

# 113 年全民健康保險監理指標 監測結果報告

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 114 年 11 月

資料提供單位：衛生福利部中央健康保險署



# 目 錄

壹、摘要.....	2
貳、前言 .....	7
參、監理指標之意涵與監測結果 .....	8
一、效率構面(7 項指標).....	8
(一)整體表現情形 .....	8
(二)各指標監測結果及趨勢評析 .....	9
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.....	16
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率 .....	19
指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布 .....	22
指標 1.6 藥品費用占率.....	24
指標 1.7 健保專案計畫之執行成效 .....	28
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 .....	39
指標 2.3 照護連續性.....	42
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 .....	55
四、資源配置構面(3 項指標).....	57
(一)整體表現情形 .....	57
(二)各指標監測結果及趨勢評析 .....	58
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).....	58

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) .....	62
--	----

指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	66
--------------------------------	----

## **五、財務構面(6 項指標).....70**

(一)整體表現情形 .....	70
-----------------	----

(二)各指標監測結果及趨勢評析 .....	71
-----------------------	----

指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率 .....	71
-----------------------------------	----

指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數 .....	75
-------------------------------	----

指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率 .....	77
-------------------------------	----

指標 5.4 資金運用收益率.....	81
---------------------	----

指標 5.5 保費收繳率.....	83
-------------------	----

指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率 .....	85
-----------------------------	----

## **肆、參考資料 .....87**

參考資料一 全民健康保險業務監理架構與指標 .....	87
-----------------------------	----

參考資料二 監理指標之操作型定義 .....	93
------------------------	----

參考資料三 監理指監測結果報表(109 年起).....	104
------------------------------	-----

## 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。

113 年監測結果(較 112 年進步之比率如右圖)，有 10 項指標呈進步；有 8 項指標趨勢略有退步，尤其在資源配置構面，超過半數以上指標呈現退步之趨勢；有 5 項指標呈穩定狀況。

另輔以近 3 年監測趨勢進行評析，並摘要各構面表現情形如下(重點摘要表如附表)：

一、效率構面(7 項指標—進步 4 項、退步 3 項)：

(一)進步趨勢：

「1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」、「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」、「1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」、「1.7 健保專案計畫之執行成效」等 4 項指標呈進步趨勢，其中指標 1.1，整體與醫學中心、區域醫院之急性病床平均住院天數，呈下降趨勢，惟地區醫院因受呼吸照護個案影響，致平均住院天數為三層級醫院最高，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，以提升其急性病床使用效率。

(二)退步趨勢：

「1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」、「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」、「1.6 藥品費用占率」等 3 項指標呈退步趨勢，其中指標 1.2，整體、醫學中心及區域醫院留置比率呈上升趨勢，且醫學

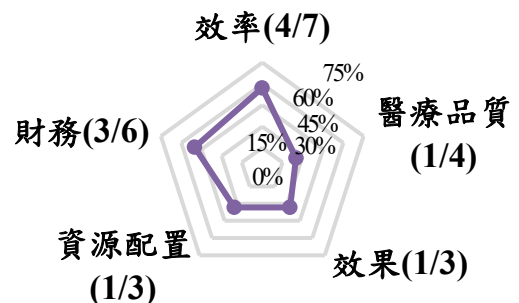


圖 113 年 5 大監理構面指標進步比率  
(進步指標數/指標數)

中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置比率亦逐年上升，健保署已於 114 年提出多項改善策略，建議該署持續監測急診壅塞改善情形，並滾動檢討及精進相關策略及措施。

## 二、醫療品質構面(4 項指標—進步 1 項、退步 1 項、穩定狀況 2 項)：

### (一)進步趨勢：

「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」呈微幅上升趨勢，惟仍有超過三分之一的糖尿病患者尚未被納入相關整合性計畫照護，建議健保署可進一步分析未被納入照護的族群特性或原因，以作為未來優化相關照護方案或計畫之參考。

### (二)退步趨勢：

「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」，113 年醫學中心及地區醫院達加成之占率微幅下降，另醫學中心全日平均護病比最低級距(<7 人)之月次占率持續下降(從 111 年 42.7%降至 113 年 8.5%)，歷年健保總額已編列 335 億元用於調整住院護理費支付標準，加上 114 年公務預算業挹注 65 億元，建議健保署持續監測各層級醫院護病比變化，尤其醫學中心護理人力配置問題，以利評估相關預算投入之效益，並可作為未來修訂相關政策之參考依據。

## 三、效果構面(3 項指標—進步 1 項、穩定狀況 2 項)：

「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度」呈進步趨勢，西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額部門之滿意度均呈微幅上升趨勢，且西醫基層及牙醫門診之不滿意度則下降；另醫院及中醫門診總額部門之不滿意度略上升，建議健保署督促總額部門針對民眾不滿意的理由，加強對醫療院所宣導與研議改進措施。

## 四、資源配置構面(3 項指標—進步 1 項、退步 2 項)：

### (一)進步趨勢：

「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)」，牙醫門診及中醫門診在醫療資源不足地區就醫率呈增加趨勢，且與一般地區就醫率之差距較 112 年縮小(例如牙醫由 112 年-15.43%縮小至 113 年-9.58%、中醫由-7.36%縮小至-3.78%)，已有進步。另建議健保署持續檢討及滾動式調整相關改善措施，以提升偏遠地區民眾就醫可近性。

(二)退步趨勢：

「4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」、「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」等 2 項指標呈退步趨勢；其中指標 4.3，10 類自付差額特材有 4 類之申報占率呈上升趨勢，建議就占率超過 7 成者宜儘早規劃納入全額給付。

五、財務構面(6 項指標—進步 3 項、退步 2 項、穩定狀況 1 項)：

(一)進步趨勢：

「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」、「5.4 資金運用收益率」、「5.5 保費收繳率」等 3 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 類保險對象收繳率已近 9 成 9，第 6 類收繳率雖未達 9 成，惟略有提升，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制。

(二)退步趨勢：

「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」，呈擴大趨勢，考量健保財務推估準確度將影響政策制定方向，建議健保署適度將基本工資、軍公教調薪之影響，適度納入基本推估假設，並於提供健保財務收支相關數據時，附註說明預估補充保險費金額增減對健保財務的可能影響金額，俾為監理健保相關政策之參考。「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」略為下降，係因 GDP 成長率高於總額成長率所致，近年政府持續挹注更多公務預算，擴大健康投資，113 年總額成長率已由 112 年的 3.323%增加至 4.700%。

113 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 ○：進步、△：穩定狀況、×：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)	○ 整體、醫學中心及區域醫院呈下降趨勢 • 地區醫院急性病床平均住院天數為三層級最高
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× 整體及醫學中心、區域醫院呈上升趨勢 • 醫學中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置比率逐年上升
	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	○ 呈微幅上升趨勢
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	× 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	○ 西醫基層呈微幅上升趨勢
	1.6 藥品費用占率	× 整體藥費占率呈微幅上升趨勢
	1.7 健保專案計畫之執行成效	○ 專案計畫 KPI 達成率均為 100% • 建議建立專案計畫導入一般服務或退場之機制
(二) 醫療品質 ○：1 ×：1 △：2	2.1 手術傷口感染率	△ 穩定狀況
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ 呈微幅上升趨勢
	2.3 照護連續性	△ 穩定狀況
	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	× 113 年醫學中心及地區醫院達加成之占率下降 • 建議留意醫學中心全日平均護病比最低級距(<7 人)之月次占率持續下降
(三) 效果 ○：1 △：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度	○ 西醫基層及牙醫門診之滿意度上升且不滿意度下降 • 建議留意醫院及中醫門診之不滿意度略上升
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	△ 穩定狀況
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	△ 穩定狀況 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 支付制度

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：進步、△：穩定狀況、×：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)	× 都市化程度最高與最低兩組醫師人力比值，113 年整體與西醫基層、牙醫及中醫較 112 年上升
	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)	○ 牙醫與中醫門診在醫療資源不足地區就醫率呈增加趨勢，且與一般地區就醫率差距縮小
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	× 有 4 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 ○：3 ×：2 △：1	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	× 近年差異率大幅增加 • 建議將基本工資、軍公教調薪之影響，適度納入基本推估假設，並說明補充保險費可能增減之金額。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	○ 安全準備折合保險給付支出月數逐年增加 • 建議持續留意健保財務收支結構之衡平性，並強化健保財務收入之成長動能
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	× 近 3 年微幅下降 • 係因 GDP 成長率高於總額成長率所致，近年政府持續挹注更多公務預算，展現出實現「健康台灣」願景的堅定決心與具體行動
	5.4 資金運用收益率	○ 微幅上升 • 建議強化投資策略，提升投資績效
	5.5 保費收繳率	○ 整體保費收繳率已將近 99% • 建議持續推動提升收繳率之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	△ 穩定狀況 • 對非弱勢民眾之欠費，宜積極採取行政處分

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(97~108 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」(104~112 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監測結果報告。

本報告以圖表方式呈現 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 113 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 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(109 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

##### 指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)

- 整體、醫學中心及區域醫院呈下降趨勢
- 地區醫院急性病床平均住院天數為三層級最高

##### 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

- 呈微幅上升趨勢

##### 指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布

- 西醫基層呈微幅上升趨勢

##### 指標 1.7 健保專案計畫之執行成效

- 專案計畫 KPI 達成率均為 100%
- 宜建立專案計畫導入一般服務或退場之機制

##### 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)

- 整體及醫學中心、區域醫院呈上升趨勢
- 醫學中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置率逐年上升

##### 指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率

- 呈微幅上升趨勢

##### 指標 1.6 藥品費用占率

- 整體藥費占率呈微幅上升趨勢

##### 呈退步趨勢

## (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、地區醫院分列結果。

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：

111~113 年急性病床平均住院天數

單位：日/件

項目 年 層級	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)		
	111 年	112 年	113 年	111 年	112 年	113 年	111 年	112 年	113 年
整體醫院	22.09	23.64	23.57	2.97	3.26	3.26	7.44	7.25	7.22
醫學中心	7.69	8.28	8.84	1.07	1.19	1.28	7.18	6.99	6.92
區域醫院	9.46	10.21	9.96	1.30	1.44	1.41	7.26	7.08	7.05
地區醫院	4.93	5.15	4.77	0.59	0.63	0.57	8.31	8.14	8.33

#### ※健保署說明：

(1)111~113 年醫院每件急性病床平均住院天數分別為 7.44、7.25、7.22 天，其中以地區醫院最高，分別為 8.31 天、8.14、8.33 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 113 年已達約 76.1%。

- (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

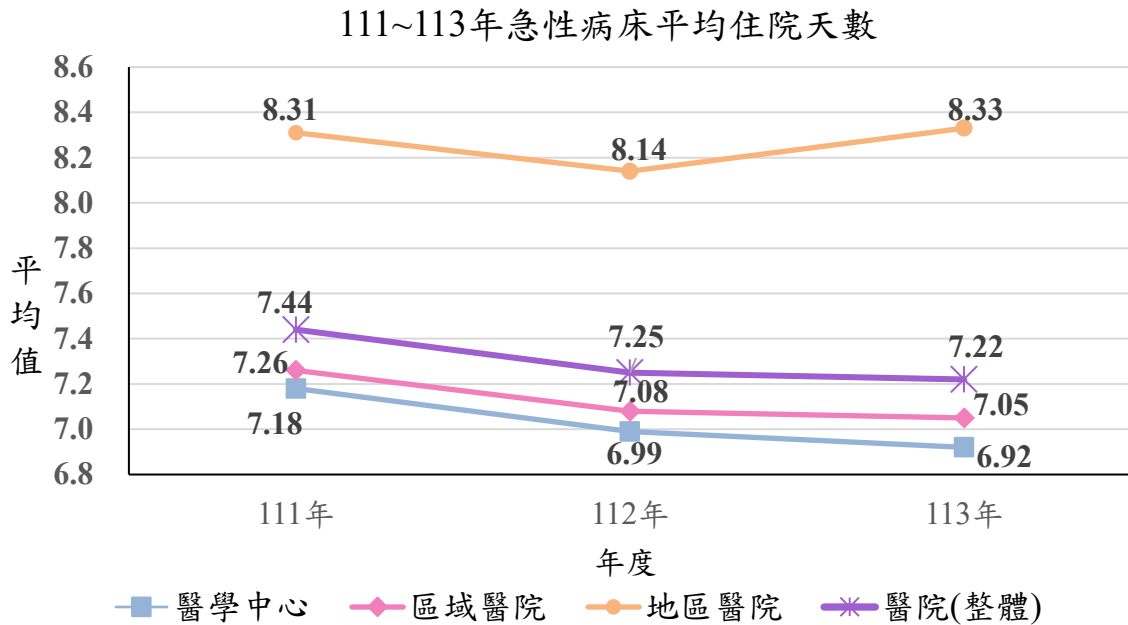
國 家	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
加 拿 大	7.5	7.7	7.7	7.8	8.0	7.9
芬 蘭	6.4	6.2	6.3	6.4	6.6	6.6
法 國	5.5	5.5	5.7	5.6	5.6	5.5
德 國	7.5	7.4	7.4	7.4	7.5	7.5
挪 威	6.0	6.0	5.9	5.8	5.9	5.9
瑞 典	5.5	5.5	5.3	5.4	5.5	5.3
英 國	6.1	6.2	6.5	7.1	7.2	7.5
日 本	16.1	16.0	16.4	16.0	16.1	15.7
韓 國	7.5	7.3	7.8	7.6	7.2	7.2
<b>OECD 國家<sup>(註)</sup> 平均值</b>	<b>6.5</b>	<b>6.5</b>	<b>6.7</b>	<b>6.6</b>	<b>6.6</b>	<b>6.7</b>
<b>臺灣</b>	<b>7.5</b>	<b>7.4</b>	<b>7.4</b>	<b>7.6</b>	<b>7.4</b>	<b>7.3</b>

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 114/8/11。

註：OECD 國家平均值採 33 個會員國資料，惟扣除無資料年度的部分。

112 年我國急性病床平均住院天數 7.3 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(15.7 天)，高於 OECD 國家平均值(6.7 天)。

## (2)近 3 年趨勢評析



近 3 年(111~113 年)整體及醫學中心與區域醫院之急性病床平均住院天數，均呈下降趨勢；地區醫院則從 111 年 8.31 日至 112 年降為 8.14 日，113 年又增加為 8.33 日，為近 3 年最高，亦為三層級醫院最高，經健保署分析主要係受呼吸照護個案影響。

為改善長期使用呼吸器病人占用急性病房或加護病房的情形，促使醫療資源有效運用，健保署自 89 年起推動呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫，鼓勵醫療院所依病人情況分階段提供加護病房(ICU)、亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)及居家照護(RHC)等 4 階段照護，然地區醫院急性病床平均住院天數多年來均高於整體平均天數，建議健保署除持續提升呼吸器依賴病人安寧利用率外，宜針對急性病床平均住院天數較高之地區醫院，加以輔導改善，以提升其急性病床使用效率。

## 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，尚需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、地區醫院分列結果。

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：

111~113 年急診留置超過 24 小時比率

單位：人次；%

層級別	年度	參考數據		指標結果
		急診總人次 (A)	留置超過 24 小時人次(B)	比率(%) (B/A)
整體	111 年	7,390,371	189,436	2.56
	112 年	7,477,235	248,378	3.32
	113 年	7,281,960	267,960	3.68
醫學中心	111 年	1,730,483	109,995	6.36
	112 年	1,818,785	130,624	7.18
	113 年	1,913,390	147,905	7.73
區域醫院	111 年	3,634,110	63,872	1.76
	112 年	3,644,995	98,189	2.69
	113 年	3,472,336	107,040	3.08
地區醫院	111 年	2,025,778	15,569	0.77
	112 年	2,013,455	19,565	0.97
	113 年	1,896,234	13,015	0.69

111~113 年急診留置超過 24 小時比率(檢傷分類)統計表

單位：%

層級別	年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
整體	111 年	8.92	6.51	2.48
	112 年	10.8	7.84	2.88
	113 年	11.96	8.52	3.16
醫學中心	111 年	16.59	11.28	5.90
	112 年	18.21	12.41	5.92
	113 年	19.30	13.10	6.33
區域醫院	111 年	6.66	4.16	1.67
	112 年	9.41	6.07	2.32
	113 年	10.46	6.71	2.69
地區醫院	111 年	2.69	2.70	0.82
	112 年	2.89	3.14	1.00
	113 年	3.11	2.49	0.65

## ※健保署說明：

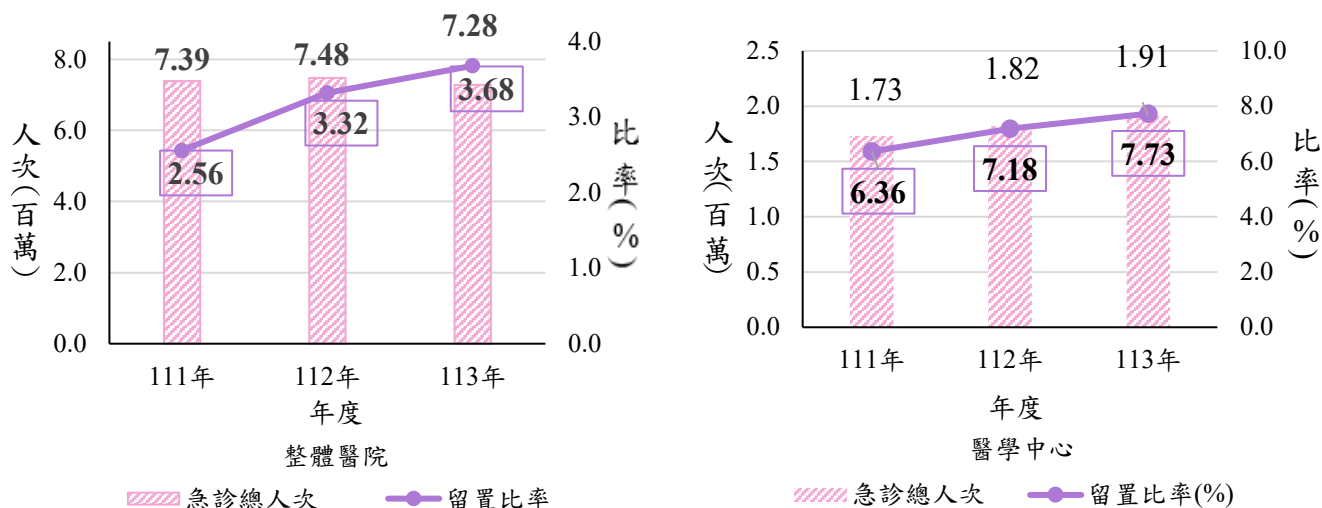
- (1)113 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 112 年上升約 0.36 個百分點、較 111 年上升約 1.12 個百分點。另依層級別區分，113 年醫學中心、區域醫院急診留置超過 24 小時件數比率皆較 112 年為高，惟地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率皆較 112 年為低。
- (2)113 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級至第 3 級較 112 年上升 0.28 個百分點至 1.16 個百分點、較 111 年上升 0.68 個百分點至 3.04 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 112 年上升 1.09 個百分點、區域醫院上升 1.05 個百分點、地區醫院上升 0.22 個百分點。
- (3)另考量急診壅塞涉及來診、停留、住院收治三大面向，首先，部分非急重症病人湧入急診，加上基層診所夜間及假日可近性不足，造成急診超量負荷；其次，急診病人重症程度增加且病情複雜，另高齡病人亦因複雜病情及多重慢性病因，多需留置觀察，導致急診停留時間過長，影響急診流通效率；最後，住院病床數及護理人力不足且院所間轉診機制需有良好溝通及資訊轉介，使急診病人難以及時入住院收治。為改善急診壅塞議題，健保署已於 114 年 2 月 26 日、3 月 7 日、

4月29日、6月17日及7月21日召開五次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，邀集急診醫學會、急診管理學會、外傷醫學會、醫院協會、護理師護士全聯會、護理學會、醫事司及急診專家討論急診、加護病房及護理相關支付標準調整、調重大外傷緊急手術及麻醉加成、修訂急診品質提升方案、新增週日及國定假日輕急症中心試辦計畫(UCC)、擴大推動在宅急症照護、新增門診靜脈抗生素治療(OPAT)及提早出院銜接居家或門診治療等計畫。

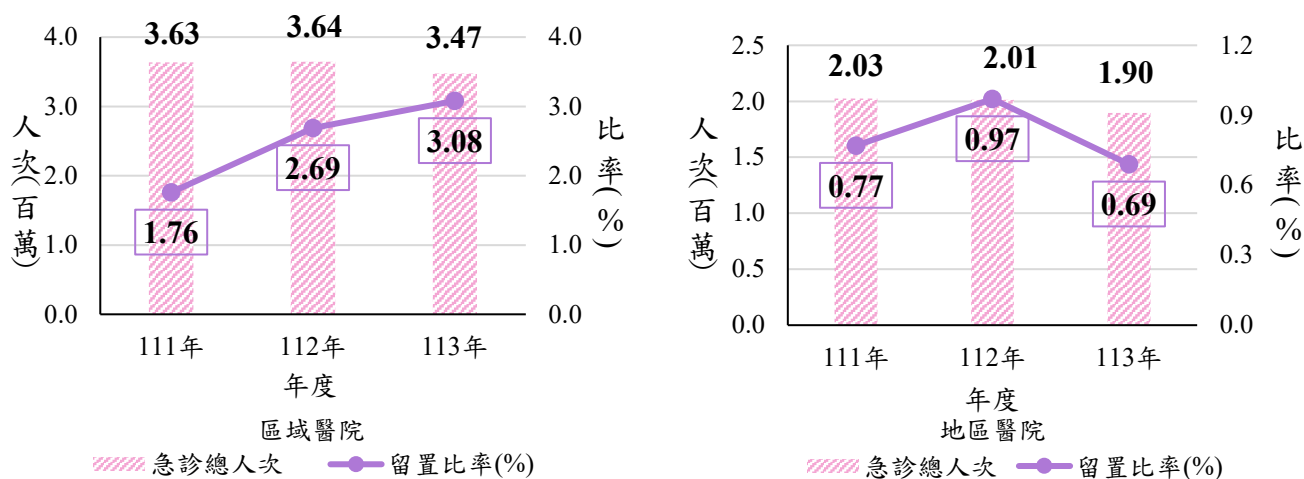
- (4)急診、加護病房及護理相關支付標準調升已於114年5月1日生效，前述支付標準調整將扣合特定指標(包括護理人員調薪指標、急診壅塞改善指標、加護病房效率指標及急診病人後送比率)，達標者始外加其個別醫院預算額度。

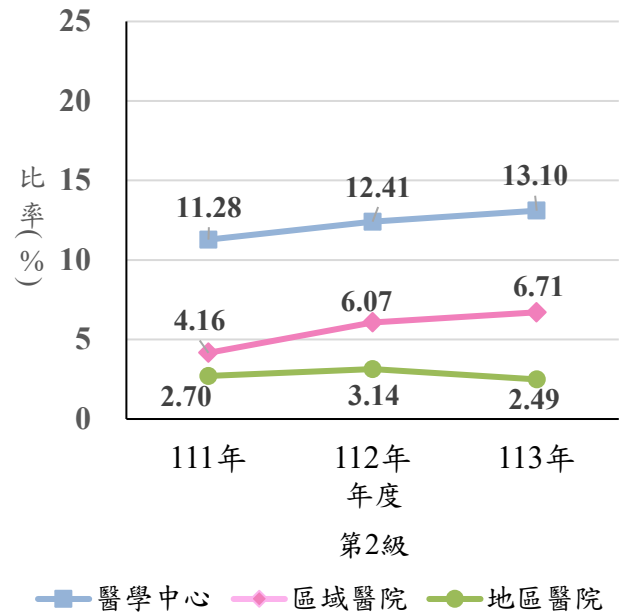
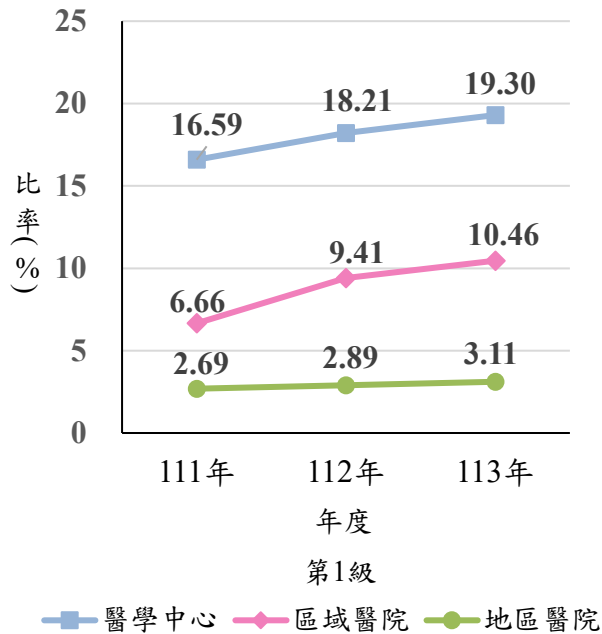
## 6.健保會研析

111~113年急診總人次及留置超過24小時情形



111~113年急診檢傷分類第1、2級留置超過24小時情形





113 年整體急診總人次較 112 年下降，整體留置超過 24 小時比率較 112 年上升，且為近 3 年(111~113 年)最高；另 113 年醫學中心、區域醫院留置比率均為近 3 年最高，其中又以醫學中心最高(7.73%)，高於醫院整體留置比率(3.68%)2.1 倍以上。

從檢傷分類第 1、2 級留置比率來看，醫院整體、醫學中心、區域醫院均呈現逐年上升的趨勢，尤其醫學中心檢傷分類第 1 級(需立即處理)留置比率已近 20% (113 年為 19.30%)，即每 5 位病人就有 1 位留置急診室超過 24 小時，區域醫院檢傷分類第 1 級留置比率亦從 111 年 6.66%至 113 年已突破 10%(10.46%)，亦值得關注。

健保會委員十分關切醫學中心急診壅塞之議題，為改善急診壅塞的現象，健保署於 114 年從急診壅塞涉及來診、停留、住院收治三大面向，提出多項改善策略，建議健保署持續監測其對改善急診壅塞之成效，並檢討及精進相關策略及措施，以緩解急診壅塞的情況，提升急診照護效率與品質。

## 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。

(3) 結果呈現：癌末病人死亡前 6 個月內有申報安寧療護之比率及申報費用點數。

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：113 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；且死前 6 個月已接受安寧療護者，每人平均醫療費用較未接受安寧療護者減少 71,583 點。

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
	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)	比率(%) (B/A)
111 年	51,927	29,584	57.0
112 年	53,126	31,788	59.8
113 年	54,032	32,673	60.5

### 111~113 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)	
111 年	51,329	349,823	401,152	466,160
112 年	57,434	340,378	397,812	470,116
113 年	50,144	347,128	397,273	468,856

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。

#### 113 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)

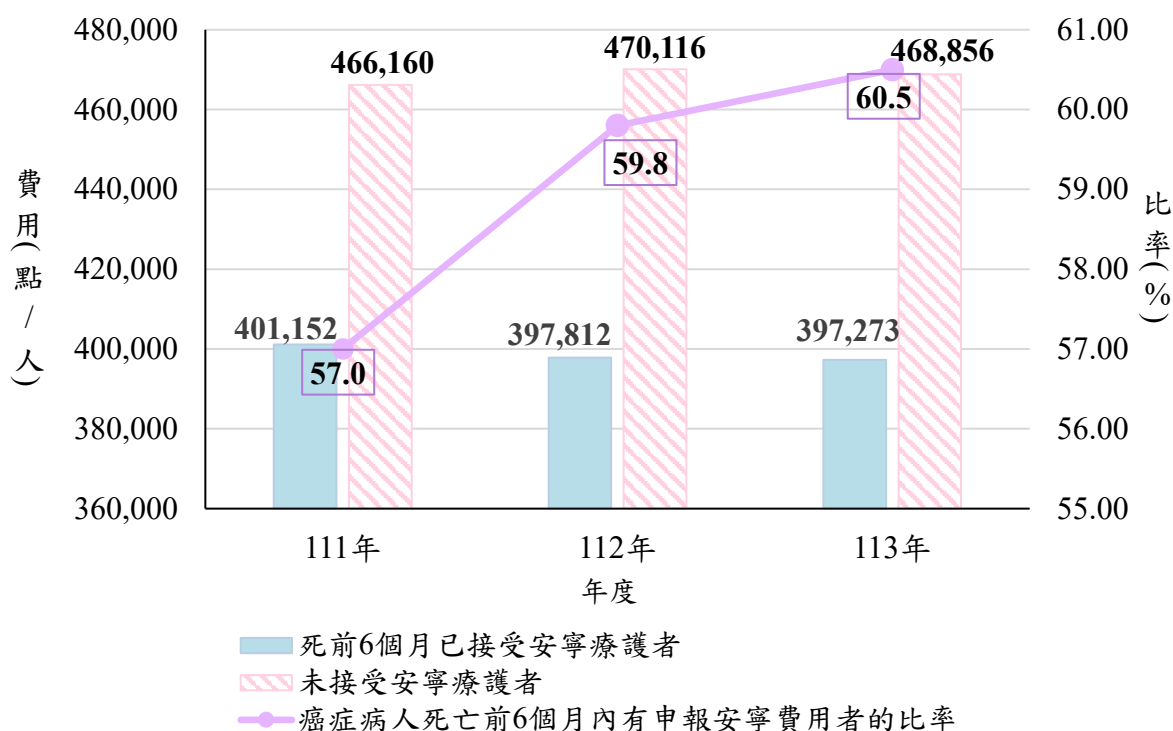
曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點/人	項目	點/人
藥費	128,694	藥費	157,071
診療費	49,842	診療費	63,181
治療處置費	30,164	檢查費	38,397
檢查費	23,457	放射線診療費	24,584
放射線診療費	17,609	治療處置費	24,824

#### ※健保署說明：

- (1)近 2 年癌末病人死亡前 6 個月有申報安寧照護費用之比率維持 60%。
- (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，113 年死亡前 6 個月接受安寧療護者 39.7 萬點，若扣除安寧費用後為 34.7 萬點，未接受安寧療護者 46.9 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。接受安寧療護者，除治療處置費外，其餘費用類別均低於未使用者。

## 6.健保會研析：

111~113年因癌症死亡病人死亡前醫療概況



113 年癌末病人死亡前 6 個月接受安寧療護比率呈微幅上升情形，另接受安寧療護之癌末病人於臨終前 6 個月醫療費用(397,273 點)低於未接受者(468,856 點)，較未接受安寧療護者減少約 71,583 點。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。

## 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。

(3)結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列結果。

### 4.健保署提報監測結果：

111~113 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	參考數據				單位：％ 指標結果
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	整體	區域醫院以上
111 年	14.40	19.34	30.26	21.19	17.21
112 年	15.13	20.13	30.56	21.75	18.01
113 年	15.56	20.18	30.51	21.57	18.37

### ※健保署說明：

(1)111~113 年醫院初級門診照護率分別為 21.19%、21.75%、21.57%，區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.21%、18.01%、18.37%；呈現成長趨勢。

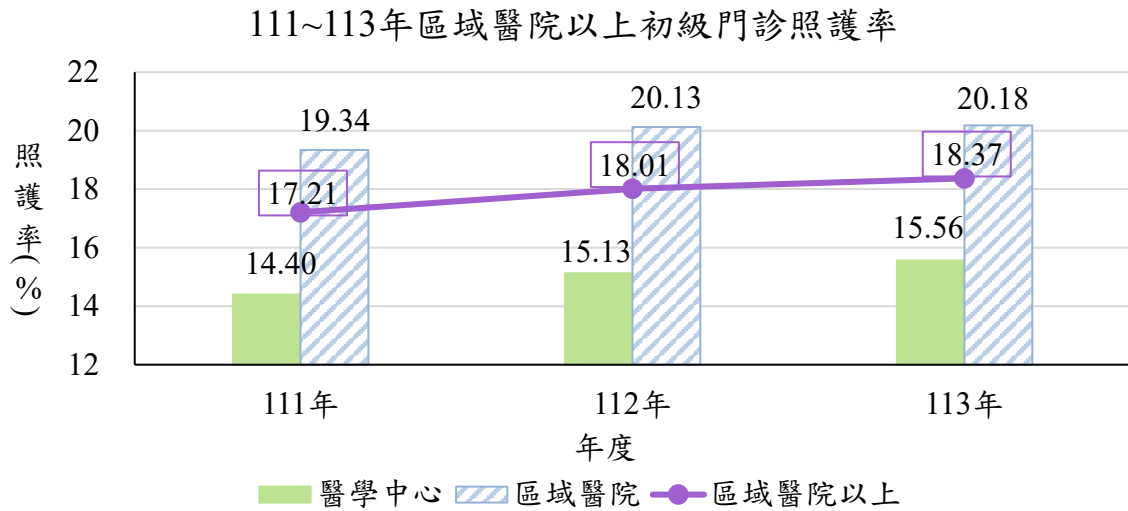
(2)自 106 年起健保署致力推動分級醫療各項措施，持續加強宣導分級醫療外，亦積極推動醫療體系垂直整合、調整部分負擔等，以民眾為中心評估其照護需求，藉由分工合作讓大小醫院、診所各司其職，共同照護病人。

(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)門診初級照護率係採用 92 年國立陽明大學吳肖琪教授「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」，依各類 CCS(Clinical Classification Software)在各層級院所分布的比例將疾病加以分類，再邀請家庭醫學及基層專科(內、外、婦、兒等)醫師，協助修正分類結果，分級歸屬於適合在基層與地區醫院處理之疾病，如流行性感冒、腸道感染、急性支氣管炎、皮膚及皮下組織感染、軟骨鈣化症、關節障礙及泌尿道感染等疾病。
- (6)上揭定義尚需與時俱進，爰如以 106 年實施之符合門診減量範圍之件數占率來看，114 年第 1 季 57.4%較去年同期 58%下降 0.6%，114 年第 2 季 57.8%較去年同期 58.1%下降 0.3%。
- (7)改善策略：
- ①推動全人全程整合醫療照護，民眾適切就醫：推行大家醫計畫，提升基層醫療量能及品質，以作為民眾健康守門員；藉由家醫制度之施行，養成民眾正確就醫習慣，由基層院所提供初級照護，俟有進一步診療需要時，再經轉診至醫院就醫。
  - ②醫院跟基層建立合作機制，分級轉診：橫向連接推動大家醫計畫，作為基層與醫院連結的平台。垂直整合推動醫療體系，截至 114 年 6 月底共計組成 81 個策略聯盟，已有 6,844 家特約院所(醫學中心 28 家、區域醫院 78 家、地區醫院 282 家、基層院所 6,305 家、藥局 0 家、居家護理機構 141 家、精神復健機構 6 家及呼吸照護所 4 家)參與。
  - ③推動「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」：引導醫院在一定總額範圍內，調整門住診比例，鼓勵醫院透過策略聯盟將輕症或穩定慢性病人下轉。
  - ④為提升轉診效率，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台，及提升下轉誘因，自 114 年 9 月 1 日公告生效，調升下轉點數(每件增加 200 點，計 700 點)，及接受下轉點數(每件增加 300 點，計 500

點)，落實分級醫療政策，將醫院資源留給急重難症病人。

#### 5.健保會研析：



近 3 年(111~113 年)區域醫院以上初級門診照護率呈微幅上升趨勢(從 17.21%增加為 18.87%)，且醫學中心初級門診照護率亦呈現上升趨勢，值得留意。健保會委員向來關注醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，健保為配合分級醫療政策，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，並自 107 年於醫院及西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目，114 年為鼓勵醫學中心與區域醫院將穩定慢性病人下轉至地區醫院或基層診所，調升下轉及接受下轉之支付點數，另推動「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，引導醫院調整門住診比例，鼓勵醫院透過策略聯盟將輕症或穩定慢性病人下轉。建議健保署持續留意本項指標之趨勢變化，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。

另併同觀察指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布(第 22 頁)，西醫基層之就醫人數比例及申報件數占率，均呈上升趨勢醫院門診件數占率則呈下降趨勢，符合分級醫療壯大基層及提高基層醫療服務量能之方向，惟本項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。

## 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。

(3)結果呈現：西醫基層、醫院分列結果。

### 4.健保署提報監測結果：

111~113 年西醫基層與醫院門診就醫人數比例及申報件數占率

單位：%

年度	就醫人數比例		申報件數占率	
	西醫基層	醫院	西醫基層	醫院
111 年	89.49	62.12	61.50	38.50
112 年	91.79	62.06	63.99	36.01
113 年	92.01	62.20	64.09	35.91

#### ※健保署說明：

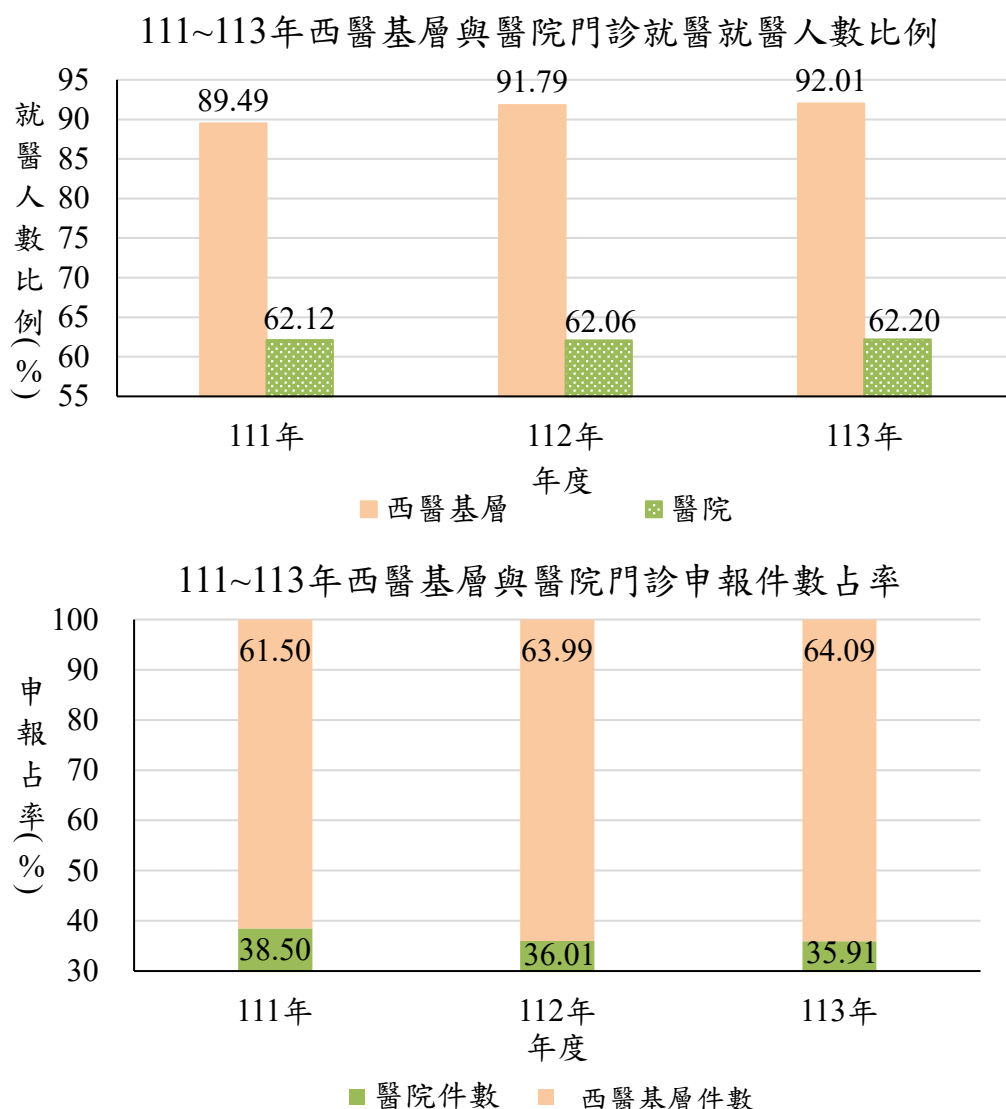
(1)觀察醫院及西醫基層部門間醫療服務消長情形，113 年西醫基層門診就醫人數比例為 92.01%，醫院為 62.20%；西醫基層門診申報件數占率為 64.09%，醫院則為 35.91%。

(2)109~111 年為疫情期間，民眾因應防疫政策與疫情變化調整就醫行為，導致西醫門診整體就醫人數與申報件數明顯下降。在總量減少的情況下，醫院申報件數占率略有上升，顯示部分醫療需求可能集中至醫院端。

(3)自 112 年 5 月 1 日防疫降級後，113 年西醫基層與醫院門診之就醫人

數與申報件數分布逐漸回穩，整體趨勢已接近疫情前（108 年）之水準。

## 5.健保會研析：



本項指標係反映民眾在西醫基層與醫院總額部門間之門診就醫情形變動，西醫基層門診就醫人數比例及就醫人次(申報件數)占率愈高，愈符合分級醫療目標(輕症至基層就醫，讓醫院專注於急重難症照護)；反之，則與分級醫療期待壯大基層及提升基層服務量能之方向未符。

西醫基層在疫情後期(110~113 年)門診就醫人數比例及申報件數占率均呈上升趨勢，且均遠高於醫院，符合分級醫療提高基層服務量能之方向；然併同觀察指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率(詳第 19 頁)，呈微幅上升趨勢，建議持續觀察指標 1.4 及指標 1.5 之趨勢變化。

## 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。

②藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

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

分母：藥品目標總額數。

新藥(如 C 肝新藥)獨立管控，得不列入計算。

(2)結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層分列結果。

### 4.健保署提報監測結果：

(1)藥品費用占率：

單位：%						
層級別	費用年	指標結果	平均值	標準差	平均值 $\pm 1.5 \times \text{標準差}$	平均值 $\pm 2.0 \times \text{標準差}$
整體	111 年	27.32	27.46	0.22	27.13~27.79	27.02~27.89
	112 年	27.35				
	113 年	27.71				
醫學中心	111 年	36.48	36.03	0.43	35.38~36.69	35.17~36.90
	112 年	35.61				
	113 年	36.03				
區域醫院	111 年	29.12	28.98	0.25	28.61~29.35	28.49~29.47
	112 年	28.69				
	113 年	29.12				
地區醫院	111 年	23.73	23.51	0.28	23.10~23.93	22.96~24.07
	112 年	23.61				
	113 年	23.20				
西醫基層	111 年	18.32	18.94	0.54	18.13~19.76	17.85~20.03
	112 年	19.32				
	113 年	19.19				

註：藥費部分未扣除協議還款；另計算 3 年藥費占率之平均值及標準差，供參考。

(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
111 年	27.32	262	24.2
112 年	27.35	235	24.7
113 年	27.71	154	26.0

註：藥費部分未扣除協議還款。

(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) 112 年 4 月 1 日調整 <sup>註 4</sup>	111 年 (第 10 年) 112 年 4 月 1 日調整 <sup>註 4</sup>	112 年 (第 11 年) 113 年 4 月 1 日調整	113 年 (第 12 年) 114 年 4 月 1 日調整
DET 成長率(%)	4.524	3.159	2.755	5.179
目標值(億元) <sup>註 1</sup>	1,779.3	1,835.5	1,886.1	1983.8
核付金額(億元)	1,908.5	1,921.8	1,990.4	2069.1
價量協議(PVA)回收 金額(億元)	49.7	79.7	62.4	66.5
超出額度調整金額(億元, %) <sup>註 2</sup>	與 111 年合併	81.8	55.3	48.51
藥品費用超過目標總 額之百分率(%) <sup>註 3</sup>	與 111 年合併	4.5 <sup>註 5</sup>	2.9	2.4

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，113 年新增暫時性支付專款及實行平行送審，加速新藥收載，爰收載多項癌、罕藥品及擴增給付規定，整體藥費占率提高 0.4%。

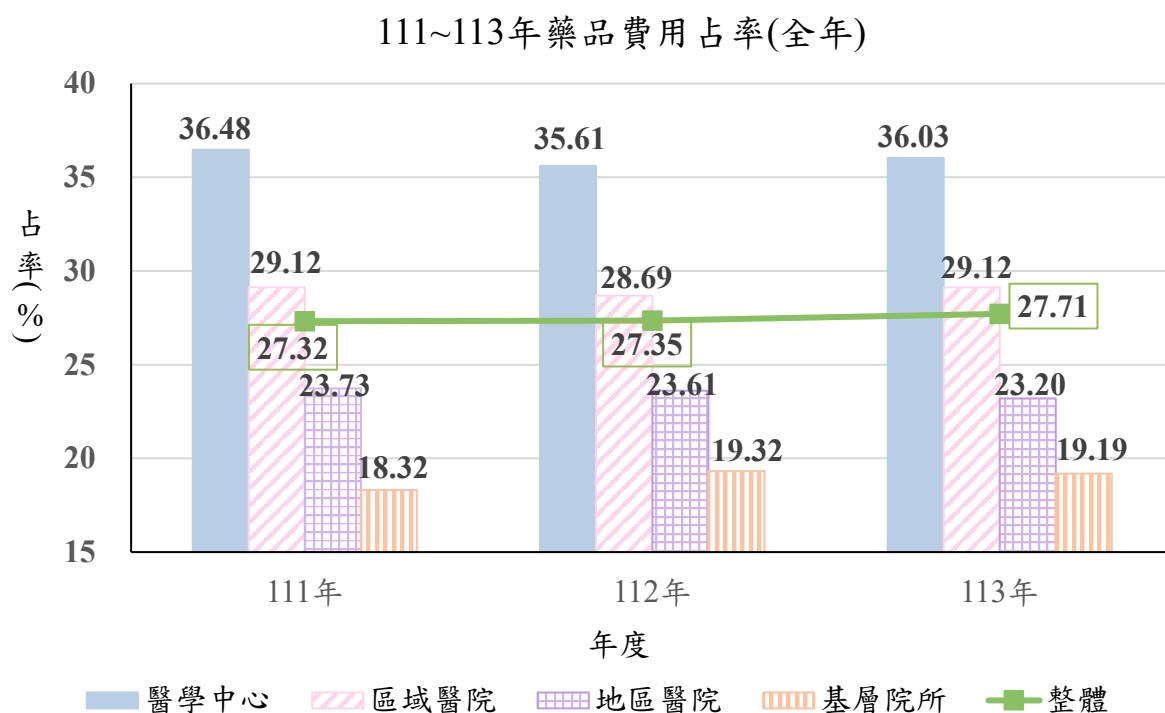
(2)新藥藥費係以該申報年度 5 年內新藥項目於該年之申報費用(如：113 年新藥藥費係以 109~113 年收載之新藥項目於 113 年申報之加總，不含專款)。查 108 年收載項目 51 項，於 113 年申報藥費約 149.4 億元，佔 113 年申報藥費比例約 5.9%，其中包含 B 肝口服抗病毒藥、

SGLT-2 抑制劑藥品、免疫檢查點抑制劑、CDK4/6 及等高申報費用藥品，故 113 年排除新藥藥費之占率有顯著上升 1.3%。

(3)114 年由公務預算挹注 50 億元用於「癌症新藥暫時性支付專款」，將持續爭取編列，以用多少隔年補多少，保持一定水位。健保總額預算項目依現有機制，持續於每季監控預算執行與進度狀況，以利控管新藥及擴增藥品預算執行數，並視預算數公告增修給付項目及支付標準。

(4)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。113 年藥品費用超過或未達目標總額之百分率為 2.4%，新藥品支付價格生效日期為 114 年 4 月 1 日。

## 5.健保會研析



本指標係反映藥費占總醫療費用之趨勢變化，因藥品採固定點值(每點支付金額為 1 元)，若藥品費用占率過高，將會排擠其他醫療服務，爰需管控藥費成長於一定範圍內。

近 3 年(111~113 年)整體藥品費用占率呈逐年微幅上升情形(自 111

年 27.32%至 113 年 27.71%)，扣除新藥費用後，亦呈上升趨勢(自 111 年 24.2%至 113 年 26.0%)，建議健保署進一步探究藥品費用成長原因，及分析其費用結構，以利研議管控措施。

從院所層級來看，113 年醫學中心及區域醫院之藥品費用占率較 112 年增加(113 年醫學中心之占率已超過 36%、區域醫院之占率趨近 30%)。健保署分析 113 年藥費占率增加原因，係新增暫時性支付專款及實施平行送審，而加速多項新藥收載及擴充給付規定所致。為避免藥費持續成長影響一般服務點值，建議健保署宜持續監控藥品使用情形，並追蹤暫時性支付新藥使用狀況，及進行成本效益評估，以確保藥品資源之有效與合理配置。另考量新藥費用昂貴及國際情勢變化，致藥品價格節節升高，請健保署儘早預為規劃相關因應措施，俾兼顧民眾醫療需求及健保財務穩健。

## 指標 1.7 健保專案計畫之執行成效

### 1.指標意涵

(1)監理重點：監理健保各專案執行之效率。

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

### 2.監測期程：每年。

### 3.計算方式

(1)計算公式：

①本年度進場、退場之專案計畫占率：

分子：本年度導入(進場)、退場之專案計畫數。

分母：本年度進行之專案計畫總數。

②專案計畫之 KPI 達成率：

分子：各部門擇一計畫，KPI 達成數。

分母：各部門擇一計畫，KPI 總數。

(2)結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列結果。

### 4.健保署提報監測結果：

(1)各總額部門該年度進場、退場之專案計畫占率

單位：%；計畫數						
年度	項目	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診	合計
111 年	進場專案計畫占率 (A/C)	18% (3/17)	20% (3/15)	25% (2/8)	10% (1/10)	18% (9/50)
	退場專案計畫占率 (B/C)	0% (0/17)	0% (0/15)	0% (0/8)	0% (0/10)	2% (1/50)
112 年	進場專案計畫占率 (A/C)	19% (4/21)	12% (2/17)	20% (2/10)	0% (0/10)	14% (8/58)
	退場專案計畫占率 (B/C)	0% (0/21)	0% (0/17)	0% (0/10)	0% (0/10)	0% (0/58)
113 年	進場專案計畫占率 (A/C)	16% (4/25)	0% (0/17)	22% (2/9)	0% (0/10)	10% (6/61)
	退場專案計畫占率 (B/C)	0% (0/25)	0% (0/17)	22% (2/9)	0% (0/10)	3% (2/61)

註：1.進(退)場專案計畫占率：A 為進場專案計畫數、B 為退場專案計畫數、C 為專案計畫總數。

2.牙醫門診 113 年新增 2 項專案計畫、退場 2 項(分別為牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫)，另有 2 項專案計畫整併為 1 項(高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫移併至高風險疾病口腔照護計畫)，故專案計畫總數由 112 年 10 項調整為 9 項。

(2)各總額部門專案計畫之 KPI 達成率(擇一專案計畫)

單位：個；%

總額部門	年度	參考數據		參考數據
		KPI 總數	KPI 總數	專案計畫之 KPI 達成率
醫院	111 年	1	1	100%
	112 年	1	1	100%
	113 年	1	1	100%
西醫基層	111 年	-	-	-
	112 年	1	1	100%
	113 年	1	1	100%
牙醫門診	111 年	1	0	0%
	112 年	1	1	100%
	113 年	1	1	100%
中醫門診	111 年	1	1	100%
	112 年	1	1	100%
	113 年	1	1	100%

註：1.所擇專案計畫，醫院總額為「住院整合照護服務試辦計畫」；西醫基層為「因應長新冠照護衍生費用」；中醫門診為「照護機構中醫醫療照護方案」；牙醫門診為「特殊醫療服務計畫」。

2.111 年牙醫門診 KPI 達成數 0，係因受疫情影響，服務人次下降(目標服務人次為 170,000 人，執行數為 159,729 人)。西醫基層「因應長新冠照護衍生費用」係 112 年新增計畫，爰僅提供 112~113 年 KPI 數值。

※健保署說明：

(1)111 年進場專案計畫達 8 項(醫院 3 項、西基 3 項、牙醫 2 項、中醫 1 項)，醫院進場專案 3 項，分別為「住院整合照護服務試辦計畫」(111.7.18 生效)、「鼓勵 RCC/RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」、「精神科長效針劑藥費」；西基進場專案 3 項，分別為「代謝症候群防治計畫」(111.6.20 生效)、「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬」(111.8.5 生效)、「精神科長效針劑藥費」(醫院及西醫基層合計為 1 項)；牙醫進場專案有 2 項，分別為「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」(111.3.10 起生效)及「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」(111.3.1 起生效)；中醫進場專案有 1 項，為「中醫照護機構中醫醫療照護方案」。

(2)112 年進場專案計畫達 8 項(醫院 4 項、西基 2 項、牙醫 2 項)，其中醫院、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，醫院另有「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」(112.9.26 生效)、「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」(112.9.26 生效)；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)。

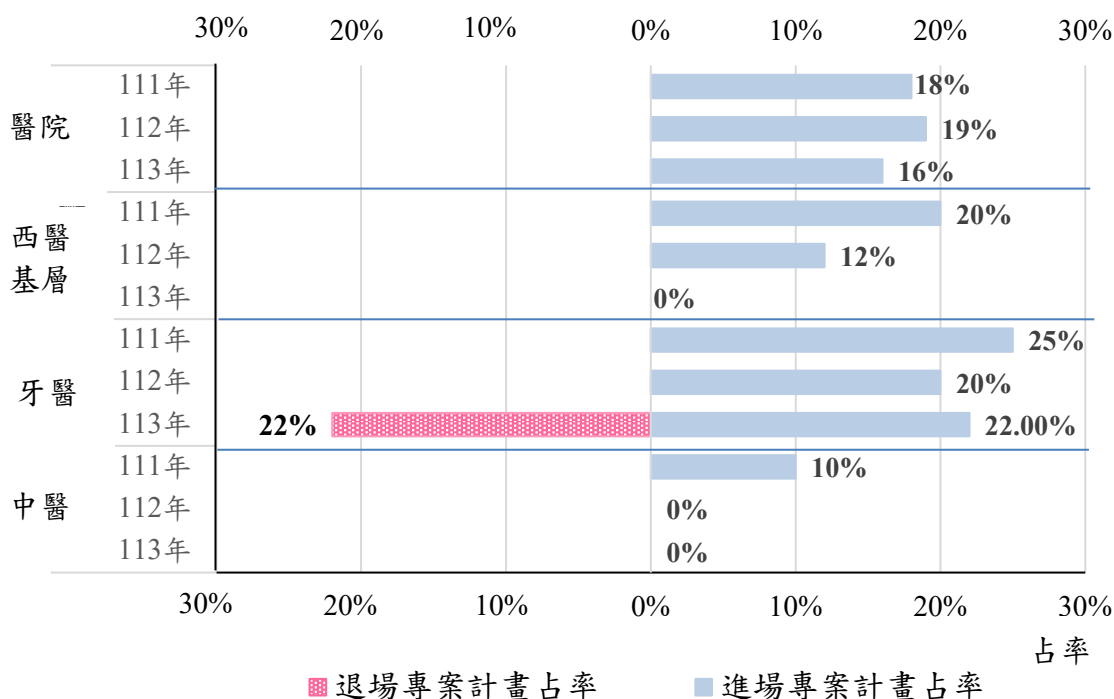
(3)113 年進場專案計畫有 6 項(醫院 4 項、牙醫 2 項)，醫院總額新增 4 項，分別為「地區醫院全人全社區照護計畫」(113.8.27 生效)、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」(113.7.1 生效)、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作」(113.7.1 生效)、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(113.6.1 生效)；另牙醫門診總額新增 2 項分別為「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(113.4.1 生效)、「癌症治療品質改善計畫」(113.1.1 生效)。

(4)部分新增計畫執行率偏低[如：地區醫院全人全社區照護計畫(5%)、區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作(42%)、區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(36%)、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(44%)]，可能係因計畫生效日較晚；慢性傳染病照護品質計畫-西醫基層(73.3%)、癌症治療品質改善計畫-西醫基層(4.0%)，可能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。

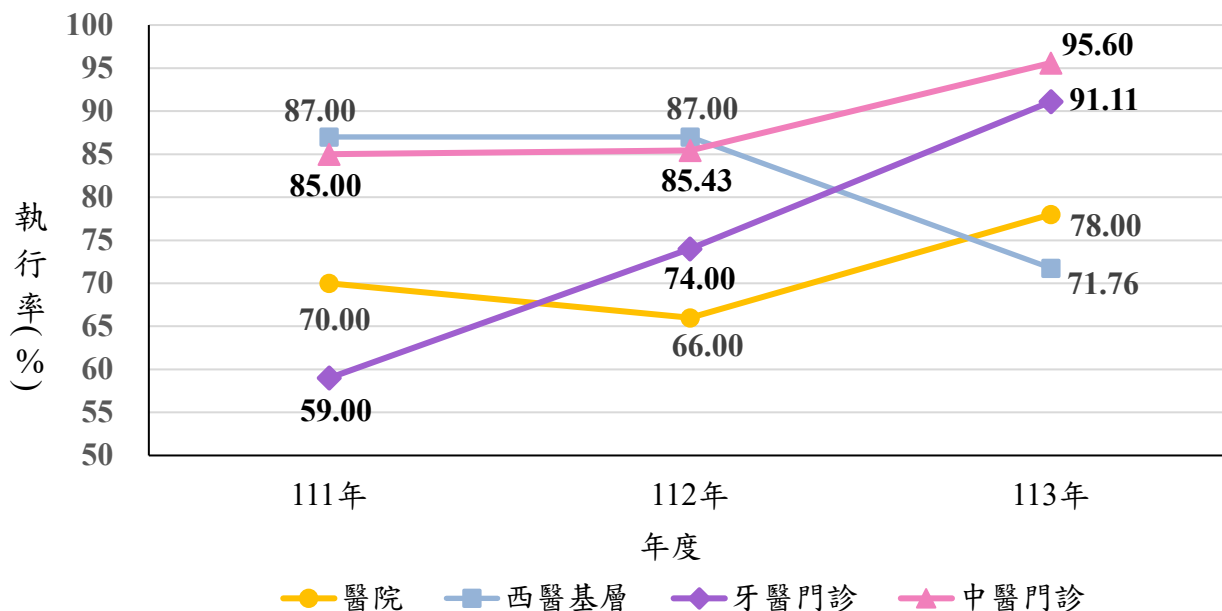
(5)考量前述部門總額各項專款預算之特殊性(如：為提升可近性、品質、偏遠、弱勢...)，另以整體預算執行率進行監測(如附表)，更為重要且具可比性，各項專案計畫部分，另配合評核會書面報告所需，就各項專案報告分別填報關鍵指標。

## 5.健保會研析

111~113年各總額部門新增或退場之專案計畫情形



111~113年健保專款計畫預算執行率



近3年(111~113年)新增專案計畫共計11項(由111年50項至113年61項),僅牙醫門診於113年有2項退場專案計畫。各總額部門中,醫院及牙醫門診每年均有新增專案計畫(醫院新增專案計畫數占率為16%~19%、牙醫門診為20%~25%),中醫門診近2年(112~113年)則未有新增計畫。另依健保署所擇專案計畫,近3年各總額部門專案計畫

KPI 達成率，除牙醫門診因 111 年受疫情影響，KPI 達成率為 0%外，其餘部門均為 100%。

又專案計畫總數自 109 年 36 項至 113 年增加為 61 項(成長率 69.4%)，其中醫院部門從 109 年 13 項至 113 年增加為 25 項(成長率 92.3%)，因專案計畫數過多，管理不易，建議健保署於試辦一段期間後，應檢討各總額部門專案計畫之執行效益及 KPI 合理性，並將成熟且穩定之專款項目納入一般服務執行，對執行成效不佳之專案，則應建立適當之退場機制，以確保健保資源有效運用。

113 年醫院、中醫門診及牙醫門診預算執行率均較 112 年上升，且達 75%以上，尤以牙醫門診進步較多(預算執行率從 111 年 59%至 113 年增加為 91.11%)；醫院部門預算執行率雖有提升，惟仍未達 8 成，健保署分析可能是部分新增計畫生效日較晚，執行率偏低所致。至西醫基層預算執行率則從 112 年的 87%至 113 年降為 71%，健保署說明係因醫事服務提供者對癌症治療品質改善計畫內容不熟悉，致預算執行率僅 4%，健保署已請西醫基層部門加強宣導執行，請健保署持續監測執行率改善情形，並就執行不佳者，擬具改善策略。另部分新增計畫生效日較晚(醫院有 4 項計畫分別於 6 月~8 月始生效)，為提高健保資源的運用效率，請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核(決)定事項，會同總額部門相關團體儘速完成各項作業，以提升執行效益。

附表 113 年各總額部門專款項下專案計畫、歷年專案計畫數與預算及執行率

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			
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	12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫				V
31	超音波根管沖洗計畫				V
32	高風險疾病口腔照護計畫 註 1				V
33	癌症治療品質改善計畫(醫院、西醫基層 112 年新增、牙醫 113 年新增) 註 2	V	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
34	特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增)				V
35	慢性傳染病照護品質計畫(112 年新增)	V	V		
36	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112 年新增)	V			
37	健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112 年新增)	V			
38	地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增)	V			
39	區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作(113 年新增)	V			
40	區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增)	V			
41	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 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%	87%
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)		72%	87%	85%	59%
112 年度專案計畫總數		21	17	10	10
112 年度新增專案計畫		4	2	0	2
112 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)		70%	87%	85.43%	74%
113 年度專案計畫總數		25	17	10	9
113 年度新增專案計畫		4	0	0	2
113 年度各總額部門專款計畫預算執行率(指標結果)		78%	71.76%	95.6%	91.11%

註 1：111 年及 112 年無專案退場。牙醫 113 年退場專案共 2 項，分別為「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」及「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」。另「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」移併至「高風險口腔照護計畫」專款項目。

註 2：醫院總額專款之住院整合照護服務試辦計畫(序號 15)及癌症治療品質改善計畫(序號 33)自 114 年起改由公務預算支應

## 二、醫療品質構面(4 項指標)

### (一)整體表現情形

#### 呈進步趨勢

指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

- 呈微幅上升趨勢

#### ※呈穩定狀況

指標 2.1 手術傷口感染率

指標 2.3 照護連續性

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

- 113 年醫學中心及地區醫院達加成之占率下降
- 醫學中心全日平均護病比最低級距 (<7 人)之月次占率持續下降

#### 呈退步趨勢

## (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

(1)計算公式：

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 96 頁)。

分母：所有住院手術病人數。

(2)結果呈現：住院手術傷口感染率及院所標準差。

#### 4.健保署提報監測結果：

##### 109~113 年住院手術傷口感染率

單位：人；%；家

年度	參考數據		指標結果	院所 平均值 <sup>註</sup> (%)	院所 標準差 (%)	院所 家數	感染率0% 院所家數
	分子	分母	感染率 (%)				
109 年	12,647	1,020,871	1.24	0.77	1.77	466	248
110 年	12,376	983,219	1.26	1.05	4.10	457	238
111 年	12,474	1,007,339	1.24	1.07	4.39	444	226
112 年	12,675	1,069,313	1.19	0.77	2.94	444	230
113 年	12,826	1,061,460	1.21	0.59	1.18	437	232

註：院所平均值為每家院所的住院手術傷口感染率加總後，再除以院所家數。

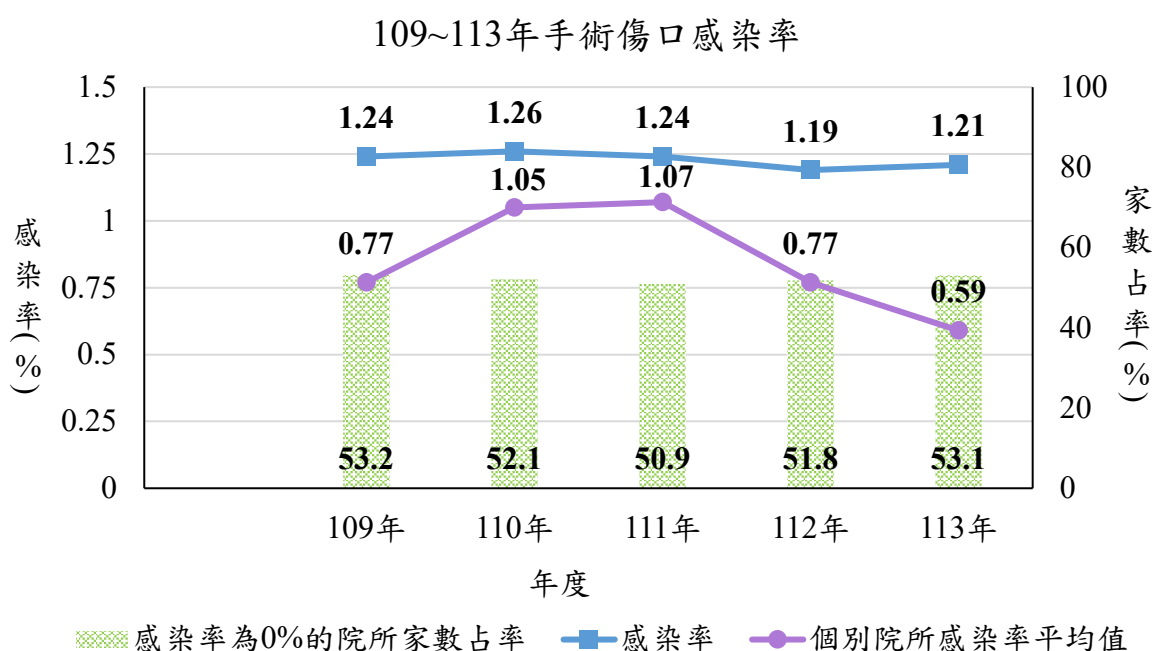
#### ※健保署說明：

(1)住院手術傷口感染率自 109 年 1.24%上升至 110 年 1.26%，再逐年下降至 112 年 1.19%，113 年較 112 年微幅上升，評估 109~111 年上升可能係受 COVID-19 疫情影響，非緊急住院手術減少或延後，分母(住院手術病人數)減少所致；112 年起分母(住院手術病人數)增

加，指標值下降，113 年雖較 112 年微幅增加 0.02%(仍低於 111 年)，惟院所標準差亦較 112 年減少 1.76%，建議持續觀察。

(2)另標準差自 111 年起逐年下降，110 年及 111 年標準差較大之原因，經分析係因極端值造成該統計期間標準差變動幅度大所致，110、111 及 112 年院所指標極大值為 50%-60%、113 年 14.9%；另有一半以上院所指標值為 0%(109 年 466 家院所中 248 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；112 年 444 家院所中 230 家分子為 0；113 年 437 家院所中 232 家分子為 0)。

### 5.健保會研析：



本項指標於 COVID-19 疫情期間(109~111 年)上升至 1.24%~1.26%，疫情趨緩後(112~113 年)下降至 1.19%~1.21%，整體而言，近 5 年住院手術傷口感染率，未有明顯變化。統計期間，住院手術傷口感染率為 0%之院所家數占比約在 5 成左右，排除 109~110 年為疫情期間，111~113 年感染率為 0%的家數占率呈上升趨勢，故個別院所感染率平均值呈下降趨勢(從 111 年 1.07%至 113 年 0.59%)。雖手術傷口零感染之院所家數變多，但住院手術傷口感染病人數亦有上升，爰 113 年手術傷口感染率較 112 年略增加 0.02%(近 5 年次低)。

依健保署分析，109~111 年手術傷口感染率上升，主要係受 COVID-19 疫情影響，該期間非緊急住院手術減少或延後，住院手術病人數(分母)減少，但住院手術傷口感染病人數(分子)變化不大，多維持於 12,000 人左右，爰住院手術傷口感染率上升。疫情期間(109~111 年間)院所標準差變動幅度較大(由 109 年 1.77%上升至 111 年 4.39%)，係因極端值造成，疫情趨緩後，113 年之院所標準差已下降至 1.18%，顯示醫療院所間差異逐漸縮小。

本項指標為負向指標，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，進而增加健保醫療支出，建議健保署持續觀察本項指標之變化情形。

## 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，需終生控制血糖，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，並提升照護品質。

2. 監測期程：每半年。

### 3. 計算方式

(1) 計算公式：

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。

(2) 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所分列結果。

### 4. 健保署提報監測結果：

111~113 年糖尿病品質支付服務之照護率

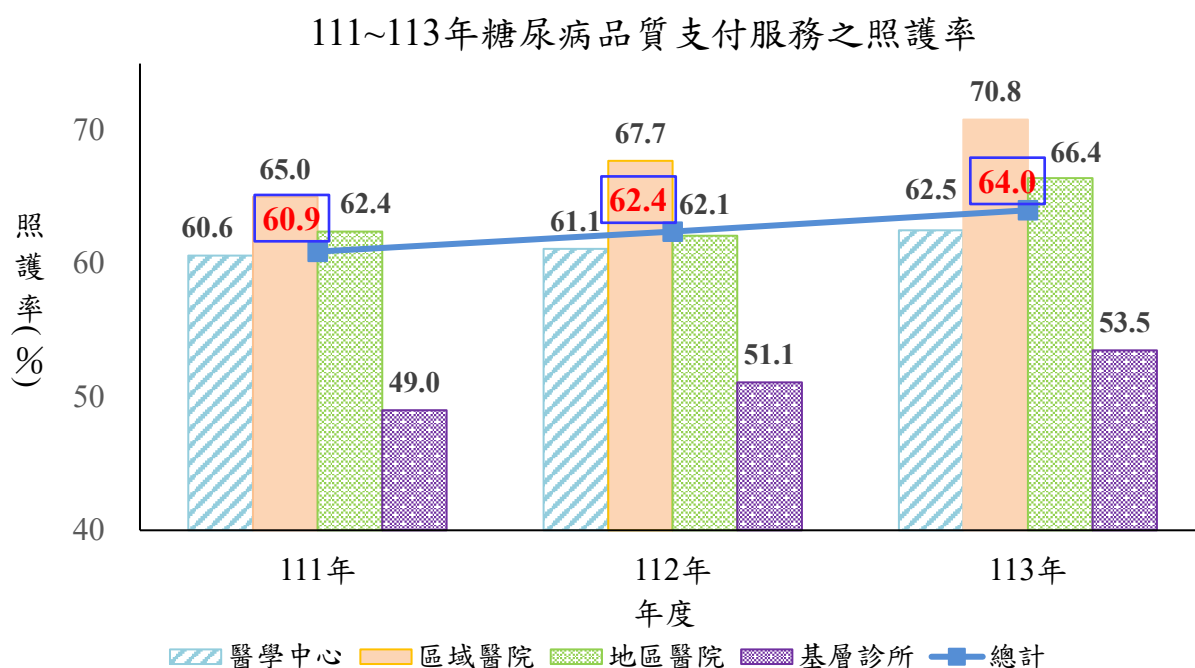
單位：人；%

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	111	163,292	277,525	178,473	371,373	988,360
		112	166,116	297,619	185,625	413,253	1,060,663
		113	191,650	307,931	196,091	458,300	1,136,516
	符合收案人數	111	269,431	426,855	286,241	757,384	1,623,434
		112	271,700	439,857	299,001	809,303	1,700,728
		113	306,473	434,885	295,404	857,236	1,774,698
指標結果	照護率 (%)	111	60.6	65.0	62.4	49.0	60.9
		112	61.1	67.7	62.1	51.1	62.4
		113	62.5	70.8	66.4	53.5	64.0

※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 111 年 60.9%，113 年增為 64.0%。各層級之糖尿病照護率亦從 111 年 49.0%~65.0%，113 年增為 53.5%~70.8%，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，113 年完成定期追蹤及檢驗值上傳人數 43,767 人(較 112 年之 30,471 人增加 13,296 人)
- (4)113 年高血糖病人(約 216 萬人)於健保慢性病照護計畫(含代謝計畫、論質方案、家醫計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)收案約 159 萬人，照護率 73.4%。
- (5)健保署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，113 年家醫計畫與代謝症候群防治計畫、論質計酬之糖尿病、初期慢性腎臟病方案整合，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，後續規劃自 115 年起，西醫基層論質方案-DM/CKD/DKD 與家醫計畫進行整合，重複收案之個案統一由家醫計畫照護，期提升照護品質及落實全人照護。

## 5.健保會研析：



近3年(111~113年)整體及各層級院所糖尿病品質支付服務之照護率，呈現上升趨勢，整體照護率從111年的60.9%提升至113年64.0%。各層級院所照護率，以區域醫院較高，從111年65.0%至113年已成長至70.8%；基層診所之照護率雖最低，然已從111年49.0%，至113年增加為53.5%；另地區醫院照護率則增加較多(113年較112年增加4.3%)。

從照護人數分析，基層診所照護人數居各層級院所之冠，如113年接受糖尿病品質支付服務之照護人數總計1,136,516人，基層診所共照護458,300人(醫學中心191,650人、區域醫院307,931人、地區醫院196,091人)，占整體照護對象之40%，突顯出基層診所在慢性病管理中扮演不可或缺的重要角色，建議健保署持續鼓勵基層診所投入，並將檢驗(查)結果上傳至健保署雲端系統，以利定期追蹤與管理糖尿病。

健保署為提升糖尿病病人照護品質，自111年3月起陸續推動多項整合性計畫，雖113年糖尿病品質支付服務之整體照護率已提升至64%，但有約三分之一的糖尿病患者未被納入相關整合性計畫照護，建議健保署分析未被納入照護的族群特性或原因，以作為未來優化相關照護方案或計畫之參考，本項指標與指標3.2糖尿病病人住院率(詳第53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：

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

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  $\leq 3$  次，及  $\geq 100$  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。

(5) 結果呈現：平均每人門診照護連續性指數。

### 4. 健保署提報監測結果：

109~113 年平均每人門診照護連續性(COCI 值)					
年度	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年
平均每人門診照護連續性	0.422	0.436	0.424	0.403	0.405

### ※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

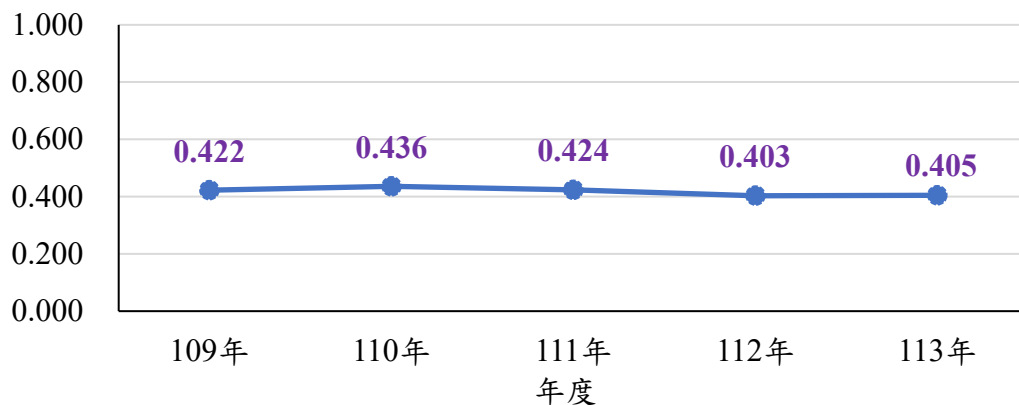
值為 1，113 年平均每人照護連續性為 0.405，接近 108 年之 0.400。

(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 113 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，持續宣導民眾就醫先至家庭醫師就醫，如病情需要由家庭醫師協助轉診。

#### 5.健保會研析：

109~113 年平均每人門診照護連續性(COCI值)



平均每人門診照護連續性(COCI)數值越高(越接近 1)，代表病患所接受的照護連續性越好。整體而言，近 5 年未有明顯變化，於 COVID-19 疫情期間(109~111 年)略高(0.422~0.436)，可能係民眾為降低感染風險，自行暫緩就醫或選擇固定在單一機構就醫，112 年疫情趨緩後，COCI 數值又下降回疫情前水準(108 年 0.400)。

健保署提出之改善策略，包含擴大家庭醫師整合性照護計畫、推動以病人為中心之全人全程照護，及加強推動分級醫療與雙向轉診等，建議持續監測本項指標之趨勢變化，並可進一步探究照護連續性較差者(例如遠低於全國平均值)之疾病型態與就醫模式，以利協助提升其照護連續性與品質。

## 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、地區醫院分列結果。

#### 4.健保署提報監測結果：

111~113 年各層級醫院全日平均護病比達加成月次占率

醫學中心	護病比	<7.0	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	達加成月次占率	不符加成獎勵(≥9.0)	不適用(護病比為0)
加成 111 年		42.7%	35.0%	16.3%	6.0%	0.0%	100.00%	0.0%	0.0%
月次 112 年		10.3%	27.7%	46.3%	11.0%	4.7%	100.00%	0.0%	0.0%
占率 113 年		8.5%	27.3%	39.7%	18.2%	5.5%	99.1%	0.0%	0.9%
區域醫院	護病比	<10	10.0~10.4	10.5~10.9	11.0~11.4	11.5~11.9	達加成月次占率	不符加成獎勵(≥12.0)	不適用(未填或護病比為0)
加成 111 年		78.8%	7.6%	4.9%	2.5%	5.5%	99.2%	0.8%	0.0%
月次 112 年		58.2%	16.4%	13.7%	4.2%	6.4%	99.0%	1.0%	0.0%
占率 113 年		61.9%	13.1%	11.1%	6.2%	6.9%	99.3%	0.7%	0.0%
地區醫院	護病比	<13.0	13.0~13.4	13.5~13.9	14.0~14.4	14.5~14.9	達加成月次占率	不符加成獎勵(≥15.0)	不適用(未填或護病比為0)
加成 111 年		86.5%	1.8%	1.4%	1.0%	1.1%	91.8%	1.1%	7.1%
月次 112 年		86.1%	1.7%	1.6%	1.6%	1.4%	92.4%	0.8%	6.8%
占率 113 年		83.6%	2.0%	1.7%	1.8%	1.9%	90.9%	0.3%	8.8%

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.護病比為 0 表示該醫院該費用年月未有收治住院個案；113 年有 1 家醫學中心護病比為 0 係因進行醫院整修所致。

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%

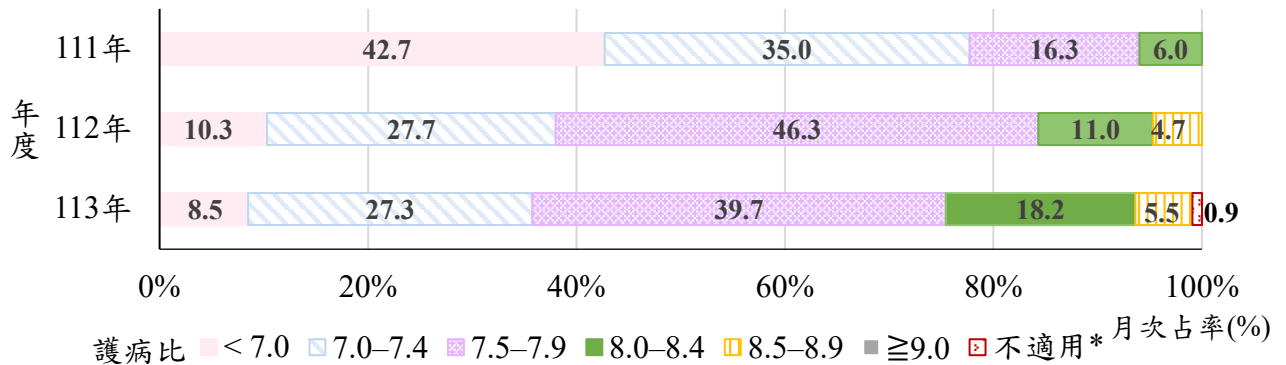
註：醫療機構設置標準第 12-1 條規定略以，醫院應依住院病人人數，配置適當之護產人員，其急性一般病床之全日平均配置比例(護病比)，按每一護產人員照護之病人人數，醫學中心為 9 人以下、區域醫院為 12 人以下、地區醫院為 15 人以下。

※健保署說明：

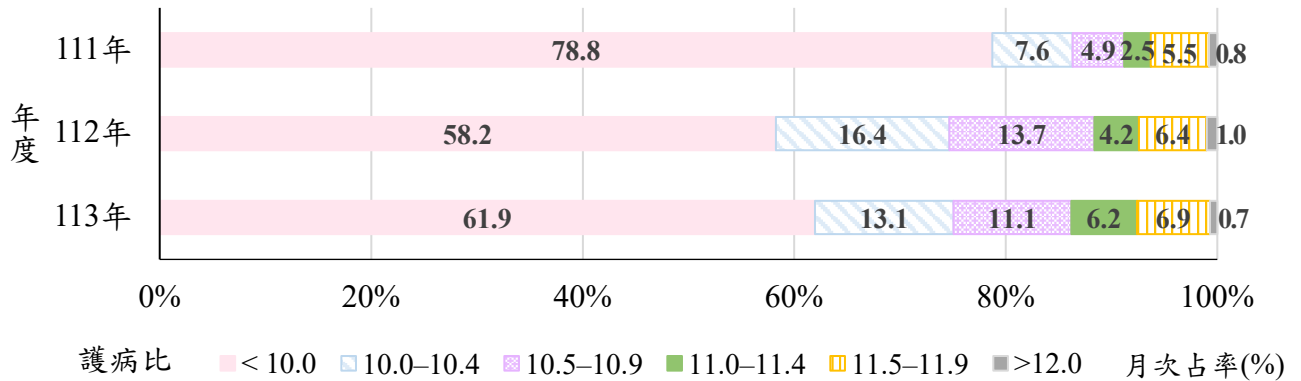
- (1)111~113 年醫院各月填報結果，醫學中心各月份全日平均護病比均符合加成規定(其中 113 年未填或護病比為 0 者，查係因病床整修)，區域醫院未達加成月次占率分別為 0.8%、1.0%、0.7%，地區醫院(排除不適用月份)未達加成月次占率分別為 1.1%、0.8%、0.3%。
- (2)113 年醫學中心全日平均護病比<7.0 之月次占率較 112 年下降 1.8 個百分點；113 年區域醫院全日平均護病比<10.0 之月次占率較 112 年增加 3.7 個百分點；113 年地區醫院全日平均護病比<13.0 之月次占率較 112 年下降 2.5 個百分點。
- (3)查健保署因應 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。另自 114 年起配合衛生福利部護理及健康照護司推動「護理人力政策整備中長程計畫(114-117 年)」，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)健保署配合衛生福利部護理及照護司代辦 114 年「三班護病比達標醫院獎勵計畫」及「三班輪值夜班護理人員直接獎勵計畫」，為避免重複獎勵，全日平均護病比加成 114 年自健保醫院總額一般服務移出，並協助自 113 年 6 月 3 日起持續於健保署全球資訊網協助照護司公開三班護病比相關訊息。

## 5.健保會研析：

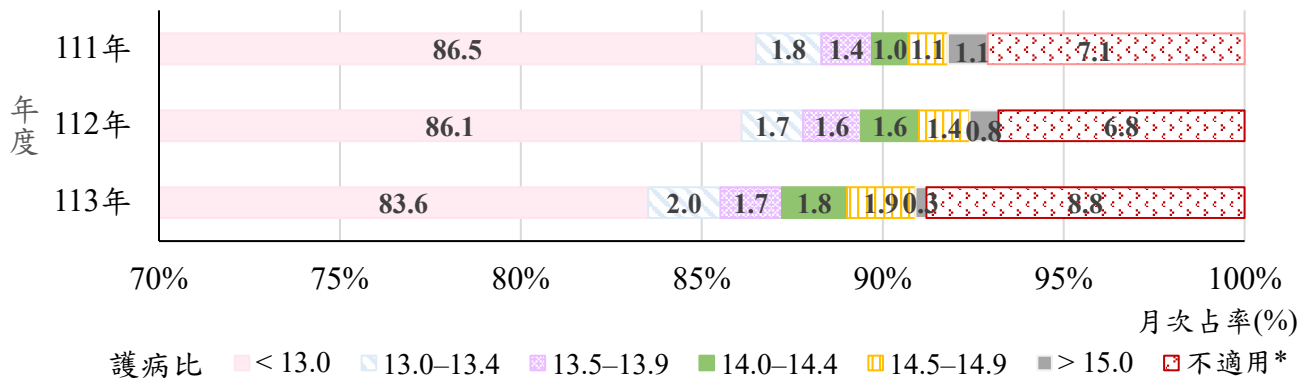
111~113年急性病房全日平均護病比月次占率(醫學中心)



111~113年急性病房全日平均護病比月次占率(區域醫院)



111~113年急性病房全日平均護病比月次占率(地區醫院)



急性病房全日平均護病比是衡量護理人員工作負荷及人力配置合理性的關鍵指標，護病比數值越高，表示每位護理人員需照護的病人數越多；反之，護病比數值越低，代表護理人力配置相對較充裕，但亦會受當時住院病人數變化或各層級醫院能提供之病床總數增減影響。以 113 年為例，部分因 COVID-19 疫情延後之非緊急狀況住院

病人回流(病人數增加)、特約醫事服務機構家數異動(如醫學中心較 112 年底增加 3 家、區域醫院增加 1 家，地區醫院減少 12 家)、病床數增減(醫學中心急性一般病床數較 112 年底增加 1,881 床、區域醫院減少 791 床，地區醫院減少 1,466 床)，另加上醫院整修病床或因護理人力不足致關床等各種因素，均會使護病比數值依當時情況產生變化。

近 3 年(110~113 年)各層級醫院全日平均護病比達成月次占率，在不同護病比範圍各有增減，整體而言，地區醫院為三層級醫院中最低，由 111 年 91.8%至 112 年增加為 92.4%，113 年又降為 90.9%；區域醫院從 111 年 99.2%至 112 年降為 99.0%，113 年又增加為 99.3%，略有進步；醫學中心 111~112 年均為 100%，113 年因有 1 家醫學中心進行醫院整修，致無法收治住院病人，達成月次占率降為 99.1%。

另醫學中心及地區醫院全日平均護病比範圍最低級距(醫學中心 <7.0 人、地區醫院 <13.0 人)之月次占率連續 3 年下降，尤其醫學中心從 111 年 42.7%降至 113 年 8.5%，下降幅度明顯，其可申報之住院護理費最高加成率 20%之院所數變少，且其全日平均護病比  $\geq 8.0$  人之月次占率持續上升(每位護理人員需照護病人數越多，工作量越大)，宜留意該層級護理人員工作負荷及人力配置問題。

為提升住院護理照護品質，健保總額自 98 年起至 113 年持續編列相關預算共 335 億元，用於調整住院護理費支付標準，114 年並由公務預算挹注經費 65 億元，用於強化住院護理照護量能，且為配合衛福部護理及健康照護司推動「護理人力政策整備中長程計畫(114~117 年)」，健保署未來亦將朝優先調升醫事人力(尤其護理人力優先)投入為主及急重難症項目方向研議，以穩固醫療照護量能。另查健保署網站統計專區已公布每月各醫院全日平均護病比及三班護病比資訊，建議健保署持續監測各醫院護病比的變化，以利評估相關預算投入之效益，並可作為未來修訂相關政策之參考依據。另護病比受病床數影響，建議未來可一併呈現病床數變化情形。

### 三、效果構面(3 項指標)

#### (一)整體表現情形

##### 呈進步趨勢

##### 指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度

- 滿意度上升且不滿意度下降：西醫基層及牙醫門診總額部門
- 不滿意度上升：醫院及中醫門診總額部門

##### ※呈穩定狀況

##### 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

##### 指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率

- 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 支付制度

## (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、中醫門診分列結果。

#### 4.健保署提報監測結果：

111~113 年民眾對醫療院所醫療結果滿意度

單位：%

指標結果		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
滿意度	111 年	94.1	94.2	95.3	94.7
	112 年	94.1	95.2	95.5	94.8
	113 年	94.1	96.4	96.3	95.3
參考數據		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
不滿意度	111 年	1.6	1.5	1.3	1.6
	112 年	2.4	1.3	2.0	1.7
	113 年	3.1	1.2	1.6	2.2

※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)113 年度調查各部門有效樣本數為醫院 2,075 份、西醫基層 1,958 份、牙醫門診 2,010 份、中醫門診 1,985 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

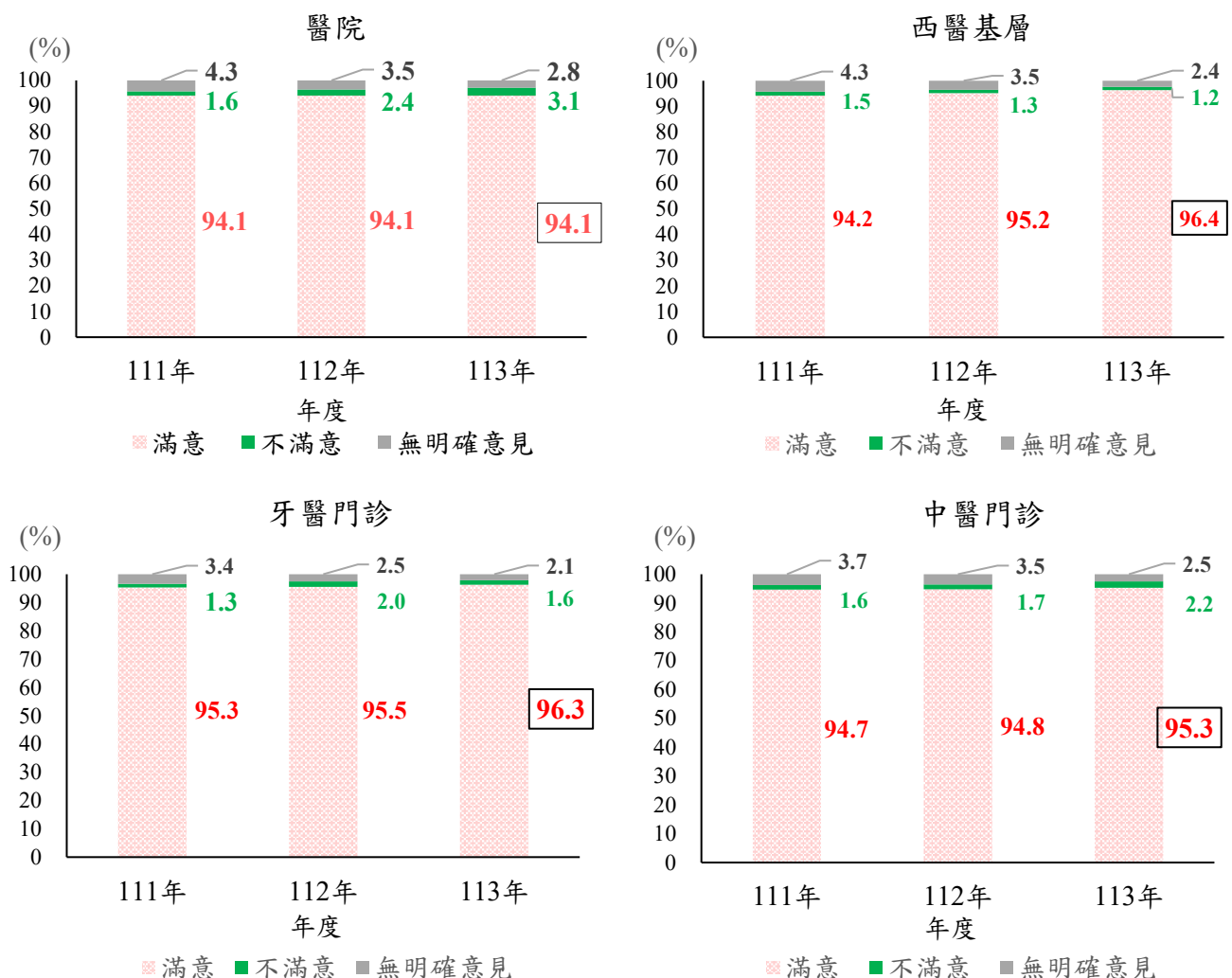
內，各總額於 113 年滿意度調查結果呈持平或微幅增加，健保署將持續關注 COVID-19 疫後之醫療利用情形及各總額部門之民眾就醫感受及滿意度變化。

(4)為符合國人使用電話習慣，113 年度於「醫院」、「西醫基層」、「牙醫門診」、「中醫門診」等 4 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)113 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：

111~113 年各總額部門滿意度調查結果



113 年民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)調查結果，持肯定態度者皆在 9 成以上；其中，西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額部門之滿意度均較 112 年微幅上升，且為近 3 年最高，醫院總額

111~113 年均維持於 94.1%。

至不滿意部分，113 年西醫基層與牙醫門診總額部門略有下降，醫院及中醫門診總額則分別上升 0.7%及 0.5%，進一步探究受訪民眾對醫療結果不滿意的理由，四總額部門均以「醫師醫療技術不好」、「醫師看診草率」、「醫師病情講解不詳細」居多，另醫院部門尚有「候診時間長」、中醫部門則為「自費貴」等情形。建議健保署透過歷年比較瞭解民意趨勢，並督促各總額部門針對民眾不滿意的理由，加強對醫療院所宣導與研議改進措施，並持續回應民眾需求。

### 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

(1) 計算公式：

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。

(2) 結果呈現：按年齡分列結果。

#### 4. 健保署提報監測結果：

111~113 年的糖尿病病人住院率

單位：%			
年齡層	111 年	112 年	113 年
15-24	0.02	0.03	0.02
25-34	0.02	0.03	0.03
35-44	0.05	0.05	0.05
45-54	0.09	0.10	0.10
55-64	0.14	0.15	0.14
65-74	0.25	0.26	0.24
75~	0.48	0.51	0.46
整體	0.12	0.13	0.13

#### ※ 健保署說明：

(1) 111~113 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 0.46%~0.51%；另此 3 年整體的糖尿病病人住院率未有明顯變化。

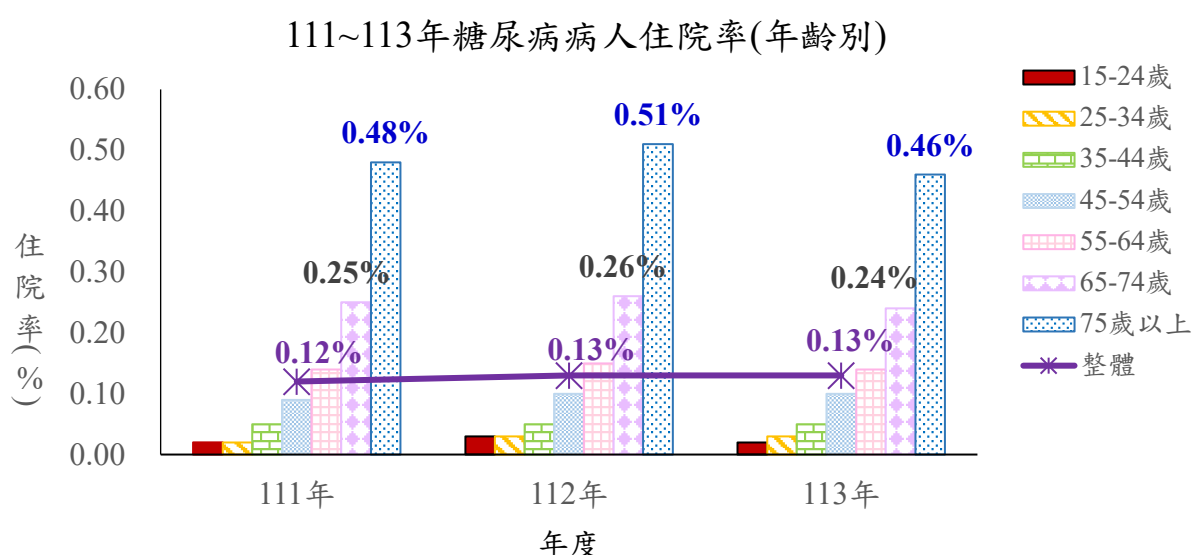
(2) 查本監測指標之糖尿病病人定義為 ICD-10-CM：E100-E149。惟全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案中之「糖尿病」照護對象為 90 日內於同院所診斷為糖尿病(ICD-10-CM：E08-E13)達 2 次以上之病人。

(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)健保署規劃逐步整合家醫計畫與論質方案等相關計畫，113 年家醫計畫與代謝症候群防治計畫、論質計酬之糖尿病、初期慢性腎臟病方案整合，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，提升慢性病人照護品質，後續將規劃自 115 年起，西醫基層論質方案-DM/CKD/DKD 與家醫計畫進行整合，重複收案之個案統一由家醫計畫照護，期提升照護品質及落實全人照護。

### 5.健保會研析：



近 3 年(111~113 年)整體及各年齡之糖尿病病人住院率尚稱平穩，歷年均以 65~74 歲及 75 歲以上年齡層病人住院率較高，惟此 2 年齡層之糖尿病病人住院率於 113 年已略有下降(低於 111 年及 112 年)，併同觀察指標 2.2 糖尿病品質支付服務照護率(詳第 39 頁)，亦呈上升趨勢。

健保署為提升糖尿病病人照護品質，自 111 年起將糖尿病及初期慢性腎臟病照護方案加以整合，113 年將家醫計畫與代謝症候群防治計畫納入整合，115 年規劃將西醫基層論質方案-DM(糖尿病)/CKD(初期慢性腎臟病)/DKD(糖尿病合併慢性腎臟病)與家醫計畫整合，建議健保署持續監測相關計畫對提升糖尿病品質支付服務照護率及減少糖尿病病人住院率之成效。

### 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：以一般案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件分列結果。

#### 4. 健保署提報監測結果：

109～113 年出院後 3 日內再急診比率

年度	單位：%			
	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
112 年	1.96	0.14	3.79	0.19
113 年	1.96	0.00	3.81	0.02

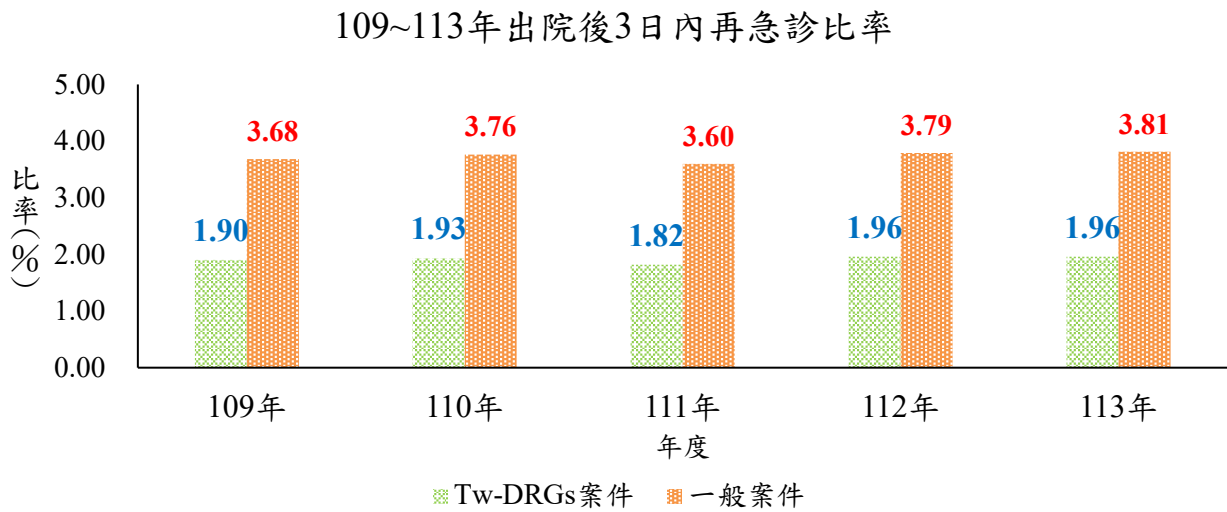
#### ※ 健保署說明：

(1) Tw-DRGs(台灣版 DRGs)案件：3 日內再急診率 113 年指標值與 112 年相同，均為 1.96%。查 108 年至 113 年指標值分別為 2.02%、1.90%、1.93%、1.82%、1.96%、1.96%。

(2) 一般案件：3 日內再急診率 113 年為 3.81%，較 112 年增加 0.02 個百分點。查 108 年至 113 年指標值分別為 3.85%、3.68%、3.76%、3.60%、3.79%、3.81%。

(3) 113 年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率分別為 1.96% 及 3.81%。綜觀近年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率數值，僅 111 年數值變動幅度較大，顯示該年度指標可能受 COVID-19 疫情影響。另查 113 年指標與 112 年數值大致相同，無明顯變化，健保署將持續監測指標變動情形。

## 5.健保會研析：



出院後 3 日內再急診比率是衡量住院照護品質的重要指標，尤其是對避免因過早出院而導致的醫療品質下降現象具有重要的監測意義。本指標於近 5 年未有明顯趨勢改變，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，顯示醫院在 Tw-DRGs 支付制度下，會更有效率運用醫療資源，以提供較佳照護品質，爰宜加速推動 Tw-DRGs 支付制度。惟自 103 年 7 月導入第二階段 Tw-DRGs 後未再推進，建議健保署儘速會同醫界團體盤點出可擴大實施之項目，重新擬訂具體推動時程與配套措施，以提升醫療服務效率與品質。

## 四、資源配置構面(3 項指標)

### (一)整體表現情形

#### 呈進步趨勢

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)

- 牙醫門診及中醫門診在醫療資源不足地區就醫率呈增加趨勢，且與一般地區就醫率之差距，已較 112 年縮小

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)

- 都市化程度最高與最低兩組醫師人力比值，113 年整體與西醫基層、牙醫及中醫較 112 年上升
- 醫院兩組醫師人力比值呈下降趨勢

指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

- 有 4 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

#### 呈退步趨勢

## (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、中醫門診分列結果。

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

年度	總計	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
111	9.08	95.81	2.47	14.43	9.45
112	8.92	93.77	2.46	14.57	8.93
113	8.94	82.95	2.54	14.60	9.17

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		牙醫門診		中醫門診	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
111	45.28	4.99	21.90	0.23	8.90	3.60	10.28	0.71	4.19	0.44
112	45.50	5.10	21.80	0.23	9.07	3.68	10.36	0.71	4.27	0.48
113	46.40	5.19	21.93	0.26	9.45	3.72	10.56	0.72	4.47	0.49

※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)：113 年除醫院外，另西醫基層、牙醫及中醫皆較 112 年略增。

(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：各部門 113 年皆較 112 年增加。

②最低組之醫師數：各部門 113 年皆較 112 年增加。

(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：

①113 年戶籍人數：最高組相較 112 年增加，最低組相較 112 年減少。

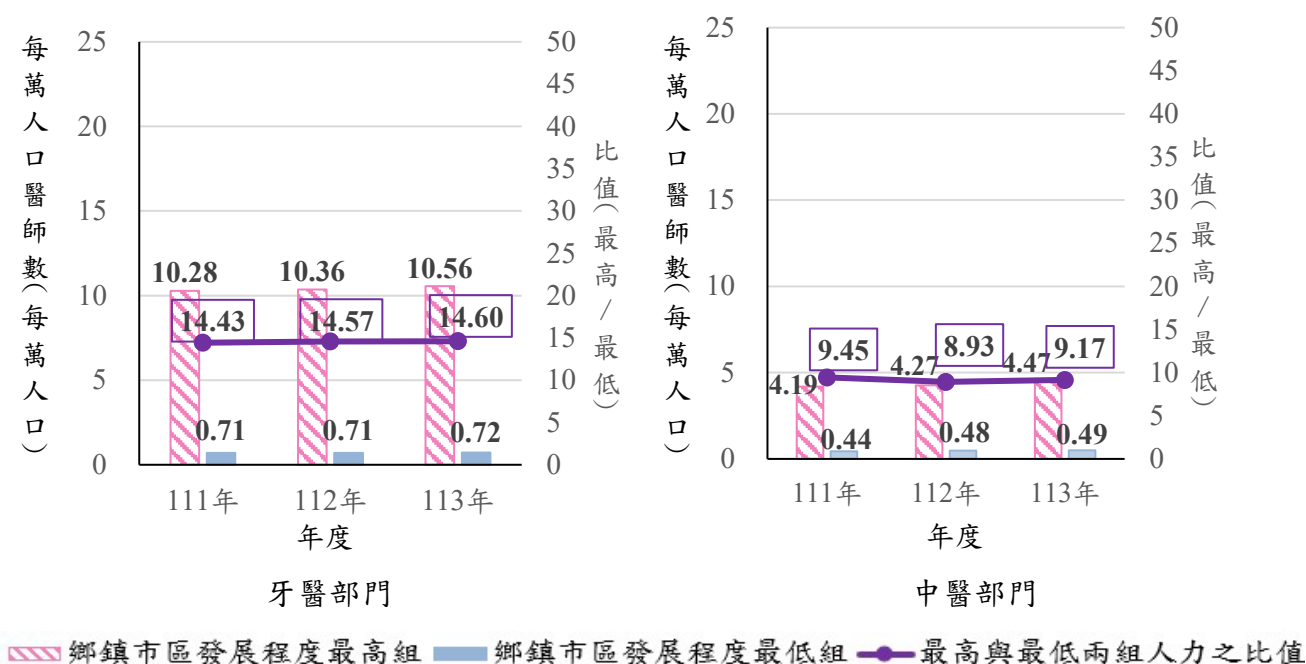
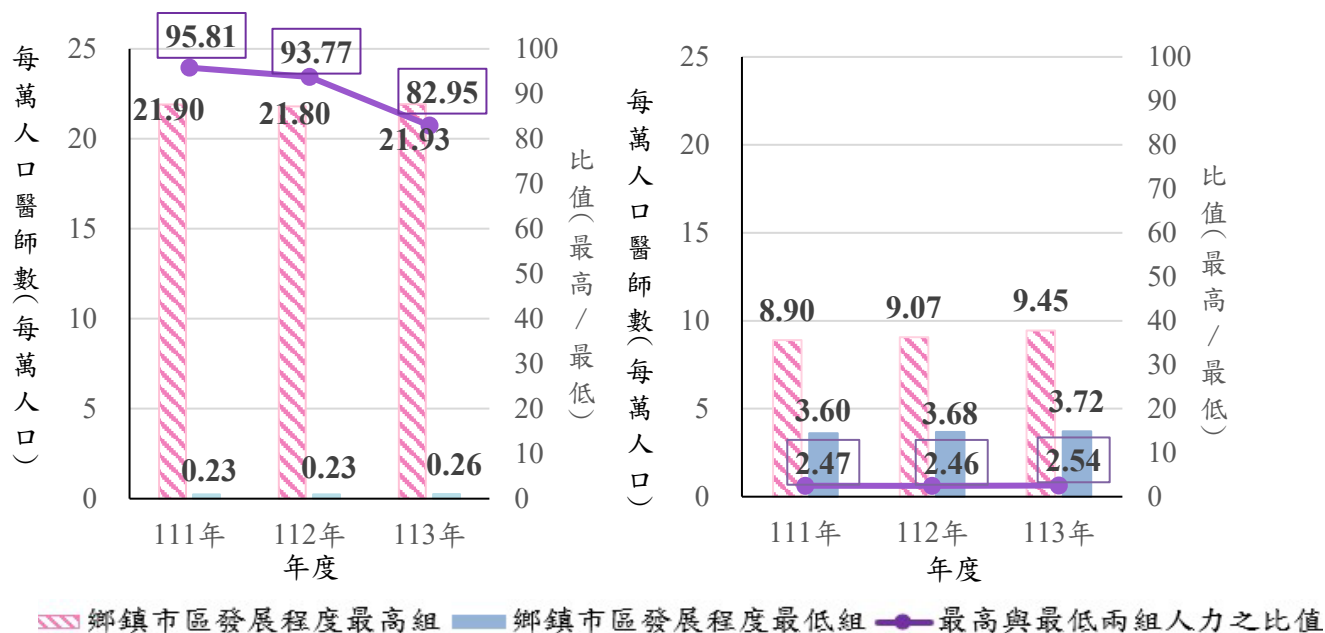
②113 年醫師數：最高組各部門皆較 112 年增加，最低組為醫院增加、西基略減、牙醫及中醫與 112 年持平。

(4)綜上，113 年西基、牙醫及中醫在都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值略增，係因最高組之醫師數 113 年較 112 年增加，最低組之醫師數為略減少或持平。

(5)健保署持續推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、西醫基層、牙醫及中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

111~113 年各總額部門都市化程度最高與最低兩組醫師人力比值



本項指標係衡量醫師人力分布的均衡程度，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異愈大(即醫師人力往都市地區集中)。近3年(111~113年)各總額部門在鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數，均呈上升趨勢(醫院112年除外)，至都市化程度最高與最低兩組醫師人力比值，以西醫基

層最小(2.47~2.54)，亦即其城鄉醫師人力差距較小，中醫次之(8.93~9.45)，醫院則最大(82.95~95.81)，惟近3年醫院部門之兩組醫師人力比值呈下降趨勢(從111年95.81至113年82.95)，醫師人力之城鄉差距漸有改善；113年西醫基層、牙醫及中醫門診的醫師人力比值，則均較112年略升。

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)(詳第62頁)，牙醫門診就醫率未達5成、中醫門診則未達3成，且牙醫及中醫門診醫療資源不足地區、山地離島地區就醫率均低於一般地區，宜留意城鄉醫師人力分布差距，對民眾就醫可近性之影響。

因醫院設立及醫師選擇執業地點有諸多考量因素，為強化山地離島及偏鄉地區民眾之醫療照護，歷年健保各部門總額均編列醫療資源不足地區改善方案及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)，鼓勵醫師至資源不足地區執行巡迴醫療，建議健保署持續精進及提升相關計畫效益外，並會同各總額部門共同研議因地制宜改善措施，以持續縮短城鄉間醫療資源之差距，提升山地離島及偏鄉地區民眾就醫可近性。

## 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昇計畫(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、中醫門診分列地區別結果。

### 4.健保署提報監測結果：

一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區別就醫率(各部門)

單位：%

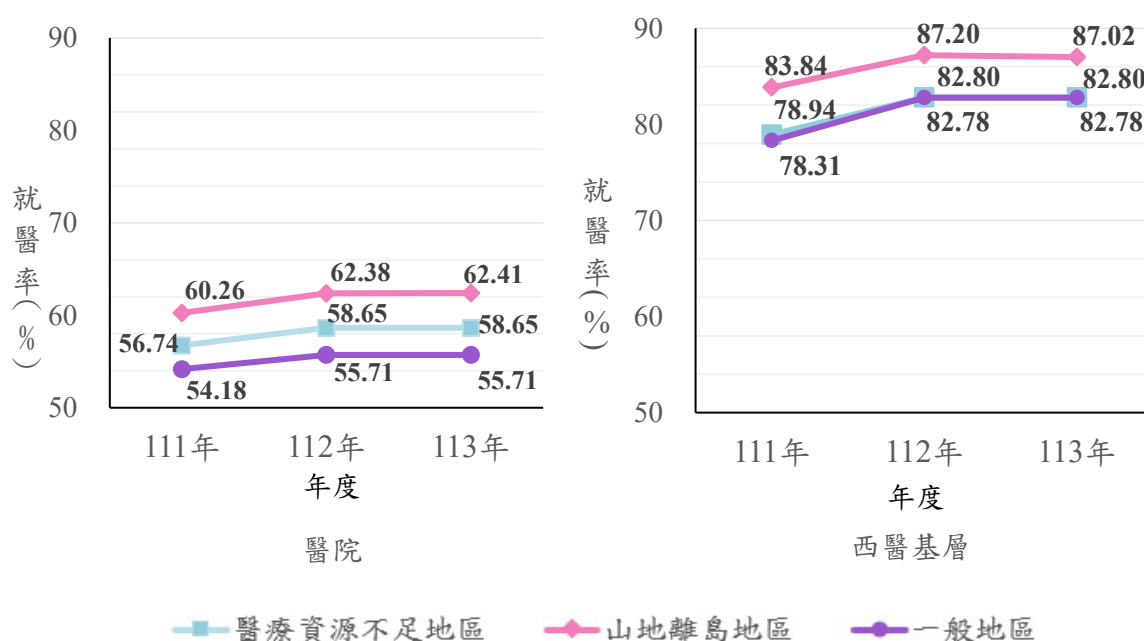
年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
111 年	一般地區	54.18	78.31	46.46	27.64
	醫療資源不足地區	56.74	78.94	31.92	20.03
	山地離島地區	60.26	83.84	41.10	24.26
112 年	一般地區	55.71	82.78	48.80	28.56
	醫療資源不足地區	58.65	82.80	33.37	21.20
	山地離島地區	62.38	87.20	42.75	24.39
113 年	一般地區	55.71	82.78	48.80	28.56
	醫療資源不足地區	58.65	82.80	39.22	24.78
	山地離島地區	62.41	87.02	42.65	24.42

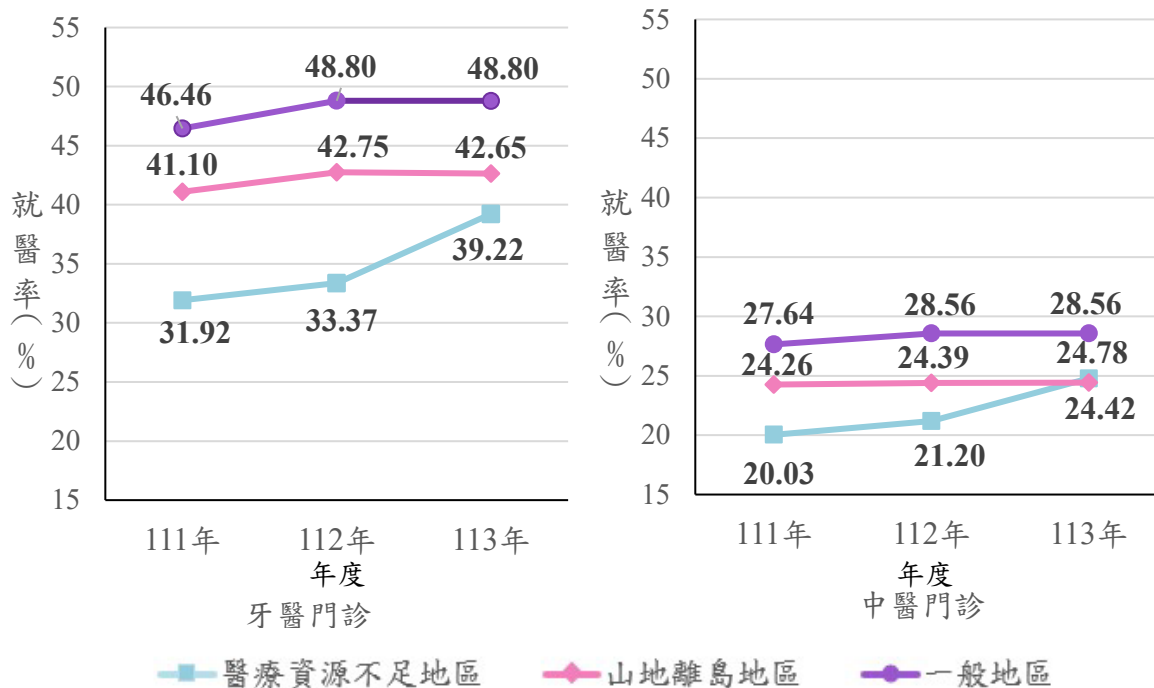
※健保署說明：

- (1)113 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；牙醫門診係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；中醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為醫療資源不足地區，最低為山地離島地區。
- (2)113 年牙醫及中醫部門山地離島、醫療資源不足地區之門診就醫率低於一般地區，又相較 112 年及 111 年數據，僅牙醫 113 年山地離島地區就醫率略低於 112 年，其餘皆呈現增加趨勢。
- (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，調升 114 年度牙醫醫療資源不足地區改善方案執業計畫每月保障額度，鼓勵牙醫師至醫療資源不足地區執業，提升在地醫療量能；中醫部分，114 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。
- (4)綜上，健保署刻正推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)轉型為偏鄉地區全人整合照護執行方案，由承作院所組成全人照護團隊，共同提供健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等全人整合性照護服務；並持續辦理西、中及牙醫醫療資源不足方案，每年評估各方案施行區域之合宜性、依實際需求修訂方案內容、爭取全民健康保險總額預算，將醫療服務送入醫療資源不足地區。

## 5.健保會研析

111~113 年各總額部門一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率





本指標主要係觀察偏遠地區民眾就醫率是否低於一般地區民眾，若偏遠地區民眾就醫率有增加，且與一般地區就醫率差距有縮小，代表其就醫可近性有改善；反之則宜留意，並檢討相關措施，以提升偏遠地區民眾就醫可近性。

近3年(111~113年)各總額部門就醫率，以中醫門診最低，其一般地區、醫療資源不足及山地離島地區就醫率均未達3成，惟其就醫率有逐年增加之情形；另牙醫門診之就醫率未達5成(醫療資源不足地區甚至未達4成)，亦即有半數以上民眾未定期接受牙齒檢查，為提升民眾口腔健康(減少蛀牙、牙周病)，建議健保署會同牙醫總額部門研議如何提升民眾就醫率。

另各總額部門之山地離島地區與醫療資源不足地區之就醫率，近3年醫院及西醫基層均高於一般地區，牙醫門診及中醫門診則均低於一般地區，惟其醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距較112年縮小(例如牙醫由112年-15.43%縮小至113年-9.58%、中醫由-7.36%縮小至-3.78%)已有進步。

併同觀察指標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58頁)，牙醫門診(14.43~14.60)及中醫門診

(8.93~9.45)醫師人力比值均較西醫基層(2.46~2.54)高，因都市化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異愈大，宜留意城鄉醫師人力差距，對民眾就醫可近性之影響。

為提升醫療資源不足地區、山地離島地區民眾就醫可近性，歷年健保總額均有編列各部門山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)，健保署並每年檢視及滾動調整方案內容，114 年更將 IDS 計畫轉型為偏鄉地區全人整合照護執行方案，鼓勵醫療院所提供全人整合性照護服務，建議健保署持續關注相關改善措施是否有助就醫率提升，並滾動式調整相關改善措施。

## 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。

#### (3)結果呈現：各類別項目分列結果。

### 4.健保署提報監測結果：

各類別自付差額特材申報占率

項目	費用年	單位：%
		指標結果-占率
1.特殊功能人工水晶體	111 年	44.5
	112 年	47.2
	113 年	49.2
2.特殊材質人工髖關節	111 年	30.4
	112 年	31.6
	113 年	31.3
3.特殊功能人工心律調節器	111 年	48.2
	112 年	49.3
	113 年	49.1
4.冠狀動脈塗藥支架	111 年	70.2
	112 年	72.3
	113 年	73.1
5.特殊材質生物組織心臟瓣膜	111 年	43.0
	112 年	42.0
	113 年	43.2
6.義肢	111 年	2.4
	112 年	4.8
	113 年	4.1
7.腦脊髓液分流系統	111 年	70.5
	112 年	12.0
	113 年	9.2

項目	費用年	指標結果-占率
8.治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	111 年	41.2
	112 年	42.1
	113 年	46.2
9.治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管	111 年	53.0
	112 年	59.0
	113 年	46.9
10.特殊功能及材質髓內釘組	111 年	76.5
	112 年	77.9
	113 年	79.3
整體	111 年	0.0523
	112 年	0.0551
	113 年	0.0569

※健保署說明：

民眾差額特材占率 111 年為 0.0523%，112 年為 0.0551%，113 年為 0.0569%，平均占率為 0.0547%，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)113 年自付差額特材申報占率達 60%以上：

①冠狀動脈塗藥支架：

自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」依國際治療指引與臨床實證，朝診療項目包裹支付優先全額給付於 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞)病人族群辦理。

②.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，納入自付差額加長型伽瑪髓內釘組給付。

B.健保署將持續監控申報情形，並規劃積極爭取預算朝健保全額給付研議，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)。

C. 114年3月請財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估(HTA)，並於同年7月完成 HTA 報告，刻依程序辦理後續事宜。

(2)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

113 年自付差額特材共計 10 大類，近 3 年(111~113 年)自付差額特

材整體申報占率呈逐年微幅上升情形，10 大類中有 1 類呈下降趨勢、4 類呈上升趨勢，說明如下：

(1)申報占率逐年下降之特材：

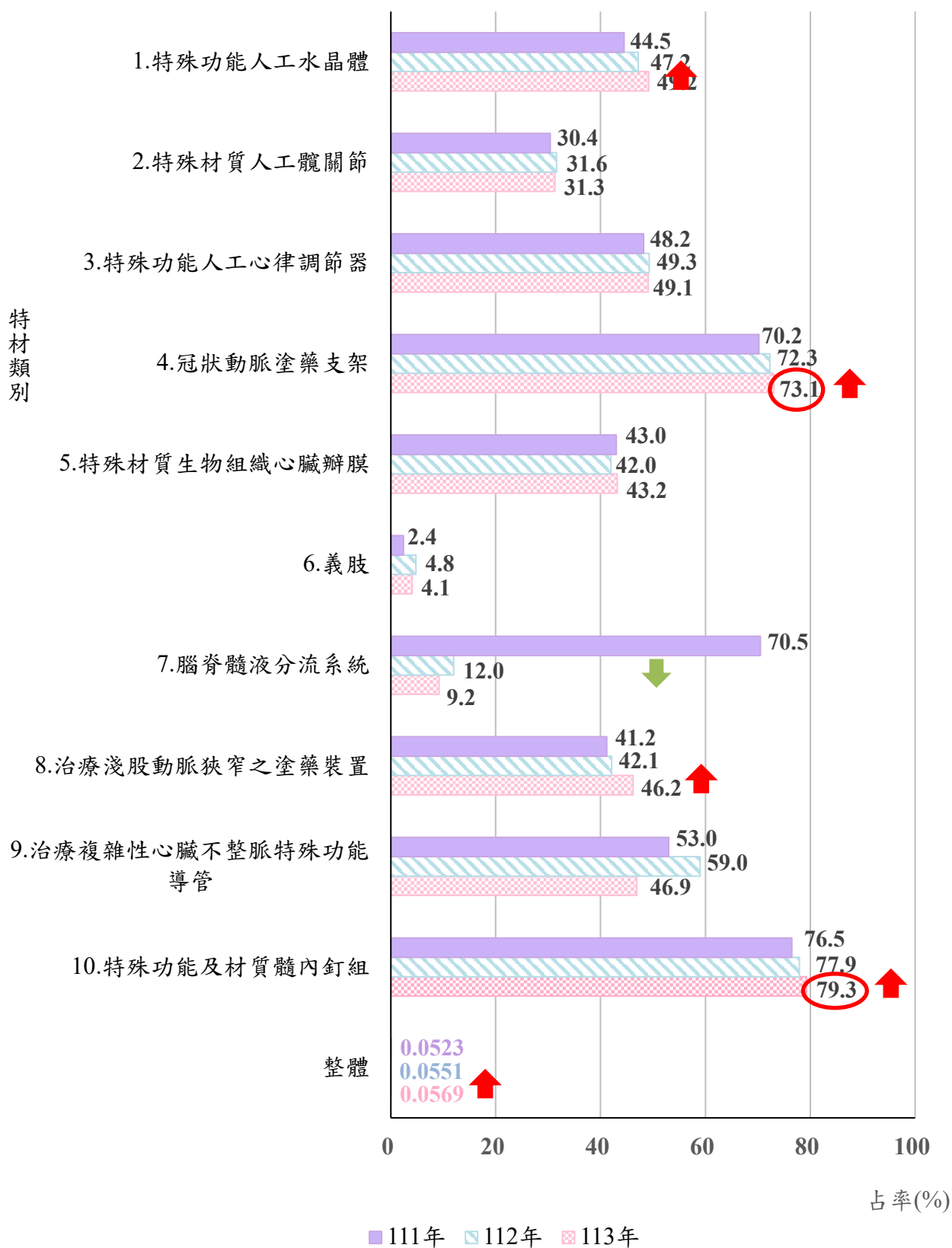
「腦脊髓液分流系統」申報占率自 107 年已逾 8 成，並逐年成長，健保會委員多次建議健保署研議納入健保全額給付的可行性，經該署評估及多次會議討論後，乃於 111 年 11 月 1 日起將市占率較高 2 項次功能分類特材「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」納入健保全額給付。本項特材於納入健保全額給付後，其申報占率呈逐年下降趨勢(從 111 年 70.5%至 113 年降為 9.2%)。

(2)申報占率逐年上升之特材：

「特殊功能人工水晶體」、「冠狀動脈塗藥支架」、「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」、「特殊功能及材質髓內釘組」計 4 大類特材申報占率呈逐年上升情形。其中「冠狀動脈塗藥支架」及「特殊功能及材質髓內釘組」之申報占率已超過 7 成，已近常態使用，健保會委員多次請健保署積極評估納入全額給付之可行性。針對冠狀動脈塗藥支架，朝診療項目包裹支付優先全額給付於 ST 段上升之心肌梗塞病人族群辦理；至特殊功能及材質髓內釘組，該署已請財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估。

健保會委員向來十分關切自付差額特材使用情形及是否會造成民眾的經濟負擔，請健保署持續監測各類自付差額特材占率之變化，並針對使用占率逐年增加且已超過 5 成者，在兼顧民眾醫療需求及健保財務平衡之下，即啟動評估作業，將民眾有高度需求、將具急迫性或必要使用的特材納入健保全額給付，以減輕民眾財務負擔。

111~113年自付差額特材申報占率



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。

## 五、財務構面(6 項指標)

### (一)整體表現情形

#### 呈進步趨勢

指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

- 近 3 年持續成長，惟需留意收支結構之衡平性

指標 5.4 資金運用收益率

- 近 3 年微幅上升

指標 5.5 保費收繳率

- 整體及第 1~3 類收繳率已近 9 成 9，第 6 類收繳率近 3 年雖未達 9 成惟略有提升，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制

#### ※呈穩定狀況

指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率

指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

- 受指標計算公式分母影響，113 年差異率大幅增加

指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率

- 近 3 年呈微幅下降趨勢

#### 呈退步趨勢

## (二)各指標監測結果及趨勢評析

### 指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

#### 1.指標意涵

(1)監理重點：收支餘絀預估之準確性。

(2)意義：

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

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

2.監測期程：每季。

#### 3.計算方式

(1)計算公式：

分子：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數。

分母：保險收支餘絀預估數。

保險收支餘絀=年初至本季保險總收入－一年初至本季保險總支出。

(2)增列之資料：

差異數=保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數。

差異率=(差異數÷預估數)×100%。

#### 4.健保署提報監測結果：

保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

年度		111 年	112 年	113 年
參考 數據	實際數 (億元)	112.73	338.72	234.02
	預估數 (億元)	-323.08	-89.23	-17.87
	差異數 (億元)	435.81	427.95	251.89
指標 結果	差異率(%)	-134.89% (3.54%) <sup>註 1</sup>	-479.60% (0.94%) <sup>註 2</sup>	-1,409.95% (5.49%) <sup>註 3</sup>

註 1：詳健保署說明(1)。

註 2：詳健保署說明(2)。

註 3：詳健保署說明(3)。

※健保署說明：

(1)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，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 3.54%。

(2)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」、「投資淨收益」增加，以及基本工資由 25,250 元調整為 26,400 元，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，保險收支餘絀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。

(3)113 年主要係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 26,400 元調整為 27,470 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 240 億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 5.49%。

(4)有關未來健保財務之預估，健保署係以現行法令規定下之保險收支架構為基礎，參考過去歷史趨勢，並納入可掌握之政策影響因素進行推估：

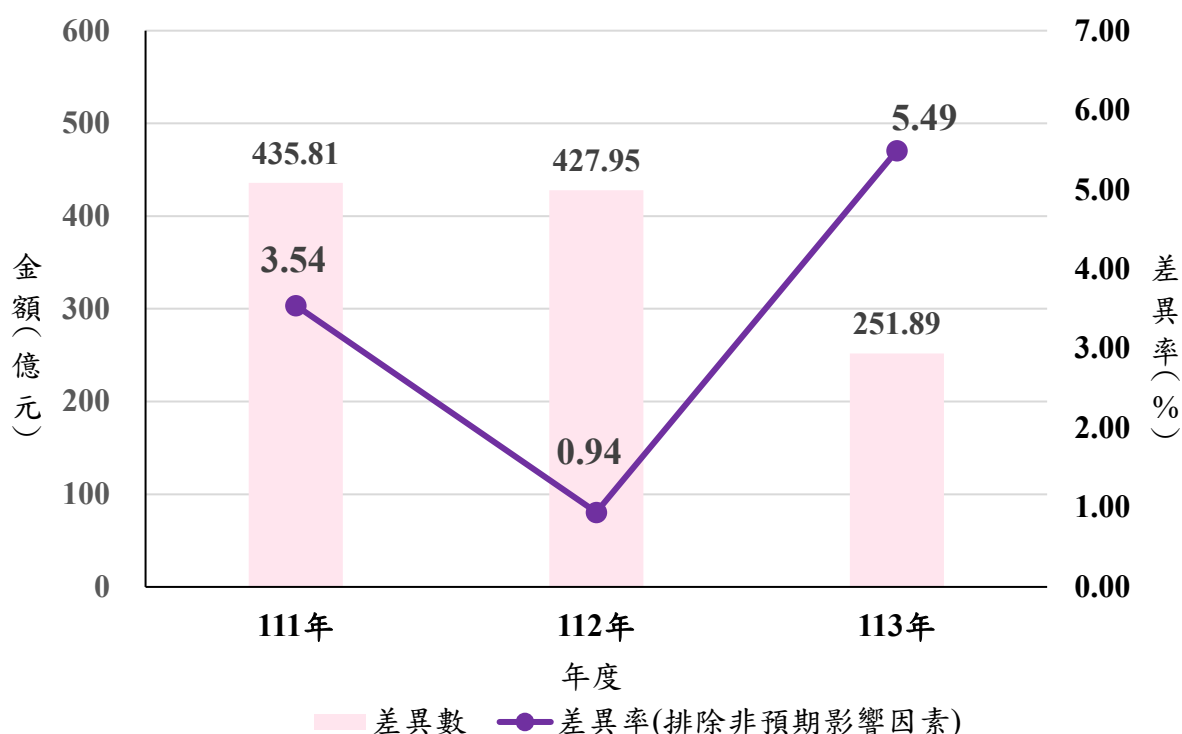
A.111 年及 112 年保險收支餘絀實際數與預估數差異較大，經查主

要係因補充保險費收入高於預期，連帶政府應負擔法定下限 36% 差額增加所致，囿於目前公開資料並無與補充保險費具顯著關聯性之經濟領先指標可參考，在未來經濟情勢不確定下，健保署基於財務保守原則，僅能假設未來年度補充保險費收入回歸過去穩定成長趨勢。

B.考量前述推估差異，主要係受經濟景氣狀況異於歷史趨勢所致，COVID-19 疫情過後差異數逐年縮小，若排除前揭非預期因素影響，本項指標保險收支餘絀預估數與實際數之差異不大。

## 5.健保會研析：

111~113年保險收支餘絀實際數與預估數之差異率(排除非預期影響因素)



近 3 年(111~113 年)保險收支餘絀實際數與預估數之差異率逐年增加，排除非預期影響因素後，差異率亦由 111 年、112 年的 3.54%、0.94%增加至 113 年的 5.49%。

惟考量前揭差異率計算公式為(差異數÷預估數)×100%，在分子不變的情況下，分母越小、差異率越大。由於 114 年餘絀預估數為-17.87 億元，致 113 年差異數雖較 111、112 年減少 170 億元以上，但差異率反而高達-1,409.95%，爰如僅觀察保險收支餘絀實際數與預估數之差異數，近 3 年逐年縮小，預估準確度已有所改善。

分析健保署提供近 3 年保險收支餘絀實際數與預估數產生差異之原因，包括：基本工資調整、軍公教調薪、因疫情趨緩致人口回流較原預估提早等因素，使一般保險費收入高於預估數。惟我國近年經濟穩定成長，政府自 106 年起，已連續 9 年調整基本工資，且軍公教人員也持續調薪，似應將前述兩項薪資調整之影響，適度納入基本推估假設為宜。

至於近 3 年補充保險費收入高於預期部分，依據健保署說明，因補充保險費收入深受景氣影響，且尚無顯著可參考的關聯性經濟領先指標，加上未來經濟情勢不確定，故健保署係採保守原則以過去成長趨勢推估。考量健保財務推估準確度將影響政策制定方向，爰建議該署未來提供健保財務收支相關數據時，附註說明預估補充保險費金額之增減對健保財務的可能影響金額，俾做為健保會委員監理相關政策之參考。

## 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：

安全準備總額折合保險給付支出月數

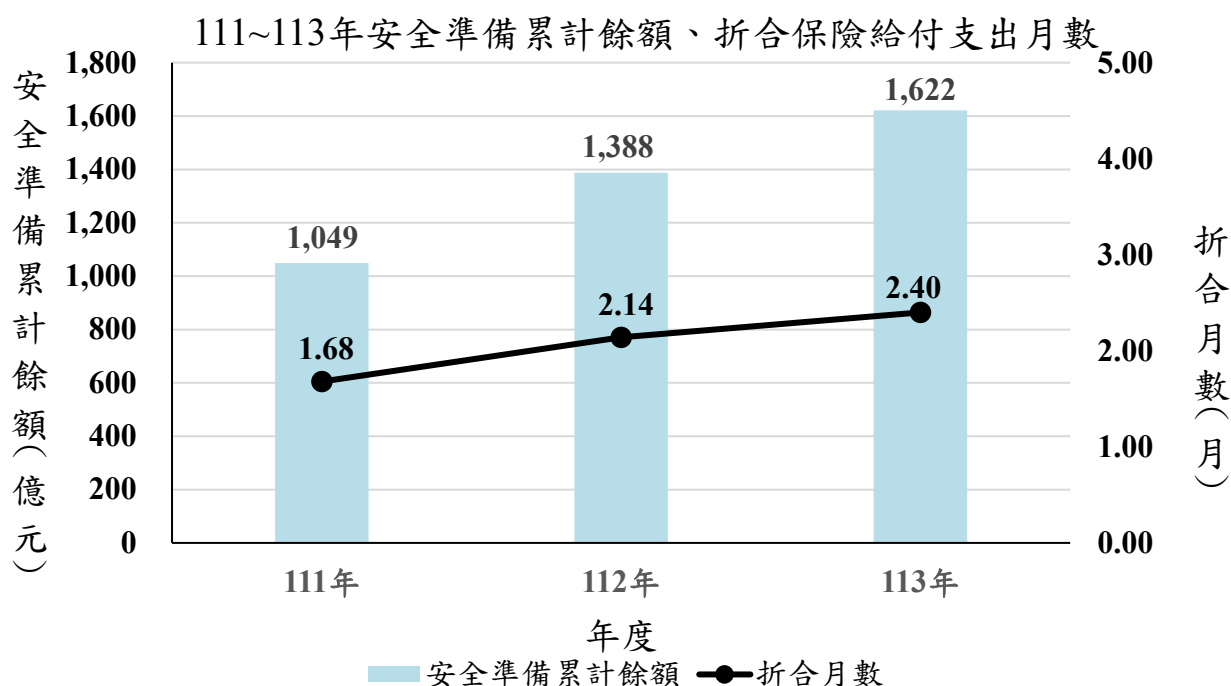
截至年度		111	112	113
參考數據	安全準備總額較前一年增減數(億元)	112.73	338.72	234.02
	安全準備累計餘額(億元)	1,049	1,388	1,622
指標結果	保險給付支出折合月數(月)	1.68	2.14	2.40

### ※健保署說明：

(1) 111~113 年為審定決算數。

(2) 111~113 年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為 1.68、2.14 及 2.40 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(111~113年)安全準備折合保險給付支出月數逐年增加，符合健保法第78條所定1~3個月之原則，健保財務穩健。近年政府為改善健保財務狀況，提出諸多政策作為，均對健保財務具有正向效果，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，針對健保法施行細則第45條政府應負擔健保費計算範圍，僅限縮在健保法規範補助之保險費，使政府撥補增加134億元；另將總額內多項屬於公共衛生及預防保健之計畫移出，改由公務預算支應；5. 政府於114年8月1日公布「因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例」，預計在114年挹注全民健康保險基金200億元。惟健保署宜持續留意健保財務收支結構之衡平性，並強化健保財務收入之成長動能，方能因應健保總額支出成長所需。

## 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：

全民健保醫療支出占 GDP 比率

年度	單位：%	
	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
111 年	3.48	3.30
112 年	3.48	3.27
113 年	3.37	3.17

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。113 年資料尚未公布。

2. GDP：行政院主計總處(114 年 8 月 15 日更新資料)。

### ※健保署說明：

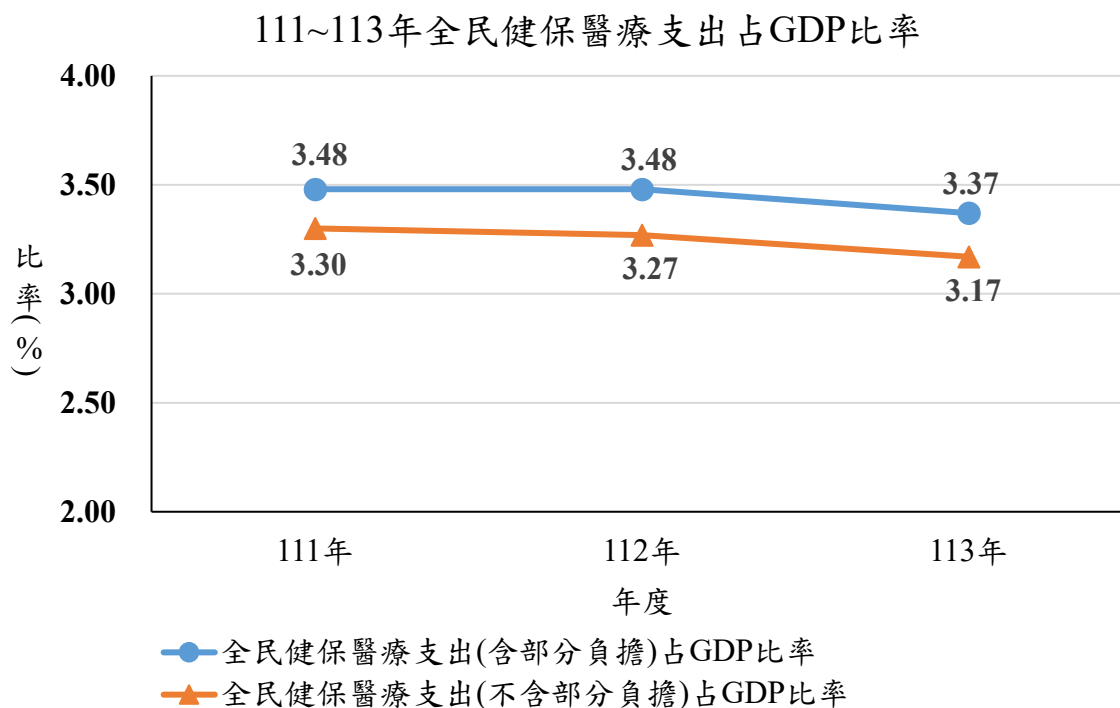
(1) 健保支出係依據全民健康保險法第61條規定，由衛生福利部衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等，報行政院核定總額協商上下限範圍後，由全民健康保險會就行政院核定之範圍，召集學者專家、醫界與付費者代表，進行各部門總額協商及分區預算分配事宜，並報衛生福利部核定。

(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%~5.5%，而近年GDP成長率(111年：4.809%、112年：3.402%、113年：8.459%)皆高於總額成長率(111年：3.320%、112年：3.323%、113年：4.700%)，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)本指標近 3 年情形：



近 3 年(111~113 年)全民健保醫療支出占 GDP 比率分別為 3.48%、3.48%及 3.37%，若將全民健保醫療支出扣除部分負擔金額，其占 GDP 比率分別為 3.30%、3.27%及 3.17%，兩者相減後可得部分負擔占比，由 111 年的 0.18%增加至 112、113 年的 0.21%、0.20%，推測可能係因 112 年 7 月 1 日起實施門診藥品及急診部分負擔新方案所致。

### (2)國際比較-以保險給付支出為比較基礎：

進一步探討各國經常性醫療保健支出(CHE)占國內生產毛額(GDP)比重情形，我國近 2 年均維持 7.3%，僅高於盧森堡，低於鄰近南韓 9.9%、日本 11.1(如表 1)。

表 1 經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

單位：%

國家	110 年	111 年	112 年
加拿大	12.4	11.2	11.2
法國	12.3	11.9	11.6
德國	12.9	12.6	11.8
日本	11.2	11.4	11.1
南韓	9.0	9.4	9.9
盧森堡	5.7	5.6	5.8
荷蘭	11.1	10.1	10.1
瑞士	12.0	11.7	12.0
平均值	10.8	10.5	10.4
<b>中華民國</b>	<b>7.1</b>	<b>7.3</b>	<b>7.3</b>

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\112 國民醫療保健支出統計表。

至公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重，我國 110~112 年分別為 61.9%、62.1%及 60.3%，低於加拿大等其他各國(如表 2)。

表 2 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	110 年	111 年	112 年
加拿大	73.0	71.2	70.5
法國	85.0	84.7	-
德國	85.5	86.7	85.9
日本	85.2	86.0	85.9
南韓	62.0	64.1	63.2
盧森堡	86.2	86.1	85.9
荷蘭	84.9	84.2	84.3
瑞士	68.7	68.5	68.5
平均值	78.8	78.9	77.7
<b>中華民國</b>	<b>61.9</b>	<b>62.1</b>	<b>60.3</b>

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\112 年國民醫療保健支出統計表。

註：法國 112 年公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重尚無資料。

近 3 年(110~112 年)我國保險給付支出占國民醫療保健支出(NHE)比率微幅下降，112 年保險給付支出占公部門經常性醫療保健支出則相較 111 年增加 3%左右(詳下表)。

單位：%

項目	110 年	111 年	112 年
保險給付支出占 NHE 比率	43.97	42.29	42.33
保險給付支出占公部門經常性醫療保健支出比率	75.78	72.33	75.30

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\112 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。

近 3 年雖全民健保醫療支出占 GDP 比率略有下降，但係因 GDP 成長率高於總額成長率所致，近年政府持續挹注更多公務預算，擴大健康投資、精進全民健保及醫療制度、積極改善醫療環境及點值，展現出實現「健康台灣」願景的堅定決心與具體行動。

## 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。

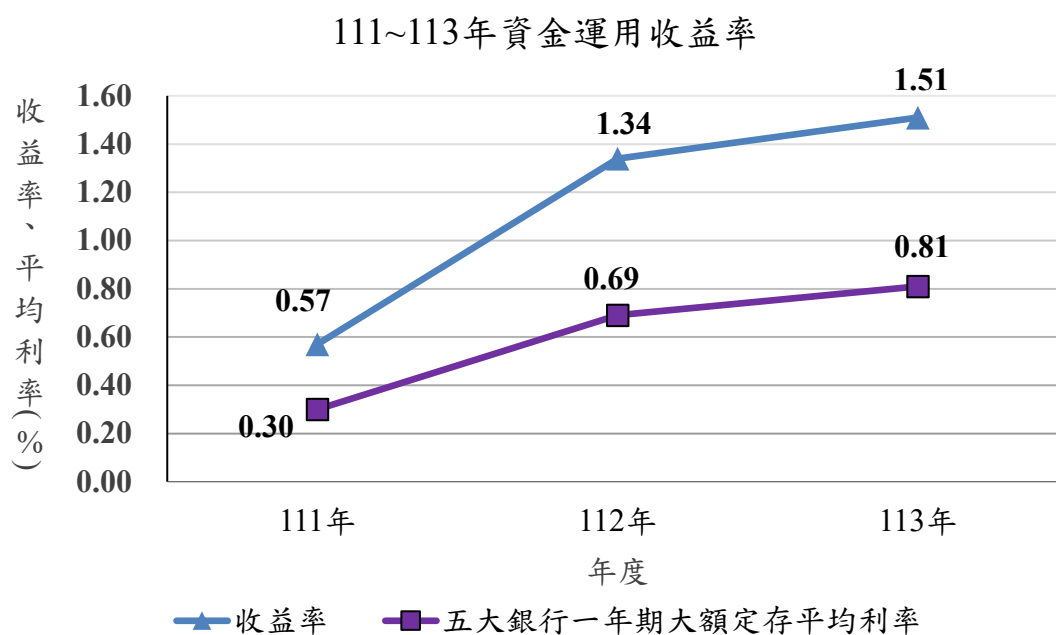
### 4. 健保署提報監測結果：

資金運用收益率				
項目		111 年	112 年	113 年
日平均營運量(億元)		1,745.78	1,868.53	2,340.89
參考	運用收益(億元)	9.93	24.98	35.46
數據	五大銀行 1 年期大額定存 平均利率(%)	0.30	0.69	0.81
指標 結果	收益率(%)	0.57	1.34	1.51

### ※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 111~113 年五大銀行一年期大額定存平均利率分別為 0.30%、0.69%及 0.81%，而健保資金運用收益率為 0.57%、1.34%及 1.51%，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(111~113年)資金運用收益率微幅上升，由0.57%逐年增加到1.34%、1.51%。健保基金雖屬隨收隨付制，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，強化投資策略，提升投資績效。

## 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：

保費收繳率

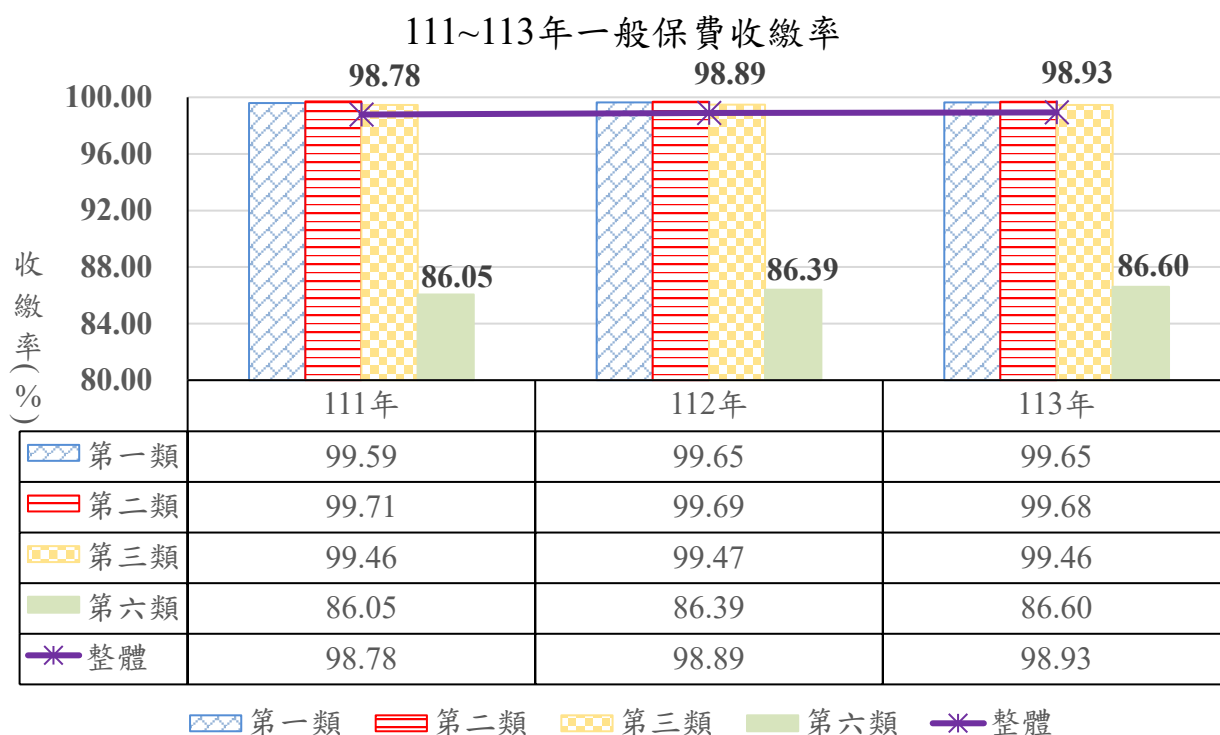
單位：%

投保單位及 保險對象	111 年	112 年	113 年
第一類	99.59	99.65	99.65
第二類	99.71	99.69	99.68
第三類	99.46	99.47	99.46
第六類	86.05	86.39	86.60
整體	98.78	98.89	98.93

### ※健保署說明：

- (1)111~113 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。
- (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，與強化催收及移送行政執行之成果。

## 5.健保會研析：



近3年(111~113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。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86.05%、86.39%、86.60%，健保署說明持續結合各界資源協助繳納弱勢者欠費，且113年相較112、111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：

呆帳提列數與保費收入數之比率

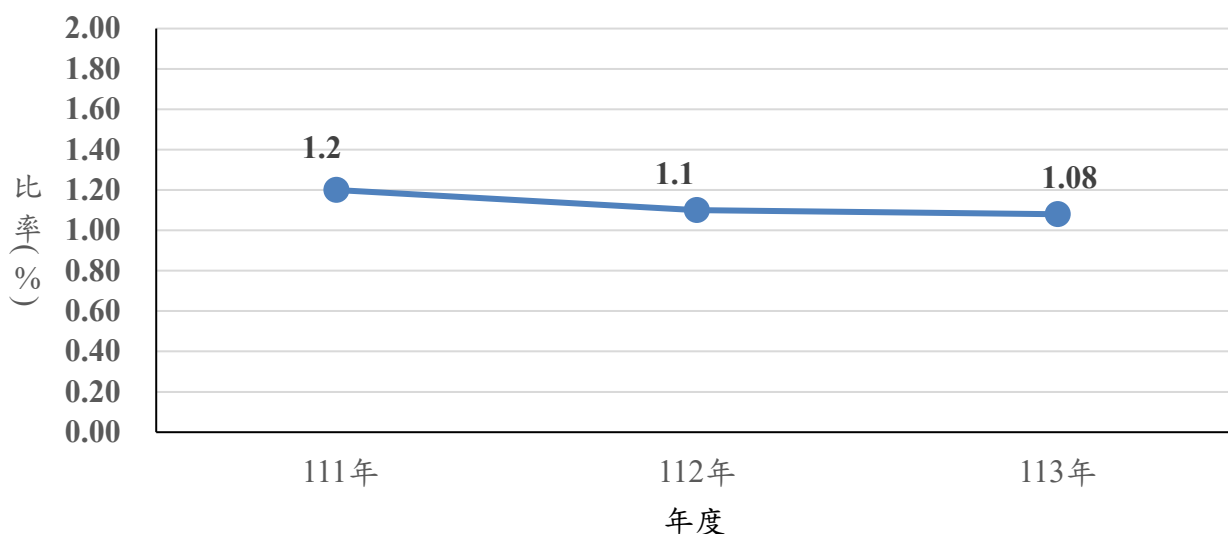
單位：%		
111 年	112 年	113 年
1.2	1.1	1.08

### ※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。111 年呆帳金額 53.37 億元，112 年減少至 52.37 億元，113 年呆帳金額為 51.49 億元，爰本指標略有下降趨勢。

### 5. 健保會研析-近 3 年趨勢評析：

111~113 年呆帳提列數與保費收入數之比率



近3年(111~113年)呆帳提列數與保費收入數之比率呈微幅下降趨勢(從1.2%降為1.08%)，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。

健保呆帳金額為健保會委員監理健保財務之關切重點，近3年投保單位及保險對象一般保費收入數分別為4,339.35億元、4,610.69億元、4,785.41億元，平均成長率3.81%；呆帳金額分別為53.37億元、52.37億元、51.49億元，平均成長率-1.57%。肯定健保署在一般保費收入數逐年成長情況下，仍能努力逐年減少呆帳提列數。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	1.計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床(均含收差額病床)，惟不含安寧病床 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料	院所營運效率/國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	半年	1.計算公式： 分子：急診病人留置超過24小時人次 分母：急診總人次 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料	急診照護效率
	1.3 癌末病人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	1.計算公式： 癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數 2.增列之資料：有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間(如1個月)，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前6個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，及「每人平均前5項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」。	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	半年	1.計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) 分母：門診總案件數(不含門診透析)	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率			2.初級照護定義：詳第 94 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。	
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	季	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 96 頁之指標定義) 分母：所有住院手術病人數	住院照護安全性
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	2.3 照護連續性	年	1.計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ N = 病患就醫總次數 n <sub>i</sub> = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義) 2.資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫) 3.排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差 4.歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值	評估整合性連續照護之品質
	2.4 護理人力指標 - 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×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」、「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			數。 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昇計畫(IDS)之地區 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	1.整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量 2.各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量	民眾自付醫材差額之升降趨勢
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	季	分子：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數 分母：保險收支餘絀預估數 保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)	收支餘絀預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	1.計算公式： 分子：安全準備總額 分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數 2.增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數、年底安全準備累計餘額	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	1.計算公式： 分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 2.結果呈現：「含/不含部分負擔」全民健保醫療支出總額	健保支出成長趨勢
	5.4 資金運用收益率	季	分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量	資金管理效率
	5.5 保費收繳率	年	1.計算公式： 分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數	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			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	
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	年	分子：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數 分母：投保單位及保險對象本年度一般保費收入數	監理呆帳提列情形

## 參考資料二 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： 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	①藥品費用占率： 分子：藥品申報醫療點數 ②藥品費用超過或未達目標總額之百分率： 分子： $(\text{本年藥品費用發生數}-\text{目標總額數})\times 100\%$
分母	①藥品費用占率： 分母：整體申報醫療點數 ②藥品費用超過或未達目標總額之百分率： 分母：藥品目標總額數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	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。 ②新藥(如 C 肝新藥)獨立管控，得不列入計算。

## 1.7

指標名稱	健保專案計畫之執行成效
分子	(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 (2)專案計畫之 KPI 達成率： 分子：各部門擇一計畫 KPI(含經費)達成數
分母	(1)本年度進場、退場之專案計畫占率： 分母：本年度進行之專案計畫總數 (2)專案計畫之 KPI 達成率： 分母：各部門擇一計畫 KPI(含經費)總數
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<math>\leq 3</math>次且<math>\geq 100</math>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<math>\times</math>占床率<math>\times 3</math>)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	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。 2.醫師數係指該年12月之醫師數。 3.人數係指該年12月之各鄉鎮市區人數。

### 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	1.醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之地區。 2.山地離島地區為「執行山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)」之地區。 3.資料範圍：總額內案件(不含健保署代辦項目)。

## 4.3

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

## 五、財務構面

### 5.1

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

### 5.2

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

## 5.3

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

## 5.4

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

## 5.5

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

## 5.6

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

參考資料三 監理指監測結果報表(109 年起)

構面	監理指標			提報時程	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	113上		113下		113全年
					109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4		112Q1	112Q2	112Q3	112Q4		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	
(一)效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	7.54		7.36		7.44	7.65		7.63		7.64	7.65		7.25		7.44	7.28		7.23		7.25	7.21		7.24		7.22	
		(2)醫學中心		7.38		7.17		7.27	7.47		7.41		7.44	7.37		7.01		7.18	7.02		6.96		6.99	6.92		6.93		6.92	
		(3)區域醫院		7.31		7.17		7.24	7.42		7.42		7.42	7.46		7.07		7.26	7.09		7.07		7.08	7.02		7.08		7.05	
		(4)地區醫院		8.40		8.18		8.28	8.49		8.48		8.49	8.57		8.07		8.31	8.21		8.08		8.14	8.35		8.31		8.33	
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	2.08%		2.56%		2.32%	2.43%		2.58%		2.51%	2.30%		2.84%		2.56%	3.27%		3.38%		3.32%	3.52%		3.85%		3.68%	
		(2)醫學中心		5.57%		6.68%		6.14%	6.60%		7.10%		6.85%	6.08%		6.63%		6.36%	7.13%		7.23%		7.18%	7.40%		8.07%		7.73%	
		(3)區域醫院		1.16%		1.47%		1.32%	1.35%		1.34%		1.35%	1.45%		2.07%		1.76%	2.63%		2.76%		2.69%	2.98%		3.20%		3.08%	
		(4)地區醫院		0.35%		0.47%		0.41%	0.56%		0.62%		0.59%	0.61%		0.93%		0.77%	1.00%		0.94%		0.97%	0.71%		0.66%		0.69%	
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	—		—		40.2萬點	—		—		40.2萬點	—		—		40.1萬點	—		—		39.8萬點	—		—		39.7萬點		
	4.區域醫院以上初級門診照護率	半年	16.48%		17.54%		17.04%	16.47%		16.97%		16.73%	16.75%		17.64%		17.21%	17.92%		18.09%		18.01%	18.28%		18.45%		18.37%		
	5.西醫基層醫院門診服務占率	(1)病人數占率	半年(季呈現)	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%	83.17%	81.87%	80.84%	81.46%	92.01%	
		(2)件數占率	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%	49.26%	50.84%	51.74%	50.93%	62.20%		
	6.藥品費用占率	(1)藥品費用占率	半年	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%	65.94%	63.75%	62.66%	63.91%	64.09%	
(2)醫院總額		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%	36.54%	35.71%	36.97%	34.94%	36.01%	34.06%	36.25%	37.34%	36.09%	35.91%		
(1)整體		27.98%		27.08%		27.52%	28.91%		28.39%		28.65%	27.80%		26.88%		27.32%	27.43%		27.28%		27.35%	27.59%		27.83%		27.71%			
(2)醫學中心		36.57%		35.65%		36.08%	38.47%		37.60%		38.02%	36.97%		36.02%		36.48%	35.69%		35.54%		35.61%	35.84%		36.17%		36.01%			
(3)區域醫院		29.96%		28.41%		29.16%	30.42%		29.71%		30.06%	29.41%		28.84%		29.12%	28.81%		28.58%		28.69%	28.94%		29.29%		29.12%			
(4)地區醫院		23.68%		22.65%		23.14%	24.17%		23.91%		24.04%	23.82%		23.65%		23.73%	23.65%		23.57%		23.61%	23.28%		23.13%		23.20%			
(5)基層院所		19.08%		18.47%		18.78%	19.33%		19.18%		19.26%	18.70%		18.00%		18.32%	19.47%		19.17%		19.32%	19.31%		19.06%		19.19%			
7.健保專案計畫之執行成效	(1)本年度進場、退場之專案計畫	年	—		—		4.4%	—		—		與111年合併	—		—		4.5%	—		—		2.9%	—		—		2.4%		
	(2)專案計畫之KPI達成率		—		—		—	—		—		—	—		—		—	—		—		—	—		—		—		
(二)醫療品質	1.手術傷口感染率			半年	1.24%		1.16%		1.24%	1.22%		1.21%		1.26%	1.20%		1.19%		1.24%	1.10%		1.18%		1.19%	1.14%		1.19%		1.21%
	2.糖尿病品質支付服務之照護率			半年	56.46%		58.32%		58.3%	58.86%		59.89%		59.9%	59.6%		60.9%		60.9%	61.0%		62.4%		62.4%	62.8%		64.0%		64.0%
	3.照護連續性			年	—		—		0.422	—		0.436		—		—		42.4%	—		—		40.3%	—		—		0.405	
	4.護理人力指標－急性病房全日平均護病比占率分布	(1)醫學中心	(自106年5月起範圍改為<7)	半年	42.0%		10.7%		26.3%	40.0%		49.3%		44.7%	52.7%		32.7%		42.7%	17.3%		3.3%		10.3%	9.3%		7.7%		8.5%
			(自106年5月起範圍改為7.0-7.4)		29.3%		38.7%		34.0%	24.0%		38.0%		31.0%	32.7%		37.3%		35.0%	26.7%		28.7%		27.7%	24.7%		29.8%		27.3%
			< 8(自106年5月起範圍改為7.5-7.9)		26.0%		40.7%		33.3%	28.0%		7.3%		17.7%	10.7%		22.0%		16.3%	40.7%		52.0%		46.3%	42.6%		36.9%		39.7%
			8.0-8.4		2.7%		10.0%		6.3%	8.0%		5.3%		6.7%	4.0%		8.0%		6.0%	10.7%		11.3%		11.0%	13.6%		22.6%		18.2%
			8.5-8.9		0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	4.7%		4.7%		4.7%	9.9%		1.2%		5.5%
			≥ 9		0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%
			(自106年5月起範圍改為<10)		73.8%		63.0%		68.4%	74.1%		79.9%		77.0%	81.2%		76.4%		78.8%	60.4%		56.0%		58.2%	58.6%		65.2%		61.9%
		(2)區域醫院	(自106年5月起範圍改為10.0-10.4)		10.3%		15.3%		12.8%	10.0%		7.7%		8.8%	6.7%		8.4%		7.6%	15.5%		17.3%		16.4%	13.6%		12.6%		13.1%
			< 11(自106年5月起範圍改為10.5-10.9)		6.9%		10.0%		8.4%	7.1%		6.7%		6.9%	4.2%		5.6%		4.9%	12.7%		14.8%		13.7%	11.4%		10.8%		11.1%
			11.0-11.4		2.7%		4.0%		3.4%	2.9%		2.1%		2.5%	2.5%		2.5%		2.5%	2.8%		5.5%		4.2%	7.9%		4.6%		6.2%
11.5-11.9			5.9%		7.5%		6.7%	5.4%		3.4%		4.4%	5.0%		5.9%		5.5%	6.8%		6.1%		6.4%	7.4%		6.4%		6.9%		
≥ 12			0.4%		0.2%		0.3%	0.6%		0.2%		0.4%	0.4%		1.1%		0.8%	1.7%		0.4%		1.0%	1.1%		0.4%		0.7%		
(自106年5月起範圍改為<13)			86.6%		87.6%		87.1%	86.5%		85.9%		86.2%	85.3%		87.7%		86.5%	86.4%		85.9%		86.1%	83.9%		83.3%		83.6%		
(自106年5月起範圍改為13.0-13.4)			2.0%		2.2%		2.1%	2.4%		2.6%		2.5%	2.2%		1.4%		1.8%	1.6%		1.8%		1.7%	1.6%		2.3%		2.0%		
(3)地區醫院		< 14(自106年5月起範圍改為13.5-13.9)	1.5%		1.7%		1.6%	1.8%		1.7%		1.7%	1.5%		1.3%		1.4%	1.4%		1.8%		1.6%	1.5%		1.9%		1.7%		
		14.0-14.4	1.9%		2.0%		1.9%	1.6%		1.0%		1.3%	1.1%		0.8%		1.0%	1.8%		1.5%		1.6%	2.0%		1.6%		1.8%		
		14.5-14.9	1.2%		1.2%		1.2%	1.0%		0.9%		1.0%	1.2%		1.1%		1.1%	1.4%		1.5%		1.4%	1.8%		1.9%		1.9%		
		≥ 15.0	1.4%		1.4%		1.4%	1.5%		1.2%		1.4%	1.4%		0.8%		1.1%	0.8%		0.8%		0.8%	0.3%		0.3%		0.3%		
		未填或護病比為0	5.5%		3.9%		4.7%	5.1%		6.7%		5.9%	7.2%		6.9%		7.1%	6.8%		6.8%		6.8%	8.9%		8.6%		8.8%		

構面	監理指標		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	113上		113下		113全年
			109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		111Q1	111Q2	111Q3	111Q4		112Q1	112Q2	112Q3	112Q4		113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	
(三)效果	1.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	(1)醫院		—			96.00%		—			93.90%		—			94.10%		—			94.10%		—			94.10%
		(2)西醫基層		—			97.20%		—			95.00%		—			94.20%		—			95.20%		—			96.40%
		(3)牙醫門診		—			96.70%		—			95.50%		—			95.30%		—			95.50%		—			96.30%
		(4)中醫門診		—			95.80%		—			94.50%		—			94.70%		—			94.80%		—			95.30%
(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			—			0.14%		—			0.13%		—			0.12%		—			0.13%		—			更新中
	3.出院後3日內再急診比率			—			1.90%		—			1.93%		—			1.82%		—			1.96%		—			1.96%
	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	(1)醫院		—			83.29		—			90.13		—			95.81		—			93.77		—			82.95
		(2)西醫基層		—			2.40		—			2.45		—			2.47		—			2.46		—			2.54
		(3)牙醫門診		—			13.87		—			15.13		—			14.43		—			14.57		—			9.17
		(4)中醫門診		—			8.29		—			9.51		—			9.45		—			8.93		—			14.60
	2.一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	(1)醫院	一般地區		—		52.36%		—			51.23%		—			54.18%		—			55.71%		—			55.71%
			醫療資源不足		—		56.65%		—			55.51%		—			56.74%		—			58.65%		—			58.65%
			山地離島地區		—		58.63%		—			57.85%		—			60.26%		—			62.38%		—			62.41%
		(2)西醫基層	一般地區		—		78.88%		—			76.26%		—			78.31%		—			82.78%		—			82.78%
			醫療資源不足		—		79.99%		—			77.62%		—			78.94%		—			82.80%		—			82.80%
			山地離島地區		—		84.28%		—			82.97%		—			83.84%		—			87.20%		—			87.02%
		(3)牙醫門診	一般地區		—		46.36%		—			45.00%		—			46.46%		—			48.80%		—			48.80%
			醫療資源不足		—		31.77%		—			31.09%		—			31.92%		—			33.37%		—			39.22%
			山地離島地區		—		41.54%		—			40.47%		—			41.10%		—			42.75%		—			42.65%
		(4)中醫門診	一般地區		—		25.18%		—			22.91%		—			27.64%		—			28.56%		—			28.56%
			醫療資源不足		—		18.83%		—			16.88%		—			20.03%		—			21.20%		—			24.78%
			山地離島地區		—		22.63%		—			20.72%		—			24.26%		—			24.38%		—			24.42%
	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(1)整體		0.0422%		0.0471%	0.0448%		0.0429%		0.0469%	0.0449%		0.0514%		0.0531%	0.0523%		0.0554%		0.0548%	0.0551%		0.0565%		0.0572%	0.0569%
		(2)個別項目	特殊功能人工水晶體		38.2%		39.9%		39.1%		40.8%	41.4%		44.1%		45.0%	44.5%		46.9%		47.5%	47.2%		48.8%		49.7%	49.2%
			特殊材質人工髖關節		26.9%		29.9%		28.5%		27.2%	28.9%		29.0%		31.8%	30.4%		31.5%		31.7%	31.6%		30.6%		32.2%	31.3%
			特殊功能人工心律調節器		42.1%		43.0%		42.6%		44.9%	46.2%		47.7%		48.6%	48.2%		49.4%		49.3%	49.3%		48.8%		49.1%	49.1%
			冠狀動脈塗藥支架		65.3%		67.1%		66.3%		67.9%	68.4%		69.5%		70.9%	70.2%		72.1%		72.5%	72.3%		72.5%		73.8%	73.1%
			特殊材質生物組織心臟瓣膜		41.6%		37.2%		39.3%		44.3%	39.4%		42.5%		43.5%	43.0%		41.9%		42.0%	42.0%		40.9%		45.4%	43.2%
			義肢		11.7%		5.5%		8.4%		5.3%	5.7%		1.7%		2.9%	2.4%		3.3%		6.0%	4.8%		4.2%		3.9%	4.1%
			腦脊髓液分流系統		80.9%		82.9%		81.9%		83.2%	82.7%		83.1%		58.5%	70.5%		13.0%		10.9%	12.0%		10.8%		7.6%	9.2%
			治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		34.0%		37.7%		35.6%		38.7%	39.6%		39.4%		43.5%	41.2%		41.1%		43.4%	42.1%		43.9%		49.2%	46.2%
			治療複雜性心臟不整脈特殊功能導管		27.2%		37.2%		32.9%		42.3%	45.7%		50.9%		54.8%	53.0%		60.2%		58.0%	59.0%		48.4%		45.7%	46.9%
			特殊功能及材質髓內釘組		61.9%		59.5%		60.8%		62.0%	64.0%		75.9%		77.2%	76.5%		77.6%		78.3%	77.9%		79.5%		79.2%	79.3%
(五)財務	1.保險收支餘絀	(1)實際數(億元)	-74.75	-245.77	-389.30	-676.07	-676.07	-7.91	-10.44	-67.37	-155.15	-155.15	87.73	-24.44	-17.48	112.73	112.73	184.78	227.70	281.10	338.72	338.72	45.79	288.03	332.58	234.02	234.02
		(2)預估數(億元)	-86.40	-324.24	-439.51	-675.58	-675.58	63.13	-35.32	-56.51	-240.49	-240.49	18.56	-97.93	-172.89	-323.08	-323.08	108.68	134.20	24.73	-89.23	-89.23	-4.54	35.97	40.52	-17.87	-17.87
		(3)兩者之差異率	-13.49%	-24.20%	-11.42%	0.07%	0.07%	-112.53%	-70.44%	19.21%	-35.49%	-35.49%	372.59%	-75.05%	-89.89%	-134.89%	-134.89%	70.02%	69.68%	1036.83%	-479.60%	-479.60%	-1,107.75%	700.69%	720.71%	-1,409.95%	-1,409.95%
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數		3.06	2.71	2.42	1.88	1.88	1.85	1.83	1.71	1.55	1.55	1.64	1.47	1.47	1.68	1.68	1.96	2.01	2.08	2.14	2.14	2.19	2.57	2.62	2.40	2.40
	3.全民健保醫療支出占GDP比率	(1)含部分負擔全民健保醫療支出總額		—			3.71%		—			3.55%		—			3.48%		—			3.46%		—			113年資料尚未公布
		(2)不含部分負擔全民健保醫療支出總額		—			3.51%		—			3.37%		—			3.30%		—			3.26%		—			113年資料尚未公布
	4.資金運用收益率		0.64%	0.61%	0.55%	0.53%	0.59%	0.36%	0.34%	0.30%	0.32%	0.33%	0.35%	0.43%	0.69%	0.85%	0.57%	1.25%	1.35%	1.34%	1.40%	1.34%	1.44%	1.48%	1.52%	1.60%	1.51%
	5.保費收繳率			—			98.61%		—			98.63%		—			98.78%		—			98.89%		—			98.93%
	6.呆帳提列數與保費收入數之比率			—			1.31%		—			1.27%		—			1.2%		—			1.1%		—			1.08%

- 註：
- 「—」代表無須呈現之資料。
  - 各項指標監測結果除按時程呈現外，為利未來進行年度比較，一併呈現年度值。
  - 105年全面改以ICD-10-CM/PCS疾病編碼，104年以前以ICD-9-CM疾病編碼進行統計。
  - 指標3.1「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」，106年起考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，予以精簡只保留治療結果滿意度，指標名稱已修正為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。
  - 指標1.6「藥品費用占率」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。