

壹、統計相關資料

一、承保業務

98年9月底，投保單位計680,144家、保險對象人數22,933,377人（含第四類）、第一類至第三類被保險人平均投保金額31,740元，第四類及第五類保險對象平均保險費1,317元（換算平均投保金額為28,945元），第六類保險對象平均保險費1,099元（換算平均投保金額為24,154元）相關數據詳表1至表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
91 年底	579,393 (100%)	574,968 (99.24%)	2,691 (0.46%)	346 (0.06%)	8 (0.00%)	571 (0.10%)	809 (0.14%)
92 年底	583,151 (100%)	578,628 (99.23%)	2,771 (0.48%)	345 (0.06%)	8 (0.00%)	575 (0.10%)	824 (0.14%)
93 年底	603,492 (100%)	598,858 (99.23%)	2,843 (0.47%)	346 (0.06%)	8 (0.00%)	574 (0.10%)	863 (0.14%)
94 年底	633,311 (100%)	628,546 (99.25%)	2,958 (0.47%)	346 (0.05%)	8 (0.00%)	577 (0.09%)	876 (0.14%)
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 8 月	679,660 (100%)	674,420 (99.23%)	3,326 (0.49%)	345 (0.05%)	9 (0.00%)	615 (0.09%)	945 (0.14%)
98 年 9 月	680,144 (100%)	674,886 (99.23%)	3,343 (0.49%)	345 (0.05%)	9 (0.00%)	618 (0.09%)	943 (0.14%)

資料日期：98 年 11 月 6 日

備註：第 1 類投保單位中，有 132,742 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
91 年底	21,869,478 (100%)		11,458,910 (52.40%)		3,768,633 (17.23%)		3,328,171 (15.22%)			167,637 (0.77%)	3,146,127 (14.39%)	
	12683752	9185726	6416724	5042186	2124831	1643802	2029687	1298484			1944873	1201254
92 年底	21,984,415 (100%)		11,630,008 (52.90%)		3,711,081 (16.88%)		3,276,065 (14.90%)			186,033 (0.85%)	3,181,228 (14.47%)	
	12878979	9105436	6619818	5010190	2121520	1589561	1995061	1281004		-	1956547	1224681
93 年底	22,134,270 (100%)		11,780,375 (53.22%)		3,683,993 (16.64%)		3,209,126 (14.50%)			204,218 (0.92%)	3,256,558 (14.71%)	
	13163135	8971135	6825271	4955104	2145360	1538633	1962165	1246961			2026121	1230437
94 年底	22,314,647 (100%)		11,798,491 (52.87%)		3,742,726 (16.77%)		3,141,774 (14.08%)			211,614 (0.95%)	3,420,042 (15.33%)	
	13410088	8904559	6914855	4883636	2207041	1535685	1931369	1210405		-	2145209	1274833
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%)	
	13668247	8816180	7051436	4868144	2249768	1498730	1908459	1179288			2240025	1270018
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%)	
	13903566	8726069	7157200	4835900	2306512	1468748	1889262	1147355			2328676	1274066
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%)	
	14238210	8679934	7118576	4811311	2400616	1474791	1869956	1123677			2461687	1270155
98年 8月	22,931,628 (100%)		11,832,560 (51.60%)		3,993,737 (17.42%)		2,952,809 (12.88%)		158,213 (0.69%)	244,059 (1.06%)	3,750,250 (16.35%)	
	14343489	8588139	7083096	4749464	2505350	1488387	1861138	1091671			2491633	1258617
98年 9月	22,933,377 (100%)		11,864,705 (52.33%)		3,992,946 (17.41%)		2,944,540 (12.84%)		161,990 (0.71%)	247,346 (1.08%)	3,721,850 (16.23%)	
	14370019	8563358	7119734	4744971	2509834	1483112	1858134	1086406			2472981	1248869

資料日期：98年11月6日

備註：自97年1月份起呈現第四類被保險人人數。

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 \ 類目	總計	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類
91 年底	27,671	32,662	20,687	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
92 年底	27,974	32,881	20,917	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
93 年底	28,329	33,172	21,271	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
94 年底	29,497	34,841	21,763	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
95 年底	30,066	35,423	22,494	19,200	1,078 (23,692)	1,078 (23,692)	1,007 (22,132)
96 年底	31,427	36,507	24,203	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
97 年底	31,672	36,904	24,472	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
98 年 8 月	31,650	36,795	25,018	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)
98 年 9 月	31,740	36,904	25,041	21,000	1,317 (28,945)	1,317 (28,945)	1,099 (24,154)

備註：

資料日期：98 年 11 月 6 日

1. 總計乙欄為第一至三類之平均投保金額，第四、五、六類為平均保險費。
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 4.25% (91 年 8 月以前) 及 4.55% (91 年 9 月以後)，換算而得平均投保金額。

二、保險財務業務

(一)保險收支餘絀情形

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)：

98 年 10 月份保險費現金收入 246.04 億元，醫療費用支出 372.49 億元，其他收支淨額 17.95 億元；10 月份向銀行融資借款 325 億元，還款 208 億元，截至 98 年 10 月底累計融資餘額為 1,135 億元。

2. 權責收支情形(相關數據詳表 5 及表 10)：

98 年 10 月份保險收入 338.23 億元，保險成本 378.18 億元，保險收支短絀 39.95 億元，截至本年度 10 月底止，待安全準備填補之短絀數為 532.10 億元。

表 4 全民健保財務現金收支分析表

單位：億元，%

年度	保費收入 (1)		醫療費用 (2)		其他收支 (3)	銀行融資 (4)	餘絀(5)= (1)-(2) +(3)+(4)
	金額	成長率	金額	成長率	金額	金額	金額
84.3-91.12	19,857.72	—	20,466.49	—	185.00	500.00	76.23
92.1-92.12	3,223.95	12.52	3,417.49	0.19	82.43	150.00	38.89
93.1-93.12	3,350.70	3.93	3,714.94	8.70	85.77	290.00	11.53
94.1-94.12	3,439.73	2.66	3,399.25	(8.50)	65.52	(105.00)	1.00
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	3,727.11	2.23	4,067.15	5.04	180.99	125.00	(34.05)
98.1-98.6	1,906.71	0.96	2,112.87	6.00	99.79	110.00	3.63
98.7-98.9	1,029.41	(0.26)	1,057.11	5.54	47.21	(47.00)	(27.50)
98.10	246.04	(9.22)	372.49	5.49	17.95	117.00	8.50
總計	44,012.43	—	46,172.73	—	1,101.29	1,135.00	75.98

資料日期：98年10月31日

備註：

※本表所列金額係現金實際收付數。

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)-撥付分局辦理假扣押案-手續費用±其他費用

截至98年10月底止，本局短期融資之利息費用約為68.67億元，其中各級政府應負擔金額約53.87億元，本局應負擔金額約14.80億元，各級政府已撥付利息金額為34.83億元。

3. 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。98年9月政府保險費補助款收入23.75億元，投保單位及保險對象保險費收入225.77億元。98年10月政府保險費補助款收入24.94億元，投保單位及保險對象保險費收入221.10億元。

4. 98年7至9月保費收入與去年同期比負成長0.26%，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。

5. 98年10月保費收入與去年同期比負成長9.22%，主要係莫拉克風災災民健保費緩繳措施、暫緩執行中斷保險開單作業及10月底適逢週休日，原應於10月31日執行轉帳第一次扣款者，遞延至11月2日才執行扣款之影響所致。

6. 94年醫療費用較去年同期負成長8.5%，主要原因為：

(1)SARS防治及紓困款撥入48億元。

(2)公共衛生支出改由公務預算支應40億元。

7. 成長率係與去年同期資料相比。

8. ()代表負數。

(二)保險費收入執行情形

1. 保險費收入部分：截至 98 年 10 月底止，自 93 年 8 月至 98 年 7 月之投保單位及保險對象保險費收繳率為 98.53%，政府保險費補助款收繳率為 90.78%，總收繳率為 96.40%（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：自全民健康保險開辦至 98 年 10 月底止，應收 13,141.25 億元，實收 12,425.43 億元，各級政府未撥付金額為 715.83 億元（相關數據詳表 7）；其中截至 97 年度止之各級政府欠費金額為 586.25 億元，98 年度 1 至 10 月止，各級政府待撥付金額為 129.58 億元。
3. 投保單位及保險對象欠費收回部分：93 年 8 月至 98 年 7 月之欠費金額 776.88 億元，截至 98 年 9 月底止，已收回 584.39 億元，收回率 75.22%（相關數據詳表 8）。

表 6-1 全民健保保險費收入執行狀況表

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 %
93.08-93.12	1,022.65	1,019.44	99.69	413.24	380.35	92.04	1,435.89	1,399.79	97.49
94.01-94.12	2,554.79	2,543.05	99.54	983.87	920.23	93.53	3,538.66	3,463.28	97.87
95.01-95.12	2,667.90	2,643.95	99.10	995.50	930.63	93.48	3,663.40	3,574.58	97.58
96.01-96.12	2,696.25	2,652.72	98.39	1,011.45	941.07	93.04	3,707.70	3,593.79	96.93
97.01-97.12	2,794.90	2,733.35	97.80	1,055.75	914.86	86.65	3,850.65	3,648.21	94.74
98.01-05	1,149.88	1,116.04	97.06	431.81	361.19	83.65	1,581.69	1,477.23	93.40
98.06	230.19	221.47	96.21	86.36	72.24	83.65	316.55	293.71	92.78
98.07	231.69	221.51	95.61	66.44	58.97	88.75	298.13	280.48	94.08
總計	13,348.25	13,151.53	98.53	5,044.42	4,579.54	90.78	18,392.67	17,731.07	96.40

備註：

1. 資料截止日期：98 年 10 月 31 日。
2. 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(93 年 8 月至 98 年 7 月)
3. 近期收繳率相對較低，係因催繳與移送行政執行等催收程序尚在進行中。

表 6-2 投保單位暨被保險人保險費收繳統計表

單位：億元，%

類別	應收保險費	實收保險費	收繳率%
第一類	10,414.58	10,388.19	99.75
第二類	1,289.78	1,285.22	99.65
第三類	469.68	466.26	99.27
第六類	1,174.21	1,011.86	86.17
總計	13,348.25	13,151.53	98.53

備註：

1. 資料截止日期：98 年 10 月 31 日。
2. 計算期間為保險費在 5 年請求權期間資料(93 年 8 月至 98 年 7 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		84-97 年度	98 年度	總計
政府別				
中央政府	應收	9,063.53	703.94	9,767.47
	實收	9,063.53	703.94	9,767.47
	收繳率	100.00%	100.00%	100.00%
台北市政府	應收	1,027.77	76.26	1,104.03
	實收	690.53	13.72	704.25
	收繳率	67.19%	17.99%	63.79%
高雄市政府	應收	393.52	33.20	426.72
	實收	217.96	5.70	223.66
	收繳率	55.39%	17.18%	52.41%
台北縣政府	應收	49.63	52.83	102.46
	實收	6.59	14.04	20.63
	收繳率	13.27%	26.58%	20.13%
台灣省政府	應收	1,021.59	-	1,021.59
	實收	1,021.59	-	1,021.59
	收繳率	100.00%	-	100.00%
各縣市政府	應收	663.44	50.58	714.02
	實收	633.04	49.83	682.87
	收繳率	95.42%	98.52%	95.64%
福建省政府	應收	4.96	-	4.96
	實收	4.96	-	4.96
	收繳率	100.00%	-	100.00%
小 計	應收	12,224.44	916.81	13,141.25
	實收	11,638.20	787.23	12,425.43
	收繳率	95.20%	85.87%	94.55%

資料日期：98年10月31日

備註：

1. 98 年度政府預算尚在執行中，欠費情形統計至 97 年度止。
2. 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。
3. 精省後，原由臺灣省政府負擔之健保費補助款改由中央政府承受；自 90 年度開始，福建省政府負擔之健保費補助款亦改由中央政府承受。
4. 台北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 97 年 1 月 1 日生效。

(三)安全準備

98 年度保險安全準備基金收支截至 10 月底餘額為-5.11 億元，自全民健保開辦至 98 年 10 月底，本保險安全準備基金餘額為 9.25 億元（提列情形詳表 9、10）。

表 9 全民健保保險安全準備基金運用概況表 單位：億元

項 目	歷年截至 97 年底	98 年度			歷年截至 98 年 10 月底
		截至 9 月	10 月	小計	
安全準備基金來源總額①	1,303.69	147.19	18.05	165.24	1,468.93
法定提撥	206.43	-	-	-	206.43
保險年度收支結餘	69.04	-	-	-	69.04
保險費滯納金	101.01	4.23	0.42	4.65	105.66
公益彩券	81.57	7.69	0.75	8.44	90.01
運動彩券	0.28	0.58	0.19	0.77	1.05
菸品健康福利捐	767.77	134.60	16.69	151.29	919.06
運用收益	77.59	0.09	-	0.09	77.68
安全準備基金去路總額②	1,289.33	151.90	18.45	170.35	1,459.68
填補保險支出短絀	1,279.01	151.90	18.45	170.35	1,449.36
存單質借利息費用	0.11	-	-	-	0.11
投資損失 ^{1、2}	10.21	-	-	-	10.21
安全準備基金餘額(①-②)	14.36	(4.71)	(0.40)	(5.11)	9.25

資料日期：98 年 10 月 31 日

備註：

1. 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。
2. 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。
3. () 代表負數。

(四)營運資金餘額運用情形

98 年度營運資金截至 10 月底營運資金餘額為-10.26 億元，歷年截至 98 年 10 月底之營運資金餘額為 66.73 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	98 年截至 9 月底	98 年 10 月	98 年截至 10 月底
歷年截至 97 年底營運資金餘額 ^①		76.99	-	76.99
本期資金來源總額 ^②		4,897.62	608.14	5,505.76
保費收入		2,936.11	246.04	3,182.15
利息收入		0.11	(0.003)	0.11
代辦醫療收入		132.64	16.36	149.00
代位求償收入		15.81	1.58	17.39
安全準備撥入		151.90	18.45	170.35
短期融資 ¹		1,650.00	325.00	1,975.00
融資利息歸墊		8.46	0.000005	8.46
各級政府撥付遲延利息		0.0002	0.00001	0.0002
藥品申報金額返還金		-	-	-
其他 ²		2.59	0.72	3.31
本期資金去路總額 ^③		4,916.78	599.24	5,516.02
撥付醫療費用		3,318.43	390.42	3,708.85
撥入安全準備		4.23	0.42	4.65
償還短期融資		1,587.00	208.00	1,795.00
撥付分局辦理假扣押案		0.03	0.02	0.05
利息費用		5.85	0.38	6.23
手續費用		0.0005	0.00007	0.0006
其他		1.23	-	1.23
本期資金餘絀 ^④ = ② - ③		(19.16)	8.90	(10.26)
可運用資金餘額(① + ④)		57.83	-	66.73

資料日期：98 年 10 月 31 日

備註：1. 截至 98 年 10 月 31 日短期融資餘額為 1,135 億元。

2. 其他收入主要係截至 98 年 10 月底菸品捐補助經濟弱勢保險費及罕病醫療費用款項之帳列數

(五)各項資金投資組合

98年10月底各項資金投資組合主要為附賣回交易票、債券37.82億元(占49.78%)，銀行活期存款30.37億元(占39.96%)，撥貸全民健康保險紓困基金6.85億元(占9.02%)，信託財產0.94億元(占1.24%)。(相關數據詳表12)

表12 安全準備基金及營運資金投資概況表
(截至98年10月31日)

單位:億元

項 目	安全準備基金	營運資金	合計	比率
附賣回交易票、債券	-	37.82	37.82	49.78%
銀行存款-活期	1.45	28.91	30.37	39.96%
撥貸全民健康保險紓困基金	6.85	-	6.85	9.02%
信託財產	0.94	-	0.94	1.24%
資金餘額合計	9.25	66.73	75.98	100.00%

(六) 逾期未繳保險費、滯納金移送強制執行情形 (92年01月至98年10月)

1. 已結案部分 352.48 億元，占全部移送金額 432.94 億元之 81.42 %，其中繳清者 161.38 億元占已結案之 45.78%、取得債權憑證者 181.34 億元占 51.45%、註銷標的者占 2.77%。
2. 未結案部分 80.46 億元，占全部移送金額之 18.58%，尚在處理中者 68.58 億元占 85.23%、分期繳納者 11.88 億元占 14.77%(相關數據詳表 13)。

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：98年9月底止共特約醫療院所18,962家，特約率92.48%（詳表14）。

2. 醫療院所訪查：

98年10月共訪查50家次，其中西醫29家次、中醫9家次、牙醫4家次、藥局7家次、其他1家次；另涉及刑責函送司法單位辦理共32家次。（詳表15）

3. 違規查處部分：

(1) 違規查處家數-按處分類別分：（詳表16-1）

98年9月共查處45家，包括違約記點7家、扣減費用18家、停止特約20家、終止特約0家。

(2) 違規查處家數-按特約類別分：（詳表16-2）

98年9月共查處45家，包括醫院0家、西醫基層19家、牙醫8家、中醫12家、藥局6家、其他（包括居家護理機構、精神復健機構、助產機構、醫事檢驗所及醫事放射所、物理治療所及職能治療所）0家。

(3) 違規查處追扣金額-按追回項目分：（詳表16-3）

98年9月總計追扣1,422萬元，包括查處追扣164萬元、輔導繳回1,037萬元、扣減136萬元、罰鍰85萬元。

4. 重大傷病部分：截至 98 年 10 月底止，歸戶後實際有效領證人數為 777,930 人，實際有效領證數共 826,857 件，較去年同期成長 4.68% ，其中癌症 37 萬 1 千餘件、慢性精神病 20 萬 2 千餘件、透析病患 6 萬 1 千餘件、全身性自體免疫症候群 6 萬 8 千餘件，以上計 70 萬 3 千餘件，占領證數 85.11%。(詳表 17)

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
91.1-91.12	915	141	117	151	9	1,333	68
92.1-92.12	2,006	198	198	131	13	2,546	30
93.1-93.12	1,540	167	101	103	38	1,949	23
94.1-94.12	1,679	190	199	102	35	2,205	46
95.1-95.12	1,054	107	106	80	35	1,382	80
96.1-96.12	419	51	73	109	36	688	166
97.1-97.12	327	95	58	47	13	540	122
98.1-98.6	160	48	42	43	3	296	61
98.7	29	12	8	4	2	55	12
98.8	32	6	3	3	0	44	11
98.9	28	15	8	5	1	57	22
98.10	29	9	4	7	1	50	32
總計	8,218	1,039	917	785	186	11,145	673

資料日期 98 年 11 月 9 日

備註：

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。

(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)97 年總醫療費用：

醫療點數(含部分負擔，以下同)共計 4,973.1 億餘點，平均每月 414.4 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 235.2 億餘點，成長 4.96%。

(2)98 年第 2 季：

門診申請 820.9 億餘點、門診部分負擔 69.4 億餘點，住診申請 410.7 億餘點、住診部分負擔 17.9 億餘點，合計醫療點數 1,318.9 億餘點，平均每月醫療點數 439.6 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 4.22%、申請點數成長 8.05%，住診件數成長 1.89%、申請點數成長 4.42%，日數成長 1.61%。

(3)98 年 8 月：

門診每人次平均醫療費用 1,036 點，住診每人次平均醫療費用 52,487 點，每人日平均醫療費用 5,306 點，每人次平均住院日 9.89 日。

2.98 年第 2 季各總額別醫療費用申報

(1)醫院總額(詳表 19-1)：

門診申請 388.4 億餘點、門診部分負擔 35.7 億餘點，住診申請 403.8 億餘點、住診部分負擔 17.9 億餘點，合計醫療點數 845.9 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 4.41%、申請點數成長

10.51%，住診件數成長 2.01%、申請點數成長 4.56%，日數成長 1.66%。

(2)西醫基層總額（詳表 19-2）：

門診申請 207.0 億餘點、門診部分負擔 22.1 億餘點，住診申請 4 億餘點、住診部分負擔 2 百萬餘點，合計醫療點數 233.1 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 3.08%、申請點數成長 5.69%，住診件數成長-0.63%、申請點數成長-0.56%，日數成長 1.39%。

(3)牙醫門診總額（詳表 19-3）：

申請 87.7 億餘點、部分負擔 3.7 億餘點，合計醫療點數 91.4 億餘點，與去年同期比較：件數成長 5.61%、申請點數成長 5.19%。

(4)中醫門診總額（詳表 19-4）：

申請 46.2 億餘點、部分負擔 7.6 億餘點，合計醫療點數 53.9 億餘點，與去年同期比較：件數成長 7.75%、申請點數成長 8.49%。

(5)洗腎（詳表 19-5）：

申請 83.1 億餘點、部分負擔 52 萬餘點，合計醫療點數 83.1 億餘點，與去年同期比較：件數成長 5.42%、申請點數成長 5.59%。

3. 98 年第 2 季各分局別醫療費用申報：

(1)台北分局 (詳表 20-1):

門診申請 275.2 億餘點、門診部分負擔 24.4 億餘點，住診申請 137.6 億餘點、住診部分負擔 5.9 億餘點，合計醫療點數 443.1 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 5.20%、申請點數成長 9.69%，住診件數成長 6.58%、申請點數成長 8.78%，日數成長 4.57%。

(2)北區分局 (詳表 20-2):

門診申請 110.4 億餘點、門診部分負擔 8.7 億餘點，住診申請 54.9 億餘點、住診部分負擔 2.5 億餘點，合計醫療點數 176.4 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 3.65%、申請點數成長 6.62%，住診件數成長-1.92%、申請點數成長 1.28%，日數成長-2.84%。

(3)中區分局 (詳表 20-3):

門診申請 165.5 億餘點、門診部分負擔 14.5 億餘點，住診申請 78.6 億餘點、住診部分負擔 3.5 億餘點，合計醫療點數 262.1 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 3.58%、申請點數成長 6.53%，住診件數成長-1.48%、申請點數成長 1.11%，日數成長-1.23%。

(4)南區分局 (詳表 20-4):

門診申請 117.8 億餘點、門診部分負擔 10.0 億餘點，住診申請 58.6 億餘點、住診部分負擔 2.6 億餘點，合計醫療點數 189.1 億

餘點，與去年同期比較：門診件數成長 3.83%、申請點數成長 8.30%，住診件數成長 0.75%、申請點數成長 2.61%，日數成長 2.27%。

(5)高屏分局（詳表 20-5）：

門診申請 131.7 億餘點、門診部分負擔 10.3 億餘點，住診申請 67.3 億餘點、住診部分負擔 2.9 億餘點，合計醫療點數 212.2 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 4.18%、申請點數成長 7.49%，住診件數成長 1.95%、申請點數成長 3.91%，日數成長 2.04%。

(6)東區分局（詳表 20-6）：

門診申請 20.3 億餘點、門診部分負擔 1.5 億餘點，住診申請 13.7 億餘點、住診部分負擔 5 千萬餘點，合計醫療點數 36.0 億餘點，與去年同期比較：門診件數成長 3.02%、申請點數成長 8.60%，住診件數成長 2.31%、申請點數成長 5.35%，日數成長 4.35%。

4. 98 年第 2 季西醫門診慢性病醫療費用申報（詳表 21）：

西醫門診醫療點數(含部分負擔)653.2 億餘點，其中慢性病(含部分負擔)273.7 億餘點；慢性病件數占率 23.40%、醫療點數占率 41.89%。

5. 98 年第 2 季醫院層級別醫療費用申報（98 年 8 月醫院總額層級別醫療申報點數成長情形詳圖 3）：

(1)醫學中心（詳表 22-1）：

門診件數成長率 3.61%、申請點數成長率 10.03%，住診件數成長率 2.33%、申請點數成長率 4.72%，日數成長率 1.12%。

(2)區域醫院（詳表 22-2）：

門診件數成長率 4.26%、申請點數成長率 10.54%，住診件數成長率 1.30%、申請點數成長率 3.92%，日數成長率 0.62%。

(3)地區醫院（詳表 22-3）：

門診件數成長率 5.41%、申請點數成長率 11.45%，住診件數成長率 2.93%、申請點數成長率 5.54%，日數成長率 3.50%。

6. 醫院總額層級別門、住診醫療點數之占率(詳表 23)

(1)97 年醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.63%、區域醫院 38.62%、地區醫院 18.75%。

②門診點數：醫學中心 42.01%、區域醫院 38.45%、地區醫院 19.54%。

③住診點數：醫學中心 43.22%、區域醫院 38.79%、地區醫院 17.99%。

(2)98 年 8 月醫療點數占率：

①合計點數：醫學中心 42.47%、區域醫院 38.66%、地區醫院 18.87%。

②門診點數：醫學中心 41.93%、區域醫院 38.54%、地區醫院

19.53%。

③住診點數：醫學中心 43.00%、區域醫院 38.78%、地區醫院 18.22%。

7. 藥費申報統計(詳表 24 之 1-6)

(1)97 年藥費總申報數：

門診申報 1,024 億餘元，住診申報 228 億餘元，門住診合計 1,252 億餘元，較 96 年 1,170 億元增加 82 億元，成長率 7.0%，較整體醫療費用成長率 (4.96%) 高。

(2)98 年第 2 季門住診每件平均藥費：

門診藥費每件平均申報 318 元，較去年同期成長 6.8%；住診藥費每件平均申報 7,789 元，較去年同期成長 5.3%。

8. 另在醫療費用之核付部分：98 年度(至 98 年 7 月止)之門診初審後核減率為 2.71%、複審後核減率為 2.48%、爭審後核減率為 2.45%，住診初審後核減率為 4.55%、複審後核減率為 4.27%、爭審後核減率為 4.27% (詳表 25)。

9. 98 年第 1 季各部門結算平均點值 (詳表 26)

(1) 牙醫部門：0.9369 元。

(2) 中醫部門：0.9080 元。

(3) 西醫基層部門：0.9459 元。

(4) 醫院部門：0.9498 元

(5) 洗腎部門：0.9197 元。

10. 98 年第 2 季各部門總額預估平均點值(詳表 27)

- (1)牙醫部門：0.9382 元。
- (2)中醫部門：0.9024 元。
- (3)西醫基層部門：0.9788 元。
- (4)醫院部門：0.9337 元
- (5)洗腎部門：0.9045 元。

11. 為反映醫療費用支付金額，根據 94 年至 98 年第 1 季各總額別各年度核定點數及已結算之固定點值、浮動點值，計算費用金額如下：

- (1)醫院總額：97 年核定點數為 2,932.7 億餘點，較 96 年成長 4.90%；核定費用為 2,765.2 億餘元，較 96 年成長 4.34%；98 年第 1 季核定點數為 727.5 億餘點，較 97 年同期成長 4.14%；核定費用為 691.0 億餘元，較 97 年同期成長 4.85%。(詳表 28-1)
- (2)西醫基層總額：97 年核定點數為 878.1 億餘點，較 96 年成長 2.15%；核定費用為 846.1 億餘元，較 96 年成長 3.21%；98 年第 1 季核定點數為 230.3 億餘點，較 97 年同期成長 3.64%；核定費用為 217.8 億餘元，較 97 年同期成長 4.04%。(詳表 28-2)
- (3)牙醫總額：97 年核定點數為 343.6 億餘點，較 96 年成長 4.64%；核定費用為 331.4 億餘元，較 96 年成長 2.58%；98 年第 1 季核定點數為 84.0 億餘點，較 97 年同期成長 3.17%；核定費用為 78.7 億餘元，較 97 年同期成長 3.02%。(詳表 28-3)
- (4)中醫總額：97 年核定點數為 195.3 億餘點，較 96 年成長 5.09%

%；核定費用為 185.8 億餘元，較 96 年成長 2.83%；98 年第 1 季核定點數為 48.2 億餘點，較 97 年同期成長 6.65%；核定費用為 43.8 億餘元，較 97 年同期成長-2.77%。(詳表 28-4)

(5)洗腎合併預算：97 年核定點數為 318.0 億餘點，較 96 年成長 6.15%；核定費用為 291.9 億餘元，較 96 年成長 3.06%；98 年第 1 季核定點數為 80.7 億餘點，較 97 年同期成長 4.17%；核定費用為 74.2 億餘元，較 97 年同期成長 6.72%。(詳表 28-5)

12. 檢附 94-98Q2 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報表(詳表 29 之 1-7)。

(1)全民健康保險西醫基層醫療品質指標(全局)(詳表 29-1)

94 年至 98 年第 2 季期間門診注射劑使用率低於監測值(監測值： $\leq 6\%$)，均維持在 2.01%以下；門診抗生素使用率亦均低於監測值(監測值： $\leq 16\%$)，維持在 13.25%以下。二項之監測值均呈穩定情況。剖腹產率監測值為 $\leq 34\%$ ，94 年及 95 年均低於 34%，96 年起至 98 年第 2 季剖腹產率微幅高過監測值，本局將再觀察。

(2)全民健康保險西醫醫院醫療品質指標(全局)(詳表 29-2)

醫院總額品質指標整體而言大致呈現穩定趨勢且在監測值範圍，其中門診手術件數 98Q2 成長率 8.49%，去年同期成長率為 4.25%，為波動較大項目，考量醫療科技進步，部分手術已可採門診進行而無需住院已為必然趨勢，且為鼓勵項目，本局將持

續觀察；另剖腹產率 98Q2 為 35.09%，較去年同期 33.61%略高，考量生產方式非全然由產科醫師決定，且目前剖腹產率尚在監測值範圍(30.46%-37.22%)內，本局將再觀察。

(3)全民健康保險牙醫醫療品質指標(全局)(詳表 29-3)

98 年第 2 季，各項指標皆符合監測值範圍且呈現穩定趨勢，5 歲以下兒童牙齒預防保健服務人數比率呈逐年增加趨勢。

(4)全民健康保險中醫醫療品質指標(全局)(詳表 29-4)

98 年第 2 季除了「中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率」略高於監測值 0.04%外，其餘各項指標皆符合監測值範圍且呈現穩定趨勢。

(5)全民健康保險門診透析總額醫療品質指標(全局)(詳表 29-5)

98 年第 2 季，血液透析與腹膜透析之血清白蛋白、KT/V、Hct 之受檢率、合格百分比及腹膜炎發生率皆符合監測值範圍內。另除腹膜透析死亡率 98 年第 2 季較前季呈現些微成長外，其餘指標皆呈現穩定趨勢。

(6)全民健康保險西醫基層醫療品質指標(全局)(詳表 28-6)

同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率 (監測值： $\leq 17.13\%$)、同院所降血壓藥物(口服)不同處方用藥日數重複率 (監測值： $\leq 9.18\%$)、同院所降血脂藥物(口服)不同處方用藥日數重複率 (監測值： $\leq 3.17\%$)、同院所降血糖藥物(口服及注射)不同處方用藥日數重複率 (監測值： $\leq 6.03\%$)、同院所抗精神分裂

藥物不同處方用藥日數重複率（監測值： $\leq 4.33\%$ ）、同院所抗憂鬱症藥物不同處方用藥日數重複率（監測值： $\leq 8.44\%$ ）及同院所安眠鎮靜藥物不同處方用藥日數重複率（監測值： $\leq 14.96\%$ ）在 94 年至 98 年第 2 季期間均低於監測值。

(7)全民健康保險西醫醫院醫療品質指標(全局)(詳表 29-7)

西醫醫院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趨勢，且皆符合監測值範圍內。

表 25 全民健保門、住診醫療費用核減統計表

單位：點，%

年	類別	96 年	97 年	98 年 (資料至 98 年 7 月)
門	已核付家數醫療費用 A	316,284,657,198	333,008,765,092	193,889,004,142
	已核付家數申請點數 B	289,413,671,348	306,144,066,870	178,791,526,081
	已核付點數 C	282,136,471,593	298,872,105,715	173,535,860,374
	初審後核減率 (B-C)/A*100	2.30%	2.18%	2.71%
	複審補付 E	1,505,753,271	1,463,353,173	455,029,479
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	1.82%	1.74%	2.48%
	爭審補付 F	1,314,638,492	793,713,821	49,309,569
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	1.41%	1.51%	2.45%
住	已核付家數醫療費用 A	157,553,528,713	163,842,335,347	88,332,416,812
	已核付家數申請點數 B	150,914,476,209	156,932,717,402	84,641,814,052
	已核付點數 C	144,364,137,367	150,791,539,393	80,618,798,455
	初審後核減率 (B-C)/A*100	4.16%	3.75%	4.55%
	複審補付 E	981,265,115	778,134,476	253,668,698
	複審後核減率 (B-C-E)/A*100	3.53%	3.27%	4.27%
	爭審補付 F	1,577,818,744	646,705,086	168,870
	爭審後核減率(B-C-E-F)/A*100	2.53%	2.88%	4.27%

資料迄日：98 年 11 月 4 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：申請費用經審查及申復後之應付費用，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_HOSPASC)，自墊核退基本資料檔(PBJH_RFND_MST)，每月應收醫療費用檔(FFDH_MONSUM_DTL)。

貳、本月業務推動重點

一、醫療給付相關業務

(一) 95-97 年門、住診執行手術項目(醫令前 2 碼 62-88)人次分析(詳附表)：

(本案係依據全民健康保險監理委員會第 172 次會議紀錄辦理)

1. 醫院總額部分：

(1)95 年門診手術 548,755 人次(占率 40.07%)，96 年門診手術 568,711 人次(占率 40.44%)，97 年門診手術 587,531 人次(占率 40.81%)，就手術人次部分呈現些微增加，占率亦呈現微幅增加，人次成長率則呈現下降趨勢。

(2)95 年短期住院手術(≤ 2 日)197,447 人次(占率 14.42%)，96 年 198,084 人次(占率 14.09%)，97 年 200,235 人次(占率 13.91%)，短期住院手術人次部分呈現微幅增加，占率部分些微下降，人次成長率呈現微幅上升。

2. 西醫基層部分：

(1)95 年門診手術 285,173 人次(占率 80.74%)，96 年 274,621 人次(占率 81.21%)，97 年 284,599 人次(占率 82.61%)，就手術人次部分呈現較 96 年增加，較 95 年減少之趨勢，占率部分些微上升，人次成長率部分較前一年呈現大幅上升趨勢。

(2)95 年短期住院手術(≤ 2 日)26,822 人次(占率 7.59%)，96 年 22,754 人次(占率 6.73%)，97 年 20,323 人次(占率 5.9%)，短期手術住院人次部分呈現下降趨勢，占率呈現下降趨勢，人次成長率呈現些微上升趨勢。

(二) 剖腹產與自然生產案件互為消長之分析：

(本案係依據全民健康保險監理委員會第 172 次會議紀錄辦理)

1. 台灣生育率逐年降低，依健保局統計醫療院所生產案件，不論是否符合適應症之剖腹產人數隨生產案件數下降而減少，其中符合適應症之剖腹產人數幾無變動，不符適應症剖腹產人數則相對增加較明顯，惟比率皆維持在 1.68%至 2.40% (表 1)。

表 1. 90-97 年各年符合與不符適應症之剖腹產數統計分析

期間	自然產 A	剖腹產 B	符合適應症之 剖腹產數 C	不符適應症之 剖腹產 D	不符適應症之剖腹 產數占率 $E=D/(A+B)$
90 年	158,797	82,453	76,655	5,798	2.40%
91 年	152,909	79,501	73,678	5,823	2.51%
92 年	146,099	72,822	67,896	4,926	2.25%
93 年	143,004	67,964	64,267	3,697	1.75%
94 年	134,793	66,055	62,675	3,380	1.68%
95 年	132,880	66,518	62,638	3,880	1.95%
96 年	129,452	67,925	63,639	4,286	2.17%
97 年	125,280	65,612	61,650	3,962	2.08%

2. 衛生署統計顯示隨著晚婚風氣漸盛，國人結婚年齡逐漸後延，產婦年齡亦隨之延後之趨勢，年齡 35 歲以上之產婦比率在十年間從 85 年 6.6% 明顯增至 96 年 12.4% (如附件 1)，另健保醫療費用申報資料統計不同生產方式之產婦年齡發現不論在醫院或診所之產婦，年齡與剖腹產率成正比(如附件 2)，故未來剖腹產率趨勢確有可能因少子化及女權主義抬頭等因素而預期難以下降。

(三) 最近 5 年來每萬人口醫師數及床位數之變化狀況說明：

(本案係依據全民健康保險監理委員會第 173 次會議紀錄辦理)

1. 有關每萬人口之西醫醫師數及床位數變化如下表，其中每萬人口之醫醫師數由 93 年 21.6 人至 97 年成長為 22.97 人，成長率為 6.34%。每萬人口之床位數由 93 年為 60.57 床至 97 年成長為 62.13 床，成長率為 2.58%。由相關數據可知每萬人口醫師數及床位數為正成長，並不影響醫療照護之可近性。

	93 年	94 年	95 年	96 年	97 年
西醫師數/萬人	15.07	15.28	15.24	15.56	15.96
中醫師數/萬人	2.07	2.07	1.99	2.02	2.14
牙醫師數/萬人	4.46	4.54	4.61	4.75	4.87
合計醫師數/萬人	21.6	21.89	21.84	22.33	22.97
合計病床數/萬人	60.57	62	60.89	61.57	62.13

備註：病床數含急性病床、慢性病床及特殊病床

2. 病床數及醫師數之變化是否與地區醫院之萎縮有關，將於下頁之「轉診制度及地區醫院生存問題」報告中陳述。

(四) 轉診制度及地區醫院生存問題分析：

(本案係依據全民健康保險監理委員會 98 年度重要工作計畫原排定之 10 月份專題報告辦理)

1. 配合轉診制度策略，本局於 94 年 7 月 15 日起實施之門診基本部分負擔，已規劃轉診照護平台，配合不加重部分負擔之設計，提高民眾配合轉診之誘因，引導民眾就醫行為，減輕民眾就醫負擔，促進醫療院所功能合理化，亦為逐步回歸健保法第 33 條規定之立意。
2. 現行門診基本部分負擔作業規範，除仍保障弱勢，不影響原已具免除部分負擔、減除部分負擔及受補助部分負擔者之權益外，並已配合放寬基層院所實施檢驗、檢查之限制、鼓勵慢性病連續處方箋開立及推動家庭醫師整合性照護制度試辦計畫等配套措施，相關執行規範如下：
 - (1)採非強制原則，且不須逐級轉診，對於因診療需要之轉診及必要之回診，不加重門診部分負擔。
 - (2)診所對醫院、醫院對診所或同層級之轉出、轉入，均屬轉診。
 - (3)住院出院或門診（急診室）手術後，1 個月內 1 次之回診（產後 42 日內之一次回診），視同轉診。
 - (4)無基層醫師執業之鄉鎮至醫院就醫，視同轉診(如花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉)。
 - (5)慢性 B 型、C 型肝炎醫療服務改善方案試辦計畫收案病患，依療程定期於登錄收案之醫院門診，視同轉診。

3. 經據健保 IC 卡上傳資料統計，94 年 7 月 15 日至 98 年 6 月 30 日轉診(出)約 91 萬人次，整體轉診率為 0.092%，其中以基層院所為最多，約占全部 64.67%，其次為地區醫院，約占全部 22.67%。接受轉診(入)約 156 萬人次，整體接受轉診(入)率為 0.158%，其中以區域醫院為最多，約占全部 37.07%，其次為醫學中心，約占全部 30.29%。
4. 目前依「轉診」及「逕赴醫院」，按層級別計收不同部分負擔，符合轉診立意，能減緩平均每人每年門診次數之上升，確有助於因診療需要之轉診，有利於分級醫療之建立。
5. 依地區醫院 97 年與 95 年相關資料統計：
 - (1) 地區醫院家數減少 31 家(-7.49%)，其中升級為區域醫院有 8 家，轉型為基層診所 12 家。
 - (2) 地區醫院總病床數減少 3,847 床(-7.70%)【其中因升級為區域醫院者，總病床數達 3,704 床】。
 - (3) 西醫師數減少 384 人(-8.10%)。
 - (4) 醫療服務點數減少 14 億(-1.99%)【其中因升級為區域醫院者，醫療服務點數約達 13.5 億】，惟門、住診平均每件申請費用均略有成長。
6. 大部分之地區醫院(包括轉型)仍持續提供社區醫療服務，可能順應所在地區不同醫療需求，調整醫療服務與營運策略。本保險門診部分負擔分級化及拉大差距，地區醫院享價格競爭優勢。

7. 依 95-97 年特約醫院申報統計，地區醫院門診初級照護比率為 37.37%，高於醫學中心之 17.98%及區域醫院之 22.90%；地區醫院住院服務，重大傷病件數比率為 8.68%，低於醫學中心之 18.66%及區域醫院之 14.19%；惟近 3 年各年度變化均不大。

(註：初級照護參考吳肖琪老師「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」所定義之多數在診所或地區醫院就醫之疾病)

8. 依醫院總額支付委員會討論點值保障項目共識，保障偏遠地區醫院措施如下：

(1)97 年偏遠地區醫院共 22 家，其浮動點值不低於平均點值，每年額外支出約 8,000 萬元。

(2)97 年偏遠地區急救責任醫院 41 家之急診案件(加成 30%及每點保障 1 元)，每年額外支出約 2.1 億元。

(3)98 年西醫基層醫療資源缺乏地區改善方案，對於未有醫師前往開業或提供巡迴醫療服務之鄉鎮，開放由地區級以上醫院依地區需求提供專科巡迴、行動不便或獨居老人之到宅醫療或疾病個案管理服務，全年預算約 2 億元。

9. 98 年預算健保醫療資源投入偏遠地區如下：

(1) 山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)，每年額外投入約 6 億元。

(2) 推推動家醫制度，鼓勵民眾留在社區就醫，每年額外投入約 9

億元。

- (3) 鼓勵中、牙及西醫師至資源缺乏及偏遠地區開業或巡迴服務，
每年投入約 6 億元。

10. 結語：

- (1) 目前依「轉診」及「逕赴醫院」，按層級別計收不同部分負擔，
符合轉診立意。
- (2) 非轉診個案依目前部分負擔計收，有助於落實母法規定與轉診之
推動。
- (3) 逐步回歸健保法第 33 條之精神，擴大各層級醫療院所間部分負
擔之差距。
- (4) 鼓勵地區醫院成為社區醫療群之合作醫院，共同照護社區居民。

(五)本月份公告修正支付標準及試辦計畫內容事宜：

1. 依行政院衛生署 98 年 9 月 29 日衛署健保字第 0980027391 號函核定意見辦理。

2. 本案業於 98 年 10 月 13 日以健保醫字第 0980091459 號函暨健保醫字第 0980091461 號公告，相關內容及實施日期分別說明如下：

(1)修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章基本診療第六節調劑通則、第八節住院安寧療護診療項目及第五部第一章居家照護通則，其中除第二部西醫第一章基本診療第八節住院安寧療護診療項目溯及 98 年 9 月 1 日施行外，其餘項目自 98 年 11 月 1 日起實施，修正重點如下：

①第二部西醫第一章基本診療：

甲、第六節調劑之通則三後段新增「....惟施行本部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、造影(26001~26074)所列項目(排除 26009B、26049B 及 26074C 三項)時，得申報 05219B。」。

乙、第八節「住院安寧療護」刪除支付標準之安寧住院日數大於 16 天以 6 折折付點數之診療項目。

②第五部居家照護及精神病患者社區復健第一章居家照護通則六：對於收案個案申請延長照護，應將相關資料送健保分局「核備」二字修改為「備查」。

(2)新增「提升住院護理照護品質方案」，並追溯自 98 年 1 月 1 日

施行。

- (3)修正「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式試辦計畫」居家照護階段給付範圍適用對象放寬至健保特約之一般護理之家之呼吸器依賴患者，自 98 年 11 月 1 日起實施
- (4)修正「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之醫師資格限定：放寬愛滋病毒感染患者併有 B 型或 C 型肝炎感染者，得由其照護之感染科醫師開立抗 B、C 型肝炎病毒藥物處方，自 98 年 11 月 1 日起實施。

全民健康保險監理委員會第 173 次會議決議事項追蹤表

序號	案由	決議(定)事項	健保局辦理情形
1	<p>報告案第 3 案： 98 年 9 月份全民健康保險業務執行報告</p>	<p>二、針對多重慢性病整合性門診試辦計畫之受理情形及運作模式，請健保局於 12 月份會議時列入業務報告。</p>	<p>配合辦理</p>
2	<p>討論案第 1 案： 有關發展遲緩兒童早期療育健保支付標準內涵之釐清、部分醫療院所可能違反收費規定及開立不符規定之醫療費用收據案</p>	<p>一、請健保局重新檢討釐清，早療業務整合下之健保支付內涵與範圍。</p> <p>二、請健保局函文辦理早期療育之醫療院所，對於健保給付項目及自費項目之費用，均應分別於收據內列載清楚。</p> <p>三、請健保局通函辦理早期療育之院所，重申對於已依健保給付規定申請費用部分，不得再向民眾重複收費，並加強查核依法處理。</p>	<p>本案本局已責成轄管各分局蒐集院所提供之自費服務項目名稱及治療方式內容等，以利釐清自費與健保支付之差異為何。</p> <p>本案本局已責成轄管各分局，針對各直轄市及縣市政府補助醫療單位「發展遲緩兒童療育」自費項目收據，加強查核是否有重複申報健保給付之情事發生。</p> <p>本局已通函重申「屬健保給付項目不得向民眾收取自費」之規定，並請本局各分局加強不定期派員至特約院所實地訪查。</p>