



# 全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署



# 全民健康保險業務監理指標

- 依據衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議通過之「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.民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(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**

107年7月27日第3屆107年第6次委員會議決議：

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：

106年-108年急性病床平均住院天數

層級\年度	106年	107年	108年
醫院	7.47	7.45	7.38
醫學中心	7.50	7.43	7.33
區域醫院	7.16	7.17	7.12
地區醫院	8.24	8.26	8.17

- 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)<sup>1/3</sup>

- 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
106年	7,045,957	193,651	2.75%
107年	7,155,606	194,072	2.71%
108年	7,326,102	201,562	2.75%



# 急診病人留置急診室超過24小時比率

(整體及各層級)<sup>2/3</sup>

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
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%
108年	醫學中心	1,947,901	136,552	7.01%
	區域醫院	3,644,835	57,233	1.57%
	地區醫院	1,733,366	7,777	0.45%



# 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)<sup>3/3</sup>

## 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
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%
108年	醫學中心	14.46%	11.75%	6.31%
	區域醫院	5.47%	3.29%	1.41%
	地區醫院	1.01%	1.16%	0.39%
	合計	7.89%	6.43%	2.57%

## 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數<sup>1/2</sup>

- 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)	
105年	66,213	310,530	376,743	411,637
106年	68,940	309,150	378,090	415,596
107年	72,043	315,345	387,388	422,068

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。



## 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數<sup>2/2</sup>

- 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)	122,437	藥費(1)	137,792
診療費(2)	45,266	診療費(2)	57,742
治療處置費(3)	27,157	治療處置費(5)	22,121
檢查費(4)	19,050	檢查費(3)	31,065
放射線診療費(5)	18,723	放射線診療費(4)	26,362

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。

## 區域醫院以上初級門診照護率

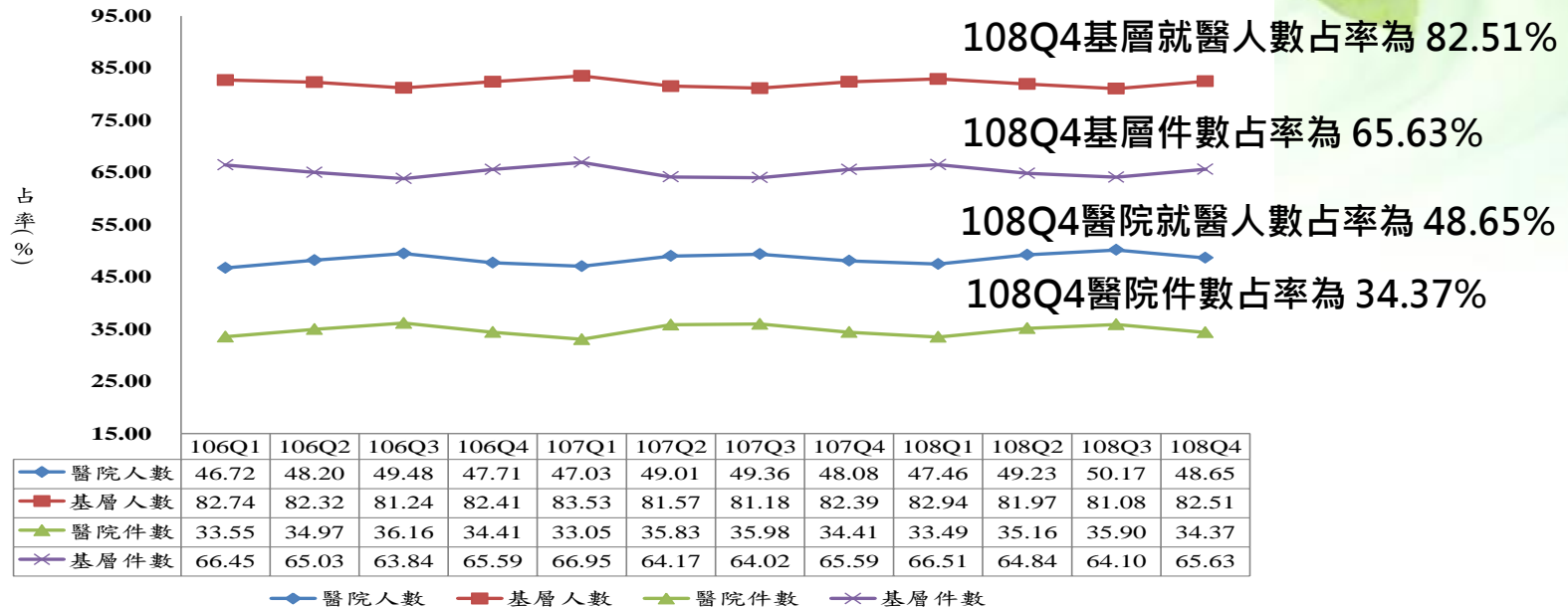
- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值： 單位：%

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
106年	13.90%	21.15%	35.69%	22.93%	18.10%
107年	14.14%	20.19%	35.12%	22.54%	17.64%
108年	13.80%	19.59%	34.11%	22.22%	17.13%

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

- 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
106年上半年	26.31%	35.34%	27.89%	20.48%	17.97%
106年下半年	26.08%	35.01%	27.77%	20.23%	17.54%
107年上半年 <sup>1</sup>	26.72%	35.44%	28.49%	21.28%	18.12%
107年下半年 <sup>1</sup>	26.01%	34.62%	27.71%	20.63%	17.63%
108年上半年 <sup>1</sup>	27.26%	35.51%	29.42%	22.78%	18.47%
108年下半年 <sup>1</sup>	26.23%	34.49%	27.89%	21.68%	18.04%
平均值	26.43%	35.07%	28.20%	21.18%	17.96%
標準差	0.47%	0.43%	0.66%	0.95%	0.34%
平均值±1.5*標準差	(27.14%,25.72%)	(35.72%,34.42%)	(29.19%,27.2%)	(22.6%,19.75%)	(18.47%,17.45%)
平均值±2*標準差	(27.38%,25.49%)	(35.94%,34.2%)	(29.52%,26.87%)	(23.08%,19.28%)	(18.64%,17.29%)

註1：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。

## 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：

### 108年全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	0/13	0/10	0/7	-1/3
專款計畫之預算執行率	97%	94%	95%	99%

註：108年牙醫總額部門之牙周病統合照護計畫由專款項目移至一般服務項下，爰該部門專案計畫減少1項。

## 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
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%
108年上半年	5,980	529,937	1.13%	0.95%	5.18%	0.00% 8.72%	0.00% 11.31%
108年下半年	6,538	564,529	1.16%	1.18%	6.94%	0.00% 11.59%	0.00% 15.06%

- 指標及指標值意義說明：106年下半年起，呈現逐漸下降趨勢，惟至108年下半年又略為上升，長期而言呈現平穩趨勢。
- 院所標準差變動大原因說明：因各院所之分子個案數少，且多為極端值0，是造成院所標準差變動幅度大之原因。

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
106年	45.3%	56.6%	51.3%	32.4%	47.9%
107年	52.1%	58.2%	51.9%	36.5%	48.9%
108年	55.6%	61.1%	55.1%	42.1%	52.7%

## 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	106年	107年	108年
平均每人門診 照護連續性	0.401	0.401	0.400

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 $\leq 3$ 次且 $\geq 100$ 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)，自108年5月不列計「護理長」
- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：108年1-12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
20%	< 7.0	10.7%	< 10.0	57.9%	< 13.0	86.8%
17%	7.0-7.4	21.3%	10.0-10.4	17.3%	13.0-13.4	2.3%
14%	7.5-7.9	47.0%	10.5-10.9	12.1%	13.5-13.9	1.6%
5%	8.0-8.4	18.7%	11.0-11.4	4.5%	14.0-14.4	1.5%
2%	8.5-8.9	2.3%	11.5-11.9	7.3%	14.5-14.9	1.7%
無	> 8.9	0.0%	> 11.9	1.0%	> 14.9	0.9%
未填或護 病比為0				0%		5.2%
	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未有收住院個案

## 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	106年	107年	108年
醫院	93.4%	89.4%	96.8%
西醫基層	95.4%	92.4%	95.9%
牙醫門診	92.5%	93.2%	94.0%
中醫門診	93.6%	92.2%	95.0%

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	107年
15-24	0.02%	0.02%	0.02%
25-34	0.03%	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%	0.06%
45-54	0.10%	0.10%	0.11%
55-64	0.16%	0.16%	0.18%
65-74	0.29%	0.31%	0.32%
75~	0.52%	0.53%	0.56%
整體	0.13%	0.13%	0.14%

註：本項分母須配合保險對象資料來源，故提供105-107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
106年	1.91%	-0.09	3.90%	-0.14
107年	1.96%	0.05	3.82%	-0.08
108年	2.02%	0.06	3.85%	0.03

## 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
106年	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107年	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108年	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23

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
  - 西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫

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：
  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					
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
108年	一般地區		54.28	82.19	47.55	26.64
	醫療資源不足地區		57.82	83.03	32.84	19.77
	山地離島地區		60.94	86.44	42.22	23.51

## 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：

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	
106年上半年	0.0406	0.0421	0.0183	0.0147	0.0695	0.0055	0.0787
106年下半年	0.0399						
106年全年	0.0402						
107年上半年	0.0411						
107年下半年	0.0423						
107年全年	0.0417						
108年上半年	0.0445						
108年下半年	0.0443						
108年全年	0.0444						

- 備註：

平均值\*：106~108年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值。

標準差\*：106~108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。



## 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

單位：%

項目	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	
特殊功能人工水晶體	106年	36.7	37.3	0.5	36.6	38.0	36.3	38.3
	107年	37.3						
	108年	37.9						
特殊材質人工髖關節	106年	25.8	26.9	1.2	25.2	28.6	24.6	29.2
	107年	26.4						
	108年	28.5						
新增功能類別人工心律調節器	106年	51.0	48.9	3.2	44.1	53.7	42.5	55.4
	107年	51.4						
	108年	44.4						
塗藥或特殊塗層血管支架	106年	61.2	63.8	2.0	60.8	66.8	59.8	67.8
	107年	64.0						
	108年	66.1						

## 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

單位：%

項目	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	
耐久性生物組織心臟瓣膜	106年	41.9	41.8	0.2	41.5	42.0	41.4	42.1
	107年	41.9						
	108年	41.5						
義肢	106年	2.3	5.0	2.2	1.7	8.3	0.6	9.4
	107年	4.9						
	108年	7.7						
調控式腦室腹腔引流系統	106年	76.1	79.4	2.4	75.8	83.0	74.6	84.2
	107年	80.2						
	1087年	81.8						
治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	106年	38.7	37.3	1.0	35.9	38.8	35.4	39.3
	107年	36.5						
	108年	36.8						

## 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

單位：%

項目	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	
客製化電腦輔助型 顱顏骨固定系統組 *	106年	89.5	88.9	0.6	88.0	89.8	87.7	90.1
	107年	88.3						
	108年	107/12/01起納入健保全額給付						
治療心房顫動之冷 凍消融導管	106年	14.6	16.1	1.1	14.4	17.7	13.9	18.2
	107年	17.2						
	108年	16.4						
伽碼加長骨髓內釘	107年	31.8	45.1	13.3	25.15	65.05	18.5	71.7
	108年	58.4						

### ● 近3年指標值意義說明：

- 民眾差額特材106年全年占率為0.0402%，107年為0.0417%，108年為0.0444%，平均占率為0.0421%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形，其中「調控式腦室腹腔引流系統」自付差額占率超過80%。

## 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：109年截至第2季底：實際數短絀245.77億元；預估數短絀324.24億元；差異率-24.20%  
✓ 主要係因以前年度總額結算追扣實際數較預估數增加58億元，致保險成本實際數較預估數為低，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-7.69%。
- 指標及指標值意義說明：

✓ 以前3年(106至108年)資料計算：

年度	106年	107年	108年
差異率	-39.85%	6.14%	-18.00%

減2個標準差	減1.5個標準差	106至108年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-54.81%	-45.42%	-17.24%	10.94%	20.33%

- ✓ 108年以前為審定決算數，109年為會計月報帳列數。
- ✓ 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%。
- ✓ 108年主要係因實際被保險人數及年終獎金發放數高於預期，致保險費收入實際數較預估數增加約50億元；另因總額部門專款及其他部門結餘由49億元調整為77億元，致保險成本實際數較預估數減少28億元。若排除前揭因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為0.86%。



## 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109年第2季底為2.71個月
- 指標及指標值意義說明：

✓ 以前3年(106至108年)資料計算：

截至年度	106年底	107年底	108年底
約當月數	4.75個月	4.00個月	3.23個月
較前一年度增減數	-98.40億元	-266.48億元	-341.97億元

減2個標準差	減1.5個標準差	106至108年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
2.75個月	3.06個月	4.00個月	4.93個月	5.24個月

- ✓ 108年以前為審定決算數，109年為會計月報帳列數。
- ✓ 106年至108年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為4.75、4.00及3.23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。



# 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
- 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
105 年	3.50%	3.27%
106 年	3.61%	3.38%
107 年	3.69%	3.47%

資料來源：GDP為行政院主計總處109年5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

# 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：109年截至第2季為0.63%

✓ 以106年-108年資料計算:

單位:元

項目 \ 年度	106年	107年	108年
運用收益	1,211,697,562	1,244,338,940	1,394,646,409
日平均營運量	205,703,486,639	199,617,164,341	207,047,176,199
收益率	0.59%	0.62%	0.67%
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	106至108年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.56%	0.58%	0.63%	0.68%	0.70%

- ✓ 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，106年至108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。

# 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	106年	107年	108年
第一類	99.66	99.63	99.61
第二類	99.66	99.64	99.64
第三類	99.27	99.24	99.25
第六類	85.58	84.20	84.37
整體	98.67	98.55	98.56

- 指標及指標值意義說明：

資料來源：健保署

105年至108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，108年度已無補助。

## 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	108年
1.13	1.11	1.22	1.24

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年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費較106年度減少6.6億元，而108年度已無補助，致比率逐年上升。



敬請指教