

- (一)為促進南、北竿機場運作效率，交通部民航局（以下簡稱民航局）業完成「南、北竿機場改善可行性評估」報告書，基於未來發展性及資源有效運用等考量，該局建議優先將北竿機場提升為 3C 類非精確儀降跑道，未來視運量成長再擴建為 4C 類跑道。
- (二)前開可行性評估經行政院 104 年 10 月 13 日核定，行政院已請民航局賡續進行綜合規劃工作，並針對最佳投資方案、多元運具替代方案、跨域加值自償計畫及施工期間營運維持等相關內容，詳實評估規劃。
- (三)為審慎辦理後續綜合規劃作業，民航局於本年起辦理「北竿機場跑道改善評估及綜合規劃」委託技術服務案，案內包含可行性評估檢討、綜合規劃及環境影響評估等工作項目，刻正進行招標相關作業。
- (四)至有關北竿機場跑道改善期程部分，民航局後續將依規劃方案內容，於前開委託技術服務案內妥為訂定，俟規劃作業具初步成果後，該局將提供相關資料予陳委員及連江縣政府參考。

四、關於以國軍汰除裝備發展觀光問題：

- (一)查行政院 104 年業核定「重要觀光景點建設中程計畫（105-108 年）」，其中馬祖國家風景區之計畫目標即訂有：配合軍力結構調整撥用閒置營區，促進設施活化再利用。另相關機關可依「國軍廢舊及不適用物資處理作業規定」，向國防部提出陳展規劃需求，該部將協助辦理撥贈事宜。
 - (二)為積極充實馬祖地區觀光內涵，交通部觀光局馬祖國家風景區管理處（以下簡稱馬管處）及連江縣政府已持續與國防部協調合作，俾就釋出閒置據點及營區事宜進行研議，以發展當地觀光。目前馬管處已完成移撥之相關軍品及據點，包括東莒大砲連之 M115 砲 2 門、46 據點之 90 高砲 1 門、大漢據點之 90 高砲 3 門，以及北竿戰爭紀念和平公園之 40 高砲及 3 門 57 戰防砲。另該處刻正辦理南竿上津沙營區移撥事宜，並依循上開模式辦理。
- (二) 行政院函送徐委員榛蔚就健保資源配置之公平性、藥品支出占率之合理性及對於新增藥品與醫療新科技支付方式重新檢討並改善等議題所提質詢之書面答復，請查照案。

(行政院函 中華民國 105 年 4 月 22 日院臺專字第 1050080966 號)
(立法院函 編號：9-1-9-228)

徐委員就健保資源配置之公平性、藥品支出占率之合理性及對於新增藥品與醫療新科技支付方式重新檢討並改善等議題所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、為保障民眾權益，提升醫療品質，健保每年於醫院總額及西醫基層總額編列「新藥新科技（含新藥、新特材及新增診療項目）」預算，以確保醫療新科技的引進，增進醫療服務價值，惟本項預算仍須經全民健康保險會協商後確定。
- 二、統計 96 年至 105 年新醫療科技項目（包含新藥、新特材及新增診療項目）經全民健康保險會協商後預算，每年新增預算介於 7.4 億元至 24.0 億元，前開預算皆編列於一般服務，亦隨每

年總額成長率而增加。

- 三、在健保有限的資源下，為了避免壓縮到醫療服務的費用，同時讓更多的民眾可以使用更新、更有效、副作用更小的藥品，藥品的部分係採用降低舊藥價格，將節餘用在新藥的引進及舊藥的擴大給付範圍所需預算的方式運作，落實「調整舊藥、增加給付新藥」的資源重分配原則，使得歷年藥費占醫療費用比率盡量維持穩定，讓國人在穩定的費用支出下，仍能使用先進國家所使用之新藥，並在健保財務可承擔範圍內，全民健保每年仍會持續將治療癌症、重大疾病、罕見疾病、老化引起疾病之新藥納入健保給付項目，以及擴大適應症之給付範圍，減少民眾自費醫療之財務負擔。另依經濟合作暨發展組織（OECD）對藥費占率之定義，藥費僅包含門診藥費及自費購買成藥費用，而醫療費用則包含門、住診醫療及長期照護（保險及自費均納入）、醫療資本設備投入、公共衛生及預防保健等費用，倘我國藥費占率依 OECD 的定義計算，將健保門診藥費加上國民醫療保健支出之家庭自費西藥及中藥支出，除以國民醫療保健支出費用，100 年的藥費占率約為 17.7%，低於韓國（20.2%）與日本（20.3%），比加拿大（16.6%）稍高，與各國相較並未顯著偏高或偏低。
- 四、經統計 104 年新增之新藥新科技項目，新藥計 37 個品項，包括治療癲癇、大腸直腸癌、黑色素瘤等新藥；新特材計 50 項，包括治療巴金森氏症患者之深層腦部刺激器；新增診療項目計 20 項、105 年亦已公告實施新增診療項目計 12 項。前述之新增新藥、新特材、新診療項目均由藥物許可證持有藥商或專業醫療單位，依臨床治療或專業需要，向本部中央健康保險署提出新增項目之建議，該署再依全民健康保險法第 41 條及 42 條辦理新增項目作業，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表組成之全民健康保險藥物（或醫療服務）給付項目及支付標準共同擬訂會議討論後，報陳本部公告實施。由於各類疾病之進程、治療方式與治療結果各不相同，故新藥新科技之支付方式，均先諮詢醫藥專家，並經多元參與且公開的共同擬訂會議，持續性就有限資源之使用、合理分配以及給付之公平性等議題共同討論並尋求共識。

（三）行政院函送徐委員榛蔚就提升偏鄉肝炎追蹤治療率問題所提質詢之書面答復，請查照案。

（行政院函 中華民國 105 年 4 月 22 日院臺專字第 1050080965 號）
（立法院函 編號：9-1-9-227）

徐委員就提升偏鄉肝炎追蹤治療率所提質詢，經交據衛生福利部查復如下：

- 一、為加強肝炎防治計畫之推動，本部中央健康保險署（以下稱健保署）自 92 年 10 月起辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，並依全民健康保險藥品給付規定給予藥物治療，迄至 104 年 12 月底收案藥物治療人數有 279,586 人（B 型肝炎藥物治療人數約 191,442 人、C 型肝炎藥物治療人數約 88,144 人），且為擴大照顧偏鄉地區保險對象，自 105 年起西醫基層診所放寬 B、C 型肝炎醫療資源不足地區及山地離島鄉鎮（含花蓮縣秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉），得由兼任之消化系內科或消化系兒科專科醫師提供 B、C 型肝炎治療。
- 二、為建立連續性疾病追蹤管理模式，以提升照護品質為支付誘因，提供病人整合性之照護服務為