

總統府健康台灣推動委員會 第 7 次委員會議紀錄

時間：115 年 3 月 5 日(星期四)下午 4 時

地點：總統府 3 樓大禮堂

主席：賴召集人清德

紀錄：衛生福利部

出席：陳副召集人志鴻、翁副召集人啟惠、陳副召集人時中、吳顧問明賢(請假)、陳顧問威明、程顧問文俊、林顧問欣榮、余顧問明隆、陳顧問穆寬、邱顧問冠明、林顧問聖哲、張顧問鴻仁、葉委員俊顯(請假)、鄭委員英耀(請假)、余委員忠仁、陳委員適安、高委員淑芬、詹委員鼎正(請假)、周委員慶明、黃委員振國、倪委員衍玄(請假)、林委員德文、李委員貽恒、黃委員建霈、廖委員美南、黃委員金舜、郭委員素娥、洪委員德仁、柯委員富揚(請假)、蔡委員森田、簡委員文仁、沈委員延盛(請假)、蘇委員冠賓(請假)、謝委員清河、何委員美鄉

列席：總統府潘秘書長孟安、張執行秘書惇涵(請假)、石執行秘書崇良、鄭副執行秘書俊昇、總統府郭發言人雅慧、財政部莊部長翠雲、經濟部何政務次長晉滄、衛生福利部林政務次長靜儀、環境部謝政務次長燕儒、核能安全委員會陳主任委員明真、衛生福利部國民健康署沈署長靜芬、衛生福利部食品藥物管理署姜署長至剛

壹、主席致詞

很高興在春節連假過後沒多久，我們又齊聚在這裡，共同討論國家的健康政策。首先跟各位拜個晚年，祝大家平安健康、闔家幸福美滿！

我也要感謝衛福部，透過提早因應、患者分流、擴充量能、強化區域聯防等四大策略，大幅緩解春節期間民眾急診就診的需求；並感謝堅守第一線的全國醫事人員，讓國人在春節期間依然享有穩定的醫療服務，這正是醫療韌性的具體表現。

今天的會議，我們將深入討論攸關「全社會防衛韌性」的關鍵議題，也就是「國家藥物韌性整備計畫」。

近年來，由於地緣政治劇烈變化、經貿秩序重整，加上氣候變遷與疫情的挑戰，全球醫藥供應鏈正面臨「單一化」與「集中化」的脆弱風險。美國、歐盟、日本等國家，都紛紛將藥品供應穩定議題，提升到經濟安全與國家安全的高度，積極推動關鍵藥物的回流生產與戰略儲備。

尤其台灣的藥品與醫材高度仰賴進口，部分品項甚至受制於境外敵對勢力，加上國際大藥廠基於運輸、產業策略和市場規模的考量，都讓台灣的藥物供應穩定面臨重大挑戰。因此，我特別指示行政院邀集衛福部等相關部會，共同規劃為期 4 年的「國家藥物韌性整備計畫」。

政府將投入 240 億元預算，以「國產國用、智慧調控、國際聯盟」三個重點，從源頭產製到臨床使用，全面建構台灣的藥物供應防線。

在此基礎上，我們將聚焦三項核心策略：

第一，「自給自足，強化在地供給韌性」：我們要推動至少 50 項關鍵藥物的國產自製。透過政策補助、市場引導以及健保給付鼓勵，帶動原料藥國造化與生物藥自主化，建立「關鍵藥物供應國家隊」，確保關鍵藥物供應韌性，特別是在緊急狀態下，台灣能保有最基本的醫療能量。

第二，「智慧科技，完善監測調度」：我們將成立「國家級藥物智慧物流與儲備中心」(PILLS Center)，導入智慧化監控系統，來對藥品供應有精準的預警，並完善橫向與垂直的調度機制。

第三，「提升產業動能，帶動兆元經濟」：這不只是守護健康、確保國家安全的計畫，更是推動生醫產業升級的契機。我們要让台灣成為全球生醫藥品、醫材供應鏈中不可或缺的夥伴，將藥物韌性的提升，轉化為領航「健康台灣」的產業動能。

國家的韌性，必須從各個層面共同累積。藥物韌性是「全社會防衛韌性」的重要一環，更是落實「健康台灣」願景的關鍵後盾，亟需政府與民間齊心協力、共同推動。

我很樂見「健康台灣推動委員會」的運作，持續落實跨領域、跨專業的整合。在今年初衛福部與環境部的合作之下，「健康台灣推動委員會」和「國家氣候變遷對策委員會」首度召開聯席會議，讓健康議題正式納入國家氣候治理的核心，今天的會議則是積極參與「全社會防衛韌性」的合作與行動。

我要感謝首次與會的環境部、經濟部、財政部與核安會，以及衛福部團隊的籌備，還有各位顧問、委員的共同參與，讓我們攜手合作，為增進國人健康、提升生醫產業韌性繼續努力，一起打造健康、安全、又有高度韌性的台灣。

貳、確認本次會議議程

決定：確認本次會議議程。

參、確認第 6 次委員會議紀錄

決定：確認會議紀錄。

肆、報告事項

一、第 6 次委員會議列管事項辦理情形報告(略)

(石執行秘書崇良簡報)

二、國家藥物韌性整備計畫報告(略)

(衛生福利部林政務次長靜儀、經濟部何政務次長晉滄、核能安全委員會陳主任委員明真、環境部謝政務次長燕儒、財政部莊部長翠雲簡報)

伍、討論事項

謹就報告事項第二案，提請討論；書面意見列入會議紀錄。
(書面意見詳如附錄)

一、民間委員發言

(一) 余委員忠仁

1. 健保藥品費用支出目標制(DET)每年調降支付價格，恐導致廠商因不敷成本而停產，例如輸液、消化酵素等必要藥品，現僅有一家廠商提供。建議應盡量維持必要藥品之價格，並考慮暫停 DET 機制，於合理範圍內進行藥價調整。
2. 藥品原料多來自國外，成本易受原料波動影響，應設快速通道審查藥價調整。另建議建立綜合風險評估機制，評估藥廠停產風險，並提前預備替代藥品。
3. 非專利必要藥品應保持有兩家以上廠商供應，並建議優先由國內藥廠供應；惟國內市場規模較小，對廠商除提供鼓勵生產措施外，亦應協助其開拓國際市場。
4. 專案輸入藥品之包裝應標示英文品名及成分含量，以保障用藥安全。

(二) 高委員淑芬

1. 核醫關鍵藥物應由政府主導，納入國家醫療安全與供應韌性整體規劃，整合產官學研資源，建構從同位素產製、製劑到智慧物流的完整體系，確保突發事件時國內可穩定供應。
2. 低劑量、高風險藥物、輻射外洩及核安事件應納入國家藥物韌性體系，建立解毒藥物製程、必要儲存量與醫療應變啟動機制，核安會、國家原子能科技研究院(國原院)均為重要角色。
3. 18 歲以下青少年若過度使用網路與智慧型手機，將影響認知、學習與調節功能，建請重視該等使用之危害。教育部現行政策僅著重網路使用，應更積極介入，效仿法國、澳洲等國建立校園使用規範，並避免全面開放行動裝置。

(三) 陳委員適安

1. 台灣核醫藥藥師及相關人才不足，能進行同位素合成藥物之醫療機構也不多，建議先盤點現有人力及設備，並提供鼓勵機制，以完備機構與充實人力。
2. 藥物採數位化管理應屬可行，惟須考量地區醫院等醫療機構端執行可行性。目前健康台灣深耕計畫第三範疇為導入智慧科技醫療，可考慮將部分資源投入於協助醫療機構改善管理軟體，以達政策目標。

(四) 黃委員振國

1. 關於各界擔心藥價過度膨脹而排擠現有醫療資源，建議可另設韌性基金，用於獎勵核醫藥、癌藥等具利潤之品項，簽約時要求廠商附帶供貨保證期，以提高庫存量並建立管理機制。
2. 民生用藥供應不宜中斷，部分廠商因健保藥價調降而減少供應，甚至退出台灣市場，應檢視有無替代藥品或供應商；倘廠商家數過少或價格過低者，應給予健保藥價保障，差額可由上述韌性基金挹注。
3. 我國原料藥多來自印度及中國，易受地緣政治影響，建議應評估向日本採購或合作生產。
4. 孩童長期使用手機等 3C 產品，恐對腦部發育、情緒管理及人際互動造成不良影響，爰支持建立校園網路與手機管理規範。

(五) 李委員貽恒

1. 藥價應設底價，尤其是民生基本用藥，需有最低保障。台灣部分藥廠自製血壓、血糖、血脂等慢性病藥物具競爭力，多外銷至利潤較高之東南亞國家，致國內供應有限，建議藥品生產應保障國內優先。
2. 在進口新藥部分，衛福部已有監測系統，可及早預警供應是否充足，但因地緣政治等因素，仍可能發生突發性

缺貨。建議政府應請廠商協助媒合跨國資源，避免供應中斷。

3. 基層醫師反映 108 年公布之血脂給付規範與去(114)年實施之「高血脂醫療給付改善方案」(ASCVD)不同，目前家醫 2.0 或論質計酬計畫採用新方案，然因舊制仍在，可能影響申報給付，建議制度應一致。另建請允許論質計酬收案者可使用新興高價藥品，以提升收案誘因與成效。

(六) 周委員慶明

台灣為超高齡社會，長者多需長期服用慢性病藥物，如供應中斷將造成患者不安，故需有戰備存藥觀念，並應重視國產藥品量能，建議如下：

1. 保障開立學名藥處方之健保點值為 1.2，鼓勵醫療院所使用國產學名藥。
2. 檢討健保基本給付價，應合理反映國產藥成本。
3. 透過健保給付加成誘因，鼓勵使用國產原料藥及製劑。
4. 鬆綁國產原料藥專利連結限制，使業者及早開發專利即將屆期之藥品。
5. 建議國產原料藥廠與製劑藥廠同步接受藥品優良製造規範(GMP)查核，簡化流程並降低行政負擔。
6. 落實藥事法必要藥品清單政策，鼓勵業者開發清單內國產原料藥，並提供綠色通道加速審查。
7. 放寬學名藥查驗登記條件，於十大先進國家上市且無專利保護之藥品，可依學名藥標準申請查驗登記。
8. 以健保給付加成鼓勵開發學名藥新劑型、新劑量，並依一般查核準則處理。

(七) 林委員德文

1. 市場規模影響廠商供應意願，以原鄉急救用藥及抗蛇毒血清為例，單一機構用量難達廠商供貨標準，建議針對利潤較低之必要藥品試行聯合採購，提高廠商生產

意願；並透過智慧監控與調度等制度，協助偏鄉衛生所取得用藥。

2. 台灣市場規模較小，建議建立必要藥品價格保障機制，兼顧醫療韌性及財務可行性；另應思考是否各項藥物均有調降藥價必要性。
3. 原住民傳統草藥知識為寶貴的本土資源，應納為國家生醫產業發展之一環，並建立實證科學，以利邁向國際市場。

(八) 黃委員建霽

1. 去年台灣新生兒出生數較前年下降近 20%，200 多家產科醫療機構關閉 23 家，值得關注。感謝衛福部、健保署推動保障急重難罕醫療人才及量能相關措施，惟成效仍須追蹤。
2. 氣候變遷與環境污染對健康影響甚大，汽機車廢氣、硫化物、PM2.5、塑化劑、噪音等污染，將影響生育及妊娠健康、發育及慢性病等，惟目前環境監測方式與標準設立仍待加強，建請政府投入預防，以減少後端成本。
3. 近期接獲婦產科醫師反映，廠商因避孕器利潤低停止進口，目前僅一家廠商供應，幾乎全台缺貨。生育自主權及適當避孕對女性十分重要，建請提供相關補助或租稅優惠，使重要醫材不致斷貨。
4. 許多非法移工因傷病或懷孕就醫，醫院基於人道予以救治，但因其未具健保身分，高額治療費用成為醫院負擔，建議政府研議解決方案。

(九) 廖委員美南

若藥品韌性不足，第一線護理人員需重新確認替代藥物、調整給藥流程並給予病患衛教，增加臨床照護負擔。建議衛福部在建立藥品供應調度平台時，應同步規劃替代療程指引與即時資訊查詢機制，協助臨床快速因應與提高用藥安全。

(十) 黃委員金舜

1. 台美藥品關稅協議，其中癌症、中樞神經、抗生素及學名藥對美免關稅，顯示美國對台灣藥品之肯定，且納入其藥品供應韌性之一環。此為台灣生技醫藥產業發展契機，政府應整合國產製藥能量，拓展國際市場。
2. 部分通過美國食品藥物管理局許可且符合特定條件之新藥，已協議可免於台灣進行臨床試驗，部分人士擔心此舉恐影響本土產業發展，但個人認為可加強競爭，促進國內研發學名藥及生物相似藥，並保障國人用藥權利，符合健康台灣政策目標。
3. 近期媒體報導民眾使用猛健樂等腸泌素藥品出現不良反應，顯示 2 項重要健康議題：
 - (1) 據統計，成年國人體重過重與肥胖比率超過 50%，應從源頭針對三高與慢性病規劃解方。建議將肥胖議題納入《全民健康保險醫療辦法》慢性病範圍，提供領取連續處方箋保障；相關用藥可評估列入管制藥品管理，避免挪用或流入地下市場。
 - (2) 部分國人服用減肥藥源於外貌焦慮，此涉及心理健康，建議擴大心理健康支持政策，降低藥物濫用。
4. 台灣學名藥原料 50% 源自中國，係因成本差異致廠商傾向購買中國原料。針對藥價問題，雖有申訴管道，但結果常未符預期，建議政府研議補足藥價差措施。

(十一) 郭委員素娥

1. 據調查顯示，國人用藥遵從性約 4 成至 7 成，且因地區及醫院層級不同而異，影響原因包含複雜用藥、忘記服藥或副作用不適感。服藥遵從性不足易影響疾病控制，造成藥物用量或種類增加，導致醫療資源浪費，也衍生藥品廢棄物處理問題。
2. 建議加強用藥習慣衛教，包括醫藥人員主動說明、放大藥袋說明字體、鼓勵民眾於社區藥局等固定地點領藥，並由醫療人員關懷用藥情形，提高民眾遵從性。

3. 曾於第 1 次委員會議建議食品營養資訊應有正面標示，感謝食藥署迅速召開會議，規劃參考英國紅黃綠燈模式進行；國健署也積極凝聚各公學會與醫學會共識，訂定包含糖、鹽、飽和脂肪酸等之紅黃綠燈標示標準。初期將以鼓勵性質推行，降低對產業影響，盼今年可實施。

(十二) 洪委員德仁

1. 春節急診整備完善，包括醫院急診病房、護理師調度、急診開診與全民健康保險假日輕急症中心(UCC)功能強化等，診所也都積極配合。建議將診所納入韌性醫療體系，並強化事前整備工作，使社區診所承擔輕症病患照護與衛教角色。
2. 國家藥品韌性計畫應事先規劃核心、分區及據點藥局之分工與合作機制。以 COVID-19 為例，初期規定醫院與診所不得備抗病毒藥物，導致民眾取藥困難，後期比照流感給藥模式，方使疫情獲得控制。

(十三) 蔡委員森田

1. 衛福部已公告醫院評鑑週期將延長為 6 年，醫院評鑑轉型願景為：自動化數據介接上傳，減少文書作業；數據可呈現醫療品質；持續監測並發現潛在風險；高風險醫院之即時追蹤與輔導；評鑑日常化。
2. 醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)刻正研議評鑑轉型配套措施，並與衛福部討論指標整合、監測範圍與頻率。
3. 評鑑轉型需衛福部支持，亦需重新訓練評鑑委員熟悉新制，預期 1 年至 2 年完成，屆時可透過綠黃紅燈號即時顯示監測結果，協助醫院管理。

(十四) 簡委員文仁

1. 持續倡議科技人文步道，期待民眾透過健走及自行車養成運動習慣。另「健康台灣 幸福社會 國民操」已完成

動作設計，後續請衛福部與運動部提供相關協助。

2. 三高防治 888 計畫推動，各機關、健康檢查機構、超商等量測資料均可上傳雲端，應考量數據整合及隱私保護議題，並善用 AI 分析。
3. 高血壓防治可參考亞東醫院推動方式，量測後自動警示，以鼓勵民眾就醫檢查。
4. 社會因子亦為健康影響因素，資源宜分配予更有需求的對象，如透過獨居老人訪視普查，主動發掘高風險個案，並提供協助。
5. 台灣社福團體眾多但經營辛苦，建議應擴大推廣「聯合勸募」機制，協助小型團體共同受益。

(十五) 謝委員清河

1. 以國家長期發展而言，鞏固藥物韌性的範疇，不應僅為製造韌性，也應著重藥物創新的韌性，避免未來被排除於新治療、新藥物體系之外，淪為他國殖民市場。舉例而言：
 - (1) 新藥、新醫材及新治療技術皆須經三期臨床試驗驗證成功方能上市，目前全世界新藥臨床試驗多於美國 National Institutes of Health (NIH) 建置之平台登錄 (clinicaltrials.gov)。而近年中國在新藥開發投資甚鉅，於各個領域臨床試驗登錄總數已接近或甚至超越美國，特別是在癌症新藥的臨床試驗。可推論未來 5 年至 10 年全球的癌症新藥將有高比例來自中國研發，全世界將仰賴中國獲取最新抗癌藥物，政府應正視此議題。
 - (2) 中國「百濟神州」生技公司於 110 年在台灣成立細胞治療國際研發總部，網羅許多台灣高階研發人才，開發 iPSC 細胞治療創新技術。此舉雖代表台灣人才研發水準受肯定，但其專利、智慧財產等成果卻屬跨國公司所有；不僅影響我國本土新藥與新技術研發，亦不利於我國產業發展，難以鞏固藥物韌性。

2. 生醫新藥創新發展可做為台灣第二座護國神山，建請政府重視與加強投資：

- (1) 大幅提升及長期資助基礎生醫研發；
- (2) 培育與獎勵具醫師、藥師、護理師等背景專業人員專職從事生醫研發；
- (3) 加強高階臨床研究，並持續深化具競爭力之轉譯醫學核心設施與技術平台；
- (4) 鼓勵本土新藥及生技公司進行高風險、高報酬之新藥開發，促其有突破性之高成長。

(十六)何委員美鄉

1. 藥品研發應找到利基市場，包含未滿足醫療需求之藥物，其中以失智症、神經老化類相關藥物最為重要。
2. 中草藥亦屬食物，其安全性高，或可用於醫療與輔助醫療用途之研發，並考慮納入國家藥物韌性整備計畫，成為產業輔導方向之一。
3. 關於疫苗政策，近期發現臺灣生物醫藥製造公司(TBMC)於國家發展基金募資受阻，主因為審核標準嚴格、審查單位不清楚 TBMC 政策任務，希望相關行政溝通能更順暢及加速。
4. PILLS Center 係為因應大規模災難時所需，應使各地可自給自足，並設立具民防概念的調度平台，以及時支援其他地區。

二、機關代表發言

(一)衛福部石部長崇良

1. 藥價議題

- (1) 健保藥價調整早年係為回應藥價差議題，故針對藥價差超過 15% 以上者，設定年度目標進行等比例調整。目前藥價調整總金額為 36 億元(占藥費支出 1.6%)，為歷年最低。健保給付 1 萬 4,000 多項藥品，過去調整約 6,000 項，今年調整 2,000 項，應可

大幅減低影響。相關機制也持續檢討，以穩定藥品供應。

- (2) 藥價保證措施部分，如胰島素、抗生素等特定藥物、稀缺用藥、曾通報短缺者等，均不予調整藥價；針對新藥或國產藥，則有藥價獎勵措施。如：使用國產原料藥或於國內進行臨床試驗者，其給付加成；於專利過期 5 年內之前 2 張國產藥證者，比照原廠核價。

2. 缺藥議題

- (1) 坊間缺藥多為調度問題，如解毒劑因使用量少，故設立配置點，未來將透過社區供藥網絡建立，確保藥物調度靈活性。
- (2) 現已有替代藥物資訊平台，如遇有供應短缺，將公告替代藥物或專案進口等資訊。衛福部將強化訊息傳遞，會再請教廖委員，使資訊平台利於臨床應用。
- (3) 為分散風險、鼓勵使用學名藥，臨床使用生物相似藥或癌藥學名藥，亦提供獎勵措施。另因轉換使用學名藥而降低之藥價，亦將回饋醫院個別總額，衛福部持續強化學名藥政策。
- (4) 保證供藥機制主要適用於專利藥，較少發生缺藥情形。實務上，原廠退出台灣市場，多因已有學名藥上市或基於市場經營策略考量。現行合約已針對專利藥訂有保證供貨要求，未來將強化廠商信譽與管理機制，如可能發生短缺情形，應事先通報。

3. 國際醫藥品議題

- (1) 專案進口藥品多屬緊急用藥，並限符合國際醫藥品稽查協約組織(PIC/S)GMP 國家製造之藥品始得進口，實務上較難要求中文標示，通常採原產地標示，並檢附英文仿單。未來將研議儘量自英語系國家辦理專案採購，並視實際需要適時調整。
- (2) 台美貿易協議涉及美製藥品及醫材於國內取證之加

速措施，台製多為學名藥及中低階醫材，美製則以專利藥、高階醫材為主，二者具有市場區隔，相關措施可使國人更快取得新藥。

4. 其他

- (1) 關於 ASCVD 論質計畫治療指引應將舊制更新一事，衛福部將儘速檢討處理。
- (2) 近期 GLP-1(瘦瘦針)之處理方向係朝強化管理及導正觀念。管理方面將依來源進行規範，包括加強取締非法取得、要求藥局須憑處方箋調劑，以及強化診所端管理，要求醫師對民眾需求應審慎評估，並研擬建立供貨流向管理機制。
- (3) 新藥研發部分，臨床試驗為很重要一環，現已由多家醫院組成聯盟，加速人體試驗委員會(IRB)審核及收案，優化臨床試驗環境。
- (4) 疫苗政策方面，目前定期每月討論，預計於今(115)年「2026 健康台灣全國論壇」向各界說明。

(二) 經濟部何次長晉滄

1. 政府協助醫藥創新韌性部分，經濟部長長期致力於新藥研發及新醫材開發。新藥包含核酸藥、小分子新藥等；新醫材重點為關鍵技術與異業整合，如心血疾病、腦部手術等器材。
2. 經濟部透過業界科技專案補助臨床前研究、臨床試驗及推動國際合作，以持續支持業者投入創新藥物開發。此次也會促進學名藥產業發展，協助業者投入先進製程。

(三) 核安會陳主任委員明真

1. 核醫藥物半衰期短，供應具有即時生產與高度物流依賴特性，國家藥物韌性整備計畫透過建立同位素產製、核醫藥物製備及調度機制，提升我國核醫藥物自主供應能力，強化醫療體系在突發情境之即時應變與穩定運作能力。

2. 本計畫也將臨床需求與醫療服務量互相銜接，使醫療體系面對外部供應變動或突發狀況時，可保持必要診療服務，確保我國醫療穩定運作及藥物供應韌性。
3. 有關發生機率低但後果嚴重之風險議題，本計畫已將特定輻災應變用藥納入整備規劃，並建立製程、品質驗證及適當儲備機制，以強化應變能力。

(四) 環境部謝政務次長燕儒

1. 總統於國家氣候變遷對策委員會裁示，請環境部與衛福部制定跨部會空氣污染計畫及戰略，已成立雙次長會議，邀請 21 位專家出席。環境部將從高污染源之衛教、精準投入醫療資源於易感族群以及極端氣候應變等面向，挹注相關資源。
2. 今年 1 月 26 日由環境部彭部長及衛福部石部長召開雙部長會議，亦有邀請委員會的委員參與指導，後續將就委員所提建議進行檢討。

(五) 財政部莊部長翠雲

在座委員針對國民健康、醫療環境或醫材藥物等品質優化、供應無缺等面向，提供相當多的卓見，財政部為行政團隊一員，將配合衛福部檢討及檢視相關議題，就租稅獎勵或財政支援予以支持，作為可行的政策工具。

三、顧問發言

(一) 林顧問欣榮

1. 台灣生醫產業仍需扶植，以精準醫療為例，全基因檢驗若廣泛運用，有助提供許多科別治療參考；另建議衛福部中醫藥司結合 AI 科技，推動台灣中醫藥大型語言模型，供中醫師執行精準中醫藥治療，促進產業發展。
2. 為加速再生醫療及細胞療法(如間質幹細胞)之臨床應用，應提升政府監管效率，讓民間產業與應用經驗得以推廣至全球。

3. 東區醫院、衛生所、中醫、牙醫等已全面參與全責醫療，完成歸人歸戶資料庫及健康風險分級，依不同風險及年齡層提供衛教，並藉由文化健康站及長照據點提供服務。
4. 樂見衛福部推動健康幣政策，除促進健康外，亦有助減少健保資源耗用。

(二) 陳顧問威明

1. 以臺北榮民總醫院為例，院內 1,704 種藥品中，學名藥約 700 多項(41%)，但採購金額僅占 8%。建議藥廠開發高價值藥品，如癌症標靶藥物、抗生素、罕病藥與生物製劑等，藉提升獲利促進人才投入，也穩定國產藥品市場。
2. 近期伊朗因爆發戰爭，食品與藥品出口受限，凸顯藥品韌性的重要性。醫界應團結及支持國產藥品的穩定與發展，逐步培養優質委託開發暨製造服務藥廠(Contract Development and Manufacturing Organization, CDMO)。
3. 觀察發現，健保醫材利潤低、產量減少，部分手術僅有自費醫材可供使用，不利應對緊急情況。多數醫院已有加速器，可協助國原院生產優良核醫藥，有助建構藥物韌性；惟核醫藥價格高昂，建議政府予以補助。
4. 生理食鹽水、紗布及抗生素等戰備藥品須定期盤點，並供第一線使用，以避免資源浪費；應鼓勵各級醫院共同參與儲備，惟儲備空間、管理人力及藥品耗損等均涉及成本，建議由政府提供必要協助，並定期辦理查核與資源盤點。
5. 花蓮地震與颱風期間，國家無人機隊發揮運送藥品及血品功能，建議可持續演練並擴大規模守護國人。
6. 支持延長醫院評鑑為 6 年，使醫護人員可節省行政時間，專注於照護病患。

(三) 程顧問文俊

藥物韌性整體方向正確，但從臨床醫療與病人安全角度，後續制度的可操作性需再加強，建議如下：

1. 關鍵藥品與醫材清單不宜只列出品項，應納入臨床風險高低、替代性、供應來源集中度及中斷供應對病患影響等評估，建立分類、分級邏輯。如區分為：不可中斷的救命藥與急救醫材、急重症之高時效用藥、高風險慢性病長期用藥及短期可替代但仍需臨床監測等品項。藉由分級，安全庫存、價格支持、調度及國產鼓勵措施，始有依據。
2. 國家安全庫存應有具體制度設計，包括安全天數、儲備主責、調撥啟動時機、排程補充、報廢及責任歸屬。建議採分層庫存架構，由國家戰略儲備、供應商最低庫存及醫療院所安全庫存構成，並界定各角色功能。供應商應穩定供貨，醫療院所維持合理安全存量並即時通報，衛福部透過 PILLS center 平台跨區調度與支援。
3. 學名藥政策不應僅著重供應替代與價格支持，需強化使用後之臨床效果評估。建議持續加強品質管理，編列專款追蹤療效、安全性及不良反應，並評估病患接受度及醫師使用率，累積本土臨床實證，提升社會信任度。
4. 短缺藥品應建立區域聯防與跨院調度機制，透過同體系或區域醫療網共享資訊與資源。針對高風險之短缺情境，應備妥替代清單、轉換原則、臨床監測及病人溝通方案，以利及時應變。

(四) 余顧問明隆

1. 調查發現，經濟壓力為影響生育意願的主因，建議提出優化、簡化及永續化的育兒津貼政策。據統計，每名兒童 0 歲至 6 歲之補助總額約達 120 萬元，但目前行政繁瑣、來源分散，激勵效果有限。
 - (1) 簡化：採單一來源補助，按月或按季發放。
 - (2) 優化：將育兒視為對國家未來的貢獻，參考最低工資 2 萬 9,500 元水準，每世代以 10 萬人計算，0 歲至 3 歲兒童每名補助 3 萬，低推估每年約需 1,000 億元；中推估加計 3 歲至 6 歲兒童每名 1 萬 5,000 元，每年

約需 1,620 億元；高推估為 0 歲至 6 歲皆補助 3 萬元，最高每年需 2,160 億元。

- (3) 永續化：稅收超徵應優先投資年輕人與國家未來，建議可成立基金，或以論人計酬(capitation)方式，將預算金額轉換點值計算，鼓勵企業與國家共同支持育兒津貼。

2. 除津貼結構外，另有 3 點建議：

- (1) 房價與所得比結構性調整：建議擴大青年安心成家優惠貸款年限，並配合友善育兒的社會住宅制度。
- (2) 職場轉型：育兒照顧假彈性化，可按小時計算，取代或併行長期育嬰假，降低育嬰對家長職涯之影響。
- (3) 托育公共化：培育公托人員，改善低薪、高壓與高風險問題，將育兒轉化為公共責任。

(五) 陳顧問穆寬

1. 102 年起試辦 DET 機制，今年雖僅調降 2,343 項藥品，為歷年最少，但仍達 1.6%。在我擔任總院長 8 年期間，已累計調降約 18%，金額約 400 億元，現行部分藥價已顯著偏低。推動 DET 原係因健保總額不足，惟當前健保與公務預算已逾兆元，建議檢討藥價調降制度；另亦應留意調降藥價之品項是否含括 584 項必要藥品。
2. 藥物韌性屬社會韌性一環，需全體國民重視。建立 PILLS center 精準管理藥品相當好，但應留意戰時或突發事件下的庫存保障，因此彰化基督教醫院已投入 10 億元建立更大型的物流中心，確保彰基體系所需庫存量。
3. 核醫藥因受半衰期限制，當交通中斷將難以運送。為因應天災或戰時所需，建議國家協助各地域重要醫學中心發展小型迴旋加速器(compact cyclotron)生產核醫藥物，提升藥品韌性。

(六) 邱顧問冠明

1. 完善關鍵藥物清單是藥物韌性的核心，建議依不同情境

進行需求盤點，例如戰爭、疫情、生化攻擊、大規模停電及冷鏈儲運缺乏等；並建立由下至上之回報機制，使第一線使用者可參與提供意見。

2. 建議 PILLS center 應發展為智慧化中心，並建立去中心化的庫存管理模式，依不同地域及醫療院所功能進行分級。建議政府直接補助醫療院戰備儲存，以智能儲備確保合理效期與稽核管理，避免存量冗餘、過期或浪費。

(七) 林顧問聖哲

1. 支持醫院評鑑週期由 4 年延長至 6 年，去年受評醫院為首批受惠者，將有助於專注病人照護、提升醫療品質。
2. 除醫策會持續監督輔導，地方衛生局每年亦有督考，部分評鑑項目相似，如護理人員薪資情形，衛福部可透過行政聯繫直接取得資料並進行考核，減少醫院端文書作業。
3. 中小型地區醫院資源有限，部分醫院無能力汰換 X 光設備，若可補助 200 至 300 萬元對其幫助甚大，爰建議健康台灣深耕計畫設置專組，供中小型醫院參與競爭。
4. 有關食品包裝以紅黃綠燈標示，請各位共同支持。

(八) 張顧問鴻仁

衛福部引進 Google Gemini 介接健康存摺，是重大里程碑，值得肯定。國家藥物韌性整備計畫定位為經濟安全與國家安全層次，部會規劃完整，無其他補充事項。

四、副召集人發言

(一) 陳副召集人時中

1. 請衛福部綜整今日委員顧問相關意見，持續提升藥物韌性。
2. 網路成癮為重要社會議題，建議由民間推動宣導計畫，透過倡議形成社會共識，若由政府直接管理可能不利推動。

3. 針對中醫藥推廣建議，行政院已將國家中醫研究院設置條例草案函請立法院審議，其設置將有助於中醫運用與發展。
4. 有關偏鄉議題，需針對物流與交通建立一套完整思考方式，方可解決困境。
5. 藥價差問題是長期以來須面對的困境，應思考於制度下建立合作模式，保障病人與藥價健全。也可由醫院、協會及各醫學中心院長共同討論，提出一套操作方式；衛福部亦配合研議相關作為，個別醫院總額不失為解方之一。
6. 藥物韌性計畫已設立委員會，並納入專家學者，對於分期、嚴重性及不同情境等議題，均可充分討論，且有助 PILLS Center 之設置。

(二) 翁副召集人啟惠

1. 針對關鍵原料藥及中間體短缺問題，可從關鍵技術著手，並鼓勵產學合作，加強合成生物學研發，製造小分子、蛋白質和細胞藥物。例如 1982 年人類胰島素經由基因重組技術在大腸桿菌量產而開啟生技新紀元，近期 CAR-T 細胞療法亦展現合成生物學的應用效果。
2. 過去台灣味精工業是合成生物學的早期實踐，惟未能跟上基因重組與編輯技術，稍顯可惜，現行台灣醫院推行的手機 App 不甚便利，應善用 AI 進行改善。可參考美國做法，於不同醫院或急診即時查看檢測結果，旅行時亦能提供檢驗與處方資訊，並透過視訊問診，與家庭醫師以簡訊討論，提升效率，節省時間與成本。

(三) 陳副召集人志鴻

1. 過去外國藥廠退出台灣市場，媒體多以健保給付不足為由，但事實不全然如此。例如高血壓藥 ARB，台灣健保給付慷慨，7 家原廠及國產藥並存，但部分原廠仍因市占率下降而退出。

2. PILLS center 規劃良好，從中央至地方及地區藥局均有參與，建議儘速落實，應留意由單一物流中心配送至其他地區之模式是否順暢，建議輔導業者建立異地備援機制。
3. 有關核醫材料議題，過去 PET 同位素原料可由醫學中心自行產製，現因受藥品規範，須通過食藥署 GMP 認證，建議於南北地區分散生產、製造較妥，避免過度集中，兼顧異地備援概念。
4. 國藥國用策略之關鍵為人才培育，包括核醫、研發、藥品管理及行銷人才。教育部高等教育深耕計畫第三期似以 AI 為主，建議政府關注基礎醫學研究，以協助製造研發。鼓勵醫學大學善用高等教育深耕計畫或健康台灣深耕計畫等政府資源，進行長期人才培育。
5. 國產藥已有相當進展，但國家藥廠仍需努力，以符合相關規範。如近期發生知名中藥廠不符 GMP 標準事件，非醫師不願使用，而是需建立民眾對國產藥的信心，希望各界共同努力。
6. 健保給付慷慨及醫師開藥寬鬆，常造成處方藥浪費與過期，政府應宣導教育民眾用藥安全與管理，醫學教育則應促進醫界開藥自律，提倡精準開藥與善用藥物。
7. 國家藥物韌性另一重要議題為疫苗。目前國家疫苗自製率僅 10%，除國衛院外，尚需經濟部協助產業發展。原期待 TBMC 成為生技業龍頭，但目前進展有限，故規劃於今年「2026 健康台灣全國論壇」，請國衛院提出疫苗產業發展看法與建議，希望透過集思廣益，提出具體可行意見供政府施政參考。

五、賴召集人清德

(一) 委員、顧問意見之回應

1. 關於張顧問提及衛福部的 2 項成果，請各位給予石部長掌聲；春節期間感謝各位協助，給予醫界各位掌聲。

健康存摺為石部長率領團隊規劃之政策創舉，後續希望落實執行，持續提升民眾健康。

2. 請將今日報告之藥物韌性整備計畫納入「2026 健康台灣全國論壇」議程，以利醫界共同響應。
3. 請衛福部研議自今年起，暫緩藥價調查3年，並運用此期間進行細項盤點，例如：將健保給付1萬4千多項藥品分類，調查各類或各項藥物於國內自給自足情形；若需仰賴進口者，應與日本等民主國家供應鏈謀求合作，設法解決。
4. 針對程顧問建議之戰備因應，請先建立供應商與醫療院所之合作機制，再進行藥價調查方具意義。未來藥價調查若重啟，節省經費不宜再回歸傳統之健保總額分配制度，應優先支持發展國產學名藥與推動藥物韌性計畫。
5. 健保制度已開辦30年，希望可持續推動「全人醫療」，藉由健保費統一管理，建立醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所共同合作之完整照護體系，有助於轉診、健康促進並減少醫療浪費，以林委員所提之抗蛇毒血清為例，可存放於醫院，並運用無人機載送至周邊有需求之診所或部落。「全人醫療」由東區開始試行，如成效良好則可推廣至其他地區，並逐步推廣至全國；若可完善全人醫療制度，自然不需要藥價調查機制。
6. 請衛福部行文各地方政府調查健康步道與自行車道建置情形，並安排於下次會議報告。
7. 獨居老人訪視調查規劃極佳，應運用調查結果整合社會制度，如台南社區藥局主動訪視長者、民政系統的里(村)長關懷問安，或各地方政府或鄉公所送餐服務，提供獨居老人更佳的健康照顧。
8. 有關少子女化問題，已責請行政院、教育部以及衛福部將孕、養、育、住、職等整合規劃，並強化不足之處。

(二)綜合裁示

感謝衛福部、財政部、經濟部、環境部今日的報告，以及大家共同參與，更感謝各位副召集人、顧問及委員，提出許多具前瞻性的建言。

面對全球供應鏈重組，以及地緣政治風險升高等挑戰，藥物穩定供應已非單純的公共議題、公衛議題，更攸關國家安全與「全社會防衛韌性」的重要環節。以下，我做三點指示：

第一，全面推進「藥物韌性」戰略布局，打造安全可控的醫療防線。

確保關鍵藥物穩定供應，是政府責無旁貸的任務。請衛福部會同經濟部、環境部、財政部與核安會等相關機關，依照既定期程與分工，加速落實「國產國用、智慧調控、國際聯盟」等三個重點工作。

推動過程中，務必兼顧品質、安全與效率，強化跨部會的執行力，達成產能提升、風險分散等目標，建構平時可運作、必要時可應變的醫療防線。

第二，建構精準監測與智慧調度體系，確保供應鏈穩健運行。

請衛福部與經濟部通力合作，加速盤點關鍵藥物，並且透過政策誘因、支持研發，強化關鍵藥物的自製能力，降低台灣對單一供應來源的依賴。

同時，我們要善用數位科技，建置智慧物流與儲備、預警機制，確保關鍵藥物在平時與緊急狀態下，都能精準分配、穩定供應。

第三，健全法規環境、強化國際連結，帶動生醫產業升級轉型。

確保藥物穩定供應，除了提升台灣醫療韌性，更是推動產業升級的重要契機。各部會要持續精進相關法規與審查制度，以明確、穩定的法源基礎和激勵機制，引導更多企業投入研發、製造，帶動國產藥物發展。

此外，我們更要積極與區域內友盟國家合作交流，深化夥伴關係，來提升台灣在全球醫藥產業供應鏈的能見度，以及戰略地位。

最後，請行政團隊將今天會議中各項建議，納入後續推動方向，讓台灣醫療更有韌性，國人也更安心。謝謝大家。

陸、臨時動議

一、提案說明

(一) 余委員忠仁

1. 公立醫院編制人員年終獎金及考績獎金，受相關法規限制，合計最高僅能發放 2.5 個月，院長無權限加薪，僅可透過績效作部分調整；而約聘人員獎金或薪資可由院長調整，導致部分約聘人員薪資已接近或超過公職人員，對公職人員心態造成一定影響。
2. 臺大醫院為教育部所屬大學醫院，現行兩套薪資制度差異衝突，實非醫院層級可解決。院方持續與行政院人事行政總處溝通，建議適度調整相關薪資與績效辦法，並期待獲行政院支持。

(二) 黃委員金舜

現行公務體系，醫師、牙醫師、中醫師及獸醫師享有較高的專業加給，但未納入藥師，不利招募具證照之藥師至公務機關任職，爰建議提高藥師待遇。

二、主席裁示

關於公立醫院編制人員薪資調升受限法規問題，請衛福部及行政院人事總處研議。

柒、主席結語

地緣政治變化可能帶來戰爭與衝突，國家推動藥物韌性整備計畫是有備無患，因應各種情境，確保台灣和平穩定及長治久安。身為總統的使命就是希望建立國際友盟，發揮最大力量，維護國民安全與福祉。

台積電與半導體產業的進步，是台灣產業與各界合作、共同努力之成果。近年美方採取之經貿措施，促使全球供應鏈重組，恰為台灣發展機會，美國近期公布之國家安全戰略報告，揭示優先強化美國本土安全、與盟友間合作、推動集體防禦與責任分攤，以及推展再工業化，故透過對等關稅談判，鼓勵台灣、日本、韓國等製造強國赴美投資。

台灣編列 8 年約新台幣 1.25 兆元之國防預算，平均每年約 1,560 億元。日本、韓國、美國今年國防預算分別約為 1.8 兆元、1.4 兆元、30 餘兆元，歐洲國家亦逐年提高國防支出，預計 2035 年國防預算要達 GDP 5%。爰此，強化國防預算、經濟韌性，並與友盟合作，有助於維持區域和平穩定。

歷經蔡英文總統 8 年執政整備，台灣已開始進入黃金十年。去年第 4 季經濟成長率達 12.65%，全年達 8.68%，遠高於日本、韓國與美國。行政院主計總處預估今年經濟成長率 7.71%，國人平均 GDP 將突破 4 萬美元，股市加權指數有望挑戰並突破 4 萬點大關。

在經濟成長同時，台灣通膨指數約 1.6%，央行利率約 2%，平均薪資成長 3.09%皆高於通膨指數，衡量貧富差距的基尼係數低於日、韓，顯示台灣不僅經濟表現亮眼，社會整體亦有相當穩定度，許多國家皆難以同時做到。

我們要對國家有信心，各自發揮專業，確保健保永續並強化藥物韌性，照顧好國民健康；軍人守衛國家安全；企業發展經濟，讓人民共享成果。目前立法院將中央政府 115 年總預

算案交付委員會審查時程已延宕，國防特別預算案亦未能如期審查，國防預算對國家安全具重大意義，應確保資源充足。期盼在野黨秉持合作態度予以支持，只要國人團結、對國家有信心、支持政府，我也向大家承諾，台灣一定會越來越好。謝謝大家。

捌、散會：晚間 8 時 18 分。

附錄、總統府健康台灣推動委員會第 7 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
高淑芬委員	第二案： 國家藥物韌性整備計畫	<p>1. 核醫藥物因半衰期短、無法儲存，一旦國際供應鏈中斷，影響的是整體國家醫療體系在重大疾病診斷與治療上的即時應變能力。本計畫將核醫關鍵藥物納入國家層級醫療安全與供應韌性的整體規劃，由政府主導整合產、官、學、研能量，逐步建構從醫用同位素產製、製劑開發到智慧物流調度的自主體系，使我國醫療體系在供應中斷或突發事件下，仍能維持即時應變與持續運作能力。</p> <p>2. 從國家韌性的角度來看，藥物整備除回應平時醫療需求外，也應納入低機率但高後果衝擊的風險情境，例如國內核安事故，或鄰近國家核電設施發生輻射外洩事件。本計畫將輻射應變藥物納入國家藥物韌性整備體系，並提前建立解毒藥物的製程、驗證與必要儲備量能，使國家在面對突發事件發生時，得以即時啟動醫療應變，維持應變處置與醫療體系的持續運作，均有妥適的規劃。</p>
	其他意見	<p>近年在兒童青少年發展與精神醫學領域，已有相當多長期研究指出，過度使用網路影音與智慧型手機，可能對 18 歲以前青少年的腦部發展、認知功能、情緒調節與行為發展造成不利影響，並可能進一步導致網路遊戲或手機成癮。此問題不僅影響個體健康與學習發展，長期亦可能影響國家的人力資本與社會穩定，值得從公共政策層面審慎面對。目前教育政策多強調由父母督導孩子使用網路，然而在實務上，家長在教養與工作壓力下已承擔相當沉重的責任，若再將網路使用管理完全交由家庭處理，往往容易增加親子衝突，也難以有效解決問題。因此，政府應承擔更積極的角色，效仿部分歐洲國家的積極作法，透過教育、科技與通訊等跨部會合作，建立更明確且一致的校</p>

顧問/委員	案別	意見
		園網路使用規範。建議在大學之前的學校環境中，將網路使用主要限於課程學習需求，例如在電腦教室以桌上型電腦進行教學活動，而非全面開放個人行動裝置。透過制度化管理，可在不影響科技教育的前提下，保護青少年於18歲以前的正常腦部發展，並在成熟後具備更良好的判斷力與能力，投入未來的AI與數位社會。
柯委員富揚	第二案： 國家藥物韌性整備計畫	<p>一、主旨：強化臺灣中醫藥物韌性，推動中藥本土種植，改善中藥短缺現況，以保障國家醫療安全及國安利益。</p> <p>二、緣由：臺灣中醫藥為國人主要醫療體系之一，根據衛福部資料，中醫門診利用率約30%。然而，臺灣中藥材約有90%以上依賴進口，多數由中國大陸及東南亞國家供應（衛福部中醫藥司，2025）。近年國際形勢動盪與全球供應鏈再造趨勢，加劇中藥材原料斷鏈風險，導致部分中藥缺貨，對醫療體系造成嚴重衝擊。</p> <p>三、問題分析：</p> <p>（一）進口依賴高且來源集中：2025年臺灣中藥材進口總量約21,724公噸，其中中國大陸約占89.5%，其他國家合計約10.5%（衛福部中醫藥司統計）。如此集中的採購來源在國際政治和貿易環境不穩時，容易出現波動和斷鏈。</p> <p>（二）本土種植面積有限且分散：根據農業部調查，「特用作物」項下的臺灣本土中藥材種植面積約500公頃，只占可耕地總面積的0.06%。較少的土地加上多為小規模農戶經營，難以形成穩定且標準化的產量。</p> <p>（三）藥材價格與品質波動大：2020年至2025年間，多項重要中藥材，如當歸、白朮、酸棗仁平均價格年增率逾15%。同時，由於種植技術參差、基原保護不全及產地</p>

顧問/委員	案別	意見
		<p>加工或炮製未有規範，造成品質不穩定，最終影響臨床療效。</p> <p>(四) 中藥短缺事件頻繁：衛福部中藥供應資訊平台統計 2023 年 4 月 11 日至 2026 年 1 月 31 日間通報中藥短缺達 268 件，使中醫醫療院所備貨不足導致處方延期或變更，嚴重影響患者用藥權益。</p> <p>(五) 涉及國安層面之醫療自主風險：中藥作為臺灣重要醫療體系組成之一，若爆發中藥材長期缺貨，不僅使數百萬依賴中醫治療民眾受影響，更衝擊醫療系統韌性及國家重大公共衛生緊急事件應變能力。更廣泛而言，醫藥自主權異常狀態下，將成為國家安全重大漏洞。</p> <p>四、建議事項</p> <p>(一) 宗旨：為應對全球供應鏈不穩定及地緣政治風險，確保臺灣中醫藥體系之醫療自主權，本建議書提出透過「法制化、技術化、市場化」三大手段，強化本土中藥材韌性，建構國家級醫療安全防線。</p> <p>(二) 五大核心發展戰略</p> <p>1. 完善法規體系與財政誘因（法制化）</p> <p>(1) 推動專法立法：制定《臺灣中藥振興條例》，為產業提供長期法律保障與專款專用之依據。</p> <p>(2) 精準財政補貼：於 2024 至 2030 年投入 50 億元專案預算，針對「智慧化種植基地、加工設施、種苗培育」給予精準補助，而非單純的休耕補貼。</p> <p>(3) 土地資源配置：協調農業部，釋放 1,000 公頃具適種潛力之土地，並優先利用</p>

顧問/委員	案別	意見
		<p>溫室設施克服台灣亞熱帶氣候之限制。</p> <p>2. 推動產學研協同與智慧升級（技術化）</p> <p>(1) 戰略品項篩選：由農業試驗所與大專院校或研究單位針對「臨床無法取代、需求大、進口依賴高、具臺灣適應性」之中藥材進行優良品種選育與規模化生產開發。</p> <p>(2) 智慧農業落地：導入 IoT 物聯網監測、環境控制與智慧灌溉技術，降低人工依賴並維持藥效成分（如有效成分指標成分）之穩定。</p> <p>(3) 全程標準化規範：建立本土中藥材生產鏈 SOP（涵蓋 GAP 種植、加工、炮製），確保國產中藥材品質優於進口品，提升臨床信賴度。</p> <p>3. 強化供應鏈韌性與儲備機制（安全性）</p> <p>(1) 分級儲備機制：明確定義「國家重要中藥品項清單」（含中藥材與中藥製劑），設立國家級儲備庫，維持至少 3 個月以上的戰略安全庫存。</p> <p>(2) 採購來源多元化：輔導業者與東南亞、中亞等新南向國家建立「多元採購協定」，分散單一來源國之供應風險。</p> <p>4. 市場驅動與產業鏈獎勵（市場化）</p> <p>(1) 提升市場占比：透過補助與稅收抵免，鼓勵製藥廠、中醫醫院及藥局優先採購本土藥材產品，目標於 2030 年達成 15% 以上之醫藥使用市場滲透率。</p> <p>(2) 健保加成機制：建議衛福部研議針對「使用本土優質原料」之濃縮製劑，給予較高的健保給付點值，以彌補本土藥材與進口藥材之價差。</p>

顧問/委員	案別	意見
		<p>(3) 品牌化推廣：結合公共媒體與醫療體系，推廣「在地種植、品質監控」之國產藥材品牌，提升國人對本土藥材之接受度。</p> <p>5. 跨部會協調與長期監控（治理化）</p> <p>(1) 成立中藥推動小組：由衛福部、農業部、經濟部共同組成跨部會平台，解決農地利用、藥政管理與產業補助之間的法規灰色地帶。</p> <p>(2) 中長期藍圖監測：滾動式評估政策成效，設定 2030 年本土中藥材自給率達 30% 為終極目標，並建立每年度之執行追蹤報告。</p> <p>五、結語：中藥材不只是商品，更是攸關國家安全與公共衛生韌性的戰略物資。臺灣必須把握當前全球供應鏈重組的契機，透過政策、資金與技術的加乘效應，告別過度依賴進口的現況，為 2,300 萬國人打造一個更安全、永續且具國際競爭力的中醫藥生態系。</p>

註：表列資料係原文登載委員、顧問書面意見。