

2017 年

全民健康保險

統計動向

健康存摺

健康資料隨身行



衛生福利部中央健康保險署 編印

中華民國 108 年 5 月

National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare, Taiwan, R.O.C.
May, 2019

2017 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 108 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 9 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.....	(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

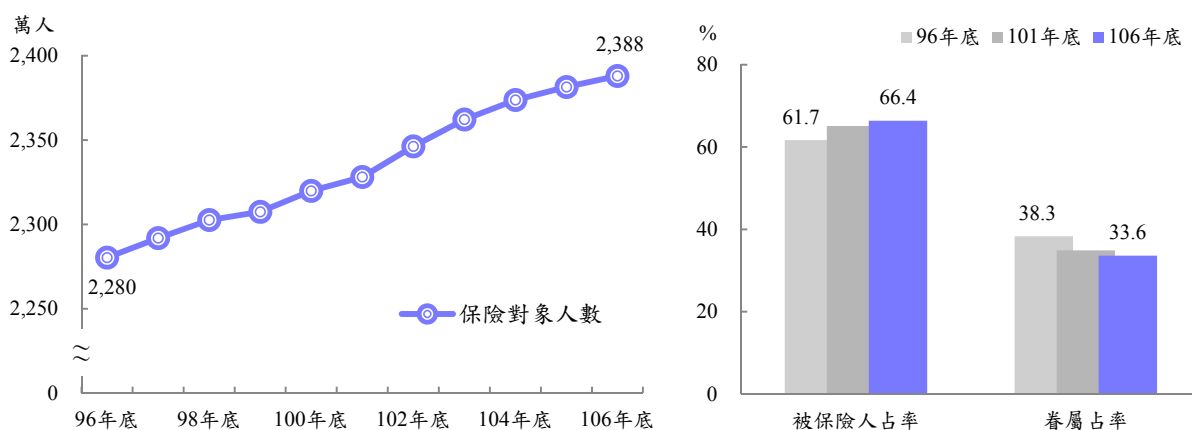
(一) 保險對象概況

▲保險對象人數逐年成長，106 年底為 2,388 萬人。

106 年底全民健保保險對象人數 2,388 萬人，其中被保險人 1,585 萬人或占 66.4%，眷屬 803 萬人或占 33.6%。

觀察保險對象人數之變動情形，近年來依附投保之眷屬人數雖呈下降趨勢，然被保險人人數逐年增加，致全體保險對象人數仍呈逐年成長趨勢。相較於 96 年底，全體保險對象人數增加 108 萬人或 4.7%，其中被保險人增加 177 萬人或 12.6%，眷屬減少 70 萬人或 8.0%；被保險人占率自 96 年底之 61.7% 增至 66.4%，眷屬占率則由 38.3% 降至 33.6%。

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
	人數	成長率(%)		
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
105 年底	2,381	0.3	1,575	806
106 年底	2,388	0.3	1,585	803

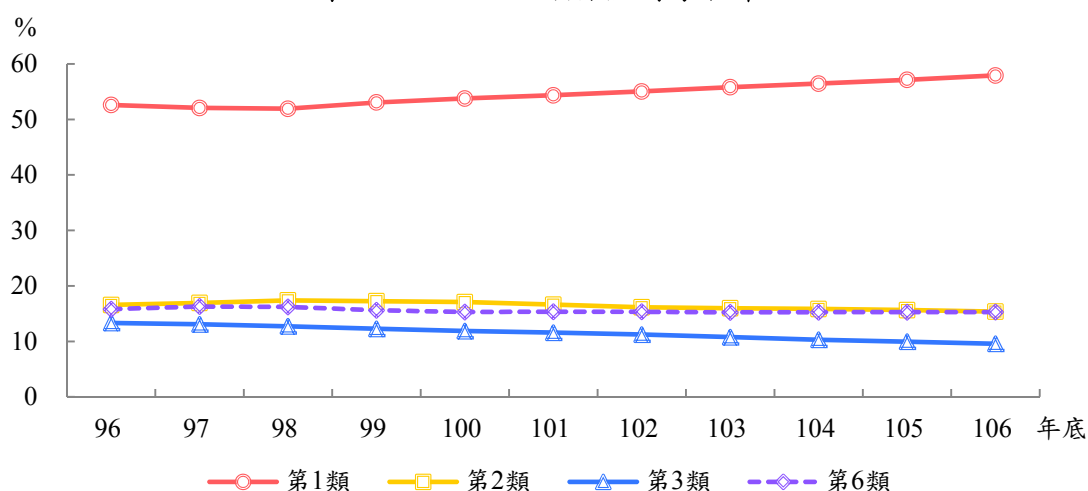
(二) 保險對象類別之變動

▲第 1 類保險對象占率最高，106 年底為 57.9%。

106 年底第 1 類保險對象 1,383 萬人或占 57.9%，第 2 類保險對象 367 萬人或占 15.4%，第 3 類保險對象 228 萬人或占 9.6%，第 4 類保險對象 14 萬人或占 0.6%，第 5 類保險對象 31 萬人或占 1.3%，第 6 類保險對象 365 萬人或占 15.3%。

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，且呈增加趨勢，第 2 類保險對象居次，然隨其占率呈下降趨勢，與居第 3 位之第 6 類保險對象占率愈趨相近，再其次為第 3 類保險對象，其占率亦呈下降趨勢，第 4 類保險對象占率最低。

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

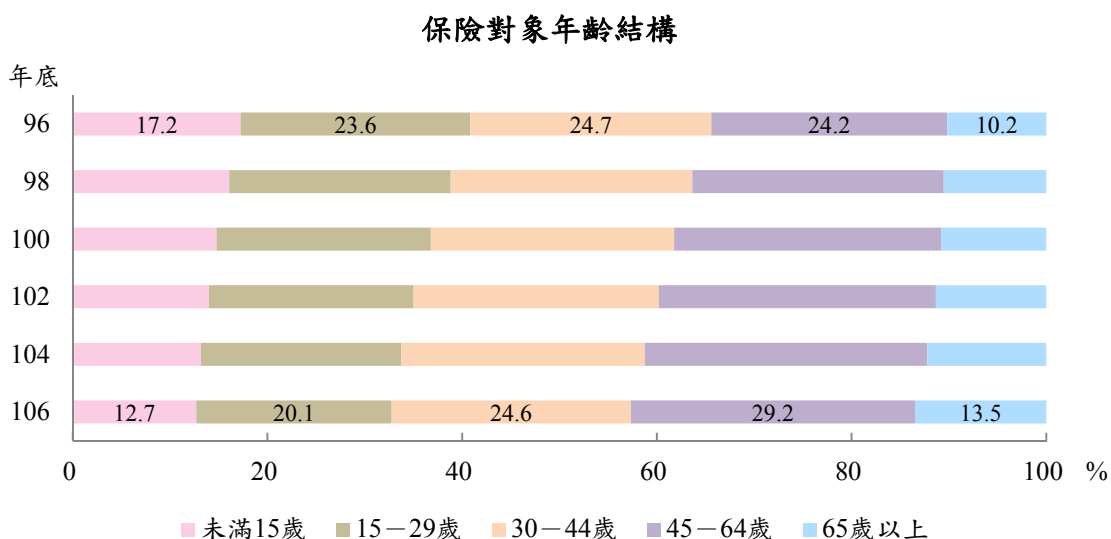
	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
96 年底	2,280	1,199	378	304	17	22	360
97 年底	2,292	1,193	388	299	16	23	373
98 年底	2,303	1,195	400	292	16	25	373
99 年底	2,307	1,224	398	283	16	27	360
100 年底	2,320	1,247	396	275	16	31	354
101 年底	2,328	1,265	387	269	15	35	357
102 年底	2,346	1,291	379	263	19	35	360
103 年底	2,362	1,318	377	254	19	35	360
104 年底	2,374	1,340	376	244	18	33	362
105 年底	2,381	1,360	372	237	16	32	363
106 年底	2,388	1,383	367	228	14	31	365

(三) 保險對象年齡結構

▲106 年底 65 歲以上保險對象占率首度高於未滿 15 歲。

106 年底未滿 15 歲保險對象 303 萬人或占 12.7%，15—29 歲保險對象 479 萬人或占 20.1%，30—44 歲保險對象 587 萬人或占 24.6%，45—64 歲保險對象 697 萬人或占 29.2%，65 歲以上保險對象 322 萬人或占 13.5%。

近年來，未滿 30 歲各年齡組保險對象人數呈減少，30 歲以上各年齡組保險對象人數則呈增加。觀察保險對象年齡結構之變動情形，未滿 30 歲各年齡組保險對象占率逐年下降，30—44 歲年齡組維持在 2 成 5 左右，45 歲以上各年齡組逐年上升，65 歲以上年齡組保險對象占率則於 106 年底首度高於未滿 15 歲年齡組。



	總計	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
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
105 年底	2,381	308	485	589	693	306
106 年底	2,388	303	479	587	697	322

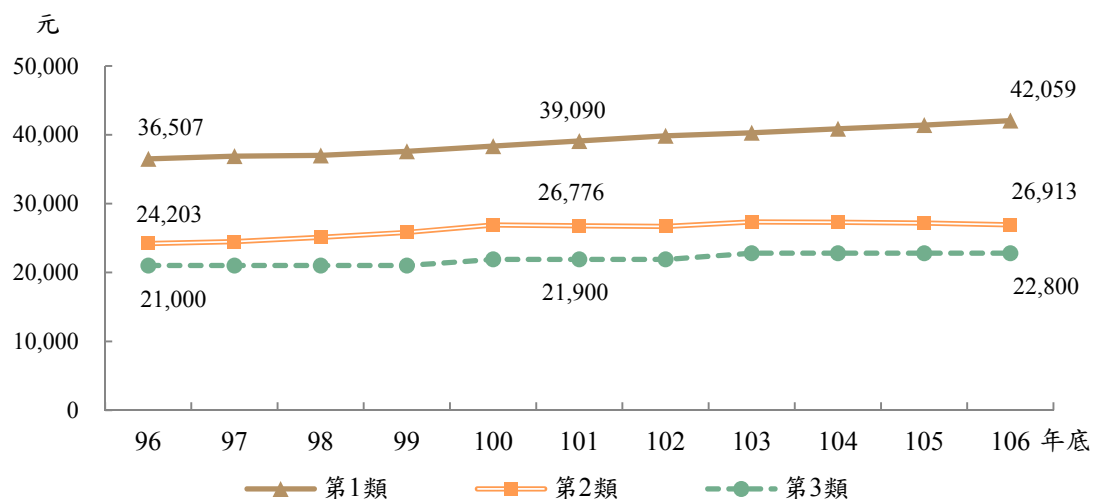
(四) 被保險人平均投保金額

▲第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，106年底為36,933元。

第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，106年底為36,933元，其中第1類被保險人平均投保金額42,059元，第2類26,913元，第3類22,800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。第4、5類被保險人保險費自105年1月起調為1,759元，第6類被保險人保險費自99年4月起調為1,249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
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
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

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。

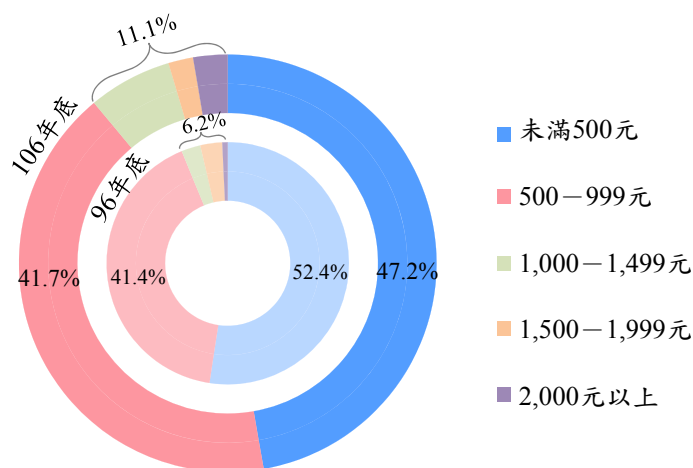
(五) 被保險人自付一般保險費

▲106 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 88.9%。

106 年底每月自付一般保險費未滿 500 元之被保險人 749 萬人或占 47.2%，500—999 元者 661 萬人或占 41.7%，1,000—1,499 元者 103 萬人或占 6.5%，1,500—1,999 元者 30 萬人或占 1.9%，2,000 元以上者 42 萬人或占 2.7%。

被保險人每月自付一般保險費金額以未滿 500 元者最多，其次為 500—999 元，惟近年來二者合計之占率呈下降趨勢，106 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 88.9%，相較於 96 年底之 93.8%，減少 4.9 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
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
105 年底	1,575	756	646	103	29	41
106 年底	1,585	749	661	103	30	42

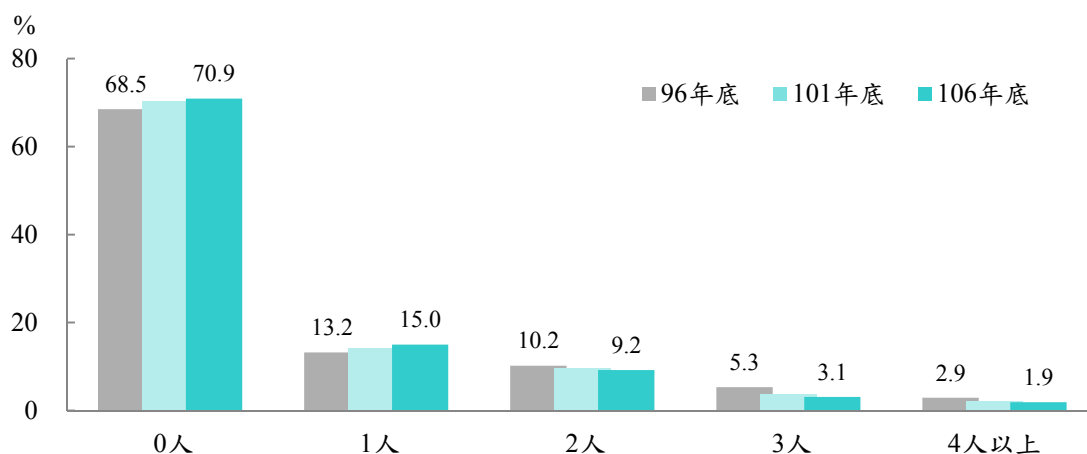
(六) 被保險人眷屬人數

▲無眷屬依附投保之被保險人最多，106 年底占率為 70.9%。

106 年底無眷屬依附投保之被保險人 1,123 萬人或占 70.9%，依附投保之眷屬人數為 1 人者 238 萬人或占 15.0%，2 人者 145 萬人或占 9.2%，3 人者 49 萬人或占 3.1%，4 人以上者 30 萬人或占 1.9%。

觀察近年來被保險人人數之變動情形，以無眷屬依附投保之被保險人最多，其次依序為依附投保眷屬人數為 1 人、2 人、3 人及 4 人以上者；無眷屬依附投保及依附投保眷屬人數為 1 人之被保險人，占率呈上升趨勢，依附投保眷屬人數為 2 人以上者，占率則呈下降趨勢。

被保險人人數占率—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
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
105 年底	1,575	1,115	234	146	51	30
106 年底	1,585	1,123	238	145	49	30

二、財務概況

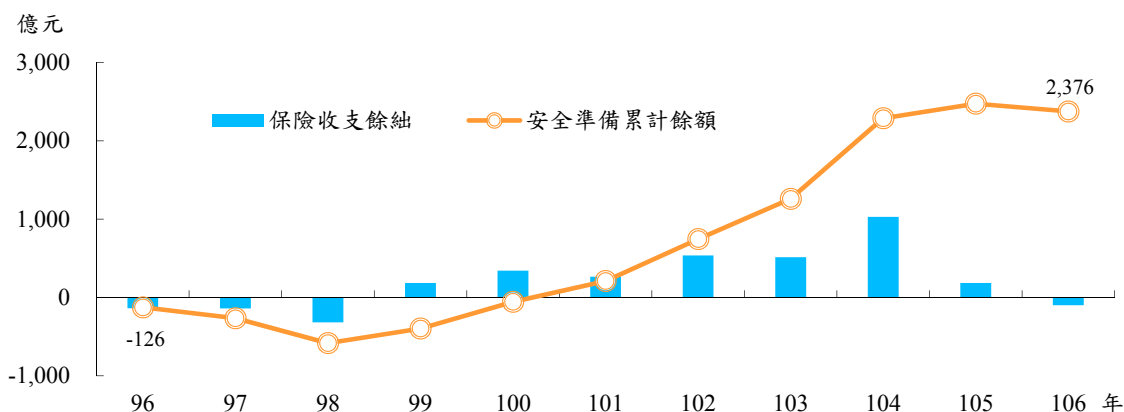
(一) 財務收支概況

▲截至 106 年底安全準備累計餘額 2,376 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，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 106 年底安全準備累計餘額 2,376 億元。

保險收支及安全準備



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
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
105 年	5,869	5,684	186	2,474
106 年	5,900	5,998	-98	2,376

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。

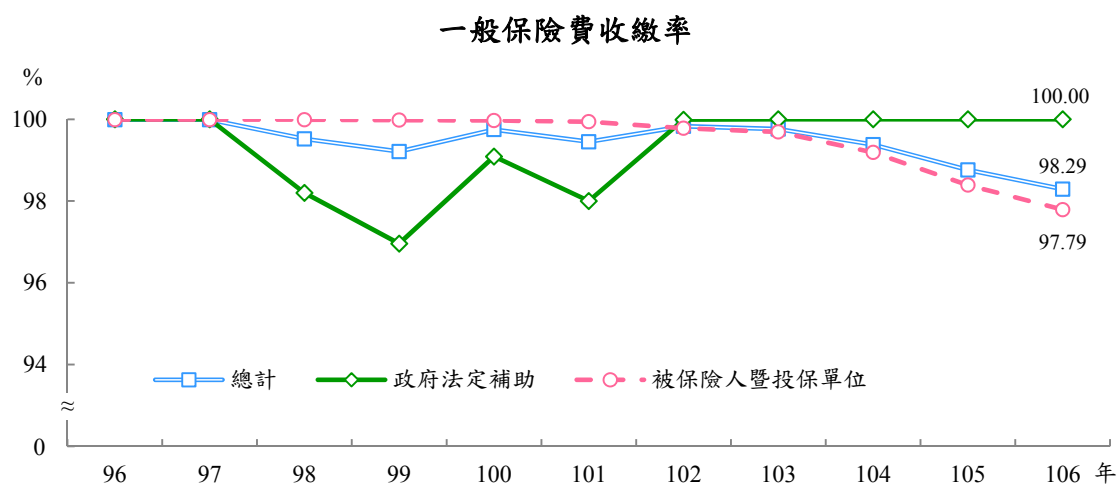
3. 保險成本 = 醫療費用 + 業務費用 + 其他業務外費用 (未含手續費用)。

(二) 一般保險費

▲106年實收一般保險費4,715億元，收繳率98.3%。

106年實收一般保險費4,715億元，收繳率98.3%，其中政府法定補助1,080億元，收繳率100.0%，被保險人暨投保單位3,635億元，收繳率97.8%。

觀察全民健保一般保險費之收繳情形，98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，係因高雄市政府財政困窘，衍生滯欠健保費補助款，經各級政府相關單位共同努力，高雄市政府已提出分年還款計畫。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。



	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
96年	3,674	3,674	99.99	944	944	100.00	2,730	2,729	99.99
97年	3,812	3,812	99.99	984	984	100.00	2,829	2,829	99.99
98年	3,831	3,812	99.52	1,000	982	98.20	2,831	2,830	99.99
99年	4,354	4,320	99.21	1,116	1,082	96.96	3,239	3,238	99.98
100年	4,660	4,648	99.75	1,181	1,170	99.09	3,479	3,478	99.97
101年	4,796	4,769	99.45	1,204	1,179	98.00	3,592	3,590	99.94
102年	4,632	4,624	99.83	1,104	1,104	99.99	3,528	3,520	99.78
103年	4,749	4,738	99.76	1,112	1,112	100.00	3,637	3,626	99.69
104年	4,786	4,757	99.38	1,126	1,126	100.00	3,660	3,630	99.19
105年	4,694	4,636	98.76	1,085	1,085	100.00	3,610	3,551	98.39
106年	4,797	4,715	98.29	1,080	1,080	100.00	3,717	3,635	97.79

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107年11月5日。

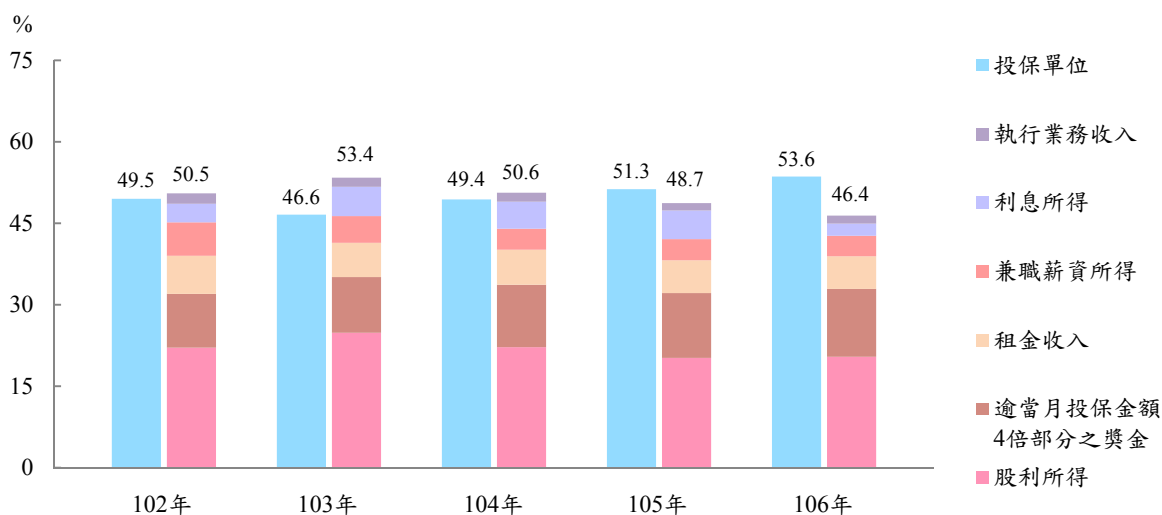
(三) 補充保險費

▲106年補充保險費 450億元。

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。

106年補充保險費 450億元，其中來自保險對象 209億元，包括逾當月投保金額 4倍部分之獎金 56億元，兼職薪資所得 17億元，執行業務收入 7億元，股利所得 92億元，利息所得 10億元及租金收入 27億元；來自投保單位 241億元。

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	475	234	240	55	18	8	105	24	31
105年	444	228	216	53	17	6	90	23	27
106年	450	241	209	56	17	7	92	10	27

備註：資料日期為 107 年 11 月 5 日。

三、特約醫事服務機構概況

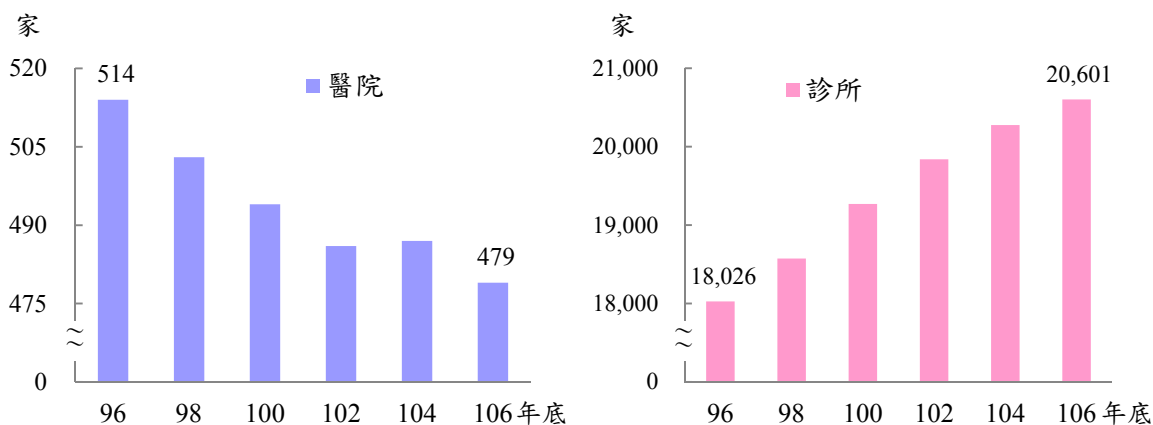
(一) 特約醫事服務機構家數

▲106 年底特約醫事服務機構 28,339 家，近 10 年間增加 20.7%。

106 年底特約醫事服務機構 28,339 家，其中西醫醫院 474 家，中醫醫院 5 家，西醫診所 10,350 家，中醫診所 3,589 家，牙醫診所 6,662 家，其他醫事服務機構 7,259 家。

近年來，特約醫院家數雖呈減少趨勢，然特約診所及其他醫事服務機構家數均呈增加趨勢，致全體特約醫事服務機構家數逐年增加；相較於 96 年底，特約醫事服務機構家數增加 4,861 家或 20.7%，其中特約診所增加 2,575 家或 14.3%，特約其他醫事服務機構增加 2,321 家或 47.0%，特約醫院則減少 35 家或 6.8%。

特約醫療院所家數



特約醫事服務機構家數

單位：家

	總計	西醫醫院	中醫醫院	西醫診所	中醫診所	牙醫診所	其他
96 年底	23,478	492	22	9,303	2,772	5,951	4,938
97 年底	23,874	483	21	9,427	2,867	6,031	5,045
98 年底	24,423	486	17	9,546	2,940	6,088	5,346
99 年底	25,031	482	15	9,709	3,009	6,173	5,643
100 年底	25,747	479	15	9,881	3,125	6,263	5,984
101 年底	26,317	478	13	10,026	3,192	6,349	6,259
102 年底	26,823	474	12	10,120	3,276	6,442	6,499
103 年底	27,332	476	11	10,227	3,380	6,509	6,729
104 年底	27,728	479	8	10,250	3,460	6,565	6,966
105 年底	27,995	477	5	10,259	3,521	6,595	7,138
106 年底	28,339	474	5	10,350	3,589	6,662	7,259

備註：1. 僅辦理門診業務之西醫醫院併入西醫診所計算。

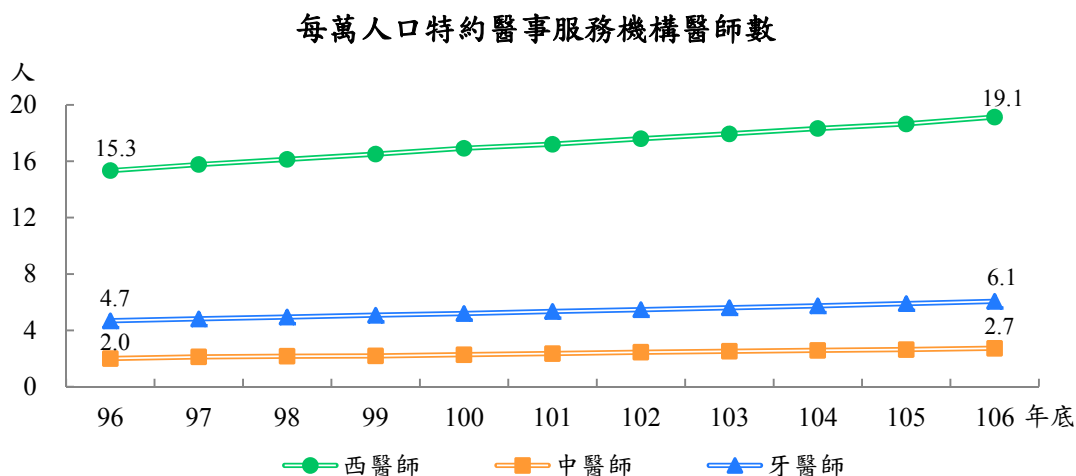
2. 其他包括藥局、醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、醫事放射所、職能治療所及呼吸照護所。

(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，106 年底為 27.9 人。

106 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 27.9 人，其中西醫師數 19.1 人，中醫師數 2.7 人，牙醫師數 6.1 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 96 年底，每萬人口特約醫事服務機構醫師數增加 5.9 人，其中西醫師數增加 3.8 人最多，其次為牙醫師數增加 1.4 人，中醫師數增加 0.7 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
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
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

備註：人口數係指內政部「內政統計年報」之人口數資料。

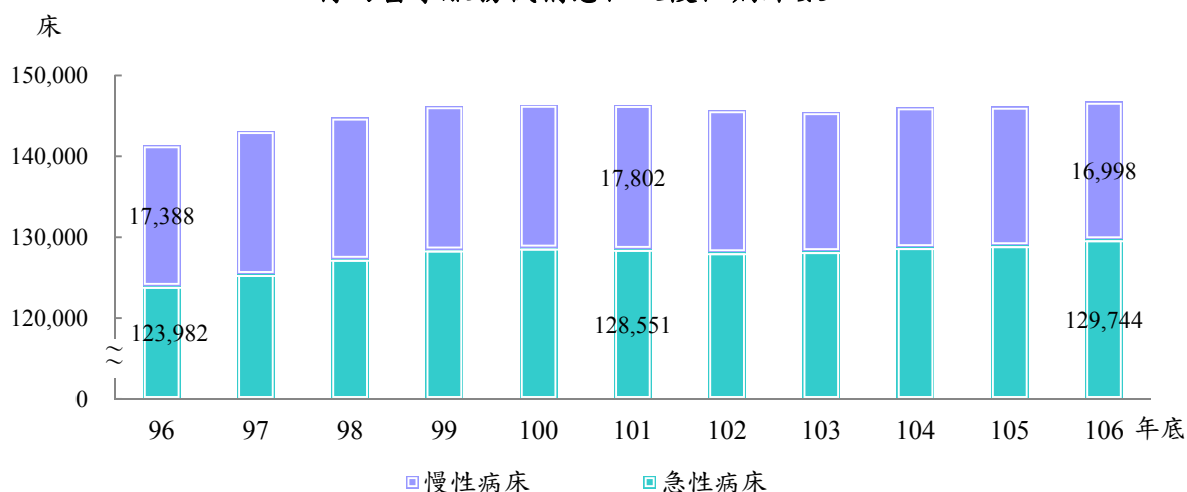
(三) 特約醫事服務機構病床數

▲近年來特約醫事服務機構病床數互有增減，106 年底為 146,742 床。

106 年底特約醫事服務機構急性病床 129,744 床，其中急性保險病床 104,596 床，急性差額病床 25,148 床；慢性病床 16,998 床，其中慢性保險病床 16,381 床，慢性差額病床 617 床；總病床數為 146,742 床。

96 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 年起病床數再呈增加趨勢；相較於 96 年底，總病床數增加 5,372 床或 3.8%，其中急性病床增加 5,762 床或 4.6%，慢性病床則減少 390 床或 2.2%。

特約醫事服務機構急性及慢性病床數



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
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
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

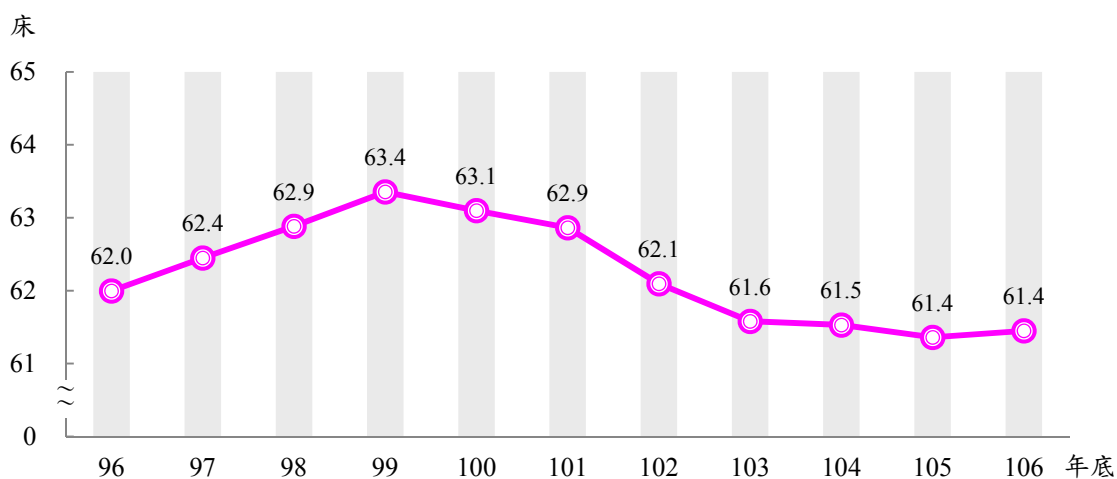
(四) 特約醫事服務機構病床密度

▲106 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數 61.4 床，近 10 年間減少 0.6 床。

106 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 61.4 床。

96 年至 99 年間，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數逐年成長，100 年至 105 年間，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改呈負成長，106 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數與上年相當，相較於 96 年底之 62.0 床，減少 0.6 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(%)	
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
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

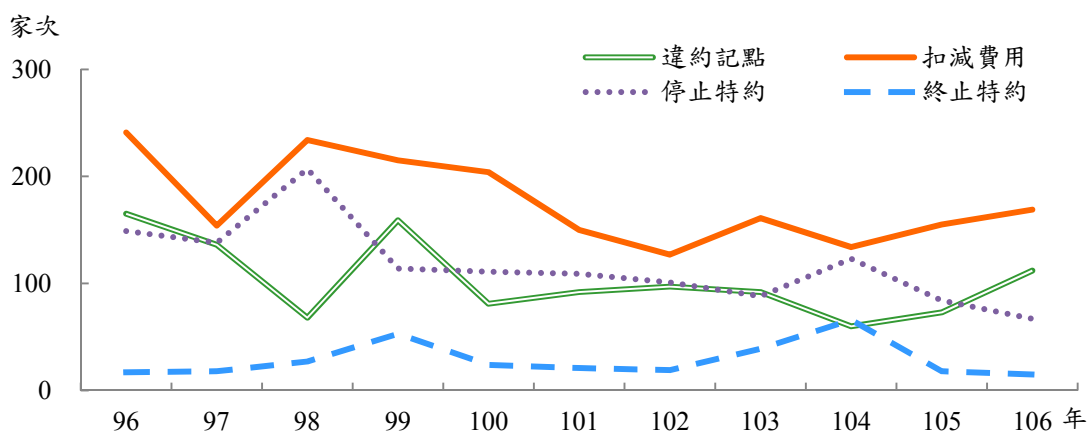
(五) 特約醫事服務機構查處

▲近年來特約醫事服務機構違規處分以扣減費用最多，106年為169家次。

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。

106年查處違規之特約醫事服務機構計363家次，包括違約記點112家次，扣減費用169家次，停止特約67家次，終止特約15家次。近年來，特約醫事服務機構違規處分以扣減費用最多，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
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
105年	330	73	155	84	18
106年	363	112	169	67	15

四、醫療利用概況

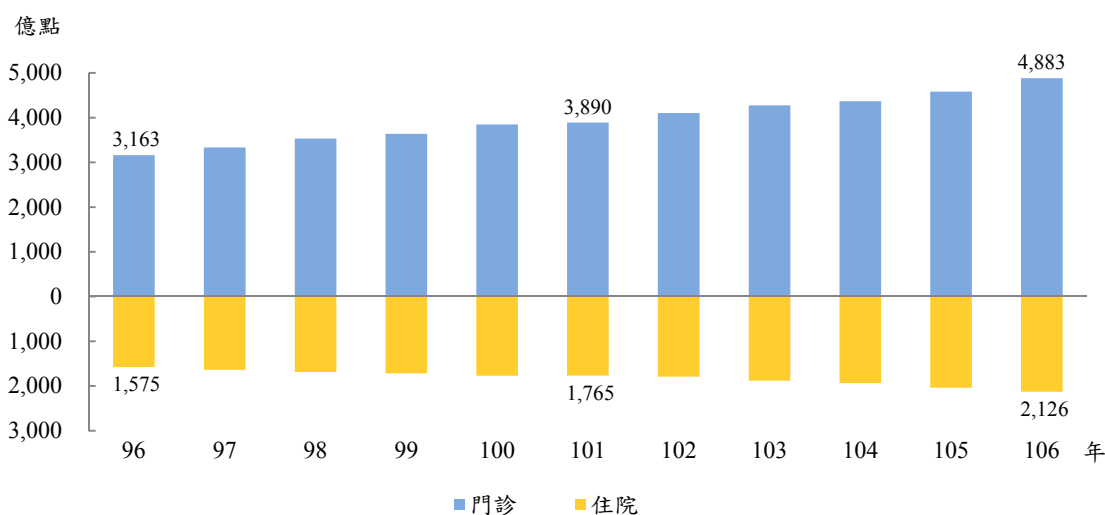
(一) 醫療費用申報概況

▲醫療費用逐年成長，近 10 年間增加 47.9%。

106 年門診申報件數 3 億 5,225 萬件，醫療費用 4,883 億點；住院申報件數 336 萬件，醫療費用 2,126 億點；醫療費用申報總點數 7,009 億點。

觀察醫療費用申報情形，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，相較於 96 年，全體醫療費用增加 2,271 億點或 47.9%，其中門診醫療費用增加 1,720 億點或 54.4%，住院醫療費用增加 551 億點或 34.9%；門診醫療費用占率自 96 年之 66.8% 增至 69.7%，住院則由 33.2% 降至 30.3%。

門診及住院醫療費用



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)
96 年	4,738	33,760	3,163	297	1,575
97 年	4,973	34,102	3,335	305	1,638
98 年	5,221	35,679	3,535	314	1,686
99 年	5,352	36,065	3,637	321	1,715
100 年	5,620	37,501	3,850	328	1,770
101 年	5,655	36,541	3,890	318	1,765
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

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 年起門診申報件數排除慢性病連續處方箋調劑案件；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。

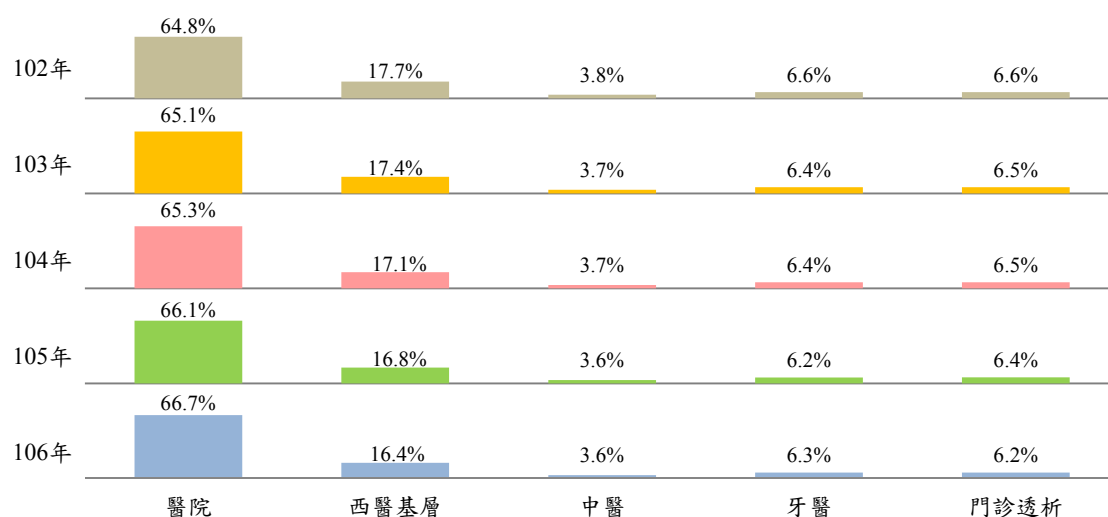
(二) 總額部門別醫療費用

▲醫療費用以醫院總額占率最大，106年為66.7%。

106年醫院總額醫療費用4,672億點或占66.7%，西醫基層總額1,152億點或占16.4%，中醫總額250億點或占3.6%，牙醫總額440億點或占6.3%，門診透析435億點或占6.2%。

觀察近年來各總額部門醫療費用之變動情形，以醫院總額占率最大，且占率逐年增加，西醫基層總額次之，惟其占率逐年減少，牙醫總額及門診透析兩者占率相當，中醫總額占率介於3.6%至3.8%之間。

醫療費用占率－按總額部門別分



醫療費用－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

備註：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）。

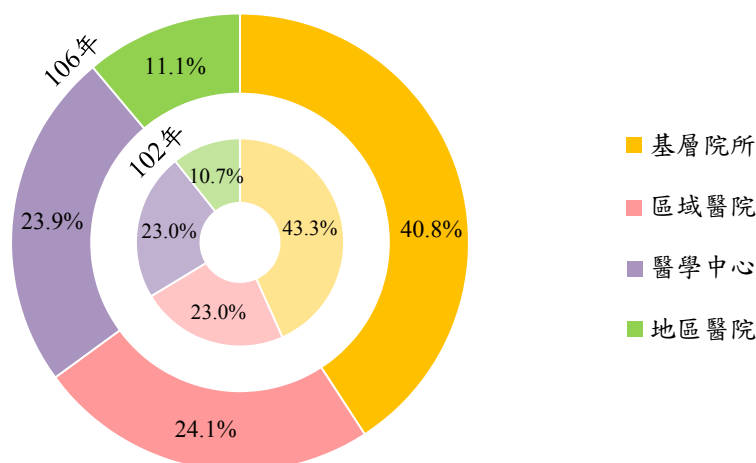
(三) 特約類別門診醫療費用

▲門診醫療費用以基層院所占率最大，106 年為 40.8%。

106 年醫學中心門診醫療費用 1,168 億點或占 23.9%，區域醫院 1,178 億點或占 24.1%，地區醫院 543 億點或占 11.1%，基層院所 1,993 億點或占 40.8%。

門診醫療費用以基層院所占率最大，惟呈減少趨勢，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；相較於 102 年，基層院所占率減少 2.5 個百分點，醫學中心、區域醫院及地區醫院占率則分別增加 0.9 個、1.1 個及 0.4 個百分點。

門診醫療費用結構—按特約類別分



門診醫療費用—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	交付機構
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	-
105 年	4,581	1,077	1,092	499	1,912	-
106 年	4,883	1,168	1,178	543	1,993	-

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。

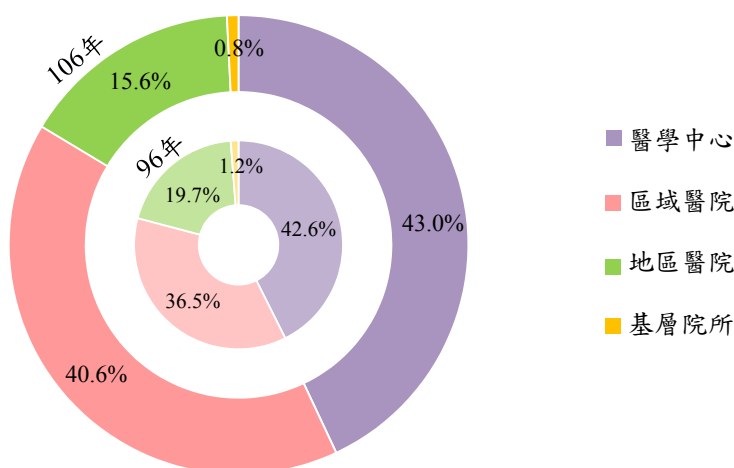
(四) 特約類別住院醫療費用

▲住院醫療費用以醫學中心占率最大，106 年為 43.0%。

106 年醫學中心住院醫療費用 914 億點或占 43.0%，區域醫院 863 億點或占 40.6%，地區醫院 331 億點或占 15.6%，基層院所 17 億點或占 0.8%。

住院醫療費用以醫學中心占率最大，區域醫院次之，惟近年來二者差距漸趨相近，地區醫院居第 3，基層院所占率最小；相較於 96 年，醫學中心占率增加 0.4 個百分點，區域醫院增加 4.1 個百分點，地區醫院及基層院所則分別減少 4.1 個及 0.4 個百分點。

住院醫療費用結構—按特約類別分



住院醫療費用—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
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
105 年	2,038	871	830	318	19
106 年	2,126	914	863	331	17

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。

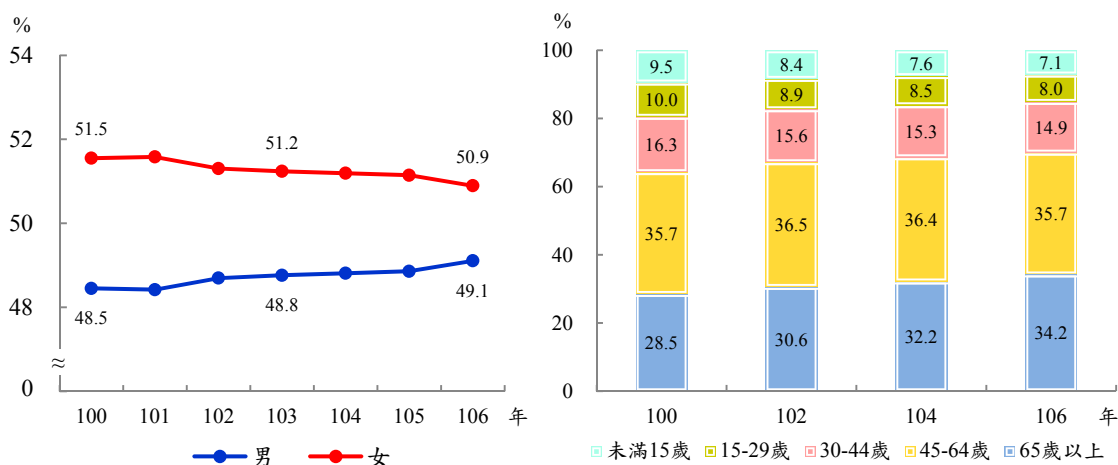
(五) 性別及年齡別門診醫療費用

▲65歲以上年齡組門診醫療費用占率逐年增加，106年為34.2%。

106年男性門診醫療費用2,398億點，女性2,485億點；按年齡觀察，未滿15歲年齡組門診醫療費用347億點，15—29歲年齡組391億點，30—44歲年齡組727億點，45—64歲年齡組1,745億點，65歲以上年齡組1,672億點。

近年來，女性門診醫療費用占率高於男性，惟二者差距漸趨相近；再按年齡觀察，未滿45歲各年齡組門診醫療費用占率逐年下降，45—64歲年齡組占率維持在35%至37%之間，65歲以上年齡組占率則逐年增加。

門診醫療費用結構—按性別及年齡別分



門診醫療費用—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
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
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

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。

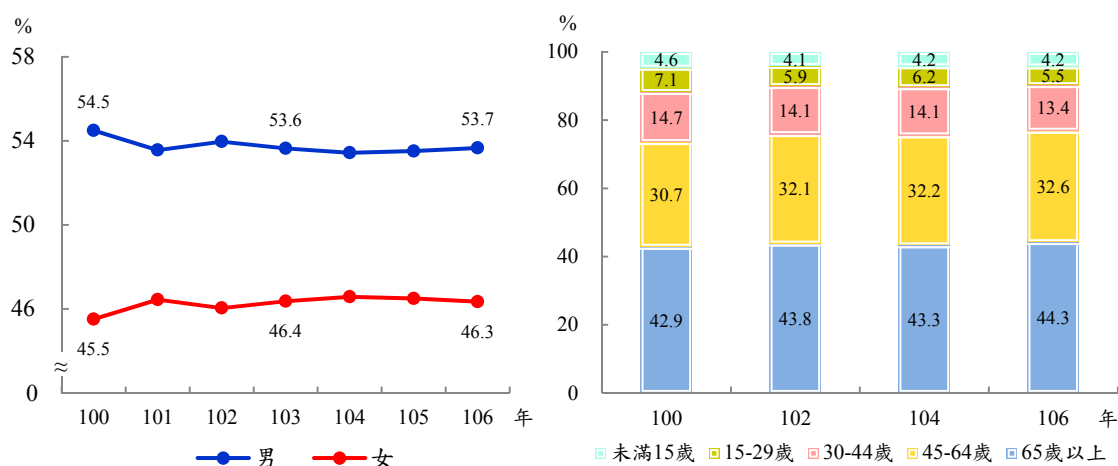
(六) 性別及年齡別住院醫療費用

▲45歲以上年齡組住院醫療費用占率呈增加趨勢，106年為76.9%。

106年男性住院醫療費用1,141億點，女性985億點；按年齡觀察，未滿15歲年齡組住院醫療費用90億點，15—29歲年齡組117億點，30—44歲年齡組284億點，45—64歲年齡組694億點，65歲以上年齡組941億點。

近年來，男性住院醫療費用占率高於女性；再按年齡觀察，未滿45歲各年齡組住院醫療費用占率呈下降趨勢，45歲以上各年齡組占率則呈增加趨勢，相較於100年，45歲以上年齡組占率由73.6%增至76.9%，增加3.3個百分點。

住院醫療費用結構—按性別及年齡別分



住院醫療費用—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
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
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

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。

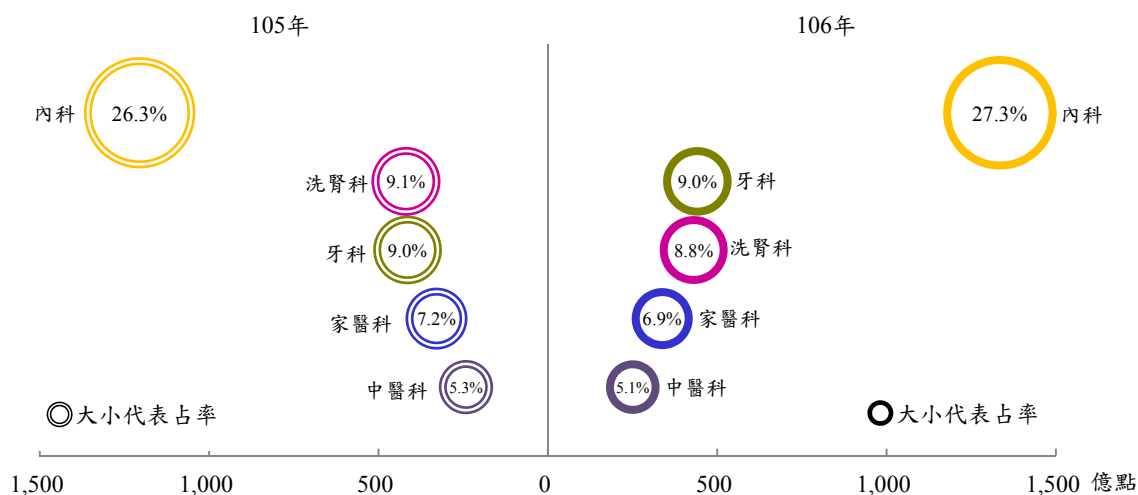
(七) 就醫科別門診醫療費用

▲門診醫療費用以內科占率最大，106 年為 27.3%。

106 年前五大門診醫療費用之就醫科別，依序為內科 1,335 億點或占 27.3%，牙科 441 億點或占 9.0%，洗腎科 430 億點或占 8.8%，家醫科 338 億點或占 6.9%，中醫科 251 億點或占 5.1%。

觀察各就醫科別門診醫療費用占率之變動情形，近 2 年來均以內科占率最大，105 年洗腎科及牙科分居第 2 及第 3，106 年則改以牙科居次，洗腎科居第 3，家醫科及中醫科則於 2 年間均分居第 4 及第 5。

門診前五大就醫科別醫療費用



門診前十大就醫科別醫療費用

門診前十大就醫科別醫療費用						
單位：億點、%						
排序	就醫科別	105 年		就醫科別	106 年	
		醫療費用	占率		醫療費用	占率
-	總計	4,581	100.0	總計	4,883	100.0
1	內科	1,205	26.3	內科	1,335	27.3
2	洗腎科	419	9.1	牙科	441	9.0
3	牙科	414	9.0	洗腎科	430	8.8
4	家醫科	328	7.2	家醫科	338	6.9
5	中醫科	241	5.3	中醫科	251	5.1
6	外科	205	4.5	外科	223	4.6
7	小兒科	200	4.4	小兒科	208	4.3
8	急診醫學科	190	4.1	急診醫學科	193	4.0
9	耳鼻喉科	182	4.0	耳鼻喉科	188	3.9
10	復健科	170	3.7	復健科	184	3.8

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.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。

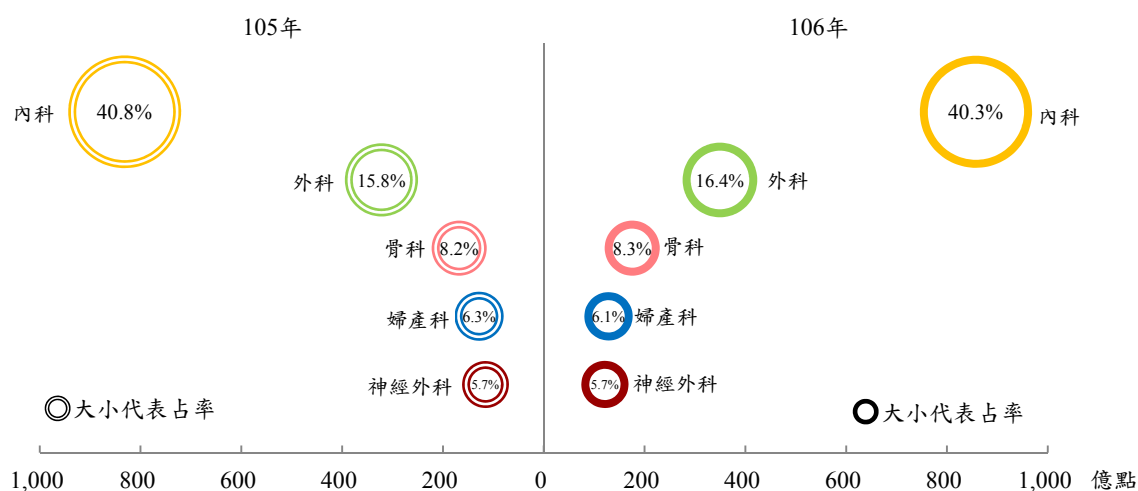
(八) 就醫科別住院醫療費用

▲住院醫療費用以內科占率最大，106 年為 40.3%。

106 年前五大住院醫療費用之就醫科別，依序為內科 857 億點或占 40.3%，外科 350 億點或占 16.4%，骨科 175 億點或占 8.3%，婦產科 129 億點或占 6.1%，神經外科 121 億點或占 5.7%。

近 2 年來，住院醫療費用排序前五大之就醫科別相同，均以內科最大，惟 106 年占率較上年減少 0.5 個百分點，外科居次，占率則較上年增加 0.6 個百分點，骨科、婦產科及神經外科分居第 3 至第 5。

住院前五大就醫科別醫療費用



住院前十大就醫科別醫療費用

住院前十大就醫科別醫療費用						
單位：億點、%						
排序	就醫科別	105 年		就醫科別	106 年	
		醫療費用	占率		醫療費用	占率
-	總計	2,038	100.0	總計	2,126	100.0
1	內科	831	40.8	內科	857	40.3
2	外科	322	15.8	外科	350	16.4
3	骨科	168	8.2	骨科	175	8.3
4	婦產科	128	6.3	婦產科	129	6.1
5	神經外科	116	5.7	神經外科	121	5.7
6	精神科	115	5.7	精神科	119	5.6
7	小兒科	113	5.5	小兒科	115	5.4
8	泌尿科	53	2.6	泌尿科	58	2.7
9	神經科	51	2.5	神經科	54	2.5
10	耳鼻喉科	39	1.9	耳鼻喉科	42	2.0

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.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。

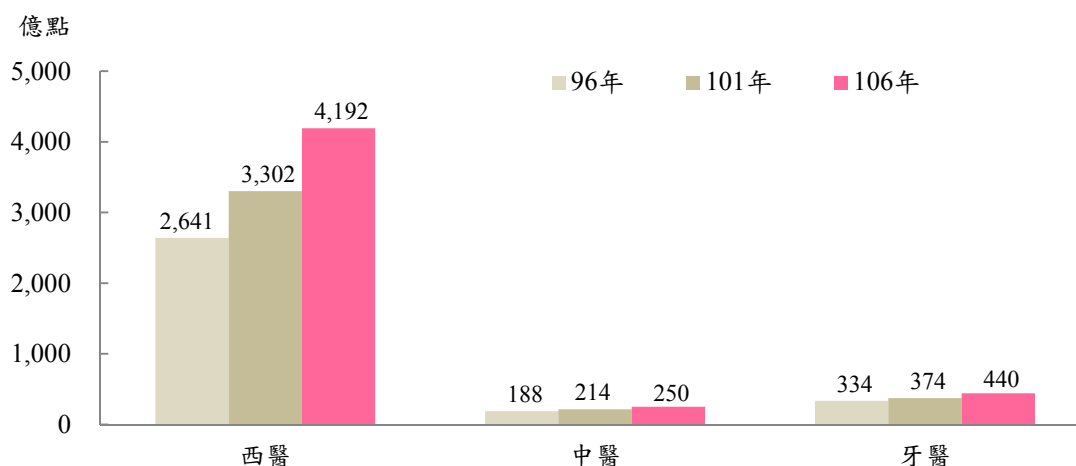
(九) 西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報概況

▲近 10 年間西醫門診醫療費用增加 58.7% 增幅最大。

106 年西醫門診申報件數 2 億 8,044 萬件，醫療費用 4,192 億點；中醫門診申報件數 3,844 萬件，醫療費用 250 億點；牙醫門診申報件數 3,337 萬件，醫療費用 440 億點。

近年來，西醫、中醫及牙醫門診醫療費用均呈增加趨勢，相較於 96 年，西醫門診醫療費用增加 1,551 億點最多，其次為牙醫增加 107 億點，中醫增加 63 億點，近 10 年間門診醫療費用以西醫增加 58.7% 增幅最大，中醫增加 33.3% 次之，牙醫增加 31.9%。

西醫、中醫及牙醫門診醫療費用



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)
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
105年	28,844	3,926	4,050	241	3,261	413
106年	28,044	4,192	3,844	250	3,337	440

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 年起申報件數排除慢性病連續處方箋調劑案件；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。

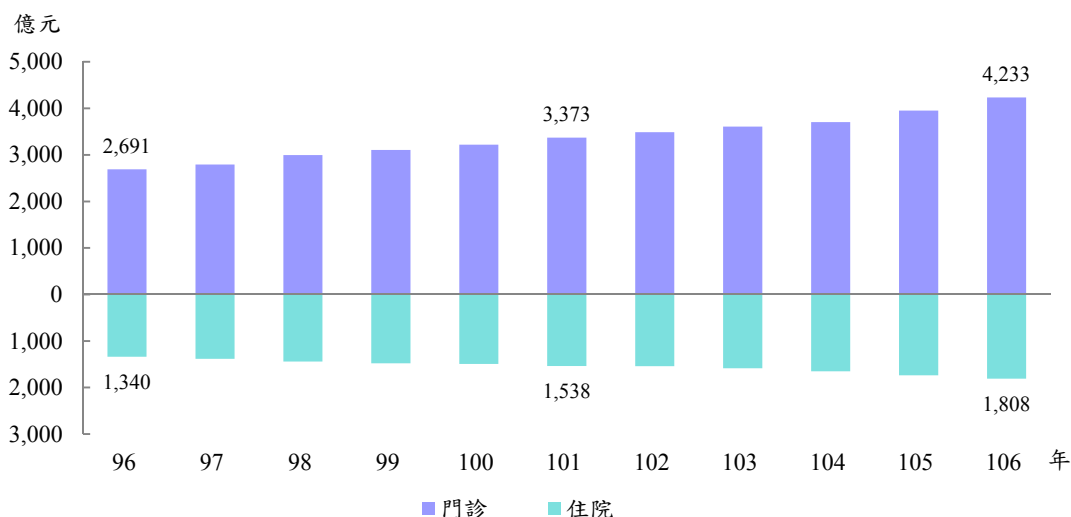
(十) 醫療費用核付概況

▲醫療費用核付金額逐年成長，106 年為 6,041 億元。

106 年門診醫療費用核付件數 3 億 5,225 萬件，核付點數 4,532 億點，核付金額 4,233 億元；住院核付件數 336 萬件，核付點數 2,006 億點，核付金額 1,808 億元；核付總點數 6,538 億點，核付總金額 6,041 億元。

觀察醫療費用核付情形，門診及住院醫療費用核付金額均呈增加趨勢，致全體醫療費用核付金額逐年成長，相較於 96 年，醫療費用核付總金額增加 2,010 億元或 49.9%，其中門診醫療費用核付金額增加 1,542 億元或 57.3%，住院醫療費用核付金額增加 468 億元或 35.0%。

醫療費用核付金額



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
105 年	36,156	4,238	3,951	332	1,923	1,737
106 年	35,225	4,532	4,233	336	2,006	1,808

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性病連續處方箋調劑案件；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.點數及金額不含部分負擔。

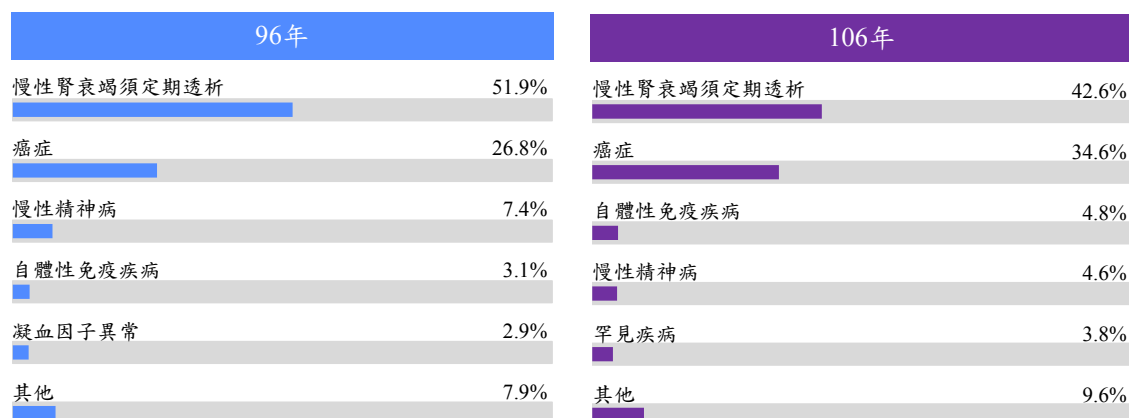
(十一) 門診重大傷病醫療費用

▲門診重大傷病醫療費用以慢性腎衰竭須定期透析最高，占率呈下降趨勢。

106年門診重大傷病醫療費用1,081億點，其中慢性腎衰竭須定期透析460億點或占42.6%，癌症374億點或占34.6%，自體性免疫疾病52億點或占4.8%，慢性精神病50億點或占4.6%，罕見疾病41億點或占3.8%。

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，106年以前慢性精神病及自體性免疫疾病分居第3及第4，106年自體性免疫疾病改居第3，慢性精神病居第4，104年以前凝血因子異常居第5，104年起罕見疾病改居第5。

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、%

	重大傷病類別										門診 重大傷病
	慢性腎衰竭 須定期透析		癌症		自體性免疫 疾病		慢性精神病		凝血因子異常 / 罕見疾病		
	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率	占率			
96年	308	51.9	159	26.8	18	3.1	44	7.4	17	2.9	594
97年	328	50.4	183	28.0	22	3.4	46	7.0	20	3.1	651
98年	346	49.8	200	28.8	26	3.7	47	6.8	21	3.0	696
99年	365	49.0	223	29.9	28	3.7	47	6.3	23	3.1	745
100年	380	47.5	248	31.1	30	3.7	49	6.1	27	3.3	800
101年	392	46.0	277	32.6	33	3.9	47	5.5	29	3.4	851
102年	406	44.8	303	33.5	37	4.1	49	5.4	31	3.5	906
103年	420	44.6	314	33.4	39	4.2	49	5.2	32	3.4	941
104年	434	44.8	324	33.4	41	4.3	48	4.9	31	3.2	970
105年	446	43.8	342	33.6	46	4.5	49	4.8	37	3.6	1,017
106年	460	42.6	374	34.6	52	4.8	50	4.6	41	3.8	1,081

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。

2.96年至103年門診第五大重大傷病為凝血因子異常，104年起為罕見疾病。

3.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。

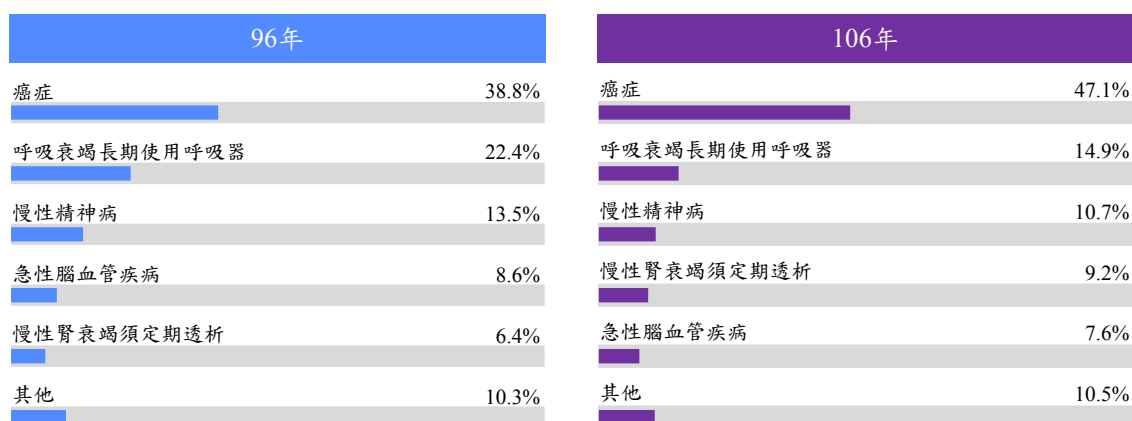
(十二) 住院重大傷病醫療費用

▲住院重大傷病醫療費用以癌症居首，占率逐年增加。

106年住院重大傷病醫療費用836億點，其中癌症394億點或占47.1%，呼吸衰竭長期使用呼吸器125億點或占14.9%，慢性精神病89億點或占10.7%，慢性腎衰竭須定期透析77億點或占9.2%，急性腦血管疾病63億點或占7.6%。

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3，99年以前急性腦血管疾病及慢性腎衰竭須定期透析分居第4及第5，99年起慢性腎衰竭須定期透析改居第4，急性腦血管疾病則居第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		慢性精神病		慢性腎衰竭 須定期透析		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		
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
105年	364	45.7	129	16.2	87	11.0	71	8.9	61	7.7	797
106年	394	47.1	125	14.9	89	10.7	77	9.2	63	7.6	836

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。

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。

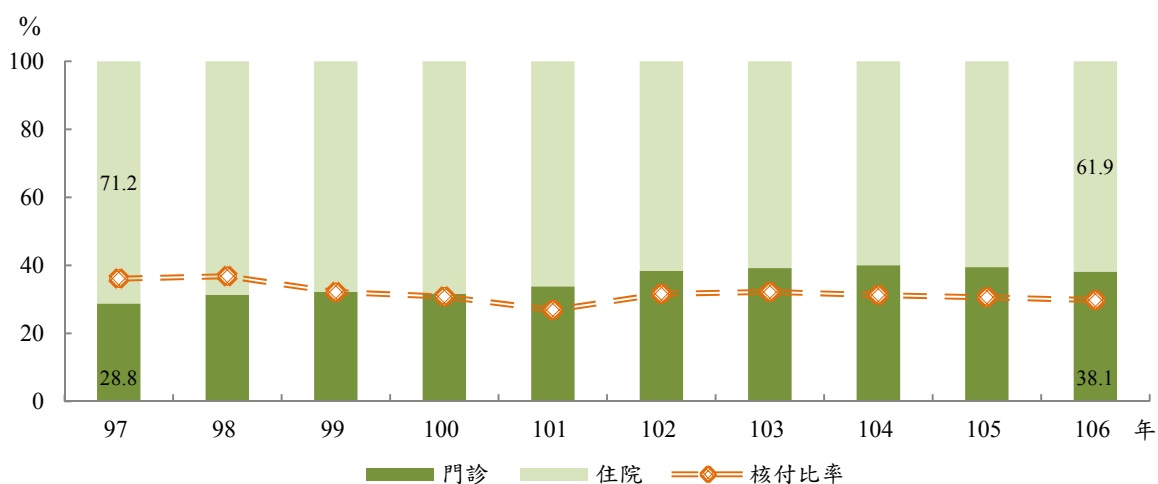
(十三) 自墊醫療費用核付概況

▲自墊醫療費用核付金額呈增加趨勢，106 年為 5 億 3 千萬元。

106 年自墊醫療費用核付案件申請金額 17 億 9 千萬元，核付金額 5 億 3 千萬元，核付比率 29.8%，其中門診申請金額 4 億 9 千萬元，核付金額 2 億元，核付比率 41.2%，住院申請金額 13 億元，核付金額 3 億 3 千萬元，核付比率 25.4%。

近年來，自墊醫療費用核付金額呈增加趨勢，相較於 97 年，核付金額增加 5 千萬元或 10.5%，其中門診核付金額增加 6 千萬元或 46.5%，住院核付金額則減少 1 千萬元或 4.1%，致門診核付金額占率自 97 年之 28.8% 增至 38.1%，住院占率則由 71.2% 降至 61.9%。

自墊醫療費用核付金額結構及核付比率



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
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

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。

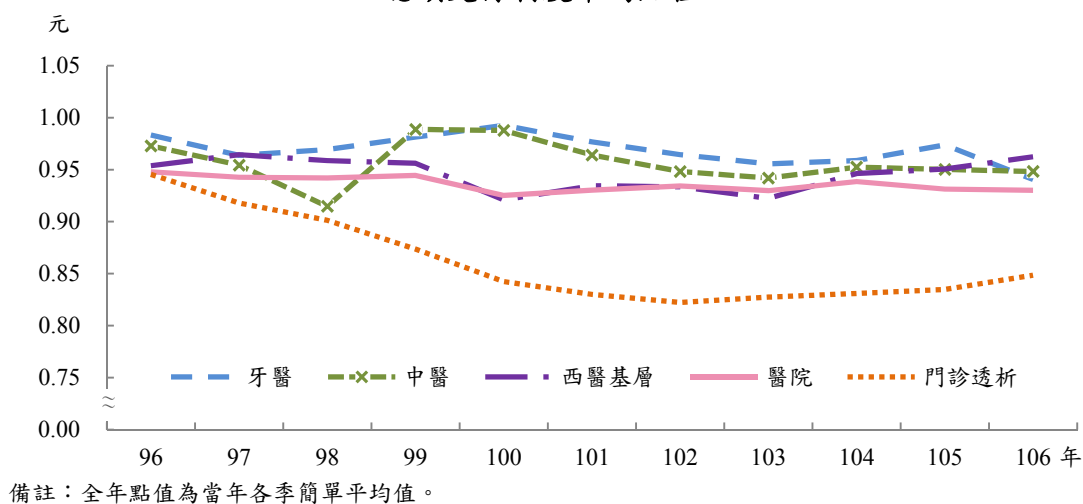
(十四) 總額支付制度點值概況

▲106年各總額部門平均點值以西醫基層最高。

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。

106年牙醫部門一般服務平均點值0.9406元，中醫0.9483元，西醫基層0.9625元，醫院0.9301元，門診透析0.8486元。

總額支付制度平均點值



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
	103年	0.9556	0.9419	0.9224	0.9298		0.8274	105年	0.9738	0.9502	0.9506
第1季	0.9320	0.9486	0.9018	0.9255	0.8361	第1季	0.9981	1.0030	0.9335	0.9395	0.8084
第2季	0.9708	0.9336	0.9147	0.9379	0.8290	第2季	0.9527	0.9298	0.9539	0.9387	0.8432
第3季	0.9466	0.9370	0.9335	0.9229	0.8263	第3季	0.9844	0.9373	0.9657	0.9266	0.8369
第4季	0.9731	0.9485	0.9395	0.9330	0.8180	第4季	0.9599	0.9308	0.9491	0.9208	0.8505
104年	0.9588	0.9524	0.9462	0.9386	0.8310	106年	0.9406	0.9483	0.9625	0.9301	0.8486
第1季	0.9121	0.9519	0.9391	0.9390	0.8432	第1季	0.9512	0.9497	0.9795	0.9333	0.8248
第2季	0.9612	0.9472	0.9397	0.9438	0.8320	第2季	0.9309	0.9526	0.9577	0.9395	0.8521
第3季	0.9845	0.9622	0.9563	0.9402	0.8254	第3季	0.9224	0.9189	0.9438	0.9243	0.8470
第4季	0.9772	0.9484	0.9498	0.9312	0.8234	第4季	0.9578	0.9721	0.9688	0.9234	0.8703

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。

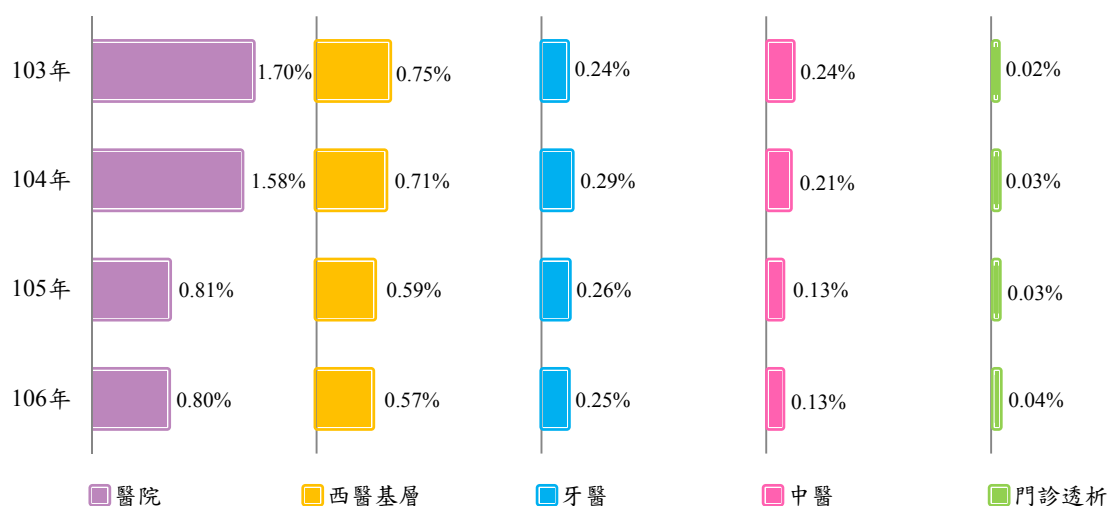
(十五) 醫療費用核減率

▲106年醫院、西醫基層及牙醫總額醫療費用核減率較上年為低。

106年醫院總額醫療費用核減率0.80%，西醫基層0.57%，牙醫0.25%，中醫0.13%，門診透析0.04%，醫院、西醫基層及牙醫總額醫療費用核減率均較上年為低，中醫與上年相當，門診透析則較上年為高。

近年來，醫院、西醫基層及中醫總額醫療費用核減率均呈下降趨勢，其中以醫院總額降幅最為明顯，西醫基層次之；牙醫總額醫療費用核減率互有增減；門診透析醫療費用核減率則微幅上升。

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
	103年	1.70	0.75	0.24	0.24		0.02	105年	0.81	0.59	0.26
第1季	1.80	0.67	0.23	0.25	0.02	第1季	1.19	0.63	0.26	0.14	0.03
第2季	1.55	0.73	0.22	0.26	0.01	第2季	0.87	0.61	0.24	0.13	0.03
第3季	1.81	0.81	0.26	0.23	0.02	第3季	0.43	0.58	0.27	0.11	0.03
第4季	1.66	0.78	0.26	0.22	0.04	第4季	0.77	0.54	0.26	0.13	0.02
104年	1.58	0.71	0.29	0.21	0.03	106年	0.80	0.57	0.25	0.13	0.04
第1季	1.61	0.68	0.27	0.25	0.03	第1季	0.85	0.51	0.26	0.13	0.04
第2季	1.45	0.70	0.31	0.23	0.03	第2季	0.80	0.60	0.25	0.12	0.04
第3季	1.82	0.71	0.32	0.18	0.02	第3季	0.78	0.61	0.25	0.14	0.03
第4季	1.43	0.73	0.28	0.18	0.03	第4季	0.77	0.57	0.25	0.13	0.03

備註：1.本表核減率係爭審後核減率。

2.資料日期為108年1月3日。

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層

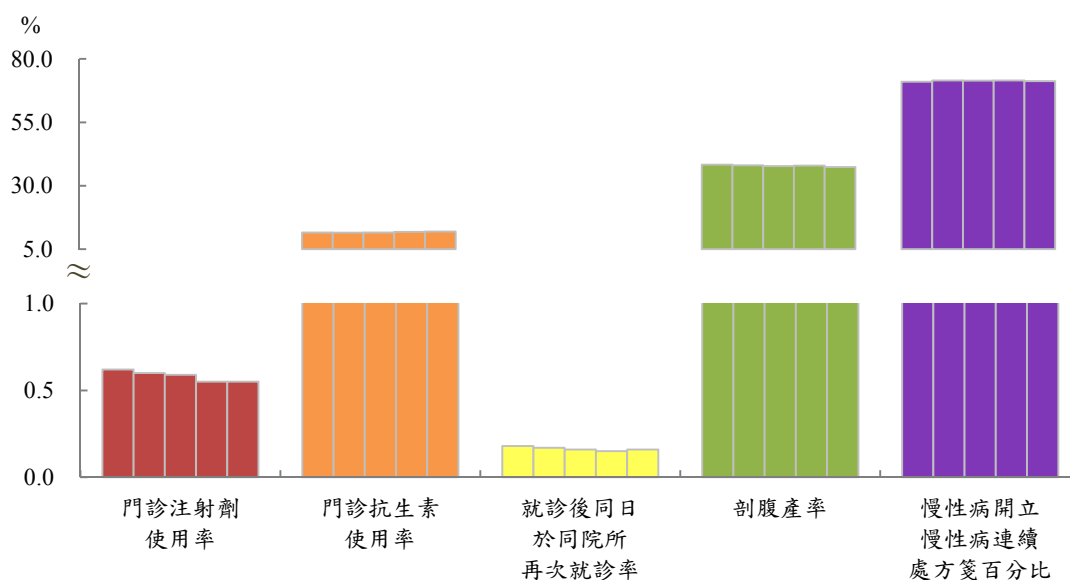
▲西醫基層門診注射劑使用率呈下降趨勢。

106年西醫基層門診注射劑使用率0.55%，門診抗生素使用率11.94%，就診後同日於同院所再次就診率0.16%，剖腹產率37.36%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比71.28%。

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104年起逐年上升，就診後同日於同院所再次就診率逐年下降至105年後回升，剖腹產率呈下降趨勢，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比介於71%至72%之間。

西醫基層醫療表現指標

102年至106年



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	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
102年	0.62	11.59	0.18	38.35	71.02
103年	0.60	11.53	0.17	38.08	71.54
104年	0.59	11.58	0.16	37.73	71.45
105年	0.55	11.81	0.15	37.95	71.49
106年	0.55	11.94	0.16	37.36	71.28

備註：資料日期為108年1月14日。

二、醫院

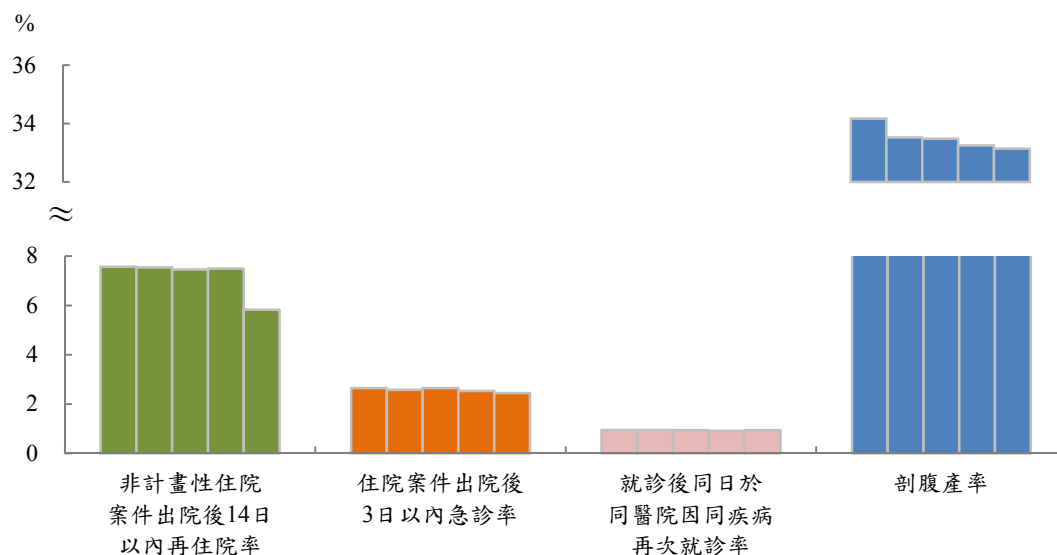
▲剖腹產率呈逐年下降趨勢。

106 年非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率 5.83%，住院案件出院後 3 日以內急診率 2.45%，就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 0.94%，剖腹產率 33.14%。

近年來，非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率呈下降趨勢，住院案件出院後 3 日以內急診率於 104 年回升後逐年下降，就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率下降至 105 年後回升，剖腹產率呈逐年下降趨勢。

醫院醫療表現指標

102 年至 106 年



醫院醫療表現指標

單位：%

	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
102 年	7.57	2.65	0.95	34.17
103 年	7.54	2.58	0.95	33.52
104 年	7.46	2.65	0.94	33.48
105 年	7.50	2.53	0.92	33.25
106 年	5.83	2.45	0.94	33.14

備註：資料日期為 108 年 1 月 14 日。

三、中醫

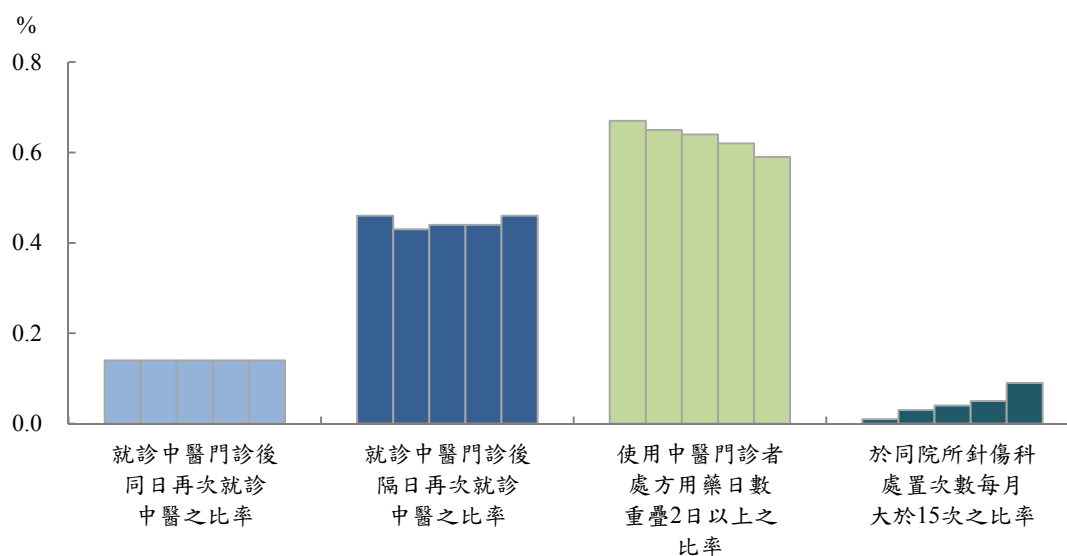
▲使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上之比率逐年下降。

106 年就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率 0.14%，隔日再次就診中醫之比率 0.46%，使用中醫門診者之平均中醫就診次數 5.91 次，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上之比率 0.59%，於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次之比率 0.09%。

近年來，就診中醫門診後同日再次就診中醫比率維持在 0.14%，隔日再次就診中醫比率則介於 0.43%至 0.46%之間，使用中醫門診者平均中醫就診次數及於同院所針傷科處置次數每月大於 15 次比率均逐年上升，使用中醫門診者處方用藥日數重疊 2 日以上比率則逐年下降。

中醫醫療表現指標

102 年至 106 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	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
102 年	0.14	0.46	5.60	0.67	0.01
103 年	0.14	0.43	5.65	0.65	0.03
104 年	0.14	0.44	5.71	0.64	0.04
105 年	0.14	0.44	5.82	0.62	0.05
106 年	0.14	0.46	5.91	0.59	0.09

備註：資料日期為 108 年 1 月 14 日。

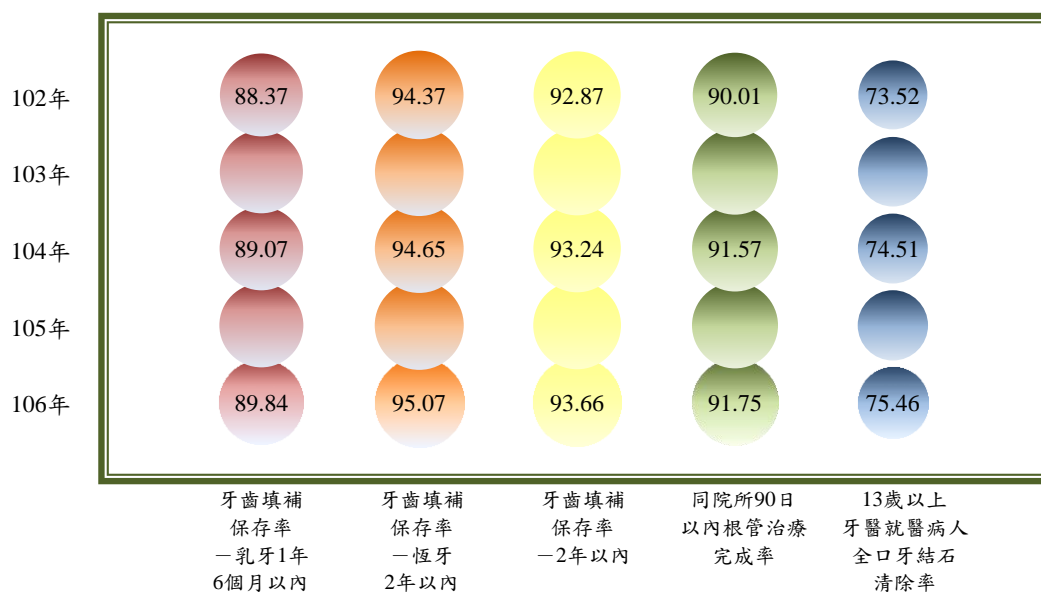
四、牙醫

▲13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率逐年上升。

106年乳牙1年6個月以內填補保存率89.84%，恆牙2年以內填補保存率95.07%，牙齒2年以內填補保存率93.66%，同院所90日以內根管治療完成率91.75%，13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率75.46%。

近年來，牙齒填補保存率逐年上升，相較於102年，乳牙1年6個月以內填補保存率上升1.47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上升0.70個及0.79個百分點；同院所90日以內根管治療完成率及13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率亦逐年上升，分別較102年增加1.74個及1.94個百分點。

牙醫醫療表現指標



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	13歲以上 牙醫就醫病人 全口牙結石 清除率
102年	88.37	94.37	92.87	90.01	73.52
103年	88.59	94.46	92.95	91.50	74.16
104年	89.07	94.65	93.24	91.57	74.51
105年	89.56	94.88	93.55	91.67	74.94
106年	89.84	95.07	93.66	91.75	75.46

備註：資料日期為108年1月14日。

五、門診透析

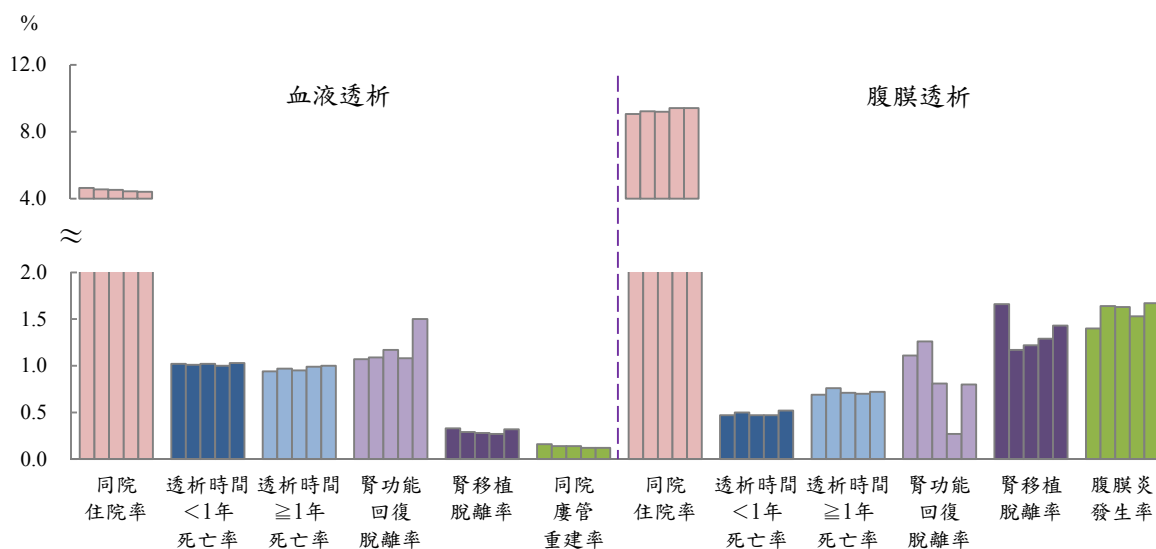
▲血液透析同院住院率逐年下降，腹膜透析則呈上升趨勢。

近年來，血液透析之同院住院率逐年下降，死亡率維持在 1% 左右，透析時間 <1 年死亡率略高於透析時間 ≥1 年者，腎功能回復脫離率呈上升趨勢，腎移植脫離率逐年下降至 105 年後於 106 年回升，同院慶管重建率呈下降趨勢。

腹膜透析之同院住院率呈上升趨勢，透析時間 <1 年死亡率維持在 0.5% 左右，透析時間 ≥1 年死亡率則維持在 0.7% 左右，高於透析時間 <1 年死亡率，腎功能回復脫離率於 105 年明顯下降後回升，腎移植脫離率自 104 年起逐年上升，腹膜炎發生率介於 1.4% 至 1.7% 之間。

門診透析表現指標

102 年至 106 年



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		同院慶管重建率	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	
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
105年	4.44	1.00	0.99	1.08	0.27	0.12	9.42	0.47	0.70	0.27	1.29	1.53
106年	4.41	1.03	1.00	1.50	0.32	0.12	9.42	0.52	0.72	0.80	1.43	1.67

備註：資料日期為 108 年 1 月 14 日。

六、新使用呼吸器病人監控指標

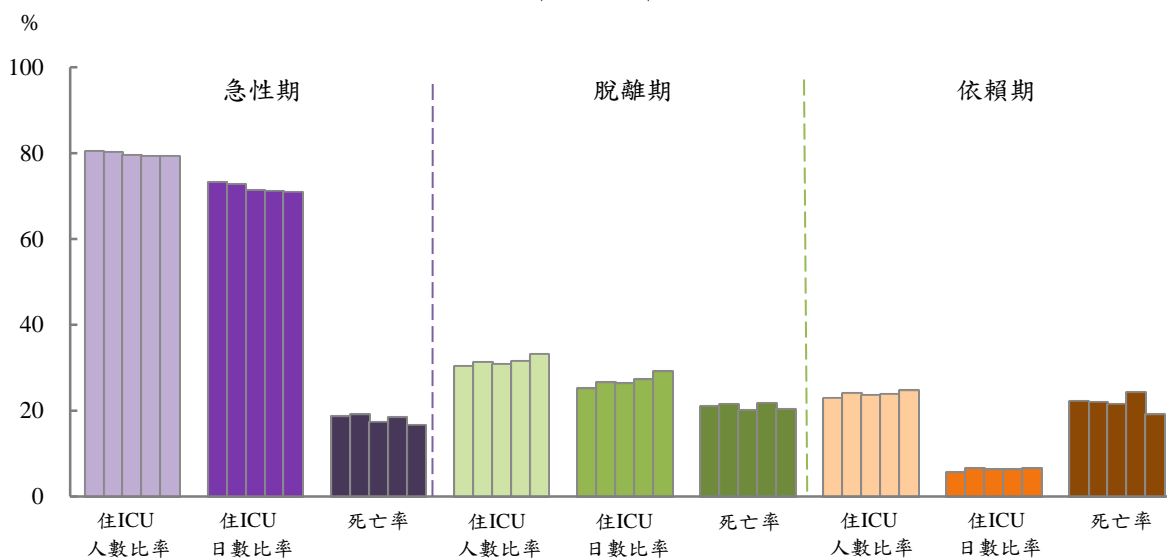
▲新使用呼吸器病人依賴期死亡率於 106 年明顯下降。

近年來，新使用呼吸器病人於急性期住 ICU 人數比率、住 ICU 日數比率及死亡率均呈下降趨勢；於脫離期住 ICU 人數比率及住 ICU 日數比率均呈上升趨勢，死亡率介於 20% 至 22% 之間；於依賴期住 ICU 人數比率呈上升趨勢，住 ICU 日數比率介於 5% 至 7% 之間，死亡率則於 106 年明顯下降。

在各期別中，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，除 106 年脫離期之死亡率高於依賴期外，其餘年度均以依賴期之死亡率最高。

新使用呼吸器病人監控指標

102 年至 106 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
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
105年	79.27	71.13	18.52	31.63	27.33	21.81	23.91	6.37	24.29
106年	79.28	70.83	16.62	33.18	29.24	20.49	24.75	6.71	19.13

備註：資料日期為 108 年 1 月 14 日。

七、同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

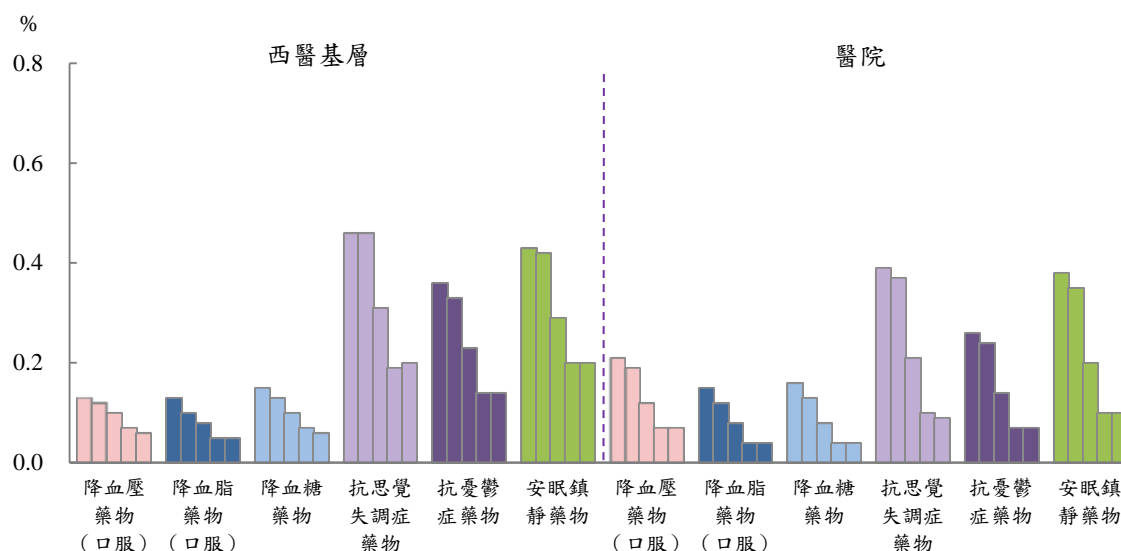
▲6項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈下降趨勢。

近年來，西醫基層於降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物等6項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈下降趨勢，醫院於該6項同院所門診同藥理用藥日數重疊率亦呈下降趨勢。

醫院於降血壓、降血脂及降血糖藥物用藥日數重疊率均高於西醫基層，惟其差距逐年趨近，自104年起西醫基層於降血糖藥物用藥日數重疊率已高於醫院，105年起降血脂藥物用藥日數重疊率亦高於醫院；西醫基層於抗思覺失調症、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

102年至106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	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
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
105年	0.07	0.05	0.07	0.19	0.14	0.20	0.07	0.04	0.04	0.10	0.07	0.10
106年	0.06	0.05	0.06	0.20	0.14	0.20	0.07	0.04	0.04	0.09	0.07	0.10

備註：資料日期為108年1月14日。

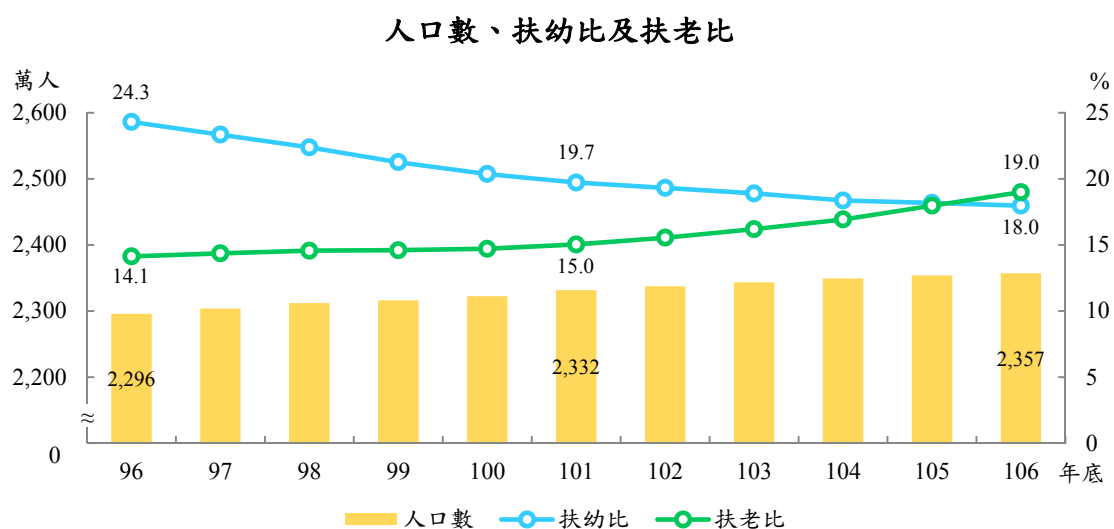
參、其他重要參考指標

一、人口結構

▲106 年底扶老比 19.0% 高於扶幼比 18.0%。

106 年底人口數 2,357 萬人，未滿 15 歲幼年人口占 13.1%，15—64 歲工作年齡人口占 73.0%，65 歲以上老年人口占 13.9%。

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，未滿 15 歲幼年人口占率逐年下降，15—64 歲工作年齡人口占率於 102 年底前呈上升趨勢，103 年起改呈下降趨勢，65 歲以上老年人口占率則逐年上升；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，106 年底扶老比 19.0% 高於扶幼比 18.0%。



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	
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
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

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。

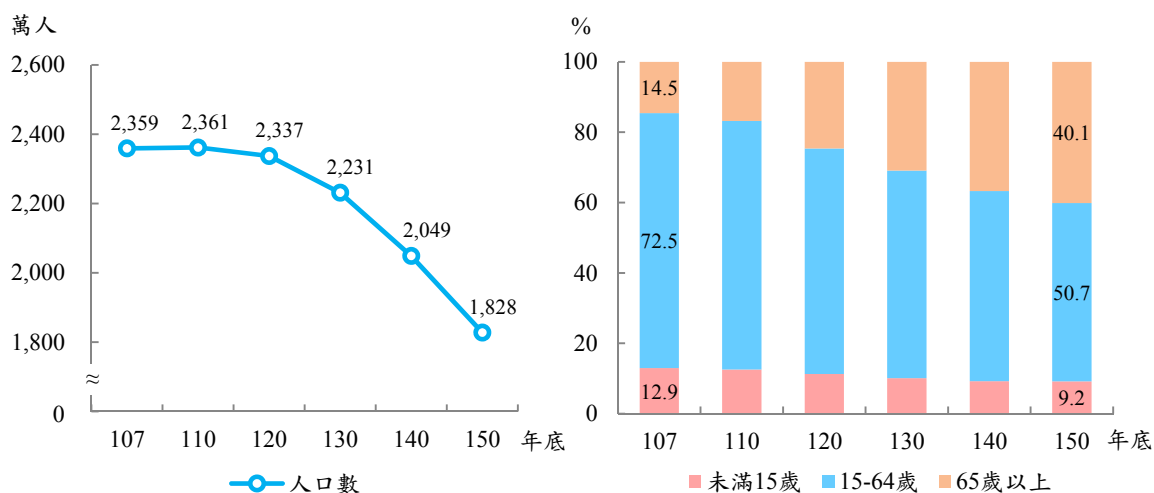
二、人口推估

▲青壯年扶養負擔將逐年增加，推估 150 年扶養比增至 97.2%。

依據國家發展委員會「中華民國人口推估(2018至2065年)」之中推估結果，人口成長未來將持續趨緩，預估人口零成長於110年出現，111年起呈現人口負成長，150年推估人口數為1,828萬人。

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，未滿15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107年之37.9%，增加至150年之97.2%。

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	扶幼比	扶老比
		未滿15歲	15-64歲	65歲以上			
107年底	2,359	12.9	72.5	14.5	37.9	17.8	20.1
110年底	2,361	12.5	70.6	16.8	41.6	17.8	23.8
120年底	2,337	11.3	64.1	24.6	56.0	17.6	38.4
130年底	2,231	10.1	59.0	30.9	69.4	17.0	52.3
140年底	2,049	9.2	54.1	36.7	85.0	17.0	68.0
150年底	1,828	9.2	50.7	40.1	97.2	18.1	79.1

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估(2018至2065年)」中推估結果。

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。

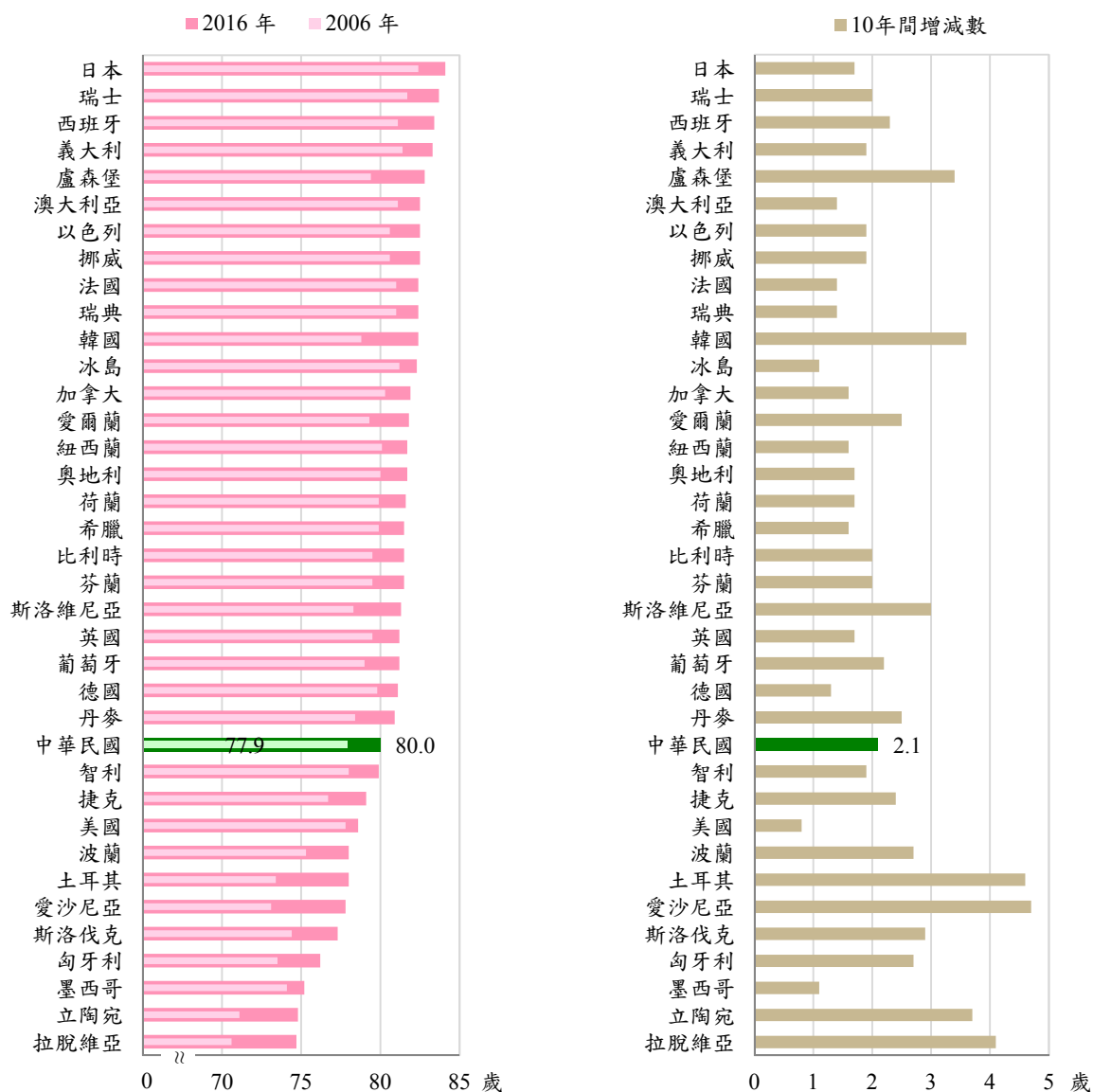
三、零歲平均餘命

▲2016 年我國零歲平均餘命為 80.0 歲，近 10 年間增加 2.1 歲。

2016 年 OECD 會員國家零歲平均餘命以日本 84.1 歲最高，瑞士 83.7 歲居次，西班牙 83.4 歲居第 3，拉脫維亞 74.7 歲最低；我國零歲平均餘命為 80.0 歲，排名相當於 OECD 會員國家之第 26 順位。

相較於 2006 年，OECD 會員國家之零歲平均餘命均增加，其中零歲平均餘命最高之日本增加 1.7 歲，瑞士增加 2.0 歲，西班牙增加 2.3 歲，我國亦較 10 年前增加 2.1 歲。

零歲平均餘命



資料來源：內政部「內政統計年報」、OECD Health Data 2018。

備註：1.各國若無 2016 年資料，以最近可獲得資料年度代替。

2.立陶宛於 2018 年成為 OECD 會員國。

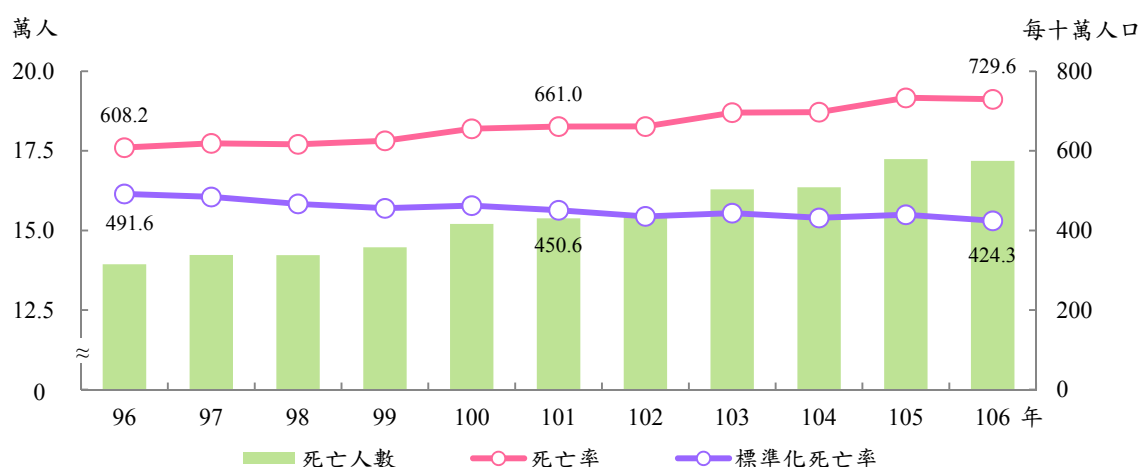
四、死亡人數及死亡率

▲標準化死亡率呈下降趨勢，106年為每十萬人口424.3人。

106年死亡人數為17萬1,857人，死亡率（死亡人數除以年中人口數）為每十萬人口729.6人，若以WHO西元2000年世界標準人口年齡結構計算之標準化死亡率為每十萬人口424.3人。

近年來，我國死亡人數呈上升趨勢，其中未滿85歲各年齡組占率呈下降趨勢，85歲以上年齡組則逐年上升；死亡率由96年之每十萬人口608.2人增至729.6人；標準化死亡率則由96年之每十萬人口491.6人降至424.3人。

死亡人數及死亡率



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。

死亡人數概況

單位：人、%

	總計	性別		年齡結構			
		男性	女性	未滿65歲	65—74歲	75—84歲	85歲以上
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
105年	172,418	59.7	40.3	29.1	16.2	26.8	27.9
106年	171,857	59.2	40.8	28.1	16.8	26.1	29.0

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

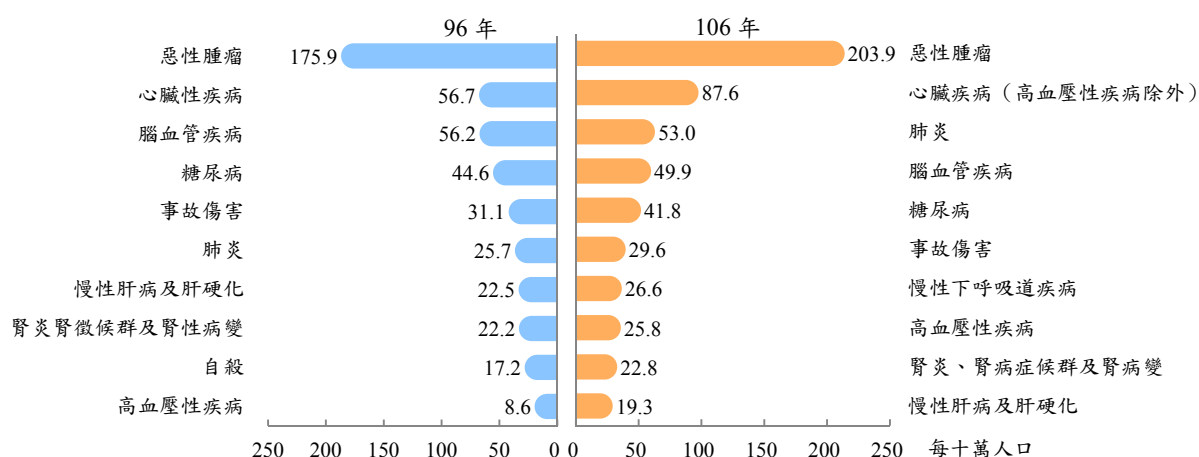
五、主要死因

▲惡性腫瘤續居 106 年國人死因首位。

106 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、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 13 萬 1,993 人，占所有死亡人數 76.8%。

惡性腫瘤自 71 年起即為國人死因之首，106 年續居首位，死亡人數為 4 萬 8,037 人，死亡率為每十萬人口 203.9 人。

十大主要死因死亡率



資料來源：衛生福利部「死因統計」。

106 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	171,857	729.6	424.3
1	惡性腫瘤	48,037	203.9	123.4
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	20,644	87.6	48.5
3	肺炎	12,480	53.0	26.5
4	腦血管疾病	11,755	49.9	27.5
5	糖尿病	9,845	41.8	23.5
6	事故傷害	6,965	29.6	21.9
7	慢性下呼吸道疾病	6,260	26.6	13.3
8	高血壓性疾病	6,072	25.8	13.3
9	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,381	22.8	12.4
10	慢性肝病及肝硬化	4,554	19.3	12.6

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

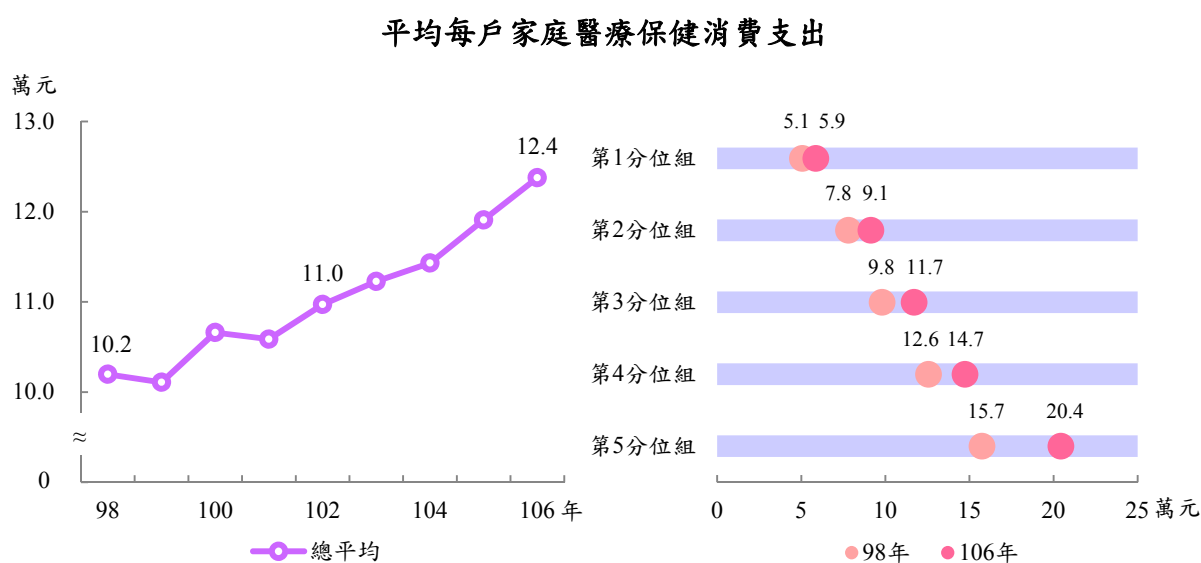
備註：標準化死亡率係以 2000 年 W.H.O. 世界人口年齡結構為基準。

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，106年為12萬3,765元。

106年平均每戶家庭醫療保健消費支出12萬3,765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5萬8,639元，第2分位組9萬1,372元，第3分位組11萬7,095元，第4分位組14萬7,349元，第5分位組20萬4,367元。

近年來，平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢，各分位組之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。



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				
		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
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

資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

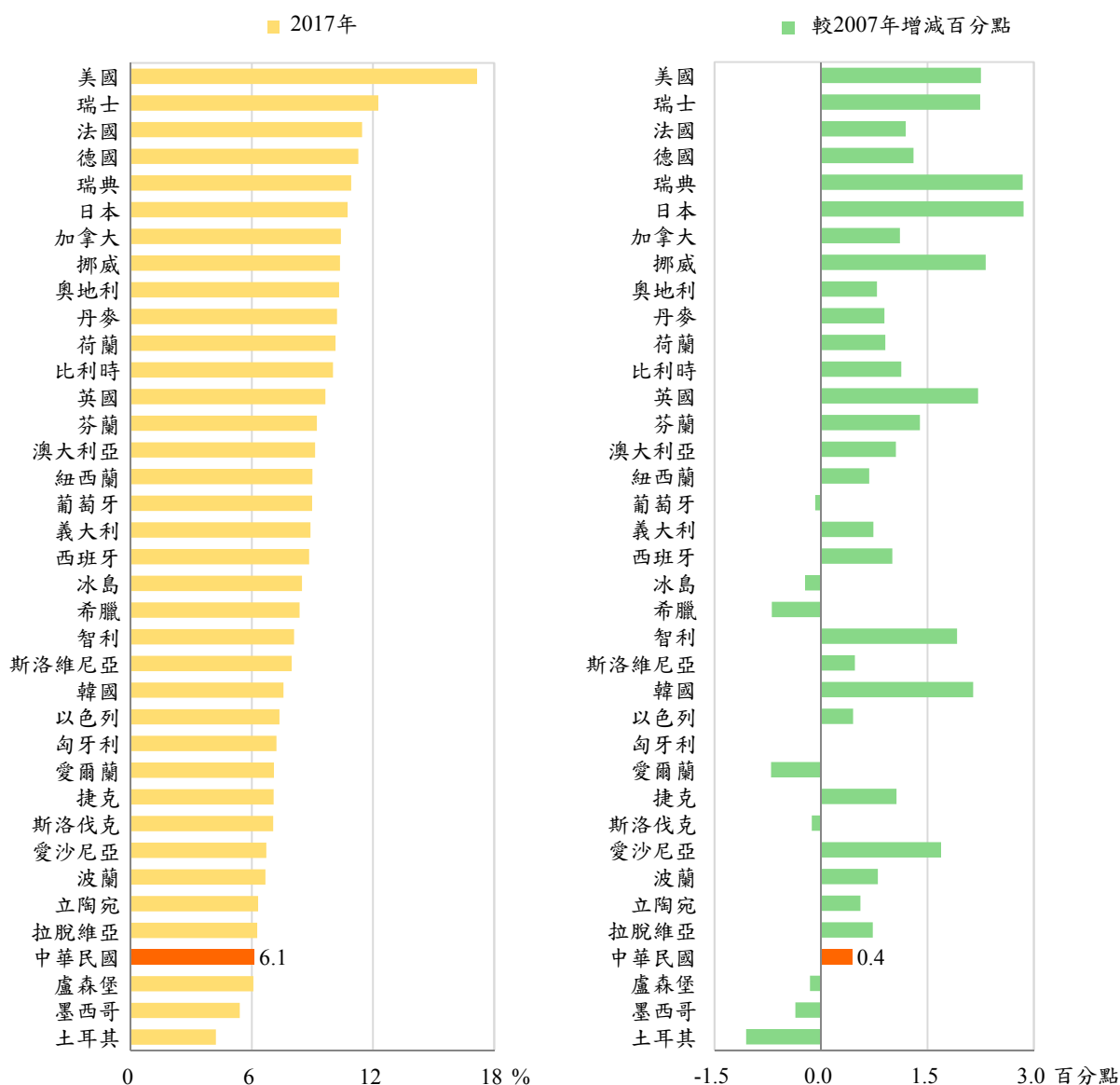
七、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

▲2017年我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重 6.1%。

2017年OECD會員國家經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)占國內生產毛額(GDP)比重以美國 17.2%最高，瑞士 12.3%居次，法國 11.5%居第3，土耳其 4.2%最低；我國 CHE 占 GDP 比重為 6.1%，排名相當於 OECD 會員國家之第 34 順位。

相較於 2007 年，多數 OECD 會員國家之 CHE 占 GDP 比重均增加，其中以日本增加 2.9 個百分點最多，我國亦較 10 年前增加 0.4 個百分點。

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」。

備註：立陶宛於 2018 年成為 OECD 會員國。

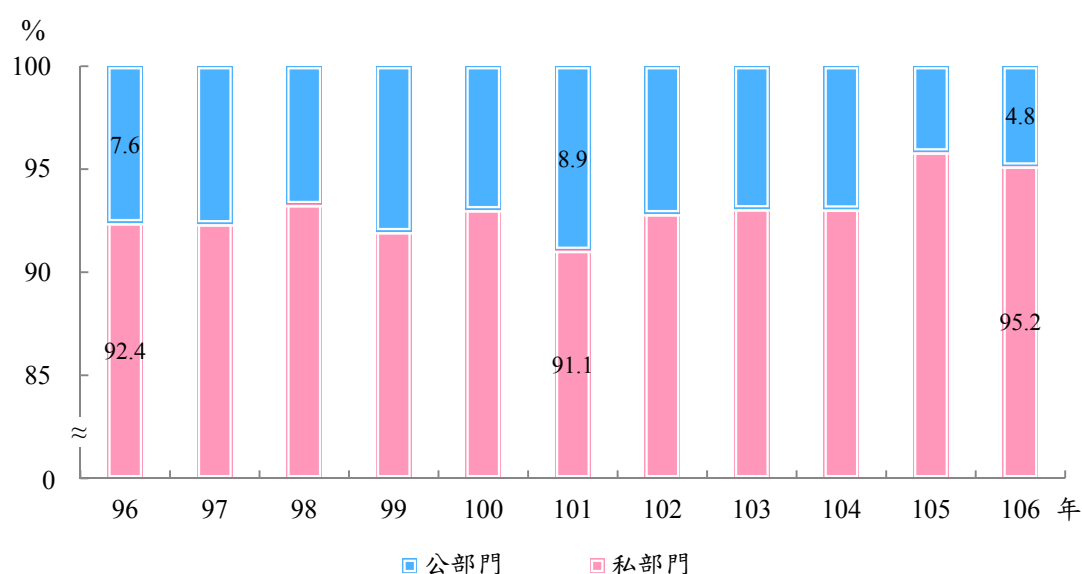
八、醫療保健支出之資本形成

▲公部門醫療保健支出资本形成呈減少趨勢，106年為29億元。

106年醫療保健支出之資本形成599億元，其中公部門29億元或占4.8%，私部門570億元或占95.2%。

相較於96年，醫療保健支出资本形成增加44億元或7.8%，其中公部門減少13億元或31.3%，私部門則增加57億元或11.0%；公部門占率自96年之7.6%降至4.8%，私部門則由92.4%增至95.2%。

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
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	39	6.9	524	93.1
104年	541	37	6.9	504	93.1
105年	630	26	4.1	604	95.9
106年	599	29	4.8	570	95.2

資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

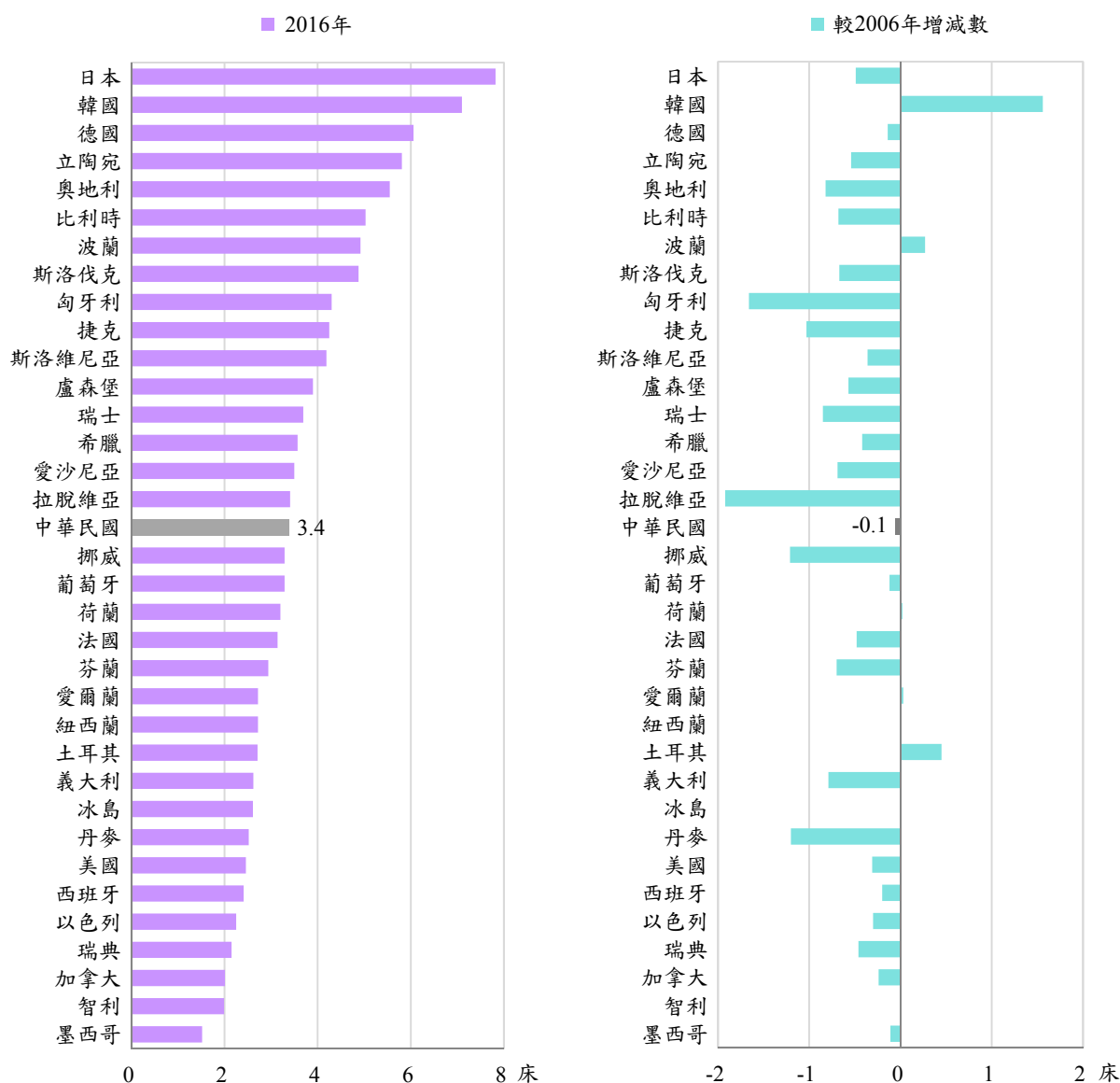
九、每千人口急性病床數

▲2016 年我國平均每千人口急性病床數為 3.4 床。

2016 年 OECD 會員國家之平均每千人口急性病床數以日本 7.8 床最高，韓國 7.1 床居次，德國 6.1 床居第 3，墨西哥 1.5 床最低；我國平均每千人口急性病床數為 3.4 床，排名相當於 OECD 會員國家之第 17 順位。

相較於 2006 年，多數 OECD 會員國家之平均每千人口急性病床數均減少，我國亦較 10 年前減少 0.1 床。

每千人口急性病床數



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 2018。

備註：1. 澳大利亞及英國無資料。

2. 各國若無 2016 年資料，以最近可獲得資料年度代替；紐西蘭、冰島及智利無 2006 年資料。

3. 立陶宛於 2018 年成為 OECD 會員國。

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 106 年 11 月 29 日公告之條文；全民健康保險法施行細則係指 105 年 12 月 23 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

$(\text{實收保險費} / \text{應收保險費}) \times 100$

- 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

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。

- 核付金額（點數）

費用發生年之核付金額（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、外傷緊急處置使用之破傷風類毒素注射劑、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。

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。

- 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

- 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，計算同一人重疊給藥日份加總。
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：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

- 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-（分子/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-（分子/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-（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。

(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、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。

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。

2017 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：108 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。



健康存摺

健康資料隨身行



免插卡
手機即可登入



健康紀錄全掌握



數據資料視覺化
易讀又好懂



提供疾病評估
輕鬆自我健康管理



健保用心 全民安心

ISSN 1813-0798



9 771813 079002

GPN:2009205707

定價:新台幣500元