

一、 承保業務

本期（101 年 2 月）投保單位計 734,460 家（含社福外勞單位 147,990 家），較 100 年同期 710,285 家，增加 24,175 家，增加率 3.4%；保險對象 23,175,990 人，較 100 年同期 23,031,506 人，增加 144,484 人，增加率 0.63%。相關數據詳表 1、表 2。

本期第一類至第三類被保險人平均投保金額 33,725 元，較 100 年同期 32,890 元，增加 835 元，增加率 2.54%，其中 101 年 1 月第一類最低一級投保金額由 17,880 元調整為 18,780 元；第三類投保金額自 100 年 4 月起由 21,000 元調升為 21,900 元。第四類及第五類保險對象平均保險費 1,376 元（換算平均投保金額為 26,615 元）；第六類保險對象平均保險費 1,249 元（換算平均投保金額為 24,159 元），均與 100 年同期相同，詳表 3。

表 1 全民健保各類投保單位數統計表

單位：家(%)

年 \ 類目	總計	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
96 年底	671,023 (100)	665,991 (99.25)	3,170 (0.47)	345 (0.05)	8 (0.00)	588 (0.09)	921 (0.14)
97 年底	676,280 (100)	671,126 (99.24)	3,250 (0.48)	345 (0.05)	9 (0.00)	599 (0.09)	951 (0.14)
98 年底	684,677 (100)	679,374 (99.23)	3,374 (0.48)	345 (0.05)	9 (0.00)	619 (0.09)	956 (0.14)
99 年底	706,599 (100)	701,150 (99.23)	3,511 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	964 (0.14)
100 年底	730,720 (100)	725,147 (99.24)	3,622 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	613 (0.08)	984 (0.13)
101 年 1 月底	732,586 (100)	727,003 (99.24)	3,626 (0.49)	345 (0.05)	9 (0.00)	612 (0.08)	991 (0.14)
101 年 2 月底	734,460 (100)	728,868 (99.24)	3,635 (0.49)	345 (0.05)	9 (0.00)	612 (0.08)	991 (0.13)
去(100)年 2 月底	710,285 (100)	704,806 (99.23)	3,527 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	624 (0.09)	974 (0.14)

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

1. 101 年 2 月底第一類投保單位中，其中民營事業機構受雇者之投保單位有 550,607 家、另有 147,990 單位為社福外勞單位（指家庭僱用外籍幫傭與外籍看護工之投保單位）。
2. 去(100)年 2 月底第一類投保單位中，其中民營事業機構受雇者之投保單位有 533,742 家、另有 141,588 單位為社福外勞單位（指家庭僱用外籍幫傭與外籍看護工之投保單位）。

表 2 全民健保各類保險對象人數統計表

單位：人，(%)

類目 年	總計		第一類		第二類		第三類		第四類	第五類	第六類	
	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	被保險人	被保險人	眷屬
96 年底	22,629,635 (100)		11,993,100 (53.00)		3,775,260 (16.68)		3,036,617 (13.42)			221,916 (0.98)	3,602,742 (15.92)	
	13,903,566	8,726,069	7,157,200	4,835,900	2,306,512	1,468,748	1,889,262	1,147,355			2,328,676	1,274,066
97 年底	22,918,144 (100)		11,929,887 (52.05)		3,875,407 (16.91)		2,993,633 (13.06)		161,766 (0.71)	225,609 (0.98)	3,731,842 (16.28)	
	14,238,210	8,679,934	7,118,576	4,811,311	2,400,616	1,474,791	1,869,956	1,123,677			2,461,687	1,270,155
98 年底	23,025,773 (100)		11,954,639 (52.51)		3,999,953 (17.37)		2,924,081 (12.70)		160,189 (0.70)	254,677 (1.11)	3,732,234 (16.21)	
	14,487,278	8,538,495	7,202,837	4,751,802	2,525,967	1,473,986	1,852,870	1,071,211			2,490,738	1,241,496
99 年底	23,074,487 (100)		12,240,752 (53.05)		3,976,004 (17.23)		2,828,337 (12.26)		157,576 (0.68)	271,211 (1.18)	3,600,607 (15.60)	
	14,757,430	8,317,057	7,542,605	4,698,147	2,546,998	1,429,006	1,815,909	1,012,428			2,423,131	1,177,476
100 年底	23,198,664 (100)		12,470,563 (53.76)		3,962,392 (17.08)		2,750,311 (11.86)		160,591 (0.69)	310,273 (1.34)	3,544,534 (15.28)	
	15,044,729	8,153,935	7,800,236	4,670,327	2,573,234	1,389,158	1,787,405	962,906			2,412,990	1,131,544
101 年 1 月底	23,136,071 (100)		12,423,694 (53.70)		3,959,612 (17.11)		2,743,877 (11.86)		156,336 (0.68)	300,521 (1.30)	3,552,031 (15.35)	
	14,989,830	8,146,241	7,758,236	4,665,458	2,572,295	1,387,317	1,783,945	959,932			2,418,497	1,133,534
101 年 2 月底	23,175,990 (100)		12,452,257 (53.73)		3,961,102 (17.09)		2,741,708 (11.83)		156,004 (0.67)	307,215 (1.33)	3,557,704 (15.35)	
	15,028,365	8,147,625	7,780,839	4,671,418	2,573,327	1,387,775	1,782,857	958,851			2,428,123	1,129,581
去(100) 年2 月底	23,031,506 (100)		12,209,051 (53.01)		3,971,802 (17.25)		2,816,967 (12.23)		152,466 (0.66)	264,665 (1.15)	3,616,555 (15.70)	
	14,735,020	8,296,486	7,521,694	4,687,357	2,546,583	1,425,219	1,810,523	1,006,444			2,439,089	1,177,466

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

1. 自 97 年 1 月份起呈現第四類被保險人人數。
2. 101 年 2 月底第一類保險對象人數，其中民營事業機構受雇者被保險人人數 5,745,510 人、眷屬人數 3,604,189 人，合計保險對象人數 9,349,699 人。
3. 去(100)年 2 月底第一類保險對象人數，其中民營事業機構受雇者被保險人人數 5,509,467 人、眷屬人數 3,590,731 人，合計保險對象人數 9,100,198 人。

表 3 全民健保各類平均投保金額與平均保險費統計表

單位：元，%

年	總計		第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
	金額	成長率						
96 年底	31,427	4.53	36,507	24,203	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
97 年底	31,672	0.78	36,904	24,472	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
98 年底	31,847	0.55	37,005	25,095	21,000	1,376 (30,241)	1,376 (30,241)	1,099 (24,154)
99 年底	32,544	2.19	37,596	25,813	21,000	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
100 年底	33,505	2.95	38,348	26,884	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
101 年 1 月底	33,721	2.80	38,638	27,091	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
101 年 2 月底	33,725	2.54	38,625	27,103	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
去 (100) 年 2 月底	32,890	2.73	37,891	26,572	21,000	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

1. 總計欄為第一類至第三類之平均投保金額。
2. 第四、五、六類平均保險費下方 () 內之數字，係以平均保險費除以費率，換算而得平均投保金額 (91 年 9 月至 99 年 3 月費率為 4.55%、99 年 4 月以後費率為 5.17%)。
3. 成長率：與前 1 年同期比較增減率。
4. 101 年 2 月底第一類之平均投保金額，其中民營事業機構受雇者之平均投保金額 35,060 元。
5. 去 (100) 年 2 月底第一類之平均投保金額，其中民營事業機構受雇者之平均投保金額 34,367 元。

二、保險財務業務

(一) 保險收支情形

為適時表達全民健康保險營運狀況，分別就本保險現金收支及權責基礎收支情形說明之：

1. 現金收支情形(相關數據詳表 4)：

101 年 3 月份保險費現金收入 383.55 億元，醫療費用支出 403.59 億元，其他收支淨額 33.35 億元；截至 101 年 3 月底累計短期借款為 525 億元。

2. 權責收支情形(相關數據詳表 5 及表 9)：

本(101)年度截至 3 月底，保費收入 1,203.18 億元、保險給付 1,158.85 億元、呆帳費用 6.97 億元、其他收支相抵賸餘 64.71 億元，保險收支淨結餘 102.06 億元，茲因截至 100 年底尚有待安全準備填補之短絀數 62.31 億元，填補後安全準備結餘數 39.75 億元。

表 4 全民健保財務資金流量分析表

單位：億元，%

年度	保費收入 (1)		醫療費用 (2)		其他收支 (3)	短期借款 (4)	餘額 (5)=(1)-(2) +(3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	金額	金額
84.3-95.12	33,457.29	—	34,691.03	—	570.22	760.00	96.48
96.1-96.12	3,645.87	1.69	3,872.09	4.85	185.14	70.00	28.92
97.1-97.12	3,726.98	2.23	4,067.15	5.04	181.12	125.00	(34.05)
98.1-98.12	3,713.58	(0.36)	4,321.27	6.25	204.13	410.00	6.44
99.1-99.12	4,189.97	12.83	4,393.87	1.68	258.11	(83.00)	(28.79)
100.1-100.12	4,601.27	9.82	4,632.88	5.44	252.33	(217.00)	3.72
101.1	616.39	23.06	381.72	(11.72)	20.23	(190.00)	64.90
101.2	663.05	14.34	339.23	13.68	11.50	(350.00)	(14.68)
101.3	383.55	7.10	403.59	(5.00)	33.35	—	13.31
101 年小計	1,663.00	15.57	1,124.54	(2.69)	65.08	(540.00)	63.54
84.3-101.3 總計	54,997.96	-	57,102.83	-	1,716.14	525.00	136.26

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

※本表所列金額係現金實際收付數，()內為負數。

1. 保費收入=保險費收入+保險費滯納金收入。

醫療費用=撥付醫療費用-代位求償收入-代辦醫療費用收入

2. 其他收支=公益彩券收入+運動彩券收入+菸品健康福利捐收入±安全準備及營運資金之投資損益+融資利息歸墊+各級政府撥付遲延利息-利息費用(各級政府應負擔金額+本局應負擔金額)-撥付分區業務組辦理假扣押案-手續費用±其他費用

3. 成長率係與去年同期資料相比。

4. 政府補助款每半年撥付一次，故每年一、二月或七、八月為保險費收入的高峰期，以致當月保險費收入金額會高於其他月份。101 年 2 月政府保險費補助款收入 434.07 億元，投保單位及保險對象保險費收入 228.98 億元。101 年 3 月政府保險費補助款收入 101.91 億元，投保單位及保險對象保險費收入 281.64 億元。

5. 98 年保費收入與 97 年同期比負成長 0.36%，主要係莫拉克風災災民健保費緩繳措施及暫緩執行中斷保險開單作業之影響所致。

6. 99 年保費收入與 98 年同期比成長 12.83%，主要係 99 年 4 月起健保費率調整至 5.17% 之影響所致；99 年醫療費用與 98 年同期比成長 1.68%，主要係 99 年總額點值結算補付醫療費用較 98 年度減少約 95 億元之影響所致。

7. 101 年 1 月醫療費用與 100 年同期比負成長 11.72%，主要係本月份適逢農曆春節假期，工作天數較 100 年同期減少 4 天，且 100 年同期支付 99 年第 2 季總額點值結算補付醫療費用約 69.3 億元及 99 年 1 至 9 月「提升住院護理照護品質方案」核付金額 6.5 億元，共約 75.8 億元之影響所致。

8. 101 年 2 月醫療費用與 100 年同期比成長 13.68%，主要係 100 年同期適逢農曆春節假期，工作天數較今年減少 5 天之影響所致。

9. 101 年 3 月醫療費用與 100 年同期比負成長 5%，主要係 100 年同期支付 99 年第 3 季總額點值結算補付醫療費用約 45.4 億元，而 100 年第 3 季總額點值結算補付醫療費用則分別於本月份支付 40 億元及下月份支付 15.27 億元，另本月份代辦醫療收入(醫療費用減項)約 35.75 億元之影響所致。

(二)保險費收繳執行情形

1. 保險費收繳部分：

截至 101 年 3 月底止，自 96 年 1 月至 100 年 12 月之投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.85%，政府保險費補助款收繳率為 90.28%，總收繳率為 96.37%（各年度收繳率詳表 6-1、6-2）。

2. 各級政府應負擔保險費補助款部分：

截至 101 年 3 月底止，自 91 年至 101 年 2 月底止，應收 11,163.1 億元，實收 10,473.85 億元，各級政府未撥付金額為 689.25 億元（相關數據詳表 7）。

3. 投保單位及保險對象欠費收回部分：

96 年 1 月至 100 年 12 月之欠費金額 724.10 億元，截至 101 年 3 月底止，已收回 558.89 億元，收回率 77.18%（相關數據詳表 8）。

表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表

單位：億元，%

年度	投保單位及保險對象			政府保險費補助款			總計		
	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
96.1-96.12	2,665.66	2,661.88	99.86	1011.45	944.57	93.39	3677.11	3606.45	98.08
97.1-97.12	2,765.63	2,754.68	99.60	1055.75	943.67	89.38	3821.38	3698.35	96.78
98.1-98.12	2,757.83	2,728.30	98.93	1096.91	975.08	88.89	3854.74	3703.38	96.07
99.1-99.12	3,057.78	3,008.25	98.38	1323.89	1169.89	88.37	4381.67	4178.14	95.35
100.1-100.10	2,704.90	2,647.47	97.88	1185.67	1086.00	91.59	3890.57	3733.47	95.96
100.11	275.88	268.94	97.48	118.57	108.60	91.59	394.45	377.54	95.71
100.12	275.70	267.24	96.93	118.57	108.60	91.59	394.27	375.84	95.33
總計	14,503.38	14,336.76	98.85	5910.81	5336.41	90.28	20414.19	19673.17	96.37

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：投保單位及保險對象收繳率計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(96 年 12 月至 100 年 12 月)。

表 6-2 投保單位及保險對象保險費收繳統計表

單位：億元，%

類別	應收保險費	實收保險費	收繳率%
第一類	11,472.41	11,450.87	99.81
第二類	1,429.76	1,425.80	99.72
第三類	461.02	458.03	99.35
第六類	1,140.19	1,002.06	87.89
總計	14,503.38	14,336.76	98.85

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(96 年 1 月至 100 年 12 月)。

表 7 全民健保各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況表

單位：億元，%

年度		91-100 年度	101 年度 1-2 月	總 計
中央政府	應收	8,464.74	366.58	8,831.32
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
臺北市政府	應收	880.95	32.91	913.86
	未收	316.49	19.12	335.61
	收繳率	64.07	41.90	63.28
高雄市政府	應收	389.22	28.58	417.80
	未收	243.30	24.09	267.39
	收繳率	37.49	15.71	36.00
新北市政府	應收	263.65	26.37	290.02
	未收	86.06	0	86.06
	收繳率	67.36	100.00	70.33
臺中市政府	應收	48.43	19.46	67.89
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
臺南市政府	應收	46.12	19.40	65.52
	未收	0	0.06	0.06
	收繳率	100.00	99.69	99.91
桃園縣政府	應收	35.00	12.96	47.96
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
其他 各縣市政府	應收	515.91	12.82	528.73
	未收	0	0.13	0.13
	收繳率	100.00	98.99	99.98
小 計	應收	10,644.02	519.08	11,163.10
	未收	645.85	43.40	689.25
	收繳率	93.93	91.64	93.83

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

- 依健保法第 29 條及同法施行細則第 44 條之 1 規定，第 2 至 4 類及第 6 類被保險人之保險費，應由各級政府補助部分，每半年 1 次於 1 月底及 7 月底前預撥保險人，得寬限 15 日，第 5 類及第 1 類被保險人之保險費則按月分別於當月 5 日及月底前撥付，得寬限 15 日，於年底時結算。
- 依健保法施行細則第 44 條之 1 第 2 項及第 46 條、47 條第 2 項規定，各級政府應補助之保險費，係按月或半年預撥，於年底結算，預撥數有不足時，於次年 1 月 31 日前撥付(寬限期為次年 2 月 15 日)。
- 現行僅臺北市、高雄市及新北市政府積欠健保費補助款，且均已提出還款計畫如下：
 - (1) 臺北市政府：提出 5 年還款計畫償還 99 年度以前欠費。
 - (2) 高雄市政府：95 年度以前欠費、96 至 98 年度欠費、99 及 100 年度欠費分 8 年清償。
 - (3) 新北市政府：提出 6 年還款計畫償還 97 年至 98 年欠費，另提出 4 年還款計畫償還 99 年欠費。
- 新北市政府、臺中市政府、臺南市政府及桃園縣政府準用全民健康保險法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目、第 2 款、第 3 款、第 5 款關於直轄市之規定，自 100 年 1 月 1 日生效。
- 截至 101 年 3 月底止，本局短期融資之利息費用約為 86.82 億元，其中各級政府應負擔金額約 71.85 億元，本局應負擔金額約 14.97 億元。各級政府未撥付利息金額為 20.00 億元，其中臺北市政府為 18.80 億元、高雄市政府為 1.19 億元、新北市政府為 0.01 億元。

表 8 全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回統計表

單位：億元，%

年度 \ 項目	欠費應收金額	收回金額	收回率%
96.1-96.12	133.63	129.86	97.18
97.1-97.12	139.99	129.07	92.20
98.1-98.12	147.99	118.68	80.19
99.1-99.12	154.70	105.57	68.24
100.1-100.10	123.20	66.32	53.83
100.11	11.24	4.37	38.88
100.12	13.35	5.02	37.60
總計	724.10	558.89	77.18

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

1. 計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(96 年 1 月至 100 年 12 月)。
2. 近期欠費收回率相對較低，係因收繳期間較短。

(三)安全準備

1. 本(101)年度截至 3 月底止淨結餘數 102.06 億元，茲因截至 100 年底尚有待安全準備填補之短絀數 62.31 億元，依健保法第 63 條第 2 項短絀數以安全準備填補，經填補後截至本年度 3 月底止安全結餘數 39.75 億元(權責基礎詳表 9)。
2. 準備金運用方面，自全民健保開辦至 101 年 3 月底，本保險安全準備金餘額為 2.19 億元(詳表 10)。

表 10 全民健保安全準備金運用概況表

單位：億元

項 目	歷年截至 100 年底	101 年度			歷年截至 101 年 3 月底
		1-2 月	3 月	小計	
安全準備金來源總額①	2,021.17	32.74	31.65	64.39	2,085.56
法定提撥	206.43	-	-	-	206.43
保險費滯納金	115.95	0.55	0.30	0.85	116.80
運用收益	77.80	-	-	-	77.80
公益彩券	113.81	2.60	1.31	3.91	117.72
運動彩券	1.44	0.01	0.006	0.02	1.46
菸品健康福利捐	1,436.70	29.58	30.03	59.61	1,496.31
保險年度收支結餘	69.04	-	-	-	69.04
安全準備金去路總額②	2,019.45	31.96	31.96	63.92	2,083.37
填補保險支出短絀	2,009.13	31.96	31.96	63.92	2,073.05
存單質借利息費用	0.11	-	-	-	0.11
投資損失 ^{2、3}	10.21	-	-	-	10.21
安全準備金餘額(①－②)⁴	1.72	0.78	(0.31)	0.47	2.19

資料日期：101 年 3 月 31 日

備註：

1. ()內為負數。
2. 以往年度發生之投資損失係依本局保險安全準備管理委員會之決議，因持有股票以 90 年 8 月 20 日為基礎上漲百分之三十時，應「停利」出售，與原始成本相較所發生之虧損。
3. 依據 94 年 3 月 25 日全民健康保險監理委員會第 118 次會議，審議本局 93 年決算意見「積極處分中長期的有價證券……俾因應目前之財務困境」；及本局保險安全準備管理委員會 93 年 12 月 20 日第 96 次及 94 年 6 月 29 日第 101 次會議決議，鑑於本局財務收支日益緊俏，本局持有之股票及受益憑證宜擇期儘速出清，回收資金俾供短期之運用與填補保險收支短絀。本局持有之上市、上櫃公司股票及受益憑證已於 94 年 10 月 7 日全數處分完畢，截至 94 年 10 月 7 日，股票及受益憑證累積已實現之淨利益為 1 億 4,746 萬 4,558 元
4. 每月安全準備金入帳的金額，均用以填補醫療費用，安全準備金僅剩部分現金及尚未處分之信託資產等約當現金。

(四)營運資金餘額運用情形

101 年度營運資金截至 3 月底營運資金餘額為 63.07 億元，歷年截至 101 年 3 月底之營運資金餘額為 134.07 億元(相關數據詳表 11)。

表 11 全民健康保險營運資金運用概況表

單位：億元

項 目 \ 期 間	101 年截至 2 月底	101 年 3 月	101 年截至 3 月底
歷年截至 100 年底營運資金餘額①	71.00	-	71.00
本期資金來源總額②	1,341.58	453.52	1,795.10
保費收入	1,279.44	383.55	1,662.99
利息收入	0.11	0.10	0.22
代辦醫療收入	22.03	35.75	57.78
代位求償收入	7.22	(0.07)	7.15
安全準備撥入	31.96	31.96	63.92
短期融資 ²	-	-	-
融資利息歸墊	0.04	-	0.04
各級政府撥付遲延利息	0.13	0.51	0.64
藥品申報金額返還金	-	1.28	1.28
其他 ³	0.64	0.44	1.07
本期資金去路總額③	1,292.14	439.90	1,732.04
撥付醫療費用	750.20	439.27	1,189.47
撥入安全準備	0.55	0.30	0.85
償還短期融資	540.00	-	540.00
撥付分區業務組辦理假扣押案	-	(0.07)	(0.07)
利息費用	1.39	0.39	1.78
手續費用	0.0004	0.0004	0.0008
本期資金餘絀④ = ② - ③	49.44	13.62	63.07
可運用資金餘額(① + ④)	120.44	-	134.07⁴

備註：

資料日期：101 年 3 月 31 日

- () 內為負數
- 截至 101 年 3 月 31 日短期融資餘額為 525 億元。
- 「其他」收入增加數主要係菸品捐補助款撥入。
- 101 年 3 月可運用資金餘額較高，係預期利率尚無下跌空間，未提前償還借款，買入短期票券，以避免借款利率有借高還低的情形。

(五)各項資金投資組合

101年3月底各項資金投資組合主要為附賣回交易票、債券 81.22 億元(占 59.61%)，銀行活期存款 54.18 億元(占 39.76%)，信託財產 0.87 億元(占 0.64%)。(相關數據詳表 12)

表 12 安全準備金及營運資金投資概況表

單位:億元, %

項 目	安全準備金	營運資金	合計	比率
附賣回交易票、債券	-	81.22	81.22	59.61
銀行存款-活期	1.33	52.85	54.18	39.76
信託財產	0.87	-	0.87	0.64
資金餘額合計	2.19	134.07	136.26	100.00

資料日期：101年3月31日

(六) 逾期未繳保險費、滯納金移送行政執行情形 (95年1月至101年3月)

1. 自95年至101年3月，逾期未繳保險費、滯納金之移送總金額合計為384.21億元。其中已結案部分335.71億元，占全部移送金額之87.38%，未結案部分48.50億元，占全部移送金額之12.62% (相關數據詳表13-1、表13-2)。
2. 已結案部分335.71億元，其中繳清者144.65億元占已結案之43.09%、取得債權憑證者183.90億元占54.78%、註銷標的者占2.13%。
3. 未結案部分48.50億元，尚在處理中者43.07億元占88.80%、分期繳納者5.43億元占11.20%。

(七) 健保財務指標

1. 財務狀況

(1) 「保險費率」指標值：8.9%，燈號：「紅燈」

依最近 1 年(100 年)精算報告，未來 5 年平衡費率值為 5.63%，101 年第 1 季保險費率為 5.17%，依燈號公式計算本指標值為 8.9%，燈號為「紅燈」，亦即 5 年平衡費率與現行費率差距大於 5%。

(2) 「安全準備」指標值：0.1 個月，燈號：「紅燈」

本季安全準備折算醫療費用比率低於最近 12 個月醫療費用月平均數，燈號為「紅燈」。

(3) 「借款」指標值：525 億元，燈號：「黃燈」，亦即本季借款總金額比上季低。受政府補助款每半年撥付一次（每年 1、2 月或 7、8 月為保險費撥入的高峰期）之影響，過去各年之第 1、3 季呈現「黃燈」，第 2、4 季均為「紅燈」。

2. 當季保險收支情形

(1) 「保險收支餘絀」指標值：102.06 億元，燈號：「綠燈」，代表本季保險收支餘絀大於 0。

(2) 「保費收入」指標值：4.93%，燈號：「綠燈」

本季保費收入成長率 4.93%，高於 101 年保險收入精算成長率 1.65%，主要係自 100 年 7 月 1 日起軍公教員工待遇調增 3%及配合 101 年 1 月基本工資調整，隨同調整投保金額下限

，致保費收入較 100 年同期增加。

(3) 「保險給付」指標值：5.34%，燈號：「紅燈」

本季保險給付成長率 5.34%，高於 101 年總額協定成長率 4.241%，主要係因總額協商成長及本季辦理 100 年第 3 季各總額部門醫療費用點值結算，補付調整增加(去年同期為追扣調整減列)保險給付之影響所致。

(4) 「呆帳」指標值：1.05%，燈號：「綠燈」，代表小於 1.5%。

(5) 「資金運用損益」指標值：0.77%，燈號：「綠燈」

本季資金運用損益 0.77%，高於指標利率(五大銀行活期儲蓄存款當季平均利率)0.326%，燈號為「綠燈」。

(6) 「其他收支」指標值：64.71 億元，燈號：「綠燈」

健保財務指標（截至101年第1季）

項目		100年				101年	
		第1季	第2季	第3季	第4季	第1季	
財務狀況	保險費率	燈號	●				●
		百分比	9.28%				8.90%
	安全準備	燈號	●	●	●	●	●
		比值	-0.75	-0.61	-0.37	-0.16	0.10
	借款	燈號	◎	●	◎	●	◎
		總金額	944	985	915	1,065	525
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責	燈號	○	○	○	○	○
		金額	117.76	50.80	89.28	76.96	102.06
	--保費收入	燈號	○	◎	◎	◎	○
		成長率	16.67%	5.14%	3.51%	4.29%	4.93%
	--保險給付	燈號	◎	●	◎	●	●
		成長率	2.88%	4.34%	2.75%	5.29%	5.34%
	--呆帳	燈號	○	○	○	○	○
		呆帳率	1.08%	1.07%	1.06%	1.06%	1.05%
	--資金運用損益	燈號	○	○	○	○	○
		收益率	0.50%	0.58%	0.76%	0.77%	0.77%
	--其他收支	燈號	○	○	○	○	○
		金額	76.38	61.24	64.78	64.79	64.71

註：燈號分為○綠燈、◎黃燈及●紅燈三種。

健保財務指標之燈號公式及標準

項目	燈號公式	燈號標準
財務狀況	保險費率	(精算保險費率前五年平均值-當年保險費率)/當年保險費率 綠燈： $x \leq \pm 5\%$ 紅燈： $x > \pm 5\%$
	安全準備	季末「安全準備」/最近12個月醫療費用月平均數 綠燈： $x \geq 1.5$ 黃燈： $1 \leq x < 1.5$ 紅燈： $x < 1$ (最近12個月醫療費用月平均數約為387.6億元)
	借款	季末「短期借款」總金額 綠燈： $x = 0$ 黃燈： $x > 0$ ，但 $<$ 上季(100年第4季為1,065億元) 紅燈： $x > 0$ ，且 \geq 上季
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責	本季保險總收入-本季保險總支出 綠燈： $x > 0$ 黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同季(100年第1季為117.76億元) 紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同季
	--保費收入	(本季「保費收入」-去年同季「保費收入」)/去年同季「保費收入」 綠燈： $x \geq$ 精算成長率(101年為1.65%) 黃燈： $0 < x <$ 精算成長率 紅燈： $x \leq 0$
	--保險給付	(本季「保險給付」-去年同季「保險給付」)/去年同季「保險給付」 綠燈： $x \leq$ 總額協定成長率(101年為4.241%) 黃燈：總額協定成長率 $< x \leq$ 總額協定成長率+0.5% 紅燈： $x >$ 總額協定成長率+0.5%
	--呆帳	累計至本季「各項提存」/累計至本季「保費收入」 綠燈： $x < 1.5\%$ 黃燈： $1.5\% \leq x \leq 2\%$ 紅燈： $x > 2\%$
	--資金運用損益	本季保險資金運用損益/本季平均保險資金 綠燈： $x \geq$ 指標利率(101年第1季為0.326%) 黃燈： $0 \leq x \leq$ 指標利率 紅燈： $x < 0$
	--其他收支	本季「其他金融保險收入」-本季「其他金融保險成本」 ※其他金融保險收入=公益彩券+菸品捐+逾二年未兌現支票轉入數+保險費小額(10元以內)溢繳數+過期帳 ※其他金融保險成本=逾二年未兌現支票重開數+保險費小額(10元以內)短繳數+過期帳 綠燈： $x > 0$ 黃燈： $x \leq 0$ ，但 $>$ 去年同季(100年第1季為76.38億元) 紅燈： $x \leq 0$ ，且 \leq 去年同季

三、醫療給付業務

(一) 醫事服務機構特約、醫療院所訪查、違規查處、重大傷病人數統計等情形如下：

1. 醫事服務機構特約部分：

101 年 2 月底止共特約醫療院所 19,805 家，特約率 92.62%。

本月比上月減少西醫醫院 1 家(錦河醫院原為地區醫院，本月歇業)、增加西醫診所 17 家、中醫診所 9 家、牙醫診所 4 家、特約藥局 21 家(詳表 14)。

2. 醫療院所訪查：

101 年 3 月共訪查 79 家次，其中西醫 24 家次、中醫 44 家次、牙醫 5 家次、藥局 6 家次；另涉及刑責函送司法單位辦理共 8 家次(詳表 15)。

表 15 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別

單位：家次

年度 \ 訪查類別	西醫	中醫	牙醫	藥局	其他	總計	函送法辦
97.1-97.12	327	95	58	47	13	540	122
98.1-98.12	327	145	80	71	11	634	197
99.1-99.12	451	189	94	105	8	847	86
100.1-100.12	450	74	63	82	11	680	105
101.1-101.3	66	57	9	15	0	147	18
101.1	22	6	2	3	0	33	3
101.2	20	7	2	6	0	35	7
101.3	24	44	5	6	0	79	8

資料日期：101年4月6日

- 註：1. 「西醫」包含西醫醫院及西醫診所。
 「其他」包含助產所、居家護理、醫檢所、康復之家、物理治療所等。
2. 「函送法辦」係指當月（當期）發文函送檢警調單位之家次。
3. 本(3)月有關函送法辦案件類型之簡要分析如下：
 西醫診所 4 家：多刷卡虛報醫療費用。
 中醫診所 2 家：多刷卡虛報醫療費用。
 牙醫診所 1 家：多刷卡虛報醫療費用。
 藥 局 1 家：虛報藥費、藥事服務費。

3. 違規查處部分：

(1) 違規處分家數-按處分類別：(詳表 16-1)

101 年 2 月共處分 18 家次，包括違約記點 2 家次、扣減費用 6 家次、停止特約 5 家次、終止特約 5 家次。

(2) 違規處分家數-按特約類別：(詳表 16-2)

101 年 2 月共處分 18 家次，包括醫院 1 家次、西醫基層 9 家次、牙醫 1 家次、中醫 2 家次、藥局 5 家次。

(3) 違規查處追扣金額-按追回項目別：(詳表 16-3)

101 年 2 月總計追扣 2,613 萬元，包括查處追扣 2,525 萬元、扣減 72 萬元、罰鍰 16 萬元。

4. 重大傷病部分：

截至 101 年 3 月底止，歸戶後實際有效領證人數為 870,260 人，實際有效領證數共 928,035 件，較 100 年同期成長 5.18%，其中癌症 43 萬 9 千餘件、慢性精神病 20 萬 8 千餘件、全身性自體免疫症候群 8 萬餘件、透析病患 6 萬 9 千餘件，以上計 79 萬 7 千餘件，占領證數 85.98%（詳表 17）。

(二)醫療費用申報與核付

1.總醫療費用申報：(詳表 18、圖 1、圖 2)

(1) 100 年總醫療費用：

醫療點數(含部分負擔，以下同)共計 5,520.3 億餘點，平均每月 460.0 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 259.6 億餘點，成長 4.93%。

(2) 100 年第 4 季：

門診申請 893.6 億餘點、門診部分負擔 72.6 億餘點，住診申請 426.8 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 1,411.1 億餘點，平均每月醫療點數 470.3 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 1.60%、申請點數成長 4.21%，住診件數成長 1.39%、申請點數成長 1.40%，日數成長-0.52%。門診每人次平均醫療費用 1,051 點，住診每人次平均醫療費用 56,123 點，每人日平均醫療費用 5,661 點，每人次平均住院日 9.91 日。

(3) 101 年 1 月：

門診申請 273.8 億餘點、門診部分負擔 23.3 億餘點，住診申請 132.8 億餘點、住診部分負擔 5.4 億餘點，合計醫療點數 435.4 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-10.00%、申請點數成長-7.55%，住診件數成長-7.67%、申請點數成長-9.11%，日數成長-7.39%。門診每人次平均醫療費用 986

點，住診每人次平均醫療費用 54,832 點，每人日平均醫療費用 5,418 點，每人次平均住院日 10.12 日。

2. 各總額別醫療費用申報（詳表 19-1 至表 19-5）

(1) 100 年第 4 季：

① 醫院總額：

門診申請 432.0 億餘點、門診部分負擔 36.4 億餘點，住診申請 421.9 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 908.4 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 2.73%、申請點數成長 5.98%，住診件數成長 1.07%、申請點數成長 1.25%，日數成長 -0.58%。

② 西醫基層總額：

門診申請 226.9 億餘點、門診部分負擔 24.9 億餘點，住診申請 4.6 億餘點、住診部分負擔 1 百萬餘點，合計醫療點數 256.4 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 0.74%、申請點數成長 2.45%，住診件數成長 20.01%（主要為生產案件）、申請點數成長 20.56%，日數成長 16.30%。

③ 牙醫門診總額：

申請 88.7 億餘點、部分負擔 3.7 億餘點，合計醫療點數 92.3 億餘點，與 99 年同期比較：件數成長 0.04%、申請點數成長 0.99%。

④ 中醫門診總額：

申請 45.6 億餘點、部分負擔 7.5 億餘點，合計醫療點數 53.0 億餘點，與 99 年同期比較：件數成長 3.87%、申請點數成長 3.49%。

⑤洗腎：

申請 93.2 億餘點、部分負擔 64 萬餘點，合計醫療點數 93.2 億餘點，與 99 年同期比較：醫院件數成長 3.14%、西醫基層件數成長 5.26%、醫院申請點數成長 1.68%、西醫基層申請點數成長 5.02%。

(2) 101 年 1 月：

①醫院總額：

門診申請 131.0 億餘點、門診部分負擔 11.6 億餘點，住診申請 131.2 億餘點、住診部分負擔 5.4 億餘點，合計醫療點數 279.3 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-4.49%、申請點數成長-7.20%，住診件數成長-7.92%、申請點數成長-9.24%，日數成長-7.41%。

②西醫基層總額：

門診申請 71.1 億餘點、門診部分負擔 8.4 億餘點，住診申請 1.4 億餘點、住診部分負擔 34 萬餘點，合計醫療點數 81.0 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-12.70%、申請點數成長-11.35%，住診件數成長 5.67%、申請點數成長 6.52%，日數成長 1.05%。

③牙醫門診總額：

申請 25.4 億餘點、部分負擔 1.1 億餘點，合計醫療點數 26.5 億餘點，與 100 年同期比較：件數成長-9.87%、申請點數成長-10.10%。

④中醫門診總額：

申請 12.9 億餘點、部分負擔 2.2 億餘點，合計醫療點數 15.1 億餘點，與 100 年同期比較：件數成長-8.92%、申請點數成長-9.29%。

⑤洗腎：

申請 31.1 億餘點、部分負擔 28 萬餘點，合計醫療點數 31.1 億餘點，與 100 年同期比較：醫院件數成長 2.64%、西醫基層件數成長 8.62%、醫院申請點數成長 1.32%、西醫基層申請點數成長 5.87%。

3. 各分區業務組醫療費用申報（詳表 20-1 至表 20-6）

(1) 100 年第 4 季：

①臺北業務組：

門診申請 298.7 億餘點、門診部分負擔 25.0 億餘點，住診申請 143.6 億餘點、住診部分負擔 5.9 億餘點，合計醫療點數 473.2 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 1.79%、申請點數成長 4.75%，住診件數成長 1.07%、申請點數成長 1.60%，日數成長-0.74%。

②北區業務組：

門診申請 121.0 億餘點、門診部分負擔 9.6 億餘點，住診申請 56.0 億餘點、住診部分負擔 2.5 億餘點，合計醫療點數 189.1 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 1.04%、申請點數成長 4.35%，住診件數成長 1.43%、申請點數成長 2.42%，日數成長 0.58%。

③中區業務組：

門診申請 180.5 億餘點、門診部分負擔 15.0 億餘點，住診申請 82.2 億餘點、住診部分負擔 3.6 億餘點，合計醫療點數 281.4 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 0.68%、申請點數成長 3.37%，住診件數成長 3.71%、申請點數成長 2.43%，日數成長 0.64%。

④南區業務組：

門診申請 128.7 億餘點、門診部分負擔 10.7 億餘點，住診申請 60.5 億餘點、住診部分負擔 2.6 億餘點，合計醫療點數 202.6 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 2.75%、申請點數成長 4.36%，住診件數成長 0.16%、申請點數成長-1.44%，日數成長-3.11%。

⑤高屏業務組：

門診申請 143.3 億餘點、門診部分負擔 10.8 億餘點，住診申請 70.1 億餘點、住診部分負擔 3.0 億餘點，合計醫療點

數 227.2 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長 2.15%、申請點數成長 4.19%，住診件數成長 0.99%、申請點數成長 2.16%，日數成長 0.06%。

⑥東區業務組：

門診申請 21.3 億餘點、門診部分負擔 1.5 億餘點，住診申請 14.2 億餘點、住診部分負擔 5 千萬餘點，合計醫療點數 37.5 億餘點，與 99 年同期比較：門診件數成長-0.47%、申請點數成長 2.26%，住診件數成長-2.09%、申請點數成長-1.62%，日數成長-1.07%。

(2) 101 年 1 月：

①臺北業務組：

門診申請 89.7 億餘點、門診部分負擔 7.9 億餘點，住診申請 43.8 億餘點、住診部分負擔 1.7 億餘點，合計醫療點數 143.2 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-10.52%、申請點數成長-8.94%，住診件數成長-9.11%、申請點數成長-9.49%，日數成長-9.89%。

②北區業務組：

門診申請 37.2 億餘點、門診部分負擔 3.1 億餘點，住診申請 17.5 億餘點、住診部分負擔 0.7 億餘點，合計醫療點數 58.5 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-12.36%、申請點數成長-8.28%，住診件數成長-9.51%、申請點

數成長-12.16%，日數成長-9.89%。

③中區業務組：

門診申請 56.0 億餘點、門診部分負擔 4.9 億餘點，住診申請 25.8 億餘點、住診部分負擔 1.1 億餘點，合計醫療點數 87.8 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-10.84%、申請點數成長-7.00%，住診件數成長-6.95%、申請點數成長-9.40%，日數成長-8.55%。

④南區業務組：

門診申請 39.5 億餘點、門診部分負擔 3.4 億餘點，住診申請 18.9 億餘點、住診部分負擔 0.8 億餘點，合計醫療點數 62.6 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-7.76%、申請點數成長-6.21%，住診件數成長-5.33%、申請點數成長-8.95%，日數成長-4.93%。

⑤高屏業務組：

門診申請 44.9 億餘點、門診部分負擔 3.6 億餘點，住診申請 22.3 億餘點、住診部分負擔 0.9 億餘點，合計醫療點數 71.6 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-8.04%、申請點數成長-5.94%，住診件數成長-6.75%、申請點數成長-5.69%，日數成長-2.73%。

⑥東區業務組：

門診申請 6.6 億餘點、門診部分負擔 0.5 億餘點，住診申

請 4.4 億餘點、住診部分負擔 2 千萬餘點，合計醫療點數 11.6 億餘點，與 100 年同期比較：門診件數成長-8.47%、申請點數成長-7.62%，住診件數成長-5.59%、申請點數成長-8.38%，日數成長-0.98%。

4. 西醫門診慢性病醫療費用申報（詳表 21）

(1) 100 年第 4 季：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)720.2 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)296.8 億餘點；慢性病件數占率 24.12%、醫療點數占率 41.21%。

(2)101 年 1 月：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)222.1 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)88.9 億餘點；慢性病件數占率 22.52%、醫療點數占率 40.03%。

5. 醫院層級別醫療費用申報（詳表 22-1 至表 22-3）

(1)100 年第 4 季：

①醫學中心：

門診件數成長率 3.16%、申請點數成長率 6.63%，住診件數成長率 1.49%、申請點數成長率 1.98%，日數成長率 -0.36%。

②區域醫院：

門診件數成長率 3.61%、申請點數成長率 5.87%，住診件

數成長率 0.49%、申請點數成長率 0.62%，日數成長率 -0.57%。

③地區醫院：

門診件數成長率 1.01%、申請點數成長率 4.71%，住診件數成長率 1.71%、申請點數成長率 0.87%，日數成長率 -0.81%。

(2)101 年 1 月(申報成長情形詳圖 3)：

①醫學中心：

門診件數成長率-4.40%、申請點數成長率-6.86%，住診件數成長率-9.19%、申請點數成長率-8.59%，日數成長率-7.85%。

②區域醫院：

門診件數成長率-3.33%、申請點數成長率-7.07%，住診件數成長率-7.86%、申請點數成長率-10.71%，日數成長率-8.68%。

③地區醫院：

門診件數成長率-6.26%、申請點數成長率-8.32%，住診件數成長率-5.97%、申請點數成長率-7.43%，日數成長率-5.22%。

(3) 100 年 12 月全民健保醫院總額層級別家數統計(詳表 22-4)

：

醫學中心共計 22 家，與去年同期比較減少 1 家，區域醫院共計 83 家，與去年同期比較增加 2 家，地區醫院共計 374 家，與去年同期比較減少 4 家。

6. 醫院總額層級別門、住診醫療點數之占率(詳表 23)

(1)100 年醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.49%、區域醫院 40.22%、地區醫院 17.29%。

②門診點數：醫學中心 42.28%、區域醫院 40.04%、地區醫院 17.68%。

③住診點數：醫學中心 42.71%、區域醫院 40.40%、地區醫院 16.89%。

(2)101 年 1 月醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 43.15%、區域醫院 39.67%、地區醫院 17.18%。

②門診點數：醫學中心 42.89%、區域醫院 39.77%、地區醫院 17.34%。

③住診點數：醫學中心 43.42%、區域醫院 39.56%、地區醫院 17.01%。

7. 藥費申報統計(詳表 24 之 1-6)

(1) 100 年藥費總申報數：

門診申報 1,181.3 億餘元，住診申報 241.6 億餘元，門住

診合計 1,422.9 億餘元，較 99 年 1,313.3 億元增加 109.6 億元，成長率 8.35%，較整體醫療費用成長率（4.93%）高。

(2) 100 年第 4 季門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 327 元，較 99 年同期成長 2.56%；
住診藥費每件平均申報 7,658 元，較 99 年同期成長 1.25%。

(3) 101 年 1 月門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 302 元，較 100 年同期成長-4.93%；
住診藥費每件平均申報 7,276 元，較 100 年同期成長-4.34%。

8. 醫療費用之核付部分：

100 年度(至 100 年 12 月止)之門診初審後核減率為 1.93%、申復後核減率為 1.45%、爭審後核減率為 1.43%，住診初審後核減率為 3.72%、申復後核減率為 2.88%、爭審後核減率為 2.85%（詳表 25）。

9. 各部門平均點值

(1) 100 年第 3 季結算（詳表 26）

- ①牙醫部門：0.9841 元。
- ②中醫部門：0.9678 元。
- ③西醫基層部門：0.9130 元。

④醫院部門：0.9214 元。

⑤洗腎部門：0.8373 元。

(2)100 年第 4 季(預估) (詳表 27)

①牙醫部門：0.9917 元。

②中醫部門：0.9957 元。

③西醫基層部門：0.9477 元。

④醫院部門：0.9168 元。

⑤洗腎部門：0.8335 元。

10. 100 年第 4 季全民健康保險西醫基層、醫院、中醫、牙醫及透析等醫療品質指標情形(詳表 28 之 1-5)。

指標解讀：

鑑於醫療有其不確定性與健保申報資料無法完整反映醫療過程與結果之有限性，各項醫療品質指標之監測宜著重於觀察整體趨勢發展，故採逐年滾動式調整監測值，即依各總額執行指標之特性，以最近若干年全局平均值 $\times (1 \pm \text{若干變動率})$ 〔註：負向指標取加號 (+) 作上限值、正向指標取減號 (-) 作下限值〕或委託研究結果(如牙醫總額)，與現有監測值比較，各項監測指標取較嚴謹者為監測值(各總額指標監測值之訂定詳表 28 之 1-5 之備註)。經邀請 貴會及總額醫界代表討論，並提報貴會第 194 次委員會議確認。

各總額指標情形：

(1)全民健康保險西醫基層醫療品質指標(全局)(詳表 28-1)

- ①100 年第 4 季「門診注射劑使用率」為 0.71%，100 年全年值 0.74%與前 3 年年實績值相比較，尚呈現逐年下降趨勢。
- ②100 年第 4 季「門診抗生素使用率」為 11.09%較前 3 季為低，100 年全年值 11.36%較 99 年(11.02%)略升。
- ③「剖腹產率」100 年第 4 季數值 38.08%，較前季(37.34%)高，100 年全年值 38.12%較 99 年全年實績值(38.69%)為低，本局除持續對本項指標加強審查醫療服務之適當性，並每季公布與資訊回饋相關資訊供院所自我管理，亦請總額執行相關單位(如中華民國醫師公會全國聯合會)共同加強努力，使剖腹產比率更符合民眾之期望。
- ④100 年第 4 季同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率 14.18%，較前季 13.50%高，100 年全年值 14.95%，較 99 年全年實績值 14.27%略高，可能係受 100 年年初與歲末流感影響。
- ⑤用藥指標：「降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率」、「降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率」、「降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率」、「抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率」、「抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率」、「安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率」，100 年第 4 季皆位於監測值範圍內，100 年全年實績值與前 1 年相較呈現相當情形。

(2)全民健康保險醫院醫療品質指標(全局)(詳表 28-2)

- ①100 年第 4 季及 100 年全年醫院總額品質指標整體而言呈現穩定趨勢，且在監測值範圍。
- ②門診醫療品質指標，100 年第 4 季「同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率」7.26%，較 100 年第 1、3 季(8.70%、7.38%)為低，100 年全年值 7.87% 較 99 年全年實績值 10.78%為低。
- ③各藥理分類不同處方用藥重複率醫療品質指標，整體而言大致呈現穩定，且皆符合監測值範圍內，100 年全年實績值與前 1 年相較呈現相當情形。
- ④住院醫療品質指標，「30 日以上超長期住院率」100 年第 4 季為 2.03%，符合監測值($\leq 2.41\%$)範圍內，100 年全年實績值 1.97%與前 1 年(2.02%)相較，呈現微幅下降。
- ⑤「剖腹產率」100 年第 4 季為 33.62%，較 100 年前 3 季(34.25%、34.60%、33.85%)為低，100 年全年 34.06%亦低於前 2 年實績值(34.20%、34.99%)。

(3)全民健康保險牙醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-3)

- ①「牙體復形重補率：一年平均重補率」、「牙體復形重補率：二年平均重補率」指標監測值(分別為 $< 2.5\%$ 、 $< 4.6\%$)，係參考參考牙醫師公會全聯會委託研究計畫，彙整國際參考指標之數值而訂。此二項指標最近 2 年實績值都在 0.3%以下

，可能原因為部分牙醫院所自行吸收所致，已另請牙醫師公會全聯會輔導會員確實申報，或考量下修監測值。100 年全年值(0.01%、0.24%)與前 1 年相較呈現下降情形。

②其餘指標 100 年第 4 季各項指標尚符監測值範圍，100 年全年值與前 1 年相較呈現穩定趨勢。

(4)全民健康保險中醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-4)

①除「中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率」100 年第 4 季實績值為 1.80%，100 年 2~4 季皆略高於監測值範圍上限，100 年全年值 1.79%，亦高於前 3 年實績值，其原因分析：衛生署 99 年 3 月 3 日函釋(衛署醫字第 0990200648 號)中醫傷科處置需由中醫師全程執行，故本指標自 99 年第 2 季起，分母(中醫傷科門診件數)大幅下降而影響指標數值(詳如下表)；而指標分子件數亦隨同下降，符合管控方向。

②其餘指標尚符監測值範圍且呈現穩定趨勢，100 年全年值與前 1 年呈現相當情形。

指標「各區中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率」			
年季	分子 (7日內曾至西醫門診復健件數)	分母 (中醫傷科門診件數)	指標值
97Q1	16228	1162988	1.40%
97Q2	21365	1398078	1.53%
97Q3	22019	1408374	1.56%
97Q4	19241	1293604	1.49%
98Q1	16787	1147956	1.46%
98Q2	19545	1251750	1.56%
98Q3	19169	1225287	1.56%
98Q4	16698	1102886	1.51%
99Q1	12326	803827	1.53%
99Q2	8370	504783	1.66%
99Q3	8848	500890	1.77%
99Q4	8254	486560	1.70%
100 Q1	6674	407226	1.64%
100 Q2	7406	407514	1.82%
100 Q3	7439	390297	1.91%
100 Q4	6693	370880	1.80%

(5)全民健康保險門診透析總額醫療品質指標(全局)(詳表 28-5)

截至本報告資料提報日止，台灣腎臟醫學會提供至 100 年第 3 季門診透析總額醫療品質指標資料，相關指標中，血液透析脫離率(II)-腎移植 0.11%，低於新訂之監測值(>0.25%)；腹膜透析脫離率(I)-腎功能回復 0.18%、脫離率(II)-腎移植 0.44%低於監測值(脫離率(I)>0.53%、脫離率(II)>0.97%)，本局將持續觀察；100 年第 3 季之其餘各項指標皆符合監測值範圍。

註：本項脫離率之計算，分子分母均採個案累積值，比值自然累加個案下，有比率逐年下降的現象呈現；目前正與台灣腎臟醫學會研討修訂指標定義，以符實際脫離透析之品質要求。

表 25 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

類別		98 年	99 年	100 年 12 月 (資料至 100 年 12 月)
門	已核付家數醫療費用 A	353,444,264,689	362,973,108,261	384,730,213,603
	已核付家數申請點數 B	326,004,526,369	335,385,042,040	355,978,644,574
	已核付點數 C	317,080,134,173	327,081,857,121	348,548,968,322
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.52%	2.29%	1.93%
	申復補付 E	2,061,554,222	2,237,128,445	1,847,543,913
	申復後核減率 (B-C-E)/A*100	1.94%	1.67%	1.45%
	爭審補付 F	493,572,408	510,004,737	84,369,837
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.80%	1.53%	1.43%
住	已核付家數醫療費用 A	168,640,372,303	171,548,264,560	176,977,159,759
	已核付家數申請點數 B	161,671,508,863	164,471,244,813	169,749,865,089
	已核付點數 C	154,462,374,801	157,626,609,848	163,158,968,800
	初審後核減率 (B-C)/A*100	4.27%	3.99%	3.72%
	申復補付 E	1,167,067,370	1,678,284,905	1,502,734,106
	申復後核減率 (B-C-E)/A*100	3.58%	3.01%	2.88%
	爭審補付 F	297,671,653	200,277,507	46,666,266
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	3.41%	2.89%	2.85%

資料擷取日 101 年 4 月 2 日

備註：

1. 已核付家數醫療費用 A：特約醫事服務機構向本局填報之醫事服務費用，為申請點數加上部分負擔，不含特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用；部分負擔之 NT\$1 元等於 1 點。
2. 已核付家數申請點數 B：特約醫事服務機構向本局申請付款之費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
3. 已核付點數 C：申請費用經初審後之應付費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
4. 資料來源：醫療費用核付主檔(PBDB_APRV_MST)，過帳介面檔(FFDT_APRV)，醫事機構基本資料(MHAT_HOSPBSC)，自墊核退基本資料檔(PBJH_RFND_MST)，每月應收醫療費用檔(FFDH_MONSUM_DTL)。
5. 初審後核減率 = (已核付家數醫療費用 - 已核付醫療費用) / 已核付家數醫療費用

$$= \frac{(\text{已核付家數申請點數} + \text{部分負擔}) - (\text{已核付點數} + \text{部分負擔})}{\text{已核付家數醫療費用}}$$

$$= \frac{\text{已核付家數申請點數} - \text{已核付點數}}{\text{已核付家數醫療費用}}$$
6. 申復後核減率 = (已核付家數申請點數 - 已核付點數 - 申復補付) / 已核付家數醫療費用
7. 爭審後核減率 = (已核付家數申請點數 - 已核付點數 - 申復補付 - 爭審補付) / 已核付家數醫療費用

四、業務推動重點

推動施行全民健康保險急診品質提升方案

101 年新增「全民健康保險急診品質提升方案」，該方案經陳報衛生署於 101 年 4 月 12 日以衛署健保字第 1010007317 號函核可，本局刻正辦理公告作業，該方案訂於 101 年 5 月 1 日起施行，重點內容如下：

1. 緣起及目的

行政院衛生署於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，然而，國內多數大型醫院急診壅塞情形仍為外界及媒體關切及詬病。急診醫學會提報國外文獻，顯示急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，不僅住院天數因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)；急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。又健保統計分析顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；爰進行方案之研擬，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

2. 本方案主要措施

本方案針對就急診重大疾病照護品質，轉診品質保證及急診處置效率三大構面確立改善指標及獎勵金額如下：

(1) 重大疾病照護品質：確立中風、心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗

血症患四大類急重症患，到院於一定時間內接受標準之治療處置品質指標，達標者，給予個案獎勵，前 3 類疾病每個案支給 2000 點，第 4 類疾病支給 1000 點。

(2) 轉診品質：強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制。

① 向上轉診：鼓勵一般及中度急救責任或地區醫院能適時將急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷等須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等重症上轉重度急救責任醫院或醫學中心、區域醫院處置。每個案獎勵 1000 點，轉出及轉入醫院各 500 點。

② 向下或平行轉診：鼓勵中度及重度急救醫院或醫學中心、區域醫院能將適時將上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等病人，在急症問題處理後穩定之病患，下轉至一般急救責任醫院或地區醫院做後續醫療。向下轉診每個案獎勵 2000 點，轉入轉出醫院各 1000 點；平行轉診每個案獎勵 1000 點，轉入及轉出醫院各 500 點。

(3) 急診處置效率：鼓勵醫院改善急診室壅塞情形及地區醫院加強在地急診醫療。

① 訂定觀察指標、壅塞指標及效率指標等三項指標

(A) 「觀察指標」：訂定非外傷病人檢傷分類各級住院比率、外傷病人檢傷分類各級住院比率及兒科病人檢傷分類各級住

院比率等三項指標，供未來審查研參。

(B) 「壅塞指標」：急診病人停留超過 24 小時之比率。

(C) 「效率指標」：訂定完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率、檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率、檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率及地區醫院急診病人增加等四項。

② 品質獎勵方式：針對壅塞指標及效率指標分別訂定獎勵方式

(A) 以壅塞指標達成情形區分，前 3 項效率指標達成情形良好，三項急診處置效率達標者給予 10~20 點乘以急診檢傷前 3 級人次數之獎勵，若單項指標達成者則給予 1/3，兩項達到給予 2/3。

(B) 地區醫院當年急診服務人次較上年增加者，給予獎勵，每增 1 人次支給 500 點獎勵。

3. 經費來源及分配：

101 年度醫院醫療給付費用總額專款編列 3.2 億元，急診處置效率係於次年 4 月結算，各項獎勵原則每點 1 元，若有超支，以浮動點值支付。