

統計名詞說明

一、承保業務

● 投保單位

全民健康保險法第十四條規定，各類被保險人之投保單位如下：

- (一) 第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。
- (二) 第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。
- (三) 第四類被保險人：
 1. 第八條第一項第四款第一目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。
 2. 第八條第一項第四款第二目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。
- (四) 第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

● 保險對象

保險對象分為被保險人及其眷屬：

- (一) 依據全民健康保險法第八條規定，被保險人分為下列六類：
 1. 第一類：
 - (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、機構之受雇者。
 - (3) 前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。
 - (4) 雇主或自營業主。
 - (5) 專門職業及技術人員自行執業者。
 2. 第二類：
 - (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. 第三類：
 - (1) 農會及水利會會員，或年滿十五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，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。
 4. 第四類：
 - (1) 應服役期及應召在營期間逾二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。
 5. 第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。
 6. 第六類：

(1) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。

(2) 第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

(二) 依據全民健康保險法第九條規定，第一類至第三類及第六類被保險人之眷屬，規定如下：

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二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

● 投保金額

(一) 第一類至第三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。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五倍以上之差距，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，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

(二) 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

1. 受雇者：以其薪資所得為投保金額。

2. 雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。

3. 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。

第一類及第二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。

(三) 第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二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。

(四) 第四類及第五類被保險人之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。

(五) 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。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

● 保險費負擔比率

全民健康保險保險對象共分六類，而各類保險對象之被保險人、投保單位、政府三者負

擔或補助的保險費比率皆有所不同（詳附表）。

保險對象類別			負擔比率（%）		
			被保險人	投保單位	政府
第 1 類	公務人員、志願役軍人 公職人員	本人及 眷 屬	30	70	0
	私立學校教職員	本人及 眷 屬	30	35	35
	公民營事業、機構等有一 定雇主的受雇者	本人及 眷 屬	30	60	10
	雇主 自營作業者 專門職業及技術人員自行 執業者	本人及 眷 屬	100	0	0
第 2 類	職業工會會員 外僱船員	本人及 眷 屬	60	0	40
第 3 類	農民、漁民、農田水利會 會員	本人及 眷 屬	30	0	70
第 4 類	義務役役男、軍校學生、 無依軍眷、在卹遺族、替 代役役男	本 人	0	0	100
第 5 類	低收入戶	本 人	0	0	100
第 6 類	榮民、榮民遺眷	本 人	0	0	100
		眷 屬	30	0	70
	地區人口	本人及 眷 屬	60	0	40

全民健康保險之保險費因投保金額、保險費率、負擔或補助比率之不同而有差異，其計算公式分別如下：

(一) 被保險人及其眷屬負擔部分：

1. 第 1 類至第 3 類被保險人及其眷屬：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+眷屬人數)

2.第 6 類第 1 目之榮民眷屬：

平均保險費×負擔比率×眷屬人數

3.第 6 類第 2 目其他地區人口：

平均保險費×負擔比率×(1+眷屬人數)

(二) 投保單位負擔部分：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+平均眷口數)

(三) 政府補助部分：

1.第 1 類至第 3 類保險對象：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+平均眷口數)

2.第 4、5 類保險對象：

平均保險費×負擔比率×實際投保人數

3.第 6 類保險對象：

平均保險費×負擔比率×(1+眷屬人數)

以上眷屬部分採論口計費，且超過 3 口者以 3 口計算。平均眷口數則以第 1 類至第 3 類被保險人實際眷屬人數平均計算，目前平均眷口數為 0.7 人(96 年 1 月調整)。

二、財務狀況

● 應收保險費

為當月(年)計費產生之保險費金額。

● 實收保險費

為當月(年)實際收到開單之保險費。

● 收繳率

$$\frac{\text{實收保險費}}{\text{應收保險費}} \times 100\%$$

● 法定政府補助

依全民健康保險法 27 條規定應由各級政府補助之保險費。

● 非法定政府補助(特定對象補助)

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。

- 代辦醫療費用收入

政府機關委託中央健康保險局代辦醫療給付之補助款。其代辦項目為榮民及榮民遺眷家戶代表醫療費用之自行負擔、低收入戶醫療費用之自行負擔、結核病患者醫療費用之自行負擔、慢性開放性結核病患者住院醫療之病房費及診察費、山地鄉結核病患者住院醫療之病房費及診察費、康復之家住宿費、低收入戶住院膳食費、法定傳染病之醫療費用、職業傷病之醫療費用、職業傷病之住院膳食費、職業傷病之預防健檢等。

- 滯納金

投保單位或被保險人逾期繳納保險費者，每逾一日，將另加徵其應納費額百分之零點一滯納金，但加徵之滯納金額以至應納費額之百分之十五為限，但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。

- 滯納金收回筆數百分比

$$\frac{\text{收回筆數}}{\text{滯納筆數}} \times 100 \%$$

- 滯納金收繳率

$$\frac{\text{收回金額}}{\text{滯納金額}} \times 100 \%$$

- 安全準備

為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 1.由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。
 - 2.年度收支之結餘。
 - 3.保險費滯納金。
 - 4.安全準備所運用之收益。
- 年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補。

- 菸品健康福利捐分配收入

依全民健康保險法第六十四條規定，政府得開徵菸酒健康福利捐，將其收入之一定比例提列為本保險安全準備。

- 公益彩券分配收入

依全民健康保險法第六十五條規定，政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為

本保險安全準備。

- 醫療費用

凡依全民健康保險法承保之各類保險所發生之保險醫療給付及成本屬之。

- 保險成本

凡本局保險業務所發生之保險給付(醫療費用)、利息費用、各項提存(提存呆帳等)、買賣票券損失、其他有關之各項費用等屬之。

- 支付醫療費用

指保險費收入不足支應醫療費用時，先行以安全準備墊付之款項。

三、醫事服務機構特約及管理

- 醫療院所特約類別

醫學中心

包含評鑑別中之醫學中心、新制醫院評鑑特優且新制教學醫院評鑑優等(評鑑年度申請「醫學中心給付」排序於給付家數上限以內之醫院)。

區域醫院

包含評鑑別中之區域醫院、新制醫院評鑑特優或新制醫院評鑑優等或新制醫院評鑑合格(評鑑年度申請「區域醫院給付」排序於給付家數上限以內之醫院)、新制精神科醫院評鑑優等且精神科教學醫院評鑑合格、新制精神科醫院評鑑合格且精神科教學醫院評鑑合格。

地區醫院

包含評鑑別中之地區醫院、部分非評鑑西醫醫院專案認定比照地區醫院、新制醫院評鑑特優或新制醫院評鑑優等或新制醫院評鑑合格(評鑑年度未申請「醫學中心給付」或「區域醫院給付」之醫院)、新制精神科醫院評鑑優等、新制精神科醫院評鑑合格。

基層院所

包含評鑑別中之西醫醫院(非評鑑、不合格)、中醫醫院(非評鑑、不合格)、基層診所/其他。

藥局

指合格藥師或藥劑生親自主持開設，依法執行藥品調劑、供應業務之處所。

- 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。

- 保險病床比率

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十二條之規定計算。

$$\frac{\text{特約醫療院所保險總病床數}}{\text{特約醫療院所總病床數}} \times 100 \%$$

- 急性保險病床比率

$$\frac{\text{特約醫療院所急性保險病床數} - \text{急診處暫留床} - \text{血液透析床} - \text{嬰兒床}}{\text{特約醫療院所急性總病床數} - \text{急診處暫留床} - \text{血液透析床} - \text{嬰兒床}} \times 100 \%$$

- 慢性保險病床比率

$$\frac{\text{特約醫療院所慢性保險病床數}}{\text{特約醫療院所慢性總病床數}} \times 100 \%$$

- 扣減費用

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人應扣減其醫療費用之十倍金額：

- (一) 未依處方箋或病歷記載提供醫療服務。
- (二) 未經醫師診斷逕行提供醫療服務。
- (三) 處方箋之處方或醫療費用申報內容與病歷記載不符。
- (四) 未記載病歷，申報醫療費用。
- (五) 申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。
- (六) 第三十八條第三項，容留非依醫事人員法令規定之人員，執行應由特定醫事人員執行之業務。

前項應扣減之之醫療費用，保險人得於應支付服務機構之醫療費用中逕行抵扣。

- 違約記點

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條規定，保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應予違約記點一點：

- (一) 未依醫療法或本保險相關法規辦理轉診業務。
- (二) 違反第十條至第十二條、第十四條至第十五條、第二十四條、第三十一條第二項、第三十二條或第三十三條規定。
- (三) 未依本保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。
- (四) 未依本保險辦法規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
- (五) 未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。
- (六) 不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。
- (七) 經保險人通知應限期改善而未改善者。

- 停止特約

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條規定，保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之科別或服務項目停止特約一至三個月：

- (一) 違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後再有違反。
- (二) 依第三十五條規定受違約記點三次後，再有同條規定情事之一。
- (三) 經扣減醫療費用三次後，再有前條規定情事之一。
- (四) 以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。
- (五) 登錄保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品。
- (六) 拒絕對保險象提供適當醫療服務，且情節重大。
- (七) 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。
- (八) 其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。

- 終止特約

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一者，應予終止特約，或就特約醫院違反規定部分之科別或服務項目停止特約一年：

- (一) 保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停止特約，經執行完畢後十年內再有前條規定情事之一。
- (二) 以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。
- (三) 違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。
- (四) 容留未具醫師人員資格之人員為保險對象執行各該醫事人員之業務。
- (五) 停止特約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他服務機構申報該服務費用。
- (六) 依第一款至前款規定，受終止特約或停止特約一年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停止特約一年期間，有前款所定情事。

依前項規定受終止特約者，自終止之日起一年內，不得再申請特約。

第一項第四款，於醫療機構容留未具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人之業務者，已依第三十六條規定處分執行者，得免終止特約。

四、醫療給付

- 門診件數

全年內前往特約醫事機構經掛號後，實際赴門診就醫之件數，並含急診件數。

- 住院件數

全年住院費用之件數，住院期間醫療院所分數次申報費用，每一次算一件。

- 申報點數

費用發生年月之申報點數。

- 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機構就診依法須自行負擔之醫療費用。

- 住院日數

依申報規定以保險對象入院之日起計，包括佔急性病床日數和慢性病床日數，出院當日不計。

- 平均每件點數

(申報、核付)費用點數 / (申報、核付)件數。

- 平均每日點數

住院(申報、核付)費用點數 / 總住院(申報、核付)日數。

- 平均每件住院日數

總住院(申報、核付)日數 / 住院(申報、核付)件數。

- 自墊醫療費用

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：

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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，依前二款規定辦理。

(四) 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。

(五) 依第四十七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。

- 一般案件

門診一般案件係指基層診所依藥費定額給付之案件，住院一般案件指非屬高額、特定及論病計酬案件者。

- 論病例計酬案件

係依據全民健康保險醫療費用支付標準第七部所列國際疾病診斷碼及手術(或處置)碼並依其相關規定申報醫療費用之案件。

- 特定案件

保險醫事服務機構執行特定醫療服務並採逐案審查之案件。

- 試辦計畫

尚未納入支付標準，由本局或各總額部門推動之醫療照護暫行計畫。

- 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。

- 住院安寧療護案件

安寧療護案件為符合全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第八節規定申報之案件。

- 住院診斷關聯群案件

住院診斷關聯群案件為符合全民健康保險醫療費用支付標準第九部第一章規定申報之案件。

- 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

指行政院衛生署公告之「全民健康保險重大傷病範圍」所列各項傷病。

- 浮動點值

$[當季預算 - 一般服務核定非浮動點數 - 自墊核退點數] / 一般服務浮動核定點數$ 。
牙醫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。

- 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。