行成果不錯，可思考將其經驗擴大至整個花東部地區，並將經費交由他們自己管理；若東部試辦成功，便可推廣至其他區域。

健保即將邁入 30 年，須積極解決目前所遭遇的問題，未來才能讓健保制度永續發展。今天會議到此，謝謝大家。

捌、散會：下午 8 時 35 分。

## 附錄一 總統府健康台灣推動委員會第3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
周慶明委員	<p>第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形</p> <p>第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治-健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫</p>	<p>無意見。</p> <p><u><b>建議精進現有方案：(1) 建議對每年提供成健者年齡由 65 歲下修至 60 歲並增加篩檢項目；(2) 生活習慣諮詢應訂定明確介入指引並與治療指引接軌</b></u></p> <p>一、建議對每年提供成健者，年齡由 65 歲下修至 60 歲，篩檢項目除原有項目，建議增加高齡長者健康整合式照護功能評估(ICOPE)、骨密檢測、肌力檢測、睡眠障礙健康檢查等。</p> <p>二、對「生活習慣諮詢」缺乏明確的介入指引，建議編列經費訂定，並結合指標院所及學協會訓練生活習慣衛教師，確實介入。</p> <p>三、現今國內外治療指引均強調善用有保護機制的預防用藥，例如保護心臟腎臟的糖尿病用藥，建議與治療指引接軌，鬆綁相關用藥的給付規定。</p> <p>跨部會整合協力擴大宣導：建議協調勞動部，將職場健檢、勞工體檢等資料匯入國健署成健資料庫，同時在平台上篩檢出異常檢驗檢查資料，呈現在 VPN 也推播到健康存摺，提醒民眾做後續追蹤檢查以及治療，積極找出潛在三高代謝症候群個案。</p>

顧問/委員	案別	意見
廖美南委員	<p>第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形</p> <p>第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治 - 健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫</p>	<p>無意見。</p> <p>一、慢性病共病的比率很高，依據健保署的資料顯示 65 歲以上的三高病人有約 50% 具有 2 高以上的疾病，因此以「人」為中心的整合照護很重要，且個案管理師扮演重要角色，對於個案管理師的角色功能及訓練應有明確的標準，以確保照護品質，建議研議之。台灣護理學會已設置專業認證中心，願意協助辦理訓練及認證。</p> <p>二、「888 計畫」之第一個目標為 80% 三高和心腦血管疾病、CKD 病人加入共照網，惟目前共照網多以單一疾病為導向，對於心腦血管疾病病人，僅透過代謝症候群防治計畫照顧在診所就醫的高血壓病人，未涵蓋在醫院就醫之心腦血管疾病病人，建議研議以人為中心的分級、分層、分流的整合照護機制。</p> <p>三、「888 計畫」之第二個目標為 80% 共照網病人接受生活習慣諮詢，這是非常好的策略，期望能廣徵相關醫事專業學會的意見，規劃服務作業標準及人員資格等相關事項，並儘早推動。</p> <p>四、對於複雜慢性病個案，需由進階臨床護理專家提供急性整合醫療照護，才能減少醫療資源耗用，降低死亡率，建議研議健保給付增列複雜慢性病特殊照護項目，並提高相關護理費。</p> <p>五、青壯年為國家重要的生產主力，且三分之一以上時間都在職場，依據相關數</p>

顧問/委員	案別	意見
		據顯示，目前國內職場員工有四成五以上體重超標、三成有代謝症候群，為鼓勵企業投資及重視員工身心健康，建議研議相關鼓勵方案，例如企業提撥盈餘投資員工健康，給予節稅獎勵等。
郭素娥委員	第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形	無意見。
	第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治-健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫	<p>飲食是健康生活模式中的重要課題，但是飲食行為的改變不容易，需要營造有利環境，因此提出以下建議同時回應第二次會議列管事項的辦理情形：</p> <p>一、如衛福部簡報所示，國人飲食不均衡，普遍存在鹽、糖攝取過多，蔬果與乳品卻不足的問題，根據調查 7-18 歲國小與國高中學生有超過 9 成每周至少喝 1 次含糖飲料，4 成的民眾每周至少 7 次，這些問題都和肥胖與三高息息相關。過去政府在職場、學校、社區推廣健康飲食投入不少心力。建議還可以參考其他國家做法，在每一年的固定某個月份設為「營養月」，將當年度的推動重點或是議題做公開宣告(如:減糖、減鹽…)，跨部會合作，號召產官學一起推動，帶動風氣形成風潮。</p> <p>二、據調查 7-18 歲的青少年每日熱量有將近 1/3(32.2%)來自超加工食品(UPF)，另外 7-64 歲族群外食比例高，因此呼籲優化現有的食品包裝正面營養標示(FOP)。2 月 18 日全聯會代表與林副署長、研究員、科長與相關同仁就此議題雙方充分溝通之後得到共識，在目前營養標示既有的規範與基礎之下，要實</p>

顧問/委員	案別	意見
		施 FOP 的彩色標示應是務實可行，且有許多實證有助於民眾選擇較健康的食品。由於是自願性的標示，依據「營養及健康飲食促進法」、「建構健康飲食環境獎勵辦法」可給予相關獎勵以鼓勵食品業者，同時有助於導引食品廠商開發較符合健康的食品。
柯富揚委員	第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形	無意見。
	第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治 - 健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫	<p>中醫在防治“三高”（高血壓、高血糖、高血脂）及慢性疾病方面具有調理全身、辨證施治的優勢，可從根本上調養身體。</p> <p>具體方案如下：</p> <p>針對量測結果和證型分析制定健康策略，並進行以下行動：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一、衛教：膳食、茶飲、運動、練功、生活等方面。</li> <li>二、醫療：中藥、針灸、傷科處置。針對三高慢性病患者的病症及併發症進行中醫診治，延緩病情變化，以免發生中風或洗腎等醫療高耗用的狀態。</li> <li>三、檢驗：配合數據評估健康狀況。</li> <li>四、關懷：建立資料，收案管理，人員追蹤，雙向溝通，必要時進行訪視。</li> <li>五、活動：針對病友及家屬提供互動式交流，建立醫病互信，病友交換經驗，表彰努力成果，彼此鼓勵支持。</li> </ul>

顧問/委員	案別	意見
		以上措施除醫療與檢驗以外，皆可結合長照計畫，在據點或社區進行。對全民健康的照護不侷限於醫療院所，讓亞健康的民眾可在中醫的早期介入下，得到更好的指導與照顧，延緩衰老和失能！
何美鄉委員	<p>第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形</p> <p>第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治-健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫</p>	<p>無意見。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 慢性病是 21 世紀高收入國家最大的健康威脅，而三高被視為重要慢性病的先導指標，近年來台灣青少年的三高比率快速提升如下：糖尿病盛行率 0.3%～2.3%；高血壓 4.4%～13.7%；高膽固醇有高達 15% 等。</li> <li>● 國人飲食中普遍缺乏膳食纖維，18 歲以下族群最嚴重（參考全國營養調查），缺乏膳食纖維，很可能是近年來台灣青少年提早罹患三高的關鍵因素之一。</li> <li>● 依據世界糧食計畫署的建議，在主食添加微營養素，對兒童、青少年、及育齡婦女的功效尤其顯著。</li> <li>● 基於三高相關慢性病的防制需要從兒童/少年開始的原則，建議：在 P10 在學童青少年的營養照護部分，針對缺乏的微營養素（維生素 D、鈣質、膳食纖維）加以補充。以學校為據點，每日供應含高膳食纖維的全豆豆奶，並添加維生素 D 與鈣質。</li> <li>● 理論上，含膳食纖維的豆奶，可改善血脂指數、調解血糖、並有助於控制血壓，這些都是牛奶所沒有的飲食功效，預計一至兩年即可評估實際功效為何。</li> </ul>

顧問/委員	案別	意見
		<p>● P11 內容「加強高熱量、高鹽、高糖食品之標示」 - 長期而言，建立以低糖、低鹽、低 GI、高纖等健康指標等級之標準及標示，來取代「加強高熱量、高鹽、高糖食品之標示」。</p>
程文俊顧問	<p>第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形</p> <p>第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治-健康生活模 式養成、肥胖防 治及三高防治 888 計畫</p>	<p>無意見。</p> <p>一、成人健檢擴大推動            (一) 健檢便利性及普及化：            1. 行動健檢服務            2. 健檢推廣及資料整合            3. 擴大服務範圍及據點            4. 結合勞工健康檢查            5. 增加夜間/假日健檢時段            (二) 提高廣泛度及曝光度：            1. 公衛資料分析            2. 多元媒體宣導            3. 大眾活動推廣            4. 在地宣導</p>

顧問/委員	案別	意見
		<p>二、強化菸酒防治措施</p> <p>(一)提高販賣限制：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提高購買年齡門檻</li> <li>2. 擴大禁售範圍</li> <li>3. 限制販售時段</li> </ol> <p>(二)提高菸品稅率：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 逐年調整稅率</li> <li>2. 加強走私查緝</li> </ol> <p>(三)教育宣導及企業內化：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大專院校健康教育課程</li> <li>2. 促進企業內化</li> </ol> <p>三、健康促進與全民運動</p> <p>(一)食品標示與健康飲食：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 強化營養標示規範</li> <li>2. 推出健康認證餐廳標示</li> </ol> <p>(二)提高運動可近性：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提升運動設施可近性：             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 公共運動中心免費/優惠時段</li> <li>(2) 夜間/戶外運動補助</li> </ol> </li> </ol>

顧問/委員	案別	意見
		<p>(3) 私立健身房合作</p> <p>2. 企業運動政策</p> <p>3. 建立激勵制度：</p> <p>(1) 鼓勵運動分享</p> <p>(2) 鼓勵運動社團成立及活動</p> <p>(3) 規劃運動積分系統</p> <p>四、跨部門整合與持續優化</p> <p>(一) 政策協同與多元合作數位科技應用：</p> <p>1. 健康存摺 + AI 風險評估</p> <p>2. 健康助手 APP 應用功能</p> <p>(二) 成效監測與調整機制</p>
余明隆顧問	第一案： 報告事項(一)第 2 次委員會議列 管事項辦理情形	無意見。
	第二案： 報告事項(二)健 康台灣慢性病防 治 - 健康生活模 樣由：	<p>一、肥胖盛行率及健康成本支出均急劇上升。預防重於治療、考慮三高共照網加 入肥胖。</p> <p>二、推動運動處方、連結「全民運動」及「健康台灣」。</p>

顧問/委員	案別	意見
	式養成、肥胖防治及三高防治 888 計畫	<p>運動處方是指由專業人員（如醫師、運動教練、運動防護員等）針對個人的健康狀況、體能水平、運動目標等，所開立的運動計畫。</p> <p><b>目的：</b></p> <p>對於肥胖（輕中度以上）或三高民眾，培育醫師開立運動處方，也同步認證運動教練、運動防護員並接受與執行運動處方，確保民眾能執行合宜的運動，透過適當的運動，促進或改善健康、增強體能、預防或輔助治療疾病、提升生活品質。</p> <p><b>策略：</b></p> <p>為提升國民健康，促進全民運動風氣，衛福部國健署/醫事司與教育部體育署共同推動「運動處方普及化計畫」，針對亞健康族群，研擬運動處方制度及標準模組。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一、培養專業人才：培育運動處方開立醫師、運動教練、運動防護員</li> <li>二、建立完善服務體系：醫療院所、社區健康中心、運動場館</li> <li>三、打造運動處方資訊平台</li> <li>四、強化宣導教育、社區推廣</li> <li>五、政府支持、企業參與</li> <li>六、促進研發產創、加值運動科技</li> <li>七、推動永續商業價值：創造商業價值，促進運動產業發展</li> </ul>

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。

## 附錄二 總統府健康台灣推動委員會第3次委員會議 委員及顧問提案

顧問/委員	提案內容
陳志鴻	翁啟惠
陳適安	高淑芬
詹鼎正	沈靜芬
周慶明	黃振國
倪衍玄	林德文
李貽恒	黃建霈
廖美南	黃金舜
郭素娥	洪德仁
柯富揚	蔡森田
簡文仁	沈延盛
謝清河	何美鄉
吳明賢	陳威明
程文俊	林欣榮
余明隆	陳穆寬
邱冠明	林聖哲
張鴻仁	