



# 全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

106.4.28



# 全民健康保險業務監理指標

- 依據衛福部健保會第1屆103年第5次委員會議通過之「全民健康保險業務監理與指標」，指標項目共計27項：

構面	監理指標
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級) *
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級) *
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數 *
	4.高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
	5.區域醫院以上初級門診照護率 *
	6.各層級醫院服務量占率 *
	7.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	8.藥品費用占率
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率 *
	2.急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案) *
	3.糖尿病品質支付服務之照護率 *
	4.照護連續性
	5.醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級) *
	6.護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布 *

構面	監理指標
(三) 效果	1.未滿月新生兒死亡率
	2.孕產婦死亡率
	3.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)
(四) 公平	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) *
	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)
	3.家庭自付醫療保健費用比率
	4.自付差額特材占率(整體及各類別項目)
(五) 財務	1.保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數
	3.健保費成長率與GDP成長率比值
	4.全民健保醫療支出占GDP比率
	5.國民醫療保健支出占GDP比率
	6.資金運用收益率

\* 為104年12月25日第2屆104年第11次委員會議修正之指標，共計11項。

## 效率指標：8項

- 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
- 區域醫院以上初級門診照護率
- 各層級醫院服務量占率
- 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 藥品費用占率

# 急性病床平均住院天數 (整體及各層級)

- 計算方式：急性病床住院日數/急性病床住院申請件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

102年-105年6月急性病床平均住院天數

層級\年度	102年	103年	104年	105年 1-6月
醫院	7.79	7.72	7.58	7.55
醫學中心	7.93	7.83	7.66	7.65
區域醫院	7.42	7.36	7.26	7.22
地區醫院	8.52	8.48	8.30	8.29

- ◎資料來源:中央健康保險署二代倉儲住院明細、醫令檔。資料擷取日期：105.11.30。
- ◎資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、就醫同時併開立B型或C型肝炎用藥及代辦案件。
- ◎住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
- ◎平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

# 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)

- 計算方式：急診置留>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 指標數值：

## 急診置留超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診置留超過24小時之件數	
	值	值	占率
102年	6,800,650	198,978	2.93%
103年	7,015,382	212,113	3.02%
104年	7,172,514	197,666	2.76%
105年1-6月	3,965,932	107,391	2.71%

## 急診置留超過24小時比率(特約類別)

年度別/特約類別	急診總件數	急診置留超過24小時之件數		
	值	值	占率	
102年	醫學中心	1,835,114	139,291	7.59%
	區域醫院	3,455,464	53,086	1.54%
	地區醫院	1,510,072	6,601	0.44%
103年	醫學中心	1,891,828	143,674	7.59%
	區域醫院	3,601,335	61,477	1.71%
	地區醫院	1,522,219	6,962	0.46%
104年	醫學中心	1,934,625	137,044	7.08%
	區域醫院	3,669,512	52,075	1.42%
	地區醫院	1,568,377	8,547	0.54%
105年 1-6月	醫學中心	1,050,288	70,252	6.69%
	區域醫院	2,050,657	31,223	1.52%
	地區醫院	845,852	5,881	0.70%

### 醫院檢傷分類分級比率統計表

年度別	層級別	一級	二級	三級
102年	醫學中心	3.4%	17.4%	63.1%
	區域醫院	2.2%	10.2%	65.8%
	地區醫院	1.3%	5.2%	47.8%
	合計	2.3%	11.0%	61.0%
103年	醫學中心	3.4%	17.1%	65.1%
	區域醫院	2.3%	10.2%	66.8%
	地區醫院	1.5%	5.4%	48.4%
	合計	2.3%	11.0%	61.0%
104年	醫學中心	3.2%	16.5%	67.8%
	區域醫院	2.3%	10.3%	68.0%
	地區醫院	1.4%	5.0%	50.1%
	合計	2.3%	10.8%	64.1%
105年1-6月	醫學中心	3.5%	15.2%	69.0%
	區域醫院	2.4%	8.9%	68.1%
	地區醫院	1.4%	4.4%	48.1%
	合計	2.4%	9.6%	63.8%

# 癌末病人生前6個月 每人申報醫療費用點數

- 計算方式：癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

近3年因癌症死亡病人生前6個月醫療概況 - 【門住合計】

費用年/ 半年別	癌症死亡人數		癌症病人生前6個月醫療利用					
			就醫人數		醫療點數		每人醫療點數	
	值 (人)	成長率 (%)	值 (人)	成長率 (%)	值 (百萬點)	成長率 (%)	值 (萬點)	成長率 (%)
102年	44,791	2.58	44,567	2.48	16,877.85	5.59	37.9	3.03
103年	46,095	2.91	45,819	2.81	17,387.10	3.02	37.9	0.20
104年	46,829	1.59	46,551	1.60	17,854.28	2.69	38.4	1.07

註：105年死因檔尚未整檔完成，爰無法提供105年上半年統計結果。



# 高診次保險對象輔導後 就醫次數下降比率

- 計算方式：輔導全年門診就醫次數 $\geq 90$ 次之保險對象後平均就醫次數 - 輔導前同期平均就醫次數 / 輔導前同期平均就醫次數
- 監理重點：資源利用之管控結果。
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	門診就醫次數 $\geq 90$ 次個案數	就醫次數與輔導前同期下降比率
102年	46,781人	下降22%
103年	42,984人	下降20%
104年	46,285人	下降20%
105年(1-10月)	47,254人	下降19%

註：104年門診高利用個案47,254人經105年1-10月輔導後，較104年同期下降率為19%（輔導前每人平均就醫次數為89.79次，輔導後就醫次數降為72.72次），全年成效須俟106年2月後始有資料提報。

## 區域醫院以上初級門診照護率

- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

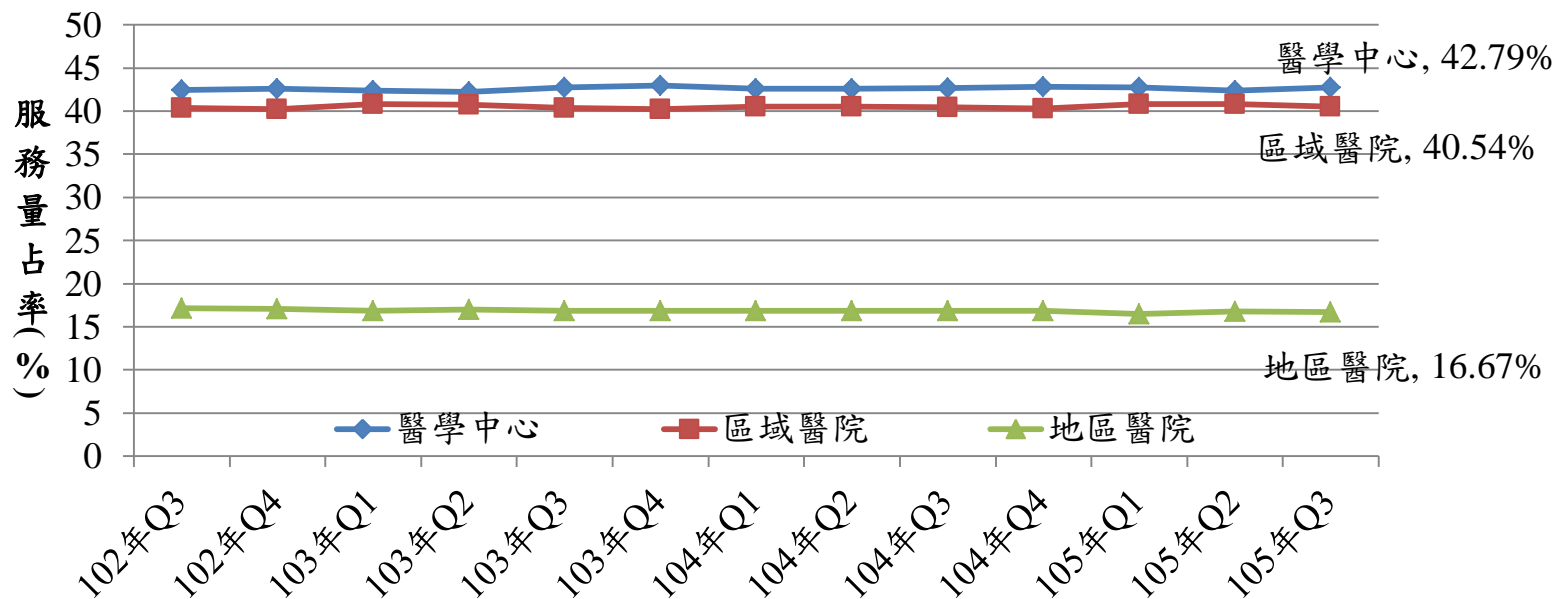
單位：%

年度	醫院				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
102年	14.24	19.78	34.66	22.33	17.41
103年	13.78	19.47	33.85	21.75	17.03
104年	12.68	19.12	33.07	21.00	16.35

註：本指標俟初級照護案件之定義與醫界達初步共識後再行提供105年統計資料。

# 各層級醫院服務量占率

- 計算方式：該層級服務量占率=該層級醫療點數/醫院整體醫療點數
- 監理重點：資源分配及平衡醫院層級發展之考量
- 監測期程：每季
- 指標數值：

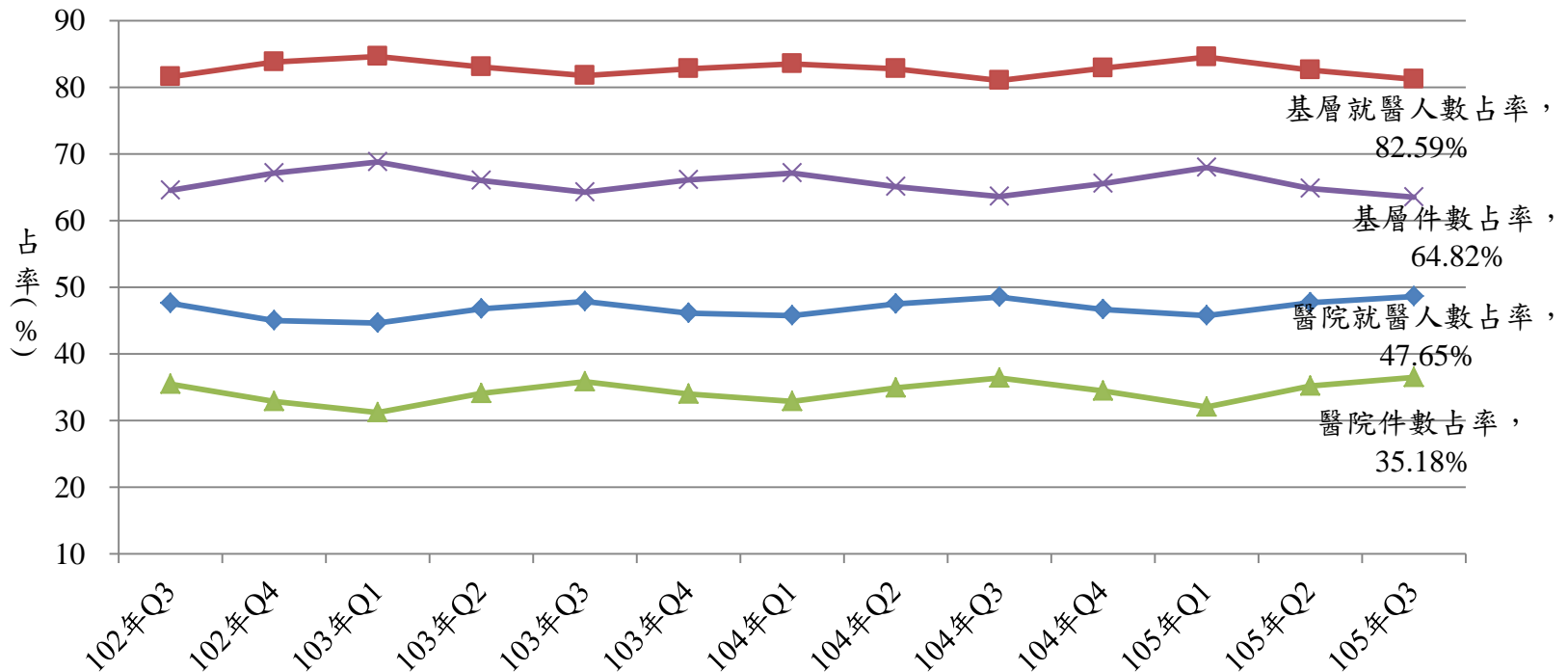


註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診、交付、住院明細檔 (105.11.21擷取)

1. 本表取權屬別為醫院且屬於醫院總額(不含透析)且不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件、PRE-ESRD計畫之案件。
2. 醫療點數：申請點數 + 部分負擔金額，含交付機構。
3. 層級別：以案件申報之特約類別 (HOSP\_CNT\_TYPE) 歸類，但權屬別為醫院且特約類別為基層院所者，歸回地區醫院計算。

# 西醫基層與醫院門診服務 病人數、件數占率

- 計算方式：病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數  
件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數
- 監理重點：就醫變動性
- 監測期程：每季



註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細檔 (105.11.21擷取)

1. 資料範圍：西醫基層與醫院總額 (含透析) 案件。
2. 本表不含本屬代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 件數：「轉代檢」、「補報」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」之申報案件不計。

# 藥品費用占率

- 計算方式：1.藥品申報醫療點數/整體申報醫療點數  
2.醫療點數含交付機構
- 監理重點：藥品使用情形
- 指標數值：

費用年	藥費占率	藥費占率			
		平均值	標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差
101年上半年	24.99%				
101年下半年	25.22%				
102年上半年	26.02%				
102年下半年	26.26%				
103年上半年	26.44%	25.80%	0.47%	(26.51% · 25.10%)	(26.75% · 24.86%)
103年下半年	25.83%				
104年上半年	26.00%				
104年下半年	25.55%				
105年上半年	25.93%				

- 指標及指標值意義說明：
  - 指標意義：  
指標用來呈現全民健保下，藥品申報醫療點數占率，是否過高，以評估全民健保執行之效率。
  - 指標值意義：  
由101年上半年到105年上半年近五年資料顯示，103年上半年是歷次資料中最高者。惟103年上半年數值仍在歷年平均值±2\*標準差範圍內。

## 醫療品質指標：6項

- 手術傷口感染率
- 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)
- 糖尿病品質支付服務之照護率
- 照護連續性
- 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)
- 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

# 手術傷口感染率

- 計算方式：手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數
  - 手術傷口感染定義：任一次診斷ICD-9-CM前4碼為996.6、998.1、998.3、998.5或(I CD-10-CM碼：略)
  - 手術定義：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，醫令代碼前2碼為62-97者。
- 監理重點：住院照護安全性。
- 指標數值：

年度	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差
101年上半年	1.08%	0.48%	1.62%	0.00%	2.91%	0.00%	3.72%
101年下半年	1.27%	0.53%	1.47%	0.00%	2.74%	0.00%	3.47%
102年上半年	1.29%	0.47%	1.07%	0.00%	2.08%	0.00%	2.61%
102年下半年	1.35%	0.59%	1.49%	0.00%	2.83%	0.00%	3.57%
103年上半年	1.26%	0.53%	1.24%	0.00%	2.39%	0.00%	3.01%
103年下半年	1.36%	0.59%	1.25%	0.00%	2.47%	0.00%	3.09%
104年上半年	1.33%	0.52%	1.09%	0.00%	2.16%	0.00%	2.70%
104年下半年	1.31%	0.53%	1.09%	0.00%	2.17%	0.00%	2.71%
105年上半年	1.24%	0.50%	1.04%	0.00%	2.06%	0.00%	2.58%

- 指標及指標值意義說明：105年上半年較去年同期值，略為下降。

# 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)

- 計算方式：分母中之死亡個案數/18歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患
  - 急性心肌梗塞：主診斷前3碼為急性心肌梗塞(ICD-9-CM前三碼=410或ICD-10-CM前三碼為'I21-I22')。
  - 死亡：門住診勾稽承保資料保險對象資訊檔註記為死亡者及住院之轉歸代碼為4(死亡)、A(病危自動出院)，也視為死亡。
- 監理重點：急性照護品質/觀察整體趨勢
- 指標數值：

年度	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值±1.5*標準差		平均值±2*標準差	
101年上半年	9.20%	16.05%	29.14%	0.00%	59.76%	0.00%	74.33%
101年下半年	8.17%	11.48%	23.55%	0.00%	46.81%	0.00%	58.58%
102年上半年	8.47%	12.31%	24.33%	0.00%	48.81%	0.00%	60.97%
102年下半年	7.53%	11.76%	24.48%	0.00%	48.48%	0.00%	60.72%
103年上半年	7.69%	10.11%	21.35%	0.00%	42.14%	0.00%	52.81%
103年下半年	6.03%	8.9%	20.87%	0.00%	40.21%	0.00%	50.64%
104年上半年	6.67%	9.74%	22.82%	0.00%	43.97%	0.00%	55.38%
104年下半年	4.86%	7.12%	19.47%	0.00%	36.32%	0.00%	46.06%
105年上半年	6.98%	10.13%	21.09%	0.00%	41.77%	0.00%	52.31%

- 指標及指標值意義說明：105年上半年較去年同期值，略為上升。

備註：105年起改用ICD-10診斷碼。



## 糖尿病品質支付服務之照護率

- 計算方式：  
分母中有申報管理照護費人數/符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
102年	31.8%	44.7%	35.3%	23.1%	35.1%
103年	35.9%	47.1%	40.3%	25.6%	38.5%
104年	38.2%	49.5%	43.3%	27.3%	41.1%
105年1-6月	40.4%	53.1%	48.8%	31.9%	44.6%

## 照護連續性

- 計算方式：

$COCI =$

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

N = 病患就醫總次數

$n_i$  = 病患在個別院所之就醫次數

M = 就診院所數

- 監理重點：整合性照護品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	102年	103年	104年
平均每人門診照護連續性	0.404	0.403	0.401

## 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)<sup>1/2</sup>

- 計算方式：按健保病床、差額病床
- 監理重點：健保病床之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

分類	年度	102年	103年	104年	105年6月
醫院整體	健保病床	105,511	104,818	104,909	104,548
	差額病床	25,022	25,126	25,255	25,313
臺北	健保病床	30,288	29,886	29,887	29,776
	差額病床	8,010	8,047	8,037	7,969
北區	健保病床	15,405	15,475	15,560	15,610
	差額病床	3,324	3,353	3,386	3,409
中區	健保病床	21,885	21,911	22,127	21,905
	差額病床	5,171	5,216	5,201	5,206
南區	健保病床	15,501	15,346	15,346	15,386
	差額病床	3,505	3,532	3,556	3,585
高屏	健保病床	17,706	17,448	17,424	17,309
	差額病床	4,356	4,299	4,396	4,451
東區	健保病床	4,726	4,752	4,565	4,562
	差額病床	656	679	679	693



# 醫院病床數及占床率

## (整體、六分區及醫院各層級) 2/2

● 指標數值：

層級別	年度	102年		103年		104年		105年6月	
		病床數	占床率	病床數	占床率	病床數	占床率	病床數	占床率
醫學中心	健保病床	23,285	80.68%	23,555	81.16%	23,628	81.07%	23,539	80.65%
	差額病床	8,352		8,315		8,306		8,324	
區域醫院	健保病床	43,357	68.09%	43,422	68.23%	43,492	68.24%	43,647	68.46%
	差額病床	11,902		12,137		12,119		12,221	
地區醫院	健保病床	38,869	64.07%	37,841	65.39%	37,789	65.41%	37,362	65.24%
	差額病床	4,768		4,674		4,830		4,768	
總計		130,533	69.86%	129,944	70.48%	130,164	70.42%	129,861	70.16%



# 護理人力指標

## -急性病房全日平均護病比占率分布

- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

### 105年1-6月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
11%	< 8.0	57%	< 11.0	84%	< 14.0	91%
10%	8.0-8.4	31%	11.0-11.4	7%	14.0-14.4	1%
9%	8.5-8.9	11%	11.5-11.9	4%	14.5-14.9	2%
無	≥9.0	1%	≥12.0	5%	≥15.0	0%
未填或 護病比為0						6%
小計		100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料

備註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數

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

3.護病比為0表示該醫院該費用年月未有收治住院個案

## 效果指標：3項

- 未滿月新生兒死亡率
- 孕產婦死亡率
- 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)

## 未滿月新生兒死亡率

- 計算方式：一年中出生未滿4週之嬰兒死亡數 / 一年內之活產總數 ×1,000
- 監理重點：醫藥進步情形 / 國際比較
- 指標數值：

	未滿月新生兒死亡率(0/00)
102年	2.4
103年	2.2
104年	2.5

資料來源：衛生福利部統計處民國104年死因統計。

- 指標及指標值意義說明：
  - 未滿月新生兒死亡率近3年來分別為2.4 ‰、2.2 ‰ 及2.5 ‰

## 孕產婦死亡率

- 計算方式：一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數 / 一年內之活產總數×100,000
- 監理重點：衛生保健成效 / 國際比較
- 指標數值：

	孕產婦死亡率(0/0000)
102 年	9.2
103 年	6.6
104 年	11.7

資料來源：衛生福利部統計處民國104年死因統計。

- 指標及指標值意義說明：
  - 孕產婦死亡率近3年來分別為9.2 ‰、6.6 ‰ 及11.7 ‰



# 民調對醫療院所整體醫療品質滿意度 (各部門)

- 計算方式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數
- 監理重點：民眾就醫整體感受
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

總類別	102年	103年	104年
醫院	81.5	86.1	88.9
西醫基層	87.3	90.3	90.9
牙醫門診	89.1	91.0	93.8
中醫門診	85.8	87.5	90.4

## 公平指標：4項

- 依鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
- 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)
- 家庭自付醫療保健費用比率
- 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

# 依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

- 計算方式：
  - 1.依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值(倍數)。
  - 2.鄉鎮市區發展程度分類採謝雨生(2011)定義，分為1級至5級區域，共5組<sup>註1</sup>。
  - 3.分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
102	7.47	59.93	2.13	11.21	11.79
103	7.29	54.83	2.07	10.90	12.07
104	7.39	54.65	2.13	10.01	11.89

註：原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

- 指標及指標值意義說明：
  - 整體人力比值維持穩定
  - 醫院人力比值差異較大
  - 西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫

註1：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(謝雨生等，2012)。

註2：資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計;戶籍人口數、醫師數：均以該年年底(12月)之統計數字為計算依據。



# 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率 (各部門)

- 計算方式：

就醫率 = 門診就醫人數 / 保險總人數

備註：1.保險人數：依戶籍地郵遞區號(HOME\_ZIP\_CODE)歸類，並擷取最後一筆投保狀態為在保者。

2.就醫人數：取該戶籍地之保險對象，勾稽該總額案件內，曾經就醫之人數

3.醫療資源不足地區：各部門公告之醫療資源不足地區。

4.山地離島地區：執行IDS之地區。

- 監理重點：醫療利用之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

年度	地區別	總額別			
		醫院	西醫基層	牙醫	中醫
102年	一般地區	52.71	82.44	44.85	28.87
	醫療資源不足地區	54.86	83.35	30.46	17.80
	山地離島地區	59.10	85.79	41.12	24.33
103年	一般地區	52.83	82.55	45.20	28.82
	醫療資源不足地區	54.37	83.38	30.52	17.27
	山地離島地區	59.13	85.80	41.19	24.34
104年	一般地區	51.70	80.99	43.63	27.04
	醫療資源不足地區	54.37	82.09	29.88	16.24
	山地離島地區	57.71	84.66	39.40	22.96

## 家庭自付醫療保健費用比率

- 計算方式：家庭自付醫療保健費用 / 國民醫療保健支出總額×100
- 監理重點：民眾自費負擔趨勢
- 指標數值：

	家庭自付醫療保健費用比率(%)
101 年	35.29
102 年	34.75
103 年	34.74

資料來源：衛生福利部統計處民國103年國民醫療保健支出。

- 指標及指標值意義說明：
  - 家庭自付醫療保健費用比率近3年來維持在34%-36%之間

## 自付差額特材占率(整體)

- 計算方式：
  - 整體：自付差額特材申報數量/特材申報數量。
- 監理重點：民眾自付差額趨勢。
- 指標數值：

單位：%

費用年	占率	平均值	標準差	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
103年	0.0317%	0.0320%	0.0038%	0.0263%	0.0377%	0.0244%	0.0396%
104年	0.0342%						
105年上半年	0.0351%						

- 指標及指標值意義說明：
  - 103年為0.032%，104年為0.034%，105年上半年為0.035%，平均占率為0.032±0.004%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形。

# 自付差額特材占率(各類別項目)

●計算方式：

➢ 各類別項目:相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量。

●監理重點：民眾自付差額趨勢。

●指標數值：

費用年	項目	占率	平均值	標準差	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
103年	特殊功能 人工水晶體	32.3%	34.1%	1.7%	31.6%	36.6%	30.7%	37.5%
104年		34.5%						
105年上半年		36.2%						
103年	特殊材質 人工髖關節 (陶瓷/金屬對金屬)	21.0%	21.6%	0.7%	20.6%	22.7%	20.2%	23.1%
104年		22.1%						
105年上半年		21.9%						
103年	新增功能類別 人工心律調節器	39.7%	44.3%	4.2%	38.0%	50.5%	35.9%	52.6%
104年		45.7%						
105年上半年		49.1%						
103年	塗藥或特殊 塗層血管支架	51.4%	54.0%	2.5%	50.2%	57.8%	48.9%	59.1%
104年		54.7%						
105年上半年		56.9%						
103年	耐久性生物 組織心臟瓣膜	13.4%	26.0%	12.4%	7.4%	44.6%	1.2%	50.8%
104年		32.3%						
105年上半年		35.8%						
103年	義肢	1.6%	2.0%	0.3%	1.5%	2.4%	1.3%	2.6%
104年		2.2%						
105年上半年		2.2%						
104年	調控式腦室腹腔引流系統	68.4%	67.2%	7.9%	55.3%	79.0%	51.3%	83.0%
105年上半年		71.9%						
105年上半年	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	6.9%	1.7%	3.2%	-3.1%	6.5%	-4.7%	8.1%

●指標及指標值意義說明：除義肢項目，民眾選擇各自付差額類別項目皆是逐年增加的趨勢。

## 財務指標：6項

- 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 健保費成長率與GDP成長率比值
- 全民健保醫療支出占GDP比率
- 國民醫療保健支出占GDP比率
- 資金運用收益率



# 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

## ●計算方式：

- (保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數)/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)

## ●監理重點：收支餘絀預估之準確性

- ## ●指標數值：105年截至第3季底：實際數結餘35.26億元；預估數短絀9.86億元；差異率457.63%
- (以原預估105年全年短絀48億元依過去經驗值分配，保險收入主要係實際眷屬人口較原參考國發會扶養比推估之預估數為低，相對被保險人增加，保費收入增加及補充保險費較預估數增加，加計兩項對政府應負擔法定36%影響，合計全年增加108億元，保險成本執行情形全年結餘較原參考103年預估總額部門專款及其他部門結餘減少48億元，若排除截至第3季因素平均影響約45億元，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為0.36%)

## ●指標及指標值意義說明：

- 以前3年(102至104年)資料計算：
- | 年度  | 102年   | 103年    | 104年  |
|-----|--------|---------|-------|
| 差異率 | 22.54% | 103.27% | 7.65% |
- 政府應負擔健保總經費36%之計算方式，依行政院104年5月15日協商結論，102年及103年政府應負擔健保總經費不足法定下限36%之差額採「衛生福利部」之計算方式，另自104年度起將中央政府之9項實質負擔(約72億元)，納入政府已負擔保險費之認列範圍，102年及103年分別補列政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數192.57億元及297.36億元。
  - 102年起實施二代健保補充保險費新制，加收保險對象及投保單位之補充保險費，以及政府負擔不足法定36%之差額，而無歷史經驗資料參考。102年若排除前揭影響因素119億元，保險收支預估數與實際數之差異率為2.10%；103年若排除前揭影響因素246億元及「醫療費用各部門專款預算61.6億元及高科技醫療預算2.8億元未執行」影響因素合計310.4億元，保險收支預估數與實際數之差異率為14.34%。
  - 104年主因係景氣超乎預期致補充保險費增加約38億元，若排除此因素，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為0.06%。

減2個標準差	減1.5個標準差	102至104年 平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
-39.53%	-18.53%	44.48%	107.50%	128.50%

# 安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：依法以1~3個月為原則
- 指標數值：截至105年第3季底為**4.98**個月
- 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(102至104年)資料計算：

截至年度	102年底	103年底	104年底
約當月數	2.24個月	4.05個月	5.10個月

➢ 上列指標數值為審定決算數計算，另102年及103年分別補列政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數192.57億元及297.36億元，惟105年6月22日立法院「9項政府已實質負擔保險費減列為7項」及「104年12月15日公告修正之健保法施行細則第45條規定應修正自105年起施行」之決議，將俟衛福部**公告修正**始納入。

減2個標準差	減1.5個標準差	102至104年 平均值	加1.5個標 準差	加2個標準差
1.44個月	2.03個月	3.80個月	5.57個月	6.16個月

➢ 自102年實施二代健保新制，加收補充保險費及提高政府負擔法定責任為36%，致健保安全準備總額逐年上升。

# 健保費成長率與GDP成長率比值

- 計算方式：

- 分子：(本年保費收入 - 去年保費收入)/去年保費收入  
保費收入 = 保險費收入 + 保險費滯納金收入

- 分母：(本年GDP - 去年GDP)/去年GDP

- 監理重點：保費成長趨勢

- 指標數值：104年為-0.12

- 指標及指標值意義說明：

- GDP資料來源：行政院主計總處

- 以前3年(102至104年)資料計算：

年度	102年	103年	104年
指標數值數	3.72	0.82	-0.12

減2個標準差	減1.5個標準差	平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
-1.80	-0.98	1.47	3.92	4.74

- 102年保費成長率高於GDP成長率，主要係102年實施二代健保新制，加收補充保險費及提高政府負擔法定責任為36%所致。

- 104年保費成長率與GDP成長率比值為-0.12，係依行政院104年5月15日協商結論，政府應負擔健保總經費不足法定下限36%之差額採「衛生福利部」之計算方式，並自104年度起將9項中央政府已實質負擔之保險費，納入政府已負擔保險費之認列範圍，致政府應負擔健保總經費不足法定下限36%之差額減少約113億元所致。



# 全民健保醫療支出占GDP比率

- 計算方式：全民健保醫療支出總額 / GDP×100
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 指標數值：

年度	全民健保醫療支出占GDP比率(%)
102 年	3.60
103 年	3.50
104 年	3.49

資料來源：1.全民健保醫療支出 - 健保署。  
2.GDP - 行政院主計總處(105年11月25日更新資料)。

- 指標及指標值意義說明：
  - 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3%-4%之間

# 國民醫療保健支出占GDP比率

- 計算方式：國民醫療保健支出總額 / GDP × 100
- 監理重點：醫療保健支出水準 / 國際比較
- 指標數值：

年度	國民醫療保健支出占GDP比率(%)
101 年	6.30
102 年	6.34
103 年	6.19

資料來源：衛生福利部統計處民國103年國民醫療保健支出。

- 指標及指標值意義說明：
  - 國民醫療保健支出占GDP比率近3年來維持在6%-7%之間

# 資金運用收益率

- 計算方式：(全民健康保險資金運用收益/全民健康保險資金日平均營運量)
- 監理重點：監測保險資金運用之收益情形，以了解健保資金運用之成效
- 指標數值：105年截至第3季為0.54%
- 指標及指標值意義說明：
  - 以102年-104年資料計算

項目 \ 年度	102年	103年	104年	105年截至第3季
運用收益	195,458,702	496,949,893	1,018,740,256	774,958,077
日平均營運量	28,848,722,872	75,375,932,042	138,018,024,731	191,490,544,249
收益率	0.68%	0.66%	0.74%	0.54%
五大銀行一年期 大額定存平均利率	0.52%	0.52%	0.48%	0.18%
註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀				

減2個標準差	減1.5個標準差	102至104年 運用收益率 平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.62%	0.64%	0.69%	0.74%	0.76%

- 因全民健康保險資金係短期資金,故其收益率之比較基準為五大銀行一年期大額定存利率,102年至105年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。



敬請指教