

商業週刊來訪
「我國全民健康保險制度總體檢」

中華民國醫師公會全國聯合會

健保保費收入面

- 健保保費
- 部分負擔
- 其他(如菸品健康捐、
擴大代位求償範圍)

健保保費支出面

- 診察費
- 診療費
- 藥費
- 藥事服務費

健保保費收入面< 健保保費支出面

2006至2008年間

健保保費收益平均每年只增加**2.6%**

而

醫療給付支出平均每年卻增加**4.2%**

2006年在OECD31個國家中，我國醫療費用占GDP之6.1%，排名倒數第二，僅高於土耳其。

- 我國保險費率為4.55%，
- 遠低於德國13.6%，
- 法國18.4%，
- 希臘11.45%，
- 比利時7.35%，
- 鄰近國家日本8.2%。

健保財務： 支出日漸擴大之因素

- 台灣人口結構快速老化
- 重大傷病人數不斷攀升
- 門住診就醫率偏高

台灣人口結構快速老化(一)

過去十年，台灣老年人口增加**33.7%**，1996年老年人口數169萬，2006年則有226萬人，以醫療需求暨健康狀態來看，健保開辦初期台灣65以上人口比率為**7.6**，97年則升至**10.43**；而推估在民國108年老年人口比例即增加至**14%**，成為真正的高齡國家(aged nation)。

台灣人口結構快速老化(二)

相較於歐美各國與日本，我國推估將成爲世界人口老化最快的國家。再以醫療費用而言，一名老人所耗需之醫療費用爲一般人之**3.3倍**。95年至97年，65歲以上人口增加7%，同期同一年齡層醫療費用增加16%。

重大傷病人數不斷攀升(一)

國人平均壽命延長，造成慢性病與重大傷病患者不斷增加。依據健保局數據顯示，截至99年1月底止，歸戶後重大傷病實際有效領證人數為**839,456**人，較97年底(**790,621**人)成長**6.2%**；爰此，國內重大傷病患者人數持續攀升，以致健保總醫療費用逐年增加，據統計，89年重大傷病患者醫療費用**536**億元，95年至97年重大傷病者**增加13**萬人，同期重大傷病醫療費用增加**194**億元。

重大傷病人數不斷攀升(二)

97年則升至**1303億元**，較96年成長**7.85%**，占健保總醫療費用**26.20%**。也就是說，每100位投保民眾中，就有**3人**為重大傷病患者，國人繳交的保費中，**每100元就有26元**是用來照顧重大傷病患者，其中癌症、洗腎及血友病患，更佔重大傷病健保醫療給付的大宗。

97年重大傷病醫療費用前八大疾病

名次	病名	就醫人數 (人)	平均醫療 費用(元)	使用多少人 保險費支應(人)
1	血友病	909	247,9743	148
2	呼吸器依賴	1,9246	73,7090	44
3	洗腎	6,1866	59,9635	36
4	腸道切除給予 全靜脈營養	93	54,2322	32
5	燒傷	583	44,5050	27
6	癌症	33,0774	13,4775	8
7	急性腦血管疾病	5,3595	10,8551	7
8	慢性精神病	16,0971	8,1186	5

門住診就醫率偏高(一)

根據統計，96年就醫次數大於等200次者有376人，97年每月上傳大於等於20次者有9176人，其中有人一年就醫576次，扣除例假日，平均一日就醫2次。再以人口年齡區分，97年每月上傳大於等20次者以70歲至79歲年齡居多，計有2,023人，占率為22%。健保局表示，高診次患者每一季藥費高達2,200多萬元，整體醫療支出約6億。

門住診就醫率偏高(二)

門診高利用之所以逐年劇增，主在於民眾受惠於免部分負擔制度。依據健保法第34條規定，健保法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過12次，即應採行自負額制度。事實上，健保自85年起，全國平均每人每年門診次數早就超過12次，衛生署與健保局基於避免造成民眾就醫障礙的考量，遲遲沒有實施自負額制度。惟有落實部分負擔制度，貫徹「使用者付費」概念，方能減緩醫療資源之浪費情形。

改善健保財務狀況：

- 開源
- 節流
- 總額前務實「量出為入」之精神
總額後務實「量入為出」之精神

建議一

應回歸法制面之精神，依「全民健康保險法」第20條及第67條規定，當安全準備餘額低於一個月之醫療給付費用（約300億）時，就需要調高健保費率。

說明(一)

全民健保自84年開辦迄今，僅於91年調升過一次費率，健保局當時以兩年平衡周期計算，將健保費率由4.25%調漲為4.55%。據中央健康保險局97年3月「民國96年全民健康保險費率精算報告」指出，保險費率之精算係採「量出為入」方式，參考美國聯邦醫療服務中心之醫療費用分析模式，就未來人口成長及年齡結構變化對醫療費用之影響進行推估，依據前開模型推估，自97年至101年之法定最低平衡費率為5.18%，與現行保險費率4.55%相差幅度達13.85%。

說明(二)

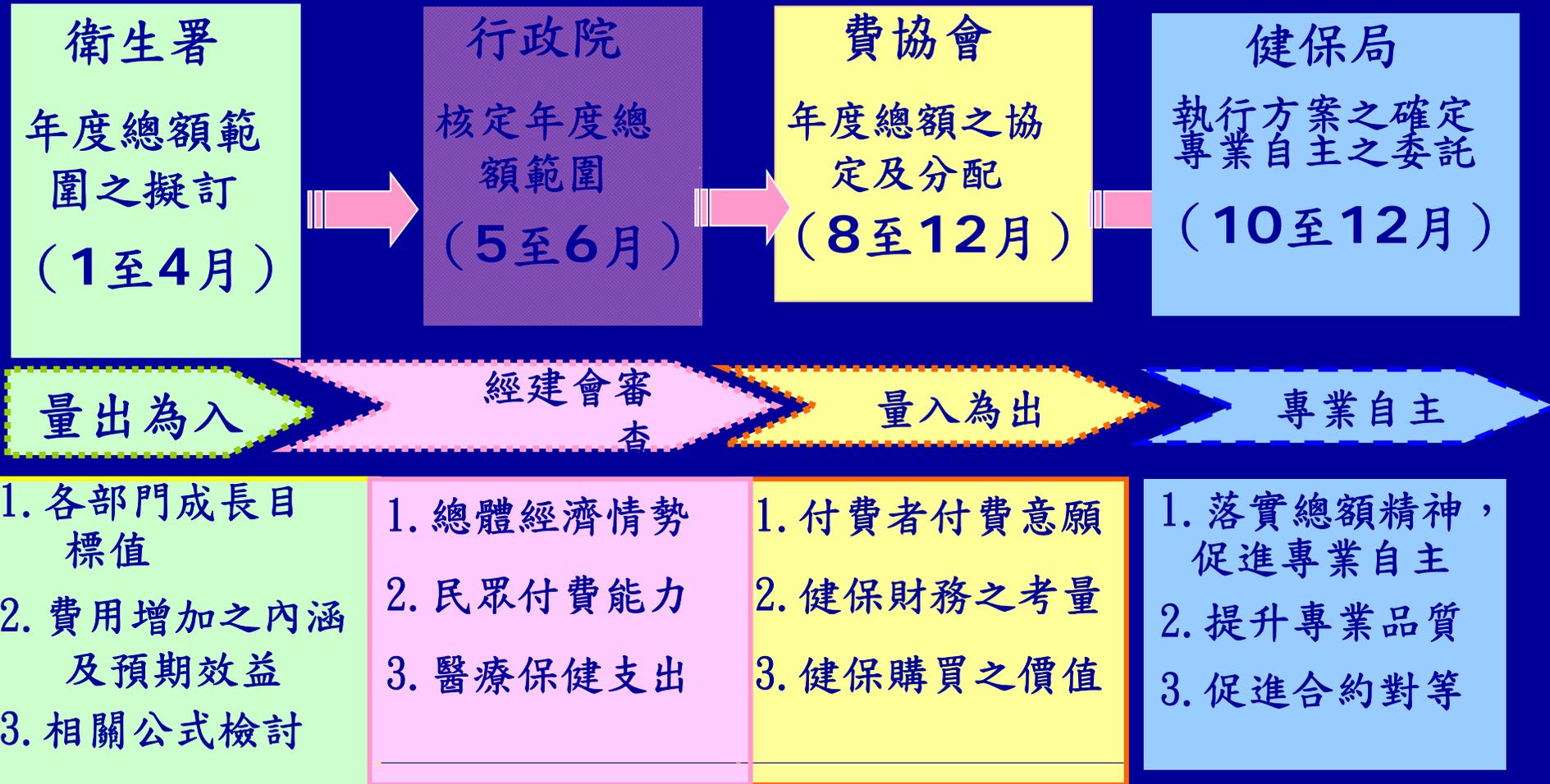
全民健康保險法（以下簡稱健保法）第20條第3項第1款規定，精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者，由主管機關重行調整擬訂，是以，現階段之費率自有重行調整之必要。再者，安全準備自96年起業已用罄。健保法第67條明定：「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率」爰此，現行健保費率已符合重行調整之情形。依據健保局數據顯示，截至98年12月底，待安全準備填補之短絀數業達587.51億元，在保險收支短絀數高達近600億之情況下，衛生署調整健保費率係依法行政，於法有據。

建議二

總額前務實「量出為入」之精神

總額後務實「量入為出」之精神

年度總額預算協定之程序及方向



99年度健保醫療給付費用成長率 報院建議及行政院核定範圍

單位：%

		人口結構 改變率	醫療服務成 本指數改變	實際投保人 口數校正	調整因素	納保人口 預估成長	醫療給付費用成長率範圍合計	
							低推估	高推估
		A	B	C	D	F	(1+A%+B%) *(1+C%)*(1+F%)-1	低推估+調整 因素
99 年	報院	1.287	0.181	0.507	1.833	0.513	2.506	4.339
	經建會專家審議	1.287	0.181	-	1.678	0.349	1.822	3.500
98 年	報院	1.469	1.633	-	2.300	0.253	3.363	5.663
	行政院核定			-	1.737		3.363	5.100
	費協會協定			-	0.092		3.455	
97 年	報院	1.36	0.66	-	3.004	0.271	2.30	5.3
	行政院核定			-	2.700		2.3	5.00
	費協會協定			-	2.171		4.471	
96 年	報院	1.37	0.66	-	2.980	0.370	2.41	5.39
	行政院核定	1.37	0.66	-	2.780	0.287	2.32	5.10
	費協會協定			-	2.181		4.501	
95 年	報院	1.23	-0.45	-	3.830	0.390	1.17	5.00
	行政院核定	1.23	-0.45	-	3.830	0.390	1.17	5.00
	費協會協定			-	3.366		4.536	

註1：99年整體醫療給付費用上(下)限=98年整體醫療給付費用×(1+99年全民健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值)

註2：人口結構改變率，係指納保人口年齡結構改變對醫療費用點數之影響。

註3：醫療服務成本指數改變率，為各醫療服務部門之成本指數改變對醫療費用之影響。

註4：98年整體費用影響，係含基期年校正96年實際投保人口數之成長率及原「鼓勵醫院部門提升醫療品質與用藥安全」移由菸品健康捐支應之12.83億元；相較於費協會97年協定總額之成長率4.152%

99年總額範圍費用及健保財務 影響評估

	低推估	高推估
98年總額醫療費用(億元) -含部分負擔		4,780.74
99年總額醫療費用成長率	1.822%	3.500%
99年總額醫療費用(億元) -含部分負擔	4,867.85	4,948.06
99年總額醫療費用(億元) -不含部分負擔	4,430.83	4,503.96
99年保險收入(億元)		4,252.49
收支餘絀(億元)	-178.34	-251.47
平衡費率	4.78%	4.87%

註：1. 總額醫療費用=應付保險支出+部分負擔。

2. 99年應付保險支出(不含部分負擔)係健保局財務處提供歷年全民健保收支情形報表之98年保險成本(扣除菸品健康福利捐調整對全年影響之設算，1年減少6.83億元)與醫管處98年總額醫療費用(含部分負擔)之比例0.9116推估而得。

3. 保險收入=保險費收入+保險費滯納金+資金運用淨收入(利息收入-利息費用+買賣票券利益-買賣票券損失)+其他金融保險收入(公益彩券及菸品健康捐+其他)-呆帳提存數，並已考慮菸品健康福利捐調整之影響，1年增加80.06億元。

4. 99年平衡費率指於99年當年收支平衡支費率，不含累計至98年之短絀數及一個月安全準備金。

健保總額非協商因素成長
率長期失真低估，建議檢
討健保總額設定公式參數
以合理反應醫療服務成本
保障民眾就醫品質

健保醫療給付費用總額設定公式

- 按「99年全民健保醫療給付費用上（下）限金額」=98年全民健保醫療給付費用×（1+99年全民健保醫療給付費用成長率之高（低）推估值）；「低推估值」以人口結構對醫療費用改變率、醫療服務成本指數改變率及投保人口成長率合併計算；「高推估值」係下限值+調整因素（如：政策推動相關措施、全民健保費率精算報告、民眾付費能力（含整體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出）。依據衛生署健保小組報告顯示，99年「投保人口成長率」按經建會97年公佈之「台灣地區97年至145年人口推估」之中推估計0.349%估算，並參考95-97年健保投保人口之成長趨勢，及考量99年健保納保政策，預估為0.513%；「人口結構改變率」以96年每人醫療給付費用為基礎（97年資料尚無法取得）計算97年對96年人口結構對醫療費用之影響為1.287%；「醫療服務成本指數改變率」計算公式指標分為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用加權計算後得出。

建議

「人口結構改變率」

應

「納入不同年齡層每人費用變動權重」，

以反映老年人口醫療費用成長貢獻度

說明一

前開「人口結構改變率」之計算方式係指97年納保人口年齡性別結構相對於96年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用之影響（以96年費用點數為基礎；年齡則以5歲一組做調整），亦即假設「不同年齡層有相同的費用成長率」。

說明二

惟各年齡層的費用點數成長率，事實上隨年齡的增加而有增加情形，除了人口老化的占率增加之外，新增的老人有較高的意願及能力接受積極的治療或手術，這都使每個世代老年人口的醫療花費較上個世代的老人增加，因此本會建議應「**納入不同年齡層每人費用變動權重**」，則人口結構改變率方能反映老年人口醫療費用成長貢獻度。

藥品的成本指數

官採

健保支付藥價結構變動率

建議

「醫療服務成本指數改變率」

之

「藥品費用項目」，

採

「健保支付藥價結構變動率計算」

較符合院所實際成本

說明

- 其次有關「醫療服務成本指數改變率」之計算，「藥品費用項目」原採「躉售物價指數 (WPI) - 藥品類」計算。經本會進一步分析並拜會主計處得知，為衡量企業間商品交易價格水準之變動情形，爰有「躉售物價指數 (WPI)」調查，其調查目的非為計算健保藥費成本；WPI與醫藥相關之查價項目包括「藥品類」14項、「醫療器材與用品類」4項、「電腦、電子產品及光學製品」中類下之「量測、導航及控制設備產品類」1項與「其他電子及光學製品類」2項，其範圍包括健保給付藥品、健保不給付藥品及中間產品（原料藥等）；WPI查價方式分為國產內銷品及進出口品，其中藥品類查價項目分為36類，國產內銷藥只納入10類，其中3類為原料藥、動物用藥及中藥製劑，合計占10.6%，與健保藥品在不同藥理分類的利用情形並不相同；WPI進口藥占55.8%，其中含疫苗及試劑等，醫藥製劑並未分類，與健保藥費中原廠藥占61%以上之權重結構也不相同；WPI之調查花色更新採立意方式，無法有系統性反映健保新給付藥品的價格影響。綜上，「醫療服務成本指數改變率」之「藥品費用」項目無法充分反映健保藥費成本結構，本會建議採健保支付藥價結構變動率計算，以每年度健保給付之新藥費用變動率做為「醫療服務成本指數改變率」之「藥品費用」，較符合院所實際成本。

非協商因素

醫療服務成本指數改變率

主計處藥品查價方式

- 國產內銷品：
 - 內銷值達新台幣7.7億元以上之項目
 - 各查價項目至少選取3個以上廠商，及至少6個以上查價花色報價，項目價格以花色平均價計算
 - 查價廠商約20家，花色（藥品）約7-80種
- 進、出口品：
 - 進、出口總值達新台幣25億元以上者
 - 前十大中選取至少3家廠商，請其提供6種花色

藥品類國產內銷值與查價項目選樣

單位：新台幣百萬元

選樣	產品名稱	銷售值		國產內銷值		選樣率
		90年	95年	90年	95年	
	2.藥品	47,570	48,146	43,571	40,220	70.3%
V	抗生素	2,939	1,849	2,559	1,817	
V	原料藥(抗生素除外)	4,782	5,571	3,761	2,313	
V	心臟脈管與腎作用藥	1,129	2,425	1,064	2,298	
V	抗微生物藥	1,803	2,134	1,706	2,091	
V	呼吸道作用藥	2,390	1,125	2,234	1,097	
	血液與造血器官作用藥	181	252	179	239	
	抗腫瘤藥	441	45	441	45	
	皮膚用藥	810	502	762	499	
	:	:	:	:	:	

合計占
10.6%

合計占
55.8%

占4.2%

33

問題一

- 主計處之調查範圍包括**健保給付藥品**、**健保不給付藥品**及**中間產品**（原料藥等），其目的非為計算**健保之藥費成本**
- 主計處之**國產內銷藥品**項目分**36類**，**只納入10類**，其中**3類**為原料藥、中藥製劑、動物用藥，合計占**10.6%**；**健保藥品**在不同藥理分類的利用情形並不相同。

問題二

- 主計處之進口藥占**55.8%**，其中含疫苗及試劑等，醫藥製劑並未分類；健保藥費中，原廠藥占**61%以上**，與主計處之權重結構並不相同
- 主計處之調查花色更新採立意方式，沒有系統性納入新給付藥品的價格影響

98年度單方藥品健保申報排行

排行	成分名稱	藥理分類	98年申報金額 (單位：億元)
1	AMLODIPINE	降血壓藥	45
2	ATORVASTATIN	降血脂藥	17
3	VALSARTAN	降血壓藥	16
4	FACTOR VIII	血友病用藥	16
5	CLOPIDOGREL	血栓溶解劑	15
6	GLIMEPIRIDE	降血糖藥	14
7	IMATINIB	抗癌藥	12
8	ROSUVASTATIN	降血脂藥	12
9	PIOGLITAZONE	降血糖藥	11
10	LOSARTAN	降血壓藥	11
小計			169

經濟景氣期待回春，富貴病仍然持續增高， 1年用藥323億到底健保藥費花在哪裡－健保局公佈97年藥費統計

健保局新聞 發布日期：098.03.20

全民健康保險之藥品費用約占總醫療費用的四分之一，為讓民眾了解到底健保藥費花在哪裡，健保局統計自89年度至97年度共9年之各類藥品申報及單方藥品成分排行情形，並公開於全民健康保險全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>），讓民眾參考。

97年全民健康保險藥費支出達1250億，較去年成長6.9%，排除西醫基層日劑藥費、牙醫及中醫藥費後，西醫核實申報之藥費為1081億，其中心血管用藥達263億，占了24%，成長率為7.8%；觀察內政部人口年齡分配統計，同年度60歲以上的人口佔全人口數之14%，亦較前1年增加了3.34%，人口老化導致慢性病人數增加，同時也增加了治療高血壓、糖尿病及高血脂等藥品費用。經濟雖期待回春，但是三高疾病病患仍持續增加。

此次統計資料中也呈現**抗癌及免疫系統用藥97年度藥費為133億**，較去年成長了17.9%，除癌症病人數增加外，近5年健保收載了31種抗癌新藥，來提昇病患之存活率，亦為成長之主因。

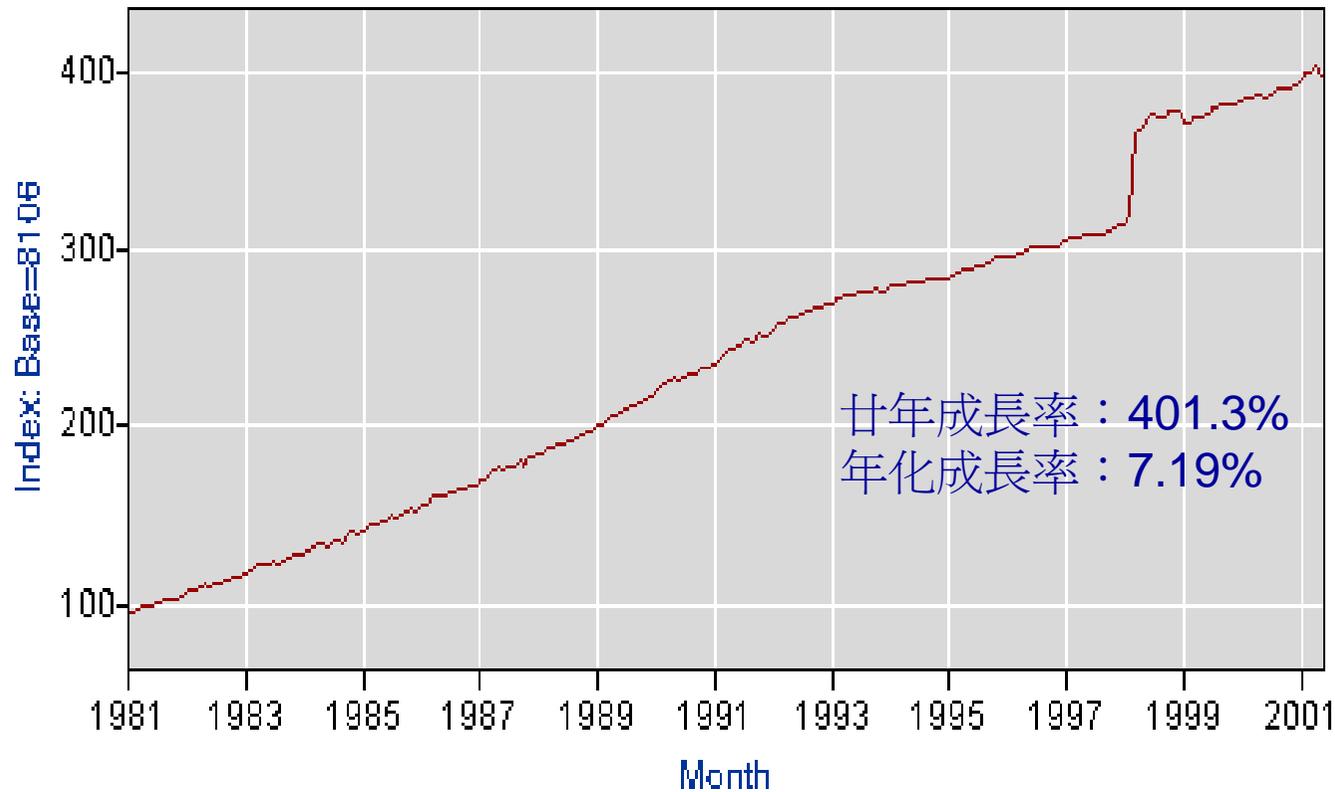
由本次統計發現，慢性病及重大傷病之藥費占健保藥費支出之大宗，建議民眾注意健康飲食、規律運動，養成良好生活習慣，以避免疾病上身。並定期體檢以早期發現早期治療，而慢性病患更應遵循醫師指示定時服藥³⁷以防併發症之產生。

97年全民健康保險藥費支出

- 西醫核實申報藥費1081億，成長為6.9%
- 心血管263億占24%，成長率7.8%
- **抗癌及免疫系統133億占12.3%**，成長率17.9%
- 新藥提升病患之存活率，亦為藥費成長之主因。

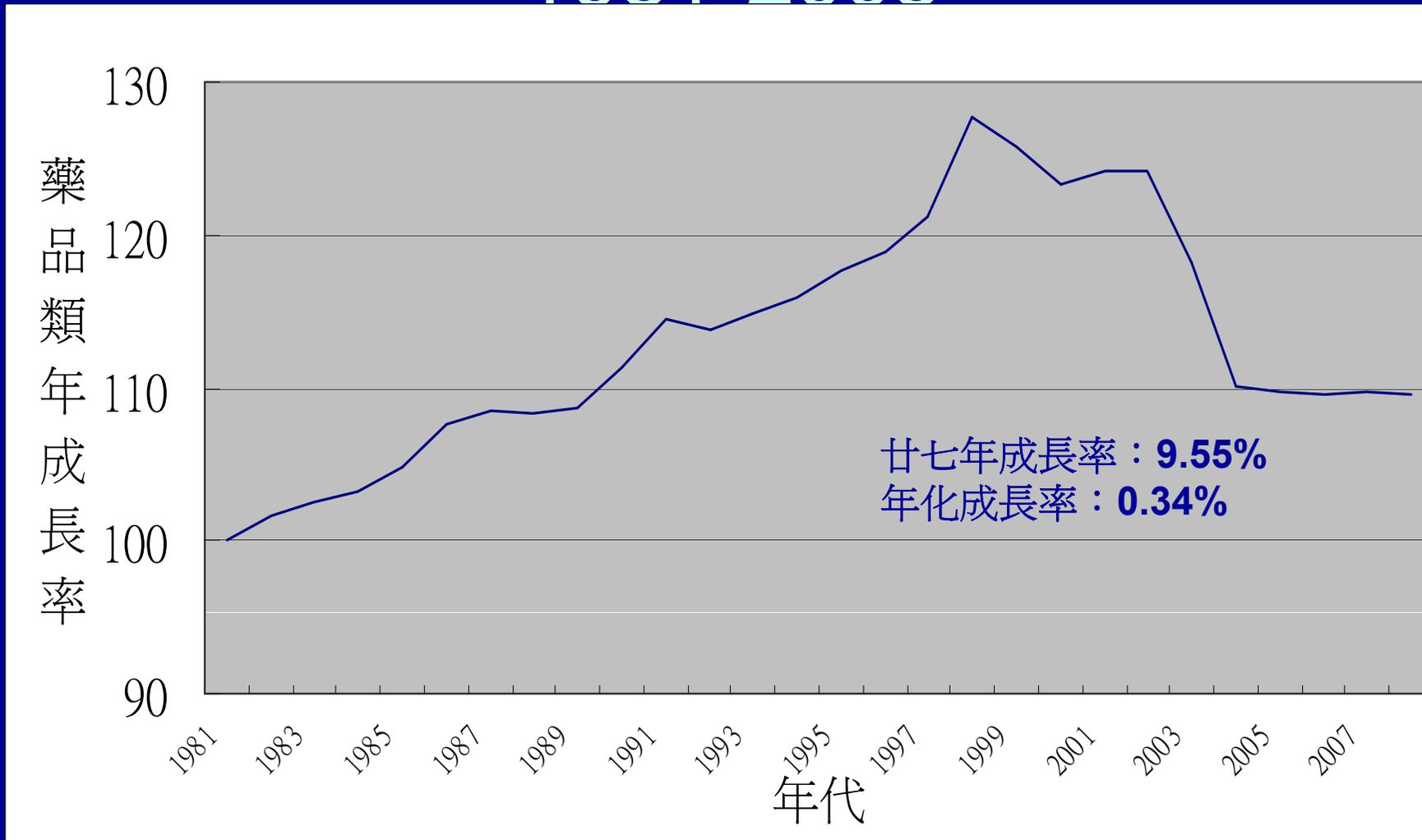
美國處方藥生產者物價指數趨勢圖 1981-2001

Series Id: PDU2834#1
Industry: Pharmaceutical preparations
Product: Pharmaceutical preparations, prescription
Base Date: 8106



台灣躉售物價指數—藥品類之成長趨勢圖

1981-2008



92-98年度西醫基層總額醫療服務成本指數改變率

指標類別	權數		指數年增率(%)							
	93 年度	94 年度	92 年度 89- 90	93 年度 90- 91	94 年度 91-92	95 年度 92- 93	96 年度 93-94	97 年度 94- 95	98 年度 95- 96	99 年度 96-97
醫療服務成本指數改變率(%)			0.75	-0.66	0.09	-0.6	0.50	0.64	1.627	-0.1241
人事費用 •非農業受雇員工 每人每月平均薪資指數	60.33	54.44	0.21	-1.21	1.43	1.74	1.38	1.13	2.28	0.03
藥品、藥材及耗材成本	22.38	30.07								
•躉售物價指數-藥品類	16.76	22.55	0.79	-0.07	-4.53	-6.94	-0.28	-0.16	0.1	-0.1
•躉售物價指數-醫療器材及用品*	5.62	7.52	8.91	3.11	3.14	-1.09	-3.09	-0.19	1.18	-3.73
基本營業費用										
•躉售物價指數- 醫療器材及用品與消費者物價* * •指數的居住類- 房租之平均數		8.38			1.39	-0.98	-1.57	0.07	1.06	-1.59
	9.08		-0.10	-0.94						
其他營業費用	8.22	7.11	-0.01	-0.20	-0.28	1.62	2.30	0.60	1.80	3.53
•消費者物價指數-總指數										

* 原使用之躉售物價指數「醫療儀器」項，在2006年後以「醫療器材及用品」項取代。

** 原「房屋租金價格指數—營業用」項目在2008年2月後即停編，主計處建議以「居住類—房租」替代此項。

藥品的成本指數

宜採

健保支付藥價結構變動率

一、近六年來，實際發生的
醫療費用點數約5751億，
平均每年約959億

二、費協會協談後的
預算點數約5293億，
平均每年約882億

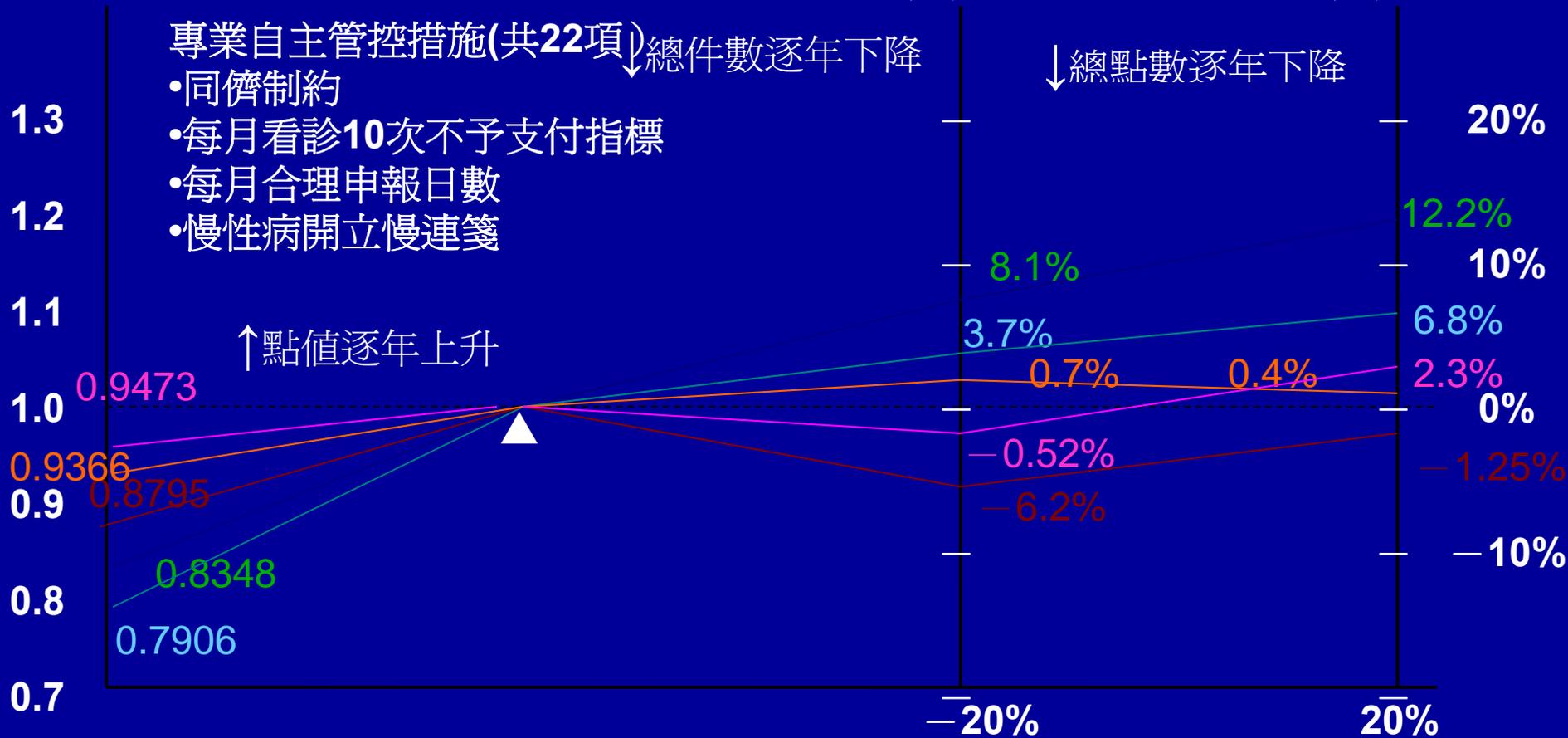
三、平均每年差距如表上
差值，累積六年來，
已經**落差達458億以上**

93、94、95、96、97年西醫基層 點值、總件數、總點數相關性

西醫基層
浮動點值

總件數
成長%

總點數
成長%



94-96年基層實施專業自主管控措施表

實施起日	不予支付指標名稱
94.07.01	眼科門診局部處置申報率
	婦產科門診局部處置申報率
	耳鼻喉科門診局部處置申報率
94.09.01	初次使用ticlopidine或clopidogrel (Plavix) 前未使用aspirin比率
	基層診所01及09案件藥品申報超過31天
	門診上呼吸道感染抗生素處方率
	門診同一處方開立制酸劑重複率
94.12.01	高血壓併氣喘病患不適當降壓藥 (β -blocker)
95.01.01	醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法
95.07.01	【調整門診診察費】 原1-30人次診察費325點，修訂如下：1-25人次320點，26-30人次修訂為250點。
95.10.01	白內障手術1年內後囊混濁並接受雷射治療發生率
	基層診所病患當月就診超過10次以上
	門診注射劑使用率
	不合理轉診型態
	AZULENE處方率居於同儕極端值
	銀杏葉萃取物 (GINKGO) 處方率居於同儕極端值
	PIPETHANATE處方率居於同儕極端值
	COX II 處方不當比率過高
96.02.01	新陳代謝及心血管兩系統疾病之慢性病案件開藥天數小於等於21日之案件占率過高
	門診PSYLLIUM HUSK處方率居於同儕極端值
	2歲以下幼兒使用CODEINE製劑比率過高
	高血壓懷孕婦女使用ACEI或ARB之比率偏高

國人平均餘命表

年度	男性	女性
98	75.88	82.46
97	75.59	81.94
96	75.46	81.72
95	74.86	81.41
94	74.50	80.80

註：「平均餘命」係指當年各年齡層人口依當年的死亡率，按生命表函數換算後，預期尚可存活的年數。資料來源：內政部。

建議三

落實健保法第**33**、**35**條，門診、住院自行負擔費用以定率計算，以避免醫療資源之濫用；其他免部分負擔規定，**應以社福預算支應**，以減少健保財務負擔。

說明(一)

全民健康保險立法時，已制定保險事故範圍，限於疾病、傷害、生育事故之醫療給付，第33條並規定民眾應自行負擔門診或急診費用20%。如民眾就診不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔50%。依據國內外以及健保局研究報告顯示，基於使用者付費原則，民眾應自行負擔門診費用25%，才能有效的控制醫療費用暴增及浪費。

說明(二)

惟目前民眾於**基層診所**就醫時，自行負擔門診費用僅約**12%**；民眾於**醫院**就醫時，自行負擔門、住診費用僅約**9%**，明顯少於法定額度，主要的原

因是，衛生署及健保局考量到過高的部分負擔，將會造成民眾的就醫障礙，故捨定率而採取定額的部分負擔。

建議四

應落實**健保法第34條**，但對門診高診次保險對象輔導無效者，雖有**全民健康保險法醫療辦法第42條**：……除情況緊急外，不予給付規定，但不易執行。行政單位應以公權力介入的方式，得以維持制度的公平合理性。

說明(一)

門診高診次保險對象在於免部分負擔及部分免掛號費有關。

說明(二)

如何改善方式？

- 一般民眾需部分負擔
- 一般民眾免部分負擔
- 榮民及低收入戶

說明(三)

一般民眾需部分負擔

高利用率有增加趨勢，應澈底實施健保法第**34**條(連續兩年如全國平均每人每年門診次數超過**12**次，即應採行自負額制度)，落實使用者付費觀念。

說明(四)

一般民眾免部分負擔

- 大多數為重大傷病患者、3歲以下兒童及部分縣市第3胎，問題較少，且需求性確實較一般民眾為高。免部分負擔部分宜由社福部門支應。

說明(五)

榮民及低收入戶

爲問題較大族群，與免部分負擔且部分免掛號費有關，且類別占率亦較上述二大類民眾利用率高，達20至40倍。是否落實健保法第37條不依第33條規定轉診就醫者不在此限？

建議五

- 外籍人士來台健保納保，侵蝕健保；宜儘早修法，外籍人士應以雇主及自營作業身分納保，其健保自負比率為100%，一律採最高級距納保。至於海外民眾停保復保制度，亦應一併修法，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。

說明(一)

外籍專業人士來台，目前每個月只要繳**659**元健保費就可以健保吃到飽，侵蝕健保。外國人參加台灣健保的資格若與台灣人民一樣，既不公平也不合法。宜儘速修法，外籍專業人士應以雇主及自營作業身份納保，其健保自負比率為**100%**，一律採最高級距納保或民間保險。可以減少部分外籍專業人士利用台灣健保「俗擱大碗」的特色，「呷好通相報」。

說明(二)

每年估計近**20**萬旅外民眾停保又復保，其中約有一萬二千多人可能是專程自國外返台辦理復保就醫，這些人估計至少花掉一億元以上的醫療費用，其中約有三分之一是用在治療牙齒疾病，且治療心臟疾病及白內障的也不在少數。對於住在台灣的民眾極不公平，應一併修法，至少需居住滿**4**個月以上才能辦理復保，可以避免一些投機者，不當利用台灣國內的健保資源。

建議六

「簡表」制度之檢討 與改善機制

92-97年基層總額門診費用分析

99.2製表

年 項目	92		93		94		95		96		97	
	值	占率										
藥費	20,067	24.64%	23,172	25.38%	25,140	25.76%	23,978	24.92%	23,174	23.97%	23,534	23.62%
藥事服務費	3927	4.82%	4451	4.87%	4763	4.88%	5266	5.47%	5627	5.82%	5639	5.66%
診察費	40,855	50.16%	44,518	48.75%	46,472	47.62%	44,647	46.41%	44,850	46.40%	45,620	45.79%
診療費	16,604	20.38%	19,174	21.00%	21,217	21.74%	22,319	23.20%	23,016	23.81%	24,832	24.93%

歷年醫院總額（各層級別）門診平均每件藥費 點數

全民健康保險-醫院總額(各層級別)門診平均每件藥費點數

年	月	醫學中心—門診			區域醫院—門診			地區醫院—門診			醫院—門診			西醫基層—門診		
		藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占門診點 數比例(%)	藥費點數 (億)	平均每件 藥費點數	占門診醫 療點數比 例									
93年	01-12	279.2	938	50.9%	200.4	589	43.3%	108.8	326	36.4%	588.5	605	44.9%	230.2	127	27.5%
	成長率	12.72%	3.78%	0.59%	17.72%	2.11%	-0.57%	14.63%	8.31%	1.63%	14.73%	4.45%	0.30%	15.34%	6.77%	2.78%
94年	01-12	274.7	982	50.5%	201.4	602	42.2%	108.5	347	36.7%	584.6	631	44.4%	251.4	133	28.2%
	成長率	-1.62%	4.71%	-0.89%	0.51%	2.25%	-2.44%	-0.29%	6.60%	1.05%	-0.65%	4.21%	-1.10%	9.21%	5.39%	2.57%
95年	01-12	290.3	1,059	51.2%	217.4	656	42.8%	107.4	370	37.3%	615.1	687	45.1%	239.9	136	27.7%
	成長率	5.70%	7.91%	1.48%	7.93%	8.98%	1.27%	-1.02%	6.70%	1.57%	5.22%	8.93%	1.63%	-4.59%	1.86%	-1.87%
96年	01-12	310.9	1,091	51.3%	230.2	653	42.0%	107.2	368	36.5%	648.3	698	44.8%	231.8	131	26.8%
	成長率	7.10%	3.02%	0.21%	5.88%	-0.43%	-1.84%	-0.22%	-0.67%	-2.19%	5.39%	1.62%	-0.78%	-3.38%	-3.85%	-3.02%
97年	01-12	343.9	1,192	52.6%	254.7	693	42.6%	110.3	379	36.3%	708.9	749	45.6%	235.4	133	26.6%
	成長率	10.59%	9.25%	2.54%	10.67%	6.10%	1.47%	2.91%	2.99%	-0.64%	9.35%	7.22%	1.77%	1.56%	2.06%	-0.64%
98	第一季	89.3	1,283	53.8%	66.5	740	43.9%	28.7	398	37.0%	184.5	797	46.7%	63.65	136	27.6%
	成長率	8.58%	9.30%	1.42%	9.16%	6.99%	1.21%	5.66%	4.41%	-1.28%	8.32%	7.30%	0.90%	6.17%	6.00%	2.84%
	第二季	93.6	1,249	52.9%	70.1	721	42.7%	30.1	394	36.0%	193.8	780	45.7%	62.31	142	27.2%
	成長率	11.70%	7.80%	2.07%	12.62%	8.02%	2.54%	11.86%	6.09%	0.94%	12.05%	7.31%	2.00%	9.27%	6.00%	3.57%
	第三季	95.3	1,221	52.6%	72	717	42.8%	30.6	399	36.1%	197.6	776	45.6%	62.06	146	27.5%
	成長率	9.95%	2.18%	0.29%	11.95%	3.52%	1.79%	12.23%	4.93%	1.07%	11.02%	3.16%	0.89%	12.40%	4.60%	3.72%
	9808	31.0	1,204	52.3%	23.3	718	42.8%	10.0	400	36.3%	64.3	772.6	45.5%	20.4	146	27.6%
	成長率	9.51%	1.88%	0.11%	11.65%	3.92%	1.98%	11.37%	5.57%	1.71%	10.56%	3.46%	1.02%	11.87%	4.41%	3.83%
	9809	31.0	1,195	52.8%	23.6	703	43.0%	10.1	392	36.1%	64.8	758.2	45.7%	21.3	144	27.6%
	成長率	8.37%	-0.92%	0.13%	11.51%	0.63%	1.95%	12.18%	3.51%	1.59%	10.09%	0.42%	0.90%	13.81%	4.33%	4.26%
9810	28.7	1,102	49.7%	20.6	609	39.3%	8.7	318	32.0%	58.0	664.4	42.2%	20.2	118	24.8%	
	成長率	-7.86%	-9.58%	-5.76%	-10.91%	-12.23%	-7.80%	-11.16%	-11.79%	-9.82%	-9.46%	-10.69%	-7.12%	-1.71%	-8.97%	-5.87%

續表說明：

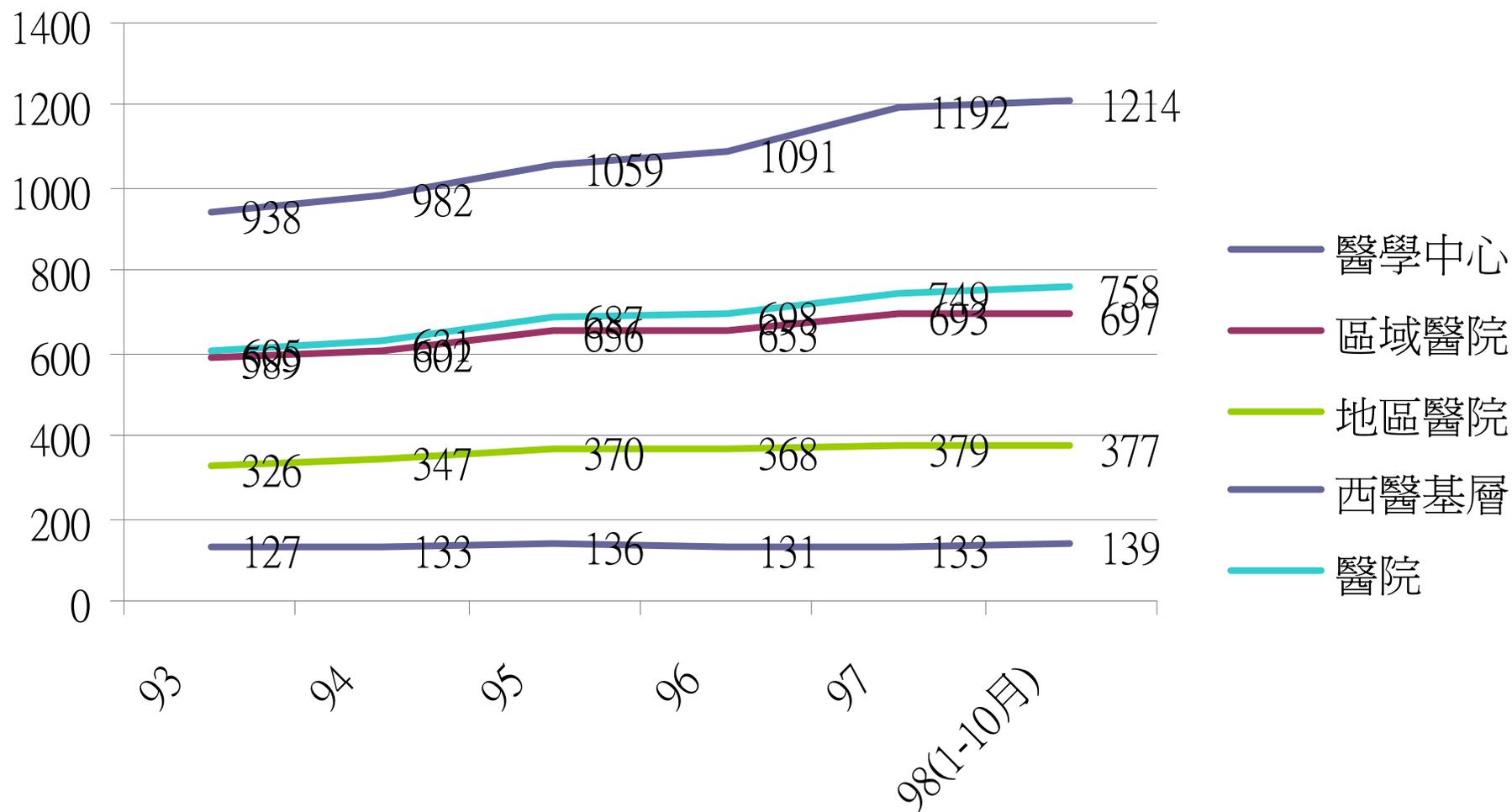
- 資料來源：截至98.12.4明細彙總
- 院所層級以最新分析月份之層級
- 成長率係與去年同期相比
- 點數=申請點數+部分負擔

資料來源：99年1月22日全民健康保險醫療費用協定委員會第156次會議「全民健康保險醫療費用支出情形報告」P31-P34

歷年各級醫療院所平均每件藥費點數

年度 \ 層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	醫院
93	938	589	326	127	605
94	982	602	347	133	631
95	1059	656	370	136	687
96	1091	653	368	131	698
97	1192	693	379	133	749
98(1-10月)	1214	697	377	139	758

歷年各級醫療院所平均每件藥費點數



97-98年各案件別費用（診察費、診療費、藥費及醫療費用）

案件類別	代碼	年	醫療費用		診察費		藥費		診療費	
			平均值	P50	平均值	P50	平均值	P50	平均值	P50
一般案件	01	97	367.35	394.80	265.77	296.13	75.21	75.15	0.07	0.00
		98	368.69	394.95	266.66	295.73	75.64	74.98	0.08	0.00
		成長率	0.36%	0.04%	0.34%	-0.14%	0.57%	-0.22%	19.79%	0.00%
其他專案	09	97	486.96	480.53	258.76	291.48	78.14	72.64	113.84	84.03
		98	491.97	487.42	258.80	290.95	78.22	72.60	117.16	81.46
		成長率	1.03%	1.43%	0.02%	-0.18%	0.11%	-0.06%	2.92%	0.00%
慢性病	04	97	942.11	766.61	332.06	320.00	478.79	354.95	76.39	7.88
		98	970.90	787.05	341.98	320.00	479.01	353.65	79.78	8.46
		成長率	3.06%	2.67%	2.99%	0.00%	0.05%	-0.37%	4.45%	0.00%
慢連箋	08	97	486.96	630.72	258.76	0.00	78.14	581.35	113.84	0.00
		98	759.09	623.16	0.00	0.00	698.49	568.30	1.41	0.00
		成長率	55.88%	-1.20%	-100.00%	0.00%	793.94%	-2.24%	-98.76%	0.00%
結核病	06	97	1024.41	602.54	301.49	314.62	520.45	85.57	178.76	98.00
		98	899.39	641.72	294.29	307.50	276.85	75.00	308.45	158.16
		成長率	-12.20%	6.50%	-2.39%	-2.26%	-46.81%	-12.35%	72.54%	0.00%
門診手術	03	97	3877.15	3782.41	270.86	298.32	59.55	50.60	3513.82	3414.33
		98	3897.12	3771.80	273.83	299.33	59.54	50.00	3527.54	3411.66
		成長率	0.52%	-0.28%	1.10%	0.34%	-0.02%	-1.18%	0.39%	0.00%
急診	02	97	1302.66	903.71	492.97	467.18	59.11	49.96	719.51	325.00
		98	1259.07	874.04	512.72	478.00	58.99	48.68	656.23	278.14
		成長率	-3.35%	-3.28%	4.01%	2.32%	-0.22%	-2.56%	-8.79%	0.00%
論病例	C1	97	20721.16	20794.15	213.25	242.03	143.50	145.46	20327.38	20404.46
		98	20756.77	20842.06	197.88	220.53	136.41	135.72	20388.60	20497.64
		成長率	0.17%	0.23%	-7.21%	-8.88%	-4.94%	-6.70%	0.30%	0.00%
資源缺乏	D4	97	473.83	444.07	301.19	319.75	134.22	109.12	8.96	1.07
		98	446.98	444.46	292.98	319.97	121.33	110.21	6.88	1.74
		成長率	-5.67%	0.09%	-2.72%	0.07%	-9.60%	1.00%	-23.20%	0.00%
試辦計畫	E1	97	2005.76	1601.46	460.75	396.29	953.53	721.40	511.98	323.21
		98	2121.40	1661.37	469.56	425.00	956.04	719.09	521.37	320.77
		成長率	5.77%	3.74%	1.91%	7.25%	0.26%	-0.32%	1.83%	0.00%
總計		97	503.15	550.47	268.05	297.72	132.70	81.53	68.63	7.04
		98	511.20	559.10	269.15	298.08	134.28	83.40	71.07	7.05
		成長率	1.60%	1.57%	0.41%	0.12%	1.19%	2.29%	3.56%	0.00%

97-98年西醫基層申報01案件及09案件之藥費

項目	現行一般案件（01案件）		現行其他專案（09案件）	
	97	98	97	98
件數	85,022,382	86,559,790	67,015,217	69,540,244
藥費	6,394,748,131	6,547,428,048	5,236,332,865	5,439,408,651
平均每件藥費	75.21	75.64	78.14	78.22

取消一般案件後預估費用

項目	取消一般案件後增加之數值	
	97	98
增加之件數	85,022,382	86,559,790
平均每件增加之藥費	2.93	2.58
增加之總藥費	249,115,579	223,324,258
藥費成長率	2.14%	1.86%

97-98年西醫基層申報04案件及08案件之藥費

項目	慢性病（04案件）		慢性病連續處方箋（08案件）	
	97	98	97	98
件數	19,615,179	20,412,056	2,142,743	2,557,739
藥費	9,391,466,548	9,777,564,075	1,534,071,139	1,786,555,691
平均每件藥費	478.79	479.01	715.94	698.49

慢性病申報概況-基層與醫院

年度	96		97	
層級別	西醫基層	醫院	西醫基層	醫院
慢性病件數(千件)	16,768,000	35,060,000	17,524,000	34,974,000
慢性病點數(百萬點)	12,010,000,000	62,989,000,000	12,663,000,000	65,406,000,000
平均每件慢性病點數	716.245229	1,797	722.6089934	1870.132098
西醫基層與醫院相差(點數)	1080.36059		1147.523105	
慢性病連續處方箋件數(千件)	1,730,000	8,843,000	2,134,000	9,626,000
慢性病連續處方箋點數(百萬點)	1,353,000,000	11,855,000,000	1,619,000,000	13,034,000,000
平均每件慢性病連續處方箋點數	782.0809249	1340.608391	758.6691659	1354.041139
西醫基層與醫院相差(點數)	558.527466		595.3719727	
以96年醫院每件慢性病點數及慢性病連續處方箋計算西醫基層約為			19,081,738,882	點(190億點)
以97年醫院每件慢性病點數及慢性病連續處方箋計算西醫基層約為			21,379,718,677	點(213億點)

西醫基層總額日劑藥費申報統計

96、97年第4季(含診所及藥局)

		96年第4季	97年第4季
年齡	處方口服液劑品項數	人次	人次
6歲以下	0	6,048,726	3,767,830
6歲以下	1瓶	190,771	2,123,461
6歲以下	2瓶	13,196	126,569
6歲以下	≥3瓶	989	10,610
	小計	6,253,682	6,028,470
6-12歲	0	3,635,709	2,937,094
6-12歲	1瓶	46,286	482,262
6-12歲	2瓶	1,307	8,518
6-12歲	≥3瓶	74	1,129
	小計	3,683,376	3,429,003

西醫基層總額日劑藥費申報統計

97、98年第1季(含診所及藥局)

		97年第1季	98年第1季
年齡	處方口服液劑品項數	人次	人次
6歲以下	0	5,390,988	2,840,598
6歲以下	1瓶	172,333	2,190,056
6歲以下	2瓶	12,562	162,551
6歲以下	≥3瓶	1,051	19,810
	小計	5,576,934	5,213,015
6-12歲	0	3,779,375	2,852,615
6-12歲	1瓶	58,597	797,112
6-12歲	2瓶	2,201	17,180
6-12歲	≥3瓶	102	2,424
	小計	3,840,275	3,669,331 72

西醫基層總額日劑藥費申報統計

96、97年第4季(含診所及藥局)

	97年Q4 人次	97年Q4與96年 Q4每張處方醫 令藥費差額	每張處方醫令 藥費預估增加 金額
6歲以下	6,028,470	4.99	30,079,486
6-12歲	3,429,003	2.11	7,232,206
合計	9,457,473	3.95	37,311,692

西醫基層總額日劑藥費申報統計

97、98年第1季(含診所及藥局)

	98年Q1 人次	98年Q1與97年 Q1每張處方醫 令藥費差額	每張處方醫令 藥費預估增加 金額
6歲以下	5,213,015	6.61	34,477,551
6-12歲	3,669,331	3.44	12,608,823
合計	8,882,346	5.30	47,086,374

健保法第20條

(保險費率之精算週期及應調整之情形)

本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。保險費率經精算結果，有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之：一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。

二、本保險之安全準備降至最低限額者。

三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。

健保法第33條

（保險對象門診費用自行負擔之比率）

保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十，但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。

健保法第34條

（自負額制度之實施）

本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

健保法第35條

(保險對象住院費用自行負擔之比率)

保險對象應自行負擔之住院費用如下：

- 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，日分之三十。
- 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。

保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。

健保法第36條

（保險對象自行負擔費用之除外條件）
保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及第三十五條規定自行負擔費用：一、重大傷病。二、分娩。三、接受第三十二條所定之預防保健服務。四、山地離島地區之就醫。前項免自行負擔費用之辦法及第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。

健保法第37條

（低收入戶之費用支應）

第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。

健保法第67條

(安全準備之提存額度)

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。

全民健康保險醫療辦法第42條

保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，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。未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。



THANK YOU FOR YOUR ATTENTION