

111 年全民健康保險監理指標之 監測結果報告

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 112 年 12 月

資料提供單位：衛生福利部中央健康保險署

目 錄

壹、摘要	1
貳、前言	6
參、監理指標之意涵與監測結果	7
一、效率構面(7項指標).....	7
(一)整體表現情形	7
(二)各指標監測結果及趨勢評析	8
指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級).....	9
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).....	12
指標 1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數	19
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率	23
指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	25
指標 1.6 藥品費用占率	28
指標 1.7 健保專案計畫之執行成效	32
二、醫療品質構面(4項指標).....	36
(一)整體表現情形	36
(二)各指標監測結果及趨勢評析	37
指標 2.1 手術傷口感染率	37
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	40
指標 2.3 照護連續性	43
指標 2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升	45
三、效果構面(3項指標).....	50
(一)整體表現情形	50
(二)各指標監測結果及趨勢評析	51
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門).....	51
指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	54
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率	57
四、資源配置構面(3項指標).....	59
(一)整體表現情形	59
(二)各指標監測結果及趨勢評析	60
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)	60

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).....	64
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	68
五、財務構面(6 項指標).....	73
(一)整體表現情形.....	73
(二)各指標監測結果及趨勢評析.....	74
指標 5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率.....	74
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	77
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	79
指標 5.4 資金運用收益率.....	82
指標 5.5 保費收繳率	85
指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	89
肆、參考資料	91
參考資料一 全民健康保險業務監理架構與指標.....	91
參考資料二 監理指標之操作型定義	97
參考資料三 監理指監測結果報表(107 年起)	108

壹、摘要

為確保全民健康保險基金在兼顧財務穩定及資源有效配置下妥善運用，以維護保險對象的健康權益，全民健康保險會(下稱健保會)自 103 年建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，復經 107 年檢討修訂，期以更宏觀、結構性的方式，全面檢視全民健康保險在業務面及財務面的運作情形，以作為監理健保業務之依據。現行監理架構包括「效率」、「醫療品質」、「效果」、「資源配置」及「財務」等 5 大構面，共 23 項指標，由中央健康保險署(下稱健保署)定期提報前一年度之監測結果，再由本會彙整及研析完成前一年度全民健康保險監理指標監測結果報告。

本報告就 111 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢進行評析，23 項指標中，有 10 項指標呈進步，宜保持；另有 13 項指標趨勢略有退步，尤其在效率及資源配置構面的指標大多或全部呈現退步之趨勢，值得特別關注(111 年各構面表現情形如下圖)。5 大構面表現情形摘要如下(重點摘要表如附表 1)：

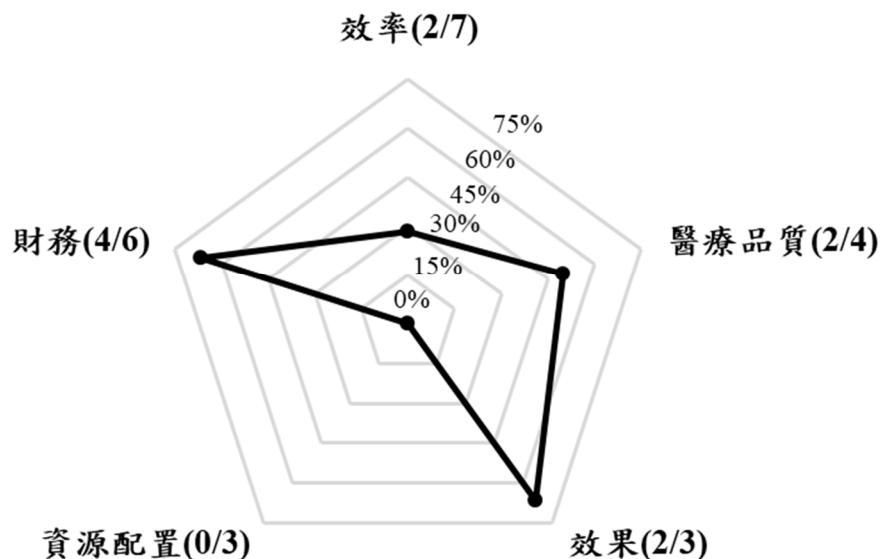


圖 111 年 5 大監理指標進步比率(進步指標數/指標數)

一、效率構面(7 項指標—進步 2/7、退步 5/7)：

- (一)「指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」、「指標 1.6 藥品費用占率」，呈進步趨勢。
- (二)其餘 5 項指標呈退步趨勢，其中「指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，整體呈上升趨勢；「指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率」

較 110 年上升，及「指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」，基層占率未有上升，宜留意是否符合分級醫療期待壯大基層及提高基層服務量能之方向；「指標 1.7 健保專案計畫之執行成效」，呈下降趨勢。

(三)建議健保署宜留意急診壅塞、分級醫療推動、提升專款計畫執行成效等事宜，並研議改善策略。

二、醫療品質構面(4 項指標—進步 2/4、退步 2/4)：

(一)2 項指標呈進步趨勢。

(二)2 項指標呈退步趨勢，其中「指標 2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」，區域及地區醫院達加成月次占率逐年遞減，醫學中心護病比小於 7 人之加成月次占率略為下降，建議健保署持續觀察疫後的變化，及檢討歷年健保總額投入提升護理照護品質相關預算之執行成效。

三、效果構面(3 項指標—進步 2/3、退步 1/3)：

(一)2 項指標呈進步趨勢，「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率」及「指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率」，111 年均較 110 年略降。

(二)呈現微幅退步之「指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」，考量 COVID-19 疫情期間，醫療提供情形不若非疫情期間穩定，請健保署持續觀察疫後之醫療利用情形，及民眾對醫療結果之滿意度變化，提供各總額部門作為業務改進參考。

四、資源配置構面(3 項指標—退步 3/3)：

3 項指標均呈退步趨勢，其中：

(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)」，醫院及西醫基層呈上升趨勢，宜留意西醫醫師人力城鄉分布差距是否逐漸擴大。

(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)」，近 3 年牙醫與中醫門診之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，建議健保署進一步瞭解原因，並與各總額部門共同研議因地制宜的改善措施，及滾動檢討相關方案或計畫。

(三)「指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，呈上升趨勢，「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」等 2 項占率，已超過 7 成，建議健保署宜積極研議，將已近於常態或必要使用之自付差額特材納入全額給付，以減少民眾就醫的財務負擔。

五、財務構面(6 項指標一進步 4/6、退步 2/6)：

(一)2 項指標呈現退步，其中「指標 5.1 保險收支餘紓實際數與預估數之差異率」，建議健保署檢視補充保險費預估模型之妥適性，以提升即時因應健保財務問題之機動性；「指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」呈現下降趨勢，近 3 年間健保醫療支出之成長，已擴增近 500 億元，如何在兼顧整體經濟成長、社會環境及民眾付費能力下，投資健保醫療支出，相當重要。

(二)呈現進步 4 項指標，其中「指標 5.4 資金運用收益率」略有提升，建議健保署宜持續研議提升投資績效之策略；至「指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，雖近年比率變化不大(1.2%~1.31%)，但呆帳提列數有逐年持續增加趨勢，建議健保署宜持續解析呆帳原因，尋求解決對策，尤其對弱勢民眾之協助，以減少呆帳情形。

整體而言，111 年各項指標表現尚稱穩定，本會將持續監測，並請健保署就退步指標進一步研析原因並提出具體改善策略或措施，以保障民眾權益。

附表 1

111 年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步
(一) 效率 ○：2 ×：5	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○ (111 年較 110 年下降)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× (除 111 年醫學中心略降低外，整體及區域與地區醫院呈上升趨勢)
	1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數	× (111 年有申報安寧費用者的比率較 110 年下降) *使用安寧療護較未使用者費用低
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	× (111 年較 110 年上升)
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	× (基層就醫人數比例及件數占率各季未有上升趨勢)
	1.6 藥品費用占率	○ (111 年藥費占率下降係因 109 年 DET 延後調整，宜再觀察)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	× (預算執行率呈下降趨勢，醫院及牙醫門診未達 8 成)
(二) 醫療品質 ○：2 ×：2	2.1 手術傷口感染率	○ (111 年較 110 年略降)
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ (整體照護率呈上升趨勢，且為近 3 年最高)
	2.3 照護連續性	× (111 年較 110 年略降)
	2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升	× (區域醫院及地區醫院達加成占率逐年遞減，醫學中心則全數達成) *宜留意醫學中心低護病比(<7 人)加成月次占率略降
(三) 效果 ○：2 ×：1	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	× (111 年醫院及中醫門診滿意度上升，西醫基層及牙醫略為下降；不滿意部分，除牙醫下降外餘均上升)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	○ (111 年整體及各年齡之糖尿病病人住院率略降)
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	○ (111 年較 110 年略降)
(四) 資源配置 ×：3	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)	× (醫院及西醫基層呈上升趨勢，牙醫及中醫門診較 110 年略降)

構面	指標	近3年監測結果 ○：改善、×：退步
	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)	×(牙醫門診、中醫門診近3年醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	×(111年整體占率較110年略升) *宜留意部分項目自付差額特材占率逐年增加
(五)財務 ○：4 ×：2	5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率	×(逐年擴大)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	○(111年略升)
	5.3 全民健保醫療支出占GDP比率	×(逐年下降)
	5.4 資金運用收益率	○(111年略升)
	5.5 保費收繳率	○(整體及第1~3類已達9成，第6類逐年上升)
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	○(逐年下降) *宜留意呆帳金額隨著保費收入成長而增加

- 註：1.健保署依107年第6次委員會議(107.7.27)「全民健康保險業務監理指標修訂」討論案，修正通過之指標定義提報監測數值。
- 2.監理指標建置前6年(97~102)及107年修訂監理指標前(103~106)之歷史資料報表，請參考本會網站「公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書/109年全民健康保險年度監測結果報告書」。

貳、前言

本報告之監理架構與指標，係以 102 年委託學界所辦「建立全民健保重要業務監理指標」研究之計畫成果為藍圖，其具備學術理論基礎，並匯集專家學者、保險付費者與醫事服務提供者代表等利害關係人之意見，再就實務需求，參酌健保會法定職掌、監理會與費協會時期重要指標後，擬案經 103 年 4 月(103.4.25)及 5 月份委員會議(103.5.23)討論通過，包括：效率、醫療品質、效果、公平及財務等 5 大構面，內含 27 項指標。復經 107 年 6 月(107.6.22)及 7 月份委員會議(107.7.27)討論修訂，經整體檢討後，現行監理指標仍維持 5 大構面，惟公平構面更名為資源配置，指標數修訂為 23 項(詳參考資料一)。

自 104 年起，由健保署定期提報前一年度監理指標之監測結果與說明，並於委員會議進行專案報告，以利委員瞭解各項監理指標的表現情形，及提供建言，再由本會綜整委員意見，彙製及研析完成前一年度監理指標之監測結果報告。為使委員在健保署專案報告時，能有更完整資料，以利討論，本會乃將委員關心之議題列入近 3 年趨勢評析中，先送請委員審閱。111 年全民健康保險監理指標之監測結果及研析報告，係安排在 112 年第 10 次(112.11.15)委員會議進行，會中委員針對監測結果進行充分討論並提出諸多寶貴意見，為忠實呈現委員關切重點及健保署會後回復之說明，乃製表詳實收錄於各指標之後，以利監測結果之解讀及後續執行建議參考。

本報告以圖表的方式呈現 23 項指標近 3 年之關鍵趨勢變化，及輔以評析說明，以聚焦各項指標表現良窳，並於摘要中彙整 111 年監理指標監測結果之重點摘要表，以利綜覽各監理構面運作概況，作為本會業務監理之參據。本報告內容包括以下二部分：

- 一、各監理構面指標之意涵與計算方式、監測結果與說明及近 3 年趨勢評析。
- 二、參考資料：
 - (一)參考資料一：全民健康保險業務監理架構與指標。
 - (二)參考資料二：監理指標之操作型定義。
 - (三)參考資料三：監理指標監測結果報表(107 年起)。

參、監理指標之意涵與監測結果

一、效率構面(7項指標)

(一)整體表現情形

呈進步趨勢(宜保持)

1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
(111 年較 110 年下降)

1.6 藥品費用占率
(111 年藥費占率下降係因 109 年 DET 延後調整，宜再觀察)

呈退步趨勢(宜改善)

1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)
(除 111 年醫學中心略降低外，整體及區域與地區醫院呈上升趨勢)

1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數
(111 年有申報安寧費用者的比率較 110 年下降)

1.4 區域醫院以上初級門診照護率
(111 年較 110 年上升)

1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
(基層就醫人數比例及件數占率各季未有上升趨勢)

1.7 健保專案計畫之執行成效
(預算執行率呈下降趨勢，醫院及牙醫門診未達 8 成)

112年第10次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
<p>關於這些指標，我記得上次報指標的時候有提出來，健保署現在看起來行禮如儀，指標數字讓大家知道一下，稍微說明指標可能不理想的原因，大部分都是因為疫情關係，但事實上在六個分區的管理層面，像台北區就沒有看到指標落實到管理，沒有看到健保署有實際上的管理，這些正向指標或是負向指標，正向怎麼加強，負向怎麼降低，沒有看到具體的措施。</p> <p>像初級醫療，長期看起來就是這樣，也沒有改變，衛福部的分級醫療政策現在也停了，連衛福部都不動，健保署當然更不願意動，健保署不動，醫療機構怎麼會動，就看到很多大型醫院一直不斷地開門診，健保署每個月報表可以看到醫學中心的慢性病占門診件數高達50~60%，也沒有改善，每次報告這些指標，委員講一講，就給健保署參考而已，建議主席應該有具體建議，下一次報告時，健保署要提出具體執行方案，方案怎樣落實到分區管理，比如說方案執行1年以後有什麼結果，這樣看指標才有意義，不然每次都讀一讀而已，乾脆上網公告就好了，也不會占用大家時間。(朱委員益宏)</p>	<p>本署配合持續監測各指標趨勢，並書面提供相關資料與說明，且積極推動各項方案與計畫，及滾動式檢討相關管理與配套措施，另有關監理指標資料統計，並未細分至分區，本署持續配合貴會提供相關資料說明。</p>

(二)各指標監測結果及趨勢評析

指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)

1.指標意涵

(1)監理重點：院所營運效率/國際比較。

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

2.監測期程：每半年。

3.計算方式

(1)計算公式：

分子：急性病床住院日數

分母：急性病床住院申請件數

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

(2)結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

4.於年度監測結果報告書呈現各層級醫院平均值及標準差資料。

5.健保署提報監測結果：

109~111 年急性病床平均住院天數

單位：日/件

項目 層級 年	參考數據						指標結果		
	住院天數(百萬日) (A)			住院件數(百萬件) (B)			平均每件住院天數 (A/B)		
	109 年	110 年	111 年	109 年	110 年	111 年	109 年	110 年	111 年
整體醫院	22.87	21.79	22.09	3.07	2.85	2.97	7.44	7.64	7.44
醫學中心	8.04	7.52	7.69	1.11	1.01	1.07	7.27	7.44	7.18
區域醫院	10.01	9.41	9.46	1.38	1.27	1.30	7.24	7.42	7.26
地區醫院	4.82	4.86	4.93	0.58	0.57	0.59	8.28	8.49	8.31

※健保署說明：

(1)109~111 年醫院每件急性病床平均住院天數分別為 7.44、7.64、7.44 天，呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.28、8.49、8.31 天，已較 110 年略降。

(2)又近 3 年地區醫院急性病床平均住院天數皆高於整體，主要受呼吸照護個案影響，對於呼吸器依賴患者部分，為促進醫療資源合理

使用，減少長期呼吸照護個案醫療費用支出，健保署抑制資源不當耗用改善方案訂有「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標且每年持續強化推動，查該項指標 107 年約 61.4%，至 111 年已達約 72.4%。

(3)查 111 年平均住院天數回到 109 年水準，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，健保署將持續觀察。

6.健保會研析

(1)國際比較：

各國急性病床平均住院天數比較表

單位：日/件

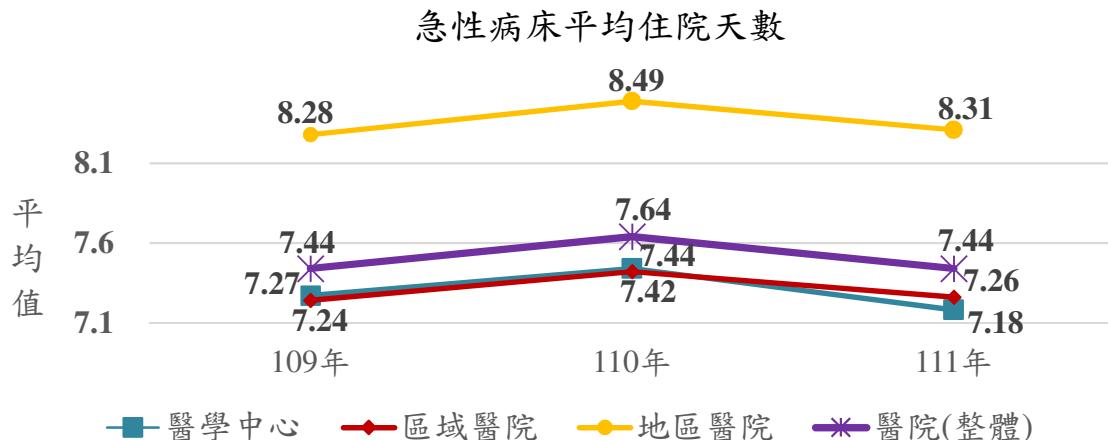
國 家	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年
加拿大	7.4	7.5	7.7	7.7	7.8
芬 蘭	6.4	6.4	6.2	6.3	6.4
法 國	5.5	5.5	5.4	5.7	5.6
德 國	7.5	7.5	7.4	7.4	7.4
挪 威	6.0	6.0	5.9	5.9	5.8
瑞 典	5.6	5.5	5.5	5.3	5.4
英 國	5.9	6.1	6.2	6.5	7.1
日 本	16.2	16.1	16.0	16.4	16.0
韓 國	7.6	7.5	7.3	7.8	7.6
OECD 國家 平均值	6.5	6.5	6.5	6.6	6.7
臺灣	7.5	7.5	7.4	7.4	7.6

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 112/09/25。

註：OECD 國家平均值，106~109 年採 33 個會員國資料，110 年為 31 個國家。

我國急性病床平均住院天數與韓國、加拿大及德國相近，遠低於日本，高於 OECD 國家平均值。

(2)近 3 年趨勢評析：



111 年整體與各層級醫院之急性病床平均住院天數均較 110 年下降，惟近 3 年(109~111 年)可能受 COVID-19 疫情影響，建議健保署應關注疫情後之數據變化，並持續監測。近 3 年地區醫院急性病床平均住院天數仍高於整體及其他層級醫院，建議健保署瞭解原因及提出具體改善措施。

指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)

1. 指標意涵

(1) 監理重點：急診照護效率。

(2) 意義：

① 醫院急診室主要是提供急症及嚴重外傷患者緊急、適當的醫療處理，屬治療中繼站，尚須安排病人接受下一階段之治療或離院。

② 藉由本指標可瞭解病人在急診室留置時間，評估醫院對急診病人的處理效率。數值低表示駐留時間較短，醫院在急診病人後續照護、病床管理表現較佳；數值高則表示駐留時間較長，處理效率較不佳。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：急診病人留置超過 24 小時人次

分母：急診總人次

(2) 結果呈現：① 醫院整體、② 醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

4. 於年度監測結果報告書呈現檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料。

5. 健保署提報監測結果：

109~111 年急診留置超過 24 小時比率(整體)

年度	參考數據		指標結果 (B/A)
	急診總人次 (A)	留置超過 24 小時 人次(B)	
109 年	6,320,904	146,893	2.32
110 年	5,893,834	147,737	2.51
111 年	7,390,371	189,436	2.56

109~111 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別)

層級別	年度	參考數據		指標結果 比率(%) (B/A)
		急診總人次 (A)	留置超過 24 小時人次(B)	
醫學中心	109 年	1,617,426	99,314	6.14
	110 年	1,461,185	100,043	6.85
	111 年	1,730,483	109,995	6.36
區域醫院	109 年	3,102,035	40,957	1.32
	110 年	2,859,894	38,474	1.35
	111 年	3,634,110	63,872	1.76
地區醫院	109 年	1,601,440	6,622	0.41
	110 年	1,572,755	9,220	0.59
	111 年	2,025,778	15,569	0.77

109~111 年急診留置超過 24 小時比率(檢傷分類)統計表

單位 : %

年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
109 年	6.42	5.39	2.17
110 年	7.10	5.63	2.34
111 年	8.92	6.51	2.48

109~111 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)統計表

單位 : %

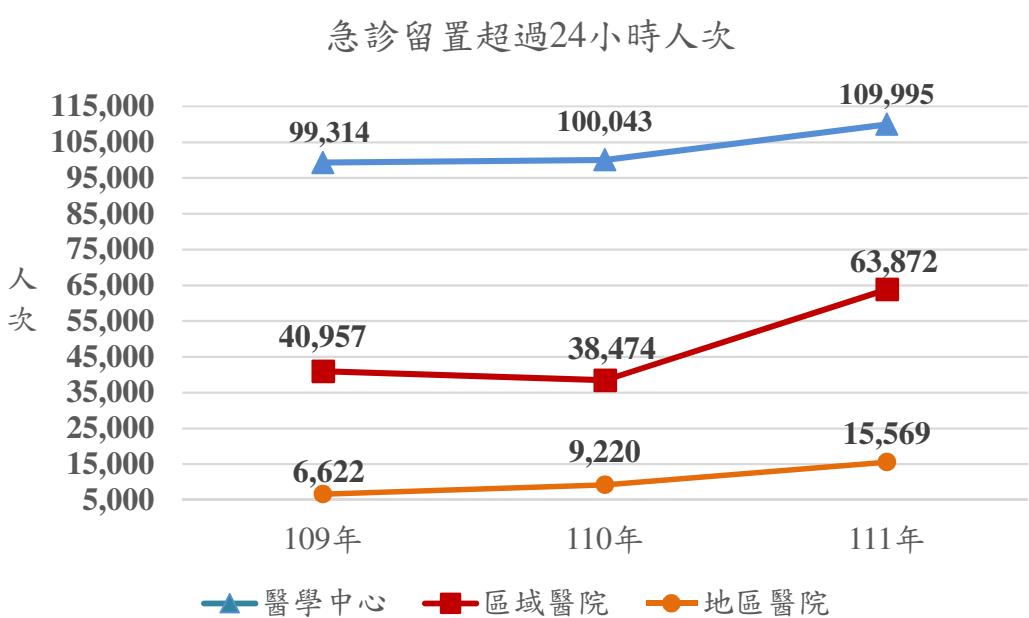
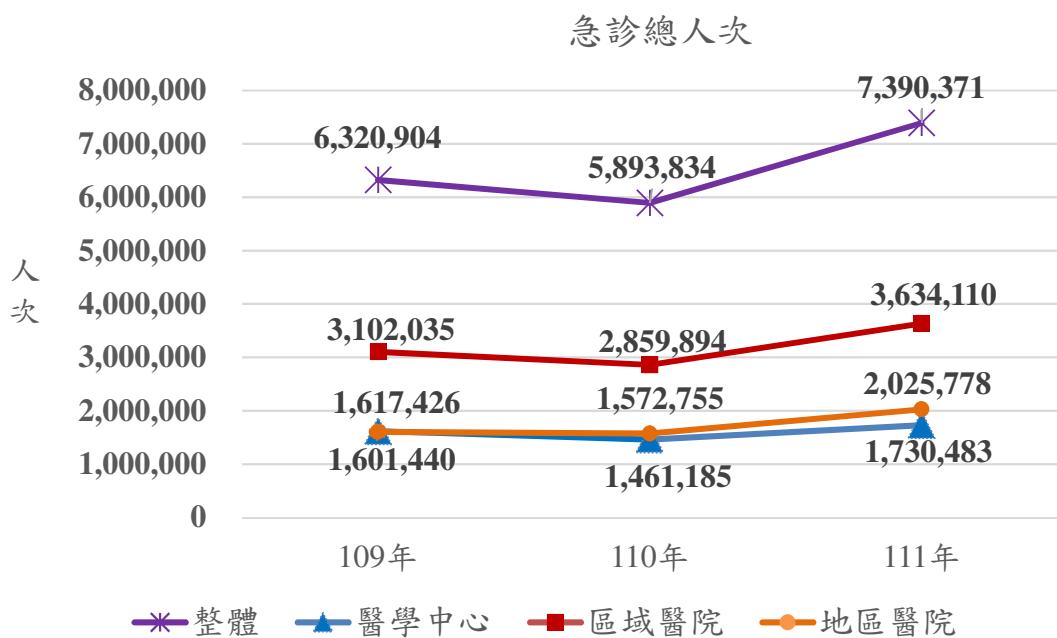
層級別	年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
醫學中心	109 年	12.06	10.18	5.57
	110 年	14.60	11.02	6.23
	111 年	16.59	11.28	5.90
區域醫院	109 年	4.56	2.81	1.17
	110 年	4.23	2.79	1.20
	111 年	6.66	4.16	1.67
地區醫院	109 年	1.23	1.32	0.43
	110 年	1.96	1.67	0.61
	111 年	2.69	2.70	0.82

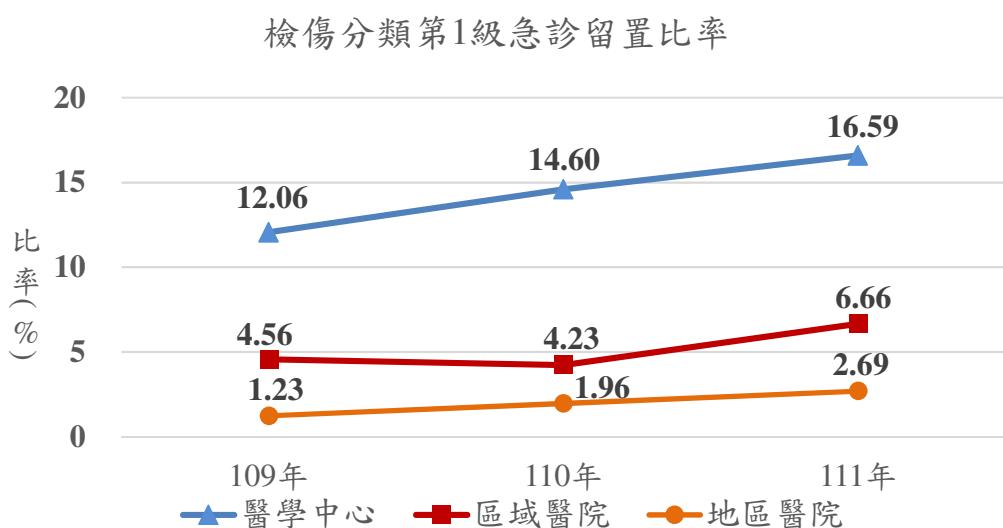
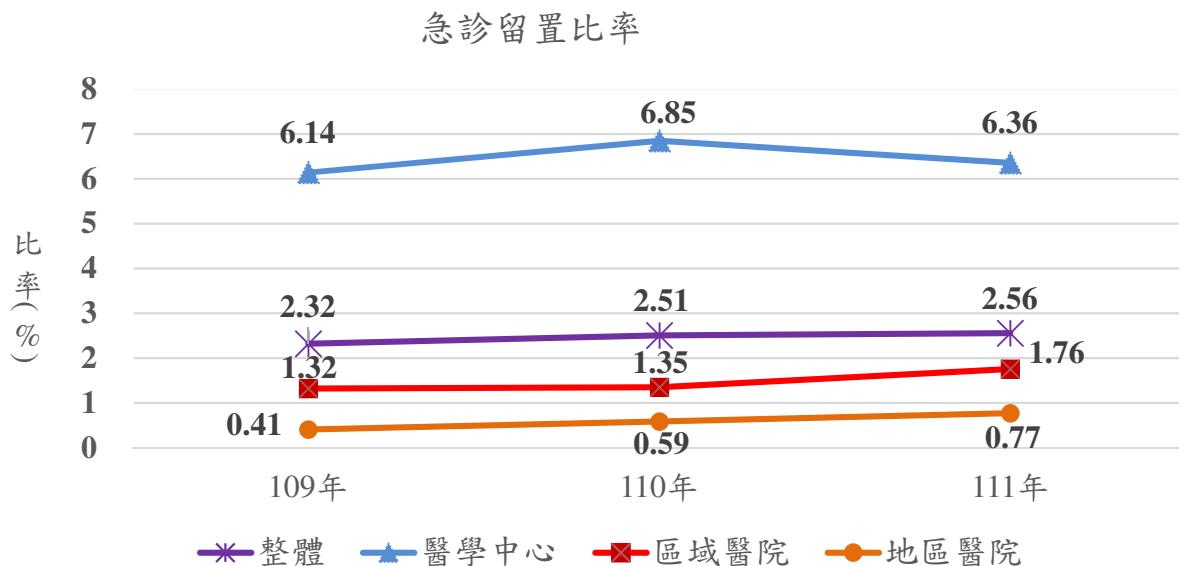
※健保署說明：

- (1)111 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 110 年上升約 0.05 個百分點、較 109 年上升約 0.24 個百分點。111 年區域醫院及地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，醫學中心指標表現則較 109 年上升，惟較 110 年下降。
- (2)111 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級至第 3 級較 110 年上升 0.14 個百分點至 1.82 個百分點、較 109 年上升 0.31 個百分點至 2.50 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 110 年上升 1.99 個百分點、區域醫院上升 2.43 個百分點、地區醫院上升 0.73 個百分點。
- (3)查 111 年之急診人次及急診留置超過 24 小時人次皆為近 3 年最高，可能係因 111 年本土 COVID-19 疫情升溫，Omicron 病毒傳播快速，眾多 COVID-19 病人為進行篩檢湧入急診，排擠醫院急診資源，加上各醫院配合中央流行疫情指揮中心，要求保留特定比率病床做為專責病床，影響病人轉入住院病房時程。
- (4)健保署推動相關改善措施並多管齊下：
- A. 健保署原規劃 111 年 5 月 15 日實施之部分負擔調整方案，為使醫學中心及區域醫院回歸急重症照護、避免輕症急診就醫，調降第 1-2 級並加重第 4-5 級部分負擔，惟因疫情因素由衛福部延後實施。
 - B. 另健保署近年推動分級醫療、提升急診診察費支付點數及新增診治兒童之專科醫師加成、鼓勵地區醫院假日及夜間開診、保障急診醫療服務點值、推動急診品質提升方案、提供急診即時訊息、發揮社區醫療群 24 小時緊急諮詢服務效用、健保全球資訊網之醫療品質資訊公開網每季公開各醫院相關急診指標表現情形等，健保署將持續滾動式檢討各項政策，期透過多重策略之介入，改善醫院急診壅塞情形。
 - C. 已定期於健保會(每季)、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(半年)報告指標執行情形，與醫界團體共同監測。
- (5)為提升急診醫療服務品質，健保署曾多次檢討並修訂「全民健康保

險急診品質提升方案」。因應「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正，將急診方案涉護理費項目予以拆分為第一天及第二天起，並訂定不同支付點數，業經 112 年 4 月 27 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過，於 112 年 6 月 2 日公告自 112 年 6 月 1 日起生效。考量急診方案曾於 111 年大幅增修訂，尚屬實施初期，將持續觀察其執行成效，期能提升急診處置效率。

6.健保會研析-近 3 年趨勢評析：





111 年整體及各層級醫院之急診總人次、急診留置超過 24 小時人次，皆為近 3 年最高。各層級醫院留置比率，以醫學中心最高，惟醫學中心留置比率較 110 年改善(從 6.85% 降為 6.36%)，區域醫院及地區醫院則增加。

另從檢傷分類第 1~3 級急診留置比率觀之，地區醫院最低、醫學中心最高，可能因醫學中心急診病人之疾病嚴重度較高所致，因急診處置結果包含轉住院、轉他院、治療完成出院等，須進一步瞭解其急診處置結果，以利針對原因加以改善。另考量近 3 年可能受 COVID-19 疫情影響，且衛福部於 112 年 7 月 1 日起調整急診部分負擔，後續宜持續觀察數據變化。

本會委員十分關切醫學中心急診壅塞問題，近年於醫院總額亦有

「急診品質提升方案」專款用於增進急診處理效率，建議健保署積極檢討提升急診品質相關策略，以有效改善醫學中心急診壅塞情形。

7.112年第10次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
<p>我一直很關注急診病人留置急診室超過24小時比率，台北某家國家級醫學中心就超過10%、20%，10年來都是這樣，這個指標監測10年、20年都是這樣子，因為健保署沒有作為，所以醫院不會去改善。另外看到依檢傷分類的急診病人留置急診室超過24小時比率，因為不改善，111年醫學中心檢傷分類第一級還有16.59%，所謂檢傷分類第一級就是病人要死掉了，病人可能已經非常危險、瀕臨死亡，在分類的時候是第一優先要處理的，結果還有16.59%在急診室留置超過24小時，但健保署對這些指標沒有管理策略，也沒落實到分區管理，因為分區管理才會落實到每家醫院管理，這個必須針對每家醫院的特殊狀況管理，但健保署頂多就是回饋資料而已，至於醫院管不管就兩手一攤。(朱委員益宏)</p>	<p>一、為增進急診處置效率，本署定期監測相關指標，除每半年於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱共擬會議)報告急診病人留置急診室超過24小時比率之監測結果外，亦每季於本會議之本署業務報告呈現急診品質提升方案各指標表現情形。</p> <p>二、另依據112.9.14第3次共擬會議決議，由本署函詢績優醫院(臺中榮總)降低「急診病人留置急診室超過24小時比率」之方法及提供給各醫院參考，並於112.12.14第4次會議邀請該院經驗分享。</p> <p>三、為滾動檢討急診品質提升方案，本署前邀集急診醫學會等醫界專業團體全面審視及討論，並於111.4.1、112.6.1修訂實施，本方案四大構面如下：</p> <p>(一)「急診重大疾病照護品質」：針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準(如：急性心肌梗塞於90分鐘內接受緊急介入性心導管治療)，如符合上開獎勵條件者，個案獎勵2,000-30,000點。</p> <p>(二)「轉診品質」：依上轉時間、直接轉入加護病房與否，每個案獎勵500-5,000點；下轉依是否直接轉</p>

委員意見	健保署回復說明
	<p>入加護病房，每個案獎勵500-5,000點。</p> <p>(三)「急診處置效率」：符合緊急插管、重大疾病進入加護病房<6小時，每個案獎勵5,000點；檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時，每個案獎勵50點；地區醫院急診病人較去年增加，每增加1人次支給500點獎勵。</p> <p>(四)「補助急診專科醫師人力」：補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務，每人次每月補助上限3萬點。</p> <p>四、考量健保未限制民眾就醫，本方案已提供醫院端不同構面多元獎勵方式，另為持續精進，本署業於112.10.27函請急診醫學會提供方案修訂建議，將俟該會提供意見後，另行評估與討論。</p>

指標 1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數

1. 指標意涵

(1) 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢。

(2) 意義：

①癌末病人疾病嚴重度較高，醫療利用或費用相對也高，但若在自我意願下選擇接受安寧緩和療護，生活較有品質且醫療費用會降低。本指標可瞭解癌末病人臨終前 6 個月整體醫療費用變化情形。

②末期病人接受安寧緩和療護是近年政策推廣重點，其著眼於尊重病人在自己意願與需求下，選擇安寧緩和療護的權利。安寧緩和療護可維持生命尊嚴，提高生活品質，並減少臨終前無意義之過度醫療。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 癌末病人接受安寧療護比率

(2) 癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數

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

5. 健保署提報監測結果：

近 3 年癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率

年度	參考數據		指標結果 比率(%) (B/A)
	癌症死亡人 數(人)(A)	癌症病人死亡前一年內有申 報安寧費用者(人)(B)	
109 年	50,161	32,145	64
110 年	51,656	32,205	62
111 年	51,927	31,834	61

近 3 年因癌症死亡病人死亡前 6 個月醫療概況

死亡年	死前 6 個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者之醫療費用 (點/人)
	安寧費用 (點/人)	非安寧費用 (點/人)	合計 (點/人)	
109 年	68,583	333,506	402,089	445,252
110 年	57,120	344,630	401,751	458,675
111 年	51,329	349,823	401,152	466,160

註：1.死前 6 個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護 6 個月以上者，排除小於 6 個月內始接受安寧療護者。

2.死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行 Propensity Score 配對，樣本數為 1:2。

111 年每人平均醫療費用前 5 項最高之診療類別(排除基本診療)

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點/人	項目	點/人
藥費	129,379	藥費	153,840
診療費	51,167	診療費	62,673
治療處置費	28,764	檢查費	37,678
檢查費	21,282	放射線診療費	25,344
放射線診療費	18,482	治療處置費	25,236

※健保署說明：

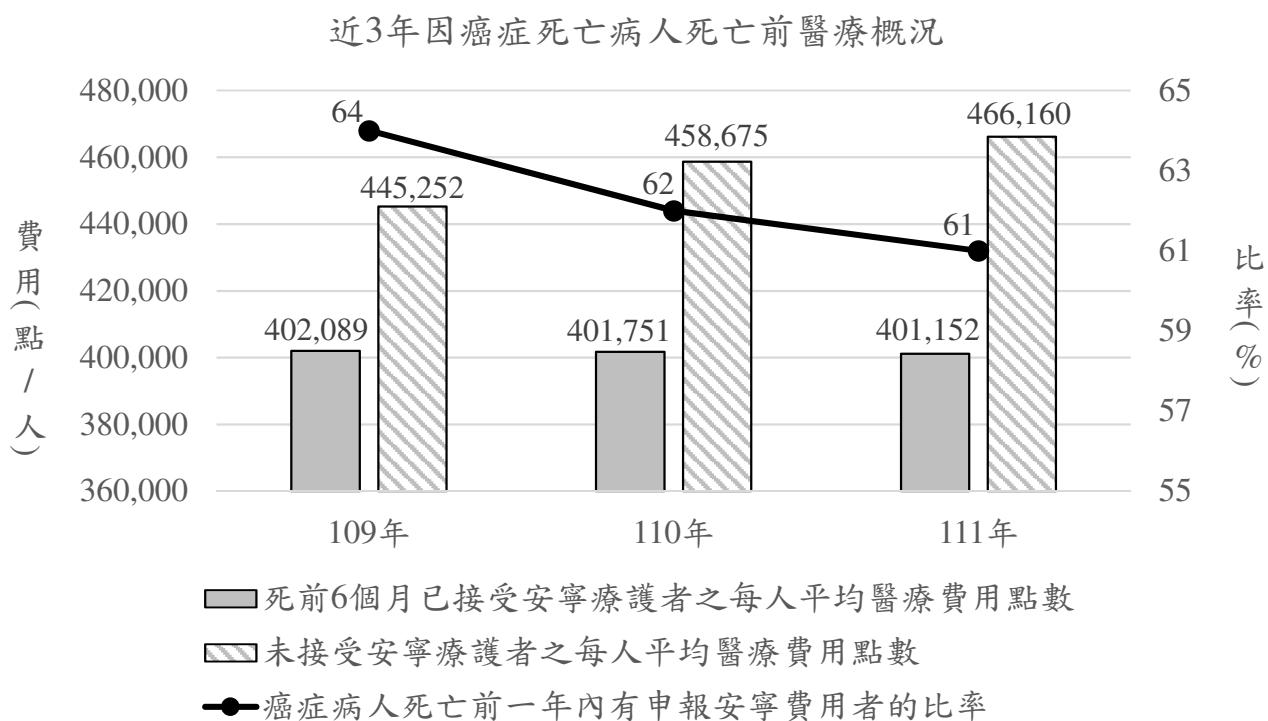
- (1)近 3 年癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率維持於 61%-64% 之間。
- (2)臨床專家認為影響醫療費用較多的定義，為其接受安寧的起始時間，而非照護期間，故愈早介入愈好。因疾病過程隨時間進展，即使接受安寧療護時間相同，對醫療費用影響恐差異甚大。故有關依接受安寧照護期間，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，係以癌症死亡病人生前 6 個月中，至少接受安寧療護 6 個月以上(不足 6 個月之個案均不計)與未接受安寧者配對比較分析，癌末病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用，111 年死前 6 個月接受安寧療護者 40.1 萬點，若扣除安寧費用後為 35 萬點，未接受安寧療護者 46.6 萬點，故接受安寧療護者之

醫療費用較未接受者低。

(3)排除基本診療費用後(含安寧費用)，曾接受或未接受安寧療護者之前 5 項醫療費用最高之診療類別均為藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費。

(4)111 年癌末病人死亡前一年內有申報安寧費用比率近 3 年持平。前揭比率可能受中央流行疫情指揮中心於 110 年 5 月 15 日宣布全臺進入第三級防疫警戒，民眾就醫意願降低，及分艙分流等措施陸續實施，醫事人員致力於防疫，安寧療護服務人力下降等因素影響。健保署將繼續追蹤癌症末期病人死亡前一年內使用安寧療護服務情形，並持續推廣及檢討健保安寧療護服務。

6. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：



111 年癌末病人死亡前 1 年內有申報安寧費用的比率較 110 年下降，考量癌末病人接受安寧療護，可維持生命尊嚴，及提高生活品質，且接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低，基於癌末病人接受安寧療護可守護病人善終過程，又可提升健保資源使用效益，爰建議健保署加強推動安寧緩和療護服務，以提升癌末病人接受安寧療護之意願。

7.112年第10次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
<p>追蹤近3年癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數執行情形，有接受安寧療護者相較於未接受安寧療護者的費用約低10~14%，但癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率近3年呈現下降趨勢，109年64%，110年降為62%，111年再降為61%。除受到當時防疫影響之外，請健保署進一步了解下降的具體原因，做為繼續改進推動安寧醫療服務的參考，保障癌末病人有尊嚴地度過人生的最後一程。(李委員永振)</p>	<p>一、本署監測癌症末期病人死亡前1年之安寧療護利用率，自101年為40%成長至109年為64%，110年為62.3%、111年為61.3%，推估仍可能係因111年本土COVID-19疫情升溫，Omicron病毒傳播快速，各醫院配合中央流行疫情指揮中心要求保留特定比率病床做為專責病床，且醫護人力多配合防疫調整，間接影響安寧推動。</p> <p>二、本署持續推動並加強癌症末期病人之安寧療護使用。</p> <p>(一)本署每月定期提供前開病人安寧醫療利用情形，供本署各分區業務組輔導院所，以提升安寧照護利用率。</p> <p>(二)另透過全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案之指標「建立安寧緩和醫療跨院際合作」，鼓勵醫院持續推動安寧緩和療護服務並提升可近性，促使更多院所及照護機構加入，提供癌症病人於面臨疾病末期階段之適切安寧緩和療護服務。</p>

指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率

1. 指標意涵

- (1) 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護。
- (2) 意義：區域醫院以上層級應以急重症照護為主，藉由本指標可觀察資源有無過度投入初級照護之情形。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析)

分母：門診總案件數(不含門診透析)

(2) 初級照護定義：詳第 98 頁，104 年前以 ICD-9-CM 疾病編碼進行統計，105 年全面改以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼。

4. 健保署提報監測結果：

109~111 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	參考數據				指標結果 單位：%
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
109 年	13.94	19.35	32.31	21.61	17.04
110 年	13.94	18.85	30.86	21.03	16.73
111 年	14.40	19.34	30.26	21.19	17.21

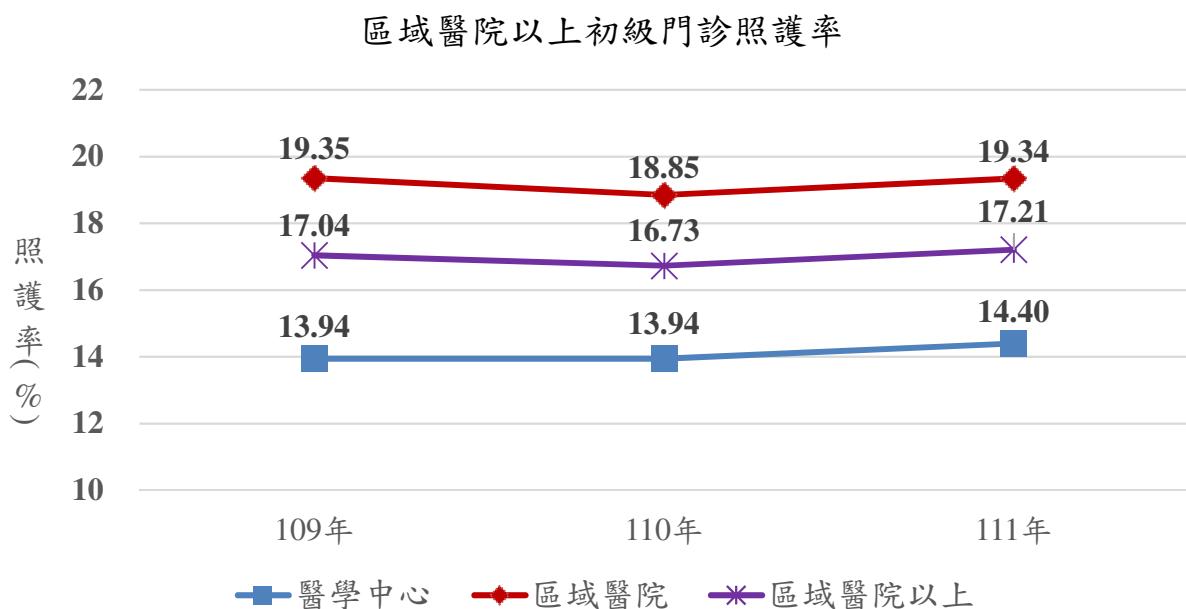
※ 健保署說明：

- (1) 109~111 年醫院初級門診照護率分別為 21.61%、21.03%、21.19%，整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.04%、16.73%、17.21%，趨勢持平。
- (2) 考量部分地區醫院之急性一般服務病床數大於 250 床，已有提供急重症照護之能力；若將急性一般服務病床數大於 250 床之地區醫院排除，則 111 年地區醫院之初級門診照護率達 31.8%。
- (3) 自 106 年起健保署致力推動分級醫療各項措施，持續加強宣導分級醫療外，亦積極推動醫療體系垂直整合、調整部分負擔等，以民眾為中心評估其照護需求，藉由分工合作讓大小醫院、診所各司其

職，共同照護病人。

(4)健保署持續監測區域醫院以上初級門診照護率，以及穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



為配合分級醫療政策，健保自 106 年起推動提升基層醫療服務量能、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務等措施。本會委員向來極為關注醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，111 年區域醫院以上初級門診照護率較 110 年微幅上升，惟考量 111 年仍受新冠肺炎疫情影響，建議健保署持續監測，並精進相關推動措施，導引區域以上層級醫院以提供急重症照護為主，避免偏重投入初級照護，讓各層級醫院各司其職，促使有限的醫療資源發揮更大的使用效益。另指標 1.5 西醫基層之就醫人數及件數占率，近 3 年同期資料相比，均呈下降趨勢(詳第 25 頁)，宜併同觀察。

指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布

1. 指標意涵

(1) 監理重點：就醫變動性。

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

2. 監測期程：每季。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 部門就醫人數比例：

分子：該部門門診就醫人數

分母：西醫門診就醫人數

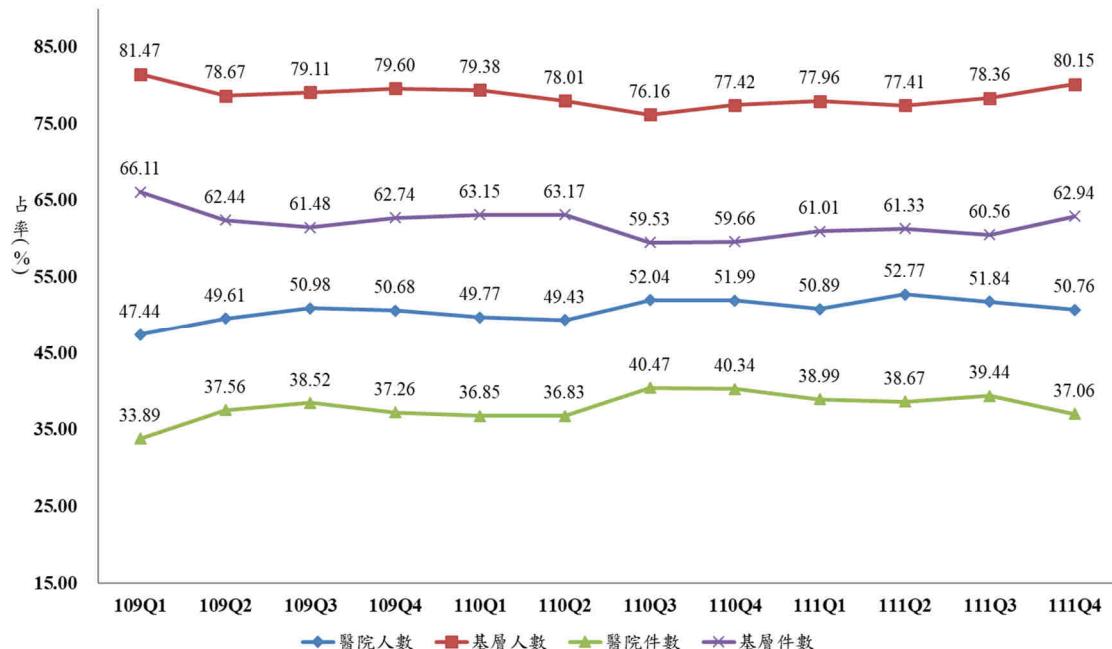
② 部門申報件數占率：

分子：該部門門診申報件數(就醫人次)

分母：西醫門診申報件數(就醫人次)

(2) 部門別為：西醫基層、醫院總額

4. 健保署提報監測結果：



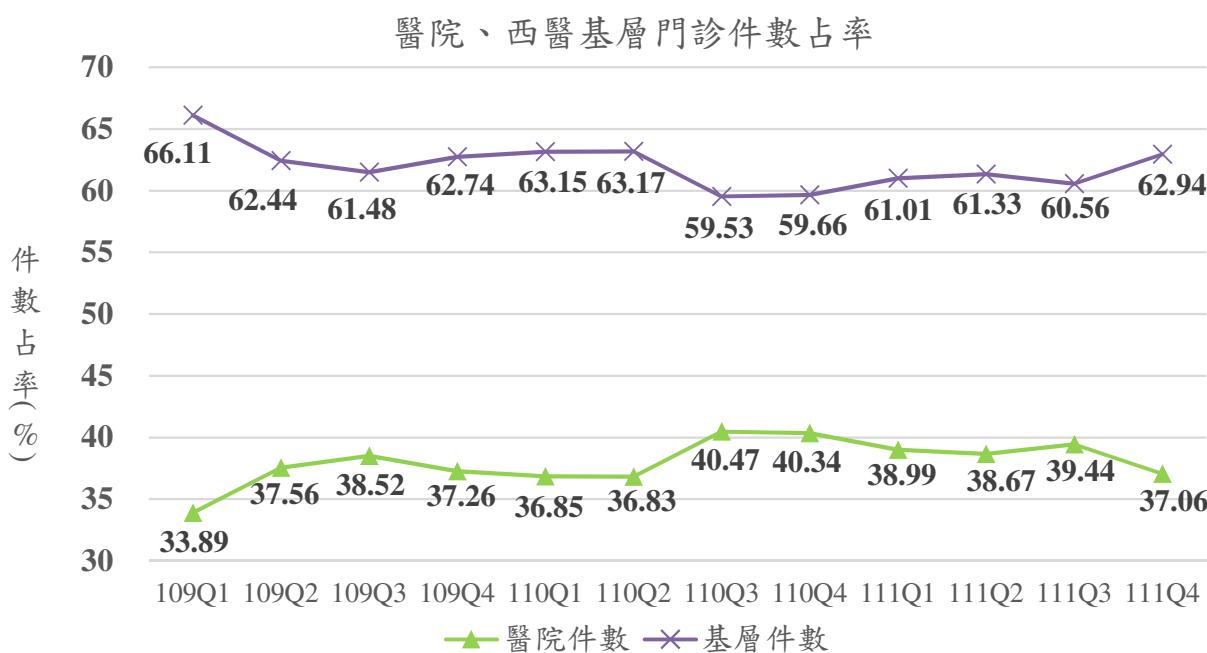
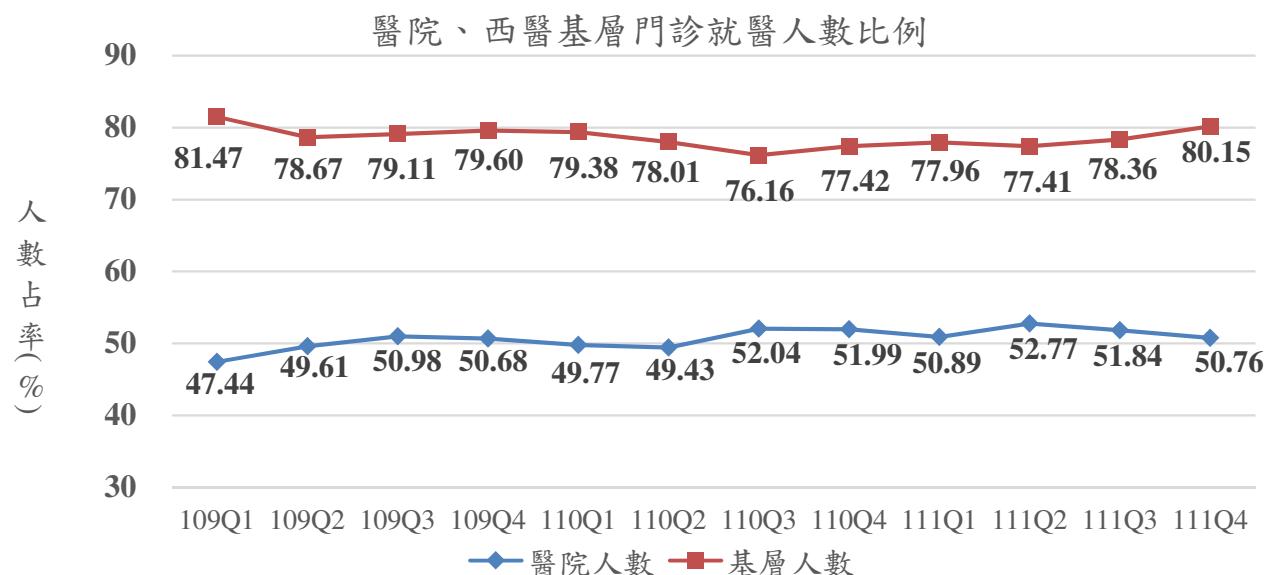
※ 健保署說明：

(1) 觀察醫院及西醫基層部門間醫療服務消長情形，111年第4季基層就醫病人占率為 80.15%，醫院為 50.76%；基層件數占率 62.94%，

醫院則為 37.06%。

(2)基層就醫人數占率自 111 年第 3 季起回升，考量最近 3 年均為疫情期間，對應中央流行疫情指揮中心防疫政策調整，民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為隨之改變，未來仍須向民眾再加強溝通宣導，並持續觀察。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



以近 3 年(109~111 年)同期資料比較，整體而言，醫院及西醫基層部門之就醫人數及件數在各季間呈週期性消長。自 106 年起健保總額持續挹注預算配合推動分級醫療政策，惟近 3 年(109~111 年)西醫基

層部門之就醫人數比例及件數占率，各季未有上升(除 111 年第 3、4 季外)，與分級醫療期待壯大基層及提高基層服務量能之方向似有未符，可能與近 3 年受 COVID-19 疫情期間，民眾就醫習慣及醫療院所提供的醫療服務行為隨之改變，宜再繼續觀察疫後趨勢。

本項指標宜併同觀察指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率之趨勢變化情形，並持續檢討分級醫療政策之成效。

指標 1.6 藥品費用占率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：藥品使用情形。

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

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 藥品費用占率：

分子：藥品申報醫療點數

分母：整體申報醫療點數

醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層分列

② 藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

分子：(本年藥品費用發生數-目標總額數)×100%

分母：藥品目標總額數

新藥(如 C 肝新藥)獨立管控，得不列入計算

4. 健保署提報監測結果：

(1) 藥品費用占率：

層級別	費用年	指標 結果	單位：% 平均值* 標準差* 平均值 ±1.5*標準差 平均值 ±2.0*標準差			
			平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2.0*標準差
	109 年上半年	27.98				
	109 年下半年	27.08				
	109 年全年	27.52				
	110 年上半年	28.91				
整體	110 年下半年	28.39	27.84	0.77	29.0~ 26.68	29.38~ 26.30
	110 年全年	28.65				
	111 年上半年	27.80				
	111 年下半年	26.88				
	111 年全年	27.32				

層級別	費用年	指標 結果	平均值*	標準差*	平均值 $\pm 1.5^* \text{標準差}$	平均值 $\pm 2.0^* \text{標準差}$
醫學中心	109 年上半年	36.57				
	109 年下半年	35.65				
	109 年全年	36.08				
	110 年上半年	38.47				
	110 年下半年	37.60	36.88	1.04	38.44~ 35.32	38.96~ 34.80
	110 年全年	38.02				
	111 年上半年	36.97				
	111 年下半年	36.01				
區域醫院	111 年全年	36.47				
	109 年上半年	29.96				
	109 年下半年	28.41				
	109 年全年	29.16				
	110 年上半年	30.42				
	110 年下半年	29.71	29.46	0.74	30.57~ 28.35	30.94~ 27.98
	110 年全年	30.06				
	111 年上半年	29.41				
地區醫院	111 年下半年	28.84				
	111 年全年	29.11				
	109 年上半年	23.68				
	109 年下半年	22.65				
	109 年全年	23.14				
	110 年上半年	24.17				
	110 年下半年	23.91	23.65	0.52	24.43~ 22.86	24.69~ 22.60
	110 年全年	24.04				
基層院所	111 年上半年	23.82				
	111 年下半年	23.65				
	111 年全年	23.73				
	109 年上半年	19.08				
	109 年下半年	18.47				
	109 年全年	18.78				
	110 年上半年	19.33				
	110 年下半年	19.18	18.79	0.50	19.55~ 18.04	19.80~ 17.79
	110 年全年	19.26				
	111 年上半年	18.70				
	111 年下半年	18.00				
	111 年全年	18.32				

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

(2)藥品費用占率(排除新藥影響)：

單位：%

費用年	指標結果	新藥申報金額（億元）	扣除新藥後之占率
109 年	27.52	215.25	25.1
110 年	28.65	268.27	25.2
111 年	27.32	261.82	24.2

(3)藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

配合 DET 辦理之藥價調整	109 年 (第 8 年)	110 年 (第 9 年)	111 年 (第 10 年)
	111 年 1 月 1 日 調整 ^{註 3}	112 年 4 月 1 日調整 ^{註 4}	112 年 4 月 1 日調整 ^{註 4}
DET 成長率(%)	4.88	4.524	3.159
目標值(億元)	1702.3	1,779.3	1,835.5
核付金額(億元)	1803.6	1,908.5	1,921.8
價量協議(PVA)回收金額(億元)	26.7	49.7	79.7
超出額度調整金額(億元，%) ^{註 1}	74.6(4.1)	與 111 年合併	81.8(4.3)
藥品費用超過目標總額之百分率(%) ^{註 2}	4.4	與 111 年合併	4.5 ^{註 5}

註 1：106 年起，超出額度調整金額為核付金額扣減目標值，再扣減價量協議(PVA)回收金額。

註 2：藥品費用超過目標總額之百分率為超出額度調整金額占目標值之百分率。

註 3：109 年因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作而暫緩。健保署於 110 年 10 月 28 日公告 109 年 DET 調整事宜，延至 111 年 1 月 1 日生效，於 110 年 11 月 17 日公告藥品支付價格核算調整結果。

註 4：110 年及 111 年 DET 方案經參採藥界意見，於 111 年 12 月 20 日公告兩年合併辦理，成長率分別為 4.524%、3.159%，新藥品支付價格生效日期為 112 年 4 月 1 日。健保署於 112 年 3 月 1 日公告藥品支付價格核算調整結果。

註 5：為兩年合併後之超出額度調整金額占 111 年目標值之百分率。

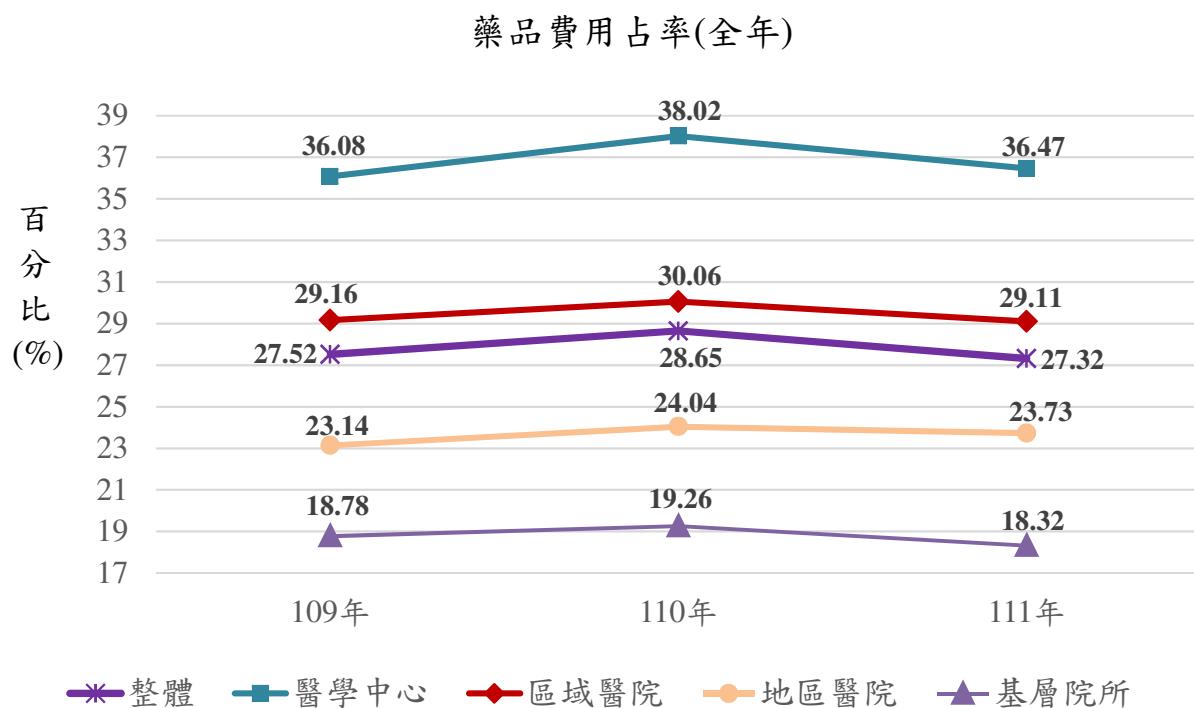
※健保署說明：

(1)在藥品費用占率部分，108 年至 110 年之藥費占率呈現上升趨勢，111 年係因藥品費用分配比率目標制 (DET) 方案調整藥價致藥費占率下降。經排除新藥申報金額之影響，109 年至 111 年藥費占率均維持在 25% 上下。

(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，110 年及 111 年 DET 方案經參採藥界意見，於 111 年 12 月 20 日公告兩年合併辦理，成長率分別為 4.524%、3.159%，新藥品支付價格生效日期為 112 年

4月1日。超出額度調整金額則考量近年疫情、俄烏戰爭及物價通貨膨脹上升等因素，參考行政院主計總處公布之消費者物價指數年增率(即通貨膨脹率)後予以調整。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



近3年(109~111年)藥品費用占率已近29%(醫學中心已超過38%)，110年整體及各層級院所之藥品費用占率較高，係因為當年未調整藥價(109年超過部分原應於110年調整藥價，惟因疫情延至111年)，後續宜持續觀察數據變化。

因藥品採固定點值(每點支付金額為1元)，藥品費用占率過高將排擠其他醫療服務，建議健保署仍宜持續留意藥品使用情形及藥品費用結構合理性，以利研議相關管控措施。

指標 1.7 健保專案計畫之執行成效

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理健保各專案執行之效率。

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

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 本年度進場、退場之專案計畫占率：

分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數

分母：本年度進行中之專案計畫總數

② 專案計畫之 KPI 達成率：

分子：各部門擇一計畫，KPI 達成數

分母：各部門擇一計畫，KPI 總數

(2) 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

4. 健保署提報監測結果：

年度	層級別	參考數據		指標結果	
		專案計畫數	新增專案計畫數	新增專案計畫占率	專款計畫預算執行率
111	醫院	17	3	17.65%	70%
	西醫基層	15	3	20%	87%
	中醫門診	10	1	10%	85%
	牙醫門診	8	2	25%	59%

註：1.111 年全年結算數已計算完成，「精神科長效針劑藥費」專款項目同時併列於西醫基層與醫院總額，預算執行率如上附表。

2.111 年無退場專案計畫。

※健保署說明：

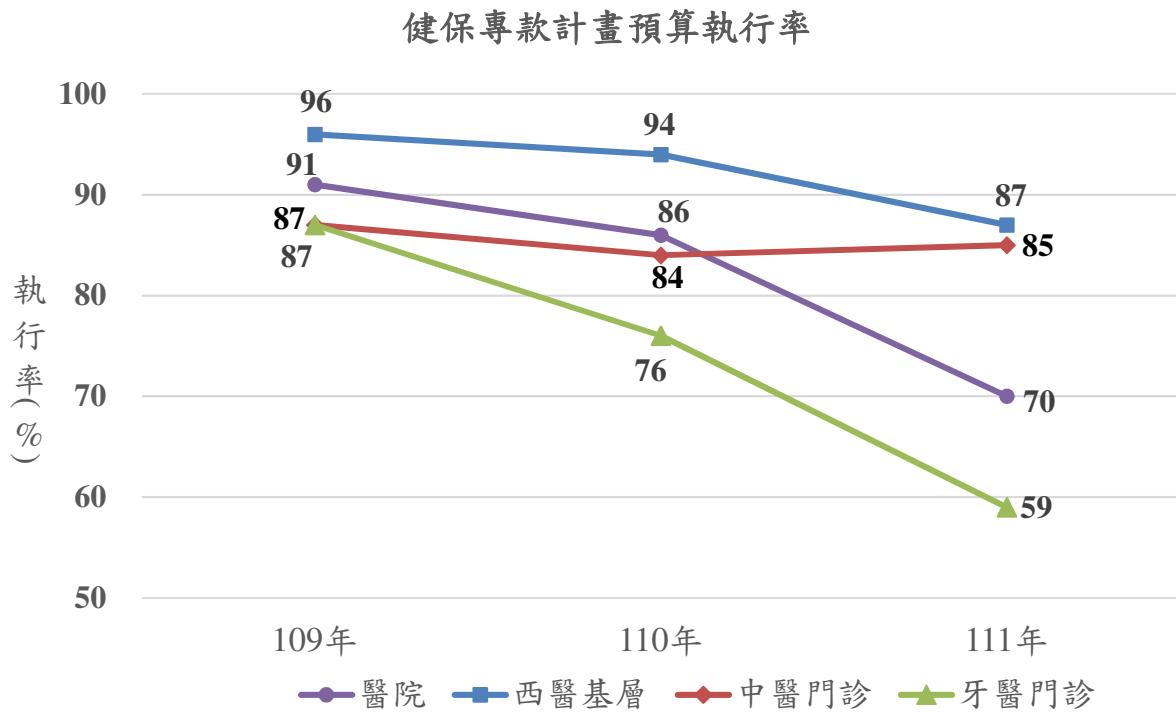
- (1)截至 111 年度第 4 季各部門總額專款項目之專案計畫數如下表，各部門總額之專案計畫實際結算數值(含計畫獎勵費)已於 112 年 6 月底確認完成。
- (2)111 年進場專案計畫達 8 項(其中醫院及西醫基層「精神科長效針劑藥費」合計為 1 項)，係因協商當年度總額時配合部定 111 年度全民健保醫療給付費用總額政策(含健保總額中長期改革計畫)，結合公衛、醫療與照護體系間合作及其資源，精進照護模式，透過論價值支付及提升臨終照護品質等目標，新增多項專案。
- (3)因受疫情影響及開辦時點較晚，致 111 年醫院總額之住院整合照護服務試辦計畫(111 年 7 月實施，預算執行率 9%)、牙醫總額之 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年 8 月實施，預算執行率 1%)、12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年 3 月實施，預算執行率 4%)及高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年 3 月實施，預算執行率 16%)預算執行率均不如預期；健保署已於每季召開之牙醫門診總額研商議事會議定期公布各專款項目執行情形，並請受託單位鼓勵全員積極參與，提升執行率。
- (4)考量前述部門總額各項專款預算之特殊性(如：為提升可近性、品質、偏遠、弱勢...)，先以整體預算執行率進行監測，更為重要且具可比性，各項專案計畫部分，另配合評核會書面報告所需，就各項專案報告分別填報關鍵指標。

111 年專款項下專案計畫及其執行 111Q1~111Q4 預算執行率

序號 專款項目(計畫或方案)	健保專案項目			
	醫院	西醫基層	中醫門診	牙醫門診
1 各總額品質保證保留款	V	V	V	V
2 C 型肝炎藥費	V	V		
3 氣喘醫療給付改善方案	V	V		
4 乳癌醫療給付改善方案	V	-		
5 忽覺失調症醫療給付改善方案	V	V		
6 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤	V	V		
7 早期療育門診醫療給付改善方案	V	V		
8 孕產婦全程照護醫療給付改善方案	V	V		

序號 專款項目(計畫或方案)	健保專案項目			
	醫院	西醫基層	中醫門診	牙醫門診
9 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	V	V		
10 提升醫院用藥安全與品質方案	V			
11 各總額醫療資源不足地區改善方案	V	V	V	V
12 網路頻寬補助費用	V	V	V	V
13 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	V			
14 急診品質提升方案	V			
15 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增)	V			
16 鼓勵 RCC/RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增)	V			
17 精神科長效針劑藥費(111 年新增)	V	V		
18 家庭醫師整合性照護計畫		V		
19 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫		V		
20 代謝症候群防治計畫(111 年新增)		V		
21 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(111 年新增)		V		
22 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫			V	
23 中醫提升孕產照護品質計畫			V	
24 中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫			V	
25 中醫癌症患者加強照護整合方案			V	
26 中醫急症處置計畫			V	
27 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫			V	
28 中醫照護機構中醫醫療照護方案(111 年新增)			V	
29 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫				V
30 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫				V
31 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫				V
32 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增)				V
33 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增)				V
109 年度專案計畫總數	13	11	8	4
109 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)	91%	96%	87%	87%
110 年度專案計畫總數	14	12	9	6
110 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)	86%	94%	84%	76%
111 年度專案計畫總數	17	15	10	8
111 年度新增專案計畫	3	3	1	2
111 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)	70%	87%	85%	59%

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



近3年各總額部門之專款計畫預算執行率呈現逐年下降之現象(僅中醫門診總額111年微幅增加)，111年專款計畫預算執行率為近年最低，其中醫院及牙醫門診未達8成，又以牙醫門診最低(59%)，112年協商113年度總額時，牙醫門診總額部門已建議將2項執行不佳之項目予以停辦，後續宜持續觀察數據變化。

為利健保總額資源有效運用，建議各總額部門於協商次年度總額前即預為研擬、規劃各項計畫之執行內容及預期達成目標，以利提升後續之執行效益及時程，亦請健保署依年度總額核決定事項，會同各總額部門相關團體儘速完成各項作業，俾利如期實施，以達專款計畫之成效。

二、醫療品質構面(4項指標)

(一)整體表現情形

近3年呈進步趨勢(宜保持)

2.1 手術傷口感染率

(111年較110年略降)

2.2 糖尿病品質支付服務之照護

率

(整體照護率呈上升趨勢，且為近
3年最高)

近3年呈退步趨勢(宜改善)

2.3 照護連續性

(111年較110年略降)

2.4 護理人力指標 - 全日平均護病

比達成加成之占率提升

(區域醫院及地區醫院達成加占
率逐年遞減，醫學中心則全數達
成；宜留意醫學中心低護病比<7
人加成月次占率略降)

(二)各指標監測結果及趨勢評析

指標 2.1 手術傷口感染率

1.指標意涵

(1)監理重點：住院照護安全性。

(2)意義：傷口若受到感染往往需再進行手術或延長住院時間，本指標可反映過程面的品質與住院照護結果，如果手術傷口感染率愈低，表示過程面的品質與住院照護結果愈好。

2.監測期程：每半年。

3.計算方式

分子：住院手術傷口感染病人數(ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼(詳第 100 頁指標定義)

分母：所有住院手術病人數

4.健保署提報監測結果：

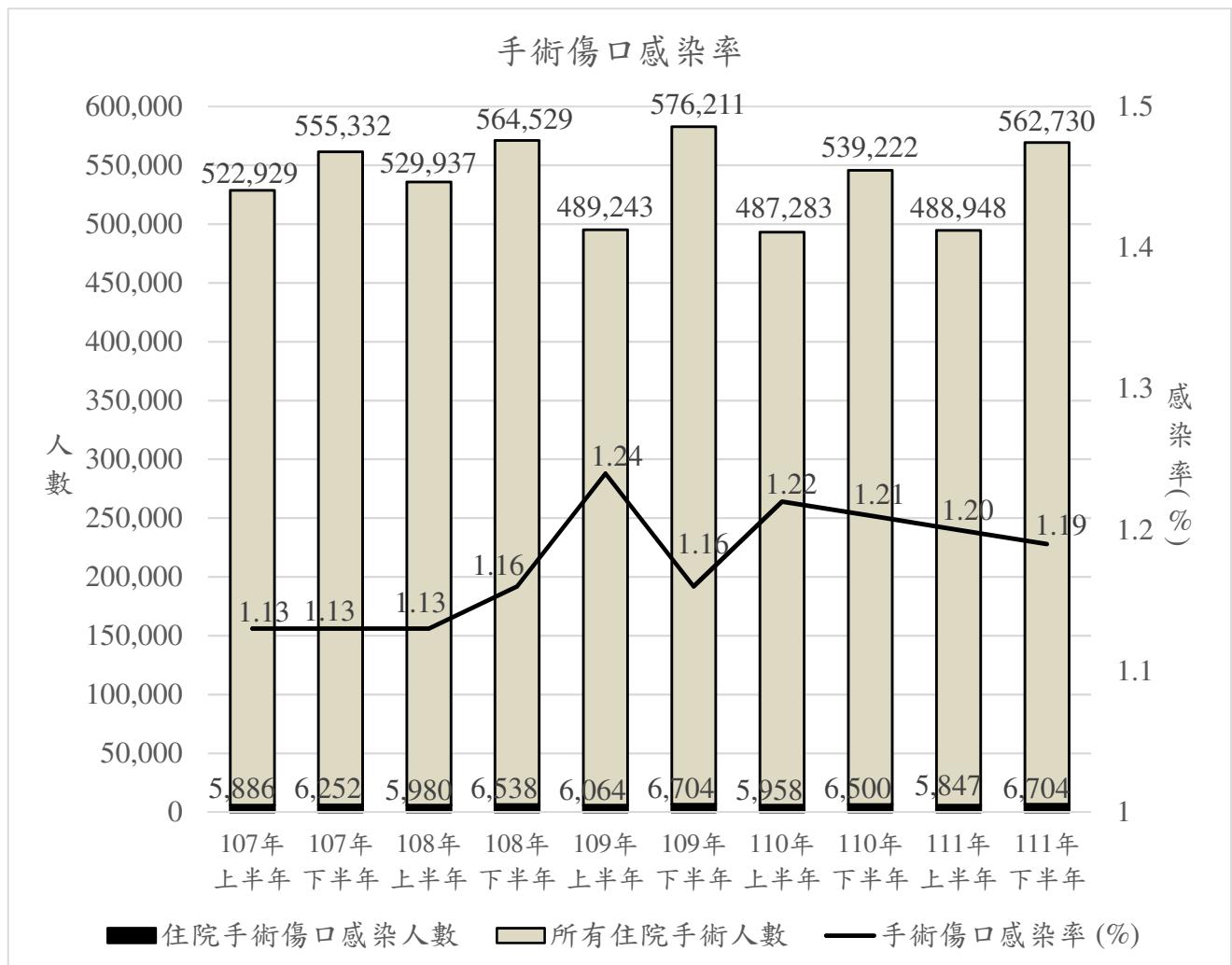
年度	參考數據		指標結果 感染率 (%)	院所 平均值 (%)	院所 標準 差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
	分子	分母					
107 年上半年	5,886	522,929	1.13	0.79	4.75	0.00~7.91	0.00~10.29
107 年下半年	6,252	555,332	1.13	0.68	2.54	0.00~4.49	0.00~5.76
107 年全年	12,052	1,033,710	1.17	0.75	2.91	0.00~5.12	0.00~6.57
108 年上半年	5,980	529,937	1.13	0.95	5.18	0.00~8.72	0.00~11.31
108 年下半年	6,538	564,529	1.16	1.18	6.94	0.00~11.59	0.00~15.06
108 年全年	12,412	1,048,670	1.18	1.22	6.87	0.00~11.53	0.00~14.96
109 年上半年	6,064	489,243	1.24	0.87	2.18	0.00~4.14	0.00~5.23
109 年下半年	6,704	576,211	1.16	0.65	1.84	0.00~3.14	0.00~4.33
109 年全年	12,647	1,020,871	1.24	0.77	1.77	0.00~3.43	0.00~4.31
110 年上半年	5,958	487,283	1.22	0.93	3.49	0.00~6.17	0.00~7.91
110 年下半年	6,500	539,222	1.21	1.09	6.01	0.00~10.10	0.00~13.11
110 年全年	12,376	983,219	1.26	1.05	4.10	0.00~7.20	0.00~9.25
111 年上半年	5,847	488,948	1.20	0.99	4.14	0.00~7.20	0.00~9.27
111 年下半年	6,704	562,730	1.19	1.04	4.73	0.00~8.14	0.00~10.50
111 年全年	12,474	1,007,339	1.24	1.07	4.39	0.00~7.66	0.00~9.85

註：院所平均值為每家院所的住院手術傷口感染率加總後，再除以院所數。

※健保署說明：

- (1)108 年下半年起，呈上升趨勢，至 109 年下半年略為下降，110 年上、下半年又略為上升，至 111 年上、下半年呈現微幅下降趨勢，評估 109 上半年及 110 年指標值上升原因，可能係因 COVID-19 疫情影響，醫療院所為因應疫情發展、保全醫療量能，爰減少或延後非緊急住院手術，分母(住院手術病人數)減少所致，建議持續觀察。
- (2)另 108 年及 110 年下半年標準差較大之原因，此項指標為負向指標，大多數院所指標值皆為 0%(108 年下半年 461 家院所中 260 家分子為 0；110 年下半年 436 家院所中 236 家分子為 0)，108 年及 110 年下半年有院所指標值為 100%(108 年下半年 461 家院所有 2 家分子及分母皆為 1；110 年下半年有 436 家院所有 1 家分子及分母皆為 1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。

5.健保會研析-近 5 年趨勢評析：



以近 5 年同期資料比較，上半年住院手術傷口感染率，以 109 年較高(1.24%)，下半年則以 110 年較高(1.21%)。歷年上半年因農曆年假，住院手術病人數均較下半年少，109 年上半年開始出現 COVID-19 疫情，住院手術病人數較前 2 年明顯減少，惟其住院手術傷口感染率(1.24%)為近 5 年最高，疫情期間醫護人員應更重視感染管控，手術傷口感染率理應降低，建議健保署探究感染率上升之原因。

手術傷口感染不僅影響該次醫療照護品質，可能也會導致住院天數延長，甚至需再進行額外之手術與治療，從而增加健保醫療支出，本項指標為負向指標，建議健保署持續觀察疫後住院手術傷口感染率變化情形，若再出現上升趨勢，應及早分析原因並找出改善方法。

指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：評估門診照護之品質。

(2) 意義：

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

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

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

分子：分母中有申報管理照護費人數

分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數

4. 健保署提報監測結果：

109~111 年糖尿病品質支付服務之照護率

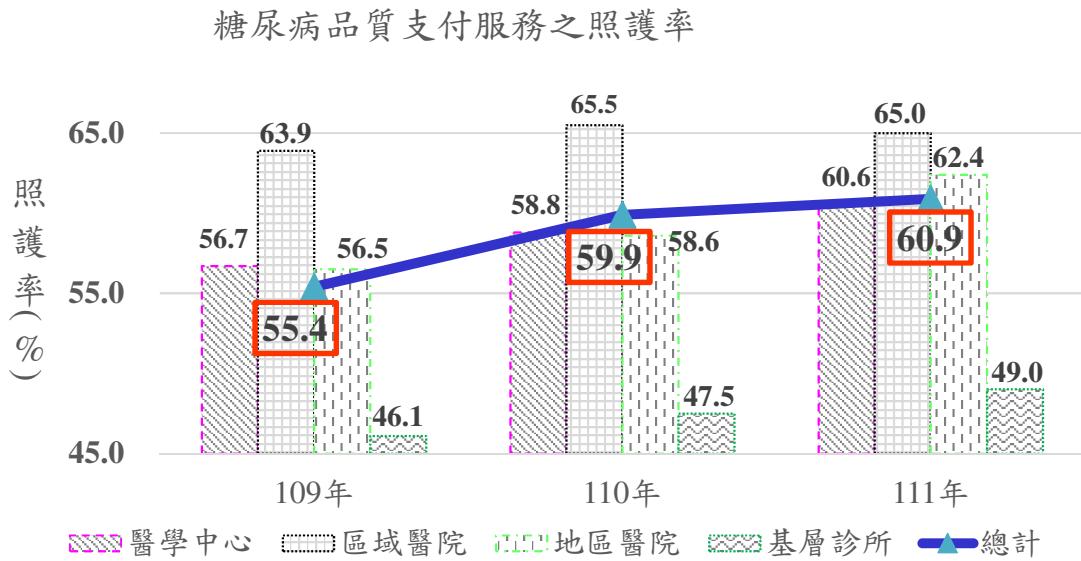
單位：人；%

項目	年	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計	
參考 數據	照護 人數	109 110 111	154,454 159,278 163,292	266,022 273,171 277,525	154,573 167,339 178,473	299,752 339,049 371,373	870,760 936,195 988,360
	符合收 案人數	109 110 111	272,245 270,740 269,431	416,041 416,911 426,855	273,653 285,355 286,241	649,619 713,669 757,384	1,571,279 1,563,199 1,623,434
	照護率 (%)	109 110 111	56.7 58.8 60.6	63.9 65.5 65.0	56.5 58.6 62.4	46.1 47.5 49.0	55.4 59.9 60.9
指標 結果							

※健保署說明：

- (1)為強化糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人照護，健保署自 111 年 3 月 1 日起，新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護方案，111 年照護人數包含前述方案照護對象。
- (2)全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 109 年 55.4%，111 年增加為 60.9%。各層級之糖尿病照護率亦從 109 年 46.1%~63.9%，111 年增加為 49%~65%，其中區域醫院之照護率最高。
- (3)查各年度之西醫基層照護率為最低，可能係因健保署配合國家衛生政策，糖尿病方案之參與條件結合衛生福利部國民健康署之糖尿病共照網策略，規範院所應組成團隊，除醫師外，需護理及營養衛教人員參與，提供完整的團隊服務。對於一般小型診所或地區醫院可能因門檻過高，而無法加入方案，故健保署自 105 年 4 月起另推動「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病人就醫資訊方案」，鼓勵上開院所定期追蹤糖尿病人，並將其檢驗（查）結果上傳至健保署雲端系統，如醣化血紅素(HbAIC)、低密度脂蛋白膽固醇(LDL)及微量白蛋白(UACR 或 UPCR)等，如院所定期追蹤病人就醫及上傳檢驗（查），健保署則另支付個案管理費，鼓勵無法參與糖尿病方案院所，仍能積極追蹤糖尿病病人治療狀況，提供糖尿病人長期且持續完整服務，111 年完成定期追蹤及檢驗值上傳人數 26,881 人。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



近 3 年整體糖尿病品質支付服務之照護率，呈上升趨勢，111 年已超過 6 成(60.9%)，宜保持。各層級院所照護率，以區域醫院最高(超過 6 成 5，惟 111 年微幅下降)、基層診所最低(未達 5 成)。基層診所符合糖尿病品質支付服務所訂收案條件之人數(111 年 757,384 人)高於各層級醫院(醫學中心 269,431 人、區域醫院 426,855 人、地區醫院 286,241 人)，惟實際收案率卻最低，建議健保署宜針對基層診所糖尿病病人照護率偏低情況，研擬有效的改善策略，以提升其照護率。

本項指標與指標 3.2 糖尿病病人住院率(詳第 54 頁)，宜併同觀察，是否因照護率提升而減少住院率。

指標 2.3 照護連續性

1. 指標意涵

(1) 監理重點：評估整合性連續照護之品質。

(2) 意義：

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

② 本指標可作為整合性照護相關方案或計畫之評估參考。

③ 本指標值介於 0~1 之間，越接近 1 代表照護連續性越高。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

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

N = 病患就醫總次數

n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數

M = 就診院所數

(採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義)

(2) 資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫)。

(3) 排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，避免指標產生偏差。

(4) 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值。

4. 健保署提報監測結果：

年度	109 年	110 年	111 年
平均每人門診 照護連續性	0.422	0.436	0.424

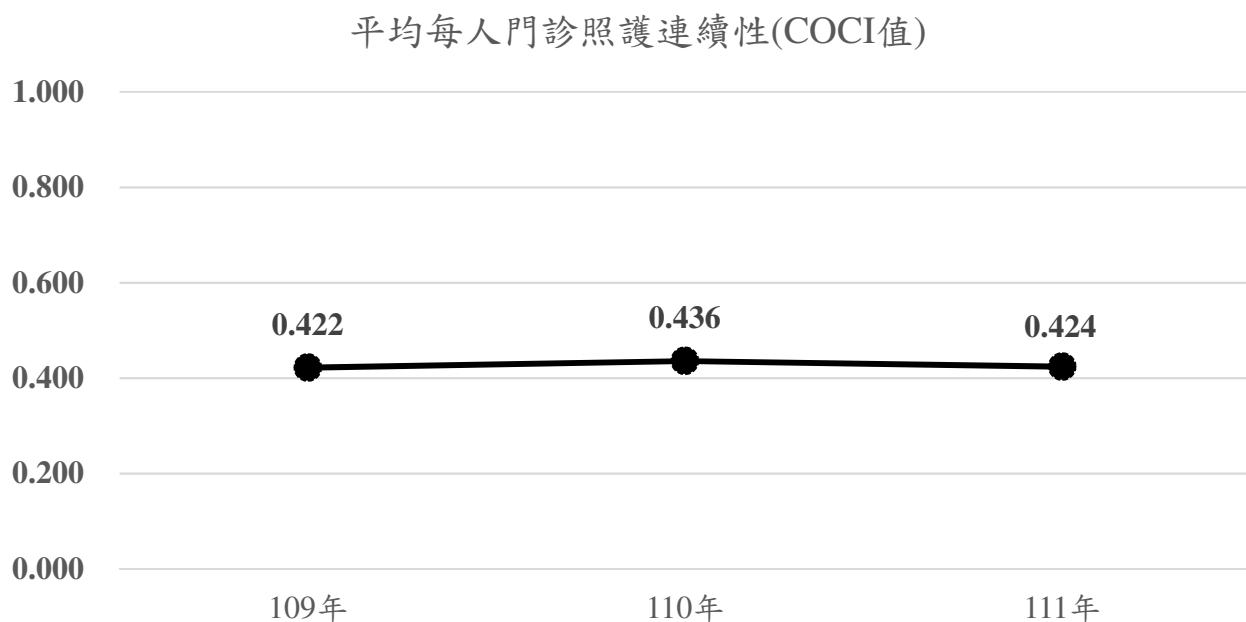
※ 健保署說明：

(1) 該指標值範圍介於 0 至 1 之間，如病患僅在單一機構就醫其 COCI 值為 1，111 年平均每人照護連續性為 0.424，較 110 年略降，接近

109 年水準。

(2)考量最近 3 年屬疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，且 110 年 5 月中旬因國內 COVID-19 疫情進入社區流行階段，中央流行疫情指揮中心為保全醫療量能，指揮中心要求醫療營運降載，可能進而影響民眾後續就醫，111 年各項防疫措施亦滾動性調整，建議後續應持續觀察。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



平均每人門診照護連續性數值越高(越接近 1)，代表照護連續性越好。本指標數值自 110 年 0.436 至 111 年下降為 0.424(與 109 年指標值相近)，鑑於 109~111 年屬 COVID-19 疫情期間，在疫情進入社區流行時期，不僅醫療院所為因應疫情發展、保全醫療量能，減少或延後非緊急住院手術，民眾亦可能因為疫情影響，自行暫緩原有就醫需求。建議健保署持續觀察疫後變化，及加強推動各項整合性照護方案或計畫，朝全人照護的目標邁進。

指標 2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升

1. 指標意涵

(1) 監理重點：護理人力供給之改善情形。

(2) 意義：

- ① 在醫療人力中，護理人員之占比最高，其人力之供給，攸關醫療品質之良窳，尤其護病比，更與臨床護理人員工作負荷相關。近年我國為提升護理人力，已投注許多資源，並採行諸多留任措施。
- ② 護病比愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈重。全民健保為鼓勵醫院重視護理照護，依其全日平均護病比級距，較醫療機構設置標準規定為佳者，支付標準給予不同加成比率(如附表)。本指標主要監測醫院全日平均護病比達加成月次的占率是否提升，低級距護病比加成月次占率愈高，代表護理人力配置較足夠，工作負擔減輕。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

① 護病比

分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)
加總。

分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。

護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，另配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，自 108 年 5 月起亦不列計護理長。

② 加成月次占率

分子：各層級醫院達全日平均護病比加成的月次。

分母：各層級醫院申報住院護理費總月次。

(2) 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列加成月次占率。

4.健保署提報監測結果：

109~111 年各層級醫院全日平均護病比達加成月次占率

護病比	< 7.0	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	合計
醫學 加成 109 年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	100.00%
中心 月次 110 年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	100.00%
占率 111 年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	100.00%
護病比	<10	10.0~10.4	10.5~10.9	11.0~11.4	11.5~11.9	合計
區域 加成 109 年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	99.70%
醫院 月次 110 年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	99.60%
占率 111 年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	99.30%
護病比	<13.0	13.0~13.4	13.5~13.9	14.0~14.4	14.5~14.9	合計
地區 加成 109 年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	93.90%
醫院 月次 110 年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	92.70%
占率 111 年	86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	91.80%

註：1.加成月次占率：該層級該護病比加成之申報月次/該層級申報住院護理費之總月次。

2.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

3.本表僅呈現全日平均護病符合醫療機構設置標準規定(醫學中心<9人、區域醫院<12人、地區醫院<15人)，亦不含該醫院該費用年月未有收治住院個案者。

4.醫學中心自 109 年起護病比均<8.5 人、109~111 年區域醫院未達加成月次占率 0.3%~0.7%，地區醫院(排除不適用月份)未達加成月次占率 1.1%~1.4%。

附表 全日平均護病比與住院護理費加成率

全日平均護病比範圍			護病比加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：醫療機構設置標準第 12-1 條規定略以，醫院應依住院病人人數，配置適當之護產人員，其急性一般病床之全日平均配置比例(護病比)，按每一護產人員照護之病人人數，醫學中心為 9 人以下、區域醫院為 12 人以下、地區醫院為 15 人以下。

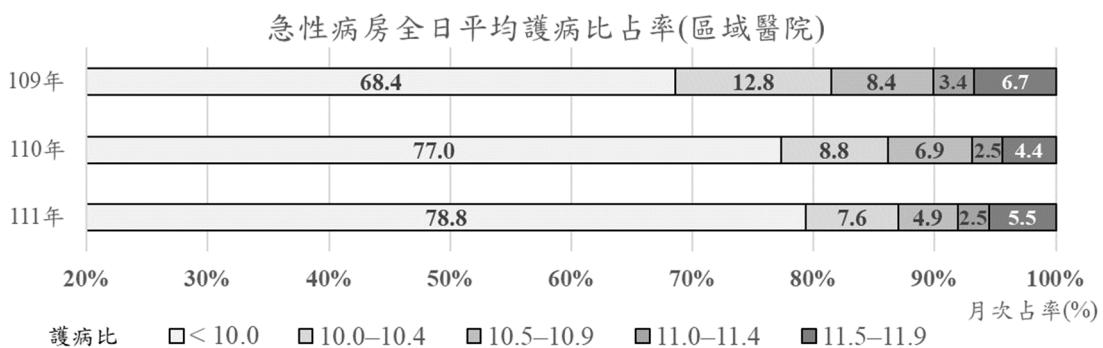
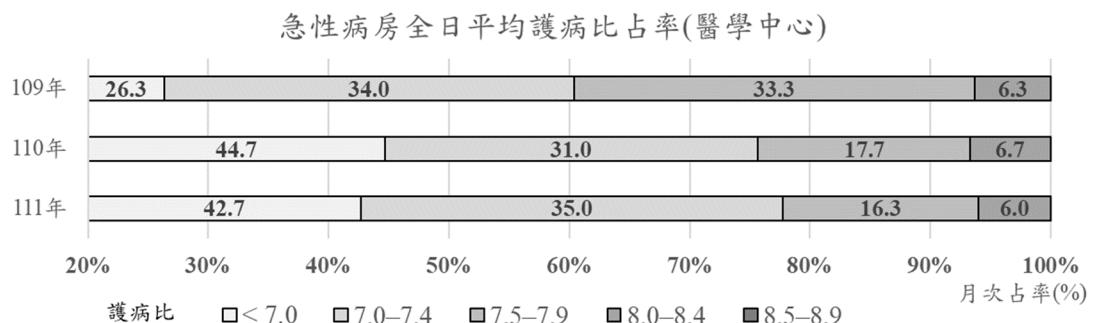
※健保署說明：

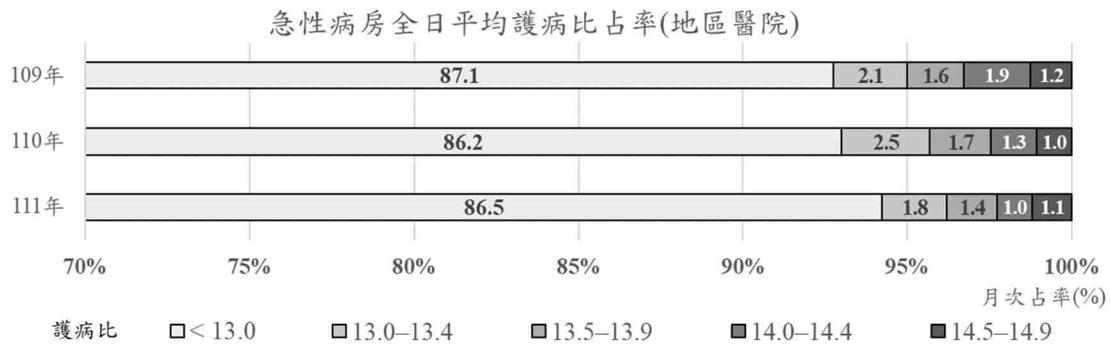
(1)109 年至 111 年醫院各月填報結果，醫學中心各月份全日平均護病

比均符合加成規定，區域醫院未達加成月次占率分別為 0.3%、0.4%、0.7%，地區醫院(排除不適用月份)未達加成月次占率分別為 1.4%、1.4%、1.1%。

- (2)111 年醫學中心全日平均護病比 <7.0 之月次占率較 110 年下降 2%；111 年區域醫院全日平均護病比 <10.0 之月次占率較 110 年上升 1.8%、 ≥12.0 之占率亦微幅上升 0.3%；111 年地區醫院全日平均護病比 <13.0 之月次占率較 110 年微幅上升 0.3%、 ≥15.0 之占率則微幅下降 0.3%。
- (3)查健保署因應 COVID-19 之放寬措施(110 年 5 月至 111 年 7 月)，醫院全日平均護病比因疫情無法計算時，係以該院近 6 個月平均參數填報。考量前述疫情期間調整作為可能影響護病比數值比較，爰健保署將持續觀察護病比相關指標，以提升住院護理照護品質。
- (4)另，為配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，爰自 109 年起全日平均護病比計算方式，全日平均上班護理人員數改為不列計護理長，故 108 年以前資料無法與 109 年至 111 年比較。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：





急性病房全日平均護病比越高，表示每位護理人員需照護的病人愈多，低級距護病比加成月次占率愈高，代表護理人力配置較足夠，工作負擔減輕。近 3 年各層級醫院全日平均護病比達加成月次占率，所有醫學中心全日平均護病均<8.5 人(符合醫療機構設置標準 9 人以下規定)，達加成月次占率為 100%；區域及地區醫院達加成月次占率則逐年遞減(區域醫院從 99.7%降到 99.3%，地區醫院由 93.9%降為 91.8%)，因達加成月次占率愈高，表示護理人力配置較足夠，如疫後仍呈遞減趨勢，建議健保署宜進一步探究原因。

另近 3 年低級距護病比(醫學中心<7 人、區域醫院<10 人、地區醫院 13 人)加成月次占率，111 年區域醫院及地區醫院微幅增加，醫學中心則尚未達 5 成，且略為下降(從 44.7%降為 42.7%)，可能與 110~111 年 COVID-19 疫情期間，護理人力較過去更為吃緊有關。因護病比反映護理人力供給及住院護理照護品質之改善情形，建議健保署持續觀察疫後的變化，及檢討歷年健保總額投入提升護理照護品質相關預算之執行成效。

6.112 年第 10 次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復：

委員意見	健保署回復說明
健保署於會議資料說明配合三班護病比政策，持續精進護病比加成規範，健保VPN(健保資訊網服務系統)在今年7月31日新增填報欄位，並且以護理及健康照護司函知全國醫院配合填報，肯定健保署有行動，但還是有兩	一、考量現行全日平均護病比加成規範涉及護理及醫院管理相關議題，爰本署續將請相關團體提供專業意見，據以研議並檢討現行加成規範，以鼓勵醫院持續朝向更佳的護病比努力。

委員意見	健保署回復說明
<p>個建議。</p> <p>第1個，要持續精進護病比加成規範，我們希望健保署可以提供這個規範的修正重點還有期程，儘快提出不晚於明年9月的總額協商，這是第1點。</p> <p>第2個，請問健保署，VPN在7月31日已經新增欄位，現在已經過了3個月，不知道什麼時候可以在健保署官網醫務管理系統查詢到，因為醫改會同仁上去看找不到，現在公開的資訊還是全日護病比。健保署既然有收集這個資料，希望能夠儘快公布，讓大家都可以看得到三班護理人員數跟三班護病比。(劉委員淑瓊)</p>	<p>二、另有關三班護病比公開事宜，考量該數據係衛生福利部護理及健康照護司訂定三班護病比標準之用，且現行醫療機構設置標準係規定醫院按月公開「全日平均護病比」，爰本署續將與該司共同研議三班護病比公開相關事宜。</p>

三、效果構面(3項指標)

(一)整體表現情形

近3年呈進步趨勢(宜保持)

- 3.2 「糖尿病初級照護(可避免住院指標)- 糖尿病病人住院率」
(111 年整體及各年齡之糖尿病病人住院率略降)
- 3.3 出院後 3 日內再急診比率
(111 年較 110 年略降)

近3年呈退步趨勢(宜改善)

- 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)
(111 年醫院及中醫門診滿意度上升，西醫基層及牙醫略為下降；不滿意部分，除牙醫下降外餘均上升)

(二)各指標監測結果及趨勢評析

指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)

1.指標意涵

(1)監理重點：民眾就醫結果感受。

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

2.監測期程：每年。

3.計算方式

(1)計算公式：

分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數

分母：所有表示意見人數(填答選項共分為「非常滿意」、「滿意」、「普通」、「不滿意」、「非常不滿意」，及「無明確意見者」)

(2)結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

4.健保署提報監測結果：

單位：%

指標結果		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
滿意度	109 年	96.0	97.2	96.7	95.8
	110 年	93.9	95.0	95.5	94.5
	111 年	94.1	94.2	95.3	94.7
參考數據		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
不滿意度	109 年	2.4	1.7	2.6	2.2
	110 年	1.1	1.0	1.8	1.4
	111 年	1.6	1.5	1.3	1.6

※調查結果採用加權及四捨五入方式處理。滿意度百分比為「非常滿意」加上「滿意」之比例，不滿意度百分比為「非常不滿意」加上「不滿意」之比例。

※健保署說明：

(1)本項指標自 106 年起因調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，指標名稱為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

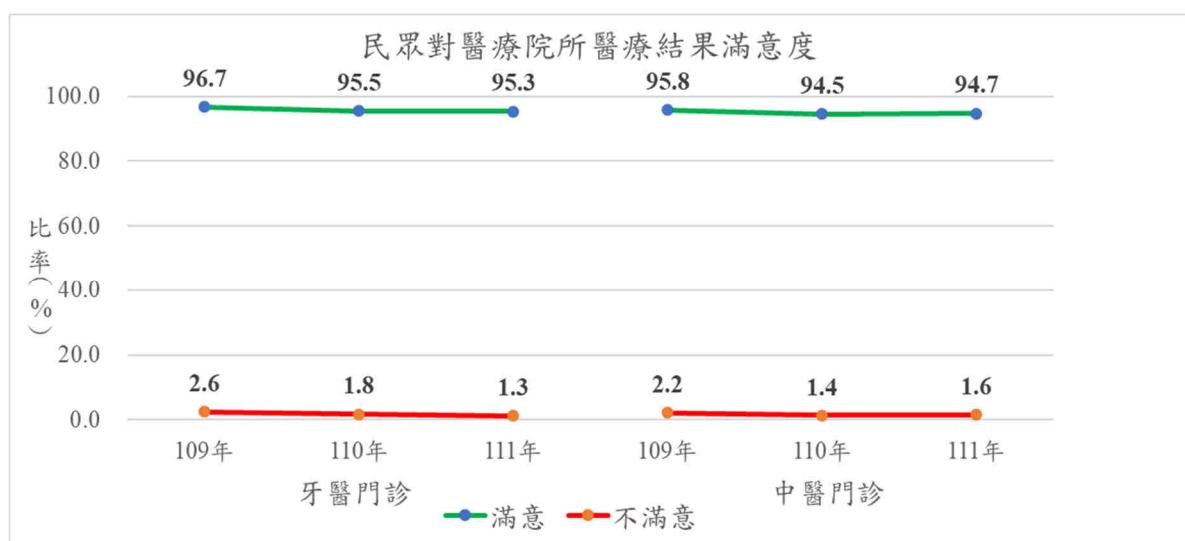
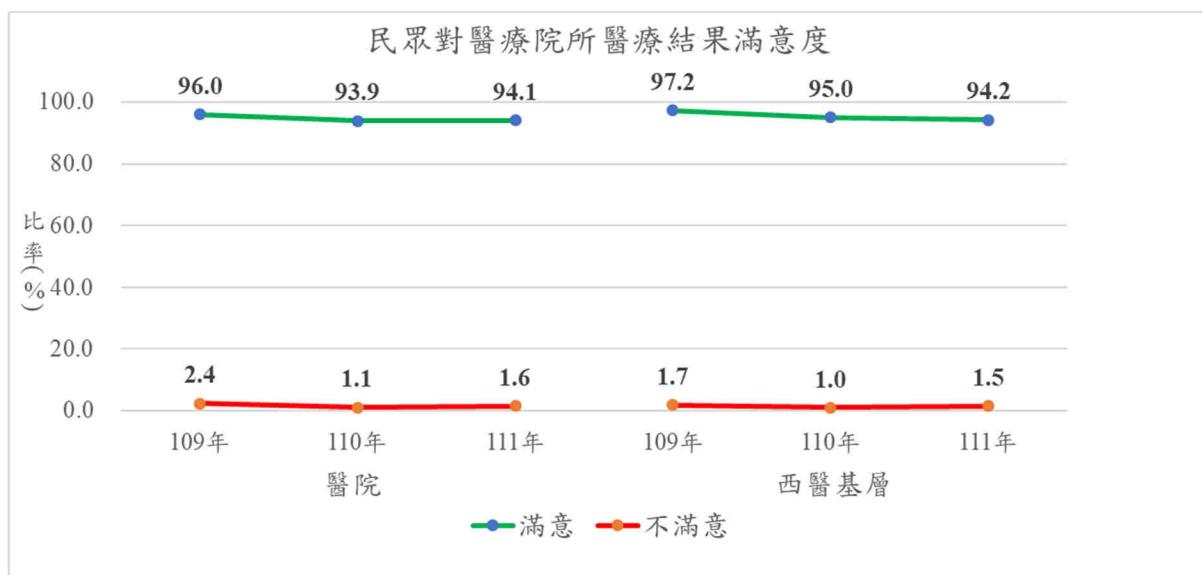
(2)滿意度百分比為「非常滿意」加上「滿意」，括弧中百分比則再加上「普通」。

(3)111 年度調查各部門有效樣本數為醫院 2,221 份、西醫基層 2,380 份、牙醫門診 1,268 份、中醫門診 1,278 份，在 95% 信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為 ± 3 個百分點以內，此落差尚在誤差範圍

內，有關牙醫門診總額及西醫基層總額 111 年滿意度調查結果略為下降，惟幅度不大，本署將持續關注民眾就醫感受。

- (4)為符合國人使用電話習慣，111 年度於「醫院」、「西醫基層」等 2 項調查試辦結合住宅市話與行動手機的雙底冊電話調查，期使調查結果更能真實反映民意。
- (5)111 年度調查報告書(含問卷內容)公開於「政府研究資訊系統(GRB)」(網址：<https://www.grb.gov.tw>)。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



111 年民眾就醫滿意度調查結果，醫院及中醫門診總額部門之滿意度較 110 年微幅上升，西醫基層及牙醫門診總額則略為下降；至不滿意部分，除牙醫門診總額有下降外，其餘部門不滿意度皆上升。

進一步探究受訪民眾對各總額部門醫療結果不滿意的理由，多係認為醫師醫療技術不好或服務態度不好，另對醫院部門亦有認為候診時間長；中醫部門有收費問題；牙醫部門則有難預約、掛號與候診時間長等，其中難預約部分，已從 110 年 29.2%(非常不容易+不容易)，至 111 年為 21.1%，顯示稍有改善。

各總額部門近 3 年滿意度，可能受 COVID-19 疫情、就醫方式(視訊與實體)及調查方式改變(111 年首次於「醫院」、「西醫基層」等 2 項調查試辦結合住宅市話與行動手機的雙底冊電話調查)等影響，宜繼續觀察疫後之醫療利用情形及各總額部門之滿意度變化。

指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)－糖尿病病人住院率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：糖尿病初級照護之情形。

(2) 意義：提升初級照護品質，有助於降低民眾住院率，節省醫療費用。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

分子：15 歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件

分母：15 歲以上人口(每十萬人口)

4. 健保署提報監測結果：

年齡層	單位：%		
	109 年	110 年	111 年
15-24	0.03	0.02	0.02
25-34	0.03	0.03	0.02
35-44	0.06	0.05	0.05
45-54	0.11	0.10	0.09
55-64	0.17	0.15	0.14
65-74	0.31	0.27	0.25
75~	0.57	0.50	0.48
整體	0.14	0.13	0.12

※ 健保署說明：

- (1) 109~111 年的糖尿病病人住院率皆有隨年齡層遞增而成長，以 75 歲以上年齡層最高，分別為 0.48%~0.57%；另此 3 年的糖尿病病人住院率微幅下降。
- (2) 查本監測指標之糖尿病病人定義為 ICD-10-CM：E100-E149。惟全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案中之「糖尿病」照護對象為 90 日內於同院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM：E08-E13）達 2 次以上之病人。
- (3) 為強化糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人照護，健保署自 111 年 3 月 1 日起，新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護之獎勵措施，透過

調升共病病人之管理照護費，鼓勵院所組成跨疾病之照護團隊。健保署將持續滾動式檢討方案內容及執行成效，並鼓勵更多院所參與。

5.健保會研析

(1)國際比較

各國 15 歲以上人口糖尿病病人住院率

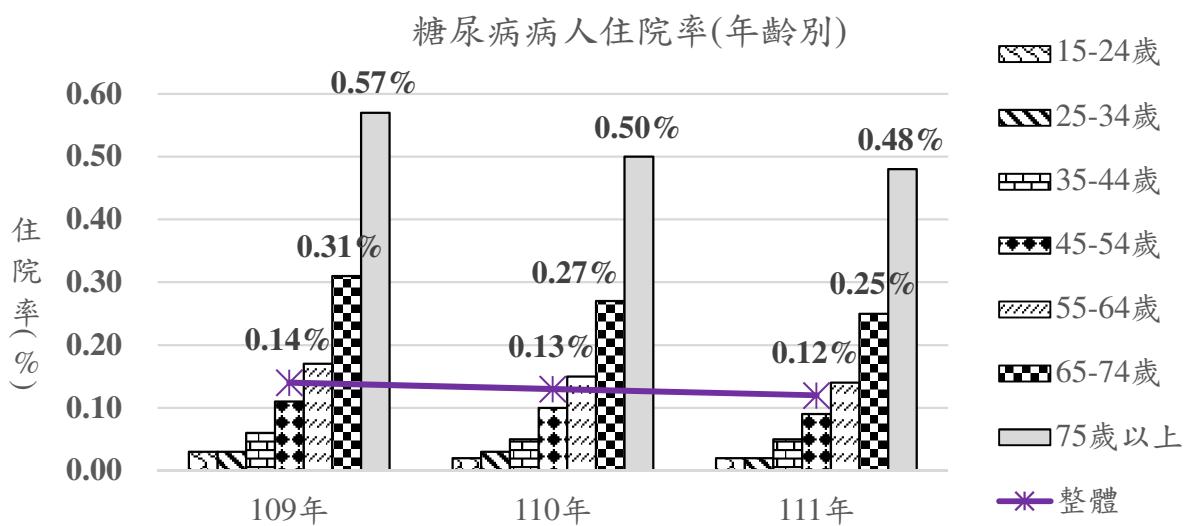
國家	單位：%				
	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年
加拿大	0.10	0.10	0.10	0.09	0.09
丹麥	0.14	0.13	0.13
芬蘭	0.12	0.11	0.12	0.11	0.10
挪威	0.08	0.07	0.07	0.07	0.07
瑞典	0.07	0.07	0.06
英國	0.07	0.08	0.08	0.07	0.08
韓國	0.26	0.25	0.24	0.20	0.20
新加坡 (非 OECD 國家)	0.49	0.47	0.44	0.39	0.41
OECD 國家 平均值	0.14	0.14	0.14	0.11	0.11
臺灣	0.13	0.14	0.14	0.14	0.13

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 112/9/25。

註：OECD 國家平均值 106~110 年採所有會員國資料，惟扣除無資料年度的部份。

我國糖尿病病人住院率近年維持於 0.13%~0.14%，與 OECD 國家平均值相近，低於鄰近之韓國與新加坡，然韓國與新加坡糖尿病病人住院率呈持續下降趨勢(韓國從 106 年 0.26% 降至 110 年 0.20%，新加坡則從 0.49% 降至 0.41%)，建議健保署可進一步瞭解韓國與新加坡有無可供學習之改善策略。

(2)近 3 年趨勢評析：



近 3 年整體及各年齡之糖尿病病人住院率略有下降，尤其 55 歲以上者逐年下降，顯示其照護品質略有提升；惟各年齡層中，75 歲以上病人住院率最高(111 年為 0.48%)、65-74 歲病人次之(0.25%)，宜特別留意 65 歲以上糖尿病病人之照護品質。

健保署自 111 年 3 月起，已將糖尿病及初期慢性腎臟病照護方案加以整合，有助提升醫療照護完整性及品質，建議健保署持續監測糖尿病病人住院率，並應併同觀察指標 2.2 糖尿病品質支付服務照護率之表現情形(詳第 40 頁)，作為評估上開照護整合方案執行成效及未來修正之參考。

指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率

1. 指標意涵

- (1) 監理重點：監測住院治療出院後之照護品質。
(2) 意義：監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院針對 DRGs 案件是否為節省成本，過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

- (1) 計算公式：

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

分母：出院案件數

- (2) 結果呈現：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件

4. 健保署提報監測結果：

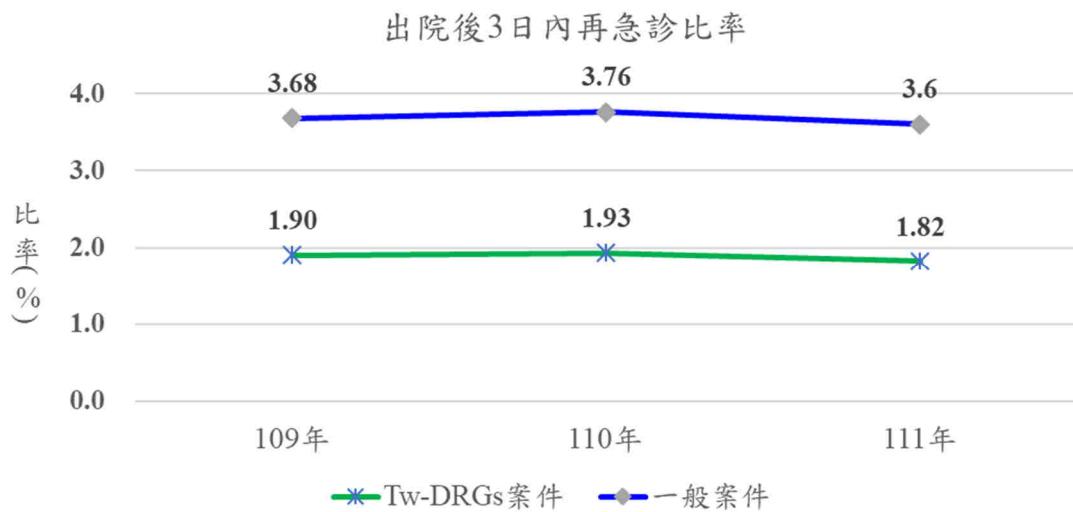
單位：%

年度	Tw-DRGs 案件		一般案件	
	指標結果	增減%	指標結果	增減%
109 年	1.90	-0.12	3.68	-0.17
110 年	1.93	0.03	3.76	0.08
111 年	1.82	-0.11	3.60	-0.16

※ 健保署說明：

- (1) Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 109 年之 1.90%，至 111 年之 1.82%，111 年較 110 年減少 0.11%。
- (2) 一般案件：3 日內再急診率由 109 年之 3.68%，至 111 年之 3.60%，111 年較 110 年減少 0.16%。
- (3) 查 109 年至 111 年 Tw-DRGs 案件 3 日內再急診率分別為 1.90%、1.93% 及 1.82%，呈現下降趨勢，110 年案件雖較 109 年微幅上升(增加 0.03%)，惟 111 年指標值已下降至近年最低(1.82%)，健保署將持續監測指標變動情形。

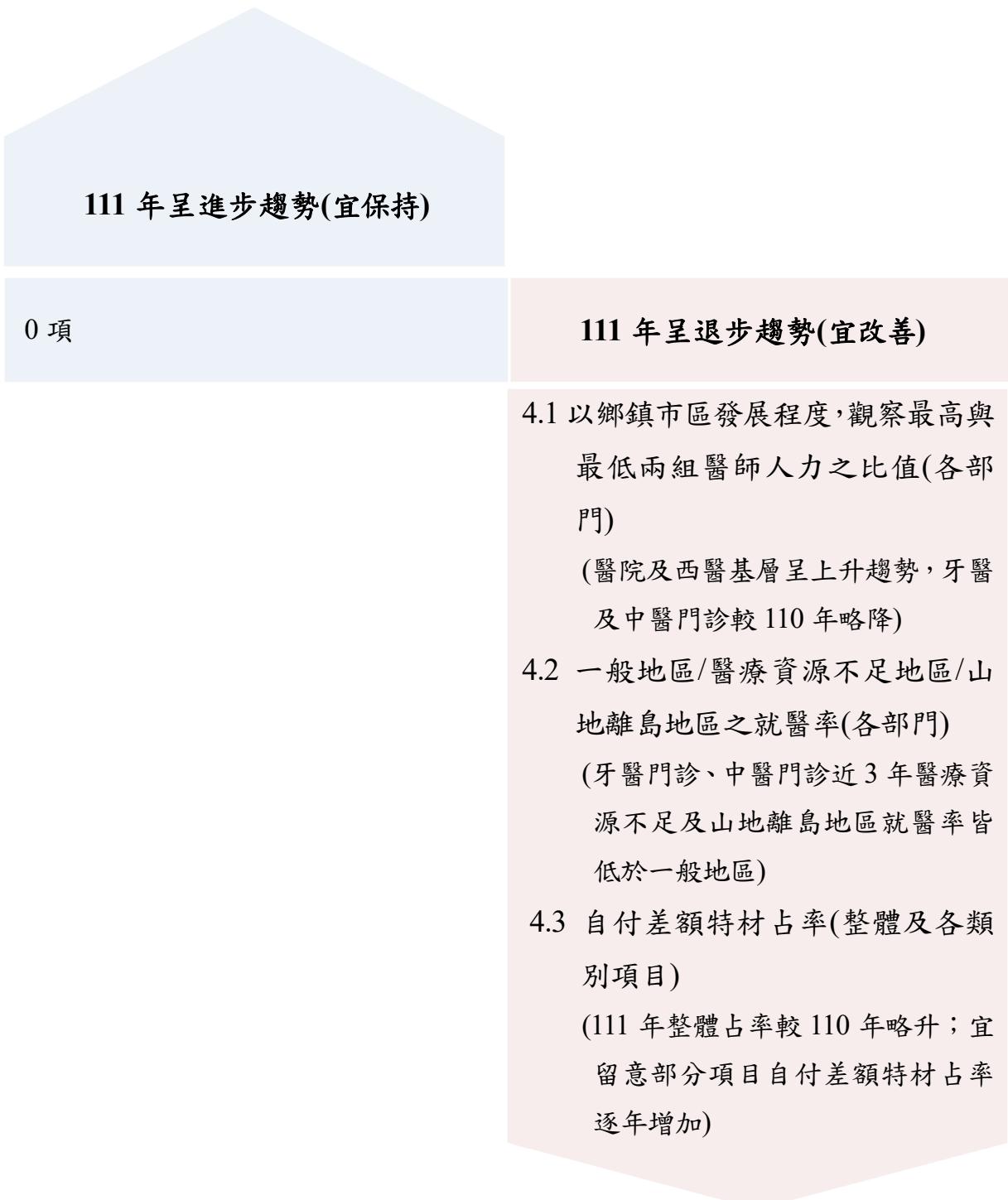
5.健保會研析-近3年趨勢評析：



近3年出院後3日內再急診比率，Tw-DRGs案件均低於一般案件，111年兩者之出院後3日內再急診比率，均較110年微幅下降(分別下降0.11%及0.16%)。目前Tw-DRGs僅推動至第二階段，且多集中於疾病分類較為單純之論病例計酬項目及循環系統、骨骼肌肉、生產及生殖系統等外科系項目，健保署目前規劃DRGs雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，以加速推動期程，期早日完成全面導入Tw-DRGs支付制度。

四、資源配置構面(3項指標)

(一)整體表現情形



(二)各指標監測結果及趨勢評析

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

1.指標意涵

(1)監理重點：人力供給之公平性。

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

2.監測期程：每年。

3.計算方式

(1)計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類，計算都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值

分子：都市化程度最高組別之每萬人口醫師數

分母：都市化程度最低組別之每萬人口醫師數

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

(2)結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

4.於年度監測結果報告書呈現最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料。

5.健保署提報監測結果：

(1)以鄉鎮市區發展程度，觀察都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值(各部門)

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫門診	牙醫門診
109	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87
110	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13
111	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43

註：1.都市化程度最高與最低兩組：採行政院研考會委託研究報告「鄉鎮市區數位發展分類研究報告」，謝雨生，2011。

2.醫師人力比值：分別計算都市化程度最高與最低兩組鄉鎮之每萬人口(戶籍)醫師數後，再取最高/最低之比值。

(2)以鄉鎮市區發展程度，觀察都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數(各部門)

單位: %oo

年度	總計		醫院		西醫基層		中醫門診		牙醫門診	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
109	42.79	4.93	20.69	0.25	8.41	3.50	3.90	0.47	9.79	0.71
110	44.21	4.82	21.55	0.24	8.56	3.49	4.04	0.43	10.05	0.66
111	45.28	4.99	21.90	0.23	8.90	3.60	4.19	0.44	10.28	0.71

※健保署說明：

(1)都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值(各部門):111 年醫院、西醫基層比值皆較 110 年增加，中醫、牙醫則較 110 年降低。

(2)都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數(各部門)：

①最高組之醫師數：111 年醫院、西醫基層、中醫及牙醫門診之每萬人口醫師數皆較 110 年增加。

②最低組之醫師數：111 年西醫基層、牙醫及中醫門診每萬人口醫師數較 110 增加，但醫院較 110 年略減。

(3)分析都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數，結果如下：

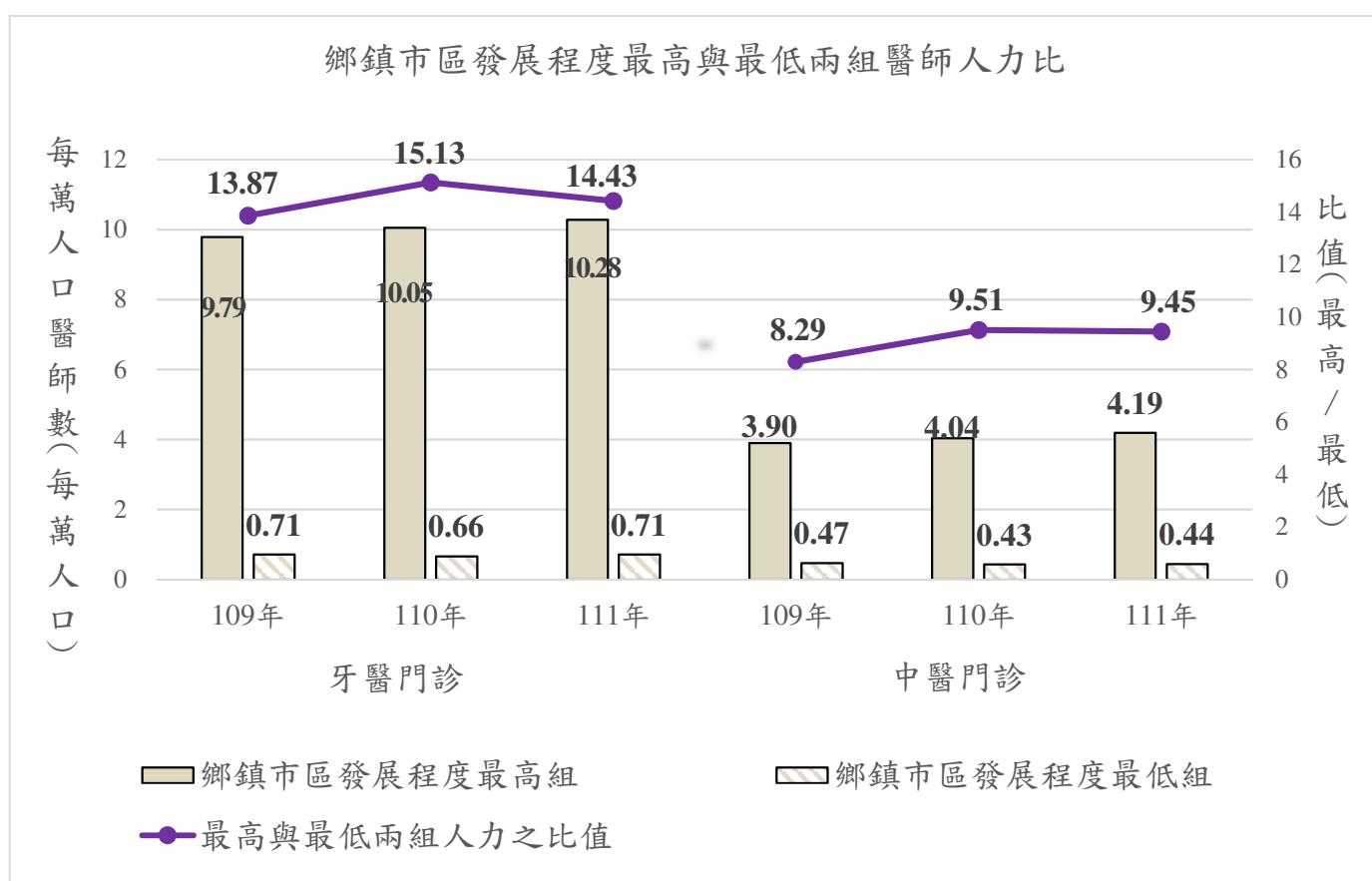
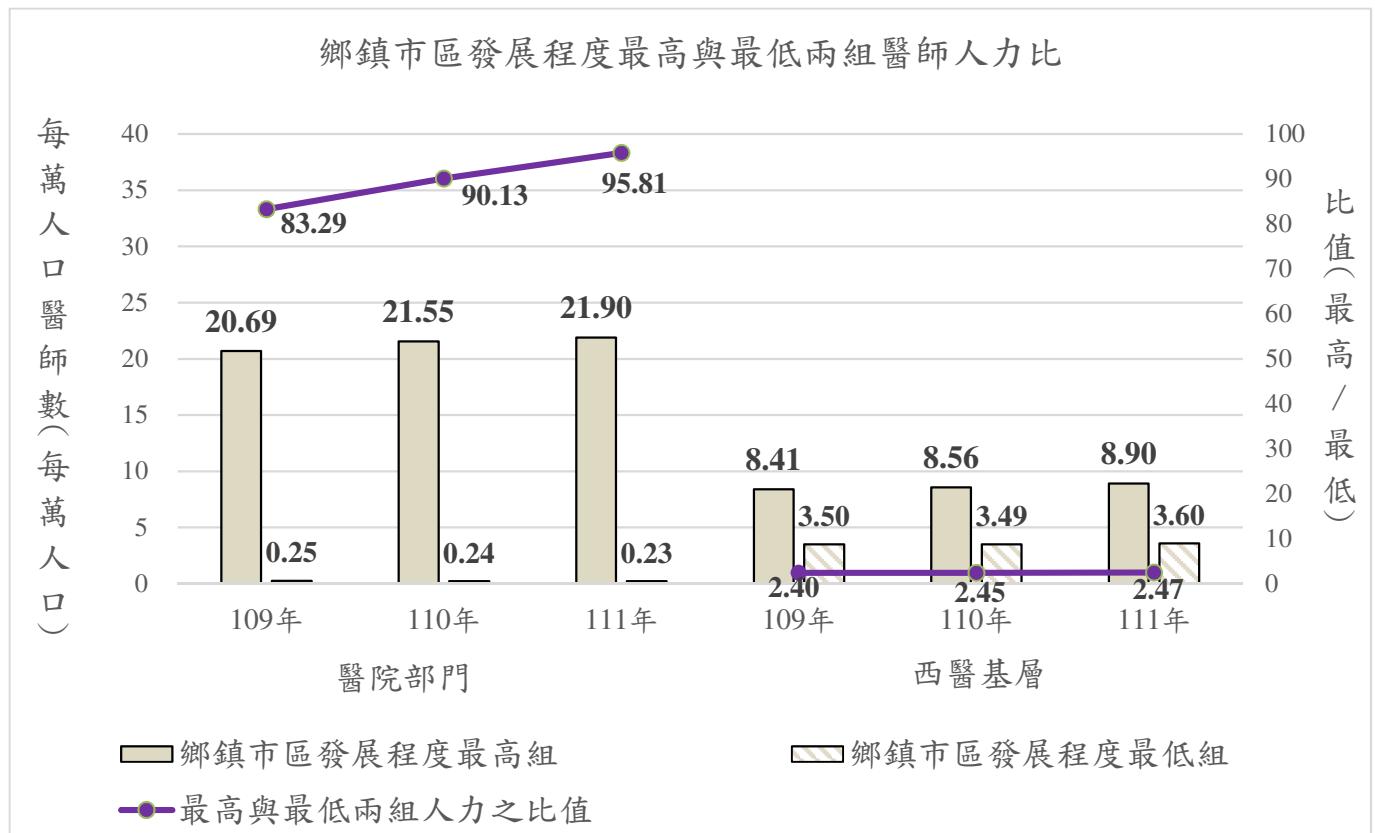
①111 年最高組及最低兩組之戶籍人數均較 110 年減少。

②111 年最高組之醫師數皆較 110 年增加，惟最低組之醫院醫師數較 110 年略減。

(4)綜上，在都市化程度最高與最低兩組地區之戶籍人數 111 年皆減少的情況下，111 年醫院及西醫基層醫師人力比值較 110 年高，係因醫院之最高組 111 年醫師數較 110 年增加，最低組 111 年醫師數較 110 年略減少所致；另西醫基層之最高組及最低組 111 年醫師數雖皆較 110 年增加，惟最高組增加幅度較最低組高，故該部門最高與最低兩組醫師人力之比值略為上升。

(5)為鼓勵醫師及院所至山地離島及偏遠等醫療資源不足地區提供醫療服務，健保署積極推動 IDS 計畫、西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案等，辦理開(執)業或巡迴醫療服務，每年評估各方案施行區域之合宜性，依實際需求修訂方案，以平衡城鄉醫療資源差距。

6.健保會研析-近3年趨勢評析：



本指標係衡量醫師人力分布的均勻程度，若鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比值愈高，代表鄉鎮間醫師人力分布差距漸大(即醫師人力往都市化地區集中)。近 3 年鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比值，各總額部門中，以西醫基層最小(2.40~2.47)、中醫次之(8.29~9.51)，醫院則最大(83.29~95.81)，且呈逐年增加趨勢，惟因醫院遷移與新設有諸多考量因素，故醫院受限於分布，城鄉差距改善有限。

至 111 年兩組醫師人力比值，中醫及牙醫門診較 110 年為低，顯示其有改善，醫院及西醫基層則較 110 年高，且近 3 年呈增加趨勢，顯示西醫醫師人力之城鄉分布差距似有逐漸擴大。為保障民眾就醫的公平性，健保總額亦藉由「錢跟著人走」的地區預算分配方式，來降低地區間的醫療資源分配不公平，建議健保署宜瞭解各地區醫療服務供給與需求面之符合程度，以因地制宜研議改善措施，縮小城鄉醫療資源之差距，提升偏鄉地區民眾就醫可近性。

本指標與指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(詳第 64 頁)，宜併同觀察。

指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率 (各部門)

1. 指標意涵

(1) 監理重點：醫療利用之公平性。

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

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：指定地區別之各總額部門門診就醫人數

各總額部門門診就醫人數：指定地區別保險對象人數(依戶籍地郵遞區號歸類)，曾於各總額部門門診就醫之人數。

分母：指定地區別之保險對象人數

① 指定地區，除一般地區外，其中醫療資源不足地區按該部門最近1年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區。

② 保險對象人數：依戶籍地郵遞區號歸類，並擷取最後一筆投保狀態為在保者。

(2) 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

4. 健保署提報監測結果：

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)

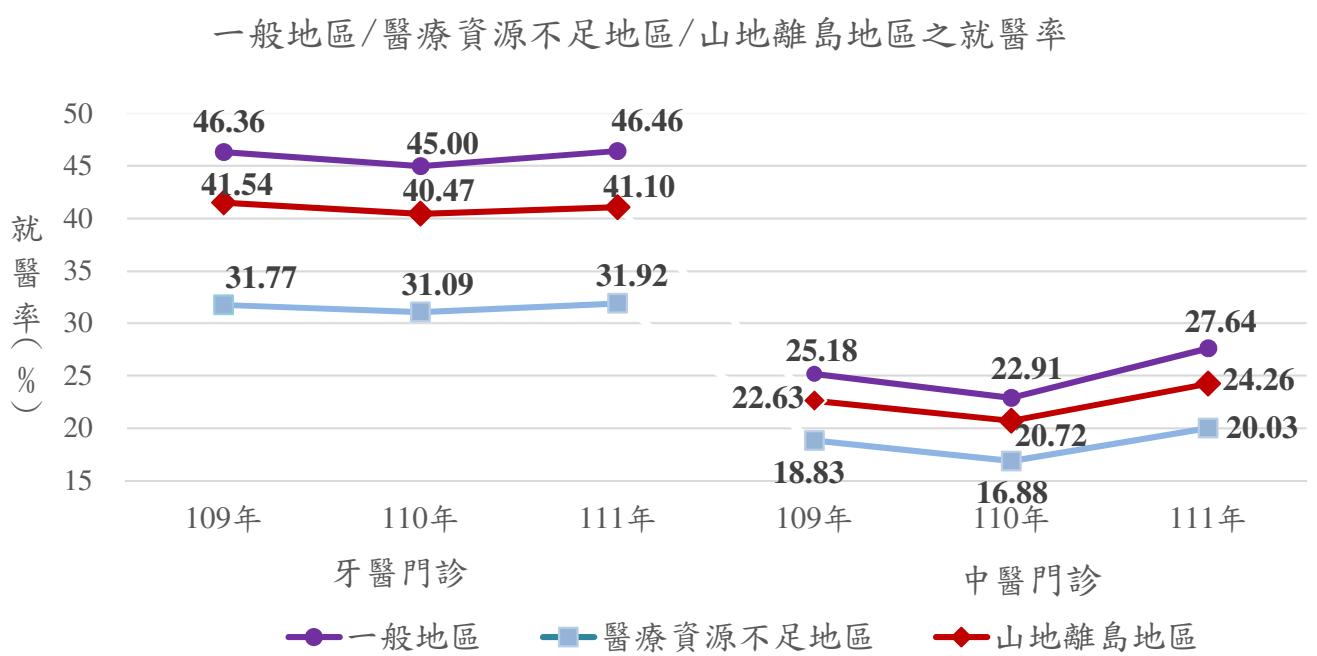
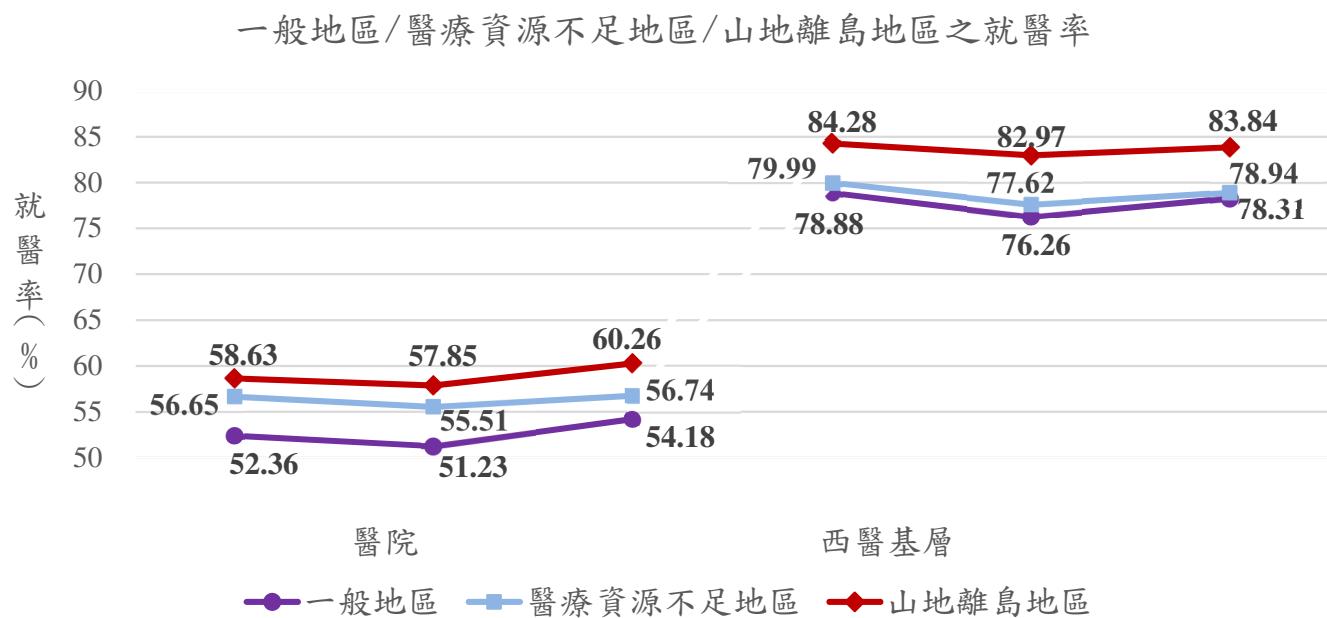
單位：%

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
		52.36	78.88	46.36	25.18
109 年	一般地區	56.65	79.99	31.77	18.83
	醫療資源不足地區	58.63	84.28	41.54	22.63
	山地離島地區	51.23	76.26	45.00	22.91
110 年	一般地區	55.51	77.62	31.09	16.88
	醫療資源不足地區	57.85	82.97	40.47	20.72
	山地離島地區	54.18	78.31	46.46	27.64
111 年	一般地區	56.74	78.94	31.92	20.03
	醫療資源不足地區	60.26	83.84	41.10	24.26
	山地離島地區				

※健保署說明：

- (1) 111 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診及中醫門診部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。
- (2) 111 年牙醫門診、中醫門診部門山地離島或醫療資源不足地區就醫率低於一般地區，可能原因為牙醫及中醫醫療不足改善方案之巡迴地區覆蓋率(執行服務鄉鎮數/公告鄉鎮數)未能完整覆蓋，查 111 年牙醫醫療資源不足地區改善方案地區覆蓋率為 85.6%(131/153)、中醫醫療資源不足地區改善方案為 78.8%(123/156)，且囿於上述地區交通不便等因素導致，惟已較 110 年增加，健保署持續與中醫師公會全聯會及牙醫師公會全聯會共同努力，提升覆蓋率，以期導入醫療資源至醫療資源不足或山地離島地區，俾提升當地民眾就醫可近性。
- (3) 健保署每年檢視各方案施行地區及服務內容之合宜性，滾動式調整執行內容，就牙醫部分，112 年牙醫醫療資源不足地區改善方案新增於本方案施行地區得提供全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，及執行「健保牙醫特殊醫療服務計畫」服務之服務對象新增自閉症及失智症患者規定；中醫部分，112 年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，持續鼓勵院所參與開業計畫及巡迴醫療。

5. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：



111 年各總額部門就醫率均上升，其中醫療資源不足及山地離島地區就醫率，近 3 年醫院及西醫基層部門均高於一般地區，牙醫及中醫門診部門，111 年雖有提升，惟仍低於一般地區。

健保為提升醫療資源不足及山地離島地區民眾就醫可近性，於年度總額持續編列山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)及各總額部門醫療資源不足地區改善方案等相關預算，建議健保署宜因地制宜持續滾動檢討前開計畫或方案，並進一步探討牙醫與中醫之醫療

資源不足地區、山地離島地區就醫率較低的原因，以利研擬相關改善措施，確保健保投入總額預算能確實提升當地民眾就醫之可近性。

指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

1. 指標意涵

(1) 監理重點：民眾自付醫材差額之升降趨勢。

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

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 整體：

分子：自付差額特材申報數量

分母：特材申報數量

(2) 各類別項目：

分子：相同用途自付差額特材申報數量

分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量

4. 健保署提報監測結果：

(1) 整體：

費用年	指標結果-占率	單位：%			
		平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2.0*標準差
109 年上半年	0.0422				
109 年下半年	0.0471				
109 年全年	0.0448				
110 年上半年	0.0429				
110 年下半年	0.0469	0.0473	0.0035	0.0421	0.0526
110 年全年	0.0449				
111 年上半年	0.0514				
111 年下半年	0.0531				
111 年全年	0.0523				

註：平均值*：109~111 年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值。

標準差*：109~111 年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差。

(2)各類別項目：

項目	費用年	指標結果 -占率	單位：%					
			平均值*	標準差*	平均值		平均值	
					±1.5*標準差	±2.0*標準差		
特殊功能 人工水晶體	109 年	39.1						
	110 年	41.4	41.7	2.2	38.3	45.0	37.2	46.1
	111 年	44.5						
特殊材質 人工髓關節	109 年	28.5						
	110 年	28.9	29.3	0.8	28.0	30.5	27.6	30.9
	111 年	30.4						
特殊功能 人工心律調節器	109 年	42.6						
	110 年	45.6	45.5	2.3	42.0	48.9	40.9	50.1
	111 年	48.2						
冠狀動脈塗藥支 架	109 年	66.3						
	110 年	68.4	68.3	1.6	65.9	70.7	65.1	71.5
	111 年	70.2						
特殊材質生物組 織心臟瓣膜	109 年	39.3						
	110 年	41.9	41.4	1.6	39.1	43.7	38.3	44.5
	111 年	43.0						
義肢	109 年	8.4						
	110 年	5.7	5.5	2.4	1.8	9.2	0.6	10.4
	111 年	2.4						
腦脊髓液分流系 統	109 年	81.9						
	110 年	82.7	78.4	5.6	70.0	86.7	67.2	89.5
	111 年	70.5						
治療淺股動脈狹 窄之塗藥裝置	109 年	35.6						
	110 年	39.6	38.8	2.4	35.3	42.3	34.1	43.5
	111 年	41.2						
治療複雜性心臟 不整脈消融導管	109 年	32.9						
	110 年	45.7	43.9	8.3	31.4	56.3	27.3	60.5
	111 年	53.0						
特殊功能及材質 髓內釘組	109 年	60.8						
	110 年	64.0	67.1	6.8	56.9	77.3	53.5	80.7
	111 年	76.5						

※健保署說明：

民眾差額特材 109 年為 0.0448%，110 年為 0.0449%，111 年全年占率為 0.0523%，平均占率為 0.0473%，顯示民眾選擇使用健保自付

差額項目，有逐漸成長的情形。其中：

(1)近 3 年自付差額特材申報占率皆達 60%以上：

A.冠狀動脈塗藥支架：

- a.已於 111 年 3 月提案至全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群。
- b.健保署已彙整相關專家及學會意見，且函請藥品查驗中心(CDE)就臨床專家建議之給付規定，協助進行醫療科技評估。前開醫療科技評估報告已於 112 年 1 月完成，後續再依程序提至特材專家諮詢會議及特材共同擬訂會議討論。
- c.經再提案至 112 年 8 月 18 日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，與會學會代表及專家共識，優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付，後續再依程序提至特材共同擬訂會議討論。

B.腦脊髓液分流系統：

- a.近 5 年皆達 8 成以上，建議優先研議納入全額給付。
- b.經提 111 年 9 月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)，考量臨床使用及健保可負擔之財務，同意優先將市占率高(67%)之「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，並自 111 年 11 月 1 日生效。
- c.爰自付差額特材申報占率由 110 年 82.7%下降至 111 年 70.5%。

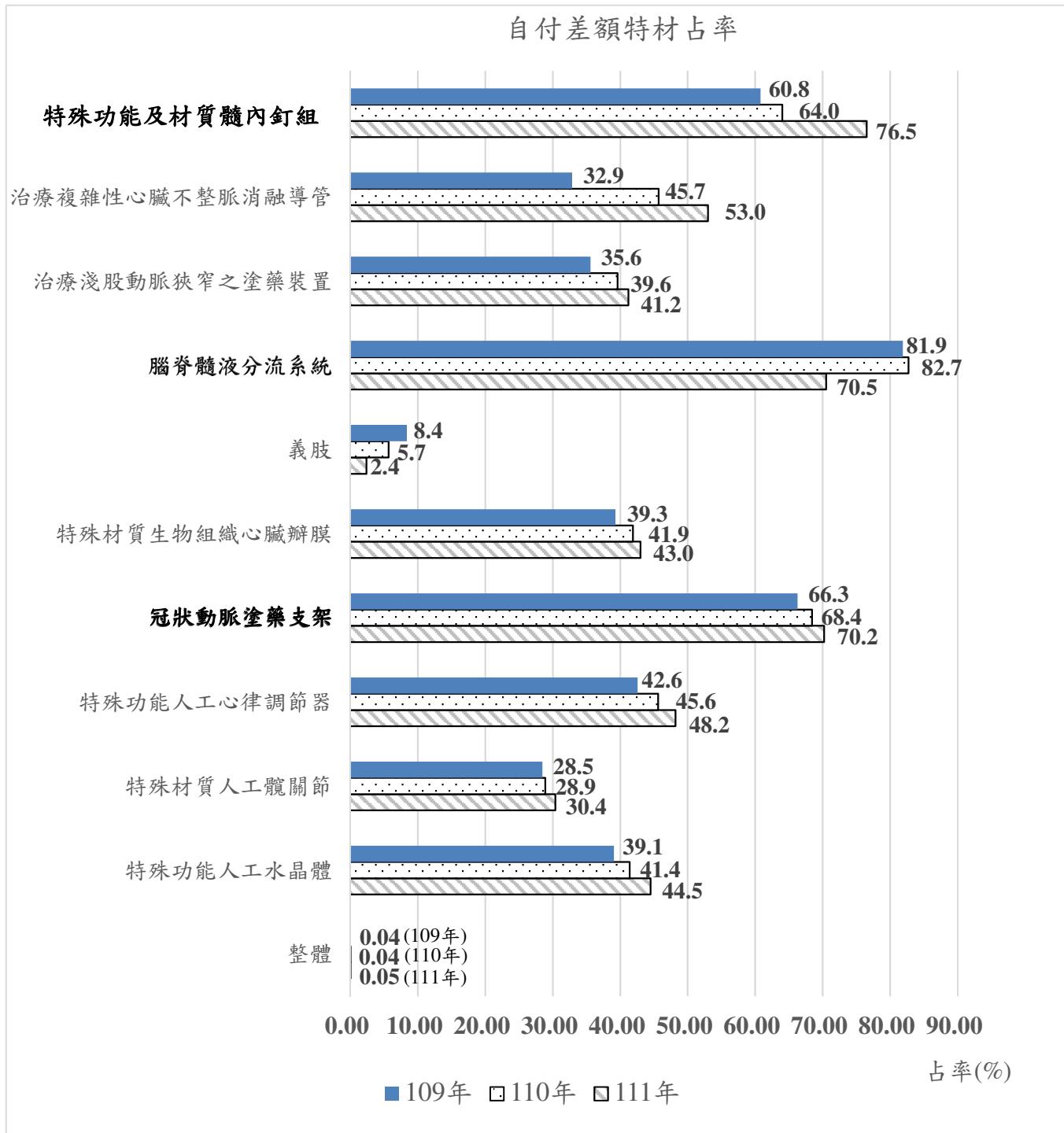
C.特殊功能及材質髓內釘組：

- a.考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，110 年 9 月將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付，自 110 年 12 月 1 日起生效。
- b.爰自付差額申報占率由 109 年 60.8%上升至 111 年 76.5%，將持續觀察。

(2)近 3 年自付差額特材申報占率未達 60%以上：將持續監控申報情

形。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



截至 111 年底，健保自付差額特材計 10 大分類，近 3 年占率呈現上升趨勢(義肢之占率逐年下降)。自付差額占率超過 6 成者為「特殊功能及材質髓內釘組」、「腦脊髓液分流系統」、「冠狀動脈塗藥支架」等 3 項特材，其中「腦脊髓液分流系統」於 109~110 年之自付差額占率均超過 8 成，111 年 11 月 1 日起將項下市占率達 67% 之「調控式腦

室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」(共 7 項)，改列健保全額給付，其自付差額特材占率由 110 年 82.7% 至 111 年降為 70.5%，雖然自付差額占率仍超過 7 成，考量其甫納入健保全額給付，請健保署持續監測其占率之變化。

至「特殊功能及材質髓內釘組」因 110 年 12 月起增加納入自付差額給付之髓內釘品項，致 111 年大幅成長，請健保署持續監測其使用占率之變化，針對其項下使用占率較高之特材，評估納入全額給付之可能性。

另「冠狀動脈塗藥支架」，委員多次關心納入全額給付之可行性，並列入歷次委員會議追蹤事項，亦請健保署以臨床實證為先決條件，訂定符合健保給付效益之給付規定，積極研議納入全額給付條件。

本會委員向來極為關切自付差額特材使用情形，也期盼健保署能於兼顧民眾就醫權益及健保財務平衡下，就已近於常態或必要使用之自付差額特材，訂定具效益之給付條件，積極研擬納入全額給付之可能性，以減少民眾就醫的財務負擔，並應提供民眾更清楚易懂之醫材價格、功能等資訊，以方便需用時之判斷及選擇。

五、財務構面(6項指標)

(一)整體表現情形

111 年呈進步趨勢(宜保持)

- 5.2 安全準備總額折合保險給付支出
月數
(111 年略升)
- 5.4 資金運用收益率
(111 年略升)
- 5.5 保費收繳率
(整體及第 1~3 類已達 9 成，第 6 類
逐年上升)
- 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率
(逐年下降；宜留意呆帳金額隨著保
費收入成長而增加)

111 年呈退步趨勢(宜改善)

- 5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及
兩者之差異率
(逐年擴大)
- 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率
(逐年下降)

(二)各指標監測結果及趨勢評析

指標 5.1 保險收支餘紕實際數、預估數及兩者之差異率

1.指標意涵

(1)監理重點：收支餘紕預估之準確性。

(2)意義：

①呈現保險收支餘紕之「實際數」及「預估數」之差距，驗證預估準確程度，以掌握未來財務收支趨勢。

②依全民健康保險法第 24 條，保險費率指的是當年度應計之收支平衡費率，故有必要按季觀察當年度累計收支餘紕，以即時掌握財務狀況與收支差距。

2.監測期程：每季。

3.計算方式

(1)計算公式：

分子：保險收支餘紕實際數－保險收支餘紕預估數

分母：保險收支餘紕預估數

保險收支餘紕=年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出

(2)增列之資料：

差異數=保險收支餘紕實際數－保險收支餘紕預估數

差異率=(差異數÷預估數)×100%

4.健保署提報監測結果：

年度	109 年	110 年	111 年
實際數(億元)	-676.07	-155.15	112.73
參考數據	預估數(億元)	-675.58	-240.49
	差異數(億元)	-0.49	85.34
指標結果	差異率(%)	0.07	-35.49(2.31%) ^註
			-134.89(3.54%) ^註

註：扣除非預期風險後的差異率，詳健保署說明(1)、(2)；109~111 年為審定決算數。

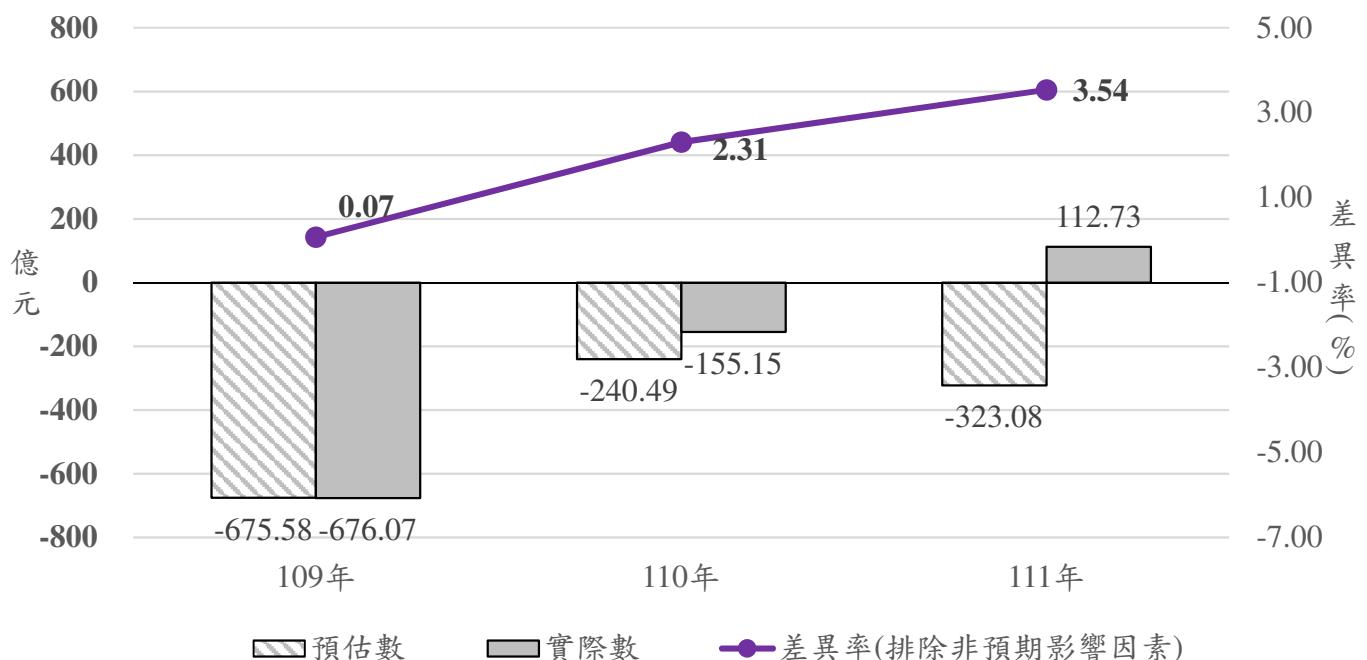
※健保署說明：

- (1) 110 年主要係因補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」增加，致保險費收入實際數較預估數增加約 91 億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘紓預估數與實際數之差異率為 2.31%。
- (2) 111 年主要係因補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」增加，加上基本工資由 24,000 元調整為 25,250 元，軍公教待遇調升 4%，致保險費收入實際數較預估數增加約 387 億元；另總額專款結餘增加約 38 億元，致保險成本減少 38 億元，若排除非預期因素影響，保險收支餘紓預估數與實際數之差異率為 3.54%。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：

110 年及 111 年差異率(-35.49% 及 -134.89%)較大原因，依健保署說明，主要係補充保險費收入實際數高於預估數、基本工資調漲等因素，如排除前開非預期影響因素，近 3 年保險收支餘紓實際數與預估數差異率在 0.07% 至 3.54% 之間。

保險收支餘紓實際數與預估數之差異率(排除非預期影響因素)



當差異率越趨近於零，表示收支餘紓預估準確性越高。上圖顯示，

109 年至 111 年餘紓數均有低估的現象，表示健保署在進行財務推估時傾向保守估計，且差異數逐年擴大，將持續觀察其變化。

111 年保險費收入實際數較預估數增加約 387 億元，依健保署提報之 112 年度保險費率方案相關數據進一步分析，111 年度影響健保財務重大措施包括：基本工資調漲、軍公教調薪 4%、投保金額分級表級距調整，影響金額分別為 59 億元、12 億元及 17 億元，如扣除上述影響金額，保險費收入預估數與實際數仍有 299 億元係補充保險費收入增加所致，補充保險費預估數與實際數已連續 2 年出現重大差異，應重新檢視補充保險費預估模型之妥適性，以免財估間接影響健保相關政策之決策與推動時機，及即時因應健保財務問題之機動性。

6.112 年第 10 次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
請參考會議資料第 203 頁投影片第 32 張，這邊數字很明顯有快速惡化的趨勢，同時在費率審議前專家諮詢會議的相關推估，成果也受到關注，推估的假設應依經驗及委員所提建言深入檢視檢討，尋找真正原因，才能確實改善，要先面對問題，如果真的是很大的非預期，那扣掉是可接受的。(李委員永振)	受疫情影響 110 年及 111 年保險費收入預估較為保守，然實際經濟狀況較為樂觀，致該 2 年補充保險費收入高於預估。惟排除上開年度，其餘年度本項指標保險收支餘紓實際數、預估數及兩者之差異率，差異不大。

指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

1. 指標意涵

- (1) 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數。
- (2) 意義：依健保法第 78 條，本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。期藉由本指標即時掌握保險財務資金存量。

2. 監測期程：每季。

3. 計算方式

- (1) 計算公式：

分子：安全準備總額

分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數

- (2) 增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數、年底安全準備累計餘額

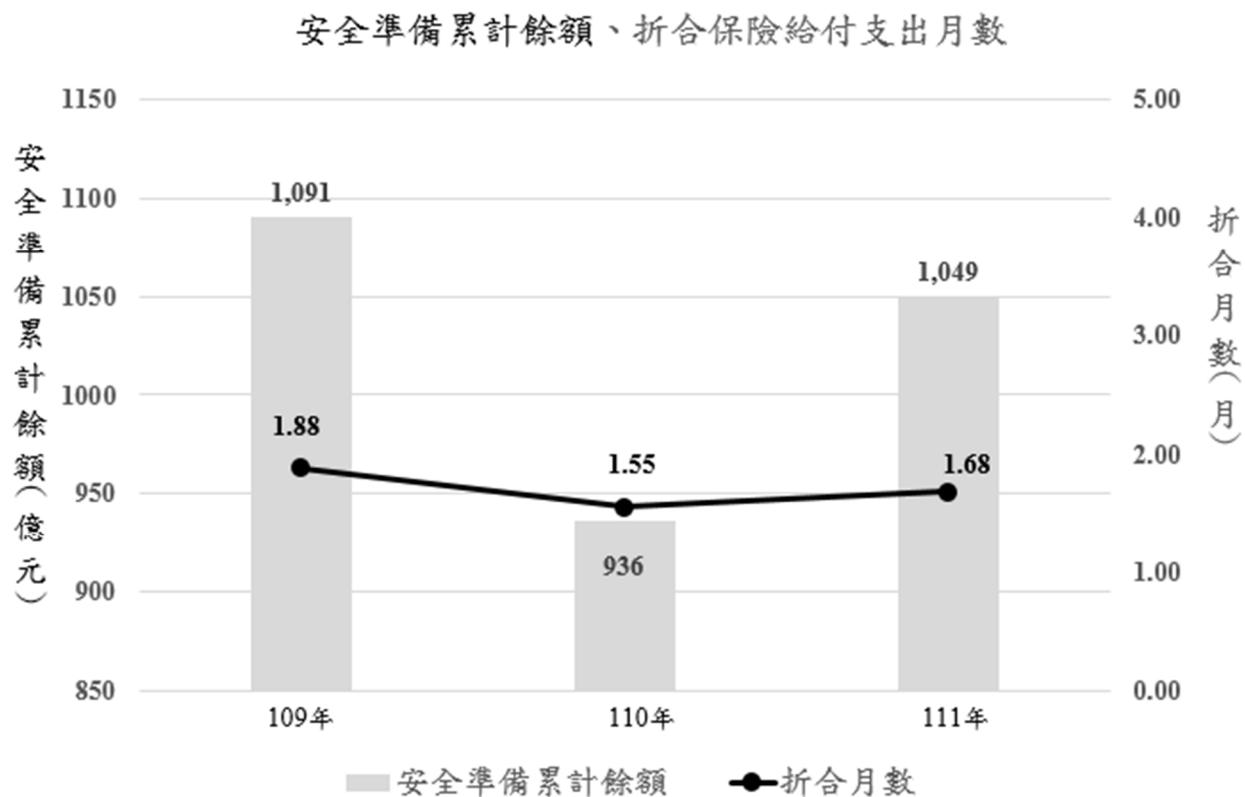
4. 健保署提報監測結果：

	截至年度	109	110	111
參考數據	安全準備總額較前一年增減數	-676.07	-155.15	112.73
	安全準備累計餘額(億元)	1,091	936	1,049
指標結果	保險給付支出折合月數(月)	1.88	1.55	1.68

※ 健保署說明：

- (1) 109~111 年為審定決算數。
- (2) 109~111 年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為 1.88、1.55 及 1.68 個月，尚符合健保法第 78 條保險安全準備總額以 1 至 3 個月保險給付支出為原則之規定。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



依據國發會人口推估查詢系統(中推估)資料，預估至 2044 年，總人口將減少 200 萬人，其中高齡者增加約 300 萬人，15~64 歲青壯年人口減少約 400 萬人，未來需照護人口增加而繳保費的人口減少，因此，未來健保的財務狀況將更加嚴峻，而 111 年底健保安全準備總額折合 1.68 個月保險給付支出，尚符合健保法第 78 條所定 1~3 個月保險給付支出之原則，係因補充保險費大幅成長、基本工資調漲及軍公教調薪等因素，使保險收入大幅成長，方能使當年度收支產生結餘，暫時緩解健保之財務壓力。爰建議健保署應及早研析人口結構高齡化、少子女化下，對健保財務收支之影響，預為規劃因應之道，並積極推動全民健保財務調整措施與各項開源節流方案，以維持健保財務穩健。

指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率

1. 指標意涵

- (1) 監理重點：健保支出成長趨勢。
- (2) 意義：瞭解我國健保支出水準之成長趨勢。

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

- (1) 計算公式：

分子：全民健保醫療支出總額

分母：GDP

- (2) 結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額

4. 健保署提報監測結果：

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占 GDP 比率		全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占 GDP 比率
	108 年	109 年	
108 年	3.75		3.52
109 年		3.73	3.53
110 年	3.55		3.38

資料來源：1. 全民健保資料來源：1. 全民健保醫療支出：健保署。

2. GDP：行政院主計總處(112 年 8 月 18 日更新資料)。

※ 健保署說明：

- (1) 全民健保醫療支出占 GDP 比率近 3 年來維持在 3%~4% 之間，其值受當年健保總額及 GDP 成長幅度影響，惟若要進行國際比較，亦需考量各國人口年齡結構、疾病組成及健保制度等因素。
- (2) 健保支出依據全民健康保險法第 61 條規定，由衛生福利部衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等，報行政院核定總額協商上下限範圍後，由全民健康保險會就行政院核定之範圍，召集學者專家、醫界與付費者代表，進行各部門總額協商及分區預算分配事宜，並報衛生福利部核定。
- (3) 自 92 年全面實施總額支付制度後，每年總額約以 3%-5% 成長，另統計 110 年醫院、西基、中醫、牙醫總額之執行率(含一般及專款)亦達 99% 以上。

5.健保會研析國際比較：

我國近 3 年保險給付支出占國民醫療保健支出(NHE)比率及公部門經常性醫療保健支出比率如下表，呈現逐年下降之趨勢，主要係政府於 109、110 年編列中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算使 NHE 及公部門經常性醫療保健支出(分母)大幅增加所致。

單位：%

	108 年	109 年	110 年
保險給付支出占 NHE 比率	53.12	52.49	50.97
保險給付支出占公部門經常性醫療保健支出	89.49	87.43	82.35

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\110 年國民醫療保健支出統計表。

另進一步探討我國公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出(CHE)及醫療保健支出占 GDP 比重與國際比較情形(如表 1、表 2)，查近 3 年我國公部門經常性醫療保健支出占 CHE 比重持續成長，111 年為 66.5%，與南韓相當，較德、法、日 3 國為低(83%~85% 之間)。至 CHE 占 GDP 比重均為 6.1%，與我國相鄰且同樣實施健保的韓國比較，其 CHE 占 GDP 比重原本低於我國，從 90 年起每年穩定提升，至 110 年已達 8.8%，而我國自 100 年後均維持在 5.8%~6.1% 之間。再與 OECD 其他實施社會保險制度國家相比，我國 CHE 占 GDP 比重較日、德、法為低，顯示我國在經常性醫療保健支出之資源投入尚有成長空間。

表 1 公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重
單位：%

國家	108 年	109 年	110 年
德國	84.0	85.1	86.0
法國	83.6	84.7	...
加拿大	69.8	75.0	74.5
瑞士	66.8	69.7	...
荷蘭	82.7	84.9	...
盧森堡	84.9	86.4	...
日本	84.0	83.4	...
南韓	61.0	62.6	64.8
平均值 註 1	74.2	76.3	76.9
臺灣	63.5	65.1	66.5

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\110 年國民醫療保健支出統計表。

註：108 年及 109 年平均值，採 38 個會員國資料，110 年僅有 16 個國家。

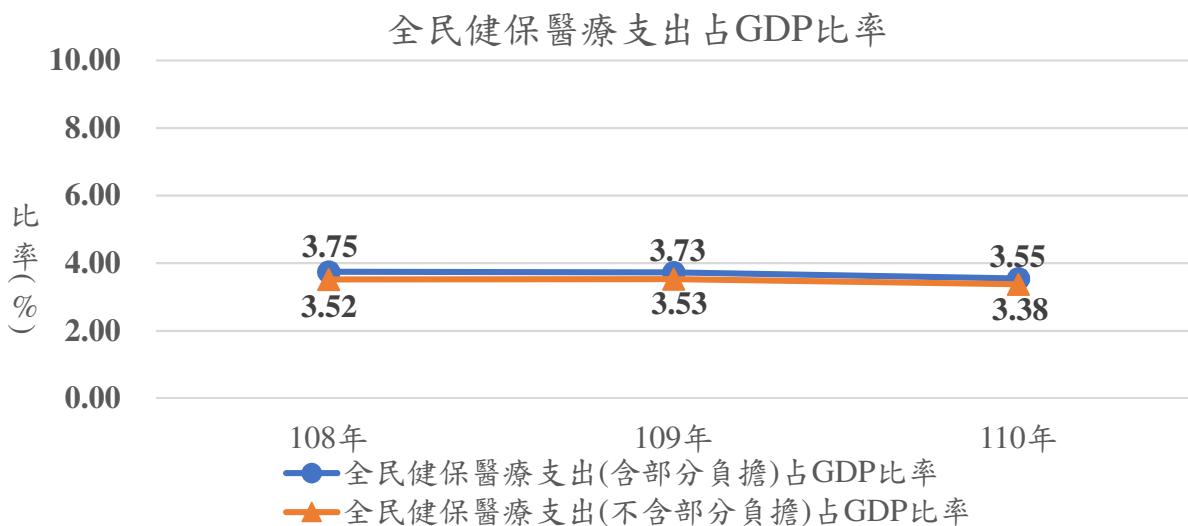
表 2 經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

國家	108 年	109 年	110 年	單位：%
德國	11.7	12.8	12.8	
法國	11.1	12.2	12.4	
加拿大	11.0	12.9	11.7	
瑞士	11.3	11.8	...	
荷蘭	10.1	11.1	11.2	
盧森堡	5.4	5.8	...	
日本	11.0	11.1	...	
南韓	8.1	8.4	8.8	
平均值 註 1	8.8	9.7	10.4	
臺灣	6.1	6.1	6.1	

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\110 年國民醫療保健支出統計表。

註：108 年及 109 年平均值，採 38 個會員國資料，110 年僅有 20 個國家。

6.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



全民健保醫療支出(含部分負擔註)占 GDP 比率近 3 年維持在 3.7% 左右，雖比率增減不大，惟在 3 年間已擴增近 500 億元，健保醫療支出之成長，宜兼顧整體經濟成長、社會環境及民眾付費能力，審慎評估。

註：108~110 年部分負擔金額分別為 425 億元、409 億元、389 億元，占醫療給付費用總額比率為 5.94%、5.44%、4.97%。

指標 5.4 資金運用收益率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：資金管理效率。

(2) 意義：衡量保險人資金運用之獲利能力及投資項目之品質。

2. 監測期程：每季。

3. 計算方式

分子：本季保險資金運用收益

分母：本季保險資金日平均營運量

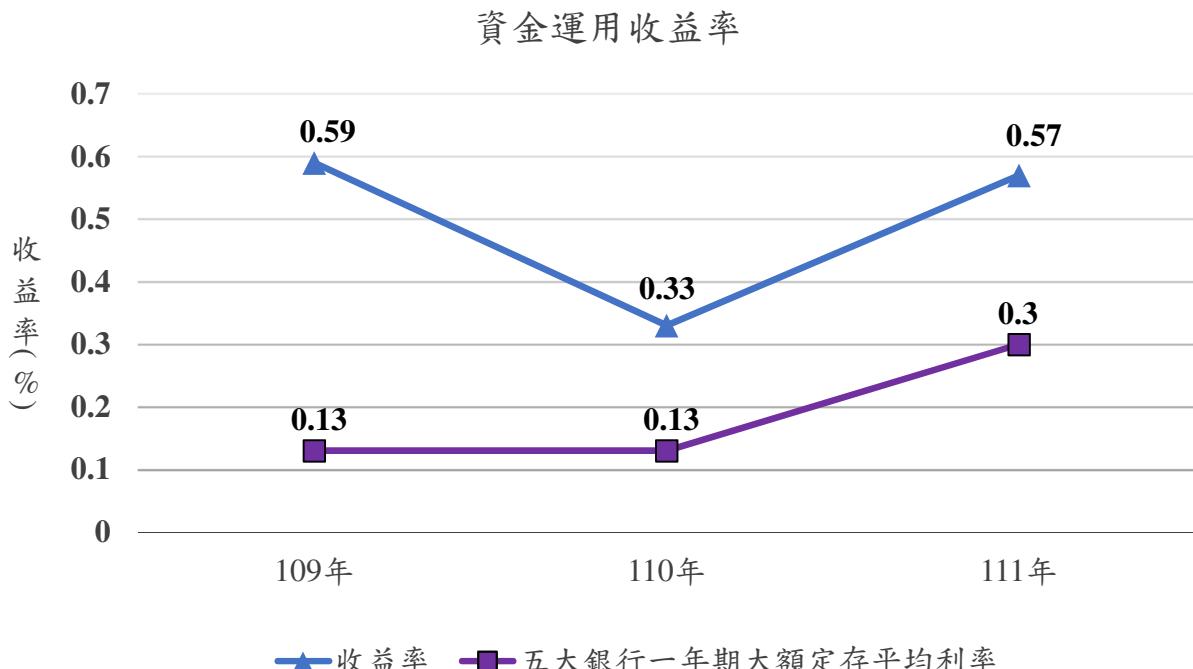
4. 健保署提報監測結果：

項目	109 年	110 年	111 年
日平均營運量(億元)	1,708.79	1,670.80	1,745.78
參考數據	運用收益(億元)	10.13	5.47
	五大銀行 1 年期大額定存平均利率(%)	0.13	0.13
指標結果	收益率(%)	0.59	0.33
		0.57	

※ 健保署說明：

健保資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準。查 109~111 年五大銀行一年期大額定存平均利率分別為 0.13%、0.13% 及 0.30%，而健保資金運用收益率為 0.59%、0.33% 及 0.57%，其運用效益均高於五大銀行一年期大額定存平均利率。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



111年資金運用收益率較110年為高(從0.33%增加為0.57%)，111年中央銀行4次宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息。健保基金雖屬隨收隨付之資金，若健保資金運用收益率提高，將有助財務穩定。

	健保基金	勞保基金	國保基金
111年底規模(億元)	1,019	7,534	4,524
111年收益率(%)	0.57	-7.45	-6.38
近5年(107~111年) 年化報酬率(%)		4.18%	4.07%

資料來源：勞動部勞動基金運用局網頁。

111年健保資金運用收益率雖高於勞保基金、國保基金收益率，然勞保基金、國保基金之5年年化報酬率均超過4%，本會委員向來頗為關注健保資金運用效率，建議健保署在兼顧財務運用之安全性及流動性下，積極檢討並研議提升投資績效之策略。

6.112年第10次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
請看到會議資料第205頁投影片第35張，以目前的觀測條件，109年的運用效益最好，這從背景資	健保基金屬隨收隨付之短期保險財務制度，資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性，未來

委員意見	健保署回復說明
<p>料應該很明顯可突顯出來，111年呈現的數據好像比110年好一點，但是否有實質上的進步，還尚待進一步解析了解，因為所看到的收益率是受到全球利率上升的必然現象，不是努力的結果，實質效益應該要深入剖析所投資的內容，用比較客觀的方式來判定有沒有進步，應該會比較好。當然，目前來要求這項有點為難，最好是在安全準備有2,000億元以上時是最佳時期，我們已經錯過了，錯過總是要亡羊補牢，看怎麼再去掌握這部分，這樣監測指標才有意義。(李委員永振)</p>	<p>在兼顧整體資金需求與現金流量下，將視整體利率走勢，若有其他收益較佳且符合期間需求之投資工具，再予以評估進行投資，以適時提升收益率。</p>

指標 5.5 保費收繳率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理保費收繳之情形。

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

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數

分母：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費應收數

(2) 結果呈現：分整體，第一、二、三、六類保險對象

4. 健保署提報監測結果：

單位：%

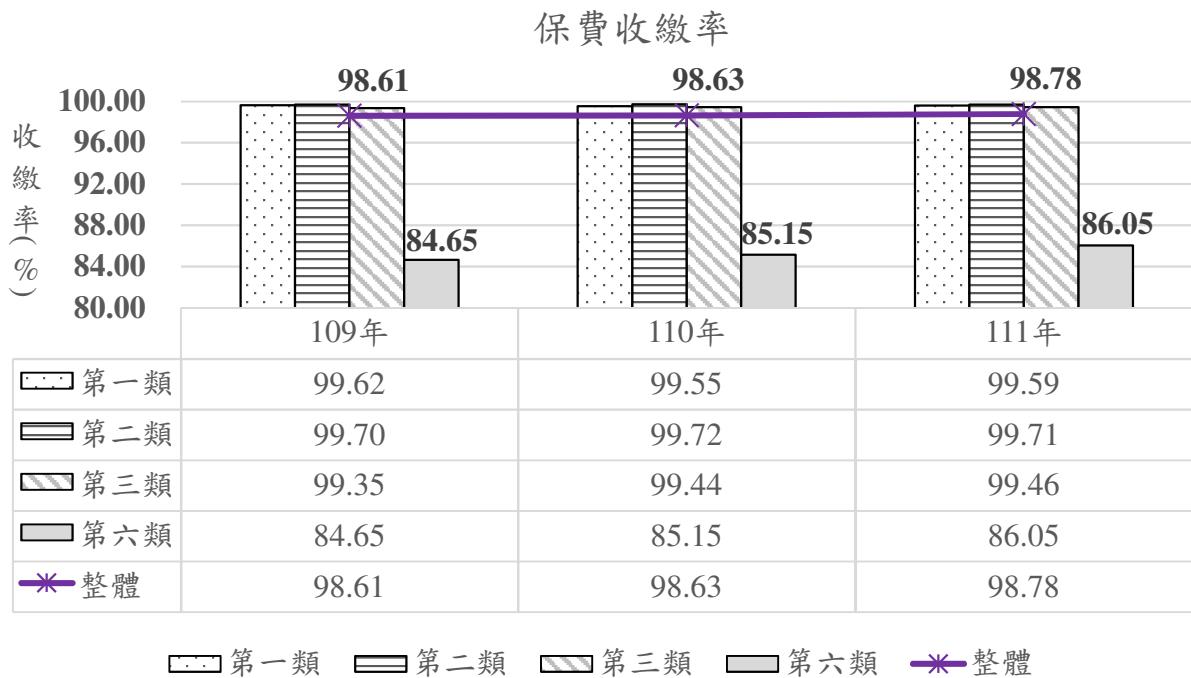
投保單位及保 險對象	109 年	110 年	111 年
第一類	99.62	99.55	99.59
第二類	99.70	99.72	99.71
第三類	99.35	99.44	99.46
第六類	84.65	85.15	86.05
整體	98.61	98.63	98.78

※ 健保署說明：

(1) 109~111 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98% 以上，其中除第六類收繳率約在 84% 至 86% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。

(2) 另 111 年整體收繳率較 109 年及 110 年微幅成長，主要係因健保署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



近3年整體保費收繳率已超過98%，且每年持續提升，宜繼續保持；另進一步觀察各類保險對象，第一、二、三類保險對象保費收繳率，均超過9成9，第六類保險對象保費收繳率，則在84.65%至86.05%，建議健保署宜針對原因研議如何提升第六類保險對象之保費收繳率。

6.112年第10次委員會議(112.11.15)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
第6類保險對象保費收繳率，數據明顯偏低，建議健保署應該針對這個問題去研議，事實上第6類收繳率偏低不是今年才發生的，應該是長久以來一直存在的問題。(韓委員幸紋)	第6類被保險人因多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保之經濟弱勢對象，致影響保險費繳納能力及收繳率。本署將持續爭取財政部公益彩券回饋金，並集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費，提升渠等保險費收繳率。
根據全民健康保險法第2條，本法用詞，定義如下： 一、保險對象：指被保險人及其	一、健保法第10條第6款明定，第1款至第5款及本款前項被保險人及眷屬以外之家戶戶長

委員意見	健保署回復說明
<p>眷屬。</p> <p>二、眷屬：</p> <p>(一)被保險人之配偶，且無職業者。</p> <p>(二)被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。</p> <p>(三)被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。</p> <p>若學生主張他有打工，所以是有職業的情況，但是雇主未幫兼職人員投保(健保並未強制要求雇主主要幫兼職人員投保)，這樣學生可否以第六類身分投保？因為目前有職業應該怎樣認定？如果有工作但是沒有投保這樣算嗎？目前健保法跟細則似乎沒有明確的規定。</p> <p>如果具學生身分明訂是不能在第六類投保，在行政上，至少在學生自行至鄉鎮市公所投保時，行政人員應告知相關規定就算現場無法立即串聯學籍資料，但對於一定年齡以下的民眾，應該先行確認有無學生身分，否則即使事後查核，學生若表示現場投保時並未被告知不可以這樣投保的情況，這樣也容易引發爭議。不過，就全民健保法及施行細則，似乎並未明訂學生絕對不能以第六類被保險人身分投保。因為這個爭議其實由來已久，但是一直未獲處理，長期也會影響</p>	<p>或代表，為第6類第2目被保險人。即未具有第1類至第5類及第6類第1目及眷屬資格者，方符合第6類第2目被保險人投保身分。</p> <p>二、另同法施行細則第18條第2項明定，保險對象無其他應隨同投保之被保險人時，應以第6類被保險人身分投保。</p> <p>三、學生具有受僱者身分時，應以第1類受僱者身分投保，但若從事工作未逾3個月者，依同法施行細則第20條規定，得以原投保身分繼續投保。</p> <p>四、本保險課以投保單位及被保險人主動申報作為義務，為能使各分區業務組及各公所正確受理健保投保作業，本署原即訂有「公所受理第六類保險對象投保流程圖」及「公所受理第六類保險對象辦理加保作業標準問答程序」，例如，公所受理投保時，應視被保險人年齡，提醒被保險人是否在學、是否確無其他被保險人（配偶、子女、父母…）可依附投保、是否有在工作等，如有工作或具眷屬身分，即應告知保險對象另以適法身分投保，以供臨櫃正確受理及輔導民眾以適法身分投保。</p>

委員意見	健保署回復說明
健保財務，因具學生身分卻以第六類被保險人投保者，多半為父母是高薪者的情況，故希望健保署可以提出相對應的策略予以因應。(韓委員幸紋會後書面意見)	

指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率

1. 指標意涵

(1) 監理重點：監理呆帳提列情形。

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

2. 監測期程：每年。

3. 計算方式

分子：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數

分母：投保單位及保險對象本年度一般保費收入數

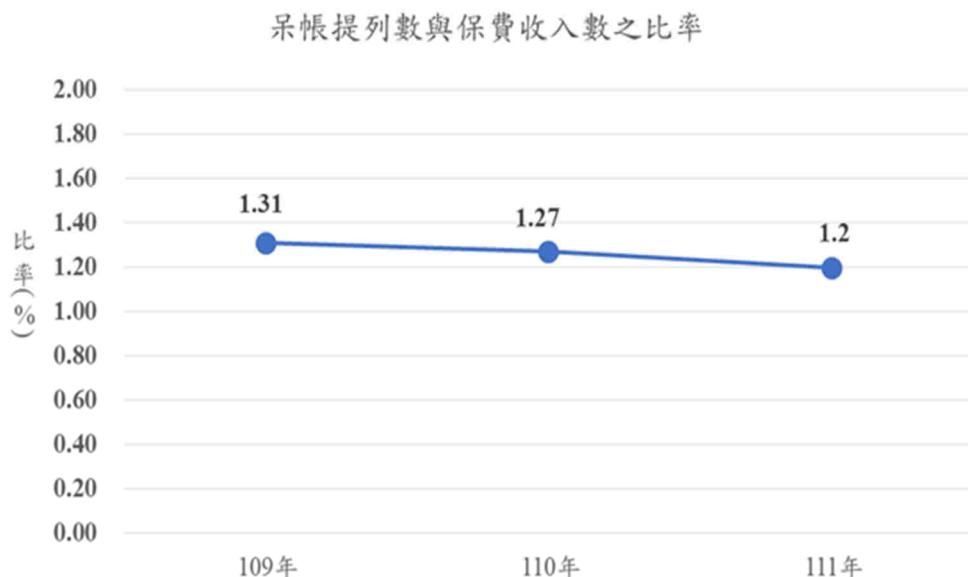
4. 健保署提報監測結果：

單位：%		
109 年	110 年	111 年
1.31	1.27	1.2

※健保署說明：

109 年發生 COVID-19 疫情，嚴重衝擊民生經濟，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標上升。110 年疫情雖仍嚴峻，惟一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，故本指標較 109 年下降；111 年疫情趨緩，健保署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生，爰指標再較 110 年下降。

5. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：



本指標近 3 年呈逐年下降趨勢(從 1.31% 降為 1.2%)，依健保署說明，109 年及 110 年因 COVID-19 疫情，呆帳提列數持續增加，惟因 110 年一般保險費費率從 4.69% 調升為 5.17%，故 110 年呆帳提列數與保費收入數之比率，較 109 年為低，111 年因疫情趨緩，健保署加強保費催收，並集結政府及民間各類社團力量協助弱勢民眾減少欠費及呆帳發生，爰 111 年較 110 年為低。

健保呆帳金額自健保 84 年 3 月開辦至 111 年 12 月以來，累積達 1,061.31 億元，近 3 年(109~111 年)呆帳金額分別為 50 億元、54 億元、53 億元，為健保會委員監理健保財務之關切重點。建議健保署對於非弱勢民眾之欠費，積極採取行政處分，以保全健保債權；對於弱勢民眾欠費則加強協助措施、媒合社會團體與資源，以同時緩解弱勢民眾之經濟壓力與健保財務壓力。

肆、參考資料

參考資料一 全民健康保險業務監理架構與指標

第1屆 103年第5次委員會議(103.5.23)討論通過

第2屆 104年第11次委員會議(104.12.25)修正 11 項指標

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

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	<p>1. 計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床</p> <p>2. 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列</p> <p>3. 增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料</p>	院所營運效率/國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	半年	<p>1. 計算公式： 分子：急診病人留置超過 24 小時人次 分母：急診總人次</p> <p>2. 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列</p> <p>3. 增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料</p>	急診照護效率
	1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數	半年	<p>1. 計算公式： 癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數</p> <p>2. 增列之資料：有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間(如 1 個月)，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，及「每人平均前 5 項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」。</p>	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	半年	<p>1. 計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) 分母：門診總案件數(不含門診透析)</p>	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	季	2.初級照護定義：詳第 98 頁，104 年前以 ICD-9-CM 疾病編碼進行統計，105 年全面改以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼。	
			1.計算公式： (1)部門就醫人數比例： 分子：該部門門診就醫人數 分母：西醫門診就醫人數 (2)申報件數占率 分子：該部門門診申報件數(就醫人次) 分母：西醫門診申報件數(就醫人次) 2.部門別為：西醫基層、醫院總額	就醫變動性
	1.6 藥品費用占率	半年	1.計算公式： 分子：藥品申報醫療點數 分母：整體申報醫療點數 2.醫療點數含交付機構 3.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層分列 4.增列之資料：藥品費用超過或未達目標總額之百分率 計算公式： 分子：(本年藥品費用發生數-目標總額數)×100% 分母：藥品目標總額數 新藥(如C肝新藥)獨立管控，得不列入計算	藥品使用情形
	1.7 健保專案計畫之執行成效	年	1.計算公式： (1)本年度進場、退場之專案計畫占率： 分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數 分母：本年度進行中之專案計畫總數 (2)專案計畫之KPI達成率： 各部門擇一計畫，計算 KPI(含經費)達成率 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	監理健保各專案執行之效率

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	半年	分子：住院手術傷口感染病人數(ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼為第 100 頁之指標定義) 分母：所有住院手術病人數	住院照護安全性
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	2.3 照護連續性	年	1. 計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ <p>N = 病患就醫總次數 n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義)</p> <p>2. 資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫)</p> <p>3. 排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差</p> <p>4. 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值</p>	評估整合性連續照護之品質
	2.4 護理人力指標 - 全日平均護病比達加成之占率提升	半年	1. 計算公式： (1) 護病比 分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)加總 分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總 護理人員數不列計「實習護士」、「專科護理師」及「護理長」 (2) 加成月次占率 分子：各層級醫院達全日平均護病比加成的月次。 分母：各層級醫院申報住院護理費總月次。 2. 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布	護理人力供給之改善情形

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(三)效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	年	1.計算公式： 分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數 分母：所有表示意見人數 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	民眾就醫結果感受
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	年	分子：15 歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件 分母：15 歲以上人口(每十萬人口)	糖尿病初級照護之情形
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	年	1.計算公式： 分子：分母出院案件中，距離出院日 0 日至 3 日內，再次急診的案件數(跨院) 分母：出院案件數 2.結果呈現：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件	監測住院治療出院後之照護品質
(四)資源配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	1.計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值 分子：每萬人口醫師數之最高組別 分母：每萬人口醫師數之最低組別 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為 1 級至 5 級區域，共 5 組 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料	人力供給之公平性
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	1.計算公式： 分子：指定地區別之各總額部門門診就醫人數 各總額部門門診就醫人數：指定地區別保險對象人數(依戶籍地郵遞區號歸類)，曾於各總額部門門診就醫之人	醫療利用之公平性

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四)資源配置			<p>數。</p> <p>分母：指定地區別之保險對象人數 醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區</p> <p>2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	<p>1.整體：</p> <p>分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量</p> <p>2.各類別項目：</p> <p>分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量</p>	民眾自付醫材差額之升降趨勢
(五)財務	5.1 保險收支餘紓實際數、預估數及兩者之差異率	季	<p>分子：保險收支餘紓實際數－保險收支餘紓預估數 分母：保險收支餘紓預估數 保險收支餘紓=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)</p>	收支餘紓預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	<p>1.計算公式：</p> <p>分子：安全準備總額 分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數</p> <p>2.增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數、年底安全準備累計餘額</p>	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	<p>1.計算公式：</p> <p>分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP</p> <p>2.結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額</p>	健保支出成長趨勢
	5.4 資金運用收益率	季	<p>分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量</p>	資金管理效率
	5.5 保費收繳率	年	<p>1.計算公式：</p> <p>分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數</p>	監理保費收繳之情形

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(五) 財務			<p>分母：最近 5 年投保單位及保險對象 一般保費應收數</p> <p>2.結果呈現：分整體，第一、二、三、六 類保險對象</p>	
	5.6 呆帳提列數與保 費收入數之比 率	年	<p>分子：投保單位及保險對象本年度之呆 帳提列數</p> <p>分母：投保單位及保險對象本年度一般 保費收入數</p>	監理呆帳提 列情形

參考資料二 監理指標之操作型定義

一、效率構面

1.1

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

1.2.

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

1.3

指標名稱	癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人申報醫療費用點數
計算方式	<p>1.癌末病人接受安寧療護比率</p> <p>2.癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：總額內門住案件(不含健保署代辦項目)。

1.4

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

1.5

指標名稱	西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
分子	該部門門診就醫人數(件數)
分母	西醫門診就醫人數(件數)
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：西醫基層(含門診透析)、醫院部門(含門診透析)之門診案件。

1.6

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

1.7

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

二、醫療品質構面

2.1

指標名稱	手術傷口感染率
分子	<p>住院手術且傷口感染之人數</p> <p>*傷口感染：依[院所、ID、生日、住院日]歸戶下有任一件之任一次診斷碼(ICD-9-CM 前 4 碼為'9966'，'9981'，'9983'，'9985'或 ICD-10-CM 診斷碼全碼為 D7801、D7802、D7821、D7822、E3601、E3602、G9731、G9732、G9751、G9752、H59111、H59112、H59113、H59119、H59121、H59122、H59123、H59129、H59311、H59312、H59313、H59319、H59321、H59322、H59323、H59329、H9521、H9522、H9541、H9542、I97410、I97411、I97418、I9742、I97610、I97611、I97618、I9762、J9561、J9562、J95830、J95831、K6811、K9161、K9162、K91840、K91841、L7601、L7602、L7621、L7622、M96810、M96811、M96830、M96831、N9961、N9962、N99820、N99821、R5084、T80211A、T80212A、T80218A、T80219A、T8022XA、T8130XA、T8131XA、T8132XA、T8133XA、T814XXA、T826XXA、T827XXA、T8351XA、T8359XA、T836XXA、T8450XA、T8451XA、T8452XA、T8453XA、T8454XA、T8459XA、T8460XA、T84610A、T84611A、T84612A、T84613A、T84614A、T84615A、T84619A、T84620A、T84621A、T84622A、T84623A、T84624A、T84625A、T84629A、T8463XA、T8469XA、T847XXA、T8571XA、T8572XA、T8579XA、T86842、T888XXA)，則將納入計算。</p>
分母	<p>所有住院手術病人數</p> <p>*手術：醫令代碼全長 6 碼且前 2 碼為 62-88 及 97 者。(105 年定義修正，並自 101 年起重新計算)。</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院)</p> <p>*住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。</p>

2.2

指標名稱	糖尿病品質支付服務之照護率
分子	分母中有申報管理照護費人數
分母	符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

2.3

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

2.4

指標名稱	護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升
分子及分母	<p>1.護病比</p> <p>(1)分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數\times占床率$\times 3$)加總。</p> <p>(2)分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。</p> <p>2.加成月次占率</p> <p>(1)分子：各層級醫院達全日平均護病比加成的月次。</p> <p>(2)分母：各層級醫院申報住院護理費總月次。</p>
資料提供單位	中央健康保險署
備註	1.護病比：護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理

指標名稱	護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升
	<p>師」，另配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，自 108 年 5 月起亦不列計護理長。</p> <p>2.加成月次占率：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總。</p>

三、效果構面

3.1

指標名稱	民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)
分子	填答「非常滿意」及「滿意」總人數
分母	所有表示意見人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	

3.2

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

3.3

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

四、資源配置構面

4.1

指標名稱	以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值 (各部門)
分子	每萬人口醫師數的最高組別
分母	每萬人口醫師數的最低組別
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1. 計算公式：鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為 1 級至 5 級區域，共 5 組。</p> <p>2. 醫師數係指該年 12 月之醫師數。</p> <p>3. 人數係指該年 12 月之各鄉鎮市區人數。</p>

4.2

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

4.3

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

五、財務構面

5.1

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

5.2

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

5.3

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

5.4

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

5.5

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

5.6

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

參考資料三 監理指監測結果報表(107 年起)

構面	監理指標	提報時程	107上		107下		107全年	108上		108下		108全年	109上		109下		109全年	110上		110下		110全年	111上		111下		111全年		
			107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4			
			111Q1	111Q2	111Q3	111Q4																							
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	(1)醫院整體	7.49	7.14	7.45	7.37	7.40	7.38	7.54	7.36	7.44	7.65	7.63	7.64	7.65	7.25	7.44	7.37	7.41	7.44	7.37	7.01	7.18	7.44	7.44			
			(2)醫學中心	7.49	7.37	7.43	7.30	7.35	7.33	7.38	7.17	7.27	7.47	7.41	7.44	7.44	7.37	7.01	7.18	7.42	7.42	7.46	7.07	7.26	7.44	7.44			
			(3)區域醫院	7.20	7.17	7.17	7.10	7.13	7.12	7.31	7.17	7.24	7.42	7.42	7.42	7.42	7.46	7.07	7.26	7.49	7.49	8.57	8.07	8.31	7.44	7.44			
			(4)地區醫院	8.26	8.26	8.26	8.15	8.18	8.17	8.40	8.18	8.28	8.49	8.48	8.49	8.49	8.57	8.07	8.31	8.49	8.49	8.57	8.07	8.31	7.44	7.44			
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	半年	(1)醫院整體	2.86%	2.58%	2.71%	2.61%	2.89%	2.75%	2.08%	2.56%	2.32%	2.43%	2.58%	2.51%	2.30%	2.84%	2.56%	2.10%	2.08%	6.85%	6.08%	6.63%	6.36%	6.36%	6.36%			
			(2)醫學中心	7.12%	6.52%	6.83%	6.58%	7.44%	7.01%	5.57%	6.68%	6.14%	6.60%	7.10%	6.85%	6.85%	6.85%	6.85%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%	6.08%		
			(3)區域醫院	1.64%	1.38%	1.51%	1.50%	1.64%	1.57%	1.16%	1.47%	1.32%	1.35%	1.34%	1.34%	1.34%	1.34%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%	1.45%		
			(4)地區醫院	0.65%	0.63%	0.64%	0.49%	0.41%	0.45%	0.35%	0.47%	0.41%	0.56%	0.62%	0.59%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%	0.61%		
	3.癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	—	—	—	38.7萬點	—	—	—	39.9萬點	—	—	40.2萬點	—	—	—	40.2萬點	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40.1萬點		
	4.區域醫院以上初級門診照護率	半年	17.60%	17.69%	17.64%	17.06%	17.20%	17.13%	16.48%	17.54%	17.04%	16.47%	16.97%	16.73%	16.75%	16.75%	17.64%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%	17.21%		
(二) 質量	5.西醫基層與醫院門診就醫人數比例及申報件數分布	半年	(1)部門就醫人數比例	西醫基層	83.53%	81.57%	81.18%	82.39%	91.84%	82.94%	81.97%	81.08%	82.51%	91.87%	81.47%	78.67%	79.11%	79.60%	90.27%	79.38%	78.01%	76.16%	77.42%	88.96%	77.96%	77.41%	78.36%	80.15%	89.49%
			醫院總額	47.03%	49.01%	49.36%	48.08%	60.52%	47.46%	49.23%	50.17%	48.65%	60.93%	47.44%	49.61%	50.98%	50.68%	60.13%	49.77%	49.43%	52.04%	51.99%	59.94%	50.89%	52.77%	51.84%	50.76%	62.12%	
			(2)部門申報件數占率	西醫基層	66.95%	64.17%	64.02%	65.59%	65.21%	66.51%	64.84%	64.10%	65.63%	65.28%	66.11%	62.44%	61.48%	62.74%	63.20%	63.15%	63.17%	59.53%	59.66%	61.39%	61.01%	61.33%	60.56%	62.94%	61.50%
			醫院總額	33.05%	35.83%	35.98%	34.41%	34.79%	33.49%	35.16%	35.90%	34.37%	34.72%	33.89%	37.56%	38.52%	37.26%	36.80%	36.85%	36.83%	40.47%	40.34%	38.61%	38.99%	38.67%	39.44%	37.06%	38.50%	
	6.藥品費用占率	半年	(1)藥品費用占率	整體	26.72%	26.01%	26.36%	27.26%	26.23%	26.74%	27.98%	27.08%	27.52%	28.91%	28.39%	28.65%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%	27.80%
			醫學中心	35.44%	34.62%	35.03%	35.51%	34.49%	34.99%	36.57%	35.65%	36.08%	38.47%	37.60%	38.02%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%	36.97%
			區域醫院	28.49%	27.71%	28.10%	29.42%	27.89%	28.65%	29.96%	28.41%	29.16%	30.42%	29.71%	30.06%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%	29.41%
			地區醫院	21.28%	20.63%	20.95%	22.78%	21.68%	22.22%	23.68%	22.65%	23.14%	24.17%	23.91%	24.04%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%	23.82%
			基層院所	18.12%	17.63%	17.88%	18.47%	18.04%	18.26%	19.08%	18.47%	18.78%	19.33%	19.18%	19.26%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%	18.70%
	7.健保專案計畫之執行成效	年	(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率	—	—	3.7%	—	—	2.5%	—	—	4.4%	—	—	—	—	—	—	與111年合併	—	—	—	—	—	—	—	—	4.5%	
			(1)本年度進場、退場之專案計畫占率	—	—	—	—	—	退場1項	—	—	進場3項	—	—	—	進場1項	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	進場8項	
(三) 效果	1.手術傷口感染率 2.糖尿病品質支付服務之照護率 3.照護連續性	年	(1)本年度進場、退場之KPI達成率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			1.手術傷口感染率	1.13%	1.13%	1.17%	1.13%	1.16%	1.18%	1.24%	1.16%	1.24%	1.22%	1.21%	1.26%	1.20%	1.19%	1.24%	1.24%										

構面	監理指標	提報時程	107上		107下		107全年	108上		108下		108全年	109上		109下		109全年	110上		110下		110全年	111上		111下		111全年	
			107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4		
			107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4		
(四)資源配置	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	(1)醫院	—	—	76.71	—	—	73.09	—	—	83.29	—	—	—	90.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95.81		
			(2)西醫基層	—	—	2.21	—	—	2.27	—	—	2.40	—	—	—	2.45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.47		
			(3)牙醫門診	—	—	13.65	—	—	13.23	—	—	13.87	—	—	—	15.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14.43		
			(4)中醫門診	—	—	8.44	—	—	8.82	—	—	8.29	—	—	—	9.51	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9.45		
	2.一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	一般地區	—	—	53.75%	—	—	54.28%	—	—	52.36%	—	—	—	51.23%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	54.18%		
			(1)醫院	—	—	57.37%	—	—	57.82%	—	—	56.65%	—	—	—	55.51%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	56.74%		
			(2)西醫基層	—	—	60.22%	—	—	60.94%	—	—	58.63%	—	—	—	57.85%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60.26%		
			山地離島地區	—	—	81.92%	—	—	82.19%	—	—	78.88%	—	—	—	76.26%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78.31%		
	(3)牙醫門診	年	一般地區	—	—	82.83%	—	—	83.03%	—	—	79.99%	—	—	—	77.62%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78.94%		
			醫療資源不足地區	—	—	86.21%	—	—	86.44%	—	—	84.28%	—	—	—	82.97%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83.84%		
			山地離島地區	—	—	46.82%	—	—	47.55%	—	—	46.36%	—	—	—	45.00%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46.46%		
			一般地區	—	—	32.20%	—	—	32.84%	—	—	31.77%	—	—	—	31.09%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31.92%		
	(4)中醫門診	年	醫療資源不足地區	—	—	41.92%	—	—	42.22%	—	—	41.54%	—	—	—	40.47%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	41.10%		
			山地離島地區	—	—	26.58%	—	—	26.64%	—	—	25.18%	—	—	—	22.91%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27.64%		
			一般地區	—	—	19.81%	—	—	19.77%	—	—	18.83%	—	—	—	16.88%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20.03%		
			醫療資源不足地區	—	—	23.27%	—	—	23.51%	—	—	22.63%	—	—	—	20.72%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24.26%		
(五)財務	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	(1)整體	0.0411%	0.0423%	0.0417%	0.0445%	0.0443%	0.0444%	0.0422%	0.0471%	0.0448%	0.0429%	0.0469%	0.0449%	0.0514%	0.0531%	0.0523%	0.0514%	0.0531%	0.0523%	0.0514%	0.0531%	0.0523%	0.0514%	0.0531%	0.0523%	
			特殊功能人工水晶體	37.2%	37.4%	37.3%	38.2%	37.7%	37.9%	38.2%	39.9%	39.1%	40.8%	42.0%	41.4%	44.1%	45.0%	44.5%	44.1%	45.0%	44.5%	44.1%	45.0%	44.5%	44.1%	45.0%	44.5%	
			特殊材質人工龍關節	25.7%	27.2%	26.4%	29.1%	27.9%	28.5%	26.9%	29.9%	28.5%	27.2%	30.5%	28.9%	29.0%	31.8%	30.4%	29.0%	31.8%	30.4%	29.0%	31.8%	30.4%	29.0%	31.8%	30.4%	
			特殊功能人工心律調節器	51.3%	51.5%	51.4%	44.0%	44.8%	44.4%	42.1%	43.0%	42.6%	44.9%	46.2%	45.6%	47.7%	48.6%	48.2%	47.7%	48.6%	48.2%	47.7%	48.6%	48.2%	47.7%	48.6%	48.2%	
			冠狀動脈塗藥支架	63.9%	64.1%	64.0%	65.4%	66.7%	66.1%	65.3%	67.1%	66.3%	67.9%	68.8%	68.4%	69.5%	70.9%	70.2%	69.5%	70.9%	70.2%	69.5%	70.9%	70.2%	69.5%	70.9%	70.2%	
			特殊材質生物組織心臟瓣膜	41.6%	42.3%	41.9%	41.3%	41.7%	41.5%	41.6%	37.2%	39.3%	44.3%	39.4%	41.9%	42.5%	43.5%	43.0%	42.5%	43.5%	43.0%	42.5%	43.5%	43.0%	42.5%	43.5%	43.0%	
			義肢	3.9%	5.6%	4.9%	7.1%	8.3%	7.7%	11.7%	5.5%	8.4%	5.3%	5.9%	5.7%	1.7%	2.9%	2.4%	1.7%	2.9%	2.4%	1.7%	2.9%	2.4%	1.7%	2.9%	2.4%	
			腦脊髓液分流系統	78.3%	82.3%	80.2%	82.3%	81.3%	81.8%	80.9%	82.9%	81.9%	83.2%	82.2%	82.7%	83.1%	58.5%	70.5%	70.5%	58.5%	70.5%	70.5%	58.5%	70.5%	70.5%	58.5%	70.5%	70.5%
			治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	33.4%	40.7%	36.5%	36.2%	37.4%	36.8%	34.0%	37.7%	35.6%	38.7%	40.6%	39.6%	39.4%	43.5%	41.2%	39.4%	43.5%	41.2%	39.4%	43.5%	41.2%	39.4%	43.5%	41.2%	
			治療複雜性心臟不整脈消融導管	17.6%	16.8%	17.2%	17.5%	14.1%	16.4%	27.2%	37.2%	32.9%	42.3%	48.7%	45.7%	50.9%	54.8%	53.0%	50.9%	54.8%	53.0%	50.9%	54.8%	53.0%	50.9%	54.8%	53.0%	
			特殊功能及材質體內釘組	14.7%	33.9%	31.8%	55.5%	61.2%																				