

104 年全民健康保險年度監測結果報告書

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 105 年 6 月

目 錄

壹、前言.....	1
貳、監理指標之意涵與監測結果.....	8
一、效率構面.....	8
指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級).....	8
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).....	10
指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數.....	12
指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率.....	14
指標 1.5 區域醫院以上初級門診照護率.....	15
指標 1.6 各層級醫院服務量占率.....	16
指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率.....	17
指標 1.8 藥品費用占率.....	18
二、醫療品質構面.....	19
指標 2.1 手術傷口感染率.....	19
指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案).....	20
指標 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率.....	21
指標 2.4 照護連續性.....	22
指標 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級).....	23
指標 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布.....	25
三、效果構面.....	27
指標 3.1 未滿月新生兒死亡率.....	27
指標 3.2 孕產婦死亡率.....	28
指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門).....	29
四、公平構面.....	30
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).....	30
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).....	32
指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率.....	34
指標 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	35
五、財務構面.....	37
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率.....	37
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	39
指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值.....	40
指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	42
指標 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率.....	43
指標 5.6 資金運用收益率.....	44
參、監理指標監測結果報表(103 年起).....	45
肆、參考資料.....	47
附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102 年).....	47
附錄二、監理指標之操作型定義.....	49

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」，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，其具備學術理論基礎，並匯集專家學者、保險付費者與醫事服務提供者代表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。

為強化監理效能，健保會復於 104 年 12 月份委員會議研修部分指標名稱及計算方式，其議定結果如附表。本報告書主要來自健保署定期提報的資料(6、12 月進行專案報告；季指標再於 3、9 月業務執行報告呈現)，內容包括：

- 一、各指標之意涵與監測結果。
- 二、各指標自 103 年起之監測結果報表。
- 三、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)，期有更完整趨勢資料，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)。

本指標目前以觀察其趨勢變化為主，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。

全民健康保險業務監理架構與指標

第1屆103年第5次委員會議(103.5.23)討論通過
第2屆104年第11次委員會議(104.12.25)修正11項指標

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	1.計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床 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 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料	院所營運效率/國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	半年	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 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料	急診照護效率
	1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	1.計算公式： 癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數 2.增列之資料：於年度監測結果報告書增列「有接受安寧療護病人」、「未接受安寧療護病人」之資料	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	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≥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	資源利用之管控結果
	1.5 區域醫院以上初級門診照護率	半年	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)	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率			2.初級照護定義：俟健保署完成修訂初級照護定義及 ICD-10-CM/PCS 編碼後，配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料	
	1.6 各層級醫院服務量占率	季	1.計算公式： 分子：該層級醫療點數 分母：醫院整體醫療點數 排除門診透析服務費用點數 2.層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院	資源分配及各層級醫院間之發展
	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	季	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	就醫變動性
	1.8 藥品費用占率	半年	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	藥品使用情形
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	半年	分子：住院手術傷口感染病人數 (ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼為第 52 頁之指標定義) 分母：所有住院手術病人數	住院照護安全性
	2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	半年	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[ICD-9-CM 前 3 碼= 410 或(ICD-10 前 3 碼為 'I21-I22')之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)]	觀察急性照護品質之整體趨勢
	2.3 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(二) 醫療品質	2.4 照護連續性	年	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 ≤ 3 次，及 ≥ 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	評估整合性連續照護之品質
	2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	半年	1. 分別計算健保病床、差額病床 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	健保病床之供給情形
	2.6 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布	半年	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、地區醫院分列占率分布	護理人力之供給情形
(三) 效果	3.1 未滿月新生兒死亡率	年	(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	醫藥進步情形/國際比較
	3.2 孕產婦死亡率	年	(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)×100,000	衛生保健成效/國際比較
	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	年	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	民眾就醫整體感受

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四) 公平	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)	年	<p>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：每萬人口醫師數之最高組別 分母：每萬人口醫師數之最低組別 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝兩生(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</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p> <p>3. 增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料</p>	人力供給之公平性
	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)	年	<p>1. 計算公式： 分子：門診就醫人數 分母：總人數 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</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	醫療利用之公平性
	4.3 家庭自付醫療保健費用比率	年	<p>分子：家庭自付醫療保健費用 分母：國民醫療保健支出總額</p>	民眾自費負擔趨勢
	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	<p>1. 整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量</p> <p>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</p>	民眾自付醫材差額之升降趨勢

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	季	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)	收支餘絀預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	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	保險之安全準備是否在法定範圍內
	5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值	年	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	保費成長趨勢
	5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	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)	健保支出成長趨勢
	5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率	年	分子：國民醫療保健支出總額 分母：GDP	醫療保健支出水準/國際比較
	5.6 資金運用收益率	季	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	資金管理效率

貳、監理指標之意涵與監測結果

一、效率構面

指標 1.1 急性病床平均住院天數(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：急性病床住院日數

分母：急性病床住院申請件數

急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床。

(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. 於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料。

5. 監測結果分析：

102~104 年急性病床平均住院天數

層級\年度	102 年		103 年		104 年	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
醫院	7.79	9.62	7.72	9.56	7.58	9.35
醫學中心	7.93	9.67	7.83	9.59	7.66	9.38
區域醫院	7.42	8.78	7.36	8.82	7.26	8.68
地區醫院	8.52	11.48	8.48	11.26	8.30	10.90

102~104 年急性病床平均住院天數(續)

層級\年度	102 年		103 年		104 年	
	最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值
醫 院	269	1	303	1	268	1
醫學中心	134	1	164	1	268	1
區域醫院	198	1	191	1	156	1
地區醫院	269	1	303	1	180	1

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

104 年醫院平均住院天數為 7.58，地區醫院最高 8.30 天。

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. 於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料。

5. 監測結果分析：

102~104 急診置留超過 24 小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診置留超過 24 小時之件數	
	值	值	占率
102 年	6,807,944	199,355	2.93%
103 年	7,010,315	212,112	3.03%
104 年	7,204,350	197,737	2.74%

資料來源：健保署

102~104 年急診置留超過 24 小時比率(整體、檢傷分類)

年度	一級	二級	三級
102 年	7.34%	6.96%	2.83%
103 年	8.20%	7.17%	2.89%
104 年	7.72%	6.64%	2.57%

資料來源：健保署

102~104 急診置留超過 24 小時比率(特約類別)

年度別	特約類別	急診總件數	急診置留超過 24 小時之件數	
		值	值	占率
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%
104 年	醫學中心	1,934,466	137,023	7.08%
	區域醫院	3,669,329	52,067	1.42%
	地區醫院	1,568,352	8,547	0.54%

資料來源：健保署

102~104 年急診置留超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)

年度別	特約類別	一級	二級	三級
102 年	醫學中心	14.64%	12.84%	6.92%
	區域醫院	3.16%	3.03%	1.56%
	地區醫院	0.34%	0.51%	0.28%
103 年	醫學中心	15.73%	12.93%	6.88%
	區域醫院	4.38%	3.55%	1.64%
	地區醫院	0.66%	0.77%	0.30%
104 年	醫學中心	14.99%	12.34%	6.33%
	區域醫院	4.10%	2.99%	1.30%
	地區醫院	0.85%	0.93%	0.35%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

104 年急診置留超過 24 小時件數比率下降約 0.3%(約 1.5 萬件)

(1)其中醫學中心該項指標比率下降最多，約 0.5%。

(2)其中檢傷第一級下降 0.48%，檢傷第二級下降 0.53%，檢傷第三級下降 0.32%。

指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數

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。
- 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

癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數

4. 於年度監測結果報告書增列「有接受安寧療護病人」、「未接受安寧療護病人」之資料。

5. 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)	成長率 (%)
101 年	43,665	2.60	43,487	2.68	15,984.99	1.42	36.8	-1.24
102 年	44,791	2.58	44,567	2.48	16,877.85	5.59	37.9	3.03
103 年	46,095	2.91	45,819	2.81	17,387.10	3.02	37.9	0.20

資料來源：健保署

近 3 年因癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數-【依有無接受安寧療護】

死亡年	有接受安寧療護* (點/人)	未接受安寧療護 (點/人)	平均每人差異點數 (點/人)
101 年	247,504	366,578	113,016
102 年	249,896	373,212	115,590
103 年	252,744	366,852	109,916

*有接受安寧療護之醫療費用不含安寧費用。

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

- 1.103 年全體癌症死亡者生前 6 個月之平均每人醫療費用約 37.9 萬點。
- 2.相較 102 年全體癌症死亡者生前 6 個月之平均每人醫療費用成長 3%，103 年則持平。
- 3.透過 Propensity score matching 方式，分析有接受安寧療護與未接受安寧療護之平均每人醫療費用差異，結果顯示病患死亡前有接受安寧療護者之醫療費用，皆較未接受者為低。
- 4.以 103 年為例，病患死亡前 6 個月內有接受安寧療護之平均每人醫療費用 252,744 點，較未接受安寧療護者 366,852 點，減少支出 109,916 點。

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 ≥ 100 次/年降為 ≥ 90 次/年，及各季 ≥ 50 次降為 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 90 次個案數	就醫次數與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%
104 年	46,285 人	下降 20%

資料來源：健保署

◎ 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，104 年輔導個案就醫次數較輔導前同期下降 20%。

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：俟健保署完成修訂初級照護定義及 ICD-10-CM/PCS 編碼後，配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料。105~106 年本項資料暫無法提供，請提供 102~104 年資料。

4. 監測結果分析：

102~104 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	醫院				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
102 年	14.24%	19.78%	34.66%	22.33%	17.41%
103 年	13.78%	19.47%	33.85%	21.75%	17.03%
104 年	12.68%	19.12%	33.07%	21.00%	16.35%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

104 年初級門診照護率醫院層級為 21%，區域醫院以上為 16.35%。

指標 1.6 各層級醫院服務量占率

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

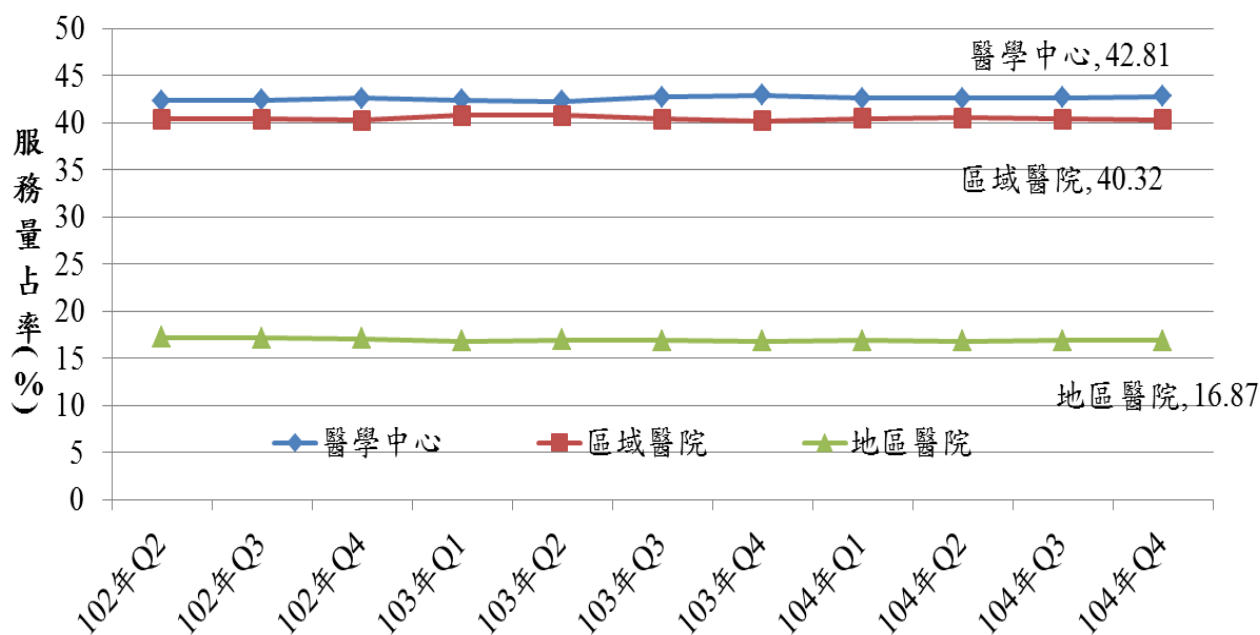
(1) 計算公式：

分子：該層級醫療點數(排除門診透析服務費用點數)

分母：醫院整體醫療點數(排除門診透析服務費用點數)

(2) 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院

4. 監測結果分析：



資料來源：健保署

◎ 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，104 年第 4 季服務量占率醫學中心最高 42.81%，地區醫院最低 16.87%。

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

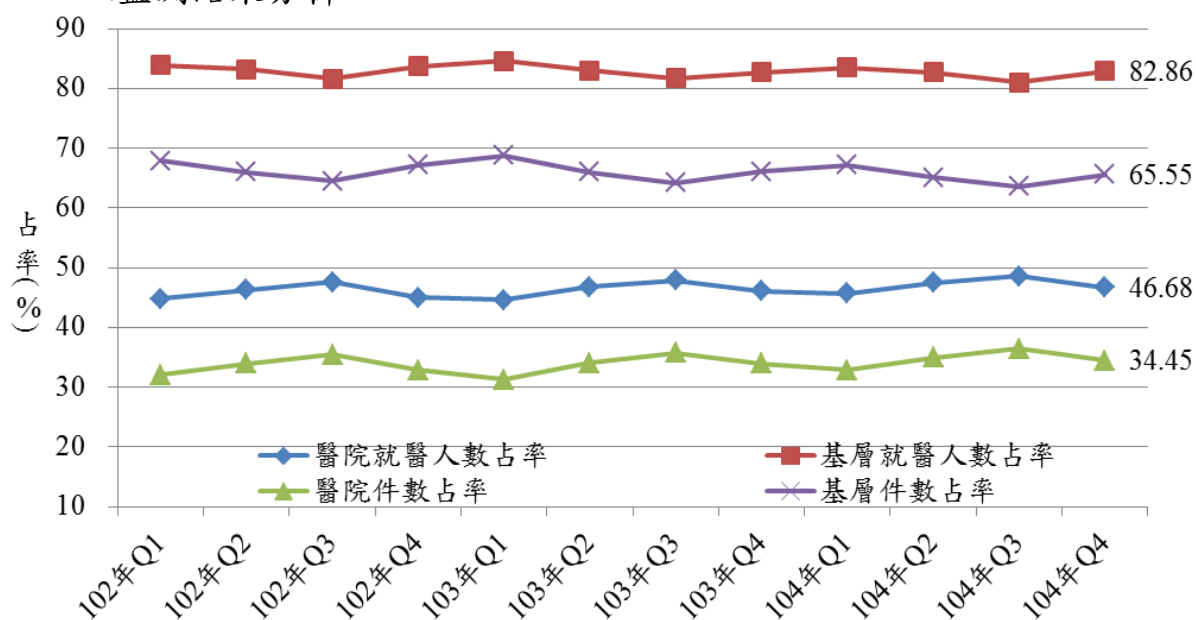
② 件數占率

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：



資料來源：健保署

◎ 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，104年第4季基層就醫病人占率為82.86%，醫院為46.68%；基層件數占率65.55%，醫院則為34.45%。

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	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%	0.44%	(25.12% , 26.46%)	(24.90% , 26.68%)
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%				
104 年上半年	26.00%				
104 年下半年	25.55%				

資料來源：健保署

◎指標及指標意義說明：

由 100 年上半年至 104 年下半年近 5 年資料顯示，103 年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(ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6，998.1，998.3，998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼詳 P52 指標定義)

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		
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%
104 年 上半年	1.33%	0.52%	1.09%	0.00%	2.16%	0.00%	2.70%
104 年 下半年	1.31%	0.53%	1.09%	0.00%	2.17%	0.00%	2.71%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

除 103 年下半年較 103 年上半年略為上升外，此項指標自 103 年下半年起呈現逐漸下降趨勢。

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(ICD-9-CM 前三碼=410 或 ICD-10-CM 前 3 碼為 'I21-I22')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
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%
104 年 上半年	6.67%	9.74%	22.82%	0.00% 43.97%	0.00% 55.38%
104 年 下半年	4.86%	7.12%	19.47%	0.00% 36.32%	0.00% 46.06%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

除 104 年上半年較 103 年下半年略為上升外，此項指標呈現逐漸下降趨勢。

指標 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率

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：分母中有申報管理照護費人數

分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數

4. 監測結果分析：

102~104 年糖尿病品質支付服務之照護率

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
102 年	31.8%	44.7%	35.3%	23.1%	35.1%
103 年	35.9%	47.1%	40.3%	25.6%	38.5%
104 年	38.2%	49.5%	43.3%	27.3%	41.1%

資料來源：健保署

◎ 指標及指標值意義說明：

全國糖尿病品質支付服務之照護率從 102 年 35.1%，增加至 104 年 41.1%。各層級之糖尿病照護率亦從 102 年 23.1%~44.7%，增加至 104 年 27.3%~49.5%，其中以區域醫院之照護率最高。

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 ≤ 3 次，及 ≥ 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	102 年	103 年	104 年
平均每人門診 照護連續性	0.404	0.403	0.401

資料來源：健保署

◎ 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 1，104 年平均每人照護連續性為 0.401。

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) 分別計算健保病床、差額病床

(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：

醫院整體及健保六分區業務組

分類	年度	102 年	103 年	104 年
醫院整體	健保病床	105,511	104,818	104,909
	差額病床	25,022	25,126	25,255
臺北	健保病床	30,288	29,886	29,887
	差額病床	8,010	8,047	8,037
北區	健保病床	15,405	15,475	15,560
	差額病床	3,324	3,353	3,386
中區	健保病床	21,885	21,911	22,003
	差額病床	5,171	5,216	5,182
南區	健保病床	15,501	15,346	15,346
	差額病床	3,505	3,532	3,556
高屏	健保病床	17,706	17,448	17,127
	差額病床	4,356	4,299	4,335
東區	健保病床	4,726	4,752	4,441
	差額病床	656	679	630

醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

層級別	年度	102 年		103 年		104 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	23,285	80.68%	23,555	81.16%	23,628	81.07%
	差額病床	8,352		8,315		8,306	
區域醫院	健保病床	43,357	68.09%	43,422	68.23%	43,492	68.24%
	差額病床	11,902		12,137		12,119	
地區醫院	健保病床	38,869	64.07%	37,841	65.39%	37,789	65.41%
	差額病床	4,768		4,674		4,830	
總 計		130,533	69.86%	129,944	70.48%	130,164	70.42%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

觀測各層級、各分區醫院病床數，104 年整體健保病床有 104,909 床，差額病床有 25,255 床。

指標 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

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、地區醫院分列占率分布

4. 監測結果分析：

104年1~12月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
11%	<8.0	51.3%	<11.0	84.1%	<14.0	95.8%
10%	8.0-8.4	29.8%	11.0-11.4	5.8%	14.0-14.4	1.6%
9%	8.5-8.9	9.9%	11.5-11.9	4.5%	14.5-14.9	1.2%
無	≥9.0	9.0%	≥12.0	5.6%	≥15.0	1.4%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：健保署

備註：

- 1.全日平均上班人數：醫院每次月 20 日於 VPN 登錄前一月份之急
性一般(含經濟)病床數、占床率、三班全日平均護理人員數計算全
日平均護病比。
- 2.全日平均護病比以四捨五入至小數第一位計算。
- 3.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報
月次數。
- 4.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院
比照地區醫院護病比加成範圍。

◎指標及指標值意義說明：

104 年全年度醫院各月填報之全日平均護病比中，醫學中心小於
9 之月份占該層級總填報月份之 91%，區域醫院小於 12 之月份占
94.4%，地區醫院小於 15 之月份占 98.6%。

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

$(\text{一年中出生未滿 4 週之嬰兒死亡數} / \text{一年內之活產總數}) \times 1,000$

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

◎ 指標及指標意義說明：

未滿月新生兒死亡率近 3 年來均未及 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

◎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	102 年	103 年	104 年
醫院	81.5%	86.1%	88.9%
西醫基層	87.3%	90.3%	90.9%
牙醫門診	89.1%	91.0%	93.8%
中醫門診	85.8%	87.5%	87.6%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

每年健保滿意度民意調查對醫療院所整體醫療品質滿意度之變化，104 年牙醫門診整體滿意度最高 93.8%，中醫門診最低 87.6%。

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：每萬人口醫師數之最高組別

分母：每萬人口醫師數之最低組別

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. 於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料。

5. 監測結果分析：

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)

年度	總計	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
102	7.47	59.93	2.13	11.79	11.21
103	7.29	54.83	2.07	12.07	10.90
104	7.39	54.19	2.13	11.86	10.06

資料來源：健保署

備註：

- 1.鄉鎮市區發展分類：行政院研考會之委託研究報告：鄉鎮市區數位發展分類研究報告，謝雨生(2012)。
- 2.最高、最低兩組：該分類方式共分 5 組，取最高與最低之發展分類之鄉鎮。
- 3.醫師人力比值：係指最高、最低之鄉鎮，分別計算每萬人口(戶籍)醫師數後，取最高/最低之比值。

以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組「每萬人口醫師數」(各部門)

年度	總計		醫院		西醫基層		牙醫		中醫	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
102	34.98	4.68	16.18	0.27	7.29	3.43	8.37	0.71	3.14	0.28
103	35.71	4.90	16.45	0.30	7.42	3.58	8.57	0.71	3.27	0.30
104	36.49	4.94	16.80	0.31	7.59	3.57	8.78	0.74	3.32	0.33

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

- 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)：
104 年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層比值較 103 年增加，醫院、中醫及牙醫比值較 103 年降低。
- 2.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組「每萬人口醫師數」(各部門)：
 - (1)除西醫基層「最低組」(較偏遠地區)之每萬人口醫師數降低外，其餘部門及整體每萬人口醫師數(無論最高或最低組)皆逐年增加的趨勢。
 - (2)104 年較 103 年最低組醫師數：醫院維持 25 人、西醫基層醫師減少 6 名成為 290 人、牙醫師增加 1 名成為 60 人及中醫師增加 2 名成為 27 人。

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：

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)

年度	總額別				
	地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
102 年	一般地區	52.71	82.44	44.85	28.87
	醫療資源不足地區	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
	醫療資源不足地區	54.37	83.38	30.52	17.27
	山地離島地區	59.13	85.80	41.19	24.34
104 年	一般地區	51.70	80.99	43.63	27.04
	醫療資源不足地區	54.37	82.09	29.88	16.24
	山地離島地區	57.71	84.66	39.40	22.96

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

104 年醫院及西醫基層門診就醫率為山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫及中醫部門則相反，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。

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	家庭自付醫療保健費用比率(%)
101 年	35.29
102 年	34.75
103 年	34.74

資料來源：衛生福利部

◎ 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 34%~36% 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：

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	
102 年	0.0329%	0.0346%	0.0021%	0.0315%	0.0377%	0.0305%	0.0387%
103 年	0.0341%						
104 年	0.0369%						

資料來源：健保署

◎指標值意義說明：

102 年至 104 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。

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	
102年	特殊功能 人工水晶體	30.3%	32.0%	1.8%	29.3%	34.7%	28.4%	35.6%
103年		31.7%						
104年		33.9%						
102年	特殊材質 人工髖關節 (陶瓷/金屬對金屬)	20.6%	21.2%	0.8%	20.1%	22.4%	19.7%	22.8%
103年		21.0%						
104年		22.1%						
102年	新增功能類別人 工心律調節器	35.4%	40.3%	5.1%	32.6%	48.0%	30.0%	50.6%
103年		39.7%						
104年		45.7%						
102年	塗藥或特殊塗層 血管支架	49.1%	51.7%	2.8%	47.5%	55.8%	46.2%	57.2%
103年		51.3%						
104年		54.6%						
103年	耐久性生物組織 心臟瓣膜	13.4%	15.2%	16.2%	-9.1%	39.6%	-17.2%	47.7%
104年		32.3%						
104年	調控式腦室腹腔 引流系統	56.3%	28.2%	39.8%	-31.6%	87.9%	-51.5%	107.8%
102年	義肢	1.4%	1.7%	0.4%	1.1%	2.3%	0.9%	2.5%
103年		1.6%						
104年		2.2%						

資料來源：健保署

備註：「耐久性生物組織心臟瓣膜」自 103 年 6 月 1 日起納入自付差額；「調控式腦室腹腔引流系統」自 104 年 6 月 1 日起納入自付差額。

◎指標及指標值意義說明：

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	728.38 億元	594.42 億元	22.54% ^{註 2}
103 年	811.30 億元	399.13 億元	103.27% ^{註 3}
104 年	560.50 億元	500.71 億元	11.94% ^{註 4}
105 年第 1 季	46.98 億元	36.96 億元	27.14%

資料來源：健保署

備註：

1. 政府應負擔健保總經費 36% 之計算方式，依行政院 104 年 5 月 15 日協商結論，102 年及 103 年政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 之差額採「衛生福利部」之計算方式，另自 104 年度起將中央政府之 9 項實質負擔(約 72 億元)，納入政府已負擔保險費之認列範圍，102 年及 103 年分別補列政府應負擔健保總

經費法定下限 36% 不足數 192.57 億元及 297.36 億元。

2.102 年起實施二代健保補充保險費新制，加收保險對象及投保單位之補充保險費，以及政府負擔不足法定 36% 之差額，因無歷史經驗資料參考，若排除前揭影響因素 119 億元，保險收支預估數與實際數之差異率為 2.10%。

3.103 年因實施二代健保補充保險費新制，加收保險對象及投保單位之補充保險費，以及政府負擔不足法定 36% 之差額，因歷史經驗資料不足 1 年，若排除前揭影響因素 246 億元及「醫療費用各部門專款預算 61.6 億元及高科技醫療預算 2.8 億元未執行」影響因素合計 310.4 億元，保險收支預估數與實際數之差異率為 14.34%。

4.104 年主因係景氣超乎預期致補充保險費增加約 38 億元，若排除此因素，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 4.05%。

102~104 年保險收支餘絀實際數、預估數兩者之差異率

年度	102 年	103 年	104 年	105 年第 1 季
差異率	22.54%	103.27%	11.94%	27.14%

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
-81.03%	-49.29%	45.92%	141.12%	172.86%

資料來源：健保署

◎指標及指標值意義說明：

1. 依全民健康保險法第 24 條規定，保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議，爰以本署每年於健保會提報之審議資料作為依據。

2. 105 年第 1 季保險收支預估數 36.96 億元，較實際結餘數 46.98 億元，短估 10.03 億元，主因係 104 年第 3 季點值結算追扣 7.7 億元，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為 5.21%。

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：

102~104 年安全準備總額折合保險給付支出月數

截至年度	102 年底	103 年底	104 年底	105 年第 1 季
折合月數	2.24 個月	4.05 個月	5.15 個月	5.19 個月

資料來源：健保署

備註：政府應負擔健保總經費 36% 之計算方式，依行政院 104 年 5 月 15 日協商結論，102 年及 103 年政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 之差額採「衛生福利部」之計算方式，另自 104 年度起將中央政府之 9 項實質負擔(約 72 億元)，納入政府已負擔保險費之認列範圍，102 年及 103 年分別補列政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數 192.57 億元及 297.36 億元。

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
1.42 個月	2.02 個月	3.81 個月	5.61 個月	6.21 個月

資料來源：健保署

◎ 指標及指標值意義說明：

安全準備總額截至 105 年第 1 季為 5.19 個月，達健保法第 78 條以相當於最近精算 1 個月至 3 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：

102 年~104 年保費成長率與 GDP 成長率比值

年度	102 年	103 年	104 年
比值	3.72 ^{註 2}	0.82	-0.12

資料來源：健保署、行政院主計總處

備註：

1. 政府應負擔健保總經費 36% 之計算方式，依行政院 104 年 5 月 15 日協商結論，102 年及 103 年政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 之差額採「衛生福利部」之計算方式，另自 104 年度起將中央政府之 9 項實質負擔(約 72 億元)，納入政府已負擔保險費之認列範圍，102 年及 103 年分別補列政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數 192.57 億元及 297.36 億元。

2. 102 年保費成長率高於 GDP 成長率，係實施二代健保新制，加收補充保險費及提升政府負擔健保總經費之法定責任不低於 36% 所致。

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
-1.80	-0.98	1.47	3.92	4.74

資料來源：健保署、行政院主計總處

◎指標及指標值意義說明：

104 年保費成長率與 GDP 成長率比值為-0.12，係依行政院 104 年 5 月 15 日協商結論，政府應負擔健保總經費不足法定下限 36%之差額採「衛生福利部」之計算方式，並自 104 年度起將 9 項中央政府已實質負擔之保險費，納入政府已負擔保險費之認列範圍，致政府應負擔健保總經費不足法定下限 36%之差額減少約 113 億元所致。

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(%)
101 年	3.57
102 年	3.60
103 年	3.50

資料來源：健保署、行政院主計總處

◎ 指標及指標值意義說明：

全民健保醫療支出占 GDP 比率近 3 年來維持在 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(%)
101 年	6.30
102 年	6.34
103 年	6.19

資料來源：衛生福利部、行政院主計總處

◎指標及指標值意義說明：

國民醫療保健支出占 GDP 比率近 3 年來維持在 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	102 年	103 年	104 年	105 年第 1 季
運用收益	195,458,702	496,949,893	1,018,740,256	277,412,592
日平均營運量	28,848,722,872	75,375,932,042	138,018,024,731	191,604,936,28
收益率	0.68%	0.66%	0.74%	0.58%
五大銀行一年期大額定存平均利率	0.52%	0.52%	0.48%	0.25%

資料來源：健保署

◎ 指標及指標值意義說明：

因全民健康保險資金係短期資金，故其收益率之比較基準為五大銀行一年期大額定存利率，102 年至 105 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)

(詳如另附 excel 檔)

肆、參考資料

附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102年)

(詳如另附 excel 檔)

附錄二、監理指標之操作型定義

一、效率構面

1.1

指標名稱	急性病床平均住院天數(整體及各層級)
分子	急性病床住院日數
分母	急性病床住院申請件數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	1.急性病床包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床。 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。 3.權屬別為醫院之申報案件。

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
計算方式	癌症死亡病人生前 6 個月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=$(104 \text{ 年輔導後平均就醫次數} - 103 \text{ 年輔導前同期平均就醫次數}) \div 103 \text{ 年輔導前同期平均就醫次數}$。</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	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)
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.初級照護：</p> <p>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	各層級醫院服務量占率
分子	該層級醫療點數(排除門診透析服務費用點數)
分母	醫院整體醫療點數(排除門診透析服務費用點數)
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	<p>住院手術且傷口感染之人數</p> <p>*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(ICD-9-CM 前 4 碼為 '9966'，'9981'，'9983'，'9985' 或 ICD-10-CM 診斷碼全碼為 D7801、D7802、D7821、D7822、E3601、E3602、G9731、G9732、G9751、G9752、H59111、H59112、H59113、H59119、H59121、H59122、H59123、H59129、H59311、H59312、H59313、H59319、H59321、H59322、H59323、H59329、H9521、H9522、H9541、H9542、I97410、I97411、I97418、I9742、I97610、I97611、I97618、I9762、J9561、J9562、J95830、J95831、K6811、K9161、K9162、K91840、K91841、L7601、L7602、L7621、L7622、M96810、M96811、M96830、M96831、N9961、N9962、N99820、N99821、R5084、T80211A、T80212A、T80218A、T80219A、T8022XA、T8130XA、T8131XA、T8132XA、T8133XA、T814XXA、T826XXA、T827XXA、T8351XA、T8359XA、T836XXA、T8450XA、T8451XA、T8452XA、T8453XA、T8454XA、T8459XA、T8460XA、T84610A、T84611A、T84612A、T84613A、T84614A、T84615A、T84619A、T84620A、T84621A、T84622A、T84623A、T84624A、T84625A、T84629A、T8463XA、T8469XA、T847XXA、T8571XA、T8572XA、T8579XA、T86842、T888XXA)，則將納入計算。</p>
分母	<p>所有住院手術病人數</p> <p>*手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-97 者。</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>資料範圍：住院(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>

2.2

指標名稱	急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
分子	<p>分母中之死亡個案數</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歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患</p> <p>* 18歲以上：(費用年-出生年)≥18。</p> <p>*急性心肌梗塞：ICD-9-CM前3碼為'410'或ICD-10-CM前3碼為'I21-I22'。</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	糖尿病品質支付服務之照護率
分子	分母中有申報管理照護費人數
分母	符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
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	$\Sigma(\text{病患在個別院所就醫次數平方}) - \text{病患就醫總次數}$ 。
分母	病患就醫總次數 * (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≤ 3次且≥ 100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	分別計算健保病床、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占率分布
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	填答「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	每萬人口醫師數的最高組別
分母	每萬人口醫師數的最低組別
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.計算公式：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。</p> <p>2.醫師數係指該年12月之醫師數。</p> <p>3.人數係指該年12月之各鄉鎮市區人數。</p>

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	門診就醫人數
分母	總人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之地區。</p> <p>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。</p> <p>3.資料範圍：總額內案件(不含健保署代辦項目)。</p>

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、行政院主計總處
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、行政院主計總處
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	