

2013 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 104 年 6 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。是以全民健保從民國 84 年實施至今，雖歷經許多艱難，但為了讓民眾方便就醫，落實就醫無障礙的全民有保時代，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，不但全體國民都能獲得完整的醫療照護，民眾的整體滿意度維持在 8 成左右，國際上也享有極高的評價。

回顧全民健保 20 年走來，除了陸續在民眾就醫可近性、照顧弱勢民眾等層面展現績效外，亦將「因病而貧、因貧而無力就醫」的時代理入歷史的灰燼中。惟面對國內人口老化，民眾對醫療需求不斷攀升以及醫療科技的進步等因素，使得醫療支出逐年成長，健保財務面臨嚴峻的挑戰。為有效控制醫療支出的合理成長，本署自 91 年全面實施醫療費用總額預算支付制度，宏觀調控醫療費用，同時透過支付工具等微觀策略，達到有效使用醫療資源之目的。除此之外，於 91 年與 99 年微幅調整保險費率，並陸續推出多項開源節流措施，包括爭取公益彩券盈餘分配、菸品健康福利捐之開徵、中斷投保開單、投保金額查核、提高軍公教按全薪投保之比率、高科技醫療審查、藥價調整、違規查核追回費用及醫療審查核減等，期藉以維持健保財務之平衡。

102 年二代健保正式上路，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。

為增進各界對於全民健保之承保、財務、醫療資源與醫療保健投入產出等的瞭解，自 84 年起每年編印「全民健康保險統計」，主要以「表」顯示健保成果，數據纂詳。另自 90 年起每二年編印「全民健康保險統計動向」，目前為第 7 本，主要以「統計圖」呈現為主，輔以統計表及簡要文字敘述，並彙整國內及國際相關衛生醫療統計資料。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，尚祈各界不吝賜教，以作為未來改進之參考。

凡 例

- 一、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。
- 二、全民健康保險係84年3月1日開辦，第一年係指84年3月1日至12月31日。
- 三、凡內容須加註釋者，均於各表下方註明。
- 四、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。
- 五、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，負數為數字前加“-”，“...”表示資料涉及機密不予陳示或不詳；(p)係初步統計數，(r)係修正數。

目 錄

前言.....	i
凡例.....	ii
目 錄.....	iii
壹、全民健保業務概況	1
一、承保概況	3
(一) 保險對象概況.....	4
(二) 保險對象類別之變動.....	5
(三) 保險對象年齡結構.....	6
(四) 被保險人平均投保金額.....	7
(五) 被保險人自付一般保險費.....	8
(六) 被保險人眷口數.....	9
二、財務概況	11
(一) 全民健保財務收支概況.....	12
(二) 一般保險費收繳情形.....	13
(三) 補充保險費收繳情形.....	14
三、特約醫事服務機構概況	15
(一) 特約醫事服務機構家數.....	16
(二) 特約醫事服務機構醫師人口比.....	17
(三) 特約醫事服務機構病床數.....	18
(四) 特約醫事服務機構病床密度.....	19
(五) 特約醫事服務機構查處.....	20
四、醫療利用概況	21
(一) 醫療費用申報概況.....	22
(二) 門診醫療利用概況.....	23

(三) 住院醫療利用概況.....	24
(四) 特約類別門診醫療費用.....	25
(五) 特約類別住院醫療費用.....	26
(六) 性別年齡別門診醫療費用.....	27
(七) 性別年齡別住院醫療費用.....	28
(八) 西醫、牙醫及中醫門診醫療利用概況.....	29
(九) 醫療費用核付概況.....	30
(十) 重大傷病－門診.....	31
(十一) 重大傷病－住院.....	32
(十二) 醫療費用明細概況.....	33
(十三) 藥費概況.....	34
(十四) 部分負擔狀況.....	35
(十五) 自墊醫療費用核付狀況.....	36
(十六) 總額支付制度點值概況.....	37
(十七) 醫療費用核減率.....	38
貳、全民健保醫療表現指標.....	39
一、西醫基層.....	40
二、醫院.....	41
三、中醫.....	42
四、牙醫.....	43
五、門診透析.....	44
六、呼吸器監控指標.....	45
七、門診同院所不同處方重複用藥指標.....	46
參、其他重要參考指標.....	47
一、人口結構.....	48
二、人口變動趨勢.....	49

三、人口老化概況	50
四、零歲平均餘命	51
五、標準化死亡率	52
六、主要死亡原因	53
七、平均每戶家庭醫療保健消費支出	54
八、國民醫療保健支出占國內生產毛額比率	55
九、醫療部門資本形成	56
十、每千人口急性一般病床數	57
附錄	59
一、統計名詞定義	60
二、全民健保醫療表現指標定義	64

壹、全民健保業務概況

一、承保概況

二、財務概況

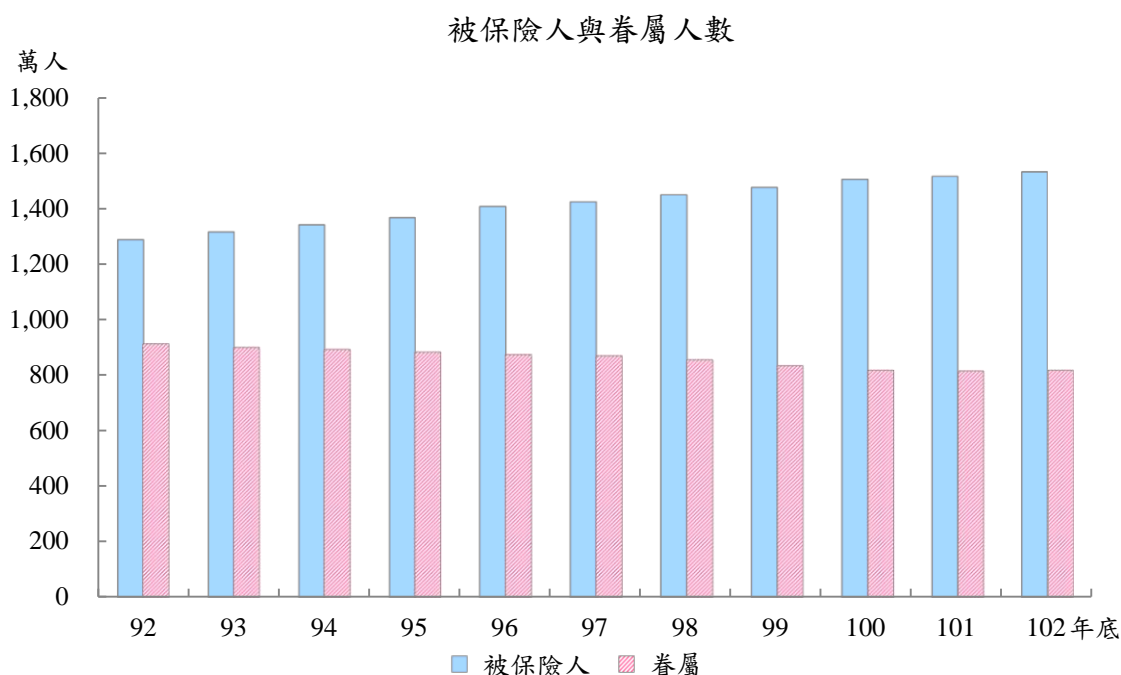
三、特約醫事服務機構概況

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，惟眷屬人數呈緩降趨勢。



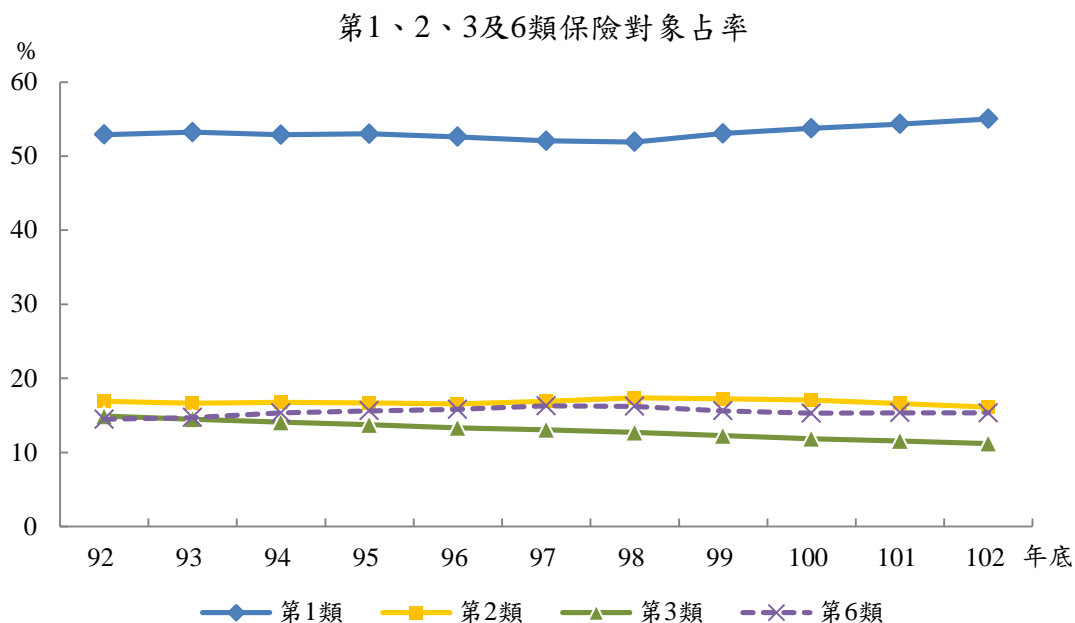
	總計		被保險人	眷屬
		成長率(%)		
92 年底	2,198	0.5	1,288	911
93 年底	2,213	0.7	1,316	897
94 年底	2,231	0.8	1,341	890
95 年底	2,248	0.8	1,367	882
96 年底	2,280	1.4	1,408	873
97 年底	2,292	0.5	1,424	868
98 年底	2,303	0.5	1,449	854
99 年底	2,307	0.2	1,476	832
100 年底	2,320	0.5	1,504	815
101 年底	2,328	0.4	1,515	813
102 年底	2,346	0.8	1,531	816

近年來，全民健保投保之眷屬人數雖呈緩降趨勢，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。

102 年底全民健保保險對象人數計 2,346 萬人，其中被保險人 1,531 萬人或占 65.2%，眷屬 816 萬人或占 34.8%。

(二) 保險對象類別之變動

第 1、5 類保險對象占率逐年增加，第 2、3 類逐年下降。



	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
92 年底	2,198	1,163	371	328	...	19	318
93 年底	2,213	1,178	368	321	...	20	326
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

備註：1.保險對象類別定義請詳見附錄第 60 頁。

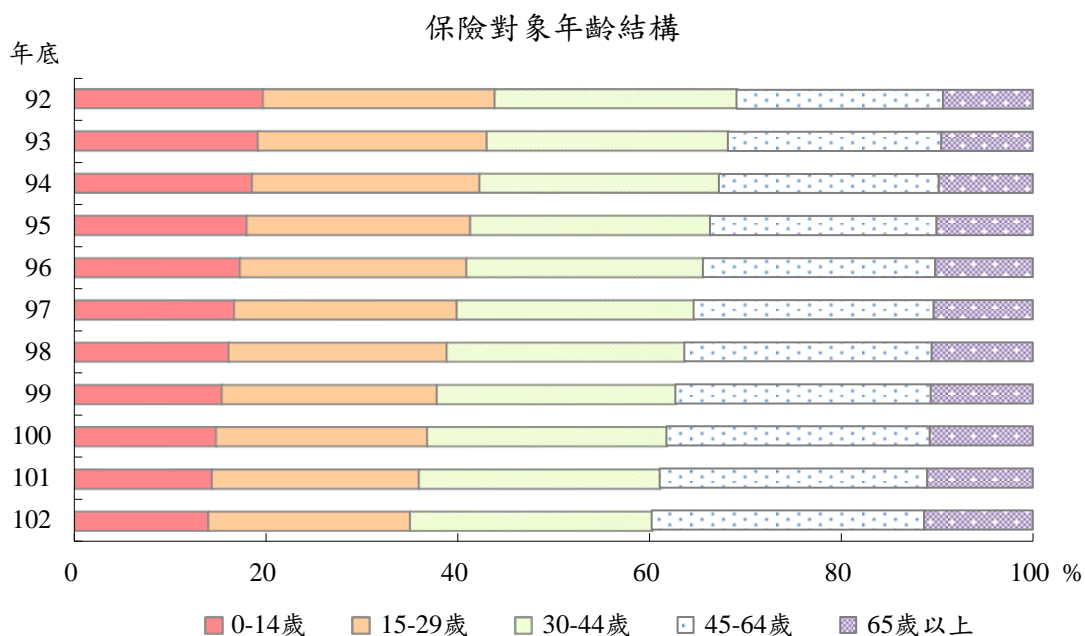
2.90年2月起軍人納入全民健保體系，惟資料不予陳示，故92~95年底第4類保險對象以「...」顯示。

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、5 類保險對象占率逐年增加，第 2、3 類逐年減少，第 4、6 類則互有增減。

102 年底第 1 類保險對象 1,291 萬人或占 55.0%，第 2 類保險對象 379 萬人或占 16.1%，第 3 類保險對象 263 萬人或占 11.2%，第 4 類保險對象 19 萬人或占 0.8%，第 5 類保險對象 35 萬人或占 1.5%，第 6 類保險對象 360 萬人或占 15.3%。

(三) 保險對象年齡結構

30 歲以下保險對象占率呈減少趨勢，45 歲以上則呈上升趨勢。



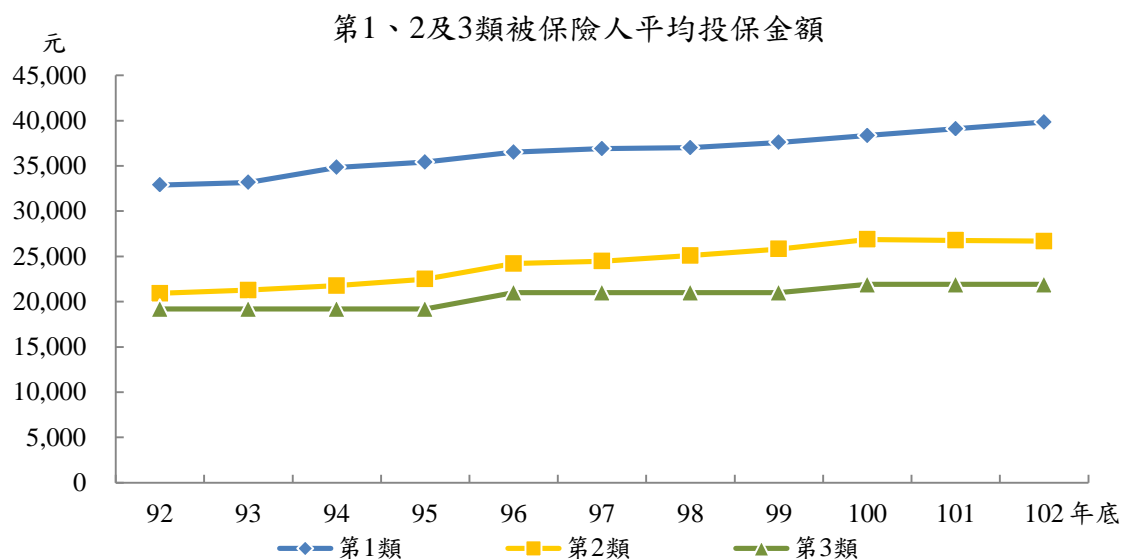
保險對象人數—按年齡別分						
	單位：萬人					
	總計	0-14歲	15-29歲	30-44歲	45-64歲	65歲以上
92 年底	2,198	432	530	556	474	206
93 年底	2,213	423	528	558	493	211
94 年底	2,231	413	529	558	512	219
95 年底	2,248	404	524	563	532	226
96 年底	2,280	393	538	564	553	232
97 年底	2,292	382	532	567	574	237
98 年底	2,303	370	523	572	594	243
99 年底	2,307	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

觀察保險對象年齡結構，30 歲以下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 歲以上年齡組則呈上升趨勢。

102 年底 0-14 歲保險對象 328 萬人或占 14.0%，15-29 歲保險對象 493 萬人或占 21.0%，30-44 歲保險對象 592 萬人或占 25.2%，45-64 歲保險對象 667 萬人或占 28.4%，65 歲以上保險對象 266 萬人或占 11.3%。

(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。



	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
92 年底	27,974	32,881	20,917	19,200	1,078	1,078	1,007
93 年底	28,329	33,172	21,271	19,200	1,078	1,078	1,007
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

備註：1. 保險對象類別定義請詳見附錄第 60 頁。

2. 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。

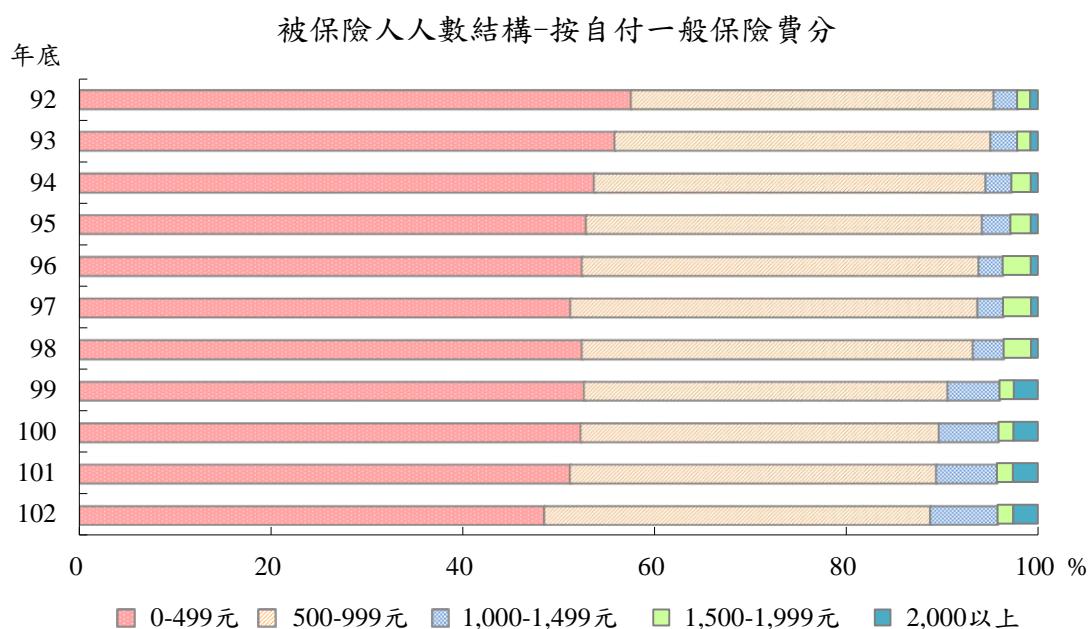
第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額於開辦初期增幅較大，87 年以後增幅趨緩，91 年因軍公教人員調整為全薪之 82.42% 納保，致第 1 類增幅達 10.4%，94 年與 96 年因軍公教人員的全薪納保率再度調升，致第 1 類增幅較高，其餘年度則呈緩升趨勢，歷年來均以第 1 類被保險人平均投保金額最高，第 2、3 類次之。

102 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 34,715 元，其中第 1 類為 39,846 元，第 2 類為 26,680 元，第 3 類為 21,900 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，98 年 10 月起第 4、5 類被保險人保險費調為 1,376 元，99 年 4 月起第 6 類調為 1,249 元。

(五) 被保險人自付一般保險費

102 年底每月自付 1,000 元以下一般保險費之被保險人占 8 成 9。



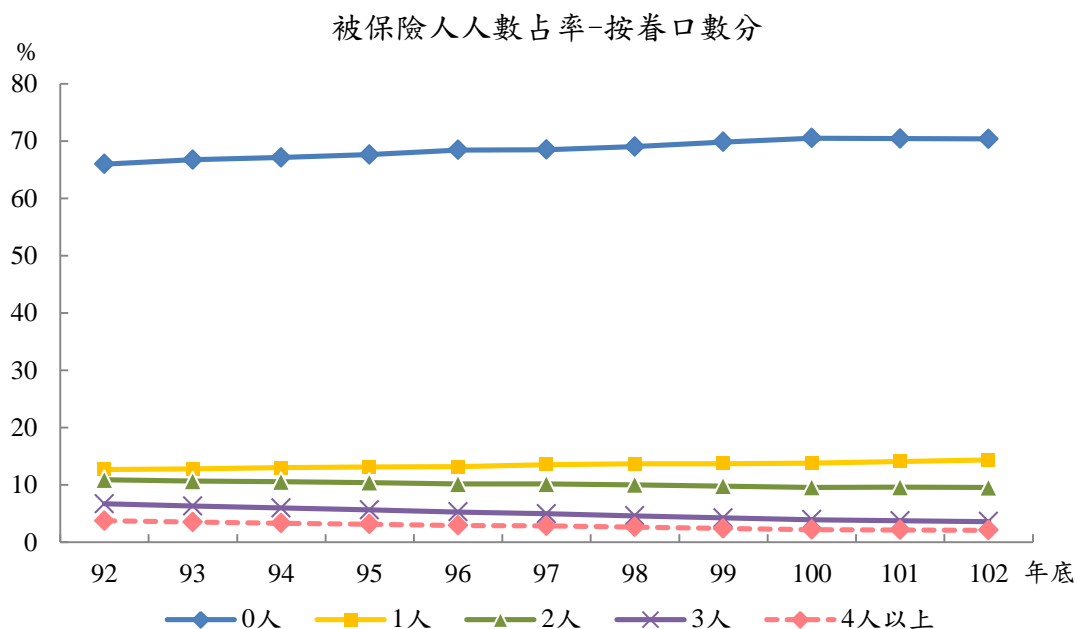
被保險人人數-按自付一般保險費分						
	單位：萬人					
	總計	0-499元	500-999元	1,000-1,499元	1,500-1,999元	2,000元以上
92 年底	1,288	741	487	32	18	10
93 年底	1,316	735	516	37	18	10
94 年底	1,341	720	547	37	27	10
95 年底	1,367	723	564	41	29	10
96 年底	1,408	738	583	36	41	10
97 年底	1,424	729	604	39	42	10
98 年底	1,449	760	590	47	41	10
99 年底	1,476	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

被保險人以每月自付 500 元以下一般保險費人數最多，其次為 500-999 元，惟二者合計之占率近年來已逐年降低，102 年底每月自付 1,000 元以下一般保險費之被保險人占全體之 8 成 9。

102 年底自付 0-499 元一般保險費之被保險人 742 萬人或占 48.5%，500-999 元 617 萬人或占 40.3%，1,000-1,499 元 107 萬人或占 7.0%，1,500-1,999 元 25 萬人或占 1.6%，2,000 元以上 39 萬人或占 2.6%。

(六) 被保險人眷口數

眷口數 1 人以下之被保險人人數占率呈上升趨勢。



	總計	0人	1人	2人	3人	4人以上
92 年底	1,288	850	163	140	86	48
93 年底	1,316	879	168	140	83	46
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

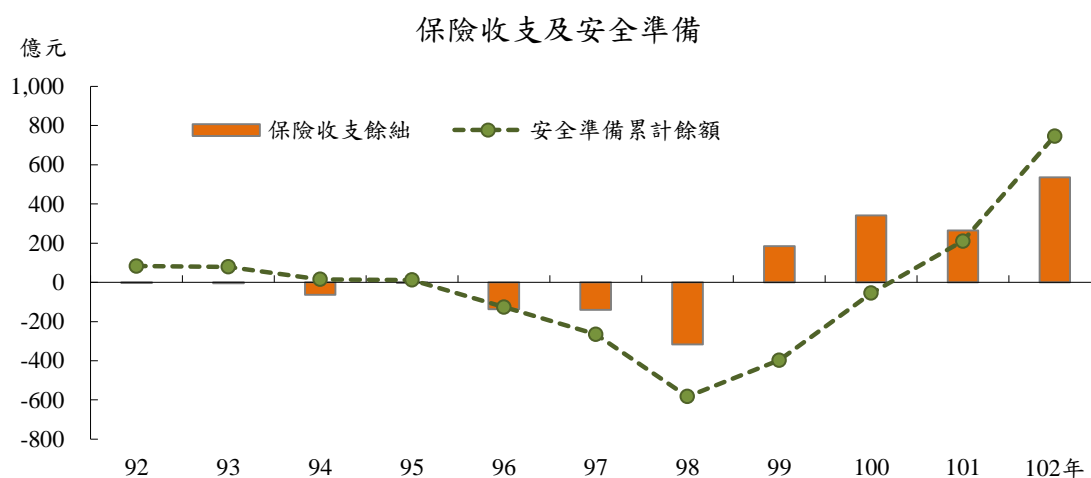
近年來，被保險人之眷口數均以 0 人最多，其次依序為 1 人、2 人、3 人及 4 人以上。眷口數 0 人及 1 人之被保險人人數占率呈上升趨勢，眷口數 2 人以上被保險人人數占率則呈下降趨勢。

102 年底被保險人之眷口數為 0 人者 1,077 萬人或占 70.4%，1 人者 220 萬人或占 14.4%，2 人者 146 萬人或占 9.5%，3 人者 55 萬人或占 3.6%，4 人以上者 32 萬人或占 2.1%。

二、財務概況

(一) 全民健保財務收支概況

截至 102 年底安全準備累積數 746 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
92 年	3,368	3,371	-4	83
93 年	3,522	3,527	-4	79
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

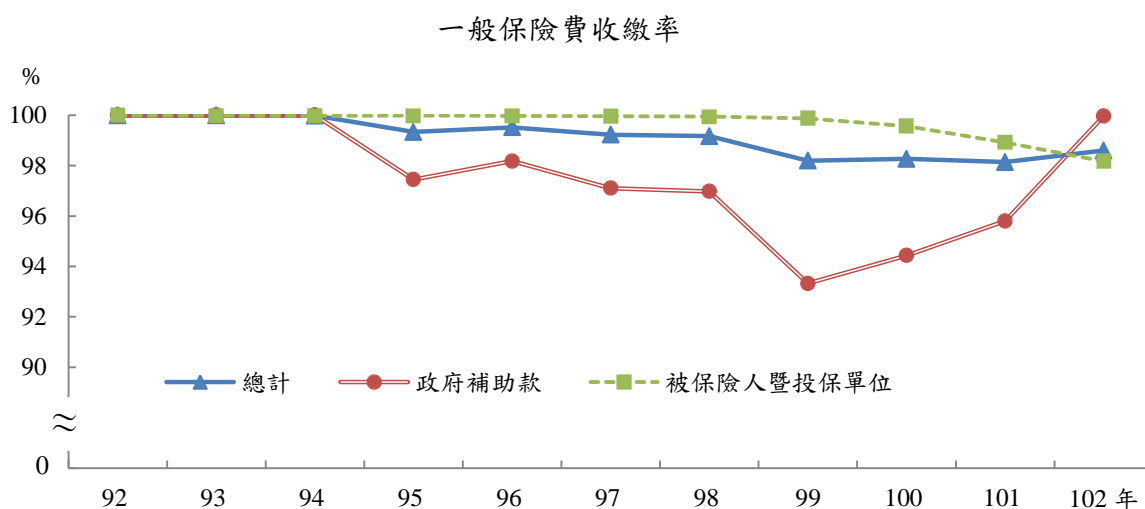
備註：1.本表係權責基礎之審定決算數。
 2.102年保險收入中政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數，依102年度行政院以安全準備餘額維持1個月保險給付之核算原則計算。
 3.保險收入=保險費+滯納金+資金運用淨收入+公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數+其他淨收入-呆帳提存數-利息費用。
 4.保險成本=醫療費用+其他業務外費用。

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，保險收支出現賸餘，102 年起，雖調降保險費率，惟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，致保險收支淨結餘 536 億元，依法全數提存安全準備，提存後安全準備累積數 746 億元。

(二) 一般保險費收繳情形

102年實收保險費4,603億元，收繳率近九成九。



	總計			政府補助款			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
92年	3,271	3,270	99.99	877	877	100.00	2,394	2,393	99.99
93年	3,375	3,374	99.98	901	901	100.00	2,474	2,474	99.98
94年	3,529	3,529	99.98	925	925	100.00	2,604	2,603	99.98
95年	3,644	3,620	99.33	933	909	97.45	2,711	2,711	99.98
96年	3,674	3,657	99.51	944	927	98.18	2,730	2,729	99.98
97年	3,813	3,784	99.22	984	955	97.11	2,830	2,828	99.96
98年	3,832	3,800	99.17	1,000	970	96.98	2,832	2,830	99.94
99年	4,358	4,279	98.19	1,116	1,041	93.32	3,242	3,238	99.87
100年	4,672	4,591	98.27	1,181	1,115	94.43	3,491	3,476	99.57
101年	4,826	4,737	98.14	1,204	1,153	95.80	3,623	3,584	98.91
102年	4,669	4,603	98.59	1,104	1,104	99.97	3,565	3,499	98.17

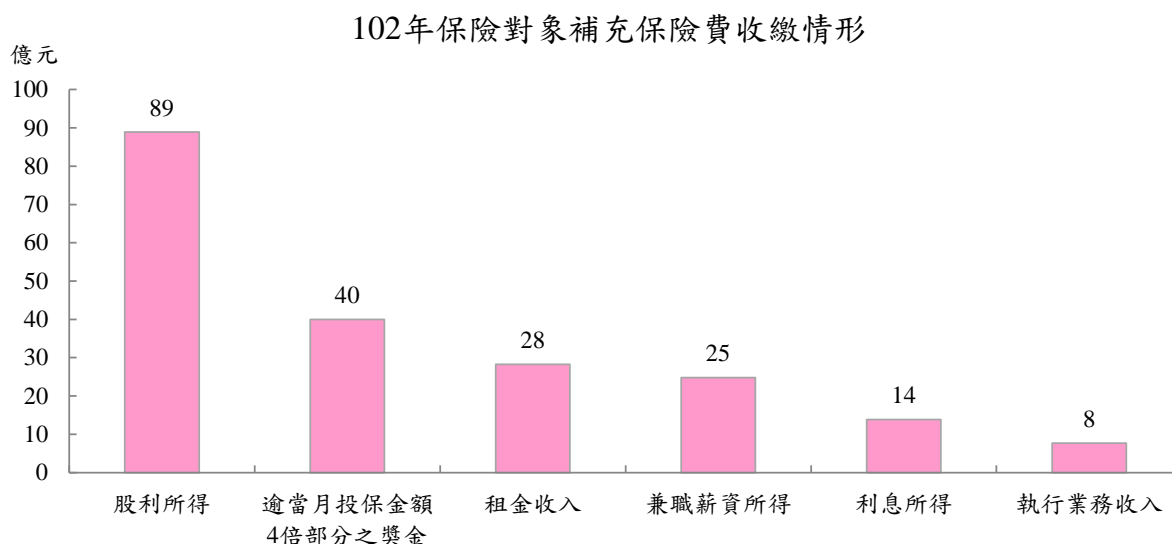
備註：1.本表不含補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數及滯納金。
2.本表應收保險費係經投保單位或被保險人提出異議更正後金額。
3.資料日期為104年1月20日。

近年來全民健保保險費的收繳率，政府補助款大致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沈重，排擠相關財政支出、高雄市政府因財政困窘及新北市政府自97年準用直轄市，相關法定補助支出增加等原因，衍生滯欠健保費補助款，經各級政府相關單位共同努力，三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年政府補助款收繳率高於被保險人暨投保單位負擔。

102年全民健保實收保險費4,603億元，收繳率98.59%，其中政府補助款1,104億元，收繳率99.97%，被保險人暨投保單位3,499億元，收繳率98.17%。

(三) 補充保險費收繳情形

102 年計收補充保險費 403 億元。



102年補充保險費		
	金額(億元)	結構比(%)
總計	403	100.0
投保單位	200	49.5
保險對象	203	50.5
逾當月投保金額 4倍部分之獎金	40	9.9
兼職薪資所得	25	6.1
執行業務收入	8	1.9
股利所得	89	22.1
利息所得	14	3.4
租金收入	28	7.0

備註：資料日期為104年1月16日。

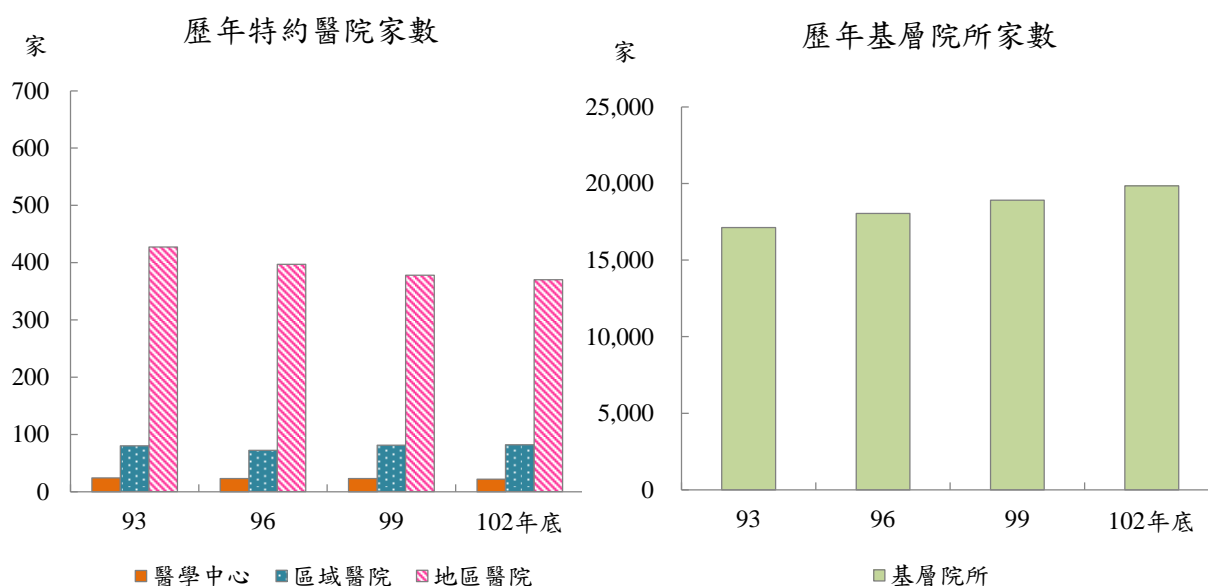
為穩固健保財源，提升保險費負擔公平性，102年1月1日開始實施的二代健保財務新制，除了現行以經常性薪資對照投保金額所計算的「一般保險費」之外，將以往沒有列入投保金額計算的保險對象之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及投保單位給付薪資超過受僱者投保金額之差額部分，納入「補充保險費」的計費基礎，計收補充保險費。

102年計收補充保險費403億元，其中來自保險對象203億元，包括逾當月投保金額4倍部分之獎金40億元，兼職薪資所得25億元，執行業務收入8億元，股利所得89億元，利息所得14億元及租金收入28億元，來自投保單位200億元。

三、特約醫事服務機構概況

(一) 特約醫事服務機構家數

地區醫院逐年減少，基層院所及其他醫事服務機構逐年增加。



特約醫事服務機構家數						
						單位：家
	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	其他
92 年底	21,587	23	80	437	16,719	4,328
93 年底	22,383	24	80	427	17,125	4,727
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

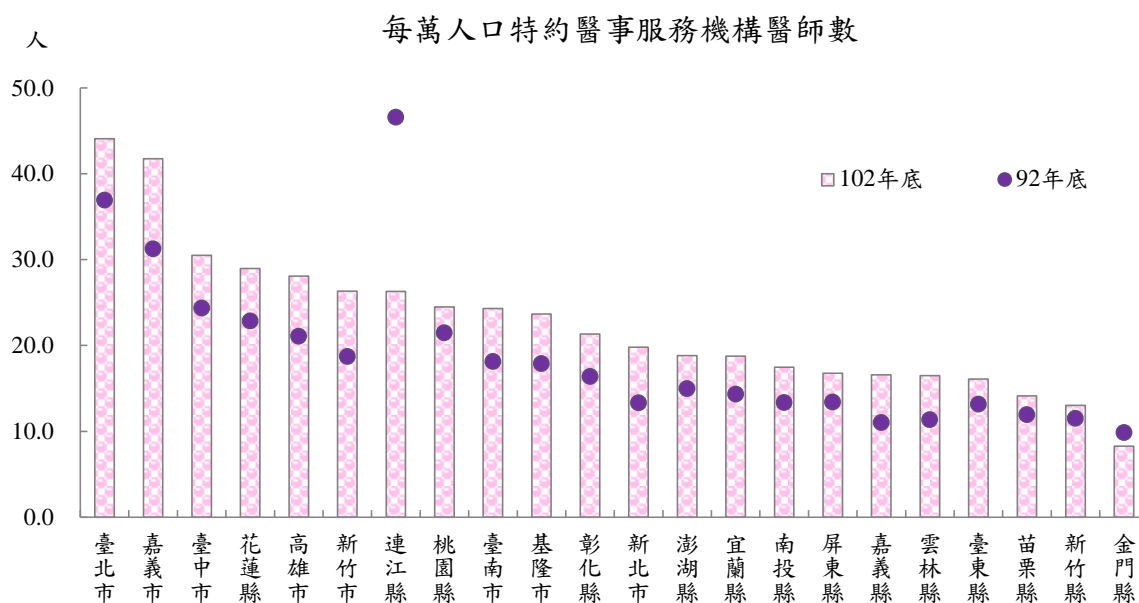
備註：其他包含藥局、醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理、職能治療所、醫事放射所及呼吸照護所。

近年來，地區醫院家數雖呈逐年減少趨勢，惟受特約基層院所及其他醫事服務機構家數逐年增加影響，特約醫事服務機構家數仍呈逐年增加趨勢。

102 年底特約醫事服務機構家數計 26,823 家，其中醫學中心 22 家，區域醫院 82 家，地區醫院 370 家，基層院所 19,850 家，其他醫事服務機構 6,499 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。



備註：臺中市、臺南市及高雄市92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

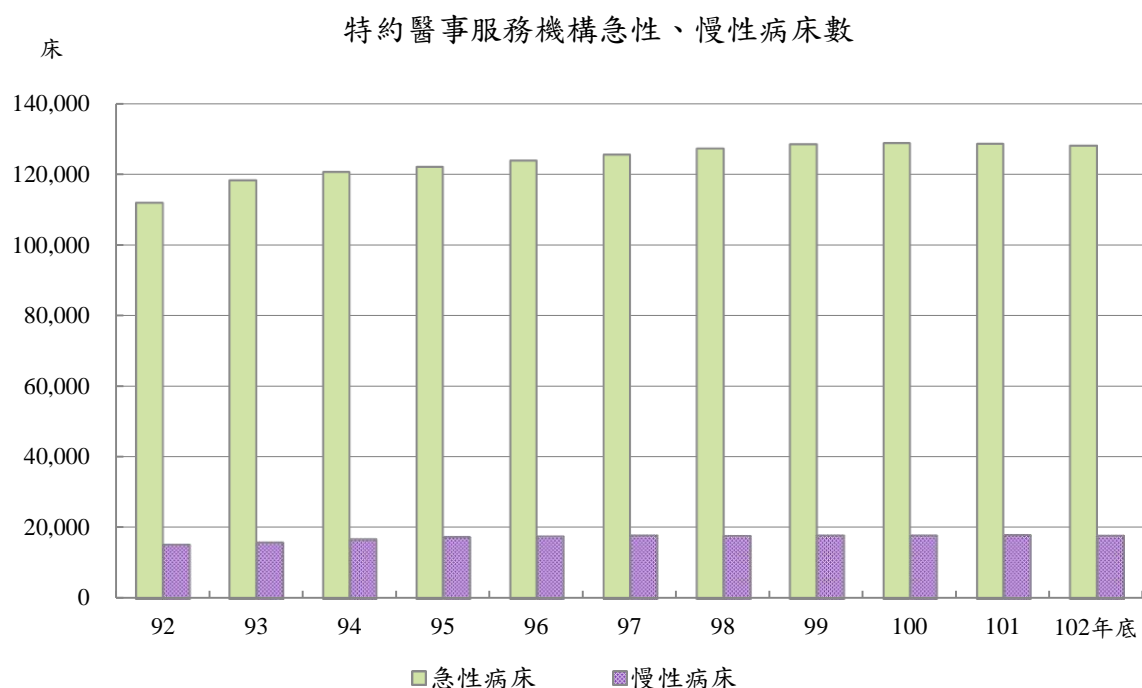
	總計		西醫師		中醫師		牙醫師	
	人數	每萬人口	人數	每萬人口	人數	每萬人口	人數	每萬人口
92年底	44,855	19.8	31,440	13.9	3,948	1.7	9,467	4.2
93年底	46,442	20.5	32,509	14.3	4,225	1.9	9,708	4.3
94年底	47,704	21.0	33,298	14.6	4,308	1.9	10,098	4.4
95年底	49,107	21.5	34,264	15.0	4,468	2.0	10,375	4.5
96年底	50,516	22.0	35,202	15.3	4,575	2.0	10,739	4.7
97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

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。

102年底每萬人口特約醫事服務機構醫師數為25.5人，西醫師數17.6人，牙醫師數5.5人，中醫師數2.4人；各縣市中除連江縣及金門縣較92年底減少外，其餘均增加。

(三) 特約醫事服務機構病床數

近 2 年來，特約醫事服務機構病床數呈現減少趨勢。

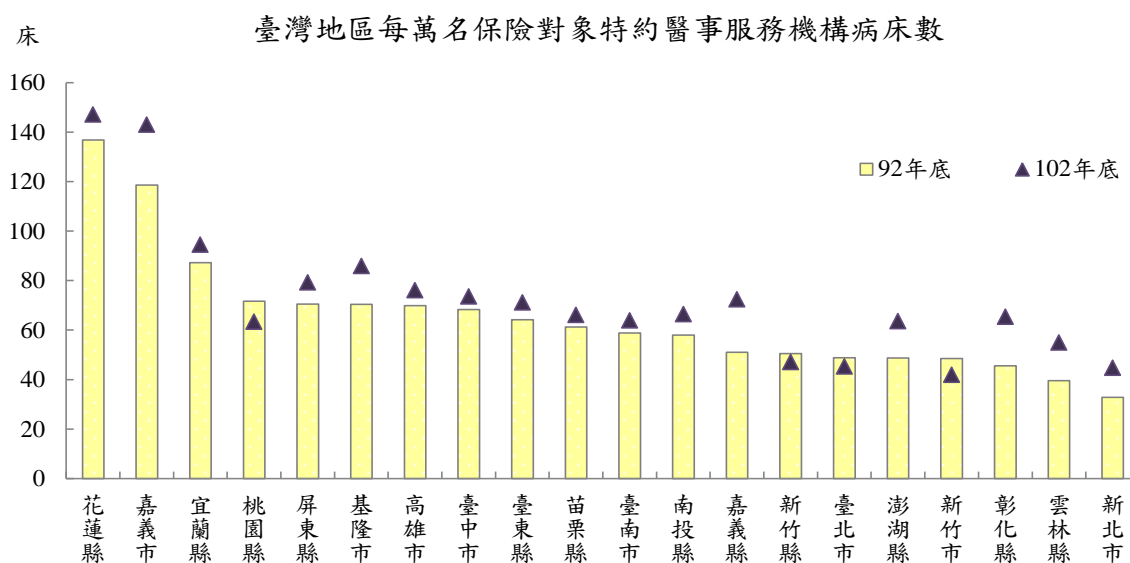


	總計			急性病床			慢性病床		
	合計	保險病床	非保險病床	合計	保險病床	非保險病床	合計	保險病床	非保險病床
92 年底	127,040	100,989	26,051	111,835	86,418	25,417	15,205	14,571	634
93 年底	134,068	107,364	26,704	118,252	92,102	26,150	15,816	15,262	554
94 年底	137,289	110,310	26,979	120,662	94,358	26,304	16,627	15,952	675
95 年底	139,298	112,013	27,285	122,077	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

102 年底特約醫事服務機構急性病床計 128,140 床，其中急性保險病床 103,722 床，急性非保險病床 24,418 床；慢性病床計 17,554 床，其中慢性保險病床 16,950 床，慢性非保險病床 604 床；總病床數共計 145,694 床。

(四) 特約醫事服務機構病床密度

近 3 年來，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數逐年減少。



備註：臺中市、臺南市及高雄市92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。

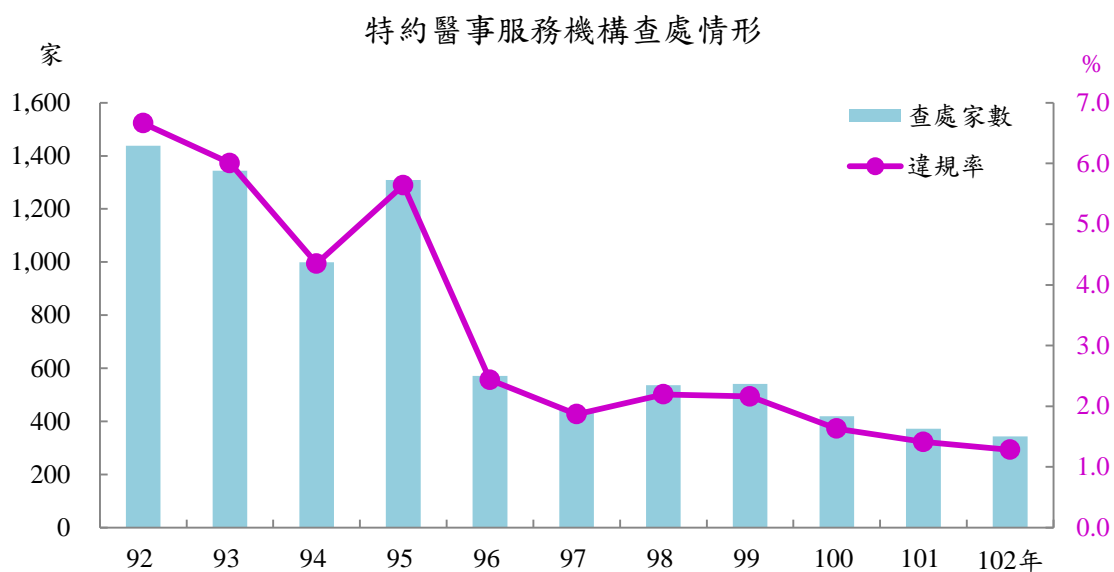
	特約醫事服務機構病床數(床)		保險對象(萬人)		每萬名保險對象 特約醫事服務機構病床數 (床)
		成長率(%)		成長率(%)	
92年底	127,040	2.7	2,198	0.5	57.8
93年底	134,068	5.5	2,213	0.7	60.6
94年底	137,289	2.4	2,231	0.8	61.5
95年底	139,298	1.5	2,248	0.8	62.0
96年底	141,370	1.5	2,280	1.4	62.0
97年底	143,121	1.2	2,292	0.5	62.4
98年底	144,794	1.2	2,303	0.5	62.9
99年底	146,187	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

92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）呈增加趨勢，100年底，因保險對象增幅大於病床，致每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數較上年減少，101年底起，因病床數減少，致每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數續呈減少趨勢。

102年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數為62.1床，較92年底增加4.3床，臺灣地區各縣市中，除桃園縣、新竹縣、臺北市及新竹市減少外，其餘均增加。

(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數大致呈現減少趨勢。



備註：違規率=查處家數/特約醫事服務機構家數×100。

特約醫事服務機構查處					
單位：家					
	總計	違約記點	扣減費用	停止特約	終止特約
92年	1,438	412	853	162	11
93年	1,344	231	1,019	90	4
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

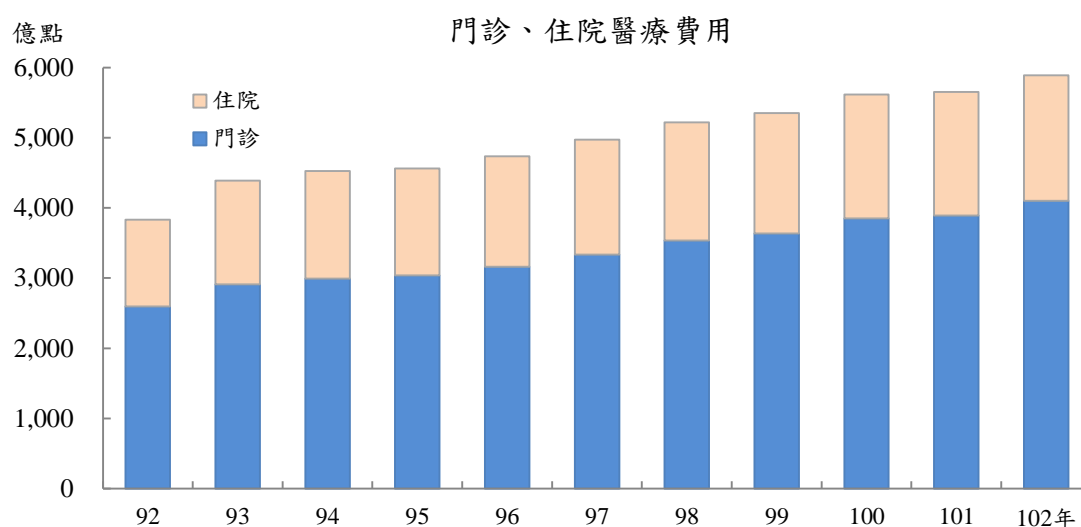
為避免健保醫療資源浪費，維護保險對象就醫安全與品質，本署除加強查察密醫看診及虛報詐領健保醫療給付情事，並協調檢警調單位會同查辦重大違法案案件，凡有違規事證者，均依規定予以違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約處分。凡經查獲之重大違規情事，均於網站公布，以達嚇阻作用，進一步保障保險對象就醫權益。

近年來，特約醫事服務機構查處家數大致呈現減少趨勢，各處分類別中，以扣減費用最多，終止特約最少。102年特約醫事服務機構中遭違約記點查處者97家，扣減費用127家，停止特約101家，終止特約19家，共計344家違規，違規率1.3%。

四、醫療利用概況

(一) 醫療費用申報概況

近年來醫療費用成長穩定。



	總計	門診	住院		
		占率(%)	占率(%)		
92年	3,833	2,595	67.7	1,238	32.3
93年	4,388	2,912	66.4	1,475	33.6
94年	4,525	2,995	66.2	1,530	33.8
95年	4,565	3,038	66.6	1,526	33.4
96年	4,738	3,163	66.8	1,575	33.2
97年	4,973	3,335	67.1	1,638	32.9
98年	5,221	3,535	67.7	1,686	32.3
99年	5,352	3,637	68.0	1,715	32.0
100年	5,620	3,850	68.5	1,770	31.5
101年	5,655	3,890	68.8	1,765	31.2
102年	5,893	4,101	69.6	1,792	30.4

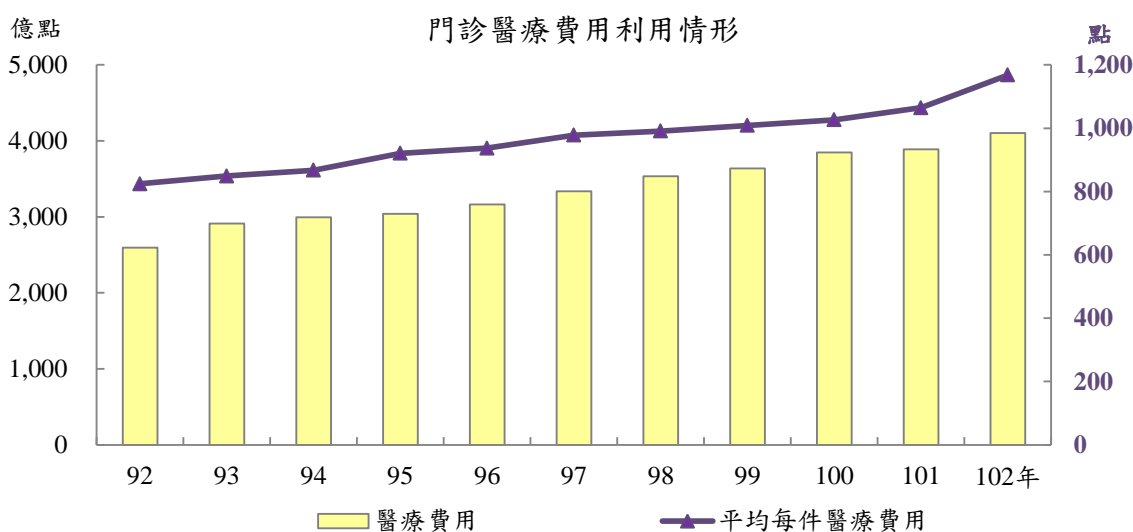
備註：1. 醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。
2. 本表自101年起排除代辦案件。

觀察健保醫療費用申報情形，近年來除 92 年因 SARS（嚴重急性呼吸道症候群）事件，民眾看診次數及費用減少，致 93 年醫療費用增幅較大外，其餘年度醫療費用呈緩增趨勢。自 94 年起門診醫療費用占全體的比率逐年增加，住院占率則逐年減少。

102 年醫療費用申報總點數 5,893 億點，門診 4,101 億點或占 69.6%，住院 1,792 億點或占 30.4%。

(二) 門診醫療利用概況

平均每件門診醫療費用逐年成長。



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)
92年	31,485	2,595	824
93年	34,298	2,912	849
94年	34,520	2,995	867
95年	33,004	3,038	921
96年	33,760	3,163	937
97年	34,102	3,335	978
98年	35,679	3,535	991
99年	36,065	3,637	1,009
100年	37,501	3,850	1,027
101年	36,541	3,890	1,065
102年	35,121	4,101	1,168

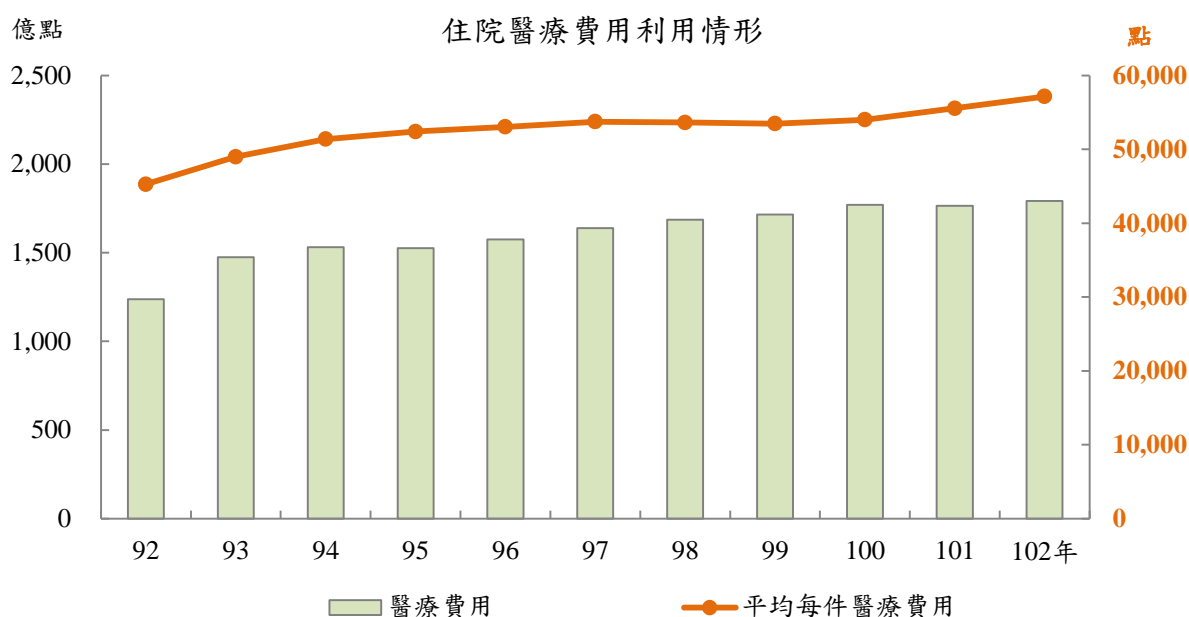
備註：1.本表自101年起排除代辦案件。
2.本表102年申報件數排除慢連箋領藥案件。
3.醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。

觀察近年來健保門診件數申報情形，92年因SARS（嚴重急性呼吸道症候群）事件，民眾減少看診次數，致93年門診申報件數增幅較大，94年6月修訂「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，致申報件數均較上年減少；醫療費用及平均每件醫療費用呈逐年成長趨勢。

102年門診申報件數3億5,121萬件，醫療費用4,101億點，平均每件醫療費用1,168點。

(三) 住院醫療利用概況

住院醫療費用呈緩增趨勢。



住院醫療利用概況			
	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	平均每件醫療費用 (點)
92年	273	1,238	45,284
93年	301	1,475	49,002
94年	298	1,530	51,373
95年	291	1,526	52,401
96年	297	1,575	53,044
97年	305	1,638	53,741
98年	314	1,686	53,636
99年	321	1,715	53,474
100年	328	1,770	54,015
101年	318	1,765	55,567
102年	313	1,792	57,168

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(部分負擔1元以1點計)。

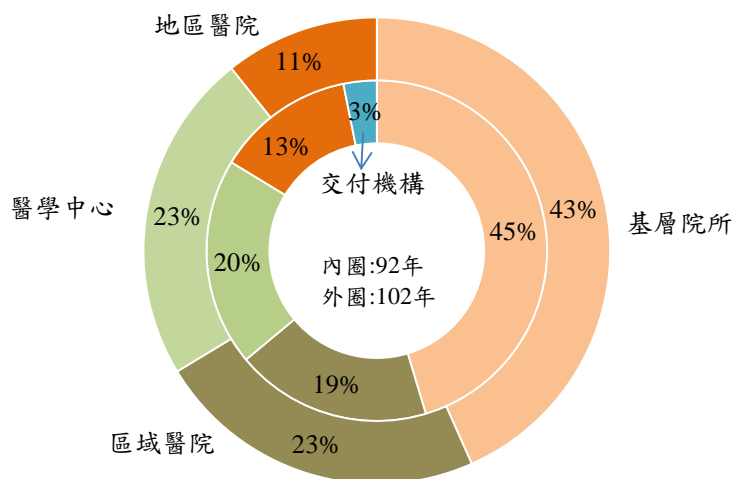
92年因SARS(嚴重急性呼吸道症候群)事件,致93年住院申報件數及醫療費用增幅較大。住院申報件數於94年及95年為負成長,96年至100年則逐年增加,101年起因排除代辦案件,致申報件數較上年減少,102年續呈減少趨勢;住院醫療費用呈緩增趨勢;平均每件醫療費用除98年及99年為負成長外,其餘年度呈增加趨勢。

102年住院申報件數313萬件,醫療費用1,792億點,平均每件醫療費用57,168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。

特約類別門診醫療費用結構



特約類別門診醫療費用						
	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
92年	2,595	512	482	341	1,177	82
93年	2,912	581	548	381	1,283	119
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	-

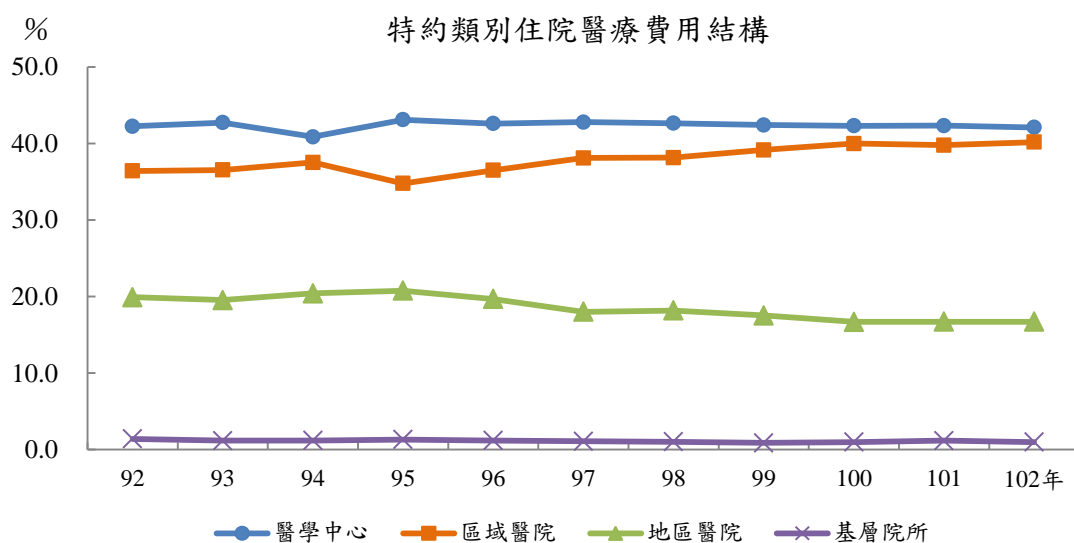
備註：1.醫療費用=申請點數+部分負擔（部分負擔1元以1點計）。
 2.本表自101年起排除代辦案件。
 3.102年交付機構案件醫療費用回歸原處方院所。

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。

102年醫學中心門診醫療費用941億元或占23.0%，區域醫院944億元或占23.0%，地區醫院439億元或占10.7%，基層院所1,777億元或占43.3%。

(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，基層院所最小。



	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
92年	1,238	523	451	246	17
93年	1,475	631	539	288	17
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

備註：1. 醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。
2. 本表自101年起排除代辦案件。

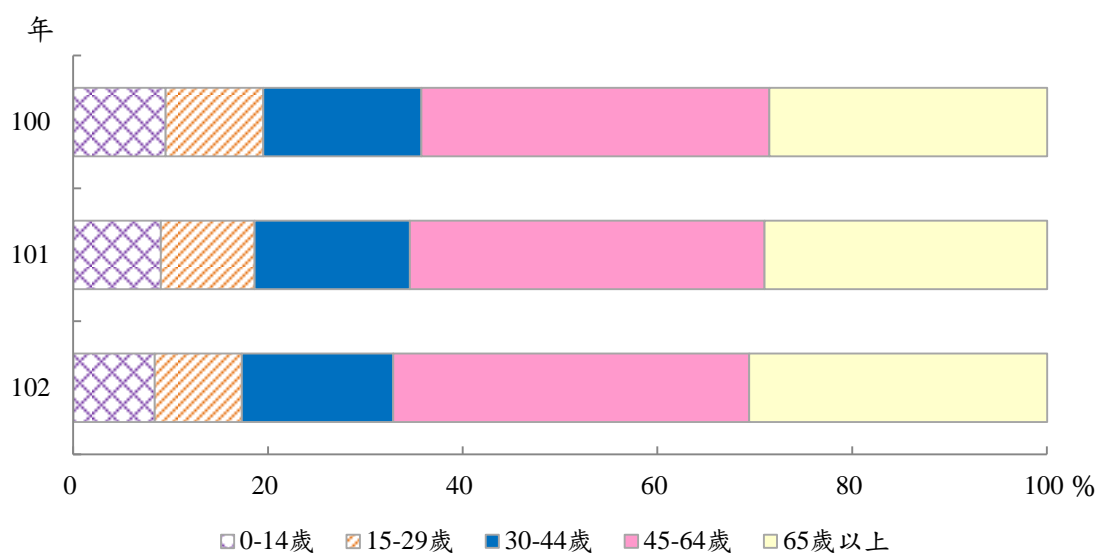
住院醫療費用以醫學中心占率最大，區域醫院次之，惟二者之差距已逐年趨近，地區醫院居第三，基層院所最小。

102年醫學中心住院醫療費用755億元或占42.1%，區域醫院720億元或占40.2%，地區醫院299億元或占16.7%，基層院所17億元或占1.0%。

(六) 性別年齡別門診醫療費用

45 歲以上年齡組門診醫療費用占率逐年增加。

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

備註：1. 醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。

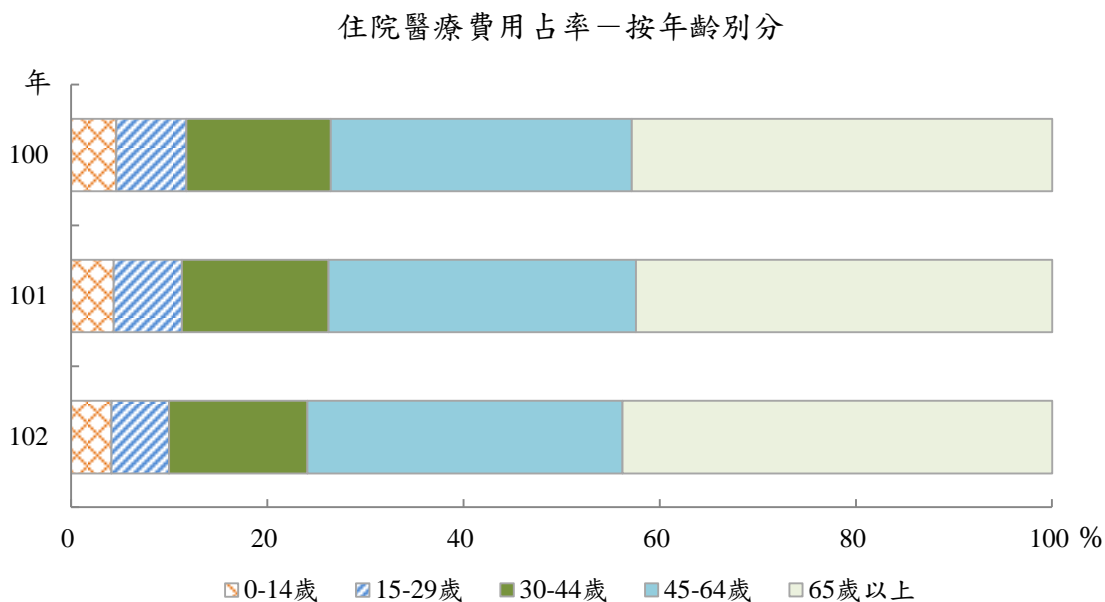
2. 本表自101年起排除代辦案件。

近3年來，45歲以上年齡組門診醫療費用占率逐年增加，未滿45歲各年齡組占率則逐年下降。再按性別觀察，門診醫療費用均以女性占率較大，兩性各年齡組中，除0-14歲年齡組以男性占率較大外，其餘均以女性占率較大。

102年0-14歲年齡組門診醫療費用343億點或占8.4%，15-29歲367億點或占8.9%，30-44歲638億點或占15.6%，45-64歲1,499億點或占36.5%，65歲以上1,255億點或占30.6%。

(七) 性別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。



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

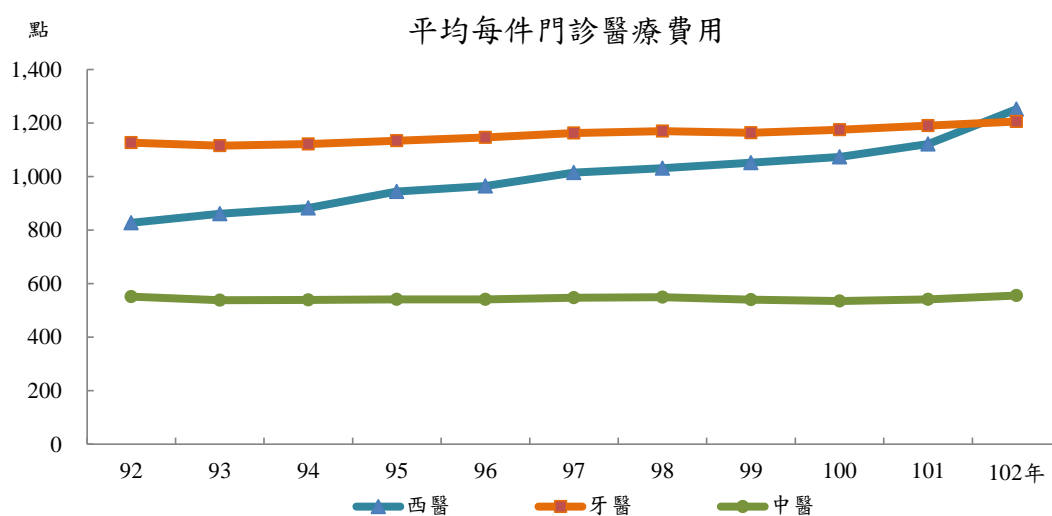
備註：1. 醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。
2. 本表自101年起排除代辦案件。

近3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歲各年齡組占率則呈下降趨勢。再按性別觀察，住院醫療費用均以男性占率較大，兩性各年齡組中，15-29歲及30-44歲年齡組以女性占率較大外，其餘年齡組則以男性占率較大。

102年0-14歲年齡組住院醫療費用74億點或占4.1%，15-29歲106億點或占5.9%，30-44歲252億點或占14.1%，45-64歲576億點或占32.1%，65歲以上785億點或占43.8%。

(八) 西醫、牙醫及中醫門診醫療利用概況

近年平均每件門診醫療費用增幅以西醫較明顯。



	西醫		牙醫		中醫	
	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)
92年	25,827	2,137	2,532	285	3,126	172
93年	28,049	2,414	2,798	312	3,450	186
94年	28,318	2,498	2,807	315	3,395	183
95年	26,871	2,538	2,835	321	3,298	178
96年	27,372	2,641	2,915	334	3,473	188
97年	27,482	2,788	3,001	349	3,619	198
98年	28,776	2,966	3,056	357	3,847	211
99年	29,314	3,081	3,062	356	3,689	199
100年	30,631	3,287	3,049	358	3,821	204
101年	29,440	3,302	3,140	374	3,961	214
102年	27,901	3,491	3,214	388	4,006	223

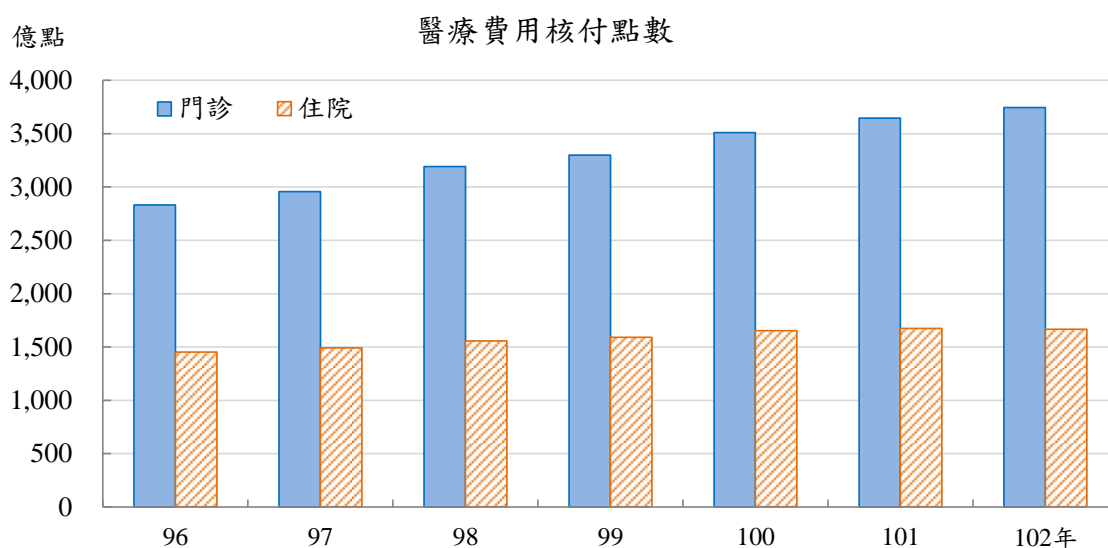
備註：1.本表自101年起排除代辦案件。
2.本表102年申報件數排除慢連箋領藥案件。
3.醫療費用含部分負擔。

西醫門診申報件數 95 年前消長互見，96 年至 100 年間逐年增加，101 年起因排除代辦案件，102 年再排除慢連箋領藥案件，致申報件數為負成長，醫療費用則逐年增加；牙醫門診申報件數及醫療費用呈增加趨勢；中醫門診申報件數及醫療費用消長互見，惟大致仍呈緩增趨勢。平均每件門診醫療費用以西醫的增幅較明顯，牙醫僅微幅成長，中醫則變動不大。

102 年西醫門診申報件數 2 億 7,901 萬件，醫療費用 3,491 億點，平均每件醫療費用 1,251 點；牙醫門診申報件數 3,214 萬件，醫療費用 388 億點，平均每件醫療費用 1,206 點；中醫門診申報件數 4,006 萬件，醫療費用 223 億點，平均每件醫療費用 556 點。

(九) 醫療費用核付概況

醫療費用核付點數呈成長趨勢。



	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

備註：1.本表102年排除代辦案件。
2.本表102年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。

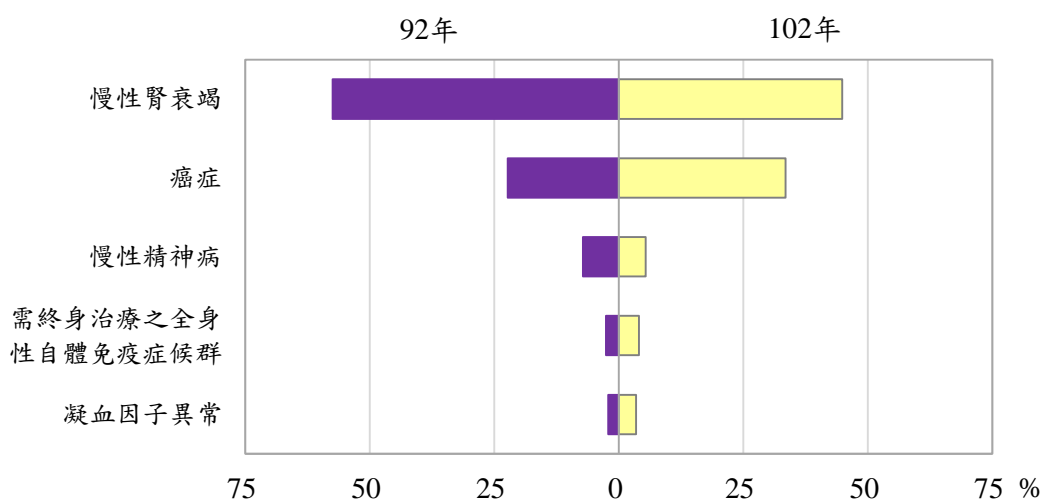
96年至101年間，除97年門診核付件數呈負成長外，其餘年度門診及住院醫療費用核付件數均逐年成長，102年因排除代辦案件，且門診件數排除慢連箋領藥案件，致門診及住院核付件數均較上年減少。醫療費用核付點數及金額則大致呈逐年成長趨勢，僅102年住院核付點數較上年減少。

102年門診醫療費用核付件數3億5,119萬件，核付點數3,744億點，核付金額3,488億元，住院核付件數313萬件，核付點數1,664億點，核付金額1,540億元。

(十) 重大傷病－門診

慢性腎衰竭醫療費用為門診重大傷病首位，惟其占門診重大傷病比率已呈下降趨勢。

門診前五大重大傷病醫療費用占率



門診前五大重大傷病醫療費用概況

順位	單位：億點、%										門診 重大傷病
	1		2		3		4		5		
	慢性腎衰竭	占率	癌症	占率	慢性精神病	占率	需終身治療之全身性自體免疫症候群	占率	凝血因子異常	占率	
92年	239	57.5	93	22.3	30	7.2	11	2.6	9	2.2	415
93年	255	54.6	108	23.2	37	8.0	14	3.1	10	2.2	467
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

備註：占率為各重大傷病醫療點數占門診重大傷病醫療點數比率。

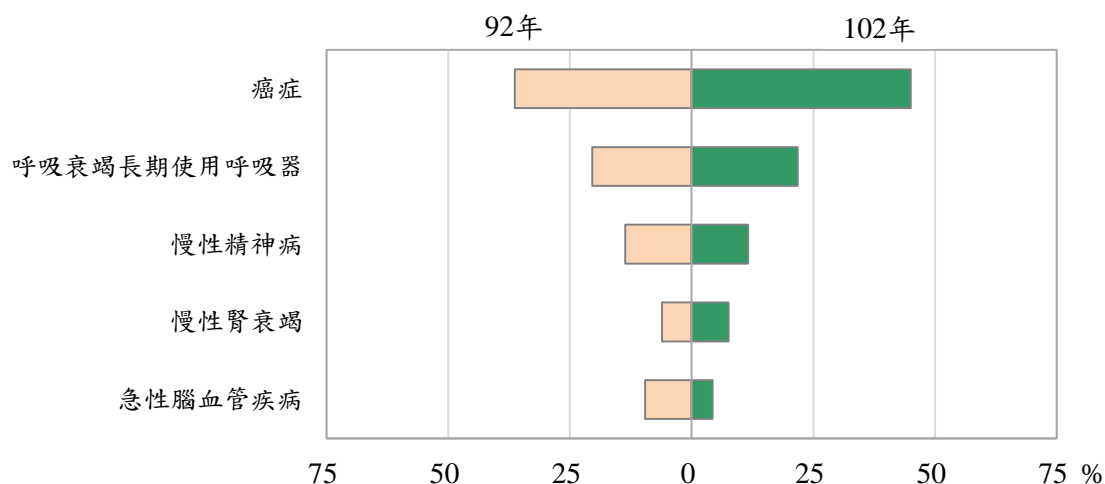
近年來，門診醫療費用點數前五大重大傷病依序為慢性腎衰竭、癌症、慢性精神病、需終身治療之全身性自體免疫症候群及凝血因子異常。其中，慢性腎衰竭占門診重大傷病醫療點數之比率呈逐年下降趨勢，癌症占率則呈逐年上升趨勢。

102年慢性腎衰竭門診醫療點數406億點或占44.8%，癌症303億點或占33.5%，慢性精神病49億點或占5.4%，需終身治療之全身性自體免疫症候群37億點或占4.1%，凝血因子異常31億點或占3.5%。

(十一) 重大傷病－住院

住院重大傷病醫療點數以癌症居首，且占率呈上升趨勢。

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、%

順位	1		2		3		4		5		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		急性腦血管疾病		
傷病 種類	占率		占率		占率		占率		占率		
92年	161	36.3	91	20.4	61	13.7	27	6.1	43	9.6	445
93年	206	35.2	153	26.2	74	12.6	34	5.8	51	8.7	585
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

備註：占率為各重大傷病醫療點數占住院重大傷病醫療點數比率。

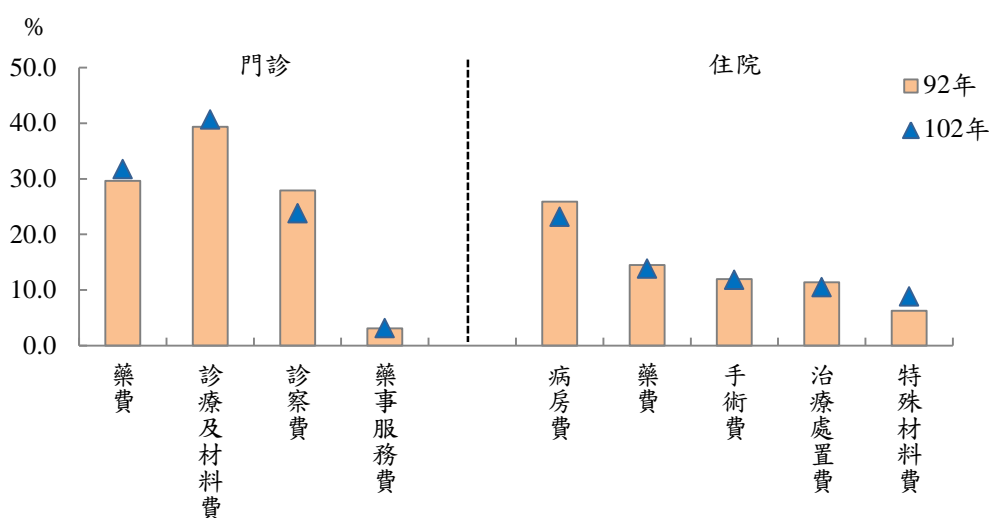
近年來，住院重大傷病以癌症之醫療費用最高，且占率呈現上升趨勢，其次為呼吸衰竭長期使用呼吸器及慢性精神病，99年以前急性腦血管疾病及慢性腎衰竭分居第四及第五，99年起慢性腎衰竭改居第四、急性腦血管疾病則居第五。

102年癌症住院醫療點數 324 億點或占 45.0%，呼吸衰竭長期使用呼吸器 157 億點或占 21.8%，慢性精神病 83 億點或占 11.6%，慢性腎衰竭 55 億點或占 7.6%，急性腦血管疾病 31 億點或占 4.3%。

(十二) 醫療費用明細概況

門診醫療費用明細以診療及材料費最高，住院則以病房費居首。

主要醫療費用明細占率



主要醫療費用明細

單位：億點

	92年	93年	94年	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年
門診	2,595	2,912	2,996	3,037	3,162	3,335	3,534	3,637	3,849	3,889	4,099
藥費	769	882	901	921	953	1,024	1,091	1,109	1,207	1,188	1,299
診療及材料費	1,022	1,144	1,186	1,227	1,298	1,376	1,460	1,524	1,589	1,613	1,664
特殊材料費	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	39
診察費	724	796	816	791	808	829	870	889	933	947	972
藥事服務費	80	90	92	97	103	106	112	115	120	123	125
住院 (前五大)	1,238	1,445	1,496	1,488	1,537	1,601	1,649	1,680	1,736	1,730	1,761
病房費	320	368	374	369	381	390	400	413	421	414	407
藥費	179	212	220	220	217	228	232	227	244	232	242
手術費	148	160	168	174	179	186	193	192	199	206	207
治療處置費	141	166	174	165	172	174	175	179	182	180	184
特殊材料費	77	91	97	100	110	120	125	131	140	145	154

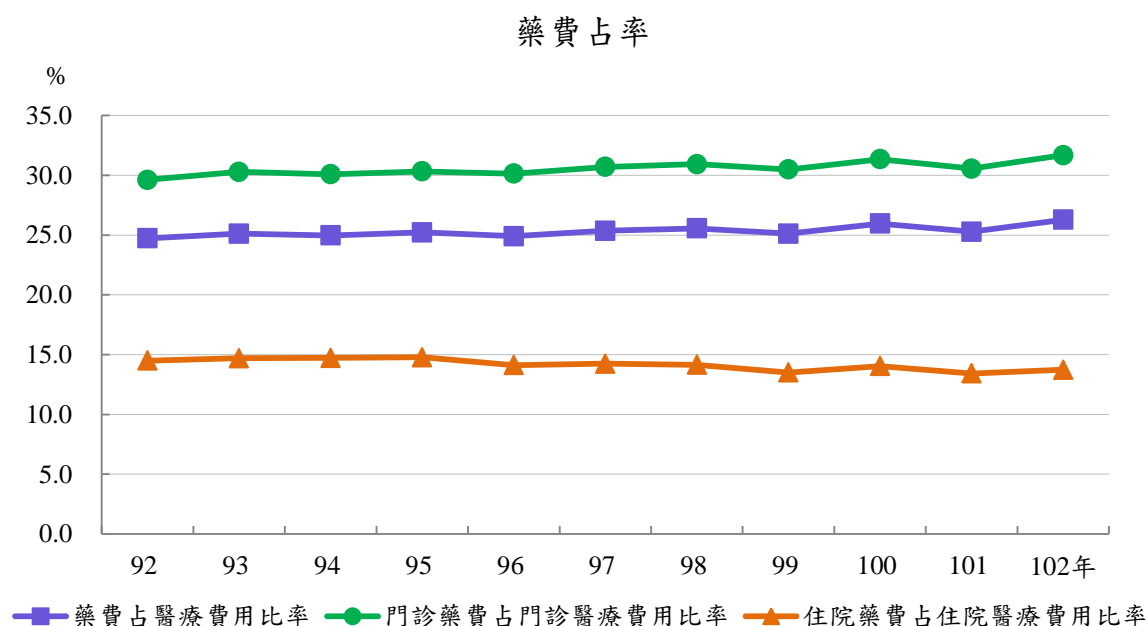
備註：醫療費用明細係各項醫療費用實際發生數，含部分負擔；101年起排除代辦案件。

近年來，門診醫療費用明細中均以診療及材料費為最高，其次為藥費，診察費居第三；住院則以病房費居首，藥費次之，95年後手術費居第三。

102年門診醫療費用明細4,099億點，其中藥費1,299億點，診療及材料費1,664億點，特殊材料費39億點，診察費972億點，藥事服務費125億點；住院醫療費用明細1,761億點，其中病房費407億點，藥費242億點，手術費207億點，治療處置費184億點，特殊材料費154億點。

(十三) 藥費概況

藥費占醫療費用比率約 2 成 5，占率穩定。



藥費概況						
單位：億點、%						
	總計		門診		住院	
	藥費	占醫療費用比率	藥費	占門診醫療費用比率	藥費	占住院醫療費用比率
92年	948	24.7	769	29.6	179	14.5
93年	1,094	25.1	882	30.3	212	14.7
94年	1,121	25.0	901	30.1	220	14.7
95年	1,141	25.2	921	30.3	220	14.8
96年	1,170	24.9	953	30.1	217	14.1
97年	1,252	25.4	1,024	30.7	228	14.2
98年	1,324	25.5	1,091	30.9	232	14.1
99年	1,336	25.1	1,109	30.5	227	13.5
100年	1,450	26.0	1,207	31.3	244	14.0
101年	1,420	25.3	1,188	30.6	232	13.4
102年	1,541	26.3	1,299	31.7	242	13.7

備註：本表自 101 年起排除代辦案件。

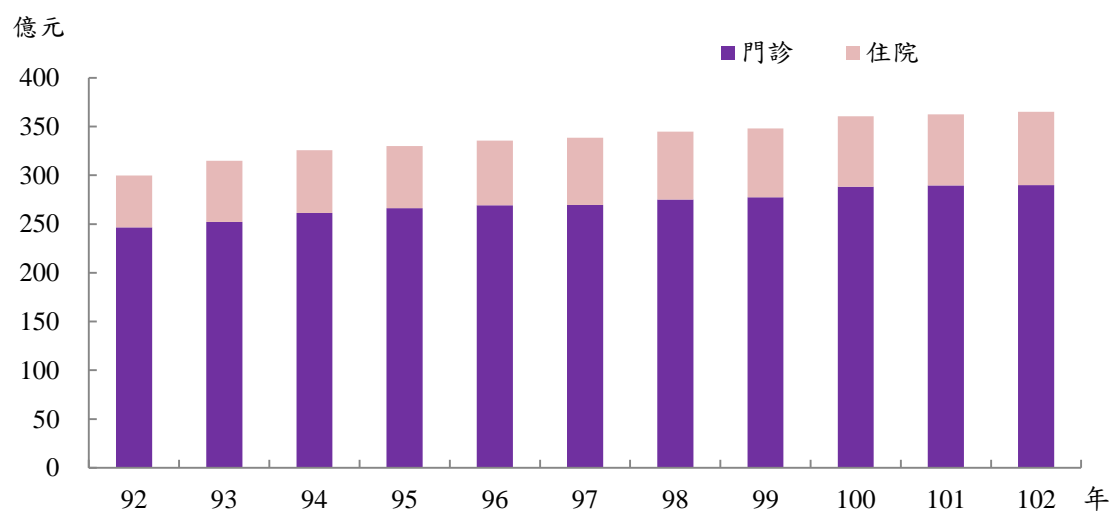
近年來，藥費占醫療費用比率約在 2 成 5 左右，占率穩定；門診藥費占門診醫療費用約 3 成，住院藥費占住院醫療費用約 1 成 5。

102 年藥費 1,541 億點，占醫療費用 26.3%，其中門診藥費 1,299 億點，占門診醫療費用 31.7%，住院藥費 242 億點，占住院醫療費用 13.7%。

(十四) 部分負擔狀況

近年部分負擔呈上升趨勢。

門住診部分負擔概況



部分負擔及醫療費用概況

單位：億點、億元

	總計			門診			住院		
	醫療費用	申請點數	部分負擔	醫療費用	申請點數	部分負擔	醫療費用	申請點數	部分負擔
92年	3,833	3,533	300	2,595	2,348	247	1,238	1,185	53
93年	4,388	4,073	315	2,912	2,660	252	1,475	1,413	63
94年	4,525	4,199	326	2,995	2,733	261	1,530	1,466	64
95年	4,565	4,235	330	3,038	2,772	266	1,526	1,463	64
96年	4,738	4,403	336	3,163	2,894	269	1,575	1,509	66
97年	4,973	4,635	339	3,335	3,066	270	1,638	1,569	69
98年	5,221	4,876	345	3,535	3,260	275	1,686	1,616	70
99年	5,352	5,004	348	3,637	3,360	277	1,715	1,644	71
100年	5,620	5,259	361	3,850	3,561	288	1,770	1,698	72
101年	5,655	5,293	362	3,890	3,600	290	1,765	1,693	73
102年	5,893	5,528	365	4,101	3,811	290	1,792	1,716	75

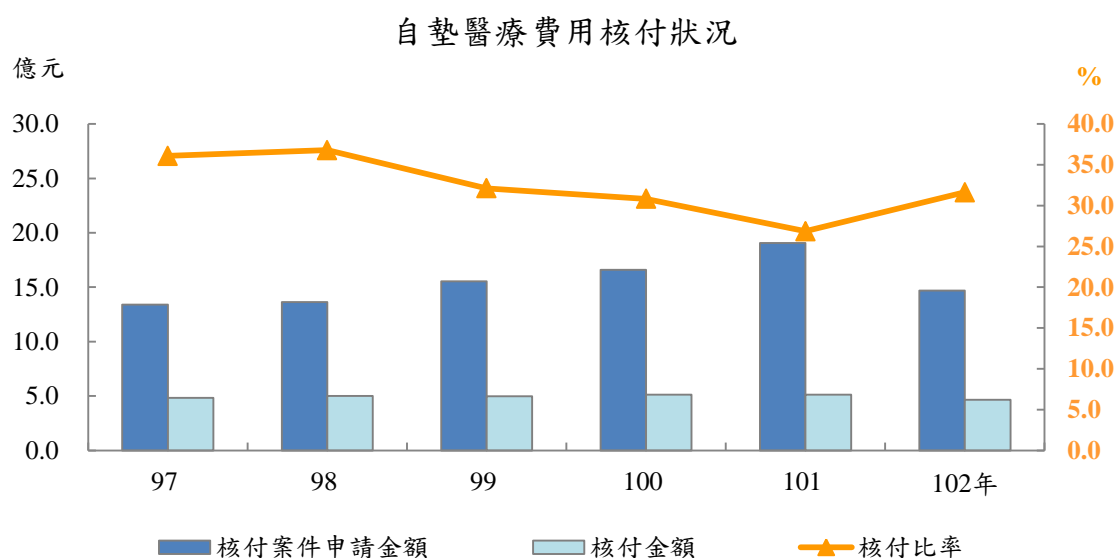
備註：1. 醫療費用=申請點數+部分負擔(部分負擔1元以1點計)。

2. 本表自101年起排除代辦案件。

近年門住診部分負擔均呈上升趨勢，102年部分負擔365億元，其中門診部分負擔290億元或占79.4%，住院部分負擔75億元或占20.6%。相較於92年，部分負擔增加21.8%，門診部分負擔增加17.6%，住院增加41.5%。

(十五) 自墊醫療費用核付狀況

102 年自墊醫療費用核付案件申請及核付金額均較上年減少。



門診、住院自墊醫療費用核付狀況

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

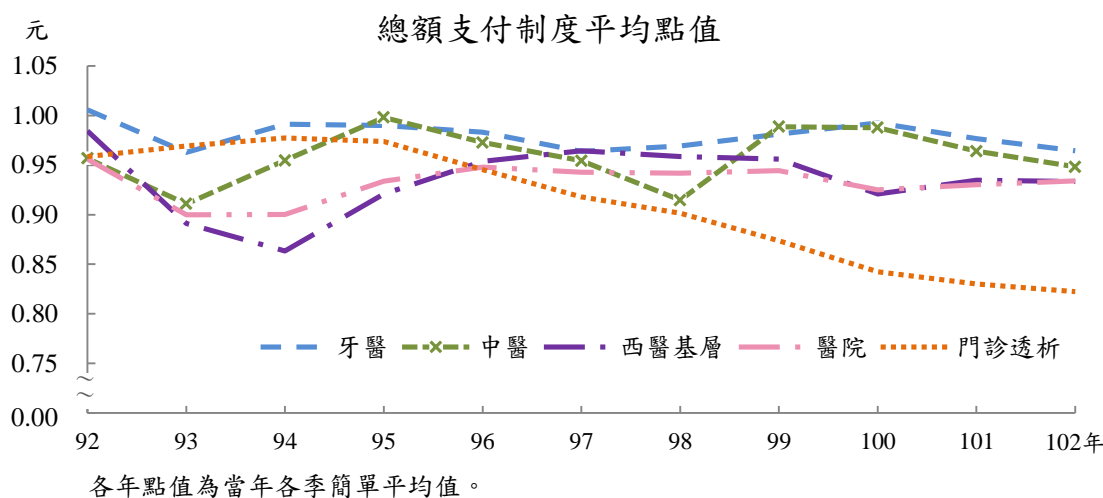
備註：核付案件申請金額不含部分負擔。

97 年至 101 年間自墊醫療費用核付案件申請金額呈增加趨勢，惟核付金額無顯著變動，致核付比率（核付金額/核付案件申請金額×100）大致呈減少趨勢，102 年申請金額及核付金額均較上年減少，核付比率則較上年增加。

102 年自墊醫療費用核付案件申請金額 14.7 億元，核付金額 4.6 億元，核付比率 31.6%；其中門診申請金額 3.3 億元，核付金額 1.8 億元，核付比率 53.5%，住院申請金額 11.4 億元，核付金額 2.9 億元，核付比率 25.2%。

(十六) 總額支付制度點值概況

門診透析平均點值呈下降趨勢。



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
97年	0.9638	0.9544	0.9645	0.9428	0.9179	100年	0.9926	0.9877	0.9210	0.9252	0.8424
第1季	0.9384	0.9960	0.9422	0.9432	0.8977	第1季	0.9833	0.9918	0.8877	0.9179	0.8539
第2季	0.9546	0.9403	0.9793	0.9552	0.9349	第2季	0.9998	0.9907	0.9235	0.9322	0.8442
第3季	0.9948	0.9321	0.9950	0.9398	0.9172	第3季	0.9841	0.9678	0.9130	0.9214	0.8373
第4季	0.9672	0.9492	0.9414	0.9329	0.9218	第4季	1.0031	1.0005	0.9597	0.9291	0.8343
98年	0.9693	0.9147	0.9588	0.9419	0.9013	101年	0.9767	0.9641	0.9346	0.9302	0.8300
第1季	0.9369	0.9080	0.9459	0.9498	0.9197	第1季	0.9571	0.9535	0.9386	0.9278	0.8289
第2季	0.9393	0.9070	0.9645	0.9522	0.9049	第2季	1.0007	0.9724	0.9424	0.9382	0.8263
第3季	1.0022	0.8955	0.9568	0.9316	0.8935	第3季	0.9697	0.9635	0.9040	0.9303	0.8420
第4季	0.9989	0.9483	0.9678	0.9341	0.8872	第4季	0.9792	0.9670	0.9536	0.9247	0.8226
99年	0.9813	0.9887	0.9561	0.9445	0.8736	102年	0.9644	0.9483	0.9334	0.9342	0.8224
第1季	0.9567	0.9320	0.9892	0.9463	0.8883	第1季	0.9343	0.9175	0.9391	0.9286	0.8349
第2季	1.0053	1.0127	0.9396	0.9540	0.8775	第2季	0.9815	0.9450	0.9376	0.9447	0.8233
第3季	0.9923	0.9939	0.9219	0.9418	0.8704	第3季	0.9729	0.9624	0.9381	0.9327	0.8168
第4季	0.9708	1.0162	0.9738	0.9357	0.8580	第4季	0.9688	0.9682	0.9190	0.9310	0.8145

備註：1.表中每點支付金額為平均點值。

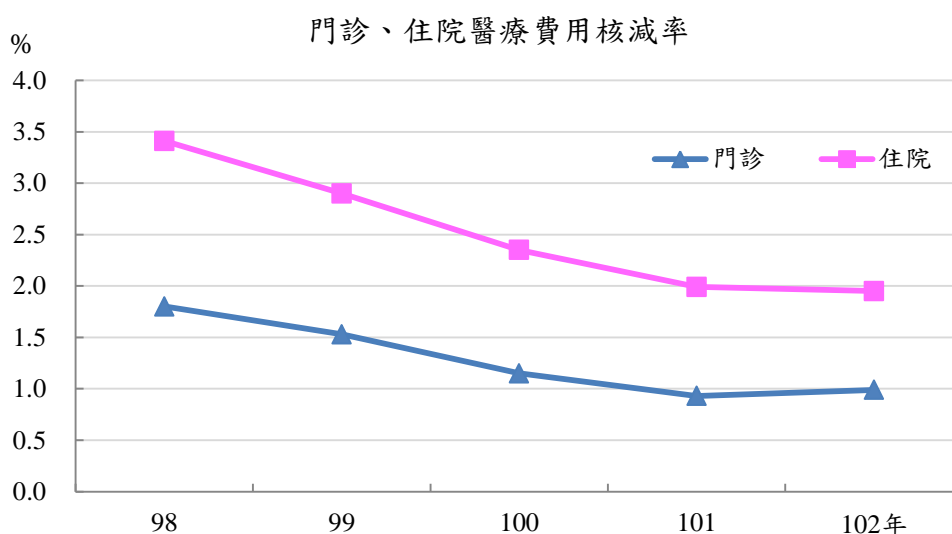
2.各年點值為當年各季簡單平均值。

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。

(十七) 醫療費用核減率

住院醫療費用核減率高於門診核減率。



醫療費用核減率										
單位：%										
	門診					住院				
	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
98年	1.80	2.81	3.40	2.53	0.54	3.41	2.93	3.93	3.56	0.54
99年	1.53	2.18	2.78	2.40	0.53	2.90	2.26	3.33	3.56	0.76
100年	1.15	1.52	1.81	1.96	0.53	2.35	1.87	2.64	2.97	0.94
101年	0.93	1.07	1.56	1.57	0.47	1.99	1.58	2.24	2.51	0.83
102年	0.99	1.11	1.60	1.81	0.51	1.95	1.45	2.27	2.47	0.64

備註：1.本表核減率係爭審後核減率。
2.資料日期為103年12月17日。

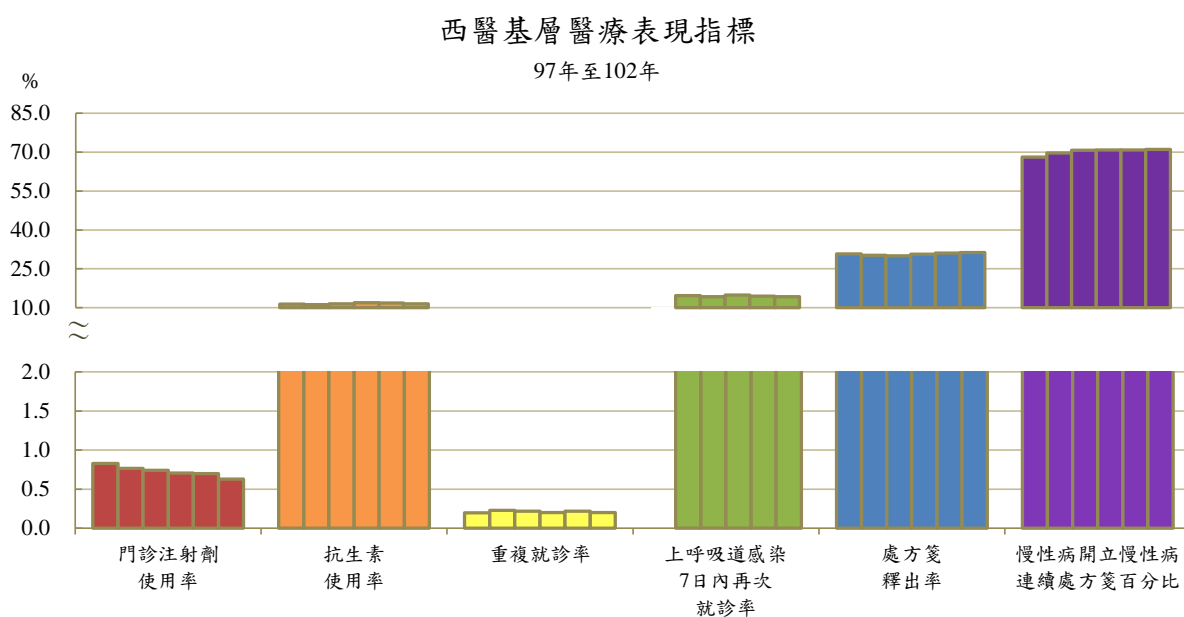
近年來，住院醫療費用核減率高於門診核減率，門診及住院醫療費用核減率大致呈下降趨勢，惟102年門診核減率較上年略增。觀察各層級院所醫療費用核減率，則互有消長，102年門診及住院均以地區醫院的核減率最高，基層院所最低。

102年門診醫療費用核減率0.99%，其中醫學中心1.11%，區域醫院1.60%，地區醫院1.81%，基層院所0.51%；住院醫療費用核減率1.95%，其中醫學中心1.45%，區域醫院2.27%，地區醫院2.47%，基層院所0.64%。

貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層

近年西醫基層慢性病開立慢性病連續處方箋百分比呈上升趨勢。



	門診注射劑 使用率	抗生素 使用率	重複就診率	上呼吸道感染 7日內再次 就診率	處方箋 釋出率	慢性病開立慢性病 連續處方箋百分比
97年	0.83	11.42	0.20	-	30.73	68.07
98年	0.77	11.22	0.23	14.68	30.22	69.62
99年	0.74	11.49	0.22	14.28	30.06	70.76
100年	0.70	11.91	0.20	14.95	30.62	70.83
101年	0.70	11.84	0.22	14.51	31.06	70.82
102年	0.63	11.52	0.20	14.30	31.33	71.02

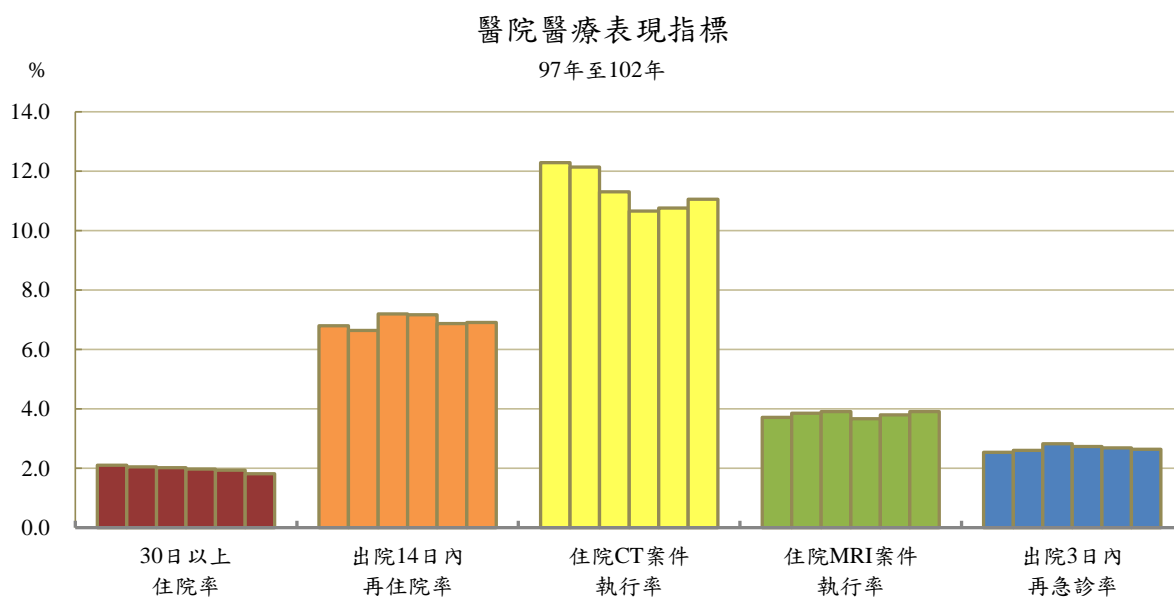
資料日期：104年2月6日。

近年西醫基層門診注射劑使用率呈下降趨勢；抗生素使用率於100年後逐年下降；重複就診率則維持在0.20%至0.23%之間，變動幅度不大；上呼吸道感染7日內再次就診率自100年後逐年下降；處方箋釋出率自97年起逐年下降至99年後逐年回升；慢性病開立慢性病連續處方箋百分比則呈上升趨勢。

102年門診注射劑使用率0.63%，抗生素使用率11.52%，重複就診率0.20%，上呼吸道感染7日內再次就診率14.30%，處方箋釋出率31.33%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比71.02%。

二、醫院

30 日以上住院率呈下降趨勢。



醫院醫療表現指標					
單位：%					
	30日以上住院率	出院14日內再住院率	住院CT案件執行率	住院MRI案件執行率	出院3日內再急診率
97年	2.11	6.80	12.29	3.71	2.54
98年	2.05	6.64	12.14	3.85	2.61
99年	2.02	7.19	11.31	3.91	2.82
100年	1.97	7.16	10.65	3.67	2.73
101年	1.94	6.87	10.76	3.80	2.69
102年	1.82	6.91	11.06	3.91	2.64

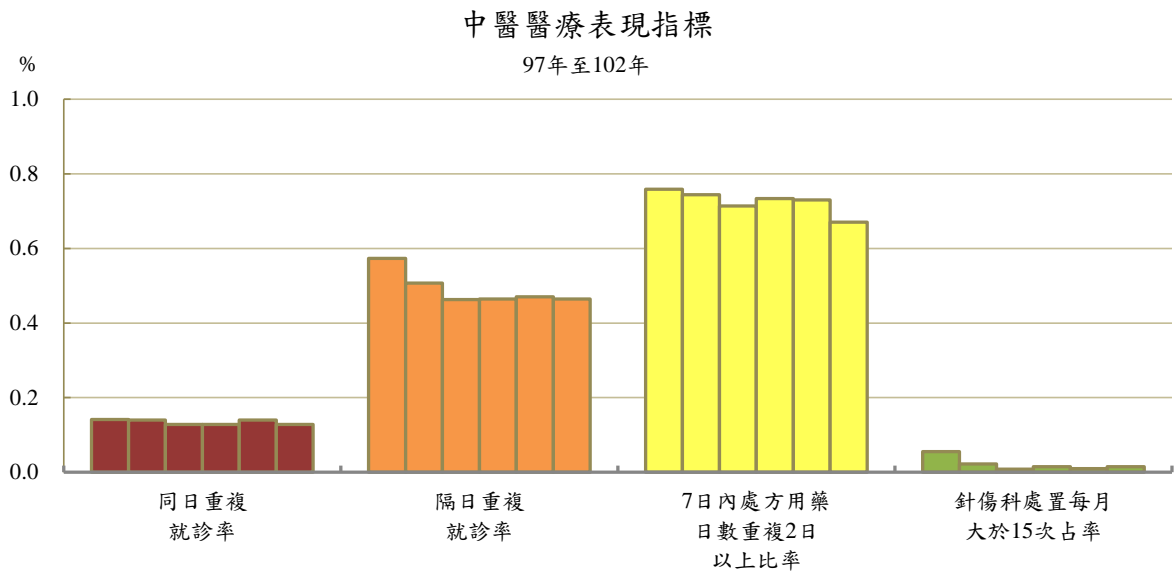
資料日期：104年2月6日。

依住院率觀察，30 日以上住院率呈下降趨勢，出院 14 日內再住院率呈現微幅震盪趨勢，出院 3 日內再急診率上升至 99 年後逐年下降。依電腦斷層掃描 (CT) 及核磁共振造影 (MRI) 檢查觀察，住院 CT 案件執行率下降至 100 年後逐年上升；住院 MRI 案件執行率則於 100 年後呈逐年上升趨勢。

102 年 30 日以上住院率 1.82%，出院 14 日內再住院率 6.91%，住院 CT 案件執行率 11.06%，住院 MRI 案件執行率 3.91%，出院 3 日內再急診率 2.64%。

三、中醫

癌症病患同時利用西醫人數比率呈上升趨勢。



中醫醫療表現指標						
單位：%、次						
	同日重複 就診率	隔日重複 就診率	平均就醫 次數	癌症病患同時利 用西醫人數比率	7日內處方用藥 日數重複2日 以上比率	針傷科處置每月 大於15次占率
97年	0.14	0.57	2.66	57.74	0.76	0.06
98年	0.14	0.51	2.69	59.88	0.74	0.02
99年	0.13	0.46	2.70	59.87	0.71	0.01
100年	0.13	0.46	2.78	61.37	0.73	0.01
101年	0.14	0.47	2.83	63.05	0.73	0.01
102年	0.13	0.46	2.86	64.32	0.67	0.01

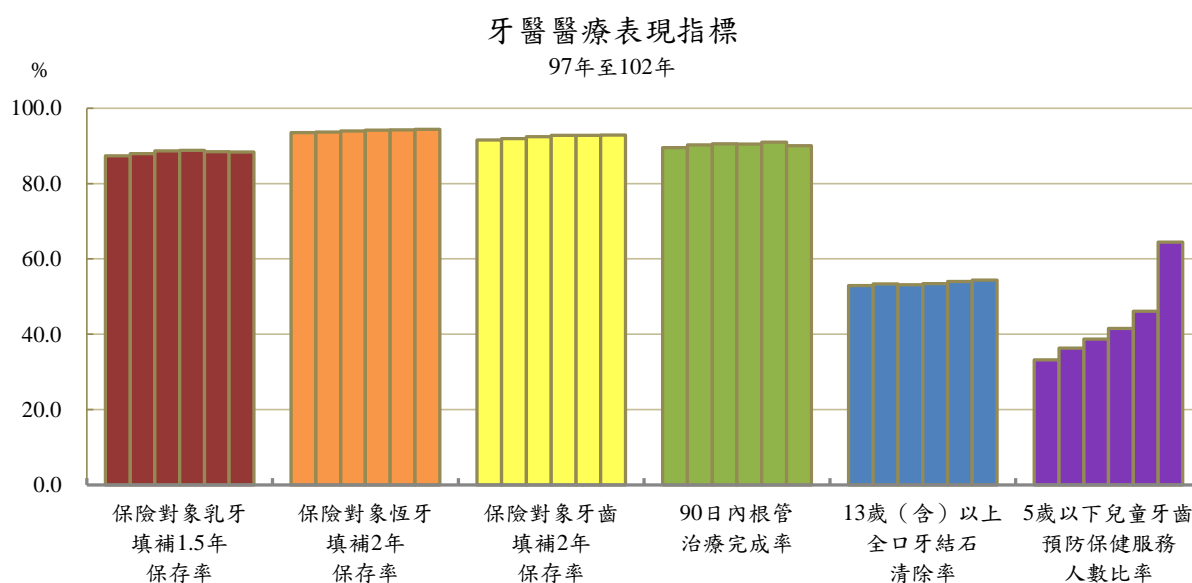
資料日期：104年2月6日。

近年中醫同日重複就診率變動不大，介於 0.13% 至 0.14% 間；隔日重複就診率呈下降趨勢；平均就醫次數則逐年微幅上升；癌症病患同時利用西醫人數比率亦呈上升趨勢；7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率，97 年後連續下降兩年，100 年回升後，於 102 年再度下降；針傷科處置每月大於 15 次占率於 99 年下降至 0.01% 後，維持在此水準。

102 年同日重複就診率 0.13%，隔日重複就診率 0.46%，平均就醫次數 2.86 次，癌症病患同時利用西醫人數比率 64.32%，7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率 0.67%，針傷科處置每月大於 15 次占率 0.01%。

四、牙醫

5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率大幅增加。



	保險對象乳牙填補1.5年保存率	保險對象恆牙填補2年保存率	保險對象牙齒填補2年保存率	90日內根管治療完成率	13歲(含)以上全口牙結石清除率	5歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率
97年	87.39	93.50	91.59	89.51	52.94	33.22
98年	87.97	93.64	91.94	90.26	53.34	36.33
99年	88.69	93.94	92.43	90.56	53.16	38.73
100年	88.84	94.19	92.79	90.51	53.46	41.54
101年	88.47	94.26	92.81	91.02	54.00	46.11
102年	88.37	94.37	92.87	90.01	54.35	64.46

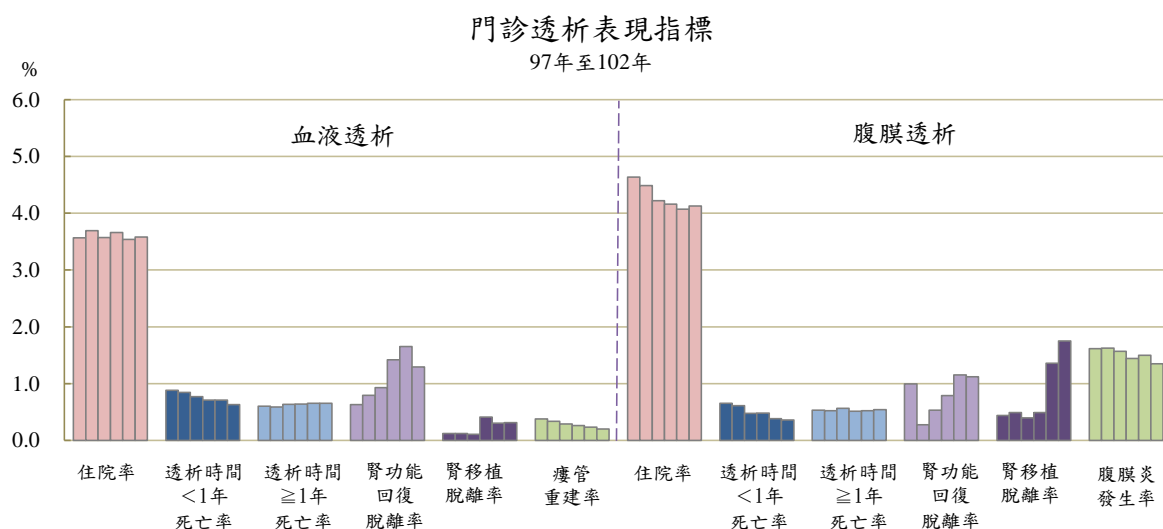
資料日期：104年2月6日。

近年保險對象乳牙填補 1.5 年保存率上升至 100 年後開始下降；保險對象恆牙填補 2 年保存率及牙齒填補 2 年保存率均呈逐年上升趨勢；90 日內根管治療完成率變動不大，維持在 9 成左右；13 歲（含）以上全口牙結石清除率呈微幅上升趨勢；5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率呈逐年上升趨勢。

102 年保險對象乳牙填補 1.5 年保存率 88.37%，保險對象恆牙填補 2 年保存率 94.37%，保險對象牙齒填補 2 年保存率 92.87%，90 日內根管治療完成率 90.01%，13 歲（含）以上全口牙結石清除率 54.35%，5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率 64.46%。

五、門診透析

瘻管重建率呈逐年下降趨勢。



門診透析表現指標

單位：%

	血液透析						腹膜透析					
	住院率	死亡率		脫離率		瘻管重建率	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	
97年	3.57	0.88	0.60	0.63	0.12	0.38	4.64	0.65	0.53	0.99	0.44	1.61
98年	3.69	0.84	0.59	0.79	0.12	0.34	4.49	0.61	0.52	0.28	0.49	1.63
99年	3.57	0.77	0.64	0.93	0.11	0.29	4.22	0.48	0.57	0.53	0.39	1.57
100年	3.66	0.71	0.64	1.42	0.41	0.26	4.16	0.48	0.51	0.79	0.49	1.44
101年	3.54	0.71	0.65	1.65	0.30	0.23	4.07	0.38	0.52	1.15	1.36	1.50
102年	3.58	0.63	0.65	1.29	0.31	0.20	4.13	0.36	0.54	1.12	1.75	1.35

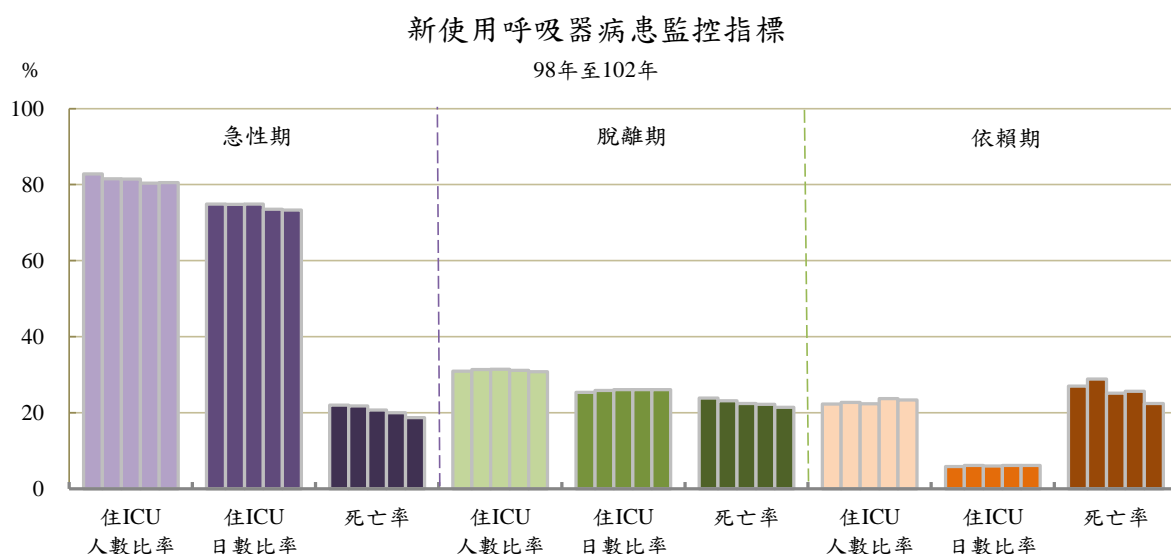
資料來源：台灣腎臟醫學會。

近年血液透析住院率呈微幅波動；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；腎功能回復脫離率自97年逐年上升至101年後於102年下降，腎移植脫離率呈上升趨勢；瘻管重建率呈逐年下降趨勢。

腹膜透析住院率自97年逐年下降至101年後於102年上升；透析時間<1年死亡率呈下降趨勢，透析時間≥1年死亡率維持在0.51%至0.57%間；腎功能回復脫離率自98年逐年上升至101年後於102年下降，腎移植脫離率自100年起呈逐年上升趨勢；腹膜炎發生率呈下降趨勢。

六、呼吸器監控指標

102 年依賴期新使用呼吸器病患死亡率明顯降低。



新使用呼吸器病患監控指標

單位：%

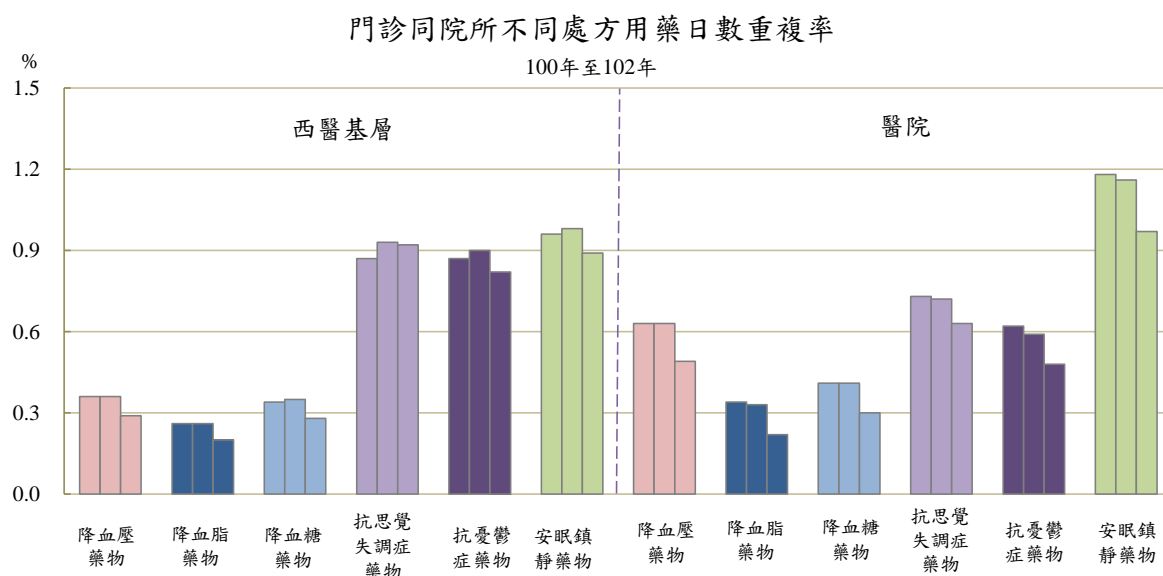
	急性期 (1-21日)			脫離期 (22-63日)			依賴期 (≥64日)		
	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率	住ICU 人數比率	住ICU 日數比率	死亡率
98年	82.84	74.90	22.02	30.93	25.33	23.84	22.26	5.81	27.02
99年	81.53	74.83	21.79	31.32	25.83	23.16	22.67	6.15	28.86
100年	81.49	74.90	20.68	31.39	26.08	22.45	22.38	5.95	25.13
101年	80.39	73.53	19.99	31.15	26.05	22.20	23.72	6.13	25.62
102年	80.52	73.34	18.71	30.79	26.07	21.40	23.31	6.15	22.44

急性期新使用呼吸器病患住 ICU 人數比率微幅下降，住 ICU 日數比率於 100 年後逐年下降，死亡率呈逐年下降趨勢；脫離期新使用呼吸器病患住 ICU 人數比率維持在 3 成 1 左右，住 ICU 日數比率微幅上升，死亡率則呈逐年下降趨勢；依賴期新使用呼吸器病患住 ICU 人數比率維持在 2 成 2 至 2 成 4 之間，住 ICU 日數比率約在 6% 左右，死亡率於 100 年與 102 年有較大的降幅。

依各期別觀察，新使用呼吸器病患住 ICU 人數比率由急性期大幅下降至脫離期，再微幅下降至依賴期；住 ICU 日數比率則由急性期大幅下降至脫離期，再大幅下降至依賴期；依賴期死亡率最高，急性期最低。

七、門診同院所不同處方重複用藥指標

醫院六項用藥日數重複率均呈下降趨勢。



門診同院所不同處方用藥日數重複率

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
100年	0.36	0.26	0.34	0.87	0.87	0.96	0.63	0.34	0.41	0.73	0.62	1.18
101年	0.36	0.26	0.35	0.93	0.90	0.98	0.63	0.33	0.41	0.72	0.59	1.16
102年	0.29	0.20	0.28	0.92	0.82	0.89	0.49	0.22	0.30	0.63	0.48	0.97

資料日期：104年3月10日。

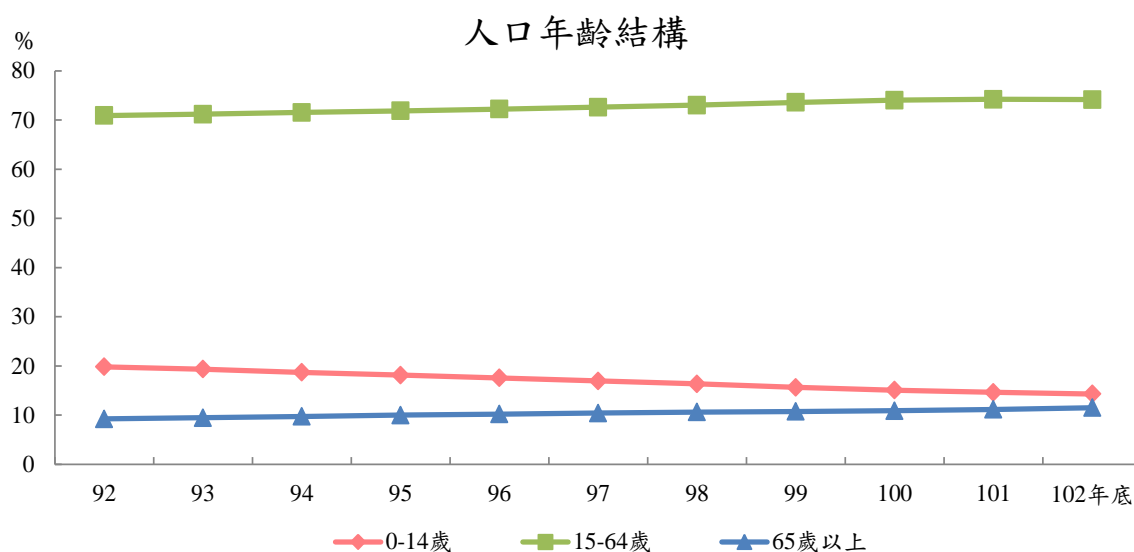
西醫基層六項門診同院所不同處方用藥日數重複率中，降血壓藥物及降血脂藥物用藥日數重複率呈下降趨勢，降血糖藥物、抗思覺失調症藥物、抗憂鬱症藥物及安眠鎮靜藥物用藥日數重複率則於101年增加後，102年再下降，其中僅抗思覺失調症藥物102年用藥日數重複率高於100年，其餘則低於100年；醫院六項用藥日數重複率均呈下降趨勢。

近3年來，降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物及安眠鎮靜藥物門診同院所不同處方用藥日數重複率醫院均高於西醫基層；抗思覺失調症藥物及抗憂鬱症藥物用藥日數重複率則西醫基層高於醫院。

參、其他重要參考指標

一、人口結構

幼年人口占率逐年下降。



人口年齡結構及扶養比

單位：萬人、%

	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	
92 年底	2,260	19.8	70.9	9.2	41.0	27.9	13.0
93 年底	2,269	19.3	71.2	9.5	40.5	27.2	13.3
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

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。

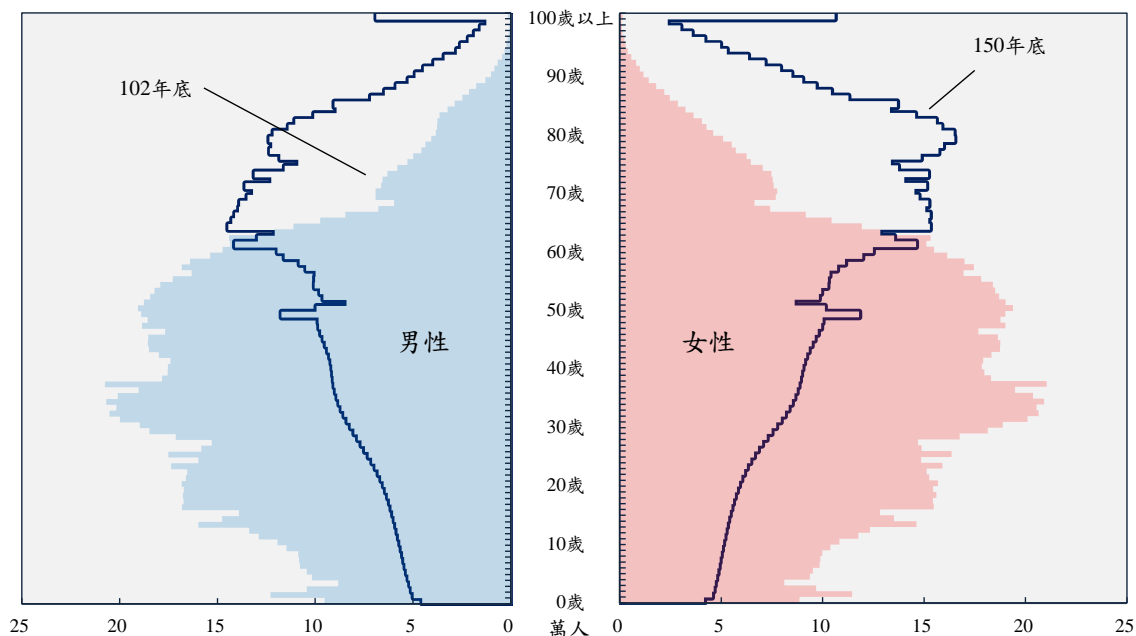
近年來，我國人口呈逐年穩定成長趨勢，102 年底人口數 2,337 萬人。觀察人口年齡結構，0-14 歲幼年人口占率逐年下降，15-64 歲工作年齡人口及 65 歲以上老年人口占率則均呈上升趨勢。

因人口年齡結構轉變，致扶幼比快速下滑，扶老比則持續上升，扶養比於 102 年前逐年下滑，102 年底回升 0.2 個百分點。

二、人口變動趨勢

燈籠型人口年齡結構預估轉為倒金鐘型，社會負擔相對較重。

102年底與150年底(預估)人口年齡結構



資料來源：內政部「內政統計年報」、國家發展委員會「中華民國人口推計(103至150年)數據—中推計」。

人口推計

單位：萬人、%

	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	
110 年底	2,356	12.2	70.8	16.9	41.2	17.3	23.9
120 年底	2,326	11.1	64.1	24.8	56.0	17.3	38.7
130 年底	2,211	9.8	59.1	31.1	69.3	16.7	52.7
140 年底	2,020	8.8	54.0	37.2	85.1	16.3	68.8
150 年底	1,795	8.7	50.4	41.0	98.6	17.2	81.4

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推計(103至150年)數據—中推計」。

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。

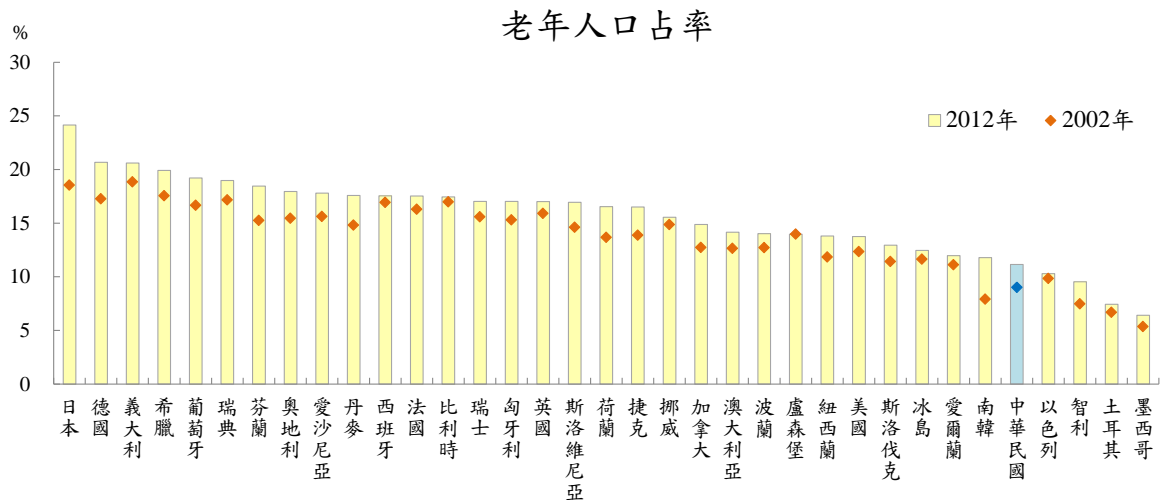
3.扶養比=扶幼比+扶老比。

依據國家發展委員會 103 年至 150 年人口中推計結果，我國人口數自 111 年起呈現負成長，且逐年減少，預估 150 年底人口數為 1,795 萬人。

觀察人口年齡結構，0-14 歲幼年人口占率將持續下降，15-64 歲工作年齡人口亦呈下降趨勢，65 歲以上老年人口占率則大幅增加。人口金字塔則由 102 年底腰部寬、底部窄之燈籠型，預估於 150 年底轉為倒金鐘型，社會負擔相對較重。

三、人口老化概況

我國老年人口占率逐年增加。



資料來源：OECD Health Data 2014、內政部「內政統計年報」。

備註：1.各國若無2012年資料，以最近可獲得資料年度代替。

2.老年人口占率=65歲以上人口數/總人口數×100。

主要國家人口老化概況

單位：%

	中華民國		日本		南韓		英國		法國		德國		美國	
	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數	老年人口占率	老化指數
2003年	9.2	46.6	19.0	135.8	8.3	41.3	16.0	86.9	16.4	88.0	17.7	119.2	12.4	59.2
2004年	9.5	49.0	19.5	140.3	8.7	44.1	15.5	83.9	16.5	89.0	18.3	125.5	12.4	59.7
2005年	9.7	52.0	20.2	146.5	9.1	47.3	15.5	85.1	16.5	89.9	18.9	132.5	12.4	60.6
2006年	10.0	55.2	20.8	152.6	9.5	51.1	15.5	86.1	16.5	90.2	19.5	139.3	12.5	61.4
2007年	10.2	58.1	21.5	158.8	9.9	55.3	15.5	87.2	16.5	90.4	19.9	144.4	12.6	62.3
2008年	10.4	61.5	22.1	164.3	10.3	59.5	15.6	87.9	16.6	90.8	20.2	148.3	12.8	63.7
2009年	10.6	65.1	22.7	170.5	10.7	63.8	15.8	89.2	16.7	91.1	20.5	151.8	12.9	64.9
2010年	10.7	68.6	23.0	175.1	11.0	68.4	16.0	90.5	16.9	91.6	20.6	153.6	13.1	66.1
2011年	10.9	72.2	23.3	178.1	11.4	72.8	16.5	94.1	17.1	93.0	20.6	154.9	13.3	67.6
2012年	11.2	76.2	24.1	186.1	11.8	77.9	17.0	96.7	17.5	95.3	20.7	157.1	13.7	70.6
2013年	11.5	80.5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

資料來源：OECD Health Data 2014、內政部「內政統計年報」。

備註：1.老年人口占率=65歲以上人口數/總人口數×100。

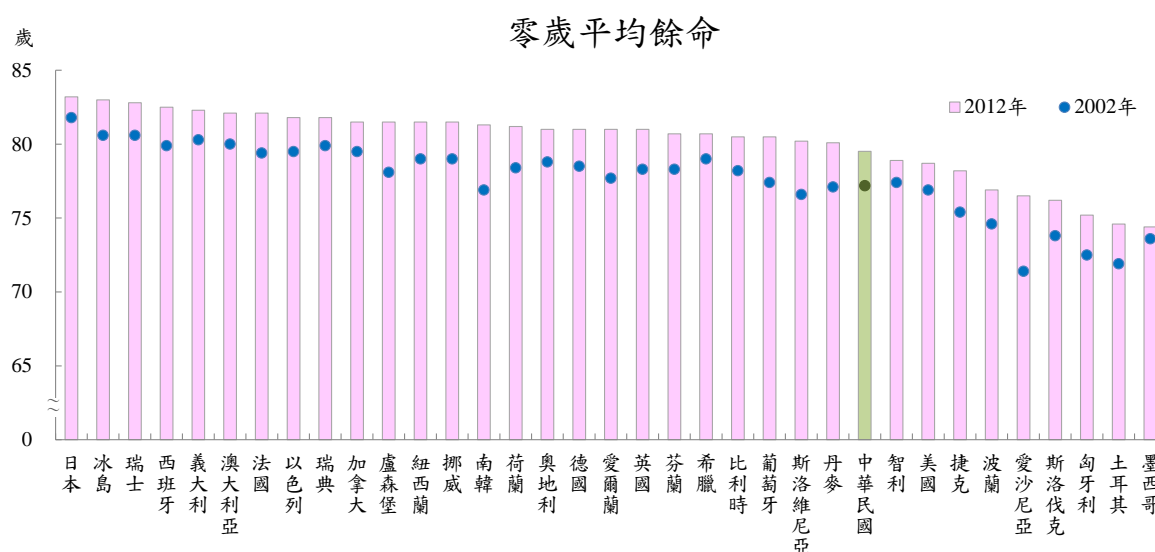
2.老化指數=65歲以上人口數/0-14歲人口數×100。

近年來，OECD 會員國家老年人口占總人口比率呈增加趨勢，2012 年以日本 24.1% 最高，墨西哥 6.4% 最低。

我國老年人口占總人口比率逐年增加，2012 年為 11.2%，相較於 OECD 會員國家，我國老年人口占率相對較低，排名相當於 OECD 會員國的第 31 位。

四、零歲平均餘命

我國零歲平均餘命呈增加趨勢。



資料來源：OECD Health Data 2014、內政部「內政統計年報」。

備註：各國若無2012年資料，以最近可獲得資料年度代替。

	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2003年	77.3	81.8	77.3	78.4	79.2	78.6	77.1
2004年	77.5	82.1	77.9	79.0	80.3	79.2	77.4
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	...
2013年	80.0	...	...	...	...	...	...

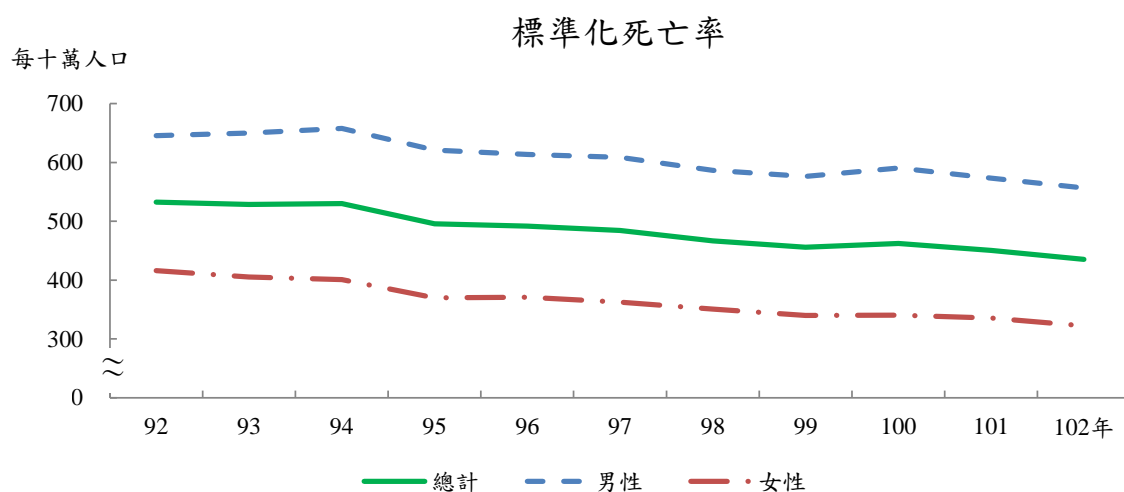
資料來源：OECD Health Data 2014、內政部「內政統計年報」。

近年來，OECD 會員國家零歲平均餘命均呈增加趨勢，2012 年以日本 83.2 歲最高，墨西哥 74.4 歲最低。

我國零歲平均餘命呈增加趨勢，2012 年為 79.5 歲，相較於 OECD 會員國家，我國零歲平均餘命相對較低，排名相當於 OECD 會員國的第 26 位。

五、標準化死亡率

標準化死亡率近年來呈下降趨勢。



死亡人數概況							
	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
92年	129,878	61.4	38.6	34.0	22.6	28.9	14.5
93年	133,679	61.9	38.1	34.0	21.6	29.6	14.8
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

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，0-64歲及65-74歲年齡組占率呈下降趨勢，75-84歲年齡組占率變動不大，85歲以上年齡組則逐年增加。

102年死亡人數為15萬4,374人，依性別觀察，男性占60.5%，女性占39.5%；依年齡結構觀察，0-64歲年齡組占30.9%，65-74歲年齡組占16.5%，75-84歲年齡組占28.2%，85歲以上年齡組占24.3%

六、主要死亡原因

惡性腫瘤續居國人死因首位。

十大主要死因標準化死亡率



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。

102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	154,374	661.3	435.3
1	惡性腫瘤	44,791	191.9	130.4
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	17,694	75.8	47.7
3	腦血管疾病	11,313	48.5	30.3
4	糖尿病	9,438	40.4	25.8
5	肺炎	9,042	38.7	22.5
6	事故傷害	6,619	28.4	22.4
7	慢性下呼吸道疾病	5,959	25.5	14.9
8	高血壓性疾病	5,033	21.6	12.9
9	慢性肝病及肝硬化	4,843	20.7	14.8
10	腎炎、腎病症候群及腎病變	4,489	19.2	11.9

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

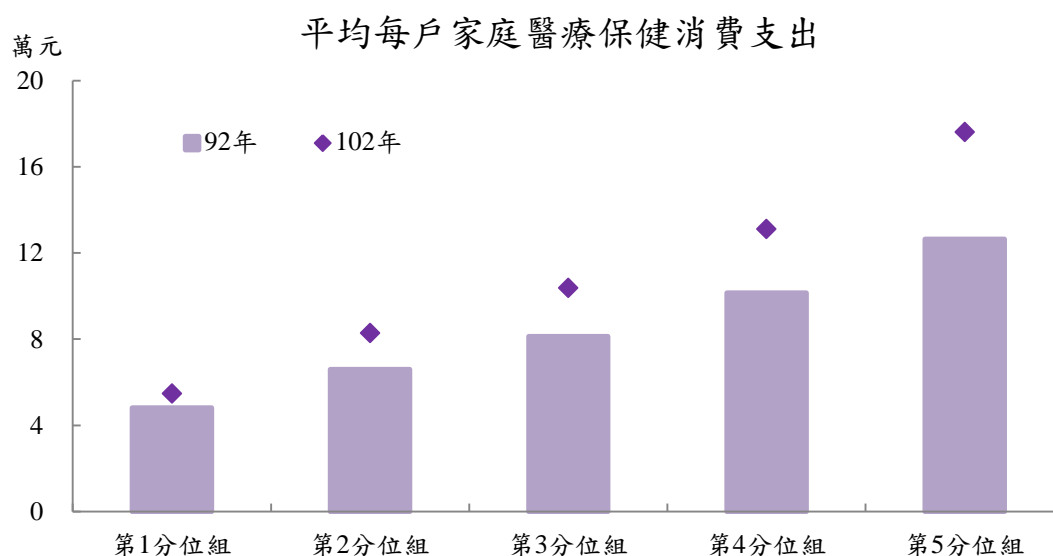
備註：標準化死亡率係以2000年W.H.O.世界人口年齡結構為基準。

惡性腫瘤自71年起即為國人死因之首，102年續居首位，死亡人數為4萬4,791人，標準化死亡率為每十萬人口130.4人。

102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、糖尿病、肺炎、事故傷害、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、慢性肝病及肝硬化與腎炎、腎病症候群及腎病變，其死亡人數計11萬9,221人，占有所有死亡人數77.2%。

七、平均每戶家庭醫療保健消費支出

高所得組平均每戶家庭醫療保健消費支出增幅高於低所得組。



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				
		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)
92年	84,651	48,172	65,927	81,272	101,417	126,468
93年	89,447	49,412	69,982	87,716	105,949	134,174
94年	93,982	51,316	73,414	93,994	112,005	139,183
95年	99,292	54,231	76,734	99,046	116,605	149,841
96年	102,407	55,184	81,496	99,367	122,307	153,682
97年	103,285	52,993	81,431	99,400	124,225	158,373
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

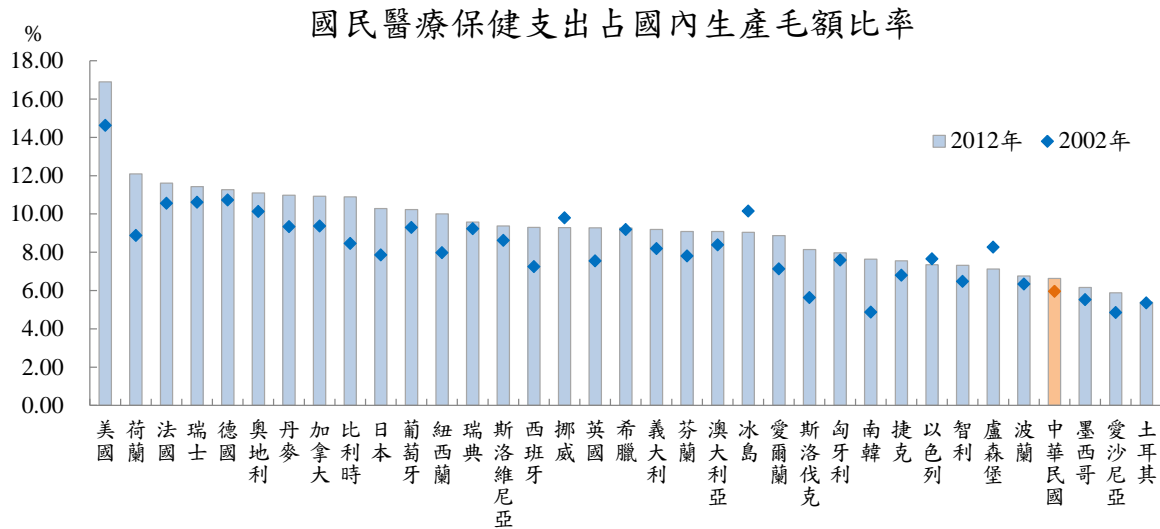
資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

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，且高所得組增幅明顯高於低所得組。

102年平均每戶家庭醫療保健消費支出10萬9,711元，其中第1分位組5萬4,694元，第2分位組8萬2,887元，第3分位組10萬3,767元，第4分位組13萬1,106元，第5分位組17萬6,100元。

八、國民醫療保健支出占國內生產毛額比率

近年我國 NHE 占 GDP 比率介於 6% 至 7% 之間。



資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。
備註：各國若無2012年資料，以最近可獲得資料年度代替。

主要國家國民醫療保健支出占國內生產毛額比率

單位：%

	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2003年	6.15	7.99	5.20	7.77	10.75	10.92	15.14
2004年	6.21	7.99	5.25	7.91	10.89	10.67	15.21
2005年	6.26	8.18	5.66	8.13	10.93	10.81	15.23
2006年	6.27	8.20	6.11	8.29	10.85	10.64	15.34
2007年	6.17	8.23	6.41	8.37	10.78	10.48	15.61
2008年	6.49	8.61	6.64	8.78	10.91	10.70	16.08
2009年	6.91	9.53	7.19	9.73	11.60	11.75	17.05
2010年	6.53	9.59	7.33	9.37	11.55	11.56	17.05
2011年	6.62	10.08	7.42	9.23	11.52	11.25	17.02
2012年	6.63	10.28	7.63	9.27	11.61	11.27	16.90
2013年	6.61	...	7.76	...	...	11.30	...

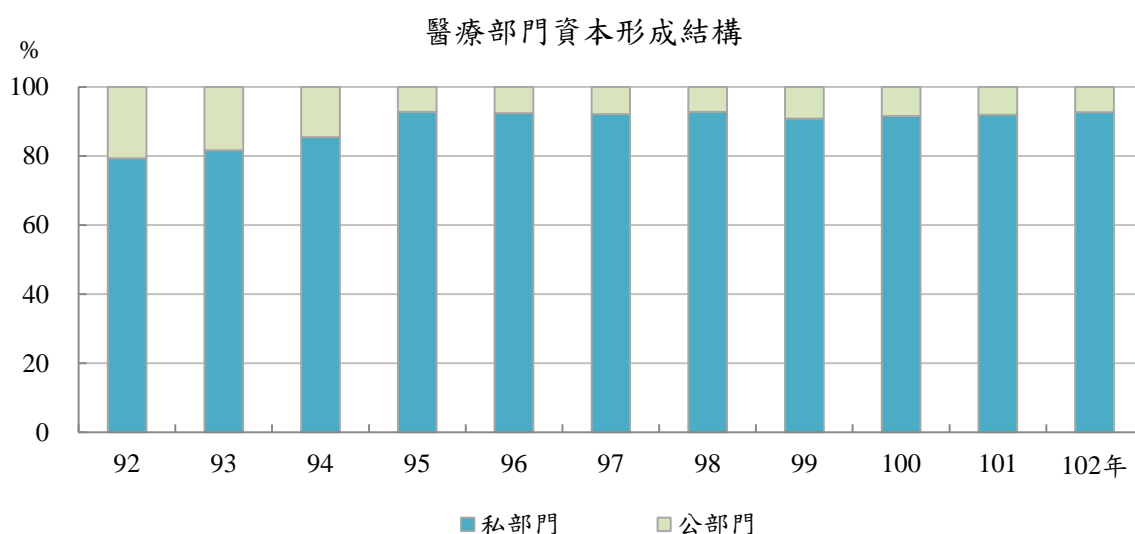
資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

近年來，OECD 會員國家國民醫療保健支出 (NHE) 占國內生產毛額 (GDP) 的比率，大致呈增加趨勢，2012 年以美國 16.90% 最高，土耳其 5.39% 最低。

我國 NHE 占 GDP 的比率近年來介於 6% 至 7% 之間，2012 年為 6.63%，相較於 OECD 會員國家，比率相對偏低，排名相當於 OECD 會員國的第 32 位。

九、醫療部門資本形成

私部門資本形成占率呈上升趨勢，公部門呈下降趨勢。



	總計	公部門		私部門	
		金額	占率	金額	占率
92年	474	98	20.6	376	79.4
93年	524	96	18.4	427	81.6
94年	552	80	14.6	472	85.4
95年	602	43	7.2	559	92.8
96年	556	42	7.6	514	92.4
97年	565	45	7.9	521	92.1
98年	577	42	7.2	536	92.8
99年	515	47	9.2	467	90.8
100年	541	46	8.4	495	91.6
101年	536	43	8.0	493	92.0
102年	518	38	7.3	480	92.7

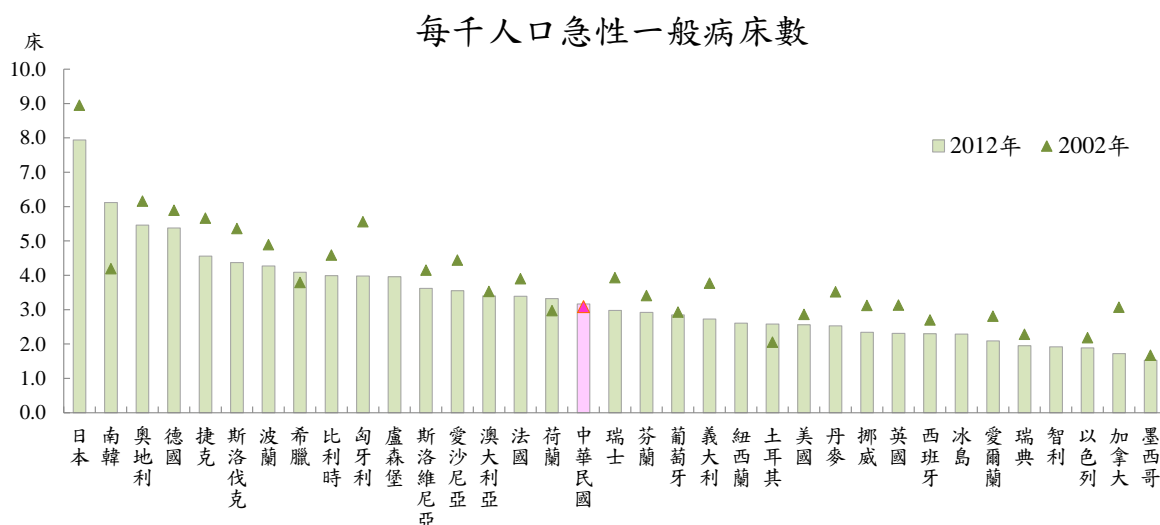
資料來源：衛生福利部「國民醫療保健支出」。

私部門資本形成於 92 年至 95 年間呈逐年增加趨勢，96 年後消長互見，惟大致呈減少趨勢；公部門資本形成則呈減少趨勢。就占率而言，私部門呈上升趨勢，由 92 年的 79.4% 增至 102 年 92.7%，公部門則呈下降趨勢，由 92 年的 20.6% 降至 102 年的 7.3%。

102 年醫療部門資本形成 518 億元，其中公部門 38 億元或占 7.3%，私部門 480 億元或占 92.7%。

十、每千人口急性一般病床數

我國每千人口急性一般病床數近年來介於 3.1 床至 3.2 床之間。



資料來源：OECD Health Data 2014、衛生福利部「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」。

備註：各國若無2012年資料，以最近可獲得資料年度代替；盧森堡、紐西蘭、冰島、智利無2002年資料。

主要國家每千人口急性一般病床數							
	中華民國	日本	南韓	英國	法國	德國	美國
2003年	3.1	8.5	4.2	3.1	3.8	5.8	2.8
2004年	3.2	8.4	4.4	3.1	3.7	5.7	2.8
2005年	3.2	8.2	4.6	3.0	3.7	5.6	2.7
2006年	3.2	8.2	4.8	2.9	3.6	5.4	2.7
2007年	3.2	8.2	5.1	2.7	3.6	5.4	2.7
2008年	3.2	8.2	5.3	2.7	3.5	5.4	2.6
2009年	3.2	8.1	5.5	2.7	3.5	5.4	2.6
2010年	3.2	8.0	5.5	2.4	3.5	5.3	2.6
2011年	3.2	8.0	5.9	2.4	3.4	5.3	...
2012年	3.2	7.9	6.1	2.3	3.4	5.4	...
2013年	3.1	...	...	...	...	...	...

單位：床

資料來源：OECD Health Data 2014、衛生福利部「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」。

近年來，多數 OECD 會員國家每千人口急性一般病床數呈減少趨勢，2012 年每千人口急性一般病床數以日本 7.9 床最高，墨西哥 1.5 床最低。

我國每千人口急性一般病床數近年來介於 3.1 床至 3.2 床之間，2012 年為 3.2 床，相較於 OECD 會員國家，略高於中位數，排名相當於 OECD 會員國的第 17 位。

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。

※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，以全民健康保險法第 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，以依全民健康保險法第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

*** 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

※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

為當年實際收到開單之保險費，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。

※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。中華民國九十九年度以前申請參加醫院評鑑，經主管機關評定為第一類及第二類合格以上之醫院，分別視同本法所稱之地區醫院及區域醫院。

* 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。

※醫療利用概況

* 門診（住院）件數

特約醫事機構向本署申報之醫事服務門診（住診）案件數，不含特約交付機構申報之案件數。

* 申請點數

費用發生年月之申請點數。

* 核付金額（點數）

費用發生年月之核付金額（點數）。

* 部分負擔金額

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 / 件數。

* 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。

* 代辦案件

非屬全民健康保險給付範圍之委辦案件。

* 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)。

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

◎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（排除門診化療注射劑、急診注射劑、流感疫苗、因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品及外傷緊處置使用之破傷風類毒素注射劑）。

分母：給藥案件數。

* 抗生素使用率

分子：門診給藥案件之抗生素藥品案件數。

分母：門診給藥案件數。

* 重複就診率

分子：同一人、同一天、同一疾病（主診斷前三碼相同）、同一分區、同一總額部門下，按 ID 歸戶，就診 2 次以上之人數；排除診察費等於 0 之案件。

分母：按 ID 歸戶，計算分區下各總額部門之門診人數；排除診察費等於 0 之案件。

* 上呼吸道感染 7 日內再次就診率

分子：按院所、ID 歸戶，計算因上呼吸道感染於同一院所，二次就醫日期小於 7 日之人次。

分母：按院所、ID 歸戶，計算上呼吸道感染人次。

* 處方箋釋出率

分子：處方調劑方式為交付調劑的案件數。

分母：給藥案件數。

* 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的案件數。

分母：慢性病給藥案件數。

◎醫院

* 30 日以上住院率

分子：分母案件中住院超過 30 日的案件數。

分母：出院案件數。

- * 出院 14 日內再住院率
分子：14 日內再住院之人數。
分母：出院人數。
- * 住院 CT 案件執行率
分子：住院 CT 案件數。
分母：住院案件數。
- * 住院 MRI 案件執行率
分子：住院 MRI 案件數。
分母：住院案件數。
- * 出院 3 日內再急診率
分子：3 日內再急診的案件數。
分母：出院案件數。

◎中醫

- * 同日重複就診率
分子：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶，計算就診 2 次（含）以上之筆數。
分母：按各區、病人 ID、就醫日期歸戶之筆數。
- * 隔日重複就診率
分子：按各區、病人 ID 歸戶，計算同一人隔日就診之筆數。
分母：各區申報總件數。
- * 平均就醫次數
分子：各區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：各區中醫門診總額診察費大於 0 且排除巡迴醫療之人數。
- * 癌症病患同時利用西醫人數比率
分子：以分母之身分證字號，統計中醫癌症病患當季曾至西醫門診人數。
分母：各區癌症病患按分區別及病人 ID 歸戶，計算中醫門診就醫人數。
- * 7 日內處方用藥日數重複 2 日以上比率
分子：按總額部門、ID 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總。
分母：給藥案件之給藥日份加總。

* 針傷科處置每月大於 15 次占率

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。

◎牙醫

* 保險對象乳牙填補 1.5 年保存率

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：同區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。

* 保險對象恆牙填補 2 年保存率

分子：分母案件中 2 年（730 天）內跨院再執行牙體復形之牙位數。

分母：同區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。

* 保險對象牙齒填補 2 年保存率

分子：以分母之牙位追蹤 2 年（730 天）內於不同案件重覆執行牙體復形醫令牙位數。

分母：同區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。

* 90 日內根管治療完成率

分子：以分母之牙位追蹤其 90 天內於同院所執行任一根管治療單根、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（含）以上全口牙結石清除率

分子：13 歲（含）以上就醫人口中執行牙結石清除—全口醫令（91004C、91104C）之人數。

分母：13 歲（含）以上就醫人數。

* 5 歲以下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 5 歲以下兒童人數。

◎門診透析

* 住院率

分子：追蹤期間所有病人之總住院次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

* 死亡率

透析時間 < 1 年 (≥ 1 年) 之死亡率。

分子：透析少於 1 年 (大於等於 1 年) 之死亡個案數總和。

分母：總病人月數總和。

* 腎功能回復 (腎移植) 脫離率

分子：追蹤期間新病人或原透析病人因腎功能回復 (腎移植) 而不須再繼續接受透析治療之人數。

分母：追蹤期間之所有新病人數。

* 瘻管重建率

分子：追蹤期間所有病人須重新接受動靜脈瘻管或人工血管手術之總次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

* 腹膜炎發生率

分子：追蹤期間所有病人發生腹膜炎之總次數。

分母：追蹤期間之總病人月數。

◎ 呼吸器監控指標

* 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)。

* 新使用呼吸器病患

統計期間內使用呼吸器之病患，於統計期間往前 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 \geq 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 \geq 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 \geq 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 \geq 64 日期間住 ICU 人數。

分母：連續使用呼吸器 \geq 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 \geq 64 日期間住 ICU 總日數。

分母：連續使用呼吸器 \geq 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 \geq 64 日期間死亡人數。

分母：連續使用呼吸器 \geq 64 日病人數。

◎門診同院所不同處方重複用藥指標

* 同院所不同處方用藥日數重複率

分子：同院所同 ID 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 前三碼為 C07 或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血脂藥物(口服):ATC 前五碼為 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，

且醫令代碼第 8 碼為 1。

降血糖藥物（口服及注射）：ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、
A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX。

抗思覺失調症藥物：ATC 前五碼為 N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、
N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。

抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼為 N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。

安眠鎮靜藥物（不含抗焦慮藥物）：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、
N05CD、N05CF、N05CM。

2013 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：台北市信義路 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：104 年 6 月
創 刊 年 月：92 年 2 月
定 價：每本新臺幣 500 元整
經 銷 者：國家書店松江門市
地址 10485 台北市松江路 209 號 1 樓
電話 (02) 2518-0207
五南文化廣場
地址 40042 台中市中山路 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。
