

107 年全民健康保險年度監測結果報告

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 108 年 8 月

目 錄

壹、摘要	1
貳、前言	4
參、監理指標之意涵與監測結果.....	12
一、效率構面	12
指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級).....	12
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).....	14
指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數.....	17
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率.....	20
指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率.....	21
指標 1.6 藥品費用占率.....	22
指標 1.7 健保專案計畫之執行成效.....	25
二、醫療品質構面.....	27
指標 2.1 手術傷口感染率.....	27
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率.....	28
指標 2.3 照護連續性.....	29
指標 2.4 護理人力指標 - 急性病房全日平均護病比占率分布.....	30
三、效果構面	32
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門).....	32
指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率.....	33
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率.....	34
四、資源配置構面.....	35
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).....	35
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).....	37
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	38
五、財務構面	41
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率.....	41
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	43
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	45
指標 5.4 資金運用收益率.....	46
指標 5.5 保費收繳率.....	47
指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率.....	48
肆、監理指標監測結果報表(103 年起)	49
伍、參考資料	51
附錄一、專家書面審查意見、健保署說明及幕僚研析意見	51
附錄二、監理指標歷史資料報表(97~102 年).....	61
附錄三、監理指標之操作型定義	63

壹、摘要

為確保全民健康保險基金能在兼顧財務穩定、資源公平分配下，有效運用於維護被保險人健康權益，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」，分成「效率」、「醫療品質」、「效果」、「資源配置」及「財務」5 大構面，共 23 項指標，由健保署定期提報監測結果，本會已完成「107 年全民健康保險年度監測結果報告」，就 107 年之監測結果，多數指標呈穩定趨勢，且指標表現良好呈逐年改善趨勢；少數指標趨勢值得關切，本會將持續監測，重點摘要如下：

一、效率構面：

- (一)指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」，癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率，103~106 年分別為 49%、56%、59% 至 61%，呈逐年穩定上升；死亡前 6 個月已接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低(106 年接受安寧者 37.8 萬點，未接受安寧者 41.6 萬點)。
- (二)指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，105~107 年區域級以上層級之初級門診照護率均呈現下降之趨勢(105~107 年分別為 19.74%、18.10%、17.64%)，符合分級醫療之政策方向。
- (三)指標「1.6 藥品費用占率」，105 年上半年~107 年下半年藥品費用占率維持在 25%~26% 之間，107 年上半年是歷次資料中最高者，可能係為 C 肝新藥、治療 HIV 藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費明顯成長所致。藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由 106~107 年資料顯示，藥品費用超過目標總額之百分率自 4.9% 下降至 3.7%，主要因藥費成長率下降的影響。

二、醫療品質構面：

- (一)指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」，自 105~107 年由 43.4% 增加至 48.9%，其中以區域醫院之照護率最高為 56.6%，符合政策目標，強化糖尿病病人之照護品質，逐年提升。
- (二)指標「2.4 護理人力指標平均護病比占率分布」，為鼓勵醫院重視護

理照護，提升住院病人醫療照護品質，推動護病比與健保支付連動，106、107 年間加成級距由 3 級調整為 5 級，107 年加成率調整為 3%~14%，107 年 12 月 1 日起加成率調整為 2%~20%。105~107 年資料顯示，3 層級醫院之全日平均護病比均有改善，符合朝改善護理人力不足，提升護理人員勞動條件的政策方向。其中，醫學中心全日平均護病比「小於 9」之月份占率逐年增加，105 年起已達 100%，護病比「小於 8」之月份占率亦從 67% 提升至 89%；區域醫院「小於 12」之月份占率從 96% 提升至 99.3%；地區醫院「小於 15」之月份占 92.4%。另衛福部自 108 年 2 月 1 日修訂「醫療機構設置標準」第 12 條之 1，並自 5 月 1 日施行，已將護病比納入規定，明確規範醫院護產人員與住院病人之照護比例，以維護病人安全與提升醫療品質。

三、效果構面

- (一)指標「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」，105~106 年的糖尿病病人住院率皆有隨年齡層遞增而成長，以 75 歲以上年齡層最高，分別為 0.52% 及 0.53%，整體而言，2 年均為 0.13%。本項係新增指標，僅 2 年資料，尚無法看出明顯變化。
- (二)指標「3.3 出院後 3 日內再急診比率」，105~107 年資料顯示，Tw-DRGs 案件之 3 日內再急診率較一般出院案件低(107 年 Tw-DRGs 案件 1.96%，一般出院案件 3.82%)，3 年間趨勢尚屬平穩，仍應持續監控。

四、資源配置構面

- (一)指標「4.1 醫師人力比值(以鄉鎮市區發展程度最高及最低兩組進行比較)」：105 年至 107 年的比值由 7.70 提高到 8.00(比值越大代表醫師人力城鄉分布差異越大)，宜持續監測醫師人力城鄉分布之情形。
- (二)指標「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，104~107 年資料顯示，民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形(分別為 0.0356%、0.0370%、0.0402%、0.0417%)，顯示民眾選擇使用健保自

付差額項目，有逐步增加的情形。其中「調控式腦室腹腔引流系統」占率超過7成，「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組」始納入健保，占率即近9成。委員對於占率較高品項，建議健保署應優先檢討納入健保全額給付之可行性。

五、財務構面

(一)指標「5.5 保費收繳率」，105~107年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第6類收繳率在84%與87%之間外，餘第1類至第3類收繳率均高於99%，各類收繳率逐年微幅下降，主要原因包括：欠費移送案件執行時間增長、投保單位欠費雖已取得債權憑證，但仍須依據健保法38條向負責人求償及107年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較106年度減少6.6億元等，宜持續監測。

(二)指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，105、106年呆帳提列數與保費收入數比率均接近1.11%，107年提高至1.22%，分析原因為菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較106年度減少6.6億元所致，宜持續監測。

各項指標目前以觀察趨勢變化為主，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。

貳、前言

本報告之監理架構與指標，係以 102 年委託學界所辦「建立全民健保重要業務監理指標」研究之計畫成果為藍圖，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 月份委員會議討論通過，其中包括：效率、醫療品質、效果、公平及財務等 5 大構面，內含 27 項指標，作為每年全民健保業務監理之依據，要求健保署定期提報相關監測結果，於每年 6、12 月委員會議進行專案報告，並於每年 6 月份前，由本會彙整研析前一年度全民健康保險年度監測結果報告，以利健保業務之監理及健保政策建言之提出。

基於監理指標仍有持續精進之必要，健保會於 105 年 8 月份委員會議 (105.8.26) 決議，就監理指標之增修進行整體檢討，相關過程及結果如下：

- 一、106 年度委託臺北醫學大學辦理「建立監理指標與健保效能之關連性評析計畫」
- 二、召開「全民健康保險業務監理指標修訂及相關年度重要工作專家學者諮詢會議」

本會於 107 年 6 月 6 日召開專家學者諮詢會議，就幕僚研提之全民健保業務監理指標修正草案進行討論，會中建議指標修訂方向應考量下列原則：

- (一) 監理重點應符合政策需要，釐清指標所代表的政策意義，指標項目數宜小而美，並思考如何進一步應用監測數據。
- (二) 檢視現行指標是否不合時宜、無法發揮監理重點或窒礙難行。
- (三) 指標應能在健保會權責範圍下發揮監理功能。
- (四) 「公平」構面指的是不同條件族群就醫機會的平等，目前提出的監測指標僅呈現資源的「不均度」，建議將此構面名稱修正為「資源配置」構面。
- (五) 部分指標監測結果常受年齡、人口結構等因素影響，倘若未進行校正，應予註記。

三、幕僚參考專家學者建議，研擬修正草案提 107 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會議(107.6.22)、107 年第 6 次委員會議討論通過(107.7.27)，現行 27 項指標中，修正後仍維持五大構面(效率、醫療品質、效果、資源配置、財務)，修正 5 項，刪除 9 項、維持 13 項，新增「健保專案計畫之執行成效」、「糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」、「出院後 3 日內再急診比率」、「保費收繳率」、「呆帳提列數與保費收入數之比率」等 5 項，共 23 項指標。

四、本次修正案經委員會議通過後，請健保署自 108 年起提報，為進一步解析監測報告並充實本報告內容，特別請 2 位專家學者協助進行書面審查，專家對其中 16 項指標提出相當寶貴建議，有關個別指標建議，送請健保署再補充說明或未來提出成果報告時參考；涉及執行面建議，則請健保署持續關切；對指標之修正建議，則納入未來指標研修參考。本報告內容包括三部分：

(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

1.附錄一：專家書面審查意見、健保署說明及幕僚研析意見。

2.附錄二：指標建置前 6 年(97~102 年)之歷史資料報表，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)。

3.附錄三：各指標之操作型定義。

全民健康保險業務監理架構與指標

附表

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

第 3 屆 107 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會議(107.6.22)、第 6 次委員會議(107.7.27)修正通過

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：有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間(如 1 個月)，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，及「每人平均前 5 項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」。	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 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	
	1.5 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
	1.6 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 3.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.增列之資料：藥品費用超過或未達目標總額之百分率 計算公式： 分子：(本年藥品費用發生數-目標總額數)×100% 分母：藥品目標總額數 新藥(如C肝新藥)獨立管控，得不列入計算	藥品使用情形
	1.7 健保專案計畫之執行成效	年	1.計算公式： (1)本年度進場、退場之專案計畫占率： 分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數 分母：本年度進行之專案計畫總數 (2)專案計畫之KPI達成率： 各部門擇一計畫，計算 KPI(含經費)達成率 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	監理健保各專案執行之效率

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(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 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
	2.3 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
	2.4 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

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(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	民眾就醫結果感受
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	年	分子：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件 分母：15歲以上人口(每十萬人口)	糖尿病初級照護之情形
	3.3 出院後3日內再急診比率	年	1.計算公式： 分子：分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案件數(跨院) 分母：出院案件數 2.結果呈現：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件	監測住院治療出院後之照護品質
(四) 資源配置	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	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 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	人力供給之公平性

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四) 資源配置	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	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	醫療利用之公平性
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	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	民眾自付醫材差額之升降趨勢
(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	1.計算公式： 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 2.增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	1.計算公式： 分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 2.結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額	健保支出成長趨勢

構 面	監理指標	提報 時程	計算方式	監理重點
(五) 財務	5.4 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
	5.5 保費收繳率	年	1.計算公式： 分子：最近 5 年投保單位及保險對象 一般保費實收數 分母：最近 5 年投保單位及保險對象 一般保費應收數 2.結果呈現：分整體，第一、二、三、六 類保險對象	監理保費收繳 之情形
	5.6 呆帳提列數與保 費收入數之比 率	年	分子：投保單位及保險對象本年度之呆 帳提列數 分母：投保單位及保險對象本年度一般 保費收入數	監理呆帳提列 情形

參、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呈現各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料。

5. 監測結果分析：

105-107 年急性病床平均住院天數

單位：日/件

層級\年度	105 年		106 年		107 年	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
醫院	7.54	9.33	7.47	9.23	7.45	9.22
醫學中心	7.60	9.43	7.50	9.21	7.43	9.22
區域醫院	7.22	8.65	7.16	8.66	7.17	8.67
地區醫院	8.28	10.81	8.24	10.63	8.26	10.51

資料來源：健保署

105-107 年急性病床住院天數

單位:日/件

層級\年度	105 年		106 年		107 年	
	最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值
醫院	243	1	280	1	531	1
醫學中心	243	1	280	1	239	1
區域醫院	241	1	185	1	143	1
地區醫院	218	1	274	1	531	1

資料來源：健保署

6.近 3 年指標值意義說明：

(1)105 年~107 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.54、7.47、7.45 天，呈現下降趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.28、8.24、8.26 天。

(2)地區醫院最大值為 531 天，主要為醫院申報一筆呼吸照護之費用。

7.國際比較：

台灣的平均住院日與其他國家比較，比挪威、瑞典、澳大利亞高，但低於鄰近的日本、韓國。

單位:日/件

國家	西元年	2013	2014	2015	2016	2017
	澳大利亞		5.5	5.5	5.5	5.6
法國		10.1	10.1	10.0	9.9	-
德國		9.1	9.0	9.0	8.9	8.9
挪威		6.1	6.0	6.7	6.9	6.5
瑞典		5.8	5.8	5.9	5.8	5.7
美國		6.1	6.1	6.1	6.1	-
日本		30.6	29.9	29.1	28.5	28.2
韓國		16.5	17.0	17.9	17.4	18.5
台灣 (全民健保)		9.2	8.9	8.8	8.7	8.7

資料來源：各國：OECD iLibrary 統計資料庫(2019/07/10 擷取)。台灣：醫療機構現況及醫院醫療服務量統計(106 年度)。

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呈現檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料。

5. 監測結果分析：

105-107 年急診留置超過 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(%)
105 年	7,422,106	198,753	2.68
106 年	7,045,957	193,651	2.75
107 年	7,155,606	194,072	2.71

資料來源：健保署

105-107 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別)

層級別	年度別	急診總件數	急診留置超過 24 小時之件數	
		值	值	占率(%)
醫學中心	105 年	1,995,803	130,983	6.56
	106 年	1,895,945	128,953	6.80
	107 年	1,887,339	128,822	6.83
區域醫院	105 年	3,831,835	56,530	1.48
	106 年	3,597,878	52,630	1.46
	107 年	3,629,155	54,885	1.51
地區醫院	105 年	1,594,468	11,240	0.70
	106 年	1,552,134	12,068	0.78
	107 年	1,606,144	10,300	0.64

資料來源：健保署

105-107 年急診留置超過 24 小時比率(檢傷分類)統計表

單位:%

年度別	1 級	2 級	3 級
105 年	7.88	6.73	2.50
106 年	7.33	6.87	2.53
107 年	8.58	7.37	2.57

資料來源：健保署

105-107 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)統計表

單位:%

層級別	年度別	1 級	2 級	3 級
醫學中心	105 年	13.15	11.76	5.81
	106 年	11.55	12.33	6.01
	107 年	13.41	12.04	6.00
區域醫院	105 年	5.08	3.35	1.33
	106 年	5.22	3.21	1.30
	107 年	5.74	3.38	1.30
地區醫院	105 年	2.00	1.88	0.57
	106 年	1.84	2.10	0.66
	107 年	1.76	1.88	0.59

資料來源：健保署

6.近 3 年指標值意義說明：

- (1)107 年整體急診留置超過 24 小時件數比率較 106 年下降約 0.04 個百分點，其中主要來自地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率之下降(下降 0.14 個百分點)。
- (2)107 年醫學中心檢傷第二級及第三級急診留置超過 24 小時比率均已稍有下降，後續趨勢尚待觀察。

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呈現有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間(如 1 個月)，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，及「每人平均前 5 項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」。

5. 監測結果分析：

近 4 年癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率

度	癌症死亡人數	癌症病人死亡前一年內有申報安寧費用者	
	值 (人)	值 (人)	比率 (%)
103 年	46,095	22,566	49
104 年	46,829	26,035	56
105 年	47,760	28,048	59
106 年	48,037	29,278	61

近 3 年因癌症死亡病人死亡前 6 個月醫療概況

死亡年	死前 6 個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者之醫療 (點/人)
	安寧費用 (點/人)	非安寧費用 (點/人)	合計 (點/人)	
104 年	67,785	288,109	355,894	387,810
105 年	66,213	310,530	376,743	411,637
106 年	68,940	309,150	378,090	415,596

註：

- (1)死前 6 個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護 6 個月以上者，排除小於 6 個月內始接受安寧療護者。
- (2)死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行 Propensity Score 配對，樣本數為 1:2。

每人平均醫療費用前 5 項最高之診療類別(排除基本診療)

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費	117,311	藥費	132,650
診療費	44,697	診療費	54,717
治療處置費	28,297	檢查費	30,055
放射線診療費	18,205	放射線診療費	27,116
檢查費	17,813	治療處置費	23,090

6.近 3 年指標值意義說明：

- (1)癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率逐年穩定上升。
- (2)臨床專家認為影響醫療費用較多的定義，為其接受安寧的起始時間，而非照護期間，故愈早介入愈好。因疾病過程隨時間進展，即使接受安寧療護時間相同，對醫療費用影響恐差異甚大。故有關依接受安寧照護期間，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，係以癌症死亡病人生前 6 個月中，至少接受安寧療護 6 個月以上(不足 6 個月之個案均不計)與未接受安寧者配對比較分析，癌末病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用，死前 6 個月已接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低(106 年接受安寧者 37.8 萬，未接受安寧者 41.6 萬)。

(3)排除基本診療費用後(含安寧費用)，曾接受或未接受安寧療護者之前 5 項醫療費用最高之診療類別均為藥費、診療費、治療處置費、放射線診療費、檢查費。其中曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘類別費用均低於未接受者。

指標 1.4 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。

4. 監測結果分析：

105-107 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	
105 年	15.40	22.90	36.71	24.00	19.74
106 年	13.90	21.15	35.69	22.93	18.10
107 年	14.14	20.19	35.12	22.54	17.64

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

105 年~107 年醫院層級初級門診照護率分別為 24%、22.93%、22.54%，呈現下降之趨勢；其中區域級以上層級初級門診照護率分別為 19.74%、18.10%、17.64%。

指標 1.5 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

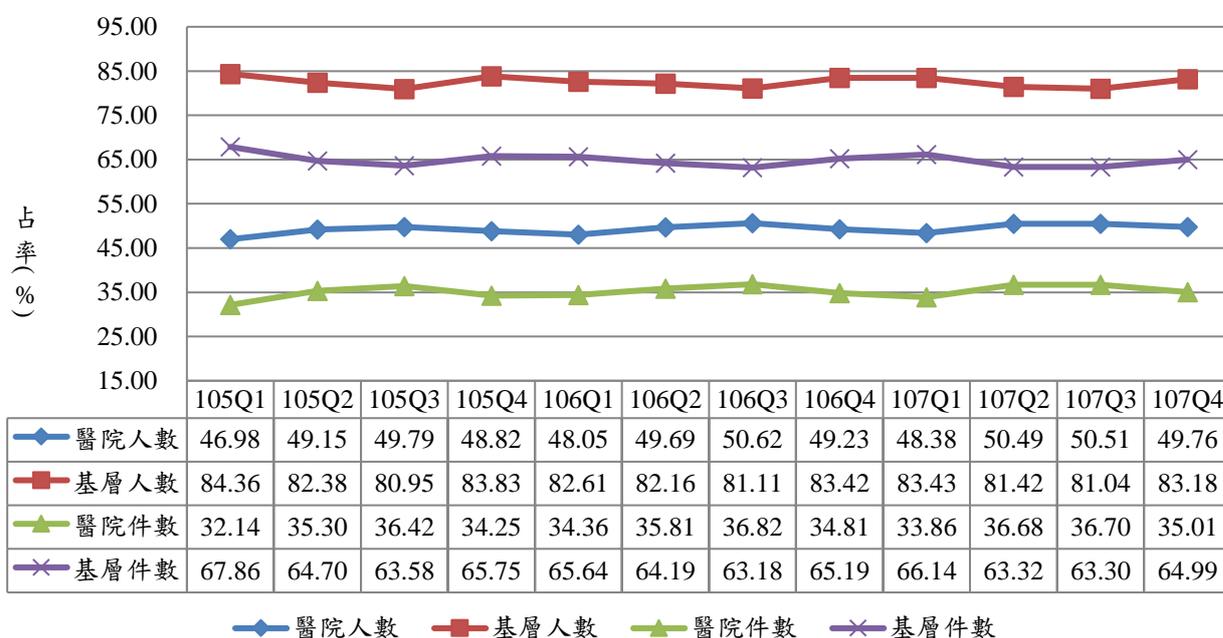
② 件數占率：

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

5. 近 3 年指標值意義說明：

觀察醫院及西醫基層總額間醫療服務消長情形，107 年第 4 季基層就醫病人占率為 83.18%，醫院為 49.76%；基層件數占率 64.99%，醫院則為 35.01%，呈現穩定趨勢。

指標 1.6 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：

① 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

醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

② 藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

分子： $(\text{本年藥品費用發生數} - \text{目標總額數}) \times 100\%$

分母：藥品目標總額數

新藥(如 C 肝新藥)獨立管控，得不列入計算

4. 監測結果分析：

(1) 藥品費用佔率：

層級別	費用年	占率	平均值*	標準差*	單位:%	
					平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2.0*標準差
整體	105 年上半年	25.93	26.09	0.39	25.51~26.68	25.31~26.87
	105 年下半年	25.54				
	106 年上半年	26.29				
	106 年下半年	26.07				
	107 年上半年	26.71				
	107 年下半年	26.01				
醫學中心	105 年上半年	34.55	34.94	0.56	34.10~35.78	33.82~36.06
	105 年下半年	34.13				
	106 年上半年	35.34				
	106 年下半年	35.01				
	107 年上半年	35.71				
	107 年下半年	34.87				
區域醫院	105 年上半年	27.16	27.69	0.64	26.74~28.65	26.42~28.97
	105 年下半年	26.82				
	106 年上半年	27.89				
	106 年下半年	27.77				
	107 年上半年	28.65				
	107 年下半年	27.88				
地區醫院	105 年上半年	20.27	20.48	0.50	19.73~21.23	19.48~21.48
	105 年下半年	19.87				
	106 年上半年	20.48				
	106 年下半年	20.23				
	107 年上半年	21.33				
	107 年下半年	20.71				
基層院所	105 年上半年	18.49	17.95	0.34	17.44~18.46	17.27~18.63
	105 年下半年	17.90				
	106 年上半年	17.97				
	106 年下半年	17.54				
	107 年上半年	18.12				
	107 年下半年	17.65				

註:107 年第 2 季開始價量協議(PVA)回收金額已回歸總額,故藥費部分已扣除。

(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

自 106 年起計算之費用始排除愛滋、C 肝、血友病及罕病等四類藥品費用，故僅提供 106-107 年資料。

配合 DET 辦理之藥價調整	106 年 (第 5 年) (107 年調整)	107 年 (第 6 年) (108 年調整)
DET 成長率(%)	4.28	3.21
目標值(億元)	1511.0	1559.5
核付金額(億元)	1594.4	1631.9
價量協議(PVA)回收金額(億元)	9.58	14.1
超出額度調整額度(億元，%)	73.82(4.6)	58.3(3.5)
藥品費用超過目標總額之百分率(%)	4.9	3.7

註：106 年基期值以 105 年 DET 目標值 (1548.2 億元) 為基期，並排除愛滋、C 肝、血友病及罕病等四類藥品費用之 105 年實際核付藥費，校正基期值為 1,449 億元，106 年起，超出及調整金額為核付金額扣減藥費目標值，再扣減價量協議 (PVA) 回收金額。106 年 PVA 回收金額為 9.58 億元；107 年扣減 PVA 回收金額為 14.1 億元。

5.近 3 年指標值意義說明：

(1)在藥品費用佔率部分，整體而言 105 年上半年到 107 年下半年藥品費用占率維持在 25%~26%之間，107 年上半年是歷次資料中最高者，惟其數值仍在歷年平均值 ± 2 *標準差範圍內。造成此現象之原因可能係為 C 肝新藥、治療 HIV 藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費明顯成長所致。然，本署透過藥費總額支出目標制之實施，藉由調整藥品價格以控管整體藥費支出，並將價量協議(PVA)回收金額回歸總額以期藥費占率可維持在一定範圍之內。

(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由 106 年至 107 年資料顯示，藥品費用超過目標總額之百分率自 4.9%下降至 3.7%，主要因藥費成長率下降的影響(自 7.8%下降為 6.5%)。

指標 1.7 健保專案計畫之執行成效

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理健保各專案執行之效率。

(2) 意義：健保總額有各項專案，許多專案試辦多年，未能適時退場或轉入常態支付項目，且專案數目有逐漸增加之趨勢，有必要監理及提升各專案執行之效率。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 本年度進場、退場之專案計畫占率：

分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數

分母：本年度進行之專案計畫總數

② 專案計畫之 KPI 達成率：

分子：各部門擇一計畫，KPI 達成數

分母：各部門擇一計畫，KPI 總數

(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：

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
進場、退場 專案計畫占率	1/13	0/10	1/7	0/4
專款計畫 預算執行率	69%	31%	61%	63%

註：本項 107 年專款計畫預算執行率，係統計至 107 年第 3 季。

5. 107 年指標值意義說明：

(1) 本項屬 107 年新增項目，故統計 107 年度各總額專款項目之專案計畫數(如下表)，醫院 107 年進場之計畫為「提升醫院用藥安全與品質方案」，中醫為「中醫急症處置計畫」。

(2) 考量前述總額部門各項專款預算之特殊性(如：為提升可近性、品質、偏遠、弱勢…)，先以整體預算執行率進行監測，更為重要且具可比性，各項專案計畫部分，將配合評核會書面報告所需，就各項專案報告分別填報關鍵指標 3 項。

(3) 107 年各總額部門之專案計畫預算執行率：截至 107 年第 3 季結算，醫院、中醫、牙醫總額部門均超過 60%，西醫基層部門因 107 年「家庭醫師整合性照護計畫」全年預算為 24.3 億元，其中於支應個案管理費 5.25 億元，績效獎勵費用將於結算 107 年第 4 季辦理，致專款計畫預算執行率較低。

107 年專款項下專案計畫及其執行 107Q1~107Q3 預算執行率

序號 專款項目(計畫或方案)	健保專案項目			
	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
1 各總額品質保證保留款	V	V	V	V
2 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	V	V		
糖尿病(支付標準)	-	-		
3 氣喘醫療給付改善方案	V	V		
4 乳癌醫療給付改善方案	V	-		
5 思覺失調症醫療給付改善方案	V	V		
6 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤	V	V		
7 早期療育門診醫療給付改善方案	V	V		
8 孕產婦全程照護給付改善方案	V	V		
9 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	V	V		
10 提升醫院用藥安全與品質方案(107 年新增)	V			
初期慢性腎臟病(支付標準)	-			
11 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫				
12 各總額醫療資源不足地區改善方案	V	V	V	V
醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	V			
13 急診品質提升方案	V			
14 家庭醫師整合性照護計畫		V		
15 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫			V	
16 中醫提升孕產照護品質計畫			V	
17 中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫			V	
18 中醫癌症患者加強照護整合方案			V	
19 中醫急症處置計畫(107 年新增)			V	
20 牙醫門診特殊醫療服務計畫				V
21 牙周病統合照護計畫				V
當年度專案計畫總數	13	10	7	4
當年度新增專案計畫	1		1	
各總額部門專款計畫預算執行率	69%	31%	61%	63%

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 P56 指標定義)

分母：所有住院手術病人數

4. 監測結果分析：

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 (%)
103 年上半年	6,063	491,854	1.23	0.58	1.38	0.00~2.65	0.00~3.34
103 年下半年	7,049	535,315	1.32	1.18	6.87	0.00~11.49	0.00~14.92
104 年上半年	6,571	503,243	1.31	0.63	1.44	0.00~2.79	0.00~3.51
104 年下半年	6,857	540,961	1.27	0.65	2.56	0.00~4.49	0.00~5.77
105 年上半年	5,981	504,343	1.19	0.55	1.20	0.00~2.35	0.00~2.95
105 年下半年	6,679	544,031	1.23	0.89	4.88	0.00~8.21	0.00~10.65
106 年上半年	5,919	514,100	1.15	0.57	1.33	0.00~2.57	0.00~3.23
106 年下半年	6,582	555,310	1.19	0.54	1.11	0.00~2.21	0.00~2.76
107 年上半年	5,886	522,929	1.13	0.79	4.75	0.00~7.91	0.00~10.29
107 年下半年	6,252	555,332	1.13	0.68	2.5%	0.00~4.49	0.00~5.76

5. 近 3 年指標值意義說明：

(1) 106 年下半年起，呈現逐漸下降趨勢，且 107 年較 106 年略為降低，長期而言呈現平穩趨勢。

(2) 另 103 年下半年、105 年下半年及 107 年上半年標準差較大之原因，查係少數院所指標值為 100% (分母個案數僅為 1)，極端值(100%)是造成標準差變大之原因。

指標 2.2 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：

105-107 年糖尿病品質支付服務之照護率

單位：%

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
105 年	39.0	52.6	46.1	29.0	43.4
106 年	45.3	56.6	51.3	32.4	47.9
107 年	52.1	58.2	51.9	36.5	48.9

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

全國糖尿病品質支付服務之照護率從 105 年 43.4%，增加至 107 年 48.9%。各層級之糖尿病照護率亦從 105 年 29.0%~39.0%，增加至 107 年 36.5%~58.2%，其中以區域醫院之照護率最高。

指標 2.3 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	105 年	106 年	107 年
平均每人門診 照護連續性	0.397	0.401	0.401

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

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 1，107 年平均每人照護連續性為 0.401，與 106 年相當。

指標 2.4 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：

105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	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%
不適用 ^{註(3)}		0%		0%		6%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

106 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	83.3%	<11.0	88.6%	<14.0	92.2%
10%	8.0-8.4	15.4%	11.0-11.4	5.5%	14.0-14.4	0.9%
9%	8.5-8.9	1.3%	11.5-11.9	4.6%	14.5-14.9	0.9%
無	≥9.0	0%	≥12.0	1.3%	≥15.0	0.6%
不適用 ^{註(3)}		0%		0%		5.3%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

107 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	
1-11 月	12 月	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)
14%	20%	<7.0	18.9%	<10.0	67.2%	<13.0	87.4%
12%	17%	7.0-7.4	30.4%	10.0-10.4	15.9%	13.0-13.4	1.4%
9%	14%	7.5-7.9	39.7%	10.5-10.9	7.4%	13.5-13.9	1.3%
6%	5%	8.0-8.4	10.6%	11.0-11.4	3.7%	14.0-14.4	1.0%
3%	2%	8.5-8.9	0.3%	11.5-11.9	5.0%	14.5-14.9	0.7%
無		>8.9	0%	>11.9	0.7%	>14.9	0.5%
不適用 ^{註(3)}					0%		7.6%
		小計	100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：健保署

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)「不適用」係表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

5.近 3 年指標值意義說明：

107 年全年度醫院各月填報醫院，醫學中心全日平均護病比小於 9 之月份占該層級總填報月份之 100%，區域醫院小於 12 之月份占 99.3%，地區醫院小於 15 之月份占 92.4%。

三、效果構面

指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)

1. 指標意涵

(1) 監理重點：民眾就醫結果感受。

(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	單位:%			
	104 年	105 年	106 年	107 年
醫院	88.9	87.0	96.5	97.6
西醫基層	90.9	94.3	98.9	98.7
牙醫門診	93.8	93.3	94.3	96.8
中醫門診	90.4	88.9	95.9	97.7

資料來源：健保署

◎ 指標及指標值意義說明：

本項指標 105 年(含)以前指標名稱為「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」，每年調查民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度；106 年起考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，原測量醫療環境、醫師態度、治療結果及整體滿意度部分予以精簡，只保留治療結果滿意度，指標名稱已修正為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：糖尿病初級照護之情形。

(2) 意義：提升初級照護品質，有助於降低民眾住院率，節省醫療費用。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

分子：15 歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件

分母：15 歲以上人口(每十萬人口)

4. 監測結果分析：

	單位:%	
年齡層	105 年	106 年
15-24	0.02	0.02
25-34	0.03	0.03
35-44	0.06	0.06
45-54	0.10	0.10
55-64	0.16	0.16
65-74	0.29	0.31
75~	0.52	0.53
整體	0.13	0.13

註：本項分母須配合保險對象資料來源，故提供 105-106 年資料。

5. 近 3 年指標值意義說明：

(1) 105-106 年的糖尿病病人住院率皆有隨年齡層遞增而成長，以 75 歲以上年齡層最高，分別為 0.52% 及 0.53%。另此 2 年的糖尿病病人住院率未有明顯變化。

(2) 該指標分母為 15 歲以上投保人數，因民眾自由就醫，同一人可能於各層級分別就醫而重複列算，本項指標不適合依層級別分列。

指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監測住院治療出院後之照護品質。

(2) 意義：DRGs 為重要政策，監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否為節省成本，過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：分母出院案件中，距離出院日 0 日至 3 日內，再次急診的
案件數(跨院)

分母：出院案件數

(2) 結果呈現：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件

4. 監測結果分析：

單位:%

年度別	Tw-DRGs 案件		一般案件	
	3 日內再急診率	成長百分點	3 日內再急診率	成長百分點
105 年	2.00		4.04	
106 年	1.91	-0.09	3.90	-0.14
107 年	1.96	0.05	3.82	-0.08

5. 近 3 年指標值意義說明：

(1) Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 105 年之 2.00% 下降至 107 之 1.96%，減少 0.04 個百分點。

(2) 一般案件：3 日內再急診率由 105 年之 4.04% 下降至 107 之 3.82%，減少 0.22 個百分點。

四、資源配置構面

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呈現最高、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	中醫	牙醫
105	7.70	73.53	2.16	9.81	11.91
106	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65

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）。

註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。

註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)
單位：‰

年度	總計		醫院		西醫基層		中醫		牙醫	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
105	37.3	4.8	17.4	0.2	7.6	3.5	3.4	0.3	8.9	0.7
106	38.3	4.8	18.0	0.2	7.7	3.5	3.5	0.4	9.1	0.7
107	39.4	4.9	18.5	0.2	7.9	3.6	3.6	0.4	9.4	0.7

6. 近3年指標值意義說明：

(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)：107年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、牙醫比值較106年增加，醫院、中醫比值較106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)：107年觀察各部門最高組醫師數：醫院、西醫基層、中醫、牙醫之每萬人口醫師數較106年增加；最低組醫師數：西醫基層之每萬人口醫師數較106年增加，醫院、中醫、牙醫持平。

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
		105 年	一般地區	53.90	82.87
	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
106 年	一般地區	52.26	80.16	45.55	26.13
	醫療資源不足地區	56.68	82.40	32.14	16.18
	山地離島地區	58.66	84.33	41.40	22.82
107 年	一般地區	53.75	81.92	46.82	26.58
	醫療資源不足地區	57.37	82.83	32.20	19.81
	山地離島地區	60.22	86.21	41.92	23.27

5. 近 3 年指標值意義說明：

107 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異，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 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：

費用年	占率	平均值* 標準差*		單位:%	
		平均值 ±1.5*標準差	標準差*	平均值 ±2.0*標準差	標準差
104 年	0.0356				
105 年	0.0370	0.0314	0.0065	0.0216~0.0411	0.0184~0.0444
106 年	0.0402				
107 年	0.0417				

資料來源：健保署

(2) 各類別項目：

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	單位:%			
					平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2.0*標準差		
義肢	104年	2.0	2.1	1.2	0.3	3.9	-0.3	4.5
	105年	2.8						
	106年	2.3						
	107年	4.9						
新增功能類別人工 心律調節器	104年	45.7	38.4	9.0	24.9	51.9	20.5	56.4
	105年	49.6						
	106年	50.9						
	107年	51.4						
塗藥或特殊塗層血 管支架	104年	54.7	49.1	9.5	34.8	63.3	30.1	68.0
	105年	58.0						
	106年	61.3						
	107年	64.0						
特殊材質 人工髖關節 (陶瓷/金屬對金屬)	104年	22.1	20.7	3.3	15.7	25.7	14.1	27.4
	105年	23.4						
	106年	25.8						
	107年	26.4						
特殊功能 人工水晶體	104年	33.9	30.0	5.2	22.3	37.8	19.7	40.4
	105年	35.3						
	106年	36.7						
	107年	37.3						
耐久性生物組織心 臟瓣膜	104年	32.4	35.0	7.4	23.9	46.1	20.2	49.8
	105年	36.7						
	106年	41.9						
	107年	41.9						
調控式腦室腹腔引 流系統	104年	68.2	74.5	4.3	68.0	81.1	65.9	83.2
	105年	73.7						
	106年	76.1						
	107年	80.2						
治療淺股動脈狹窄 之塗藥裝置	105年	30.5	35.2	3.5	30.0	40.4	28.3	42.1
	106年	38.6						
	107年	36.5						
客製化電腦輔助型 顱顏骨固定系統組*	106年	89.5	88.9	0.6	88.0	89.8	87.7	90.1
	107年	88.3						
治療心房顫動之冷 凍消融導管	106年	14.6	15.9	1.3	13.9	17.8	13.2	18.5
	107年	17.2						
伽碼加長骨髓內釘	107年	31.8	-	-	-	-	-	-

備註：健保署 107 年 11 月 12 日公告將「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」納為健保全額給付之特殊材料品項，並自 107 年 12 月 1 日生效。

資料來源：健保署

平均值*：104~107 年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值(如於收載首年 6 月始能申報，則以 6-12 月當作全年占率)。

標準差*：104~107 年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差(如於收載首年 6 月始能申報，則以 6~12 月當作全年占率)

5.近 3 年指標值意義說明：

104 年為 0.0356%，105 年為 0.0370%，106 年為 0.0402%，107 年為 0.0417%，平均占率為 0.0314%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形。

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：

105-107 年保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

年度	105 年	106 年	107 年
實際數(億元)	69.56	-98.40	-249.91
預估數(億元)	-48.08	-163.59	-251.06
差異率(%)	-244.66	-39.85	-0.46

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

(1) 106 年以前為審定決算數，107 年為自編決算數。102 年實施二代健保新制，提高政府負擔法定責任為 36%，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。

(2) 105 年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，合計全年增加 133 億元，另 105 年保險成本較原預估增加 36 億元，若排除前揭因素之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 42.20%。

(3)106 年因保險成本實際數較預估數為低，主要係總額部門專款及其他部門結餘 70 億元，若排除前揭因素之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 5.13%。

以前 3 年(105 年至 107 年)資料計算

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
-309.09	-255.56	-94.99	65.58	119.10

資料來源：健保署

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及較前一年度增減數。

(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

(1) 計算公式：

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

(2) 增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數

4. 監測結果分析：

105-107 年安全準備總額折合保險給付支出月數及較前一年度增減數

截至年度	105 年底	106 年底	107 年底
折合月數(月)	5.22	4.75	4.04
增減數(億元)	70	-98	-250

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

(1) 106 年以前為審定決算數，107 年為自編決算數。102 年實施二代健保新制，提高政府負擔法定責任為 36%，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。

(2) 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%，當年保險收支結餘 70 億元，幾近平衡，而醫療費用則因總額協商成長增加，105 年至 107 年總額成長率分別為 4.912%、5.642% 及 4.711%，致安全準備總額折合保險給

付支出月數逐年下降。

以前3年(105年至107年)資料計算

單位:月

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
3.70	3.94	4.67	5.40	5.65

資料來源：健保署

指標 5.3 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

(1) 計算公式：

分子：全民健保醫療支出總額

分母：GDP

(2) 結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額

4. 監測結果分析：

單位：%

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占 GDP 比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占 GDP 比率
104 年	3.49	3.26
105 年	3.57	3.34
106 年	3.70	3.47

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(108 年 2 月 13 日更新資料)。

5. 近 3 年指標值意義說明：

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 5.4 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：

項目	105 年	106 年	107 年
運用收益(元)	1,021,598,475	1,201,979,533	1,246,761,259
日平均營運量(元)	184,440,343,718	205,665,559,606	199,617,164,341
收益率(%)	0.55	0.58	0.63
五大銀行一年期 大額定存平均利率(%)	0.18	0.18	0.18

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

健保資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準。近年台灣央行均未調整利率，故 105 年至 107 年五大銀行一年期大額定存平均利率均維持為 0.18%，而健保資金運用收益率分別為 0.55%、0.58% 及 0.63%，其運用效益均高於五大銀行一年期大額定存平均利率。

以前 3 年(105 年至 107 年)資料計算

單位:%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
0.53	0.54	0.59	0.63	0.65

資料來源：健保署

指標 5.5 保費收繳率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理保費收繳之情形。

(2) 意義：鑑於健保費有 5 年請求權期間，乃統計最近 5 年投保單位及保險對象一般保費收繳情形，掌握實際到繳率。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數

分母：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費應收數

(2) 結果呈現：分整體，第一、二、三、六類保險對象

4. 監測結果分析：

投保單位及保險對象	單位:%		
	105 年	106 年	107 年
第一類	99.72	99.66	99.63
第二類	99.68	99.66	99.64
第三類	99.31	99.27	99.24
第六類	86.41	85.58	84.20
整體	98.79	98.67	98.55

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

105 年至 107 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98% 以上，其中除第六類收繳率在 84% 與 87% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%。而各類收繳率逐年下降主要因為：

(1) 欠費移送案件執行時間增長。

(2) 投保單位欠費雖已取得債權憑證，但仍須依據健保法 38 條向負責人求償。

(3) 107 年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較 106 年度減少 6.6 億元。

指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理呆帳提列情形。

(2) 意義：呆帳率係財務穩健與否的重要指標之一，亦為年度費率審議之財務推估項目。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

分子：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數

分母：投保單位及保險對象本年度一般保費收入數

4. 監測結果分析：

			單位：%
105 年	106 年	107 年	
1.13	1.11	1.22	

資料來源：健保署

5. 近 3 年指標值意義說明：

105 年及 106 年呆帳提列數與保費收入數比率均接近 1.1%，107 年因菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較 106 年度減少 6.6 億元，致比率稍高。

肆、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	105上		105下		105全年	106上		106下		106全年	107上		107下		107全年		
				103Q1	103Q2	103Q3	103Q4		104Q1	104Q2	104Q3	104Q4		105Q1	105Q2	105Q3	105Q4		106Q1	106Q2	106Q3	106Q4		107Q1	107Q2	107Q3	107Q4			
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	7.77	7.67	7.72	7.60	7.57	7.58	7.55	7.52	7.54	7.49	7.44	7.46	7.49	7.44	7.46	7.49	7.44	7.46	7.49	7.44	7.46	7.49	7.44	7.46	7.49		
		(2)醫學中心	7.91	7.76	7.83	7.69	7.63	7.66	7.65	7.56	7.60	7.53	7.46	7.50	7.49	7.37	7.43													
		(3)區域醫院	7.39	7.33	7.36	7.26	7.27	7.26	7.22	7.22	7.18	7.14	7.16	7.20	7.17	7.17														
		(4)地區醫院	8.53	8.43	8.48	8.35	8.25	8.30	8.29	8.28	8.29	8.26	8.23	8.24	8.26	8.26														
	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%	3.02%	2.82%	2.70%	2.76%	2.71%	2.62%	2.68%	2.65%	2.85%	2.75%	2.85%	2.58%	2.71%												
		(2)醫學中心	7.68%	7.50%	7.59%	7.24%	6.92%	7.08%	6.69%	6.40%	6.56%	6.57%	7.03%	6.80%	7.12%	6.52%	6.83%													
		(3)區域醫院	1.84%	1.56%	1.71%	1.46%	1.41%	1.42%	1.52%	1.42%	1.48%	1.40%	1.53%	1.46%	1.64%	1.38%	1.51%													
		(4)地區醫院	0.52%	0.39%	0.46%	0.52%	0.57%	0.54%	0.70%	0.72%	0.71%	0.75%	0.81%	0.78%	0.63%	0.64%														
	3.癌末病人前6個月每人申報醫療費用點數	半年	—	—	37.9萬點	—	—	35.6萬點	—	—	37.7萬點	—	—	37.8萬點																
	4.區域醫院以上初級門診照護率	半年	17.10%	16.97%	17.03%	16.34%	16.36%	16.35%	19.86%	19.62%	19.74%	18.37%	17.84%	18.10%	17.60%	17.69%	17.64%													
5.西醫基層與醫院門診服務占率	(1)病人數占率	半年(季呈現)	84.77%	83.18%	81.88%	82.93%	92.04%	83.64%	82.89%	81.22%	83.05%	91.86%	84.36%	82.38%	80.95%	83.83%	92.18%	82.61%	82.16%	81.11%	83.42%	91.96%	83.43%	81.42%	81.04%	83.18%	91.94%			
	(2)件數占率	醫院總額	44.51%	46.65%	47.75%	45.95%	59.58%	45.62%	47.33%	48.41%	46.55%	60.07%	46.98%	49.15%	49.79%	48.82%	62.66%	48.05%	49.69%	50.62%	49.23%	62.63%	48.38%	50.49%	50.51%	49.76%	62.91%			
6.藥品費用占率	(1)藥品費用佔率	(1)整體	半年	68.90%	66.09%	64.34%	66.19%	66.42%	67.26%	65.17%	63.70%	65.68%	65.48%	67.13%	63.92%	62.76%	64.96%	64.75%	65.64%	64.18%	63.18%	65.21%	64.57%	66.14%	63.32%	63.30%	64.99%	64.48%		
		(2)醫學中心	31.10%	33.91%	35.66%	33.81%	33.58%	32.74%	34.83%	36.30%	34.32%	34.52%	32.87%	36.08%	37.24%	35.04%	35.25%	34.36%	35.82%	36.82%	34.79%	35.43%	33.86%	36.68%	36.70%	35.01%	35.52%			
		(3)區域醫院	26.44%	25.83%	26.13%	26.00%	25.55%	25.75%	25.93%	25.54%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	25.73%	
		(4)地區醫院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
(5)基層院所		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
7.健保專案計畫之執行成效	(1)本年度進場、退場之專案計畫	年	0.00%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	(2)專案計畫之KPI達成率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率	半年	1.23%	1.32%	1.32%	1.31%	1.27%	1.33%	1.19%	1.23%	1.24%	1.15%	1.19%	1.21%	1.13%	1.13%	1.17%													
	2.糖尿病品質支付服務之照護率	半年	38.74%	38.48%	38.48%	41.90%	41.10%	41.10%	44.60%	43.39%	43.39%	48.30%	45.74%	47.86%	47.00%	50.22%	48.89%													
	3.照護連續性	年	—	—	0.403	—	—	0.398	—	—	0.397	—	—	0.401	—	—	0.401													
	4.護理人力指標—急性病房全日平均護理比占率分布	(1)醫學中心	(自106年5月起範圍改為<7)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			(自106年5月起範圍改為7.0-7.4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			<8(自106年5月起範圍改為7.5-7.9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			8.0-8.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			8.5-8.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		(2)區域醫院	(自106年5月起範圍改為<10)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			(自106年5月起範圍改為10.0-10.4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			<11(自106年5月起範圍改為10.5-10.9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			11.0-11.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			11.5-11.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		(3)地區醫院	(自106年5月起範圍改為<13)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			(自106年5月起範圍改為13.0-13.4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			<14(自106年5月起範圍改為13.5-13.9)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14.0-14.4			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
14.5-14.9			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
≥15.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
未填或護理比為0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
(三) 效果	1.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%	—	—	88.9%	—	—	87.0%	—	—	96.50%	—	97.60%													
		(2)西醫基層	90.3%	—	—	90.9%	—	—	94.3%	—	—	98.90%	—	—	98.70%	—	98.70%													
		(3)牙醫門診	—	—	91.0%	—	—	93.8%	—	—	93.3%	—	—	94.30%	—	96.80%														
(4)中醫門診		—	—	87.5%	—	—	90.4%	—	—	88.9%	—	—	95.90%	—	97.70%															
2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—													
3.出院後3日內再急診比率	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
(四) 資源配置	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)醫院	年	—	—	54.83	—	—	54.19	—	—	73.53	—	—	79.36	—	76.71													
		(2)西醫基層	2.07	—	—	2.13	—	—	2.16	—	—	2.18	—	—	2.21															
		(3)牙醫門診	—	—	12.07	—	—	11.86	—	—	11.91	—	—	13.35	—	13.65														
		(4)中醫門診	—	—	10.90	—	—	10.06	—	—	9.81	—	—	9.65	—	8.44														
	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	一般地區	年	—	—	52.83%	—	—	51.70%	—	—	53.90%	—	—	52.26	—	53.75												
			醫療資源不足	—	—	54.37%	—	—	54.37%	—	—	57.09%	—	—	56.68	—	57.37													
			山地離島地區	—	—	59.13%	—	—	57.71%	—	—	60.31%	—	—	58.66	—	60.22													
			一般地區	—	—	82.55%	—	—	80.99%	—	—	82.87%	—	—	80.16	—	81.92													
		(2)西醫基層	醫療資源不足	—	—	83.38%	—	—	82.09%	—	—	83.86%	—	—	82.4	—	82.83													
			山地離島地區	—	—	85.80%	—	—	84.66%	—	—	86.38%	—	—	84.33	—	86.21													
			一般地區	—	—	45.20%	—	—	43.63%	—	—	45.47%	—	—	45.55	—	46.82													
			醫療資源不足	—	—	30.52%	—	—	29.88%	—	—	31.30%	—	—	32.14	—	32.20													
(3)牙醫門診	山地離島地區	—	—	41.19%	—	—	39.40%	—	—	41.18%	—	—	41.4	—	41.92															
	一般地區	—	—	28.82%	—	—	27.04%	—	—	27.55%	—	—	26.13	—	26.58															
	醫療資源不足	—	—	17.27%	—	—	16.24%	—	—	16.77%	—	—	16.18	—	19.81															
	山地離島地區	—	—	24.																										

肆、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	105上			105下			105全年	106上		106下		106全年	107上		107下		107全年
				103Q1	103Q2	103Q3	103Q4	104Q1	104Q2		104Q3	104Q4	105Q1	105Q2	105Q3	105Q4		106Q1	106Q2	106Q3	106Q4	107Q1	107Q2		107Q3	107Q4								
(四) 資源配置	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(1)整體	半年	0.0328%			0.0332%			0.0330%	0.0350%			0.0362%			0.0356%	0.0366%			0.0374%			0.0370%	0.0406%		0.0399%		0.0402%	0.0411%		0.0423%		0.0417%
		特殊功能人工水晶體		31.9%	31.6%	31.7%	33.4%	34.4%	33.9%	35.4%	35.1%	35.3%	36.9%	36.4%	36.7%	37.2%	37.4%	37.3%																
		特殊材質人工關節		20.3%	21.4%	20.9%	21.4%	22.7%	22.1%	21.9%	25.0%	23.4%	25.5%	26.1%	25.8%	25.7%	27.2%	26.4%																
		新增功能類別人工心律調節器		38.6%	40.6%	39.7%	44.3%	47.1%	45.7%	49.1%	50.0%	49.6%	51.6%	50.4%	51.0%	51.3%	51.5%	51.4%																
		塗藥或特殊塗層血管支架		50.4%	52.4%	51.4%	53.4%	56.1%	54.7%	57.0%	59.0%	58.0%	60.3%	62.1%	61.2%	63.9%	64.1%	64.0%																
		耐久性生物組織心臟瓣膜		10.9%	23.9%	22.1%	29.0%	35.5%	32.4%	35.9%	37.5%	36.7%	40.1%	43.7%	41.9%	41.6%	42.3%	41.9%																
		義肢		1.7%	1.4%	1.5%	2.1%	2.0%	2.0%	2.3%	3.3%	2.8%	2.7%	2.0%	2.3%	3.9%	5.6%	4.9%																
		調控式腦室腹腔引流系統		—	—	—	54.3%	70.0%	68.2%	71.4%	75.8%	73.7%	76.0%	76.2%	76.1%	78.3%	82.3%	80.2%																
		治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		—	—	—	—	—	—	19.4%	34.8%	30.5%	37.2%	40.3%	38.7%	33.4%	40.7%	36.5%																
		客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89.5%	89.5%	87.5%	89.0%	88.3%																
		治療心房顫動之冷凍消融導管		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14.6%	14.6%	17.6%	16.8%	17.2%																
		伽瑪加長髓內釘		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14.7%	33.9%	31.8%																
		(五) 財務		1.保險收支餘絀	(1)實際數(億元)	半年 (季呈現)	528.14	437.02	594.89	811.30	811.30	148.02	217.95	407.90	655.03	655.03	46.98	9.03	35.26	69.56	69.56	15.22	-10.88	-64.49	-98.4	-98.4	-10.48	-100.35	-177.15	-249.91	-249.91			
(2)預估數(億元)	167.63		231.49		323.29		399.13	399.13	184.68	255.03	356.17	500.71	500.71	44.66	8.39	-9.86	-48.08	-48.08	12.53	-11.46	-88.25	-163.59	-163.59	-11.81	-109.67	-128.31	-251.06	-251.06						
(3)兩者之差異率	215.05%		88.78%		84.01%		103.27%	103.27%	-19.85%	-14.54%	14.53%	30.82%	30.82%	5.21%	7.61%	-457.63%	-244.66%	-244.66%	21.43%	-5.07%	-26.92%	39.85%	-39.85%	-11.22%	-8.50%	38.06%	-0.46%	-0.46%						
2.安全準備總額折合保險給付支出月數	半年 (季呈現)		3.02	2.77	3.11	4.05	4.05	4.34	4.44	4.83	5.36	5.36	5.40	5.26	5.22	5.22	5.22	5.18	5.08	4.90	4.75	4.75	4.68	4.44	4.23	4.04	4.04							
3.全民健保醫療支出占GDP比率	(1)含部分負擔全民健保醫療支出總額		年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
	(2)不含部分負擔全民健保醫療支出總額		年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
4.資金運用收益率	半年 (季呈現)		0.64%	0.64%	0.65%	0.66%	0.66%	0.75%	0.73%	0.72%	0.73%	0.74%	0.58%	0.53%	0.54%	0.55%	0.55%	0.54%	0.56%	0.57%	0.58%	0.58%	0.60%	0.63%	0.61%	0.63%	0.63%							
5.保費收繳率	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					
6.呆帳提列數與保費收入數之比率	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					

伍、參考資料

附錄一、專家書面審查意見、健保署說明及幕僚研析意見

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
<p>壹、整體意見</p>	<p>1. 整體架構與資訊完整。 2. 除平均值、標準差，建議加入最大值及最小值異常值的管理有助於讓監測結果更趨合宜。</p>	<p>(一) 本案報告書之指標(含操作定義)，係貴會於 106 年委託臺北醫學大學進行研究，經召開多場專家論壇研擬指標，並經貴會 107 年 7 月 26 日第 6 次委員會議通過，本署依前述通過之指標及其操作定義，於本次書面報告呈現監測結果。</p> <p>(二) 前述報告書經貴會再次邀請專家針對各項指標之增修表示意見，並請本署逐一答復，鑑於本案甫經冗長程序完成指標設定，且依定義完成第 1 年數據，故本署整體建議如下：</p> <p>1. 有關專家建議再增加指標(如：30 日再住院率..)或改變操作型定義(如：分母改以 15 歲以上糖尿病人、醫院或人數歸戶...)等，考量各面向指標宜穩定且持續監測三～五年，始具績效評量、改善精進之實質意義，建議貴會將意見併同本案實施一段時間之結果，列入下階段研究計畫通盤研擬及整體考量，屆時本署將配合提供執行建議供貴會參考。</p> <p>2. 有關專家建議呈現更詳細資料(如：增加平均值、極大值、極小值)或說明再補強部分，貴會如經考量列入增修，則本署可配合於下次提報時</p>	<p>監理指標之定位為宏觀、整體性之指標，特定指標之最大或最小值等異常值監測及管理，較屬健保署執行面之管理或審查異常指標處理範疇，監理指標是否增列最大或最小值等極端異常值，宜依個別指標監測意涵評估(詳個別意見)，今年係監理指標修正後第 1 次提報，納入未來指標呈現資料內容參考。</p>

審查項目	審 查 意 見	健保署說明	幕僚研析意見
		修正。	
貳、個別意見			
一、摘要	1.能具體呈現背景作法結果與建議。 2.摘要的結果判讀，建議採總體、對照或平衡的角度。		今年係監理指標修正後第1次提報，由幕僚撰擬研析意見，明年度考量委請專家學者進行判讀，以深入分析監測結果之趨勢及提出政策建議。
二、監理指標之意涵與監測結果			
1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	1.建議增加30日再住院率、依人歸戶後分析住院者一年住院累積日數超過3個月(90日)的比率。 2.地區醫院的平均住院天數較醫學中心與區域醫院高，若地區醫院的病人相對較輕症，則數據解釋上呈現不一致。	詳整體意見本署說明。	1.目前健保署醫療品質資訊公開網(整體性及機構別指標)，已有14日內再住院率，健保署並已針對異常個案進行管理，監理指標是否納入類似指標，將納入未來指標研修全盤評估。 2.地區醫院平均住院天數高之情形，建議健保署持續關注長期使用呼吸器照護或社會性住院之個案，落實出院準備及急性後期照護計畫之執行。
1.2 急診病人留置急診室	1.目前是指全國急診病人的水準，而非全國醫院的水準，建議增加後	詳整體意見本署說明。	1.有關新增以醫院歸戶計算，納入未來指標研修參考。

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
超過24小時比率(整體及各層級)	<p>者，依醫院歸戶後，計算醫院急診留置超過24小時之比率之平均值、標準差、最小最大值，更具敏感性。</p> <p>2.建議本項指標可以與醫院占床率對照，若醫院占床率低，而急診留置超過24小時比率高，則不合理。</p>		2.請健保署明年研提報告時，進一步分析是否有醫院有占床率低，而急診留置超過24小時比率高之情形。
1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	<p>1.增列「死前6個月已接受安寧療護者」與未接受安寧之比較，由註(死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者)，建議增列一組死前接受安寧療護六個月以內者，並列出人數。</p> <p>2.宜分析每人安寧費用逐年增加的原因。</p>	詳整體意見本署說明。	<p>1.本次健保署提報資料(P28)說明分析此指標時「不足6個月」以上個案均不計，係考量臨床專家認為安寧照護起始時間越早，影響醫療費用大，爰僅將接受安寧6個月以上個案納入。</p> <p>2.考量健保署提報資料與現行指標計算方式略有不同，建議健保署於明年報告研議納入，或加強說明不適合納入分析之原因並提指標修正建議，以使指標定義與提報資料更臻一致。</p>
1.4 區域醫院以上初級門診照護率	1.搭配指標 1.5，除列出各層級醫院，建議增列診所各年度門診及初級門診人次，以利了解區域醫院以上初級門診人次的下降，是轉移到基層，或未申報初級照護？	詳整體意見本署說明。	請健保署持續關切區域醫院以上初級門診照護率下降，是否確實轉移到基層照護，或有醫院申報診斷轉移(Upcoding)之問題，並於明年度研提報告時補充說明。

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
	2.區域醫院以上初級門診照護率下降，但地區醫院也下降並未上升，西醫基層的初級門診照護率的狀況又是如何？		
1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	1.分級醫療、初級照護控管實施後，反而呈現醫院人數與件數皆增加，基層皆下降的情形，宜分析原因。 2.除第二季，106~107年基層的就醫人數占率下降；105~107年基層的就醫人數占率也下降，有待進一步檢視分級醫療政策效果。	詳整體意見本署說明。	依 105 年至 107 年各季醫院及基層就醫人數及件數呈規律性波動，宜再長期觀察趨勢。
1.6 藥品費用占率	無。	有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標已於內容說明指標意義，應可不納入最大值與最小值進行分析。。	無。
1.7 健保專案計畫之執行成效	選擇 KPI 的妥適性是關鍵。	無。	無。
2.1 手術傷口感染率	無。	有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標因部分院所個案數太少，指標值變動幅度大，多為極端值 0 或 100%，故納入各院所分布之最大值及最小值，無參考意義，目前已有整體指標值及各院所之平均值、標準差及信賴區間，已可完整監測此項指標。	本項指標因個案數少，多為極端值 0 或 100%，同意健保署意見，不納入最大、最小值。
2.2 糖尿病品質支付服務	仍應加強提高照護率，若有申報件數，將有助於指標判讀。	詳整體意見本署說明。	請健保署明年研提報告時，列出申報件數。

審查項目	審 查 意 見	健保署說明	幕僚研析意見
之照護率			
2.3 照護連續性	107 年平均每人照護連續性為 0.401，與 106 年相當，或未有明確政策引導改善。	詳整體意見本署說明。	依 105~107 年每人照護連續性無明顯變化，宜再觀察長期趨勢。
2.4 護理人力指標 - 急性病房全日平均護病比占率分布	<p>1.媒體關心「護理師缺很大醫院關床」，建議增列醫院關床數統計，並與各級醫院護病比占率進行列聯表。</p> <p>2.建議表格中的「範圍」欄，各級醫院的護病比的分組一致化，至於加成率的用途，參考即可。</p> <p>3.目前的護病比設計，會造成各層級醫院的護理照護品質差異，即醫學中心優於區域醫院優於地區醫院。若民眾知情，此支付設計將提供民眾越級就醫的動機，此與分級醫療的目的明顯牴觸。將各級醫院的護病比分組一致化來呈現數據，在跨年代趨勢觀察中，可以看護理人力是否流向支付高的醫學中心？是否造成地區醫院護理人力不足的惡化現象？</p>	詳整體意見本署說明。	專家意見建議納入明年度編製監測報告參考。
3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度	滿意度的設計是 4 等或 5 等選項呢？若是 5 等，建議放入(非常滿意+滿意)對照(非常不滿意+不滿意)。若是 4 等，則建議	有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標屬滿意度五分位法，不適用最大值及最小值分析。	請健保署參考專家意見，於明年度增列滿意與不滿意比例對照。

審查項目	審 查 意 見	健保署說明	幕僚研析意見
(各部門)	放入(非常滿意)對照(非常不滿意)。		
3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)——糖尿病病人住院率	建議指標分母改以 15 歲以上糖尿病病人。	詳整體意見本署說明。	本項指標為 107 年新增，係參考本部品質政策諮詢會議訂定之衛生福利品質指標之定義，且美國 AHRQ 糖尿病相關指標，分母亦為全人口，是否修正，納入未來指標研修參考。
3.3 出院後 3 日內再急診比率	<p>1.建議增加總體的出院後 3 日內再急診比率的數據。</p> <p>2.DRG 案件與一般案件不宜納入相互比較。因為，兩者的病情屬性不同。</p> <p>3.106 年到 107 年 DRGs 並未有重大變革，出院後 3 日內再急診比率由 1.91 上升至 1.96，是否醫院對品質的控管出現鬆弛？</p>	詳整體意見本署說明。	有關「總體出院後 3 日內再急診率」，請健保署明年研提報告時，增加此項分析。
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)	無。	無	無。
4.2 一般地區/醫療資源	指標的解釋會有兩種可能：一是地區民眾的健康程度；一則是就醫可	詳整體意見本署說明。	請健保署明年研提報告時，參考專家意見補充說明。

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
<p>不足地區 / 山地離島地區之就醫率 (各部門)</p>	<p>近性。此處的目的，應是指就醫可近性。就讀者而言，也可能誤會為地區民眾的健康程度。除非假設各地區民眾健康狀況一樣。若假設各地區民眾健康狀況一樣，數據卻呈現一般地區就醫率低，說明醫療資源不足與山地離島的可近性高，這是現況是否相符呢？</p>		
<p>4.3 自付差額特材占率 (整體及各類別項目)</p>	<p>1.請確認分析是否以醫院為單位分析各醫院自付差額特材佔率之平均值最大最小值更具敏感性。 2.此處所指的申報，是指案件數？還是費用？若是指件數，如果資料允許的話，建議增加費用的分析。 3.同一類別項目縮小各醫院自負差額最大與最小值之倍數可能比摘要建議「健保署應優先檢討納入健保全額給付之可行性」重要。</p>	<p>1.有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標係自付差額特材數量占同用途特材總數量之占率，其近4年之各年占率皆已呈現於表中，爰最大及最小值即為前述各年占率之最大及最小值，考量各年占率已可清楚呈現占率之大小及是否有異常值，建議無須增加最大及最小值。若有異常值部分，本署將進行瞭解及說明。 2.本署已將各特約醫療院所之自付差額特材占率置於本署全球資訊網之「自費醫材比價網」。 3.有關自付差額特材，依健保法45條略以保險人得訂定給付上限，醫療院所使用自付差額特材，係申報該特材之使用數量及健保支付點數，其費用占率與數量占率之分析結果應無差異，然民眾自付費用部分特約院所並未申報，僅登載該院之收費標準於本署自費醫材比價網，且其收費標準院所可隨時修正，本署無法得知民眾實</p>	<p>1.本指標之分子、分母並未以區分各醫院。 2.監理指標之定位為宏觀、整體性之指標，特定醫院自付差額占率之極端值管理，較屬健保署執行面之管理，且相關資訊已公開於健保署「自費醫材比價網」，是否納入指標建議，納入未來指標研修參考。 2.有關自付差額增加費用分析，考量民眾實際自付費用非屬全民健保醫療費用申報範圍，無法精確分析，建議仍以件數占率為分析主軸。</p>

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
		<p>際自付差額之費用，爰建議不增加費用分析。</p> <p>4.自付差額特材現行僅針對特殊功能人工水晶體及冠狀動脈塗藥支架計 2 類訂有自付差額上限，其餘類別尚未訂定，惟自費價格涉院所採購議價能力及各縣市政府衛生局之收費規定，爰本署朝修訂自付差額作業原則，以合理給付及有效管理自付差額特材。</p>	
5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	<p>雖然從 105 年到 107 年的差異率下降很多；然而 105 年並非二代健保實施第 1 年或第 2 年，而差異率高達 244.66%。除了文件內解釋的原因之外，是否有其他因素？</p>	<p>1.105 年預估收支短絀 48 億元，實際收支結餘 69 億元，其中分子(收支餘絀差異數)118 億元，為近 4 年(102 年-105 年)中最小，惟受分母預估收支短絀 48 億元，接近 0 之影響，計算差異率為-244.01%，反而為最大。</p> <p>2.爰依上開計算結果發現，當預估保險收支接近平衡(或相等)時(即分母接近 0)，該項指標值將呈現擴大之不合理現象。</p>	<p>1.同意健保署說明二所提「預估保險收支接近平衡時，該項指標值呈現擴大之不合理現象」一節，納入未來指標研修參考，並建議監測結果分析部分加入「差異數」一列，以完整呈現實際數、預估數之準確性。</p> <p>2.有關實際與預估數之差異分析，可分為收入、支出面因素深入剖析，以供相關單位了解各政策對健保財務之實際影響。</p>
5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	無。	無	無。

審查項目	審查意見	健保署說明	幕僚研析意見
5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	1.詳整體意見。 2.建議增列「醫療保健支出占 GDP 之比率」作為對照參考。	1.「全民健保醫療支出占 GDP 比率」非屬異常值監測管理性質指標，爰無須納入。 2.依健保會 107 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會議、第 6 次委員會議修正通過之「全民健保業務監理指標修訂案」，國民醫療保健支出占 GDP 比率(原指標 5.5)係評估總體健康財務資源之投入比較，非全屬健保範圍，且衛福部統計處均會定期對外公布，爰予以刪除。 3.依前揭委員會議決議，不予增列。	醫療保健支出佔 GDP 之比率，代表醫療保健支出水準，本指標雖已刪除，惟為評估我國健保支出水準之成長趨勢，建議增列全民健保醫療保健支出佔 GDP 比率一併呈現以觀察趨勢。
5.4 資金運用收益率	無。	無。	無。
5.5 保費收繳率	無。	有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標無最大值及最小值可資分析。	無。
5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	無。	有關整體意見建議加入最大值及最小值異常值的管理，本指標無最大值及最小值可資分析。	無。

附錄二、監理指標歷史資料報表(97~102年)

構面	監理指標		提報時程	(一)二代健保實施前(97~101年)															(二)二代健保實施後資料																				
				97上		97下		97全年		98上		98下		98全年		99上		99下		99全年		100上		100下		100全年		101上		101下		101全年		102上		102下		102全年	
				97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q2	98Q3	98Q4	99Q1	99Q2	99Q3	99Q4	100Q1	100Q2	100Q3	100Q4	101Q1	101Q2	101Q3	101Q4	102Q1	102Q2	102Q3	102Q4												
(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	8.09	8.08	8.09	7.99	7.85	7.92	7.85	7.91	7.88	7.85	7.91	7.82	7.87	7.83	7.79	7.81	7.77	7.82	7.79	7.93	7.93	7.42	7.38	7.45	7.42	8.47	8.57	8.52									
		(2)醫學中心	8.41	8.32	8.36	8.28	8.12	8.20	8.13	8.12	8.12	8.14	8.00	8.07	8.05	7.95	8.00	7.94	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93							
		(3)區域醫院	7.75	7.81	7.78	7.64	7.52	7.58	7.44	7.55	7.50	7.49	7.44	7.46	7.44	7.40	7.42	7.38	7.45	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42							
		(4)地區醫院	8.28	8.25	8.26	8.24	8.13	8.19	8.32	8.39	8.36	8.60	8.48	8.54	8.43	8.48	8.46	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47							
	2.急診病人留置急診室超過2小時比率(整體及各層級)	(1)醫院整體	—	—	—	—	—	—	—	1.82%	2.62%	2.23%	—	2.74%	2.59%	2.67%	2.88%	3.05%	2.96%	2.92%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%	2.93%								
		(2)醫學中心	—	—	—	—	—	—	—	4.86%	6.82%	5.84%	—	7.01%	6.71%	6.87%	7.13%	7.74%	7.42%	7.67%	7.51%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%								
		(3)區域醫院	—	—	—	—	—	—	—	0.79%	1.16%	0.98%	—	1.25%	1.15%	1.20%	1.60%	1.59%	1.59%	1.49%	1.60%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%	1.54%								
		(4)地區醫院	—	—	—	—	—	—	—	0.42%	0.82%	0.62%	—	0.84%	0.75%	0.80%	0.58%	0.62%	0.60%	0.45%	0.42%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%								
	3.癌症病人前6個月每人申報醫療費用點數下降比率	—	—	—	-3.58%	-5.24%	-4.47%	-17.07%	-19.04%	-18.09%	-4.54%	0.41%	-1.90%	0.87%	1.59%	1.24%	-1.74%	-4.24%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%	-3.03%								
	4.區域醫院以上初級門診照護率	18.44%	18.58%	18.51%	18.34%	18.50%	18.42%	18.26%	18.36%	18.31%	18.07%	18.30%	18.19%	17.83%	17.97%	17.90%	17.42%	17.40%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%	17.41%								
	5.西醫基層與醫院門診服務占率	(1)病人數占率	西醫基層	84.45%	82.54%	81.22%	84.76%	91.58%	84.34%	82.74%	81.61%	84.93%	91.85%	83.79%	83.76%	83.01%	84.30%	91.95%	86.28%	83.80%	82.21%	84.16%	92.37%	84.54%	83.06%	82.64%	83.92%	92.07%	83.86%	83.16%	81.57%	83.72%	91.83%						
		醫院總額	43.38%	46.11%	47.08%	43.98%	59.60%	44.05%	46.54%	48.06%	45.31%	61.34%	43.93%	44.91%	45.88%	43.65%	58.93%	42.56%	45.09%	46.49%	44.22%	58.98%	44.78%	46.17%	46.57%	44.89%	59.55%	44.82%	46.30%	47.63%	44.96%	59.26%							
(2)件數占率	西醫基層	69.20%	66.16%	64.70%	68.20%	67.15%	69.03%	65.87%	64.60%	68.23%	66.99%	68.30%	67.50%	66.50%	68.64%	67.75%	71.40%	67.30%	65.73%	68.29%	68.29%	68.75%	66.18%	65.69%	67.54%	67.07%	67.89%	66.01%	64.49%	67.10%	66.40%								
	醫院總額	30.80%	33.84%	35.30%	31.80%	32.85%	30.97%	34.13%	35.40%	31.77%	33.01%	31.70%	32.50%	33.50%	31.36%	32.25%	28.60%	32.70%	34.27%	31.71%	31.71%	31.25%	33.82%	34.31%	32.46%	32.93%	32.11%	33.99%	35.51%	32.90%	33.60%								
6.藥品費用占率	—	—	—	25.94%	24.79%	25.4%	24.73%	25.17%	25.0%	25.86%	25.72%	25.79%	24.99%	25.22%	25.11%	26.02%	26.26%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%	26.15%									
7.健保專案計畫之執行成效	(1)本年度進場、退場之專案計畫	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
	(2)專案計畫之KPI達成率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率	1.11%	1.09%	1.15%	1.12%	1.16%	1.20%	1.20%	1.23%	1.28%	1.13%	1.13%	1.19%	1.11%	1.23%	1.21%	1.27%	1.31%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%	1.33%									
	2.糖尿病醫療給付改善方案之照護率	27.44%	26.34%	26.34%	25.30%	27.56%	27.56%	29.18%	29.26%	29.26%	32.35%	31.16%	31.16%	34.83%	33.94%	33.94%	35.58%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%	35.06%								
	3.照護連續性	—	—	0.408	—	—	0.403	—	—	0.402	—	—	0.398	—	—	0.400	—	—	0.404	—	0.404	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
	4.護理人力指標-急性病房全日平均護病比	(1)醫學中心	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
(三) 效果	1.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	(1)醫院	—	—	72.5%	—	—	74.8%	—	—	72.8%	—	—	74.3%	—	—	82.4%	—	—	81.5%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(2)西醫基層	—	—	68.9%	—	—	72.7%	—	—	77.5%	—	—	72.2%	—	—	86.7%	—	—	87.3%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(3)牙醫門診	—	—	80.4%	—	—	80.1%	—	—	82.3%	—	—	85.8%	—	—	86.7%	—	—	89.1%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(4)中醫門診	—	—	72.9%	—	—	73.7%	—	—	74.7%	—	—	72.5%	—	—	85.1%	—	—	85.8%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—										
3.出院後3日內再急診比率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—										
(四) 資源配置	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)醫院	—	—	46.71	—	—	44.88	—	—	48.78	—	—	45.61	—	—	57.78	—	—	60.99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(2)西醫基層	—	—	1.83	—	—	1.93	—	—	1.92	—	—	1.99	—	—	1.99	—	—	2.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(3)牙醫門診	—	—	10.67	—	—	11.54	—	—	11.83	—	—	12.00	—	—	11.58	—	—	11.76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(4)中醫門診	—	—	10.28	—	—	10.67	—	—	12.08	—	—	11.68	—	—	12.00	—	—	11.31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
	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	一般地區	—	—	50.53%	—	—	52.33%	—	—	51.96%	—	—	52.58%	—	—	53.04%	—	—	52.71%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
			醫療資源不足地區	—	—	—	—	—	52.04%	—	—	52.02%	—	—	54.05%	—	—	54.66%	—	—	54.86%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
			山地離島地區	—	—	56.15%	—	—	58.63%	—	—	58.30%	—	—	58.86%	—	—	59.43%	—	—	59.10%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
			一般地區	—	—	80.31%	—	—	81.26%	—	—	81.80%	—	—	83.23%	—	—	82.85%	—	—	82.44%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
		(2)西醫基層	醫療資源不足地區	—	—	81.01%	—	—	81.70%	—	—	82.80%	—	—	83.62%	—	—	83.91%	—	—	83.35%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
			山地離島地區	—	—	82.53%	—	—	83.65%	—	—	84.15%	—	—	85.41%	—	—	85.84%	—	—	85.79%	—	—	—	—	—	—	—	—	—									
			一般地區	—	—	41.45%	—	—	42.51%	—	—	43.12%	—	—	43.02%	—	—	43.93%	—	—	44.85%	—	—	—	—	—	—	—	—										
			醫療資源不足地區	—	—	29.22%	—	—	30.18%	—	—	27.64%	—	—	27.83%	—	—	28.81%	—	—	30.46%	—	—	—	—	—	—	—											
(3)牙醫門診	山地離島地區	—	—	37.42%	—	—	38.30%	—	—	38.65%	—	—	39.13%	—	—	40.17%	—	—	41.12%	—	—	—	—	—	—	—	—												
	一般地區	—	—	29.22%	—	—	30.31%	—	—	29.26%	—	—	29.05%	—	—	29.26%	—	—	28.87%	—	—	—	—	—	—	—													
	醫療資源不足地區	—	—	21.34%	—	—	22.11%	—	—	20.99%	—	—	17.97%	—	—	17.80%	—	—	17.80%	—	—	—	—	—	—	—													
	山地離島地區	—	—	22.65%	—	—	23.73%	—	—	23.36%	—	—	23.57%	—	—	23.96%	—	—	24.33%	—	—	—	—	—	—														
3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(1)																																						

附錄三、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	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>

1.5

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。

1.6

指標名稱	藥品費用占率
分子	<p>①藥品費用占率：</p> <p>分子：藥品申報醫療點數</p> <p>②藥品費用超過或未達目標總額之百分率：</p> <p>分子：$(\text{本年藥品費用發生數}-\text{目標總額數})\times 100\%$</p>
分母	<p>①藥品費用占率：</p> <p>分母：整體申報醫療點數</p> <p>②藥品費用超過或未達目標總額之百分率：</p> <p>分母：藥品目標總額數</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>①醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分列。</p> <p>②新藥(如 C 肝新藥)獨立管控，得不列入計算。</p>

1.7

指標名稱	健保專案計畫之執行成效
分子	<p>(1)本年度進場、退場之專案計畫占率：</p> <p>分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數</p> <p>(2)專案計畫之 KPI 達成率：</p> <p>分子：各部門擇一計畫 KPI(含經費)達成數</p>
分母	<p>(1)本年度進場、退場之專案計畫占率：</p> <p>分母：本年度進行之專案計畫總數</p> <p>(2)專案計畫之 KPI 達成率：</p> <p>分母：各部門擇一計畫 KPI(含經費)總數</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

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 62-88 及 97 者。(105 年定義修正，並自 101 年起重新計算)。</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	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	

2.3

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>

2.4

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 \times 占床率 $\times 3$)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	民眾對醫療院所醫療結果滿意度(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	

3.2

指標名稱	糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率
分子	15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件
分母	15歲以上人口(每十萬人口)
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

3.3

指標名稱	出院後3日內再急診比率
分子	分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案 件數(跨院)
分母	出院案件數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

四、資源配置構面

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	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	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	

5.4

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	

5.5

指標名稱	保費收繳率
分子	最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數
分母	最近 5 年投保單位及保險對象一般保費應收數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

5.6

指標名稱	呆帳提列數與保費收入數之比率
分子	投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數
分母	投保單位及保險對象本年度一般保費收入數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	