

一、承保業務

本期(100年8月)投保單位計721,796家(含社福外勞單位143,002家),較去年同期698,070家,增加23,726家,增加率3.40%;保險對象23,105,806人,較去年同期23,024,081人,增加81,725人,增加率0.35%。相關數據詳表1、表2。

本期第一類至第三類被保險人平均投保金額33,283元,較去年同期32,436元,增加847元,增加率2.61%,其中第三類投保金額自100年4月起由21,000元調升為21,900元。第四類及第五類保險對象平均保險費1,376元(換算平均投保金額為26,615元);第六類保險對象平均保險費1,249元(換算平均投保金額為24,159元),均與去年同期相同,詳表3。

表 1 全民健保各類投保單位數統計表

單位：家(%)

年 \ 類目	總計	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
95 年底	658,565 (100)	653,661 (99.26)	3,087 (0.47)	346 (0.05)	8 (0.00)	585 (0.09)	886 (0.13)
96 年底	671,023 (100)	665,991 (99.25)	3,170 (0.47)	345 (0.05)	8 (0.00)	588 (0.09)	921 (0.14)
97 年底	676,280 (100)	671,126 (99.24)	3,250 (0.48)	345 (0.05)	9 (0.00)	599 (0.09)	951 (0.14)
98 年底	684,677 (100)	679,374 (99.23)	3,374 (0.48)	345 (0.05)	9 (0.00)	619 (0.09)	956 (0.14)
99 年底	706,599 (100)	701,150 (99.23)	3,511 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	964 (0.14)
100 年 上半年底	718,859 (100)	713,344 (99.23)	3,562 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	979 (0.14)
100 年 7 月底	720,304 (100)	714,787 (99.23)	3,571 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	972 (0.13)
100 年 8 月底	721,796 (100)	716,282 (99.24)	3,576 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	964 (0.13)
去 (99) 年 8 月底	698,070 (100)	692,680 (99.23)	3,458 (0.50)	345 (0.05)	9 (0.00)	620 (0.09)	958 (0.14)

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

1. 100 年 8 月底第一類投保單位中，其中民營事業機構受雇者之投保單位有 543,374 家、另有 143,002 單位為社福外勞單位（指家庭僱用外籍幫傭與外籍看護工之投保單位）。
2. 去 (99) 年 8 月底第一類投保單位中，其中民營事業機構受雇者之投保單位有 525,471 家、另有 138,049 單位為社福外勞單位（指家庭僱用外籍幫傭與外籍看護工之投保單位）。

表 2 全民健保各類保險對象人數統計表

單位：人，(%)

類目 年	總計		第一類		第二類		第三類		第四類	第五類	第六類	
	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	眷屬	被保險人	被保險人	被保險人	眷屬
95 年底	22,484,427 (100)		11,919,580 (53.01)		3,748,498 (16.67)		3,087,747 (13.73)			218,559 (0.97)	3,510,043 (15.61)	
	13,668,247	8,816,180	7,051,436	4,868,144	2,249,768	1,498,730	1,908,459	1,179,288			2,240,025	1,270,018
96 年底	22,629,635 (100)		11,993,100 (53.00)		3,775,260 (16.68)		3,036,617 (13.42)			221,916 (0.98)	3,602,742 (15.92)	
	13,903,566	8,726,069	7,157,200	4,835,900	2,306,512	1,468,748	1,889,262	1,147,355			2,328,676	1,274,066
97 年底	22,918,144 (100)		11,929,887 (52.05)		3,875,407 (16.91)		2,993,633 (13.06)		161,766 (0.71)	225,609 (0.98)	3,731,842 (16.28)	
	14,238,210	8,679,934	7,118,576	4,811,311	2,400,616	1,474,791	1,869,956	1,123,677			2,461,687	1,270,155
98 年底	23,025,773 (100)		11,954,639 (52.51)		3,999,953 (17.37)		2,924,081 (12.70)		160,189 (0.70)	254,677 (1.11)	3,732,234 (16.21)	
	14,487,278	8,538,495	7,202,837	4,751,802	2,525,967	1,473,986	1,852,870	1,071,211			2,490,738	1,241,496
99 年底	23,074,487 (100)		12,240,752 (53.05)		3,976,004 (17.23)		2,828,337 (12.26)		157,576 (0.68)	271,211 (1.18)	3,600,607 (15.60)	
	14,757,430	8,317,057	7,542,605	4,698,147	2,546,998	1,429,006	1,815,909	1,012,428			2,423,131	1,177,476
100 年 上半 年底	23,094,544 (100)		12,327,711 (53.38)		3,980,093 (17.23)		2,796,611 (12.11)		149,147 (0.65)	274,210 (1.19)	3,566,772 (15.44)	
	14,834,084	8,260,460	7,639,122	4,688,589	2,560,496	1,419,597	1,801,380	995,231			2,409,729	1,157,043
100 年 7月 月底	23,066,084 (100)		12,342,912 (53.51)		3,971,010 (17.22)		2,788,413 (12.09)		138,466 (0.60)	277,014 (1.20)	3,548,269 (15.38)	
	14,839,523	8,226,561	7,669,566	4,673,346	2,559,500	1,411,510	1,797,827	990,586			2,397,150	1,151,119
100 年 8月 月底	23,105,806 (100)		12,377,696 (53.57)		3,969,543 (17.18)		2,781,776 (12.04)		143,771 (0.62)	285,292 (1.23)	3,547,728 (15.35)	
	14,907,542	8,198,264	7,715,705	4,661,991	2,563,873	1,405,670	1,796,424	985,352			2,402,477	1,145,251
去(99) 年8 月底	23,024,081 (100)		12,108,968 (52.59)		3,988,176 (17.32)		2,868,617 (12.46)		153,244 (0.67)	265,672 (1.15)	3,639,404 (15.81)	
	14,640,306	8,383,775	7,411,218	4,697,750	2,538,713	1,449,463	1,829,735	1,038,882			2,441,724	1,197,680

資料日期：100年9月30日

備註：

1. 自 97 年 1 月份起呈現第四類被保險人人數。
2. 100 年 8 月底第一類保險對象人數，其中民營事業機構受雇者被保險人人數 5,697,284 人、眷屬人數 3,587,252 人，合計保險對象人數 9,284,536 人。
3. 去(99)年 8 月底第一類保險對象人數，其中民營事業機構受雇者被保險人人數 5,407,363 人、眷屬人數 3,584,698 人，合計保險對象人數 8,992,061 人。

表 3 全民健保各類平均投保金額與平均保險費統計表

單位：元，%

年	總計		第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
	金額	成長率						
95 年底	30,066	1.93	35,423	22,494	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
96 年底	31,427	4.53	36,507	24,203	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
97 年底	31,672	0.78	36,904	24,472	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
98 年底	31,847	0.55	37,005	25,095	21,000	1,376 (30,241)	1,376 (30,241)	1,099 (24,154)
99 年底	32,544	2.19	37,596	25,813	21,000	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
100 年 上半年底	33,229	2.76	38,100	26,669	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
100 年 7 月底	33,223	2.59	37,977	26,874	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
100 年 8 月底	33,283	2.61	38,059	26,886	21,900	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)
去 (99) 年 8 月底	32,436	2.48	37,547	25,758	21,000	1,376 (26,615)	1,376 (26,615)	1,249 (24,159)

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

1. 總計欄為第一類至第三類之平均投保金額。
2. 第四、五、六類平均保險費下方 () 內之數字，係以平均保險費除以費率，換算而得平均投保金額 (91 年 9 月至 99 年 3 月費率為 4.55%、99 年 4 月以後費率為 5.17%)。
3. 成長率：與前 1 年同期比較增減率。
4. 100 年 8 月底第一類之平均投保金額，其中民營事業機構受雇者之平均投保金額 34,607 元。
5. 去 (99) 年 8 月底第一類之平均投保金額，其中民營事業機構受雇者之平均投保金額 34,042 元。

二、保險財務業務

(一) 保險收支情形

為適時表達全民健康保險營運狀況，分別就本保險現金收支及權責基礎收支情形說明之：

1. 現金收支情形(相關數據詳表 4)：

100 年 9 月份保險費現金收入 322.82 億元，醫療費用支出 378 億元，其他收支淨額 25.46 億元；截至 100 年 9 月底累計短期借款為 915 億元。

2. 權責收支情形(相關數據詳表 5 及表 9)：

本(100)年度截至 9 月底，保費收入 3,501.24 億元、保險給付 3,422.67 億元、呆帳費用 23.13 億元、其他收支 202.4 億元，保險收支淨結餘 257.84 億元，累計待安全準備填補之短絀數為 139.27 億元。

表 4 全民健保財務資金流量分析表

單位：億元，%

年度	保費收入 (1)		醫療費用 (2)		其他收支 (3)	短期借款 (4)	餘額 (5)=(1)-(2) +(3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	金額	金額
84.3-94.12	29,872.09	-	30,998.17	-	418.73	835.00	127.65
95.1-95.12	3,585.20	4.23	3,692.86	8.64	151.49	(75.00)	(31.17)
96.1-96.12	3,645.87	1.69	3,872.09	4.85	185.14	70.00	28.92
97.1-97.12	3,726.98	2.23	4,067.15	5.04	181.12	125.00	(34.05)
98.1-98.12	3,713.58	(0.36)	4,321.27	6.25	204.13	410.00	6.44
99.1-99.12	4,189.97	12.83	4,393.87	1.68	258.11	(83.00)	(28.79)
100.1-100.6	2,429.37	19.34	2,277.99	5.76	126.47	(297.00)	(19.15)
100.7	532.46	31.68	406.81	14.99	18.53	(100.00)	44.17
100.8	381.11	(19.85)	397.87	6.98	19.92	0.00	3.16
100.9	322.82	7.30	378.00	7.26	25.46	30.00	0.28
100 年小計	3,665.74	13.97	3,460.67	7.08	190.38	(367.00)	28.45
84.3-100.9 總計	52,399.44	-	54,806.08	-	1,589.11	915.00	97.45

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

※本表所列金額係現金實際收付數，()內為負數。

1. 保費收入=保險費收入+保險費滯納金收入。

醫療費用=撥付醫療費用-代位求償收入-代辦醫療費用收入

2. 其他收支=公益彩券收入+運動彩券收入+菸品健康福利捐收入±安全準備及營運資金之投資損益+融資利息歸墊+各級政府撥付遲延利息-利息費用(各級政府應負擔金額+本局應負擔金額)-撥付分區業務組辦理假扣押案-手續費用±其他費用

3. 成長率係與去年同期資料相比。

4. 政府補助款每半年撥付一次，故每年一、二月或七、八月為保險費收入的高峰期，以致當月保險費收入金額會高於其他月份。100 年 8 月政府保險費補助款收入 93.06 億元，投保單位及保險對象保險費收入 288.05 億元。100 年 9 月政府保險費補助款收入 52.77 億元，投保單位及保險對象保險費收入 270.05 億元。

5. 98 年保費收入與去年同期比負成長 0.36%，主要係莫拉克風災災民健保費緩繳措施及暫緩執行中斷保險開單作業之影響所致。

6. 99 年保費收入與去年同期比成長 12.83%，主要係 99 年 4 月起健保費率調整至 5.17% 之影響所致；99 年醫療費用與去年同期比成長 1.68%，主要係 99 年總額點值結算補付醫療費用較 98 年度減少約 95 億元之影響所致。

7. 100 年 7 月及 8 月保費收入與去年同期比分別成長 31.68% 及負成長 19.85%，主要係 100 年下半年度各級政府應負擔健保費補助款多係於撥款期限(100 年 7 月 31 日)前撥入，99 年度則配合國庫收支調度，分散於 99 年 7 月及 8 月撥款之影響所致；100 年 7 月醫療費用與去年同期比成長 14.99%，主要係 7 月份支付 99 年第 4 季總額點值結算補付醫療費用約 49 億元之影響所致。

(二)保險費收繳執行情形

1. 保險費收繳部分：

截至 100 年 9 月底止，自 95 年 7 月至 100 年 6 月之投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.83%，政府保險費補助款收繳率為 90.46%，總收繳率為 96.44%（各年度收繳率詳表 6-1、6-2）。

2. 各級政府應負擔保險費補助款部分：

截至 100 年 9 月底止，自 91 年至 100 年 8 月份之應收金額 10,387.49 億元，實收金額 9,625.79 億元，各級政府未撥付金額為 761.7 億元（相關數據詳表 7）。

3. 投保單位及保險對象欠費收回部分：

95 年 7 月至 100 年 6 月之欠費金額 741.22 億元，截至 100 年 9 月底止，已收回 576.68 億元，收回率 77.80%（相關數據詳表 8）。

表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表

單位：億元，%

年度	投保單位及保險對象			政府保險費補助款			總計		
	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
95.7-95.12	1,340.04	1,338.19	99.86	539.79	507.19	93.96	1,879.83	1,845.38	98.17
96.1-96.12	2,668.12	2,661.37	99.75	1,011.45	944.57	93.39	3,679.57	3,605.94	98.00
97.1-97.12	2,773.67	2,753.30	99.27	1,055.75	943.17	89.34	3,829.42	3,696.47	96.53
98.1-98.12	2,766.57	2,724.93	98.49	1,096.91	965.15	87.99	3,863.48	3,690.08	95.51
99.1-99.12	3,058.26	3,001.82	98.15	1,323.89	1,169.89	88.37	4,382.15	4,171.71	95.20
100.1-100.4	1,069.36	1,045.17	97.74	436.63	407.02	93.22	1,505.99	1,452.19	96.43
100.5	269.14	262.37	97.48	109.16	101.76	93.22	378.3	364.13	96.25
100.6	271.47	262.92	96.85	109.16	101.76	93.22	380.63	364.68	95.81
總計	14,216.63	14,050.07	98.83	5,682.74	5,140.51	90.46	19,899.37	19,190.58	96.44

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：投保單位及保險對象收繳率計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(95 年 7 月至 100 年 6 月)。

表 6-2 投保單位及保險對象保險費收繳統計表

單位：億元，%

類別	應收保險費	實收保險費	收繳率%
第一類	11,196.61	11,176.58	99.82
第二類	1,399.25	1,395.33	99.72
第三類	462.83	459.90	99.37
第六類	1,157.94	1,018.26	87.94
總計	14,216.63	14,050.07	98.83

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(95 年 7 月至 100 年 6 月)。

表 7 全民健保各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況表

單位：億元，%

年度		91-99 年度 (含依還款計畫應償還金額)	100 年度(1-8 月份) (含沖抵 99 年度以前欠費 及 100 年應補助保費)	總 計
中央政府	應收	7,492.77	783.63	8,276.40
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
臺北市府	應收	772.26	85.90	858.16
	未收	365.73 ^{註3}	42.86 ^{註4}	408.59
	收繳率	52.64	50.10	52.39
高雄市府	應收	308.40	67.47	375.87
	未收	210.96 ^{註3}	45.60 ^{註4}	256.56
	收繳率	31.59	32.41	31.74
新北市府	應收	184.78	64.18	248.96
	未收	96.49	0	96.49
	收繳率	47.78	100.00	61.24
臺中市政府	應收	-	42.39	42.39
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
臺南市政府	應收	-	41.95	41.95
	未收	-	0.06	0.06
	收繳率	-	99.86	99.86
桃園縣政府	應收	-	29.58	29.58
	未收	-	0	0
	收繳率	-	100.00	100.00
其他 各縣市政府	應收	481.11	33.06	514.18
	未收	0	0	0
	收繳率	100.00	100.00	100.00
小 計	應收	9,239.32	1,148.16	10,387.49
	未收	673.18	88.52	761.70
	收繳率	92.71	92.29	92.67

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

- 依健保法第 29 條及同法施行細則第 44 條之 1 規定，第 2 至 4 類及第 6 類被保險人之保險費，應由各級政府補助部分，每半年 1 次於 1 月底及 7 月底前預撥保險人，得寬限 15 日，第 5 類及第 1 類被保險人之保險費則按月分別於當月 5 日及月底前撥付，得寬限 15 日，於年底時結算。
- 現行僅臺北市、高雄市及新北市政府積欠健保費補助款，且均已提出還款計畫如下：
 - 臺北市府：提出 5 年還款計畫償還 99 年度以前欠費。
 - 高雄市政府：分別提出 8 年還款計畫償還 95 年度以前及 96 年至 98 年欠費。
 - 新北市政府：提出 6 年還款計畫償還 97 年至 98 年欠費，另提出 4 年還款計畫償還 99 年欠費。
- 臺北市府於 100 年 5 月至 9 月依還款計畫償還 99 年度以前欠費 48.20 億元；高雄市政府於 100 年 4 月至 5 月依還款計畫償還 99 年度以前欠費 11.58 億元。
- 截至 100 年 9 月底止，北市府繳納 100 年度 1-8 月份保險費補助款共入帳 43.04 億元，其中 16.79 億元用於沖抵 99 年度以前欠費，另 26.25 億元用於繳納本(100)年度應補助保險費補助款；高市府繳納 100 年度 1-8 月份保險費補助款共入帳 21.87 億元，其中 7.11 億元用於沖抵 99 年度以前欠費，另 14.76 億元用於繳納本(100)年度應補助保險費補助款。
- 新北市政府、臺中市政府、臺南市政府及桃園縣政府準用全民健康保險法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目、第 2 款、第 3 款、第 5 款關於直轄市之規定，自 100 年 1 月 1 日生效；截至本年度 9 月底止，台南市政府之未收金額 0.06 億元部分係該府應補助 65 歲以上身心障礙者健保費，該款項業於 10 月初入帳，其他直轄市政府 100 年 1-8 月均按期繳納健保費補助款，並無欠費情事。
- 截至 100 年 9 月底止，本局短期融資之利息費用約為 83.18 億元，其中各級政府應負擔金額約 67.73 億元，本局應負擔金額約 15.45 億元。各級政府未撥付利息金額為 17.62 億元，其中臺北市府為 16.53 億元、高雄市政府為 1.09 億元。

表 8 全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回統計表

單位：億元，%

年度 \ 項目	欠費應收金額	收回金額	收回率%
95.7-95.12	71.22	69.37	97.40
96.1-96.12	136.09	129.36	95.05
97.1-97.12	148.01	127.72	86.29
98.1-98.12	156.71	115.34	73.60
99.1-99.12	155.06	99.20	63.98
100.1-100.4	49.64	25.75	51.87
100.5	12.19	5.51	45.20
100.6	12.30	4.43	36.02
總計	741.22	576.68	77.80

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

1. 計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(95 年 7 月至 100 年 6 月)。
2. 近期欠費收回率相對較低，係因收繳期間較短。

(三)安全準備

1. 自 96 年 3 月底安全準備已用罄，故 96 年底待安全準備填補之短絀數 125.71 億元，加計 97 年度淨短絀數 139.55 億元、98 年度淨短絀數 316.98 億元、99 年度淨結餘數 185.14 億元及本(100)年度截至 9 月底止淨結餘數 257.84 億元，累計待安全準備填補之短絀數為 139.27 億元。(權責基礎詳表 9)。
2. 準備金運用方面，自全民健保開辦至 100 年 9 月底，本保險安全準備金餘額為 1.84 億元 (詳表 10)。

表 10 全民健保安全準備金運用概況表

單位：億元

項 目	歷年截至 99 年底	100 年度			歷年截至 100 年 9 月
		1-8 月	9 月	小計	
安全準備金來源總額^①	1,759.73	174.20	25.27	199.47	1,959.20
法定提撥	206.43	-	-	-	206.43
保險費滯納金	111.50	3.03	0.38	3.41	114.91
運用收益	77.79	0.003	-	0.003	77.79
公益彩券	102.06	8.09	0.94	9.03	111.09
運動彩券	1.36	0.06	0.009	0.07	1.42
菸品健康福利捐	1,191.54	163.02	23.94	186.96	1,378.50
保險年度收支結餘	69.04	-	-	-	69.04
安全準備金去路總額^②	1,757.94	173.92	25.50	199.42	1,957.36
填補保險支出短絀	1,747.62	173.92	25.50	199.42	1,947.04
存單質借利息費用	0.11	-	-	-	0.11
投資損失 ^{2、3}	10.21	-	-	-	10.21
安全準備金餘額(①－②)⁴	1.79	0.28	(0.23)	0.05	1.84

資料日期：100 年 9 月 30 日

備註：

1. ()內為負數。
2. 以往年度發生之投資損失係依本局保險安全準備管理委員會之決議，因持有股票以 90 年 8 月 20 日為基礎上漲百分之三十時，應「停利」出售，與原始成本相較所發生之虧損。
3. 依據 94 年 3 月 25 日全民健康保險監理委員會第 118 次會議，審議本局 93 年決算意見「積極處分中長期的有價證券……俾因應目前之財務困境」；及本局保險安全準備管理委員會 93 年 12 月 20 日第 96 次及 94 年 6 月 29 日第 101 次會議決議，鑑於本局財務收支日益緊俏，本局持有之股票及受益憑證宜擇期儘速出清，回收資金俾供短期之運用與填補保險收支短絀。
4. 每月安全準備金入帳的金額，均用以填補醫療費用，安全準備金僅剩部分現金及尚未處分之信託資產等約當現金。

(四)營運資金餘額運用情形

100 年度營運資金截至 9 月底營運資金餘額為 28.4 億元，歷年截至 100 年 9 月底之營運資金餘額為 95.61 億元(相關數據詳表 11)。

表 11 全民健康保險營運資金運用概況表

單位：億元

項 目 \ 期 間	100 年截至 8 月底	100 年 9 月	100 年截至 9 月底
歷年截至 99 年底營運資金餘額①	67.21	-	67.21
本期資金來源總額②	4,703.56	394.04	5,097.60
保費收入	3,342.93	322.82	3,665.75
利息收入	0.41	0.08	0.50
代辦醫療收入	112.08	14.54	126.62
代位求償收入	20.75	(0.05)	20.70
安全準備撥入	173.92	25.50	199.42
短期借款 ²	1,055.00	30.00	1,085.00
融資利息歸墊	0.25	-	0.25
各級政府撥付遲延利息	1.50	0.50	2.00
藥品申報金額返還金	1.70	-	1.70
其他 ³	(4.98)	0.64	(4.34)
本期資金去路總額③	4,675.66	393.53	5,069.19
撥付醫療費用	3,215.51	392.49	3,608.00
撥入安全準備	3.03	0.38	3.41
償還短期借款	1,452.00	-	1,452.00
撥付分區業務組辦理假扣押案	(0.007)	0.01	0.004
利息費用	5.13	0.65	5.78
手續費用	0.002	0.0006	0.003
本期資金餘絀④ = ② - ③	27.90	0.51	28.40
可運用資金餘額(① + ④)	95.11	-	95.61

備註：

資料日期：100 年 9 月 30 日

1. () 內為負數
2. 截至 100 年 9 月 30 日累計短期借款餘額為 915 億元。
3. 「其他」收入增加數主要係菸品捐補助款撥入補助罕見疾病醫療費用及補助經濟困難者健保費。
4. 100 年 9 月可運用資金餘額增加，係預期利率無下跌空間，未提前償還借款，買入短期票券，以避免借款利率有借高還低的情形。

(五)各項資金投資組合

100年9月底各項資金投資組合主要為附賣回交易票、債券56.15億元(占57.62%)，銀行活期存款40.42億元(占41.48%)，信託財產0.89億元(占0.91%)。(相關數據詳表12)

表12 安全準備金及營運資金投資概況表

單位:億元, %

項 目	安全準備金	營運資金	合計	比率
附賣回交易票、債券	-	56.15	56.15	57.62
銀行存款-活期	0.95	39.47	40.42	41.48
信託財產	0.89	-	0.89	0.91
資金餘額合計	1.84	95.61	97.45	100.00

資料日期：100年9月30日

(六) 逾期未繳保險費、滯納金移送行政執行情形 (94年1月至100年9月)

1. 自94年至100年9月，逾期未繳保險費、滯納金之移送總金額合計為421.83億元。其中已結案部分365.54億元，占全部移送金額之86.66%，未結案部分56.29億元，占全部移送金額之13.34% (相關數據詳表13-1、表13-2)。
2. 已結案部分365.54億元，其中繳清者161.96億元占已結案之44.31%、取得債權憑證者195.04億元占53.36%、註銷標的者占2.33%。
3. 未結案部分56.29億元，尚在處理中者48.98億元占87.01%、分期繳納者7.31億元占12.99%。

(七)健保財務指標(截至 100 年第 3 季) 執行結果及說明

1. 財務狀況

(1) 「保險費率」指標值：9.28%，燈號：「紅燈」

依最近 1 年(98 年)精算報告，未來 5 年平衡費率值為 5.65%，100 年第 2 季保險費率為 5.17%，依燈號公式計算本指標值為 9.28%，燈號為「紅燈」，亦即 5 年平衡費率與現行費率差距大於 5%。

(2) 「安全準備」指標值：-0.37 個月，燈號：「紅燈」

本季安全準備折算醫療費用比率低於最近 12 個月醫療費用月平均數，燈號為「紅燈」。

(3) 「借款」指標值：915 億元，燈號：「黃燈」，亦即本季借款總金額比上季低。本季末借款總金額為 915 億元，借款之原因來自於地方政府未撥付金額 762 億元及營運所需之收支調度 153 億元；受政府補助款每半年撥付一次（每年 1、2 月或 7、8 月為保險費撥入的高峰期）之影響，過去各年之第 1、3 季呈現「黃燈」，第 2、4 季均為「紅燈」。

2. 當季保險收支情形

(1) 「保險收支餘絀」指標值：89.28 億元，燈號：「綠燈」，代表本季保險收支餘絀大於 0。

(2) 「保費收入」指標值：3.51%，燈號：「黃燈」

本季保費收入成長率 3.51%，低於 100 年保險收入(含其他

金融保險收入)精算成長率 5.25%，主要係去年同期受景氣回溫、就業情況好轉之影響，99 年第 3 季保費收入較 99 年第 2 季增加近 21 億元，致本季之成長率稍低；若以 100 年截至 9 月底累計保費收入之成長率 8.04%觀之，則高於 100 年保險收入精算成長率 5.25%。

(3) 「保險給付」指標值：2.75%，燈號：「黃燈」

本季保險給付成長率 2.75%，略高於 100 年總額協定成長率 2.692%。

(4) 「呆帳」指標值：1.06%，燈號：「綠燈」，代表小於 1.5%。

(5) 「資金運用損益」指標值：0.76%，燈號：「綠燈」

本季資金運用損益 0.76%，高於指標利率(五大銀行活期儲蓄存款當季平均利率)0.33%，燈號為「綠燈」。

(6) 「其他收支」指標值：66.53 億元，燈號：「綠燈」。

健保財務指標（截至100年第3季）

項目		99年		100年		第3季	
		第3季	第4季	第1季	第2季		
財務狀況	保險費率	燈號	●				
		百分比	9.28%				
	安全準備	燈號	●	●	●	●	●
		比值	-1.34	-1.08	-0.75	-0.61	-0.37
	借款	燈號	◎	●	◎	●	◎
總金額		1,188	1,282	944	985	915	
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責	燈號	○	○	○	○	○
		金額	78.39	96.85	117.76	50.80	89.28
	--保費收入	燈號	○	○	○	◎	◎
		成長率	17.72%	17.67%	16.67%	5.14%	3.51%
	--保險給付	燈號	○	○	◎	●	◎
		成長率	0.86%	-0.49%	2.88%	4.34%	2.75%
	--呆帳	燈號	○	○	○	○	○
		呆帳率	1.09%	1.09%	1.08%	1.07%	1.06%
	--資金運用損益	燈號	○	○	○	○	○
		收益率	0.41%	0.47%	0.50%	0.58%	0.76%
	--其他收支	燈號	○	○	○	○	○
		金額	60.97	73.30	78.20	58.92	66.53

註：燈號分為○綠燈、◎黃燈及●紅燈三種。

健保財務指標之燈號公式及標準

項目	燈號公式	燈號標準
財務狀況	保險費率	(精算保險費率前五年平均值-當年保險費率)/當年保險費率 綠燈：x ≤ ±5% 紅燈：x > ±5%
	安全準備	季末「安全準備」/最近12個月醫療費用月平均數 綠燈：x ≥ 1.5 黃燈：1 ≤ x < 1.5 紅燈：x < 1
	借款	季末「短期借款」總金額 綠燈：x = 0 黃燈：x > 0，但 < 上季(100年第2季為985億元) 紅燈：x > 0，且 ≥ 上季
當季保險收支情形	保險收支餘絀-權責	本季保險總收入-本季保險總支出 綠燈：x > 0 黃燈：x ≤ 0，但 > 去年同季(99年第3季為78.39億元) 紅燈：x ≤ 0，且 ≤ 去年同季
	--保費收入	(本季「保費收入」-去年同季「保費收入」)/去年同季「保費收入」 綠燈：x ≥ 精算成長率(100年為5.25%) 黃燈：0 < x < 精算成長率 紅燈：x ≤ 0
	--保險給付	(本季「保險給付」-去年同季「保險給付」)/去年同季「保險給付」 綠燈：x ≤ 總額協定成長率(100年為2.692%) 黃燈：總額協定成長率 < x ≤ 總額協定成長率+0.5% 紅燈：x > 總額協定成長率+0.5%
	--呆帳	累計至本季「各項提存」/累計至本季「保費收入」 綠燈：x < 1.5% 黃燈：1.5% ≤ x ≤ 2% 紅燈：x > 2%
	--資金運用損益	本季保險資金運用損益/本季平均保險資金 綠燈：x ≥ 指標利率(100年第3季為0.33%) 黃燈：0 ≤ x ≤ 指標利率 紅燈：x < 0
	--其他收支	本季「其他金融保險收入」-本季「其他金融保險成本」 ※其他金融保險收入=公益彩券+菸品捐+逾二年未兌現支票轉入數+保險費小額(10元以內)溢繳數+過期帳 ※其他金融保險成本=逾二年未兌現支票重開數+保險費小額(10元以內)短繳數+過期帳 綠燈：x > 0 黃燈：x ≤ 0，但 > 去年同季(99年第3季為60.97億元) 紅燈：x ≤ 0，且 ≤ 去年同季

三、醫療給付業務

(一) 醫事服務機構特約、醫療院所訪查、違規查處、重大傷病人數統計等情形如下：

1. 醫事服務機構特約部分：

100年8月底止共特約醫療院所19,609家，特約率92.67%。本月比上月減少西醫醫院1家(吉田耳鼻喉科醫院原為地區醫院，本月歇業)、中醫診所4家，增加西醫診所28家、牙醫診所7家、特約藥局29家，其他醫事服務機構則減少3家(詳表14)。

2. 醫療院所訪查：

100年9月共訪查82家次，其中西醫63家次、中醫9家次、牙醫4家次、藥局5家次、其他1家次；另涉及刑責函送司法單位辦理共11家次。(詳表15)

表 15 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別

單位：家次

訪查類別 年度	西醫	中醫	牙醫	藥局	其他	總計	函送法辦
96.1-96.12	419	51	73	109	36	688	166
97.1-97.12	327	95	58	47	13	540	122
98.1-98.12	327	145	80	71	11	634	197
99.1-99.12	451	189	94	105	8	847	86
100.1	32	7	6	7	0	52	7
100.2	18	1	4	3	1	27	5
100.3	22	6	4	6	1	39	10
100.4	26	3	4	3	2	38	8
100.5	37	1	4	13	2	57	10
100.6	24	4	3	5	1	37	4
100.7	48	6	4	11	1	70	14
100.8	82	4	9	4	1	100	17
100.9	63	9	4	5	1	82	11
總計	1,876	521	347	389	78	3,211	657

資料日期：100年10月7日

- 註：1. 「西醫」包含西醫醫院及西醫診所。
 「其他」包含助產所、居家護理、醫檢所、康復之家、物理治療所等。
2. 「函送法辦」係指當月（當期）發文函送檢警調單位之家次。
3. 本(9)月有關函送法辦案件類型之簡要分析如下：
- (1) 西醫基層診所 6 家：多刷健保卡虛報費用。
 - (2) 中醫診所 2 家：多刷健保卡虛報費用。
 - (3) 藥局 1 家：虛報藥費及藥事服務費。
 - (4) 居家護理所 2 家：虛報照護訪視費。

3. 違規查處部分：

(1) 違規處分家數-按處分類別：(詳表 16-1)

100 年 8 月共處分 44 家次，包括違約記點 8 家次、扣減費用 19 家次、停止特約 15 家次、終止特約 2 家次。

(2) 違規處分家數-按特約類別：(詳表 16-2)

100 年 8 月共處分 44 家次，包括醫院 7 家次、西醫基層 19 家次、牙醫 7 家次、中醫 2 家次、藥局 7 家次。

(3) 違規查處追扣金額-按追回項目別：(詳表 16-3)

100 年 8 月總計追扣 4,145 萬元，包括查處追扣 1,411 萬元、輔導繳回 474 萬元、扣減 305 萬元、罰鍰 1,955 萬元。

4. 重大傷病部分：

截至 100 年 9 月底止，歸戶後實際有效領證人數為 848,904 人，實際有效領證數共 904,731 件，較去年同期成長 5.32%，其中癌症 42 萬 2 千餘件、慢性精神病 20 萬 7 千餘件、全身性自體免疫症候群 7 萬 8 千餘件、透析病患 6 萬 7 千餘件，以上計 77 萬 6 千餘件，占領證數 85.81%（詳表 17）。

(二)醫療費用申報與核付

1. 總醫療費用申報：(詳表 18、圖 1、圖 2)

(1) 100 年第 2 季：

門診申請 864.3 億餘點、門診部分負擔 71.1 億餘點，住診申請 425.9 億餘點、住診部分負擔 18.5 億餘點，合計醫療點數 1,379.9 億餘點，平均每月醫療點數 459.9 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.50%、申請點數成長 5.42%，住診件數成長 2.12%、申請點數成長 4.39%，日數成長 2.31%。門診每人次平均醫療費用 1,058 點，住診每人次平均醫療費用 55,574 點，每人日平均醫療費用 5,566 點，每人次平均住院日 9.98 日。

(2) 100 年 7 月：

門診申請 286.6 億餘點、門診部分負擔 23.0 億餘點，住診申請 143.0 億餘點、住診部分負擔 6.3 億餘點，合計醫療點數 459.0 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-2.60%、申請點數成長 1.66%，住診件數成長-2.14%、申請點數成長 -0.35%，日數成長-3.36%。門診每人次平均醫療費用 1,102 點，住診每人次平均醫療費用 54,323 點，每人日平均醫療費用 5,635 點，每人次平均住院日 9.64 日。

2. 各總額別醫療費用申報 (詳表 19-1 至表 19-5)

(1) 100 年第 2 季：

①醫院總額：

門診申請 421.0 億餘點、門診部分負擔 36.6 億餘點，住診申請 421.4 億餘點、住診部分負擔 18.5 億餘點，合計醫療點數 897.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 2.26%、申請點數成長 8.34%，住診件數成長 1.82%、申請點數成長 4.27%，日數成長 2.28%。

②西醫基層總額：

門診申請 216.9 億餘點、門診部分負擔 23.7 億餘點，住診申請 4.2 億餘點、住診部分負擔 1 百萬餘點，合計醫療點數 244.8 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 0.80%、申請點數成長 2.88%，住診件數成長 22.21%(主要為生產案件)、申請點數成長 22.57%，日數成長 18.04%。

③牙醫門診總額：

申請 84.5 億餘點、部分負擔 3.5 億餘點，合計醫療點數 88.0 億餘點，與去年同期比較：件數成長-0.94%、申請點數成長 -0.04%。

④中醫門診總額：

申請 44.2 億餘點、部分負擔 7.1 億餘點，合計醫療點數 51.3 億餘點，與去年同期比較：件數成長 4.67%、申請點數成長 3.95%。

⑤洗腎：

申請 91.0 億餘點、部分負擔 65 萬餘點，合計醫療點數 91.0 億餘點，與去年同期比較：醫院件數成長 3.56%、西醫基層件數成長 6.88%、醫院申請點數成長 2.40%、西醫基層申請點數成長 6.39%。

(2) 100 年 7 月：

① 醫院總額：

門診申請 140.6 億餘點、門診部分負擔 12.1 億餘點，住診申請 141.5 億餘點、住診部分負擔 6.3 億餘點，合計醫療點數 300.5 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-1.49%、申請點數成長 3.46%，住診件數成長-2.54%、申請點數成長 -0.54%，日數成長-3.44%。

② 西醫基層總額：

門診申請 68.8 億餘點、門診部分負擔 7.2 億餘點，住診申請 1.5 億餘點、住診部分負擔 1 百萬餘點，合計醫療點數 77.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-4.31%、申請點數成長-0.40%，住診件數成長 24.80%、申請點數成長 25.24%，日數成長 19.55%。

③ 牙醫門診總額：

申請 29.3 億餘點、部分負擔 1.2 億餘點，合計醫療點數 30.5 億餘點，與去年同期比較：件數成長-3.06%、申請點數成長 -1.93%。

④中醫門診總額：

申請 15.1 億餘點、部分負擔 2.4 億餘點，合計醫療點數 17.5 億餘點，與去年同期比較：件數成長 2.16%、申請點數成長 1.92%。

⑤洗腎：

申請 30.5 億餘點、部分負擔 18 萬餘點，合計醫療點數 30.5 億餘點，與去年同期比較：醫院件數成長 2.71%、西醫基層件數成長 7.54%、醫院申請點數成長-0.59%、西醫基層申請點數成長 3.04%。

3. 各分區業務組醫療費用申報（詳表 20-1 至表 20-6）

(1) 100 年第 2 季：

①臺北業務組：

門診申請 288.8 億餘點、門診部分負擔 24.7 億餘點，住診申請 142.9 億餘點、住診部分負擔 6.1 億餘點，合計醫療點數 462.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 2.05%、申請點數成長 6.43%，住診件數成長 2.96%、申請點數成長 5.75%，日數成長 3.20%。

②北區業務組：

門診申請 118.4 億餘點、門診部分負擔 9.6 億餘點，住診申請 56.5 億餘點、住診部分負擔 2.6 億餘點，合計醫療點數 187.1 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.53%、申

請點數成長 5.09%，住診件數成長 1.67%、申請點數成長 5.38%，日數成長 5.26%。

③中區業務組：

門診申請 174.6 億餘點、門診部分負擔 14.7 億餘點，住診申請 81.7 億餘點、住診部分負擔 3.6 億餘點，合計醫療點數 274.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.65%、申請點數成長 4.42%，住診件數成長 1.29%、申請點數成長 2.28%，日數成長 0.06%。

④南區業務組：

門診申請 123.6 億餘點、門診部分負擔 10.2 億餘點，住診申請 60.4 億餘點、住診部分負擔 2.7 億餘點，合計醫療點數 196.8 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 1.50%、申請點數成長 5.24%，住診件數成長 2.48%、申請點數成長 3.63%，日數成長 2.15%。

⑤高屏業務組：

門診申請 138.1 億餘點、門診部分負擔 10.5 億餘點，住診申請 70.0 億餘點、住診部分負擔 3.0 億餘點，合計醫療點數 221.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 0.77%、申請點數成長 5.26%，住診件數成長 2.11%、申請點數成長 4.45%，日數成長 1.41%。

⑥東區業務組：

門診申請 20.9 億餘點、門診部分負擔 1.5 億餘點，住診申請 14.5 億餘點、住診部分負擔 5 千萬餘點，合計醫療點數 37.3 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-2.42%、申請點數成長 4.24%，住診件數成長-0.14%、申請點數成長 2.44%，日數成長 1.02%。

(2) 100 年 7 月：

① 臺北業務組：

門診申請 96.3 億餘點、門診部分負擔 8.0 億餘點，住診申請 48.4 億餘點、住診部分負擔 2.1 億餘點，合計醫療點數 154.8 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-3.20%、申請點數成長 2.32%，住診件數成長-1.31%、申請點數成長 0.08%，日數成長-2.20%。

② 北區業務組：

門診申請 39.2 億餘點、門診部分負擔 3.1 億餘點，住診申請 18.2 億餘點、住診部分負擔 0.9 億餘點，合計醫療點數 61.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-1.29%、申請點數成長 1.35%，住診件數成長-3.19%、申請點數成長-2.81%，日數成長-5.72%。

③ 中區業務組：

門診申請 57.8 億餘點、門診部分負擔 4.8 億餘點，住診申請 27.5 億餘點、住診部分負擔 1.2 億餘點，合計醫療點數 91.2

億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-2.58%、申請點數成長 0.49%，住診件數成長-2.37%、申請點數成長-4.00%，日數成長-7.05%。

④南區業務組：

門診申請 40.6 億餘點、門診部分負擔 3.2 億餘點，住診申請 20.2 億餘點、住診部分負擔 0.9 億餘點，合計醫療點數 65.0 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-2.66%、申請點數成長 1.85%，住診件數成長-2.41%、申請點數成長-1.98%，日數成長-3.83%。

⑤高屏業務組：

門診申請 45.8 億餘點、門診部分負擔 3.4 億餘點，住診申請 24.1 億餘點、住診部分負擔 1.1 億餘點，合計醫療點數 74.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-2.21%、申請點數成長 1.93%，住診件數成長-2.14%、申請點數成長 7.16%，日數成長 1.11%。

⑥東區業務組：

門診申請 6.9 億餘點、門診部分負擔 0.5 億餘點，住診申請 4.8 億餘點、住診部分負擔 2 千萬餘點，合計醫療點數 12.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長-4.98%、申請點數成長 1.50%，住診件數成長-3.12%、申請點數成長-1.36%，日數成長-1.44%。

4. 西醫門診慢性病醫療費用申報（詳表 21）

(1) 100 年第 2 季：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)698.2 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)288.5 億餘點；慢性病件數占率 24.00%、醫療點數占率 41.32%。

(2)100 年 7 月：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)228.7 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)95.7 億餘點；慢性病件數占率 25.36%、醫療點數占率 41.84%。

5. 醫院層級別醫療費用申報（詳表 22-1 至表 22-3、圖 3）

(1)100 年第 2 季：

①醫學中心：

門診件數成長率 1.98%、申請點數成長率 9.38%，住診件數成長率 2.17%、申請點數成長率 3.62%，日數成長率 1.18%。

②區域醫院：

門診件數成長率 2.69%、申請點數成長率 7.85%，住診件數成長率 2.68%、申請點數成長率 4.86%，日數成長率 3.87%。

③地區醫院：

門診件數成長率 1.92%、申請點數成長率 6.98%，住診件數

成長率-0.75%、申請點數成長率 4.48%，日數成長率 1.10%。

(2)100 年 7 月(申報成長情形詳圖 3)：

①醫學中心：

門診件數成長率-0.75%、申請點數成長率 4.69%，住診件數成長率-0.45%、申請點數成長率 0.39%，日數成長率-1.30%。

②區域醫院：

門診件數成長率-1.42%、申請點數成長率 2.52%，住診件數成長率-2.75%、申請點數成長率-2.08%，日數成長率-4.91%。

③地區醫院：

門診件數成長率-2.43%、申請點數成長率 2.70%，住診件數成長率-5.48%、申請點數成長率 0.82%，日數成長率-3.33%。

6. 醫院總額層級別門、住診醫療點數之占率(詳表 23)

(1)100 年第 2 季：

①合計點數：醫學中心 42.31%、區域醫院 40.41%、地區醫院 17.29%。

②門診點數：醫學中心 42.10%、區域醫院 40.19%、地區醫院 17.71%。

③住診點數：醫學中心 42.52%、區域醫院 40.63%、地區醫院 16.85%。

(2) 100 年 7 月醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.52%、區域醫院 40.25%、地區醫院 17.23%。

②門診點數：醫學中心 42.14%、區域醫院 40.26%、地區醫院 17.60%。

③住診點數：醫學中心 42.91%、區域醫院 40.24%、地區醫院 16.85%。

7. 藥費申報統計(詳表 24 之 1-6)

(1) 100 年第 2 季門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 330 元，較去年同期成長 6.94%；

住診藥費每件平均申報 7,633 元，較去年同期成長 7.25%。

(2) 100 年 7 月門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 341 元，較去年同期成長 6.94%；

住診藥費每件平均申報 7,310 元，較去年同期成長 4.77%。

8. 醫療費用之核付部分：

100 年度(至 100 年 5 月止)之門診初審後核減率為 2.07%、複審後核減率為 1.75%、爭審後核減率為 1.75%，住診初審後核減率為 4.14%、複審後核減率為 3.80%、爭審後核減率為 3.80% (詳表 25)。

9. 各部門平均點值

(1) 100 年第 1 季結算 (詳表 26)

- ①牙醫部門：0.9833 元。
- ②中醫部門：0.9918 元。
- ③西醫基層部門：0.8877 元。
- ④醫院部門：0.9179 元。
- ⑤洗腎部門：0.8539 元。

(2)100 年第 2 季(預估) (詳表 27)

- ①牙醫部門：0.9949 元。
- ②中醫部門：0.9897 元。
- ③西醫基層部門：0.9183 元。
- ④醫院部門：0.9103 元。
- ⑤洗腎部門：0.8437 元。

10. 95-100Q2 全民健康保險西醫基層、醫院、中醫、牙醫及透析等醫療品質指標情形(詳表 28 之 1-5)。

(1)全民健康保險西醫基層醫療品質指標(全局)(詳表 28-1)

- ①100 年第 2 季門診注射劑使用率為 0.78%低於監測值 (監測值： $\leq 1.04\%$)；門診抗生素使用率為 11.35%，低於監測值 (監測值： $\leq 13.14\%$)。二項之監測值均呈穩定情況。
- ②100 年第 2 季同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率 14.21%，位於監測值 ($\leq 17.13\%$) 範圍內，亦較前季 17.89%為低，

本局將持續監測。

- ③降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率、降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率、降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率、抗精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率、抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率及安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率，100年第2季皆位於監測值範圍內。

(2)全民健康保險西醫醫院醫療品質指標(全局)(詳表 28-2)

- ①100年第2季醫院總額品質指標整體而言呈現穩定趨勢，且在監測值範圍。
- ②各藥理分類不同處方用藥重複率醫療品質指標，整體而言大致呈現穩定，且皆符合監測值範圍內。
- ③100年第2季同院所上呼吸道感染病人7日內複診率6.23% (監測值 \leq 10.84%)，符合監測值範圍內，亦較前季7.82%為低。
- ④剖腹產率100年第2季為34.60%於監測值(\leq 37.22%)範圍內，但較前季34.25%為高，本局將持續觀察。
- ⑤住院醫療品質指標，30日以上超長期住院率100年第2季為2.03%，符合監測值(\leq 2.41%)範圍內。

(3)全民健康保險牙醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-3)

100年第2季之各項指標尚符合監測值範圍且呈現穩定趨勢。

(4)全民健康保險中醫醫療品質指標(全局)(詳表 28-4)

100 年第 2 季之各項指標皆符合監測值範圍。

(5)全民健康保險門診透析總額醫療品質指標(全局)(詳表 28-5)

100 年第 2 季門診透析總額醫療品質指標，血液透析脫離率(II)-腎移植 0.11%，低於新訂之監測值($>0.25\%$)；腹膜透析脫離率(I)-腎功能回復 0.18%、脫離率(II)-腎移植 0.44%低於監測值(脫離率(I) $>0.53\%$ 、脫離率(II) $>0.97\%$)，本局將持續觀察；100 年第 2 季之其餘各項指標皆符合監測值範圍。

四、業務推動重點

(一) 特約醫院保險病床比率現況暨改善情形報告

1. 依據現行「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 32 條規定，特約醫院保險病房之病床數，其占總病床之比率，於公立醫院之醫學中心、區域醫院、地區醫院應分別達 75%以上；於非公立醫院應分別達 60%以上。前項比率，急性病房及慢性病房應分別計算之；其因硬體設施限制，未能符合者，應於六個月內，專案提改善計畫報保險人核定。
2. 為提升特約醫院保險病床比率，本局前已訂定「特約醫院保險病床比率未符規定之處理及病床改善計畫審查原則」，並分別函請未達法定比率之特約醫院積極改善，經據本局統計資料，急性病房部分，截至本（100）年 8 月底止，除 6 家特約醫院（包括 5 家醫學中心【4 家公立、1 家私立醫院】及 1 家區域醫院【私立醫院】）未達法定比率外，其餘特約醫院均已符合目前法定比率之規定；至慢性病房部分，則皆已符合目前法定比率之規定（臺北市立關渡醫院係以民間身分接受委託，非以編列預算方式接受政府補助，非屬公立醫院，故慢性病房達 60%即可）。
3. 對於急性保險病床未達法定比率之 6 家醫院，因屬硬體設施之限制，前已要求依上述規定，向本局所轄分區業務組提送改善計畫在案。
4. 經據上述 6 家醫院所提改善計畫之完成期程，將均可於 1 年內完

成改善，至遲者為 101 年 4 月，刻已由本局轄區業務組持續追蹤其改善進度，確實依其所訂期程完成改善。

(二) 門診高利用保險對象指定醫療院所就醫作業

1. 為落實全民健康保險醫療辦法第 42 條的規定（保險對象有重複就醫或浪費醫療費用之情形時，保險人應予輔導，並得依其病情「指定其至特定之保險醫事服務機構」接受診療服務），本局曾於 99 年 5 月 14 日公告「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」。最近，於本（100）年 10 月 6 日公告修訂案，主要係增加指定就醫院所增為 4 家，且會先請保險對象簽立意願書並註記於健保 IC 卡上，本案預定自 100 年 11 月 1 日起實施。
2. 本局自 90 年起即實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，99 年起擴大輔導範圍，針對前一年全年門診申報就醫次數 ≥ 100 次個案納入輔導（排除重大傷病患者），輔導方式包括郵寄慰問函、電訪、親訪、結合社會資源共同輔導（如退輔會及衛生局等），導正彼等就醫行為，如輔導未達目標（醫療費用或就醫次數較前一年同期下降 10%）時，擬依上開辦法指定保險對象至特定院所就醫。
3. 經統計 99 年門診就醫高利用保險對象為 3 萬 3 千餘人，今年多已減少看病次數，平均下降約一成五，醫療費用平均下降約一成。截至目前為止，尚有 8 位保險對象輔導效果不彰，且經本局各分區業務組及專業審查醫師評估其就醫行為確有異常，須暫時予以限定在少數院所就醫，但該等保險對象如有緊急就醫之情形

者，則不在此限。

4. 指定就醫院所是為了避免保險對象逛醫院，而造成重複用藥及檢查（驗）危害其健康，希望提供保險對象更有效率的醫療服務，並在洽詢保險對象希望指定的院所後，協調該指定院所提供該保險對象全人完整之醫療服務，以確保病患就醫安全之同時亦能擷節有限之醫療資源，創造雙贏。
5. 本局將持續評估及檢討這項措施之施行成效，務必使保險對象就醫無障礙但又有能獲得有效率的醫療服務。

(三) 第七次藥價調查之後續藥價調整情形

1. 本局依「全民健康保險藥價基準」進行兩年一次的例行性健保藥價調整，這次是第 7 次的藥價調整，新藥價將於 100 年 11 月 1 日起生效。目前健保藥品共約 16,700 項，調降約有 7,300 項，調升約有 2,400 項，維持原藥價約有 6,800 項。
2. 本次調整策略在使健保醫療支出維持穩定，同時考量藥品供應之合理成本，並將調整後之藥費節流用於引進新藥及高品質的藥品，以保障民眾用藥權益，達到健保財務、醫療提供者及民眾三贏的結果。
3. 本次調整重點如下：
 - (1) 對於屬臨床治療不可或缺的必要藥品及罕見疾病用藥，不列入調整，以確保病患使用該類藥品之用藥權益。
 - (2) 為維持藥品之合理成本，避免發生斷藥情形，且在可控制之範圍內，設定調降下限價格，低於價格即不再調降，錠劑膠囊劑為 1 元；口服液劑為 25 元；100~500mL(不含)輸注液為 22 元；500mL(含)以上大型輸注液為 25 元；其他注射劑為 15 元。
 - (3) 經藥價調查後，對於學名藥品藥價高於原開發廠藥價、低規格量藥價高於高規格量藥價等藥品，已做調整。
 - (4) 為避免缺藥影響民眾權益，如藥價調整後仍有不敷成本情形，藥商可依必要藥品提高藥價之方式提出申請重核藥價。
4. 關於醫院可能換藥問題，因藥品上市均經衛生署嚴格審核，且醫

院進藥也多會經醫師及藥師組成的藥事委員會，對其採用藥品的療效及品質進行把關，因此，品質可以確保的，只是病人會有換藥調適問題。本局將請醫療院所應以病患之醫療需求為優先，如有換藥之情形，請醫師、藥師主動告知民眾藥品變更後不影響療效等訊息，或提供說明資料予病患，尤其是長期用藥的慢性病。本局也會針對換藥比率偏高或換成高價藥之醫院，加強輔導。

5. 本次藥價調整後，如仍有藥品販售價格與支付價差異過大，且有明確事證案件，本局也會啟動機動調查。
6. 全民健保攸關全民福祉，是國家重要的制度，必須永續經營。隨著醫療科技進步、新藥引進，醫療費用成長是必然趨勢，本次調整所追求的是公平、合理、醫藥衡平。藥價調整後可緩和藥費支出的成長，調整效益除可運用於支付如癌症、重大疾病、罕病、老化引起疾病之新藥及適應範圍擴大，使得全民共享藥價調整之效益。

(四) 配合內政部兒童局辦理少年自立生活適應協助相關事宜

1. 內政部兒童局於 100 年 6 月 27 日邀請相關單位研商少年自立生活適應協助相關事宜會議，與本局相關業務為「兒童及少年離開安置及教養機構或寄養家庭後，因為未滿 20 歲無法獨立加保之協助措施」，本局同意如下措施：
 - (1) 由地方政府、後追團體或安置機構向本局各分區業務組申請成立投保單位，並依本局各分區業務組按月開計之繳款單繳交上開兒少之健保費。
 - (2) 自立少年未就業前所需健保費原則由地方政府協助申請「低收入及弱勢兒童及少年醫療補助」，援引兒童及少年福利法第 69 條規定，將 18 歲以上未滿 20 歲之人納入醫療費補助之對象，不足之處則請各地方政府另覓資源協助或由兒童局補助之各直轄市、縣（市）自立生活適應協助方案補充之。
2. 本局業於 100 年 7 月 12 日以健保承字第 1000005056 號函將上開會議紀錄轉知所屬各分區業務組，配合地方政府、後追團體或安置機構辦理成立投保單位及辦理自立少年健保投保事宜。

附錄二

本局回應第 194 次會議「全民健康保險醫療支出」專題報告委員關心問題之說明

一、未將具軍人身分之被保險人納入被保險人口數計算？(盧委員瑞芬)

說明：第 4 類投保對象(軍人)於 97 年方納入「全民健保各類保險對象人數統計表」，因統計報表定義之延續性未與列入保險人口數計算，本局將於下次專題報告時將第 4 類投保對象(軍人)納入計算。

二、「病毒感染」之內涵及細項為何？(盧委員瑞芬、蘇委員錦霞)

說明：CCS「病毒感染」項目其中以「Coxsackie 病毒所致之特定疾病」及「病毒及披衣菌所致之其他疾病」前 2 項之貢獻率達 94.22% (詳附件 1)，另「病毒感染」涵蓋之法定傳染病(如：天花、黃熱病、狂犬病、德國麻疹)若屬病情嚴重至須當地衛生局開單強制隔離治療，其醫療費用由疾病管制局給付外，餘由健保支應。

三、門診前 10 大疾病統計中，「眼部發炎」貢獻度高居第四位，是何種疾病細項，可否透過相關預防宣導使之下降？(祝委員健芳)

說明：CCS「眼部發炎」項目其中以「結膜疾患」、「病毒及披衣菌所致之其他結膜疾病」、「角膜炎」前 3 項之貢獻率達 92.03% (詳附件 2)，本局將適時對民眾加強宣導。

四、肝炎開放用藥限制後，件數與門診點數皆增加，請補充說明開放用藥限制對肝炎治療之成效為何？(盧委員美秀)

說明：有關 B 型肝炎及 C 型肝炎藥品給付規定放寬後之治療成效乙事，

說明如後：

- (一) 本保險對於 B 型肝炎及 C 型肝炎治療藥品之給付規定，係依據行政院衛生署肝癌及肝炎防治委員會及相關醫學會之專業建議研訂，給付規定內容與國際治療準則逐步達一致性，給付規定之修訂皆有臨床實證依據。
- (二) 依台灣消化系醫學會提供之資訊，慢性 B 型肝炎每年有 20~30% 會發生急性發作，其中 2% 會發生肝代償不全，有 40~70% 的死亡率，使用口服抗病毒藥物後早期治療，可挽救病人生命。自 2003 年納入給付後，國人死於慢性肝炎及肝硬化已從 2003 年之第 6 大死亡原因降為 2009 年之第 8 大死亡原因，絕對死亡人數由 2005 年之 5,621 人下降至 2009 年之 4,917 人，依據中央研究院陳培哲院士的報告，肝硬化之發生率亦下降 10~15%。另在肝癌的發生率，2003 年至 2009 年皆為惡性腫瘤之前 2 位，罹癌人數均維持在 7,010 至 7,826 人之間，依據中央研究院廖運範院士的研究，肝硬化病人仍有病毒繁殖時，使用口服抗病毒藥物治療三年，其肝癌之發生率可下降一半(由 10% 降為 5%)，而健保自 99 年 7 月開始針對肝硬化患者給付口服抗病毒藥物，推估在 102 年以後可大幅降低肝癌之發生率及死亡率，以台灣肝癌 80% 是導因於 B 型肝炎病毒推估，2013 年因肝癌死亡人數可由 2009 年之 7,744 人降低至 5,227 人，

至 2016 年更可下降至 3,968 人，將可節省肝癌及肝硬化合併症(食道靜脈曲張出血、腹水、肝昏迷)之治療費用。

(三) 由於本局自 98 年 11 月 1 日放寬藥品給付規定，之前累積的病例於給付規定放寬後 1 至 2 年內陸續加入治療計畫，導致 99 年較 98 年門診件數及點數成長幅度較大，又年輕族群已接受疫苗注射，後續每年新增病患應相當有限，至 100 年之後應可達到穩定狀態。而對於加入「全民健康保險加強慢性 B 型肝炎治療試辦計畫」及「全民健康保險加強慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之治療對象之治療成效，由於肝硬化及肝癌需較長時間的追蹤，因此須待擴增給付規定一段時間後進行病歷收集及資料分析，方有結論。

五、請補充門診醫療支出特殊材料細項為何？(滕委員西華)

說明：提供 98 至 99 年門診特殊材料前 10 大項目統計表如下：

單位：億點

99 年 排序	特材項目	97 年	98 年			99 年	
		申報 點數	98 年 排序	申報 點數	成長率 %	申報 點數	成長率 %
1	FA 眼科類	5.9	1	6.5	9.2	6.7	4.3
2	FB 骨科類	4.4	2	4.1	-7.5	4.9	19.5
3	CL 輸血輸液套	1.8	3	2.0	13.6	2.5	21.8
4	CB 氣球擴張導管	1.9	4	2.0	8.0	2.2	8.4
5	CK 腎泌尿管	1.4	5	1.7	24.0	2.1	18.9
6	NC 針帶硬管	1.5	6	1.4	-6.3	1.3	-5.1
7	NA 針頭類	0.8	8	1.0	33.7	1.3	23.8
8	ND 針帶軟管	0.9	7	1.1	18.3	1.2	8.8
9	CG 導引管	0.6	9	0.7	13.6	0.8	13.7
10	NB 針筒類	0.5	10	0.7	25.4	0.7	9.9
合計		19.8		21.2	7.5	23.7	11.5

表 25 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

類別		年	98 年	99 年	100 年 05 月 (資料至 100 年 05 月)
門 診	已核付家數醫療費用 A		353,436,546,925	362,943,991,544	189,132,366,700
	已核付家數申請點數 B		325,997,349,795	335,356,401,044	174,701,015,832
	已核付點數 C		317,073,224,522	327,055,496,490	170,792,191,731
	初審後核減率 (B-C)/A*100		2.52%	2.29%	2.07%
	申復補付 E		2,061,516,658	2,236,201,076	605,489,423
	申復後核減率 (B-C-E)/A*100		1.94%	1.67%	1.75%
	爭審補付 F		493,568,312	422,799,930	577,115
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100		1.80%	1.55%	1.75%
住 診	已核付家數醫療費用 A		168,638,467,449	171,511,779,838	87,685,804,978
	已核付家數申請點數 B		161,669,612,735	164,435,579,052	84,081,129,699
	已核付點數 C		154,460,560,705	157,593,826,506	80,454,418,455
	初審後核減率 (B-C)/A*100		4.27%	3.99%	4.14%
	申復補付 E		1,167,026,844	1,678,123,809	298,773,173
	申復後核減率 (B-C-E)/A*100		3.58%	3.01%	3.80%
	爭審補付 F		297,671,653	138,062,472	-
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100		3.41%	2.93%	3.80%

資料擷取日 100 年 10 月 1 日

備註：

1. 已核付家數醫療費用 A：特約醫事服務機構向本局填報之醫事服務費用，為申請點數加上部分負擔，不含特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用；部分負擔之 NT\$1 元等於 1 點。
2. 已核付家數申請點數 B：特約醫事服務機構向本局申請付款之費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
3. 已核付點數 C：申請費用經初審後之應付費用，不含部分負擔及特約教學醫院加計部分，含本局代辦、代位求償之費用。
4. 資料來源：醫療費用核付主檔(PBDB_APRV_MST)，過帳介面檔(FFDT_APRV)，醫事機構基本資料(MHAT_HOSPBSC)，自墊核退基本資料檔(PBJH_RFND_MST)，每月應收醫療費用檔(FFDH_MONSUM_DTL)。
5. 初審後核減率 = (已核付家數醫療費用 - 已核付醫療費用) / 已核付家數醫療費用
 = (已核付家數申請點數 + 部分負擔) - (已核付點數 + 部分負擔) / 已核付家數醫療費用
 = (已核付家數申請點數 - 已核付點數) / 已核付家數醫療費用
6. 申復後核減率 = (已核付家數申請點數 - 已核付點數 - 申復補付) / 已核付家數醫療費用
7. 爭審後核減率 = (已核付家數申請點數 - 已核付點數 - 申復補付 - 爭審補付) / 已核付家數醫療費用