

總統府健康台灣推動委員會

第1次委員會議紀錄

時間：113年8月22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：衛福部楊育珊

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、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、林委員德文、李委員貽恒、黃委員建霈、郭委員素娥、洪委員德仁、蔡委員森田、簡委員文仁（請假）、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、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

壹、主席致詞

三位副召集人—陳志鴻教授、翁啟惠會長、陳時中政委、各位顧問、委員、各位收看線上直播朋友，大家好。

我在就職滿月時宣布，總統府將針對全國共同關注的氣候變遷、健康促進、社會韌性三大全球性議題，成立三大委員會，凝聚各方力量，為國家發展擬定策略。在這個月初，「國家氣候變遷對策委員會」已經召開第一次會議。

今天，「健康台灣推動委員會」第一次召開，我要感謝三位副召集人、各位顧問和委員，共同投入委員會的運作，也謝謝國人朋友們一起在線上關心、參與委員會的進行。

我從競選期間，就不斷思考，如果我有幸當選，有別於歷任總統，我能為人民做出什麼不同的貢獻。我思考再三，我出身

醫界，我應該發揮醫療專業，跟社會各界一起努力，打造「健康台灣」。

「健康台灣」是我們的目標，健康是基本人權，更是普世價值。健康促進的議題，不只是涉及一個國家人民的福祉，更攸關全人類的生存發展。

台灣身為國際社會負責任的一員，過去幾年來，在全球疫情挑戰中，跟世界各國分享防疫物資、技術和經驗，持續對全球公衛體系帶來貢獻。

未來，還有嚴重影響健康的癌症、來源不明的跨國傳染病、具備抗藥性的超級細菌，以及少子女化、高齡化等挑戰，台灣都必須積極面對。

我們有信心，跟世界各國分享對策和經驗，讓人民健康、讓國家更強、讓世界擁抱台灣。

我要感謝成大醫院前院長、也是我的恩師陳志鴻教授，在今年3、4月籌組「健康台灣推動聯盟」的5場分區論壇和全國論壇，共有超過1,200位全國各地醫療界的朋友，參與論壇並提供意見。我和行政院卓榮泰院長、鄭麗君副院長也應邀全程參與全國論壇。

我要感謝在這個過程中，來自各領域專家的建言，成為我們520上任後推動政策的重要參考。所有寶貴的意見，也匯集在今天大家桌上的《健康台灣推動元年建言書》，將是未來我們行動的堅實基礎。

我們要推動「健康台灣」，也要落實「均衡台灣」。因此，今天成立的「健康台灣推動委員會」，不只跨越了各領域的專業，更兼顧了北中南東的區域均衡，來更加落實台灣的醫療平權。

我要謝謝在場的9位顧問，包括北部的吳明賢院長、陳威明院長、程文俊主委、邱冠明院長、張鴻仁召集人；中部的陳穆寬總院長；南部的林聖哲院長、余明隆校長，以及東部的林欣榮院長。因為各位的參與，讓我們更能了解全國各地的意見。

而「健康台灣」的目的，是要提升國人平均餘命，同時降低不健康年數，並且要兼顧身心靈的健康，因此，我們的20位委員來自各項專業領域：

像是智慧醫療領域的陳適安院長、兒童精神醫療領域的高淑芬副院長、專攻長照及醫療結合的詹鼎正院長、以及新興傳染病專業的沈靜芬主任。

我們邀請了蔡森田教授，為優化醫療及健保永續提供建言，也邀請了周慶明理事長和黃振國理事長，持續推動「大家醫計畫」，和反映基層醫療的問題。

還有，提出「三高一腎888防治計畫」的李貽恒理事長、兒童健康專業的倪衍玄理事長、婦女醫療領域的黃建霈秘書長，關注社區營造的洪德仁理事長。以及癌症防治領域的沈延盛院長、精神及心理醫療專業的蘇冠賓教授、流行病學專家何美鄉研究員、生醫和再生醫療專長的謝清河教授。

包括，營養與全齡健康專業的郭素娥理事長，以及推動全民運動健康促進的簡文仁副理事長。我也要感謝林德文理事長，為原住民族朋友的健康福祉，共同努力。

另外，在政府部門，有國發會劉鏡清主委、教育部鄭英耀部長，兩位部會首長投入，並且由衛福部邱泰源部長擔任執行秘書；健保署石崇良署長則是擔任副執行秘書。

整體委員會的成員，有超過80%來自民間各界，我也要利用這個機會持續結合各方的力量，一起共同促進全民健康生活，提升全齡照顧。

今天第一次會議，衛福部將報告兩項主題：第一項主題是「健康台灣願景規劃」，說明台灣當前的挑戰和機會，以及行動藍圖，第二項是「健保永續—改革與優化」。

明年，全民健保開辦將滿30年，健保是台灣的驕傲，因為有健保，國人才能免於因病而貧、因貧而病的惡性循環。從2020年開始，國人對健保的滿意度都超過9成。

同樣在明年，台灣將進入「超高齡社會」，也就是每5個人當中，就有一位年齡超過65歲以上的長者，再加上各式新藥、新科技的發展，以及國人對優化醫療執業環境的期待，健保的運作上，在各方面都會遭遇到越來越多的挑戰。

健保的核心價值是醫療平權、全民互助。唯有健保永續經營，全民才能獲得更好的照顧。

我們關注健保「點值」，也要展現健保「價值」。政府會持續精進總額制度和治理，合理配置醫療資源和穩定點值，持續優化健保財務，提升健保的效率和品質。我們也期待，跟大家一起努力，讓健保永續發展，讓台灣醫療更平權，也讓台灣的醫療水準更加提升。

我也向大家報告，明年度衛福部的整體預算，比今年度增加318億元，達到3,702億元；當中預計投入607億元，來擴大醫療及照護的投資，打造「健康台灣」。

我們在中央政府總預算，新增了「健保財務協助方案」，包括實施「三班護病比獎勵」、「護理人員輪值夜班獎勵」，以及推動「提升醫療院所智慧化資訊機制」，來改善醫事人員的工作環境。

我們也將啟動「健康台灣深耕計畫」，投入經費支持全國各級醫療機構，培育人才，以及發展智慧醫療。

許多癌症朋友關心的「癌症新藥基金」，我們明年會以公務預算50億元，撥入健保基金，預計2026年達到100億元的規模。我們也將推動「第五期國家癌症防治計畫」，並且從明年起，癌症篩檢預算增加40億元，達到68億元，來提升癌症篩檢率。

我要告訴大家，這些預算、項目的籌編，都代表政府打造「健康台灣」的決心。

我上任以來，政府針對提升護理人力，以及促進民眾的心理健康，都展開計畫和方案，也啟動了「在宅急症照護試辦計畫」，提供長照和醫療的整合性服務。

我要再次感謝在場的各位先進參與，我也要感謝國人朋友的支持，同時我也要跟國人報告，「健康台灣」不是口號，已經化為我們的具體行動！這些，都是新政府團隊上任不到100天，所具體落實的，紮紮實實的行動。

我相信，有各位委員、顧問的支持和參與，透過廣納建言、多元對話、凝聚共識，我們打造「健康台灣」的行動，會更符合社會的期待，我們實現願景的腳步，也會走得更快、更穩，謝謝大家！

貳、頒發聘書及合影(略)

參、確認本次會議議程

決定：確認本次會議議程。

肆、報告事項

一、健康台灣願景規劃

(衛福部邱部長泰源報告)

二、健保永續-改革及優化

(衛福部健保署石署長崇良報告)

伍、討論事項(依發言順序)

一、謹就報告事項第一案及第二案，提請討論；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

1. 陳委員適安

(1)台灣有很多不同類型的醫療機構，小型醫院如地區醫院等，沒有資訊人員的比例很高，請政府協助建置醫療資訊系統，以利推動智慧醫療及在宅醫療政策，希望針對小型醫院在基礎建設方面給予協助。

- (2)希望了解醫療方面運用人工智慧之法規進度，俾利醫院規劃相關應用服務。
- (3)建議政府協助小型醫院，如地區醫院、小型聯合診所度過經營危機，我到台中發現蠻多地區醫院希望中榮伸出援手，我們會給予協助，若中南部醫院經營困難問題持續嚴峻，亦可能會影響健保預算，需妥為因應。
- (4)有關智慧醫療的推展，委員與顧問都有提到衛福部和國科會給我們的預算，如果有經費可以推動智慧器材普及化的話，對整個智慧醫療要結合診所，甚至是小型、中型醫院比較有幫助。

2. 高委員淑芬

- (1)兒少精神或情緒行為問題持續嚴峻複雜，例如自閉症、注意力不足過動症、憂鬱症等，環境中的汙名化、歧視、霸凌、忽略或虐待等不適對待，也可能加重病情或衍生新的精神疾病，例如焦慮、憂鬱、拒學症、自殺、行為規範障礙等，問題成因複雜，且易被汙名化，使治療更加複雜，而治療需整合醫療、家庭、學校、社區等領域共同合作。
- (2)兒少精神疾病的防治和身心健康的促進，教育正常化扮演重要的角色。根據我的研究，我國兒童和青少年(6-15 歲)運動不足且比歐美國家每晚少睡 80 幾分鐘。最近全國調查研究指出強化體適能、心肺功能、肌耐力等，可以長期預測不僅有益身體健康，也能減少精神疾病，增加心智功能。另外，為孩子創造一個友善、沒有歧視或霸凌的成長環境，才能有健康的下一代，台灣永續發展。
- (3)兒童精神疾病治療複雜冗長，不僅是病人本身，牽涉家人和照顧者，且健保給付不足支付成本，希望在給付上不能僅靠健保支應。另醫學中心收治常為複雜困難個

案，治療時間可能很長，希望健保給付多做考慮，並重視城鄉差距問題，和弱勢族群的需求。

- (4)鑑於兒少精神問題疾病日漸增多複雜，希望我國成立兒童精神醫學相關研究機構，如美國有精神健康總署(NIMH)，英國有精神醫療研究院(IoP)，定期監測兒童及青少年精神疾病，識別高風險族群，即早診斷治療以杜絕長期的障礙。
- (5)對於未成年犯罪孩子，應研究如何預防再發生；對於被疏忽、虐待、性侵之孩童應給予長期的治療安置；定期追蹤這兩大兒少族群之變化，協助其正常身心健康成长。感謝賴政府重視此議題，讓我們的下一代健康快樂成長。

3. 詹委員鼎正

- (1)有關「健康台灣願景規劃」報告案之「醫療與長照銜接」，將長照分為2-8級，但並非所有人都需要居家服務，惟目前規劃是所有人都要到居家去，醫師意見書只能由加入「居家失能個案家庭醫師照護方案」的醫師開立，但目前加入的醫師數相對不足，而部分醫師對長照個案相對不熟悉。建議將願意接受3小時醫師意見書課程訓練的醫師，也可以具有開立醫師意見書的資格，也就是，照顧管理專員評估後，除了派案給原加入方案的醫師可開立醫師意見書外，也可以派案給開立長照個案慢性病連續處方簽的醫師，因對個案較為熟悉，在門診評估開立醫師意見書。
- (2)有關在宅急症照護試辦計畫(hospital at home)，本來長照機構就有一個團隊，現在居家團隊進來，而這兩個團隊人員類似，為使制度更完善，建議放寬規定，讓原機構團隊也能持續提供服務。(後續補充：機構本來就有護理師，如何讓居家的護理師與機構的護理師一起合作照顧病人，也減少居家團隊需要至機構訪視的

次數，可以是未來研擬的方向。醫院附設的機構也有醫師，尤其是假日，如果機構的值班醫師可以負責一部分的工作，居家的醫師不用每日出診，人力會相對充足，長遠來看，這個計畫比較能夠持久。）

4. 沈委員靜芬

- (1) 倡議成立兒童跨部門整合機構，有些兒童因疾病長期臥床，亦需在宅醫療服務或急症照護，但因兒科病人少，恐被排除在外，希望政府重視。
- (2) 在兒童用藥部分，部分兒童專用水劑或是特殊藥物，因過於便宜或用量少，在進藥成本考量下被排除，將影響兒童照顧，希望政策予以協助。另罕見疾病藥物流程繁瑣，希望能夠簡化，以及時幫助兒童。
- (3) 對新興傳染病，我們有相關技術及研發能量，但很難做到技能提升，主要是因為無法技轉廠商，或技轉後沒有市場。若未來遇到疫情無法技能提升，將面臨很大的問題。

5. 周委員慶明

- (1) 醫師公會全聯會持續作為政府跟醫界之橋梁，全力配合政府推動相關政策，並將第一線醫師意見心聲反映給政府，共同為守護人民健康努力。
- (2) 這段時間，健保點值低落的情況造成醫師會員焦慮，最後立法院通過主決議，請衛福部進行健保改革措施，於114年6月底前達到平均點值1點0.95元。感謝政府及衛福部的持續努力，並說明政府未來相關政策規劃（如政府負擔健保經費不得少於36%，以及預防保健、公共衛生項目逐步移出健保、研議補充保費），以提升健保點值。各界皆很關注政府推動相關政策，我們亦會全力配合。

(3)有關血友病新藥一劑需要 1 億元、可能有 1,200 人會使用，希望比照癌症新藥基金，研議成立罕病新藥基金，針對高貴藥物給付，如脊髓性肌肉萎縮症(SMA)之基因治療藥物一劑費用 4,900 萬元，以幫助罕病病人。

6. 黃委員振國

(1)健保永續需要醫療人力，人口老化造成疾病複雜度、需求量、照護量增加，所以需要增加醫事人員，從 108 年到 112 年，醫師人員成長率 2.2%，護理人員增加 2.1%，藥師增加 1.4%。

(2)我國每年增加 332 位藥師，但經統計 108 年到 112 年在醫療機構登記的藥師減少 20 位，第一個原因是至社區藥局服務，第二個是因為早期我們除了藥師還有藥劑生，但藥劑生已不再新增，每年減少 100 多位，醫療機構找不到藥師，將影響民眾調劑問題，希望政府由藥師的教育、考試、待遇等面向進行優化。

(3)感謝總統針對健康台灣挹注 6,700 億元預算，但應檢視是否挹注於對的地方？建議應建立精進、齊一各區審查共識，管理模式不要分成六區，而是要建立跨區、跨層級，共同適用的審查標準。並應自我制約，針對高成長科別或醫療機構，可參考牙醫總額高額折付機制，透過檔案、人工智慧(AI)分析，針對偏離常態進行管理跟核扣，強化醫界共同治理。

(4)目前健保為四大總額，缺乏有效、合理的管理機制，以酸痛為例，民眾看中醫、復健科、骨科，分開就醫易造成醫療浪費，應強化管理機制，將資源投入對的地方，請大家共同努力。

7. 倪委員衍玄

- (1) 兒童醫療有一部分是急重難罕疾病治療，而很大一部分是預防保健及促進健康。小兒科醫師最終目標應是希望自己沒有病人，因為預防保健做的好才會沒有病人，但健保沒有病人就沒有收入，所以應該重新思考兒童醫療照護部分。
- (2) 兒童照護牽涉很多單位，如衛福部疾管署、國健署、健保署，甚至教育部、內政部等。以兒童肥胖為例，肥胖治療為少吃多動，但家庭是關鍵因素，若不配合，亦無法解決問題，建議成立「跨部會等級的兒童家庭專責單位」或是「類似日本兒童家庭廳的內閣部會」來解決問題。另外，雖政府已設有兒童健康研究中心，但屬國衛院群體健康科學研究所下之小組，建議提高位階。
- (3) 有關醫學教育部分，健保已成為我國醫學教育之教科書，老師教導學生根據健保應如何治療，但醫學教育是否應更重視人文素養，值得深思。

8. 林委員德文

- (1) 世界衛生組織(WHO)宣示「所有政策面向的健康工程(Health in all policies)」，改善健康不應只有衛生部門的責任，要從環境、就業等方面改善，原住民議題亦然。原住民健康問題為健康不平等，台灣為四級醫療，立意良好，讓資源有效分配，但在原鄉、偏鄉卻是受到限制。因為原住民偏鄉地區大多只有第四級基層醫療機構，但是很多照顧、檢驗、檢查等都會因為醫療等級或專科而有限制。
- (2) 疫情期間，遠距照護除了跟原來「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(以下簡稱：IDS)承作醫院合作，我們也跟北醫合作，讓原鄉民眾能獲得即時照顧。但是

疫後依規定，北醫不能再跟我們合作。建議偏鄉應該要放寬限制，以及導入新興照護模式(如遠距醫療或 AI 應用)。

- (3)遠距醫療只限定在 IDS 承作醫院很可惜，有很多醫院，如北醫、敏盛醫院等，皆有意願跟我們做遠距照護，但目前依規定只有 1 家醫院可以承作。2 年前桃園 1 家醫院跟我們合作孕產婦照顧，因不能用遠距，醫院便成立一個群組，所有偏鄉孕婦都可加入，24 小時均有醫護可做諮詢。讓孕產婦不因偏鄉資源不足而驚慌，若有特殊狀況，亦可遠距判斷是否需要後送；或遇天災，判斷是否要撤離。韌性台灣，要能讓偏鄉孕婦安心待產，不需舟車勞頓。因此建議遠距醫療開放不限於 IDS 承作醫院，遠距科別應該要開放，不侷限特定科別。
- (4)有關健保永續部分，剛剛已提到原住民的健康不平等，我們沒辦法繳更多保費。澳洲報告指出，北領地州 (North Territory) 因健康不平等造成 GDP 的損失是 20%，歐盟報告亦指出，若不處理健康不平等議題，將造成勞工生產力減少 GDP 1.4%，增加社會福利 GDP 9.4% 的支出，合起來遠高於國防支出，所以投資改善原住民的健康不平等，是一個高報酬的回饋，讓健保得以永續。

9. 李委員貽恒

- (1)針對三高控制應建立機制，目前全國 9 家主要照護慢性病的醫學會，針對三高防治已建立共識，基層診所到醫學中心的醫師應該遵循此共識來做，無論病人在何處就醫，都可得到一樣的照護服務。
- (2)三高病人為數眾多，但健保資源有限，建議三高防治主要應先針對高風險病人，像糖尿病、慢性腎臟病、曾發生心腦血管疾病者，這些病人病識感較高，較願意接

受照護及治療。故建議資源要用在刀口上，優先照護高風險病患。

10. 黃委員建需

- (1) 婦女占人口數一半，建議針對婦女健康擬定相關政策，並納入「健康台灣願景規劃」工作項目中。孕產婦更是重中之重，雖只占婦女人口的 1%，但 100% 的國家下一代，都來自這特殊族群，且若要強化新生兒健康照顧，更應在孕產婦時期即投入資源照護。
- (2) 有關優化兒童醫療及健康照護的工作項目，寫得是強化新生兒及高危險孕產婦照護，若新生兒是每個都要照顧，那孕產婦不應再區分高、低危險，也應該每個都照顧。目前政府對孕產婦全面性支持做得不夠，孕期產檢未包括營養、運動、新手媽媽適應、身材恢復等，孕婦都要自己設法解決，甚至自費，所以政府應全面強化孕產婦照護及支持體系，才能讓孕產婦感覺受到疼愛，也才會願意再生。
- (3) 台灣文化較為保守，產婦不敢跟醫師談論產後性生活議題。婦產科醫學會及助產學會有設計評估問卷，若勾選異常，醫師即可適當介入。夫妻若沒有性生活，就難以維持幸福家庭，甚至不可能懷下一胎，加重少子化危機。
- (4) 有關「年輕族群心理健康支持方案」，缺少孕產婦等特定族群照護，以產後憂鬱為例，根本沒提到，亟需政府關注，建議新增此面向。
- (5) 弱勢科別健保給付將影響年輕人是否願意投入，如果年輕醫師看到孕產婦越來越少、小孩越來越少，就會選擇醫美或其他領域，將影響產兒科人力。

11. 郭委員素娥

- (1)營養師全聯會在健康台灣論壇提及優化國人營養照護，建議應對孕產婦有全面性及一致性照護，初期若無法全面性提供，可優先針對高風險孕產婦在孕期及產後提供飲食和營養諮詢。依據國健署資料，24–28 週孕婦進行妊娠糖尿病(GDM)篩檢，發現異常率約 17.2%，約每 6 位就有 1 位是 GDM，每年有 2.7 萬人，這對孕婦和新生兒影響很大，建議營養衛教可納入健保給付。
- (2)高風險孕產婦不只有 GDM，本身若有慢性疾病，如：慢性腎臟病(CKD)、孕前體位不正常，也容易有共病症，如果可以得到營養照護，有助母嬰健康。
- (3)另一個重點為慢性病防治，特別是三高防治，若要達到 888 目標，除了醫療端努力，應致力改善國人致胖環境，我們在論壇中也提出食品營養標示再進化建議，獲得各界認同，營養師全聯會跟台灣營養學會已有共識，希望政府邀請相關部門、業界、團體等代表，參考國外作法，共同研議適合推動之行動方案。

12. 洪委員德仁

- (1)總統就職滿月宣布成立「國家氣候變遷對策委員會」、「全社會防衛韌性委員會」、「健康台灣推動委員會」，行政院亦成立「經濟發展委員會」，符合 WHO 推動健康城市所倡議之幾個面向：醫療健康、環境生態、社會福祉安全、產業創新 AI 發展技術，相信在總統領導下可邁向健康永續國家。剛剛衛福部、健保署報告，以全人、全家、全社區、全城市、全國家進行照顧，從前端預防保健到健康促進、醫療服務、失能照護服務，建構完善照護體系。社區不僅有醫療保健，還可發展其他面向，全台有 380 個鄉鎮市區、730 所國中，建議以國中學區為單位進行社區生活資源中心，平時做為教育、老人關

懷服務，若遇有災難，則成為一個韌性、生活照顧、防災救災、避難之基地。

- (2)因為氣候變遷，我國可能面臨天災，這些社區將是韌性社會、韌性國家的基礎。今日教育部、國發會亦有與會，期待除國家、縣市層級外，可強化社區層級缺口。
- (3)建請總統一年舉辦一次四大委員會擴大聯合會議，跨領域共同討論及合作，激發創新思維。
- (4)有關推動健康城市，台灣參加 WHO 西太平洋總部推動的國際健康城市聯盟，9 月將在大韓民國首爾市召開大會，台灣推薦 6 位年輕的健康城市學者專家，均獲得認同(總共 22 個名額)，9 月將出版英、中、韓文健康城市學習教材，將提供各界參考。
- (5)呼應黃振國委員看法，建議推動健保改革，全國一區、同一點值、共同管理，並保障東區、離島地區及醫院急重難罕疾病之點值。

13. 蔡委員森田

- (1)政府針對醫療資源不足的地區投入不少經費，如衛福部醫事司的「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」(以下簡稱：醫中計畫)、健保署 IDS 計畫，以及國健署、照護司皆挹注很多經費，但執行面欠缺統合機制，建議推動政策時，應強化中央與地方合作，以及公私協力，因為地方政府最了解當地需求，中央政府則可以協助挹注經費和公權力介入。
- (2)以醫療平權來說，離偏遠地區最近距離的地方應有急救能力醫院，進行初步處置後才會有安全後送。對於幅員較大、醫療資源分布不均的地方，實施分級醫療是必要但困難的。現在有遠距醫療、居家醫療，慢性病可

以這樣處理，一般急性病則就近在基層診所處理，需要進一步處置再轉送大醫院。

- (3)建議中央對醫療不足地區劃分責任區，由醫學中心、準醫學中心，或是想要挑戰醫學中心的大型區域醫院負責。如由中央指定某個資源不足的地方，由醫學中心統合負責，邀請當地衛生局共同討論民眾問題及需求，擬定相關計畫並訂定關鍵績效指標(KPI)。此客觀數據可以做為醫學中心任務指標審查參考。
- (4)目前醫中計畫為1年期補助，雖然月薪不錯，但是找不到醫師，因為醫師覺得沒有安全感。建議將這些醫師員額放在責任制的醫學中心，時間至少3年，讓醫學中心可以好好訓練醫師，且醫院在計畫結束後，可考慮將考核優良的醫師留任，這樣較具誘因。我們現在培養很多公費生，但留任率不高，建議公費生可比照前述方式，由責任醫院聘任，並進行適當輪調機制，公費生就不至於因服務生涯都在偏鄉而意願不高，未來仍有機會回大醫院服務。
- (5)偏鄉居民就醫之交通費甚鉅，中央可將如何減少居民的就醫交通費列為地方績效評比。舉例來說，前幾天有一個糖尿病患，因不適合口服大量類固醇，我建議他來打耳內類固醇，然病患因就醫單趟需花費2千元計程車資而拒絕，這樣就不可能達到健康平權。

14. 沈委員延盛

- (1)針對癌症防治，篩檢跟治療應該並重，國健署應加強篩檢工作、提供充足人力。可仿照花蓮秀林鄉計畫，運用21個醫學中心及準醫學中心等資源，用區域聯防方式，將篩檢出的病人後送醫學中心治療，並可納為醫學中心醫院評鑑任務。

- (2) 為強化癌症防治，建議應加強癌症用藥健保給付，若藥物三期臨床試驗通過，應儘早提供癌症病人治療。健保署推動基因檢測，若病人因此找到可用藥物，但1個月需30萬元致無法接受治療，應研議如何處理。
- (3) 有關學名藥和生物相似藥議題，因健保給付很低，台灣藥廠寧可幫國外製造學名藥藥物。故應思考如何強化誘因，讓國內藥廠為國人製藥。
- (4) 2040年我國15歲至64歲勞動人口與老年人口比例將變成1:1，造成勞動收入、健保收入減少，若勞動人口生病時，負擔責任更重，將對國家造成很大衝擊，應重視年輕勞動人口不足和人口老化問題嚴重性，及早因應準備。

15. 蘇委員冠賓

- (1) 感謝召集人和副召集人給我這個機會，推舉我擔任負責「精神醫療、心理支持」的委員，讓個人在精神醫學專業上，除了可以照顧病人，更可以貢獻「健康台灣」的推動。
- (2) 我有三個建議，其中兩項「擴大年輕族群心理健康支持方案」「全民心理健康韌性計畫」已納入政府推動政策中，因此再提供第三項「心理健康和精神醫療的數位轉型」的提案。
- (3) 日前一位鋼琴家在直播表演時，因承受長期壓力而透露輕生念頭，然而網路上的酸民不但未給予支持，反而以冷漠的態度挑釁嘲諷，最終竟釀成悲劇。身為精神科醫師，這則新聞令我深感悲痛，這類悲劇正是當前不健康數位環境、殘酷的網路世界最血淋淋的案例，更呈現出我們新型態心理創傷的無力感。

- (4)在網路 e 世代，前所未有的自由讓人際互動不受時空限制，界線模糊且難以阻擋恣意的侵入，導致霸凌造成的創傷更加無所限制、變本加厲！原本存在校園的恃強凌弱、以大欺小的惡霸，如今幻變成虛擬世界的鍵盤流氓、藏鏡下的酸民，「網路霸凌已成為心理健康的一大隱憂」。據調查，受害者往往是人格尚在發展階段的青少年，可能導致憂鬱症、創傷性壓力症候群等嚴重後果，甚至極可能成為壓垮他們的最後一根稻草，構成青少年輕生的最後一擊。
- (5)所以推動「心理健康韌性計畫」刻不容緩，在歐美國家，心理學和社會情感學習早已被列為與語文、數學、科學同等重要的必修課程。社會情感學習課程著重培養五大素養：自我覺察、自我管理、社會覺察、人際關係技能及負責任的決策能力。不僅可增強學生的自我效能和品格，還能提升情緒調節能力和心理韌性，對預防網路霸凌行為具有關鍵作用。
- (6)許多教師和家長對精神疾病有錯誤迷思（不信有精神疾病、不信有過動症憂鬱症、反對醫藥治療、不自覺的歧視汙名化心理疾病...），在兒童青少年的成長過程、乃至出社會後的長期對心理疾病和腦醫學的認知偏見，會造成多麼全面性的影響。因此，針對中小學的健康體育課綱，強化精神心理疾病教育單元刻不容緩。而做為精神科醫師每天看病都有很深刻感觸，若能把科學和醫學，特別是精神醫學的常識，帶到社會情感學習教育當中，不僅對精神醫學，更對全民心理健康有巨大意義。
- (7)其次感謝衛福部在施政百日很有效率推出了「心理健康支持方案」，我有一個病人，原本排健保要三個月，但昨天跟我說因方案而排到。但精神治療的人力和資源永遠不足，特別是考慮醫療資源比較不足的族群，應

大力推動「心理健康的數位轉型」，著力於「線上診療」及「數位治療」。「線上診療」在疫情期間有短暫發展，可惜後來就消失了，其實精神醫療以面談為主，身體接觸或檢查檢驗比例低，線上診療減少精神科就醫和汙名化的阻力，國外的經驗是缺席和取消率大大下降了，所以比其他專科更合適遠距診療。

- (8) 在數位治療部分，台灣健保資源有限，提供的是符合成本效益和社會公平的服務，無法根據臨床需求增加合理成本，來達到更好品質和效果的醫療服務。結果造成台灣精神疾病治療多以藥物為主，加上健保限制用藥成本，導致病人的治療常以最落伍的抗憂鬱劑、併用最便宜的安眠藥和鎮靜劑，以及於憂鬱症病人合併苯二氮平類(BZD)使用的風險是國外 2 到 6 倍。事實上，歐美的治療指引一定會強調：治療輕中度焦慮病和憂鬱症時，勿把開藥當作常規，要和病人討論非藥物療法，並推薦多種數位化、線上心理治療的行動應用程式(App)。台灣有一流的醫療水準、大量臨床個案、完整健保資訊，若結合人工智能，推動精神醫療數位化、以及健康資訊科技產業發展，以提供更完整的精神健康資訊，加速產業創新和技術轉移，促進精神健康醫療的升級和轉型。
- (9) 最後，健康不是靠醫療，更不是靠健保，國家的目標應該是「賦能全民」。我們應該將焦點從治療疾病轉移到預防保健，從單一醫療服務轉移到整合性的健康促進。

16. 謝委員清河

- (1) 針對再生醫學和生醫研發議題，台灣人口 2,300 萬人，在歐盟所列的 47 個國家中排第 9 位。台灣人口相較英國、瑞士、丹麥三國並不算少，但全世界十大藥廠，這三個國家至少都有一個，譬如英國 AZ、瑞士羅氏及諾華及丹麥諾和諾德，其中諾和諾德減肥藥，今年 2 月市值已達 5 千億美金，約 16 兆台幣，這是第一個數字。

- (2) 第二個數字，美國有 6 家嵌合抗原受體 T 細胞治療 (CAR-T)公司，CAR-T 是現在被證明對治療癌症比較有效的方式，每個療程費用約 45 萬美金，1,400 多萬台幣，7 個病人就要 1 億台幣，700 個病人就是 100 億元，大約是百億癌症新藥基金的預算。
- (3) CAR-T 過去是第四、五線治療，現在已變成第二線治療，將來可能變成第一線，所以癌症治療方式持續演進改變，期待台灣可像英國、瑞士、丹麥一樣，在生醫領域做出高產值產品，故應強化前端研發量能。
- (4) 希望國科會最主要的研發經費、一般型計畫，將通過率由 50% 降到 25%，另考量整體人力及資源配置，每個計畫經費至少要增加 2 倍，才能做出具競爭力的成品。
- (5) 建議衛福部調整政策，鼓勵本土研發的第一期及第二期臨床試驗，這是我們未來有潛力的成果，並希望改善食藥署跟醫藥品查驗中心審核之專業度跟效率，以提升我國研發能量。

17. 何委員美鄉

- (1) 預防保健是維護健康很重要的議題，國健署定期進行國民營養健康調查，有非常多不健康的數據，譬如兒童的高血壓率、空腹血糖數據(fasting glucose)等皆不正常，這跟飲食、運動等很多因素相關。
- (2) 國人吃得不健康，肥胖率過高，18 歲以下肥胖跟過重率都超過 10%，公衛學者跟指揮中心說 COVID-19 死亡率太高，無法降低的原因是肥胖的人太多，肥胖與死亡率成正比。建議政府應分析國人不健康數據之原因，並投入資源加以改善，強化預防保健工作。

(二)機關委員(代表)發言

1. 衛福部邱部長泰源

- (1) 各位委員所提到預防保健及早期治療部分，與衛福部規劃全人、全家、全社區、全齡照顧方向一致，將持續推動相關政策。另台灣現有 80 個醫療策略聯盟，從醫學中心到基層診所，提供民眾優質照護，本部亦將持續精進健康照護體系，強化偏鄉民眾醫療照護服務。
- (2) 有關醫療跟長照銜接部分，感謝詹鼎正委員提出寶貴建議，衛福部未來將朝此方向規劃。
- (3) 黃建霈委員提到孕產婦健康照護及第四孕期部分，有好的孕產健康，才會有好的小孩，衛福部也將持續加強相關政策。
- (4) 委員寶貴建議，都有詳細紀錄，將請相關業務單位儘速研議規劃。

2. 衛福部健保署石署長崇良

- (1) 謝謝所有委員寶貴建言，彙整委員所提意見，分為三大面向，第一是資源配置議題，無論是社區醫院或不同科別(如兒科、急重難罕、兒童心理)等均涉及資源配置問題。在偏鄉、醫療不足地區之社區醫院，我們會確保其持續經營，強化在地醫療。都會區的社區醫院則協助轉型，扮演分級醫療的角色，例如今年推動之大家醫計畫、在宅醫療政策，均強化社區醫院參與，讓社區醫院更貼近民眾生活。至於相關科別部分，我們會持續檢討健保加成或是保障點值，過去針對兒科部分有做檢討，未來將持續針對急重難罕症處理。
- (2) 第二個是總額治理，有關是否要朝向全國一區統一管理，以及點值一致部分，這是很大的突破，必須謹慎研議相關配套及細節。針對資源、服務密度較低地區

(如花東偏鄉)如何保障點值，我們會透過總額機制去討論。另一方面，如何讓支付制度從論量計酬(Fee of service)轉變為以健康價值為基礎的支付方式，必須持續與各界溝通並凝聚共識。另有關表別放寬，以及因應新興科技，遠距醫療等限制放寬一事，將持續邀集各界討論。

(3)第三部分，有委員關心個別計畫，例如智慧醫療，我們有規劃次世代醫療資訊系統計畫，以及孕產婦周產期照護計畫、三高防治計畫、遠距醫療計畫等，都是比較執行面的問題，將於會後再與委員持續溝通。

3. 劉委員鏡清

(1)有關陳適安委員提到協助醫療院所醫療資訊系統部分，周理事長及幾位醫院協會亦有到國發會討論，也建議可參考新加坡作法。我會找數發部、衛福部來討論，儘快協助醫院改善數位醫療部分。

(2)關於人工智慧法規，我們已經研擬 AI 基本法，將持續凝聚各界意見。

(3)至於智慧醫療結合健康照顧，我們刻正研議智慧跟數位醫療創新創業基金，預計投入 100 億元，鼓勵各界投入醫療、醫材等創新、創業，從數位醫療改善醫療發展，預計 2 周後向外界報告。另因應未來人力短缺議題，日本在照護機器人研發較為先進，9 月中我會赴日討論合作投資機器人，希望可取得相關技術，再運用百億基金進一步發展。

(4)針對協助經濟弱勢民眾部分，我們可與衛福部研議如何運用促進轉型基金來提供協助。

(5)根據近期人口推估，2070 年我國 14 歲以下小孩會減少 172 萬人，青壯年減少 922 萬人，65 歲老人會增加 249 萬人，65 歲老人會占 46.7%，中位數年齡達 62.5 歲，

屆時是 1 個青壯年養 1 個老人，國發會將找各部會研議如何因應人口減少問題。

4. 鄭委員英耀

- (1)教育部主要從健康促進、心理健康支持等預防醫學角度來推動健康台灣政策，有關 SEL 政策，已有研究指出個人能否清楚對自己或他人的情緒覺察，同時能夠從事社會技巧與同理心的學習，將有助未來應對霸凌、壓力或心理疾病。教育部已在討論如何規劃及落實 SEL 政策，亦將強化學生、家長、老師、社區整體合作。
- (2)有關全民運動部分，目前透過全國教育局處首長會議共同簽署「校園開放宣言」，各縣市各級學校放學後及假日時間校園全面開放，讓中小學、各級學校成為社區運動場域空間。我們也刻正評估啟動運動券、運動卡之可行性，有很多研究指出全民運動對民眾身心健康之重要性。
- (3)研究顯示透過遊戲去學習，有助於兒童、青少年的創造力，教育部正規劃三年專案研究建立我國兒童遊戲政策之本土化研究資料，讓孩子透過遊戲學習解決問題、挑戰、冒險，承擔可承受的風險，提升青少年創造力。
- (4)台灣半導體是護國神山，醫療是第二座護國神山，將透過高教深耕計畫第二期，積極推動科技、醫學、生醫產業等跨域合作，發展醫療科技。

(三)顧問發言

1. 林顧問欣榮

- (1)感謝政府對偏鄉給予很多支持，這幾年偏鄉地區由醫院結合診所及衛生所共同努力，並結合新興科技，強化偏鄉醫療，在各界努力下持續縮短健康餘命差距，達到健康平權目標。現在秀林鄉成功案例，美國、日本

等國都來交流學習，相信我國除了健保第一，偏鄉的醫療平權也會是世界第一。

- (2) 目前精準醫療主要用於西醫，花蓮慈濟醫院致力於中西醫合療，亦藉由基因的不同，從中草藥資料庫中尋找適合藥物治療。建議政府鼓勵推動中西醫的精準醫療，並結合科技及 AI 技術，提升醫療效能。
- (3) 強化偏鄉人才培育，在地培訓公費生，並落地服務。很多花蓮培育的公費生，幾乎一輩子都留在花東服務，針對考照率部分，我們有 14 項國家證照，部分考照率較低，建議再行檢討，以解決人才培育問題。
- (4) 針對很多委員建議之細胞基因療法，世界各國皆在發展，建議政府可以加強國內相關產業發展及投資，發展台灣細胞基因療法。

2. 吳顧問明賢

- (1) 我國半導體產業成功是因為創造多元共榮的生態，台灣醫療體系分為四級，但已慢慢喪失分級功能，而且用評鑑決定給付，剛才陳適安委員提到某些地區醫院經營困境、人才不足問題，建議政府應予以協助。我們在交通不便的地方興建新醫院、成立新醫學中心，但健保沒有增加新財源，醫師數也沒有增加，最後醫師將往兩極化移動，至醫學中心或是基層診所服務，故整體人力配置應妥為規劃。
- (2) 健保財務部分，北歐國家最早實施健保，並課很高的稅，而我們並未課那麼高的稅。我贊成將金融保險加入健保，有助於產業發展。醫院現在也朝兩極化發展，目前病人最需要的是單人床或健保床，若附加金融保險，像達文西手術，讓有需求的病患可以自由選擇，亦是未來可考慮發展之方向。第二個部分為不動產業，可研議不

動產社福捐的概念，目前社會關注居住正義議題，或可研議讓渠等有所回饋。

- (3)另有關藥品政策，藥品費用支出目標制(DET制度)將造成劣幣驅逐良幣，之前有發生點滴缺藥問題，政府應研議有效管理及保障台灣學名藥廠，否則好的學名藥都賣到國外。韓國學名藥、生物相似藥政策成功，我國可參考學習。
- (4)衛福部第五期癌症計畫應加強擴大癌症篩檢，也感謝健保署將胃癌藥物納入健保給付。

3. 陳顧問威明

- (1)台灣資通訊產業和醫療產業為兩大強項，建議政府成立全民健康守護諮詢網，可將X光片上傳，由醫生判讀決定是否就醫，這樣可讓人民有感，並讓全國及海外旅遊國民達到全面健康覆蓋，但牽涉法律等問題，需謹慎研議。
- (2)退輔會有3個醫學中心，16個榮民之家有8,000多床，是台灣最早實施醫養合一的單位，目前百歲人瑞有1,042位，表示醫養合一政策是成功的。疫情期間我們用免費視訊，讓居住長者獲得良好照顧。關渡醫院由台北榮民總醫院委託經營，提供當地4萬多民眾優質健康照護，成為社區醫院典範，並將成功經驗分享給日本熊本，展現我國競爭力。
- (3)我身為公立醫院理事長，公立醫院並無多餘公務預算挹注，且掛號費100元，需隨時待命接受任務，為提升醫療品質，點值部分亦請支持。
- (4)健康台灣目標希望延長國人平均餘命，台北與新加坡並沒有差距很大，但與台東差距7歲多，應強化偏鄉醫療照顧，運用燈塔型醫院及遠距醫療等方式提供民眾照護。

(5) 偏鄉醫療除了導入遠距服務，也建議可運用人工智慧機器人協助，但機器人必須要具備自動翻譯原住民族語言的能力，俾強化偏鄉照顧。榮總在台東、花蓮有三個分院，地震後人才羅致更困難，希望政府可以給予協助。

4. 程顧問文俊

- (1) 對於健康促進和慢性病預防，應由國家建構個人健康紀錄(Personal Health Record, PHR)，將健康檢查結果、脈搏、運動等資訊結合健康存摺 APP，讓民眾了解自身健康程度，願意配合相關政策。
- (2) 推動健康促進部分，教育部及其他部會刻正推動全民健康運動，希望政府可提供獎勵措施，如企業競賽，以落實全民健康運動。
- (3) 建議放寬癌症篩檢門檻，以及縮短細胞治療及再生醫療之申請流程。
- (4) 建議長照機構跟養生機構合作。目前國人觀念改變，養生村有三千人在等床，整體台灣生態在改變，希望未來長照機構能夠跟高級住宅或養生村合作。
- (5) 智慧醫療部分，推動次世代醫療計畫，建立快捷式醫療服務互操作資源(FHIR)交換格式對醫療機構資訊互通及整合，對發展 AI 甚有助益。
- (6) 希望健康台灣深耕計畫比照教育部 5 年 500 億「邁向頂尖大學計畫」模式辦理，對台灣健保永續有正面協助。
- (7) 2050 淨零轉型是全世界目標，也是台灣目標，建議透過評比，對於積極投入 ESG 之醫療機構設有獎勵機制，如電費補助。
- (8) 推動國際醫療可讓世界看到台灣，對我國外交困境亦有正面幫助。如我國移植技術及整形外科等皆很有優勢，新加坡跟韓國運用連續劇推銷醫療，建議文化部亦可透過此方式推廣我國醫療長項。

5. 余顧問明隆

- (1) 健康台灣願景規劃所示 13 個行動計畫，與 WHO 對非傳染性疾病(NCDs)防治規劃非常貼近，每年全球超過 4,000 萬人死於 NCDs，占死亡人數四分之三，其中四成是 70 歲以前死亡，為過早死亡；心血管疾病、癌症、慢性阻塞性疾病、糖尿病是 NCDs 主要死因。WHO 宣示將「2030 年 NCDs 造成的提早死亡減少三分之一」設定為聯合國永續發展目標(SDGs) 3.4 目標，並擬定相關行動計畫。
- (2) 有關衛福部健康台灣願景規劃設定 3 個影響性指標，契合 WHO 2030 年 SDGs 3.4 指標，並建議結合全民運動、淨零排碳之主軸，以及增加空汙、菸酒防制等政策，可扣合 WHO 宣示，健康台灣推動成果將可讓我國躍上國際舞台，變成我們前進 WHO 之助力，與國際分享台灣經驗，亦有機會讓健康科技產業推向國外市場。
- (3) 推動相關政策應強化民眾衛教識能。

6. 陳顧問穆寬

- (1) 台灣醫學教育過去重視人文素養，但目前急重難罕症缺乏醫事人員，且偏鄉人力無法留任，故應強化醫學生醫學教育及人文素養。
- (2) 有關分級醫療部分，建議大學附設醫院、公家醫院不要再用醫中計畫或是綁定 IDS 計畫，醫學中心可買下經營不善之社區型弱小醫院，以照顧其員工及偏鄉民眾，善盡醫療機構社會責任。要建立好的醫療體系，應要公私協力，才能解決偏鄉醫療不足問題。

7. 邱顧問冠明

- (1) 呼應吳明賢顧問想法，建議全國病床設立及擴充，由中央主管機關從嚴把關。目前病床使用率僅 6 成，但

還要開設1.2萬病床，不甚合理，應將醫療資源做有效分配。

- (2)總額制度運作至今已有僵化問題，建議改為西醫基層、西醫醫院、中醫及牙醫總額，全島一區，跨區橫向專業治理，並保障急重難罕及偏鄉點值，以及夜間或假日加成。
- (3)在醫療跟長照銜接部分，建議將出院準備服務跟照管中心提早結合，讓民眾一出院就有居服員、甚至長照交通接送服務，會相當有感，這比全責照護更有效，也可加速病床周轉，以及減少急診壅塞。

8. 林顧問聖哲

- (1)因本委員會並非各職類醫事皆有相關代表，建議衛福部或健保署提供溝通管道，並確保管道持續暢通，讓委員及顧問可即時提出相關建議及反應問題。
- (2)衛福部希望增加國人平均餘命、減少不健康餘命，應加強推動相關政策，南北、男女健康餘命差距等議題皆應重視，並強化推動建立良好生活習慣。
- (3)為推動健康城市，有關民眾安居及暢行部分，政府應多協助，如老舊公寓沒有電梯，針對高齡長者應予協助；另規劃公車開進醫院院區，方便民眾搭乘，並於醫院建置跑馬燈，通知公車抵達時間，讓民眾可以安心就醫，不用擔心錯過公車。

9. 張顧問鴻仁

- (1)健保總額預算制實施了20年，也是生技醫藥產業發展最快的20年，有太多非常有效的新藥上市，但健保預算遠遠不足，如何在不提高健保費的前提下，尋找2千億財源以補足健保新藥給付的缺口，答案就在「自願性第二層健保」。
- (2)自願性第二層健保是一種政策險，由政府出面承擔最後風險，才能將行政費用、銷售費用、費率降到大部分

民眾可負擔的範圍。這種保單跟現在健保用多繳少、用少繳多，屬性是社會保險有異。採用的是經驗費率，風險高者多繳，風險低的少繳來決定費率，這部分的相關細節非常複雜，需要政府交由已成立的工作小組（國衛院論壇）進一步討論。全民健保的困境就是缺錢，主因是無法調漲健保費率，只有另行籌措多元財源才是正本清源之道。

（四）副召集人發言

1. 翁副召集人啟惠

- (1)要落實這些寶貴意見，還是要解決財源問題。有新財源，才有辦法涵蓋更多新興生物科技產品、讓民眾有選擇機會，也讓疾病及早發現、有效治療，並促進台灣生醫產業發展。但要增加財源，必須要有誘因，就像剛才吳委員、張顧問提到，台灣壽險業投資的風險資本率(RBC)太高，缺乏足夠的誘因。
- (2)建議研議開放癌症新藥基金讓民間捐款並抵稅，甚至成立其他疾病基金，並將基金交給專業人士經營，以確保永續。
- (3)贊成何美鄉委員的想法，要落實早期檢測、早期治療的概念，從疾病治療向前延伸至預防保健，降低疾病風險及死亡率。科技進步產生新的檢測與治療，台灣可以利用自己的強項，如AI技術，應用到健康醫療發展。
- (4)偏鄉地區幾乎沒有醫生，特別需要藥局存在，建議將藥局納入健康台灣健康照護體系內，並強化其資訊系統。

2. 陳副召集人時中

- (1)當初衛生署成立，張博雅署長說到「健康是權利，保健是責任」，今天很多討論都著重在滿足國人健康的權利，但保健是個人的責任卻很少被提及。政府應提供方法

和誘因，強化個人預防保健責任，透過 AI 技術的導入，整合健康檢查數據，發展健康存摺，讓個人有所依循，作為健康導航。

- (2) 在長照體系部分，失能和年紀應分開看待，如何讓失能者亦納入長照服務體系，是未來規劃方向。
- (3) 後疫情時代應將健康一體(one health)概念納入規劃，從氣候變遷、環境保護、動植物傳染病跟人類傳染病如何結合。第二應建立完整防疫體系，第三公立醫院及部立醫院在防疫體系之協調合作，需有公務預算挹注，並應規劃公立醫療體系如何在平時和戰時(疫情期間)適當轉換，這些都是政府應及早規劃準備事項。
- (4) 關於兒童照護議題，我過去擔任部長時，各界建議成立專責機構，我一直都沒有很贊成。但現在覺得沒有改變體系或建立專責機構，恐怕難建立功效。所以我現在比較贊成將兒童、孕產婦照顧由專責單位執行。新生兒死亡率從 5.3‰ 降到 4‰ 以下極具挑戰，必須要有相當決心、經費，還有整個體制改革。

3. 陳副召集人志鴻

- (1) 《健康台灣推動元年建言書》是集結參與健康台灣論壇的演講者與與談者的報告與論述，供委員及顧問參考。
- (2) 台灣醫學教育的發展持續在進步，主要是由教育部醫教會與全國醫學院院長聯席會議定期討論，並有考選部、教育部及衛福部的參與。
- (3) 台灣的護理教育，也需要有全國性的機制來持續推動進步，我建議可以成立類似醫學院長聯席會議的組織來共同研商護理教育核心價值及「教考訓用」合一的人才培育政策。培養出有專業素養的護理人才是打造「健康

台灣」不可或缺的一環。我建議台大和成大醫學院長可以協助護理學界推動建立意見交流的平台，以解決護理人才培育的問題。

(五) 賴召集人清德

1. 健康台灣願景規劃報告

衛福部的「健康台灣願景規劃」，融合了「國家希望工程」、「健康台灣論壇」十大建言及十大策略各項重點，提出「促進全人全齡健康照顧」、「強化醫療照護一體化」、以及「優化環境與創新發展」三大目標，列出11項工作重點。當中，包含前端健康促進、慢性病預防、提高篩檢，到後期醫療與長照銜接、安寧照護；從全面優化兒童健康，到顧及全民心理健康，也關注原住民健康。

同時，透過健保永續經營，以及健康台灣深耕計畫為基石，來改善醫事人員從業環境，導入智慧醫療，促進創新發展，優化整體醫療環境。

報告中提及「健康台灣」的目標，是在未來8年內，國人平均餘命，可以從79歲提升到82歲，不健康餘命占平均餘命的比率，可以從10%降至8%，同時，兒童死亡率從5.3%，降低到4%以下。

請衛福部依本報告案的規劃，和相關部會通力合作，落實推動各項工作，達到「健康台灣」的目標。

2. 健保永續-改革及優化報告

全民健保，是國家重要社會保險制度，健保財務應視為健康投資，請衛福部持續朝健保財源多元管道研議，如涉及民眾權益，必須廣納意見多加溝通，務求健保穩健經營。

健保總額預算適度成長，是反映人口結構與物價趨勢，穩定合理點值，也是各界共同的期盼，但需要通盤考量，審慎以對。

政府會持續挹注並完備相關配套措施，才能確保健保資源合理配置，醫護人員獲得合理薪資待遇，保障民眾就醫品質。

在藥品改革方面，我要感謝藥師公會全聯會，積極提出許多建議，我們也把許多寶貴意見納入未來要推動的政策當中。政府會繼續努力，讓未來台灣的藥品供應，無論是品質或是供應鏈韌性，都能不斷提升。

3. 委員關注議題之回應

- (1) 政府應協助公私立醫院全面建立智慧化之醫療資訊系統，讓民眾得到更好的醫療服務，亦須思考解決中小型醫療機構經營困難之問題。
- (2) 今日談到有關營養、睡眠、運動、心理、肥胖、用藥及急重罕難症治療給付等面向，應有一個完整的行動方案，俾解決相關問題。
- (3) 有關委員關切城鄉醫療差距、醫療平權等問題，放寬科別、放寬負責醫院等建議，都值得進一步討論，以強化偏鄉民眾得到醫療照護。
- (4) 請衛福部、健保署跟醫界就健保點值議題持續討論，建議以「大開大闔」的態度，探討一套更好的健保給付制度。
- (5) 關於用藥問題，包括癌症用藥流程申請流程冗長、如何支持本地藥廠學名藥、協助罕病用藥取得，以及藥價昂貴等議題，都應妥為處理。另罕見疾病藥費昂貴，應如何處理，避免影響健保財務，亦應納入考量。
- (6) 產後檢查為重要議題，請衛福部納入規劃。
- (7) 針對癌症防治，目前已規劃增加癌症篩檢預算，如胃癌篩檢，請衛福部針對委員建議，納入癌症防治第五期計畫中。

- (8) 請衛福部及健保署研議放寬心理健康線上診療的可行性，可兼顧病人隱私權，亦不影響治療過程。
- (9) 為達到國人平均餘命延長、不健康餘命縮短、癌症死亡率下降之健康台灣目標，強化癌症篩檢與治療、NCDs及三高防治、提升偏鄉醫療，皆為重要議題，請衛福部根據此目標提出更完整之行動計畫。
- (10) 健康台灣的重點之一，為改善醫療人員工作條件，讓大家能發揮所長，提高病人醫療品質，在健康台灣的目標下，需研議如何改善醫療環境，達到病人、醫療人員、國家三贏局面。
- (11) 本委員會將增聘藥界及護理界的委員或顧問。另因基層藥局很重要，除醫療機構需建置智慧化系統外，社區藥局亦需納入。
- (12) 為強化推動健康台灣相關事宜，未來將邀請國健署及食藥署列席與會。
4. 感謝各委員與顧問所提寶貴意見，請衛福部、健保署、國發會、教育部等機關，持續與委員溝通討論，研擬相關行動方案及政策，並配合修法及編列年度預算，逐一解決問題，讓醫界和社會感受到健康台灣推動之具體成效。
5. 明年，台灣將邁入「超高齡社會」，請衛福部整合預防保健、醫療和長照資源，結合實證醫學，並且善用智慧科技，來打造全人、全家、全社區的整合照護，同步增加國人健康餘命及平均餘命，穩健地打造「健康台灣」。

二、擬具「總統府健康台灣推動委員會委員會議議事規範(草案)」，提請討論。

決議：照案通過(如附錄二)。

附註、**臨時動議**：無。

柒、主席結語

我要再次感謝各位的支持和參與，一起來打造「健康台灣」。從大家的發言，除了獲得寶貴的建議，我也感受到深切的期待。

在今天的會議，我們設定了「健康台灣」的目標，就是「活得久、過得好、健康趴趴走」，因此我們在未來 8 年內，要讓國人的平均餘命，從 79 歲提升到 82 歲，不健康年數占平均餘命的比率，可以從 10% 降至 8%，以及兒童死亡率，從 5.3‰ 降至 4‰ 以下。

另外，我們要優化「長照 2.0」，提早啟動「長照 3.0」。過去 8 年，政府推動「長照 2.0」，積極建構以社區為基礎的照顧服務體系。全國長照據點，從 7 百多個，增加到超過 1 萬 4 千個。

隨著台灣邁入「超高齡社會」，家庭照顧更不能等。未來，我們將擴大醫療與「長照 3.0」的結合，讓醫療照護從社區走入家庭，打造居家、社區、機構、醫療和社福的一體式服務。這當中，包括在宅醫療、夜間緊急服務，也要協助照顧者有更多的喘息機會。

目標設定了，我們就要全力以赴。今天衛福部報告的「健康台灣願景規劃」，融合「國家希望工程」和「健康台灣論壇」的方向和建言。我們會整合各部會的資源，運用公私部門最大的力量，來落實各項工作。

我們也要繼續推動健保改革，加強跨機關、學界、醫療界、產業界，以及民眾之間的對話與溝通，來確保醫護人員有合理的薪資待遇，保障民眾的就醫品質，讓健保可以永續發展。

我相信，唯有更平權的醫療，才有更健康的國民，也才能讓台灣更強大。

「健康台灣」的推動，涉及人民全生命歷程的健康大小事，我們還有許多議題要討論，有許多工作要做。

最後，我還是要感謝今天的報告案，按照國家氣候變遷對策委員會的運作模式，都有先經過行政院卓榮泰院長的核可，再進到委員會討論。

未來，我也要請副召集人陳時中政委、執行秘書邱泰源部長，將「健康台灣」的政策推動進度，列為以後委員會的報告項目。一方面，透過每季一次的會議，強化社會溝通；另一方面，更重要的是，讓全體國人，更了解攸關自身健康的政策措施。

接下來，讓我們一步一腳印，共同努力完成目標，謝謝大家。

捌、散會：下午 8 時 5 分

附錄一 總統府健康台灣推動委員會第1次委員會議討論事項 顧問及委員書面意見彙整表

第1案、健康台灣願景規劃	
顧問/委員	陳適安委員
意見	1. 小型醫院如地區醫院，醫療資訊系統的協助建置。 2. 醫療人工智能的法規事項。
顧問/委員	高淑芬委員
意見	<p>台灣精神健康建言書</p> <p>一、針對台灣精神疾病防治及精神醫學會的建言</p> <p>A. 「台灣精神醫學」在台歷史與重要貢獻</p> <p>「台灣精神醫學會」(Taiwanese Society of Psychiatry, TSP)自民國49年1月2日成立以來，一直以促進國民精神健康為己任，早期以台大醫院主導的精神疾病流行病學研究及思覺失調症研究為主，與國際和WHO接軌；1980年以來加入精神藥物及生物學研究，及各種精神疾病研究陸續被重視，2000年加上腦影像學及神經發展疾患(如思覺失調症、情感性疾患、自閉症和注意力不足過動症)研究，享譽國際。在國內各種重大事件中，精神醫療團隊發揮舉足輕重的角色，例如：在921大地震、莫拉克風災、八仙塵爆及COVID-19疫情等重大災難中，學會迅速組織多個專家團隊，提供心理急救和長期精神健康支持，協助國人度過難關，加速創傷後的身心復原，以下依各專業領域分述。</p> <p>A.1 司法精神醫學：具有司法精神專業的精神科醫師在法庭上提供專業意見，協助判斷精神疾病患者的責任能力，並積極參與「精神衛生法」的修訂。此外，為了提升精神科醫師在司法案件中的專業能力，</p>

學會推動設立了司法精神醫學次專科培訓計畫，確保精神科醫師在司法程序中能夠提供專業且中立的意見，從而保障精神疾病患者的權益，並協助司法系統做出公正的判決。

A. 2 社會倡議(正名及去汙名化)：台灣精神醫學會積極推動思覺失調症並和台灣兒童青少年精神醫學會(Taiwanese Society of Child and Adolescent Psychiatry, TSCAP)推動注意力不足過動症及自閉症患者的去汙名化運動。對於思覺失調症，台灣精神醫學會致力於正名運動，以改善社會對這些疾病的誤解，減少汙名對患者康復的阻礙，並推動大眾接納患者，維繫病患所需的社會支持網絡。自閉症和注意力不足過動症均是常見且長期影響個人、家庭和社會的精神疾病，我們積極強調患者應及早接受診斷與全面性的治療，並呼籲社會不應對罹病兒童青少年與家庭貼上汙名標籤。為此，兩大學會也協助政府推動全國性衛教活動，以增加國人對兒童青少年精神疾患的認知，並全面提升兒童青少年心理健康。

A. 3 社會倡議(人權議題)：支持政策，以堅定清楚的立場，主動倡導多元性別及性傾向者的權益平等，在法律和社會層面提供充分的保障，包括醫療照護、反霸凌、反歧視及合法婚姻等權益。

小結：台灣精神醫學會在災難因應、司法精神醫學、社會倡議和臨床服務方面，持續推動醫療與社會變革，致力於提升大眾對精神醫療體系的信任，並期盼能繼續為台灣社會的精神健康與社會安全做出貢獻，並且在臨床服務，培育優良下一代精神醫療人員和致力於精神醫學研究，達到國際水準。

B. 我國精神科醫療之特色

台灣精神健康服務的發展，在政府與各種相關專業學協會的共同努力下，分工體系成熟並且持續進步。精神醫療團隊肩負維護國人精神健康之重責大任，多年來持續精進，長期投入人才培育、精進醫療服務、擴大社會參與、媒合資源連結，並且與國際接軌，具有諸多特色與優勢。

B. 1 完整且全面的精神專科醫師訓練制度：學會除了持續為國家培育精神醫療的專業人才外，亦透過次專科制度的建立，發展多元的精神醫療面向，包含：兒童青少年精神醫學、成癮精神醫學、老年精神醫學、生物精神醫學、司法精神醫學等。而隨著國人之精神健康問題與照護需求之增加，關注之範疇亦涵

蓋心身醫學、心理腫瘤醫學、社區精神醫學、校園心理衛生等，乃至長照與社會安全網系統之建置與精神衛生法規之修訂等。

B.2 以傳統精神醫學出發，與時俱進：針對新興心理問題，國人精神健康與國家發展之需求，學會提供跨領域與跨族群的精神醫療照護，並參與公共政策之擬定及執行，不遺餘力。

B.3 學會成員遍及各醫療體系：包含醫學中心、區域或地區醫院、精神專科醫院、基層診所等。學會提供會員開放的交流管道，促進彼此穩健的合作，讓凝聚不同醫療體系的會員在臨床照護、資源共享、社會參與以及人才培育上戮力同心，共同守護國人精神健康。

B.4 世界一流的服務與研究水準：我國的精神科醫師，不管在醫療水準，學術成就與實際參與上，都能與世界一流國家並駕齊驅。國內各種醫療的優質水準，已為國際社會所熟知。不僅如此，「台灣精神醫學會」跨越國界，積極與國際社會接軌，參與國際交流，支持國家新南向政策，提升台灣精神醫療於世界之能見度。此外，台灣各種精神醫學相關的研究成果蜚聲國際，亦有諸多會員在重要的國際精神醫學組織擔任要職。

C. 我國精神健康面臨之挑戰

提升台灣的精神健康，有內在獨到的優勢但也充滿外在的挑戰，需要各界團結一致，共同面對與克服。

C.1 整體時代與社會壓力遽增，精神健康備受影響：由於當代社會變遷快速、全球化進程受阻、全球經濟惡化、地緣政治風險升高、不同政治族群間張力緊繃、家庭結構鬆解、少子化、網路AI時代來臨、氣候暖化等因素，造成當代社會的精神壓力隨之增高，大環境直接增加情緒衝擊與身心壓力，以及影響兒童的身心成長。

C.2 精神健康資源嚴重不足：目前維護國內精神健康與心理衛生的經費仍以「全民健康保險」為主，但不論是整體健保資源，精神醫療在整體健保中的占比等，皆實際上均捉襟見肘，相較於其他已開發國家明顯偏低，即使精神疾病(包括自閉症和注意力不足過動症)，特別是在老年及兒童青少年族群的精神疾病(或神經發展、神經退化疾患)盛行率逐年增高，但是以總額算法，健保經費無法提高。即便加上其

他部門在精神健康領域的挹注，台灣總投入的資源仍明顯低於先進國家的標準。整體有限的資源，侷限了精神健康的服務廣度與品質。

C.3 精神健康相關任務之跨部會協調合作仍須提升：精神醫療整體任務多涉及健康促進、特殊教育、由幼教到高等教育、藥品管理、藥酒癮防治、司法與社會安全、社會福利、醫院管理及弱勢族群等。良好的精神醫療服務制度，亟須有醫療、教育、司法、警政、社政、民政等跨部會的通力合作，無法由衛福部單獨負責，尤其制度變革之時，各部會間的溝通協調效率不足時，極易造成第一線精神醫療工作室礙難行。

C.4 國民現代化精神健康素養尚待加強：民眾因其文化背景與社會現代化進程的差異，對於現代化精神健康觀念、精神醫療資源的運用、精神健康的知能素養等亦有所不同。不少台灣民眾因為精神健康素養不足，導致未能妥善運用精神健康資源，往往造成精神健康問題拖延惡化，乃至於形成群體性的不適切處理，整體國民的精神健康素養包括精神疾病的知識、去污名化、防治、以及精神康促進，仍有再加強的空間。

D. 我國精神健康服務系統仍待精進

雖然我國已邁入先進國家之列，整體醫療表現水準，國際間有目共睹。然而，若要進一步提升國人精神健康，仍然有系統上需要精進之處。

D.1 國家投入高需求或困難個案的資源不足，導致專業量能降載：以兒童青少年精神科專科醫師的診療困境為例，兒童青少年患者需要較長的診療時間，才能給予完整的評估並提供家長及老師充分的衛教指導。然而，耗時耗力的專業成本付出，目前國內的全民健保給付入不敷出，導致兒童青少年精神科專科醫師或其所在的醫療院所必須分配時間，進行非兒童青少年患者的服務，方能維持收支平衡。這樣的困境導致專業量能的降載，折損兒童青少年患者的就醫可用性，進而影響其健康權。此外，高度專業服務量能降載所導致的溢流效應，也讓需要正確診治的患者，無法即時接受妥適的治療規劃，或因轉而接受低強度的精神照護而惡化。類似的困境除了影響患者就醫權益，也徒增後續醫療支出與社會成本。

D. 2 全民健康保險給付制度侷限精神醫療的可用性與即時性：隨著「急、重、難、罕」精神疾病增多，在基層醫療早期發現、早期治療各種精神疾病，不僅可以避免患者因延誤就醫而失能，也可以降低醫院在門、住、急服務的支出，節省醫療資源，一舉兩得。然而，治療特定疾病的高價藥物，例如：失智症藥物、長效抗精神病藥物針劑等，其健保給付制度在基層診所仍計入平均藥價，導致許多的基層診所因為容易受到抽審與核刪的影響，折損了基層診所積極使用高價藥物治療特定疾病的動力，不利於輕症患者早期接受治療。

D. 3 精神健康相關任務本質多元複雜，不利專業發展：台灣是全球民主人權陣營的一員，隨著國際潮流的重視，司法精神鑑定、強制住院與社區治療、成癮防治、兒童疏忽/虐待、家暴與性侵害案件等跨出一般醫療本業的任務有其重要性，對於社會安全、友善環境扮演重要的角色，對精神醫學專業評估與處遇的需求也日益增加。然而，目前這些專業評估與處遇主要由精神科專科醫師在既有工作量之上額外承擔，專業經驗的累積相對較慢，加上相關業務給付不高，導致缺乏人才投入，影響專業發展，限縮服務量能，反映在政策理想性與現實面的差距。

D. 4 政策與法規未能驅動精神健康產業升級：政策和法規制度上的與時俱進，能夠引導醫療健康產業升級。我國醫療體系現況存在的問題在於缺乏產業結構的升級，良好的理念若僅以試辦計畫的形式推動，最終仍被納入全民健保總額預算內，對於產業發展和服務提供者而言，這些給付淪為總額預算的一部分，初衷無法達成。目前部分精神健康政策對於促進特殊需求項目的產業升級與成熟，以致於留住人才，持續優化服務內容，仍須有系統上的改變與精進。

E. 提升國人精神健康之契機

經過政府與全民多年的經營與努力，台灣除了先天的優勢，社會的進步與變遷也創造了更多提升全民健康的契機。掌握這些契機，「台灣精神醫學會」將能夠為社會作出更大的貢獻，幫助政府為台灣人民帶來最大的福祉，並且以台灣的成功經驗提升國際能見度與影響力。

E. 1 精神健康問題的多元化，促進分群分眾服務的發展：隨著社會壓力的增加、網路普及伴隨成癮問題日益嚴重，兒童、青壯世代、高齡族群、孕產婦、校園、職場、社區、醫院、復健機構、長照單位等族群，皆有各種一般性和特定性的精神健康議題需要關注。國民分群分眾對精神健康服務需求的多元發展，也促使精神健康服務專業「分工、串連和整合」的需求大為增加。

E. 2 數位醫療技術增進精神健康服務的可近性與可用性：科技的進步為遠距醫療提供了更高的可行性與完整性。尤其在精神健康服務領域。相較於其他身體健康問題，精神健康的保健與診治，在良好規劃的遠距醫療模式下，遠距醫療的效果與實體提供服務的效果幾乎相仿。

E. 3 國際合作與交流的增多：台灣的精神醫學專家在國際上擔任了許多重要的領導職位，也成功舉辦過「世界精神醫學會年會(2015)」和多個國際研討會等重量級學術會議。在我國 AI 與大數據運算的加速發展下，成立專責精神健康服務與研究的機構，整合產、官、學資源，善用新科技，提升精神健康的教育、研究、服務水準，將進一步提升台灣在國際精神醫學領域的地位。

E. 4 政府鼓勵與支持公共政策之倡議：當代台灣社會價值鼓勵多元發展，重視公平正義以及健康人權，各種公共政策倡議管道通暢。賴清德總統擘劃「健康台灣」的願景與藍圖，務實地提供台灣精神健康法律和政策的改革機會，可據以提升我國精神健康服務的質量。

F. 「台灣精神醫學會」台灣精神健康建言

當代精神醫學的發展根植於腦科學和行為科學的基礎之上，以實證科學的方法提升民眾福祉與社會安全。不僅可積極增進國人精神健康與韌性，預防精神疾患的發生，給予患者精準治療，降低疾病造成後續的功能障礙和殘障的嚴重度，積極增能以便早日回歸家庭、學校或職場。近年來，隨著市場意識形態的興起與公共支出的縮減，許多先進國家逐漸將原本由政府機構規劃的公共衛生任務，交由第三部門來承擔。專業醫學會因此被賦予了更多責任，不僅視自己為公眾與政府之間的橋樑，更是衛生體系的重要倡議者，積極參與醫療保健系統的監管，同時維繫醫學教育與專業倫理的最高標準。「台灣精神醫學會」邀集各領域的專家，針對台灣精神健康的現況進行總體檢，據此提出「六大建言，三十四項具體建

議」。期能獲得良好的政策支持與資源投入，形成槓桿效應，有效地從源頭解決問題，創造利基，嘉惠國人。

F.1：建言一、成立「國家精神健康研究院」，厚實我國精神健康研發新創之能力(醫療策略)

F.1.1：比照美國的國家精神健康研究院(National Institute of Mental Health, NIMH)和英國的精神醫學研究院(Institute of Psychiatry, IOP)，成立台灣的 NIMH。

F.1.2：專責政策與指引研擬、新藥與創新技術研發，提升我國精神健康之實證基礎。

F.1.3：整合與發揮我國資訊與通訊科技產業優勢，提升我國智慧精神醫療之國際能見度。

F.1.4：開發「精準診治」之智慧精神醫療產品、協助高風險患者早期評估追蹤，並以客觀生物指標進行篩檢、診斷與治療。

F.2：建言二、強化精神科醫師於全民三段五級預防精神醫學之角色(醫療策略)

F.2.1：普及「腦科學」與「腦-精神」功能關係之知識，培養自我覺知腦力「平衡性」與「水準」之知能，推動精神疾病去污名化。

F.2.2：具體藉由推廣「保養式」與「救急式」腦力保養知能提升全民精神健康韌性，從自身、家庭到社會，培養關懷與珍愛生命之國民健康「心」習慣。

F.2.3：提供全民精神健康體檢，實施全國精神疾病盛行率調查，著重各種精神疾病亞臨床期之辨識、追蹤與轉介。除了「早期發現、早期治療」，及早轉介及醫療院所診治，更要「早期發現、早期預防」，及早進行預防疾病發生之「正向」介入。

F.2.4：建立多專業團隊，提供整合性與連續性的幼兒、兒童、青少年、及年輕成人精神健康服務，確保全方位照護。

F.2.5：強化既有衛福部提出的「青壯世代心理健康支持方案」，提升具自殺風險者之轉介率及追蹤率，落實青壯族群憂鬱症急性期之治療成效，並提供「癒後持續性」精神健康支持。以這方案為基礎，推展到針對各危險族群的心理健康支持。

	<p>F. 2. 6：提升全民睡眠健康，跨部會合作減少鎮靜安眠藥不當使用。</p> <p>F. 2. 7：精神科醫師擔任全國「社區心理衛生中心」主任或主責督導，確保相關職類之專業適切性，以個案管理為基礎，整合協調服務內容，發揮團隊多方位合作之績效。據此，可充實「社區心理衛生中心」社區支持功能，發展包含：家庭支持、社區關懷訪視、自殺關懷訪視，以及就業輔導等功能之多元社區服務模式，納入病友同儕支持系統之培訓與服務，創造病友就業機會，以減少醫療支出。並搭配「社區心理衛生中心」，設置全國一鄉(鎮)一「精障復健中心」，藉以提升鄰里精神健康知能。</p> <p>F. 2. 8：發展高困難精神疾病之治療與處遇強化方案，規劃以個案管理師為桶籃，整合嚴重疾病與危險族群之跨層級照護，未來成為精神醫療服務團隊建置的基礎。</p> <p>F. 2. 9：透過學校教育、社會教育與公部門系統，進行生命教育，強化「家庭暴力與性暴力」之預防，暢通社教系統中之加害人與被害人之通報轉介制度，提供此罹患精神疾患之高風險族群，持續性的全人治療，降低其自殺、物質濫用與失能等風險。</p> <p>F. 2. 10：對涉及犯罪行為的兒童青少年進行全面精神健康評估，做適當的精神醫療轉介，以評估是否有精神疾病，並確保犯罪兒童青少年在司法處理過程中有充分的心理健康支持。</p> <p>F. 2. 11：推動校園藥物濫用偵測，並設立配置國家級成癮治療暨研究團隊之「酒藥癮專責病房」以及配置專業認證治療師之「酒藥癮復健機構」及研究。</p> <p>F. 2. 12：設立嚴重功能退化之「輕型精神疾患」復健機構，改善患者認知功能及精神韌性，減少失能。</p> <p>F. 3：建言三、結合「產、官、學」力量，營造治療性社區家園（醫療策略）</p> <p>F. 3. 1：發展、強化與落實各種精神疾患「社區醫療」與「入家醫療」模式，實踐個別化之診治、復健與就業支持。</p>
--	---

	<p>F. 3.2：試辦精神科社區長者憂鬱症「入家醫療」計畫，增加高齡精神醫療之可近性，降低高齡者自殺風險。</p> <p>F. 3.3：開發結合長照之居家精神照護系統，強化高齡精神疾患照護，減少照顧者負擔。</p> <p>F. 3.4：提高精神專業人員居家醫療訪視費用。</p> <p>F. 3.5：調高「社區優化計畫」中，首次訪視個案或有暴力風險個案之醫師與護理師費用，以提升精神科專業人員參與社會安全網之意願。</p> <p>F. 4：建言四、協助政府建立離島偏鄉「留鳥型」之健全精神醫療團隊（醫療策略）</p> <p>離島與偏鄉精神醫療承接在地社會安全之責任，特殊或困難必須在地照護，無法後送本島，以及精神醫療專業人員承擔「情緒勞務」之特殊性，建議政府預先規劃足夠員額之離島與偏鄉精神醫療相關之醫師與醫事職類公費生，包裹式納入現行訓練體制，尊重各職類專業學會員額規劃，確保訓練品質。薪資部分則需考量加給離島偏鄉生活之社會家庭附帶成本，並強化離島偏鄉公部門留住人才之責任與資源，協助離島偏鄉精神醫療之永續發展。</p> <p>F. 5：建言五、完善精神照護相關法規，解決目前執業盲點與困境，提升照護品質與觸角（醫療法規）</p> <p>F. 5.1：推動「精神衛生法」納入精神疾病患者工作與教育內容的合理調整。</p> <p>F. 5.2：設立思覺失調症疾病照護品質認證。</p> <p>F. 5.3：推動制訂商業保險精神疾病除外之配套措施。</p> <p>F. 5.4：開放精神科醫師執行「通訊診療法」適用範圍外之通訊診療。</p> <p>F. 5.5：合理調整精神科慢性病房與急性病房比例，並評估健保給付的適當性，以維持精神照護體系之一貫性與資源的合理性。</p> <p>F. 5.6：放寬資深護理師取得「專科護理師」之考照資格，以補足嚴重缺額之「精神專科護理師」。</p> <p>F. 5.7：加強兒童虐待、性侵被害人之精神鑑定、評估、治療及追蹤。透過跨部門合作，確保受害兒童能獲得長期心理支持與治療，並減少重複陳述情境所造成之二次傷害。</p>
--	---

- F. 5.8：將心理社會層面照顧納入「癌症防治法」與「國家癌症計畫」中，且列為癌症照護之核心品質。
- F. 6：建言六、以實證為基礎，整合與擴充「全民健康保險」內部與外部精神健康相關資源(精健資源)
- F. 6.1：強化精神科在各層級醫療院所健保內外資源分配的意見權，以落實精神健康政策與服務。
- F. 6.2：包裹式優化長效針劑專案給付，增加精神醫療人員的評估、衛教與社區追蹤的資源，以減少復發、降低再住院，改善社會功能，節省健保資源。
- F. 6.3：提高兒童青少年精神疾病患者的診療費用。
- F. 6.4：擴大精神科「出院準備服務」與「精神科急性後期照護計畫」至思覺失調症以外之其他精神疾病，並考量服務風險及交通困難度，制訂分級費用。
- F. 6.5：以健保外之公部門配套資源，協助政府推行各種精神健康相關政策。

G. 結語

「台灣精神醫學會」宣示與落實以「提升福祉為目標，促進復原為導向」之精神衛生政策，積極與公部門合作，並積極參與政府醫療外交推廣台灣經驗，專業濟世。本會「台灣精神健康建言書」倡議與推動各種「醫療策略」、審時度勢以諍言「醫療法規」、爭取拓展與挹注「精健資源」，期能與時俱進，身先士卒，協助政府全面守護國人精神健康。

二、兒童青少年精神醫療及心理健康建言

台灣兒童青少年精神醫學會(TSCAP)自1998年11月7日成立以來，致力於推動兒童青少年心理健康的研 究、臨床及教學，並培植兒童青少年精神科醫師。兒童青少年精神科研修醫師需完成精神科住院醫師訓練(至少四年)後才能接受訓練，現有會員373人，其中兒童青少年精神科專科醫師313人(均具有精神科專科醫師執照)，定期舉辦學術會議、繼續教育課程及工作坊，促進專業間與國際間的交流與合作，除了精神科醫師以外，各相關專業人士均可以參加，每年的年會是國內唯一專為兒童青少年的精神健康、心智困難的學術會議。

A. 成果與貢獻

A. 1 學術領域：成功舉辦多屆年度學術研討會(今年第 26 屆)，邀請國外學者，以英文發表，研究聚集在自閉症、注意不足過動症、霸凌、自殺、網路成癮等，已發表超過 300 篇的國際學術論文，與國際並駕齊驅。受衛福部委託的全國兒童青少年精神疾病流行病調查發現 25% 兒童有至少一種精神疾病，注意力不足過動症 8.7%，自閉症 1%，這些成果大幅提升了台灣在國際兒童精神醫學領域的學術地位。

A. 2 教育與培訓：定期提供最新的兒童青少年精神醫學知識與技術的繼續教育課程，並與國內外專業機構合作，提供多樣化的培訓機會，持續提升會員的專業水準。

A. 3 社會服務：開展多項臨床服務計劃，與政府和非政府組織合作，推動心理健康政策的制定和實施，例如：嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫障礙改善計畫.，世界組織生組織合作推動自閉症發展遲緩兒童親職技巧訓練台灣執行計畫(WHO-CST, World Health Organization-Caregiver Skills Training)。

A. 4 國際事務：多次擔任國際兒童青少年精神醫學及相關專業學會(IACAPAP)副會長、亞洲兒童青少年精神醫學(ASCAP)的副會長及理監事，及其他學會的特聘研究員，以及全球兒童精神健康中心的國際顧問。

B. 願景

提供給患有神經發展及精神疾病的兒童青少年精準的治療，並結合家庭、學校、社區、和政府給予兒童青少年一個身心健康的成長環境。

C. 危機

近年來台灣兒童青少年的精神健康問題日益嚴重，兒童疏忽/虐待、家暴/性侵、自閉症、注意力不足過動症、憂鬱症、自殺、自傷的比例持續上升，網路成癮、學校及網路霸凌和拒(懼)學等問題也屢見不鮮。目前台灣仍沒有專屬於嚴重兒童青少年精神患者的急性病房，這些問題不僅威脅到兒童青少年的身心健康，還對家庭、學校及整個社會帶來了巨大的挑戰。要有效應對處置這些愈來愈多的兒童青少年的身心

問題，需要政府、社會、學校、醫療、及各專業團體的整合，從早期預防、早期篩檢診斷、創新技術、照護模式、以及司法精神醫學等多方面著手，制定更全面的政策和實施。

D. 建議與期望

D. 1 疾病預防與診治

D. 1. 1 初級預防，全面性精神健康教育：以整合行銷傳播模式不論對政府主管機關、大眾、學校老師教育者、父母(或主要照顧者)，各接觸或處遇兒童青少年的專業或非專業人士，均能藉由演講、Podcast、廣播、平面和數位媒體、社交及通訊軟體、以及繼續教育等，正確的了解兒童青少年的各種精神疾病(例如自閉症、注意力不足過動症、畏懼症、焦慮症、憂鬱症等)和需要處遇的問題(例如兒虐、家暴、網路成癮、各式霸凌、拒學症等)，增加敏感度，及早發現、及早轉介，即時接受評估和診斷。

D. 1. 2 定期身心健康篩檢：繼衛福部 2015-2017 年支持的兒童精神疾病流行病學調查，所得結果可以做為政府規劃相關資源的參考，並且早期篩檢有精神疾病或是校園、網路霸凌、自傷、自殺等目前對兒童青少年身心傷害的問題，建議不定時及需要時於學校及社區進行篩檢，以提供兒少自己、其照顧者和老師參考，是否需要進一步轉介及評估。由全國性的兒童青少年的精神疾病流行病學調查，宜每二年進行一次。

D. 1. 3 整合醫療、家庭、學校及社區：以早期治療精神疾病，建立醫療、家庭、學校的兒童青少年身心障礙轉介治療網絡，結合兒童精神科醫師、臨床或諮商心理師、社工師、職能(物理)治療師、護理師、特教老師、學校諮商心理師，給予有身心障礙的孩子整合性的治療及後續的復健，以便即早回到學校；對於只是出現適應困難的孩子，可以提供早期介入服務，通過提供他們更容易獲得、有意義並富有彈性的互動、運動和休閒娛樂活動，來提升兒童青少年心理韌性，預防發展成精神疾病。對於已經有神經發展疾患(例如自閉症、注意力不足過動症、妥瑞氏症、發展障礙)

的孩子，學校宜設計個別化的資源教室，且持續強化校園教師/輔導人員對心理健康的知能、技巧提升、和第一線處遇的技巧，並強化與醫療之合作，使學校及學輔中心的諮商/社工師擁有更完整的督導制度。

D. 2 創新技術與研究

D. 2.1 數位平台發展：因應網路成癮等現代青少年問題，鼓勵發展針對兒童精神健康的數位平台，例如將評估問卷和兒童精神科診斷性會談數位化、線上心理諮詢和個案管理，並結合 AI 技術進行早期風險評估和介入，提升整體服務效率和準確性。

D. 2.2 爭取研究經費：國內對兒童精神疾病的研究一向較不重視，國內國科會的神經科學或腦科學的專案研究只有聚焦在神經退化和疼痛的研究或是兒童研究以小兒科為主，因此，兒童青少年精神疾病或神經發展疾患爭取研究經費補助機會相對受限。但是不論自閉症和注意力不足過動症均被認為是出生就有的腦疾患，其機制仍未明，且自閉症並無任何生物學的治療方式，以及日漸增多的兒少憂鬱症、情緒行為障礙、3C 成癮、自殺、霸凌等問題均急需研究。雖然少子化，但是孩子的情緒行為和精神問題反而與日遽增，研究和資源需要挹注更多。建議比照美國的國家精神健康研究院(National Institute of Mental Health, NIMH)和英國的精神醫學研究院(Institute of Psychiatry, IOP)，或是像歐美及韓國等國家成立國家自閉症研究中心或是國家兒童青少年精神疾病研究中心等，提升兒童精神醫療研究學術能力，且補助鼓勵於國際會議發表成果。

D. 3 照護模式

D. 3.1 多專業團隊建置：在面對多樣化的兒童精神健康問題時，推動建立多專業團隊，培養完整兒童青少年精神醫療團隊，強化醫療、衛政、社政、教育的合作，將特教、輔導與醫療整合為一體，提供整合性的兒童精神健康服務。同時，協助教育體系提升敏感度與處理效能；社政體系針對兒少保護議題的處理，和司法體系進行非青少年潛在的精神疾病評估，以此確保每位受照護者都能夠獲得全方位的照護與支持，持續推動相關醫療與健康促進政策。

D.3.2 家庭與學校的角色強化：為了更好地應對心理健康問題，通過課程與教材深化學生對「精神心理健康」的自我「了解」與相關「知識」，強化家庭和學校在兒童心理健康中的作用，提供專業培訓，使父母和教師能夠識別和應對兒童早期心理困難，有效支援孩子們的心理發展。

D.4 司法精神醫學

D.4.1 犯罪行為的精神健康評估：隨著霸凌和拒(懼)學現象的增加，建議推動對涉及犯罪行為的兒童青少年進行全面精神健康評估，以確定其是否有任何精神疾病，以及犯罪行為形成的生物-心理-社會的遠因、近因及加重因子，確保在司法處理過程中能夠提供充分的心理健康支持，保護孩子的權益，及後續長期追蹤治療保護這些孩子，不再有違規犯法的行為，以及能身心健康地成長。

D.4.2 兒童疏忽/虐待/性侵被害人保護：加強對兒童疏忽/虐待/性侵被害人的精神鑑定、評估、治療及後續的追蹤，強調跨部門合作，確保受害兒童能夠獲得長期的心理支持與治療，並減少重複陳述帶來的二次傷害。同時，必須建立更完整的兒虐/受虐保護網路及後續長期追蹤治療；定期更新工作人員的訓練、本身的監督及支持系統。

D.5 專款補助與工作環境改善

目前的治療費用完全由健保支付，雖然可以讓全國孩子，只要其照顧者帶來醫療院所，必能得到適當的治療。然而，患童的問題複雜，評估診斷及治療需整合費時，和一般醫療不同，僅靠健保難以維持品質，或是醫院願意請兒童精神科醫師。因此，有以下建議：

D.5.1 專款補助兒童青少年專責團隊：建議政府提供專款補助，給予合理給付及加級補助，提高兒童從業人員的健保給付及獎勵金，提高兒童青少年個案的診斷性會談、心理會談，和心理/家庭介入的給付，並設置合理門診量。另外，支持建立專責團隊處理青少年及兒童的各種精神疾病、自殺自傷、網路成癮、霸凌和拒(懼)學等議題。這些問題對下一代的身心健康發展至關重要，專門的資源將確保這些團隊能夠有效應對和介入，為孩子們提供必要的支持。

D.5.2 改善專業人員工作環境：由於兒童精神科醫師診治患精神疾病兒童青少年需付出更多的資源與心力來診治病人，還需同時協助家庭、學校及社區的相關人員。鑑於兒童精神醫療團隊面臨的壓力和挑戰，建議提高兒童青少年精神醫療健保給付。目前國家照顧兒童病患的政策下已提升小兒科看診的醫療給付。因此，建議國家將此政策延伸至提高兒童精神科醫師的給付，尤其增加兒童青少年急性住院的治療健保給付，以改善精神健康專業人員的工作環境，並持續擴充相關兒童青少年精神醫療的空間與設備。給付合理及友善的工作環境，才能吸引更多的專業人才投入服務，醫院也才願意聘請兒童精神科醫師及其他相關心理、職能治療、語言、特教及各種治療的人力，提升整體服務品質。

D.5.3 專任費用加給：為了支持專門從事兒童青少年精神健康服務的護理、心理和社工人員，建議政府提供專任費用的加給。這樣的補助將有助於這些專業人員的留任，確保他們能夠專注於兒童青少年的診療照護，不被要求分擔成人患者其他不相關的任務，以補足醫院的收入缺口。

E. 結語

一個人沒有辦法決定他出生在什麼樣的家庭，有什麼的父母和環境，出生時是否帶著某些身體或腦部的發展缺陷，甚至在成長的過程中是否被家庭忽略或虐待，或是在學校遇到挫折，以及可能有精神疾病的發病。雖然每個孩子無法決定他的未來，但是兒童精神科醫師，以及其他專業的兒童青少年治療師都有一個願景，希望我們能夠及時的給予精準的篩檢、評估診斷，快速有效的給予治療，讓他們能夠跟所有典型發展的兒童青少年，有身心健康及友善的成長環境，也希望政府能夠重視兒童青少年的發展，只有健康的下一代台灣才有美好的未來。

兒童精神疾病的預防與診治

壹、現況檢討

一、兒童精神疾患就醫率

根據全民健康保險資料庫分析，台灣的注意力不足過動症與自閉症終生盛行率分別為 2.4%、0.3%，而其他精神疾患則均低於 0.1%，整體兒童與青少年罹患任一精神疾患盛行率為 4.6%，明顯低於 2015 ~2017 年衛生福利部委託高淑芬教授所進行的「全國性兒童與青少年精神疾病流行病學調查」。該調查指出：32.3% 學童終生罹患任一精神疾患；注意力不足過動症與自閉症的終生加權盛行率分別為 10.5%、1.0%，另 7.9% 學童有自殺意念。雖然全國流行病學調查的盛行率高於全民健康保險資料庫的數據許多，但全國流行病學調查的盛行率與世界他國全國性兒童與青少年精神疾患調查結果相比，仍稍低；如以兒童罹患任一精神疾患為例，美國青少年全國共病調查複製研究為 49.5%，荷蘭全國青少年樣本調查為 35.5%。這些不同來源資料與和全民健康保險資料的差距顯示，台灣目前有多數罹患精神疾患的兒童未接受醫師診斷，也顯示民眾對兒童常見精神疾患的覺察仍有相當進步的空間。

二、兒童青少年精神醫療資源分配與專業

台灣精神醫療資源仍嫌不足，且各縣市分配不均；根據 2010 年台灣兒童青少年精神醫學會統計，全台兒童青少年專科醫師僅 210 人，全職於兒童青少年醫療看診的僅 20~30 人，其餘在醫院或診所營運成本考量下，以提供一般精神科醫療服務為主。估算下來，專科醫師與兒童比近 1:20,000，只達到 2014 年世界衛生組織(WHO)出版的「精神健康輿圖」(Mental Health Atlas)中高收入國家應有的精神科醫師比例的一半。

另一方面，台灣多數醫療資源，包含兒童精神醫療，大多集中在都會區，各縣市醫療資源分布差距極大；嘉義縣大埔鄉、高雄市田寮區、金門縣烏坵鄉甚至為無醫鄉，即該鄉鎮無任何醫師服務。其餘的

心理衛生工作者，包括臨床與諮商心理師、社會工作師、職能治療師、精神醫療專門的護理師等，在台均有類似困境：專業工作者人數不足、資源分配極度不均；而兒童青少年的精神醫療與心理衛生專業工作者本身專業能力及服務內容也參差不齊。目前健保對精神醫療與心理衛生處置的給付偏低，對兒童青少年心理衛生處置的相關給付更嚴重偏低，導致專職兒童青少年精神醫療與心理衛生工作的專業人員在大醫院難以獲得支持；僅有部分時間從事兒童青少年精神醫療，必須兼職成人精神醫療的業務。

三、校園特教輔導資源

依照 2014 年公布的「學生輔導法」規定，國民小學每 24 班、國民中學每 15 班、高級中學每 12 班需要編制一名輔導教師。輔導老師與學生比例，跟世界其他已開放國家如美國 477:1、澳洲 800:1 相較，並不遜色。

輔導教師資格包括：諮商輔導學歷背景的教師或一般教師修習相關學分 6~26 學分，不需實習，即可加註輔導專業。初任輔導老師當年需修習 40 個小時職前基礎培訓課程；高級中學以下的老師每年需修習三小時輔導知能在職進修課程，高級中學以下的輔導老師每年要修習 18 小時在職進修課程。依照目前「學生輔導法」規定，看似完善，但仍存在以下諸多問題：

- (一)學生精神健康問題日益複雜，一般教師在修習 26 學分後，不須實習就擔任輔導老師，其學習歷程是否足夠，仍有疑慮。
- (二)各校所規劃 26 學分課程，並未包括兒童青少年精神疾病的介紹，而並未要求每年繼續教育修習時數，相對於韓國老師每年須有 40 小時兒童青少年精神疾患的繼續教育，差距甚遠。
- (三)初任輔導老師所需修習課程及後續每年所需持續進修，除了時數規定外，課程內容及師資並未詳細規定，如此將造成各縣市教師學習內容參差不齊，若授課師資不佳，可能讓教師觀念錯誤，以至妨礙學生精神健康，影響深遠。
- (四)目前輔導老師進行學生輔導工作時，缺乏完整的督導機制。

四、家庭暴力

根據衛生福利部保護服務司「家庭暴力事件通報被害及加害人概況」報告顯示，2015 年通報了 19 萬 1,636 件家庭暴力事件，其中受害者為 18 歲以下兒童與少年案件人數為 33,842 人，換算下來，每千名兒童少年就有八名受害者。本國的兒童受虐通報發生率明顯低於其他國家估計的發生率，Sedlak 等人(2010)研究指出，美國在 2004~2005 年約有 29% 兒童受到某種程度虐待；由此可見，台灣可能有許多受虐兒童尚未被發現或通報。另外，曾遭受虐的兒童容易出現焦慮、畏縮、暴躁、害怕、疏離、退縮等問題，並可能出現輟學、逃家、自殘等狀況，將來也較可能成為加害者，對他人施暴。

五、升學壓力大、補習時數與親子相處時間不足

相較於歐美，台灣兒童在就學階段感受到較明顯的升學壓力。降低升學壓力，一直是教育部主要改革方針，「十二年國民基本教育」(簡稱「十二年國教」)是台灣近年來重要政策改革項目；十二年國教主要理念為：增加全民教育水準、促進教育機會均等、舒緩升學壓力 等。十二年國教的實施方式是將先前九年國教延長至十二年，後三年採非強迫性入學、公私立並行及免試為主，後期中等教育包括高中、高職及五專前三年；預計在 2020 年達到免試入學 85%以上、就近入學率 90%以上目標。

但，十二年國教的實施仍引起許多爭議，其倉促的規劃時程造成許多細部項目不夠完善，例如學區劃分問題、偏遠地區及城市直接切割，造成資源分配更集中都會區兒童，各縣市實行不同調等。根據台北教師公會調查，只有兩成學子同意升學壓力因十二年國教而略為降低，三成學童認為更加惡化。過度升學壓力的環境，勢必影響兒童身心健康發展。

台灣學生上課時間從上午 7:30 至下午 5:00，平均長達 9.5 小時，相較於西方國家如美國 6.5 小時、加拿大 6 小時等要高出許多；且根據「台灣長期追蹤資料庫」的學生課後輔導及補習與家教狀況調查顯示，72.9% 學生都有額外補習或家教，而整體平均每週補習時數為 4.3 小時。由此可知，台灣許多學童每天花超過 12 小時在學校或補習班學習。根據兒童福利聯盟的「2017 年台灣學童學習狀況調

查報告」、「2011 台灣學童學習過勞情形」、「2017 年親子陪伴與教養狀況調查」的報告顯示，在如此高學習時數下，學生學習動機和成效未見改善，相反地，更影響其睡眠、運動、自我學習能力、親子相處時間，父母也可能無法了解兒童想法、困擾、學校適應狀況。

六、罹患身體疾病兒童的精神健康困境目前在台灣醫療專業高度分化與醫療相關資源有限情況下，罹患身體疾病兒童的精神健康，在照護方面存在以下困境：

- (一)台灣醫事專業人員在大學養成教育中，皆包含心理、社會、精神醫學等領域必修課程，但與兒童精神健康相關訓練，其深度與廣度尚不足以因應其未來臨床專業需求。
- (二)兒科專科醫師訓練課程中列有兒童心理、精神醫學相關修習內容，但實際訓練計畫之落實仍待加強；家庭醫學科亦有精神醫學相關修習內容，但未標列兒童精神醫學部分。實際上，精神科臨床訓練幾乎都以成人精神科為主；其他參與照護兒童的他科醫師與非醫師醫事人員的臨床專業養成訓練中，相關兒童精神醫療之臨床訓練課程亦極為缺乏。
- (三)兒童精神醫療相關專業人力的質與量仍明顯不足（參見現況第二點）。
- (四)自 2002 年起，台灣於各地成立遺傳諮詢中心，目前經認證共有 14 所，設有專職遺傳諮詢師。專職遺傳諮詢師訓練課程中包含心理學與諮商理論，但缺乏兒童精神醫學相關之臨床訓練課程。
- (五)近年來醫學中心為因應健康狀況複雜兒童的需求，陸續開設整合門診，進行共同照護。在兒童精神醫療方面因人力有限，僅能參與部分整合門診。
- (六)對於等待器官移植治療之患童，一般會有個案管理師協助術前準備及諮詢，且皆有術前精神相關照會評估，有助於患童與家長心理調適及篩檢有精神健康照護需求者。
- (七)腫瘤個案管理師評估癌症患童各階段身、心、社會需求，提供院內資源連結或適時照護。

七、校園霸凌

(一)校園霸凌定義

除了兒童精神疾患外，兒童與青少年成長過程中常遭遇許多對精神健康造成負面影響的事件，霸凌

	<p>就是其中最常見影響兒童青少年健康的問題。</p> <p>霸凌是一種惡意攻擊行為，由於施暴者和受害者之間力量和權力的不平衡，且反覆出現，故常造成受害者困擾和巨大壓力。霸凌可分成兩種形式，傳統霸凌是指施暴行為可藉由肢體行為、言語攻擊、社交孤立來表現；另一種新形態則是在網路發達後，藉由網路與電子通訊方式進行霸凌的網路霸凌行為。</p> <p>(二) 校園霸凌盛行及其對精神健康的影響</p> <p>依據 Olweus (1993) 所提出的霸凌定義，在霸凌情境裡，個案可出現以下數種角色：施暴者、受害者、目擊者、同為施暴和受害者。台灣先前一項針對 3,554 名國高中學生所做的調查發現，施暴者、受害者、目擊者、同為施暴和受害者比例分別為 10.9%、10.7%、29.9% 和 5.5%。若從霸凌行為區分，則有 21.4% 受訪者自陳在過去一年曾遭受包括關係和言語霸凌的消極型霸凌；8.4% 自陳遭受包括肢體和脅迫霸凌的積極型霸凌、17.7% 自陳曾施行消極型霸凌、5.5% 自陳曾施行積極型霸凌。</p> <p>霸凌參與者，無論是受害或施暴者，皆比未涉入霸凌者具有較嚴重的憂鬱、自殺、失眠、焦慮、酒精濫用、注意力不集中和衝動/過動問題，而且同時涉入數種霸凌角色者，比涉入單一類型霸凌者出現精神健康問題的機會更高。上述調查結果皆顯示：台灣兒童青少年涉入霸凌及相關身心健康問題相當普遍，需加以正視。</p> <p>(三) 校園霸凌處遇現況</p> <p>目前校園霸凌主要由教育部負責管理與預防，教育部依據修正公布之「教育基本法」第八條規定，於 2012 年 7 月 26 日頒布「校園霸凌防治準則」，據此推動校園霸凌之防治。然而，受以下因素影響，校園霸凌防治難以推動：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 社會環境不論就經濟、治安、社會氣氛、人際尊重等層面剖析，均不利於降低兒童青少年霸凌。2. 政府僅宣導，未進行積極防治，也未採取有效的國家層級防治策略，只有消極地在實際發生霸凌且遭通報時處理。
--	---

3. 教育單位缺乏防治和介入的動機、人力、知識、能力。
4. 缺乏有效的霸凌盛行狀況偵測系統。
5. 缺乏對防治霸凌高需求族群的協助，例如來自貧窮、原住民和新住民的家庭子女，及有身心健康困擾、或某些體型外貌特徵、性取向和性別氣質不符常規的學生等。
6. 社會大眾未明瞭霸凌意涵，以致家長未能聯合學校及早採訪預防和介入行動；當霸凌一旦發生，亦缺乏合作機制。
7. 發生在校園外如補習班、安親班等學生聚集場合的霸凌，常被忽視。
8. 霸凌加害者與受害者往往同時罹患精神疾病或具有明顯心理困擾，因此，校園霸凌急需精神醫療介入。

八、青少年自殺問題

自殺行為有社會、經濟、文化、心理及生物性複雜成因等背景，絕非單一危險因子可解釋其發生率變異。自殺死亡的危險因子(risk factors)可分為遠端因子(proximal factor)以及近端因子(distal factor)；遠端因子包括遺傳因素、性格特質、胎兒及周產期因素、早年創傷經驗及神經生物學失調等；近端因子包括心理社會危機、精神科疾病、身體疾病、致命工具可得性及模仿效應等。自殺防治工作的挑戰包括：一些較不尋常的悲劇往往無法在事前就其重要危險因子有效預測；各服務體系的横向連聯繫有待加強等。兒童青少年的自殺行為背後，同樣有其錯綜複雜因素，防治工作需因地制宜，結合現有資源網絡，以期網網相連、面面俱到；舉凡促進身心健康或增進社會連結、整合的作為，均可視為自殺防治的重要環節。

依據衛生福利部公布的死因統計年齡分層結果發現，台灣 14 歲以下民眾自殺死亡案例相對罕見，2016 年有 6 人，此年齡層自殺死亡率為每百萬人口 5 人；台灣 15~19 歲民眾自殺死亡案例於 2016 年發生 56 例，該年齡層自殺死亡率為每十萬人口 3.8 人。相較於全國 2016 年自殺死亡人數 3,765 人，各年齡級距中自殺死亡人數最多的是 50~54 歲的 391 人，以及全體國民自殺死亡率每十萬人口

16.0 人；18 歲以下民眾自殺死亡人數占率與死亡率均相對為低。值得注意的是：自殺雖然連續六年排除於國人十大死因之外，但 2016 年仍居 12~17 歲族群十大死因第三名，而且 15~19 歲自殺死亡率已再次達到近 20 年高點，上次高點出現在 2005 年。15~19 歲自殺死亡率與 2016 年相同，為每十萬人口 3.8 人，且近三年來有持續升高趨勢。

已發現數種危險因子被與自殺有關，大抵可分成三類：

- (一) 生理心理社會層面：包含精神疾患病史、重大疾病、受虐經驗等；
- (二) 環境層面：自殺路徑與方法的可取得性，特定自殺族群的渲染等；
- (三) 社會文化層面：缺乏社會支持、自殺汙名化、媒體渲染等。兒童青少年若不幸自殺身亡，除了個人生命之重大損失，周遭親友、師長亦須承受巨大衝擊。

自殺是多重因素匯集下的悲劇結果，欲降低兒童青少年自殺死亡率，需仰賴整體國民精神健康素質與社會資本整合的綜效表現；降低兒童、青少年壓力，提高其心理彈性、溫暖與支持的家庭與整體社會環境是重要的方向。

社會結構與價值觀在快速變遷下，繼之以媒體報導掀起的模仿效應，以及現今社會疏離、經濟局勢波動、混沌、致命工具可得性及精神健康照護可近性等問題，都是巨觀層面的相關因子。籲請社會媒體自律，勿過渡渲染自殺相關訊息，也可有效避免自殺問題加劇。整體而言，並無單一決定性之危險因子，防治工作目標應著重在增強保護因子與降低危險因子這兩大方向；促進各種防治體系之溝通 (communication)、連繫 (connection) 與關懷 (care) 力量，最終落實「人人都是珍愛生命的守門人」境界。

九、罹患身體疾病兒童之精神健康

(一) 罷患身體疾病的身心歷程人一旦罹患身體疾病，將同時遭遇身心壓力；身體疾病確實可經由生理機轉直接影響精神健康，例如造成譴妄、器質性精神疾病、失智等，也可透過心理或社會壓力機轉而影響精神健康，例如造成適應障礙症、焦慮症、憂鬱症、創傷後壓力症等。如果兒童對生病的心理調適良好，不僅可維持較平衡的精神健康狀態，更可能因而增加抗壓的心理彈性。反之，若兒

童對生病的心理調適不良，可能惡化既有或衍生新的精神疾患或性格問題，造成身心症狀鑑別困難，甚至可能對身體疾病產生不良影響；例如醫囑遵從率降低、生理症狀嚴重度、再住院率、死亡率提高等。因此，提供身心整合性醫療照護（參見第五章、以家庭為中心的兒童全人醫療與照護），了解患童心理反應並協助其心理調適，且視需要給予良好精神健康照護，對兒童及其家庭而言非常重要。

(二) 患童的身心歷程的影響因子

影響兒童生病的心理反應因素，包括遺傳、年齡、先天異常等生理因素、氣質、心智狀態、性格、精神障礙等心理因素、家庭功能、社經地位、文化、信仰、價值觀、成員關係及生病經驗等家庭因素、文化、社群價值觀、信仰、學校、同伴等社會因素，及過去生病性質、過程及結果，醫療人員態度及處理方式等個體生病經驗。

影響兒童對生病的心理調適的重要相關因素，包括發展階段、過去適應能力、病前親子關係、病痛性質、治療方式、照顧方式及態度、家庭動力平衡之性質、生病對兒童本身或家庭的意義（病前事件、對病的想像、對社會角色及功能之影響、對家庭成員之影響）等。

(三) 患童的身心疾病共病

回顧國際研究文獻顯示：慢性身體疾病兒童的精神疾患共病率為 10~30%，較社區族群略高；與高共病率相關的危險因子包括：多次住院、身體失能、腦功能損傷、疼痛頻率、年幼、貧窮、單親家庭、父母有較多的精神症狀；不同的疾病往往有其獨自的特殊性，例如癲癇患童的精神疾患共病率為 33~77%；父母的焦慮、憤怒、悲傷、罪惡感、埋怨會阻礙兒童適應；改善父母與氣喘兒的焦慮及處理親子在遵從醫囑上的衝突是很有價值的，糖尿病童常見糖尿病合併出現焦慮症及飲食障礙，且青少年在出現共病飲食障礙時，會較難遵從醫囑；上述狀況是治療糖尿病童需考量的精神健康議題。有些年齡較長的罹癌兒童對診斷或治療反應會出現類似創傷後壓力症候群症狀；針對剛罹癌兒童的家庭，提供心理社會評估，可以篩檢出高風險家庭，在重要治療階段與時機輔導其心理調適與介入，亦很有幫助。器官移植中心配置需包含心理衛生專業團隊，提供患者及其父母心理支持；罹患發炎性腸道疾病 (inflammatory bowel disease) 的青少年合併有憂鬱症可高達 25%，兒童患者較一般對照組出現較高比率焦慮症狀，

且其心理社會健康與社會/學校適應功能一般也較差，需要心理衛生專業人員提供藥物及心理社會之治療。癲癇患童常合併注意力不足過動症、憂鬱症、焦慮症、自閉症類群障礙症等，也都需要精神醫療共同照護。

台灣有關兒童精神科住院患童照會的研究發現，在照會率、照會原因及常見精神疾患診斷等方面，與國外研究報告結果相近；一項運用台灣死亡登記檔案，針對 11~16 歲氣喘患者的 12 年社區族群追蹤研究發現，持續及重度氣喘患者較無氣喘者的自殺死亡危害率高出 2.26 倍，有多項氣喘症狀者危險性較高；另一運用台灣健保資料庫研究發現，10~15 歲氣喘患者於 10~12 年後，罹患憂鬱症或雙相情緒障礙症機率顯著比一般對照組高；台大醫院唐氏症整合門診發現，唐氏症患者的精神疾患共病率與國外研究報告類似。

(四) 患童的身心歷程的精神健康醫療照護

在罹病兒童的精神醫療聯合照護方面，身體醫療照護團隊為基礎，了解患童生理狀態及治療，再進一步評估兒童對急慢性病痛、創傷或失能的各種心理適應、不適應反應及可能影響因素，而後形成鑑別診斷及相關問題分析，提供治療建議給身體醫療照護團隊及病家，這流程不僅仰賴專業，且耗時、耗人力甚鉅。

十、台灣兒童幸福感

Pollar 與 Lee (2003) 指出幸福感的定義雖然在目前的文獻有明顯的異質性，但整體而言，幸福感可定義為一種個體整體性的正向狀態。根據台灣兒童福利聯盟的「2018 年兒童幸福感調查」，發現台灣目前有 17.2% 的兒童未達該調查所定義之幸福指標合格分數。在該調查中，幸福感隨兒童年齡增加而下降。另一方面，許多研究指出台灣兒童幸福感與許多精神問題與困境有所關聯，包含憂鬱、焦慮、易怒、兒童受虐、貧窮等。綜觀兒童幸福感的相關研究結果，若要增進兒童幸福感，良好的家庭結構（健全的家庭、父母的身心健康、足夠的親子互動時間）、安全的校園與社區環境，緊密的社區成員與校園同儕的連結與互動，學校的多元教育(能增加學童的學習成就感)都是重要的因子。

貳、目標

- 一、監測兒童精神健康疾病，須針對環境與遺傳因素疾病，提供不同方針
- (一)定期監測常見兒童精神疾患及精神健康議題，包含自閉症、注意力不足過動症、對立反抗疾病、行為規範障礙症、自殺、霸凌、憂鬱症等。
 - (二)針對高環境因子問題，如自殺、霸凌、憂鬱症、物質使用（菸、酒、檳榔、毒品）、虐待、創傷等調查盛行率，以降低相關盛行率為目標。
 - (三)針對高遺傳因子之疾病，如自閉症、注意力不足過動症等，應以適當介入模式、照護為目標，改善患者與家屬整體健康與疾病預後，並了解相關環境因子對疾病的影響。
- 二、建立兒童精神健康友善環境
- (一)增加民眾對兒童精神健康及精神疾患之認知。
 - (二)增加家人、老師、同儕及民眾對兒童精神疾患整體覺察度。
 - (三)增加家人、老師、同儕及民眾對兒童精神疾患問題與治療的整體接受度。
 - (四)促進患童獨立能力與，並建立協助患童適應社會環境之制度。
- 三、兒童精神醫療資源公平分配，並增加服務項目與人力
- (一)提高兒童精神醫療專業人才比例、均衡地理分布。
 - (二)提高兒童精神醫療相關給付與資源挹注。
- 四、增進兒童精神醫療專業能力
- (一)提升精神醫療工作人員專業能力。
 - (二)精神健康專業跨團隊整合。
- 五、教育正常化、提升輔導品質
- (一)落實校園教育，上課正常化，規定合理上課時數；減少補習率及時數。
 - (二)充足輔導師資，減低鄉鎮差距。

(三)增進輔導教師與一般教師精神健康知識並提升專業度。

(四)輔導教師培養機制修訂。

六、兒童精神疾病與高風險個案相關登記系統、追蹤與個案管理

(一)建立兒童精神疾患與高風險個案相關之登記系統。

(二)個案管理資源充足，確保個案接受必須之協助。

七、校園霸凌防治

(一)營造有利於減少霸凌的教育、社會環境。

(二)建立國際認證制度，採取有效國家層級防治策略。

(三)協助各級學校發展預防和介入校園霸凌，並建立具足夠的校園人力、知識和能力之霸凌防治組織。

(四)建立有效的霸凌盛行狀況偵測系統。

(五)針對霸凌高風險族群提供防治協助。

(六)提升社會大眾對霸凌的了解，建立校園、社區、醫療單位合作模式。

(七)重視校園外霸凌事件，並建立及時處理機制。

八、罹患身體疾病兒童之心理調適與精神健康改善

(一)兒童醫療照護團隊均具備基本精神健康共同照護之知能。

(二)兒童精神健康照護團隊專業人力質量均須充足。

(三)建立融入精神健康照護之身體疾病醫療照護系統。

九、人人皆是自殺守門人

(一)建立完整之「自殺守門人」制度，「自殺守門人」為「當任一個人接受訓練後懂得如何辯認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者，」，則可視為自殺防治守門人。

(二)改善社會環境，以利自殺防治。

(三)媒體自律，以預防自殺。

十、提升兒童幸福感

(一)定期檢驗兒童幸福感。

(二)了解影響兒童幸福感的家庭結構、校園、社區之決定因子。

(三)逐年改善影響兒童幸福感決定因子與增加兒童幸福感。

參、策略

一、監測並降低精神健康疾病與問題之高環境因素

(一)減低自殺、焦慮症、憂鬱症、物質使用（菸、酒、檳榔、毒品）、虐待、創傷盛行率相關疾病的三級預防衛生福利部應擬定兒童精神病相關三級預防，重點在透過對大眾演講，提高對兒童精神疾患的覺察。兒童青少年精神疾患應由具有長期臨床實務經驗的醫療人員，尤其建議應由兒童青少年精神科醫師主導、規劃、組織醫療團隊，針對兒童青少年精神疾患心理衛生相關議題，包含親職教育、社交技巧、情緒管理等，定期在國內各社區演講。全面性進行方式不只為了增加對疾病認知，也希望藉由這些大眾演講達成精神疾患去汙名化目的；讓大眾了解：精神疾患像其他疾病一樣，需要治療。唯有去汙名化，才能鼓勵民眾尋求正確、專業醫療管道。

1.初級預防：針對兒童、家長、教師、專業人員等強化精神健康相關知識與疾病認識，並促使去汙名化，以增進全民精神健康人權意識與覺察。在社區、學校或醫療等相關機構，應定期舉辦大眾講座，讓社會大眾對精神疾病疾患有正確認識和了解。

2.次級預防：定期篩檢高危險家庭、兒童、少年。在社區、學校應每年進行精神健康篩檢，針對兒童常見精神疾病疾患，包含注意力不足過動症、自閉症、對立反抗症、品行障礙症等，進行兒童、家長、教師間評估，並建立良好的校園、醫院、社區通報系統，落實執行。

	<p>3. 三級預防：對有精神健康問題兒童提供介入服務，包括個別、家庭、校園、社區、醫院等，讓患精神疾病的兒童青少年能在學校、社區或醫院復健治療。</p> <p>(二)建立完整通報醫療教育輔導網絡</p> <p>透過醫療教育輔導網絡與資料共享，建立完整通報、評估、治療之整合平台，並提供不同專業的溝通教學平台。</p> <p>(三)定期監測兒童精神疾患</p> <p>建議定期舉行大、小型兒童與青少年精神流行病學調查。2015~2017 年進行的全國兒童青少年精神疾患流行病學調查，涵蓋的調查對象為 9~13 歲；然而根據專家建議，調查範圍應涵蓋兒童期至 18 歲，因 13~18 歲的孩子身心會有極大轉變；在此年齡範圍，各種精神疾患盛行率可能有所變化。定期調查能了解其資源需求、各項疾病盛行率是否改變或致病因子是否有所不同。盛行率改變能提供各相關專家檢視，以了解現況並與健保資料進一步比對。</p> <p>1. 大型調查：建議每四年舉行一次全國調查。若後續經費充足，以四年為間距的考量相當務實；若後續經費有限，建議不要超過十年，才能檢視兩次調查間的變化、台灣社會及全球環境局勢變遷之關係，使台灣兒童精神醫學政策得以銜接。另外，也需同時檢驗兒童發展在不同時期的危險及保護因子。最近一波全國性兒童精神疾患調查僅及 13 歲，但 13~18 歲正值青春期，是各種精神疾病疾患好發時期，且孩子狀況有巨大改變，能藉此得知需投入多少資源、特定疾病盛行率是否在不同時期改變，或危險因子是否有所不同。盛行率的改變可以檢視過去國家政策規劃是否對精神疾患的降低與控制達到效果。此外，也可跟健保資料進一步比對，以了解國人在兒童青少年精神疾患就診率是否偏低。</p> <p>2. 小型調查：應每年定期於各縣市、集合社區與學校進行一至二次簡易兒童精神疾患篩選，建議篩檢疾病為自閉症、注意力不足過動症、衝動疾患、情緒疾患與自殺問題。可由簡易問卷採兒童、家長、教師三方評估，由兩方同時評比後，獲得高分之臨床特質學童進一步轉介至臨床診斷會談，以估算特定精神疾患的加權盛行率及相關危險因子，有確切診斷的兒童青少年應獲得即時協助。</p>
--	--

(四)全國性兒童與青少年就學壓力與壓力源的定期評估與追蹤

台灣目前缺乏對兒童與青少年就學壓力與壓力源完整的了解與評估。教育部與相關單位嘗試推廣多元升學與教育方式，其訴求之一在於降低兒童與青少年就學壓力，但教育部卻未針對就學壓力進行定期評估與追蹤，因此難以了解相關教改在減輕就學壓力的功效。另外，根據國家教育研究院「十二年國教適性入學議題調查結果」，針對 12 年國教的改革，只有兩至三成學子認同升學壓力些微降低。台北市教師另一項調查進一步詢問教改是否導致學童升學壓力增加，結果發現，三成學童反映教育改革增加就學壓力。除了教改，目前國家教育研究院與教育部並未針對其他兒童就學壓力進行全面性調查與追蹤。政府與教育部應持續與系統性追蹤台灣學童就學壓力與壓力源，並根據調查結果規劃後續方針。

二、建立兒童精神健康友善環境

(一) 增加大眾兒童精神健康之知識與覺察度

1. 基礎教育納入兒童精神健康知識

目前基礎的健康教育精神健康方面章節比生理健康缺乏，且只涵蓋物質使用、壓力與情緒困擾；建議應納入兒童常見精神疾患，如自閉症、注意力不足過動症、行為規範障礙症等與校園霸凌、自殺等之介紹與因應。另對醫師與教師之專業養成也需提供兒童精神健康知識基本課程。

2. 針對一般醫療專業人員（非精神醫療），需納入精神健康足夠訓練與對應，讓整體醫療健康人員同時了解生理與心理健康。

(二) 增加大眾對兒童精神疾病整體接受度

1. 規劃定期兒童精神健康活動

政府整合精神健康宣導活動，成立規劃部門，而非由各縣市衛生局分別辦理，並定期由兒童精神科專科醫師主持社區、校園精神疾病演講與宣導，提供家長、教師乃至於兒童本身心理衛生資訊的社

	<p>會教育，以減少精神疾病污名化並提高求助意願，並提供具實證的各項醫療治療模式資訊，包括藥物治療正確知識等。強化社會連結：舉辦多元社區活動，讓大眾了解精神病患。</p> <p>(三)增加兒童精神疾患者職業能力與社會獨立能力</p> <ol style="list-style-type: none">1. 提供兒童精神疾患障礙者的學業與就業轉銜輔導服務。 對具工作能力之兒童精神疾病患者，政府應提供轉銜輔導服務，培養與增進兒童精神疾病患者職業能力與社會獨立能力。 <p>(四)改善兒童精神疾病照護之需求</p> <ol style="list-style-type: none">1. 提供充足兒童精神疾患障礙者之照顧者所需要照護知識、協助、補助與適度的喘息服務，降低照顧者之負荷。 <p>三、精神醫療資源公平、服務項目與人力增加</p> <p>(一)提高兒童精神醫療專業人才比例、平衡地理分布</p> <ol style="list-style-type: none">1. 逐步按計劃與退休人力估算，增加兒童青少年精神科醫師人數、相關醫療專業名額管制應鬆綁。2. 逐步於各縣市（特別是花東地區）醫療院所規定需招聘足夠數量之兒童青少年精神科專科醫師，並期待國家落實總體規劃，減少城鄉差距，以鼓勵人才留在非都會區；並將兒童青少年精神科專科醫師列入醫院評鑑項目。 <p>(二)提高精神醫療相關給付與資源挹注</p> <ol style="list-style-type: none">1. 健保對精神醫療中心的給付需重新制訂。根據衛生福利部的「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，目前精神醫療給付與其成本不符，建議可朝以下方向改善：(1)比照兒科專科醫師加成，提高 6~15 歲患者診察和治療費。(2)將家族治療拆解成各年齡層：6 歲以下、6~15 歲及 15 歲以上，並建議以等同目前心理治療給付，並增設特殊家族治療與 深度家族治療，並以比心理治療提升 50%等給付。另外，給付金額建議參考高雄凱旋醫院「心智障礙者精神醫療服務品質改善計劃」的成本效益分析。
--	---

2. 遠距醫療等法規鬆綁，增加醫療可近性，降低醫療取得的中間流程。
3. 充足校園社區心理衛生資源，增加校園教師心理衛生教育、適性發展教學訓練、心理輔導老師師資，社區提供更多元心理諮商服務並需宣導，以提高民眾利用率。
4. 對心理衛生醫療資源缺乏地區提供替代資源，包括提撥專案專款、偏鄉的家醫科、小兒科醫師接受兒童心理衛生專業重點訓練。

(三)增加兒童精神醫療多面向服務

1. 推動「精神醫療品質提升計畫」，需於健康保險經費設有獨立經費來源。
2. 推動精神醫療外展計畫，由精神專業人員團隊針對移動困難的患者提供到府服務。
3. 兒童青少年輔導服務電話專線除目前提供個案本身外，應另增設以家長為主的諮詢服務。
4. 推廣兒童精神疾患孩童的手足成長團體、家長親職團體。

(四)兒童精神醫療人力與專業能力的增加

1. 提升精神健康醫療工作人員之專業能力
 - (1)2030 年於各專業養成訓練教育，提供各兩個月精神心理專業實習機會。
 - (2)仿照兒童青少年精神科次專科醫師制度，各專業逐步規劃兒童青少年心理工作之進階訓練或專業證照認證。
 - (3)建立各專業醫療人員需求比值與需求評估，並改善醫療人員與患者比。
 - (4)建立各專業醫療人員之精神健康醫療臨床指引方針與各醫療專業完整的督導制度，提升專業水準。
2. 兒童精神健康專業跨團隊整合
 - (1)強化醫療轉介資訊與連結。
 - (2)開放跨專業共同繼續教育，系統性規劃繼續教育主題，主題式進行在職認證。

(五)教育正常化、輔導品質與精神健康知識提升

1. 落實校園教育，學校上課正常化，減少補習率與補習時數

(1)需持續提升學校教育師資與授課內容品質，增加學生上課動機和學習效率，以減少課後補習。

(2)不適任教師需有相關輔導程序，協助其提升教學品質或轉任非教學工作。

(3)調整學校上課時間，降低學校上課時數，培養從事休閒活動之興趣。

(4)學校上課正常化，完整規劃由國小到中學美勞、音樂、體育等課程且確實執行，以培育下一代藝術素養，並減少學生課後補習相關課程。

2. 增加輔導師資/學校諮商心理師質量，縮小鄉鎮差距。

(1)估算輔導教師學生比值，使輔導教師負擔合理化。

(2)逐步於各縣市（特別是花東地區）招聘足夠數量輔導教師，學校皆應具有合理輔導教師人數。

3. 增進輔導教師與一般教師精神健康知識

(1)教育部可參考澳洲、韓國制度，在學校市區推廣由兒童精神專科醫師規劃、針對一般民眾的兒童青少年精神疾病認識之講座課程，給予繼續教育積分。另外，校園輔導諮商也應徵詢具豐富臨床經驗的兒童青少年精神專科醫師建議。

(2)建請教育部全面檢討目前各級教師繼續教育學分時數以及內容，增加繼續教育內容分級，以逐步增加常見兒童精神疾病的認識、基本評估技巧和初步處遇技巧。

(3)繼續教育授課內容與教師資格需要嚴格把關，需諮詢相關醫療專業學會，以安排適當講師，確定教師獲得正確知識、習得正確技能。針對患有精神疾病學生，強化地方政府教育單位的三級預防和處理人力（隸屬於教育單位的社工師和心理師），增聘隸屬於地方政府教育單位的專業心理師。

(六)兒童精神疾病與高風險個案相關之登錄系統

針對兒童精神疾患如自閉症、注意力不足過動症、自殺相關問題、兒童虐待、家庭暴力等，在嚴謹保護個案隱私制度下，建立完整登錄與管理系統，並進行追蹤，以了解後續發展，適時介入。

	<p>(七)校園霸凌防治</p> <ol style="list-style-type: none">1. 從經濟、治安、社會安定、教育理念等層面，營造降低校園霸凌的社會環境。2. 成立高層級行政組織，依據國際經驗和本地需求，研擬並執行國家層級霸凌防治策略。3. 政府鼓勵各級學校通報霸凌事件，並編列充足經費，建立各級學校霸凌防治應具備的人力、知識和能力。4. 建立獨立且有效的偵測系統，定期呈現校園霸凌盛行狀況，作為調整策略之依據。5. 針對各類防治霸凌高需求族群，發展個別預防和介入策略，並實際執行、評估成效。6. 藉由大眾媒體宣導，提升社會大眾對霸凌的了解；鼓勵並補助各級學校發展校園和家長、社區、醫療單位合作模式，並評估成效。7. 各地方政府建立專責單位，以偵測和處理發生在校園外的霸凌事件，並評估成效。 <p>(八)改善罹患身體疾病兒童之心理調適與精神健康</p> <ol style="list-style-type: none">1. 所有醫療照護團隊具基本精神健康共同照護之知能<ol style="list-style-type: none">(1)在兒童醫療照護相關專業學會的教學課程，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容逐步落實，以達到教學目標。(2)充裕臨床兒童精神醫學教學師資與場所。(3)透過醫學院、醫院及各專業學會評鑑，評核教學師資、場所與課程之落實與成效。(4)透過各專業學會、區域醫療系統之繼續教育制度，提供足夠時數的兒童精神健康共同照護相關課程。2. 質量充足之兒童精神健康照護團隊專業人力。<ol style="list-style-type: none">(1)建立品質良好之兒童精神健康照護團隊專業人力培育制度。(2)合理醫療給付制度支持兒童精神健康照護團隊專業人員於醫療體系中提供良好品質之照護。(3)訂定兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準，透過醫院評鑑落實執行成效。
--	--

3. 建立於各級醫院及社區基層醫療體系融入精神健康照護：
- (1) 兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統及整合門診，並定期評估。
 - (2) 於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商（consultation-liaison）之共同照護模式。
 - (3) 在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度（psychosocial round），進行例行性臨床服務及教學案例討論。
 - (4) 建立社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童共同照護系統，建置個案管理系統及定期評估機制。

(九) 人人皆是自殺守門人

根據當代世界對自殺研究之學術思潮，針對不同族群，自殺防治策略主要分為指標性(indicative)、選擇性(selective)、全面性(universal)的策略三個層面，擬定方案：。

1. 針對已有自殺行為的青少年應提供「指標性」預防，例如及早辨認其自殺意念、建立培養自殺防治守門人(gatekeeper)。「一問二應三轉介」是自殺防治守門人的自殺防制的重要技巧；「一問」，辨識自殺高風險群與評估自殺意念與精神症狀、「二應」，說服具自殺風險者積極地延續生命、「三轉介」，轉介自殺風險者給醫療院所、精神醫療專業人員、心理諮商輔導人員。適時伸出援手，並提供當事者後續專業協助。重點工作包括：自殺行為個案之關懷追蹤，建立嚴密的通報流程與處置程序，學校心理輔導系統與精神醫療系統之緊密連結等。
2. 針對具自殺危險因子的高風險族群，提供「選擇性」預防策略，例如善用學校輔導團體、校外輔導資源、網路自殺預防資訊、線上諮詢等，重點工作包括：遭性侵/家暴/霸凌學生/中輟生之關懷處置，強化教師、輔導人員及學生自殺防治教育方案，推動「守門人」積極角色與功能，針對學生家庭之自殺防治宣導及強化家庭功能，及自殺事件發生後的事後處遇等。

	<p>3. 對於社會大眾則提供「全面性」預防，例如透過社福、教育、衛生單位等攜手合作，降低致命工具可得性、對於自殺議題負責任的媒體或網路報導、推動精神健康促進與增進復原力相關作為、提倡精神疾病去汙名化運動、防治校園霸凌、強化親職教育及生命教育等。兒童青少年自殺行為不容忽視，唯有透過家庭、學校與社會共同努力，在日常生活中多關心青少年需求、傾聽其心聲，才能達到防治兒童青少年自殺目的。</p> <p>(十)策略的整體效益分析</p> <p>以上所有策略皆需要中央及地方相關主管機構、各醫學院校、各相關專業學會及醫療院所支持與合作，在現有運行系統中加入精進醫療與輔導專業人才培育及提升合作效能機制。若能確實有效執行，預期不僅能改善醫事與輔導人員培育，並對醫療與輔導服務之品質以及罹患精神與身體疾病兒童之預後與精神健康，且降低學校霸凌與自殺情形，並可明顯減低具精神健康困擾的兒童與青少年家庭負擔；整體並可提升台灣教育與醫療經濟效益，對本土及國際之輔導、醫學教育、醫療體系皆能有所貢獻。</p> <p>肆、衡量指標除了以上明確目標及相對應策略外，整合根據國際所建及國內研究的兒童相關精神健康指數，作為目標評估。</p> <p>一、監測與降低高環境因素之兒童精神健康疾病與問題</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 規劃各縣市系統性整合兒童發展障礙及精神疾患之調查。2. 規劃全國性兒童與青少年家庭與就學壓力調查。 <p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 執行各縣市系統性整合兒童發展障礙精神疾病調查。2. 規劃並執行全國性兒童與青少年就學壓力調查。3. 建議以下各種兒童精神疾病與危害精神健康事件降低至 50%：<ol style="list-style-type: none">(1) 兒童焦慮症盛行率。(2) 兒童憂鬱症盛行率。
--	---

	<p>(3) 兒童行為規範障礙盛行率。</p> <p>(4) 兒童自殺盛行率。</p> <p>(5) 兒童受虐率。</p> <p>(6) 兒童抽菸率。</p> <p>(7) 兒童飲酒率。</p> <p>(8) 兒童非法物質使用率。</p> <p>(9) 兒童霸凌盛行率。</p> <p>二、建立兒童精神健康友善環境</p> <p>(一) 中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">評估並檢測全民與一般醫療人員對兒童精神疾患覺察度與精神疾患接受度。建置整合性兒童精神健康推廣部門計劃。 <p>(二) 長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">提高全民與一般醫療人員對兒童精神疾病覺察度與精神疾病接受度比例。完成中央和地方整合性兒童精神健康推廣部門的建置與運作。 <p>三、增加兒童精神醫療資源公平與人力</p> <p>(一) 中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">兒童心理衛生醫療資源普及使用率的初步調查各縣市兒童精神醫療團隊、醫療院所與醫病比（含兒童精神專科醫師、心理師、社工師等）於各縣市與兒童人數比值相近。調查各縣市兒童精神相關門診量及醫療、校園、社區轉介網絡數量。規劃合理兒童精神醫療健保給付制度。
--	---

	<p>5. 規劃常規性「精神醫療品質提升計畫」。</p> <p>6. 擇一縣市試辦以家長為主的兒童青少年輔導專線。</p> <p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 每隔兩年調查心理衛生醫療資源之普及率與使用率統計，並提出改善計劃。2. 兒童人數/患者與醫療專業人員（含兒童精神專科醫師、心理師、社工師等）醫病比已達合理程度。3. 普及各縣市提供足夠兒童精神（心智）科門診及醫療、校園、社區轉介網絡系統。4. 重新規劃兒童精神醫療健保給付。5. 定期實施常規性「精神醫療品質提升計畫」。6. 全國普及以家長為主的兒童青少年輔導專線。 <p>四、提高不同專業背景之醫療人員與各專業內之醫療人員間服務一致性</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 建立國內兒童精神疾患之臨床指引與跨醫療團隊制度。2. 建立兒童精神醫療團隊之醫療評估制度。3. 建立跨專業於兒童精神疾患之專科與繼續教育訓練制度。 <p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 各縣市至少成立 2~4 組兒童精神醫療跨醫療團隊。 <p>五、教育正常化、輔導品質提升</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">1. 鼓勵輔導教師的養成過程、再教育、督導、評鑑等，納入兒童精神醫療專業背景。2. 兒童校園每日上課時數減少至七小時以下，上課時間應延至上午八點以後。3. 兒童以課業為主的補習率降至 60%以下。4. 兒童平均每日補習時數降低至一小時以下。
--	--

	<p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">學校輔導教師認證與檢核制度涵蓋兒童精神醫療知識，各校輔導教師與學童比達 1： 400 以下。兒童以課業為主的補習率下降至 30%以下。 <p>六、兒童精神疾患與高風險個案相關之登記系統</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">系統建立之涵蓋一半以上縣市。系統服務項目與追蹤人數涵蓋 80%。 <p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">系統建立之縣市涵蓋全台。系統服務項目與追蹤人數涵蓋 95%。 <p>七、霸凌防治</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">建立統合校園霸凌之防治部門與監測系統。建立校園霸凌與醫療院所的轉介與連繫制度。 <p>(二)長程指標（2030）</p> <ol style="list-style-type: none">校園霸凌盛行率下降幅度大於 10%。 <p>八、改善罹患身體疾病兒童心理調適與精神健康。</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <ol style="list-style-type: none">所有醫療照護團隊具基本精神健康共同照護之知能<ol style="list-style-type: none">在兒童醫療照護相關專業學會之專科訓練教學課程基準，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容，達成率 70%。各區域之臨床兒童精神醫學教學師資與場所滿足需求，兒童醫院/醫學中心/區域醫院達成率 80%/50%/20%。
--	--

	<p>(3) 醫學院、醫院及各專業學會之評鑑，納入評核臨床兒童精神醫學教學師資、場所與課程條文：達成率 70%。</p> <p>(4) 各專業學會、區域醫療系統繼續教育課程，提供每半年至少二小時兒童精神健康共同照護相關課程。</p> <p>2. 質量充足之兒童精神健康照護團隊專業人力</p> <p>(1) 醫院評鑑納入兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準條文：兒童醫院/醫學中心/區域醫院符合標準率 100%/50%/30%。</p> <p>3. 建立融入精神健康照護之身體疾病醫療照護系統</p> <p>(1) 於兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統、整合門診及定期評估機制：兒童醫院/醫學中心/ 區域醫院/地區醫院達成率 100%/50%/10%/5%。</p> <p>(2) 於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商之共同照護模式：兒童醫院/醫學中心達成率 100%/50%。</p> <p>(3) 在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度（psychosocial round），進行例行性臨床服務及教學案例討論：兒童醫院/醫學中心達成率 100%/50%。</p> <p>(4) 推動社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童共同照護系統試辦計畫，建置個案管理系統及定期評估機制，同時於台灣北、中、南、東四區及離島試辦。</p> <p>(二)長程指標（2030）</p> <p>1. 所有醫療照護團隊具有基本精神健康共同照護之知能</p> <p>(1) 在兒童醫療照護相關專業學會之專科訓練教學課程基準中，訂定合宜比例之臨床兒童精神醫學課程內容：達成率 100%。</p>
--	--

	<p>(2)各區域之臨床兒童精神醫學教學師資與場所滿足需求：兒童醫院/醫學中心/區域醫院達成率100%/100%/70%。</p> <p>(3)醫學院、醫院以及各專業學會之評鑑，納入評核臨床兒童精神醫學教學師資、場所與課程之條文：達成率100%。</p> <p>(4)各專業學會、區域醫療系統之繼續教育課程，提供每半年至少四小時兒童精神健康共同照護相關課程。</p> <p>2.足夠質量之兒童精神健康照護團隊專業人力</p> <p>醫院評鑑納入兒童醫院、醫學中心及區域醫院兒童精神健康照護團隊專業人力基準條文：兒童醫院/醫學中心/區域醫院符合標準率100%/100%/70%。</p> <p>3.身體疾病醫療照護系統須融入精神健康照護</p> <p>(1)兒童醫院及各級醫院兒科建立包含兒童精神健康照護團隊之醫療情況複雜兒童共同照護系統，建置個案管理系統、整合門診及定期評估機制：兒童醫院/醫學中心/區域醫院/地區醫院達成率≥100%/100%/30%/10%。</p> <p>(2)於兒童醫院及醫學中心兒科建立照會聯商之共同照護模式：兒童醫院/醫學中心達成率=100%/100%。</p> <p>(3)在兒童醫院及醫學中心兒科推廣心理社會迴診制度（psychosocial round），進行例行性臨床服務及教學案例討論：兒童醫院/醫學中心達成率=100%/100%。</p> <p>(4)建立社區基層包含兒童精神健康照護團隊之慢性病兒童醫療共同照護系統，建置個案管理系統及定期評估機制，於各地方行政區及離島實施：總達成率≥50%。</p> <p>九、人人皆是自殺守門人</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <p>針對青少年自殺方式擬定自殺防治因應策略，所有與兒童青少年福祉相關之中央部會機關，均應制訂針對指標性、選擇性與全面性防治策略與執行計畫及匡列相關預算。</p>
--	---

	<p>(二)長程指標（2030）</p> <p>強化青少年自殺防治措施，提升並推動各網絡對青少年自殺之重視，以降低青少年自殺死亡率，務求十年內下降 20%。</p> <p>十、兒童整體心理幸福感與研究補助</p> <p>(一)中程指標（2022）</p> <p>衛生福利部、科技部與教育部均編列預算獎助與上述策略指標與兒童心理幸福感進行一系列相關質性與量性追蹤研究，建議衛生福利部/科技部/教育部於五年內提升 25%之研究計畫數量。</p> <p>(二)長程指標（2030）</p> <p>完成指標訂定與兒童心理幸福感之相關質性與量性追蹤研究執行，並提供歷年指標、兒童整體心理幸福感與相關影響因子之資料與趨勢。</p>
顧問/委員	詹鼎正委員
意見	<p>醫療與長照結合優先規劃案-醫師意見書</p> <p>案由：目前醫師意見書只能由加入「居家失能個案家庭醫師照護方案」醫師開立，但目前加入的醫師數目相對不足，而且部分醫師對長照個案相對不熟悉。</p> <p>建議：回歸「長照服務法」，讓所有願意接受 3 小時醫師意見書課程訓練的醫師，都能具備開立醫師意見書的資格，照專派案後，除了原由加入方案的醫師，長照個案開立慢性病連續處方簽的醫師，本來就對個案相對熟悉，也可以在門診評估開立醫師意見書。請長照司研擬可行性及配套措施。</p>
顧問/委員	倪衍玄委員
意見	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議成立跨部會兒童家庭或是少子化對策委員會 2. 提高國衛院兒童健康研究中心層級使其擔任 pilot study 的角色 3. 健康促進與預防疾病可以減少健保醫療支出。

顧問/委員	黃建霈委員
意見	<p>台灣婦產科醫學會 推動健康台灣論壇中「第四孕期」=「產後照顧」 說明及辦法：</p> <p>關於第四孕期，應增加至少兩次的產後檢查，歐美先進國家，通常是產前檢查十次，產後至少有個兩次，但是台灣比較奇怪的是，我們產前給付十四次，但是產後卻一次都沒有，要檢查得另外掛健保，政府對產婦的照顧像是「生完就不管」，這樣對嗎？</p> <p>那產後重不重要呢？懷孕相關的死亡有一半以上發生在產後，而且大多數在十天內會發生，那這裡面有 70%以上，其實是可以預防的，對於減少孕產婦的傷亡絕對是有幫忙。</p> <p>產後回來時不是只有做身體檢查，現在例行產後的檢查，缺乏對孕產婦的全面支持，包括她睡眠好不好，照顧小孩有沒有問題，還有她有問題的時候，她家人是支持她還是都只是在那邊看甚至幫倒忙，這些其實都沒有人在管，而這些其實都非常的重要。</p> <p>產後憂鬱應該要做介入，是多數先進國家都建議的，產後憂鬱沒被早期發現及治療，影響的不只是產婦，整個家庭連孩子都受長久影響。另外像性生活的部分，回診的孕婦，因為不好意思問，常常問題是留在心裡，那產科醫師也很困難說每個個案都去問她說性生活有沒有問題，有些人會有不快甚至有感覺被性騷擾的疑慮，所以我們的方案是設計一個問卷，如果有任何一項勾選有問題，比如性生活，那我們就有介入的時機，而性生活對於維持夫妻關係是很重要，假如沒有和諧的性生活，大概也就很難維持親密關係及幸福家庭，更別談要繼續生，唯有如此，孕產婦才能生得開心，才會願意生下一胎。</p> <p>(辦法如下頁附件)</p>

附件一

台灣婦產科醫學會推動健康台灣論壇中「第四孕期」=「產後照顧」說帖

背景：關於第四孕期，我們希望能夠做到，多三次的產後檢查，以現在歐美的先進國家來講，通常是產前檢查大概在十次左右，但是產後都至少有個四次，那以世界最低標準的 WHO 來說，產前四次以上就可以，但產後也建議要四次，但是台灣現在比較奇怪的是，我們產前給付十四次，但是產後卻一次都沒有，要檢查得另外掛健保，政府對產婦的照顧像是「生完就不管」，這樣對嗎？

那產後重不重要呢？我們可以看這個數據，懷孕相關的死亡有一半以上發生在產後，而且大多數在十天內會發生，那這裡面有 70% 以上，其實是可以預防的，所以高危險群我們密集的請她回來，其實對於減少產婦的傷亡是有幫忙。

還有回來的時候不是只有做身體檢查，我們現在例行產後的檢查，缺的是我們對於這個孕產婦的支持，包括她睡眠好不好，照顧小孩 有沒有問題，還有她有問題的時候，她家人是支持她還是都只是在那邊看甚至幫倒忙，這些其實都沒有人在管，而這些其實都非常的重要，包括有些疫苗有沒有打，這個時候都可以根據她的回答來補救及處理。然後在第二次回診的時候，除了身體檢查之外，因為產後憂鬱常常會發生的高峰期是在產後二到六個月，所以這時候應該要做一個介入，有必要可提前或用健保持續追蹤，但產後至少提供一次篩檢，是多數先進國家都建議的，產後憂鬱沒被早期發現及治療，影響的不只是產婦，整個家庭連孩子都受長久影響。另外像性生活的一部分，回診的孕婦，其實他們很多在這方面都有疑問，但是因為不好意思問，常常問題是留在心裡，那產科醫師也很困難說每個個案都去問她說性生活有沒有問題，有些人會有不快甚至有感覺被性騷擾的疑慮，所以我們的方案是設計一個問卷，就像我們在過海關的時候一樣，假如他每一項勾都沒有問題，那當然就順利過關，開心去玩，但如果有任何一項勾選有問題，比如性生活，那當然我們就有介入的時機，可以來跟她談這個事，而性生活對於維持夫妻關係是很重要，假如沒有和諧的性生活，大概也就很難維持親密關係及幸福家庭，更別談要繼續生，所以我們認

為這是很重要的事。那三個月以上時，大概就得就前面問題及整體情況作一些綜合的評估，確認是否都已無問題，及後續是否有慢性疾病要去追蹤等等，如此才能做到全面的照顧與支持。唯有如此，孕產婦才能生得開心，才會願意生下一胎。

執行方法及預估費用：如下

總費用: 2474 點/人 *13.5 萬人 = 3 億 3399 萬

顧問/委員	洪德仁委員
意見	<p>信賴新政時代新台灣</p> <p>賴總統在就職滿月記者會，宣布成立「國家氣候變遷對策委員會」、「全社會防衛韌性委員會」及「健康台灣推動委員會」，行政院也成立「經濟發展委員會」，這四個面向剛好是國際衛生組織推動健康城市計畫的重要面向：環境生態、社會福祉安全、醫療衛生、產業 AI 創新等，為國家發展擬定願景方向和戰略，與民間力量展開對話，和國際社會深化合作，更為未來的台灣展開行動。</p> <p>誠摯建議，每年能夠有一次四大委員會議擴大聯合會議，跨領域對話，創新整合。</p> <p>麟洋配、林郁婷奧運金牌，是國人的驕傲，更告訴我們面對困難，在賴總統領導，發揮堅毅不拔的韌性，開創台灣永續發展的健康國家。</p>
顧問/委員	何美鄉委員
意見	<p>2024. 4. 27. 健康台灣論壇建議的延伸細節</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新興感染症防制的準備，有以下方向 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 疫調訓練：中央及地方，含食藥署，疫調人員的訓練，及再教育。 1.2 未知病源診斷之演練：各醫學中心臨床檢驗室定期參與演練（再認證）。 1.3 疫苗政策與疫苗產業： <ol style="list-style-type: none"> 一、防疫所需的疫苗大多仰賴私人產業供應。政府應視疫苗產業為防疫伙伴，並建立公開透明的合作對話機制。 二、疫苗接種率的提升，及台灣疫苗產業未來的順利發展，需建立國人對台灣疫苗產業的信心，也須仰賴食藥署在疫苗及藥物的審查過程，如何以公開透明及即時妥善揭露資訊，來提升公信力，這是食藥署的重要課題。 三、國內現有多家疫苗相關新創公司進行研發，其中有新型佐劑、鼻噴與皮膚傳遞方法等。亦有多家疫苗製造廠具相當規模，但仍以蛋白質次單位疫苗為主。mRNA 疫苗雖有其快速上市的優勢，但蛋白質

	<p>疫苗因其累積的長期臨床經驗，在常規疫苗（如小兒疫苗）仍占一席重要地位，建議政府明訂疫苗研發及使用的優先順序等政策，以利私人產業配合研發。</p> <p>四、以各種形式參與國際合作，如防疫創新聯盟（CEPI），疫苗研發才能與國際同步。</p> <p>五、有必要時可另召開疫苗專家會議，以利於妥善政策的訂定與監督。（利益衝突免責聲明：筆者是現任台灣疫苗產業協會的理事長）</p> <h2>2. 健康一體的運作</h2> <p>過往經驗，新興感染症發生時，不論是 2009 的 H1N1 豬流感或是新冠疫情，重症與死亡都有雷同的風險因子，包括環境汙染、與飲食運動等生活模式相關的慢性病等風險因子。顯示慢性病防制有助於未來降低突發性新興感染症的衝擊。而溫室效應所導致的氣候變遷是當下最險峻的環境因素，也衝擊人類的健康，如溫度與大氣的二氧化碳的提升，都可負面影響農作物的質（營養素）與產量。建議，在健康台灣委員會的平台，以健康一體的機制，廣納其他部門，如農委會、環境部，及私人企業，與專業的民團（NGO）的參與，針對以下議題為例來提升人、動物、與地球的健康。</p> <p>2.1 本土農作物的選擇以低碳排、水需求量低（可部分取代高碳排高水分需求的稻米），同時考慮高營養密度（如豆類）、並鼓勵食品產業（可與 ILSI 合作），研發適合國人口味的食物。國人慣用的白米，是高 GI 食物，研究顯示食用白米也是代謝症候的風險因子之一，或許透過計畫性的轉變，可以提升國人食物的品質。在米食用量遞減的背景，引進新農作物，或許也可以提升糧食自給率。</p> <p>2.2 持久性（生物不分解）的人造物，如塑膠、與 PFAS 等，在環境中已被證實可透過呼吸、飲食、皮膚滲透進入人體，且已證實與多種疾病相關，甚至證實可危害生育能力。這些汙染物，至今仍然存在於食品容器，可直接與食物接觸，也存在於兒童衣服等（兒童更易受化學物影響），需儘速訂定政策，來儘速從源頭來減少非必要的使用與製造。這些汙染物只會持續在地球累積，危害後代，必須從源頭開始管制。除現行政策有系統的減塑政策外、也可向外廣招研發裂解技術，加速環境中的分解。與 NGO 合作，宣導民眾對這些危害物的認識，與避免接觸的常識。對民眾而言，成功的健康一體運作，會像是一個社會運動，來翻轉逆境。</p>
--	---

	<p>2.3 健康一體，涵蓋鼓勵民眾多食用植物性食物，減碳又可促進健康。食物生產、運輸、廚餘處理過程所產生的碳排是所有碳排的 30%左右，提升植物性食物的攝取，搭配減少高碳排動物性食物的攝取，繼而減少飼養動物的量等，都需要時間與政策的輔導，或許健康台灣平台可以扮演推手。最重要的，需要提出完備的素食飲食指南，建議聘請素食營養專業人士參與撰寫。</p> <p>2.4 以上健康一體在執行面的落實，常需要號召外部資源與技術，此公私合作的模式吻合健康一體的精神。</p>
顧問/委員	鄭英耀部長
意見	<p>1、運動能有效預防多種慢性疾病，不僅對身體健康有益，還能顯著改善心理健康，鼓勵以全民運動促進健康是一種更全面、更有效的健康策略。本部提出，請各級學校於課餘時間開放校園運動場館，提供社區民眾運動空間，增進社區民眾身心健康。</p> <p>未來擬討論發行運動卷或運動卡：鼓勵民眾憑運動卷使用校園運動場館、申請球場照明等，提供社區民眾多元化的運動選擇。</p> <p>2、小學校園增加多元遊戲空間(把孩子從數位世界搶回來)，自由遊戲是兒童探索世界的方式，也讓兒童可在低風險的環境中學習社交、冒險、嘗試不同解決問題的方式，並學習失敗。提供兒童更多的遊戲玩耍的場地，可讓學童透過遊戲學習，不僅可以提升兒童想像力、創造力，還可以長期降低孤獨、憂鬱、焦慮的危機。</p> <p>Gray (2023) (Boston College 心理學及神經科學系講座教授)指出，在過去數十年來，兒童需要花在學習的時間越來越長，也越來越沒有獨立活動(遊玩)的時間，而兒童和青少年焦慮和憂鬱的比率已創美國歷史新高，甚至在 2021 年時，美國兒童與青少年精神醫學會、美國兒科學會以及兒童醫院協會於 2021 年向拜登政府發表聯合聲明，要求將兒童和青少年的心理健康宣告為「國家緊急狀態」。芬蘭 Helsinki International Schools (HEI Schools) 教育研究機構共同創辦人、赫爾辛基大學的 Lipponen 教授(2024)也闡述了「孩子不是為了學習而玩耍，而是在玩耍中學習」(Children do not play to learn, but they learn while they play.) 的概念。</p> <p>因此，本部將推動台灣本土兒童遊戲與心理健康的相關研究，制定國家級的兒少遊戲政策。</p>

	3、社會情緒學習（SEL）方案，透過家長和教師增能工作坊、學校課程融入等，加強社區家長、學校教師及學生對自我、他人情緒的覺察、理解及同理心、社交技能的學習，降低生活、工作、學習壓力，增進生活品質。新加坡的「心理健康 2023」倡議（Mental Wellbeing 2023 initiative）強調從小開始心理健康教育和韌性建設的重要性；也為家長提供支持，讓父母掌握能夠幫助孩子應對情緒和增強韌性的技能，並學習應對壓力源的策略。法國也持續推動兒童哲學教育，引導學童哲學思考、洞察自我及他人的情緒。
顧問/委員	簡文仁委員(當日請假)
意見	<p>打造科技人文步道 推出台灣朝聖之旅</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健走是國人最常做的運動 2. 台灣各地都有很精采、很多人走的健走步道 3. 加入科技運用：標記、距離、高度、路景，甚至人體偵測、步態分析都可令人驚奇 4. 加入人文導覽：步道的地理、歷史、生態、社會變遷等，都可以有故事 5. 鼓勵企業認養：改善步道使更友善、更親民、更具特色 6. 從鄉鎮到縣市到全國，做步道連結整合，並由國人評比選出特色優良步道 7. 決選出 3 條值得向國際推出的朝聖之旅：歡迎世界上眾多愛走路的人士來台朝聖 8. 從健走健身到愛鄉土，喚起鄉親的在地情感，並帶動地方觀光、產業，到凝聚國人愛台灣以台灣為傲，行銷台灣外更讓世界走進台灣做台灣堅強的後盾。
顧問/委員	林欣榮顧問
意見	<p>一、偏鄉健保永續：結合科技，建構無圍牆的偏鄉醫療，成為世界典範，目前已有美國及日本團隊來交流學習。</p> <p>二、精準醫療：除了西醫外，還有中西醫的精準醫療，利用 DNA、RNA 的個人化檢測，找出有效的精準抗癌、抗罕病、抗難症的中西醫藥。</p>

	<p>三、偏鄉人才培育：公費生的在地培訓、落地服務，以促進偏鄉人才培育。</p> <p>四、發展台灣細胞基因療法：細胞基因檢定費用高昂，健保不堪負荷，建議政府大力投入發展此產業，將錢留台灣。</p>
顧問/委員	程文俊顧問
意見	<p>一、健康台灣概念應儘早推動與培養，透過跨部會整合(如衛福部、教育部、體育署)從小做起，透過基礎教育的推動，向下紮根，如 BMI、運動習慣、口腔健康、視力保健的推動，落實國人自我健康意識，培養注重營養和養成愛好運動習慣。</p> <p>二、應由國家建構國人 PHR 服務(Personal Health Record, 個人健康紀錄：如健康檢查結果、平日脈搏、行動步數、生活紀錄等資料)，結合健康存摺 APP，透過個人健康資料應用，發展健康提醒功能、推動健康促進活動，並與商業保險公司合作，給予保費優惠措施。</p> <p>三、推動健康促進：</p> <ol style="list-style-type: none"> 辦理社區健康營造：鼓勵社區結合地方政府、在地醫療機構辦理推動活動，並由政府編列計畫與經費，增加社會大眾健康知識的普及度，推動健康生活概念。 推展全民健康運動：鼓勵企業辦理健康活動(如健康檢查、健身設施和心理支持服務)，不同產業別可以企業競賽方式辦理，並由政府提供稅收減免、獎勵標章鼓勵推動。 <p>四、慢性病預防：</p> <ol style="list-style-type: none"> 建立全國性慢性病預防管理 APP：結合飲食、營養、運動、健走、卡路里消耗等紀錄，掌握個人生活習慣，增進健康、強化民眾對慢性疾病風險的認知，以維護良好生活品質；慢性病治療則透過醫療及用藥紀錄，發展個人用藥、回診提醒功能，並結合社區藥局掌握病人用藥情形。 此外針對國人，本院結合社區醫療群，邀請民眾參與「社區醫療全進康促進改善專案」，含括專業營養師介入、運動教練課程指導等服務，並透過專案計畫進行關懷、追蹤。為養成規律運動，避免慢性病產生。

	<p>五、癌症篩檢與防治：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 放寬癌症篩檢門檻：建議肺癌篩檢可再放寬條件，如肺癌篩檢增加納入有肺部病史(慢性阻塞性肺炎、肺結核)、氡暴露吉特病職業暴露(如石綿)民眾。 2. 細胞治療評估時效：隨著再生醫療法的推動，建議針對新的細胞治療法，可減短申請時效。 3. 精準癌症智慧醫療：發展精準醫療，目前 NGS 給付九種實體癌，建議應再增加大腸直腸癌、泌尿道上皮癌、黑色素瘤、腸胃道間質瘤、胃癌基因檢測等，可進行基因檢驗且有具體療效之癌別，達到治療效益最大化、降低全國癌症治療資源耗用。 <p>六、醫療與長照整合銜接：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵長照機構與養生機構合作：協助養生機構（如養生村、高齡住宅區）住民取得長照資源，透過政府財政與技術支持，鼓勵創新合作，以持續推動在地老化。 <p>七、強化民眾心理健康支持：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加強心理諮詢專業人才培育：心理諮詢商人力不足，辦理人才訓練。 2. 認知宣導：請文化部加強行銷，透過媒體、活動和公益廣告來提高公眾對心理健康問題的認識，減少對心理疾病的污名化。 3. 建立線上諮詢平台：擴展心理健康服務可近性、即時性及隱密性，發展線上諮詢資源並進行給付補貼(如使用次數超過健保範圍，政府給予部分補助)，提供更多心理健康服務。 <p>八、智慧醫療：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 發展全國性次世代醫療平台，建構 FHIR 交換格式，有效掌握全國性醫療資料，提升醫療機構服務效率，並整合各家醫院資源發展 AI 輔助醫療。 2. 發展高效益智慧醫材：政府提供補助，使穿戴式設備可普及民眾使用，提升使用可近性；透過建立傳輸格式標準化，提升醫療院所間資料交換，優化疾病診斷並發展個人 PHR 資料參考。 <p>九、健保永續及健康台灣深耕計畫</p> <p>針對健康台灣深耕計畫，政府目前釋出參考先前邁向頂尖大學計畫模式，以 5 年為一期，依每年</p>
--	---

	執行成果滾動式修正年度經費，由各醫療機構、醫學會、醫事公會提出計畫申請經費，建議應盡早編列預算並公告計畫推行方式，以利相關單位盡早推動施行。
顧問/委員	余明隆顧問
意見	<p>非傳染性疾病（NCDs）為全球疾病的嚴重負擔</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NCDs 每年導致 4100 萬人死亡（全球死亡人數的 74%），是全球主要的死因。 ● 每年有 1700 萬人因 NCD 在 70 歲之前提早死亡(Early mortality)。 ● 心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病是 NCD 主要死因，占了 NCD 提早死亡 80% 以上。 ● 可調整的行為風險因素，如吸煙、缺乏運動、不健康飲食以及有害酒精使用和空氣汙染，以及代謝風險因素，高血壓、過重/肥胖、高血糖、高血脂都會增加 NCDs 的風險。 <p>世界衛生組織（WHO）將 NCDs 視為 2030 年可持續發展的重大挑戰，將「2030 年 NCDs 造成的提早死亡減少三分之一」設定為 SDG target 3.4 的目標。</p> <p>建議：賴總統及衛福部的健康台灣願景計畫在縮短不健康餘命、減少提早死亡，非常契合 WHO 2030 年 SDG target 3.4 的目標，建議結合全民運動、淨零排碳的主軸，扣合 WHO 的宣示，將「2030 年 NCDs 造成的提早死亡減少三分之一」作為台灣的健康願景。</p>
顧問/委員	邱冠明顧問
意見	<p>研議全台病床設立或擴充，由中央衛生主管機關統一核定</p> <p>一、 現況</p> <p>1、依「醫院設立或擴充許可辦法」第七條第二項：107 年 11 月 6 日修正施行前，急性一般病床數逾前項第一款規定之次醫療區域，有醫院減設病床時，得在減設數之 50% 內，供屬該次醫療區域之急性一般病床 500 床以下醫院申請設立或擴充，並以急性一般病床 250 床以下之醫院為優先；增設後急性一般病床數，不得大於 500 床。</p>

第九條：第七條第二項病床設置之申請，應向直轄市、縣（市）主管機關提出，經各該主管機關擬具意見，報中央主管機關許可，不適用第三條第一項第一款第一目規定。

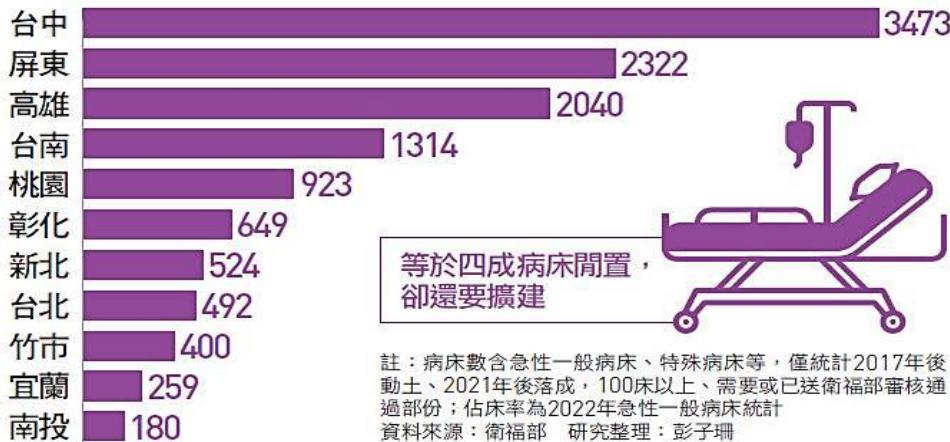
2、地方衛生局依其格局與權限廣設病床，卻難與醫療資源、醫事人員養成訓練計畫連動。長期而言，將造成空有病床卻無相對應的照護人力，以致開床率偏低。

3、雖衛福部考量人口結構改變、城鄉差距的變化，於5月15日公告《醫院設立或擴充許可辦法》第六條附表修正草案，調整醫療區域劃分，並新增台北淡海、桃園八德等次級醫療區域，期能讓新醫院進駐、病床數提升。但此刻全台已有30家醫院正在擴建或剛開幕，病床數不斷增加，回收檢討病床數的機制不彰，而長期人口與勞動力減少之趨勢，恐將造成目前廣設病床之現象重蹈1994年「廣設大學」之覆轍。

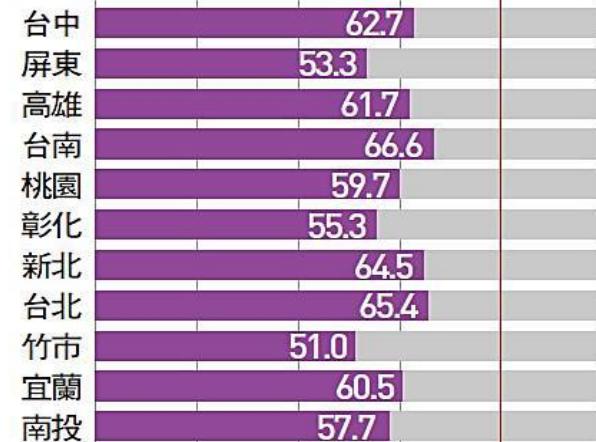
全台蓋醫院將增1.2萬床，但現有病床僅六成善用

各縣市剛開幕與興建中醫院病床數及最新佔床率

增建病床數（床）



最新佔床率 (%)
■ 使用中 ■ 閒置



	<p>二、建議</p> <p>1、設立或擴充、減少一般病床數，宜由中央衛生主管機關以全國的高度與格局，配置能夠滿足社會需求，並配合健保總額成長率、醫療資源配置、照護人力養成計劃等，統一審核許可，量入為出，有效使用醫療資源。</p> <p>2、為避免醫療資源過度集中，「醫院設立或擴充許可辦法」第4條第一項第五款規定，法人附設醫療機構（包括本、分院及受委託經營）達十家或一般病床總床數達五千床，不得申請設立或增設一般病床。建議公立醫院應比照辦理，避免壟斷情事。</p> <p>3、建立設立或擴充病床統一審核標準：中央主管機關可制定並執行全國統一的病床設立標準，確保所有醫療機構的病床配置符合醫療需求，避免各地標準不一或地方政府、特定利益群體干預，造成的資源浪費或不公平現象。</p> <p>4、長期而言，政府能基於全國的健康資料和趨勢，進行更長遠的醫療資源規劃，更好地協調和執行國家層面的醫療政策，確保病床設立與國家健康政策的一致性。</p>
顧問/委員	張鴻仁顧問
意見	<p>健康台灣是目標明確策略清晰的一項願景工程，接下來要看執行力，假以時日必有政績。</p> <p>有一個小小的建議：</p> <p>政府有些政策和這個願景的核心理念相違背，最有名的例子就是”巴氏量表”，老人化社會的照護體系，不論怎麼健全，許多家庭的老人還是隨時有外勞陪伴最安全，八十歲以上的老人家，社會上的普遍民怨就是”老人家目前還不夠失能所以不能申請外勞”結果因為乏人照顧跌倒骨折，就合格了，簡單的說目前的政策違背”預防重於治療”的原則，建議政府盡速推動一定年齡以上老人”免除巴士量表”，以決目前許多家庭”老人(65~75)照顧老年人(80~100)”的困境。</p>

顧問/委員	翁啟惠副召集人
意見	<p>落實「早期檢測，早期治療」以降低疾病風險及死亡率，尤其是癌症及心血管疾病。</p> <p>利用 AI-深度學習技術，配合大數據及影像分析，開發早期檢測技術、改善 MTB(Molecular Tumor Board)，以建立有效又方便的個人化精準治療及預防醫學。</p> <p>將社區「藥局」納入「健康台灣」家庭成員，建立資訊連結。</p>

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。

第2案、健保永續-改革及優化

顧問/委員	陳適安委員
意見	如何協助小型醫院，如地區醫院，度過經營危機，將有助於健保制度順利推動。
顧問/委員	黃振國委員
意見	<p>【珍惜資源，有效管理，健保永續】</p> <p>感謝賴總統 520 上任以來，重視台灣醫療與健保困境，積極與各界溝通，加強資源挹注。在立法院主決議通過明(114)年 6 月 30 日前要達到「平均點值 1 點 0.95 元」的基礎下，醫界也願意共同努力協助落實資源透入達到預期效益，維護醫療量能，促進台灣民眾健康，並朝「健康台灣」的總目標邁進。</p> <p>一、 精進、齊一各區審查共識，勿枉勿縱，有效管理</p> <p>雖然各區在地特色院所與民眾就醫型態不同，醫界仍努力朝向齊一各區審查共識，兼具求同存異的精準審查，核扣不當費用，保護絕大多數循規蹈矩的醫療院所獲得合理給付，發揮審查效益最大化</p> <p>依據健保署統計，僅是 2019~2021 年，醫界建議修正通過增修審查注意事項計 119 條，並依臨床專業滾動性檢討，增進審查共識。以水資源為例，缺水的縣市一定更重視更珍惜水資源的使用方式與效率。同理，基層總額點值最低的台北區，更關心與珍惜醫療資源的投入與效益。「健保審查的有效運作」是「維護正常申報之醫療院所能有合理給付」的重中之重。</p>

二、研議高額折付制度，讓資源平均，有效運用

研議針對高成長的服務項目，依院所或依病患進行檔案分析。研議對於申報偏離常態的極端值以及每月申報大於 1000 萬點的診所，可參考牙醫總額高額折付的精神，依超額比例折付費用，且不保障點值。

考量部分分區長期飽受「院前診所」巨額申報以及「部分醫美診所不當申報耗用健保」，對分區點值造成影響，使合理正常申報院所之點值降低，可研議建立跨醫院及基層總額共同管理模式，避免醫療資源浪費。

三、精準管理，同工同酬，建議「全國一區，統一管理審查機制且保障東區、偏鄉、離島之點值」

分區點值低落，是健保資源不足問題，非醫界衝量所致。建議改採「全國一區」，集合各區優質管理經驗，有效精準管理。

民國 84 年實施全民健康保險，民國 90 年 7 月實施西醫基層總額，至今已走過 20 多年。地區預算精神是「錢跟著人走」，但是病人會動、醫師會動、醫療院所也會動(新設立)。目前公式參數有很多爭議需要檢討，例如人口數計算是採投保區、戶籍區或就醫區？死亡率是否改用疾病嚴重度更合理？Trans 值是否應該取消？採用不同資料，結果就會不同，加上公式複雜難懂、不合理，無法落實「錢跟著人走」的目標。

以台北區為例，台北區投保人口占率近 37%，但預算占率僅有約 34%。以 112 年為例，台北區平均每人醫療費用約為 5,477 元，遠低於全區平均的 6,414 元(詳表 1)；台北區平均點值 0.8879，遠低於其他五區的點值(0.93~1.03)，與東區更是相差達 15%，可見台北區明顯資源不足，其原因並非台北區申報醫療點數成長率比別區高，若長期繼續下去，最後影響的受傷的是台北區民眾就醫品質與權益。參考各區各科別平均每人醫療費用申請點數(表 2)以及各區核檢率(表 3)，可知各區審查管理各有所長，但點值落差卻很大，這更加驗證地區分配公式之問題。

建議建構在齊一的審查共識下，實施「全國一區」。以人為中心，集合各區不同面向的優質管理經驗，訂定異常審查指標、齊一管理指標，避免同樣的醫療項目品質不一，落實「以人為本」的醫療價值。配合AI審查追蹤輔導異常院所，確保醫療資源合理使用，為健保資源嚴格把關，更可以齊心壯大基層，配合政府倡導「醫療社區基層化」之精神，為健保永續努力。

四、發揮家庭醫師角色及功能，落實有經濟效益的分級醫療，及跨層級全人共同照顧模式

透過家庭醫師整合性照護計畫，建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

表1：112年西醫基層總額分區統計資料(含交付機構醫療費用)

分區	平均每人醫療費用 (點)A	全年平均點值 (元)B	平均每人醫療費用 (元)(A*B)
台北	6,169	0.8879	5,477
北區	5,787	0.9300	5,382
中區	6,530	0.9338	6,098
南區	6,553	0.9597	6,288
高屏區	7,014	0.9413	6,602
東區	5,731	1.0379	5,948
全區	6,942	0.9240	6,414

註:計算六區,有效正(含)跨區就醫人數,計算全區,是以全區申報點數/全區就醫人數。

表 2：112 年各專科別/各分區，平均每人醫療費用申請點數最高(灰底)

分區專科	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
家醫科	719	751	713	659	658	784
內科	964	984	945	932	935	1,071
外科	748	791	903	732	732	588
小兒科	517	514	511	519	492	516
婦產科	655	597	774	784	646	720
骨科	822	762	782	711	603	687
耳鼻喉科	531	528	539	470	479	535
眼科	674	686	747	740	730	696
皮膚科	490	478	484	462	458	471
精神科	969	1,027	1,055	929	861	1,163
復健科	1,255	1,372	1,421	1,267	1,108	1,019

表 3：112 年西醫基層各分區各季初核核減率統計

分區	Q1	Q2	Q3
台北	0.40	0.40	0.42
北區	0.26	0.31	0.35
中區	0.32	0.42	0.46
南區	0.16	0.18	0.20
高屏區	0.27	0.27	0.30
東區	0.43	0.40	0.35
全區	0.31	0.34	0.36

顧問/委員	黃建霈委員
意見	台灣少子化嚴重，孕產婦及新生兒日少，產兒科領域因看不到未來，年輕醫師不願投入。健保永續應各科平衡，從過去 pay for service 觀念，轉成對必要的弱勢科別保障定額，甚至投入資源，鼓勵年輕一代優秀人才加入，並讓現在職場的產兒科人員及機構有存活及發展的空間。
顧問/委員	洪德仁委員
意見	<p>珍惜國家公共資源，有效提升醫療服務品質，以臻健保永續</p> <p>如何提升醫療照顧品質，減少不健康餘命，是賴總統健康國家重要目標。</p> <p>感謝總統和陳志鴻教授用心規劃 5 場次論壇，收集彙整出十大計畫，成為未來營造健康大國，優化國民健康生活的重要政策。</p> <p>全國醫療人員、院所積極提出 CHE 占全國 GDP 比例應從 6% 提升為 8%，同時立法院通過明年 6 月 30 日前健保點值要達到每點 0.95 元，以達到優化醫療服務、從業人員薪資回饋等等。這些聲音非常積極熱烈，呈現出大家對於健保永續的關心，這是民主社會的常態。</p> <p>我冒昧想從另外一個角度來思考，絕大多數的論述，都是認為從衛生福利部、健保署的開源節流，如果還有不夠，就公部門公務預算撥補。</p> <p>如果以全國 GDP 6% 提升到 8%，2% 到底是多少的絕對值呢？以 2025 年為例，全國 GDP 總額推估是 30 兆，2% 就是 6,000 億元。</p> <p>同時間，我國中央政府總預算歲入 3 兆 1,534 億元、歲出 3 兆 1,325 億元。如果公部門給予健保額度的補撥 GDP 2%，絕對值是 6,000 億，占中央政府總預算 20%。很清楚的，明年健保本來就有 9,000 億元，即使逐年以公務預算撥補，社會支持度會有多麼的困難。</p> <p>國家安全也是另外一個重要議題，美國一直希望我們的國防支出能夠達到全國 GDP 3%，政府已經編列明年度的國防預算 6,470 億元，約占 GDP 2.6%，相當於中央總預算 8-9%。如果把政府重視社會福利、軍公</p>

	<p>教人員薪資、經濟發展支出，統籌規劃，可見我們要更加謹慎應用國家有限、珍貴的公共資源。我認為提升國民健康護品質、健保永續、關懷弱勢族群，應該都是政府和我們醫療人員核心價值。健康台灣計畫當中有很多提升癌症、慢性病防治、健康促進管理等，政府都已經籌措額外的預算支持，加上深耕計畫，實現健康台灣的理想，應該指日可待。</p> <p>我們要成為總統解決台灣醫療健保議題，最重要的支持和行動團隊，也讓資源發揮最大的效益，這應該是我們的使命和最重要工作。</p>
顧問/委員	程文俊顧問
意見	<p>一、健全健保財務體質</p> <ol style="list-style-type: none"> 提高「經常性醫療保健支出(CHE)」占GDP的比例至8%。 健保費率應逐年提升，並由現行5.17%先行提高至上限6%。 政府應落實全民健康保險法第3條規定，負擔健保總經費不得少於36%並提高至38%。 提高健保預算，解決醫界長期吸收點值不足之損失： <ol style="list-style-type: none"> (1)現行釋出健保平均點值1點0.95元目標，係以各業務組總額方案管理後計算，建議計算點值應納入超額斷頭、攤扣、單價核減等管理前點數，以真實呈現醫院實質獲取之點值。 (2)針對浮動點值如診察費、檢查處置、護理費、病房費等基本費用項目，係醫護人員執行勞務可獲取之點數，建議該類費用納入保障點值，並以點值一點一元為目標。 <p>二、改善醫事人力短缺</p> <ol style="list-style-type: none"> 優化醫院工作條件及穩定人力 <ol style="list-style-type: none"> (1)衛福部自2024年起，發放護理人員夜班護理津貼，以改善現有護理人力短缺、供需失衡問題，建議針對人力短缺職類，如藥劑師、麻醉師、呼吸治療師…等，建議比照由政府編列特別預算，提供醫院到任及留任獎金，提升醫事人員至醫院任職之意願，並針對工作年資核給留任獎金，以鼓勵留任及穩定各機構人力。

2. 培育困難招募專科住院醫師
(1) 鑑於各專科住院醫師養成對未來醫療發展至關重要，建議由政府參考。過往往住院醫師補助政策，針對特定科別，核給困難招募津貼或獎金、檢討健保合理給付，鼓勵選擇特定需協助專科，以利未來專業人力養成。
3. 補助新型教學方法培育人才
(1) 因應醫院各醫事職類人力短缺，為培養新進專業人員，兼顧資深人員臨床與教學負荷，建議補助醫院採用新型教學方法，如 AR、VR、模擬器…等軟硬體及教案，以鼓勵新型培育方法，因應新世代人員學習型態，並減輕資深醫事人員重複辦理課室或實體教學負荷、持續提升醫療照護品質。
4. 開發外國籍人才(如東南亞、中國等)
- (1) 專業醫事人員：
承前所述，各專業醫事人員現狀面臨人力短缺情形，因應日益加劇之高齡化及少子化情形，人力缺口亦將逐年增加，建議引進外國籍專業人員協助。
為確保臨床照護品質，建議開放外國籍學生至專業醫事人員相關校系就讀，或針對國外已領有專業醫事證照資格人員進行訓練或甄選，取得我國相關專業醫事證照資格，並由主管機關及醫院針對人才背景進行審核，確保用人品質，擴大專業人員人力來源。
- (2) 非專業之基層勞務人力專業醫事人員：
因應人力短缺，針對醫院之非醫事專業人力或勞務性工作，如照顧服務員、清潔員人員…等，建請同意開放就業服務法針對外國人在我國境內可從事工作之類別，增訂醫療保健業得引進外籍清潔工或照護服務員(病房助理員)，以有效改善現狀醫院基層勞務性人力不足問題。為確保臨床照護品質，建議開放外國籍學生至專業醫事人員相關校系就讀，或針對國外已領有專業醫事證照資格人員進行訓練或甄選，取得我國相關專業醫事證照資格，並由主管機關及醫院針對人才背景進行審核，確保用人品質，擴大專業人員人力來源。

	<p>三、凍漲醫療業電價</p> <p>1. 建議醫療業電費凍漲</p> <p>(1)在健保給付嚴重不足下，醫院營收無法成長，又受通貨膨脹成本大幅增加，政府又逐年調漲電價，2018年調漲3%、2022年調漲8.4%(醫界推估將增加20億元成本)、2023年調漲11%、2024年又即將調漲12%~15%(暫估)、建請政府考量醫療業面臨打折式的健保給付與成本大幅攀升，將醫療業電費凍漲。衛福部及經濟部2024年辦理地區醫院電費補助，電價調漲所產生的費用由行政院撥補給台電1000億元追加預算中支出(自2025年度起，改由各目的事業主管機關編列預算支應)。建議區域醫院、醫學中心皆應納入補助，協助醫療院所負擔急、重、難的照顧責任。</p> <p>(2)補助ESG推動醫療院所 「2050淨零轉型」是全世界的目標，也是台灣的目標，不僅攸關競爭力，也關係環境永續，「淨零排放路徑」中，醫療機構不能缺席，但也不諱言的，轉型過程所付出成本亦會直接影響機構的營運與生存，為鼓勵醫療院所持續推動節能及減碳目標，建議應設計評量標準，透過評比鼓勵積極投入ESG之醫療機構，可採電費、稅務等公共支出補助作為獎勵，形成一個正向循環與風氣，以鼓勵機構積極辦理系統設備汰換、區域照明、空調等節能標準化措施，達到與自然環境共存、保護地球，永續經營目標。</p>
顧問/委員	張鴻仁顧問
意見	<p>新藥給付的千億缺口要靠健保協同商保的「政策險」才能補足</p> <p>1. 國際上，所有的健保幾乎都年年要上漲保費，原因在於”新藥”與”新醫療科技”造成保險成本大幅上升，所以政府/保險公司必須加稅或漲價，從民眾的角度而言是”保險範圍”擴大，所以保費變貴。</p> <p>2. 保險範圍擴大，受益者是用的到”新藥/新醫療科技”的少數病人，絕大多數民眾是”無感的”，加上過去政府太強調”節約浪費”，大家已經忘記全民健保最重要的保險功能。</p> <p>3. 總額預算實施二十年以來，長期對新藥/新醫療科技的限縮，我國光要把新藥的給付範圍要拉回到”國際水準”，估計大約要二千億，這是百億癌症新藥基金也無法解決的問題。</p>

	<p>4. 二十年累積的債(二千億/年)，當然也很難用”調漲保費”加上政府補貼來解決。</p> <p>5. 商保補健保是必然的，但是用現行的商保市場，無法解決這個缺口，因為民營保險無法承擔癌症新藥擴大給付的風險，更無法解決帶病投保、老弱高危族群納保的問題。</p> <p>6. 所以如何設計一張保單”全民買得起”，”保險公司可以賣”，”企業願意補助員工買”，是現階段非常重要且具挑戰的工作。</p> <p>7. 定位：健保協同商保(第二層健保、非強制) 利用健保原有的平台，降低行政成本，提高保費可近性、善用健保議價能力、協助風險評估、結合使用者付費、並釐清社區費率或風險費率、是否導入年齡別費率、以及企業主和政府如何補貼的議題。</p> <p>8. 健保協同商保的「政策險」，可以從”癌症新藥補充保單”試辦，這樣只要一千億/年。如果做得到來，那麼，全民健保 + 補充保險的政策定位就初步達成，再擴充到其他新藥以及未來所有全民健保無法滿足的需求。</p>
顧問/委員	翁啟惠副召集人
意見	開拓健保新資源（降低 RBC 以提供誘因），以涵蓋新興高科技產品的給付，讓民眾有更多選擇的機會，也讓疾病能及早發現並給予有效治療，同時促進生醫產業的發展。

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委員會議議事規範

- 一、總統府健康台灣推動委員會(以下簡稱本會)召開委員會議，應有全體委員過半數出席始得開會。政府機關代表委員不克出席時，得由其代理人代表出席。
- 二、委員會議由本會召集人主持，召集人不克出席時，應指定一副召集人代理。
- 三、委員會議以每三個月舉行一次為原則，每次二小時，必要時得延長。
- 四、委員會議議程依下列次序編製：
 - (一) 報告事項。
 - (二) 討論事項。
 - (三) 臨時動議。
 - (四) 主席結論。

議案之進行，依議程所列順序；必要時，主席得變更之。
- 五、每次委員會議前，由本會議事幕僚擬訂議程，於七日前將會議資料提供委員參閱。
- 六、委員會議紀錄分別載明下列事項：
 - (一) 會議次數。
 - (二) 會議時間。
 - (三) 會議地點。
 - (四) 主席、出席、列席之姓名。
 - (五) 紀錄之姓名。
 - (六) 報告事項之案由及決定。
 - (七) 討論事項之案由及決議。
 - (八) 發言紀要。

會議紀錄應於下次會議開會時確認，如有遺漏、錯誤或修正意見，提請主席裁定更正。

- 七、本會得視討論議題需要，請委員於會議前七日提供書面提案，提案須有二人以上委員連署；或於會議中提出經二人以上委員連署之書面臨時動議，或經二人以上委員附議之口頭臨時動議。
- 八、發言前應先舉手請求發言地位，經主席認可後始得發言。
- 九、每次發言至多為五分鐘，同一議案第二次(含)以上發言者以不超過三分鐘為限。超過發言時間，應停止發言。
- 十、發言順序以舉手先後排序。但同時舉手時，以發言最少或尚未發言者、離主席位置較遠者為優先順序發言。
- 十一、為澄清議題之必要，主席得要求與討論議題相關之委員發言，不受請求發言順序之限制。
- 十二、委員會議意見交流，以尋求共識為原則，由主席參酌作成結論，並視需要發布新聞。
- 十三、本議事規範未規定者，悉依內政部所定會議規範為之。