



# 全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

104.3.27



# 監理架構與指標

5項構面、27項指標：

- 效率指標：8項
- 醫療品質指標：6項
- 效果指標：3項
- 公平指標：4項
- 財務指標：6項

## 效率指標：8項

- 急性一般病床平均住院天數(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下降比率
- 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
- 各層級醫療院所服務量占率
- 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 藥品費用占率

# 急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)

- 計算方式：急性一般病床住院日數/急性一般病床住院件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 指標數值：

100年-103年上半年急性一般病床平均住院天數

層級\年度	100年	101年	102年	103年上半年
醫院	<b>7.46</b>	<b>7.40</b>	<b>7.32</b>	<b>7.26</b>
醫學中心	7.47	7.38	7.24	7.19
區域醫院	7.00	6.99	6.95	6.91
地區醫院	8.68	8.51	8.43	8.39

◎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：103.06.30。

- 指標及指標值意義說明：以整體來看，各層級醫院平均住院天數皆逐年下降，其中平均住院天數最高的為地區醫院，其次是醫學中心。



# 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：急診滯留>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：

## 急診滯留超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診滯留超過24小時之件數	
	值	值	占率
100年	7,129,740	190,416	2.67%
101年	7,182,834	212,930	2.96%
102年	6,807,944	199,355	2.93%
103年上半年	3,659,043	113,999	3.12%



### 急診滯留超過24小時比率(特約類別)

年度別/ 特約類別	急診總件數		急診滯留超過24小時之件數	
		值	值	占率
100年	醫學中心	1,955,489	134,332	6.87%
	區域醫院	3,646,877	43,892	1.20%
	地區醫院	1,527,374	12,192	0.80%
101年	醫學中心	1,951,476	144,893	7.42%
	區域醫院	3,688,131	58,824	1.59%
	地區醫院	1,543,227	9,213	0.60%
102年	醫學中心	1,836,785	139,463	7.59%
	區域醫院	3,460,368	53,284	1.54%
	地區醫院	1,510,791	6,608	0.44%
103年 上半年	醫學中心	976,752	75,046	7.68%
	區域醫院	1,890,534	34,806	1.84%
	地區醫院	791,757	4,147	0.52%

•指標及指標值意義說明：

1. 病人在急診滯留超過24小時表示急診看診（候診）的壅塞程度。
2. 103年上半年與102年全年相較，整體及各層級滯留急診超過24小時案件比率略為上升，有待進一步觀察，104年度醫院總額急診品質提升方案已於103年12月討論通過，依程序辦理報部核定及公告事宜。



# 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率

- 計算方式：癌症死亡患者死亡前6個月每人醫療點數減去年同期每人醫療點數/癌症死亡患者去年同期每人醫療點數
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 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 (%)
100年	42,559	3.69	42,350	3.78	15,761.63	5.75	37.2	1.90
101年	43,665	2.60	43,487	2.68	15,984.99	1.42	36.8	-1.23
102年	44,791	2.58	44,567	2.48	16,877.85	5.59	37.9	3.03

- 指標及指標值意義說明：
  1. 本項係癌症末期病人死亡前醫療利用改變情形，主要係安寧療護對於病人使用急性醫療之變化。因醫療費用包含藥費、特材、手術處置等，會受到治療強度及密度及支付標準調整之影響，故本項指標尚包含其他干擾因素。
  2. 102年癌症末期病人死亡前6個月每人醫療費用點數約37.9萬點，與101年相較成長3.03%，本署持續辦理抑制資源不當耗用改善方案等計畫。

# 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。
- 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(1-10月)	42,984人	下降19%

- 指標及指標值意義說明：本指標係以門診高利用者為輔導對象，故以就醫次數下降比率為指標以評估輔導成效，屬負向指標，指標值若有下降，即顯示輔導具成效。





## 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
- 指標數值：

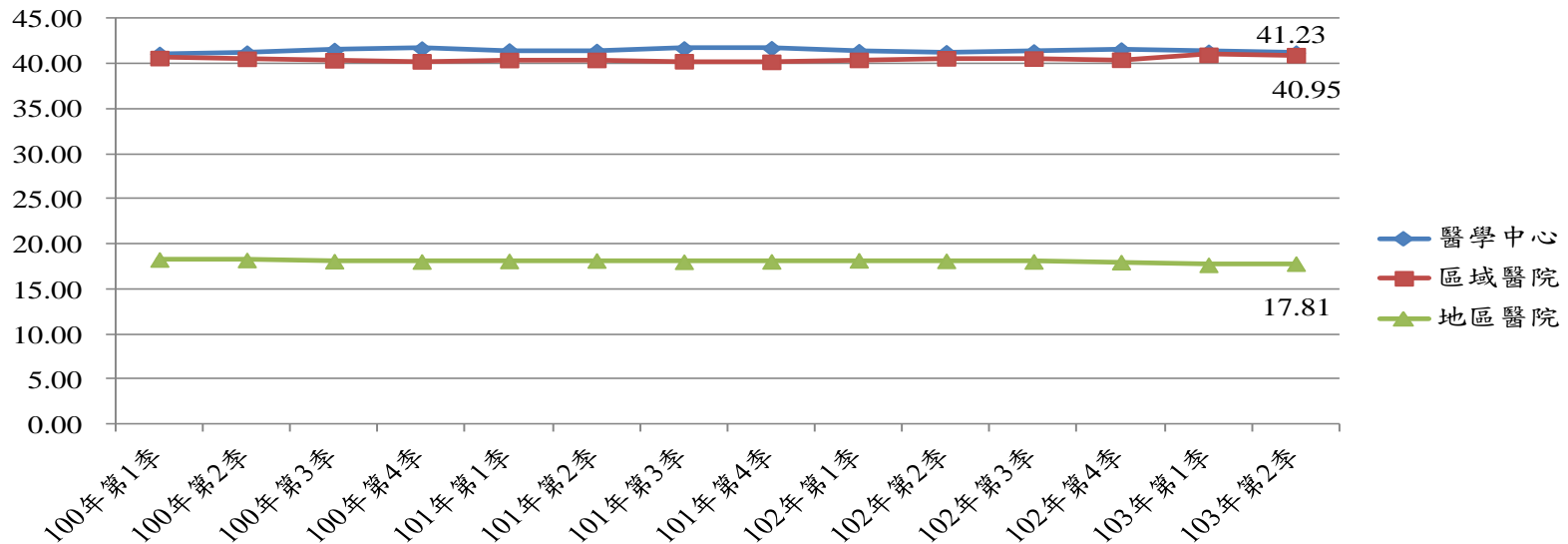
年度	醫院			
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計
100年	15.13	20.43	37.09	23.68
101年	15.04	20.05	36.11	23.11
102年	14.24	19.78	34.66	22.33
103年上半年	14.06	19.35	34.03	21.88

- 指標及指標值意義說明：103年上半年初級門診照護率醫院層級為21.88%，有逐年下降趨勢，其中地區醫院最高，醫學中心最低。



# 各層級醫療院所服務量占率

- 計算方式：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
- 指標數值：



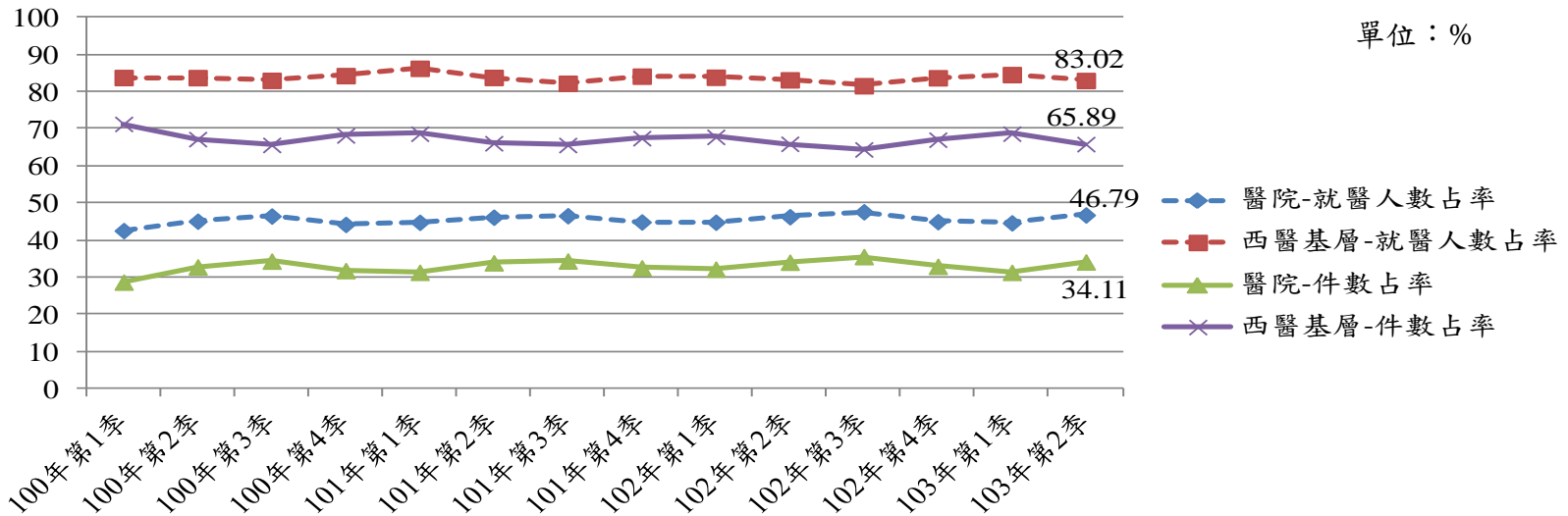
註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診、交付、住院明細檔（103.7.3擷取）

1. 資料範圍：不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件、PRE-ESRD計畫案件。
2. 本表為醫院總額(含透析)之案件。

- 指標及指標值意義說明：103年第2季醫學中心服務量占率最高41.23%，地區醫院最低17.81%。近3年各層級醫院服務量占率呈穩定態勢。

# 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
- 指標數值：



- 指標及指標值意義說明：103年第2季西醫基層病人占率高達83%，西醫基層件數占率約66%，近3年病人占率及件數占率呈穩定態勢。

註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細檔（103.12.29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	3年藥費占率			
		平均值	標準差	平均值±1.5*標準差	平均值±2*標準差
100年	25.79%	25.79%	0.48%	(25.07% , 26.51%)	(24.83% , 26.75%)
101年	25.11%				
102年	26.15%				
103年1月-10月	26.11%				

指標意義：本項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100年到103年10月，近四年資料顯示，102年是歷年中最最高者。唯102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)
- 糖尿病醫療給付改善方案之照護率
- 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

# 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：任一次診斷前4碼為996.6、998.1、998.3、998.5
  - 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	
100年上半年	1.13%	0.41%	1.00%	0.00%	1.91%	0.00%	2.41%
100年下半年	1.13%	0.45%	1.08%	0.00%	2.07%	0.00%	2.61%
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%

- 指標及指標值意義說明：除101年上半年略為下降外，此項指標呈現逐漸上升趨勢，惟103年上半年較102年下半年略為下降。



# 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(國際疾病代碼前三碼=410)。
  - 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	
100年上半年	10.00%	13.94%	24.97%	0.00%	51.40%	0.00%	63.88%
100年下半年	8.37%	12.63%	24.69%	0.00%	49.67%	0.00%	62.01%
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%

- 指標及指標值意義說明：除101年上半年略為上升外，此項指標呈現逐漸下降趨勢，惟103年上半年較102年下半年略為上升。



# 糖尿病醫療給付改善方案之照護率

- 計算方式：分母中有申報該方案管理照護費人數/符合該方案訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 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
100年	25.68%	40.80%	31.24%	20.97%	31.16%
101年	29.73%	43.88%	34.53%	22.23%	33.94%
102年	31.81%	44.66%	35.31%	23.07%	35.06%
103年1-6月	35.33%	48.02%	41.74%	28.01%	38.74%

- 指標及指標值意義說明：
  1. 符合支付標準第八部第二章糖尿病收案條件之對象中，特約醫事服務機構申報管理照護費之人數，以瞭解目前納入本方案之病人照護比率。
  2. 本項指標值近年來整體與各特約類別院所之照護率皆呈現穩定成長之趨勢。



# 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  $i$  之就醫次數

M = 就診院所數

- 監理重點：整合性照護品質
- 指標數值：

	100年	101年	102年
平均每人門診照護連續性	0.398	0.400	0.404

- 指標及指標值意義說明：該指標值範圍介於0至1之間，如病患僅在單一診所就醫其COCI值為1，100年至102年全國統計之平均每人門診照護連續性指標結果約0.4，有逐年微幅上升趨勢。



# 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)<sup>1/2</sup>

- 計算方式：按健保床、非健保床
- 監理重點：健保病床之供給情形
- 指標數值：

分類	年度	101年	102年	103年6月
醫院整體	健保病床	106,169	105,511	105,179
	差額病床	25,114	25,022	25,071
臺北	健保病床	30,410	30,288	29,827
	差額病床	7,990	8,010	8,091
北區	健保病床	15,327	15,405	15,482
	差額病床	3,562	3,324	3,295
中區	健保病床	21,992	21,885	22,072
	差額病床	5,156	5,171	5,218
南區	健保病床	15,364	15,501	15,518
	差額病床	3,378	3,505	3,477
高屏	健保病床	18,192	17,706	17,484
	差額病床	4,339	4,356	4,330
東區	健保病床	4,884	4,726	4,796
	差額病床	689	656	660

## 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級) 2/2

- 指標數值：

層級別	年度	101年		102年		103年6月	
		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	23,253	81.37%	23,285	80.68%	23,440	80.48%
	差額病床	8,632		8,352		8,328	
區域醫院	健保病床	43,987	67.39%	43,357	68.09%	43,537	68.33%
	差額病床	11,731		11,902		12,105	
地區醫院	健保病床	38,929	64.32%	38,869	64.07%	38,202	64.23%
	差額病床	4,751		4,768		4,638	
總計		131,283	69.79%	130,533	69.86%	130,250	69.99%

- 指標及指標值意義說明：近三年總病床數略為下降係因部分地區醫院歇業所致(101年底地區醫院家數：373家、102年底370家、103年6月367家)，惟整體占床率未明顯上升，亦即未影響病人之就醫權益。

# 護理人力監理指標

## 醫院評鑑基準「急性病房全日平均護病比」

### • 依據

103年12月18日召開之研商醫院評鑑基準「三班護病比合理」條文草案第2次會議決議。

### • 指標公式

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÷每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。

護病比計算不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」（以1人計）。

### 評鑑標準

層級	全日平均護病比
醫學中心	9（白班7）
區域醫院	12
地區醫院	15

為顧及護理人員流動率，得有實務人力調整空間，於104至107年實地評鑑時之評量方法中，訂定醫學中心白班平均護病比、醫學中心及區域醫院全日平均護病比達成90%即為符合。

## 效果指標：3項

- 未滿月新生兒死亡率
- 孕產婦死亡率
- 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)
100年	2.7
101年	2.3
102年	2.4

資料來源：衛生福利部統計處民國102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年來維持在2‰ -3‰ 之間



# 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(o/0000)
100年	5.0
101年	8.5
102年	9.2

資料來源：衛生福利部統計處民國102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5.0‰、8.5‰ 及9.2‰



# 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
- 指標數值：

單位：%

總額別	101年	102年
醫院	82.4	81.5
西醫基層	86.7	87.3
牙醫門診	86.7	89.1
中醫門診	85.2	85.8

註：提供101年及102年各總額部門之醫療品質與可近性民意調查之調查結果，係因該兩年調查方式較相似，結果較具可比較性。

- 指標及指標值意義說明：依據102年各總額部門之醫療品質與可近性民意調查結果，針對醫療院所整體醫療品質滿意度皆可達80%以上。





## 公平指標：4項

- 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)
- 一般地區/醫療資源缺乏地區/山地離島地區之就醫率(各部門)
- 家庭自付醫療費用比率(整體及各部門)
- 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

• 指標數值：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
100	7.04	45.61	1.99	11.68	12.00
101	7.11	57.78	1.99	12.00	11.58
102	7.47	60.99	2.13	11.31	11.76

• 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，2011)。

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/醫療資源缺乏地區/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. 醫療資源缺乏地區：各部門公告之醫療資源缺乏地區。  
 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

- 指標數值：

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
		100年	一般地區	52.58	83.23
	醫缺地區	54.05	83.62	27.83	17.97
	山地離島地區	58.86	85.41	39.13	23.57
101年	一般地區	53.04	82.85	43.93	29.26
	醫缺地區	54.66	83.91	28.81	17.58
	山地離島地區	59.43	85.84	40.17	23.96
102年	一般地區	52.71	82.44	44.85	28.87
	醫缺地區	54.86	83.35	30.46	17.80
	山地離島地區	59.10	85.79	41.12	24.33

- 指標及指標值意義說明：

1. 山地離島及醫缺地區在醫院及西醫基層總額別之就醫率均高於一般地區。
2. 西醫基層總額別於不同地區就醫率差異度較小；醫缺地區在牙醫、中醫總額別就醫率較低。

# 家庭自付醫療費用比率(整體及各部門)

- 計算方式：家庭自付醫療費用 / 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：

年度	家庭自付醫療費用比率(%)				
	醫院	西醫診所	牙醫診所	中醫診所	
100年	36.75	9.71	2.92	5.93	0.67
101年	36.06	9.10	2.64	6.45	0.65
102年	35.81	9.27	2.55	6.10	0.64

資料來源：衛生福利部統計處民國102年國民醫療保健支出。

- 指標及指標值意義說明：
  - 家庭自付醫療費用比率近3年來維持在35%-37%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	
100	0.026%	0.030%	0.003%	0.025%	0.035%	0.024%	0.036%
101	0.028%						
102	0.032%						
103年1-2季	0.033%						

- 指標及指標值意義說明：
  - 100年為0.026%，101年為0.028%，102年為0.032%，平均占率為0.030±0.003%，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	
100	人工水晶體	26.6%	29.2%	2.4%	25.7%	32.7%	24.5%	33.9%
101		27.9%						
102		30.3%						
103年1-2季		31.9%						
100		15.2%						
101	人工髖關節	16.5%	17.4%	1.9%	14.6%	20.3%	13.6%	21.2%
102		19.0%						
103年1-2季		19.0%						
100		31.4%						
101	人工心律器	31.9%	34.3%	3.3%	29.3%	39.4%	27.7%	41.0%
102		35.4%						
103年1-2季		38.6%						
100		44.0%						
101	血管支架	46.8%	47.6%	2.8%	43.4%	51.8%	42.0%	53.2%
102		49.1%						
103年1-2季		50.3%						
103年6月		耐久性生物組織心臟瓣膜						
100	義肢	2.1%	1.6%	0.4%	1.0%	2.2%	0.8%	2.4%
101		1.2%						
102		1.4%						
103年1-2季		1.6%						

- 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
- 保費成長率與GDP成長率比
- 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：103年截至第4季底：實際數487.24億元；預估數399.13億元；差異率22.08%

- 103年景氣回溫，整體保險費收繳狀況良好
- 103年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，若排除前述金額之影響，保險收支預估值與實際值之差異率將降為5.12%

## ●指標及指標值意義說明：

- 依據本署於102年11月22日全民健康保險會第1屆102年第5次委員會議提報資料，預估102年保險收支結餘594億元以及103年結餘399億元

	實際數	預估數	差異率
102年截至年底	535.81億元	594.42億元	-9.86%

- 自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，因僅有兩年歷史經驗資料，故無法計算標準差等數值
- 102年保險收支餘絀實際數與預估數溢估58.61億元，因景氣回升的狀況超乎預期，致補充保險費實際值較預估值為高，又主計總處減列政府負擔健保費不足法定36%差額，致實際值較預估值為低，兩者合計溢估73.70億元，若排除此2項影響因素，保險收支預估值與實際值之差異率將降為2.90%



# 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103年第4季底為2.85個月
- 指標及指標值意義說明：
  - 以前三年資料計算：

截至年度	100年底	101年底	102年底
約當月數	-0.14個月	0.52個月	1.78個月

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
-0.88個月	-0.48個月	0.72個月	1.92個月	2.32個月

- 安全準備總額截至103年第4季底為2.85個月，符合健保法第78條以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出之規定



# 保費成長率與GDP成長率比值

## ●計算方式：

- 分子： $(\text{本年保費收入} - \text{去年保費收入}) / \text{去年保費收入}$
- 分母： $(\text{本年GDP} - \text{去年GDP}) / \text{去年GDP}$

## ●監理重點：保費成長趨勢

## ●指標數值：103年為0.50

## ●指標及指標值意義說明：

- 保費收入 = 保險費收入 + 保險費滯納金收入
- GDP資料來源：行政院主計總處(103年11月28日更新；103年第2季(含)以前歷年各季資料均已依5年修正結果追溯修正)
- 以前三年(100年為5.14；101年為1.09；102年為2.69)資料計算：

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
-0.36	0.47	2.97	5.47	6.30

- 近幾年保費成長率高於GDP成長率，主要係99年4月保險費率由4.55%調整為5.17%(影響月數僅9個月)，100年則為全年實施，而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



# 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：

	全民健保醫療支出占GDP比率(%)
100年	3.52
101年	3.57
102年	3.60

資料來源：1.全民健保醫療支出 - 本署醫務管理組。  
2.GDP - 行政院主計總處(103年11月28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：

	國民醫療保健支出占GDP比率(%)
100年	6.62
101年	6.63
102年	6.61

資料來源：衛生福利部統計處民國102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：103年截至第1季為0.64%，103年截至第2季為0.64%，103年截至第3季為0.65%，103年截至第4季為0.66%
- 指標及指標值意義說明：
  - 以101年-103年資料計算

項目 \ 年度	101年	102年	103年	101年至103年 平均值
運用收益	113,332,613	195,458,702	496,949,893	268,580,403
日平均營運量	14,677,816,073	28,848,722,872	75,375,932,042	39,634,156,996
收益率	0.77%	0.68%	0.66%	0.70%
五大銀行活儲平均 利息	0.33%	0.33%	0.33%	0.33%

註：五大銀行分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀

減2個標準差	減1.5個標準差	平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.61%	0.63%	0.70%	0.78%	0.81%

- 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行庫活期儲蓄存款利率,101年-103年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大行庫活期儲蓄存款利率





敬請指教

