



全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

108.7.26



全民健康保險業務監理指標

- 依據衛福部健保會第3屆107年度第5次暨第1次臨時委員會議(107/6/22)及107年第6次委員會議(107/7/27)通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」，指標項目共計23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.區域醫院以上初級門診照護率
	5.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	6.藥品費用占率*
	7.健保專案計畫之執行成效**
(二) 醫療 品質	1.手術傷口感染率
	2.糖尿病品質支付服務之照護率
	3.照護連續性
	4.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.民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)*
	2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率**
	3.出院後3日內再急診比率**
(四) 資源 配置	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
	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.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.全民健保醫療支出占GDP比率*
	4.資金運用收益率
	5.保費收繳率**
	6.呆帳提列數與保費收入數之比率**

註：

1. 修正之指標，共計5項，以 * 表示。
2. 新增之指標，共計5項，以 ** 表示。
3. 刪除之指標，共計9項，分別為效率2項：「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」、「各層級醫院服務量占率」；醫療品質2項：「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」、「醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)」；效果2項：「未滿月新生兒死亡率」、「孕產婦死亡率」；資源配置1項「家庭自付醫療保健費用比率」；財務2項：「健保費成長率與GDP成長率比值」、「國民醫療保健支出占GDP比率」。

效率指標：7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
- 區域醫院以上初級門診照護率
- 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 藥品費用占率
- 健保專案計畫之執行成效

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：

105年-107年急性病床平均住院天數

層級\年度	105年	106年	107年
醫院	7.54	7.47	7.45
醫學中心	7.60	7.50	7.43
區域醫院	7.22	7.16	7.17
地區醫院	8.28	8.24	8.26

- 資料來源:中央健康保險署三代倉儲住院明細、醫令檔。
- 資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、代辦案件、其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。
- 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)^{1/3}

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

急診留置超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數	
	值	值	占率
105年	7,422,106	198,753	2.68%
106年	7,045,957	193,651	2.75%
107年	7,155,606	194,072	2.71%



急診病人留置急診室超過24小時比率

(整體及各層級)^{2/3}

年度別	特約類別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數	
		值	值	占率
105年	醫學中心	1,995,803	130,983	6.56%
	區域醫院	3,831,835	56,530	1.48%
	地區醫院	1,594,468	11,240	0.70%
106年	醫學中心	1,895,945	128,953	6.80%
	區域醫院	3,597,878	52,630	1.46%
	地區醫院	1,552,134	12,068	0.78%
107年	醫學中心	1,887,339	128,822	6.83%
	區域醫院	3,629,155	54,885	1.51%
	地區醫院	1,606,144	10,300	0.64%

急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)^{3/3}

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
105年	醫學中心	13.15%	11.76%	5.81%
	區域醫院	5.08%	3.35%	1.33%
	地區醫院	2.00%	1.88%	0.57%
	合計	7.88%	6.73%	2.50%
106年	醫學中心	11.55%	12.33%	6.01%
	區域醫院	5.22%	3.21%	1.30%
	地區醫院	1.84%	2.10%	0.66%
	合計	7.33%	6.87%	2.53%
107年	醫學中心	13.41%	12.04%	6.00%
	區域醫院	5.74%	3.38%	1.30%
	地區醫院	1.76%	1.88%	0.59%
	合計	8.58%	7.37%	2.57%

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數^{1/2}

- 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：

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
	安寧費用	非安寧費用	合計	
	(點/人)	(點/人)	(點/人)	(點/人)
104年	67,785	288,109	355,894	387,810
105年	66,213	310,530	376,743	411,637
106年	68,940	309,150	378,090	415,596

註：

1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。
3. 107年死因檔尚未完整，爰例併下次提供。

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數^{2/2}

- 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、放射線診療費、檢查費。其中曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘類別費用均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費(1)	117,311	藥費(1)	132,650
診療費(2)	44,697	診療費(2)	54,717
治療處置費(3)	28,297	治療處置費(5)	23,090
放射線診療費(4)	18,205	放射線診療費(4)	27,116
檢查費(5)	17,813	檢查費(3)	30,055

註：

1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。
3. 107年死因檔尚未完整，爰例併下次提供。

區域醫院以上初級門診照護率

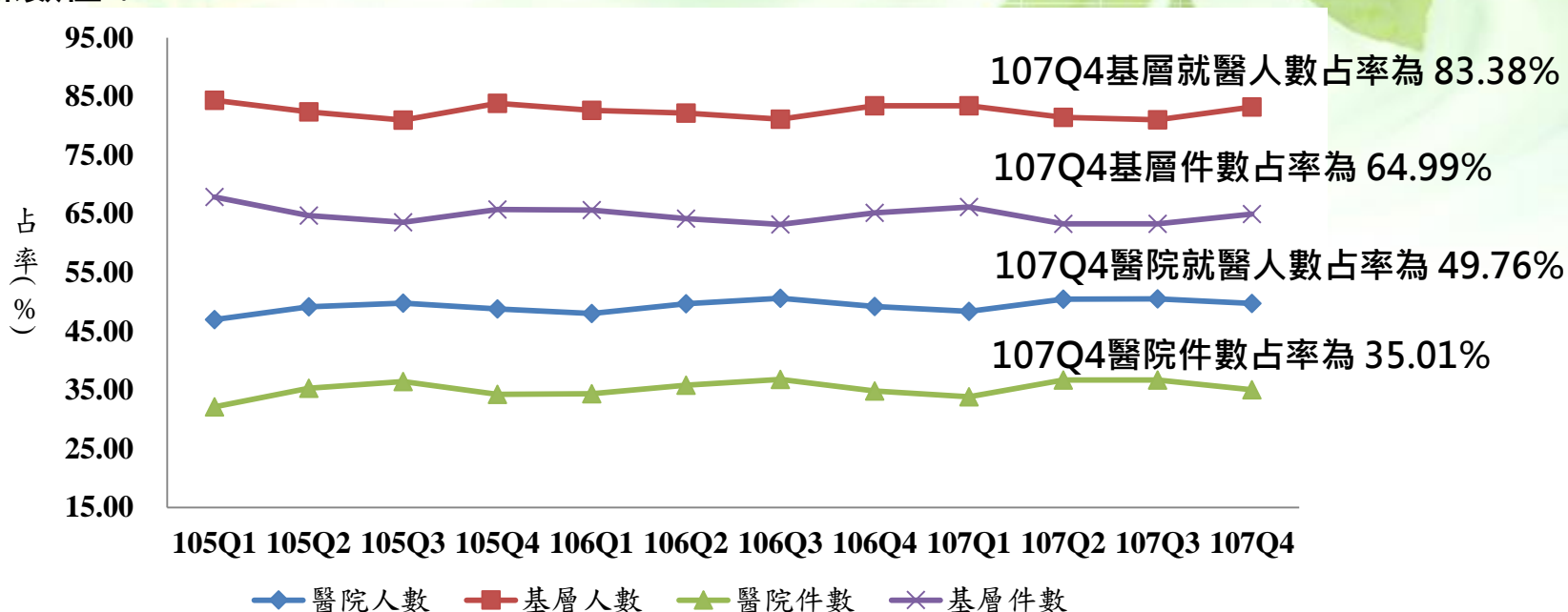
- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值： 單位：%

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
105年	15.40%	22.90%	36.71%	24.00%	19.74%
106年	13.90%	21.15%	35.69%	22.93%	18.10%
107年	14.14%	20.19%	35.12%	22.54%	17.64%

註：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。

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
- 指標數值：



註：資料來源：健保署三代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫基層與醫院總額（含透析）案件。
2. 本表不含本署代辦、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」、「補報醫令或醫令差額」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。



藥品費用占率(1/2)

- 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依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分列
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

年度/費用佔率	層級別				
	(1)整體	(2)醫學中心	(3)區域醫院	(4)地區醫院	(5)基層院所
105年上半年	25.93%	34.55%	27.16%	20.27%	18.49%
105年下半年	25.54%	34.13%	26.82%	19.87%	17.90%
106年上半年	26.29%	35.34%	27.89%	20.48%	17.97%
106年下半年	26.07%	35.01%	27.77%	20.23%	17.54%
107年上半年(註)	26.71%	35.71%	28.65%	21.33%	18.12%
107年下半年(註)	26.01%	34.87%	27.88%	20.71%	17.65%
平均值	26.09%	34.94%	27.69%	20.48%	17.95%
標準差	0.39%	0.56%	0.64%	0.50%	0.34%
平均值±1.5*標準差	(25.51%,26.68%)	(34.10%,35.78%)	(26.74%,28.65%)	(19.73%,21.23%)	(17.44%,18.46%)
平均值±2*標準差	(25.31%,26.87%)	(33.82%,36.06%)	(26.42%,28.97%)	(19.48%,21.48%)	(17.27%,18.63%)

註：藥品給付協議還款金額回歸總額自107年第二季實施，故自107年上半年起，藥品實際申報費用為藥品申報費用扣除還款金額。

- 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：

在藥品費用佔率部分，整體而言105年上半年到107年下半年藥品費用占率維持在25%-26%之間，107年上半年是歷次資料中最高者，惟其數值仍在歷年平均值±2*標準差範圍內。造成此現象之原因可能係為C肝新藥、治療HIV藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費明顯成長所致。然，本署透過藥費總額支出目標制之實施，藉由調整藥品價格以控管整體藥費支出，並將價量協議(PVA)回收金額回歸總額以期藥費占率可維持在一定範圍之內。

藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由106年至107年資料顯示，藥品費用超過目標總額之百分率自4.9%下降至3.7%，主要因藥費成長率下降的影響(自7.8%下降為6.5%)。

藥品費用占率(2/2)

- 藥品費用超過或未達目標總額之百分率：
- 計算方式： 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
- 自106年起計算之費用始排除愛滋、C肝、血友病及罕病等四類藥品費用，故僅提供106-107年資料。

配合DET辦理之藥價調整	106年	107年
藥品目標總額數	1511.0億	1559.5億
藥品費用發生數(核付金額-價量協議(PVA)回收金額)	1584.82億	1617.8億
藥品費用超過目標總額之百分率	4.9%	3.7%

健保專案計畫之執行成效

- 計算方式：
 - 1.本年度導入(進場)、退場之專案計畫數/本年度進行中之專案計畫總數
 - 2.各部門擇一計畫，計算KPI(含經費)達成率
- 監理重點：監理健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標數值：

107年專案計畫及進場專案計畫

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
進場、退場之專案計畫	1/13	0/10	1/7	0/4
專款計畫之預算執行率	91%	92%	92%	92%

註：107年醫院部門新增1項專案計畫為「提升醫院用藥安全與品質方案」，中醫總額新增1項「中醫急症處置」。

醫療品質指標：4項

- 手術傷口感染率
- 糖尿病品質支付服務之照護率
- 照護連續性
- 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：1.住院手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數
2.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52頁之指標定義
- 監理重點：住院照護安全性
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

	分子	分母	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
103年上半年	6,063	491,854	1.23%	0.58%	1.38%	0.00% 2.65%	0.00% 3.34%
103年下半年	7,049	535,315	1.32%	1.18%	6.87%	0.00% 11.49%	0.00% 14.92%
104年上半年	6,571	503,243	1.31%	0.63%	1.44%	0.00% 2.79%	0.00% 3.51%
104年下半年	6,857	540,961	1.27%	0.65%	2.56%	0.00% 4.49%	0.00% 5.77%
105年上半年	5,981	504,343	1.19%	0.55%	1.20%	0.00% 2.35%	0.00% 2.95%
105年下半年	6,679	544,031	1.23%	0.89%	4.88%	0.00% 8.21%	0.00% 10.65%
106年上半年	5,919	514,100	1.15%	0.57%	1.33%	0.00% 2.57%	0.00% 3.23%
106年下半年	6,582	555,310	1.19%	0.54%	1.11%	0.00% 2.21%	0.00% 2.76%
107年上半年	5,886	522,929	1.13%	0.79%	4.75%	0.00% 7.91%	0.00% 10.29%
107年下半年	6,252	555,332	1.13%	0.68%	2.54%	0.00% 4.49%	0.00% 5.76%

- 指標及指標值意義說明：107年下半年較106年上、下半年略為下降，長期而言呈現平穩趨勢。
- 補充說明：因各院所之分母、分子個案數太少，指標值變動幅度大，且指標值多為極端值0或100%，大部分的數值和平均值之間差異較大，是造成標準差大之原因。

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
105年	39.0%	52.6%	46.1%	29.0%	43.4%
106年	45.3%	56.6%	51.3%	32.4%	47.9%
107年	52.1%	58.2%	51.9%	36.5%	48.9%

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：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	105年	106年	107年
平均每人門診 照護連續性	0.397	0.401	0.401

註：資料來源：健保署二代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫門診案件（不含牙醫、中醫）。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值（就醫次數 ≤ 3 次且 ≥ 100 次）個案，再取算數平均值。
5. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。

護理人力指標

-急性病房全日平均護病比占率分布

- 計算方式：1.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
2.護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)
- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：107年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	
1-11月	12月	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
14%	20%	< 7.0	18.9%	< 10.0	67.2%	< 13.0	87.4%
12%	17%	7.0-7.4	30.4%	10.0-10.4	15.9%	13.0-13.4	1.4%
9%	14%	7.5-7.9	39.7%	10.5-10.9	7.4%	13.5-13.9	1.3%
6%	5%	8.0-8.4	10.6%	11.0-11.4	3.7%	14.0-14.4	1.0%
3%	2%	8.5-8.9	0.3%	11.5-11.9	5.0%	14.5-14.9	0.7%
無		> 8.9	0.0%	> 11.9	0.7%	> 14.9	0.5%
未填或護病比為0			--		--		7.6%
小計			100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：各醫院至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

- 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)
- 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率
- 出院後3日內再急診比率

民眾對醫療院所醫療結果滿意度 (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：%

總額別	104年(註)	105年(註)	106年	107年
醫院	88.9%	87.0%	96.5%	97.6%
西醫基層	90.9%	94.3%	98.9%	98.7%
牙醫門診	93.8%	93.3%	94.3%	96.8%
中醫門診	90.4%	88.9%	95.9%	97.7%

註：本項指標**105年(含)以前**指標名稱為「民眾對醫療院所**整體醫療品質**滿意度(各部門)」，每年調查民眾對醫療院所**整體醫療品質**滿意度；**106年起**考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，原測量醫療環境、醫師態度、治療結果及**整體滿意度**部分予以精簡，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)。

糖尿病初級照護(可避免住院指標) - 糖尿病病人住院率

- 計算方式：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件/15歲以上人口(每十萬人口)
- 監理重點：糖尿病初級照護之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年齡層	105年	106年
15-24	0.02%	0.02%
25-34	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%
45-54	0.10%	0.10%
55-64	0.16%	0.16%
65-74	0.29%	0.31%
75~	0.52%	0.53%
整體	0.13%	0.13%

註：本項分母須配合保險對象資料來源，故提供105-106年資料。

出院後3日內再急診比率

- 計算方式：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)/出院案件數
- 監理重點：監測住院治療出院後之照護品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度別	Tw-DRGs案件		一般案件	
	3日內再急診率	成長百分點	3日內再急診率	成長百分點
105年	2.00%		4.04%	
106年	1.91%	-0.09	3.90%	-0.14
107年	1.96%	0.05	3.82%	-0.08

資源配置指標：3項

- 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)
- 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)
- 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

以鄉鎮市區之發展程度，觀察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。
- 2.鄉鎮市區發展程度分類採謝雨生(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。

- 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
105年	7.70	73.53	2.16	9.81	11.91
106年	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107年	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65

註1：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

註2：資料來源：西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫。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：
 1. 門診就醫人數/總人數
 2. 醫療資源不足地區：各部門最近一年公告之醫療資源不足地區。
 3. 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	總額別		醫院	西醫基層	牙醫	中醫
	地區別					
105年	一般地區		53.90	82.87	45.47	27.55
	醫療資源不足地區		57.09	83.86	31.30	16.77
	山地離島地區		60.31	86.38	41.18	23.27
106年	一般地區		52.26	80.16	45.55	26.13
	醫療資源不足地區		56.68	82.40	32.14	16.18
	山地離島地區		58.66	84.33	41.40	22.82
107年	一般地區		53.75	81.92	46.82	26.58
	醫療資源不足地區		57.37	82.83	32.20	19.81
	山地離島地區		60.22	86.21	41.92	23.27

自付差額特材占率(整體)

- 計算方式：自付差額特材申報數量/特材申報數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

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
104年	0.0356%	0.0314%	0.0065%	0.0216%	0.0411%
105年	0.0370%				
106年	0.0402%				
107年	0.0417%				

- 指標及指標值意義說明：

- 104年為0.0356%，105年為0.0370%，106年為0.0402%，107年為0.0417%，平均占率為0.0314%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形。

- 備註：

1. 平均值*：97-107年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值(如於收載首年6月始能申報，則以6-12月當作全年占率)。
2. 標準差*：97-107年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差(如於收載首年6月始能申報，則以6-12月當作全年占率)。

自付差額特材占率(各類別項目)^{1/3}

- 計算方式：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：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 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	
104年	義肢	2.0%	2.1%	1.2%	0.3%	3.9%	-0.3%	4.5%
105年		2.8%						
106年		2.3%						
107年		4.9%						
104年	新增功能類別人工心律調節器	45.7%	38.4%	9.0%	24.9%	51.9%	20.5%	56.4%
105年		49.6%						
106年		50.9%						
107年		51.4%						
104年	塗藥或特殊塗層血管支架	54.7%	49.1%	9.5%	34.8%	63.3%	30.1%	68.0%
105年		58.0%						
106年		61.3%						
107年		64.0%						
104年	特殊材質人工髖關節(陶瓷/金屬對金屬)	22.1%	20.7%	3.3%	15.7%	25.7%	14.1%	27.4%
105年		23.4%						
106年		25.8%						
107年		26.4%						

自付差額特材占率(各類別項目)^{2/3}

- 計算方式：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：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 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	
104年	人工水晶體	33.9%	30.0%	5.2%	22.3%	37.8%	19.7%	40.4%
105年		35.3%						
106年		36.7%						
107年		37.3%						
104年	生物組織心臟瓣膜	32.4%	35.0%	7.4%	23.9%	46.1%	20.2%	49.8%
105年		36.7%						
106年		41.9%						
107年		41.9%						
104年	調控式腦室腹腔引流系統	68.2%	74.5%	4.3%	68.0%	81.1%	65.9%	83.2%
105年		73.7%						
106年		76.0%						
107年		80.2%						
105年	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	30.5%	35.2%	3.5%	30.0%	40.4%	28.3%	42.1%
106年		38.6%						
107年		36.5%						

自付差額特材占率(各類別項目)^{3/3}

- 計算方式：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：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 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	
106年	客製化電腦輔助型 顱顏骨固定系統組	89.5%	88.9%	0.6%	88.0%	89.8%	87.7%	90.1%
107年		88.3%						
106年	治療心房顫動之冷 凍消融導管	14.6%	15.9%	1.3%	13.9%	17.8%	13.2%	18.5%
107年		17.2%						
107年	伽碼加長骨髓內釘	31.8%	31.8%	15.9%	7.9%	55.6%	0.0%	63.6%

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
- 全民健保醫療支出占GDP比率
- 資金運用收益率
- 保費收繳率
- 呆帳提列數與保費收入數之比率

保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

- 計算方式：1.(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
2.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
- 監測期程：每季
- 指標數值：108年截至第1季底：實際數短絀39.20億元；預估數短絀22.57億元；差異率73.70%

➢ 主要係政府36%差額負擔帳列數低估20億元所致。

- 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(105至107年)資料計算：

年度	105年	106年	107年
差異率	-244.66%	-39.85%	-0.46%

減2個標準差	減1.5個標準差	105至107年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-309.09%	-255.56%	-94.99%	65.58%	119.10%

- 106年以前為審定決算數，107年為自編決算數。
- 105年度主因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，致保費收入增加，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133億元，另105年保險成本較原預估增加36億元，若排除上開因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為42.20%。
- 106年主要係總額部門專款及其他部門結餘70億元，致保險成本實際數較預估數為低，若排除前揭因素之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為5.13%。

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：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
- 監測期程：每季
- 指標數值：截至108年第1季底為3.92個月
- 指標及指標值意義說明：
 - 以前3年(105至107年)資料計算：

截至年度	105年底	106年底	107年底
約當月數	5.22個月	4.75個月	4.04個月
較前一年度 增減數	70億元	-98億元	-250億元

減2個標準差	減1.5個標準差	105至107年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
3.70個月	3.94個月	4.67個月	5.40個月	5.65個月

- 106年以前為審定決算數，107年為自編決算數。
- 由於105年一般保險費費率由4.91%調降為4.69%及補充保險費費率連動由2%調降為1.91%，以及醫療費用總額成長，105年當年保險收支幾近平衡，自106年起，當年收入已不足當年支出，且逐年遞增，致安全準備總額折合保險給付支出月數逐年下降。

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
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	全民健保醫療支出(含部分負擔)占GDP比率	全民健保醫療支出(不含部分負擔)占GDP比率
104 年	3.49%	3.26%
105 年	3.57%	3.34%
106 年	3.70%	3.47%

資料來源：GDP為行政院主計總處108年5月24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

資金運用收益率

- 計算方式：本季保險資金運用收益/本季保險資金日平均營運量
- 監理重點：資金管理效率
- 監測期程：每季
- 指標數值：108年截至第1季為0.67%

➢ 以105年-107年截至第4季資料計算：

單位:元

項目 \ 年度	105年	106年	107年
運用收益	1,021,598,475	1,201,979,533	1,246,761,259
日平均營運量	184,440,343,718	205,665,559,606	199,617,164,341
收益率	0.55%	0.58%	0.63%
五大銀行一年期 大額定存平均利率	0.18%	0.18%	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	105至107年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.53%	0.54%	0.59%	0.63%	0.65%

- 因全民健康保險資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準，105年至107年截至第4季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。

保費收繳率

- 計算方式：最近5年投保單位及保險對象一般保費實收數/最近5年投保單位及保險對象一般保費應收數
- 監理重點：監理保費收繳之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位:%

投保單位及保險對象	105年	106年	107年
第一類	99.72	99.66	99.63
第二類	99.68	99.66	99.64
第三類	99.31	99.27	99.24
第六類	86.41	85.58	84.20
整體	98.79	98.67	98.55

● 指標及指標值意義說明：

資料來源：健保署

105年至107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在84%與87%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%。而各類收繳率逐年下降主要因為：

1. 欠費移送案件執行時間增長。
2. 投保單位欠費雖已取得債權憑證，但仍須依據健保法38條向負責人求償。
3. 107年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較106年度減少6.6億元。

呆帳提列數與保費收入數之比率

- 計算方式：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數/投保單位及保險對象本年度一般保費收入數
- 監理重點：監理呆帳提列情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

105年	106年	107年
1.13	1.11	1.22

資料來源：健保署

- 指標及指標值意義說明：

105年及106年呆帳提列數與保費收入數比率均接近1.1%，107年因菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較106年度減少6.6億元，致比率稍高。



敬請指教