

# 一、104年全民健保統計摘要

## (一)承保業務

- 1.近 10 年間保險對象平均年增率 0.6%：104 年底保險對象人數為 2,373 萬 7 千人，較上年增加 11 萬 6 千人或 0.5%，近 10 年間平均年增率 0.6%。
- 2.女性保險對象占率 50.4%，高於男性 49.6%：104 年底男性保險對象為 1,177 萬 4 千人或占 49.6%，女性為 1,196 萬 4 千人或占 50.4%。再按年齡別觀察，未滿 30 歲各年齡組之男性保險對象多於女性，而 30 歲以上各年齡組則以女性保險對象較多。
- 3.未滿 15 歲保險對象較上年減少 8 萬 9 千人：104 年底未滿 15 歲保險對象 312 萬 6 千人或占 13.2%，15—64 歲者 1,771 萬 1 千人或占 74.6%，65 歲以上者 290 萬人或占 12.2%。若與上年比較，僅未滿 15 歲保險對象減少 8 萬 9 千人，其中投保眷屬減少 8 萬人。
- 4.第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 35,918 元：104 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 35,918 元，較上年增加 1.5%；近 10 年間平均年增率 2.0%。第 1 類至第 3 類被保險人之平均投保金額分別為 40,878 元、27,298 元及 22,800 元。
- 5.男性被保險人平均投保金額 39,201 元，高於女性 32,613 元：104 年底第 1 類至第 3 類男性被保險人平均投保金額為 39,201 元，高於女性被保險人 32,613 元。各年齡組男性平均投保金額均高於女性，其中以 40—64 歲間各年齡組差異較大，差距均超過 8,000 元。

## (二)財務狀況

- 1.應收保險費 4,807 億元，收繳率 98.2%：104 年應收保險費 4,807 億元，實收保險費 4,723 億元，收繳率 98.2%。
- 2.補充保險費 472 億元：104 年補充保險費 472 億元，來自投保單位與保險對象分別為 233 億元與 239 億元。
- 3.應收滯納金 2 億 1 千萬元，收繳率 69.3%：104 年應收滯納金 2 億 1 千萬元，實收滯納金 1 億 5 千萬元，收繳率 69.3%。
- 4.權責收支淨結餘 1,029 億元：觀察財務收支概況（權責基礎），104 年保險收入 6,450 億元，較上年增加 12.5%；保險成本 5,421 億元，較上年增加 3.9%；收支淨結餘 1,029 億元，依法全數提存安全準備，提存後安全準備累積數 2,289 億元。

### (三)特約醫事服務機構及管理

- 1.近 10 年間特約醫事服務機構家數平均年增率 1.9%：104 年底特約醫事服務機構 27,728 家，較上年增加 396 家或 1.4%；近 10 年間平均年增率 1.9%。
- 2.特約院所特約率為 93.1%，以臺北市 81.4%最低：104 年底特約院所之特約率為 93.1%。各縣市中以臺北市 81.4%最低，連江縣 100%最高。
- 3.每萬名保險對象特約醫事服務機構家數以嘉義市 18.8 家最多，臺北市 7.7 家最少：104 年底每萬名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 11.7 家。各縣市中以嘉義市 18.8 家最多，臺北市 7.7 家最少。
- 4.近 10 年間特約醫事服務機構病床數平均年增率 0.6%：104 年底特約醫事服務機構病床數為 146,052 床，較上年增加 591 床，近 10 年間平均年增率 0.6%；其中保險病床 120,815 床，差額病床 25,237 床。
- 5.特約醫事服務機構保險病床占率 82.7%：104 年底特約醫事服務機構保險病床占率 82.7%，其中醫學中心 74.0%，區域醫院 78.2%，地區醫院 88.7%，基層院所 100%。
- 6.每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 143.7 床最多，新竹市 40.9 床最少：104 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數（特約醫事服務機構病床數／保險對象×10,000）為 61.5 床，其中保險病床為 50.9 床，差額病床為 10.6 床。各縣市中以花蓮縣 143.7 床最多，新竹市 40.9 床最少。
- 7.查處違規醫療院所 383 家次，以扣減費用 134 家次最多：104 年查處違規的醫療院所計 383 家次；其中以扣減費用 134 家次最多，停止特約 123 家次，終止特約 66 家次，違約記點 60 家次最少。

### (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：104 年醫療點數 6,304 億點，較上年增加 2.5%，其中申請點數 5,924 億點，部分負擔 379 億點。門診醫療點數 4,368 億點，以基層院所占 42.3%最高；住院醫療點數 1,935 億點，則以醫學中心占 42.7%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：104 年男性門診平均每件醫療點數 1,340 點，高於女性 1,138 點；男性住院平均每件醫療點數 63,796 點，高於女性 54,295 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.門診以核付基層院所最高，住院則以醫學中心最高：104 年醫療費用核付 5,812 億點（5,357 億元），其中門診核付 4,005 億點（3,704 億元），住院 1,807 億點

(1,653 億元)。門診以核付基層院所 1,538 億點 (1,402 億元) 最高，平均每件核付點數 (金額) 則以醫學中心 2,669 點 (2,499 元) 最高；住院以核付醫學中心 778 億點 (715 億元) 最高，平均每件核付點數 (金額) 亦以醫學中心 71,303 點 (65,533 元) 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 (血友病) 最高：**104 年底重大傷病實際有效領證數 97 萬張，醫療點數 1,720 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. **門診重大傷病醫療點數以慢性腎衰竭 (尿毒症) 最高，住院則以癌症居首：**104 年門診重大傷病醫療點數以慢性腎衰竭 (尿毒症) 最高，癌症次之；住院則以癌症居首，呼吸衰竭長期使用呼吸器次之。
6. **男性門住診重大傷病平均每人醫療點數以凝血因子異常 (血友病) 最高，女性門診以慢性腎衰竭 (尿毒症) 最高，住院則以呼吸衰竭長期使用呼吸器居首：**104 年男性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，其次門診為罕見疾病，住院則為呼吸衰竭長期使用呼吸器；女性門診以慢性腎衰竭 (尿毒症) 最高，罕見疾病次之，住院則以呼吸衰竭長期使用呼吸器居首，燒傷次之。
7. **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：**104 年保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔分別為 100 元及 4,733 元；門住診均以醫學中心為最高 (門診 326 元，住院 5,964 元)。
8. **男性各年齡組平均每件醫療費用部分負擔均高於女性：**104 年男性門診平均每件醫療費用部分負擔 101 元，女性 98 元；男性住院 4,852 元，女性 4,604 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 575 元。
9. **自墊醫療費用核付比率 31.2%：**104 年自墊醫療費用核付案件申請金額 15.8 億元，較上年增加 2.6%，核付金額 4.9 億元，較上年減少 0.3%，核付比率 31.2%；其中門診申請金額 3.5 億元，核付比率 51.4%，急診申請金額 0.4 億元，核付比率 45.2%，住院申請金額 11.9 億元，核付比率 24.9%。

## 二、104 年全民健保主要指標

	單位	104 年	較上年增減百分比 (%)
<b>承保業務</b>			
投保單位數	個	<b>828,502</b>	<b>3.1</b>
保險對象人數	千人	<b>23,737</b>	<b>0.5</b>
第 1 類		13,399	1.7
第 2 類		3,759	-0.3
第 3 類		2,442	-3.9
第 4 類		182	-1.7
第 5 類		334	-4.3
第 6 類		3,621	0.7
男性		11,774	0.4
女性		11,964	0.6
未滿 15 歲		3,126	-2.8
15—64 歲		17,711	0.4
65 歲以上		2,900	4.6
第 1~3 類被保險人平均投保金額	元	<b>35,918</b>	<b>1.5</b>
<b>財務狀況</b>			
保險收入 (權責基礎)	億元	<b>6,450</b>	<b>12.5</b>
保險成本 (權責基礎)	億元	<b>5,421</b>	<b>3.9</b>
<b>特約醫事服務機構及管理</b>			
特約醫事服務機構家數	家	<b>27,728</b>	<b>1.4</b>
西醫		10,729	0.2
中醫		3,468	2.3
牙醫		6,565	0.9
藥局		5,950	3.7
特約醫事服務機構病床數	床	<b>146,052</b>	<b>0.4</b>
急性		128,778	0.4
慢性		17,274	0.5
特約醫事服務機構保險病床數	床	<b>120,815</b>	<b>0.4</b>
急性		104,162	0.4
慢性		16,653	0.7

	單位	104 年	較上年增減百分比 (%)
<b>醫療給付</b>			
<b>醫療點數</b>	億點	<b>6,304</b>	<b>2.5</b>
門診		4,368	2.2
申請點數		4,071	2.3
部分負擔		297	0.7
住院		1,935	3.0
申請點數		1,853	3.0
部分負擔		82	3.3
<b>醫療費用申報件數</b>	千件		
門診		355,589	-0.4
住院		3,281	2.3
<b>平均每件醫療點數</b>	點		
門診		1,229	2.7
住院		58,989	0.7
<b>醫療費用核付點數</b>	億點	<b>5,812</b>	<b>2.2</b>
門診		4,005	1.8
住院		1,807	2.9
<b>醫療費用核付金額</b>	億元	<b>5,357</b>	<b>3.1</b>
門診		3,704	2.6
住院		1,653	4.3
<b>重大傷病實際有效領證數</b>	張	<b>967,239</b>	<b>-0.8</b>
<b>重大傷病醫療費用申報點數</b>	億點	<b>1,720</b>	<b>2.5</b>

### 三、統計分析

#### (一) 承保業務

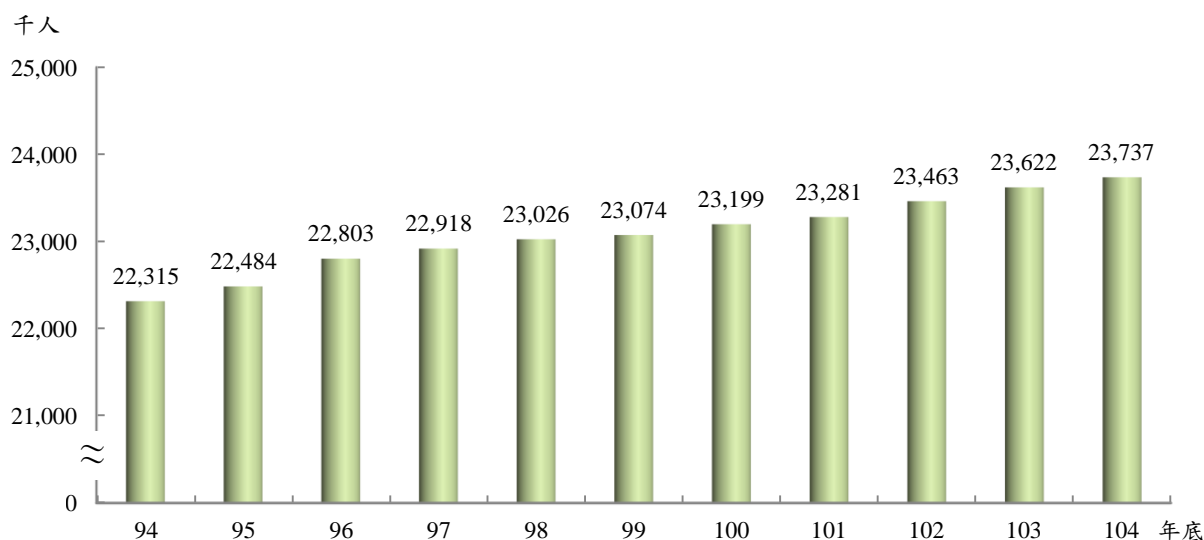
全民健康保險為全民納保、就醫權益平等的強制性社會保險。當民眾罹患疾病、發生傷害、或生育，均可公平獲得醫療服務。全民健康保險被保險人分為 6 大類，每一類別的投保金額、保險費負擔比率及保險費計算方式皆有差異。被保險人所屬服務機關、學校、事業、機構、雇主、團體或指定單位應負責辦理被保險人及眷屬的投退保等異動手續。

##### 1. 保險對象

(1) 近 10 年間保險對象平均年增率 0.6%。

104 年底保險對象人數為 2,373 萬 7 千人，較上年增加 11 萬 6 千人或 0.5%，近 10 年間平均年增率 0.6%。

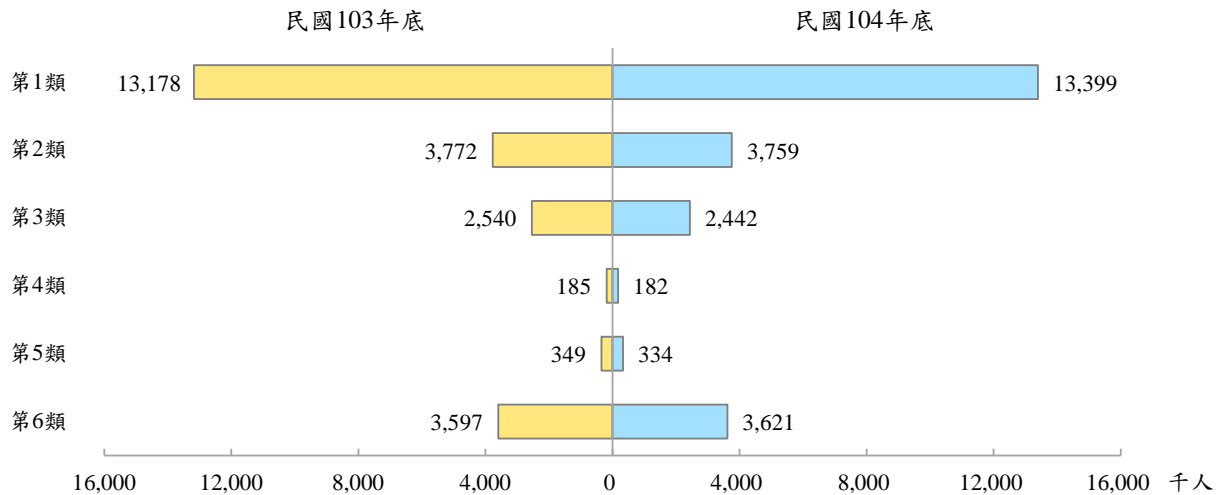
圖 1 保險對象人數



按保險對象類別分，以第 1 類保險對象 1,339 萬 9 千人最多，其次依序為第 2 類 375 萬 9 千人，第 6 類 362 萬 1 千人，第 3 類 244 萬 2 千人，以第 4 類及第 5 類保險對象人數最少，分別為 18 萬 2 千人及 33 萬 4 千人。

若觀察各類保險對象人數之變動情形，以第 1 類保險對象較上年增加 22 萬 1 千人最多，第 6 類增加 2 萬 3 千人；其餘則呈減少趨勢，其中以第 3 類減少 9 萬 8 千人最多，其次依序為第 5 類減少 1 萬 5 千人，第 2 類減少 1 萬 3 千人，第 4 類減少 3 千人。

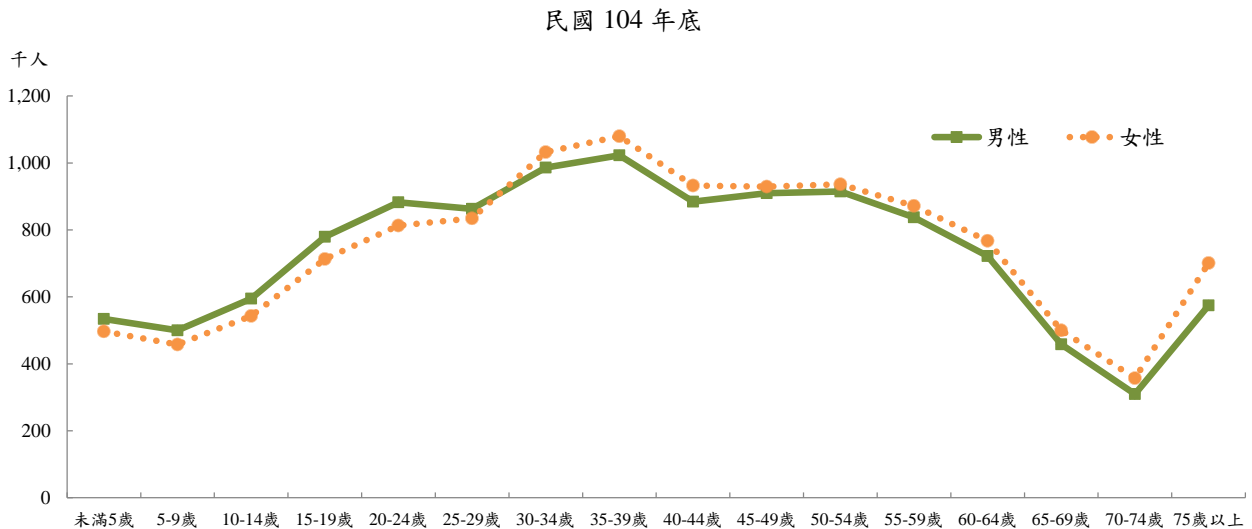
圖 2 保險對象人數—按保險對象類別分



(2) 女性保險對象占率 50.4%，高於男性 49.6%。

104 年底男性保險對象為 1,177 萬 4 千人或占 49.6%，女性為 1,196 萬 4 千人或占 50.4%。再按年齡別觀察，未滿 30 歲各年齡組之男性保險對象多於女性，而 30 歲以上各年齡組則以女性保險對象較多。

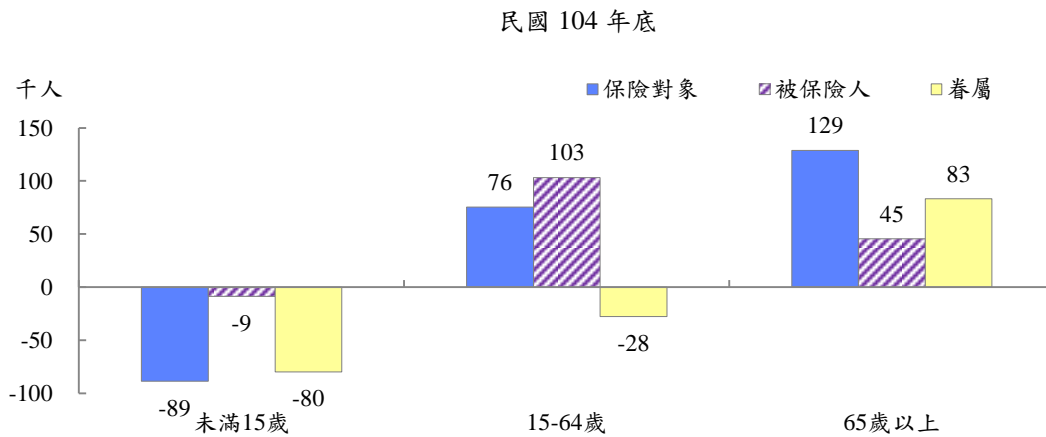
圖 3 保險對象人數—按性別及年齡別分



**(3)未滿 15 歲保險對象較上年減少 8 萬 9 千人。**

104 年底未滿 15 歲保險對象 312 萬 6 千人或占 13.2%，15—64 歲者 1,771 萬 1 千人或占 74.6%，65 歲以上者 290 萬人或占 12.2%。若與上年比較，65 歲以上老年保險對象增加 12 萬 9 千人，15—64 歲青壯年保險對象增加 7 萬 6 千人，未滿 15 歲幼年保險對象則減少 8 萬 9 千人，其中投保眷屬減少 8 萬人。

**圖 4 保險對象人數較上年變動情形—按年齡別分**

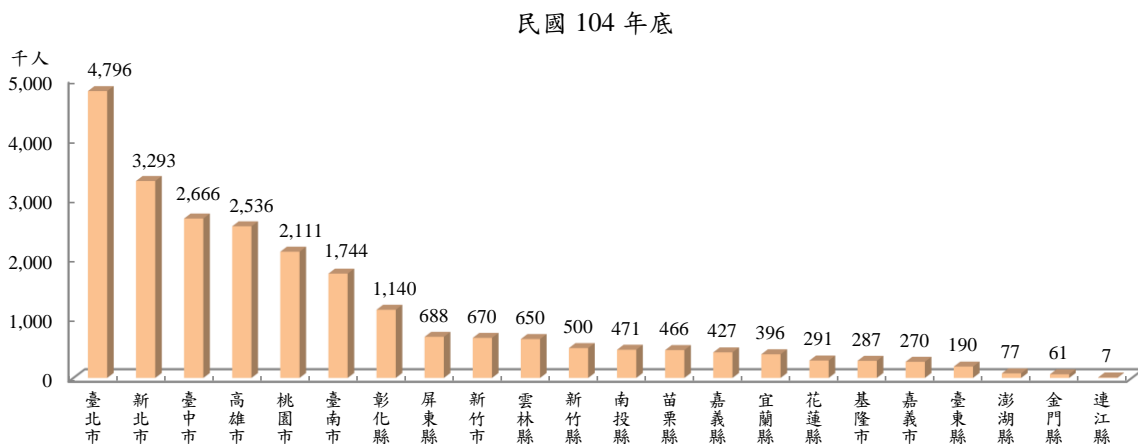


**(4)保險對象以臺北市增加 7 萬 1 千人最多，金門縣增加 2.1%增幅最大。**

若按投保單位所在縣市觀察其所屬之保險對象人數，104 年底以臺北市 479 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 7 萬 1 千人最多，桃園市增加 2 萬 6 千人次之，臺中市增加 2 萬 2 千人居第 3，南投縣則較上年減少 1 萬 1 千人最多；各縣市中，以金門縣增加 2.1%增幅最大，南投縣減少 2.3%減幅最大。

**圖 5 保險對象人數—按縣市別分**



備註：縣市別資料係依保險對象所屬投保單位的通訊地址統計。

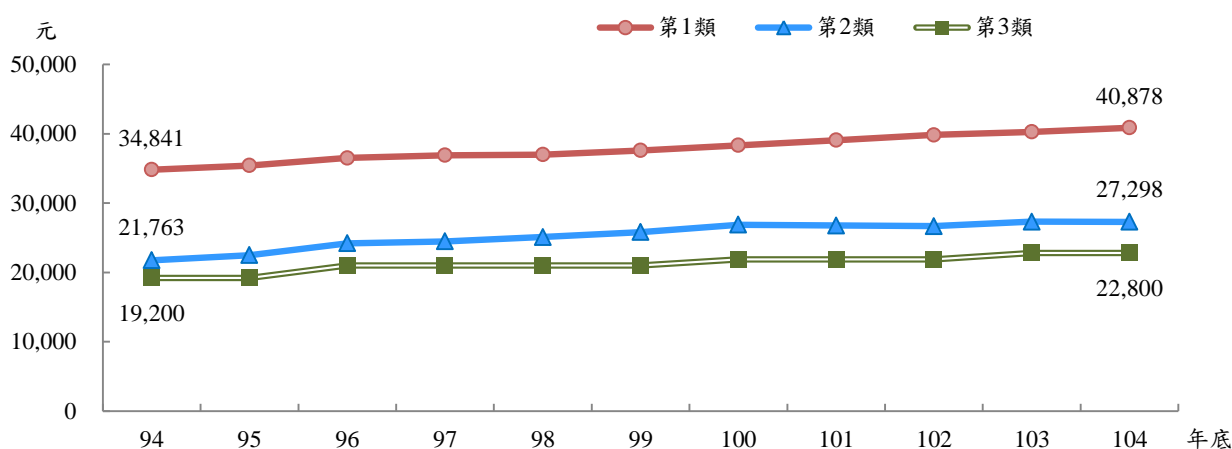


## 2.投保金額

(1)第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 35,918 元，近 10 年間平均年增率 2.0%。

104 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 35,918 元，較上年增加 1.5%，近 10 年間平均年增率 2.0%。第 1 類至第 3 類平均投保金額分別為 40,878 元、27,298 元及 22,800 元；第 4 類至第 6 類無投保金額，每人平均保險費分別為第 4、5 類 1,726 元，第 6 類 1,249 元。

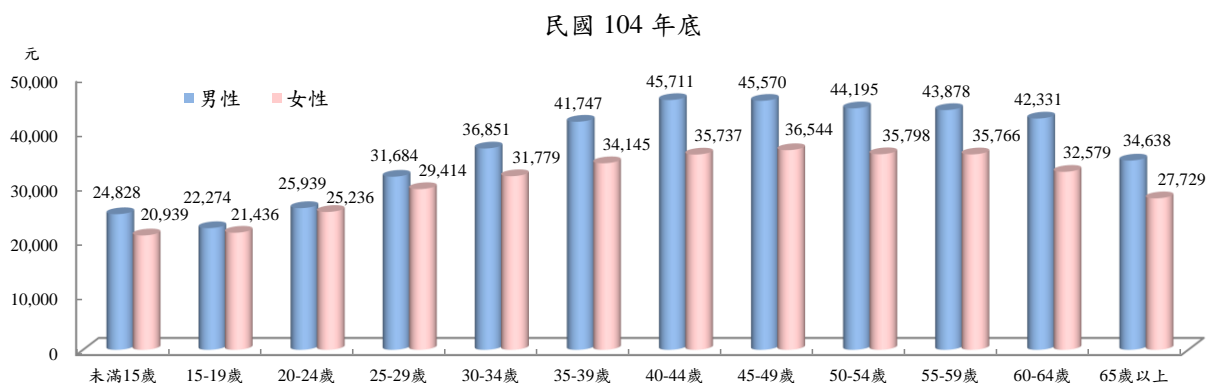
圖 6 第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額



(2)男性被保險人平均投保金額 39,201 元，高於女性 32,613 元。

104 年底第 1 類至第 3 類男性被保險人平均投保金額為 39,201 元，高於女性被保險人 32,613 元。按年齡組分，男性以 40—44 歲年齡組之平均投保金額最高，15—19 歲年齡組最低，女性則以 45—49 歲年齡組最高，未滿 15 歲年齡組最低，各年齡組男性平均投保金額均高於女性，其中以 40—64 歲間各年齡組差異較大，差距均超過 8,000 元。

圖 7 第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額—按性別及年齡別分



## (二) 財務狀況

全民健康保險之主要財源為保險費收入，由被保險人、投保單位及政府共同負擔。近年來由於保險費僅以經常性薪資為計費基礎，保險費收入成長率受到抑制，再加上國內人口日趨老化、醫療新科技的引進及對重症病患加強照護等因素之影響，健保醫療給付費用大幅成長，致保險收入不足以支應醫療費用支出，健保財務遭遇嚴峻的挑戰。為紓緩財務短絀，持續推動各項開源節流措施，以防止健保財務缺口繼續擴大。另為穩固健保財源，並提升保險費負擔公平性，自 102 年 1 月 1 日開始實施二代健保財務新制，將沒有列入投保金額計算之保險對象的高額獎金、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列為保險費之計費基礎，俾使健保永續經營。

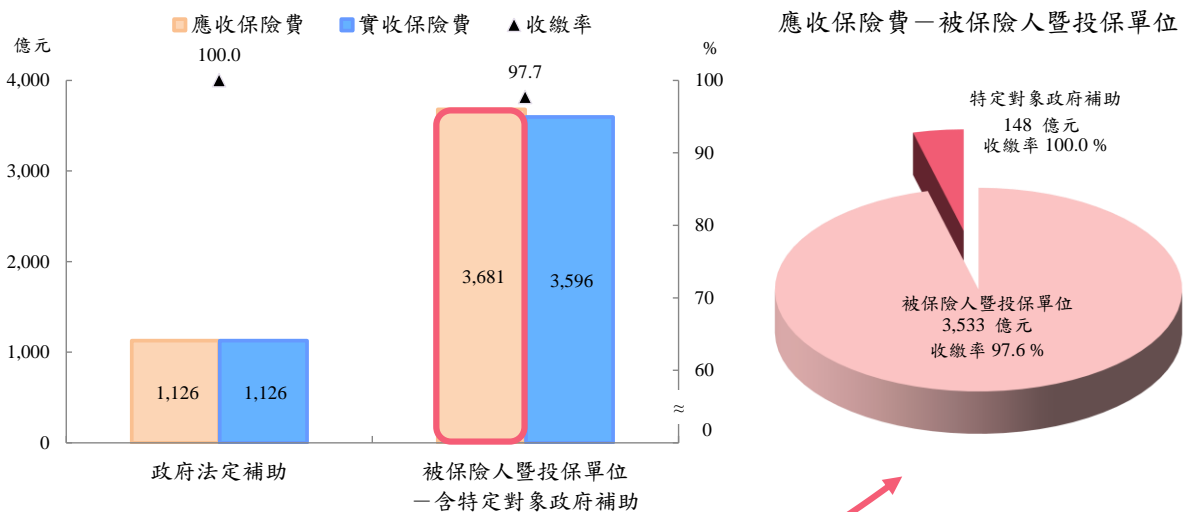
### 1. 保險費收繳概況

#### (1) 應收保險費 4,807 億元，收繳率 98.2%。

104 年應收保險費 4,807 億元，實收保險費 4,723 億元，收繳率 98.2%。其中被保險人暨投保單位應收保險費 3,681 億元（含特定對象政府補助 148 億元），實收保險費 3,596 億元（含特定對象政府補助 148 億元），收繳率 97.7%；政府法定補助應收保險費 1,126 億元，實收保險費 1,126 億元，收繳率 100.0%。

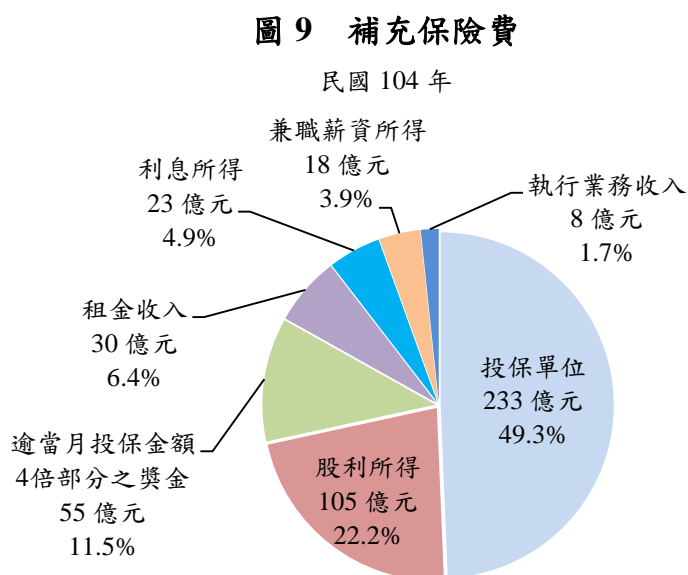
圖 8 保險費收繳情形

民國 104 年



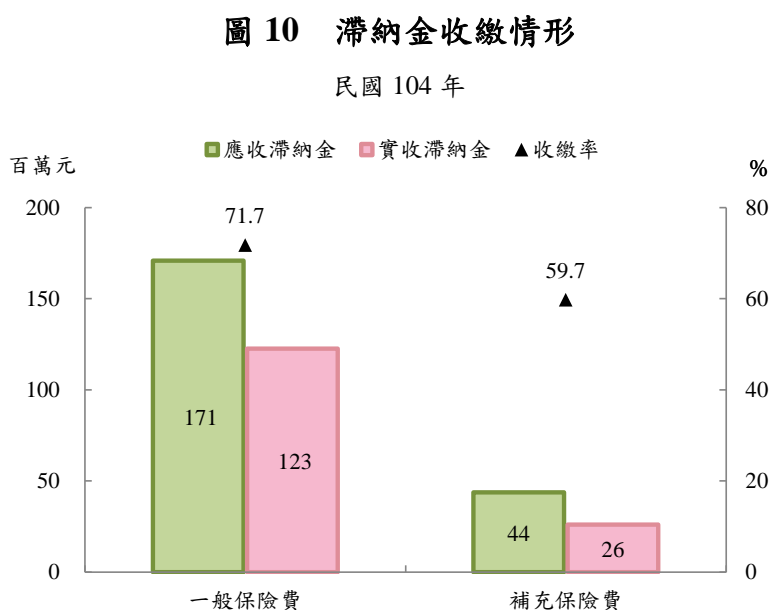
**(2)補充保險費 472 億元。**

104 年補充保險費 472 億元，來自投保單位與保險對象分別為 233 億元與 239 億元。來自保險對象中為股利所得 105 億元，逾當月投保金額 4 倍部分之獎金 55 億元，租金收入 30 億元，利息所得 23 億元，兼職薪資所得 18 億元，執行業務收入 8 億元。



**(3)應收滯納金 2 億 1 千萬元，收繳率 69.3%。**

投保單位、保險對象或扣費義務人逾期繳納保險費者，應繳納滯納金。104 年應收滯納金 2 億 1 千萬元，實收滯納金 1 億 5 千萬元，收繳率 69.3%。其中一般保險費應收滯納金 1 億 7 千萬元，實收滯納金 1 億 2 千萬元，收繳率 71.7%；補充保險費應收滯納金 4 千萬元，實收滯納金 3 千萬元，收繳率 59.7%。

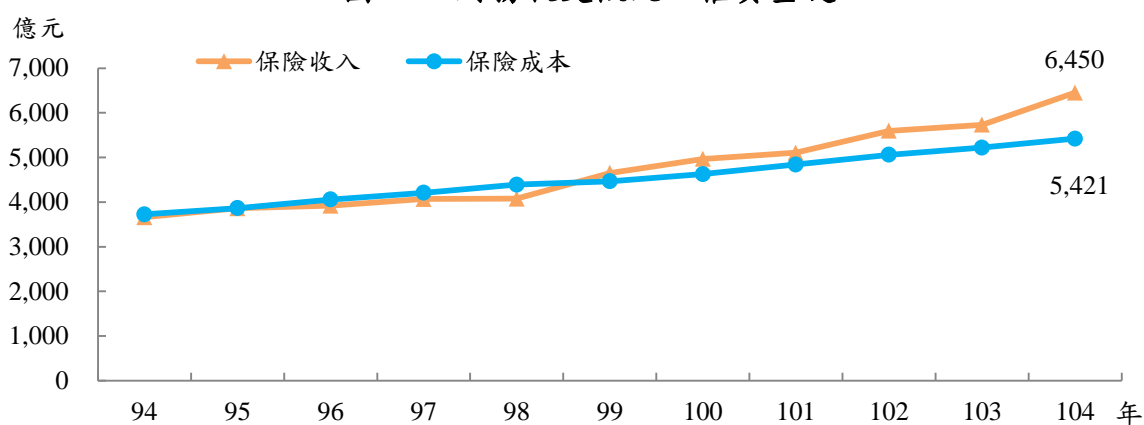


## 2.財務概況

### (1)權責收支淨結餘 1,029 億元。

觀察財務收支概況(權責基礎),104 年保險收入 6,450 億元,較上年增加 12.5%,近 10 年間平均年增率 5.8%,其中保費收入 5,694 億元或占 88.3%,為主要收入來源;保險成本 5,421 億元,較上年增加 3.9%,近 10 年間平均年增率 3.8%,以保險給付(醫療費用) 5,381 億元或占 99.3%最多;收支淨結餘 1,029 億元,依法全數提存安全準備,提存後安全準備累積數 2,289 億元。

圖 11 財務收支概況－權責基礎



附註：

1. 本篇資料日期為 105 年 5 月 5 日。
2. 本篇應收保險費係指經投保單位或被保險人提出異議更正後金額,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。
3. 本篇實收保險費不含補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數及滯納金。
4. 本篇特定對象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。
5. 本篇政府法定補助係依全民健康保險法第 27 條規定之補助。

### (三) 特約醫事服務機構及管理

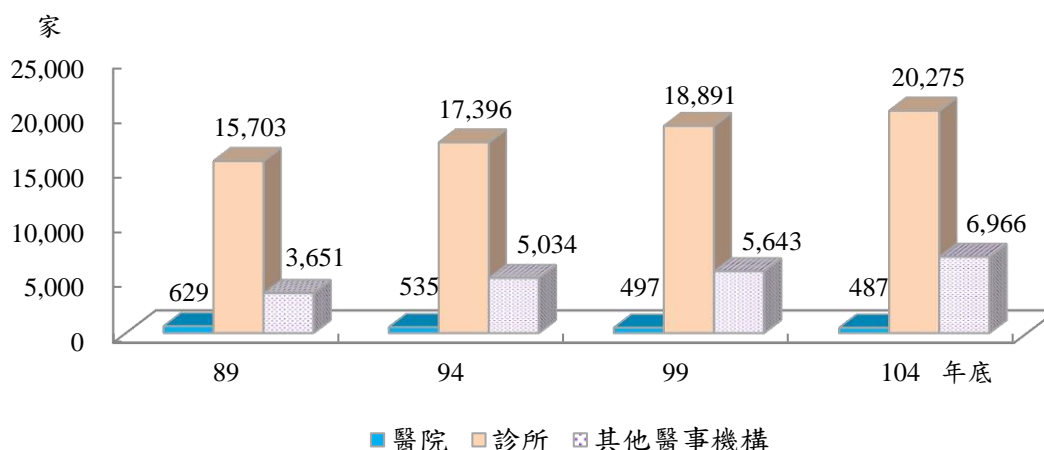
保險醫事服務機構包括特約醫院及診所、特約藥局及其他經主管機關指定之特約醫事服務機構（助產機構、居家護理機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所、醫事檢驗所、醫事放射所及呼吸照護所）。

#### 1. 特約醫事服務機構

(1) 近 10 年間特約醫事服務機構家數平均年增率 1.9%。

104 年底特約醫事服務機構 27,728 家，較上年增加 396 家或 1.4%，近 10 年間平均年增率 1.9%；其中醫院 487 家，診所 20,275 家，其他醫事機構 6,966 家。

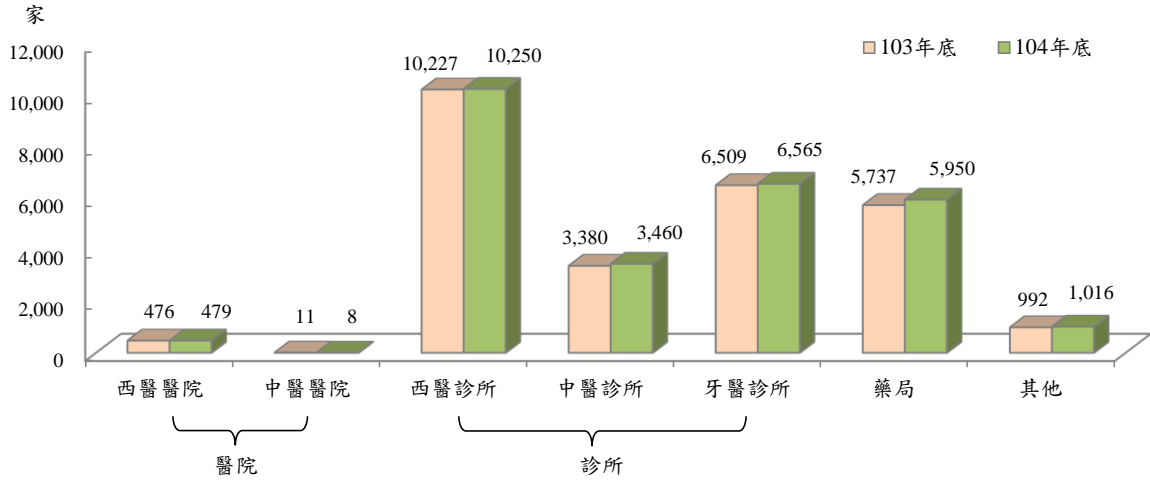
圖 12 歷年特約醫事服務機構家數



(2) 藥局及中醫診所家數增加較多，分別為 213 家及 80 家。

104 年底特約醫院中，西醫醫院 479 家，中醫醫院 8 家，分別較上年增加 3 家、減少 3 家。特約診所中，以西醫診所 10,250 家最多，其次分別為牙醫診所 6,565 家，中醫診所 3,460 家；若與上年比較，以中醫診所增加 80 家最多，牙醫診所及西醫診所分別增加 56 家及 23 家。特約其他醫事機構中，以藥局 5,950 家最多，較上年增加 213 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、醫事放射所及呼吸照護所等其他醫事機構 1,016 家，較上年增加 24 家。

圖 13 特約醫事服務機構家數

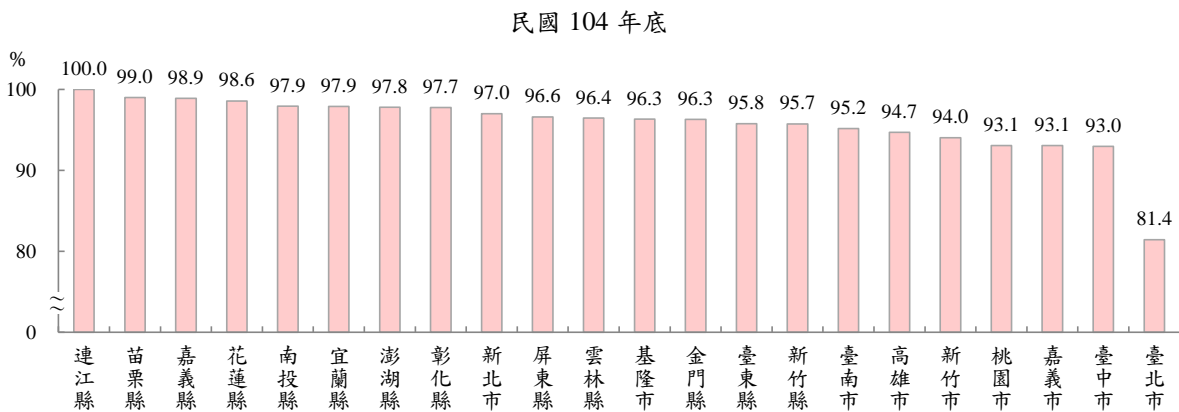


備註：「其他」包括醫事檢驗所、居家護理機構、助產機構、精神復健機構、物理治療所、職能治療所、醫事放射所及呼吸照護所。

(3)特約院所特約率為 93.1%，以臺北市 81.4%最低。

104 年底特約院所之特約率為 93.1%。若按縣市觀察，以臺北市 81.4%最低，其次為臺中市 93.0%，再其次為嘉義市及桃園市 93.1%，其餘縣市均超過全體特約率 93.1%，其中又以連江縣 100.0%最高。

圖 14 特約院所特約率—按縣市別分

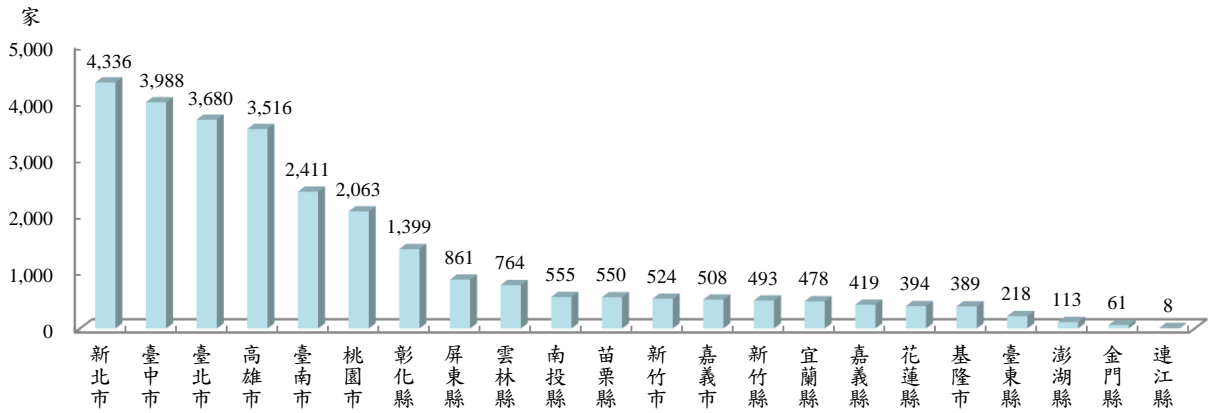


(4)新北市特約醫事服務機構較上年增加 82 家最多，屏東縣及宜蘭縣則略減。

若按縣市觀察，特約醫事服務機構以新北市 4,336 家最多，其次依序為臺中市、臺北市及高雄市，均超過 3,500 家；以連江縣 8 家最少。若與上年比較，除澎湖縣及連江縣與上年相同，屏東縣及宜蘭縣分別減少 12 家及 1 家外，其餘各縣市均呈增加，其中以新北市增加 82 家最多。

圖 15 特約醫事服務機構家數—按縣市別分

民國 104 年底

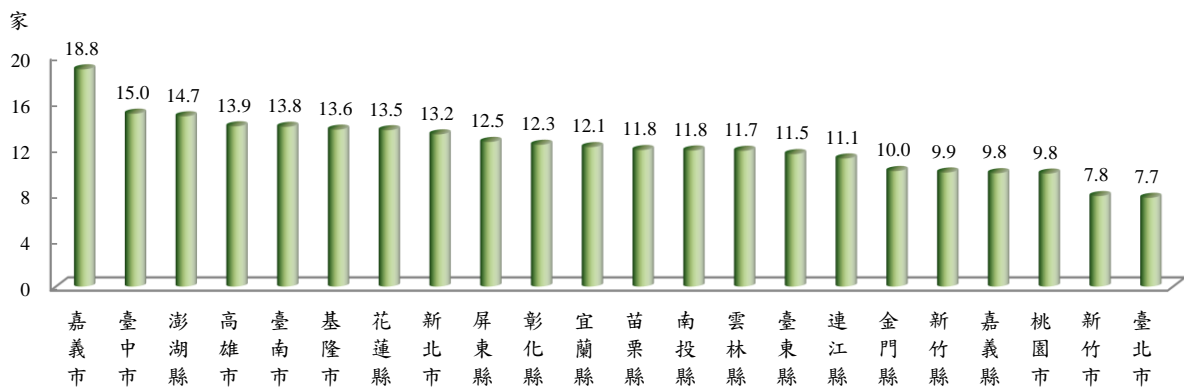


(5)每萬名保險對象特約醫事服務機構家數以嘉義市 18.8 家最多，臺北市 7.7 家最少。

104 年底每萬名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 11.7 家。若按縣市觀察，以嘉義市 18.8 家最多，其次為臺中市 15.0 家，澎湖縣 14.7 家居第 3；以臺北市 7.7 家最少，其次為新竹市 7.8 家，桃園市、嘉義縣及新竹縣均未及 10 家。

圖 16 每萬名保險對象特約醫事服務機構家數—按縣市別分

民國 104 年底



備註：保險對象縣市別資料係依所屬投保單位的通訊地址統計。

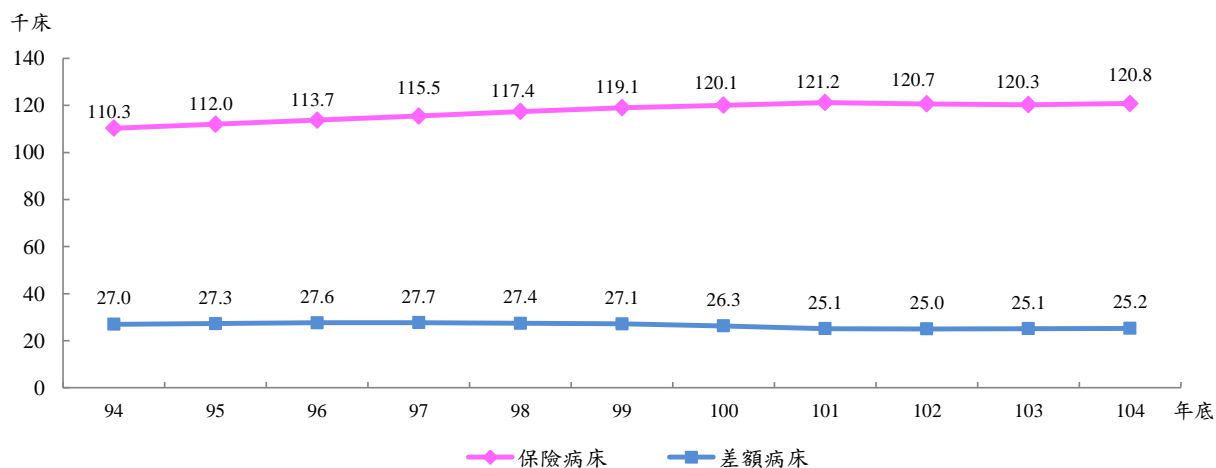
## 2. 病床

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)近 10 年間特約醫事服務機構病床數平均年增率 0.6%。**

104 年底特約醫事服務機構病床數為 146,052 床，較上年增加 591 床，近 10 年間平均年增率 0.6%；其中保險病床 120,815 床，差額病床 25,237 床。若與上年比較，保險病床及差額病床分別增加 480 床及 111 床。

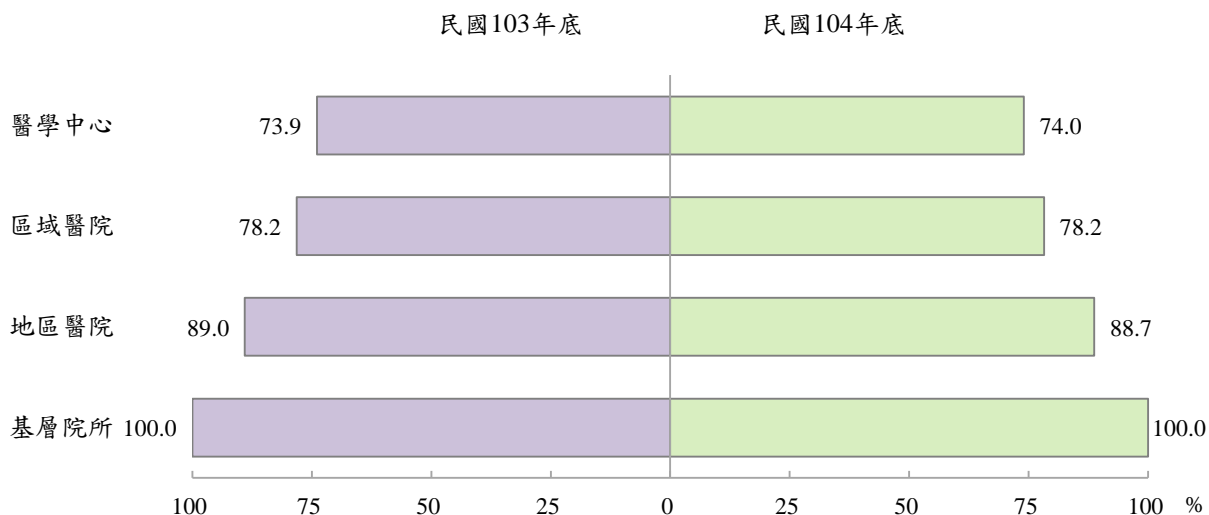
**圖 17 特約醫事服務機構病床數**



**(2)特約醫事服務機構保險病床占率 82.7%。**

104 年底特約醫事服務機構保險病床占率 82.7%，按特約類別分，醫學中心保險病床占率 74.0%，區域醫院 78.2%，地區醫院 88.7%，基層院所 100.0%。若與上年比較，醫學中心增加 0.1 個百分點，地區醫院減少 0.3 個百分點。

**圖 18 特約醫事服務機構保險病床占率—按特約類別分**





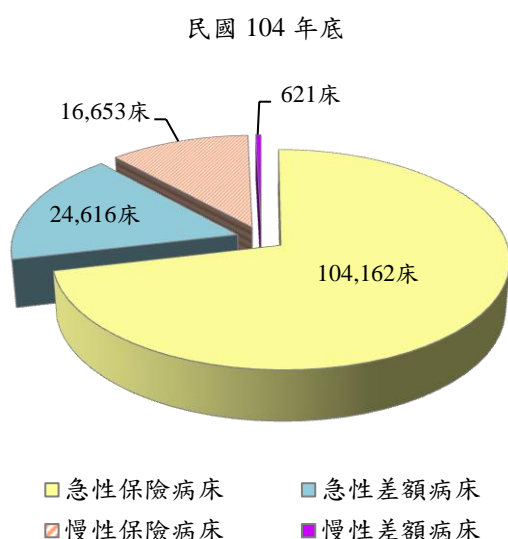
**(3)特約醫事服務機構急性病床及慢性病床分別較上年增加 501 床及 90 床。**

按病床功能分，104 年底急性病床數 128,778 床，慢性病床數 17,274 床；急性病床中為保險病床者 104,162 床，差額病床者 24,616 床，慢性病床中為保險病床者 16,653 床，差額病床者 621 床。

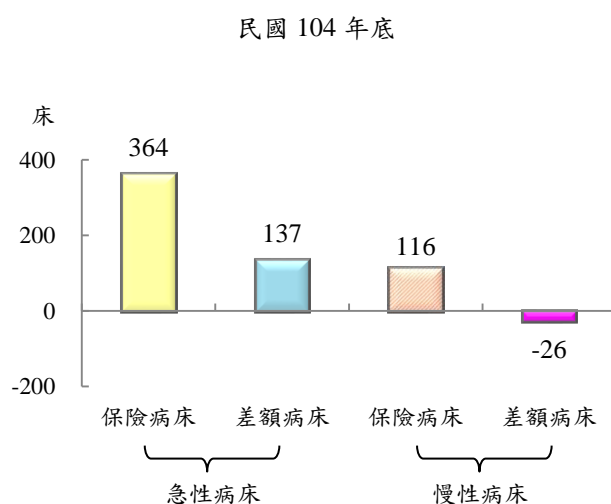
若與上年比較，急性病床增加 501 床，保險病床及差額病床分別增加 364 床及 137 床；慢性病床增加 90 床，保險病床增加 116 床，差額病床則減少 26 床。

104 年底急性保險病床比率 74.6%，較上年減少 0.1 個百分點，慢性保險病床比率 96.4%，則較上年增加 0.2 個百分點。

**圖 19 特約醫事服務機構病床數  
—按病床功能分**



**圖 20 特約醫事服務機構病床數較上年  
變動情形—按病床功能分**



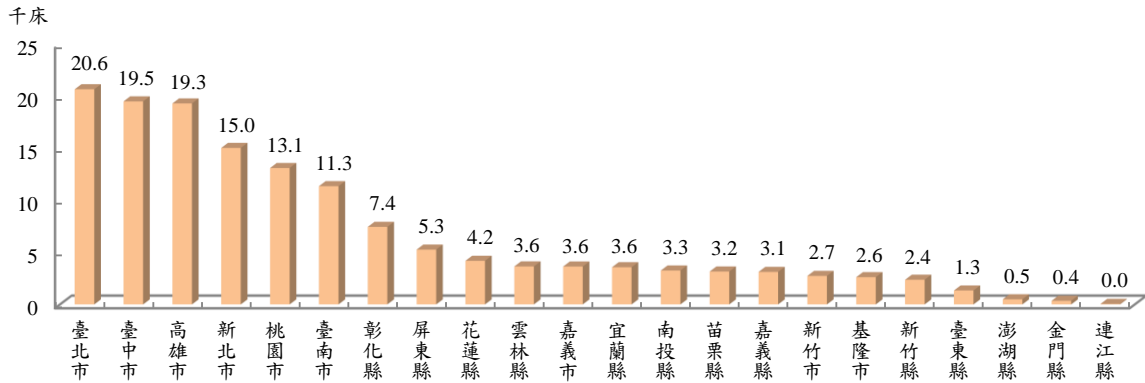
**(4)臺北市特約醫事服務機構病床數 2 萬 1 千床最多，連江縣 49 床最少。**

若按縣市觀察，特約醫事服務機構病床數以臺北市 20,640 床最多，其次為臺中市 19,480 床，高雄市 19,281 床居第 3，新北市、桃園市及臺南市病床數亦均超過 1 萬床；以連江縣 49 床最少，其次為金門縣及澎湖縣，分別為 352 床及 491 床，均未及 500 床。

若與上年比較，除澎湖縣與上年相同外，其餘縣市互有增減，其中以高雄市增加 187 床最多，新北市增加 176 床次之，臺南市增加 165 床居第 3；以花蓮縣減少 143 床最多，其次為臺北市減少 112 床，再其次為屏東縣減少 88 床。

圖 21 特約醫事服務機構病床數—按縣市別分

民國 104 年底



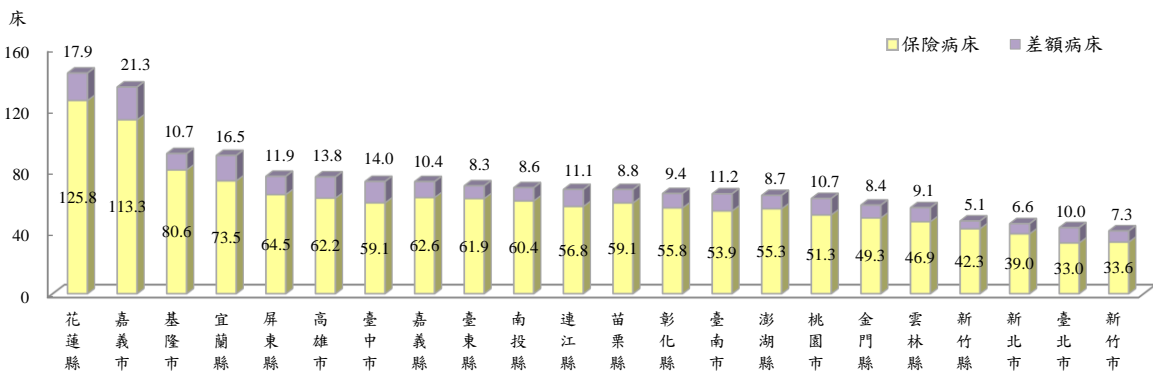
(5)每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 143.7 床最多，新竹市 40.9 床最少。

104 年底每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數(特約醫事服務機構病床數／保險對象×10,000) 為 61.5 床，其中保險病床為 50.9 床，差額病床為 10.6 床。

若按縣市觀察，每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數以花蓮縣 143.7 床最多，其次為嘉義市 134.6 床；以新竹市 40.9 床最少，其次為臺北市 43.0 床。每萬名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 125.8 床及 113.3 床；以臺北市 33.0 床最少，其次為新竹市 33.6 床。

圖 22 每萬名保險對象特約醫事服務機構病床數—按縣市別分

民國 104 年底



備註：保險對象縣市別資料係依所屬投保單位的通訊地址統計。

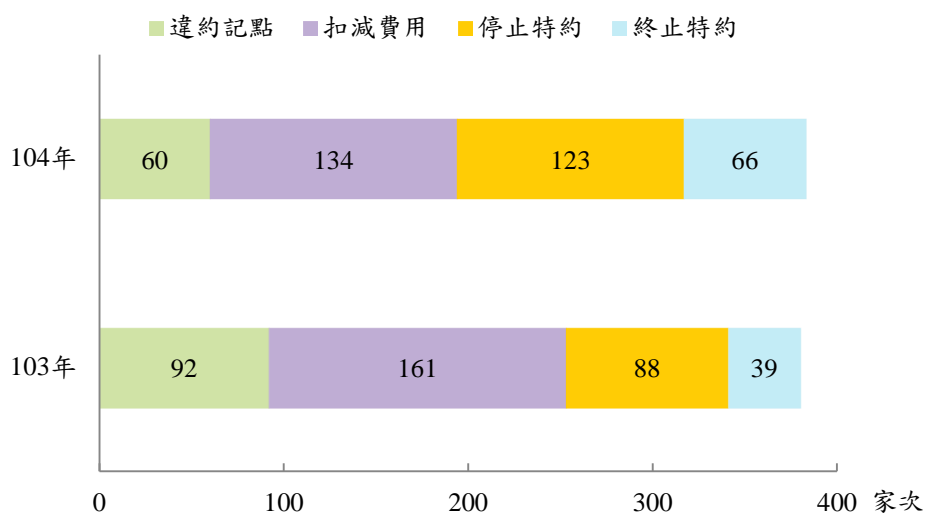
### 3.特約醫事服務機構之管理

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 383 家次，以扣減費用 134 家次最多。**

104 年查處違規的醫療院所計 383 家次，較上年增加 3 家次或 0.8%。其中以扣減費用 134 家次最多，停止特約 123 家次，終止特約 66 家次，違約記點 60 家次最少。

**圖 23 特約醫事服務機構查處家數**



## (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 (Taiwan 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「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定，保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月 20 日前為之。採電子資料申報者，得分 1 日至 15 日及 16 日至月底兩段為之。採網路或電磁紀錄申報者，並應於次月 5 日及 20 日前，檢送醫療費用申報表單。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。保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議會申請審議。

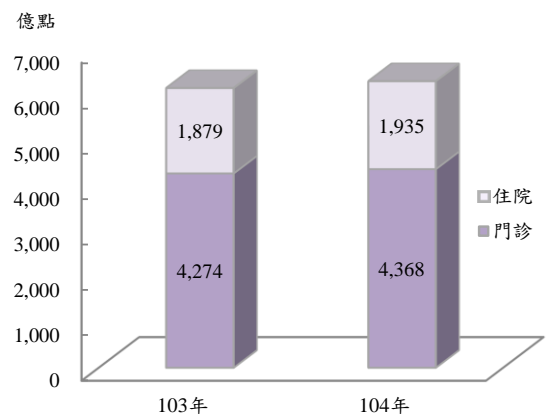
### 1. 醫療費用概況

104 年醫療點數 6,304 億點，較上年增加 2.5%，其中申請點數 5,924 億點，部分負擔 379 億點。門診醫療點數 4,368 億點，較上年增加 2.2%，其中申請點數 4,071 億點，部分負擔 297 億點；住院醫療點數 1,935 億點，較上年增加 3.0%，其中申請點數 1,853 億點，部分負擔 82 億點。

104 年門診醫療費用申報件數 3 億 5,559 萬件，較上年減少 0.4%，住院 328 萬件，較上年增加 2.3%。

104 年門診平均每件醫療點數 1,229 點，住院 58,989 點，平均每件住院日數 9.6 日。

圖 24 醫療點數

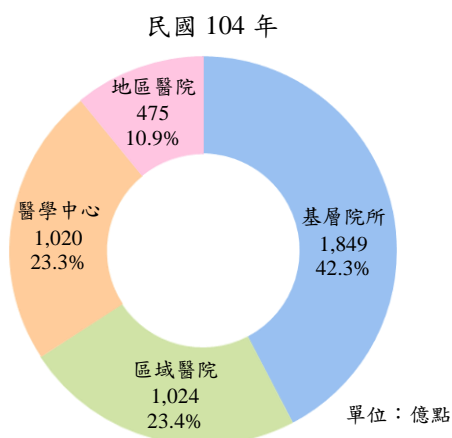


**(1)門診醫療點數以基層院所最高，住院則以醫學中心最高。**

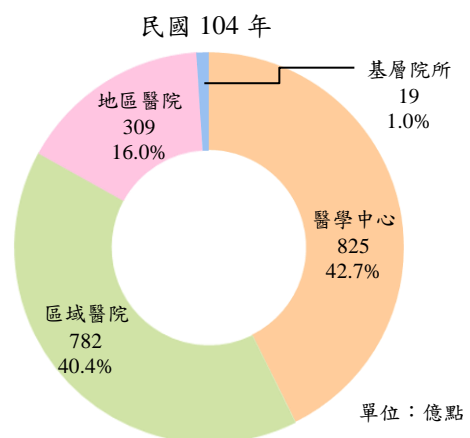
按特約類別分，104 年門診醫療點數以基層院所 1,849 億點或占 42.3% 最高，其次依序為區域醫院 1,024 億點，醫學中心 1,020 億點，地區醫院 475 億點，三者合占 57.7%；住院醫療點數則以醫學中心 825 億點或占 42.7% 最高，其次為區域醫院 782 億點或占 40.4%，地區醫院 309 億點或占 16.0%，以基層院所 19 億點最少，僅占 1.0%。

門診平均每件醫療點數依序為醫學中心 3,146 點，區域醫院 2,386 點，地區醫院 1,681 點，基層院所 734 點；住院平均每件醫療點數依序為醫學中心 75,619 點，區域醫院 52,176 點，地區醫院 49,222 點，基層院所 30,002 點。

**圖 25 門診醫療點數—按特約類別分**



**圖 26 住院醫療點數—按特約類別分**



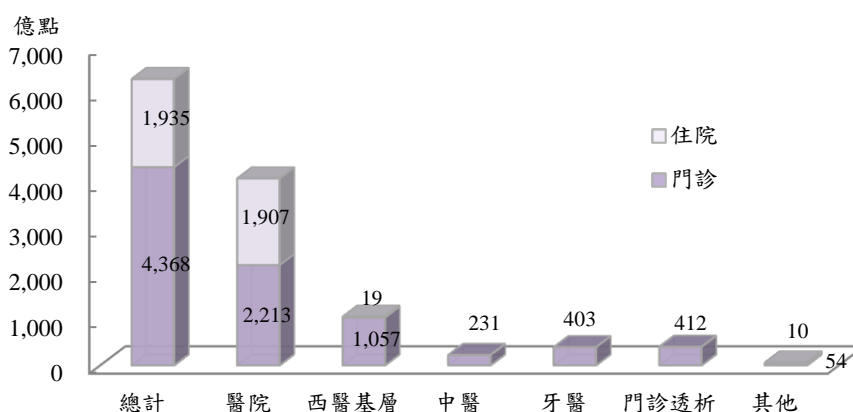
**(2)總額部門別醫療點數以醫院總額占 65.3% 最高。**

按總額部門別分，104 年以醫院 4,119 億點 (門診 2,213 億點，住院 1,907 億點) 或占 65.3% 最高，其次為西醫基層 1,076 億點 (門診 1,057 億點，住院 19 億點) 或占 17.1%，中醫 231 億點，牙醫 403 億點，門診透析 412 億點。

醫院門診平均每件醫療點數 2,298 點，住院 59,379 點，西醫基層門診 577 點，住院 30,006 點，中醫 572 點，牙醫 1,230 點，門診透析 46,287 點。

**圖 27 醫療點數—按總額部門別分**

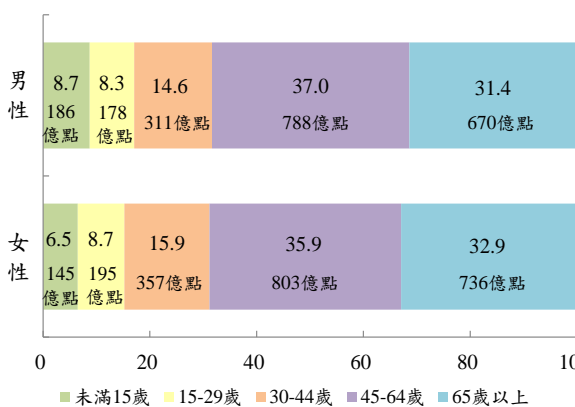
民國 104 年



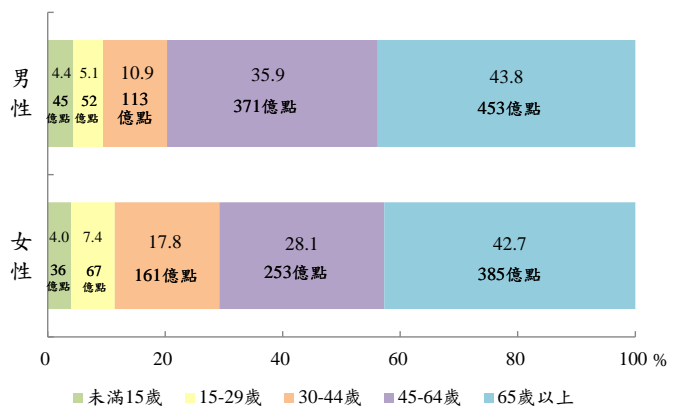
**(3)門診醫療點數以女性占率較高，住院則以男性較高。**

104 年男性門診醫療點數 2,132 億點或占 48.8%，女性 2,236 億點或占 51.2%；兩性均以 45—64 歲年齡組醫療點數占率最高，男性以 15—29 歲年齡組占率最低，女性則以未滿 15 歲年齡組占率最低。男性住院醫療點數 1,034 億點或占 53.4%，女性 901 億點或占 46.6%；兩性均以 65 歲以上年齡組醫療點數占率最高，未滿 15 歲年齡組占率最低。

**圖 28 門診醫療點數—按性別及年齡別分**  
民國 104 年



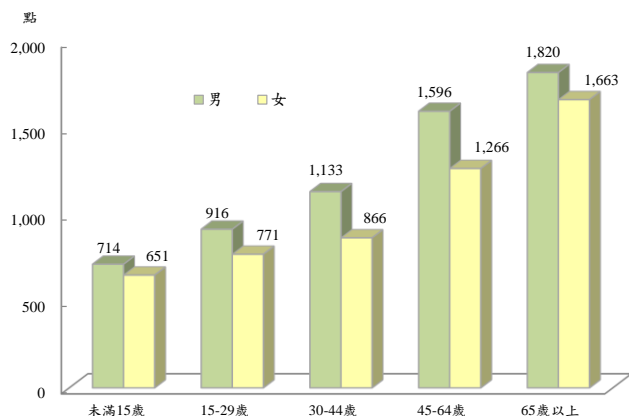
**圖 29 住院醫療點數—按性別及年齡別分**  
民國 104 年



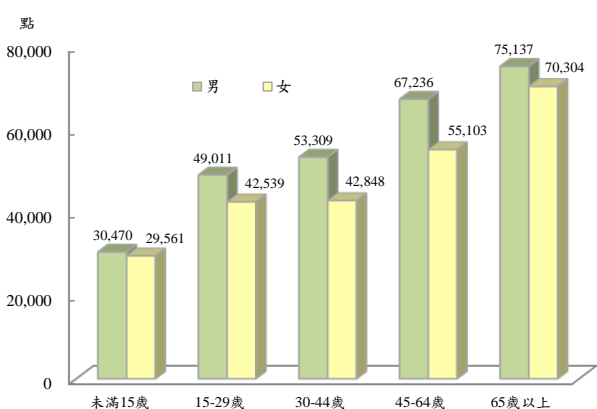
**(4)男性各年齡組門住診之平均每件醫療點數均高於女性。**

104 年男性門診平均每件醫療點數 1,340 點，高於女性 1,138 點；男性各年齡組之平均每件醫療點數均高於女性。男性住院平均每件醫療點數 63,796 點，高於女性 54,295 點；男性各年齡組之平均每件醫療點數均高於女性。

**圖 30 門診平均每件醫療點數**  
—按性別及年齡別分  
民國 104 年



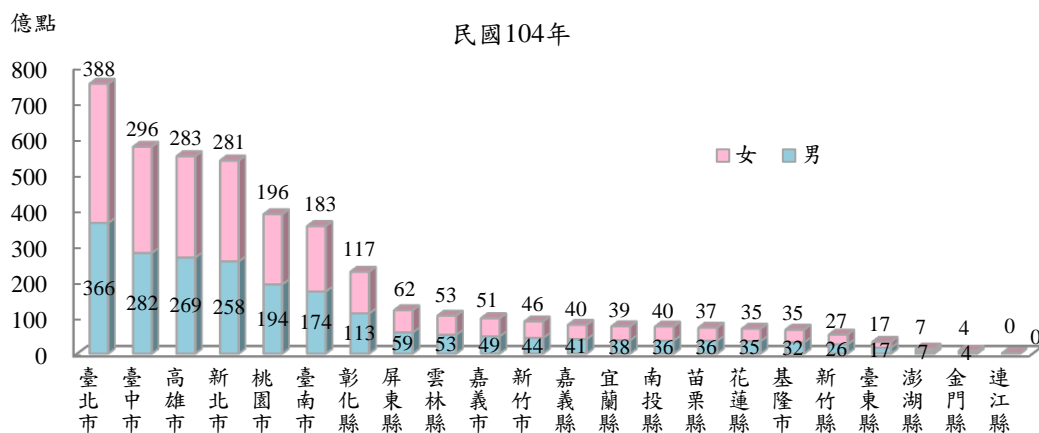
**圖 31 住院平均每件醫療點數**  
—按性別及年齡別分  
民國 104 年



(5)六都醫療費用占率逾7成。

按特約醫事服務機構所在縣市觀察，104年門診醫療點數以臺北市754億點最高，臺中市578億點次之，高雄市552億點第3，新北市540億點第4，桃園市及臺南市分別為390億點及357億點，分居第5及第6，六都占率72.6%。再按性別觀察，門診醫療點數除嘉義縣、花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣及連江縣男性高於女性，其餘縣市則以女性較高；門診平均每件醫療點數各縣市均以男性較高。

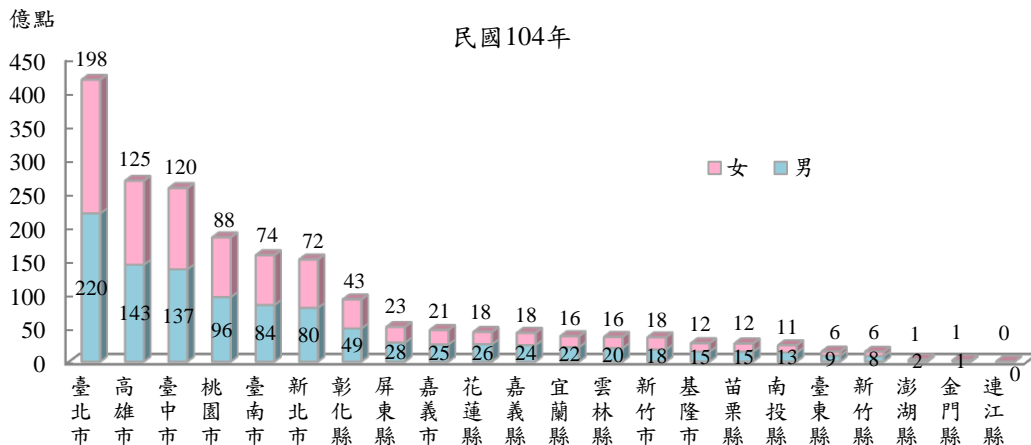
圖 32 門診醫療點數—按性別及縣市別分



備註:縣市別資料係依特約醫事服務機構所在縣市統計。

104年住院醫療點數以臺北市418億點最高，高雄市268億點次之，臺中市257億點第3，桃園市、臺南市及新北市則分居第4至第6，醫療點數分別為184億點、158億點及151億點，六都占率74.2%。再按性別觀察，各縣市住院醫療點數均以男性較高；住院平均每件醫療點數除連江縣女性高於男性，其餘縣市則以男性較高。

圖 33 住院醫療點數—按性別及縣市別分



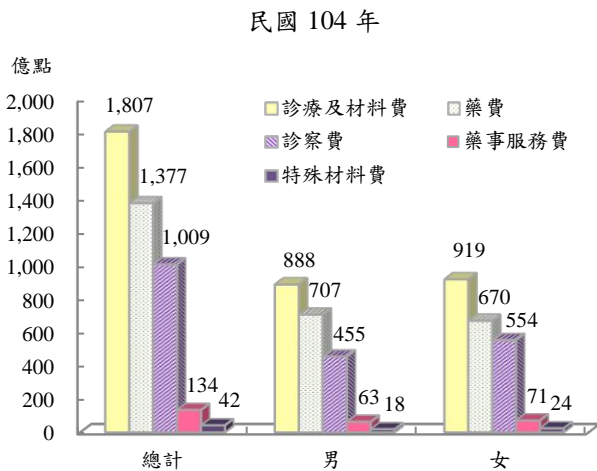
備註:縣市別資料係依特約醫事服務機構所在縣市統計。

**(6)門診醫療費用以診療及材料費居首，住院則以病房費最高。**

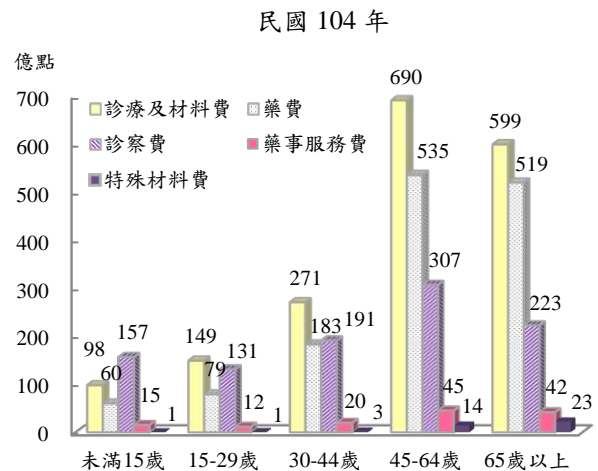
若按各項醫療費用實際發生數觀察，104年門診各項醫療費用明細計4,369億點，其中男性2,131億點，女性2,238億點，兩性均以診療及材料費居首，藥費次之。

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 34 門診醫療費用明細—按性別分**



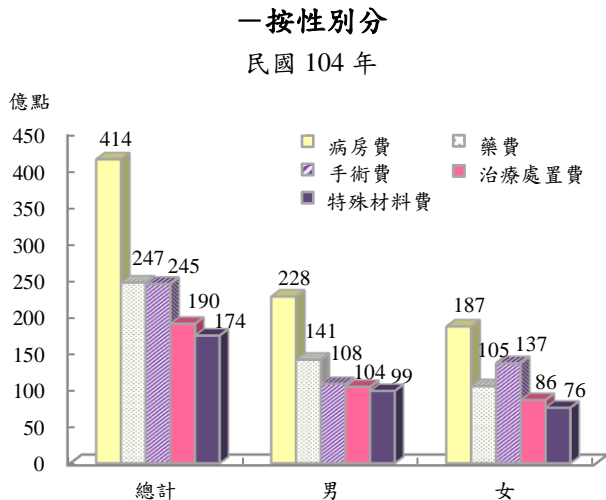
**圖 35 門診醫療費用明細—按年齡別分**



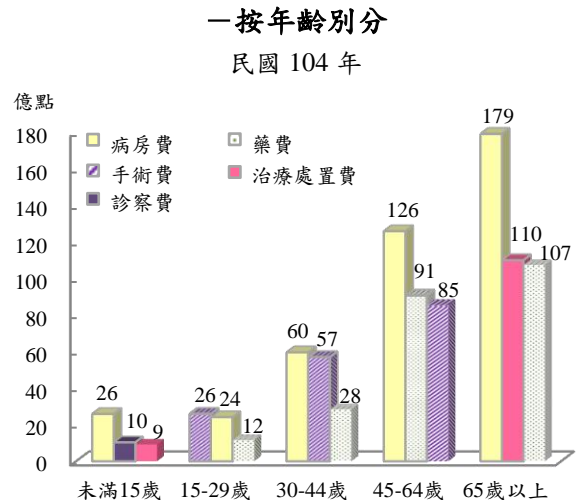
104年住院各項醫療費用明細合計1,880億點，以病房費居首，藥費次之，手術費第三，其中男性1,019億點，以病房費居首，藥費次之，手術費第3；女性860億點，以病房費居首，手術費次之，藥費第3。

若按年齡別分，除15—29歲年齡組以手術費最高外，其餘年齡組均以病房費最高。

**圖 36 住院前五大醫療費用明細**



**圖 37 住院前三大醫療費用明細**





## 2.醫療費用核付概況

### (1)門診以核付基層院所最高，住院則以醫學中心最高。

104 年醫療費用核付 5,812 億點（5,357 億元），其中門診核付 4,005 億點（3,704 億元），住院 1,807 億點（1,653 億元）。

按特約類別分，門診以核付基層院所 1,538 億點（1,402 億元）最高，醫學中心 865 億點（810 億元）第 2，區域醫院 861 億點（791 億元）第 3；平均每件核付點數（金額）則以醫學中心 2,669 點（2,499 元）最高，區域醫院 2,006 點（1,844 元）次之，地區醫院 1,487 點（1,362 元）第 3。

住院以核付醫學中心 778 億點（715 億元）最高，區域醫院 722 億點（658 億元）第 2，地區醫院 289 億點（261 億元）第 3；平均每件核付點數（金額）亦以醫學中心 71,303 點（65,533 元）最高，區域醫院 48,169 點（43,880 元）次之，地區醫院 45,959 點（41,554 元）第 3。

圖 38 門診醫療費用核付狀況  
—按特約類別分  
民國 104 年

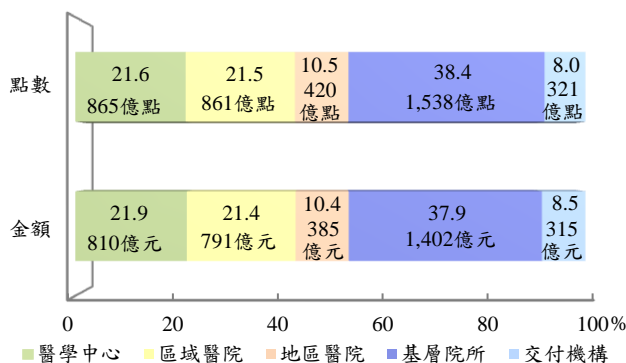
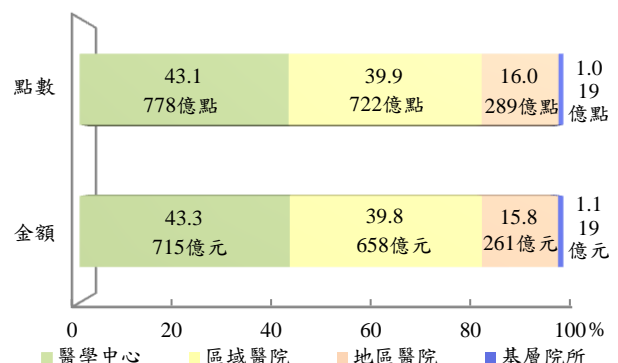


圖 39 住院醫療費用核付狀況  
—按特約類別分  
民國 104 年

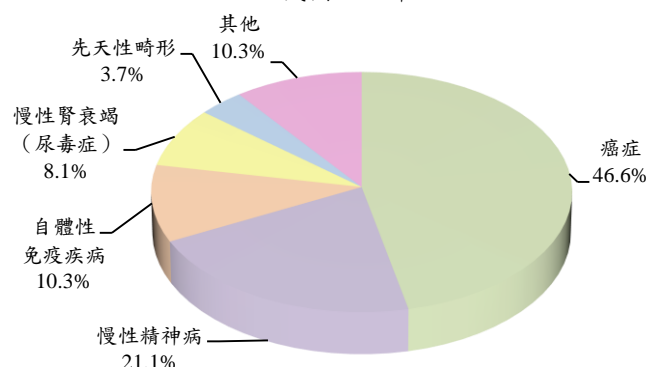


## 3.重大傷病醫療利用狀況

### (1)重大傷病有效領證數 97 萬張，以癌症最多。

104 年底重大傷病實際有效領證數 97 萬張，較去年底減少 7 千張或 0.8%。其中以癌症領證數最多，達 45 萬張，占 46.6%，慢性精神病 20 萬張居次，占 21.1%，自體性免疫疾病 10 萬張第 3，占 10.3%，慢性腎衰竭（尿毒症）亦達 8 萬張，占 8.1%。

圖 40 重大傷病有效領證狀況  
民國 104 年



(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(血友病)最高。

104 年重大傷病醫療點數 1,720 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 970 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 751 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 1 104 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	970	100.0	總計	751	100.0
1	慢性腎衰竭（尿毒症）	434	44.8	癌症	342	45.6
2	癌症	324	33.4	呼吸衰竭長期使用呼吸器	155	20.6
3	慢性精神病	48	4.9	慢性精神病	84	11.2
4	自體性免疫疾病	41	4.3	慢性腎衰竭（尿毒症）	60	7.9
5	罕見疾病	31	3.2	急性腦血管疾病	34	4.5
6	凝血因子異常（血友病）	30	3.1	重大創傷	15	2.0
7	器官移植	21	2.2	肝硬化症	11	1.5
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	10	1.0	自體性免疫疾病	10	1.4
9	新陳代謝異常	5	0.5	先天性畸形	10	1.3
10	先天性畸形	4	0.5	器官移植	9	1.2

104 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）285 萬點最高，慢性腎衰竭（尿毒症）52 萬點次之，罕見疾病 48 萬點第 3，溶血症 22 萬點第 4，多發性硬化症 21 萬點第 5；住院則以凝血因子異常（血友病）258 萬點最高，呼吸衰竭長期使用呼吸器 76 萬點次之，燒傷 64 萬點第 3，嚴重營養不良 63 萬點第 4，罕見疾病 50 萬點第 5。

表 2 104 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	111,265	1.0	平均值	238,030	1.0
1	凝血因子異常（血友病）	2,845,808	25.6	凝血因子異常（血友病）	2,578,649	10.8
2	慢性腎衰竭（尿毒症）	523,538	4.7	呼吸衰竭長期使用呼吸器	760,149	3.2
3	罕見疾病	478,164	4.3	燒傷	642,709	2.7
4	溶血症	223,822	2.0	嚴重營養不良	631,006	2.7
5	多發性硬化症	210,555	1.9	罕見疾病	499,727	2.1
6	器官移植	201,026	1.8	溶血症	382,490	1.6
7	嚴重營養不良	182,906	1.6	先天免疫不全	363,040	1.5
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	163,224	1.5	早產兒併發症	326,267	1.4
9	早產兒併發症	154,728	1.4	運動神經元疾病	291,377	1.2
10	先天免疫不全	126,544	1.1	器官移植	289,710	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；平均每人醫療點數男性以凝血因子異常（血友病）最高，女性則以慢性腎衰竭（尿毒症）居首。

104 年男性門診重大傷病醫療點數 501 億點或占 51.7%，女性 468 億點或占 48.3%；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（血友病）第 3，慢性精神病第 4，罕見疾病第 5，女性則以自體性免疫疾病第 3，慢性精神病第 4，罕見疾病第 5。

表 3 104 年門診前十大重大傷病—按性別分

排序	男性			女性		
	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	501	100.0	總計	468	100.0
1	慢性腎衰竭（尿毒症）	219	43.6	慢性腎衰竭（尿毒症）	216	46.1
2	癌症	167	33.3	癌症	157	33.5
3	凝血因子異常（血友病）	30	6.0	自體性免疫疾病	33	7.1
4	慢性精神病	24	4.8	慢性精神病	24	5.1
5	罕見疾病	18	3.6	罕見疾病	13	2.8
6	器官移植	14	2.8	器官移植	7	1.5
7	自體性免疫疾病	8	1.6	呼吸衰竭長期使用呼吸器	5	1.0
8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	5	1.0	先天性畸形	2	0.5
9	肝硬化症	2	0.5	新陳代謝異常	2	0.5
10	新陳代謝異常	2	0.4	多發性硬化症	2	0.4

104 年男性門診重大傷病平均每人醫療點數以凝血因子異常（血友病）最高，罕見疾病次之，慢性腎衰竭（尿毒症）第 3；女性則以慢性腎衰竭（尿毒症）最高，罕見疾病次之，凝血因子異常（血友病）第 3。

表 4 104 年門診前十大重大傷病平均每人醫療點數—按性別分

排序	男性			女性		
	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	124,858	1.0	平均值	99,649	1.0
1	凝血因子異常（血友病）	3,180,285	25.5	慢性腎衰竭（尿毒症）	528,673	5.3
2	罕見疾病	533,521	4.3	罕見疾病	418,165	4.2
3	慢性腎衰竭（尿毒症）	518,570	4.2	凝血因子異常（血友病）	294,074	3.0
4	多發性硬化症	270,120	2.2	溶血症	199,123	2.0
5	溶血症	258,643	2.1	多發性硬化症	194,328	2.0
6	早產兒併發症	253,155	2.0	嚴重營養不良	191,945	1.9
7	器官移植	218,775	1.8	呼吸衰竭長期使用呼吸器	175,228	1.8
8	嚴重營養不良	177,919	1.4	器官移植	172,603	1.7
9	呼吸衰竭長期使用呼吸器	153,157	1.2	漢生病	124,589	1.3
10	先天免疫不全	133,668	1.1	先天免疫不全	112,806	1.1

(4)兩性住院重大傷病醫療點數均以癌症最高；平均每人醫療點數男性以凝血因子異常（血友病）最高，女性則以呼吸衰竭長期使用呼吸器居首。

104年男性住院重大傷病醫療點數431億點或占57.4%，女性320億點或占42.6%；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3，慢性腎衰竭（尿毒症）第4，急性腦血管疾病第5。

表5 104年住院前十大重大傷病—按性別分

排序	男性			女性		
	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	431	100.0	總計	320	100.0
1	癌症	199	46.1	癌症	143	44.8
2	呼吸衰竭長期使用呼吸器	88	20.4	呼吸衰竭長期使用呼吸器	67	21.0
3	慢性精神病	47	10.8	慢性精神病	37	11.6
4	慢性腎衰竭（尿毒症）	31	7.2	慢性腎衰竭（尿毒症）	29	8.9
5	急性腦血管疾病	20	4.7	急性腦血管疾病	14	4.3
6	重大創傷	11	2.5	自體性免疫疾病	8	2.4
7	肝硬化症	8	1.8	先天性畸形	5	1.5
8	器官移植	6	1.4	重大創傷	4	1.4
9	先天性畸形	5	1.2	肝硬化症	3	1.0
10	凝血因子異常（血友病）	4	0.9	器官移植	3	0.8

104年男性住院重大傷病平均每人醫療點數以凝血因子異常（血友病）最高，呼吸衰竭長期使用呼吸器次之，嚴重營養不良第3；女性則以呼吸衰竭長期使用呼吸器最高，燒傷次之，嚴重營養不良第3。

表6 104年住院前十大重大傷病平均每人醫療點數—按性別分

排序	男性			女性		
	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	255,459	1.0	平均值	217,988	1.0
1	凝血因子異常（血友病）	2,740,404	10.7	呼吸衰竭長期使用呼吸器	777,641	3.6
2	呼吸衰竭長期使用呼吸器	747,289	2.9	燒傷	571,888	2.6
3	嚴重營養不良	711,784	2.8	嚴重營養不良	522,532	2.4
4	燒傷	709,898	2.8	罕見疾病	430,154	2.0
5	罕見疾病	558,257	2.2	先天免疫不全	408,919	1.9
6	庫賈氏症	422,533	1.7	溶血症	377,107	1.7
7	溶血症	388,014	1.5	運動神經元疾病	315,966	1.4
8	早產兒併發症	338,623	1.3	早產兒併發症	303,099	1.4
9	器官移植	329,082	1.3	漢生病	288,208	1.3
10	先天免疫不全	324,652	1.3	凝血因子異常（血友病）	281,739	1.3

**(5) 30 歲以上各年齡組門診重大傷病醫療點數以慢性腎衰竭（尿毒症）最高。**

104 年未滿 15 歲年齡組門診重大傷病醫療點數 19 億點或占 1.9%，15—29 歲 38 億點或占 3.9%，30—44 歲 110 億點或占 11.3%，45—64 歲 427 億點或占 44.0%，65 歲以上 377 億點或占 38.8%。

按疾病別觀察，未滿 15 歲年齡組重大傷病醫療點數以罕見疾病最高，凝血因子異常（血友病）次之；15—29 歲年齡組以凝血因子異常（血友病）最高，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 7 104 年門診前五大重大傷病—按年齡別分**

	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
醫療點數	19 億點	38 億點	110 億點	427 億點	377 億點
排序					
1	罕見疾病 31.5%	凝血因子異常 （血友病） 25.0%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 28.7%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 44.2%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 55.8%
2	凝血因子異常 （血友病） 25.9%	罕見疾病 20.2%	癌症 26.7%	癌症 37.2%	癌症 34.7%
3	先天性畸形 12.4%	癌症 11.5%	慢性精神病 13.9%	慢性精神病 5.2%	自體性免疫疾病 3.2%
4	小兒麻痺 6.9%	慢性腎衰竭 （尿毒症） 10.5%	凝血因子異常 （血友病） 9.2%	自體性免疫疾病 4.8%	慢性精神病 1.6%
5	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 4.9%	慢性精神病 9.3%	罕見疾病 6.0%	器官移植 3.1%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 1.3%

**(6) 15 歲以上各年齡組住院重大傷病醫療點數均以癌症居首。**

104 年未滿 15 歲年齡組住院重大傷病醫療點數 18 億點或占 2.4%，15—29 歲 29 億點或占 3.9%，30—44 歲 82 億點或占 11.0%，45—64 歲 298 億點或占 39.7%，65 歲以上 324 億點或占 43.1%。

按疾病別觀察，未滿 15 歲年齡組重大傷病醫療點數以先天性畸形居首，癌症次之；15 歲以上各年齡組則以癌症居首，15—64 歲各年齡組以慢性精神病次之，65 歲以上年齡組則以呼吸衰竭長期使用呼吸器次之。

表 8 104 年住院前五大重大傷病—按年齡別分

	未滿 15 歲	15—29 歲	30—44 歲	45—64 歲	65 歲以上
醫療點數	18 億點	29 億點	82 億點	298 億點	324 億點
排序					
1	先天性畸形 31.1%	癌症 28.2%	癌症 38.4%	癌症 55.2%	癌症 41.2%
2	癌症 25.6%	慢性精神病 19.7%	慢性精神病 31.6%	慢性精神病 14.4%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 34.5%
3	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 13.9%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 12.3%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 8.1%	呼吸衰竭 長期使用呼吸器 10.2%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 11.0%
4	罕見疾病 12.7%	重大創傷 11.1%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 3.6%	慢性腎衰竭 (尿毒症) 6.8%	急性腦血管疾病 5.8%
5	小兒麻痺 4.1%	先天性畸形 5.7%	急性腦血管疾病 2.9%	急性腦血管疾病 4.0%	慢性精神病 2.8%

#### 4. 保險對象醫療費用部分負擔狀況

104 年保險對象醫療費用部分負擔 379 億元，較上年增加 1.2%；其中門診部分負擔 297 億元，住院部分負擔 82 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。

104 年保險對象門住診平均每件醫療費用部分負擔分別為 100 元及 4,733 元。若按特約類別觀察，門住診均以醫學中心為最高（門診 326 元，住院 5,964 元），其次為區域醫院（門診 231 元，住院 4,398 元）。

圖 41 門診平均每件醫療費用部分負擔狀況  
—按特約類別分  
民國 104 年

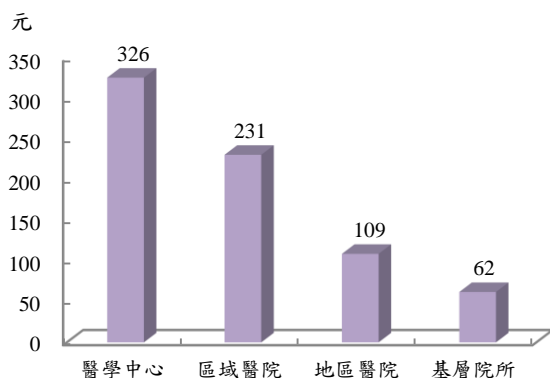
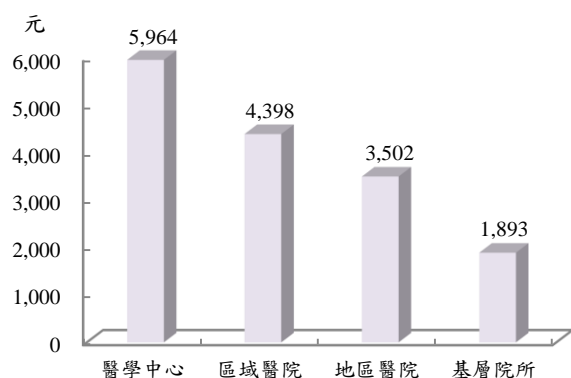


圖 42 住院平均每件醫療費用部分負擔狀況  
—按特約類別分  
民國 104 年

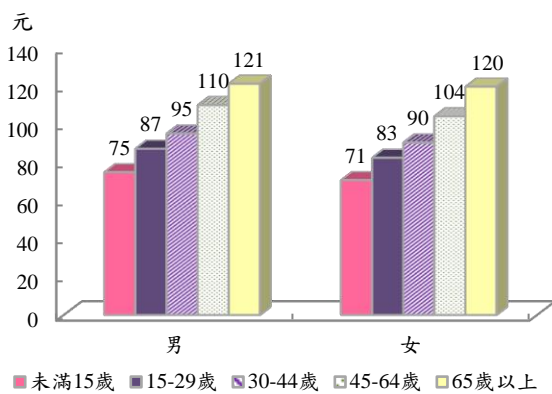


**(2) 男性各年齡組平均每件醫療費用部分負擔均高於女性。**

按性別分，104 年男性門診平均每件醫療費用部分負擔 101 元，女性 98 元；男性住院 4,852 元，女性 4,604 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 1.6 倍，住院為 3.5 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 575 元。

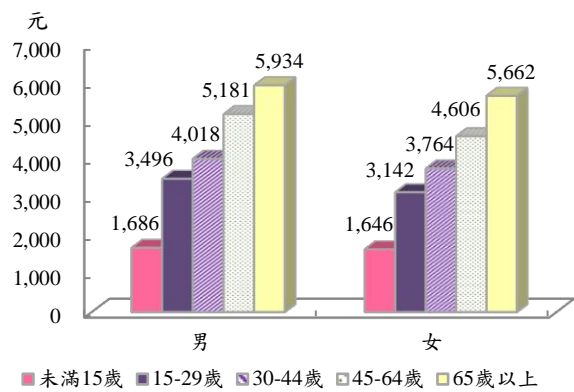
**圖 43 門診平均每件醫療費用部分負擔狀況**  
—按性別及年齡別分

民國 104 年



**圖 44 住院平均每件醫療費用部分負擔狀況**  
—按性別及年齡別分

民國 104 年

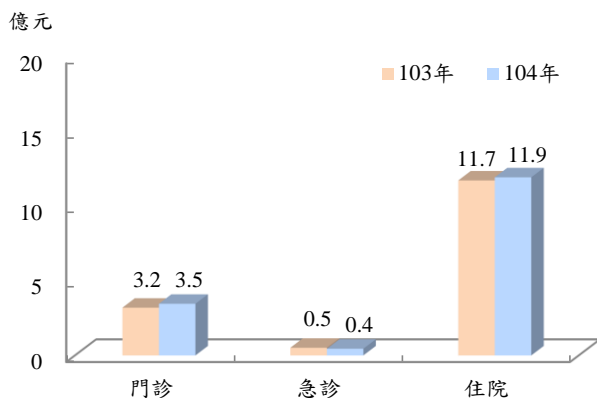


**5. 自墊醫療費用申請及核付狀況**

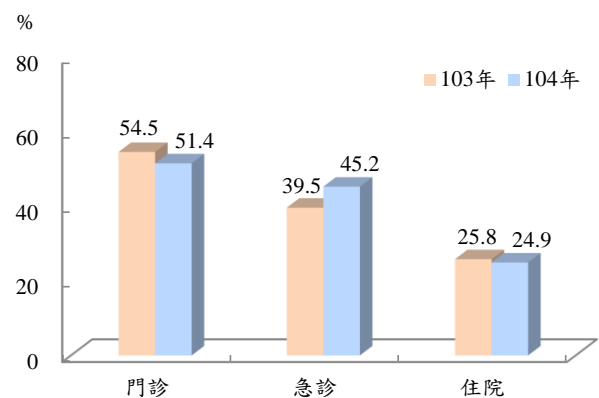
**(1) 核付金額 4.9 億元，核付比率 31.2%。**

104 年自墊醫療費用核付案件申請金額 15.8 億元，較上年增加 2.6%，核付金額 4.9 億元，較上年減少 0.3%，核付比率 31.2%；其中門診申請金額 3.5 億元，核付比率 51.4%，急診申請金額 0.4 億元，核付比率 45.2%，住院申請金額 11.9 億元，核付比率 24.9%。

**圖 45 自墊醫療費用核付案件申請金額**



**圖 46 自墊醫療費用核付比率**

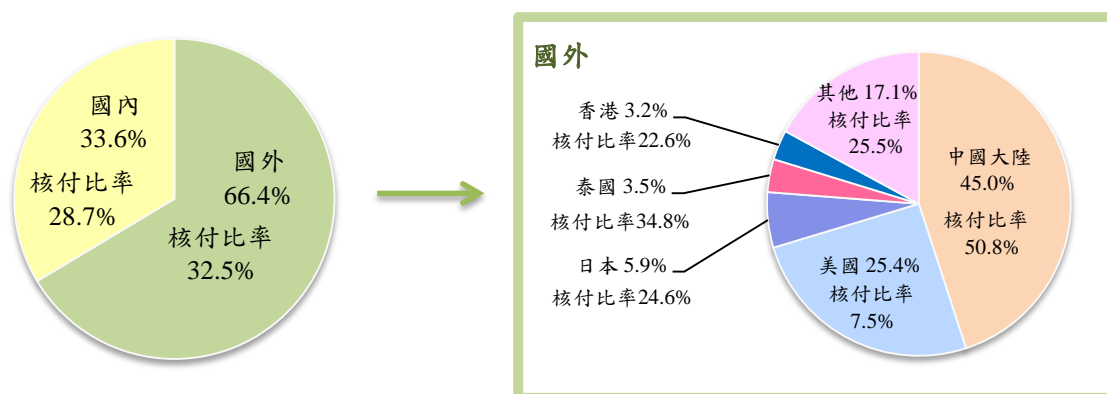


**(2) 國外地區以中國大陸核付案件申請金額最高，核付比率亦最高。**

按國家地區別分，國內自墊醫療費用核付案件申請金額 5.3 億元，核付比率 28.7%；國外申請金額 10.5 億元，核付比率 32.5%。國外地區核付案件申請金額以中國大陸 4.7 億元最高，占國外地區 4 成 5，核付比率 50.8% 亦最高；其次為美國 2.7 億元，占國外地區 2 成 5，核付比率 7.5%。

**圖 47 自墊醫療費用申請及核付狀況**

民國 104 年



附註：

1. 本篇資料更新日期為 105 年 6 月 10 日。
2. 本篇資料統計範圍排除代辦案件。
3. 醫療費用申報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」計，其他項目原則以 1 點 1 元計算。