

112 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 113 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).....	8
指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級).....	11
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.....	18
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率	22
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.....	31
二、醫療品質構面(4項指標).....	35
(一)整體表現情形	35
(二)各指標監測結果及趨勢評析	36
指標 2.1 手術傷口感染率	36
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	38
指標 2.3 照護連續性	41
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情形.....	44
三、效果構面(3項指標).....	49
(一)整體表現情形	49
(二)各指標監測結果及趨勢評析	50
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度	50
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	53
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率	56
四、資源配置構面(3項指標).....	58
(一)整體表現情形	58
(二)各指標監測結果及趨勢評析	59
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).....	59

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)	63
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	67
五、財務構面(6 項指標).....	72
(一)整體表現情形	72
(二)各指標監測結果及趨勢評析	73
指標 5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率.....	73
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	76
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	78
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	87
肆、參考資料	89
參考資料一 全民健康保險業務監理架構與指標.....	89
參考資料二 監理指標之操作型定義	95
參考資料三 監理指監測結果報表(108 年起)	106

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，再由健保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 112 年監測結果，輔以近 3~5 年監測趨勢進行評析，考量 109~111 年為 COVID-19 疫情期間，民眾就診行為及醫療服務型態具有特殊性，爰在解讀時宜更審慎。經檢視 5 大構面之 23 項指標中，有 11 項指標呈進步，宜保持；有 8 項指標趨勢略有退步，尤其在資源配置構面，多數指標呈現退步之趨勢，值得特別關注；有 4 項無明顯趨勢變化，宜持續監測(112 年各構面進步比率如下圖)。

5 大構面表現情形摘要如下(重點摘要表如附表)：

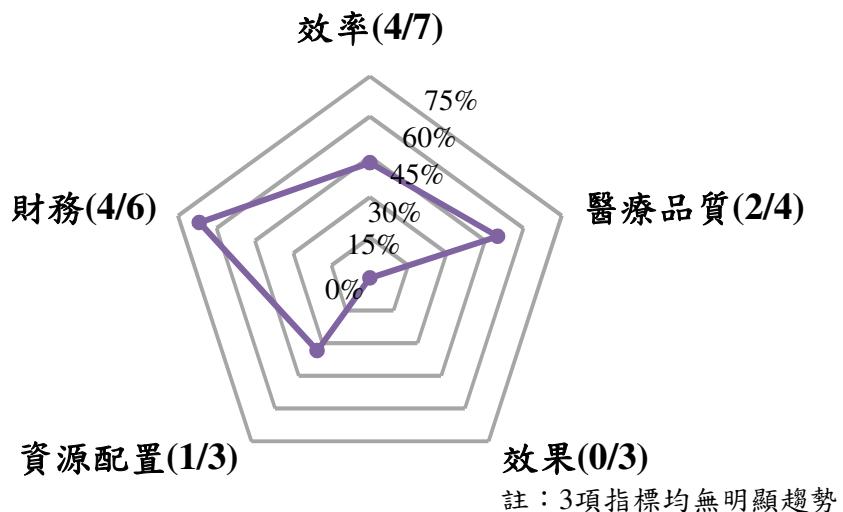


圖 112 年 5 大構面中 23 項指標進步比率(進步指標數/指標數)

一、效率構面(7 項指標—進步 4/7、退步 3/7)：

(一)進步趨勢(指標 1.1、1.3、1.5、1.6)：

4 項指標呈進步趨勢，其中「指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」，整體與各層級醫院之急性病床平均住院天數，呈下降趨勢，宜保

持，惟地區醫院因受呼吸照護個案影響，致平均住院天數高於其他層級醫院，建議健保署針對急性病床平均住院天數較高之院所，加以輔導改善。

(二)退步趨勢(指標 1.2、1.4、1.7)：

3 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(整體及各層級)」，112 年整體及各層級醫院留置比率為近 3 年最高，且醫學中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置比率呈上升情形，建議健保署進一步探究留置比率較高之個別醫院情形，以利針對原因加以改善；「指標 1.7 健保專案計畫之執行成效」，宜留意醫院及牙醫門診總額之執行率未達 75%，且近 3 年醫院執行率呈下降趨勢。

二、醫療品質構面(4 項指標—進步 2/4、退步 1/4、未有明顯變化 1/4)：

(一)進步趨勢(指標 2.1、2.2)：

2 項指標呈進步趨勢，宜保持。

(二)退步趨勢(指標 2.4)：

「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情形」，112 年醫學中心、區域醫院護病比加成率最高分級(<7 人、<10 人)，其月次占率下降幅度較高(42.7%→10.3%、78.8%→58.2%)，建議健保署進一步探究原因，以利研議改善措施；另就 113 年增編之「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」項目(預算 40 億元)，請持續觀察其對各層級醫院護病比變動影響，以利評估預算投入之效益。

(三)未有明顯變化(指標 2.3)。

三、效果構面(3 項指標—未有明顯變化 3/3)：

3 項指標均未有明顯變化，其中「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」，宜留意近 3 年 65 歲以上糖尿病病人之住院率均較高，健保署為強化對糖尿病病人照護，推動相關整合性照護方案，建議將該群病人優先納入方案照護。

四、資源配置構面(3 項指標—進步 1/3、退步 2/3)：

(一)進步趨勢(指標 4.1)：

「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)，112 年整體、醫院、西醫基層及中醫門診總額之人力比值均較 111 年微幅下降，宜保持，惟宜留意 112 年牙醫門診總額較 111 年略升。

(二)退步趨勢(指標 4.2、4.3)：

1. 「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 年牙醫與中醫門診總額之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，且牙醫在醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距逐漸擴大，建議健保署定期檢討山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案之內容，研議提升該地區民眾就醫可近性相關措施。
2. 「指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，近 3 年 10 類自付差額特材有 7 類之申報占率呈上升趨勢，建議就占率超過 7 成項目儘早規劃納入全額給付。

五、財務構面(6 項指標—進步 4/6、退步 2/6)：

(一)進步趨勢(指標 5.2、5.4、5.5、5.6)：

4 項指標呈進步趨勢，其中「指標 5.5 保費收繳率」，整體及第 1~3 類收繳率已近 9 成 9，宜保持，惟第 6 類保費收繳率未達 9 成，建議健保署持續推動提升收繳率之措施及加強欠費監控機制。

(二)退步趨勢(指標 5.1、5.3)：

2 項指標呈退步趨勢，其中「指標 5.1 保險收支餘绌實際數與預估數之差異率」，近 3 年呈擴大趨勢，建議健保署分析造成差異之各項因素數值，以利瞭解影響之關鍵因素。

112 年各項指標之監測結果經提報健保會 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)後，已請健保署依委員所提意見，補充說明監測結果之資料解讀、退步指標之原因分析與改善策略，該署回復內容業併同納入本份報告中，並將委員歷來關心之議題列入健保會研析說明。健保會亦將持續監測，俾監理健保業務發揮最大功效。

112年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近3~5年監測結果 ○：改善、△：無明顯趨勢、×：退步
(一) 效率 ○：4 ×：3	1.1急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○ 近3年呈下降趨勢 *宜留意地區醫院平均住院天數高於其他層級醫院
	1.2急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	× 112年整體及各層級醫院為近3年最高 *宜留意醫學中心、區域醫院檢傷分類第1、2級留置比率上升情形
	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	○ 112年癌末病人接受安寧療護比率較111年上升
	1.4區域醫院以上初級門診照護率	× 近3年呈微幅上升趨勢
	1.5西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	○ 近3年西醫基層呈上升趨勢
	1.6藥品費用占率	○ 近3年三層級醫院呈下降趨勢 *宜留意112年西醫基層占率較111年上升
	1.7健保專案計畫之執行成效	× 宜留意醫院及牙醫執行率未達75%，且醫院近3年呈下降趨勢
(二) 醫療品質 ○：2 ×：1 △：1	2.1手術傷口感染率	○ 近3年呈下降趨勢
	2.2糖尿病品質支付服務之照護率	○ 近3年呈上升趨勢
	2.3照護連續性	△ 近5年未有明顯變化
	2.4護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升	× 112年醫學中心、區域醫院護病比加成率最高分級(<7人、<10人)，其月次占率下降幅度較高
(三) 效果 △：3	3.1民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	△ 近3年未有明顯變化 *宜留意112年不滿意度部分，除西醫基層下降外，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	△ 近3年未有明顯變化 *宜留意65歲以上糖尿病病人之住院率較高
	3.3出院後3日內再急診比率	△ 近5年未有明顯變化 *歷年Tw-DRGs案件之再急診比率均低於一般案件，宜積極推動Tw-DRGs

構面	指標	近3~5年監測結果 ○：改善、△：無明顯趨勢、×：退步
(四) 資源 配置 ○：1 ×：2	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)	○ 112年整體、醫院、西醫基層及中醫門診人力比值較111年微幅下降 *宜留意112年牙醫門診較111年略升
	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年牙醫門診、中醫門診醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區 *宜留意牙醫門診在醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距逐漸擴大
	4.3自付差額特材占率(整體及各類別項目)	× 近3年有7類自付差額特材申報占率呈上升趨勢 *占率超過7成者宜儘早規劃納入全額給付
(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	× 近3年呈擴大趨勢
	5.2安全準備總額折合保險給付支出月數	○ 因政府於112、113年分別挹注健保240億元、200億元，仍須留意收支結構之平衡性
	5.3全民健保醫療支出占GDP比率	× 近3年呈微幅下降趨勢
	5.4資金運用收益率	○ 近3年呈微幅上升趨勢
	5.5保費收繳率	○ 整體及第1~3類收繳率已近9成9，惟第6類收繳率未達9成，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制
	5.6呆帳提列數與保費收入數之比率	○ 近3年呈下降趨勢

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.歷史資料報表(97~107年)，請參考健保會網站「公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書」(104~111年監測結果報告)。

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 年第 4 次委員會議(103.4.25)及第 5 次委員會議(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 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會議(107.6.22)及第 6 次委員會議(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，再由健保會綜整委員意見，彙製及研析完成前一年度監理指標之監測結果報告。

本報告以圖表方式呈現 23 項指標近 3~5 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 112 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，作為健保會業務監理之參據。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 3~5 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(108 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)

近 3 年呈下降趨勢

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

112 年癌末病人接受安寧療護比率較 111 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

近 3 年西醫基層呈上升趨勢

1.6 藥品費用占率

近 3 年三層級醫院呈下降趨勢；惟 112 年西醫基層占率較 111 年上升，宜留意

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)

112 年整體及各層級為近 3 年最高；宜留意醫學中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置比率上升情形

1.4 區域醫院以上初級門診照護率
近 3 年呈微幅上升趨勢

1.7 健保專案計畫之執行成效
宜留意醫院及牙醫執行率未達 75%，且醫院近 3 年呈下降趨勢

(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最大值、最小值、標準差等資料。

5.健保署提報監測結果：

110~112 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)		
	110 年	111 年	112 年	110 年	111 年	112 年	110 年	111 年	112 年
整體醫院	21.79	22.09	23.64	2.85	2.97	3.26	7.64	7.44	7.25
醫學中心	7.52	7.69	8.28	1.01	1.07	1.19	7.44	7.18	6.99
區域醫院	9.41	9.46	10.21	1.27	1.30	1.44	7.42	7.26	7.08
地區醫院	4.86	4.93	5.15	0.57	0.59	0.63	8.49	8.31	8.14

※健保署說明：

(1)110~112 年醫院每件急性病床平均住院天數分別為 7.64、7.44、7.25 天，其中以地區醫院最高，分別為 8.49、8.31 天、8.14 天。

(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 112 年已達約 75.1%。

(3)查近 3 年平均住院天數整體呈現下降趨勢，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

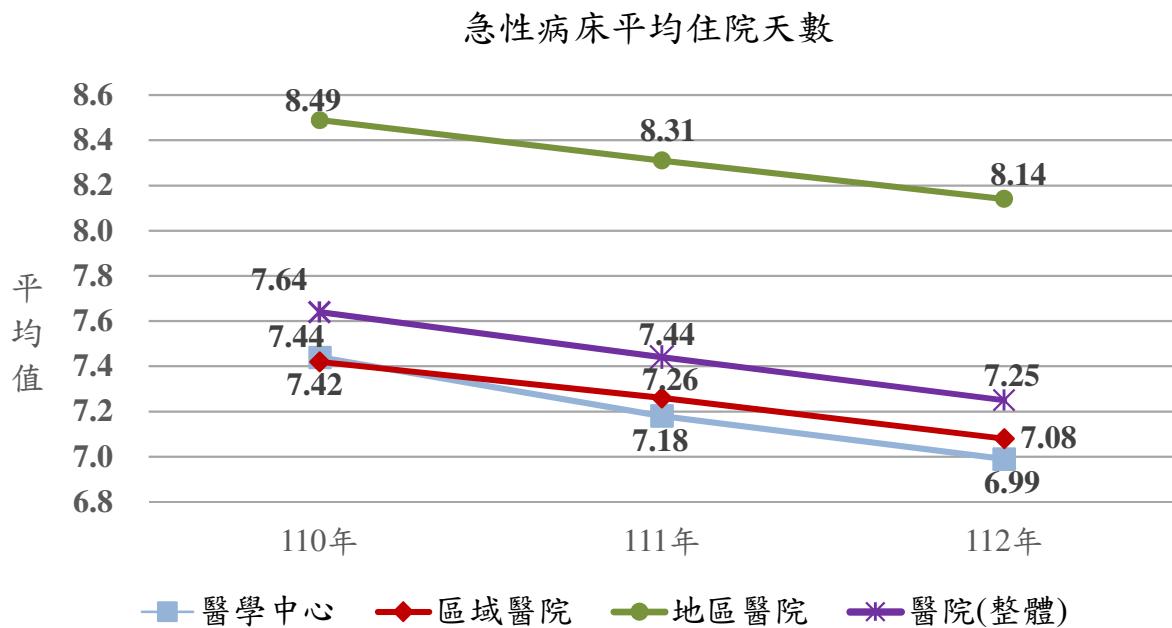
國 家	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年
加拿大	7.5	7.7	7.7	7.8	8
芬 蘭	6.4	6.2	6.3	6.4	6.6
法 國	5.5	5.5	5.7	5.6	5.6
德 國	7.5	7.4	7.4	7.4	7.5
挪 威	6.0	6.0	5.9	5.8	5.9
瑞 典	5.5	5.5	5.3	5.4	5.5
英 國	6.1	6.2	6.5	7.1	7.5
日 本	16.1	16.0	16.4	16.0	16.1
韓 國	7.5	7.3	7.8	7.6	7.2
OECD 國家 平均值	6.5	6.5	6.6	6.6	6.7
臺灣	7.5	7.4	7.4	7.6	7.4

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 113/9/20。

註：OECD 國家平均值，107~109 年採 33 個會員國資料，110 及 111 年則分別為 31 及 30 個會員國。

111 年我國急性病床平均住院天數 7.4 天與韓國(7.2 天)、德國(7.5 天)及英國(7.5 天)相近，遠低於日本(16.1 天)，高於 OECD 國家平均值(6.7 天)。

(2)近3年趨勢評析：



近3年(110~112年)整體與各層級醫院之急性病床平均住院天數，呈下降趨勢，宜保持，惟地區醫院因受呼吸照護個案影響，致平均住院天數高於其他層級醫院，建議健保署針對平均住院天數較高之院所，加以輔導改善，以提升急性病床使用效率。

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：

110~112 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)	
110 年	5,893,834	147,737	2.51
111 年	7,390,371	189,436	2.56
112 年	7,477,235	248,378	3.32

110~112 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	110 年	1,461,185	100,043	6.85
	111 年	1,730,483	109,995	6.36
	112 年	1,818,785	130,624	7.18
區域醫院	110 年	2,859,894	38,474	1.35
	111 年	3,634,110	63,872	1.76
	112 年	3,644,995	98,189	2.69
地區醫院	110 年	1,572,755	9,220	0.59
	111 年	2,025,778	15,569	0.77
	112 年	2,013,455	19,565	0.97

110~112 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
110 年	7.10	5.63	2.34
111 年	8.92	6.51	2.48
112 年	10.8	7.84	2.88

110~112 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	110 年	14.60	11.02	6.23
	111 年	16.59	11.28	5.90
	112 年	18.21	12.41	5.92
區域醫院	110 年	4.23	2.79	1.20
	111 年	6.66	4.16	1.67
	112 年	9.41	6.07	2.32
地區醫院	110 年	1.96	1.67	0.61
	111 年	2.69	2.70	0.82
	112 年	2.89	3.14	1.00

※健保署說明：

(1)112 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 111 年上升約 0.76 個百分點、較 110 年上升約 0.81 個百分點。另依層級別區分，112 年醫學中心、區域醫院及地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率皆較 111 年為高。

(2)112 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 111 年上升 0.4 個百分點至 1.88 個百分點、較 110 年上升 0.54 個百分點至 3.7 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 111 年上升 1.62 個百分點、區域醫院上升 2.75 個百分點、地區醫院上升 0.2 個百分點。

(3)查 112 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，雖然 COVID-19 疫情已日漸趨緩，惟醫院類流感等感染症就醫次數較 108 年增加 3 萬件，成長 5.5% 高於疫情前，可能導致急診案件增加，急診醫護人員工作負荷。

(4)111 年及 112 年滾動檢討急診品質提升方案，健保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 年 4 月 1 日、112 年 6 月 1 日修訂實施，本方案四大構面如下：

- ①「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。
- ②「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；下轉依是否直接轉入加護病房，每個案獎勵 500~5,000 點。
- ③「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。
- ④「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。

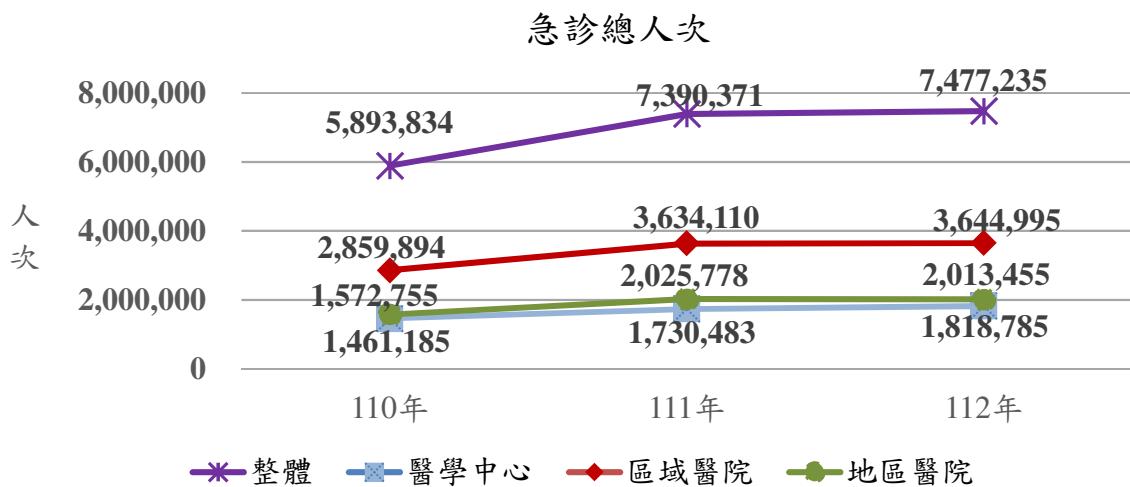
(5)另依據 112 年 9 月 14 日第 3 次共擬會議決議，由健保署函詢績優醫院

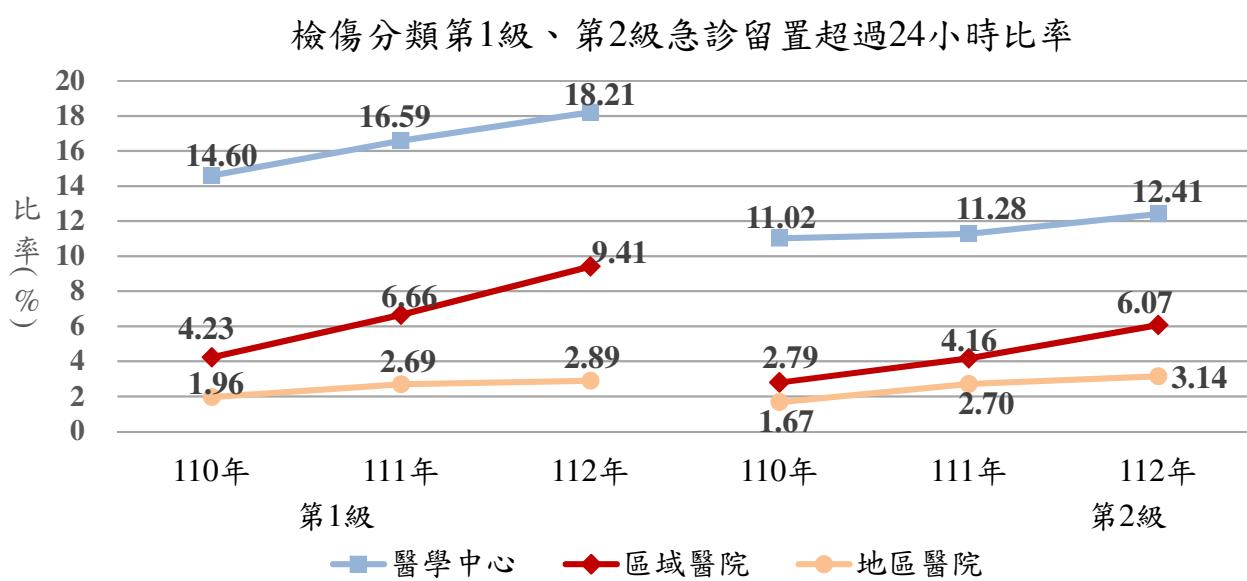
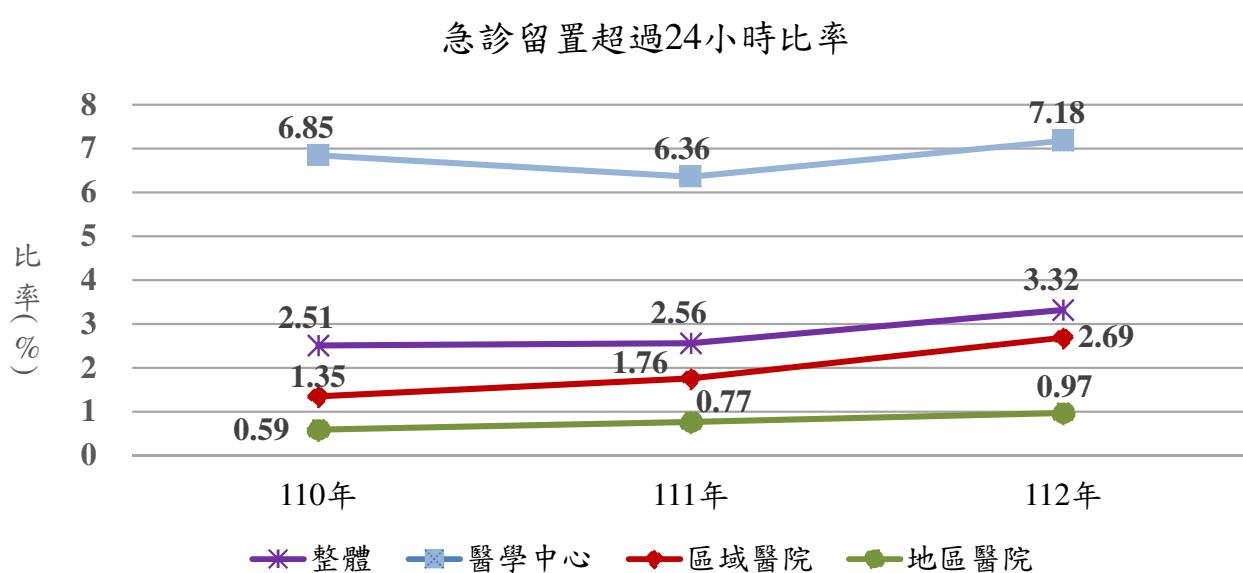
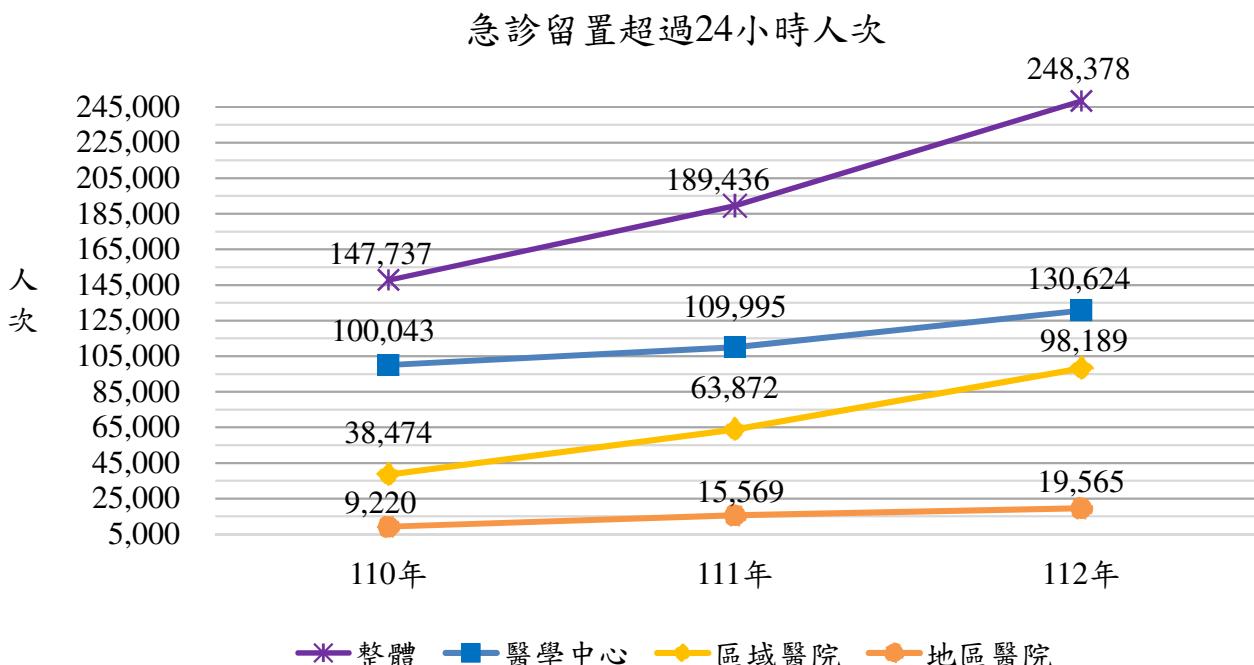
(臺中榮總)降低「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」之方法及提供給各醫院參考，並於 112 年 12 月 14 日第 4 次會議邀請該院經驗分享；另為持續精進及研議改善急診壅塞之具體策略，健保署於 112 年 10 月 27 日函請急診醫學會提供方案修訂建議，復於 113 年 3 月 25 日請各分區業務組邀集轄區醫院及社團法人台灣急診醫學會共同研析急診壅塞原因、具體改善策略及急診品質方案修訂建議，已綜整各分區業務組所提建議刻正請相關醫學會及專家學者就實務面給予專業意見，續將依前述意見彙整後，邀集相關學會及台灣醫院協會修訂方案內容。

(6) 健保署推動相關改善措施並多管齊下：

- ① 健保署自 112 年 7 月 1 日實施之部分負擔調整方案，按就醫醫院層級別定額收取，以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。
- ② 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。
- ③ 已定期於健保會(每季)報告指標執行情形，與醫界團體共同監測。

6. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：





112 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、急診留置超過 24 小時比率，皆為近 3 年(110~112 年)最高。各層級醫院急診留置超過 24 小時比率，以醫學中心最高(7.18%)，高於平均值(3.32%)；且近 3 年醫學中心檢傷分類第 1、2 級急診留置超過 24 小時比率，呈成長趨勢(第 1 級從 14.6% 增加為 18.21%、第 2 級從 11.02% 增加為 12.41%)，建議健保署進一步探究醫學中心留置比率較高之個別醫院情形，以利針對原因加以改善；另區域醫院檢傷分類第 1 級留置比率，從 110 年 4.23% 至 112 年增加為 9.41%，增幅較高，亦值得加以留意。

醫院總額自 101 年開始編列「急診品質提升方案」專款用於提升急診重大疾病照護品質，及增進急診處理效率。為提升急診照護效率，健保署說明於 111 年、112 年陸續修正前開方案，調高相關獎勵之支付點數，並於 112 年邀請績優醫院分享降低急診留置超過 24 小時比率之方法及經驗，供各醫院參考，及請各分區業務組研析急診壅塞原因與改善策略，供後續修訂方案內容參考。由於急診壅塞問題是健保會委員一直十分關切之監理議題，尤其是檢傷分類第 1 級(屬需立即處理)之留置比率逐年增加，值得關注，建議健保署在推動上開諸多改善措施後，宜探討其對後續急診留置超過 24 小時之改善成效。

7.113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
急診壅塞的問題，從數據上看起來，醫學中心的急診病人留置急診室超過 24 小時比率是在上升，我們在上一次委員會議就有提到，這並不是一個偶發短期的狀況，其實從 109 年開始就一直往上攀升，但健保設定的品質標準是小於 8 小時，而剛剛健保署同仁講了很多猜測，因為它屬於病況比較危急、重度，所以處置時間要比較長等等，我覺得這些解釋，因為監測指標其實是很重要的，我們也很尊重健保署專業，但解釋這些	一、本署業於 113 年 8 月 5 日將急診品質提升方案修訂建議函詢台灣急診醫學會、台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會及 3 位專家意見。本署目前已優先彙整前述意見，預計邀請台灣急診醫學會及台灣醫院協會召開方案研修會議。 二、依據本署各分區業務組

委員意見	健保署回復說明
<p>指標時，我們希望能夠以證據說話，不是用這樣的猜測，因為剛剛你們猜測它病況較重，但你們定的品質指標就是小於 8 小時。每次提到這個問題，健保署回復都是說，你們會找急診醫學會修訂急診品質提升方案，感覺健保署在這個議題，就是有診斷無處方，所以也已經過了這麼長的時間，我們周圍都有不斷不斷地聽到，在急診待 1 晚或 2 晚已經變成基本消費了，我覺得這是很不好的 1 件事情，所以再講一次，就是我們希望要請健保署針對 5W1H 有個時間表，能趕快跟大家講，上次也提到逐家醫學中心，剛剛有提到說你們有跟他們監測，至於其進展情況，希望在健保會提報讓付費者代表能夠瞭解。(劉委員淑瓊)</p>	<p>113 年 4~5 月間偕同急診醫學會與醫界召開 6 次會議所歸納壅塞原因之一為「大型醫院護理人力不足致住院醫療供給受限」，本署將綜整 6 次會議之意見，併同提至方案研修會議討論。至於護理人力議題，本署將配合衛生福利部「護理人力政策整備 12 項策略計畫」辦理。</p>
<p>有關急診病人滯留，早上署長提到，有稍微去瞭解一下病人的特性跟胸腔相關疾病有關，但我想請教這是不是跟護理人力短缺、急診關床有關係，當然這也反映到護病比部分，剛剛劉淑瓊委員已經談到醫學中心、區域醫院護病比較低部分的月次占率下降，這部分不知道有沒有校正關床的醫院，因為關床的議題是備受關注。(王委員惠玄)</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 6 個月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 6 個月內有 申報安寧費用者(人)(B)	
110 年	51,656	29,661	57
111 年	51,927	29,584	57
112 年	53,126	31,788	60

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)	
110 年	57,120	344,630	401,751	458,675
111 年	51,329	349,823	401,152	466,160
112 年	57,434	340,378	397,812	470,116

註：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。

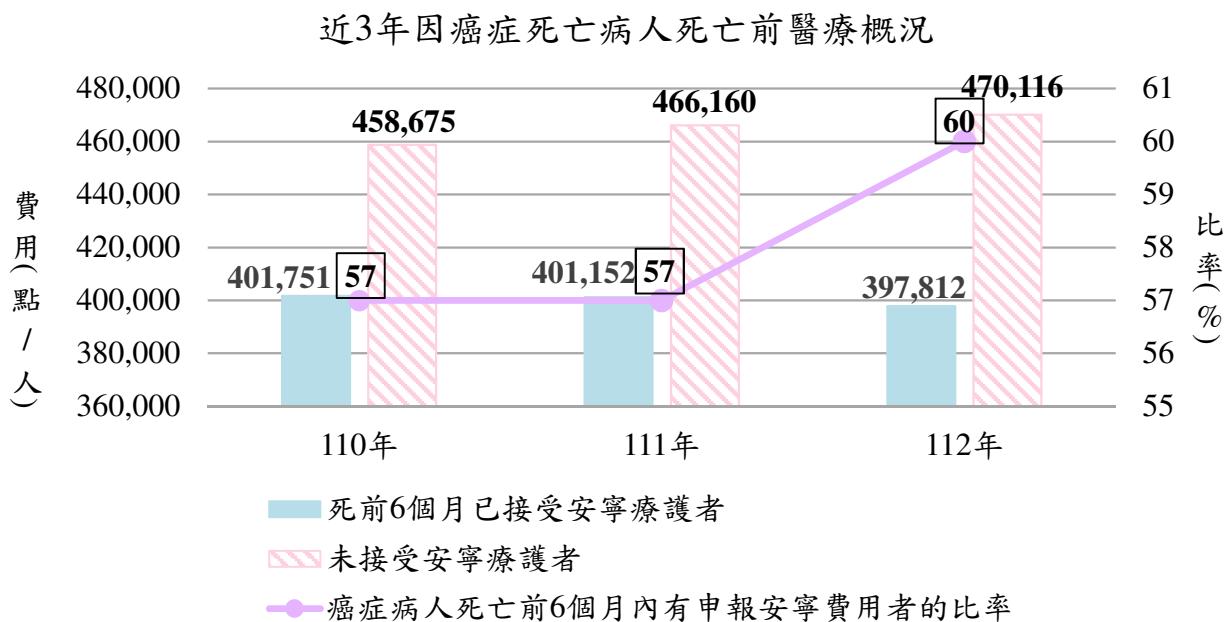
112 年每人平均醫療費用前 5 項最高之診療類別(排除基本診療)

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	128,755	藥費	154,724
診療費	49,050	診療費	64,903
治療處置費	29,297	檢查費	38,239
檢查費	22,146	放射線診療費	25,993
放射線診療費	17,719	治療處置費	24,995

※健保署說明：

- (1)112 年癌末病人死亡前 6 個月有申報安寧照護費用之比率較前 2 年提高 3 個百分點。
- (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，接受安寧療護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，112 年死亡前 6 個月接受安寧療護者 39.8 萬點，若扣除安寧費用後為 34 萬點，未接受安寧療護者 47 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。

6. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：



112 年癌末病人死亡前 6 個月接受安寧療護比率較 111 年上升，宜保持。考量癌末病人接受安寧療護，可維持生命尊嚴、提高生活品質，及守護病人善終過程，又可提升健保資源使用效益，爰建議健保署持續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. 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
<p>剛剛我看到在 11 月 4 日媒體報導健保署針對長期依賴呼吸器的患者，要規劃精進安寧緩和醫療，這個值得肯定，因為我看到這項費用 2011 年好像是 280 幾億點，成長到去年已經變成 300 多億點了，我看到這數字已經沒有辦法去找上次署裡面提出來的資料，他應該是 10 年前了吧，那時候是 102、103、104 年有降下來，從 160 幾億點降到 120 幾億點，我查不到資料、印象是這樣，但我看到報導嚇一跳，280 多億點又跑</p>	<p>一、查現行支付標準安寧居家療護規範，收案條件已涵蓋癌症末期病人，提供訪視、一般診療、處置、病人及其家屬心理、社會及靈性等方面之照護。</p> <p>二、考量部分病人病情非屬住院或居家安寧收案階段，惟仍有安寧門診診療需求，並扣合早期介入緩和醫療之國際趨勢，本署近期陸續邀集安寧相關專業團體共同研議早期緩和醫療照護方案，規劃</p>

委員意見	健保署回復說明
<p>到 360 多億點，這塊應該值得以另 1 案去處理。因為本案有安寧療護的相關指標，而媒體又提到這個呼吸器依賴患者要規劃精進安寧緩和醫療，因為這一塊的費用蠻高的，所以我看到報導又突發奇想，針對癌末的病人是不是可以進行類似規劃，這是第 1 個建議衍生出來的結果。(李委員永振)</p>	<p>優先針對願意接受安寧緩和療護之癌症病人，提供門診照護及個案管理。</p>
<p>本項指標應該有包含安寧共照吧？居家安寧有算進來嗎？(王委員惠玄)</p>	<p>三、為提升呼吸器依賴患者之照護品質，全民健康保險自 89 年起實施「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，並自 111 年起訂有鼓勵脫離呼吸器、簽署 DNR、接受安寧療護之獎勵措施，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。</p> <p>四、本指標安寧療護包含住院安寧、安寧共照及安寧居家。</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：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：

110~112 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	參考數據				指標結果 區域醫院 以上	單位：%
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計		
110 年	13.94	18.85	30.86	21.03	16.73	
111 年	14.40	19.34	30.26	21.19	17.21	
112 年	15.13	20.13	30.56	21.75	18.01	

※健保署說明：

(1)110~112 年醫院初級門診照護率分別為 21.03%、21.19%、21.75%，區域醫院以上初級門診照護率分別為 16.73%、17.21%、18.01%；整體呈現成長趨勢。

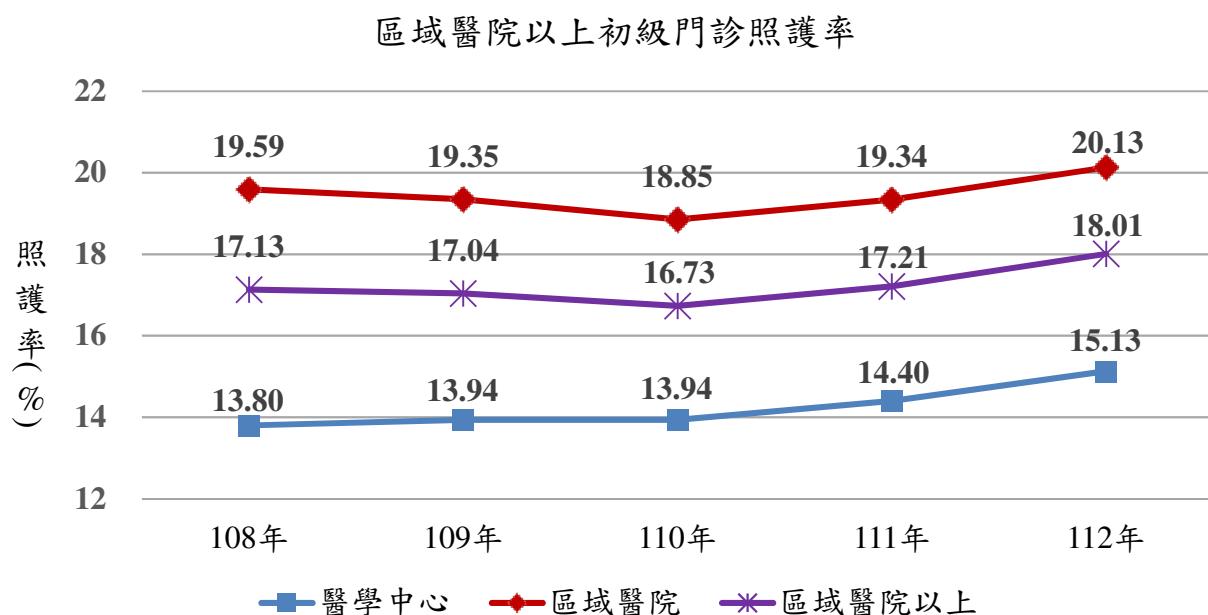
(2)自 106 年起健保署致力推動分級醫療各項措施，持續加強宣導分級醫療外，亦積極推動醫療體系垂直整合、調整部分負擔等，以民眾為中心評估其照護需求，藉由分工合作讓大小醫院、診所各司其職，共同照護病人。

(3)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。

(4)區域醫院以上初級門診照護率增加之原因：自 109 年起因疫情影響，區域醫院以上初級門診照護率呈現上升趨勢，可能係因病人無法自行判斷是否確診，而至醫院就醫。

(5)改善策略：強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護，低風險輕症或穩定慢性病病人於基層院所照護，高風險或重症病人讓區域級以上醫院照顧，以合理分配醫療資源，並讓雙向轉診之醫療院所即時獲得必要資訊，以提供連續性照護。

5.健保會研析-近 5 年趨勢評析：



考量疫情影響，爰呈現近 5 年(108~112 年)趨勢，區域醫院初級門診於 108~110 年期間呈下降趨勢，疫情後期(110~112 年)呈微幅上升趨勢，且 112 年為近 5 年最高，另醫學中心近 5 年呈上升趨勢，亦值得留意。健保會委員向來關注醫學中心、區域醫院「胖門診」或「看輕症」的情形，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，建議健保署持續監測疫後初級門診照護率之變化，及滾動檢討相關措施，促使各層級醫院各司其職、分工合作，提升醫療資源使用效率。

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(詳第 26 頁)，西醫基層在疫情後期(110~112 年)就醫人數比例及件數占率均呈上升趨勢、醫院門診件數占率與基層互有消長，呈下降趨勢，

符合分級醫療壯大基層及提高基層醫療服務量能之方向，惟本指標區域醫院以上初級門診照護率呈微幅上升趨勢，兩者關係宜再探究。

6.113年第10次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
這幾年有逐步上升的趨勢，先前觀察到這趨勢是因為疫情關係，但是看起來 112 年疫情已經降級了，而大家不經轉診直接就醫的比率卻還是在上升，不曉得這部分有沒有機會去瞭解，增加的部分是否有特定疾病類別的初級門診，如果是這樣的話，是不是有什麼可以去介入的特殊方案？(王委員惠玄)	有關初級門診照護率係委託研究以 ICD-9-CM 診斷碼決定屬初級照護之疾病，預計於 ICD-10-CM 由 2014 年版轉版為 2023 年版後，視經費研擬重新定義分類再委託進行分析。

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：

近 3 年西醫基層與醫院門診就醫人數比例及件數占率

單位：%

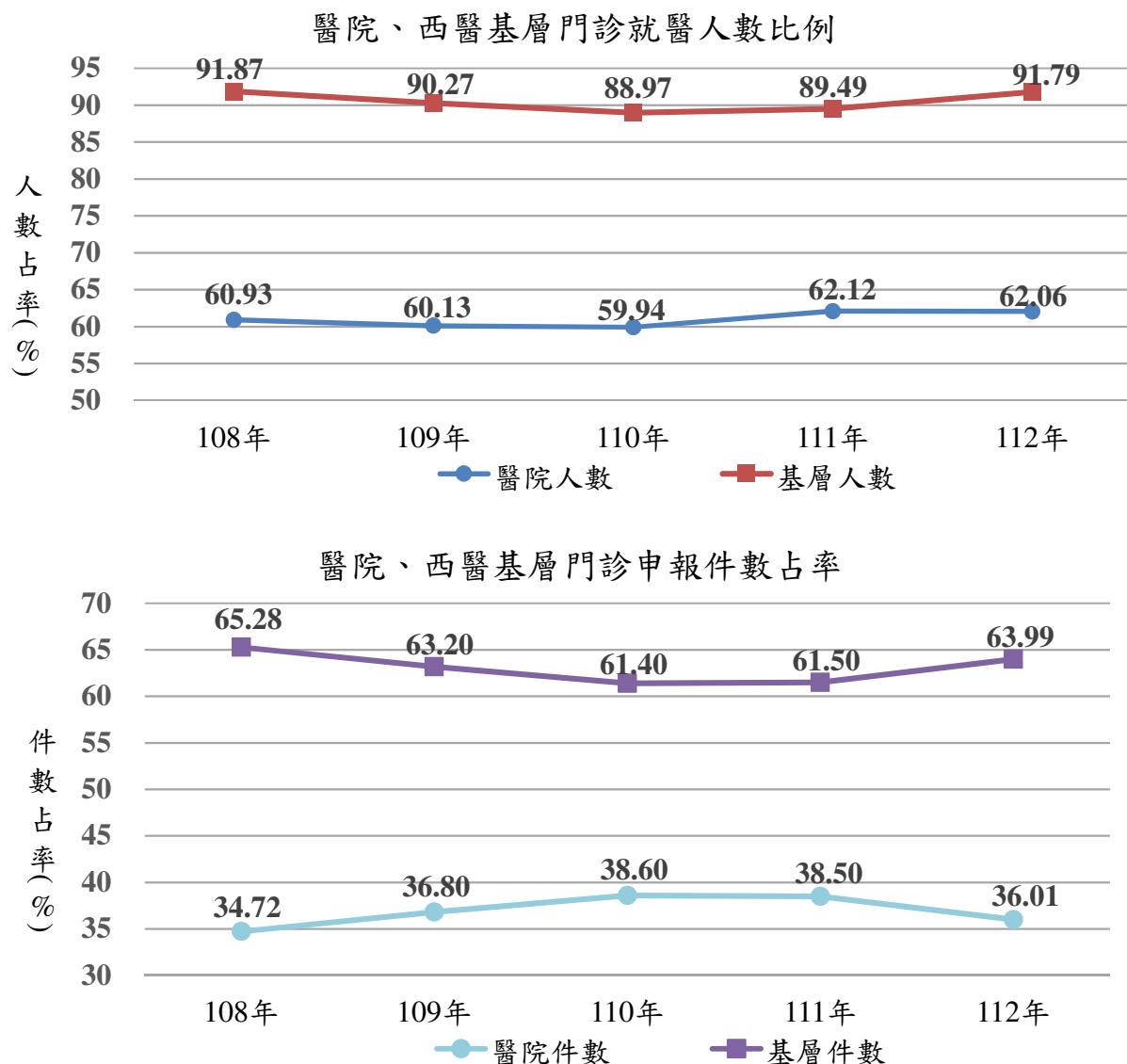
項目 年度	就醫人數比例		件數占率	
	西醫基層	醫院	西醫基層	醫院
110 年	88.97	59.94	61.40	38.60
第 1 季	79.38	49.77	63.15	36.85
第 2 季	78.01	49.43	63.17	36.83
第 3 季	76.16	52.04	59.53	40.47
第 4 季	77.42	51.99	59.66	40.34
111 年	89.49	62.12	61.50	38.50
第 1 季	77.96	50.89	61.01	38.99
第 2 季	77.41	52.77	61.33	38.67
第 3 季	78.36	51.84	60.56	39.44
第 4 季	80.15	50.76	62.94	37.06
112 年	91.79	62.06	63.99	36.01
第 1 季	80.69	50.16	63.46	36.54
第 2 季	82.13	50.32	64.29	35.71
第 3 季	80.68	51.55	63.03	36.97
第 4 季	82.35	50.16	65.06	34.94

※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，112年第4季基層就醫病人占率為82.35%，醫院為50.16%；基層件數占率65.06%，醫院則為34.94%。

(2)109-111年為疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，西醫門診整體就醫人數、申報件數均下降，西醫基層與醫院病人占率亦有下滑，在總量減少的情況下，醫院之件數占率則略有提升，112年5月1日防疫降級後，統計112年西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布已接近疫情前(108年)之分布。

5.健保會研析-近5年趨勢評析：



為利瞭解疫情影響，爰呈現近5年(108~112年)趨勢，西醫基層在疫情後期(110~112年)就醫人數比例及件數占率均呈上升趨勢，醫院件

數占率則與基層互為消長，呈下降趨勢，符合分級醫療提高基層服務量能之方向，宜保持。

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，詳第 23 頁。

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
整體	110 年	28.65	27.77	0.76	26.64~	26.26~
	111 年	27.32			28.91	29.29
	112 年	27.35				
醫學中心	110 年	38.02	36.70	1.22	34.87~	34.27~
	111 年	36.48			38.53	39.14
	112 年	35.61				
區域醫院	110 年	30.06	29.29	0.70	28.24~	27.90~
	111 年	29.12			30.34	30.69
	112 年	28.69				
地區醫院	110 年	24.04	23.79	0.22	23.46~	23.35~
	111 年	23.73			24.13	24.24
	112 年	23.61				
基層院所	110 年	19.26	18.97	0.56	18.13~	17.85~
	111 年	18.32			19.80	20.08
	112 年	19.32				

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
110 年	28.65	268.27	25.2
111 年	27.32	261.82	24.2
112 年	27.35	232.62	24.7

(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	110 年 (第 9 年)	111 年 (第 10 年)	112 年 (第 11 年)
	112 年 4 月 1 日調整 ^{註 4}	112 年 4 月 1 日調整 ^{註 4}	113 年 4 月 1 日調整
DET 成長率(%)	4.524	3.159	2.755
目標值(億元) ^{註 1}	1,779.3	1,835.5	1,886.1
核付金額(億元)	1,908.5	1,921.8	1,990.4
價量協議(PVA)回收金額(億元)	49.7	79.7	62.4
超出額度調整金額(億元, %) ^{註 2}	與 111 年合併	81.8	55.3
藥品費用超過目標總額之百分率(%) ^{註 3}	與 111 年合併	4.5 ^{註 5}	2.9

註 1：健保自 102 年起試辦藥品費用分配比率目標制(Drug Expenditure Target, DET)方案，預設每年藥費支出目標值，當實際藥費支出超過年度藥費支出目標值，則於隔年啟動藥價調整。

註 2：106 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 3：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 4：109 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 5：為 110 年及 111 年兩年合併後之超出額度調整金額占 111 年目標值之百分率。

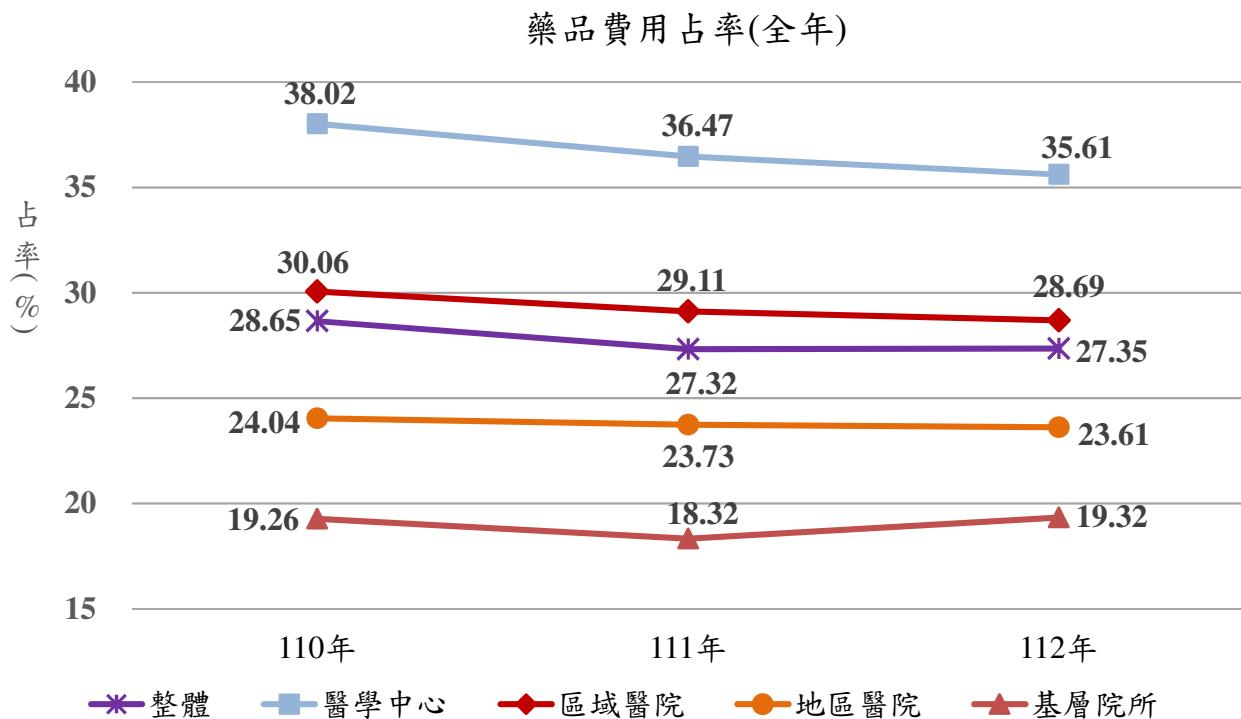
※健保署說明：

(1)在藥品費用占率部分，109 年藥品費用分配比率目標制(DET)方案，因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)之防疫工作而暫緩，藥價調整由 110 年 4 月 1 日延至 111 年 1 月 1 日生效，110 年及 111 年兩年合併辦理 DET 方案調整藥價，自 112 年 4 月 1 日生效，爰 110 年藥價未調整，致當年藥品費用占率較高。

(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，百分率為 4.5%，新藥品支付價格生效日期為 112 年 4 月 1 日。112 年藥品費用超過或未達目標總額之百分率 2.9%，新藥品支付價格生效日期為 113 年 4 月 1 日。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



近 3 年(110~112 年)藥品費用占率在三層級醫院均呈下降趨勢，惟基層診所於 112 年上升。查 110 年整體及各層級院所之藥品費用占率較高，係因當年未調整藥價(109 年藥品費用超過目標值部分原應於 110 年調整藥價，因 COVID-19 疫情延至 111 年)，另受疫情影響，110 年及 111 年超過目標值原應於次年調整藥價部分，合併於 112 年辦理，然 112 年調整藥價後，基層院所藥品費用占率仍上升、三層級醫院則下降，是否藥價調整對各層級院所造成之影響不同，或各層級院所用藥模式改變等因素，建議健保署進一步探究。

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、藥品費用結構合理性，及疫後數據變化，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
112	醫院	19	2	10.53%	66%
	西醫基層	17	2	11.76%	87%
	中醫門診	10	0	0%	85.43%
	牙醫門診	10	2	20%	74%

註：1.112 年癌症治療品質改善計畫、慢性傳染病照護品質計畫，專款項目同時併列於西醫基層與醫院總額。

2.112 年無退場專案計畫。

※健保署說明：

(1)112 年進場專案計畫達 6 項(醫院 2 項、西基 2 項、牙醫 2 項)，其中中醫院、西醫基層配合 112 年度行政院核定的健保政策目標及健保中長期改革計畫，新增「癌症治療品質改善計畫」(112.6.1 生效)建立癌症篩檢陽性個案診療模式、「慢性傳染病照護品質計畫」(112.6.1 生效)建立結核病、愛滋病的論質支付制度及追蹤管理機制，發展以人為本的照護方式；另牙醫總額新增「超音波根管沖洗計畫」(112.3.1 生效)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」(112.3.1 生效)。

(2)部分新增計畫執行率偏低(如：慢性傳染病照護品質計畫-醫院 20.9%、西基 26.5%、癌症治療品質改善計畫-醫院 3.5%、西基 4.4%)，可能係因計畫生效日較晚、醫事服務提供者對於計畫內容尚不熟悉所致，健保署已於每季之總額研商議事會議定期公布各專款項目執行情形，並請受託單位加強宣導、鼓勵會員積極參與，提升執行率。

(3)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。

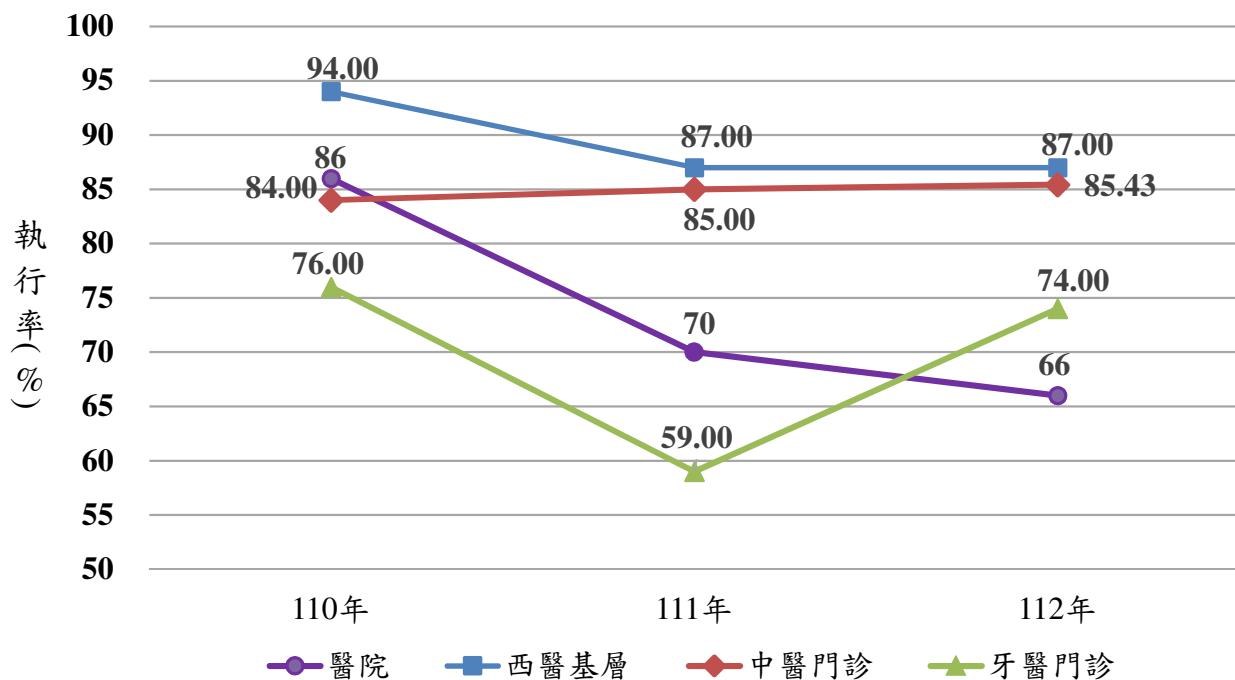
112 年專款項下專案計畫及其執行 112Q1~112Q4 預算執行率

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 思覺失調症醫療給付改善方案	V	V		
6 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤	V	V		
7 早期療育門診醫療給付改善方案	V	V		
8 孕產婦全程照護醫療給付改善方案	V	V		
9 慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案	V	V		
10 提升醫院用藥安全與品質方案	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			

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
15 住院整合照護服務試辦計畫	V			
16 鼓勵 RCC/RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	V			
17 精神科長效針劑藥費	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		V		
21 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬		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			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			V	
33 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫			V	
34 超音波根管沖洗計畫(112 年新增)			V	
35 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112 年新增)			V	
36 癌症治療品質改善計畫(112 年新增)	V	V		
37 慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增)	V	V		
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%	87%
111 年度專案計畫總數	17	15	10	8
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%
112 年度專案計畫總數	19	17	10	10
112 年度新增專案計畫	2	2	0	2
112 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)	66%	87%	85.43%	74%

5.健保會研析-近3年趨勢評析：

健保專款計畫預算執行率



近3年(110~112年)各總額部門專款計畫預算執行率，醫院及牙醫門診總額執行率未達75%，且醫院總額呈下降趨勢(從86%降至66%)，宜留意。

各部門總額專款項目及金額逐年增加，112年計新增6項計畫，其中牙醫2項新增計畫於3月生效，醫院及西醫基層總額均新增之「癌症治療品質改善計畫」、「慢性傳染病照護品質計畫」，則於6月始生效，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，並請健保署依年度總額決定事項，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，以利提升後續之執行效益。

二、醫療品質構面(4項指標)

(一)整體表現情形

呈進步趨勢(宜保持)

2.1 手術傷口感染率

近3年呈下降趨勢

2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

近3年呈上升趨勢

呈退步趨勢(宜改善)

2.4 護理人力指標 - 全日平均護病比達 加成之占率提升

宜留意 112 年醫學中心、區域醫院護
病比加成率最高分級(<7 人、<10 人)，
其月次占率下降幅度較高

☆無明顯趨勢(宜繼續觀察)

2.3 照護連續性

近5年未有明顯變化

(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 98 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		院所 平均值 ^註 (%)	院所 標準 差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
	分子	分母	感染率 (%)					
108 年	12,412	1,048,670	1.18	1.22	6.87	0.00~11.53	0.00~14.96	
109 年	12,647	1,020,871	1.24	0.77	1.77	0.00~3.43	0.00~4.31	
110 年	12,376	983,219	1.26	1.05	4.10	0.00~7.20	0.00~9.25	
111 年	12,474	1,007,339	1.24	1.07	4.39	0.00~7.66	0.00~9.85	
112 年	12,675	1,069,313	1.19	0.77	2.94	0.00~5.18	0.00~6.65	

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。

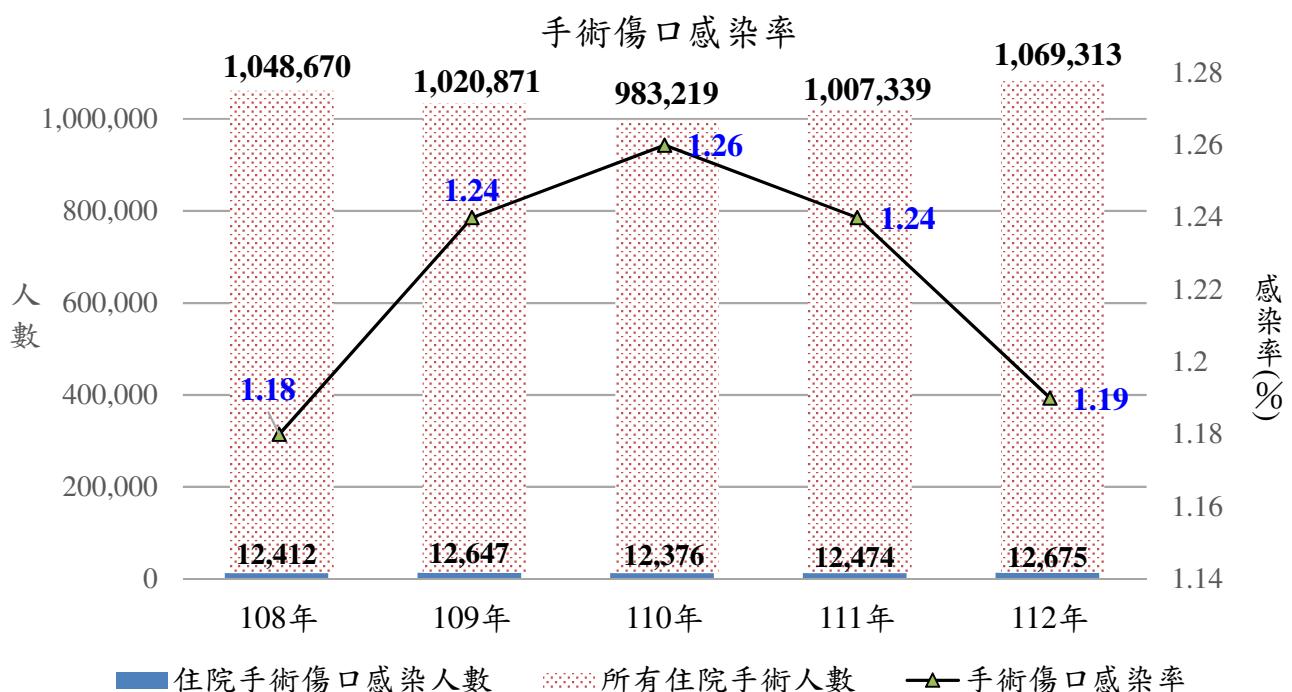
※健保署說明：

(1)109~110 年略為上升，111~112 年呈現下降趨勢，評估 109~111 年可能係受 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、110 年及 111 年標準差較大之原因，經評估係因極端值造成該統計期間標準差變動幅度大之故。統計資料顯示一半以上院所指標值皆為 0%(108 年 484 家院所中 262 家分子為 0；110 年 457 家院所中 238 家分子為 0；111 年 444 家院所中 226 家分子為 0)，

108 年有 2 家院所指標值為 100%(108 年 484 家院所有 2 家分子及分母皆為 1)；110 及 111 年各有 2 家院所指標值 50~60%(110 年 457 家院所有 2 家分子及分母皆為個位數，指標值為 50%；111 年 444 家院所有 2 家分子及分母皆為個位數，指標值為 50%及 60%)。

5.健保會研析-近 5 年趨勢評析：



考量疫情影響，爰呈現近 5 年(108~112 年)手術傷口感染率，其以 COVID-19 疫情期間(109~111 年)的感染率較高，又以 110 年 1.26% 最高，112 年降至 1.19%，與 108 年疫情前相近。

依健保署分析，108、110 及 111 年院所標準差較大，係因 108 年有 2 家醫院手術傷口感染率為 100%(分子、分母皆為 1)，110 年及 111 年亦各有 2 家醫院手術傷口感染率為 50~60%(分子、分母皆為個位數)所致，建議健保署針對上開個別醫院感染率異常情形，瞭解原因並加以輔導改善，以提升該院醫療照護品質。

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：

110~112 年糖尿病品質支付服務之照護率

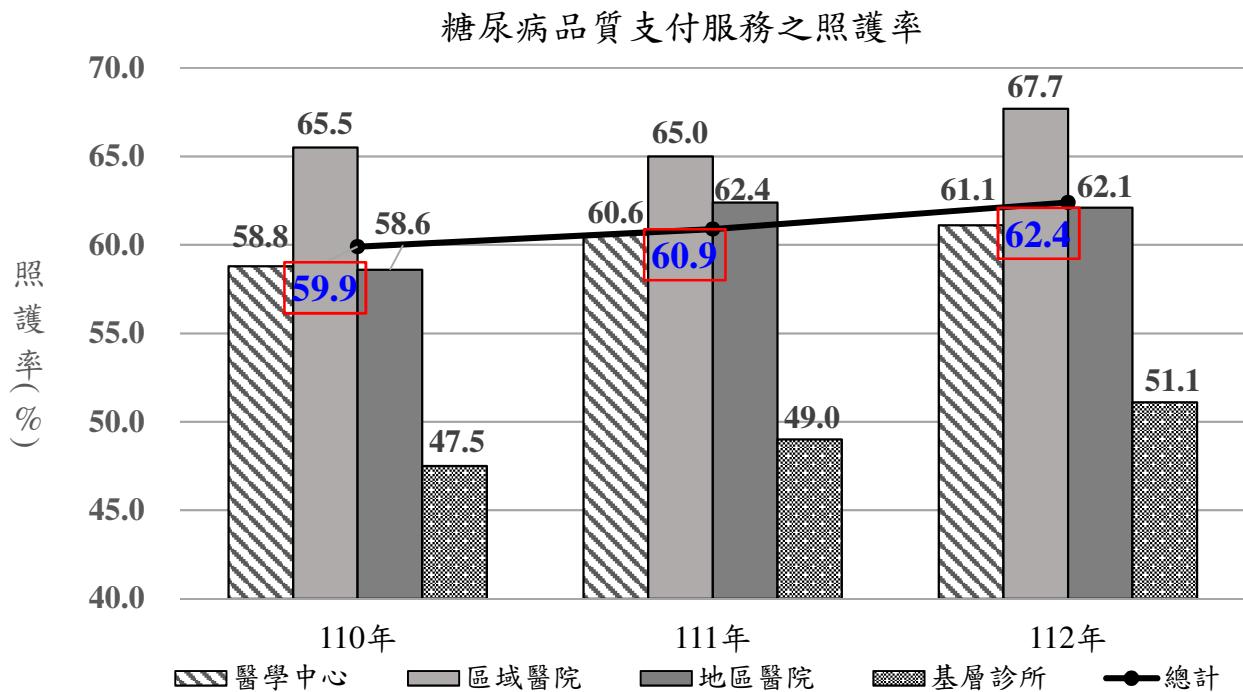
單位：人；%

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	110	159,278	273,171	167,339	339,049	936,195
		111	163,292	277,525	178,473	371,373	988,360
		112	166,116	297,619	185,625	413,253	1,060,663
指標 結果	符合收 案人數	110	270,740	416,911	285,355	713,669	1,563,199
		111	269,431	426,855	286,241	757,384	1,623,434
		112	271,700	439,857	299,001	809,303	1,700,728
指標 結果	照護率 (%)	110	58.8	65.5	58.6	47.5	59.9
		111	60.6	65.0	62.4	49.0	60.9
		112	61.1	67.7	62.1	51.1	62.4

※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 年起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 110 年 59.9%，112 年增為 62.4%。各層級之糖尿病照護率亦從 110 年 47.5%~65.5%，112 年增為 51.1%~67.7%，其中以區域醫院照護率為最高。
- (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病人，並將其檢驗(查)結果上傳至健保署雲端系統，如糖化血色素(HbA1c)、低密度脂蛋白(LDL)及微量蛋白尿檢查(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，提供糖尿病病人長期且持續完整服務，112 年完成定期追蹤及檢驗值上傳人數 30,471 人(較 111 年之 26,881 人增加 3,590 人)。
- (4)健保署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，其中 113 年將以糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝症候群防治計畫為目標，期藉由醫療群及家庭醫師，早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程，並透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病病人照護品質，落實全人照護及提升照護率。

5.健保會研析-近 3 年趨勢評析：



近 3 年(110~112 年)糖尿病品質支付服務之整體照護率，呈上升趨勢，自 111 年起已超過 6 成，112 年提升至 62.4%，宜保持。各層級院所照護率，以區域醫院最高、基層診所最低，惟基層診所符合糖尿病品質支付服務所訂收案條件之人數，高於各層級醫院(112 年基層為 809,303 人、醫學中心 271,700 人、區域醫院 439,857 人、地區醫院 299,001 人)，健保署表示於 113 年擴大家庭醫師整合性照護計畫，將未納入糖尿病品質支付方案照護之病人，優先納入家醫計畫，由診所醫師照護。考量目前糖尿病病人分由不同的整合性計畫照護，爰建議健保署未來能整體提報糖尿病患者接受相關整合性照護計畫之情形，包含糖尿病品質支付方案及家醫計畫等，以利瞭解糖尿病病人接受照護之全貌及照護成效。

另併同觀察指標 3.2 糖尿病病人住院率(詳第 55 頁)，近 3 年多維持於 0.12%~0.13%，並無明顯變化，惟 65 歲以上病人之住院率歷年均較高，建議針對該年齡層之病人進一步分析其參加糖尿病品質支付方案或上開家醫計畫之情形，若有參加者在照護成效較佳，則應將該年齡層病人優先納入相關方案/計畫照護。

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	110 年	111 年	112 年
平均每人門診 照護連續性	0.436	0.424	0.403

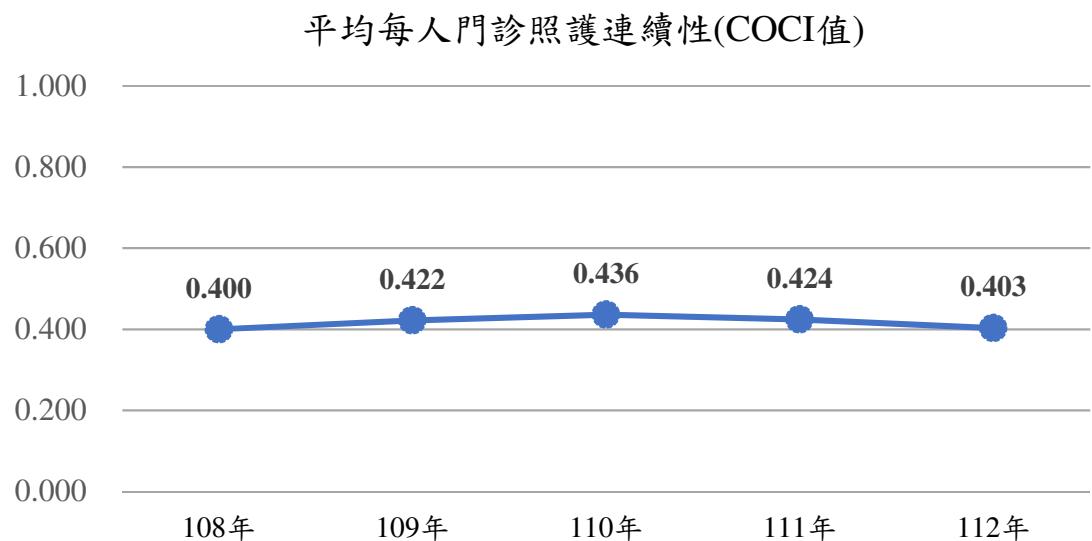
※ 健保署說明：

(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 1，112 年平均每人照護連續性為 0.403，接近 108 年之 0.400。

(2)109~111 年為疫情期間，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，指揮中心要求醫院降載，本項指標有上升趨勢，112 年 5 月 1 日防疫降級後，統計 112 年全年數據已接近疫情前(108 年)水準。

(3)改善策略：持續推動分級醫療，提升基層醫療服務量能，擴大家庭醫師整合性照護計畫，提供以病人為中心之全人全程健康照護，落實社區醫療群與合作醫院間實質照護，雙向轉診及慢性病共同照護，以確保照護連續性與協調性。

5.健保會研析-近 5 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。為利瞭解疫情影響，爰呈現近 5 年(108~112 年)趨勢，整體而言，近 5 年未有明顯變化。本項指標數值 108 年為 0.4，109 年發生 COVID-19 疫情，民眾可能因為疫情影響，改變就醫習慣，例如為降低感染風險，維持在單一機構就醫，致使 109、110 年門診照護連續性數值微幅上升，110 年增加為 0.436，至 112 年降為 0.403，與 108 年指標值近似。健保署提出之改善策略表示，期透過擴大家庭醫師整合性照護計畫，提供以病人為中心之全人全程健康照護，為瞭解計畫成效，建議持續監測指標趨勢變化，及加強推動分級醫療及各項整合性照護方案/計畫，以提升病人照護連續性與品質。

6.113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
照護連續性的部分，看起來是呈下降現象，這下降應該代表的是病人到處看診，可能是換不同醫療院所看診，可以分析它的原因，這樣子的趨勢確實是對我們的醫療目標好像是有所衝突的，想要瞭解可不可以做這方面的分析。(吳委員榮達)	照護連續性指標監測病人集中於單一機構就醫，照護連續性指標值才會越好。惟現行的照護模式趨向多機構依專長整合式照護服務，如家庭醫師群整合照護計畫，係朝向鼓勵社區醫療群方式照護保險對象，本項指標建議修正。
吳榮達委員也就這個議題有所請教，這部分不曉得是不是有對多重疾病進行考量，因為我們人口快速老化中，高齡人口的多重慢性病狀況比較普遍。另外，關於轉診的衝擊，我們早上也聽到轉診率是有增加，不管是上轉、下轉甚至平轉，不論如何，轉診勢必就是跨院所，是不是就衝擊到這個指標的數值？這部分是不是也有進行比較或校正？(王委員惠玄)	

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情形

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，護病比加成率愈高的分級，其月次占率愈高，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：

110~112 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 110 年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	100.00%
中心	月次 111 年	42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	100.00%
占率	112 年	10.3%	27.7%	46.3%	11.0%	4.7%	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 110 年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	99.60%
醫院	月次 111 年	78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	99.30%
占率	112 年	58.2%	16.4%	13.7%	4.2%	6.4%	99.00%
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 110 年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	92.70%
醫院	月次 111 年	86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	91.80%
占率	112 年	86.1%	1.7%	1.6%	1.6%	1.4%	92.40%

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 110~112 年護病比均符合加成規定、區域醫院 110~112 年未達加成月次占率 0.4%~1.0%，地區醫院(排除不適用月份)未達加成月次占率 0.8%~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)110~112 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 0.4%、0.8%、

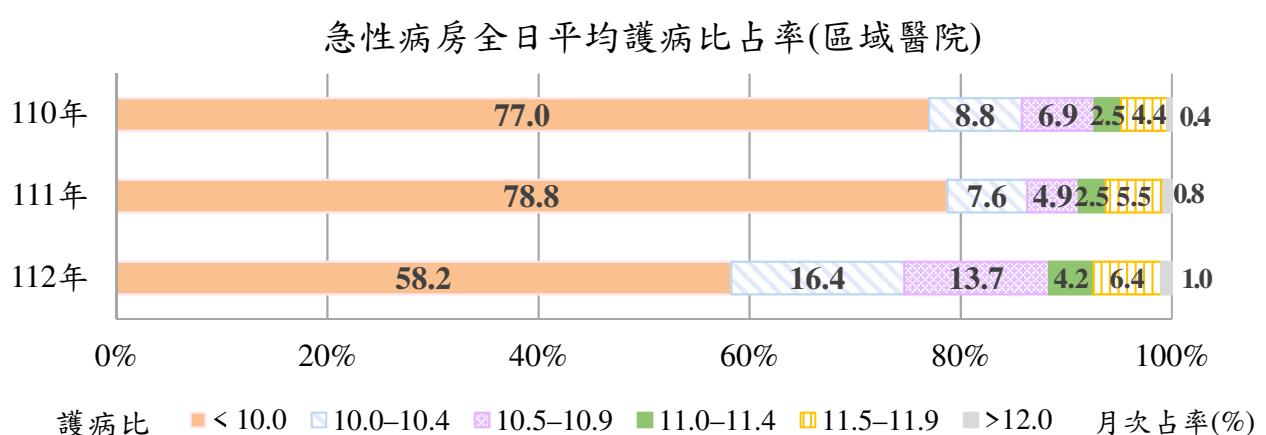
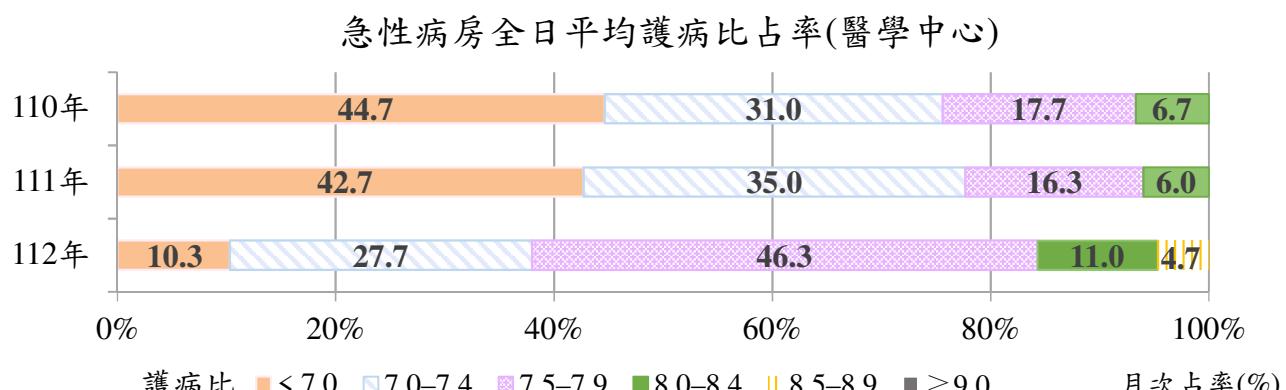
1.0%，地區醫院(排除不適用月份)未達加成月次占率分別為 1.4%、1.1%、0.8%。

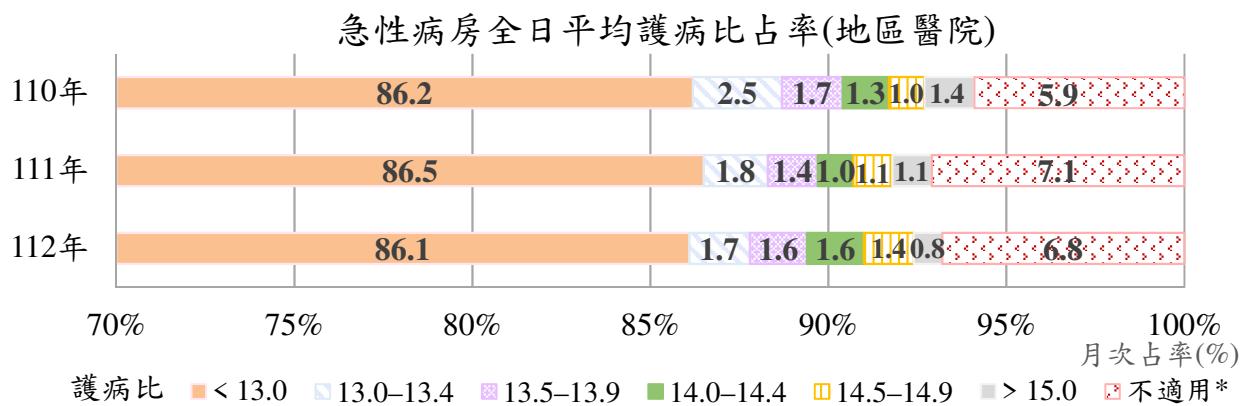
(2)112 年醫學中心全日平均護病比<7.0 之月次占率較 111 年下降 32.4 個百分點；112 年區域醫院全日平均護病比<10.0 之月次占率較 111 年下降 20.6 個百分點；112 年地區醫院全日平均護病比<13.0 之月次占率較 111 年微幅下降 0.4 個百分點。

(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)考量疫後護理人力流失，可能導致照護人力不足、護病比上升，爰為提升住院護理照護品質、強化醫院夜班照護量能，113 年健保署新增「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，期透過護理人員夜班獎勵發放，鼓勵醫院護理人員留任。未來亦將朝優先調升醫事人力投入為主及急重難症項目方向研議，以穩固醫療照護量能。

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，負擔較重，健保為提升住院護理照護品質，依醫院全日平均護病比級距，較醫療機構設置標準規定為佳者，住院護理費給予不同加成比率(如第 45 頁附表)，若達加成月次占率愈高，代表護理人力配置較足夠，可減輕工作負擔。

近 3 年(110~112 年)各層級醫院情形，醫學中心全日平均護病比均<8.9 人，符合醫療機構設置標準 9 人以下規定，爰住院護理費達加成月次占率均為 100%；區域醫院住院護理費達加成月次占率則遞減，從 110 年 99.6% 至 112 年降為 99.0%，略有退步；地區醫院達加成月次占率，由 110 年 92.7% 至 111 年降為 91.8%，112 年又增加為 92.4%，略有進步，惟仍為三層級醫院中最低。

112 年各層級醫院護病比加成率最高分級(醫學中心<7 人、區域醫院<10 人、地區醫院<13 人)，其月次占率均下降，又以醫學中心從 111 年 42.7% 降為 10.3%、區域醫院從 78.8% 降為 58.2%，下降幅度較高，宜進一步探究其原因，以利研議改善措施。

健保總額自 98 年起持續編列相關預算，113 年再增編「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」(預算 40 億元)，優先用於強化住院夜班護理照護量能，建議健保署持續觀察其對各層級醫院護病比變動影響，以利評估預算投入之效益。

6. 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
護理人力的部分，有關全日平均護病比的達成率，因為現在資料	一、統計 108 年至 112 年「全日平均護病比」各層級醫院最高級

委員意見	健保署回復說明																								
<p>只有 112 年，我們醫改會同仁就去比較 111 年，發現醫學中心、區域醫院在護病比加成率的最高級距，就是醫學中心小於 7 人、區域醫院小於 10 人的部分，其實都退步了，請看月次占率下降幅度，醫學中心從 42.7% 降到 10.3%，區域醫院從 78.8% 降到 58.2%，像這樣的降低是負面、不好的情況，我們就很希望健保署能夠跟我們說明一下到底發生什麼事情。(劉委員淑瓊)</p>	<p>距之月次占率如下表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年度</th><th>醫學中心</th><th>區域醫院</th><th>地區醫院</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>108 年</td><td>10.7%</td><td>57.9%</td><td>86.8%</td></tr> <tr> <td>109 年</td><td>26.3%</td><td>68.4%</td><td>87.1%</td></tr> <tr> <td>110 年</td><td>44.7%</td><td>77.0%</td><td>86.2%</td></tr> <tr> <td>111 年</td><td>42.7%</td><td>78.8%</td><td>86.5%</td></tr> <tr> <td>112 年</td><td>10.3%</td><td>58.2%</td><td>86.1%</td></tr> </tbody> </table> <p>二、經檢視 112 年醫學中心及區域醫院最高級距之月次占率與 108 年資料類似；地區醫院近五年資料則相對穩定。</p> <p>三、考量前述「全日平均護病比」月次占率變化原因之一，可能與疫情後之護理人力缺口有關。為鼓勵護理人員留任，本署配合護理人力政策辦理「113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，後續亦將配合衛生福利部「護理人力政策整備 12 項中長程策略計畫」辦理相關事宜，並持續監測「全日平均護病比」數值變化。</p>	年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	108 年	10.7%	57.9%	86.8%	109 年	26.3%	68.4%	87.1%	110 年	44.7%	77.0%	86.2%	111 年	42.7%	78.8%	86.5%	112 年	10.3%	58.2%	86.1%
年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院																						
108 年	10.7%	57.9%	86.8%																						
109 年	26.3%	68.4%	87.1%																						
110 年	44.7%	77.0%	86.2%																						
111 年	42.7%	78.8%	86.5%																						
112 年	10.3%	58.2%	86.1%																						

三、效果構面(3項指標)

(一)整體表現情形

☆無明顯趨勢(宜繼續觀察)

3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度

近3年未有明顯變化；惟宜留意112年不滿意度部分，除西醫基層下降外，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

近3年未有明顯變化；惟宜留意65歲以上糖尿病病人之住院率較高

3.3 出院後3日內再急診比率

近5年未有明顯變化；歷年Tw-DRGs案件之再急診比率均低於一般案件，宜積極推動Tw-DRGs

(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

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	110 年	93.9	95.0	95.5	94.5
	111 年	94.1	94.2	95.3	94.7
	112 年	94.1	95.2	95.5	94.8
參考數據		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
不滿意度	110 年	1.1	1.0	1.8	1.4
	111 年	1.6	1.5	1.3	1.6
	112 年	2.4	1.3	2.0	1.7

※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」。

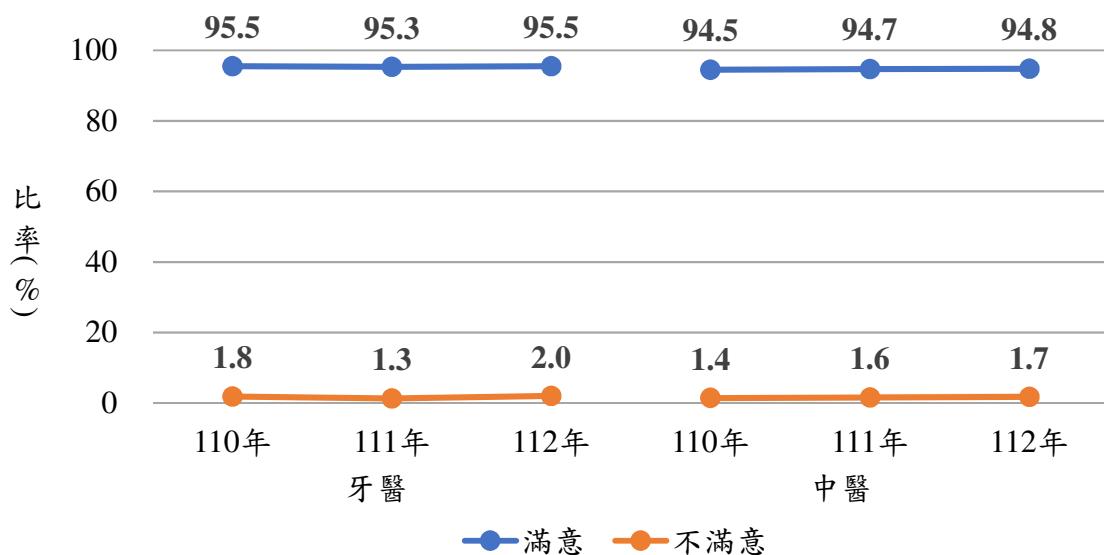
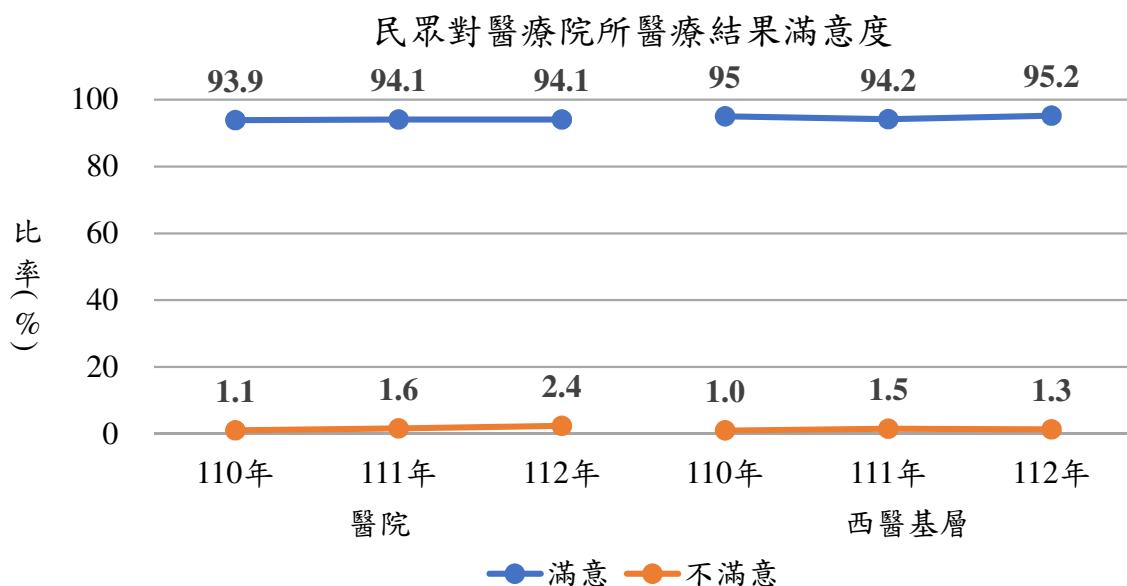
(3)112 年度調查各部門有效樣本數為醫院 2,337 份、西醫基層 2,336 份、牙醫門診 1,294 份、中醫門診 1,259 份，在 95% 信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為 ± 3 個百分點以內，此落差尚在誤差範圍內，各總額於 112 年滿意度調查結果呈持平或微幅增加，健保署將

持續關注 COVID-19 疫後之醫療利用情形及各總額部門之民眾就醫感受及滿意度變化。

(4)為符合國人使用電話習慣，112 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)112 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：



整體而言，近 3 年(110~112 年)民眾對醫療院所醫療結果滿意度在各總額部門均未有明顯變化。至不滿意度部分，112 年除西醫基層下降外，餘均上升，其中又以醫院總額不滿意度(2.4%)較高。經進一步探究健保署調查結果，受訪民眾不滿意的理由，以醫師醫療技術或服務態度不好居多，建議各總額部門加強對會員院所宣導，強化醫病關係溝通。另健保會委員向來關切牙醫部門約診不易的問題，其預約看診困難程度，從 111 年 21.1% 至 112 年增加為 28.3%，且假日無法在當地找到牙醫院所的比例亦增加(從 111 年 33.8% 至 112 年增加為 55.1%)，並較其他總額部門為高，建議健保署會同牙醫部門研議提升約診容易度及假日開診率之策略。

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：%		
	110 年	111 年	112 年
15-24	0.02	0.02	0.03
25-34	0.03	0.02	0.03
35-44	0.05	0.05	0.05
45-54	0.10	0.09	0.10
55-64	0.15	0.14	0.15
65-74	0.27	0.25	0.26
75~	0.50	0.48	0.51
整體	0.13	0.12	0.13

※ 健保署說明：

- (1)110~112 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%~0.51%；另此 3 年的糖尿病病人住院率未有明顯變化。
- (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。

(4)另健保署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，其中 113 年將以糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝症候群防治計畫為目標，期藉由醫療群及家庭醫師，早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，延緩進入慢性病的病程，並透過多重慢性病門診整合等措施，提升慢性病病人照護品質，落實全人照護及提升照護率。

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

單位：%

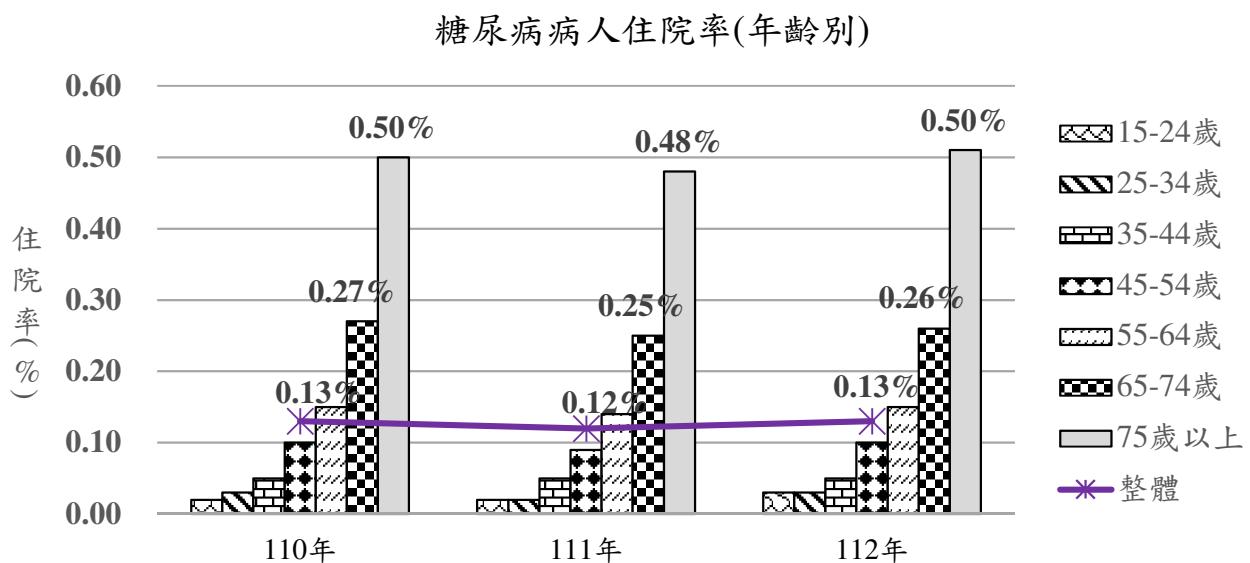
國家	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年
加拿大	0.1	0.1	0.1	0.09	0.09
丹麥	0.13	0.13	0.12	0.11	0.1
芬蘭	0.12	0.11	0.12	0.11	0.1
挪威	0.08	0.07	0.07	0.07	0.07
瑞典	0.08	0.08	0.06	0.06	0.06
英國	0.07	0.08	0.08	0.07	0.08
韓國	0.26	0.25	0.24	0.2	0.2
新加坡 (非 OECD 國家)	0.49	0.47	0.44	0.39	0.41
OECD 國家 平均值	0.14	0.14	0.14	0.11	0.11
臺灣	0.13	0.14	0.14	0.14	0.13

資料來源：OECD Statistics (<https://data-explorer.oecd.org/>)，資料擷取時間 113/09/13。

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多維持於 0.13%~0.14%，與 OECD 國家平均值相近，低於鄰近韓國(0.20%)及新加坡(0.41%)，惟高於多數 OECD 國家。

(2)近 3 年趨勢評析



近 3 年(110~112 年)整體及各年齡層糖尿病病人住院率未有明顯差異，而各年齡層住院率，歷年均以 75 歲以上病人最高、65-74 歲病人次之，健保署為強化對糖尿病病人照護，推動相關整合性照護方案，建議可針對 65 歲以上病人進一步分析有無參加糖尿病品質支付方案，其住院率是否不同，若參加者住院率較低及照護成效較佳，則應將該年齡層病人優先納入方案照護。另併同觀察指標 2.2 糖尿病品質支付服務照護率之表現情形，詳第 40 頁。

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：

年度	Tw-DRGs 案件		一般案件		單位：%
	指標結果	增減%	指標結果	增減%	
110 年	1.93	0.03	3.76	0.08	
111 年	1.82	-0.11	3.60	-0.16	
112 年	1.96	0.14	3.79	0.19	

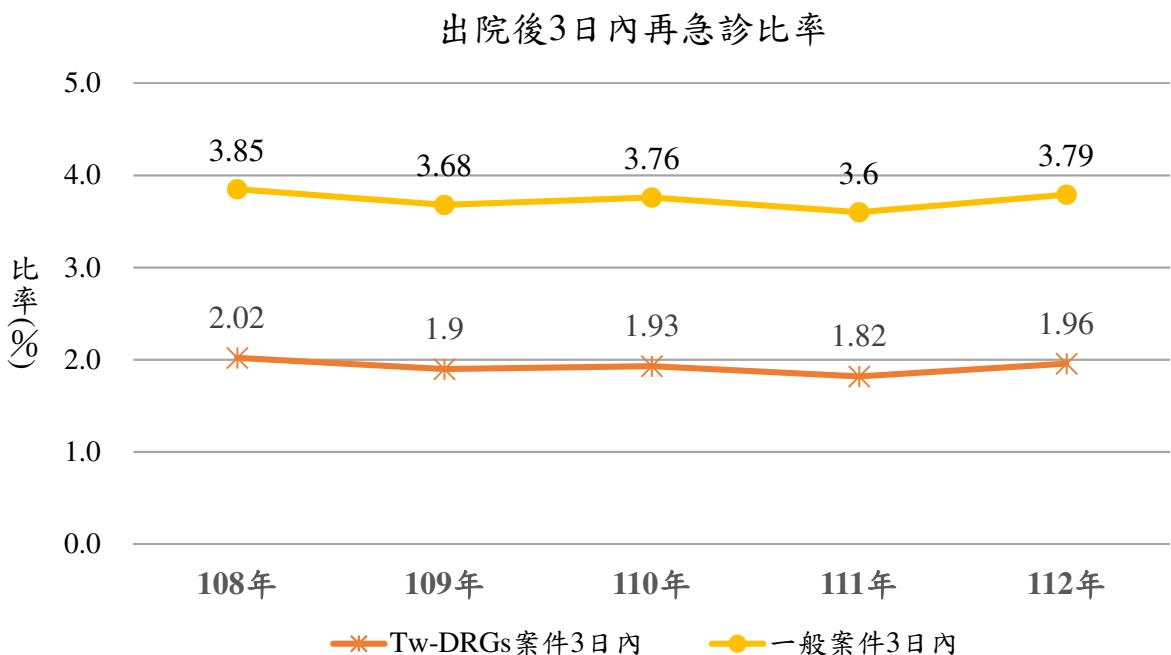
※健保署說明：

(1)Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 110 年之 1.93%，至 112 年 1.96%，112 年較 111 年增加 0.14 個百分點。查 108 年至 112 年指標值分別為 2.02%、1.90%、1.93%、1.82%、1.96%。

(2)一般案件：3 日內再急診率由 110 年之 3.76%，至 112 年 3.79%，112 年較 111 年增加 0.19 個百分點。查 108 年至 112 年指標值分別為 3.85%、3.68%、3.76%、3.60%、3.79%。

(3)查 110~112 年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率，除 111 年下降外，112 年指標分別為 1.96% 及 3.79%，皆呈現上升趨勢。綜觀近五年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率數值，除 111 年外並未大幅變動，顯示該年度指標可能受 COVID-19 疫情影響，健保署將持續監測指標變動情形。

5.健保會研析-近 5 年趨勢評析：



考量疫情影響，爰呈現近 5 年(108~112 年)趨勢，本指標於近 5 年未有明顯趨勢，惟歷年 Tw-DRGs 案件之出院後 3 日內再急診比率均低於一般案件，初步顯示推動 Tw-DRGs 有較佳之照護品質。Tw-DRGs 自 103 年 7 月導入第二階段迄今，已停滯逾 10 年，建議健保署積極推動 Tw-DRGs 雙軌方案，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

另考量 DRGs 為提升醫療資源利用微觀效率的工具，若短期無法全面實施，建議健保署可做為分類及管理的工具，以各醫院相同 Tw-DRGs 的費用進行檔案分析，並形成同儕比較的基礎，必要時啟動專業審查，亦能達到提升效率之目的。

四、資源配置構面(3項指標)

(一)整體表現情形

呈進步趨勢(宜保持)

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)
112 年整體與醫院、西醫基層及中醫門診之人力比值較 111 年微幅下降；惟 112 年牙醫門診較 111 年略為上升

呈退步趨勢(宜改善)

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 年牙醫門診、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；宜留意牙醫在醫療資源不足地區與一般地區就醫率差距逐漸擴大

4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)
近 3 年有 7 類自付差額特材占率呈上升趨勢，對占率超過 7 成者宜儘早規劃納入全額給付

(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
110	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13
111	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43
112	8.92	93.77	2.46	8.93	14.57

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

單位：‰

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
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
112	45.50	5.10	21.80	0.23	9.07	3.68	4.27	0.48	10.36	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)：112 年僅牙醫較 111 年略增，另醫院、西醫基層及中醫皆較 111 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：112 年西醫基層、中醫及牙醫門診之每萬人口醫師數皆較 111 年增加，醫院較 111 年略減。

②最低組之醫師數：112 年西醫基層、中醫門診每萬人口醫師數較 111 年增加，醫院及牙醫門診與 111 年持平。

(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：

①112 年最高組之戶籍人數較 111 年增加，最低組之戶籍人數較 111 年減少。

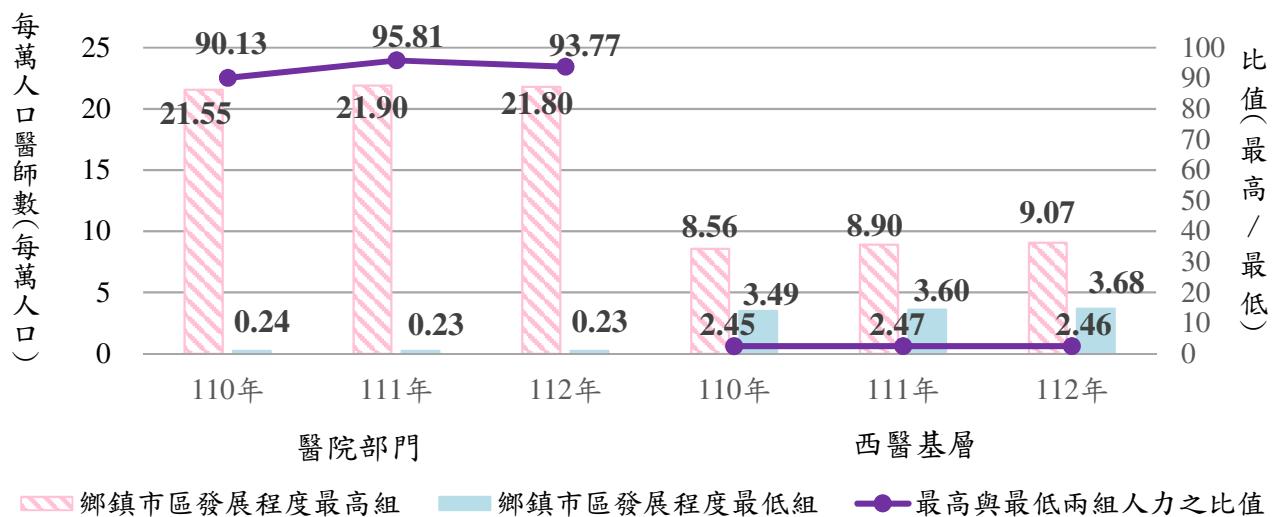
②112 年最高組之醫師數較 111 年增加(除醫院外)，最低組之醫院及牙醫醫師數與 111 年持平。

(4)綜上，112 年牙醫在都市化程度最高與最低之醫師人力比值略增，係因最高組 112 年牙醫師數較 111 年增加。

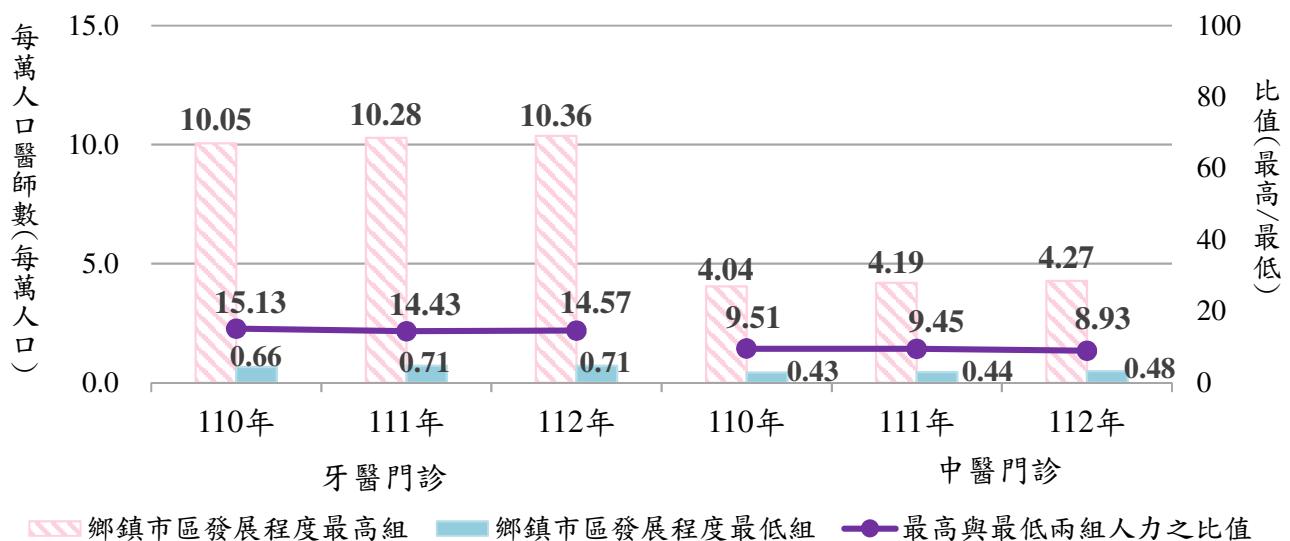
(5)健保署持續推動 IDS 計畫、西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓勵醫師辦理開(執)業或巡迴醫療計畫，主動將醫療資源送入山地離島、醫療資源不足地區，並每年評估各方案施行區域及執行內容之合宜性，依實際需求修訂方案，以平衡城鄉醫療資源差距，保障山地離島、偏遠地區民眾就醫權益。

6.健保會研析-近3年趨勢評析：

鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比



鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比



本指標係衡量醫師人力分布的均勻程度，若比值愈高代表鄉鎮間醫師人力分布差異愈大。近3年(110~112年)鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比值，整體呈下降趨勢。各總額部門中，以西醫基層最小(2.45~2.47)，其112年比值略低於111年，宜保持；中醫門診次之(8.93~9.51)，其比值呈遞減趨勢，顯示中醫師人力分布差距有逐漸縮小；醫院部門比值差距最大(90.13~95.81)，112年比值(93.77)雖較111年(95.81)下降，惟仍高於110年(90.13)。

112 年整體、醫院、西醫基層及中醫門診總額部門人力比值均較 111 年微幅下降，宜保持；牙醫門診總額部門 112 年比值(14.57)略高於 111 年(14.43)，其人力分布差距略增。健保歷年於各部門總額均編列醫療資源不足地區改善方案專款，鼓勵醫師至醫療資源不足地區執業或巡迴醫療，牙醫部門並訂有弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫，惟人力分布程度未見改善，宜進一步探討最低組醫師無法提升原因。

再併同觀察指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(詳第 64 頁)，牙醫門診總額在醫療資源不足、山地離島地區之民眾就醫率與一般地區民眾仍存有差距，建議健保署會同牙醫部門，針對如何提升醫療資源不足、山地離島地區民眾之就醫可近性提出改善措施。

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
		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	55.71	82.78	48.80	28.56
112 年	一般地區	58.65	82.80	33.37	21.20
	醫療資源不足地區	62.38	87.20	42.75	24.39
	山地離島地區				

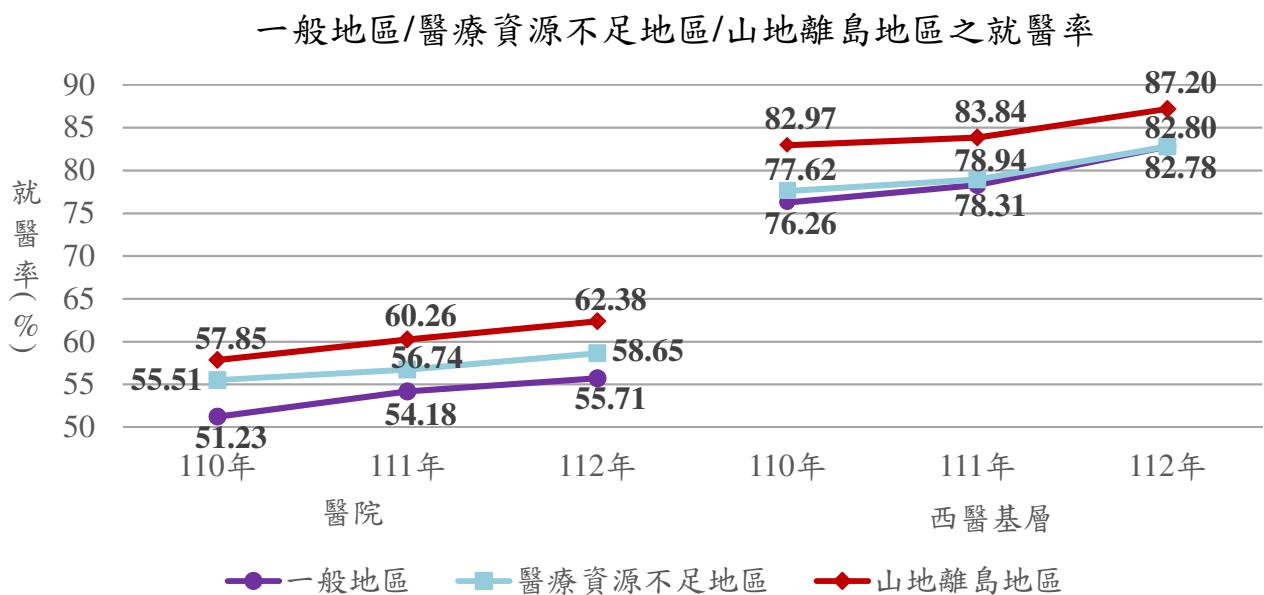
※健保署說明：

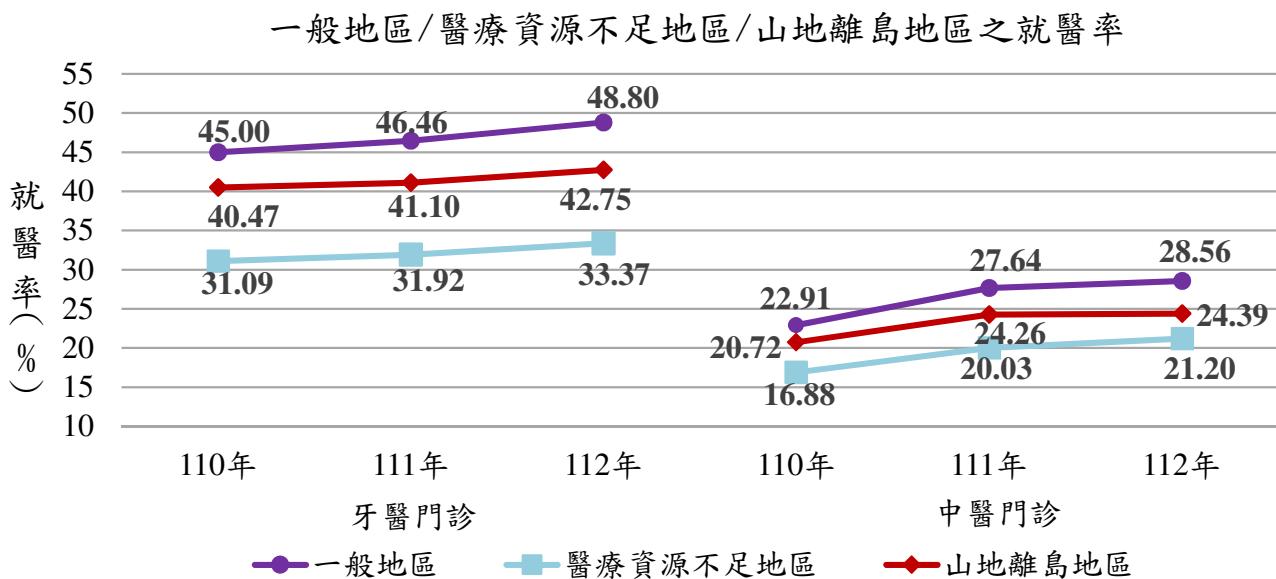
(1)112 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診及中醫門診部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。

(2)112 年牙醫及中醫門診部門之山地離島或醫療資源不足地區就醫率低於一般地區，惟已較 110 年及 111 年穩定增加，健保署持續戮力推動 IDS 計畫及各醫療資源不足地區改善方案，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，113 年起牙醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴計畫，同意無牙醫鄉不受限成立滿二年之社區醫療站及巡迴點服務人次之管控規定，另「巡迴點」得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務，皆係為鼓勵牙醫醫院所參與巡迴醫療服務；中醫部分，113 年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，並提升各級施行區域論次支付點數，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：





近 3 年(110~112 年)各總額部門就醫率呈上升趨勢，其中以中醫就醫率較低(未達 3 成)；醫院及西醫基層總額部門在醫療資源不足及山地離島地區之就醫率，均高於一般地區；牙醫及中醫門診總額部門則以一般地區就醫率較高，醫療資源不足地區就醫率最低，且牙醫在醫療資源不足地區與一般地區就醫率的差距，高於其他總額部門，其就醫率差距並逐漸擴大(110 年醫療資源不足地區就醫率與一般地區差距 13.91%，112 年兩者就醫率差距增至 15.43%)，建議健保署會同牙醫部門針對如何提升醫療資源不足及山地離島地區民眾之就醫率提出改善措施。

健保為提升醫療資源不足、山地離島地區民眾就醫可近性，於歷年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)及各部門總額醫療資源不足地區改善方案等預算，健保署說明於 113 年檢討修訂牙醫、中醫門診總額部門之方案內容，鼓勵牙醫師及中醫師至醫療資源不足地區開業或提供巡迴醫療服務，建議持續關注修訂後，是否有助就醫率之提升。

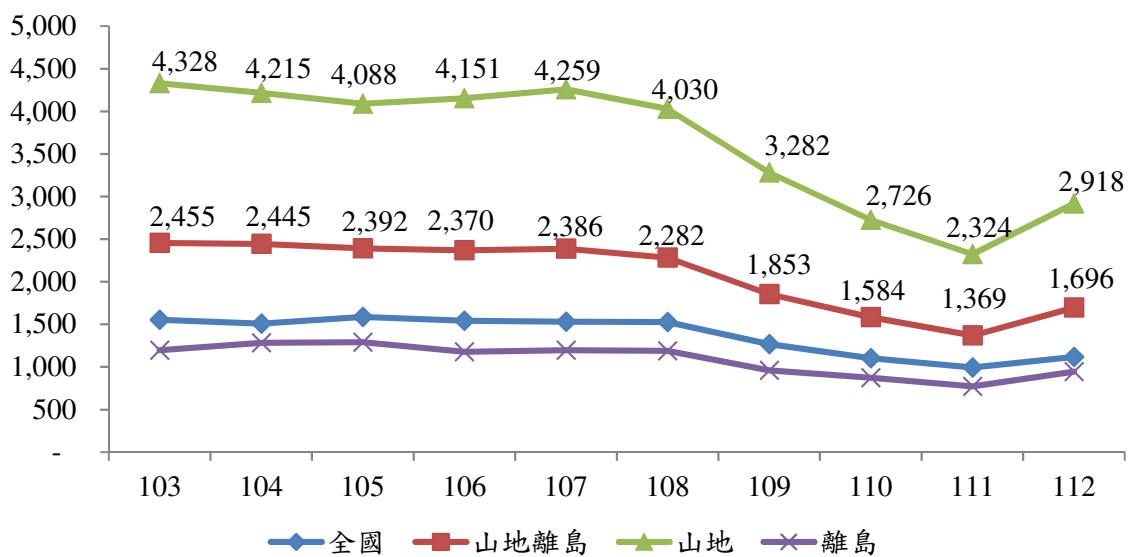
本指標與指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(詳第 61 頁)，宜併同觀察。

6.113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
我們普遍看到山地離島就醫率比較高，但林文德委員也提到就醫率提高當然是好的方向，但重	一、查山地離島地區 103~112 年可避免住院率(附圖)，109~111 年下降，112 年雖有上升趨勢，惟未達疫情前 108

委員意見	健保署回復說明
點是有沒有減少可避免住院率，甚至我們上次也討論過，預防保健閾值只有 20%，是有點低，若就醫率可以達到這麼高，為什麼預防保健率還這麼低呢？(王委員惠玄)	<p>年數值。</p> <p>二、有關成人預防保健利用率一節：</p> <p>(一)全國 109~111 年成人預防保健利用率為 27.6%，統計 112 年設籍山地離島且符合成人預防保健之居民，過去三年已接受成人預防保健服務之人數已達 40.1%。</p> <p>(二)112 年以「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」成人預防保健利用率公式^註計算前開利用率約為 20%，本署已將前開利用率修訂為必選指標，未來逐年調整閾值。</p> <p>註：IDS 計畫成人預防保健利用率=計畫實施地區當年符合受檢人數／[(計畫實施地區 40 歲至 64 歲申報 G9 案件保險對象人數／3)+計畫實施地區 65 歲(含)申報 G9 案件保險對象人數]</p>

附圖 103 年~112 年全國及山地離島可避免住院率趨勢圖



註 1：可避免住院率計算方式：18 歲(含)以上急性指標及慢性指標之住院件數總和/18 歲以上人口(每十萬人口)。

註 2：依 AHRQ 第五版之 PQI 指標分類定義：

- (1)急性指標：係指脫水、尿道感染、細菌性肺炎等 3 項指標。
- (2)慢性指標：係指短期糖尿病併發症、長期糖尿病併發症、控制不良糖尿病、糖尿病下肢截肢、COPD 及成人氣喘、青年氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛等 9 項指標。

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
110 年	0.0449				
111 年	0.0523				
112 年	0.0551				

註：平均值*：110~112 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*：110~112 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：

單位：%

項目	費用年	指標結果 -占率	平均值			平均值	
			平均值*	標準差*	±1.5*標準差	±2.0*標準差	
1.特殊功能人工水晶體	110 年	41.4	44.4	2.4	40.8	47.9	39.6 49.1
	111 年	44.5					
	112 年	47.2					
2.特殊材質人工 髓關節	110 年	28.9	30.3	1.1	28.6	32.0	28.1 32.5
	111 年	30.4					
	112 年	31.6					
3.特殊功能人工 心律調節器	110 年	45.6	47.7	1.6	45.4	50.1	44.6 50.8
	111 年	48.2					
	112 年	49.3					
4.冠狀動脈塗藥支架	110 年	68.4	70.3	1.6	67.9	72.7	67.1 73.5
	111 年	70.2					
	112 年	72.3					
5.特殊材質生物組 織心臟瓣膜	110 年	41.9	42.3	0.5	41.5	43.1	41.3 43.3
	111 年	43.0					
	112 年	42.0					
6.義肢	110 年	5.7	4.3	1.4	2.2	6.4	1.5 7.1
	111 年	2.4					
	112 年	4.8					
7.腦脊髓液分流系統	110 年	82.7	55.1	30.9	8.7	101.4	-6.7 116.8
	111 年	70.5					
	112 年	12.0					
8.治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	110 年	39.6	41.0	1.0	39.4	42.5	38.9 43.0
	111 年	41.2					
	112 年	42.1					
9.治療複雜性心臟 不整脈特殊功能 導管	110 年	45.7	52.6	5.5	44.4	60.7	41.7 63.5
	111 年	53.0					
	112 年	59.0					
10.特殊功能及材 質髓內釘組	110 年	64.0	72.8	6.3	63.4	82.2	60.3 85.4
	111 年	76.5					
	112 年	77.9					

※健保署說明：

民眾差額特材占率110年為0.0449%，111年為0.0523%，112年為0.0551%，平均占率為0.0508%，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)112年自付差額特材申報占率達60%以上：

A.冠狀動脈塗藥支架：

a.經113年4月19日自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」納入健保全額給付案之專家溝通會議討論，已有共識依國際治療指引與臨床實證，優先全額給付於 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞)病人族群。

b.後續將依程序提至特材共同擬訂會議討論，並依會議決議辦理後續事宜。

B.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，自110年12月1日公告生效，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。另因增加自費使用品項納入該類自付差額，致整體占率上升。

b.健保署將持續監控申報情形，並規劃朝納入健保全額給付研議，該類自付差額轉全額財務推估約4.5億(以112年申報量計算)，後續將積極爭取預算。

(2)另自付差額特材申報占率未達60%以上：將持續監控申報情形。

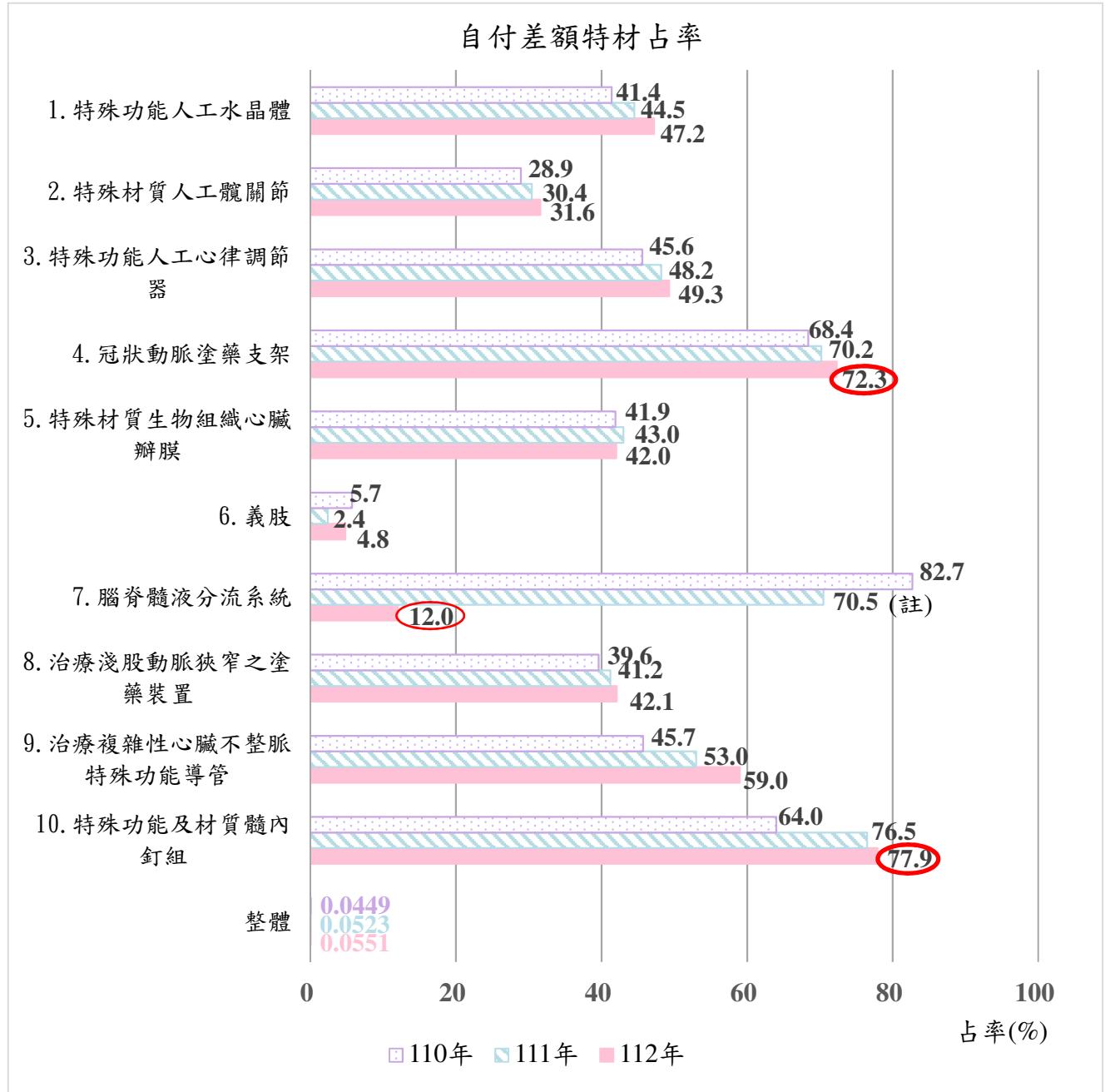
5.健保會研析-近3年趨勢評析：

現行自付差額特材共計 10 類，近 3 年有 7 類自付差額特材占率呈上升趨勢，其中「4.冠狀動脈塗藥支架」、「10.特殊功能及材質髓內釘組」等 2 類之申報占率均超過 7 成，已近常態使用；委員多次請健保署積極評估「4.冠狀動脈塗藥支架」納入全額給付的可行性，該署說明已於專家溝通會議取得共識，後續將提至共擬會議討論；至「10.特殊功能及材質髓內釘組」，因 110 年 12 月起新增納入自費使用占率高之 3 項次功能分類，致占率從 110 年 64% 至 112 年增加為 77.9%，健保署說明將持續監控申報情形，及研議納入健保全額給付。

另 112 年各類自付差額特材申報情形中，「5.特殊材質生物組織心臟瓣膜」、「7.腦脊髓液分流系統」等 2 類之申報占率下降，又以「7.腦脊髓液分流系統」降幅最大(從 110 年 82.7% 降為 112 年 12.0%)，係

因健保署於 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)」，改列健保全額給付所致，符合委員期待。

健保會委員向來十分關切自付差額特材是否造成民眾的經濟負擔，爰請健保署持續監測各類自付差額特材占率之變化，若有接近常態者，宜儘早研擬納入健保全額給付的可行性。



註：111 年 11 月 1 日起將「7. 腦脊髓液分流系統」項下市占率達 67%之「流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付。

6.113年第10次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
<p>大家都知道我非常關心自付差額特材的使用率，以及該特材會在何時納入全額給付，健保署也積極回應，特別在冠狀動脈塗藥支架的部分，這次報告也有提到今年4月19日已討論有共識，將優先全額給付於ST段上升的心肌梗塞。我就問幾個問題，第1個，現行全民健康保險全額給付點數從2萬1千點、1萬9千點降到目前的1萬4千多點，但這個降價並沒有影響到自費，照理來說，當全民健保給付多的時候，自費就會變少，可是沒有，現在自費的塗藥支架都在5.5~6萬元之間，更貴的全吸收式生物血管支架是12萬多元，這價格居高不下，顯示長期以來，健保給付並沒有有效抑制自費價格的作用。</p> <p>裝置冠狀動脈塗藥支架手術後須服用抗血小板藥物，即是抗凝血藥物，健保只給付3~6個月，但幾乎大部分的醫師都會建議病人後續再自費買抗凝血藥物持續服用。現在將「冠狀動脈塗藥支架」項目納入健保全額給付，那抗凝血藥物健保全額給付，要不要隨著國際研究結果，將給付時間延長至1年。如果研究實證是要服用抗凝血藥物1年，沒有道理僅將冠狀動脈塗藥支架手術納入健保全額給付，還要讓病人自費吃抗凝血藥物，因為自付差額的平均占率為70.3%，且該手術的年輕族群也很多，應要考慮納入全額支付。</p> <p>另「特殊功能及材質髓內釘組」項目的自付差額占率，111年占率為76.5%，112年占率77.9%，但這個項目為什麼沒有規劃納入全民健保全額給付的期程？還是要積極一點。特別是「冠狀動脈塗藥支架」項目的健保全額給付，已經講10年了，雖然今年4月經專家溝通會議討論通過，已經過去6個月了，請問什麼時候會看到後續結果？(滕委員西華)</p>	<p>一、有關冠狀動脈塗藥支架及特殊功能及材質髓內釘組之歷程將於貴會113年第11次委員會議(113.12.25)之報告案「自付差額特殊材料品質整體檢討改善報告」中報告。</p> <p>二、目前健保對冠狀動脈塗藥支架手術後抗血小板藥物的給付規定為3至6個月，這是根據臨床專家的共識和臨床指引所訂定的；若未來有新的臨床證據或指引顯示延長用藥的必要性，各學會可提出建議案，本署將依據新的證據提請專家們討論並調整給付規定。</p>

五、財務構面(6項指標)

(一)整體表現情形

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

因政府於 112、113 年分別挹注健保 240 億元、200 億元，仍須留意收支結構之衡平性

5.4 資金運用收益率

近 3 年呈微幅上升趨勢

5.5 保費收繳率

整體及第 1~3 類收繳率已近 9 成 9，惟歷年第 6 類收繳率未達 9 成，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制

5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率

近 3 年呈下降趨勢

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

近 3 年呈擴大趨勢

5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率

近 3 年呈微幅下降趨勢

(二)各指標監測結果及趨勢評析

指標 5.1 保險收支餘紳實際數、預估數及兩者之差異率

1.指標意涵

(1)監理重點：收支餘紳預估之準確性。

(2)意義：

①呈現保險收支餘紳之「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紳，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：保險收支餘紳實際數－保險收支餘紳預估數

分母：保險收支餘紳預估數

保險收支餘紳=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=保險收支餘紳實際數－保險收支餘紳預估數

差異率=(差異數÷預估數)×100%

4.健保署提報監測結果：

	年度	110 年	111 年	112 年
參考 數據	實際數(億元)	-155.15	112.73	338.72
	預估數(億元)	-240.49	-323.08	-89.23
	差異數(億元)	85.34	435.81	427.95
指標 結果	差異率(%)	-35.49(2.31%) ^註	-134.89(3.54%) ^註	-479.60(0.94%) ^註

註：扣除非預期影響因素後的差異率，詳健保署說明(1)、(2)；110~112 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，保險收支餘绌預估數與實際數之差異率為 2.31%。

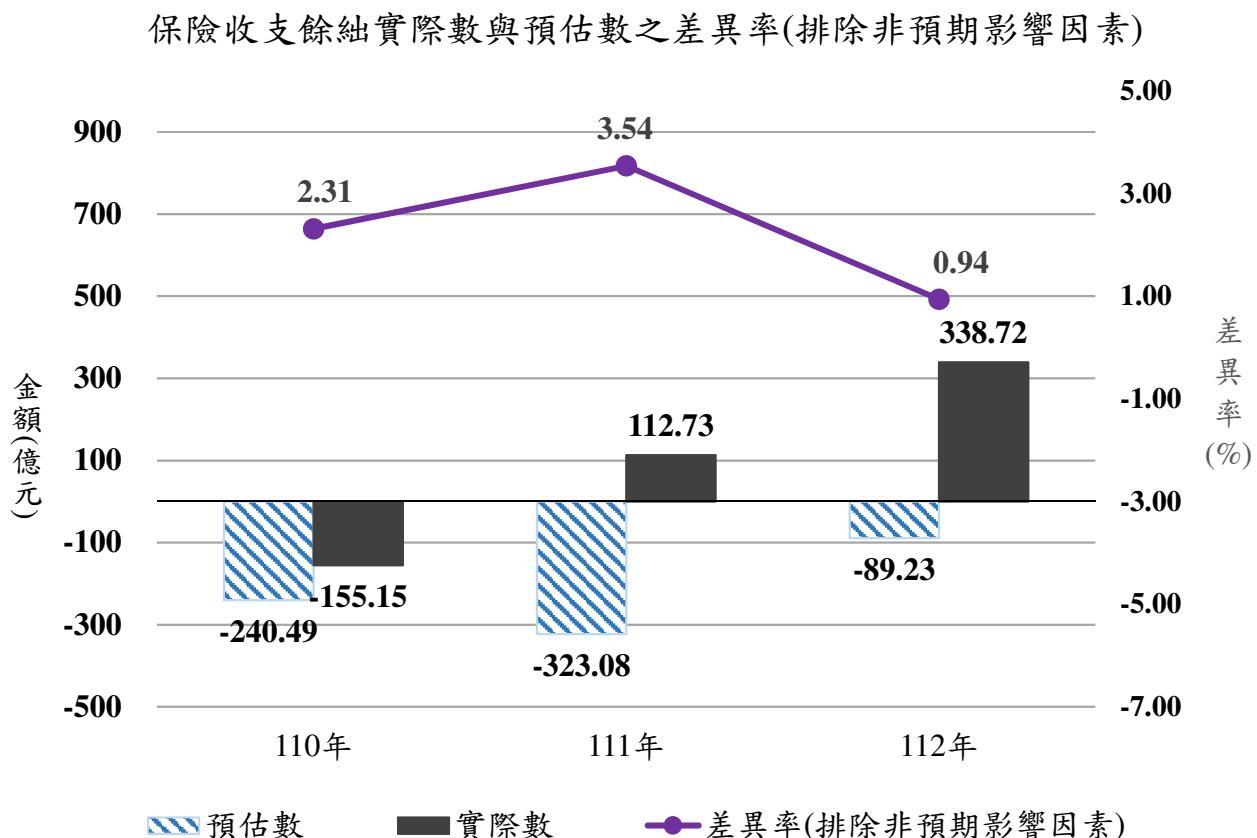
(2) 111 年主要係因補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36% 之差額」增加，加上基本工資由 24,000 元調整為 25,250 元，軍公教待遇調升 4%，致保險費收入實際數較預估數增加約 387 億元；另總額專款結餘增加約 38 億元，致保險成本減少 38 億元，若排除非預期因素影響，保險收支餘绌預估數與實際數之差異率為 3.54%。

(3) 112 年主要係一般保險費收入及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」以及「投資淨收益」增加，致保險收入實際數較預估數增加約 407 億元；另受補貼 COVID-19 對點值之影響以及總額專款結餘增加，致保險成本減少約 21 億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘绌預估數與實際數之差異率為 0.94%。

①一般保險費：係受投保人口數及投保金額低估所致，前者健保署係參考國發會「中華民國人口推估(2022 至 2070 年)」報告中推估結果，因疫情趨緩致人口回流較原預估提早，致人口數低估；投保金額，則因實際投保金額成長情形高於歷史趨勢所致。

②補充保險費：鑑於補充保險費收入深受經濟景氣影響，惟受限於缺乏與補充保險費具顯著關聯性之經濟領先指標，且在未來經濟情勢不確定下，健保署基於財務保守原則，假設未來年度補充保險費收入回歸過去穩定成長趨勢，致上述低估結果。

5.健保會研析-近3年趨勢評析：



近3年(110~112年)保險收支餘紳實際數與預估數之差異率呈擴大趨勢，若排除非預期影響因素後，由110年、111年的2.31%、3.54%下降至112年0.94%。依上圖顯示，110~112年餘紳數均有低估情形，顯示財務推估趨於保守。

111年保險收支餘紳預估數與實際數之差異分析，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等因素，惟政府自106年起，已連續8年調整基本工資，且我國近年經濟穩定成長，軍公教人員也持續調薪，似應將前述兩項薪資調整之影響，納入基本推估假設為宜。

112年預估數與實際數之差異主要來自投保人口、投保金額、補充保險費低估，建議健保署提供各項因素所產生之差異數，以利瞭解造成差異之關鍵因素。如補充保險費收入為產生差異數之主因，則宜審酌補充保險費之推估模式，以免財務推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。

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：

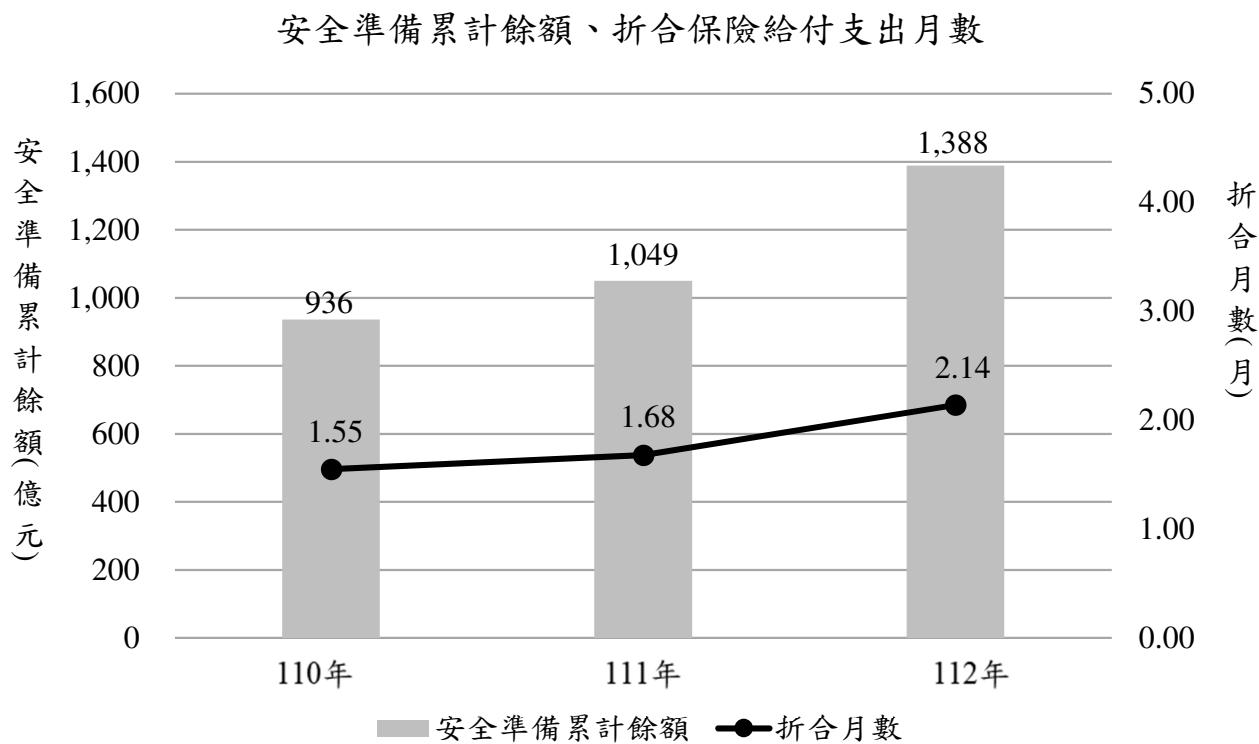
	截至年度	110	111	112
參考	安全準備總額較前一年增減數(億元)	-155.15	112.73	338.72
數據	安全準備累計餘額(億元)	936	1,049	1,388
指標 結果	保險給付支出折合月數(月)	1.55	1.68	2.14

※健保署說明：

(1) 110~112 年為審定決算數。

(2) 110~112 年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為 1.55、1.68 及 2.14 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：



近3年(110~112年)安全準備折合保險給付支出月數呈上升趨勢，經檢視近年政府為改善健保財務狀況之相關作為，包括：1.衛福部於111年提出「全民健保財務調整措施」；2.行政院為因應健保安全準備不足，112年撥補全民健保基金240億元；3.立法院於112年通過「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」，於113年撥補全民健保基金200億元；4.行政院114年提出健保財務協助方案，以公務預算挹注健保335.6億元，對健保財務均具有正向效果。

惟政府直接挹注健保資金，在短期內雖能紓解財務壓力，卻也增加未來調整費率的困難度，延緩健保的改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸二代健保所定的收支連動機制，並同時檢視健保財務收入面及支出面之結構，使健保資源運用更具效率，方為永續經營之道。

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：

單位：%

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占 GDP 比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占 GDP 比率
109 年	3.73	3.53
110 年	3.57	3.39
111 年	3.50	3.32
112 年	3.47	3.26

資料來源：1. 全民健保醫療支出：「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」總額結算值。112 年資料尚未公布。

2. GDP：行政院主計總處 113 年 10 月 31 日更新資料)。

※ 健保署說明：

(1) 健保支出係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。

(2) 自 92 年全面實施總額支付制度後，每年總額成長率約控制於 3%~5%，而近年 GDP 成長率(110 年：8.780%、111 年：4.693%、112 年：3.814%)皆高於總額成長率(110 年：4.107%、111 年：3.320%、112 年：3.323%)，而導致全民健保醫療支出占 GDP 比率略有下滑，惟近年仍維持在 3%~4% 之間。

(3)考量本項指標受當年健保總額及 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。

5.健保會研析

(1)國際比較：

近 3 年(109~111 年)我國保險給付支出占國民醫療保健支出(NHE)比率、公部門經常性醫療保健支出比率呈下降趨勢(詳下表)，推測係因政府於 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；另 NHE 自 111 年起納入長照服務支出，並回溯修正 96~110 年資料，亦為 NHE 及公部門經常性醫療保健支出增加原因之一。

	單位：%		
	109 年	110 年	111 年
保險給付支出占 NHE 比率	47.14	45.82	44.17
保險給付支出占公部門經常性醫療保健支出	81.51	75.63	72.32

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\111 年國民醫療保健支出統計表。

註：我國國民醫療保健支出(NHE)係依據 OECD、歐盟統計局(EUROSTAT)及世界衛生組織(WHO)發布之醫療健康帳(SHA)所規範之定義計算，最新版統計範圍已由「健康醫療」納增「健康照護」領域，故自 111 年起 NHE 納增長照服務支出，並回溯修正 96 年至 110 年資料。

進一步探討各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 CHE 占 GDP 比重情形，我國近 3 年公部門經常性醫療保健支出占 CHE 比重持續成長，惟 111 年 65.5% 僅高於南韓(表 1)。

至 CHE 占 GDP 比重，與我國相鄰且同樣實施健保的韓國比較，其 CHE 占 GDP 比重在 90 年前係低於我國，從 90 年起每年穩定提升，至 111 年已達 9.7%，而我國自 109、110 年均維持 6.8%，111 年微幅成長至 7.0%，僅高於盧森堡之 5.5%，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 2)。

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	109 年	110 年	111 年
加拿大	73.7	72.9	71.3
法國	84.8	84.8	84.8
德國	85.1	85.5	86.5
日本	84.9	85.7	85.5
南韓	61.4	62.3	62.7
盧森堡	86.5	86.0	85.9
荷蘭	84.9	84.9	84.3
瑞士	67.6	67.7	68.9
平均值	78.6	78.7	78.7
中華民國	62.7	65.3	65.5

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\111 年國民醫療保健支出統計表。

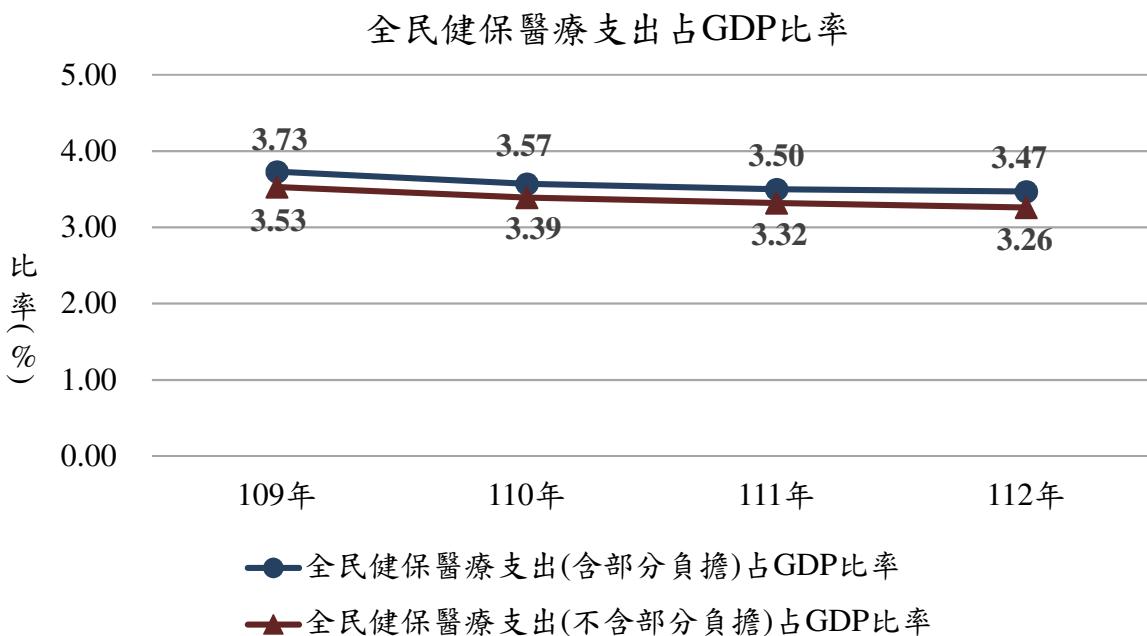
表 2 經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

單位：%

國家	109 年	110 年	111 年
加拿大	13.0	12.3	11.2
法國	12.1	12.3	12.1
德國	12.7	12.9	12.7
日本	11.0	11.3	11.5
南韓	8.4	9.3	9.7
盧森堡	5.7	5.7	5.5
荷蘭	11.2	11.3	10.2
瑞士	11.7	11.8	11.3
平均值	10.7	10.9	10.5
中華民國	6.8	6.8	7.0

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\111 國民醫療保健支出統計表。

(2)近 4 年趨勢評析：



近 4 年(109~112 年)全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率呈微幅下降趨勢，由 3.73% 下降至 3.47%，係 GDP 成長率高於健保醫療支出成長率所致，如以健康投資及前項國際比較結果而論，我國全民健保醫療支出尚有成長空間，惟仍應審慎評估各項計畫投入之成效，積極提升資源配置及運用之效率。

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

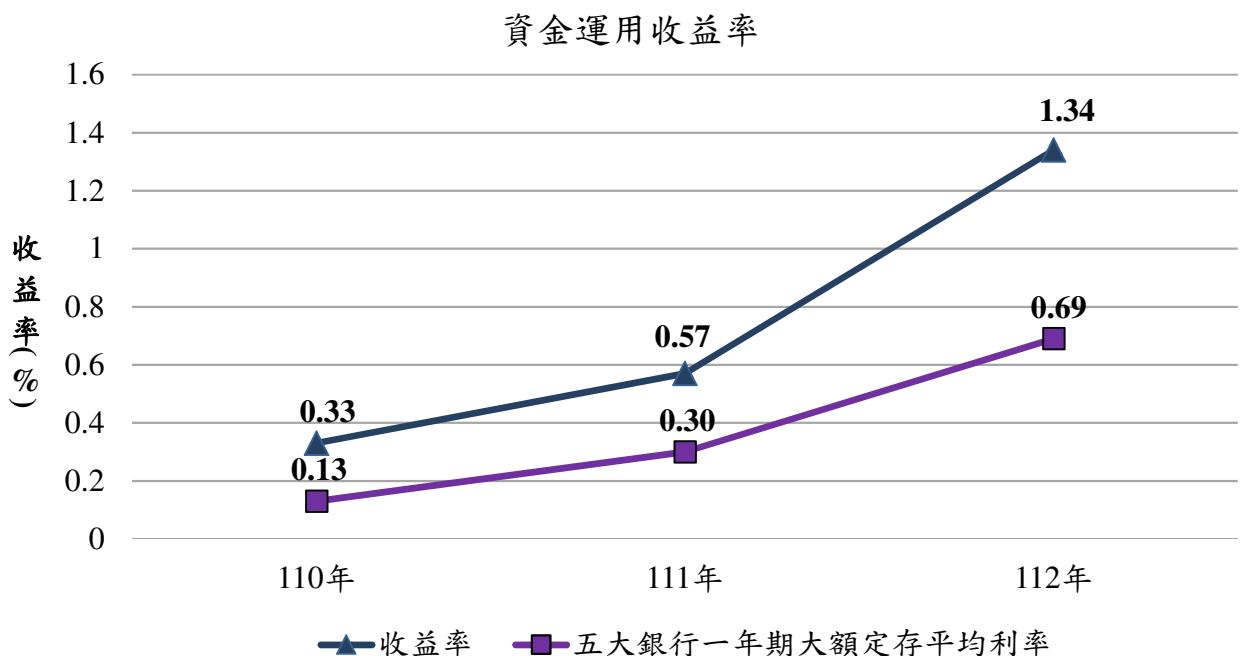
4.健保署提報監測結果：

項目	110 年	111 年	112 年
日平均營運量(億元)	1,670.80	1,745.78	1,868.53
參考數據	運用收益(億元)	5.47	9.93
	五大銀行 1 年期大額定存平均利率(%)	0.13	0.30
指標結果	收益率(%)	0.33	0.57
			1.34

※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 110~112 年五大銀行一年期大額定存平均利率分別為 0.13%、0.30% 及 0.69%，而健保資金運用收益率為 0.33%、0.57% 及 1.34%，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：



近 3 年(110~112 年)資金運用收益率呈微幅上升趨勢，由 0.33% 逐年增加到 0.57%、1.34%，主要係受 111 年中央銀行 4 次宣布升息影響。健保基金雖屬隨收隨付之資金，健保署仍透過存放定存、買賣附賣回交易票券及債券等投資方式，提高資金運用收益率，有助財務穩定。健保會委員甚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，積極研議提升投資績效之策略，投資理財需具備高度專業的金融知識與技能，或可考量諮詢或委託專業投資機構，提升投資效益。

6. 113 年第 10 次委員會議(113.11.20)委員意見及健保署回復說明：

委員意見	健保署回復說明
最近勞動基金又公布今年前 3 季的表現，他們的收益率真的讓人家羨慕，其 3 類基金的平均收益率是 14.69%，其中新制勞退基金是 14.45% 規模最大，舊制勞退基金是 17.31% 收益率最高，另外我們不是講勞保基金快破產了嗎，但勞保基金也有 16.09%，3 者收益率都在 14% 以上，另我記得去年有提到過，3 類之中收益率較低的新制勞退基金，去年收益	一、全民健康保險基金之來源主要來自保險費，並用以支付醫療費用，具「隨收隨付」之短期財務特性，資金運用之流動性及安全性更甚於收益性，另考量各月資金需求，僅能進行較短期性之投資，主要以定期存款、優惠存款及短期票券等固定收益工具為

委員意見	健保署回復說明
<p>率亦有 12.06%，而今年變成是 14.45%。當然上次我在費率審議前專家諮詢會議有稍微提到這個，龐一鳴副署長也有說明可以瞭解，因為基金的規模不一樣，勞動基金比較大有好幾兆元，光新制勞退基金就有 4.4 兆元了，另外就是他們是長期資金，我們是短期資金，這我都瞭解、同意，但想一想會不會有太大的差異，昨天晚上我就找了一下，最近 2 年大概我們資金都維持 1,500 億元以上，今年大概超過 2,000 億元，當然這有時間的因素，有些可能不是現金，但是我想一想的話，應該也還好吧，我們要求不多就用 1,500 億元的話，應該也算是有相當規模的，有一些投信公司搞不好連這資金都沒有。另外就是我們在資金運用時，要考慮安全性、流動性跟收益性，收益性一定擺在最後，OK。所以我上次突發奇想說可否達到 5% 就好，人家的三分之一也不算奢求，過去龐副署長說股票有慘跌這是事實，但是不要一朝被蛇咬，現在 9 成就是定存，剛剛說收益率有增加，這就是全球利率往上升當然增加，不增加才奇怪。所以有這樣的想法，是不是能以過去不好的經驗當警惕，有沒有辦法進一步弄出來，又突發奇想，至少安全準備 1 個月一定要有，沒有不行，我算一下明年的安全準備 1 個月差不多平均 714 億元，有到 700 億元也算是有一個規模，怎麼樣在這一塊來嘗試努力，對我們健保財務比較困頓的時候不無小補。(李委員永振)</p>	<p>主，無法像勞動及勞退等財務非屬隨收隨付型之社會保險基金進行較長期性的投資。</p> <p>二、未來將視整體資金情況，若有其他收益較佳且符合需求之投資工具，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：%

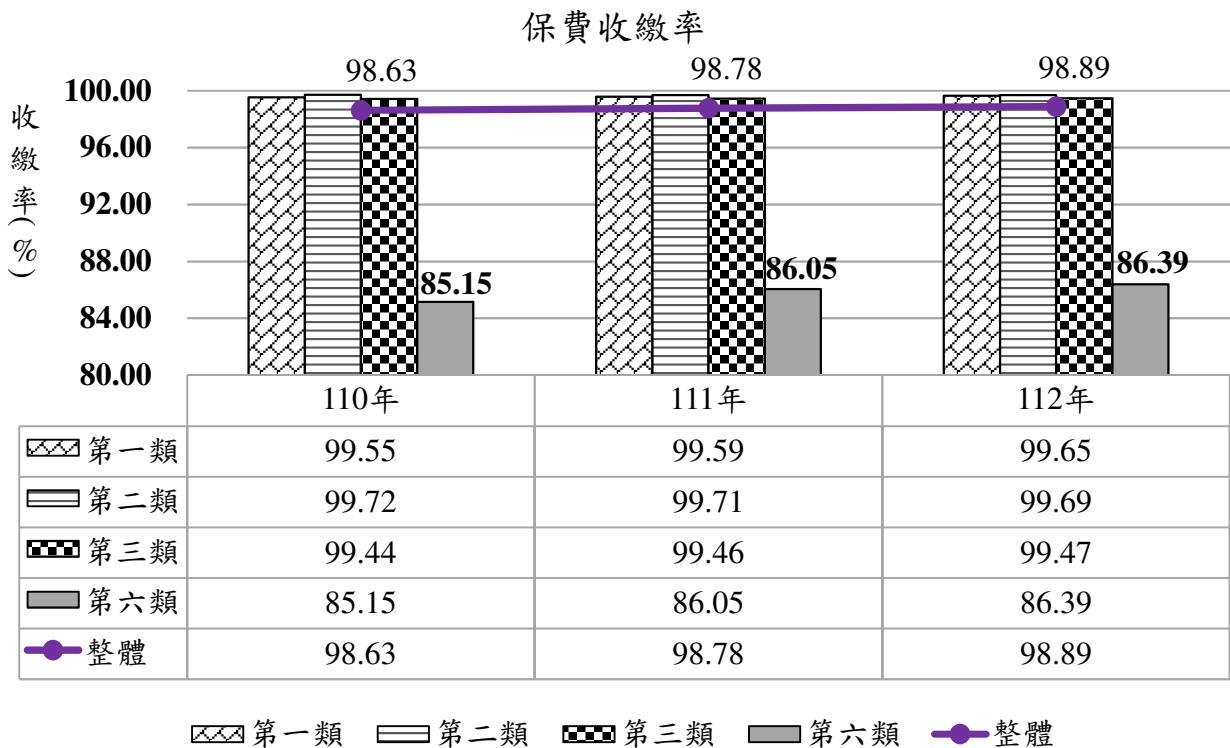
投保單位及保 險對象	110 年	111 年	112 年
第一類	99.55	99.59	99.65
第二類	99.72	99.71	99.69
第三類	99.44	99.46	99.47
第六類	85.15	86.05	86.39
整體	98.63	98.78	98.89

※ 健保署說明：

(1) 110~112 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 85% 至 86% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%。考量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，爰健保署持續結合各界資源協助繳納弱勢者欠費，112 年除爭取財政部公益彩券回饋金補助中度以上身心障礙且無清償能力，以及社政單位通報經濟弱勢者計 7,662 人、補助金額約 2.13 億元，並以愛心捐款補助計 5,963 人、補助金額約 5,107 萬元。

(2) 另近年整體收繳率微幅成長，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(110~112年)整體保費收繳率已將近99%，進一步觀察各類保險對象，第一、二、三類保費收繳率均超過9成9，宜保持。健保會委員歷來關切第六類保險對象之保費收繳率，近3年各為85.15%、86.05%、86.39%，健保署說明112年已加強推動提升收繳率之相關措施，且112年相較111、110年略有提升，值得肯定，建議健保署持續推動提升收繳率之措施及加強欠費監控機制。

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

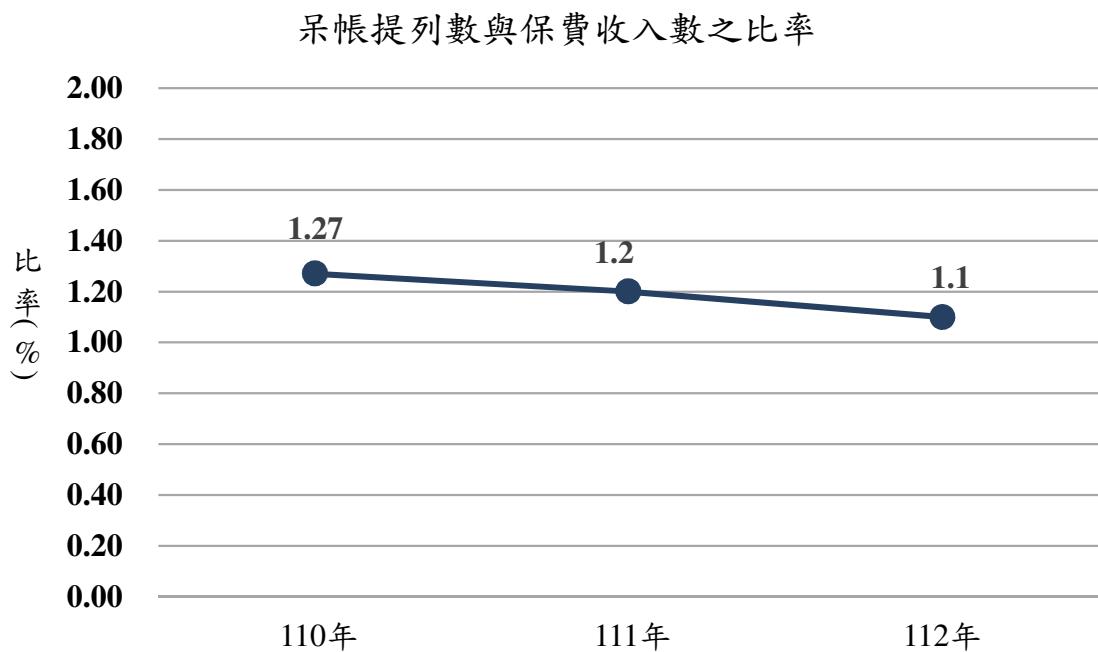
4. 健保署提報監測結果：

單位：%		
110 年	111 年	112 年
1.27	1.2	1.1

※ 健保署說明：

111 年起疫情趨緩，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，爰本指標略有下降趨勢。

5. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：



近 3 年(110~112 年)呆帳提列數與保費收入數之比率呈微幅下降趨勢(從 1.27% 降為 1.1%)，依健保署說明，111 年因疫情趨緩，該署加強保費催收，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，爰本指標略有下降，宜保持。

健保呆帳金額為健保會委員監理健保財務之關切重點，健保自 84 年 3 月開辦至 112 年 12 月以來，呆帳金額累積達 1,113.67 億元，近 3 年呆帳金額分別為 54 億元、53 億元、52 億元。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 96 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 98 頁之指標定義) 分母：所有住院手術病人數	住院照護安全性
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	2.3 照護連續性	年	1. 計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ $N = \text{病患就醫總次數}$ $n_i = \text{病患在個別院所 } i \text{ 之就醫次數}$ $M = \text{就診院所數}$ (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義) 2. 資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫) 3. 排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差 4. 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值	評估整合性連續照護之品質
	2.4 護理人力指標 - 全日平均護病比達加成之占率提升情形	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>分子：自付差額特材申報數量</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</p>
分母	<p>(1)整體：</p> <p>分母：特材申報數量</p> <p>(2)各類別項目：</p> <p>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(108 年起)

構面	監理指標	提報時程	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	112上		112下		112全年					
			108Q1		108Q2		108Q3		108Q4			109Q1		109Q2		109Q3		109Q4			110Q1		110Q2			110Q3		110Q4								
			108Q1	108Q2	108Q3	108Q4	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4	110Q1	110Q2	110Q3	110Q4	111Q1	111Q2	111Q3	111Q4	112Q1	112Q2	112Q3	112Q4									
(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	7.37	7.40	7.38	7.54	7.36	7.44	7.65	7.63	7.64	7.65	7.25	7.44	7.28	7.23	7.25	7.30	7.35	7.33	7.38	7.47	7.41	7.44	7.37	7.01	7.18	7.02	6.96	6.99					
			(2)醫學中心	7.30	7.35	7.33	7.38	7.17	7.27	7.47	7.41	7.44	7.37	7.01	7.18	7.23	7.18%	7.26	7.09	7.07	7.08	7.10	7.13	7.24	7.42	7.42	7.46	7.07	7.26	7.09	7.07	7.08				
			(3)區域醫院	7.10	7.13	7.12	7.31	7.17	7.24	7.42	7.42	7.42	7.46	8.07	8.31	8.21	8.08	8.14	8.15	8.18	8.17	8.40	8.18	8.28	8.49	8.48	8.49	8.57	8.07	8.31	8.21	8.08	8.14			
			(4)地區醫院	8.15	8.18	8.17	8.40	8.18	8.28	8.49	8.48	8.49	8.57	8.07	8.31	8.21	8.08	8.14	8.15	8.18	8.17	8.40	8.18	8.28	8.49	8.48	8.49	8.57	8.07	8.31	8.21	8.08	8.14			
	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	2.61%	2.89%	2.75%	2.08%	2.56%	2.32%	2.43%	2.58%	2.51%	2.30%	2.84%	2.56%	3.27%	3.38%	3.32%	6.58%	7.44%	7.01%	5.57%	6.68%	6.14%	6.60%	7.10%	6.85%	6.08%	6.63%	6.36%	7.13%	7.23%	7.18%			
			(2)醫學中心	6.58%	7.44%	7.01%	5.57%	6.68%	6.14%	6.60%	7.10%	6.85%	6.08%	6.63%	6.36%	7.13%	7.23%	7.18%	1.50%	1.64%	1.57%	1.16%	1.47%	1.32%	1.35%	1.34%	1.35%	1.45%	2.07%	1.76%	2.63%	2.76%	2.69%			
			(3)區域醫院	0.49%	0.41%	0.45%	0.35%	0.47%	0.41%	0.56%	0.62%	0.59%	0.61%	0.93%	0.77%	1.00%	0.94%	0.97%	0.49%	0.41%	0.45%	0.35%	0.47%	0.41%	0.56%	0.62%	0.59%	0.61%	0.93%	0.77%	1.00%	0.94%	0.97%			
			(4)地區醫院	—	—	39.9萬點	—	—	40.2萬點	—	—	40.2萬點	—	—	40.1萬點	—	—	39.8萬點	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	3. 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	—	—	39.9萬點	—	—	40.2萬點	—	—	40.2萬點	—	—	40.1萬點	—	—	39.8萬點	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
	4. 區域醫院以上初級門診照護率	半年	—	17.06%	17.20%	17.13%	—	16.48%	17.54%	17.04%	—	16.47%	16.97%	16.73%	—	16.75%	17.64%	17.21%	—	17.92%	18.09%	18.01%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
(二) 質量	5. 西醫基層與院門診服務占率	半年	(1)病人西醫基層數占率	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%	80.69%	82.13%	80.68%	82.35%	91.79%	—	—	—	—	—			
			(季呈現)西醫基層門診服務占率	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%	50.16%	50.32%	51.55%	50.16%	62.06%	—	—	—	—	—			
			(2)件數西醫基層占率	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%	63.46%	64.29%	63.03%	65.06%	63.99%	—	—	—	—	—			
			(5)基層院所	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%	38.61%	38.99%	38.67%	39.44%	37.06%	38.50%	36.54%	35.71%	36.97%	34.94%	36.01%	—	—	—	—	—				
	6. 藥品費用占率	半年	(1)整體	27.26%	26.23%	26.74%	27.98%	27.08%	27.52%	28.91%	28.39%	28.65%	27.80%	27.80%	26.88%	27.32%	27.43%	27.28%	27.35%	35.51%	34.49%	34.99%	36.57%	35.65%	36.08%	38.47%	37.60%	38.02%	36.97%	36.02%	36.48%	35.69%	35.54%	35.61%		
			(1)藥品費用占率	29.42%	27.89%	28.65%	29.96%	28.41%	29.16%	30.42%	29.71%	30.06%	29.41%	29.41%	28.84%	29.12%	28.81%	28.58%	28.69%	22.78%	21.68%	22.22%	23.68%	22.65%	23.14%	24.17%	23.91%	24.04%	23.82%	23.65%	23.73%	23.65%	23.57%	23.61%		
			(5)基層院所	18.47%	18.04%	18.26%	19.08%	18.47%	18.78%	19.33%	19.18%	19.26%	18.70%	18.70%	18.00%	18.32%	19.47%	19.17%	19.32%	—	—	2.5%	—	—	4.4%	—	—	與111年合併	—	—	4.5%	—	—	—	—	2.9%
			(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.9%			
	7. 健保專案計畫之執行成效	年	(1)本年度進場、退場之專案計畫	—	—	退場1項	—	—	進場3項																											

構面	監理指標	提報時程	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	112上		112下		112全年
			108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4		112Q1	112Q2	112Q3	112Q4	
			年	年	年	年		年	年	年	年		年	年	年	年		年	年	年	年		年	年	年	年	
(三)效果	1.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	年	—	—	—	—	96.80%	—	—	—	96.00%	—	—	—	93.90%	—	—	—	94.10%	—	—	—	—	—	—	—	94.10%
			—	—	—	—	95.90%	—	—	—	97.20%	—	—	—	95.00%	—	—	—	94.20%	—	—	—	—	—	—	—	95.20%
			—	—	—	—	94.00%	—	—	—	96.70%	—	—	—	95.50%	—	—	—	95.30%	—	—	—	—	—	—	—	95.50%
			—	—	—	—	95.00%	—	—	—	95.80%	—	—	—	94.50%	—	—	—	94.70%	—	—	—	—	—	—	—	94.80%
(四)資源配置	2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	年	—	—	—	0.14%	—	—	—	0.14%	—	—	—	0.13%	—	—	—	0.12%	—	—	—	—	—	—	—	—	0.13%
			—	—	—	2.02%	—	—	—	1.90%	—	—	—	1.93%	—	—	—	1.82%	—	—	—	—	—	—	—	—	1.96%
			—	—	73.09	—	—	—	83.29	—	—	—	90.13	—	—	—	95.81	—	—	—	—	—	—	—	—	93.77	
			—	—	2.27	—	—	—	2.40	—	—	—	2.45	—	—	—	2.47	—	—	—	—	—	—	—	—	2.46	
(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	—	—	13.23	—	—	—	13.87	—	—	—	15.13	—	—	—	14.43	—	—	—	—	—	—	—	—	14.57	
			—	—	8.82	—	—	—	8.29	—	—	—	9.51	—	—	—	9.45	—	—	—	—	—	—	—	—	8.93	
			—	—	54.28%	—	—	—	52.36%	—	—	—	51.23%	—	—	—	54.18%	—	—	—	—	—	—	—	—	55.71%	
			—	—	57.82%	—	—	—	56.65%	—	—	—	55.51%	—	—	—	56.74%	—	—	—	—	—	—	—	—	58.65%	
	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	—	—	60.94%	—	—	—	58.63%	—	—	—	57.85%	—	—	—	60.26%	—	—	—	—	—	—	—	—	62.38%	
			—	—	82.19%	—	—	—	78.88%	—	—	—	76.26%	—	—	—	78.31%	—	—	—	—	—	—	—	—	82.78%	
			—	—	83.03%	—	—	—	79.99%	—	—	—	77.62%	—	—	—	78.94%	—	—	—	—	—	—	—	—	82.80%	
			—	—	86.44%	—	—	—	84.28%	—	—	—	82.97%	—	—	—	83.84%	—	—	—	—	—	—	—	—	87.20%	
	(3)牙醫門診	年	—	—	47.55%	—	—	—	46.36%	—	—	—	45.00%	—	—	—	46.46%	—	—	—	—	—	—	—	—	48.80%	
			—	—	32.84%	—	—	—	31.77%	—	—	—	31.09%	—	—	—	31.92%	—	—	—	—	—	—	—	—	33.37%	
			—	—	42.22%	—	—	—	41.54%	—	—	—	40.47%	—	—	—	41.10%	—	—	—	—	—	—	—	—	42.75%	
			—	—	26.64%	—	—	—	25.18%	—	—	—	22.91%	—	—	—	27.64%	—	—	—	—	—	—	—	—	28.56%	
(五)財務	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	—	—	19.77%	—	—	—	18.83%	—	—	—	16.88%	—	—	—	20.03%	—	—	—	—	—	—	—	—	21.20%	
			—	—	23.51%	—	—	—	22.63%	—	—	—	20.72%	—	—	—	24.26%	—	—	—	—	—	—	—	—	24.38%	
			(1)整體	0.0445%	0.0443%	0.0444%	0.0422%	0.0471%	0.0448%	0.0429%	0.0469%	0.0449%	0.0514%	0.0531%	0.0523%	0.0554%	0.0548%	0.0551%	0.0554%	0.0548%	0.0551%	0.0554%	0.0548%	0.0551%	0.0554%	0.0551%	
			特殊功能人工水晶體	38.2%	37.7%	37.9%	38.2%	39.9%	39.1%	40.8%	42.0%	41.4%	44.1%	45.0%	44.5%	46.9%	47.5%	47.2%	46.9%	47.5%	47.2%	46.9%	47.5%	47.2%	46.9%	47.5%	
			特殊材質人工韌關節	29.1%	27.9%	28.5%	26.9%	29.9%	28.5%	27.2%	30.5%	28.9%	29.0%	31.8%	30.4%	31.5%	31.7%	31.6%	31.5%	31.7%	31.6%	31.5%	31.7%	31.6%	31.5%	31.7%	
			特殊功能人工心律調節器	44.0%	44.8%	44.4%	42.1%	43.0%	42.6%	44.9%	46.2%	45.6%	47.7%	48.6%	48.2%	49.4%	49.3%	49.3%	49.4%	49.3%	49.3%	49.4%	49.3%	49.4%	49.3%	49.3%	
			冠狀動脈塗藥支架	65.4%	66.7%	66.1%	65.3%	67.1%	66.3%	67.9%	68.8%	68.4%	69.5%	70.9%	70.2%	72.1%	72.5%	72.3%	72.1%	72.5%	72.3%	72.1%	72.5%	72.3%	72.1%	72.5%	
			特殊材質生物組織心臟瓣膜	41.3%	41.7%	41.5%	41.6%	37.2%	39.3%	44.3%	39.4%	41.9%	42.5%	43.5%	43.0%	41.9%	42.0%	42.0%	41.9%	42.0%	42.0%	41.9%	42.0%	42.0%	41.9%	42.0%	
			義肢	7.1%	8.3%	7.7%	11.7%	5.5%	8.4%	5.3%	5.9%	5.7%	1.7%	2.9%	2.4												