

2019 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 110 年 4 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 10 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

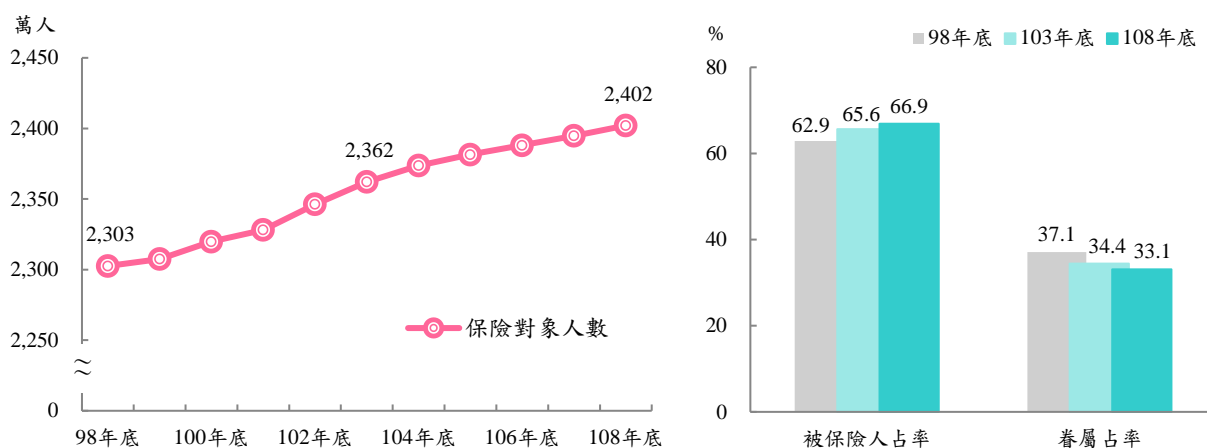
(一) 保險對象概況

▲保險對象人數逐年成長，108 年底為 2,402 萬人。

108 年底全民健保保險對象人數 2,402 萬人，其中被保險人 1,607 萬人或占 66.9%，眷屬 795 萬人或占 33.1%。

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 98 年底，全體保險對象人數增加 99 萬人或 4.3%，其中被保險人增加 159 萬人或 10.9%，眷屬減少 59 萬人或 6.9%；被保險人占率自 98 年底之 62.9% 增至 66.9%，眷屬占率則由 37.1% 降至 33.1%。

保險對象人數變動情形



保險對象人數概況

單位：萬人

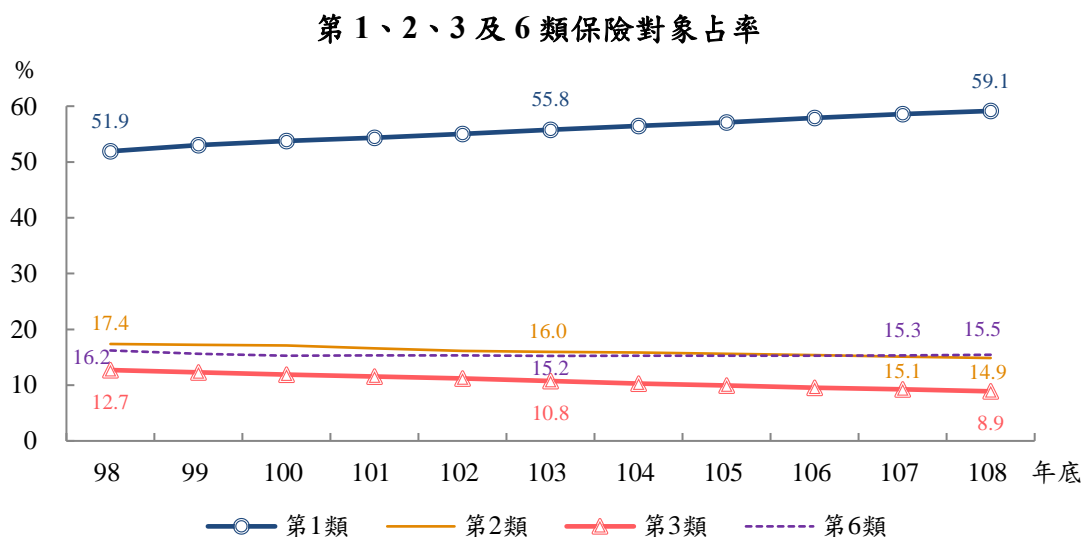
	總計		被保險人	眷屬
	總計	成長率(%)		
98 年底	2,303	0.5	1,449	854
99 年底	2,307	0.2	1,476	832
100 年底	2,320	0.5	1,504	815
101 年底	2,328	0.4	1,515	813
102 年底	2,346	0.8	1,531	816
103 年底	2,362	0.7	1,550	812
104 年底	2,374	0.5	1,564	810
105 年底	2,381	0.3	1,575	806
106 年底	2,388	0.3	1,585	803
107 年底	2,395	0.3	1,596	798
108 年底	2,402	0.3	1,607	795

(二) 保險對象類別之變動

▲第 1 類保險對象占率最高，108 年底為 59.1%。

108 年底第 1 類保險對象 1,421 萬人或占 59.1%，第 2 類保險對象 357 萬人或占 14.9%，第 3 類保險對象 213 萬人或占 8.9%，第 4 類保險對象 10 萬人或占 0.4%，第 5 類保險對象 30 萬人或占 1.2%，第 6 類保險對象 371 萬人或占 15.5%。

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，而原居次之第 2 類保險對象，隨其占率逐年下降，於 107 年起，占率首次低於第 6 類保險對象，108 年第 6 類保險對象占率亦略高於第 2 類保險對象；再其次為第 3 類保險對象，其占率亦呈下降趨勢。



保險對象人數—按保險對象類別分

單位：萬人

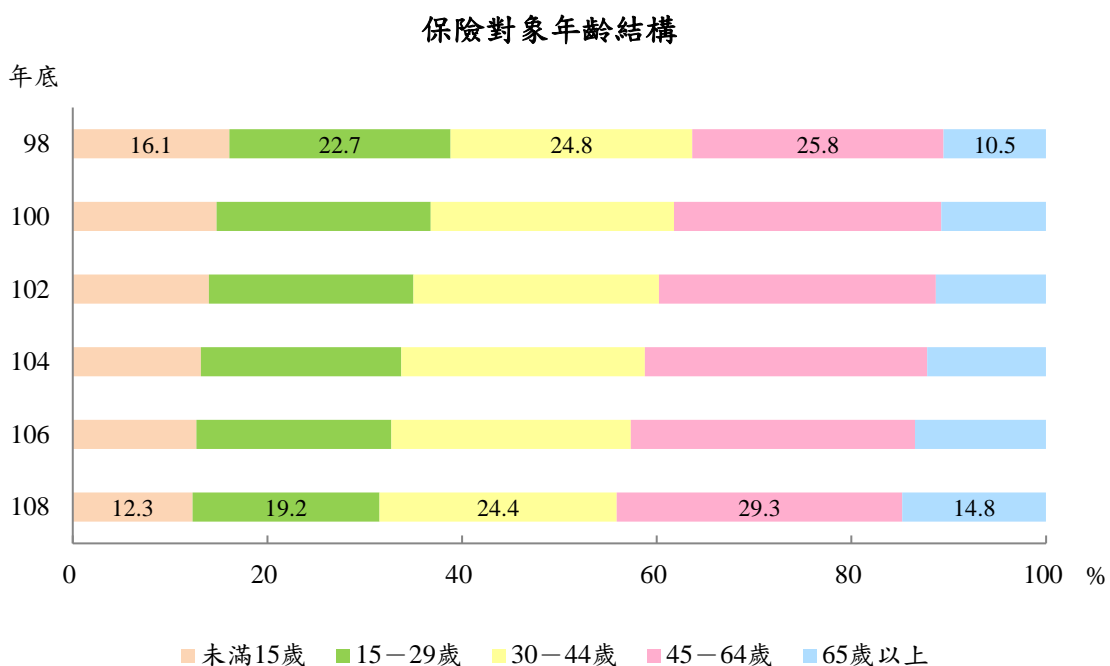
	總計	第 1 類	第 2 類	第 3 類	第 4 類	第 5 類	第 6 類
98 年底	2,303	1,195	400	292	16	25	373
99 年底	2,307	1,224	398	283	16	27	360
100 年底	2,320	1,247	396	275	16	31	354
101 年底	2,328	1,265	387	269	15	35	357
102 年底	2,346	1,291	379	263	19	35	360
103 年底	2,362	1,318	377	254	19	35	360
104 年底	2,374	1,340	376	244	18	33	362
105 年底	2,381	1,360	372	237	16	32	363
106 年底	2,388	1,383	367	228	14	31	365
107 年底	2,395	1,403	362	221	12	30	367
108 年底	2,402	1,421	357	213	10	30	371

(三) 保險對象年齡結構

▲未滿 45 歲保險對象占率逐年下降，45 歲以上逐年上升。

108 年底未滿 15 歲保險對象 296 萬人或占 12.3%，15—29 歲保險對象 461 萬人或占 19.2%，30—44 歲保險對象 586 萬人或占 24.4%，45—64 歲保險對象 704 萬人或占 29.3%，65 歲以上保險對象 355 萬人或占 14.8%。

觀察近年來保險對象年齡結構之變動情形，45 歲以上各年齡組逐年上升，其中以 65 歲以上年齡組增幅較大。



保險對象人數—按年齡別分

單位：萬人

	總計	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
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
107 年底	2,395	299	469	588	701	338
108 年底	2,402	296	461	586	704	355

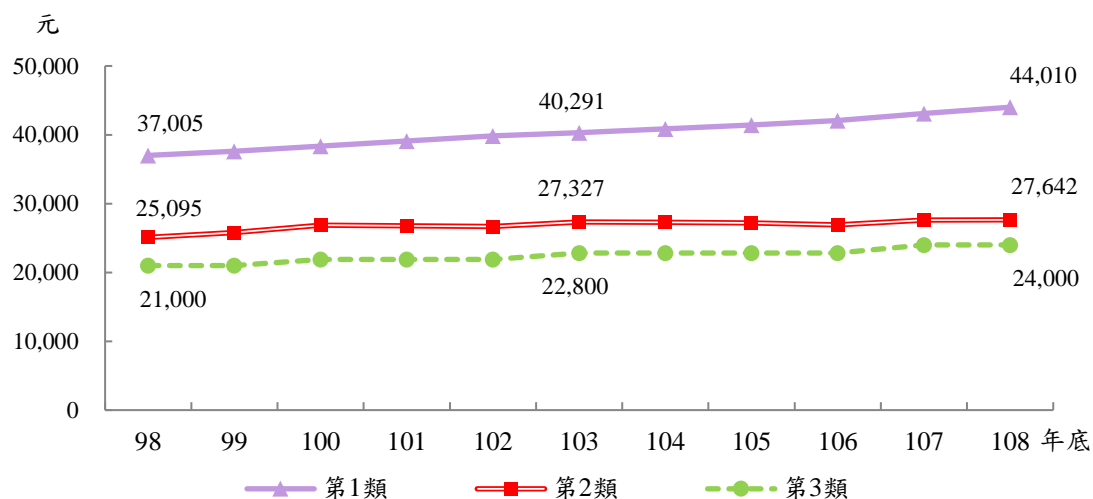
(四) 被保險人平均投保金額

▲第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，108年底為38,837元。

第1類至第3類被保險人平均投保金額逐年上升，108年底為38,837元，其中第1類被保險人平均投保金額44,010元，第2類27,642元，第3類24,000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
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
107年底	38,079	43,118	27,634	24,000	1,759	1,759	1,249
108年底	38,837	44,010	27,642	24,000	1,759	1,759	1,249

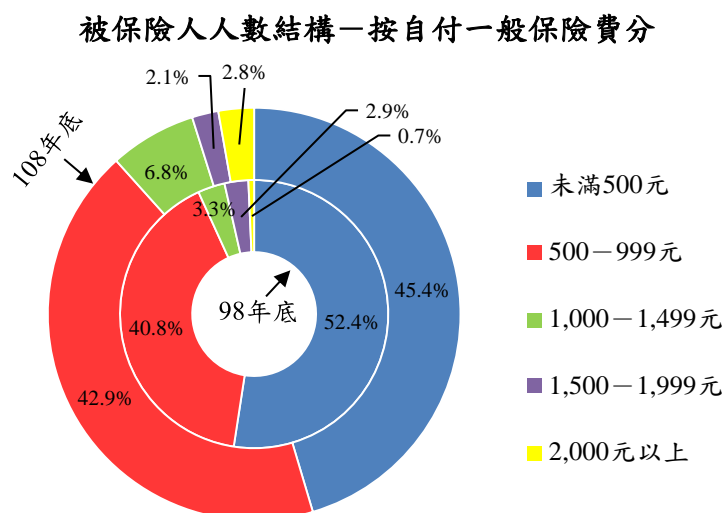
備註：總計係指第1類至第3類之平均投保金額；第4、5、6類係指平均保險費。

(五) 被保險人自付一般保險費

▲108 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 88.3%。

108 年底每月自付一般保險費未滿 500 元之被保險人 730 萬人或占 45.4%，500—999 元者 690 萬人或占 42.9%，1,000—1,499 元者 109 萬人或占 6.8%，1,500—1,999 元者 33 萬人或占 2.1%，2,000 元以上者 45 萬人或占 2.8%。

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。108 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 88.3%，較 98 年底之 93.2%，減少 4.9 個百分點。



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
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
107 年底	1,596	734	680	106	32	44
108 年底	1,607	730	690	109	33	45

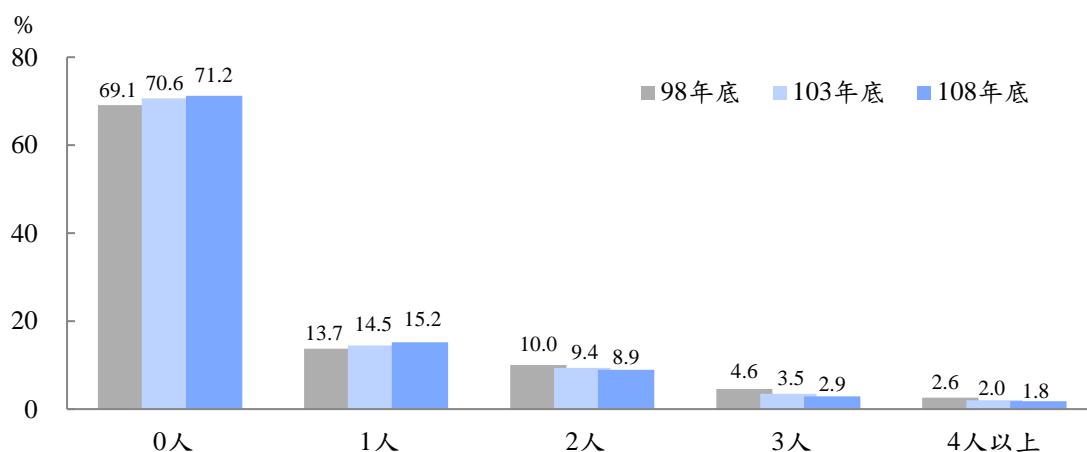
(六) 被保險人眷屬人數

▲無眷屬依附投保之被保險人最多，108 年底占率為 71.2%。

108 年底無眷屬依附投保之被保險人 1,144 萬人或占 71.2%，眷屬人數為 1 人者 244 萬人或占 15.2%，2 人者 143 萬人或占 8.9%，3 人者 47 萬人或占 2.9%，4 人以上者 29 萬人或占 1.8%。

觀察近年來被保險人眷屬依附情形，以無眷屬依附投保之被保險人最多，無眷屬及眷屬人數為 1 人之被保險人，其占率均呈上升趨勢，而眷屬人數為 2 人以上者，其占率則呈下降趨勢。

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
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
107 年底	1,596	1,134	241	144	48	29
108 年底	1,607	1,144	244	143	47	29

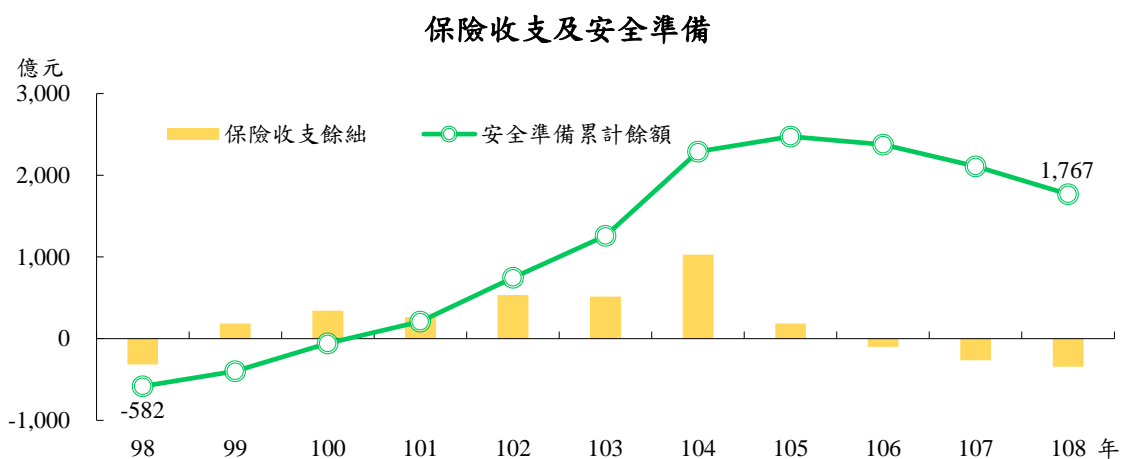
二、財務概況

(一) 財務收支概況

▲截至 108 年底安全準備累計餘額 1,767 億元。

依全民健康保險法規定，全民健康保險為平衡保險財務，應提列安全準備，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。

全民健保保險收入及保險成本均呈上升趨勢，惟自 87 年起保險財務開始發生短絀，且缺口日益擴大，至 96 年 3 月底安全準備全數用罄，累計健保財務收支首度呈現短絀，99 年起因調整保險費率，保險收支出現結餘，102 年起受二代健保財務新制影響，財務明顯改善；惟為配合「全民健保財務平衡及收支連動機制」，於 105 年起實施調降一般保險費費率及補充保險費費率等措施，截至 108 年底安全準備累計餘額 1,767 億元。



財務收支概況

單位：億元

	保險收入 (1)	保險成本 (2)	保險收支餘絀 (1)-(2)	安全準備 累計餘額
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
107 年	6,061	6,328	-266	2,109
108 年	6,224	6,566	-342	1,767

備註：1.本表係權責基礎之審定決算數。

2.保險收入=保險費+滯納金+資金運用淨收入+公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數+其他淨收入-呆帳提存數-利息費用。

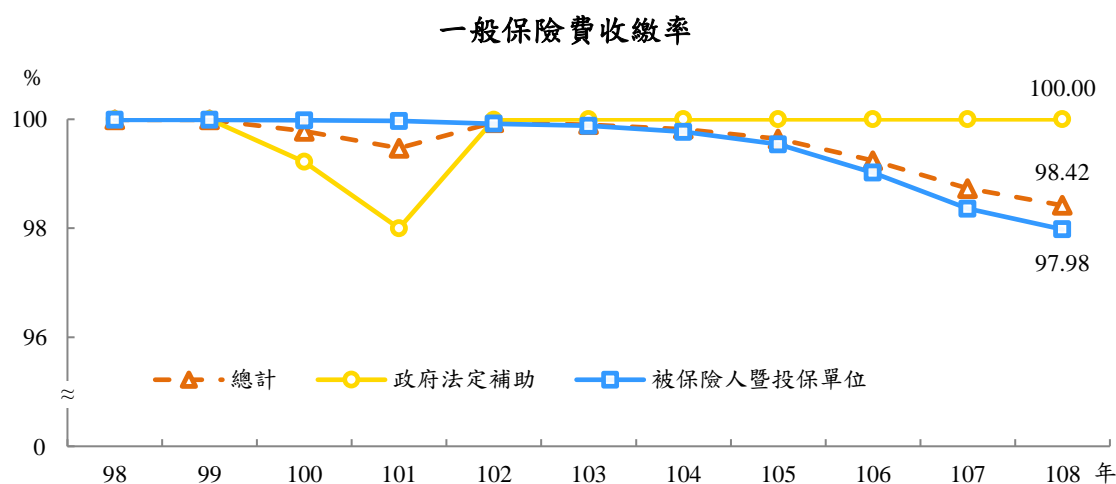
3.保險成本=醫療費用+其他保險成本。

(二) 一般保險費

▲108年實收一般保險費4,963億元，收繳率98.4%。

108年實收一般保險費4,963億元，收繳率98.4%，其中政府法定補助1,091億元，收繳率100.0%，被保險人暨投保單位3,872億元，收繳率98.0%。

觀察全民健保一般保險費政府法定補助之收繳情形，100年及101年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。另自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
98年	3,831	3,830	99.99	1,000	1,000	100.00	2,830	2,830	99.99
99年	4,354	4,354	99.99	1,116	1,116	100.00	3,239	3,238	99.99
100年	4,659	4,649	99.78	1,181	1,172	99.22	3,479	3,478	99.98
101年	4,795	4,770	99.47	1,204	1,179	98.00	3,591	3,590	99.97
102年	4,630	4,627	99.94	1,104	1,104	99.99	3,526	3,523	99.92
103年	4,744	4,740	99.90	1,112	1,112	100.00	3,632	3,628	99.88
104年	4,771	4,762	99.82	1,126	1,126	100.00	3,644	3,636	99.77
105年	4,666	4,649	99.64	1,085	1,085	100.00	3,581	3,564	99.54
106年	4,777	4,740	99.24	1,080	1,080	100.00	3,697	3,661	99.02
107年	4,938	4,875	98.73	1,094	1,094	100.00	3,843	3,780	98.36
108年	5,043	4,963	98.42	1,091	1,091	100.00	3,952	3,872	97.98

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109年11月5日。

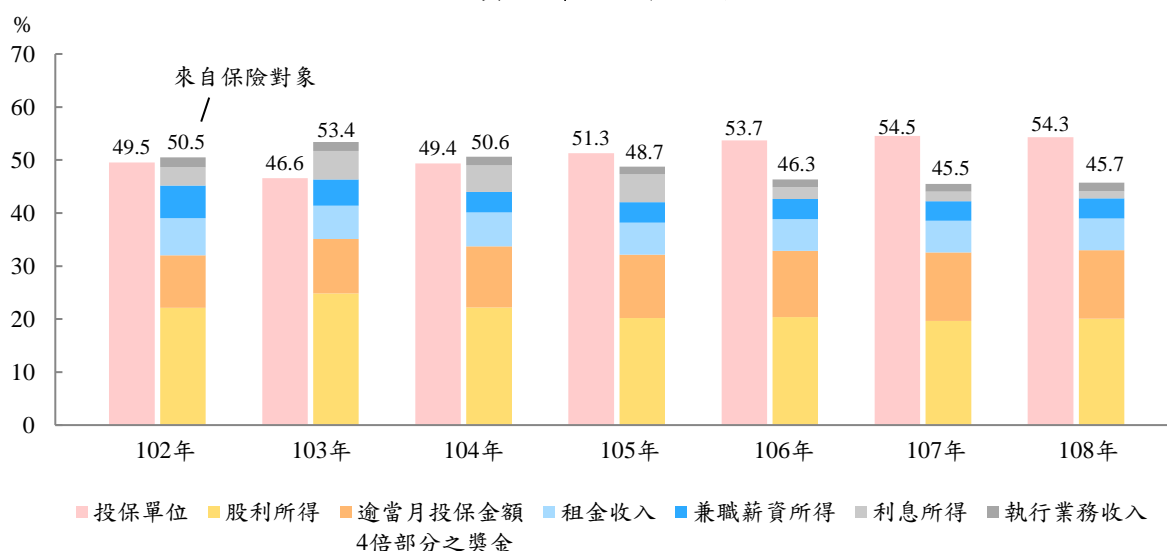
(三) 補充保險費

▲108年補充保險費 475 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。

108年補充保險費 475 億元，其中來自保險對象 217 億元，包括逾當月投保金額 4 倍部分之獎金 61 億元，兼職薪資所得 18 億元，執行業務收入 8 億元，股利所得 95 億元，利息所得 6 億元及租金收入 28 億元；來自投保單位則為 258 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	474	234	240	55	18	8	105	24	31
105年	444	228	216	53	17	6	90	23	27
106年	450	241	208	56	17	7	92	10	27
107年	464	253	211	60	17	7	91	8	28
108年	475	258	217	61	18	8	95	6	28

備註：資料日期為 109 年 11 月 5 日。

三、特約醫事服務機構概況

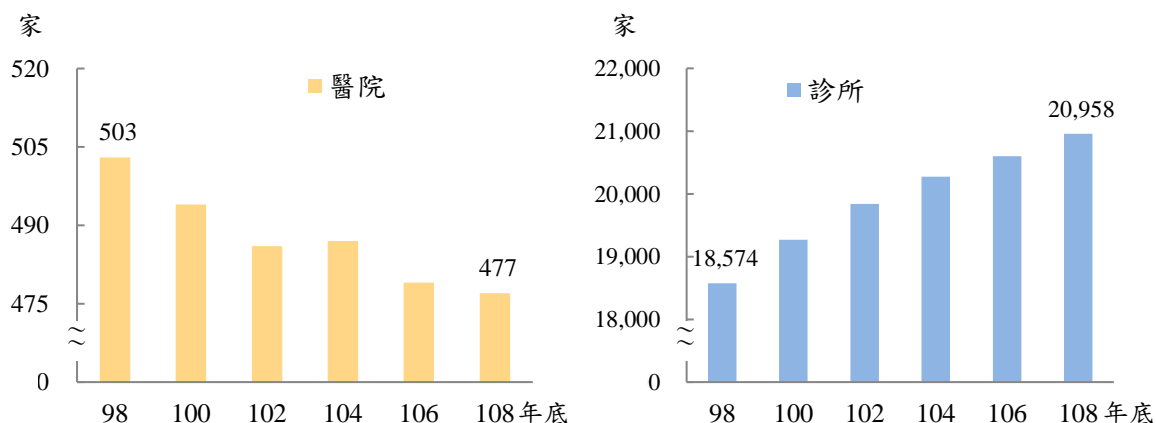
(一) 特約醫事服務機構家數

▲108 年底特約醫事服務機構 29,120 家，近 10 年間增加 19.2%。

108 年底特約醫事服務機構 29,120 家，其中西醫醫院 473 家，中醫醫院 4 家，西醫診所 10,497 家，中醫診所 3,724 家，牙醫診所 6,737 家，藥局、醫事檢驗所、居家護理機構等其他醫事服務機構為 7,685 家。

近年來全體特約醫事服務機構家數逐年增加，主要係因特約之西醫診所、中醫診所及牙醫診所家數均呈增加所致；相較於 98 年底，特約醫事服務機構家數增加 4,697 家或 19.2%，其中特約西醫診所增加 951 家或 10%，中醫診所增加 784 家或 26.7%，牙醫診所增加 649 家或 10.7%，而特約醫院則減少 26 家或 5.2%。

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
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
107 年底	28,753	473	5	10,430	3,661	6,723	7,461
108 年底	29,120	473	4	10,497	3,724	6,737	7,685

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。

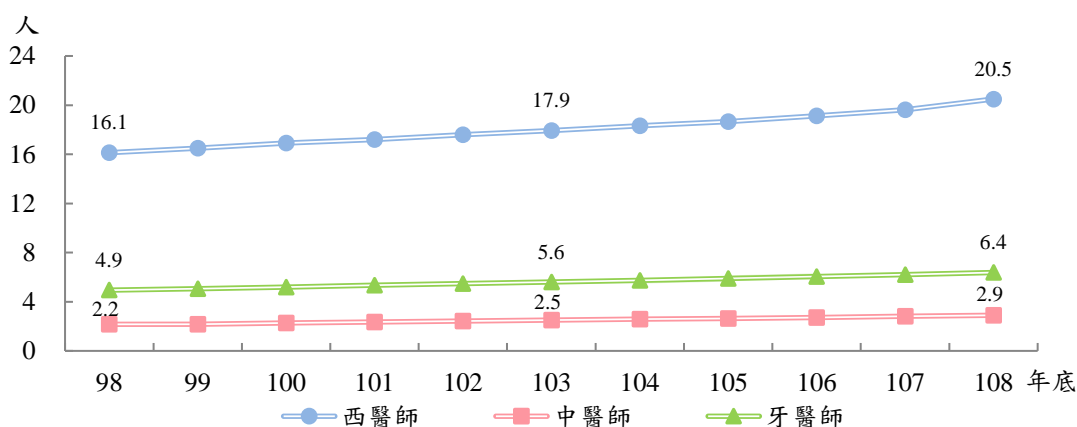
(二) 特約醫事服務機構醫師人口比

▲每萬人口特約醫事服務機構醫師數逐年增加，108 年底為 29.8 人。

108 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 29.8 人，其中西醫師數 20.5 人，中醫師數 2.9 人，牙醫師數 6.4 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 98 年底，每萬人口特約醫事服務機構醫師數增加 6.5 人，其中西醫師數增加 4.4 人最多，其次為牙醫師數增加 1.4 人，中醫師數則增加 0.7 人。

每萬人口特約醫事服務機構醫師數



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
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
107 年底	67,548	28.6	46,263	19.6	6,623	2.8	14,662	6.2
108 年底	70,266	29.8	48,376	20.5	6,838	2.9	15,052	6.4

備註：人口數係指內政部「內政統計年報」之人口數資料。

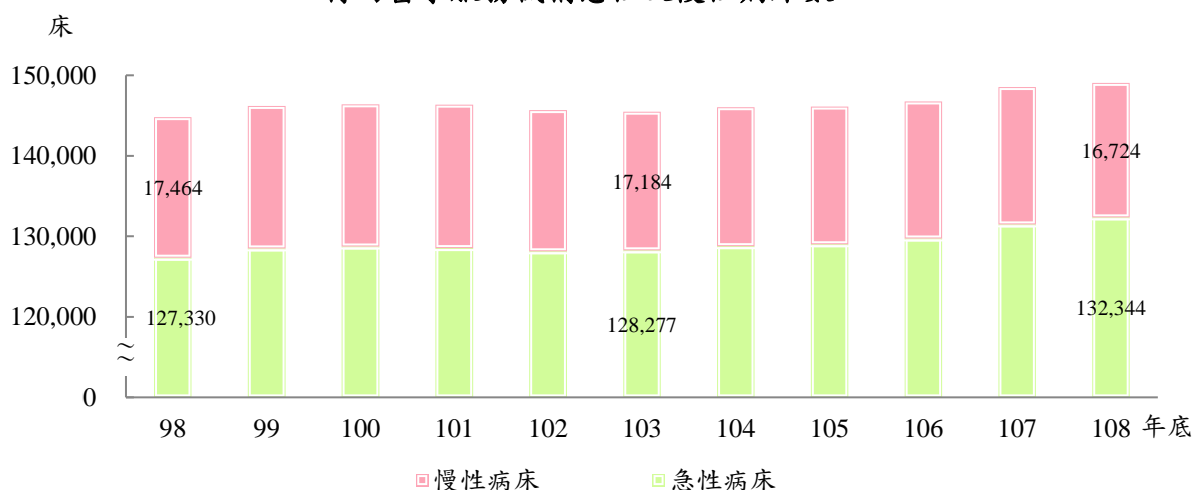
(三) 特約醫事服務機構病床數

▲近年來特約醫事服務機構病床數互有增減，108 年底為 149,068 床。

108 年底特約醫事服務機構急性病床 132,344 床，其中急性保險病床 106,994 床，急性差額病床 25,350 床；慢性病床 16,724 床，其中慢性保險病床 16,087 床，慢性差額病床 637 床；總病床數為 149,068 床。

98 年至 100 年間，特約醫事服務機構總病床數雖逐年增加，惟其增幅已趨緩，101 年至 103 年間，病床數轉呈負成長，104 年起病床數再呈增加趨勢；相較於 98 年底，總病床數增加 4,274 床或 3.0%，其中急性病床增加 5,014 床或 3.9%，慢性病床則減少 740 床或 4.2%。

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
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
107 年底	148,522	122,443	26,079	131,489	106,049	25,440	17,033	16,394	639
108 年底	149,068	123,081	25,987	132,344	106,994	25,350	16,724	16,087	637

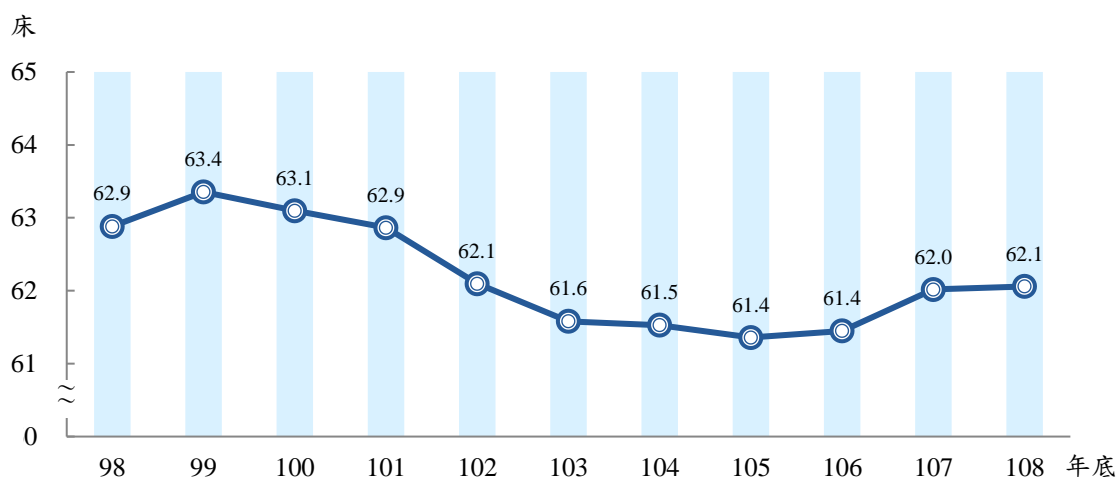
(四) 特約醫事服務機構病床密度

▲108 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數 62.1 床，近 10 年間減少 0.8 床。

108 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 62.1 床。

若觀察近年來每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數成長情形，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數自 99 年起呈逐年減少之勢，主要係因病床數增幅未及保險對象增幅所致，惟 106 年起轉呈增加。108 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數較 98 年底之 62.9 床，減少 0.8 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(%)	
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
107 年底	148,522	1.2	2,395	0.3	62.0
108 年底	149,068	0.4	2,402	0.3	62.1

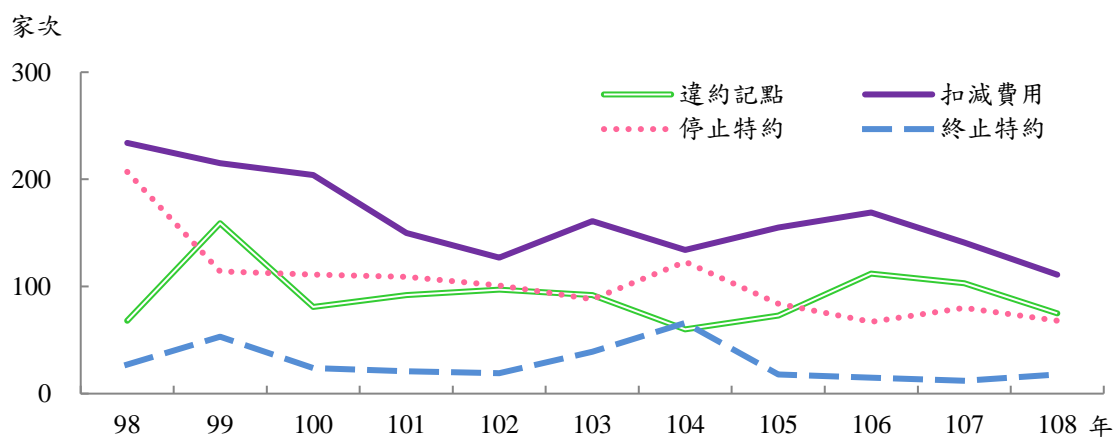
(五) 特約醫事服務機構查處

▲近年來特約醫事服務機構違規處分以扣減費用最多，108年為111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。

108年查處違規之特約醫事服務機構計272家次，包括違約記點75家次，扣減費用111家次，停止特約68家次，終止特約18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。

特約醫事服務機構查處家次—依處分類別分



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
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
107年	336	103	141	80	12
108年	272	75	111	68	18

四、醫療利用概況

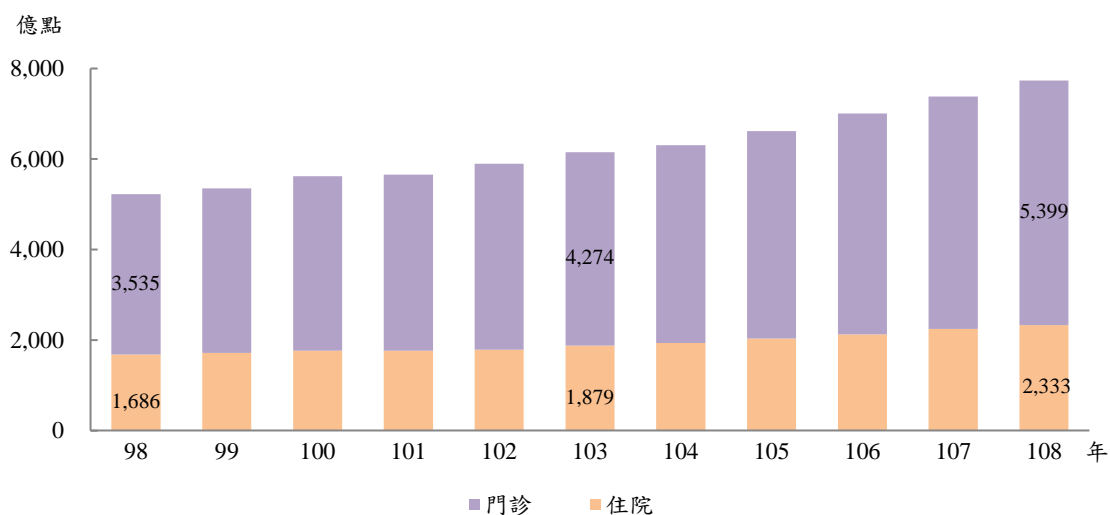
(一) 醫療費用申報概況

▲醫療費用逐年成長，近 10 年間增加 48.1%。

108 年門診申報件數 3 億 6,761 萬件，醫療費用 5,399 億點；住院申報件數 353 萬件，醫療費用 2,333 億點；醫療費用申報總點數 7,732 億點。

觀察醫療費用近年申報情形，門診及住院醫療費用均呈增加趨勢，致全體醫療費用亦逐年成長；相較於 98 年，全體醫療費用增加 2,511 億點或 48.1%，其中門診增加 1,864 億點或 52.7%，住院增加 647 億點或 38.3%；門診醫療費用占率自 98 年之 67.7% 增至 69.8%，住院則由 32.3% 降至 30.2%。

醫療費用申報



醫療費用申報概況

	總醫療費用 (億點)	門診		住院	
		申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)	申報件數 (萬件)	醫療費用 (億點)
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
107 年	7,384	35,989	5,136	344	2,248
108 年	7,732	36,761	5,399	353	2,333

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。

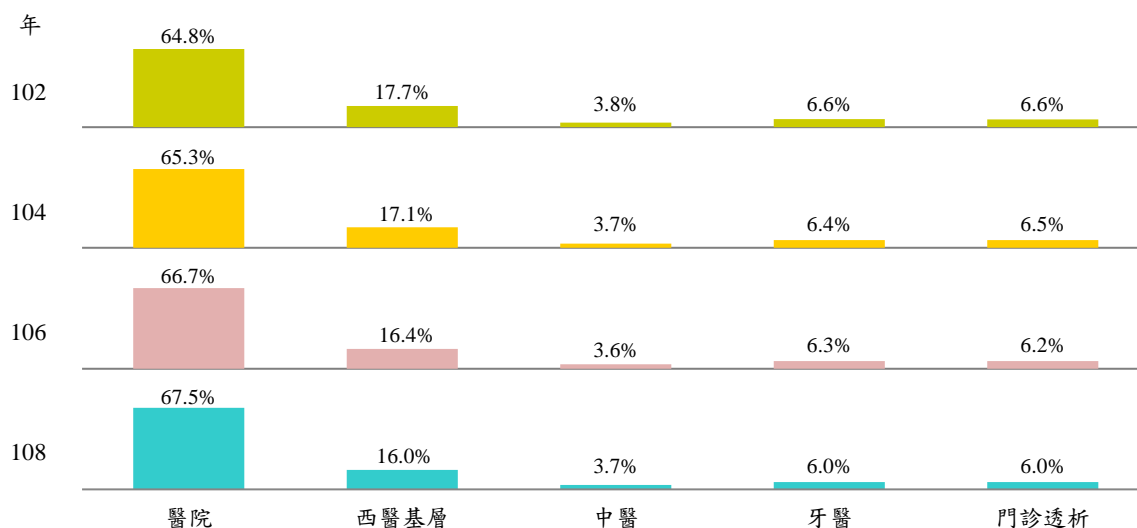
(二) 總額部門別醫療費用

▲醫療費用申報以醫院總額占率最大，108 年為 67.5%。

108 年醫院總額醫療費用申報 5,217 億點或占 67.5%，西醫基層總額 1,237 億點或占 16.0%，中醫總額 285 億點或占 3.7%，牙醫總額 464 億點或占 6.0%，門診透析 461 億點或占 6.0%。

觀察近年來各總額部門醫療費用申報之變動情形，以醫院總額占率最大，且占率逐年增加，西醫基層次之，惟其占率逐年減少，牙醫及門診透析兩者占率相當，占率介於 6.0%至 6.6%之間，中醫占率則介於 3.6%至 3.8%之間。

醫療費用申報占率—按總額部門別分



醫療費用申報概況—按總額部門別分

單位：億點

	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫	門診透析	其他
102 年	5,893	3,818	1,042	223	388	387	35
103 年	6,153	4,006	1,073	229	396	399	50
104 年	6,304	4,119	1,076	231	403	412	63
105 年	6,619	4,373	1,111	241	413	425	55
106 年	7,009	4,672	1,152	250	440	435	58
107 年	7,384	4,964	1,189	265	454	449	63
108 年	7,732	5,217	1,237	285	464	461	68

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）。

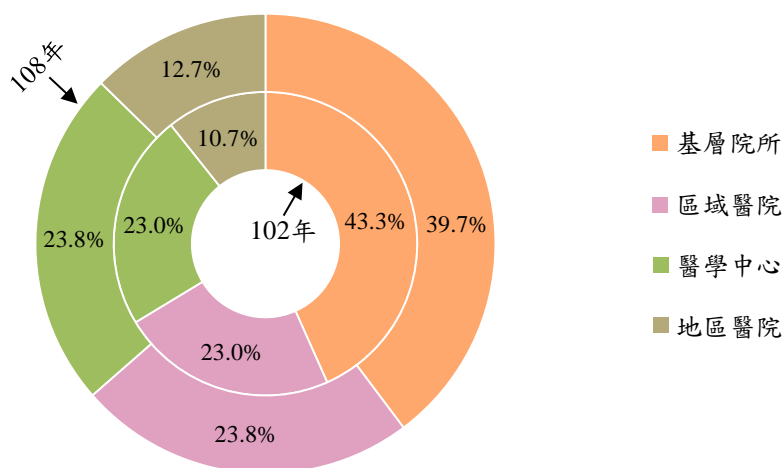
(三) 特約類別門診醫療費用

▲門診醫療費用申報以基層院所占率最大，108年為39.7%。

108年醫學中心門診醫療費用申報1,283億點或占23.8%，區域醫院1,285億點或占23.8%，地區醫院685億點或占12.7%，基層院所2,146億點或占39.7%。

門診醫療費用申報以基層院所占率最大，惟近年來呈減少趨勢，醫學中心及區域醫院占率相當，占率介於23%至24%之間，地區醫院占率最低。相較於102年，基層院所占率減少3.6個百分點，醫學中心、區域醫院及地區醫院占率則分別增加0.8個、0.8個及2.0個百分點。

門診醫療費用申報結構—按特約類別分



門診醫療費用申報概況—按特約類別分

單位：億點

	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	交付機構
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	-
107年	5,136	1,234	1,238	599	2,065	-
108年	5,399	1,283	1,285	685	2,146	-

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。

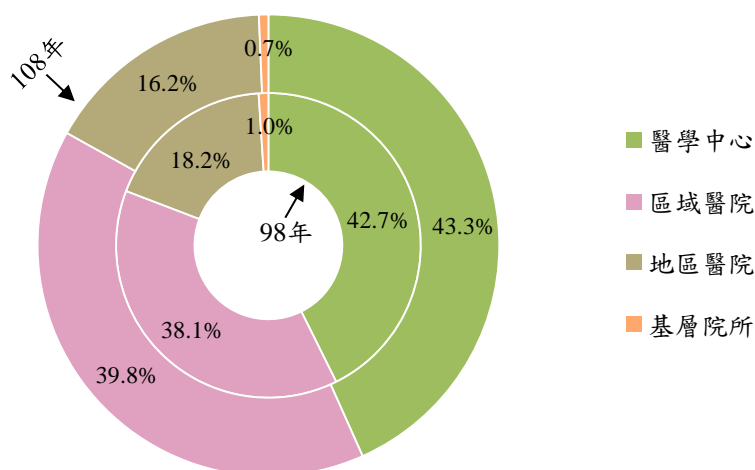
(四) 特約類別住院醫療費用

▲住院醫療費用申報以醫學中心占率最大，108年為43.3%。

108年醫學中心住院醫療費用申報1,010億點或占43.3%，區域醫院928億點或占39.8%，地區醫院379億點或占16.2%，基層院所15億點或占0.7%。

住院醫療費用申報以醫學中心占率最大，近年來亦呈增加之勢，區域醫院次之，占率介於38%至41%之間，地區醫院居第3，占率介於16%至18%之間，而基層院所占率最小；相較於98年，醫學中心占率增加0.6個百分點，區域醫院增加1.7個百分點，地區醫院及基層院所則分別減少2.0個及0.3個百分點。

住院醫療費用申報結構—按特約類別分



住院醫療費用申報概況—按特約類別分

單位：億點

	總計	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所
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
107年	2,248	969	910	353	16
108年	2,333	1,010	928	379	15

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。

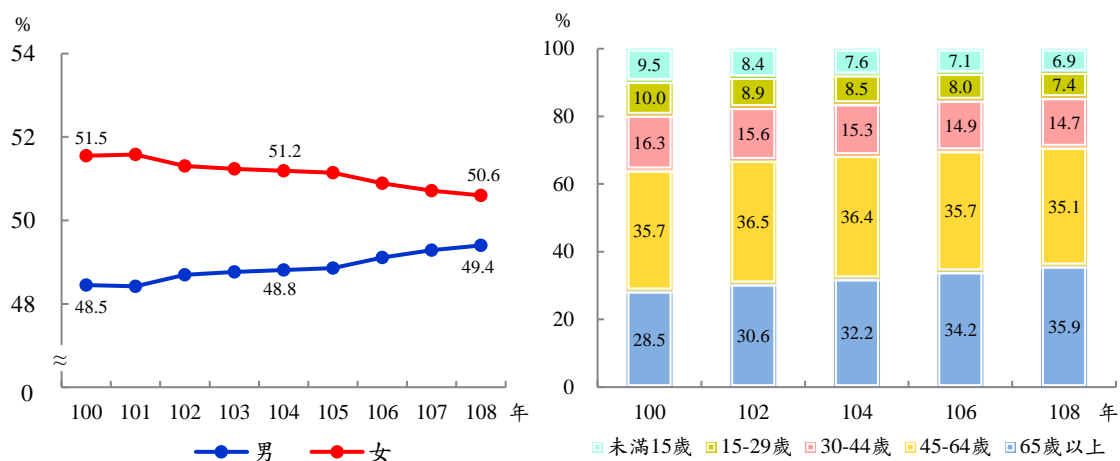
(五) 性別及年齡別門診醫療費用

▲65歲以上年齡組門診醫療費用申報占率逐年增加，108年為35.9%。

108年男性門診醫療費用申報2,667億點，女性2,732億點；按年齡觀察，未滿15歲年齡組371億點，15—29歲年齡組401億點，30—44歲年齡組791億點，45—64歲年齡組1,896億點，65歲以上年齡組1,940億點。

近年來，女性門診醫療費用申報占率均高於男性，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。

門診醫療費用申報結構—按性別及年齡別分



門診醫療費用申報概況—按性別及年齡別分

單位：億點

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	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
107年	2,531	2,605	204	157	192	203	362	394	911	903	861	949
108年	2,667	2,732	210	161	196	206	383	409	955	941	924	1,016

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。

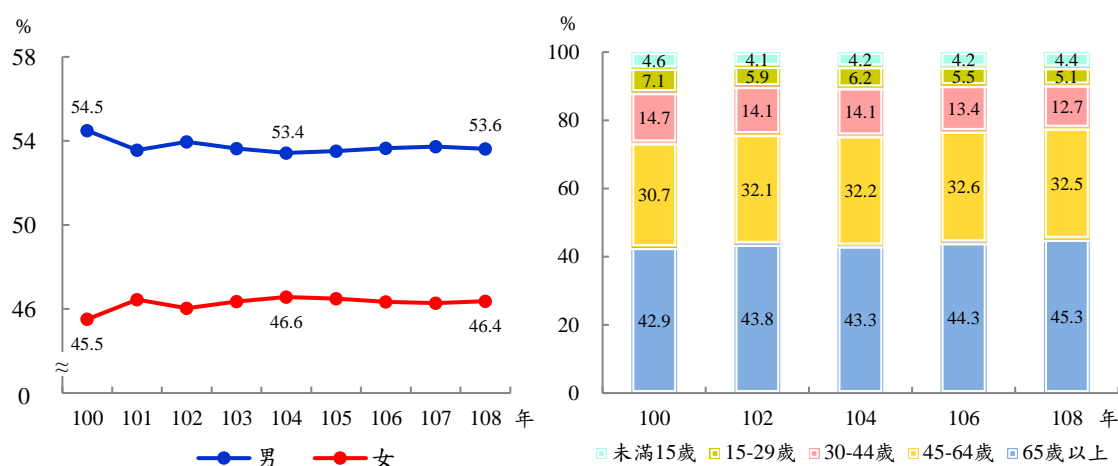
(六) 性別及年齡別住院醫療費用

▲45歲以上年齡組住院醫療費用申報占率呈增加之勢，108年為77.8%。

108年男性住院醫療費用申報1,251億點，女性1,082億點；按年齡觀察，未滿15歲年齡組102億點，15—29歲年齡組120億點，30—44歲年齡組296億點，45—64歲年齡組758億點，65歲以上年齡組1,056億點。

近年來，男性住院醫療費用申報占率均高於女性；若依年齡觀察，未滿45歲各年齡組住院醫療費用占率呈下降趨勢，65歲以上年齡組占率則呈增加趨勢，相較於100年，占率由42.9%增至45.3%，增加2.4個百分點。

住院醫療費用申報結構—按性別及年齡別分



住院醫療費用申報概況—按性別及年齡別分

單位：億點

	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
107年	1,208	1,040	56	43	54	65	121	169	435	297	542	467
108年	1,251	1,082	58	45	55	65	122	174	451	307	565	491

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。

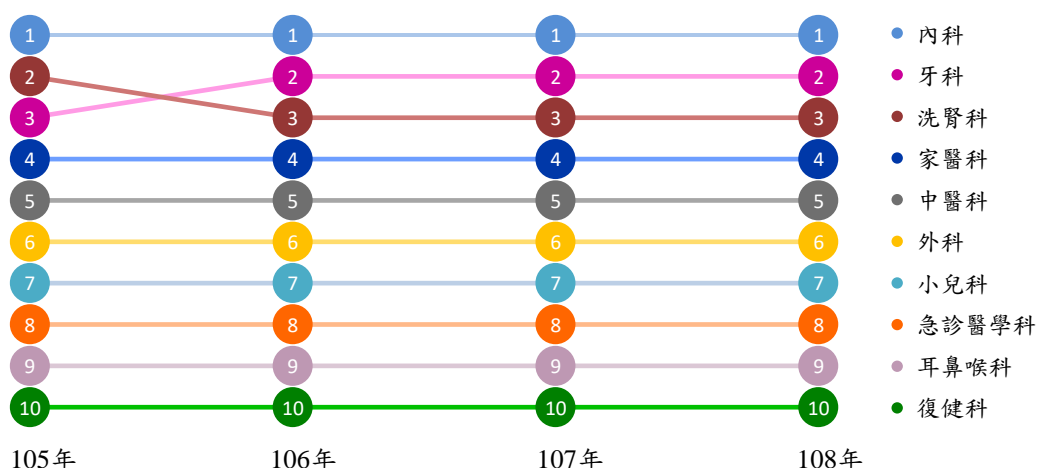
(七) 就醫科別門診醫療費用

▲門診醫療費用申報以內科占率最大，108 年為 28.8%。

108 年前五大門診醫療費用申報之就醫科別依序為內科 1,556 億點或占 28.8%，牙科 465 億點或占 8.6%，洗腎科 455 億點或占 8.4%，家醫科 358 億點或占 6.6%，中醫科 285 億點或占 5.3%。

觀察各就醫科別門診醫療費用申報占率之變動情形，近年來均以內科占率最大，且呈增加趨勢，105 年洗腎科及牙科分居第 2 及第 3，106 年起則以牙科居次，洗腎科居第 3，家醫科及中醫科則均分居第 4 及第 5。

門診前十大就醫科別醫療費用申報排名



門診前十大就醫科別醫療費用申報概況

單位：億點、%

排序	就醫科別	105 年		就醫科別	106 年		就醫科別	107 年		就醫科別	108 年	
		醫療費用	占率		醫療費用	占率		醫療費用	占率		醫療費用	占率
-	總計	4,581	100.0	總計	4,883	100.0	總計	5,136	100.0	總計	5,399	100.0
1	內科	1,205	26.3	內科	1,335	27.3	內科	1,439	28.0	內科	1,556	28.8
2	洗腎科	419	9.1	牙科	441	9.0	牙科	454	8.8	牙科	465	8.6
3	牙科	414	9.0	洗腎科	430	8.8	洗腎科	444	8.6	洗腎科	455	8.4
4	家醫科	328	7.2	家醫科	338	6.9	家醫科	347	6.8	家醫科	358	6.6
5	中醫科	241	5.3	中醫科	251	5.1	中醫科	265	5.2	中醫科	285	5.3
6	外科	205	4.5	外科	223	4.6	外科	230	4.5	外科	240	4.4
7	小兒科	200	4.4	小兒科	208	4.3	小兒科	216	4.2	小兒科	219	4.1
8	急診醫學科	190	4.1	急診醫學科	193	4.0	急診醫學科	206	4.0	急診醫學科	219	4.1
9	耳鼻喉科	182	4.0	耳鼻喉科	188	3.9	耳鼻喉科	198	3.9	耳鼻喉科	206	3.8
10	復健科	170	3.7	復健科	184	3.8	復健科	195	3.8	復健科	206	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。

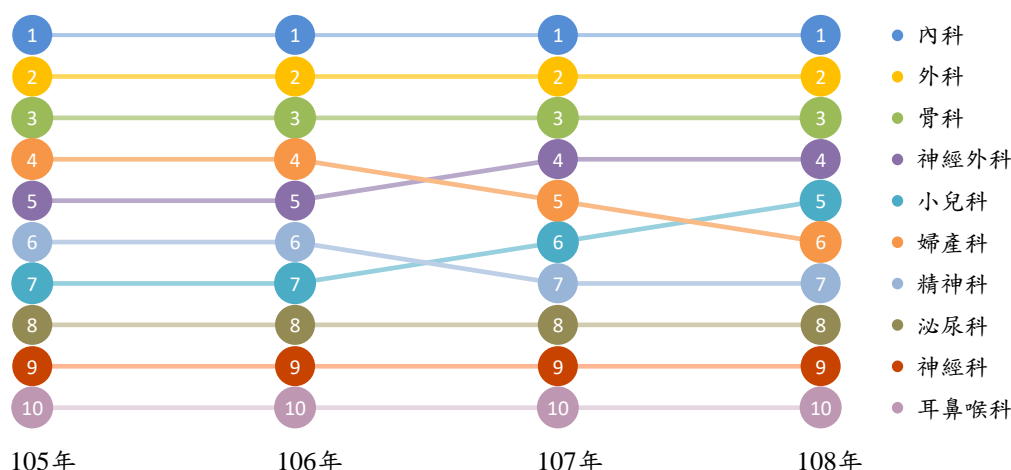
(八) 就醫科別住院醫療費用

▲住院醫療費用申報以內科占率最大，108 年為 40.2%。

108 年前五大住院醫療費用申報之就醫科別依序為內科 938 億點或占 40.2%，外科 397 億點或占 17.0%，骨科 188 億點或占 8.1%，神經外科 132 億點或占 5.7%，小兒科 132 億點或占 5.7%。

近年住院醫療費用申報前三大之就醫科別均相同，依序為內科、外科及骨科，而神經外科自 107 年起位居第 4，小兒科由 106 年位居第 7 逐年上升至第 5，婦產科則由 106 年位居第 4 逐年下降至第 6。

住院前十大就醫科別醫療費用申報排名



住院前十大就醫科別醫療費用申報概況

單位：億點、%

排序	就醫科別	105 年		就醫科別	106 年		就醫科別	107 年		就醫科別	108 年	
		醫療費用	占率		醫療費用	占率		醫療費用	占率		醫療費用	占率
-	總計	2,038	100.0	總計	2,126	100.0	總計	2,248	100.0	總計	2,333	100.0
1	內科	831	40.8	內科	857	40.3	內科	903	40.1	內科	938	40.2
2	外科	322	15.8	外科	350	16.4	外科	377	16.8	外科	397	17.0
3	骨科	168	8.2	骨科	175	8.3	骨科	183	8.1	骨科	188	8.1
4	婦產科	128	6.3	婦產科	129	6.1	神經外科	130	5.8	神經外科	132	5.7
5	神經外科	116	5.7	神經外科	121	5.7	婦產科	128	5.7	小兒科	132	5.7
6	精神科	115	5.7	精神科	119	5.6	小兒科	126	5.6	婦產科	129	5.5
7	小兒科	113	5.5	小兒科	115	5.4	精神科	123	5.5	精神科	126	5.4
8	泌尿科	53	2.6	泌尿科	58	2.7	泌尿科	62	2.8	泌尿科	65	2.8
9	神經科	51	2.5	神經科	54	2.5	神經科	58	2.6	神經科	61	2.6
10	耳鼻喉科	39	1.9	耳鼻喉科	42	2.0	耳鼻喉科	47	2.1	耳鼻喉科	47	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。

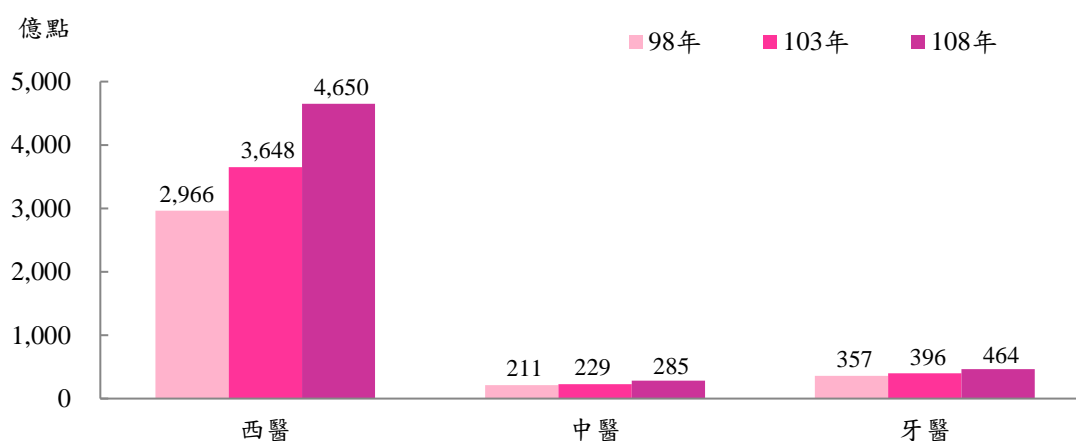
(九) 西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報概況

▲近 10 年間西醫門診醫療費用增加 56.8% 增幅最大。

108 年西醫門診申報件數 2 億 9,267 萬件，醫療費用 4,650 億點；中醫門診申報件數 4,033 萬件，醫療費用 285 億點；牙醫門診申報件數 3,461 萬件，醫療費用 464 億點。

近年來，西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報均呈增加趨勢，相較於 98 年，西醫門診醫療費用增加 1,684 億點最多，其次為牙醫增加 107 億點，中醫則增加 74 億點；若就近 10 年門診醫療費用增幅觀察，以西醫增 56.8% 最大，中醫增 34.9% 次之，牙醫則增 29.9%。

西醫、中醫及牙醫門診醫療費用申報



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)
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
107年	28,673	4,417	3,923	265	3,393	454
108年	29,267	4,650	4,033	285	3,461	464

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。

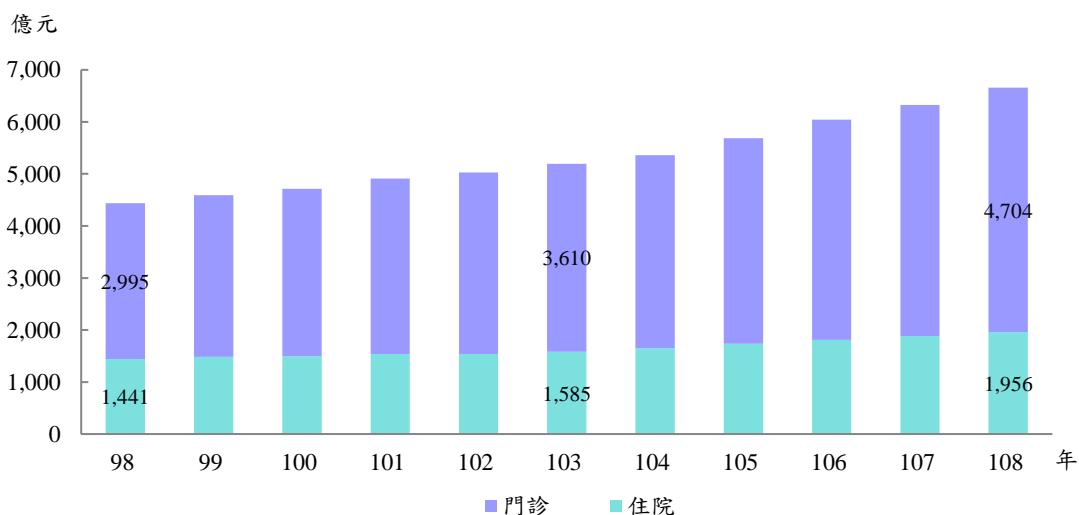
(十) 醫療費用核付概況

▲醫療費用核付金額逐年成長，108 年為 6,661 億元。

108 年門診醫療費用核付件數 3 億 6,761 萬件，核付點數 5,061 億點，核付金額 4,704 億元；住院核付件數 353 萬件，核付點數 2,213 億點，核付金額 1,956 億元；核付總點數 7,274 億點，核付總金額 6,661 億元。

若觀察近年醫療費用核付情形，門診及住院醫療費用核付金額均呈增加趨勢，致全體核付金額逐年成長；相較於 98 年，醫療費用核付總金額增加 2,224 億元或 50.1%，其中門診核付金額增加 1,709 億元或 57.1%，住院核付金額增加 515 億元或 35.8%。

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)
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
107 年	35,989	4,794	4,447	344	2,128	1,881
108 年	36,761	5,061	4,704	353	2,213	1,956

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。

108年門診重大傷病醫療費用1,204億點，其中慢性腎衰竭須定期透析497億點或占41.3%，癌症431億點或占35.8%，全身性自體免疫疾病63億點或占5.2%，慢性精神病53億點或占4.4%，罕見疾病47億點或占3.9%。

近年來門診重大傷病醫療費用均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，其占率則逐年增加，慢性精神病及全身性自體免疫疾病於106年以前分居第3及第4，106年起占率第3及第4分別為全身性自體免疫疾病及慢性精神病，而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

98年		108年	
慢性腎衰竭須定期透析	49.8%	慢性腎衰竭須定期透析	41.3%
癌症	28.8%	癌症	35.8%
慢性精神病	6.8%	全身性自體免疫疾病	5.2%
全身性自體免疫疾病	3.7%	慢性精神病	4.4%
凝血因子異常	3.0%	罕見疾病	3.9%
其他	7.9%	其他	9.4%

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		全身性 自體免疫疾病		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			
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
107年	478	41.7	407	35.4	57	5.0	51	4.4	44	3.9	1,147
108年	497	41.3	431	35.8	63	5.2	53	4.4	47	3.9	1,204

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。

2.98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。

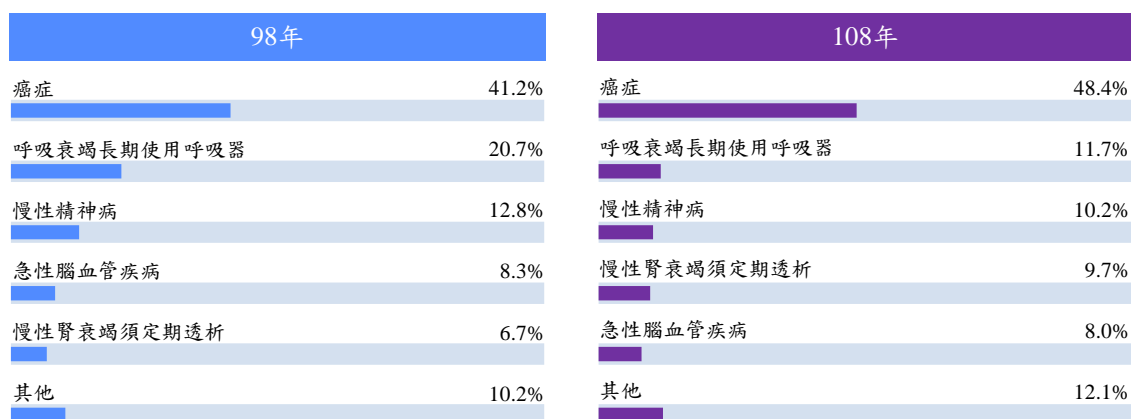
(十二) 住院重大傷病醫療費用

▲住院重大傷病醫療費用以癌症居首，占率逐年增加。

108年住院重大傷病醫療費用935億點，其中癌症452億點或占48.4%，呼吸衰竭長期使用呼吸器109億點或占11.7%，慢性精神病95億點或占10.2%，慢性腎衰竭須定期透析91億點或占9.7%，急性腦血管疾病75億點或占8.0%。

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，急性腦血管疾病及慢性腎衰竭須定期透析於99年以前分居第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		
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
107年	428	47.7	130	14.5	92	10.2	84	9.3	68	7.6	897
108年	452	48.4	109	11.7	95	10.2	91	9.7	75	8.0	935

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。

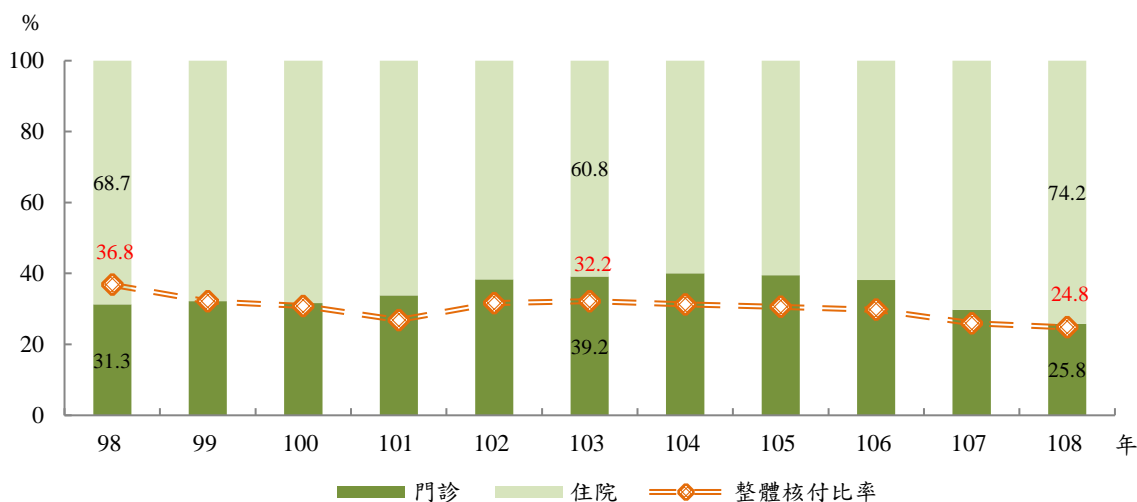
(十三) 自墊醫療費用核付概況

▲自墊醫療費用核付比率呈下降趨勢，108 年為 24.8%。

108 年自墊醫療費用核付案件申請金額 14 億 9 千萬元，核付金額 3 億 7 千萬元，核付比率 24.8%，其中門診申請 3 億 1 千萬元，核付 1 億元，核付比率 30.4%，住院申請 11 億元 8 千萬元，核付 2 億 8 千萬元，核付比率 23.3%。

相較於 98 年，108 年核付金額減少 1 億 3 千萬元或 26.2%，其中門診減少 6 千萬元或 39.2%，住院減少 7 千萬元或 20.2%；門診核付金額占率自 99 年逐年上升至 104 年後轉呈下降。整體自墊醫療費用核付比率則呈下降趨勢。

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
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
107 年	16.7	4.3	25.9	4.7	1.3	27.4	12.0	3.0	25.4
108 年	14.9	3.7	24.8	3.1	1.0	30.4	11.8	2.8	23.3

備註：1.核付案件申請金額不含部分負擔。

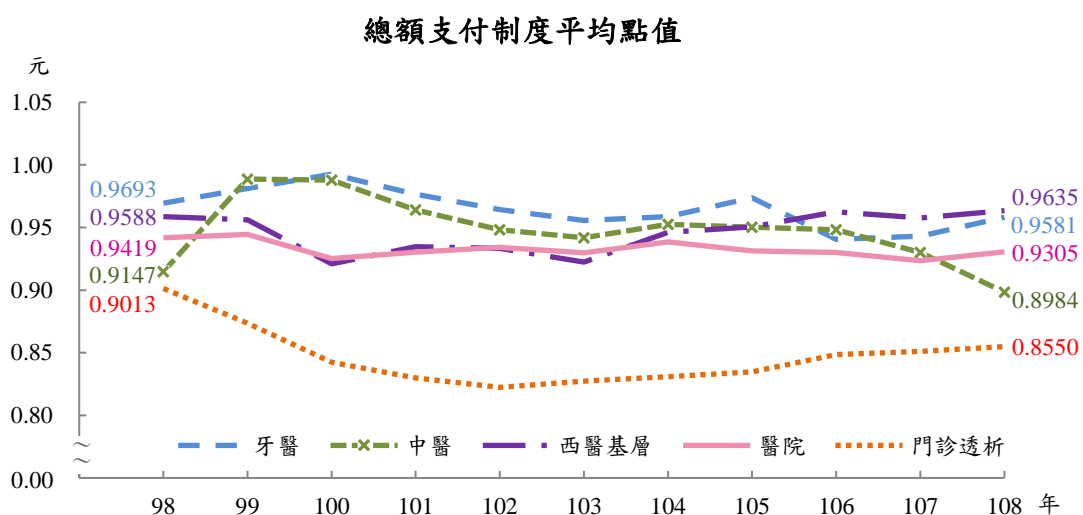
2.核付比率=核付金額/核付案件申請金額×100。

(十四) 總額支付制度點值概況

▲108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。

108年牙醫部門一般服務平均點值0.9581元，中醫0.8984元，西醫基層0.9635元，醫院0.9305元，門診透析0.8550元。



備註：全年點值為當年各季簡單平均值。

總額支付制度每點支付金額

單位：元

	牙醫	中醫	西醫 基層	醫院	門診 透析		牙醫	中醫	西醫 基層	醫院	門診 透析
	105年	0.9738	0.9502	0.9506	0.9314		0.8348	107年	0.9431	0.9300	0.9578
第1季	0.9981	1.0030	0.9335	0.9395	0.8084	第1季	0.9325	0.9348	0.9435	0.9179	0.8223
第2季	0.9527	0.9298	0.9539	0.9387	0.8432	第2季	0.9411	0.9342	0.9717	0.9271	0.8577
第3季	0.9844	0.9373	0.9657	0.9266	0.8369	第3季	0.9462	0.9277	0.9571	0.9249	0.8620
第4季	0.9599	0.9308	0.9491	0.9208	0.8505	第4季	0.9525	0.9232	0.9587	0.9239	0.8627
106年	0.9406	0.9483	0.9625	0.9301	0.8486	108年	0.9581	0.8984	0.9635	0.9305	0.8550
第1季	0.9512	0.9497	0.9795	0.9333	0.8248	第1季	0.9576	0.9069	0.9675	0.9299	0.8577
第2季	0.9309	0.9526	0.9577	0.9395	0.8521	第2季	0.9557	0.9110	0.9813	0.9299	0.8547
第3季	0.9224	0.9189	0.9438	0.9243	0.8470	第3季	0.9582	0.8906	0.9523	0.9329	0.8543
第4季	0.9578	0.9721	0.9688	0.9234	0.8703	第4季	0.9608	0.8851	0.9527	0.9293	0.8532

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。

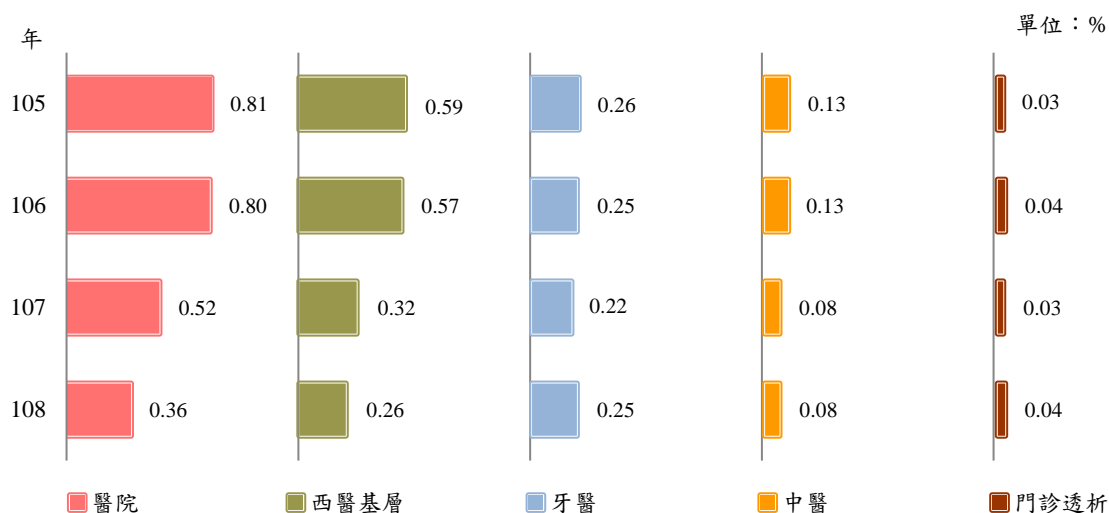
(十五) 醫療費用核減率

▲108年醫院及西醫基層總額醫療費用核減率較107年為低。

108年醫院總額醫療費用核減率0.36%，西醫基層總額0.26%，牙醫總額0.25%，中醫總額0.08%，門診透析0.04%，醫院及西醫基層核減率均較上（107）年為低，中醫與上年相當，牙醫及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，其中以醫院降幅最為明顯，西醫基層次之；牙醫核檢率介於0.22%至0.26%之間；門診透析則維持在0.03%至0.04%之間。

醫療費用核減率—按總額部門別分



醫療費用核減率—按總額部門別分

		醫療費用核減率—按總額部門別分										
		醫院	西醫 基層	牙醫	中醫	門診 透析	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	
105年		0.81	0.59	0.26	0.13	0.03	107年	0.52	0.32	0.22	0.08	0.03
第1季		1.19	0.63	0.26	0.14	0.03	第1季	0.89	0.53	0.26	0.15	0.03
第2季		0.87	0.61	0.24	0.13	0.03	第2季	0.37	0.26	0.20	0.06	0.03
第3季		0.43	0.58	0.27	0.11	0.03	第3季	0.45	0.26	0.21	0.07	0.03
第4季		0.77	0.54	0.26	0.13	0.02	第4季	0.40	0.24	0.19	0.06	0.04
106年		0.80	0.57	0.25	0.13	0.04	108年	0.36	0.26	0.25	0.08	0.04
第1季		0.85	0.51	0.26	0.13	0.04	第1季	0.38	0.25	0.24	0.08	0.04
第2季		0.80	0.60	0.25	0.12	0.04	第2季	0.35	0.28	0.24	0.08	0.03
第3季		0.78	0.61	0.25	0.14	0.03	第3季	0.37	0.27	0.25	0.08	0.04
第4季		0.77	0.57	0.25	0.13	0.03	第4季	0.36	0.26	0.26	0.07	0.03

備註：1.本表核減率係爭審後核減率。
2.資料日期為110年1月5日。

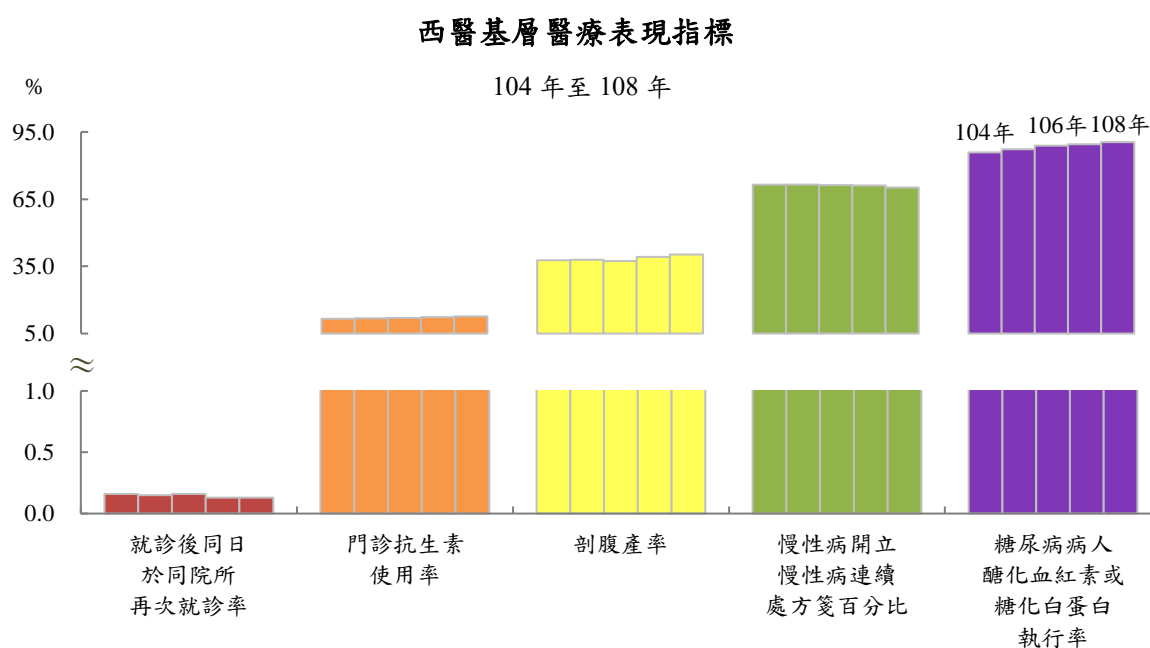
貳、全民健保醫療表現指標

一、西醫基層

▲西醫基層門診抗生素使用率呈上升趨勢。

108 年西醫基層就診後同日於同院所再次就診率 0.13%，門診抗生素使用率 12.65%，剖腹產率 40.29%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 70.19%，糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率 90.45%。

近年來，西醫基層就診後同日於同院所再次就診率 107 年降幅較大，門診抗生素使用率、剖腹產率及糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率均呈上升趨勢，而慢性病開立慢性病連續處方箋百分比則自 105 年起逐年下降。



西醫基層醫療表現指標					
單位：%					
	就診後同日於同院所再次就診率	門診抗生素使用率	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率
104 年	0.16	11.58	37.73	71.45	85.87
105 年	0.15	11.81	37.95	71.49	87.27
106 年	0.16	11.94	37.36	71.28	88.88
107 年	0.13	12.33	39.21	71.10	89.50
108 年	0.13	12.65	40.29	70.19	90.45

備註：資料日期為 109 年 12 月 16 日。

二、醫院

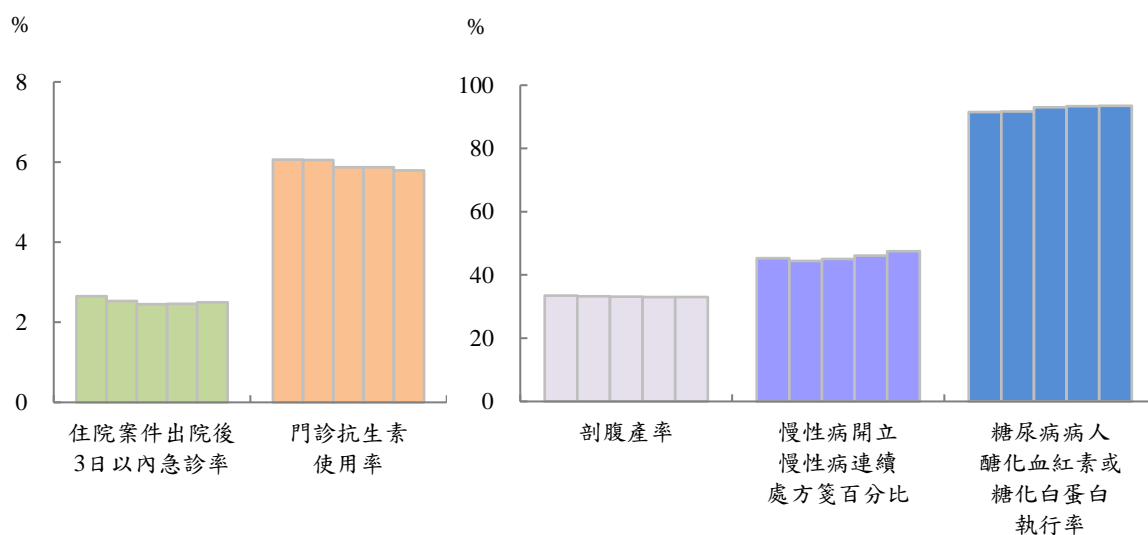
▲糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率呈逐年上升趨勢。

108 年住院案件出院後 3 日以內急診率 2.50%，門診抗生素使用率 5.79%，剖腹產率 33.03%，慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 47.51%，糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率 93.49%。

近年來，住院案件出院後 3 日以內急診率及慢性病開立慢性病連續處方箋百分比逐年下降，至 106 年轉呈增加，門診抗生素使用率呈下降趨勢，剖腹產率亦略為下降，糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率則呈逐年上升趨勢。

醫院醫療表現指標

104 年至 108 年



醫院醫療表現指標

單位：%

	住院案件出院後 3 日以內急診率	門診抗生素使用率	剖腹產率	慢性病開立慢性病連續處方箋百分比	糖尿病病人醣化血紅素或糖化白蛋白執行率
104 年	2.65	6.06	33.48	45.31	91.51
105 年	2.53	6.05	33.25	44.43	91.70
106 年	2.45	5.87	33.14	45.05	93.02
107 年	2.46	5.87	33.02	46.12	93.37
108 年	2.50	5.79	33.03	47.51	93.49

備註：資料日期為 109 年 12 月 16 日。

三、中醫

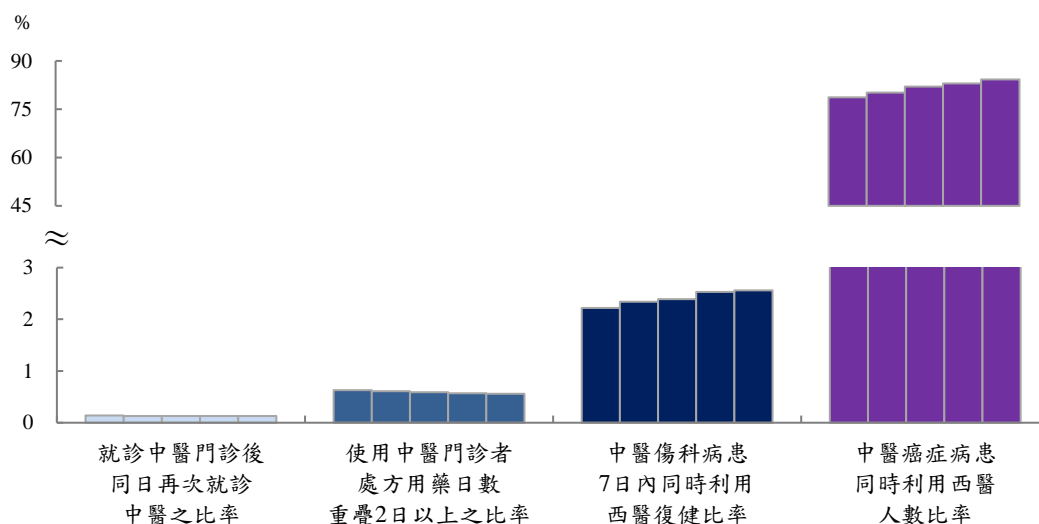
▲使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上之比率逐年下降。

108年就診中醫門診後同日再次就診中醫比率0.13%，使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上比率0.56%，中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率2.56%，中醫癌症病患同時利用西醫人數比率84.28%。

近年來，就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率維持在0.13%，使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上比率呈下降趨勢，中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率及中醫癌症病患同時利用西醫人數比率則呈逐年上升趨勢。

中醫醫療表現指標

104年至108年



中醫醫療表現指標

單位：%、次

	就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率	使用中醫門診者處方用藥日數重疊2日以上之比率	中醫傷科病患7日內同時利用西醫復健比率	中醫癌症病患同時利用西醫人數比率
104年	0.14	0.63	2.22	78.70
105年	0.13	0.61	2.34	80.17
106年	0.13	0.59	2.39	82.04
107年	0.13	0.57	2.53	83.01
108年	0.13	0.56	2.56	84.28

備註：資料日期為109年12月16日。

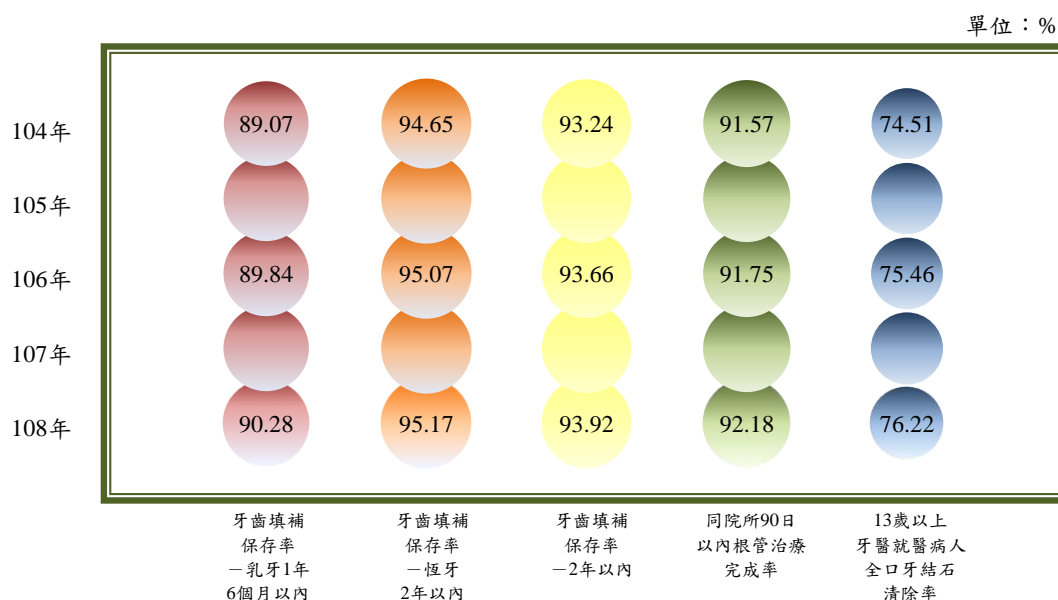
四、牙醫

▲13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率逐年上升。

108年乳牙1年6個月以內填補保存率90.28%，恆牙2年以內填補保存率95.17%，牙齒2年以內填補保存率93.92%，同院所90日以內根管治療完成率92.18%，13歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率76.22%。

近年來，牙齒填補保存率逐年上升，相較於104年，乳牙1年6個月以內填補保存率上升1.21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0.52個及0.68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104年增加0.61個及1.71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
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
107年	89.88	95.06	93.74	91.92	75.87
108年	90.28	95.17	93.92	92.18	76.22

備註：資料日期為109年12月16日。

五、門診透析

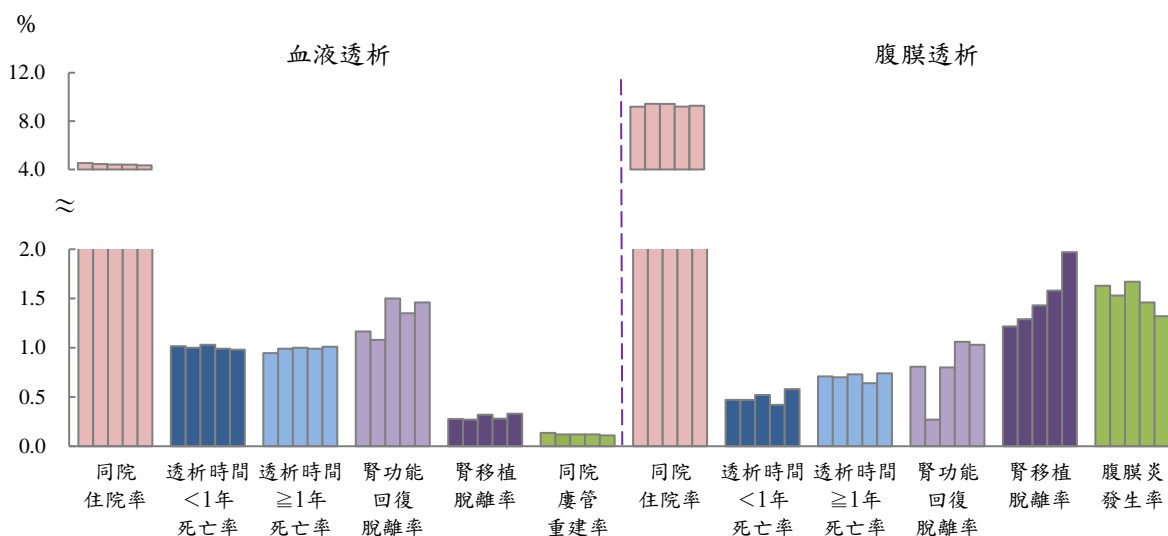
▲血液透析同院住院率逐年下降，腹膜透析腎移植脫離率逐年上升。

近年來，血液透析之同院住院率逐年下降，透析時間逾1年的死亡率於108年首次超過透析時間少於1年的死亡率，腎功能回復脫離率逐年上升至106年1.50%後維持在1.4%和1.5%之間，腎移植脫離率維持在0.3%左右，同院慶管重建率呈下降趨勢。

腹膜透析之同院住院率介於9.2%至9.4%之間，透析時間逾1年死亡率高於透析時間少於1年死亡率，腎功能回復脫離率於105年明顯下降後回升，腎移植脫離率呈上升趨勢，而腹膜炎發生率則於106年後逐年下降。

門診透析表現指標

104年至108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	
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	0.73	0.80	1.43	1.67
107年	4.40	0.99	0.99	1.35	0.28	0.12	9.20	0.42	0.64	1.06	1.58	1.46
108年	4.34	0.98	1.01	1.46	0.33	0.11	9.27	0.58	0.74	1.03	1.97	1.32

備註：資料日期為109年12月16日。

六、新使用呼吸器病人監控指標

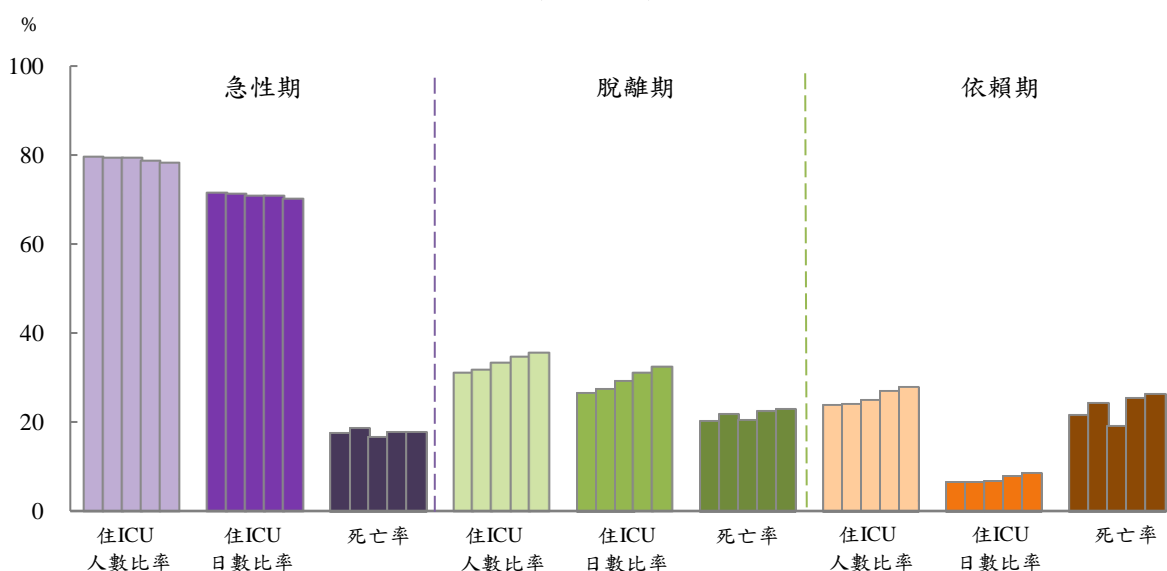
▲新使用呼吸器病人住 ICU 人數及日數比率均以急性期最高。

近年來，新使用呼吸器病人住 ICU 人數比率及住 ICU 日數比率於急性期呈下降趨勢，於脫離期及依賴期則均呈上升趨勢；各期死亡率則於 106 年明顯下降後逐年上升。

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

104 年至 108 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
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
107 年	78.67	70.80	17.63	34.66	30.95	22.51	26.95	7.73	25.27
108 年	78.06	70.00	17.66	35.46	32.42	22.88	27.73	8.54	26.19

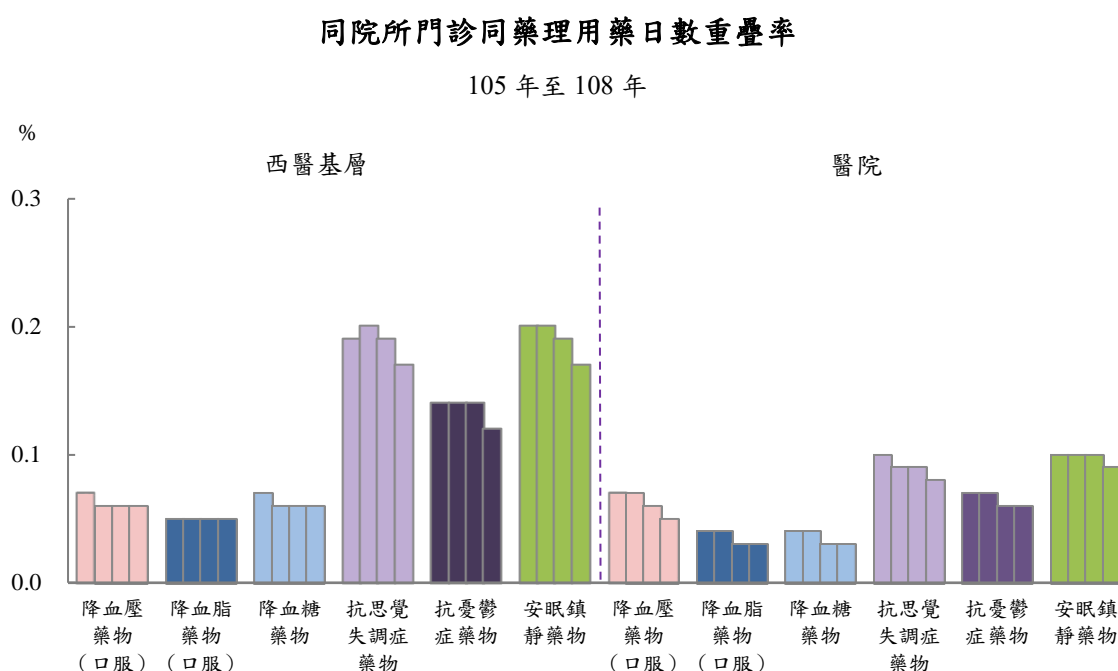
備註：資料日期為 109 年 12 月 16 日。

七、同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

▲醫院 6 項同院所門診同藥理用藥日數重疊率均呈下降趨勢。

近 3 年，西醫基層於降血壓、降血脂及降血糖藥物同院所門診同藥理用藥日數重疊率持平，抗思覺失調症、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物用藥日數重疊率呈下降趨勢，醫院於 6 項指標均呈下降趨勢。

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



同院所門診同藥理用藥日數重疊率												
	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
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
107 年	0.06	0.05	0.06	0.19	0.14	0.19	0.06	0.03	0.03	0.09	0.06	0.10
108 年	0.06	0.05	0.06	0.17	0.12	0.17	0.05	0.03	0.03	0.08	0.06	0.09

備註：資料日期為 109 年 12 月 16 日。

參、其他重要參考指標

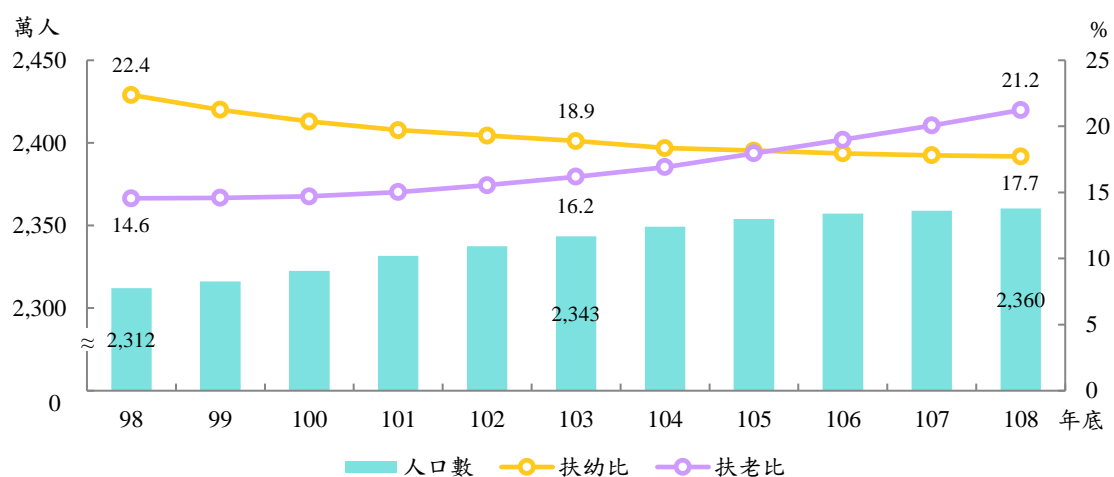
一、人口結構

▲108 年底扶老比較扶幼比高 3.5 個百分點。

108 年底人口數 2,360 萬人，未滿 15 歲幼年人口占 12.8%，15—64 歲青壯年人口占 72.0%，65 歲以上老年人口占 15.3%。

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 歲青壯年人口占率於 102 年底前呈上升趨勢，103 年起轉呈下降趨勢，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 年底起扶老比首次高於扶幼比，108 年底扶老比 21.2% 較扶幼比 17.7% 高 3.5 個百分點。

人口數、扶幼比及扶老比



人口年齡結構及扶養比

單位：萬人、%

	人口數	年齡結構			扶養比		
		未滿 15 歲	15—64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比	
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
107 年底	2,359	12.9	72.5	14.6	37.9	17.8	20.1
108 年底	2,360	12.8	72.0	15.3	39.0	17.7	21.2

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。

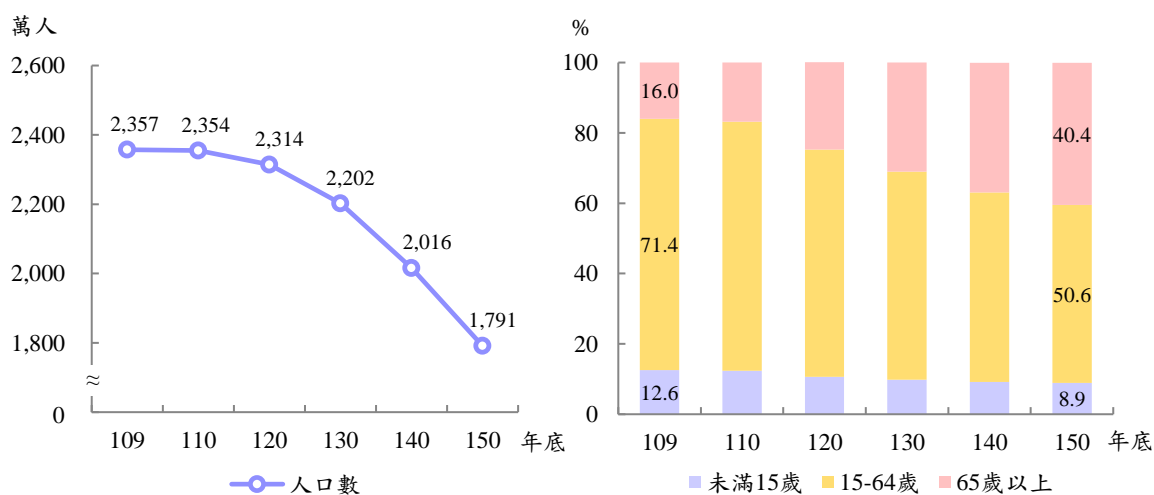
二、人口推估

▲青壯年扶養負擔將逐年增加，推估 150 年扶養比增至 97.5%。

依據國家發展委員會「中華民國人口推估（2020 至 2070 年）報告」之中推估結果，109 年底推估人口數為 2,357 萬人，隨著人口負成長幅度逐漸增加，於 141 年底將降至 1,994 萬人，首次少於 2000 萬人，150 年年底推估人口數則降至 1,791 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 歲青壯年人口占率大幅下降，未滿 15 歲幼年人口占率亦呈下降趨勢，人口結構將益趨少子老齡化，15—64 歲青壯年扶養負擔亦隨之逐年增加，扶養比由 109 年之 40.1%，增加至 150 年之 97.5%。

推估人口數及人口年齡結構



人口推估

單位：萬人、%

	人口數	年齡結構			扶養比		
		未滿 15 歲	15—64 歲	65 歲以上	扶幼比	扶老比	扶養比
109 年底	2,357	12.6	71.4	16.0	40.1	17.6	22.5
110 年底	2,354	12.4	70.8	16.8	41.2	17.5	23.8
120 年底	2,314	10.6	64.7	24.8	54.6	16.4	38.3
130 年底	2,202	9.8	59.2	31.0	68.9	16.6	52.4
140 年底	2,016	9.2	53.9	36.8	85.4	17.1	68.3
141 年底	1,994	9.2	53.7	37.1	86.2	17.1	69.1
150 年底	1,791	8.9	50.6	40.4	97.5	17.7	79.9

資料來源：國家發展委員會「中華民國人口推估（2020 至 2070 年）報告」。

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。

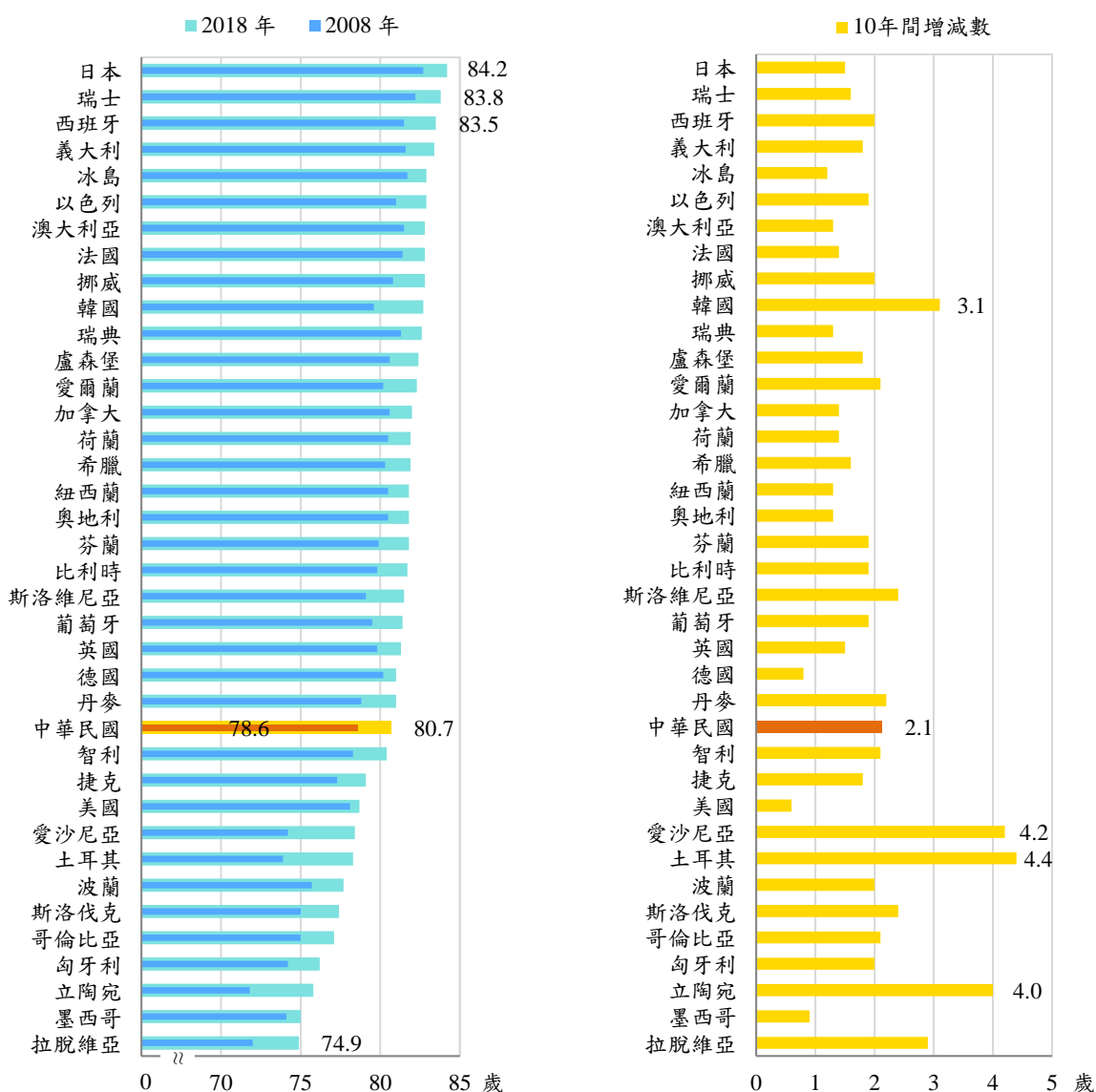
三、零歲平均餘命

▲2018年我國零歲平均餘命為80.7歲，近10年間增加2.1歲。

2018年OECD會員國零歲平均餘命以日本84.2歲最高，瑞士83.8歲居次，西班牙83.5歲居第3，拉脫維亞74.9歲最低；我國零歲平均餘命為80.7歲，排名相當於OECD會員國第26順位。

相較於2008年，OECD會員國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1.5歲，瑞士增加1.6歲，西班牙增加2.0歲，我國亦較十年前增加2.1歲；而近十年零歲平均餘命以土耳其增加4.4歲最多，其次為愛沙尼亞4.2歲、立陶宛4.0歲、韓國則增加3.1歲。

零歲平均餘命



資料來源：內政部「內政統計年報」、OECD Health Data 2020。

備註：1.各國若無2018年資料，以可獲得最近資料年度代替。

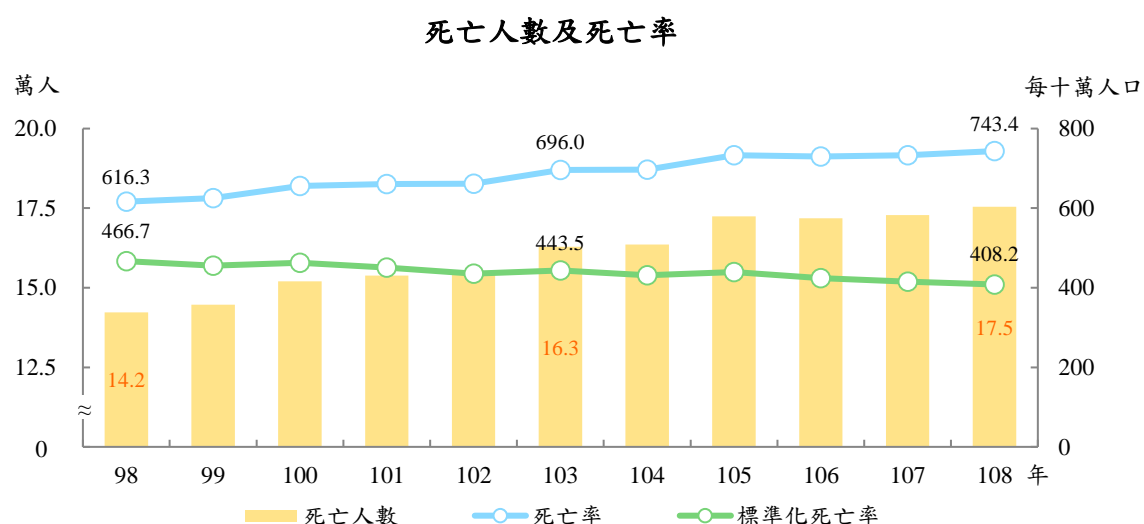
2.哥倫比亞於2020年成為OECD會員國。

四、死亡人數及死亡率

▲標準化死亡率呈下降趨勢，108年為每十萬人口 408.2 人。

108年死亡人數為 17 萬 5,424 人，死亡率（死亡人數除以年中人口數）為每十萬人口 743.4 人，若以世界衛生組織（WHO）西元 2000 年世界標準人口數計算之標準化死亡率則為每十萬人口 408.2 人。

若觀察近年各年齡組死亡人數結構變化情形，未滿 65 歲及 75—84 歲年齡組占率呈下降趨勢，85 歲以上年齡組則逐年上升；98 年起，死亡率由每十萬人口 616.3 人增至 743.4 人；標準化死亡率則由每十萬人口 466.7 人降至 408.2 人。



死亡人數及死亡率概況							
單位：人、%、每十萬人口							
	總計	年齡結構				死亡率	標準化死亡率
		未滿 65 歲	65—74 歲	75—84 歲	85 歲以上		
98年	142,240	32.2	18.6	30.0	19.3	616.3	466.7
99年	144,709	31.5	17.6	30.1	20.8	625.3	455.6
100年	152,030	31.5	17.0	29.5	22.0	655.5	462.4
101年	153,823	31.2	16.7	29.0	23.2	661.0	450.6
102年	154,374	30.9	16.5	28.2	24.3	661.3	435.3
103年	162,886	30.2	16.4	27.5	25.8	696.0	443.5
104年	163,574	29.9	16.3	27.2	26.6	697.2	431.5
105年	172,418	29.1	16.2	26.8	27.9	733.2	439.4
106年	171,857	28.1	16.8	26.1	29.0	729.6	424.3
107年	172,859	27.8	17.1	25.9	29.1	733.1	415.0
108年	175,424	27.3	17.6	25.2	29.8	743.4	408.2

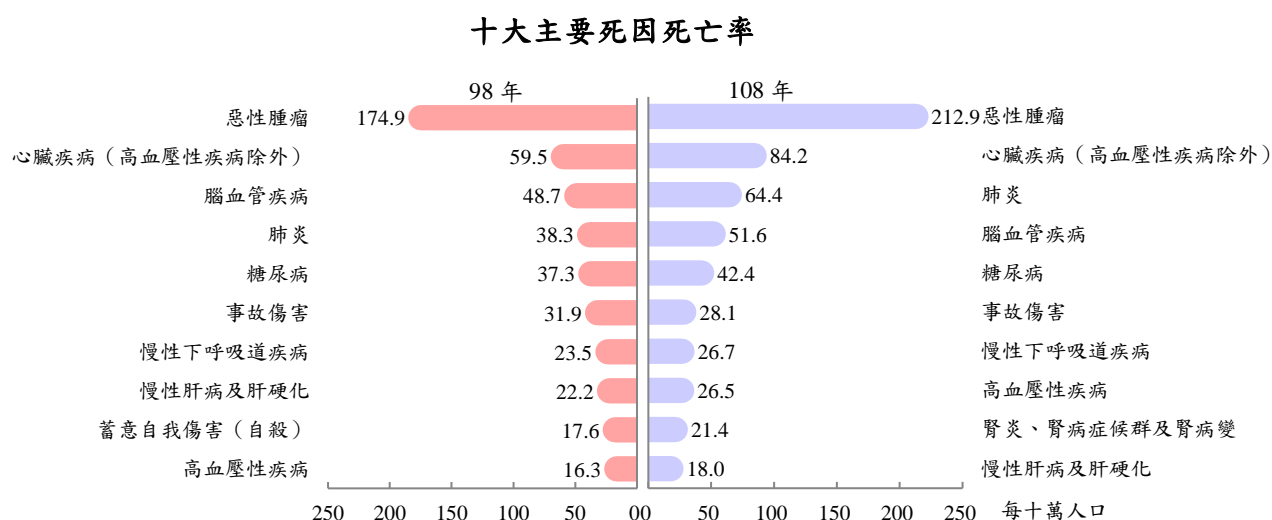
資料來源：衛生福利部「死因統計」。

五、主要死因

▲惡性腫瘤續居 108 年國人死因首位。

108 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 5,933 人，占所有死亡人數 77.5%。

惡性腫瘤自 71 年起即為國人死因之首，108 年仍續居首位，死亡人數為 5 萬 232 人，死亡率為每十萬人口 212.9 人。



備註：98 年資料為「經轉換比值調整後值」，非原發布數。

108 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	175,424	743.4	408.2
1	惡性腫瘤	50,232	212.9	121.3
2	心臟疾病（高血壓性疾病除外）	19,859	84.2	43.6
3	肺炎	15,185	64.4	30.0
4	腦血管疾病	12,176	51.6	26.7
5	糖尿病	9,996	42.4	22.3
6	事故傷害	6,640	28.1	20.0
7	慢性下呼吸道疾病	6,301	26.7	12.6
8	高血壓性疾病	6,255	26.5	12.9
9	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,049	21.4	10.7
10	慢性肝病及肝硬化	4,240	18.0	11.2

資料來源：衛生福利部「死因統計」。

備註：標準化死亡率係以 2000 年 WHO 世界人口數為準。

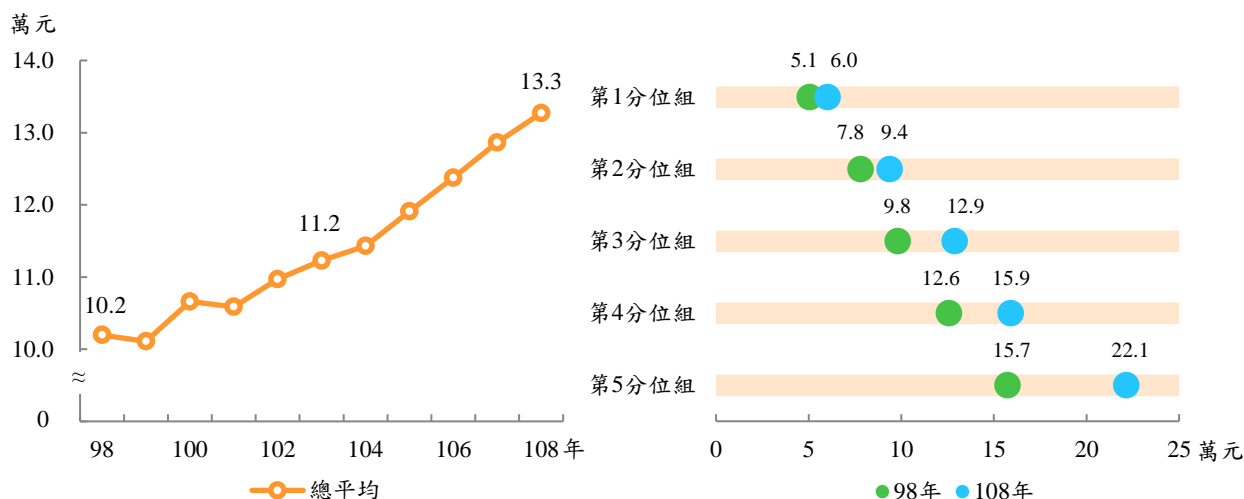
六、平均每戶家庭醫療保健消費支出

▲平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢，108年為13萬2,719元。

108年平均每戶家庭醫療保健消費支出13萬2,719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6萬211元，第2分位組9萬3,818元，第3分位組12萬8,946元，第4分位組15萬9,196元，第5分位組22萬1,423元。

近十年間，平均每戶家庭醫療保健消費支出呈增加趨勢，其中以最高所得組增幅達40.6%最大，其次為第3分位組及第4分位組，增幅分別為31.5%及26.7%。

平均每戶家庭醫療保健消費支出



平均每戶家庭醫療保健消費支出概況

單位：元

	總平均	依可支配所得按戶數五等分位分				
		第1分位組 (最低所得組)	第2分位組	第3分位組	第4分位組	第5分位組 (最高所得組)
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
107年	128,632	61,518	96,492	123,770	155,508	205,873
108年	132,719	60,211	93,818	128,946	159,196	221,423

資料來源：行政院主計總處「家庭收支調查報告」。

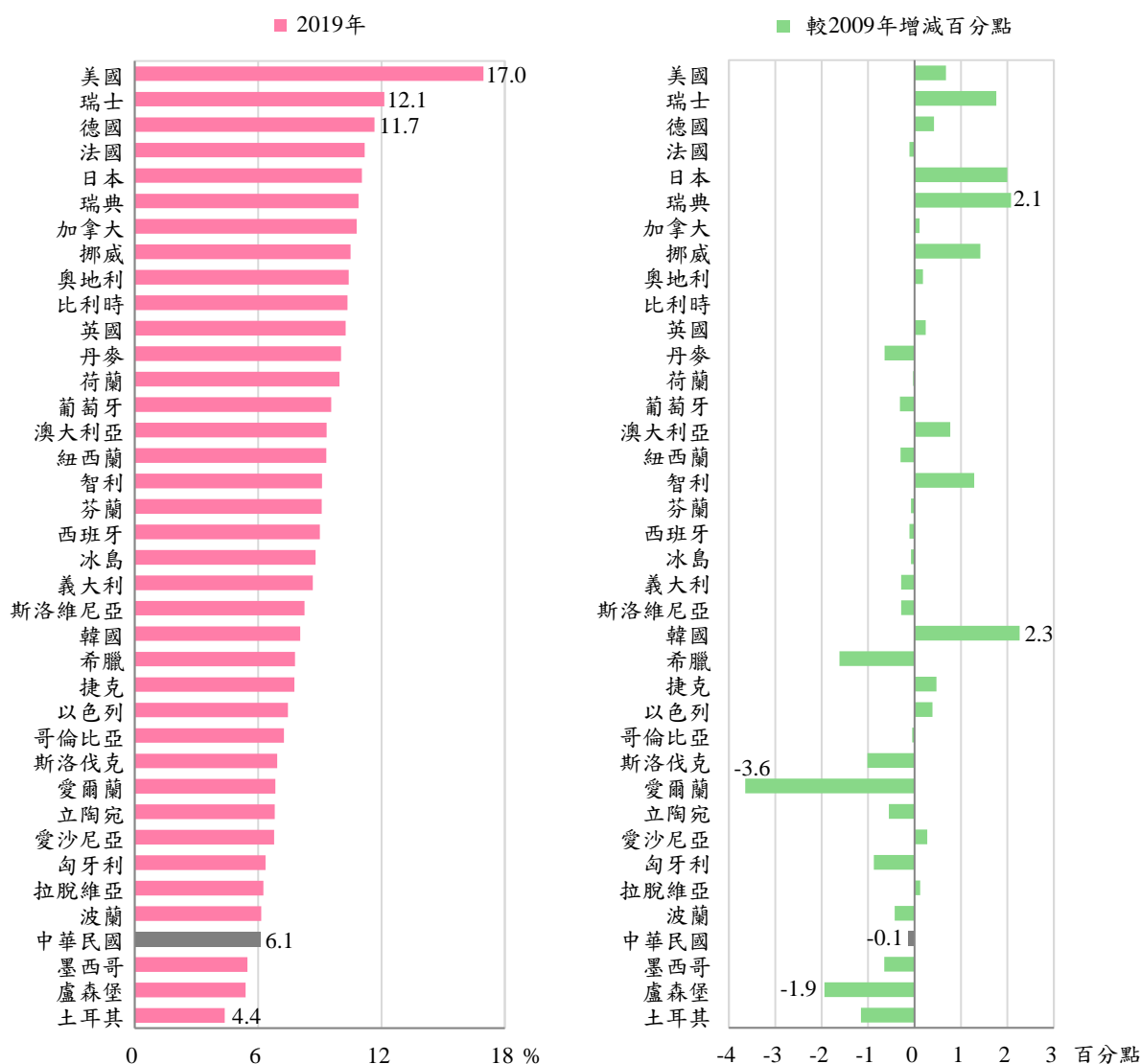
七、經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

▲2019年我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重 6.1%。

2019年OECD會員國之經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure, CHE)占國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)比重以美國17.0%最高，瑞士12.1%居次，德國11.7%居第3，土耳其4.4%最低；我國則為6.1%，排名相當於OECD會員國之第35順位。

相較於2009年，OECD會員國之CHE占GDP比重多呈減少，其中以愛爾蘭減少3.6個百分點最多，其次為盧森堡減少1.9個百分點，我國則減少0.1個百分點，另以韓國增加2.3個百分點最多，其次為瑞典增加2.1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：哥倫比亞於2020年成為OECD會員國。

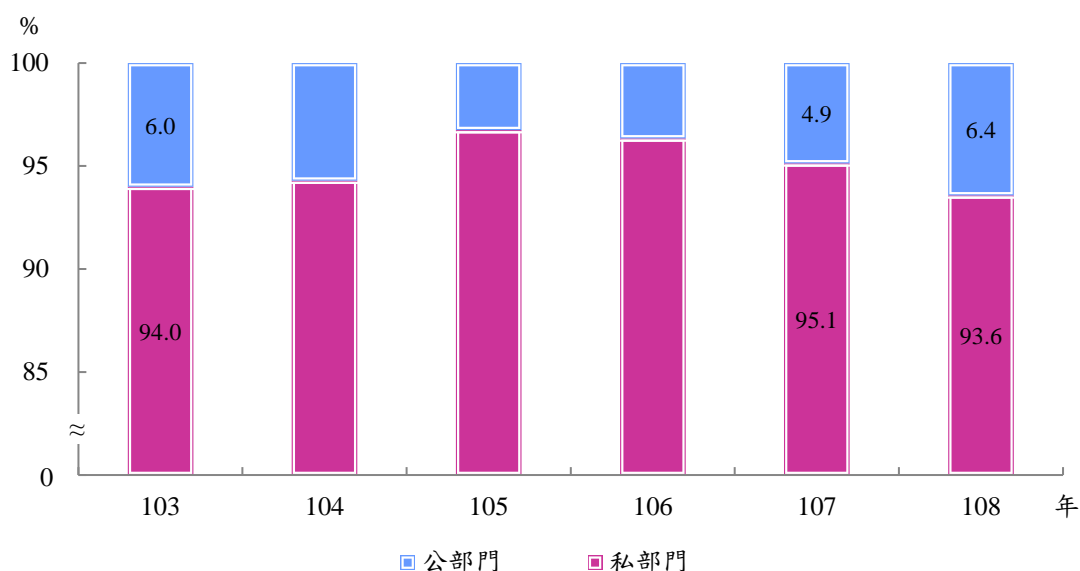
八、醫療保健支出之資本形成

▲108年公部門醫療保健支出資本形成為53億元。

108年醫療保健支出之資本形成820億元，其中公部門53億元或占6.4%，私部門767億元或占93.6%。

相較於107年，醫療保健支出資本形成減少53億元或6.1%，其中公部門增加10億元或23.8%，私部門則減少63億元或7.6%；公部門占率自4.9%增至6.4%，私部門則由95.1%降至93.6%。

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
103年	646	39	6.0	607	94.0
104年	655	37	5.7	618	94.3
105年	800	26	3.3	774	96.7
106年	788	29	3.7	759	96.3
107年	873	43	4.9	830	95.1
108年	820	53	6.4	767	93.6

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

▲2018年我國平均每千人口急性病床數為3.5床。

2018年OECD會員國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6.0床居第3，加拿大、瑞典及智利2.0床最低；我國平均每千人口急性病床數為3.5床，排名相當於OECD會員國之第15順位。

相較於2008年，OECD會員國之平均每千人口急性病床數多呈減少，其中以拉脫維亞減少2.1床最多，其次為丹麥、捷克及挪威，我國則與10年前相同，另以韓國增加1.0床最多。

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 2020。

備註：1. 澳大利亞、英國、墨西哥及哥倫比亞無資料。

2. 各國若無2018年資料，以可獲得最近資料年度代替；紐西蘭無2008年資料。

3. 哥倫比亞於2020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 109 年 1 月 15 日公告之條文；全民健康保險法施行細則係指 107 年 9 月 19 日公告之條文。

(一)承保概況

- 保險對象

依全民健康保險法第 2 條規定，指被保險人及其眷屬。

- 被保險人

依全民健康保險法第 10 條規定，被保險人區分為下列 6 類：

1. 第 1 類：

- (1) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
- (2) 公、民營事業、機構之受僱者。
- (3) 前 2 目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
- (4) 雇主或自營業主。
- (5) 專門職業及技術人員自行執業者。

2. 第 2 類：

- (1) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。
- (2) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

3. 第 3 類：

- (1) 農會及水利會會員，或年滿 15 歲以上實際從事農業工作者。
- (2) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者。

4. 第 4 類：

- (1) 應服役期及應召在營期間逾 2 個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。
- (2) 服替代役期間之役齡男子。
- (3) 在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在 2 個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

5. 第 5 類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

6. 第 6 類：

- (1) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (2) 第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

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

- 眷屬

依全民健康保險法第 2 條規定，眷屬：

1. 被保險人之配偶，且無職業者。

- 2.被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。
- 3.被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿 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
(實收保險費 / 應收保險費) × 100
- 補充保險費
依全民健康保險法第 31 條及第 34 條規定計收之保險費。

(三) 特約醫事服務機構概況

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

(四) 醫療利用概況

- 門診申報件數
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。住院案件之申報依「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」規定，除特殊案件外，其醫療費用每次申報日數上限為 92 日（含），不足 92 日之案件，於出院時一次申報。
- 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

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

(二)醫院

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

(三)中醫

- 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率
分子：按病人 ID、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。
- 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。
- 中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率
分子：分母病人 7 日內曾至西醫門診復健件數。
分母：中醫傷科門診件數。
- 中醫癌症病患同時利用西醫人數比率
分子：分母癌症病患當年曾至西醫門診人數。
分母：中醫門診癌症病患就醫人數。

(四)牙醫

- 牙齒填補保存率—乳牙 1 年 6 個月以內
分子：分母案件中 1.5 年內跨院所再執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一乳牙牙位，執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 牙齒填補保存率—恆牙 2 年以內
分子：分母案件中 2 年（730 日）內跨院所再執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一恆牙牙位，執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 牙齒填補保存率—2 年以內
分子：分母案件中 2 年（730 日）內於不同案件重覆執行牙體復形之牙位數。
分母：同院所同保險對象同一牙位，執行牙體復形醫令之牙位數；若為同案件、同病患、同牙位執行 2 筆以上牙體復形醫令時，該牙位仍視為 1。
指標計算： $1 - (\text{分子} / \text{分母})$ 。
- 同院所 90 日以內根管治療完成率
分子：以分母之牙位追蹤其 90 日以內於同院所執行任一恆牙根管治療（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）透析時間小於 1 年死亡率
分子：分母病人之死亡人數。
分母：透析時間小於 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）透析時間大於等於 1 年死亡率
分子：分母病人之死亡人數。
分母：透析時間大於等於 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：連續使用呼吸器大於等於 22 日病人數。
- 脫離期住 ICU 日數比率
分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22—63 日期間住 ICU 總日數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 22 日病人住院總日數。
- 脫離期死亡率
分子：分母之個案於連續使用呼吸器 22—63 日期間死亡人數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 22 日病人數。
- 依賴期住 ICU 人數比率
分子：分母之個案於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 人數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 64 日病人數。
- 依賴期住 ICU 日數比率
分子：分母之個案於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間住 ICU 總日數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 64 日病人住院總日數。
- 依賴期死亡率
分子：分母之個案於連續使用呼吸器大於等於 64 日期間死亡人數。
分母：連續使用呼吸器大於等於 64 日病人數。

(七)同院所門診同藥理用藥日數重疊指標

- 同院所門診同藥理用藥日數重疊率
分子：同院所同病人 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
分母：各案件之給藥日數總和。

降血壓藥物(口服): ATC 前 3 碼為 C07(排除 C07AA05)或 ATC 前 5 碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。

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

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

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

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。

2019 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：110 年 4 月

創 刊 年 月：92 年 2 月

定 價：每本新臺幣 400 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。

封面封底圖樣：「健康存摺眷屬管理 輕鬆掌握家人健康」宣導單張。

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。
