

壹、統計相關資料

一、承保業務

100年2月底，投保單位計710,285家、保險對象人數23,031,506人、第一類至第三類被保險人平均投保金額32,890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)
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：100 年 3 月 31 日

備註：100 年 2 月底第 1 類投保單位中，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
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
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：100 年 3 月 31 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)
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：100 年 3 月 31 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 3 月份保險費現金收入 358.14 億元，醫療費用支出 424.84 億元，其他收支淨額 29.92 億元；3 月份償還銀行融資 43 億元，截至 100 年 3 月底累計融資餘額為 944 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 3 月份底，保費收入 1,146.80 億元、保險給付 1,100.09 億元、呆帳費用 5.34 億元、其他收支 76.38 億元，保險收支結餘 117.76 億元，累計待安全準備填補之短絀數為 285.18 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
100.3	358.14	24.00	424.84	21.20	29.92	(43.00)	(79.78)
100 年小計	1,438.90	16.73	1,155.63	9.70	73.75	(338.00)	19.03
84.3-100.3 總計	50,172.59	-	52,501.04	-	1,472.48	944.00	88.03

資料日期：100 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 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。100 年 3 月政府保險費補助款收入 69.28 億元，投保單位及保險對象保險費收入 288.86 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。

9. 100 年 3 月保費收入與去年同期比成長 24%，主要係 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，於本月份撥付 45.34 億元之影響所致；100 年 3 月醫療費用與去年同期比成長 21.2%，主要係本年 2 月份適逢農曆春節，部分醫療費用遞延至 3 月份撥付之影響所致。

(二)保險費收入執行情形

1. 保險費收入部分：

截至 100 年 3 月底止，自 95 年 1 月至 99 年 12 月之投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.78%，政府保險費補助款收繳率為 89.90%，總收繳率為 96.27%（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 3 月底止，自 91 年至 100 年 2 月之應收金額 9,722.16 億元，實收金額 8,929.99 億元，各級政府未撥付金額為 792.17 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：

95 年 1 月至 99 年 12 月之欠費金額 750.04 億元，截至 100 年 3 月底止，已收回 581.09 億元，收回率 77.47%（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
95.1-95.12	2,652.35	2,647.38	99.81	995.50	930.63	93.48	3,647.85	3,578.01	98.09
96.1-96.12	2,672.05	2,660.38	99.56	1,011.45	941.07	93.04	3,683.50	3,601.45	97.77
97.1-97.12	2,781.53	2,750.59	98.89	1,055.75	935.78	88.64	3,837.28	3,686.37	96.07
98.1-98.12	2,770.09	2,718.57	98.14	1,096.91	965.15	87.99	3,867.00	3,683.72	95.26
99.1-99.10	2,529.88	2,474.00	97.79	1,066.19	923.77	86.64	3,596.07	3,397.77	94.49
99.11	264.08	257.09	97.35	128.85	116.66	90.54	392.93	373.75	95.12
99.12	264.85	256.35	96.79	128.85	116.66	90.54	393.70	373.01	94.74
總計	13,934.83	13,764.36	98.78	5,483.50	4,929.72	89.90	19,418.33	18,694.08	96.27

資料日期：100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(95年1月至99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	10,938.71	10,918.56	99.82
第二類	1,367.89	1,363.90	99.71
第三類	465.20	462.29	99.37
第六類	1,163.03	1,019.61	87.67
總計	13,934.83	13,764.36	98.78

資料日期：100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(95年1月至99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		91-99 年度	100 年度(1-2 月份)	總 計
中央政府	應收	7,492.77	335.93	7828.70
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
臺北市政府	應收	772.26	31.72	803.98
	未收	399.85	29.95 ^{註 2}	429.80
	收繳率	48.22	5.58	46.54
高雄市政府	應收	308.40	26.85	335.25
	未收	222.54	23.35	245.89
	收繳率	27.84	13.04	26.65
新北市政府	應收	184.78	24.81	209.59
	未收	116.48	0	116.48
	收繳率	36.96	100.00	44.42
臺中市政府	應收	-	18.17	18.17
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
臺南市政府	應收	-	18.72	18.72
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
桃園縣政府	應收	-	12.19	12.19
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
其他 各縣市政府	應收	481.11	14.45	495.56
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
小 計	應收	9,239.32	482.84	9722.16
	未收	738.87	53.30	792.17
	收繳率	92.00	88.96	91.85

資料日期：100 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。
- 北市府 100 年 1-2 月共入帳 18.6 億元，其中 16.83 億元用於沖抵 92 年度以前欠費，另 1.77 億元用於繳納當年度(100)應補助保險費補助款。
- 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 3 月底止，上述直轄市政府 100 年 1 至 2 月均按期繳納健保費補助款，並無欠費情事。
- 截至 100 年 3 月底止，本局短期融資之利息費用約為 79.48 億元，其中各級政府應負擔金額約 63.75 億元，本局應負擔金額約 15.73 億元，各級政府已撥付利息金額為 49.2 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 3 月底，本保險安全準備金餘額為 2.6 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 99 年底	100 年度			歷年截至 100 年 3 月
		1-2 月	3 月	小計	
安全準備金來源總額①	1,759.73	46.27	29.50	75.77	1,835.50
法定提撥	206.43	-	-	-	206.43
保險費滯納金	111.50	0.73	0.35	1.08	112.58
運用收益	77.79	0.00001	-	-	77.79
公益彩券	102.06	1.80	1.69	3.49	105.55
運動彩券	1.36	0.01	0.005	0.02	1.38
菸品健康福利捐	1,191.54	43.73	27.46	71.18	1,262.72
保險年度收支結餘	69.04	-	-	-	69.04
安全準備金去路總額②	1,757.94	46.31	28.65	74.96	1,832.90
填補保險支出短絀	1,747.62	46.31	28.65	74.96	1,822.58
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	1.79	(0.04)	0.85	0.81	2.60

資料日期：100 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。
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

100 年度營運資金截至 3 月底營運資金餘額為 18.22 億元，歷年截至 100 年 3 月底之營運資金餘額為 85.43 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	100 年截至 2 月底	100 年 3 月	100 年截至 3 月底
歷年截至 99 年底營運資金餘額①	67.21	-	67.21
本期資金來源總額②	1,325.52	425.87	1,751.39
保費收入	1,080.76	358.14	1,438.90
利息收入	0.07	0.08	0.14
代辦醫療收入	21.91	37.71	59.62
代位求償收入	6.88	(0.07)	6.81
安全準備撥入	46.31	28.65	74.96
短期融資 ²	170.00	-	170.00
融資利息歸墊	0.21	(0.13)	0.08
各級政府撥付遲延利息	0.55	0.74	1.29
藥品申報金額返還金	0.82	-	0.82
其他 ³	(1.98)	0.75	(1.23)
本期資金去路總額③	1,226.67	506.50	1,733.17
撥付醫療費用	759.58	462.48	1,222.06
撥入安全準備	0.73	0.35	1.08
償還短期融資	465.00	43.00	508.00
撥付分局辦理假扣押案	(0.03)	-	(0.03)
利息費用	1.40	0.67	2.06
手續費用	0.0003	0.0005	0.0008
本期資金餘絀④=②-③	98.85	(80.63)	18.22
可運用資金餘額(①+④)	166.06	-	85.43

備註：

資料日期：100 年 3 月 31 日

1. ()內為負數
2. 截至 100 年 3 月 31 日累計融資餘額為 944 億元。
3. 其他收入主要係截至 100 年 3 月底菸品捐補助款撥入及各分區業務組 99 年度行政經費賸餘款繳回、菸品捐補助款轉撥付經濟弱勢之保險費及罕見疾病之醫療費用。

(五)各項資金投資組合

100年3月底各項資金投資組合主要為銀行活期存款45.19億元(占51.34%)，附賣回交易票、債券41.94億元(占47.65%)，信託財產0.89億元(占1.01%)。(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	-	41.94	41.94	47.65
銀行存款-活期	1.71	43.48	45.19	51.34
信託財產	0.89	-	0.89	1.01
資金餘額合計	2.60	85.43	88.03	100.00

資料日期：100年3月31日

(六) 逾期未繳保險費、滯納金移送行政執行情形 (94年1月至100年3月)

1. 已結案部分 333.46 億元，占全部移送金額 395.52 億元之 84.31 %，其中繳清者 146.83 億元占已結案之 44.03%、取得債權憑證者 178.73 億元占 53.60%、註銷標的者占 2.37%。
2. 未結案部分 62.06 億元，占全部移送金額之 15.69%，尚在處理中者 54.08 億元占 87.14%、分期繳納者 7.98 億元占 12.86 % (相關數據詳表 13)。

(七)健保財務指標(截至 100 年第 1 季) 執行結果及說明

1. 財務狀況

- (1) 「保險費率」指標值：9.28%，燈號：「紅燈」

依最近 1 年(98 年)精算報告，未來 5 年平衡費率值為 5.65%，100 年第 1 季保險費率為 5.17%，依燈號公式計算本指標值為 9.28%，燈號為「紅燈」。

- (2) 「安全準備」指標值：-0.77 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：944 億元，燈號：「黃燈」

本季末借款總金額為 944 億元，借款之原因來自於地方政府未撥付金額 792 億元及營運所需之收支調度 152 億元；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，各年之第 1、3 季呈現「黃燈」，第 2 及 4 季均為「紅燈」，若與上一季末相比，則減少 338 億元。

2. 當季保險收支情形

- (1) 「保險收支餘絀」指標值：117.76 億元，燈號：「綠燈」

本季保險收支餘絀大於 0，燈號為「綠燈」。

- (2) 「保費收入」指標值：16.67%，燈號：「綠燈」

- (3) 「保險給付」指標值：2.88%，燈號：「黃燈」

本季保險給付成長率 2.88%，略高於 100 年總額協定成長率 2.692%，燈號為「黃燈」。

- (4) 「呆帳」指標值：1.08%，燈號：「綠燈」

- (5) 「資金運用損益」指標值：0.50%，燈號：「綠燈」

- (6) 「其他收支」指標值：78.20 億元，燈號：「綠燈」

健保財務指標（截至100年第1季）

項目			99年				100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	24.18%	9.28%			9.28%
	安全準備	燈號	●	●	●	●	●
		比值	-1.66	-1.55	-1.34	-1.09	-0.77
	借款	燈號	◎	●	◎	●	◎
總金額		1,120	1,335	1,188	1,282	944	
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責	燈號	◎	○	○	○	○
		金額	-21.92	31.82	78.39	91.01	117.76
	--保費收入	燈號	○	○	○	○	○
		成長率	3.73%	15.51%	17.72%	18.23%	16.67%
	--保險給付	燈號	●	○	○	○	◎
		成長率	4.27%	2.48%	0.86%	0.34%	2.88%
	--呆帳	燈號	○	○	○	○	○
		呆帳率	1.10%	1.10%	1.09%	1.09%	1.08%
	--資金運用損益	燈號	○	○	○	○	○
		收益率	0.40%	0.47%	0.41%	0.47%	0.50%
	--其他收支	燈號	○	○	○	○	○
		金額	69.28	55.34	60.97	71.23	78.20

註：燈號分為○綠燈、◎黃燈及●紅燈三種。

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： $x < 1$
	借款 季末「短期借款」總金額	綠燈： $x = 0$ 黃燈： $x > 0$ ，但 < 上季(99年第4季為1,282億元) 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(99年第1季為-21.92億元) 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(100年為5.25%) 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(100年為2.692%) 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(100年第1季為0.28%) 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」	綠燈： $x > 0$ 黃燈： $x \leq 0$ ，但 > 去年同季(99年第1季為69.28億元) 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：

100年2月底止共特約醫療院所19,437家，特約率92.87%。(詳表14)

2. 醫療院所訪查：

100年3月共訪查39家次，其中西醫22家次、中醫6家次、牙醫4家次、藥局6家次、其他1家次；另涉及刑責函送司法單位辦理共10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2月共處分19家次，包括違約記點3家次、扣減費用6家次、停止特約8家次、終止特約2家次。

(2) 違規處分家數-按特約類別：(詳表16-2)

100年2月共處分19家次，包括醫院1家次、西醫基層12家次、牙醫1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)

100年2月總計追扣2,368萬元，包括查處追扣831萬元、輔導繳回1,408萬元、扣減115萬元、罰鍰14萬元。

4. 重大傷病部分：

截至 100 年 3 月底止，歸戶後實際有效領證人數為 829,830 人，實際有效領證數共 882,372 件，較去年同期成長 5.47%，其中癌症 40 萬 4 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 5 千餘件、透析病患 6 萬 7 千餘件，以上計 75 萬 5 千餘件，占領證數 85.61%。(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)99 年總醫療費用：

醫療點數(含部分負擔，以下同)共計 5,260.0 億餘點，平均每月 438.3 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 130 億餘點，成長 2.53%。

(2)99 年第 4 季：

門診申請 856.9 億餘點、門診部分負擔 71.1 億餘點，住診申請 420.8 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 1,366.9 億餘點，平均每月醫療點數 455.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.39%、申請點數成長 6.98%，住診件數成長 1.42%、申請點數成長 4.14%，日數成長 2.62%。

(3)100 年 1 月：

門診每人次平均醫療費用 959 點，住診每人次平均醫療費用 55,795 點，每人日平均醫療費用 5,535 點，每人次平均住院日 10.08 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 407.3 億餘點、門診部分負擔 35.6 億餘點，住診申請 416.6 億餘點、住診部分負擔 18.1 億餘點，合計醫療點數 877.7

億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.97%、申請點數成長 11.31%，住診件數成長 1.81%、申請點數成長 4.39%，日數成長 2.77%。

(2)西醫基層總額（詳表 19-2）：

門診申請 221.3 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 249.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.71%、申請點數成長 4.72%，住診件數成長-16.78%、申請點數成長-17.13%，日數成長-15.39%。

(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 91.5 億餘點，與去年同期比較：件數成長 2.08%、申請點數成長 1.61%。

(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-2.24%、申請點數成長-4.65%。

(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 3.98%、西醫基層件數成長 8.27%、醫院申請點數成長 4.02%、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 285.0 億餘點、門診部分負擔 24.4 億餘點，住診申請 141.3 億餘點、住診部分負擔 5.9 億餘點，合計醫療點數 456.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.99%、申請點數成長 8.14%，住診件數成長 3.40%、申請點數成長 6.70%，日數成長 4.74%。

(2) 北區業務組 (詳表 20-2)：

門診申請 115.8 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 182.3 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.15%、申請點數成長 6.73%，住診件數成長-2.43%、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 174.5 億餘點、門診部分負擔 14.9 億餘點，住診申請 80.3 億餘點、住診部分負擔 3.5 億餘點，合計醫療點數 273.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 2.46%、申請點數成長 6.64%，住診件數成長-1.94%、申請點數成長 3.13%，日數成長 0.59%。

(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 61.4 億餘點、住診部分負擔 2.7 億餘點，合計醫療點數 197.8 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 0.89%、申請點數成長 7.45%，住診件數成長 4.54%、申請點數成長 5.33%，日數成長 5.08%。

(5)高屏業務組 (詳表 20-5)：

門診申請 137.5 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 219.8 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-0.26%、申請點數成長 4.89%，住診件數成長 2.21%、申請點數成長 2.24%，日數成長 1.42%。

(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 0.59%、申請點數成長 6.68%，住診件數成長 2.58%、申請點數成長 6.25%，日數成長 1.92%。

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)688.7 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)281.4 億餘點；慢性病件數占率 23.52%、醫療點數占率 40.86%。

5. 99年第4季醫院層級別醫療費用申報(100年1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3.15%、申請點數成長率12.04%，住診件數成長率2.72%、申請點數成長率4.10%，日數成長率3.34%。

(2)區域醫院(詳表22-2)：

門診件數成長率2.15%、申請點數成長率12.34%，住診件數成長率3.27%、申請點數成長率5.60%，日數成長率3.34%。

(3)地區醫院(詳表22-3)：

門診件數成長率0.43%、申請點數成長率7.42%，住診件數成長率-2.88%、申請點數成長率2.31%，日數成長率1.45%。

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40.32%、地區醫院17.31%。

②門診點數：醫學中心41.96%、區域醫院40.25%、地區醫院17.80%。

③住診點數：醫學中心42.79%、區域醫院40.39%、地區醫院16.82%。

(2)100年1月醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心42.91%、區域醫院40.10%、地區醫院

16.99%。

②門診點數：醫學中心 42.71%、區域醫院 39.87%、地區醫院 17.42%。

③住診點數：醫學中心 43.11%、區域醫院 40.34%、地區醫院 16.55%。

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 1,087.8 億餘元，住診申報 225.1 億餘元，門住診合計 1,312.9 億餘元，較 98 年 1,301.1 億元增加 11.8 億元，成長率 0.91%，較整體醫療費用成長率 (2.53%) 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 11.82%；住診藥費每件平均申報 7,566 元，較去年同期成長 9.81%。

(3) 100 年 1 月門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 313 元，較去年同期成長 6.19%；住診藥費每件平均申報 7,825 元，較去年同期成長 8.24%。

8. 醫療費用之核付部分 (詳表 25)：

99 年度(至 99 年 12 月止)之門診初審後核減率為 2.29%、複審後核減率為 1.88%、爭審後核減率為 1.83%，住診初審後核減率為 3.98%、複審後核減率為 3.38%、爭審後核減率為 3.36%。

9. 99 年第 3 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. 95-99Q4 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)。

(1)全民健康保險西醫基層醫療品質指標(全局)(詳表 28-1)

①99 年第 4 季門診注射劑使用率為 0.72%低於監測值 (監測值： $\leq 6\%$)；門診抗生素使用率 99Q4 為 10.96%，低於監測值 (監測值： $\leq 16\%$) 亦較前季 11.11%略低，95 年迄今均維持在 12%以下。二項之監測值均呈穩定情況。

②同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率 (監測值： $\leq 17.13\%$)，99 年起連續 3 季呈現下降情形(99Q1 為 15.60%、99Q2 為 14.06%、99Q3 為 13.24%)，99Q4 略升為 13.84%，99 全年皆位於監測值

範圍內。

③同院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 9.18\%$)、同院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 3.17\%$)、同院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 6.03\%$)、同院所抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 4.33\%$)、同院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 8.44\%$)及同院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率(監測值： $\leq 14.96\%$)在95年至99年第4季期間均低於監測值。

(2)全民健康保險西醫醫院醫療品質指標(全局)(詳表 28-2)

①99年醫院總額品質指標整體而言呈現穩定趨勢，且在監測值範圍內。

②西醫醫院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。同院所上呼吸道感染病人7日內複診率($8.87\% \leq$ 監測值 $\leq 10.84\%$)，98全年及99年第1季高於監測值，原因為新型流感流行之影響，99年第2季起已下降至符合監測值範圍內(99Q2為7.77%、99Q3為7.81%、99Q4為7.54%)。(註：新型流感(H1N1)流行期間，H1N1篩檢試劑及抗流感藥物費用係由疾病管制局公務預算支出，其餘由健保費用支出，為區分預算來源，而有拆開申報之情形，影響複診資料之計算。)

③剖腹產率 99 年第 4 季為 35.27%尚於監測值 33.84% $\times(1\pm 10\%)$ 範圍內，本局將持續觀察

(3)全民健康保險牙醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-3)

99 年第 4 季已有資料之各項指標皆符合監測值範圍且呈現穩定趨勢。

(4)全民健康保險中醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-4)

99 年第 4 季中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率 1.70%略高於監測值上限(監測值係以前 3 年同季平均值 $\times(1\pm 10\%)$ 計算，99 年第 4 季為 1.32% \leq 監測值 \leq 1.61%)，略高於監測值上限之原因與「中醫總額支付委員會」99 年第 2 次委員會議決議，針對傷科療程中若非中醫師親自推拿，健保將不給付，並加強申報稽查，故使傷科申報案件大幅下降有關，本局將持續監測；其餘各項指標皆符合監測值範圍。

(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)

依台灣腎臟醫學會提供之資料，99 年第 4 季血液透析與腹膜透析之血清白蛋白、KT/V、Hct 之受檢率、合格百分比皆符合監測值範圍內；其餘指標呈現穩定趨勢。

貳、本月業務推動重點

一、承保相關業務

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要點」，並自 100 年 3 月 1 日公告施行

(一) 修正緣由：

1. 本項補助係因 98 年全球經濟遭逢金融海嘯衝擊，政府以菸品健康福利捐之收入補助經濟弱勢民眾健保費，提供短期性的補助措施，其階段性任務已告一段落。
2. 接軌社會救助法自 100 年 7 月 1 日起，將中低收入戶之健保費補助納入社會救助範疇，本局不再重複補助。
3. 菸品健康福利捐之預算有限，為使有限的資源得以真正協助經濟弱勢者直至納入社會救助體系，修正補助條件。

(二) 修正重點：

1. 申請截止日

- (1) 補助 1/4 自付健保費者，受理至 100 年 3 月 31 日止。
- (2) 補助 1/2 自付健保費者，受理至 100 年 6 月 30 日止。

2. 限縮補助條件

除須符合原有最低生活費 2 倍以下及平均消費支出 1.5 倍以下之條件外，尚須符合下列條件：

- (1) 申請人投保金額未達 25,200 元者。
- (2) 申請人最近一年綜合所得稅率未超過 6% 者(新增項目)。

- (3) 申請人全家人口全年利息收入未達 6 千元(原為 1 萬元)。
- (4) 申請人全家人口全年利息和公司股東分配之股利、合作社社員分配之盈餘，合計未達 1.2 萬元(原為 2 萬元)。

3. 依修正之作業要點核予補助者，補助期間以 6 個月為限。作業要點修正發布前已提出申請且符合補助資格者，以補助 1 年為限。

二、醫療給付相關業務

(一) 本局辦理「全民健保醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」

，其 99 年辦理情形及 100 年修訂計畫重點說明

(本案係依據全民健康保險監理委員會第 188 次會議決議辦理)

1. 99 年辦理情形：

(1) 本計畫自 98 年 12 月試辦迄今，申請醫院家數 187 家，經選定收案之照護對象約 62 萬人，其中醫學中心 19 家(照護人數 25 萬人)、區域醫院 72 家(照護人數 25 萬人)、地區醫院 96 家(照護人數 11 萬人)。

分區別	醫學中心			區域醫院			地區醫院			合計		本局提供 4等分位	納入照 護比率
	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	特約數	照護人數	試辦 家數	選定照護 人數		
台北	8	8	132,691	18	19	92,604	13	84	21,120	39	246,415	341,852	72%
北區	1	1	27,015	11	12	35,878	31	51	35,463	43	98,357	137,510	72%
中區	4	4	41,514	15	16	49,446	25	87	30,453	44	121,413	174,517	70%
南區	2	3	16,830	14	15	42,096	8	48	4,759	24	63,685	111,252	57%
高屏	3	3	33,503	11	12	32,753	16	101	15,550	30	81,806	138,236	59%
東區	1	1	5,123	3	4	4,418	3	10	3,218	7	12,759	21,706	59%
合計	19	20	256,676	72	78	257,196	96	381	110,563	187	624,435	925,073	68%
申請醫 院家數 佔率	95%			92%			25%						

(2) 健保局各分區業務組依計畫規定於執行三個月內進行實地了解運作情形等作業，已辦理完竣，對於部分執行層面較不熟悉者，由健保局各分區業務組加強輔導；推估核付基本承作費用約 2.2 億元。

(3) 健保局各分區業務組自 99 年 5 月起陸續辦理觀摩會，並甫於 100

年3月31日辦理「全民健保醫院以病人為中心之整合照護」**全國性**觀摩會暨研討會，重說說明如下：

- ①該會由本局主辦，並與台灣老年學暨老年醫學會及台灣家庭醫學醫學會共同協辦。與會有專家學者、監委會、費協會、衛生署相關單位及全國近二百家醫院代表，共400多人熱烈參與。
- ②會中除由本局就「醫院推動整合式照護成效與展望」報告外，另安排二場**專**題演講，分別由台灣老年學暨老年醫學會陳亮恭理事就「醫院推動整合式照護之理念」，台灣家庭醫學醫學會邱泰源理事長以醫界的看法就「全人照護與整合性健康照護模式的探討」；其次，由11家醫院代表，就該院推動整合照護進行生動的經驗分享。
- ③本次觀摩會由局長頒贈感謝狀予試辦期間表現優異，推動創新整合模式，並協助分區業務組推廣與分享之醫院計32家，並提供海報展覽與解說，供其他醫院標竿學習，頗獲醫界好評。
- ④本次觀摩會圓滿結束，與會者對本局推動整合照護計畫均表達正向的支持，亦提供相關建議，將列入101年修訂時參考。

(4) 試辦一年成效

① 對照護對象而言：

- A. 本局透過各試辦醫院進行整合門診病人滿意度調查，採立意取樣方式，總計回數問卷2,759份問卷，其中7成以上的病人表示滿意及非常滿意(僅不到3%的病人表示不滿意)，且減少

不同科別之看診、看病次數及用藥數量；亦7成的病人建議應繼續推動整合照護計畫。

B. 試辦後，平均每人一年減少看病次數約1.68次及減少約0.2項藥品，推估照護對象可減少下列就醫成本：

a. 減少部分負擔：以醫院各層級部分負擔及減少就醫次數推估，全年可節省部分負擔約2.03億元，平均每人節省420元。

b. 減少掛號費支出：若每次掛號費100元，每人一年節省掛號費支出約168元，全年節省掛號費約8000萬元。

c. 每人每次看病及交通往返時間約4小時，則全年可節省約8小時，全年節省看診及往返交通的時間約387萬小時。其他的社會成本(如家人陪伴的就醫成本)則難以衡量。

d. 試辦後，平均每人一年約減少約0.2項藥品，用藥品項數的減少，將提升病患用藥安全。

②對試辦醫院而言，本計畫於各成效指標項目，初具成效。

A. 整體部分：

a. 試辦後，平均每人每月醫療費用由試辦前 3,850 點減少至 3,708 點，減少約 142 (下降達 3.68%)。

b. 試辦後，平均每人每月就醫次數由試辦前 1.091 次減少至 0.945 次，減少約 0.146 次(下降達 13.4%)。

c. 試辦後，平均每人每月用藥品項數由試辦前 5.05 項減少至

4.87 項，減少約 0.2 項藥品數(下降達 3.66%)。

d. 試辦後，平均每人每月急診次數由試辦前 0.033 次減少至 0.031 次(下降達 6.66%)。

指標項目	試辦前 (9701-9806)	試辦後 (9812-9912)	成長率
平均每人每月醫療費用	3850	3708	-3.68%
平均每人每月門診就醫次數	1.09	0.95	-13.40%
平均每人每月藥品項數	5.05	4.87	-3.66%
平均每人每月急診次數	0.033	0.031	-6.66%

B. 各成效指標若再區分為無慢性病、一種、二種及三種以上慢性病數來看，發現隨著慢性病數之增加，在各指標下降幅度也隨之增加，顯示創新的照護模式，更能貼近多元慢性病患的照護型態，使其在各成效指標值之下降幅度更高。

C. 個別醫院達成指標情形：有 5-9 成的醫院，分別達成各項成效指標。

a. 有 84%(158 家)之試辦醫院，平均每人每月醫療費用相較基期，呈現下降的情形。

b. 有 98%(183 家)之試辦醫院，平均每人每月就醫次數相較基期，呈現下降的情形。

c. 有 49%(92 家)之試辦醫院，平均每人每月用藥品項相較基期，呈現下降的情形。

d. 有 63%(118 家)之試辦醫院，平均每人每月急診次數相較基

期，呈現下降的情形。

e. 有 81%(151 家)之試辦醫院，平均每人每月申訴成案數相較基期，呈現下降的情形。

成效評量指標	資料	未下降	下降比例 5%以內	下降比率 5%至10%之間	下降比率 >10%	總計
平均每人每月 醫療費用	醫院家數	29	68	44	46	187
	核付金額	-	16,570,800	15,714,100	5,930,400	38,215,300
平均每人每月 門診就醫次數	醫院家數	4	4	19	160	187
	核付金額	-	1,796,850	11,178,800	70,110,750	83,086,400

成效評量指標	資料	未下降	有下降	總計
平均每人每月 藥品項數	醫院家數	95	92	187
	核付金額	-	20,312,800	20,312,800
平均每人每月 急診次數	醫院家數	69	118	187
	核付金額	-	49,264,200	49,264,200
平均每人每月 申訴成案數	醫院家數	36	151	187
	核付金額	-	39,385,800	39,385,800

(5)試辦醫院的建議重點：

- ①163 家試辦醫院建議繼續試辦。(共計 187 家醫院參與試辦)
- ②加強對民眾之宣導。
- ③健保局提供忠誠對象名單更多就醫資訊，且收案對象不應設限。
- ④提高獎勵誘因，節省之醫療費用應回饋醫院，非健保局指定收案名單，亦應納入獎勵。

⑤發展適當成效指標，且試辦初期應以院內為限；並由健保局定期提供指標值，供個別醫院下載。

⑥簡化表單與書面資料、取消醫院期中與期末報告、整合門診案件不應列入專業審查

2.100 年計畫：

(1)100 年計畫業奉行政院衛生署 100 年 3 月 24 日衛署健保字第 1000005662 號函核定，並以 100 年 3 月 30 日健保醫字第 1000002147 號公告，自 100 年 4 月 1 日起實施(如附件)。

(2)修訂重點：

①忠誠對象名單：

A. 增加忠誠對象就醫次數之排除條件，精確反映病患的就醫型態，有利醫院評估收案之適當性。

B. 提供忠誠病患更多就醫資訊，幫助醫院評估收案。

a. 病患特質：年齡、性別、忠誠度、疾病狀況(慢性病數、重大傷病)。

b. 就醫型態：單科或多科就診、單醫師或多醫師就診。

c. 醫療耗用：

①院內與院外門診之就醫次數及費用。

②主要就醫疾病別之就醫次數及費用。

②選定照護對象範圍：

A. 按忠誠對象全國就醫次數較高之前四等分位，提升照護對象

被收案機率之公平性

- B. 醫院可自健保局提供名單自由選擇收案，名單外也可選擇收案，但不得超出健保局提供已收案名單之 20%。

③增訂退場機制

以「平均每人每月門診就醫次數」下降比例較低之第 20 百分位以內，且為正成長之醫院，由各分區業務組實地瞭解辦理情形，必要時不提供新照護名單。

④支付方式

A. 基本承作費

a. 100 年新收案之照護對象：400 元

b. 原(99 年)照護對象繼續收案者：已於 99 支付，故不重複。

B. 成效評量：375 元(原每人全年經費 500 元，按本計畫期間為 100 年 4 月至 12 月，比例支付 375 元)。

C. 民眾就醫權益：75 元(原每人全年經費 100 元，按本計畫期間為 100 年 4 月至 12 月，比例支付 75 元)。

⑤評量指標：

A. 達成 99 年成效指標者以 99 年 4 月-99 年 12 月作為基期。

B. 未達成 99 年成效指標者，以 97 年 1 月-98 年 6 月作為基期。

(二)「民眾及民間團體對健保醫療品質、醫界形象、差額負擔、自費醫療以及保險費付費意願」之調查研究說明

(本案係依據全民健康保險監理委員會第 184 次會議決議辦理)

為瞭解民眾及民間團體對差額負擔制度之認知及態度，本局 99 年委託學術單位進行上開研究，該研究係採電話訪問調查法及深度訪談法等二種，謹將研究結果臚列如后：

1. 電話訪問：共計電訪 1531 位保險對象。

(1) 所有受測者(1531 人)中，知道(55.3%)與不知道(44.7%)差額負擔者各約佔一半的比例。

(2) 問及是否使用過差額負擔時，有 14.8%的受測者(211 人)表示曾使用過差額負擔(塗藥血管支架、人工水晶體、樹脂石膏繃帶、心律調整器、人工髖關節、義肢等醫療器材)，曾使用過差額負擔品項者(211 人)中有 60.0%的比例表示醫療院所有要求支付差額，有 86.0%表示醫護人員有事先告知，有 79.4%表示有簽署同意書。總括來說，問及此次差額負擔的醫療服務品質滿意度而言，有 75.1%的比例傾向滿意。

(3) 本研究問及所有受測者(1531 人)有關三種付費方式(願意全部自己出錢使用新藥材、選擇健保有給付的傳統治療藥材、願意支付新藥材與健保藥材的差價來使用新藥材)以選用健保還沒有給付的新藥或器材時，其中選擇以願意支

付新藥材與健保藥材的差價來使用新藥材一項的比例最高，佔有 46.3%。再者，問及所有受測者(1531 人)是否贊成差額負擔的做法時，有 63.0%的受測者表示贊成。

2. 深度訪談：包括社福團體、醫事服務機構及學術領域者。

- (1) 經深度訪談有關差額負擔議題的看法後，概可整理出兩大觀點，一為有條件地開放差額負擔供民眾選擇，另一為無條件禁止一切醫療藥材的差額負擔。
- (2) 有條件開放必須是在政府單位以及醫療服務提供者針對相關藥品器材等資訊的調查研究公告，讓民眾站在完全資訊對等的情況下，始可開放供民眾選擇是否要選擇差額負擔的品項。
- (3) 至於無條件禁止乃是考量到，社會保險的用意就在於保障弱勢族群的就醫權益，倘若仍保留差額負擔品項，勢必會剝奪弱勢族群選用所謂較好的醫療藥材，此點與社會保險的初衷有所衝突。

3. 上開研究之結論，將提供本局規劃二代健保差額負擔制度之參考。