

2011 年
全民健康保險統計動向

行政院衛生署中央健康保險局編印

中華民國 102 年 7 月出版

前 言

全民健保的開辦可謂是近年來國家最重要的社會建設里程碑，亦是全國民眾受益面最廣、滿意度最高的公共投資財，更是促進國家進步、維繫社會安全、保障人民權益不可或缺的一環。是以全民健保從民國 84 年實施至今，雖歷經許多艱難，但為了讓民眾方便就醫，落實就醫無障礙的全民有保時代，在行政院衛生署及所屬中央健康保險局(以下簡稱本局)、醫界、產業界與社會大眾的共同努力下，不但全體國民都能獲得門診、住院、預防保健、居家照護及社區復健等完整的醫療照護，民眾的整體滿意度也持續維持在 8 成左右。惟創業艱難守成更難，因此，健保體制如何加強與改善，是時時刻刻必須面對的課題，方能在全體國人的期盼及鼓勵下，持續帶給大眾更優質的醫療服務與更健康的生活品質。

回顧全民健保 18 年走來，其規模漸趨完善，除了陸續在民眾就醫可近性、照顧弱勢民眾等層面展現績效外，亦將「因病而貧、因貧而無力就醫」的時代埋入歷史的灰燼中。惟面對國內人口逐漸邁向少子女、高齡化社會，民眾對醫療需求不斷攀升以及醫療科技的進步，使得醫療支出逐年成長。全民健保從開辦至今，除前三年財務狀況呈現持平，之後數年都面臨到財務困窘的壓力，但顧及民眾負擔、經濟景氣低迷等因素，全民健保保險費率僅於民國 91 年與 99 年微幅調整。除此之外，本局亦陸續推出多項開源節流措施，包括爭取公益彩券盈餘分配、菸品健康福利捐之開徵、汽機車代位求償、中斷投保開單、投保金額查核、加大上下限之級距、提高軍公教按全薪投保之比率、實施醫院門診合理量、高科技醫療審查、藥價調整、違規查核追回費用及醫療審查核減等，以維持財務平衡，是以 102 年上路的二代健保成為健保永續經營最迫切的工作。

基於落實財務管控，本局繼實施牙醫門診、中醫門診與西醫基層總額支付制度之後，於 91 年 7 月實施醫院總額支付制度，屆此，已全面實施總額支付制度，並透過醫院自主管理計畫及醫院卓越計畫，與醫院建立夥伴關係，共同為達成醫療費用監控的目標而努力。於此同時，本局一方面要成為醫療界及民眾間的橋樑，協助醫病雙方的溝通，另一方面更要善盡醫療品質把關者的角色，讓民眾獲得妥適的醫療照護。

為增進各界對全民健保制度、承保、財務、醫療資源與醫療保健之投入產出等之瞭解，自 84 年起每年編印「全民健康保險統計」，主要以「表」顯示健保成果，數據纂詳。另自 90 年起每二年編印「全民健康保險統計動向」，目前為第 6 本，主要則以「統計圖」呈現為主，附以統計表及文字敘述為輔，再佐以國內及國際數據之比較，並以圖像記錄時序變遷所留下之軌跡。本書概分五大部分：壹、全民健保業務概況，貳、全民健保醫療表現指標，參、其他重要參考指標，肆、全民健保大事紀及附錄。

本統計動向係由本局主計室統計科全體同仁共同討論，分別執筆，各主題皆以一圖一表一分析來闡述，並加強分析稿之深度與廣度，惟囿於時間與學驗之限制，如有不周之處，尚祈各界先進不吝賜教指正，無任企感。

凡 例

- 一、本統計動向所用期間稱「年」者為曆年，自1月1日至12月31日止；稱「年底」者指當年12月底。
- 二、全民健康保險係84年3月1日開辦，第一年係指84年3月1日至12月31日。
- 三、凡內容須加註釋者，均於各表下方註明。
- 四、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。
- 五、本統計動向所用符號：“-”表示無數值，“0”表示有數值且數值不及半單位，負數為數字前加“-”，“...”表示資料涉及國防機密不予陳示或不詳；(p)係初步統計數，(r)係修正數。

目錄

前言	i
凡例	iii
目錄	iv
壹、全民健保業務概況	1
一、承保概況	3
(一) 歷年全民健保之保險對象概況	4
(二) 歷年保險對象按類別之變動	5
(三) 全民健保保險對象醫療利用概況	6
(四) 全民健保被保險人平均投保金額之變動	7
(五) 全民健保投保金額與受僱員工薪資之變動	8
(六) 全民健保被保險人自付保費及眷口數之變動	9
(七) 全民健保應收保險費概況	10
二、財務概況	11
(一) 全民健保保險費收入概況	12
(二) 全民健保財務收支概況	13
(三) 全民健保資金流量概況	14
三、特約醫事服務機構概況	15
(一) 特約醫事服務機構家數	16
(二) 特約醫事服務機構密度	17
(三) 特約醫事服務機構病床數	18
(四) 特約醫事服務機構病床密度	19
(五) 醫療部門資本形成	20
(六) 查核特約醫事服務機構違規案件統計	21
四、醫療利用概況	23
(一) 門診醫療服務件數申報概況	24
(二) 門診醫療費用申報概況	25
(三) 特約類別門診醫療費用申報概況	26
(四) 性別年齡別門診醫療費用(含自行負擔)統計	27
(五) 西醫門診醫療利用	28

(六) 牙醫門診醫療利用	29
(七) 中醫門診醫療利用	30
(八) 疾病別門診醫療利用	31
(九) 住院醫療服務件數申報概況	32
(十) 住院醫療費用申報概況	33
(十一) 特約類別住院醫療利用概況	34
(十二) 住院醫療費用核付概況	35
(十三) 性別年齡別住院醫療費用(含自行負擔)統計	36
(十四) 疾病別住院醫療利用統計	37
(十五) 重大傷病—門診	38
(十六) 重大傷病—住院	39
(十七) 全民健保門住診醫療費用明細概況	40
(十八) 全民健保門住診藥品占醫療費用之變動	41
(十九) 全民健保門住診自行負擔狀況	42
(二十) 自墊醫療費用核退狀況	43
(二十一) 疾病別分析	44
(二十二) 總額支付制度點值概況	45
(二十三) 核減率統計	46
貳、全民健保醫療表現指標	47
一、西醫基層院所	48
二、醫院	49
三、中醫	50
四、牙醫	51
五、門診透析	52
六、呼吸器監控指標	53
七、門診同院所不同處方重複給藥指標	54
參、其他重要參考指標	55
一、經社指標	56
二、人口概況	57
三、人口成長趨勢	58
四、零歲平均餘命	59

五、主要國家人口老化概況	60
六、死因別變動與標準化死亡率	61
七、國民醫療保健支出（NHE）與國內生產毛額（GDP）	62
八、主要國家每人 NHE 及 NHE 占 GDP 比例	63
九、家庭醫療保健消費概況	64
十、高低所得家庭健保受益概況	65
十一、主要國家每萬人口病床數之比較	66
十二、主要國家急性病床占床率之比較	67
十三、藥品支出占 GDP 及 NHE 之國際比較	68
肆、全民健保大事紀	69
一、100 年全民健保大事紀要	70
二、101 年全民健保大事紀要	72
附錄	77
一、統計名詞定義	78
二、全民健保醫療表現指標定義	83

壹、全民健保業務概況

一、承保概況

二、財務概況

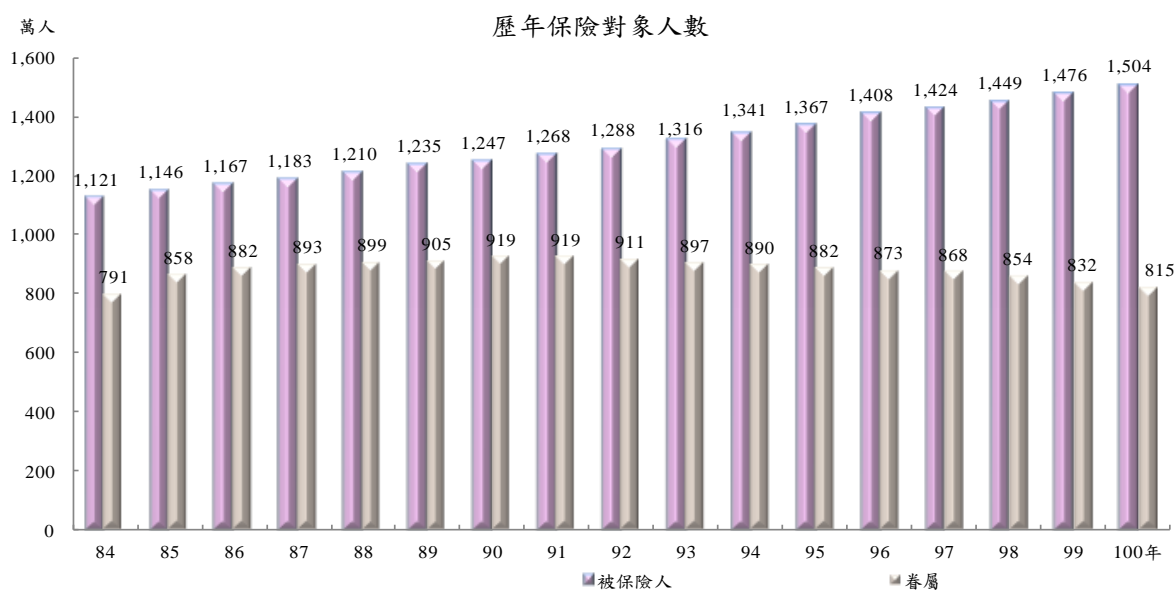
三、特約醫事服務機構概況

四、醫療利用概況

一、承保概況

(一) 歷年全民健保之保險對象概況

保險對象人數逐年增加，眷屬人數則呈緩降趨勢。



保險對象變動狀況—90年與100年

單位：萬人、%

		90年	占率	平均依附投保人數(人)	100年	占率	平均依附投保人數(人)
總計	保險對象	2,165	100.0		2,320	100.0	
	被保險人	1,247		0.7	1,504		0.5
	眷屬	919			815		
第1類	保險對象	1,145	52.9		1,247	53.8	
	被保險人	636		0.8	780		0.6
	眷屬	508			467		
第2類	保險對象	377	17.4		396	17.1	
	被保險人	211		0.8	257		0.5
	眷屬	166			139		
第3類	保險對象	333	15.4		275	11.9	
	被保險人	204		0.6	179		0.5
	眷屬	129			96		
第4類	保險對象	...	-		16	0.7	
	被保險人	...			16		
	眷屬	...			-		
第5類	保險對象	15	0.7		31	1.3	
	被保險人	15			31		
	眷屬	0			-		
第6類	保險對象	295	13.6		354	15.3	
	被保險人	180			241		
	眷屬	116			113		

備註：保險對象類別定義請詳見附錄第78頁。

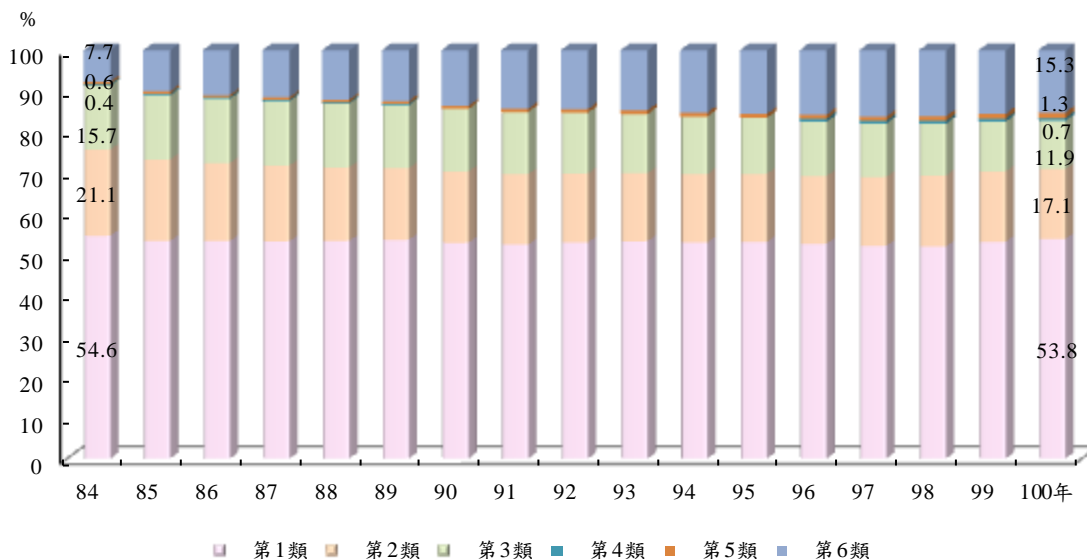
隨著生育率的急遽下降，自然人口增加緩慢，眷屬人數呈緩降現象，100年底全民健保保險對象人數計2,320萬人，其中被保險人1,504萬人，眷屬815萬人；若與90年相較，第1類保險對象占率增加0.9個百分點，第2類保險對象占率減少0.3個百分點，第3類保險對象占率減少3.5個百分點減幅最大，第6類則增加1.6個百分點。

第5類保險對象人數由90年之15萬人增至100年之31萬人，10年間增加逾一倍，增幅為各類保險對象之冠。

(二) 歷年保險對象按類別之變動

第3類保險對象占率逐年下降，第5類占率則呈微幅增加趨勢。

歷年保險對象結構比—按保險類別分



類別\年	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
保險對象	1,912	2,004	2,049	2,076	2,109	2,140	2,165	2,187	2,198	2,213	2,231	2,248	2,280	2,292	2,303	2,307	2,320
第1類	1,044	1,068	1,091	1,104	1,124	1,147	1,145	1,146	1,163	1,178	1,180	1,192	1,199	1,193	1,195	1,224	1,247
第2類	403	399	391	385	380	375	377	377	371	368	374	375	378	388	400	398	396
第3類	300	315	323	327	330	330	333	333	328	321	314	309	304	299	292	283	275
第4類	7	8	8	8	7	7	...	...	...	...	...	...	17	16	16	16	16
第5類	11	11	11	12	13	15	15	17	19	20	21	22	22	23	25	27	31
第6類	148	203	226	240	256	267	295	315	318	326	342	351	360	373	373	360	354
結構比																	
第1類	54.6	53.3	53.3	53.2	53.3	53.6	52.9	52.4	52.9	53.2	52.9	53.0	52.6	52.1	51.9	53.0	53.8
第2類	21.1	19.9	19.1	18.6	18.0	17.5	17.4	17.2	16.9	16.6	16.8	16.7	16.6	16.9	17.4	17.2	17.1
第3類	15.7	15.7	15.7	15.7	15.6	15.4	15.4	15.2	14.9	14.5	14.1	13.7	13.3	13.1	12.7	12.3	11.9
第4類	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	...	...	...	...	...	...	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
第5類	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3
第6類	7.7	10.1	11.0	11.5	12.1	12.5	13.6	14.4	14.5	14.7	15.3	15.6	15.8	16.3	16.2	15.6	15.3

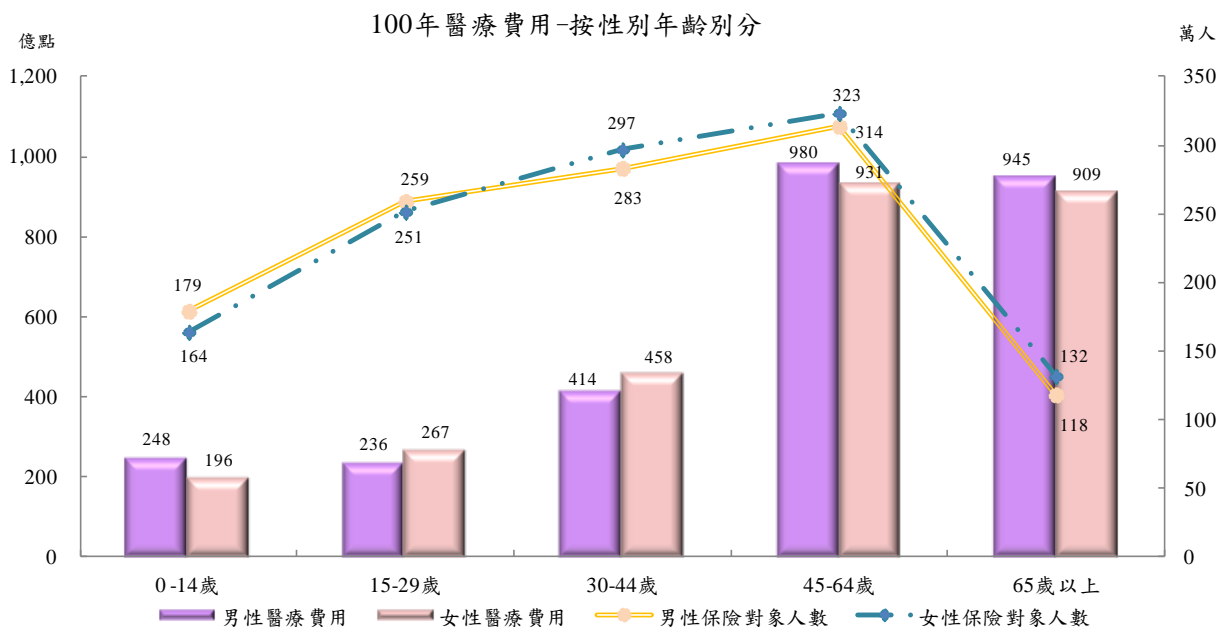
備註：1.90年2月起軍人納入全民健保體系，為顧及國防機密資訊，故90~95年第4類保險對象以「...」顯示。
2.保險對象類別定義請詳見附錄第78頁。

歷年保險對象人數皆以第1類人數所占比率最高，100年為總保險對象人數之53.8%；其後依序為第2類保險對象17.1%，第6類保險對象15.3%，第3類保險對象11.9%，第5類保險對象1.3%及第4類保險對象0.7%。

第3類保險對象比率由90年之15.4%逐年下降至100年11.9%；第5類保險對象人數比率則由90年之0.7%逐年上升至100年1.3%。自93年起，第6類保險對象人數高於第3類保險對象。

(三) 全民健保保險對象醫療利用概況

65歲以上保險對象約占1成，其醫療給付占全體之33.2%。



		人數			件數			給付		
		合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
實際數	全體	2,320	1,153	1,167	378	169	210	5,585	2,823	2,762
	0-14歲	343	179	164	60	32	28	445	248	196
	15-29歲	510	259	251	52	21	30	503	236	267
	30-44歲	580	283	297	73	28	44	872	414	458
	45-64歲	637	314	323	116	50	66	1,911	980	931
	65歲以上	250	118	132	79	37	42	1,854	945	909
占率	全體	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	0-14歲	14.8	15.5	14.0	15.8	19.0	13.2	8.0	8.8	7.1
	15-29歲	22.0	22.5	21.5	13.6	12.7	14.4	9.0	8.4	9.7
	30-44歲	25.0	24.6	25.4	19.2	16.8	21.2	15.6	14.6	16.6
	45-64歲	27.5	27.2	27.7	30.6	29.7	31.3	34.2	34.7	33.7
	65歲以上	10.8	10.2	11.3	20.8	21.9	19.9	33.2	33.5	32.9

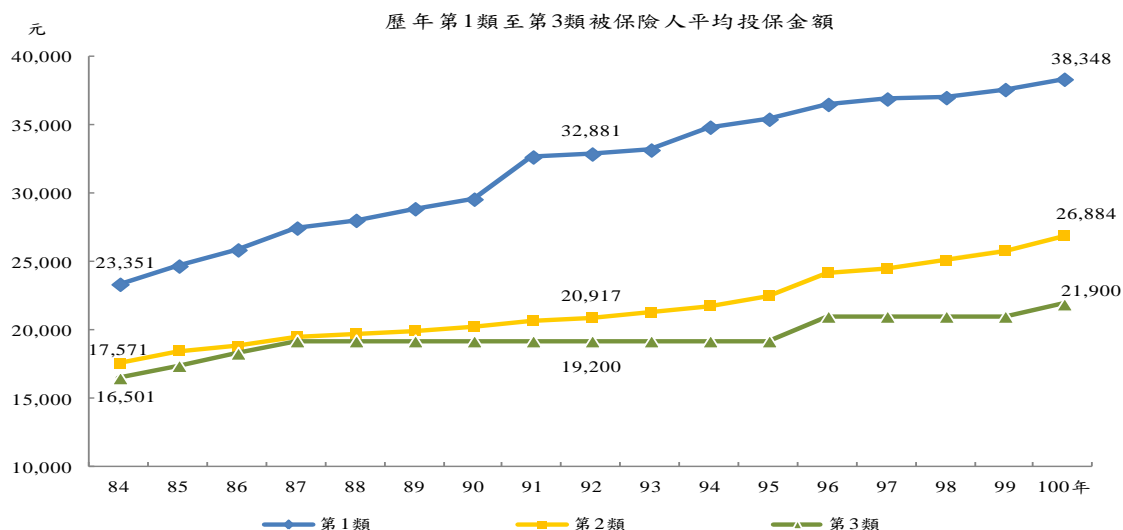
備註：本表醫療費用含自行負擔。

100年底全民健保保險對象人數達2,320萬人，按年齡組區分，45-64歲(637萬人)、30-44歲(580萬人)及15-29歲(510萬人)屬人數較多之年齡組別；按性別分，男女性皆以45-64歲年齡組最多，男性314萬人，女性323萬人，占率分別為27.2%與27.7%。

100年醫療費用計5,585億點，以45-64歲1,911億點(34.2%)最多，0-14歲445億點(8.0%)最少；若按性別分，男性以45-64歲980億點(34.7%)最多，15-29歲236億點(8.4%)最少，女性以45-64歲931億點(33.7%)最多，0-14歲196億點(7.1%)最少。

(四) 全民健保被保險人平均投保金額之變動

被保險人平均投保金額呈上升趨勢。



	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
第1~3類平均	20,691	21,877	22,879	24,184	24,619	25,245	25,693	27,671	27,974	28,329	29,497	30,066	31,427	31,672	31,847	32,544	33,505
第1類	23,351	24,684	25,866	27,462	28,026	28,876	29,575	32,662	32,881	33,172	34,841	35,423	36,507	36,904	37,005	37,596	38,348
第2類	17,571	18,467	18,815	19,509	19,721	19,940	20,260	20,687	20,917	21,271	21,763	22,494	24,203	24,472	25,095	25,813	26,884
第3類	16,501	17,400	18,300	19,200	19,200	19,200	19,200	19,200	19,200	19,200	19,200	19,200	21,000	21,000	21,000	21,000	21,900
第4類	23,802	25,506	26,485	27,014	27,995	27,923	1,007	1,078	1,078	1,078	1,078	1,078	1,317	1,317	1,376	1,376	1,376
第5類	925	910	960	1,007	1,007	1,007	1,007	1,078	1,078	1,078	1,078	1,078	1,317	1,317	1,376	1,376	1,376
第6類	925	910	960	1,007	1,007	1,007	1,007	1,007	1,007	1,007	1,007	1,007	1,099	1,099	1,099	1,249	1,249

備註：1.第5、6類係指平均保險費；第4類90年前為平均投保金額，90年起為平均保險費。
2.保險對象類別定義請詳見附錄第78頁。

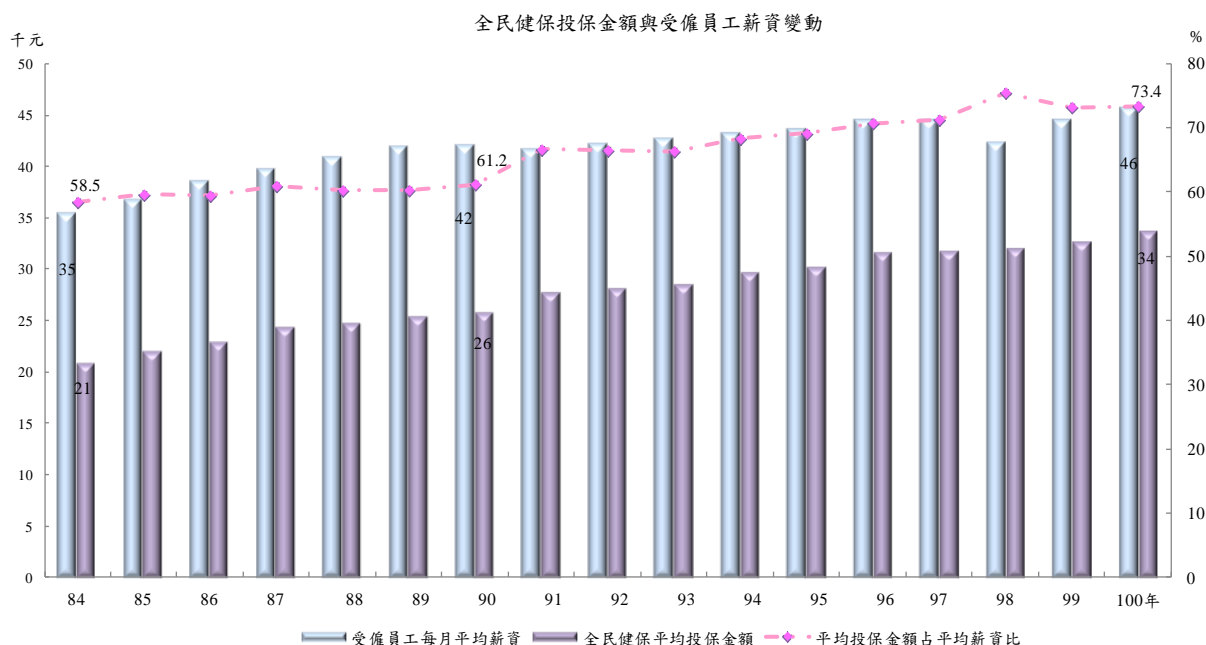
100年第1類至第3類被保險人平均投保金額為33,505元，以第1類38,348元最高，其次為第2類26,884元，再其次為第3類21,900元；第4、5類平均保險費1,376元，第6類1,249元。

歷年平均投保金額以第1類最高，第2類次之。第1、2類平均投保金額隨平均薪資之上漲逐年提高。若以增率觀之，第1至3類平均投保金額於開辦初期增幅較大，87年以後，增幅趨緩，除91年因軍公教人員調整為全薪納保率82.42%，致第1類增幅達10.44%，及94年、96年與98年因軍公教人員全薪納保率再度調升，增率分別為5.03%、3.06%及0.27%外，其餘年度增率均小於3%。

第4類被保險人原以薪資所得為投保金額，90年1月修改被保險人資格（主要為義務役役男及替代役役男）後，自90年2月起，與第5、6類相同，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費為其保險費，98年以後第4、5類被保險人保險費調為1,376元，99年起第6類調為1,249元。

(五) 全民健保投保金額與受僱員工薪資之變動

平均投保金額呈上升趨勢。



全民健保被保險人平均投保金額																	
	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
平均投保金額	20,691	21,877	22,879	24,184	24,619	25,245	25,693	27,671	27,974	28,329	29,497	30,066	31,427	31,672	31,847	32,544	33,505
指數(90年=100)	80.5	85.1	89.0	94.1	95.8	98.3	100.0	107.7	108.9	110.3	114.8	117.0	122.3	123.3	124.0	126.7	130.4

工業及服務業受僱員工每人每月平均薪資																	
	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
平均薪資	35,389	36,699	38,489	39,673	40,842	41,861	41,960	41,530	42,065	42,685	43,163	43,493	44,414	44,424	42,176	44,430	45,642
指數(90年=100)	84.3	87.5	91.7	94.5	97.3	99.8	100.0	99.0	100.3	101.7	102.9	103.7	105.8	105.9	100.5	105.9	108.8

備註：指數係表示多種同類現象一般水準並以某一時期為基準的百分數。

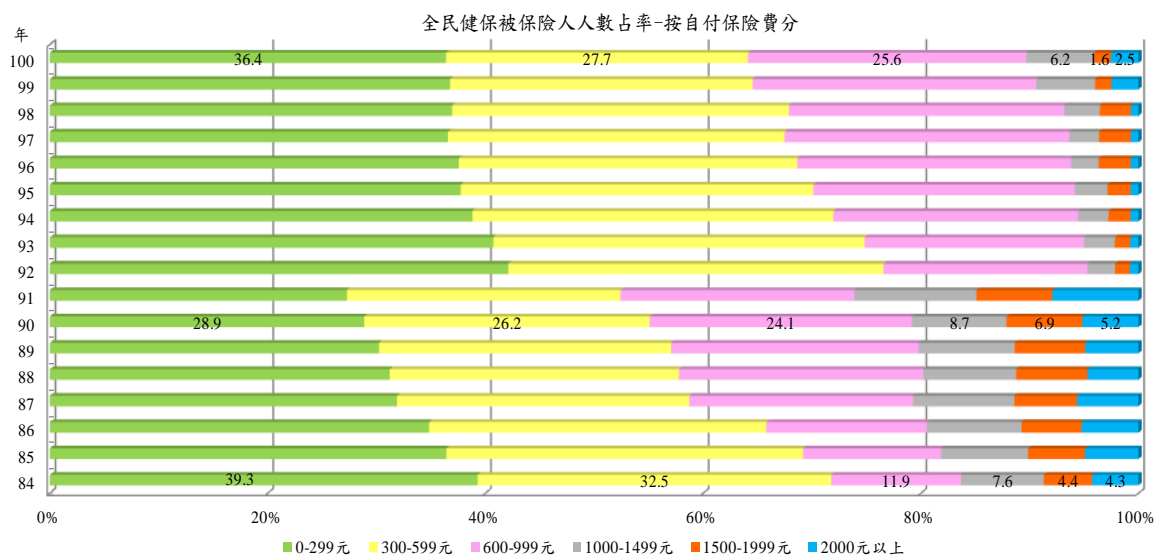
100年工業及服務業受僱員工每人每月平均薪資45,642元，較上年增加2.7%，主要係受上半年景氣恢復影響；全民健保（第1類至第3類）被保險人平均投保金額33,505元，較上年增加3.0%，為平均薪資7成3；若與90年相較，平均投保金額增幅30.4%，較平均薪資之8.8%高出21.6個百分點；觀察二者歷年變動，自90年以後平均投保金額指數均較每月平均薪資指數高。

儘管工業及服務業受僱員工每人每月平均薪資指數由90年100.0微降至91年99.0，但91年因公務人員調整為全薪之8成計算保費，平均投保金額較上年增加7.7%；96年8月起，改以薪資總額90.7%計算，平均投保金額較90年增加22.3%。

資料來源：行政院主計總處「薪資與生產力統計」、行政院衛生署中央健康保險局「全民健康保險統計」。

(六) 全民健保被保險人自付保費及眷口數之變動

被保險人眷口數以「0人」最多，約占6成7，每月自付保費999元以下者，約占全體8成7。



自付保險費	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
0-299元	4,407	4,175	4,069	3,774	3,777	3,734	3,600	3,461	5,423	5,362	5,206	5,159	5,290	5,206	5,356	5,425	5,477
300-599元	3,641	3,756	3,616	3,175	3,214	3,313	3,268	3,187	4,440	4,489	4,447	4,429	4,376	4,402	4,480	4,102	4,172
600-999元	1,337	1,453	1,721	2,434	2,716	2,808	3,005	2,724	2,414	2,654	3,018	3,279	3,539	3,726	3,664	3,843	3,847
1000-1499元	854	917	1,015	1,099	1,032	1,089	1,084	1,425	325	373	370	412	358	388	472	798	931
1500-1999元	495	600	642	680	792	799	866	884	177	185	272	292	414	417	415	223	237
2000-2499元	337	381	407	438	439	466	394	632	11	12	13	15	18	19	19	235	242
2500元以上	142	181	205	230	128	138	250	370	90	88	83	82	82	80	81	131	140
總計	11,213	11,464	11,674	11,831	12,098	12,347	12,466	12,684	12,879	13,163	13,410	13,668	14,077	14,238	14,487	14,757	15,045

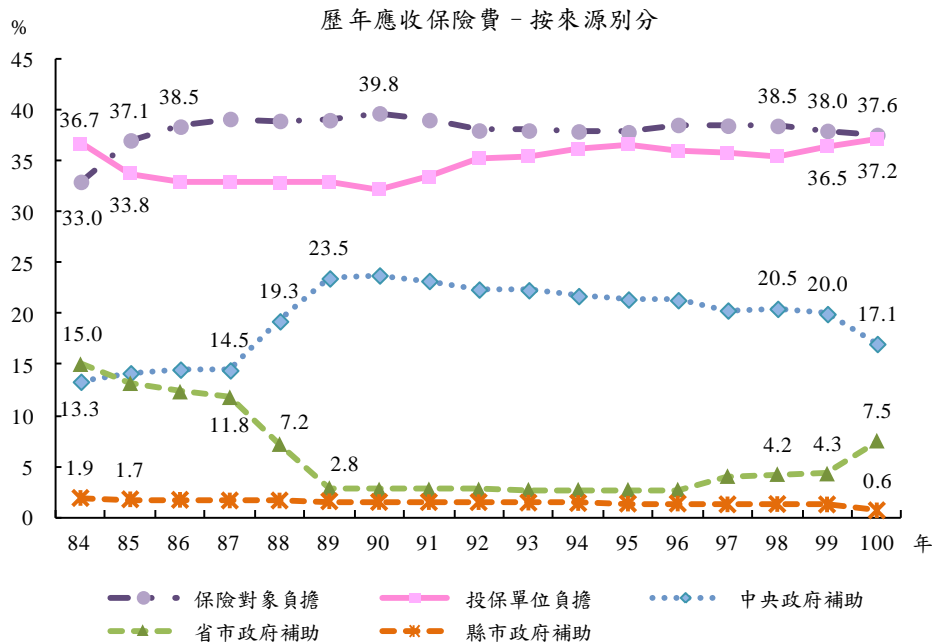
被保險人眷口數	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
0人	7,559	7,522	7,567	7,672	7,866	8,055	8,097	8,284	8,501	8,786	9,004	9,247	9,637	9,755	10,004	10,309	10,608
1人	1,207	1,299	1,415	1,419	1,488	1,544	1,594	1,635	1,632	1,683	1,743	1,796	1,854	1,927	1,981	2,025	2,074
2人	1,193	1,263	1,289	1,325	1,340	1,356	1,374	1,387	1,401	1,403	1,416	1,424	1,431	1,446	1,452	1,444	1,441
3人	832	912	931	945	934	916	911	887	863	831	801	771	742	707	668	624	590
4人	316	352	358	359	358	359	367	365	358	342	330	317	305	296	281	261	245
5人	82	89	88	86	88	92	98	100	100	97	95	92	89	88	84	78	73
6人以上	24	26	26	25	24	24	25	25	24	23	22	21	19	19	17	16	14
總計	11,213	11,464	11,674	11,831	12,098	12,347	12,466	12,684	12,879	13,163	13,410	13,668	14,077	14,238	14,487	14,757	15,045

歷年被保險人人數皆以每月自付300元以下保險費最多，其次為自付300-599元及600-999元，三者合計占總被保險人人數約八成七；自付保費600-999元之結構比由84年11.9%上升至100年的25.6%，呈逐年增加之趨勢。

被保險人人數按眷口數分，眷口數0人、1人及2人之被保險人人數隨總被保險人人數之增加而逐年上升，眷口數3人(含)以上之被保險人數比率則逐年下降，與出生率趨勢一致。

(七) 全民健保應收保險費概況

100年全民健保應收保險費，保險對象占3成8，投保單位占3成7，政府補助占2成5。



	84年	85年	86年	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年
總計	1,984	2,361	2,440	2,588	2,697	2,877	2,901	3,026	3,303	3,431	3,552	3,676	3,700	3,840	3,852	4,374	4,688
保險對象負擔	655	876	938	1,015	1,052	1,125	1,154	1,183	1,258	1,307	1,349	1,394	1,429	1,480	1,484	1,664	1,765
投保單位負擔	729	799	805	852	887	950	936	1,012	1,167	1,218	1,285	1,348	1,332	1,376	1,367	1,595	1,742
中央政府補助	265	335	355	374	520	677	691	704	741	767	774	788	791	782	790	875	800
省市政府補助	298	311	301	305	193	82	78	82	90	92	95	98	100	154	162	186	352
縣市政府補助	37	41	41	42	44	44	43	44	48	48	48	48	49	47	49	54	30
結構比																	
保險對象負擔	33.0	37.1	38.5	39.2	39.0	39.1	39.8	39.1	38.1	38.1	38.0	37.9	38.6	38.5	38.5	38.0	37.6
投保單位負擔	36.7	33.8	33.0	32.9	32.9	33.0	32.3	33.5	35.3	35.5	36.2	36.7	36.0	35.8	35.5	36.5	37.2
中央政府補助	13.3	14.2	14.5	14.5	19.3	23.5	23.8	23.3	22.4	22.4	21.8	21.4	21.4	20.4	20.5	20.0	17.1
省市政府補助	15.0	13.2	12.3	11.8	7.2	2.8	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7	4.0	4.2	4.3	7.5
縣市政府補助	1.9	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.3	1.3	1.2	1.3	1.2	0.6

備註：本表應收保險費係指當期開單計費的保險費金額。

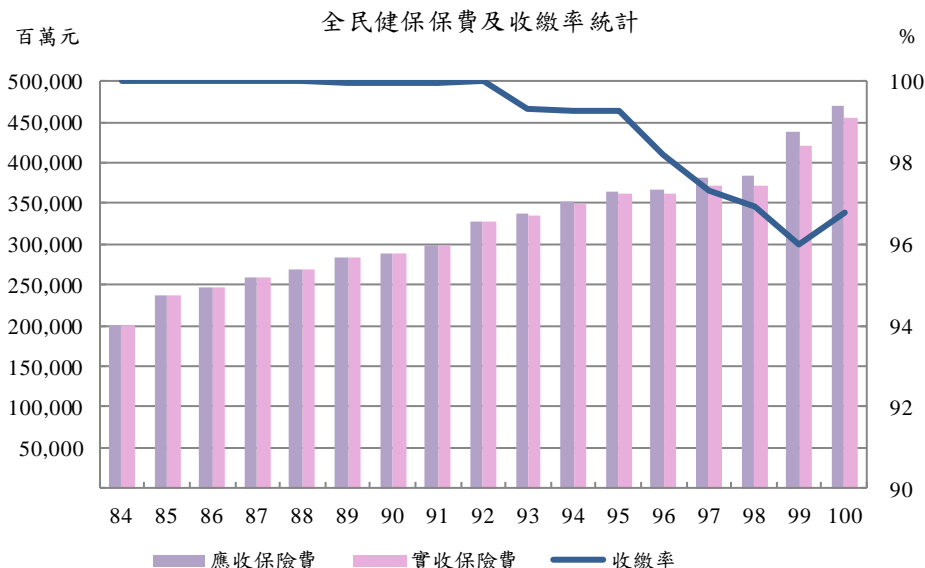
保險費收入為全民健保之主要財源，由被保險人、投保單位及各級政府共同負擔。自85年起保險對象負擔比例均高於投保單位負擔比例。政府補助部分，台灣省政府因組織調整，原負擔之補助自88年7月起轉由中央政府負擔，88年及89年中央政府補助及省市政府補助比例因而呈現較大起伏現象。臺北縣與桃園縣分別自96年10月及100年1月起升格為準直轄市，99年12月25日起，臺中市、臺中縣合併為臺中市，臺南市、臺南縣合併為臺南市，高雄市、高雄縣合併為高雄市，相關政府補助款由縣市政府補助改為省市政府補助。

100年全民健保應收保險費4,688億元，較上年增加7.2%，近10年平均年增率4.9%；其中保險對象負擔1,765億元（37.6%），投保單位負擔1,742億元（37.2%），政府補助1,182億元（25.2%）。

二、財務概況

(一) 全民健保保險費收入概況

100年被保險人暨投保單位保險費收繳率9成8，政府補助收繳率9成2。



全民健保保險費收繳情形

年\項目	總計			政府補助款			被保險人暨投保單位		
	應收保險費	實收保險費	收繳率	應收保險費	實收保險費	收繳率	應收保險費	實收保險費	收繳率
84	199,887	199,868	100.0	60,074	60,074	100.0	139,812	139,794	100.0
85	237,690	237,677	100.0	68,667	68,667	100.0	169,024	169,010	100.0
86	246,998	246,985	100.0	69,715	69,715	100.0	177,283	177,270	100.0
87	259,907	259,896	100.0	72,142	72,142	100.0	187,765	187,754	100.0
88	268,669	268,655	100.0	75,763	75,763	100.0	192,906	192,892	100.0
89	284,103	284,018	100.0	80,586	80,586	100.0	203,517	203,432	100.0
90	288,205	288,047	99.9	81,201	81,201	100.0	207,004	206,846	99.9
91	299,098	299,021	100.0	83,157	83,157	100.0	215,941	215,863	100.0
92	327,108	327,050	100.0	87,704	87,704	100.0	239,404	239,346	100.0
93	337,743	335,399	99.3	90,073	88,313	98.0	247,670	247,086	99.8
94	352,965	350,467	99.3	92,516	90,296	97.6	260,450	260,171	99.9
95	364,497	361,898	99.3	93,288	90,843	97.4	271,208	271,054	99.9
96	367,587	360,995	98.2	94,446	88,076	93.3	273,141	272,919	99.9
97	381,678	371,496	97.3	98,355	88,715	90.2	283,323	282,781	99.8
98	384,480	372,622	96.9	100,033	89,866	89.8	284,447	282,756	99.4
99	438,464	420,972	96.0	111,569	98,631	88.4	326,895	322,341	98.6
100	469,552	454,327	96.8	118,085	108,574	91.9	351,467	345,753	98.4

備註：本表應收保險費係經投保單位或被保險人提出異議更正後金額。
資料更新日期為101年11月7日。

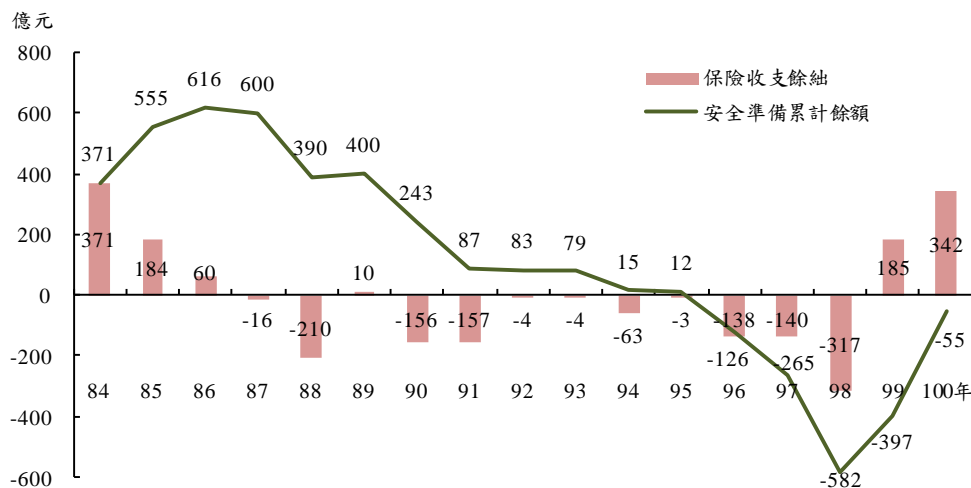
歷年全民健保保險費收繳率，政府補助款均低於被保險人暨投保單位負擔，其中臺北市政府因非設籍該市住民健保補助款負擔沈重，排擠相關財政支出、高雄市政府因財政困窘及台北縣政府自97年準用直轄市，相關法定補助支出增加等原因，衍生滯欠健保費補助款，經各級政府相關單位共同努力，三直轄市政府已分別提出分年還款計畫。

100年全民健保實收保險費4,543億元，較上年增加7.9%，近10年平均年增率4.7%，呈穩定上升趨勢。

(二) 全民健保財務收支概況

截至 100 年底安全準備累計餘額短絀 55 億元。

保險收支及安全準備



全民健保保險收支及安全準備提列數變動

年	保險收入[1]		保險成本[2]		保險收支餘絀 [1]-[2]	安全準備 累計餘額
	年增率	年增率	年增率	年增率		
84/3~12月	1,940	-	1,568	-	371	371
85	2,413	-	2,229	-	184	555
86	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616
87	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600
88	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390
89	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400
90	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243
91	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87
92	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83
93	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	78
94	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15
95	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12
96	3,874	1.44	4,011	4.95	-138	-126
97	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265
98	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582
99	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397
100	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55

備註：本表係權責基礎之審定決算數。

保險收入 = 保險費+滯納金+資金運用淨收入+公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數
+其他淨收入-呆帳提存數-利息費用。

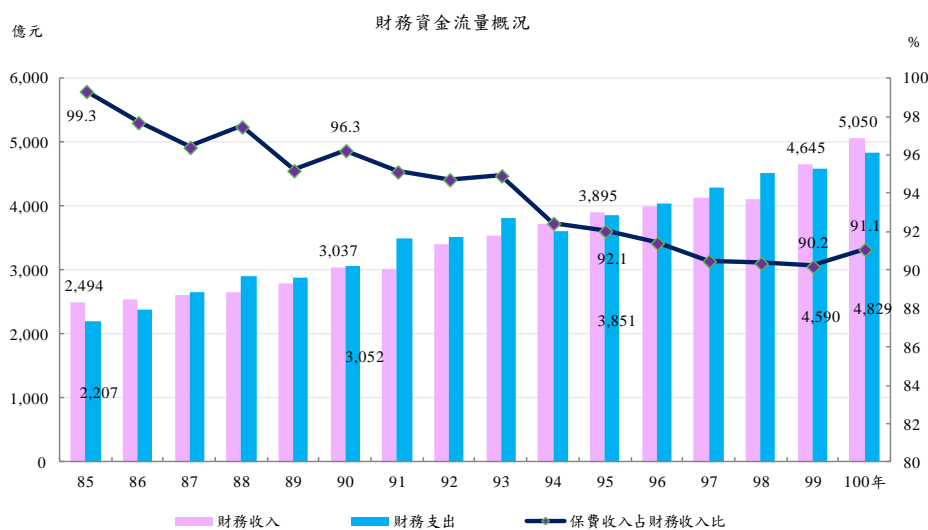
保險成本 = 醫療費用+其他業務外費用。

依全民健康保險法規定，全民健康保險為平衡保險財務，應提列安全準備，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

歷年保險收入呈上升趨勢，85年至100年平均年增率為4.87%；91年及92年因保險費率調整(由4.25%調整為4.55%)及軍公教人員改以全薪投保，年增率較前後其他年度為高；99年大幅成長，係因4月起調整保險費率為5.17%。保險支出於91年9月全面實施總額支付制度後，92年起年增率均低於5%，85年至100年平均年增率為4.92%。保險財務自87年起發生短絀，缺口呈日益擴大現象，90年底，安全準備累計餘額已低於健保法規定之一個月保險給付支出，至96年3月底，安全準備全數用罄，累計健保財務收支首度呈現短絀。99年起因調整保險費率，保險收支出現剩餘，100年底，累計尚待填補之短絀數降低為55億元。

(三) 全民健保資金流量概況

90 年以來健保財務收入平均年增率 5.2%；財務支出平均年增率 4.7%。



年	收入	支出	短期借款	餘額
85	2,494	2,207	0	287
86	2,532	2,387	0	145
87	2,607	2,648	0	(41)
88	2,649	2,909	0	(260)
89	2,798	2,872	0	(74)
90	3,037	3,052	0	(15)
91	3,012	3,495	500	16
92	3,403	3,514	150	39
93	3,529	3,808	290	12
94	3,720	3,614	(105)	1
95	3,895	3,851	(75)	(31)
96	3,987	4,029	70	29
97	4,118	4,277	125	(34)
98	4,109	4,512	410	6
99	4,645	4,590	(83)	(29)
100	5,050	4,829	(217)	4

備註：收入 = 政府保險費補助款+被保險人暨投保單位保險費+資金運用收益+代辦醫療收入+代位求償收入+公益彩券、運動彩券及菸品健康福利捐+其他收入。
支出 = 醫療費用+存出保證金+利息費用+其他支出。

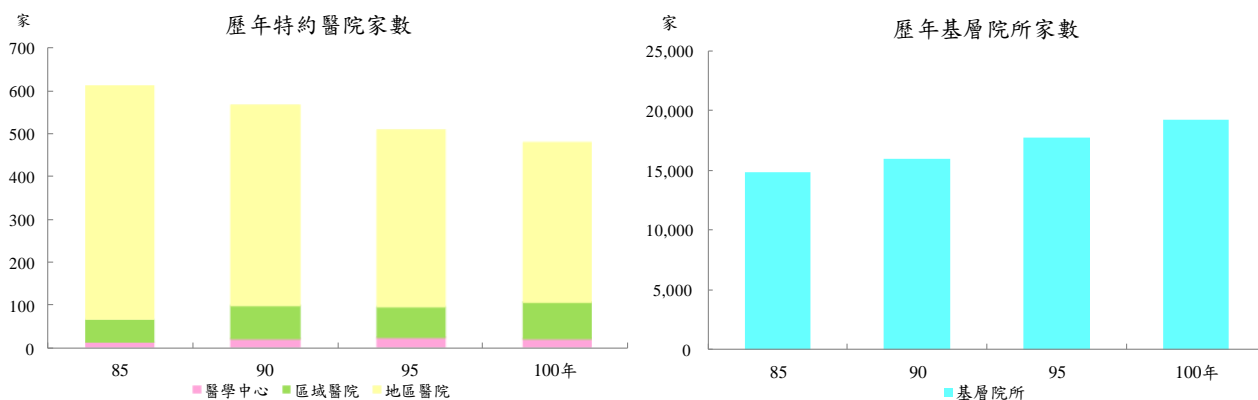
90 年以來健保財務收入平均年增率為 5.2%，其中保費收入（含滯納金）為 4.6%，財務支出平均年增率為 4.7%。99 年 4 月起健保費率調整至 5.17%，當年度財務收入達 4,645 億元，其中保費收入較上年大幅增加 12.83%，財務支出 4,590 億元；償還銀行融資 83 億元。100 年財務收入 5,050 億元，保費收入較上年亦增加了 9.82%，財務支出 4,829 億元；償還銀行融資 217 億元，截至 100 年底累計短期借款為 1,065 億元。

100 年全民健保安全準備金收入 261 億元，公益彩券及菸品健康福利捐為主要來源，占 98.3%，保險費滯納金占 1.7%；支出 262 億元，全數用於填補保險收支短絀。

三、特約醫事服務機構概況

(一) 特約醫事服務機構家數

地區醫院逐年減少，基層院所及其他醫事服務機構呈現逐年增加現象。



年	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	其他	成長率
84	15,662	13	48	568	13,970	1,063	...
85	18,338	13	52	544	14,820	2,909	17.1
86	19,619	14	56	534	15,264	3,751	7.0
87	19,932	17	61	496	15,520	3,838	1.6
88	19,966	18	63	503	15,585	3,797	0.2
89	19,983	22	71	484	15,755	3,651	0.1
90	20,071	23	74	468	15,993	3,513	0.4
91	20,997	23	80	450	16,405	4,039	4.6
92	21,587	23	80	437	16,719	4,328	2.8
93	22,383	24	80	427	17,125	4,727	3.7
94	22,965	21	73	417	17,420	5,034	2.6
95	23,207	24	70	414	17,781	4,918	1.1
96	23,478	23	72	397	18,048	4,938	1.2
97	23,874	23	77	383	18,346	5,045	1.7
98	24,423	23	78	385	18,591	5,346	2.3
99	25,031	23	81	378	18,906	5,643	2.5
100	25,747	22	83	374	19,284	5,984	2.9

備註：其他包含藥局、醫事檢驗所、居家護理機構、精神復健機構、物理、職能治療所、醫事放射所。

為使民眾獲得完善的醫療服務，截至 100 年底特約醫事服務機構家數合計為 25,747 家，較 90 年增加 5,676 家或 28.3%，其中醫學中心減少 1 家，區域醫院增加 9 家，地區醫院減少 94 家，基層院所增加 3,291 家，其他醫事服務機構增加 2,471 家。

100 年底特約醫事服務機構家數較上年成長 2.9%。

(二) 特約醫事服務機構密度

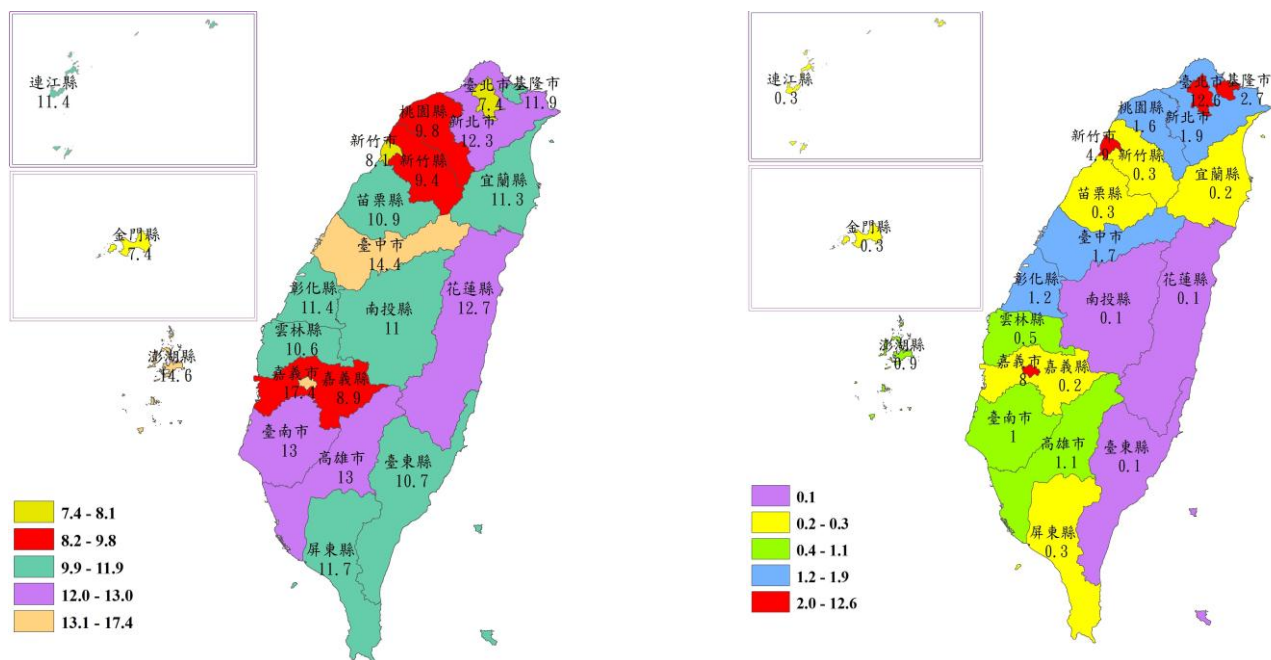
每萬保險對象及每平方公里特約醫事服務機構數均逐年上升。

每萬保險對象特約醫事服務機構數

100年

每平方公里特約醫事服務機構數

100年



特約醫事服務機構密度

單位：家

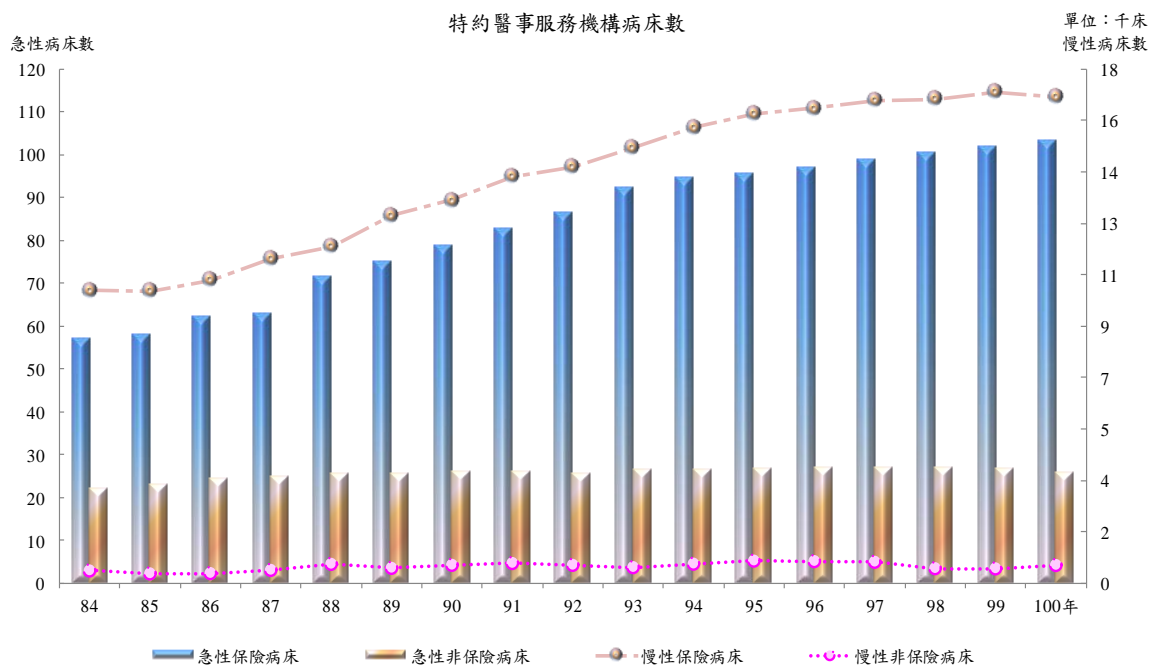
	特約醫事服務機構數	每萬保險對象特約醫事服務機構數	每平方公里特約醫事服務機構數
85年	18,338	9.2	0.5
90年	20,071	9.3	0.6
95年	23,207	10.3	0.6
100年	25,747	11.1	0.7

100年底每萬保險對象所當特約醫事服務機構數為11.1家，以嘉義市17.4家最高；每平方公里特約醫事服務機構為0.7家，以臺北市12.6家最高。

資料來源：內政部「內政統計月報」、行政院衛生署中央健康保險局「全民健康保險統計」。

(三) 特約醫事服務機構病床數

急性病床數呈逐年增加趨勢。



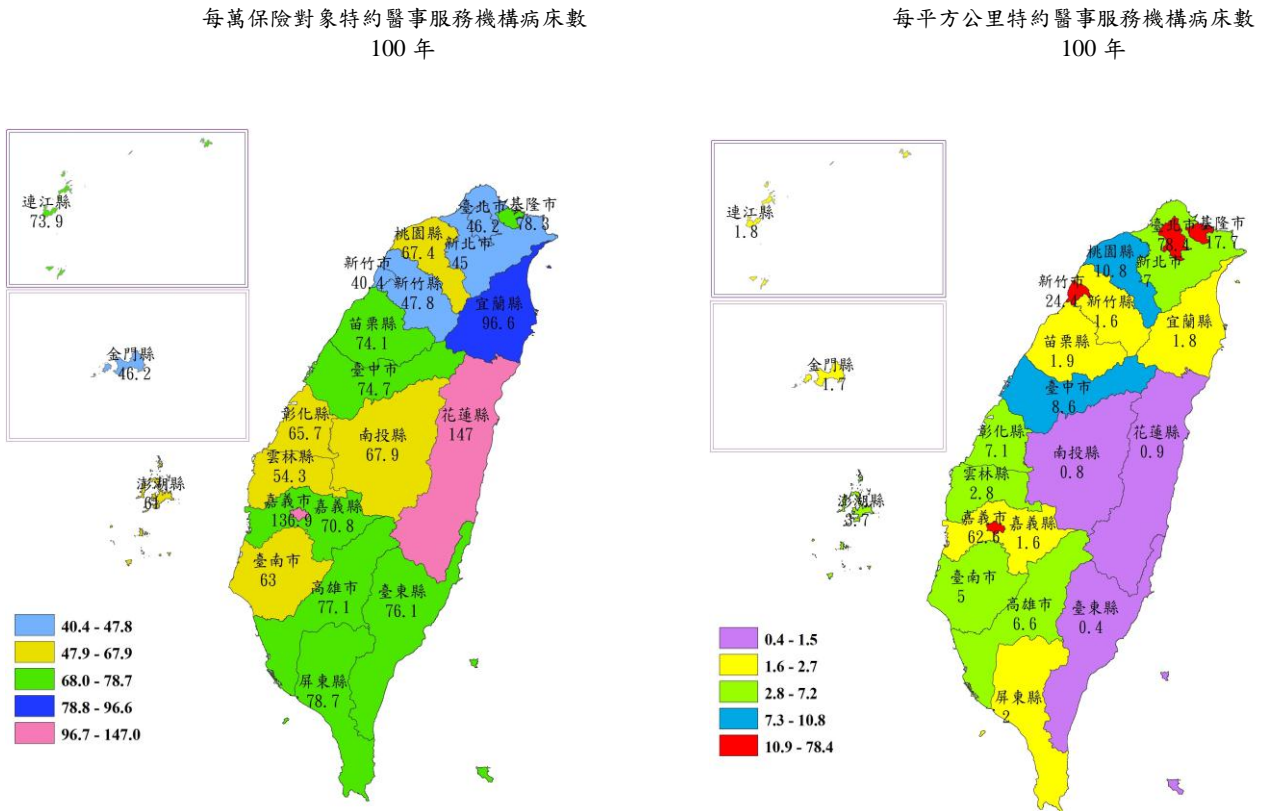
特約醫事服務機構病床數																	
年	單位：床																
	病床總計	保險病床總計	非保險病床總計	急性病床										慢性病床			
				合計	一般病床	精神病床	加護病床	燒傷病床	血液透析床	嬰兒床	急診暫留床	其他	合計	一般病床	精神病床	其他	
84	89,659	67,200	22,459	78,980	60,092	2,783	3,903	242	3,640	4,369	2,749	1,202	10,679	4,459	6,011	209	
85	91,239	67,951	23,288	80,683	60,902	2,751	4,221	287	3,681	4,481	2,934	1,426	10,556	4,534	5,778	244	
86	97,310	72,669	24,641	86,375	64,094	3,561	4,490	309	4,159	4,924	3,082	1,756	10,935	4,388	6,322	225	
87	99,403	74,212	25,191	87,569	64,350	3,694	4,733	323	4,328	4,999	3,143	1,999	11,834	4,293	7,368	173	
88	109,371	83,277	26,094	96,921	65,769	4,356	5,099	347	6,922	7,079	5,300	2,049	12,450	4,013	8,333	104	
89	113,821	87,926	25,895	100,429	65,544	4,700	5,327	361	7,531	7,742	6,142	3,082	13,392	4,089	9,194	109	
90	118,579	92,000	26,579	104,532	67,014	5,056	5,557	369	8,465	7,708	6,348	4,015	14,047	4,113	9,808	126	
91	123,732	96,993	26,739	108,781	67,253	5,234	5,982	372	9,305	7,554	6,885	6,196	14,951	4,243	10,612	96	
92	127,040	100,989	26,051	111,835	65,863	5,550	6,261	364	10,226	7,318	7,164	9,089	15,205	4,045	11,073	87	
93	134,068	107,364	26,704	118,252	68,909	5,793	6,583	381	11,059	7,127	7,749	10,651	15,816	4,180	11,551	85	
94	137,289	110,310	26,979	120,662	69,272	5,975	6,897	371	12,061	6,988	7,948	11,150	16,627	4,238	12,304	85	
95	139,298	112,013	27,285	122,077	69,553	5,996	6,988	367	12,594	6,877	8,213	11,489	17,221	4,089	13,047	85	
96	141,370	113,749	27,621	123,982	70,424	6,231	7,037	366	13,504	6,810	8,320	11,290	17,388	3,992	13,311	85	
97	143,121	115,466	27,655	125,463	70,625	6,437	7,143	343	14,141	6,651	8,640	11,483	17,658	3,980	13,593	85	
98	144,794	117,437	27,357	127,330	71,110	6,580	7,164	340	14,819	6,571	8,877	11,869	17,464	3,717	13,660	87	
99	146,187	119,054	27,133	128,489	71,035	6,793	7,311	351	15,324	6,358	8,879	12,438	17,698	3,665	13,946	87	
100	146,377	120,078	26,299	128,727	70,797	6,966	7,335	347	15,890	6,172	8,816	12,404	17,650	3,862	13,701	87	

為提供民眾有效率與高品質的醫療照護服務，特約醫事服務機構病床數近年來呈遞增趨勢，100年底特約醫事服務機構病床數為146,377床，較上年增加190床或0.1%，其中急性病床為128,727床，較上年增加238床或0.2%；慢性病床為17,650床，較上年減少48床或0.3%。

健保開辦以來特約醫事服務機構總病床數增加63.3%，急性病床增加63.0%，其中以血液透析床增加336.5%最高，急診暫留床增加220.7%次之，精神病床增加150.3%第三，加護病床增加87.9%，燒傷病床及嬰兒床亦分別增加43.4%及41.3%。慢性病床增加65.3%，其中精神病床增加127.9%，一般病床則減少13.4%。

(四) 特約醫事服務機構病床密度

每萬保險對象特約醫事服務機構病床數逐年成長，花蓮縣 147.0 床最高。



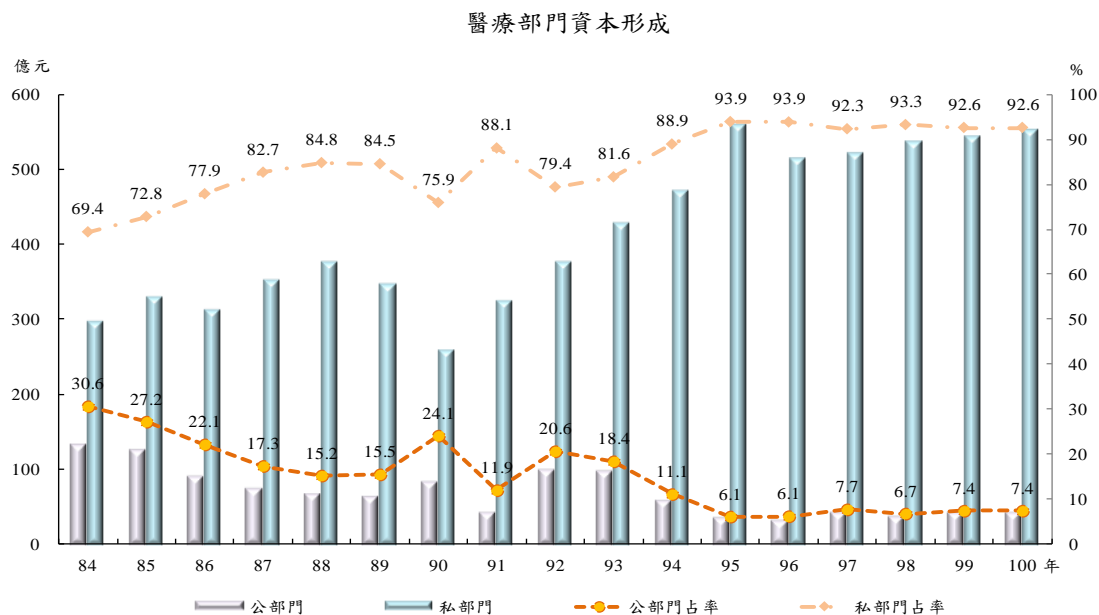
特約醫事服務機構病床密度			
單位：床			
	特約醫事服務機構 病床數	每萬保險對象 特約醫事服務機構病床數	每平方公里 特約醫事服務機構病床數
85年	91,239	45.5	2.5
90年	118,579	54.8	3.3
95年	139,298	62.0	3.8
100年	146,377	63.1	4.0

100 年底每萬保險對象所當特約醫事服務機構病床數為 63.1 床，以花蓮縣 147.0 床最高，新竹市 40.4 床最低；每平方公里特約醫事服務機構病床數為 4.0 床，以臺北市 78.4 床最高，臺東縣 0.4 床最低。

資料來源：內政部「內政統計月報」、行政院衛生署中央健康保險局「全民健康保險統計」。

(五) 醫療部門資本形成

近年公部門呈現下降趨勢，私部門呈上升趨勢。



	總計	公部門		私部門	
		金額	占率	金額	占率
84年	430	132	30.6	298	69.4
85年	453	123	27.2	330	72.8
86年	402	89	22.1	313	77.9
87年	427	74	17.3	353	82.7
88年	445	68	15.2	377	84.8
89年	412	64	15.5	348	84.5
90年	343	83	24.1	260	75.9
91年	370	44	11.9	326	88.1
92年	474	98	20.6	376	79.4
93年	524	96	18.4	427	81.6
94年	531	59	11.1	472	88.9
95年	595	36	6.1	559	93.9
96年	548	34	6.1	514	93.9
97年	564	43	7.7	521	92.3
98年	574	39	6.7	536	93.3
99年	586	43	7.4	543	92.6
100年	596	44	7.4	552	92.6

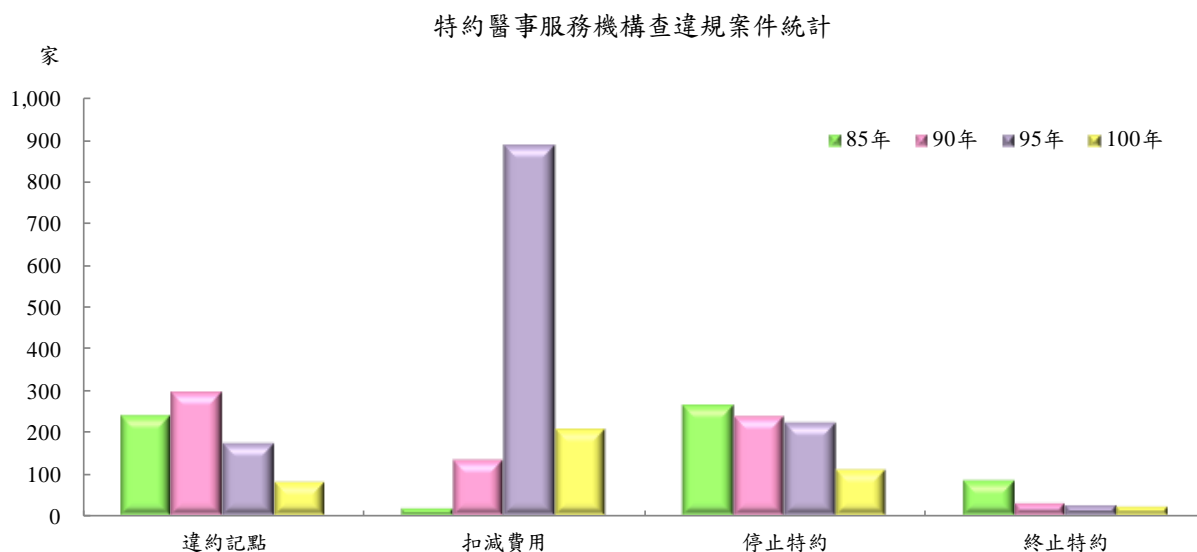
隨著醫療科技日新月異，醫療成本逐漸提高，民眾亦因知識水準提高及科技進步，對醫療服務「品質」的要求也愈來愈高，致各醫療院所莫不致力於提昇醫療品質，以滿足民眾整體的健康照護需求。

100年公部門資本形成44億元，私部門資本形成552億元，總計596億元。近年來私部門資本形成呈上升趨勢，由90年260億元上升至100年552億元，漲幅高達112.2%，公部門資本形成則呈下降趨勢。就占率而言，公部門由84年30.6%下降至100年7.4%，私部門則由84年69.4%成長至100年92.6%。

資料來源：行政院衛生署「國民醫療保健支出」。

(六) 查核特約醫事服務機構違規案件統計

100年特約醫事服務機構查處計420家違規，占特約醫療院所1.6%。



	合計	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約
84年	223	159	4	40	20
85年	604	238	19	262	85
86年	571	126	34	250	161
87年	616	165	62	246	143
88年	839	445	97	230	67
89年	633	304	76	218	35
90年	701	295	135	238	33
91年	790	421	288	56	25
92年	1,438	412	853	162	11
93年	1,344	231	1,019	90	4
94年	999	192	568	228	11
95年	1,309	174	885	224	26
96年	572	165	241	149	17
97年	446	136	154	138	18
98年	536	68	234	207	27
99年	541	159	215	114	53
100年	420	81	204	111	24

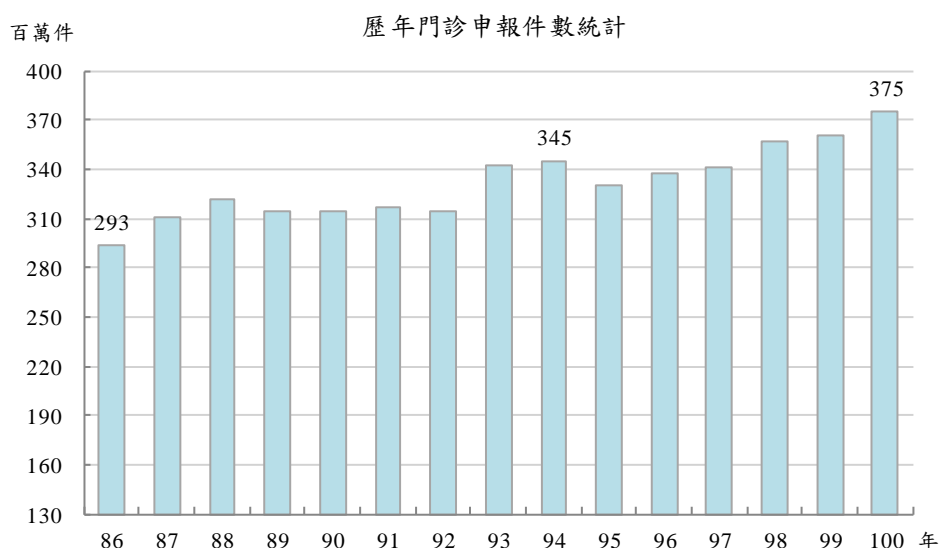
為避免健保醫療資源浪費，維護保險對象就醫安全與品質，本局除加強查察密醫看診及虛報詐領健保醫療給付情事，並協調檢警調單位會同查辦重大違法案件，凡有違規事證者，均依規定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約處分。凡經查獲之重大違規情事，均於網站公布，以達嚇阻作用，進一步保障保險對象就醫權益。

從特約醫事服務機構查處案件結構比觀察，近年以扣減費用占率最高，終止特約最低。100年特約醫事服務機構中遭違約記點查處者81家，扣減費用204家，停止特約111家，終止特約24家，共計420家違規，占特約醫療院所25,747家1.6%。

四、醫療利用概況

(一) 門診醫療服務件數申報概況

96年後門診申報件數呈逐年增加趨勢。



項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報件數(百萬件)	293	311	322	315	314	318	315	343	345	330	338	341	357	361	375
申報件數年增率(%)	7.6	6.1	3.5	-2.2	-0.4	1.1	-0.8	8.9	0.6	-4.4	2.3	1.0	4.6	1.1	4.0
保險對象平均申報件數(件/每人)	14.3	15.0	15.3	14.7	14.5	14.5	14.3	15.5	15.5	14.7	14.8	14.9	15.5	15.6	16.2

備註：1.申報件數含代辦案件，不含藥局及醫事檢驗機構申報件數。
2.保險對象平均申報件數=申報件數/年底保險對象人數。

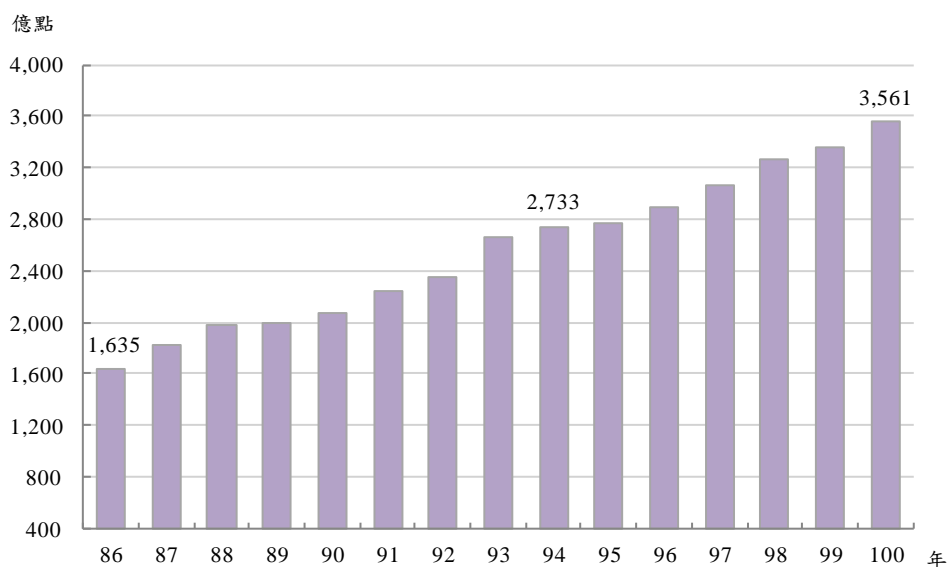
86年至100年門診申報件數從293百萬件增加至375百萬件，14年平均年增率為1.8%；其間86年及87年有較大幅度成長，年成長率各為7.6%及6.1%；88年8月1日實施「高診次部分負擔」、「門診藥品部分負擔」及「復健治療及中醫傷科門診部分負擔」調整方案，成長率降至3.5%，89年更呈現負成長，92年因SARS（嚴重急性呼吸道症候群）事件，民眾看診次數減少，致93年有較大年增率8.9%，94年6月修訂「全民健康保險保險對象自付之西醫門診基本部分負擔費用與急診部分負擔費用」，致95年成長率為負4.4%，96年後門診申報件數逐年成長，成長率介於1.0%~4.6%。

86年至100年門診保險對象平均申報件數介於14~16件，其中86年至88年呈增加趨勢，89年至92年呈小幅減少趨勢，95年至100年近6年則呈增加趨勢，100年保險對象平均申報件數為16件。

(二) 門診醫療費用申報概況

近年門診申報費用成長已趨穩定。

歷年門診申報費用統計



歷年門診醫療費用申報概況

項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報費用(億點)	1,635	1,831	1,979	1,987	2,069	2,243	2,348	2,660	2,733	2,772	2,894	3,066	3,260	3,360	3,561
申報費用年增率(%)	9.2	11.9	8.1	0.4	4.1	8.4	4.7	13.3	2.7	1.4	4.4	5.9	6.3	3.1	6.0
平均每件申報費用(點)	557	588	614	631	659	707	746	776	792	840	857	899	914	932	950
平均每件申報費用年增率(%)	1.5	5.5	4.4	2.7	4.5	7.2	5.5	4.0	2.1	6.1	2.1	4.9	1.6	2.0	1.9

備註：1.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。

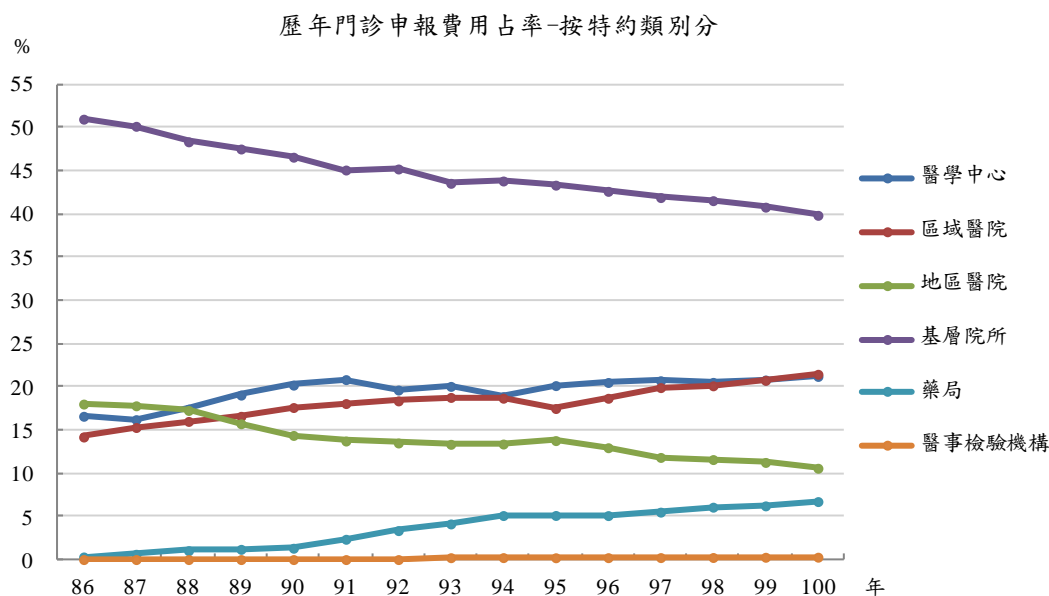
2.86~90年申報費用單位為億元。

86年至100年門診申報費用從1,635億點增加至3,561億點，14年平均年增率為5.7%；期間86~88年申報費用年增幅約在8%~12%間，為抑制醫療費用的成長，遂於87年7月起逐步推行「總額預算支付制度」，於91年7月起全面實施；同時並進行支付制度的改革、藥價調整作業及對違規醫療院所核扣費用等各項節流措施。除92年因SARS（嚴重急性呼吸道症候群）事件，民眾看診次數減少，致93年有較大的費用增幅外，近年門診申報費用成長已趨緩，100年門診申報費用為3,561億點，年增率為6.0%。

健保自開辦以來，平均每件申報費用逐年增加，年增率於91年最高為7.2%，該年平均每件申報費用為707點；100年平均每件申報費用為950點，較上年增加1.9%。

(三) 特約類別門診醫療費用申報概況

醫學中心及區域醫院門診申報費用占率呈增加趨勢。



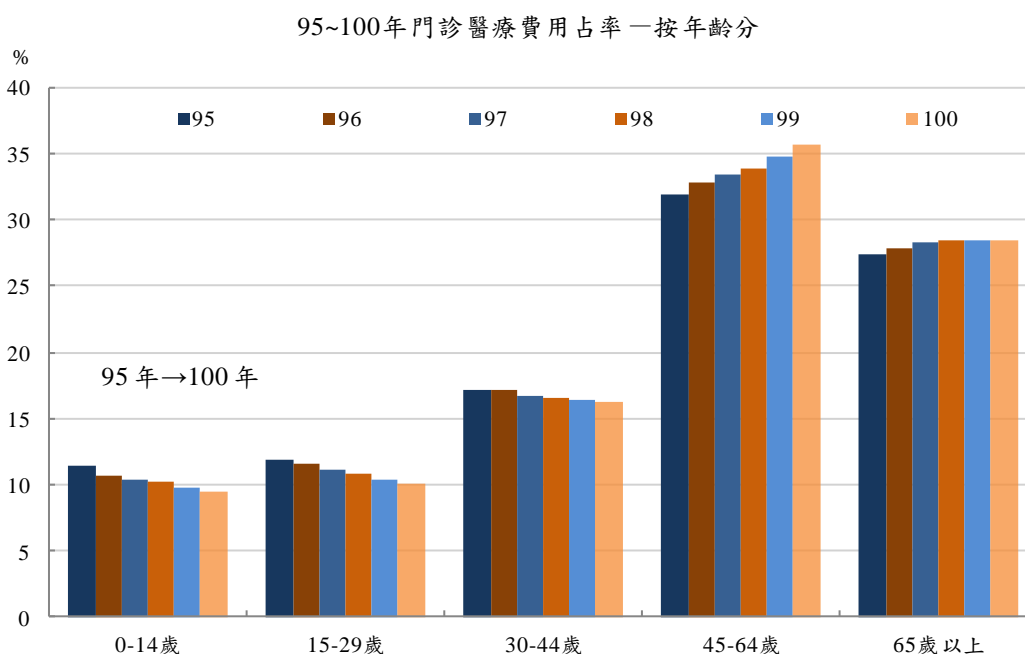
特約類別\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
總計	1,635	1,831	1,979	1,987	2,069	2,243	2,348	2,660	2,733	2,772	2,894	3,066	3,260	3,360	3,561
醫學中心	271	296	344	378	418	467	461	533	515	558	593	634	668	698	755
區域醫院	232	280	316	329	364	405	431	499	510	484	540	610	655	697	763
地區醫院	294	326	341	312	297	308	317	355	365	382	374	362	377	378	376
基層院所	833	918	956	944	963	1,011	1,061	1,158	1,197	1,201	1,233	1,284	1,354	1,370	1,418
藥局	5	11	20	24	27	53	79	110	139	141	147	168	198	209	239
醫事檢驗機構	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	6	7	8	9	10

備註：1. 申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
 2. 86~90年申報費用單位為億元。
 3. 基層院所含居家照護、社區精神復健及助產所。
 4. 醫事檢驗機構含物理治療所、醫事放射所及職能治療所。

86年至100年門診申報費用占率均以基層院所居冠，惟呈逐年下降趨勢，至100年降至39.8%，與86年的51.0%相較，減少11.2個百分點；地區醫院申報費用占率亦呈下降趨勢，86至87年健保開辦初期，占率居次，88年後已居第4，至100年地區醫院申報費用占率為10.6%，與86年的18.0%相較，減少約7.4個百分點。醫學中心及區域醫院近年門診申報費用占率已相當，醫學中心占率約介於16%~21%，呈緩慢增加趨勢，100年增至21.2%，與86年的16.6%相較，增加4.6個百分點；區域醫院申報費用占率，除86、94與95年外，其餘年度皆較上年增加，100年占率為21.4%，首度超越醫學中心，與86年的14.2%相較，增加7.2個百分點。

(四) 性別年齡別門診醫療費用(含自行負擔)統計

0~14 及 15~29 歲年齡組醫療費用占率呈下降趨勢。



門診醫療費用-按性別年齡分

單位:百萬點

年齡\年	95			96			97			98			99			100		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
總計	303,719	145,491	158,227	316,248	151,579	164,669	333,465	160,069	173,396	353,422	170,114	183,309	363,661	175,459	188,202	384,888	186,435	198,453
0-14歲	34,956	19,261	15,696	34,030	18,820	15,210	34,805	19,356	15,449	36,029	20,057	15,972	35,635	19,835	15,801	36,438	20,377	16,061
15-29歲	36,214	16,133	20,081	36,538	16,333	20,204	37,073	16,648	20,425	38,376	17,419	20,958	37,996	17,529	20,466	38,556	18,002	20,554
30-44歲	52,313	23,879	28,434	54,053	24,766	29,287	55,745	25,691	30,053	58,415	26,987	31,428	59,579	27,844	31,734	62,554	29,350	33,204
45-64歲	97,016	45,134	51,882	103,701	48,578	55,123	111,411	52,446	58,965	119,837	56,758	63,078	126,691	60,341	66,350	137,586	66,127	71,459
65歲以上	83,220	41,085	42,135	87,927	43,082	44,845	94,432	45,928	48,504	100,766	48,893	51,873	103,759	49,909	53,850	109,754	52,579	57,175

備註：醫療費用含代辦案件及自行負擔。

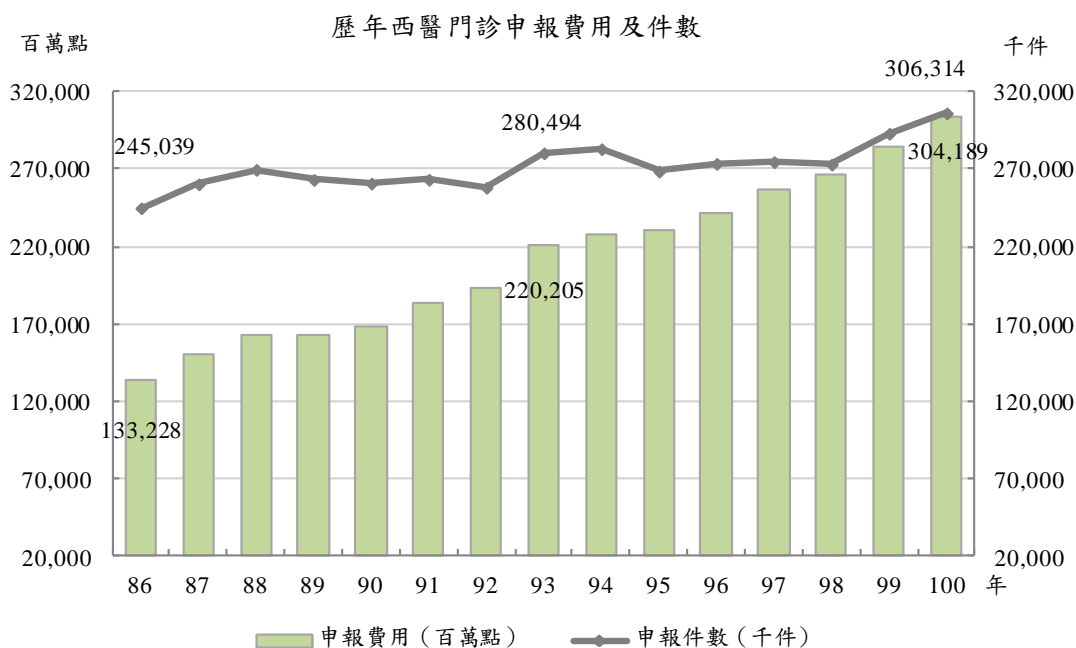
95年至100年門診醫療費用(含自行負擔)逐年增加,100年為384,888百萬點,較95年增加26.7%;依年齡分,以45~64歲增加41.8%為最多,增幅最少為0~14歲的4.2%;依性別分,男性門診醫療費用(含自行負擔)增幅28.1%,高於女性的25.4%。

95年至100年門診醫療費用(含自行負擔)占率(占全部醫療費用比率)依年齡分,0~14歲、15~29歲及30~44歲呈緩慢下降趨勢,前二者占率減少約2個百分點,30~44歲減少1個百分點,45~64歲占率則呈增加趨勢,5年來增加3.8個百分點,65歲以上占率,從95年的27.4%增加至98年的28.5%,99年及100年維持在28.5%。

95年至100年門診醫療費用(含自行負擔)依性別分,男性占率在48%左右,女性占率在52%左右,各年兩性差距約為3~4個百分點,有逐年縮小的趨勢;進一步依年齡別分,除0~14歲年齡組,男性占率高於女性,其餘年齡組男性占率均小於女性。

(五) 西醫門診醫療利用

歷年西醫門診保險對象平均申報件數 12~13 件。



項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報件數(千件)	245,039	260,496	269,830	263,347	260,970	263,411	258,273	280,494	283,177	268,712	273,719	274,823	287,758	293,140	306,314
申報費用(百萬點)	133,228	150,037	162,794	162,260	168,373	183,714	192,722	220,205	227,458	231,131	241,271	256,162	273,523	284,693	304,189
醫療費用(百萬點)	146,837	164,722	179,562	182,313	189,526	204,999	213,706	241,441	249,808	253,752	264,079	278,783	296,559	308,132	328,652
平均每件醫療費用(點)	599	632	665	692	726	778	827	861	882	944	965	1,014	1,031	1,051	1,073
保險對象平均申報件數	12	13	13	12	12	12	12	13	13	12	12	12	12	13	13

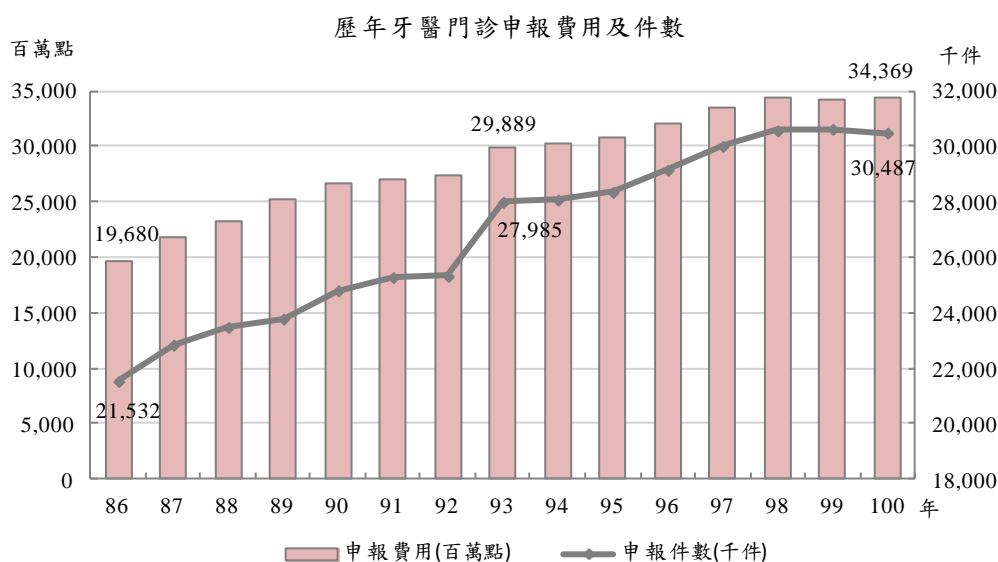
備註：1.申報件數含代辦案件。
 2.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
 3.醫療費用含代辦案件及自行負擔。
 4.費用單位：86~90年為百萬元，91~100年為百萬點。
 5.保險對象平均申報件數=申報件數/年底保險對象人數。

86年至95年，西醫門診申報件數消長互見，96年後，申報件數持續成長，100年申報件數為306百萬件，較上年增加4.5%；86年至100年西醫門診申報費用，除89年為負成長，其餘年度均為正成長，100年申報費用304,189百萬點，較上年增加6.8%；86年至100年西醫含自行負擔之醫療費用逐年增加，100年費用328,652百萬點，較上年增加6.7%，增幅與申報費用相當。

86年至100年，平均每件醫療費用逐年增加，年增率在2%~7%間，100年西醫平均每件醫療費用為1,073點，較上年的1,051點增加22點；歷年西醫門診保險對象平均申報件數約為12~13件，無明顯變化。

(六) 牙醫門診醫療利用

近年牙醫門診保險對象平均申報件數 1.3 件。



項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報件數(千件)	21,532	22,845	23,482	23,784	24,802	25,278	25,319	27,985	28,070	28,348	29,147	30,007	30,565	30,622	30,487
申報費用(百萬點)	19,680	21,721	23,284	25,121	26,712	27,077	27,314	29,889	30,151	30,809	32,025	33,482	34,311	34,188	34,369
醫療費用(百萬點)	20,703	22,806	24,417	26,311	27,955	28,332	28,528	31,202	31,460	32,130	33,383	34,882	35,738	35,625	35,799
平均每件醫療費用(點)	962	998	1,040	1,106	1,127	1,121	1,127	1,115	1,121	1,133	1,145	1,162	1,169	1,163	1,174
保險對象平均申報件數	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3

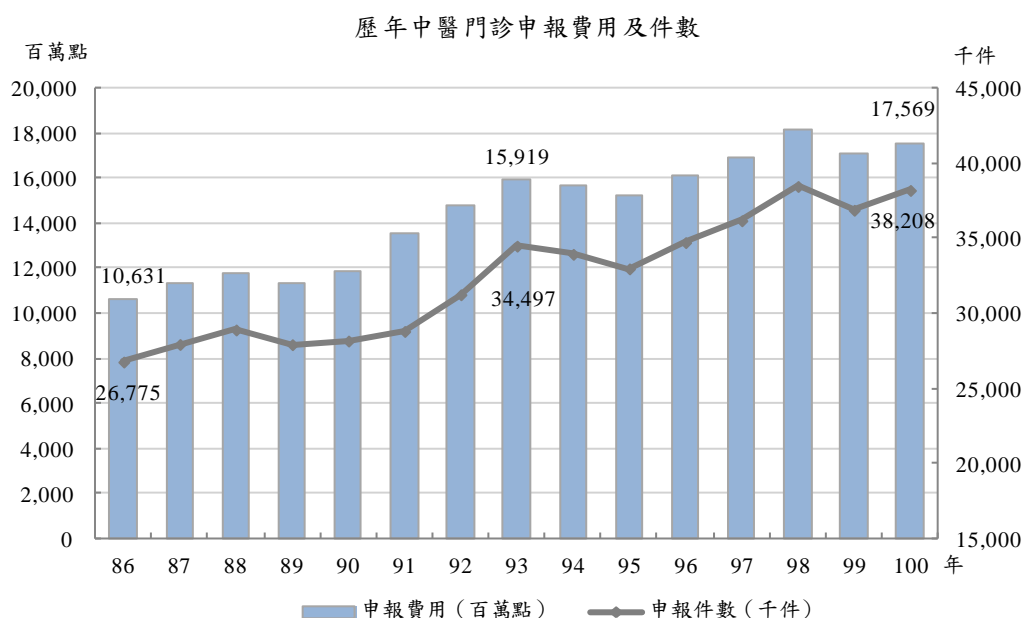
備註：1.申報件數含代辦案件。
 2.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
 3.醫療費用含代辦案件及自行負擔。
 4.費用單位：86~90年為百萬元，91~100年為百萬點。
 5.保險對象平均申報件數=申報件數/年底保險對象人數。

86年至99年牙醫申報件數逐年成長，除87年、90年及93年較高，各為6.1%、4.3%及10.5%外，其餘年度成長率均在3%以下，100年申報件數30,487千件，較上年減少0.4%；86年至100年，牙醫申報費用除99年減少0.4%，其餘年度增率均增加，87年至90年增率約介於6%~10%，其後除93年因92年SARS事件，年增率較高為9.4%外，申報費用成長已趨緩；牙醫含自行負擔之醫療費用趨勢與幅度與申報費用幾相同，除99年減少0.3%，其餘年度牙醫醫療費用增率均增加。

除91年、93年及99年外，86年至100年牙醫醫療費用增幅均大於件數成長幅度，致平均每件醫療費用持續增加，年增率在87年至89年較高，各為3.8%、4.2%及6.4%，100年平均每件醫療費用1,174點，較上年增加0.9%；歷年牙醫門診保險對象平均申報件數無顯著變化，近幾年為1.3件。

(七) 中醫門診醫療利用

中醫門診保險對象平均申報件數介於 1.3~1.7 件。



項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報件數(千件)	26,775	27,946	28,911	27,933	28,175	28,812	31,258	34,497	33,952	32,983	34,734	36,186	38,472	36,888	38,208
申報費用(百萬點)	10,631	11,297	11,792	11,303	11,832	13,551	14,754	15,919	15,700	15,272	16,077	16,911	18,146	17,126	17,569
醫療費用(百萬點)	11,868	12,594	13,528	13,615	14,217	15,782	17,217	18,575	18,304	17,837	18,787	19,800	21,125	19,903	20,437
平均每件醫療費用(點)	443	451	468	487	505	548	551	538	539	541	541	547	549	540	535
保險對象平均申報件數	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	1.3	1.4	1.6	1.5	1.5	1.5	1.6	1.7	1.6	1.6

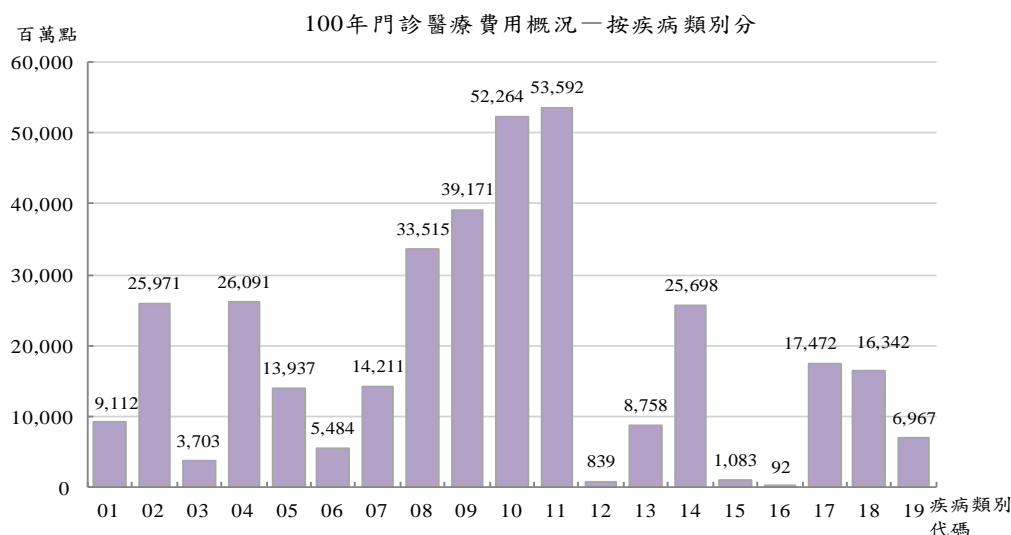
備註：1.申報件數含代辦案件。
 2.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
 3.醫療費用含代辦案件及自行負擔。
 4.費用單位：86~90年為百萬元，91~100年為百萬點。
 5.保險對象平均申報件數=申報件數/年底保險對象人數。

中醫申報件數除 93 年年增率較高為 10.4% 外，86 年至 100 年件數消長互見，100 年件數為 38,208 千件，較上年增加 3.6%；中醫申報費用 91 年年增率較高為 14.5%，其餘年度申報費用亦是消長互見，100 年申報費用為 17,569 百萬點，較上年增加 2.6%；86 年至 100 年中醫申報件數與費用增率，在 89 年、94 年、95 年及 99 年為負，其餘年度均為正。

86 年至 100 年中醫平均每件醫療費用，除 93 年、99 年及 100 年較上年減少外，其餘年度均較上年增加，增率於 91 年最高達 8.6%，其餘年度則在 5% 以下。100 年中醫平均每件醫療費用 535 點，較上年減少 0.9%；中醫門診保險對象平均申報件數則介於 1.3~1.7 件間。

(八) 疾病別門診醫療利用

就醫人數以呼吸系統疾病最多。



疾病類別代碼	疾病別	人數 (千人)	件數 (千件)	醫療費用 (百萬點)	平均每件費用 (點)
	總計	21,556	355,010	354,376	998
01	傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	4,648	8,750	9,112	1,041
02	惡性腫瘤	508	5,046	25,971	5,147
03	其他腫瘤	1,343	2,083	3,703	1,778
04	內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	4,146	13,811	26,091	1,889
05	精神疾患	2,241	9,073	13,937	1,536
06	神經系統之疾病(腦膜炎除外)	1,238	3,092	5,484	1,774
07	感覺器官疾病	8,035	21,280	14,211	668
08	循環系統疾病	4,416	19,622	33,515	1,708
09	呼吸系統疾病	16,676	93,114	39,171	421
10	消化系統疾病	15,075	53,173	52,264	983
11	泌尿生殖器官之疾病	5,312	17,975	53,592	2,981
12	妊娠、生產及產褥期之併發症	372	968	839	867
13	皮膚及皮下組織之疾病	7,789	19,806	8,758	442
14	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	7,081	28,286	25,698	908
15	先天性畸形	250	559	1,083	1,937
16	源於周產期之病態(新生兒破傷風除外)	56	85	92	1,075
17	症狀、徵候及診斷欠明之病態	10,819	26,937	17,472	649
18	損傷及中毒	7,121	18,865	16,342	866
19	需要醫療服務之其他原因(V分類)	6,248	12,407	6,967	562

備註：本表醫療費用＝申報費用＋自行負擔。

100年門診就醫人數總計 21,556 千人，其中以呼吸系統疾病就醫人數 16,676 千人為最多，消化系統疾病 15,075 千人居次，症狀、徵候及診斷欠明之病態之各種疾病 10,819 千人再次之；源於周產期之病態（新生兒破傷風除外）就醫人數 56 千人最少，先天性畸形 250 千人次少，妊娠、生產及產褥期之併發症 372 千人再次之。

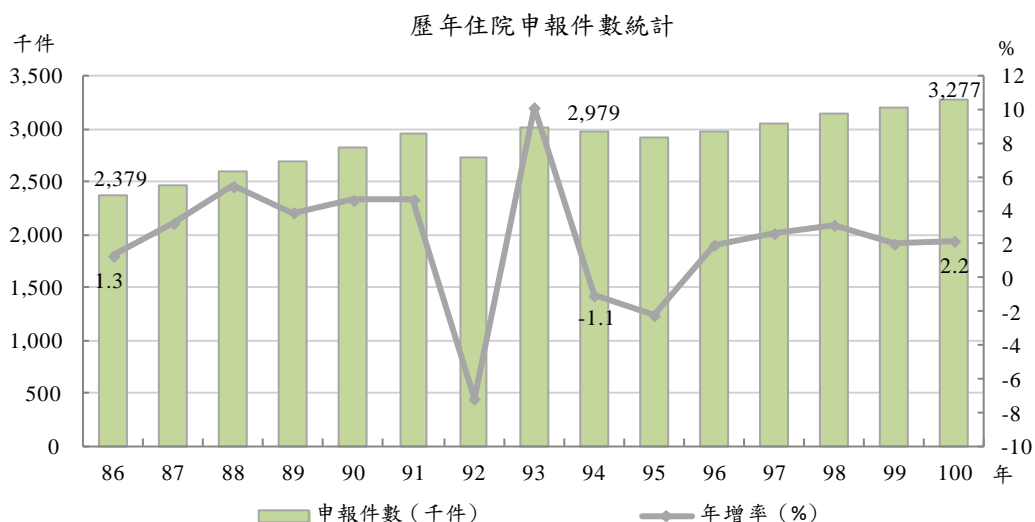
100年門診件數 355,010 千件，其中以呼吸系統疾病（26.2%）最多，消化系統疾病（15.0%）次之，骨骼肌肉系統及結締組織之疾病（8.0%）第三。

100年門診醫療費用 354,376 百萬點，醫療費用前 3 名依序為泌尿生殖器官之疾病（15.1%）、消化系統疾病（14.7%）及呼吸系統疾病（11.1%）。

資料來源：行政院衛生署「全民健康保險醫療統計年報」。

(九) 住院醫療服務件數申報概況

住院申報件數 14 年平均年增率為 2.3%。



歷年住院醫療服務件數申報概況															
項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報件數(千件)	2,379	2,457	2,590	2,691	2,815	2,946	2,734	3,011	2,979	2,913	2,970	3,048	3,144	3,207	3,277
申報件數年增率 (%)	1.3	3.2	5.4	3.9	4.6	4.7	-7.2	10.1	-1.1	-2.2	2.0	2.6	3.1	2.0	2.2
保險對象平均申報件數 (件/每萬人)	1,161	1,183	1,228	1,257	1,300	1,347	1,244	1,360	1,335	1,295	1,302	1,330	1,365	1,390	1,413

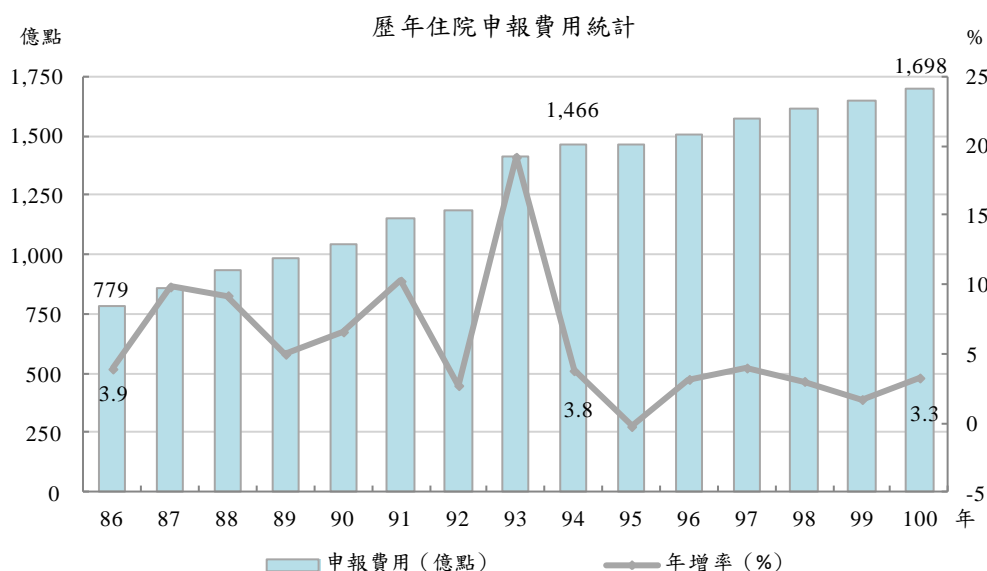
備註：1.申報件數含代辦案件。
2.保險對象平均申報件數=申報件數 / 年底保險對象人數 × 10,000。

86年至100年住院申報件數從2,379千件增加至3,277千件，14年平均年增率為2.3%；其間92年、94年及95年為負成長，其餘年度為正成長。93年有較高成長率10.1%，係因92年SARS（嚴重急性呼吸道症候群）事件，住院件數減少所致。

86年至100年每萬人住院申報件數從1,161件增加至1,413件，14年平均年增率為1.4%；86年至100年每萬人住院申報件數變動較大的年度為93年，較92年增加116件。

(十) 住院醫療費用申報概況

住院申報費用 14 年平均年增率為 5.7%。



歷年住院醫療費用申報概況															
項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
申報費用 (億點)	779	856	935	982	1,046	1,154	1,185	1,413	1,466	1,463	1,509	1,569	1,616	1,644	1,698
申報費用 年增率 (%)	3.9	9.8	9.2	5.0	6.6	10.3	2.7	19.2	3.8	-0.2	3.2	4.0	3.0	1.7	3.3
平均每件 申報費用 (點)	32,760	34,851	36,098	36,478	37,169	39,160	43,343	46,914	49,212	50,216	50,809	51,475	51,420	51,267	51,809
平均每件 申報費用 年增率 (%)	2.6	6.4	3.6	1.1	1.9	5.4	10.7	8.2	4.9	2.0	1.2	1.3	-0.1	-0.3	1.1

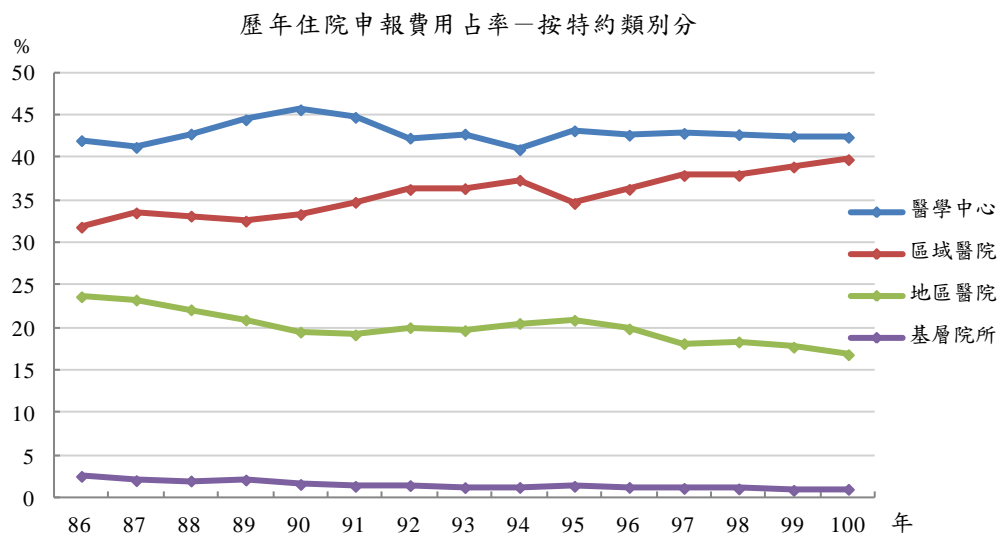
備註：1.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
2.86~90年申報費用單位為億元。

86 年至 100 年住院申報費用從 779 億點增加至 1,698 億點，14 年平均年增率 5.7%；除 95 年年增率為-0.2%外，其餘各年均為正，93 年有較高年增率 19.2%。相較全民健保開辦前幾年，94 年後住院申報費用增幅趨緩，年增率在 4% 以下。

86 年至 100 年住院平均每件申報費用從 32,760 點增加至 51,809 點，14 年平均年增率為 3.3%；除 98 年及 99 年年增率各為-0.1%及-0.3%外，其餘各年均為正，92 年有較高年增率 10.7%。

(十一) 特約類別住院醫療利用概況

區域級以上醫院之住院醫療占率逐年微增，占率達 7~8 成。



年	申報件數(千件)					申報費用(百萬點)				
	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
86	2,379	600	703	967	110	77,944	32,731	24,805	18,429	1,979
87	2,457	629	773	962	92	85,614	35,271	28,683	19,917	1,744
88	2,590	704	841	948	97	93,499	39,988	30,969	20,676	1,866
89	2,691	783	902	899	108	98,156	43,623	31,934	20,529	2,070
90	2,815	865	1,023	840	87	104,629	47,725	34,851	20,393	1,660
91	2,946	900	1,136	829	81	115,363	51,602	40,076	22,108	1,577
92	2,734	814	1,090	750	80	118,497	50,108	42,953	23,713	1,722
93	3,011	944	1,209	783	74	141,251	60,401	51,348	27,781	1,721
94	2,979	902	1,221	786	71	146,608	59,994	54,739	30,067	1,809
95	2,913	950	1,120	774	70	146,259	63,101	50,615	30,538	2,005
96	2,970	960	1,201	744	65	150,890	64,330	54,718	29,972	1,870
97	3,048	989	1,300	699	61	156,908	67,227	59,456	28,465	1,760
98	3,144	1,013	1,352	719	60	161,653	69,023	61,270	29,637	1,723
99	3,207	1,035	1,427	694	51	164,416	69,864	63,948	29,132	1,472
100	3,277	1,059	1,499	659	60	169,792	71,976	67,507	28,580	1,729

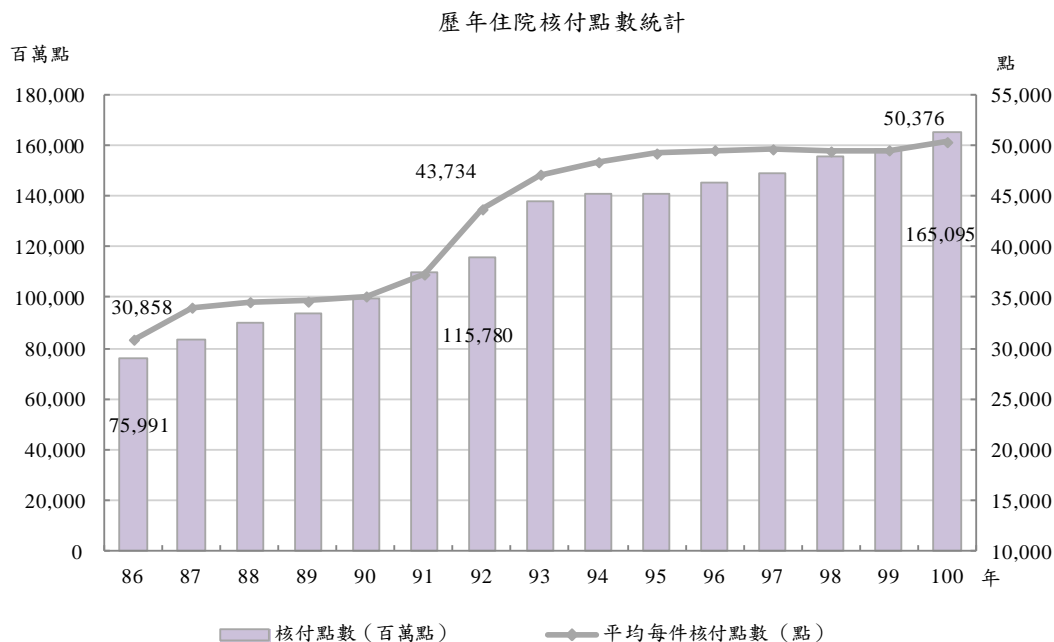
備註：1.申報件數含代辦案件。
2.申報費用含代辦案件，不含自行負擔。
3.86~90年申報費用單位為百萬元。

86年至100年住院申報費用占率依序為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層院所；近年醫學中心占率約介於40%~43%，區域醫院占率從86年的31.8%增加至100年的39.8%，呈增加趨勢，地區醫院則呈減少趨勢，占率從86年的23.6%減少至100年的16.8%，基層院所亦呈減少趨勢，86年占率2.5%，100年1.0%。

86年至88年住院申報件數占率依序為地區醫院、區域醫院、醫學中心及基層院所，90年後排序變更為區域醫院、醫學中心、地區醫院及基層院所；醫學中心占率從86年的25.2%增加至100年的32.3%，近年醫學中心件數占率在32%左右，區域醫院占率從86年的29.6%增加至100年的45.7%，呈增加趨勢，地區醫院則呈減少趨勢，占率從86年的40.6%減少至100年的20.1%，基層院所亦呈減少趨勢，86年占率4.6%，100年1.8%。

(十二) 住院醫療費用核付概況

住院核付點數逐年增加。



年\項目	件數 (千件)	日數 (千日)	點數 (百萬點)	平均每件點數 (點)	平均每件住院 日數 (日)	平均每日點數 (點)
86	2,463	21,811	75,991	30,858	8.86	3,484
87	2,456	21,525	83,569	34,023	8.76	3,882
88	2,596	22,529	89,746	34,568	8.68	3,984
89	2,697	23,538	93,379	34,619	8.73	3,967
90	2,827	25,028	99,317	35,132	8.85	3,968
91	2,955	26,811	110,215	37,298	9.07	4,111
92	2,647	26,452	115,780	43,734	9.99	4,377
93	2,921	29,153	137,741	47,163	9.98	4,725
94	2,914	29,353	141,000	48,392	10.07	4,804
95	2,863	28,900	140,983	49,250	10.10	4,878
96	2,925	29,743	144,989	49,566	10.17	4,875
97	2,996	30,657	148,805	49,660	10.23	4,854
98	3,144	32,038	155,463	49,452	10.19	4,853
99	3,207	32,740	158,954	49,563	10.21	4,855
100	3,277	33,249	165,095	50,376	10.15	4,965

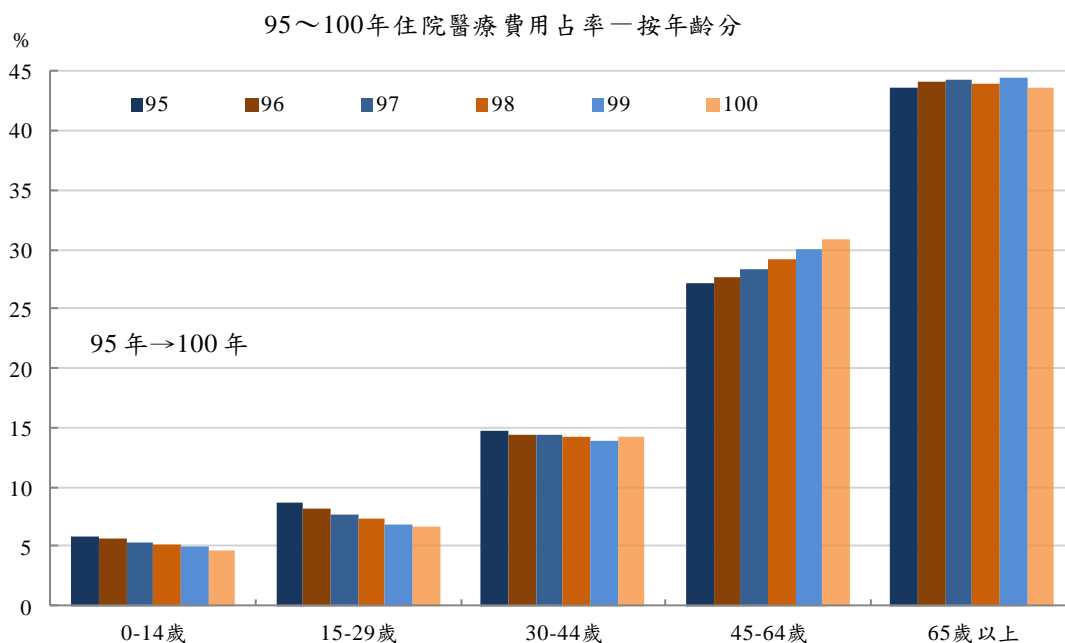
住院核付點數除 95 年微幅減少外，86 年至 100 年間逐年增加，年增率在 93 年最高，達 19.0%，93 年後趨緩，年增率在 2%~5% 間。

86 年至 100 年間，87 年、92 年、94 年及 95 年住院申報件數為負成長，其中又以 92 年減少 10.4%，幅度較大，其餘年度住院件數為正成長，93 年有最高成長率，達 10.3%，近年住院件數成長率在 2%~5% 間。

除 98 年外，86 年至 100 年住院平均每件核付點數逐年增加，100 年為 50,376 點，較上年增加 1.6%。

(十三) 性別年齡別住院醫療費用（含自行負擔）統計

住院醫療費用男性約占 55%，女性約占 45%。



住院醫療費用—按性別年齡分

單位：百萬點

年齡\年	95			96			97			98			99			100		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
總計	148,805	82,977	65,827	153,731	85,268	68,463	160,069	88,716	71,353	164,870	91,024	73,846	168,008	93,225	74,783	173,617	95,908	77,710
0-14歲	8,783	4,958	3,826	8,592	4,784	3,808	8,588	4,838	3,750	8,470	4,742	3,729	8,254	4,618	3,637	8,028	4,467	3,561
15-29歲	12,961	6,004	6,957	12,581	5,818	6,763	12,352	5,702	6,650	12,030	5,640	6,390	11,429	5,628	5,802	11,724	5,618	6,107
30-44歲	21,842	11,529	10,313	22,233	11,536	10,697	22,965	11,907	11,059	23,552	11,927	11,625	23,407	11,850	11,557	24,643	12,006	12,637
45-64歲	40,394	23,706	16,688	42,453	25,067	17,387	45,330	26,862	18,468	48,212	28,465	19,746	50,325	29,796	20,528	53,527	31,847	21,680
65歲以上	64,825	36,781	28,044	67,872	38,063	29,809	70,834	39,408	31,426	72,606	40,251	32,356	74,592	41,333	33,259	75,695	41,969	33,725

備註：醫療費用含代辦案件及自行負擔。

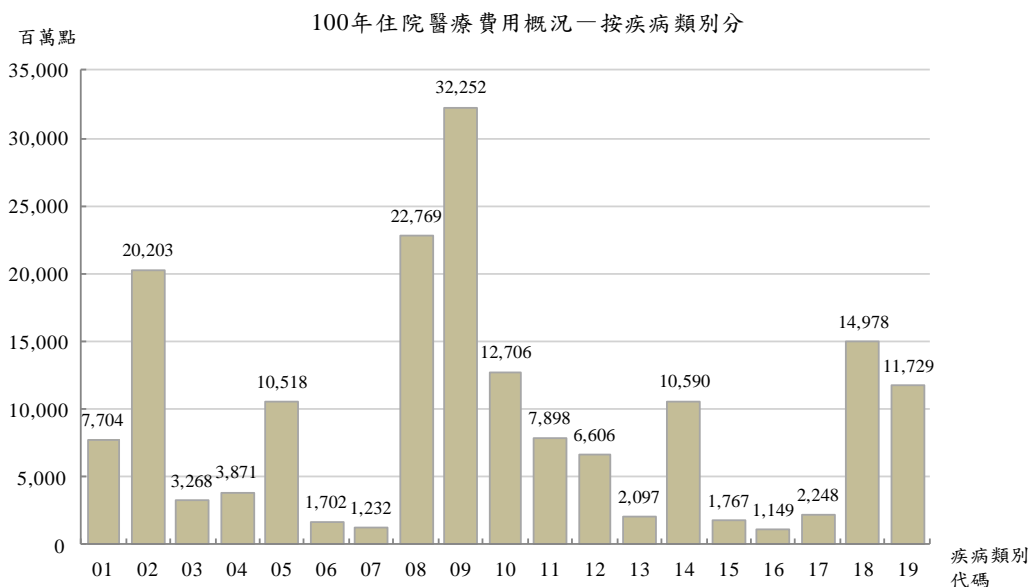
95年至100年住院醫療費用（含自行負擔）逐年增加，100年為173,617百萬點，較95年增加16.7%；依年齡分，以45~64歲增加32.5%最多，15~29歲則減少9.5%；依性別分，女性住院醫療費用（含自行負擔）增幅18.1%，高於男性的15.6%。

95年至100年住院醫療費用（含自行負擔）占率（占當年全部醫療費用比率）依年齡分，0~14歲及15~29歲呈緩慢下降趨勢，30~44歲除100年外亦呈下降趨勢，45~64歲呈增加趨勢，65歲以上則維持在44%左右。

95年至100年住院醫療費用（含自行負擔）占率依性別分，男性在55%左右，女性在45%左右，各年兩性差距均約為10個百分點；進一步依年齡別分，除15~29歲年齡組，女性占率高於男性，餘均為男性占率高於女性。

(十四) 疾病別住院醫療利用統計

住院醫療費用以呼吸系統疾病最多。



疾病類別代碼	項目	人數 (千人)	件數 (千件)	醫療費用 (百萬點)	平均每件費用 (點)
	總計	1,880	3,233	175,364	54,246
01	傳染病與寄生蟲病及其之後期影響	315	135	7,704	56,903
02	惡性腫瘤	178	222	20,203	91,146
03	其他腫瘤	92	62	3,268	52,715
04	內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患	630	85	3,871	45,327
05	精神疾患	126	277	10,518	38,029
06	神經系統之疾病(腦膜炎除外)	101	30	1,702	57,440
07	感覺器官疾病	84	42	1,232	29,049
08	循環系統疾病	620	268	22,769	84,954
09	呼吸系統疾病	530	526	32,252	61,296
10	消化系統疾病	503	312	12,706	40,738
11	泌尿生殖器官之疾病	415	219	7,898	36,028
12	妊娠、生產及產褥期之併發症	192	205	6,606	32,212
13	皮膚及皮下組織之疾病	125	66	2,097	32,008
14	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病	190	136	10,590	77,895
15	先天性畸形	34	17	1,767	106,845
16	源於周產期之病態(新生兒破傷風除外)	32	22	1,149	53,059
17	症狀、徵候及診斷欠明之病態	281	65	2,248	34,369
18	損傷及中毒	308	281	14,978	53,374
19	需要醫療服務之其他原因(V分類)	336	262	11,729	44,838

備註：本表醫療費用=申報費用+自行負擔。

100年住院人數總計 1,880 千人，其中以內分泌、營養及新陳代謝疾病與免疫性疾患住院人數 630 千人最多，循環系統疾病 620 千人居次，呼吸系統疾病 530 千人再次之；源於周產期之病態（新生兒破傷風除外）住院人數 32 千人最少，先天性畸形 34 千人次少，感覺器官疾病 84 千人再次之。

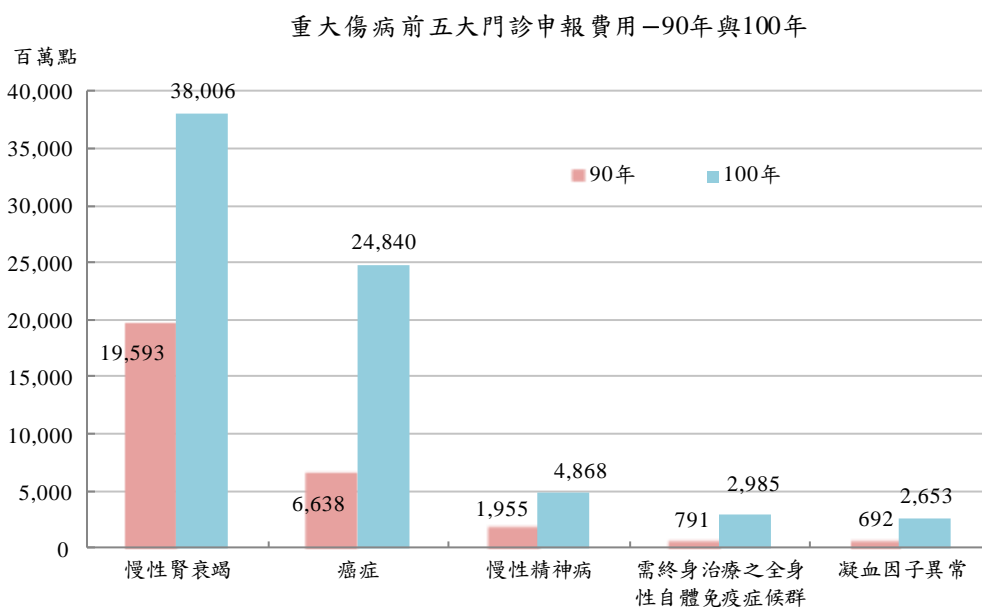
100年住院件數 3,233 千件中以呼吸系統疾病（16.3%）最多，其次為消化系統疾病（9.6%），再次為損傷及中毒（8.7%）。

100年住院醫療費用 175,364 百萬點，前 3 名依序為呼吸系統疾病（18.4%），循環系統疾病（13.0%）及惡性腫瘤（11.5%）。

資料來源：行政院衛生署「全民健康保險醫療統計年報」。

(十五) 重大傷病－門診

重大傷病門診申報費用占率逐年增加，100年占率為22.5%。



年\傷病種類	1		2		3		4		5		門診重大傷病申報費用		門診申報費用
	慢性腎衰竭	占率	癌症	占率	慢性精神病	占率	需終身治療之全身性自體免疫症候群	占率	凝血因子異常	占率	占率	占率	
90	19,593	9.5	6,638	3.2	1,955	0.9	791	0.4	692	0.3	31,839	15.4	206,918
91	21,532	9.6	8,139	3.6	2,412	1.1	957	0.4	759	0.3	36,461	16.3	224,342
92	23,861	10.2	9,275	4.0	3,001	1.3	1,070	0.5	893	0.4	41,508	17.7	234,789
93	25,510	9.6	10,843	4.1	3,743	1.4	1,433	0.5	1,022	0.4	46,688	17.6	266,013
94	27,079	9.9	12,347	4.5	4,075	1.5	1,624	0.6	1,275	0.5	51,137	18.7	273,308
95	28,976	10.5	14,095	5.1	4,442	1.6	1,784	0.6	1,480	0.5	55,218	19.9	277,212
96	30,817	10.6	15,891	5.5	4,370	1.5	1,847	0.6	1,746	0.6	59,375	20.5	289,373
97	32,839	10.7	18,256	6.0	4,552	1.5	2,228	0.7	2,024	0.7	65,142	21.2	306,556
98	34,643	10.6	20,025	6.1	4,699	1.4	2,597	0.8	2,104	0.6	69,560	21.3	325,980
99	36,499	10.9	22,305	6.6	4,689	1.4	2,780	0.8	2,340	0.7	74,501	22.2	336,007
100	38,006	10.7	24,840	7.0	4,868	1.4	2,985	0.8	2,653	0.7	79,976	22.5	356,128
100年 vs. 90年增率 %	94.0		274.2		149.0		277.4		283.2		151.2		72.1
100年 vs. 99年增率 %	4.1		11.4		3.8		7.4		13.4		7.3		6.0

備註：占率為各重大傷病申報費用占門診申報費用比率。

100年門診前五大重大傷病，依序為慢性腎衰竭、癌症、慢性精神病、需終身治療之全身性自體免疫症候群及凝血因子異常。

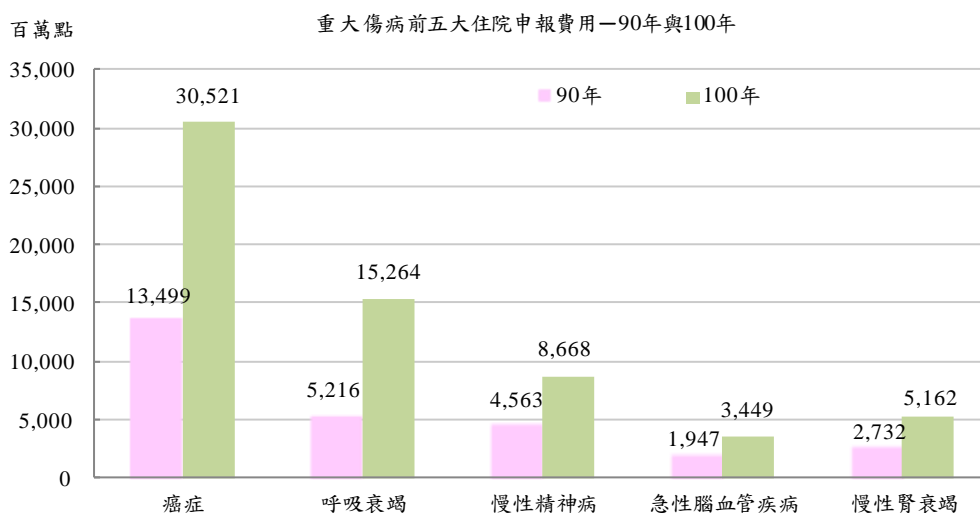
門診重大傷病申報費用占全體門診申報費用之比率呈增加趨勢，100年占率22.5%，較上年增加0.3個百分點，10年來增加7.1個百分點。

100年相較於90年，門診重大傷病前五大申報費用增率均高於全體門診申報費用增率，以凝血因子異常申報費用增加283.2%最多，次為需終身治療之全身性自體免疫症候群277.4%，再次為癌症274.2%。

100年慢性腎衰竭門診申報費用為38,006百萬點，占所有重大傷病門診申報費用47.5%，占全體門診申報費用10.7%，顯示此症使用了龐大的醫療資源。

(十六) 重大傷病－住院

近年重大傷病住院申報費用占率介於 40%~43%。



住院重大傷病前五大醫療費用申報概況

單位：百萬點、%

年\傷病種類	1		2		3		4		5		住院重大傷病申報費用		住院申報費用
	癌症	占率	呼吸衰竭	占率	慢性精神病	占率	急性腦血管疾病	占率	慢性腎衰竭	占率	占率		
90	13,499	12.9	5,216	5.0	4,563	4.4	1,947	1.9	2,732	2.6	35,128	33.6	104,629
91	15,476	13.4	7,445	6.5	5,234	4.5	2,117	1.8	2,969	2.6	40,538	35.1	115,363
92	16,146	13.6	9,072	7.7	6,079	5.1	4,251	3.6	2,714	2.3	44,454	37.5	118,497
93	20,562	14.6	15,349	10.9	7,366	5.2	5,084	3.6	3,410	2.4	58,496	41.4	141,251
94	21,684	14.8	14,122	9.6	7,927	5.4	5,676	3.9	3,587	2.4	59,772	40.8	146,608
95	22,860	15.6	13,070	8.9	8,098	5.5	5,370	3.7	3,725	2.5	59,601	40.8	146,259
96	23,855	15.8	13,771	9.1	8,290	5.5	5,272	3.5	3,937	2.6	61,455	40.7	150,890
97	26,324	16.8	13,802	8.8	8,516	5.4	5,574	3.6	4,258	2.7	65,168	41.5	156,908
98	28,110	17.4	14,153	8.8	8,740	5.4	5,667	3.5	4,597	2.8	68,249	42.2	161,650
99	29,271	17.8	14,536	8.8	8,739	5.3	3,404	2.1	4,942	3.0	68,199	41.5	164,416
100	30,521	18.0	15,264	9.0	8,668	5.1	3,449	2.0	5,162	3.0	70,423	41.5	169,792
100年 vs. 90年增率 %	126.1		192.6		90.0		77.1		88.9		100.5		62.3
100年 vs. 99年增率 %	4.3		5.0		-0.8		1.3		4.5		3.3		3.3

備註：占率為各重大傷病申報費用占住院申報費用比率。

100年住院前五大重大傷病依序為癌症、呼吸衰竭、慢性精神病、慢性腎衰竭及急性腦血管疾病。

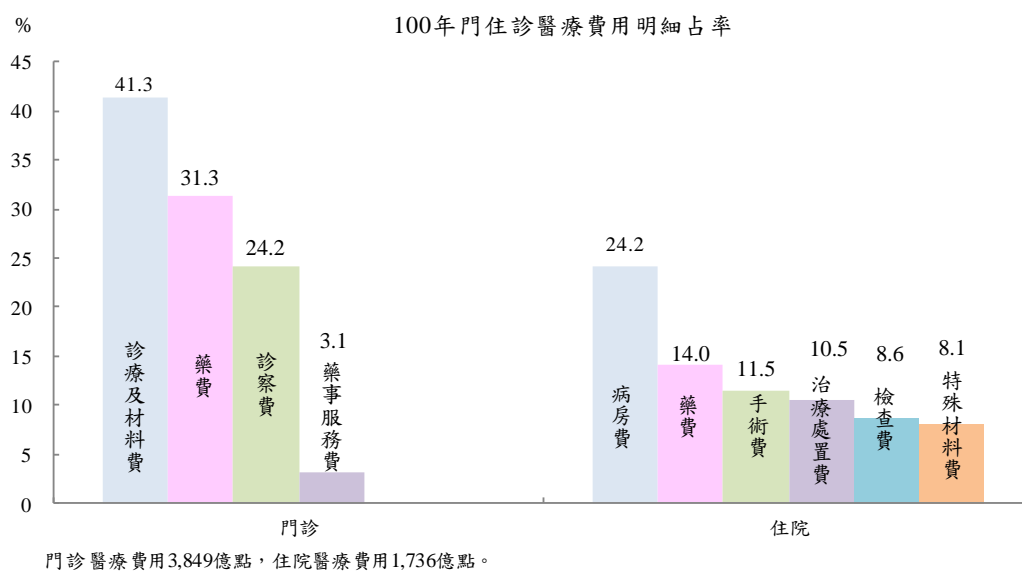
近年重大傷病住院申報費用占全體住院申報費用比率介於 40%~42%，100年占率 41.5%，較 90年增加 7.9 個百分點。

100年相較於 90年，呼吸衰竭住院申報費用增加 192.6%，癌症增加 126.1%，二者均高於全體住院重大傷病申報費用增率的 100.5%。

100年癌症住院申報費用為 305 億點，占所有重大傷病住院申報費用近 43.3%，占全體住院申報費用 18.0%，占率呈逐年增加的趨勢。

(十七) 全民健保門住診醫療費用明細概況

100年門診之診療及材料費占率為4成1，病房費約占住院費用2成4。



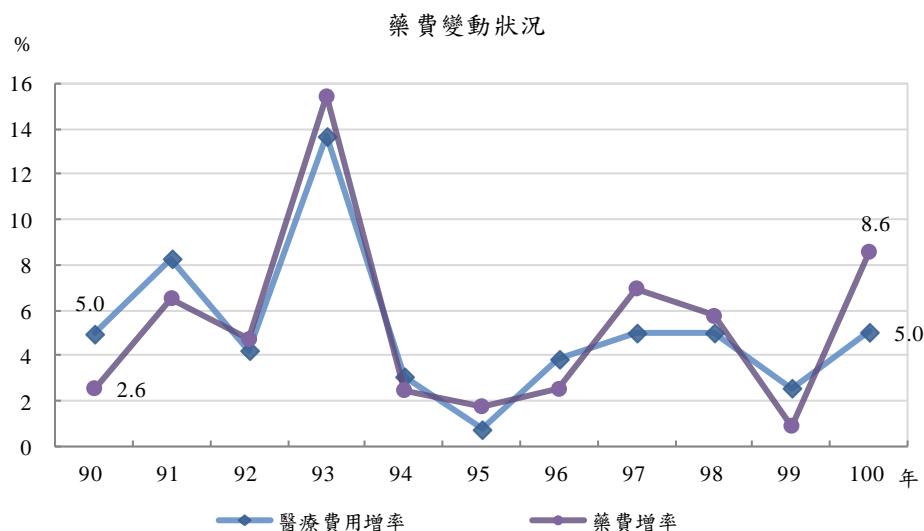
項目\年	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
門診醫療費用	2,317	2,491	2,595	2,912	2,996	3,037	3,162	3,335	3,534	3,637	3,849
藥費	692	729	769	882	901	921	953	1,024	1,091	1,109	1,207
診療及材料費	911	976	1,022	1,144	1,186	1,227	1,298	1,376	1,460	1,524	1,589
診察費	642	710	724	796	816	791	808	829	870	889	933
藥事服務費	72	75	80	90	92	97	103	106	112	115	120
住院醫療費用	1,078	1,186	1,238	1,445	1,496	1,488	1,537	1,601	1,649	1,680	1,736
病房費	269	299	320	368	374	369	381	390	400	413	421
藥費	158	176	179	212	220	220	217	228	232	227	244
手術費	146	151	148	160	168	174	179	186	193	192	199
治療處置費	107	124	141	166	174	165	172	174	175	179	182

備註：醫療費用含代辦案件及自行負擔。

100年門診醫療費用3,849億點，其中藥費1,207億點(31.3%)，診療及材料費1,589億點(41.3%)，診察費933億點(24.2%)，藥事服務費120億點(3.1%)，相較於上年，藥費增加98億點或8.8%，診療及材料費增加65億點或4.3%，診察費增加44億點或5.0%，藥事服務費增加5億點或4.5%。100年住院醫療費用1,736億點，其中病房費421億點(24.2%)，藥費244億點(14.0%)，手術費199億點(11.5%)，治療處置費182億點(10.5%)，相較於上年，病房費增加1.9%，藥費增加7.4%，手術費增加3.8%，治療處置費增加1.4%。

(十八) 全民健保門住診藥品占醫療費用之變動

100年藥費約占門住診費用 26.0%。



歷年全民健保門住診藥費概況

單位：億點、點、%

年\項目	門診			住院		
	藥費	平均每件藥費	占率	藥費	平均每件藥費	占率
90	692	284	29.9	158	5,662	14.6
91	729	319	29.3	176	6,023	14.8
92	769	341	29.6	179	6,626	14.5
93	882	314	30.3	212	7,172	14.7
94	901	423	30.1	220	7,519	14.7
95	921	450	30.3	220	7,654	14.8
96	953	448	30.1	217	7,413	14.1
97	1,024	474	30.7	228	7,716	14.2
98	1,091	485	30.9	232	7,677	14.1
99	1,109	485	30.5	227	7,346	13.5
100	1,207	507	31.3	244	7,724	14.0

備註：本表藥費含代辦案件。

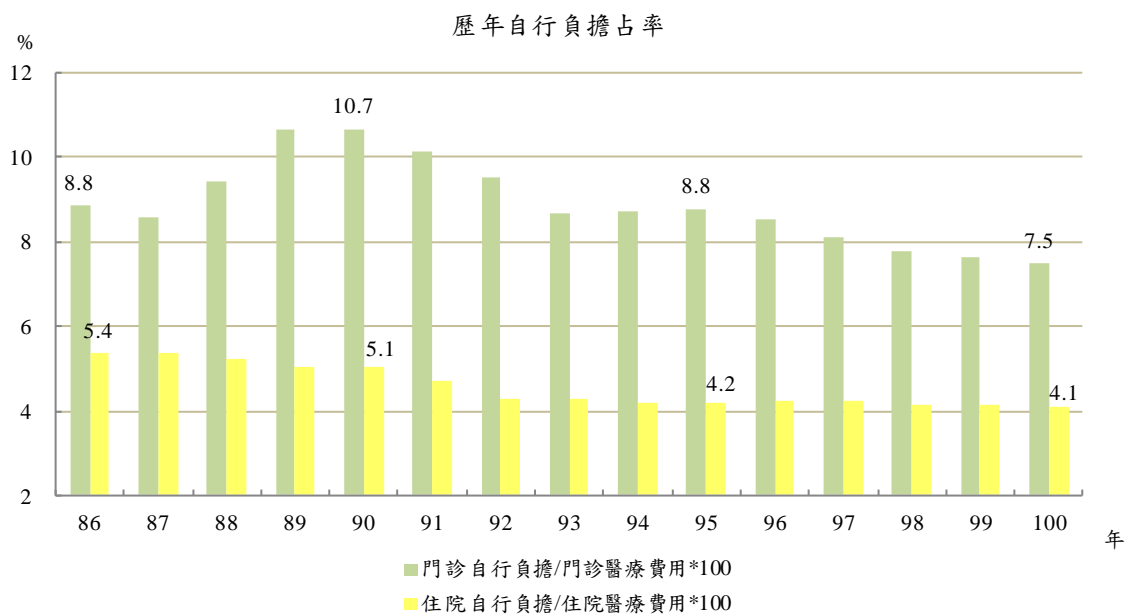
90~100年門診藥費占門診醫療費用均在3成左右，占率穩定，住院藥費占住院醫療費用約1成5，100年門診、住院藥費占總醫療費用26.0%。

100年門診藥費1,207億點，較上年增加98億點或8.8%，較90年增加515億點或74.4%。100年住院藥費244億點，較上年增加17億點或7.4%，較90年增加86億點或54.4%。

門住診藥費增幅最大為93年之15.4%，其後顯著下降。100年藥費增加8.6%，大於總醫療費用之5.0%。

(十九) 全民健保門住診自行負擔狀況

90 年後，自行負擔金額占率呈下降趨勢。



歷年自行負擔及申報費用概況															
項目\年	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
醫療費用	2,618	2,907	3,171	3,257	3,418	3,707	3,833	4,388	4,525	4,565	4,738	4,973	5,221	5,352	5,620
自行負擔(億元)	203	220	257	288	302	310	300	315	326	330	336	339	345	348	361
申報費用(億點)	2,415	2,687	2,914	2,968	3,115	3,397	3,533	4,073	4,199	4,235	4,403	4,635	4,876	5,004	5,259
門診醫療費用	1,794	2,002	2,184	2,223	2,316	2,496	2,595	2,912	2,995	3,038	3,163	3,335	3,535	3,637	3,850
自行負擔(億元)	159	172	206	236	247	253	247	252	261	266	269	270	275	277	288
申報費用(億點)	1,635	1,831	1,979	1,987	2,069	2,243	2,348	2,660	2,733	2,772	2,894	3,066	3,260	3,360	3,561
住院醫療費用	824	905	986	1,033	1,102	1,210	1,238	1,475	1,530	1,526	1,575	1,638	1,686	1,715	1,770
自行負擔(億元)	44	49	51	52	56	57	53	63	64	64	66	69	70	71	72
申報費用(億點)	779	856	935	982	1,046	1,154	1,185	1,413	1,466	1,463	1,509	1,569	1,616	1,644	1,698

備註：1. 醫療費用=申報費用+自行負擔。
2. 申報費用含代辦案件。

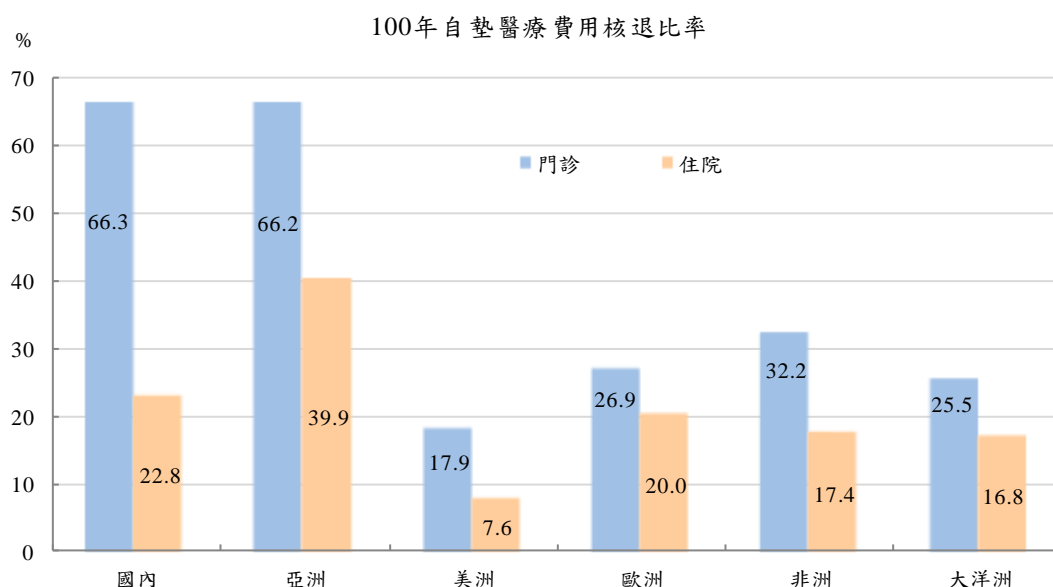
100 年總醫療費用為 5,620 億點，保險對象自行負擔金額 361 億元，占 6.4%，較上年增加 3.6%，其中門診 288 億元，增加 3.9%，住院 72 億元，增加 2.1%。

歷年門診自行負擔金額占門診醫療費用的比率約介於 7.5%~11%，86 年占率為 8.8%，87 年至 90 年呈增加趨勢，90 年占率最高，達 10.7%，95 年後逐年下降。100 年自行負擔占率為 7.5%。

歷年住院自行負擔金額占住院醫療費用的比率約介於 4%~5.5%，86 年及 87 年占率最高為 5.4%，其後除 90 年外，占率逐年下降。100 年住院自行負擔占率為 4.1%。

(二十) 自墊醫療費用核退狀況

100年自墊醫療費用門診核退比率為58.7%，住院核退比率為25.3%。



100年自墊醫療費用核退狀況—按國家地區別分

單位：件,新台幣元,%

地區\項目	門診				住院			
	核退件數	申請金額	核退金額	核退比率	核退件數	申請金額	核退金額	核退比率
總計	159,219	275,779,421	161,795,390	58.7	18,871	1,383,464,231	349,602,311	25.3
國內	51,840	49,663,285	32,903,218	66.3	12,650	767,283,038	174,782,666	22.8
國外	107,379	226,116,136	128,892,172	57.0	6,221	616,181,193	174,819,645	28.4
亞洲	102,554	181,522,411	120,221,650	66.2	5,148	387,936,014	154,876,575	39.9
中國大陸	88,951	142,843,894	102,390,949	71.7	3,772	250,429,373	120,255,445	48.0
其他地區	13,603	38,678,517	17,830,701	46.1	1,376	137,506,641	34,621,130	25.2
美洲	3,359	36,740,321	6,567,775	17.9	934	204,086,080	15,599,209	7.6
歐洲	510	3,166,939	853,055	26.9	47	7,904,273	1,581,503	20.0
非洲	245	800,491	257,901	32.2	29	5,911,766	1,027,220	17.4
大洋洲	711	3,885,974	991,791	25.5	63	10,343,060	1,735,138	16.8

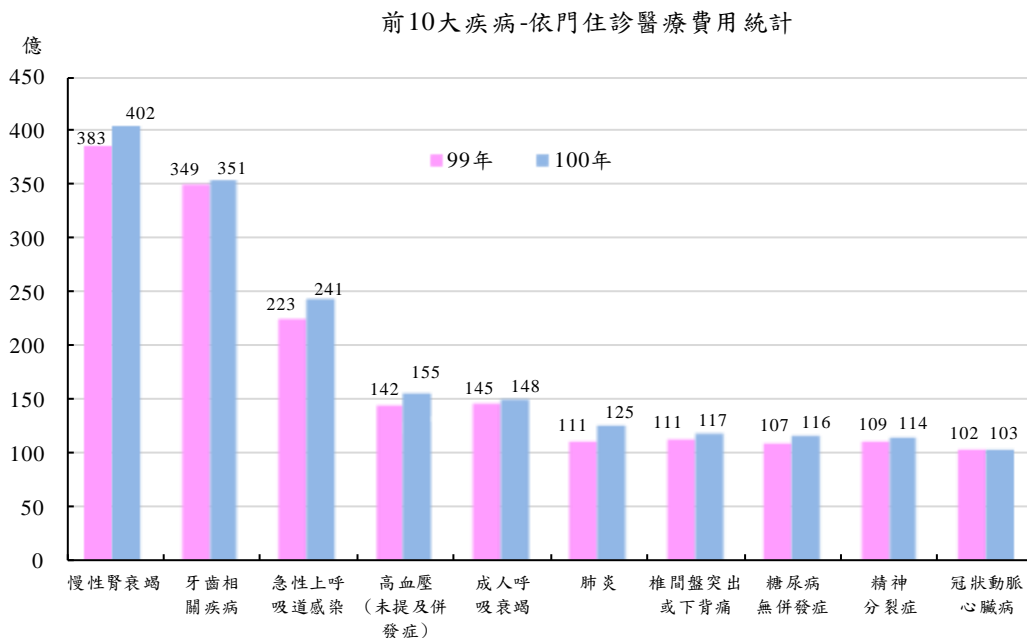
備註：1.核退件數僅統計核退金額大於0之案件。
2.本表"申請金額"欄不含自行負擔。

100年自墊醫療費用核退案件申請金額16.6億元，較上年增加6.9%，核退金額5.1億元，較上年增加2.6%。其中門診申請金額2.8億元，較上年增加0.4%，核退比率58.7%（核退比率=核退金額/申請金額×100）；住院申請金額13.8億元，較上年增加8.3%，核退比率25.3%。

100年自墊醫療費用核退比率30.8%，按地區別分，國內地區核退比率25.4%；國外地區36.1%，其中亞洲地區48.3%，歐洲地區22.0%，大洋洲地區19.2%，非洲地區19.1%，美洲地區9.2%。

(二十一) 疾病別分析

100年前20大疾病別醫療點數約2,569億點，占醫療費用48.1%。



全民健保100年門、住診前20大醫療費用—按疾病別分

單位:億點、%

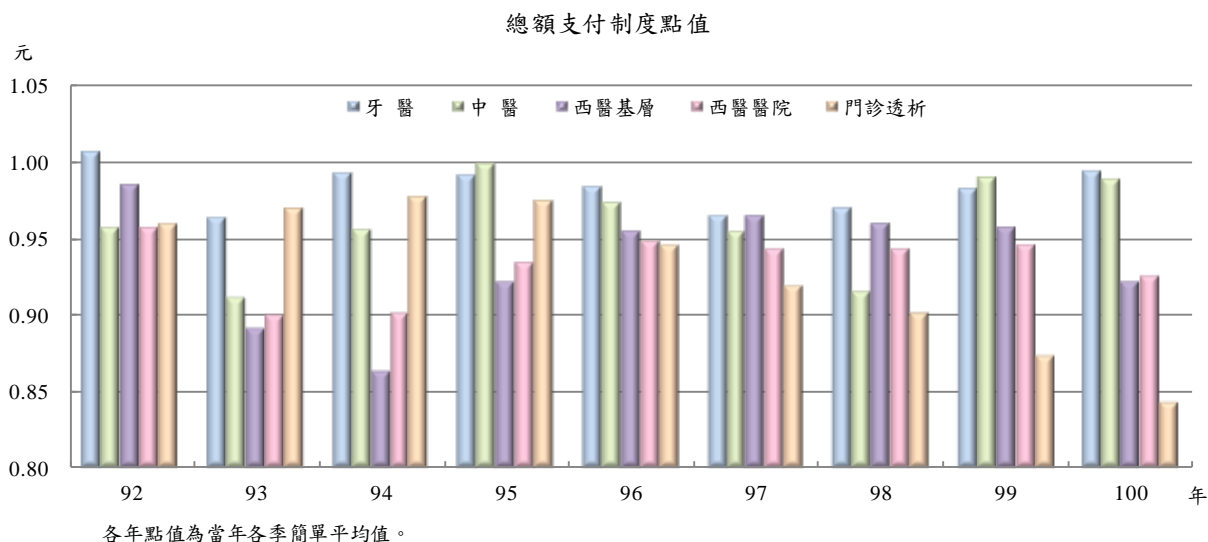
ccs 代碼	ccs 中文名稱	門住診	占率	門診	占率	住院	占率
	前20大疾病費用合計	2,569	100.0	1,922	100.0	648	100.0
	前10大疾病費用小計	1,872	72.9	1,455	75.7	418	64.5
158	慢性腎衰竭	402	15.7	398	20.7	4	0.6
136	牙齒相關疾病	351	13.7	349	18.2	2	0.3
126	急性上呼吸道感染	241	9.4	235	12.3	6	0.9
98	高血壓(未提及併發症)	155	6.0	155	8.1	0	0.1
131	成人呼吸衰竭	148	5.8	8	0.4	141	21.7
122	肺炎	125	4.9	12	0.6	113	17.4
205	椎間盤突出或下背痛	117	4.6	90	4.7	27	4.2
49	糖尿病無併發症	116	4.5	116	6.0	0	0.0
70	精神分裂症	114	4.4	40	2.1	73	11.3
101	冠狀動脈心臟病	103	4.0	51	2.7	52	8.0
50	糖尿病有併發症	92	3.6	76	4.0	16	2.5
45	接受化學或放射治療就醫	80	3.1	1	0.1	78	12.1
203	退化性關節炎	75	2.9	42	2.2	33	5.1
24	乳癌	68	2.6	55	2.9	12	1.9
110	腦阻塞	67	2.6	36	1.9	30	4.7
99	高血壓(提及併發症)	67	2.6	58	3.0	9	1.3
211	肌肉軟組織病, 他處未歸類	65	2.5	57	3.0	8	1.2
69	情感性精神疾病	62	2.4	43	2.2	19	3.0
6	肝炎	61	2.4	59	3.1	2	0.3
19	肺癌	60	2.3	39	2.0	21	3.3

本文關於疾病別分類，係以美國醫療照護政策研究品質局(AHRQ)為提供健康政策研究所所發展之「臨床分類軟體」(CCS)分析為分類架構，將其架構的第3層疾病別分成260群，再從中針對前20大疾病來分析醫療利用概況。

100年前20大疾病別醫療費用約2,569億點，其中，前10大疾病依序為慢性腎衰竭、牙齒相關疾病、急性上呼吸道感染、高血壓(未提及併發症)、成人呼吸衰竭、肺炎、椎間盤突出或下背痛、糖尿病無併發症、精神分裂症、冠狀動脈心臟病。本文醫療點數含自行負擔，但不含教學訓練成本及核減等金額之費用。

(二十二) 總額支付制度點值概況

100年各總額部門平均點值以牙醫最高，中醫次之，門診透析最低。



總額支付制度每點支付金額											
年(季)別	牙醫	中醫	西醫 基層	西醫 醫院	門診 透析	年(季)別	牙醫	中醫	西醫 基層	西醫 醫院	門診 透析
92年	1.0059	0.9568	0.9844	0.9559	0.9586	96年第3季	1.0298	0.9504	0.9691	0.9468	0.9508
92年第1季	0.9607	0.9918	0.9542	0.9559	0.9503	96年第4季	0.9756	0.9643	0.9591	0.9460	0.9440
92年第2季	1.0175	0.9703	1.0573	0.9559	0.9801	97年	0.9638	0.9544	0.9645	0.9428	0.9179
92年第3季	1.0092	0.9281	1.0155	0.9559	0.9528	97年第1季	0.9384	0.9960	0.9422	0.9432	0.8977
92年第4季	1.0361	0.9371	0.9107	0.9559	0.9511	97年第2季	0.9546	0.9403	0.9793	0.9552	0.9349
93年	0.9628	0.9110	0.8912	0.8998	0.9694	97年第3季	0.9948	0.9321	0.9950	0.9398	0.9172
93年第1季	0.9452	1.0015	0.9167	0.8936	0.9446	97年第4季	0.9672	0.9492	0.9414	0.9329	0.9218
93年第2季	0.9595	0.8938	0.9252	0.8894	0.9895	98年	0.9693	0.9147	0.9588	0.9419	0.9013
93年第3季	0.9926	0.8666	0.8763	0.9099	0.9718	98年第1季	0.9369	0.9080	0.9459	0.9498	0.9197
93年第4季	0.9540	0.8820	0.8464	0.9061	0.9715	98年第2季	0.9393	0.9070	0.9645	0.9522	0.9049
94年	0.9913	0.9546	0.8635	0.9002	0.9773	98年第3季	1.0022	0.8955	0.9568	0.9316	0.8935
94年第1季	0.9560	0.9626	0.8347	0.8920	0.9741	98年第4季	0.9989	0.9483	0.9678	0.9341	0.8872
94年第2季	0.9766	0.9111	0.8540	0.9080	0.9961	99年	0.9813	0.9887	0.9561	0.9445	0.8736
94年第3季	1.0201	0.9453	0.8814	0.9008	0.9672	99年第1季	0.9567	0.9320	0.9892	0.9463	0.8883
94年第4季	1.0123	0.9994	0.8838	0.9001	0.9716	99年第2季	1.0053	1.0127	0.9396	0.9540	0.8775
95年	0.9900	0.9980	0.9207	0.9337	0.9740	99年第3季	0.9923	0.9939	0.9219	0.9418	0.8704
95年第1季	0.9601	1.0442	0.9028	0.9286	0.9578	99年第4季	0.9708	1.0162	0.9738	0.9357	0.8580
95年第2季	0.9912	0.9965	0.9389	0.9367	0.9879	100年	0.9926	0.9877	0.9210	0.9252	0.8424
95年第3季	1.0105	0.9509	0.9129	0.9281	0.9676	100年第1季	0.9833	0.9918	0.8877	0.9179	0.8539
95年第4季	0.9983	1.0005	0.9283	0.9414	0.9825	100年第2季	0.9998	0.9907	0.9235	0.9322	0.8442
96年	0.9833	0.9728	0.9539	0.9479	0.9455	100年第3季	0.9841	0.9678	0.9130	0.9214	0.8373
96年第1季	0.9456	1.0090	0.9312	0.9424	0.9242	100年第4季	1.0031	1.0005	0.9597	0.9291	0.8343
96年第2季	0.9822	0.9676	0.9560	0.9564	0.9628						

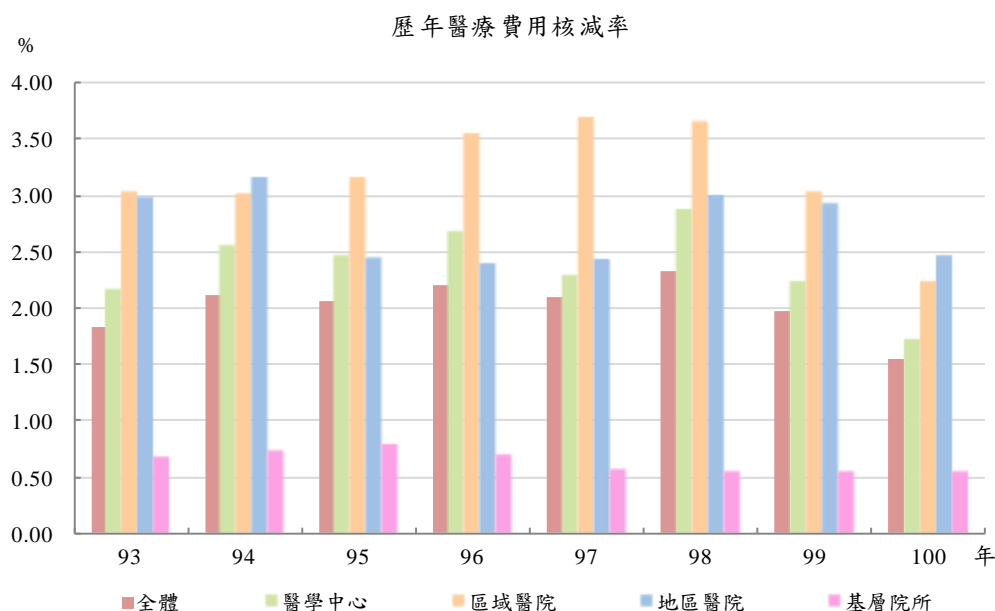
備註：1. 表中每點支付金額為平均點值。
2. 各年點值為當年各季簡單平均值。

全民健康保險階段性推動總額支付制度，87年7月1日起實施牙醫門診總額支付制度，中醫門診亦於89年7月1日起實施，西醫基層與醫院則分別於90年7月1日及91年7月1日起實施。另92年1月1日起，西醫基層門診透析服務預算與醫院門診透析服務預算合併為門診透析獨立預算。

未實施總額支付制度前，每點支付以1元計；總額實施後，依各部門總額每點支付金額而有不同。

(二十三) 核減率統計

歷年來住院核減率高於門診核減率。



醫療費用核減率									單位：%
特約類別\年	93	94	95	96	97	98	99	100	
總計	1.83	2.12	2.06	2.20	2.10	2.32	1.97	1.56	
門診	1.80	1.60	1.56	1.67	1.61	1.80	1.53	1.17	
住院	1.97	3.12	3.04	3.27	3.09	3.41	2.90	2.40	
醫學中心	2.15	2.54	2.45	2.67	2.28	2.87	2.22	1.72	
門診	2.66	2.14	2.18	2.45	2.13	2.81	2.18	1.55	
住院	0.96	2.90	2.71	2.90	2.42	2.93	2.26	1.90	
區域醫院	3.02	3.00	3.16	3.54	3.68	3.65	3.03	2.23	
門診	3.17	2.95	2.87	3.30	3.43	3.40	2.77	1.85	
住院	2.64	3.06	3.46	3.80	3.95	3.92	3.32	2.68	
地區醫院	2.97	3.14	2.44	2.38	2.43	2.98	2.92	2.46	
門診	2.93	2.52	1.87	1.75	2.00	2.52	2.40	2.00	
住院	3.12	3.91	3.16	3.19	2.98	3.59	3.61	3.08	
基層院所	0.66	0.71	0.75	0.66	0.54	0.53	0.52	0.53	
門診	0.65	0.71	0.75	0.66	0.54	0.53	0.52	0.53	
住院	0.71	0.85	0.99	0.82	0.55	0.38	0.27	0.49	

備註：本表核減率係爭審後核減率。

歷年各層級院所醫療費用核減率互有消長，住院核減率大致高於門診核減率。

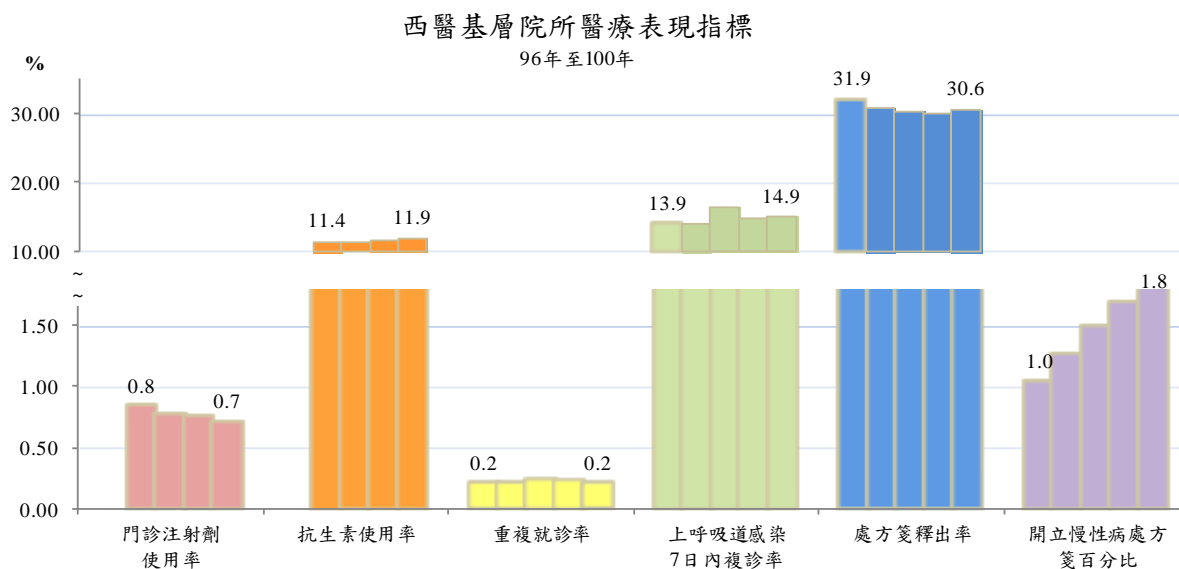
依醫療院所特約類別觀察門住診醫療費用核減率，區域醫院自 94 年起逐年上升至 97 年達最高後於 98 年逐年下降；地區醫院及醫學中心於 93 至 98 年，核減率消長互見，98 年後呈現下降趨勢。

100 年門住診醫療費用核減率為 1.56%，其中門診核減率 1.17%，住院核減率 2.40%。相較於 93 年，醫療費用核減率減少 0.27 個百分點，其中門診醫療費用核減率減少 0.63 個百分點，住院醫療費用核減率增加 0.43 個百分點。

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層院所

歷年西醫基層院所門診注射劑使用率呈下降趨勢。



年	門診注射劑使用率	抗生素使用率	重複就診率	上呼吸道感染7日內複診率	處方箋釋出率	開立慢性病處方箋百分比
96	-	-	0.20	13.94	31.94	1.03
97	0.83	11.42	0.20	14.00	30.73	1.26
98	0.77	11.22	0.23	16.25	30.22	1.48
99	0.74	11.49	0.22	14.76	30.06	1.68
100	0.70	11.91	0.20	14.95	30.62	1.79

資料日期：101年11月1日。

門診注射率及抗生素使用率兩項指標因辦理醫院品保方案指標檢討，全面將藥理分類改為 ACT 碼而使用新定義，歷史資料追溯至 97 年。

歷年西醫基層院所門診注射劑使用率呈下降趨勢；抗生素使用率自 98 年起逐年回升；重複就診率則歷年均維持在 0.20% 至 0.23% 之間。100 年相較於 97 年，門診注射劑使用率減少 0.13 個百分點，抗生素使用率增加 0.49 個百分點。

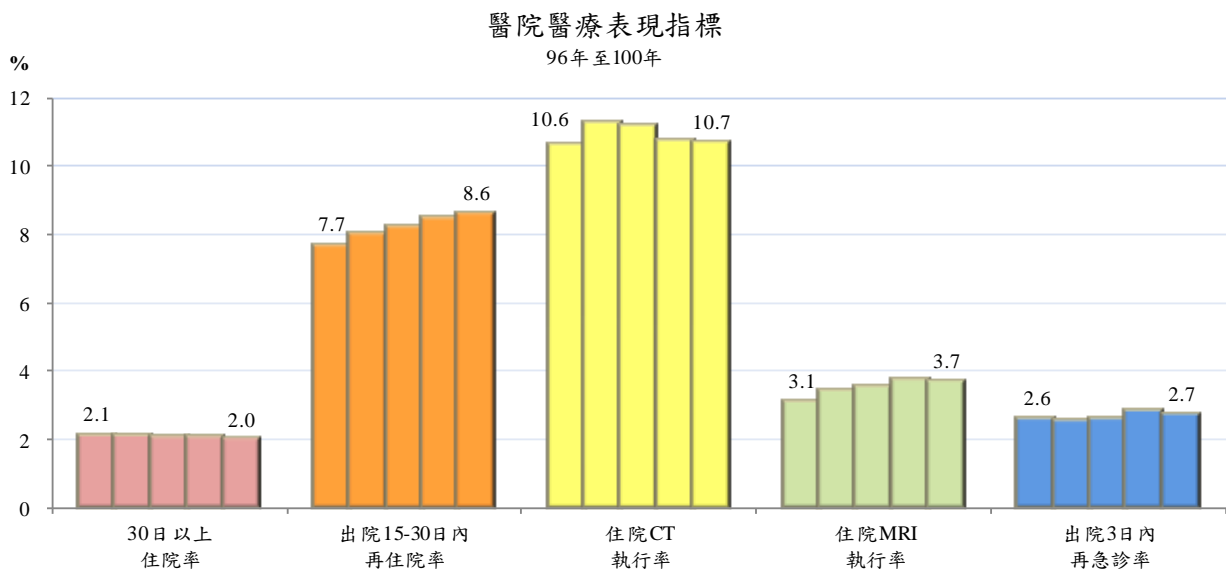
上呼吸道感染 7 日內複診率自 96 年起逐年上升至 98 年後於 99 年下降。100 年相較於 96 年，上呼吸道感染 7 日內複診率增加 1.01 個百分點。

處方箋釋出率自 96 年起逐年下降至 99 年後於 100 年回升；開立慢性病處方箋百分比呈現上升趨勢。100 年相較於 96 年，處方箋釋出率減少 1.32 個百分點，開立慢性病處方箋百分比增加 0.76 個百分點。

100 年抗生素使用率、上呼吸道感染 7 日內複診率、處方箋釋出率及開立慢性病處方箋百分比高於上年，門診注射使用率及重複就診率則較上年為低。

二、醫院

30 日以上住院率呈下降趨勢；出院 15-30 日內再住院率呈上升趨勢。



醫院醫療表現指標						
單位：%						
年	30日以上住院率	出院14日內再住院率	出院15-30日內再住院率	住院CT執行率	住院MRI執行率	出院3日內再急診率
96	2.13	—	7.67	10.58	3.10	2.62
97	2.11	—	7.98	11.24	3.39	2.54
98	2.05	—	8.21	11.13	3.52	2.61
99	2.02	7.19	8.49	10.71	3.71	2.82
100	1.97	7.16	8.59	10.65	3.67	2.73

資料日期：101年11月1日。

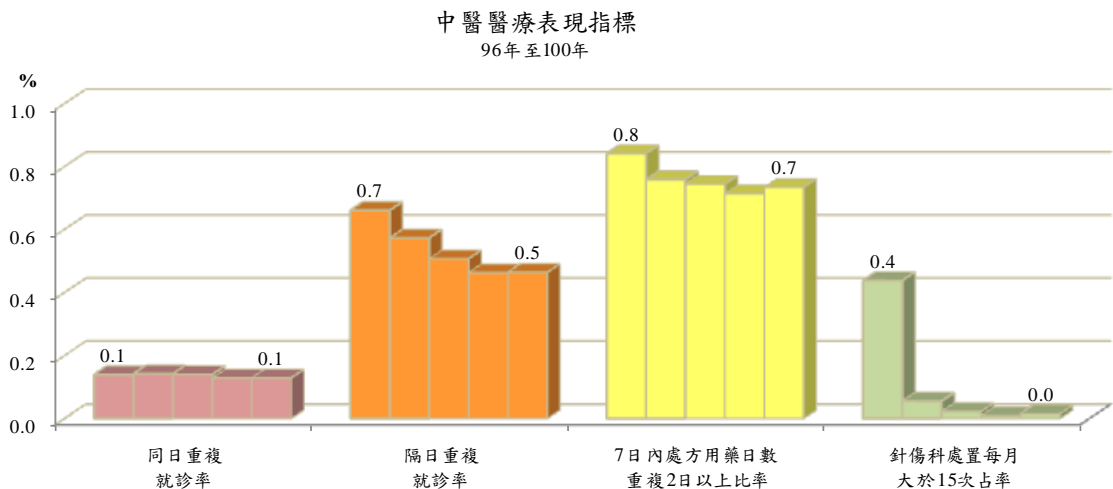
出院 14 日內再住院率指標因 DRG 實施品保而使用新定義，歷史資料追溯至 99 年。

依住院率觀察，歷年 30 日以上住院率呈下降趨勢；出院 15-30 日內再住院率則呈上升趨勢；出院 3 日內再急診率自 97 年逐年上升至 99 年後於 100 年下降；100 年出院 14 日內再住院率值為 7.16，較上年微幅下降。100 年相較於 96 年，30 日以上住院率減少 0.16 個百分點，出院 15-30 日內再住院率增加 0.92 個百分點，出院 3 日內再急診率增加 0.11 個百分點。

依電腦斷層掃描 (CT) 及核磁共振造影 (MRI) 檢查觀察，住院 CT 執行率自 97 年起呈現下降趨勢；住院 MRI 執行率呈逐年上升後於 100 年下降。100 年相較於 96 年，住院 CT 執行率增加 0.07 個百分點，住院 MRI 執行率增加 0.57 個百分點。

三、中醫

癌症病患同時利用西醫人數比率呈上升趨勢。



中醫醫療表現指標						
單位：%；次						
年	同日重複就診率	隔日重複就診率	平均就醫次數	癌症病患同時利用西醫人數比率	7日內處方用藥日數重複2日以上比率	針傷科處置每月大於15次占率
96	0.14	0.66	2.62	56.68	0.84	0.44
97	0.14	0.57	2.66	57.74	0.76	0.06
98	0.14	0.51	2.69	59.88	0.74	0.02
99	0.13	0.46	2.70	59.87	0.71	0.01
100	0.13	0.46	2.78	61.37	0.73	0.01

資料日期：101年11月1日。

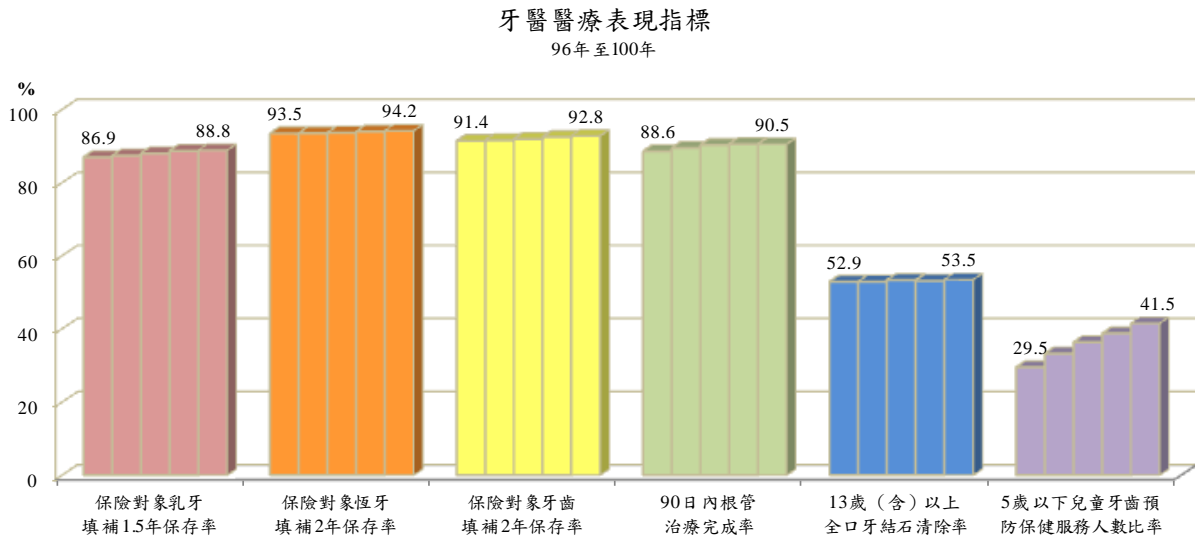
歷年隔日重複就診率呈下降趨勢；7日內處方用藥日數重複2日以上比率自96年逐年下降至99年後於100年上升。100年相較於96年，同日重複就診率下降0.01個百分點，隔日重複就診率下降0.20個百分點，7日內處方用藥日數重複2日以上比率下降0.11個百分點。

歷年癌症病患同時利用西醫人數比率呈上升趨勢；針傷科處置每月大於15次占率於97年大幅下降，之後每年微幅下降；歷年平均就醫次數維持在2.6~2.8次間，並逐年微幅上升。100年相較於96年，癌症病患同時利用西醫人數比率增加4.7個百分點；針傷科處置每月大於15次占率減少0.43個百分點；平均就醫次數增加0.16次。

100年平均就醫次數、癌症病患同時利用西醫人數比率及7日內處方用藥日數重複2日以上比率高於上年，同日重複就診率、隔日重複就診率及針傷科處置每月大於15次占率則約與上年持平。

四、牙醫

5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率大幅增加。



牙醫醫療表現指標							
單位：%							
年	保險對象乳牙填補1.5年保存率	保險對象恆牙填補2年保存率	保險對象牙齒填補2年保存率	90日內根管治療完成率	13歲(含)以上全口牙結石清除率	5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率	
96	86.95	93.46	91.39	88.57	52.88	29.49	
97	87.39	93.50	91.59	89.51	52.94	33.22	
98	87.97	93.64	91.94	90.26	53.34	36.33	
99	88.69	93.94	92.43	90.56	53.16	38.73	
100	88.84	94.19	92.79	90.51	53.46	41.54	

資料日期：101年11月1日。

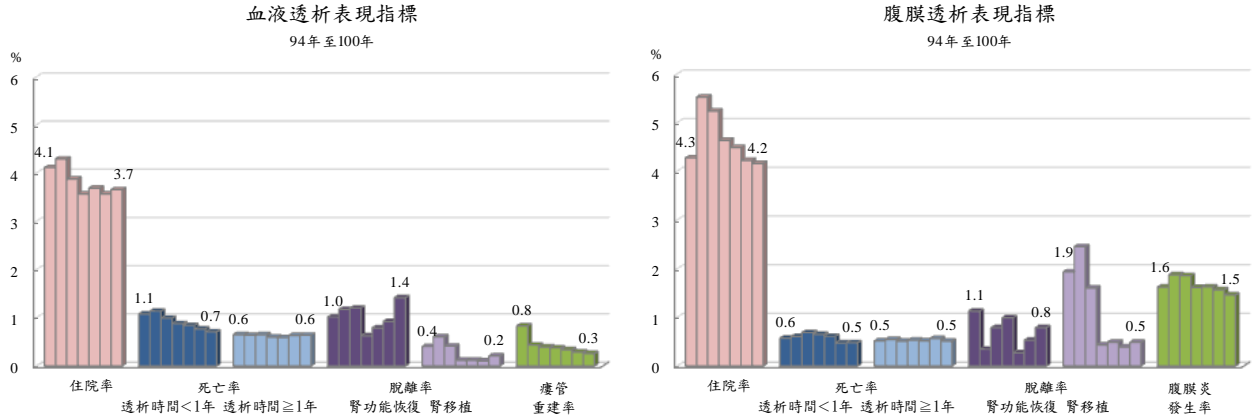
歷年保險對象乳牙填補1.5年保存率、恆牙填補2年保存率及牙齒填補2年保存率均呈上升趨勢；90日內根管治療完成率自96年逐年上升至99年後於100年下降。100年相較於96年，保險對象乳牙填補1.5年保存率上升1.89個百分點，恆牙填補2年保存率上升0.73個百分點，牙齒填補2年保存率上升1.40個百分點，90日內根管治療完成率上升1.94個百分點。

歷年13歲(含)以上全口牙結石清除率呈微幅上升趨勢；5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率呈逐年上升趨勢。100年相較於96年，13歲(含)以上全口牙結石清除率上升0.58個百分點，5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率大幅增加12.05個百分點。

100年保險對象乳牙填補1.5年保存率、恆牙填補2年保存率、牙齒填補2年保存率、13歲(含)以上全口牙結石清除率、5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率高於上年水準，90日內根管治療完成率則低於上年水準。

五、門診透析

門診腹膜透析住院率呈下降趨勢。



門診透析表現指標												
單位：%												
年	血液透析						腹膜透析					
	住院率	死亡率		脫離率		瘻管重建率	住院率	死亡率		脫離率		腹膜炎發生率
		透析時間<1年	透析時間≥1年	腎功能恢復	腎移植			透析時間<1年	透析時間≥1年	腎功能恢復	腎移植	
94	4.12	1.08	0.65	1.02	0.41	0.83	4.28	0.57	0.52	1.13	1.93	1.62
95	4.29	1.14	0.64	1.18	0.61	0.43	5.52	0.61	0.55	0.35	2.45	1.88
96	3.88	0.99	0.65	1.20	0.41	0.40	5.24	0.69	0.51	0.79	1.60	1.86
97	3.57	0.88	0.60	0.63	0.12	0.38	4.64	0.65	0.53	0.99	0.44	1.61
98	3.69	0.84	0.59	0.79	0.12	0.34	4.49	0.61	0.52	0.28	0.49	1.63
99	3.57	0.77	0.64	0.93	0.11	0.29	4.22	0.48	0.57	0.53	0.39	1.57
100	3.66	0.71	0.64	1.42	0.21	0.26	4.16	0.48	0.51	0.79	0.49	1.46

歷年血液透析住院率自 97 年起呈微幅波動；透析時間<1 年死亡率自 95 年起呈下降趨勢，透析時間≥1 年死亡率則維持在 0.59% 至 0.65% 之間；腎功能恢復脫離率自 97 年起逐年上升，腎移植脫離率自 95 年逐年下降至 99 年後於 100 年上升；瘻管重建率呈下降趨勢。

100 年血液透析住院率較上年增加 0.09 個百分點，瘻管重建率減少 0.03 個百分點，腎功能恢復脫離率增加 0.49 個百分點，腎移植脫離率增加 0.10 個百分點，透析時間<1 年死亡率減少 0.06 個百分點，透析時間≥1 年死亡率則與上年持平。

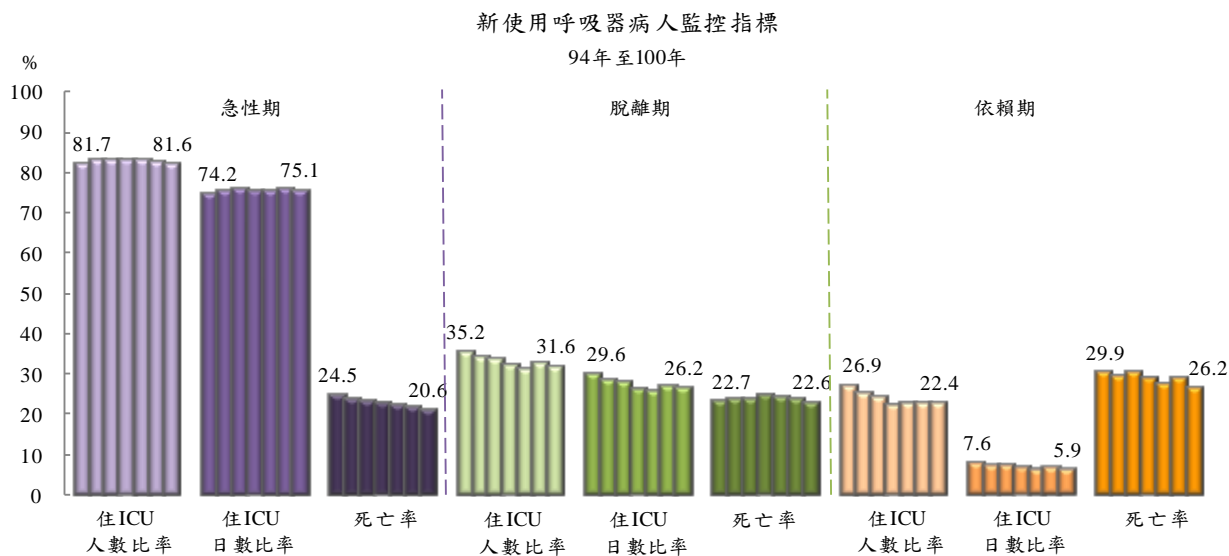
歷年腹膜透析住院率及腹膜炎發生率呈下降趨勢；透析時間<1 年死亡率自 96 年起逐年下降，透析時間≥1 年死亡率維持在 0.51% 至 0.57% 間；腎功能恢復脫離率波動幅度較大，腎移植脫離率自 95 年逐年下降至 99 年後於 100 年上升。

100 年腹膜透析住院率較上年減少 0.06 個百分點，腹膜炎發生率減少 0.11 個百分點，腎功能恢復脫離率增加 0.26 個百分點，腎移植脫離率增加 0.10 個百分點，透析時間<1 年死亡率較上年持平，透析時間≥1 年死亡率則較上年減少 0.06 個百分點。

資料來源：台灣腎臟醫學會。

六、呼吸器監控指標

依賴期新使用呼吸器病人住 ICU 人數及日數比率明顯降低。



新使用呼吸器病人監控指標

單位：%

年	急性期 (1-21日)			脫離期 (22-63日)			依賴期 (≥64日)		
	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率
94	81.66	74.20	24.53	35.16	29.58	22.71	26.93	7.56	29.91
95	82.82	75.25	23.59	33.80	28.22	23.61	24.73	6.81	29.06
96	82.61	75.45	22.85	33.17	27.72	23.38	24.08	7.15	30.05
97	82.75	75.20	22.58	31.68	25.91	24.15	22.23	6.47	28.49
98	82.84	74.90	22.02	30.93	25.33	23.84	22.26	5.81	27.02
99	82.25	75.80	21.50	32.13	26.51	23.36	22.30	6.29	28.53
100	81.59	75.05	20.64	31.57	26.23	22.58	22.43	5.92	26.22

備註：1.計算資料範圍：各季統計期間前2個月至統計期間次季（統計期間後3個月）。
2.年度指標為各季指標之算術平均數。

歷年急性期新使用呼吸器病人死亡率呈下降趨勢，100年相較於94年，下降3.89個百分點；住ICU人數比率均逾八成；住ICU日數比率約七成五。

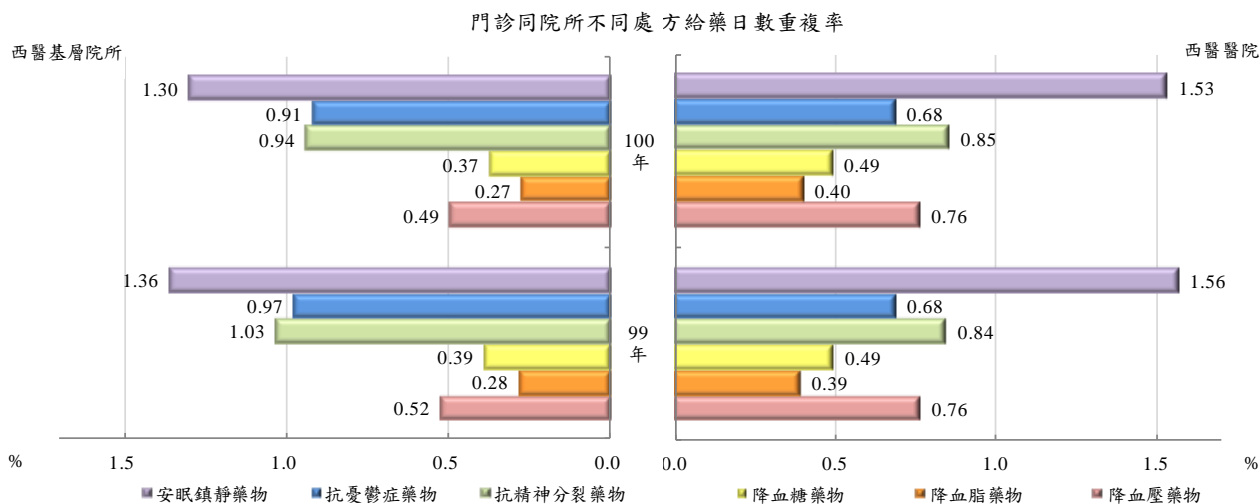
歷年脫離期新使用呼吸器病人住ICU人數比率及日數比率均自94年下降至98年後回升，100年則分別略降為31.57%及26.23%；死亡率則於97年達到最高點後逐年下降至100年。

歷年依賴期新使用呼吸器病人住ICU人數比率自94年下降至97年後回升；死亡率除96及99年外，呈下降趨勢。

依各期別觀察，新使用呼吸器病人住ICU人數比率由急性期大幅下降至脫離期，再微幅下降至依賴期；住ICU日數比率則由急性期大幅下降至脫離期，再大幅下降至依賴期；依賴期死亡率高於急性期及脫離期。

七、門診同院所不同處方重複給藥指標

99 年及 100 年均以第一季同院所不同處方給藥日數重複率最高。



門診同院所不同處方給藥日數重複率

單位：%

年季	西醫基層院所						西醫醫院					
	降血壓藥物 (口服)	降血脂藥物 (口服)	降血糖藥物 (口服及注射)	抗精神分裂藥物	抗憂鬱症藥物	安眠鎮靜藥物	降血壓藥物 (口服)	降血脂藥物 (口服)	降血糖藥物 (口服及注射)	抗精神分裂藥物	抗憂鬱症藥物	安眠鎮靜藥物
99	0.52	0.28	0.39	1.03	0.97	1.36	0.76	0.39	0.49	0.84	0.68	1.56
99Q1	0.64	0.34	0.47	1.09	1.07	1.49	0.86	0.44	0.55	0.90	0.73	1.63
99Q2	0.47	0.26	0.37	0.95	0.95	1.32	0.73	0.38	0.48	0.82	0.67	1.56
99Q3	0.46	0.26	0.35	1.07	0.96	1.32	0.70	0.37	0.47	0.84	0.68	1.53
99Q4	0.51	0.26	0.36	1.01	0.92	1.31	0.75	0.37	0.46	0.81	0.66	1.54
100	0.49	0.27	0.37	0.94	0.91	1.30	0.76	0.40	0.49	0.85	0.68	1.53
100Q1	0.63	0.34	0.45	1.07	1.04	1.47	0.91	0.49	0.57	0.98	0.83	1.66
100Q2	0.41	0.22	0.32	0.81	0.79	1.15	0.66	0.35	0.42	0.73	0.59	1.42
100Q3	0.43	0.25	0.35	0.90	0.92	1.27	0.72	0.39	0.50	0.84	0.67	1.54
100Q4	0.49	0.27	0.36	0.95	0.92	1.30	0.74	0.35	0.46	0.85	0.65	1.51

資料日期：101年11月1日。

降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物六項門診同院所不同處方給藥日數重複率指標因修正指標計算「給藥日數」及藥理分類定義改為 ATC 碼而使用新定義，歷史資料追溯至 99 年。

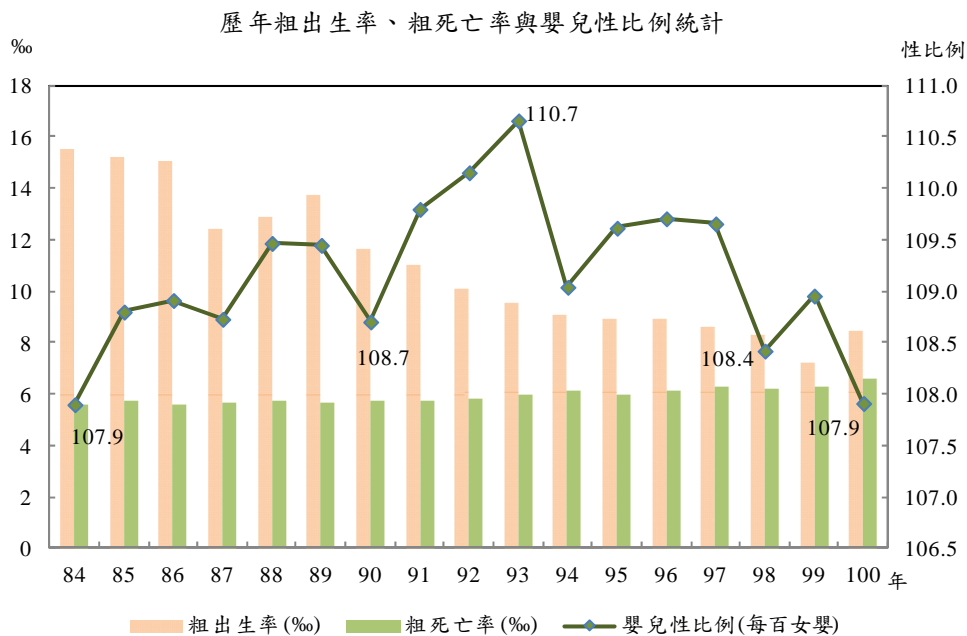
99 年及 100 年抗精神分裂及抗憂鬱症藥物給藥日數重覆率西醫基層院所高於西醫醫院；降血壓、降血脂、降血糖及安眠鎮靜藥物給藥日數重複率則西醫醫院高於西醫基層院所。

100 年西醫基層院所六項給藥日數重覆率均低於上年；100 年西醫醫院降血脂、抗精神分裂藥物給藥日數重覆率高於上年，降血糖藥物給藥日數重覆率與上年持平，降血壓、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物給藥日數重覆率則較上年為低。

參、其他重要參考指標

一、經社指標

100 年嬰兒性比例為 107.9%。



主要經社指標										
年度	經濟成長率 (%)	平均每人GDP		消費者物價年增率 (%)	勞動力 (千人)	勞動參與率 (%)	失業率 (%)	粗出生率 (‰)	粗死亡率 (‰)	總生育率 (‰)
		(NT\$)	(美元)							
98	-1.8	540,813	16,359	-0.9	10,917	57.9	5.9	8.3	6.2	1,030
99	10.8	585,633	18,503	1.0	11,070	58.1	5.2	7.2	6.3	895
100	4.1	589,576	20,006	1.4	11,200	58.2	4.4	8.5	6.6	1,065

100 年底我國戶籍登記人口為 2,322 萬人，男、女性比例為 100.6:100，人口總增加率為 2.7‰，65 歲以上老人占率為 10.9%，老化指數為 72.2%。

100 年經濟成長率為 4.1%，平均每人 GDP 為新台幣 589,576 元，相當美金 20,006 元；消費者物價年增率為 1.4%；勞動力為 11,200 千人，勞動參與率為 58.2%，其中男性為 66.7%、女性為 50.0%，失業率為 4.4%，所得分配差距倍數為 6.17。

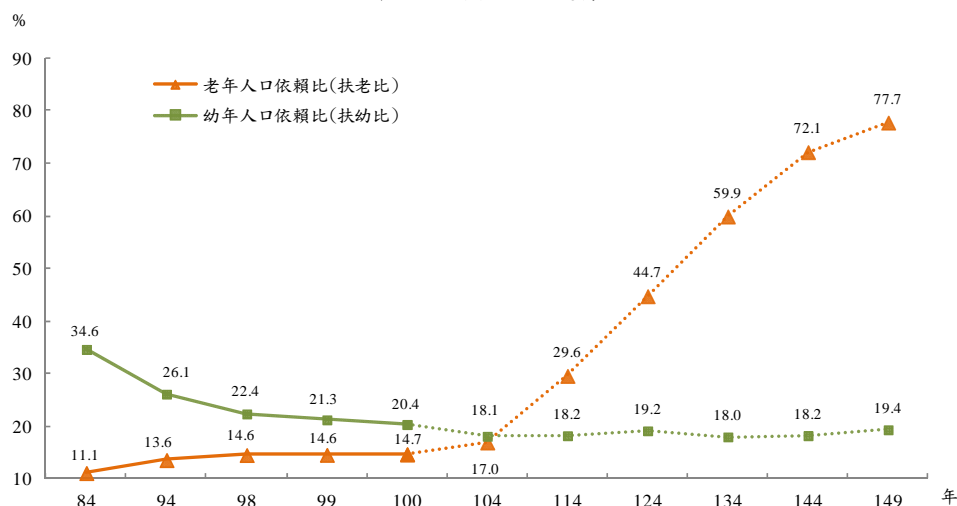
100 年粗出生率為 8.5‰，粗死亡率為 6.6‰，自然增加率為 1.9‰；100 年育齡婦女總生育率為千分之 1,065，亦即平均每一育齡婦女總生育數為 1.07 人。100 年國內出生嬰兒 19.8 萬人，較 10 年前減少 23.1%，平均每年減少 0.6 萬人。近 30 年來我國嬰兒性比例（每百名女嬰所當之男嬰數）多高於自然界正常值（103~107），100 年為 107.9。

資料來源：行政院主計總處、內政部統計處。

二、人口概況

100年扶養比為35.1%。

歷年扶幼比與扶老比趨勢



備註：100年以前數據來源為內政部，101年以後為經建會中推估值。

我國人口年齡結構

單位：%

	合計	0-14歲	15-44歲	45-64歲	65歲以上	扶養比	
						幼齡人口	高齡人口
60年	100.0	38.7	44.7	13.6	3.0	66.5	5.2
男	52.7	19.9	23.5	7.9	1.4	63.5	4.4
女	47.4	18.8	21.2	5.7	1.7	69.8	6.1
80年	100.0	26.3	51.4	15.8	6.5	39.2	9.7
男	51.6	13.6	26.3	8.2	3.5	39.4	10.2
女	48.4	12.7	25.1	7.5	3.0	39.1	9.2
100年	100.0	15.1	46.1	27.9	10.9	20.4	14.7
男	50.1	7.9	23.3	13.8	5.2	21.2	13.9
女	49.9	7.2	22.8	14.1	5.7	19.5	15.5
149年	100.0	9.8	26.9	23.9	39.4	19.4	77.7
男	48.2	5.2	13.8	11.9	17.4	20.1	67.6
女	51.8	4.7	13.1	12.0	22.1	18.6	88.2

備註：幼齡人口扶養比=(0-14歲人口/15-64歲人口)*100。

高齡人口扶養比=(65歲以上人口/15-64歲人口)*100。

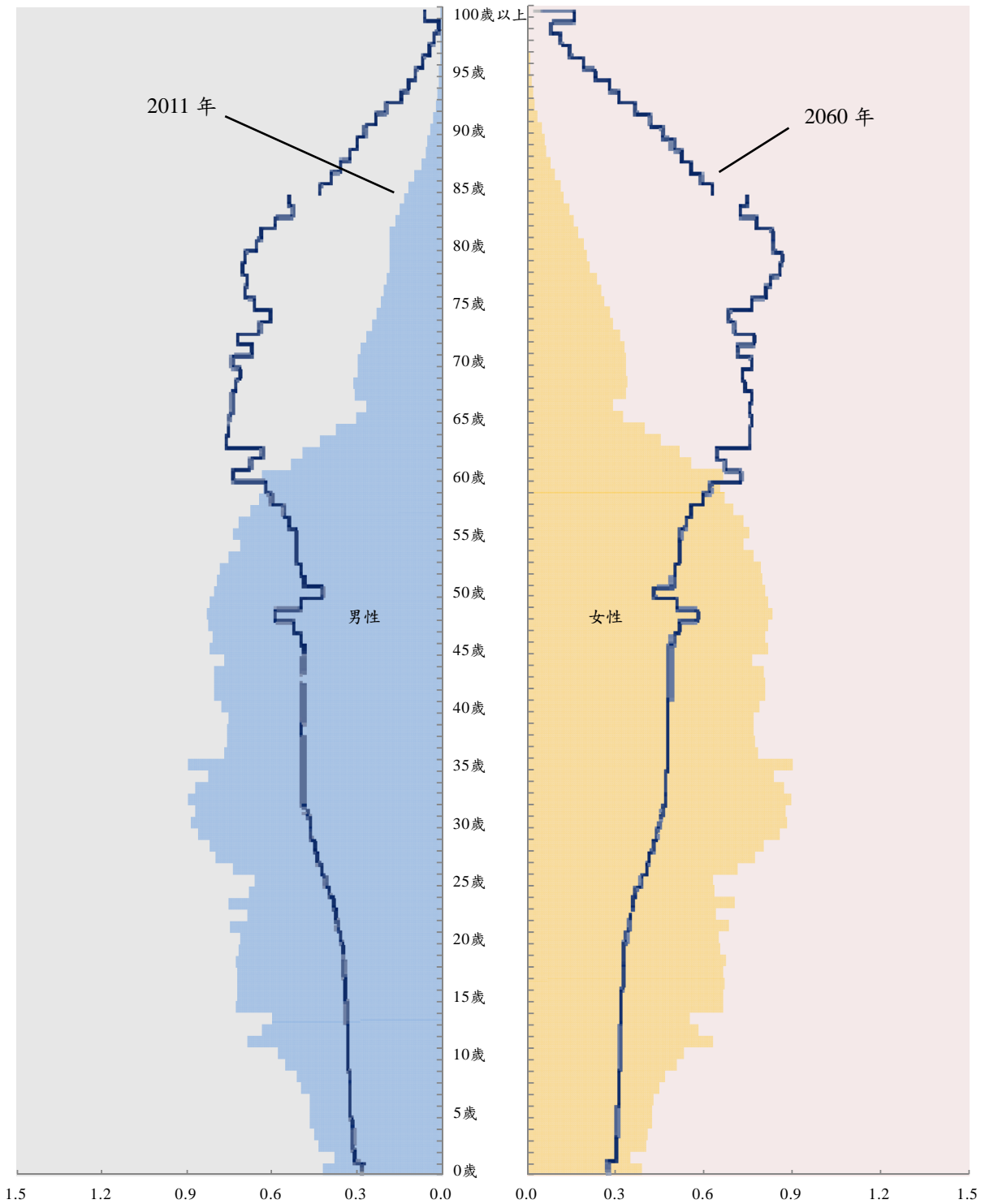
100年0-14歲之扶幼比（即幼齡人口扶養比）為20.4%，較上年減少0.9個百分點，而扶老比（即高齡人口扶養比）為14.7%，較上年增加0.1個百分點。依據行政院經濟建設委員會推計，149年0-14歲的扶幼比將降至19.4%，惟扶老比快速增加至77.7%，工作年齡人口的扶養負荷將逐漸加重。

推估100-149年人口結構，0-14歲幼齡人口占總人口比率，受到少子化的影響，由100年之15.1%降至149年之9.8%，15-64歲工作年齡人口占總人口比率由100年之74.0%下降至149年為50.8%，65歲以上高齡人口占總人口比率，由100年之10.9%攀升至149年達39.4%。老年人口比重快速增加，預計於107年邁入高齡社會，114年邁入超高齡社會。

資料來源：內政部統計處、行政院經濟建設委員會。

三、人口成長趨勢

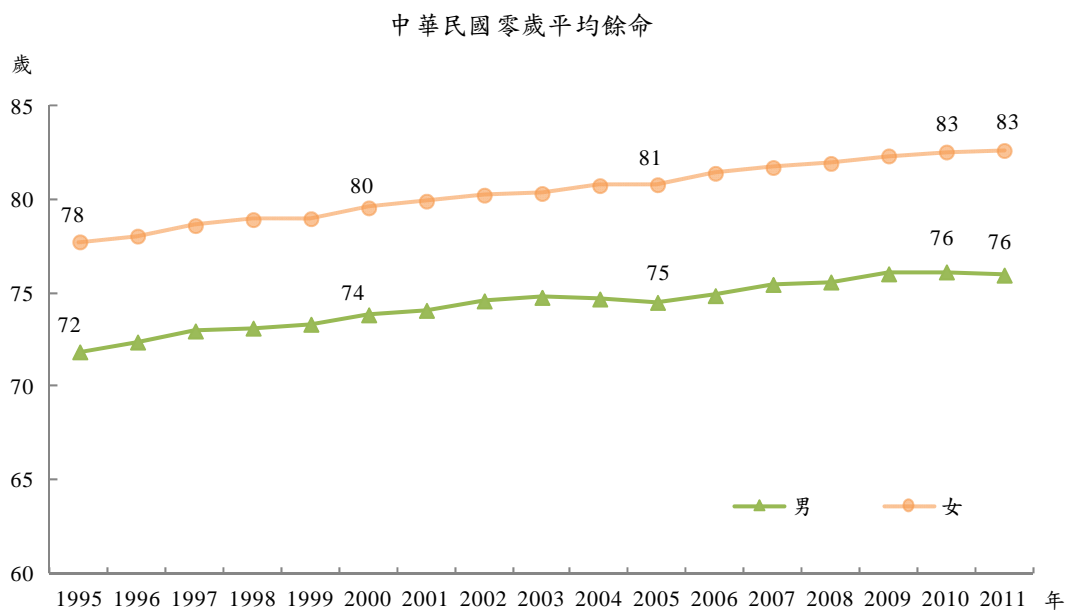
2011年與2060年（預估）年底人口年齡結構圖。



資料來源：內政部「內政統計年報」、行政院經濟建設委員會「中華民國2012年至2060年人口推計—中推計數」2012.08.24發布。

四、零歲平均餘命

100 年女性平均餘命高於男性 6.7 歲。



歷年主要國家零歲平均餘命

單位:歲

年別	中華民國		日本		南韓		澳大利亞		美國		法國		瑞士	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1995	72	78	76	83	70	77	75	81	73	79	74	82	75	82
1996	72	78	77	84	70	78	75	81	73	79	74	82	76	82
1997	73	79	77	84	71	78	76	81	74	79	75	82	76	82
1998	73	79	77	84	71	79	76	82	74	80	75	82	76	83
1999	73	79	77	84	72	79	76	82	74	79	75	83	77	83
2000	74	80	78	85	72	80	77	82	74	79	75	83	77	83
2001	74	80	78	85	73	80	77	82	74	79	75	83	78	83
2002	75	80	78	85	73	81	77	83	74	80	76	83	78	83
2003	75	80	78	85	74	81	78	83	75	80	76	83	78	83
2004	75	81	79	86	75	81	78	83	75	80	77	84	79	84
2005	75	81	79	86	75	82	79	83	75	80	77	84	79	84
2006	75	81	79	86	76	82	79	84	75	80	77	84	79	84
2007	75	82	79	86	76	83	79	84	75	80	77	84	80	84
2008	76	82	79	86	77	83	79	84	76	81	78	84	80	85
2009	76	82	80	86	77	84	79	84	76	81	78	85	80	85
2010	76	83	80	86	77	84	80	84	76	81	78	85	80	85
2011	76	83	80	86	77	84	79	84	75	80	78	85	80	84

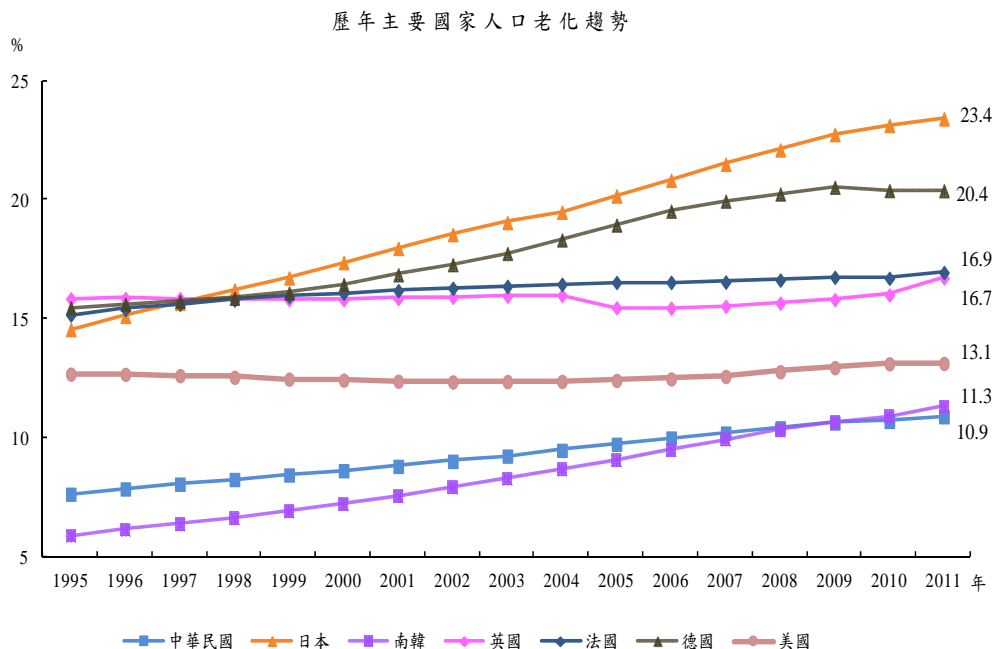
備註：2011年除我國及法國以外，資料來源為Population Reference Bureau, USA。

2011 年我國女性零歲平均餘命（即出生時預期壽命）為 83 歲，較 84 年增加 5 歲，男性為 76 歲，較 84 年增加 4 歲。若與世界平均餘命最高之日本相比，其國民女性零歲平均餘命較我國高 3 歲，男性則高於我國 4 歲。法國、澳大利亞與瑞士，女性零歲平均餘命約為 84~85 歲，男性約為 78~80 歲。

資料來源：內政部統計處、世界經濟合作與發展組織（OECD）Database 2012、Population Reference Bureau（USA）。

五、主要國家人口老化概況

日本為老化程度最顯著國家。



國家\年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
中華民國	32.1	34.0	35.7	37.6	39.4	40.9	42.3	44.2	46.6	49.0	52.0	55.2	58.1	61.5	65.1	68.6	72.2
日本	91.2	96.6	102.0	107.6	113.0	119.1	125.1	130.5	135.8	140.3	146.5	152.6	158.8	164.3	170.5	178.5	183.4
南韓	25.2	26.9	28.6	30.4	32.3	34.3	36.3	38.7	41.3	44.1	47.3	51.0	55.1	59.3	63.5	68.7	72.4
英國	81.4	81.7	81.8	82.1	82.2	83.1	84.4	85.7	86.9	88.1	84.9	85.9	87.5	88.1	89.4	90.8	96.2
法國	77.7	79.7	81.6	83.2	84.3	85.3	86.2	87.1	88.0	89.0	89.9	90.2	90.4	90.8	91.3	91.4	92.9
德國	95.3	96.8	98.2	99.8	102.1	105.3	109.3	113.9	119.2	125.5	132.5	139.3	144.4	148.3	151.8	149.7	150.6
美國	58.0	58.2	58.2	58.2	58.0	58.2	58.3	58.5	58.9	59.4	60.2	61.0	61.9	63.1	64.3	65.4	65.4

國家\年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
中華民國	7.6	7.9	8.1	8.3	8.4	8.6	8.8	9.0	9.2	9.5	9.7	10.0	10.2	10.4	10.6	10.7	10.9
日本	14.6	15.1	15.7	16.2	16.7	17.4	18.0	18.5	19.0	19.5	20.2	20.8	21.5	22.1	22.7	23.1	23.4
南韓	5.9	6.1	6.4	6.6	6.9	7.2	7.6	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.7	10.9	11.3
英國	15.8	15.9	15.9	15.9	15.8	15.8	15.9	15.9	16.0	16.0	15.5	15.5	15.5	15.7	15.8	16.0	16.7
法國	15.2	15.4	15.6	15.8	15.9	16.1	16.2	16.3	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5	16.6	16.7	16.7	16.9
德國	15.5	15.6	15.7	15.9	16.1	16.4	16.9	17.3	17.7	18.3	18.9	19.5	19.9	20.2	20.5	20.4	20.4
美國	12.7	12.7	12.6	12.5	12.5	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	12.5	12.6	12.8	13.0	13.1	13.1

備註：老化指數=(65歲以上人口數/0-14歲人口數)*100。
老年人口比率=(65歲以上人口數/總人口數)*100。

2011年日本老年人口比率為23.4%，與1995年相較增加8.8個百分點；老化指數由1995年的91.2%迅速上升至2011年183.4%，為老化程度最顯著的國家，其次為德國之150.6%。2011年我國老年人口比率為10.9%，較1995年增加3.3個百分點；老化指數則由1995年的32.1%上升至2011年72.2%。

資料來源：內政部統計處、世界經濟合作與發展組織(OECD) Database 2012。

六、死因別變動與標準化死亡率

惡性腫瘤仍是國人死因之首，男性標準化死亡率每十萬人口 173.7 人，女性 93.4 人。



十大主要死因死亡數											
單位：人											
年度\死亡原因	惡性腫瘤	心臟疾病(高血壓性疾病除外) / 心臟性疾病*	腦血管疾病	糖尿病	肺炎	事故傷害	慢性下呼吸道疾病	慢性肝病及肝硬化	高血壓性疾病	腎炎、腎病症候群及腎病變 / 腎炎腎徵候群及腎性病變*	自殺
90	32,993	11,003	13,141	9,113	3,746	9,513		5,239	1,766	4,056	2,781
100	42,559	16,513	10,823	9,081	9,047	6,726	5,984	5,153	4,631	4,368	

十大主要死因標準化死亡率											
單位：每十萬人口											
年度\死亡原因	惡性腫瘤	心臟疾病(高血壓性疾病除外) / 心臟性疾病*	腦血管疾病	糖尿病	肺炎	事故傷害	慢性下呼吸道疾病	慢性肝病及肝硬化	高血壓性疾病	腎炎、腎病症候群及腎病變 / 腎炎腎徵候群及腎性病變*	自殺
90	143.1	48.8	57.8	39.8	16.8	41.5		22.3	7.9	17.9	11.7
100	132.2	47.9	31.3	26.9	24.8	24.1	16.2	16.5	12.9	12.6	

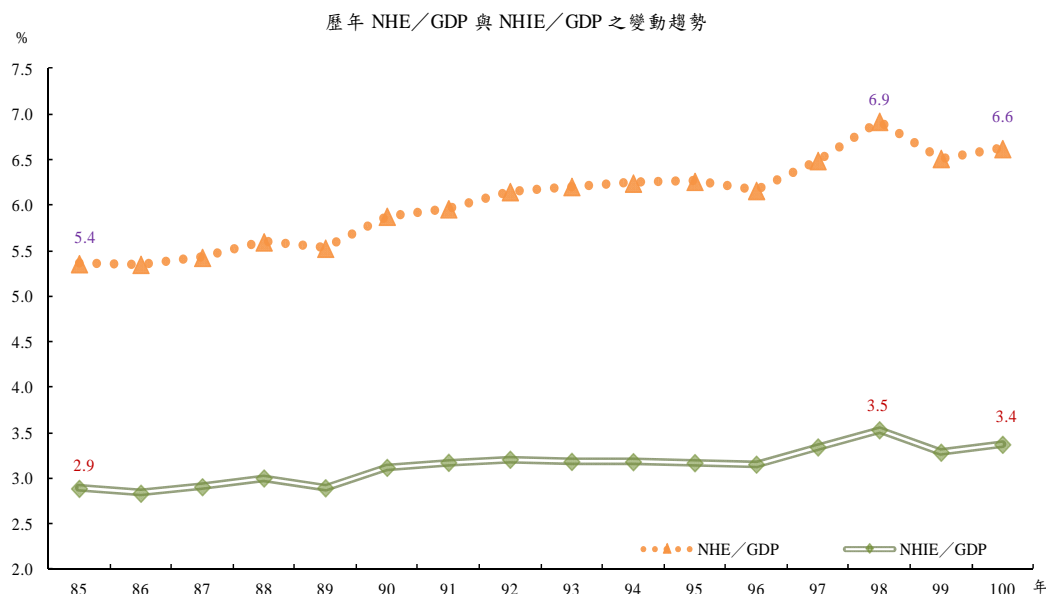
備註：1. 死亡原因90年採國際疾病分類第九版(ICD-9)，100年採國際疾病分類第十版(ICD-10)；二年度名稱不同時，*表90年名稱。
2. 資料欄空白表示非當年度十大主要死因。
3. 標準化死亡率係以2000年W.H.O.世界人口年齡結構為基準。

100年惡性腫瘤標準化死亡率為每十萬人口 132.2 人，居主要死因第 1 位，較 90 年減少 10.9 人。其次為心臟疾病（高血壓性疾病除外）及腦血管疾病，分別為每十萬人口 47.9 人及 31.3 人。

資料來源：行政院衛生署「死因統計」。

七、國民醫療保健支出（NHE）與國內生產毛額（GDP）

100 年 GDP 年增率為 1.0%，NHE 年增率為 2.6%。



註：NHIE為全民健保醫療給付費用及政府補助健保行政經費。

醫療保健支出									
單位：億元、%									
年度\項目	GDP		NHE		NHIE		NHE/GDP	NHIE/GDP	NHIE/NHE
		年增率		年增率		年增率			
85	79,061	8.6	4,236	10.8	2,284	17.8	5.4	2.9	53.9
86	85,748	8.5	4,588	8.3	2,431	6.4	5.4	2.8	53.0
87	92,042	7.3	4,995	8.9	2,676	10.1	5.4	2.9	53.6
88	96,490	4.8	5,401	8.1	2,898	8.3	5.6	3.0	53.7
89	101,874	5.6	5,631	4.3	2,950	1.8	5.5	2.9	52.4
90	99,304	-2.5	5,838	3.7	3,098	5.0	5.9	3.1	53.1
91	104,116	4.8	6,207	6.3	3,306	6.7	6.0	3.2	53.3
92	106,963	2.7	6,578	6.0	3,433	3.8	6.1	3.2	52.2
93	113,653	6.3	7,054	7.2	3,621	5.5	6.2	3.2	51.3
94	117,403	3.3	7,330	3.9	3,736	3.2	6.2	3.2	51.0
95	122,435	4.3	7,667	4.6	3,883	3.9	6.3	3.2	50.7
96	129,105	5.4	7,957	3.8	4,073	4.9	6.2	3.2	51.2
97	126,202	-2.2	8,192	3.0	4,221	3.6	6.5	3.3	51.5
98	124,811	-1.1	8,640	5.5	4,410	4.5	6.9	3.5	51.0
99	136,142	9.1	8,868	2.6	4,474	1.5	6.5	3.3	50.5
100	137,450	1.0	9,103	2.6	4,636	3.6	6.6	3.4	50.9

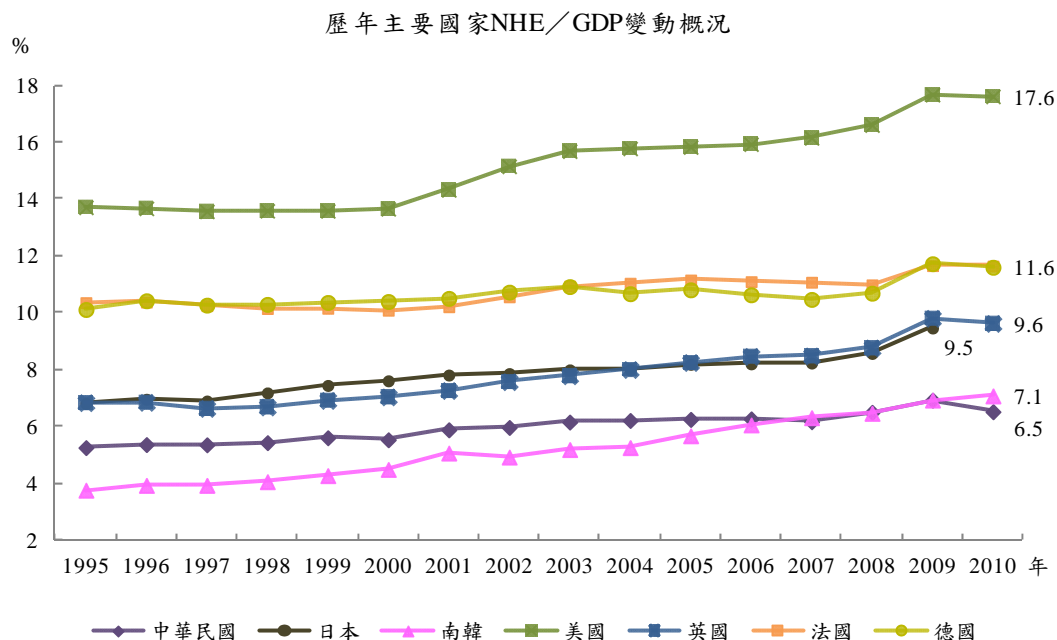
全民健保醫療給付費用及政府補助健保行政經費（NHIE, Health Expenditure of National Health Insurance）於 85 年～87 年增加快速，87 年起陸續實施各部門總額支付制度與各項費用微幅調控措施後，NHIE 及 NHE 成長均趨緩。

100 年 GDP 為 137,450 億元，較上年度增加 1.0%，100 年 NHE 為 9,103 億元，較上年度增加 2.6%，NHIE 則為 4,636 億元，年增率為 3.6%，NHE/GDP 為 6.6%，NHIE/GDP 為 3.4%，NHIE/NHE 為 50.9%。

資料來源：行政院衛生署「國民醫療保健支出」。

八、主要國家每人 NHE 及 NHE 占 GDP 比例

主要國家 NHE 占 GDP 比呈現小幅上漲趨勢。



國\年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
中華民國	13,810	12,598	13,585	14,704	13,147	13,404	13,773	15,012	16,051	16,491	17,154	17,399	16,359	18,503	20,006
日本	33,809	30,696	34,669	36,790	32,215	31,324	33,795	36,476	35,835	34,075	34,077	37,961	39,399	42,983	...
南韓	11,584	7,738	9,901	11,350	10,656	12,094	13,451	15,029	17,551	19,707	21,653	19,162	17,110	20,757	...
英國	23,309	24,902	25,613	25,137	24,885	27,213	31,267	36,799	37,904	40,407	46,139	43,281	35,288	36,375	...
法國	23,888	24,502	24,179	21,906	21,900	23,654	28,945	32,939	33,995	35,616	40,547	44,362	40,736	39,654	42,624
德國	26,365	26,667	26,149	23,019	22,863	24,413	29,429	33,089	33,603	35,275	40,463	44,334	40,394	40,198	43,742
美國	30,526	31,843	33,486	35,239	36,063	36,958	38,339	40,419	42,646	44,767	46,499	46,928	45,368	46,894	48,372

國\年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
中華民國	739	684	760	813	773	799	847	932	1,002	1,033	1,057	1,129	1,132	1,211	1,332
日本	2,362	2,221	2,604	2,833	2,552	2,454	2,694	2,915	2,928	2,796	2,805	3,252	3,735	...	...
南韓	454	313	422	508	539	594	697	789	994	1,190	1,361	1,229	1,174	1,452	1,616
英國	1,573	1,673	1,824	1,666	1,793	1,961	2,479	3,213	3,435	3,711	3,909	4,091	3,684	3,771	...
法國	2,408	2,480	2,555	2,172	2,268	2,403	3,108	3,652	3,802	3,931	4,676	4,726	4,877	4,336	...
德國	2,660	2,732	2,805	2,354	2,437	2,520	3,157	3,549	3,643	3,733	4,415	4,600	4,856	4,391	...
美國	4,119	4,305	4,527	4,791	5,142	5,576	5,993	6,355	6,728	7,107	7,482	7,760	7,990	8,233	...

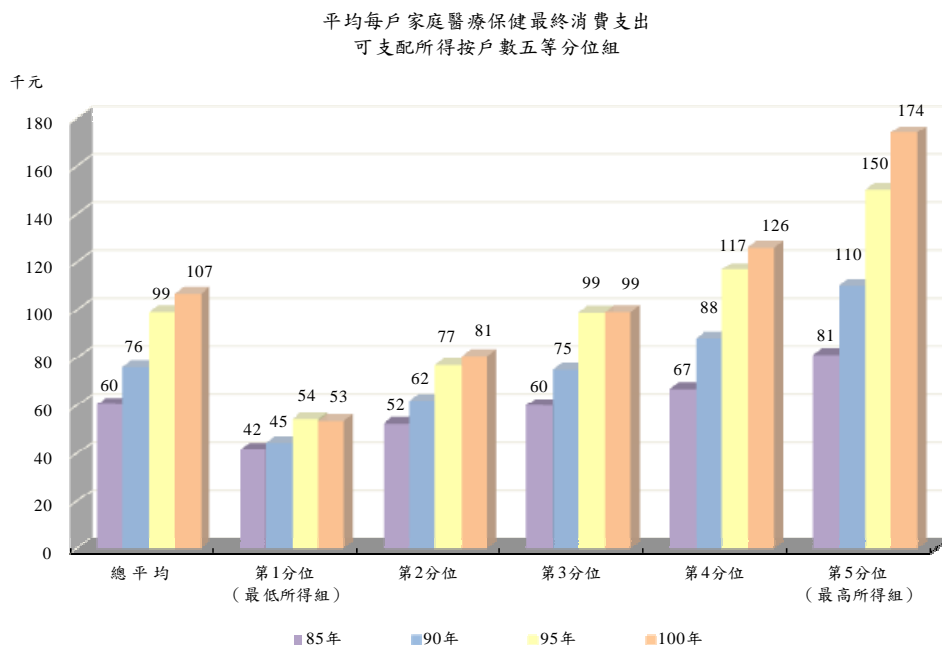
2010 年 OECD 主要國家平均每人 NHE (National Health Expenditure, 國民醫療保健支出) 以美國 8,233 美元最高, 德國 4,391 美元居次; 與其他主要國家相較, 我國平均每人 NHE 支出仍屬小幅成長, 且支出金額明顯小於其他主要國家。

就歷年 NHE 占 GDP 比變動, OECD 主要國家大致上皆呈現微幅上漲的趨勢; 美國仍為占率最高之國家, 我國及南韓所占之比例小於其他主要國家。

資料來源: 行政院衛生署「國民醫療保健支出」、行政院主計總處。

九、家庭醫療保健消費概況

全民健保實施後低所得族群平均每戶家庭醫療保健最終消費支出成長程度明顯少於高所得族群。



以第一分位家戶為基準平均每戶家庭醫療保健最終消費支出倍數—按每戶可支配所得五等分位組

年度\分位	I (最低所得組)	II	III	IV	V (最高所得組)
84	1.0	1.3	1.5	1.8	2.3
85	1.0	1.3	1.4	1.6	1.9
89	1.0	1.4	1.6	1.9	2.3
94	1.0	1.4	1.8	2.2	2.7
95	1.0	1.4	1.8	2.2	2.8
96	1.0	1.5	1.8	2.2	2.8
97	1.0	1.5	1.9	2.3	3.0
98	1.0	1.5	1.9	2.5	3.1
99	1.0	1.4	1.8	2.3	3.1
100	1.0	1.5	1.9	2.4	3.2

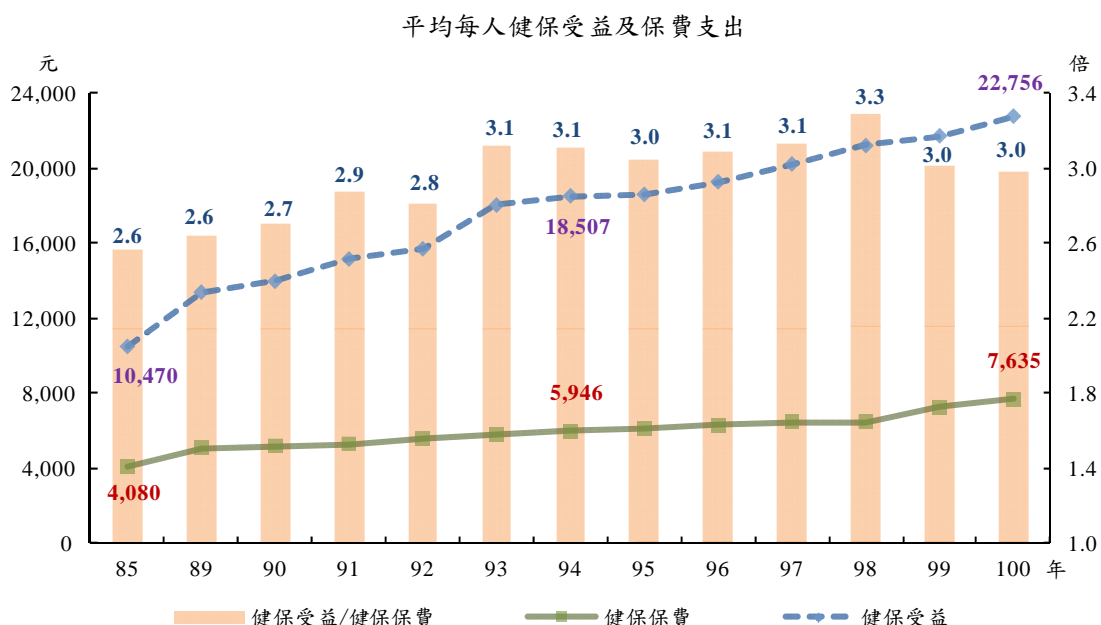
依據行政院主計總處家庭收支調查報告顯示，平均每戶家庭醫療保健最終消費支出，由85年的60,473元，上升至100年的106,607元，增幅76.3%。

倘以各年家戶可支配所得第一等分位為當年相對基準來看，收入越高之族群其醫療保健消費支出相對較收入較低者高。再依每戶可支配所得五等分位組觀察，第五等分位百分比之增加最為顯著，高所得群組醫療保健支出明顯高於低所得群組。

資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

十、高低所得家庭健保受益概況

低所得家庭健保受益遠大於高所得家庭。



年度\分位	I (最低所得組)		II		III		IV		V (最高所得組)	
	健保保費	健保受益	健保保費	健保受益	健保保費	健保受益	健保保費	健保受益	健保保費	健保受益
85年	3,219	13,595	3,868	10,991	3,989	10,061	4,183	9,991	4,629	9,386
90年	3,980	18,126	4,642	14,706	5,002	13,531	5,324	13,041	6,063	12,662
91年	3,843	17,518	4,625	15,679	5,095	14,959	5,497	15,100	6,393	13,703
92年	3,783	18,453	4,812	16,054	5,230	15,251	5,932	15,474	6,983	14,594
93年	4,019	21,204	4,921	18,258	5,544	16,534	6,059	17,811	7,170	17,726
94年	4,091	21,926	5,123	18,694	5,591	18,427	6,253	17,415	7,421	17,835
95年	4,263	22,035	5,178	18,403	5,784	17,854	6,405	17,696	7,650	18,491
96年	4,313	22,219	5,291	19,831	5,822	18,363	6,526	18,413	7,952	18,920
97年	4,582	22,852	5,423	21,197	6,132	19,613	6,622	19,155	8,167	19,726
98年	4,341	23,412	5,394	21,629	5,985	20,672	6,829	21,956	8,174	19,594
99年	4,646	25,135	5,733	22,120	6,666	21,374	7,542	21,516	9,794	21,026
100年	4,642	24,532	5,693	22,768	6,999	21,336	7,856	21,807	10,161	22,564
歷年平均健保受益倍數	5.05		3.63		3.07		2.79		2.28	

備註：1. 健保受益 = 健保給付 / 納保人口。
2. 家庭戶數按每戶可支配所得高低劃分5等分位，各等分位家庭戶數為20%的全體家庭總戶數。

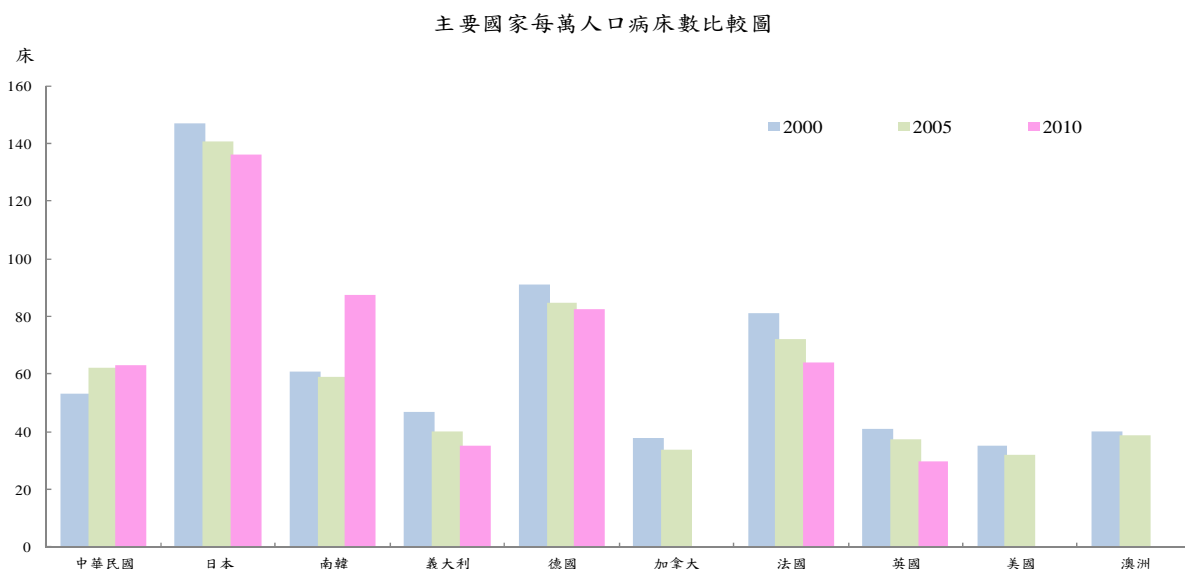
100年平均每人健保保費為7,635元，較上年增加419元，而100年平均每人健保受益倍數（健保受益／健保保費支出）為3.0倍。

就歷年平均各分位之健保受益倍數來看，以第I等分位組家庭之5.05倍最高，第V等分位組家庭2.28倍最低，顯示愈低所得組家庭之每人健保受益程度愈高。

資料來源：行政院衛生署統計室。

十一、主要國家每萬人口病床數之比較

2010 年主要國家每萬人口病床數以日本 136 床最高。



國名	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 vs. 2000 增減數
中華民國	57	57	59	60	63	64	65	66	66	68	69	12
日本	147	146	144	143	142	141	140	139	138	137	136	-11
南韓	61	61	48	51	54	59	65	73	77	82	88	27
義大利	47	46	44	42	40	40	39	38	37	36	35	-12
德國	91	90	89	87	86	85	83	82	82	82	83	-9
加拿大	38	37	36	35	34	34	34	33	32	32	...	...
法國	81	79	77	75	74	72	71	71	69	67	64	-17
英國	41	40	40	39	39	37	36	34	34	33	30	-11
美國	35	35	34	33	33	32	32	31	31	31	...	...
澳洲	40	39	39	39	40	39	39	...	38	37	...	...

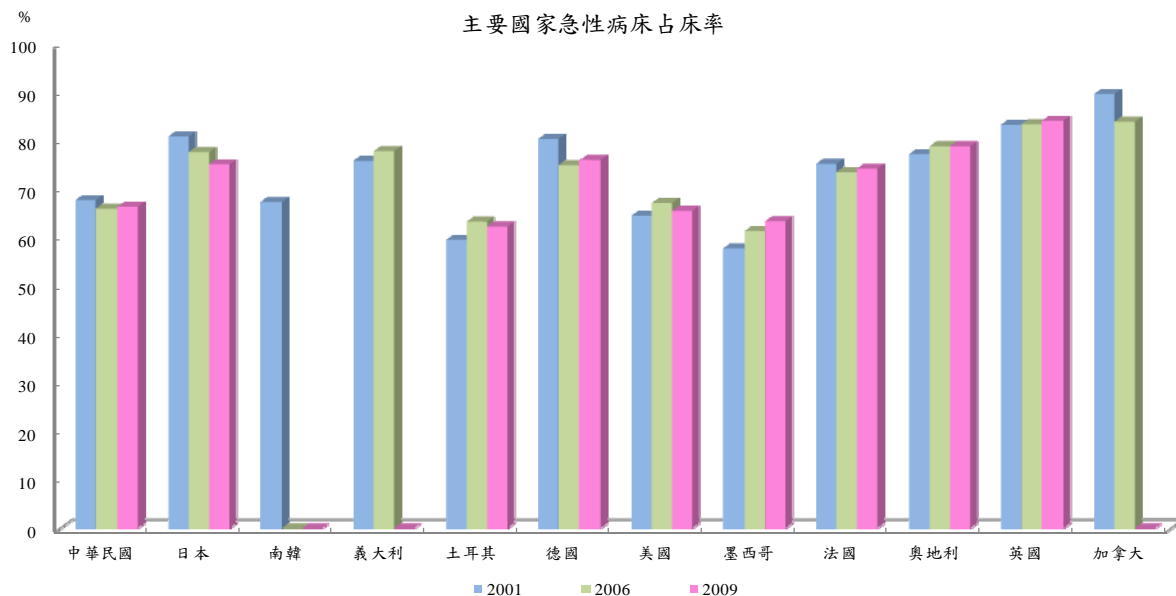
2010 年表列各國之每萬人口病床數，以日本 136 床最高，南韓 88 床居次，德國 83 床第三，而以英國 30 床最低，義大利 35 床次低，我國為 69 床，與法國相近。

以 2010 年相較 2000 年之增減分析，南韓增加 27 床，我國增加 12 床，其餘國家皆呈下降趨勢，其中以法國減少 17 床最多，其次為義大利減少 12 床，再次為日本及英國皆減少 11 床。

資料來源：OECD 健康報告書、行政院衛生署「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」。

十二、主要國家急性病床占床率之比較

我國近年急性病床占床率與美國相近。



主要國家急性病床占床率

單位：%

國名	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	1996-2009 增減率
中華民國	66.7	67.7	65.9	66.4	67.2	66.3	67.4	68.8	-0.4
日本	82.2	81.0	77.8	76.4	75.7	75.3	...	...	-6.9
南韓	70.1	67.3	...	...	...	...	...	...	...
義大利	71.4	76.0	78.0	78.8	79.5	...	...	...	...
土耳其	56.3	59.6	63.3	61.1	63.5	62.3	...	...	6.0
德國	80.3	80.5	75.1	76.0	76.2	76.2	...	...	-4.1
美國	61.5	64.5	67.1	66.6	66.4	65.5	...	...	4.0
墨西哥	51.4	57.8	61.4	59.6	61.8	63.4	...	...	12.0
法國	75.9	75.4	73.7	73.9	74.2	74.4	...	...	-1.5
奧地利	75.8	77.4	79.0	78.6	79.6	79.0	...	...	3.2
英國	...	83.4	83.5	83.7	84.8	84.2	...	...	...
加拿大	85.4	89.7	84.0	89.0	93.0	...	...	...	...

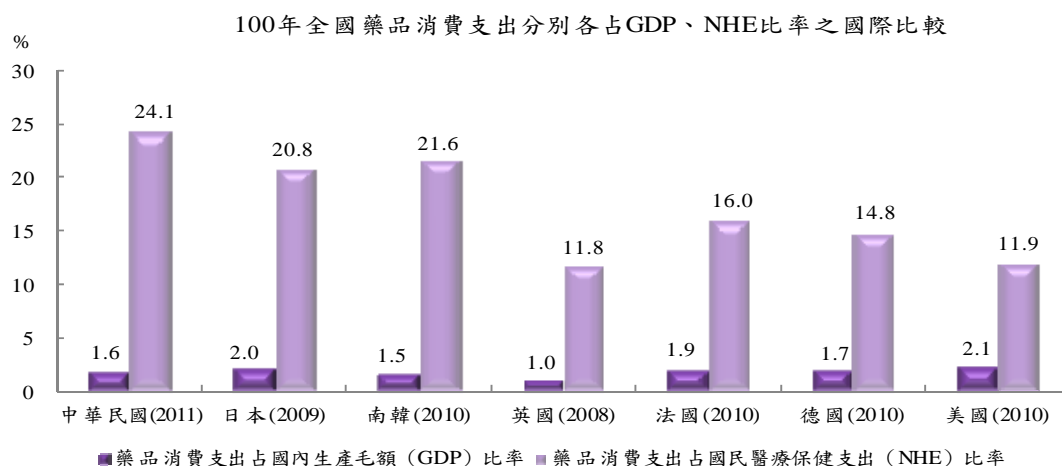
2009年主要國家急性病床占床率，以英國84.2%最高，奧地利79.0%居次，德國76.2%第三；土耳其62.3%最低，墨西哥63.4%次低。我國急性病床占床率66.3%，與美國相近，近年來多維持在66%左右。

2009年相較於1996年，墨西哥急性病床占床率增加12.0個百分點，土耳其增加6.0個百分點，日本減少6.9個百分點，德國減少4.1個百分點，我國則減少0.4個百分點。

資料來源：OECD 健康報告書、行政院衛生署「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計摘要表」。

十三、藥品支出占 GDP 及 NHE 之國際比較

100 年全國藥品消費支出占 GDP 比率為 1.6%，占 NHE 比率為 24.1%。



藥品消費支出占國內生產毛額 (GDP) 比率								單位：%
年\國家	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國	
1995	...	1.5	0.9	1.0	1.5	1.3	1.2	
1996	1.0	1.5	0.9	1.1	1.5	1.3	1.2	
1997	1.2	1.4	0.9	1.1	1.5	1.3	1.3	
1998	1.2	1.3	0.9	...	1.6	1.4	1.3	
1999	1.3	1.4	0.9	...	1.6	1.4	1.5	
2000	1.3	1.4	1.1	1.0	1.7	1.4	1.5	
2001	1.3	1.5	1.2	1.0	1.7	1.5	1.7	
2002	1.3	1.4	1.2	1.0	1.8	1.5	1.8	
2003	1.4	1.5	1.3	1.0	1.8	1.6	1.9	
2004	1.4	1.5	1.3	1.1	1.9	1.5	1.9	
2005	1.4	1.6	1.4	1.1	1.9	1.6	1.9	
2006	1.4	1.6	1.5	1.0	1.8	1.6	2.0	
2007	1.4	1.6	1.5	1.0	1.8	1.6	2.0	
2008	1.5	1.7	1.5	1.0	1.8	1.6	2.0	
2009	1.6	2.0	1.6	...	1.9	1.7	2.2	
2010	1.6	...	1.5	...	1.9	1.7	2.1	
2011	1.6	...	...	...	...	...	...

藥品消費支出占國民醫療保健支出 (NHE) 比率								單位：%
年\國家	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國	
1995	...	22.2	23.6	15.3	15.0	12.8	8.4	
1996	17.8	21.5	23.0	15.6	14.8	12.9	8.8	
1997	21.5	20.4	23.4	16.0	15.0	13.1	9.4	
1998	21.9	18.7	21.8	...	15.5	13.5	9.9	
1999	22.6	18.2	21.4	...	16.0	13.4	10.7	
2000	23.1	18.4	24.3	14.2	16.5	13.5	11.3	
2001	22.5	18.7	24.3	13.9	16.9	14.1	11.7	
2002	22.1	18.1	25.1	13.5	16.8	14.3	11.9	
2003	22.6	19.3	25.1	13.5	16.7	14.4	12.1	
2004	22.9	19.1	25.5	13.3	16.8	13.8	12.2	
2005	22.3	19.7	24.9	12.8	16.7	15.0	12.2	
2006	22.3	19.5	24.5	12.3	16.3	14.7	12.4	
2007	23.0	19.9	23.4	12.1	16.4	15.0	12.3	
2008	23.0	19.4	23.2	11.8	16.4	15.0	12.1	
2009	23.4	20.8	22.5	...	16.1	14.9	12.2	
2010	25.0	...	21.6	...	16.0	14.8	11.9	
2011	24.1	...	...	...	...	...	...

全國藥品消費支出係個人醫療費用中用於醫院門診及西、牙、中醫診所之藥費與家庭自行購買之醫藥用品消費支出。

2010 年藥品消費支出占 GDP 比率，以美國 2.1% 及法國 1.9% 較高，我國為 1.6%，與德國相近。

2011 年我國藥品消費支出占 NHE 24.1%，歷年我國藥品消費支出占國民醫療保健支出比率介於 21%~25% 之間，較已開發國家高。

資料來源：行政院衛生署「國民醫療保健支出」。

肆、全民健保大事紀

一、100 年全民健保大事紀要

- 100.01.01 行政院衛生署發布修正「全民健康保險投保金額分級表」，投保金額下限調整為 17,880 元，並自 100 年 1 月 1 日起實施。
- 100.01.01 行政院衛生署發布修正「全民健康保險投保金額分級表」及依全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 1 款第 2 目規定，村（里）長及鄰長之投保金額自 100 年 1 月 1 日起由 27,600 元調整為 28,800 元。
- 100.01.01 行政院衛生署發布修正「全民健康保險投保金額分級表」及依全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款規定，第 2 類第 1 目被保險人之投保金額，自 100 年 1 月 1 日按投保金額分級表第 6 級（21,900 元）起申報。
- 100.01.06 中央健康保險局公告全民健康保險第 3 類被保險人適用之投保金額為 21,900 元，並自 100 年 4 月 1 日起實施。
- 100.01.26 總統公布全民健康保險法修正條文。本次修正之施行日期，由行政院定之。
- 100.02.23 中央健康保險局公告「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，並自公告日起實施。
- 100.03.01 中央健康保險局發布修正「全民健康保險保險對象申請菸品健康福利捐補助自付保險費作業點」，並自即日起生效。
- 100.03.07 中央健康保險局公告「100 年增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」及符合條件之醫院名單，並追溯自 100 年 1 月 1 日起實施。
- 100.03.25 中央健康保險局公告「100 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」修正案，並自公告日期生效。
- 100.03.29 中央健康保險局公告增列台東縣東河鎮為「100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之施行區域，並自公告日起實施。
- 100.04.01 中央健康保險局公告「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，並自公告日起實施。
- 100.04.07 中央健康保險局公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，並溯自 100 年 4 月 1 日生效。
- 100.04.15 中央健康保險局公告「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，並溯及 100 年 4 月 1 日起施行。
- 100.04.26 中央健康保險局公告修正「全民健康保險藥價基準必要藥品及罕見疾病用藥『尊重市場價格』之執行原則」並自 100 年 6 月 1 日生效。
- 100.05.16 中央健康保險局公布將自 100 年 7 月 1 日起試辦「論人計酬計畫」，計有 8 家評為正式試辦醫院或團隊，約 30 萬餘民眾可以納入試辦範圍，可讓民眾獲得更周全的整合照護服務。
- 100.06.01 中央健康保險局公告「牙醫相對合理門診點數給付原則一之（二）不適用本原則折付方式之第 2 及第 3 項條件之醫師名單」，有效期限自 100 年 6 月 1 日至 100 年 11 月 30 日止。
- 100.06.21 中央健康保險局公告「100 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，並溯自 99 年 12 月 28 日實施。
- 100.06.24 中央健康保險局公告修訂「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，並溯自 100 年 4 月 1 日起實施。
- 100.06.28 中央健康保險局公告修正「全民健康保險精神分裂症醫療給付改善方案」及「100 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」，並自 100 年 7 月 1 日起生效。
- 100.06.29 總統公布全民健康保險法修正第十一條條文。
- 100.08.03 中央健康保險局公告高雄聯合門診中心於 102 年 1 月 1 日結束營業。
- 100.08.23 為減輕民眾積欠健保費的還款壓力，自 99 年 8 月開始調降被保險人申辦分期

繳納之欠費總金額，由 5 千元調降為 2 千元，並將每期繳納金額下限由 1 千元，修正為 749 元，調降分期門檻措施實施 1 年，受惠人數高達 14,013 人。

- 100.09.01 行政院發布 100 年 6 月 29 日修正公布之全民健康保險法第 11 條自 100 年 9 月 1 日施行。
- 100.09.30 中央健康保險局公告修正「100 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，修正文字內容並溯自 100 年 1 月 1 日起適用。
- 100.10.06 中央健康保險局公告修正「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」，並自 100 年 11 月 1 日起生效。
- 100.10.11 中央健康保險局公布 100 年全民健康保險特材價量調查調整結果，並自 101 年 1 月 1 日起生效。
- 100.10.21 行政院衛生署公告「全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案」，新健保支付價格自 100 年 11 月 1 日起生效。
- 100.10.25 行政院衛生署公告修正「全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案」，新健保支付價格自 100 年 12 月 1 日起生效。
- 100.12.09 中央健康保險局公告修正醫療事業發展獎勵辦法「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」，並自 101 年 1 月 1 日生效。
- 100.12.12 中央健康保險局公告「101 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，並自公告日起實施。
- 100.12.30 中央健康保險局公告「101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，並自 101 年 1 月 1 日起生效。
- 100.12.30 中央健康保險局公告「101 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，並自 101 年 1 月 1 日起生效。

二、101 年全民健保大事紀要

- 101.01.02 行政院衛生署發布修正「全民健康保險投保金額分級表」，投保金額下限調整為 18,780 元，並自 101 年 1 月 1 日起實施。
- 101.01.02 依全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 1 款第 2 目規定，村(里)長及鄰長之投保金額自 101 年 1 月 1 日起由 28,800 元調整為 30,300 元。
- 101.01.03 中央健康保險局公告「101 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，並自 101 年 1 月 1 日起生效。
- 101.01.04 中央健康保險局公告 100 年「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」執行期間展延至 101 年 3 月 31 日止。
- 101.01.04 中央健康保險局公告「101 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，並自公告日起實施。
- 101.01.05 中央健康保險局公告「101 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，並自 101 年 1 月 1 日起實施。
- 101.01.06 中央健康保險局公告展延「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」至 101 年 3 月 31 日止。
- 101.01.06 中央健康保險局公告「101 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」，並自公告日起實施。
- 101.01.06 中央健康保險局公告修正「100 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，並追溯自 100 年 1 月 1 日起生效，及「全民健康保險高血壓醫療給付改善方案」自 102 年 1 月 1 日起停止辦理。
- 101.01.12 中央健康保險局公告「101 年全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫，並自 101 年 1 月 1 日起實施。
- 101.02.10 中央健康保險局公告修正「101 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之文字內容，並追溯自 101 年 1 月 1 日起適用。
- 101.02.29 行政院衛生署核定「弱勢安心就醫計畫」，並自 101 年 3 月 1 日起實施。
- 101.03.05 中央健康保險局公告修訂「101 年度全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」，並溯自 101 年 1 月 1 日起實施。
- 101.03.05 中央健康保險局公告「101 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」及「101 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」，並追溯自 101 年 1 月 1 日起生效。
- 101.03.09 中央健康保險局公告修正「101 年度西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」，並溯自 101 年 1 月 4 日實施。
- 101.03.14 行政院衛生署公告修正「全民健康保險提升民眾用藥品質方案」，並溯自 100 年 12 月 1 日起生效。
- 101.03.14 中央健康保險局公告「101 年醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，計畫期間 101 年 4 月至 102 年 3 月，101 年 4 月 1 日起實施。
- 101.03.21 中央健康保險局公告修正「101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」，方案內容之文字修正追溯自 101 年 1 月 1 日起生效，施行鄉鎮之修正則自公告日期生效。
- 101.04.06 中央健康保險局公告修正「101 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，其中方案內容之文字修正追溯自 101 年 1 月 1 日起生效，施行鄉鎮之修正則自公告日期生效。
- 101.04.11 中央健康保險局公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，並溯自

- 101 年 4 月 1 日生效。
- 101.04.16 中央健康保險局公告修正「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之「專業醫療服務品質指標」積極性目標值，自保險人公告後實施。
- 101.04.17 中央健康保險局公告增列新竹縣新埔鎮、北埔鄉及臺東縣卑南鄉、成功鎮為「101 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」及修正本方案申請流程之內容，並自 101 年 4 月 17 日施行。
- 101.04.23 中央健康保險局公告增修訂「全民健康保險急診品質提升方案」、「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」及「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」等三項方案，其中除「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，追溯自 101 年 1 月 1 日生效外，餘方案自 101 年 5 月 1 日起生效。
- 101.04.26 中央健康保險局公告修正「全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，並自 101 年 5 月 1 日起施行。
- 101.05.17 中央健康保險局公告 101 年度中醫總額醫療照護試辦計畫：「全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病後遺症門診照護計畫」承辦院所名單，執行起迄日期為自 101 年 5 月 1 日至 101 年 12 月 31 日止。
- 101.05.18 行政院衛生署核定「二代健保保費欠費暫行停止保險給付規劃方案」，並自核定日起實施。
- 101.05.21 行政院發布 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法第 27 條、第 28 條、第 35 條，並自 101 年 7 月 1 日施行。
- 101.05.22 中央健康保險局公告「101 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」，並溯自 101 年 1 月 1 日起實施。
- 101.05.28 中央健康保險局公告「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，並自公告日起實施。
- 101.06.15 中央健康保險局公告增列金門縣金湖鎮為「101 年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」第一項「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」及第二項「中醫門診總額醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之施行區域，並自即日起生效。
- 101.06.18 中央健康保險局公告「中醫門診總額支付制度分區總額調整暨運用方案」名稱修正為「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，並修正條文，追溯自 101 年 1 月 1 日起生效。
- 101.07.01 保險對象因延遲繳納保險費而應加徵滯納金之上限自 101 年 7 月 1 日由現行 15% 降為 5%。
- 101.08.27 中央健康保險局公告「101 年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，實施日期 101 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日。
- 101.08.27 中央健康保險局發布修正「行政院衛生署中央健康保險局對外提供資料作業要點」部分規定，並自 101 年 9 月 1 日生效。
- 101.09.03 中央健康保險局公告「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，並自 102 年 1 月 1 日實施。

- 101.09.04 本局卸、新任局長於上午 11 時 30 分舉行交接儀式，卸任局長戴桂英榮陞衛生署副署長，新任局長由黃三桂接任。
- 101.09.24 中央健康保險局發布修正「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」部分規定，並自 101 年 10 月 1 日生效。
- 101.10.08 中央健康保險局公告「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用費用規範」自 101 年 12 月 1 日生效。
- 101.10.09 行政院發布 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法，除已施行之條文外，定自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.10.23 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險資料調閱與查詢及訪查辦法」。
- 101.10.30 中央健康保險局公告「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.10.30 中央健康保險局發布修正「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.10.30 行政院衛生署發布修正「全民健康保險法施行細則」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.10.30 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險醫療服務審查業務委託辦法」。
- 101.10.30 行政院衛生署發布修正「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」，並將名稱修正為「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」，自 102 年 1 月 1 日起施行。
- 101.10.30 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.10.30 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」。
- 101.10.30 行政院衛生署發布修正「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」，並修正名稱為「全民健康保險經濟困難認定標準」。
- 101.10.30 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」。
- 101.11.01 行政院衛生署公布「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」，並自 102 年 1 月 1 日生效。
- 101.11.01 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.11.06 行政院衛生署發布「全民健康保險醫療辦法」，並自 102 年 1 月 1 日起施行，其中第 6、7、10 及 24 條，自發布日起施行。
- 101.11.15 中央健康保險局發布廢止「全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點」，並自 102 年 1 月 1 日生效。
- 101.11.15 本局與菲律賓健保局簽定臺菲健保合作備忘錄，由邱署長文達及黃局長三桂代表簽定。
- 101.11.23 行政院衛生署發布訂定「全民健康保險轉診實施辦法」，並自 102 年 1 月 1 日實施。
- 101.11.30 行政院衛生署會銜法務部發布訂定「全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.12.01 推動「完成新生嬰兒出生通報戶籍出生登記」及申請參加健保與健保卡之跨機關單一窗口作業。
- 101.12.17 衛生署、勞委會會銜發布「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」，自 102 年 1 月 1 日起施行。
- 101.12.17 本局通過 ISO 9001 系統驗證，法國標準協會艾法諾國際公司在台分公司教總

經理先義頒證，由黃局長三桂親自領證。

- 101.12.20 中央健康保險局公告「102 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域，並自 102 年 1 月 1 日起生效。
- 101.12.24 行政院衛生署會銜公平交易委員會公告訂定「全民健康保險藥品交易定型化契約應記載及不得記載事項」，並自 102 年 1 月 1 日生效。
- 101.12.24 行政院衛生署發布「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.12.26 中央健康保險局發布訂定「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，並自 102 年 1 月 1 日生效。
- 101.12.28 中央健康保險局公告「102 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，並自 102 年 1 月 1 日起生效。
- 101.12.28 中央健康保險局公告修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，並自 102 年 1 月 1 日起施行。
- 101.12.28 行政院衛生署發布修正「全民健康保險藥價基準」，名稱並修正為「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」，並自 102 年 1 月 1 日施行。
- 101.12.28 中央健康保險局公告 102 年「全民健康保險藥事居家照護試辦計畫」，並自 102 年 1 月 1 日起實施。

附錄

一、統計名詞定義

二、全民健保醫療表現指標定義

一、統計名詞定義

本篇統計名詞定義所稱全民健康保險法係指 99 年 1 月 27 日公告之條文。

※承保概況

*保險對象人數

全民健康保險法第 7 條所指被保險人及其眷屬人數。

*被保險人數

依全民健康保險法第 8 條所稱者。

*眷屬人數

依全民健康保險法第 9 條所稱者。

*保險對象

含被保險人及其眷屬。

*保險對象分為被保險人及其眷屬

依據全民健康保險法第 8 條規定，被保險人分為下列 6 類：

1. 第 1 類：

- (1) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
- (2) 公、民營事業、機構之受雇者。
- (3) 前 2 目被保險人以外有一定雇主之受雇者。
- (4) 雇主或自營業主。
- (5) 專門職業及技術人員自行執業者。

2. 第 2 類：

- (1) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。
- (2) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

3. 第 3 類：

- (1) 農會及水利會會員，或年滿 15 歲以上實際從事農業工作者。
- (2) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者。

4. 第 4 類：

- (1) 應服役期及應召在營期間逾 2 個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。
- (2) 服替代役期間之役齡男子。

5. 第 5 類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

6. 第 6 類：

- (1) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (2) 第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

* 投保金額

1. 第 1 類至第 3 類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。
2. 第 1 類及第 2 類被保險人之投保金額，依下列各款定之：
 - (1) 受雇者：以其薪資所得為投保金額。
 - (2) 雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。
 - (3) 專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。第 1 類及第 2 類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。
3. 第 3 類被保險人之投保金額，以第 8 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 3 目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
4. 第 4 類及第 5 類被保險人之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。
5. 第 6 類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過 3 口者，以 3 口計。

* 平均投保金額：以每年 12 月底之在保事實為準。

(各類投保金額×該類被保險人數)之總和／被保險人數。

* 平均眷口數：以每年 12 月底之在保事實為準。

第 1 類至第 3 類眷屬人數總和／第 1 類至第 3 類被保險人數總和。

* 醫療費用

申請費用+部分負擔。

※ 財務概況

* 應收保險費

為當月(年)計費產生之保險費金額。

* 實收保險費

為當月(年)實際收到開單之保險費。

* 收繳率

(實收保險費／應收保險費)×100。

* 安全準備

為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

1. 由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
2. 年度收支之結餘。
3. 保險費滯納金。
4. 安全準備所運用之收益。

年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。

另政府得開徵菸酒健康福利捐，將其收入之一定比例提列為本保險安全準備；政府亦應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。

※特約醫事服務機構概況

*醫學中心

包含評鑑別中之醫學中心、準醫學中心、新制醫院評鑑特優且新制教學醫院評鑑優等（評鑑年度申請「醫學中心給付」排序於給付家數上限以內之醫院）。

*區域醫院

包含評鑑別中之區域醫院、準區域醫院、特殊功能教學醫院、精神專科教學醫院、新制醫院評鑑特優或新制醫院評鑑優等或新制醫院評鑑合格（評鑑年度申請「區域醫院給付」排序於給付家數上限以內之醫院）、新制精神科醫院評鑑優等且精神科教學醫院評鑑合格、新制精神科醫院評鑑合格且精神科教學醫院評鑑合格。

*地區醫院

包含評鑑別中之地區教學醫院、地區醫院、精神專科醫院、地區醫院（合格一年、暫准合格）、精神專科醫院（合格一年、暫准合格）、部分非評鑑不合格西醫醫院專案認定比照地區醫院、新制醫院評鑑特優或新制醫院評鑑優等或新制醫院評鑑合格（評鑑年度未申請「醫學中心給付」或「區域醫院給付」之醫院）、新制精神科醫院評鑑優等、新制精神科醫院評鑑合格。

*基層院所

包含評鑑別中之西醫醫院（非評鑑、不合格）、中醫醫院（非評鑑、不合格）、基層診所／其他。

*保險病床

指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病床費差額之病床。

*佔床率

$(\text{當年之住院總人日} / 365 \text{ 日}) / \text{年底現有病床數} \times 100。$

※醫療利用概況

*門診件數

全年內前往特約醫事服務機構經掛號後，實際赴門診就醫之件數，並含急診件數。

*住院件數

全年住院之件數，住院期間醫療院所分數次申報費用，每一次申報計一件。

*申報點數

費用發生年月之申報點數。

*核付點數

費用發生年月之核付點數。

*自行負擔金額

全年內保險對象至特約醫事服務機構就診自行負擔之醫療費用。

* 住院日數

依申報規定以保險對象入院之日起計，包括佔急性病床日數和慢性病床日數，出院當日不計。

* 平均每件點數

(申報、核付) 費用點數 / (申報、核付) 件數。

* 平均每日點數

住院 (申報、核付) 費用點數 / 總住院 (申報、核付) 日數。

* 平均每件住院日數

總住院 (申報、核付) 日數 / 住院 (申報、核付) 件數。

* 交付機構

包括特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所及病理中心等機構。

* 代辦案件

非屬全民健康保險給付範圍之委辦案件。

* 居家照護

符合全民健康保險醫療費用支付標準第五部所列有關居家照護規定並依其相關規定申報醫療費用之案件。

* 自墊核退-核退件數

申請核退醫療費用之案件，經審查後核實給付之件數。

* 自墊核退-申請金額

申請核退醫療費用之案件，經審查後核實給付件數之申請金額。

* 自墊核退-核退金額

申請核退醫療費用之案件，經審查後核實給付之金額。

* 自墊核退-核退比率

(自墊核退-核退金額 / 自墊核退-申請金額) × 100。

※ 其他重要參考指標

* 性比例

指男性人口對女性人口的比例，亦即每百個女子所當男子數。

* 粗出生率 (‰)

(一年內之活產總數 / 年中人口數) × 1000。

* 粗死亡率 (‰)

(一年內總死亡數 / 年中人口數) × 1000。

* 勞動力

係指 15 歲以上可以工作之民間人口，包括就業者及失業者。

* 勞動參與率

$(\text{勞動力} / 15 \text{ 歲以上民間人口}) \times 100。$

* 失業率

指失業者占勞動力之比率。

* 幼齡人口扶養比

$(0-14 \text{ 歲人口} / 15-64 \text{ 歲人口}) \times 100。$

* 高齡人口扶養比

$(65 \text{ 歲以上人口} / 15-64 \text{ 歲人口}) \times 100。$

* 平均餘命

假設一出生嬰兒遭受到某一時期之每一年齡組所經驗的死亡風險後，他們所能活存的預期壽命而言，即到達X歲以後平均尚可期待生存之年數稱為X歲之平均餘命。

* 老化指數

$(65 \text{ 歲以上人口數} / 0-14 \text{ 歲人口數}) \times 100。$

* 老年人口比率

$(65 \text{ 歲以上人口數} / \text{總人口數}) \times 100。$

* 標準化死亡率

是將兩國或兩地不同性別、年齡、城鄉、所得、職業、婚姻、種族等項組合，化成為同一的基礎，用以剔除其人口在組合上之差異，俾可受到純正而客觀的比較。設死亡率與年齡有關，可以標準化死亡率去除年齡組成的影響。則標準化死亡率指各年齡別死亡率乘以標準人口的比率總和。

* NHIE

全民健保醫療給付費用及政府補助健保行政經費。

* 平均每人健保受益倍數

健保受益 / 健保保費支出。

二、全民健保醫療表現指標定義

◎西醫基層院所

* 門診注射劑使用率

分子：給藥案件之針劑藥品案件數（排除門診化療注射劑、急診注射劑、流感疫苗、因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑）。

分母：給藥案件數。

* 抗生素使用率

分子：門診給藥案件之抗生素藥品案件數（抗生素藥品：ATC 碼前三碼為 J01）。

分母：門診給藥案件數。

* 重複就診率

分子：同一人、同一天、同一疾病（主診斷前三碼相同）、同一分局下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數；排除診察費等於 0 之案件。

分母：按 ID 歸戶，計算分局下之門診人數；排除診察費等於 0 之案件。

* 上呼吸道感染 7 日內複診率

分子：按院所、ID 歸戶，計算因上呼吸道感染於同一院所，二次就醫日期小於 7 日之人數。

分母：按院所、ID 歸戶，計算院所上呼吸道感染人次。

* 處方箋釋出率

分子：基層醫療機構處方箋釋出張數。

分母：基層醫療機構處方箋總張數。

* 開例慢性病連續處方箋百分比

分子：開立慢性病連續處方箋的案件數。

分母：給藥案件數。

◎醫院

* 30 日以上住院率

分子：住院超過 30 日的案件數（以出院案件為母體，按「院所、ID、生日、住院日」歸戶，找出住院日距離出院日超過 30 日的案件）。

分母：出院案件數。

* 出院 14 日內再住院率

分子：14 日內再住院之人數（以出院案件為母體，按「ID、生日」勾稽距離出院日 0 至 14 日內的住院案件。）

分母：當季出院人數。

- * 出院 15-30 日內再住院率
分子：15-30 日內再住院的案件數。
分母：出院案件數。
- * 住院 CT 執行率
分子：住院 CT 案件數。
分母：住院案件數。
- * 住院 MRI 執行率
分子：住院 MRI 案件數。
分母：住院案件數。
- * 出院 3 日內再急診率
分子：三日內再急診的案件數。(以出院案件為母體，按[ID, 生日]勾稽距離出院日 0 至 3 日內含跨院的急診案件。)
分母：出院案件數。
- * 剖腹產率
分子：剖腹產案件數。
分母：生產案件數。

◎中醫

- * 同日重複就診率
分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。
分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。
- * 隔日重複就診率
分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。
分母：各區申報總件數。
- * 平均就醫次數
分子：各區中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之案件數。
分母：各區中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之人數。
- * 癌症病患同時利用西醫人數比率
分子：以分母之身分證字號，統計中醫癌症病患當季曾至西醫門診人數。
分母：各區癌症病患按分局別及病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。
- * 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率
分子：按總額部門、特約類別、ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
分母：給藥案件之給藥日份加總。
- * 針傷科處置每月大於 15 次占率

分子：針傷科處置大於 15 次以上之次數總和。

分母：總針傷科處置次數。

◎牙醫

* 保險對象乳牙填補 1.5 年保存率

分子：分母之牙位追蹤跨院所 1.5 年（18 個月）內再次執行牙體復形之牙位數。

分母：同區同院所同保險對象同一乳牙牙位，統計執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。

* 保險對象恆牙填補 2 年保存率

分子：分母之牙位追蹤跨院所 2 年（730 天）內再次執行牙體復形之牙位數。

分母：同區同院所同保險對象同一恆牙牙位，統計執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。

* 保險對象牙齒填補 2 年保存率

分子：分母之牙位於追蹤期間內，不同案件重覆執行牙體復形醫令之牙位數。

分母：同區同院所同保險對象同一牙位，執行牙體復形之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時該牙位仍視為 1。

* 90 日內根管治療完成率

分子：以分母之牙位追蹤其 90 天內於同院所執行任一恆牙根管治療單根、雙根、三根、四根、五根（含）以上、乳牙根管治療、乳牙多根管治療之牙位數。

分母：同案件、同病患、同牙位，執行根管開擴及清創之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上根管開擴及清創時該牙位仍視為 1。

* 13 歲（含）以上全口牙結石清除率

分子：當季 13 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令（91004C）之人數。

分母：當季 13 歲（含）以上就醫人數。

* 5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率

分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。

分母：當季就醫人口中 5 歲以下兒童人數。

◎門診透析

* 住院率

分子：追蹤期間所有病人之總住院次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

* 死亡率

透析時間 < 1 年（ ≥ 1 年）之死亡率。

分子：透析少於 1 年（大於等於 1 年）之死亡個案數總和。

分母：總病人月數。

* 腎功能恢復（腎移植）脫離率

分子：追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復（腎移植）而不須再繼續接受透析治療之人數。

分母：追蹤期間之所有新病人數。

註：腎臟移植人數係透析院所通報個案。

* 瘻管重建率

分子：追蹤期間所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術之總次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

* 腹膜炎發生率

分子：追蹤期間所有病人發生腹膜炎之總次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

◎呼吸器新病人監控指標

* 計算資料範圍

統計期間前 2 個月至統計期間次季（統計期間後 3 個月）。

* 新使用呼吸器病人

統計期間內使用呼吸器之病人，於統計期間往前 5 天沒有使用呼吸器者。

* 急性期住 ICU 人數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 人數。

分母：新使用呼吸器病人數。

* 急性期住 ICU 日數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間住 ICU 總日數。

分母：新使用呼吸器病人住院總日數。

* 急性期死亡率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 1~21 日期間死亡人數。

分母：新使用呼吸器病人數。

* 脫離期住 ICU 人數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 22 日病人數。

* 脫離期住 ICU 日數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間住 ICU 總日數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 22 日病人住院總日數。

* 脫離期死亡率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22~63 日期間死亡人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 22 日病人數。

* 依賴期住 ICU 人數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 64 日病人數。

* 依賴期住 ICU 日數比率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間住 ICU 總日數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 64 日病人住院總日數。

* 依賴期死亡率

分子：分母之個案於連續使用呼吸器 ≥ 64 日期間死亡人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 64 日病人數。

◎ 門診同院所不同處方重複給藥參考指標

* 同院所藥物不同處方用藥日數重複率

分子：同院所同 ID 不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。

分母：各案件之「給藥日數」總和。

降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07 或 ATC 前五碼=C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血糖藥物(口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。

抗精神分裂藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、A05AX。

抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM。

2011 年全民健康保險統計動向

刊 名：全民健康保險統計動向
刊 期 頻 率：不定期
出 版 機 關：行政院衛生署中央健康保險局
地 址：台北市信義路 3 段 140 號
郵 政 信 箱：台北郵政 117-900
電 話：(02) 2706-5866 (總機)
網 址：www.nhi.gov.tw
傳 真：(02) 2702-5705
編 著：行政院衛生署中央健康保險局主計室
出 版 年 月：102 年 7 月
創 刊 年 月：92 年 2 月
定 價：每本新臺幣 500 元整
經 銷 者：國家書店松江門市
地址 10485 台北市松江路 209 號 1 樓
電話 (02) 2518-0207
五南文化廣場
地址 40042 台中市中山路 6 號
電話 (04) 2226-0330

GPN：2009205707

ISSN：1813-0798

◎ 本書保留所有權利。
欲利用本書全部或部分內容者，須備註資料來源：
行政院衛生署中央健康保險局。
