

壹、統計相關資料

一、承保業務

100 年 1 月底，投保單位計 708,109 家、保險對象人數 23,027,105 人、第一類至第三類被保險人平均投保金額 32,803 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）相關數據詳表 1 至表 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
95 年底	658,565 (100)	653,661 (99.26)	3,087 (0.47)	346 (0.05)	8 (0.00)	585 (0.09)	886 (0.13)
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 1 月底	708,109 (100)	702,646 (99.23)	3,522 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	967 (0.14)

資料日期：100 年 2 月 28 日

備註：100 年 1 月底第 1 類投保單位中，有 140,430 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
95 年底	22,484,427 (100)		11,919,580 (53.01)		3,748,498 (16.67)		3,087,747 (13.73)			218,559 (0.97)	3,510,043 (15.61)	
	13,668,247	8,816,180	7,051,436	4,868,144	2,249,768	1,498,730	1,908,459	1,179,288			2,240,025	1,270,018
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 1月 底	23,027,105 (100)		12,216,465 (53.05)		3,971,771 (17.25)		2,821,633 (12.25)		154,718 (0.67)	263,159 (1.14)	3,599,359 (15.63)	
	14,728,803	8,298,302	7,528,897	4,687,568	2,546,623	1,425,148	1,813,164	1,008,469			2,422,242	1,177,117

資料日期：100年2月28日

備註：自 97 年 1 月份起呈現第四類被保險人人數。

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						
95 年底	30,066	1.93	35,423	22,494	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
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 1 月底	32,803	2.76	37,764	26,542	21,000	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)

資料日期：100 年 2 月 28 日

備註：

1. 總計乙欄為第一至三類之平均投保金額，第四、五、六類為平均保險費。
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。

二、保險財務業務

(一)保險收支餘絀情形

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)：

100 年 2 月份保險費現金收入 579.88 億元，醫療費用支出 298.41 億元，其他收支淨額 22.49 億元；2 月份償還銀行融資 233 億元，截至 100 年 2 月底累計融資額為 987 億元。

2. 權責收支情形(相關數據詳表 5 及表 9)：

本(100)年度截至 2 月份底，保費收入 754.86 億元、保險給付 718.14 億元、呆帳費用 4.43 億元、其他收支 45.98 億元，保險收支結餘 78.27 億元，累計待安全準備填補之短絀數為 324.67 億元。

表 4 全民健保財務現金收支分析表

單位：億元，%

年度	保費收入 (1)		醫療費用 (2)		其他收支 (3)	銀行融資 (4)	餘絀 (5)=(1)-(2) +(3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	金額	金額
84.3-94.12	29,872.09	—	30,998.17	—	418.73	835.00	127.65
95.1-95.12	3,585.20	4.23	3,692.86	8.64	151.49	(75.00)	(31.17)
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	500.88	10.27	432.38	22.75	21.34	(62.00)	27.84
100.2	579.88	18.42	298.41	(14.91)	22.49	(233.00)	70.96
100 年小計	1,080.76	14.50	730.79	3.96	43.83	(295.00)	98.80
84.3-100.2 總計	49,814.45	-	52,076.20	-	1,442.56	987.00	167.81

資料日期：100 年 2 月 28 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)-撥付分局辦理假扣押案-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。100 年 1 月政府保險費補助款收入 234.51 億元，投保單位及保險對象保險費收入 266.37 億元。100 年 2 月政府保險費補助款收入 377.85 億元，投保單位及保險對象保險費收入 202.03 億元。

5. 98 年保費收入與去年同期比負成長 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 年保費收入與去年同期比成長 12.83%，主要係 99 年 4 月起健保費率調整至 5.17% 之影響所致。

7. 100 年 1 月醫療費用與去年同期比成長 22.75%，主要係本月份支付 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. 100 年 2 月醫療費用與去年同期比負成長 14.91%，主要係去年同期農曆春節假期天數

較長(2/13~2/21)且適逢每月撥付醫療費用之高峰期，醫療院所集中於農曆春節假

期前申報醫療費用，99 年 2 月 12 日(農曆春節連續假日前最後一個上班日)單日醫療

費用撥款金額即達 129.8 億元。

(二)保險費收入執行情形

1. 投保單位及保險對象保險費收入部分：

截至 100 年 2 月底止，自 94 年 12 月至 99 年 11 月之投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.79%（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 100 年 2 月底止，自 91 年至 100 年 1 月之應收金額 9,694.79 億元，實收金額 8,860.48 億元，各級政府未撥付金額為 834.31 億元，總收繳率為 91.39%（相關數據詳表 7）。

3. 投保單位及保險對象欠費收回部分：

94 年 12 月至 99 年 11 月之欠費金額 748.42 億元，截至 100 年 2 月底止，已收回 581.49 億元，收回率 77.70%（相關數據詳表 8）

表 6-1 全民健保保險費收入執行狀況表

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
94.12	219.80	219.50	99.86	87.47	82.06	93.82	307.27	301.56	98.14
95.1-95.12	2,652.35	2,647.28	99.81	995.50	930.63	93.48	3647.85	3577.91	98.08
96.1-96.12	2,672.06	2,660.18	99.56	1,011.45	941.07	93.04	3,683.51	3601.25	97.77
97.1-97.12	2,781.54	2,750.04	98.87	1,055.75	935.78	88.64	3,837.29	3685.82	96.05
98.1-98.12	2,770.12	2,717.36	98.10	1,096.91	965.15	87.99	3,867.03	3682.51	95.23
99.1-99.9	2,265.77	2,214.65	97.74	937.34	784.44	83.69	3203.11	2999.09	93.63
99.10	264.19	256.43	97.06	128.85	109.11	84.68	393.04	365.54	93.00
99.11	264.12	255.85	96.87	128.85	109.11	84.68	392.97	364.96	92.87
總計	13,889.95	13,721.29	98.79	5,442.12	4,857.35	89.25	19,332.07	18,578.64	96.10

資料日期：100年2月28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(94年12月至99年11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	10,897.00	10,876.96	99.82
第二類	1,363.23	1,359.17	99.70
第三類	465.48	462.64	99.39
第六類	1,164.24	1,022.52	87.83
總計	13,889.95	13,721.29	98.79

資料日期：100年2月28日

備註：計算期間為保險費在5年請求權期間資料(94年12月至99年11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		91-99 年度	100 年度(1 月份)	總 計
中央政府	應收	7,492.77	319.89	7812.66
	未收	45.34 ^{註2}	0	45.34
	收繳率	99.39	100.00	99.42
臺北市府	應收	772.26	27.72	799.98
	未收	401.19	26.67 ^{註3}	427.86
	收繳率	48.05	3.78	46.52
高雄市府	應收	308.40	25.45	333.85
	未收	222.54	22.09	244.63
	收繳率	27.84	13.20	26.72
新北市府	應收	184.78	22.95	207.73
	未收	116.48	0	116.48
	收繳率	36.96	100.00	43.93
臺中市府	應收	-	17.02	17.02
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
臺南市府	應收	-	17.93	17.93
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
桃園縣政府	應收	-	11.16	11.16
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
其他 各縣市政府	應收	481.11	13.35	494.46
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
小 計	應收	9,239.32	455.47	9694.79
	未收	785.55	48.76	834.31
	收繳率	91.50	89.29	91.39

資料日期：100 年 2 月 28 日

備註：

1. 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。
2. 表列 91-99 年度中央政府未收數 45.34 億元，係 99 年度中央對於一定所得以下民眾健保費率調整差額補助，為新增計畫案，分配於 100 年 3 月撥付。
3. 北市府 100 年 1 月共入帳 16.53 億，其中 15.48 億用於沖抵 92 年度以前欠費，另 1.05 億元用於繳納當年度(100)應補助保險費補助款。
4. 新北市政府、臺中市政府及臺南市政府適用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；截至本年度 2 月底止，上述直轄市政府 100 年 1 月均按期繳納健保費補助款，並無欠費情事。
5. 截至 100 年 2 月底止，本局短期融資之利息費用約為 78.87 億元，其中各級政府應負擔金額約 63.71 億元，本局應負擔金額約 15.16 億元，各級政府已撥付利息金額為 48.59 億元。

(三)安全準備

99 年度保險安全準備金提列情形(權責基礎詳表 9)。準備金運用方面，自全民健保開辦至 100 年 2 月底，本保險安全準備金餘額為 1.75 億元(詳表 10)。

(六) 逾期未繳保險費、滯納金移送強制執行情形 (94年1月至100年2月)

1. 已結案部分 329.75 億元，占全部移送金額 388.85 億元之 84.80 %，其中繳清者 144.89 億元占已結案之 43.94%、取得債權憑證者 177.04 億元占 53.69%、註銷標的者占 2.37%。
2. 未結案部分 59.10 億元，占全部移送金額之 15.20%，尚在處理中者 51.14 億元占 86.53%、分期繳納者 7.96 億元占 13.47 % (相關數據詳表 13)。

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：

100 年 1 月底止共特約醫療院所 19,418 家，特約率 92.82%。(詳表 14)

2. 醫療院所訪查：

100 年 2 月共訪查 27 家次，其中西醫 18 家次、中醫 1 家次、牙醫 4 家次、藥局 3 家次、其他 1 家次；另涉及刑責函送司法單位辦理共 5 家次。(詳表 15)

3. 違規查處部分：

(1) 違規處分家數-按處分類別：(詳表 16-1)

100 年 1 月共處分 53 家次，包括違約記點 13 家次、扣減費用 33 家次、停止特約 6 家次、終止特約 1 家次。

(2) 違規處分家數-按特約類別：(詳表 16-2)

100 年 1 月共處分 53 家次，包括醫院 5 家次、西醫基層 27 家次、牙醫 6 家次、中醫 8 家次、藥局 6 家次、其他 1 家次。

(3) 違規查處追扣金額-按追回項目別：(詳表 16-3)

100 年 1 月總計追扣 3,551 萬元，包括查處追扣 1,257 萬元、輔導繳回 940 萬元、扣減 433 萬元、罰鍰 921 萬元。

4. 重大傷病部分：

截至 100 年 2 月底止，歸戶後實際有效領證人數為 819,583 人，實際有效領證數共 871,103 件，較去年同期成長 5.31%，其中癌症 39 萬 7 千餘件、慢性精神病 20 萬 7 千餘件、全身性自體免疫症候群 7 萬 4 千餘件、透析病患 6 萬 6 千餘件，以上計 74 萬 5 千餘件，占領證數 85.57%。(詳表 17)

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

訪查類別 年度	西醫	中醫	牙醫	藥局	其他	總計	函送法辦
91.1-91.12	915	141	117	151	9	1,333	68
92.1-92.12	2,006	198	198	131	13	2,546	30
93.1-93.12	1,540	167	101	103	38	1,949	23
94.1-94.12	1,679	190	199	102	35	2,205	46
95.1-95.12	1,054	107	106	80	35	1,382	80
96.1-96.12	419	51	73	109	36	688	166
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	32	7	6	7	0	52	7
100.2	18	1	4	3	1	27	5
總計	8,768	1,291	1,036	909	199	12,203	830

資料日期 100 年 3 月 4 日

備註：

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。

(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)

醫療點數(含部分負擔，以下同)共計 5,258.9 億餘點，平均每月 438.2 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 128.9 億餘點，成長 2.51%。

(1)99 年第 4 季：

門診申請 856.3 億餘點、門診部分負擔 71.1 億餘點，住診申請 420.4 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 1,365.9 億餘點，平均每月醫療點數 455.3 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.39%、申請點數成長 6.90%，住診件數成長 1.21%、申請點數成長 4.04%，日數成長 2.48%。

(2)99 年 12 月：

門診每人次平均醫療費用 1,016 點，住診每人次平均醫療費用 56,408 點，每人日平均醫療費用 5,640 點，每人次平均住院日 10.00 日。

2.99 年第 4 季各總額別醫療費用申報

(1)醫院總額(詳表 19-1)：

門診申請 407.0 億餘點、門診部分負擔 35.6 億餘點，住診申請 416.2 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 876.9 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.99%、申請點數成長 11.21%，住診件數成長 1.60%、申請點數成長 4.30%，日數成

長 2.63%。

(2)西醫基層總額（詳表 19-2）：

門診申請 221.1 億餘點、門診部分負擔 24.5 億餘點，住診申請 3.8 億餘點、住診部分負擔 1 百萬餘點，合計醫療點數 249.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.69%、申請點數成長 4.64%，住診件數成長-16.80%、申請點數成長-17.15%，日數成長-15.42%。

(3)牙醫門診總額（詳表 19-3）：

申請 87.8 億餘點、部分負擔 3.7 億餘點，合計醫療點數 91.4 億餘點，與去年同期比較：件數成長 2.08%、申請點數成長 1.58%。

(4)中醫門診總額（詳表 19-4）：

申請 44.0 億餘點、部分負擔 7.2 億餘點，合計醫療點數 51.2 億餘點，與去年同期比較：件數成長-2.25%、申請點數成長-4.67%。

(5)洗腎（詳表 19-5）：

申請 90.5 億餘點、部分負擔 69 萬餘點，合計醫療點數 90.5 億餘點，與去年同期比較：醫院件數成長 4.05%、西醫基層件數成長 8.27%、醫院申請點數成長 4.03%、西醫基層申請點數成長 8.28%。

3. 99 年第 4 季各分區業務組醫療費用申報：

(1)臺北業務組 (詳表 20-1):

門診申請 284.7 億餘點、門診部分負擔 24.4 億餘點，住診申請 141.2 億餘點、住診部分負擔 5.9 億餘點，合計醫療點數 456.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.98%、申請點數成長 8.03%，住診件數成長 2.96%、申請點數成長 6.59%，日數成長 4.52%。

(2)北區業務組 (詳表 20-2):

門診申請 115.7 億餘點、門診部分負擔 9.2 億餘點，住診申請 54.7 億餘點、住診部分負擔 2.5 億餘點，合計醫療點數 182.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.15%、申請點數成長 6.63%，住診件數成長-2.45%、申請點數成長-0.11%，日數成長 0.00%。

(3)中區業務組 (詳表 20-3):

門診申請 174.4 億餘點、門診部分負擔 14.9 億餘點，住診申請 80.2 億餘點、住診部分負擔 3.5 億餘點，合計醫療點數 273.0 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 2.45%、申請點數成長 6.57%，住診件數成長-2.10%、申請點數成長 3.06%，日數成長 0.44%。

(4)南區業務組 (詳表 20-4):

門診申請 123.3 億餘點、門診部分負擔 10.4 億餘點，住診申請 61.3 億餘點、住診部分負擔 2.7 億餘點，合計醫療點數 197.7 億

餘點，與去年同期比較：門診件數成長 0.89%、申請點數成長 7.42%，住診件數成長 4.39%、申請點數成長 5.14%，日數成長 4.89%。

(5)高屏業務組 (詳表 20-5)：

門診申請 137.4 億餘點、門診部分負擔 10.7 億餘點，住診申請 68.6 億餘點、住診部分負擔 3.0 億餘點，合計醫療點數 219.7 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-0.29%、申請點數成長 4.83%，住診件數成長 2.08%、申請點數成長 2.16%，日數成長 1.28%。

(6)東區業務組 (詳表 20-6)：

門診申請 20.8 億餘點、門診部分負擔 1.5 億餘點，住診申請 14.4 億餘點、住診部分負擔 5 千萬餘點，合計醫療點數 37.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 0.58%、申請點數成長 6.68%，住診件數成長 2.56%、申請點數成長 6.24%，日數成長 1.91%。

4. 99 年第 4 季西醫門診慢性病醫療費用申報 (詳表 21)：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)688.2 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)281.0 億餘點；慢性病件數占率 23.52%、醫療點數占率 40.82%。

5. 99 年第 4 季醫院層級別醫療費用申報(99 年 12 月醫院總額層級別醫療申報點數成長情形詳圖 3)：

(1)醫學中心（詳表 22-1）：

門診件數成長率 3.20%、申請點數成長率 11.90%，住診件數成長率 2.21%、申請點數成長率 3.96%，日數成長率 3.03%。

(2)區域醫院（詳表 22-2）：

門診件數成長率 0.99%、申請點數成長率 10.97%，住診件數成長率 2.40%、申請點數成長率 4.93%，日數成長率 2.68%。

(3)地區醫院（詳表 22-3）：

門診件數成長率 2.09%、申請點數成長率 10.16%，住診件數成長率-1.00%、申請點數成長率 3.72%，日數成長率 2.19%。

6. 醫院總額層級別門、住診醫療點數之占率(詳表 23)

(1)99 年醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.37%、區域醫院 39.22%、地區醫院 18.41%。

②門診點數：醫學中心 41.95%、區域醫院 39.00%、地區醫院 19.05%。

③住診點數：醫學中心 42.79%、區域醫院 39.45%、地區醫院 17.77%。

(2)99 年 12 月醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.53%、區域醫院 39.22%、地區醫院 18.25%。

②門診點數：醫學中心 42.23%、區域醫院 38.78%、地區醫院

18.99%。

③住診點數：醫學中心 42.84%、區域醫院 39.67%、地區醫院 17.49%。

7. 藥費申報統計(詳表 24 之 1-6)

(1)99 年藥費總申報數：

門診申報 1,087.2 億餘元，住診申報 225.1 億餘元，門住診合計 1,312.3 億餘元，占總醫療點數 25.0%，相較於 98 年藥費 1,301.1 億元增加 11.2 億元，成長率 0.86%，較整體醫療費用成長率 (2.51%) 低。

(2)99 年第 4 季門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 318 元，較去年同期成長 11.65%；住診藥費每件平均申報 7,575 元，較去年同期成長 9.93%。

(3) 99 年 12 月門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 317 元，較去年同期成長 6.81%；住診藥費每件平均申報 7,614 元，較去年同期成長 10.52%。

8. 醫療費用之核付部分：

99 年度(至 99 年 11 月止)之門診初審後核減率為 2.24%、複審後核減率為 1.87%、爭審後核減率為 1.84%，住診初審後核減率為 3.88%、複審後核減率為 3.35%、爭審後核減率為 3.34%(詳表 25)。

9. 99 年第 2 季各部門結算平均點值 (詳表 26)

- (1)牙醫部門：0.9923 元。
- (2)中醫部門：0.9939 元。
- (3)西醫基層部門：0.9219 元。
- (4)醫院部門：0.9418 元
- (5)洗腎部門：0.8704 元。

10.99 年第 4 季各部門總額預估平均點值(詳表 27)

- (1)牙醫部門：0.9950 元。
- (2)中醫部門：1.0131 元。
- (3)西醫基層部門：0.9623 元。
- (4)醫院部門：0.9200 元。
- (5)洗腎部門：0.8578 元。

11. 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
檢討修訂情形

本會第 186 次、187 次會議，部分委員認為相關總額醫療品質指標
監測值已沿用多年，建請本局配合時宜酌修醫療品質指標監測值
，本局辦理情形：

(1)西醫—本局業於 3 月 2 日及 3 日召開會議，針對醫院總額、西醫
基層總額醫療品質指標監測值進行檢討，會議結論摘要如下：

- ①為醫療服務品質指標監測值能接近實績值，除剖腹產率指標另
行處理外，監理會醫療品質指標項目需考量其趨勢及醫療之不
確定性與變異性，建議以最近 3 年全局值平均值 $x(1\pm 20\%)$ 〔註

：負向指標取正+作上限值、正向指標取-作下限值〕為西醫基層總額、醫院總額醫療品質指標項目監測值，並註明監測方向性，修訂前後監測值對照表如下頁（表 28-1，表 28-2）；本項決定尚需請本會確認。

②與會醫界代表建議，未來醫療品質監理指標，應具宏觀視野，宜以國際間普遍使用的醫療品質指標來監測，並與國際比較。

(2)中醫—原監測值係以前 3 年同季平均值 $\pm 10\%$ 計算，建議仍予維持。

(3)牙醫—本局於 99 年度第 4 次「牙醫門診總額支付委員會」（99 年 11 月 23 日）、100 年度第 1 次「牙醫門診總額支付委員會」（100 年 2 月 22 日）提案監測值之檢討修訂，惟尚未獲共識，將再邀請牙醫師公會全國聯合會討論。

(4)門診透析—本局於「門診透析總額聯合執行委員會」99 年第 4 次會議(99 年 11 月 17 日)，有關血液透析：住院率、死亡率、屢管重建率、脫離率；腹膜透析：住院率、死亡率、脫離率等指標，原未訂積極性目標值，會議決定以『最近 5 年平均值 $\pm 10\%$ 』為該等指標醫療品質監測之積極性目標值。

表 25 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

年		97 年	98 年	99 年 (資料至 99 年 11 月)
類	別			
門	已核付家數醫療費用 A	333,059,424,643	353,392,129,147	327,742,430,823
	已核付家數申請點數 B	306,192,868,258	325,954,340,473	302,808,657,024
	已核付點數 C	298,915,505,291	317,033,724,317	295,450,902,412
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.19%	2.52%	2.24%
	複審補付 E	1,465,476,428	2,061,456,731	1,226,453,535
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	1.74%	1.94%	1.87%
	爭審補付 F	449,546,897	491,642,319	107,016,454
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.61%	1.80%	1.84%
住	已核付家數醫療費用 A	163,855,328,154	168,632,688,952	153,461,269,573
	已核付家數申請點數 B	156,945,408,268	161,663,937,109	147,126,165,649
	已核付點數 C	150,802,844,503	154,455,285,612	141,173,846,646
	初審後核減率 (B-C)/A*100	3.75%	4.27%	3.88%
	複審補付 E	779,745,553	1,166,994,750	807,160,072
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	3.27%	3.58%	3.35%
	爭審補付 F	293,129,694	295,916,008	27,034,421
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	3.09%	3.41%	3.34%

資料日期：100 年 3 月 7 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：申請費用經審查及申復後之應付費用，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)。

表 28-1 西醫基層醫療品質指標項目及監測值修訂前後對照表

監理指標項目	監測值	修訂後 監測值	指標方向 性
平均每張處方箋開藥品項數			
門診注射劑使用率	≤6%	1.12%	—
門診抗生素使用率	≤16%	13.28%	—
同疾病同日重複就診率		0.25%	—
同院所門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率		2.08%	—
剖腹產率	≤34%		
同院所上呼吸道感染病人7日內複診率	≤17.13%	17.09%	—
跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率		4.98%	—
跨院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率		1.66%	—
跨院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率		3.17%	—
跨院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率		4.59%	—
跨院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率		6.04%	—
跨院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率		12.74%	—
同院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	≤9.18%	1.88%	—
同院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	≤3.17%	1.14%	—
同院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率	≤6.03%	1.72%	—
同院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率	≤4.33%	2.06%	—
同院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率	≤8.44%	2.31%	—
同院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率	≤14.96%	3.04%	—

表 28-2 西醫醫院醫療品質指標項目及監測值修訂前後對照表

監理指標項目	監測值	修訂後 監測值	指標 方向性
門診醫療品質			
平均每張處方箋開藥品項數			
門診注射劑使用率	5.43%×(1±10%)	6.44%	—
門診抗生素使用率	8.82%×(1±10%)	9.18%	—
同疾病同日重複就診率		2.26%	—
同院所門診同藥理分類不同處方用藥日數重複率		2.30%	—
門診手術案件成長率			
使用 ESWL 人口平均利用人次	1.155×(1±10%)	1.364	—
同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率	9.85%×(1±10%)	14.80%	—
跨院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率		4.74%	—
跨院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率		1.11%	—
跨院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率		2.16%	—
跨院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率		3.65%	—
跨院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率		3.79%	—
跨院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率		7.52%	—
同院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	4.82%×(1±10%)	2.75%	—
同院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率	2.93%×(1±10%)	0.80%	—
同院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率	1.95%×(1±10%)	1.24%	—
同院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率	3.41%×(1±10%)	2.17%	—
同院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率	3.54%×(1±10%)	1.88%	—
同院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率	7.02%×(1±10%)	3.27%	—
住院醫療品質			
30 日以上超長期住院率	2.19%×(1±10%)	2.55%	—
住院案件出院後 14 日內再住院率	6.98%×(1±10%)	8.28%	—
住院案件出院後 15-30 日內再住院率		9.60%	—
CT 案件數執行率			
MRI 案件數執行率			
剖腹產率	33.84%×(1±10%)		

貳、本月業務推動重點

醫療給付相關業務

一、100年「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目及試辦計畫修訂事宜

(一) 修訂「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目如下

1. 第二部西醫第一章基本診療：

(1) 第一節門診診察費：醫院合理量內非金馬地區一般門診診察費由222點調高為228點，金馬地區由233點調高為240點；修訂通則12：4歲兒童西醫基層兒科專科醫師、醫院不分科別門診診察費得加2成；另醫院婦產科、小兒科及新生兒科、外科(包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科)申報門診診察費項目(不含門診合理量外，急診及精神科門診診察費)得加成17%，並新增附表2.1.2：「醫院申報門診診察費4歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算」。

(2) 第二節急性病房住院診察費：支付標準隔離病床之住院診察費診療項目增列備註「註：核醫病床得比照申報。」。

(3) 第三節急性病房費：配合新制醫院評鑑政策，全民健康保險醫療費用支付標準地區醫院住院病房費與護理費比照地區教學醫院支付點數給付。

(4) 第六節調劑：山地離島地區藥師暨藥劑生每日合理調劑量由100件放寬為120件，即每日調劑100件內核實支給藥事服務費，101-120件支給15點，超過120件不予支付。

2. 第二部西醫第二章特定診療：

- (1) 第一節檢查：09112B「甲狀腺刺激素免疫分析」、22001B「純音聽力檢查」及27001B「甲狀腺原氨酸放射免疫分析」等三項診療項目開放表別至西醫基層診所適用；同意增列12197 B「血中藥物濃度測定-Everolimus」1500點及12198C「游離攝護腺特異抗原 Free PSA」400點等兩項診療項目。
- (2) 第二節放射線診療：全民健康保險醫療費用支付標準33090B「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」取消適應症限制，即所有施行CT及血管造影之病患使用非離子性顯影劑，均由健保給付；同意增列37046B「多葉型準直儀合金模塊之設計及製作-每一照野」1980點。
- (3) 第六節治療處置：57106C「新生兒光線治療（天）」刪除註及調升支付點數、57110C「嬰幼兒抽血（次）」等二項診療項目比照99年醫院總額調升支付點數。
- (4) 第七節手術：86203B「前玻璃體切除術」開放表別至西醫基層診所適用。

3. 第四部中醫修訂通則七：中醫針灸、傷科及脫臼整復，另開內服藥處置費人次合理量由每位專任醫師26人次調整為30人次，超出30人次部分者五折支付。
4. 第七部論病例計酬：同意97017B「輸卵管外孕手術」開放至西醫基層診所適用，並增列備註4：「西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者」。

(二) 修正試辦計畫及其修訂重點如下：

1. 修訂全民健康保險中醫試辦計畫：「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」、「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」、「腦血管疾病西醫住院病

患中醫輔助醫療試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」：除將「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」、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」拆分為2個計畫外，餘依99年計畫通過，只新增各計畫之預算額度，計畫間之預算不得流用，超過預算需浮動點值。

2. 修訂「100年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」之內容：主要刪除事前審查及增加醫師退場機制。
3. 修訂「100年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」：放寬特定身心障礙者類別，將植物人納入，惟醫療團不得至安養中心提供牙醫服務，另修訂中度以上精神疾病患者每點支付金額最多加3成結算，每位醫師支援醫療團服務每月不超過16診次，另支援機構院生人數不同，排診診次限制不同，最高排診5診次等規定。
4. 修訂「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」：配合行政院衛生署成立「全國醫療影像交換中心」及落實醫療影像資源共享，提升醫療服務品質，新增填報「影像來源」並修訂指標。
5. 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」：居家照護階段收案條件同意納入先天性肌肉萎縮症及增列得另核實申報項目58028C「全自動腹膜透析機相關費用/2000點」。
6. 100年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，除延用99年方案內容外並配合修訂部分計算公式修訂重點如下：
 - (1) 品質指標報告新增年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率2項，獎勵金由每次支給3萬元每年2次，增加為每次支給5萬元每年2次。

- (2) 增加年底結束後3個月內將款項運用情形，提報本局備查者，得支給提報之醫院5萬元之獎勵金。
 - (3) 增加第捌、款項之運用，即領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施，並於每年度結束後3個月內將款項之運用情形提報本局備查，醫院未落實前述規定，健保局應予輔導，輔導如未見成效，健保局將予以追扣是項款項。
 - (4) 關於護理人力獎勵排序比率（本局70%，醫界75%）兩案併陳報署核定案，經簽奉核可，護理人力獎勵排序比率，採本局方案，排序前70%院所予以獎勵。
7. 本次修訂，除第二部西醫第二章特定診療第二節放射線診療33090B「使用低滲透壓或非離子性含碘對比劑」及「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」等項，自100年2月1日起實施外，餘支付標準及試辦計畫追溯自100年元月1日起實施。

二、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)公告後續辦理事宜

- (一) 2011 年適用之 Tw-DRGs 已於 99 年 12 月 28 日以健保醫字第 0990081977 號令公告在案。公告內容包括修訂支付通則、分類條件及新增「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(簡稱 Add-on 方案)，前 2 項公告 100 年 1 月 1 日實施，Add-on 方案則考量醫院、本局申報及資料程式修改事宜，公告 100 年 2 月 1 日實施。
- (二) Add-on 方案係針對「全民健康保險特材專家小組」決議具全新功能類別之特殊材料品項，評估其支付點數對 DRG 支付點數的影響，按評估結果設計「個案採論量計酬」、「特材內含於 DRG 支付點數」及「DRG 支付點數加計額外點數」等 3 種配套方式。支付方式摘要如下：
1. 個案採論量計酬方式：係指新特殊材料導致臨床診療型態或手術方式改變，缺乏評估資料，目前已同意「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」乙項。
 2. 加計額外點數方式：個案實際醫療服務點數大於定額時，加計「新功能特材總點數之 50%」或「定額至實際醫療點數差額之 70%」2 項值中較低者。目前同意加計額外點數項目包括腰椎椎間融合器、頸椎椎間融合器、頸椎椎間盤植入物、脊椎骨質疏鬆內固定釘…等 32 個特材代碼(已公開於問答輯)。
 3. 內含於 DRG 支付點數：不符上列二項之特殊材料內容於 DRG 支付點數，且不得向病患收費。
- (三) 有關第 2 年導入項目乙案，99 年 12 月 17 日陳報行政院衛生署，復於 99 年 12 月 29 日經衛生署同意，依原進度寬限半年，再依協商結果導入第 2 年之項目。

三、100年西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫實施概況

(一) 本計畫業於100年1月3日公告及100年3月3日公告修正，重點摘要如下：

1. 預算來自「100年度西醫基層總額醫療給付費用總額及其分配」專款項目，全年2億元。
2. 由保險人提供符合收案名單予基層照護診所，保險對象不須登記或簽署同意文件，不限制其就醫醫療院所。
3. 由基層診所於100年3月15日前向分區業務組提出書面申請。
4. 照護對象分為下列三種，收案人數為建議照護對象之80%以上。

(1) 慢性病個案：係指曾以行政院衛生署公告98種慢性病範圍，門診就醫5次且平均用藥日數7天以上，將慢性病患者依醫療費用分為十等分位，選取最高之2等分位。

(2) 非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依醫療費用分為100等分位，選取最高之2等分位病患。

(3) 門診高利用個案：係指門診就醫次數 ≥ 50 次之病患。

5. 費用核付：照護費用每人以600元/年

(1) 基本承作費用占30%，成效評量費用(平均就醫次數與平均每人醫療費用)占70%。

(2) 轉診獎勵費，每件支付50元。

6. 參加本計畫之診所應於100年4月15日前，於VPN上傳照護對象名單。

(二) 截至100年3月7日止，申請參加整合照護計畫之基層診所已達一千家左右，為使符合資格基層診所能廣為參與收案，已請中華民國醫師公會全國聯合會及各分區業務組再加強宣導。

四、本局執行 98 年就醫次數 ≥ 100 次者之「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」輔導至 99 年 12 月之成效

- (一) 98年門診就醫次數 ≥ 100 次之保險對象約計32,000人。
- (二) 經本局各分區業務組輔導後，執行成效如附表。其99年1至12月就醫次數較98年全年同期下降19%(平均每人就醫次數減少約23.22次)，藥費下降15%(約1.2億元，未校正藥價調整因素)，醫療費用下降16%(約5.1億元，本費用包含藥費)，足見各分區業務組努力輔導之成效。
- (三) 另因99年3月起擴大輔導每年門診就醫次數 ≥ 100 次之保險對象，為簡化各分區業務組之作業，業請資訊組協助完成相關程式之建置，以自動產製符合高診次輔導保險對象之【全民健康保險保險對象就醫關懷函】，供各分區業務組下載及寄發，嗣後並請各業務組於每年農曆年過後至2月底前例行下載完成寄發。

附表 98 年度門診就醫次數 ≥ 100 次者輔導成效(99 年 1-12 月)

輔導項目	全局		
	9801-9812	9901-9912	全局輔導成效
輔導人數	32,951	32,261	-690
就醫次數	3,993,660	3,161,087	-832,573
平均就醫次數	121.20	97.98	-23.22
就醫次數下降率	-19%		
醫療費用	2,970,767,122	2,455,389,101	-515,378,021
平均醫療費用	90,157	76,110	-14,047
醫療費用下降率	-16%		
藥費費用	739,371,045	618,241,042	-121,130,003
平均藥費費用	22,439	19,164	-3,275
藥費費用下降率	-15%		

五、「以民眾健康為導向之『論人計酬支付』構想」後續辦理情形

二代健保法已於 100 年 1 月 26 日總額公告實施，其中第 44 條：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」。

(一) 為使推動政策，需要先有不同模式之試辦，尋求最佳模式，作為未來全面推展時的依據，於 99 年 12 月 6 日邀請相關醫療團體代表、學者專家討論，針對發展風險校正費用模型估計技術，計算虛擬費用與設計可行之誘因及配套等提供辦理意見，本局再據以研擬方案內容，經衛生署同意本局所擬方案，已於 100 年 2 月 23 日公告徵求自願參加者。

(三) 「全民健康保險論人計酬試辦計畫」內容說明如下：

1. 實施原則：

- (1) 除牙醫、中醫及器官移植外，所有全民健保給付項目均包含在內。
- (2) 民眾不需登記，可自由於區域試辦團隊及區外醫療院所就醫。
- (3) 醫療團隊費用申報及審查作業不變。

2. 採 3 種試辦模式：

- (1) 區域整合模式：以行政區域的所有戶籍人口民眾為對象，由院所團隊提供整合服務。
- (2) 社區醫療群模式：由參與「家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，並擴大含住院服務。
- (3) 醫院忠誠病人模式：由參與「促進醫療體系整合計畫」所收之忠誠病人為對象，並擴大含住院服務。

3. 回饋與財務風險機制：若有節餘，60%為基本回饋，40%依達成品質指標成數回饋；若沒有節餘，則依品質達成情形，院所團隊負擔 0-50%財務風險。
4. 預算來源：由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應回饋金，自 100 年第 3 季實施，100 年預算上限為 3 億元。
5. 預定辦理期程：3 月底前徵求計畫書，4-5 月辦理評選，5 月 15 日前公布試辦團隊名單，5-6 月協助進行前置作業，100 年 7 月 1 日起執行。