

ISSN 1813-0798

2015 年

全民健康保險

統計動向



厝邊好醫師 **社區好醫院**
就醫先到診所 **病情需要再轉診**



衛生福利部中央健康保險署 編印

中華民國 106 年 5 月

National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare, Taiwan, R.O.C.
May, 2017

2015 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

中華民國 106 年 5 月出版

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，雖歷經許多挑戰，但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，更將「因病而貧、因貧而無力就醫」的時代埋入歷史的灰燼中。

民國 102 年正式上路的二代健保，更是秉持著「公平」、「效率」、「品質」的核心價值，提出了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，擴大民眾參與、落實人人有保的多元支付制度等多項改革措施，希望透過二代健保的實施，確保全民健保的永續經營，並達到「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」的願景。

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」，目前為第 8 本，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.....	i
凡例.....	ii
壹、全民健保業務概況	
一、承保概況	1
(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	9
(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	13
(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	19
(一) 醫療費用申報概況.....	20
(二) 門診醫療利用概況.....	21

(三) 住院醫療利用概況	22
(四) 特約類別門診醫療費用	23
(五) 特約類別住院醫療費用	24
(六) 性別及年齡別門診醫療費用	25
(七) 性別及年齡別住院醫療費用	26
(八) 西醫、中醫及牙醫門診醫療利用概況	27
(九) 醫療費用核付概況	28
(十) 門診重大傷病醫療費用概況	29
(十一) 住院重大傷病醫療費用概況	30
(十二) 部分負擔概況	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、死亡人數與標準化死亡率	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.....	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

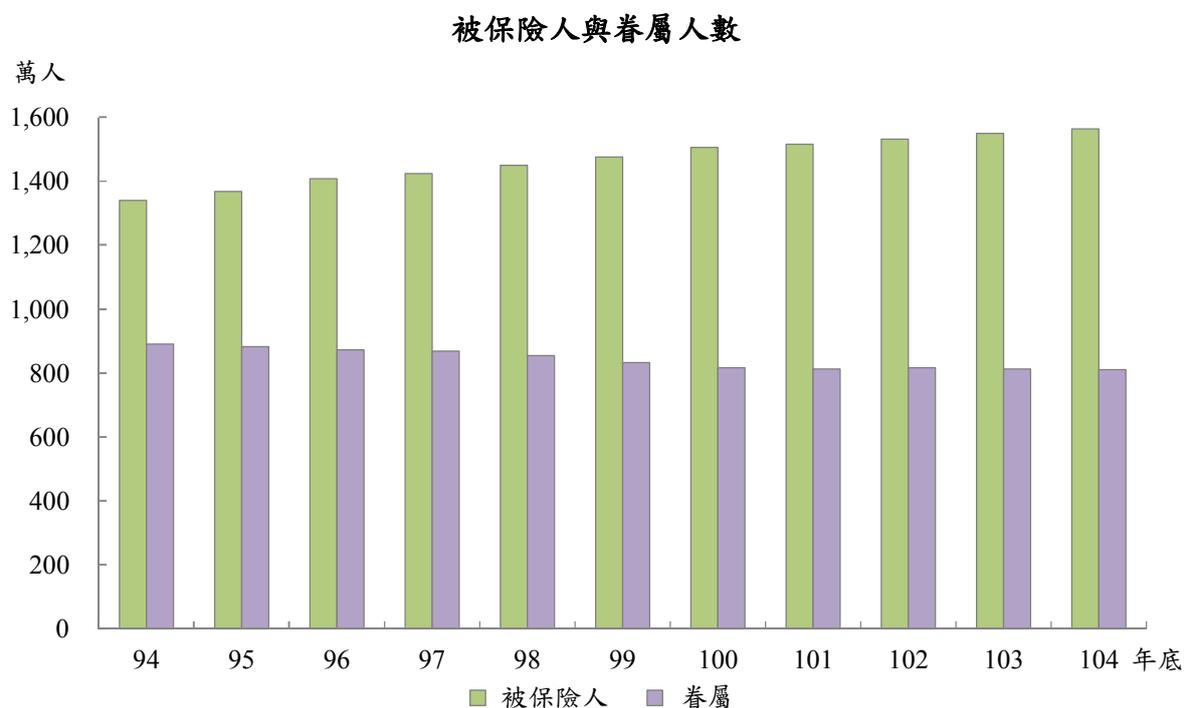
三、特約醫事服務機構概況

四、醫療利用概況

一、承保概況

(一) 保險對象概況

保險對象人數逐年增加，104 年底為 2,374 萬人。



	總計		被保險人	眷屬
		成長率(%)		
94 年底	2,231	0.8	1,341	890
95 年底	2,248	0.8	1,367	882
96 年底	2,280	1.4	1,408	873
97 年底	2,292	0.5	1,424	868
98 年底	2,303	0.5	1,449	854
99 年底	2,307	0.2	1,476	832
100 年底	2,320	0.5	1,504	815
101 年底	2,328	0.4	1,515	813
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

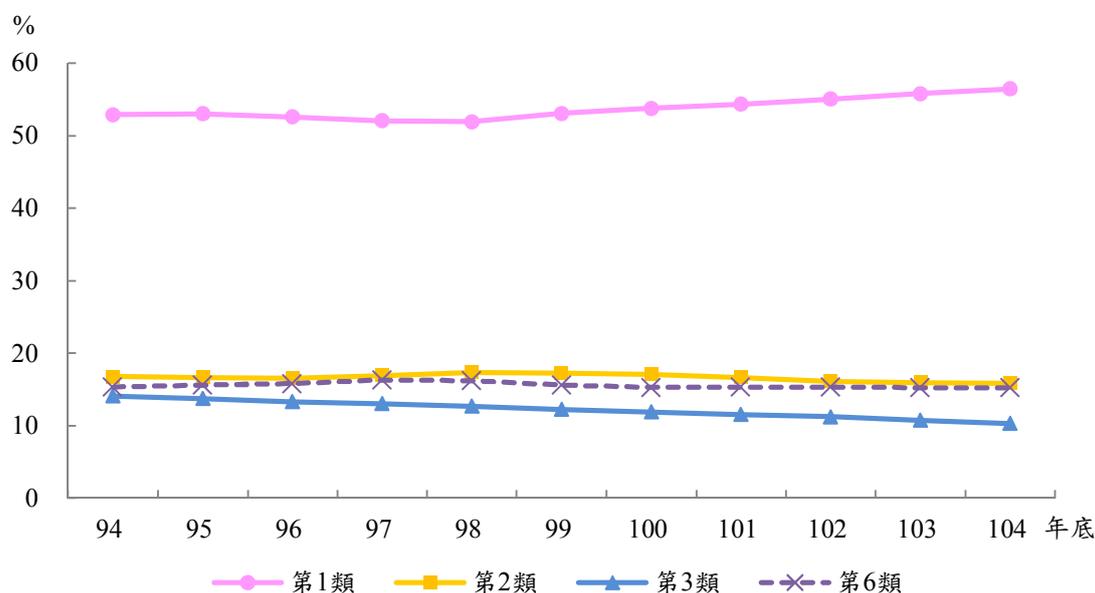
近年來，全民健保投保之眷屬人數雖呈下降趨勢，惟被保險人人數逐年增加，致全體保險對象人數仍呈逐年增加趨勢。

104 年底全民健保保險對象人數 2,374 萬人，其中被保險人 1,564 萬人或占 65.9%，眷屬 810 萬人或占 34.1%。

(二) 保險對象類別之變動

歷年均以第 1 類保險對象占率最高，104 年底為 56.4%。

第 1、2、3 及 6 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
94 年底	2,231	1,180	374	314	...	21	342
95 年底	2,248	1,192	375	309	...	22	351
96 年底	2,280	1,199	378	304	17	22	360
97 年底	2,292	1,193	388	299	16	23	373
98 年底	2,303	1,195	400	292	16	25	373
99 年底	2,307	1,224	398	283	16	27	360
100 年底	2,320	1,247	396	275	16	31	354
101 年底	2,328	1,265	387	269	15	35	357
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

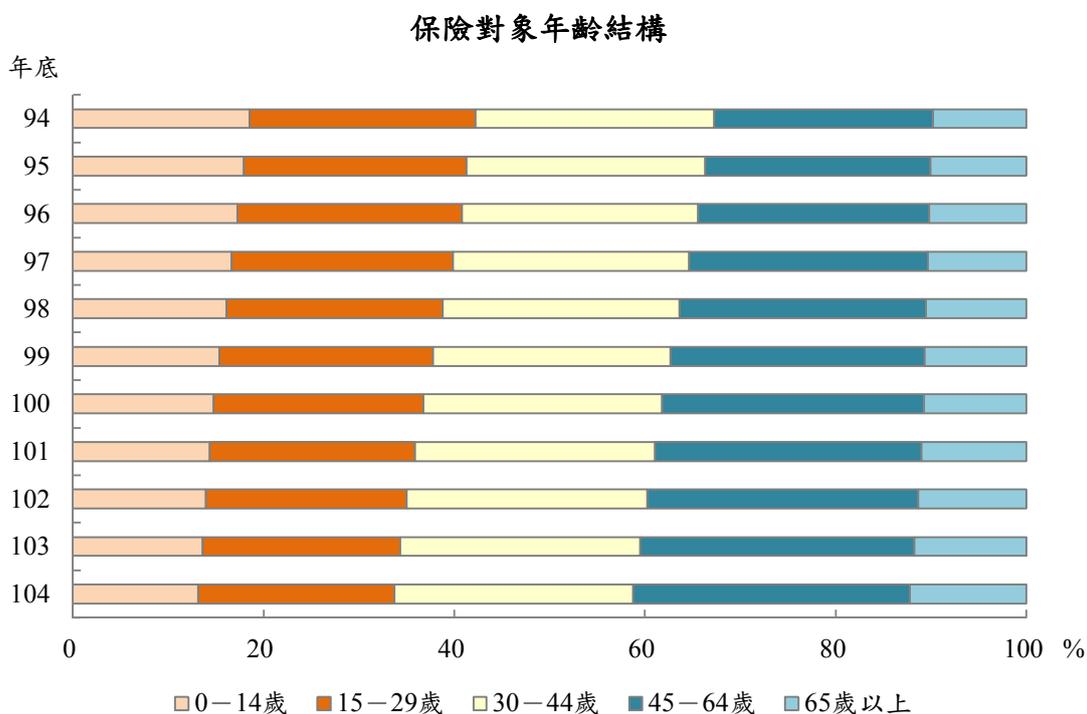
備註：90 年 2 月起軍人納入全民健保體系，惟資料不予陳示，故 94、95 年底第 4 類保險對象以「...」顯示。

觀察各類別保險對象人數結構之變動情形，歷年來均以第 1 類保險對象占率最高，第 2 類居次，93 年以前第 3 類居第三，惟隨其占率逐年下降，致 93 年起第 6 類保險對象占率改居第三。近年來，第 1 類保險對象占率呈增加趨勢，第 2、3 類呈減少趨勢，其餘類別則互有增減。

104 年底第 1 類保險對象 1,340 萬人或占 56.4%，第 2 類保險對象 376 萬人或占 15.8%，第 3 類保險對象 244 萬人或占 10.3%，第 4 類保險對象 18 萬人或占 0.8%，第 5 類保險對象 33 萬人或占 1.4%，第 6 類保險對象 362 萬人或占 15.3%。

(三) 保險對象年齡結構

未滿 30 歲保險對象占率呈減少趨勢，45 歲以上則呈上升趨勢。



保險對象人數—按年齡別分							單位：萬人
	總計	0-14歲	15-29歲	30-44歲	45-64歲	65歲以上	
94 年底	2,231	413	529	558	512	219	
95 年底	2,248	404	524	563	532	226	
96 年底	2,280	393	538	564	553	232	
97 年底	2,292	382	532	567	574	237	
98 年底	2,303	370	523	572	594	243	
99 年底	2,307	355	517	575	616	245	
100 年底	2,320	343	510	580	637	250	
101 年底	2,328	334	502	586	650	256	
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	

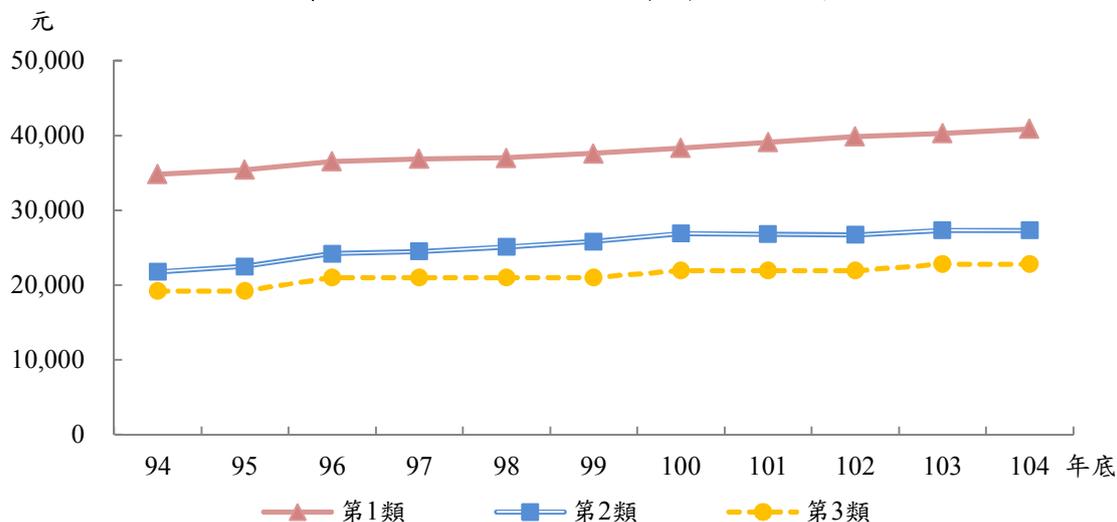
觀察保險對象年齡結構，近年來未滿 30 歲各年齡組保險對象人數占率呈減少趨勢，30-44 歲年齡組維持在 2 成 5 左右，45 歲以上各年齡組則呈上升趨勢。

104 年底 0-14 歲保險對象 313 萬人或占 13.2%，15-29 歲保險對象 488 萬人或占 20.6%，30-44 歲保險對象 594 萬人或占 25.0%，45-64 歲保險對象 689 萬人或占 29.0%，65 歲以上保險對象 290 萬人或占 12.2%。

(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呈上升趨勢，104 年底為 35,918 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

	被保險人平均投保金額						
	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
94 年底	29,497	34,841	21,763	19,200	1,078	1,078	1,007
95 年底	30,066	35,423	22,494	19,200	1,078	1,078	1,007
96 年底	31,427	36,507	24,203	21,000	1,317	1,317	1,099
97 年底	31,672	36,904	24,472	21,000	1,317	1,317	1,099
98 年底	31,847	37,005	25,095	21,000	1,376	1,376	1,099
99 年底	32,544	37,596	25,813	21,000	1,376	1,376	1,249
100 年底	33,505	38,348	26,884	21,900	1,376	1,376	1,249
101 年底	34,087	39,090	26,776	21,900	1,376	1,376	1,249
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

單位：元

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。

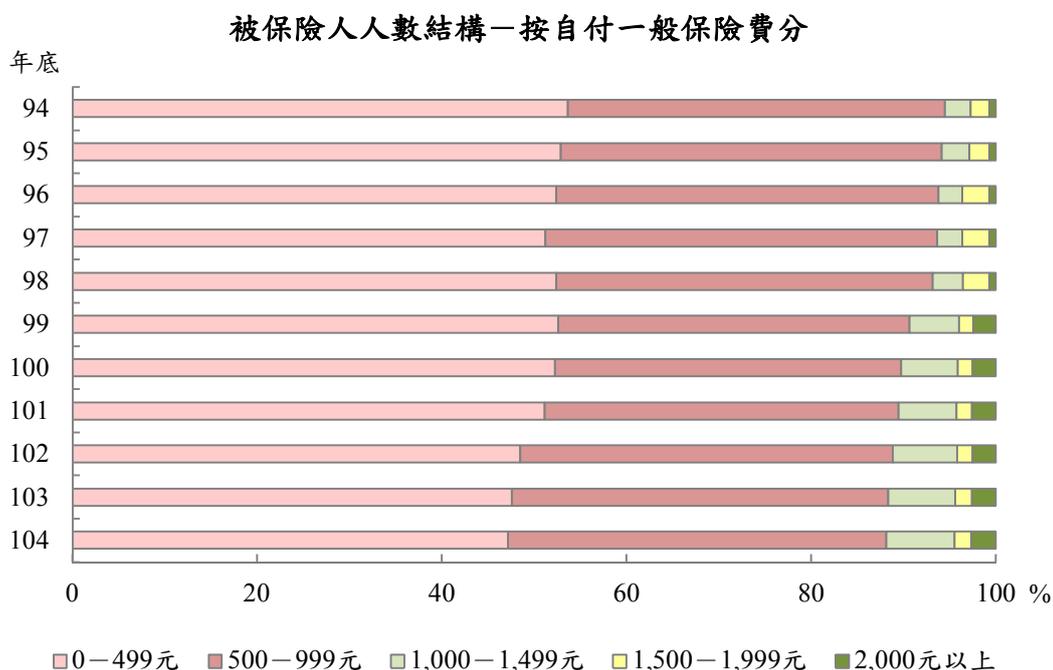
第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額於開辦初期增幅較大，87 年以後增幅趨緩，91 年因軍公教人員調整為全薪之 82.42% 納保，致第 1 類增幅達 10.4%，94 年與 96 年因軍公教人員之全薪納保率再度調升，致第 1 類增幅較高，其餘年度則呈緩升趨勢；歷年來均以第 1 類被保險人平均投保金額最高，第 2 類次之。

104 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 35,918 元，其中第 1 類為 40,878 元，第 2 類為 27,298 元，第 3 類為 22,800 元。

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。第 4、5 類被保險人保險費自 104 年 1 月起調為 1,726 元，第 6 類被保險人保險費自 99 年 4 月起調為 1,249 元。

(五) 被保險人自付一般保險費

104 年底每月自付一般保險費未滿 1,000 元之被保險人占 8 成 8。



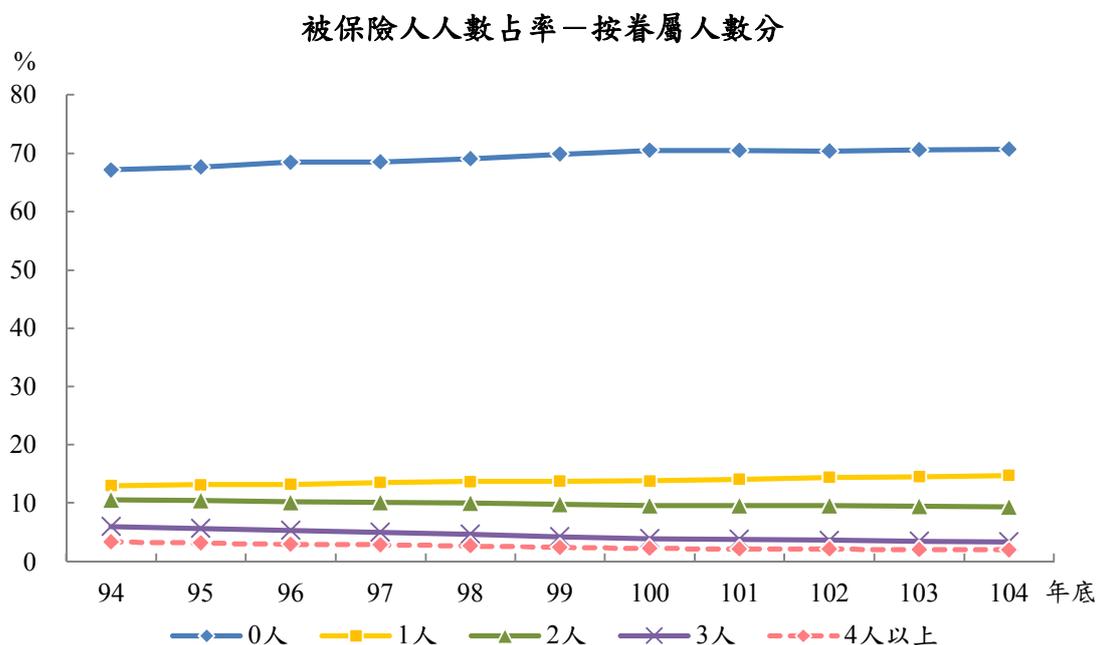
被保險人人數—按自付一般保險費分							單位：萬人
	總計	0-499元	500-999元	1,000-1,499元	1,500-1,999元	2,000元以上	
94 年底	1,341	720	547	37	27	10	
95 年底	1,367	723	564	41	29	10	
96 年底	1,408	738	583	36	41	10	
97 年底	1,424	729	604	39	42	10	
98 年底	1,449	760	590	47	41	10	
99 年底	1,476	777	560	80	22	37	
100 年底	1,504	786	563	93	24	38	
101 年底	1,515	775	579	96	25	39	
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	

被保險人每月自付一般保險費金額以 0-499 元最多，其次為 500-999 元，惟二者合計之占率近年來已逐年降低，104 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 8 成 8。

104 年底每月自付 0-499 元一般保險費之被保險人 737 萬人或占 47.1%，500-999 元者 641 萬人或占 41.0%，1,000-1,499 元者 116 萬人或占 7.4%，1,500-1,999 元者 28 萬人或占 1.8%，2,000 元以上者 42 萬人或占 2.7%。

(六) 被保險人眷屬人數

近年來以眷屬人數為 0 人之被保險人最多，104 年底占率為 70.7%。



	總計	0人	1人	2人	3人	4人以上
94 年底	1,341	900	174	142	80	45
95 年底	1,367	925	180	142	77	43
96 年底	1,408	964	185	143	74	41
97 年底	1,424	975	193	145	71	40
98 年底	1,449	1,000	198	145	67	38
99 年底	1,476	1,031	202	144	62	35
100 年底	1,504	1,061	207	144	59	33
101 年底	1,515	1,067	213	145	57	32
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

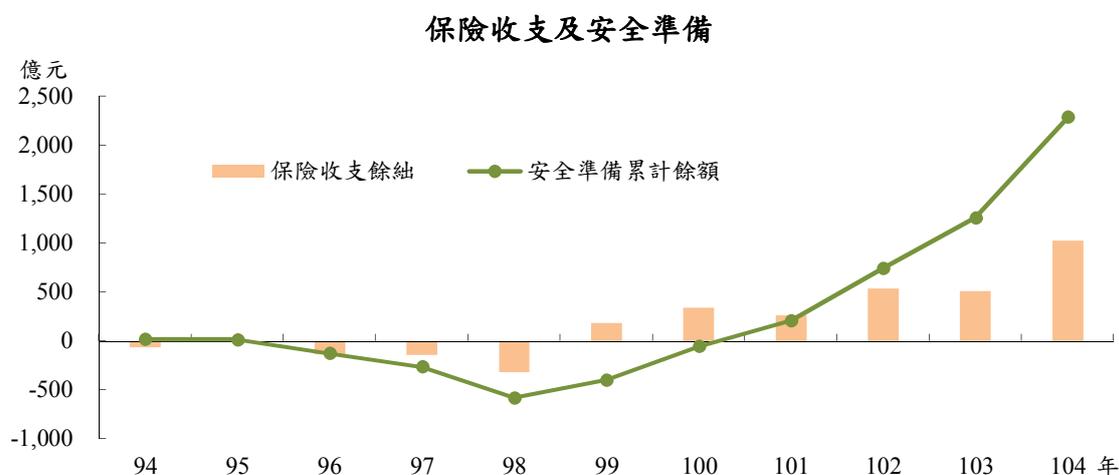
近年來，被保險人之眷屬人數均以 0 人最多，其次依序為 1 人、2 人、3 人及 4 人以上。眷屬人數為 0 人及 1 人之被保險人人數占率呈上升趨勢，眷屬人數 2 人以上被保險人人數占率則呈下降趨勢。

104 年底被保險人之眷屬人數為 0 人者 1,106 萬人或占 70.7%，1 人者 230 萬人或占 14.7%，2 人者 146 萬人或占 9.3%，3 人者 52 萬人或占 3.3%，4 人以上者 31 萬人或占 2.0%。

二、財務概況

(一) 財務收支概況

截至 104 年底安全準備累積數 2,289 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
94 年	3,611	3,674	-63	15
95 年	3,819	3,822	-3	12
96 年	3,874	4,011	-138	-126
97 年	4,020	4,159	-140	-265
98 年	4,031	4,348	-317	-582
99 年	4,608	4,423	185	-397
100 年	4,924	4,582	342	-55
101 年	5,072	4,806	265	210
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

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。

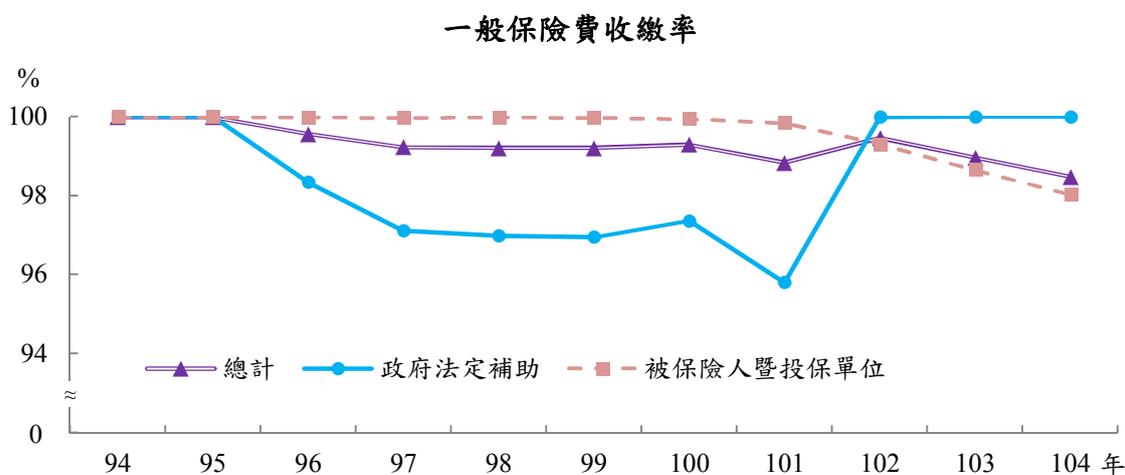
3.保險成本=醫療費用+其他業務外費用。

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。

歷年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，90 年底安全準備累計餘額已低於健保法規定之 1 個月保險給付支出，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，增加補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數，截至 104 年底安全準備累積數 2,289 億元。

(二) 一般保險費

104 年實收一般保險費 4,734 億元，收繳率 9 成 8。



	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
94 年	3,529	3,529	99.99	925	925	100.00	2,604	2,603	99.99
95 年	3,644	3,643	99.99	933	933	100.00	2,711	2,711	99.99
96 年	3,674	3,658	99.56	944	929	98.34	2,730	2,729	99.98
97 年	3,813	3,784	99.23	984	955	97.11	2,829	2,829	99.97
98 年	3,831	3,800	99.20	1,000	970	96.98	2,831	2,830	99.98
99 年	4,355	4,320	99.20	1,116	1,082	96.95	3,239	3,238	99.97
100 年	4,660	4,627	99.29	1,181	1,150	97.36	3,480	3,477	99.94
101 年	4,798	4,742	98.83	1,204	1,153	95.80	3,595	3,589	99.84
102 年	4,644	4,619	99.46	1,104	1,104	99.99	3,541	3,516	99.30
103 年	4,778	4,729	98.96	1,112	1,112	100.00	3,666	3,617	98.65
104 年	4,807	4,734	98.48	1,126	1,126	100.00	3,680	3,607	98.02

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 105 年 10 月 5 日。

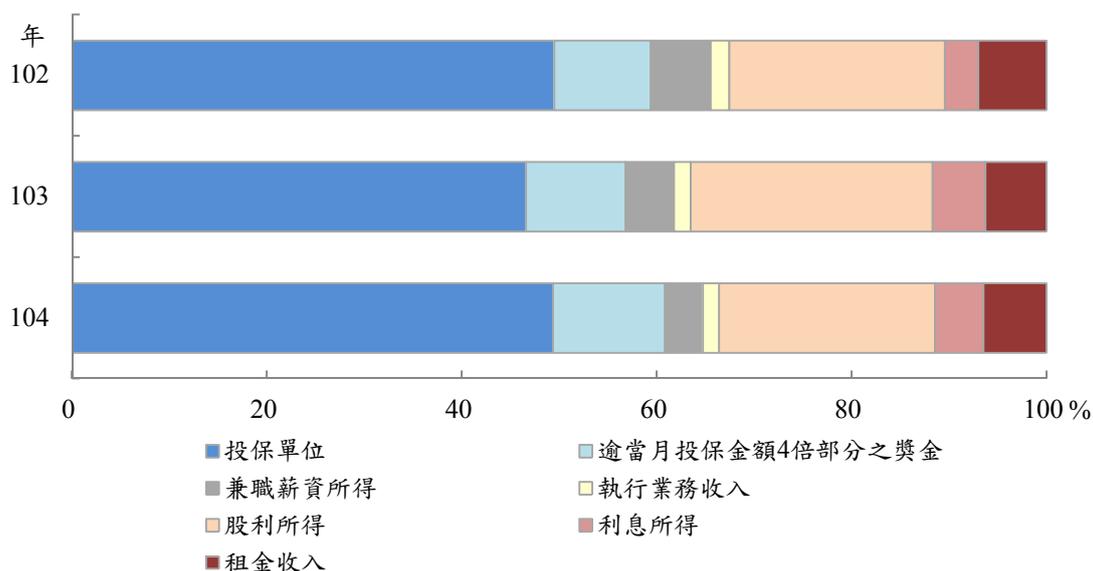
觀察全民健保一般保險費之收繳情形，96 年至 101 年間，政府法定補助之收繳率低於被保險人暨投保單位負擔，其中臺北市政府因非設籍該市住民健保補助款負擔沉重，排擠相關財政支出、高雄市政府因財政困窘等原因，衍生滯欠健保費補助款，經各級政府相關單位共同努力，二直轄市政府已分別提出分年還款計畫。自 101 年 7 月 1 日起，原由地方政府補助保險對象健保費之補助款，統由中央政府補助，102 年起政府法定補助之收繳率高於被保險人暨投保單位負擔。

104 年實收一般保險費 4,734 億元，收繳率 98.48%，其中政府法定補助 1,126 億元，收繳率 100.00%，被保險人暨投保單位 3,607 億元，收繳率 98.02%。

(三) 補充保險費

104 年補充保險費 473 億元。

補充保險費結構—按來源別分



補充保險費									
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	403	200	204	40	25	8	89	14	28
103 年	468	218	250	48	23	8	116	25	30
104 年	473	234	240	55	18	8	105	23	31

備註：資料日期為 105 年 10 月 5 日。

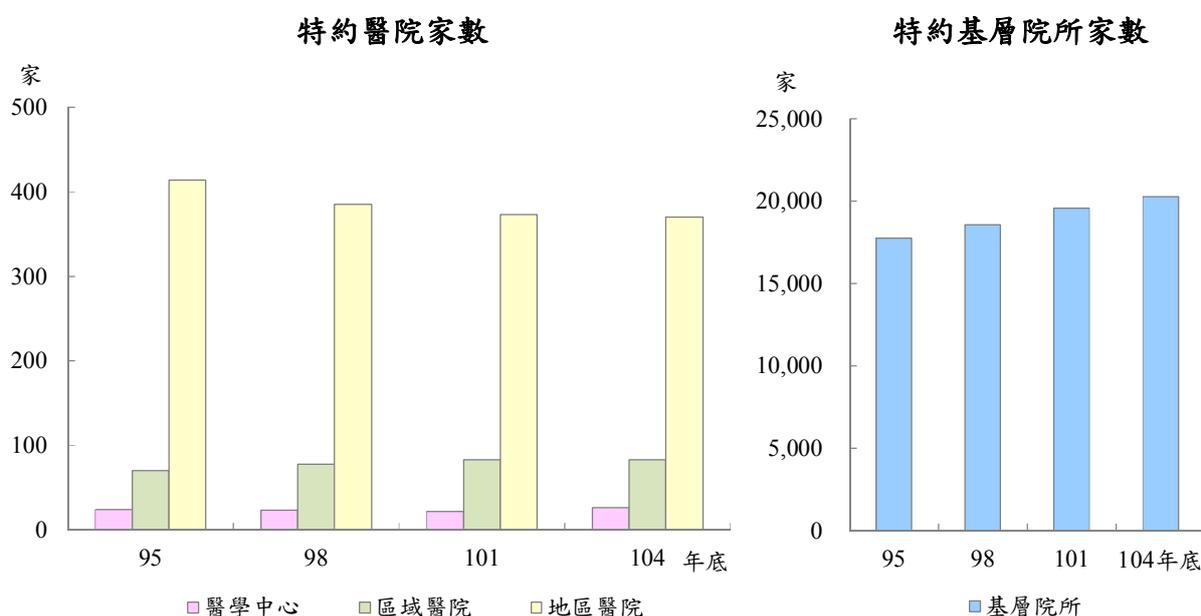
為穩固健保財源，提升保險費負擔公平性，102 年 1 月 1 日起實施之二代健保財務新制，除了以經常性薪資對照投保金額所計算之一般保險費外，將以往未列入投保金額計算的保險對象之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及投保單位給付薪資超過受僱者投保金額之差額部分，納入補充保險費計費基礎，計收補充保險費。

104 年補充保險費 473 億元，其中來自保險對象 240 億元，包括逾當月投保金額 4 倍部分之獎金 55 億元，兼職薪資所得 18 億元，執行業務收入 8 億元，股利所得 105 億元，利息所得 23 億元及租金收入 31 億元，來自投保單位 234 億元。

三、特約醫事服務機構概況

(一) 特約醫事服務機構家數

特約醫事服務機構家數逐年增加，104 年底為 27,728 家。



特約醫事服務機構家數						
	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	其他
94 年底	22,965	21	73	417	17,420	5,034
95 年底	23,207	24	70	414	17,781	4,918
96 年底	23,478	23	72	397	18,048	4,938
97 年底	23,874	23	77	383	18,346	5,045
98 年底	24,423	23	78	385	18,591	5,346
99 年底	25,031	23	81	378	18,906	5,643
100 年底	25,747	22	83	374	19,284	5,984
101 年底	26,317	22	83	373	19,580	6,259
102 年底	26,823	22	82	370	19,850	6,499
103 年底	27,332	26	83	367	20,127	6,729
104 年底	27,728	26	83	370	20,283	6,966

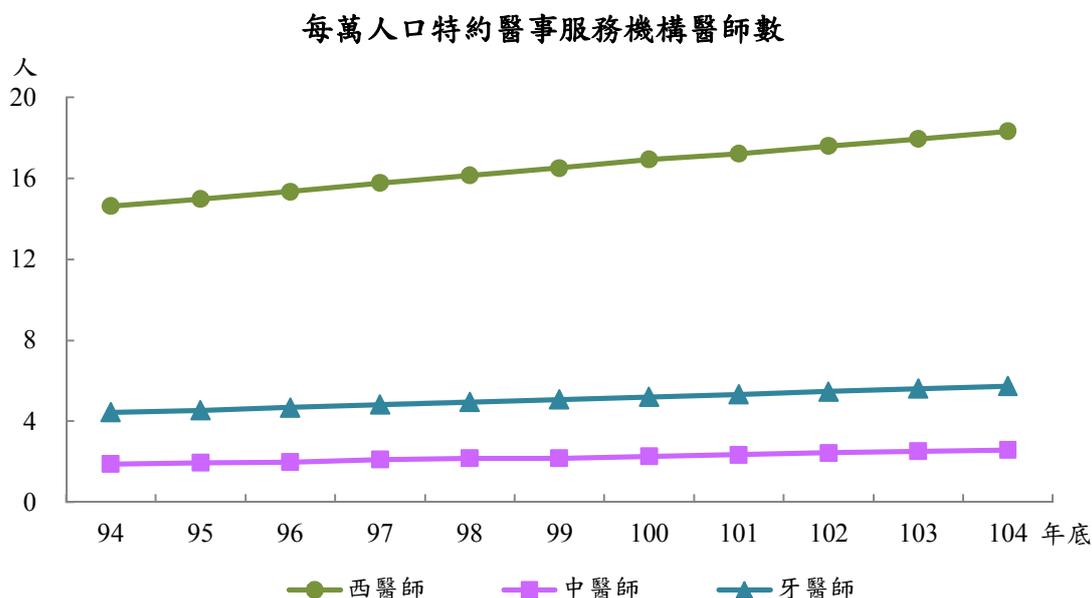
備註：其他包括藥局、醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所、醫事放射所及呼吸照護所。

近年來，除地區醫院家數呈減少趨勢外，包括醫學中心、區域醫院、基層院所及其他醫事服務機構家數均呈增加趨勢，致特約醫事服務機構家數逐年增加。

104 年底特約醫事服務機構 27,728 家，其中醫學中心 26 家，區域醫院 83 家，地區醫院 370 家，基層院所 20,283 家，其他醫事服務機構 6,966 家。

(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，104 年底為 26.6 人。



備註：人口數係指內政部「內政統計年報」之人口數資料。

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
94 年底	47,704	21.0	33,298	14.6	4,308	1.9	10,098	4.4
95 年底	49,107	21.5	34,264	15.0	4,468	2.0	10,375	4.5
96 年底	50,516	22.0	35,202	15.3	4,575	2.0	10,739	4.7
97 年底	52,287	22.7	36,328	15.8	4,875	2.1	11,084	4.8
98 年底	53,725	23.2	37,294	16.1	5,000	2.2	11,431	4.9
99 年底	55,025	23.8	38,227	16.5	5,052	2.2	11,746	5.1
100 年底	56,620	24.4	39,294	16.9	5,262	2.3	12,064	5.2
101 年底	58,026	24.9	40,109	17.2	5,470	2.3	12,447	5.3
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

備註：人口數係指內政部「內政統計年報」之人口數資料。

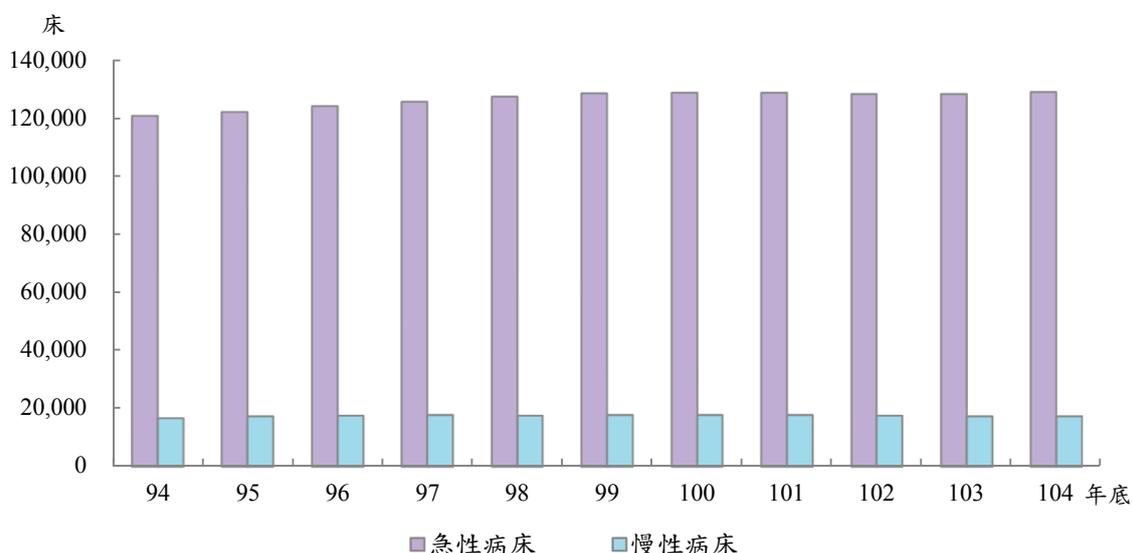
近年來，每萬人口特約醫事服務機構醫師數（特約醫事服務機構醫師數／人口數×10,000）呈逐年增加趨勢，其中以西醫師數最高，牙醫師數次之，中醫師數最低。

104 年底每萬人口特約醫事服務機構醫師數為 26.6 人，西醫師數 18.3 人，中醫師數 2.6 人，牙醫師數 5.7 人。

(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，104 年底為 146,052 床。

特約醫事服務機構急性、慢性病床數



特約醫事服務機構病床數

單位：床

	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
94 年底	137,289	110,310	26,979	120,662	94,358	26,304	16,627	15,952	675
95 年底	139,298	112,013	27,285	122,077	95,574	26,503	17,221	16,439	782
96 年底	141,370	113,749	27,621	123,982	97,126	26,856	17,388	16,623	765
97 年底	143,121	115,466	27,655	125,463	98,550	26,913	17,658	16,916	742
98 年底	144,794	117,437	27,357	127,330	100,489	26,841	17,464	16,948	516
99 年底	146,187	119,054	27,133	128,489	101,866	26,623	17,698	17,188	510
100 年底	146,377	120,078	26,299	128,727	103,057	25,670	17,650	17,021	629
101 年底	146,353	121,249	25,104	128,551	104,101	24,450	17,802	17,148	654
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

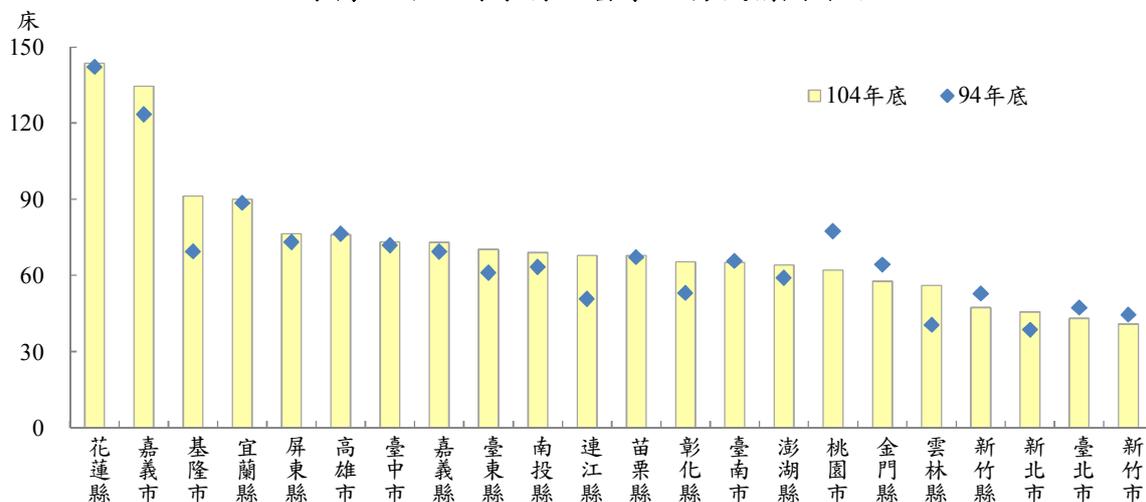
94 年至 100 年間，特約醫事服務機構病床數雖逐年增加，惟其增幅已趨緩，101 年至 103 年間，病床數改呈負成長，104 年底病床數則較上年增加。

104 年底特約醫事服務機構急性病床 128,778 床，其中急性保險病床 104,162 床，急性差額病床 24,616 床；慢性病床 17,274 床，其中慢性保險病床 16,653 床，慢性差額病床 621 床；總病床數為 146,052 床。

(四) 特約醫事服務機構病床密度

近 5 年來每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數逐年減少，104 年底為 61.5 床。

每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數



備註：1. 保險對象縣市別資料係依所屬投保單位之通訊地址統計。

2. 臺中市、臺南市及高雄市 94 年底資料分別包括改制前臺中縣市、臺南縣市及高雄縣市資料。

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(%)	
94 年底	137,289	2.4	2,231	0.8	61.5
95 年底	139,298	1.5	2,248	0.8	62.0
96 年底	141,370	1.5	2,280	1.4	62.0
97 年底	143,121	1.2	2,292	0.5	62.4
98 年底	144,794	1.2	2,303	0.5	62.9
99 年底	146,187	1.0	2,307	0.2	63.4
100 年底	146,377	0.1	2,320	0.5	63.1
101 年底	146,353	-0.0	2,328	0.4	62.9
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

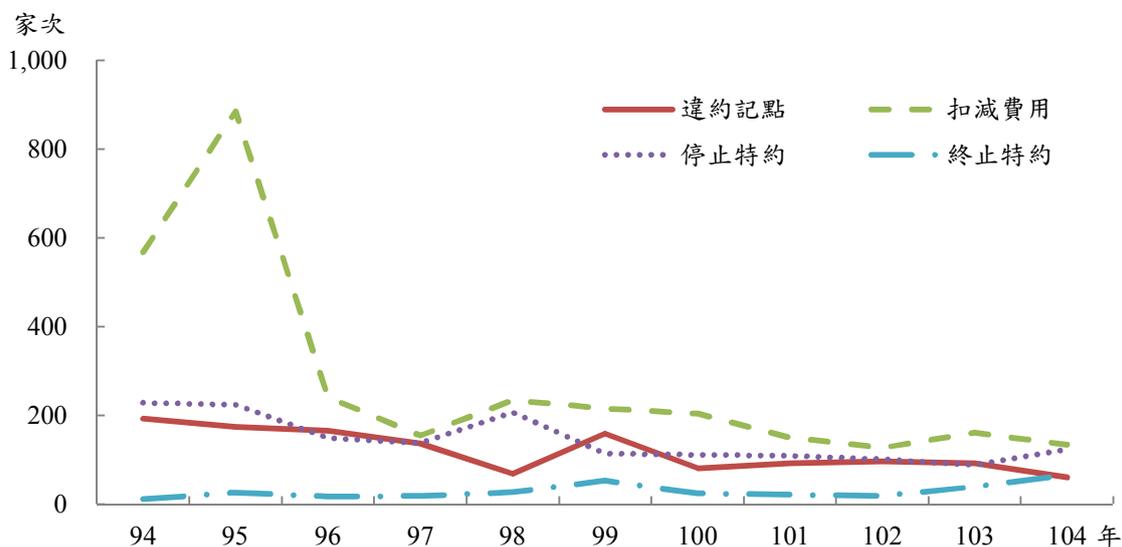
94 年至 99 年間，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數（特約醫事服務機構病床數／保險對象×10,000）逐年增加，100 年底起，或因病床數減少，或病床數雖增加，惟其增幅未及保險對象增幅，致每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數逐年減少。

104 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數為 61.5 床，與 94 年底相當，各縣市中以花蓮縣最多，嘉義市次之，基隆市居第三。

(五) 特約醫事服務機構查處

近年來特約醫事服務機構查處家次呈減少趨勢，104 年為 383 家次。

特約醫事服務機構各處分類別查處家次



特約醫事服務機構查處

單位：家次

	總計	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約
94 年	999	192	568	228	11
95 年	1,309	174	885	224	26
96 年	572	165	241	149	17
97 年	446	136	154	138	18
98 年	536	68	234	207	27
99 年	541	159	215	114	53
100 年	420	81	204	111	24
101 年	372	92	150	109	21
102 年	344	97	127	101	19
103 年	380	92	161	88	39
104 年	383	60	134	123	66

為避免健保醫療資源浪費，維護保險對象就醫安全與品質，本署除加強查察密醫看診及虛報詐領健保醫療給付情事，並協調檢警調單位會同查辦重大違法案件，凡有違規事證者，均依規定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約處分。凡經查獲之重大違規情事，均於網站公布，以達嚇阻作用，進一步保障保險對象就醫權益。

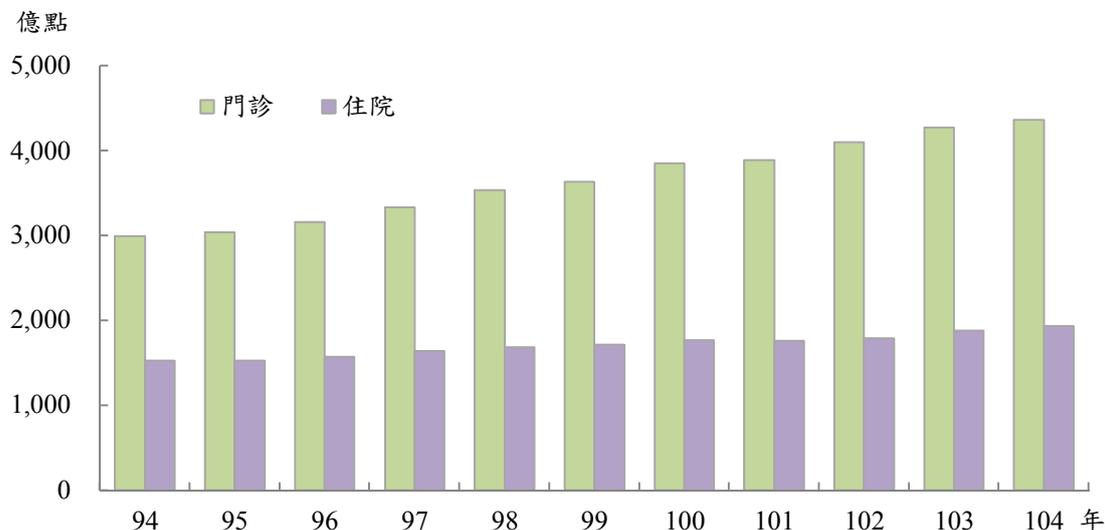
近年來，特約醫事服務機構查處家次呈減少趨勢，各處分類別中，以扣減費用最多，104 年以前以終止特約最少，104 年則以違約記點最少。104 年特約醫事服務機構中遭違約記點查處者 60 家次，扣減費用 134 家次，停止特約 123 家次，終止特約 66 家次，共計 383 家次違規。

四、醫療利用概況

(一) 醫療費用申報概況

醫療費用逐年成長，104 年為 6,304 億點。

門診、住院醫療費用



醫療費用申報概況

單位：億點

	總計	門診		住院	
		占率(%)	占率(%)		
94 年	4,525	66.2	33.8		
95 年	4,565	66.6	33.4		
96 年	4,738	66.8	33.2		
97 年	4,973	67.1	32.9		
98 年	5,221	67.7	32.3		
99 年	5,352	68.0	32.0		
100 年	5,620	68.5	31.5		
101 年	5,655	68.8	31.2		
102 年	5,893	69.6	30.4		
103 年	6,153	69.5	30.5		
104 年	6,304	69.3	30.7		

備註：1. 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）。

2. 本表自 101 年起排除代辦案件。

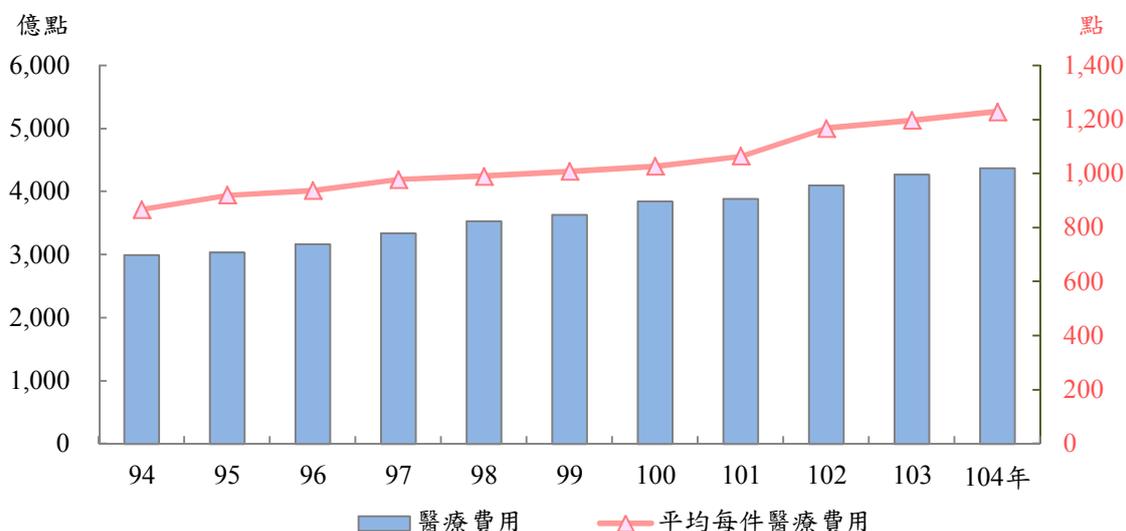
觀察健保醫療費用申報情形，門診及住院醫療費用均呈增加趨勢，致全體醫療費用逐年成長；94 年至 102 年間，門診醫療費用占全體醫療費用之比率逐年增加，住院占率逐年減少，惟自 103 年起，門診占率改呈減少趨勢，住院占率則呈增加趨勢。

104 年醫療費用申報總點數 6,304 億點，門診醫療費用 4,368 億點或占 69.3%，住院醫療費用 1,935 億點或占 30.7%。

(二) 門診醫療利用概況

平均每件門診醫療費用逐年增加，104 年為 1,229 點。

門診醫療費用及平均每件醫療費用



門診醫療利用概況

	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)			平均每件醫療費用 (點)
		申請點數 (億點)	部分負擔 (億元)		
94 年	34,520	2,995	2,733	261	867
95 年	33,004	3,038	2,772	266	921
96 年	33,760	3,163	2,894	269	937
97 年	34,102	3,335	3,066	270	978
98 年	35,679	3,535	3,260	275	991
99 年	36,065	3,637	3,360	277	1,009
100 年	37,501	3,850	3,561	288	1,027
101 年	36,541	3,890	3,600	290	1,065
102 年	35,121	4,101	3,811	290	1,168
103 年	35,703	4,274	3,979	295	1,197
104 年	35,559	4,368	4,071	297	1,229

備註：1.本表自 101 年起排除代辦案件。

2.本表自 102 年起申報件數排除慢連箋領藥案件。

3.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)。

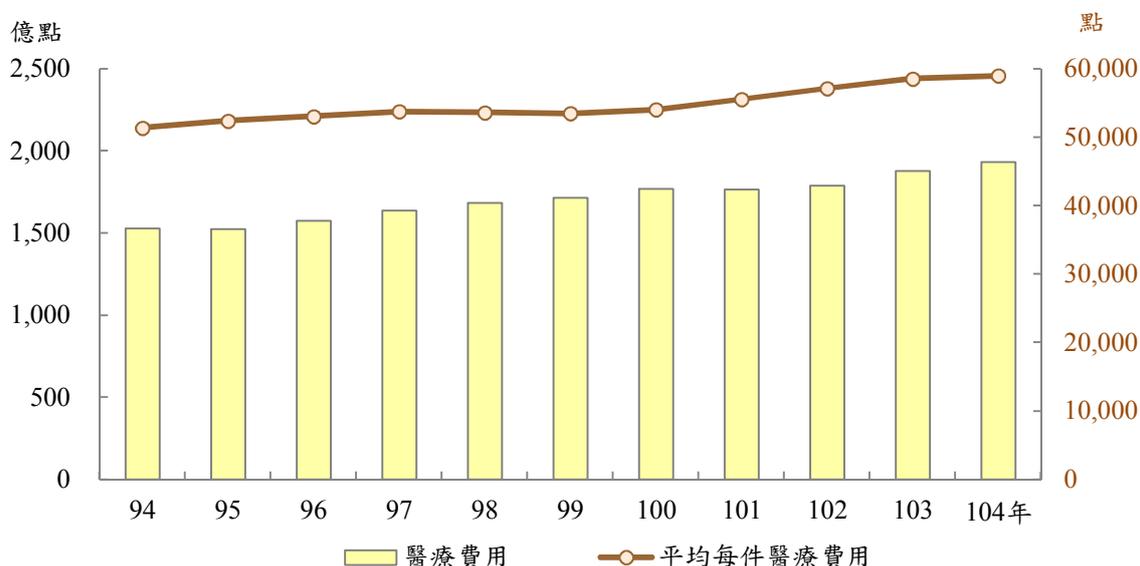
觀察近年來門診醫療利用情形，94 年 6 月因修訂「全民健康保險保險對象自付之西醫門診基本部分負擔費用與急診部分負擔費用」，致 95 年門診申報件數呈負成長，96 年至 100 年間則呈增加趨勢，101 年因排除代辦案件，102 年再排除慢連箋領藥案件，致申報件數均呈負成長，103 年則較上年增加，104 年再呈負成長；門診醫療費用及平均每件醫療費用均逐年增加。

104 年門診申報件數 3 億 5,559 萬件，醫療費用 4,368 億點，平均每件醫療費用 1,229 點。

(三) 住院醫療利用概況

住院醫療費用呈增加趨勢，104 年為 1,935 億點。

住院醫療費用及平均每件醫療費用



住院醫療利用概況

	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	部分負擔		平均每件醫療費用 (點)
			申請點數 (億點)	(億元)	
94 年	298	1,530	1,466	64	51,373
95 年	291	1,526	1,463	64	52,401
96 年	297	1,575	1,509	66	53,044
97 年	305	1,638	1,569	69	53,741
98 年	314	1,686	1,616	70	53,636
99 年	321	1,715	1,644	71	53,474
100 年	328	1,770	1,698	72	54,015
101 年	318	1,765	1,693	73	55,567
102 年	313	1,792	1,716	75	57,168
103 年	321	1,879	1,799	80	58,573
104 年	328	1,935	1,853	82	58,989

備註：1.本表自 101 年起排除代辦案件。

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）。

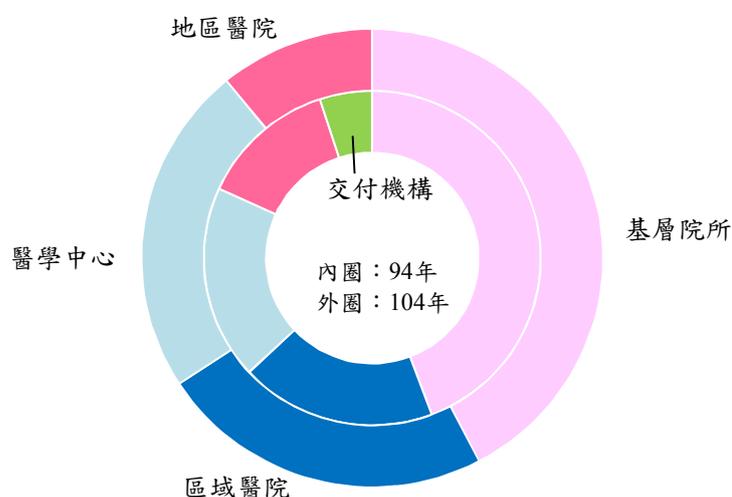
觀察近年來住院醫療利用情形，健保住院申報件數於 94 年及 95 年為負成長，96 年至 100 年間則呈增加趨勢，101 年因排除代辦案件，致申報件數較上年減少，102 年續呈負成長，103 年起轉呈增加趨勢；住院醫療費用呈增加趨勢；平均每件住院醫療費用除 98 年及 99 年為負成長外，其餘年度呈增加趨勢。

104 年住院申報件數 328 萬件，醫療費用 1,935 億點，平均每件醫療費用 58,989 點。

(四) 特約類別門診醫療費用

門診醫療費用以基層院所占率最大，104 年為 42.3%。

門診醫療費用結構—按特約類別分



	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	交付機構
94 年	2,995	563	563	394	1,325	150
95 年	3,038	613	538	412	1,323	151
96 年	3,163	649	598	402	1,357	157
97 年	3,335	689	671	388	1,410	178
98 年	3,535	724	719	402	1,483	208
99 年	3,637	754	762	401	1,500	220
100 年	3,850	812	831	400	1,555	251
101 年	3,890	827	840	400	1,569	254
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	-

備註：1. 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）。

2. 本表自 101 年起排除代辦案件。

3. 本表自 102 年起交付機構案件醫療費用回歸原處方院所。

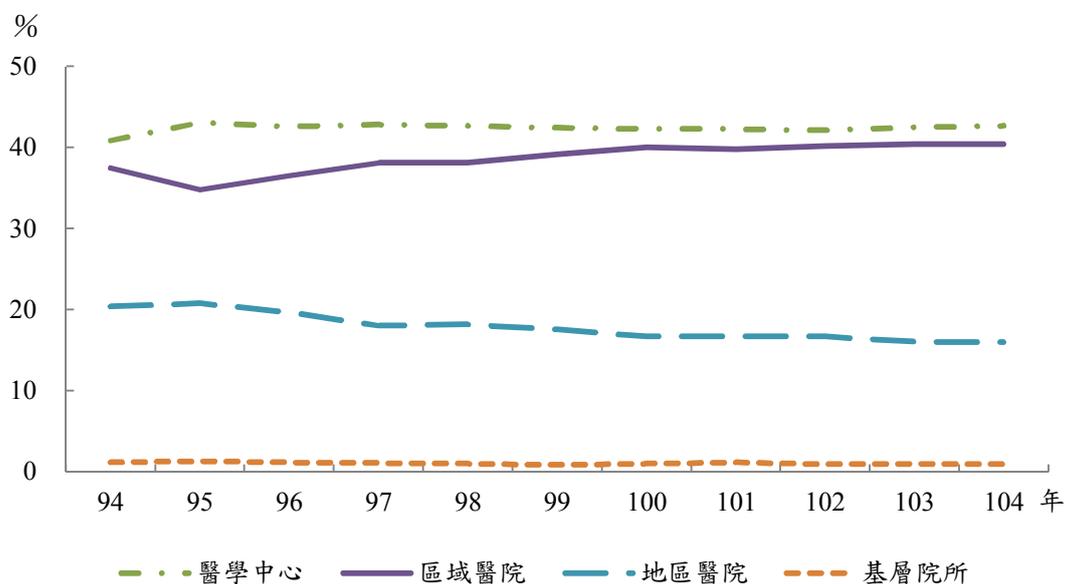
門診醫療費用以基層院所占率最大，醫學中心及區域醫院占率相當，近年來區域醫院占率略高於醫學中心，再其次為地區醫院。

104 年醫學中心門診醫療費用 1,020 億點或占 23.3%，區域醫院 1,024 億點或占 23.4%，地區醫院 475 億點或占 10.9%，基層院所 1,849 億點或占 42.3%。

(五) 特約類別住院醫療費用

住院醫療費用以醫學中心占率最大，104 年為 42.7%。

住院醫療費用占率—按特約類別分



	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
94 年	1,530	626	574	312	18
95 年	1,526	658	531	317	20
96 年	1,575	671	575	310	19
97 年	1,638	701	624	295	18
98 年	1,686	719	643	306	17
99 年	1,715	728	672	301	15
100 年	1,770	749	708	296	17
101 年	1,765	747	702	295	21
102 年	1,792	755	720	299	17
103 年	1,879	799	760	302	19
104 年	1,935	825	782	309	19

備註：1. 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）。
2. 本表自 101 年起排除代辦案件。

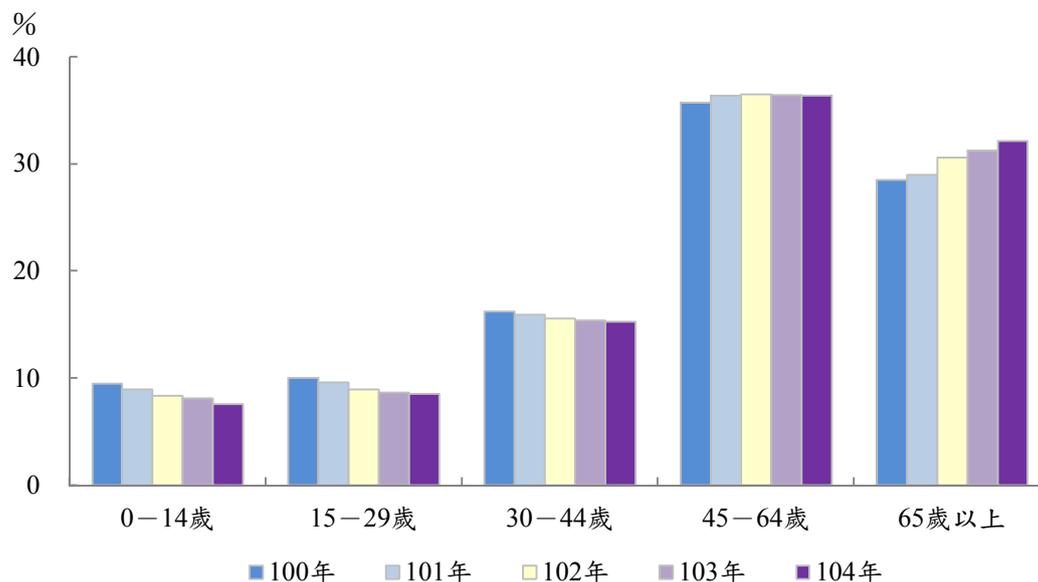
住院醫療費用以醫學中心占率最大，區域醫院次之，惟近年來二者之差距已漸趨近，地區醫院居第三，基層院所占率最小。

104 年醫學中心住院醫療費用 825 億點或占 42.7%，區域醫院 782 億點或占 40.4%，地區醫院 309 億點或占 16.0%，基層院所 19 億點或占 1.0%。

(六) 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占率逐年增加，104 年為 32.2%。

門診醫療費用占率—按年齡別分



門診醫療費用—按性別及年齡別分

單位：億點

	總計		0-14 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
100 年	1,865	1,984	204	161	180	206	294	332	662	714	526	572
101 年	1,884	2,006	196	154	174	200	287	333	687	730	540	590
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

備註：1. 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）。

2. 本表自 101 年起排除代辦案件。

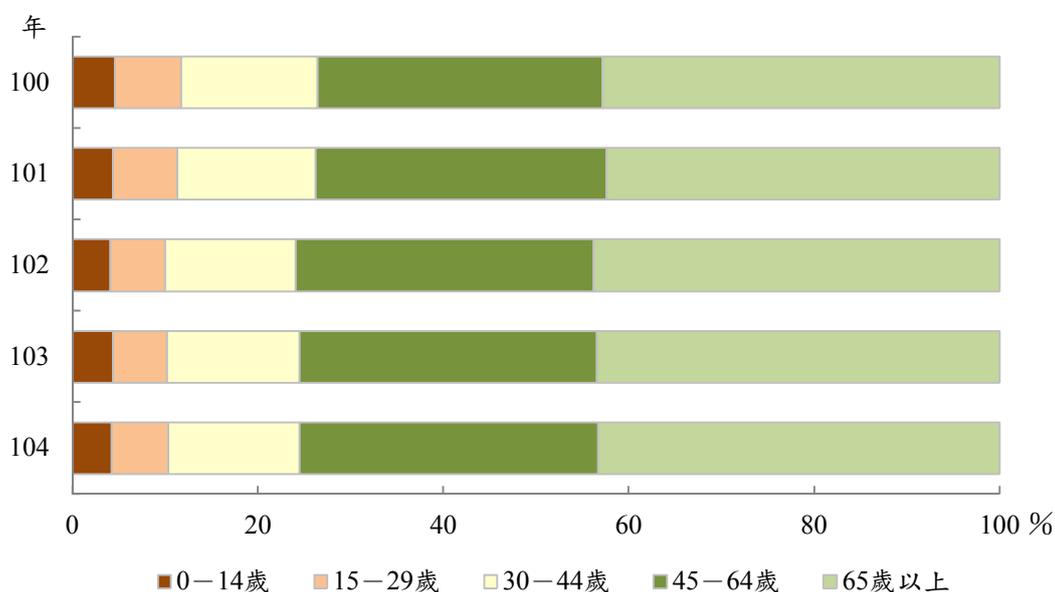
近年來，未滿 45 歲各年齡組門診醫療費用占率逐年下降，45-64 歲年齡組占率互有增減，65 歲以上年齡組占率則逐年增加。若按性別觀察，門診醫療費用以女性占率較大，兩性各年齡組中，除 0-14 歲年齡組以男性占率較大外，其餘年齡組均以女性占率較大。

104 年 0-14 歲年齡組門診醫療費用 331 億點或占 7.6%，15-29 歲年齡組 373 億點或占 8.5%，30-44 歲年齡組 668 億點或占 15.3%，45-64 歲年齡組 1,591 億點或占 36.4%，65 歲以上年齡組 1,406 億點或占 32.2%。

(七) 性別及年齡別住院醫療費用

45 歲以上年齡組住院醫療費用占率呈增加趨勢，104 年為 75.5%。

住院醫療費用結構—按年齡別分



住院醫療費用—按性別及年齡別分

單位：億點

	總計		0-14 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
100 年	965	806	45	36	57	70	121	139	322	222	419	339
101 年	946	820	42	35	52	71	114	149	328	226	409	340
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

備註：1. 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）。

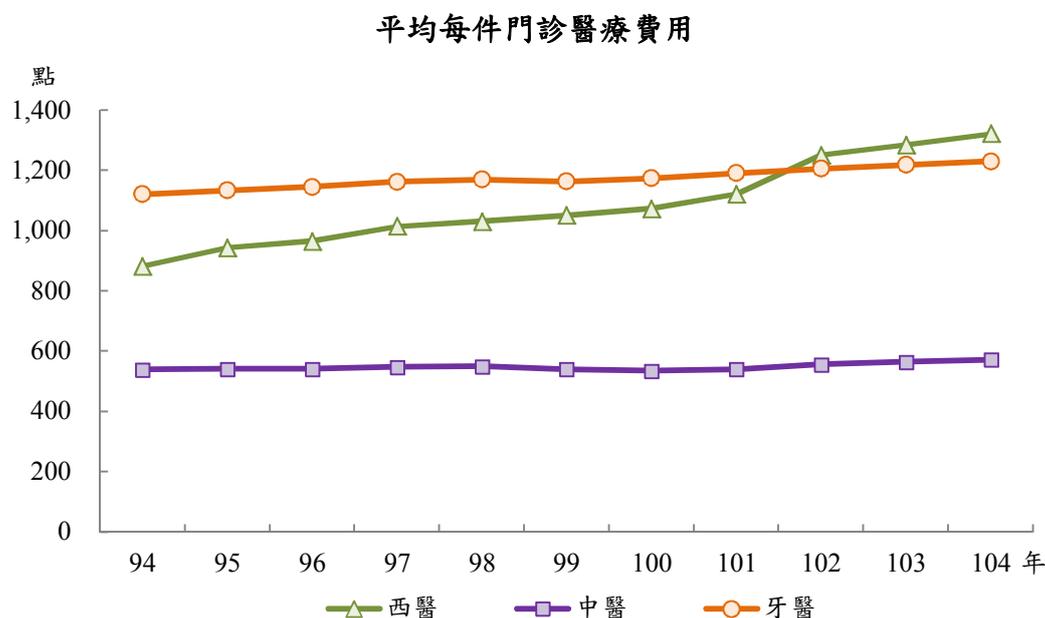
2. 本表自 101 年起排除代辦案件。

近年來，45 歲以上年齡組住院醫療費用占率呈增加趨勢，未滿 45 歲年齡組占率則呈下降趨勢。若按性別觀察，住院醫療費用以男性占率較大，兩性各年齡組中，15-29 歲及 30-44 歲年齡組以女性占率較大，其餘年齡組則以男性占率較大。

104 年 0-14 歲年齡組住院醫療費用 81 億點或占 4.2%，15-29 歲年齡組 119 億點或占 6.2%，30-44 歲年齡組 273 億點或占 14.1%，45-64 歲年齡組 624 億點或占 32.2%，65 歲以上年齡組 838 億點或占 43.3%。

(八) 西醫、中醫及牙醫門診醫療利用概況

平均每件門診醫療費用以西醫之增幅較為明顯。



門診醫療利用概況—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)
94年	28,318	2,498	3,395	183	2,807	315
95年	26,871	2,538	3,298	178	2,835	321
96年	27,372	2,641	3,473	188	2,915	334
97年	27,482	2,788	3,619	198	3,001	349
98年	28,776	2,966	3,847	211	3,056	357
99年	29,314	3,081	3,689	199	3,062	356
100年	30,631	3,287	3,821	204	3,049	358
101年	29,440	3,302	3,961	214	3,140	374
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

備註：1.本表自101年起排除代辦案件。

2.本表自102年起申報件數排除慢速箋領藥案件。

3.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)。

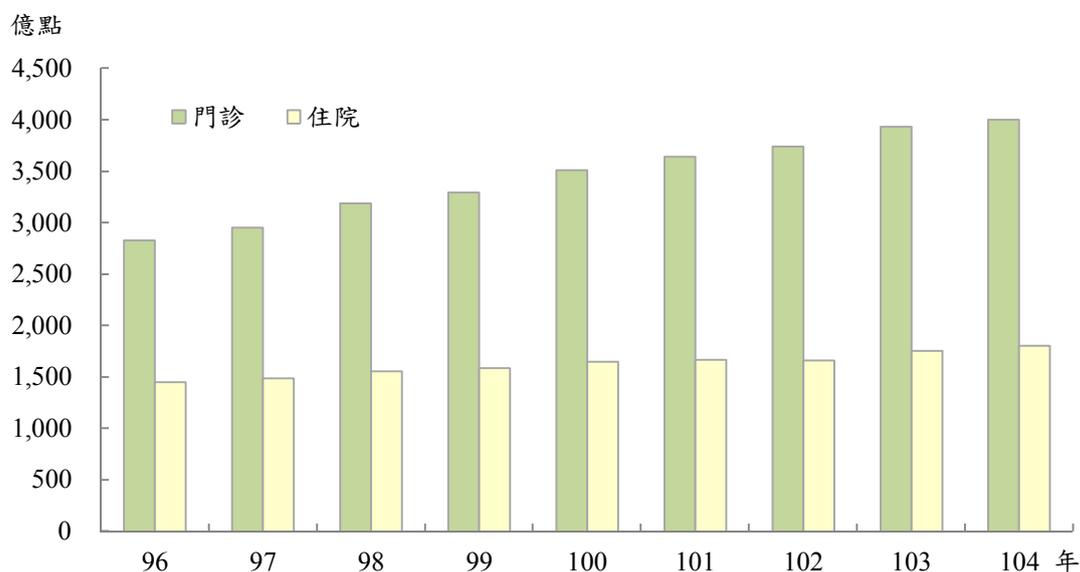
西醫門診申報件數95年為負成長,96年至100年間逐年成長,101年因排除代辦案件,102年再排除慢速箋領藥案件,致申報件數為負成長,103年則較上年增加,104年再呈負成長,醫療費用則逐年成長;中醫及牙醫門診申報件數及醫療費用均呈成長趨勢;平均每件門診醫療費用以西醫之增幅較為明顯,其次為牙醫,中醫僅微幅成長。

104年西醫門診申報件數2億8,246萬件,醫療費用3,735億點,平均每件醫療費用1,322點;中醫門診申報件數4,038萬件,醫療費用231億點,平均每件醫療費用572點;牙醫門診申報件數3,275萬件,醫療費用403億點,平均每件醫療費用1,230點。

(九) 醫療費用核付概況

醫療費用核付點數呈成長趨勢，104 年為 5,812 億點。

醫療費用核付點數



醫療費用核付概況

	門診			住院		
	件數 (萬件)	點數 (億點)	金額 (億元)	件數 (萬件)	點數 (億點)	金額 (億元)
96 年	33,753	2,832	2,691	293	1,450	1,340
97 年	33,547	2,956	2,792	300	1,488	1,382
98 年	35,679	3,190	2,995	314	1,555	1,441
99 年	36,065	3,298	3,107	321	1,590	1,481
100 年	37,501	3,511	3,221	328	1,651	1,494
101 年	37,978	3,645	3,373	329	1,672	1,538
102 年	35,119	3,744	3,488	313	1,664	1,540
103 年	35,702	3,932	3,610	321	1,756	1,585
104 年	35,559	4,005	3,704	328	1,807	1,653

備註：1.本表自 102 年起排除代辦案件。
2.本表自 102 年起門診件數排除慢連箋領藥案件。
3.點數及金額不含部分負擔。

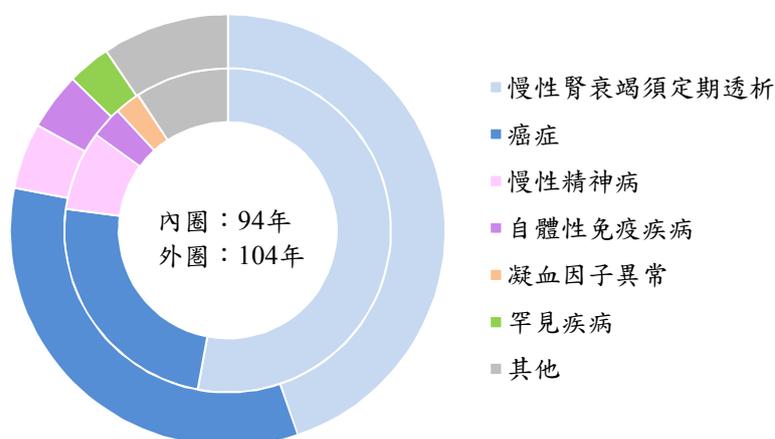
96 年至 101 年間，門診及住院核付件數呈成長趨勢，102 年因排除代辦案件，且門診排除慢連箋領藥案件，致核付件數為負成長，103 年核付件數則較上年成長，104 年門診核付件數轉呈負成長，住院則續呈成長趨勢；門診及住院醫療費用核付點數及金額則均呈成長趨勢。

104 年門診醫療費用核付件數 3 億 5,559 萬件，核付點數 4,005 億點，核付金額 3,704 億元，住院核付件數 328 萬件，核付點數 1,807 億點，核付金額 1,653 億元。

(十) 門診重大傷病醫療費用概況

門診重大傷病醫療費用以慢性腎衰竭須定期透析最高，惟占率呈下降趨勢。

門診重大傷病醫療費用結構



門診前五大重大傷病醫療費用概況

單位：億點、%

排序	1		2		3		4		5		門診 重大傷病
	慢性腎衰竭 須定期透析	占率	癌症	占率	慢性精神病	占率	自體性免疫 疾病	占率	凝血因子異常 ／罕見疾病	占率	
94年	271	53.0	123	24.1	41	8.0	16	3.2	13	2.5	511
95年	290	52.5	141	25.5	44	8.0	18	3.2	15	2.7	552
96年	308	51.9	159	26.8	44	7.4	18	3.1	17	2.9	594
97年	328	50.4	183	28.0	46	7.0	22	3.4	20	3.1	651
98年	346	49.8	200	28.8	47	6.8	26	3.7	21	3.0	696
99年	365	49.0	223	29.9	47	6.3	28	3.7	23	3.1	745
100年	380	47.5	248	31.1	49	6.1	30	3.7	27	3.3	800
101年	392	46.0	277	32.6	47	5.5	33	3.9	29	3.4	851
102年	406	44.8	303	33.5	49	5.4	37	4.1	31	3.5	906
103年	420	44.6	314	33.4	49	5.2	39	4.2	32	3.4	941
104年	434	44.8	324	33.4	48	4.9	41	4.3	31	3.2	970

備註：1.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。

2.94年至103年門診第五大重大傷病為凝血因子異常，104年為罕見疾病。

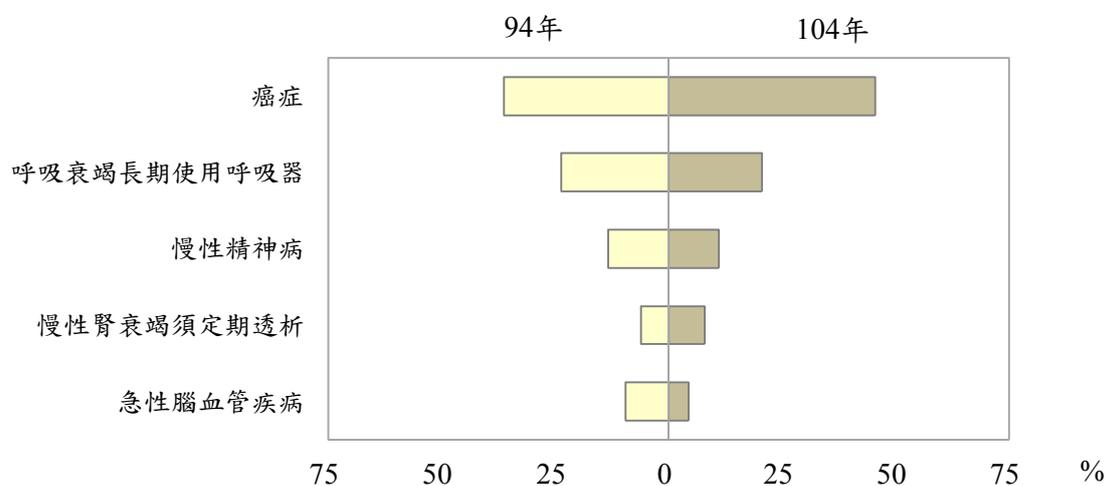
近年來，門診重大傷病醫療費用以慢性腎衰竭須定期透析最高，惟占率呈下降趨勢，其次為癌症，慢性精神病居第三，自體性免疫疾病居第四，104年以前凝血因子異常居第五，104年罕見疾病改居第五。

104年門診重大傷病醫療費用970億點，其中慢性腎衰竭須定期透析434億點或占44.8%，癌症324億點或占33.4%，慢性精神病48億點或占4.9%，自體性免疫疾病41億點或占4.3%，罕見疾病31億點或占3.2%。

(十一) 住院重大傷病醫療費用概況

住院重大傷病醫療費用以癌症居首，占率逐年增加。

住院前五大重大傷病醫療費用占率



住院前五大重大傷病醫療費用概況

單位：億點、%

排序	1		2		3		4		5		住院 重大傷病
	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率			
94年	217	36.3	141	23.6	79	13.3	36	6.0	57	9.5	598
95年	229	38.4	131	21.9	81	13.6	37	6.3	54	9.0	596
96年	239	38.8	138	22.4	83	13.5	39	6.4	53	8.6	615
97年	263	40.4	138	21.2	85	13.1	43	6.5	56	8.6	652
98年	281	41.2	142	20.7	87	12.8	46	6.7	57	8.3	682
99年	293	42.9	145	21.3	87	12.8	49	7.2	34	5.0	682
100年	305	43.3	153	21.7	87	12.3	52	7.3	34	4.9	704
101年	310	43.8	161	22.7	83	11.8	52	7.3	31	4.3	708
102年	324	45.0	157	21.8	83	11.6	55	7.6	31	4.3	719
103年	333	45.1	160	21.7	84	11.3	57	7.7	32	4.3	738
104年	342	45.6	155	20.6	84	11.2	60	7.9	34	4.5	751

備註：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。

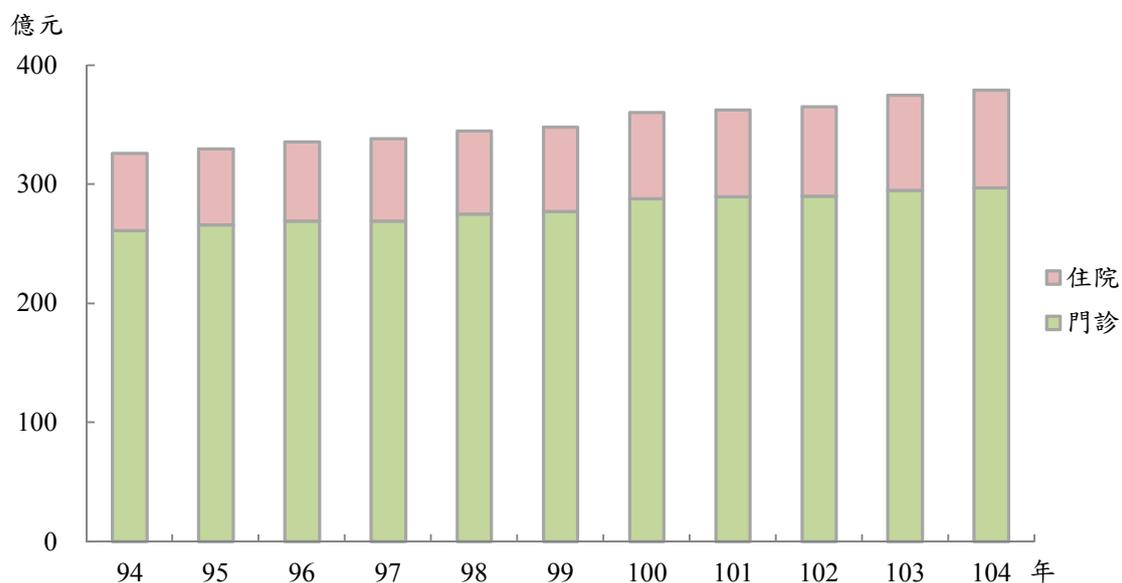
近年來，住院重大傷病醫療費用以癌症居首，且占率逐年增加，其次為呼吸衰竭長期使用呼吸器，慢性精神病居第三，99年以前急性腦血管疾病及慢性腎衰竭須定期透析分居第四及第五，99年起慢性腎衰竭須定期透析改居第四，急性腦血管疾病則居第五。

104年住院重大傷病醫療費用751億點，其中癌症342億點或占45.6%，呼吸衰竭長期使用呼吸器155億點或占20.6%，慢性精神病84億點或占11.2%，慢性腎衰竭須定期透析60億點或占7.9%，急性腦血管疾病34億點或占4.5%。

(十二) 部分負擔概況

部分負擔逐年成長，104 年為 379 億元。

門診、住院部分負擔



部分負擔概況

單位：億元

	總計	門診		住院	
		金額	占率(%)	金額	占率(%)
94 年	326	261	80.2	64	19.8
95 年	330	266	80.7	64	19.3
96 年	336	269	80.2	66	19.8
97 年	339	270	79.6	69	20.4
98 年	345	275	79.8	70	20.2
99 年	348	277	79.7	71	20.3
100 年	361	288	80.0	72	20.0
101 年	362	290	80.0	73	20.0
102 年	365	290	79.4	75	20.6
103 年	375	295	78.8	80	21.2
104 年	379	297	78.3	82	21.7

備註：本表自 101 年起排除代辦案件。

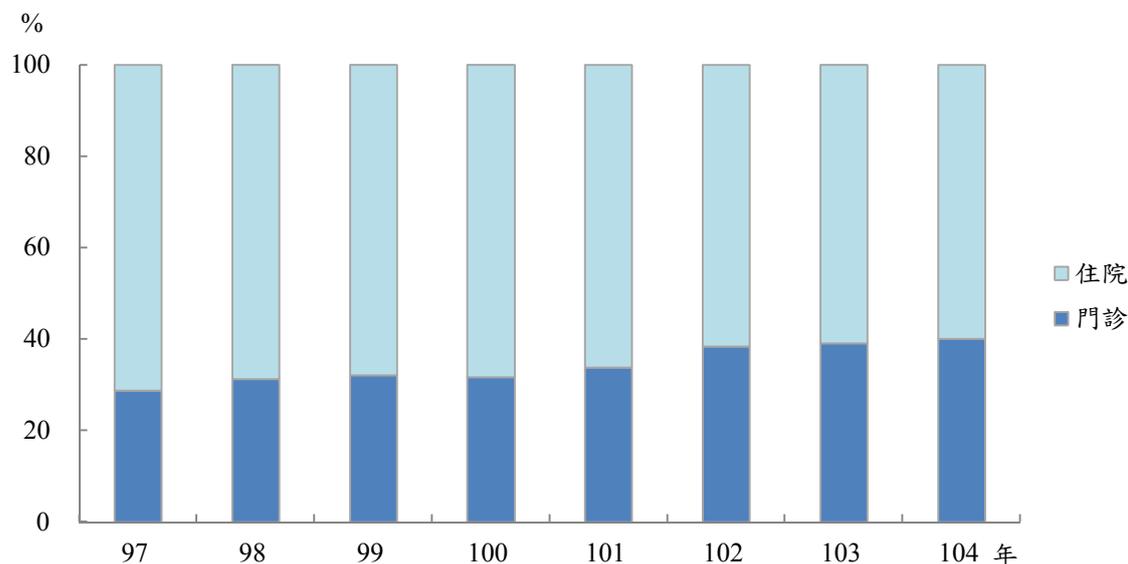
近年來，門診及住院部分負擔均呈上升趨勢，致全體部分負擔逐年成長；門診部分負擔占全體部分負擔約 8 成，住院部分負擔則約占 2 成。

104 年部分負擔 379 億元，其中門診部分負擔 297 億元或占 78.3%，住院部分負擔 82 億元或占 21.7%。

(十三) 自墊醫療費用核付概況

門診自墊醫療費用核付金額占率呈上升趨勢，住院呈下降趨勢。

自墊醫療費用核付金額結構



自墊醫療費用核付概況

單位：億元、%

	總計			門診			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
97年	13.4	4.8	36.1	2.9	1.4	47.5	10.5	3.4	32.9
98年	13.6	5.0	36.8	2.9	1.6	53.3	10.7	3.4	32.3
99年	15.5	5.0	32.1	2.7	1.6	58.3	12.8	3.4	26.5
100年	16.6	5.1	30.8	2.8	1.6	58.7	13.8	3.5	25.3
101年	19.1	5.1	26.9	3.9	1.7	44.6	15.2	3.4	22.3
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

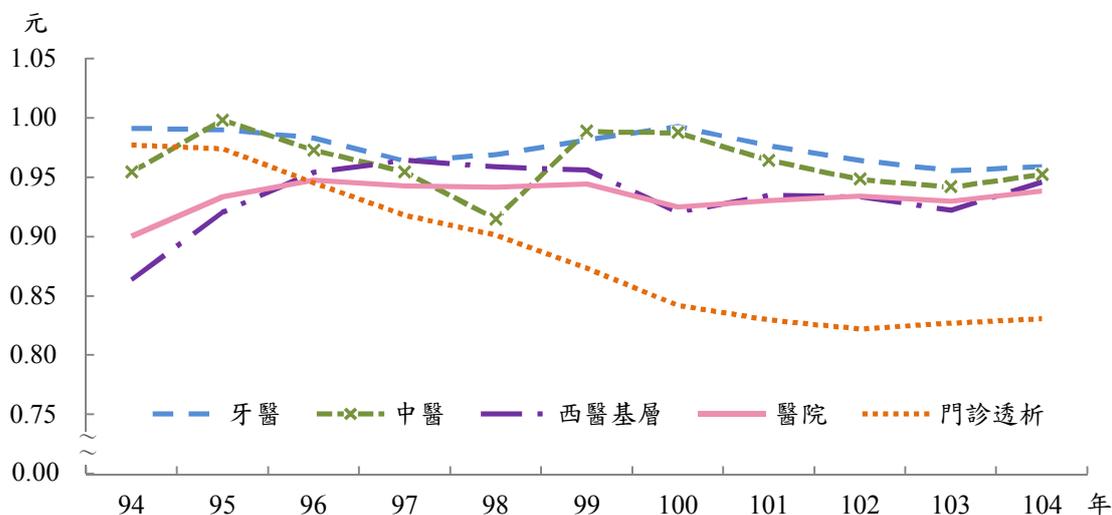
備註：1.核付案件申請金額不含部分負擔。
2.核付比率=核付金額/核付案件申請金額×100。

104年自墊醫療費用核付案件申請金額15.8億元，核付金額4.9億元；其中門診申請金額3.9億元，核付金額2.0億元，住院申請金額11.9億元，核付金額3.0億元。

(十四) 總額支付制度點值概況

104 年各總額部門平均點值均較上年為高。

總額支付制度平均點值



備註：全年點值為當年各季簡單平均值。

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
101 年	0.9767	0.9641	0.9346	0.9302	0.8300	103 年	0.9556	0.9420	0.9224	0.9298	0.8274
第 1 季	0.9571	0.9535	0.9386	0.9278	0.8289	第 1 季	0.9320	0.9486	0.9018	0.9255	0.8361
第 2 季	1.0007	0.9724	0.9424	0.9382	0.8263	第 2 季	0.9708	0.9336	0.9147	0.9379	0.8290
第 3 季	0.9697	0.9635	0.9040	0.9303	0.8420	第 3 季	0.9466	0.9370	0.9335	0.9229	0.8263
第 4 季	0.9792	0.9670	0.9536	0.9247	0.8226	第 4 季	0.9731	0.9485	0.9395	0.9330	0.8180
102 年	0.9644	0.9483	0.9334	0.9342	0.8224	104 年	0.9587	0.9524	0.9462	0.9385	0.8310
第 1 季	0.9343	0.9175	0.9391	0.9286	0.8349	第 1 季	0.9121	0.9519	0.9391	0.9390	0.8432
第 2 季	0.9815	0.9450	0.9376	0.9447	0.8233	第 2 季	0.9612	0.9472	0.9397	0.9438	0.8320
第 3 季	0.9729	0.9624	0.9381	0.9327	0.8168	第 3 季	0.9845	0.9622	0.9563	0.9402	0.8254
第 4 季	0.9688	0.9682	0.9190	0.9310	0.8145	第 4 季	0.9772	0.9484	0.9498	0.9312	0.8234

備註：1.表中每點支付金額為平均點值。

2.全年點值為當年各季簡單平均值。

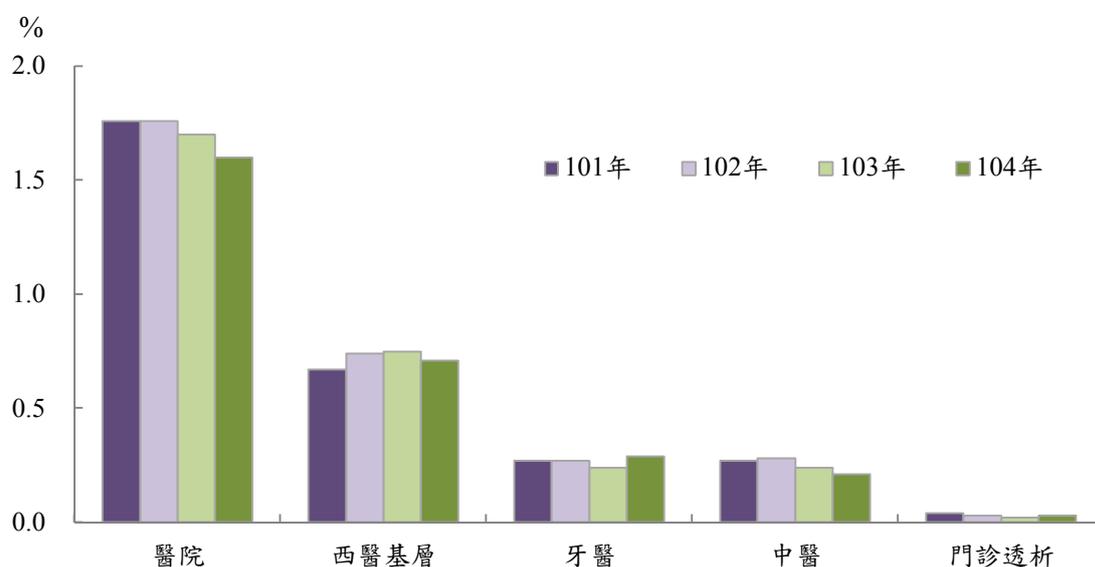
全民健康保險階段性推動總額支付制度，87 年 7 月 1 日起實施牙醫門診總額支付制度，中醫門診亦於 89 年 7 月 1 日起實施，西醫基層與醫院則分別於 90 年 7 月 1 日及 91 年 7 月 1 日起實施。另 92 年 1 月 1 日起，西醫基層門診透析服務預算與醫院門診透析服務預算合併為門診透析獨立預算。未實施總額支付制度前，每點支付以 1 元計；總額實施後，依各部門總額每點支付金額而有不同。

104 年牙醫部門一般服務平均點值 0.9587 元，中醫 0.9524 元，西醫基層 0.9462 元，醫院 0.9385 元，門診透析 0.8310 元，各總額部門平均點值均較上年為高。

(十五) 醫療費用核減率

104年醫院、西醫基層及中醫總額醫療費用核減率較上年為低。

醫療費用核減率—按總額部門別分



醫療費用核減率											
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
101年	1.76	0.67	0.27	0.27	0.04	103年	1.70	0.75	0.24	0.24	0.02
第1季	1.92	0.62	0.26	0.28	0.04	第1季	1.80	0.67	0.23	0.25	0.02
第2季	1.72	0.65	0.26	0.25	0.07	第2季	1.55	0.73	0.22	0.26	0.01
第3季	1.74	0.72	0.26	0.26	0.03	第3季	1.81	0.81	0.26	0.23	0.02
第4季	1.68	0.71	0.29	0.30	0.03	第4季	1.66	0.78	0.26	0.22	0.04
102年	1.76	0.74	0.27	0.28	0.03	104年	1.60	0.71	0.29	0.21	0.03
第1季	1.75	0.73	0.28	0.25	0.03	第1季	1.61	0.68	0.27	0.25	0.03
第2季	1.73	0.76	0.27	0.30	0.03	第2季	1.45	0.70	0.31	0.23	0.03
第3季	1.80	0.75	0.28	0.28	0.02	第3季	1.83	0.71	0.32	0.18	0.02
第4季	1.78	0.70	0.27	0.28	0.02	第4季	1.52	0.74	0.28	0.18	0.03

備註：1.本表核減率係爭審後核減率。
2.資料日期為105年10月4日。

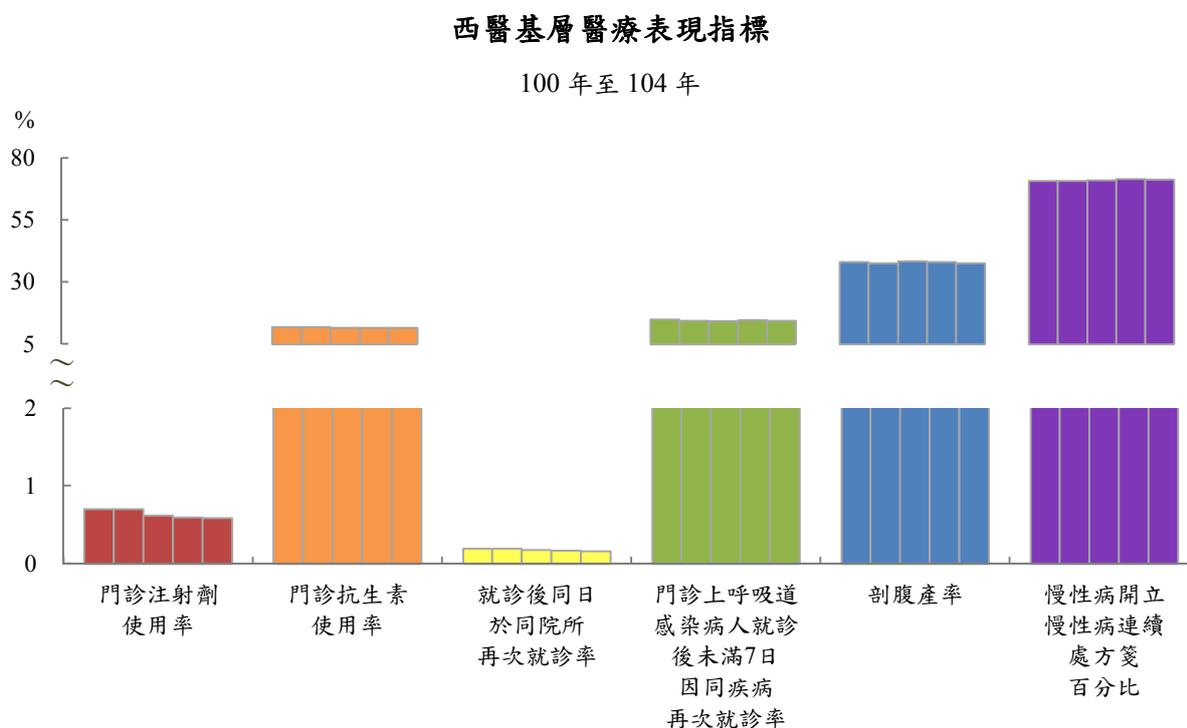
近年來，醫院及中醫總額醫療費用核減率呈下降趨勢，西醫基層及牙醫總額核減率消長互見，門診透析核減率則變動不大。

104年醫院總額醫療費用核減率1.60%，西醫基層0.71%，牙醫0.29%，中醫0.21%，門診透析0.03%，醫院、西醫基層及中醫總額核減率均較上年為低，牙醫及門診透析則較上年為高。

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層

西醫基層門診注射劑使用率呈下降趨勢，104 年為 0.59%。



西醫基層醫療表現指標							單位：%
	門診注射劑使用率	門診抗生素使用率	就診後同日於同院所再次就診率	門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	
100 年	0.70	11.97	0.19	14.95	38.12	70.83	
101 年	0.70	11.89	0.19	14.51	37.56	70.82	
102 年	0.62	11.59	0.18	14.30	38.35	71.02	
103 年	0.60	11.53	0.17	14.75	38.08	71.54	
104 年	0.59	11.58	0.16	14.48	37.73	71.45	

備註：資料日期為 105 年 10 月 27 日。

近年來，西醫基層門診注射劑使用率呈下降趨勢，門診抗生素使用率逐年下降至 103 年後回升，就診後同日於同院所再次就診率呈下降趨勢，門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率維持在 14% 至 15% 之間，剖腹產率於 102 年上升後逐年下降，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比呈上升趨勢。

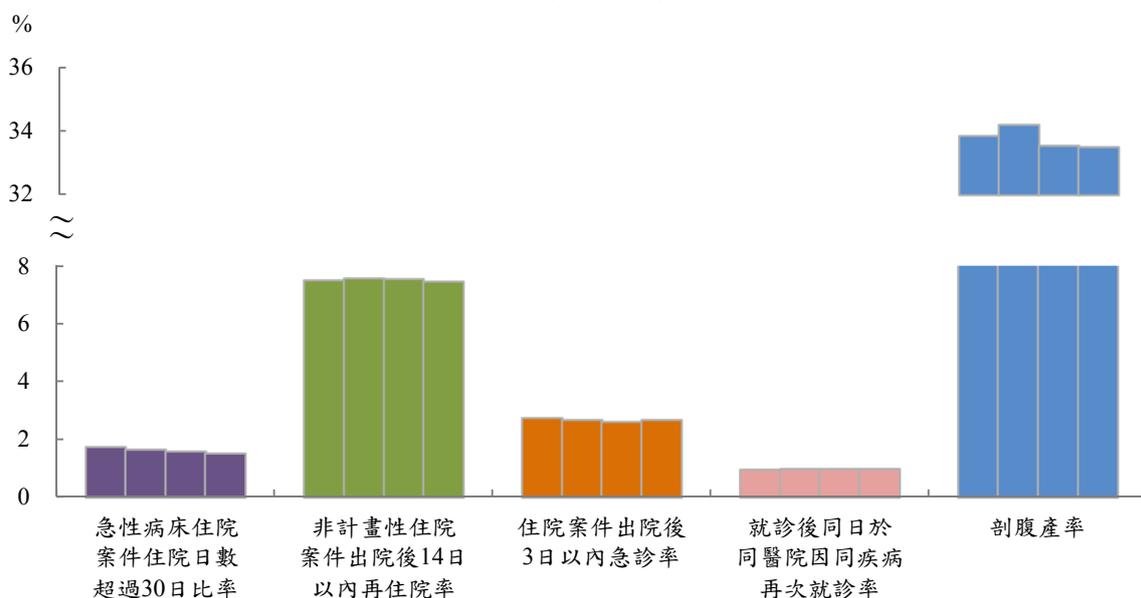
104 年西醫基層門診注射劑使用率 0.59%，門診抗生素使用率 11.58%，就診後同日於同院所再次就診率 0.16%，門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率 14.48%，剖腹產率 37.73%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 71.45%。

二、醫院

急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率呈下降趨勢，104 年為 1.50%。

醫院醫療表現指標

101 年至 104 年



醫院醫療表現指標

單位：%

	急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率	非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率	住院案件出院後 3 日以內急診率	就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率	剖腹產率
100 年	1.76	...	2.75	0.86	34.05
101 年	1.72	7.49	2.71	0.91	33.83
102 年	1.63	7.57	2.65	0.95	34.17
103 年	1.57	7.54	2.58	0.95	33.52
104 年	1.50	7.46	2.65	0.94	33.48

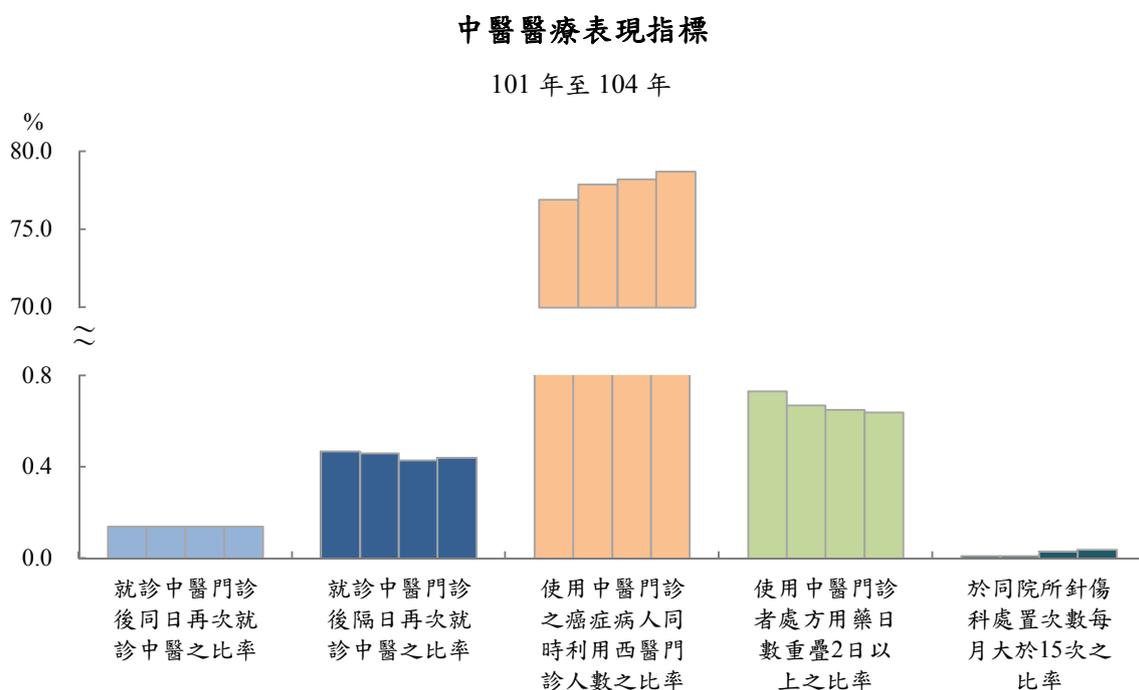
備註：資料日期為 105 年 10 月 27 日。

近年來，急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率呈下降趨勢，非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率於 102 年上升後逐年下降，住院案件出院後 3 日以內急診率逐年下降至 103 年後回升，就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率呈上升趨勢，剖腹產率維持在 33%至 35%之間。

104 年急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率 1.50%，非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率 7.46%，住院案件出院後 3 日以內急診率 2.65%，就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 0.94%，剖腹產率 33.48%。

三、中醫

使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率逐年上升，104 年為 78.70%。



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	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	使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率	使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上之比率	於同院所針傷科處置次數每月大於15次之比率
100年	...	0.46	...	...	0.73	0.01
101年	0.14	0.47	5.49	76.91	0.73	0.01
102年	0.14	0.46	5.60	77.89	0.67	0.01
103年	0.14	0.43	5.65	78.23	0.65	0.03
104年	0.14	0.44	5.71	78.70	0.64	0.04

備註：資料日期為 105 年 10 月 27 日。

近年來，就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率維持在 0.14%，就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率呈下降趨勢，使用中醫門診者之平均中醫就診次數逐年增加，使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率呈逐年上升趨勢，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上之比率則呈下降趨勢，於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率自 103 年起略微上升。

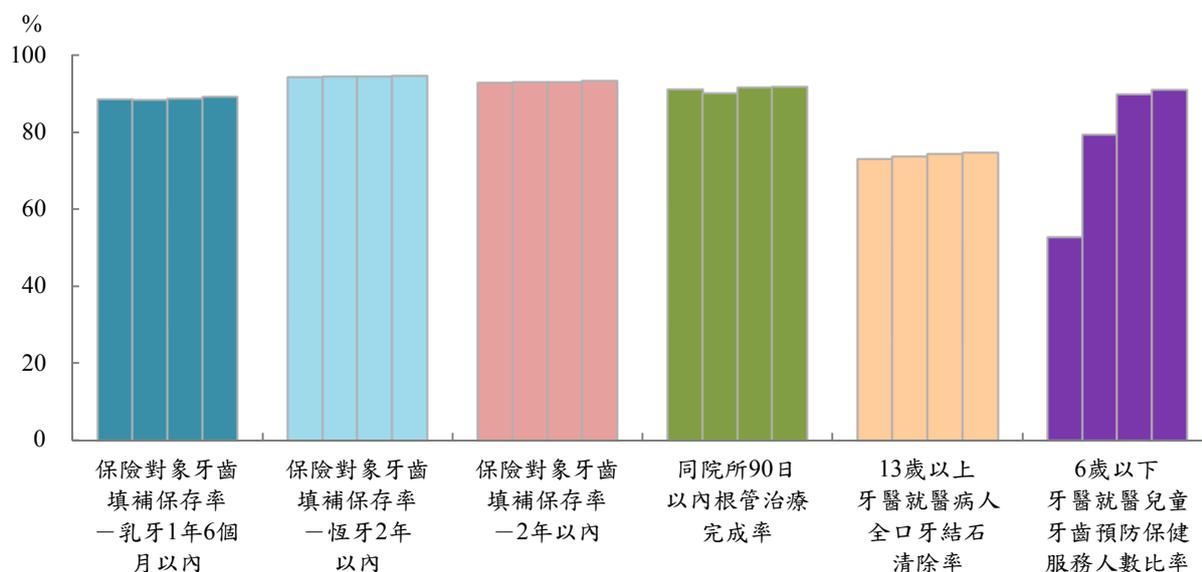
104 年就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 0.14%，就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率 0.44%，使用中醫門診者之平均中醫就診次數 5.71 次，使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率 78.70%，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上之比率 0.64%，於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率 0.04%。

四、牙醫

6歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率大幅上升，104年為90.77%。

牙醫醫療表現指標

101年至104年



牙醫醫療表現指標

單位：%

	保險對象牙齒填補保存率—乳牙1年6個月以內	保險對象牙齒填補保存率—恆牙2年以內	保險對象牙齒填補保存率—2年以內	同院所90日以內根管治療完成率	13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率	6歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率
100年	88.84	94.19	92.79	90.51	...	...
101年	88.47	94.26	92.81	91.02	72.87	52.53
102年	88.37	94.37	92.87	90.01	73.52	79.25
103年	88.59	94.46	92.95	91.50	74.16	89.56
104年	89.07	94.65	93.24	91.57	74.51	90.77

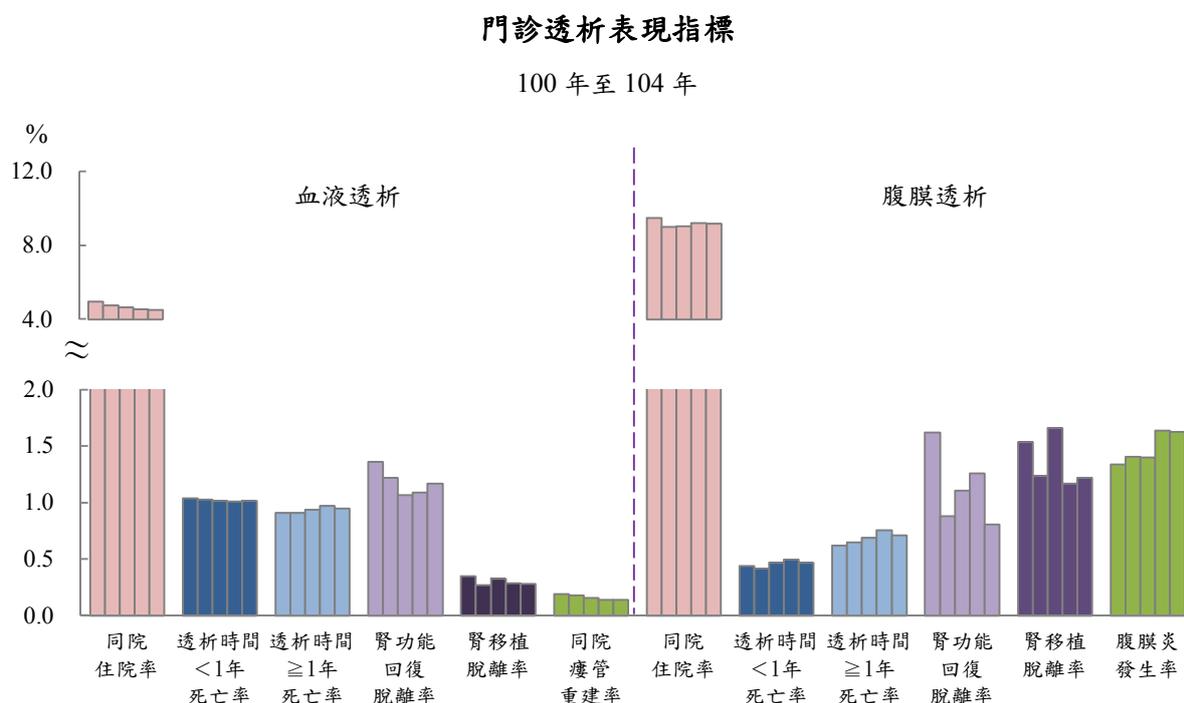
備註：資料日期為105年10月27日。

近年來，保險對象乳牙1年6個月以內填補保存率變動不大，維持在8成9左右，恆牙2年以內填補保存率及牙齒2年以內填補保存率均呈逐年上升趨勢，同院所90日以內根管治療完成率近2年來略為上升，13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率呈上升趨勢，6歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率大幅上升。

104年保險對象乳牙1年6個月以內填補保存率89.07%，恆牙2年以內填補保存率94.65%，牙齒2年以內填補保存率93.24%，同院所90日以內根管治療完成率91.57%，13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率74.51%，6歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率90.77%。

五、門診透析

血液透析同院瘻管重建率呈下降趨勢，104 年為 0.14%。



門診透析表現指標												
單位：%												
	血液透析						腹膜透析					
	同院住院率	死亡率		脫離率		同院瘻管重建率	同院住院率	死亡率		脫離率		腹膜炎發生率
		透析時間 <1年	透析時間 ≥1年	腎功能回復	腎移植			透析時間 <1年	透析時間 ≥1年	腎功能回復	腎移植	
100年	4.98	1.04	0.91	1.36	0.35	0.19	9.50	0.44	0.62	1.62	1.54	1.34
101年	4.74	1.03	0.91	1.22	0.27	0.18	9.02	0.42	0.65	0.88	1.24	1.41
102年	4.64	1.02	0.94	1.07	0.33	0.16	9.06	0.47	0.69	1.11	1.66	1.40
103年	4.55	1.01	0.97	1.09	0.29	0.14	9.22	0.50	0.76	1.26	1.17	1.64
104年	4.52	1.02	0.95	1.17	0.28	0.14	9.20	0.47	0.71	0.81	1.22	1.63

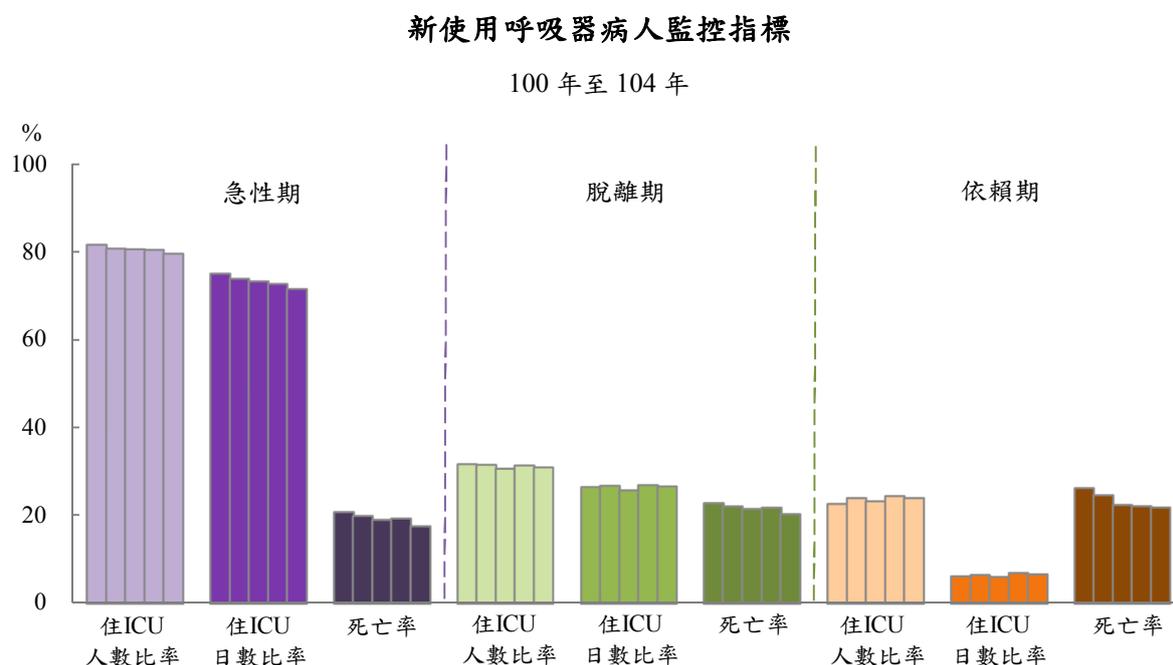
備註：資料日期為 105 年 12 月 30 日。

近年來，血液透析之同院住院率呈逐年下降趨勢，透析時間<1 年死亡率呈下降趨勢，透析時間≥1 年死亡率則呈上升趨勢，腎功能回復脫離率逐年下降至 102 年後回升，腎移植脫離率則於 102 年回升後逐年下降，同院瘻管重建率呈下降趨勢。

腹膜透析之同院住院率維持在 9.0%至 9.5%之間，透析時間<1 年死亡率及透析時間≥1 年死亡率均呈上升趨勢，腎功能回復脫離率於 101 年下降後逐年上升至 103 年，104 年再呈下降，腎移植脫離率近 2 年維持在 1.2%左右，腹膜炎發生率呈上升趨勢。

六、新使用呼吸器病人監控指標

新使用呼吸器病人死亡率呈下降趨勢。



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
100年	81.55	75.03	20.66	31.57	26.21	22.59	22.41	5.93	26.10
101年	80.73	73.89	19.75	31.50	26.47	21.83	23.72	6.21	24.45
102年	80.58	73.27	18.87	30.51	25.40	21.19	23.05	5.81	22.31
103年	80.35	72.76	19.22	31.24	26.61	21.55	24.10	6.62	22.01
104年	79.56	71.49	17.40	30.93	26.35	20.13	23.68	6.34	21.62

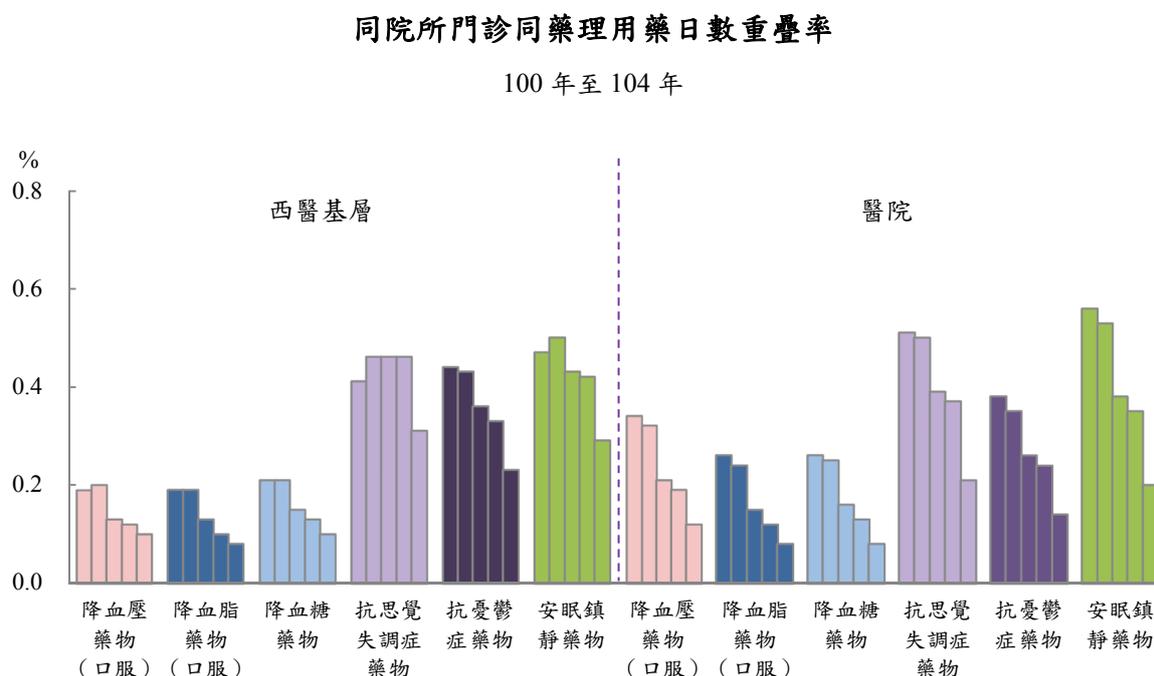
備註：資料日期為 105 年 12 月 30 日。

近年來，新使用呼吸器病人於急性期（1-21日）住ICU人數比率、住ICU日數比率及死亡率均呈下降趨勢；於脫離期（22-63日）住ICU人數比率維持在30%至32%之間，住ICU日數比率維持在25%至27%之間，死亡率呈下降趨勢；於依賴期（≥64日）住ICU人數比率維持在22%至25%之間，住ICU日數比率維持在5%至7%之間，死亡率呈下降趨勢。

新使用呼吸器病人住ICU人數比率及住ICU日數比率在各期別中，均以急性期最高，依賴期最低；死亡率則以依賴期最高，急性期最低。

七、同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

醫院 6 項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈逐年下降趨勢。



同院所門診同藥理用藥日數重疊率												
	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	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
100 年	0.19	0.19	0.21	0.41	0.44	0.47	0.34	0.26	0.26	0.51	0.38	0.56
101 年	0.20	0.19	0.21	0.46	0.43	0.50	0.32	0.24	0.25	0.50	0.35	0.53
102 年	0.13	0.13	0.15	0.46	0.36	0.43	0.21	0.15	0.16	0.39	0.26	0.38
103 年	0.12	0.10	0.13	0.46	0.33	0.42	0.19	0.12	0.13	0.37	0.24	0.35
104 年	0.10	0.08	0.10	0.31	0.23	0.29	0.12	0.08	0.08	0.21	0.14	0.20

單位：%

備註：資料日期為 105 年 10 月 27 日。

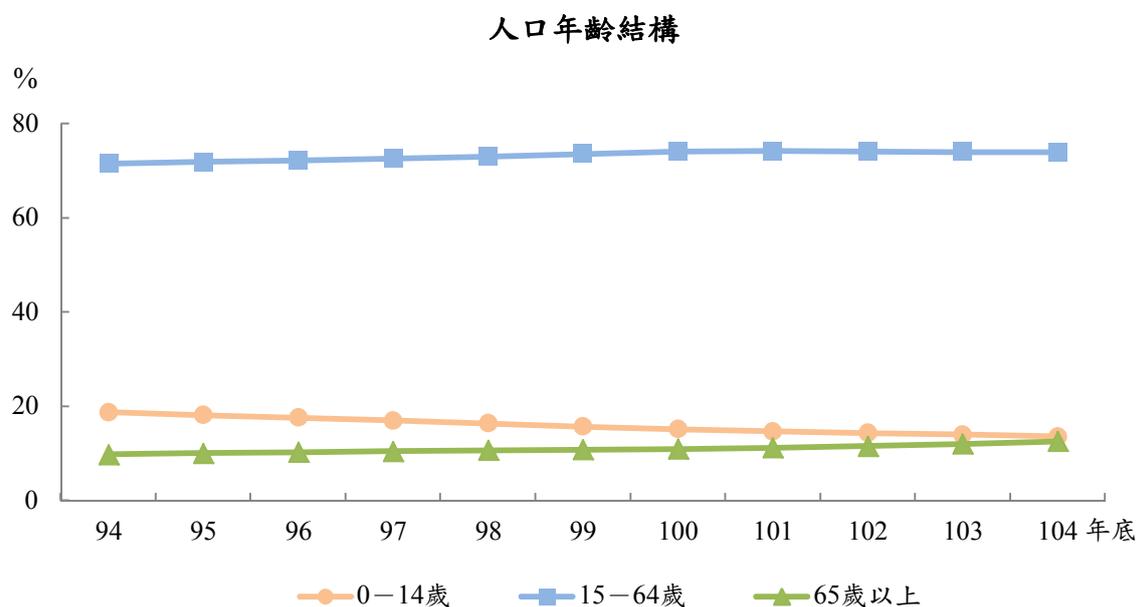
近年來，西醫基層 6 項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈下降趨勢，其中降血壓藥物及安眠鎮靜藥物自 102 年起逐年下降，抗思覺失調症藥物則於 104 年明顯下降；醫院 6 項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈逐年下降趨勢。

醫院於降血壓藥物、降血脂藥物及降血糖藥物用藥日數重疊率均高於西醫基層，惟其差距已逐年趨近，至 104 年西醫基層於降血脂藥物用藥日數重疊率與醫院相近，降血糖藥物用藥日數重疊率則略高於醫院；抗思覺失調症藥物及安眠鎮靜藥物用藥日數重疊率於 100 年至 101 年間以醫院較高，自 102 年起西醫基層則高於醫院；西醫基層抗憂鬱症藥物用藥日數重疊率均高於醫院。

參、其他重要參考指標

一、人口結構

65 歲以上老年人口占率逐年增加，104 年底為 12.5%。



	人口數	年齡結構			扶養比		
		0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比	扶養比
94 年底	2,277	18.7	71.6	9.7	39.7	26.1	13.6
95 年底	2,288	18.1	71.9	10.0	39.1	25.2	13.9
96 年底	2,296	17.6	72.2	10.2	38.4	24.3	14.1
97 年底	2,304	17.0	72.6	10.4	37.7	23.3	14.4
98 年底	2,312	16.3	73.0	10.6	36.9	22.4	14.6
99 年底	2,316	15.6	73.6	10.7	35.8	21.3	14.6
100 年底	2,322	15.1	74.0	10.9	35.1	20.4	14.7
101 年底	2,332	14.6	74.2	11.2	34.7	19.7	15.0
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

資料來源：內政部「內政統計年報」。

備註：1. 扶幼比=0-14 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。

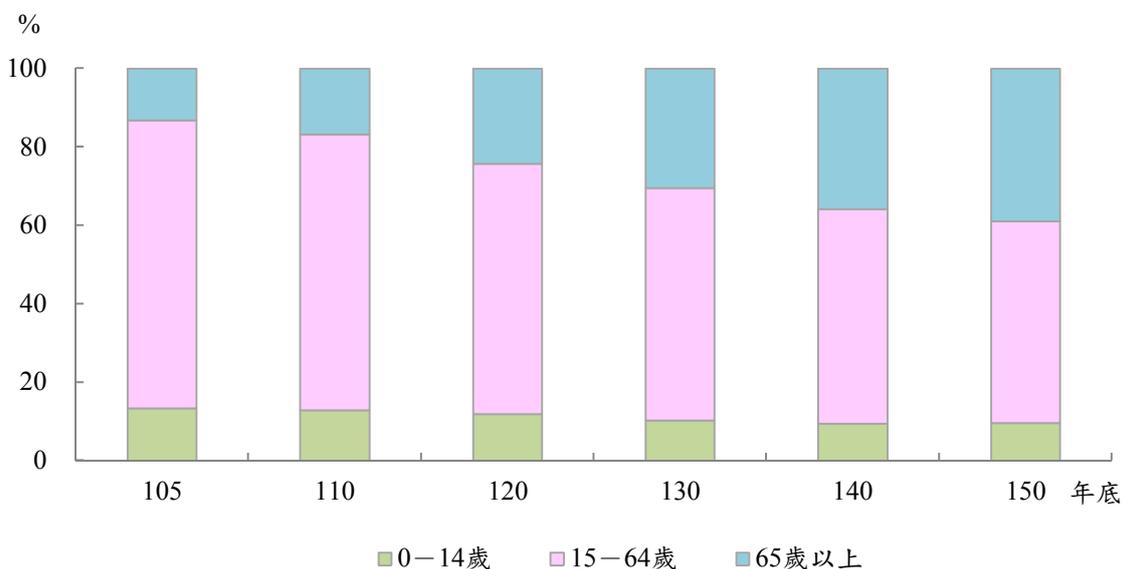
近年來，我國人口呈成長趨勢，惟增幅趨緩；觀察人口年齡結構，0-14 歲幼年人口占率逐年下降，65 歲以上老年人口占率逐年上升，15-64 歲工作年齡人口占率 102 年底前呈上升趨勢，103 年底起改呈下降趨勢，隨著人口年齡結構之轉變，致扶幼比逐年下降，扶老比逐年上升。

104 年底人口數 2,349 萬人，0-14 歲幼年人口占 13.6%，15-64 歲工作年齡人口占 73.9%，65 歲以上老年人口占 12.5%。

二、人口推估

15—64 歲青壯年扶養負擔將逐年增加。

推估人口年齡結構



人口推估							
單位：萬人、%							
	人口數	年齡結構			扶養比	扶幼比	扶老比
		0-14 歲	15-64 歲	65 歲以上			
105 年底	2,355	13.4	73.4	13.2	36.2	18.2	18.0
110 年底	2,372	12.9	70.4	16.8	42.1	18.3	23.8
120 年底	2,353	11.9	63.7	24.4	56.9	18.7	38.2
130 年底	2,242	10.2	59.4	30.4	68.3	17.1	51.1
140 年底	2,058	9.4	54.7	35.9	82.8	17.1	65.6
150 年底	1,837	9.6	51.5	38.9	94.2	18.6	75.6

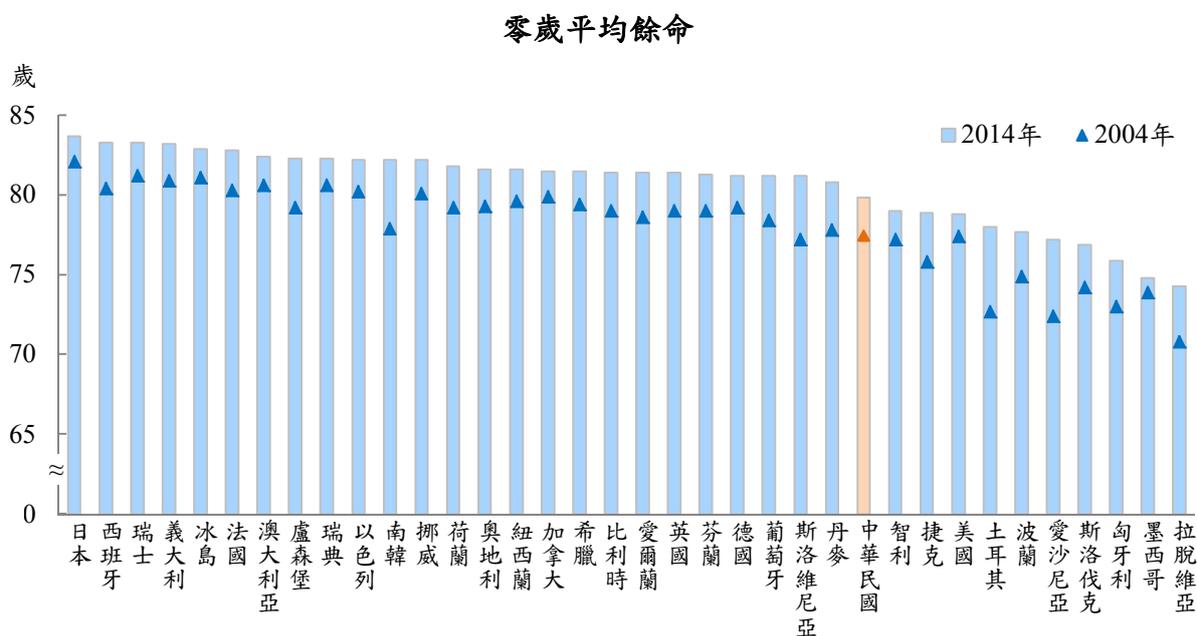
資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估（105 至 150 年）」中推估結果。
 備註：1. 扶幼比=0-14 歲人口數 / 15-64 歲人口數×100。
 2. 扶老比=65 歲以上人口數 / 15-64 歲人口數×100。
 3. 扶養比=扶幼比+扶老比。

依據國家發展委員會 105 至 150 年人口推估之中推估結果，未來人口成長將持續趨緩，預估人口零成長於 113 年出現，114 年起呈現人口負成長，150 年推估人口數為 1,837 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，15—64 歲工作年齡人口占率大幅下降，0—14 歲幼年人口占率亦呈下降趨勢。由於老年人口遞增，工作年齡人口遞減，15—64 歲青壯年扶養負擔將逐年增加，扶養比由 105 年之 36.2%，增加至 150 年之 94.2%。

三、零歲平均餘命

我國零歲平均餘命呈增加趨勢。



資料來源：內政部「內政統計年報」、OECD Health Data 2016。
 備註：1.各國若無 2014 年資料，以最近可獲得資料年度代替。
 2.拉脫維亞於 2016 年成為 OECD 會員國。

主要國家零歲平均餘命							
	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2005 年	77.4	82.0	78.5	79.2	80.3	79.4	77.4
2006 年	77.9	82.4	79.1	79.5	80.9	79.8	77.7
2007 年	78.4	82.6	79.4	79.7	81.2	80.1	77.9
2008 年	78.6	82.7	79.9	79.8	81.3	80.2	78.1
2009 年	79.0	83.0	80.4	80.4	81.5	80.3	78.5
2010 年	79.2	82.9	80.6	80.6	81.8	80.5	78.6
2011 年	79.1	82.7	81.0	81.0	82.2	80.8	78.7
2012 年	79.5	83.2	81.3	81.0	82.1	81.0	78.8
2013 年	80.0	83.4	81.8	81.1	82.3	80.9	78.8
2014 年	79.8	83.7	82.2	81.4	82.8	81.2	78.8
2015 年	80.2	...	...	...	...	...	...

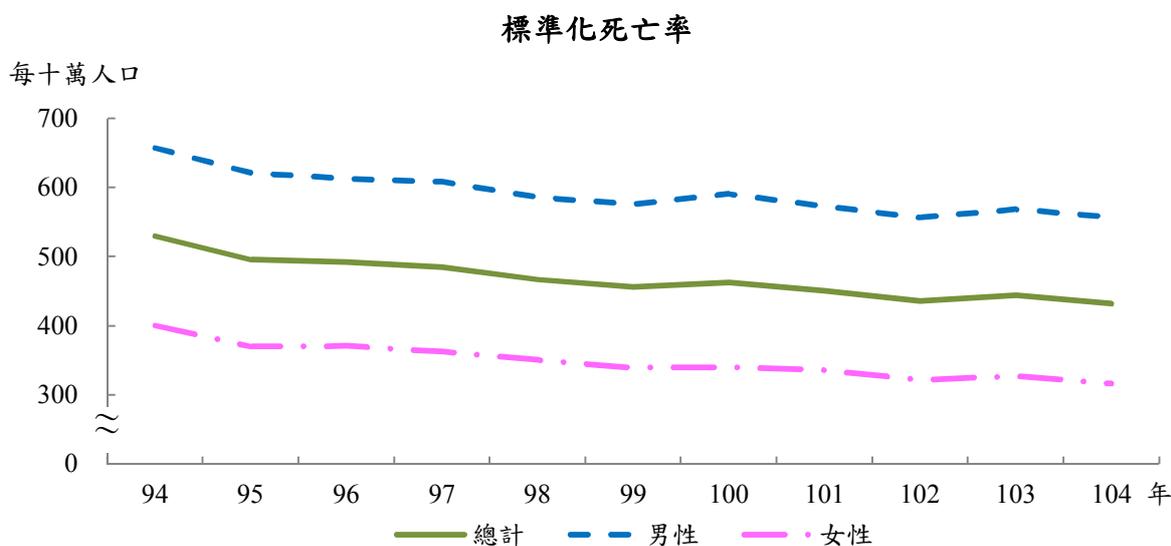
資料來源：內政部「內政統計年報」、OECD Health Data 2016。

近年來，OECD 會員國家零歲平均餘命均呈增加趨勢，2014 年以日本 83.7 歲最高，拉脫維亞 74.3 歲最低。

我國零歲平均餘命呈增加趨勢，2014 年為 79.8 歲，排名相當於 OECD 會員國之第 26 順位。

四、死亡人數與標準化死亡率

標準化死亡率呈下降趨勢。



死亡人數概況								
單位：人、%								
	總計	性別		年齡結構				
		男性	女性	0—64 歲	65—74 歲	75—84 歲	85 歲以上	
94 年	138,957	62.2	37.8	33.8	20.6	30.0	15.5	
95 年	135,071	62.4	37.6	34.2	20.1	29.8	15.9	
96 年	139,376	61.6	38.4	32.8	19.6	30.2	17.4	
97 年	142,283	61.6	38.4	32.3	19.1	30.2	18.5	
98 年	142,240	61.2	38.8	32.2	18.6	30.0	19.3	
99 年	144,709	61.1	38.9	31.5	17.6	30.1	20.8	
100 年	152,030	61.3	38.7	31.5	17.0	29.5	22.0	
101 年	153,823	60.6	39.4	31.2	16.7	29.0	23.2	
102 年	154,374	60.5	39.5	30.9	16.5	28.2	24.3	
103 年	162,886	60.2	39.8	30.2	16.4	27.5	25.8	
104 年	163,574	60.1	39.9	29.9	16.3	27.2	26.6	

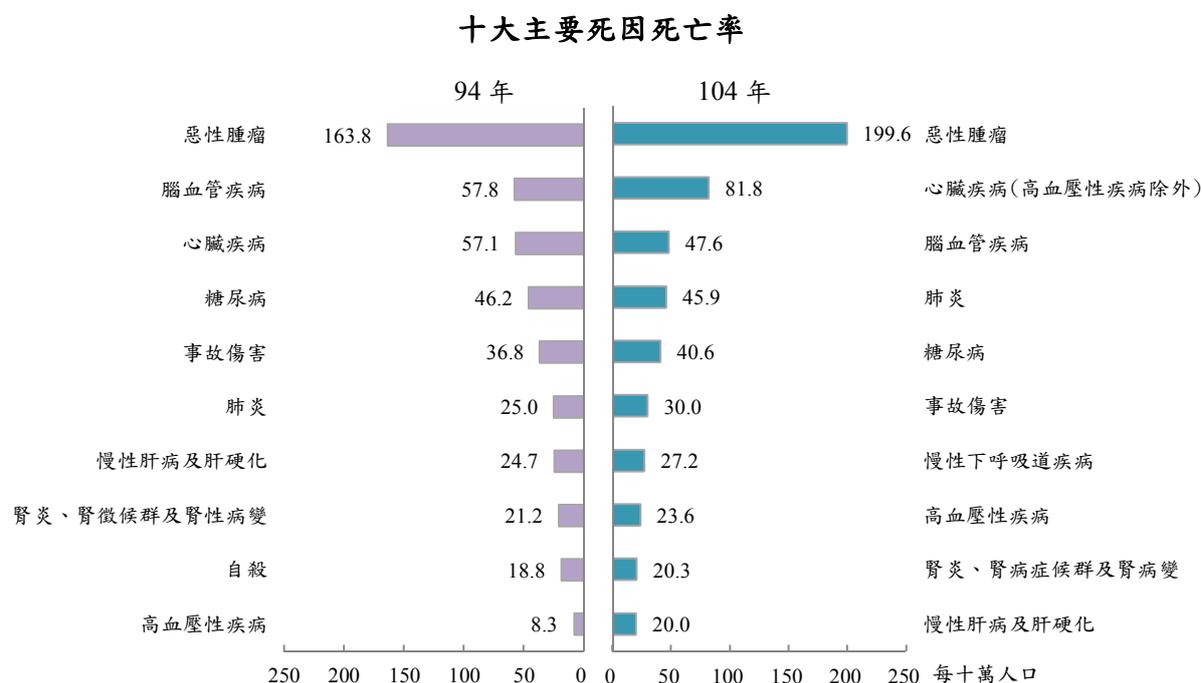
資料來源：衛生福利部「死因統計」。

近年來，標準化死亡率呈下降趨勢，男性標準化死亡率高於女性。死亡人數呈增加趨勢，男性占率高於女性；觀察死亡人數年齡結構，未滿 85 歲各年齡組占率呈下降趨勢，85 歲以上年齡組占率則逐年增加。

104 年死亡人數為 16 萬 3,574 人，男性占 60.1%，女性占 39.9%；按年齡結構觀察，0—64 歲年齡組占 29.9%，65—74 歲年齡組占 16.3%，75—84 歲年齡組占 27.2%，85 歲以上年齡組占 26.6%。

五、主要死因

惡性腫瘤續居 104 年國人死因首位。



104 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	163,574	697.2	431.5
1	惡性腫瘤	46,829	199.6	128.0
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	19,202	81.8	48.1
3	腦血管疾病	11,169	47.6	27.9
4	肺炎	10,761	45.9	24.6
5	糖尿病	9,530	40.6	24.3
6	事故傷害	7,033	30.0	22.8
7	慢性下呼吸道疾病	6,383	27.2	14.6
8	高血壓性疾病	5,536	23.6	13.2
9	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,762	20.3	11.8
10	慢性肝病及肝硬化	4,688	20.0	13.6

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

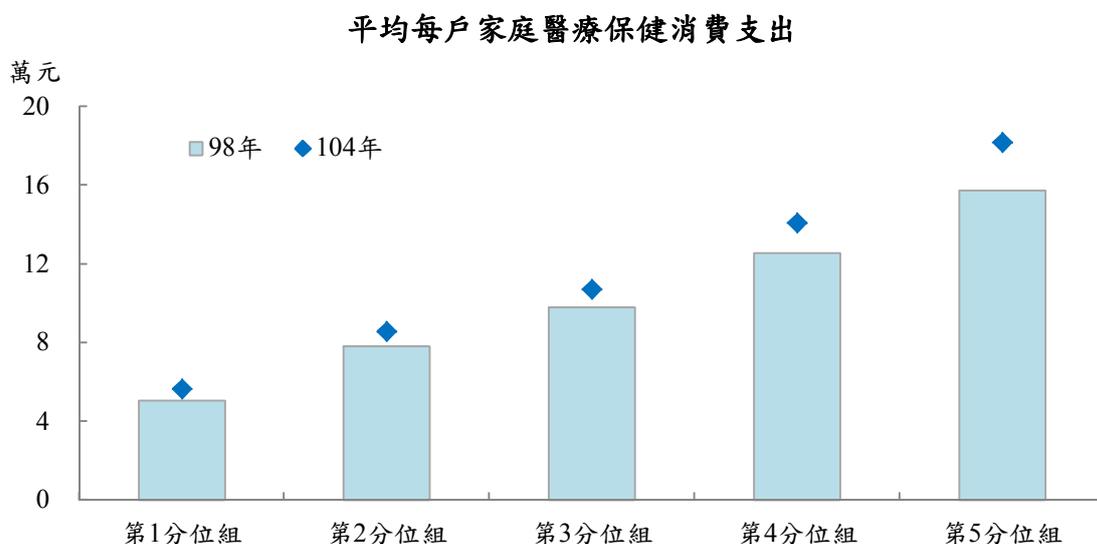
備註：標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O. 世界人口年齡結構為基準。

惡性腫瘤自 71 年起即為國人死因之首，104 年續居首位，死亡人數為 4 萬 6,829 人，死亡率為每十萬人口 199.6 人。

104 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）、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、腎炎腎病症候群及腎病變、慢性肝病及肝硬化，死亡人數計 12 萬 5,893 人，占有所有死亡人數 77.0%。

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，104年為11萬4,303元。



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)
98年	101,969	50,640	78,073	98,025	125,674	157,432
99年	101,089	52,309	75,526	95,141	121,565	160,904
100年	106,607	53,498	80,757	99,237	125,815	173,726
101年	105,869	52,591	80,689	102,012	126,649	167,404
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

資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

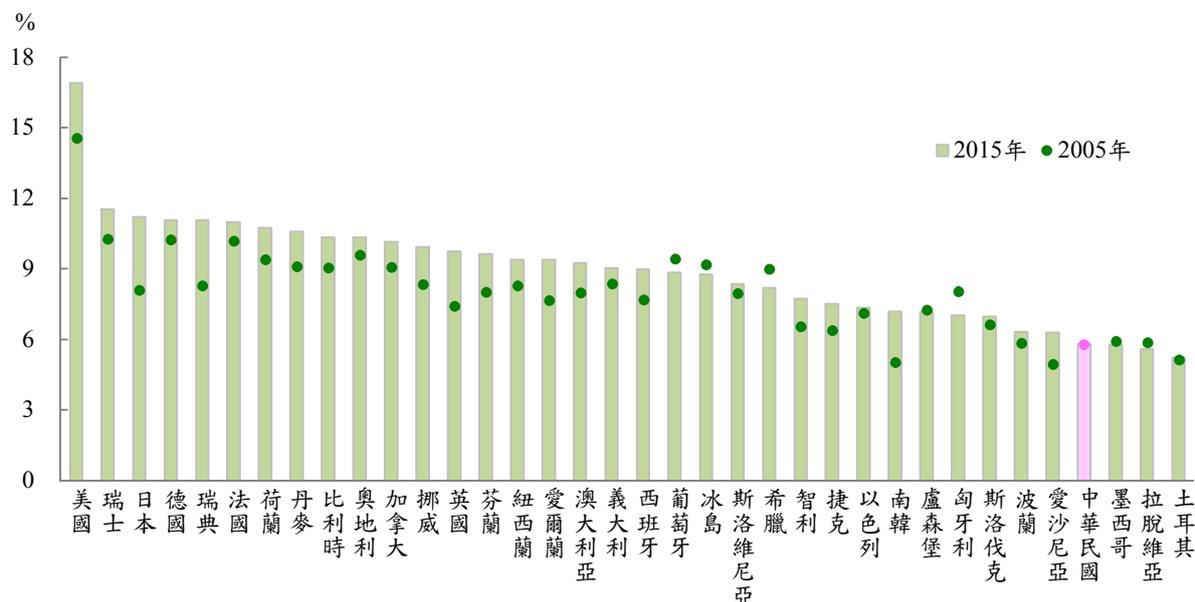
近年來，平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢；若將家庭可支配所得由小至大排列，並按戶數分成五等分，則各分位組平均每戶家庭醫療保健消費支出均呈增加趨勢，其中以最高所得組增幅最大。

104年平均每戶家庭醫療保健消費支出11萬4,303元，其中第1分位組5萬6,403元，第2分位組8萬5,674元，第3分位組10萬6,992元，第4分位組14萬809元，第5分位組18萬1,635元。

七、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比

近年我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比維持在 6% 左右。

經常性醫療保健支出占國內生產毛額比



資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。
備註：拉脫維亞於 2016 年成為 OECD 會員國。

主要國家經常性醫療保健支出占國內生產毛額比

	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2005 年	5.8	8.1	5.0	7.4	10.2	10.2	14.5
2006 年	5.7	8.1	5.4	7.5	10.1	10.1	14.7
2007 年	5.7	8.2	5.6	7.6	10.0	10.0	14.9
2008 年	5.9	8.5	5.8	7.9	10.1	10.1	15.3
2009 年	6.3	9.4	6.3	8.7	10.8	11.1	16.4
2010 年	5.9	9.5	6.4	8.5	10.7	11.0	16.4
2011 年	5.9	11.1	6.5	8.4	10.7	10.7	16.4
2012 年	6.0	11.2	6.6	8.5	10.8	10.8	16.4
2013 年	6.0	11.3	6.8	9.9	10.9	10.9	16.4
2014 年	5.9	11.4	7.1	9.9	11.1	11.0	16.6
2015 年	5.8	11.2	7.2	9.8	11.0	11.1	16.9

資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

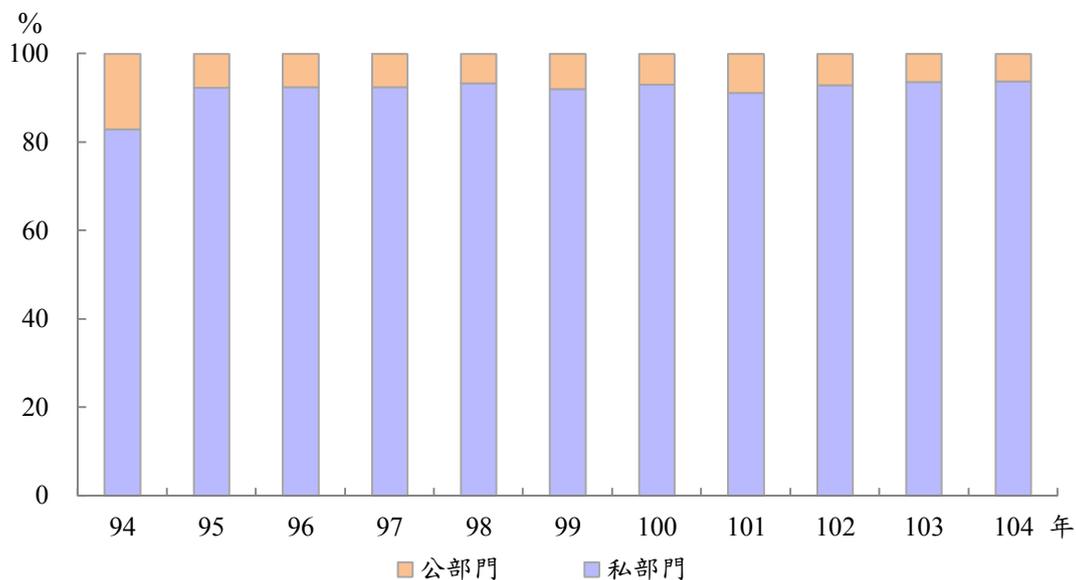
近年來，多數 OECD 會員國家經常性醫療保健支出 (Current Expenditure on Health) 占國內生產毛額 (GDP) 比呈增加趨勢，2015 年以美國 16.9% 最高，土耳其 5.2% 最低。

我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比維持在 6% 左右，2015 年為 5.8%，排名相當於 OECD 會員國之第 33 順位。

八、醫療保健支出之資本形成

近年公部門資本形成呈減少趨勢。

醫療保健支出之資本形成結構



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
94年	471	80	17.1	390	82.9
95年	566	43	7.7	523	92.3
96年	555	42	7.6	513	92.4
97年	586	45	7.6	541	92.4
98年	624	42	6.7	582	93.3
99年	590	47	8.0	543	92.0
100年	658	46	6.9	612	93.1
101年	485	43	8.9	442	91.1
102年	547	39	7.1	508	92.9
103年	562	36	6.5	526	93.5
104年	546	35	6.3	512	93.7

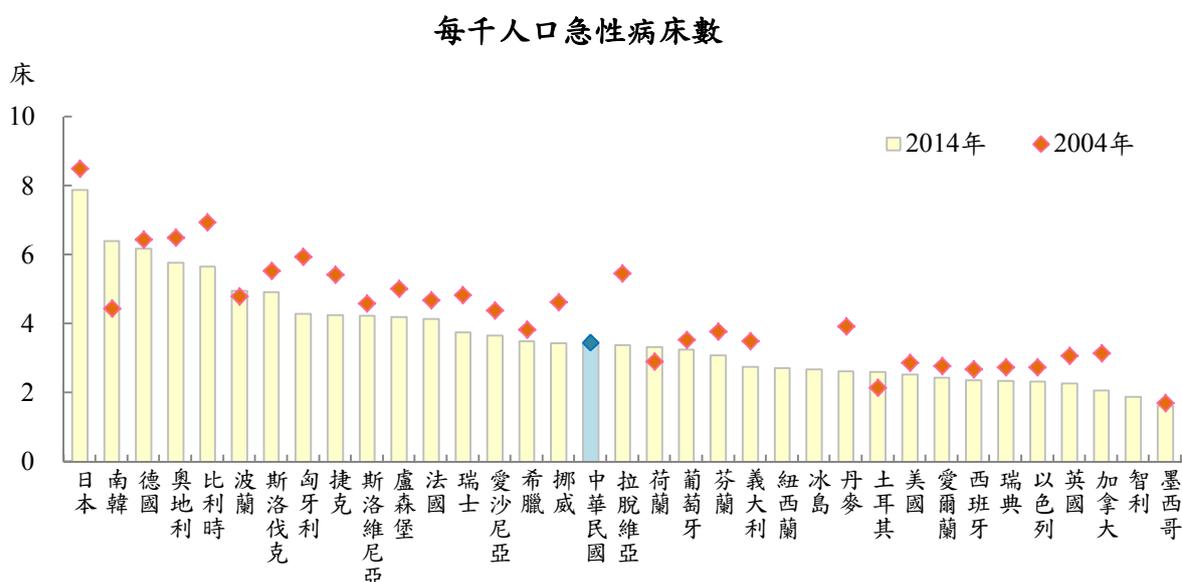
資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

觀察醫療保健支出之資本形成，近年來公部門資本形成呈減少趨勢，私部門資本形成消長互見；就占率而言，私部門占率除94年未及9成外，95年起均超過9成，占率高於公部門。

104年醫療保健支出之資本形成546億元，其中公部門35億元或占6.3%，私部門512億元或占93.7%。

九、每千人口急性病床數

我國每千人口急性病床數近年介於 3.4 床至 3.5 床之間。



資料來源：衛生福利部「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」、OECD Health Data 2016。

備註：1. 澳大利亞無資料。

2. 各國若無 2014 年資料，以最近可獲得資料年度代替；紐西蘭、冰島及智利無 2004 年資料。

3. 拉脫維亞於 2016 年成為 OECD 會員國。

	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2005 年	3.4	8.3	4.6	3.0	4.6	6.4	2.8
2006 年	3.5	8.3	4.8	2.9	4.5	6.2	2.8
2007 年	3.5	8.3	5.1	2.7	4.5	6.2	2.7
2008 年	3.5	8.2	5.3	2.7	4.4	6.1	2.7
2009 年	3.5	8.1	5.5	2.7	4.4	6.2	2.7
2010 年	3.5	8.1	5.5	2.4	4.3	6.2	2.7
2011 年	3.5	8.0	5.9	2.4	4.3	6.1	2.6
2012 年	3.5	8.0	6.1	2.3	4.3	6.2	2.6
2013 年	3.4	8.0	6.2	2.3	4.2	6.2	2.5
2014 年	3.4	7.9	6.4	2.3	4.1	6.2	...
2015 年	3.4	...	...	...	...	...	...

資料來源：衛生福利部「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」、OECD Health Data 2016。

近年來，多數 OECD 會員國家每千人口急性病床數呈減少趨勢，2014 年以日本 7.9 床最高，墨西哥 1.6 床最低。

我國每千人口急性病床數介於 3.4 床至 3.5 床之間，2014 年為 3.4 床，相當於 OECD 會員國家之中位數。

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 100 年 6 月 29 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滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲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
為當月（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
實際收到當月（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

- 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 條之規定，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。
- 保險病床
指特約醫院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
指特約醫院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
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。
- 住院申報件數
特約醫事服務機構向本署申報之醫事服務住院案件數。住院案件的申報，若保險對象入院當月未出院，應於出院後一次申報住院費用；長期住院者則每二個月申報一次，惟若因實際作業需要，亦得按月申報。
- 申請點數
費用發生年月之申請點數。
- 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。
- 平均每件醫療費用
醫療費用 / 申報件數

- 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。
- 核付金額（點數）
費用發生年月之核付金額（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

- 門診注射劑使用率

分子：給藥案件之針劑藥品案件數，但排除門診化療注射劑、急診注射劑及流感疫苗及依全民健康保險藥品給付規定通則，經醫師指導使用方法後，得由病人攜回注射之藥品，及外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑。

分母：給藥案件數。

- 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。

- 就診後同日於同院所再次就診率

分子：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人（身分證號）就診 2 次（含）以上，按身分證號歸戶之門診人數。

分母：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。

- 門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率

分子：按院所、病人 ID 歸戶，計算因上呼吸道感染於同一院所，2 次就診日期小於 7 日之人次。

分母：按院所、病人 ID 歸戶，計算上呼吸道感染人次。

- 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。

(二)醫院

- 急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率

分子：分母案件中住院超過 30 日之案件數。

分母：出院案件數（僅急性床案件，不含急慢性床混合案件）。

- 非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率

分子：分母案件中 14 日以內再住院之人數。

分母：出院人數（排除計畫性再住院案件）。

- 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。

- 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率

分子：同日、同院、同疾病（主診斷前 3 碼相同），門診就診 2 次以上之人數。

分母：門診就診人數。

- 剖腹產率

分子：剖腹產案件數。

分母：生產案件數。

(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、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。

分母：按病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。

- 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：中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之案件數。

分母：中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之人數。

- 使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率

分子：分母案件中曾至西醫門診之人數。

分母：按癌症病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。

- 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，計算同一人重複給藥日份加總。

分母：給藥案件之給藥日份加總。

- 於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率

分子：同院所、同人、同月份，針傷科處置大於 15 次以上之次數總和。

分母：總針傷科處置次數。

(四)牙醫

- 保險對象牙齒填補保存率—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－（分子／分母）。

- 保險對象牙齒填補保存率—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－（分子／分母）。
- 保險對象牙齒填補保存率—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－（分子／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恆牙根管治療（單根、雙根、三根以上）、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。
- 13 歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率
分子：13 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除之人數。
分母：13 歲（含）以上就醫人數。
- 6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率
分子：執行兒童牙齒預防保健服務之人數。
分母：就醫人口中 6 歲以下兒童人數。

（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）同院住院率
分子：分母病人之同院住院次數。
分母：慢性透析病人申報門診血液透析（腹膜透析）任一醫令之人月數。
- 血液透析（腹膜透析）透析時間 < 1 年死亡率
分子：分母病人之死亡人數。
分母：透析時間 < 1 年的慢性透析病人申報門診血液透析（腹膜透析）任一醫令之人月數。
- 血液透析（腹膜透析）透析時間 ≥ 1 年死亡率
分子：分母病人之死亡人數。
分母：透析時間 ≥ 1 年的慢性透析病人申報門診血液透析（腹膜透析）任一醫令之人月數。

- 血液透析（腹膜透析）腎功能回復脫離率
分子：分母病人於開始透析年月起之第 11、12 個月連續 2 個月未申報任一門住診透析醫令之人數。
分母：透析時間小於 1 年之慢性血液透析（腹膜透析）病人數。
- 血液透析（腹膜透析）腎移植脫離率
分子：分母病人屬腎臟移植者，且自生效起日起至生效起日的下個月月底之間未再申報任一透析醫令之人數。
分母：慢性透析病人於統計期間最後申報門診血液透析（腹膜透析）任一醫令之人數。
- 血液透析同院瘻管重建率
分子：分母病人於透析年月同院申報動靜脈瘻管或人工血管手術者，往前勾稽 2 年曾申報動靜脈瘻管或人工血管手術之再次申報次數加總。
分母：慢性透析病人申報門住診血液透析任一醫令之人月數。
- 腹膜透析腹膜炎發生率
分子：分母病人門住診申報腹膜炎之次數。
分母：慢性透析病人申報門診腹膜透析任一醫令之人月數。

(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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 64 日期間住 ICU 人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 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 ≥ 64 日期間住 ICU 總日數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 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 ≥ 64 日期間死亡人數。

分母：連續使用呼吸器 ≥ 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、A10BX。

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

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。

2015 年全民健康保險統計動向

刊 名：全民健康保險統計動向

刊 期 頻 率：不定期

出 版 機 關：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市信義路 3 段 140 號

電話：(02) 2706-5866 (總機)

網址：www.nhi.gov.tw

編 著：衛生福利部中央健康保險署主計室

出 版 年 月：106 年 5 月

創 刊 年 月：92 年 2 月

定 價：每本新臺幣 500 元整

展 售 處：國家書店松江門市

地址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話：(02) 2518-0207

五南文化廣場

地址：40042 臺中市中山路 6 號

電話：(04) 2226-0330

GPN：2009205707

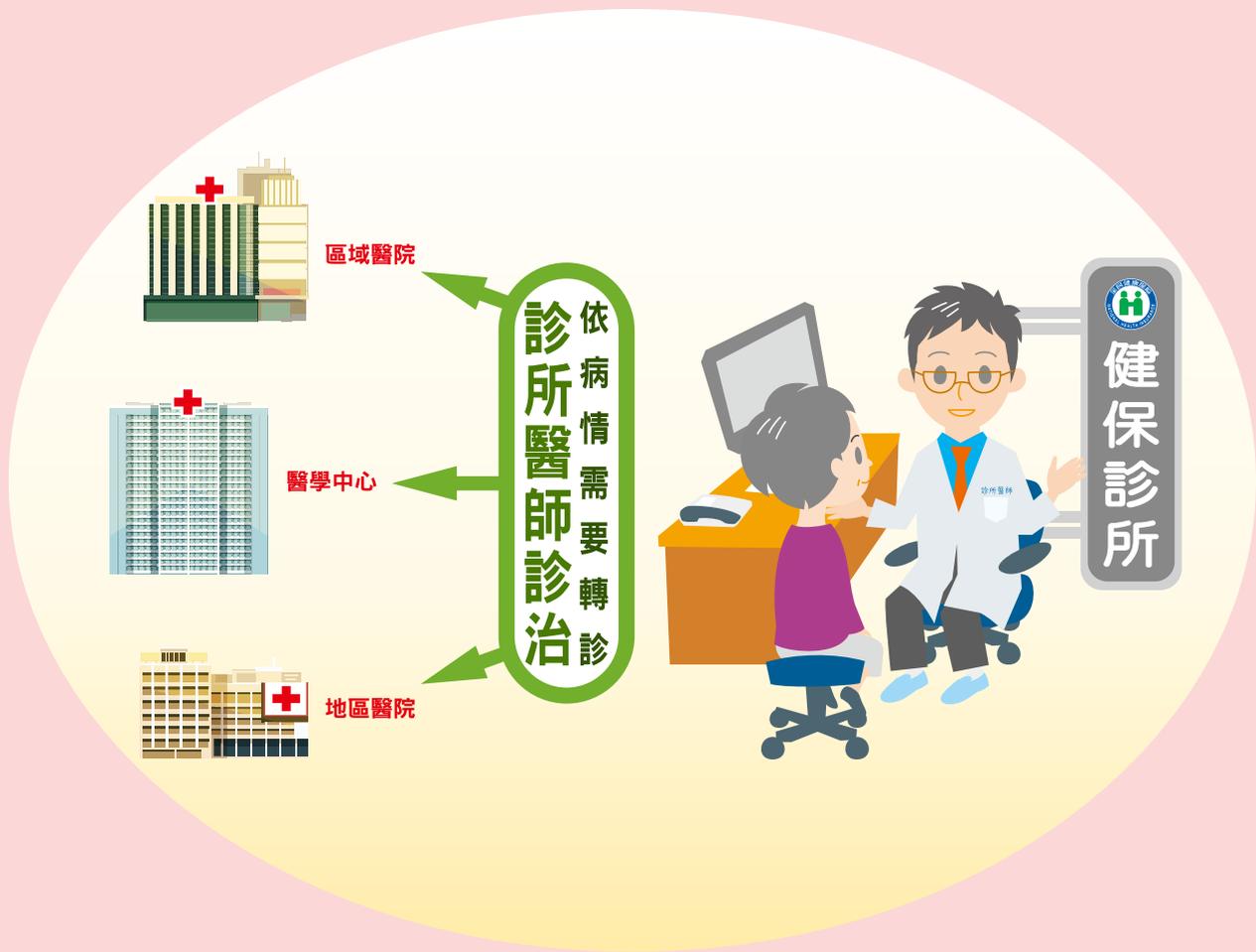
ISSN：1813-0798

◎ 本書保留所有權利。

欲利用本書全部或部分內容者，須備註資料來源：
衛生福利部中央健康保險署。

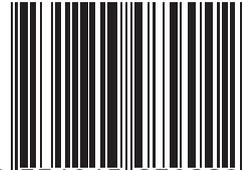
分級醫療讚

轉診就醫照顧您



健保用心 全民安心

ISSN 1813-0798



9 771813 079002

GPN: 2009205707

定價: 新台幣500元