

# 總統府健康台灣推動委員會

## 第2次委員會議紀錄

時間：113年11月28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、陳顧問威明、程顧問文俊、林顧問欣榮、余顧問明隆、陳顧問穆寬、邱顧問冠明、林顧問聖哲(請假)、張顧問鴻仁(請假)、劉委員鏡清(請假)、鄭委員英耀(請假)、陳委員適安、高委員淑芬、詹委員鼎正(請假)、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(請假)、黃委員金舜、郭委員素娥、洪委員德仁、柯委員富揚、蔡委員森田、簡委員文仁、沈委員延盛、蘇委員冠賓、謝委員清河、何委員美鄉

列席：總統府潘秘書長孟安、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、衛生福利部林政務次長靜儀、衛生福利部周常務次長志浩、教育部林常務次長騰蛟、衛生福利部食品藥物管理署莊署長聲宏、衛生福利部國民健康署吳署長昭軍

### 壹、主席致詞

總統府潘孟安秘書長、兩位副召集人—陳志鴻教授及陳時中政委，各位顧問及委員、收看線上直播的朋友，大家午安、大家好！

今天「健康台灣推動委員會」召開第2次會議。首先，我要感謝兩位副召集人、各位顧問和委員，以及線上朋友的踴躍參與，也歡迎上次會議請假的簡文仁委員加入行列。

我也要向大家介紹三位新聘委員。我們一起歡迎黃金舜委員，黃委員是藥師公會全聯會理事長，在疫情期間，帶領全國藥師推動口罩快篩實名制、送藥到府等服務；相信他的加入，對於藥品安全、藥品供應韌性等面向，將能提供許多寶貴的意見。

另外，我們也一起歡迎柯富揚委員，柯委員過去在中醫師公會全聯會理事長任內，帶領中醫界，從「經驗醫學」提升為「實證醫學」，並且推動中醫藥現代化。委員會有他的投入，將能促進現代和傳統醫藥的研究發展。

還有一位是今天不克出席的廖美南委員。廖委員是台灣護理學會理事長，長期致力於提升護理照護品質，積極促進優質友善護理職場。委員會將借重她的經驗，強化護理照護政策與實務的結合。

我要再次感謝各位委員的參與，跟政府一起打拚。從上次會議過後，衛福部也在陳時中政委的督導下，逐步推動各項政策。例如，在10月初成立了三大AI中心，來解決AI應用的「落地」、「取證」及「給付」三大議題，促進台灣智慧醫療生態系的發展。

今天的會議，將先由衛福部報告「第1次委員會議列管事項辦理情形」。接著，由衛福部及教育部聯合報告「提升民眾心理健康韌性」，最後再由衛福部報告「強化癌症防治策略」。

世界衛生組織(WHO)曾經闡明「沒有心理健康，就沒有真正的健康」，在快速變遷、生活緊湊的社會中，為了守護人民的健康，政府應該投入更多資源在心理健康領域。

因此，今年我們推動的心理健康支持方案，將適用年齡從15到30歲，擴大為15到45歲，給青壯世代更多的支持。政策推動三個多月來，已經服務超過兩萬人。

然而，在強化心理健康韌性的工作，我們還有很多努力的空間。從職場到校園，乃至社會的每個角落，我們政府要帶頭做，公私部門要協力一起做，盡全力不漏接任何一個人。

而除了心理健康，癌症已經連續42年是國人十大死因之首，我們已經設下目標，要在2030年達成癌症標準化死亡率降低三分之一。

因此，我們必須擴大篩檢、精進治療。去年政府補助的5項癌症篩檢，總計服務人次達到487萬，也發現了1.1萬名癌症，還有5.2萬名癌前病變個案。明年我們增加40億元的公務預算，讓癌症篩檢預算達到68億元，來擴大癌症篩檢對象和服務內容。

此外，我們也規劃成立「癌症新藥基金」，明年將由公務預算挹注50億元逐步達到百億規模，來提供多元癌症新藥給付，協助患者降低經濟負擔。而這些新的措施，稍後，衛福部也將向大家詳細報告。

同時，我們也積極推動基因檢測及精準醫療，例如，次世代基因序檢測已經納入健保給付，將有助病友獲得精準、個人化的治療策略。

我相信，從前端擴大預防篩檢到後段精進治療，將能有效對抗癌症，讓國人更健康。透過今天的會議，政府能夠了解各方的意見，所推動的政策將更符合民眾的需求，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1次委員會議紀錄

決定：確認第1次委員會議紀錄。

## 肆、報告事項

### 一、第1次委員會議列管事項辦理情形報告(略)

(石副執行秘書崇良簡報)

### 二、提升民眾心理健康韌性報告(略)

(衛生福利部林政務次長靜儀、教育部林常務次長騰蛟簡報)

### 三、強化癌症防治策略報告(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)

##### 一、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)民間委員發言

###### 1. 陳委員適安

依本次報告所提供之教育、癌症、心理健康議題之數據，已陸續落實前瞻性做法，惟有關癌症治療方式，許多醫療院所已將放射性治療、嵌合抗原受體T細胞治療(CAR-T)、免疫治療或標靶治療等列入治療指引，卻未於本次會議提出，建議多加關注相關治療模式，以落實健康台灣政策，確實解決癌症治療問題。

###### 2. 高委員淑芬

(1)希望持續強化學校老師、家長、學生及大眾對精神疾病之認識，並去汙名化，讓學生及家屬願意就醫、接受治療，向學校報告。以美國為例，學生可透過學校教育，對精神疾病具備基本認知與敏感度，以及正確之治療概念。在台灣，可能因未能及早篩檢，或不正確之治療觀念，或擔心汙名化，而接受非實證治療，造成家庭更多負擔。

(2)研究指出，許多兒童青少年精神疾病或情緒行為問題不易被察覺，且就診需家長陪伴，建議定期進行流行病學調查；並發展有效可行的治療模式，例如網路成癮。再次建議教育正常化，如同體育、藝術、心理健康輔導等課程應進行正規學習。老師應接受繼續教育，習得啟發式教學方法，讓學子吸收藝術人文及身心疾病的知識。所有預防、治療、教學均應以實證研究為依循，並建立模式及指引。

- (3) 有關酒癮對原住民健康影響，建議可透過營造健康生活方式，協助發現及發展其長處及優勢，足夠診療團隊可早期偵測神經發展疾患，並且避免兒童青少年過早接觸酒精等物質。另應嚴加管理或限制購買酒類之年齡，部分國家甚至限制年滿 25 歲才可購買；酒及管制藥在社區亦須嚴格管理，以強化國民健康意識。
- (4) 老師或父母對於孩童之教養、溝通與增能亦同樣重要，無心話語可能對兒童心靈造成影響，當孩子罹患精神疾病時更須同理、支持。學習尊重為全民教育，仍須持續努力。

### 3. 沈委員靜芬

- (1) 建議平時即應加強個人整體身心健康，除社會情緒學習(SEL)外，應思考如何教育孩子或民眾對健康管理、健康經驗具備更好認知。例如民眾於疫情期間搶打疫苗，但疫情過後，疫苗乏人問津，甚至被汙名化，顯見國人對於健康及疾病預防概念仍薄弱。
- (2) 目前規劃於北、中、南、東 4 處衛福部所屬醫療院所設置兒童及青少年心智病房，但兒童醫療趨向集中化，可治療兒童急重難罕之醫院不多，部分新興疾病，如兒童自體免疫性腦炎，可能以精神症狀表現，會不自主尖叫，或需特殊藥物、免疫製劑等，爰建議應併同考量患者潛在疾病及精神照護需求，建立良好醫療照護機構或國家級衛生單位提供服務，以符當前需求。

### 4. 周委員慶明

- (1) 基層醫療可近性高且易建立長期醫病關係，有助於追蹤病患狀況，協助大型醫院實踐大家醫計畫、代謝計畫、888 計畫、安寧療護試辦方案及在宅醫療試辦計畫等政府計畫。爰建議將基層診所納入醫學中心、區域醫院之健康台灣深耕計畫申請案，透過共組醫院策略聯盟，組成社區醫療群，建構區域聯防，以達全人

全家全社區照護。醫師公會全聯會及醫師公會可擔任在地醫院、長照機構與診所之平台，縱向、橫向串聯醫療機構。

- (2)早期口腔癌篩檢尚未普及，接受治療的病人多已進入末期，且為年輕族群，肩負家庭經濟支柱，對家庭影響重大。依實務經驗，近年篩檢人數雖有所增加，但主動要求篩檢者不多，建議政府應加強資源投入宣導與衛教，提高民眾主動篩檢意識。
- (3)個人曾與地方政府衛生局合作，透過為社區民眾接種流感疫苗，同時提供口腔癌篩檢服務，篩檢陽性率並不低。希望政府可引導醫療機構及醫事人員主動進入社區，提供篩檢服務，進一步擴大篩檢範圍。

## 5. 黃振國委員

- (1)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(簡稱「家醫計畫」)已實施 22 年，並在 COVID-19 疫情期間展現韌性。今年進一步升級為「大家醫計畫」，推廣至全人全社區照護，訂定人員訓練與相關指標，樂見各專科與中醫專業合作，提供病人全方位照護。
- (2)目前心理健康輔導資源主要來自心理師與社工師，教育部希望將精神醫療資源導入校園，惟基層醫療機構較缺乏精神科醫師，恐難以達成。建議可於基層醫療院所建立共同照護網，運用家醫計畫社區醫療群概念，當潛在具有心理健康問題之兒童或青少年就醫時，由家庭醫師或小兒科醫生識別初期症狀及提供協助，並將高風險個案轉介相關專科，藉由早期介入達政策目標。
- (3)政府預算係於前一年度編列，惟實際醫療需求與所編預算常存在差距，故成立癌症新藥基金有其必要性。經由暫時性支付確定藥品療效，隔年毋須經討論即可納入健保給付。此為剛性需求，可確保治療不受預算限制，亦不會排擠其他預算。

## 6. 林委員德文

- (1)原住民族各項健康統計多屬落後指標，建議可參考紐西蘭醫學教學體系做法，將原住民族文化納入醫學教育與養成，並參照性別議題，由國家建立原住民族友善相關機制，讓整體社會理解其重要性。
- (2)囿於資源有限，將心理健康支持方案全面推廣至原住民族群有其困難度，建議可參考國際或我國推動原住民族文化安全之文化健康站，採重點單位提供服務，並透過教育與社會溝通扎根改善歧視問題，持續營造原住民族友善醫療照護體系及社會環境。
- (3)原民十大癌症死亡率多高於非原住民，近年肺癌死亡率雖有下降趨勢，但原住民族仍偏高，本次報告並未呈現。建議參照《原住民族健康法》建置原住民族健康資料庫意旨，另就原民在健康台灣之各項議題探討分析，以利區辨其差異，確保政策對症下藥。

## 7. 李委員貽恒

- (1)政府已建立並積極推動三高一腎防治網，惟醫界希望慢性病防治可比照癌症防治計畫，儘量貼近給付規範。
- (2)癌症為國人主要死亡原因，多年來政府投入許多資源推動癌症防治計畫，惟心臟心血管疾病亦為國人十大死因，加上衍生慢性病所致洗腎、心衰竭、腦中風，影響國民健康甚鉅。希望政府多加重視，或可比照癌症防治做法，以國家慢性病防治計畫協助糖尿病、血脂症、腎臟病等慢性疾病推出藥品，延緩病人進入慢性洗腎，或降低心臟病、心衰竭發生率，並強化慢性病照護。

## 8. 黃委員建需

- (1)有關強化婦女孕產照護與心理健康支持部分，國家已投入相當經費照顧兒童健康，但兒童照護應自胎兒期開始，即照護孕產婦。建議國家應適當配置資源於孕產婦此特別重要族群，因所有胎兒即國家下一代皆來自此特殊族群。

- (2) 孕期產檢及孕媽咪衛教手冊均為衛福部目前持續辦理項目，但我國孕產婦及新生兒死亡率於 OECD 國家仍排名後端，顯然需要進一步之措施來改善。妊娠糖尿病係胎兒胎死腹中前兩名原因，胎死腹中個案每年達上百例，以每一生產事故給付 30 萬元計算，1 年可能就好幾千萬元，目前通過之共照方案可透過加強照顧降低生產事故救濟，兩者經費相當，卻可挽救孩子性命而非單純補償，我們樂見其成。
- (3) 孕產婦衛教手冊明年將改版，但依臨床所見，大部分孕產婦係由醫護人員說明，鮮少自行閱讀。如生產過程實作難以透過看書習得，其他尚有教養子女能力等，可評估納入共照方案，由產科醫師及助產師等專業人員進行指導，協助建立相關能力。
- (4) 青壯世代心理健康支持方案提供每人 3 次免費心理諮詢，98% 孕產婦雖屬該年齡範疇，但具病識感者才會主動使用。研究發現，半數以上有情緒症狀困擾的孕產婦不會主動求助，尤因育兒生活忙碌，不求助比例可能更高，建議可於產檢時主動篩檢，避免孕產婦發生輕生等憾事。
- (5) 目前政府於 45 歲以上婦女每 2 年提供 1 次乳房攝影，但使用率僅 39%，61% 不願意使用，婦產科醫學會及乳房醫學會經過討論，建議可將乳房超音波穿插於二次乳房攝影中或代替使用，至少可減少因懼怕乳房攝影之疼痛而不敢檢查，而等到乳癌後期才被發現之情況，並增加民眾乳癌篩檢之利用度，較早期來發現癌症病灶並加以治療。

## 9. 黃委員金舜

- (1) 關於癌症篩檢，越早發現則治療效果越好，台灣有 1 萬多家社區藥局，可近性相當高，如可善用社區藥局

藥師之醫療專業與服務，發現民眾有精神萎靡、抽菸、嚼檳榔及長期咳嗽等情形，即可協助轉介，進行癌症初期篩檢。

- (2)根據 2023 年健保署資料，台灣服用抗憂鬱症藥物者約 170 萬人，若未按照醫囑服藥，易有自殺意念及行為偏差等情形。如可善用社區藥局，當藥師發現心緒低落、負向思考者，則協助轉介心理師，作為社區自殺防治單位。
- (3)台灣每年使用安眠藥及抗焦慮劑數量達 11 億顆，成年人每 5 人有 1 人使用安眠藥，40 歲至 50 歲族群中，8 成有睡眠障礙，究因係安眠藥開立過於氾濫，或台灣人壓力過大，值得進一步探討。此外，長期依賴安眠藥將導致藥物性睡眠，主管機關應予關注並追蹤。

## 10. 郭委員素娥

- (1)癌症防治與慢性病防治息息相關，癌症發生原因中 30% 至 50% 為可預防，國人膳食纖維普遍攝取不足、動物性脂肪及糖分攝取過多，這些因素均為顯著風險。
- (2)WHO 指出，超加工食品與癌症、非傳染性疾病有高度關聯。根據調查，台灣學童與青少年每日超過三分之一熱量來自超加工食品，缺乏營養且含有過多鹽、糖、脂肪。建議營養標示除列出數據，尚應融入健康概念，幫助民眾了解食物是否健康，建立食品評分(rating)系統。目前一些相關標示採鼓勵性質，或可先由國內大廠做起，但評分系統仍須先建立共識，未來營養師全聯會與營養學會也願意提供相關協助。
- (3)政府今年公布《營養及健康飲食促進法》，積極推動健康飲食，並建構未來營養政策藍圖。然台灣外食文化盛行，需有簡單有效之飲食運動。建議可推動「888 餐」：第一，將宴席菜數減至 8 道，包括 1 主食、2 蔬菜，以及魚類、肉類、豆類、水果及點心各一，以此飲食

運動作為指引，優先鼓勵大型餐廳實行；第二，餐餐8分飽，不過食；第三，晚上8點後不進食(過8不食)，控制熱量攝取，有效減少肥胖問題。推動初期雖可能面臨挑戰，但若由具影響力之人物帶頭推動，將更具號召力。

## 11. 洪委員德仁

- (1) 無論心理衛生、長照、防災救災或癌症篩檢，社區參與均至關重要。期待除國家層級外，能建立以生活圈為基礎之資源體系，以鄉鎮市區層級規模，整合區公所、衛生所等基層資源。以全民心理健康為例，學校有心理師駐校，是否可延伸至社區，包括社區關懷據點、里辦公室、活動中心、宮廟、教會，甚至社區藥局，讓心理師成為精神衛生網絡的核心，協助進行教育推廣與早期識別，並讓社區志工扮演守門員角色。
- (2) 過去曾和社區學校合作，與精神科專業團體合作發展「噴火龍」高風險指標辨識方式。如當學生揚言傷害他人即為紅燈警訊，經學校護理師辨識後，迅速回報及連結相關資源，由心理師和精神科醫師協助高風險個案。建議將相關機制由校園延伸連結至社區生活圈，讓社區成為重要防線。
- (3) 在癌症篩檢方面，希望政府建立激勵機制，鼓勵地方發揮特色。如高雄市那瑪夏區常因雨季中斷交通，當地衛生所人員須於雨季前完成篩檢工作；另與高雄醫學大學附設醫院建立良好協作模式，民眾於醫院進行大腸鏡檢查後，報告得於10日內回傳衛生所並安排後續處置。便捷、友善之篩檢模式值得肯定。
- (4) 兩週前，健康服務中心與市立聯合醫院合作，於實施COVID-19 跟流感(flu)疫苗接種時，同時進行B、C肝篩檢，當天即發現2名B肝帶原者。建議可由國家層級推動建立機制，讓第一線衛生所或是健康服務中心與醫療機構合作，提升癌篩之可及性與效能。

## 12. 柯委員富揚

- (1) 目前，台灣逾 500 萬人患有慢性病，但僅 300 萬人加入慢性病防治網，尚有 200 萬人未加入，中醫可協助民眾預防慢性病及管理相關風險。
- (2) 降低癌症死亡率方面，中醫可扮演重要角色：一是改善治療過程之副作用，二是提升癌症患者生活品質。目前健保中已有「中醫癌症患者加強整合照護方案」，但因預算列入健保總額，各大醫院執行率超過 100%，導致點值被稀釋。目前所見癌症病患對中醫需求很高，為避免其於院外尋求非正規醫療協助，建議提供患者接受多元醫療照護機會，使中醫於癌症治療中發揮更大作用。
- (3) 目前健保為中醫總額預算，惟設有中醫部之長庚、中醫大與慈濟醫院於申請費用時，因預算限制多被折付。癌症整體照護計畫預算每年僅 3 億餘元，病種僅涵蓋 7 種，期許未來擴大至 12 種癌症，將使更多患者受益，尤其在放射線治療、化療後的輔助療法與針灸中醫藥治療方面。
- (4) 台灣贏得世界棒球冠軍，應援團的支持功不可沒，中醫在癌症治療中的角色也像是一支強大的應援團。期待總統、顧問與委員給予支持，由於中醫總額僅 300 億元，癌症治療占 3 億餘元，列入總額將限縮中醫發展，希望主管機關給予協助。

## 13. 蔡委員森田

- (1) 針對降低兒童肥胖率議題，目前國民教育已有不錯成果，但國小學生不僅有肥胖問題，亦存在體重不足問題，其可能與家庭問題、飲食偏差，甚至不適切之審美觀念有關，體重過重與過輕都應重視。
- (2) 關於醫事人員增補議題，國發會預測 2070 年台灣人口將降至 1,500 萬人，護理人力缺乏問題令人擔憂。目前國人就讀護理系畢業後，實際執業占比很低，

建議考慮引進國際人才，評估提供全額獎學金，研議補助額度、在台提供服務時間等，讓他們來台學習中文，完成學業後留在台灣，成為我國照護人力。

(3)關於癌症篩檢議題，個人樂見明年增加更多預算。近年來，發現主要問題為標的族群不願意參加篩檢。本人樂意與衛福部合作，共同研議採取更積極主動方式，及早篩檢出高風險族群，透過早期發現提高治療效果。

#### 14. 簡委員文仁

(1)健康台灣政策推動以來已有不錯成果，但需留意避免讓公務員過度勞累。

(2)建請總統支持打造「科技人文之道」，並推出「環台觀光朝聖之旅」，包括徒步、自行車與火車甚至郵輪環島，串聯台灣各地步道及自行車道，吸引國內外旅客參與，相關工作涉及衛福部、國科會、文化部、交通部、農業部、經濟部、內政部等，需跨部會共同努力。應妥善規劃步道、自行車道，結合科技與人文，並透過錄影紀錄，規劃設計 App，無論何時何人均可欣賞台灣之美。

(3)沿道可設置補給站、打卡點、檢測站等，並提供健康篩檢服務，當發現潛在風險者，即轉介當地醫療機構檢查。沿途亦可介紹台灣地理、歷史，並培養志工，在地創生促進經濟發展。期待串聯全台各地，整合具代表性之步道及自行車道，讓台灣環島成為世界著名旅遊標的。

#### 15. 沈委員延盛

(1)癌症治療需要跨領域、跨專業合作，雖然成大醫院無中醫部門，我在成大治療胰臟癌患者時，若患者期望中醫治療，會協助轉介至奇美醫院求醫，另外癌症治療時會需要營養師調整飲食，物理治療師指導肌力

訓練，精神科醫師協助減少憂鬱症狀，增進病患對抗治療的副作用，顯見跨領域、跨專業合作對癌症治療的重要性。

- (2) 癌症需要篩檢及治療，可由基層醫療、醫學中心合作建立癌症預防到治療之三段五級系統。透過 AI 技術輔助基層醫療進行癌症篩檢，將篩檢結果傳送至醫學中心，並由醫學中心提供治療。藉此系統將癌篩普及化並串聯健保與衛生醫療制度，相信這樣就可以達成 2030 年癌症標準化死亡率減少三分之一目標。
- (3) 為因應醫事人員短缺，日本提供東南亞醫師攻讀博士學位且 4 年免學費之研究計畫，幫助日本研究、提供醫療服務等。我國除協助東南亞各國培養醫護人員外，建議政府應思考如何引進外國醫護人員，如提供獎學金等，以補充基層醫護人力。
- (4) 網路成癮已成為目前學生普遍問題，從小學到大學，超過 6 成的學生缺乏社交活動、社團活動，易引發情緒與心理問題，甚至自傷行為。建議教育部與衛福部及早針對網路成癮問題制定策略，讓民眾有意識避免網路成癮，並強化學校與醫療機構之關注與協處。

## 16. 蘇委員冠賓

- (1) 針對衛福部行動策略一之擴大推動心理健康支持方案部分，短短幾月內三萬多人受惠，人民有感。接下來，建議應思考「永續」的問題（方案成功原因之一是心理師提供心理支持服務，得到的報酬比醫師執行健保給付的心理治療高），未來賦能非營利組織（NPO）或推動數位療法應有助於永續發展。亦建議支持方案應有成效指標（例如重症轉介率）。在行動策略四科技應用部分，除了放寬線上診療規範外，建議應思考常見身心疾病、青少年等關鍵族群的落實和普及；此外，數位心理療法的推動，應該是科技應用的重要指標。

- (2)針對教育部所提到「全民心理健康韌性計畫」校園方案，相信大家對近期勞動部公務員因長期職場壓力輕生的案件記憶深刻。這事件點燃社會怒火，新聞報導也提到總統承諾，要建立制度讓反霸凌機制周全落實。的確改善制度來加強「反霸凌」有急切需求之外，但長期而言，推動「全民心理健康韌性計畫」實是根本。
- (3)現代社會的壓力和創傷型態已大不相同。剛剛教育部提出了非常重要的方向。只不過，讓地方和學校去加強「心理支持輔導」和「融入 SEL 課程」或許有一定的困難。事實上，急速變化中的 AI 社會的新職場壓力和青少年創傷、不健康社群媒體下 Z 世代心理健康傷害，不要說學校的老師或輔導人員不懂，醫院心理師、精神科醫師不熟悉，甚至精神醫學或教育心理學的專家學者們，都仍然不斷在研究、學習，以因應新的挑戰。
- (4)建議要用「以實證為標竿」的態度，來因應校園輔導和 SEL 課綱的議題，而非「自由心證」做課綱、開課程、辦活動；更不是只有熱心投入、用心輔導就會改善。如果沒有「理性和實證作為標竿」，恐怕還會有反教育的效果。比如說，我們在臨牀上，看到教師和家長對精神疾病有錯誤迷思的比例不在少數，他們常不相信有精神疾病、不信有過動症、憂鬱症、反對醫學的診斷和治療、不自覺常常指責病人(不努力、偷懶、假裝生病等)之歧視汙名化，造成隱性霸凌心理疾病的現象。在教育過程中，如果老師和家長長期對學子灌輸「對心理疾病和腦醫學的錯誤認知」，不但造成反教育的影響，更會阻礙教育部上述政策的推動。
- (5)因此，把正確的「科學和醫學」，特別是「精神醫學」觀念，帶到 SEL 學習和教育當中，十分關鍵。建議應該在健康台灣深耕計畫中 call for project，補助

「以實證結果指引」的「SEL 課綱、校園精神心理疾病教育、或加強輔導系統」計畫，找出有指標可以評核效果的可行模式，做出有明確指引和可以操作的永續模式，以利教育部確保學校有效推動與執行。

## 17. 謝委員清河

- (1) 目前國家大部分資源仍在醫療治療方面，惟預防與再生醫學應獲得更多重視。再生醫學亦可為預防醫學，如脊椎損傷年輕人若能早期介入再生醫學，有助於快速復元；大範圍心肌梗塞患者倘進行細胞治療，能避免心衰竭等後續問題。過去曾提及的減肥藥鉅額市值及高價再生醫學治療，更突顯再生醫學之巨大潛力與經濟價值。
- (2) 再生醫學發展的三個關鍵，首先為法規，可確保產業之功能、專業性及品質管理。其次，培養年輕世代加入再生醫學領域，以促進技術發展與創新。最後，跨領域合作相當重要，包括政府、學術界以及國際平台合作，期望可舉辦座談會形成共識，提出具體建議。
- (3) 再生醫學發展短期目標為設立國家級超級捐贈者(superdonor)幹細胞庫，將可大幅提升再生醫學應用潛力；同時應增加研發，尤其於早期臨床階段，加速法規審查過程。衛福部已成立 3 個 AI 中心，可評估應用於再生醫學。長期而言，建議將再生醫學治療納入健保系統，並建立國家級登記制度，蒐集治療成效，所獲收入可挹注政府財源，並促進創新發展，形成政府、企業和民間之良性合作，可透過其他會議進一步討論細節，擬定具體計畫。

## 18. 何委員美鄉

- (1) 贊同「健康台灣」構想，應想辦法讓全民有感，使健康台灣成為一個健康生活模式，並思考如何讓民眾更有意識地參與自我健康管理。健保署 App 為提高

民眾健康管理的重要工具，建議設計目標管理、雙向互動模式，可根據個人不同健康狀態，回饋客製化建議並鼓勵運動，以達更佳預防效果。

- (2)飲食為健康模式之重要一環，我國外食比例於不同年齡層均大幅增加，直接影響健康。政府雖難以直接管控外食業者販售內容，但可結合 NGO 等民間力量倡議健康飲食，促使店家更換健康食材，不僅提高營養價值，亦能改善民眾飲食習慣。若能由政府支持與倡導，甚至由總統親自推廣，將更具影響力。
- (3)健康飲食推廣政策應全國一致，如農業部推廣米食政策，應著重於更健康之糙米，而非白米。根據分析，飲食及疾病存在關聯性，缺乏全穀物和膳食纖維，可能導致心血管疾病和糖尿病等，因此應從源頭鼓勵民眾選擇更健康之食物。
- (4)健康政策不應僅關注使生病的人不生病，而應著眼於讓不健康的人開始實踐健康生活方式，進而變成健康的人、延後發病時間，以全國力量形成健康生活風氣。

## (二) 機關委員(代表)發言

### 1. 衛福部邱部長兼執行秘書泰源

衛福部於個人之出生到人生最後階段，每一個歷程之健康任務都有著墨，且提供全人、全家之照顧。感謝行政院提供更多預算落實政策，有關今日各位所提寶貴意見，請林靜儀次長先予回應，並請周志浩次長補充。

### 2. 衛福部林政務次長靜儀

- (1)我國已導入新藥、新科技之醫療科技評估(HTA)機制，俟運作成熟後，將有助於加速納入健保給付之審查。過去係由食藥署及健保署先後進行審查，目前改採平行審查，另透過專家進行醫療科技評估，以提升審查速度，癌症、心臟病治療用藥即採此方式。關於特定

藥品因健保給付影響醫師開立處方一節，用藥評估仍應遵守全球相關治療指引，並根據指引進行有限預算之給付。

- (2)有關心理健康治療模式，將於政策推動過程持續蒐集相關經驗，感謝行政院提供預算，也希望第一線臨床專家持續提供指導，衛福部將與相關研究機構持續合作，建立適合台灣社會文化之治療模式。
- (3)關於兒心病房病患，共病問題確實會對治療團隊帶來較大壓力，除身心科醫師外，亦須照會其他專科醫師。未來除部立療養醫院，將評估設置醫療照護中心(medical center)之可行性，衛福部將全力協助預算及人力。
- (4)衛福部就健康台灣深耕計畫已召開多次會議研議，將審慎相關預算及經費，避免成為大型醫療系統或醫學中心方可競爭參與之項目，並將與社區醫療群合作，建立社區整合、創新服務模式。
- (5)關於青少年初級照護，以及家醫計畫社區醫療群協助兒童照護部分，兒童專責醫師將增加收案量，藉由持續性服務，增加醫師對兒童心智發展問題之敏感度。
- (6)無論家醫科醫師或社區藥局，均可成為癌篩或青少年心智需求之第一線守門人，並協助警示。衛福部將評估透過多元面向促使癌篩普及化。過去醫療院所篩檢量較大，感謝社區醫療群近年積極參與協助，地方衛生局亦扮演關鍵角色，衛福部將與衛生局持續討論，積極與地方基層診所合作及分配資源，推廣由社區醫療群執行癌篩。
- (7)有關健保給付部分，除孕產婦糖尿病篩檢外，目前亦就產後糖尿病控制進行討論。至於產後憂鬱症部分，產婦通常不會主動尋求心理諮詢，但可透過產後追蹤回醫院接受相關服務，請國健署評估納入產後追蹤給付範圍。

- (8) 關於安眠藥使用情形，衛福部將與教育部合作，從提升年輕孩子心理韌性，進而普及全台灣心理健康促進資源，期待減少依賴藥物助眠情形。目前醫療院所使用安眠藥管制非常嚴格，病患無法自費購買藥品，應較無藥物濫用情形。
- (9) 有關食品安全及健康，食藥署就確保食品安全責無旁貸，惟需借助團體力量，共同倡議健康飲食習慣。健康促進應由兒童的健康體位及健康飲食開始做起，以降低成年人慢性病及癌症發生。
- (10) 關於網路成癮之定義、標準及評估，衛福部已與亞洲大學研議，就專業領域涉及相關評估及戒癮治療可行性部分，亦將持續就教相關學界夥伴。

### 3. 健保署署長兼副執行秘書崇良

- (1) 癌症精準治療係參採國際指引，儘量符合美國國家綜合癌症網絡(NCCN)及國際三大 HTA 報告(加拿大、英國、澳洲三大醫療科技評估中心報告)，提供專家會議討論。針對特定癌症則另成立專家小組，擬定個別治療計畫，再進行健保給付討論。至於質子治療、重粒子治療於癌症治療中的角色，目前係先就兒童癌症相關療法進行 HTA 評估，如有進一步分析與結果，將評估是否納入健保給付。
- (2) 過去未特別針對原住民族癌症相關資料進行分析，健保署可運用健保大數據並與原民會合作，若確有特殊性，也會再擬訂特別防治策略。
- (3) 中醫輔助治療計畫目的在於減緩癌症病患治療副作用、併發症處理，及改善生活和醫療品質等，有關計畫預算受限一節，健保署將再研議。另早期安寧緩和醫療介入，也會與安寧相關學會等討論如何啟動。
- (4) 有關三高一腎防治部分，照護指引已建立完成，刻正研議給付標準。考量糖尿病、高血脂新藥費用極高且

使用人數眾多，應配合共同照顧網，以及生活習慣及營養等介入，而非僅使用藥物，健保署刻研擬論質計酬(P4P)方案，預計明年推動。另規劃透過 AI 將病人進行風險分級，導入高風險個案管理機制。

(5)關於英國、德國給付治療憂鬱症、心理治療之 App(即數位治療處方)，我國或可由前端程序進行 HTA 評估，再採沙盒方式進行。如今年糖尿病數位照顧已導入數位照護沙盒，以軟體協助血糖控制，將評估成效後再考慮是否納入健保給付。

#### 4. 衛福部周常務次長志浩

(1)幾位委員特別關切口腔癌議題，其實問題不僅口腔癌，癌症篩檢更應主動執行。目前衛福部規劃與勞工健檢結合，如健檢對象符合公費癌篩資格，即可提供篩檢服務，並提供醫療團隊給付；另與高風險職業團體職場合作進行篩檢，同時借助社區藥局、基層診所力量，共同投入篩檢工作。

(2)至原住民族文化安全部分，衛福部目前成立原住民族健康政策委員會，專門討論原住民族健康相關議題，關於政策如何貼近其文化安全並推動，將於相關會議向委員請教及討論。

(3)有關委員就飲食健康議題所提建議，衛福部將納為參考，融入目前推動之社區營養相關活動或計畫。

#### 5. 教育部林常務次長騰蛟

(1)關於加強學校老師對心理疾病認識，高中學群科中心及輔導團會針對身心健康跟心理預防，辦理教師增能研習，也提供相關教案給老師參用。另有健康促進學校計畫，透過舉辦工作坊、交流等活動，提升老師有關精神心理疾病相關課程知能。至如何提供 SEL 社會情緒教學指引相關模式，會參考委員意見進行研議。

- (2)有關友善校園部分，教育部已訂定校園計畫推動相關政策，每學期均辦理校園反霸凌學習活動，強化教職員能力，並舉辦校園友善週活動進行宣導。對於校園霸凌個案及疑似個案之通報，係按校園霸凌準則進行審議，如有必要，則導入輔導及介入措施，以積極推動友善校園、溫馨校園，此為教育部長期推動政策。
- (3)針對精神科醫師稀缺問題，高中及大專校院推動校園心理健康促進計畫，如有需求，將補助精神科醫師入校服務之鐘點費；至中小學部分，建議採校園三級輔導機制，在第三級部分，由心理師、社工師就高關懷個案進行了解，如屬高風險個案、涉及醫療行為部分，將轉介衛福部相關醫療系統進行協助。
- (4)針對社工師、心理師走出校園與社區結合部分，目前健康促進學校計畫辦理自殺防治守門人增能活動時，已包括學生及家長，培養其擁有心理健康知能，並促使同儕間相互指引。至於未來是否納入社工師、心理師與社區連結，將參考委員意見進行相關規劃。
- (5)有關將具實證標準之科學醫學專業導入SEL教學部分，教育部將會同衛福部研議。

### (三)顧問發言

#### 1. 林顧問欣榮

- (1)在人力資源方面，感謝衛福部及相關單位努力，透過提升考試及格率等方式增補醫事人力；同時亦應持續落實三班護病比標準，以改善地區醫院和偏鄉醫療機構運作。未來將持續提出建議，供相關單位參考。
- (2)有關癌症防治，西醫精準醫療效果佳，惟需長期臨床研究和鉅額投資。至於精準中醫藥之應用，花蓮慈濟醫院近年利用基因技術來尋找中草藥，效果顯著。以當歸為例，其成分經美國食品暨藥物管理局(FDA)臨床試驗結果，不僅患者能獲得良好療效，亦可解決抗藥性

問題，且費用較西醫更低。此外，振興本土中草藥亦相當重要，運用現代科技已可提升本土中草藥有效成分。

## 2. 吳顧問明賢

- (1) 有關癌症防治，透過擴大篩檢、次世代基因定序(NGS)癌症新藥等策略，相信 2030 年可達到設定目標，但若要做得更好，應注意癌症與慢性病的共病關係，以糖尿病為例，若能有效控制，將有助於減少癌症發生。此外，部分新藥上市後效果不如臨床試驗，可思考是否不限於第二、三線使用，可能於第一線使用可獲得更佳療效，建議可再考量相關資源配置。
- (2) 在心理健康方面，執行人力是最大的問題。鑑於精神科醫師難於短期內擴增，基層醫療院所及第一線醫師、社區藥局藥師皆應有能力進行初步心理健康篩檢，發現高風險個案後及早轉介，避免在病情惡化後才尋求精神醫療協助。
- (3) 政府資源有限，政策推動需進行策略性選擇，相關決策將影響資源分配，並影響人力轉移。以醫師短缺問題為例，若醫院單純以高薪吸引住院醫師，可能造成年輕醫師選擇進入較輕鬆領域，對急重難罕醫療人力供應形成挑戰，建議衛福部應提前規劃未來整體醫療人力培訓。總結而言，推動健康台灣須在資源分配、醫療人力及策略選擇上進行全面規劃，在座各位的建議都非常寶貴，但最終仍要確保能夠落實。

## 3. 陳顧問威明

- (1) 近日舉國歡慶棒球奪冠，總統高規格接待選手，對台灣年輕人參與運動產生正面效果，運動不僅能改善心理健康、培養團隊精神，還能減少網路成癮問題。因此，建議教育部督促中小學校長更加重視體育教育。

- (2)有關醫事人力短缺問題，政府雖已積極進行健保改革，但內、外、婦、兒等科別人員招募依然嚴峻。建議健保署支持上開科別，並提高離島及偏鄉地區醫療給付，或鼓勵公立醫院退休醫師至花東、金門等地服務。
- (3)醫界另一項負擔是評鑑制度，為符合人力配置標準，部分醫院以高薪吸引他院人員，影響人力流動及穩定性，且浪費資源，故建議將評鑑週期從4年延長為6年，讓醫療人員有更多時間專注於治療。
- (4)期許政府補助醫院添購減輕人力負荷之設備，如成大醫院導入自動化藥局系統、台大醫院病歷自動帶入國際疾病分類第10版(ICD-10)系統，亦有護理師將自然語言技術導入病歷，減少繁瑣人工程序。建議健康台灣深耕計畫可撥出部分預算支持相關改造工作，使所有醫院受益、共好。

#### 4. 程顧問文俊

- (1)在提升民眾心理健康韌性部分，考量明年台灣將進入超高齡社會，建議由以下幾點加強促進長者健康：
- 增加社區關懷員協助公衛護理師，並與地方鄰里長合作，廣泛且深入關懷長者健康，尤其應關注獨居、經濟弱勢長者，並推動憂鬱症篩檢。
  - 透過長照服務提供心理支持，因第一線照服員熟悉服務對象，建議可由其協助心理健康篩檢服務，以簡易健康量表(BSRS-5)評估表識別具自殺風險個案。
  - 將青壯年世代心理健康支持方案，擴展至銀髮族群。
- (2)司法精神醫學及成癮醫學兩項專業需要跨領域團隊合作，建請支持推動跨部門運作、專業人才培訓計畫，並調整成癮診斷治療的健保給付標準。
- (3)建議早期培養心理健康識能，縮小健康不平等差距。可將心理健康篩檢、正念減壓納入全國健康促進活動，並針對弱勢群體提供免費或平價之心理健康服務。

(4) 關於強化癌症防治策略之建議：

- 提升癌症患者及其家族的心理支持，由社區、非營利組織建立全國性心理支持網絡，協助癌症患者復原及回歸社會。
- 擴大篩檢項目，以攝護腺癌為例，建議將攝護腺特定抗原(PSA)篩檢納入給付，其費用低但對篩檢有極大助益；另建議將 B、C 肝炎早期之超音波檢測納入給付，對癌症治療具正面效益。
- 提升偏鄉地區癌篩資源，如運用居家服務提供癌症篩檢，減少病人因交通及經濟困難無法接受篩檢情形，以縮小城鄉差距。
- 癌症預防教育之推動相當重要，要求成年人戒菸、戒酒不易，應從小進行癌症預防教育。
- 有關癌症新藥的暫時性支付，因病患少，需要充足資訊以支持決策，建議將原定 2 到 3 年收載資料進行醫療科技再評估(HTR)，延長至 5 年以上始評估。除將 HTR 納入臨床治療指引外，應將醫療經濟指標併入分析，全面評估藥品療效及經濟效益。

## 5. 余顧問明隆

- (1)降低兒童肥胖已列為優化兒童醫療及健康照護之要項，惟目前國健署僅針對成人肥胖提出指引，建議應提出青少年族群肥胖控制之指引。
- (2)國人死因 70%來自於慢性非傳染性疾病(NCD)，其中一項關鍵風險因子為代謝症候群，此與肥胖息息相關，建議將肥胖列為國家重大健康議題，並設定具體改善指標。
- (3)癌症預防方面，建議加強癌症風險因子之管控，如降低空氣汙染、酒精使用及菸害等，這些因素已被證實與乳癌、大腸癌、肝癌等密切相關。

(4)過去幾十年來，台灣在B型肝炎防治取得顯著成效，發生率大幅降低，惟死亡率仍然偏高，顯示部分患者缺乏病識感，且因未定期追蹤、就診，致影響診斷期別。建議應加強國民對疾病的認知，擴大肝炎防護對象，提高篩檢補助誘因，以提高陽性追蹤率，減少肝癌末期病例。

## 6. 陳顧問穆寬

- (1)口腔癌在台灣的發病率和死亡率位居世界第二，好發年齡(約52歲)較其他癌症年輕，且多發生於勞工族群，此與檳榔有關，病例盛行於彰化、雲林、南投地區，第四期存活率僅約35%，顯示我國口腔癌防治之迫切性，呼籲各界共同關心，以全新思維來進行口腔癌防治。
- (2)本人已提出一項行動方案，以中部偏遠、高風險地區為首，推動一站式篩檢及治療服務。感謝經濟部提供補助，自去年起結合健檢推動偏鄉篩檢計畫。
- (3)此外，我們需將檳榔去汙名化。對一般民眾而言，嚼檳榔為次文化，但對部分原住民族而言，檳榔是高級禮品。我曾到巴布亞紐幾內亞(PNG)進行大規模義診，已證明宣導及教育對於改變行為具有重要效果，成果已發表於SCI期刊。
- (4)最後，我們規劃推動AI行動篩檢，將篩檢結果快速傳送至醫院進行處置，期成為WHO的示範案例。

## 7. 邱顧問冠明

- (1)首先，感謝衛福部和教育部的努力，一次會期相關政策已然明確到位，需要時間去落實執行、修正優化、收集成果。
- (2)其次，健康是個人、全家最重要的財富。除了強化政府和專業團體的努力之外，是否可以考慮投入資源，推動個人及家庭當責的角色，透過賦予知識、途徑，使大家促進健康的努力，相向而行、事半功倍。

- (3)擴大篩檢比較容易盤點費用、標定預算；但制定規格時，也要盤點可用人力，了解輔導教師、心理師、社工師的可驅動或培訓員額，預應策略，就像擴大長照時，也會造成護理人員的移動、可能間接造成其他的稀缺效應、版塊移動。
- (4)在目前人才羅致困難的內、外、婦、兒科，依舊持續缺額。不僅沒有長遠韌性，也不容易拒絕取得考試院國考資格的境外醫學生的申請。回顧政府施政的措施中，租稅優免和補貼是協助產業的有效手段，是否有機會跨部會研擬，讓醫院內人才羅致困難科別、尤其是假日或夜間值班所得，給予稅務優免。期望透過加薪、減稅和合理工作環境，能改善目前的分布不均的困境，並且紓解受聘僱醫師勞動權益的期待。

#### (四)副召集人發言

##### 1. 陳副召集人時中

- (1)對於口腔癌之黏膜病變，於 AI 技術之應用，可考慮建立影像判讀中心，建置完善系統，或許有助提高成效。
- (2)身心調適假政策立意良善，惟應審慎處理，尤其在中小學階段，若學生因身心健康問題請假，可能反遭霸凌或排擠，致學生产生心理壓力，故執行時應予注意，避免讓有需求學生不敢請假，造成隱性問題或副作用。
- (3)關於健康促進部分，大家都認為具備知識和改變態度非常重要，但關鍵在於如何轉化為實際的健康行為、如何在政策上鼓勵及推動。對於個人實踐及認知健康行為，提供 2 項具體建議：
- 導入 AI 的商業模式：對於有意願維持個人健康者，提供適當的健康管理工具，協助其促進個人健康。
  - 政府設計誘因：如透過降低健保保費等誘因，鼓勵民眾實踐健康行為，形成為自我健康負責之社會風氣。

## 2. 陳副召集人志鴻

- (1)感謝總統府與行政院團隊回應社會期待，在半年期間已經就各項健康台灣的議題提出可行性方案，這些工作的確為行政團隊、基層人員增加不少工作負荷。以衛福部為例，除例行各項業務滾動成長，亦需落實健康台灣等新政策，所以主管需思考如何簡化例行工作，以紓解同仁們的工作壓力。
- (2)在健康台灣討論過程中，應秉持專業及實證醫學根據推動相關事務。如健保給付藥品不斷增加，但無效藥物鮮少被刪除，建議應積極檢視及處理，若藥品、醫材已無療效或不符現代醫療規範，應果斷剔除，以確保政策的合規性與效果。
- (3)我們要達到 2030 年降低癌症死亡率三分之一的大目標，必須在現行各種措施中，以創新想法重點突破，才有可能進一步完善國人健康。

## (五) 賴召集人清德

非常謝謝大家今天所提建言。也謝謝衛福部和教育部，分別針對「第 1 次委員會議列管事項辦理情形」、「提升民眾心理健康韌性」與「強化癌症防治策略」提出完整報告，再次謝謝各位委員、顧問及兩位副召集人所提供的寶貴建議。

對於今天三個報告案，我也進行併案裁示。

首先，對於第 1 次委員會議列管事項，衛福部已經積極規劃推動，尤其是第一案的 11 項重點工作項目，在行政院的協調下，展開了多項跨部會的合作方案。後續除了請各部會持續推動外，我要請衛福部的同仁，再次將顧問、委員的寶貴意見納入滾動式檢討，並請行政院追蹤管考，適時向國人報告成果，讓我們健康台灣推動委員會的工作能夠進一步落實。

同時，我們要加速推動以下兩項工作：

第一，提升社會的心理健康韌性。從今天的報告可以看到，政府不僅關注成年人的心理健康，更透過校園青少年心理輔導機制，持續向下扎根，來達成全齡照顧的目標。

未來，各部會必須通力合作，將心理健康融入所有政策，並依據公共衛生「三段五級」的概念，以更多元的方案來進行，同時以符合科學實證之 SEL 做法，使提升社會心理健康韌性之整體作為能具科學性。

第二，積極推動癌症防治工作。我們的目標是「2030 年癌症標準化死亡率降低三分之一」，這並非我的企圖心很強，而是因為我對大家很有信心。我相信今天在場的每一個人在各自領域裡面，都有豐富的經驗及專業，也有相當熱忱，願意為國家、社會與民眾做出貢獻。

過去較少進行跨領域整合，今天健康台灣推動委員會就是一個平台，整合我們力量、團結力量大。台灣棒球可以打到世界冠軍，我們應該也可達到目標，回應人民的期待。

就癌症篩檢的部分，請各部會積極參與癌症防治工作，包括擴大篩檢年齡範圍、增加癌症篩檢項目、提高各職場癌症篩檢率，如同現場委員分享，應主動積極針對高風險群去做篩檢。篩檢若能提供誘因，或許可有效提升民眾意願，如提供免費健康篩檢方式亦不錯。部分行業確實存在高風險，我相信律定推動有其必要性。

在癌症治療方面，關於精進癌症篩檢跟治療，今天報告提及發生率並未降低、死亡率係增加的，此印證了篩檢的重要性。篩檢除了要有好的方法，更要廣泛地進行；治療也應與國際接軌，例如口腔癌採人工智慧篩檢方式有成效，對民眾健康應是福祉。所以請衛福部擴大癌症

基因檢測給付範圍，用來建構永續發展的國家基因資料庫，並且致力推動精準醫療，協助臨床提高癌症治療成功率。

同時，為了推動基因檢測結果數位轉型，請衛福部規劃癌症 NGS 檢測報告，逐步導入國際醫療資訊標準，提高資料互通性，減輕醫療機構執行作業、加速資訊交換，推動跨域資料整合。

我們也要加速成立行政法人國家醫療科技評估中心，強化台灣的醫療科技評估能力和量能，將通過三級臨床實證及具給付效益的新藥，優先納入健保給付，為病患健康持續努力。

綜合今日委員意見，我認為預防方面要再加強，既然推動「健康台灣」，應該要推行全民有感的生活健康模式。例如方才郭素娥委員倡議的「營養 888」、持續強化慢性病防治之 888 策略，此外還有心理健康落實、納入精神醫療照護。未來委員會議中，或可以專案討論健康生活模式，鼓勵民眾進行，形成個人及家庭合適之健康模式，並請適當人選宣導。由政府帶領，與醫界合作，個人及家庭共同參與，提升整體民眾健康。

關於建立國家級超級幹細胞庫，請衛福部納為研議，除了智慧醫療、精準醫療，再生醫療也相當重要，應積極發展。

明年是健保 30 年，我們要傳遞給醫界、社會的訊息，不僅是 30 年來健保的成就，還有我們有能力去解決 30 年來所發生的種種問題，讓醫界或民眾更有信心，在未來 30 年我們會更好，也就是醫界有更好的服務空間、民眾有更好的服務品質，國家社會也因此會更好。諸如醫事人力短缺的問題，內、外、婦、兒科招募不到醫師之困境等，我們都要持續設法解決。

最後，針對健保給付不同工同酬的問題，應深入思考如何妥善處理，對於特定重要治療項目，也應考慮提高給付。健保制度需要重新檢討給付方式及支付金額，才能永續發展。

陸、臨時動議：無。

柒、主席結語

我再次感謝各位參與今天的會議，我在此做出三點結論。

第一，上次會議的列管事項，都已經有執行進度與具體的規劃，請相關部會繼續掌握進度，並根據顧問、委員們的寶貴意見落實各項政策。

第二，心理健康，是實現「健康台灣」的重要基石。我們要持續擴大對心理建設的投資，建立更完整的心理健康服務體系。

其中，在建構友善、安全的職場環境部分，政府更必須以身作則、帶頭示範，透過跨部會合作與公私協力，來提升職場的心理健康韌性。

除了行政院將指導衛福部及相關部會，研議增列公務人員「身心調適假」，政府也該提出其他積極的作為，包括增設行政院層級的「專責通報平台」，也將請行政院偕同考試院研議，推動強化反職場霸凌規範及配套措施。

第三，為了加強癌症防治，我們將從三大方面著手，包括提升早期癌症篩檢、建立百億癌症新藥基金，聚焦基因檢測與精準醫療。

我們已經努力進行了幾個主要癌症篩檢和治療，但是國人耳熟能詳的大腸直腸癌和女性乳癌的死亡率，依然居高不下，我們必須針對不同癌症的問題，提出不同的對策，才能真正落實打擊癌症，保護國人的健康。

現在，對於肺癌、大腸癌、以及乳癌的篩檢治療，我們除了建立異常個案的主動追蹤管理模式，提升陽追率；也接軌 NCCN 國際治療指引，對於有效治療的藥物，擴大健保給付，補足治療缺口，提高各項癌症的晚期存活率、減緩死亡率的上升趨勢。

另外，我們要完善肝炎、肝癌的整體照護。目前 C 肝病人接受治療比例，已經超過 95%。我們要繼續努力，在 2025 年達成消除 C 肝的里程碑。

希望透過多管齊下的努力，我們將能穩健落實，達到「2030 年癌症標準化死亡率降低三分之一」的目標。

最後，健康是基本人權，更是國家進步的重要指標。從這次的會議開始，我們增聘來自藥界、中醫界、護理界的委員，凝聚更大的力量，來打造「健康台灣」，也期待未來更多的意見交流，一起朝目標邁進，謝謝大家。

捌、散會：下午 8 時 10 分。

## 附錄 總統府健康台灣推動委員會第 2 次委員會議討論事項 顧問及委員書面意見彙整表

顧問/委員	案別	意見
詹鼎正委員 (請假)	<p>第一案： 報告事項(一) 第 1 次委員會議列 管事項</p>	<p><b>1. 醫療與長照結合優先規畫案-醫師意見書</b>          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。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，除了由原加入方案的醫師，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> <p><b>2. 長照與健保的資訊系統整合案</b>          案由：目前健保與長照各自有不同的資訊系統，也已經達到相當好的效率，但彼此無法溝通，如果未來要達到醫養合一的目標，建議雙方系統開始整合，提供醫療與長照端查詢與溝通機制。</p> <p><b>3. 提高長照機構收費上限案</b>          案由：長照 2.0 實施後社區長照的經費相對優渥，人才大量從機構轉移至居家長照，以台大北護護理之家為例，因人員流失，開床率只有 8 成，但因機構收費上限，無法提高收費，也就無法提高薪資，許多機構也面臨類似的困境，所以長照 3.0 的目標之一是優化住宿型長照機構時，其中收費上限建議提高。</p>

顧問/委員	案別	意見												
周慶明委員	<p>其他書面意見 1          穩定慢性病人，至多一次得領取三個月慢性病連續處方箋用藥量案，提請討論。</p>	<p>一、112 年慢連箋開立件數及點數：</p> <table border="1" data-bbox="893 366 2061 584"> <thead> <tr> <th data-bbox="893 366 1264 422">慢連箋</th><th data-bbox="1264 366 1691 422">開立件數</th><th data-bbox="1691 366 2061 422">開立點數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="893 422 1264 477">醫院</td><td data-bbox="1264 422 1691 477">1,628.6 萬件</td><td data-bbox="1691 422 2061 477">22,492 百萬點</td></tr> <tr> <td data-bbox="893 477 1264 533">基層</td><td data-bbox="1264 477 1691 533">617.2 萬件</td><td data-bbox="1691 477 2061 533">4,004 百萬點</td></tr> <tr> <td data-bbox="893 533 1264 584">總計</td><td data-bbox="1264 533 1691 584">2,245.8 萬件</td><td data-bbox="1691 533 2061 584">26,496 百萬點</td></tr> </tbody> </table> <p>(一)2,245.8 萬件慢連箋，等於每年有 561.45 萬名年長病患，每年領第 2 及第 3 次慢連箋共 4,491.6 萬次，且每次領取慢連箋，健保皆須支付藥事調劑費用。</p> <p>二、本案優點：</p> <p>(一)減輕年長者領藥負擔          領取慢連箋的多為年長者，若遇到缺藥需跑更多家藥局才能領到藥，本案通過，能減輕年長高齡者需頻繁出門領藥的不便及負擔。</p> <p>(二)減少碳足跡          賴清德總統成立「國家氣候變遷對策委員會」，將氣候變遷提升到國家安全層次，減少出門領藥等於減少交通負擔，降低 4,491.6 萬次碳足跡，配合國家打造淨零路徑、多元綠能減碳、永續綠生活等政策，保護地球，守護台灣。</p> <p>(三)減輕藥師人力負擔          醫師數每年成長約 2.2%，護理師數約 2.1%，藥師僅約 1.4%，藥師增加比例，遠低於醫師與護理師。藥師人力吃緊，本案通過，將大大減輕藥師人力負擔。</p>	慢連箋	開立件數	開立點數	醫院	1,628.6 萬件	22,492 百萬點	基層	617.2 萬件	4,004 百萬點	總計	2,245.8 萬件	26,496 百萬點
慢連箋	開立件數	開立點數												
醫院	1,628.6 萬件	22,492 百萬點												
基層	617.2 萬件	4,004 百萬點												
總計	2,245.8 萬件	26,496 百萬點												

顧問/委員	案別	意見
		<p>三、為兼顧民眾用藥品質與方便性，建議修正全民健康保險醫療辦法第 25 條，新增第 5 款「經醫師依其臨床專業知識之判斷，病情穩定之慢性病病人」，得一次領取至多三個月慢速箋藥量，本案對人民權益有幫助、對國家社會有幫助、對醫療環境有幫助，敬請懇予支持。</p>
	<p>其他書面意見 2 考量健保面臨財務問題，有關 114 年度健保總額由公務預算支應之額度，建議不應於基期扣除，提請討論。</p>	<p>一、自新冠疫情後，健保點值持續大幅滑落，如無相關公務預算挹注及撥補，醫療品質必將大打折扣，嚴重影響民眾就醫權益。</p> <p>二、是以，114 年起衛生福利部將可能排擠一般服務醫療資源配置之 9 項協定項目：「網路頻寬補助費用」、「住院整合照護服務試辦計畫」、「癌症治療品質改善計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」、「全日護病比」、「代謝症候群防治計畫」、「提升保險服務成效」、「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」及「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」，合計 110.6 億元，移由公務預算支應。</p> <p>三、此係回歸全民健康保險之本質，其本為公共衛生、預防保健、資訊或政策所需項目，且多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含低推估成長，如再扣減基期，勢必再次造成點值下滑，並與立法院主決議 114 年 6 月 30 日前健保點值達平均點值 0.95 之目標背道而馳。</p> <p>四、我國 114 年即將邁入超高齡社會(65 歲以上老人人口占總人口比率達 20%)，健保制度除面對過去資源投入不足，及總額制度下之過度管控等問題，更需要加強健康投資，爰將 114 年挪出之額度歸還一般醫療服務，不應於基期扣除，才能迎頭趕上與其他先進國家之落差，守護民眾健康。</p>

顧問/委員	案別	意見
	其他書面意見 3 醫學中心、區域醫院之深耕計畫申請案，宜含括基層診所，由醫師公會擔任平台，媒合醫院及診所資源，落實全人、全家、全社區分級醫療及醫療平權。	<p>深耕台灣基層診所之參與不可或缺</p> <p>(一) 優化整體醫療工作條件，基層醫療角色不可或缺：            基層醫療可近性高、服務便捷且易建立長期醫病關係，長期追蹤和管理患者的健康狀況，可實踐或協助大型醫院進行相關政府計畫之實踐，如大家醫計畫、代謝症候群計畫、888計畫、安寧共同照護試辦方案、在宅急症照護試辦計畫等。</p> <p>(二) 促進醫療平權：            實踐分級醫療，基層診所與醫院共組醫院策略聯盟，並與醫院合作組織成大社區醫療群及區域聯防，提供以個人為中心的全人、全家、全社區健康照護服務。</p> <p>(三) 醫師公會樂於擔任政府、各級醫院及基層診所間之媒合平台。</p>
林德文委員	其他書面意見 1 有關「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」文化安全教育應納入專業倫理繼續教育課程。	依據「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第 13 條第 1 項規定醫事人員執業，應接受專業課程、專業品質、專業倫理及專業倫理課程之繼續教育，建議文化安全教育應納入專業倫理繼續教育課程。
	其他書面意見 2 建議辦理文化安全教育課程應由國內	繢案由 1 說明，建議辦理文化安全教育課程應由國內相關原住民族醫事人員團體申請認可辦理繼續教育課程與積分審查認定，惟「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第 15 條第 3 項第 3 款(註)申請認可辦理繼續教育課程與積分審查認定及採

顧問/委員	案別	意見
	相關原住民族醫事人員團體申請認可辦理繼續教育課程與積分審查認定	<p>認之各該類醫事人員團體，應符合的規定中醫事人員比率或人數，不符國內原住民族人口占比及現有培育完成的原住民族醫事人員類別，阻礙國內原住民族醫事團體申請認可辦理繼續教育課程與積分審查認定，建議應專案處理文化安全繼續教育審查認定規定。</p> <p>註：</p> <p>第 15 條</p> <p>申請認可辦理前二條繼續教育課程與積分審查認定及採認之各該類醫事人員團體，應符合下列規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、為全國性之醫事人員學會、各該類醫事人員相關學會或公會。</li> <li>二、設立滿三年。</li> <li>三、會員中各該類醫事人員全國執業人數，應達下列各目比率或人數之一：           <ol style="list-style-type: none"> <li>(一)醫師及助產人員：百分之十以上。</li> <li>(二)中醫師及醫事放射師：百分之四十以上。</li> <li>(三)護理人員：三千人以上。</li> <li>(四)前三目以外醫事人員：百分之二十以上。</li> </ol> </li> </ol>
廖美南委員 (請假)	第二案： 報告事項(二) 提升民眾心理健康 韌性	<p><b>1. 提供連續性精神醫療照護：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎擴大健保給付提供社區居家護理所之精神病人照護項目，鏈結心理衛生中心資源，達成病人於社區及家庭最佳完整照護覆蓋。</li> <li>◎強化現有的社區心理衛生中心，結合長照資源，優先服務偏鄉地區。</li> </ul>

顧問/委員	案別	意見
		<p><b>2. 倡導全民心理健康宣導與提升:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎推動「台灣心理韌性提升年」及每年固定的心理健康週，透過廣告、社群媒體、街頭活動及名人代言，提升公眾心理健康意識。結合個案本人及家屬經驗，製作溫暖人心的紀錄片或短片，促進社會的理解與同理。</li> <li>◎開發本土化心理健康照護 App，結合多語言功能及台灣文化特色，提供互動式精神心理支持與教育。</li> </ul> <p>3. 將具實證之多元精神衛生護理與心理治療之智慧商品納入健保給付，降低民眾接受精神衛生照護與心理治療之門檻。</p>
	<p>第三案： 報告事項(三) 強化癌症防治策略</p>	<p>1. 30%~50%的癌症是可預防的，且健康決定因素近 40%與行為有關。鑑於預防勝於治療，美國、澳洲將 life style medicine 納入保險給付項目，透過民眾參與生活型態介入方案，減少癌症和慢性病危險因子，達到疾病預防之目的，建議健保或商保可參考研議。</p> <p>2. 為維護中老年人健康，早期發現疾病，早期介入及治療，國健署提出成人預防保健「健康加值」方案，立意良善，惟套組支付點數低於健保支付點數，建議調整與健保支付點數一致。</p> <p>3. 癌症預防的民眾教育要從小做起，建議衛福部與教育部整合資源，針對不同年級學生設計適用之核心課程，並於新任小學老師的基礎職前訓練，加入健康生活課程。</p>

顧問/委員	案別	意見
郭素娥委員	第三案： 報告事項(三) 強化癌症防治策略	<p>癌症發生的原因中 30-50% 是可預防的，不健康的飲食與肥胖也是其中原因。癌症防治飲食也是健康飲食，國民健康署已訂有每日飲食指南與指標，亦積極推廣「我的餐盤」，然而檢視 19-44 歲成年人的飲食問題，外食頻率高，飲食型態不佳其中以膳食纖維攝取不足、動物性蛋白質與含糖飲料攝取過多最顯著，除了既有政策的推動之外，建議在健康飲食環境的營造</p> <p>一、「一日五蔬果」全民口號</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>透過有影響力的指標性人物由政府帶動倡議。</li> <li>在人流眾多之處設看版與廣告，每週五檢視“今天五蔬果了嗎？</li> <li>政府補助的活動餐點，水果列為必要項目</li> </ol> <p>二、少飽和脂肪與少糖</p> <p>優化目前的營養標示，有助於民眾辨識與選擇較健康的食品</p> <p>三、少紅肉</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>WHO 強調以植物性食物為主的原型食物，兼具健康與環保永續的目標，且已有許多文獻支持。</li> <li>推出 888 餐，強調宴席 8 道菜(1 主食、2 蔬菜、1 魚 1 肉 1 豆、1 水果、1 點心)，餐餐 8 分飽(不過食)，晚上過 8 不食(少吃宵夜減少過多熱量攝取)，改善目前多肉食宴席餐，塑造健康的飲食文化。</li> </ol>

顧問/委員	案別	意見
簡文仁委員	其他書面意見 健康台灣 雙引擎 計劃	<p>1. 強化(打造科技人文步道 推出台灣朝聖之旅)進階成(打造科技人文之道 環台觀光朝聖之旅)</p> <p>2. 健康三層次：治已病 治欲病 治未病</p> <p>3. 治已病(醫療)台灣優秀的醫療體系 治欲病(健檢)生物科技設備及做法，及早篩檢量測、防患於未然 治未病(健促)養成規律運動等健康生活習慣</p> <p>4. 雙引擎計劃：</p> <p>(1)健康達人挑戰賽 掀團互相支持與鼓勵</p> <p>(2)科技檢測站：簡單方便先篩檢出前期病癥，有疑慮再安排赴醫就診</p> <p>5. 將試行過且有實證的健康達人挑戰賽擴大推廣，讓國人養成規律運動及檢測健康的好習慣。</p> <p>6. 科技人文之道上或社區據點設置科技檢測站，方便國人隨時掌控了解自己的身心健康狀況，並促成健康科技業的發展商機。</p> <p>7. 以台灣現有優秀的生物科技及醫療體系，藉由規律運動等健康生活習慣的推廣，到隨時檢測自己的健康狀況早期篩出及早就醫，再到精準醫療治病，完整涵蓋健康三層次，推出世界級健康台灣最佳典範。</p>
余明隆顧問	第一案： 報告事項(一) 第1次委員會議列 管事項	<p><b>影響性目標</b></p> <p>衛福部的「健康台灣願景規劃」目標在未來8年內</p> <p>1. 國人平均餘命從79歲提升到82歲</p> <p>2. 不健康餘命占平均餘命的比率從10%降至8%</p>

顧問/委員	案別	意見
		<p>3. 兒童死亡率從 5.3% 降低到 4% 以下</p> <p>4. 建議加入「非傳染性疾病」Non-Communicable Diseases (NCD) 之提早死亡，降低三分之一(以 2010 年為基礎年，主要以心血管疾病、癌症、慢性肺疾病、糖尿病、及代謝症候群相關之疾病為主要標的)。</p> <p>計畫性目標：除策略性計畫外，建議設定明確之計畫性指標</p> <p>1. 健康促進及慢性病預防</p> <p>一、全人全家全社區照護及強化健康促進：「888 三高防治計畫」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 80%三高病友加入照護網、照護網內 8 成三高患者接受<u>生活習慣諮詢</u>，讓三高控制率達 80%</li> <li>-&gt; 建議生活習慣諮詢加入飲食及運動調查與諮詢，以利未來運動處方及飲食指導之推廣。</li> </ul> <p>二、疾病預防及建構防疫安全網</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 建議加入：高血壓、糖尿病和肥胖症盛行率減少的目標 現體育署/未來體育部擬定並推動全民運動及運動處方</li> </ul> <p>三、落實推動食安五環政策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 建議加入：鹽/鈉攝取量減少的目標、煙草使用減少的目標</li> </ul> <p>2. 全面優化兒童醫療及健康照護</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 強化新生兒與高風險孕婦之照護，降低新生兒死亡率 <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 建議研擬降低新生兒死亡率之目標</li> <li>- 降低兒童肥胖率 <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 建議研擬降低兒童肥胖率之目標</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

顧問/委員	案別	意見
		<p>3. 強化民眾心理健康支持</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 擴大「年輕族群心理健康支持方案</li> <li>- 推動「全民心理健康韌性計畫」</li> </ul> <p>-&gt; <u>報告案二衛福部</u>：設定 2028 年目標為我國自殺標準化死亡率降低 5%。建議以 2010 年為基準年設定之。(WHO：到 2030 年將自殺死亡率較 2010 年相對降低 20%)</p> <p>-&gt; <u>報告案二教育部</u>：建議可增加青少年非壓力之體育及藝文課程或活動。</p> <p>4. 強化國家癌症防治計畫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 強化「國家癌症防治計畫」提高重要癌病篩檢率</li> </ul> <p>-&gt; <u>癌症篩檢</u> (<u>報告案三：強化癌症防治策略</u>)：肝癌發生率雖已因國家肝炎肝癌防治策略而逐年降低，但仍高居第 5 位，且死亡率高居第 2 位，尤其是 B 型肝炎相關肝癌發生率降低緩慢。建議將肝癌篩檢列為國家重點六癌篩檢追蹤項目之一，強化全健保 B、C 型肝炎醫療給付改善方案、設定目標值。</p> <p>-&gt; <u>早期診斷、早期治療</u>：建議設定主要癌病之目標篩檢率</p> <p>-&gt; <u>癌症預防</u>：建議研擬降低引發癌症風險之目標：如空汙程度減少、酒精的有害使用降低、煙草使用降低、代謝症候群/肥胖比率降低(與乳癌、大腸癌、肝癌、胰臟癌、肺癌有關)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 總額之外設立「百億癌症新藥基金」</li> </ul>

顧問/委員	案別	意見
		<p>5. 強化原住民族健康服務</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 寫列健康預算，提升原住民族地區的醫療資源與專業能力</li> <li>- 建立原住民族人參與健康政策</li> </ul> <p style="padding-left: 2em;">-&gt; 建議研擬縮短原住民族平均餘命與國人平均餘命之差距為目標</p> <p>6. 醫療與長照銜接</p> <p>7. 安寧療護</p> <p>8. 確保健保永續經營</p> <p style="padding-left: 2em;">-&gt; 建議要配合國家政策，增加及分流預防保健的經費，鼓勵醫療院所積極投入預防保健的工作，並避免健保永續經營的負擔。</p> <p>9. 改善醫療人員工作環境</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一、優化各類醫事人員業環境，鞏固醫療人力資源、強化醫事人員增補</li> <li>二、秉持「教考訓用」合一的原則培育人才</li> <li>三、推動「護理人力政策整備 1_2_ 項策略計畫」、推動醫院三班護病比入法</li> </ul> <p style="padding-left: 2em;">-&gt;建議要同時考量各專科醫師，尤其是急重症醫師、各職類醫事人員，需要 24 小時值班之人力供需評估機制（超負荷 24 小時值班之人力有年齡、環境、供需之不平衡，急需改善）</p> <p>10. 智慧醫療結合健康照護</p> <p>11. 健康台灣深耕計畫</p>

顧問/委員	案別	意見
	第二案： 報告事項(二) 提升民眾心理健康 韌性	<p>衛福部：設定 2028 年目標為我國自殺標準化死亡率降低 5%。建議以 2010 年為基準年設定之。(WHO：到 2030 年將自殺死亡率較 2010 年相對降低 20%)</p> <p>教育部：建議可增加青少年非壓力之體育及藝文課程或活動。</p>
	第三案： 報告事項(三) 強化癌症防治策略	<p>癌症篩檢：肝癌發生率雖已因國家肝炎肝癌防治策略而逐年降低，但仍高居第 5 位，且死亡率高居第 2 位，尤其是 B 型肝炎相關肝癌發生率降低緩慢。建議將肝癌篩檢列為國家重點六癌篩檢追蹤項目之一，強化全健保 B、C 型肝炎醫療給付改善方案、設定目標值。</p> <p>-&gt; 早期診斷、早期治療：建議設定主要癌病之目標篩檢率</p> <p>-&gt; 癌症預防：建議研擬降低引發癌症風險之目標：如空汙程度減少、酒精的有害使用降低、煙草使用降低、代謝症候群/肥胖比率降低(與乳癌、大腸癌、肝癌、胰臟癌、肺癌有關)</p>
張鴻仁顧問 (請假)	第三案： 報告事項(三) 強化癌症防治策略	<ol style="list-style-type: none"> <li>Slide 3：雖然 30-50% 的癌症是可以預防的，但計畫中並無相對應可以降低發生率的績效指標。</li> <li>Slide 8：這張效益(降低健保治療費用)的估計太粗糙，有太多假設，容易造成誤解，建議拿掉。</li> <li>P12(Slide)：主動追蹤陽性個案，為什麼會降低癌症發生率？</li> <li>Slide 13-15：都是非常好的策略，但是已經上市多年，國際上早已是標準療法的給付範圍，在我們的健保受到相當程度的限縮，並未有相對應策略(詳上次會議發言)。</li> </ol>

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。