

2023 年
全民健康保險統計動向

衛生福利部中央健康保險署編印

前 言

全民健保的開辦可謂是國家最重要的社會建設里程碑，亦是全國民眾受益面最廣的公共投資財，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。

回顧全民健保自民國 84 年實施以來，在衛生福利部及所屬中央健康保險署（以下簡稱本署）、醫界、產業界與社會大眾的共同努力下，陸續在民眾就醫可近性、照顧弱勢民眾等層面展現績效。為確保健保永續經營，民國 102 年 1 月 1 日二代健保正式上路，二代健保係以「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」為願景，持續提供全體國民健全的醫療服務，並落實「人人有保，就醫公平」的目標，其改革措施包括財務平衡的收支連動機制、提升政府財務責任、加強照顧弱勢族群、揭露醫療品質資訊、公開財務報表等。

近年本署積極推動數位轉型健保服務，推出「全民健保行動快易通」、「健保醫療資訊雲端查詢系統」、「虛擬健保卡」、「遠距醫療」及「Line@官方帳號」等數位工具，以提供民眾更便捷且整合的醫療服務，並透過大家醫計畫，整合系統及平台，落實全人全程照護目標，讓醫療資源極大化。

全民健保制度的用心，除了獲得民眾的肯定外，在國際上亦享有極高的評價。而在各界守護下成長茁壯的全民健保，將更積極地回應民眾對於高品質醫療服務的期待，貼近民眾的需求，持續聆聽社會各界的聲音，加強與各界溝通，不斷擷取新知、滾動革新，以面對未來挑戰，提供更符合全民期望的健康照護服務，持續為守護全民的健康努力。

為增進各界對於全民健保之瞭解，本署自民國 84 年起每年編印「全民健康保險統計」，主要以統計表顯示健保成果，數據纂詳。另自民國 90 年起每二年編印「全民健康保險統計動向」，主要以圖表呈現為主，輔以簡要文字敘述，旨在陳示全民健保重要統計資料及衛生醫療相關參考指標之變動趨勢。本書概分為全民健保業務概況、全民健保醫療表現指標、其他重要參考指標及附錄等四大部分，惟囿於時間及人力限制，難免未臻完善，尚祈各界先進不吝賜教，以作為未來改進之參考。

凡 例

- 一、本統計動向「壹、全民健保業務概況」相關資料，係依據歷年「全民健康保險統計」資料整理編製而成。
- 二、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。
- 三、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。
- 四、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，“...”表示資料不予陳示或不詳。

目次

前言.....	(1)
凡例.....	(2)
壹、全民健保業務概況	
一、承保概況	
(一) 保險對象概況.....	2
(二) 保險對象類別之變動.....	3
(三) 保險對象年齡結構.....	4
(四) 被保險人平均投保金額.....	5
(五) 被保險人自付一般保險費.....	6
(六) 被保險人眷屬人數.....	7
二、財務概況	
(一) 財務收支概況.....	10
(二) 一般保險費.....	11
(三) 補充保險費.....	12
三、特約醫事服務機構概況	
(一) 特約醫事服務機構家數.....	14
(二) 特約醫事服務機構醫師人口比.....	15
(三) 特約醫事服務機構病床數.....	16
(四) 特約醫事服務機構病床密度.....	17
(五) 特約醫事服務機構查處.....	18
四、醫療利用概況	
(一) 醫療費用申報概況.....	20
(二) 總額部門別醫療費用.....	21

(三) 特約類別門診醫療費用	22
(四) 特約類別住院醫療費用	23
(五) 性別及年齡別門診醫療費用	24
(六) 性別及年齡別住院醫療費用	25
(七) 就醫科別門診醫療費用	26
(八) 就醫科別住院醫療費用	27
(九) 西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報概況	28
(十) 醫療費用核付概況	29
(十一) 門診重大傷病醫療費用	30
(十二) 住院重大傷病醫療費用	31
(十三) 自墊醫療費用核付概況	32
(十四) 總額支付制度點值概況	33
(十五) 醫療費用核減率	34

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層	35
二、醫院	36
三、中醫	37
四、牙醫	38
五、門診透析	39
六、新使用呼吸器病人監控指標	40
七、同院所門診同藥理用藥日數重疊指標	41

參、其他重要參考指標

一、人口結構	43
二、人口推估	44
三、零歲平均餘命	45
四、死亡人數及死亡率	46
五、主要死因	47

六、平均每戶家庭醫療保健消費支出	48
七、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重	49
八、醫療保健支出之資本形成	50
九、每千人口急性病床數	51

肆、附錄

一、統計名詞定義	53
二、全民健保醫療表現指標定義	57

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

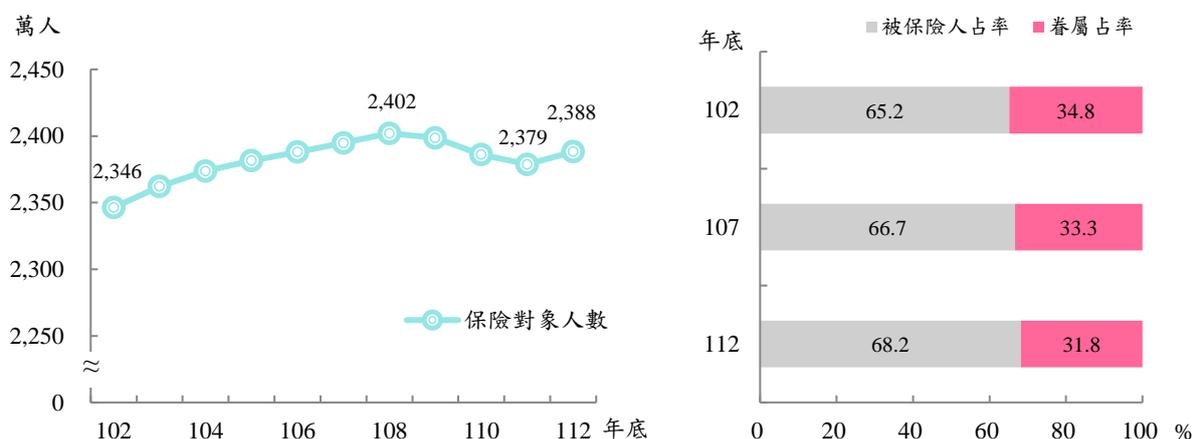
(一) 保險對象概況

▲112 年底保險對象人數為 2,388 萬人，近 10 年間增加 1.8%。

112 年底全民健保保險對象人數 2,388 萬人，其中被保險人 1,628 萬人（占 68.2%），眷屬 760 萬人（31.8%）。

觀察保險對象人數之變動情形，近年來保險對象人數於 108 年底突破 2,400 萬人後逐年微幅下降，至 112 年底微增 0.4%。相較於 102 年底，保險對象人數增加 42 萬人（+1.8%），其中被保險人增加 98 萬人（+6.4%），眷屬減少 56 萬人（-6.8%）；被保險人占率自 102 年底之 65.2% 逐年增至 112 年底 68.2%，眷屬占率則由 34.8% 降至 31.8%。

保險對象人數變動情形



保險對象人數概況

單位：萬人

	總計		被保險人	眷屬
	總計	成長率(%)		
102 年底	2,346	0.8	1,531	816
103 年底	2,362	0.7	1,550	812
104 年底	2,374	0.5	1,564	810
105 年底	2,381	0.3	1,575	806
106 年底	2,388	0.3	1,585	803
107 年底	2,395	0.3	1,596	798
108 年底	2,402	0.3	1,607	795
109 年底	2,399	-0.1	1,611	788
110 年底	2,386	-0.5	1,610	776
111 年底	2,379	-0.3	1,616	762
112 年底	2,388	0.4	1,628	760

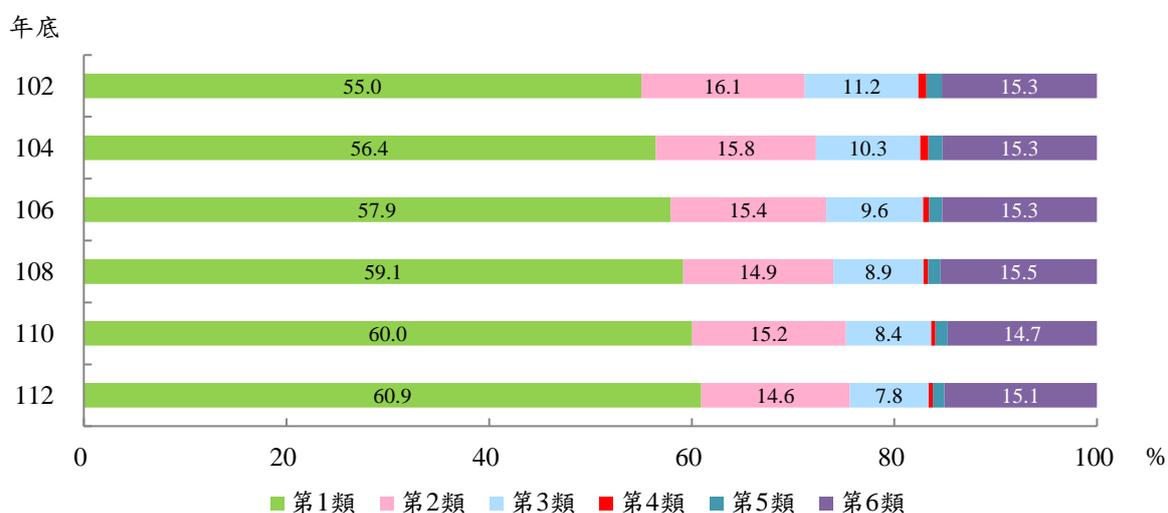
(二) 保險對象類別之變動

▲第 1 類保險對象占率最高，112 年底為 60.9%。

112 年底第 1 類保險對象 1,456 萬人（占 60.9%），第 2 類保險對象 350 萬人（14.6%），第 3 類保險對象 186 萬人（7.8%），第 4 類保險對象 10 萬人（0.4%），第 5 類保險對象 27 萬人（1.1%），第 6 類保險對象 360 萬人（15.1%）。

觀察近年來各類別保險對象結構之變動情形，第 1 類保險對象占率最高，且呈逐年增加趨勢，第 6 類保險對象占率維持在 14.5%至 15.5%間，第 2 類保險對象占率則於 14.6%至 16.1%間微幅變動，而第 3 類保險對象占率呈下降趨勢。

各類保險對象占率



保險對象人數—按保險對象類別分

單位：萬人

	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
102 年底	2,346	1,291	379	263	19	35	360
103 年底	2,362	1,318	377	254	19	35	360
104 年底	2,374	1,340	376	244	18	33	362
105 年底	2,381	1,360	372	237	16	32	363
106 年底	2,388	1,383	367	228	14	31	365
107 年底	2,395	1,403	362	221	12	30	367
108 年底	2,402	1,421	357	213	10	30	371
109 年底	2,399	1,426	360	208	10	29	366
110 年底	2,386	1,433	362	201	10	29	352
111 年底	2,379	1,444	358	193	10	28	346
112 年底	2,388	1,456	350	186	10	27	360

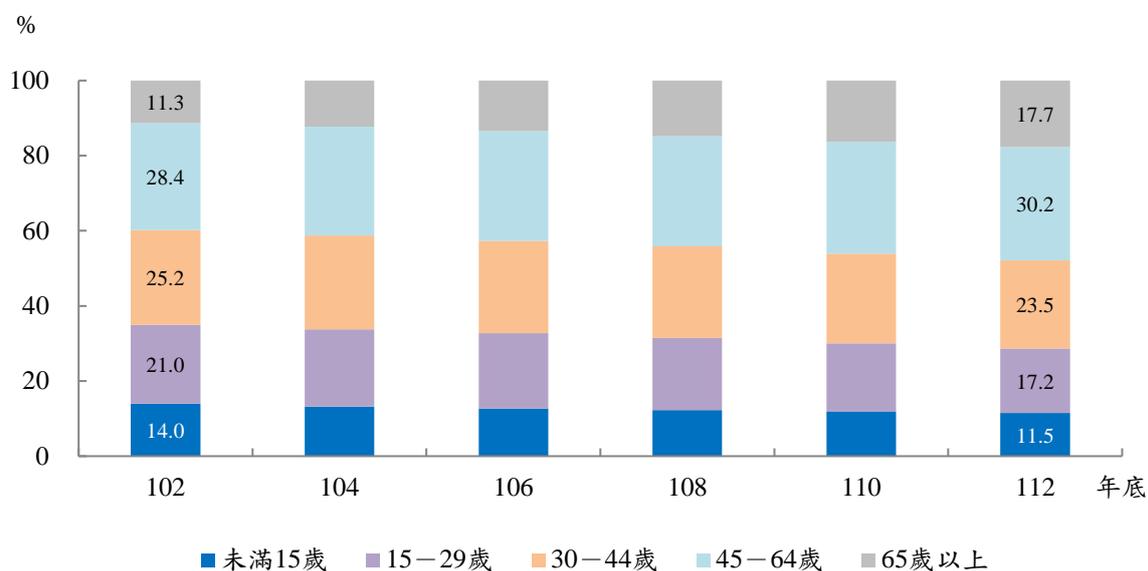
(三) 保險對象年齡結構

▲未滿 45 歲保險對象占率逐年下降，45 歲以上逐年上升。

112 年底未滿 15 歲保險對象 274 萬人（占 11.5%），15—29 歲保險對象 410 萬人（17.2%），30—44 歲保險對象 561 萬人（23.5%），45—64 歲保險對象 720 萬人（30.2%），65 歲以上保險對象 423 萬人（17.7%）。

觀察近年來保險對象年齡結構之變動情形，未滿 45 歲各年齡組占率均呈降勢，其中以 15—29 歲年齡組減幅較大，另 45 歲以上各年齡組逐年上升，其中以 65 歲以上年齡組增幅較大。

保險對象年齡結構



保險對象人數—按年齡別分

單位：萬人

	總計	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
102 年底	2,346	328	493	592	667	266
103 年底	2,362	321	490	594	679	277
104 年底	2,374	313	488	594	689	290
105 年底	2,381	308	485	589	693	306
106 年底	2,388	303	479	587	697	322
107 年底	2,395	299	469	588	701	338
108 年底	2,402	296	461	586	704	355
109 年底	2,399	291	447	583	705	373
110 年底	2,386	285	432	570	710	389
111 年底	2,379	278	421	563	713	404
112 年底	2,388	274	410	561	720	423

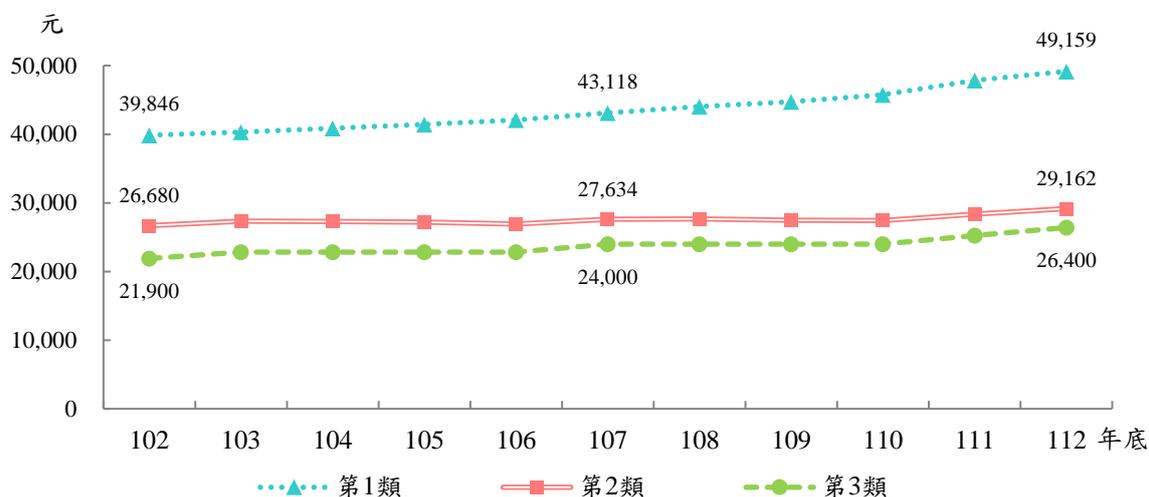
(四) 被保險人平均投保金額

▲第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，112年底為43,409元。

第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，112年底為43,409元，其中第1類被保險人平均投保金額49,159元，第2類29,162元，第3類26,400元。歷年來均以第1類被保險人平均投保金額最高，第2類次之。

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。自112年1月起第4、5類被保險人保險費調為2,063元，第6類被保險人保險費則維持1,377元。

第1、2及3類被保險人平均投保金額



被保險人平均投保金額

單位：元

	總計	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類
102年底	34,715	39,846	26,680	21,900	1,376	1,376	1,249
103年底	35,402	40,291	27,327	22,800	1,376	1,376	1,249
104年底	35,918	40,878	27,298	22,800	1,726	1,726	1,249
105年底	36,380	41,406	27,173	22,800	1,759	1,759	1,249
106年底	36,933	42,059	26,913	22,800	1,759	1,759	1,249
107年底	38,079	43,118	27,634	24,000	1,759	1,759	1,249
108年底	38,837	44,010	27,642	24,000	1,759	1,759	1,249
109年底	39,349	44,730	27,473	24,000	1,785	1,785	1,249
110年底	40,119	45,763	27,415	24,000	1,825	1,825	1,377
111年底	42,053	47,853	28,339	25,250	1,839	1,839	1,377
112年底	43,409	49,159	29,162	26,400	2,063	2,063	1,377

備註：總計係指第1類至第3類之平均投保金額；第4、5、6類係指平均保險費。

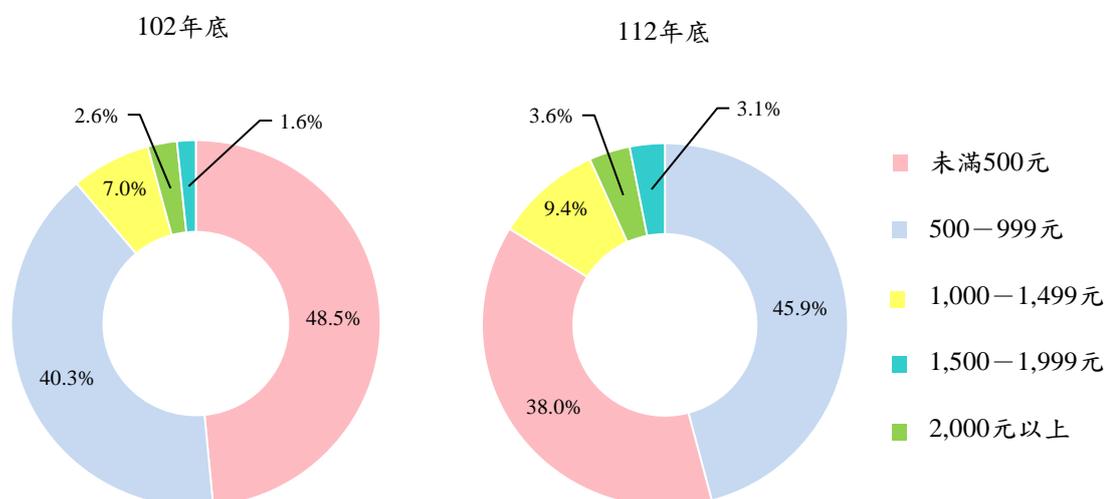
(五) 被保險人自付一般保險費

▲每月自付一般保險費未滿 1,000 元之被保險人占率逾八成。

112 年底每月自付一般保險費未滿 500 元之被保險人 619 萬人(占 38.0%)，500—999 元者 747 萬人 (45.9%)，1,000—1,499 元者 153 萬人 (9.4%)，1,500—1,999 元者 50 萬人 (3.1%)，2,000 元以上者 59 萬人 (3.6%)。

近年被保險人每月自付一般保險費金額原以未滿 500 元者最多，110 年底起以 500—999 元居多，而二者合計占率呈下降趨勢。112 年底每月自付一般保險費未滿 1,000 元之被保險人占全體之 83.9%，較 102 年底之 88.8%，減少約 5 個百分點。

被保險人人數結構—按自付一般保險費分



被保險人人數—按自付一般保險費分

單位：萬人

	總計	未滿 500 元	500—999 元	1,000—1,499 元	1,500—1,999 元	2,000 元以上
102 年底	1,531	742	617	107	25	39
103 年底	1,550	738	631	113	27	41
104 年底	1,564	737	641	116	28	42
105 年底	1,575	756	646	103	29	41
106 年底	1,585	749	661	103	30	42
107 年底	1,596	734	680	106	32	44
108 年底	1,607	730	690	109	33	45
109 年底	1,611	726	694	111	35	45
110 年底	1,610	655	721	138	43	52
111 年底	1,616	634	730	149	48	56
112 年底	1,628	619	747	153	50	59

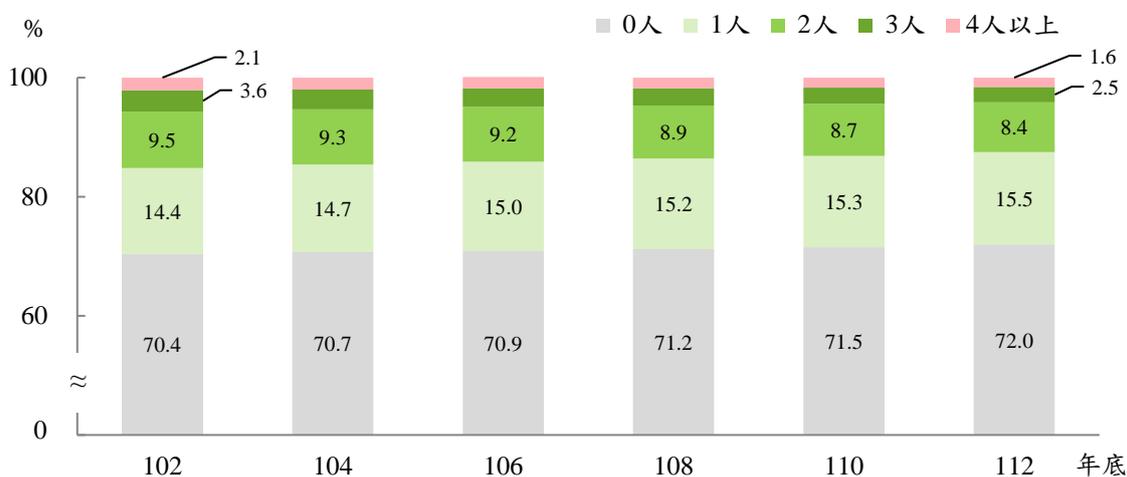
(六) 被保險人眷屬人數

▲112 年底以無眷屬依附投保之被保險人 1,172 萬人最多。

112 年底無眷屬依附投保之被保險人 1,172 萬人（占 72.0%），眷屬人數為 1 人者 252 萬人（15.5%），2 人者 137 萬人（8.4%），3 人者 41 萬人（2.5%），4 人以上者 26 萬人（1.6%）。

觀察近年來被保險人眷屬依附情形，以無眷屬依附投保之被保險人最多，無眷屬及眷屬人數為 1 人之被保險人占率均呈微幅上升趨勢，而眷屬人數為 2 人以上之占率則呈緩降之勢。

被保險人人數結構—按眷屬人數分



被保險人人數—按眷屬人數分

單位：萬人

	總計	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人以上
102 年底	1,531	1,077	220	146	55	32
103 年底	1,550	1,094	225	146	54	31
104 年底	1,564	1,106	230	146	52	31
105 年底	1,575	1,115	234	146	51	30
106 年底	1,585	1,123	238	145	49	30
107 年底	1,596	1,134	241	144	48	29
108 年底	1,607	1,144	244	143	47	29
109 年底	1,611	1,148	246	142	46	28
110 年底	1,610	1,152	247	140	44	27
111 年底	1,616	1,162	248	138	42	26
112 年底	1,628	1,172	252	137	41	26

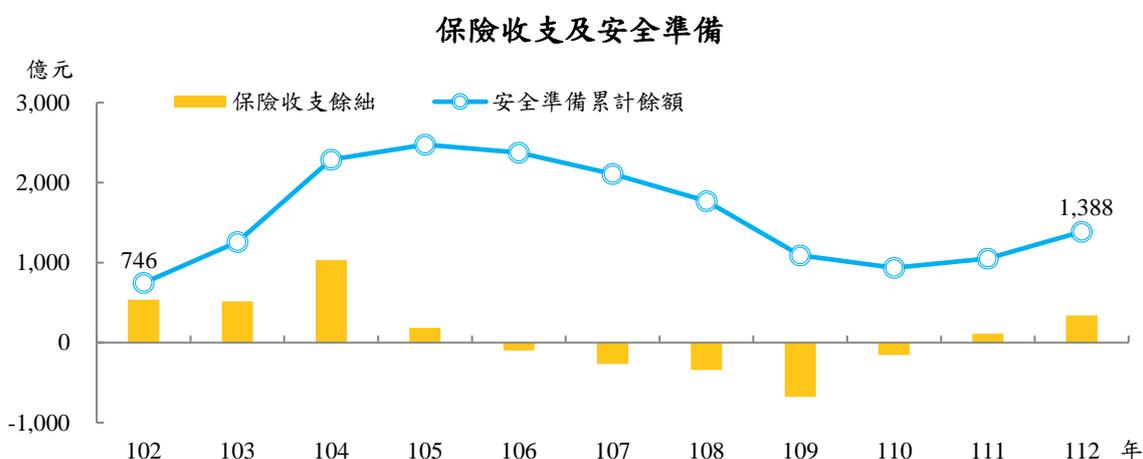
二、財務概況

(一) 財務收支概況

▲截至 112 年底安全準備累計餘額 1,388 億元。

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 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。

全民健保保險收入及保險成本均呈上升趨勢，惟自 87 年起保險財務開始發生短絀，且缺口日益擴大，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，保險收支出現結餘，102 年起受二代健保財務新制影響，財務明顯改善；惟保險成本增幅高於保險收入問題仍存在，且近年財務短絀數逐年擴大，為配合「全民健保財務平衡及收支連動機制」，110 年 1 月起調整一般保險費率及補充保險費率等措施，截至 112 年底安全準備累計餘額 1,388 億元。



財務收支概況

單位：億元

	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
102 年	5,557	5,021	536	746
103 年	5,695	5,181	514	1,260
104 年	6,410	5,381	1,029	2,289
105 年	5,869	5,684	186	2,474
106 年	5,900	5,998	-98	2,376
107 年	6,061	6,328	-266	2,109
108 年	6,224	6,566	-342	1,767
109 年	6,278	6,954	-676	1,091
110 年	7,119	7,274	-155	936
111 年	7,603	7,491	113	1,049
112 年	8,110	7,771	339	1,388

備註：1.本表係權責基礎之審定決算數。

2.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。

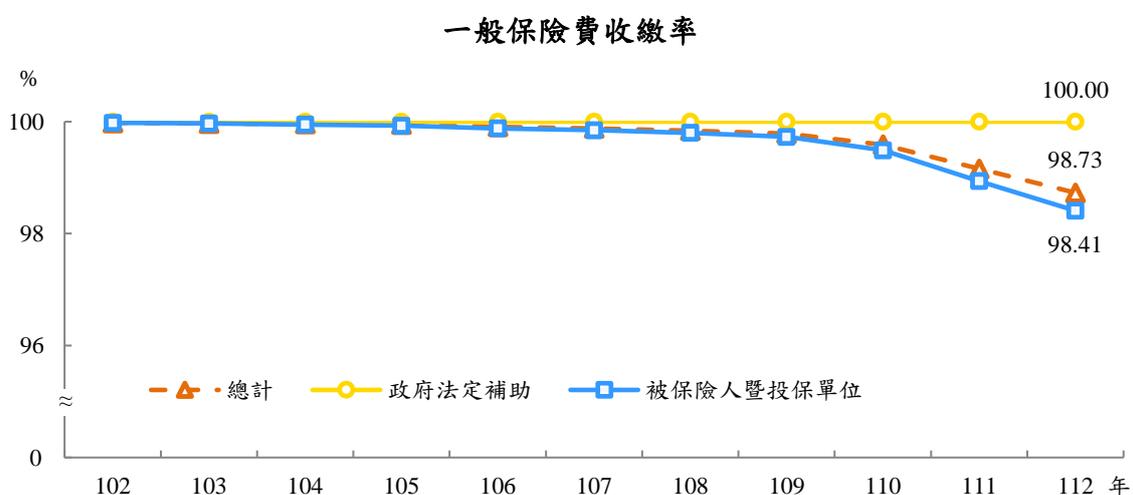
3.保險成本=醫療費用+其他保險成本。

(二) 一般保險費

▲112年實收一般保險費6,003億元，收繳率98.73%。

112年實收一般保險費6,003億元，收繳率98.73%，其中政府法定補助1,235億元，收繳率100.00%，被保險人暨投保單位4,768億元，收繳率98.41%。

觀察近年一般保險費收繳情形，被保險人暨投保單位收繳率均逾98%，而政府法定補助之收繳率達100%，主要係因依全民健康保險法第27條及28條規定，原由地方政府補助保險對象健保費之補助款，統由中央政府補助，且高雄市政府於修法前所滯欠之應負擔健保費補助款，分年償還計畫已於110年全數執行完成所致。



一般保險費概況

單位：億元、%

	總計			政府法定補助			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
102年	4,628	4,627	99.98	1,104	1,104	100.00	3,524	3,524	99.98
103年	4,742	4,740	99.97	1,112	1,112	100.00	3,630	3,628	99.97
104年	4,765	4,763	99.96	1,126	1,126	100.00	3,639	3,637	99.95
105年	4,655	4,652	99.95	1,085	1,085	100.00	3,570	3,567	99.93
106年	4,751	4,746	99.91	1,080	1,080	100.00	3,671	3,667	99.88
107年	4,893	4,887	99.88	1,094	1,094	100.00	3,799	3,793	99.85
108年	4,999	4,991	99.84	1,091	1,091	100.00	3,908	3,900	99.80
109年	5,035	5,025	99.79	1,083	1,083	100.00	3,952	3,941	99.73
110年	5,633	5,610	99.59	1,181	1,181	100.00	4,452	4,429	99.49
111年	5,851	5,802	99.16	1,197	1,197	100.00	4,654	4,605	98.94
112年	6,080	6,003	98.73	1,235	1,235	100.00	4,845	4,768	98.41

備註：1.本表不含補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數及滯納金。

2.政府法定補助係指依全民健康保險法第27條規定之補助。

3.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。

4.資料日期為113年11月5日。

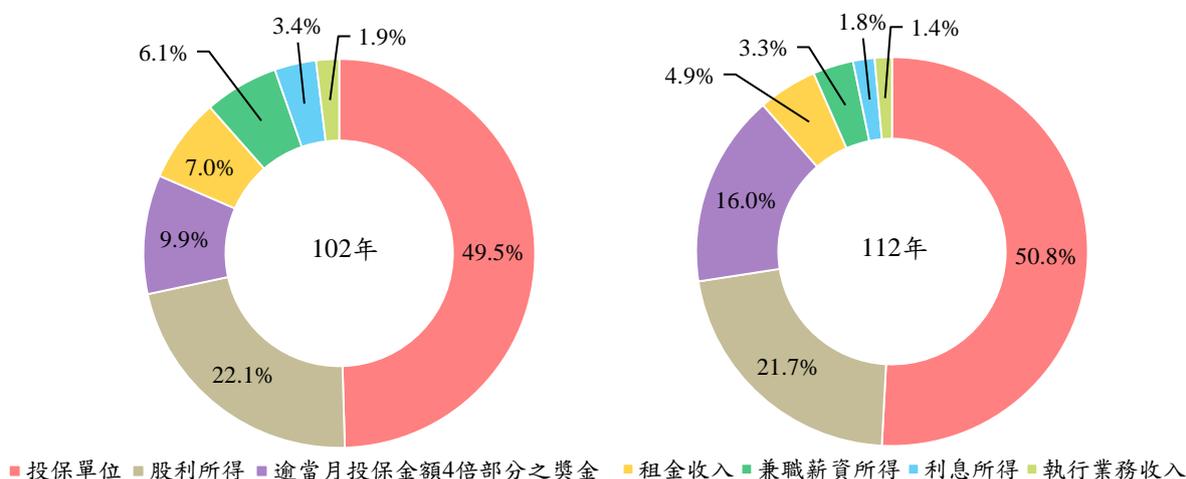
(三) 補充保險費

▲112年補充保險費 720 億元。

為穩固健保財源，提升保險費負擔公平性，102年1月1日起實施之二代健保財務新制，除了以經常性薪資對照投保金額所計算之一般保險費外，將以往未列入投保金額計算的保險對象之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及投保單位給付薪資超過受僱者投保金額之差額部分，納入補充保險費計費基礎，計收補充保險費。

112年補充保險費 720 億元，其中來自保險對象 354 億元，包括逾當月投保金額 4 倍部分之獎金 115 億元，兼職薪資所得 24 億元，執行業務收入 10 億元，股利所得 156 億元，利息所得 13 億元及租金收入 35 億元；來自投保單位則為 366 億元。

補充保險費結構—按來源別分



補充保險費概況

單位：億元

	總計	投保單位	保險對象						
			合計	逾當月投保金額4倍部分之獎金	兼職薪資所得	執行業務收入	股利所得	利息所得	租金收入
102年	404	200	204	40	25	8	89	14	28
103年	468	218	250	48	23	8	116	25	30
104年	474	234	240	55	18	8	105	24	31
105年	444	228	216	53	17	6	90	23	27
106年	450	241	208	56	17	6	92	10	27
107年	464	253	211	60	17	7	91	8	28
108年	476	258	217	61	18	8	95	6	28
109年	473	260	212	64	18	8	88	5	28
110年	582	315	268	89	22	10	110	5	31
111年	734	371	363	123	24	10	167	6	33
112年	720	366	354	115	24	10	156	13	35

備註：資料日期為 113 年 11 月 5 日。

三、特約醫事服務機構概況

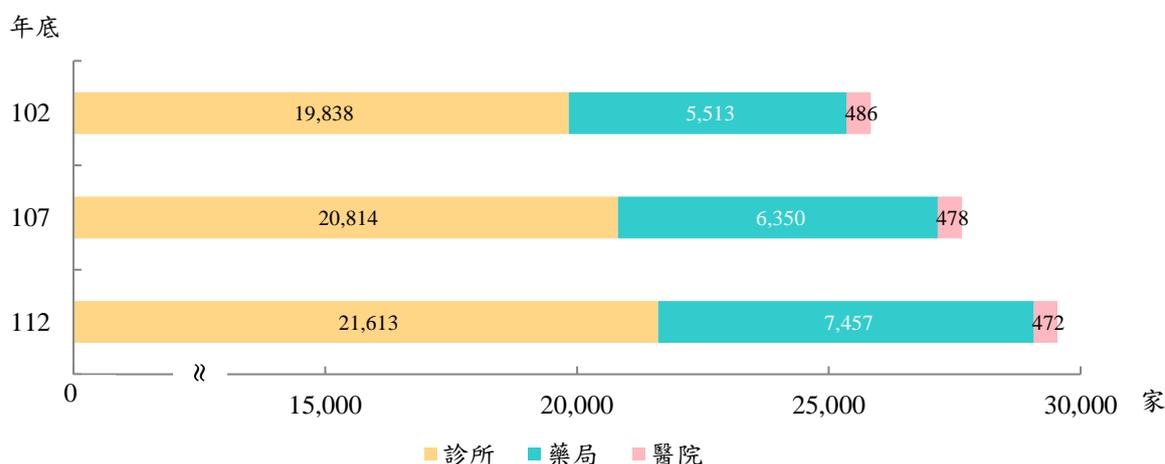
(一) 特約醫事服務機構家數

▲112 年底特約醫事服務機構 30,838 家，近 10 年間增加 15.0%。

112 年底特約醫事服務機構 30,838 家，其中西醫醫院 467 家，中醫醫院 4 家，牙醫醫院 1 家，西醫診所 10,759 家，中醫診所 3,961 家，牙醫診所 6,893 家，其他醫事服務機構為 8,753 家。

近年來全體特約醫事服務機構家數逐年增加，主要係因特約之西醫診所、中醫診所、牙醫診所及藥局家數均呈增加所致；相較於 102 年底，特約醫事服務機構家數增加 4,015 家 (+15.0%)，其中特約西醫診所增加 639 家 (+6.3%)，中醫診所增加 685 家 (+20.9%)，牙醫診所增加 451 家 (+7.0%)，藥局增加 1,944 家 (+35.3%)，而特約醫院則減少 14 家 (-2.9%)。

特約醫療院所家數



特約醫事服務機構家數

	總計	西醫醫院	中醫醫院	牙醫醫院	西醫診所	中醫診所	牙醫診所	其他	
								藥局	
102 年底	26,823	474	12	-	10,120	3,276	6,442	6,499	5,513
103 年底	27,332	476	11	-	10,227	3,380	6,509	6,729	5,737
104 年底	27,728	479	8	-	10,250	3,460	6,565	6,966	5,950
105 年底	27,995	477	5	-	10,259	3,521	6,595	7,138	6,107
106 年底	28,339	474	5	-	10,350	3,589	6,662	7,259	6,203
107 年底	28,753	473	5	-	10,430	3,661	6,723	7,461	6,350
108 年底	29,120	473	4	-	10,497	3,724	6,737	7,685	6,516
109 年底	29,390	471	4	-	10,529	3,800	6,767	7,819	6,613
110 年底	29,802	469	4	1	10,591	3,820	6,794	8,123	6,868
111 年底	30,325	470	4	1	10,665	3,881	6,839	8,465	7,184
112 年底	30,838	467	4	1	10,759	3,961	6,893	8,753	7,457

備註：1. 僅辦理門診業務之西醫醫院併入西醫診所計算。

2. 其他包括藥局、醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、醫事放射所、職能治療所及呼吸照護所。

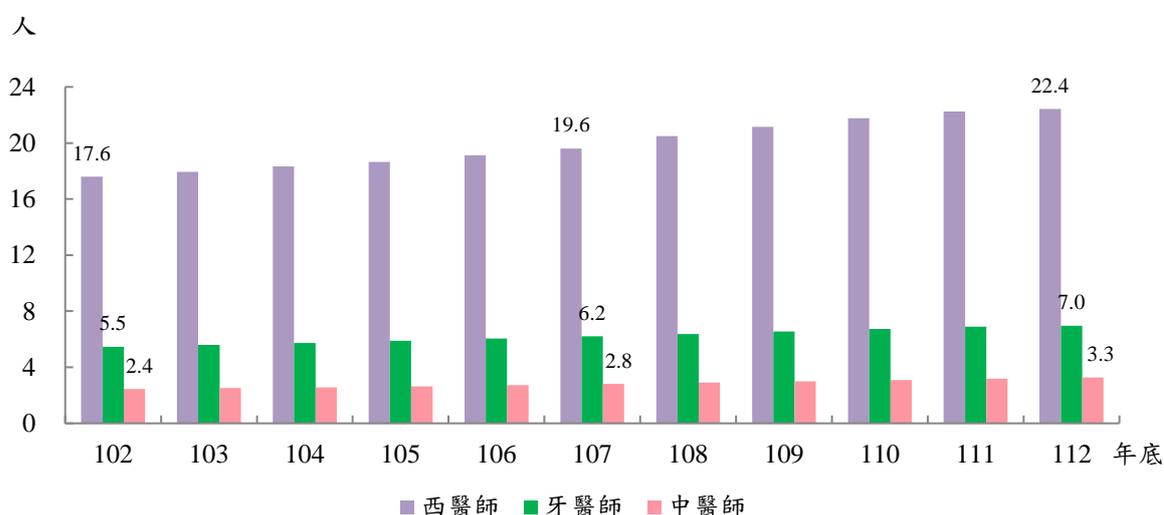
(二) 特約醫事服務機構醫師人口比

▲每萬人口特約醫事服務機構醫師數逐年增加，112 年底為 32.7 人。

112 年底每萬人口特約醫事服務機構醫師數（特約醫事服務機構醫師數 / 人口數×10,000）為 32.7 人，其中西醫師數 22.4 人，中醫師數 3.3 人，牙醫師數 7.0 人。

每萬人口特約醫事服務機構醫師數以西醫師數最高，牙醫師數次之，中醫師數最低。觀察近年來每萬人口特約醫事服務機構醫師數之變動情形，西醫師、中醫師及牙醫師數均呈逐年增加趨勢；相較於 102 年底，每萬人口特約醫事服務機構醫師數增加 7.1 人，其中西醫師數增加 4.8 人最多，其次為牙醫師數增加 1.5 人，中醫師數則增加 0.8 人。

每萬人口特約醫事服務機構醫師數



特約醫事服務機構醫師數及每萬人口醫師數

單位：人

	總計		西醫師		中醫師		牙醫師	
	人數	每萬人口	人數	每萬人口	人數	每萬人口	人數	每萬人口
102 年底	59,611	25.5	41,126	17.6	5,707	2.4	12,778	5.5
103 年底	61,067	26.1	42,045	17.9	5,891	2.5	13,131	5.6
104 年底	62,582	26.6	43,043	18.3	6,053	2.6	13,486	5.7
105 年底	63,980	27.2	43,894	18.6	6,200	2.6	13,886	5.9
106 年底	65,795	27.9	45,107	19.1	6,412	2.7	14,276	6.1
107 年底	67,548	28.6	46,263	19.6	6,623	2.8	14,662	6.2
108 年底	70,266	29.8	48,376	20.5	6,838	2.9	15,052	6.4
109 年底	72,324	30.7	49,830	21.1	7,067	3.0	15,427	6.5
110 年底	73,869	31.6	50,887	21.8	7,235	3.1	15,747	6.7
111 年底	75,175	32.3	51,755	22.2	7,408	3.2	16,012	6.9
112 年底	76,470	32.7	52,525	22.4	7,642	3.3	16,303	7.0

備註：人口數係指內政部「內政統計年報」之人口數資料。

(三) 特約醫事服務機構病床數

▲近年來特約醫事服務機構病床數互有增減，112 年底為 154,012 床。

112 年底特約醫事服務機構急性病床 137,488 床，其中急性保險病床 111,282 床，急性差額病床 26,206 床；慢性病床 16,524 床，其中慢性保險病床 15,880 床，慢性差額病床 644 床。

總病床數自 104 年底起呈增加趨勢，至 111 年底達 154,347 床後，112 年底微減 335 床至 154,012 床；相較於 102 年底，總病床數增加 8,318 床 (+5.7%)，其中急性病床增加 9,348 床 (+7.3%)，慢性病床則減少 1,030 床 (-5.9%)。



	總計			急性病床			慢性病床		
	合計	保險病床	差額病床	合計	保險病床	差額病床	合計	保險病床	差額病床
102 年底	145,694	120,672	25,022	128,140	103,722	24,418	17,554	16,950	604
103 年底	145,461	120,335	25,126	128,277	103,798	24,479	17,184	16,537	647
104 年底	146,052	120,815	25,237	128,778	104,162	24,616	17,274	16,653	621
105 年底	146,125	120,727	25,398	129,008	104,221	24,787	17,117	16,506	611
106 年底	146,742	120,977	25,765	129,744	104,596	25,148	16,998	16,381	617
107 年底	148,522	122,443	26,079	131,489	106,049	25,440	17,033	16,394	639
108 年底	149,068	123,081	25,987	132,344	106,994	25,350	16,724	16,087	637
109 年底	151,171	124,865	26,306	134,449	108,784	25,665	16,722	16,081	641
110 年底	152,878	126,168	26,710	136,026	109,957	26,069	16,852	16,211	641
111 年底	154,347	127,388	26,959	137,665	111,350	26,315	16,682	16,038	644
112 年底	154,012	127,162	26,850	137,488	111,282	26,206	16,524	15,880	644

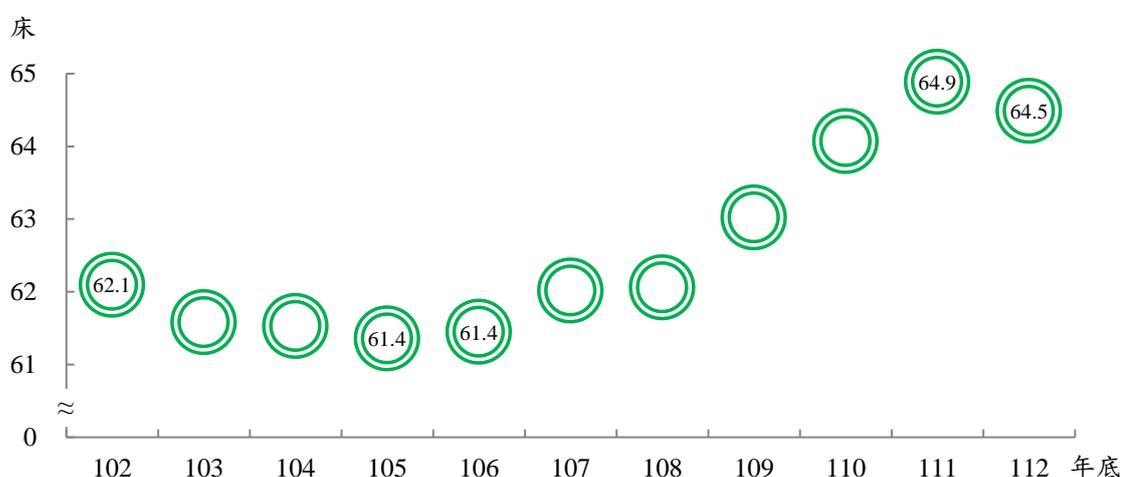
(四) 特約醫事服務機構病床密度

▲112 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數 64.5 床。

112 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數（特約醫事服務機構病床數 / 保險對象×10,000）為 64.5 床。

若觀察近年來每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數成長情形，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數自 102 年起逐年減少，主要係因病床數增幅未及保險對象增幅所致，105 及 106 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數降至 61.4 床最低後，轉呈逐年增加之勢，至 111 年 64.9 床最高後，112 年微降至 64.5 床。

每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數



特約醫事服務機構病床密度						
	特約醫事服務機構病床數(床)		保險對象(萬人)		每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數(床)	
		成長率(%)		成長率(%)		
102 年底	145,694	-0.5	2,346	0.8		62.1
103 年底	145,461	-0.2	2,362	0.7		61.6
104 年底	146,052	0.4	2,374	0.5		61.5
105 年底	146,125	0.0	2,381	0.3		61.4
106 年底	146,742	0.4	2,388	0.3		61.4
107 年底	148,522	1.2	2,395	0.3		62.0
108 年底	149,068	0.4	2,402	0.3		62.1
109 年底	151,171	1.4	2,399	-0.1		63.0
110 年底	152,878	1.1	2,386	-0.5		64.1
111 年底	154,347	1.0	2,379	-0.3		64.9
112 年底	154,012	-0.2	2,388	0.4		64.5

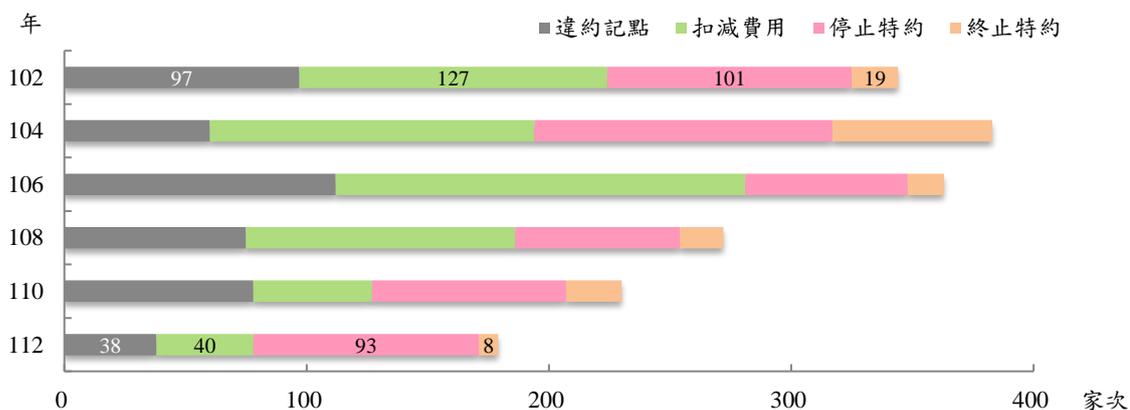
(五) 特約醫事服務機構查處

▲112年特約醫事服務機構查處179家次，以停止特約93家次最多。

為避免健保醫療資源浪費，維護保險對象就醫品質，本署持續對特約醫事服務機構加強違規查核及異常管理，並適時協調檢警調單位會同查辦重大違法案件，凡有違規事證者，依規定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約處分，經查獲重大違規情事者，均於網站公布，以進一步保障保險對象就醫權益。

112年查處違規之特約醫事服務機構計179家次，包括違約記點38家次，扣減費用40家次，停止特約93家次，終止特約8家次。近年來，特約醫事服務機構違規處分以扣減費用居多，惟自110年起以停止特約最多，另除104年以違約記點最少外，其餘年度均以終止特約最少。

特約醫事服務機構查處家次—依處分類別分



特約醫事服務機構查處概況

單位：家次

	總計	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約
102年	344	97	127	101	19
103年	380	92	161	88	39
104年	383	60	134	123	66
105年	330	73	155	84	18
106年	363	112	169	67	15
107年	336	103	141	80	12
108年	272	75	111	68	18
109年	207	46	80	62	19
110年	230	78	49	80	23
111年	211	29	67	94	21
112年	179	38	40	93	8

四、醫療利用概況

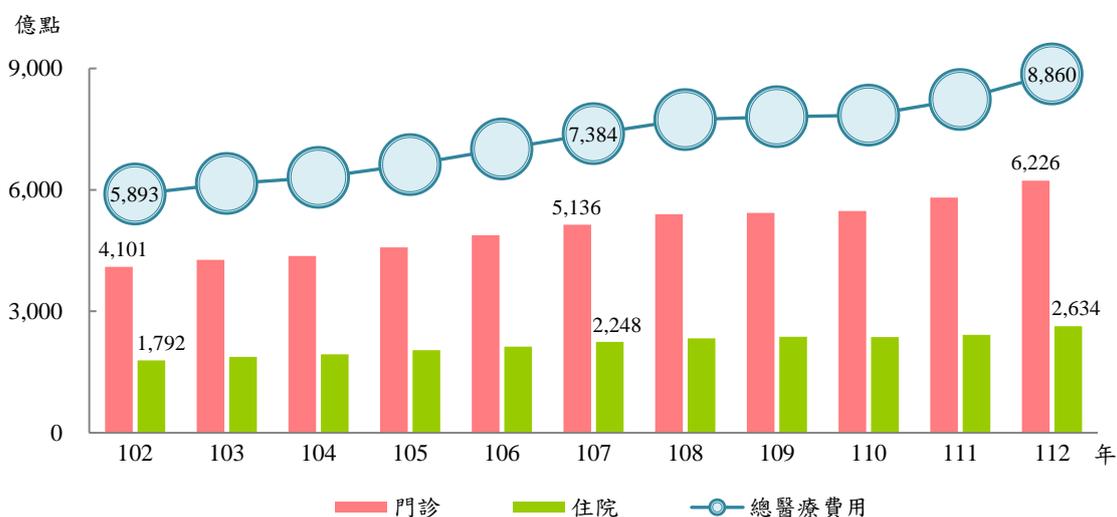
(一) 醫療費用申報概況

▲醫療費用逐年成長，112 年為 8,860 億點，近 10 年間增加 50.4%。

112 年門診申報件數 3 億 8,310 萬件，醫療費用 6,226 億點；住院申報件數 350 萬件，醫療費用 2,634 億點；醫療費用申報總點數 8,860 億點。

觀察醫療費用近年申報情形，全體醫療費用逐年成長，主要係因門診及住院醫療費用呈增加趨勢，惟住院 110 年醫療費用較 109 年略減 8 億點；相較於 102 年，全體醫療費用增加 2,967 億點 (+50.4%)，其中門診增加 2,125 億點 (+51.8%)，住院增加 842 億點 (+47.0%)；門診醫療費用占率自 102 年 69.6%微增至 70.3%，住院則由 30.4%緩降至 29.7%。

醫療費用申報



醫療費用申報概況

	總醫療費用 (億點)	門診		住院	
		申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
102 年	5,893	35,121	4,101	313	1,792
103 年	6,153	35,703	4,274	321	1,879
104 年	6,304	35,559	4,368	328	1,935
105 年	6,619	36,156	4,581	332	2,038
106 年	7,009	35,225	4,883	336	2,126
107 年	7,384	35,989	5,136	344	2,248
108 年	7,732	36,761	5,399	353	2,333
109 年	7,804	34,029	5,432	337	2,372
110 年	7,843	31,352	5,478	312	2,364
111 年	8,228	33,875	5,811	312	2,416
112 年	8,860	38,310	6,226	350	2,634

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔(為利於統計本表，部分負擔1元以1點計)。

3.本表自106年起門診申報件數排除同一療程、排程檢查，且未申報診察費之案件。

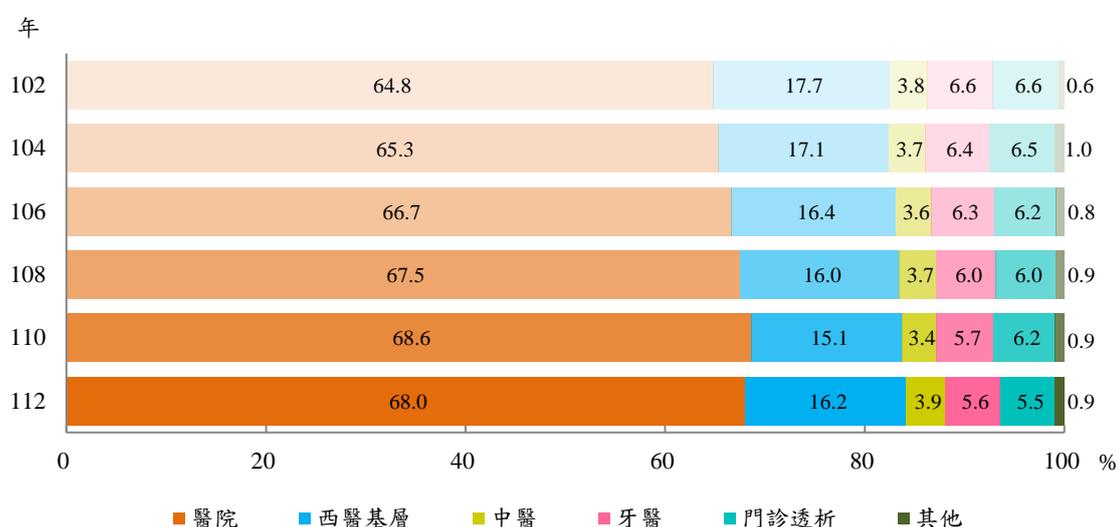
(二) 總額部門別醫療費用

▲醫療費用申報以醫院總額最高，112年占率近7成。

112年醫院總額醫療費用申報6,023億點(占68.0%)，西醫基層總額1,432億點(16.2%)，中醫總額343億點(3.9%)，牙醫總額498億點(5.6%)，門診透析483億點(5.5%)。

觀察近年來各總額部門醫療費用申報變動情形，以醫院總額占率最大，占率逐年增加，至110年達68.6%最高後下降，111年及112年維持在68%，西醫基層次之，其占率逐年減少，至110年占15.1%最低後轉呈增加，中醫占率則介於3.4%至3.9%之間，牙醫及門診透析兩者占率相近，112年占率皆為近年最低。

醫療費用申報結構—按總額部門別分



醫療費用申報概況—按總額部門別分

單位：億點

	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫	門診透析	其他
102年	5,893	3,818	1,042	223	388	387	35
103年	6,153	4,006	1,073	229	396	399	50
104年	6,304	4,119	1,076	231	403	412	63
105年	6,619	4,373	1,111	241	413	425	55
106年	7,009	4,672	1,152	250	440	435	58
107年	7,384	4,964	1,189	265	454	449	63
108年	7,732	5,217	1,237	285	464	461	68
109年	7,804	5,302	1,198	289	469	475	71
110年	7,843	5,383	1,187	269	448	484	72
111年	8,228	5,613	1,270	314	469	487	75
112年	8,860	6,023	1,432	343	498	483	82

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔(為利於統計本表，部分負擔1元以1點計)。

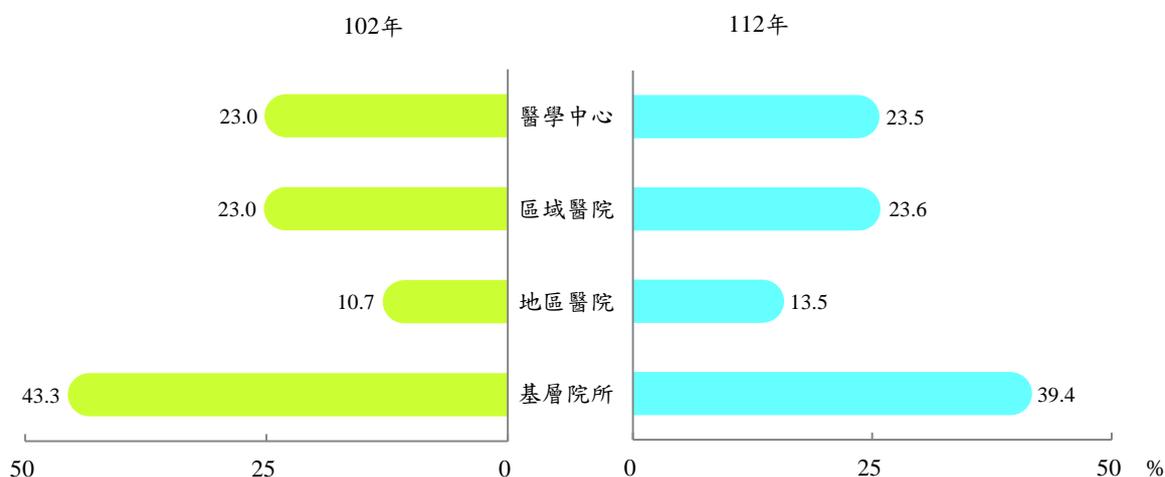
(三) 特約類別門診醫療費用

▲門診醫療費用申報以基層院所最高，112年占率近4成。

112年醫學中心門診醫療費用申報1,462億點（占23.5%），區域醫院1,468億點（23.6%），地區醫院842億點（13.5%），基層院所2,454億點（39.4%）。

近年門診醫療費用申報以基層院所占率最大，102年占率達43.3%最高後逐年減少，至110年38.2%最低後轉呈增加，醫學中心及區域醫院占率相當，介於23%至25%之間，除109年至111年以醫學中心略高外，餘則以區域醫院較高，地區醫院占率最低。相較於102年，基層院所占率減少3.9個百分點，醫學中心、區域醫院及地區醫院占率則分別增加0.5、0.6及2.8個百分點。

門診醫療費用申報結構—按特約類別分



門診醫療費用申報概況—按特約類別分

單位：億點

	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
102年	4,101	941	944	439	1,777
103年	4,274	986	998	460	1,829
104年	4,368	1,020	1,024	475	1,849
105年	4,581	1,077	1,092	499	1,912
106年	4,883	1,168	1,178	543	1,993
107年	5,136	1,234	1,238	599	2,065
108年	5,399	1,283	1,285	685	2,146
109年	5,432	1,308	1,284	707	2,132
110年	5,478	1,342	1,297	746	2,093
111年	5,811	1,400	1,366	804	2,241
112年	6,226	1,462	1,468	842	2,454

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用＝申請點數＋部分負擔（為利於統計本表，部分負擔1元以1點計）。

3.交付機構案件醫療費用回歸原處方院所。

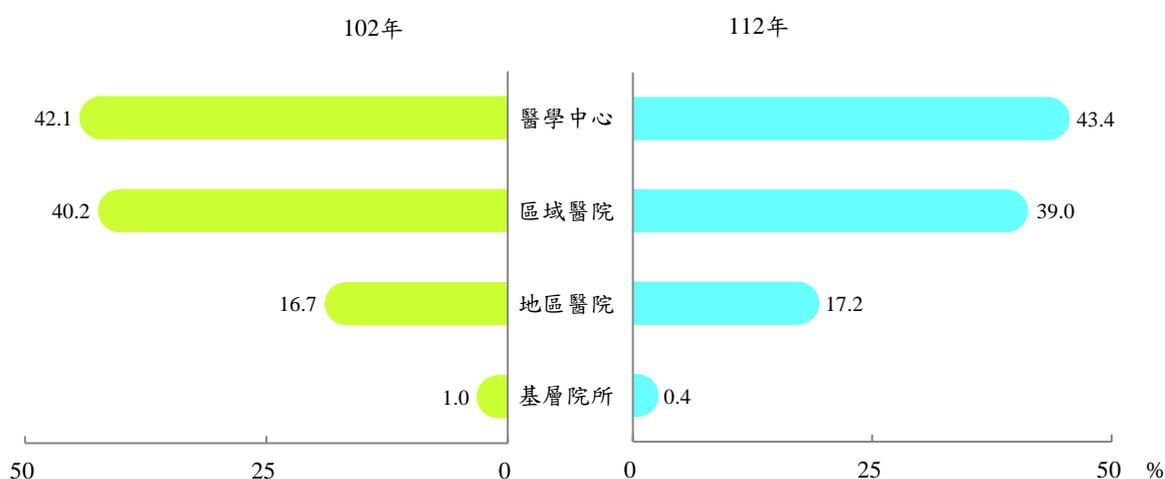
(四) 特約類別住院醫療費用

▲住院醫療費用申報以醫學中心最高，112年占率4成3。

112年醫學中心住院醫療費用申報1,142億點（占43.4%），區域醫院1,027億點（39.0%），地區醫院453億點（17.2%），基層院所11億點（0.4%）。

近年住院醫療費用申報以醫學中心占率最大，介於42%至44%之間，且112年占率為近年最高，區域醫院次之，占率介於38%至41%之間，自108年起占率不及4成，地區醫院居第3，占率介於15%至18%之間，基層院所占率最小，且自103年起逐年減少；相較於102年，醫學中心及地區醫院占率分別增加1.3及0.5個百分點，區域醫院及基層院所占率則分別減少1.2及0.6個百分點。

住院醫療費用申報結構—按特約類別分



住院醫療費用申報概況—按特約類別分

	單位：億點				
	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
102年	1,792	755	720	299	17
103年	1,879	799	760	302	19
104年	1,935	825	782	309	19
105年	2,038	871	830	318	19
106年	2,126	914	863	331	17
107年	2,248	969	910	353	16
108年	2,333	1,010	928	379	15
109年	2,372	1,025	938	395	14
110年	2,364	1,007	925	419	14
111年	2,416	1,037	933	434	12
112年	2,634	1,142	1,027	453	11

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔（為利於統計本表，部分負擔1元以1點計）。

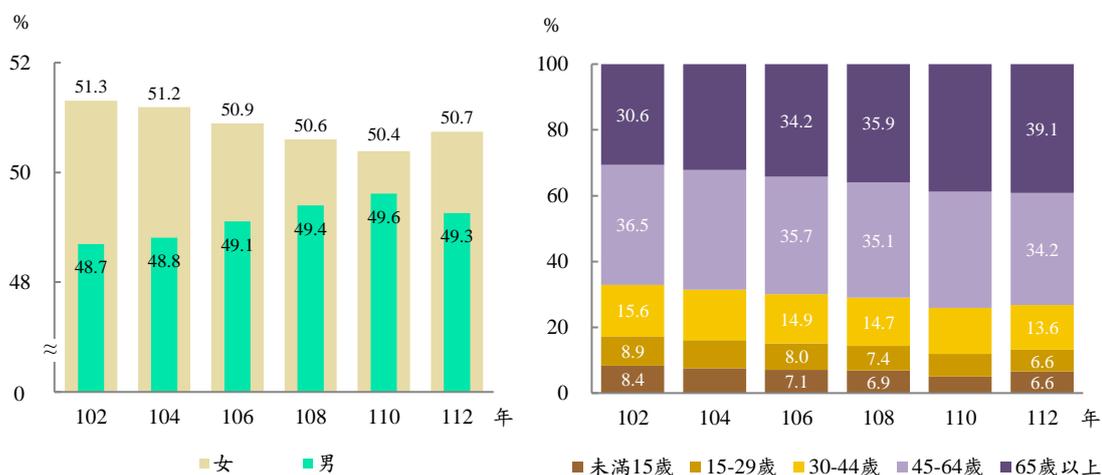
(五) 性別及年齡別門診醫療費用

▲65歲以上年齡組門診醫療費用申報逐年增加，112年占率近4成。

112年男性門診醫療費用申報3,067億點(占49.3%)，女性3,159億點(50.7%)；按年齡觀察，未滿15歲年齡組410億點，15—29歲年齡組410億點，30—44歲年齡組844億點，45—64歲年齡組2,126億點，65歲以上年齡組2,436億點。

近年來，女性門診醫療費用申報占率均高於男性，102年二者占率差距差2.6個百分點最高，於110年相差0.8個百分點最小後逐年增加，至112年差距為1.4個百分點；再按年齡觀察，未滿15歲年齡組自111年起占率增加，至112年占6.6%與15—29歲年齡組相當，15—64歲各年齡組占率呈減少趨勢，65歲以上年齡組自102年30.6%逐年成長至112年39.1%，增加8.5個百分點。

門診醫療費用申報結構—按性別及年齡別分



門診醫療費用申報概況—按性別及年齡別分

單位：億點

	總計		未滿15歲		15—29歲		30—44歲		45—64歲		65歲以上	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
102年	1,997	2,104	192	150	173	193	298	340	735	764	599	656
103年	2,084	2,190	194	152	176	195	308	352	769	790	637	701
104年	2,132	2,236	186	145	178	195	311	357	788	803	670	736
105年	2,238	2,343	192	150	183	198	320	366	818	829	726	800
106年	2,398	2,485	196	151	190	201	347	380	872	873	793	879
107年	2,531	2,605	204	157	192	203	362	394	911	903	861	949
108年	2,667	2,732	210	161	196	206	383	409	955	941	924	1,016
109年	2,688	2,743	186	140	190	203	384	409	963	941	965	1,051
110年	2,718	2,760	159	117	182	194	375	393	981	952	1,021	1,104
111年	2,869	2,942	183	136	188	203	390	419	1,021	1,010	1,087	1,175
112年	3,067	3,159	233	177	199	211	404	440	1,065	1,062	1,167	1,269

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔(為利於統計本表，部分負擔1元以1點計)。

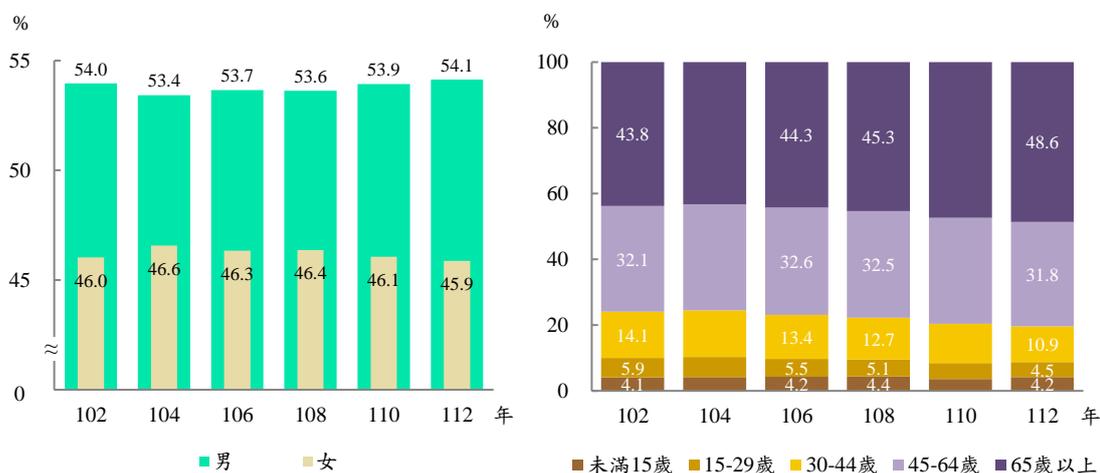
(六) 性別及年齡別住院醫療費用

▲65歲以上年齡組住院醫療費用申報呈增加之勢，112年占率近5成。

112年男性住院醫療費用申報1,426億點(占54.1%)，女性1,208億點(45.9%)；按年齡觀察，未滿15歲年齡組111億點，15—29歲年齡組119億點，30—44歲年齡組287億點，45—64歲年齡組836億點，65歲以上年齡組1,281億點。

近年來，男性住院醫療費用申報占率均高於女性，二者差距由104年6.8個百分點最小，擴大至112年8.2個百分點；若依年齡觀察，各年齡組住院醫療費用占率隨年齡增長而增加，未滿15歲年齡組住院醫療費用占率介於3.6%至4.4%之間，15—44歲各年齡組占率呈下降趨勢，45—64歲年齡組占率維持在3成，65歲以上年齡組占率呈增加趨勢，自102年43.8%增至112年48.6%，增加4.8個百分點。

住院醫療費用申報結構—按性別及年齡別分



住院醫療費用申報概況—按性別及年齡別分

單位：億點

年	總計		未滿15歲		15—29歲		30—44歲		45—64歲		65歲以上	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
102年	967	825	41	33	47	58	109	143	342	233	427	357
103年	1,008	871	45	37	48	61	112	157	358	245	444	372
104年	1,034	901	45	36	52	67	113	161	371	253	453	385
105年	1,090	947	49	39	51	63	116	165	396	266	479	414
106年	1,141	985	50	40	52	65	119	165	414	280	506	435
107年	1,208	1,040	56	43	54	65	121	169	435	297	542	467
108年	1,251	1,082	58	45	55	65	122	174	451	307	565	491
109年	1,279	1,093	52	42	55	65	123	171	464	312	584	503
110年	1,275	1,089	46	38	53	62	117	166	458	304	601	519
111年	1,305	1,111	50	39	52	62	117	162	465	312	622	536
112年	1,426	1,208	60	50	55	64	120	167	500	336	691	591

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔(為利於統計本表，部分負擔1元以1點計)。

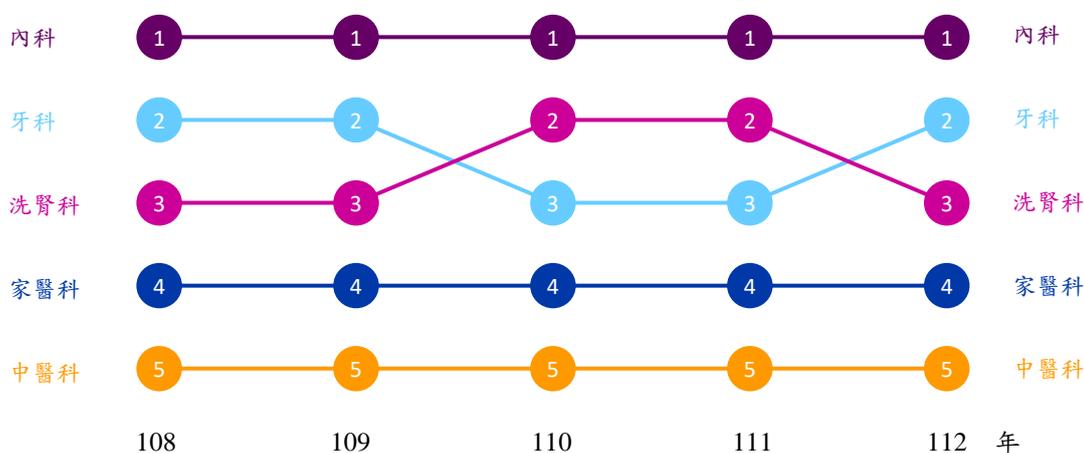
(七) 就醫科別門診醫療費用

▲門診醫療費用申報以內科最高，112 年占率近 3 成。

112 年門診前五大就醫科別醫療費用占門診醫療費用近 6 成，依序為內科 1,821 億點（占 29.2%），牙科 499 億點（8.0%），洗腎科 477 億點（7.7%），家醫科 417 億點（6.7%），中醫科 343 億點（5.5%）。

觀察各就醫科別門診醫療費用申報變動情形，近年來均以內科占率最大，110 年首次達 3 成，108 年、109 年及 112 年以牙科及洗腎科分居第 2 及第 3，110 年及 111 年則以洗腎科居次，牙科居第 3，前三大就醫科別占率約 4 成 5，家醫科及中醫科則均分居第 4 及第 5。

門診前五大就醫科別醫療費用申報排名



門診前五大就醫科別醫療費用申報概況

單位：億點、%

總計	排序 1			排序 2			排序 3			排序 4			排序 5		
	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率
108 年	5,399	內科 1,556	28.8	牙科 465	8.6	洗腎科 455	8.4	家醫科 358	6.6	中醫科 285	5.3				
109 年	5,432	內科 1,604	29.5	牙科 470	8.7	洗腎科 469	8.6	家醫科 357	6.6	中醫科 289	5.3				
110 年	5,478	內科 1,677	30.6	洗腎科 478	8.7	牙科 449	8.2	家醫科 365	6.7	中醫科 269	4.9				
111 年	5,811	內科 1,747	30.1	洗腎科 481	8.3	牙科 470	8.1	家醫科 383	6.6	中醫科 314	5.4				
112 年	6,226	內科 1,821	29.2	牙科 499	8.0	洗腎科 477	7.7	家醫科 417	6.7	中醫科 343	5.5				

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用＝申請點數＋部分負擔（為利於統計本表，部分負擔 1 元以 1 點計）。

3.內科含消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護科及老人醫學科。

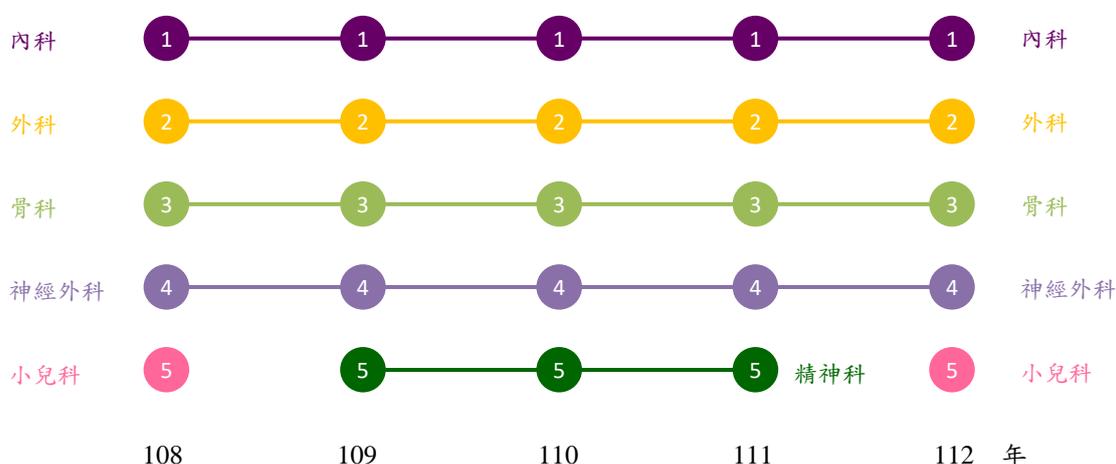
(八) 就醫科別住院醫療費用

▲住院醫療費用申報以內科最高，112 年占率維持在 4 成。

112 年住院前五大就醫科別醫療費用占住院醫療費用近 8 成，依序為內科 1,055 億點（占 40.0%），外科 476 億點（18.1%），骨科 215 億點（8.2%），神經外科 161 億點（6.1%），小兒科 143 億點（5.4%）。

近年住院醫療費用申報前四大就醫科別均相同，依序為內科、外科、骨科及神經外科，合計占率逾 7 成，108 年及 112 年以小兒科居第 5，109 年至 111 年則以精神科居第 5。

住院前五大就醫科別醫療費用申報排名



住院前五大就醫科別醫療費用申報概況

單位：億點、%

	總計	排序 1			排序 2			排序 3			排序 4			排序 5		
		就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率	就醫科別	醫療費用	占率
108 年	2,333	內科	938	40.2	外科	397	17.0	骨科	188	8.1	神經外科	132	5.7	小兒科	132	5.7
109 年	2,372	內科	962	40.6	外科	406	17.1	骨科	192	8.1	神經外科	139	5.9	精神科	127	5.3
110 年	2,364	內科	960	40.6	外科	418	17.7	骨科	187	7.9	神經外科	141	6.0	精神科	128	5.4
111 年	2,416	內科	963	39.8	外科	439	18.2	骨科	199	8.2	神經外科	151	6.3	精神科	128	5.3
112 年	2,634	內科	1,055	40.0	外科	476	18.1	骨科	215	8.2	神經外科	161	6.1	小兒科	143	5.4

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用＝申請點數＋部分負擔（為利於統計本表，部分負擔 1 元以 1 點計）。

3.內科含消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、潛醫科、胸腔暨重症加護科及老人醫學科。

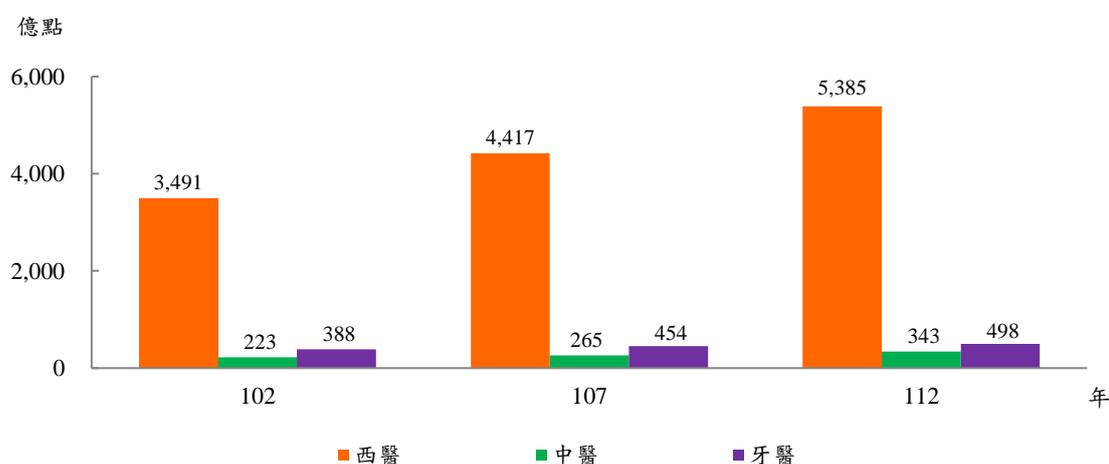
(九) 西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報概況

▲近 10 年間西醫門診醫療費用增加 54.3% 增幅最大。

112 年西醫門診申報件數 3 億 397 萬件，醫療費用 5,385 億點，平均每件醫療費用 1,772 點；中醫門診申報件數 4,409 萬件，醫療費用 343 億點，平均每件醫療費用 778 點；牙醫門診申報件數 3,504 萬件，醫療費用 498 億點，平均每件醫療費用 1,421 點。

近年來，西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報均呈增加趨勢，相較於 102 年，西醫門診醫療費用增加 1,894 億點 (+54.3%) 最多，其次為中醫增加 120 億點 (+54.0%)，牙醫則增加 110 億點 (+28.4%)。

門診醫療費用申報—按西、中及牙醫分



門診醫療費用申報概況—按西醫、中醫及牙醫分

	西醫		中醫		牙醫	
	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
102 年	27,901	3,491	4,006	223	3,214	388
103 年	28,391	3,648	4,059	229	3,254	396
104 年	28,246	3,735	4,038	231	3,275	403
105 年	28,844	3,926	4,050	241	3,261	413
106 年	28,044	4,192	3,844	250	3,337	440
107 年	28,673	4,417	3,923	265	3,393	454
108 年	29,267	4,650	4,033	285	3,461	464
109 年	26,742	4,674	3,900	289	3,386	469
110 年	24,670	4,761	3,492	269	3,190	448
111 年	26,427	5,029	4,137	314	3,311	469
112 年	30,397	5,385	4,409	343	3,504	498

備註：1.本表不含代辦案件。

2.醫療費用=申請點數+部分負擔(為利於統計本表，部分負擔1元以1點計)。

3.本表自106年起申報件數排除同一療程、排程檢查，且未申報診察費之案件。

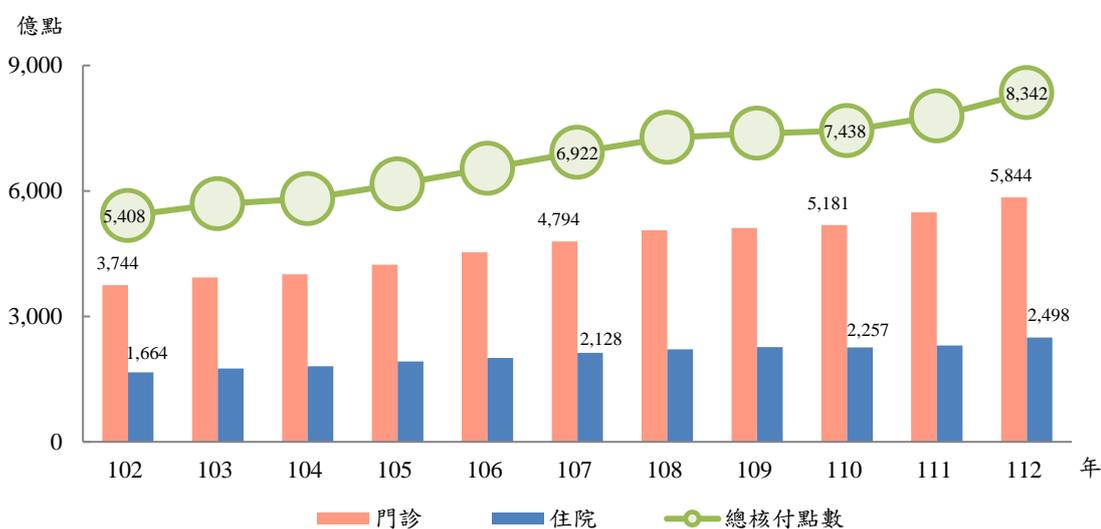
(十) 醫療費用核付概況

▲醫療費用核付點數逐年成長，近 10 年間增加 54.3%。

112 年門診醫療費用核付件數 3 億 8,309 萬件，核付點數 5,844 億點；住院核付件數 350 萬件，核付點數 2,498 億點；核付總點數 8,342 億點。

若觀察近年醫療費用核付情形，全體核付點數逐年成長，主要係因門診及住院核付點數呈增加趨勢，惟住院 110 年核付點數較 109 年略減 6 億點；相較於 102 年，醫療費用核付總點數增加 2,934 億點（+54.3%），其中門診核付點數增加 2,101 億點（+56.1%），住院核付點數增加 834 億點（+50.1%）；門診醫療費用核付點數占率自 102 年 69.2% 微增至 70.1%，住院則由 30.8% 緩降至 29.9%。

醫療費用核付點數



醫療費用核付概況

	總核付點數 (億點)	門診		住院	
		件數 (萬件)	點數 (億點)	件數 (萬件)	點數 (億點)
102 年	5,408	35,119	3,744	313	1,664
103 年	5,689	35,702	3,932	321	1,756
104 年	5,812	35,559	4,005	328	1,807
105 年	6,160	36,156	4,238	332	1,923
106 年	6,538	35,225	4,532	336	2,006
107 年	6,922	35,989	4,794	344	2,128
108 年	7,274	36,761	5,061	353	2,213
109 年	7,373	34,028	5,111	337	2,263
110 年	7,438	31,352	5,181	312	2,257
111 年	7,788	33,875	5,487	312	2,301
112 年	8,342	38,309	5,844	350	2,498

備註：1.本表不含代辦案件。

2.本表自 106 年起門診件數排除同一療程、排程檢查，且未申報診察費之案件。

3.點數不含部分負擔。

(十一) 門診重大傷病醫療費用

▲門診重大傷病醫療費用以癌症最高，112年占率為4成。

112年門診重大傷病醫療費用1,438億點，其中癌症576億點（占40.0%），慢性腎衰竭須定期透析529億點（36.8%），全身性自體免疫疾病79億點（5.5%），罕見疾病69億點（4.8%），慢性精神病60億點（4.2%），前五大重大傷病占率逾9成。

門診重大傷病醫療費用及占率自110年起均以癌症最高，慢性腎衰竭須定期透析居次，二者合計占率近8成，全身性自體免疫疾病自106年起位居第3，罕見疾病由104年位居第5至112年為第4，慢性精神病由105年第3降至112年第5。

門診重大傷病醫療費用結構

102年		112年	
慢性腎衰竭須定期透析	44.8%	癌症	40.0%
癌症	33.5%	慢性腎衰竭須定期透析	36.8%
慢性精神病	5.4%	全身性自體免疫疾病	5.5%
全身性自體免疫疾病	4.1%	罕見疾病	4.8%
凝血因子異常	3.5%	慢性精神病	4.2%
其他	8.8%	其他	8.7%

門診前五大重大傷病醫療費用概況

單位：億點、%

	重大傷病類別												門診 重大傷病
	癌症		慢性腎衰竭 須定期透析		全身性自體 免疫疾病		罕見疾病		慢性精神病		凝血因子 異常		
	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率			
102年	303	33.5	406	44.8	37	4.1	...	...	49	5.4	31	3.5	906
103年	314	33.4	420	44.6	39	4.2	...	...	49	5.2	32	3.4	941
104年	324	33.4	434	44.8	41	4.3	31	3.2	48	4.9	...	...	970
105年	342	33.6	446	43.8	46	4.5	37	3.6	49	4.8	...	...	1,017
106年	374	34.6	460	42.6	52	4.8	41	3.8	50	4.6	...	...	1,081
107年	407	35.4	478	41.7	57	5.0	44	3.9	51	4.4	...	...	1,147
108年	431	35.8	497	41.3	63	5.2	47	3.9	53	4.4	...	...	1,204
109年	486	37.7	513	39.8	67	5.2	51	3.9	54	4.2	...	...	1,289
110年	552	40.1	522	38.0	70	5.1	56	4.0	55	4.0	...	...	1,374
111年	555	39.4	517	36.7	78	5.6	57	4.1	59	4.2	...	...	1,408
112年	576	40.0	529	36.8	79	5.5	69	4.8	60	4.2	...	...	1,438

備註：1.本表重大傷病類別係擷取各年度門診醫療費用前五大之重大傷病，以112年前五大排序。

2.占率為各重大傷病醫療費用占門診重大傷病醫療費用比率。

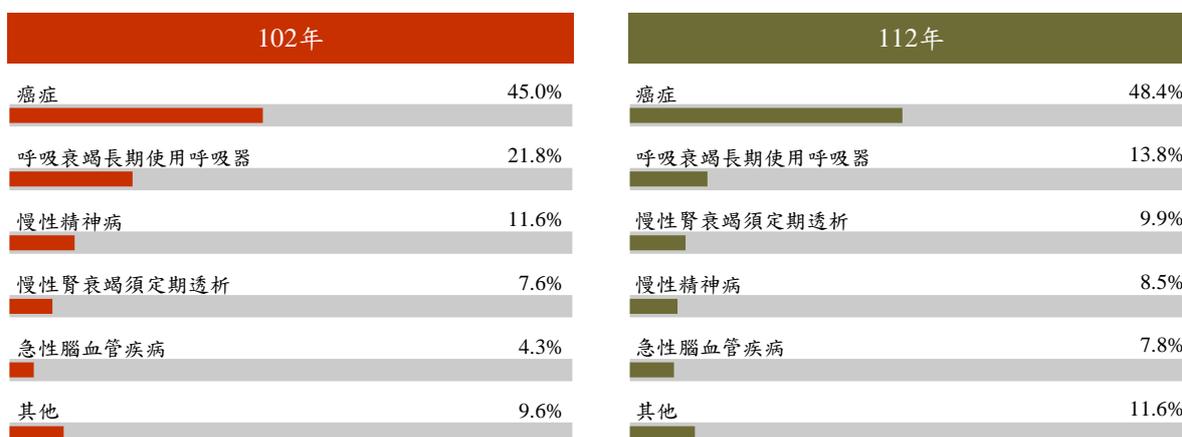
(十二) 住院重大傷病醫療費用

▲住院重大傷病醫療費用以癌症最高，112年占率近5成。

112年住院重大傷病醫療費用1,086億點，其中癌症526億點（占48.4%），呼吸衰竭長期使用呼吸器150億點（13.8%），慢性腎衰竭須定期透析107億點（9.9%），慢性精神病92億點（8.5%），急性腦血管疾病85億點（7.8%），前五大重大傷病占率近9成。

近年來住院重大傷病醫療費用以癌症居首，呼吸衰竭長期使用呼吸器除111年下降至第5，其餘各年皆位居第2，慢性精神病及慢性腎衰竭須定期透析於109年前分居第3及第4，109年起則以慢性腎衰竭須定期透析居第3，慢性精神病居第4，急性腦血管疾病除111年上升至第2，其餘各年皆位居第5。

住院重大傷病醫療費用結構



住院前五大重大傷病醫療費用概況

單位：億點、%

	重大傷病類別										住院 重大傷病
	癌症		呼吸衰竭長期 使用呼吸器		慢性腎衰竭 須定期透析		慢性精神病		急性腦血管 疾病		
	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率		
102年	324	45.0	157	21.8	55	7.6	83	11.6	31	4.3	719
103年	333	45.1	160	21.7	57	7.7	84	11.3	32	4.3	738
104年	342	45.6	155	20.6	60	7.9	84	11.2	34	4.5	751
105年	364	45.7	129	16.2	71	8.9	87	11.0	61	7.7	797
106年	394	47.1	125	14.9	77	9.2	89	10.7	63	7.6	836
107年	428	47.7	130	14.5	84	9.3	92	10.2	68	7.6	897
108年	452	48.4	109	11.7	91	9.7	95	10.2	75	8.0	935
109年	484	49.2	131	13.3	97	9.8	91	9.3	77	7.8	985
110年	490	49.3	136	13.6	99	10.0	91	9.1	78	7.9	995
111年	468	46.4	100	9.9	103	10.2	100	9.9	110	10.9	1,009
112年	526	48.4	150	13.8	107	9.9	92	8.5	85	7.8	1,086

備註：1.本表重大傷病類別係擷取各年度住院醫療費用前五大之重大傷病，以112年前五大排序。

2.占率為各重大傷病醫療費用占住院重大傷病醫療費用比率。

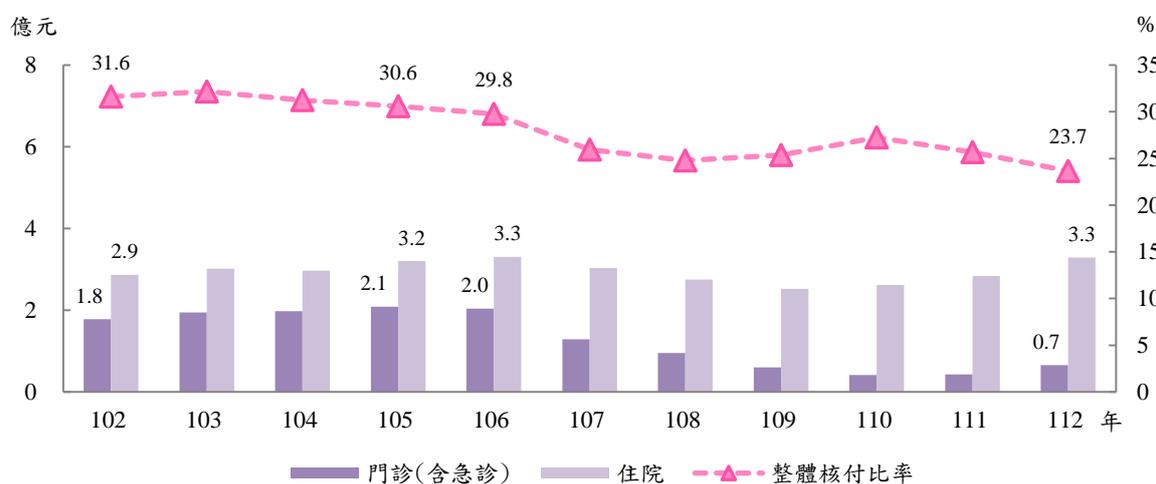
(十三) 自墊醫療費用核付概況

▲自墊醫療費用核付金額呈下降趨勢，112 年為 3.9 億元。

112 年自墊醫療費用核付案件申請金額 16 億 7 千萬元，核付金額 3.9 億元，核付比率 23.7%，其中門診(含急診)申請 2 億元，核付 7 千萬元，核付比率 33.2%，住院申請 14 億 7 千萬元，核付 3 億 3 千萬元，核付比率 22.4%。

觀察近年自墊醫療費用核付金額情形，整體核付金額於 105 及 106 年達 5 億 3 千萬元最高後呈下降趨勢，至 110 年 3 億元最低後緩升至 112 年 3.9 億元；相較於 102 年，整體核付金額減少 7 千萬元(-15.0%)，其中門診減少 1 億 1 千萬元(-63.1%)，住院增加 4 千萬元(+15.0%)；門診核付金額占率自 104 年 40.0%最高降至 16.6%，住院則由 60.0%上升至 83.4%。

自墊醫療費用核付金額及核付比率



自墊醫療費用核付概況

單位：億元、%

	總計			門診(含急診)			住院		
	核付案件申請金額	核付金額	核付比率	核付案件申請金額	核付金額	核付比率	核付案件申請金額	核付金額	核付比率
102 年	14.7	4.6	31.6	3.3	1.8	53.5	11.4	2.9	25.2
103 年	15.4	5.0	32.2	3.7	1.9	52.4	11.7	3.0	25.8
104 年	15.8	4.9	31.2	3.9	2.0	50.7	11.9	3.0	24.9
105 年	17.3	5.3	30.6	4.3	2.1	48.2	13.0	3.2	24.7
106 年	17.9	5.3	29.8	4.9	2.0	41.2	13.0	3.3	25.4
107 年	16.7	4.3	25.9	4.7	1.3	27.4	12.0	3.0	25.4
108 年	14.9	3.7	24.8	3.1	1.0	30.4	11.8	2.8	23.3
109 年	12.3	3.1	25.4	1.7	0.6	34.6	10.6	2.5	23.9
110 年	11.1	3.0	27.2	1.0	0.4	40.0	10.1	2.6	25.9
111 年	12.7	3.3	25.7	1.2	0.4	35.8	11.5	2.8	24.6
112 年	16.7	3.9	23.7	2.0	0.7	33.2	14.7	3.3	22.4

備註：1.核付案件申請金額不含部分負擔。

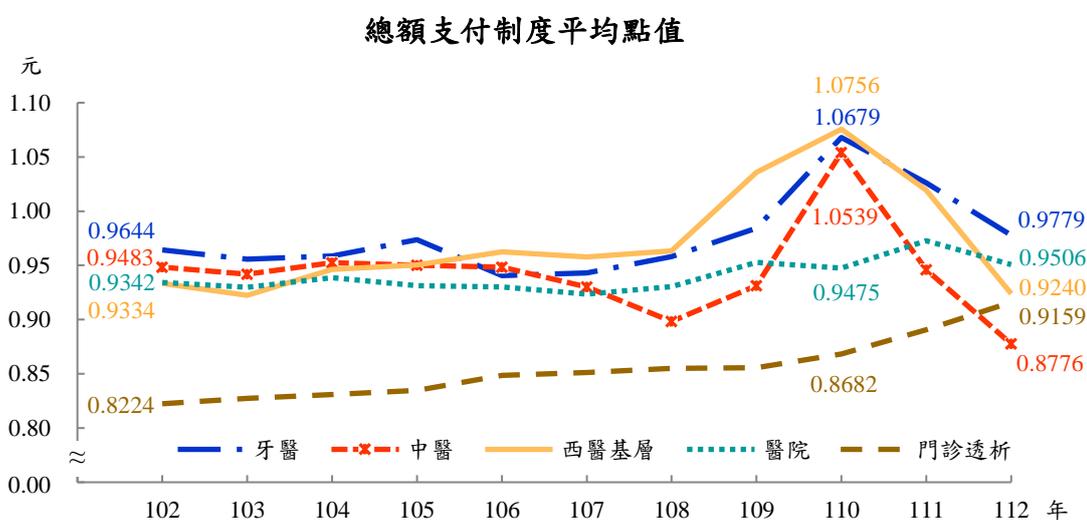
2.核付比率=核付金額/核付案件申請金額×100。

(十四) 總額支付制度點值概況

▲112年各總額部門平均點值以牙醫最高。

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。

112年牙醫部門一般服務平均點值0.9779元，中醫0.8776元，西醫基層0.9240元，醫院0.9506元，門診透析0.9159元。



備註：全年點值為當年各季點值之算術平均數。

總額支付制度每點支付金額											
單位：元											
	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析		牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
109年	0.9841	0.9314	1.0357	0.9528	0.8556	111年	1.0262	0.9461	1.0193	0.9727	0.8908
第1季	1.0052	0.9195	1.0357	0.9707	0.8564	第1季	1.0048	1.0289	1.0652	0.9567	0.8879
第2季	1.0052	0.9195	1.0357	0.9707	0.8564	第2季	1.0856	1.0010	1.0567	0.9934	0.8821
第3季	0.9430	0.9178	1.0357	0.9338	0.8513	第3季	1.0024	0.8911	0.9859	0.9687	0.8905
第4季	0.9830	0.9687	1.0357	0.9361	0.8582	第4季	1.0121	0.8633	0.9694	0.9720	0.9026
110年	1.0679	1.0539	1.0756	0.9475	0.8682	112年	0.9779	0.8776	0.9240	0.9506	0.9159
第1季	0.9965	0.9699	1.0329	0.9343	0.8663	第1季	0.9802	0.8792	0.9692	0.9476	0.9065
第2季	1.2447	1.1460	1.1008	-	0.8663	第2季	0.9665	0.8712	0.9192	0.9499	0.9093
第3季	1.0486	1.0844	1.0843	-	0.8694	第3季	0.9790	0.9000	0.9057	0.9552	0.9181
第4季	0.9820	1.0153	1.0843	0.9607	0.8706	第4季	0.9860	0.8598	0.9019	0.9497	0.9299

備註：1.本表每點支付金額為平均點值。

2.全年點值為當年各季點值之算術平均數。

3.牙醫、中醫、醫院及門診透析109年第1-2季採合併結算，西醫基層109年為全年結算點值；醫院總額部門110年第2、3季結算方式改變，無一般服務點值。

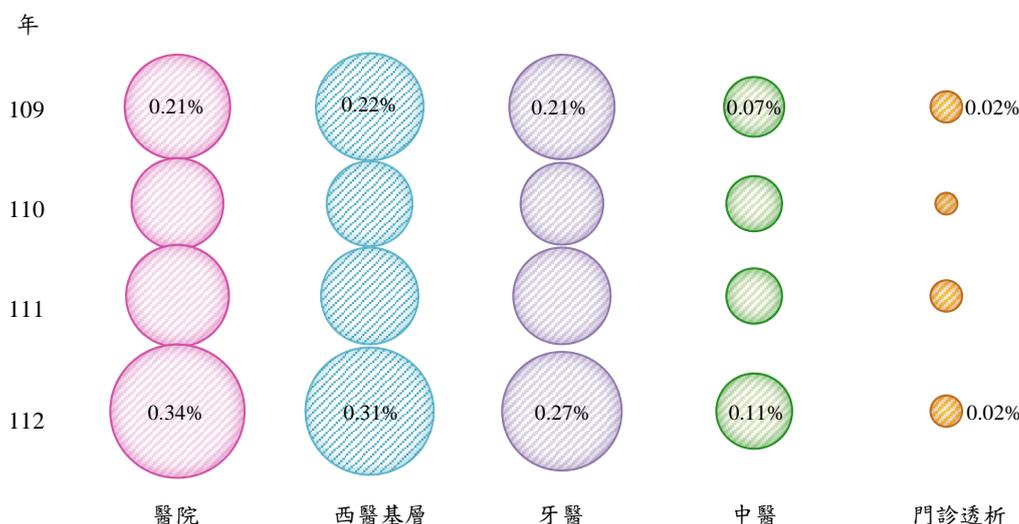
(十五) 醫療費用核減率

▲112年醫院及西醫基層總額醫療費用核減率均逾0.3%。

112年醫院總額醫療費用核減率0.34%，西醫基層總額0.31%，牙醫總額0.27%，中醫總額0.11%，門診透析0.02%，各總額部門醫療費用核減率除門診透析與上(111)年相當，餘總額部門核減率均較上年為高，係因111年4月至7月因應COVID-19疫情，暫停例行醫療費用審查。

近年來，醫院核減率介於0.16%至0.34%之間，西醫基層介於0.14%至0.31%之間，牙醫介於0.13%至0.27%之間，中醫介於0.06%至0.11%之間，門診透析則維持在0.01%至0.02%之間。110年各總額部門醫療費用核減率最低，主要係因COVID-19疫情，第2、3季暫停例行醫療費用審查所致。

醫療費用核減率—按總額部門別分



醫療費用核減率—按總額部門別分

醫療費用核減率—按總額部門別分											單位：%
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫	門診 透析		醫院	西醫 基層	牙醫	中醫	門診 透析
109年	0.21	0.22	0.21	0.07	0.02	111年	0.20	0.18	0.18	0.06	0.02
第1季	0.21	0.19	0.25	0.06	0.02	第1季	0.28	0.29	0.24	0.09	0.03
第2季	0.12	0.19	0.20	0.07	0.03	第2季	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00
第3季	0.14	0.21	0.20	0.08	0.02	第3季	0.19	0.17	0.18	0.04	0.02
第4季	0.36	0.27	0.21	0.08	0.02	第4季	0.31	0.25	0.26	0.10	0.03
110年	0.16	0.14	0.13	0.06	0.01	112年	0.34	0.31	0.27	0.11	0.02
第1季	0.28	0.26	0.21	0.10	0.03	第1季	0.36	0.28	0.26	0.09	0.02
第2季	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	第2季	0.35	0.30	0.25	0.11	0.02
第3季	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	第3季	0.32	0.33	0.27	0.12	0.02
第4季	0.32	0.28	0.25	0.11	0.02	第4季	0.33	0.33	0.29	0.10	0.02

備註：1.本表核減率係爭審後核減率。

2.費用年月110年4月至9月及111年4月至7月因應COVID-19疫情，暫停例行醫療費用審查。

3.資料日期為113年12月31日。

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層

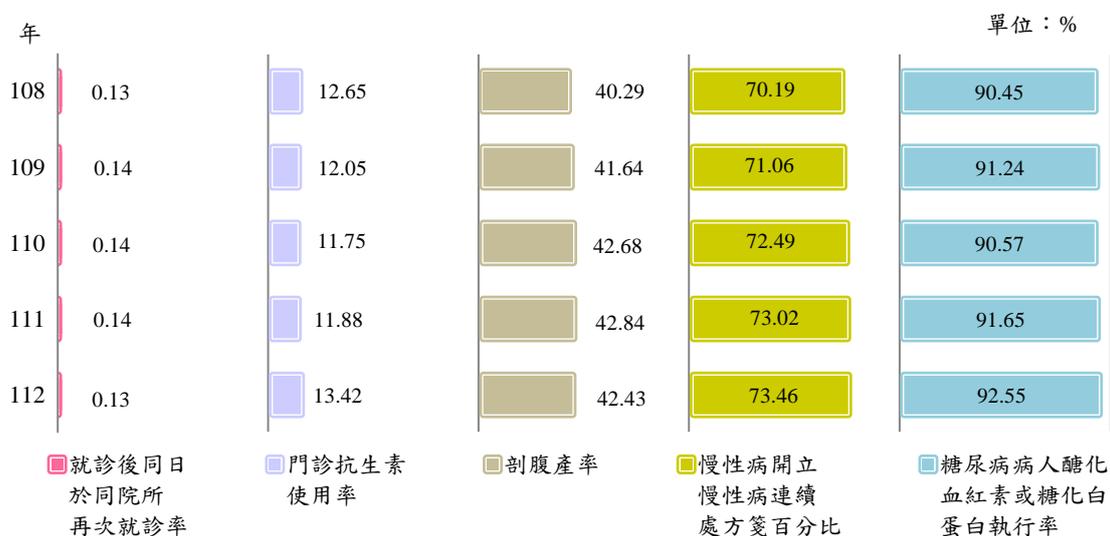
▲西醫基層慢性病開立慢性病連續處方箋百分比呈逐年上升趨勢。

112 年西醫基層就診後同日於同院所再次就診率 0.13%，門診抗生素使用率 13.42%，剖腹產率 42.43%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 73.46%，糖尿病病人糖化血紅素或糖化白蛋白執行率 92.55%。

近年來，西醫基層就診後同日於同院所再次就診率介於 0.13%至 0.14%，門診抗生素使用率介於 11.7%至 13.5%，糖尿病病人糖化血紅素或糖化白蛋白執行率介於 90.4%至 92.6%間；剖腹產率逐年上升至 111 年 42.84%最高後，112 年微降至 42.43%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比則呈逐年上升趨勢。

西醫基層醫療表現指標

108 年至 112 年



西醫基層醫療表現指標

單位：%

	就診後同日於同院所再次就診率	門診抗生素使用率	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	糖尿病病人糖化血紅素或糖化白蛋白執行率
108 年	0.13	12.65	40.29	70.19	90.45
109 年	0.14	12.05	41.64	71.06	91.24
110 年	0.14	11.75	42.68	72.49	90.57
111 年	0.14	11.88	42.84	73.02	91.65
112 年	0.13	13.42	42.43	73.46	92.55

備註：資料日期為 113 年 11 月 28 日。

二、醫院

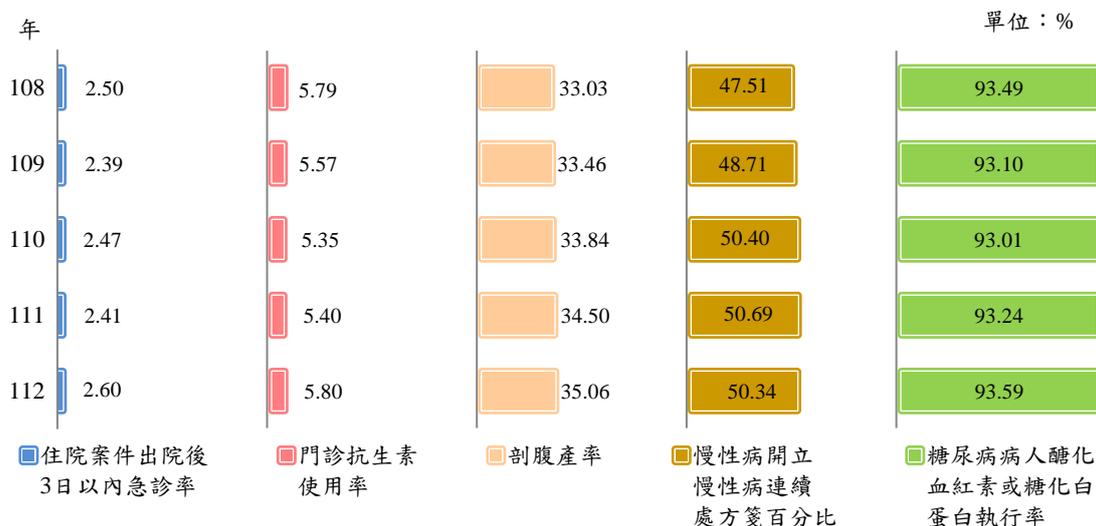
▲醫院剖腹產率逐年上升，112年達3成5。

112年住院案件出院後3日以內急診率2.60%，門診抗生素使用率5.80%，剖腹產率35.06%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比50.34%，糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率93.59%。

近年來，住院案件出院後3日以內急診率介於2.3%至2.6%之間，門診抗生素使用率逐年下降至110年5.35%最低後，自111年轉呈增加；剖腹產率則呈逐年上升趨勢，112年達3成5；慢性病開立慢性病連續處方箋百分比逐年上升至111年50.69%後，112年微減至50.34%，糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率則介於93.0%至93.6%之間。

醫院醫療表現指標

108年至112年



醫院醫療表現指標

單位：%

	住院案件出院後3日以內急診率	門診抗生素使用率	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率
108年	2.50	5.79	33.03	47.51	93.49
109年	2.39	5.57	33.46	48.71	93.10
110年	2.47	5.35	33.84	50.40	93.01
111年	2.41	5.40	34.50	50.69	93.24
112年	2.60	5.80	35.06	50.34	93.59

備註：資料日期為113年11月28日。

三、中醫

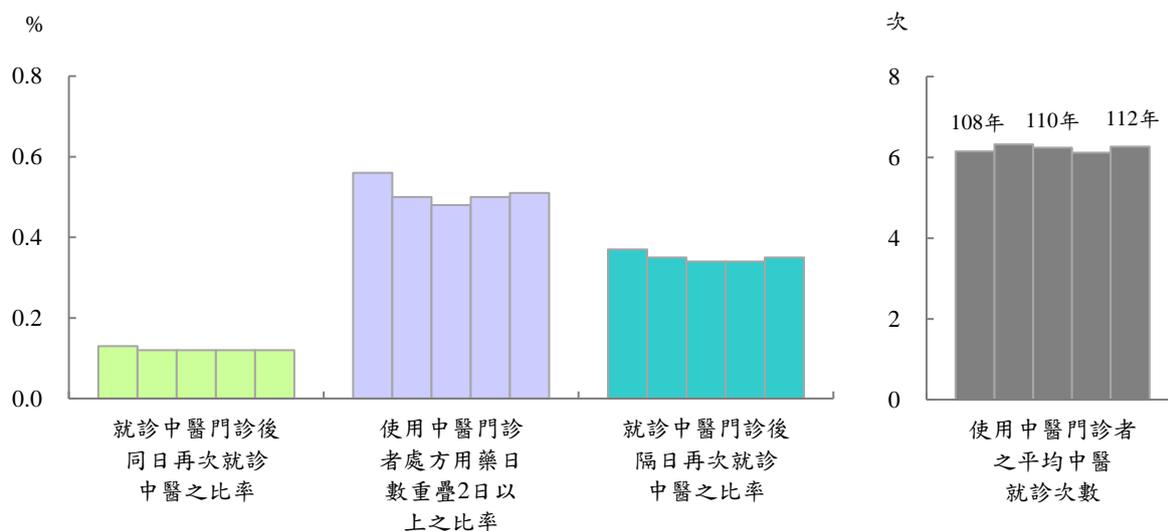
▲112年使用中醫門診者之平均中醫就診次數 6.27次。

112年就診中醫門診後同日再次就診中醫比率 0.12%，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上比率 0.51%，就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率 0.35%，使用中醫門診者之平均中醫就診次數 6.27 次。

近年來，就診中醫門診後同日再次就診中醫比率維持在至 0.12%至 0.13%之間，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上比率逐年微減，至 110 年 0.48%最低後，於 111 年轉呈增加，就診中醫門診後隔日再次就診中醫比率介於 0.34%至 0.37%之間，使用中醫門診者之平均中醫就診次數則介於 6.1 次至 6.4 次之間。

中醫醫療表現指標

108 年至 112 年



中醫醫療表現指標

單位：%、次

	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上之比率	就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率	使用中醫門診者之平均中醫就診次數
108年	0.13	0.56	0.37	6.15
109年	0.12	0.50	0.35	6.32
110年	0.12	0.48	0.34	6.24
111年	0.12	0.50	0.34	6.12
112年	0.12	0.51	0.35	6.27

備註：資料日期為 113 年 11 月 27 日。

四、牙醫

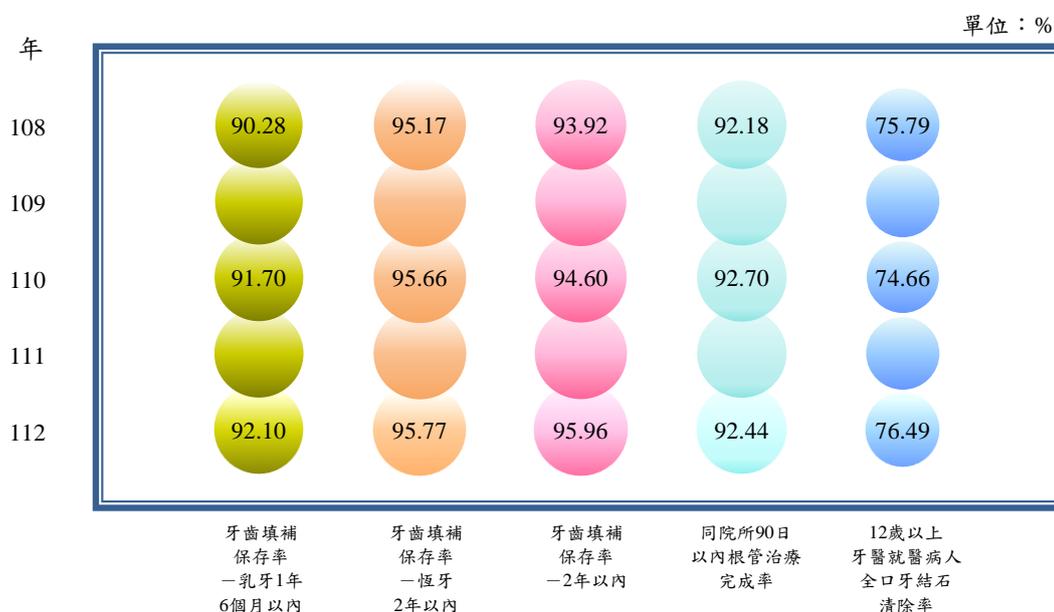
▲牙齒填補保存率呈上升趨勢。

112 年乳牙 1 年 6 個月以內填補保存率 92.10%，恆牙 2 年以內填補保存率 95.77%，牙齒 2 年以內填補保存率 95.96%，同院所 90 日以內根管治療完成率 92.44%，12 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率 76.49%。

近年來，牙齒填補率呈上升趨勢，相較於 108 年，112 年乳牙 1 年 6 個月以內填補保存率增加 1.82 個百分點，恆牙 2 年以內及牙齒 2 年以內填補保存率則分別增加 0.60 及 2.04 個百分點；同院所 90 日以內根管治療完成率於 109 年達 92.72% 最高後轉呈減少，12 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率則逐年下降，於 110 年 74.66% 最低後轉呈增加。

牙醫醫療表現指標

108 年至 112 年



牙醫醫療表現指標

單位：%

	牙齒填補保存率 —乳牙 1 年 6 個月以內	牙齒填補保存率 —恆牙 2 年以內	牙齒填補保存率 —2 年以內	同院所 90 日 以內根管治療 完成率	12 歲以上 牙醫就醫病人 全口牙結石 清除率
108 年	90.28	95.17	93.92	92.18	75.79
109 年	90.81	95.35	94.14	92.72	75.71
110 年	91.70	95.66	94.60	92.70	74.66
111 年	92.17	95.86	95.41	92.50	75.76
112 年	92.10	95.77	95.96	92.44	76.49

備註：資料日期為 113 年 11 月 18 日。

五、門診透析

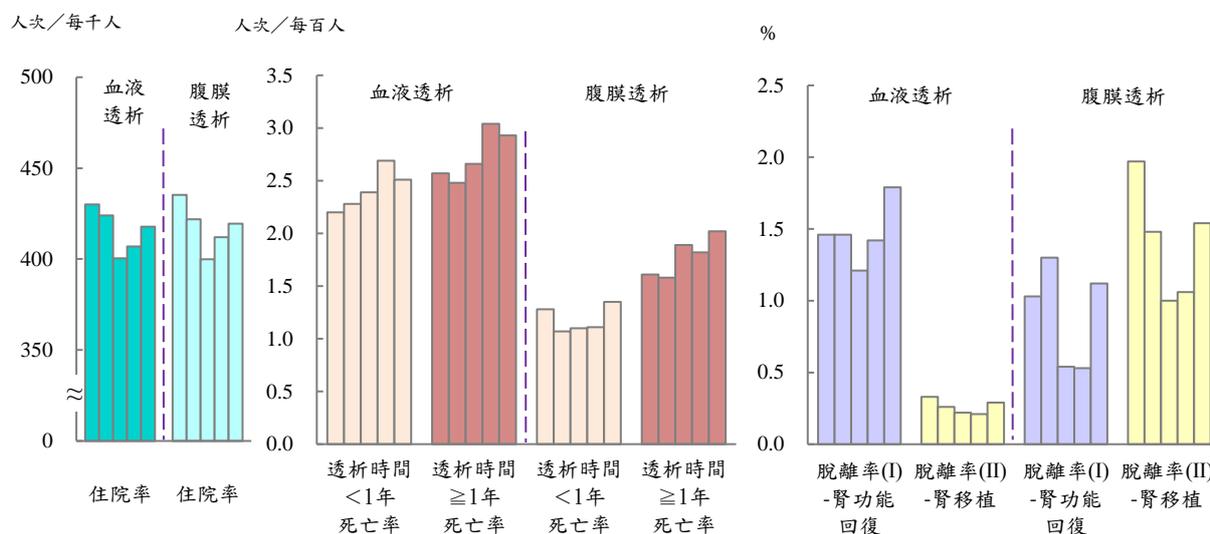
▲血液透析廢管重建率呈下降趨勢。

血液透析之住院率自 108 年起逐年下降，惟至 110 年 400.41 後轉呈增加，透析時間逾 1 年的死亡率略高於透析時間少於 1 年的死亡率；脫離率(I)－腎功能回復於 110 年降至 1.21% 後轉呈增加；近年脫離率(II)－腎移植維持 0.21% 至 0.33% 之間；而廢管重建率呈下降趨勢。

腹膜透析之住院率及脫離率(II)－腎移植逐年下降，至 110 年後轉呈增加，透析時間逾 1 年死亡率略高於透析時間少於 1 年死亡率；脫離率(I)－腎功能回復於 109 年後逐年下降，至 111 年 0.53% 最低後轉呈增加；而腹膜炎發生率逐年上升。

門診透析表現指標

108 年至 112 年



門診透析表現指標

	血液透析						腹膜透析					
	住院率 (人次/ 每千人)	死亡率		脫離率		廢管 重建率 (人次/ 每千人 月)	住院率 (人次/ 每千人)	死亡率		脫離率		腹膜炎 發生率 (人次/ 每百人 月)
		透析 時間 <1 年 (人/每 百人)	透析 時間 ≥1 年 (人/每 百人)	(I) 腎功能 回復 (%)	(II) 腎移植 (%)			透析 時間 <1 年 (人/每 百人)	透析 時間 ≥1 年 (人/每 百人)	(I) 腎功能 回復 (%)	(II) 腎移植 (%)	
108 年	430.04	2.20	2.57	1.46	0.33	3.08	435.28	1.28	1.61	1.03	1.97	1.32
109 年	424.00	2.28	2.48	1.46	0.26	2.93	421.88	1.07	1.58	1.30	1.48	1.42
110 年	400.41	2.39	2.66	1.21	0.22	2.64	399.90	1.10	1.89	0.54	1.00	1.53
111 年	406.94	2.69	3.04	1.42	0.21	2.55	412.03	1.11	1.82	0.53	1.06	1.60
112 年	417.87	2.51	2.93	1.79	0.29	2.38	419.47	1.35	2.02	1.12	1.54	1.65

備註：資料日期為 113 年 11 月 29 日。

六、新使用呼吸器病人監控指標

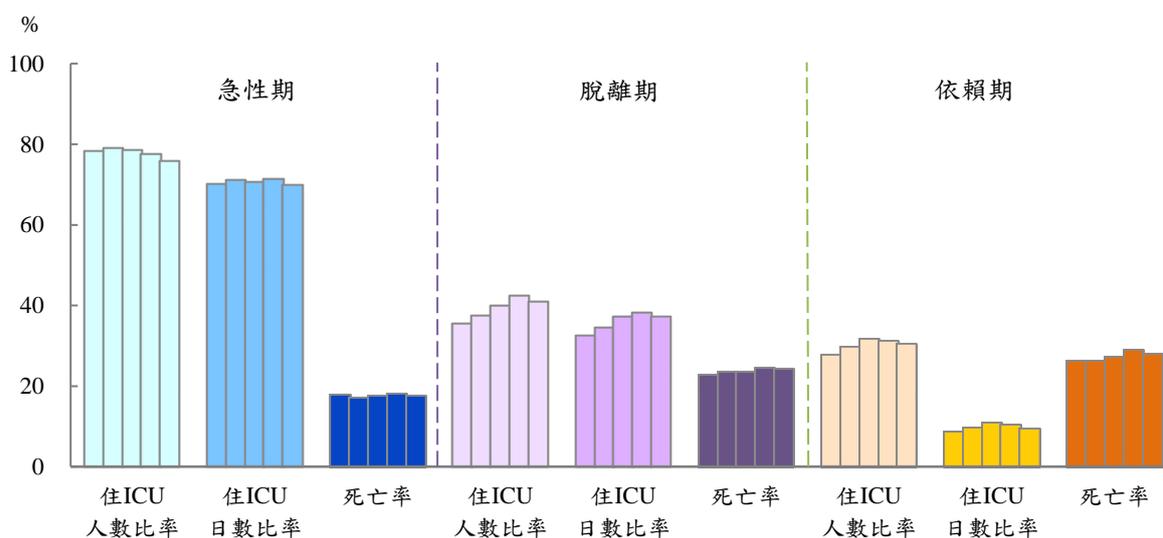
▲新使用呼吸器病人住 ICU 人數比率及日數比率均以急性期最高。

新使用呼吸器病人急性期住 ICU 人數比率於 109 年達 78.89% 後呈下降趨勢，住 ICU 日數比率於急性期則介於 69.5% 至 71.5% 之間；於脫離期均在 111 年達最高，於依賴期則均自 108 年起逐年上升，至 110 年最高後轉呈減少，112 年分別下降至 30.43% 及 9.49%；近年死亡率於急性期、脫離期及依賴期均在 111 年最高後，112 年分別下降至 17.49%、24.27% 及 27.86%。

觀察各期別差異，新使用呼吸器病人住 ICU 人數比率及住 ICU 日數比率均以急性期最高，依賴期最低；死亡率則以急性期最低，依賴期最高。

新使用呼吸器病人監控指標

108 年至 112 年



新使用呼吸器病人監控指標

單位：%

	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
108 年	78.06	70.00	17.66	35.46	32.42	22.88	27.73	8.54	26.19
109 年	78.89	70.98	17.17	37.42	34.25	23.43	29.77	9.58	26.14
110 年	78.34	70.48	17.55	39.74	37.00	23.49	31.60	10.86	27.19
111 年	77.46	71.34	18.11	42.36	38.13	24.48	31.17	10.28	28.94
112 年	75.76	69.79	17.49	40.90	37.18	24.27	30.43	9.49	27.86

備註：資料日期為 113 年 11 月 27 日。

七、同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

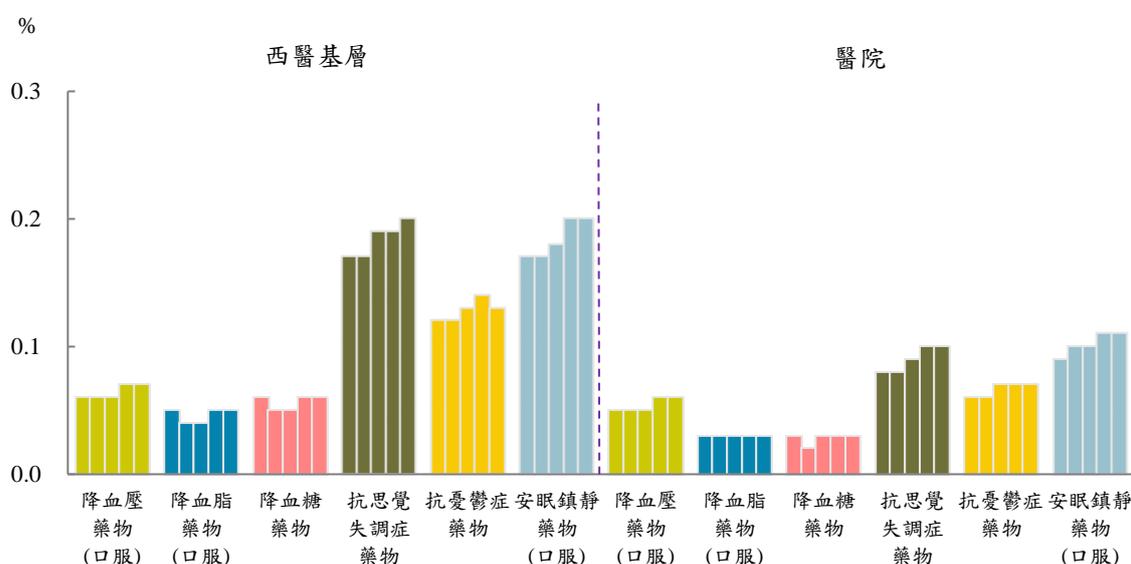
▲西醫基層同院所門診同藥理用藥日數重疊率均較醫院高。

觀察近年同院所門診同藥理用藥日數重疊情形，與 108 年相比，112 年西醫基層及醫院於降血脂及降血糖藥物用藥日數重疊率持平，其餘藥物則略高於 108 年。

同期間，西醫基層降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物用藥日數重疊率均高於醫院。

同院所門診同藥理用藥日數重疊率

108 年至 112 年



同院所門診同藥理用藥日數重疊率

單位：%

	西醫基層						醫院					
	降血壓藥物 (口服)	降血脂藥物 (口服)	降血糖藥物	抗思覺失調症藥物	抗憂鬱症藥物	安眠鎮靜藥物 (口服)	降血壓藥物 (口服)	降血脂藥物 (口服)	降血糖藥物	抗思覺失調症藥物	抗憂鬱症藥物	安眠鎮靜藥物 (口服)
108 年	0.06	0.05	0.06	0.17	0.12	0.17	0.05	0.03	0.03	0.08	0.06	0.09
109 年	0.06	0.04	0.05	0.17	0.12	0.17	0.05	0.03	0.02	0.08	0.06	0.10
110 年	0.06	0.04	0.05	0.19	0.13	0.18	0.05	0.03	0.03	0.09	0.07	0.10
111 年	0.07	0.05	0.06	0.19	0.14	0.20	0.06	0.03	0.03	0.10	0.07	0.11
112 年	0.07	0.05	0.06	0.20	0.13	0.20	0.06	0.03	0.03	0.10	0.07	0.11

備註：資料日期為 113 年 11 月 28 日。

參、其他重要參考指標

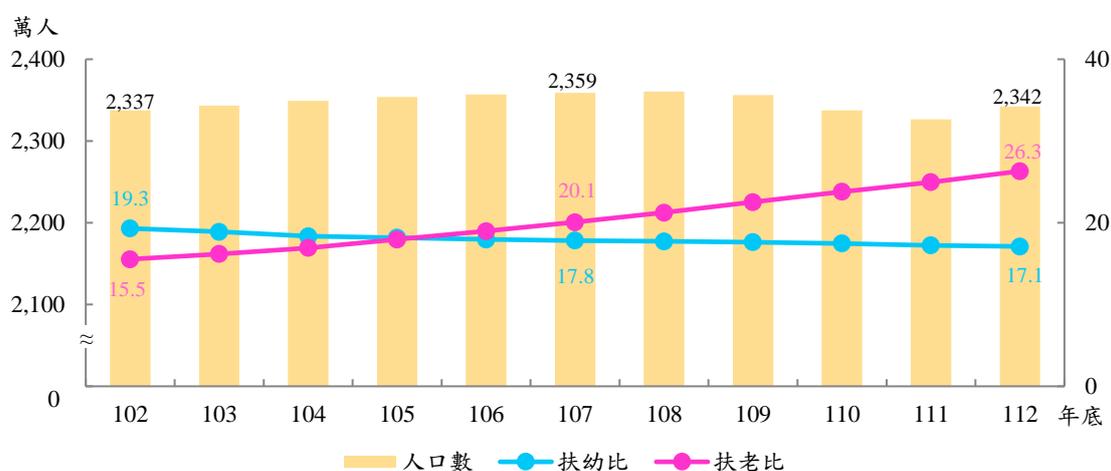
一、人口結構

▲近年扶養比呈逐年上升趨勢，112 年達 43.4。

112 年底人口數 2,342 萬人，未滿 15 歲幼年人口占 11.9%，15—64 歲青壯年人口占 69.7%，65 歲以上老年人口占 18.3%。

觀察我國人口年齡結構，未滿 15 歲幼年人口及 15—64 歲青壯年人口占率均呈下降趨勢，而 65 歲以上老年人口占率則逐年上升；隨著人口年齡結構轉變，致扶幼比逐年下降，扶老比逐年上升，106 年底起扶老比首次高於扶幼比，二者差距逐年增加，112 年底扶老比 26.3，扶幼比 17.1，扶養比達 43.4 為近年最高。

人口數、扶幼比及扶老比



人口年齡結構及扶養比

單位：萬人、%

	人口數	年齡結構			扶養比		
		未滿 15 歲	15—64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比	扶養比
102 年底	2,337	14.3	74.2	11.5	34.9	19.3	15.5
103 年底	2,343	14.0	74.0	12.0	35.1	18.9	16.2
104 年底	2,349	13.6	73.9	12.5	35.3	18.4	16.9
105 年底	2,354	13.3	73.5	13.2	36.1	18.2	18.0
106 年底	2,357	13.1	73.0	13.9	37.0	18.0	19.0
107 年底	2,359	12.9	72.5	14.6	37.9	17.8	20.1
108 年底	2,360	12.8	72.0	15.3	39.0	17.7	21.2
109 年底	2,356	12.6	71.3	16.1	40.2	17.6	22.5
110 年底	2,338	12.4	70.8	16.9	41.3	17.5	23.8
111 年底	2,326	12.1	70.3	17.6	42.2	17.2	25.0
112 年底	2,342	11.9	69.7	18.3	43.4	17.1	26.3

資料來源：內政部「內政統計年報」。

備註：1.扶幼比=未滿 15 歲人口數 / 15—64 歲人口數×100。

2.扶老比=65 歲以上人口數 / 15—64 歲人口數×100。

3.扶養比=扶幼比+扶老比。

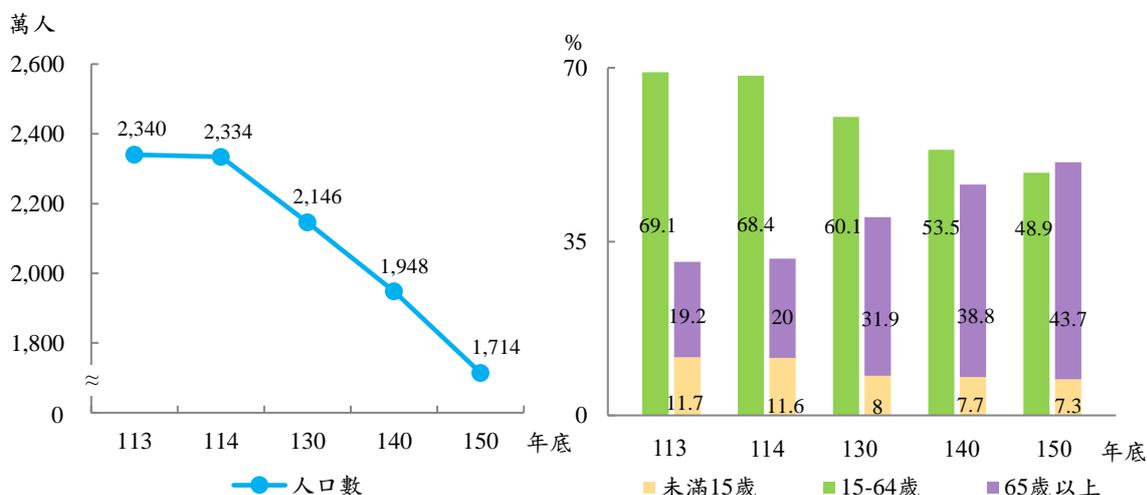
二、人口推估

▲青壯年扶養負擔將逐年增加，推估 150 年底扶養比增至 104.3。

依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）」之中推估結果，113 年底推估人口數為 2,340 萬人，至 150 年底推估人數下降至 1,714 萬人。

觀察推估人口之年齡結構，65 歲以上老年人口占率大幅上升，於 114 年底老年人口占率 20%，將邁入超高齡化社會（即老年人口占率達 20%），加上 15—64 歲青壯年人口占率大幅下降，扶養負擔亦隨之增加，推估將於 149 年底起依賴人口（幼年及老年合計）大於青壯年人口，而扶養比將增至 102.2。

推估人口數及人口年齡結構



人口推估							
單位：萬人、%							
	人口數	年齡結構			扶養比		
		未滿 15 歲	15—64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比	扶養比
113 年底	2,340	11.7	69.1	19.2	44.7	17.0	27.8
114 年底	2,334	11.6	68.4	20.0	46.3	17.0	29.3
120 年底	2,283	9.6	65.4	25.0	53.0	14.7	38.3
130 年底	2,146	8.0	60.1	31.9	66.4	13.3	53.1
140 年底	1,948	7.7	53.5	38.8	86.9	14.5	72.5
149 年底	1,738	7.4	49.4	43.2	102.2	14.9	87.3
150 年底	1,714	7.3	48.9	43.7	104.3	15.0	89.4

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估（2024 年至 2070 年）」。

備註：1. 扶幼比 = 未滿 15 歲人口數 / 15—64 歲人口數 × 100。

2. 扶老比 = 65 歲以上人口數 / 15—64 歲人口數 × 100。

3. 扶養比 = 扶幼比 + 扶老比。

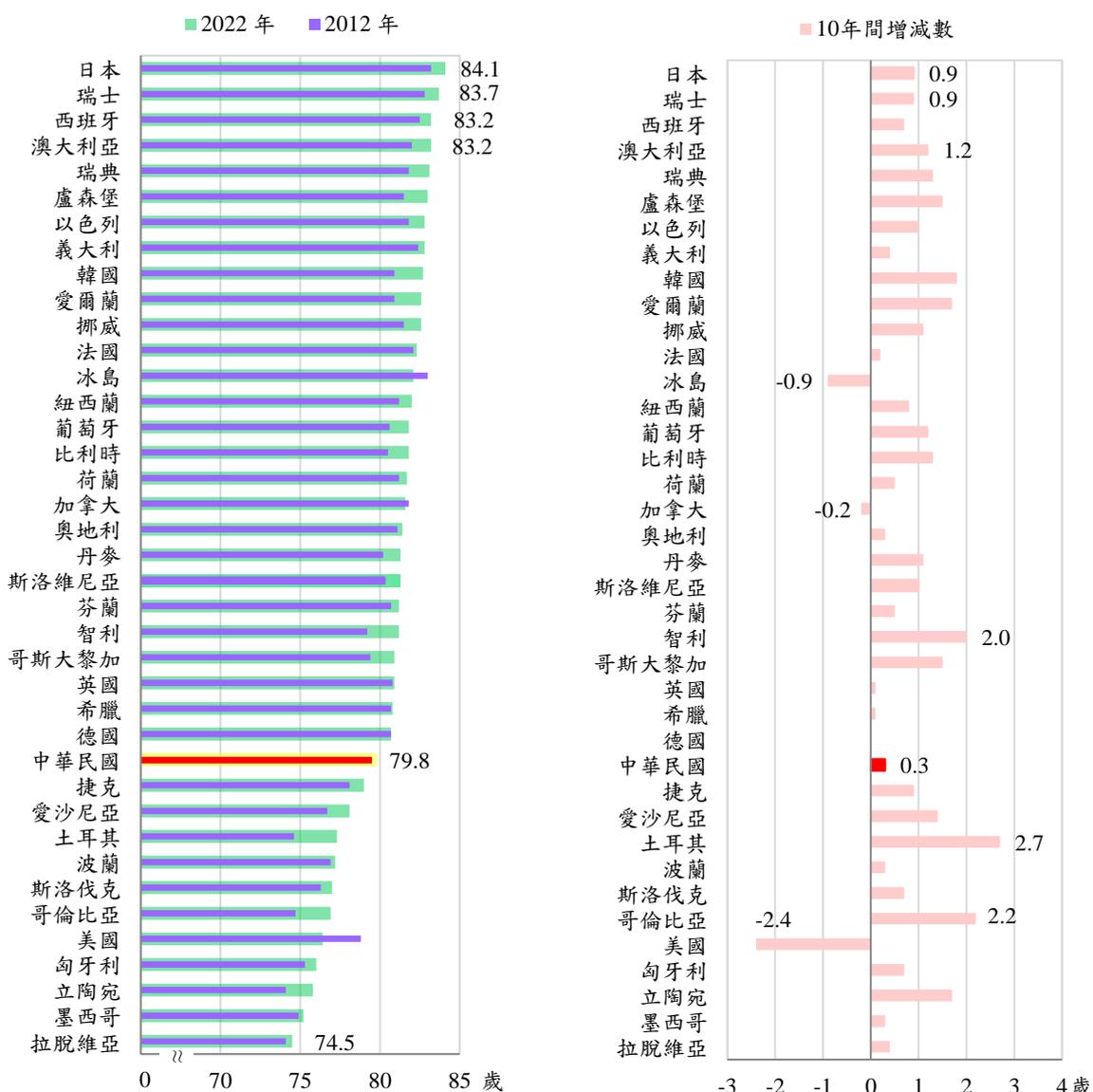
三、零歲平均餘命

▲2022 年我國零歲平均餘命為 79.8 歲，近 10 年間增加 0.3 歲。

2022 年 OECD 會員國零歲平均餘命以日本 84.1 歲最高，瑞士 83.7 歲居次，澳大利亞及西班牙 83.2 歲並列第 3，拉脫維亞 74.5 歲最低；我國零歲平均餘命為 79.8 歲，排名相當於 OECD 會員國第 28 順位。

相較於 2012 年，除美國零歲平均餘命減少 2.4 歲，冰島減少 0.9 歲及加拿大減少 0.2 歲外，餘 OECD 會員國均為增加，其中零歲平均餘命最高之日本增加 0.9 歲，瑞士增加 0.9 歲，澳大利亞增加 1.2 歲，我國亦較十年前增加 0.3 歲；而近十年零歲平均餘命以土耳其增加 2.7 歲最多，其次為哥倫比亞 2.2 歲、智利 2.0 歲。

零歲平均餘命



資料來源：內政部「內政統計年報」、OECD Health Data 2024。
備註：各國若無 2022 年資料，以可獲得最近資料年度代替。

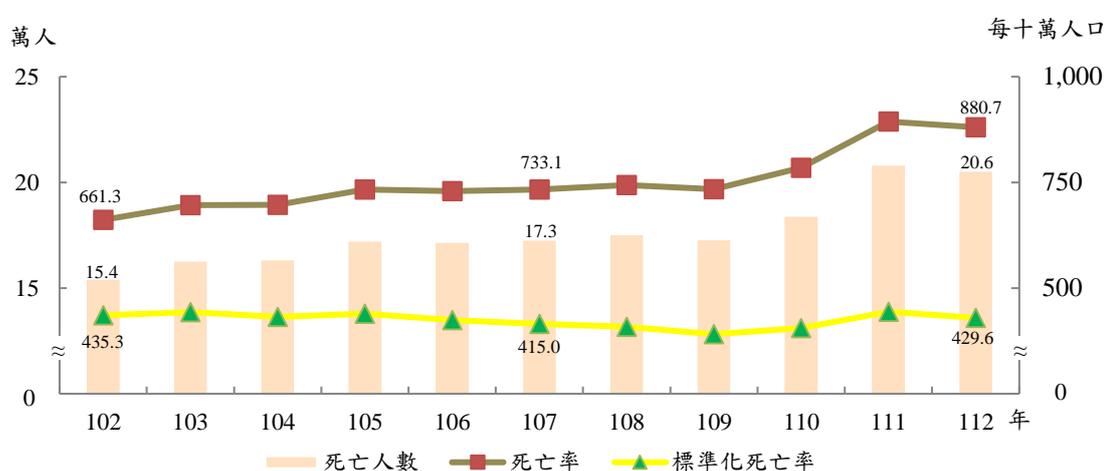
四、死亡人數及死亡率

▲近 10 年標準化死亡率平均年降 0.1%。

112 年死亡人數為 20 萬 5,575 人，死亡率（死亡人數除以年中人口數）為每十萬人口 880.7 人，若以世界衛生組織（WHO）西元 2000 年世界標準人口數計算之標準化死亡率則為每十萬人口 429.6 人。

就長期趨勢觀察，隨高齡人口比重上升，死亡人數呈上升趨勢，近 10 年死亡人數平均年增 2.9%，死亡率平均年升 2.9%，標準化死亡率則平均年降 0.1%，再觀察各年齡組死亡人數結構變化，未滿 65 歲及 75—84 歲年齡組占率呈下降趨勢，85 歲以上年齡組則呈上升趨勢。

死亡人數及死亡率



死亡人數及死亡率概況

單位：人、%、每十萬人口

	總計	年齡結構				死亡率	標準化死亡率
		未滿 65 歲	65—74 歲	75—84 歲	85 歲以上		
102 年	154,374	30.9	16.5	28.2	24.3	661.3	435.3
103 年	162,886	30.2	16.4	27.5	25.8	696.0	443.5
104 年	163,574	29.9	16.3	27.2	26.6	697.2	431.5
105 年	172,418	29.1	16.2	26.8	27.9	733.2	439.4
106 年	171,857	28.1	16.8	26.1	29.0	729.6	424.3
107 年	172,859	27.8	17.1	25.9	29.1	733.1	415.0
108 年	175,424	27.3	17.6	25.2	29.8	743.4	408.2
109 年	173,067	26.7	18.2	25.1	30.1	733.9	390.8
110 年	184,172	25.5	19.3	24.5	30.6	784.8	405.5
111 年	208,438	23.7	19.6	24.5	32.2	893.8	443.9
112 年	205,575	24.0	20.5	24.2	31.2	880.7	429.6

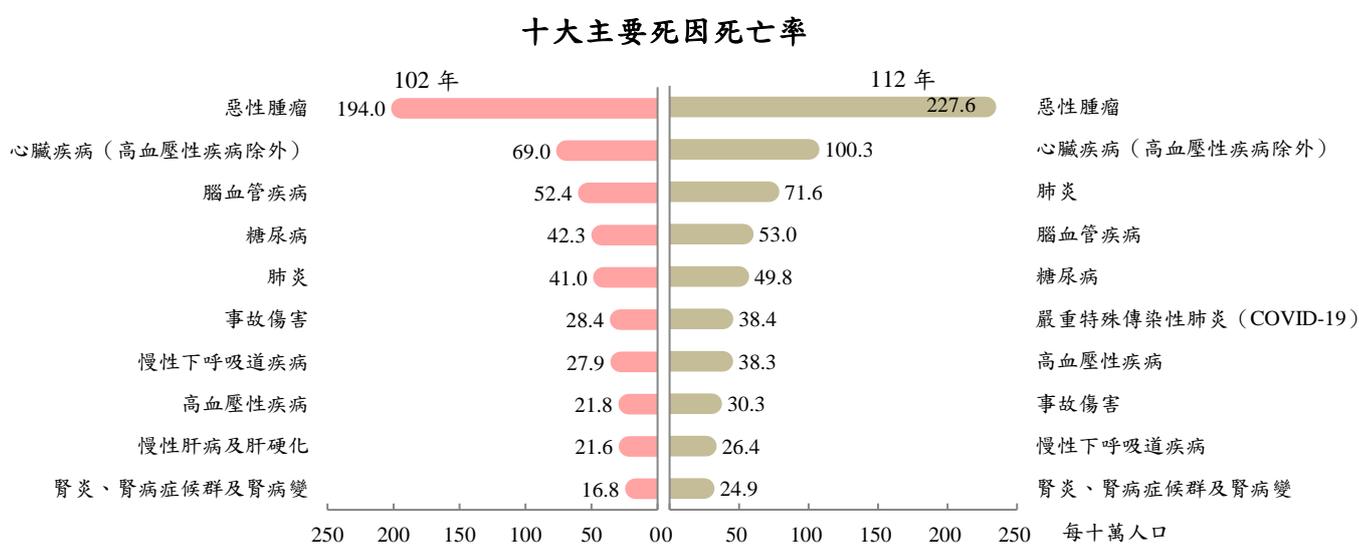
資料來源：衛生福利部「死因統計」。

五、主要死因

▲惡性腫瘤續居 112 年國人死因首位。

112 年我國十大主要死因依序為惡性腫瘤、心臟疾病（高血壓性疾病除外）、肺炎、腦血管疾病、糖尿病、嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）、高血壓性疾病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、腎炎腎病症候群及腎病變，死亡人數計 15 萬 4,181 人，占所有死亡人數 75.0%。

惡性腫瘤自 71 年起即為國人死因之首，112 年仍續居首位，死亡人數為 5 萬 3,126 人，死亡率為每十萬人口 227.6 人。



備註：102 年資料為「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

112 年主要死因概況

單位：人、每十萬人口

順位	死亡原因	死亡人數	死亡率	標準化死亡率
-	所有死亡原因	205,575	880.7	429.6
1	惡性腫瘤	53,126	227.6	115.4
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	23,424	100.3	46.8
3	肺炎	16,702	71.6	29.9
4	腦血管疾病	12,371	53.0	24.6
5	糖尿病	11,625	49.8	22.8
6	嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）	8,962	38.4	16.5
7	高血壓性疾病	8,930	38.3	16.5
8	事故傷害	7,063	30.3	20.0
9	慢性下呼吸道疾病	6,164	26.4	11.1
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,814	24.9	11.1

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

備註：標準化死亡率係以 2000 年 WHO 世界人口數為準。

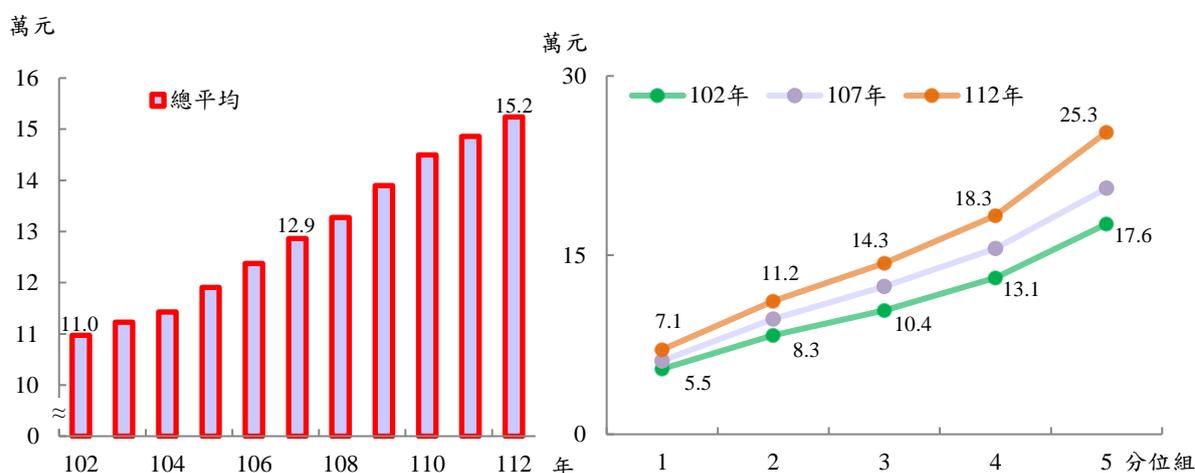
六、平均每戶家庭醫療保健消費支出

▲平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢，112年為15萬2千元。

112年平均每戶家庭醫療保健消費支出15萬2,413元；若將家庭可支配所得由小至大排列，並按戶數分成五等分，其中第1分位組平均每戶家庭醫療保健消費支出7萬895元，第2分位組11萬1,609元，第3分位組14萬3,379元，第4分位組18萬3,218元，第5分位組25萬2,965元。

近十年間，平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢，其中以最高所得組增幅達43.6%最大，其次為第4分位組及第3分位組，增幅分別為39.7%及38.2%。

平均每戶家庭醫療保健消費支出



平均每戶家庭醫療保健消費支出概況

單位：元

	總平均	依可支配所得按戶數五等分位分				
		第1分位組 (最低所得組)	第2分位組	第3分位組	第4分位組	第5分位組 (最高所得組)
102年	109,711	54,694	82,887	103,767	131,106	176,100
103年	112,270	55,166	83,937	102,975	137,543	181,731
104年	114,303	56,403	85,674	106,992	140,809	181,635
105年	119,093	56,701	87,333	113,656	142,420	195,354
106年	123,765	58,639	91,372	117,095	147,349	204,367
107年	128,632	61,518	96,492	123,770	155,508	205,873
108年	132,719	60,211	93,818	128,946	159,196	221,423
109年	139,010	65,095	97,289	134,202	174,173	224,293
110年	144,966	67,129	101,552	141,151	178,031	236,964
111年	148,598	69,538	104,113	143,203	179,591	246,544
112年	152,413	70,895	111,609	143,379	183,218	252,965

資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

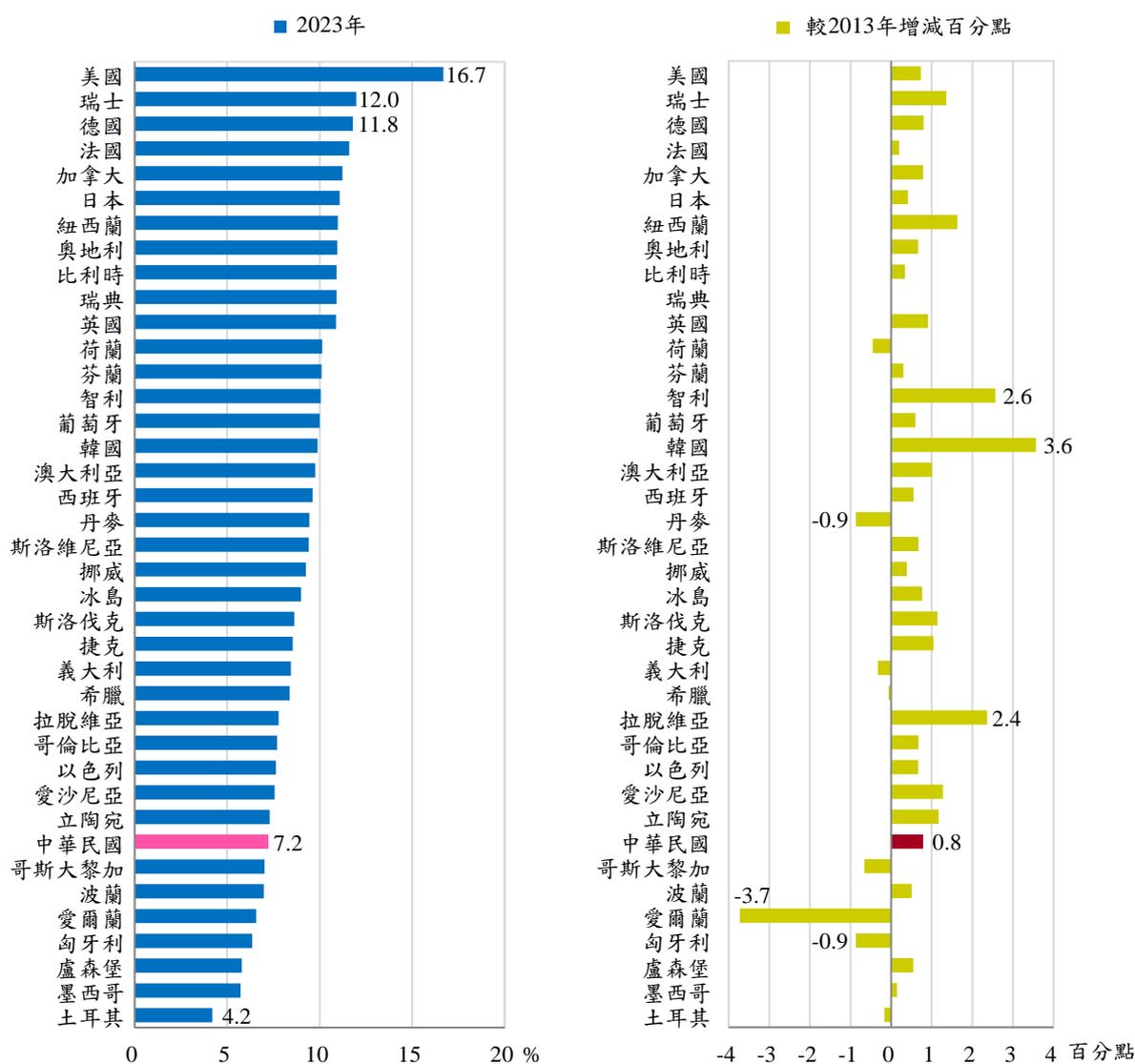
七、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

▲2023年我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重 7.2%。

2023年OECD會員國之經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)占國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)比重以美國16.7%最高，瑞士12.0%居次，德國11.8%第3，土耳其4.2%最低；我國則為7.2%，排名相當於OECD會員國之第32順位。

相較於2013年，OECD會員國之CHE占GDP比重多呈增加，其中以韓國增加3.6個百分點最多，其次依序為智利及拉脫維亞，分別增加2.6及2.4個百分點，我國則增加0.8個百分點，另以愛爾蘭減少3.7個百分點最多，丹麥及匈牙利減少0.9個百分點次之。

經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重



資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

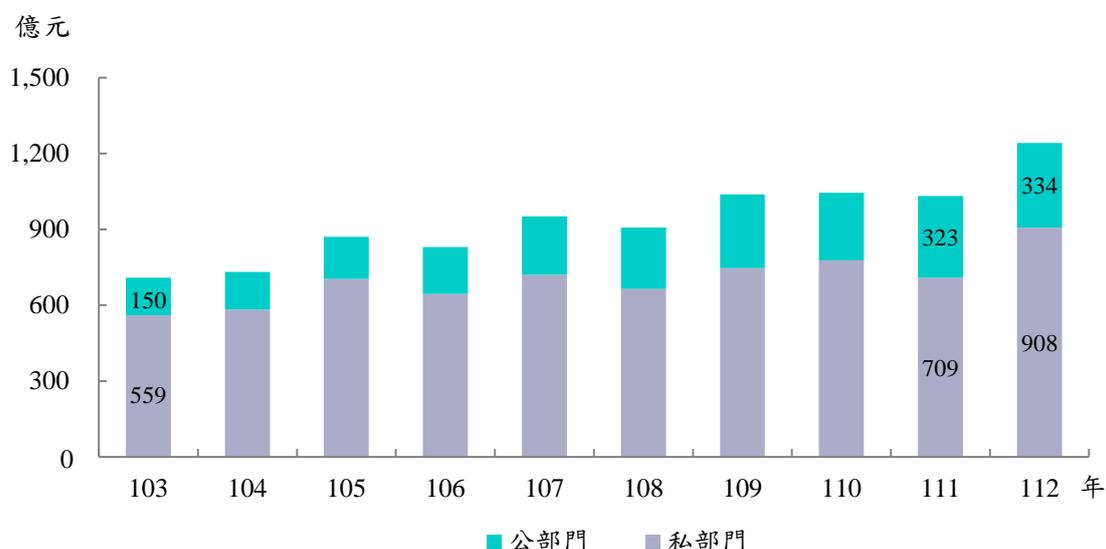
八、醫療保健支出之資本形成

▲112年公部門醫療保健支出資本形成為334億元。

112年醫療保健支出之資本形成1,242億元，其中公部門334億元(占26.9%)，私部門908億元(73.1%)。

相較於111年，醫療保健支出資本形成增加210億元(+20.3%)，其中公部門增加12億元(+3.6%)，私部門則增加198億元(+28.0%)；公部門占率自31.3%降為26.9%，私部門則由68.7%增為73.1%。

醫療保健支出之資本形成



醫療保健支出之資本形成

單位：億元、%

	總計	公部門		私部門	
		金額	占率	金額	占率
103年	709	150	21.1	559	78.9
104年	732	149	20.4	583	79.6
105年	871	167	19.1	704	80.9
106年	830	186	22.4	644	77.6
107年	951	231	24.3	721	75.7
108年	907	242	26.7	665	73.3
109年	1,038	291	28.1	746	71.9
110年	1,045	268	25.6	777	74.4
111年	1,032	323	31.3	709	68.7
112年	1,242	334	26.9	908	73.1

資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

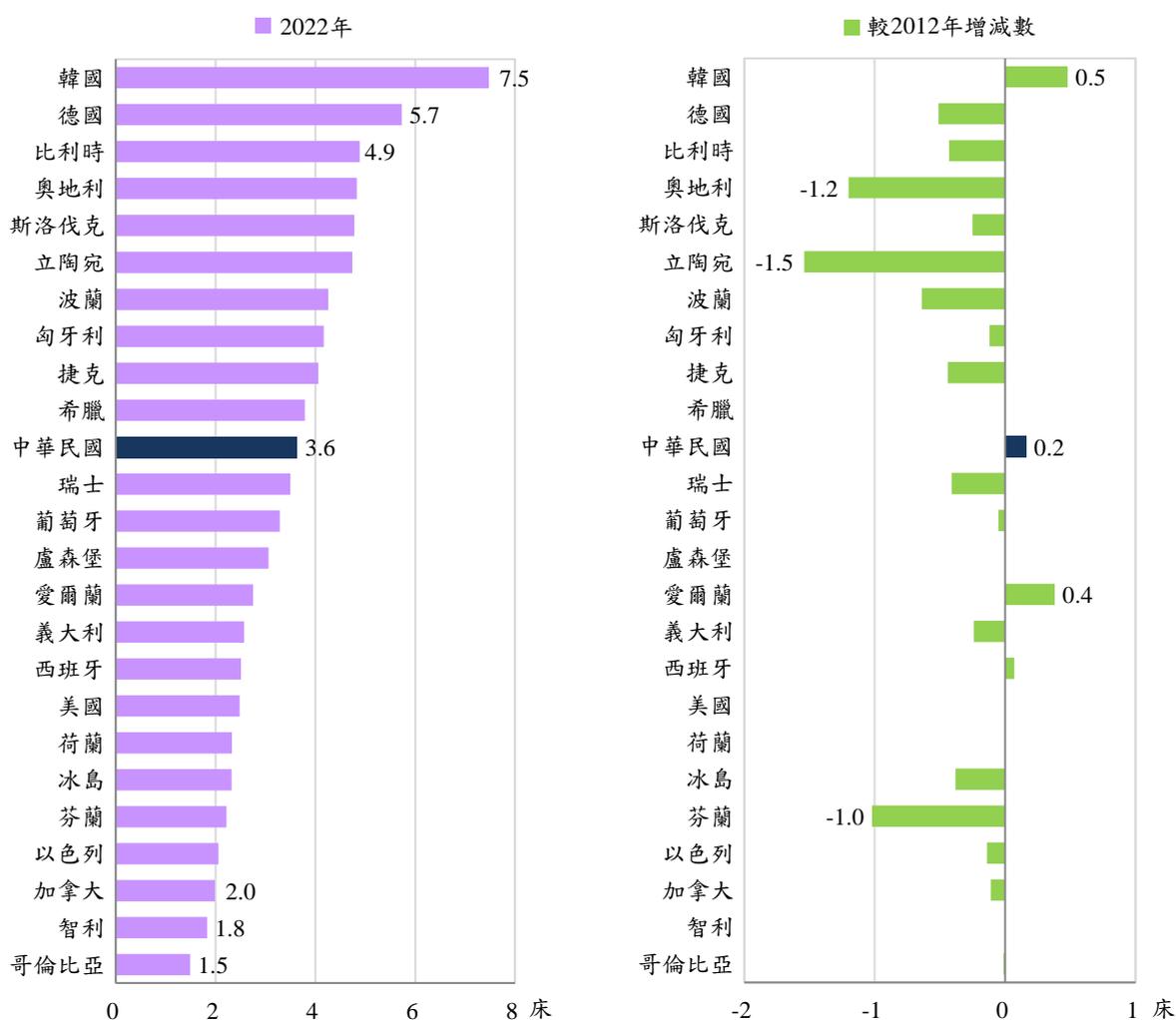
九、每千人口急性病床數

▲2022 年我國平均每千人口急性病床數為 3.6 床。

2022 年 OECD 會員國之平均每千人口急性病床數以韓國 7.5 床最高，德國 5.7 床居次，比利時 4.9 床第 3，哥倫比亞 1.5 床最低，其次為智利 1.8 床，再其次為加拿大 2.0 床；我國平均每千人口急性病床數為 3.6 床，排名相當於 OECD 會員國第 11 順位。

相較於 2012 年，OECD 會員國之平均每千人口急性病床數多呈減少，其中以立陶宛減少 1.5 床最多，其次為奧地利及芬蘭，分別減少 1.2 及 1.0 床，韓國增加 0.5 床最多，愛爾蘭增加 0.4 床居次，我國則增加 0.2 床。

每千人口急性病床數



資料來源：衛生福利部「醫事機構服務量統計」、OECD Health Data 2024。

備註：1. 澳大利亞、哥斯大黎加、丹麥、愛沙尼亞、法國、日本、拉脫維亞、墨西哥、紐西蘭、挪威、斯洛維尼亞、瑞典、土耳其及英國無資料。

2. 各國若無 2022 年資料，以可獲得最近資料年度代替；希臘、盧森堡、美國、荷蘭及智利無 2012 年資料。

肆、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 112 年 6 月 28 日公告之條文；全民健康保險法施行細則係指 111 年 12 月 19 日公告之條文。

(一)承保概況

- 保險對象

依全民健康保險法第 2 條規定，指被保險人及其眷屬。

- 被保險人

依全民健康保險法第 10 條規定，被保險人區分為下列 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、機構之受僱者。
- (3) 前 2 目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
- (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。
- (3) 在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在 2 個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

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。
- 前項第 3 款第 1 目實際從事農業工作者及第 2 目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

- 眷屬

依全民健康保險法第 2 條規定，眷屬：

1. 被保險人之配偶，且無職業者。
2. 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

3.被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

● 投保金額

1.依全民健康保險法第 19 條規定，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。前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續 12 個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

2.依全民健康保險法第 20 條規定，第 1 類及第 2 類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

(1)受僱者：以其薪資所得為投保金額。

(2)雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。

(3)自營作業者及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.依全民健康保險法第 22 條規定，第 3 類被保險人之投保金額，以第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 3 目及第 2 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.依全民健康保險法第 23 條規定，第 4 類至第 6 類保險對象之保險費，以依第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之。

● 平均投保金額

被保險人投保金額平均數。

(各類投保金額×該類被保險人數)之合計 / 被保險人數

(二)財務概況

● 安全準備

依全民健康保險法第 76 條規定，本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

1.本保險每年度收支之結餘。

2.本保險之滯納金。

3.本保險安全準備所運用之收益。

4.政府已開徵之菸、酒健康福利捐。

5.依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

- 應收保險費
為當年開單計費產生之保險費金額，不含補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數及滯納金。
- 實收保險費
實際收到當年開單計費之保險費金額，不含補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數及滯納金。
- 收繳率
(實收保險費 / 應收保險費) × 100
- 補充保險費
依全民健康保險法第 31 條及第 34 條規定計收之保險費。

(三) 特約醫事服務機構概況

- 保險病床
指特約醫療院所提供保險對象住院診療，未收取病床費差額之病床。
- 差額病床
指特約醫療院所提供保險對象住院診療，收取病床費差額之病床。

(四) 醫療利用概況

- 門診申報件數
 1. 特約醫事服務機構向本署申報之醫事服務門診案件數，不含特約交付機構申報之案件數。
 2. 件數另排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「補報部分醫令或醫令差額」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」及「同一療程及排檢」案件。
- 住院申報件數
 1. 特約醫事服務機構向本署申報之醫事服務住院案件數。住院案件之申報依「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」規定，除特殊案件外，其醫療費用每次申報日數上限為 92 日(含)，不足 92 日之案件，於出院時一次申報。
 2. 件數另排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。
- 申請點數
費用發生年特約醫事服務機構之申請點數。
- 部分負擔
全年內保險對象至特約醫事服務機構就診依法須自行負擔之醫療費用。

- 地區醫院、區域醫院及醫學中心
依全民健康保險法施行細則第 59 條規定，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。
- 代辦案件
非屬全民健康保險給付範圍之委辦案件。
- 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。
- 核付點數
費用發生年核予特約醫事服務機構之點數。
- 重大傷病
指全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第 2 條所列各項傷病。
- 自墊醫療費用
 1. 依全民健康保險法第 55 條規定，保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：
 - (1) 於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。
 - (2) 於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。
 - (3) 於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前 2 款規定辦理。
 - (4) 保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。
 - (5) 依第 47 條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。
 2. 依全民健康保險法第 56 條規定，保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：
 - (1) 依第 1 款、第 2 款或第 4 款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起 6 個月內。
 - (2) 依第 3 款規定申請者，為繳清相關費用之日起 6 個月內，並以最近 5 年發生者為限。
 - (3) 依第 5 款規定申請者，為次年 6 月 30 日前。
 保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。
- 每季平均點值
當季預算 / (一般服務核定非浮動點數+一般服務浮動核定點數+自墊核退點數)
牙醫(96 年前)及西醫基層總額當季預算另加計新增醫藥分業地區所增加之費用。

二、全民健保醫療表現指標定義

(一)西醫基層

- 就診後同日於同院所再次就診率
分子：同日、同院門診就醫 2 次以上之人數。
分母：門診就診人數。
- 門診抗生素使用率
分子：給藥案件之抗生素藥品案件數。
分母：給藥案件數。
- 剖腹產率
分子：剖腹產案件數。
分母：生產案件數。
- 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
分子：開立慢性病連續處方箋之案件數。
分母：慢性病給藥案件數。
- 糖尿病病人糖化血紅素或糖化白蛋白執行率
分子：分母病人有執行糖化血紅素或糖化白蛋白檢驗之人數。
分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

(二)醫院

- 住院案件出院後 3 日以內急診率
分子：分母案件中 3 日以內再急診之案件數。
分母：出院案件數。
- 門診抗生素使用率
分子：給藥案件之抗生素藥品案件數。
分母：給藥案件數。
- 剖腹產率
分子：剖腹產案件數。
分母：生產案件數。
- 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
分子：開立慢性病連續處方箋之案件數。
分母：慢性病給藥案件數。
- 糖尿病病人糖化血紅素或糖化白蛋白執行率
分子：分母病人有執行糖化血紅素或糖化白蛋白檢驗之人數。
分母：門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。

(三)中醫

- 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率
分子：按病人 ID 及就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。
分母：按病人 ID 及就醫日期歸戶之筆數。
- 使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上之比率
分子：按病人 ID 歸戶，計算每位 ID 的重複給藥日份加總，排除給藥日份重複為 1 日之重複日數。
分母：給藥案件之給藥日份加總。
- 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率
分子：按病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。
分母：申報總件數。
- 使用中醫門診者之平均中醫就診次數
分子：中醫門診總額就診案件數。
分母：中醫門診總額就診人數。

(四)牙醫

- 牙齒填補保存率—乳牙 1 年 6 個月以內
分子：分母案件中 1.5 年內跨院所再執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一乳牙牙位，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。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 牙齒填補保存率—恆牙 2 年以內
分子：分母案件中 2 年（730 日）內跨院所再執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一恆牙牙位，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。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 牙齒填補保存率—2 年以內
分子：分母案件中 2 年（730 日）內於不同案件重覆執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一牙位，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。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 同院所 90 日以內根管治療完成率
分子：以分母之牙位追蹤其 90 日以內於同院所執行任一根管治療（單根、雙根、三根以上）、恆牙根管治療（四根）、恆牙根管治療（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。
指標計算：分子 / 分母。

- 12 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率

分子：12 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除之人數。

分母：12 歲（含）以上就醫人數。

指標計算：分子 / 分母。

(五)門診透析

- 慢性透析病人：依就醫日期統計，曾連續 3 個月申報門診透析案件之病人。

- 血液透析（腹膜透析）住院率

分子：分母病人之住院次數。

分母：慢性透析病人申報門診血液透析（腹膜透析）任一醫令之病人歸屬院所人數。（病患歸屬於統計期間最多透析次數之院所，若有院所次數相同，則以申報醫療費用最多之院所為歸屬）

- 血液透析（腹膜透析）透析時間小於 1 年死亡率

分子：追蹤期間血液透析（腹膜透析）小於 1 年病人之死亡前 90 天申報資料計算歸屬院所之死亡個案數。

分母：追蹤期間血液透析（腹膜透析）小於 1 年之病患歸屬原則總病人數。

- 血液透析（腹膜透析）透析時間大於等於 1 年死亡率

分子：追蹤期間血液透析（腹膜透析）大於等於 1 年病人之死亡前 90 天申報資料計算歸屬院所之死亡個案數。

分母：追蹤期間血液透析（腹膜透析）大於等於 1 年之病患歸屬原則總病人數。

- 血液透析（腹膜透析）脫離率（I）— 腎功能回復

分子：追蹤期間血液透析（腹膜透析）新病人因腎功能回復而不須再繼續接受透析治療之人數。

分母：追蹤期間血液透析（腹膜透析）之所有新病人數。

- 血液透析（腹膜透析）脫離率（II）— 腎移植

分子：追蹤期間血液透析（腹膜透析）因腎移植而不須再接受透析治療之人數。

分母：追蹤期間血液透析（腹膜透析）之所有病人數。

- 血液透析瘻管重建率

分子：追蹤期間所有血液透析病人重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術前 90 天申報資料計算歸屬院所之總次數。

分母：追蹤期間之血液透析病患歸屬原則總病人月數。

- 腹膜透析腹膜炎發生率

分子：追蹤期間所有病人發生腹膜炎前 90 天申報資料計算歸屬院所之發生腹膜炎總次數。

分母：追蹤期間之病患歸屬原則總病人月數。

(六)新使用呼吸器病人監控指標

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，於計算資料範圍往前 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：連續使用呼吸器大於等於 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：連續使用呼吸器大於等於 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：連續使用呼吸器大於等於 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大於等於 64 日期間住 ICU 人數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 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大於等於 64 日期間住 ICU 總日數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 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大於等於 64 日期間死亡人數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 64 日病人數。

(七)同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率

分子：同院所同病人 ID 同藥理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 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血脂藥物(口服):ATC 前 5 碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血糖藥物(不分口服及注射):ATC 前 5 碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BH、A10BJ、A10BK、A10BX。

抗思覺失調症藥物:ATC 前 5 碼為 N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX、N05AC、N05AG。

抗憂鬱症藥物:ATC 前 5 碼為 N06AA(排除 N06AA02、N06AA12)、N06AB、N06AG。

安眠鎮靜藥物(口服):ATC 前 5 碼為 N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。

