

## 統計名詞說明

本篇統計名詞說明所稱全民健康保險法係指 100 年 6 月 29 日公告之條文；全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法係指 101 年 12 月 28 日公告之條文。

### 一、承保業務

#### ● 投保單位

全民健康保險法第 15 條規定，各類被保險人之投保單位如下：

- (一) 第 1 類及第 2 類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。但國防部所屬被保險人之投保單位，由國防部指定。
- (二) 第 3 類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。
- (三) 第 4 類被保險人：
  1. 第 10 條第 1 項第 4 款第 1 目被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。
  2. 第 10 條第 1 項第 4 款第 2 目被保險人，以內政部指定之單位為投保單位。
  3. 第 10 條第 1 項第 4 款第 3 目被保險人，以法務部及國防部指定之單位為投保單位。
- (四) 第 5 類及第 6 類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。

#### ● 保險對象

保險對象指被保險人及其眷屬：

- (一) 依據全民健康保險法第 10 條規定，被保險人區分為下列 6 類：
  1. 第 1 類：
    - (1) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。
    - (2) 公、民營事業、機構之受僱者。
    - (3) 前 2 目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
    - (4) 雇主或自營業主。
    - (5) 專門職業及技術人員自行執業者。
  2. 第 2 類：
    - (1) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。
    - (2) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。
  3. 第 3 類：
    - (1) 農會及水利會會員，或年滿 15 歲以上實際從事農業工作者。
    - (2) 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者。

4.第4類：

- (1) 應服役期及應召在營期間逾 2 個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。
- (2) 服替代役期間之役齡男子。
- (3) 在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在 2 個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

5.第5類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

6.第6類：

- (1) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (2) 第 1 款至第 5 款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。前項第 3 款第 1 目實際從事農業工作者及第 2 目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。

(二) 依據全民健康保險法第 2 條規定，眷屬：

- 1.被保險人之配偶，且無職業者。
- 2.被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。
- 3.被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

● 投保金額

(一) 依據全民健康保險法第 19 條規定，第 1 類至第 3 類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續 12 個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

(二) 依據全民健康保險法第 20 條規定，第 1 類及第 2 類被保險人之投保金額，依下列各款定之：

- 1.受僱者：以其薪資所得為投保金額。
- 2.雇主及自營業主：以其營利所得為投保金額。
- 3.自營作業者及專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。

第 1 類及第 2 類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。

(三) 依據全民健康保險法第 22 條規定，第 3 類被保險人之投保金額，以第 10 條第 1 項第 1 款第 2 目、第 3 目及第 2 款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。

(四) 依據全民健康保險法第 23 條規定，第 4 類至第 6 類保險對象之保險費，以依第 18 條規定精算結果之每人平均保險費計算之。前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過 3 口者，以 3 口計。

● 平均投保金額

被保險人投保金額平均數。

(各類投保金額×該類被保險人數) 之合計 / 被保險人數

● 保險費負擔比率

全民健康保險保險對象共分 6 類，而各類保險對象之被保險人、投保單位、政府三者負擔或補助的保險費比率皆有所不同（詳附表）。

保險對象類別			負擔比率 (%)		
			被保險人	投保單位	政府
第 1 類	公務人員、志願役軍人 公職人員	本人及 眷屬	30	70	0
	私立學校教職員	本人及 眷屬	30	35	35
	公民營事業、機構等有 一定雇主的受僱者	本人及 眷屬	30	60	10
	雇主 自營作業者 專門職業及技術人員 自行執業者	本人及 眷屬	100	0	0
第 2 類	職業工會會員 外僱船員	本人及 眷屬	60	0	40
第 3 類	農民、漁民、農田水利 會會員	本人及 眷屬	30	0	70
第 4 類	義務役軍人、軍校軍費 生、在卹遺眷、替代役 役男、矯正機關收容人	本 人	0	0	100
第 5 類	低收入戶	本 人	0	0	100

保險對象類別			負擔比率 (%)		
			被保險人	投保單位	政府
第 6 類	榮民、榮民遺眷	本人	0	0	100
		眷屬	30	0	70
	地區人口	本人及眷屬	60	0	40

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

(一) 被保險人及其眷屬負擔部分：

1. 第 1 類至第 3 類被保險人及其眷屬：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+眷屬人數)

2. 第 6 類第 1 目之榮民眷屬：

平均保險費×負擔比率×眷屬人數

3. 第 6 類第 2 目其他地區人口：

平均保險費×負擔比率×(1+眷屬人數)

(二) 投保單位負擔部分：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+平均眷口數)

(三) 政府補助部分：

1. 第 1 類第 1 目至第 3 目保險對象：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+平均眷口數)

2. 第 2、3 類保險對象：

投保金額×保險費率×負擔比率×(1+眷屬人數)

3. 第 4、5 類保險對象及第 6 類第 1 目榮民（政府全額補助）：

平均保險費×實際投保人數

4. 第 6 類（第 1 目榮民除外）保險對象：

平均保險費×負擔比率×(1+眷屬人數)

以上眷屬部分採論口計費，且超過 3 口者以 3 口計算。平均眷口數則以第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人實際眷屬人數平均計算，103 年平均眷口數以 0.7 人計算。

## 二、財務狀況

### ● 應收保險費

為當月（年）計費產生之保險費金額，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。

- 實收保險費

為當月（年）實際收到開單之保險費，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。

- 收繳率

$$\left( \frac{\text{實收保險費}}{\text{應收保險費}} \right) \times 100$$

- 法定政府補助

依全民健康保險法第 27 條規定應由政府補助之保險費。

- 非法定政府補助（特定對象補助）

依全民健康保險法規定應由被保險人或投保單位負擔之保險費，由各級政府另行編列預算補助。

- 補充保險費

依全民健康保險法第 31 條及第 34 條規定計收之保險費。

- 代辦醫療費用收入

政府機關委託代辦醫療給付之補助款。其代辦項目為各項預防保健之服務費用、榮民及榮民遺眷家戶代表醫療費用之自行負擔、低收入戶醫療費用之自行負擔、低收入戶住院膳食費、法定傳染病之醫療費用、職業傷病之醫療費用、職業傷病之住院膳食費、職業傷病之預防健檢等。

- 滯納金

投保單位、保險對象或扣費義務人逾期繳納保險費者，每逾一日，將另加徵其應納費額百分之零點一滯納金，但加徵之滯納金額以至應納費額之百分之十五為限，但一定金額以下之小額滯納金得予免徵，其數額由主管機關定之。行政院於 101 年 5 月 21 日公告自 101 年 7 月 1 日施行之全民健康保險法第 35 條第 1 項第 2 款，保險對象延遲繳納保險費者，應加徵滯納金之上限百分之十五降為百分之五。

- 滯納金收回筆數百分比

$$\left( \frac{\text{收回筆數}}{\text{滯納筆數}} \right) \times 100$$

- 滯納金收繳率

$$\left( \frac{\text{實收滯納金}}{\text{應收滯納金}} \right) \times 100$$

- 安全準備

依據全民健康保險法第 76 條規定，本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- (一) 本保險每年度收支之結餘。
- (二) 本保險之滯納金。
- (三) 本保險安全準備所運用之收益。
- (四) 政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- (五) 依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

- 菸品健康福利捐分配收入

依菸害防制法第 4 條規定，菸品健康福利捐應用於全民健康保險之安全準備、癌症防治、提升醫療品質、補助醫療資源缺乏地區、罕見疾病等之醫療費用、經濟困難者之保險費、中央與地方之菸害防制、衛生保健、社會福利、私劣菸品查緝、防制菸品稅捐逃漏、菸農及相關產業勞工之輔導與照顧。

- 公益彩券盈餘分配收入

依公益彩券發行條例第 6 條規定，發行機構應將各種公益彩券發行之盈餘專供政府補助國民年金、全民健康保險準備及社會福利支出之用。

- 醫療費用

凡依全民健康保險法承保之各類保險所發生之保險醫療給付及成本屬之。

- 保險成本

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

### 三、特約醫事服務機構及管理

- 醫療院所特約類別之地區醫院、區域醫院及醫學中心

依全民健康保險法施行細則第 59 條之規定，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。中華民國 99 年度以前申請參加醫院評鑑，經主管機關評定為第 1 類及第 2 類合格以上之醫院，分別視同本法所稱之地區醫院及區域醫院。

- 保險病床

指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病床費差額之病床。

- 保險病床比率

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 33 條之規定計算。

$(\text{特約醫療院所保險總病床數} / \text{特約醫療院所總病床數}) \times 100$

- 急性保險病床比率

$(\text{特約醫療院所急性保險病床數} - \text{急診觀察床} - \text{血液透析床} - \text{腹膜透析床} - \text{嬰兒床}) / (\text{特約醫療院所急性總病床數} - \text{急診觀察床} - \text{血液透析床} - \text{腹膜透析床} - \text{嬰兒床}) \times 100$

- 慢性保險病床比率

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

- 違約記點

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一者，由保險人予以違約記點 1 點：

- (一) 未依醫事法令或本保險相關法令之規定辦理轉診業務。
- (二) 違反第 10 條至第 14 條、第 16 條至第 17 條、第 25 條、第 32 條第 2 項、第 33 條或第 34 條規定。
- (三) 未依全民健康保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件。但急診等緊急醫療事件於事後補繳驗保險憑證者，不在此限。
- (四) 未依本保險規定，退還保險對象自墊之醫療費用。
- (五) 未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用或申報醫療費用。
- (六) 不當招攬病人接受本保險給付範圍之醫事服務，經衛生主管機關處分。
- (七) 不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂之差額上限者。
- (八) 違反本法第 73 條之規定者。
- (九) 經保險人通知應限期改善而未改善。

- 扣減費用

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 37 條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額：

- (一) 未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務。
- (二) 未經醫師診斷逕行提供醫事服務。
- (三) 處方箋或醫療費用申報內容為病歷或紀錄所未記載。
- (四) 未記載病歷或未製作紀錄，申報醫療費用。
- (五) 申報明知病人以他人之保險憑證就醫之醫療費用。

(六) 容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務。

前項應扣減金額，保險人得於應支付保險醫事服務機構之醫療費用中逕行抵扣。

● 停止特約

(一) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條規定，保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約 1 個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約 1 個月：

1. 違反本法第 68 條、第 80 條第 1 項規定，經保險人分別處罰 3 次後，再有違反。
2. 違反依第 36 條規定受違約記點 3 次後，再有違反。
3. 經扣減醫療費用 3 次後，再有前條規定之一。
4. 拒絕對保險對象提供適當之醫事服務，且情節重大。

(二) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條規定，保險醫事服務機構於特約期間有下列情事之一者，保險人予以停約 1 個月至 3 個月。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約 1 個月至 3 個月：

1. 以保險對象之名義，申報非保險對象之醫療費用。
2. 以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用。
3. 未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用。
4. 其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用。
5. 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用。

● 終止特約

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 40 條規定，保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約 1 年：

(一) 保險醫事服務機構或其負責醫事人員依前條規定受停約，經執行完畢後 5 年內再有前條規定之一。

(二) 以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。

(三) 違反醫事法令，受衛生主管機關廢止開業執照之處分。

(四) 保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。



(五) 停約期間，以不實之就診日期申報，對保險對象提供之服務費用，或交由其他保險醫事服務機構申報該服務費用。

(六) 依第 1 款至前款規定，受終止特約或停約 1 年，期滿再申請特約後，經查於終止特約或停約 1 年期間，有前款所定情事。

依前項規定終止特約者，自終止之日起 1 年內，不得再申請特約。

#### 四、醫療給付

- 門診件數

特約醫事服務機構向本署申報之醫事服務門診案件數，不含特約交付機構申報之案件數。

- 住院件數

特約醫事服務機構向本署申報之醫事服務住院案件數。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。

- 醫療點數

申請點數 + 部分負擔金額。

- 申請點數

費用發生年月之申請點數。

- 核付金額（點數）

費用發生年月之核付金額（點數）。

- 部分負擔金額

全年內保險對象至特約醫事服務機構就診依法須自行負擔之醫療費用。

- 住院日數

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

- 平均每件醫療點數

醫療點數／件數。

- 平均每日醫療點數

住院醫療點數／住院日數。

- 平均每件住院日數

住院日數／住院件數。

- 自墊醫療費用

(一) 依全民健康保險法第 55 條規定，保險對象有下列情形之一者，得向保險人申請核退自墊醫療費用：

1. 於臺灣地區內，因緊急傷病或分娩，須在非保險醫事服務機構立即就醫。
2. 於臺灣地區外，因罹患保險人公告之特殊傷病、發生不可預期之緊急傷病或緊急分娩，須在當地醫事服務機構立即就醫；其核退之金額，不得高於主管機關規定之上限。
3. 於保險人暫行停止給付期間，在保險醫事服務機構診療或分娩，並已繳清保險費等相關費用；其在非保險醫事服務機構就醫者，依前 2 款規定辦理。
4. 保險對象於保險醫事服務機構診療或分娩，因不可歸責於保險對象之事由，致自墊醫療費用。
5. 依第 47 條規定自行負擔之住院費用，全年累計超過主管機關所定最高金額之部分。

(二) 依全民健康保險法第 56 條規定，保險對象依前條規定申請核退自墊醫療費用，應於下列期限內為之：

1. 依第 1 款、第 2 款或第 4 款規定申請者，為門診、急診治療當日或出院之日起 6 個月內。但出海作業之船員，為返國入境之日起 6 個月內。
2. 依第 3 款規定申請者，為繳清相關費用之日起 6 個月內，並以最近 5 年發生者為限。
3. 依第 5 款規定申請者，為次年 6 月 30 日前。

保險對象申請核退自墊醫療費用應檢具之證明文件、核退基準與核退程序及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

- 一般案件

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

- 論病例計酬案件

當主診斷及主手術(或處置)碼為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 6 部各章節所列 ICD-9-CM 診斷碼及手術(或處置)碼，並依其所訂支付點數或相關規定申報費用之案件。

- 特定案件

保險醫事服務機構執行特定醫療服務並採逐案審查之案件。

- 試辦計畫

尚未納入支付標準，由本署或各總額部門推動之醫療照護暫行計畫。

- 交付機構

包括特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所及病理中心等機構。

- 住院診斷關聯群案件

符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第7部規定申報之案件。

- 住院安寧療護案件

符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第2部第1章第8節規定申報之案件。

- 代辦案件

非屬全民健康保險給付範圍之委辦案件。

- 重大傷病

指全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第2條所列各項傷病。

- 每季浮動點值

(當季預算－一般服務核定非浮動點數－自墊核退點數)／一般服務浮動核定點數。  
牙醫(96年前)及西醫基層總額當季預算另加計新增醫藥分業地區所增加之費用。

- 每季平均點值

當季預算／(一般服務核定非浮動點數＋一般服務浮動核定點數＋自墊核退點數)。  
牙醫(96年前)及西醫基層總額當季預算另加計新增醫藥分業地區所增加之費用。

## 醫療給付統計說明

一、資料來源：

(一)申報資料：二代倉儲系統。

(二)核付資料：醫療資訊系統。

二、統計範圍：不含代辦案件。

三、醫療費用定義：

醫療點數＝申請點數+部分負擔金額。

四、件數統計另排除以下案件(件數以0計)：

(一)門診件數排除「轉、代檢」、「慢連箋領藥」、「交付機構」、「醫令金額補報」及「B、C肝藥物」申報案件。

(二)住院件數排除「醫令金額補報」及「B、C肝藥物」申報案件。