

健康台灣2026

說到做到



健康台灣2026

說到做到



目次

CONTENTS

序言	05
----	----

打造健康台灣之執行情形	17
-------------	----

- | | |
|----|----------------------|
| 18 | 健康台灣的回顧與展望 |
| | - 總統府國策顧問 陳志鴻教授 |
| 32 | 健康台灣整體推動成果 |
| | - 衛生福利部 石崇良部長 |
| 50 | 健保新政 健康台灣 |
| | - 衛生福利部中央健康保險署 陳亮妤署長 |
| 64 | 健康台灣 全民參與 |
| | - 衛生福利部國民健康署 沈靜芬署長 |



| 健康台灣重要議題規劃及期許 77

- 78 翻轉慢病海嘯：
臺灣代謝異常防治的轉型契機與精準願景
- 高雄醫學大學 余明隆校長
- 94 春天不遠：失智症的精準診療
- 成大醫院神經部行為神經科、失智症中心 白明奇主任
- 104 建構防疫生技韌性：
國家疫苗創新策略與產業生態鏈藍圖
- 國家衛生研究院 司徒惠康院長
- 116 健康台灣 藥有韌性 材有實力 民眾安心
- 衛生福利部食品藥物管理署 姜至剛署長

| 結語 129

| 附錄 135



序 言



卓榮泰

行政院 院長

穩固三大支柱，共築「健康台灣」

健康，是國家發展的基石；而健康台灣，是政府對全體國人最莊嚴的承諾。

自賴清德總統上任以來，「健康台灣」便被列為國家施政的核心藍圖。「2026 健康台灣全國論壇」舉辦的同時，賴總統正帶著國人的祝福，出訪友邦史瓦帝尼，因此由我代表總統出席論壇，聆聽醫界建言，探討國家醫療服務發展的願景。我在會場看見醫界、公衛與生技界的專家學者踴躍出席盛會，深刻感受到各位先進為了國家未來、為了國人健康，所展現的強大凝聚力。

「健康台灣」的宏偉願景，緊密構築在三大支柱之上：

第一，健全的健保制度與醫療體系。

第二，優秀的醫事人員與高品質的醫療服務。

第三，將生醫產業打造成臺灣的另一座「護國神山」。

為穩固三大支柱，政府已逐步將政策落實為具體行動。在健保財務方面，實質規模達到 1 兆 82 億元，創下歷史新高，這是國家在經濟穩健成長下，回饋於國民健康照護的具體展現。同時，衛生福利部全面調高急重難罕科別給付、優化健保給支付制度、提升醫事人員待遇、改善醫療院所的職場環境，帶動整體醫療環境與品質的穩健發展。

在追求政策創新的同時，醫護勞動權益與醫療量能永續發展也要同時提升。政府持續優化護理職場環境，包含建立跨部門「教、考、用」整合平臺、精進國考試題、優化國家護理考試制度、推動夜班護理人員直接獎勵、三班護病比達標醫院獎勵及醫院護理新手臨床導師計畫等 12 項策略，並逐年增編相關經費，展現政府對於完善醫療照護體系的堅定決心。

在生醫產業層面，政府透過「生技醫藥產業發展條例」與「再生醫療雙法」的完善，為臺灣的生技醫療發展奠定穩固的基礎。此外，面對國際情勢的瞬息萬變，臺灣藥品與醫材高度仰賴進口，加上國際大藥廠基於運輸、產業策略和市場規模的考量，都讓臺灣的藥物供應穩定面臨重大挑戰。

為此，政府投入 240 億元推動「國家藥物韌性整備計畫」，由製造源頭到臨床應用，建立「國產國用」、「智

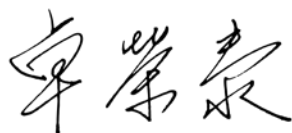
慧調控」與「國際聯盟」的全方位藥物供應防線，展現國家面對未知風險時的韌性與關鍵實力。

我們深知，「健康不能等，國家前進的腳步更不能停」。健康台灣全國論壇，是政府與醫藥各界重要的政策溝通平臺，我們也極度重視每一位專家的建言。例如在首屆論壇中，郭素娥委員提出食品營養資訊應參照國際採用「紅黃藍燈」標示，行政團隊便立即著手規劃，預計於 2026 年下半年全面實施。這正是我們實踐「健康台灣 說到做到」的具體表現。

健康台灣的藍圖，不僅要讓國人健康，更要讓世界看見，臺灣除了有傲人的科技發展，在公共醫療服務與生醫產業上亦能發光發熱。

《健康台灣 說到做到 -2026》這本書，將本屆論壇的政策交流及溝通，轉化為具象的圖文，詳實記錄了臺灣走向「健康國家」的紮實腳步與痕跡，這些寶貴的實錄內容，都將成為行政部門未來施政的明確指引。

衷心期盼透過本書，讓全國人民看見政府守護國人健康的決心，深刻理解健康台灣的現在與未來，並攜手同行，打造一個更健康、更具韌性的台灣。



2026 年 8 月





陳志鴻

總統府 國策顧問

總統府健康台灣推動委員會 副召集人

國立成功大學 名譽教授

健康台灣兩週年 施政成果豐碩，民眾滿意奪冠

健康是基本人權，賴清德總統始終以人民健康為念，提出「健康台灣」國政願景，2024 年 4 月 27 日召開「健康台灣全國論壇」，廣徵各界建言，融入政策基礎。賴總統與醫界約定，每年定期舉辦「健康台灣全國論壇」，滾動檢視「健康台灣」的推動成果，並展望未來的重要議題。2026 年第三屆「健康台灣全國論壇」假臺北榮民總醫院舉行，邀集近 600 位醫界領袖與跨領域嘉賓齊聚，盛況空前。

本次論壇首要檢視「健康台灣」推動成果。賴總統上任短短 2 年，「健康台灣」國政願景已滾動落實為六大支柱：

- 一、推動國家癌症防治計畫
- 二、落實 888 三高防治計畫
- 三、強化全民心理健康韌性
- 四、結合科技強化醫療韌性

五、優化全民健保永續發展

六、啟動長照 3.0 十年計畫

健康台灣六大支柱，具體回應臺灣當前所面臨的社會挑戰與醫療轉型。其中，5 年 489 億元的「健康台灣深耕計畫」為臺灣首創，影響深遠。

健康台灣深耕計畫以解決問題為導向，地方發想、中央支持，要找出當地問題、提出在地解方，建立區域聯防與垂直整合照護網。此深耕計畫已點燃醫界動能，從種子萌芽、至遍地開花，創造成功的在地模式，值得複製與擴散。為此，賴總統責成本人發動「健康台灣深耕論壇」列車，採「每月一縣市」行腳全臺，提供諮詢輔導，激發更多在地解方。醫界齊心響應的改變，讓夢想成為可能！

回顧「健康台灣」2 週年，施政成果豐碩，民眾滿意奪冠，五大有感數字，展現執行效率。

有感一、看病時有健保支撐：2026 年健保總額與額外公務預算達 1 兆 82 億元，成長率 6.5%。

有感二、罹癌風險能提早發現：2025 年五癌篩檢量躍升達 604.9 萬人次。

有感三、心理壓力有人接住：2025 年 15 至 45 歲心理支持方案，服務 14.3 萬人次。

有感四、家中長輩有人照顧：2025 年長照服務 83 萬人。

有感五、孩子有專責醫師守護：2026 年幼兒專責醫師逾 2,600 位，收案照護近 21 萬名 3 歲以下幼兒。

本次論壇揭示 2026 年「健康台灣」的重要議題規劃及期許，包括慢性病、失智症、防疫生技韌性與藥物整備韌性等。首先翻轉慢病海嘯，亟需掌握臺灣代謝異常防治的轉型契機與精準願景。其次藉由失智症的精準診療，方能追尋失智的春天、找回忘記的微笑。接續建構防疫生技韌性，提出國家疫苗創新策略與產業生態鏈藍圖。進而厚植健康台灣的藥物韌性，藥有韌性、材有實力、民眾安心。

綜觀「健康台灣」啟動至今，接地氣、謀策略，大家團結在一起，已成為跨黨派、跨世代、跨地域的全民運動。尤其「健康台灣深耕計畫」遍地開花，覆蓋城市偏鄉，結滿因地制宜的解方果實，為人民帶來幸福健康未來。我們有信心，「健康台灣」絕非口號，而是說到做到！

陳志鴻

2026 年 8 月





石崇良

總統府健康台灣推動委員會 執行秘書
衛生福利部 部長

共築韌性、守護全民： 「健康台灣」的承諾與實踐

健康台灣，是賴清德總統對國人的承諾。本部配合從癌症與三高防治、心理健康支持、守護兒童醫療到長照升級，逐步回應民眾切身的健康需求，讓疾病發現早、控制好，心理壓力及時被接住，老幼也有完善的照顧網絡，致力打造「活得好，也活得久」的樂齡幸福社會。

健全的健保制度與醫療體系是「健康台灣」的重要支柱之一，因此「健保永續」是推進政策落實的關鍵動能。115年健保總額預算加上政府額外挹注的公務預算，健康與醫療費用規模已達 1 兆 82 億元，成長率達 6.5%，展現政府持續投資健康，優化醫療環境到建構醫藥韌性，一步步實現為人民擘劃的施政願景。

「健康台灣」是一套涵蓋全民健保、癌症防治、心理健康、兒童醫療與長期照顧的全生命健康投資。本書《健康

台灣 說到做到 - 2026》詳實記載「2026 健康台灣全國論壇」的重要過程，除由行政團隊分享「打造健康台灣」的執行情形與階段成果外，也邀集各領域專家學者針對相關重要議題提出建言與期許，內容涵蓋慢性病防治、失智症照護、藥物及生醫產業韌性等面向。

今年論壇舉辦期間，適逢賴清德總統出訪史瓦帝尼王國，由行政院卓榮泰院長代表全程出席論壇，展現行政團隊持續推動健康台灣政策的高度重視與堅定承諾。論壇「一年一會」面對面的跨域交流，已成為公私協力的政策對話平臺，今年再度在各界熱烈參與下圓滿完成，凝聚中央、地方、醫界、學界對健康台灣願景的共識，將促成政府推動更符合民眾需求的政策。

健康台灣政策已逐步進入成熟階段，但在進入超高齡社會面臨的慢性病防治挑戰、落實健康平權課題，以及國際動盪局勢下強化醫療韌性，仍要持續與各界攜手合作，以具體政策與實際行動，營造讓國人更健康、更安心的社會。

本書的出版，記錄論壇的重要成果，期盼也能成為各界持續推動健康照護工作的重要參考，共同見證臺灣朝向健康永續國家邁進。

石崇良

2026 年 8 月



打造健康台灣之執行情形



陳志鴻

總統府 國策顧問

總統府健康台灣推動委員會 副召集人

國立成功大學 名譽教授

學歷

1983 - 1987

國立臺灣大學醫學院臨床醫學研究所博士班畢業

1970 - 1977

國立臺灣大學醫學院醫學系畢業

經歷

2024.02 - 迄今

健康台灣推動聯盟召集人

2019.01 - 2023

義大醫院醫療決策委員會副主任委員

2018.01 - 2019.01

中國醫藥大學深耕計畫執行長

2016.02 - 2019.01

中國醫藥大學副校長

2015.08 - 2019.01

中國醫藥大學特聘教授兼醫學院院長

2015 - 迄今

國立成功大學名譽教授

2013 - 2015

亞太心臟學會副會長

2010 - 2012

中華民國心臟學會理事長

2003 - 2009

國立成功大學醫學院附設醫院院長

1996.02 - 1996.06

The William Harvey Research Institute,
Visiting Professor, London

1994 - 2009

中央健保局南區分局醫審會召集人

1993.04 - 1993.06

The Johns Hopkins University Medical School,
Visiting Professor

1992 - 2015

國立成功大學醫學院內科教授

1990 - 1998

國立成功大學附設醫院教學副院長

1989 - 1996

國立成功大學附設醫院內科部主任

1988 - 2003

國立成功大學附設醫院內科主治醫師兼心臟科
主任

健康台灣的回顧與展望

總統府國策顧問 陳志鴻教授



一、緣起與初心：從全民健保到健康台灣的發展脈絡

探討「健康台灣」的願景，必須建立在對過去發展脈絡的理解之上。時間要回到 1995 年——這一年對臺灣醫療體系意義深遠，不僅是民主浪潮迎接首次總統直選的時刻，更是「全民健保」正式上路的元年。當時成大醫院內科部規模雖小，運作卻相當精實，我擔任內科部主任，負責協調大小事務的總醫師，正是賴清德醫師。共事期間，我直接觀察到他的領導能力與務實負責的處事態度。這份醫者本色，後來也貫穿他的政治生涯，具體反映在一系列重要立法上。

在立法院任內，他推動了多項法案，有助今日「健康台灣」相關工作推展。2001 年，《心理師法》立法通過，確立臨床與諮商心理師的證照制度。延續到今日，呼應政府正推動的「全民心理健康韌性計畫」，以及提供 15 至 45 歲國民免費心理諮商的服務，讓心理健康支持功能角色得以發揮。2003 年，《癌症防治法》通過，將癌症防治正式提升至國家公衛層級，並於 2005 年啟動國家癌症防治計畫。同年，針對因欠繳保費遭「鎖卡」的弱勢族群，他推動《全民健康保險法》修正，促成「健保特赦」，至少 23

萬人因此受惠。2004 年，SARS 疫情暴露指揮系統權責不清的問題，他隨即促成《傳染病防治法》修正，確立中央與地方防疫一條鞭制度，這也成為後來 COVID-19 防疫體系的重要法源。

二、凝聚共識：擘劃六大核心支柱與長照 3.0

2023 年，賴清德總統於「國家希望工程」中正式提出「健康台灣」醫療政策，宣示打造樂齡幸福社會。為將願景落實為具體行動，我們於 2024 年初籌組民間版「健康台灣推動聯盟」，巡迴全臺聽取基層意見，並於同年 4 月 27 日召開首屆「健康台灣全國論壇」。其後，總統府成立「健康台灣推動委員會」，確立由下而上、公私協力的施政模式，並承諾每年 4 月舉辦論壇檢視政策推動成果，同時建立與各界對談交流管道。



◆ 2024 健康台灣全國論壇



◆ 2025 健康台灣全國論壇



◆ 2026 健康台灣全國論壇

綜合各方意見，「健康台灣」確立了六大核心支柱：一、推動國家癌症防治計畫，設立百億癌症新藥基金，目標於2030年降低三分之一癌症標準化死亡率；二、落實「888

三高防治計畫」，強化代謝症候群的源頭管理；三、強化全民心理健康韌性，確立心理健康是整體健康不可分割的一環；四、結合科技強化醫療韌性，推動數位與綠色雙軸轉型；五、優化健保永續發展，確保財務穩健；六、啟動長照 3.0。面對超高齡社會，長照 3.0 以「醫照合一」為核心，深度整合醫療與長照服務，同時將照顧者納入支持系統，提供心理支持與喘息服務，建立家庭照護的韌性防線。

打造健康台灣的六大支柱

- 推動國家癌症防治計畫
- 結合科技強化醫療韌性
- 落實 888 三高防治計畫
- 優化全民健保永續發展
- 強化全民心理健康韌性
- 啟動長照 3.0 十年計畫

三、雙引擎驅動：智慧醫療升級與優化醫護薪資

在六大支柱中，「科技應用」與「工作條件改善」是推動體系前進的雙引擎。臺灣具備領先的科技與醫療實力，總統已宣示啟動百億投資的智慧醫療創新創業計畫。以臺北榮民總醫院為例，手術室導入「一肉一碼」檢體數位溯源系統，每年節省逾 1,142 小時的人工作業，減少的紙張碳排放量相當於汽車繞行臺灣一圈。「北榮腦」AI 護理交

班系統則展示了另一種可能：一鍵啟動，3 秒內完成過去需耗費 8 小時的護理病程記錄與交班準備，讓護理師得以回到照護現場。

再宏大的願景，也必須建立在穩定的人力基礎上。2024 年，我們提出「公家機關先加薪，私人部門齊跟進」的主張。公立醫療機構醫事人員的專業加給長期偏低，經過多方溝通爭取，自 2025 年起，已全面比照政府機關其他專業技術人員的標準調整。以師（三）級醫事人員為例，2025 年軍公教調薪 3%，加計醫事人員專業加給調高，整體調幅達 11.5%。此外，我要為醫事人員請命，醫事人員奮不顧身搶救病人，暴露於各項危險，理當不同工不同酬。是以，建請比照警消人員，支給醫事人員「危險職務加給」，實質改善醫事人員待遇，希望政府能夠多加支持。至於承擔全臺七成醫療服務的財團法人醫院，董事會有責任優先將盈餘投入人力資本，落實基層調薪與獎金分配，這是醫院永續經營的基本條件。

調高公立醫療機構醫事人員專業加給 公家機關先加薪 私人部門齊跟進

單位：新臺幣元

級別	修正前規定		修正後規定（2025.01.01 起）			
	各級政府機關	公立醫療機構	各級政府機關		公立醫療機構	
	其他專業技術人員	各類醫事人員	其他專業技術人員		各類醫事人員	
	修正前金額	修正前金額	修正後金額	調幅	修正後金額	調幅
師（一）級	38,620	37,000	39,780	3%	39,780	7.5%
師（二）級	29,450	28,150	30,340	3%	30,340	7.8%
師（三）級	25,610	23,650	26,380	3%	26,380	11.5%
士（生）級	22,060	21,090	22,730	3%	22,730	7.8%

修正前 ← — — — 以 師（三）級 為例 — — — → 修正後

各級政府機關
專業加給為 25,610 元

調幅
3%

各級政府機關
專業加給為 26,380 元

公立醫療機構
專業加給為 23,650 元

調幅
11.5%

公立醫療機構
專業加給為 26,380 元

◆ 專業加給修正前後規定對照



醫事人員薪資結構合理化，由公部門先行實施，帶動私部門全面提升。



健保給付改善時，醫療院所應優先提升醫事人員待遇。



建議政府研議，全國受雇醫事人員綜合所得稅的減稅措施。



建立動態監測醫事人員執業狀態機制，適時啟動相關激勵補救措施。

具體作法

加薪 減稅

- 全面提升各級公立醫療機構醫事人員基本薪資。
- 調高公立醫療機構醫事人員專業加給及專勤獎金。
- 依工作環境特性發給風險職務加給。
- 提高聘用住院醫師基本薪資。

◆ 優化醫事人員育才和留才的工作條件

四、資源深耕：翻轉給付制度與在地創生新模式

醫療體系的永續，同樣有賴健保財務挹注與給付制度的結構性改革。2025 年預算中，政府健保總額成長率達 5.5%，新增 531 億元；加計公務預算額外投入的 181 億元，實質成長率達 8.13%。這波財務挹注已反映在點值上，全國平均點值持續提升，東區甚至突破 1.0。給付制度的改革方向，也逐步從「論量計酬」轉向「論質計酬」、以價值為給付基礎，從單一疾病照護走向全人健康管理。

政府借鏡高教「五年五百億」的模式，首創總經費 489 億元的「健康台灣深耕計畫」，以由下而上提出解決問題的方案，進行系統性改革，同時落實以人為本，避免資源集中於大型機構而忽略偏鄉需求。第一階段已核定 253 件計畫，涵蓋醫療機構、社區醫療群與相關公學會等。例如，竹東次醫療區醫師人口數全臺倒數第 3 名，偏鄉衛生所醫師人力不足，病人照護無以為繼。臺北榮總新竹分院首創「偏鄉教學醫院衛星模式」，串聯周邊北埔、寶山等衛生所，補足偏鄉醫師缺口。此外，竹東次醫療區接生僅剩一家，臺北榮總新竹分院虧損仍然獨撐，建立婦幼一體化照護網絡，由產科醫師全天候接生，確保每一個新生命都不被遺漏；彰化縣醫師公會則與衛生局合作，建立「心腎代謝症候群（Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome,

CKM) 精準防治網」；衛生福利部（衛福部）所屬醫院也在各地發展在地醫護新模式。這些實例說明，醫療體系確有能力並且用心將照護深植於社區日常。

借鏡
高教
經驗

2005

起點

陳水扁 總統 謝長廷 行政院長

邁向頂尖大學計畫（5 年 500 億）

第一期：2005 - 2010 年，總經費 500 億元（遞延 1 年）

第二期：2011 - 2016 年，總經費 500 億元

2018

起點

蔡英文 總統 賴清德 行政院長

高等教育深耕計畫

第一期：2018 - 2022 年，總經費 836 億元

第二期：2023 - 2027 年，總經費 970 億元

健康
首創

2025

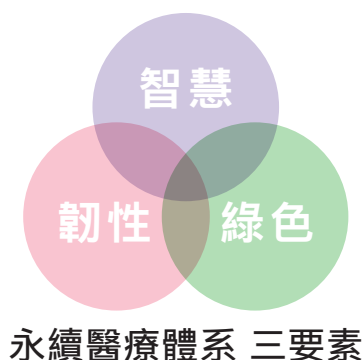
起點

賴清德 總統 卓榮泰 行政院長

健康台灣深耕計畫（5 年 489 億）

第一期：2025 - 2029 年，總經費 489 億元

◆ 健康台灣深耕計畫 起心動念與揚帆啟航



健康台灣深耕計畫

- 優化醫療工作條件
- 規劃多元人才培訓
- 導入智慧科技醫療
- 社會責任醫療永續



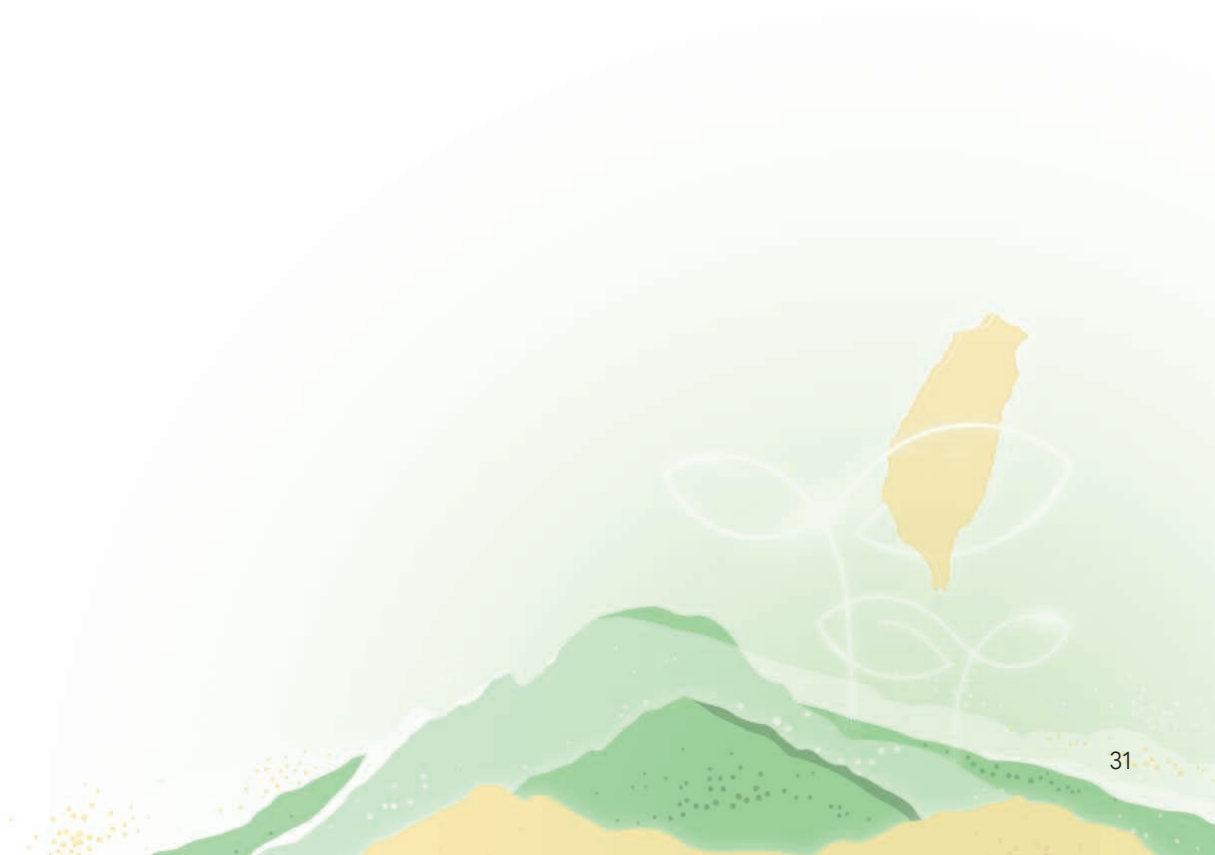
- 這個大計畫是由下而上提出解決問題的方案，希望可以進行系統性改革，全面提升醫療環境，強化醫療韌性。
- 醫療資源分配不再「大者恆大」，要以人為本，讓每一分資源都能用在刀口上，不遺漏任何人與任何偏鄉，創造社會最大效益。
- 期許全國醫療界能善用這個活水，實現夢想。也希望所有的人，都當珍惜這個難得的資源，深耕台灣、造福全民。

◆ 健康台灣深耕計畫 由下而上打造健康台灣

五、展望未來：重塑價值，迎戰新興公衛挑戰

展望未來，醫療與公衛的挑戰依然嚴峻，但在這前進的步伐中，此次 2026 年健康台灣全國論壇已針對各項前瞻議題做好準備，包含應對代謝異常引發的系統性危機、落實失智症早期精準診療，以及攸關國安的建構疫苗創新策略與確保藥物供應韌性。面對這些結構性挑戰，推動政策的核心不僅是解決眼前的問題，更要勇於改變，期盼能藉由公私協力、中央地方合作，打破體系藩籬，積極推動數位與綠色轉型，找回以病人為中心的本質，讓醫療體系從單純的「治療疾病」澈底轉型為全方位的「守護健康」。

透過健康台灣深耕計畫的推進，將資源紮實地延伸至臺灣每一角落，並與全民齊心協力、在地創新，讓這份有溫度的實質照護，成為臺灣向國際社會展示公衛醫療實力的價值來源，共同成就美麗新臺灣。





石崇良

衛生福利部 部長

總統府健康台灣推動委員會 執行秘書

學歷

2000.09 - 2006.01 臺灣大學健康政策與管理研究所博士

1984.09 - 1991.06 高雄醫學大學醫學士

經歷

2023.02 - 2025.08 衛生福利部中央健康保險署署長

2020.09 - 2023.02 衛生福利部常務次長

2016.07 - 2020.09 衛生福利部醫事司司長

2015.02 - 2016.07 衛生福利部技監代理主任秘書

2013.07 - 2015.01 衛生福利部綜合規劃司司長

2012.08 - 2013.07 行政院衛生署企劃處處長

2008.06 - 2012.08 行政院衛生署醫事處處長

1998.07 - 2007.06 臺大醫院急診醫學部主治醫師

健康台灣整體推動成果

衛生福利部 石崇良部長



韌性永續的健康台灣：整體推動成果與展望

總統上任後成立的府級「健康台灣推動委員會」，是跨部會的決策平臺。委員會每季召開，至今已開七次會議、研議十二項主題，內容涵蓋健保永續、預防保健、慢性病防治、全民運動、長照，以及生技產業與智慧醫療。固定的開會節奏，讓各項政策能夠定期檢討、隨時修正。

過去一年，我們以醫療、藥物與社會三大韌性為主軸，透過系統性盤點與跨域協作的方式，由下而上、公私協力打造「健康台灣」，逐步推動多項具體政策。

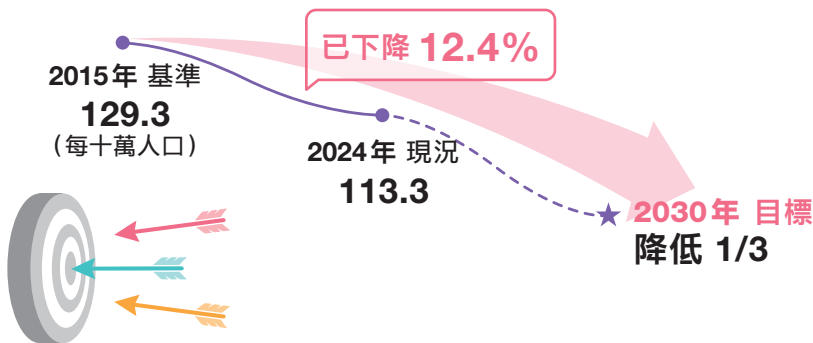
一、防治前移：癌症、三高與心理健康的三道防線

癌症防治是第一道防線，目標是在 2030 年讓癌症標準化死亡率下降三分之一，並以「治療三支箭」推動。第一支箭是早期篩檢，2025 年篩檢經費由前一年的 28 億元增加至 68 億元，成長近 1.4 倍；五癌篩檢人次突破 604.9 萬，較前一年增加逾 123 萬人次，及早發現許多癌前病變與早期患者。第二支箭聚焦基因檢測與精準醫療，已將次世代基因定序（Next-Generation Sequencing, NGS）與多項單基因檢測納入健保給付，約 2.3 萬人受惠，並據此擴大癌藥

給付、接軌國際治療指引。第三支箭是百億癌症新藥基金，2025、2026 年各編列 50 億元，規模已達百億，新收載七項癌藥、擴增三項給付規定，嘉惠逾 3,500 名病友。

◆ 推動國家癌症防治計畫 癌症治療三支箭

核心目標：2030 年癌症標準化死亡率下降三分之一



提升早期癌症篩檢

- 2025 年挹注癌症篩檢 **68 億元**。
- 子宮頸癌、乳癌、大腸癌、肺癌及口腔癌篩檢 **604.9 萬人次**，較 2024 年同期增加逾 **123 萬人次**。



預算

1.4 倍



篩檢人次

26%

聚焦基因檢測與精準醫療

- 2024 年 5 月起給付 **12 種**癌症次世代基因定序檢測 (NGS)。
- 2024 年 12 月再新增 **7 種**癌症的單基因檢測，約 **2.3 萬人**受惠。提升健保癌藥給付，接軌國際治療指引。

百億癌症新藥基金

- 2025 年挹注全民健康保險基金 **50 億元**，2026 年再編列 **50 億元**。
- 收載癌症新藥 **7 項**及擴增給付規定 **3 項** (涵蓋 **6 種**癌別)，嘉惠逾 **3,500 名**病友。

第二道防線是「888 三高防治」與慢性腎臟病管理。我們將成人預防保健的年齡提早至 30 歲，去年逾 35.5 萬名 30 至 39 歲民眾完成其人生首次篩檢；經由代謝症候群防治計畫的介入，已有 6.2 萬人改善代謝異常、3 萬人脫離代謝症候群。同時透過大家醫計畫擴大照護網絡，並導入生活習慣諮商，收案已達 647.3 萬人、慢性病人照護率達六成。三高控制率目前約五成，將持續努力達到八成的目標。

◆ 落實 888 三高防治

八成的三高 / 慢性腎臟病患者納入照護網

2024 年 60% --- 2025 年 **60.7%** ---

策略與成果

成人預防保健升級

- 年齡提早至 30 歲 2025 年逾 **35.5** 萬
- 30 - 39 歲民眾使用人生 **首次篩檢**

代謝症候群防治計畫

- 2025 累計收案約 **52** 萬人
- **6.2** 萬人減少代謝症候群異常，**3** 萬人緩解已非代謝症候群

大家醫計畫

- 家醫計畫收案達 **647.3** 萬人
- 地區醫院全人全社區照護計畫收案 **7.6** 萬人

目標
2028 年
80%

照護網中八成的患者有接受生活型態諮詢

2024年 26% --- 2025年 **49.9%** ---

策略與成果

生活習慣導入大家醫計畫

- 代謝、慢病 P4P、大家醫計畫 完成生活習慣建檔
- 2025 年有約 **160** 萬名三高患者接受生活習慣諮商
- 自 2025 年 8 月起，民眾可於全民健保「**健康存摺**」自填生活型態量表；醫師可透過大家醫平台查閱，提供諮詢轉介

目標
2028年
80%

八成的三高 / 慢性腎臟病患者達到理想控制目標

2024年 52% --- 2025年 **54%** ---

策略與成果

三高病人之三高控制率

- 高血壓 **20.94%**（上傳率低）
- 高血脂 **56.74%**
- 高血糖 **55.78%**

目標
2028年
80%

第三道防線是心理健康。15 至 45 歲青壯世代每年三次免費心理諮商，去年已服務 14.3 萬人次，民眾滿意度達 96%；其中約 28% 達到轉介就醫標準，及時銜接後續治療，發揮早期介入的效果。未來將持續擴大這項服務的量能。

◆ 強化全民心理健康韌性

15 至 45 歲青壯世代心理健康支持方案

政策核心與服務廣度



15 - 45 歲
2024 年 8 月起擴大適用



4.1 億元
總經費投入



每年 3 次免費
專業心理諮商

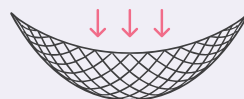
2025 年
服務約 **5.8 萬人**、**14.3 萬人次**
96% 民眾服務滿意度

深度防護



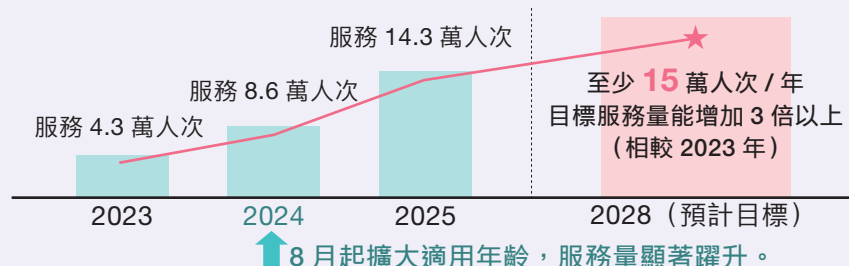
專業心理諮商評估

28% 個案達轉介就醫標準



「接住高風險」
落實早期介入

成長動能與 2028 願景



二、永續健保：友善醫護職場，強化健康照護

穩健的財務，是健康照護體系永續的基礎。2025 年健保總額達 9,286 億元，加計公務預算，實質成長率達 8.13%；2026 年總額加計額外公務預算更突破一兆元。今年的給付主軸聚焦四個面向：強化全人照護與慢性病管理、營造友善醫事人員環境並落實「不同工、不同酬」、提升新藥與新科技給付的合理性，以及深化偏鄉照護。

醫療體系要穩定，人力是關鍵。除健保總額每年 25 億、四年共 100 億提升護理費外，行政院更以四年 275 億的公務預算挹注夜班津貼直接獎勵、三班護病比達標獎勵與新手臨床導師制度，並辦理友善職場典範醫院評選，鼓勵導入智慧醫療，輔助人力措施及其他留任或吸引新世代投入之創新措施，希望透過這些獎勵措施，協助醫院留任護理人員。目前護理人力也已回流至疫情前規模。

◆ 護理人力 12 項策略 營造正向職場

期程：2025 - 2028 年 公務預算：275 億元

夜班護理人員直接獎勵

鼓勵醫院護理人員留任並建立合理夜班制度，不分層級與單位，給予夜班護理人員獎勵。

預算 47 億元 已核付 2025 年 43.63 億元

三班護病比達標醫院獎勵

落實三班護病比標準所需 7,500 名人力，醫院透過差異性措施留任護理人員及增聘人力。

預算 16 億元 已核付 2024 年 3 月 ~ 2025 年 11 月 **14.6 億元**

醫院護理新手臨床導師

補助醫院強化陪 (伴) 訓 (練) 護理新手。

預算 3.6 億元 2025 年共核定 **173** 家醫院通過

醫院護理友善職場典範認證

每年評選獎勵 20 家典範醫院，建立標竿學習精神，提升整體友善職場環境。

預算 2,500 萬元 2025 年共有 **115** 家醫院參選

智慧科技減輕護理負荷

鼓勵醫院導入科技應用，提升照護效率

各醫院陸續推動行動護理車、電子床頭卡等智慧化措施。「健康台灣深耕計畫」目前已核定 **253 件** 計畫，內容涵蓋優化醫療工作條件、多元人才培訓及智慧科技導入等範疇。



+ 4,650 人

198,526

2025 年 12 月護理人員職業人數

護理人力逐漸回流

由於少子女化，兒童醫療量能及兒科相關人才也面臨挑戰，因此，今年總額保障 249 億元使用於 0 至 6 歲兒童醫療照護，並補助兒科人才培育，提供兒科住院醫師留任獎勵。同時建構了從基層照護到急重症的三層級照顧網絡，並整合周產期及急重症資源，目前幼兒專責醫師制度已涵蓋約 72% 的三歲以下幼兒。

◆ 優化兒童醫療照護計畫

期程：2025 - 2028 年 總經費：135 億元



公務預算

強化兒科人才培育

- 提供兒科住院醫師及研修醫師留任獎勵，確保兒童照護人力量能。
- Y2- 兒科組醫師 **9 萬元** / 年 / 人、住院醫師 **12 萬元** / 年 / 人
- 重難罕症研修醫師 **12 萬元** / 年 / 人、小兒外科 **36 萬元** / 年 / 人
- 強化兒童重難罕症及兒童相關外科領域人才培訓。



公務預算

優化兒童健康照護

- 建立「幼兒專責醫師制度」，已有 2,605 位醫師、1,197 家院所參與，在案管理之 3 歲以下幼兒人數約 20.9 萬人，截至 2026 年 4 月照護涵蓋率達 72%。
- 新增幼兒**輪狀病毒疫苗**納入公費接種項目，預計自 2027 年實施，已增編約 **3.2 億元**。



公務預算

建構兒童醫療照護網絡

- 建構三層級醫療照護體系，補助全國 8 家核心醫院 **120 萬元** / 月 / 家，專責重難罕症照護。
- 縣市為單位，補助 27 家重點醫院 **40 ~ 60 萬元** / 月 / 家 整合周產期及急重症資源，提供從產前、急診到加護病房連貫性服務。



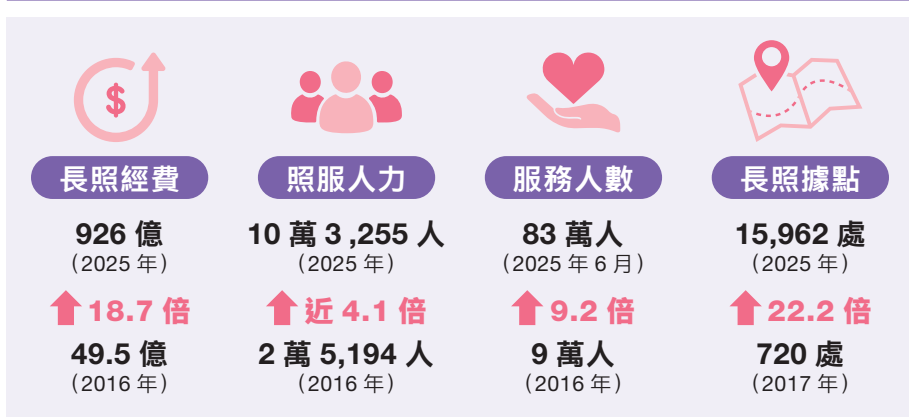
健保總額保障、提升急重難罕給付

- 2026 年總額保障 0-6 歲兒童醫療量能 249 億元。
- 2025 年調升加護病房住院診察費、病房費及護理費、新生兒中重度住院診察費共挹注 6.48 億元。
- 2026 年調升急性一般病床住院診察費挹注 2.6 億元。

三、長照升級：擴大照護、銜接醫療，實現在地安老

長照方面，2017 至 2025 年的長照 2.0 已打下基礎：經費由 49.5 億成長至 926 億（18.7 倍）、照顧服務人力突破 10 萬人、服務人數逾 83 萬、長照據點增至 1 萬 5 千餘處，服務滿意度達 9 成。

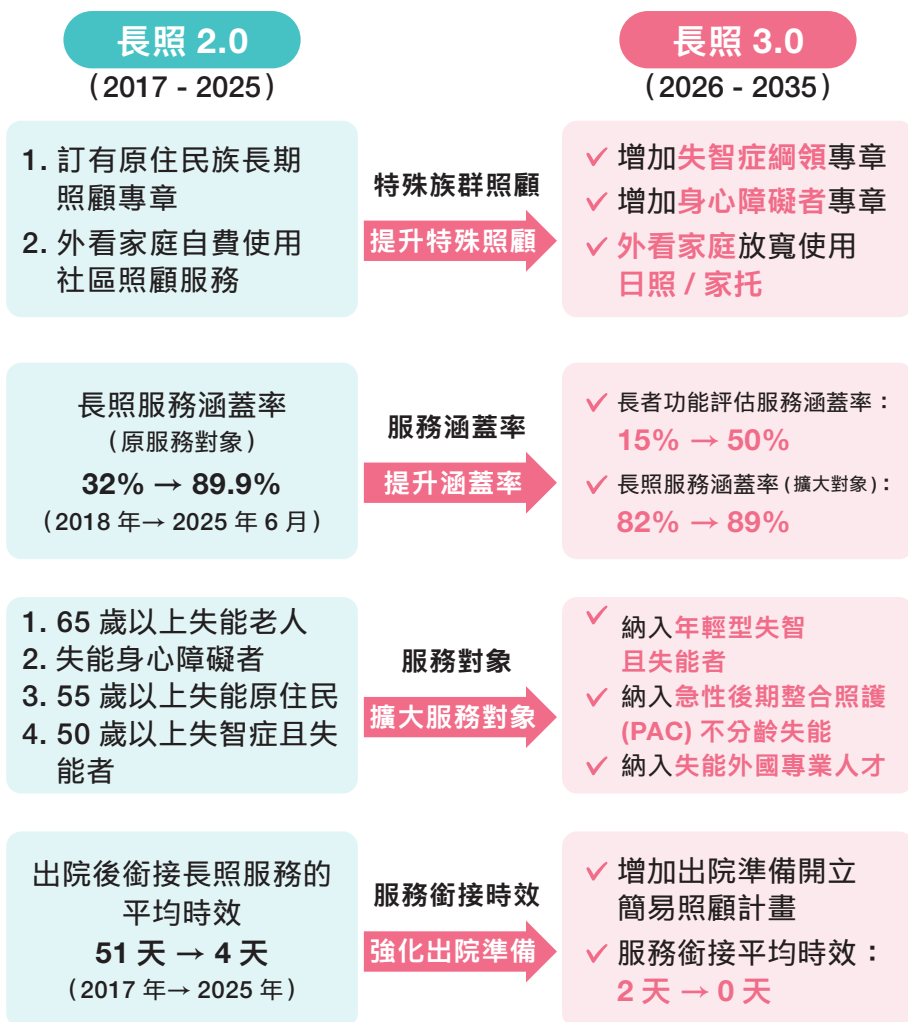
◆ 長照 2.0 服務滿意度 高達 9 成
2017 - 2025 深耕有成，奠定堅實基礎



自今年起，我們提前實施長照 3.0，提供民眾更細緻的服務，從前端預防保健、醫照整合、積極復能，到導入智慧照顧，提升家庭支持等，希望讓長者健康老化。據此推出四大升級：

- (一) **提升特殊照顧：**新增失智症與身心障礙者專章，並放寬聘有外籍看護工之家庭使用社區照顧服務。
- (二) **提升涵蓋率：**導入更專業的長者功能評估，使涵蓋率由 15% 提升至 50%，以利早期介入。
- (三) **擴大服務對象：**升級為全齡服務，納入年輕型失智且失能者，以及不分年齡之急性後期整合照護。
- (四) **強化出院準備：**出院銜接長照的平均時效，由 2017 年的 51 天到 2025 年已縮短至 4 天，並在長照 3.0 以縮短至 0 天為目標。

◆ 長照 3.0 十年計畫



此外，政府亦重視強化家庭支持，除提供心理支持、工作支持、喘息服務外，並結合政府與民間力量，共同推動住院整合照護計畫，已由去年的 5.5 億、5 千床，擴大為今年的 25.5 億、3 萬床，倘順利完成預算審查，可大幅減輕家庭與護理同仁的負荷。

四、數位升級：推動智慧醫療，強化藥物整備

科技是強化醫療韌性的關鍵。在數位升級上，我們以三層級策略推進：醫學中心維持既有系統，透過 FHIR* 資料中台與健康資料、健康規則、健康應用三大空間，以臺灣核心資料集（Taiwan Core Data）為依循完成病歷轉換；診所與衛生所端則透過建構統一公版醫療資訊系統（Hospital Information System, HIS），讓醫療院所資料達成互通，縮小城鄉數位落差，提升基層醫療服務品質與可近性。去年已成功協助臺北馬偕、林口長庚與中山附醫完成電子病歷的即時互通；今年全臺醫學中心都將納入，年底前可望全面即時互通。

在人工智慧方面，我們成立三大中心——負責任 AI 執行中心、臨床 AI 取證驗證中心與 AI 影響性研究中心，目

* FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)，快速醫療照護互通資源

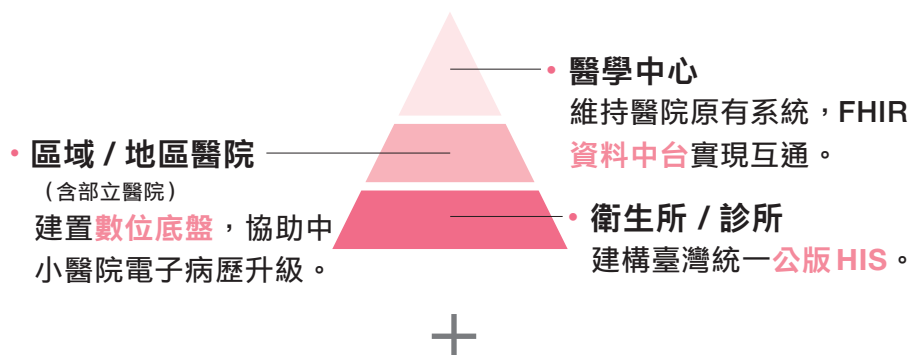
前已串聯 22 家醫院、6 個案件通過審查進入實質試驗，後續再銜接醫療科技評估（Health Technology Assessment, HTA）與健保給付，務求每一項 AI 應用都能實證臨床價值。

◆ 結合科技強化醫療韌性

次世代數位醫療平台計畫

（2024 - 2027 年）

三層級醫院推動電子病歷升級策略



衛福數位基礎建設計畫

（2026 - 2029 年）



健康資料空間

高品質、可互通的臨床醫療與公共衛生資料體系



健康規則空間

標準化數位化的醫療規則、知識模型與決策引擎



健康應用空間

SMART 整合可廣泛適用的 AI 模型與應用服務

醫療韌性也需要產業支撐，方能建構更具應變能力的健康台灣。行政院已核定四年 240 億元的「國家藥物韌性整備計畫」，並自今年起執行。從「國藥國造、國藥國用」推動原料藥與關鍵製劑國產化、提升學名藥使用，到建立高風險藥品清單與智慧監控調度，再到國際合作，逐步構築臺灣面對斷鏈的應變能力。

五、創新永續：由下而上、公私協力，化願景為具體行動

為了將「健康台灣」的願景化為實質行動，本部推動 5 年 489 億元「健康台灣深耕計畫」，以醫療機構、社區醫療群、部定專科醫學會及醫事人員公會為推動主體，鼓勵由下而上提出創新作法，系統性提升我國醫療人力、品質與永續韌性，同步導入智慧科技、減輕臨床負荷。第一階段從 2025 年 9 月到 2026 年底，核定補助了 253 件計畫，政府與受補助單位合計投入達 160 億元，期藉由醫界的創新動能與社會責任，與政府齊心打造韌性永續的臺灣。

◆ 推動健康台灣深耕計畫

範疇一

優化醫療工作條件

降載減壓，打造永續幸福職場



科技補助減壓

導入 AI 與 機器人 流程自動化，接手高重複性行政作業



工作安排與支援

合理的工作安排和支援措施，減少醫事人員工作壓力



員工關懷

建立員工關懷計畫，提供心理支持與職場保護

範疇二

規劃多元人才培訓

接軌國際，構築跨域專業團隊



進修培訓制度

建立專業培訓和進修機會



跨領域教育

鼓勵跨部門合作，增強醫事人員綜合解決方案能力



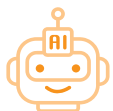
清晰職涯發展

提供管理、技術、創新培訓，提升重點科別吸引力

範疇三

導入智慧科技醫療

數據驅動，全面升級營運效能



AI 輔助決策



數據優化流程



數位基礎建設

範疇四

社會責任醫療永續

落實分級，打造綠色與 ESG 連續性照護



醫療分級



健康生活促進



綠色醫院與 ESG

六、結語：邁向 2032 健康台灣願景

回顧這一年，從強化健康照護、健保財務永續、人力回流，到數位與藥物韌性的提升，「健康台灣」要推動的，是讓醫療體系從「治療疾病」走向「守護健康」。展望 2032 年，我們設定了具體目標：國人平均餘命由 79 歲提升至 82 歲、兒童死亡率由 5.3‰ 降至 4.0‰ 以下、不健康餘命占比由 10% 降至 8%。這些目標的達成，有賴公私協力、全民同行。我們會持續努力，實現韌性永續的健康台灣。





陳亮妤

衛生福利部中央健康保險署 署長

學歷

2010 - 2014 美國約翰霍普金斯公共衛生博士
1998 - 2006 國立成功大學醫學系

經歷

2024.09 - 2025.09 衛生福利部中央健康保險署副署長
2024.08 - 迄今 中興大學醫學院臨床醫學研究所兼任副教授
2023.03 - 2024.09 衛生福利部心理健康司司長
2021.01 - 2023.03 臺北市立聯合醫院昆明防治中心主任
2021 - 2023 臺灣精神醫學會秘書長
2021 - 2023 衛生福利部精神疾病防治諮議會委員
2021 - 2023 臺北市防疫委員
2020 - 2023 臺灣成癮醫學會理事
2019 - 2023 衛生福利部管制藥品委員會委員
2018 - 2020 臺灣成癮醫學會秘書長
2019 - 2023 宜蘭毒品危害防制諮議委員
2018 - 2020 新北市心理衛生諮議委員
2017.08 - 迄今 臺灣大學流行病學與預防醫學研究所兼任
助理教授
2017 - 迄今 美國國家藥物濫用署正式會員

健保新政 健康台灣

衛生福利部中央健康保險署 陳亮妤署長

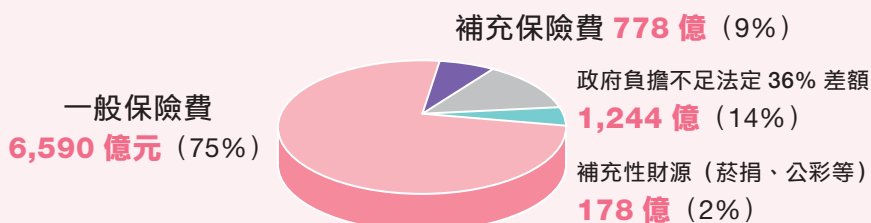


一、財務根基：從破兆總額到史上最高點值

健保財務是各界最關注的議題。在收入結構上，目前一般保險費占 75%、補充保險費占 9%、政府負擔不足法定 36% 差額約 14%（1,244 億元）、菸捐及公益彩券等補充性財源約 2%。民間常有「保費不漲、總額就不漲」的說法，但這其實是一個迷思。在過去五年（2020 至 2024 年），健保總額平均成長率僅 3.85%，甚至低於同期藥費 3.91% 的成長；而在賴總統及行政院卓院長的支持，以及歷任部長的帶領下，健保總額已連續兩年以 5.5% 的高推估成長，創下健保 31 年來的紀錄。

具體而言，2025 年總額核定達 9,286 億元，加計 181 億元公務預算，總計 9,467 億元；2026 年再以 5.5% 高推估，加計 199 億元公務預算，健保總經費正式突破 1 兆，達到 1 兆 82 億元。在這樣擴大健康投資的理念下，除疫情期間外，健保點值已達 2009 年以來史上最高的 0.977，讓醫療院所的努力獲得最實在的回饋。

收入面 人口高齡化少子女化 衝擊健保收入



2025 年 保險收入 **8,790 億元**

- 1 收入來源主要來自受薪階層，人口高齡化將加重工作人口負擔
- 2 補充保險費收費制度有改善空間，宜強化量能負擔公平性
- 3 費率調升不易，宜擴大計費基礎

支出面 藥費成長 醫療保健支出增加

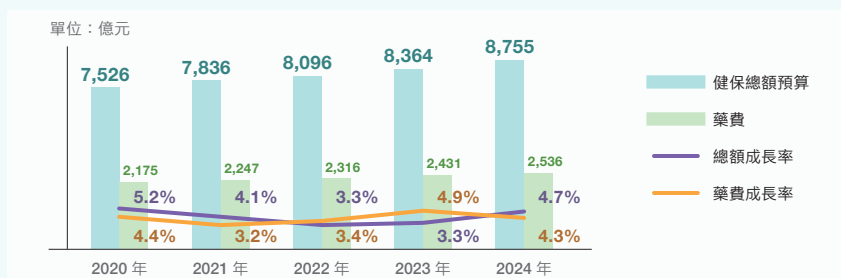
新型傳染病及疾病型態慢性化、新藥新特材持續導入、高齡社會造成就醫增加、物價上漲帶動醫療成本提升

2020 - 2024 年

藥費平均成長率
3.91%



健保總額平均成長率
3.85%



* 註：藥費申報金額，未扣除藥品給付協議還款金額

◆ 高齡化健保財務挑戰

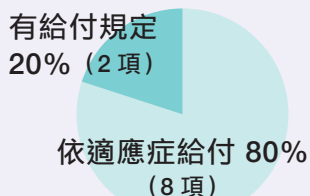
二、癌症防治：以品質為基礎的精準治療

癌症已連續四十四年居國人十大死因之首，其中女性乳癌二十年間發生率倍增，攝護腺癌、卵巢癌的標準化死亡率仍在上升，防治刻不容緩。為此，「健康台灣」提出癌症防治三支箭：第一支箭是早期篩檢，經費由 28 億元擴增至 68 億元；第二支箭推動基因檢測，邁向精準治療，自 2024 年 5 月起給付 12 種癌症的 NGS 檢測、同年 12 月再納入 7 類癌症的單基因檢測，並透過分子腫瘤委員會（Molecular Tumor Board, MTB）與區域級以上醫院的資格規範確保品質；目前健保已給付 27 種癌藥、對應 11 個基因位點、治療 10 種癌症，2026 年下半年 NGS 檢測也將持續擴增癌別；第三支箭則是百億癌症新藥基金，2025 年已收載 7 項新藥及 3 項擴增給付，涵蓋 6 種重大癌別、嘉惠約 3,500 個病友家庭。

在用藥接軌上，2025 年癌症醫療費用已達 1,566 億元。截至 2026 年 4 月，肺癌的小細胞與非小細胞癌治療皆已對接美國國家綜合癌症網絡 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) 國際指引，乳癌用藥則剩下早期與晚期各一種藥物進行審議中，將逐步完備。其餘弱勢癌別也由健保署逐一盤點補強。為加速新醫療、新科技接軌，我們將於 2026 年成立醫療科技評估中心，規劃在四年內將審查量能由不足百人提升至四百人。



肺癌 改善晚期預後。



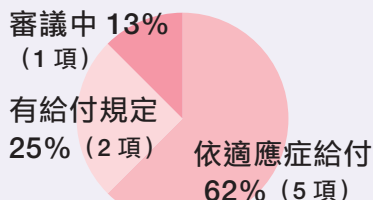
非小細胞肺癌 (共 10 項)



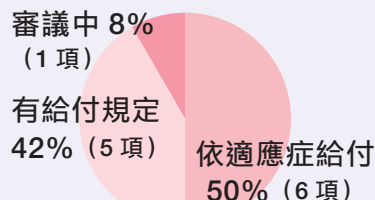
小細胞肺癌 (共 3 項)



乳癌 改善早、晚期治療及預後。



早期乳癌 (共 8 項)



晚期乳癌 (共 12 項)



轉移性大腸直腸癌

NCCN 國際治療指引缺口藥物，改善預後。

健保已給付轉移性大腸癌 第一、三、四線標靶藥品

補足二線治療缺口、擴增免疫療法於第一線治療、一線治療放寬療程及收載 BRAF V600E 標靶藥品。

- 2025.3.1 生效含 bevacizumab 成分藥品於二線治療
- 2025.6.1 生效免疫檢查點於高微衛星不穩定性 (MSI-H) 或錯誤配對修復功能不足 (dMMR) 大腸直腸癌第一線治療
- 2026.2.1 生效一線治療療程放寬
- 2026.5.1 生效 BRAF V600E 標靶藥品

◆ 2025 年接軌 NCCN 國際治療指引
Category1, Preferred Treatment 之具體成效

* 更新日期：2026.04

此外，健保逐步規劃論質計酬 (Pay for Performance) 及價值導向給付 (Pay for Value) 機制。在乳癌照護部分，自 2026 年 1 月起推動「全民健康保險乳癌照護品質提升方案」，第一階段提供個案照護獎勵，鼓勵收案登錄及建立照護資料，第二階段依品質指標與照護成果導入績效獎勵。我們也善用大數據賦權於民：以大腸癌為例，高度懷疑卻一年內未回診治療者高達 9%，因此我們利用「全民健保快易通—健康存摺」APP 已逾 1,200 萬人下載、累積 6 億次查詢的使用普及率，主動推播篩檢提醒；對有數位落差者，則按季提供名單請院所協助聯繫。

跨域專業合作 - 以大腸直腸癌為例

納入專業意見決定管理方向



追蹤高風險個案

- 癌症
- 癌前病變

照護斷點分析

整合國健署篩檢資料、健保署就醫資料，分析照護歷程斷點



追蹤管理與擴大癌別

自 2025 年 12 月起按季資訊回饋，請分區輔導院所追蹤個案

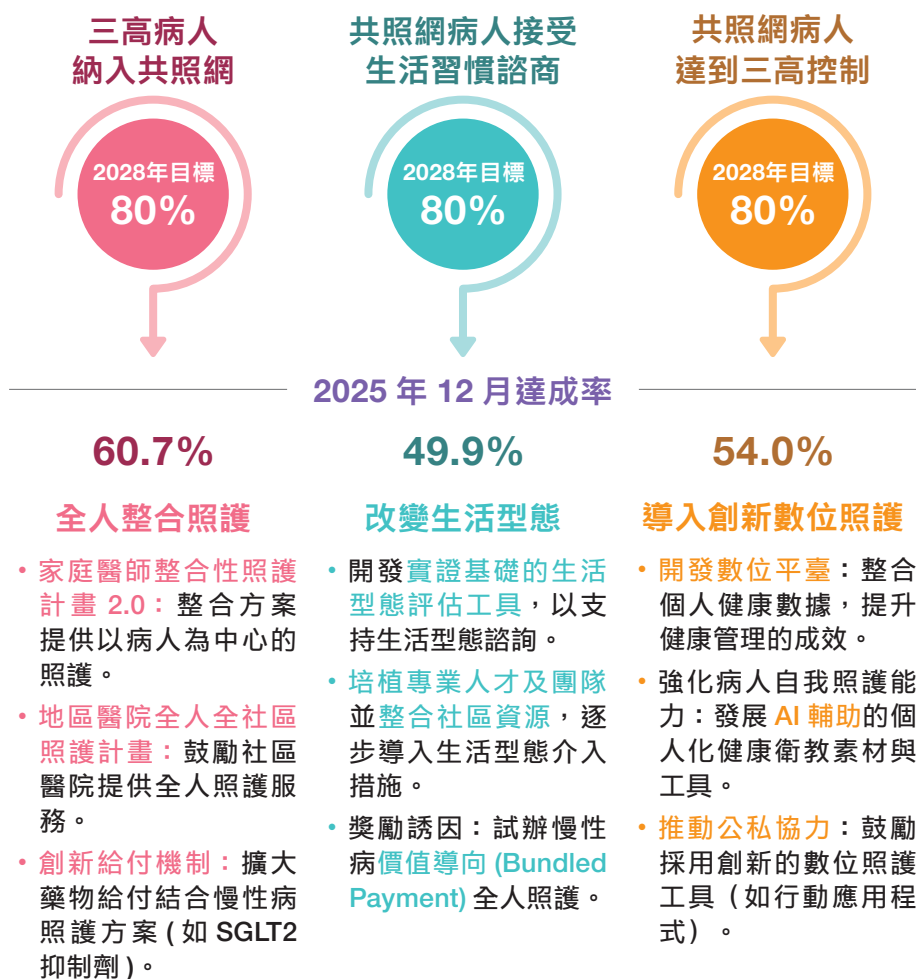
篩檢年	6 個月內未檢查率	1 年內未治療
2024 年	22%	9%

◆ 建立癌症篩檢異常個案之主動追蹤管理模式，逐步提升陽追率與治療率。

三、慢病照護：888 計畫與生活習慣諮商

我國三高慢性病人人口逐年增加，相關併發症對民眾健康及健保制度帶來長期挑戰。「健康台灣」的三高防治 888 計畫設定三項八成目標：截至 2025 年 12 月，三高病人納入共照網照護已達 60.7%、共照網病人接受生活習慣諮商達 49.9%、共照網病人達到三高控制達 54.0%，仍有努力空間。

值得一提的是，所謂「生活習慣諮商」不僅涵蓋營養與運動，更納入睡眠、壓力調適與正向社會連結，與個人身心健康環環相扣。為從「疾病治療」走向「健康促進」，我們同步以家庭醫師整合性照護計畫 2.0、地區醫院全人全社區照護計畫，並擴大結合慢性病照護方案的藥物給付（如 SGLT2 抑制劑等），輔以 AI 個人化衛教工具，建立以病人為中心的全人照護。我們更促成「Google 與全民健保的第一次」——結合健保大數據與 Google 的運算能力，為糖尿病衛教進行分級分流，並在健保 APP 上賦權於民，這同時是臺灣與全民健保的一次突破。



◆ 健康台灣 三高防治 888 計畫

四、雙軌前進：智慧醫療新時代與支付改革

全民健保傲視全球的數位設計，源自 2004 年的健保 IC 卡，其後自 2013 至 2016 年陸續上線的健保雲端，數位基礎建設從未間斷。如今，山上的醫師可透過遠距會診請山下專科醫師協助判讀；2025 年 8 月起，專科門診與急診會診更全面不分科別開放，全國 135 個山地離島偏鄉預估 180 萬人受惠；同年並已於 68 個鄉鎮及 11 個急重症轉診網絡提供服務、累計 14,264 人次，2024 年整體滿意度更高達 99%。再結合已推出之虛擬健保卡、視訊診療、雲端藥歷、電子處方箋與數位支付，已構成數位時代完整的醫療服務解決方案（total solution）。



◆ 打造就醫全流程數位化 破除空間限制

健保支付制度同步改革。賴總統在健保三十週年特別指示落實「不同工、不同酬」，我們於 2025 年 5 月挹注 42.4 億元、並扣合護理人員調薪等指標，2026 年再行加碼。在行政院卓院長「兒童優先、弱勢優先」的指示下，2026 年 4 月已挹注 2.6 億元優先調高兒科、小兒外科與兒童精神科給付，急、重、難、罕與產科等亦陸續提案調整。

五、服務升級：落實分級醫療，建構以病人為中心的整合性照護

長照 3.0 與 2.0 最大的差異，在於「醫療銜接長照」。臺灣尚未開辦以復健為主的復健病房，因此我們借鏡日本「小倉模式」推動跨專業密集復健，盼及早減少失能。日本在高齡人口 12% 時即廣設復健病房，臺灣已達 20%，更須急起直追。

促進具復健潛能患者持續接受整合性照護
提升功能恢復、返家率並降低再入院率

借鏡日本「回復期復健病棟」&
醫福會 2020 年「復健醫療試辦計畫」

臺灣首創小倉模式

復健病房
試辦計畫



健保署

2026 年 4 月 16 日
生效



試辦醫院 **8-10 家**

臺灣北、中、南、東區共擇 8-10 家
醫院試辦



健保預計挹注 **3 億元**

包含：照護費、評估費、獎勵費、
開辦費



照護對象 **腦中風**



預估受益人數 **2,000 人**



品質指標

平均功能改善幅度、功能改善效率、
返家率、30 日內再入院率

醫事人力設置標準

專任

專科醫師
物理治療師
職能治療師
護理人員
社會工作人員
藥師



專 / 兼任

營養師
語言治療師

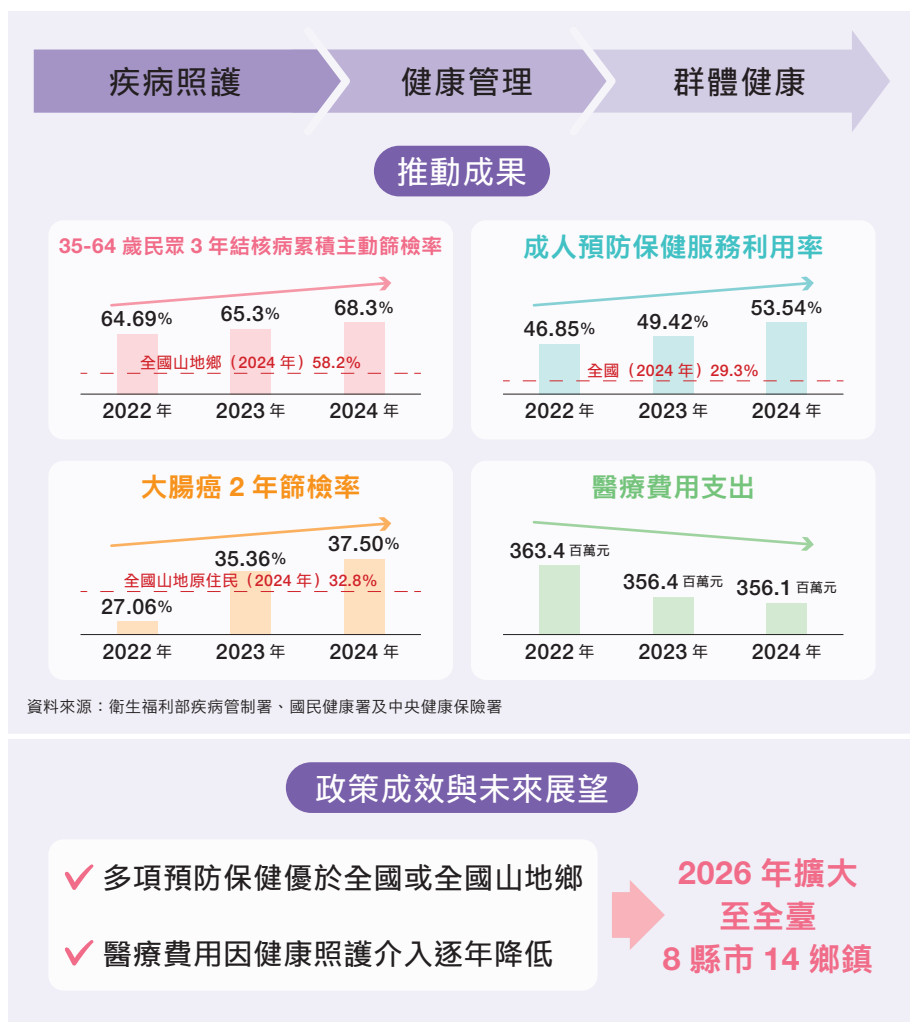
復健病房床位數

30~60 床

每 **8 床** 需配置
物理 / 職能治療師
至少 **1 名**

◆ 長照 3.0 醫療銜接長照

在花蓮秀林鄉推動的全人全程照護計畫，讓肺結核篩檢、預防保健與大腸癌篩檢的利用率全面提升，醫療費用則逐年下降，成效卓著，今年將擴大至全臺八縣市十四鄉鎮。



◆ 花蓮推動全人全程照護

今年春節期間首創 16 億元獎勵，春節開診給予額外加成鼓勵，以紓解急診壅塞問題。除夕至初五間，基層診所發揮關鍵功能，成功分流了慢性病與輕症，並以類流感及腸胃炎下降最為顯著，急診人次則由去年的 23 萬降至約 17 萬，減少逾 25%。

六、結論：立足臺灣，放眼世界的健保永續

這一年的成果，已逐步驗證「擴大健康投資」的價值。從治療到守護，全民健保不僅照顧國人，更是臺灣珍貴的資產，我們將持續在擴大健康投資的理念下，讓健保永續、全民共好，臺灣更好。



沈靜芬

衛生福利部國民健康署 署長

學歷

2025	國立成功大學臨床醫學研究所博士
2022	University of Oxford, Diploma of Academic Medicine
2008	國立成功大學臨床醫學研究所碩士
2002	國立成功大學醫學系

經歷

2023 - 2025	國立成功大學附設醫院小兒感染科主任
2024 - 2025	國立成功大學醫學院醫學系小兒學科專任副教授
2020 - 2023	國立成功大學醫學院醫學系小兒學科臨床助理教授
2012 - 2020	國立成功大學醫學院醫學系小兒學科臨床講師
2009 - 2025	國立成功大學附設醫院小兒感染科主治醫師
2007 - 2009	國立成功大學附設醫院小兒部總醫師及小兒感染科 研究員
2002 - 2007	國立成功大學附設醫院小兒部住院醫師
2018 - 2020	英國 Faculty of Medicine, Imperial College 小兒感染科研究員
2014	泰國 Siriraj Hospital, Mahidol University 小兒感染科研究員
2024 - 2025	總統府健康台灣委員會委員
2024 - 2025	衛生福利部疾病管制署傳染病防治諮詢會預防接種 組委員
2017 - 2025	衛生福利部疾病管制署腸病毒重症責任醫院醫療及 轉診實務之專家委員

健康台灣 全民參與

衛生福利部國民健康署 沈靜芬署長



一、癌症防治：擴大、提升與及早的三維防護網

衛生福利部國民健康署以擴大、提升、及早作為癌症防治的三大主軸。在公務預算挹注之下，我們擴大篩檢對象的年齡層：大腸癌由 50 歲下修至 45 歲、子宮頸癌由 30 歲下修至 25 歲、女性乳癌則由 45 至 69 歲放寬為 40 至 74 歲；同時新增多項篩檢工具，於子宮頸癌篩檢導入人類乳突病毒（Human papillomavirus, HPV）檢測，並於 2026 年新增針對 45 至 74 歲、終身一次的胃幽門螺旋桿菌糞便抗原篩檢；肺癌方面則將家族史與重度吸菸的認定條件放寬，藉此擴大篩檢族群。此外，我們也調升篩檢費用，例如大腸癌由 200 元提高至 400 元、子宮頸癌由 430 元提高至 630 元、口腔癌由 130 元提高至 250 元，用以回饋醫療院所付出。

	擴大對象年齡	新增篩檢工具 / 服務	調升篩檢費用
2025年	大腸癌 原 ≥ 50 歲 → ≥ 45 歲及 40 - 44 歲具家族史		200 元 → 400 元
	子宮頸癌 原 ≥ 30 歲 → ≥ 25 歲女性	30/45/65 歲新增 HPV 檢測 (+1400 元)	430 元 → 630 元
	乳癌 原 45 - 69 歲 → 40 - 74 歲女性		
	肺癌 家族史（2 等親）下調 5 歲 重度吸菸 ≥ 30 → ≥ 20 包 - 年		
	其他	國中男生 HPV 疫苗	口腔癌 130 元 → 250 元
2026年	胃癌 45 - 74 歲（終身一次）	胃幽門螺旋桿菌糞便抗原篩檢 (+ 450 元)	

◆ 癌症防護網 擴展與升級

整體量能因而大幅拉升。2025 年篩檢已超過 600 萬人次、成長達 25%，並發現 7 萬 6 千名癌症及癌前病變個案，較前一年上升 23.5%，其中以大腸癌最多、子宮頸癌居次。篩檢確實能改變癌症最終走向——依據「2023 年癌症登記報告」來看，以子宮頸癌與肺癌為例，有參與篩檢的新發癌症個案中有八成五可在早期（零期至一期）即被發現，這些多數為零期、一期的個案，預後明顯較佳，存活率多可達九成以上。對癌症而言，及早發現往往就是改變結局最關鍵的一步。

二、精準篩檢：肺癌實證與領先國際的醫療水平

肺癌篩檢是精準防治的最佳例證。截至目前，公費肺癌篩檢已執行超過 27.7 萬人次、發現逾 3,000 名癌症個案，其中高達 80% 屬於相當早期的零期至一期。臺灣更是全球率先將「肺癌家族史」納入篩檢計畫的國家，計畫推動後，具家族史者的肺癌偵測率達 1.5%，甚至高於重度吸菸者的 0.9%；而在確診的女性個案中，更有 90% 具有家族史。這充分說明，將家族史與重度吸菸史同時納入篩檢，為具科學實證基礎的政策，確有其必要。

在篩檢效能上，我國胸部低劑量電腦斷層（Low-Dose

Computed Tomography, LDCT) 篩檢的敏感度與特異度相較國際研究來的好，這些個案皆是遵循追蹤治療指引、經胸腔科醫師專業評估後確診的成果，不僅讓更多病人在可治癒的階段被發現，也反映出臺灣醫療水平之高與篩檢計畫設計的精準。

子宮頸癌和肺癌篩檢者可找到 8 成 5 的早期癌症，存活率 9 成 早期發現 (Early Stage)：0 期及 1 期

有篩檢			未篩檢	
86.1%	0 期 74.4% + 1 期 11.7%	子宮頸癌	0 期 24.9% + 1 期 10.4%	35.3%
85.9%	0 期 11.8% + 1 期 74.1%	肺癌	0 期 6.3% + 1 期 33.1%	39.4%
62.9%	0 期 23.4% + 1 期 39.5%	女性乳癌	0 期 9.9% + 1 期 25.0%	34.9%
55.4%	0 期 32.8% + 1 期 22.6%	大腸癌	0 期 14.6% + 1 期 13.7%	28.3%
28.9%	0 期 0.9% + 1 期 28%	口腔癌	0 期 1.1% + 1 期 23.1%	24.2%

1. 資料來源：2023 年臺灣癌症登記資料庫、癌症篩檢資料庫分析

2. 於癌症診斷日前 2 年內是否曾接受乳癌、大腸癌及肺癌篩檢及癌症診斷日前 3 年內是否曾接受抹片篩檢之期別分析

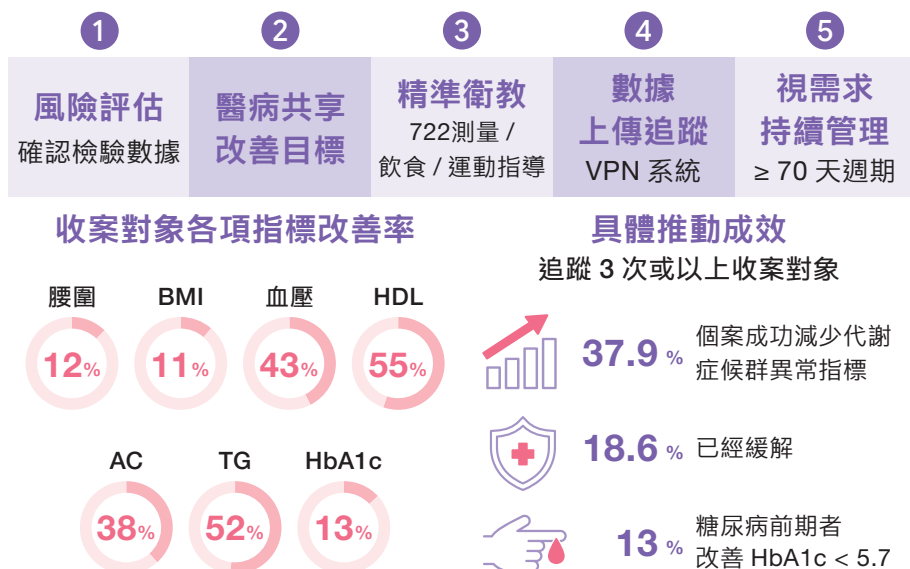
◆ 篩檢 可發現較早期癌症

三、慢性病管理：全面升級成人預防保健服務

預防慢性病，必須趁早。在公務預算挹注下，我們將成人預防保健的適用年齡下修至 30 至 39 歲，並將給付由 520 元調升至 880 元，同時優化服務內容，新增腎病識能

衛教與生活型態指導，提升民眾的自我照護能力。2025 年，成人預防保健服務已達 265 萬人次、較前一年成長 25%；而新納入的 30 至 39 歲族群中，竟已有 48% 過重或肥胖、20% 已出現代謝症候群，血脂、血糖、血壓異常等問題逐漸浮現——若未及早介入，這些都將成為未來慢性病與醫療負擔的源頭。

為此，我們積極推動代謝症候群防治計畫，照護代謝症候群與糖尿病前期個案，目前已有逾 3,000 家院所、逾 8,000 名醫師參與，收案超過 55 萬人。在持續追蹤三次以上的個案中，有 37.9% 成功減少異常指標、18.6% 已經緩解代謝症候群，糖尿病前期者亦有 13% 改善血糖控制。



* 註：成果統計期間為 2022.07-2025.12

◆ 推動代謝症候群防治計畫

四、全齡共動：打造出生到高齡的健康支持系統

健康促進的核心，是提供一套從出生到高齡、不間斷的健康支持系統，而這有賴跨部會的協力。在學童期，我們與教育部合作推動 SH150 方案，落實每週 150 分鐘以上的身體活動；在青壯期，與勞動部攜手推動職場健康促進計畫，2025 年「職場健康促進自主評核」，共 3,131 家審核通過，81 萬 908 名勞工被納入職場健康促進的保護傘下；在銀髮期，則積極布建長者健康促進站 217 處與銀髮健身俱樂部 275 處，預防及延緩失能。我們也持續建構社區營養支持體系，2025 年全國已設置 85 個社區營養推廣中心、服務長者逾 35 萬人次，營養教育村里涵蓋率超過 43%，並辦理逾 6,300 場次團體營養教育、輔導 1,200 家社區據點與餐飲業者推動適合長者的質地調整飲食衛教。

健康署持續補助各地方政府，擴大服務年齡層
以提升社區營養量能

目標：368 鄉鎮市區 皆有營養服務

2017 年 ● 試辦補助 3 縣市社區營養教育示範點計畫（臺中市、臺南市、花蓮縣）

2018 年 ● 全面補助設立社區營養推廣中心

	社區營養推廣中心	營養師
2019 年 ●	34	55
2020 年 ●	35	53
2021 年 ●	37	57
2022 年 ●	40	60
2023 年 ●	43	64
2024 年 ●	79	114
2025 年 ●	85（已達標）	166

2025年 社區營養推動成果

營養教育

43% 村里涵蓋率

服務長者

35 萬人次

團體營養教育

6,300 場次

輔導社區據點或餐飲業者達

4,500

2025年 質地調整飲食
具體推動成效

1,200 家社區據點 / 餐飲業者數
接受質地調整飲食衛教

268 組參與銀養創新料理競賽

77 道佳餚收錄成果專刊

◆ 社區營養推廣執行成果

在飲食環境上，我們與食品藥物管理署合作推動食品「紅黃綠」標示制度。經多次專家會議並參酌國際標準，依每 100 公克或毫升的糖、鈉、飽和脂肪含量分為低（綠）、中（黃）、高（紅）三級，讓民眾一眼看懂營養好壞，也引導業者研發更健康的食品；這項政策預計於 2026 下半年上路。

健康署與食藥署攜手，推動食品正面營養資訊「紅黃綠」標示制度

一眼看懂營養好壞

以紅、黃、綠三色呈現糖、鈉、飽和脂肪含量，快速判斷健康程度。

統一標準分級

依每 100 公克 / 毫升含量區分低（綠）、中（黃）、高（紅），改善高糖、高鈉攝取。

帶動產業更健康

結合科學與政策推動，引導業者研發更健康食品。

固體（半固體）100 公克

	綠色（低）	黃色（中）	紅色（高）
飽和脂肪	< 1.5 公克	1.5 - 4.5 公克	≥ 4.5 公克
糖	< 5 公克	5 - 15 公克	≥ 15 公克
鈉	< 120 毫克	120 - 500 毫克	≥ 500 毫克

液體 100 毫升

	綠色（低）	黃色（中）	紅色（高）
飽和脂肪	< 0.75 公克	0.75-2.25 公克	≥ 2.25 公克
糖	< 2.5 公克	2.5 - 7.5 公克	≥ 7.5 公克
鈉	< 120 毫克	120 - 250 毫克	≥ 250 毫克

每 100 公克			
熱量	飽和脂肪	糖	鈉
36.2 大卡	0.3 公克	0.7 公克	11 毫克
1.8%	1.7%	1.2%	0.6%
%：每日參考值百分比			

* 每日參考值（4 歲以上族群）：熱量為 2000 大卡；飽和脂肪 18 公克；鈉 2000 毫克；糖未訂定，以 60 公克為基準。

◆ 食品正面營養資訊「紅黃綠」標示制度

生命的起點同樣不容漏接。我們參採臺灣婦產科醫學會建議，將產前健康檢查延伸到產後，新增兩次產後健康照護服務，升級為「14 + 2」。自 2025 年 5 月啟動以來

已服務逾 2 萬 1 千人次；2026 年 7 月 1 日將兒童預防保健由 7 次擴增為 9 次，強化嬰幼兒及學齡前關鍵時期的守護；學齡前兒童視力篩檢已有 7 個縣市加入示範計畫、篩檢逾 1 萬 2 千名兒童，篩出近視率 9.12%、近視前期率 23.95%，得以及早介入。從產後到學齡前的層層防護，讓政策不再只是一連串數字，而是讓「母親不孤單、孩子不漏接」的韌性社會。

此外，我們也持續優化從出生到高齡各年齡層，連續且不間斷的健康促進服務：包括 2025 年 11 月推出的不孕症試管嬰兒補助 3.0 方案、2026 年 7 月 1 日將脊髓性肌肉萎縮症（Spinal Muscular Atrophy, SMA）納入公費新生兒篩檢、為國中男生接種 HPV 疫苗，以及配合長照 3.0 擴大長者功能評估（ICOPE）並銜接後續的社會處方。



14 + 2 升級孕產守護

由 14 次產前檢查延伸至產後 2 次

- 2025 年 5 月啟動，截至 2026 年 2 月，已服務 **2 萬 1,662 人**



7 + 2 升級兒童健康照護

強化嬰兒期及學齡前期的成長關鍵

- 2026 年 7 月 1 日正式上線



學齡前兒童視力篩檢

從近視發展最初期早期發現，及早介入

- 共有 7 縣市入園，截至 2026 年 4 月底，共計篩檢 **1 萬 2,310 名**
 - 近視率 **9.12%**
 - 近視前期率 **23.95%**

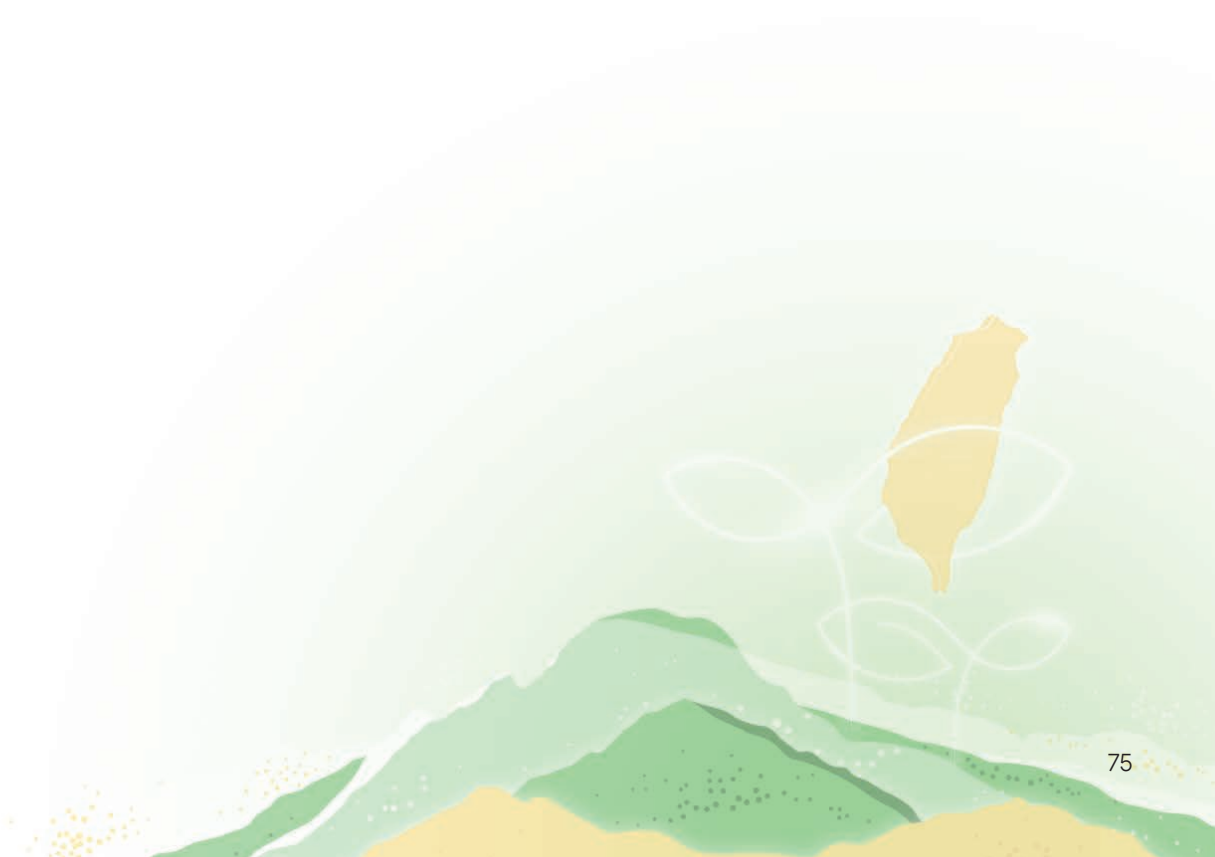
◆ 母嬰健康新政

五、結論：全民參與，共創健康台灣

健康，從來不只是醫療院所的責任，更是政府、社會各界與每位民眾共同參與的成果。從癌症防治的及早發現，到慢性病的源頭管理，再到出生到高齡不間斷的健康支持，衛福部國民健康署將秉持「預防為核心、數據為基礎、合作為方式」的理念，把健康真正落實於全民的日常生活之中。唯有全民攜手參與，才能讓這份韌性而有溫度的照護，成為健康台灣最堅實的基礎。



◆ 優化全人各階段的健康促進服務





健康台灣重要議題 規劃及期許



余明隆

高雄醫學大學 校長

總統府健康台灣推動委員會 顧問

學歷

- 1992.08 - 2000.06 高雄醫學大學醫學研究所醫學博士
1982.09 - 1989.06 高雄醫學大學醫學系醫學士

經歷

- 2025.07 - 迄今 財團法人高等教育國際合作基金會第 8 屆
官派董事
- 2025.04 - 迄今 美國肝病研究協會 (AASLD) 會士 (FAASLD)
- 2025.03 - 迄今 亞太肝臟研究學會 (APASL) 執行委員
- 2025.03 - 迄今 國際肝臟研究協會 (IASL) 全球理事會理事
- 2026.01 - 迄今 衛生福利部癌症防治政策委員會委員
- 2026.01 - 迄今 臺灣肝臟研究學會第 17 屆會長
- 2025.03 - 迄今 衛生福利部消除 C 肝國家認證工作小組委員
- 2023.04 - 迄今 衛生福利部國民健康署 B、C 型肝炎防治
諮詢專家
- 2022.08 - 2024.06 國立中山大學副校長
- 2022.08 - 2024.06 國立中山大學醫學院院長
- 2018.07 - 2021.08 高雄醫學大學副校長
- 2016.08 - 2017.07 美國哈佛醫學院馬薩諸塞州總醫院消化內科
肝臟中心客座教授

翻轉慢病海嘯： 臺灣代謝異常防治的 轉型契機與精準願景

高雄醫學大學 余明隆校長



一、慢病海嘯：NCD 四大殺手與臺灣的轉型契機

非傳染性疾病（Non-Communicable Diseases, NCD）是全球人類最大的殺手，占有所有死亡的 70%。其中心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病、糖尿病與腎臟病四大殺手，更占 NCD「過早死亡」（70 歲以前死亡）的 80%。對照 2024 年臺灣十大死因前五名——癌症、心臟疾病、肺炎、腦血管疾病與糖尿病，正與此一全球趨勢高度呼應，說明臺灣的公衛與健康政策亟需朝向精準防治與代謝管理全面轉型。所幸賴總統提倡的「健康台灣」即以慢性病與癌症防治為兩大核心，期盼能在 2032 年將平均餘命由 79 歲提升至 82 歲、不健康餘命占平均餘命的比例由 10% 降至 8%，正與世界衛生組織（WHO）「2030 年將 NCD 導致的過早死亡降低三分之一」的目標緊緊扣合。

然而，這些代謝性疾病彼此高度重疊、相互依存。全臺約有 1,000 萬人過重、400 萬人肥胖，代謝異常脂肪肝更高達約 700 萬人，相當於每三人就有一人；而糖尿病、慢性腎病、心血管疾病等各器官疾病也分別影響上百萬國人。國際癌症研究署更指出，多達 13 種癌症與肥胖及代謝異常息息相關，包括大腸直腸癌、子宮內膜癌與致死率極高的胰臟癌、肝癌等。換言之，代謝異常已非單一器官的疾病，

而是一個必須以「器官保護」為核心的整合型「肝心腎代謝疾病」，影響超過 500 萬人、約占總死亡人數的三成。



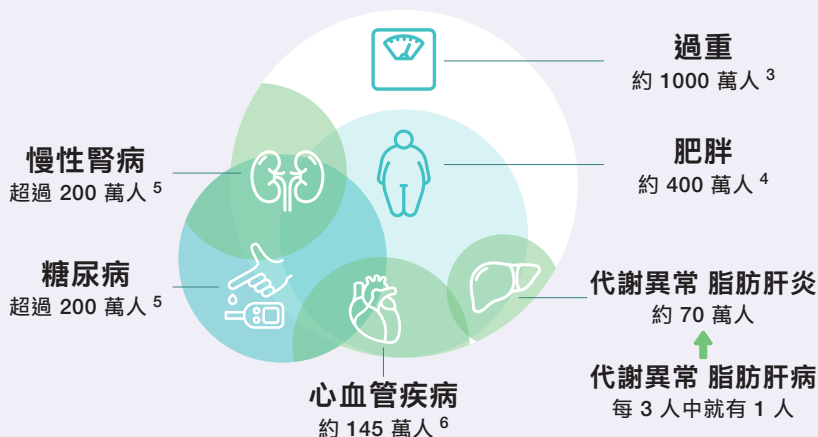
◆ 數據透視：全球非傳染性疾病 NCDs 危機與臺灣現況

需要以「器官保護」為核心的代謝疾病防治策略

肝心腎代謝疾病

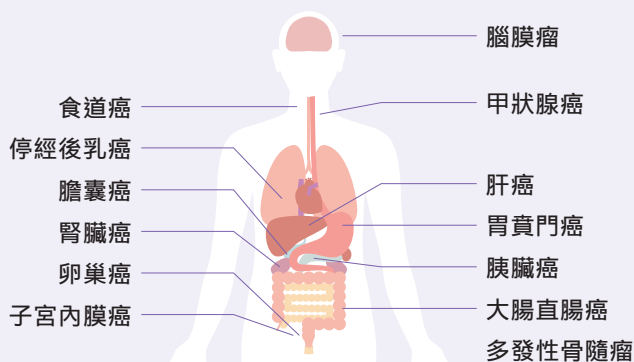
是彼此相互影響的慢性疾病、影響超過 500 萬人¹

主要死因，約占總死亡人數 30%¹



癌症

國際癌症研究署：13 種癌症與**肥胖**相關²



LCKM, liver-cardiovascular-kidney-metabolic; IARC, International Agency for Research on Cancer.

1. Cabinet boosts healthcare for heart, diabetes patients. <https://www.taipetimes.com/News/taiwan/archives/2025/04/18/2003835393>.

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cancers Associated with Overweight and Obesity Make up 40 percent of Cancers Diagnosed in the United States. https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/media/releases/2017/p1003-vs-cancer-obesity.html. Accessed 18Mar2026.

3. 國民健康署 / 114 年健康促進年報。

4. Chang HC, et al. PLoS One. 2017;12(2):e0169577.

5. 中華民國內分泌暨糖尿病學會 / 臺灣糖尿病年鑑 2024 第 2 型糖尿病。

6. Taiwan Department of Health (cited in Uho Health, 2012 <https://www.uho.com.tw/article-22239.html>)

◆ 肥胖 - 肝心腎代謝疾病 (OLCKM) 影響深遠

二、源頭投資：WHO Best Buys 與運動的最佳防治策略

WHO 提出的 NCD 最佳防治策略「Best Buys」，呼籲全球從過去集中資源「治已病」，轉向投資未來的「治未病」。事實上，2020 年健保前二十大疾病中，高血壓、糖尿病、缺血性心臟病與腦血管疾病的支出占比即達 13.16%，凸顯資源過度集中於治療端。針對菸草、酒精、不健康飲食與身體不活動四大風險因子，必須從生活型態的源頭介入，才是最具成本效益的防治之道：在菸草與酒精上提高稅負與價格、強化高風險族群介入；在飲食上以稅制與完善的食品標示消除反式脂肪、推動減鹽減糖，我們也樂見衛福部已啟動食品標示制度，支持健康飲食環境的推廣。

現行挑戰：資源集中「治已病」

高血壓、糖尿病、缺血性心臟病及腦血管疾病，健保佔比達 13.16%

戰略轉向：投資未來「治未病」



從生活型態源頭介入，
是預防代謝疾病與癌症最具成本效益的最終策略。

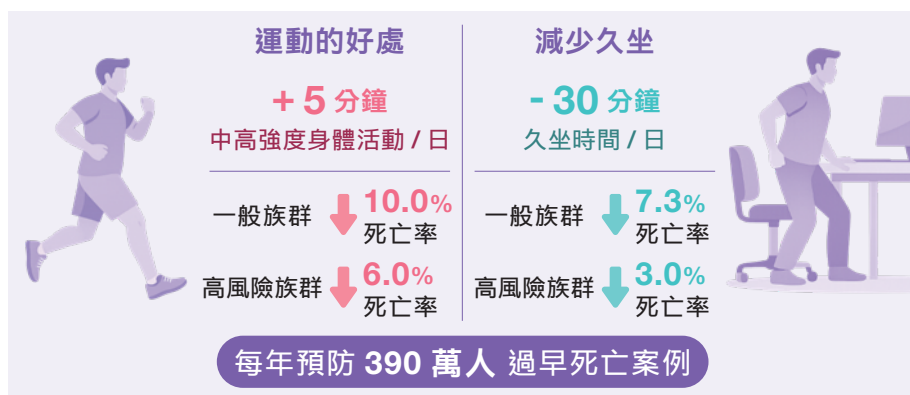
NCDs, noncommunicable diseases; WHO, World Health Organization.

WHO. Steatotic liver disease: a missing piece in the global noncommunicable disease response. Executive Board 158th session; 2026.

2020 年全民健康保險醫療費用前二十大疾病

◆ WHO NCDs 「Best Buys」：最佳防治策略

身體活動的促進同樣關鍵，這有賴都市設計融入步行與運動環境，並在基層醫療導入運動諮詢與個人化處方。最新研究指出，每日只要多五分鐘的中強度活動，即可降低一般族群死亡率 10%、高風險族群 6%；若每日減少久坐半小時，則可分別降低 7.3% 與 3%——若人人做到，每年可預防全球 390 萬人過早死亡。為此，賴總統與行政院卓院長於去年成立運動部，透過全民運動署推動規律運動習慣，目標在 2030 年將身體活動人口較 2021 年增加 15%，我們更期待未來能達到 30%。



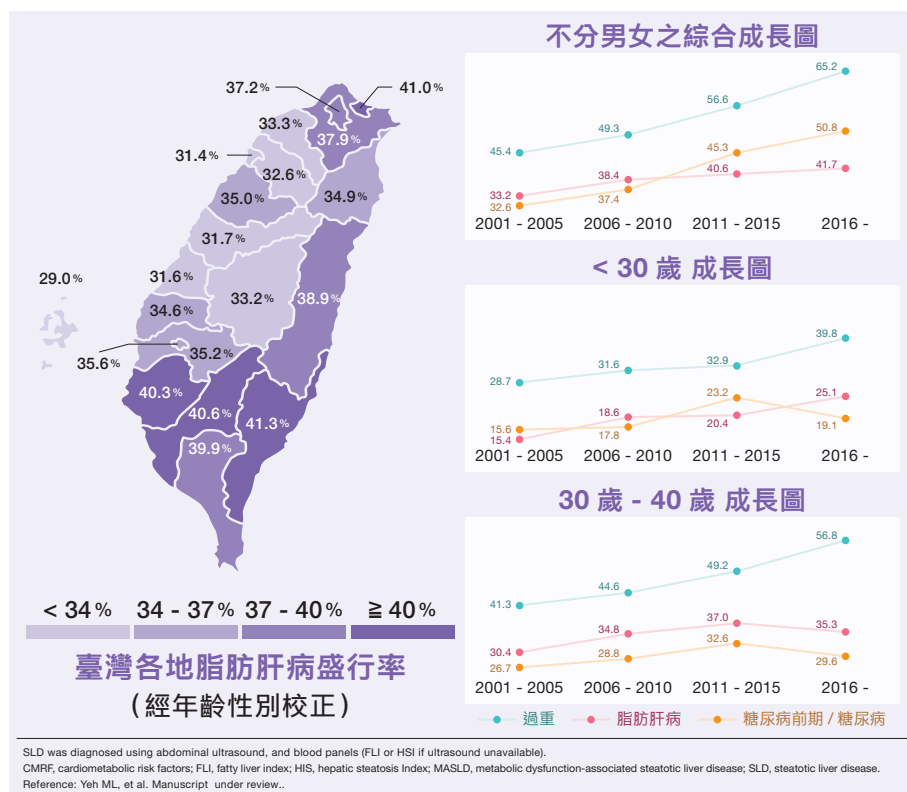
◆ 體能訓練可降低死亡風險

三、引爆點：脂肪肝——肝心腎代謝與癌症的連鎖核心

近年來，WHO 開始關注一個長期被忽視的問題：脂肪肝。過去我們以為脂肪肝只是良性的肥胖表現，如今卻發

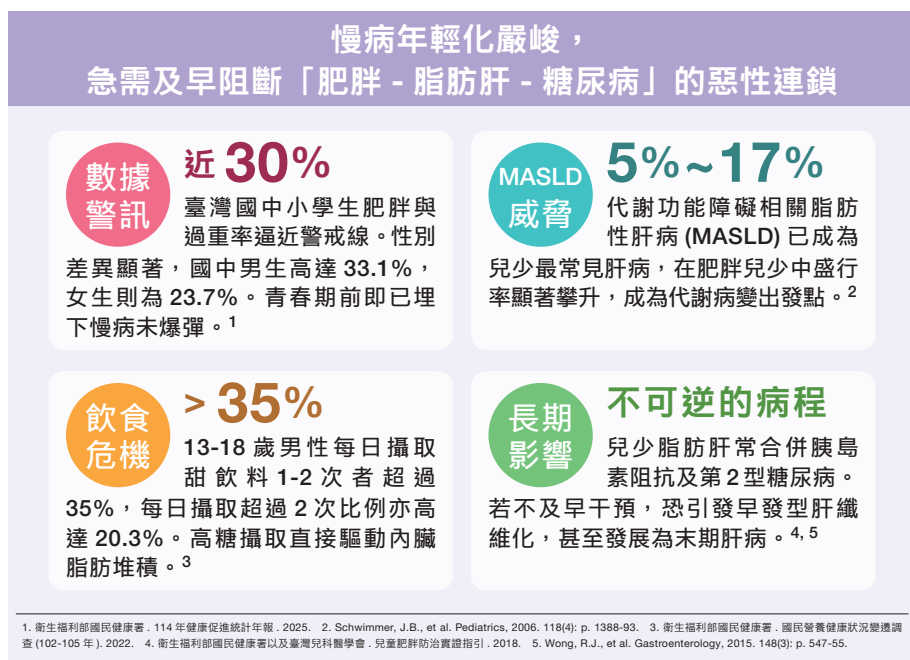
現它已成為全球成長最快的慢性肝病，盛行率達 30%、影響全球約 17 億人，主要死因涵蓋心血管疾病、肝炎、肝癌與肝外癌症，更是高收入國家肝臟移植的主要適應症，其年輕化趨勢正威脅全球人力資本。

高雄醫學大學以過去 20 年、逾 70 萬筆健檢資料的分析顯示，臺灣成人脂肪肝平均盛行率為 36.3%，且由 20 年前的 33% 大幅攀升至 41%；同期過重與肥胖比率由 45% 升至 65%，30 歲以下族群的脂肪肝更從 15% 上升至 25%。



◆ 過去 20 年國人脂肪肝盛行率持續攀升，已達 36.3%

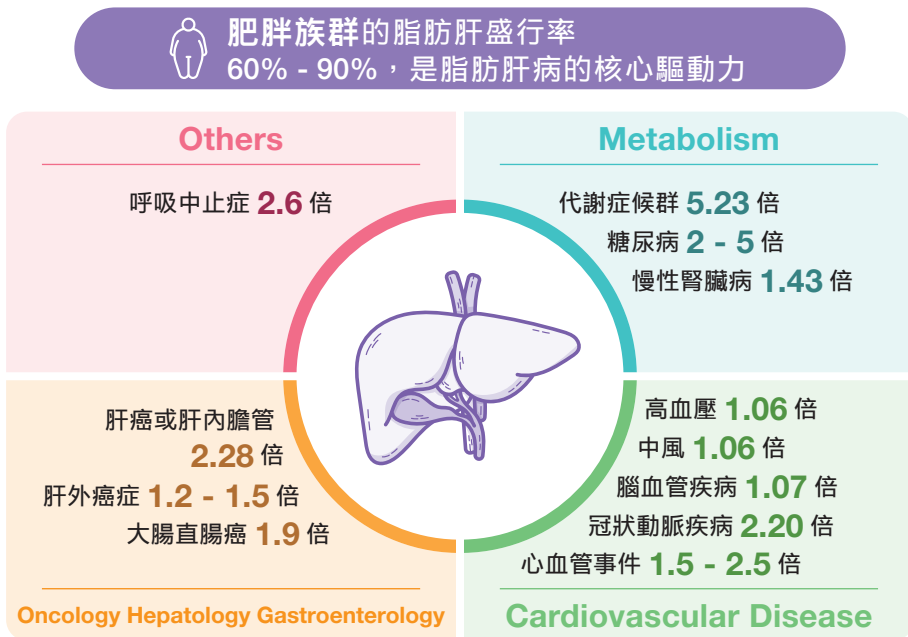
慢病年輕化的警訊已然浮現：約三成國中小學生接近過重與肥胖臨界點，且性別差異顯著、國中男生高達33.1%、女生為23.7%；35%以上的13至18歲男性青少年每日攝取含糖飲料超過一杯，大幅促使內臟脂肪累積，使代謝異常脂肪肝成為青少年最重要的肝病、盛行率已達5至17%。事實上，肥胖正是脂肪肝的核心驅動力——肥胖族群的脂肪肝盛行率高達六成至九成。



◆ 兒少與年輕族群的防治空白 — 隱藏的代謝海嘯

脂肪肝的病程更不容輕忽。一旦走入脂肪肝，95%的人一生中至少出現一項代謝異常，即代謝異常脂肪肝（Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver

Disease, MASLD)；其中六分之一會進展為肝纖維化，使高血壓、糖尿病、心血管與全因死亡風險增加 1 至 11 倍，並可能演進為肝硬化，每年再有 1 至 4% 機率轉為肝癌——臺灣已有約兩成肝癌與脂肪肝相關。整體而言，罹患脂肪肝平均將減少四年餘命，連帶代謝症候群風險增 5.23 倍、糖尿病增 2 至 5 倍、冠狀動脈疾病增 2.2 倍，肝臟的癌症或其他的癌症增 1 到 2.5 倍，連睡眠呼吸中止症都增 2.6 倍。顯示出代謝異常脂肪肝早已不是單一肝病，而是多重器官共病。



1. Jiang F, et al. Med 2024;5(11):1413-1423.e3. 2. Zhang Y, et al. BMJ Open. 2015;5(9):e008204. 3. Xiong X, Li Xi. Life Metab. 2023;2(1):load007.. 4. Mantovani A, et al. Gut. 2022;71(1):156-162. 5. Mantovani A, et al. Gut. 2022;71(4):778-788. 6. Allen AM, et al. J Hepatol. 2019;71(6):1229-1236.. 7. Sookoian S, Pirola CJ. Obes Surg. 2013;23(11):1815-25. 8. Yoneda M, et al. J Gastroenterol. 2021;56(11):1022-1032. 9. Huang DQ, et al. Liver Dis. 2022;42(4):455-464. 10. Younossi ZM, et al. Hepatology. 2016;64(1):73-84.

◆ 代謝異常脂肪肝 (MASLD) 顯著增加多重共病風險

四、早篩早治：AI 智慧篩檢平臺與一條龍照護

正如癌症防治，「早篩早治」是阻斷代謝連鎖反應最重要的關鍵。為此，臺灣肝臟研究學會、高雄醫學大學、中山大學、國家衛生研究院的臺灣生醫大數據科技股份有限公司與 Novo Nordisk(臺灣諾和諾德藥品股份有限公司)於去年共同發起研發全球第一個「AI 代謝異常脂肪肝風險分層及管理智慧篩檢平臺」，協助臺灣近 700 萬名脂肪肝病人預防肝纖維化、嚴重心肝腎代謝疾病與癌症。該平臺已於今年 4 月完成測試、由高雄醫學大學試辦，預計三年內推廣並無償提供至 25 家醫療院所，同時建立全國脂肪肝資料庫，提供個人化照護建議。

打造全球第一個「AI 代謝異常脂肪肝風險分層及管理智慧篩檢平臺」

幫助臺灣近 700 萬脂肪肝病人預防肝纖維化、嚴重心肝腎代謝疾病與癌症

建立智慧化自動篩檢系統

- 該系統於 4 月上線，高醫為試辦醫院
- 預計 3 年推廣到 25 家醫院
- 包含醫院及診所平臺，最終期望涵蓋到所有醫療院所

提升早期診斷率

- 目前沒有基準值
- 透過該計畫，臺灣肝臟研究學會 (TASL) 將邀集相關學會討論相關指標



建立全國脂肪肝資料庫

- 建立臺灣脂肪肝及肥胖資料庫
- 建立臺灣 AI 模型，提供疾病預測及精準醫療模組

提供個人化照護建議

- 整合醫院 HIS 系統，提供臨床決策輔助系統
- 提供個人化醫療報告，連結到醫院 / 診所 APP 或 QR code 掃描

AI, artificial intelligence; APP, application; HIS, hospital information system; TASL, Taiwan Association for the Study of the Liver.

◆ 脂肪肝慢病精準防治之關鍵革新

此外，我們也建立了簡易代謝異常風險評分表，以七個風險因子為指標項目，評分達 10 分以上者，其全因死亡風險增加達 81 倍。透過對脂肪肝識能的倡議、導入 AI 精準篩檢、建立疾病風險分層與分級轉介，最終串連多專科的全方位照護，形成從篩檢到治療的「一條龍」照護鏈。

指標項目	評分標準 (Points)								
年齡	< 35 (0)	35 - 40 (1)	40 - 45 (2)	45 - 50 (3)	50 - 55 (3)	55 - 60 (4)	60 - 65 (5)	≥ 65 (7)	
性別	女性 (0)				男性 (1)				
BMI	< 18.5 (2)		18 - 23 (0)		23 - 25 (0)		25 - 30 (0)		≥ 30 (1)
血糖	FG <100 (0)		100 - 126 (0)		> 126 (1)		用藥中 (1)		
血壓	BP < 130 / 85 (0)			> 130 / 85 (0)			用藥中 (1)		
肝纖維化 FIB-4	< 1.3 (0)		1.3 - 2.67 (0)		2.67 - 3.25 (1)		> 3.25 (2)		
腎功能 eGFR	> 60 (0)			30 - 60 (1)			< 30 (3)		

0

17

總分

低風險

高風險

Yu ML, et al. manuscript in preparation

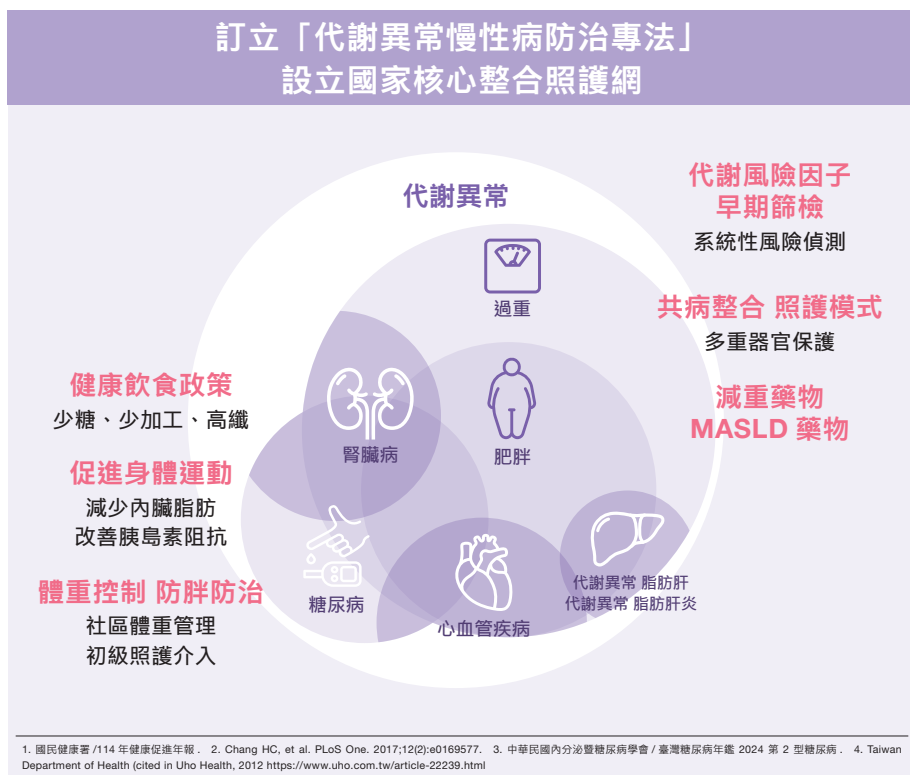
◆ 綜合風險評分計算

在衛福部既有的 888 慢性病防治計畫、論質照護計畫 (P4P) 及各慢性病照護網 (糖網、肝網、腎網) 等基礎上，我們更期望整合為以多重器官保護為核心的全方位代謝慢性病照護「Taiwan Integrated Best Buy」。同時呼應 WHO 今年 2 月執委會的建議，依國情納入國家慢病策略、建立投資機制與數位創新；並突破 40 歲、甚至 30 歲的健檢框架，將代謝教育帶進校園、以家庭為中心，並善用遠距醫療與原鄉行動醫療車，讓偏鄉也能享有同等的篩檢與治療，落實健康平權。



FIB-4, fibrosis-4; HIS, hospital information system.

◆ 建立脂肪肝與代謝疾病防治的全方位策略



◆ 結合以「器官保護」為目標的全方位代謝慢性病照護

最後，下一座護國神山正是生醫產業。脂肪肝目前最大的缺口，在於缺乏專一且便於操作的早期診斷生物標誌。若能推動「臺灣慢病代謝體醫學研究藍圖」，結合基因體學與代謝體學，發掘新型代謝物指標與潛力藥物標的，並且應用轉譯醫學，作為精準預測與早期介入的診斷和治療新策略，臺灣便有機會引領全球慢病臨床的研發地位。

五、結論：四大建言，翻轉慢病海嘯

面對這場慢病海嘯，我提出四項建言：其一，將肥胖與脂肪肝納入「健康台灣」優先議題，與三高 888 計畫共同強化國家健康投資；其二，推動「代謝異常慢病防治專法」，以風險分級結合飲食、運動與醫療，建構以多重器官保護為核心的跨科照護網；其三，強化全民健康意識、提升生活型態、投資未來，從源頭杜絕嚴重慢病與癌症；其四，建立慢病國家資料庫與代謝體研究平臺，藉公私協力開發非侵襲性生物標誌與潛力藥物標的，將臺灣推向全球慢病臨床的領導地位。唯有投資治未病、翻轉慢病海嘯，才能讓「健康台灣」的願景真正成為全民共享的健康未來。



白明奇

成大醫院失智症中心 主任

國立成功大學醫學院神經學科 教授

學歷

1999.08 - 2002.06 國立中正大學心理學研究所博士

1981.09 - 1988.06 臺北醫學大學醫學系學士

經歷

2026.01 - 迄今 財團法人臺南市 1971 文化藝術基金會董事長

2025.01 - 迄今 衛福部庫賈氏症個案諮詢委員會副召集人

2023.06 - 迄今 臺灣生活型態醫學會常務理事

2018.08 - 2024.07 成大老年學研究所所長

2015.10 - 2018.12 臺灣臨床失智症學會理事長

2014.12 - 2017.12 臺灣失智症臨床試驗研究聯盟主持人

2012.09 - 2015.10 臺灣失智症協會理事

2011.02 - 迄今 成大醫院失智症中心主任

2009.08 - 2012.07 成大醫學院神經學科及成大醫院神經部主任

2007.12 - 迄今 亞洲失智症學會執行理事

2007 - 2009 ; 臺灣神經學學會理事 (第 16、18 屆)

2011 - 2013

2004 - 2010 ; 社團法人大臺南熱蘭遮失智症協會理事長

2013 - 迄今

2002.12 - 2003.12 美國亞利桑那大學心理系訪問副教授

1998.02 - 迄今 成大醫院神經部行為神經科主任

1995.11 - 1996.01 日本東北大學高次機能障礙學訪問學者

春天不遠： 失智症的精準診療

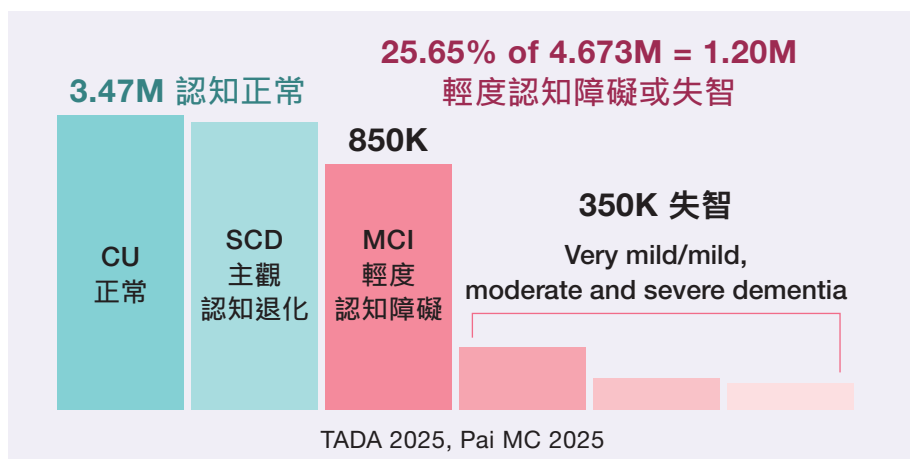
成大醫院神經部行為神經科、失智症中心
白明奇主任



一、失智現況：新高齡與隱形的阿茲海默蛋白

退化性失智症是不可逆的歷程，依序由正常、主觀認知退化、輕度認知障礙，到失去生活自主而進入輕、中、重度失智症。臺灣目前有 467 萬高齡人口，其中已有四分之一（25.65%、約 120 萬人）進入輕度認知障礙或失智，其餘四分之三則為正常或自認正常——然而自認正常與輕度認知障礙之間的界線，其實相當模糊。

今昔最大的不同，在於阿茲海默症已不再無藥可醫。我特別想把焦點放在 55 到 75 歲的族群，在 55 到 75 歲這群認知正常的高齡者當中，腦中已帶有不正常阿茲海默毒蛋白的比例，竟介於 16% 至 23% 之間。依最新診斷準則，只要體內驗得出阿茲海默毒蛋白即可被診斷為阿茲海默症。因此，一個外表正常的人，也可能已是阿茲海默症患者；而 55 到 75 歲這群高齡者腦中若有毒蛋白，未來發展為失智症的風險將大幅升高。

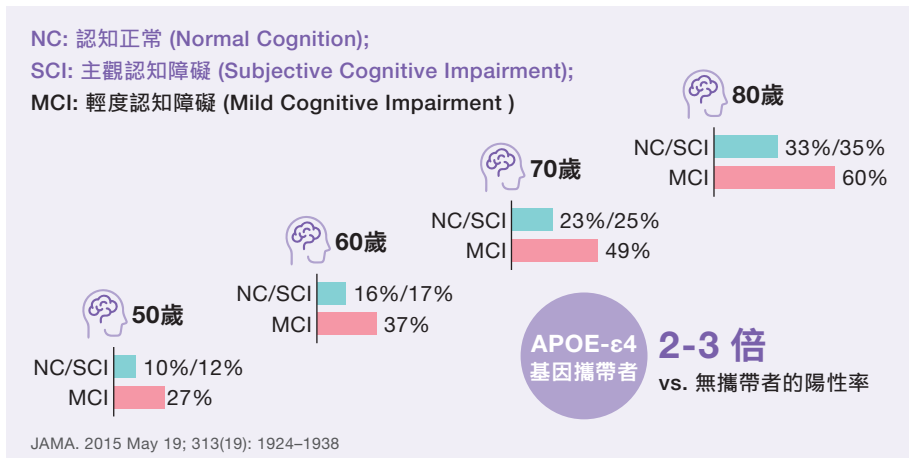


◆ Older adults in Taiwan 2025

二、搶救金頭腦：血漿生物標記與第二國力

確診阿茲海默症過去須仰賴大腦正子攝影或腦脊髓液檢測，前者昂貴、後者接受度低，難以普及。所幸如今全球已認可血漿生物標記 pTau-217，只需抽血即可精準預測腦中是否沉積毒蛋白。一項著名研究為社區民眾免費進行正子攝影，結果發現 60 歲者約六分之一、70 歲者約四分之一呈陽性，到了 80 歲更高達三分之一，若同時是 APOE-ε4 基因攜帶者，陽性率還會再增為二至三倍；而血漿標記不僅能預測類澱粉斑塊，也能預測病程嚴重度的 tau 蛋白。類澱粉蛋白升高者，追蹤四年後出現早期認知障礙的機率達 32%，遠高於正常組的 15%。

55 至 75 歲正是企業與國家機構中關鍵決策者的年齡，試想，若能讓這群「金頭腦」及早得知腦中有無毒蛋白，並以單株抗體藥物清除、延緩退化，便能讓他們持續貢獻社會、避免進入被照顧的失智階段。而這正是沈延盛院長所啟發我的「第二國力」概念。值得注意的是，美國一項社區調查顯示，高達 85% 的民眾願意接受醫師開立的抽血檢測，但也有 73% 坦承一旦驗出陽性會感到焦慮，更有 84% 根本不知道有此檢查；國人的態度如何，仍有待進一步研究。此外，既然無症狀的阿茲海默臨床前期者依最新診斷準則已被視為病人，全球業已展開針對這群人士的臨床試驗，倘若成功，對及早阻斷病程將意義非凡。必須強調的是，這項檢測應審慎地用於高風險族群，由專業醫師開出檢驗處方及解釋結果，不能淪為全民普篩。



◆ 認知正常者的類澱粉蛋白病理陽性率

三、精準預防：從抗性到韌性的雙重防線

阿茲海默失智症的預防可分為初級與次級兩道防線。初級預防著眼於腦中尚無毒蛋白者，我們稱之為「抗性」(resistance)。對這群幸運者，仍須提醒高危險群——年長、具家族史(一等親罹病)、帶有 APOE-ε4 基因或唐氏症者——切莫掉以輕心，並落實營養、運動、睡眠、正向連結、壓力管理與遠離有害物質的六大健康支柱。同時，更要遠離 2024 年 Lancet Commission 列出的十四項危險因子，包括聽覺障礙、高膽固醇、憂鬱、腦傷、不活動、糖尿病、吸菸、高血壓、肥胖、過量飲酒、孤獨、空污、失明與文盲——這些多與三高及生活習慣相關，運動部與環境部都能在其中協力。

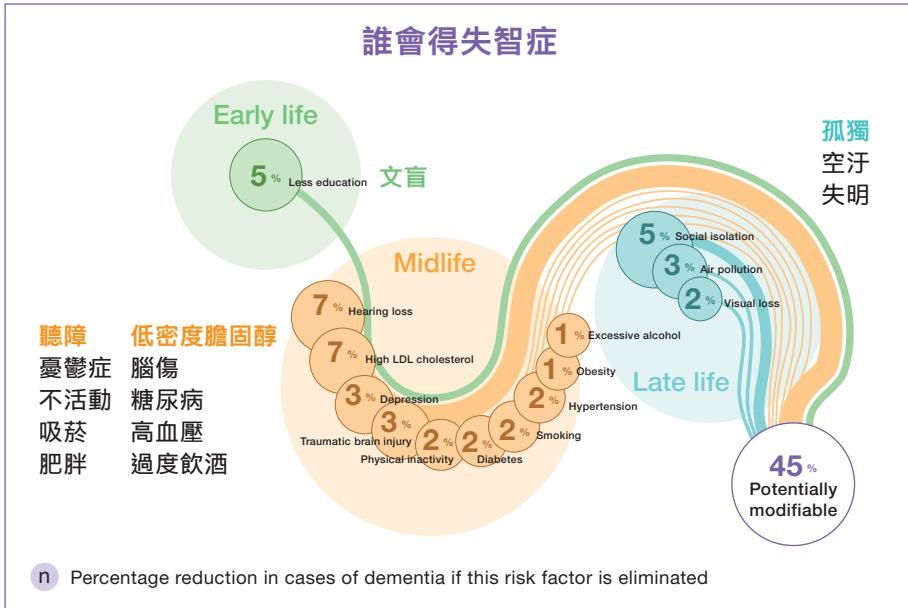
初級預防：抗性 resistance

- 大腦中尚未有阿茲海默蛋白
 - 高危險群：年紀、一等親有阿茲海默失智、帶有高風險基因(ApoE e4)、唐氏症、心血管疾病、不運動
 - 遠離 14 項危險因子：Lancet Commission 2024 *
 - 健康的生活型態：六大支柱（養動睡正壓害）
 - 持續關注
-

次級預防則針對已證實有類澱粉蛋白沉積者，目標在於延緩這段不可逆歷程的速度，我們稱之為「韌性」(resilience)。我始終認為，最好的預防就是及早治療。如今已有疾病修飾的單株抗體藥物，可惜目前仍為自費、18 個月療程約需 150 萬元。其成效相當顯著：以 lecanemab 為例，治療 18 個月可使 68% 的患者腦中毒蛋白降至陽性閾值以下，另一款 donanemab 的清除比例則達 76%；成大醫院與亞東醫院已分別於 2025 年 6 月 23 日完成上述兩藥的臺灣首例注射。我有一位 66 歲的成大醫院女性病患，確診輕度阿茲海默症，僅接受六次治療，毒蛋白單位便由 108.8 CLs 大幅降至 21.8 CLs——將來談阿茲海默症，就如同談血糖、膽固醇一樣會有明確的數值；她至今仍能維持自我照顧，病患本人與家屬都十分滿意。越早治療，效果越好。

次級預防：韌性 resilience

- 經由血漿生物標記，進而大腦正子攝影 (或腦脊髓液) 證實，大腦中 **已經有類澱粉蛋白沉積**
- 高危險群：出現 (客觀) 認知異常、年紀、一等親有阿茲海默失智、帶有高風險基因 (ApoE e4)、唐氏症
- 遠離 14 項危險因子：Lancet Commission 2024 *
- 健康的生活型態：六大支柱
- 最好的預防是 **及早治療**
- 疾病修飾單株抗體藥物 (目前自費，療程 18 個月，150 萬)
- 清除大腦類澱粉蛋白，保持生活自主，延緩進入下個階段



◆ Lancet Commission 2024

四、制度先行：國家級失智機構與全民檢驗網

要落實上述願景，必須有制度作為後盾。我衷心期盼能成立一個跨部會的國家級失智症專責機構，整合資源、分析資料並協助制定政策與行動方案。同時，凡經生物標記確診的阿茲海默或其他失智症者都應精準登錄，建立「臺灣失智症登錄系統」（Taiwan Dementia Registry, TDR），若能強制登錄則更佳，以掌握臺灣專屬資料、與國際接軌，才能精準統計我國的失智盛行率，進而制定真正屬於臺灣的失智症防治計畫。

我們應讓國人有機會知道是否大腦中已有類澱粉蛋白沉積，故在檢驗的可近性上，我主張採「高危者自願登記、部分補助」的方式，其精神類似廣受好評的動滋券。具體作法是由基層醫師開立血漿生物標記檢驗處方〔須經衛生福利部食品藥物管理署核准或為研究用途 (Research Use Only, RUO) 等級〕，抽血後再由醫師解釋結果，必要時轉介神經科或精神科專科醫師確診與治療。我也期待臺灣能開發出低成本、國際認可的生物標記檢驗，透過登錄、介入與長期追蹤，真正守護國人的大腦健康。

健康台灣的其中一項願景是縮短不健康餘命。但倘若多出的健康歲月，只是日復一日地吃飯、睡覺、看電視，那便失去了意義。因此，我想倡議一項新國民運動——找回「生活的意義」（IKIGAI）：發掘自己的長處並以熱情投入，對他人與社會有所助益，甚至能為自己增添收入。延後失智發生、保持生活自主，並且為延長的歲月注入意義與價值，這份努力才算真正圓滿，也才能讓「健康台灣」更具深度。

- ✓ 縮短不健康餘命後的省思
- ✓ 延後失智症發生及保持生活自主的臨床意義
- ✓ 生活的意義 IKIGAI
- ✓ 新國民運動



◆ 生活的意義（IKIGAI）

五、結論：正確診斷、及早介入，春天不遠

倘若這些建議能獲得採納，我們將能以國家級失智症專責機構整合資源、分析資料並協助制定政策；由臺灣專業團隊研發血漿生物標記並借重 AI 技術，精準診斷與治療阿茲海默症；推動早期介入失智預備軍的示範計畫，搶救黃金大腦、創造第二國力，並啟動國人嶄新的生活價值。失智症的春天，其實並不遙遠。正確診斷，是失智照護美好的開始；及早治療與介入，則是最佳的預防。



司徒惠康

國家衛生研究院 院長

學歷

- 1992 - 1997 美國史丹福大學微生物及免疫學博士
1980 - 1987 國防醫學院醫學系學士

經歷

- 2023 - 迄今 美國史丹福大學醫學中心亞洲健康研究與教育中心
Global Faculty
- 2023 - 2025 中華民國細胞及分子生物學學會理事長
- 2022 - 迄今 社團法人國家生技醫療產業策進會理事
- 2022 - 迄今 天主教輔仁大學講座教授
- 2022 - 迄今 國家衛生研究院院長
- 2022 - 迄今 中央研究院院士
- 2021 - 迄今 國立陽明交通大學終身講座教授
- 2021 - 2024 中華民國免疫學會理事長
- 2019 - 迄今 財團法人國家生技醫療發展基金會董事
- 2018 - 2022 國家衛生研究院副院長
- 2018 - 迄今 國家衛生研究院感染症與疫苗研究所特聘研究員
- 2018 - 迄今 國立清華大學分子醫學研究所合聘教授
- 2016 - 迄今 國防醫學院梁序穆暨許織雲講座教授
- 2013 - 2018 國防醫學院校長
- 2004 - 迄今 國防醫學院微生物及免疫學研究所教授

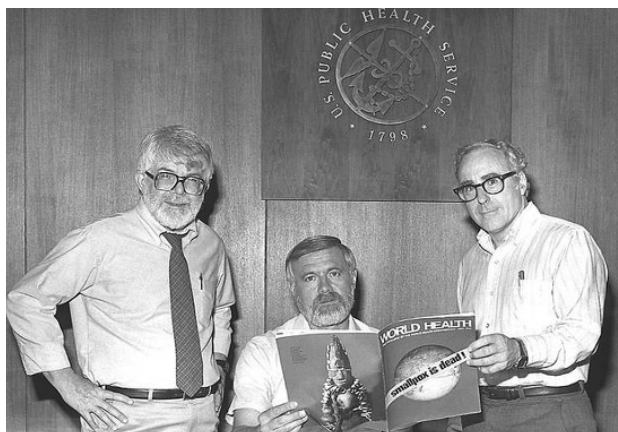
建構防疫生技韌性： 國家疫苗創新策略與 產業生態鏈藍圖

國家衛生研究院 司徒惠康院長



一、歷史的啟示：根除天花的人類戰役

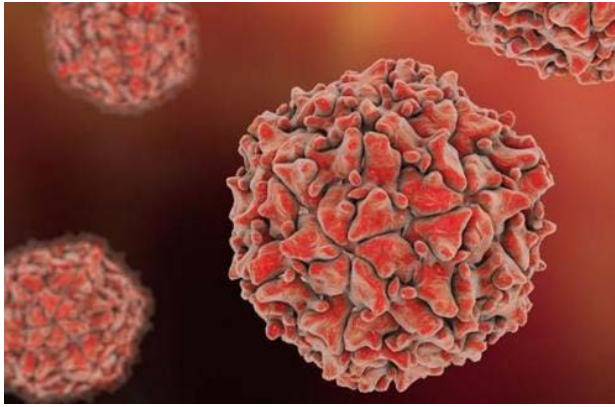
疫苗的歷史，正是一部人類對抗傳染病的戰役史。1796 年，英國的琴納 (Edward Jenner) 醫師取牛痘膿液為材料，注射於一名八歲男孩身上，成功使其免於天花感染——這是全球最早且確實有效的疫苗記載，而牛痘病毒的學名 (Variolae vaccinae)，正是今日 Vaccine(疫苗) 一字的字根來源。歷經 184 年，世界衛生組織 (WHO) 於 1980 年正式宣布天花在全球根除；2019 年，更宣告第二型與第三型脊髓灰質炎病毒 (俗稱小兒麻痺病毒) 已遭根除。



◆ 1980 年 5 月 8 日第 33 屆世界衛生大會

通過「WHA33.3 決議案」宣布天花在全球範圍內被撲滅

<https://kknews.cc/history/gxlae2m.html>



◆ 世界衛生組織全球根除脊髓灰質炎認證委員會

2019 發布聲明 僅剩 1 型脊髓灰質炎病毒仍在外界傳播

<https://kknews.cc/health/nak5m9q.html>

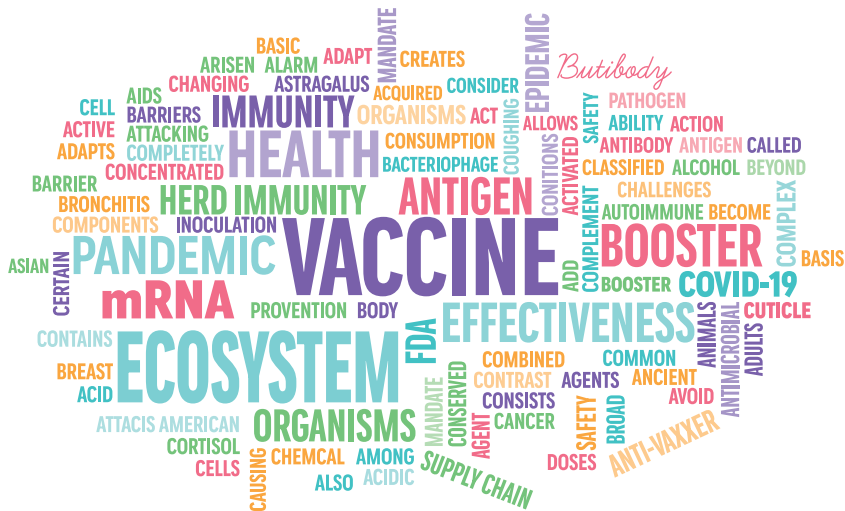


◆ 張美惠院士

世界首位證實小兒注射 B 肝疫苗可預防肝癌
推廣至其他癌症如子宮頸癌、胃癌等

NEJM, 1997

疫苗接種的意義不僅止於傳染病的防治。臺灣的張美惠院士是全球第一位證實「幼兒接種 B 型肝炎疫苗可預防肝癌」的學者，這項榮耀後來更延伸至子宮頸癌、胃癌等的防治。我想特別強調一個常被忽略的概念——「生態系」（ecosystem）。當我以 Vaccine 為關鍵字檢索時，文字雲中除了 pandemic、mRNA 等熟悉字眼，ecosystem 竟占據幾乎同等的分量。這提醒我們，疫苗從來不是單一產品，它需要政府的決心、學界的整合與業者的投入，三者缺一不可，國家才能真正擁有自主的疫苗產業。

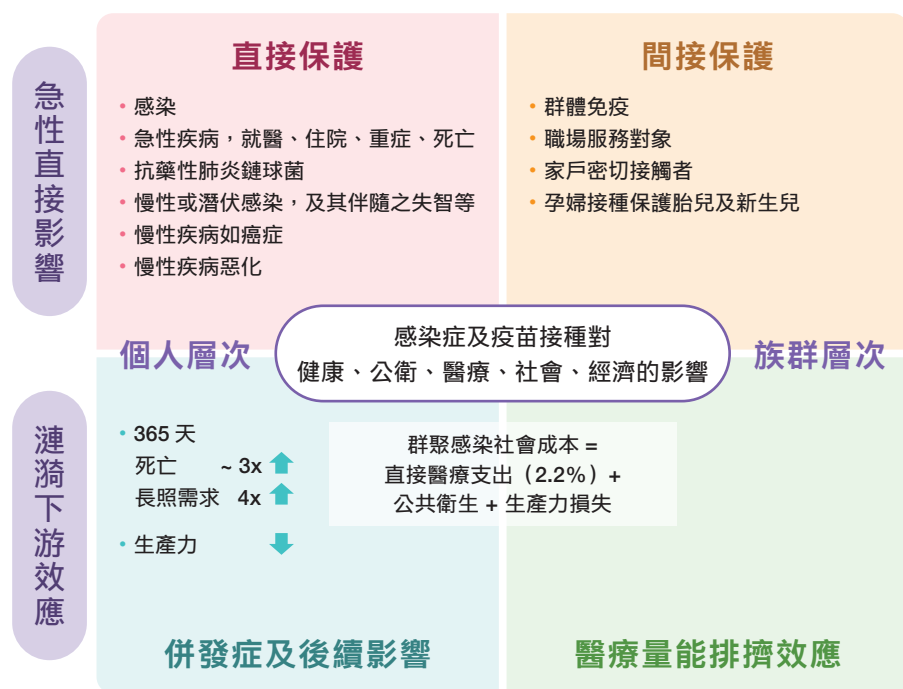


◆ 以 "Vaccine" 為關鍵字所出現的文字雲

二、被低估的投資：疫苗的長期效益與 COVID 的疫苗戰爭

疫苗的長期投資效益普遍遭到低估。我們往往只看見它對疾病的直接保護，卻忽略傳染病在感染後一年內會使死亡率增加約三倍、長照需求增加約四倍，並大幅拖累生產力的影響；而就間接保護而言，它對群體免疫、職場、家戶乃至孕婦與胎兒都有深遠效益，更能紓解醫療能量的排擠。事實上，一場群聚感染的社會成本，遠不只直接醫療支出（約占 2.2%），還涵蓋龐大的公共衛生與生產力損失。

COVID-19 正是一場不折不扣的疫苗戰爭，誠如美國作家在《疫苗的戰爭》一書中所述，它牽涉科學家、企業家與政府官員之間複雜的競合，誰能拔得頭籌，便是國力的展現。美國國家過敏和傳染病研究所 (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIAID) 的 Barney Graham 博士，在 2020 年 1 月 10 日取得新冠病毒基因序列後，僅花兩天多便完成疫苗設計並交予莫德納 (Moderna)；短短 62 天後，全球第一位 mRNA 疫苗接種者便在西雅圖完成注射。相較於他當年研發茲卡 (Zika) 疫苗耗時 190 天，這樣的速度已是創紀錄的突破，也說明面對全球大流行時，疫苗產製的研發速度是關鍵。

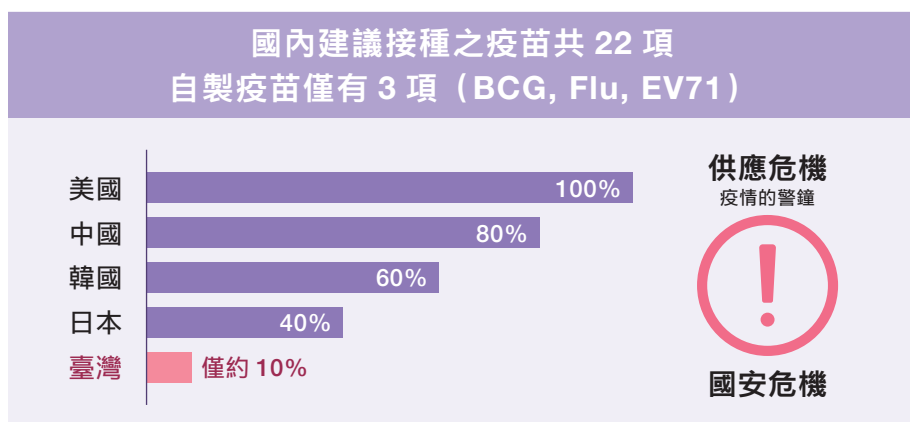


◆ 感染症及疫苗接種對健康、公衛、醫療、社會、經濟的影響

三、國安的隱憂：自製困境與腸病毒的分進合擊

回顧臺灣自身的疫苗自製比例，相較於美國可百分之百自給自足、中國逾八成、韓國超過六成、日本約四成，我國目前僅約一成，在國內建議接種的 22 項疫苗中，能自製者僅有卡介苗、流感與腸病毒 71 型疫苗三項。當全球疫情爆發、地緣政治使我們買不到疫苗時，這將是極為嚴重的國安危機。

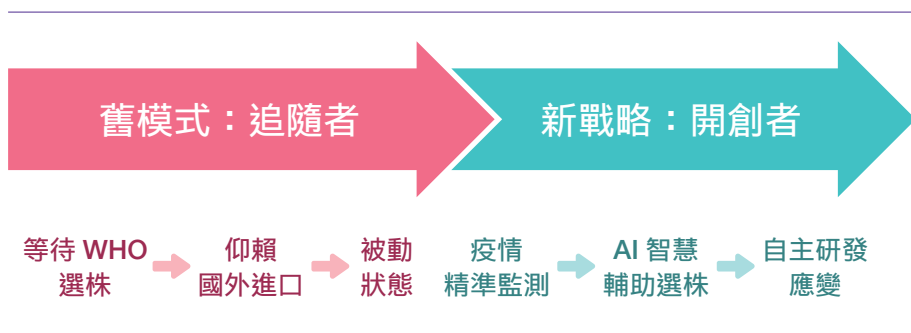
所幸我們並非毫無機會。以腸病毒 71 型疫苗為例：衛生福利部疾病管制署將原型疫苗株技術轉予國家衛生研究院（簡稱國衛院）後，我們建立無血清產製技術、完成臨床前研究與少量依優良製造作業規範（Good Manufacturing Practice, GMP）生產的疫苗，並在政府五年挹注逾 2 億 8 千萬元下，於 2010 年啟動第一期臨床試驗、2013 年完成並技轉兩家本土廠商。其後雖因國內疫情趨緩而缺乏個案，我們仍透過國衛院李敏西研究員自 2017 年建立的亞太腸病毒偵測網絡，媒介廠商赴越南進行第三期試驗，終於在 2023 年完成從頭到尾本土自製的腸病毒 71 型疫苗。這需要政府協助、經費挹注、國衛院的研發界面、廠商投入與國際鏈結通力合作——這正是我所說的「分進合擊」，建構國家疫苗生態鏈的最佳寫照。



◆ 疫苗自製 / 給率

四、化被動為主動：核酸疫苗的轉向與策略藍圖

COVID-19 也帶來疫苗技術的劇變。根據統計，截至 2020 年 7 月底，全球已有 166 項新冠疫苗投入開發、27 項進入臨床試驗、6 項挺進第三期試驗；至 2022 年 10 月開發案更累積達 371 項，且已有 47 案獲得藥證或緊急使用的授權許可。然而，過去六十年以蛋白質、次單位及不活化疫苗為主流，但在這波疫情中，這兩類占比已不到四成，取而代之的核酸疫苗（DNA 與 RNA）與病毒載體疫苗接近五成。基於「不把雞蛋放在同一個籃子裡」的考量，當年國內三家廠商皆投入棘蛋白 (spike protein) 次單位疫苗時，國衛院選擇開發以 DNA 為主的核酸疫苗，不僅取得衛福部核發的新藥臨床試驗（Investigational New Drug, IND）許可，也建立了 mRNA 疫苗與脂質奈米微粒 (LNP) 技術平臺。我們更系統性收集近 3,000 位接種 AstraZeneca (AZ)、BioNTech (BNT)、Moderna(莫德納) 及國產疫苗者的免疫反應進行分析，並以次世代定序解析逾 2,500 株病毒、上傳全球共享流感數據倡議組織 (GISAID) 的國際平臺，讓臺灣在疫情監控上真正與國際接軌。



◆ 臺灣的前進之路：從追隨者到開創者

放眼未來，我們有四大策略：大流行疫苗整備、疫苗研發能力與關鍵技術的提升、強化國家疫苗韌性，以及深化國際鏈結。借鏡韓國自 2009 年 H1N1 後，以政府與企業協力（Public-Private Partnership, PPP）模式、投入約 6,500 萬美元發展細胞培養流感疫苗，將自製率由 2011 年的 20% 一路推升、目標於 2030 年達八成，臺灣亦應化被動為主動，從仰賴進口、等待 WHO 選株的「追隨者」，轉型為具備精準監測、AI 輔助選株與自主研發應變能力的「開創者」。這幾年國衛院開發的新式環狀 RNA 合成法、mRNA-LNP 合成技術、mRNA 應用於流感疫苗與卡介苗應用於膀胱癌治療等創新成果，均獲國際頂尖期刊肯定，正可同步帶動國內疫苗產製技術。完整的疫苗生態鏈沒有捷徑，從平臺建立、臨床前研究、臨床試驗、生產製造（含填充包裝）、查驗登記、封緘檢驗、採購運輸到接種監測與後續分析，每一步都需要跨部會的協作與供應鏈的整合。



大流行疫苗整備

- 大流行疫苗採購模式
- 新興疫苗法規科學審查與開發應變
- 成立專案辦公室
- 衛福部（TFDA、CDC、NHRI 專案辦公室）



疫苗研發能力提升與關鍵技術推動

- 本土重要疾病疫苗研究與開發（R&D）
- 抗原設計平臺建置
- 新型佐劑開發與應用
- 經濟部、衛福部（NHRI）、
國家科學及技術委員會（國科會）



強化國家疫苗韌性

- 國安疫苗平臺演練
- 提升疫苗自主開發能力及自製率
- 疫情精準監測、AI 輔助選株
- 衛福部（NHRI）、經濟部



疫苗產業國際鏈結

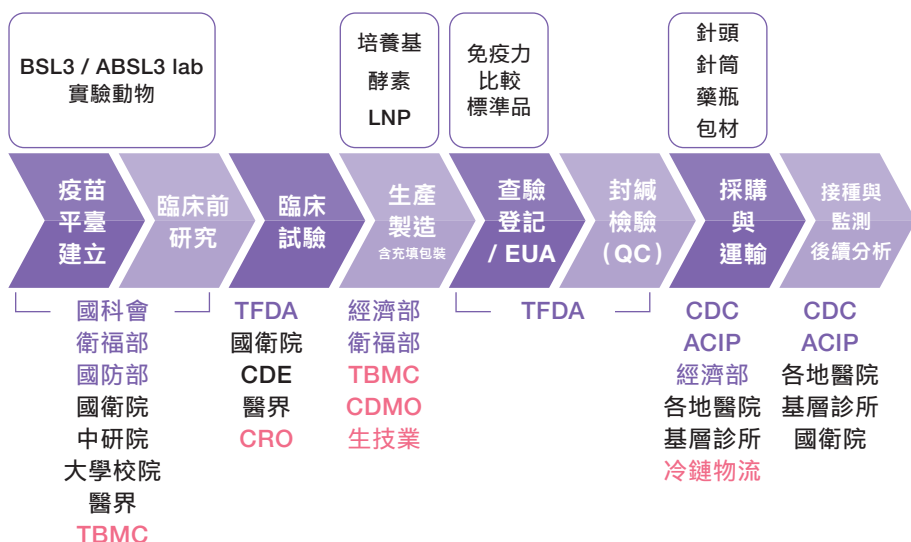
- 輔導或補助廠商投入國產疫苗開發
- 深化國際鏈結
- 經濟部、衛福部（NHRI）

TFDA: 食品藥物管理署 CDC: 疾病管制署 NHRI: 國家衛生研究院

◆ 執行策略與方法

五、結論：邁向保護國民的絕對主動權

要建構國家防疫生技韌性及完善疫苗自製的產業生態系，個人謹提出幾項建議：成立府院層級的國家疫苗戰略指導委員會，以協調部會分工、統整國際事務；建立國際預採購合作機制，在採購之餘同步引進先進技術、帶動國內自製；建立高位階的智慧選題機制，聚焦國安及本土與區域重要疾病的疫苗開發；並成立國家疫苗研發聯盟，整合產、政、學、研、醫多方能量。從歷史理解疫苗的重要性，建構自主研發與生產量能、完善產業生態鏈，正是為了確保臺灣在下一次全球危機中，握有保護國民健康的絕對主動權。



EUA: 緊急使用授權 TBMC: 臺灣生物醫藥製造股份有限公司 CDE: 醫藥品查驗中心 CRO: 受託研究機構
CDMO: 委託開發暨製造服務 ACIP: 預防接種諮詢委員會

◆ 完整的疫苗產業生態鏈



姜至剛

衛生福利部食品藥物管理署 署長

學歷

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 2002.09 - 2006.06 | 國立臺灣大學醫學院毒理學研究所博士 |
| 2012.09 - 2016.01 | 國立政治大學法學院碩士 |
| 2000.09 - 2002.06 | 國立臺灣大學臨床醫學研究所碩士 |
| 1989.09 - 1996.06 | 中山醫學院醫學系學士 |

經歷

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 2025.02 - 迄今 | 衛生福利部食品藥物管理署署長 |
| 2024.08 - 2025.02 | 國立臺灣大學醫學院毒理學研究所教授兼所長 |
| 2023.08 - 2025.02 | 國立臺灣大學教務處副教務長 |
| 2023.08 - 2025.02 | 國立臺灣大學教學發展中心主任 |
| 2023.02 - 2025.02 | 行政院食品安全會報委員 |
| 2022.08 - 2025.02 | 國立臺灣大學醫學院附設醫院血液淨化科
主治醫師兼主任 |

健康台灣 藥有韌性 材有實力 民眾安心

衛生福利部食品藥物管理署 姜至剛署長



一、供應風險：全球疫情斷鏈下的「藥物韌性」

藥物韌性的本質，是一個供應鏈的問題。過去我們總是不斷地應變：藥品一旦短缺，全國便會搶藥、搶醫材，反而更難讓資源平衡分布。因此我們追求的不只是「供應的韌性」，更是一套能掌握風險、預判衝擊、接住需求的「治理韌性」。從原料藥到製劑與市場，任何一個環節斷鏈，都會引發供應危機。

COVID-19 正是最深刻的教訓。以日本為例，其抗生素阿莫西林 (Amoxicillin) 有七至八成原料藥來自中國，一旦對方停止供應便瞬間歸零，於是日本厚生勞動省決定，即便國產自製從原料藥到製劑的成本高達三倍，仍要維持近五成的自給供應；美國則透過第 14017 號行政命令 (EO 14017) 及第 14081 號行政命令 (EO 14081)，分別從「傳統藥品供應鏈」及「次世代生物技術」兩層面強化供應韌性，推動百日快速核准，並將疫苗與生物製劑拉回國內生產，近期更以高關稅迫使國際大藥廠回流（專利藥若不回流即課 100% 關稅）；歐盟則啟動涵蓋二十餘國的「關鍵藥品聯盟 (Alliance for Critical Medicines)」，並積極推動「關鍵藥品法案 (Critical Medicines Act)」，透過跨國聯合採購、跨國供應鏈相互奧援及分散製造風險等機制，全力解決藥品短缺、強化歐洲戰略自主及供應韌性，而臺灣已有廠商成功以關鍵原料藥躋身此歐洲供應鏈體系中。

當前挑戰：藥物供應風險



◆ COVID-19 疫情打亂藥物供應鏈

面對原料藥七至八成集中於中國、印度的現實，我國在賴總統指導、行政院卓院長、衛福部邱前部長及石部長的帶領下，推動「國家藥物韌性整備計畫」，由衛福部籌組「藥物韌性推動委員會」，負責審議衛福部食品藥物管理署研擬建立之關鍵藥品與醫療器材清單；並採取跨部會協同模式，結合經濟部進行產業輔導與技術升級，同時由衛福部食品藥物管理署提供專案法規科學諮詢輔導、核能安全委員會（核安會）的核醫藥製程開發、財政部的賦稅抵減措施，以及環境部的高風險製程應變，跨部會分進合擊，建立藥品供應韌性網絡，並與國際供應對接。



◆ 各部會推動重點

二、藥有韌性：五大核心與在地製造的扎根

藥物韌性立基於五大核心：國藥國造、國造國用、智慧調度、韌性法規與國際鏈結，串起從製造到臨床的完整供應體系，也奠定從法制到國際合作的永續框架。其中，「在地製造」是根本。首先為確認關鍵藥品清單，盤點必要藥品、長期仰賴專案進口藥、臨床建議必備用藥，以及原廠準備停止供應者等。然而，光有製造還不夠，「分配」（distribution）同樣關鍵，例如藥品約有三成是社區藥局的處方，若藥品集中於醫學中心與區域醫院且未釋出，加上大型醫院與藥商多有優先供應的簽約，社區藥局便會出

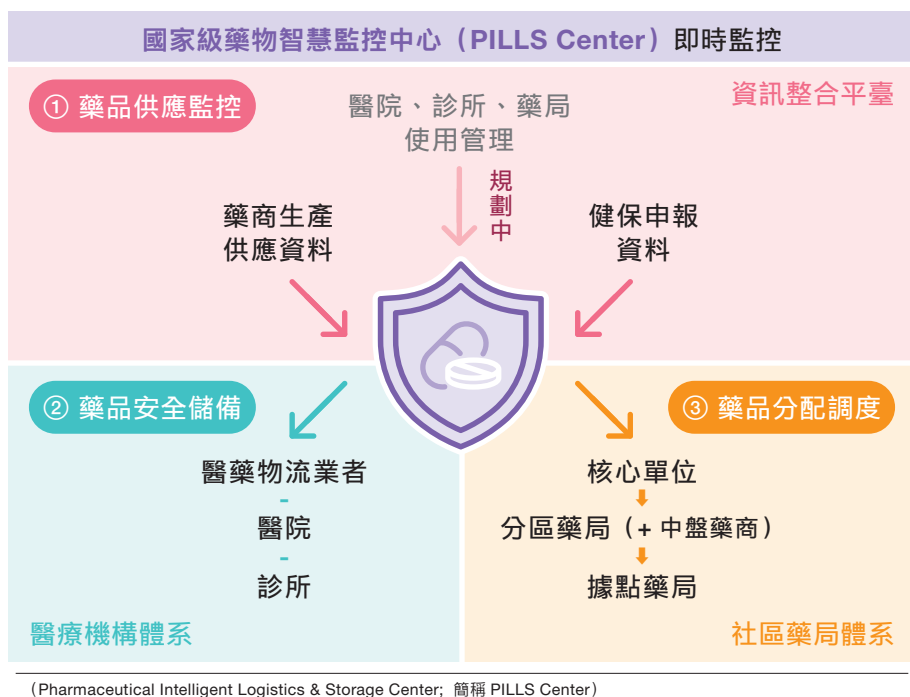
現供應困難，意即總藥量其實足夠，問題出在分配。因此我們更需要強韌的法規與國際鏈結，讓本土藥廠的關鍵藥物能落地，並即時監控分布是否均衡，使民眾就近安心取得用藥。



◆ 藥物韌性五大核心

三、智慧監測：PILLS Center 與藥品的即時調度

藥品供應要做到即時監測，核心在於建置國家級藥物智慧監控中心（Pharmaceutical Intelligent Logistics & Storage Center, PILLS Center）。它整合藥商生產供應資料、健保申報資料，並規劃納入醫院、診所、藥局的使用管理，發揮藥品供應監控、安全儲備與分配調度三大功能。



◆ 建立智慧調度機制

在資訊揭露上，目前已有 15 家中盤藥商加入供應監測系統、每日導入庫存資料，涵蓋健保常用藥品約九成，達到「查庫存、找藥快、供應透明化」。成效已逐步顯現——分析 2024 至 2025 年底的藥品短缺通報，基層藥局與診所的通報比例已由 19% 降至 18.1%。在調度體系上，借鏡當年 COVID-19 疫情期間，口罩國家隊與 Paxlovid（口服抗病毒藥物）發放機制的經驗，我們規劃建構以核心藥局為戰略中心，結合中央及地方政府衛生局共同協作，向下串接分區藥局與據點藥局，形成完整區域藥品供應網絡，讓

每一行政區域都有藥品供應調控節點，進一步提升區域藥品供應韌性。

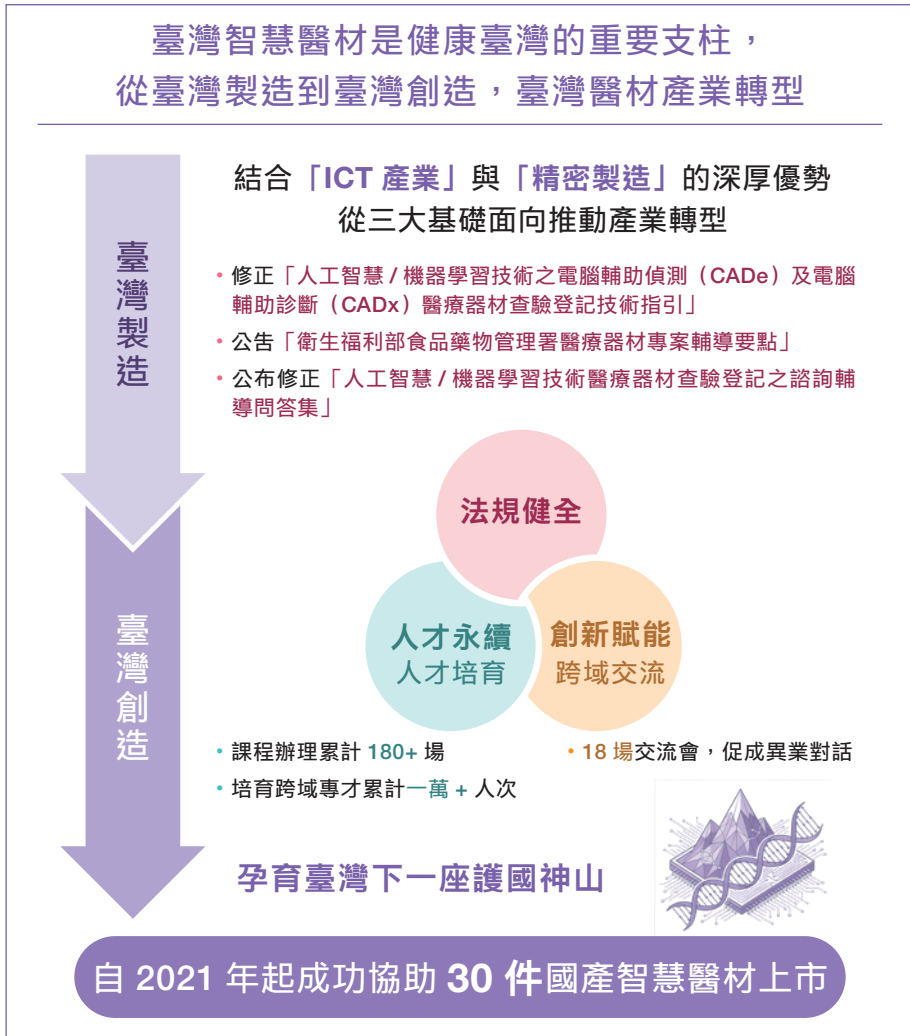
四、材有實力：醫材國產化與從製造到創造

醫材的韌性，要從「取證落地」走向「進軍國際」，不以國內上市為終點。秉持公私協力，串起場域驗證、取證上市與落地給付，公私協力讓產品從諮詢輔導、取證落地一路朝向國際。

智慧醫材正是健康台灣的重要支柱。為健全法規，我們已修正人工智慧與機器學習技術之電腦輔助偵測 (Computer-assisted detection, CAdE) 與電腦輔助診斷 (Computer-assisted diagnosis, CAdx) 醫療器材查驗登記技術指引，並公告醫療器材專案輔導要點。自 2021 年起，我們已成功協助逾 30 件國產智慧醫材上市，累計辦理課程 180 餘場、培育跨域專才逾 1 萬人次、促成 18 場異業交流。

在建構醫療器材韌性上，我們以國產自製、國產國用與安全儲備三大策略並進：在國產自製上精準輔導取證、加速法規審查；在國產國用上推動醫院試用、促進產業在地提升；在安全儲備上執行風險評估、推動安全儲備。以國產血袋為例，目前成功輔導完成取證，降低對進口的依賴，而戰術止血帶亦已完成取證並進入試製試用階段。

臺灣結合領先的資訊與通訊技術（Information and Communications Technology, ICT）產業與精密製造，醫材產業正從「臺灣製造」邁向「臺灣創造」，可望孕育下一座護國神山。



◆ 從臺灣製造到臺灣創造，臺灣醫材產業轉型

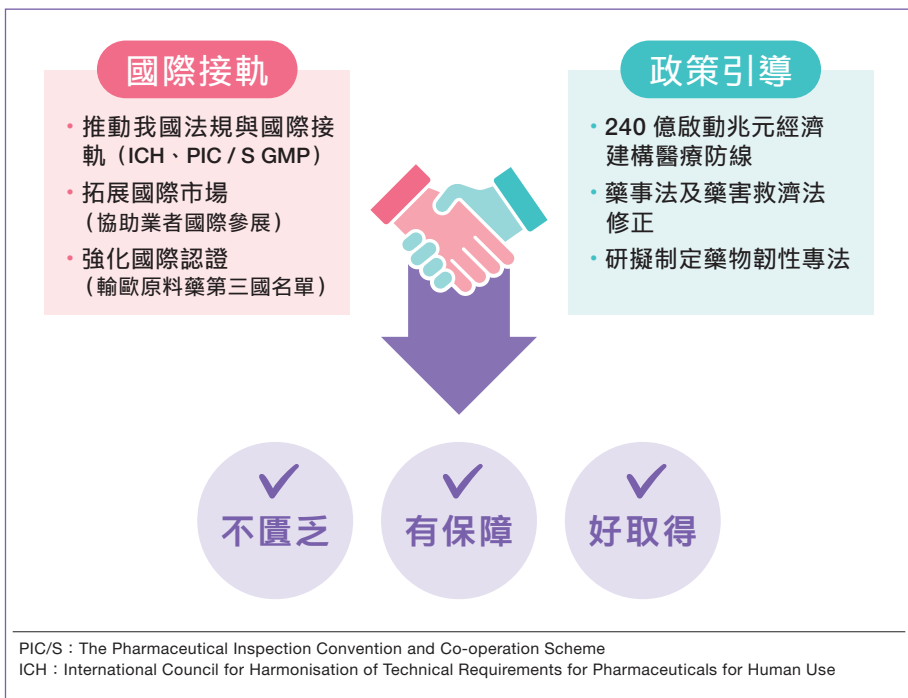


◆ 建構醫療器材韌性，強化供應鏈韌性 關鍵醫材國產化

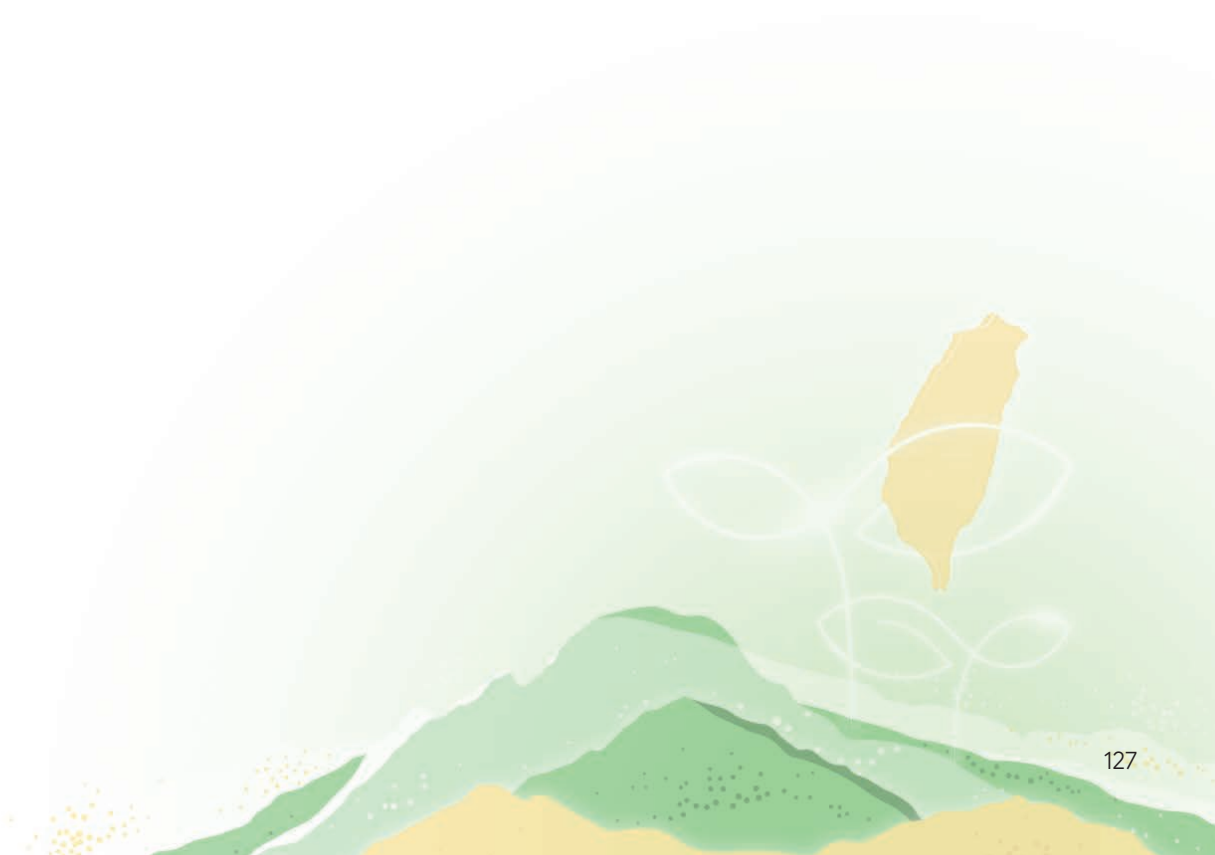
五、結論：國際接軌，用藥不匱乏、有保障、好取得

民眾的安心，最終要靠制度與國際接軌來支撐。臺灣早在 2013 年加入國際醫藥品稽查協約組織 (The Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme, PIC/S)、2018 年成為國際醫藥法規協和會 (International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, ICH) 正式會員，憑藉 PIC/S GMP 的製造品質贏得各國的認可，得以加速我國藥品的國際流通，並透過輸歐原料藥第三國名單強化國際認證、協助業者赴海外參展拓展市場。在政策引導上，國家藥物韌性整備計畫以 240 億元啟動兆元經濟、建構醫療防

線；藥事法與藥害救濟法的修正，讓專案進口藥品也納入藥害救濟的保障；我們更進一步研擬制定「藥物韌性專法」，為長遠的供應安全奠定法制基礎。讓全體國人的用藥真正「不匱乏、有保障、好取得」，民眾安心，健康台灣才有最堅實的後盾。



◆ 「接軌國際健康永續發展」，促進世界交流合作





結語

廣納各界智慧 早日實現「健康台灣」願景

行政院院長 卓榮泰

「2026 健康台灣全國論壇」圓滿落幕，我謹代表賴清德總統與行政團隊，再度向與會的醫藥各界先進們致上最誠摯的感謝。在聆聽了與會專家學者的專題報告之後，對於行政團隊的成員而言，不僅是極具價值的專業智慧凝聚，更是對國家施政的深刻啟發。

一、翻轉慢性病與強化國力：肥胖與失智症的精準防治

「健康促進」一直是賴總統期望國人能具體實踐的目標，余明隆校長精闢點出了翻轉慢性病的關鍵契機，建議將肥胖與脂肪肝列為臺灣醫療的優先關注議題。尤其我國脂肪肝盛行率將近四成，每年有 6.2 萬人死亡因為三高相關慢性病，這都是未來工作的目標。

政府已將成人健康檢查年齡下修至 30 歲，持續強化早期預防機制，並透過學校教育、家庭教育與社會教育，提升國人健康意識與自我管理能力。我會請行政團隊與全國醫界先進持續合作，如何有效落實健康促進，翻轉慢性病。

關於白明奇主任提出的失智症精準診療建議，我們期盼讓民眾在面對健康挑戰前，就能及早預防、正確診斷並獲得良好照顧，將這份安定的力量，轉化為穩固臺灣社會的「第二國力」。

面對失智症與高齡化挑戰，今年「長照 3.0」的預算達到新臺幣 1,153 億元，其中並納入預防延緩失能概念、提供家庭照顧喘息、新增全年齡失智且失能者的給付、提高對私人長照機構與服務據點的補助。此外，結合大家醫計畫，全面擴充出院銜接長照的綠色通道與在宅醫療，並透過導入智慧照顧，全力落實「健康老化、在地安老、安寧善終」的三大目標。

二、跨部會資源整合：打造國家級跨幣種生活平臺

目前行政院各部會推動了多項健康生活鼓勵措施，包括文化部的文化幣、運動部的運動幣，以及客委會的客家幣等。賴總統一直期盼衛福部在健康促進方面也能研發鼓勵機制，同時石崇良部長提出的「健康幣」規劃已見雛形。

行政院已責成相關部會研議，將這些政策整合為一個「跨部會、跨幣種的通用支付平臺」，讓國人不需要下載政府機關多個不同的應用程式（APP），鼓勵國人走向身心平衡、多元健康的生活型態。

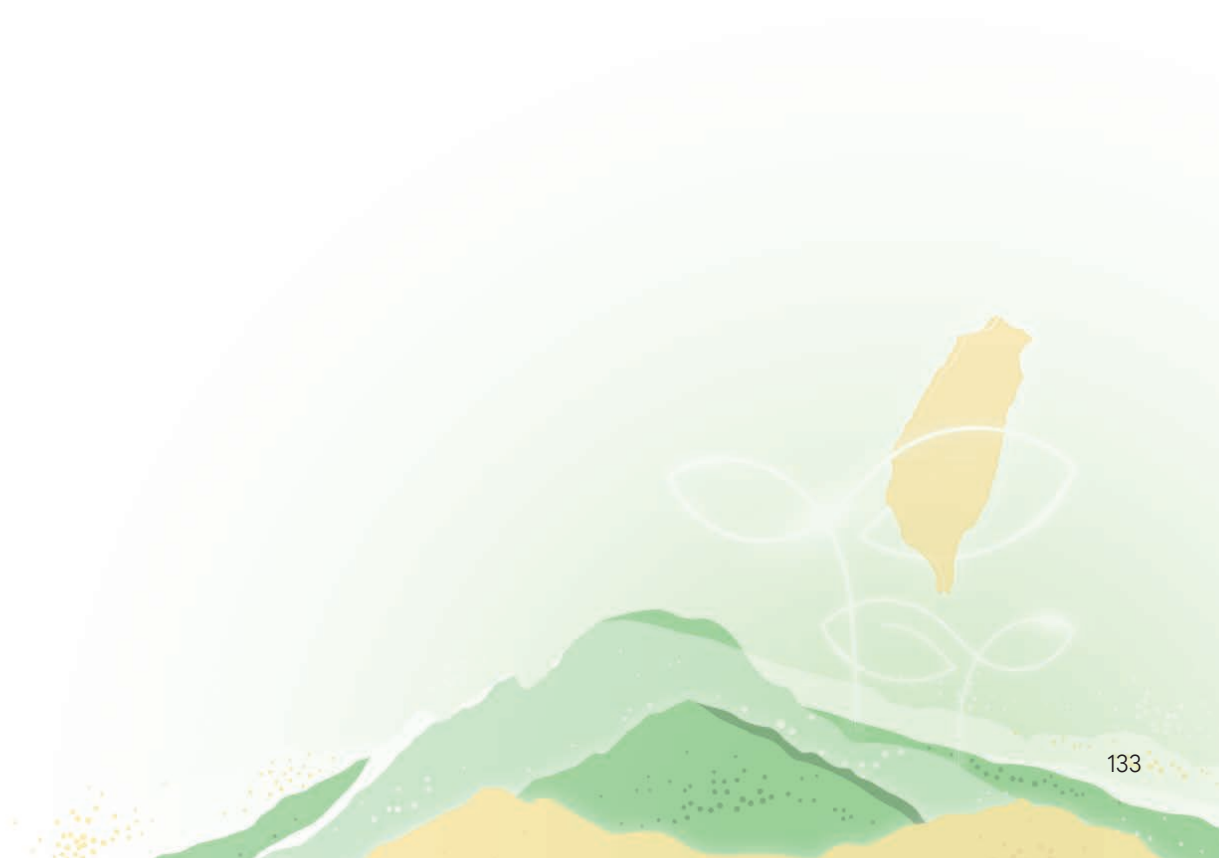
三、國家藥物韌性：從公共衛生到國家安全的永續防線

在公衛防禦與藥物韌性方面，司徒惠康院長的報告給予政府極大的啟示。過去，我們靠著疫苗的多元採購、自主研發與防疫團隊的堅毅打敗 COVID-19 疫情；而近期，我們則從輸液（點滴）失調的經驗，以及地緣政治衝突影響塑化原料與醫療器材的供應，獲得深刻的教訓。

為及時應對不可預知的風險與緊急狀況，我們必須擁有充分的應變能力來穩定關鍵物資。因此，政府規劃 4 年編列 240 億元投入「國家藥物韌性整備計畫」，朝向「國產國用」、「智慧調控」與「國際聯盟」三大核心重點前進，從源頭產製到臨床使用，全面建構臺灣的藥物供應防線，同時我們已將生技醫療列入行政院十三項國家戰略產業之一，政府會持續全力以赴，推動此項兼具醫療安全與經濟發展的國家計畫。

本屆論壇匯聚了來自全國各地的醫藥界與公衛界先進，從離島到臺灣各地，不辭辛勞地參與論壇，證明了「健康台灣全國論壇」在各項健康重要議題的交流上，扮演著關鍵橋樑的角色。論壇的具體建議將指引行政部門戮力實踐，我們期待「讓國人健康，讓國家更強，讓世界擁抱臺灣」

這份願景，在所有醫事人員和全民參與的共同努力下，早日實現。





附 錄



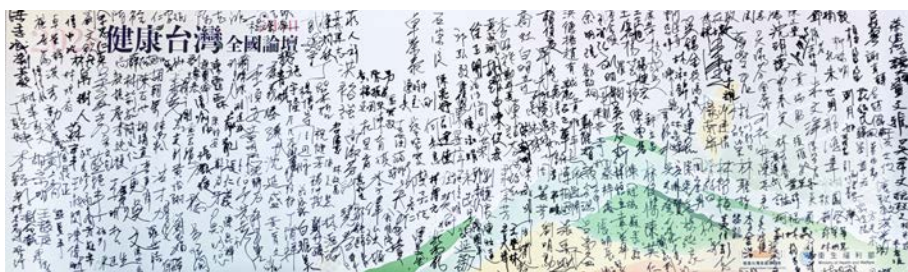
◆ 2026 健康台灣全國論壇於臺北榮民總醫院介壽堂召開



◆ 2026 健康台灣全國論壇展示健康台灣政策成果



◆ 2026 健康台灣全國論壇全場盛況



◆ 近 600 位與會者共襄盛舉



◆ 總統府健康台灣推動委員會成員及專題講者



◆ 具體落實健康台灣政策之重要推手



◆ 臺北榮民總醫院（協辦單位）陳威明院長致詞



◆ 行政院卓榮泰院長致詞



◆ 陳志鴻教授分享健康台灣的回顧與展望



◆ 石崇良部長分享「健康台灣整體推動成果」



◆ 陳亮好署長分享「健保新政 健康台灣」



◆ 沈靜芬署長分享「健康台灣 全民參與」



◆ 余明隆校長分享

「翻轉慢病海嘯：臺灣代謝異常防治的轉型契機與精準願景」



◆ 白明奇主任分享「春天不遠：失智症的精準診療」



◆ 司徒惠康院長分享
「建構防疫生技韌性：國家疫苗創新策略與產業生態鏈藍圖」



◆ 姜至剛署長分享
「健康台灣 藥有韌性 材有實力 民眾安心」



◆ 綜合討論：講者與來賓交流互動



◆ 綜合討論：講者與來賓交流互動



◆ 綜合討論：講者與來賓交流互動



◆ 行政院卓榮泰院長為論壇總結



◆ 與會者觀禮剪影



◆ 與會者交流盛況



◆ 與會者交流盛況



◆ 與會者交流盛況

健康台灣 說到做到——2026

出版機構		衛生福利部
編 著		衛生福利部
發行人		石崇良
總編輯		廖崑富
執行編輯		林千媛、陳瑩萍、林依兒、謝婉晴
編 輯		陳韋宏
攝 影		溫朝鈞
美術設計		羅允廷
地 址		11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號
電 話		02-8590-6666
傳 真		02-8590-7092
出版年月		2026 年 8 月
版 次		第一版
定 價		新台幣 350 元
GPN		1011500887
ISBN		978-626-448-040-6

版權所有・翻印必究

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

題名 / 著者：健康台灣 說到做到 . 2026 / 衛生福利部編著

版本：第一版

出版：臺北市：衛生福利部，2026.08

識別碼：ISBN 978-626-448-040-6（平裝）| CIP 115010790

主題詞：LCSTT: 公共衛生 | LCSTT: 衛生政策 | LCSTT: 臺灣

分類號：412.133

健康台灣2026

說到做到