

# 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 期末報告

計畫編號：M06P7237

執行期間：106 年 5 月 3 日至 107 年 2 月 2 日

執行機構：臺北醫學大學

計畫主持人：陳再晉

協同主持人：許怡欣

計畫參與人員：林素如、楊朝欽

## 成 果 摘 要

目的	研提全民健康保險監理指標具體之增修建議，俾監理架構與指標能與時俱進，更符合監理業務之需要，以提升健保效能。	
方法	<p>一、召開內部專家會議及文獻查證，並研析歷年健保年度監理結果報告及檢視現行監理指標五大構面及其指標項目呈現方式之妥適性及合理性，研訂監理指標初步建議草案。</p> <p>二、辦理六場分區論壇諮詢會議，蒐集各領域專家學者、健保會委員及健保署業務組有關初步建議草案之意見，另邀請衛生福利部健保會幕僚、健保署相關單位及統計處有關之業務主管，於做成期末報告前，召開研商會議。</p> <p>三、研析105年全民健康保險年度監測結果報告書，並進行現行指標與增修建議案之比較。</p>	
結果	<p>一、研析103、104年全民健康保險年度監測結果報告書、健保署於健保會委員會議報告全民健康保險業務監理指標之監測結果、健保會委員對報告之意見，完成擬定初步建議草案，並在完成四場論壇諮詢會議後，完成期中報告，於民國106年9月25日報送委辦機關。</p> <p>二、於106年10月13日完成最後一場論壇諮詢會議，彙整歷次與會各專家學者、健保會委員及健保署各分區業務組代表之意見，作成監理指標之增修建議；復於106年12月29日會商衛生福利部健保會幕僚、健保署相關單位及統計處有關之業務主管，對監理指標增修建議案之可行性，進行最後之研商，據以定稿監理指標之增修建議。</p> <p>三、以定稿之監理指標增修建議，對105年全民健康保險年度監測結果報告書比較研析，並進行其與健保效能之關連性評析，詳第21頁至第30頁。</p> <p>四、作成三大類指標之建議(詳如內文第18頁至第21頁)，第一類指標為核心指標，亦即建議列為常態監理之指標，如下表所列：</p>	
	一、效率	<p>A1.1 每位被保險人年均住院日數、門診就醫次數、年均每一住院人日及門診人次之申報點數</p> <p>A1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值</p> <p>A1.3 該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用</p> <p>A1.4 西醫基層與醫院門診服務人次比</p> <p>A1.5 藥品費用超過或未達目標總額之百分率</p> <p>A1.6 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數</p>
	二、醫療品質	<p>A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣(市)實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率</p> <p>A2.2 可避免之糖尿病住院率(先期納入低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群)</p>

		A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率
	三、效果	A3.1 各年度標準化死亡率
		A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值
	四、公平	A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率
		A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數
		A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值
		A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值
		A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比
	五、財務	A5.1 年底安全準備(權責基礎)約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數
		A5.2 資金運用收益率
		A5.3 年度末一般保費待收數及約當應收月均一般保費月數
		A5.4 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值
	結論	萬分感謝各領域專家學者、健保會委員與幕僚、健保署與衛生福利部相關單位業務主管，於本計畫執行過程提供多元之意見，以豐富研修監理指標之基材。雖因大家職域有別，也代表不同之權益關係人，難免有觀點未盡相同之處，但對於健保永續經營、保障就醫機會公平性、增進被保險人健康之關切，則毫無二致。
		考量健保法定有品質與財務公開機制，衛生福利部各業務司、署及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，亦已建置各式之衛生醫療保健施政成效，及醫院評鑑持續性品質監測指標，由於監測目的有所不同，為了充分反映各界意見，也為了避免重複收集分析指標資料，研究團隊儘可能就大家關心之健保業務相關指標，區分成不同類別之觀測建議，並本九大原則(詳內文)做成精簡之核心監理指標建議(即：第一類指標)，也針對此類指標與健保效能之關連性加以評析。
		團隊充分瞭解，蒐集不同背景與不同權益關係人代表之意見，廣納多元之建言，作成實務可行之研析建議，正是本計畫任務之所在，若有未盡圓滿之處，尚祈後續在健保會委員會議討論中，併予考量時空環境變化，適時為必要之因應調整。

**關鍵詞：**全民健康保險 National Health Insurance、全民健康保險會 National Health Insurance Committee、監理指標 Supervisory/Auditing Indicators、信度 Reliability、效度 Validity、效果 Effectiveness/ Outcome、公平 Equity、品質 Quality、財務 Finance

目 錄	頁碼
壹、前言-----	1
貳、工作目標及具體規劃-----	2
參、執行步驟與方法-----	4
肆、執行結果-----	4
伍、總結-----	46
陸、參考文獻-----	47
附錄	
附錄一：第一次工作討論會議(拜會)紀錄-----	49
附錄二：工作進度規劃-----	50
附錄三：第二次工作討論會議紀錄-----	55
附錄四：全民健康保險業務監理指標增修、調整之初步建議草案----	56
附錄五：邀請與會專家人員及單位名單-----	63
附錄六：第一次論壇會議紀錄(發言版)-----	67
附錄七：第三次工作討論會議紀錄-----	73
附錄八：第二次論壇會議紀錄(發言版)-----	78
附錄九：第三次論壇會議紀錄(發言版)-----	87
附錄十：第四次論壇會議紀錄(發言版)-----	95
附錄十一：第五次論壇會議紀錄(發言版)-----	103
附錄十二：第六次論壇會議紀錄(發言版)-----	112
附錄十三：歷年全民健康保險年度監測結果研析-----	118
附錄十四：研商會議紀錄-----	133
附錄十五：歷次論壇諮詢會議意見綜整表-----	143
附錄十六：期中報告審查意見回復表-----	160
附錄十七：期末報告審查意見回復表-----	163



## 壹、前言

我國於民國 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險（以下簡稱健保）之始，除主管機關行政院衛生署及保險人行政院衛生署中央健康保險局外，分別設有職掌監理、協商與爭議審議之全民健康保險監理委員會，全民健康保險醫療費用協定委員會及全民健康保險爭議審議委員會；及至民國 102 年 1 月全文修正之全民健康保險法（以下稱健保法）施行（俗稱二代健保），基於收支連動、權責相符之改革原則，前二個委員會整合為衛生福利部全民健康保險會（以下簡稱健保會），其主要職掌為：保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢，以及其他有關保險業務之監理事項。

為達成前述全民健康保險業務監理之任務，民國 97 至 102 年間，全民健康保險監理委員會已訂有健保財務指標及醫療業務監理指標，逐年監測、觀測健保業務成效。俟二會合一後，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，於民國 103 年建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，涵蓋效率、醫療品質、效果、公平及財務等 5 大構面，內含 27 項指標，並請衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）依各項指標所定時程提報監測結果，作為健保會委員提供政策建言之參據。現行此一套組之監理架構與指標，係以 102 年委託學界辦理之「建立全民健保重要業務監理指標」研究計畫[1]之成果為藍圖，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及 97 至 102 年間使用之財務與醫療業務指標[2]、專家學者意見後，經 103 年 4 月及 5 月份委員會議討論獲致共識後沿用迄今。

上開監理架構與指標建置後，除請健保署定期提報監理結果外，健保會並與健保署共同編製 103 年及 104 年「全民健康保險年度監測結果報告書」，其後於 105 年 8 月份經委員會議決，建議針對各構面之監理指標進行檢討，爰經公開甄選，委託辦理本計畫，期透過諮詢各領域專家學者意見，檢視指標之合理性及妥適性，並研提監理指標之具體增修建議，再藉以剖析 105 年全民健康保險年度監測結果報告書，俾監理架構與指標能與時俱進及更貼近監理業務所需，提升監理效能。

經查其他國家對於健康照護之關鍵成效指標，如鄰國新加坡 2017 年以效果、品質、可近性(accessibility)及可負擔性(affordability)等面向建立關鍵指標系列[3]，品質面著重在 30 天再住院率；可近性則含等待照會時間小於/等於 100 分鐘病人之比例、預約專科門診等待時間小於/等於 60 天之病人比例、及急性病床占床率(bed occupancy rate)等；可負擔性方面

則監測不同病房(如等級 C-9 人、B2-5~6 人/房)，其保險平均支付金額百分比及支付比例。而香港醫療保健主要包括三個面向[4]，一為臨床服務關鍵指標，如藉由新技術或新服務措施來進行品質改善；二為人力資源關鍵績效指標，包括人力配置情況及員工之健康；三為財務方面之關鍵指標，係指預算之績效。而愛爾蘭為公醫制度，依該國 2016 年國家健康照護服務計畫[5]，他們更藉由建立相關關鍵成效指標來解決面臨的問題，如藉由額外補助老人服務來解決急診過於壅塞的情況、降低等待時間與等待人數、擴大免費提供 6 歲以下及 70 歲以上病人之基層醫療照護服務，及增加預算促進資訊科技的發展等，在此之前建立之指標則著重於臨床疾病照護，如 2013 年主要關鍵成效指標，包括發生急性心肌梗塞、中風、髖關節骨折手術等，30 天內之在院死亡率(in-hospital mortality within 30 days)，髖關節骨折後到接受手術的時間，進行睪丸固定術(orchidopexy)的年齡等；英國的 NHS (national health service)亦屬公醫制形式，以五個面向監測服務品質[6,7]，包括：1.可避免的死亡人數(如住院 30 天內之死亡率)；2.慢性病者的生活品質；3.康復指標(如出院後 28 天內再住院率)；4.照護體驗（如對社區心理健康服務的體驗）；5.病人安全(如因院內事故造成嚴重傷害或死亡的百分比)。效果指標架構(outcomes framework)則著重於改善健康和減少健康不平等。

歷年來，我國醫界已自主建立各系列醫療品質指標(如：TQIP、THIS、TCHA、TCPI 等)，及推動各式持續改善機制(如：5S、QCC、CQI、6 $\sigma$ 、TQM、ISO 等)，於精進醫療品質之努力可謂先進，全民健保更是多方標竿之對象，故而在監理指標上，端視國家期待藉由全民健保希望達成之政策目標，及新浮現或再浮現、或與待解決之問題而定。本健保業務監理指標增修訂計畫，自亦當依循此等原則與精神辦理。

## 貳、工作目標及具體規劃

### 一、工作目標與執行大要

針對健保會目前所建置之全民健康保險業務監理架構與指標，以論壇方式諮詢專家學者、健保會委員、健保業務相關之非政府組織等法人團體意見，並提出增修建議，以增進健保重要業務之監理，並提升整體健保效能。

#### (一) 辦理先期工作：

- (1) 針對 103、104 年全民健康保險年度監測結果報告書、健保署於健保會委員會議報告全民健康保險業務監理指標之監測結果、健保會委員對健保署上述報告之意見等進行研析。
- (2) 檢視現行全民健康保險業務監理指標五大構面之妥適性及合理性。
- (3) 檢視現行全民健康保險業務監理指標項目，及其呈現方式之妥適

性及合理性。

(4) 擬訂監理指標增修之初步建議，確立討論主題及衍生之討論議題。

(二) 擬訂論壇會議參與人員名單，報請委辦機關核定：包括相關領域專家學者、健保會委員、健保業務相關之非政府組織等法人團體代表。

(三) 召開論壇會議：召開至少 6 場次論壇會議，依所確立之討論主題及議題，針對各構面之監理指標、內涵及呈現方式充分討論，並敬邀健保會幕僚主管蒞會指導；於完成第四場論壇時，先繳交期中報告，並依審查意見，做為調整計畫後續進行之參據。

(四) 於完成六場論壇會議後，綜整各界意見，並再會商健保會幕僚主管、健保署與衛生福利部有關業務主管，本可行性、必要性之原則，做成監理架構與指標之增修定稿版。

(五) 以前項增修之指標，與現行指標比較研析 105 年全民健康保險年度監測結果報告書，及進行其與健保效能之關連性之評析。

(六) 綜整執行成果，依限繳交期中、期末報告。

## 二、具體細部時程規劃

本計畫之執行以決標日為起算日，共計九個月。

(一) 於決標後七個工作日安排拜會委辦機關業管人員，討論執行細節性需求。

(二) 於決標後二週內，完成招聘本計畫研究助理。

(三) 於決標日起三十日內將詳細工作進度規劃表提報委辦機關。

(四) 決標日起第一個月(原定兩個月，應健保會需求，縮短為一個月)，先就 103、104 年全民健保年度監測結果報告書、會議報告及委員之意見進行研析，針對現行健保業務監理指標五大構面之量測項目及其呈現方式之妥適性及合理性研擬初步意見，再邀集本校管理學院及所屬醫院對健保、醫療品質促進業務熟悉之內部專家諮詢討論，據以擬定後續論壇會議之討論主題及相關細部議題，及商擬論壇會議邀請之專家建議名單依期程報送委辦機關。

(五) 決標日後第三個月起，於健保之六個分區業務組所在地，分別辦理一場論壇會議(台北區在健保署或衛生福利部辦理，其餘借用各分區業務組辦公處所之會議室辦理)，與會者包括該分區內之健保會委員及上述報經委辦機關核可之專家學者及健保權益關係法人代表，每場次出席者以十五至二十人為原則；但各場次對表定主題外之議題，均得提供書面意見；於時間許可下，並得提供口頭意見。

(六) 綜整各場次之建議，製作各討論議題之結論報告及總體結論報告，

並據以就現行之監理指標提出增修訂建議，屆時預計健保 105 年度監測結果報告書已出爐，將以研擬完成之修正監理指標草案分析比較新舊方案之優劣，及適用增修版本之可行性，並召開內部專家會議後，為必要之再修正。

(七) 於決標日起第五個月屆滿日及第九個月屆滿日前，分別繳交期中報告及期末報告。期中報告內容包括辦理進度及已完成事項之摘要紀錄；期末報告則包括各分區討論議題之結論、總體結論、監理指標之增修建議，105 年健保監測結果報告書之研析報告。

(八) 本計畫以內部專家會商及論壇會議方式匯集意見，再由計畫辦公室據以研提健保監測指標之增修建議，及試以增修建議版剖析 105 年健保監測結果報告，以了解其可用性為執行範圍，期末報告不同於一般科技研究，將以陳述計畫執行過程、論壇會議結論、具體監理指標增修建議，及試行剖析 105 年健保監測結果報告書之結論方式呈現。

### 參、執行步驟與方法

一、拜會業管單位。

二、聘任專任助理人員。

三、擬訂細部規劃進度，並函送健保會。

四、針對 103 年、104 年全民健保年度監測結果報告書、會議報告及委員之意見進行研析，並進行文獻查證，擬定初步建議草案。

五、檢視現行全民健保業務監理指標五大構面及其指標項目呈現方式之妥適性及合理性。

六、召開論壇會議，彙整專家意見。

七、研析 105 年之健保監測結果報告。

八、會請相關業管單位主管召開期末研商會議，建立共識，綜整研究結果。

九、撰寫期中與期末報告，並於期限前繳交。

### 肆、執行結果

一、決標後儘快進行拜會，於 5 月 3 日由計畫主持人陳再晉醫師及協同主持人許怡欣教授一起拜會健保會周淑婉執行秘書、張友珊副執行秘書、洪慧茹組長、彭美瑩專員。就本計畫之指標修正重點及期程規劃等事項請益並進行意見交流，並其性質視為第一次工作討論會議（紀錄詳如附錄一）。

- 二、於 5 月 12 日完聘一位碩士級專任助理，協助計畫執行。
- 三、於 5 月 26 日函送工作進度規劃（詳如附錄二），並同步電郵健保會業管單位。
- 四、針對 103、104 年全民健保年度監測結果報告書、會議報告及委員之意見進行研析，並召開內部專家會議，據以訂定論壇會議之討論主題及相關細部議題，及商擬論壇會議邀請之專家建議名單，報送委辦機關，原定兩個月，應健保會需求，縮短為一個月：
- （一）於 5 月 25 日召開內部專家會議討論相關議題，與協同主持人及邀請臺北市立萬芳醫院簡嘉惠副院長會同討論；另，臺北醫學大學管理學院張耀懋副院長、衛生政策暨健康照護中心莊秀文執行長分別由研究助理口頭轉述及書面轉達意見，據以完成擬訂論壇期程、議題、邀請專家名單等事項。
- （二）於 6 月 1 日與健保會進行第二次工作討論會議，就規劃進度、分區論壇之時程、議題安排等事項進行交流討論，紀錄詳如附錄三。
- （三）研析 103、104 全民健康保險年度監測結果報告書、健保署於健保會委員會會議報告全民健康保險業務監理指標之監測結果、健保會委員對健保署上述報告之意見，針對現行業務監理指標五大構面及其量測項目呈現方式之妥適性及合理性作成研析，摘述如下：（此部分詳細內容加入 105 年監測結果資料之研析結果，如附錄十三）

#### 1. 五大構面部分

- 1) 效率面：健保的效率，背後的意涵所代表的是資源錯用(misuse)與過度使用(over-use)。這也是美國醫學研究所(IOM)在跨越品質鴻溝報告中[8]，所提及的美國醫療所面臨之問題。所以無論是醫療保險的總體經濟效率（控制醫療費用於合理範圍內）及個體經濟效率（有效利用醫療資源）[9]，基本上是健保需要監理的面向。我國健保雖已實施總額制，各年度醫療費用成長率之計算有一定之參數；於防止個人不當資源使用上，也有部分負擔、跨級就醫加重負擔及高利用者關懷等機制。惟，因支付制度仍以論量計酬為主體（即使DRG實質上也還是論量制），因此，各特約醫事服務機構縱有點值之框架限制，仍難免競相衝高服務量。

所以在效率面的量測或可著重於總體利用率之觀測與管理，特別是國人年均門診利用率偏高，有必要密切監控，並據以研採有效之減量策略，以增進健保醫療使用與服務提供之效率。

另，醫療利用率之監測，除人均住院日與門診次數外，也可同

步監測每一住院人日與每一門診人次之平均申報點數。由於已有總額框住支出上限，所以若人日及診次有下降趨勢，均價自然提高，但至少可紓解門診壅塞，導致醫病互動時間過短及一床難求，等候住院過久之現象，有助於改善服務品質。若有必要，也可區分中、西、牙醫之平均門診利用率，以了解因科技之進步，或民眾觀念之改變，或預防保健之進步，所致之醫療利用之流動傾向。

- 2) 品質面：健保在前述論量計酬之支付制度外，已逐漸發展兼顧醫療品質之論品質計酬之支付制度(P4P)，近年來，各界對此亦投入不少研究[10-13]。品質的三大構面為結構、過程與結果，此一面向在醫院評鑑已建立周延之制度，並逐次導入關聯性流程查核(tracer method)、以病人為中心之查核(patient-focused method)、持續性品質指標監測(含人力)、就醫經驗評值等方法進行品質之量測。因此，目前大部分關鍵品質指標都可以從醫院評鑑資料及健保P4P給付方案取得。此一面向之指標將朝不重複，且更具信度與效度之方向去檢討。
- 3) 效果面：Lu Ann Aday[14]與Kruk[15]曾提出政策評值的三個主要面向，分別為效果(effectiveness)、公平(equity)及效率(efficiency)。其研究中效果面多著重在討論對衛生系統影響的指標（產出／結果面）；其後Okwan[16]透過多元分析研究，其明確指出醫療保險對被保人之健康有顯著良效。據此，效果面之量測自是監理健保業務所不可或缺，惟民眾健康之提升係衛生福利施政，以及經濟改善，教育、知識水平提高之綜效，如何衡量可歸因於健保之效果的比重，實為一大挑戰。
- 4) 公平面：歷年來，衛生政策之專家學者相當強調健康平等，但個人之健康差異受先天基因，與許多社會決定因素（如：教育、社經狀況、文化與宗教信仰、人文與居住環境等），及個人生活習性之選擇之影響，健康照護僅是其中一環，健保的首要目標就是保障健康照護均等，也就是公平就醫(可及性與可近性，availability and accessibility)的權利，以減除因病而貧[17]、區域間醫療服務資源的不均[18]、城鄉之間照護品質之落差[19]...等。因此，宜朝健康照護機會均等而非健康均等之原則，檢討修正此一面向之指標。
- 5) 財務面：自二代健保施行後，被保險人財務負擔之公平性已有所改善，加上補充保費開徵、提高最高費基、政府負擔固定比率之保險費用等政策變革，近年來健保於財務面已累積可觀之

安全準備。近期財務面雖無危機，但穩健之財務為健保永續經營之關鍵因素[20]，且我國人口快速老化，醫療需求遽增將成為健保財務嚴峻之考驗。此一監理面向固須保留，但相關指標亦宜因應環境變化研擬調整，特別是近年來健保已累積相當數額之安全準備，如何在法令許可範圍內，有效運用該現金餘額，創造收益，豐裕財源，在財務指標之優先性自應隨時空環境變化，適當調整。

綜上，再查歷次健保會委員會議及健保署執行之監測報告中，針對監理架構之五大構面均未有認為應增減或調整之意見。而已辦理之六次論壇中，就五大構面部分，與會專家、委員多表示合理。是以有關效率、醫療品質、效果、公平及財務五大構面之合理性、妥適性顯然已有高度共識。惟部分指標項目歸屬之面向或有調整空間（詳如次項表內所述）；此外，計畫辦公室建議，適合納入各面向之指標，宜以可課責於健保，亦即係屬健保署有相當之作為可以影響其結果者，作為優先選項。

比方說，效率面若係各醫事服務機構本身之營運方式或效率為主要影響因素者，宜考量以健保支付制度更有直接影響之服務效率指標取代之；品質面則因健保已實施多項 P4P（論質支付），各該項目均已有訂有品質獎勵指標，且現行指標項目易受各級醫院收治病人差異之影響，或已納入醫院評鑑項目，或係屬其他主管機關（如：疾病管制署之感染管制）之主要權責，因此，品質指標可大幅修正；效果面部分，若非屬健保權責者，如婦幼保健，不論政策或經費均由衛生福利部國民健康署主責，嬰幼兒死亡率與孕產婦死亡比似不宜作為健保的效果指標，宜著重於因健保之實施，減除就醫障礙，提升醫療服務之可用性及可近性，達成增進民眾健康之指標；至公平面部分，則宜在衛生福利部醫事司權責作為未能畢盡其功之外，健保可以更加著力施展的領域，像是透過具有創意之服務輸送機制（如：IDS 或居家醫療整合照護），而提升服務之公平性的成效指標；財務面部分，則需適時調整，優先納入因時空環境變化（如：以前健保需貸款融資，目前則有 1000 億以上之實收安全準備金），於資金管理及運用上，更具及時性量測功能，且具有效度及信度之指標。

## 2. 二十七項指標部分

對於指標之增減及調整之建議，計畫辦公室除以研訂適中之指標數為基本考量外，考量下列九項原則後，作成初步建議草案，提報論壇諮詢與會專家及健保會委員提供專業與實務意見：

- 1) 歷次健保會委員會議審議監理指標或對健保署提報之指標監測結果表達之意見較具共識者。
- 2) 指標為健保各權益關係人所關切。
- 3) 指標數值取得之難度不高，且在各年度結束後半年內可取得。
- 4) 指標之正確性可靠（即信度良好）。
- 5) 指標可以相當程度反應健保之行政效能，及對醫事服務機構提供之醫療照護管理之成效（即效度良好）。
- 6) 避免與衛生福利部所屬單位或機關、構（如：醫院評鑑、品質資訊公開指標等）監控之各類指標重複。
- 7) 重點納入持續性或階段性主要健保政策之指標。
- 8) 對指標數值未盡理想者，依健保署權責（如支付制度之變革等）有相當著力之空間。
- 9) 指標數量適中，方便健保會委員會議在有限時間內審議完成。亦得區分類別，建議特定類別(可稱為第一類)為於健保會委員會議優先提報、審議之項目，其餘類別(可稱為第二類、第三類)為視需要提報、審議之項目。

經召開內部專家會議，檢視現行指標，計畫辦公室就宜優先檢討之指標，依其性質歸類，併歷次健保會委員之討論意見，綜整如表 1；至於提報論壇諮詢專家及健保會委員之綜合建議及增修、調整之理由說明，詳如附錄四。

表 1：檢視現行指標監測結果分析歸類

穩定或已很好者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率：歷年下降比率皆約 20-22%，趨勢穩定。</li> <li>2) 指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)：歷年數據甚為穩定，無太大變化。</li> </ol>
與健保關係薄弱者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率（排除轉院個案）：目前醫界通用之急性心肌梗塞品質指標，也是攸關治療結果之指標為監測病人到院至施行冠狀動脈擴張術之時間(Door to Balloon Time)，而 Door to Balloon Time 並未納入論質計酬(P4P)項目，與健保支付制度間並無連結。</li> <li>2) 指標 3.1 未滿月新生兒死亡率及 3.2 孕產婦死亡率：衛生福利部國民健康署設有婦幼組掌理婦幼健康政策，舉凡優生保健法規範之事項（如：生育調節服務、遺傳性疾病與新生兒篩檢與孕婦預防保健、嬰幼兒預防保健服務與相關疾病篩檢等），均由該署編列預算補助；另，與孕產婦死亡比關係密切之生產事故</li> </ol>



	<p>救濟條例，係由衛生福利部醫事司掌理。據此，二項指標均非可課責於健保。</p> <p>3) 指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率及 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率：因我國之經濟體質屬淺碟型，GDP 易受全球景氣影響，歷年變動大，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP 之成長並非最重要之考量，以 GDP 作為分母來計算健保支出之占率，對於健保財務監理，關係較為薄弱。</p>
信、效度有所不足者	<p>1) 指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率：人數占率無法反映實際使用次數之比率；件數占率雖然與使用次數較具關連性，但由於醫院開立連續處方箋或適用療程（如：復健治療）之比率，以及門診單價均顯著高於基層，單以件數比衡量服務效率，無法實質反映利用程度或健保服務之效率。</p> <p>2) 指標 2.1 手術傷口感染率：術後傷口感染難以定義，且更為重要之清潔傷口感染（如：人工關節、植牙或重要醫材之植入術等）之監測時間須較長，而不是現行指標之計算方式所可掌握，本項品質指標之信、效度顯有不足。</p> <p>3) 指標 2.4 照護連續性：現行計算公式複雜，且據此計算之數值即或可以一定程度反映照護之連續性，但與健保醫療服務品質之相關性尚乏有力實證，作為量測品質之效度尚有不足。</p> <p>4) 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）：計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，且以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈有所不同（衛生福利部劃分醫療網係採生活圈概念），以此一指標衡量公平性，效度恐有不足；另，醫療機構與醫師人力之分布為衛生福利部醫事司醫療網規劃管理之權責，尚非可課責於健保；健保可以運用之作為，係在不改變醫師執業登記處所之原則下，以支援方式（如：IDS 計畫），將醫療送至偏鄉。因此，單以醫師人力之分布衡量健保醫療服務之公平性，效度未盡理想。</p> <p>5) 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）：就醫率以人數計算，較諸於以就醫人次計算，效度較低。</p>

	<p>6) 指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率：家庭自付醫療保健費用之範圍過於廣泛，且與經濟能力有相當關連性，自付醫療費用有相當比率係用於高階照護（邊際成本較高，而邊際效益相對較低），以此作為屬社會保險性質，任務在保障民眾關鍵醫療照護權益之健保，有關公平性之衡量指標，較不具效度。</p> <p>7) 指標 4.4 自付差額特材占率（整體及各類別項目）：此一指標原始目的在於若某種特材自付差額之發生率達相當程度時，可請健保積極考量納入全額給付，以避免經濟能力較差之被保險人，未能享受到必要之特材，致生就醫之不公平性。惟，特材納入健保給付與否，現行已有醫療科技評估機制(Health Technology Assessment, HTA)，可及時加以評量，且據全民健康保險法第五章第四十二條規定，「…醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。」依上述條文可知其對我國健保制度中之重要性；現行指標之效應，時效上較為遲延（俗稱落後指標），用以衡量健保之公平性不具效度；此外，計算整體特材之自付差額占率，其數值之意義更為有限。</p> <p>8) 指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率：健保各年度之餘絀實際發生數常因預算編定或經立法院審定後，有非健保署能夠掌控之外部因素（如：基本工資調整、公教人員或勞工薪資調增、費率變動等）影響，致與預估數差異過大，據此課責健保之財務推估或管理能力，或是否務實編列預算，信、效度均有不足。</p> <p>9) 指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值：由於我國健保費主要是以薪資為主、資本利得之補充保費為輔，而薪資之調整時間點一般落後於 GDP 之成長，且際此全球化時代，GDP 成長未必反映於薪資，其效度恐有不足。</p>
<p>健保 會委 員其 他個</p>	<p>1) 指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)：</p> <p>(1) 刪除"一般病房"，增 14 日或 30 日再住院率，太多社會性住院。</p> <p>(2) 建議不應將同次住院之加護病房與一般病房分</p>

別意見	<p>計，應呈現同次住院天數之總計。</p> <p>2) 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)：平均值看不出民眾需求之急迫性，建議訂管控比率，如&gt;15%的醫學中心，應說明那些醫院及其比率。</p> <p>3) 指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 署建議：接受安寧照護之比率。</li> <li>(2) 名稱"點數下降比率"有汙名化之虞。</li> <li>(3) 不論何種病房住院，建議細分 3 個月、2 個月、1 個月以上或沒有住院之醫療費用及住院日數。</li> <li>(4) 建議使用居家安寧療護之比率、病人接受型態（如入住急性、慢性或安寧病房相關）。</li> <li>(5) 監測癌末病人接受安寧照護的比率應較有意義，比率下降有顯示癌末病人醫療費用過高之虞。</li> <li>(6) 建議細部分析；醫院作何治療，簽 DNR 者之治療等。</li> </ul> <p>4) 指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率：依次歸類分析輔導改善之成因。</p> <p>5) 指標 1.5 區域醫院以上初級門診照護率：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 醫院附設診所為初級照護，應回歸區域級以上之醫院計算。</li> <li>(2) 署建議：附設診所代碼 40 及 41，分析為 2 家診所合佔約申報點值 7/10，建議刪除，以呈現現實狀況。</li> <li>(3) 刪除恐造成弊端，引導醫院作初級醫療。</li> </ul> <p>6) 指標 1.6 各層級醫院服務量占率：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 為資源分配及平衡醫院層級發展，建議增加各層級醫療院所之服務量及費用占率之變化。</li> <li>(2) 署建議：費用涉及點值結算，有半年落差，恐無法從服務量與費用占率進行比較。</li> <li>(3) 考量及時性，以申報點數計算即可。</li> </ul> <p>7) 指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率：建議刪件數，保留人數細分，病人區分慢性病、重大傷病。</p> <p>8) 指標 1.8 藥品費用占率：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 沒有藥品支出指標，建議新增，呈現半年成長度</li> </ul>
-----	--

更好。

(2) 建議再區分各層級占率。

9) 指標 2.1 手術傷口感染率：建議細項分析；何種疾病感染多。

10) 指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)：署建議，死亡個案或其他因素非醫師或署能控制，建議洽詢醫學會。

11) 指標 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率：

(1) 署建議：改糖化血紅素(HbA1c)檢測之比率。

(2) 為何僅監測糖尿病？

12) 指標 2.4 照護連續性：署建議，推動分級醫療，反呈現照護中斷，須研議。

13) 指標 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)：建議分層級、健保及非健保床。

14) 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) 執登含個管師及檢查室人員，建議採一般急性病房之護理人員。

(2) 建議增區域性比較及不同層級之護理費占率。

15) 指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率：

(1) 意涵不明，包括植牙、美容等？健保不給付項目？失真偏高。

(2) 數據可再明確，資料失真，確實改正。

(3) 依行政院主計處家庭收支資料，內容廣泛，意義不大。

(4) 衛生福利部統計處資料原調查目的，若與監理目的不符，不能使用此指標，差異大。

(5) 本會應瞭解被保險人去醫院看病之自付醫療費用，監測的是健保部分自付多少費用，才有意義，此項無用，建議撤換。

16) 指標 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)：署建議，係因個別情況選擇，訂為正向或負向指標，意義不大。

17) 指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率：實際遠偏離預估，計算結果意義不大。

18) 指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數：

(1) 單位應為每月保險給付支出。

	<p>(2) 供大眾參考尚屬合宜，監理參考則無效用。</p> <p>19) 指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值：</p> <p>(1) 健保支出及國民保健支出占 GDP 比率，有很大的差距，請更多地揭露相關資訊，以瞭解差距原因。如何評估自費項目及內容，對國家評估衛生保健支出很有助益。</p> <p>(2) 監理標的不明，建議改服務效率指標。</p> <p>20) 指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率：監理標的不明，建議改服務效率指標。</p> <p>21) 指標 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率：</p> <p>(1) OECD 國家支出已排除資本門。</p> <p>(2) 監理標的不明，建議改服務效率指標。</p> <p>22) 指標 5.6 資金運用收益率：建議財務面增加資金管理效益。</p>
--	---

## 五、召開論壇會議

原規劃於健保之六個分區業務組所在地，分別辦理一場論壇會議，與會者包括該分區內之健保會委員，及報經委辦機關核可之專家學者及健保權益關係人代表；但各場次對表定主題外之議題，均得提供書面意見；於時間許可下，並得提供口頭意見：

- (一) 經與業管單位進行工作討論後，考量出席專家與政府機關代表之方便性，修正分區論壇規劃，前三場在台北，每場討論 3-4 面向(主題)之指標，每一面向經二輪之討論後，再於中、南區就五個面向辦理論壇，至於東區則視需要再決定是否另加開一場（若未加開東區場，則東區委員原則邀請出席台北之綜合場次）。原則上每場次先列出 15-20 人之邀請名單，依專家、委員時間與地點之方便性依序別進行邀請，得出席人員以 12 人為原則。
- (二) 規劃內容如表 2，於 106 年 6 月 6 日以電郵寄送至健保會核定後；健保會額外再提供專家名單及第三屆健保會委員名冊，最終邀請與會之專家人員及單位名單詳如附錄五。

表 2：論壇規劃

場	日期	地點	主題 (討論 面向)	健保會/專家學者	計畫辦公室建議 專家學者
一	6 月 20 日	北 區 (台 北)	效 率 品 質 效 果	戴桂英委員 李玉春教授 鄭守夏教授 曲同光委員	張峰義教授 (三軍總醫院，曾任 CDC 局 長、醫策會 TQIP 專案委員) 林奇宏局長

				周穎政教授 鍾國彪教授 李偉強副教授 張睿詒教授 藍忠孚教授 楊漢淥理事長 商東福司長 王拔群執行長 林阿明組長	(新北市衛生局) 王水深教授 (預輔大附設醫院院長) 趙子傑副院長 (羅東博愛醫院) 劉淑瓊副教授 (醫改會董事長)
二	7 月 中 旬	北 區 (台 北)	公 平 財 務 效 果	周麗芳教授 韓幸紋副教授 連賢明教授 郭迺鋒副教授 傅立葉副教授 江東亮教授 王惠玄助理教授 賴美淑教授 楊芝青司長 湯澡薰教授 吳淑瓊教授 杜裕康教授 李麟揚副教授 林麗瑾組長	楊哲銘教授 (雙和醫院核子醫學科主任兼醫 管系主任，曾任醫策會 TQIP 專案委員) 孫瑞昇副院長 (台大醫院/醫療品質) 黃富源教授 (馬偕紀念醫院)
三	8 月 上 旬	北 區 (台 北)	效 率 品 質 財 務 公 平	李永振委員 羅紀琮委員 黃耀輝教授 許永明教授 郝允仁副教授 盧瑞芬教授 楊銘欽教授 吳肖琪教授 辛炳隆副教授 蔡淑鈴副署長 滕西華秘書長 黃文鴻教授 余玉眉教授 許光宏教授	鄭舜平院長 (衛生福利部桃園醫院) 李佳琳教授 (長庚大學醫務管理學系) 黃遵誠副總院長 (臺北市立聯合醫院，曾任醫策 會 TQIP 專案委員) 江漢聲校長 (輔仁大學)

				林阿明組長	
四	8月下旬	中區 (台中)	全部 面向	梁景洋助理教授 葉玲玲教授 蔡文正教授 劉見祥教授 楊志良教授 陸玗玲副教授 吳凱勳教授 王家銓理事長 黃光華副教授 方志琳組長	呂宗學局長 (臺中市政府衛生局) 吳杰亮醫師 (台中榮民總醫院品管中心主任)或蔡鴻文醫師(品推專委) 李卓倫副教授 (臺中科技大學老人服務事業管理系) 張毓宏助理教授 (中國醫藥大學公衛系) 鍾國屏副院長 (中山醫學附設醫院)
五	9月中旬	南區 (台南)	全部 面向	陳孝平教授 鄭文輝教授 黃偉堯副教授 林文德副教授 李妙純副教授 邱亨嘉教授 謝武吉理事長 林淑華組長 林立人組長	黃志中局長 (高雄市衛生局) 王秀紅副校長 (高雄醫學大學) 胡淑貞副教授 (成功大學公衛所) 洪元斌醫師 (衛生福利部台南醫院品質中心主任) 陳淑娟局長 (澎湖縣衛生局) 王漢志局長 (金門縣衛生局) 孫宗伯醫師 (奇美醫院品管中心主任)或陳志金醫師(副主任、醫策會病安委員) 莊旺川醫師 (高雄榮民總醫院品管中心主任) 范文林醫師 (大林慈濟醫院品管中心主任)
六	10月上	北區	全部 面向	李永振委員 周麗芳教授	黃旭明副教授 (前衛生署統計室主任)

	旬	(台北)		羅紀琮委員 戴桂英委員 李玉春教授 鄭守夏教授 盧瑞芬教授 楊銘欽教授 周穎政教授 江東亮教授 林麗瑾組長	張峰義教授 王水深教授 楊哲銘教授 孫瑞昇副院長 黃富源教授 鄭舜平院長 李佳琳教授 黃遵誠副總院長 江漢聲校長
七	10月 下旬	東區 (花蓮)	如未辦理，邀請參與台北綜合場次	尤素娟副教授 黃啟嘉常務理事 蔡登順調解委員 李少珍組長	朱正一教授 (慈濟大學公共衛生學系主任) 楊仁宏院長 (花蓮慈濟醫院)

(三) 論壇會議由計畫主持人陳再晉醫師擔任主席，首先簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則後，再就現行指標及建議修正草案逐項討論，討論結果以共識結果方式呈現。(歷次論壇諮詢會議紀錄，詳見下列引述之附錄六及八至十二，為免各項指標一再重複列表，紀錄僅呈現與會人員發言摘要)

#### 1. 第一次分區論壇諮詢會議

於6月20日假台北假衛生福利部3樓會議室召開，討論面向為效率、醫療品質及效果；並於7月7日函送第一次分區論壇會議紀錄，發言摘要詳見附錄六。

#### 2. 第二次分區論壇諮詢會議

- (1) 此次論壇諮詢會議前，於7月3日與健保會幕僚進行第三次工作討論會議，討論紀錄詳見附錄七。
- (2) 於7月7日假台北假衛生福利部2樓會議室召開，討論面向為公平、財務及效果；並於7月25日函送第二次分區論壇會議紀錄，與會人員發言摘要詳見附錄八。

#### 3. 第三次分區論壇諮詢會議

於8月3日假台北假衛生福利部3樓會議室召開，討論面向為效率、品質、財務及公平；並於8月25日函送第三次分區論壇會議紀錄，與會人員發言摘要詳見附錄九。

#### 4. 第四次分區論壇諮詢會議

於9月5日假台中假健保署中區業務組10樓會議室召開，為五大面向之討論；並於9月25日函送第四次分區論壇會議紀錄，與會人員發言摘要詳見附錄十。



#### 5. 第五次分區論壇諮詢會議

於 9 月 27 日假台南假健保署南區業務組 9 樓會議室召開，討論五大面向；並於 10 月 20 日函送第五次分區論壇會議紀錄，與會人員發言摘要詳見附錄十一。

#### 6. 第六次分區論壇諮詢會議

於 10 月 13 日假台北假衛生福利部 2 樓會議室召開，討論前五場論壇諮詢會議之建議彙整結果；並於 11 月 15 日函送第六次分區論壇會議紀錄，與會人員發言摘要詳見附錄十二。

六、就 103 年、104 年之健保年度監測結果，加入 105 年監測結果進行研析(100 年或 101 年至 104 年或 105 年資料)，詳如附錄十三。105 年監測結果趨勢分析摘要如下表 3。

表 3：105 年監測結果簡要分析

分析摘要	現行指標
數值穩定者	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 1.6 各層級醫院服務量占率 1.8 藥品費用占率 2.4 照護連續性 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級) 3.1 未滿月新生兒死亡率 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度 4.3 家庭自付醫療保健費用比率 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率
上下變動幅度大者	2.1 手術傷口感染率 3.2 孕產婦死亡率 ※資料看似變動甚大，實際十餘案例/年 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值
有規律性之變動者(如：季節差異)	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級) 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級) 1.5 區域醫院以上初級門診照護率 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率 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) 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目) 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率

	5.6 資金運用收益率 ※104 年收益率上升為政策所致
無明顯趨勢者	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布 ※105 年資料尚不足說明 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)

## 七、召開研商諮詢會議

於 106 年 12 月 29 日假衛生福利部 2 樓會議室，邀請健保署及衛生福利部統計處相關業務主管召開研商會議，健保會主管、幕僚蒞會指導，會議紀錄詳見附錄十四。

## 八、就六場次論壇意見、健保會意見及研商諮詢會議之結果，意見加以綜整，詳見附錄十五。

## 九、監理指標綜合結果建議

依前綜整結果，並再考量前述(第 7 頁)指標增修之九項原則，將指標整理為三大類建議(詳見表 4)：

- (一) 第一類為建議優先納入健保監理指標。
- (二) 第二類為可列入健保有關之例行性書面報告、會議報告中呈現，若有特殊需要，再請業務主管單位補充口頭或書面說明。
- (三) 第三類則為必要時，請其他非主辦健保業務之司、署或財團法人(衛生福利部醫事司、國民健康署、疾病管制署、統計處與醫策會等)提供有關資料，並得視需要請其派員列席相關會議說明，或提供書面說明。

表 4：計畫辦公室常態性監理指標建議(第一類指標暫編碼 Ax.y)

第一類(核心)指標		
一、效率	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A1.1 每位被保險人年均住院日數(除整體外，增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項)、門診就醫次數、年均每一住院人日及門診人次之申報點數 <u>現行 1.1</u> 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人(並得依檢傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值 <u>現行 1.2</u> 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)

	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A1.3 該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用 現行 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數
	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A1.4 西醫基層與醫院門診服務人次比 現行 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A1.5 藥品費用超過或未達目標總額之百分率 現行 1.8 藥品費用占率
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A1.6 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如：避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數
二、醫療品質	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率 現行 2.4 照護連續性
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A2.2 可避免之糖尿病住院率(先期納入低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群)
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率
三、效果	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A3.1 各年度標準化死亡率
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值
四、公平	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率 現行 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)

	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數 <u>現行 4.2</u> 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)
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比
五、財務	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A5.1 年底安全準備(權責基礎)約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數 <u>現行 5.2</u> 安全準備總額折合保險給付支出月數(增修)
	<input checked="" type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A5.2 資金運用收益率 <u>現行 5.6</u>
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A5.3 年度末一般保費待收數及約當應收月均一般保費月數
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A5.4 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值
第二類指標		
一、效率	現行 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	
	現行 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	
	現行 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	
	現行 1.5 區域醫院以上初級門診照護率	
	現行 1.6 各層級醫院服務量占率	
	現行 1.8 藥品費用占率	
二、醫療品質	現行 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率	
	現行 2.4 照護連續性	

三、效果	現行 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)
四、公平	現行 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)
	現行 4.3 家庭自付醫療保健費用比率
	現行 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)
五、財務	現行 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
	現行 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值
	現行 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率
<b>第三類指標</b>	
一、效率	現行 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)
二、醫療品質	現行 2.1 手術傷口感染率
	現行 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
	現行 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)
	現行 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布
三、效果	現行 3.1 未滿月新生兒死亡率
	現行 3.2 孕產婦死亡率
四、公平	現行 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)
五、財務	現行 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率

#### 十、第一類指標與健保效能之關連性評析及摘要

計畫辦公室就建議之第一類（核心）指標訂定意旨及說明如表 5。

表 5：第一類指標評析摘要說明

	第一類指標建議	指標訂定意旨及說明	備註
一、效率	A1.1 每位被保險人年均住院日數(除整體外，增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項)、門診就醫次數、年均每一住院人日及門診人次之申報點數	觀察健保之內部資源（財務）及外部資源（醫事服務機構及醫事人力）之綜合應用效率是否得當	修正現行指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
	A1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人(並得依檢	監測各區域急診資源使用與急診後續轉住院治	修正現行指標 1.2 急診病人留

	傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值	療之效率	置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)
	A1.3 該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用	了解健保現行安寧緩和醫療支付制度下安寧緩和醫療使用之普及度	修正現行指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數
	A1.4 西醫基層與醫院門診服務人次比	觀察民國 106 年 4 月起，調整門、急診部分負擔，以加強推動分級醫療之後續成效	修正現行指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	A1.5 藥品費用超過或未達目標總額之百分率	了解健保藥品目標總額達成狀況，避免超支，扭曲資源分配使用效率	修正現行指標 1.8 藥品費用占率
	A1.6 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如：避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數	監理及增進各專案執行之效率，避免專案試辦期間過長或同時執行過多之專案	新增
二、醫療品質	A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率	呼應現行健保法規定，推動連續性、整合性照護及強化基層醫療功能	修正現行指標 2.4 照護連續性
	A2.2 可避免之糖尿病住院率(先期納入低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群)	著重避免發生急性合併症，致需住院以提升照護品質；未來可漸次擴及其他疾病	新增
	A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率	提升門診服務及出院後照護品質，以降低急診就醫率	新增
三、	A3.1 各年度標準化死亡率	監測健保醫療服務對於國民健康改善之綜效	新增

效果	A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值	監測健保多元支付制度之綜效	新增
四、公平	A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率	監測健康照護機會之普及度，期減除因地域性資源差異，造成照護不均之現象	修正現行指標 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)
	A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數	了解就醫機會之差異，使健保總額可更有效地分配於相對需要的地區，提升照護之公平性	修正現行指標 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)
	A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值	觀察自費醫療使用率的差異，並了解其與各地區民眾經濟能力或醫院行銷之相關性，期有助於適時調整健保支付制度，提升照護公平性	新增
	A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值	了解居家醫療整合照護涵蓋度之地區差異，據以檢討調整健保資源分配，增進該服務之普及性與公平性	新增
	A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比	了解被保險人是否有經濟能力及關連因素，致有醫療利用公平性之差異	原建議最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比
五、財務	A5.1 年底安全準備(權責基礎)約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數	與健保財務精算與費率調整關係密切	修正現行指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數
	A5.2 資金運用收益率	良好的收益率有助於增加安全準備財源，降低	為現行指標 5.6

		調增健保費率之壓力	
A5.3 年度末一般保費待收數及約當應收月均一般保費月數	健保之財務管理除外部環境因素(如：經濟景氣、薪資水平等)之外，有	必要監理此二指標，以強化操之在我之內控機制	新增
A5.4 年度一般保費沖銷呆帳數及其與該年度應收一般保費數之比值			新增

茲就第一類指標與健保效能之關連性評析如下，並略述現行指標未納入第一類指標之緣由：

(一) 效率面向之指標：

健保最重要的內部資源是財務，最重要的外部資源是醫事服務機構及醫事人力，由於資源有限、邊際效益遞減與邊際成本遞增是經濟學(也是醫療經濟學)的金科玉律。因此，如何就有限資源之運用，產生最大效益，自為健保於效率管理層面之最高原則。

至於與健保效能較具有關連性之效率指標，若僅著重於外部資源之運用(如：醫院之平均住院日)，雖可間接受到健保管理機制(如：DRG、超長住院事後審查)之影響，但主要還是決定於個別醫院營運政策與管理能力；而就內部資源之財務面而言，健保已有總額及個別(小)總額之協商、核定與分配機制，自應著眼於財務資源使用效率之提升。

若能將內外資源合併觀察，監測每一被保險人之年均住院人日數及年均門診就醫次數，期因資源使用得當，可有效控制該二醫療利用指數，使醫事人力及醫療設施不至於吃緊，相對也使每一位醫事人員(尤其是醫師及護理人員)，或每一單位之醫療設施(如：病床)之負擔降低，也使每位醫事人員之勞務付出之收入增加(服務較少的住院人日或門診人次，但收入面因總額因素不至於減少)，及降低病房一床難求與門、急診壅塞之現象，並為觀察人均住院人日及人均門診就醫次數之變動，對於申報單價之影響，建議現行 1.1 指標「急性病床平均住院天數(整體及各層級)」修正為：「每位被保險人年均住院日數(除整體外，增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項)、門診就醫次數、年均每一住院人日及門診人次之申報點數」(暫編碼 A1.1)。

至於是否需要扣除長期接受腎臟替代治療(俗稱洗腎)的門診人次數(每年約 82000 人洗腎，每人年均次數約 150 次)，以及長期使用人工呼吸器者的住院人日數(約 17000 人乘 365 日)，只要健保署統計上不必花太多功夫，也是可行的。



另為監測區域性急診資源使用與後端轉介、分級住院診療之效率，以採取有效措施，提升並均衡各地區之急診及後端住院資源使用效率，將現行 1.2 指標「急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」，修正為：「各分區業務組轄內經急診住院之病人(並得依檢傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值」(暫編碼 A1.2)。

至於癌症末期病人使用安寧緩和療護，已是進步國家之趨勢，我國自民國 89 年安寧緩和醫療條例制定公布施行以來，此一觀念漸趨普及，不但紓解癌末病人與家屬之身心煎熬，也對減少低效益醫療頗有助益，惟現行 1.3 指標「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」，著眼於癌末者生前 6 個月之醫療花費，尚難反映安寧療護使用狀況，爰加以修正為：「該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用」(暫編碼 A1.3)，以了解健保之安寧緩和醫療支付制度，對於此一照護模式普及度之影響。

現行 1.4 指標「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」，實施成效已處於穩定良好狀態；指標 1.5「區域醫院以上初級門診照護率」，因 ICD 編碼之認定尚未定案，且恐醫院以上修 ICD 編碼因應，扭曲疾病嚴重度；指標 1.6「各層級醫院服務量占率」，因易受醫院評鑑結果之影響，計畫辦公室建議不將此三項納入第一類監測指標，但因論壇會議中，各界意見較不一致，所以在附錄十五內，將不同之意見及其理由加以併列說明。

此外，現行 1.7 指標「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」修正為：「西醫基層與醫院門診服務人次比」(暫編碼 A1.4)，只保留依基層與醫院門診服務人次(即件數)比，由於民國 106 年 4 月健保署調整醫學中心及區域醫院門診之部分負擔(前者未經轉診之病人由 360 元調為 420 元，經轉診者由 210 元降為 170 元；後者經轉診之病人由 140 元降為 100 元)，及調增醫學中心急診檢傷 3 級或更輕症者之部分負擔(由 450 元調為 550 元)，有必要持續監控此一指標，以觀察推動分級醫療之後續成效。

另，建議現行 1.8 指標「藥品費用占率」修正為：「藥品費用超過或未達目標總額之百分率」(暫編碼 A1.5)，因藥品目標總額係現行健保法所明定，惟實施以來，或因藥品有不列入浮動點值之保障，醫療機構相對缺乏管控處方藥品之意願，每年結算藥價均逾目標總額，其超過之數額依法應由醫療費用支應，致影響以浮動計算點值之醫療給付，間接鼓勵醫院開立藥品，扭曲健保資源分配使用之效率，爰增列本項指標。

此外健保每年於醫療費用協商時，均有提撥一些專款，辦理一些政策性計畫(以下稱專案)，惟，或因各權益關係人看法不一，有些專案一試辦就是好幾年，未能適時退場或轉入常態支付項目，而且專案數目有逐漸增加之趨勢(2017 年有 15 項以上)，未盡符合支付行政效率，因此，增列「各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數」指標(暫編碼 A1.6)，以利觀察各專案執行之效率。

## (二) 醫療品質面向之指標：

品質之量測，就個別醫事服務機構(醫院)而言，不論是疾病治療的結果，或治療之合併症，或醫事人力配置之充裕度，基本上屬於醫院評鑑的範圍，醫策會已建立醫院評鑑之醫療品質持續性指標監測機制(含醫事人力)，若需要該等資料，可協商醫策會取得。

因此，現行指標 2.1「手術傷口感染率」、2.2「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」、2.5「醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)」及 2.6「護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」部分，均不建議納入第一類監測指標；至於指標 2.3「糖尿病品質支付服務之照護率」，亦可改列入該專案之例行性業務報告；而現行 2.4 指標「照護連續性」，固然是品質量測三大構面(結構、過程、結果)中，兼具結構與過程面之重要參數，但由於計算公式複雜，不易了解，且社會發展程度量測方式之共識度也不夠，爰修正為「健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率」，以呼應現行健保法規定，推動連續性、整合性及強化基層照護，期提升醫療照顧品質，監測其成效(暫編碼 A2.1)。

另，基於 2017 年國際著名醫學雜誌 Lancet 刊登之報告[21]，因我國可避免之死亡數或原發疾病併發症(如：糖尿病致洗腎)偏多，導致對我國之健康評等不夠好，與國內實際醫療水準，特別是與健保之國際評價，出現明顯差異，爰增列「可避免之糖尿病住院率」(暫編碼 A2.2)，以監測應以門診治療為主，著重避免發生合併症致需住院之疾病之醫療品質，先期納入糖尿病之急性合併症(低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群)，以後再擴及高血壓等疾病。

由於健康維護與門診照護品質良好，除有助於降低住院需求外，亦有助於降低急診需求，爰增列「各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率」(暫編碼 A2.3)，至於急診使用率較高之地區，是否係因當地門診資源不足或因急診分級與後送機制不夠

完善所致，則是數據分析解讀的問題，尚無須擔心對醫療資源較為不足地區，急診利用可能偏高之現象判讀錯誤，或產生標籤(stigmatization)效應。

### (三) 效果面向之指標：

承上效率面向所述，健保的內、外部資源均屬有限，妥適運用有限資源，達成被保險人最佳之健康效益，自須持續予以監測。

考量現行 3.1 指標「未滿月新生兒死亡率」及 3.2 指標「孕產婦死亡率」，主要係受婦幼健康政策與服務措施之影響，而該等政策及相關預防保健服務內容、費用編列(如：產前檢查、新生兒與各項幼兒健康篩檢、兒童預防保健等)，均屬衛生福利部國民健康署職掌，爰建議不列入第一類指標，改採全民綜合健康指標「各年度標準化死亡率」(暫編碼 A3.1)監測之，蓋國民之死亡率固然係屬總體施政(尤其是衛生施政)之綜效，惟，健保費用已佔國民醫療保健支出(National Health Expenditure, NHE) 之 55% 以上，其影響力首屈一指，且此一指標每年均有客觀、容易取得之數據，信、效度足夠。

另，健保歷年來採取多元之費用管控措施，並以總額為上限，搭配醫療費用浮動點值機制，但由於目前仍未能有效推行論人支付制度，仍以論量計酬(fee for service)為主，導致醫院所謂自行斷頭申報或點值偏低之結果，為了觀察健保多元支付制度之綜合效果，增列「年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值」為第一類指標(暫編碼 A3.2)；至於現行 3.3「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度」，歷經二十餘年之監控，除有特殊情事外(如：大幅調整費率或部分負擔)，均呈穩定之高滿意度，可先予排除在第一類指標外。

### (四) 公平面向之指標：

公平面向是將有限資源做最普及、平等的分配，嚴謹的說法係指資源之分配足以使被保險人享有公平的健康照護機會，而不是保證大家有一樣的健康狀態，或一樣的預期壽命，因為後二者之影響因素很多，且大部分非可歸責於健保。

當然，健康照護的公平性，就健保而言，係指醫療照顧，而不及於傳染病控制(如：預防接種或環境衛生改善)、預防醫學(如：健康檢查、疾病篩檢)或健康促進部分，即令是醫療照顧，由於醫事人力分布狀況，與醫療設施之普及程度，係屬衛生福利部醫事司權責，所以這部份的指標拿來監理健保尚非十分適當。

不過，多年來，健保為了減除地域性資源差異(如：醫事人力、醫事機構分布不均)，所導致之就醫機會不均等之現象，在其權責範

圍內，也陸續推出了「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)」、「全民健康保險居家醫療整合照護計畫」等措施，對於送醫療到偏鄉，及因受居家環境或身心障礙限制致困難就醫者，提供了便利的服務，為了有更精準，可供評量健保權責範圍內，各項提升就醫公平性措施之成果。

團隊並修正了現行 4.1 指標「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)」，改為：「健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率」(暫編碼 A4.1)，以了解 IDS 在醫療資源不足地區之涵蓋率，是否逐年上升到令人滿意的程度。

另，修正現行 4.2 指標：「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)」，改為：「一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數」(暫編碼 A4.2)，以了解因中醫、牙醫師人力不如西醫可以達成每六百人口就有一人之豐沛，造成就醫機會之差異度，該指標也有助於使健保總額分配相對較為寬裕之中醫、牙醫，有實證數據可以決定投入資源到需要的地區。

至於現行 4.3 指標「家庭自付醫療保健費用」，因 NHE 之調查中，自付醫療保健費用範圍甚廣，也包括一些高階之健身活動或器材、養生用品及整形美容等支出，作為健保公平性之量測，效度恐有不足；及現行 4.4 指標「自付差額特材占率」，原意係供監測自付差額占率高達一定數值時，可據以請健保納入全額給付，為避免係因醫院過度推廣所致，以及目前健保新增支付品項已導入醫療科技評估(HTA)，是否納入全額給付，似宜回歸健保法所定之 HTA 機制，因此，上二項均不建議納入第一類指標。惟，歷次論壇會議各界意見不一，爰在附錄十五中將正反觀點併陳。

此外，新增指標「健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值」(暫編碼 A4.3)，以觀察不同地區、不同層級醫院，其自費醫療使用率的差異，可據以分析其原因，究竟是與地區居民經濟能力或醫院行銷有關；及新增指標「一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值」(暫編碼 A4.4)，以了解是否應將居家醫療整合照護計畫之資源，做重點式的配置，避免因非都會地區醫療資源較少，反而投入居家醫療照顧有限，益增就醫機會不公平的程度。

至於歷次論壇同意新增的指標：「最低與最高五分位收入之家庭

，平均每人健保醫療費用比」，由於衛生福利部統計處表示，近年來之家庭收支調查，已去除可辨識個人之資料，因此加以修正為「健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比」(暫編碼 A4.5)，以了解是否被保險人有經濟能力及關連因素(如：健康知能)，導致醫療利用公平性之差異。

#### (五) 財務面向之指標：

現行 5.1 指標「保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」，考量公部門之預算編列必須至少提前半年作業，每每於編列後受外在因素影響(以今年為例，有基本薪資調增，公務人員加薪等)，導致預算數與實際數間發生非可歸因於健保財務管理之差異，建議不列入第一類指標。

至於現行 5.2 指標：「安全準備總額折合保險給付支出月數」，由於與健保財務精算與費率調整關係密切，有必要持續監理，並微調為：「年底安全準備(權責基礎)約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數」(暫編碼 A5.1)。

現行 5.3 指標「健保費成長率與 GDP 成長率比值」、5.4「全民健保醫療支出占 GDP 比率」、5.5「國民醫療保健支出占 GDP 比率」，由於自由化、全球化因素，及薪資調整之遞延效應，GDP 之增減未盡能及時或有效反映於以薪資為主要基礎(payroll-based)之保費收取機制，且在總額年成長之協商與非協商因素中，與 GDP 年度增減關連性不大，即若 GDP 負成長(如 2009 年 GDP 衰退 10% 以上)，健保總額(即全民健保醫療支出)仍持續成長，而我國經濟結構屬淺碟型，對國際經濟環境變動極為敏感，緩衝空間極小，建議均不納入第一類監測指標。

現行 5.6 指標「資金運用收益率」，由於近年來健保安全準備現金餘額較為充裕，若能適度鬆綁資金運用之許可範圍，不論是自行或委託操作，提升收益率，間接增加保費以外之財務收益(一般而言，國際上基金操作收益約 5% 以上)，對於充裕安全準備將產生良性循環，可紓解調增健保費率之壓力，爰予以保留，暫編碼 A5.2；健保之財務面因外部客觀環境因素操之在人，有必要強化操之在我之內控機制，爰增列兩項指標，分別為「年度末一般保費待收數及約當應收月均一般保費月數」(暫編碼 A5.3)及「年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值」(暫編碼 A5.4)。

前項指標雖有年末 1 至 2 個月之保費雖然由於法定作業為次年元月才開單，可能有約當月均保費月數略高之疑慮，但因常態是如此，指標係觀察多年趨勢，不致因此發生錯誤解讀，為免增加會計人員之

負擔，以年末決算報表計算尚屬可行，惟若健保署或健保會希待次年 2 月份才做統計，可訂為「2 月底報表呈現之前年度待收一般保費金額約當應收月均一般保費月數」。

至於「年度一般保費沖銷呆帳數及其與該年度應收一般保費數之比值」，也因為分子與分母不屬同一年度，所以稱為比值(ratio)，而非比率(rate)，雖二者不屬同一年度，但由於是以滾動式(sliding)觀察之多年期趨勢比較，亦無須擔心誤判，健保署極力表示，希望採五年後再進行同一年度(指五年前)沖銷數計算其占同一年度保費開單數額之比率，但指標資料若延後五年以上才可取得，變成是落後指標，較不具管理時效需求。此等選擇有待健保會委員做最後之決定。另，基於補充保費查核及追溯繳納期間較長，A5.3 及 A5.4 兩項指標均不納計補充保費。

- 十一、依第一類（核心）監理指標建議與上述健保效能之關連性評析，針對 105 年全民健康保險年度監測結果報告書進行比較研析，併建議監理指標其操作型定義(計算方式)、提報期程、正負向、資料提供單位、監理重點及相關限制之說明等，綜整如表 6。(105 年監測結果，及以現行指標研析歷年健保年度監測結果報告書之意見，可詳見附錄十三)

(一)目標值/參考值訂定時程：

- 1.凡可以取得歷年相關資料者(原則上 3 年至 6 年)，以該等歷年資料之平均值(mean)作為目標值/參考值。若有 5 年以上之資料，觀察以後年度之監測值是否在[平均值 $\pm$ 2 $\times$ 標準差(SD)]之內，後續出現連續 3 年均超出該範圍時，重新檢討目標值/參考值，並解釋其影響因素；若僅有未達 5 年之資料，可以平均值 $\pm$ 10%作為管控範圍。
- 2.若過去無相關資料可查，則以未來 1 至 4 年之資料作為滾動式調整目標值/參考值之參據。所有指標依其性質，期待值均應朝良性方向移動，亦即正向指標需逐年提升，負項指標需逐年降低。

(二)建議指標摘要綜述(詳見表 6)：

1.指標資料呈現：

1)適合作分區指標數值觀察者

- (1) A1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人(並得依檢傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值。
- (2) A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率。

(3) A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值。

(4) A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值。

## 2)適合區分直轄市、縣（市）之觀察者

(1) A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋。

(2) A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率。

## 3)適合據以比較一般地區與醫療資源不足地區之差異者

(1) A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率。

(2) A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數。

(3) A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值。

## 4)其餘指標均適合為整體性之觀察。

2.指標趨向：各項指標依其性質標記正、負向呈現。惟，部分指標包含多項數值，趨勢分別標記。

3.提報期程：全部以「年」提報。

4.資料提供單位：除 A3.1「標準化死亡率」及 A1.3「該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用」之癌症死因資料，需衛福部統計處協助；及 A4.4「一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值」，需由衛福部健保署搭配社政資訊系統外，健保署均可自行提供。

表 6：針對第一類(核心)監理指標比較 105 年監測結果報告書之說明及研析綜整表（監測數據請參附錄十三）

一、效率		
A1.1 每位被保險 人年均住院 日數 <sup>1</sup> (除整 體外，可視 需要增列含	由 來	修正現行 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
	計算方式	分子 <sup>1</sup> ：年度總住院人日數 分母 <sup>1</sup> ：年中(7 月 1 日)在保人數 ----- 分子 <sup>2</sup> ：年門診就醫總人次數 分母 <sup>2</sup> ：年中(7 月 1 日)在保人數

RCW/不含 RCW、 DRG/非 DRG 兩項) 、門診就醫 次數 <sup>2</sup> 、年 均每一住院 人日 <sup>3</sup> 及門 診人次 <sup>4</sup> 之 申報點數		分子 <sup>3</sup> ：年度住院總申報點數 分母 <sup>3</sup> ：年度總住院人日數 ----- 分子 <sup>4</sup> ：年度門診總申報點數 分母 <sup>4</sup> ：年門診就醫總人次數 ----- *均取至小數點後第 2 位		
	說 明	1.分子 <sup>1</sup> 、分母 <sup>3</sup> 、分子 <sup>3</sup> 可視需要增列含/ 不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項 2.分子 <sup>2</sup> 、分母 <sup>4</sup> 、分子 <sup>4</sup> 可考量排除門診 透析人次數		
	指 標 趨 向	負向 <sup>1,2,3,4</sup>	提報期程	年
	資 料 提 供	中央健康保險署		
	監 理 重 點	健保支付制度變革對醫療服務效率之影響		
	限 制	若未扣除 RCW 或門診洗腎可能造成數值 些微上揚		
<p>研析比較：</p> <p>現行指標未能連結案例疾病嚴重度(CMI)，也未有地區醫院收住長期呼吸器使用者(RCW)之參數可資評估，且未有各級醫院收住適用 DRG 案例數之比率可查，未能據以深入分析差異之原因。另，醫院平均住院天數主要受個別醫院營運策略、醫療能力、管理效能之影響，就健保之效率而言，除不必要之長期住院可於事後審查加以核刪，及擴大 DRG 適用項目外，較不具關連性。</p> <p>修正之指標，能將健保之內部資源(財務)與外部資源(醫事人力與設施)之運用效率合併觀察，監測每一被保險人之年均住院人日數及年均門診就醫次數，期因資源使用得當，可有效控制該二醫療利用指數，使醫事人力及醫療設施不至於吃緊，相對也使每一位醫事人員(尤其是醫師及護理人員)，或每一單位之醫療設施(如：病床)之負擔降低，也使每位醫事人員之勞務付出之收入增加(服務較少的住院人日或門診人次，但收入面因總額因素不至於減少)，及降低病房一床難求與門、急診壅塞之現象。另加入觀察人均住院人日及人均門診就醫次數之變動，對於申報單價之影響，如此一來，更能反映健保支付制度變革對綜合運用內部資源(保險費用)與外部資源(醫事人力與機構)之效率產生之影響。必要時，可就含/不含 RCW，與含/不含門診洗腎，以及 DRG/非 DRG 兩類數值呈現。</p>				
A1.2 各分區業務 組轄內經急 診住院之病	由 來	修正現行 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)		
	計 算 方 式	分子：經由急診住院(含住入後送病房)或 轉診住院前，留置急診超過 24 小		



人(並得依檢傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值		時之人次數 分母：經由急診住院或轉診住院之總人次數 *取至小數點後第 2 位		
	說 明	1.呈現最高之前三家醫院數值 2.得視需要，依檢傷一至三級區分 3.分整體及各分區業務組轄內之前三家醫院		
	指 標 趨 向	負向	提報期程	年
	資 料 提 供	中央健康保險署		
	監 理 重 點	各分區醫院之急診病人，因病情需要應轉住院者，提供住院服務效率較不足時，如何加強改善		
	限 制	因部分醫學中心屬明星級醫院，也有部分地區因醫療資源不足或分布不均，致特定醫學中心急診滯留率難以有效改善，恐造成不盡公平之解讀		
研析比較： 此項為被保險人非常切身、關注之議題，但現行數據係全國均值，未能呈現區域差異，且分母為全體急診人數，非經由急診住院之人數，易受輕症無須住院病人數稀釋(尤以地區醫院為然)，也難以實際反映不同地區病人於不同醫院之急診就醫感受。 修正指標改以各區急診滯留較顯著之前三家呈現(並得依檢傷一至三級區分)，有助於監測區域性急診資源使用與後端轉介、分級住院診療之效率，以採取有效措施，提升並均衡各地區之急診及後端住院資源使用效率，呈現區域間差異，較能以健保之力敦促其改善。				
A1.3 該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率 <sup>1</sup> 及每案平均申報之安寧照護費用 <sup>2</sup>	由 來	修正現行 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數		
	計 算 方 式	分子 <sup>1</sup> ：分母之個案死亡前 6 個月有申報安寧照護費用之人數 分母 <sup>1</sup> ：年度死因為癌症之人數 ----- 分子 <sup>2</sup> ：死亡前 6 個月安寧照護總申報費用 分母 <sup>2</sup> ：死亡前 6 個月安寧照護費用申報案數 ----- *取至小數點後第 2 位		
	說 明	增列無接受安寧照護病人之平均申報費用		

	指標趨向	正向 <sup>1</sup> 、負向 <sup>2</sup>	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署、衛福部統計處		
	監理重點	是否及時提供安寧緩和醫療服務，以減少低效益醫療之使用，並監測安寧醫療費用之變動		
	限制	數值信度足夠，尚無數值解讀之限制，惟需統計處提供癌症死因資料檔以供比對		
研析比較： 醫療費用無法實質反映安寧緩和療護之使用狀況，且癌末難以定義；此外，癌症病人死亡並不一定死於癌症，可能是自殺或車禍等。 修正指標可以反映健保之安寧緩和醫療支付制度，對於此一照護模式普及度之影響。該等資料取得之難度不高，因癌症死亡者及其死亡前之健保申報資料約於年度結束後五個月，已有資料可資比對。				
A1.4 西醫基層與醫院門診服務人次(亦即件數)比	由來	修正現行 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率		
	計算方式	前者：西醫基層門診人次數 後者：醫院門診人次數 *比值前者換算為 1，後者取至小數點後第 2 位		
	說明	分西醫基層、醫院總額		
	指標趨向	正向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	基層與醫院門診利用之流動性		
	限制	數值精準，但就醫人次與總醫療費用，尚無直接關連性。但總醫療費用已受西醫基層及醫院總額分配之管制，若正向移動後，基層點值降低，須適時調增基層總額		
研析比較： 人數占率無法反映實際使用次數之比率，件數(亦即人次)占率使用總量(密度)較具關連性，雖然醫院較常開立連續處方箋或療程(如：復健治療)，且門診單價均顯著高於基層，即使以件數比較，仍無法充分反映服務費用比重。 此外，西醫基層與醫院已有總額分配機制，就醫之人數與件數受總額分配之影響頗大，現行指標是政策決定之因或是果很難釐清。但在無其他更適當指標可資使用之下，人次(現稱件數)占率先予保留。				

修正指標也基於民國 106 年 4 月健保署調整醫學中心及區域醫院門診之部分負擔(前者未經轉診之病人由 360 元調為 420 元，經轉診者由 210 元降為 170 元；後者經轉診之病人由 140 元降為 100 元)，及調增醫學中心急診檢傷 3 級或更輕症者之部分負擔(由 450 元調為 550 元)，有必要持續觀察推動分級醫療之後續成效。				
A1.5 藥品費用超過或未達目標總額之百分率	由來	修正現行 1.8 藥品費用占率		
	計算方式	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 *取至小數點後第 2 位		
	說明	1.新藥(如 C 型肝炎藥物)獨立管控，得不列入計算 2.未來訂定藥品目標總額時，應考量 DRG 涵蓋數之增加，適度降低其目標總額占率		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	藥品目標總額制度之實施成效		
	限制	數值精準可靠，惟現行有關逾目標總額時，應由醫療費用支付之規定，若不配套修正，改採藥費浮動點值，則仍難收控制藥品費用之效		
研析比較： 現行指標歷年監測結果無明顯變動趨勢，且從占率亦無從觀察何為適當值。 修正指標基於藥品目標總額係現行健保法所明定，且已實施三年，惟實施以來，或因藥品有不列入浮動點值之保障，醫療機構相對缺乏管控處方藥品之意願，每年結算藥價均逾目標總額，其超過之數額依法應由醫療費用支應，致影響以浮動計算點值之醫療給付，間接鼓勵醫院開立藥品，扭曲健保資源分配使用之效率，監理各年度總額之使用狀況(如：超過或未達目標總額之百分比)，更有助於健保署及時研採必要之措施，使目標總額與實際發生之費用趨於一致。但需注意未來訂定藥品目標總額時，應考量 DRG 涵蓋數之增加，適度調降目標總額占率。				
A1.6 各年度健保試辦計畫或	由來	新增		
	計算方式	1.本年度導入(進場)之試辦計畫或倡議、獎勵方案總數及 KPI 達成狀況		

倡議、獎勵方案(通稱專案，如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數		2.本年度進行中之試辦計畫或倡議、獎勵方案總數及 KPI 達成狀況 3.本年度退場之試辦計畫或倡議、獎勵方案總數 4.本年度各退場之試辦計畫或倡議、獎勵方案，辦理年數		
	說 明	分整體及部門總額別		
	指 標 趨 向	正向 <sup>1,3</sup> 、負向 <sup>2,4</sup>	提報期程	年
	資 料 提 供	中央健康保險署		
	監 理 重 點	監理健保各專案執行之效率		
	限 制	數值信度足夠，但有時難免受專業以外之政策因素影響，致專案過多或難以及時退場		
研析比較： 健保每年於醫療費用協商時，均有提撥一些專款，辦理一些政策性計畫(或稱專案)，惟，或因各權益關係人看法不一，有些專案一試辦就是好幾年，未能適時退場或轉入常態支付項目，而且專案數目有逐漸增加之趨勢(2017 年有 15 項以上)，未盡符合支付行政效率，此新增指標有必要監理及促使提升各專案執行之效率。				
二、醫療品質				
A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣（市）實施論人支付制度 <sup>1</sup> 或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率 <sup>2</sup>	由 來	修正現行 2.4 照護連續性		
	計 算 方 式	分子 <sup>1</sup> ：各分區業務組(或各直轄市及縣、市)轄內實施論人支付制度涵蓋之被保險人數 分母 <sup>1</sup> ：轄內年中(7 月 1 日)在保人數 ----- 分子 <sup>2</sup> ：各分區業務組(或各直轄市及縣、市)轄內實施家庭責任醫師制度或家庭醫師整合性照護計畫涵蓋之被保險人數 分母 <sup>2</sup> ：轄內年中(7 月 1 日)在保人數 ----- *取至小數點後第 2 位		
	說 明	分各分區業務組或轄內各直轄市、縣(市)		
	指 標 趨 向	正向 <sup>1,2</sup>	提報期程	年
	資 料 提 供	中央健康保險署		
	監 理 重 點	論人支付制度及家庭醫師制度或家庭醫師		

		整合性照護計畫等，攸關照護品質，本指標有助於了解以提升照護連續性為目標之支付制度之實施成效
	限制	論人支付及家庭責任醫師制度或已暫時退場中或尚未實施，而家庭醫師整合性照護計畫實施範圍亦有限，恐造成監測數值之波動，致解讀不易

研析比較：

梁亞文教授等在照護連續性對住院醫療利用之影響研究中證實[22]，在實施全民健康保險制度但缺乏家庭醫師制度及轉診制度的台灣，照護連續性有助降低住院醫療利用，但也提及臺灣醫療體系尚未建立完整的家庭醫師制度，照護連續性概念與其測量是否適用於台灣有待商榷。

即是說，年度報告書監測結果顯示歷年照護連續性雖幾近穩定，而此數值或可一定程度反映照護之連續性，但與健保醫療服務品質之相關性尚乏有力實證。美國家庭醫師學會(AAFP)定義照護連續性為「連續之照護關係」及「無縫隙(seamless)之服務」[23]。

基於二代健保法已增列家庭責任醫師及論人支付制度，惟推動甚為緩慢，有必要以此一淺顯易懂，又可呼應法令規定之修正指標加以監理，促使其加速推廣，以強化照護連續性，提升照護品質。

A2.2 可避免之糖尿病住院率 (先期納入低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群)	由來	新增		
	計算方式	分子：該年度糖尿病人因為低血糖、糖尿病酮酸血症、非酮酸血性高血糖症候群住院之人次數 分母：該年度門診糖尿病人數 *取至小數點後第2位，可避免之住院率以每10萬門診糖尿病人計		
	說明	整體		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	初期先監測糖尿病急性合併症之照護品質，可逐期擴至高血壓、心臟病等		
	限制	先重點選擇上述三項急性合併症監測，尚未能監測所有可避免之糖尿病及其他疾病之住院案件		

研析比較：

美國健康照護研究與品質局(AHRQ)提出「門診敏感性病症」

(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC)[24]，係指可及時且有效的在門診進行治療與管理，期以高品質門診照護及公共衛生介入，改善健康照護系統及術後照護過程，提供民眾可負擔、高品質且有效率的醫療服務來減少急診使用從而防止住院或急診的理念[25,26]。而在 105 年家庭醫師整合性照護計畫 10 項評核指標中，「每 10 萬人潛在可避免急診率」及「每 10 萬人可避免住院率」皆未達目標值。另，《刺絡針》(The Lancet)於 2017 年 7 月公布全球醫療照護品質調查排行[21]，研究選取 32 項疾病納入指標，所選盡皆醫界認為具有明確防治策略之疾病（糖尿病亦在此列），期透過及時有效的健康照護，使該疾病死亡的人數下降，儘管由現行 2.3 指標「糖尿病品質支付服務之照護率」監測結果可觀察近年糖尿病照護率逐年提高，但在 Lancet 評比中卻僅有 58 分。而我國糖尿病自 1983 年首次進榜十大死因，至 2017 年從未排除於榜外。

基於 2017 年 Lancet 刊登之報告，認為我國可避免之死亡數或重大疾病併發症(如：洗腎)偏多，導致對我國之健康評等不夠好，與國內實際醫療水準，特別是與健保之國際評價，出現明顯差異，爰此一新增指標先就應以門診治療為主，著重避免發生合併症致需住院之疾病中，先導入糖尿病，監測其醫療品質，以後再擴及高血壓等。

A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率	由來	新增		
	計算方式	分子：該直轄市、縣(市)被保險人之急診利用件數 分母：該直轄市、縣(市)每 10 萬之年中(7 月 1 日)在保人數 *取至小數點後第 2 位		
	說明	各分區業務組內之各直轄市、縣(市)		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	監測門診服務及住院治療出院後之照護品質，期降低急診利用率		
	限制	因地區性民眾工作性質差異(白天為主)或醫療資源不足，可能造成急診使用率較高之偏異值，致解讀時需做附加說明		
研析比較：				
此一新增指標係基於健康維護與門診服務及住院病人之出院準備與後續照護品質良好，除有助於降低住院需求外，亦有助於降低急診需求，應足以反映醫療照護品質。				

至於論壇諮詢會議中，有專家委員表示，偏鄉地區急診利用率受就醫理想時段、無非急診醫療資源及工作多屬戶外性質等多重因素影響，可能導致急診利用率偏高，此等因素應納入未來解讀監測結果之重要考量。				
三、效果				
A3.1 各年度標準化死亡率	由來	新增		
	計算方式	分子： $\Sigma(\text{各年齡組別之死亡率} \times \text{標準組年齡別人口數})$ 分母：標準組總人口數/1000 *取至小數點後第 2 位，死亡率以 0/00 為單位		
	說明	整體		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	衛福部統計處		
	監理重點	健保改善國民健康之效果		
	限制	健保只佔 NHE 約 55%，標準化死亡率之降低，不全可歸因於健保		
研析比較：				
健保的內、外部資源均屬有限，妥適運用有限資源，達成被保險人最佳之健康效益，為健保之首要任務。				
國民之標準化死亡率每年均有客觀、容易取得之數據，信、效度足夠；而死亡率固然係屬總體施政(尤其是衛生施政)之綜效，惟，健保費用已占國家衛生醫療保健支出之 55%以上，其影響力首屈一指，相較於歸屬國民健康署權責之現行指標 3.1「未滿月新生兒死亡率」及 3.2「孕產婦死亡率」，更能反映健保對增進國民健康之效果。				
A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值	由來	新增		
	計算方式	分子：年度各部門及各分區業務組分配之總額 分母：年度各部門及各分區業務組申報總點數 *取至小數點後第 2 位		
	說明	分各部門及各分區		
	指標趨向	正向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	各分區執行多元支付制度及推動自主管理等方案，以降低不必要醫療利用之綜合效		

		果
	限 制	部分分區之醫院參加自主管理計畫，採自我斷頭申報(即：超額部分不向健保申報)，可能導致點值良好之假象
<p>研析比較：</p> <p>基於健保歷年來採取多元之費用管控措施，並以總額為上限，搭配醫療費用浮動點值機制，但因目前還未能有效推行論人支付制度，仍以論量計酬(fee for service)為主，導致醫院所謂自行斷頭申報或點值偏低之結果，為了觀察健保多元支付制度之綜合效果，新增此一指標；論壇諮詢會議中，部分專家委員表示解讀分區點值時，應考量各區做法不同及醫療資源、跨區就醫等多重因素之影響，並應著眼於觀察點值之穩定度，而非受限於其絕對數值。</p>		
四、公平		
A4.1 健保 IDS 於 衛生福利部 所定醫療資 源不足地區 之村、里實 施之涵蓋率	由 來	修正現行 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)
	計 算 方 式	分子：衛生福利部所定醫療資源不足地區各 IDS 計畫涵蓋之村、里數 分母：衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里總數 *取至小數點後第 2 位
	說 明	於 IDS 設點時，應已與當地衛生局達成該點涵蓋之村、里範圍之共識(即已協調好涵蓋區域)
	指 標 趨 向	正向
	資 料 提 供	中央健康保險署
	監 理 重 點	健保醫療服務分配公平性之達成度
	限 制	IDS 的服務據點可涵蓋的村、里數，可能各衛生局判定標準不一，致生差異，但其幅度可能有限
<p>研析比較：</p> <p>健康照護機會的公平性，就健保而言，係指醫療照顧，至醫療照顧有關之醫事人力分布狀況，與醫療設施之普及程度，係屬衛生福利部醫事司權責，現行 4.1 指標以醫師人力分布來監理健保尚非十分適當，且其計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，另，以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈有所不同(衛生福利部劃分醫療網係採生活圈概念)。</p> <p>考量多年來，健保為了減除地域性資源差異(如：醫事人力、醫事機</p>		



構分布不均)，所導致之就醫機會不均等之現象，在其權責範圍內，陸續推出了「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (IDS 計畫)」、「全民健康保險居家醫療整合照護計畫」等措施，對於送醫療到偏鄉，及因受居受居家環境或身心障礙限制致困難就醫者，提供了便利的服務，修正指標可以更精準的評量健保權責範圍內，各項提升就醫公平性措施之成果。				
A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數	由	來	修正現行 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)	
	計 算 方 式	分子：一般地區、衛生福利部所定醫療資源不足地區住民之住院人日數及西、中、牙醫門診就醫人次數 分母：一般地區、衛生福利部所定醫療資源不足地區之住民人數 *取至小數點後第 2 位		
	說	明	1.採戶籍歸戶 2.分各部門	
	指 標 趨 向	兩區越接近越好	提報期程	年
	資 料 提 供	中央健康保險署		
	監 理 重 點	一般地區、醫療資源不足地區，各類醫療利用之公平性		
	限	制	數值信度良好，但採戶籍制或投保單位制都可能有一部分就醫係在戶籍或投保單位所在地之外；此外，縱使利用率相近，亦無法代表服務品質相若	
研析比較： 現行指標監測結果之中醫及牙醫於山地離島及醫療資源不足地區之就醫率顯著偏低，105 年報告書中提及係因醫療資源不足地區之部分地區屬於山地離島所致。此部分健保署或可採行類似西醫之 IDS 制度加以改善，並宜繼續監控此一指標，修正指標改為人均就醫次數(以戶籍歸戶計算)更能反映醫療利用率，也較具效度，可有助於使健保總額分配相對較為寬裕之中醫、牙醫，有實證數據可以決定投入資源到需要的地區。				
A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫	由	來	新增	
	計 算 方 式	前者：各該醫院年度內之非健保醫療收入數 後者：各該醫院年度內之健保醫療收入數 *前者換算為 1，後者取至小數點後第 2 位		

事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值	說 明	分整體及分區業務組轄內醫院		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	醫院是否有過度推廣自費醫療，及支付自費醫療之能力是否有地區性差異		
	限 制	部分中小型醫院無須公開其財務報表，未能反映全貌		
研析比較：				
新增指標限於應申報或公開財報之醫事服務機構，其資料較具信度，可以反映各分區民眾自費醫療之負擔能力，及各分區內之醫院推廣自費醫療或差額給付之程度，避免醫療機構因健保給付項目利潤較低，逐漸偏重自費醫療，有損民眾權益。				
A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值	由 來	新增		
	計 算 方 式	前者：該地區該年度居家整合醫療之收案人數 後者：該地區該年度年中(7月1日)領有身心障礙手冊之人數		
	說 明	整體		
	指標趨向	兩區越接近越好	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署、社會及家庭署		
	監理重點	觀察居家醫療整合照護計畫於減除弱勢族群醫療利用障礙，提升就醫公平性之成效		
	限 制	輕度身心障礙者未必有接受居家醫療整合照護之需要		
研析比較：				
健保之目標在於減除醫療弱勢族群之醫療利用障礙，本項新增指標有助於了解是否應將居家醫療整合照護計畫之資源，做重點式的配置，以免因非都會地區醫療資源較少，反而投入居家醫療照顧有限，益增就醫機會不公平的程度。				
A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比	由 來	新增		
	計 算 方 式	前者：健保投保金額最高五分位組之被保險人年均健保醫療費用 後者：健保投保金額最低五分位組之被保險人年均健保醫療費用 *比值前者換算為1，後者取至小數點後第2位		
	說 明	以整體呈現，可視需要將五個分位之資料		

		均呈現		
	指標趨向	負向(趨近 1 最好)	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	觀察經濟能力是否影響醫療利用之公平性		
	限制	於有因以基本工資投保人數過多，致以人數區分五分位有困難時，可改以投保金額之五分位區分之		

研析比較：

江東亮教授等[27]研究發現，富人受益健保給付金額成長速度遠大於窮人，以 2000 年與 2009 年對照，全國最窮 20%與最富 20%平均每戶獲健保給付金額，前者由 32804 元增至 34202 元、後者從 51620 元增至 73742 元，成長率分別為 4.2%與 42%，相差達十倍。而這或許也間接反映醫療照護的城鄉差距，例如醫學中心都集中在大都市，使用的都是高級健保器材及藥物（如電腦斷層、新型化療、標靶藥等），而鄉下地區較多是最窮 20%的所在地，沒有好的醫療機構，所做的都是一些較低階、健保點數較低的治療或檢查等。論壇會議中一致同意建議的新增指標：「最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比」，可評估高低收入家庭健保利用狀況之差異，亦可間接反映城鄉醫療差距。惟統計處因個人資料保護法施行之關係，家庭收支調查項目已不包括提供可辨識個人之資料，爰再加以修正為：「健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比」，如此即可由中央健保署取得資料，亦可藉以了解是否有經濟能力及關連因子(如：健康知能)導致醫療利用公平性之差異。

## 五、財務

A5.1 年底安全準備（權責基礎）約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數	由來	修正現行 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數		
	計算方式	分子：年底安全準備決算數 分母：該年度月均保險支出數 *取至小數點後第 2 位		
	說明	與前一年比較增減數		
	指標趨向	約當 1-3 個月最適	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	保險之安全準備是否在法定範圍內		
	限制	數值信度良好，惟實收數與權責發生數間會有差距，但健保基金係屬權責發生制		

研析比較：

近年來，折合月數呈上升趨勢，主要係因二代健保加收補充保費、調升費基上限及調整費基級距、加重政府負擔、公務人員全薪加保等政策影響。健保法明定：健保安全準備以一至三個月為原則。據此，本指標與健保財務精算、費率調整關係密切，有必要持續監理，爰微調其內容，增列監測年底安全準備較前一年度增減數等文字。			
A5.2 資金運用收 益率	由來	保留現行 5.6	
	計算方式	分子：本年保險資金運用收益實現數 分母：本年日平均資金餘額	
	說明	全民健康保險資金依健保法相關規定投資運用之收益	
	指標趨向	正向	提報期程 年
	資料提供	中央健康保險署	
	監理重點	資金餘額運用之效益	
	限制	目前資金運用受限於購買政府公債，但規定有「其他經主管機關核准有利於本保險之投資」，主管機關可適當放寬其運用範圍以提升收益	
<p>研析比較：</p> <p>由於近年來健保安全準備現金餘額較為充裕，若能在法規許可之運用範圍內，不論是自行或委託操作，提升收益率，間接增加保費以外之財務收益，對於充裕安全準備將產生良性循環，可紓解調增健保費率之壓力，爰予以保留。</p> <p>觀察歷年資金運用收益率有逐年下降趨勢(104 年因增加投資公債及公司債而比 103 年高)，雖仍優於五大銀行大額定存利率，但相較於國、內外主要基金之收益率，明顯偏低，極需強化資金運用效益，本指標予以保留獲有高度共識。</p>			
A5.3 年度末一般 保費待收數 及約當應收 月均一般保 費月數	由來	新增	
	計算方式	分子：年度末一般保費待收數 分母：該年度月均應收一般保費數 計算週期部分，若依健保署之意見如下： 分子：前一年 11 月 1 日至當年 10 月 31 日末一般保費待收數 分母：前一年 11 月 1 日至當年 10 月 31 日年度月均應收一般保費數 *取至小數點後第 4 位	
	說明	僅計算含政府負擔款之一般保險費（不計	

		補充保險費)		
	指標趨向	負向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	監理總應收一般保費於年末之實收狀況，作為提升財務管理成效之參據		
	限制	以本計畫建議之週期計算，較為簡便，但健保署考慮因年度末之正常狀況下，會有近兩個月應收款，恐造成數值較高，致錯誤解讀之疑慮		

研析比較：

新增此項指標係為監理總應收支一般保費於年末之實收狀況，雖然年末 1 至 2 個月之保費，由於法定作業需待次年元月才開單，導致代收之約當月均保費數可能偏高之疑慮，但因常態是如此，指標係觀察多年趨勢，不致因此發生錯誤解讀，為免增加會計人員之負擔，以年末決算報表計算尚屬可行。

亦可考慮參採健保署之意見，以採前一年 11 月 1 日至當年 10 月 31 日為計算週期。

另，基於補充保費查核及追溯繳納期間較長，A5.3 及 A5.4 兩項指標均不納計補充保費，僅計算含政府負擔款之一般保險費。

A5.4 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值	由來	新增		
	計算方式	前者：年度內沖銷呆帳數 後者：該年應收保費數 *比值前者換算為 1，後者取至小數點後第 4 位 **健保署建議採 5 年前或 10 前幾乎均已完成沖銷之年度資料計算		
	說明	整體		
	指標趨向	正向	提報期程	年
	資料提供	中央健康保險署		
	監理重點	監理呆帳沖銷之狀況，作為提升財務管理成效之參據		
	限制	以本計畫建議之週期計算，較為簡便，但因呆帳之沖銷，正常作業須先催收，致遞延 5 年以上，恐造成數值較實際高，而有錯誤解讀之疑慮		

研析比較：

新增列本項指標，以搭配 A5.3，監理一般保費沖銷呆帳之程度。因

為分子與分母不屬同一年度，所以稱為比值(ratio)，而非比率(rate)，雖二者不屬同一年度，但由於是以滾動式(sliding)觀察之多年趨勢比較，亦無須擔心誤判；惟，健保署極力表示，希望採五年後再進行同一年度(指五年前)沖銷數計算其占同一年度保費開單數額之比率，但指標資料若延後五年以上才可取得，變成是落後指標，較不具管理時效需求。選擇何者留待健保會委員做最後之決定。

十二、於 106 年 9 月 25 日函送期中報告，業管單位於 10 月 13 日電郵傳送期中報告審查意見，計畫辦公室於 10 月 23 日函送期中報告審查意見回復表（詳見附錄十六）。而期中報告修正內容則依健保會指示以電郵寄送予負責窗口後，審查通過。於 1 月 19 日函送期末報告，並於 2 月 2 日召開審查會議，期末審查意見回復表詳見附錄十七。

## 伍、總結

本計畫承健保會各級幕僚主管悉心協助，適時召開工作聯繫會議，提供健保會委員聯絡資訊及頗具參考價值之文件，並出席各場論壇指導，使計畫得以順利執行。委員及專家學者之看法容或有所不同（詳參歷次論壇紀錄），但研究團隊充分瞭解，蒐集不同背景與各權益關係人代表之意見，廣納多元之建言，做成務實可行之研析建議，正是本計畫的任務所在。基於忠實反映綜整不同意見之職責，並考量選擇指標之九大原則，以及健保會委員會會議審議之實務需要，將指標歸成三大類，並建議以第一類為常態性、優先性之健保業務監理指標，各大類之架構均依效率、品質、效果、公平、財務五大面向區分。也就各面向之第一類（核心）指標與健保效能之關連性加以評析，做為未來健保會委員會審議，選定監理指標之參考。

## 陸、參考文獻

1. 鐘國彪, 建立全民健康保險業務重要監理指標之研究. 2013. 衛生福利部研究計畫.
2. 全民健康保險會, 健保財務及醫療業務監理指標.  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-1679-116.html>
3. Singapore Budget 2017, *Key Performance Indicators*.  
[http://www.singaporebudget.gov.sg/budget\\_2017/](http://www.singaporebudget.gov.sg/budget_2017/)
4. Report of the Steering Committee on Review of Hospital Authority 2015, Hong Kong. <http://www.fhb.gov.hk/en/committees/harsc/report.html>
5. Health Service Executive National Service Plan 2016, Ireland.  
<http://www.hse.ie/eng/services/publications/serviceplans/nsp16.pdf>
6. NHS Outcomes Framework Indicators. <http://content.digital.nhs.uk/nhsif>
7. NHS Digital Indicator Portal. <https://indicators.hscic.gov.uk/webview/>
8. Institute of Medicine (U.S.) and ebrary Inc., *Crossing the quality chasm, in Richard and Hinda Rosenthal lectures 2001*. 2003, National Academy Press: Washington, D.C. p. vii, 38 p.
9. 江東亮, 文羽葦, and 謝嘉容, 全民健康保險制度的發展與問題. 台灣醫學, 2014. 18(1): 33-42.
10. 藍忠孚, et al., 台灣地區醫療機構品質管理現況分析. 醫療品質, 2000. 2(1): 5-12.
11. 游宗憲 and 賴美淑, 建構醫療品質指標方法文獻之回顧. 台灣醫學, 2009. 13(2): 174-180.
12. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會, 台灣醫療品質指標計畫簡介.  
[http://www.kmu.org.tw/www/Administration/MedicalQuality/works\\_2\\_2.html](http://www.kmu.org.tw/www/Administration/MedicalQuality/works_2_2.html)
13. 行政院衛生署醫療品質政策諮詢委員會, 2012 醫療品質政策白皮書, 2012.
14. Aday, L.A., *Evaluating the healthcare system : effectiveness, efficiency, and equity*. 2nd ed. 1998, Chicago: Health Administration Press. xvii, 334.
15. Kruk, M.E. and L.P. Freedman, *Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature*. Health Policy, 2008. 85(3): 263-276.
16. Okwan, F., *Multivariate Analysis to Assess the Effectiveness of the National Health Insurance Scheme (NHIS) in Ghana*. Thesis (M Phil.) - University of Ghana, 2015.
17. 江宛霖 and 江東亮, 台灣全民健康保險的減貧效果. 台灣公共衛生雜誌, 2016. 35(2): 164-171.
18. 林進財, et al., 台灣地區實施全民健康保險後醫療資源公平性之研究. 環境與管理研究, 2006. 7(2): 53-66.
19. 廖慧娟, 離島與偏遠地區急重症醫療與照護. 醫療品質雜誌, 2013. 7(2):

- 44-48.
20. 劉宜君, 我國全民健康保險政策財務之實證研究. 中國行政評論, 2001. 10(4): 129-176.
  21. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, *Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet. 2017. 390(10091): 231-266. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8.
  22. 梁亞文, et al., 照護連續性對住院醫療利用之影響. 健康科技期刊, 2017. 4(1): 44-64.
  23. Gulliford, M.C., et al., *What is 'continuity' of care?* Journal of Health Services Research and Policy, 2006. 11(4): 248-250.
  24. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. *Guide to Prevention Quality Indicators*. AHRQ Pub, 2001. No. 02-R0203.
  25. 張曉鳳, et al., 可避免住院研究回顧對台灣基層醫療照護的意涵. 台灣公共衛生雜誌, 2011. 30(5): 409-421.
  26. 張婷 and 郭年真, 初級照護品質與可避免急診之探討. 台灣公共衛生雜誌, 2017. 36(5): 473-486.
  27. 江東亮, et al., 台灣醫療保健支出成長率的分析：醫療通膨，質量與公平性. 台灣衛誌, 2012. 31(1): 1-10. doi:10.6288/TJPH2012-31-01-01.



## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第一次工作討論會議（拜會）紀錄

時間:106 年 5 月 3 日上午 10 時至 11 時

地點:衛生福利部 4 樓會議室

與會人員：周淑婉執行秘書、張友珊副執行秘書、洪慧茹組長、彭美  
榮專員；陳再晉主任、許怡欣副教授、林素如、林廷育

討論摘要：

1. 健保會提供計畫辦公室 103 及 104 年度之監理指標報告，以及健保會委員於歷次會議中表達之意見(詳見六份簡報及會議記錄)，現行指標未納入，而委員較關心的有特殊藥物品項差額自付、藥品目標總額及年度分區、分類個別總額等項。
2. 現行指標第 4.3 項有關「家庭自付醫療保健費用比率」，以及第 5.1 項，「保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」，也請納入檢討之重點。有委員建議若可行，將前者改為「家庭自付醫療保健費用金額」
3. 健保一些重要改革，如家庭責任醫師制度及論人支付制度之實施成效，也可考量納入論壇討論是否增列相關指標。
4. 本計畫執行期間為 106 年 5 月 3 日至 107 年 2 月 2 日，共計九個月，於第一個月底繳交細部工作規劃時，請一併提報論壇主題方向、專家學者名單(健保會也將盡快提供部分建議名單)；論壇最好在 10 月底前辦理完竣，並以二場在北部辦理為原則，期於 11 月底前產出初步結論報告，並於 12-1 月間完成增修監理指標架構之對照表(含增修說明)，俾列入明年二、三月間例行委員會議之討論案。
5. 監理指標可依計畫辦公室之構想，區分優先指標與選項指標，以平衡表達不同之觀點。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 工作進度規劃

- 一、於決標後七個工作日安排拜會委辦機關業管人員，討論執行細節性需求。

[執行說明]:業於 5 月 3 日早上 10 點由計畫主持人陳再晉醫師及協同主持人許怡欣副教授一起拜會健保會周淑婉執行秘書、張友珊副執行秘書、洪慧茹組長、彭美瑩專員。就本計畫之指標修正重點及期程規劃等事項請益並進行意見交流，紀錄如第十項。

- 二、於決標後二週內，完成招聘本計畫研究助理。

[執行說明]:於 5 月 12 日(規劃期程內)完聘一位碩士級專任助理(楊朝欽先生)，協助計畫執行。

- 三、本計畫之執行以決標日為起算日，共計九個月。詳細工作進度規劃表，將於決標日起 30 日提報委辦機關。

[執行說明]:業於 5 月 26 日函送本工作進度規劃，並同步電郵健保會業管單位。並預訂於 6 月 1 日與業管單位進行討論。

- 四、決標日起第一個月(原定兩個月，應健保會需求，縮短為一個月)，先就 103、104 年全民健保年度監測結果報告書、會議報告及委員之意見進行研析，並召開內部專家會議，據以訂定論壇會議之討論主題及相關細部議題，及商擬論壇會議邀請之專家建議名單，報送委辦機關。

[執行說明]:已於 5 月 25 日召開內部專家會議討論相關議題，計畫主持人與協同主持人及臺北市立萬芳醫院簡嘉惠副院長蒞會，管理學院張耀懋副院長與衛生政策中心莊秀文執行長以書面及口頭另行表示意見，所擬論壇期程、議題、專家名單草案，將提報至 6 月 1 日與健保會進行之工作會報討論，再依指示另以電郵或函報衛福部核定。

- 五、於六月至十月間，於健保之六個分區業務組所在地，分別辦理一場論壇會議，得視需要加開一場。

[執行說明]:已於 5 月 25 日召開內部專家會議討論訂定論壇日程及主題，俟 6 月 1 日與健保會進行之工作會報討論，再依後續報部核定結果辦理；初擬規劃如下：

分區	日期	地點	主要/次要主題	擬邀對象
第一場	6 月下旬	桃園	效率面 /效果面	鄭舜平院長、健保會 委員及相關利益團

				體代表
第二場	7 月中旬	臺中	醫療品質面 /財務面	李卓倫副教授、健保 會委員及相關利益 團體代表
第三場	8 月中旬	臺南	效果面 /公平面	胡淑貞副教授、健保 會委員及相關利益 團體代表
第四場	9 月上旬	高雄	財務面 /效率面	黃志中局長、王秀紅 副校長健保會委員 及相關利益團體代 表
第五場	9 月下旬	花蓮	公平面 /醫療品質面	朱正一主任及楊仁 宏院長、健保會委員 及相關利益團體代 表
第六場	10 月中旬或 下旬(得視需 要加開一場)	臺北	全部面向	黃旭明副教授、健保 會委員及權益關係 團體代表

六、綜整各場次之建議，製作各討論議題之結論報告及總體結論。

1. 於 11 月 30 日前繳交初步結論報告。
2. 依結論報告就現行之監理指標提出增修訂建議。
3. 以研擬完成之修正監理指標草案，就健保 105 年度監測結果報告書（預計今年七月底前可取得），分析比較新舊方案之優劣，及適用修正版本之可行性。
4. 召開內部專家會議為必要之再修正。

七、於 106 年 9 月底前及 107 年 2 月 2 日前，分別繳交期中報告及期末報告。

1. 期中報告內容包括辦理進度及已完成事項之摘要記錄。
2. 期末報告則包括各分區討論議題之結論、總體結論、監理指標之增修建議，105 年健保監測結果報告書之研析報告。

八、本計畫以內部專家會商及論壇會議方式匯集意見，再由計畫辦公室據以研提健保監測指標之修正建議，及試以修正建議版剖析 105 年健保監測結果報告，以了解其可用性為執行範圍，期末報告不同於一般科技研究，將以以陳述計畫執行過程、論壇會議結論、具體監理指標修

正建議，及試行剖析 105 年健保監測結果報告書之結論方式呈現。

九、工作進度表:以 Gantt Chart 表示執行進度

工作項目	106 年	5 月 (3 日 起)	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	107 1 月	2 月 2 日
拜會健保會業務主管人員											
招聘研究助理											
提報預定工作進度規劃											
針對 103、104 年全民健保年度監測結果報告書、會議報告及委員之意見進行研析。											
檢視現行健保業務監理指標 5 大構面之妥適性及合理性											
檢視現行健保業務監理指標項目及呈現方式之妥適性及合理性。											
內部專家會議及擬定論壇討論主題及相關議題											
辦理 6 場分區論壇											
撰寫 6 場論壇報告											
撰寫總體結論報告											
分析結論提出具體增修建議，並剖析 105 年之監測結果報告書											
106 年 10 月 2 日前繳交期中報告											
107 年 2 月 2 日前繳交期末報告											

十、民國 106 年 5 月 3 日拜會健保會會談紀錄:

時間:106 年 5 月 3 日上午 10 時至 11 時

地點:衛生福利部 4 樓會議室

與會人員:周淑婉執行秘書、張友珊副執行秘書、洪慧茹組長、彭美

蒞專員；陳再晉主任、許怡欣副教授、林素如、林廷育

### (一)拜會結論摘要

- 1.健保會提供計畫辦公室 103 及 104 年度之監理指標報告，以及健保會委員於歷次會議中表達之意見(詳見六份簡報及會議記錄)，現行指標未納入，而委員較關心的有特殊藥物品項差額自付、藥品目標總額及年度分區、分類個別總額等項。
- 2.現行指標第 4.3 項有關「家庭自付醫療保健費用比率」，以及第 5.1 項「保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」，也請納入檢討之重點。有委員建議若可行，將前者改為「家庭自付醫療保健費用金額」
- 3.健保一些重要改革，如家庭責任醫師制度及論人支付制度之實施成效，也可考量納入論壇討論是否增列相關指標。
- 4.本計畫執行期間為 106 年 5 月 3 日至 107 年 2 月 2 日，共計九個月，於第一個月底繳交細部工作規劃時，請一併提報論壇主題方向、專家學者名單(健保會也將盡快提供部分建議名單)；論壇最好在 10 月底前辦理完竣，並以二場在北部辦理為原則，期於 11 月底前產出初步結論報告，並於 12 月至 1 月間完成增修監理指標架構之對照表(含增修說明)，俾列入明年二、三月間例行委員會議之討論案。
- 5.監理指標可依計畫辦公室之構想，區分優先指標與選項指標，以平衡表達不同之觀點。

### (二)健保會提供之拜會備忘錄

- 1.全民健康保險會本日提供研究參考資料，如下：
  - (1)103、104 年全民健保年度監測結果報告書。
  - (2)歷年委員會議關於監理指標案之簡報、決議(定)及發言實錄。
  - (3)105 年 11 月 3 日「運用保險醫事服務機構公開財務報告強化健保財務監理效能」專家諮詢會議紀錄。
  - (4)健保會第 3 屆委員名單。另對於論壇邀請專家建議名單，將於 5 月 12 日前提供研究團隊參考。
- 2.本計畫是以監理全民健保整體效能為目的，爰監理指標之研修方向應以此為主軸。至於二代健保實施後是否須新增監理項目，請協助審視。
- 3.請將以下意見納入論壇會議進行討論：

(1)建議檢討之指標，請包括過去委員會議及諮詢會議所提項目，例如：「4.3 家庭自付醫療保健費用比率」及「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」等財務構面之 6 項指標。

(2)監理指標可依研究團隊構想，區分優先指標與備選指標。

4.計畫預計進度及應完成之工作項目：

(1)本計畫執行期間為 106 年 5 月 3 日至 107 年 2 月 2 日，共計 9 個月，於第 1 個月底繳交細部工作規劃時，請一併提報論壇主題方向、專家學者建議名單及論壇辦理方式；論壇最好於 10 月底前辦理完竣，每場論壇之會議紀錄應於召開後 2 週內完成，並於 11 月底前產出初步論壇結論報告

(2)請於 106 年 11 月至 107 年 1 月間完成監理指標增修架構、項目之對照表(含增修說明)，並以 105 年度監測結果報告書及相關資料進行驗證，俾呈現指標增修之具體意涵。

5.依本部徵求計畫書內容要求辦理論壇 6 場次，辦理地點請研究團隊妥為規劃。例如：改為北、中、南部辦理 3、1、1 場，最後於北部辦理總檢討，以利募集論壇成員。另考量在東區辦理有其代表性意義，研究團隊承諾可視必要再增加 1 場次。至於會議場地部分，本部可協助商借。

6.下次討論時間安排在 1 個月內，討論重點如下：

(1)預定工作進度規劃。

(2)論壇邀請對象。

(3)論壇辦理方式及主題。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第二次工作討論會議紀錄

一、時間：106 年 6 月 1 日(星期三)上午 10 時

二、地點：衛生福利部四樓全民健康保險會會議室

三、出席人員：

全民健康保險會

張副執行秘書友珊、吳專委秀玲、洪組長慧茹、彭專員美瑩

研究團隊(臺北醫學大學)

陳再晉主任、許怡欣副教授、林素如小姐、楊朝欽先生、林廷育小姐、陳冠文先生

四、討論摘要：

(一)有關論壇規劃

1. 討論議題:考量相關性，建議各次論壇盡可能多涵蓋幾個面向，若受限於時間，可將醫療品質、效率及效果面一併討論，財務面則與公平面一起討論。
2. 場次規劃:以北、中、南區為主，因委員比較集中於大臺北，連同綜合議題將安排四場，桃園(北區)併入臺北場，中區一場，臺南、高雄合併為南區一場，東區(花蓮)得視需要另加辦一場。
3. 邀請對象:原則上以專家學者為主，每場邀約 12-15 位，健保會將再提供推薦專家學者名單。計畫辦公室邀請之專家請再增加，新名單於一週內報送健保會；東區除健保會委員外，推薦尤素娟老師。
4. 論壇時間:避開 9 月下旬總額開會之時間；臺北第一場於 6 月 23 日健保會委員會開會前召開。

(二)有關期中報告，依規劃於 10 月 2 日前，包括執行過之結果，含 103、104 年全民健保年度監測結果報告書較詳細之研析及召開過之論壇場次結論等。

(三)未來內部專家會議，可邀請吳專委及彭專員與會。

(四)有關監理指標修正建議討論：原則上於論壇討論時將原指標與建議案一併呈現，讓與會者討論。

(五)6 月底或 7 月初安排第三次工作討論會。

五、散會:11 時 45 分

## 全民健康保險業務監理指標增修、調整之初步建議草案

現行指標:104.12.25.委員會修正版 民國年-n次會議(月/日)

構面		監理指標	健保會委員及主管機關意見	初步建議	說明
一、效率	1	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	104-2(3/27)決定-彙整建議: 建議進一步分析,加護、特殊病床、慢性病房、14天、30天再住院等,慢性病房應一併分析 ●刪除"一般病房",增14日或30日再住院率,太多社會性住院(吳) 104-3(4/24) ●建議不應將同次住院之加護病房與一般病房分計,應呈現同次住院天數之總計(吳)	1.1 每位被保險人年均住院日數及門診就醫次數	醫院平均住院天數主要受個別醫院管理效能之影響,與健保之效率較不具關連性;建議改以被保險人年均住院日數及門診次數,較能反映健保支付制度變革對醫療服務效率之影響
	2	1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	104-2(3/27)決定-彙整建議: 總額推急診品質提升方案,除平均值,應訂個別醫院管控指標 ●平均值看不出民眾需求之急迫性,建議訂管控比率,如>15%的醫學中心,應說明那些醫院及其比率(謝)	1.2 各健保分區業務組病人留置急診室超過24小時佔率最高之前三家醫院數值	此項為被保險人非常切身、關注之議題,但平均值無法顯示區域性差異及個別醫院致力改善之成果,若改以各區急診滯留較顯著之前三家呈現,或較能以健保之力敦促其改善。
	3	1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	103-5(5/23) ●署建議:接受安寧照護之比率(林) 104-2(3/27)決定-彙整建議: 建議進一步分析利用情形,如服務型態、病房類別及住院天數等分析 ●名稱"點數下降比率"有汙名化之虞(膳) ●不論何種病房住院,建議細分3個月、2個月、1個月以上或沒有住院之醫療費用及住院日數(吳) 104-3(4/24) ●建議使用居家安寧療護之比率、病人	1.3 年度癌症死亡者費用申報檔含有安寧照護之比率	參照健保會委員及主管機關意見,且癌症死亡者及其死亡前之健保申報資料約於年度結束後五個月,已有資料可比對。



		<p>接受型態(如入住急性、慢性或安寧病房相關)(騰)</p> <p>104-11(12/25)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 監測癌末病人接受安寧照護的比率應較有意義，比率下降有顯示癌末病人醫療費用過高之虞(蔡)</li> <li>● 客觀起見，名稱刪除"下降比率"，係監測趨勢(鄭回應蔡)</li> <li>● 自主權利法已過，指標未提自我安寧，應建立數據，以符社會觀點(干)</li> <li>● 建立自我安寧的數據(目前有居家安寧療護、社區安寧療護等方式)，日後當安寧意識比較普及或病人自主權利法上路，再考慮增修指標，如簽署自主安寧的病患占率等(鄭回應干)</li> </ul> <p>105-8(8/26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 細部分析；醫院作何治療，簽DNR者之治療等(謝)</li> </ul>		
4	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	<p>105-8(8/26)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 依次歸類分析輔導改善之成因(李)</li> </ul>	1.4 刪除	高診次被保險人(設定為每年90次以上)輔導改善已成例行業務，成果良好，且約僅五萬人，似可改由健保署自行列管
5	1.5 區域醫院以上初級門診照護率	<p>103-4(4/25)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫院附設診所為初級照護，應回歸區域級以上之醫院計算(陳)</li> </ul> <p>103-5(5/23)決議:修公式</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 署建議:附設診所代碼40及41，分析為2家診所合佔約申報點值7/10，建議刪除，以呈現現實狀況(林)</li> <li>● 刪除恐造成弊端，引導醫院作初級醫療(謝)</li> </ul>	1.5 保留或刪除	保留理由:可監控分級醫療成效。 刪除理由:健保管控此一指標後，醫院操作疾病診斷編碼甚為普遍，未來恐扭曲就醫疾病統計，導致國際比較失真，且不利於健康國民之形象；此外，二、三級醫院將初級照護品質作好，可降低後續合併症治療費用，似無刻意壓低其初級照護率之必要
6	1.6 各層級醫院服務量占率	<p>103-4(4/25)決議:增列此指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 為資源分配及平衡醫院層級發展，建議增加各層級醫療院所之服務量及費用占率之變化(謝)</li> </ul>	1.6 保留或刪除	保留理由:可監控各級醫院版塊之變化。 刪除理由:各級醫院服務量已受總額分配占率限制，且醫院評鑑層級及其

			103-5(5/23)決議:修(僅服務量占率) ●署建議:費用涉及點值結算,有半年落差,恐無法從服務量與費用占率進行比較(林) ●考量及時性,以申報點數計算即可(鄭) 104-2(3/27)排除門診透析點數		病床總數逐年變動,現行指標之效度恐有不足
	7	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	103-4(4/25)決議:增列此指標 103-5(5/23) ●建議刪件數,保留人數細分,病人區分慢性病、重大傷病(陳)	1.7 西醫基層與醫院門診服務人次占率比	人次(現稱件數)占率比相較於人數占率比更容易統計,信度也較高,爰建議刪除人數占率之指標
	8	1.8 藥品費用占率	103-5(5/23)決議:新增此指標 ●沒有藥品支出指標,建議新增,呈現半年成長度更好(何) ●建議再區分各層級占率(賴代李)	1.8 藥品費用超過或未達目標總額之百分率	健保法訂有藥品費用目標總額制度,應及早實施,並監理各年度使用狀況,較藥品費用占率更符合健保法之精神
				1.9 各項小總額專款(如:B、C肝專款等)年度目標達成狀況	專款訂有KPI者提報至少一至二項最重要之KPI達成情形;未定KPI者,以費用超過或未達該小總額之百分率監理其執行效率
				1.10 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數,KPI達成狀況,及各退場項目之理由與試辦年期數	部分試辦方案或倡議、獎勵方案歷時多年,未能及時退場或正式納入常規給付,有必要監理其執行之效率
二 醫 療 品 質	9	2.1 手術傷口感染率	105-8(8/26) ●建議細項分析;何種疾病感染多(謝)	2.1 刪除	手術傷口感染率統計不易,致信度不足,且已納入醫院評鑑指標,可不必再列入監理指標
	10	2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	103-5(5/23) ●署建議:死亡個案或其他因素非醫師或署能控制,建議洽詢醫學會(施)	2.2 刪除	急性心肌梗塞之Door to Balloon Time已納入醫院評鑑指標,可不必再列入監理指標
	11	2.3 糖尿病品質支付	103-5(5/23)決議:名稱修改(原為參與改	2.3 併入2.7	併入2.7內P4P給付項目之監理指標

		服務之照護率	善方案病人之住院率) ●署建議:改糖化血紅素(HbA1c)檢測之比率(林) 104-11(12/25) ●為何僅監測糖尿病(蔡)		
	12	2.4 照護連續性	103-5(5/23) ●署建議:推動分級醫療,反呈現照護中斷,須研議(林)	2.4 健保各業務分區轄內(得分直轄市及縣、市行政區計算)實施論人支付制度之人口涵蓋率	現行指標計算繁複,意義也不高,建議以推廣論人支付制度(如指標)之成效監理之 **最好的照護連續是論人計酬,其次為切割時段(如:產前)或就特定疾病實施論人支付(如:洗腎之bundle payment)
	13	2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	103-5(5/23)決議:新增此指標 ●分層級、健保及非健保床(鄭)	2.5 刪除	醫院健保病床均需依健保法規定之比率設置,似無另行監理之必要
	14	2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布	103-5(5/23)決議:新增此指標 ●執登含個管師及檢查室人員,建議一般急性病房之護理人員(楊) 104-11(12/25)決議:修,名稱及公式與護理全聯會商定,據以更新 ●建議增區域性比較及不同層級之護理費占率(楊)	2.6 刪除(納入1.9)	已納入醫院評鑑指標,有關健保部分,併入監理指標1.9護理人力改善專款之監理指標,似可更具效度
				2.7 各項P4P給付方案年度KPI達成狀況	健保各項P4P應均訂有年度指標,建議至少各選定一至二項最重要之KPI監理之,以掌握品質改善情形
				2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新),以及民眾之利用度(點閱率/數)	健保訂有多項品質資訊公開之規定,有必要監理各項資料更新之時效(如:各年度或各季結束後幾個月內可完成更新)及民眾點閱之狀況
三、效果	15	3.1 未滿月新生兒死亡率		3.1 刪除	該指標尚非可課責於健保,且我國近年來該項指標已達穩定之低點
	16	3.2 孕產婦死亡率		3.2 刪除	該指標尚非可課責於健保,且我國近年來該項指標已達低點,該死因之填報也容易受到生產事故救濟條例施行

					之影響，使得近年來孕產婦死亡比之數值波動幅度較大
	17	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)		3.3 保留或刪除	保留理由:可整體反映各項給付改善方案之成效 刪除理由:該數據已甚為穩定，且已列入健保例行業務多年，似可免繼續監理之
				3.4 各年度標準化死亡率	本項新增指標雖係國家整體健康照護之成效，但健保之影響最大，以之作為健保提供醫事服務之綜效指標，相對較具信度與效度
				3.5 各類別總額及各分區總額之健保給付點值	點值可反映各分區業務組執行多元支付制度及推動(參與式)自主管理等健康保險行政管理之綜效
四、公平	18	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)		4.1 健保IDS於衛生福利部所定醫療資源不足之村、里實施之涵蓋率	現行指標主要為醫事司之權責，尚非可課責於健保，建議以健保IDS於醫療資源不足之村、里實施之涵蓋率(如:每星期提供一定診次以上者，占醫療資源不足之村、里的百分比)取代之
	19	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)		4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數	增列住院利用指標，且門診利用指標將利用率(以人數計算)，改為每人年均就醫次數較具效度
	20	4.3 家庭自付醫療保健費用比率	103-4(4/25) ●意涵不明，包括植牙、美容等？健保不給付項目？失真偏高(李) 103-5(5/23) ●健保沒資料，執行是否困難？(楊) 105-8(8/26) ●是否含自費收入？(何) ●數據可再明確，資料失真，確實改正(千) ●依主計處家庭收支資料，內容廣	4.3 刪除	參考健保會委員意見，本項指標效度較為不足，改增列指標4.5

			<p>泛，意義不大(雷補充)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●統計處資料原調查目的，若與監理目的不符，不能使用此指標，差異大(陳說明)</li> <li>●本會應瞭解被保險人去醫院看病之自付醫療費用，監測的是健保部分自付多少費用，才有意義，此項無用，建議撤換(陳)</li> </ul>		
	21	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	<p>103-5(5/23)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●署建議:係因個別情況選擇，訂為正向或負向指標，意義不大(施)</li> </ul>	4.4 保留或刪除	<p>保留理由:目前係基於使用差額給付很普遍之項目，將可據以考量納入健保全額給付，此一論述科學基礎較為薄弱</p> <p>刪除理由:改以4.5監理，範圍更廣，可監理醫院是否過度促銷自費醫療</p>
				4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，總自費醫療收入與總健保收入之比值(ratio)	應申報或公開財報之醫事服務機構，其資料較具信度，且指標修正後更能反映各分區民眾自費醫療之負擔能力，及各分區內之醫院推廣自費醫療或差額給付之程度
				4.6 最高與最低五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比	本指標可評估高低收入家庭健保利用狀況之差異
				4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值	<p>健保之目標在於減除醫療弱勢族群之醫療利用障礙，本指標可評估其成效</p> <p>**本項也可改以直轄市及縣、市轄區統計，而非以一般地區、醫療資源缺乏地區及山地離島地區區分之</p>
五、財務	22	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	<p>105.11.3結論:數據偏離預估，意義不大</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●實際偏離預估，計算結果意義不大(李)</li> </ul>	5.1 刪除	政府機關預算編列一向保守，且健保基金預算於編列後，易受外在環境影響(如:基本工資調整，2015.10調降菸品健康福利捐分配予健保之比率、2016修正政府負擔36%健保費之認定基準)，本指標之效度較為不足

23	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	103-4(4/25) ●單位應為每月保險給付支出(李) 105.11.3 ●供大眾參考尚屬合宜，監理參考則無效用(李)		5.2 年末安全準備約當該年度醫療給付月份數	酌修指標文字，實質監理內容不變
24	5.3 健保費成長率與GDP成長率比值	105-8(8/26) ●健保支出及國民保健支出占GDP比率，有很大的差距，請更多地揭露相關資訊，以瞭解差距原因。如何評估自費項目及內容，對國家評估衛生保健支出很有助益(黃)	105.11.3 運用財報強化財務監理效能會議結論提供研修建議：監理標的不明，建議改服務效率指標，如平均每日住院/門診成本，非健保門診/住院/急診之收入	5.3 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足
25	5.4 全民健保醫療支出占GDP比率		占率，租金占率，人事費/健保	5.4 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足
26	5.5 國民醫療保健支出占GDP比率	105.11.3結論：國際比較留意基礎須一致 ●OECD國家支出已排除資本門(楊)	收入占率，健保收入/床數等	5.5 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足
27	5.6 資金運用收益率	103-4(4/25)決議：增列此指標 ●建議財務面增加資金管理效益(李)		5.6 保留	健保已有高額安全準備，宜加強監理其資金運用效益
				5.7 年度末待收帳款數及其與該年度應收總帳款數之比值，及約當幾個月之(平均)應收帳款數	可監理總應收款於年末之實收狀況，年末雖不能代表最後之實收比率，但歷年變動趨勢可做為比較，且已另行配套增列指標5.8
				5.8 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值(ratio)	搭配指標5.7，增列本項指標，以監理呆帳發生之程度

104-11(12/25)決議：建議依總額部門別進行指標監測，如中醫、牙醫、西醫基層等，納入下一階段規劃。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 邀請與會專家人員及單位名單

### 一、專家學者名單(依姓氏筆畫序)

單位	專家
東華大學經濟學系	尤素娟副教授
臺大醫院，現輔仁大學醫學院附設醫院	王水深院長
高雄醫學大學	王秀紅副校長
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	王拔群執行長
中華社會保險學會	王家銓理事長
長庚大學醫務管理學系	王惠玄助理教授
金門縣衛生局	王漢志局長
亞洲大學健康產業管理學系	曲同光委員
慈濟大學公共衛生學系	朱正一教授兼主任
臺灣大學公衛學院健康行為與社區科學研究所	江東亮教授
輔仁大學	江漢聲校長
前國家衛生研究院衛生政策研發中心研究員	余玉眉教授
陽明大學醫務管理研究所	吳肖琪教授
臺中榮民總醫院品管中心	吳杰亮主任
臺灣大學健康政策與管理研究所	吳淑瓊教授
亞洲大學健康產業管理學系	吳凱勳教授
臺中市政府衛生局	呂宗學局長
陽明大學醫務管理研究所	李玉春教授
中正大學社會福利學系	李妙純副教授
長庚大學醫務管理學系	李佳琳教授
臺中科技大學老人服務事業管理系	李卓倫副教授
臺灣大學流行病學與預防醫學所	杜裕康教授
臺灣大學國家發展研究所	辛炳隆副教授
陽明大學公共衛生研究所、陽明大學醫務管理研究所合聘教授	周穎政教授
陽明大學口腔生物研究所、陽明大學公共衛生研究所	李麟揚副教授
長榮大學醫務管理學系暨研究所	林文德副教授兼系主任
新北市政府衛生局	林奇宏局長
高雄醫學大學醫務管理暨醫療資訊學系	邱亨嘉教授
衛生福利部臺南醫院品質中心	洪元斌主任
成功大學醫學院公共衛生研究所	胡淑貞副教授兼所長
佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院品管中心	范文林主任
奇美醫療財團法人奇美醫院品管中心	孫宗伯主任

臺大醫院	孫瑞昇副院長
淡江大學保險學系	郝允仁副教授
三軍總醫院內科部感染科	張峰義教授
中國醫藥大學公共衛生學院公共衛生學系	張毓宏助理教授
臺灣大學公共衛生學院	張睿詒教授
逢甲大學財稅學系	梁景洋助理教授
高雄榮民總醫院品管中心	莊旺川主任
政治大學風險管理與保險學系	許永明教授
長庚大學醫務管理學系	許光宏教授
政治大學財政學系	連賢明教授
世新大學財務金融學系	郭迺鋒副教授
中正大學社會福利學系	陳孝平教授
澎湖縣政府衛生局	陳淑娟局長
中山醫學大學公共衛生學系	陸玟玲副教授
臺北醫學大學醫務管理學系暨研究所	湯澡薰教授
陽明大學衛生福利研究所	黃文鴻教授
中國醫藥大學公共衛生學院醫務管理學系	黃光華副教授
前衛生署統計室主任	黃旭明主任
高雄市政府衛生局	黃志中局長
馬偕紀念醫院	黃富源教授
市立聯合醫院	黃遵誠副總院長
臺北商業大學財政稅務系暨研究所	黃耀輝教授
花蓮慈濟醫院	楊仁宏院長
亞洲大學健康產業管理學系	楊志良教授
衛生福利部綜合規劃司	楊芝青司長
衛福部雙和醫院核子醫學科	楊哲銘教授兼主任
臺灣大學公共衛生學院	楊銘欽教授兼副院長
亞洲大學健康產業管理學系	葉玲玲教授兼主任
羅東博愛醫院	趙子傑院長
中國醫藥大學公共衛生學院醫務管理學系	劉見祥教授
財團法人臺灣醫療改革基金會	劉淑瓊董事長
民間監督健保聯盟	滕西華秘書長
中國醫藥大學公共衛生學院醫務管理學系	蔡文正教授
衛生福利部中央健康保險署	蔡淑鈴副署長
南華大學企業管理學系	鄭文輝教授
臺灣大學公共衛生學院	鄭守夏教授
衛生福利部桃園醫院	鄭舜平院長
臺灣大學公共衛生學院流行病學與預防醫學研究所	賴美淑教授
亞洲大學健康產業管理學系	戴桂英委員



中山醫學大學附設醫院	鍾國屏副院長
臺灣大學健康政策與管理研究所	鍾國彪教授兼所長
淡江大學會計學系	韓幸紋副教授
中央研究院經濟研究所	羅紀琮委員

## 二、第三屆全民健康保險會委員名單

屬性		推 薦 之 機 關 團 體	姓 名
保險 付費 者代 表	被 保 險 人 代 表	中華民國全國公務人員協會	陳亮良理事
		全國產業總工會	趙銘圓常務理事
		中華民國全國總工會	千文男常務理事
		全國工人總工會	郭錦玉副理事長
		中華民國會計師公會全國聯合會公共政策委員會	張清田主任委員
		中華民國農會保險部	林敏華主任
		中華民國全國漁會	陳平基秘書
		中華民國消費者文教基金會消費者報導雜誌社	吳榮達副社長
		臺灣社會福利總盟中華民國智障者家長總會	林惠芳秘書長
		臺灣乾癬協會	王雅馨秘書長
		全國勞工聯合總工會	林錫維理事長
		臺灣癌症基金會	蔡麗娟副執行長
	雇 主 代 表	中華民國全國工業總會綜合企劃處	劉志棟處長
		中華全國全國商業總會監事會	葉宗義召集人
		中華工商協進會財稅研究委員會	李永振委員
		中華工業協進會	張文龍秘書長
		中華民國全國中小企業總會	李育家副理事長
	行政院主計總處公務預算處		羅莉婷專門委員
保險	臺灣醫院協會		楊漢淥理事長

醫事服務提供者代表	臺灣醫院協會(臺灣醫學中心協會秘書長)	李偉強委員
	臺灣醫院協會(中華民國區域醫院協會顧問)	張煥禎理事
	臺灣醫院協會(臺灣社區醫院協會理事長)	謝武吉副理事長
	中華民國醫師公會全聯會	吳國治常務理事
	中華民國醫師公會全聯會	黃啟嘉常務理事
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	謝尚廷理事長
	中華民國中醫師公會全聯會	陳旺全理事長
	中華民國藥師公會全聯會	古博仁理事長
	中華民國護理師護士公會全聯會	張澤芸副理事長
政府機關	國家發展委員會人力發展處	林至美處長
	衛生福利部社會保險司	商東福司長
專家學者及公正人士	陽明大學衛生福利研究所	傅立葉教授 (主任委員)
	長庚大學醫務管理學系	盧瑞芬教授
	政治大學財政學系	周麗芳教授
	長榮大學醫管學系	黃偉堯副教授
	花蓮縣政府勞資爭議調解委員會	蔡登順委員

### 三、中央健康保險署各分區業務組長名單(依姓氏筆畫序)

單位	組長
中央健康保險署中區業務組	方志琳組長
中央健康保險署東區業務組	李少珍組長
中央健康保險署高屏業務組	林立人組長
中央健康保險署北區業務組	林阿明組長
中央健康保險署南區業務組	林淑華組長
中央健康保險署臺北業務組	林麗瑾組長

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案

### 第一次論壇會議紀錄

日期時間:106 年 6 月 20 日(二) 13:30-15:30

會議地點:衛生福利部 302 會議室

主持人:陳主任再晉

出席人員:曲委員同光、李教授佳琳、周教授穎政、李醫師麟揚、林局長奇宏、商司長東福、張教授峰義、黃委員旭明、葉主任玲玲、吳副組長錦松

健保會:周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱技正臻麗、吳專門委員秀玲、彭專員美瑩、劉科員于鳳、廖科員尹嫻

計畫辦公室:林素如、楊朝欽

討論紀錄摘要:

一、計畫主持人先行簡介本案目的、監理指標修改方向及原則，再就現行監理指標及其建議修正草案逐項討論。此次會議以效率、品質及效果三面向為範圍。

二、結果整理(參見附錄十五意見綜整表)

三、討論發言摘要

#### (一)指標 1.1 急性病床平均住院天數及初步建議修正

張教授峰義:1.使用全國全人口平均不太適合，因為洗腎、慢性病及呼吸器依賴這群特殊病人須分開去思考，因若此兩類病人明顯增加時，對全人口之平均門診次數及住院日數會有相當影響。

2.建議此二類病人不納入平均數或另行統計。

曲委員同光:此 2 項指標(年均住院日數及門診就醫次數)是很重要。於介紹本國健保制度時常使用，為國際比較常用數據。門診就醫次數，在民國 100 年左右監理委員會時代就使用過，當時還分得更細，中醫、牙醫及西醫分開計。後來可能在重新檢討後被刪除。

商司長東福:健保署過去有每 100 人的住院次數的計算數據。

吳副組長錦松:1.(說明)洗腎另為獨立總額，得由申報案件分類別區分。

2.統計資料各有其意義，重要的是健保會希望監測那些現象。新建議指標是被保險人之利用情形，與原指標之意義不同。原指標是分層級統計每次住院之平均天數，由長期趨勢來看，100 年後醫學中心平均天數下降，對健保政策而言，似看到醫學中心對於急症照顧效率提升，地區醫院住院天數拉長，可能有亞急性病人往地區醫院移動照護的情形。每人年均住院整體日數與門診就醫次數可反映利用率與就醫可近性。

葉主任玲玲:1.健保資料庫，出現多筆申報時，若要確定這位病人住院利用情形，應將多筆申報可整合成一筆。

2.有關醫療利用程度，住院率、急診率指標也有相關。

陳主任再晉:原則上維持現行各層級醫院平均住院日，但分子分母均排除呼吸器依賴住院病人；增列年均每人門診次數，但將門診洗腎(透析)次數排除於分子。

#### (二)指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率及初步建議修正

吳副組長錦松:此指標原在監測急診室之處理效率，有其代表性；但是仍無法充分反應出醫學中心之困難點。就新提指標操作型定義建議考慮修正為 48 小時，因目前醫院住院率達八成以上，等病床時間勢必拉長，觀察 24 小時轉住院醫院作業相較更加困難。

周教授穎政:現行指標是分母問題，只要急診輕症病人多一點，現行指標數值就會好一些。修正後的分母在於關心從急診來的住院病人滯留多久才轉進

病房，較為適當。另，就監理指標而言，是否僅看前3家，還是整個地區或全國比較合理。

林局長奇宏：經醫事司努力，醫院有設置急診之後送病房，宜考量轉入後送病房是否算已住院。

商司長東福：每家醫院後送病房之設置型態不同，有的醫院就在急診獨立出空間設立，統計上不知是否會有問題。

張教授峰義：這確實需加以考量，有些醫院的做法是，轉到留觀病房，其值班醫師、照護之編制如同病房，是在急診，但實質上是另外處理；也有醫院是專設1-2個病房，恐定義上會造成困擾。

陳主任再晉：1.台北地區，經醫事司之努力，台大、榮總醫院等急診量較多者，與市立聯合醫院或其他區域醫院密切合作，許多急診病人已可有效分流；由於各分區被保險人，對該分區急診醫療之流通率各有其期待，因此建議分區統計取前3名。

2.至於操作型定義，原則上只要轉入醫事司認可之後送病房，即視同住院。

### (三)指標 1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數及初步建議修正

周執秘淑婉：癌末病人花費相當多的醫療資源，健保會委員主要關心醫療資源是否有效利用。

吳副組長錦松：依指標定義，可從當年度癌症死亡個案推斷是癌末病人，分析在某段時間內之醫療費用，區分有無接受安寧照護，亦可從申報之介入時間點了解生前多久接受到安寧照護，何類癌末病人在照護上比較有效率，應是健保會委員比較想要看到的。

周教授穎政：科技的發展演變，會影響到費用，計算費用比率較無意義。安寧照護是政府推動的政策，應積極一點，有指標去追蹤有無利用安寧照護。據了解美國好的安寧照護是很昂貴，台灣給付較低。要去了解台灣每年花多少經費在安寧照顧上。

陳主任再晉：癌症病人可能有共病情況，且癌末難以定義，以費用為指標信度較不足；現階段須優先致力提升安寧照護之利用率，因此建議修正為癌症死亡前一段期間有申報安寧療護費用(不管其型態是住安寧病房、接受居家安寧或安寧共照)之比率及使用安寧照護者之人均費用數。

曲委員同光：贊成增加使用安寧照護及費用的概念。

### (四)指標 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，初步建議刪除

曲委員同光：不反對刪除。確實輔導就會下降，比較關心的是高診次人數有無下降，整體觀察趨勢是上升或下降。

吳副組長錦松：高診次保險對象輔導在健保署跟醫界多方努力下民眾高就診次數逐年下降，每年有輔導、追蹤，就有效果。不少病人病識感太重，認為自己渾身是病，經過與精神科醫師溝通輔導後就醫次數即會下降。健保會若有需要，可以年度報告方式提供給委員參考。

### (五)指標 1.5 區域醫院以上初級門診照護率，初步建議保留或刪除

周教授穎政：1.編碼高報的問題很重要，國外都有進行監測。要不要做成指標，在監理上應該要做。健保施行多年，疾病之嚴重度趨勢等，需要求病歷及診斷的正確性。但在未解決之前，要如何處理？

2.國家級監測與地區、單一醫院不同，現行指標是針對全體層面，非以個別醫院考量，如限制初級照護於個別醫院門診或住院，會產生誤會。又如疾病編碼高報問題，能否處理也需一併考量？

張副執秘友珊：補充說明，此指標之最大問題是初級照護定義，105年全面改以國際疾病統計分類ICD-10-CM/PCs編碼，健保署針對初級照護案件之定義委託專家學者研議。另106年度醫院醫療給付費用總額及其分配決議，醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之

90%，超過部分，不予分配。

吳副組長錦松:1.因為與費用有關，會影響申報行為。初級照護疾病項目編碼 227 項已有共識，由於區域級以上醫院申報初級照護件數超過去年 90% 者，超過部分不給付，可能造成醫院編碼行為之改變；與其著重在疾病照護是否屬初級照護，是否考慮用另一個代表初級照護指標？例如：潛在可避免急診及可避免住院，國外有直接以某些疾病之急診、住院情形來監測門診照護品質，而不管它的編碼是否屬於初級照顧範圍。健保家庭醫師整合照護計畫就訂有這樣之指標，建議操作型定義可一致，直接從健保資料分析。

2.刺絡針期刊(Lancet)有報導各國疾病照護結果評比。顯示我們目前對於慢性病照護之連續性尚有努力空間，健保署嘗試以家醫整合照護計畫之診所觀測之，惟其達成率並不高，顯示院所對於初級照護品質提升有進步空間。

陳主任再晉:1.最近報導，台灣健康指標不理想。實務上，醫師會操作編碼，導致高報，造成信度不可靠，且因此影響台灣國際健康形象。又區域級以上醫院，將還沒發生合併症之糖尿病、高血壓等初級照護做好，降低病人住院，也是對的。

2.考量目前 ICD-10 對於初級照護之定義尚未做最後確認。或可用高血壓、糖尿病，或其他單一疾病開始，用當年度門診病人數與以該疾病為主要診斷住院次數之比例(ratio)監測，或可兼顧門診初級照護之數量與品質。

#### **(六)指標 1.6 各層級醫院服務量占率，初步建議保留或刪除**

曲委員同光:個人認為這指標還是有其象徵意義，若刪除這指標，未來要與健保會溝通，會有衝擊。倒是這指標會有個問題，由於醫院評鑑政策已凍結醫學中心之數量，區域醫院數量則持續增加，地區醫院數量會持續減少，此一現象導致各層級醫院服務量之部分變化，非真正源自病人在不同層級醫院就醫之流動，是因為評鑑的結果。

陳主任再晉:由於地區醫院委員代表很希望有此數據，信度可行，但效度有限，將併陳刪除與保留之意見。

#### **(七)指標 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率及初步建議修正**

葉主任玲玲:請問這是服務人次還是病人數？

陳主任再晉:建議用人次占率之比例，雖然醫療機構經營型態改變，這個指標的效度會降低，但有象徵意義，所以建議保留。

#### **(八)指標 1.8 藥品費用占率及初步建議修正**

吳副組長錦松:目前藥品總額雖尚未實施，但自 102 年起推行藥品費用目標制，超過年度目標藥費會在次年調整藥價，基本上藥品費用占率可反映目前政策。

陳主任再晉:由於藥品目標總額之機制，依健保法規定，超過目標總額之部分，會擠壓當年度之醫療費用，導致醫療費用點值下降，所以監控超過或沒有用完之藥品目標總額或其比率會更具直接量測之效果。

#### **(九)建議新增指標 1.9 各項小總額專款(如:B、C 肝專款等)年度目標達成狀況，分別提報一至二項 KPI，或提報各小總額執行率**

周執秘淑婉:所指項目非小總額，而是專款項目，本會將於 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告，建議無需另訂為監理指標。

陳主任再晉:不列入新增指標。

#### **(十)建議新增指標 1.10 該年度健保試辦計畫或獎勵方案、政策倡議等(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目總數，KPI 達成率，各退場項目之理由及其試辦之年數**

- 周執秘淑婉: 1.各總額部門之專款計畫係由各總額部門管理及執行，並於各部門總額執行成果發表暨評核會議考評，應與業務監理做區隔，健保監理指標目的在於監理資源分配、醫療服務品質、公平性及效率，故健保監理指標會較宏觀。
- 2.目前總額分成4部門(牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院)，其他預算係由健保署負責。總額協定後，由各總額部門執行各項專案計畫，譬如西醫基層總額由醫師公會全聯會執行、分配與監控，是由各總額部門自主管理。
- 3.試辦計畫試辦太久確實是問題，故107年度總額協商通則，要求新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務。其實每年總額協商時，都會檢討過去專案計畫的執行成效。建議納入新增建議指標是不錯的想法，但這屬年度業務執行面。

林局長奇宏:指標若是監理健保署則同意納入此項，以雲端藥品為例，現為試辦階段，很想了解試辦計畫多久納入常規計畫，試辦得好的方案應納入某個專款經費資助。一如緊急醫療網，執行幾十年，從未納入正常系統中。

陳主任再晉:試辦計畫多來自政策保留款。部分試辦計畫難免受外力影響，很不錯的方案，確實不宜一直以試辦方式執行，應於一定年度後納入常規給付；而有些獎勵方案也可能係基於保住總額或占率而定，有必要監理其效能。健保若導入太多或一直執行某些試辦、獎勵方案，恐未盡符合效率。此項新增指標應該具有監理健保署執行力之效，建議先監理件數就好，未來再視需要增加主要成效指標(KPI)。

#### **(十一)指標 2.1 手術傷口感染率，初步建議刪除**

周執秘淑婉:上次(106年4月)委員會議有委員提案希望醫院之各項感染感控能得更細部的要求，認為感染管控沒做好，會增加醫療費用，若刪除本項指標，恐怕需要有其他替代指標。

張教授峰義:有關清淨傷口(clean wound)之感染，若清淨手術產生感染是很嚴重的問題，美國保險很嚴苛，不予給付。而開放性傷口之感染很難歸責於手術關係。對於感染若有強制通報之規定，統計上就比較可靠。術後傷口感染較難以監測，無法管理所有的傷口，要管理比較重要的，建議清淨手術要監測，如關節手術。

陳主任再晉:基於現行機制，很難較精準的監測所有手術傷口感染，因此修正為全膝關節置換(TKR)、全髖關節置換(THR)手術後六個月內之感染率。

#### **(十二)指標 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)，初步建議刪除**

陳主任再晉:建議刪除，對於急性心肌梗塞，最重要是管制到院至施行冠狀動脈擴張術之時間 (Door to Balloon time)，且已納入醫院，若大家同意，建議刪除。

#### **(十三)指標 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率，初步建議納入 P4P**

陳主任再晉:大家同意的話，就已糖尿病 P4P 計畫之主要成效指標監測。

#### **(十四)指標 2.4 照護連續性及初步建議修正**

商司長東福:論人支付試辦的範圍很小。

吳副組長錦松:1.原指標是以病人固定就醫比例來推測，即忠實病患。若想要觀察的是照護連續性，或可引用國外，以潛在可避免之急診，反映初級照護連續性。與之前提到的避免住院類似，但要求更廣泛時，宜注意會受衛生政策改變影響。

2.目前協商中的是區域資源整合，即整合相關照護資源把保險對象(病人)照顧好，但醫師公會全聯會仍有執行上的疑慮尚待釐清。

陳主任再晉:現行指標之計算公式較複雜，用論人支付之涵蓋率監測照護之連續性，其效度、信度都不錯；但考量目前參加該試辦計畫之案件數很少，並參酌兩位委員之意見，我們就先兩案併陳，其一用支氣管氣喘門診病人數與以支氣管氣喘為主診斷住院及急診就醫之比例監測，另一個為論人計酬涵蓋率。

**(十五)指標 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)，初步建議刪除**

陳主任再晉:沒意見，同意刪除。

**(十六)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，初步建議刪除**

陳主任再晉:沒意見，同意刪除。

**(十七)建議新增指標 2.7 各項 P4P 給付方案年度 KPI 達成率(提報最重要之一至二項)**

陳主任再晉:前面已列入支氣管氣喘及糖尿病照護之指標，本項建議列入例行業務報告即可。

**(十八)建議新增指標 2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度(點閱率/次數)**

周執秘淑婉:此項為健保署業務上必須執行之工作，建議可不列入指標。

**(十九)指標 3.1 未滿月新生兒死亡率，初步建議刪除**

林局長奇宏:建議可參考刺絡針期刊(Lancet)，請專家提出 1-2 項指標。

周教授穎政:結合刺絡針期刊(Lancet)指標，長期監控，相關疾病負擔這群均定期進行，但不是全可歸因於健保署，應該是將比較可歸因於健保署的部分列入指標，但仍須尋求專家另外研究。

陳主任再晉:此項指標與健保關聯性低，且國內數值已經非常好，所以刪除。

**(二十)指標 3.2 孕產婦死亡率，初步建議刪除**

陳主任再晉:同上，刪除

**(二十一)指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)，初步建議刪除或保留**

張教授峰義:民眾滿意度為主觀的感受，是對的，若是民眾多方不滿意，無法說此醫院是好的。

**(二十二)建議新增指標 3.4 各年度標準化死亡率**

黃委員旭明:應去除非病因素，如自殺、意外，天災人禍等。

陳主任再晉:雖然許多健康指標都不能僅歸功於健保，但標準化死亡率是各項健康指標中，屬於透過健保提供之醫療照顧產生的最直接效應，再次一級效應就是預期壽命延長，增訂本項指標監測時，宜加註自殺、意外，天災等特殊因素。

**(二十三)建議新增指標 3.5 各類別總額及各分區總額之健保給付點值**

曲委員同光:健保署例行有針對點值進行業務報告。

張教授峰義:覺得點值是有道理的，點值可反應醫界的滿意度，醫院有被服務人(病人)的滿意度，也應有提供服務的人的滿意度。若是一直不滿意，每人都有負評，亦無法說健保是好的。

周教授穎政:既然有民眾滿意度，是否要有醫護滿意度調查，長期資料監測可看趨勢及其改變。低是事實，點值雖要連結到滿意度，但點值對每個人的意義不同。要思考此領域的醫護人員是否有更直接的指標可使用？是我們需要監測的嗎？又，因為有好的員工、高昂的士氣才能把健保辦理好，亦可做健保署員工之滿意度。

黃委員旭明:民眾對健保的使用率差距很大，八成的健保費用花在 25%高使用率的民眾成醫療上，其餘 75%的民眾僅用到健保費用的 2 成。民眾對健保的滿意度調查，如果不滿意的多是使用率較高的 25%民眾，而滿意的多集中在健保使用率較低的 75%民眾，那滿意度調查的含意就值得深思。

陳主任再晉:點值不是很完美之指標，但整體而言，最能用來反應整體健保政

策，特別是多元支付制度實施之效果，若僅納入健保例行業務報告，建議須同時就根本原因分析結果加以說明，以了解點值之高、低，是否反映總額分配或支付制度有可檢討改善之處。

#### (二十四)建議新增效果面指標

葉主任玲玲:建議醫療效果可用民眾住院率與急診率有無下降來呈現。醫療效果不佳往往住院率與急診率可能會提升，亦有研究分析精神病患連續幾年的醫療利用情形，結果顯示住院率下降，該研究結論此現象顯示台灣精神醫療照護的進步。當然所有指標都能接受信效度分析也是很好的。

周教授穎政:指標有許多，但有些比較敏感，關聯性要高，要確認比較好。了解台灣有做過多少研究，有實證基礎證明比較好，否則可能因為另一群專家來討論結果或又有不同。有些潛在的指標，宜有機制進一步查考台灣的研究或進行測試。大的指標要連結到大的結果，能代表多少效果，是必須確認的。

陳主任再晉:可增急診的利用率，每十萬人每年使用急診之次數。

#### (二十五)其他有關初級照護造成編碼高報議題

周教授穎政:通過規定後，兩個月間同一人相同的疾病但編碼不同，變化很大，是統計其變化及分析其原因的關鍵時點。聽說有些醫院還宣示相關因應策略，可被那麼大的操作，顯然是個重大議題，應該及時因應處理。

張教授峰義:宣導期及實施後有資料可分析了解改變的情況及程度。以發燒為例，病人診所看不好來就診，若是尿路感染會被認定是初級照護，而現在會加入病人其他原有的診斷來作為第一診斷因應，是遊戲規則的問題；不知當時考慮定位初級照護及其比例的政策，推動的用意為何？第一線無法執行，就會發生改變。病人處置不會改變，但編碼會改變。

商司長東福:就個人醫療行政經驗，醫師最不喜歡被查察。美國跟保險簽約的醫療服務提供團體，會自己進行監測，懲處嚴苛。我們或許可以從大數據資料看出異常，是否可以做些如輔導或自行檢視等。

林局長奇宏:若是要懲處，應該針對機構而非個人。可建議機構首長應該進行內部調查，了解其原因，用內規去處理。

陳主任再晉:從另一個方向來看，政策有問題，才會衍生醫療機構上調編碼之結果。至於此一現象，是否要專案進行疾病編碼之同儕審查、抽查及分析，可留待其他場合再討論。

#### (二十六)其他公平面建議

林局長奇宏:目前鼓勵出院準備計畫與長照計畫接軌。民眾對醫院比較有信心，由醫院的自付額也比較低。長照只是部分補助，許多試辦計畫，很好但是需要自付，建議醫療概念由出院後，原本是穩定，當需要長照時再走長照流程，應延伸到居家、疾病的急性期結束，非出院當天算起。

陳主任再晉:這是公平面的問題，包括各分區接受居家醫療整合照護計畫之人口涵蓋率及與該地區失能人數比(ratio)，下次會議會再進行討論。



## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第三次工作討論會議紀錄

一、時間：106 年 7 月 3 日(星期一)下午 4 時

二、地點：衛生福利部四樓全民健康保險會會議室

三、出席人員：

全民健康保險會

周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、彭專員美瑩

研究團隊(臺北醫學大學)

陳再晉主任、許怡欣副教授、林素如小姐、楊朝欽先生

四、討論摘要：

(一)有關論壇之進行

1. 爾後各次論壇會議開始時，應先說明本案緣起(背景)、工作內容、目的等，並酌留一些開放性意見表達之時間，讓與會專家能更自由地提出其他建議。
2. 中、南區論壇之日期，須避開健保會委員會議之時間；於確定日期後，可洽健保會協助向健保署之分區業務組預借場地。

(二)第二次論壇監理指標修正建議之草案，經逐項討論，酌修如附表；提供論壇會議討論之各項指標，若歷次全民健康保險業務執行報告中，有相關數據可資引用，應請一併列出供參考。

五、散會：5 時 10 分

附表：

\*現行監理指標為104.12.25.健保會修正

\*\*灰色底部分為第一次論壇已討論

構面	現行監理指標	歷年健保會委員及主管機關意見	初步建議及第一次論壇討論結果 (灰色底部分)	說明
三、效果	3.1 未滿月新生兒死亡率		3.1 *刪除	該指標尚非可課責於健保
	3.2 孕產婦死亡率		3.2 *刪除	該指標尚非可課責於健保，該死因之填報也容易受到生產事故救濟條例施行之影響，使得近年來孕產婦死亡比之數值波動幅度較大

	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)		3.3 *保留或刪除	保留理由: 可整體反映各項給付改善方案之成效, 並請參考3.5之結論 刪除理由: 該數據已甚為穩定, 且已列入健保例行業務多年, 似可免繼續監理之
	*新增		3.4 各年度標準化死亡率	本項新增指標雖係國家整體健康照護之成效, 但健保之影響最大, 以之作為健保提供醫事服務之綜效指標, 相對較具信度與效度
	*新增		3.5 各類別總額及各分區總額之健保給付點值, 並做年度變動之原因分析	點值可反映各分區業務組執行多元支付制度及推動(參與式)自主管理等健康保險行政管理之綜效; 若不新增本項, 則3.3應增加醫事服務機構人員之滿意度調查
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)		4.1 健保IDS於衛生福利部所定醫療資源不足之村、里實施之涵蓋率	現行指標主要為醫事司之權責, 尚非可課責於健保, 建議以健保IDS於醫療資源不足之村、里實施之涵蓋率(如: 每星期提供一定診次以上者, 占醫療資源不足之村、里的百分比)取代之
	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)		4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數	增列住院利用指標, 且將門診利用指標之利用率(以人數計算), 改為每人年均就醫次數較具效度, 此一指標與1.1之全國平均值之差異可適度反映就醫機會與醫療利用之公平性
	4.3 家庭自付醫療保健費用比率	103-4(4/25) ●意涵不明, 包括植牙、美容等? 健保不給付項目? 失真偏高 103-5(5/23) ●健保沒資料, 執行是否困難? 105-8(8/26) ●是否含自費收入? ●數據可再明確, 資料失真, 確實改正	4.3 刪除	參考健保會委員意見, 本項指標效度較為不足, 改增列指標4.5

		<ul style="list-style-type: none"> <li>●依主計處家庭收支資料，內容廣泛，意義不大</li> <li>●統計處資料原調查目的，若與監理目的不符，不能使用此指標，差異大</li> <li>●本會應瞭解被保險人去醫院看病之自付醫療費用，監測的是健保部分自付多少費用，才有意義，此項無用，建議撤換</li> </ul>		
4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	103-5(5/23)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●署建議:係因個別情況選擇，訂為正向或負向指標，意義不大</li> </ul>	4.4 保留或刪除	<p>保留理由: 目前係基於使用差額給付很普遍之項目，將可據以考量納入健保全額給付，此一論述之科學基礎較為薄弱</p> <p>刪除理由: 改以4.5監理，範圍更廣，可監理醫院是否過度促銷自費醫療或差額給付</p>
			4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，總自費醫療收入與總健保收入之比值(ratio)	應申報或公開財報之醫事服務機構，其資料具相當之信度，且指標修正後更能反映各分區民眾自費醫療之負擔能力，及各分區內之醫院推廣自費醫療或差額給付之程度
			4.6 最高與最低五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比	本指標可評估高低收入家庭健保利用狀況之差異，可適度反映全民健保制度下，醫療利用之均平性
			4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值	<p>健保之目標在於減除醫療弱勢族群之醫療利用障礙，本指標可評估其成效</p> <p>**本項也可改以直轄市及縣、市轄區統計，而非以一般地區、醫療資源缺乏地區及山地離島地區區分之</p>

五、 財務	5.1 保險收支 餘絀實際 數、預估 數及兩者 之差異率	105.11.3 結論：數據偏離預估，意義不大 ●實際偏離預估，計算結果意義不大		5.1 併入5.2	政府機關預算編列一向保守，且健保基金預算於編列後，易受外在環境影響(如：基本工資調整，2015.10調降菸品健康福利捐分配予健保之比率、2016修正政府負擔36%健保費之認定基準)，本指標之效度較為不足
	5.2 安全準備 總額折合 保險給付 支出月數	103-4(4/25) ●單位應為每月保險給付支出 105.11.3 ●供大眾參考尚屬合宜，監理參考則無效用		5.2 年末安全準備該年度保險給付月份數及安全準備總金額較前一年度增減之金額數	酌修指標文字，實質監理內容不變
	5.3 健保費成長率與 GDP成長 率比值	105-8(8/26) ●健保支出及國民保健支出占GDP比率，有很大的差距，請更多地揭露相關資訊，以瞭解差距原因。如何評估自費項目及內容，對國家評估衛生保健支出很有助益	105.11.3 <b>運用財報強化財務監理效能會議</b> 結論供參；監理標的不明，建議改服務效率指標，如平均每日住院/門診成本，非健保門診/住院/急診之收入占率，租金占率，人事費/健保收入占率，健保收入/床數等	5.3 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足
	5.4 全民健保醫療支出占GDP比率			5.4 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足
	5.5 國民醫療保健支出占GDP比率	105.11.3結論：國際比較留意基礎須一致 ●OECD國家支出已排除資本門		5.5 刪除	參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足

	5.6 資金運用收益率	103-4(4/25)決議:增列此指標 ●建議財務面增加資金管理效益	5.6 保留	健保已有高額安全準備，宜加強監理其資金運用效益
			5.7 年度末待收帳款數及其與該年度應收總帳款數之比值，及約當折合幾個月之(月平均)應收帳款數	可監理總應收款於年末之實收狀況，年末雖不能代表最後之實收比率，但歷年變動趨勢可做為比較，且已另行配套增列指標5.8
			5.8 年度冲銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值(ratio)	搭配指標5.7，增列本項指標，以監理呆帳發生之程度

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第二次論壇會議紀錄

日期時間：106 年 7 月 7 日(五) 09:00-11:00

會議地點：衛生福利部 206 會議室

主持人：陳主任再晉

出席人員：王老師惠玄、郝老師允仁、連教授賢明、郭老師迺鋒、黃主任旭明、楊主任哲銘、鄭教授守夏、韓老師幸紋、王秘書長雅馨、柯理事長怡謀、郭專門委員垂文

健保會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、陳組長燕鈴、吳專門委員秀玲、彭專員美瑩、顏視察銘燦、馬研究員文娟

計畫辦公室：林廷育、楊朝欽

討論紀錄摘要：

一、計畫主持人先行簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則，再就現行監理指標及其建議修正草案逐項討論。此次會議討論依序為公平、財務及效果三構面。

二、結果整理(參見附錄十五意見綜整表)

三、討論發言摘要

(一)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)，初步建議修正

周執秘淑婉

- 1.請教健保署如何定義「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(以下簡稱 IDS)」實施區域？
- 2.協商各部門總額時，會告知無醫村或無醫鄉範圍，各總額部門在總額分配的時候會提出專案，並附上相關數據，以爭取健保會委員支持。剛才所提，也許是從醫院的角度，但是醫師人力，除了醫院，應該還包括基層(診所)醫師的服務。指標是在整體醫師人力分配上，看是否能由健保給予一些導向，以達合理公平性分配。我認為這樣的數字是重要的參考，是否能加以修正為比較能反映出現況。畢竟在人力供給的部分，相信健保應該還是有引導的作用。這樣的指標對健保會來說還是重要的。

郭專委垂文

- 1.IDS 是針對醫療資源缺乏地區，是委託醫療院所把醫療送達，醫缺地區定義不一定是鄉鎮。有些區域人口少，會集中到某些點，如烏來山區，若限定村、里去做涵蓋率，這有點難以處理。
- 2.據了解醫療院所設點，村里長會協助將民眾作息與醫療協調時間一致，譬如白天上農作，傍晚下來，在附近廟口或村里民活動中心，醫療配合提供服務，不然白天是找不到人的，使涵蓋率更難以定義，但比每萬人醫師更能突顯這個指標。比較擔心的是醫療院所設的點若是變多，投入的資源變高，得到的效益會如何，再請教各位委員。
- 3.如果是特定村里為目標的角度，就沒有包括全部的村、里。
- 4.主席有提到，醫事人力的配置其實是醫療政策的一環，健保跟在醫療之後；很多醫師願意開業在都會地區，是因為病人多，相對因此人口就會增多，那就更會選擇在這裡開業。可是我們希望把這些人力資源及開業設立在偏鄉，要用給付制度去改變整個醫療的人力結構跟醫療提供結構，是有點困難。所以，在此情況下，健保對某一些偏鄉或山地離島醫療不足的地方，撥給都會區的醫院指定用途之特別經費，請其送醫療到偏鄉，這種 IDS 模式比較可課責健保。總之希望透過健保給付去改變醫療人力的配合，我認為是兩件很困難的事。

- 5.我認為涵蓋率如果用村、里計算的話，可能會對 IDS 服務之規劃產生很大的衝擊，需要慎重，涵概率的定義要再討論清楚；但如果依照主席建議的計算方式，只要 IDS 設點附近之村里，經當地認定為可含括之服務範圍都計入分子，則計畫辦公室建議之指標是可接受的。

鄭教授守夏

下一個 4.2 指標實質上一部分就是講 IDS(醫療資源不足及山地離島地區部分)，且已使用利用率比較，比涵蓋率可能更精準。第一個指標(4.1)只是結構面，有或沒有醫師。建議可將涵蓋率加入 4.2。原 4.1 是全國性的指標，只是想知道醫師人力在很足夠及很缺的地方差距多少，希望比例別再惡化，相對簡單，但面臨到的問題是無法知道現住人口跟戶籍人口的差距，還是使用一樣的資料去看趨勢；假設人口數變動不大，原 4.1 可以保留，計畫辦公室建議的新 4.1 指標則可併入 4.2，共同監測利用的情形。

洪組長慧茹

- 1.鄉鎮區域發展程度是採取謝雨生教授定義，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 1-5 級區域，共 5 組。
- 2.原指標主要是看人力供給，若藉由此指標看到差異，可採取措施加以改善。

郭老師迺鋒

主題是監理指標與健保效能之間關連性，談及監理指標時，以台灣的鄉鎮市區，資訊量是非常少的，所以謝雨生老師這個大架構，可能是都會化較高的鄉、鎮、區，否則以目前的資訊，細到各鄉鎮的資料，其實是非常缺乏的。我的專業不屬醫界，但以個人的了解，鄉鎮不是一個很好的醫療資源比較單位；如果要有一個好的監理指標連結到健保效能，可能不一定要以鄉鎮為單位，應該以一個醫療的地理空間單位去分析，會比較有足夠資訊，否則指標數據幫助不會很大，跟效能之間不會有關連。

彭專員美瑩

(說明)目前總額部門有專案計畫，如醫療資源不足地區改善方案，分為巡迴醫療及執業計畫，執業計畫是鼓勵醫師到當地執業，就是提供保障額度，是以鄉鎮市區為單位。

郝老師允仁

- 1.健保事實上是一個財務制度，從理論上而言，不應該要引導所謂的服務提供這範疇，而且健保也是一個社會保險，若是商業保險，大可處之泰然，可是這是社會保險，兼具社會責任，它是個兩難的情況，如果涉入太多，違反保險的原則，問題是掛上「社會」兩個字，除非改做商業投資，才可能不須管這麼多，所以剛才專委提到它是有些意義在裡面，但是又不能涉入太深。
- 2.思考是否有個辦法，有點像精準醫療，找一個目標，可能類似一些商業機構中的關鍵績效指標(KPI)的方式，就是訂定目標，然後先用類似 KPI 模式，先試著做，進行半年後，若沒能反映我們需要的，再慢慢調整，但是此項還是要保留。

王老師惠玄

有關這部分，有個折衷的辦法，除了以鄉鎮市區的發展程度，評估醫師人力分布五分位數(quintile)的差異之外，針對鄉鎮市區發展最低的那一級，增加服務診次的評估。有些地區可能是運用 IDS 或巡迴醫療提供服務，提供巡迴醫療的醫師執業登記，未必在所服務的這個鄉鎮；在發展程度比較低之地區，醫師也不見得每日開診。只用一個指標來看，在都會區跟鄉村區其實顯示出來的意義是不同的，是否可折衷用這樣的方式。

陳主任再晉

- 1.建議以 IDS 涵蓋率來看，IDS 是健保重要政策，提供經費給城市醫院，由城市醫院再派醫事人員至醫療資源不足地區與當地醫事人員合作，提供技術支援，親善性也

夠高，但健保推動後不盡普及，建議非以鄉鎮為單位，而是以醫療資源不足村、里為單位，不論每週一天或二天，或 24 小時常駐，或經當地認定可計入服務範圍之設點附近之村、里都計入分子，為 IDS 已涵蓋區，以此涵蓋率來去取代原 4.1 也許更有效度，較能反映健康照護之機會(equality of health care opportunity)。

2. 前項設點附近之村、里之認定，必須確認獲得明確之服務資訊，也要交通夠方便。若要花費一個小時才可到達設點，就不宜計入分子。
3. 健保的權責比較是把服務送到醫療不足的地方，而非把醫事人力不足的地方補足。醫事司是管理人力資源，健保署是提供醫療服務，現行 4.1 指標是監理醫師人力，比較不像是健保的任務，健保的任務是藉著 IDS 提供服務。
4. 醫事司是有分醫療區域和醫療次區，在醫療次區規劃事實上大部分還是有按照交通動線、生活圈來做處理，如果以醫療次區為單位，也許是醫事司的管理目標，醫事司在每個醫療次區，它的目標病床是 35 床/萬人，上限是 50 床/萬人，過了上限要再加設一床都不可以，35-50 床之間嚴審，30 床以下是鼓勵，病床數連結到醫療機構設置標準，再連結到醫事人力，若從這觀點來切入，比較不建議原 4.1 指標。但經大家討論後，若要保留原 4.1，把現在提議的新 4.1 合併到 4.2 也可以考慮。
5. 指標訂定原則，資料蒐集不要太困難，信度要夠，王老師的想法是希望能把兼顧兩者，但顯然資料蒐集會有難度。剛剛提到 HDI，在台灣作為鄉鎮的發展指標，學界好像也沒有共識，所以用以區分鄉鎮發展程度，其可信度、效度不太確定。如果我們沒有共識的，就兩案併陳，會書寫保留的理由及刪除的理由。

## (二) 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)，初步建議修正

洪組長慧茹

1. 有關此指標資料的取得，還有定義上的問題，想要知道山地離島跟醫缺地區的定義，好像會有重疊的部分，健保署在統計上是否有些難度？
2. 其實相關統計資料都有公開在衛福部及健保署網站。

楊主任哲銘

沒有看到歷年監測數字，及觀察其變化，沒有參考資料，希望將來討論能將數據羅列呈現。

陳主任再晉

1. 現行 4.2 是就醫率，健保會有特別提到，有些地方醫事人力是足夠的，但是切割到西、中、牙醫後，就顯現中醫或牙醫不足。我們建議的就醫率，一個是一般地區，一個是衛福部所定的醫療資源缺乏地區，至於要不要分出山地離島地區，可再討論。因為有的離島也很熱鬧，像馬公就是。用每人住院利用率，雖然若年齡標準化更好，但是太難了，所以我們就不做到那麼精緻。就住院利用率，及中、牙、西醫的門診利用次數，應該容易統計。
2. 資料請看摘錄檔案，事實上過去的統計結果還蠻穩定，好像未因為健保實施幾年，描述性資料就有變化，比率還是差不多，雖然絕對值是在增加。無論如何，如果山地離島不是醫療資源缺乏的地區，刪除應該也還能接受，如果是醫療資源特別缺乏，我們就不必特別稱山地離島。

## (三) 指標 4.3 家庭自付醫療保健費用比率，初步建議刪除

陳主任再晉

現行定義如書面資料，健保會委員也有很多意見，所以建議刪除，家庭自付醫療的費用在國家的統計，只要跟衛生醫療保健有關都算，不全然是健保給付，很難反映其公平性，如無異議，則予以刪除，若有適當之替代指標，以後再討論。

## (四) 指標 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)，初步建議刪除或保留

黃主任旭明

同意刪除。



楊主任哲銘

分類會影響到指標的解讀，因為指標不是細項到說明個別的廠商，主要是依產品類別。對同一類的產品，個別廠商很難在整個類別上做出很大影響。另，我覺得此一指標還是有它的意義，因為整體而言，如果讓自付差額項目越來越多，民眾權益是受損的，所以它是有參考的價值，傾向保留。至於類別要如何呈現，有些再細緻調整，這些是可以考慮的。

陳主任再晉

此指標為自付醫療特材占率，是差額給付的部分。現在分7大類，如果用廠牌來區分的話，項目更多，特別是狹心症的支架，廠牌特別多，所以只看自付的醫療特材費用占率，它的效度不太夠；雖然健保會提到，此指標顯示某個自付差額項目使用量很多時，代表這個特材非常好，就可能異動為全額給付，不再差額給付。但此一決策方式有蠻高的風險，假如醫療機構或者是哪一家強勢的器材公司，強化行銷，導致使用量增加，造成此項或這家廠商之醫材獲全額給付，以此為實證基礎，說服力似有不足。如果刪除，就跟4.6指標配套實施，若大家沒有共識，4.4指標就以雙重意見併陳。

**(五)建議新增指標4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，總自費醫療收入與總健保收入之比值(ratio)**

郝老師充仁

在此提醒一個觀點，就是健保是一個社會保險。因為我現在正進行商業保險研究，自費其實與商業保險有很大的關係，實際上健保局現在開放的自費項目都落到商業保險裡面的重大疾病、重大傷病保險，這些保險都會涵蓋到。這是一個食物鏈，問題是健保是不是只要給陽春的基本項目即可，不需顧及附加部分？如果要提供，就需要減價，當然會對醫院的財務產生非常大的影響。在經濟理論上有提到價差的問題，因為自費這部分才是利潤所在，先不去細談，但是要不要管到醫院的行為，牽涉到健保的功能。個人覺得如果不去管理的話，也會產生問題。這議題之產生主要是因為醫療技術快速進步，才會成為很大的一個食物鏈在後面，坦白來說，商業保險的背後跟醫院有關連，恐怕也不是健保局單方面能夠解決掉的問題。這個指標看似簡單，背後很複雜，視要監理到何種程度。如果不去管理，可能要注意到它會如何影響到醫院的生態，在此概述一下現象，但並非表達新增與否之意見。

連教授賢明

這應該是蠻重要的指標，要衡量一下，第一、整個健保的擴張服務，第二、要衡量病人給付能力。所以建議假設前面指標刪除的話，不要單純以業務分局為基礎，分局下面涵蓋不同層級的醫院，均須列出，方能比較。因為醫學中心、區域醫院跟地區醫院本身就不太能夠類比，這是其一。其二是我比較擔心的，有些項目本身是健保本身不涵蓋，例如雷射美容，所以建議是否能以同一個手術，比較有多少比率是使用自費，而不是一個大的項目整體涵蓋起來，比如說把這數字去除以不同手術的數目扣除做完全自費的部分，設法做到精確一點，而不是整體自費的數字，這樣醫院可能會認為不合理，因為雷射手術跟健保並沒有關係，為何要列計。

王老師惠玄

自費醫療收入的內容，有其本質差異，難以解讀此指標高低之意涵。非臨床需要或誘發需求產生的自費醫療當然是不鼓勵；但自費項目也包含價格不高，但民眾普遍認可的服務，例如植牙、矯正、醫材等等。也可能包含價格高昂之尖端醫療服務，如癌症的質子治療或者免疫治療。以剛剛提到的這三類來講，我們希望增加或減少的方向可能就會有所不同，再加上之前委員所提，此指標包含供給的因素、民眾本身偏好與經濟上的因素。最後看到結果，是期望健保能有所作為，可強迫醫療院所不要提供自費嗎？或者有何機制或手段，讓醫療機構減少自費的比例，這部分如果沒有比較精密量測的方式，個人傾向於保留。

韓老師幸紋

- 1.主席提到，指標資料原則上不能太難取得。所以以一個非常簡單自費的比例，恐怕是比較好取得的，比如現在財務公開的醫院，即便在還沒有報表一致化格式之前，一定會公開收入總額，其實只要減掉健保給付這家醫院的金額，很快就能算出非健保的部分，以取得的快速性跟準確性來講，自費比例指標是比較容易取得，相對來講是準確的；是否要更進一步分析，比如分不同的手術或不同的類別，可再考量。
- 2.近日各醫院對於醫院提報財報辦法修正草案提出許多意見，有個醫院表示連急診收入都很難切割，由此可見，若真要請醫院提供細項的細節，就如主席說的「上有政策，下有對策」，或也不知道如何製作出來，所以醫院也很困擾。故個人認為先第一步至少以一個自費的比例來加以呈現，當然這個涉及的面向很多，這個比例到底代表什麼，可能還要深究，可是確實不可否認，當醫院自費項目比例膨脹時，民眾真的會擔心醫院都走向提供自費項目，在健保這塊提供的服務及品質會不會明顯下降，相信民眾還是很關心的。
- 3.所以支持初步就以目前設計的比例指標。待醫院報表格式一致化之後，更可直接在報表上看到。現在只要稍微加工計算，也不是太困難，等到未來報表一致化後，醫院提供財務資訊的能力慢慢也成熟了，當然這也涉及醫院對本身財務掌控能力的高低，所以等到報表格式一致化後，讓醫院把一些細節在內部做一些處理，也許就能請醫院提供更細節的資料，再來查看這指標的資訊，其代表意義會有更加明確的效果。

陳主任再晉

- 1.4.5 指標，因為不是所有的醫事服務機構都是資訊公開，目前申報3億元以上機構必須財務公開，但是即使申報不到3億，如果是醫療財團法人或社團法人，還是需要資訊公開。此處依健保規定要資訊公開的醫療院所即可，只就這些有財報公開的醫院，來監測屬於自費的收入，與屬於健保收入的比值(ratio)。
- 2.此指標特別以健保分區，而且放在公平的面向，是假設不同分區可能據明顯差異，也許是因為經濟能力致付不起所謂自費，要去行銷自費也難，所以有點公平的意涵在裡面；當然若差異來自於某些分區或醫院過度促銷自費，其實也不應該，因為醫病資訊不對等。此指標縱使一時無法改變此現象，但必然有監理警示的功能。
- 3.至於商業保險，健保會有留一點點市場空間給商業保險，可是商業保險的精算過去好像比較不做實證基礎，所以有些商業保險，特別是癌症險，可能會賠錢，新的保單因比較會依據國人健康實證資料調整，在此情況之下，有可能跟醫院結合到什麼程度，個人倒是比較不瞭解，只是商業保險跟醫院的結合，在我服務的醫院因為是公辦民營的醫院，應該是說蠻弱的。
- 4.醫療確實是蠻複雜的，若要用幾個指標性的手術，當然可以，但是如果只是指標性的手術，對於醫療機構來講，上有政策，下有對策，也很容易迴避或者操作，所以我們才用一個整體指標，不過連教授特別提到，不管地區醫院和醫學中心，只要他是財務公開的，就加以區分，會納入此一區分。
- 5.過去督保盟約、醫改會一直有在關心這個比例的問題，他們覺得醫院會去扭曲醫療資源的使用，也就是說雖然它還是有提供健保服務，但把比較多的人力資源拿去提供自費服務，這樣會不符合全民健保之目的。

#### (六)建議新增指標 4.6 最高與最低五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比

黃主任旭明

有關家庭收入調查，與主計處協商較難，建議可利用存保檔資料，重新設算新指標。

韓老師幸紋

- 1.102 年開徵補充保費，為勾稽會向與財稅資料中心索取五大類所得資料，可達 95% 所得，含薪資在內。健保署在統計時，是比較個人所得，是可取得的資料。

- 2.同意若要取得家戶所得資料時會有明顯的時間差，建議初步用個人非家庭所得。個人去年所得，今年申報，健保署可申請一份類似扣較憑單概念的資料，5月申報結束，6-7月即可申請，去年的計畫經驗是可拿到當年度扣繳資料。
- 3.然後可以結合剛才健保署意見，主要是以工作人口計算，這也是一個方法，或者也可能就是做年齡組跟所得之間的交叉比較，來避免許多民眾無個人所得資料的問題。

楊主任哲銘

按目前健保署資料看不出問題。被撫養人，多是小孩與老人，相對是無收入，可能利用率高。很難計算最高及最低，雖可取得資料但無法解讀。

郭專委垂文

國稅局取得資料是有時間落差。依個人經驗，隔個2至3年，如現106年在做104年收支淨調部分的資料。此外，許多民眾有所得但無資料的現象是存在的，無法呈現使用情況的代表性。若以主保人之費基差異來看，某種程度可表現出醫療利用的不同。

陳主任再晉

- 1.建議新增之4.6指標資料以前由統計處計算，是為了比較窮人與富人之使用健保之程度是否趨近公平原則，不知健保署是否可協商統計處來做。
  - 2.以主保人的保費資料，不計眷屬，也很難反應實質之經濟負擔；若以主保人來看，有一點家庭收入的概念，但也不盡然，譬如先生是主保人，妻子又是另一主保人，若兩人收入相差大，就難以做家庭經濟能力之評估比較。。
  - 3.台灣有相當多的人在國稅局查無所得資料。尤其是窮困的人常常沒有資料，若向國稅局取資料來比較，會有困難。
  - 4.決議若統計處能拿到家庭收支調查資料，就維持建議，否則就不採用此指標。
- (七)建議新增指標 4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值

郭專委垂文

居家整合醫療在去年即進行整合，定位為階段性推展，希望次級醫療區域之間能夠均衡，各分區業務組幾乎都達到，如台北已達標，東區比較有點困難。此指標涉及IDS，在許多山地、離島地區，需要醫師到現場做居家照顧，在此階段有極大困難；主要還是預算問題，雖有增加但仍嫌不足，但各業務組均努力推行。台北市和新北市的金山區，兩邊情況不太一樣但類似，雖然台北看似醫療資源豐富，尤其獨居老人不一定可以出來就醫，山地離島區居家照護人數差異很大，身心障礙人數也是。建議以次醫療區域之涵蓋面，而長照2.0推展後會降低需求，居家整合醫療照護，似乎需要與長照政策連結搭配，整體來看較為適當。

楊主任哲銘

不反對此指標，不過是否可再細緻一點，身心障礙者不一定需要居家照護。建議限縮在某些類別，擁手冊者太廣，但並非全為居家整合照顧之適用對象。

陳組長燕鈴

- 1.居家整合照顧涵蓋範圍，有不同階段，包含一般居家照護、呼吸居家照護以及末期的居家安寧，很多照護對象並未領有身心障礙手冊。
- 2.是否考量改用居家照護涵蓋率？因為就牙科特殊醫療服務計畫提供身心障礙者服務之經驗，領有身心障礙手冊的人數很多，但真正不方便就醫人數沒那麼多。

周執秘淑婉

此指標是否為針對弱勢族群之照護？公平面上應有弱勢族群相關指標，現行指標是沒有的。

鄭教授守夏

- 1.談到公平性，分地區是一種方式，分家戶所得也是；以弱勢、非弱勢區分比較少見。弱勢者是需要特別照護，但不宜放在公平面的指標，且弱勢也很難定義，健保真正的挑戰是健康照護結果的公平。就醫療架構而言，有醫師，民眾不一定會去就醫，就醫不一定會痊癒，重點要看結果，若將前面效果面的指標稍加修正，如就新生兒死亡率，做不同地區的比較，或依家戶所得做比較，即可變成結果面之公平性指標，觀察過程面固然比結構面好些，但最好的還是結果面。
- 2.這項指標是很好，但相對比較不像公平性指標，建議加入健康照護結果的長期趨勢來看公平性，較具有前瞻性及意義。

王老師惠玄

不管是效果、可近性或服務提供也好，都可以就地理區域別及收入別之差異比較。居家醫療對象不見得是身心障礙者，雖然就行政統計方便性而言是最接近的類別。目前長照 2.0 已針對失能、身心障礙及重大傷病等照護政策相關規範進行彙整，或許完成之後，談論的問題可得到解決。

陳主任再晉

- 1 台北市屬一般地區，但台北家庭居家照顧涵蓋區很高，雖一部分是因地方政府大力支持，但很重要的是地區服務資源的差異造成，為觀察區域間居家照顧的公平性，才建議此指標。若是以醫療次區域看比率也可以，台北市之居家環境造成垂直移動之障礙(有不少沒有電梯之舊公寓)，偏遠地區為水平移動障礙(距離遠，且缺乏大眾運輸工具)，若是區域間此一比值之差異小，公平性是比較好。
- 2.此指標兼顧地區性差異及與對弱勢族群照顧的程度，至於分母，用區域之全人口或身心障礙人口數都可以。

**(八)指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率，初步建議併入指標 5.2**

洪組長慧茹

指標合併後，此二項放在一起，一個是月數，一個是金額，好像呈現不出意義。而 5.1 雖會受到政策影響，但此指標對健保會委員來說是很有意義的。收支預估之準確性，可反映目前財務狀況，在費率審議時作為參考。建議 5.1 保留，但修正指標名稱，刪除分母預估值，餘絀若是趨近零時，影響很大，用差異數即可。

陳主任再晉

- 1.過去常在編列預算後，因無法歸責於健保署之政策變化(如：菸品健康福利捐分配比率，費基、費率調整等)，致餘絀實際與預估數差異過大，才建議刪除現行 5.1。
- 2.安全準備之增減數筆保險收支餘絀重要，以去年決算為例，雖有小額短絀，但安全準備增加了 180 幾億，依健保法規定，安全準備總數才是影響費率或給付內容之關鍵因素。若無其他意見，就保留、刪除之理由併陳。

**(九)指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數，初步建議修改**

陳主任再晉

5.2 指標安全準備約當數原來即有，是較沒有問題的，依健保法 1-3 個月為原則。但其比較前一年之增減數是很重要。2015 年增加 500 多億的安全準備，2016 年增加 180 餘億；健保是由其他法定收入及保費賸餘合計後，影響安全準備之增減，再由安全準備約當保險支出之月份數來決定費率之調整。

**(十)指標 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值，指標 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率及指標 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率，初步建議刪除**

黃主任旭明

同意刪除。台灣 GDP 有增有減，變動幅度大，健保總額則都呈正成長。建議 5.3 及 5.4 之分母 GDP 改國家醫療保健支出(NHE)，是否比較適當。台灣 GDP 變動大，淺碟經濟，作為分母在台灣意義不大，NHE 與健保醫療支出都呈正成長，兩者比較更具意義。

鄭教授守夏

這是原本就有的資料，是否列入可再討論，但是以 GDP 為分母，全世界都在觀測，為何要刪除？

郭老師迺鋒

此為全球性指標，變動大可以三年平均當分母來平均化。

楊主任哲銘

1. 以世界少有現象為由刪除，還是需要有證據來支持。
2. 不贊成刪除 5.3-5.5，一般民眾或醫療機構比較關心的是健保是否能持續支持醫療服務，GDP 占率可反映整體資源之挹注。

王老師惠玄

監理健保效能指標目的，是希望指標可以提供指引建議健保在政策上、管理上的調整。就健保支出占 GDP 或 NHE 之比率，健保可控制或可使用工具是有限的。這些比率是觀察國際健康照護體系經常使用的指標，非僅歸諸於健康保險成效。

周執秘淑婉

監理指標目的並非課責哪些單位，只是了解趨勢之發展，這是健保會的權責。這些指標有的需要保留。最近國際比較顯示台灣費用相對較低，是好或不好，希望有些數字可提供委員進行總額協商或資源分配之重要參考，並非作為課責健保署之用。

陳主任再晉

健保會專家開會不太贊成 GDP。而 GDP 常下降但隔年又上升，台灣 GDP 與世界趨勢不一致，不具穩定性，所以建議 5.3-5.5 刪除，委員的意見，將一併彙整給委辦機關，供作決策參考。

#### (十一) 指標 5.6 資金運用收益率，初步建議保留

郝老師允仁

1. 健保財務資金是否有規定投資特定項目及比例？
2. 資金運用是很大的問題，健保較屬於是即收即付性質之保險，現金流進流出速度快，資產配置與其他社會保險(如：勞保、公保)會有不同考量；而現健保資金也不少，安全準備逾 2 千 4 百億，雖是短年期的，影響程度也不小。單以資金運用收益率是否能反映出管理效益，可再多加考量。

陳主任再晉

資金運用效率很重要。去年年底安全準備達 2467 億，所以要監測其如何做投資運用，是否有做最佳組合。

#### (十二) 建議新增指標 5.7 年度末待收帳款數及其與該年度應收總帳款數之比值，及約當折合幾個月之(月平均)應收帳款數與指標 5.8 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值(ratio)

洪組長慧茹

5.7 及 5.8 這二項指標，有另請教健保署。健保署表示年度末之待收帳款是累計之概念，與當年應收帳款不一樣的。基期不同，比值沒有意義。而 5.8 健保署意見主要是呆帳是過去年度欠費催收累計，依法報列呆帳再沖銷，此跟當年度應收帳款之比值，亦無參考價值。

彭專員美瑩

應收帳款除保險費外，尚有一些待辦業務，建議明確釐清「應收帳款」之範圍。

楊主任哲銘

對於 5.7 及 5.8 無特別意見，健保本身為具有公權力的保險，實際上對整體財務是否有那麼重要，很技術面的問題，影響不大。

陳主任再晉

1. 應收帳款係指應收保險費，此二項新增建議指標之用詞會再修正或加強說明，期更容易理解。一般年度末之待收款項，次年 1 月 20 日前做基金決算，雖決算時，依照保費收取之規定，必然會有 1 至 2 個月之待收款，但此一情事是穩定之

事實，因此，據以長期監控待收款之占率，以監理健保收款之財務效能，應屬合宜。

2.沖銷呆帳比率之指標，只要每一年都努力去清理，數值應該很穩定；健保是目前每年有近6千億保險收入之事業體，縱非營利事業，亦不應有太多應收款及呆帳，需要積極處理，合併前項指標，可以瞭解健保催收待收保費之努力，以及監理待收款最後轉成呆帳之可能性。

**(十三)指標 3.1 未滿月新生兒死亡率及指標 3.2 孕產婦死亡率，初步建議刪除**

鄭教授守夏

覺得似乎刪除太多指標了，全世界都在比較的指標，應該是要保留，只要解讀說明清楚即可。政府公告一定都有，是否列入監理指標，最終由健保會委員再做討論。保留與刪除之的優劣需做評估權衡。其實國民健康的結果面才是真正重點，無論是哪一族群或弱勢。若是財務指標監督到那麼細，那麼結果面就沒有理由要刪除這麼多項。站在學者立場，認為應有非常好的理由才會要刪除或要增加。

王老師惠玄

支持鄭教授之觀點，保留 3.1 及 3.2。新生兒死亡率包含保險政策、預防保健政策與醫療技術之成效；若是認為未滿月新生兒涵蓋意義不足，可擴大到周歲嬰兒或5歲以下幼兒死亡率。標準化死亡率涵蓋面太廣，且監理目的並非只課責於健保，以健保會層級可進行督導，列入是有意義的。

陳主任再晉

第一次論壇討論過，委員同意刪除，也許與委員背景不同有關；不過，孕婦與預防保健政策、經費都是由國民健康署負責的。我們會將不同意見併陳。

**(十四)指標 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)，初步建議刪除或保留**

王秘書長雅馨

以病友觀點，服務品質滿意度很重要，針對民眾對醫療照護之觀點。比較關心的是它是怎麼做出來的？設計精神是否以病友照顧為中心？

陳主任再晉

每年健保署委外進行標準問卷調查。

**(十五)建議新增指標 3.4 各年度標準化死亡率**

陳主任再晉

標準化死亡率是整體結果指標，數據也很可靠，每年五、六月間統計處都會公布前一年之結果；去年是少見升高的一年，十大死因中肺炎也從第4位上升到第3位，可能與去年初發生之流感有關。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第三次論壇會議紀錄

日期時間：106 年 8 月 3 日(四) 15:00-17:00

會議地點：衛生福利部 302 會議室

主持人：陳再晉 醫師

出席人員：王執行長拔群、古理事長博仁、吳副社長榮達、李委員永振、許教授光宏、  
陳教授孝平、陳委員亮良、黃教授耀輝、楊司長芝青、趙常務理事銘圓、  
蔡副執行長麗娟、鄭院長舜平、吳副組長錦松、許老師怡欣

健保會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、陳組長燕鈴、吳專門委員秀玲、彭專員美瑩、  
范視察裕春、李科員德馥、曾科員幼筑

計畫辦公室：林素如、楊朝欽

討論紀錄摘要：

一、計畫主持人先行簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則，再就現行監理指標及其建議修正草案請委員表達綜合意見，再依序討論效率、品質、公平及財務四構面。

二、結果整理(參見附錄十五意見綜整表)

三、討論發言摘要

### (一) 綜合意見摘要

李委員永振

- 1.指標資料，若是提供給委員，報告均有。若是公開給民眾，其角度及呈現方式務求民眾看得清楚。
- 2.指標修正應以現有基礎往前推進，其研議大約是 100 年、101 年開始，且需要考慮時空背景之變化。如分級醫療政策很重要，指標須能凸顯政策成效。
- 3.健保財務方面，101 年研擬指標之初，有受 99 年前，費率調整前入不敷出之影響，目前安全準備雖多，但常上下波動，財務指標須依不同情境考量，符合實際才有參考價值。

吳副社長榮達

- 1.健保財務指標須考量政策面之必要，並觀察歷年變動趨勢。
- 2.呆帳指標部分，建議區分為健保鎖卡時及鬆綁鎖卡後，對於呆帳數額及比率之影響。
- 3.多次就診是一項指標，另，目前重複檢驗情況嚴重，應可考量增列此項監測指標。

蔡副執行長麗娟

有關 1.3 癌末病人的申報點數，依衛福部公布之統計分析，癌症病人確診後三個月內未接受正統治療比接受治療者，死亡率達 3 倍之高，國健署因而展開癌症之領航計畫，確診案例由個案管理師積極介入引導接受治療。癌症醫療支出實在太大，也影響到後續治療成效，建議增擬是否及時接受正統治療效果有關之指標。

張副執秘友珊(補充說明)

監理指標架構建立後，健保會請健保署定期進行監測結果之專案報告，相關報告資料及年度監測結果報告書，均會公開於健保會網站。

陳教授孝平

- 1.從個人經驗及提供之資料來看，針對結構性問題，發現有些指標執行非健保會職權範圍，因此，訂定指標須先定位監理對象。許多項目看來較像是針對衛福部，而非健保署。若是可行，建議新增一欄位敘明權責單位。
- 2.若監理對象是針對健保署，建議指標不宜太多，簡單、重點、整體監測即可。

至於於各分區之指標，可由健保署自行辦理，建議不必監理至分區之指標數值。  
陳再晉醫師

由於每次會議出席專家背景與關切之重點不盡相同，意見難免有所差異，計畫辦公室將彙整呈現所有委員的寶貴意見，並提供綜合性建議及說明相關理由做成期末報告，陳送健保會卓參，並由委員會議審議定案。

**(二) 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)，初步建議修改**

陳再晉醫師

國民平均住院日數之增減，或在保人一年平均使用次數，是效率面向。健保整體效率在看住院、急、門診之利用率，故有此建議。若無意見，則現行監理指標與初步建議併陳。

**(三) 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)，初步建議修改**

許教授光宏

- 1.若是資訊公開，不同地區之民眾可能關心焦點不一樣。個人認為 1.1 及 1.2 指標均有問題，事實上各區之病人組合(case mix)大不相同，比較時需要很小心。
- 2.有關急診是民眾切身關心的議題，檢傷分類 5 級中，與醫療品質較有關的是前 3 級，建議僅看 1-3 級病人之滯留率即可。
- 3.初步建議指標，分區看並僅公布前三名，其實即是異常值(Outlier)，就監理指標而言，統計上應該看標準差及平均數的離異性指標之變異係數(CV)，並著眼於目標品質管理。

李委員永振

以健保會監理角度，不要管太細微，各地方關心其個別問題，有時考慮整體似無問題，但分區之後還是可看到問題。最後要採行的方式很難給予建議，建議研究團隊綜合盱衡考量。

吳副社長榮達

1.2 新建議之指標，僅擇各分區滯留率最高之三名公布，個人認為，針對各醫院訂出目標管控比較有意義。

**(四) 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數，初步建議修改**

李委員永振

有關癌症病人，比較關心的是一年耗用蠻多醫療費用，健保要收支平衡，若以三百億計，就達 5%，要如何控管？理當是該用則用，不該用就不用，財務面才算合理，這是指標建立需要考量的。

蔡副執行長麗娟

建議修改後之指標，計算分子與分母後，僅呈現百分率，即有接受安寧療護之百分比。是否前提是認為接受安寧照護者醫療費用比較低，申報點數較少。過去是監測申報點數。

陳再晉醫師

現行指標著眼於癌症病人過世前醫療費用高的問題，但健保會曾有委員表示，共病產生之費用不易釐清，僅看整體醫療費用，恐無法反映真相。由於安寧照顧推行多年，普及度尚未盡理想，且實證資料顯示，接受安寧療護病人申報點數是比較低的，故有此初步建議。

**(五) 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，初步建議刪除**

李委員永振

針對此指標刪除是沒意見，只是健保署是否有配套措施？病人是否真的需要輔導？目前數據顯示已下降到 86 次。對於高就診大於 90 次者，建議不僅需輔導，更要酌增罰則，特別針對惡意使用者，以真正有效的達到目的。考量到監理，須同時考量其目的，如何達到效益，才有意義。

古理事長博仁



高診次個案許多是就醫觀念問題，藥師加以輔導溝通，就可大大下降，譬如糖尿病個案，皮膚產生病變，常因為不瞭解病情、病因和飲食觀念教育，隨意就診只要拿藥；然而次數下降，醫療費用未必同步下降很多，需要改變其觀念。另，不要只注意到健保能省下之經費，而是要關心是否真正幫助到病人。健保除提供就醫方便、減低財務負擔外，對於弱勢及需要照顧者，透過人員關心輔導，俾使概念清楚，可節省資源，照顧更多的人，並提高品質。

陳再晉醫師

前次會議部分專家建議保留此項指標，但需要分析高診次之原因。

**(六) 1.5 區域醫院以上初級門診照護率，初步建議保留或刪除；1.6 各層級醫院服務量占率，初步建議保留或刪除；1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率，初步建議修改**

黃教授耀輝

1.指標 1.6、1.8 呈現數字之解釋，是進步或退步？合理比例為何？若無法定性，即難以賦予監理意義。

2.總額預算是價量相乘之結果，此處又以量為指標，其意義為何？其次，基層服務量比例 12%，究竟是好或不好？合理的數字區間應先確定，才能作為監理指標。

許教授光宏

1.5、1.6 及 1.7 可綜合來檢視，這是監理健保署或衛福部政策非常好的指標。未來擴大基層醫療，推行家庭責任醫師制度，觀察基層醫療之服務量，是動態的變化，可用以解釋有無效果，是行政效率很好的指標。

陳委員亮良

上回參加總額會議，初級門診照護率之管控已導致部分醫院之申報有操作現象，無法做出是否管控之結論，預算暫予以保留。個人認為 1.5-1.7 指標有保留必要。

王執行長拔群

1.5 初級門診照護率，資料擷取有問題，需要取到第幾個診斷碼有必要加以說明，建議僅以主診斷即可，病人有些有共病，有些慢性病人在同一醫院重複就診。宜考量有何方法可以避免此問題。

周執秘淑婉(補充說明)

有關初級照護的認定，會以健保署的定義做為指標依據。

吳副組長錦松

有關指標 1.5 如擔心初級照護編碼的問題，因有了管理監測規範，可能造成申報資料失真。第一次會議時，有提議如以糖尿病可避免住院來監測，基本上就是監測糖尿病需要定期做特定檢查之執行率及因併發症所致之住院即可。

**(七) 1.8 藥品費用占率，初步建議修改**

陳委員亮良

藥費占率增高部分，是時代趨勢，許多新藥研發出來，藥品總額上升有其必然性，要以總額加以控制，恐造成民眾權益之損害。

**(八) 2.1 手術傷口感染率，初步建議刪除；2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)，初步建議刪除；2.3 糖尿病品質支付服務之照護率，初步建議併入 2.7**

王執行長拔群

1.住院手術傷口感染，各術式非常不同。現 2.1 手術傷口感染率實際只有監測關節置換手術(名稱不對)，這僅占有手術極小的部分。另因健保是批次申報，無法確認先後次序(無法建立關節置換和清創手術的因果關係)。故感染率是要監測什麼，是手術沒做好才發生感染嗎？到底要如何監測？譬如人工關節感染，植入感染需要追蹤至少一年才能得知，現時間點太短，是無法取得資料的。邏輯上，監理很重要，但有些臨床問題除非檢視病歷，否則很難看出端倪，無法以健保申報資料去做確認的。

- 2.傷口感染是非常重要的問題，但是疾病照顧的好不好與健保做得好否關係不大，傷口感染與健保關係薄弱。感染率監測在技術上是很困難。若要監測與照護有關的感染率，則應比較聚焦，宜擇量體大，影響很大的手術，較具指標性作用。無法每項手術都進行監測，這也是健保申報資料是無法提供的層次。
- 3.現行納保人口達 99%，不是所有臨床問題均與健保有關，健保與財務問題較有關，感染相關資料疾病管制署都有，不要由健保申報資料去擷取。感染率是大家共同照護之結果，與健保非直接關係。而健保要關注不是照顧部分而是經費的使用，照護係屬非常臨床的問題，已有不同單位在做品質管理，如醫策會、國健署等。又如 2.2 心肌梗塞病人之死亡率，死亡率當然很重要，要考慮到醫院屬性，台大醫院、台北榮民總醫院之病人嚴重度都較高，死亡率高，就說品質不好嗎？
- 4.全世界均有保險制度，宜思考保險要關心部分是要求品質做到何種程度？再如糖尿病的照護率指標，解讀上沒有意義，無法再改善；滿意度也是，醫院評鑑已有監測，若是由醫院自行辦理，不夠客觀，如之前神秘客查訪或委外調查比較客觀；以個人推動醫療品質之經驗，相關數據資料變化不大，病人關心的議題，沒有很大變化，因現實結構面許多無法解決。大家都很關心沒錯，但品質應交由專業處理，有些非屬健保的部分，透過健保去監理，對品質並沒有太大助益。

陳委員亮良

- 1.感染率在委員會時有委員發表很大批判，認為感染率攸關民眾醫療品質之確保，手術型態不只是置換膝關節，手術感染，病人家屬均受影響，所以有必要監測列管。至於以哪些角度，許多委員不同看法，可以再討論，譬如隨疾病之演化抗生素之使用，或急救措施等，使用健保編碼篩選資料即可。有委員非常關注，不知為何要刪除此項指標？建議保留。
- 2.在此肯定醫界對健保之付出。在健保制度下，建構了醫療提供者及付費者的夥伴關係，在此有龐大的醫療資源，因此一定要有監督監測機制。雖說透過學術研究並無成效，每年例行性數據都一樣時，要思考是監測方式不對。付費者期待醫療提供好的品質，各醫院管理方式不同，有些公立醫院做得很落實，有些私立醫院則著重績效，常動手術，造成醫療糾紛。面對許多問題，只要使用到經費，委員們責無旁貸，為健保制度共同付出心力。台灣健保是國人的驕傲，是大家付出的成果。

吳副社長榮達

- 1.建議保留，不知為何僅針對手術傷口。一般疾病之感染比手術感染更加重要，造成併發症，甚至死亡。有關 2.1 初步建議僅髖、膝關節置換，且僅監測術後 6 個月？是因比較好觀測嗎？建議還是保留原指標。
- 2.有關 2.3 指標僅以糖尿病照護，建議增加腎臟末期照護。

許教授光宏

刺絡針期刊(Lancet)有篇關於比較世界主要國家急性照顧及慢性照顧之排名，台灣算是很前面的，文章中可感受到健保的良好；但有幾個慢性疾病比較落後。要看健保效能好與否，針對國人可與其他國家比較的指標很重要。也可以從十大死因，標準化死亡率之變化看健保照顧好與不好，預期壽命之增長，主要疾病之死亡率之下降可反應健保效能，有關 2.1 及 2.2 建議可刪除。

李委員永振

需要及是否需要到列為監理指標是要思考的。這些指標，如心肌梗塞、感染率等資料是很重要，但是否需要納入監理指標，要有意義，才要考量。定義清楚客觀的資料可供民眾參考，是否納入，要看原來目的是否可達到。一般常說健保好，但又不易敘明好在那裡。如果照顧品質更好一點，可使人民多活多久，若有指標可以量化來看成效比較好，如平均壽命增加，有客觀解析。現常提老年化的社會，費用一直增加，而其實善終老人居多，實在無法釐清，須具信服力的數據比

較可行。

陳教授孝平

如果這些指標都很重要，要列入，要列到多少，以微觀角度是列不完的，宜掌握政策要推行的，要看整體，比較重要，醫療品質是各醫學會的責任，宜細思健保署要扮演的角色。

趙委員銘圓

之前委員會委員都建議 2.1 指標必須進一步細項分析，但資料顯示是要刪除，故若是要刪除，良心建議研究單位要說明的非常清楚，可能才能說服委員會，否則很有可能被 K 的滿頭包。

周執秘淑婉(說明)

- 1.有關 2.1 手術感染率，是關注住院照護的安全性，委員擔心的是是否因院內感染，加長住院時間，徒增不必要之醫療支出；至於監控髖、膝關節置換之建議，是為比較容易聚焦，可信度較高。健保投入許多費用於住院照護，希望能監測照護是否得當、費用是否落實。而 2.2 急性心肌梗塞，在於健保有投入急性照護品質費用，希望觀察成效。糖尿病、腎臟病照護亦是如此，健保同樣投入費用，照護品質會連結到總額的執行重點項目，供健保支付合理分配之參考，也是健保監理的目的。
- 2.我們希望瞭解住院品質是否有因院內感染而造成不必要的浪費，投入急性照護，希望有指標顯示投入是有效的，以及投入慢性病照護是有成效的，以此就教於委員，盼提供明確方向。

陳再晉醫師

如果委員有比較有信度、效度或符合增修原則之指標，隨時可提供建議，論壇目的在於彙整討論意見，哪些納入一般性報告，哪些納入監理指標，哪些納入健保品質資訊公開，專家關心的所有指標，計畫辦公室會做成三類不同之監控建議。

#### (九) 2.4 照護連續性，初步建議修改

許教授光宏

此指標不應列入醫療品質，是行政效率的指標。連續性照顧是希望病人好好在某醫師或某院所持續就醫，學術上證明最有益於病人健康，這是國家政策。照顧好不好才是醫療品質，如糖尿病，心血管病變延緩發生，腎末病人照顧，洗腎人數下降，這才是醫療品質指標，建議在此先行移除，至於重不重要再討論。

陳再晉醫師

健保會之前曾有委員針對此一現行指標表示，健保推動分級醫療反而會導致照護中斷，不利照護之連續性，故計畫辦公室初步建議改為論人計酬之涵蓋率，依健保分區或縣、市直轄市計算，若是持續上升，表示照顧之連續性越好。

#### (十) 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)，初步建議刪除

吳副社長榮達

此指標不但不應該刪除，更有其他資料需列入統計。這數據應包括「可提供病床數」、「應提供病房數」、「實際提供病房數」如部分關床，應探討其原因，應細分，而非刪除。有撥付專款予護理人員，希增加人力，不應關床。

許教授光宏

同意不列入品質面向，理由同上，可列其他面向。

趙委員銘圓

有關本案本人非常支持消基會代表也是付費者代表吳榮達委員意見，不但建議要保留，而且要細分。因為針對先前發生血汗醫院、血汗護士等問題，健保會特別撥款，5 年 110 億去改善，故有病床就應該開放給民眾使用。若以人力不足為理由而不開放，是非常不應該的！況這關係到民眾醫療及品質的需要。

#### (十一) 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布，初步建議刪除，納入新增

## 1.9 各項小總額專款(如:B、C 肝專款等)年度目標達成率

陳委員亮良

在此肯定醫界的努力付出。健保投入許多經費於醫界，人力成本付出龐大，民眾(付費者)感受卻減低，就個人經驗發現抱怨很多，應檢視台灣醫院商業化是太嚴重或是制度管理出了問題，專家學者就是要找出問題，所以指標不但不能減少，更要增加細項來監測，希能有更準確檢測到健保有關醫療品質的要點。每年撥付那麼多勞動成本，醫療服務人員血汗勞動，到底經費用於何處？健保制度要提升，要讓民眾感受到醫院品質的提升，不是要讓醫療走向商業化，不要不必要的手術，造成病人家屬慘痛的經驗。

周執行秘書淑婉

關於護理人力費用，目前已從專款回歸一般服務。

張副執秘友珊

會議資料 2.6 護理人力指標，初步建議刪除，並納入新增 1.9 各項小總額專款(如：B、C 肝專款等)年度目標達成率；另依指標 1.9「說明欄」是看費用執行率，但費用執行率無法完全反映計畫的實際執行成效，所以可能要專款的 KPI 達成率，如品質指標或服務人次的達成情形；但會議資料 1.9 指標之「論壇結果」欄，又提到「不列入，因為每年有評核會議」，想釐清到底是否新增指標 1.9。

許教授光宏

剛細看，又聽各委員之發言，建議醫療品質需要細分。可分為結構面、過程面及結果面。就結果面而言，2.5 及 2.6 是不適合，但若是結構面，是可以的。結構面很重要，在此補充意見。

許老師怡欣

剛提出之指標都非常重要，但有些觀念需要釐清。相關指標資料在「協商指標要覽」報告書中都有持續追蹤。評核會議亦針對醫院、診所品質，做得好不好，故考量是否需要作為監理指標，是否太細了。醫療品質公開亦有多項指標，又醫策會已有相當多的品質指標，也是監測醫院做得好不好。有些指標並非監理到健保署或健保業務，這些角色及職責一般外界是不易了解，所以才需要在此討論及請教的。但需要了解的是，此處指標刪除，其資料並非不存在，只是移至他處，在此宜以具宏觀角度之指標來執行對健保業務之監理。

陳再晉醫師

1.護理人力建議納入 1.9，它也是醫院評鑑之指標。

2.有的專款方案訂有關鍵成效指標(KPI)，就看 KPI 之達成數，若無，就以費用的使用，看費用執行率。

## (十二) 建議新增 2.7 各分項 P4P 給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率

王執行長拔群

再次強調品質指標資料，並非在健保，健保會可要求醫院提供某些數據，並非一定使用健保申報資料。如 2.7、2.8，P4P 醫策會已進行二年，進入第三年，論質給付，這些指標是一個個模組，各項目全要照顧得好。又如論人給付，對於 2.4 還是無法理解，每個病人的照顧是個完整的過程，包括疾病預防、治療及復健，無法用單一公式或用數字計之，更貼切的說，是以疾病來計酬，方法是個案管理(case management)，運用個管師來協助，但是需要人力，現實問題是健保費用大部分用在急性照顧，三層級醫院間不流通，因健保不給付，醫院要推行個管需要建立此架構，大家若是關心此議題，健保應增加個案管理的經費。

## (十三) 建議新增 2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度

王執行長拔群

有關醫療品質資訊公開指標，目前醫療品質公開資料，不易看懂，推動品質的人不

一定看得懂，民眾更是不懂。最近某雜誌說醫院一定要排名，此易造成醫病之對立及糾紛，到底要公布哪些資料，且要即時？若說這是趨勢，真要很小心，資料要正確，應有益於民眾就醫，督促醫院機構品質做得更好。個人上網瀏覽，覺得沒有幫助，資料並未考慮處理重症的醫院或疾病複雜度問題。

#### (十四) 公平面及財務面指標整體討論

陳教授孝平

財務部分，事實上國家發展委員會從來不支持調增健保費率，而財務責任委實在於健保會，這些 5.1-5.5 列出的指標幾乎沒有道理，5.6 以後才是屬於健保署的權責業務。但 5.6 所列資金運用之收益率仍須有相對應的比較基礎，例如與勞保基金操作效果來比較等。

李委員永振

1. 這兩個議題要回應到指標總覽重點，若以宏觀的視角，委員則是擔心指標刪除後，後續該當如何監理？詳細的說明是需要的。
2. 有關財務面向，健保委員會早在 1-2 年前已提出，只是健保署尚未定案。健保財務收支失衡之結構性的問題，將來要如何掌握才是重點，支出要如何處理？投資收益，每年列出之數據幾乎差不多，因無法像外界企業的投資方式，更難以解讀。年底公布一次就好，財務能掌握到這樣即可。

古理事長博仁

健保開辦已 22 年了，聽到許多前輩的見解及看到健保會給的數據，常思考，多年來所有的專業給付，到底合不合理？資料顯示，前 20 大的檢驗費高達 688 點多億、包括其他檢驗費可能達八百億，是否能大膽接受改變現行費用分配之結構，讓所有專業領域得到合理給付，讓總額能更透明，可以增加或減少的部分，攤在陽光下重新再分配。所有醫療機構成本，現有給付是否足夠它去經營，二十年來發現僅人事費是平行線並沒有明顯增加，其它藥費、檢驗費都是大幅飆漲，是否合理？消費者也應該去好好討論。相信將所有費用做一合理支配，才是好的品質保證，不去做合理支配，不管是成效或是指標，都與結構有關，到底總額分配合不合理，應針對結構、制度面進行系統性及有遠見的改善，一定會獲得民眾支持。

黃教授耀輝

1. 4.3 指標不清楚，應可刪除，改以 4.6 替代，但 4.6 指標可修正為符合抓大放小原則，建議採用重大傷病費用來代表高所得群體跟低所得群體之支出。因為良好的健保應該是保大不保小，如感冒等的費用，對低所得家庭而言放在分子會墊高比率恐會失真，故建議用健保涵蓋的重大傷病支出，較能顯示公平面的意涵以及健保對低所得家庭的照顧。
2. 在財務面，5.1 及 5.2 有完全之相關性，因為每年的餘絀最終會累積反映在安全準備，建議只採用安全準備即可。而安全準備的變動涵蓋了 5.1，建議使用 5.2。
3. 個人認同這是健保的監理指標，監理指標應盡量著重在與健保相關的部分，指標越少越好，而專屬醫療的部分已超過其範圍，不應納入健保的監理指標。

吳副社長榮達

針對 4.1 支持後面論壇結論的意見，建議併入初步建議 4.2。又因為 4.2 只有針對每人平均就醫次數，而新建議 4.1 指標之說明，有提到在醫療資源不足地區每星期提供一定診次，即覆蓋率的問題。若要併入 4.2，應加入涵蓋率，方能顯示醫療資源不足地區的問題。

鄭院長舜平

1. 以醫院角度觀之，醫院是非常辛苦的，要應付非常多的指標、因應人力不足及給付無法提升等，但是人力費用卻是一直在上升，宜考量醫院及醫護同仁的真實情況。目前公平性指標主要是針對民眾，是否考慮醫護公平的問題，值得大家思考。

2. 監理指標宜著眼於重要的指標，而非過於細微的指標。重要的是找出關鍵指標 (KPI)，以釐清問題。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第四次論壇會議紀錄

日期時間：106 年 9 月 5 日(二) 14:00-16:00

會議地點：衛生福利部中央健康保險署中區業務組十樓第一會議室

主持人：陳再晉 醫師

出席人員：本計畫專家諮詢委員 李委員卓倫、張委員毓宏、梁委員景洋、黃委員光華、  
蔡委員文正；全民健康保險會委員 林委員敏華、郭委員錦玉；中央健康保險署  
中區業務組 方組長志琳

健保會：張副執行秘書友珊、吳專門委員秀玲、彭專員美瑩

計畫辦公室：林素如、楊朝欽

討論紀錄摘要：

一、計畫主持人先行簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則後，就現行監理指標及其建議修正草案請委員表達綜合意見，再依序討論五大構面及指標。

二、結果整理(參見附錄十五意見綜整表)

三、討論發言摘要

### (一) 綜合意見摘要

林委員敏華

審視目前提出之監理指標，其實民眾關心的是就醫品質、是否容易掛號及好的醫療照顧等，其他是學術界、行政監理的部分。若是資料要提供民眾上網查詢，指標設定應該著重於民眾關心的效益上，他們對其他部分關心程度低，可不需特別強調。

張副執秘友珊(補充說明)

- 1.目前健保署已依健保法另建置提供民眾就醫查詢為主之指標，健保署依規定需公開各總額部門之整體性品質資訊指標項目，也須公開個別醫院之品質指標。
- 2.今天會議主軸在於針對五大構面及 27 項指標進行討論，健保會基於執行監理健保法定任務之需要，前於 103 年建立健保業務監理指標架構，經委員會討論定案後，健保署需每半年提出監測結果報告，供委員監理參考。
- 3.於 105 年時，委員覺得有需要增修部分指標，以提升監理效能，故委辦本計畫，期透過召開論壇收集專家、委員之建議後，提出指標之增修建議，供健保會討論議決後據以進行監理業務。
- 4.健保署每半年提出之監測結果報告，及本會彙整製作之年度監測結果報告書，均會公開於健保會網站，惟其尚非以提供民眾查詢為目的。

李委員卓倫

- 1.在健保會擔任公民代表極不容易。例如最好的醫院，可能各疾病別死亡率可能是最高的，這牽涉到疾病嚴重度之問題，需要解讀其涵義，民眾不一定懂。
- 2.有關品質資訊公開，公布太多，其實民眾是看不懂的，可能僅對收費和滿意度較能理解。至於醫師比較在意的是同儕觀點，資料提供給民眾後，反而是醫師及醫院會比較在意，會去相互比較，會更致力於保障病人安全及服務品質。轉個彎來看，受益的終究是病人。所以當民眾代表真不容易，要說服大家甚麼才是必須關注的視角。

陳再晉醫師

健保業務監理指標是供作半閉門式的會議報告及討論之用，雖然最後資料也會公開於健保會網站，功能上不以提供一般民眾查詢為主；倒是各醫院公告之品質公開指標，由於醫院很在意，一般都會加以淺顯的說明，以利民眾解讀；致健保公布之整體性指標，若可能因地區或服務對象不同致有差異時，健保也會加註說

明，以免民眾誤解。

**(二) 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)，初步建議修改**

李委員卓倫

此為總體結果指標，受住院診斷關聯群支付制度(DRG)施行之影響，若是 DRG 實施範圍大，指標數據自然就下降。以策略之有效性而言，應該是監控前端 DRG 實施之步調或涵蓋率，會比指標更好。與健保採取手段之積極度較有關聯，也比較有意義。只是不知道健保署認為可行否？

**(三) 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)，初步建議修改**

方組長志琳(說明)

以中區為例，台中榮民總醫院滯留率高，原本是非常擁擠，業務組會去關心，協助進行了解並標竿學習滯留率改善良好之醫院。後來該院調控了住院病人來源(門診 vs. 急診)之比例，並增加了後送病房床數，就有顯著改善。我個人贊成計畫辦公室建議之修正指標，藉此，各分區業務組可與醫院一起改進。

林委員敏華

民眾各有其就醫環境的偏好及看病之印象，資訊宜簡化讓民眾看得懂，但又需兼顧指標之專業性，的確會有困難。醫學中心的急診狀況，可理其困境，但還是需要將急診壅塞的議題妥適呈現，引導改善，讓民眾可接受。建議修正之監理指標是可以的，但公開時民眾可能有不同反應。

陳再晉醫師

1. 現行指標若是輕症多，滯留率就低，所以計畫辦公室建議修改為經急診住院之人數滯留超過 24 小時的比率，前幾次論壇討論時也提及急診後送病房之設立，認為住進後送病房，視同住院。
2. 依業務組分區是因為每區情況不同，譬如台北地區僅兩三家醫學中心比較嚴重，台南、高雄相對問題不同，東區、中區應該不錯。建議分區擇其前 3 名，讓業務組有著力之空間。例如今年來台大醫院積極與台北市立聯合醫院合作，降低急診滯留，市醫住院率升高，病人住院容易，算是三贏情況。

**(四) 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數，初步建議修改**

陳再晉醫師

現行指標設定為申報點數，但部分健保會委員認為癌末病人因共病產生之費用不易釐清，僅看整體醫療費用，恐無法反映真相及政策目標。由於推行安寧照顧為國家政策，計畫辦公室建議監測有無申報使用安寧照護(包括居家安寧、入住安寧病房或接受安寧共照都好)；另外也有委員提出增加監控每案的費用，就留給計畫辦公室一併考量。

**(五) 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，初步建議刪除**

方組長志琳

同意刪除。畢竟就醫次數高之病人為極端值，為業務組例行業務。只要函知、給予關心就會下降，只要繼續執行即可，不需列入監理指標。

陳再晉醫師

目前對於每年就醫逾 90 次之個案均予關心，都有下降，但後續年度免不了會有新增個案；觀察歷年結果成效穩定，故建議刪除。但歷次論壇也有委員建議保留，並分析高診次就醫之原因。

**(六) 1.5 區域醫院以上初級門診照護率，初步建議保留或刪除**

方組長志琳

1. 目前要求輕症者需要轉介至基層診所。目前定義共識有列出 5 百項，但是醫院編碼上還有疑義。
2. 推動分級醫療是國家政策，要求下轉，所以建議還是要保留。

林委員敏華



這項若有編碼問題，產出資料會很怪且失真。

蔡委員文正

雖是健保署政策，但實際上成效不好是可理解的。病人若習慣到特定醫學中心或區域醫院就診，醫師也難以因其屬輕症而請他下次去診所就醫即可；除非有其他政策介入，否則編碼問題會扭曲指標之意義，也可能醫院會以設立院前門診來因應。此外，即使指標成效好，可能是提高編碼(upcoding)所致，事實上並無顯著成效。

陳再晉醫師

這項指標備受重視，但目前好像尚無共識，健保與醫院針對初級照護定義討論尚未確

定，而疾病編碼也是問題，擔心指標會有信度的問題，所以保留、刪除意見併陳。

#### **(七) 1.6 各層級醫院服務量占率，初步建議保留或刪除**

張副執秘友珊

目前醫院總額並未再分配至層級總額，健保會的醫院代表委員希望藉此指標監測各層級醫院服務量占率之變動趨勢。

蔡委員文正

個人以為目前監理指標要精簡，此指標相對是不重要，就效率構面，在健保內部可以觀察，是否列入監理指標持保留意見。

方組長志琳

就三級服務量，醫學中心之數據或許可作為參考，而其他的，地區醫院及區域醫院則是變動的。如中區新開設之幾家大型醫院，營運之初一定是以地區醫院申請，但一段時間還是會提升為區域醫院，故此二層級醫院服務量占總額比率之變動性大，不建議列入監理指標。

陳再晉醫師

此指標或許是地區醫院想要表達其弱勢狀態，因此，保留與刪除意見併陳。

#### **(八) 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率，初步建議修改**

林委員敏華

就民眾角度，不會特意去看這項數據，比較像是醫界或健保會想看的資料。

陳再晉醫師

西醫基層與醫院之比較，若是必要，可改成單以件數，而不以人數看比例。

#### **(九) 1.8 藥品費用占率，初步建議修改**

陳再晉醫師

目前藥品支出每年都超過目標額度，擠壓到醫療費用，隔年才進行藥價調整，不盡合理，但目前是依法處理，所以建議調整成藥品費用超過目標額度之百分比及超過金額數。如果大家對於修改指標沒意見，就通過。

#### **(十) 建議新增 1.9 各項小總額專款(如:B、C 肝專款等)年度目標達成率**

方組長志琳

是例行報告，應可不列入。

#### **(十一) 建議新增 1.10 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數**

李委員卓倫

1.針對以上討論之效率與分級醫療相關指標部分，提出綜合性建議，目前僅加重部分負擔。如 1.2 指標，基層必須夠強大，醫院才不會壅塞。針對健保能夠做的，若是能夠加強診所，提高其能量及品質，較可整體解決相關指標之問題。亦即需要建立壯大基層之指標。如歐盟目前約有 10 項，可以取材參考。例如他們規範基

層診所 72 小時內可以看檢驗結果，我們有些基層甚至表示隔天就可看到結果，這樣就比醫院快、占優勢，因此，建議設置專款(或可用原來預算亦可)來推動壯大基層。

- 2.目前都是個別指標，尚無總體指標。整體醫療保健費用，社會保險僅占一部分，總體衛生醫療保健支出，十多年來約占 GDP 的 6.7-6.9%，並沒改變，未來品質改善的方向，如何加強基層服務是要認真思考的。

陳再晉醫師

考量過去有些專案試辦很久才列入正式給付，目前專案數不少，所以建議新增此一指標。

**(十二) 2.1 手術傷口感染率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

醫院評鑑也有此項指標，多數人認為沒有信度，傷口感染率定義，意見分歧，故建議刪除，但歷次論壇也有委員認為事關醫療品質，應予保留。

**(十三) 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)，初步建議刪除**

陳再晉醫師

急性心肌梗塞死亡率，現在醫院評鑑已改成「病人進入醫院至施行氣球擴張術的時間」(Door to Balloon Time)來監測，建議可刪除。

**(十四) 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率，初步建議併入 2.7**

陳再晉醫師

糖尿病品質已納入論質計酬 P4P 給付項目，且已訂有品質給付指標，同意不繼續納入本項監理指標。

**(十五) 2.4 照護連續性，初步建議修改**

方組長志琳

論人支付制度基層尚有很多意見，譬如嘉義市之家庭醫師制度試辦方案，造成基層醫師反彈。

李委員卓倫

同意。非常贊同論人計酬制度，但是方案規劃需要多方考量。

陳再晉醫師

- 1.現行照護連續性指標公式過於複雜，難以理解。論人支付制度 (capitation) 仍是最能增進照護之連續性，可是目前似乎推動困難。
- 2.初步建議是思考改成各分區業務組實施論人支付之人數佔該分區總人口之比率，讓六個分區業務組能相互比較，致力推動。

**(十六) 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)，初步建議刪除**

陳再晉醫師

醫院病床數意義不大，且皆須符合健保比例，否則就會被罰款，建議此指標刪除。

**(十七) 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布，初步建議刪除**

陳再晉醫師

護理人力已納入醫院評鑑持續性品質監測指標，每個月都需提報，引用其資料即可，似無納入監理指標之必要。

**(十八) 建議新增 2.7 各分項 P4P 給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率**

陳再晉醫師

各項 P4P 專案各自監控即可。

**(十九) 建議新增 2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度**

陳再晉醫師

品質資訊公開及時性，目前健保已做得很好，初步建議就撤回。

**(二十) 3.1 未滿月新生兒死亡率及 3.2 孕產婦死亡率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

婦幼衛生政策及預防保健服務均由國民健康署負責，此二項指標與健保較無關係，建議刪除。

**(二十一) 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)，初步建議保留或刪除**

林委員敏華

同意刪除，也無須刻意去修改成醫護人員的滿意度調查。

陳再晉醫師

歷年滿意度調查結果都不錯，不太有改變。先前論壇有委員建議，若健保會關心血汗醫院的現象，則醫護人員的滿意度調查是比較重要。

**(二十二) 建議新增指標 3.4 各年度標準化死亡率**

李委員卓倫

標準化死亡率，建議用可避免死亡率的概念，與醫療體系最連動的就是可避免死亡率，刺絡針期刊(Lancet)已經把可避免死亡之幾種主要疾病列出來，其計算方法都有手冊可參考。這部分可以反映慢性疾病管理的成效，由於大醫院的任務並非以照顧慢性病為主，故也牽涉到是否要加重基層醫療機構的角色。建議考量此種指標，雖然計算上可能有點困難！

方組長志琳

有關可避免死亡率，目前署內已在推行，家庭醫師整合性照護試辦計畫訂有每一家醫群病人之可避免死亡率之指標。

陳再晉醫師

- 1.標準化死亡率和預期壽命是總體性指標，健保有功勞，其他衛生福利機關也都有其貢獻，只是健保的功勞還是大一些。所以標準化死亡率納入效果之指標應當沒問題。標準化可以去除人口老化的影響。
- 2.若資料取得沒有困難，可增列 3.6：可避免之疾病死亡率。

**(二十三) 建議新增指標 3.5 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值**

方組長志琳

- 1.建議不納入，因為點值管控的優劣，跟管控的模式及方法有關，也跟新醫院增加有關。而新醫院增加並非健保署或分區業務組可以掌控，例如輔仁大學附設醫院及土城長庚醫院都將陸續開幕，勢必造成點值下降。因為供給量增加，但分配的總額並不會增加，所以若是要比較，有些分區業務組將承受巨大衝擊。
- 2.真是有難處，通常新設醫院想讓業務量快速增加以壯大，而病人大都從舊有醫院轉過來，舊有醫院當然也不甘心業務量降低，所以面臨很大的問題。這指標也非不可行，因為這指標每季公布，各業務組會去努力。

林委員敏華

總額協商完就會分配到各業務組去，各業務組去控管各層級總額，所以健保會比較少聚焦於此，各區都是自主管理。

張副執秘友珊

點值確實會受到很多因素影響，例如新設醫院或者支付標準調整，比如說 106 年度醫院總額要求 60 億元用於調整重症支付標準，當時共擬會議代表即認為調整支付標準項目以台北區利用較多，恐會影響分區的點值。

陳再晉醫師

- 1.分區結算點值結果可反映自主管理之效果；至於新設醫院，衛生福利部有一套制度在管理，如果還能新設醫院，代表醫療資源確實還要投入，既然知道醫療資源供給面還應再擴充，若納入此一指標，或可使業務組在平衡供給與需求的過程中，致力於疏導服務量的過度增加；基於此觀點，當作效果指標

來監理或許也是對的。

- 2.現在分區總額是錢隨著病人移動的概念，所以台北分區雖重症病人較多，但是給付也會跟著過來，應該不至於衝擊其點值。另，對於新的用藥有價量協調機制，新醫院是不是可進行價量協調呢？

**(二十四) 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)，初步建議修正**

張委員毓宏

就醫公平性的問題，建議調查病人滿意度時，附加調查想就醫卻無法就醫之情況，可能是距離太遠或是費用昂貴，諸如此類之地理可近性或財務可近性的問題，直接從民眾的角度觀測。因為若是從目前利用率觀察，是從會利用的人去調查，有些人則是一直不會去利用，就不會被調查到。

李委員卓倫

這問題在歐盟是老人活躍指標，訪問對象是55歲以上的人，問題為「過去12個月內，有沒有曾經想去看醫師或牙齒？」，不管原因為何，無法就醫即列入指標。之前曾調查過連江縣與台中市，一般思維應該是台中市資源較為豐富，但結果反而顯示台中市回答無法前去的比例較高。這指標會反映出多元問題，卻不一定是健保問題，或醫療體系問題，而可能只是因為生活照護上無人陪伴，不便就醫而已。

張副執秘友珊

據了解有針對民眾就醫地點滿意度或醫療機構服務滿意度的相關調查問項。

黃委員光華

新增修改指標，村、里是否能定義的更清楚些，會不會有一村多里問題？

陳再晉醫師

- 1.醫師人力比，主要權責應當是在醫事司。雖然有些區域的特定點值高(如:東區的中醫點值)，但似乎仍沒有吸引力。故建議用全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)的普及率，也就是在醫療資源不足區域之IDS涵蓋率來代表健康照護機會之均等，雖然其他健康條件不一定均等，但是至少健康照護機會要均等。前三次討論結果都是正反意見併陳。

- 2.台灣目前是在鄉為村、在鎮為里，以最基層的村、里單位來計算。

**(二十五) 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)，初步建議修正**

陳再晉醫師

現行指標是比較利用率。建議再細分些，比較住院和門診的利用率，之前是思考將西、中、牙醫整合成一利用率指標，但前幾次論壇部分委員認為有些地方缺中醫，有些則缺牙醫，理應分開比較。

**(二十六) 4.3 家庭自付醫療保健費用比率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

家庭自付保健費用比率似乎不是健保的權責，建議刪除。

**(二十七) 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)，初步建議刪除或保留**

林委員敏華

除了經濟，也牽扯到商業保險的關係。這部份在特材會議有討論過，很多廠商通過醫材查驗登記許可，卻不申請健保核價或納入差額給付項目，因會受價量調查。所以這指標從健保會觀察是良性的，但從廠商的角度卻不是。

張副執秘友珊(補充說明)

該指標當初會納入，是因為自付差額特材是健保會依法需討論的事項，健保會委員關心此議題是因，若有部分自付差額特材品項的使用率高達7-8成以上時，即應建議該特材納入健保全額給付項目。

李委員卓倫

站在醫院跟醫師的立場，醫院當然不願意受此指標監理。但從公平立場，若不去監理此項，我們國家的家庭自費負擔佔總體醫療保健支出約 37-38%，若將其他兩項私部門（社會民間保險費用跟慈善公益捐款）加進來，可達 42-43%，也就是說，每 100 塊的醫療保健支出，約有 43 塊是來自私部門。相較於經濟合作暨發展組織(OECD)國家，負擔之重僅次於墨西哥，而高於南韓；家戶自費高，這樣社會保險可以說名存實亡，不能無視其問題之嚴重性。就個人了解，這跟健保有一定關係，若公部門預算多，那這項就會少，還是建議保留。健保 22 年來，主要政策之一就是調增部份負擔，這個指標可以提醒健保不要用部份負擔當作唯一手段。

**(二十八) 建議新增 4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值**

陳再晉醫師

此項新增指標是要觀察醫院是否有過度鼓勵自費醫療，建議納入。

**(二十九) 建議新增 4.6 最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比**

陳再晉醫師

此一指標計算難度有點高，以前統計處有跟家庭收支調查資料連結，再與健保資料交叉比對，觀察高收入的家庭和低收入的家庭，計算每家戶平均使用健保之費用，建議由健保署及統計處會商決定是否納入。

**(三十) 建議新增 4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值**

陳再晉醫師

個人認為居家整合醫療照護是不錯的政策。若此區域身障人口多，即更需要居家醫療照護，故可依此指標來監理公平性，分母就用該區域的總人口，至於區域之劃分，用縣市行政區或健保分區皆可。

**(三十一) 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

收支餘絀，健保署之主控力不高，通常是上級決策影響較大，故建議刪除。

**(三十二) 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數，初步建議修改**

陳再晉醫師

安全準備多少其實都有資料，可監控以作為費率調整基礎。此為健保會法定責任，低於 1 個月或高於 3 個月，就要考慮費率調整或者擴大支付。同意此項指標保留。

**(三十三) 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值，初步建議刪除**

林委員敏華

健保成長應與 GDP 脫鉤，這些都是國發會控制，設定最低跟最高的框架。

方組長志琳

健保會只能在國發會框定的上、下限範圍協商，不過基本上國發會有參酌 GDP。

李委員卓倫

1. 同意所述，但是敘述邏輯會變成是先有雞或先有蛋之問題。本來不應該脫鉤，那國發會為何還會著力於此，因為它不能脫鉤。但現在要考慮的是以監理會的級等，是否可挑戰此數字，相關公式是否監理會可以決定。
2. 因為醫療的進步，很多住院病人可轉到門診，醫院把住院病情較輕的人轉到門診，計算這兩種費用，發現醫院留下來的病情較嚴重的病人，每天平均住院的成本是上升的，而計算門診這邊，因為把住院病情輕轉過來，門診成本也是上升的。奇怪的是全國總體的成本下降，那為何兩邊分開計算，成本

都是增加，實因現在總額公式算的都是投入(input)的金額，而不是 output(產出)的金額。

陳再晉醫師

健保費率成長與 GDP 比值不是健保所能控制，健保是藉著總額成長率保障其支出之成長；理論上，健保應該是量出為入，以醫療必要支出之變動，來回推保費收入目標數與費率之調整，GDP 成長應該不是必要的考量。

**(三十四) 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率及 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

此二項尚非屬健保權責，建議刪除。

**(三十五) 5.6 資金運用收益率，初步建議保留**

陳再晉醫師

由於目前安全準備金額充裕，此項指標可監理其運用效率，歷次論壇，有委員提出要跟勞保或公保基金運用之收益比較，基本上，若基金使用條件相近，收益率應可互為標竿。

**(三十六) 建議新增 5.7 年度末待收帳款數及約當應收月均保費數；建議新增 5.8 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值**

陳再晉醫師

就 5.7 指標，雖然知道年底時一定有一個多月的應收帳款，因為第六類被保險人 11-12 月份的保險費，會等到次年 1 月底才繳；受雇者的 12 月保險費也會次年 1 月才收取，但只要持續監控每年年底待收帳款佔該年應收保費之比率，還是可做為長期比較的基準，以觀察其催收率。5.8 指標則是觀察沖銷帳款的占率。健保會過去較沒有關注這兩個數據，5.7 及 5.8 指標可反映健保的行政效能，故建議新增。

**(三十七) 其他財務面意見**

李委員卓倫

個人認為只要能提出足夠的理由，公民應該不會反對醫療費用適度的增加，因為與醫療品質有所關連。不過跟 GDP 之間的關係，確實不大，不好操作。且我觀察到的問題似乎不在社會保險部分，而是在於公共衛生預算之縮減。所以是否透過健保監理來檢討，那些是公共衛生本質上的業務卻要求健保承擔的，甚至是由健保增加支出來處理的。譬如施打疫苗該屬於公共衛生業務，但因不給付醫師施打前的例行身體檢查費，像是義務工作，解套的方法居然以健保支應每人 50-150 元，而這本應該由疾病管制署編入預算，給付給各個醫師。至少健保會該檢討哪些項目是屬哪個公務部門該承擔並要求其編列/增加公務預算，如此總體醫療保健支出占 GDP 比率數值比較好，而且私部門占率也會相對少一些，是否有此可能？

陳再晉醫師

其實在一些比較商業保險的國家，當他們評估疫苗可預防疾病(Vaccine-preventable diseases)，意即預防醫學成本效益會高過治療醫學時，就會納入商業保險給付。CDC 在爭取預算時常會說明能夠協助健保費節省數十億或百億，若是如此，健保幫忙又有何不可，故健保署就沒有計較太多。

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第五次論壇會議紀錄

日期時間：106 年 9 月 27 日(三) 14:00-16:00

會議地點：衛生福利部中央健康保險署南區業務組九樓第一會議室

主持人：陳再晉 醫師

出席人員：本計畫專家諮詢委員 洪委員元斌、胡委員淑貞、范委員文林、孫委員宗伯、  
莊委員旺川、黃委員志中；全民健康保險會委員 黃委員偉堯、謝委員武吉；中  
央健康保險署南區業務組 林副組長純美、高屏區業務組 林組長立人

健保會：周執行秘書淑婉、吳專門委員秀玲、彭專員美榮

計畫辦公室：林素如、楊朝欽

討論紀錄摘要：

一、計畫主持人先行簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則後，就現行監理指標  
及其建議修正草案請委員表達綜合意見，再依序討論五大構面及指標。

二、結果整理(參見附錄十五意見綜整表)

三、討論發言摘要

### (一) 綜合意見摘要

謝委員武吉

1. 有關院內感染率議題，醫院總額會議中有特別討論到，門診院內感染、醫院、手術、內外科感染及整體感染等，建議應有感染率之監測。
2. 針對慢性病處方簽之釋出，藥費有總額限定，最後藥費、藥事服務費回歸醫院，但是醫院有其定額，會造成超過斷頭現象。結果是社區藥局比較得利。基層診所，醫院反而賠錢，建議此指標要加以檢視。
3. 初級照護率部分，據說中區第二季有醫院操作修改診治醫師所寫之編碼，以降低初級照護率之情事，這個需要好好思考。
4. 目前部分負擔占率，不符健保條例，應回歸到第 43 條之規定。
5. 有關新增急診轉診暫留急診區住院費用，原編列 89.6 億經費中有一部分經費用於補助急診觀察床，需要監測是否有達到預期功能，要從嚴辦理，另等待天數問題，現可使用跨層級整合照護計畫之預算來改進。

### (二) 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)，初步建議修改

林組長立人

診斷關聯群(Diagnosis Related Group, DRG)項目全部導入後，可達住院疾病分類之 6 成，其中有 23% 已導入實施；未來若能取得共識，可將已納入 DRG 的部分先排除或分開統計，比較平均住院日，就可觀察到醫院對於臨床路徑、病人照顧之努力程度，作為參考。

謝委員武吉

1. 明年總額協商，10 多億協助導入 DRG，建議第三階段多一點，第四、五階段可較少。
2. 目前醫院設置標準已改變，特殊病床如加護病房(ICU)等，絕對不可超過急性病床。宜注意有些醫院對使用呼吸器病人，會利用一般病床為之。

孫委員宗伯

原 1.1 指標所謂急病病床，與透析及慢性呼吸病床無關，而初步建議之指標才有相關性，建議要忠於指標定義。

### (三) 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)，初步建議修改

黃委員志中

對於急診 24 小時滯留情況，建議不要全部列計，重要是檢傷分類中比較嚴重的病

人。現階段集中到醫學中心就診的態度及趨勢仍存在，對民眾及醫院最直接，最優先的是比較嚴重的病人能及時獲得照顧。滯留越久，基本上代表品質比較不好。如登革熱患者，常有病人希望在急診打二天點滴，目前無法改變病人，整體去統計不易觀察到嚴重病人的照顧情況，建議以 1-3 級區分，雖比較複雜，但是可觀察嚴重病人對此指標之影響力。

范委員文林

此指標或下面幾項指標，有分子、分母的概念，分母又有排除條件，而分子之影響較大。針對分母排除條件，醫院端常有困擾，就是健保資料與醫院自行統計之結果大不同，原因可能在於排除條件之差異，建議各相關單位需要統整分子、分母定義及排除條件，不然呈現之數字有差距，較不準確。

莊委員旺川

第一類檢傷分類比較沒有問題，都是需要急救病人。但第二類則有操控的空間。另針對定義，健保定義跟臨床討論定義一向都不一樣，難以給予意見。

謝委員武吉

依規定救護車本應將病患送至最近之急診，但現況都是送到重度級醫院，所以大醫院收治救護車送來的病人較多，目前不易改善此狀況。譬如，在小醫院門口發生車禍，醫院準備好接收病人，但是警察及救護車的概念是非送重度醫院不可；長久下來，會加重醫學中心及區域醫院的負擔。今年度 89.6 億預算經費，有保證一般地區醫院急診點數，不屬浮動點值。希望能有所改變。

林組長立人

急診壅塞問題，除緊急醫療救護法規定外，有一定比例是病人及家屬的選擇。在此應該去觀察醫院如何管理及努力改善。若是可以，加入醫院急性病床數，病人急診檢傷級數、現階段開放病床數，許可病床數、加護病床數等參數考量。屬於同體系的醫院，病人之紓解相對比較容易，但是若無體系醫院，除與其他醫院合作須努力協商外，還需要說服民眾接受，建議可建立一綜合性指標，觀察醫院努力的程度。

陳再晉醫師

- 1.計畫辦公室建議指標之分母為經由急診轉住院者，滯留超過 24 小時的比例，不管檢傷級別。
- 2.臨床上各醫院檢傷分類不一樣，滯留時間之計算也不相同，有的於照會後需住院時或觀察過程中認為要住院時才起算，數字之信度是有一些模糊空間，不過主要還是觀察趨勢。

#### (四) 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數，初步建議修改

孫委員宗伯

- 1.重點在癌症末期之判定，應該是死於該癌症之 6 個月前是否有接受安寧比較合理。病人自主權利法即將施行，可能產生的爭議是，簽了拒絕心肺復甦術(Do not resuscitate, DNR)，並不代表是末期，重點是在判定末期的條件大家有否共識。
- 2.同意資源應該用在刀口上。死因為癌症，不知有無認定標準？癌末的定義？使用直接死因嗎？是因大腸癌或敗血症死亡？有時死因並非寫癌症。

謝委員武吉

依健保署資料有 35-36 萬癌症死亡病人，譬如有個病人住院，明知末期沒希望，但又繼續化學治療及開刀，這樣需要注意，就原指標健保會委員之建議及新建議指標都重要。癌末最後半年，還積極耗用醫療費用，健保負擔增大，應建立安寧末期之治療方針。

黃委員志中

安寧病房太少，還好有居家安寧。申報點數，以 6 個月為切點，要很小心。目前



安寧病房是固定點值，有些是緩和性放射治療、緩和性手術等，過於強調點數，可能導致處置癌末病人時會減少這些昂貴的緩和性治療方式之使用，不見得病人受益。建議兩案併陳。

林組長立人

依二代健保提到抑制醫療資源之不當耗用，期大家努力減少無效醫療。癌末者及一些不可逆的八大系統疾病，都符合安寧療護之收案基準。是否可能進行癌末及八大疾病死亡者之資料勾稽，整體評估。建議以往生前12個月、6個月、1個月及1週，以相關醫令加以分析醫療耗用【使用】情形。建立資料後，監測病人實際上接受何種治療，有無手術、放射、化學治療或免疫治療等，對照安寧緩和醫療家庭諮詢、安寧住院或是安寧共照等申報資料，再勾稽DNR註記等綜合性一起分析，未來更可進一步分析到醫院對於病人的處遇為何，先訂個階段性的指標，有資料後，就可了解有些醫院處理的好，有的醫院則需要改善，進一步輔導各醫院減少無效醫療及鼓勵持續推展安寧療護。加上病人自主權利法之施行，希望有助於病人善終。

胡委員淑貞

十大死因都能統計出來，雖有潛在其他問題，以死亡診斷書作判斷，都用直接死因。

#### (五) 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率，初步建議刪除

林組長立人

有關指標1.4，確實高診次有時是疾病的關係，有時是精神疾病的問題，調處上非常辛苦且困難。目前計畫辦公室是建議回歸業務上的處理，但有機會的話，建議能探討短期跟長期的輔導成效，譬如有沒有有一些病人初期3個月、半年降下來，但是隔年又回復原狀，一再反覆如此情形者，即是我們要輔導的對象。對於一些特別困難處理的個案，宜建立獎勵機制，除了業務組同仁去溝通外，須透過醫院或衛生局的協助，尤其是第一線臨床醫師，他們費了很多心思去溝通，但是並沒得到健保署相關給付的支持；若有相關爭議事件發生時，溝通將會更加困難。

謝委員武吉

林組長明確說出關懷議題。目前有專案撥款鼓勵社區藥局去關懷高診次者，至於是否續納入就由計畫辦公室決定。

#### (六) 1.5 區域醫院以上初級門診照護率，初步建議保留或刪除

胡委員淑貞

1. 健保業務監理指標，是監理全國健保業務並非醫院。建議分二類，一類是全國性的，是健保署要輔導、處理的，含例行業務，另一類是醫院指標就歸給醫院。
2. 站在公共衛生的立場，健保資源是全國的資源，應該分不同層級的指標，若是國家層級，就是健保署要去了解及知道趨勢與方向，另落實到各醫院，就是各個層級醫院要求的指標。另，請問業務報告指標是否會公開？

周執秘淑婉

1. 健保會現階段需要提出的是類似過去監理會時代的監理指標，是監理健保業務的大方向，請健保署定期到健保會報告監理指標監測結果。就效率面向，今日討論的重點並不是針對醫療院所，而是了解總額分配的效率，總額分配後資金運用的成效如何，有沒有達成目標，希望大家能用宏觀的角度看指標。所以指標不需要太細，健保會關心的是大方向，以及總額預算分配是否合理，使用是否有效率。
2. 健保會委員非常關注初級照護問題，因為要推動分級醫療，在總額分配時，希望醫學中心及區域醫院不應該執行這麼多初級照護，應該是由地區醫院及基層去執行。如同剛剛主席所說的，現在存在編碼問題(upcoding)，讓指標被扭曲。關於安寧照護，我們認為醫院做一些無效醫療是不恰當的，希望有安寧照護的指標，若

結果呈現是能節省醫療費用且對病人較好，未來會看如何透過健保的資源分配，去推動安寧醫療。又譬如關心偏鄉醫療，照護的公平性是否平均，分配是否足夠。

3. 至於醫院管理層面，則是健保署要去做，有些可能屬作業指標，可請健保署在管理醫院時，要求各層級醫院執行。

謝委員武吉

贊同指標 1.5 初級照護指標的意見，應該要緩下來，等編碼問題處理好。

林組長立人

個人建議保留，各業務組都有檔案資料可以分析，就編碼問題應可與轄內各層級醫療院所再溝通。

孫委員宗伯

個人認為還是與病人就醫行為很有關係。如安寧、高診次保險及初級照護等，其實病人來到醫學中心，並不清楚是否為初級照護，雖只是一般的糖尿病，但他的腳部傷口可能已經嚴重感染了。所以看數據不應只是比大小，而是要了解數據背後的意義，應分析病人高診次的原因，是否是社會上哪個環節有缺失所造成的。又如急診暫留超過 24 小時，了解病人到醫學中心就診，是否為便利性所造成的集中趨勢等。在制度上去影響被保險人的就醫行為或健康觀念，這才是從根本原因處理。故建議在制度設計上，不只是規範醫療院所，也要規範廣大的被保險人之就醫行為及價值觀。

**(七) 1.6 各層級醫院服務量占率，初步建議保留或刪除**

陳再晉醫師

此指標大家較沒特別意見，可以參考資料中區論壇的結論意見，將會意見併陳。

**(八) 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率，初步建議修改**

林組長立人

保留病人數的占率，可了解民眾就醫的選擇，西醫基層或醫院門診服務的比例；就醫次數多會造成人次高，只能看到件數。但是，加上病人數，兩個數據做比較，或許就能知道病人恢復之後，每個人選擇在基層或醫院門診就醫的平均次數，再去了解病人數占率。後續進一步分析病人平均就醫次數，做分級醫療雙向轉診的制度過程面，我們還能評估這些病人是屬於慢性病或重大傷病，及他們選擇西醫基層或是醫院門診的醫療服務。

**(九) 1.8 藥品費用占率，初步建議修改**

謝委員武吉

1. 藥費每年超出目標總額，是來自於新藥，譬如癌症新藥一支就要 1、2 萬塊，至於效果好不好不得而知。需要考量的是，藥品占率若固定，藥品用量較多的時候，會被新藥擠壓，第 1 年或許不會，但第 2~5 年就費用就上升。因此台灣藥廠環境艱困。
2. 補充林組長所提切入藥品及健保管理之重點，在健保委員會曾經提案，要健保署提供 5 年專利期內各層級藥品的獲利率，結果有些數據高到讓人難以置信，要求重新計算未果，據悉是以百分比計算，而非藥品數量。所以計算藥品獲利率也要納入考量。

林組長立人

現行指標是依據藥品支付目標制定的，執行了 3-4 年。目前是以總量來看，但未來建議或許可以考量次層分析，譬如說有些屬於新進化療藥品，或者是標靶藥物，事前審查相關新納入的藥品時，透過健保給付的，作成大方向分類，才有辦法了解藥費該有的成長狀況。若需要該藥品的病人數增多，方可給予相關藥品費用一個合理的成長率，假使有些是可替代性的，藉著分析就能提出因應跟改善對策，目前大方向的指標較難找出問題所在，難以擬定應變機制。

**(十) 建議新增 1.9 各項小總額專款(如:B、C 肝專款等)年度目標達成率**

陳再晉醫師

各個專款已有年度管控指標，不再納入指標。

**(十一) 建議新增 1.10 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數**

陳再晉醫師

主要是觀察健保署辦理各項試辦計畫的效力，是否定期檢討，特別提出每年進場、退場項目，執行幾年才退場或納入給付，譬如以前公保居家護理照護計畫試辦了十幾年才正式納入。此指標易於統計故建議納入。

**(十二) 2.1 手術傷口感染率，初步建議刪除**

洪委員元彬

以個人身為感染科醫師之經驗，現在醫院提報傷口感染，其實大有文章，譬如傷口感染率由執刀醫師判定，但執刀醫師不太會承認執刀後感染，呈現數據是可議的。

謝委員武吉

個人認為還是要保留。

林組長立人

1. 尊重決議，疾病管制署(CDC)過去幾年來一直著力於所謂抗生素管理計劃(ASP)，甚至監測多重抗藥性及中心導管感染問題。建議能透過政府跨部門的合作，檢討出院內感染的機制，甚至是第二、三線抗生素的使用，如有無需要住 ICU 或做中心導管治療照護的情況等，進行持續品質改善的監測。
2. 個人曾在 CDC 服務過，也了解不同部門所關心的方向不一。但若是以病人為中心，病人的醫療照護品質來思考，院內能重視感染管制的話，確實對整個醫療費用的管理跟配置會更有效益。基於上述理由，希望未來能朝此方向努力。

**(十三) 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)，初步建議刪除**

陳再晉醫師

同前，急性心肌死亡率醫院品質公開指標亦有提及，計畫辦公室之初步建議(刪除)由健保會決定。

**(十四) 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率，初步建議併入 2.7**

陳再晉醫師

在指標 2.7 已有糖尿病論質計酬(P4P)指標，到 2.7 時再討論。

**(十五) 2.4 照護連續性，初步建議修改**

胡委員淑貞

此指標是強烈建議要納入嗎？建議指標能分成強烈建議、一般建議等...

陳再晉醫師

照護連續性公式複雜，故計畫辦公室建議以實施論人支付制度代之，其實論人支付，立意很好，但是試辦至今仍不盡理想，希望藉由此建議指標來強化之。其實 DRG 也是論量(fee for service)計酬，台灣若不改變論量計酬制度，可能很難達成照護之連續性，故建議納入。

**(十六) 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)，初步建議刪除**

陳再晉醫師

有關醫院病床數之核定，是由醫事司管理，很難在健保做管理。若醫事司核給醫院病床，但醫院卻不開放，醫事司理應收回病床。此指標之歷次意見併陳。

**(十七) 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布，初步建議刪除或納入 1.9**

陳再晉醫師

今年開始醫院評鑑須按月提報，十三類醫事人力都要通報，護病比數據都有。

故計畫辦公室建議刪除或納入建議指標 1.9 處理。

**(十八) 建議新增 2.7 各分項 P4P 給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率**

陳再晉醫師

此指標原則上納入 P4P 年度例行業務報告即可，原建議撤回。

**(十九) 建議新增 2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度**

陳再晉醫師

醫療品質資訊公開，據悉時間都均可在半年內上線，故原建議撤回。

**(二十) 3.1 未滿月新生兒死亡率及 3.2 孕產婦死亡率，初步建議刪除**

陳再晉醫師

孕產婦死亡率及未滿月新生兒死亡率之權責，應該是在國民健康署，先前各場次之多數與會委員皆同意刪除。

**(二十一) 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)，初步建議保留或刪除**

孫委員宗伯

醫療品質指標本身可分結構面、過程面及結果面。此處希望刪除 3.1，它列在效果面，由於死亡率本身是一個結果面的指標，也是醫療品質結果面的指標，所以第二、三構面原本是如何定義劃分的，感覺有點混淆，個人覺得這兩個構面要有更清楚的定義及歸類。另外指標 3.3 對醫療品質滿意度方面，病人的滿意度及病人的感受可能不太一樣，譬如臨床醫師將病人治療成功，但可能因為沒有開病人要求之休息日數的診斷書，而讓病人不滿意，故滿意是非常主觀的，也是病人價值觀的判斷。問題應著重在病人確實的經歷，譬如詢問醫師接觸病人前是否有洗手，而不是問他這醫師手洗的好不好，這些經歷才是我們值得參考的地方。不過有時病人不滿意就是不滿意，沒何道理可言，這部份可能需要再進一步釐清。

陳再晉醫師

歷年來健保滿意度調查，基本已經穩定且不錯，故計畫辦公室建議刪除。如有需要，納入例行業務報告即可。

**(二十二) 建議新增指標 3.4 各年度標準化死亡率**

林組長立人

- 1.有關指標 3.4 是屬於國家指標，若將標準化死亡率變成健保署的權責來負責，覺得有點沈重。如戒菸是世界公認的，假設菸害防制做的好，因菸害疾病而死亡的人數會減少很多，體重控制也一樣。此指標較適合監理衛福部或政府的總體成效，用來監理健保的成效似乎不妥，可能會讓相關部門的合作與貢獻變少。
- 2.整個醫療保健的支出，健保保費總額大概佔了 GDP 3.2%，但是整個臺灣有關國民健保醫療的支出則佔了大約 6.3~6.4%，健保費大概佔了一半左右。要把這樣的指標用來監理健保署的成效，個人認為其代表性及權責會失焦，故建議指標 3.4 不要納入健保監理指標。

林副組長純美

建議以「可避免死亡」為指標較為合理，可課責於健保。全世界大約 15 個疾病左右，剛剛林組長也提過戒菸等情況難以掌控，而「可避免死亡」對健保有相當的課責性，尤其好幾個是屬於慢性疾病，像糖尿病、肺癌這類，若能照護好，其實是可避免的。

周執秘淑婉

我覺得「可避免死亡率」相當好，衛福部施政計畫也將它納入長期施政目標，確實值得思考，建議可從中挑出幾個國人較為常見的疾病納入指標，請計畫辦公室研究看看。

陳再晉醫師

- 1.雖然國人標準化死亡率的降低是多重因素，例如居住環境的改善、生活品質的提高及醫療水準的提高等，而健保扮演的角色還是占有 50%左右，故仍建議此指標。
- 2.其實中區論壇也有提到「可避免死亡」指標，最近刺絡針期刊(The Lancet) 有一篇世界各國比較之報導，也請國務院特別召開研討會，大家對此意見還是相當分歧。特別是他倒底是一項落後指標或是領先指標部分。若性質上較像落後指標，是代表過去二、三十年前糖尿病照顧不佳的結果，而非代表最近 5 年照顧不好，就較沒有意義，不過還是將「可避免死亡」之建議納入。

### **(二十三) 建議新增指標 3.5 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值**

黃委員志中

孕產婦死亡率及未滿月新生兒死亡率在台灣已經不是很嚴重的議題，個人曾經分析過高雄市未滿月新生兒死亡率問題，後來發覺到很多無法再分析下去，譬如說所有資料都顯示婚姻暴力對新生兒死亡率有所影響。而指標或許可合併觀察，譬如指標 3.4 及 3.5 放在一起觀察，那就很有意義，單獨觀察 3.4 有種感覺像責任都歸到健保署似乎有點不妥，但若是不只是年度的標準死亡率，而是各個分區的標準化死亡率，即可觀察到有意義的現象，就是點值低或高與標準死亡率(SMR)高低之間的關係變化，故建議在解讀時，能將 3.4 及 3.5 混合觀察。

林組長立人

指標 3.5 部份，建議還是不要納入，避免造成一些緊張關係。因為各個分區的作法及特性不盡相同，有時候因為各分區有不同部門總額，有不同溝通會議，基本上只要能做好溝通，並把民眾醫療照顧好即可。

黃委員偉堯

剛就效果面討論，但綜觀下來，都是在講醫療。若回歸到健保初始目的應是降低民眾就醫的財務障礙。所以應該觀察占支出醫療費用的百分比是增加或減少。如果是增加，代表健保的保護效果在下降，也代表保險可能已經無法保障民眾就醫的財務障礙。因此建議效果面或許可從健保或醫療原始目的去思考並分析這指標的效果，來研訂更適切的指標。

陳再晉醫師

- 1.若是進行總額控制、推動 DRG 或各種多元支付變革後，最後點值還是不佳，代表健保改革的效果還是不夠好，所以將之列入效果面指標，以觀察健保行政的總體成效。
- 2.謝謝黃委員偉堯提到的意見，稍後於公平面可再討論。公平面有一部分其實與可近性有關係，所以到底隸屬效果還是公平面，可再斟酌。

### **(二十四) 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)，初步建議修改**

陳再晉醫師

現行指標 4.1 是比較鄉鎮市區發展程度，採謝雨生老師之定義。國際上訂有人類發展指數(Human Development Index, HDI)做比較，但是我國現有的鄉鎮市區發展程度指標在信、效度衡量上可能都有些問題。既然衛生福利部有公佈醫療資源不足地區，就以這些明確的地區，觀察各種服務的公平性。初步建議指標 4.1 是講山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)的村、里涵蓋率，因為醫療資源不足基本都是在偏鄉，所以用村、里為單位，觀察其被 IDS 涵蓋的比率，作為公平面指標。

### **(二十五) 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)，初步建議**

## 修改

陳再晉醫師

此初步建議指標 4.2 是統計醫療資源不足地區在牙、中、西醫的就診次數，然後再與全國平均值比較。

### (二十六) 4.3 家庭自付醫療保健費用比率，初步建議刪除

陳再晉醫師

家庭自付醫療費用在前四場論壇之討論，主要是認為家庭醫療費用主要是用在高階的消費，這些高階的消費並不一定具有好的成本效益(cost-effective)，不足以反映公平性；而且現在對於較為弱勢的家庭，在健保制度下，不管是健保費或部份負擔均有免除機制，相對於其他一般家庭，自付保健費用比例很低，所以此一指標，歷次論壇大部分的與會委員都建議刪除。

### (二十七) 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)，初步建議保留或修改

陳再晉醫師

指標 4.4 同前，因為原來健保會目的是希望觀察特材之自付的比例若是越來越高，表示使用者多，那就參考列入全額給付，可是如同剛謝委員所提，新器材(new device)本應進行醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)，科技組一年花好幾千萬的預算委託醫藥品查驗中心做 HTA，如果 HTA 做好了，就不須根據此落後指標來考慮全額給付。因此，計畫辦公室建議刪除與保留的理由並列。

### (二十八) 建議新增 4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值；建議新增 4.6 最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比；建議新增 4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值

陳再晉醫師

初步建議指標 4.5、4.6 及 4.7，基本上與 4.1 及 4.2 差不多，目標都是聚焦於公平面。

### (二十九) 其他公平面意見

林組長立人

1. 對 4.1 及 4.2 有一些想法，目前改六都，不知未來行政區域是否會調整。多年來醫事司為了獎勵設置及醫療資源評估之方便，設有區域醫療網的概念，用所謂的鄉鎮市區。建議是否能呼應醫事司醫療次區域的概念，回歸到跟醫事司架構一樣的標準，去考量醫療資源相關的配置，譬如醫師人力或相關床位的配置，若以某些鄉鎮市區無相關開業專科醫師來論述，可能會造成公部門或衛生行政部門難以與外界廣大的鄉親解釋。建議這指標若於設計上沒有困難的話，能朝向呼應醫事司之醫療次區域醫療網，甚至醫療次次區的概念，進行醫事人力及醫療資源配置上的評比與考量。
2. 指標 4.7 部份，有些領有身障手冊者，不一定住在該地區，到底是要用戶籍地或者是居住地，或許要再考量並分析。
3. 對於偏鄉醫療，各部門總額協商時，已經針對到醫療資源不足地區之中、牙、西醫基層都有鼓勵及保障措施，尤其前一、二年，不過也要醫療服務有所成長才会有繼續保障的機制。雖說重賞之下必有勇夫，但是還是有其他如城鄉差距、子女教養等影響因素。

黃委員志中

對初步建議指標 4.2 的部份，個人認為牙醫用門診就醫次數有其道理，但是對中、西醫則不然。以前處理過境外就醫的狀況，非常繁瑣；其實在很多山地離島，它的門診有達到某種程度的就醫方便，甚至還包括 24 小時服務，譬如晚

上，理論上是急診，但事實上卻是門診。所以建議山地離島地區不用門診次數，而是用住院次數，雖然與理想還是有點差距，但較能反映公平性。

謝委員武吉

關於指標 4.1，今天(9/27)聯合報有一篇「不山不市」報導，提及離島與山地鄉醫療資源，近年來已獲得改善，但是一些既非都市又不是山地的鄉鎮，醫療卻出現嚴重醫師不足缺口。故早在醫師公會全聯會吳運東理事長的年代就曾建議過臺灣醫療最好能規劃成井田制度；另外就是規定醫師要開業的時候，先去偏鄉開業 3 年，3 年後才能回到一般地區。現在也有人建議財團法人要開設新醫院不能蓋在都市區之類作法，雖了解似乎不可能，但這樣方能塑造出民眾在醫療資源上有公平的形象。

### **(三十) 財務面**

無特別意見

## 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 第六次論壇會議紀錄

日期時間：106 年 10 月 13 日(五) 14:30-16:30

會議地點：衛生福利部 206 會議室

主持人：陳再晉 醫師

出席人員：本計畫專家諮詢委員 朱委員正一、郝委員充仁、張委員峰義、黃委員旭明；  
全民健康保險會委員 李委員偉強、吳委員國治、林委員至美、周委員麗芳、  
張委員文龍、傅委員立葉；衛生福利部中央健康保險署 張組長鈺旋、曾專門  
委員玫富、呂科長淑君、李科長春娥、劉科長林義、蔡科長佩玲、呂佳青  
健保會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、陳組長燕鈴、吳專門委員  
秀玲、彭專員美瑩、盛技正培珠

計畫辦公室：林素如、楊朝欽、劉傑仁

討論紀錄摘要：

一、計畫主持人先行簡介本案背景、目的、監理指標修改方向及原則後，就現行監理指標及其建議修正草案請委員表達意見，再依序討論五大構面及指標，結論以共識結果呈現。

二、結論整理(參見附錄十五意見綜整表)

小結建議說明：

**A** 納入業務監理指標

**B** 納入其他健保例行業務報告

**C** 視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考

**D** 納入P4P或健保專款年度指標報告

**E** 免列入業務監理指標，亦不做其他建議

三、討論發言摘要

(一) 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)及小結建議

陳再晉醫師說明

小結建議係考量醫院的住院天數較屬醫院營運效率性質，該建議係基於門診與住院利用量若可以降低，或能反映健保醫療使用之效率。

(二) 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)及小結建議

李委員偉強

1.有關 24、48 或 72 小時的急診留置指標，已經監控很久了，只是就健保會監理層次，指標都應有其目標。以此指標來看，留置 24 小時情況有兩種，一種是因病情需要需留置觀察 24 小時以上；另一種是已經確認病人需要住院，可是因為待床而等了 24 小時。此部分須予以釐清。

2.大部分狀況是嚴重病人待在急診室較久，會超過時間的大多是醫學中心的急診室，這指標是大家抱怨急診壅塞的原因。不過急診壅塞一般來說不是看 24 小時，而是看 72 小時或者 48 小時會比較多，建議擇一即可，因為太多就不符修訂原則。而 72 小時可能太久，是否要取中間值 48 小時，可以先討論。日後也可以再帶回健保委員會討論。

張委員峰義

將 24 小時延到 48 小時意義不大。急診壅塞要找出克服的方法，例如跟其他醫院合作，讓該住院的可以早點住院或者早點轉到另一間醫院，建議不必放寬到 48 小時。

(三) 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數及小結建議

李委員偉強



個人可了解為何設立此指標，是認為癌症末期宜盡量走向安寧並減少不必要的醫療資源利用，所以希望此一數值可以越來越低。但如果數字節節高升的話，是否就一定表示醫院的安寧療護沒有做好？以臨床實例，除資料提到之癌末病人是難以定義之外，對癌症病人而言，新的用藥及標靶治療等等越來越多，雖然新藥很貴，只要健保有給付，健保支出就會增加，且健保署也陸續給付新藥；而事實上，健保不給付部份可能更多，民眾自付費用是資料庫無法擷取的。對於癌末病人，我們都希望健保資源使用越少越好，但病人去買中藥或者自付健保不給付的標靶藥物是看不到的，這是它的侷限。在此情況下，健保開放藥物越來越多，費用增加是有可能的，若因而造成指標數據越來越高，不能因此推論是安寧療護做得不好。所以是否思考讓此指標更精準達到預期目標，能呈現真正想看到的東西。

**(四) 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率及小結建議**

陳再晉醫師說明

此指標針對每年就醫超過 90 次的對象，輔導後都有成效，已經是例行業務，故建議刪除或納入例行報告。

**(五) 1.5 區域醫院以上初級門診照護率及小結建議**

陳再晉醫師說明

大家都同意初級照護率及分級醫療很重要，可是目前似乎初級照護的編碼問題尚未處理好，另，有些醫院亦出現編碼高報(upcoding)之問題。故建議如果編碼及編碼高報的問題得以解決，還是可納入監理指標。

**(六) 1.6 各層級醫院服務量占率及小結建議**

陳再晉醫師說明

現行指標在中區論壇時，提到因醫院的層級變動很快，譬如某醫院，剛成立是比照地區醫院，可是它規模很大，再過一年可能變區域醫院，所以覺得各層級醫院的服務量占率很難解讀，且不知這個占率到底是用人次、人日還是費用占率較為適當，所以建議歸類為  $\frac{E}{B}$ ，後續再由健保會決定。

**(七) 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率及小結建議**

李委員偉強

有個疑問，此處以人次計算，要是同一療程的話，如復健，不管在基層或醫院，一次門診可做 6 次復健，要計 6 次還是 1 次？若計 1 次的話，代表有收診察費者，若擷取此碼，這樣數據才會一致。

**(八) 1.8 藥品費用占率及小結建議**

李委員偉強

此指標有兩個該關注的問題：一、是否包含西醫基層診所嗎？如果有的話，基層簡表要怎麼算？因為簡表的藥費是定額給付，會有落差；二、健保會曾討論到像 C 型肝炎藥物，是放在一般預算或專門預算還是其他預算？若是單獨列計，建議要註記清楚。

曾專門委員致富

簡表藥費就是日劑藥費，支付標準是按日支付 20 餘點，有列入藥品目標總額。

吳委員國治

目前健保署是 3 天 66 元，都有算入藥費。

**(九) 建議新增 1.9 各項小總額專款(如:B、C 肝專款等)年度目標達成率及小結建議**

陳再晉醫師說明

如同剛剛提到的 C 肝、B 肝，每個小總額都有指標，之前論壇均建議納入各專款年度執行成果之例行業務報告即可。

**(十) 建議新增 1.10 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及**

## 各退場項目之理由與試辦年期數及小結建議

陳再晉醫師說明

這指標是認為每年健保都有引進一些獎勵、專款方案，也有退場的；另外，建議監測實施期間效期，以免專案或試辦計畫遲遲未能轉為常規給付或退場。

### (十一) 2.1 手術傷口感染率及小結建議

李委員偉強

一般手術感染率都以清淨手術為主。

陳再晉醫師說明

1. 針對手術傷口的感染率意見多元，醫院和健保署資訊公開的定義不同，而醫院評鑑是採健保署的資料，可是醫院亦有自己的統計資料，既然醫院評鑑有了，是否就歸類為 **C**；或者考量定義很難，信度也有問題，就加以刪除。

2. 之前論壇有提過以清淨傷口為主，不過也有健保會委員認為不能只有監控清淨傷口，故建議 **C** 或 **E**。

### (十二) 2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) 及小結建議

李委員偉強

普遍可以接受病人到院至施行冠狀動脈擴張術之時間(Door to Balloon Time)作為指標，但若此資料是由院方提報，健保署很難查證其真實性，如果是從醫策會資料擷取可能較無此疑義（註：醫策會的資料是由醫院自行提報且不公開醫院名稱）。

### (十三) 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率及小結建議

陳再晉醫師說明

糖尿病品質支付的照護率，在建議指標 2.7 各個專案已經有關鍵成果指標(KPI)，又糖尿病已列入論質計酬(pay-for-performance, P4P)，故建議歸類為 **D**。

### (十四) 2.4 照護連續性及小結建議

李委員偉強

因為對指標背景不甚清楚，現行指標的確無法達到想測量之目的。

### (十五) 2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)及小結建議

李委員偉強

病床數是醫事司會去監控的事務。

### (十六) 2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布及小結建議

陳再晉醫師說明

護理人力指標部份，今年醫院評鑑已經全面辦理按月提報，若是需要可由醫院評鑑取得資料。

### (十七) 建議新增 2.7 各分項 P4P 給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率及小結建議

陳再晉醫師說明

這是納入 P4P 的 KPI，每個專案都會有例行業務報告，故建議不納入。

### (十八) 建議新增 2.8 醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度及小結建議

陳再晉醫師說明

本以為醫療品質資訊健保公開的速度是否太慢，民眾知道時已經太晚，譬如說器官移植的 5 年存活率等等，但健保署回應說資訊公開速度都做的很好，故後來就建議不列入了。

### (十九) 3.1 未滿月新生兒死亡率及 3.2 孕產婦死亡率及小結建議

陳再晉醫師說明

因為現在婦幼衛生之預防保健經費和政策都來自於國民健康署，健保署只有代收轉付而已。所以現行指標 3.1 及 3.2 的部份都建議刪除。

### (二十) 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)及小結建議

陳再晉醫師說明

滿意度調查已經執行多年，而且均列為例行業務報告，建議退場；另外，前幾場論壇有建議要做醫療院所醫事人員的滿意度調查。

**(二十一) 建議新增指標 3.4 各年度標準化死亡率及小結建議**

陳再晉醫師說明

最近刺絡針期刊(The Lancet)文章顯示台灣可避免的死亡率做的不太好，故之前的論壇會議有專家建議監理可避免之死亡，但因為可避免死亡疾病有很多種，之前委員建議選幾種，至少可以先從糖尿病做起，只是需要健保署可取得相關資料。另外，計畫辦公室建議加入年度的標準化死亡率，雖然標準化死亡率是各部門努力的結果，但是因為健保署的醫療保健費(health expenditure)已經占國家醫療保健費之 50%以上，故也可考量列入為指標。

**(二十二) 建議新增指標 3.5 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值及小結建議**

李委員偉強

- 1.如果有此指標公開，代表健保署真的很有勇氣。不過此指標列為效果面或財務面那一項比較好？畢竟點值是涉及到財務的問題。
- 2.此儼然如評比 6 區業務組組長成績的計分卡(scorecard)，含整個健保總局。每個分區組長掌控的能力很重要，但各區狀況差異很大，這指標是否合適，建議應再討論。

吳委員國治

這其中變數實在非常的大，因為六個業務分區在分配金額本來就不同，像基層醫療，中區業務組各科都親自管理，影響非常大。此效果要用一個標準去評估，可能有難度。

**(二十三) 委員建議：各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用數**

張委員峰義

偏鄉利用率高比較可能是沒有理想時段就醫或者無非急診醫療資源，故只能選擇急診；都會區夜間醫療系統則較為完整。若是想改變這狀況就是需要增加偏鄉非屬急診之服務，若做不到就不要監測此項目。

**(二十四) 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)及小結建議**

劉科長林義

請教所謂的涵蓋定義為何？是巡迴點在某個鄉鎮，鄰近的鄉鎮其實也能過來？

周委員麗芳

建議考慮到全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)的涵蓋率，係指 IDS 本身的照顧密度，譬如該地區有設立，但是是一週一次、二次或三次，還是只要有設立就算？

**(二十五) 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)及小結建議**

陳再晉醫師說明

有些醫療資源不足地區因為人口數少，無法支持中醫、牙醫在該地開業，畢竟業務量不易維持，所以建議以此一指標來就他們於中、西、牙醫的可及性跟一般地區做比較。

**(二十六) 4.3 家庭自付醫療保健費用比率及小結建議**

傅委員立葉

個人有些不一樣的看法，當然這指標不盡完美，但問題是大家都關心。從社會福利的角度來看，因為我們會想了解現在健保制度對於滿足國人所有醫療需求的涵蓋有多少，這是一個概念，要操作的話並不容易，通常在看總體醫療支出，然後健保涵蓋的範圍是多少，如果沒有更好的指標可供參，是否可考慮納入其他參考，類似B/E形式。但還是希望將來能建立一個更好的指標。

**(二十七) 4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)及小結建議**

李委員偉強

這指標的解讀確實兩難，是越來越高好還是越來越低好？高低各有不同的解釋，其實不需要健保包山包海，因為健保是有限的社會資源，所以應該保到適當程度即可，健保不給付的則由民眾自付差額，從這個角度來看，高也無不好，但是若是太高，高到某種程度，可能會覺得健保似無作為的感覺，所以高低之間各有講法。

**(二十八) 建議新增 4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值及小結建議**

劉科長林義

收入面統計大部分有分健保與非健保，有區分者之資料提供沒有困難。

**(二十九) 建議新增 4.6 最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比及小結建議及小結建議**

傅委員立葉

- 1.若此指標有資料的話，高度支持列入，因為這反映健保資源分配公平性的重要指標。不過我先請教這個醫療費用比的定義。
- 2.從社會福利的觀點思考，健保是醫療保障制度，以輿論來講，最高跟最低是容易被排除的，有時候是特別邊緣的，通常最低一層是因為制度上而被歸類為資源不足，譬如有支付額，故不就去使用健保醫療，就會被排除；有錢人即最高那層，亦會自我排除，意即完全不需要依靠政府這套保障制度，用個人資源就能解決。所以建議是否能修改為五分位全部都做？

**(三十) 建議新增 4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值及小結建議**

陳再晉醫師說明

領有身心障礙手冊的人，或居住在無電梯之傳統公寓的高齡者，因出入不方便，醫療可及性受限，所以健保開辦居家整合醫療照顧計畫；至此一指標於分母要用領有身心障礙手冊的人或者是用全人口都可討論，但是很希望分子為該地區納入居家醫療整合照護之人數。

**(三十一) 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率及小結建議**

陳再晉醫師說明

建議刪除的原因是預決算常受到外部因素影響，例如：現在健保署預算已經送到立法院，但後來政府決定要調增基本工資，公務員也要調薪3%，這些都不是健保署編列預算前能夠掌控，所以建議刪除此指標。

**(三十二) 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數及小結建議**

陳再晉醫師說明

安全準備是依法須監控的項目，可列入監理指標，也可當作例行業務報告。故歸類為A或B，但因近年來安全準備數額較高，建議保留此一指標。

**(三十三) 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值及小結建議**

黃委員旭明

不管經濟再怎麼不好，醫療費用是一定會支出，如老了就是需就醫，通常越老醫療費用越大，但經濟並非如此。此指標分子健保醫療費用一直往上升，但分母GDP成長率卻起伏不定，所以會發現經濟越不好時，醫療費用占率則越高，這樣是不對的。

**(三十四) 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率及小結建議；5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率及小結建議**

周委員麗芳

關於5.4 & 5.5的部份，由於還是可以進行國際上的比較，建議歸類為B。若整

個刪除而沒有數據的話，在國際比較時難以論述，故可以不納入健保監理指標，但還是要有個配套方式將數據留下。另外5.1部份，個人沒有特別的意見，不過一般在看財務執行時，都會了解實際數跟預算數之間會不會有落差。個人較為在意的是政策因素，如果是受政策因素影響的話，其實可以再考慮政策因素下額外的差異性。但假如不是政策性的因素，刪除指標則有潛在風險，譬如失去警覺性或行政操作的過程中疏忽了收支平衡重要性等等，將難有預警的作用。又或者可以保留至[B]，待一段時間觀察後，確認經常受外在政策因素影響後，才予以刪除，建議以此漸進方式處理。

**(三十五) 5.6 資金運用收益率及小結建議**

蔡科長佩玲

主席所稱實收若是指現金的話，是有超過1千500億。目前依法都是投資在公債、公司債及定存，沒有在股票市場投資。

郝委員充仁

每個基金的特質不一樣，健保在保險裡其實是屬於現金流量(cash flow)流動性高的，不若退輔或勞退基金，是都屬於長期資金，能做比較多的運用。如果以這種現金流量，為了要滿足現金的問題，可能投資有較高的收益性質的。所以在看收益的時候，可以納入，但是在解讀的時候，把勞退作為比較，相信可能會產生誤導，最終還是無法解決全民健保財務狀況，這可能是極須注意的。

**(三十六) 5.7 年度末待收帳款數及約當應收月均保費數及小結建議**

李科長春娥

- 1.有關年底待收帳款部份，是在計算過去五年內沒有收回來的款項，如果是與當年度的一個月平均值(分母)算，分子跟分母不是同一個基期。就是說應收帳款是過去5年，不是當年度沒有收回來的，雖然很尊重專家的意見，但是定義必須清楚，基本上應收帳款列帳係採權責制，與現金制不同，如以年底來講，11及12月根本連收都還沒收，因為是權責制，以會計作帳而言它已經列帳了。本項指標如要列入，請明確定義其分子及分母，俾資合理性。
- 2.以11月保險費為例，是在次年的1月15日才到期，所以一般的公司行號及民眾於次年的1月15日才會繳，健保署為節省行政成本有部分保險費採雙月開單，以11月為例，與12月合併計收，亦是繳納期滿日為次年2月15日。

**(三十七) 5.8 年度沖銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值及小結建議**

李科長春娥(補充說明)

當年度所轉銷的呆帳是過去年度的尚未收回應收帳款，係經健保署催繳後，及行政執行無實益取得債證，再依保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點規定進行轉銷，如果以當年度的應收帳款去做相比，好像沒有參考價值，因其基準不太一樣，本項指標如要列入，請明確定義其分子及分母，俾資合理性。

**(三十八) 綜合意見**

朱委員正一

個人是少數的東部代表，很感謝指標的設計上有考慮到類似4.1及4.2這樣的指標，但是關於效果面的指標現在僅剩2項，回歸到效果面來思考，若只針對利害關係的結果監理，其實健保的利害關係除了醫療的使用，還包括醫療服務的提供者，建議效果面是否應可含括醫事服務提供者對健保局一些觀點的問卷調查等。

歷年全民健康保險年度監測結果研析

註：依據全民健保 105 年度監測結果報告書有七項指標其資料僅至 104 年(1.3、1.5、3.1、3.2、4.3、5.4、5.5)。

構面	監理指標	綜整現行指標103、104及105年之監測結果	研析意見																												
一、效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	103年報告書以「急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)」為指標。監測結果如下表：	監測結果顯示急性平均住院天數呈逐年下降趨勢；此外，各層級間住院天數呈M型分布，也就是區域醫院相對其他二者較少。但現行指標未能連結疾病嚴重度(CMI)，也未有地區醫院收住長期呼吸器使用者(RCW)之參數可資評估，且未有各級醫院收住適用 DRG 案例數之比率可查，尚無法深入分析差異之原因。另，醫院平均住院天數主要受個別醫院營運策略、醫療能力、管理效能之影響，就健保之效率而言，除不必要之長期住院事後審查核刪及 DRG 擴大適用外，與健保之關連性較為薄弱。本指標歷年報告之各級醫院數據差異及變動趨勢，於分析解讀上述相關影響因子，至於住院日固然縮短，是否相對造成住院總件數及每一住院件數平均申報點數之變動，也可加探討，本計畫將研議修正此項指標。																												
		101~103 年急性一般病床平均住院天數																													
		層級\年度		101	102	103																									
		醫院整體		7.39	7.31	7.23																									
		醫學中心		7.37	7.23	7.12																									
		區域醫院		6.98	6.95	6.88																									
		地區醫院		8.52	8.44	8.37																									
		104年報告書修改為現行指標名稱。綜整105年監測結果，如下表：																													
		102~105 年急性病床平均住院天數																													
		年度\層級		醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院																								
102年	平均值	7.79	7.93	7.42	8.52																										
	標準差	9.62	9.67	8.78	11.48																										
103年	平均值	7.72	7.83	7.36	8.48																										
	標準差	9.56	9.59	8.82	11.26																										
104年	平均值	7.58	7.66	7.26	8.30																										
	標準差	9.35	9.38	8.68	10.90																										
105年	平均值	7.54	7.60	7.22	8.29																										
	標準差	9.33	9.43	8.65	10.81																										
		依上述監測結果，作圖如下：																													
		<div>102~105年急性病床平均住院天數</div> <table><caption>102~105年急性病床平均住院天數數據</caption><tr><th>年份</th><th>醫院</th><th>醫學中心</th><th>區域醫院</th><th>地區醫院</th></tr><tr><td>102年</td><td>7.79</td><td>7.93</td><td>7.42</td><td>8.52</td></tr><tr><td>103年</td><td>7.72</td><td>7.83</td><td>7.36</td><td>8.48</td></tr><tr><td>104年</td><td>7.58</td><td>7.66</td><td>7.26</td><td>8.30</td></tr><tr><td>105年</td><td>7.54</td><td>7.60</td><td>7.22</td><td>8.29</td></tr></table>				年份	醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院	102年	7.79	7.93	7.42	8.52	103年	7.72	7.83	7.36	8.48	104年	7.58	7.66	7.26	8.30	105年	7.54	7.60	7.22	8.29	
年份	醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院																											
102年	7.79	7.93	7.42	8.52																											
103年	7.72	7.83	7.36	8.48																											
104年	7.58	7.66	7.26	8.30																											
105年	7.54	7.60	7.22	8.29																											



104年報告書中增加急性病床平均住院天數之最大、最小值監測結果。綜整105年監測結果，如下表：

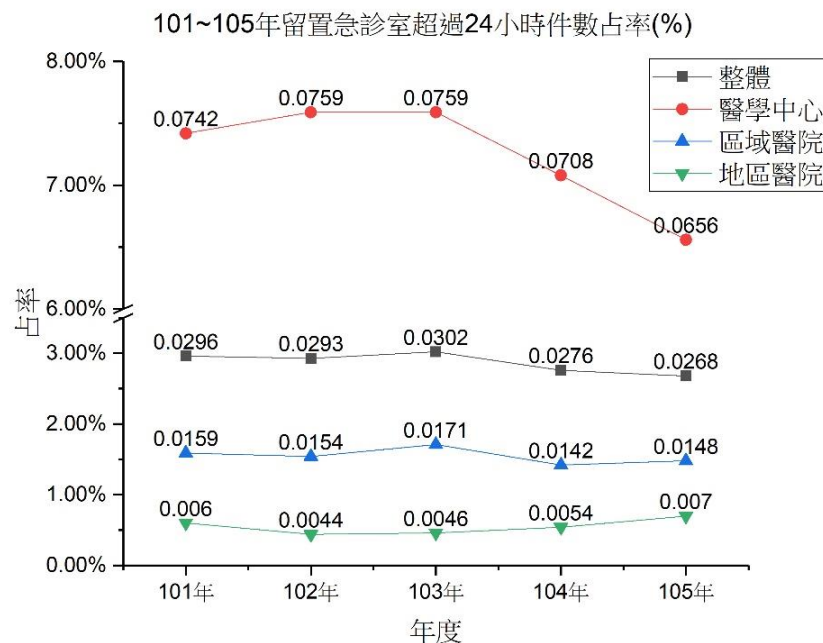
102~104 年急性病床平均住院天數之最大、最小值(續)					
年度\層級		醫院	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102 年	最大值	269	134	198	269
	最小值	1	1	1	1
103 年	最大值	303	164	191	303
	最小值	1	1	1	1
104 年	最大值	268	268	156	180
	最小值	1	1	1	1
105 年	最大值	243	243	241	218
	最小值	1	1	1	1

## 1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)

101~105年留置急診室超過24小時件數占率(%)

層級\年度	101	102	103	104	105
整體	2.96	2.93	3.02	2.76	2.68
醫學中心	7.42	7.59	7.59	7.08	6.56
區域醫院	1.59	1.54	1.71	1.42	1.48
地區醫院	0.60	0.44	0.46	0.54	0.70

依上述監測結果，作圖如下：



監測結果顯示區域與地區醫院呈現上下微幅震盪，醫學中心逐年略有下降，但仍處高檔，此雖為長期現象，惟醫事司補助14個緊急重症醫療網絡多年，轉介與急診分級醫療之成效似乎有限，建議健保署會商醫事司進一步研議更有效之策略；至於一級檢傷留置率高，究竟是醫院對重症者先留置急診觀察較為放心，或醫院之手術團隊與ICU病床調度方式有待改善，亦須進一步分析改善。整體而言，近五年趨勢不定，但單以近三年各層級留置占率觀察，區域醫院有所起伏，醫學中心與地區醫院則分別有下降與上升之趨勢，至於整體占率則呈下降；若依檢傷分類，第一級傷病患待床逾24小時之比率，於醫學中心於103年為最高值，至105年則呈下降趨勢。但，現行數據係全國均值，未呈現區域差異，且分母為全體急診人數，非屬經由急診診療後，認為有必要院之人數，易受輕症無須住院病人數稀釋(尤以地區醫院為然)，也難以實際反映不同地區病人於不同醫院急診就醫之感受，本計畫將研議修正此項指標。

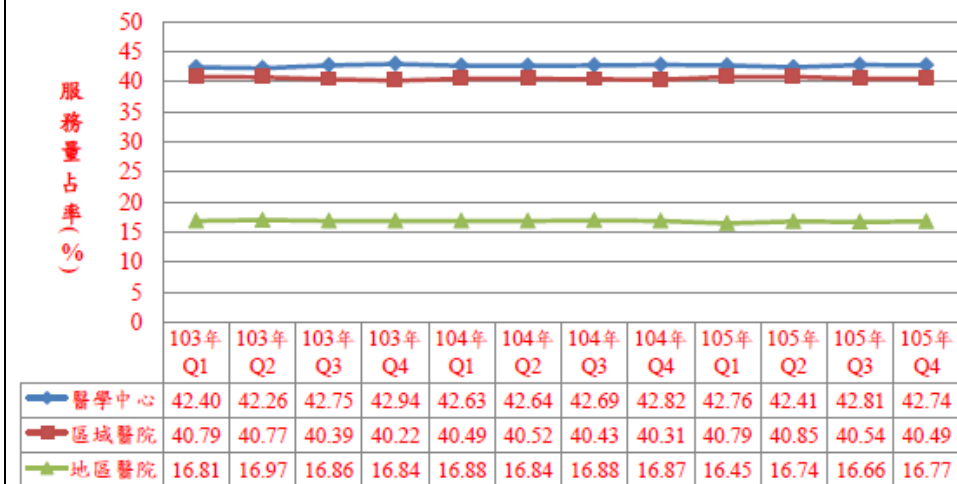
	104年報告書增列檢傷分類「一～三」級資料，綜整105年監測結果，如下表：					
	102~105 年急診置留超過 24 小時比率(類別、檢傷分類)					
	年度	類別	一級	二級	三級	
	102	整體	7.34%	6.96%	2.83%	
		醫學中心	14.64%	12.84%	6.92%	
		區域醫院	3.16%	3.03%	1.56%	
		地區醫院	0.34%	0.51%	0.28%	
	103	整體	8.20%	7.17%	2.89%	
		醫學中心	15.73%	12.93%	6.88%	
		區域醫院	4.38%	3.55%	1.64%	
		地區醫院	0.66%	0.77%	0.30%	
	104	整體	7.72%	6.64%	2.57%	
		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%	
	105	整體	7.88%	6.73%	2.50%	
		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%	
1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	103年報告書中是以癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率為指標。監測結果如下表：					癌末病人每人生前六個月申報醫療費用點數歷年正負成長並存，相對於總額預算年年成長，已朝良性方向改變；另，有接受安寧療護者，人均申報點數均低於未接受者，歷年均少 10 萬點以上，亦顯示安寧療護可有效減少低效益醫療行為。惟，醫療費用尚無法實質反映安寧緩和療護之使用比率之狀況，或可單獨或併同觀察後者費用於癌末病人申報使用之比率，本計畫將研議修正此項指標。
100~102 年 因癌症死亡病人生前 6 個月醫療概況-【門住合計】						
年	癌症死亡人數 成長率(%)	癌症病人生前 6 個月醫療利用				
		就醫人數成長率(%)	醫療點數成長率(%)	每人醫療點數成長率(%)		
100	3.69	3.78	5.75	1.90		
101	2.60	2.68	1.42	-1.24		
102	2.58	2.48	5.59	3.03		
104年報告書中修改為現行指標名稱。綜整105年監測結果，如下表：						
101~104 年 因癌症死亡病人生前 6 個月醫療概況-【門住合計】						
年	癌症死亡人數 成長率(%)	癌症病人生前 6 個月醫療利用				
		就醫人數成長率(%)	醫療點數成長率(%)	每人醫療點數成長率(%)		
101	2.60	2.68	1.42	-1.24		
102	2.58	2.48	5.59	3.03		
103	2.91	2.81	3.02	0.20		
104	1.59	1.60	2.69	1.07		
104年報告書增列「有接受安寧療護病人」、「未接受安寧療護病人」，綜整105年監測結果如下表(年度報告書監測結果若有細微差異以最新結果為準)：						
101~104 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】						



	<table><tr><th>年</th><th>有接受安寧療護* (點/人)</th><th>未接受安寧療護 (點/人)</th><th>平均每人差異點數 (點/人)</th></tr><tr><td>101</td><td>247504</td><td>366578</td><td>113016</td></tr><tr><td>102</td><td>250279</td><td>373212</td><td>122933</td></tr><tr><td>103</td><td>253031</td><td>366852</td><td>113821</td></tr><tr><td>104</td><td>248570</td><td>360020</td><td>111450</td></tr></table> <p>*有接受安寧療護之醫療費用不含安寧費用</p>	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	247504	366578	113016	102	250279	373212	122933	103	253031	366852	113821	104	248570	360020	111450														
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	247504	366578	113016																																
102	250279	373212	122933																																
103	253031	366852	113821																																
104	248570	360020	111450																																
1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	<table><tr><th>年度</th><th>門診就醫次數≥90 次個案數</th><th>就醫次數與輔導前同期下降比率</th></tr><tr><td>102</td><td>46781 人</td><td>下降 22%</td></tr><tr><td>103</td><td>42984 人</td><td>下降 20%</td></tr><tr><td>104</td><td>46285 人</td><td>下降 20%</td></tr><tr><td>105</td><td>47254 人</td><td>下降 20%</td></tr></table>	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	46781 人	下降 22%	103	42984 人	下降 20%	104	46285 人	下降 20%	105	47254 人	下降 20%	歷年下降比率皆約 20~22%，趨勢穩定。成果良好，似可改由健保署自行列管。																		
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	46781 人	下降 22%																																	
103	42984 人	下降 20%																																	
104	46285 人	下降 20%																																	
105	47254 人	下降 20%																																	
1.5 區域醫院以上初級門診照護率	<table><tr><th colspan="5">101~104年 區域醫院以上初級門診照護率</th></tr><tr><th rowspan="2">年</th><th colspan="3">醫院</th><th rowspan="2">區域醫院以上</th></tr><tr><th>醫學中心</th><th>區域醫院</th><th>地區醫院</th></tr><tr><td>101</td><td>15.04%</td><td>20.05%</td><td>36.11%</td><td>17.90%</td></tr><tr><td>102</td><td>14.24%</td><td>19.78%</td><td>34.66%</td><td>17.41%</td></tr><tr><td>103</td><td>13.78%</td><td>19.47%</td><td>33.85%</td><td>17.03%</td></tr><tr><td>104</td><td>12.68%</td><td>19.12%</td><td>33.07%</td><td>16.35%</td></tr></table>	101~104年 區域醫院以上初級門診照護率					年	醫院			區域醫院以上	醫學中心	區域醫院	地區醫院	101	15.04%	20.05%	36.11%	17.90%	102	14.24%	19.78%	34.66%	17.41%	103	13.78%	19.47%	33.85%	17.03%	104	12.68%	19.12%	33.07%	16.35%	<p>監測結果顯示，歷年各層級醫院之初級照護率均呈下降趨勢，然而據悉，106 年健保採目標管理合併給付緊縮之懲罰措施後，醫院操作疾病診斷編碼甚為普遍，就醫型態未明顯改變前，初級照護率已急速下降；此一現象，未來恐扭曲就醫疾病統計，導致國際比較失真，且不利於健康國民之形象。另，功能定位包括基層醫療在內之地區醫院，其門診之初級照護比率也逐年下降，亦有待進一步研析其原因。</p> <p>此外，有關哪些疾病分類編碼(ICD-10)係屬初級照護，健保署與醫界尚未達成最後共識，在此之前，本項指標之信、效度不無疑慮。</p> <p>本計畫將研議修正此項指標。</p>
101~104年 區域醫院以上初級門診照護率																																			
年	醫院			區域醫院以上																															
	醫學中心	區域醫院	地區醫院																																
101	15.04%	20.05%	36.11%	17.90%																															
102	14.24%	19.78%	34.66%	17.41%																															
103	13.78%	19.47%	33.85%	17.03%																															
104	12.68%	19.12%	33.07%	16.35%																															

## 1.6 各層級醫院服務量占率

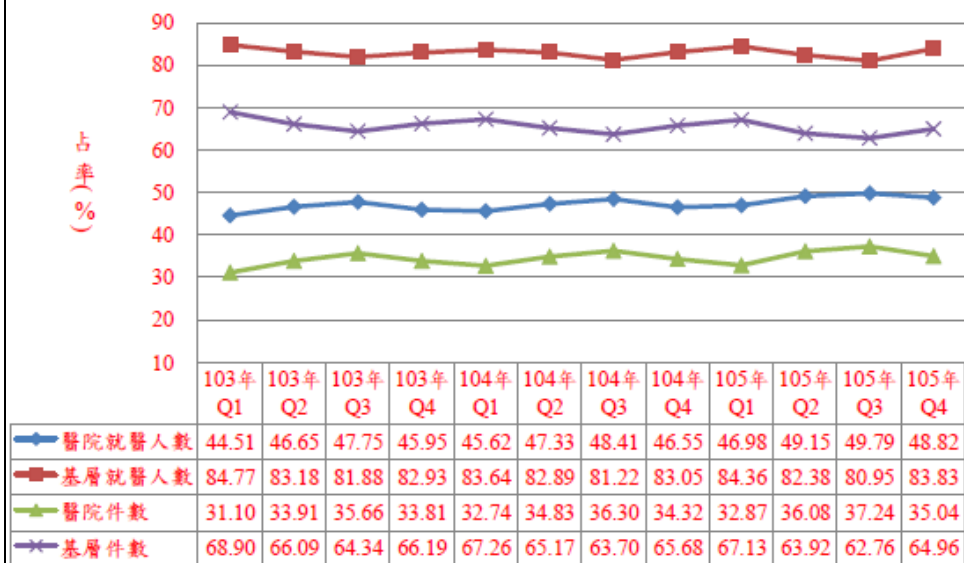
歷年變動幅度不大，僅以105年監測結果呈現，如下圖：



各層級醫院服務量占率基本維持穩定狀態，僅於各級醫院間微幅移動。而現行指標或可監控各級醫院服務量之版塊變化，惟考量各級醫院服務量已受總額分配占率限制，且醫院評鑑層級及其病床總數逐年變動，其指標之效度恐有不足。

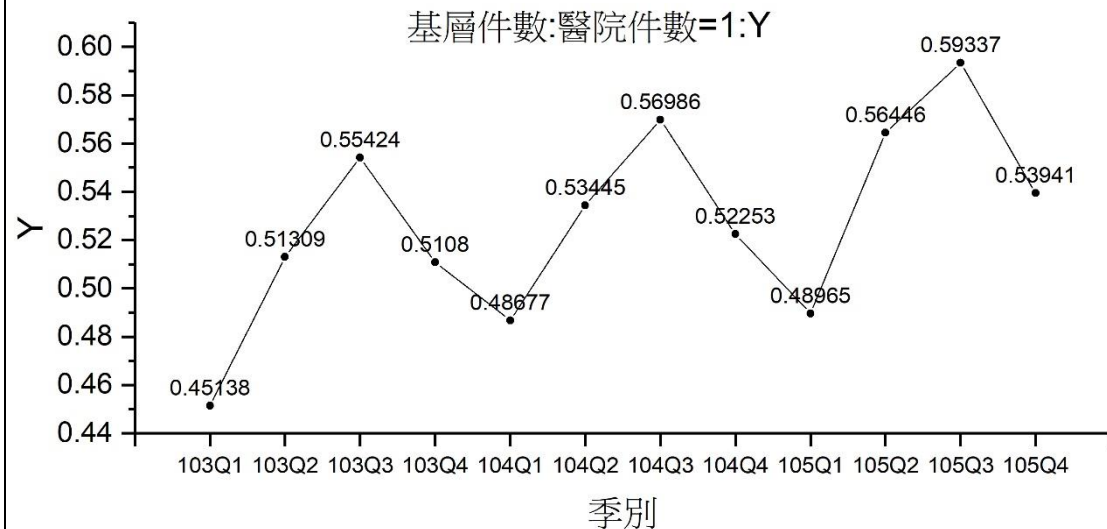
## 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率

僅以105年監測結果呈現，如下圖：



經三年之觀察，醫院門診服務病人數、件數占率 Q3 皆是高點，西醫基層則以 Q1 較高，前者可能受暑假影響，後者也許與冬天感冒病人較多有關，可進一步研析。但人數占率無法反映實際使用次數之比率；件數占率雖然與使用次數較具關連性，但由於醫院開立連續處方箋或適用療程(如：復健治療)之比率，以及門診單價均顯著高於基層，單以件數比衡量服務效率，無法實質反映利用程度或健保服務之效率。此外，西醫基層與醫院已有總額分配機制，就醫之人數與件數受總額分配之影響頗大，本指標是政策決定之因或是果很難釐清。

下圖是利用105年監測結果試做基層與醫院件數比之圖：



### 1.8 藥品費用占率

費用年	藥費 占率	藥費占率			
		平均值	標準差	平均值	標準差
100 年上半年	25.86%	25.79%	0.44%		
100 年下半年	25.72%				
101 年上半年	24.99%			25.78%	0.45%
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%				

歷年監測結果無明顯趨勢，且從占率亦無從觀察何為適當值，而健保法訂有藥品費用目標總額制度，且已實施三年，監理各年度總額之使用狀況(如：超過或未達目標總額之百分比)，較藥品費用占率更符合健保法之精神，本計畫將研議修正此項指標。

### 二、醫療品質

#### 2.1 手術傷口感染率

100~105 上下半年手術傷口感染率						
年度	指標值	指標值*	院所平均值	院所平均值*	院所標準差	院所標準差*
100 年上半年	1.13%		0.41%		1.00%	
100 年下半年	1.13%		0.45%		1.08%	
101 年上半年	1.08%	1.11%	0.48%	0.68%	1.62%	2.52%
101 年下半年	1.27%	1.23%	0.53%	0.62%	1.47%	1.71%
102 年上半年	1.29%	1.27%	0.47%	0.59%	1.07%	1.76%

歷年變動無一定趨勢，且平均數值遠低於指標值，顯示若非目標值設定過寬，就是實際發生數值取得來源或判定基準之信度不足，主要原因之一或係術後傷口感染難以定義。此外，更為重要之清潔傷口感染(如：人工關節、植牙或重要醫材之植入術等)之監測時間須較長，而

	<table><tr><td>102 年下半年</td><td>1.35%</td><td>1.31%</td><td>0.59%</td><td>0.56%</td><td>1.49%</td><td>1.05%</td></tr><tr><td>103 年上半年</td><td>1.26%</td><td>1.23%</td><td>0.53%</td><td>0.58%</td><td>1.24%</td><td>1.38%</td></tr><tr><td>103 年下半年</td><td>1.36%</td><td>1.32%</td><td>0.59%</td><td>1.18%</td><td>1.25%</td><td>6.87%</td></tr><tr><td>104 年上半年</td><td>1.33%</td><td>1.31%</td><td>0.52%</td><td>0.63%</td><td>1.09%</td><td>1.44%</td></tr><tr><td>104 年下半年</td><td>1.31%</td><td>1.27%</td><td>0.53%</td><td>0.65%</td><td>1.09%</td><td>2.56%</td></tr><tr><td>105 年上半年</td><td></td><td>1.19%</td><td></td><td>0.55%</td><td></td><td>1.20%</td></tr><tr><td>105 年下半年</td><td></td><td>1.23%</td><td></td><td>0.89%</td><td></td><td>4.88%</td></tr></table> <p>*105報告書監測結果</p>	102 年下半年	1.35%	1.31%	0.59%	0.56%	1.49%	1.05%	103 年上半年	1.26%	1.23%	0.53%	0.58%	1.24%	1.38%	103 年下半年	1.36%	1.32%	0.59%	1.18%	1.25%	6.87%	104 年上半年	1.33%	1.31%	0.52%	0.63%	1.09%	1.44%	104 年下半年	1.31%	1.27%	0.53%	0.65%	1.09%	2.56%	105 年上半年		1.19%		0.55%		1.20%	105 年下半年		1.23%		0.89%		4.88%	不是現行指標之計算方式所可掌握，本項品質指標之信、效度恐有不足。							
102 年下半年	1.35%	1.31%	0.59%	0.56%	1.49%	1.05%																																																				
103 年上半年	1.26%	1.23%	0.53%	0.58%	1.24%	1.38%																																																				
103 年下半年	1.36%	1.32%	0.59%	1.18%	1.25%	6.87%																																																				
104 年上半年	1.33%	1.31%	0.52%	0.63%	1.09%	1.44%																																																				
104 年下半年	1.31%	1.27%	0.53%	0.65%	1.09%	2.56%																																																				
105 年上半年		1.19%		0.55%		1.20%																																																				
105 年下半年		1.23%		0.89%		4.88%																																																				
2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	<table><tr><th colspan="4">100~105 年急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)</th></tr><tr><th>年度</th><th>指標值</th><th>院所平均值</th><th>院所標準差</th></tr><tr><td>100 年上半年</td><td>10.00%</td><td>13.94%</td><td>24.97%</td></tr><tr><td>100 年下半年</td><td>8.37%</td><td>12.63%</td><td>24.69%</td></tr><tr><td>101 年上半年</td><td>9.20%</td><td>16.05%</td><td>29.14%</td></tr><tr><td>101 年下半年</td><td>8.17%</td><td>11.48%</td><td>23.55%</td></tr><tr><td>102 年上半年</td><td>8.47%</td><td>12.31%</td><td>24.33%</td></tr><tr><td>102 年下半年</td><td>7.53%</td><td>11.76%</td><td>24.48%</td></tr><tr><td>103 年上半年</td><td>7.69%</td><td>10.11%</td><td>21.35%</td></tr><tr><td>103 年下半年</td><td>6.03%</td><td>8.90%</td><td>20.87%</td></tr><tr><td>104 年上半年</td><td>6.67%</td><td>9.74%</td><td>22.82%</td></tr><tr><td>104 年下半年</td><td>4.86%</td><td>7.12%</td><td>19.47%</td></tr><tr><td>105 年上半年</td><td>6.98%</td><td>10.13%</td><td>21.09%</td></tr><tr><td>105 年下半年</td><td>5.43%</td><td>8.87%</td><td>21.54%</td></tr></table>	100~105 年急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)				年度	指標值	院所平均值	院所標準差	100 年上半年	10.00%	13.94%	24.97%	100 年下半年	8.37%	12.63%	24.69%	101 年上半年	9.20%	16.05%	29.14%	101 年下半年	8.17%	11.48%	23.55%	102 年上半年	8.47%	12.31%	24.33%	102 年下半年	7.53%	11.76%	24.48%	103 年上半年	7.69%	10.11%	21.35%	103 年下半年	6.03%	8.90%	20.87%	104 年上半年	6.67%	9.74%	22.82%	104 年下半年	4.86%	7.12%	19.47%	105 年上半年	6.98%	10.13%	21.09%	105 年下半年	5.43%	8.87%	21.54%	急性心肌梗塞死亡率之院所平均值整體有逐年下降趨勢，惟 101 年上半年及 105 年上、下半年均略有上升，且仍高於指標值。目前醫界通用之急性心肌梗塞品質指標，也是較攸關治療結果者為監測病人到院至施行冠狀動脈擴張術之時間(Door to Balloon Time)，可考量以後者取代現行指標。
100~105 年急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)																																																										
年度	指標值	院所平均值	院所標準差																																																							
100 年上半年	10.00%	13.94%	24.97%																																																							
100 年下半年	8.37%	12.63%	24.69%																																																							
101 年上半年	9.20%	16.05%	29.14%																																																							
101 年下半年	8.17%	11.48%	23.55%																																																							
102 年上半年	8.47%	12.31%	24.33%																																																							
102 年下半年	7.53%	11.76%	24.48%																																																							
103 年上半年	7.69%	10.11%	21.35%																																																							
103 年下半年	6.03%	8.90%	20.87%																																																							
104 年上半年	6.67%	9.74%	22.82%																																																							
104 年下半年	4.86%	7.12%	19.47%																																																							
105 年上半年	6.98%	10.13%	21.09%																																																							
105 年下半年	5.43%	8.87%	21.54%																																																							
2.3 糖尿病品質支付服務之照護率	<p>103 年報告書中以「糖尿病醫療給付服務之照護率」為指標。104 年報告書中修改為現行指標名稱，監理性質不變。監測結果如下表：</p> <table><tr><th colspan="6">101~105 年糖尿病品質支付服務之照護率(%)</th></tr><tr><th>年度</th><th>醫學中心</th><th>區域醫院</th><th>地區醫院</th><th>基層診所</th><th>總計</th></tr><tr><td>101</td><td>29.7</td><td>43.9</td><td>34.5</td><td>22.2</td><td>33.9</td></tr><tr><td>102</td><td>31.8</td><td>44.7</td><td>35.3</td><td>23.1</td><td>35.1</td></tr><tr><td>103</td><td>35.9</td><td>47.1</td><td>40.3</td><td>25.6</td><td>38.5</td></tr><tr><td>104</td><td>38.2</td><td>49.5</td><td>43.3</td><td>27.3</td><td>41.1</td></tr><tr><td>105</td><td>39.0</td><td>52.6</td><td>46.1</td><td>29.0</td><td>43.4</td></tr></table>	101~105 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	101	29.7	43.9	34.5	22.2	33.9	102	31.8	44.7	35.3	23.1	35.1	103	35.9	47.1	40.3	25.6	38.5	104	38.2	49.5	43.3	27.3	41.1	105	39.0	52.6	46.1	29.0	43.4	監測結果照護率雖呈逐年上升趨勢，但此成效或可歸功於糖尿病 P4P 專案，或可改至 P4P 專案追蹤。														
101~105 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																																																					
101	29.7	43.9	34.5	22.2	33.9																																																					
102	31.8	44.7	35.3	23.1	35.1																																																					
103	35.9	47.1	40.3	25.6	38.5																																																					
104	38.2	49.5	43.3	27.3	41.1																																																					
105	39.0	52.6	46.1	29.0	43.4																																																					
2.4 照護連續性	<table><tr><th>年度</th><th>平均每人門診照護連續性</th></tr><tr><td>101 年</td><td>0.400</td></tr><tr><td>102 年</td><td>0.404</td></tr><tr><td>103 年</td><td>0.403</td></tr><tr><td>104 年</td><td>0.400</td></tr><tr><td>105 年</td><td>0.400</td></tr></table>	年度	平均每人門診照護連續性	101 年	0.400	102 年	0.404	103 年	0.403	104 年	0.400	105 年	0.400	歷年照護連續性幾近穩定。此數值之現行計算公式，或可一定程度反映照護之連續性，但與健保醫療服務之連續性及品質之相關性尚乏有力實證，且現行指標從國外引進，在健保法規定之家庭責任醫師及轉診制度未盡落實的台灣，其測量是否適用，尚有待商榷；加以該指標計算繁複，解讀不易。由於二代健保																																												
年度	平均每人門診照護連續性																																																									
101 年	0.400																																																									
102 年	0.404																																																									
103 年	0.403																																																									
104 年	0.400																																																									
105 年	0.400																																																									

		已增列論人計酬及家庭責任醫師制度， ，本計畫將研議修正此項指標。								
2.5 醫院 病床數(整 體、六分 區及醫院 各層級)	1.醫院總體、健保六分區業務組							考量病床數核定為醫事司之權責，醫院 健保病床比率也都必須依健保法規定設 置，且由歷年監測結果觀察，各層級醫 院及各業務分區病床數亦無大幅變動， 似無繼續列入監理指標之必要。		
	醫院整體及健保六分區業務組									
	分類	年度	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年			
	醫院整體	健保病床	106169	105511	104818	104909	105220			
		差額病床	25114	25022	25126	25255	25398			
	臺北	健保病床	30410	30288	29886	29887	29932			
		差額病床	7990	8010	8047	8037	7905			
	北區	健保病床	15327	15405	15475	15560	15663			
		差額病床	3562	3324	3353	3386	3419			
	中區	健保病床	21992	21885	21911	22003	22210			
		差額病床	5156	5171	5216	5182	5299			
	南區	健保病床	15364	15501	15346	15346	15488			
		差額病床	3378	3505	3532	3556	3568			
	高屏	健保病床	18192	17706	17448	17127	17393			
		差額病床	4339	4356	4299	4335	4499			
	東區	健保病床	4884	4726	4752	4441	4534			
		差額病床	689	656	679	630	708			
	2.醫學中心、區域醫院及地區醫院									
	層級別		醫學中心		區域醫院		地區醫院		總計	
	年度		健保 病床	差額 病床	健保 病床	差額 病床	健保 病床			差額 病床
	101年	病床數	23253	8632	43987	11731	38929		4751	131283
		占床率	81.37%		67.39%		64.32%		69.79%	
	102年	病床數	23285	8352	43357	11902	38869		4768	130533
		占床率	80.68%		68.09%		64.07%		69.86%	
	103年	病床數	23555	8315	43422	12137	37841		4674	129944
		占床率	81.16%		68.23%		65.39%		70.48%	
	104年	病床數	23628	8306	43492	12119	37789		4830	130164
		占床率	81.07%		68.24%		65.41%		70.42%	
	105年	病床數	23801	8237	43708	12241	37711		4920	130618
		占床率	81.75%		68.80%		65.77%		71.07%	
2.6 護理 人力指標- 急性病房 全日平均 護病比占 率分布	103年監測結果，如下表：									
	103 年全日平均護病比占率分布									
	醫學中心		區域醫院		地區醫院		精神專科醫院			
	護病比	占率	護病比	占率	護病比	占率	護病比	占率		
	<8	40%	<8	23%	<8	49%	<12	27%		
	9-10	59%	9-11	67%	9-12	34%	13-15	14%		
	>10	1%	>11	10%	>12	17%	>15	58%		
	各級醫院護病比都朝良性方向移動，此 項已納入醫院評鑑持續性品質監測指標 ，為避免監理指標與衛福部所屬單位或 機關、構重複，可考量不再納入。									

考量病床數核定為醫事司之權責，醫院  
健保病床比率也都必須依健保法規定設  
置，且由歷年監測結果觀察，各層級醫  
院及各業務分區病床數亦無大幅變動，  
似無繼續列入監理指標之必要。

		104年報告書監測定義較103年有所不同，綜整105年監測結果如下表： 104、105 年 1~12 月全日平均護病比登錄統計(占率單位:%)										
		加成率		醫學中心		區域醫院		地區醫院				
	月次占率											
	範圍\年度			104	105	範圍\年度	104	105	範圍\年度	104	105	
		11%	<8.0	51.3	67	<11.0	84.1	85	<14.0	95.8	91	
		10%	8.0-8.4	29.8	27	11.0-11.4	5.8	7	14.0-14.4	1.6	1	
		9%	8.5-8.9	9.9	6	11.5-11.9	4.5	4	14.5-14.9	1.2	2	
		無	≥9.0	9.0	0	≥12.0	5.6	4	≥15.0	1.4	0	
		未填或護病比為 0									6	
			小計	100		小計	100		小計	100		
三、效果	3.1 未滿月新生兒死亡率	年度	未滿月新生兒死亡率(‰)									我國近年來該項指標已達穩定低點，且嬰幼健康政策與相關預防保健之項目、經費均由國民健康署負責，非可課責於健保，本指標之必要性有待再檢視。
		101 年	2.3									
		102 年	2.4									
		103 年	2.2									
		104 年	2.5									
	3.2 孕產婦死亡率	年度	孕產婦死亡率(‰/0000)									監測結果變動甚大，主要係因孕產婦死亡數每年僅約十餘例，且容易受生產事故救濟條例之影響，後者係由衛生福利部醫事司掌理；另，孕產婦健康政策及孕婦產前健康檢查之項目、經費均由國民健康署負責，實非可課責於健保，爰本指標之必要性宜進一步檢視。
		101 年	8.5									
		102 年	9.2									
		103 年	6.6									
		104 年	11.7									
	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度	總額別	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年	本指標故可相當程度反映健保醫事服務機構之服務品質，但該數據多年來已呈穩定良好狀態，且為健保署之例行工作，似可免繼續監理之。若仍須保留，可增列醫療人員滿意度調查。				
		醫院	82.4%	81.5%	86.1%	88.9%	87.0%					
西醫基層		86.7%	87.3%	90.3%	90.9%	94.3%						
牙醫門診		86.7%	89.1%	91.0%	93.8%	93.3%						
中醫門診		85.1%	85.8%	87.5%	87.6%	88.9%						
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)	綜整 105 年報告書，監測結果如下表：										經多年觀察，西醫人力多聚集於醫院，105 年之上升尤為明顯，最高與最低組服務於醫院者，差距有逐年擴大現象，此或係醫療營運之經濟規模不可避免之現象，所幸西醫基層與牙、中醫部分，於二組間無差距拉大之趨勢。不過，計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，且以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈
		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					
		101	7.11	57.78	1.99	11.58	12.00					
		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					
	105	7.70	72.50	2.16	11.87	9.77						

我國近年來該項指標已達穩定低點，且嬰幼健康政策與相關預防保健之項目、經費均由國民健康署負責，非可課責於健保，本指標之必要性有待再檢視。

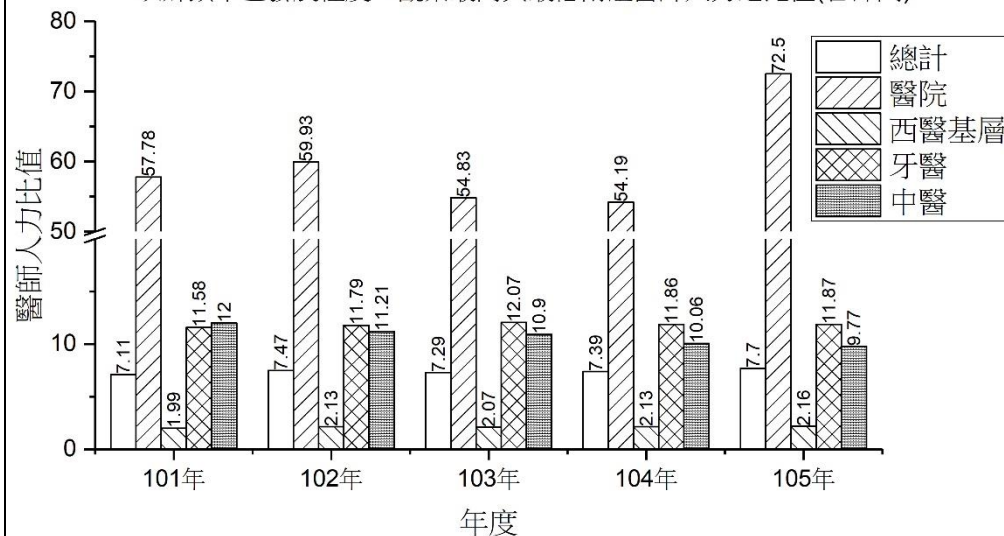
監測結果變動甚大，主要係因孕產婦死亡數每年僅約十餘例，且容易受生產事故救濟條例之影響，後者係由衛生福利部醫事司掌理；另，孕產婦健康政策及孕婦產前健康檢查之項目、經費均由國民健康署負責，實非可課責於健保，爰本指標之必要性宜進一步檢視。

本指標故可相當程度反映健保醫事服務機構之服務品質，但該數據多年來已呈穩定良好狀態，且為健保署之例行工作，似可免繼續監理之。若仍須保留，可增列醫療人員滿意度調查。

經多年觀察，西醫人力多聚集於醫院，105年之上升尤為明顯，最高與最低組服務於醫院者，差距有逐年擴大現象，此或係醫療營運之經濟規模不可避免之現象，所幸西醫基層與牙、中醫部分，於二組間無差距拉大之趨勢。不過，計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，且以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈

依上述監測結果，作圖如下：

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 年報告書增列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)資料，綜整 105 年監測結果如下表：

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
105	37.29	4.84	17.40	0.24	7.58	3.51	8.90	0.75	3.42	0.35

有所不同(衛生福利部劃分醫療網係採生活圈概念)，以此一指標衡量公平性，效度恐有不足；另，醫療機構與醫師人力之分布為醫事司醫療網規劃管理之權責，尚非可課責於健保；健保可以運用之作為，係在不改變醫師執業登記處所之原則下，以支援方式(如：IDS 計畫)，將醫療送至偏鄉。因此，單以醫師人力之分布衡量健保醫療服務之公平性，效度恐未盡理想。

#### 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)

綜整監測結果如下表：

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	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
101	一般地區	53.04	82.85	43.93	29.26
	醫療資源不足地區	54.66	83.91	28.81	17.58
	山地離島地區	59.43	85.84	40.17	23.96
102	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	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

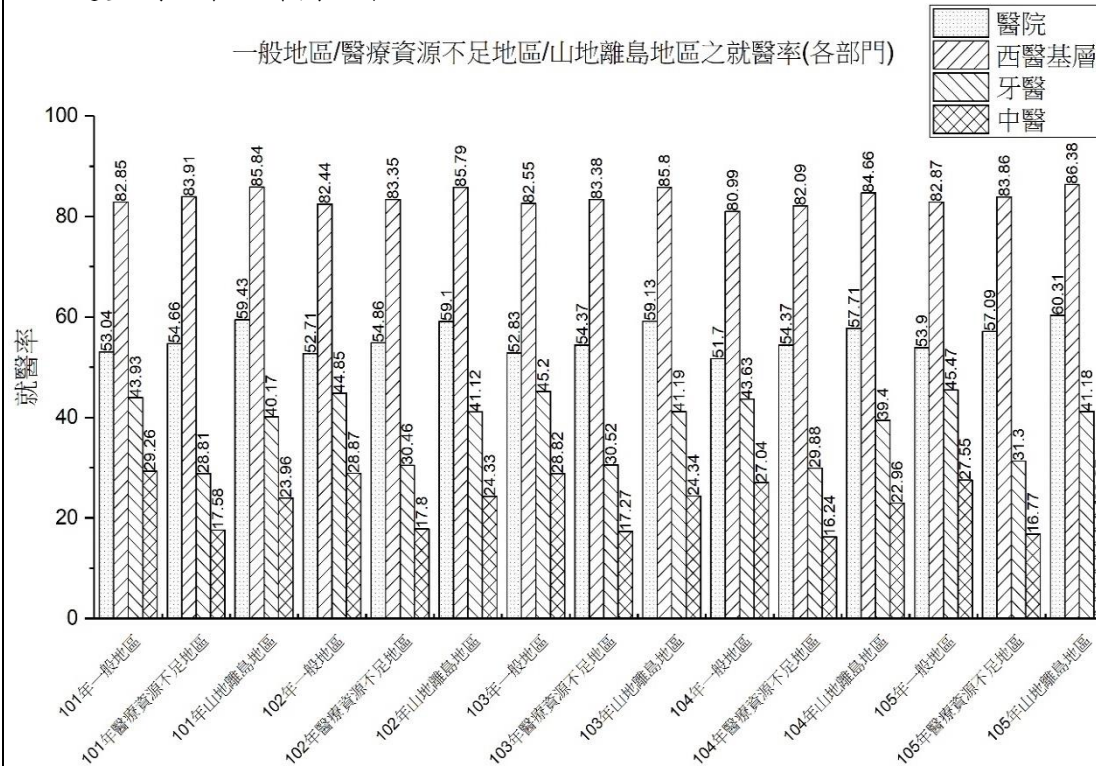
歷年各部門各地區之就醫率起伏不定，落差也不甚大，但明顯醫院、西醫基層在醫療資源不足地區與山地離島地區之就醫率高於一般地區，或與該地區居民之健康狀態有關。

另，中醫及牙醫於山地離島及醫療資源不足地區之就醫率顯著偏低，報告書中提及係因醫療資源不足地區之部分地區屬於山地離島所致。此部分健保署或可採行類似西醫之 IDS 制度加以改善，並宜繼續監控此一指標，但可改為人均就醫次數，或更能反映醫療利用率且較具



104	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	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

依上述監測結果，作圖如下：



效度。

#### 4.3 家庭自付醫療保健費用比率

年度	家庭自付醫療保健費用比率(%)
100	36.75
101	35.29
102	34.75
103	34.77
104	34.32

歷年資料呈微幅下降趨勢，但家庭自付醫療保健費用之範圍過於廣泛，且與經濟能力有相當關連性，自付醫療費用有相當比率係用於高階照護(邊際成本較高，而邊際效益相對較低)，以此作為屬社會保險性質，任務在保障民眾關鍵(或基本)醫療照護權益之全民健保，有關公平性之衡量指標，有待商榷。



4.4 自付  
差額特材  
占率(整體  
及各類別  
項目)

綜整監測結果如下表：

整體：自付差額特材申報數量/特材申報數量							
費用年	占率 <sup>103</sup>	占率 <sup>104</sup>	占率*	平均值*	標準差*	平均值 <sup>104</sup>	標準差 <sup>104</sup>
101年	0.0274%						
102年	0.0308%	0.0329%					
103年	0.0319%	0.0341%	0.0317%	0.0320%	0.0038%	0.0346%	0.0021%
104年		0.0369%	0.0342%				
105年			0.0356%				

\*105年報告書監測結果

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數量。綜整監測結果如下表(104年報告書增列調空式腦室腹腔引流系統項目；105年新增治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置)：

費用年	項目	占率	占率*	平均值*	標準差*	平均值	標準差
101年	特殊功能人工水晶體	28.4%					
102年		30.3%					
103年		31.7%	32.3%	34.3%	1.7%	32.0%	1.8%
104年		33.9%	34.5%				
105年			36.1%				
101年	特殊材質人工髖關節(陶瓷/金屬對金屬)	18.9%					
102年		20.6%					
103年		21.0%		22.2%	1.4%	21.2%	0.8%
104年		22.1%					
105年			23.4%				
101年	新增功能類別人工心律調節器	31.9%					
102年		35.4%					
103年		39.7%		44.9%	4.4%	40.3%	5.1%
104年		45.7%					
105年			49.6%				
101年	塗藥或特殊塗層血管支架	46.8%					
102年		49.1%					
103年		51.4%		54.7%	3.0%	51.7%	2.8%
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%	15.2%	16.2%
104年		32.3%					
105年			36.6%				
104年	調控式	56.3%	68.4%	69.0%	8.2%	28.2%	39.8%

歷年自付差額特材占率有明顯上升趨勢。但此一指標原始目的在於若某種特材自付差額之發生率達相當程度時，可請健保積極考量納入全額給付，以避免經濟能力較差之被保險人，未能享受到必要之特材，致生就醫之不公平性。惟，特材納入健保給付與否，現行已有醫療科技評估機制(HTA)，可及時加以評量；現行指標作為是否納入全額給付之決策依據，時效上較為遲延(俗稱落後指標)，或轉為業務執行報告即可。

		<table><tr><td>105年</td><td>腦室腹腔引流系統</td><td></td><td>74.0%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>101年</td><td rowspan="5">義肢</td><td>1.2%</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>102年</td><td>1.4%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>103年</td><td colspan="2">1.6%</td><td rowspan="3">2.2%</td><td rowspan="3">0.6%</td><td rowspan="3">1.7%</td><td rowspan="3">0.4%</td></tr><tr><td>104年</td><td colspan="2">2.2%</td></tr><tr><td>105年</td><td colspan="2"></td><td>2.8%</td></tr><tr><td>105年</td><td>治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置</td><td></td><td>20.2</td><td>6.9%</td><td>12.4%</td><td></td><td></td></tr></table> <p>*105年報告書監測結果</p>	105年	腦室腹腔引流系統		74.0%					101年	義肢	1.2%						102年	1.4%					103年	1.6%		2.2%	0.6%	1.7%	0.4%	104年	2.2%		105年			2.8%	105年	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		20.2	6.9%	12.4%																												
105年	腦室腹腔引流系統		74.0%																																																																					
101年	義肢	1.2%																																																																						
102年		1.4%																																																																						
103年		1.6%		2.2%	0.6%	1.7%	0.4%																																																																	
104年		2.2%																																																																						
105年								2.8%																																																																
105年	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		20.2	6.9%	12.4%																																																																			
五、財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	<p>103年報告書監測結果：</p> <table><tr><th colspan="4">保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)</th></tr><tr><th>年度</th><th>實際數</th><th>預估數</th><th>差異率</th></tr><tr><td>102年</td><td>535.81 億</td><td>594.42 億</td><td>-9.86%</td></tr><tr><td>103年</td><td>513.94 億</td><td>399.13 億</td><td>28.76%</td></tr><tr><td>104年第1季</td><td>148.02 億</td><td>132.48 億</td><td>11.73%</td></tr></table> <p>104年報告書監測結果：</p> <table><tr><th colspan="4">保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)</th></tr><tr><th>年度</th><th>實際數</th><th>預估數</th><th>差異率</th></tr><tr><td>102年</td><td>728.38 億</td><td>594.42 億</td><td>22.54%</td></tr><tr><td>103年</td><td>811.30 億</td><td>399.13 億</td><td>103.27%</td></tr><tr><td>104年</td><td>560.50 億</td><td>500.71 億</td><td>11.94%</td></tr><tr><td>105年第1季</td><td>46.98 億</td><td>36.96 億</td><td>27.14%</td></tr></table> <p>105年報告書監測結果：</p> <table><tr><th colspan="4">保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)</th></tr><tr><th>年度</th><th>實際數</th><th>預估數</th><th>差異率</th></tr><tr><td>103年</td><td>811.30 億</td><td>399.13 億</td><td>103.27%</td></tr><tr><td>104年</td><td>655.03 億</td><td>500.71 億</td><td>30.82%</td></tr><tr><td>105年</td><td>69.38 億</td><td>-48.08 億</td><td>-244.28%</td></tr></table>						保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)				年度	實際數	預估數	差異率	102年	535.81 億	594.42 億	-9.86%	103年	513.94 億	399.13 億	28.76%	104年第1季	148.02 億	132.48 億	11.73%	保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)				年度	實際數	預估數	差異率	102年	728.38 億	594.42 億	22.54%	103年	811.30 億	399.13 億	103.27%	104年	560.50 億	500.71 億	11.94%	105年第1季	46.98 億	36.96 億	27.14%	保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)				年度	實際數	預估數	差異率	103年	811.30 億	399.13 億	103.27%	104年	655.03 億	500.71 億	30.82%	105年	69.38 億	-48.08 億	-244.28%	每年實際數與預估數之差異率頗大，主要係因健保基金預算於編列後，易受外在環境影響(如：薪資或基本工資調整、經濟成長率變化等)，致與預估數差異過大，據此課責健保之財務推估或管理能力，或是否務實編列預算，信、效度均有不足，或可改納入例行業務執行報告持續觀察，於有源自政策因素所致之差異，並加註說明。
保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)																																																																								
年度	實際數	預估數	差異率																																																																					
102年	535.81 億	594.42 億	-9.86%																																																																					
103年	513.94 億	399.13 億	28.76%																																																																					
104年第1季	148.02 億	132.48 億	11.73%																																																																					
保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)																																																																								
年度	實際數	預估數	差異率																																																																					
102年	728.38 億	594.42 億	22.54%																																																																					
103年	811.30 億	399.13 億	103.27%																																																																					
104年	560.50 億	500.71 億	11.94%																																																																					
105年第1季	46.98 億	36.96 億	27.14%																																																																					
保險收支餘絀實際數、預估及兩者之差異率(元)																																																																								
年度	實際數	預估數	差異率																																																																					
103年	811.30 億	399.13 億	103.27%																																																																					
104年	655.03 億	500.71 億	30.82%																																																																					
105年	69.38 億	-48.08 億	-244.28%																																																																					
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	<table><tr><th colspan="6">101~104年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(103年報告書)</th></tr><tr><td>截至年度</td><td>101年底</td><td>102年底</td><td>103年底</td><td>104年第1季</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>折合月數</td><td>0.52 個月</td><td>1.78 個月</td><td>2.92 個月</td><td>3.22 個月</td><td colspan="2"></td></tr><tr><th colspan="6">102~105年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(104年報告書)</th></tr><tr><td>截至年度</td><td></td><td>102年底</td><td>103年底</td><td>104年底</td><td>105年第1季</td><td></td></tr><tr><td>折合月數</td><td></td><td>2.24 個月</td><td>4.05 個月</td><td>5.15 個月</td><td>5.19 個月</td><td></td></tr></table>						101~104年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(103年報告書)						截至年度	101年底	102年底	103年底	104年第1季			折合月數	0.52 個月	1.78 個月	2.92 個月	3.22 個月			102~105年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(104年報告書)						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		近年來，折合月數呈上升趨勢，主要係因二代健保加收補充保費、調升費基上限及調整費基級距、加重政府負擔、公務人員全薪加保等政策影響。基於健保安全準備以一至三個月為原則之法律規定，本指標宜予保留，作為適時檢討健																								
101~104年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(103年報告書)																																																																								
截至年度	101年底	102年底	103年底	104年第1季																																																																				
折合月數	0.52 個月	1.78 個月	2.92 個月	3.22 個月																																																																				
102~105年第一季安全準備總額折合保險給付支出月數(104年報告書)																																																																								
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																																																																			

	<table><tr><th colspan="5">103~105 年安全準備總額折合保險給付支出月數(105 年報告書)</th></tr><tr><td>截至年度</td><td></td><td></td><td>103 年底</td><td>104 年底</td><td>105 年底</td></tr><tr><td>折合月數</td><td></td><td></td><td>4.05 個月</td><td>5.36 個月</td><td>5.22 個月</td></tr></table>					103~105 年安全準備總額折合保險給付支出月數(105 年報告書)					截至年度			103 年底	104 年底	105 年底	折合月數			4.05 個月	5.36 個月	5.22 個月	保費率或給付範圍調整之參考。																														
103~105 年安全準備總額折合保險給付支出月數(105 年報告書)																																																					
截至年度			103 年底	104 年底	105 年底																																																
折合月數			4.05 個月	5.36 個月	5.22 個月																																																
5.3 健保費成長率與GDP成長率比值	<table><tr><th colspan="5">101~103 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(103 年報告書)</th></tr><tr><td>年度</td><td>101 年</td><td>102 年</td><td>103 年</td><td></td></tr><tr><td>比值</td><td>1.09</td><td>2.69</td><td>0.50</td><td></td></tr><tr><th colspan="5">102~104 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(104 年報告書)</th></tr><tr><td>年度</td><td></td><td>102 年</td><td>103 年</td><td>104 年</td></tr><tr><td>比值</td><td></td><td>3.72</td><td>0.82</td><td>-0.12</td></tr><tr><th colspan="5">103~105 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(105 年報告書)</th></tr><tr><td>年度</td><td></td><td></td><td>103 年</td><td>104 年</td><td>105 年</td></tr><tr><td>比值</td><td></td><td></td><td>0.80</td><td>0.27</td><td>-1.99</td></tr></table>					101~103 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(103 年報告書)					年度	101 年	102 年	103 年		比值	1.09	2.69	0.50		102~104 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(104 年報告書)					年度		102 年	103 年	104 年	比值		3.72	0.82	-0.12	103~105 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(105 年報告書)					年度			103 年	104 年	105 年	比值			0.80	0.27	-1.99	此比值歷年變動幅度甚大，且我國健保費主要是以薪資為主、資本利得之補充保費為輔，而薪資之調整時間點一般落後於 GDP 之成長，且際此全球化時代，GDP 成長未必反映於薪資；此外，台灣屬淺碟型經濟體質，GDP 易受全球景氣影響，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP 之成長並非最重要之考量，縱使 GDP 負成長，總額仍均為正成長，觀諸歷年此一指標值變動甚大，其效度顯見不足。
	101~103 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(103 年報告書)																																																				
	年度	101 年	102 年	103 年																																																	
	比值	1.09	2.69	0.50																																																	
	102~104 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(104 年報告書)																																																				
	年度		102 年	103 年	104 年																																																
	比值		3.72	0.82	-0.12																																																
	103~105 年健保費成長率與 GDP 成長率比值(105 年報告書)																																																				
年度			103 年	104 年	105 年																																																
比值			0.80	0.27	-1.99																																																
5.4 全民健保醫療支出占 GDP比率	<table><tr><td>年度</td><td colspan="4">全民健保醫療支出占 GDP 比率(%)</td></tr><tr><td>100 年</td><td colspan="4">3.52</td></tr><tr><td>101 年</td><td colspan="4">3.57</td></tr><tr><td>102 年</td><td colspan="4">3.60</td></tr><tr><td>103 年</td><td colspan="4">3.50</td></tr><tr><td>104 年</td><td colspan="4">3.49</td></tr></table>					年度	全民健保醫療支出占 GDP 比率(%)				100 年	3.52				101 年	3.57				102 年	3.60				103 年	3.50				104 年	3.49				此比率歷年雖呈穩定趨勢。但台灣經濟體質屬淺碟型，GDP 易受全球景氣影響，變動大(如：2009 年全球經濟衰退，台灣係最嚴重國家之一，負成長逾 10%，健保醫療支出之占率自然相對增加)，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP 之成長並非最重要之考量，以此為分母計算占率數值，對於健保財務監理，關係較為薄弱。																	
	年度	全民健保醫療支出占 GDP 比率(%)																																																			
	100 年	3.52																																																			
	101 年	3.57																																																			
	102 年	3.60																																																			
	103 年	3.50																																																			
104 年	3.49																																																				
5.5 國民醫療保健支出占 GDP比率	<table><tr><th colspan="4">國民醫療保健支出占 GDP 比率(%)</th></tr><tr><td>年度</td><td>103 年報告書</td><td>104 年報告書</td><td>105 年報告書</td></tr><tr><td>100 年</td><td>6.62</td><td></td><td></td></tr><tr><td>101 年</td><td>6.63</td><td>6.30</td><td></td></tr><tr><td>102 年</td><td>6.61</td><td>6.34</td><td>6.35</td></tr><tr><td>103 年</td><td></td><td>6.19</td><td>6.22</td></tr><tr><td>104 年</td><td></td><td></td><td>6.14</td></tr></table>					國民醫療保健支出占 GDP 比率(%)				年度	103 年報告書	104 年報告書	105 年報告書	100 年	6.62			101 年	6.63	6.30		102 年	6.61	6.34	6.35	103 年		6.19	6.22	104 年			6.14	除前項指標所述事實外，國民醫療保健支出中，健保約占其半數，其餘係個人及各級政府之其他衛生醫療保健支出，本指標適合各國總體健康財務資源投入之比較，非健保之範圍，有需要再從相關單位取得資料即可。																			
	國民醫療保健支出占 GDP 比率(%)																																																				
	年度	103 年報告書	104 年報告書	105 年報告書																																																	
	100 年	6.62																																																			
	101 年	6.63	6.30																																																		
	102 年	6.61	6.34	6.35																																																	
103 年		6.19	6.22																																																		
104 年			6.14																																																		
5.6 資金運用收益率	<table><tr><th colspan="5">綜整報告書監測結果：</th></tr><tr><th colspan="4">資金運用收益率</th><th>單位：新臺幣元</th></tr><tr><td>項目</td><td>運用收益</td><td>日平均營運量</td><td>收益率</td><td>五大銀行一年期大額定存平均利率</td></tr><tr><td>101 年</td><td>113,332,613</td><td>14,677,816,073</td><td>0.77%</td><td>0.52%</td></tr><tr><td>102 年</td><td>195,458,702</td><td>28,848,722,872</td><td>0.68%</td><td>0.52%</td></tr><tr><td>103 年</td><td>496,949,893</td><td>75,375,932,042</td><td>0.66%</td><td>0.52%</td></tr><tr><td>104 年</td><td>230,120,952</td><td>124,317,343,808</td><td>0.75%</td><td>0.52%</td></tr></table>					綜整報告書監測結果：					資金運用收益率				單位：新臺幣元	項目	運用收益	日平均營運量	收益率	五大銀行一年期大額定存平均利率	101 年	113,332,613	14,677,816,073	0.77%	0.52%	102 年	195,458,702	28,848,722,872	0.68%	0.52%	103 年	496,949,893	75,375,932,042	0.66%	0.52%	104 年	230,120,952	124,317,343,808	0.75%	0.52%	歷年運用收益率基本上逐年下降，惟 104 年因增加投資公債及公司債而比 103 年高，雖然皆優於五大銀行大額定存利率，但與國內、外主要基金之投資收益率相比，實屬偏低；目前健保安全準備逾二千億，現金流至為餘裕，更須強化資金運用效益，本指標有繼續監控												
	綜整報告書監測結果：																																																				
	資金運用收益率				單位：新臺幣元																																																
	項目	運用收益	日平均營運量	收益率	五大銀行一年期大額定存平均利率																																																
	101 年	113,332,613	14,677,816,073	0.77%	0.52%																																																
	102 年	195,458,702	28,848,722,872	0.68%	0.52%																																																
103 年	496,949,893	75,375,932,042	0.66%	0.52%																																																	
104 年	230,120,952	124,317,343,808	0.75%	0.52%																																																	

		第 1 季					之必要。
		104 年	1,018,740,256	138,018,024,731	0.74%	0.48%	
		105 年 第 1 季	277,412,592	191,604,936,280	0.58%	0.25%	
		105 年	1,021,598,475	184,440,343,718	0.55%	0.18%	

# 106 年建立監理指標與健保效能之關連性評析案 研商會議紀錄

日期時間：106 年 12 月 29 日(五) 9:30-11:30

會議地點：衛生福利部 202 會議室

主持人：陳再晉 醫師

出席人員：衛生福利部中央健康保險署 曾專門委員玫富、白科長姍綺、呂科長淑君、李科長春娥、劉科長林義、蔡科長佩玲、呂佳青；衛生福利部統計處 詹科長士賢

健保會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、吳專門委員秀玲、彭專員美熒、范視察裕春、曾科員幼筑、陳研究員思祺

計畫辦公室：林素如、楊朝欽

討論紀錄摘要：

一、依序討論五大構面（財務、效率、品質、效果、公平）及其指標，結論以共識結果呈現。

二、結論整理如下表：

構面	監理指標修正建議 (6 次論壇結果) /資料提供單位	現行指標及 處理建議	修正說明	結論及附帶意見
(一) 效率	1.1 每位被保險人年均住院日數 <sup>1</sup> (除整體外，增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項)及門診就醫次數 <sup>2</sup> (均取至小數點後第二位) /中央健康保險署	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級) <b>現行指標建議列入例行業務執行報告</b>	現行指標未能連結疾病嚴重度(CMI)，也未有地區醫院收住長期呼吸器使用者(RCW)之參數可資評估，且未有各級醫院收住適用 DRG 案例數之比率可查，未能據以深入分析差異之原因。另，醫院平均住院天數主要受個別醫院營運策略、醫療能力、管理效能之影響，就健保之效率而言，除不必要之長期住院事後審查核刪及 DRG 擴大適用外，較不具關連性；建議改以被保險人年均住院日數及門診次數，較能反映健保支付制度變革對醫療服務效率之影響，並增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項	原則同意修正建議，並增列年均每一住院人日及每一門診人次之申報點數
	1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人(並得依檢傷一至三級區分)，留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值 /中央健康保險署	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級) <b>現行指標可視需要從醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b>	此項為被保險人非常切身、關注之議題，但平均值無法顯示區域性差異及個別醫院致力改善之成果，且分母為全體急診人數，非經由急診住院之人數，易受輕症無須住院病人數稀釋，也難以實際反映不同地區病人於不同醫院之急診就醫感受。若改以各區急診滯留較顯著之前三家呈現(並得依檢傷一至三級區分)，或較能以健保之力敦促其改善	原則同意修正建議

1.3 該年度癌症死亡者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率 <sup>1</sup> *可視需要增列有申報者，每案平均申報之安寧照護費用 <sup>2</sup> /中央健康保險署	1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告</b>	醫療費用無法實質反映安寧緩和療護之使用狀況，且癌末難以定義；此外，癌症病人死亡並不一定死於癌症，可能是自殺或車禍等，故建議指標調整為死因為癌症且其死亡前半年有申請安寧療護費用之比率，並可視需要增列有申報者，每案平均申報之安寧照護費用，以反映安寧療護的普及性。該等資料取得之難度不高，因癌症死亡者及其死亡前之健保申報資料約於年度結束後五個月，已有資料可資比對	列為例行業務執行報告
併陳	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	高診次被保險人(設定為每年90次以上)輔導改善已成例行業務，成果良好，且約僅五萬人，似可改由健保署自行列管	列為例行業務執行報告
併陳	1.5 區域醫院以上初級門診照護率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告；若需納入，建議先解決編碼爭議</b>	現行指標雖可一定程度反映分級醫療成效。但健保管控此一指標後，醫院操作疾病診斷編碼甚為普遍，未來恐扭曲就醫疾病統計，導致國際比較失真，且不利於健康國民之形象；此外，有關哪些疾病分類編碼(ICD-10)係屬初級照護，健保署與醫界尚未達成最後共識，在此之前，本項指標之信、效度均尚有疑慮	列為例行業務執行報告
併陳	1.6 各層級醫院服務量占率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	現行指標雖可監控各級醫院服務量之版塊變化，惟考量各級醫院服務量已受總額分配占率限制，且醫院評鑑層級及其病床總數逐年變動，現行指標之效度恐有不足	列為例行業務執行報告
1.7 西醫基層與醫院門診服務人次(亦即件數)比 /中央健康保險署	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率 <b>現行指標若不採用病人數，則可予以保留</b>	人數占率無法反映實際使用次數之比率，件數(亦即人次)占率使用總量(密度)較具關連性，雖然醫院較常開立連續處方箋或療程(如：復健治療)，且門診單價均顯著高於基層，即使以件數比較，仍無法充分反映服務費用比重；此外，西醫	現行指標病人數部分刪除，餘可予以保留

			基層與醫院已有總額分配機制，就醫之人數與件數受總額分配之影響頗大，本指標是政策決定之因或是果很難釐清。但在無其他更適當指標可資使用之下，人次(現稱件數)占率先予保留	
	1.8 藥品費用超過或未達目標總額之百分率 /中央健康保險署	1.8 藥品費用占率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	健保法訂有藥品費用目標總額制度，且已實施三年，監理各年度總額之使用狀況(如:超過或未達目標總額之百分比)，較藥品費用占率更符合健保法規定之精神	同意增列之建議 附註：未來訂定藥品目標總額時，應考量DRG涵蓋數之增加，適度降低其目標總額占率。
新增	1.9 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數 /中央健康保險署		部分試辦方案或倡議、獎勵方案歷時多年，未能及時退場或正式納入常規給付，有必要監理其執行之效率	同意增列之建議
(二) 醫療品質	併陳	2.1 手術傷口感染率 <b>現行指標建議不納入監理指標或視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b>	手術傷口感染率統計不易，致信度不足，歷年監測結果變動無一定趨勢，且平均數值遠低於指標值，顯示若非目標值設定過於寬鬆，就是實際發生數值取得來源或判定基準有問題。主要原因之一應係術後傷口感染難以定義。此外，更為重要之清潔傷口感染(如：人工關節、植牙或重要醫材之植入術等)之監測時間須較長，不是現行指標之計算方式所可掌握，本項品質指標之信、效度顯有不足，且已納入醫院評鑑持續性品質監測指標，可不必再列入監理指標	同意不納入，必要時，從衛生福利部相關單位(如：疾管署)或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考
	建議不納入	2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) <b>現行指標建議不</b>	更為通用之急性心肌梗塞之Door to Balloon Time，已納入醫院評鑑醫院評鑑持續性品質監測指標，可不必再列入本項	同意計畫辦公室意見

		納入監理指標	監理指標	
	建議不納入	2.3 糖尿病品質支付服務之照護率 <b>現行指標建議可改列為P4P或健保專款年度指標報告</b>	監測結果顯示照護率雖呈逐年上升趨勢，但此成效或係來自於糖尿病P4P專案，故建議列為P4P年度指標報告即可	列入健保P4P或專款年度指標報告
	2.4 健保各業務分區轄內(得分直轄市及縣、市行政區計算)實施論人支付制度之人口涵蓋率 <sup>1</sup> ，或實施家庭責任醫師制度的人口涵蓋率 <sup>2</sup> /中央健康保險署	2.4 照護連續性 <b>現行指標建議不納入監理指標</b>	美國家庭醫師學會(AAFP)定義照護連續性為「連續之照護關係」及「無接縫(seamless)之服務」。因此，照護連續性的概念貼近論人支付與家庭責任醫師制度的醫療模式。現行指標從國外引進，在實施全民健康保險制度，家庭醫師及轉診制度未盡落實的台灣，其測量是否適用，固有待商榷；加以該指標計算繁複，解讀不易。由於二代健保已增列論人計酬及家庭責任醫師制度，爰建議以此二者之普及率取代現行指標。  **附註:較好的照護連續性是論人計酬，其次為切割時段(如:產前)或就特定疾病實施論人支付(如:洗腎之bundle payment)	酌予修正為「家庭醫師整合性照護計畫」涵蓋率
	建議不納入	2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級) <b>現行指標建議不納入監理指標</b>	醫院健保病床均需依健保法規之比率設置，似無另行監理之必要	不納入
	建議不納入	2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布 <b>現行指標建議視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b>	已納入醫院評鑑持續性指標，為避免各項監理指標與衛福部所屬單位或機關、構重複，不建議納入健保監理之	同意不納入，必要時，從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考
(三)效	建議不納入	3.1 未滿月新生兒死亡率	我國近年來該項指標數值已達穩定低點，且婦幼衛生政策與	同意不納入



果		現行指標建議不納入監理指標	相關預防保健費用係由國民健康署編列預算，非可課責於健保，本指標之必要性有待再檢視	
	建議不納入	3.2 孕產婦死亡率 現行指標建議不納入監理指標	近年來監測結果變動甚大，主要係因孕產婦死亡數每年僅約十餘例，且容易受生產事故救濟條例之影響(後者係由衛生福利部醫事司掌理)；另，孕產婦健康政策及孕婦產前檢查之項目與費用均由國民健康署規劃，實非可課責於健保，爰本指標之必要性不無疑義	同意不納入
	併陳	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門) 現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告	本指標或可整體反映各項給付改善方案之成效，及相當程度反映健保醫事服務機構之服務品質，但該數據已呈穩定且甚為良好，且已列入健保例行業務多年，似可免繼續監理之	併陳 若要保留，建議新增醫療人員滿意度調查
新增	3.4 各年度標準化死亡率 <sup>1</sup> 及可避免之糖尿病死亡數 <sup>2</sup> /衛生福利部統計處 <sup>1</sup> 、中央健康保險署 <sup>2</sup>		各年度標準化死亡率指標雖係國家整體健康照護之成效，但健保之影響最大，以之作為健保提供醫事服務之綜效指標，相對較具信度與效度。 另，《刺絡針》(The Lancet)於2017年7月公布全球醫療照護品質調查排行，研究選取32項疾病納入指標，所選皆是醫界認為具有明確防治策略的疾病，透過及時有效的健康照護(包括公衛及醫療)可避免的死亡，例如疫苗可預防的麻疹、部分慢性病(如慢性腎臟病、糖尿病)等，若健康照護體系有效運作，該疾病死亡的人數理應下降。而糖尿病自1983年首次進榜十大死因，至2017年死亡率持續上升，儘管由現行指標2.3監測結果顯示糖尿病照護率逐年提高，但在《刺絡針》評比中卻僅有58分，爰建議若健保署可取得此一監值(可避免之糖尿病死亡數)，宜納為指標	建議以「可避免之住院率」代之，亦可併標準化死亡率

新增	3.5 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值/中央健康保險署		點值可反映各分區業務組執行多元支付制度及推動(參與式)自主管理等健康保險行政管理之綜效	同意計畫辦公室建議，並可再增列點值穩定度
新增	3.6 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每10萬人口年度急診利用率 <sup>1</sup> 或可避免之急診利用率 <sup>2</sup>		若能增強民眾之緊急照護知識，並宣導正確使用急診醫療的觀念，可減少民眾對急診醫療資源的浪費，讓急診資源得以合理運用。不過依論壇結果，專家委員表示，偏鄉地區急診利用數高可能受就醫理想時段、無非急診醫療資源及工作多屬戶外性質等多重因素影響，若無法增加非急診編制，監理此指標的意義不大，但原則還是可納為監理指標觀察之。或者，美國健康照護研究與品質局(AHRQ)提出「門診敏感性病症」(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC)，係指可及時且有效的在門診進行治療與管理，從而防止急診或住院的概念。而2010年美國通過「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)，期以高品質門診照護、公共衛生介入，改善健康照護系統及術後照護過程，提供民眾可負擔、高品質且有效率的醫療服務來減少急診使用，進而發展可避免急診指標，近年國內亦有「可避免急診率」相關研究如顯示門診的照護連續性高則發生可避免急診之機率較低等，至是否可納為指標仍需進一步討論。	取每10萬人口年度急診利用率，可依健保業務分區或直轄市、縣市區分(併陳)
(四) 公平	4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率 /中央健康保險署	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) <b>現行指標建議不納入監理指標或視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)</b>	現行指標主要為醫事司之權責，尚非可課責於健保，而計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，且以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈有所不同(衛生福利部劃分醫療網係採生活圈概念)，以此一指標衡量公平性，效度恐有不足。建議以健保IDS於醫療資源不足之村、	若納入此一指標，於IDS設點時，請與當地衛生局達成該點涵蓋之村、里範圍之共識；亦可以現有專款/專案之涵蓋資料呈現

	取得相關資料供參考	里實施之涵蓋率(如:每星期提供一定診次以上者，占醫療資源不足之村、里的百分比)取代之	
4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數 *亦可增列每人年均住院次數 /中央健康保險署	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) <b>現行指標建議不納入監理指標或納入例行業務執行報告</b>	現行指標外，增列住院利用指標，且現行指標之門診利用從以人數計算，改為每人年均就醫次數較具效度	原則同意修正建議（以戶籍歸戶計算）
併陳	4.3 家庭自付醫療保健費用比率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為業務執行報告</b>	家庭自付醫療保健費用之範圍過於廣泛，且與經濟能力有相當關連性，自付醫療費用有相當比率係用於高階照護(邊際成本較高，而邊際效益相對較低)，以此作為屬社會保險性質，任務在保障民眾關鍵(或基本)醫療照護權益之全民健保，有關公平性之衡量指標是否有必要，不無疑義	同意不納入監理指標
併陳	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目) <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為業務執行報告</b>	現行指標原始目的在於若某種特材自付差額之發生率達相當程度時，可請健保積極考量納入全額給付，以避免經濟能力較差之被保險人，未能享受到必要之特材，致生就醫之不公平性。此一論述科學基礎較為薄弱，改以建議指標4.5監理，範圍更廣，可監理醫院是否過度促銷自費醫療。此外，特材納入健保給付與否，現行已有醫療科技評估機制(HTA)，可及時加以評量，且據全民健康保險法第五章第四十二條規定，「…醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。」依上述條文可知HTA之重要性；現行指標作為是否納入全額給付之決策依據，時效上較	併陳 保留理由： 監測保險對象特材品項之自付差額為本會法定任務之一 （健保法第45條：定期監測各類別項目之占率，可檢討是否改列全額給付，維護保險對象權益）

			為遲延(俗稱落後指標)。若仍需酌予瞭解，選擇幾項特材優先監控，或列為業務執行報告即可	
新增	4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值 /中央健康保險署		應申報或公開財報之醫事服務機構，其資料較具信度，且指標修正後更能反映各分區民眾自費醫療之負擔能力，及各分區內之醫院推廣自費醫療或差額給付之程度	原則同意新增
新增	4.6 最低與最高五分位收入之家庭，平均每人健保醫療費用比 /衛生福利部統計處		江東亮教授等研究發現，富人受益健保給付金額成長速度遠大於窮人，以2000年與2009年對照，相差達十倍。故本指標可評估高低收入家庭健保利用狀況之差異，惟統計時需注意每年貧富族群之變遷(比如富人破產)	統計處因個資保護法關係無法提供資料，建議暫不新增或酌作調整
新增	4.7 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值 <sup>1</sup> *或者該地區全人口比率 <sup>2</sup> /中央健康保險署		健保之目標在於減除醫療弱勢族群之醫療利用障礙，本指標可評估其成效 **本項也可改以直轄市及縣、市轄區統計，而非以一般地區、醫療資源缺乏地區及山地離島地區區分之	原則同意新增，但分母採用該地區領有身心障礙手冊人數
(五) 財務	建議不納入	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告，若有源自政策因素所致之差異，可加註說明</b>	政府機關預算編列一向保守，且健保基金預算於編列後，易受外在環境影響(如：基本工資調整，2015.10調降菸品健康福利捐分配予健保之比率、2016修正政府負擔36%健保費之認定基準、2018公務人員調薪及帶動企業調薪等)，本指標之效度較為不足	併陳 要保留的話，需說明不可預期因素及其對差異數之影響程度
	5.2 年末安全準備約當該年度月均保險支出數 /中央健康保險署	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數 <b>現行指標建議酌修文字如左欄</b>	酌修指標文字，實質監理內容不變	原則同意修正建議
	建議不納入	5.3 健保費成長率	此比值歷年變動幅度甚大，且	原則同意修正建

		與 GDP 成長率比值 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告</b>	我國健保費主要是以薪資為主、資本利得之補充保費為輔，而薪資之調整時間點一般落後於GDP之成長，且際此全球化時代，GDP成長未必反映於薪資；此外，台灣屬淺碟型經濟體質，GDP易受全球景氣波動影響，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP之成長並非最重要之考量，縱使GDP出現負成長，總額仍均為正成長，觀諸歷年此一指標值變動甚大，其效度顯有不足，依論壇結果建議納為業務執行報告持續觀察	議
	建議不納入	5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告</b>	此比率歷年雖呈穩定趨勢。但台灣經濟體質屬淺碟型，GDP易受全球景氣波動影響，變動大(如：2009年全球經濟衰退，台灣係最嚴重國家之一，負成長逾10%，健保醫療支出之占率自然相對增加)，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP之成長並非最重要之考量，以此為分母計算占率數值，對於健保財務監理，關係較為薄弱。但為方便國際比較，依論壇結果決定列為業務執行報告	原則同意修正建議
	建議不納入	5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率 <b>現行指標建議視需要從衛生福利部相關單位或醫策會（醫院評鑑）取得相關資料供參考</b>	除前項指標所述事實外，國民醫療保健支出中，健保約占其半數，其餘係個人及各級政府之其他衛生醫療保健支出，本指標適合各國總體健康財務資源投入之比較，非全屬健保之範圍，若有必要了解，從相關單位取得資料即可	原則同意修正建議
	建議保留	5.6 資金運用收益率 <b>現行指標建議保留</b>	健保已有高額安全準備，宜加強監理其資金運用效益，本指標有繼續監控之必要	原則同意修正建議
新增	5.7 年度末待收帳款數及約當應收月均保費 /中央健康保險署		可監理總應收款於年末之實收狀況，年末雖不能代表最後之實收比率，但歷年變動趨勢可做為比較，且已另行配套增列	計畫辦公室之建議與健保署之意見(採前一年 11 月 1 日至當年 10

			<p>指標5.8</p> <p>*計算公式：(取至小數點後第四位)</p> <p>分子：年度末待收保費數</p> <p>分母：該年度月均應收保費數</p>	<p>月 31 日為計算週期)併陳。</p> <p>附註：本指標只計算含政府負擔款之一般保險費（不計補充保險費）</p>
新增	<p>5.8 年度冲銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值</p> <p>/中央健康保險署</p>		<p>搭配指標5.7，增列本項指標，以監理呆帳發生之程度</p> <p>*計算公式：(前者換算為1，後者取至小數點後第四位)</p> <p>前者：年度內冲銷呆帳數</p> <p>後者：該年應收保費數</p>	<p>計畫辦公室之建議與健保署之意見（採 5 年前或 10 前幾乎均已完成冲銷之年度資料計算之）併陳。</p> <p>附註：前者可及時觀察觀察有無穩定的在清除呆帳；後者較能反映同一年度之實際成效，但指標將遞延 6 至 11 年才能呈現。</p>

## 歷次論壇諮詢會議意見綜整表

### 一、監理指標增、修訂原則

1. 歷次健保會委員會議審議監理指標或對健保署提報之指標監測結果表達之意見較具共識者
2. 指標為健保各權益關係人所關切
3. 指標數值取得之難度不高，且在各年度結束後半年內可取得
4. 指標之正確性可靠（即信度良好）
5. 指標可以相當程度反應健保之行政效能，及對醫事服務機構提供之醫療照護管理之成效（即效度良好）
6. 避免與衛生福利部所屬單位或機關、構（如：醫院評鑑、品質資訊公開指標等）監控之各類指標重複
7. 重點納入持續性或階段性主要健保政策之指標
8. 對指標數值未盡理想者，依健保署權責（如支付制度之變革等）有相當著力之空間
9. 指標數量適中，方便健保會委員會議在有限時間內審議完成。亦得區分類別，建議特定類別(可稱為第一類)指標為需優先於健保會委員會議提報、審議之項目，其餘類別(可稱為第二類、第三類)為視需要提報、審議之項目

### 二、說明

修正建議欄係綜整 6 次論壇諮詢會議之意見，就計畫辦公室初步建議(以斜體字註明部分)之指標所為之修正

構面	修正建議	現行指標及處理建議	修正說明	各場次(D <sup>#</sup> )論壇結果摘要	健保會幕僚意見	研商會議結果摘要
(一) 效率	1.1 每位被保險人年均住院日數 <sup>1</sup> (除整體外，增列含 RCW/不含 RCW、DRG/非 DRG 兩項)及門診就醫次數 <sup>2</sup> (取至小數點後第二位) <i>註：初步建議為</i>	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級) <b>現行指標建議列入例行業務執行報告</b>	現行指標未能連結疾病嚴重度(CMI)，也未有地區醫院收住長期呼吸器使用者(RCW)之參數可資評估，且未有各級醫院收住適用 DRG 案例數之比率可查，未能據以深入分析差異之原因。另，醫院平均住院天數主要受個別醫院營運策略、醫療能力、管理效能之影響，就健保之效率而言，除不必要之長期住院事後審查核刪及 DRG 擴大適用外，較不具關連性；建議改以被保險人年均住院日數及門診次數，較能反映健保支付制度變革	D <sup>1</sup> ：保留現行指標，但排除長期呼吸器依賴之住院者(分子分母均不納入)；增列不含門診洗腎人次之年均每人門診次數(分子不納入) D <sup>3</sup> ：初步建議與現行指標併陳 D <sup>4</sup> ：同意初步建議 D <sup>5</sup> ：同意初步建議。若維持本指標，亦可將 DRG 案件排除或分開統計比較平均住院天數，以了解醫院對臨床路徑、病人照顧之努力程度	1.建議再修正。 2.參酌論壇建議，除整體外，增列分層分析(RCW/非RCW、DRG/非DRG)。	原則同意修正建議，並增列年均每一住院人日及每一門診人次之申報點數

每位被保險人 年均住院日數 及門診就醫次 數。		對醫療服務效率之影響，並增 列含RCW/不含RCW、DRG/ 非DRG兩項	D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現 行指標處理建議，並可 扣除 RCW 人日數及門 診透析人次數		
1.2 各分區業務 組轄內經急 診住院者( 並得依檢傷 一至三級區 分)病人留 置急診室超 過 24 小時 占率最高之 前三家醫院 數值 註：初步建議為 經急診住院者 病人留置急診 室超過 24 小時 占率最高之前 三家醫院數值	1.2 急診病人留置 急診室超過 24 小時比率(整體 及各層級) <b>現行指標可視需要 從醫策會(醫院評 鑑)取得相關資料供 參考</b>	此項為被保險人非常切身、關 注之議題，但平均值無法顯示 區域性差異及個別醫院致力 改善之成果，且分母為全體急 診人數，非經由急診住院之人 數，易受輕症無須住院病人數 稀釋，也難以實際反映不同地 區病人於不同醫院之急診就 醫感受。若改以各區急診滯留 較顯著之前三家呈現(並得依 檢傷一至三級區分)，或較能 以健保之力敦促其改善	D <sup>1</sup> ：同意初步建議，但如轉 入醫事司認可之急診後 送病房，視同已住院 D <sup>3</sup> ：建議現行指標與初步建 議併陳。前三名可能為 異常值，可用目標管理 監理，或監測監檢傷分 類 1 至 3 級之滯留率較 有意義 D <sup>4</sup> ：同意初步建議 D <sup>5</sup> ：同意初步建議。有指標 資料後，宜進一步分析 原因，協助醫院改善 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現 行指標處理建議，維持 24 小時監測並要找出克 服急診壅塞的方法	1.建議再修正。 2.建議排除輕症病人 ，目前檢傷4~5級病 人在4小時內離開 醫院比率已達9成 ，僅監測檢傷分類 1~3級，或分級呈現 ，以利判讀。	原則同意修正建議
1.3 年度癌症死 亡者費用申 報檔含有安 寧照護之比 率 <sup>1</sup> *可視需要增列 有申報者，每案 平均申報之安 寧照護費用 <sup>2</sup>	1.3 癌末病人生前6 個月每人申報 醫療費用點數 <b>現行指標建議列為 例行業務執行報告</b>	醫療費用無法實質反映安寧 緩和療護之使用狀況，且癌末 難以定義；此外，癌症病人死 亡並不一定死於癌症，可能是 自殺或車禍等，故建議指標調 整為死因為癌症且其死亡前 半年有申請安寧療護費用之 比率，並可視需要增列有申報 者，每案平均申報之安寧照護 費用，以反映安寧療護的普及 性。該等資料取得之難度不高	D <sup>1</sup> ：現行指標之分母(癌末病 人)難以定義，本指標可 改為死因為癌症者，於 其死亡前六個月有申報 安寧費用者之比率及平 均每案申報費用 D <sup>3,5</sup> ：建議現行指標與初步建 議併陳 D <sup>4</sup> ：同意初步建議 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現 行指標處理建議	1.同意修正。 2.增列有、無接受安 寧照護病人之平均 申報費用。	列為例行業務執行 報告



	註：初步建議為年度癌症死亡者費用申報檔含有安寧照護之比率		，因癌症死亡者及其死亡前之健保申報資料約於年度結束後五個月，已有資料可資比對			
	併陳，詳見右欄 註：初步建議現行指標不納入監理指標	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	高診次被保險人(設定為每年90次以上)輔導改善已成例行業務，成果良好，且約僅五萬人，似可改由健保署自行列管	D <sup>1</sup> ：同意不納入監理指標，改列為例行業務報告 D <sup>3</sup> ：可予保留，並分析高診次原因 D <sup>4</sup> ：同意初步建議 D <sup>5</sup> ：同意初步建議。若保留現行指標，要分析高診次原因及探討短期及長期輔導成效 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議	同意不納入監理指標(已列入歷年全民健保抑制資源不當耗用改善方案之實施策略及方法)。	列為例行業務執行報告
	併陳，詳見右欄 註：初步建議現行指標保留或不納入監理指標	1.5 區域醫院以上初級門診照護率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告；若需納入，建議先解決編碼爭議</b>	現行指標雖可一定程度反映分級醫療成效。但健保管控此一指標後，醫院操作疾病診斷編碼甚為普遍，未來恐扭曲就醫疾病統計，導致國際比較失真，且不利於健康國民之形象；此外，有關哪些疾病分類編碼(ICD-10)係屬初級照護，健保署與醫界尚未達成最後共識，在此之前，本項指標之信、效度均尚有疑慮	D <sup>1</sup> ：由於初期照護之定義(疾病分類碼)仍待健保署與醫學專業團體會商確認，此一指標可先以門診糖尿病病人數與以糖尿病為主診斷住院之人次比(ratio)代替，以顯示初級照護之成效；若統計困難度不高，可進一步以醫院層級區分之 D <sup>3~4</sup> ：認同保留理由：有利於監控分級醫療推動成效；認同刪除理由：數字呈現無法反映真相 D <sup>5</sup> ：編碼問題若能處理好，指標保留方有意義，否則建議暫不納入 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議，待解決編碼問題後納入	建議保留(本項為分級醫療執行成效指標，建議於解決編碼爭議後，持續監測)。	列為例行業務執行報告

併陳，詳見右欄註：初步建議現行指標保留或不納入監理指標	1.6 各層級醫院服務量占率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	現行指標雖可監控各級醫院服務量之版塊變化，惟考量各級醫院服務量已受總額分配占率限制，且醫院評鑑層級及其病床總數逐年變動，現行指標之效度恐有不足	D <sup>1,5</sup> ：保留或不納入監理指標一併呈現 D <sup>3</sup> ：認同保留理由：有利於監控分級醫療推動成效；認同刪除理由：數字呈現無法反映真相 D <sup>4</sup> ：認同保留理由：有利於監控分級醫療推動成效；認同刪除理由：醫學中心家數穩定，數據或可作為參考，其他二層級醫院變動性太大，量測效度不夠 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議，醫院層級因評鑑關係，變動性太快，量測效度不夠	同意不納入監理指標(監理指標定位為宏觀、整體面之指標，本項屬於業務執行面，已於健保署業務執行報告呈現)。	列為例行業務執行報告
1.7 西醫基層與醫院門診服務人次比	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率 <b>現行指標若不採用病人數，則可予以保留</b>	人數占率無法反映實際使用次數之比率，件數(亦即人次)占率使用總量(密度)較具關連性，雖然醫院較常開立連續處方箋或療程(如：復健治療)，且門診單價均顯著高於基層，即使以件數比較，仍無法充分反映服務費用比重；此外，西醫基層與醫院已有總額分配機制，就醫之人數與件數受總額分配之影響頗大，本指標是政策決定之因或是果很難釐清。但在無其他更適當指標可資使用之下，人次(現稱件數)占率先予保留	D <sup>1</sup> ：保留人次占率比 D <sup>3,4</sup> ：同意修正建議 D <sup>5</sup> ：同意修正建議。但若病人數占率能保留，可了解民眾就醫選擇 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現行指標處理建議	1.建議再修正。 2.配合分級醫療政策，建議增列計算「西醫基層與地區醫院合併」及「區域醫院與醫學中心合併」2組人次比。	現行指標病人數部分刪除，餘可予以保留

	1.8 藥品費用超過或未達目標總額之百分率	1.8 藥品費用占率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告</b>	健保法訂有藥品費用目標總額制度，且已實施三年，監理各年度總額之使用狀況(如：超過或未達目標總額之百分比)，較藥品費用占率更符合健保法規定之精神	D <sup>1,4,5</sup> ：同意修正建議 D <sup>3</sup> ：建議二案併陳 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現行指標處理建議，但基層簡表藥費的計算是否有落差及C型肝炎等之藥物費用獨立管控部分，要加註說明	1.建議再修正。 2.除百分比外增列金額。	同意增列之建議 附註：未來訂定藥品目標總額時，應考量DRG涵蓋數之增加，適度降低其目標總額占率。
新增	1.9 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如：避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數		部分試辦方案或倡議、獎勵方案歷時多年，未能及時退場或正式納入常規給付，有必要監理其執行之效率	D <sup>1</sup> ：先監理件數，未來再視需要增加主要成效指標(KPI) D <sup>3</sup> ：無特別意見 D <sup>4,5,6</sup> ：原則同意修正建議	不同意新增(已於年度評核之執行成果報告呈現-含各部門)。	同意增列之建議
(二) 醫療品質	併陳，詳見右欄 註：初步建議現行指標不納入監理指標	2.1 手術傷口感染率 <b>現行指標建議不納入監理指標或視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資</b>	手術傷口感染率統計不易，致信度不足，歷年監測結果變動無一定趨勢，且平均數值遠低於指標值，顯示若非目標值設定過於寬鬆，就是實際發生數值取得來源或判定基準有問題。主要原因之一應係術後傷口感染難以定義。此外，更為	D <sup>1</sup> ：改以全膝關節置換及全髖關節置換後六個月內之感染率為指標 D <sup>3</sup> ：認同保留理由：民眾切身關心議題又經費投入大需評估成效；認同刪除理由：與健保關連不大，不易監測，又屬臨	1.建議保留。 2.本項指標103至105年呈現平穩略微下降趨勢，惟感染率為健保會委員關切議題。	同意不納入，必要時，從衛生福利部相關單位(如：疾管署)或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考

		料供參考	重要之清潔傷口感染(如：人工關節、植牙或重要醫材之植入術等)之監測時間須較長，不是現行指標之計算方式所可掌握，本項品質指標之信、效度顯有不足，且已納入醫院評鑑持續性品質監測指標，可不必再列入監理指標	床專業，另有單位管理 D <sup>4</sup> ：意見差異較大，不做成結論 D <sup>5</sup> ：保留或不納入監理指標併陳 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議		
建議不納入 註：初步建議現行指標不納入監理指標，修正建議亦同	2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) 現行指標建議不納入監理指標	更為通用之急性心肌梗塞之Door to Balloon Time，已納入醫院評鑑醫院評鑑持續性品質監測指標，可不必再列入本項監理指標	D <sup>1,3~6</sup> ：同意修正建議	同意不納入監理指標(不一定與照護品質有關)。	同意計畫辦公室意見	
建議不納入 註：初步建議現行指標改列為P4P或健保專款年度指標報告，修正建議亦同	2.3 糖尿病品質支付服務之照護率 現行指標建議可改列為 P4P 或健保專款年度指標報告	監測結果顯示照護率雖呈逐年上升趨勢，但此成效或係來自於糖尿病P4P專案，故建議列為P4P年度指標報告即可	D <sup>1</sup> ：以糖尿病 P4P 計畫之主要成效指標監測 D <sup>3~6</sup> ：原則同意修正建議	1.建議保留。 2.因糖尿病未妥適照護，發生後續併發症之醫療費用甚為龐大。國際醫學期刊「刺絡針」(The Lancet)公布全球健康照護可近性與品質評比結果(Healthcare Access and Quality Index)，台灣在32項疾病中，糖尿病為分數較低者。	列入健保 P4P 或專款年度指標報告	
2.4 健保各業務分區轄內(得分直轄市及縣、市行政區計算)實施論人支	2.4 照護連續性 現行指標建議不納入監理指標	美國家庭醫師學會(AAFP)定義照護連續性為「連續之照護關係」及「無接縫(seamless)之服務」。因此，照護連續性的概念貼近論人支付與家庭責任醫師制度的醫療模式。現行指標從國外引進，在實施全	D <sup>1</sup> ：兩案並列：(1)支氣管氣喘門診病人數與以支氣管氣喘為主診斷住院及急診就醫之比例。(2)健保各業務分區實施論人支付之人口涵蓋率 D <sup>3,4</sup> ：現行指標與初步建議併	1.建議保留。 2.目前未實施論人支付制度，且依據國內外研究，照護連續性越好，可產生較佳的療效，本項指標之長期趨勢，	酌予修正為「家庭醫師整合性照護計畫」涵蓋率	

	<p>付制度之人口涵蓋率<sup>1</sup>，或實施家庭責任醫師制度之人口涵蓋率<sup>2</sup></p> <p>註：初步建議為健保各業務分區轄內(得分直轄市及縣、市行政區計算)實施論人支付制度之人口涵蓋率</p>		<p>民健康保險制度，家庭醫師及轉診制度未盡落實的台灣，其測量是否適用，固有待商榷；加以該指標計算繁複，解讀不易。由於二代健保已增列論人計酬及家庭責任醫師制度，爰建議以此二者之普及率取代現行指標。</p> <p>**附註：較好的照護連續性是論人計酬，其次為切割時段(如：產前)或就特定疾病實施論人支付(如：洗腎之bundle payment)</p>	<p>陳</p> <p>D<sup>5</sup>：同意初步建議</p> <p>D<sup>6</sup>：現行指標難以解讀，妥適性也不夠好，同意刪除。原則上同意論人支付制度涵蓋率及家庭責任醫師制的涵蓋率，二案併陳</p>	可反映我國推行整合醫療之執行情形。	
	<p>建議不納入</p> <p>註：初步建議不納入監理指標，修正建議亦同</p>	<p>2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)</p> <p><b>現行指標建議不納入監理指標</b></p>	<p>醫院健保病床均需依健保法規定之比率設置，似無另行監理之必要</p>	<p>D<sup>1,4,5,6</sup>：原則同意修正建議。</p> <p>D<sup>3</sup>：建議保留及初步建議併陳。</p>	<p>同意不納入監理指標(監理指標定位為宏觀、整體面之指標，本項屬於業務執行面，已於指標要覽呈現)。</p>	不納入
	<p>建議不納入，詳見右欄</p> <p>註：初步建議不納入監理指標(或納入初步建議新增指標「各項小總額專款(如：B、C肝專款等)年度目標達成率」)</p>	<p>2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布</p> <p><b>現行指標建議視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b></p>	<p>已納入醫院評鑑持續性指標，為避免各項監理指標與衛福部所屬單位或機關、構重複，不建議納入健保監理之</p>	<p>D<sup>1,4,5</sup>：同意初步建議</p> <p>D<sup>3</sup>：建議保留及初步建議併陳</p> <p>D<sup>6</sup>：不納入，醫院評鑑已按月通報</p>	<p>不建議初步建議之新增指標「各項小總額專款(如：B、C肝專款等)年度目標達成率」，爰建議保留。</p>	<p>同意不納入，必要時，從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</p>
(三)效	<p>建議不納入</p> <p>註：初步建議不</p>	<p>3.1 未滿月新生兒死亡率</p>	<p>我國近年來該項指標數值已達穩定低點，且婦幼衛生政策</p>	<p>D<sup>1,4,5</sup>：同意初步建議</p> <p>D<sup>2</sup>：現行指標與初步建議併</p>	<p>1.同意不納入監理指標。</p>	同意不納入

果	納為監理指標，修正建議亦同	現行指標建議不納入監理指標	與相關預防保健費用係由國民健康署編列預算，非可課責於健保，本指標之必要性有待再檢視	陳。保留理由：可作為國際性比較；刪除理由：該指標尚非可課責於健保，因為孕婦、兒童預防保健服務之政策及經費均由國健署負責 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議，婦幼健康政策及相關經費概由國民健康署主政，尚非可課責於健保	2.婦幼健康政策及相關經費概由國民健康署主政，且現今指標已趨於穩定，健保課責度低，爰同意刪除。	
	建議不納入 註：初步建議不納為監理指標，修正建議亦同	3.2 孕產婦死亡率 現行指標建議不納入監理指標	近年來監測結果變動甚大，主要係因孕產婦死亡數每年僅約十餘例，且容易受生產事故救濟條例之影響(後者係由衛生福利部醫事司掌理)；另，孕產婦健康政策及孕婦產前檢查之項目與費用均由國民健康署規劃，實非可課責於健保，爰本指標之必要性不無疑義	D <sup>1,2,4-6</sup> ：同現行指標 3.1	1.同意不納入監理指標。 2.理由同現行指標 3.1。	同意不納入
	併陳，詳見右欄 註：初步建議保留或不納為監理指標	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門) 現行指標建議不納入監理指標或改列為例行業務執行報告	本指標或可整體反映各項給付改善方案之成效，及相當程度反映健保醫事服務機構之服務品質，但該數據已呈穩定且甚為良好，且已列入健保例行業務多年，似可免繼續監理之	D <sup>1</sup> ：保留，議建議增列醫療機構或醫事人員對健保支付點值滿意度之調查 D <sup>2</sup> ：保留 D <sup>4,5</sup> ：同意初步建議，保留或不納為監理指標 D <sup>6</sup> ：同意刪除或納入例行業務報告	1.建議保留。 2.本項指標係以宏觀面監理整體健保成效及保險對象所獲得之醫療品質，有繼續監測之必要。	併陳 若要保留，建議新增醫療人員滿意度調查
新增	3.4 各年度標準化死亡率 <sup>1</sup> 及可避免之糖尿病死亡數 <sup>2</sup>		各年度標準化死亡率指標雖係國家整體健康照護之成效，但健保之影響最大，以之作為健保提供醫事服務之綜效指標，相對較具信度與效度。	D <sup>1,2</sup> ：同意初步建議 D <sup>4</sup> ：同意初步建議，建議可考量再新增一項有關「可避免之死亡」的指標 D <sup>5</sup> ：可考量修正為「可避免	1.建議修正為可避免住院。 2.「可避免住院」較「可避免死亡」更為可行，且健保署	建議以「可避免之住院率」代之，亦可併標準化死亡率

	註：初步建議為各年度標準化死亡率		另，《刺絡針》(The Lancet)於2017年7月公布全球醫療照護品質調查排行，研究選取32項疾病納入指標，選入的都是醫界認為具有明確防治策略的疾病，透過及時有效的健康照護(包括公衛及醫療)可避免的死亡，例如疫苗可預防的麻疹、部分慢性病(如慢性腎臟病、糖尿病)等，若健康照護體系有效運作，該疾病死亡的人數理應下降。而糖尿病自1983年首次進榜十大死因，至2017年死亡率持續上升，儘管由現行指標2.3監測結果顯示糖尿病照護率逐年提高，但在《刺絡針》評比中卻僅有58分，爰建議若健保署可取得此一監值(可避免之糖尿病死亡數)，宜納為指標。	D <sup>6</sup> ：原則同意納入各年度標準化死亡率，若健保署能監測可避免之糖尿病死亡數，亦可一併納入之死亡數(或占率)」	目前已經發展「可避免住院」指標。	
新增	3.5 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值		點值可反映各分區業務組執行多元支付制度及推動(參與式)自主管理等健康保險行政管理之綜效	D <sup>1</sup> ：不納入，但建議在例行報告年度結算點值時，就根本原因分析之結果一併提報，或酌增對點值滿意度之調查 D <sup>4</sup> ：不建議納入，點值受多重因素影響 D <sup>5</sup> ：不建議納入，點值受多重因素影響，各區做法不同，不宜比較 D <sup>6</sup> ：不建議納入，由於點值受多重因素影響，各區做法不同，變數太大，不宜比較	不同意新增(監理指標定位為宏觀、整體面之指標，本項屬於業務執行面，健保署業務執行報告已呈現各部門點值。	同意計畫辦公室建議，並可再增列點值穩定度
新	3.6 各分區業務		若能增強民眾之緊急照護知	D <sup>1</sup> ：建議酌增「每人年均急	定義不明，尚難提供	取每10萬人口年

增	<p>組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用數<sup>1</sup>或可避免之急診利用率<sup>2</sup></p> <p>註：初步建議為各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用數(第一次論壇後新增)</p>		<p>識，並宣導正確使用急診醫療的觀念，可減少民眾對急診醫療資源的浪費，讓急診資源得以合理運用。不過依論壇結果，專家委員表示，偏鄉地區急診利用數高可能受就醫理想時段、無非急診醫療資源及工作多屬戶外性質等多重因素影響，若無法增加非急診編制，監理此指標的意義不大，但原則還是可納為監理指標觀察之。</p> <p>或者，美國健康照護研究與品質局(AHRQ)提出「門診敏感性病症」(Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC)，係指可及時且有效的在門診進行治療與管理，從而防止急診或住院的概念。而2010年美國通過「患者保護與平價醫療法案」(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)，期以高品質門診照護、公共衛生介入，改善健康照護系統及術後照護過程，提供民眾可負擔、高品質且有效率的醫療服務來減少急診使用，進而發展可避免急診指標，近年國內亦有「可避免急診率」相關研究顯示門診的照護連續性高則發生可避免急診之機率較低等，至是否可納為指標仍需進一步討論。</p>	<p>診利用次數或各業務分區每 10 萬人口年度急診利用數」</p> <p>D<sup>6</sup>：原則可以納入，但偏鄉急診利用率高，可能是沒有理想時段就醫或沒有急診醫療資源所致</p>	意見。	<p>度急診利用率，可依健保業務分區或直轄市、縣市區分(併陳)</p>
---	---	--	--	---	-----	-------------------------------------



(四) 公平	4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率	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) <b>現行指標建議不納入監理指標或視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b>	現行指標主要為醫事司之權責，尚非可課責於健保，而計算方式中所採之鄉鎮發展程度歸類指標尚有討論餘地，且以鄉鎮市區劃分，與實質影響就醫方便性之生活圈有所不同(衛生福利部劃分醫療網係採生活圈概念)，以此一指標衡量公平性，效度恐有不足。建議以健保IDS於醫療資源不足之村、里實施之涵蓋率(如：每星期提供一定診次以上者，占醫療資源不足之村、里的百分比)取代之	D <sup>2</sup> ：現行指標與修正建議併陳；若保留現行指標，可將之併入修正建議4.2。保留理由：希望健保給予導向，去達成合理公平的分配；刪除理由：區分鄉鎮發展程度，其可信度、效度不足，且現行指標主要為醫事司之權責。 D <sup>3</sup> ：亦可併同修正建議4.2考量 D <sup>4.5</sup> ：現行指標與修正建議併陳 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議及現行指標處理建議	1.建議再修正。 2.除IDS計畫之區域外，亦應包含各部門總額醫療資源不足地區。	若納入此一指標，於IDS設點時，請與當地衛生局達成該點涵蓋之村、里範圍之共識；亦可以現有專款/專案之涵蓋資料呈現
	4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數  *亦可增列每人年均住院次數 註：初步建議為一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區/山地離島地區每人年	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) <b>現行指標建議不納入監理指標或納入例行業務執行報告</b>	現行指標外，增列住院利用指標，且現行指標之門診利用從以人數計算，改為每人年均就醫次數較具效度	D <sup>2</sup> ：決議修正為：一般地區與衛生福利部所定之醫療資源缺乏地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數 D <sup>3</sup> ：同意修正建議 D <sup>4</sup> ：同意修正建議及歷次論壇有關門診服務利用率部分宜區分中、西、牙醫之建議 D <sup>5</sup> ：同意修正建議，但建議可用住院次數而非門診就醫次數 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議	1.建議再修正。 2.區分為一般地區/(醫療資源不足地區+山地離島地區)。	原則同意修正建議(以戶籍歸戶計算)

	均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數					
	併陳，詳見右欄註：初步建議不納入監理指標	4.3 家庭自付醫療保健費用比率 <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為業務執行報告</b>	家庭自付醫療保健費用之範圍過於廣泛，且與經濟能力有相當關連性，自付醫療費用有相當比率係用於高階照護(邊際成本較高，而邊際效益相對較低)，以此作為屬社會保險性質，任務在保障民眾關鍵(或基本)醫療照護權益之全民健保，有關公平性之衡量指標是否有必要，不無疑義	D <sup>2-5</sup> ：同意初步建議 D <sup>6</sup> ：不納入監理指標或納入其他健保例行業務報告併陳。納入業務報告理由：須瞭解健保制度滿足國人多少比率之醫療保健需求，除非有更好的指標代表才適合刪除本指標	同意不納入監理指標。	同意不納入監理指標
	併陳，詳見右欄註：初步建議保留或不納入監理指標	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目) <b>現行指標建議不納入監理指標或改列為業務執行報告</b>	現行指標原始目的在於若某種特材自付差額之發生率達相當程度時，可請健保積極考量納入全額給付，以避免經濟能力較差之被保險人，未能享受到必要之特材，致生就醫之不公平性。此一論述科學基礎較為薄弱，改以建議指標4.5監理，範圍更廣，可監理醫院是否過度促銷自費醫療。此外，特材納入健保給付與否，現行已有醫療科技評估機制(HTA)，可及時加以評量，且據全民健康保險法第五章第四十二條規定，「…醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。」依上述條	D <sup>2,4,5</sup> ：保留或不納入監理指標兩案併陳 D <sup>3</sup> ：無特別意見 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議	1.建議保留。 2.討論保險人所提報之自付差額特材品項為本會法定任務之一(健保法第45條)，定期監測各類別項目之占率，可檢討是否改列全額給付，維護保險對象權益。	併陳 保留理由： 監測保險對象特材品項之自付差額為本會法定任務之一(健保法第45條：定期監測各類別項目之占率，可檢討是否改列全額給付，維護保險對象權益)

			文可知醫療科技評估之重要性;現行指標作為是否納入全額給付之決策依據,時效上較為遲延(俗稱落後指標)。若仍需酌予瞭解,選擇幾項特材優先監控,或列為業務執行報告即可			
新增	4.5 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構,非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值		應申報或公開財報之醫事服務機構,其資料較具信度,且指標修正後更能反映各分區民眾自費醫療之負擔能力,及各分區內之醫院推廣自費醫療或差額給付之程度	D <sup>2</sup> : 同意修正建議,可將牙醫除外,並分地區、區域、醫學中心分別計算 D <sup>3</sup> : 無特別意見 D <sup>4,5</sup> : 同意修正建議 D <sup>6</sup> : 原則同意修正建議	1.同意新增。 2.理由:日前健保署刻正修正「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」,擬增列「各保險醫事服務機構需另行提報醫務收入明細表及醫務成本明細表之補充表格」,以使公開後之醫事服務機構財報資料更具可比較性,若經衛福部公告後,符合條件醫療院所依規定內容均提供相關財報,則可反映民眾自費情形。	原則同意新增
新增	4.6 最低與最高五分位收入之家庭,平均每人健保醫療費用比		江東亮教授等研究發現,富人受益健保給付金額成長速度遠大於窮人,以2000年與2009年對照,相差達十倍。故本指標可評估高低收入家庭健保利用狀況之差異,惟統計時需注意每年貧富族群之變遷(比如富人破產)	D <sup>2,4,5</sup> : 若統計處可以提供相關資料,則同意初步建議 D <sup>3</sup> : 若能以重大傷病醫療費用觀察,或更具意義 D <sup>6</sup> : 原則同意修正建議,若統計處有資料,最好五個分位均一併呈現	1.同意新增。 2.惟須統計處配合提供家庭收支調查資料。	統計處因個資保護法關係無法提供資料,建議暫不新增或酌作調整
新	4.7 一般地區與		健保之目標在於減除醫療弱	D <sup>2</sup> : 反對理由:以分地區或	1.建議再修正。	原則同意新增,但

增	<p>衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值<sup>1</sup></p> <p>*或者該地區全人口比率<sup>2</sup></p> <p>註：初步建議為一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值</p>		<p>勢族群之醫療利用障礙，本指標可評估其成效</p> <p>**本項也可改以直轄市及縣、市轄區統計，而非以一般地區、醫療資源缺乏地區及山地離島地區區分之</p>	<p>所得差異比較健康結果作為公平指標較好；贊成理由：居家醫療整合照護可銜接長照服務，本指標可顯示健保照護的地區公平性，但分母可修正為人口數。</p> <p>D<sup>3</sup>：無特別意見</p> <p>D<sup>4</sup>：同意初步建議</p> <p>D<sup>5</sup>：同意初步建議，需考量戶籍地或居住地之不同</p> <p>D<sup>6</sup>：原則同意修正建議</p>	<p>2.領有身心障礙手冊者僅是接受居家醫療整合照護計畫的對象之一，以單一對象評估醫療利用障礙恐有偏差。</p>	<p>分母採用該地區領有身心障礙手冊人數</p>
(五) 財務	<p>建議不納入，詳見右欄</p> <p>註：初步建議不納入監理指標</p>	<p>5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率</p> <p><b>現行指標建議列為例行業務執行報告，若有源自政策因素所致之差異，可</b></p>	<p>政府機關預算編列一向保守，且健保基金預算於編列後，易受外在環境影響(如：基本工資調整，2015.10調降菸品健康福利捐分配予健保之比率、2016修正政府負擔36%健保費之認定基準、2018公務人員調薪及帶動企業調薪等)，本指標之效度較為不足</p>	<p>D<sup>2</sup>：現行監理指標與初步建議併陳。保留理由：收支預估之準確性，可反映目前財務狀況，在費率審議時作為參考，但可酌修正為差異數(而非差異率)。</p> <p>D<sup>3,4</sup>：同意初步建議</p> <p>D<sup>5</sup>：無特別意見</p> <p>D<sup>6</sup>：納入例行業務報告即可</p>	<p>1.建議保留。</p> <p>2.本項監理重點係為提高收支餘絀預估之準確性，可做為費率審議時參考，建議以保險收支餘絀實際與預估金額之差異「數」取代。</p>	<p>併陳</p> <p>要保留的話，需說明不可預期因素及其對差異數之影響程度</p>

		加註說明		，若有源自政策因素所致之差異，可加註說明		
5.2 年末安全準備約當該年度月均保險支出數	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數 <b>現行指標建議酌修文字如左欄</b>	酌修指標文字，實質監理內容不變	D <sup>2~4,6</sup> ：原則同意修正建議 D <sup>5</sup> ：無特別意見	1.建議再修正名稱。 2.將「年末安全準備」改為「年底安全準備」，以與會計或財務用語一致。	原則同意修正建議	
建議不納入，詳見右欄 註：初步建議不納入監理指標	5.3 健保費成長率與GDP成長率比值 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告</b>	此比值歷年變動幅度甚大，且我國健保費主要是以薪資為主、資本利得之補充保費為輔，而薪資之調整時間點一般落後於GDP之成長，且際此全球化時代，GDP成長未必反映於薪資；此外，台灣屬淺碟型經濟體質，GDP易受全球景氣波動影響，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP之成長並非最重要之考量，縱使GDP出現負成長，總額仍均為正成長，觀諸歷年此一指標值變動甚大，其效度顯有不足，所以總結論壇建議納為業務執行報告持續觀察	D <sup>2</sup> ：保留理由：一般民眾或醫療機構較關心的是健保費是否足以因應醫療服務之需要；但可考量5.3及5.4之GDP均改為NHE；也可用3年之GDP平均值當分母，以減除單一年度之GDP變化增減過大之干擾。刪除理由：參考健保會委員意見，現行指標之效度較為不足 D <sup>3,4</sup> ：同意初步建議 D <sup>5</sup> ：無特別意見 D <sup>6</sup> ：納入例行業務報告即可，本項可作為國際比較用	1.同意不納入監理指標。 2.原指標之意涵，係為瞭解保費成長與GDP成長是否相近，健保費成長率每年約2%，台灣為淺碟經濟，GDP成長率變動大，依本會委員及論壇專家學者意見，本指標監理標的不明，兩成長率之比值意涵不明確。	原則同意修正建議	
建議不納入，詳見右欄 註：初步建議不納入監理指標	5.4 全民健保醫療支出占GDP比率 <b>現行指標建議列為例行業務執行報告</b>	此比率歷年雖呈穩定趨勢。但台灣經濟體質屬淺碟型，GDP易受全球景氣波動影響，變動大(如：2009年全球經濟衰退，台灣係最嚴重國家之一，負成長逾10%，健保醫療支出之占率自然相對增加)，且健保實施總額預算制度後，其年成長率之設定，GDP之成長並非	D <sup>2~6</sup> ：同指標 5.3	1.同意不納入監理指標。 2.台灣為淺碟經濟，GDP成長率變動大，健保醫療支出成長率每年約4%，2者相關性似薄弱，惟可進行國際比較，仍具參考價值，	原則同意修正建議	

			最重要之考量，以此為分母計算占率數值，對於健保財務監理，關係較為薄弱。但為方便國際比較，依論壇結果決定列為業務執行報告		建議由統計處納入本部相關統計年報，定期發布。	
	建議不納入，詳見右欄 註：初步建議不納入監理指標	5.5 國民醫療保健支出占GDP比率 <b>現行指標建議視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考</b>	除前項指標所述事實外，國民醫療保健支出中，健保約占其半數，其餘係個人及各級政府之其他衛生醫療保健支出，本指標適合各國總體健康財務資源投入之比較，非全屬健保之範圍，若有必要了解，從相關單位取得資料即可	D <sup>2~5</sup> ：同指標 5.3 D <sup>6</sup> ：可視需要從衛生福利部相關單位或醫策會(醫院評鑑)取得相關資料供參考	同意不納為監理指標。	原則同意修正建議
	建議保留	5.6 資金運用收益率 <b>現行指標建議保留</b>	健保已有高額安全準備，宜加強監理其資金運用效益，本指標有繼續監控之必要	D <sup>2,4</sup> ：同意修正建議 D <sup>3</sup> ：保留，若有相對應之比較基礎更好(如：勞保基金操作收益率) D <sup>5</sup> ：無特別意見 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議，但若用以與其他基金比較，應考量其特質之差異	1.同意保留。 2.贊同D <sup>6</sup> 意見，健保資金屬隨收隨付性質，運用以安全性為優先，其運用收益成效宜與相同性質之其他基金操作或貨幣市場平均收益進行比較。	原則同意修正建議
新增	5.7 年度末待收帳款數及約當應收月均保費		可監理總應收款於年末之實收狀況，年末雖不能代表最後之實收比率，但歷年變動趨勢可做為比較，且已另行配套增列指標5.8	D <sup>2</sup> ：同意修正建議，酌修正用詞或加強說明 D <sup>3,5</sup> ：無特別意見 D <sup>4</sup> ：同意修正建議 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議	1.建議再修正。 2.分子分母之期間應相同，方有比較意義。在保費收入係逐年增加的情形下，以過去5年未收回之應收保費相較當年月均保費，無法真正反映監理保費收繳行政效能本意。	計畫辦公室之建議與健保署之意見（採前一年11月1日至當年10月31日為計算週期）併陳。 附註：本指標只計算含政府負擔款之一般保險費（不計補充保險費）

新增	5.8 年度冲銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值		搭配指標5.7，增列本項指標，以監理呆帳發生之程度	D <sup>2</sup> ：同意修正建議，酌修正用詞或加強說明 D <sup>3,5</sup> ：無特別意見 D <sup>4</sup> ：同意修正建議 D <sup>6</sup> ：原則同意修正建議，可僅以數值呈現，不必納入比值	1.建議再修正。 2.分子分母期間不同，無法反映財務意義。呆帳轉銷僅減少催收款項及備抵呆帳等資產科目，不直接影響收支餘絀。建議以呆帳率做為監理指標。	計畫辦公室之建議與健保署之意見（採5年前或10前幾乎均已完成冲銷之年度資料計算之）併陳。 附註：前者可及時觀察觀察有無穩定的在清除呆帳；後者較能反映同一年度之實際成效，但指標將遞延6至11年才能呈現。
備註	<b>初步建議</b> 新增之指標，於綜整後已排除，僅紀錄供參。 1.各項小總額專款(如:B、C肝專款等)年度目標達成率（原 1.9 指標建議） 2.各分項 P4P 給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率（原 2.7 指標建議） 3.醫療品質資訊公開之及時性(每季或每年度結束後多久可以公開或更新)，以及民眾之利用度(點閱數)（原 2.8 指標建議）					

## 106 年度「建立監理指標與健保效能之關連性評析案」 期中報告審查意見回復表

審查意見	研究團隊回復意見
<b>1.綜合審查意見</b>	
<p>(1)本計畫期中報告已大致依照原訂之計畫內容，初步完成預定之工作進度，針對預定工作項目，逐項說明辦理情形，相當清楚，惟以下內容仍請研究團隊再行修正：</p> <p>①本案雖為委辦計畫，需求說明書未有規定之格式，惟為增加報告之整體性及可讀性，其目錄、內文之編排方式，仍建議依本案需求說明書之架構撰寫，亦可參考委託研究計畫格式，建議就整體期中報告的呈現再行修正。</p> <p>②期中報告應完成之工作項目，其中「針對103、104年度監測結果報告書等進行研析」，「檢視指標5大構面、指標項目之妥適性及合理性」，已於報告之第3~5頁提出研析小結，及第22~28頁提出初步建議草案，作為論壇會議之討論基礎，惟對於現況探討較為缺乏，如103、104年監測結果報告書之整體分析、5大構面及指標之妥適性及合理性，建議補強。</p> <p>③所提出之新增指標，如「1.9各項小總額專款(如:B、C肝專款等)年度目標達成率(取至小數點後第二位)」、「1.10各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案(如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數」、「2.7各分項P4P給付方案年度關鍵成果指標(KPI)達成率(取至小數點後第二位)」，指標1.9及2.7，因已於每年的評核會議之執行成果摘要或健保署之業務執行報告中呈現，建議不納入。至指標1.10，建議釐清所涵蓋之方案，並明確定義指標之操作型定義，俾利健保署執行。</p>	<p>①已依委員意見修正。</p> <p>②已於修正報告中補強。</p> <p>③委員寶貴意見將視完成第五、六場論壇後，若有納入指標之共識，再一併敘明。 謝謝！</p>



審查意見	研究團隊回復意見
(2)同意研究團隊的想法，將「指標執行非中央健康保險署權責範圍者」予以排除；指標不宜太多、太細，宜以重點、整體方式進行監理。	感謝委員的寶貴意見，將朝此一方向繼續努力
<b>2.未來研究方向建議</b>	
(1)本計畫檢視五大構面監理指標之妥適性和合理性，似乎較缺乏學術文獻之分析與討論，另外也可考慮以實證資料進行分析，目前採用專家意見及論壇會議尋求共識之方法，是否可達成本計畫之目的，研究團隊應該提出進一步的說明。	感謝委員建議，已酌予補充文獻資料，期末報告將繼續補強
(2)論壇討論方式，較缺乏結構性之思維，專家之專業性及代表性能否符合本計畫之要求，建議有深入之分析及說明。另外不同意見之呈現方式以及結論達成方式(多數決或共識決)，也應在報告中呈現；為利聚焦討論，建議提出處理建議，如納為「優先指標」、納為「選項指標」、納為例行業務執行報告、回歸專案計畫年度執行報告，或列為「長期監測」、「依目標達成時程監測」等方式，若以兩案併陳的方式，恐難於委員會獲致共識。	感謝委員的寶貴意見，本案邀請之公共衛生、醫務管理、品質管理、醫務與衛生行政等專家均報經委辦機關核定，已完成之論壇場次確實是以較自由之方式進行，期廣徵多元之意見；後續總結會議及期末報告將會以更結構化之方式呈現，並將所有專家意見之背景因素或理由詳為說明，及做成指標歸類建議
(3)建議研究團隊在期末報告初稿完成，針對增刪修三方面意見及理由，邀請現任健保會委員座談溝通。然後再予酌修期末報告之建議，相信能提升政策參採率。	感謝委員意見，將努力據以辦理
(4)參考6場論壇中專家建議，並擇優納入新增或修正指標。	感謝，將據以辦理
(5)建議就新增或修正指標，與相關業務單位(如衛福部統計處、健保署)確認未來指標之可取得性。	謝謝，將據以續辦
(6)總結報告提出的監理指標增修建議，請敘明監理重點、監測期程、計算方式、正負向、資料提供單位、目標值/參考值訂定時程，並敘明各項指標究屬於新增、修正、刪除或保留等類別。	謝謝委員建議，將據以續辦，於期末報告更完整呈現

審查意見	研究團隊回復意見
(7)依照所研提之監理指標增修建議，剖析 105 年全民健康保險年度監測結果報告書。	此為本案後半期程應辦項目，謝謝提醒，將於期末報告呈現
<b>3.請再檢視錯、漏字情形，相關文字建議修正如下：</b>	
(1)漏字： 「1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」之「結果及附帶意見」「D <sup>3</sup> ：可予保留，並分析高診次原因」(P88)。	感謝，已依指示修正
(2)勘誤： ①第二次論壇會議紀錄「(十二)建議新增指標 5.7，…，必然會有 1 至 2 個月之 <u>代收款</u> 」應為「 <u>待收款</u> 」(P56，倒數第 10 行)。 ②「4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」說明欄之「保留理由：…將可據以考量納入健保全額 <u>支</u> 付」，應為「全額 <u>給</u> 付」(P95)。	感謝，已依指示修正

# 106 年度「建立監理指標與健保效能之關連性評析案」 期末報告審查意見回復表

審查意見	研究團隊回復說明
<b>1.報告內容及架構</b>	
(1)一般研究報告的附錄係供參考，本報告頁數達 158 頁，惟本文僅 30 頁，附錄超過 100 頁，較不易閱讀，建議將各個附錄的重點摘入本文。	謝謝委員寶貴意見，已將重要成果自附錄移入報告本文，重整於第 18 頁至第 46 頁中，請參考文內各綜整表及相關摘要敘述
(2)研究執行結果有檢視 5 大構面的妥適性，惟報告第 4 頁「參、執行步驟與方法」並未提及，建議補入。	已補入，詳第 4 頁，謝謝！
(3)報告第 17 頁「十一、第一類指標與健保效能之關連性評析」，係依 5 大構面，說明研究建議之 20 項核心指標，為本研究的重點結論，建議分門別類、提綱挈領的呈現。	謝謝委員寶貴意見，已就原有詳細之論述、說明加以分段，避免文字敘述過長，並將其摘要表增列指標訂定意旨及說明欄，請詳參第 21 頁表 5
(4)最終建議方案，請列於本文，並綜整為表格呈現，包含建議修正指標、現行指標、修正理由、監理重點、監測期程、計算方式、正負向等。	謝謝委員寶貴意見，已綜整移列於本文第 31 頁至第 46 頁之表 6。研析比較說明已列有修正理由
<b>2.文獻探討</b>	
建議強化文獻分析之結果與論壇會議內容之連結性，除與 5 大構面連結，亦能與個別指標連結，尤其是連結到第一類核心指標。	謝謝委員寶貴意見，有文獻可資參考者，已於第 31 頁至第 46 頁之表 6 內標註
<b>3.結論與建議</b>	
(1)請說明建議指標之使用限制及可能造成的問題。	謝謝委員寶貴意見，已增列於第 31 頁至第 46 頁之表 6
(2)請釐清所提建議指標，有哪些指標適合觀察整體面，哪些指標適合分析至分區業務組或地區別(六都、縣市)。	謝謝委員寶貴意見，已補充摘要於第 30 頁至第 31 頁，並請卓參表 6
(3)請補充說明各項指標的操作型定義，如「A1.6 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵	謝謝委員寶貴意見，詳如第 31 頁至第 46 頁之表 6

審查意見	研究團隊回復說明
<p>方案(通稱專案，如:避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等)進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數」、「A2.2 可避免之糖尿病住院率」、「A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣(市)每 10 萬人口年度急診利用率」、「A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率」、「A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值」、「A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值」、「A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比」。</p>	
<p>(4)建議財務構面納入保費計繳公平性的指標，研究建議的指標不一定要列在第一類，也可考慮納為第二類或第三類指標，列入例行性報告或在適當時機報告。</p>	<p>謝謝委員寶貴意見，保費計繳之公平性在二代健保改革已有諸多討論，原大力倡議之家戶總所得計繳方式，經行政院核定為不可行；至於三代健保之說，亦尚無具體可行之新倡議；在現行法定制度下，研訂保費計繳公平性指標，實有為難之處，敬請諒察</p>
<p>4.其他：</p>	
<p>(1)報告第 1 頁： ①前言第 2 段第 1 行之「為達成前述全民健康保險（以下簡稱健保）…」應移至第 1 段第 1 行，第 3 段第 1 行之「衛生福利部<u>中央</u>健康保險署（以下簡稱健保</p>	<p>感謝委員指正，已修正</p>

審查意見	研究團隊回復說明
<p>署)」應移至第2段第7行。</p> <p>②前言第1段第4行之「全民健康保險爭議審議會」，應該修正為「全民健康保險爭議審議<u>委員會</u>」；至前面是否加上「衛生署」，建議3個委員會的文字可以統一。</p> <p>③前言第3段第1行「全民健康保險署」應為「中央健康保險署」。</p>	
(2)報告第5頁，「合約醫事服務機構」應為「特約醫事服務機構」。	感謝委員指正，已修正
(3)報告第6頁「(5)財務面」之第2行文字應為「政府負擔 <u>固定</u> 比率之保險費用」。	感謝委員指正，已補漏字
(4)報告第10頁「指標5.3 健保費成長率與GDP成長率比值」，談論的是健保費成長率，內容卻提及總額預算，惟健保費並不等於總額預算。	已依委員意見修正，謝謝指正！
(5)報告第17頁「一、效果」應修正為「一、效率」。	感謝委員指正，已修正
(6)請再檢視全文錯、漏字。	感謝委員指正，已努力檢視修正