

(四) 醫療給付

全民健康保險醫療費用支付以論服務量計酬為主，另逐步推動論病例計酬及總額支付制度。其中總額支付制度於民國 87 年 7 月起分階段實施，以牙醫門診為首，中醫門診、西醫基層繼之，醫院總額制度亦於 91 年 7 月起實施；民國 93 年 7 月導入醫療資源耗用愈多，支付點數愈多的論病例計酬制度，目前實施項目計 54 項。另為提升照護成效，民國 90 年起推動疾病醫療給付改善方案，期望於符合成本效益原則下，發展確保醫療品質的支付方式，目前實施的項目為乳癌、糖尿病、氣喘、高血壓及週產期試辦計畫等項。

依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定，保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月 20 日前檢具相關文件，採書面或電子媒體方式申請；其中採電子媒體方式申報者，得於 1 日至 15 日及 16 日至月底兩階段申報，並分別於次月 5 日及 20 日前檢送申報總表。住院案件的申報，若保險對象入院當月未出院，應於出院後一次申報住院費用；長期住院者則每二個月申報一次，惟若因實際作業需要，亦得按月申報。

保險醫事服務機構於規定期限內申報，且無文件不完整或填報錯誤者，保險人應於收到文件之日起依期限辦理暫付事宜，並於 60 日內核定，屆時未能核定者，應先行全額暫付。保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起 60 日內申復，保險人應於受理申復文件之日起 60 日內核定。實施總額預算部門，其保險醫事服務機構對申復案件審查結果有異議且符合再議條件時，得於申復結果送達日起 15 日內申請再議一次，保險人應於受理再議文件之日起 45 日內核定。

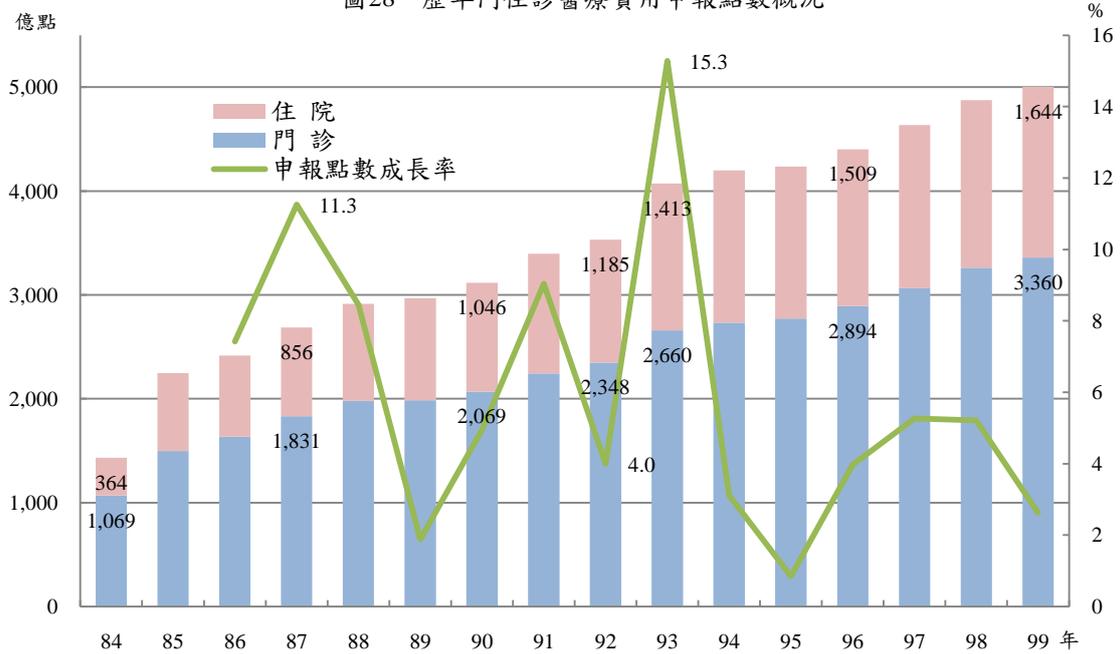
1. 醫療費用申報概況

(1) 近年醫療費用申報點數成長已趨緩。

99 年醫療費用申報點數 5,004 億點，其中門診申報點數 3,360 億點，占 67.1%，住院申報點數 1,644 億點，占 32.9%，與 98 年相較，醫療費用申報點數增加 2.6%，其中門診增加 3.1%，住院增加 1.7%。

健保自 84 年 3 月開辦，醫療費用支付以論服務量計酬為主，初期醫療費用成長率較高，後逐步採取各項開源節流措施，醫療費用成長率下降，91 年 7 月總額支付制度全面實施，當年醫療費用成長率為 9.0%，92 年因爆發 SARS，門診及住院件數減少，當年醫療費用成長率為 4%，93 年則因比較基期醫療費用較低，故有較高成長率。

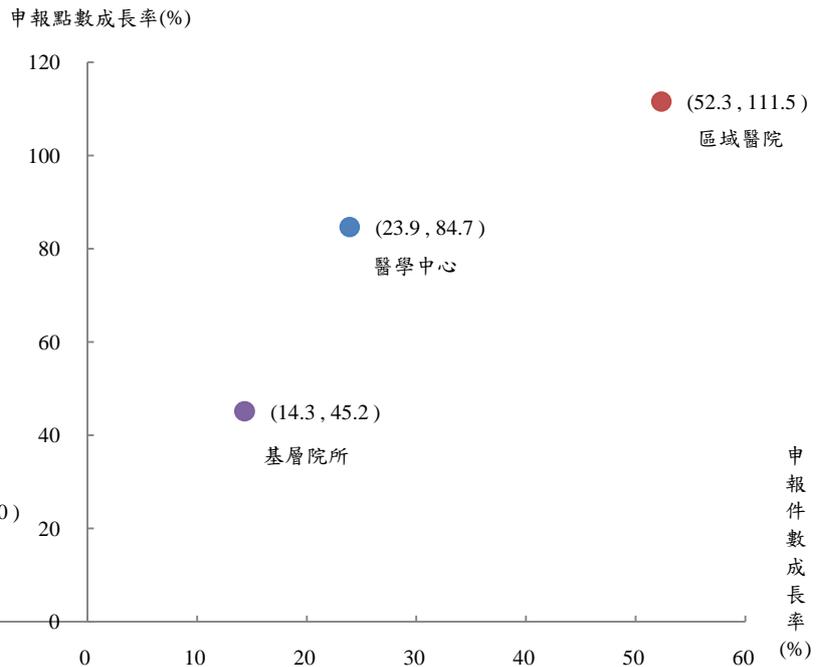
圖28 歷年門住診醫療費用申報點數概況



(2) 與 89 年相較，區域醫院門診申報件數及點數成長最多。

99 年門診醫療費用申報件數 3 億 6,065 萬件，較 89 年增加 14.5%，其中以區域醫院增加 52.3% 為最多；申報點數 3,360 億點，較 89 年增加 69.1%，同樣以區域醫院申報點數增加 111.5% 為最多；同期間，地區醫院的家數與申報件數均呈負成長，但申報點數則成長 21%。

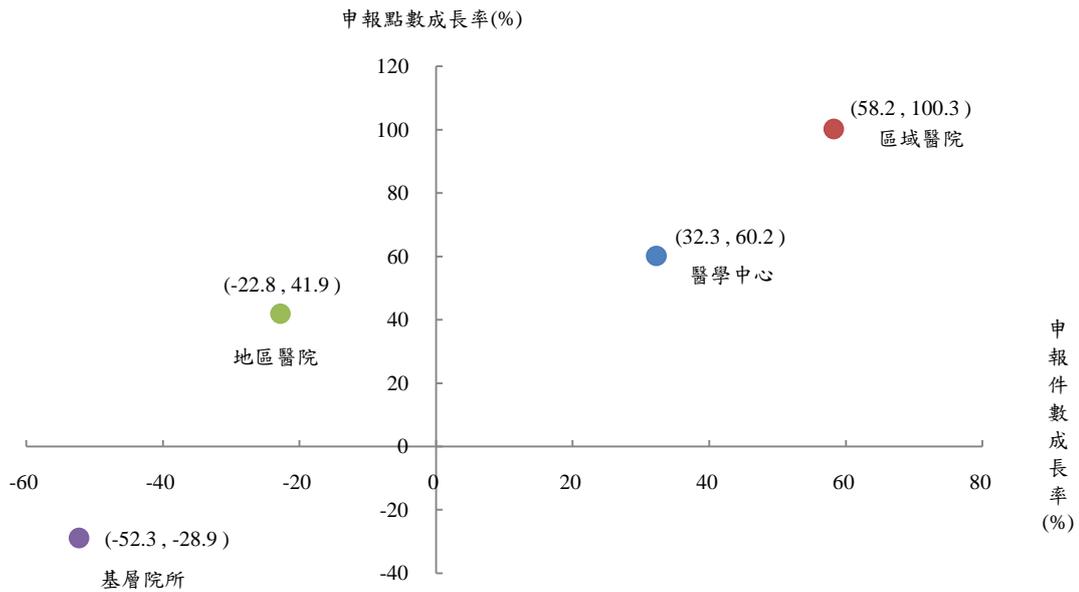
圖29 99 vs. 89年門診申報概況-按特約類



(3) 與 89 年相較，基層院所住院申報件數及點數均呈負成長。

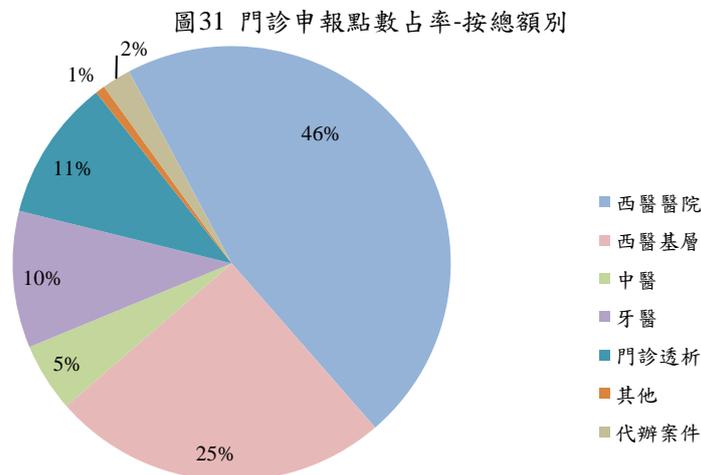
99 年住院醫療費用申報件數 321 萬件，較 89 年增加 19.2%，其中以區域醫院增加 58.2% 為最多；申報點數 1,644 億點，較 89 年增加 67.5%，同樣以區域醫院申報點數增加 100.3% 為最多；同期間，基層院所住院申報件數及點數同呈負成長，而地區醫院的申報件數負成長 22.8%，但申報點數則增 41.9%。

圖30 99 vs. 89年住院申報概況-按特約類別分



(4) 門診透析醫療費用申報點數占全部申報點數的 11%。

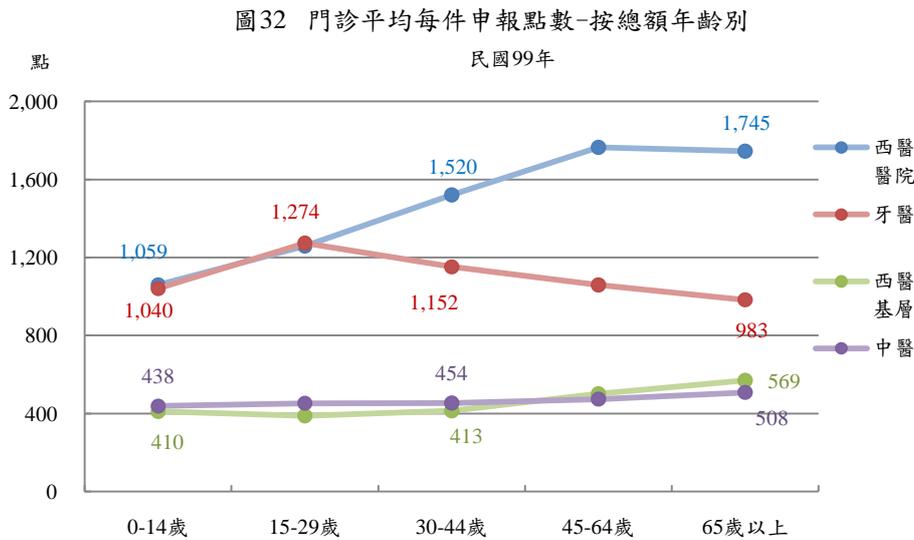
99 年門診醫療費用申報點數 3,360 億點，依總額別分，醫院 1,559 億點 (46%)，西醫基層 840 億點 (25%)，中醫 171 億點 (5%)，牙醫 342 億點 (10%)，門診透析 353 億點 (11%)，其他部門 24 億點 (1%)，代辦案件 71 億點 (2%)。



(5) 平均每件門診醫療費用申報點數以醫院 1,621 點最多。

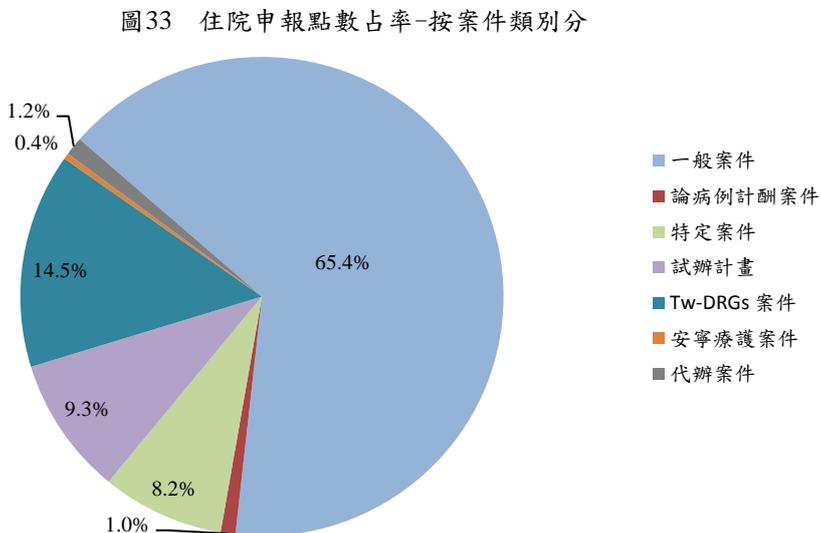
依總額別觀察，99 年平均每件門診醫療費用申報點數依序為醫院 1,621 點，牙醫 1,116 點，中醫 464 點，西醫基層 460 點。

平均每件門診醫療費用申報點數，醫院及中醫隨年齡增加而增加，西醫基層以 15-29 歲 388 點最少，後隨年齡增加而增加，牙醫則以 15-29 歲 1,274 點最多，後隨年齡增加而減少。



(6) 住院一般案件申報點數占率 65.4%。

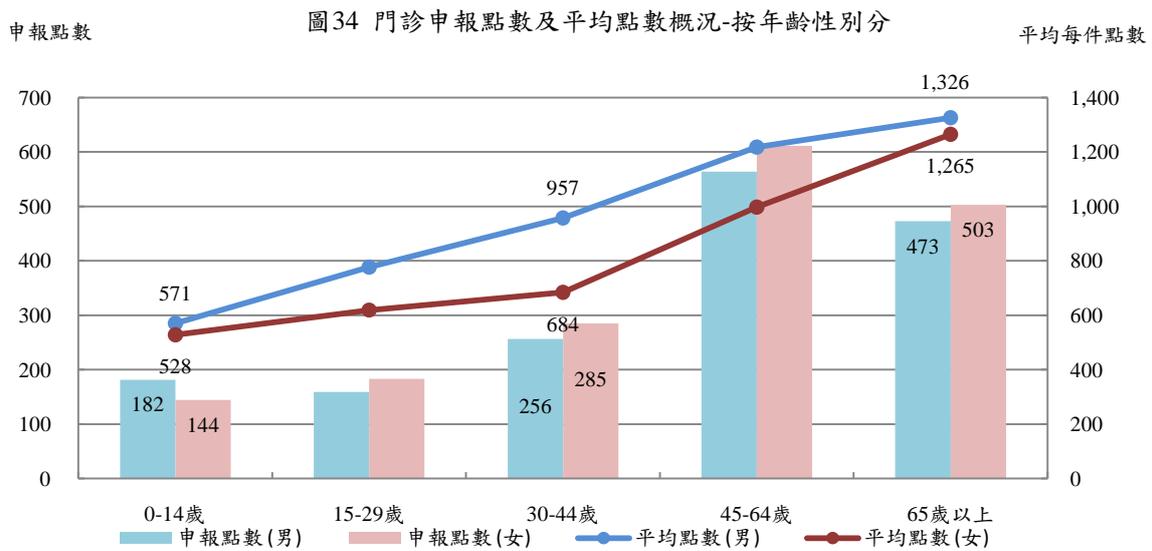
99 年住院申報點數 1,644 億點，其中一般案件 1,075 億點（65.4%），論病例計酬案件 16 億點（1.0%），特定案件 135 億點（8.2%），試辦計畫 153 億點（9.3%），Tw-DRGs 案件 238 億點（14.5%），安寧療護案件 6 億點（0.4%），代辦案件 20 億點（1.2%）。



(7) 門診醫療費用申報點數以 45-64 歲 1,175 億點，占率 35.0% 為最高。

99 年門診醫療費用申報點數 3,360 億點，依年齡別分，其中 0-14 歲 326 億點（9.7%），15-29 歲 342 億點（10.2%），30-44 歲 542 億點（16.1%），45-64 歲 1,175 億點（35.0%），65 歲以上 976 億點（29.0%）。

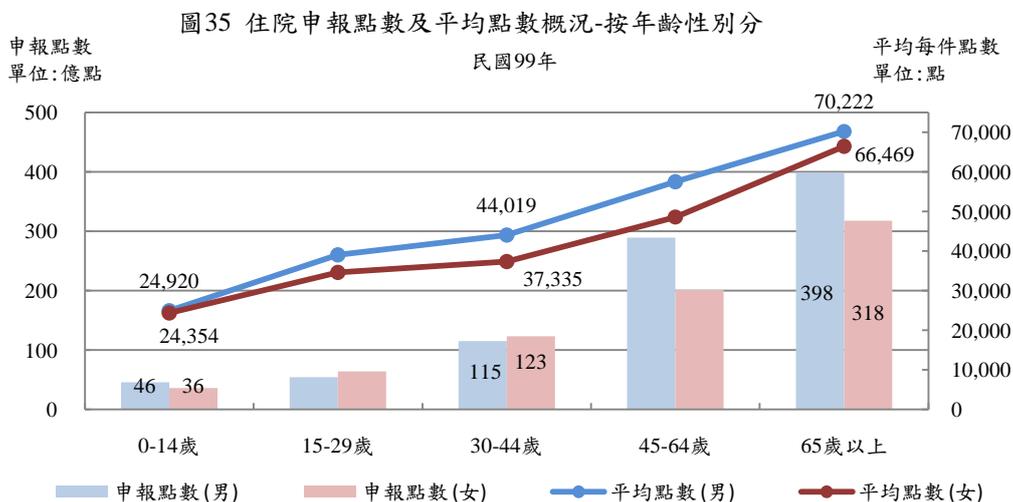
平均每件門診申報點數，隨年齡增加而增加，各年齡層男性平均每件申報點數均高於女性。



(8) 住院醫療費用申報點數以 65 歲以上 716 億點，占率 43.5% 為最高。

99 年住院醫療費用申報點數 1,644 億點，依年齡別分，其中 0-14 歲 81 億點（5.0%），15-29 歲 118 億點（7.2%），30-44 歲 238 億點（14.5%），45-64 歲 491 億點（29.9%），65 歲以上 716 億點（43.5%）。

住院平均每件申報點數，隨年齡增加而增加，各年齡層男性平均每件申報點數均高於女性。



2. 醫療費用核付概況

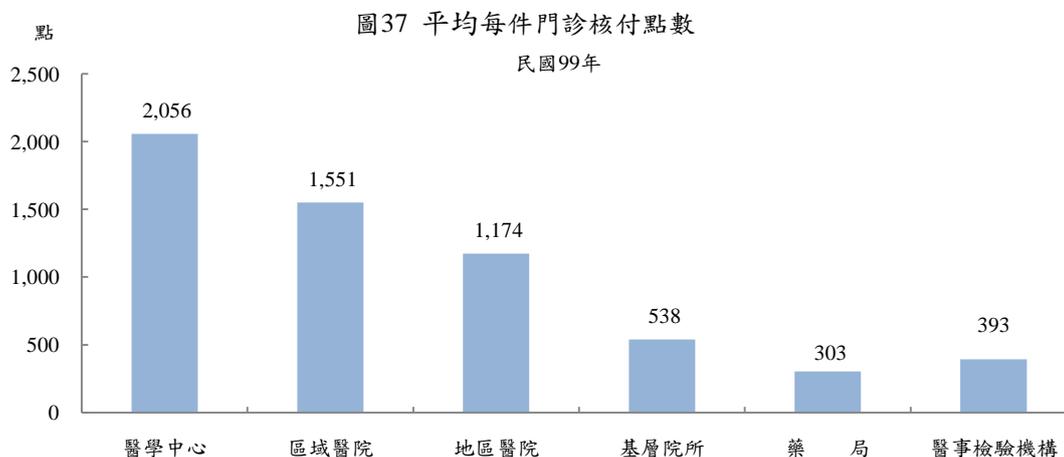
(1) 門診醫療核付點數較上年成長 3.4%，住院較上年成長 2.2%。

99 年醫療核付點數 4,887 億點，其中門診 3,298 億點，占 67.5%，住院 1,590 億點，占 32.5%，與上年相較，醫療費用核付點數增加 3.0%，其中門診增加 3.4%，住院增加 2.2%。



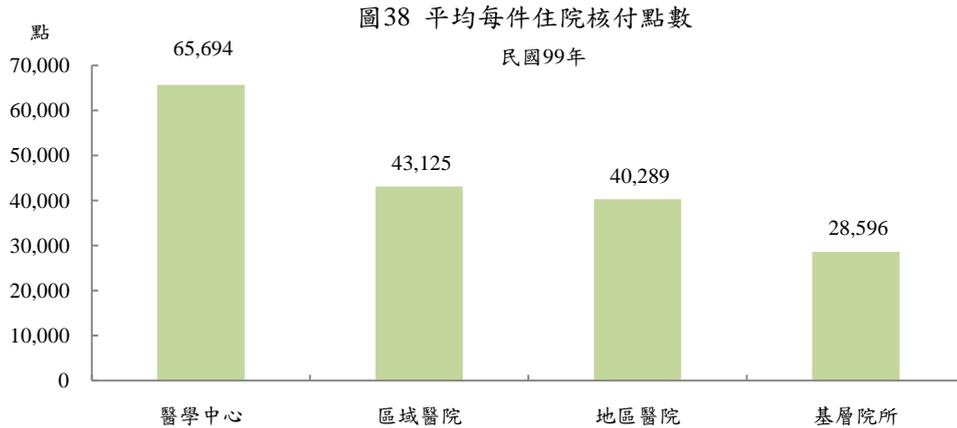
(2) 平均每件門診核付點數以醫學中心 2,056 點最高。

99 年門診醫療費用核付點數 3,298 億點，其中醫學中心 679 億點(20.6%)，區域醫院 673 億點(20.4%)，地區醫院 367 億點(11.1%)，基層院所 1,362 億點(41.3%)，藥局 208 億點(6.3%)，醫事檢驗機構 9 億點(0.3%)；平均每件核付點數以醫學中心 2,056 點最高，區域醫院 1,551 點次之，地區醫院 1,174 點第三。



(3) 平均每件住院核付點數以醫學中心 65,694 點最高。

99 年住院醫療費用核付點數 1,590 億點，其中醫學中心 680 億點(42.8%)，區域醫院 615 億點 (38.7%)，地區醫院 280 億點 (17.6%)，基層院所 15 億點 (0.9%)；平均每件核付點數以醫學中心 65,694 點最高，區域醫院 43,125 點次之，地區醫院 40,289 點第三。

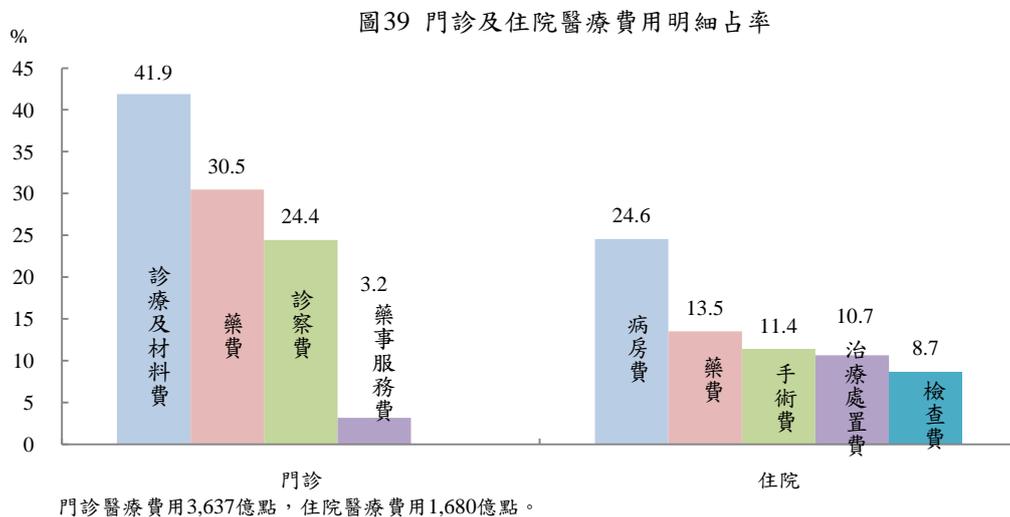


3.醫療費用 (含部分負擔) 明細狀況

(1) 門診以診療及材料費占 41.9%最高，住院以病房費占 24.6%最高。

99 年門診醫療費用共計 3,637 億點，其中診療及材料費 1,524 億點(41.9%)，藥費 1,109 億點 (30.5%)，診察費 889 億點 (24.4%)，藥事服務費 115 億點 (3.2%)。

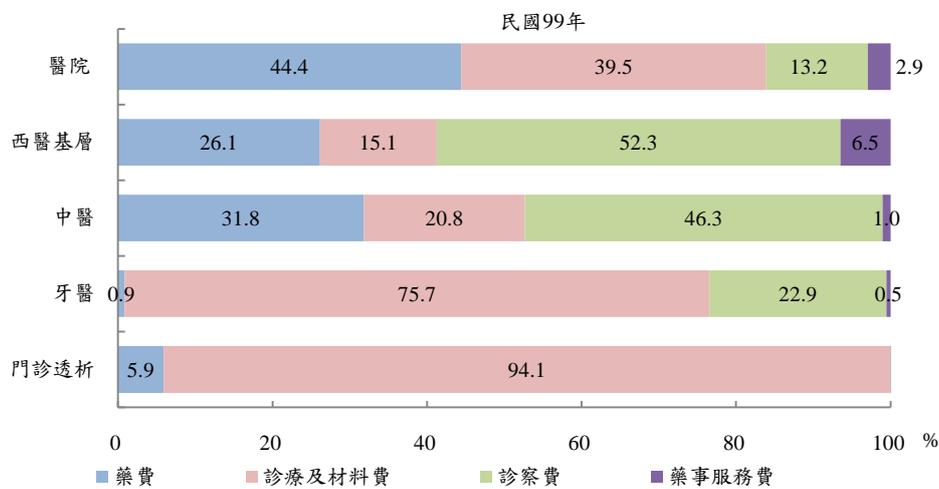
99 年住院醫療費用共計 1,680 億點，其中以病房費 413 億點最高(24.6%)，藥費 227 億點 (13.5%) 次之，手術費 192 億點 (11.4%) 第三。



(2) 門診藥費醫院占 4 成 5，西醫基層及中醫占 2 至 3 成。

99 年門診醫療費用共計 3,637 億點，按總額別分，醫院 1,701 億點，以藥費 756 億點（44.4%）為最多，次為診療及材料費 671 億點（39.5%）；西醫基層 932 億點，以診察費 487 億點（52.3%）為最多，次為藥費 244 億點（26.1%）；中醫 199 億點，以診察費 92 億點（46.3%）為最多，次為藥費 63 億點（31.8%）；牙醫 356 億點，以診療及材料費 270 億點（75.7%）為最多，次為診察費 82 億點（22.9%）；門診透析 353 億點，以診療及材料費 332 億點（94.1%）為主。

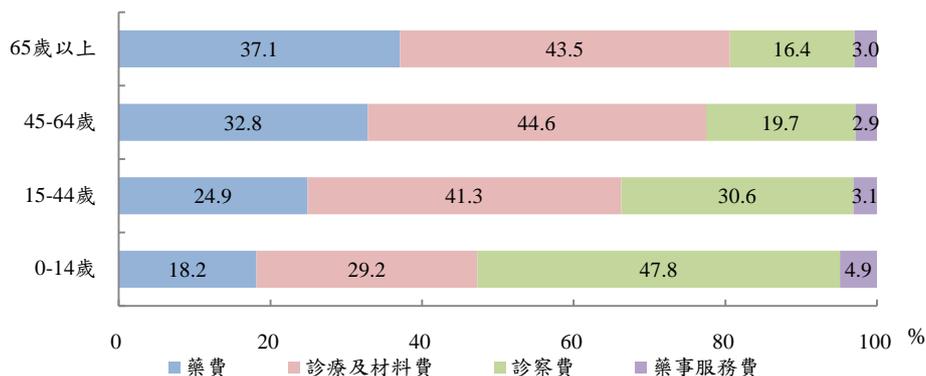
圖40 門診醫療費用明細占率-按總額別分



(3) 門診醫療費用 0-14 以診察費占率 47.8%最高，65 歲以上則以診療及材料費占 43.5%最高。

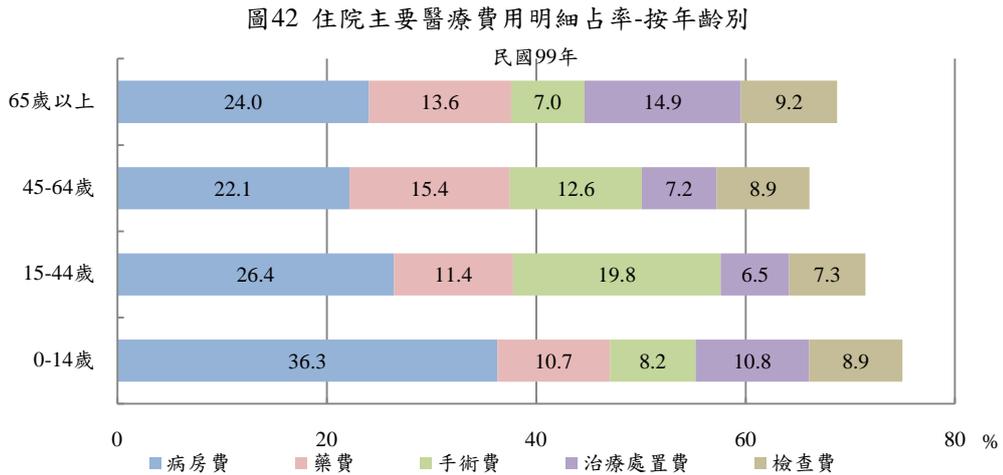
99 年門診醫療費用共計 3,637 億點，按年齡別分，0-14 歲 356 億點，以診察費占 47.8%為最多，次為診療及材料費 29.2%，15-44 歲 976 億點，以診療及材料費占 41.3%最多，次為診察費 30.6%，45-64 歲 1,267 億點及 65 歲以上 1,038 億均以診療及材料費占率最大，次為藥費。

圖41 門診醫療費用明細占率-按年齡別



(4) 住院醫療費用，不分年齡，均以病房費占率最高。

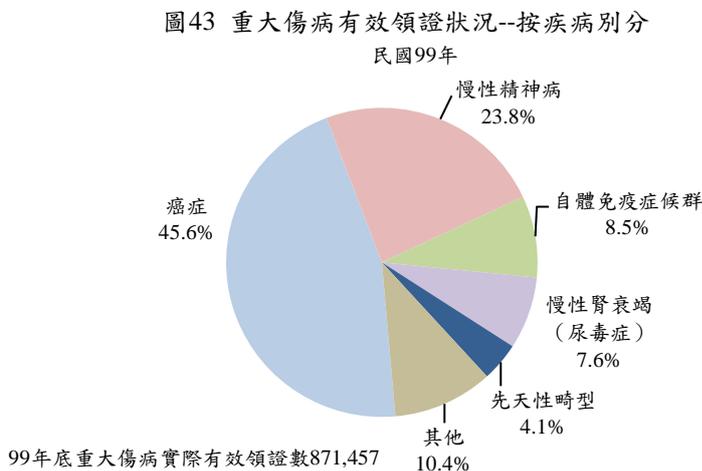
99 年住院醫療費用 1,680 億點，0-14 歲 83 億點，以病房費占 36.3% 為最多，次為治療處置費 10.8%；15-44 歲 348 億點，以病房費占 26.4% 最多，次為手術費 19.8%；45-64 歲 503 億點，以病房費占 22.1% 最多，次為藥費 15.4%，及 65 歲以上 746 億點，以病房費占 24.0% 最多，次為治療處置費 14.9%。



4. 重大傷病醫療利用狀況

(1) 99 年底重大傷病有效領證數較 89 年底增加近 1 倍。

99 年底重大傷病類別計 30 種，實際有效領證數 87.1 萬張，較上年底增加 4 萬張或 4.9%。其中以癌症患者領證數最多，達 39.7 萬張，占 45.6%；其次為慢性精神病患者 20.8 萬張，占 23.8%；再其次為需終身治療之全身性自體免疫症候群患者 7.4 萬張，占 8.5%。相較於 89 年底，重大傷病有效領證數增加近 1 倍。



(2) 近三年重大傷病申報點數占率接近三成。

99年重大傷病申報總件數10,471千件，佔申報總件數的2.9%，其中門診申報件數9,615千件，住院件數855千件；重大傷病申報總點數1,427億點，佔總申報點數的28.5%，其中門診申報點數745億點，住院點數682億點。

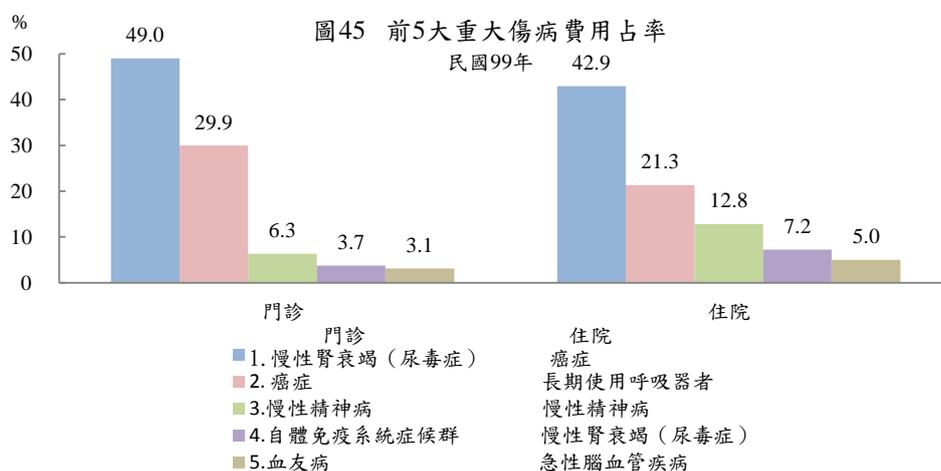
與89年底相較，重大傷病申報總件數占率增加1.2個百分點，申報點數占率增加8.4個百分點。據觀察，近三年重大傷病申報點數占率接近三成。



(3) 重大傷病申報費用門診以透析居冠，占五成；住院以癌症居冠，占五成。

99年重大傷病門診申報點數745億點，較上年增加49億點或7.1%。前三大疾病與98年相同，其中以透析365億點(49.0%)最多，其次為癌症223億點(29.9%)，慢性精神病47億點(6.3%)居第三。

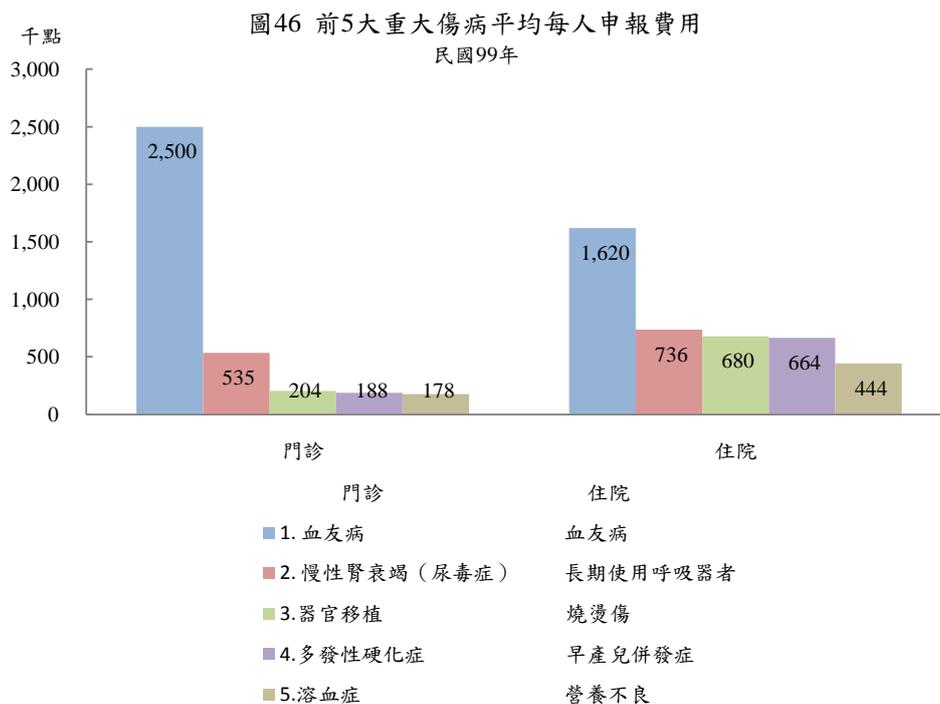
99年重大傷病住院申報點數682億點，與上年相當。前三大疾病也與98年相同，分別為癌症293億點(42.9%)，因呼吸衰竭長期使用呼吸器145億點(21.3%)及慢性精神病87億點(12.8%)。



(4) 重大傷病平均每人申報費用，不論門診或住院，均以凝血因子異常最高。

99 年重大傷病平均每人門診申報費用前五大疾病與 98 年相同，以凝血因子異常（血友病）2,500 千點最高，透析 535 千點次之，器官移植 204 千點第三，多發性硬化症 188 千點第四，溶血症 178 千點第五，分別為平均每人重大傷病門診醫療點數 99,563 點之 25.1 倍，5.4 倍，2.0 倍，1.9 倍及 1.8 倍。

99 年平均每人重大傷病住院申報費用前五大疾病與 98 年相同，惟順序上有差異；其中以以凝血因子異常（血友病）1,620 千點最高，呼吸衰竭長期使用呼吸器 736 千點次之，燒傷 680 千點第三，早產兒併發症 664 千點第四，營養不良 444 千點第五，分別為平均每人重大傷病住院醫療點數 239 千點的 6.8 倍，3.1 倍，2.8 倍，2.8 倍及 1.9 倍。（98 年前五大為凝血因子異常、呼吸衰竭長期使用呼吸器、早產兒併發症、燒傷及營養不良）

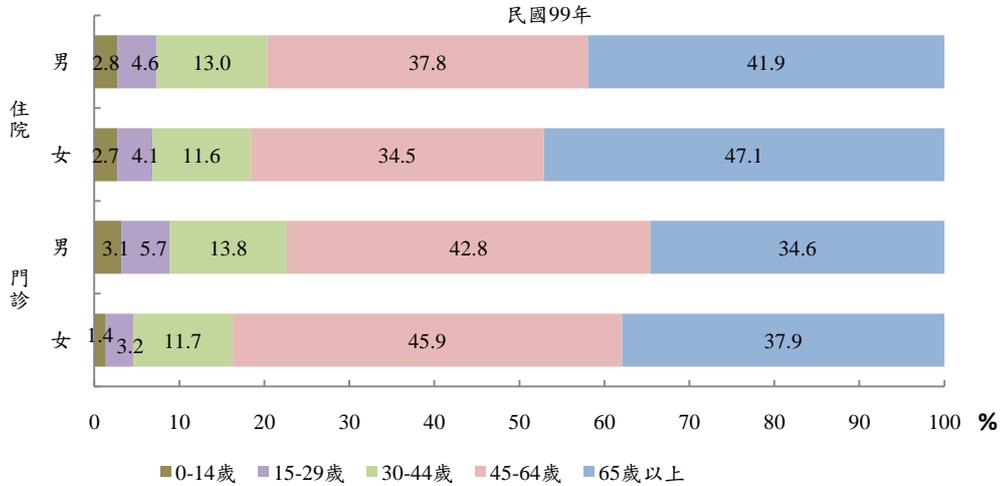


(5) 重大傷病申報費用占率，門診以 45-64 歲最高，住院以 65 歲以上為最高。

99 年重大傷病門診申報點數 745 億點，其中男性 374 億點（50.1%），女性 371 億點（49.9%）；不論男女，均以 45-64 歲占率最高，次為 65 歲以上；45 歲以上男性占率為 77.4%，女性占率為 83.8%。

99 年重大傷病住院申報點數 682 億點，其中男性 390 億點（57.2%），女性 292 億點（42.8%）；不論男女，占率均隨年齡增加而增加，45 歲以上男性占率為 79.7%，女性占率為 81.6%。

圖47 重大傷病申報費用百分比--按性別年齡別

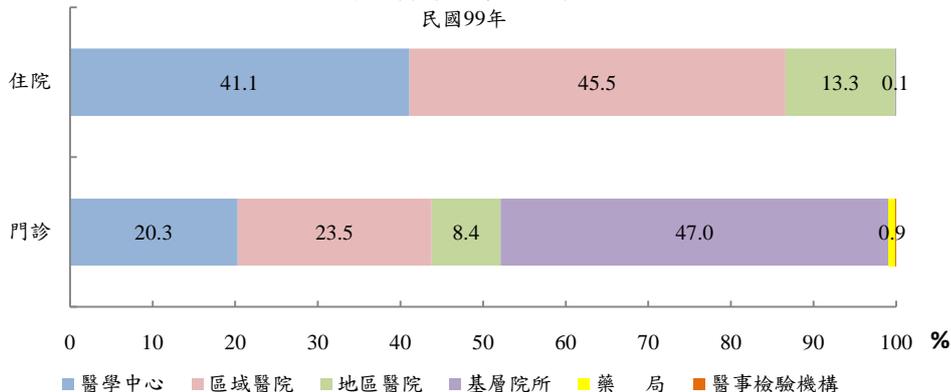


5.保險對象部分負擔醫療費用狀況

(1) 部分負擔醫療費用較上年增加 1.0%。

99年保險對象部分負擔醫療費用計348億元，較上年增加1.0%。門診醫療部分負擔277億元中以至基層院所就醫者占47.0%最高，區域醫院占23.5%，醫學中心占20.3%，地區醫院占8.4%。；住院醫療之部分負擔71億元，較上年增加1.6%，其中至區域醫院就醫占45.5%，醫學中心占41.1%，地區醫院占13.3%。

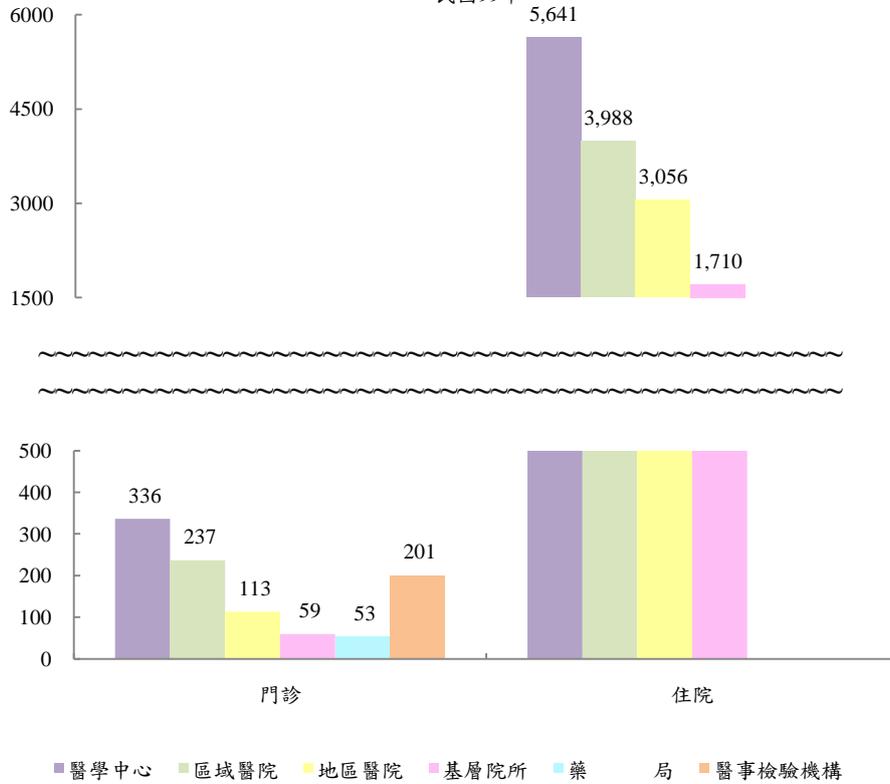
圖48 部分負擔占率--按特約類別



(2) 平均每件部分負擔以醫學中心最高

99年保險對象門診平均每件部分負擔以醫學中心336元最高，次為區域醫院237元，再次為醫事檢驗機構201元；住院平均每件部分負擔以醫學中心就醫5,641元最高，次為區域醫院3,988元，再次為地區醫院3,056元。

圖49 保險對象平均每件部分負擔金額--按特約類別
民國99年



(3) 門診部分負擔較上年增加 0.8%；住院部分負擔較上年增加 1.6%。

99年與上年相較，門診部分負擔增加 0.8%，以醫事檢驗機構增加 8.3%最高，區域醫院 2.8%次之，醫學中心 1.4%第三；地區醫院則減少 5.1%；住院部分負擔增加 1.6%，以區域醫院增加 5.6%最高，地區醫院減少 5.3%，減幅最大。

圖50 門診部分負擔醫療費用--按特約類別

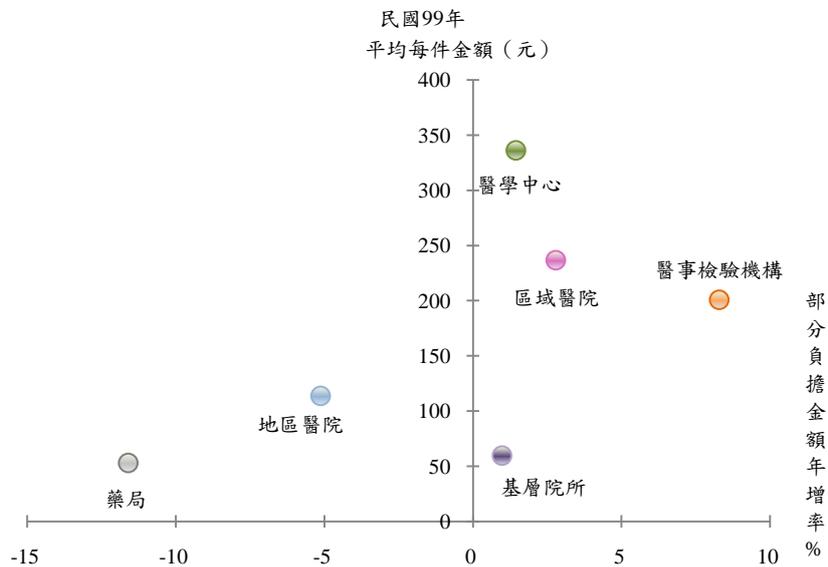
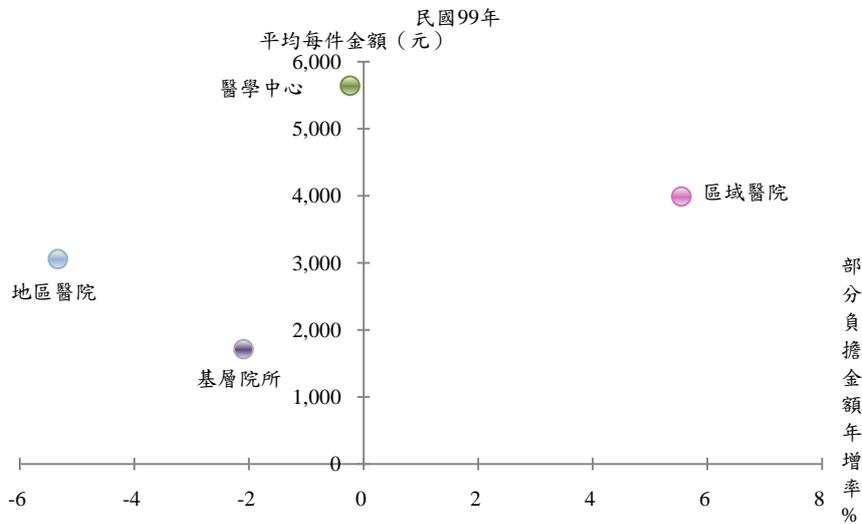


圖51 住院部分負擔醫療費用--按特約類別



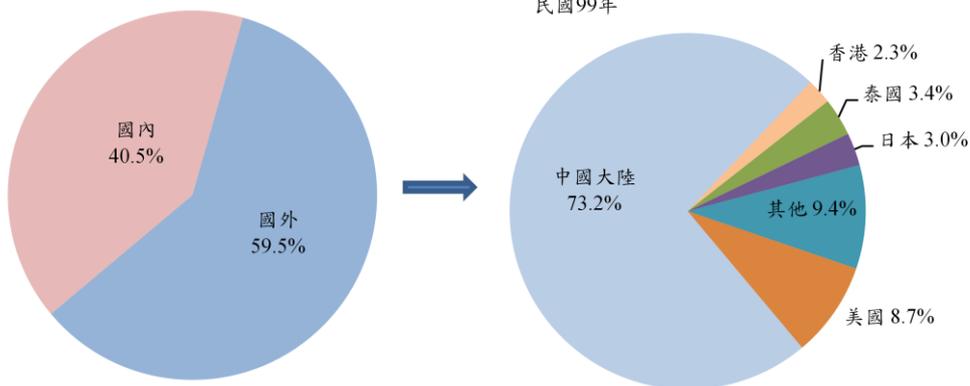
6. 自墊醫療費用申報及核付狀況

(1) 與上年相較，自墊醫療費用核付案件的申請金額增加 13.9%，核付金額減少 0.6%。

99 年自墊醫療費用核付案件申請金額 15.5 億元，較上年增加 13.9%，核付金額 5.0 億元，較上年減少 0.6%。其中門診申請金額 2.7 億元，減少 6.8%，核付比率 58.3%；住院申請金額 12.8 億元，增加 19.6%，核付比率 26.5%。

按地區別分，國內自墊醫療費用核付案件申請金額 7.6 億元，較上年增加 45.5%，核付比率 26.6%；國外申請金額 7.9 億元，較上年減少 5.7%，核付比率 37.3%；自墊醫療費用核付金額以中國大陸占國外地區總費用的 7 成 3 最高。

圖52 自墊醫療費用核付狀況
民國99年



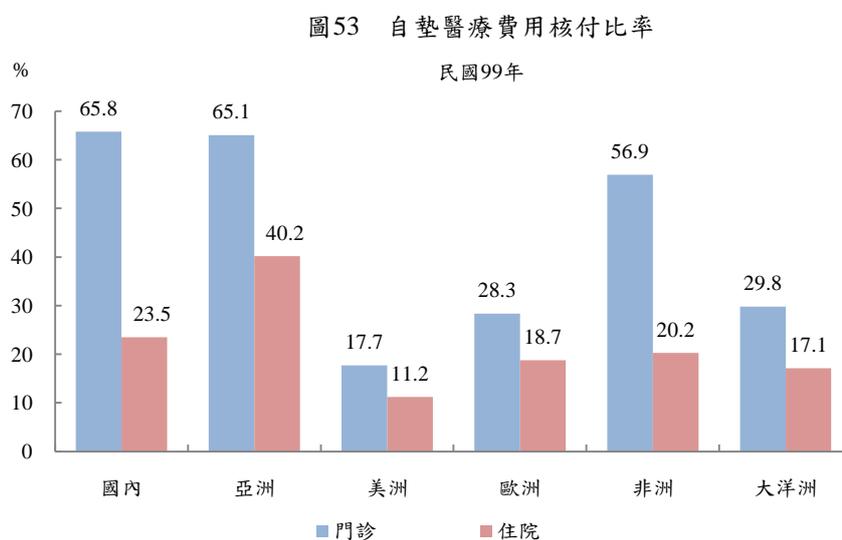
99年自墊醫療費用核付金額5.0億元。

(2) 自墊醫療費用核付比率，在門診為國內地區高於國外地區，在住院則為國外地區高於國內地區。

99 年自墊醫療費用核付比率 32.1%，其中門診核付比率 58.3%，住院 26.5%。

門診核付比率，按地區別分，國內地區為 65.8%，國外地區 56.4%，其中亞洲地區 65.1%，非洲地區 56.9%，大洋洲地區 29.8%，歐洲地區 28.3%，美洲地區 17.7%。

住院核付比率，按地區別分，國內地區 23.5%；國外地區 30.1%，其中亞洲地區 40.2%，非洲地區 20.2%，歐洲地區 18.7%，大洋洲地區 17.1%，美洲地區 11.2%。



附註：

1. 本篇資料更新日期為 100 年 6 月 30 日。
2. 申報點數不含部分負擔。
3. 醫療費用明細點數係各項醫療費用實際發生數，含部分負擔。
4. 部分負擔不含掛號費。
5. 總額支付制度實施前，每點支付金額以 1 元計，總額支付制度實施後，一般服務項目每點支付金額依本篇「總額支付制度每點支付金額表」計，其他項目原則以 1 點 1 元計算。
6. 自墊醫療費用核付狀況，核付金額大於 0 的案件始計入核付件數。