



# 全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

106.06.23



# 全民健康保險業務監理指標

- 依據衛福部健保會第1屆103年第5次委員會議通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」，指標項目共計27項：

構面	監理指標
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級) *
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級) *
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數 *
	4.高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
	5.區域醫院以上初級門診照護率 *
	6.各層級醫院服務量占率 *
	7.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	8.藥品費用占率
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率 *
	2.急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) *
	3.糖尿病品質支付服務之照護率 *
	4.照護連續性
	5.醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級) *
	6.護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布 *

構面	監理指標
(三) 效果	1.未滿月新生兒死亡率
	2.孕產婦死亡率
	3.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)
(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) *
	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)
	3.家庭自付醫療保健費用比率
	4.自付差額特材占率(整體及各類別項目)
(五) 財務	1.保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數
	3.健保費成長率與GDP成長率比值
	4.全民健保醫療支出占GDP比率
	5.國民醫療保健支出占GDP比率
	6.資金運用收益率

\* 為104年12月25日第2屆104年第11次委員會議修正之指標，共計11項。

# 效率指標：8項

- 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
- 區域醫院以上初級門診照護率
- 各層級醫院服務量占率
- 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 藥品費用占率

# 急性病床平均住院天數 (整體及各層級)

- 計算方式：急性病床住院日數/急性病床住院申請件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

## 103年-105年急性病床平均住院天數

層級\年度	103年	104年	105年
醫院	7.72	7.58	7.54
醫學中心	7.83	7.66	7.60
區域醫院	7.36	7.26	7.22
地區醫院	8.48	8.30	8.29

- ◎資料來源:中央健康保險署二代倉儲住院明細、醫令檔。資料擷取日期：106.4.24。
- ◎資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、就醫同時併開立B型或C型肝炎用藥及代辦案件。
- ◎住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
- ◎平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

# 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級) <sup>1/3</sup>

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

## 急診留置超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數	
	值	值	占率
103年	7,015,382	212,113	3.02%
104年	7,172,514	197,666	2.76%
105年	7,422,106	198,753	2.68%

# 急診病人留置急診室超過24小時比率

## (整體及各層級) <sup>2/3</sup>

### 急診留置超過24小時比率(特約類別)

年度別/特約類別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數		
	值	值	占率	
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	1,522,219	6,962	0.46%
104年	醫學中心	1,934,625	137,044	7.08%
	區域醫院	3,669,512	52,075	1.42%
	地區醫院	1,568,377	8,547	0.54%
105年	醫學中心	1,995,803	130,983	6.56%
	區域醫院	3,831,835	56,530	1.48%
	地區醫院	1,594,468	11,240	0.70%

# 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級) <sup>3/3</sup>

醫院檢傷分類分級比率統計表

年度別	層級別	一級	二級	三級
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%
	合計	8.20%	7.17%	2.89%
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%
	合計	7.72%	6.64%	2.57%
105年	醫學中心	13.15%	11.76%	5.81%
	區域醫院	5.08%	3.35%	1.33%
	地區醫院	2.00%	1.88%	0.57%
	合計	7.88%	6.73%	2.50%

# 癌末病人生前6個月 每人申報醫療費用點數<sup>1/2</sup>

- 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
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

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/ 半年別	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 (%)
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
104年	46,829	1.59	46,551	1.60	17,854.28	2.69	38.4	1.07

註：105年死因檔尚未整檔完成，爰無法提供105年統計結果。



## 癌末病人生前6個月 每人申報醫療費用點數<sup>2/2</sup>

- 另曾接受安寧療護之癌症病患，於死亡前6個月內前5項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療，如病房費)，依序為藥費(30.2億點)、診療費(12.7億點)、放射線診療費(7.5億點)、治療處置費(7.2億點)、檢查費(6.6億點)。

近3年因癌症死亡病人生前6個月醫療概況-【依有無接受安寧療護】

死亡年	有接受安寧療護 (不含安寧費用) (點/人)	未接受安寧療護 (點/人)	平均每人差異點數 (點/人)
102年	250,279	373,212	122,933
103年	253,031	366,852	113,821
104年	248,570	360,020	111,450

註：105年死因檔尚未整檔完成，爰無法提供105年統計結果。

# 高診次保險對象輔導後 就醫次數下降比率

- 計算方式：輔導全年門診就醫次數 $\geq$ 90次之保險對象後平均就醫次數 - 輔導前同期平均就醫次數 / 輔導前同期平均就醫次數
- 監理重點：資源利用之管控結果
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	門診就醫次數 $\geq$ 90次個案數	就醫次數與輔導前同期下降比率
103年	42,984人	下降20%
104年	46,285人	下降20%
105年	47,254人	下降20%

註：104年門診就醫次數 $\geq$ 90次個案經105年輔導後，就醫次數下降率為20%（輔導前每人平均就醫次數為107.5次，輔導後就醫次數降為85.9次）。

## 區域醫院以上初級門診照護率

- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

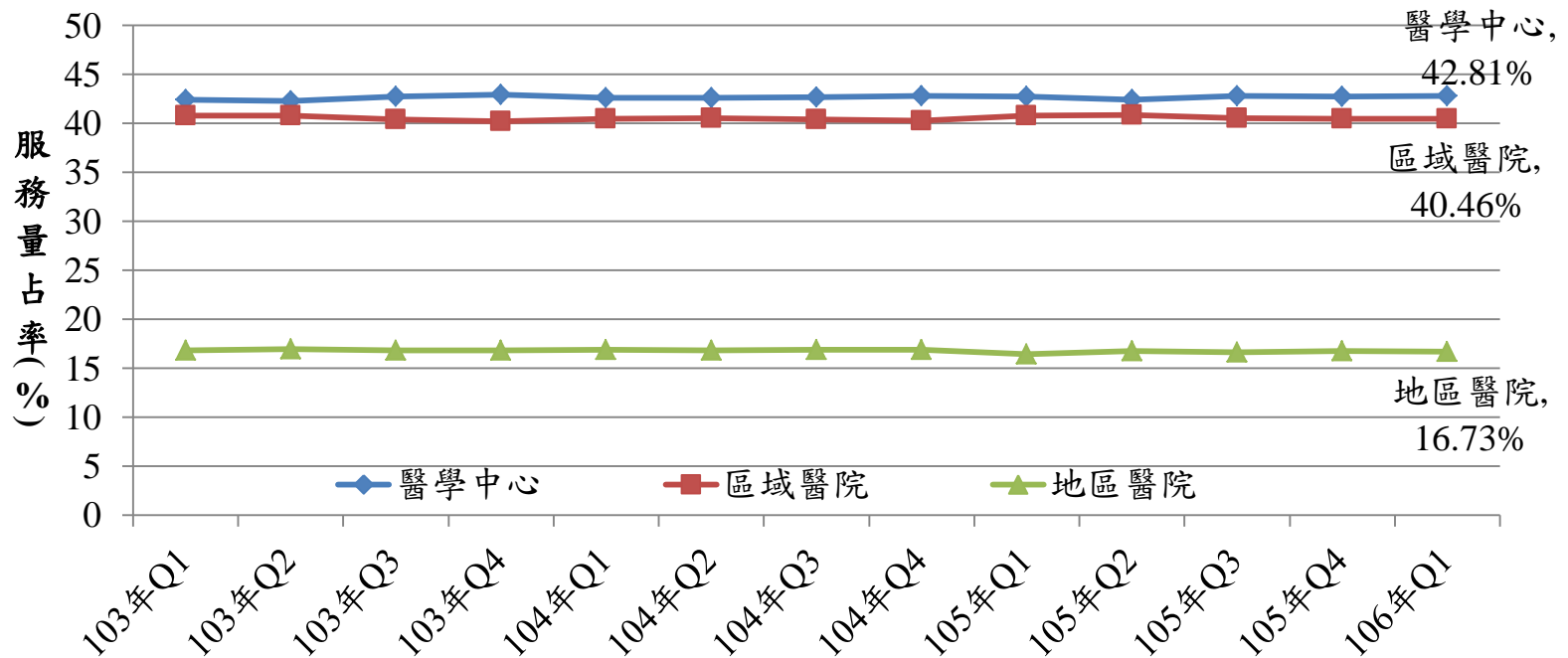
單位：%

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

註：本指標俟初級照護案件之定義確認後再行提供105年統計資料。

# 各層級醫院服務量占率

- 計算方式：該層級服務量占率=該層級醫療點數/醫院整體醫療點數
- 監理重點：資源分配及平衡醫院層級發展之考量
- 監測期程：每季
- 指標數值：

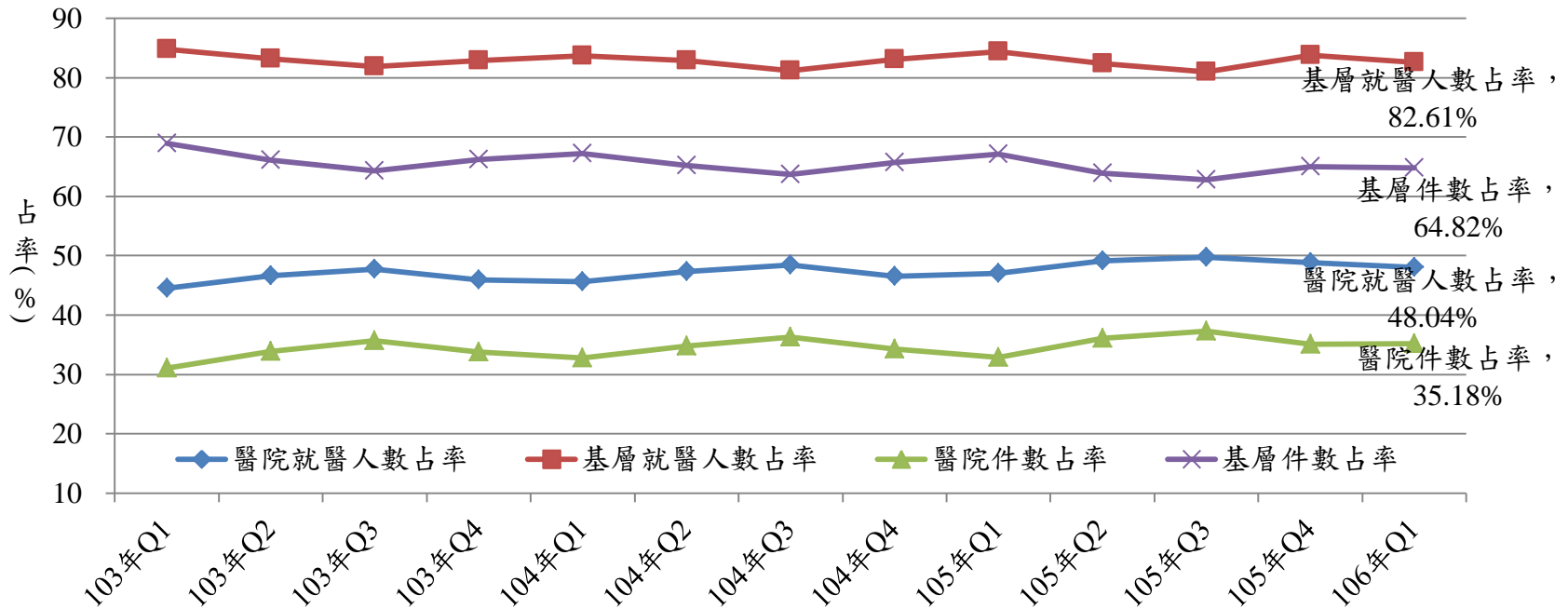


註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診、交付、住院明細檔 (106.5.31擷取)

1. 本表取權屬別為醫院且屬於醫院總額(不含透析)且不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件、PRE-ESRD計畫之案件。
2. 醫療點數：申請點數 + 部分負擔金額，含交付機構。
3. 層級別：以案件申報之特約類別 (HOSP\_CNT\_TYPE) 歸類，但權屬別為醫院且特約類別為基層院所者，歸回地區醫院計算。

# 西醫基層與醫院門診服務 病人數、件數占率

- 計算方式：病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數  
件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數
- 監理重點：就醫變動性
- 監測期程：每季
- 指標數值：



註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細檔 ( 106.5.31擷取 )

1. 資料範圍：西醫基層與醫院總額 (含透析) 案件。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 件數：「轉代檢」、「補報」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」之申報案件不計。

# 藥品費用占率

- 計算方式：1.藥品申報醫療點數/整體申報醫療點數  
2.醫療點數含交付機構
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

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
101年上半年	24.99%	25.78%	0.45%	(25.11% · 26.46%)	(24.88% · 26.68%)
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%				
105年上半年	25.93%				
105年下半年	25.54%				

- 指標及指標值意義說明：
  - 指標意義：  
指標用來呈現全民健保下，藥品申報醫療點數占率，是否過高，以評估全民健保執行之效率。
  - 指標值意義：  
由101年上半年到105年下半年近五年資料顯示，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。

## 醫療品質指標：6項

- 手術傷口感染率
- 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
- 糖尿病品質支付服務之照護率
- 照護連續性
- 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)
- 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

# 手術傷口感染率

- 計算方式：住院手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數
  - 手術傷口感染定義：任一次診斷ICD-9-CM前4碼為996.6、998.1、998.3、998.5或(ICD-10-CM碼：略)
  - 手術定義：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，醫令代碼前2碼為62-88及97者。
- 監理重點：住院照護安全性。
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

	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	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差
101年上半年	1.11%	0.68%	2.52%	0.00%	4.46%	0.00%	5.72%
101年下半年	1.23%	0.62%	1.71%	0.00%	3.19%	0.00%	4.04%
102年上半年	1.27%	0.59%	1.76%	0.00%	3.23%	0.00%	4.11%
102年下半年	1.31%	0.56%	1.05%	0.00%	2.14%	0.00%	2.66%
103年上半年	1.23%	0.58%	1.38%	0.00%	2.65%	0.00%	3.34%
103年下半年	1.32%	1.18%	6.87%	0.00%	11.49%	0.00%	14.92%
104年上半年	1.31%	0.63%	1.44%	0.00%	2.79%	0.00%	3.51%
104年下半年	1.27%	0.65%	2.56%	0.00%	4.49%	0.00%	5.77%
105年上半年	1.19%	0.55%	1.20%	0.00%	2.35%	0.00%	2.95%
105年下半年	1.23%	0.89%	4.88%	0.00%	8.21%	0.00%	10.65%

- 指標及指標值意義說明：105年下半年較105年上半年略為上升，惟105年上下半年皆較104年略為下降。長期而言係呈現平穩趨勢。
- 另105年下半年標準差較105年上半年值為大，查係少數院所指標值為100%(分母個案數僅為1)，是造成標準差變大之原因。

備註：105年起改用ICD-10診斷碼。



# 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

- 計算方式：分母中之死亡個案數/18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患
  - 急性心肌梗塞：主診斷前3碼為急性心肌梗塞(ICD-9-CM前三碼=410或ICD-10-CM前三碼為'I21-I22')
  - 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者及住院之轉歸代碼為4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。
- 監理重點：急性照護品質/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

年度	分子	分母	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	
101年上半年	1,864	20,261	9.20%	16.05%	29.14%	0.00%	59.76%	0.00%	74.33%
101年下半年	1,684	20,616	8.17%	11.48%	23.55%	0.00%	46.81%	0.00%	58.58%
102年上半年	1,904	22,491	8.47%	12.31%	24.33%	0.00%	48.81%	0.00%	60.97%
102年下半年	1,735	23,047	7.53%	11.76%	24.48%	0.00%	48.48%	0.00%	60.72%
103年上半年	1,931	25,121	7.69%	10.11%	21.35%	0.00%	42.14%	0.00%	52.81%
103年下半年	1,525	25,281	6.03%	8.9%	20.87%	0.00%	40.21%	0.00%	50.64%
104年上半年	1,812	27,154	6.67%	9.74%	22.82%	0.00%	43.97%	0.00%	55.38%
104年下半年	1,352	27,819	4.86%	7.12%	19.47%	0.00%	36.32%	0.00%	46.06%
105年上半年	2,020	28,937	6.98%	10.13%	21.09%	0.00%	41.77%	0.00%	52.31%
105年下半年	1,629	30,013	5.43%	8.87%	21.54%	0.00%	41.18%	0.00%	51.95%

- 指標及指標值意義說明：105年下半年值較105年上半年值為低，雖較104年同期值略高，惟長期仍呈現下降趨勢。
- 細部分析及說明：分析105年下半年439家院所之統計資料，其中指標值為0%之院所共264家，指標值為100%有18家(此18家院所分母值皆很小，為1-4人)，因各院所之分母、分子個案數太少(分母值≤5之院所共266家)，指標值變動幅度大，且指標值多為極端值0或100%，大部分的數值和平均值之間差異較大，是造成標準差大之原因。

備註：105年起改用ICD-10診斷碼。

## 糖尿病品質支付服務之照護率

- 計算方式：  
分母中有申報管理照護費人數/符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
103年	35.9%	47.1%	40.3%	25.6%	38.5%
104年	38.2%	49.5%	43.3%	27.3%	41.1%
105年	39.0%	52.6%	46.1%	29.0%	43.4%

## 照護連續性

● 計算方式：

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

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

- 監理重點：整合性照護品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	103年	104年	105年
平均每人 門診照護連續性	0.403	0.400	0.400

註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細檔 ( 106.4.24擷取 )

1. 資料範圍：西醫門診案件 ( 不含牙醫、中醫 ) 。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值 ( 就醫次數 $\leq 3$ 次且 $\geq 100$ 次 ) 個案，再取算數平均值。
5. 件數：「轉代檢」、「補報」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」之申報案件不計。

## 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)<sup>1/2</sup>

- 計算方式：按健保病床、差額病床
- 監理重點：健保病床之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

分類	年度	103年	104年	105年
醫院整體	健保病床	104,818	104,909	105,220
	差額病床	25,126	25,255	25,398
臺北	健保病床	29,886	29,887	29,932
	差額病床	8,047	8,037	7,905
北區	健保病床	15,475	15,560	15,663
	差額病床	3,353	3,386	3,419
中區	健保病床	21,911	22,003	22,210
	差額病床	5,216	5,182	5,299
南區	健保病床	15,346	15,346	15,488
	差額病床	3,532	3,556	3,568
高屏	健保病床	17,448	17,127	17,393
	差額病床	4,299	4,335	4,499
東區	健保病床	4,752	4,441	4,534
	差額病床	679	630	708

## 醫院病床數及占床率 (整體、六分區及醫院各層級) 2/2

● 指標數值：

層級別	年度	103年		104年		105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	23,555	81.16%	23,628	81.07%	23,801	81.75%
	差額病床	8,315		8,306		8,237	
區域醫院	健保病床	43,422	68.23%	43,492	68.24%	43,708	68.80%
	差額病床	12,137		12,119		12,241	
地區醫院	健保病床	37,841	65.39%	37,789	65.41%	37,711	65.77%
	差額病床	4,674		4,830		4,920	
總計		129,944	70.48%	130,164	70.42%	130,618	71.07%



# 護理人力指標

## -急性病房全日平均護病比占率分布

- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

### 105年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	67%	< 11.0	85%	< 14.0	91%
10%	8.0-8.4	27%	11.0-11.4	7%	14.0-14.4	1%
9%	8.5-8.9	6%	11.5-11.9	4%	14.5-14.9	2%
無	≥9.0	0%	≥12.0	4%	≥15.0	0%
未填或 護病比為0						6%
小計		100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料

備註：1.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

2.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

3.護病比為0表示該醫院該費用年月未有收治住院個案

## 效果指標：3項

- 未滿月新生兒死亡率
- 孕產婦死亡率
- 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)

## 未滿月新生兒死亡率

- 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
- 監理重點：醫藥進步情形 / 國際比較
- 監測期程：每年
- 指標數值：

	未滿月新生兒死亡率(0/00)
102年	2.4
103年	2.2
104年	2.5

資料來源：衛生福利部統計處民國104年死因統計。

- 指標及指標值意義說明：
  - 未滿月新生兒死亡率近3年來分別為2.4 ‰、2.2 ‰及2.5 ‰



## 孕產婦死亡率

- 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×100,000
- 監理重點：衛生保健成效 / 國際比較
- 監測期程：每年
- 指標數值：

	孕產婦死亡率(0/0000)
102年	9.2
103年	6.6
104年	11.7

資料來源：衛生福利部統計處民國104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9.2‰、6.6‰及11.7‰

# 民調對醫療院所整體醫療品質滿意度 (各部門)

- 計算方式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數
- 監理重點：民眾就醫整體感受
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

總額別	103年	104年	105年
醫院	86.1	88.9	87.0
西醫基層	90.3	90.9	94.3
牙醫門診	91.0	93.8	93.3
中醫門診	87.5	90.4	88.9

## 公平指標：4項

- 依鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
- 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)
- 家庭自付醫療保健費用比率
- 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

# 依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

- 計算方式：
  - 1.依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值(倍數)。
  - 2.鄉鎮市區發展程度分類採謝雨生(2011)定義，分為1級至5級區域，共5組<sup>註1</sup>。
  - 3.分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
103	7.29	54.83	2.07	10.90	12.07
104	7.39	54.19	2.13	10.06	11.86
105	7.70	72.50	2.16	9.77	11.87

註：原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

- 指標及指標值意義說明：
  - 整體人力比值維持穩定
  - 醫院人力比值差異較大
  - 西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫

註1：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(謝雨生等，2012)。

註2：資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計;戶籍人口數、醫師數：均以該年年底(12月)之統計數字為計算依據。



# 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)

- 計算方式：

就醫率 = 門診就醫人數 / 保險總人數

備註：1. 保險人數：依戶籍地郵遞區號(HOME\_ZIP\_CODE)歸類，並擷取最後一筆投保狀態為在保者。

2. 就醫人數：取該戶籍地之保險對象，勾稽該總額案件內，曾經就醫之人數

3. 醫療資源不足地區：各部門公告之醫療資源不足地區。

4. 山地離島地區：執行IDS之地區。

- 監理重點：醫療利用之公平性

- 監測期程：每年

- 指標數值：

單位：%

年度	總額別		醫院	西醫基層	牙醫	中醫
	地區別					
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
105年	一般地區		53.90	82.87	45.47	27.55
	醫療資源不足地區		57.09	83.86	31.30	16.77
	山地離島地區		60.31	86.38	41.18	23.27

## 家庭自付醫療保健費用比率

- 計算方式：家庭自付醫療保健費用 / 國民醫療保健支出總額×100
- 監理重點：民眾自費負擔趨勢
- 監測期程：每年
- 指標數值：

	家庭自付醫療保健費用比率(%)
102 年	34.75
103 年	34.77
104 年	34.32

資料來源：衛生福利部統計處民國104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34%-35%之間

## 自付差額特材占率(整體)<sup>1/2</sup>

- 計算方式：
  - 整體：自付差額特材申報數量/特材申報數量。
- 監理重點：民眾自付差額趨勢。
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

單位：%

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	
103年	0.0317%	0.0320%	0.0038%	0.0263%	0.0377%	0.0244%	0.0396%
104年	0.0342%						
105年	0.0356%						

- 指標及指標值意義說明：
  - 103年至105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微幅增加。

# 自付差額特材占率(各類別項目) 2/2

●計算方式：

➢ 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。

●監理重點：民眾自付差額趨勢。

●監測期程：每半年

●指標數值：

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	
103年	特殊功能 人工水晶體	32.3%	34.3%	1.7%	31.8%	36.8%	30.9%	37.6%
104年		34.5%						
105年		36.1%						
103年	特殊材質 人工髖關節 (陶瓷/金屬對金屬)	21.0%	22.2%	1.4%	20.1%	24.3%	19.4%	25.0%
104年		22.1%						
105年		23.4%						
103年	新增功能類別人工心律調節器	39.7%	44.9%	4.4%	38.3%	51.6%	36.1%	53.8%
104年		45.7%						
105年		49.6%						
103年	塗藥或特殊塗層血管支架	51.4%	54.7%	3.0%	50.2%	59.2%	48.7%	60.7%
104年		54.7%						
105年		57.9%						
103年	耐久性生物組織心臟瓣膜	13.4%	27.3%	12.3%	8.9%	45.8%	2.7%	51.9%
104年		32.3%						
105年		36.6%						
103年	義肢	1.6%	2.2%	0.6%	1.3%	3.0%	1.0%	3.3%
104年		2.2%						
105年		2.8%						
104年	調控式腦室腹腔引流系統	68.4%	69.0%	8.2%	56.7%	81.3%	52.7%	85.4%
105年		74.0%						
105年	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	20.2%	6.9%	12.4%	-11.8%	25.5%	-18.0%	31.8%

●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。



## 財務指標：6項

- 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 健保費成長率與GDP成長率比值
- 全民健保醫療支出占GDP比率
- 國民醫療保健支出占GDP比率
- 資金運用收益率



# 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

## ● 計算方式：

➢ (保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數)/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)

## ● 監理重點：收支餘絀預估之準確性

## ● 監測期程：每季

● 指標數值：**106年截至第1季底**：實際數結餘**15.22億元**；預估數結餘**12.53億元**；差異率**21.43%**

## ● 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(103至105年)資料計算：

年度	103年	104年	105年
差異率	103.27%	30.82%	-244.28%

➢ 政府應負擔健保總經費36%之計算方式，102、103及104年度政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之補列數分別為193億元、297億元及116億元，已回歸各該年度。

➢ 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%之差額等歷史經驗資料不足一年，若排除前揭因素之影響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%。

➢ 104年度及105年度主因實際眷屬人口較原參考國發會扶養比推估之預估數為低，相對被保險人增加，致保費收入增加，及補充保險費較預估數增加，加計兩項對政府應負擔法定36%影響，合計全年分別增加108億元及133億元，另105年保險成本較原預估增加36億元，若排除上開因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率分別為7.61%及41.83%。

減2個標準差	減1.5個標準差	103至105年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-336.16%	-261.30%	-36.73%	187.84%	262.69%

# 安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：依法以1~3個月為原則
- 監測期程：每季
- 指標數值：截至106年第1季底為5.18個月
- 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(103至105年)資料計算：

截至年度	103年底	104年底	105年底
約當月數	4.05個月	5.36個月	5.22個月

- 政府應負擔健保總經費36%之計算方式，102、103及104年度政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之補列數分別為193億元、297億元及116億元，已回歸各該年度。
- 自102年實施二代健保新制，加收補充保險費及提高政府負擔法定責任為36%，致健保安全準備總額折合保險給付支出月數逐年上升；另105年為自編決算數，一般及補充保險費費率調降，保險收支幾近平衡，醫療費用則因總額協商成長增加，致安全準備總額折合保險給付支出月數微幅下降。

減2個標準差	減1.5個標準差	103至105年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
3.71個月	4.00個月	4.88個月	5.76個月	6.05個月



# 健保費成長率與GDP成長率比值

## ● 計算方式：

➢ 分子：(本年保費收入 - 去年保費收入)/去年保費收入  
保費收入 = 保險費收入 + 保險費滯納金收入

➢ 分母：(本年GDP - 去年GDP)/去年GDP

## ● 監理重點：保費成長趨勢

## ● 監測期程：每年

## ● 指標數值：105年為-1.99

## ● 指標及指標值意義說明：

➢ GDP資料來源：行政院主計總處(106年2月15日更新)

➢ 以前3年(103年至105年)資料計算：

年度	103年	104年	105年
指標數值數	0.80	0.27	-1.99

減2個標準差	減1.5個標準差	103至105年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-2.73	-2.12	-0.31	1.51	2.11

➢ 政府應負擔健保總經費36%之計算方式，102、103及104年度政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之補列數分別為193億元、297億元及116億元，已回歸各該年度。

➢ 105年保費成長率與GDP成長率比值為-1.99，主要係105年一般保險費費率由4.91%調降為4.69%及補充保險費費率連動由2%調降為1.91%所致。

# 全民健保醫療支出占GDP比率

- 計算方式：全民健保醫療支出總額 / GDP×100
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 監測期程：每年
- 指標數值：

	全民健保醫療支出占GDP比率(%)
102年	3.60
103年	3.50
104年	3.49

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(106年4月28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比率近3年來維持在3%-4%之間

# 國民醫療保健支出占GDP比率

- 計算方式：國民醫療保健支出總額 / GDP × 100
- 監理重點：醫療保健支出水準 / 國際比較
- 監測期程：每年
- 指標數值：

	國民醫療保健支出占GDP比率(%)
102年	6.35
103年	6.22
104年	6.14

資料來源：衛生福利部統計處民國104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比率近3年來維持在6%-7%之間

# 資金運用收益率

- 計算方式：(全民健康保險資金運用收益/全民健康保險資金日平均營運量)
- 監理重點：監測保險資金運用之收益情形，以了解健保資金運用之成效
- 監測期程：每季
- 指標數值：106年截至第1季為0.54%
- 指標及指標值意義說明：

項目 \ 年度	103年	104年	105年	106年截至第1季
運用收益	496,949,893	1,018,740,256	1,021,598,475	290,951,079
日平均營運量	75,375,932,042	138,018,024,731	184,440,343,718	217,335,705,264
收益率	0.66%	0.74%	0.55%	0.54%
五大銀行一年期 大額定存平均利率	0.52%	0.48%	0.18%	0.18%
註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀				

減2個標準差	減1.5個標準差	103至105年 運用收益率 平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.50%	0.534%	0.65%	0.77%	0.80%

- 因全民健康保險資金係短期資金,故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準,103年至106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。



敬請指教