

# 全民健康保險監理指標監測結果報告

衛生福利部全民健康保險會  
衛生福利部中央健康保險署

中華民國 104 年 7 月



# 目 錄

壹、前言.....	1
貳、監理指標之意涵與監測結果.....	4
一、效率構面.....	4
指標 1.1 急性一般病床平均住院天數(整體及各層級).....	4
指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級).....	5
指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率.....	7
指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率.....	8
指標 1.5 區域醫院以上初級門診照護率.....	9
指標 1.6 各層級醫療院所服務量占率.....	10
指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率.....	11
指標 1.8 藥品費用占率.....	12
二、醫療品質構面.....	13
指標 2.1 手術傷口感染率.....	13
指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案).....	14
指標 2.3 糖尿病醫療給付改善方案之照護率.....	15
指標 2.4 照護連續性.....	16
指標 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級).....	17
指標 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比.....	19
三、效果構面.....	20
指標 3.1 未滿月新生兒死亡率.....	20
指標 3.2 孕產婦死亡率.....	21
指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門).....	22
四、公平構面.....	23
指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門).....	23
指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門).....	24
指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率.....	25
指標 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	26
五、財務構面.....	28
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率.....	28
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	30
指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值.....	31
指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	32
指標 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率.....	33
指標 5.6 資金運用收益率.....	34
參、監理指標監測結果報表(103 年起).....	35
附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102 年).....	37
附錄二、監理指標之操作型定義.....	39



## 壹、前言

為確保全民健保業務在既有的軌道上正常運作及維護被保險人權益，全民健康保險會(下稱健保會)於 103 年建置「全民健康保險業務監理架構與指標」(如下附表)，並請中央健康保險署(下稱健保署)依時程定期提報 5 大構面、27 項指標之監測結果，針對結果不佳項目，再進一步分析，及提出改善措施，以供健保業務之監理及政策建言之提出。

本監理架構與指標之建置，係以 102 年委託學界所辦「建立全民健保重要業務監理指標」研究計畫之成果為藍圖(具學術理論基礎，並匯集專家學者與保險付費者、醫事服務提供者等利害關係人之意見)，再就實務需求，參酌健保會法定職掌、監理會與費協會時期重要指標、專家學者意見後，擬案經 103 年 4 月及 5 月份委員會議討論，對指標條件及擬擇定的監理構面與指標獲致如下共識：

一、指標宜具備的條件：

(一)宏觀與前瞻性。

(二)學術基礎及國際比較性。

(三)可取得並能呈現整體性長期趨勢與鑑別度之量化資料。

二、監理架構：除研究建議之「效率」、「醫療品質」、「效果」、「財務」等 4 大構面外，再加入研究報告審查委員所建議之「公平」構面，以瞭解民眾在就醫及財務負擔上是否更趨公平，使監理面向更為周延。

三、監理指標：

(一)參用研究建議中具有整體性或國際比較意義的指標(11 項)，及新增公平構面指標(4 項)。至於個別疾病的指標，基於健保署已針對個別疾病進行監測、審查，因此不予重複納入。

(二)考量總額協定分配、健保署所擬訂抑制資源不當耗用改善方案與自付差額特材品項等，是健保會應協議或討論之重要法定事項，爰增列其可供監測執行結果的實務面指標(6 項)。

(三)就委員關注之健保議題，新增護理人力及健保病床供給、藥品使用、各層級醫療利用情形及保險資金管理效率等 6 項指標。

本「全民健康保險監理指標監測結果報告」主要內容為：

一、前言

二、各指標之意涵與監測結果。

三、各指標自 103 年起之監測結果報表。

四、參考資料

(一)指標建置前 6 年(97~102 年)之歷史資料報表(附錄一)，期有更完整資料，以利未來研訂指標屬性(正/負向，監測/觀察)。

(二)各指標之操作型定義(附錄二)。

本指標建置初期，以觀察其趨勢變化為主，因此在解讀上宜採取較保守態度，待累積一段時間之數據及經驗後，再據以發展指標之參考值，作為監測參用。

附表 全民健康保險業務監理架構與指標

構面	監理指標	提報時程	監理重點
(一) 效率	1.急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	院所營運效率/國際比較
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	半年	急診照護效率
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率	半年	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	4.高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	資源利用之管控結果
	5.區域醫院以上初級門診照護率	半年	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
	6.各層級醫療院所服務量占率	半年 (季呈現)	資源分配及層級醫院間之發展
	7.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	半年 (季呈現)	就醫變動性
	8.藥品費用占率	半年	藥品使用情形
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率	半年	住院照護安全性
	2.急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	半年	觀察急性照護品質之整體趨勢
	3.糖尿病醫療給付改善方案之照護率	半年	評估門診照護之品質
	4.照護連續性	年	評估整合性連續照護之品質
	5.醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	半年	健保病床之供給情形
	6.護理人力指標 - 急性病房全日平均護病比	半年	護理人力之供給情形
(三) 效果	1.未滿月新生兒死亡率	年	醫藥進步情形/國際比較
	2.孕產婦死亡率	年	衛生保健成效/國際比較
	3.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	年	民眾就醫整體感受
(四) 公平	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	人力供給之公平性
	2.一般地區/醫療資源缺乏地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	醫療利用之公平性
	3.家庭自付醫療費用比率	年	民眾自費負擔趨勢
	4.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	民眾自付差額趨勢
(五) 財務	1.保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	半年 (季呈現)	收支餘絀預估之準確性
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數	半年 (季呈現)	安全準備是否符合法令規定
	3.健保費成長率與GDP成長率比值	年	保費成長趨勢
	4.全民健保醫療支出占GDP比率	年	健保支出成長趨勢
	5.國民醫療保健支出占GDP比率	年	醫療保健支出水準/國際比較
	6.資金運用收益率	半年 (季呈現)	資金管理效率

註：依各指標的監理需求及時效性，統計時程分為「年」、「半年」及「季」。

## 貳、監理指標之意涵與監測結果

### 一、效率構面

#### 指標 1.1 急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)

##### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：院所營運效率/國際比較。

(2) 意義：平均住院天數為衡量院所營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。

2. 監測期程：每半年。

##### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：急性一般病床住院日數

分母：急性一般病床住院申請件數

急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、急性收差額病床。

(2) 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

##### 4. 監測結果分析：

101 年-103 年急性一般病床平均住院天數

層級\年度	101 年	102 年	103 年
醫院	7.39	7.31	7.23
醫學中心	7.37	7.23	7.12
區域醫院	6.98	6.95	6.88
地區醫院	8.52	8.44	8.37

◎指標及指標值意義說明：

整體來看，各層級醫院平均住院天數皆逐年下降。

## 指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：急診照護效率。

(2) 意義：

- ① 醫院急診室主要是提供急症及嚴重外傷患者緊急、適當的醫療處理，屬治療中繼站，尚須安排病人接受下一階段之治療或離院。
- ② 藉由本指標可瞭解病人在急診室留置時間，評估醫院對急診病人的處理效率。數值低表示駐留時間較短，醫院在急診病人後續照護、病床管理表現較佳；數值高則表示駐留時間較長，處理效率較不佳。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：急診病人留置超過 24 小時人次

分母：急診總人次

(2) 結果呈現：① 醫院整體、② 醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

### 4. 監測結果分析：

(1) 醫院整體

年度別	急診滯留超過 24 小時比率(整體)		
	急診總件數	急診滯留超過 24 小時之件數	
	值	值	占率
101 年	7,182,834	212,930	2.96%
102 年	6,807,944	199,355	2.93%
103 年	7,010,315	212,112	3.03%

(2)醫學中心、區域醫院、地區醫院

急診滯留超過 24 小時比率(特約類別)

年度別/ 特約類別	急診總件數	急診滯留超過 24 小時之件數		
	值	值	占率	
101 年	醫學中心	1,951,476	144,893	7.42%
	區域醫院	3,688,131	58,824	1.59%
	地區醫院	1,543,227	9,213	0.60%
102 年	醫學中心	1,836,785	139,463	7.59%
	區域醫院	3,460,368	53,284	1.54%
	地區醫院	1,510,791	6,608	0.44%
103 年	醫學中心	1,891,828	143,674	7.59%
	區域醫院	3,601,335	61,477	1.71%
	地區醫院	1,517,152	6,961	0.46%

◎指標及指標值意義說明：

病人在急診滯留超過 24 小時表示急診看診(候診)的壅塞程度。

## 指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢。

(2) 意義：

- ① 癌末病人疾病嚴重度較高，醫療利用或費用相對也高，但若在自我意願下選擇接受安寧緩和療護，生活較有品質且醫療費用會降低。本指標可了解癌末病人臨終前 6 個月整體醫療費用變化情形，若指標值(醫療費用下降)高，表示所耗用醫療費用較前一年下降幅度大。
- ② 末期病人接受安寧緩和療護是近年政策推廣重點，其著眼於尊重病人在自己意願與需求下，選擇安寧緩和療護的權利。安寧緩和療護可維持生命尊嚴，提高生活品質，並減少臨終前無意義之過度醫療。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

分子：癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數－去年同期資料

分母：去年同期癌症死亡病人每人申報醫療費用點數

4. 監測結果分析：

### 近 3 年因癌症死亡病人生前 6 個月醫療概況 - 【門住合計】

費用年	癌症死亡人數		癌症病人生前 6 個月醫療利用					
			就醫人數		醫療點數		每人醫療點數	
	值 (人)	成長率 (%)	值 (人)	成長率 (%)	值 (百萬點)	成長率 (%)	值 (萬點)	下降率 (%)
100 年	42,559	3.69	42,350	3.78	15,761.63	5.75	37.2	成長 1.90
101 年	43,665	2.60	43,487	2.68	15,984.99	1.42	36.8	下降 1.24
102 年	44,791	2.58	44,567	2.48	16,877.85	5.59	37.9	成長 3.03

◎指標及指標值意義說明：

本項係癌症末期病人死亡前醫療利用改變情形，若病人選擇安寧療護取代急性醫療，費用或可顯著下降。

## 指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：資源利用之管控結果。

(2) 意義：輔導高診次保險對象，為健保署抑制資源不當耗用改善方案所列管控措施之一，自 102 年起，高診次就醫輔導對象由  $\geq 100$  次/年降為  $\geq 90$  次/年，及各季  $\geq 50$  次降為  $\geq 40$  次，藉由本指標可瞭解實施情形及成效。

2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：輔導後平均就醫次數－輔導前同期平均就醫次數

分母：輔導前同期平均就醫次數

(2) 高診次保險對象：全年門診就醫次數  $\geq 90$  次之保險對象；包含西、牙、中醫門診之高就診輔導專案個案。

### 4. 監測結果分析：

年度	門診就醫次數 $\geq 90$ 次個案數	就醫次數較輔導前同期下降比率
102 年	46,781 人	下降 22%
103 年	42,984 人	下降 20%

### ◎ 指標及指標值意義說明：

本指標係以門診高利用者為輔導對象，故以就醫次數下降比率為指標以評估輔導成效。

## 指標 1.5 區域醫院以上初級門診照護率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護。

(2) 意義：區域醫院以上層級應以急重症照護為主，藉由本指標可觀察資源有無過度投入初級照護之情形。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析)

分母：門診總案件數(不含門診透析)

(2) 初級照護定義：依費協會委託研究計畫「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」(DOH92-CA-1002)成果報告中定義 A 類項目，排除急診案件及國際疾病分類碼為 E-code 之案件，再依台灣醫學中心協會之建議調整。

### 4. 監測結果分析：

年度	各層級醫院初級門診照護率				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
101 年	15.04%	20.05%	36.11%	23.11%	17.90%
102 年	14.24%	19.78%	34.66%	22.33%	17.41%
103 年	13.78%	19.47%	33.85%	21.75%	17.03%

◎ 指標及指標值意義說明：

103 年區域醫院以上初級門診照護率為 17.03%，有逐年下降趨勢。

## 指標 1.6 各層級醫療院所服務量占率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：資源分配及層級醫院間之發展。

(2) 意義：藉由本指標可瞭解各層級醫院服務量能消長情形，作為資源分配及平衡醫院層級發展之參考。

2. 監測期程：每季。

### 3. 計算方式

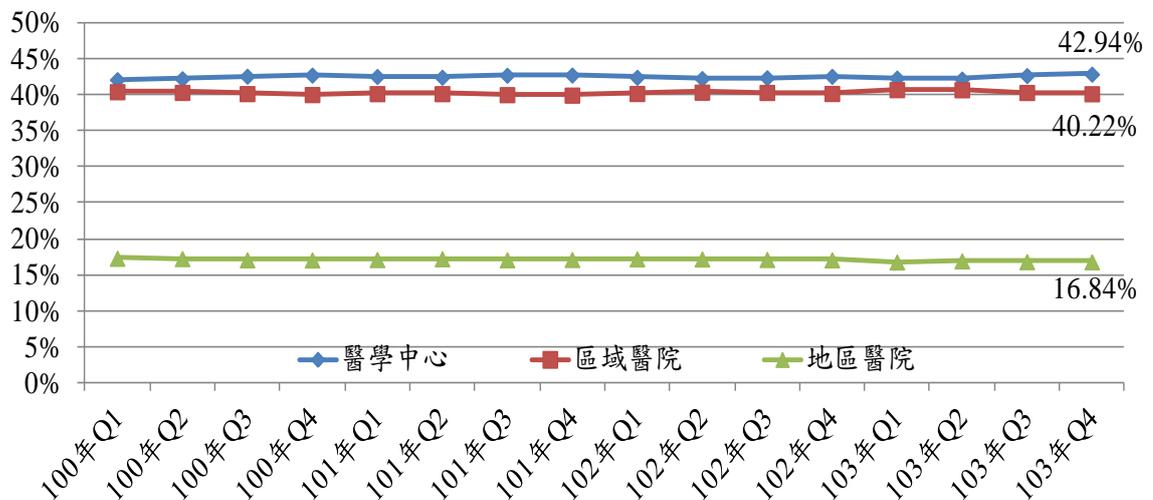
(1) 計算公式：

分子：該層級醫療點數

分母：醫院整體醫療點數

(2) 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院

### 4. 監測結果分析：



◎ 指標及指標值意義說明：

以各層級醫療服務量變化觀察醫院服務分布情形。

## 指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：就醫變動性。

(2) 意義：西醫基層與醫院總額部門係分立運作，藉由本指標可觀察兩部門間服務量變化及轉移情形，作為資源分配及調整之參考。

2. 監測期程：每季。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 病人數占率：

分子：該部門門診就醫人數

分母：西醫門診就醫人數

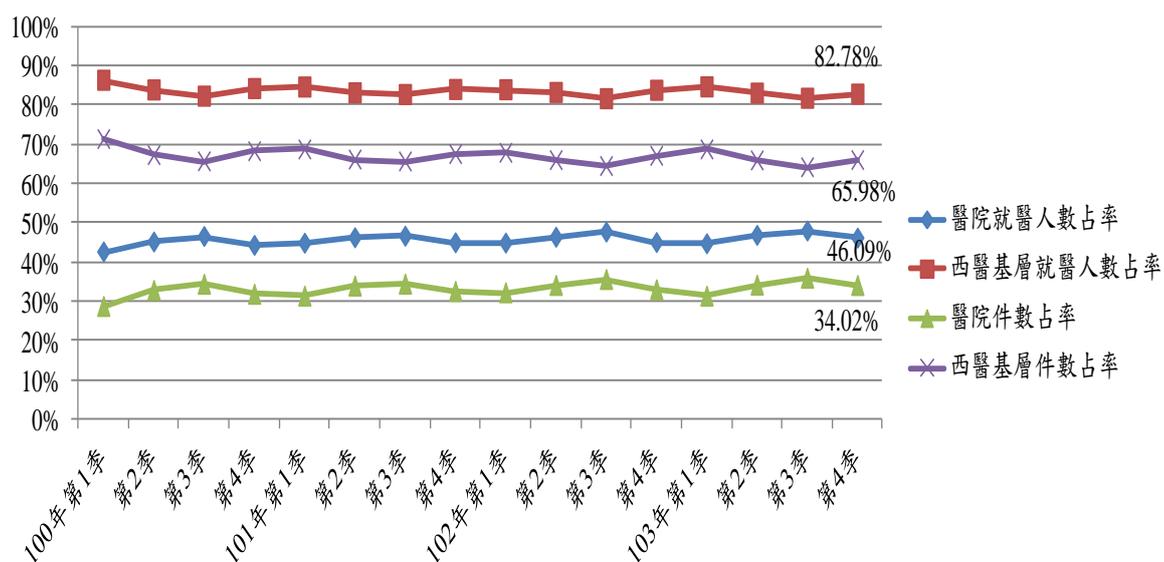
② 件數占率

分子：該部門門診申報件數

分母：西醫門診申報件數

(2) 部門別為：西醫基層、醫院總額

### 4. 監測結果分析：



◎ 指標及指標值意義說明：

觀察醫院及西醫基層總額間醫療服務消長情形。

## 指標 1.8 藥品費用占率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：藥品使用情形。

(2) 意義：我國每年藥品費用幾乎都占當年健保醫療支出的四分之一，藥品使用與管理受到各界關注，期藉由本指標，觀察藥費占總醫療費用之趨勢，並視需要進一步探討藥費結構之合理性。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：藥品申報醫療點數

分母：整體申報醫療點數

(2) 醫療點數含交付機構

### 4. 監測結果分析：

費用年	藥費占率	4 年藥費占率			
		平均值	標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差
100 年上半年	25.86%	25.79%	0.49%	(25.06% , 26.52%)	(24.82% , 26.77%)
100 年下半年	25.72%				
101 年上半年	24.99%				
101 年下半年	25.22%				
102 年上半年	26.02%				
102 年下半年	26.26%				
103 年上半年	26.44%				
103 年下半年	25.83%				

◎指標及指標值意義說明：

由 100 年上半年到 103 年下半年近四年資料顯示，103 上半年是歷次資料中最高者。惟 103 上半年數值仍在歷年平均值±2\*標準差範圍內。

## 二、醫療品質構面

### 指標 2.1 手術傷口感染率

#### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：住院照護安全性。

(2) 意義：傷口若受到感染往往需再進行手術或延長住院時間，藉由本指標可監理照護結果/過程面的品質，並期能透過洗手等必要的預防方法減少其發生。

2. 監測期程：每半年。

#### 3. 計算方式

分子：住院手術傷口感染病人數(次診斷碼為 996.6，998.1，998.3，998.5)

分母：所有住院手術病人數

#### 4. 監測結果分析：

年度	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值±1.5*標準差		平均值±2*標準差	
100年上半年	1.13%	0.41%	1.00%	0.00%	1.91%	0.00%	2.41%
100年下半年	1.13%	0.45%	1.08%	0.00%	2.07%	0.00%	2.61%
101年上半年	1.08%	0.48%	1.62%	0.00%	2.91%	0.00%	3.72%
101年下半年	1.27%	0.53%	1.47%	0.00%	2.74%	0.00%	3.47%
102年上半年	1.29%	0.47%	1.07%	0.00%	2.08%	0.00%	2.61%
102年下半年	1.35%	0.59%	1.49%	0.00%	2.83%	0.00%	3.57%
103年上半年	1.26%	0.53%	1.24%	0.00%	2.39%	0.00%	3.01%
103年下半年	1.36%	0.59%	1.25%	0.00%	2.47%	0.00%	3.09%

◎指標及指標值意義說明：

除 101 年上半年略為下降外，此項指標呈現逐漸上升趨勢。

## 指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：觀察急性照護品質之整體趨勢。

(2) 意義：即時與有效率的治療可提升心肌梗塞患者存活率，本指標有助於監控心肌梗塞患者照護品質。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：分母中之死亡個案數

分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患

(2) 急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)。

### 4. 監測結果分析：

年度	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值±1.5*標準差		平均值±2*標準差	
100年上半年	10.00%	13.94%	24.97%	0.00%	51.40%	0.00%	63.88%
100年下半年	8.37%	12.63%	24.69%	0.00%	49.67%	0.00%	62.01%
101年上半年	9.20%	16.05%	29.14%	0.00%	59.76%	0.00%	74.33%
101年下半年	8.17%	11.48%	23.55%	0.00%	46.81%	0.00%	58.58%
102年上半年	8.47%	12.31%	24.33%	0.00%	48.81%	0.00%	60.97%
102年下半年	7.53%	11.76%	24.48%	0.00%	48.48%	0.00%	60.72%
103年上半年	7.69%	10.11%	21.35%	0.00%	42.14%	0.00%	52.81%
103年下半年	6.03%	8.90%	20.87%	0.00%	40.21%	0.00%	50.64%

◎指標及指標值意義說明：

除 101 年上半年略為上升外，此項指標呈現逐漸下降趨勢。

## 指標 2.3 糖尿病醫療給付改善方案之照護率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：評估門診照護之品質。

(2) 意義：

① 糖尿病是無法治癒的慢性病，須終生控制血糖，以避免發生併發症或威脅生命。即時、有效的提供糖尿病患門診照護，將可避免住院，進而減少不必要的醫療費用支出，並提升生活品質。藉由本指標可瞭解民眾加入健保照護方案的情形，指標值愈高，表示接受方案照護的民眾愈多。

② 健保長期施行糖尿病醫療給付改善方案已見成效，該方案自 101 年 10 月起改稱「糖尿病品質支付服務」並持續推展，期病人接受專業團隊包括診察、檢驗、衛教及追蹤等完整的照護，降低併發症的發生，並提升被照護品質。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

分子：分母中有申報該方案管理照護費人數

分母：符合該方案訂定之收案條件人數

### 4. 監測結果分析：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
101 年	29.73%	43.88%	34.53%	22.23%	33.94%
102 年	31.81%	44.66%	35.31%	23.07%	35.06%
103 年	35.88%	47.07%	40.27%	25.63%	38.48%

◎ 指標及指標值意義說明：

本項指標值近年來整體與各特約類別院所之照護率皆呈現穩定成長之趨勢。

## 指標 2.4 照護連續性

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：評估整合性連續照護之品質。

(2) 意義：

① 優質並具連續性的照護，將產生較佳的照護效果、較高的病患滿意度與較低的醫療費用，除獲國內外研究支持外，國內研究並進一步證明，其急診及住院次數顯著較低，「可避免住院」的機率也較低。

② 本指標可作為整合性照護相關方案或計畫之評估參考。

③ 本指標值介於 0~1 之間，越接近 1 代表照護連續性越高。

2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$$

N = 病患就醫總次數

$n_i$  = 病患在個別院所  $i$  之就醫次數

M = 就診院所數

(採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義)

(2) 資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫)。

(3) 排除極端值(歸戶後就醫次數  $\leq 3$  次，及  $\geq 100$  次者)，因易使指標產生偏差。

(4) 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值。

### 4. 監測結果分析：

年度	101 年	102 年	103 年
平均每人門診照護連續性	0.400	0.404	0.403

◎ 指標及指標值意義說明：該指標值範圍介於 0 至 1 之間，如病患僅在單一機構就醫其 COCI 值為 1。

## 指標 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：健保病床之供給情形。

(2) 意義：健保病床之供給是否充足，將影響民眾就醫可近性及等候住院的天數，並間接影響醫療品質。本指標可監測各層級醫院及健保六分區之病床供給變化，確保民眾就醫權益。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 分別計算健保床、非健保床

(2) 結果呈現：①醫院整體、②健保六分區業務組、

③醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

### 4. 監測結果分析：

(1) 醫院整體、健保六分區業務組

分類	年度	101 年	102 年	103 年
醫院整體	健保病床	106,169	105,511	104,818
	差額病床	25,114	25,022	25,126
臺北	健保病床	30,410	30,288	29,886
	差額病床	7,990	8,010	8,047
北區	健保病床	15,327	15,405	15,475
	差額病床	3,562	3,324	3,353
中區	健保病床	21,992	21,885	21,911
	差額病床	5,156	5,171	5,216
南區	健保病床	15,364	15,501	15,346
	差額病床	3,378	3,505	3,532
高屏	健保病床	18,192	17,706	17,448
	差額病床	4,339	4,356	4,299
東區	健保病床	4,884	4,726	4,752
	差額病床	689	656	679

(2)醫學中心、區域醫院、地區醫院

層級別	年度	101 年		102 年		103 年	
		病床數	占床率	病床數	占床率	病床數	占床率
醫學中心	健保病床	23,253	81.37%	23,285	80.68%	23,555	81.16%
	差額病床	8,632		8,352		8,315	
區域醫院	健保病床	43,987	67.39%	43,357	68.09%	43,422	68.23%
	差額病床	11,731		11,902		12,137	
地區醫院	健保病床	38,929	64.32%	38,869	64.07%	37,841	65.39%
	差額病床	4,751		4,768		4,674	
總計		131,283	69.79%	130,533	69.86%	129,944	70.48%

◎指標及指標值意義說明：

觀測各層級、各分區醫院病床數供給變化情形。

## 指標 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：護理人力之供給情形。

(2) 意義：

① 在醫療人力中，護理人員之占比最高，其人力之供給，攸關醫療品質之良窳，尤其護病比，更與臨床護理人員工作負荷相關。近年我國為提升護理人力，已投注許多資源，並採行諸多留任措施。

② 本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總

分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總

護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)。

(2) 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

### 4. 監測結果分析：

103 年全日平均護病比占率分布

醫學中心		區域醫院		地區醫院		精神專科醫院	
護病比	占率	護病比	占率	護病比	占率	護病比	占率
< 8	40%	< 8	23%	< 8	49%	< 12	27%
9-10	59%	9-11	67%	9-12	34%	13-15	14%
>10	1%	>11	10%	>12	17%	>15	58%

資料來源：VPN 登錄之 103 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案護理人力資料。

◎ 指標及指標值意義說明：

本指標為「醫院急性病房」護理人力之供給情形。

### 三、效果構面

#### 指標 3.1 未滿月新生兒死亡率

##### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：醫藥進步情形/國際比較。

(2) 意義：新生兒死亡率是代表一個國家公共衛生與醫藥進步的敏感性指標，亦為評估婦幼衛生保健工作實行成效的最佳指標。

2. 監測期程：每年。

##### 3. 計算方式

(一年中出生未滿 4 週之嬰兒死亡數/一年內之活產總數)×1,000

##### 4. 監測結果分析：

年度	未滿月新生兒死亡率(‰)
101 年	2.3
102 年	2.4
103 年	2.2

資料來源：衛生福利部統計處民國 103 年死因統計。

◎指標及指標意義說明：

未滿月新生兒死亡率近 3 年來均低於 2.5‰。

## 指標 3.2 孕產婦死亡率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：衛生保健成效/國際比較。

(2) 意義：孕產婦死亡率為國際間常用的公共衛生指標，除可代表一個國家公共衛生的進步情形外，也是評估衛生保健工作實施成效的最佳指標。

2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數) $\times 100,000$

### 4. 監測結果分析：

年度	孕產婦死亡率 ‰
101 年	8.5
102 年	9.2
103 年	6.6

資料來源：衛生福利部統計處民國 103 年死因統計。

◎指標及指標值意義說明：

孕產婦死亡率近 3 年來分別為 8.5 ‰、9.2 ‰及 6.6 ‰。

### 指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)

#### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：民眾就醫整體感受。

(2) 意義：就醫滿意度調查結果，可瞭解民眾對第一線醫療的觀感，作為回應民眾要求，提升醫療品質之參考。

#### 2. 監測期程：每年。

#### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數

分母：所有表示意見人數

(2) 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

#### 4. 監測結果分析：

總額別	101 年	102 年	103 年
醫院	82.4%	81.5%	86.1%
西醫基層	86.7%	87.3%	90.3%
牙醫門診	86.7%	89.1%	91.0%
中醫門診	85.1%	85.8%	87.5%

#### ◎ 指標及指標值意義說明：

藉由每年健保滿意度民意調查，了解民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度之變化。

## 四、公平構面

### 指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

#### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：人力供給之公平性。

(2) 意義：藉由本指標衡量醫師人力分布的均勻程度，若觀察到鄉鎮間差異加大，可考量請健保署推動相關措施或納入總額協定事項，加以改善。

#### 2. 監測期程：每年。

#### 3. 計算方式

(1) 計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值

分子：最高發展組別之每萬人口醫師數

分母：最低發展組別之每萬人口醫師數

鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組

(2) 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

#### 4. 監測結果分析：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
101	7.11	57.78	1.99	12.00	11.58
102	7.47	60.99	2.13	11.31	11.76
103	7.28	54.37	2.07	10.79	11.99

#### ◎指標及指標值意義說明：

觀察城鄉間各類醫師人力分布之均勻程度，比值較小者表示城鄉間醫事人力分布較均勻。

## 指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：醫療利用之公平性。

(2) 意義：藉由本指標觀察偏遠地區就醫率是否低於一般地區，如就醫率顯著較低，則可考量請健保署推動相關措施或納入總額協定事項，加以改善。

2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：門診就醫人數

分母：總保險人數

醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區

(2) 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

### 4. 監測結果分析：

年度	總額別				
	地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
101 年	一般地區	53.04%	82.85%	43.93%	29.26%
	醫缺地區	54.66%	83.91%	28.81%	17.58%
	山地離島地區	59.43%	85.84%	40.17%	23.96%
102 年	一般地區	52.71%	82.44%	44.85%	28.87%
	醫缺地區	54.86%	83.35%	30.46%	17.80%
	山地離島地區	59.10%	85.79%	41.12%	24.33%
103 年	一般地區	52.83%	82.55%	45.20%	28.82%
	醫缺地區	54.37%	83.38%	30.52%	17.27%
	山地離島地區	59.13%	85.80%	41.19%	24.34%

◎指標及指標值意義說明：

觀察不同地區之就醫率，以評估醫療資源分布情形。

## 指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：民眾自費負擔趨勢。

(2) 意義：

① 民眾自付費用情形是社會關注議題，期藉由本指標觀察家庭自付醫療保健支出比率是否有增加之趨勢。

② 本指標產自衛福部統計處「國民醫療保健支出」統計(為目前所能取得之公開資訊，係依據行政院主計總處之國民所得及家庭收支調查結果編算而得)，其包括保險對象應自行負擔之健保醫療費用、掛號費、病房費差額，及健保未涵蓋的醫療服務如植牙、美容及醫療保健用品等。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

分子：家庭自付醫療保健費用

分母：國民醫療保健支出總額

4. 監測結果分析：

年度	101 年	102 年	103 年
比率	36.75%	36.06%	35.81%

資料來源：衛生福利部統計處民國 102 年國民醫療保健支出。

◎ 指標及指標值意義說明：

家庭自付醫療保健費用比率近 3 年來維持在 35%~37% 之間。

## 指標 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：民眾自付醫材差額之升降趨勢。

(2) 意義：本指標之數值若上升，表示民眾自付特材費用增加，應密集觀察及檢討。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 整體：

分子：自付差額特材申報數量

分母：特材申報數量

(2) 各類別項目：

分子：相同用途自付差額特材申報數量

分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量

### 4. 監測結果分析：

(1) 整體：自付差額特材申報數量/特材申報數量

費用年	占率	平均值	標準差	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
101 年	0.0274%	0.0308%	0.0020%	0.0278%	0.0337%	0.0268%	0.0347%
102 年	0.0308%						
103 年	0.0319%						
103 年上半年	0.0316%						
103 年下半年	0.0322%						

◎指標值意義說明：

101 年至 103 年自付差額特材占率資料顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，僅微幅增加。

(2)各類別項目：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量

費用年	項目	占率	平均值	標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2.0*標準差		
101年	特殊功能 人工水晶體	28.4%	30.9%	1.5%	28.6%	33.1%	27.8%	33.9%
102年		30.5%						
103年		31.8%						
103年上半年		31.9%						
103年下半年		31.7%						
101年	特殊材質 人工腕關節 (陶瓷/金屬對 金屬)	18.9%	20.5%	1.0%	19.0%	22.0%	18.5%	22.5%
102年		20.6%						
103年		21.0%						
103年上半年		20.4%						
103年下半年		21.5%						
101年	新增功能類 別人工心律 調節器	31.9%	37.3%	3.6%	31.9%	42.6%	30.1%	44.4%
102年		35.4%						
103年		39.7%						
103年上半年		38.6%						
103年下半年		40.6%						
101年	塗藥或特殊 塗層血管支 架	46.8%	50.0%	2.1%	46.8%	53.2%	45.7%	54.3%
102年		49.1%						
103年		51.3%						
103年上半年		50.3%						
103年下半年		52.3%						
103年	耐久性生物 組織心臟瓣 膜	22.3%	19.1%	7.2%	8.2%	29.9%	4.6%	33.5%
103年上半年		10.8%						
103年下半年		24.1%						
101年	義肢	1.2%	1.5%	0.2%	1.2%	1.7%	1.1%	1.8%
102年		1.4%						
103年		1.6%						
103年上半年		1.6%						
103年下半年		1.5%						

◎指標及指標值意義說明：

除義肢項目，民眾選擇各自付差額類別項目逐年微幅增加的趨勢。

## 五、財務構面

### 指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

#### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：收支餘絀預估之準確性。

(2) 意義：

- ① 呈現保險收支餘絀之「實際數」及「預估數」之差距，驗證預估準確程度，以掌握未來財務收支趨勢。
- ② 依全民健康保險法第 24 條，保險費率指的是當年度應計之收支平衡費率，故有必要按季觀察當年度累計收支餘絀，以即時掌握財務狀況與收支差距。

2. 監測期程：每季。

#### 3. 計算方式

分子：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數

分母：保險收支餘絀預估數

保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)

#### 4. 監測結果分析：

年度	實際數	預估數	差異率
102 年	535.81 億元	594.42 億元	-9.86%
103 年	513.94 億元	399.13 億元	28.76%
104 年第 1 季	148.02 億元	132.48 億元	11.73%

◎ 指標及指標值意義說明：

(1) 依全民健康保險法第 24 條規定，健保署應於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提出費率方案，提請該會審議。又審議費率方案時，健保署將提出各建議費率的財務收支預估，爰本指標之預估數採用該方案之推估數以資比較。

(2) 102 年保險收支餘絀預估數 594.42 億元，較實際數 535.81 億元

多估 58.61 億元。其中雖因經濟景氣回升狀況超乎預期，使補充保險費實際數較預估數為高，但又因主計總處減列政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 之差額，致實際數較預估數為低，多估 73.7 億元，若排除上述 2 項影響因素，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率將降為 2.90%。

(3)103 年保險收支餘絀預估數 399.13 億元，較實際數 513.94 億元少估 114.81 億元，係因各部門總額之專款預算 61.6 億元及高科技醫療預算 2.8 億元未執行，若排除上述金額之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率將降為 10.88%。

(4)104 年第 1 季保險收支餘絀預估數 132.48 億元，較實際數 148.02 億元少估 15.54 億元，係因 103 年補充保險費健保署自編決算數 450 億元較實際收繳金額 464 億元所短估收入 14 億元，列於 104 年保費收入，若排除此項影響因素，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率將降為 1.25%。

## 指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內。

(2) 意義：依健保法第 78 條，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。期藉由本指標即時掌握保險財務情形。

2. 監測期程：每季。

### 3. 計算方式

分子：安全準備總額

分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數

### 4. 監測結果分析：

截至年度	101 年底	102 年底	103 年底	104 年第 1 季
折合月數	0.52 個月	1.78 個月	2.92 個月	3.22 個月
減 2 個標準差	減 1.5 個標準差	平均值	加 1.5 個標準差	加 2 個標準差
-0.46 個月	0.03 個月	1.47 個月	2.92 個月	3.40 個月

### ◎ 指標及指標值意義說明：

安全準備總額截至 104 年第 1 季為 3.22 個月，達健保法第 78 條規定以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出之原則。

## 指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：保費成長趨勢。

(2) 意義：瞭解保費與國內生產毛額(GDP)的成長是否相近。

### 2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

分子：(本年保費收入－去年保費收入)/去年保費收入

分母：(本年 GDP－去年 GDP)/去年 GDP

### 4. 監測結果分析：

年度	101 年	102 年	103 年
比值	1.09	2.69	0.50

減 2 個標準差	減 1.5 個標準差	平均值	加 1.5 個標準差	加 2 個標準差
-0.35	0.10	1.45	2.80	3.25

#### ◎ 指標及指標值意義說明：

- (1) 101 年保費成長率高於 GDP 成長率，主要係因國內經濟成長幅度有限，且自 99 年起將保險費率從原來的 4.55% 調為 5.17%，調漲幅度達 13.63% 所致。
- (2) 102 年起實施二代健保新制後，保險費率雖調降為 4.91%，但影響有限，且由於加收補充保險費及提升政府負擔健保總經費之法定責任下限至健保總經費之 36%，大量挹注保費收入，使保費收入之成長率明顯大於 GDP 成長率，102 年之比值高達 2.69。
- (3) 103 年保費成長率低於 GDP 成長率，主要係因國內經濟成長幅度較上年增加達 55%，而保費成長幅度則約為 28% 所致。

## 指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：健保支出成長趨勢。

(2) 意義：瞭解我國健保支出水準之成長趨勢。

### 2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

分子：全民健保醫療支出總額

分母：GDP

全民健保醫療支出總額包含保險對象自行負擔費用(部分負擔)

### 4. 監測結果分析：

年度	全民健保醫療支出占 GDP 比率(%)
100 年	3.52
101 年	3.57
102 年	3.60

資料來源：

1. 全民健保醫療支出：健保署。

2. GDP：行政院主計總處(104 年 5 月 22 日更新資料)。

◎指標及指標值意義說明：

全民健保醫療支出占 GDP 比率 100 年至 102 年均維持在 3%~4% 之間。

## 指標 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：醫療保健支出水準/國際比較。

(2) 意義：瞭解我國醫療保健支出水準之趨勢，可作為國際比較。

### 2. 監測期程：每年。

### 3. 計算方式

分子：國民醫療保健支出總額

分母：GDP

### 4. 監測結果分析：

年度	國民醫療保健支出占 GDP 比率(%)
100 年	6.62
101 年	6.63
102 年	6.61

資料來源：衛生福利部統計處民國 102 年國民醫療保健支出。

#### ◎ 指標及指標值意義說明：

國民醫療保健支出占 GDP 比率 100 年至 102 年均維持在 6%~7% 之間。

## 指標 5.6 資金運用收益率

### 1. 指標意涵

(1) 監理重點：資金管理效率。

(2) 意義：衡量保險人資金運用之獲利能力及投資項目之品質。

### 2. 監測期程：每季。

### 3. 計算方式

分子：本季保險資金運用收益

分母：本季保險資金日平均營運量

### 4. 監測結果分析：

單位：新臺幣元

項目	101 年	102 年	103 年	104 年第 1 季
運用收益	113,332,613	195,458,702	496,949,893	230,120,952
日平均營運量	14,677,816,073	28,848,722,872	75,375,932,042	124,317,343,808
收益率	0.77%	0.68%	0.66%	0.75%
五大銀行一年期大額定存平均利率	0.52%	0.52%	0.52%	0.52%

### ◎ 指標及指標值意義說明：

因全民健康保險資金係屬即收即付，其運用資金係短期資金，故其收益率之比較基準為五大銀行一年期大額定存利率，101 年至 104 年第 1 季之全民健康保險資金運用收益率，皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。

參、監理指標監測結果報表(103年起)

構面	監理指標		提報時程	103上		103下		103全年	104上		104下		104全年	
				103Q1	103Q2	103Q3	103Q4		104Q1	104Q2	104Q3	104Q4		
(一) 效率	1.急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	7.26		7.20		7.23						
		(2)醫學中心		7.17		7.07		7.12						
		(3)區域醫院		6.90		6.87		6.88						
		(4)地區醫院		8.40		8.34		8.37						
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	3.12%		2.93%		3.03%						
		(2)醫學中心		7.68%		7.50%		7.59%						
		(3)區域醫院		1.84%		1.56%		1.71%						
		(4)地區醫院		0.52%		0.39%		0.46%						
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率			半年										
	1			年	20%		20%							
5.區域醫院以上初級門診照護率			半年	17.10%		16.97%	17.03%							
6.各層級醫療院所服務量占率	(1)醫學中心	半年 (季呈現)	42.40%	42.26%	42.75%	42.94%	42.59%							
	(2)區域醫院		40.79%	40.77%	40.39%	40.22%	40.54%							
	(3)地區醫院		16.81%	16.97%	16.86%	16.84%	16.87%							
7.西醫基層與醫院門診服務占率	(1)病人數占率	西醫基層 醫院總額	半年 (季呈現)	84.62%	83.03%	81.72%	82.78%	91.88%						
				44.65%	46.79%	47.90%	46.09%	59.71%						
	(2)件數占率	西醫基層 醫院總額		68.70%	65.89%	64.13%	65.98%	66.21%						
				31.30%	34.11%	35.87%	34.02%	33.79%						
8.藥品費用占率			半年	26.44%		25.83%	26.13%							
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率			半年	1.26%		1.36%	1.37%						
	2.急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)			半年	7.69%		6.03%	11.42%						
	3.糖尿病醫療給付改善方案之照護率			半年	38.74%		38.48%	38.48%						
	4.照護連續性			年			0.403	0.403						
	5.醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	(1)醫院整體	健保病床	半年	105,179		104,818		104,818					
			差額病床		25,071		25,126		25,126					
		臺北	健保病床		29,827	29,886	29,886							
			差額病床		8,091	8,047	8,047							
		北區	健保病床		15,482	15,475	15,475							
			差額病床		3,295	3,353	3,353							
		中區	健保病床		22,072	21,911	21,911							
			差額病床		5,218	5,216	5,216							
		南區	健保病床		15,518	15,346	15,346							
			差額病床		3,477	3,532	3,532							
		高屏	健保病床		17,484	17,448	17,448							
			差額病床		4,330	4,299	4,299							
東區		健保病床	4,796		4,752	4,752								
		差額病床	660		679	679								
(3)各層級		醫學中心	健保病床		23,253	23,555	23,555							
	差額病床		8,632	8,315	8,315									
	區域醫院	健保病床	43,987	43,422	43,422									
		差額病床	11,731	12,137	12,137									
	地區醫院	健保病床	38,929	37,841	37,841									
		差額病床	4,751	4,674	4,674									
6.護理人力指標-急性病房全日平均護病比	(1)醫學中心			半年	—		—	—						
	(2)區域醫院				—		—	—						
	(3)地區醫院				—		—	—						

### 參、監理指標監測結果報表(103年起)

構面	監理指標		提報時程	103上		103下		103全年	104上		104下		104全年
				103Q1	103Q2	103Q3	103Q4		104Q1	104Q2	104Q3	104Q4	
(三) 效果	1.未滿月新生兒死亡率(‰)		年	2.2				2.2					
	2.孕產婦死亡率(1/0000)		年	6.6				6.6					
	3.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	(1)醫院	年	86.1%				86.1%					
		(2)西醫基層		90.3%				90.3%					
(3)牙醫門診		91.0%				91.0%							
(4)中醫門診		87.5%				87.5%							
(四) 公平	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)		年	(1)醫院	54.37				54.37				
				(2)西醫基層	2.07				2.07				
				(3)牙醫門診	11.99				11.99				
				(4)中醫門診	10.79				10.79				
	2.一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	(1)醫院	年	一般地區	52.83				52.83				
				醫缺地區	54.37				54.37				
				山地離島地區	59.13				59.13				
				(2)西醫基層	一般地區	82.55				82.55			
		(3)牙醫門診	醫缺地區	83.38				83.38					
			山地離島地區	85.8				85.8					
			(4)中醫門診	一般地區	45.2				45.2				
			醫缺地區	30.52				30.52					
	(4)中醫門診	山地離島地區	41.19				41.19						
		一般地區	28.82				28.82						
		醫缺地區	17.27				17.27						
		山地離島地區	24.34				24.34						
3.家庭自付醫療保健費用比率		年											
4.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(2)個別項目	半年	(1)整體	0.0316%		0.0322%		0.0319%					
			人工水晶體	31.9%		31.7%		31.8%					
			人工髖關節	20.4%		21.5%		21.0%					
			心律調節器	38.6%		40.6%		39.7%					
			塗藥血管支架	50.3%		52.3%		51.3%					
			P	10.8%		24.1%		22.3%					
			義肢	1.6%		1.5%		1.6%					
(五) 財務	1.保險收支餘絀		半年 (季呈現)	(1)實際數(億元)	335.56	244.44	402.31	487.24	513.94	148.02			
				(2)預估數(億元)	167.63	231.49	323.29	339.13	339.13	132.48			
				(3)兩者之差異率	100.18%	5.59%	24.44%	22.08%	28.76%	11.73%			
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數		半年 (季呈現)	2.57	2.32	1.00	2.90	2.92	3.22				
	3.健保費成長率與GDP成長率比值		年	0.50				0.50					
	4.全民健保醫療支出占GDP比率		年										
	5.國民醫療保健支出占GDP比率		年										
6.資金運用收益率		半年 (季呈現)	0.64%	0.64%	0.65%	0.66%	0.66%	0.75%					

註：

- 「—」代表無須呈現之資料，例如特定年度後才建置之「護理人力指標」及「自付差額特材占率之部分個別項目」，建置前無資料可呈現。空白欄代表待日後有數據時，再予補入。
- 各項指標監測結果除按時程呈現外，為利未來進行年度比較，一併呈現年度值。





## 附錄二、監理指標之操作型定義

### 一、效率構面

#### 1.1

指標名稱	急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)
分子	急性一般病床住院日數
分母	急性一般病床住院件數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.急性一般病床包含一般病床(急性一般病床、急性一般精神病床)、經濟病床(急性經濟病床、急性經濟精神病床)及急性收差額病床。</p> <p>2.件數之計算方式： 部分醫令補報案件、就醫同時併開立 B 型或 C 型肝炎用藥之件數，以 0 計算。</p> <p>3.權屬別為醫院之申報案件。</p>

#### 1.2.

指標名稱	急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)
分子	急診病人留置超過 24 小時人次
分母	急診總人次
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：權屬別為醫院之申報案件。

#### 1.3

指標名稱	癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率
分子	癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數－去年同期資料
分母	去年同期癌症死亡病人每人申報醫療費用點數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：總額內門住案件(不含健保署代辦項目)。

#### 1.4

指標名稱	高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
分子	輔導後平均就醫次數－輔導前同期平均就醫次數
分母	輔導前同期平均就醫次數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.計算公式：以 104 年就醫次數下降比率為例=<math>(104 \text{ 年輔導後平均就醫次數} - 103 \text{ 年輔導前同期平均就醫次數}) \div 103 \text{ 年輔導前同期平均就醫次數}</math>。</p> <p>2.因涉申報資料之申報時間與醫療服務提供時間之差異，以 104 年為例，105 年 2 月始能提報全年成效。</p>

#### 1.5

指標名稱	區域醫院以上初級門診照護率
分子	初級照護之門診案件數
分母	門診總案件數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.初級照護： 依費協會委託研究計畫「總額支付制度下建立基層與醫院門診分及醫療指標之研究」(DOH92-CA-1002) 成果報告中定義之 A 類項目，再依台灣醫學中心協會建議調整後之初級照護疾病碼，並排除急診及外傷案件(主診斷碼為 E-CODE)之申報案件。</p> <p>2.資料範圍：醫院部門案件(不含門診透析)。</p>

## 1.6

指標名稱	各層級醫療院所服務量占率
分子	該層級醫療點數
分母	各層級合計醫療點數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.層級別： 以案件申報之特約類別歸類，但權屬別為醫院且案件特約類別為診所者，歸回醫院計算。</p> <p>2.權屬別為醫院之申報案件，並排除其他部門、代辦案件。</p>

## 1.7

指標名稱	西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
分子	該部門門診就醫人數(件數)
分母	西醫基層與醫院部門合計門診就醫人數(件數)
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：西醫基層(含門診透析)、醫院部門(含門診透析)之門診案件。

## 1.8

指標名稱	藥品費用占率
分子	藥品申報醫療點數
分母	整體申報醫療點數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	醫療點數含交付機構

## 二、醫療品質構面

### 2.1

指標名稱	手術傷口感染率
分子	住院手術且傷口感染之人數 *傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷碼前 4 碼為'9966'，'9981'，'9983'，'9985'，則將納入計算。
分母	住院手術之人數 *手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-97 者。
資料提供單位	中央健康保險署
備註	1.參考鍾國彪教授研究之定義，分子：次診斷碼為 996.6、998.1、998.3、998.5。996.6 體內裝置物、植入及移植物所致之感染及發炎反應；998.1 併發於醫療處置中之出血、血腫或血清腫；998.3 手術傷口破裂；998.5 手術後感染。 2.資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院) *住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

## 2.2

指標名稱	急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
分子	<p>18 歲以上門住診急性心肌梗塞之死亡人數。</p> <p>* 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔 (V_DWU_BASINS_INF) 註記為死亡者；此外，住院再依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。</p> <p>* 承保資料保險對象資訊檔：取最大保費計費年月 (PREM_YM) 投保狀態 (STATUS) 為 5(死亡退保) 判斷為死亡，其轉出日 (OUT_DATE) 視為死亡日期且死亡日期落在統計期間者。</p>
分母	<p>18 歲以上門住診急性心肌梗塞之人數。</p> <p>* 18 歲以上：(費用年-出生年) ≥ 18。</p> <p>* 急性心肌梗塞：主診斷碼前 3 碼為 '410'。</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1. 資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)+門診(西醫基層+西醫醫院)。</p> <p>* 住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。</p> <p>2. 分母分子需排除轉院個案。</p> <p>* 轉院：門診之病患是否轉出 (PAT_TRAN_OUT) 為 Y；住院依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之轉歸代碼(TRAN_CODE)為 6(轉院)，則整件排除。</p>

## 2.3

指標名稱	糖尿病醫療給付改善方案之照護率
分子	申報醫令代碼前 3 碼為 P14 之人數
分母	門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

## 2.4

指標名稱	照護連續性
分子	$\Sigma(\text{病患個別院所就醫次數}) - \text{病患就醫總次數}$ 。
分母	$\text{病患就醫總次數} * (\text{病患就醫總次數} - 1)$ 。
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1. 排除極端值之病患：</p> <p>(1) 歸戶後就醫次數 <math>\leq 3</math> 次且 <math>\geq 100</math> 次者，因易使指標產生偏差。</p> <p>(2) 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值(算術平均)。</p> <p>2. 資料範圍：西醫門診案件(不含其他部門、代辦項目)。</p>

## 2.5

指標名稱	醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)
指標內容	分別提供整體、六分區及醫院各層級之健保病床數及差額病床數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

## 2.6

指標名稱	護理人力指標-急性病房全日平均護病比
分子	醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總
分母	每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)。</p> <p>2.統計範圍為急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床與精神急性經濟病床。</p>

### 三、效果構面

#### 3.1

指標名稱	未滿月新生兒死亡率
分子	一年中出生未滿4週之嬰兒死亡數
分母	一年內之活產總數
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	

#### 3.2

指標名稱	孕產婦死亡率
分子	一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數
分母	一年內之活產總數
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	

#### 3.3

指標名稱	民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)
分子	「非常滿意」及「滿意」總人數
分母	所有表示意見人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

## 四、公平構面

### 4.1

指標名稱	以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
分子	最高發展類別之每萬人口醫師數
分母	最低發展類別之每萬人口醫師數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	1.城鄉市區發展類別，採謝雨生(2011)定義，分為 1~5 級區域，共 5 組。 2.醫師數係指該年 12 月之醫師數。 3.人數係指該年 12 月之各鄉鎮市區人數。

### 4.2

指標名稱	一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)
分子	該地區門診就醫人數
分母	該地區總保險人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	1.醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之地區。 2.山地離島地區為「執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)」之地區。 3.資料範圍：總額內案件(不含健保署代辦項目)。

## 4.3

指標名稱	家庭自付醫療保健費用比率
分子	家庭自付醫療保健費用
分母	國民醫療保健支出總額
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	

## 4.4

指標名稱	自付差額特材占率(整體及各類別項目)
分子	(1)整體： 分子：自付差額特材申報數量 (2)各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量
分母	(1)整體： 分母：特材申報數量 (2)各類別項目： 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報 總數量
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

## 五、財務構面

### 5.1

指標名稱	保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
分子	<p>保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數</p> <p>*保險收支餘絀實際數=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)</p> <p>保險收支餘絀實際數為健保署提報健保會之全民健康保險業務執行報告「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之當年累計安全準備提列(收回數)</p> <p>*保險收支餘絀預估數為當年以健保費率審議核定結果預估之保險收支餘絀數</p>
分母	<p>保險收支餘絀預估數</p> <p>*當年以健保費率審議核定結果預估之保險收支餘絀數</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

### 5.2

指標名稱	安全準備總額折合保險給付支出月數
分子	<p>安全準備總額</p> <p>*健保署提報健保會之全民健康保險業務執行報告「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之歷年累計安全準備提列(收回數)</p>
分母	<p>最近 12 個月之保險給付支出月平均數</p> <p>*健保署提報健保會之全民健康保險業務執行報告「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之最近 12 個月保險給付之平均數</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

## 5.3

指標名稱	健保費成長率與 GDP 成長率比值
分子	(本年保費收入－去年保費收入)/去年保費收入 *健保署提報健保會之全民健康保險業務執行報告「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之當年及去年保費收入
分母	(本年 GDP－去年 GDP)/去年 GDP *行政院主計總處之中華民國統計資訊網 (www.stat.gov.tw)「國民所得統計常用資料」之當年及去年名目國內生產毛額(GDP)
資料提供單位	中央健康保險署、衛生福利部統計處
備註	

## 5.4

指標名稱	全民健保醫療支出占 GDP 比率
分子	全民健保醫療支出總額
分母	GDP
資料提供單位	中央健康保險署、行政院主計總處
備註	

## 5.5

指標名稱	國民醫療保健支出占 GDP 比率
分子	國民醫療保健支出總額
分母	GDP
資料提供單位	衛生福利部統計處
備註	

## 5.6

指標名稱	資金運用收益率
分子	全民健康保險資金運用收益 *全民健康保險資金依健保法相關規定投資運用之收益
分母	全民健康保險資金日平均營運量 *全民健康保險平均每日資金餘額
資料提供單位	中央健康保險署
備註	