

一、101年全民健保統計摘要

(一)承保業務

- 1.保險對象較上年增加 8 萬 2 千人，以第 1 類人數增加最多，第 5 類增幅最大：101 年底保險對象人數為 2,328 萬 1 千人，較上年增加 8 萬 2 千人或 0.4%。各類保險對象中，以第 1 類較上年增加 17 萬 9 千人最多，以第 5 類保險對象增加 12.0% 增幅最大。
- 2.保險對象性比例為 98.6：101 年底男性保險對象為 1,155 萬 8 千人，女性為 1,172 萬 3 千人，性比例為 98.6；因保險對象尚未納入監所收容人口，且除本國籍人口外，亦包括投保之非本國籍人口，致全體保險對象之性比例低於戶籍人口之 100.3。
- 3.投保眷屬中幼年人口減少，致未滿 15 歲保險對象較上年減少 8 萬 9 千人：101 年底未滿 15 歲保險對象 333 萬 9 千人或占 14.3%，15—64 歲者 1,737 萬 9 千人或占 74.6%，65 歲以上者 256 萬 3 千人或占 11.0%。若與上年比較，各年齡組中唯有未滿 15 歲幼年保險對象減少 8 萬 9 千人，主要係因該年齡組之投保眷屬減少所致。
- 4.第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 34,087 元，以專門職業及技術人員自行執業者 67,376 元最高：101 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 34,087 元，較上年略增加 1.7%。各保險對象類目中，以第 1 類第 5 目之專門職業及技術人員自行執業者 67,376 元最高，以第 3 類農民、漁民及農田水利會會員之 21,900 元最低。
- 5.男性被保險人平均投保金額 37,270 元，高於女性 30,888 元：101 年底第 1 類至第 3 類男性被保險人平均投保金額為 37,270 元，高於女性被保險人 30,888 元。各年齡組男性平均投保金額均高於女性，其中以 35—64 歲間各年齡組差異較大，差距均超過 8,000 元。
- 6.應收保險費較上年增加 136 億元，以第 1 類增加 126 億元最多：101 年應收保險費計 4,824 億元，較上年增加 136 億元或 2.9%。若與上年比較，以第 1 類增加 126 億元最多，第 6 類則較上年減少 5 億元最多。
- 7.保險對象負擔保險費比率為 37.3%，投保單位及政府補助分別為 37.8%、24.9%：101 年應收保險費中，保險對象與投保單位負擔（係指法定負擔，未以減免補助金額進行調整計算）分別為 1,800 億元與 1,822 億元，分占 37.3% 與 37.8%，政府補助 1,202 億元占 24.9%。

(二)財務狀況

- 1.應收保險費 4,832 億元，收繳率 97.3%：101 年應收保險費 4,832 億元，較上年增加 2.9%；實收保險費 4,701 億元，較上年增加 3.2%；收繳率 97.3%。
- 2.政府應負擔補助 1,451 億元，收繳率 96.1%：101 年政府應負擔補助（含法定補助

及特定對象補助) 1,451 億元，實際補助 1,394 億元，收繳率 96.1%。

3.應收滯納金 120 百萬元，收繳率 70.7%：101 年應收滯納金 120 百萬元，實收滯納金 85 百萬元，收繳率 70.7%。

4.權責收支淨結餘 265 億元：觀察財務收支概況(權責基礎)，101 年保險收入 5,107 億元，較上年增加 2.8%；保險成本 4,842 億元，較上年增加 4.7%；收支淨結餘 265 億元，因截至 100 年底尚有待安全準備填補之短絀數 55 億元，填補後安全準備結餘數 210 億元。

(三)特約醫事服務機構及管理

1.特約醫事服務機構較上年增加 570 家，惟醫院減少 3 家：101 年底特約醫事服務機構 26,317 家，較上年增加 570 家或 2.2%。若與上年比較，除醫院減少 3 家外，診所及其他醫事機構則分別增加 298 家及 275 家。

2.特約醫事服務機構特約率為 93.7%，以臺北市 83.2%最低：101 年底特約醫事服務機構之特約率為 93.7%。各縣市中以臺北市 83.2%最低，以連江縣 100.0%最高。

3.每萬保險對象特約醫事服務機構家數以嘉義市 17.9 家最多，臺北市 7.5 家最少：101 年底每萬保險對象特約醫事服務機構家數(特約醫事服務機構家數/保險對象×10,000)為 11.3 家。各縣市中以嘉義市 17.9 家最多，以臺北市 7.5 家最少。

4.特約醫事服務機構病床數較上年減少 24 床，惟保險病床增加 1,171 床：101 年底特約醫事服務機構病床數為 146,353 床，較上年減少 24 床；其中保險病床 121,249 床，非保險病床 25,104 床。若與上年比較，保險病床增加 1,171 床、非保險病床減少 1,195 床。

5.保險病床占率 82.8%，以醫學中心增加 3.5 個百分點最多：101 年底保險病床占率 82.8%，較上年增加 0.8 個百分點；其中醫學中心保險病床占率 73.0%，較上年增加 3.5 個百分點最多。

6.每萬保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 147.1 床最多，新竹市 41.0 床最少：101 年底每萬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 62.9 床，其中保險病床為 52.1 床，非保險病床為 10.8 床。各縣市中，以花蓮縣 147.1 床最多，以新竹市 41.0 床最少。

7.查處違規醫療院所 372 家，以扣減費用 150 家最多：101 年查處違規醫療院所家數 372 家，占特約醫事服務機構 1.4%；其中以扣減費用 150 家最多，停止特約 1~3 個月 109 家，違約記點 92 家，終止特約 21 家最少。

(四)醫療給付

1.門診醫療點數以基層院所最高，住院則以醫學中心最高：101 年醫療點數 5,655 億點，較上年增加 2.4%，其中申請點數 5,293 億點，部分負擔 362 億點。門診醫療點數 3,890 億點，以基層院所占 40.3%最高；住院醫療點數 1,765 億點，則以醫學中

心占 42.3% 最高。

2. **男性各年齡組門住診之平均每件醫療點數均高於女性**：101 年男性門診平均每件醫療點數 1,147 點，高於女性 997 點；男性住院平均每件醫療點數 60,402 點，高於女性 50,871 點，男性各年齡組門住診之平均每件醫療點數均高於女性。
3. **門診核付點數以基層院所最高，住院則以醫學中心最高**：101 年醫療費用核付點數 5,317 億點，較上年增加 3.0%；其中門診 3,645 億點，住院 1,672 億點。門診核付點數以基層院所 1,450 億點最高，平均每件核付點數則以醫學中心 2,163 點最高；住院核付點數以醫學中心 712 億點最高，平均每件核付點數亦以醫學中心 66,675 點最高。
4. **重大傷病醫療點數以癌症居首，平均每人醫療點數以凝血因子異常最高**：101 年底重大傷病實際有效領證數 96 萬張，全年醫療點數 1,558 億點，醫療點數排序前三大疾病分別為癌症、慢性腎衰竭（尿毒症）及呼吸衰竭長期使用呼吸器；門住診重大傷病平均每人醫療點數均以凝血因子異常（血友病）最高。
5. **兩性門診重大傷病醫療點數均以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，住院則以癌症居首**：101 年兩性門診重大傷病醫療點數均以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，癌症次之；住院則均以癌症最多，呼吸衰竭長期使用呼吸器次之。
6. **保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔均以醫學中心最高**：101 年保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔分別為 98 元及 4,456 元；門住診均以醫學中心為最高（門診 330 元，住院 5,723 元）。
7. **男性各年齡組平均每件醫療費用部分負擔均高於女性**：101 年男性門診平均每件醫療費用部分負擔 100 元，女性 97 元；男性住院 4,582 元，女性 4,322 元。門住診各年齡組男性負擔均高於女性，其中以住院 45—64 歲年齡組差異最顯著，每件達 605 元。
8. **自墊醫療費用核付比率 26.9%**：101 年自墊醫療費用核付案件申請金額 19.1 億元，較上年增加 14.9%，核付金額 5.1 億元，較上年增加 0.1%，核付率 26.9%；其中門診申請金額 3.9 億元，核付比率 44.6%，住院申請金額 15.2 億元，核付比率 22.3%。

二、101 年全民健保主要指標

	單位	101 年	較上年同期增減百分比 (%)
承保業務			
投保單位數	個	750,851	2.8
保險對象人數	千人	23,281	0.4
第 1 類		12,649	1.4
第 2 類		3,868	-2.4
第 3 類		2,691	-2.2
第 4 類		152	-5.4
第 5 類		348	12.0
第 6 類		3,573	-0.8
男性		11,558	0.2
女性		11,723	0.5
未滿 15 歲		3,339	-2.6
15—64 歲		17,379	0.6
65 歲以上		2,563	2.7
第 1~3 類平均投保金額	元	34,087	1.7
應收保險費	億元	4,824	2.9
保險對象負擔		1,800	2.0
投保單位負擔		1,822	4.6
政府補助		1,202	1.7
財務狀況			
實收保險費	億元	4,701	3.2
投保單位與保險對象 (含特定對象補助)		3,551	2.5
政府補助		1,150	5.6
保險收入(權責基礎)	億元	5,107	2.8
保險成本(權責基礎)	億元	4,842	4.7
醫事服務機構特約及管理			
特約醫事服務機構家數	家	26,317	2.2
西醫		10,504	1.4
中醫		3,205	2.1
牙醫		6,349	1.4
藥局		5,284	4.9

	單位	101 年	較上年同期增減百分比 (%)
特約醫事服務機構病床數	床	146,353	0.0
急性		128,551	-0.1
慢性		17,802	0.9
特約醫事服務機構保險病床數	床	121,249	1.0
急性		104,101	1.0
慢性		17,148	0.7
醫療給付			
醫療點數 (排除代辦案件)	億點	5,655	2.4
門診		3,890	3.1
申請點數		3,600	3.3
部分負擔		290	0.7
住院		1,765	0.9
申請點數		1,693	0.9
部分負擔		73	0.5
醫療費用申報件數 (排除代辦案件)	千件		
門診		365,406	1.0
住院		3,177	0.3
平均每件醫療點數 (排除代辦案件)	點		
門診		1,065	2.2
住院		55,567	0.6
醫療費用核付點數 (含代辦案件)	億點	5,317	3.0
門診		3,645	3.8
住院		1,672	1.3
醫療費用核付金額 (含代辦案件)	億元	4,911	4.2
門診		3,373	4.7
住院		1,538	2.9
重大傷病實際有效領證數	張	961,265	4.6
重大傷病醫療費用申報點數	億點	1,558	3.6

三、統計分析

(一) 承保業務

全民健康保險為強制性的社會保險，全民納保，全民就醫權益平等，當民眾罹患疾病、發生傷害、或生育，均可公平獲得醫療服務。全民健康保險被保險人分為 6 大類，每一類別的投保金額、保險費負擔比率及保險費計算方式皆有差異。被保險人所屬服務機關、學校、事業、機構、雇主、團體或指定單位應負責辦理被保險人及眷屬的投退保等異動手續。

1. 保險對象

(1) 保險對象較上年增加 8 萬 2 千人，以第 1 類人數增加最多，第 5 類增幅最大。

101 年底保險對象人數為 2,328 萬 1 千人，較上年增加 8 萬 2 千人或 0.4%，近 10 年間平均年增率 0.6%。

按保險對象類別分，以第 1 類投保人數 1,264 萬 9 千人最多，其次依序為第 2 類 386 萬 8 千人，第 6 類 357 萬 3 千人，第 3 類 269 萬 1 千人，以第 4 類及第 5 類之人數最少，分別為 15 萬 2 千人及 34 萬 8 千人。

若觀察各類保險對象之變動情形，以第 1 類較上年增加 17 萬 9 千人最多，第 5 類及第 6 類分別增加 3 萬 7 千人及 2 萬 8 千人；第 2 類、第 3 類及第 4 類則均呈減少趨勢，分別減少 9 萬 4 千人、5 萬 9 千人及 9 千人。

各類保險對象中，以第 5 類保險對象之增幅最大，較上年增加 12.0%；以第 4 類減少 5.4%，減幅最大。

圖 1 保險對象人數—按保險對象類別分
民國 101 年底

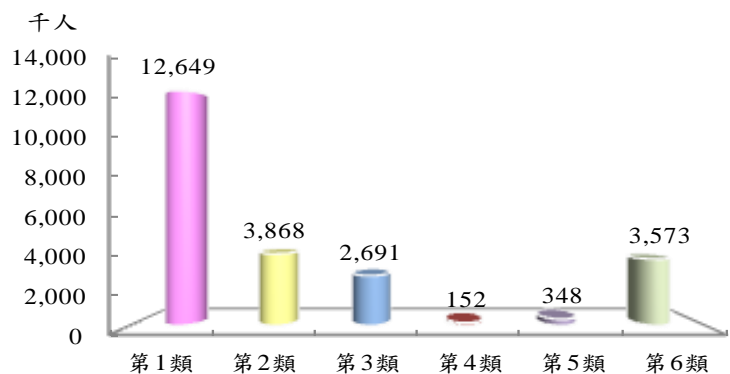
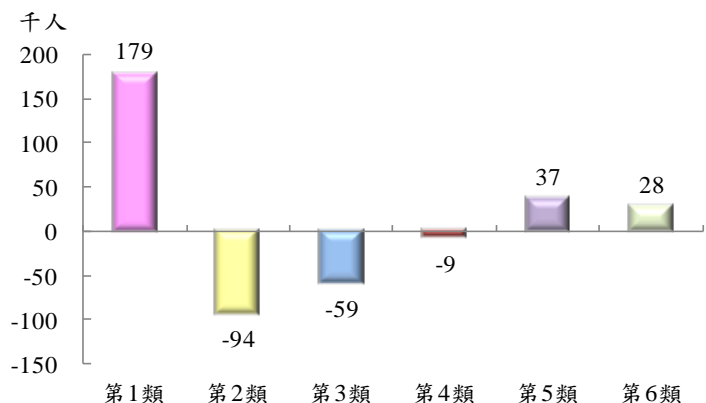


圖 2 保險對象人數較上年變動情形
—按保險對象類別分
民國 101 年底



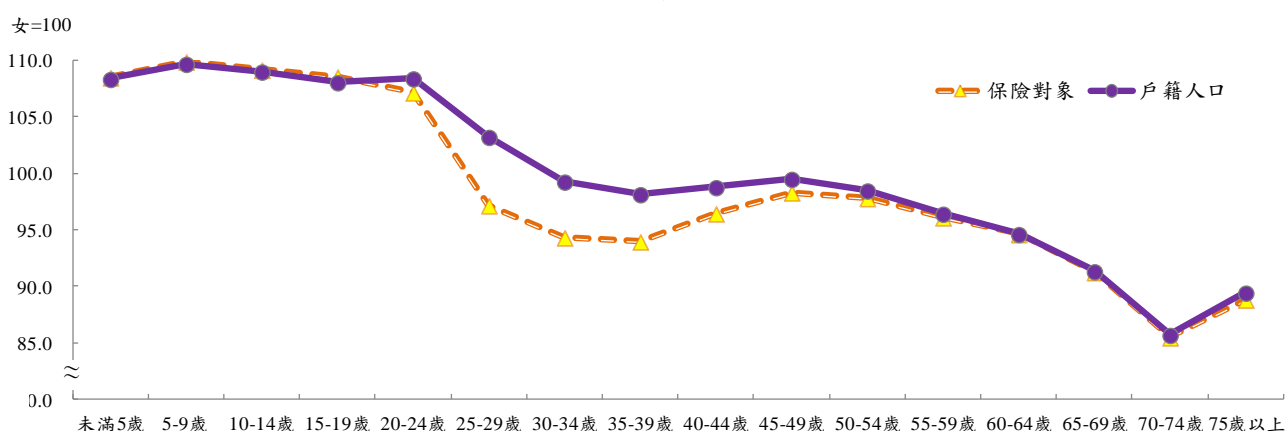
(2)保險對象性比例為 98.6，未滿 25 歲者性比例均超過 100，25 歲以上者均低於 100。

101 年底男性保險對象為 1,155 萬 8 千人，女性為 1,172 萬 3 千人，性比例為 98.6，其中未滿 25 歲各年齡組之男性保險對象多於女性，性比例均超過 100，而 25 歲以上則以女性保險對象較多，致各年齡組之性比例均低於 100。

101 年底戶籍人口性比例 100.3，因 101 年底保險對象尚未納入監所收容人口，且除本國籍人口外，亦包括投保之非本國籍人口，致全體保險對象之性比例低於戶籍人口，其中以 25—39 歲各年齡組之差異最為顯著。

圖 3 保險對象與戶籍人口性比例—按年齡分

民國 101 年底



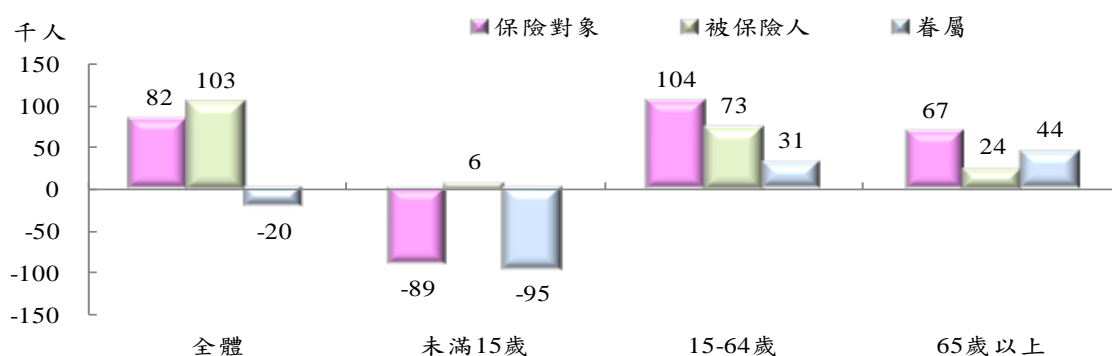
備註：戶籍人口為 101 年底內政部戶政司戶籍資料。

(3)投保眷屬中幼年人口減少，致未滿 15 歲保險對象較上年減少 8 萬 9 千人。

101 年底未滿 15 歲保險對象 333 萬 9 千人或占 14.3%，15—64 歲者 1,737 萬 9 千人或占 74.6%，65 歲以上者 256 萬 3 千人或占 11.0%。若與上年比較，15—64 歲青壯年保險對象增加 10 萬 4 千人，65 歲以上老年保險對象亦增加 6 萬 7 千人，唯有未滿 15 歲幼年保險對象減少 8 萬 9 千人，主要係因該年齡組之投保眷屬減少所致。

圖 4 保險對象人數較上年變動情形—按年齡分

民國 101 年底



(4)保險對象以臺北市增加 3 萬 7 千人最多，金門縣增加 3.0%增幅較大。

若按縣市觀察，101 年底保險對象以臺北市 464 萬 6 千人最多，其次依序為新北市、臺中市及高雄市，保險對象人數均超過 250 萬人，以連江縣 7 千人最少。

若與上年比較，以臺北市增加 3 萬 7 千人最多，新北市增加 2 萬 5 千人次之，臺中市增加 2 萬 3 千人居第 3，屏東縣則較上年減少 8 千人最多；而各縣市中，以金門縣增加 3.0%增幅較大，以基隆市減少 1.4%減幅較大。

圖 5 保險對象人數—按縣市分

民國 101 年底

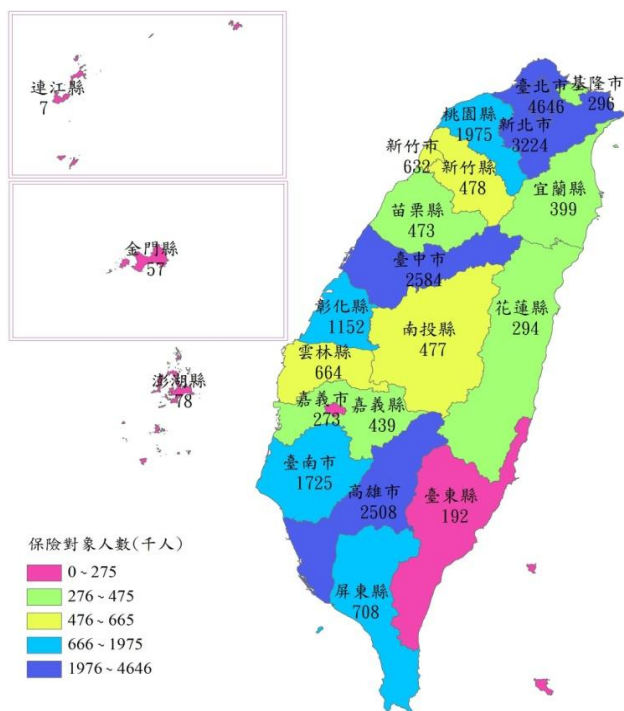
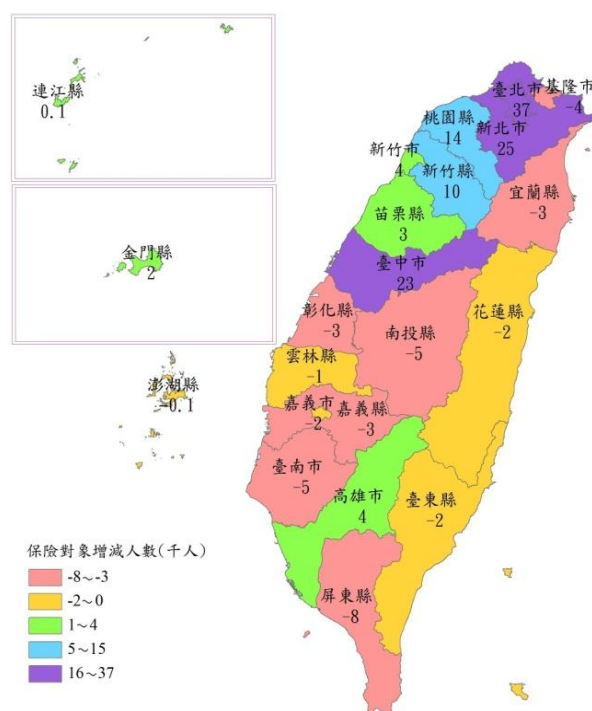


圖 6 保險對象人數較上年變動情形—按縣市分

民國 101 年底



2.投保金額

(1)第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 34,087 元，以專門職業及技術人員自行執業者 67,376 元最高。

101 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 34,087 元，較上年略增加 1.7%，近 10 年間平均年增率 2.1%；第 4 類至第 6 類無投保金額，每人平均保險費與上年相同，分別為第 4、5 類 1,376 元，第 6 類 1,249 元。

第 1 類至第 3 類之被保險人平均投保金額分別為 39,090 元、26,776 元及 21,900 元，各保險對象類目中，以第 1 類第 5 目之專門職業及技術人員自行執業者 67,376 元最高，惟較上年減少 4.7%，為各類目中減幅最大者；其次為第 1 類第 1 目政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員 58,619 元，較上年增加 1.5%，其餘均未及 5 萬元，以第 3 類農民、漁民及農田水利會會員之 21,900 元最低，與上年相同。

圖 7 第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額
—按保險對象類別分

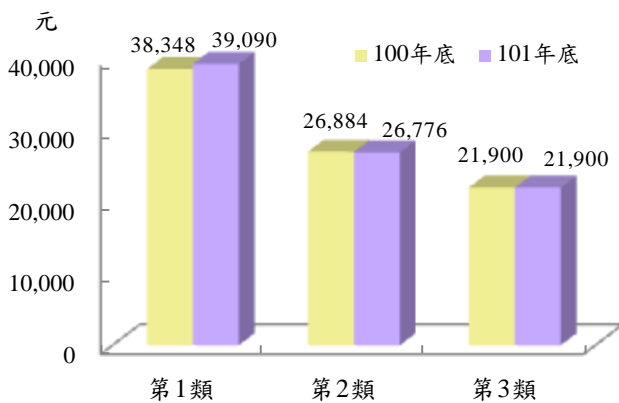
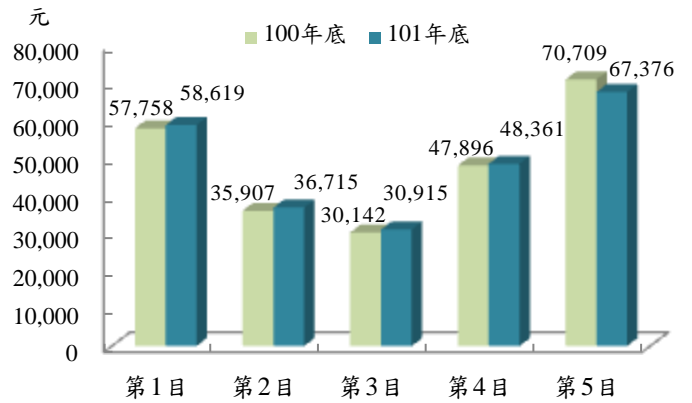


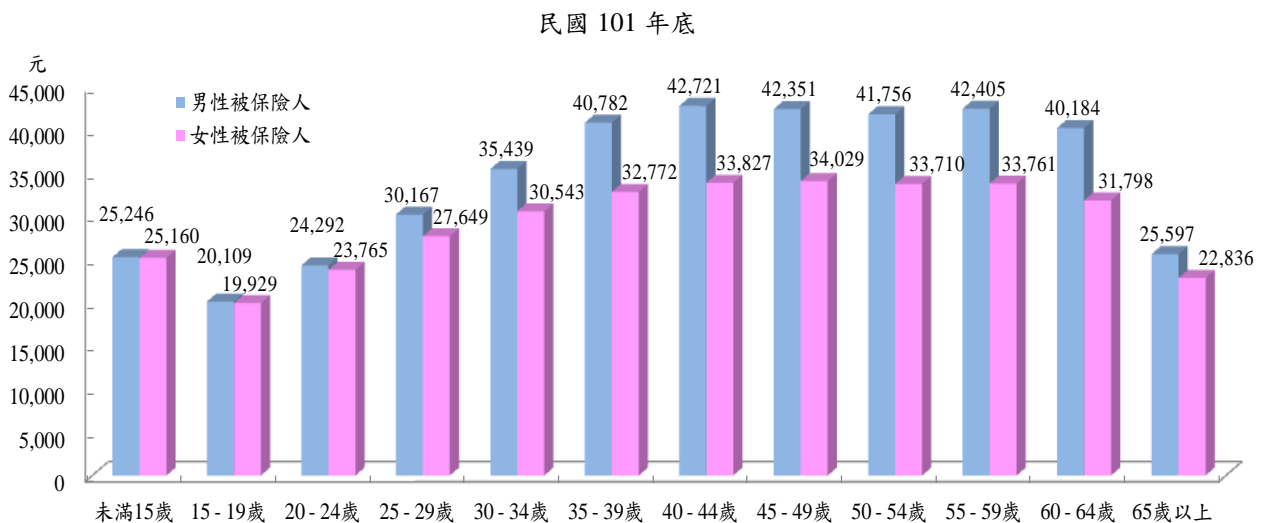
圖 8 第 1 類被保險人平均投保金額
—按保險對象類目分



(2) 男性被保險人平均投保金額 37,270 元，高於女性 30,888 元。

101 年底第 1 類至第 3 類男性被保險人平均投保金額為 37,270 元，高於女性被保險人 30,888 元。按年齡組分，男性以 40—44 歲年齡組之平均投保金額最高，女性則以 45—49 歲年齡組最高，兩性均以 15—19 歲年齡組最低，而各年齡組男性平均投保金額均高於女性，其中以 35—64 歲間各年齡組差異較大，差距均超過 8,000 元。

圖 9 第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額—按性別及年齡分



3.應收保險費

全民健保經費主要來自保險費收入，保險費的負擔比率因保險對象類別而有不同，其中第4類義務役軍人、替代役、第5類低收入戶和第6類無職業的榮民，保險費完全由政府補助。

(1)應收保險費較上年增加 136 億元，以第 1 類增加 126 億元最多。

101 年應收保險費計 4,824 億元，較上年增加 136 億元或 2.9%，近 10 年間平均年增率 4.8%。以第 1 類 3,106 億元最多，其次為第 2 類 666 億元，第 6 類 581 億元，第 3 類 394 億元，第 4 類及第 5 類最少，分別為 23 億元及 55 億元。

與上年比較，以第 1 類增加 126 億元最多，其次為第 2 類增加 10 億元，因該類保險對象人數於下半年開始下降，致年底人數雖較上年減少，惟應收保險費仍呈增加，第 5 類增加 8 億元；第 6 類則較上年減少 5 億元最多，因該類保險對象人數從年初開始有下降趨勢，惟年底人數反呈增加，致年底人數雖較上年增加，惟應收保險費仍呈減少，第 3 類及第 4 類則分別減少 2 億元及 0.5 億元。

圖 10 應收保險費—按保險對象類別分

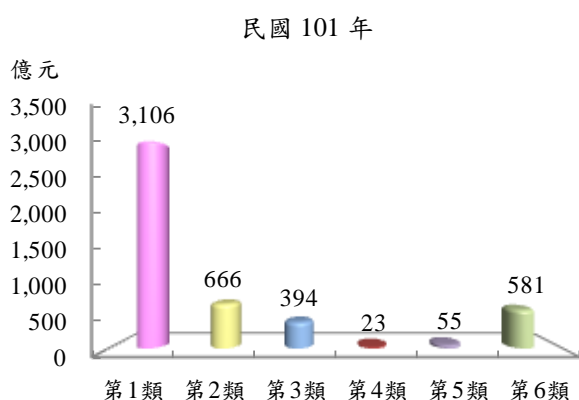
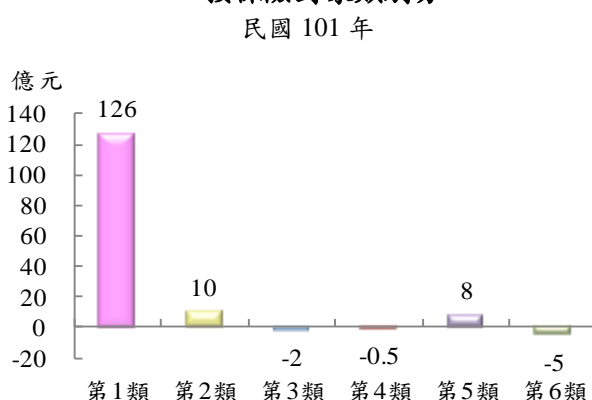


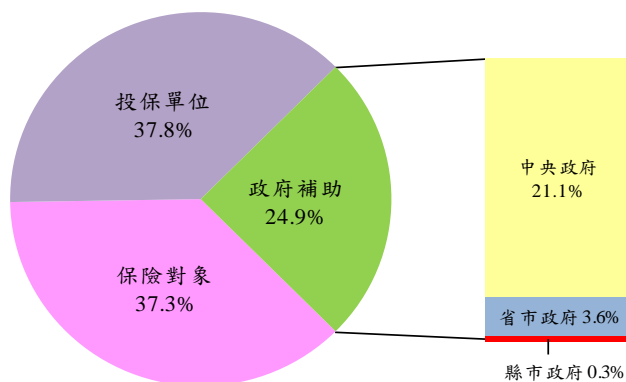
圖 11 應收保險費較上年變動情形—按保險對象類別分



(2)保險對象負擔保險費比率為 37.3%，投保單位及政府補助分別為 37.8%、24.9%。

101 年應收保險費中，保險對象與投保單位負擔（係指法定負擔，未以減免補助金額進行調整計算）分別為 1,800 億元與 1,822 億元，分占 37.3%與 37.8%，政府補助 1,202 億元占 24.9%，其中中央政府補助 1,017 億元占 21.1%，省市政府補助 173 億元占 3.6%，縣市政府補助 12 億元占 0.3%。

圖 12 應收保險費—按來源別分



(二) 財務狀況^{註1}

全民健康保險之主要財源為保險費收入，由被保險人、投保單位及各級政府共同負擔。近年來由於受國內人口日趨老化、醫療新科技的引進及對重症病患加強照護等因素影響，健保醫療給付費用大幅成長，致保費收入不足以支應醫療費用支出，健保財務已遭遇嚴峻的挑戰。為舒緩財務短絀，除持續推動各項開源節流措施，並於 99 年 4 月調整保險費率，以防止健保財務缺口繼續擴大。另積極推動健保財務制度改革（2 代健保），以擴大保費費基，讓負擔更趨公平及合理。

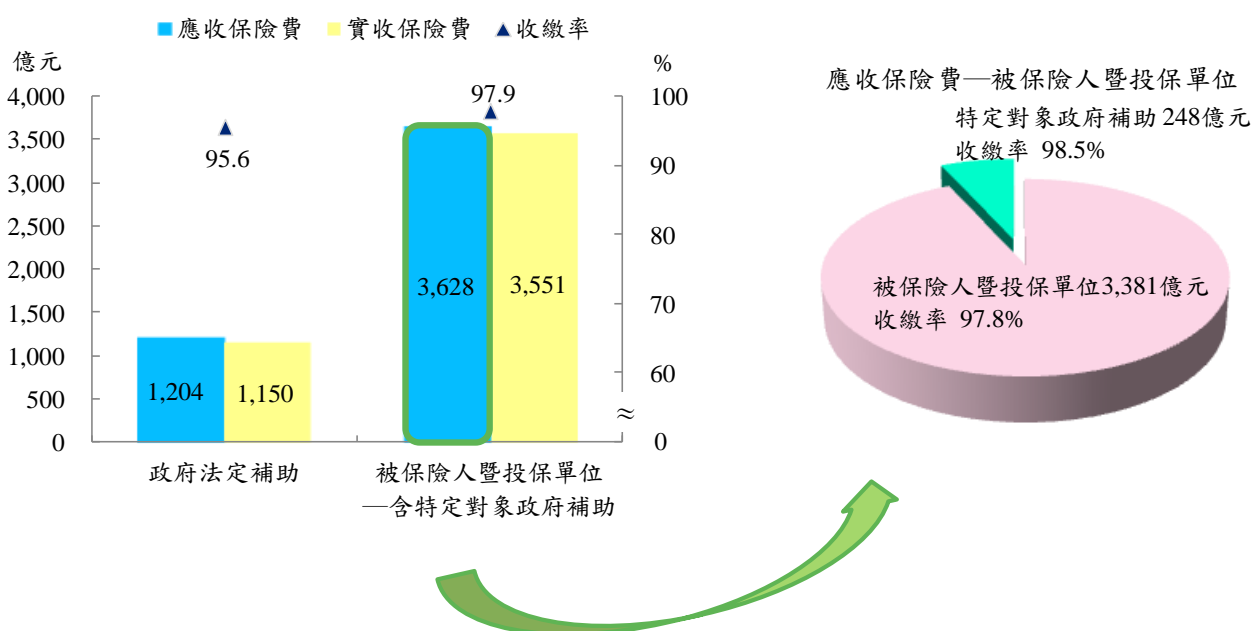
1. 保險費收繳概況

(1) 應收保險費 4,832 億元，收繳率 97.3%。

101 年應收保險費^{註2} 4,832 億元，較上年增加 2.9%；實收保險費 4,701 億元，較上年增加 3.2%；收繳率 97.3%。其中被保險人暨投保單位應收保險費 3,628 億元（含特定對象政府補助 248 億元），實收保險費 3,551 億元（含特定對象政府補助 244 億元），收繳率 97.9%；政府法定補助應收保險費 1,204 億元，實收保險費 1,150 億元，收繳率 95.6%。

圖 13 保險費收繳情形

民國 101 年

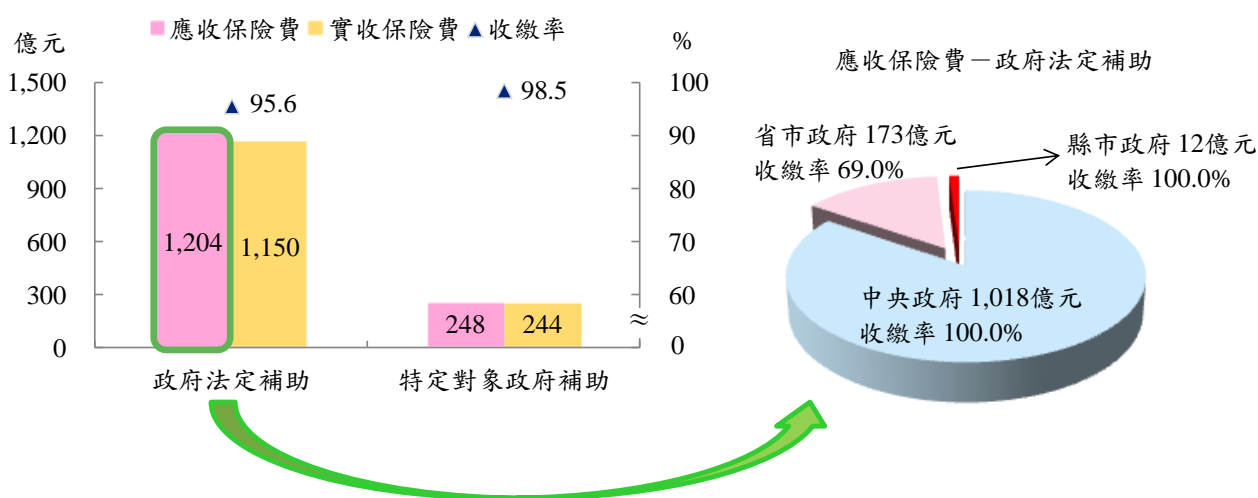


(2)政府應負擔補助 1,451 億元，收繳率 96.1%。

101 年政府應負擔補助（含法定補助^{註3}及特定對象補助^{註4}）1,451 億元，實際補助 1,394 億元，收繳率 96.1%。其中應負擔法定補助 1,204 億元，實際補助 1,150 億元，收繳率 95.6%（中央政府應負擔補助 1,018 億元，收繳率 100%；省市政府應負擔補助 173 億元，實際補助 119 億元，收繳率 69.0%；縣市政府應負擔補助 12 億元，收繳率 100%），而特定對象政府應負擔補助 248 億元，實際補助 244 億元，收繳率 98.5%。

圖 14 政府應負擔補助

民國 101 年

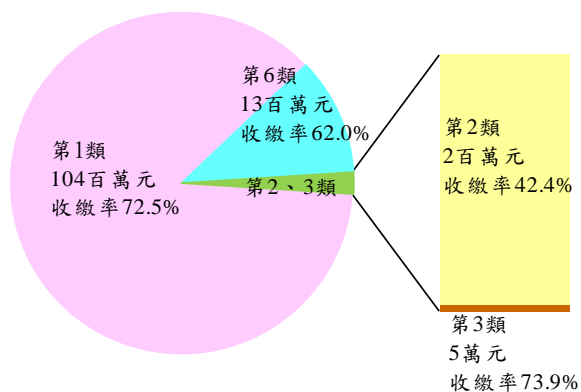


(3)應收滯納金 120 百萬元，收繳率 70.7%。

被保險人或投保單位逾期繳納保險費者，應繳納滯納金。101 年應收滯納金 120 百萬元，實收滯納金 85 百萬元，收繳率 70.7%。若按保險對象類別觀察，第 1 類保險對象應收滯納金 104 百萬元或占 86.8%最多，第 6 類為 13 百萬元或占 11.1%居次，第 2 類為 2 百萬元或占 2.0%，第 3 類為 5 萬元或占 0.04%最低。

圖 15 應收滯納金—按保險對象類別分

民國 101 年

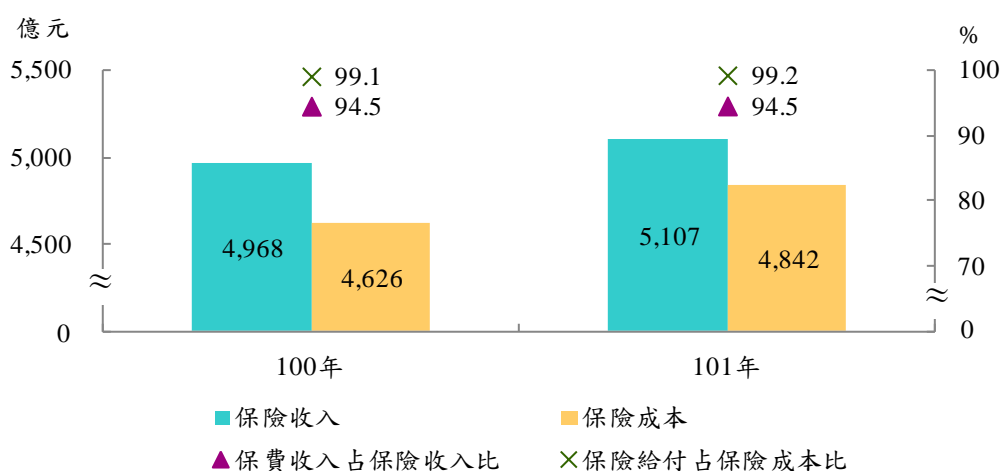


2.財務概況

(1)權責收支淨結餘 265 億元。

觀察財務收支概況(權責基礎),101年保險收入5,107億元,較上年增加2.8%,其中保費收入4,829億元或占94.5%,為主要收入來源;保險成本4,842億元,較上年增加4.7%,以保險給付(醫療費用)4,804億元或占99.2%最多;收支淨結餘265億元,因截至100年底尚有待安全準備填補之短絀數55億元,填補後安全準備結餘數210億元。

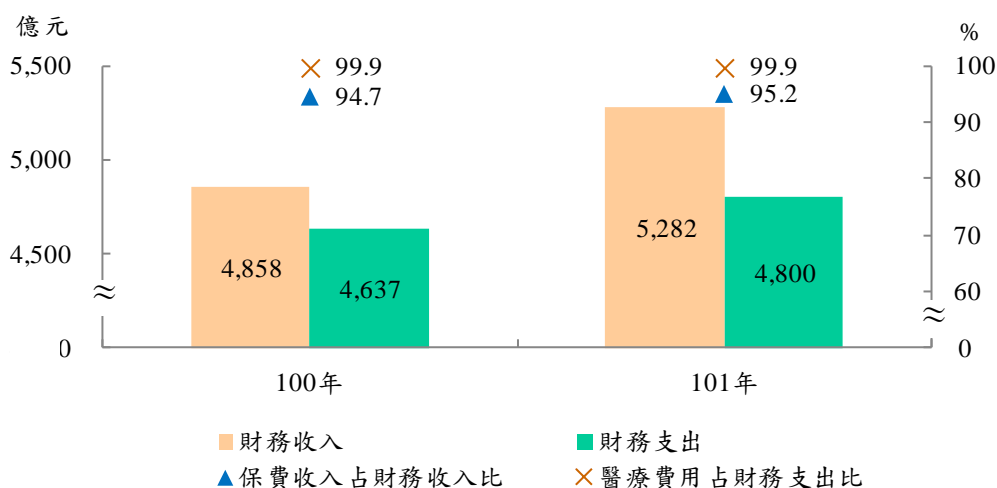
圖 16 財務收支概況—權責基礎



(2)財務收入 5,282 億元，支出 4,800 億元，償還銀行融資 485 億元。

觀察資金流量概況,101年財務收入5,282億元,較上年增加8.7%,其中保費收入5,028億元或占95.2%,為主要收入來源;財務支出4,800億元,較上年增加3.5%,以醫療費用支出4,796億元或占99.9%最多;償還銀行融資485億元,截至101年底累計短期借款為580億元。

圖 17 財務資金流量概況



附註：

1. 本篇資料更新日期為 102 年 5 月 9 日。
2. 本篇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. 本篇各層級政府法定補助係依全民健康保險法規定之補助層級分類。
4. 本篇特定對象政府補助（非法定政府補助）係指依全民健康保險法規定應由被保險人或投保單位負擔之保險費，由政府另行編列預算補助。

(三) 特約醫事服務機構及管理

保險醫事服務機構包括特約醫院及診所、特約藥局及其他經主管機關指定之特約醫事服務機構（如：助產機構、居家護理機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所、醫事檢驗所及醫事放射所）。

1. 特約醫事服務機構

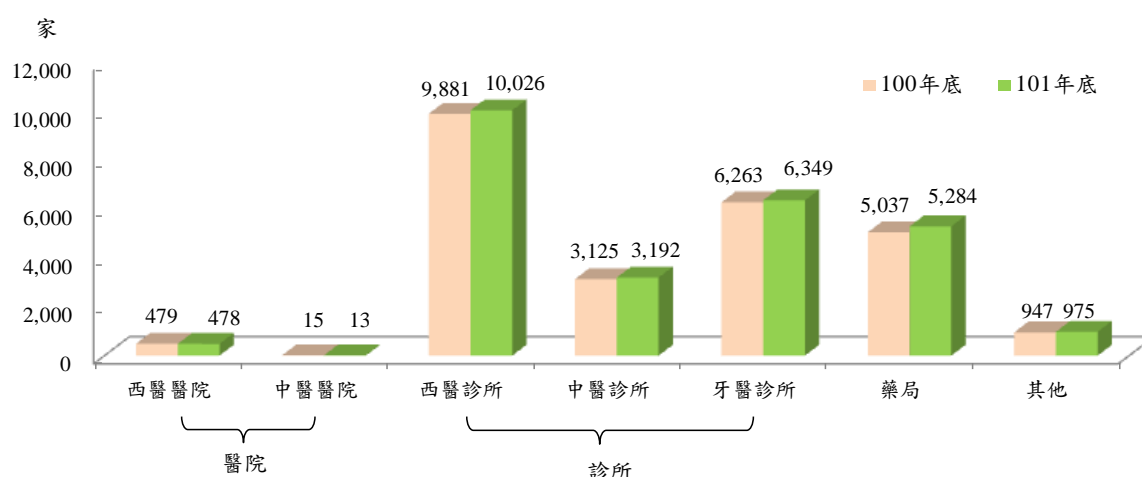
(1) 特約醫事服務機構較上年增加 570 家，惟醫院減少 3 家。

101 年底特約醫事服務機構 26,317 家，較上年增加 570 家或 2.2%，近 10 年間平均年增率 2.3%；其中醫院 491 家，診所 19,567 家，其他醫事機構 6,259 家。若與上年比較，除醫院減少 3 家外，診所及其他醫事機構則分別增加 298 家及 275 家。

(2) 藥局及西醫診所家數增加較多，分別為 247 家及 145 家。

101 年底特約醫院中，西醫醫院 478 家，中醫醫院 13 家，分別較上年減少 1 家及 2 家。特約診所中，以西醫診所 10,026 家最多，其次分別為牙醫診所 6,349 家，中醫診所 3,192 家；若與上年比較，則以西醫診所增加 145 家最多，牙醫診所及中醫診所分別增加 86 家及 67 家。特約其他醫事機構中，則以藥局 5,284 家最多，較上年增加 247 家亦最多，包括醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所及醫事放射所等其他醫事機構 975 家，較上年增加 28 家。

圖 18 特約醫事服務機構家數

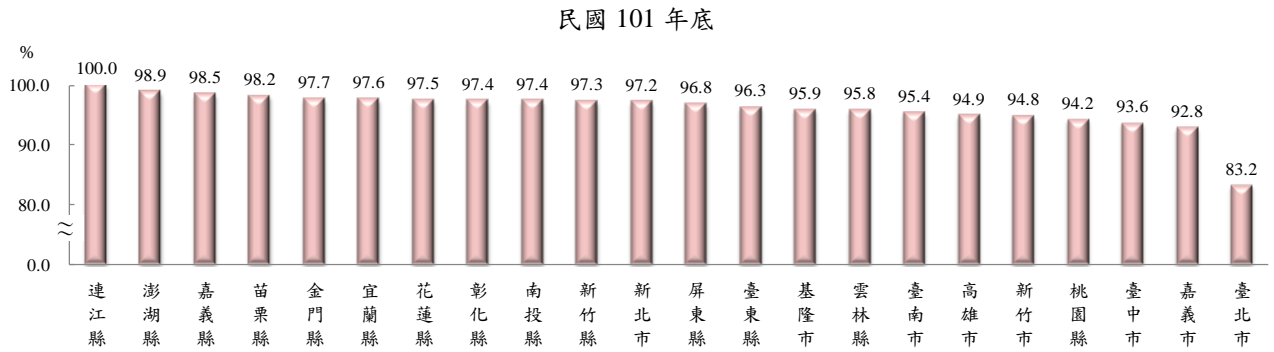


備註：「其他」包括醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所及醫事放射所。

(3) 特約醫事服務機構特約率為 93.7%，以臺北市 83.2% 最低。

101 年底特約醫事服務機構之特約率為 93.7%。若按縣市觀察，以臺北市 83.2% 最低，其次為嘉義市 92.8%，再其次為臺中市 93.6%，其餘縣市均超過全體特約率 93.7%，其中又以連江縣 100.0% 最高。

圖 19 特約醫事服務機構特約率—按縣市分



(4) 新北市特約醫事服務機構較上年增加 119 家最多，澎湖縣及新竹市則略減。

若按縣市觀察，特約醫事服務機構以新北市 4,040 家最多，其次依序為臺中市、臺北市及高雄市，均超過 3,000 家；以連江縣 8 家最少。若與上年比較，除連江縣與上年相同，澎湖縣及新竹市分別減少 1 家及 4 家外，其餘各縣市均呈增加，其中以新北市增加 119 家最多。

圖 20 特約醫事服務機構家數

—按縣市分
民國 101 年底

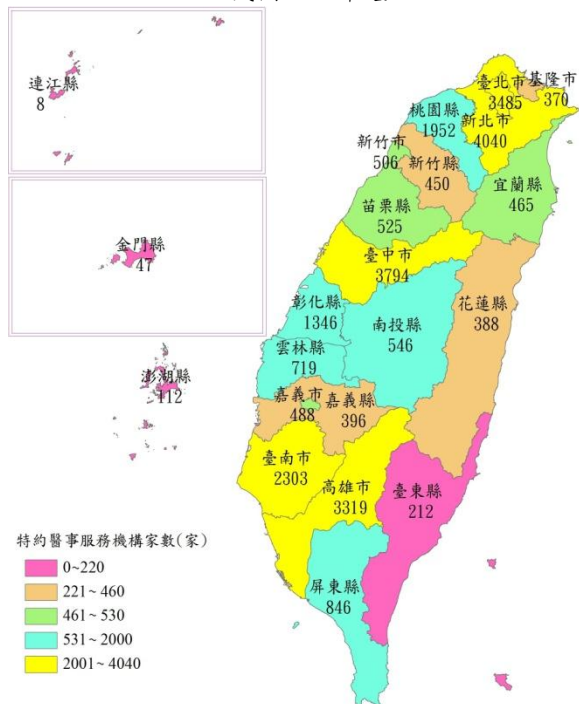
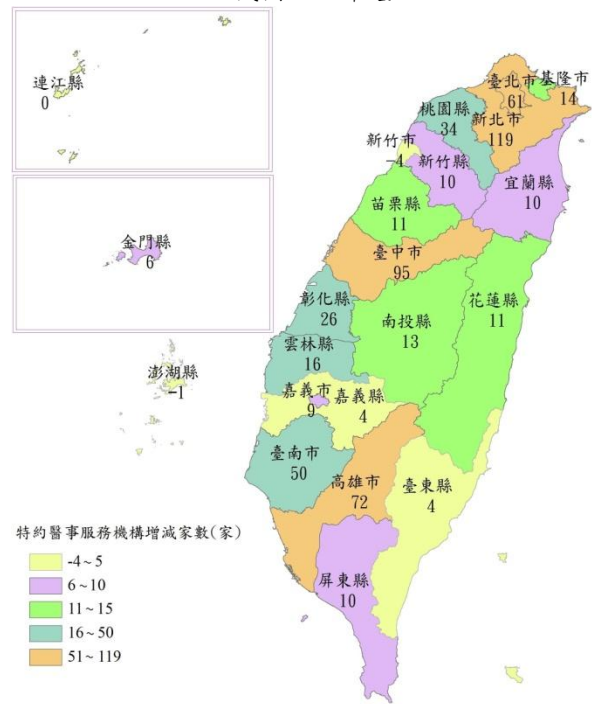


圖 21 特約醫事服務機構家數較上年變動情形

—按縣市分
民國 101 年底

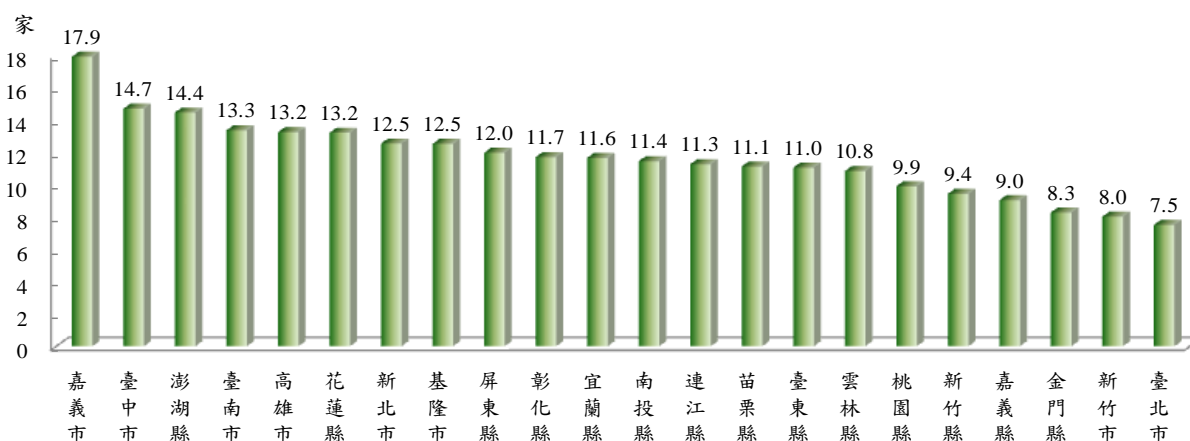


(5)每萬保險對象特約醫事服務機構家數以嘉義市 17.9 家最多，臺北市 7.5 家最少。

101 年底每萬保險對象特約醫事服務機構家數(特約醫事服務機構家數／保險對象×10,000)為 11.3 家。若按縣市觀察，以嘉義市 17.9 家最多，其次為臺中市 14.7 家、澎湖縣 14.4 家居第 3；以臺北市 7.5 家最少，其次為新竹市 8.0 家、金門縣 8.3 家，嘉義縣、新竹縣及桃園縣亦均未及 10 家。

圖 22 每萬保險對象特約醫事服務機構家數-按縣市分

民國 101 年底



2. 病床

全民健康保險的特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準及保險病床比率。病房區分急性與慢性兩類，其中保險病房係指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病房費差額的病房。

(1)特約醫事服務機構病床數較上年減少 24 床，惟保險病床增加 1,171 床。

101 年底特約醫事服務機構病床數為 146,353 床，較上年減少 24 床，近 10 年間平均年增率 1.7%；其中保險病床 121,249 床，非保險病床 25,104 床。若與上年比較，保險病床增加 1,171 床、非保險病床減少 1,195 床。

圖 23 特約醫事服務機構病床數

民國 101 年底

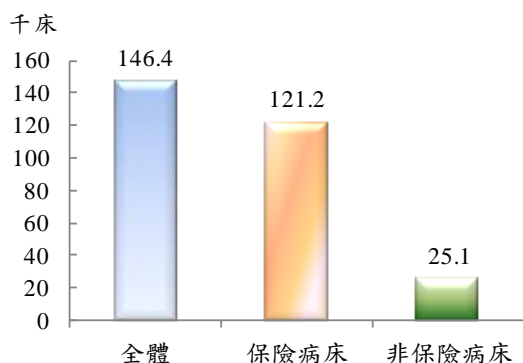
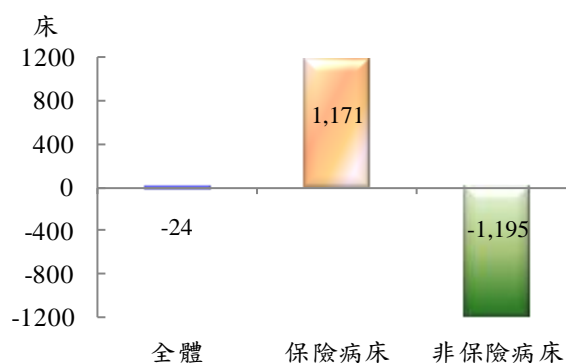


圖 24 特約醫事服務機構病床數較上年變動情形

民國 101 年底

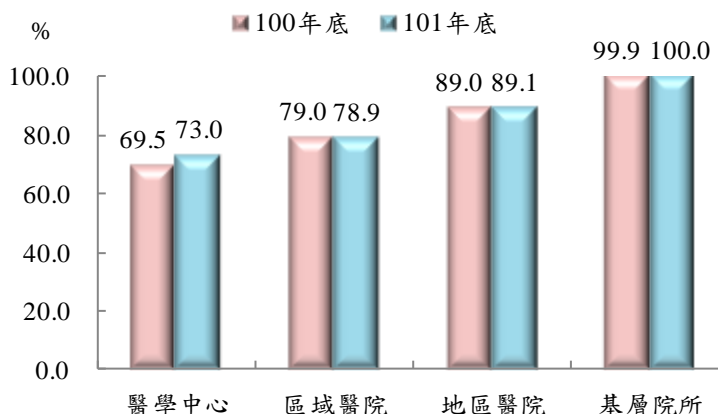


(2)保險病床占率 82.8%，以醫學中心增加 3.5 個百分點最多。

101 年底保險病床占率 82.8%，較上年增加 0.8 個百分點。按特約類別分，醫學中心保險病床占率 73.0%，區域醫院 78.9%，地區醫院 89.1%，基層院所 100.0%。

若與上年比較，除區域醫院略減 0.1 個百分點外，其餘均增加，其中以醫學中心增加 3.5 個百分點最多。

圖 25 保險病床占率-按特約類別分



(3)急性保險病床較上年增加 1,044 床，急性非保險病床減少 1,220 床。

按病床功能分，101 年底急性病床數為 128,551 床，慢性病床數為 17,802 床；而急性病床中為保險病床者 104,101 床，非保險病床者 24,450 床，慢性病床中為保險病床者 17,148 床，非保險病床者 654 床。

若與上年比較，急性病床減少 176 床，主要受非保險病床減少 1,220 床較多影響，急性保險病床仍較上年增加 1,044 床；慢性病床增加 152 床，保險病床及非保險病床分別增加 127 床及 25 床。

101 年底急性保險病床占率 74.9%，慢性保險病床占率 96.3%，分別較上年增加 1.2 個百分點、減少 0.1 個百分點。

圖 26 特約醫事服務機構病床數-按病床功能分
民國 101 年底

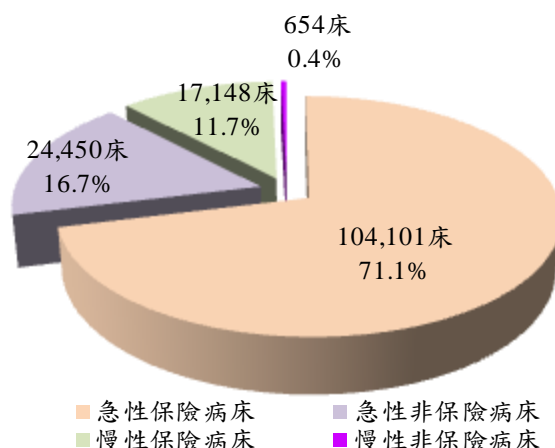
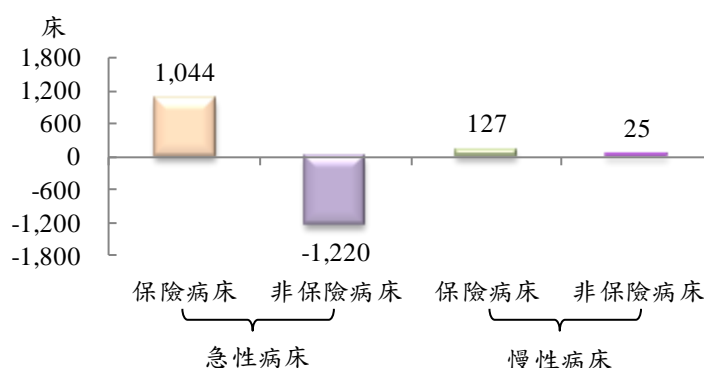


圖 27 特約醫事服務機構病床數較上年變動情形
-按病床功能分
民國 101 年底



(4)臺北市特約醫事服務機構病床數 21 千床最多，惟較上年減少 214 床亦最多。

若按縣市觀察，特約醫事服務機構病床數以臺北市 21,089 床最多，其次為高雄市 19,336 床，臺中市 19,105 居第 3，新北市、桃園縣及臺南市病床數亦均超過 1 萬床；以連江縣 52 床最少，其次為金門縣及澎湖縣，分別為 255 床及 474 床，均未超過 500 床。

若與上年比較，除連江縣、金門縣及澎湖縣與上年相同外，其餘縣市互有增減，其中以新北市增加 163 床最多，嘉義市增加 145 床次之，基隆市增加 101 床居第 3；以臺北市減少 214 床最多，其次為桃園縣減少 139 床，再其次為苗栗縣減少 112 床。

圖 28 特約醫事服務機構病床數

—按縣市分
民國 101 年底

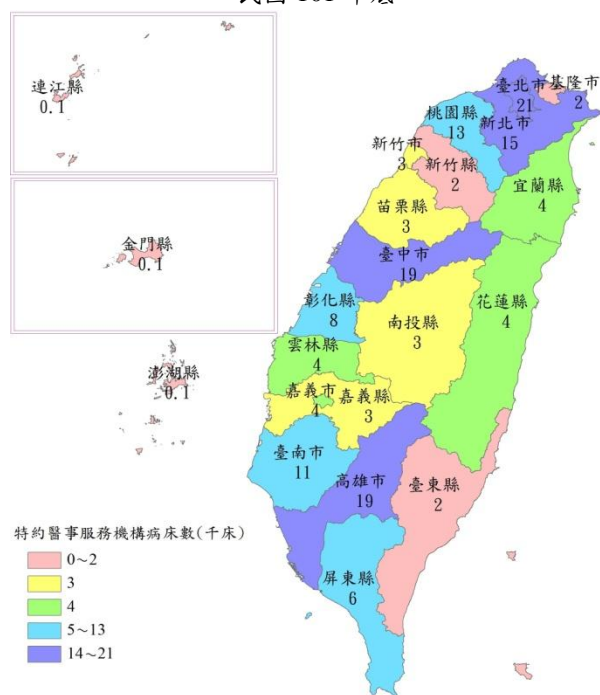
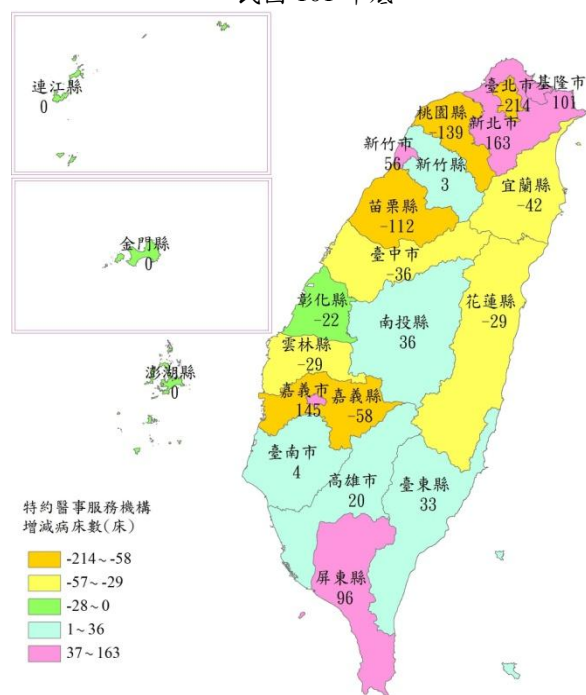


圖 29 特約醫事服務機構病床數較上年

變動情形—按縣市分
民國 101 年底

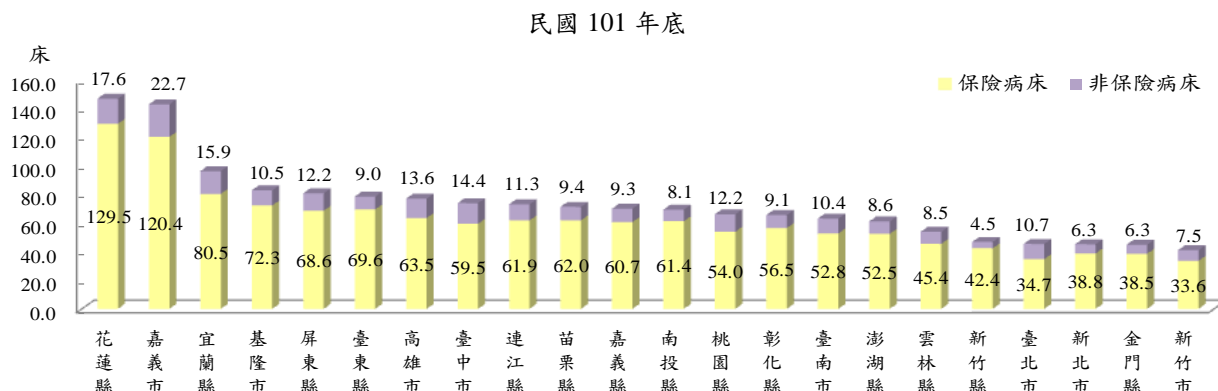


(5)每萬保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 147.1 床最多，新竹市 41.0 床最少。

101 年底每萬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 62.9 床，其中保險病床為 52.1 床，非保險病床為 10.8 床。

若按縣市觀察，每萬保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 147.1 床最多，其次為嘉義市 143.1 床；以新竹市 41.0 床最少，其次為金門縣 44.9 床。每萬保險對象特約醫事服務機構保險病床數亦以花蓮縣及嘉義市最多，分別為 129.5 床及 120.4 床；以新竹市 33.6 床最少，其次則為臺北市 34.7 床。

圖 30 每萬保險對象特約醫事服務機構病床數-按縣市分



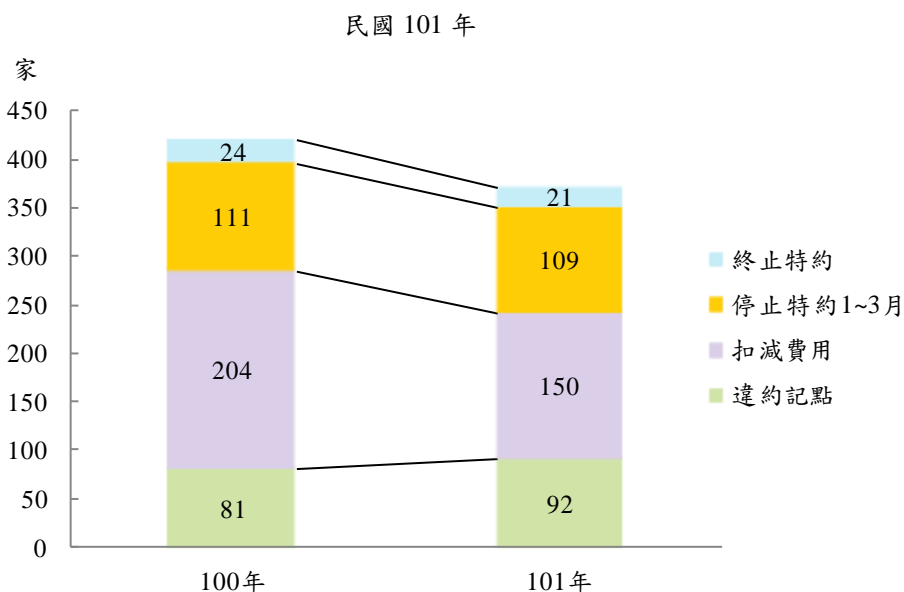
3.特約醫事機構之管理

本署自成立以來，為維護保險對象就醫品質，除對特約醫事服務機構加強輔導工作外，並依據「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」加強違規查核及異常管理，查核重點主要針對蓄意違規造假，詐領保險給付等重大違法案件，並適時協調檢警調司法機關會同查辦。

(1)查處違規醫療院所 372 家，以扣減費用 150 家最多。

101 年查處違規的醫療院所家數 372 家，合計占特約醫事服務機構 1.4%，較上年減少 48 家或 11.4%。其中以扣減費用 150 家最多，停止特約 1~3 個月 109 家，違約記點 92 家，終止特約 21 家最少。

圖 31 特約醫事服務機構查處及輔導家數



(四) 醫療給付

全民健康保險自 91 年 7 月起全面實施醫療費用總額預算支付制度，在各部門總額之下，仍以論服務量計酬為主，並逐步推動「論病例計酬」及「論質計酬」，以提升醫療服務品質，促進國民健康。另為提升醫療服務效率，使民眾獲得更完整之全人照顧，自 99 年 1 月起實施全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwanese Diagnosis Related Groups, 簡稱 Tw-DRGs) 支付制度，並自 100 年 7 月起試辦論人計酬支付制度。

依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定，保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月 20 日前檢具相關文件，採書面或電子媒體方式申請；其中採電子媒體方式申報者，得於 1 日至 15 日及 16 日至月底兩階段申報，並分別於次月 5 日及 20 日前檢送申報總表。住院案件的申報，若保險對象入院當月未出院，應於出院後一次申報住院費用；長期住院者則每二個月申報一次，惟若因實際作業需要，亦得按月申報。

保險醫事服務機構於規定期限內申報，且無文件不完整或填報錯誤者，保險人應於收到文件之日起依期限辦理暫付事宜，並於 60 日內核定，屆時未能核定者，應先行全額暫付。保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起 60 日內申復，保險人應於受理申復文件之日起 60 日內核定。實施總額預算部門，其保險醫事服務機構對申復案件審查結果有異議且符合再議條件時，得於申復結果送達日起 15 日內申請再議一次，保險人應於受理再議文件之日起 45 日內核定。

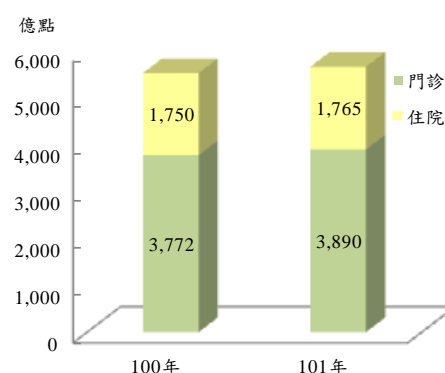
1. 醫療費用概況 (不含代辦案件)

101 年醫療點數 5,655 億點，較上年增加 2.4%，其中申請點數 5,293 億點，部分負擔 362 億點。門診醫療點數 3,890 億點，較上年增加 3.1%，其中申請點數 3,600 億點，部分負擔 290 億點；住院醫療點數 1,765 億點，較上年增加 0.9%，其中申請點數 1,693 億點，部分負擔 73 億點。

101 年門診醫療費用申報件數 3 億 6,541 萬件，較上年增加 1.0%，住院 318 萬件，較上年增加 0.3%。

101 年門診平均每件醫療點數 1,065 點，住院 55,567 點，平均每件住院日數 9.9 日。

圖 32 醫療點數



(1)門診醫療點數以基層院所最高，住院則以醫學中心最高。

按特約類別分，101 年門診醫療點數以基層院所 1,569 億點或占 40.3% 最高，其次依序為區域醫院 840 億點，醫學中心 827 億點，地區醫院 400 億點，三者合占 53.1%；住院醫療點數則以醫學中心 747 億點或占 42.3% 最高，其次為區域醫院 702 億點或占 39.8%，地區醫院 295 億點或占 16.7%，以基層院所 21 億點最少，僅占 1.2%。

門診平均每件醫療點數依序為醫學中心 2,400 點，區域醫院 1,848 點，地區醫院 1,367 點，基層院所 612 點，其他醫事機構 466 點，藥局 322 點；住院平均每件醫療點數依序為醫學中心 71,393 點，區域醫院 48,913 點，地區醫院 47,329 點，基層院所 29,128 點。

圖 33 門診醫療點數—按特約類別分

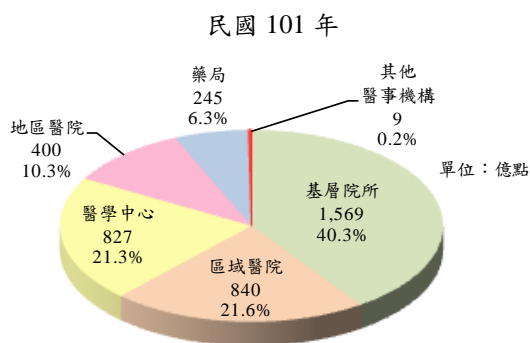
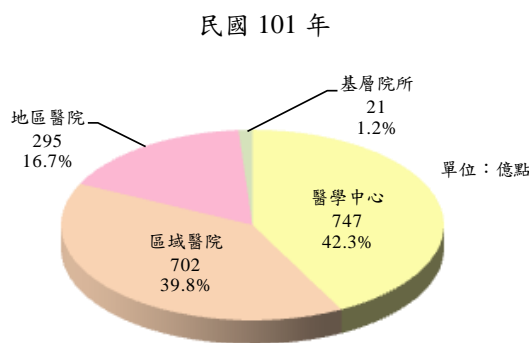


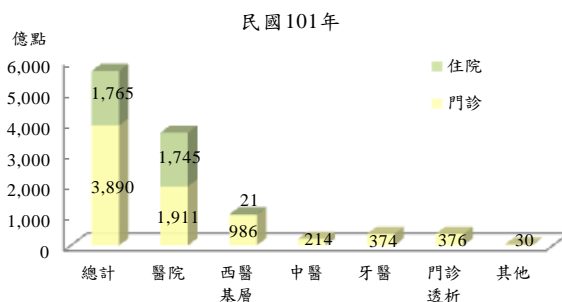
圖 34 住院醫療點數—按特約類別分



(2)總額別醫療點數以醫院總額占 64.6% 最高。

依總額部門別分，以醫院 3,656 億點（門診 1,911 億點，住院 1,745 億點）或占 64.6% 最高，其次為西醫基層 1,006 億點（門診 986 億點，住院 21 億點）或占 17.8%，中醫 214 億點，牙醫 374 億點，門診透析 376 億點。

圖 35 醫療點數—按總額部門別分



醫院門診平均每件醫療點數 1,845 點

，住院 56,171 點，西醫基層門診 521 點，住院 29,127 點，中醫 541 點，牙醫 1,190 點，門診透析 46,551 點。

(3)男性各年齡組門住診之平均每件醫療點數均高於女性。

按性別觀察，101 年男性門診醫療點數 1,884 億點或占 48.4%，女性 2,006 億點或占 51.6%；男性平均每件醫療點數 1,147 點，高於女性 997 點。再按年齡別觀察，15 歲以上各年齡組女性門診醫療點數均高於男性；男性各年齡組之平均每件醫療點數則均高於女性。

圖 36 門診醫療點數—按性別年齡別分
民國 101 年

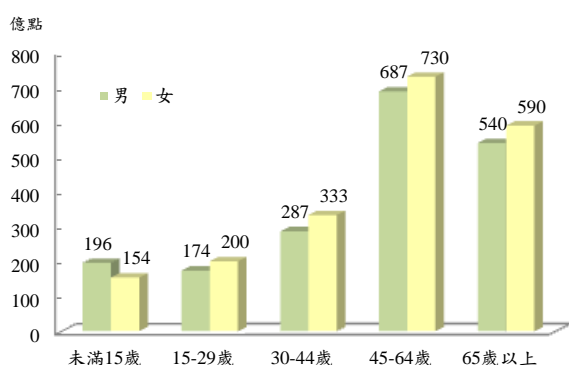
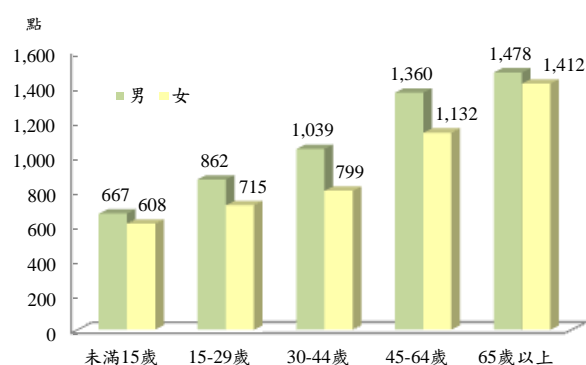


圖 37 門診平均每件醫療點數—按性別年齡別分
民國 101 年



按性別觀察，101 年男性住院醫療點數 946 億點或占 53.6%，女性 820 億點或占 46.4%；男性平均每件醫療點數 60,402 點，高於女性 50,871 點。再按年齡別觀察，15—44 歲各年齡組女性住院醫療點數均高於男性，其餘年齡組男性則高於女性；男性各年齡組之平均每件醫療點數則均高於女性。

圖 38 住院醫療點數—按性別年齡別分
民國 101 年

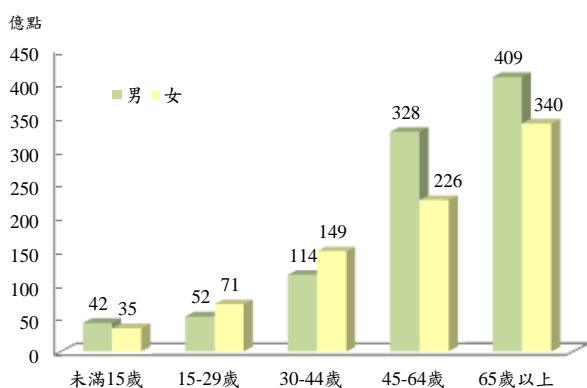
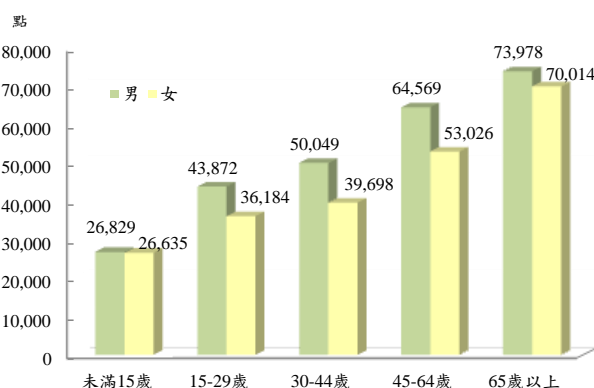


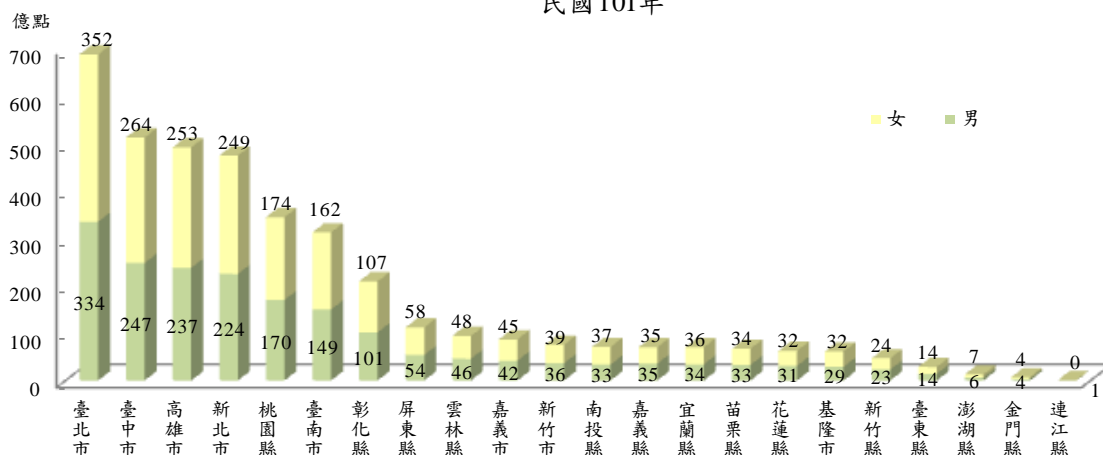
圖 39 住院平均每件醫療點數—按性別年齡別分
民國 101 年



(4)五都加準直轄市桃園縣醫療費用占率逾7成。

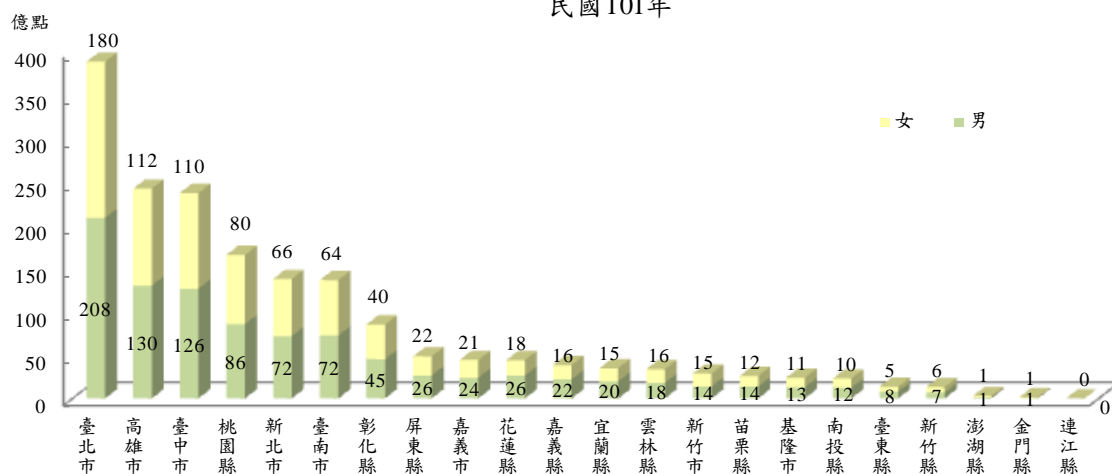
若按縣市別觀察，101 年門診醫療點數以臺北市 686 億點最高，占 17.6%，臺中市 512 億點次之，占 13.1%，高雄市 491 億點第三，占 12.6%，新北市 473 億點第四，占 12.2%，五都加上準直轄市桃園縣占率逾 7 成。再按性別觀察，各縣市門診醫療點數僅嘉義縣、金門縣及連江縣男性高於女性，其餘縣市則以女性較高；各縣市男性平均每件醫療點數均高於女性。

圖 40 門診醫療點數—按性別及縣市別分
民國 101 年



若按縣市別觀察，101 年住院醫療點數以臺北市 388 億點最高，占 22.0%，高雄市 242 億點次之，占 13.7%，臺中市 237 億點第三，占 13.4%，桃園縣 165 億點第四，占 9.4%，五都加上準直轄市桃園縣占率逾 7 成。再按性別觀察，各縣市住院醫療點數僅新竹市女性高於男性，其餘縣市則以男性較高；各縣市平均每件醫療點數僅連江縣女性高於男性，其餘縣市則均以男性較高。

圖 41 住院醫療點數—按性別及縣市別分
民國 101 年



(5) 門診醫療費用中以診療及材料費居首，住院則以病房費最高。

若按各項醫療費用實際發生數觀察，101 年門診各項醫療費用明細計 3,889 億點，其中男性 1,882 億點，女性 2,006 億點，兩性均以診療及材料費居首，藥費次之。

若按年齡別分，未滿 15 歲年齡組以診察費居首，15 歲以上各年齡組則以診療及材料費最高，其中 15—44 歲各年齡組以診察費居次，45 歲以上各年齡組則以藥費居次。

圖 42 門診醫療費用明細—按性別分

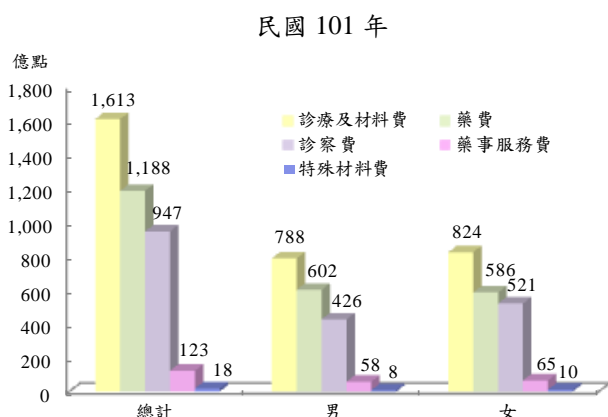
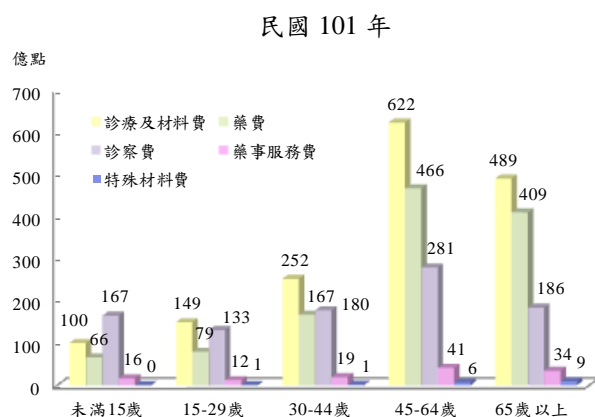


圖 43 門診醫療費用明細—按年齡別分



101 年住院各項醫療費用明細合計 1,730 億點，以病房費居首，藥費次之，手術費第三。其中男性 940 億點，以病房費居首，藥費次之，治療處置費第三；女性 789 億點，以病房費居首，手術費次之，藥費第三。

若按年齡別分，各年齡組均以病房費最高，未滿 15 歲與 65 歲以上年齡組以治療處置費居次，藥費第三，15—44 歲各年齡組以手術費居次，藥費第三，45—64 歲年齡組則以藥費居次，手術費第三。

圖 44 住院前五大醫療費用明細—按性別分

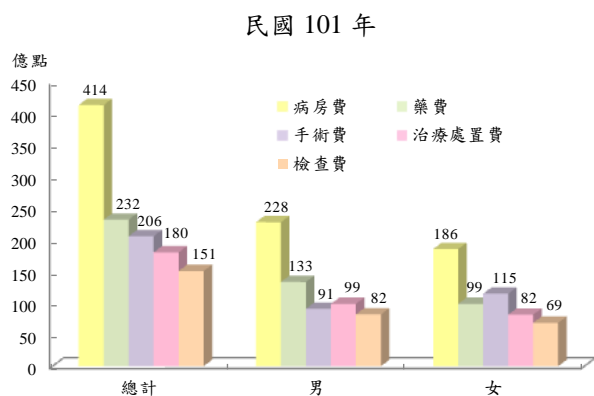
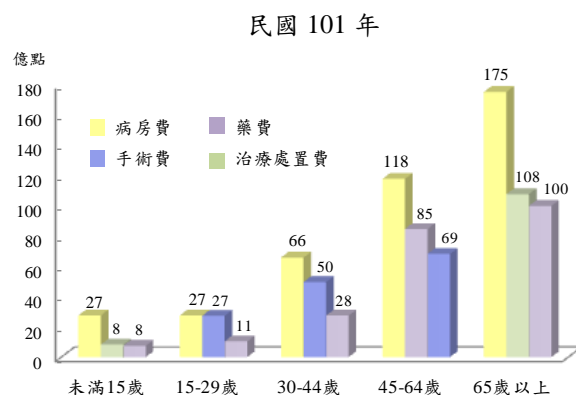


圖 45 住院前三大醫療費用明細—按年齡別分



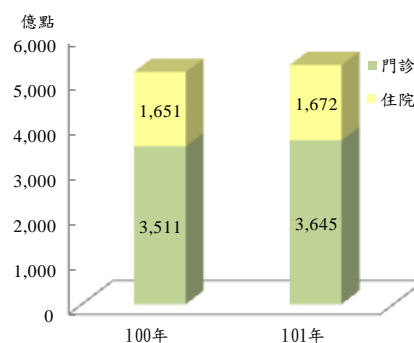
2. 醫療費用核付概況 (不含部分負擔, 含代辦案件)

(1) 醫療費用核付點數 5,317 億點，較上年增加 3.0%。

101 年醫療費用核付點數 5,317 億點，較上年增加 3.0%；其中門診核付點數 3,645 億點，較上年增加 3.8%，住院 1,672 億點，較上年增加 1.3%。

101 年醫療費用核付金額 4,911 億元，較上年增加 4.2%；其中門診核付金額 3,373 億元，較上年增加 4.7%，住院 1,538 億元，較上年增加 2.9%。

圖 46 醫療費用核付點數

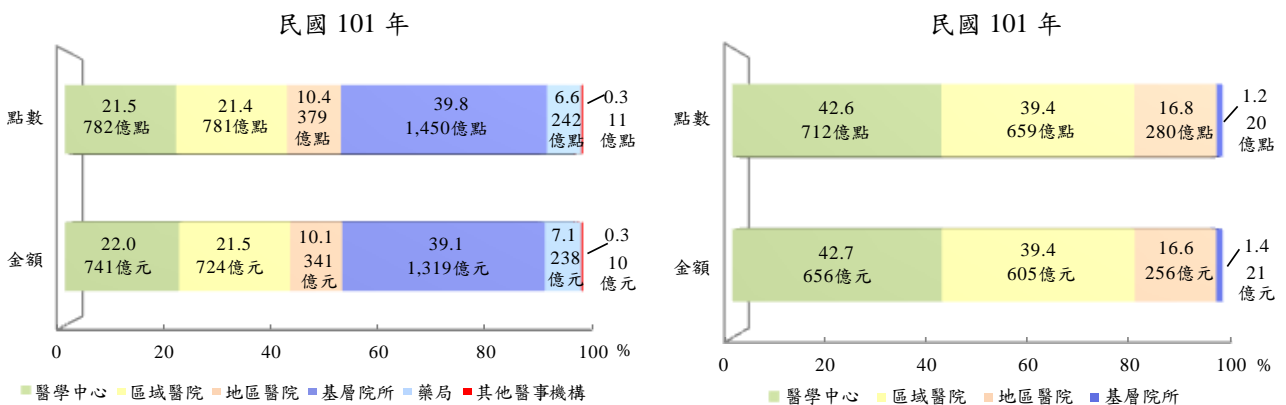


(2)門診核付點數以基層院所最高，住院則以醫學中心最高。

按特約類別分，門診核付點數以基層院所 1,450 億點最高，醫學中心 782 億點第二，區域醫院 781 億點第三；平均每件核付點數則以醫學中心 2,163 點最高，區域醫院 1,605 點次之，地區醫院 1,205 點第三。

住院核付點數以醫學中心 712 億點最高，區域醫院 659 億點第二，地區醫院 280 億點第三；平均每件核付點數則以醫學中心 66,675 點最高，區域醫院 44,354 點次之，地區醫院 42,304 點第三。

圖 47 門診醫療費用核付狀況—按特約類別分 **圖 48 住院醫療費用核付狀況—按特約類別分**

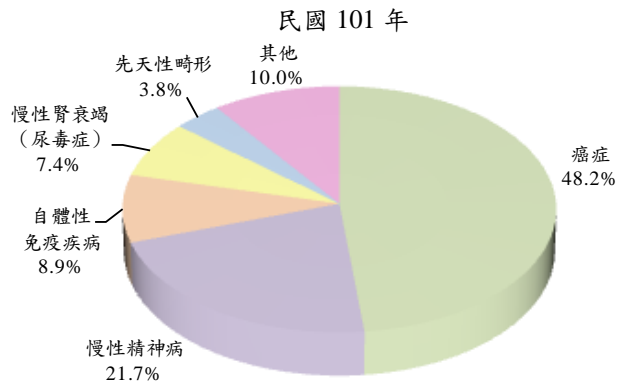


3.重大傷病醫療利用狀況

(1)重大傷病有效領證數 96 萬張，以癌症最多。

101 年底重大傷病實際有效領證數 96 萬張，較去年底增加 4 萬張或 4.6%。其中以癌症領證數最多，達 46 萬張，占 48.2%；慢性精神病 21 萬張居次，占 21.7%；自體性免疫疾病 9 萬張第三，占 8.9%，慢性腎衰竭（尿毒症）亦達 7 萬張，占 7.4%。

圖 49 重大傷病有效領證狀況



(2)重大傷病醫療點數以癌症居首，平均每人醫療點數以凝血因子異常最高。

101 年重大傷病醫療點數 1,558 億點，前三大疾病分別為癌症、慢性腎衰竭（尿毒症）及呼吸衰竭長期使用呼吸器。其中門診 851 億點，前三大疾病分別為慢性腎衰竭（尿毒症）、癌症及慢性精神病；住院 708 億點，前三大疾病分別為癌症、呼吸衰竭長期使用呼吸器及慢性精神病。

表 1 101 年前十大重大傷病

排序	門診			住院		
	疾病種類	醫療點數 (億點)	占率 (%)	疾病種類	醫療點數 (億點)	占率 (%)
-	總計	851	100.0	總計	708	100.0
1	慢性腎衰竭(尿毒症)	392	46.0	癌症	310	43.8
2	癌症	277	32.6	呼吸衰竭長期使用呼吸器	161	22.7
3	慢性精神病	47	5.5	慢性精神病	83	11.8
4	自體性免疫疾病	33	3.9	慢性腎衰竭(尿毒症)	52	7.3
5	凝血因子異常(血友病)	29	3.4	急性腦血管疾病	31	4.3
6	罕見疾病	19	2.2	重大創傷	15	2.1
7	器官移植	18	2.1	肝硬化症	13	1.8
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	8	1.0	自體性免疫疾病	10	1.3
9	新陳代謝異常	4	0.5	先天性畸形	9	1.2
10	先天性畸形	4	0.5	器官移植	7	1.0

101 年門診重大傷病平均每人醫療點數以凝血因子異常(血友病) 291 萬點最高，慢性腎衰竭(尿毒症) 52 萬點次之，罕見疾病 35 萬點第三，器官移植 21 萬點第四，溶血症 18 萬點第五；住院則以凝血因子異常(血友病) 130 萬點最高，呼吸衰竭長期使用呼吸器 73 萬點次之，嚴重營養不良 68 萬點第三，燒傷 64 萬點第四，早產兒併發症 45 萬點第五。

表 2 101 年前十大重大傷病平均每人醫療點數

排序	門診			住院		
	疾病種類	平均每人 醫療點數 (點)	倍數 (倍)	疾病種類	平均每人 醫療點數 (點)	倍數 (倍)
-	平均值	103,718	1.0	平均值	234,494	1.0
1	凝血因子異常(血友病)	2,911,971	28.1	凝血因子異常(血友病)	1,295,873	5.5
2	慢性腎衰竭(尿毒症)	522,288	5.0	呼吸衰竭長期使用呼吸器	732,984	3.1
3	罕見疾病	354,283	3.4	嚴重營養不良	683,439	2.9
4	器官移植	206,391	2.0	燒傷	640,727	2.7
5	溶血症	177,007	1.7	早產兒併發症	450,354	1.9
6	多發性硬化症	170,861	1.6	罕見疾病	427,868	1.8
7	嚴重營養不良	150,596	1.5	先天免疫不全	385,945	1.6
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	150,187	1.4	運動神經元疾病	374,096	1.6
9	先天免疫不全	133,088	1.3	溶血症	320,232	1.4
10	漢生病	76,100	0.7	庫賈氏症	283,371	1.2

(3)兩性門診重大傷病醫療點數均以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，住院則以癌症居首。

101 年男性門診重大傷病醫療點數 431 億點或占 50.7%，女性 419 億點或占 49.3%；兩性均以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，癌症次之，男性以凝血因子異常第三，慢性精神病第四，器官移植第五，女性則以自體性免疫疾病第三，慢性精神病第四，罕見疾病第五。

表 3 101 年門診前十大重大傷病—按性別分

排序	男性	醫療點數 (億點)	占率 (%)	女性	醫療點數 (億點)	占率 (%)
-	總計	431	100.0	總計	419	100.0
1	慢性腎衰竭（尿毒症）	191	44.3	慢性腎衰竭（尿毒症）	201	47.9
2	癌症	140	32.4	癌症	138	32.9
3	凝血因子異常（血友病）	29	6.7	自體性免疫疾病	27	6.4
4	慢性精神病	24	5.4	慢性精神病	24	5.6
5	器官移植	12	2.7	罕見疾病	8	1.8
6	罕見疾病	11	2.6	器官移植	6	1.5
7	自體性免疫疾病	6	1.4	呼吸衰竭長期使用呼吸器	4	1.0
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	4	0.9	先天性畸形	2	0.5
9	肝硬化症	3	0.6	新陳代謝異常	2	0.5
10	新陳代謝異常	2	0.5	急性腦血管疾病	2	0.4

101 年男性住院重大傷病醫療點數 405 億點或占 57.2%，女性 303 億點或占 42.8%；兩性醫療點數排序前五大之重大傷病相同，均以癌症最多，呼吸衰竭長期使用呼吸器次之，慢性精神病第三，慢性腎衰竭（尿毒症）第四，急性腦血管疾病第五。

表 4 101 年住院前十大重大傷病—按性別分

排序	男性	醫療點數 (億點)	占率 (%)	女性	醫療點數 (億點)	占率 (%)
-	總計	405	100.0	總計	303	100.0
1	癌症	182	45.0	癌症	128	42.2
2	呼吸衰竭長期使用呼吸器	89	22.1	呼吸衰竭長期使用呼吸器	71	23.6
3	慢性精神病	46	11.4	慢性精神病	37	12.3
4	慢性腎衰竭（尿毒症）	26	6.3	慢性腎衰竭（尿毒症）	26	8.6
5	急性腦血管疾病	18	4.4	急性腦血管疾病	13	4.3
6	重大創傷	11	2.7	自體性免疫疾病	7	2.5
7	肝硬化症	9	2.3	先天性畸形	4	1.4
8	器官移植	5	1.2	重大創傷	4	1.3
9	先天性畸形	4	1.1	肝硬化症	3	1.1
10	罕見疾病	2	0.6	器官移植	2	0.8

(4)未滿 30 歲年齡組門診重大傷病醫療點數以凝血因子異常（血友病）居首，30 歲以上則以慢性腎衰竭（尿毒症）最高。

101 年未滿 15 歲年齡組門診重大傷病醫療點數 18 億點或占 2.2%，15—29 歲 37 億點或占 4.3%，30—44 歲 103 億點或占 12.1%，45—64 歲 383 億點或占 45.1%，65 歲以上 310 億點或占 36.4%。

按疾病別觀察，未滿 30 歲各年齡組重大傷病醫療點數均以凝血因子異常（血友病）居首，罕見疾病次之；30 歲以上各年齡組則以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，癌症次之。

表 5 101 年各年齡組門診前五大重大傷病

	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
醫療點數	18 億點	37 億點	103 億點	383 億點	310 億點
排序					
1	凝血因子異常 （血友病） 27.7%	凝血因子異常 （血友病） 26.0%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 30.4%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 46.5%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 57.4%
2	罕見疾病 26.6%	罕見疾病 16.6%	癌症 27.5%	癌症 36.4%	癌症 33.7%
3	先天性畸形 12.1%	癌症 11.8%	慢性精神病 15.7%	慢性精神病 5.1%	自體性免疫疾病 2.8%
4	小兒麻痺 9.5%	慢性精神病 11.7%	凝血因子異常 （血友病） 9.1%	自體性免疫疾病 4.3%	慢性精神病 2.0%
5	慢性精神病 6.2%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 11.6%	自體性免疫疾病 5.2%	器官移植 2.9%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 1.3%

(5)未滿 65 歲各年齡組住院重大傷病醫療點數均以癌症居首，65 歲以上則以呼吸衰竭長期使用呼吸器最高。

101 年未滿 15 歲年齡組住院重大傷病醫療點數 17 億點或占 2.4%，15—29 歲 28 億點或占 4.0%，30—44 歲 83 億點或占 11.7%，45—64 歲 272 億點或占 38.4%，65 歲以上 308 億點或占 43.6%。

按疾病別觀察，未滿 65 歲各年齡組重大傷病醫療點數均以癌症居首，65 歲以上年齡組則以呼吸衰竭長期使用呼吸器最高，慢性精神病於 15—64 歲各年齡組均居第二。

表 6 101 年各年齡組住院前五大重大傷病

	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
醫療點數	17 億點	28 億點	83 億點	272 億點	308 億點
排序					
1	癌症 29.3%	癌症 29.7%	癌症 37.7%	癌症 54.7%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 39.3%
2	先天性畸形 27.6%	慢性精神病 24.7%	慢性精神病 34.9%	慢性精神病 14.4%	癌症 38.0%
3	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 14.9%	重大創傷 11.1%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 7.3%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 10.3%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 9.9%
4	罕見疾病 6.7%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 10.6%	重大創傷 3.2%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 6.7%	急性腦血管疾病 5.5%
5	小兒麻痺 5.0%	先天性畸形 4.8%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 3.0%	急性腦血管疾病 3.9%	慢性精神病 2.7%

4. 保險對象醫療費用部分負擔狀況

101 年保險對象醫療費用部分負擔 362 億元，較上年增加 0.7%；其中門診部分負擔 290 億元，住院部分負擔 73 億元。

(1) 保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔均以醫學中心最高。

101 年保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔分別為 98 元及 4,456 元。若按特約類別觀察，門住診均以醫學中心為最高（門診 330 元，住院 5,723 元），其次為區域醫院（門診 238 元，住院 4,133 元）。

圖 50 門診平均每件醫療費用部分負擔狀況
—按特約類別分
民國 101 年

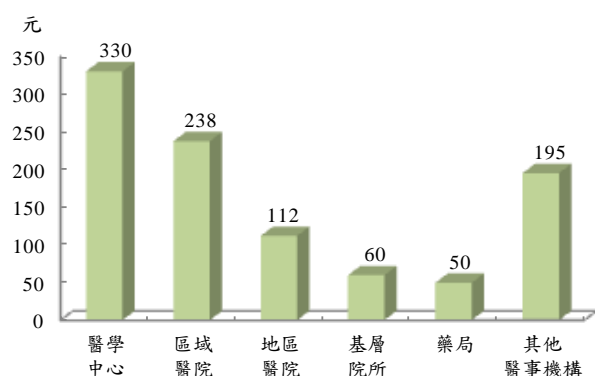
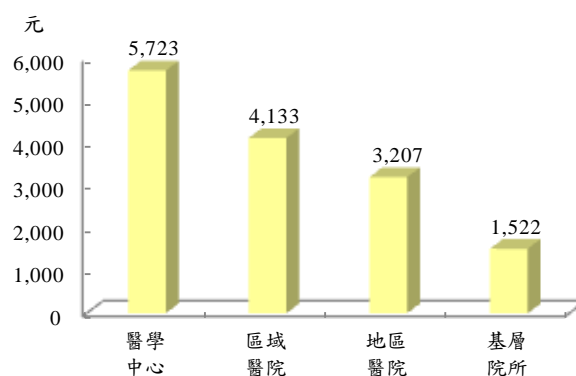


圖 51 住院平均每件醫療費用部分負擔狀況
—按特約類別分
民國 101 年



(2) 男性各年齡組平均每件醫療費用部分負擔均高於女性。

按性別分，101 年男性門診平均每件醫療費用部分負擔 100 元，女性 97 元；男性住院 4,582 元，女性 4,322 元。按年齡別分，平均每件部分負擔隨年齡增加而增加，門診 65 歲以上年齡組負擔約為未滿 15 歲年齡組 1.7 倍，住院為 3.7 倍；門住診各年齡組男性負擔均高於女性，其中以住院 45—64 歲年齡組差異最顯著，每件達 605 元。

圖 52 門診平均每件醫療費用部分負擔狀況
—按性別年齡別分

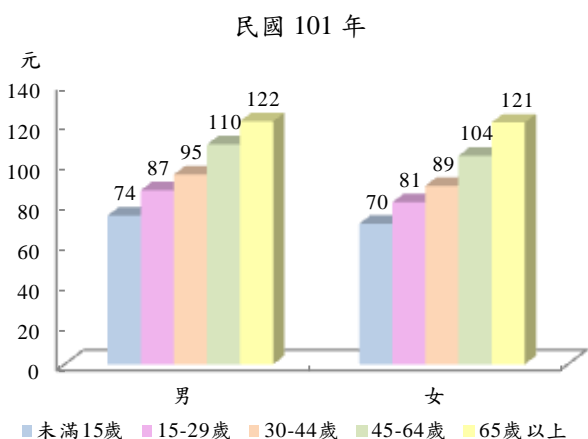
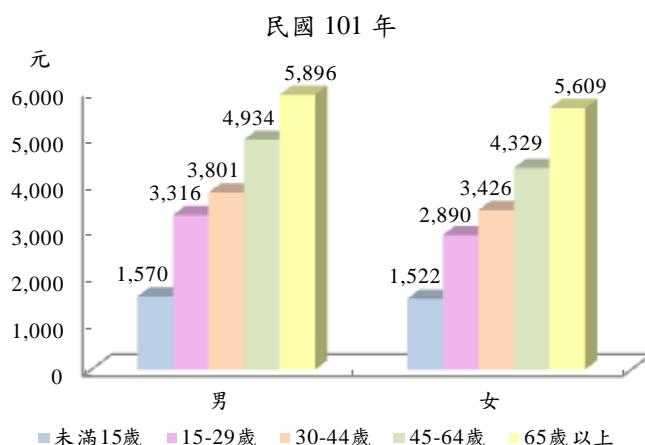


圖 53 住院平均每件醫療費用部分負擔狀況
—按性別年齡別分



5. 自墊醫療費用申請及核付狀況

(1) 核付案件申請金額 19.1 億元，核付比率 26.9%。

101 年自墊醫療費用核付案件申請金額 19.1 億元，較上年增加 14.9%，核付金額 5.1 億元，較上年增加 0.1%，核付率 26.9%；其中門診申請金額 3.9 億元，核付比率 44.6%，住院申請金額 15.2 億元，核付比率 22.3%。

圖 54 自墊醫療費用核付案件申請金額

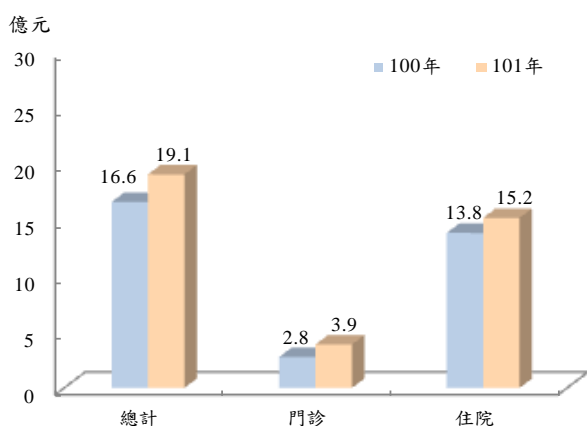
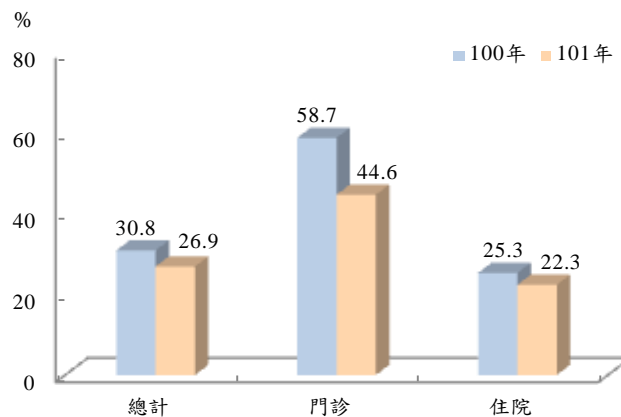


圖 55 自墊醫療費用核付比率

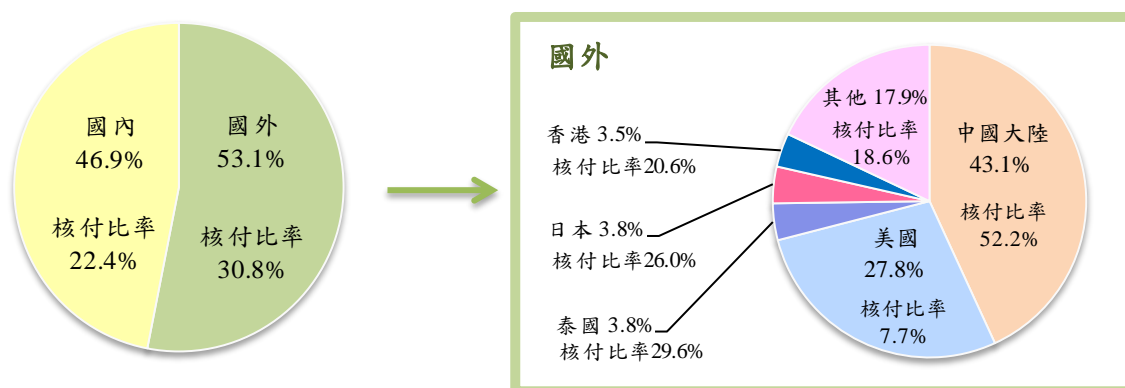


(2) 國外地區以中國大陸核付案件申請金額最高，核付比率亦最高。

按國家地區別分，國內自墊醫療費用核付案件申請金額 8.9 億元，核付比率 22.4%；國外申請金額 10.1 億元，核付比率 30.8%。國外地區核付案件申請金額以中國大陸申請金額 4.4 億元最高，占國外地區 4 成 3，核付比率 52.2% 亦最高；其次為美國 2.8 億元，占國外地區 2 成 8，核付比率 7.7%。

圖 56 自墊醫療費用核付狀況

民國 101 年



附註：

1. 本篇資料更新日期為 102 年 4 月 30 日。
2. 醫療費用申報排除代辦案件。
3. 醫療費用含申請點數及部分負擔。
4. 醫療費用明細係各項醫療費用實際發生數，含部分負擔。
5. 部分負擔不含掛號費。
6. 總額支付制度實施前，每點支付金額以 1 元計，總額支付制度實施後，一般服務項目每點支付金額依本篇「總額支付制度每點支付金額表」計，其他項目原則以 1 點 1 元計算。