

108 年全民健康保險年度監測 結果報告

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 109 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.....	1
貳、前言.....	5
參、監理指標之意涵與監測結果	12
一、效率構面(7項指標).....	12
(一)整體表現情形	12
(二)各指標監測結果及趨勢評析	13
指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級).....	13
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).....	16
指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	20
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率.....	23
指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	25
指標 1.6 藥品費用占率.....	27
指標 1.7 健保專案計畫之執行成效.....	31
二、醫療品質構面(4項指標)	34
(一)整體表現情形	34
(二)各指標監測結果及趨勢評析	35
指標 2.1 手術傷口感染率.....	35
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率.....	37
指標 2.3 照護連續性.....	39
指標 2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布	41
三、效果構面(3項指標).....	44
(一)整體表現情形	44
(二)各指標監測結果及趨勢評析	45
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門).....	45
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	48
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率.....	50
四、資源配置構面(3項指標)	52
(一)整體表現情形	52
(二)各指標監測結果及趨勢評析	53
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).....	53

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).....	59
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	62
五、財務構面(6 項指標).....	65
(一)整體表現情形	65
(二)各指標監測結果及趨勢評析	66
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	66
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	68
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	70
指標 5.4 資金運用收益率	72
指標 5.5 保費收繳率.....	74
指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率.....	76
肆、監理指標監測結果報表(103 年起).....	77
伍、參考資料.....	79
附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102 年).....	79
附錄二、監理指標之操作型定義.....	81

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」，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，以作為業務監理之依據。現行監理架構包括「效率」、「醫療品質」、「效果」、「資源配置」及「財務」等五大構面，共 23 項指標，由中央健康保險署(下稱健保署)定期提報監測結果，再由本會彙整及研析完成全民健康保險年度監測結果報告。

本報告就 108 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢評析，有 13 項指標呈進步或穩定趨勢，宜保持或繼續觀察；另有 10 項指標趨勢略有退步，宜改善。五大構面表現情形摘要如下(重點摘要表如附表 1)：

一、效率構面(7 項指標)：

(一)5 項指標呈進步或穩定趨勢：其中指標「1.1 急性病床平均住院天數」，各層級醫院中，以醫學中心及區域醫院監測數值呈下降趨勢，宜保持；指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，監測數值呈逐年下降趨勢，逐步往分級醫療政策方向推動。

(二)2 項指標略有退步，宜改善：指標「1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，各層級醫院中，以醫學中心及區域醫院監測數值呈增加趨勢，宜改善；醫學中心又以檢傷分類第一級(最嚴重)病人，監測數值呈增加趨勢，宜進一步探討醫學中心重症病人留置原因，是否與病人無法轉入病房接受住院照護有關；指標「1.6 藥品費用占率」，108 年上半年整體及各層級院所較同期呈增加趨勢，宜留意藥品使用情形及藥費結構合理性。

二、醫療品質構面(4 項指標)：

均呈進步或穩定趨勢，其中指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」，呈增加趨勢，顯示糖尿病品質支付服務之涵蓋率已逐步擴大，宜保持。

三、效果構面(3 項指標)：

(一)1 項指標呈進步趨勢，宜保持：指標「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」，各部門中，108 年醫院及牙醫門診部門滿意度為近 3 年最高，滿意/不滿意比值逐步增加，顯示民眾滿意度佳，宜繼續保持。

(二) 2 項指標略有退步，宜改善：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」，各年齡層中，以 65 歲以上之病人住院率最高，且逐年增加，宜留意此年齡層病人照護品質；指標「3.3 出院後 3 日內再急診比率」，雖 Tw-DRGs 案件監測數值仍低於一般案件，但逐年增加，宜留意 Tw-DRGs 案件病人是否有提早出院之情形。

四、資源配置構面(3 項)：均略有退步，宜改善。

(一) 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」，各部門中，除醫院部門呈下降趨勢外，牙醫門診、中醫門診部門較不明顯，西醫基層部門呈現上升趨勢，宜改善，且健保歷年均投入專款預算以提升醫療資源不足地區服務，宜探討相關專款預算投注之效益。

(二) 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」，各部門中，以牙醫門診及中醫門診二部門，其醫療資源不足或山地離島地區就醫率仍低於一般地區，雖近 3 年就醫率已有提升，但仍應加強當地民眾照護，並了解相關專款預算投注之效益。

(三) 指標「4.3 自付差額特材占率」，在 10 項自付差額特材中，有 4 項占率超過五成，其中又以調控式腦室腹腔引流系統占率逐步增加且逾八成，顯示多數民眾使用自付差額而非健保全額給付特材，宜檢討納入健保全額給付之可行性。

五、財務構面(6 項指標)：

(一) 3 項指標呈進步或穩定趨勢：其中指標「5.4 資金運用收益率」，呈增加趨勢，且高於 5 大銀行一年大額定存平均利率，宜保持。

(二) 3 項指標呈退步趨勢，宜積極改善：指標「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」，雖尚符合法定以 1~3 個月保險給付支出之原則，但逐年減少，宜積極研議收入面及支出面相關策略；指標「5.5 保費收繳率」，各類被保險人中，第六類收繳率有待提升；指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，呈逐年增加趨勢，宜留意呆帳問題。

整體而言，108 年監測表現尚稱穩定，惟應特別留意資源配置構面，歷年健保總額已投注相關專款預算，用以提升醫療資源缺乏地區及山地離島地區之醫療服務，然部分部門醫師人力、就醫率尚未有顯著改善，另部分自付差額特材項

目，其占率逐年增加，顯示健保全額給付特材未能滿足多數民眾醫療需求，應進一步探討資源配置策略之公平性。本會將持續監測，並請健保署就宜改善部分，了解原因並研議相關策略，以保障民眾權益。

108 年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	監測結果 (○：進步 △：穩定 ^{註1} ×：退步)
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○(整體、醫學中心、區域醫院下降) △(地區醫院)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級) ^{註2}	×(醫學中心、區域醫院增加) ○(地區醫院下降)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	△
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	○
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	△
	1.6 藥品費用占率	×(占率增加)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	△
(二) 醫療 品質	2.1 手術傷口感染率	△
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○
	2.3 照護連續性	△
	2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布	△
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	○(醫院、牙醫門診，108 年滿意度為近 3 年最高，滿意/不滿意比值增加)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	×(65~74 歲、75 歲以上病人，住院率最高且增加)
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	×(DRGs 案件比率增加)
(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) ^{註2}	×(西醫基層增加) ○(醫院改善)
	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) ^{註2}	×(牙醫門診、中醫門診醫缺及山地離島就醫率低於一般地區) ○(醫院、西醫基層改善)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	×(市占率高品項，宜儘速納入全額給付)
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	△
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	×(安全準備逐年減少)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	△
	5.4 資金運用收益率	○
	5.5 保費收繳率	×(第六類宜改善)
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	×(呈增加趨勢)

註：1.穩定係近 3 年監測數值無明顯變化，或呈上下波動暫未有明顯趨勢。

2.指標 1.2、指標 4.1 及指標 4.2 等 3 項，雖部分面向表現趨勢不同，惟多數面向呈退步趨勢，故列屬宜改善之指標。

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、專家學者意見後，擬案經 103 年 4 月(103.4.25)及 5 月份委員會議(103.5.23)討論通過，其中包括：效率、醫療品質、效果、公平及財務等 5 大構面，內含 27 項指標，作為每年全民健保業務監理之依據。復經 107 年 6 月(107.6.22)及 7 月份委員會議(107.7.27)討論修訂，經整體檢討後，現行監理指標仍維持五大構面，惟公平構面更名為資源配置，指標數修訂為 23 項(如附表 2)。自 104 年起，除請健保署定期提報前一年度監測結果外，再由本會彙整研析前一年度全民健康保險年度監測結果報告，以利健保業務之監理及健保政策建言之提出。

本報告循例由健保署提報五大構面、23 項指標之 108 年度監測結果，及各項指標近 3 年監測資料。另為精進監測結果之解讀與運用，本年度特委託中華經濟研究院辦理評析全民健康保險監理指標研究案，就 108 年指標監測趨勢提出解讀及評析。參考研究成果，本次報告新增收錄各指標近 3 年趨勢評析，以圖像的方式呈現 23 項指標之關鍵趨勢變化，輔以評析說明，以聚焦各項指標表現良窳；另新增五大構面表現情形摘要，摘錄各構面下趨勢變化較明顯之指標(進步、退步)，以利綜覽各監理構面運作概況，作為本會委員業務監理之參據，本報告內容包括以下三部分：

- 一、各監理構面表現情形摘要、各指標之意涵、監測結果及近 3 年趨勢評析。
- 二、各指標自 103 年起之監測結果報表。
- 三、參考資料：
 - (一)附錄一：指標建置前 6 年(97~102 年)歷史資料報表。
 - (二)附錄二：各指標之操作型定義。

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:俟健保署完成修訂初級照護定義及 ICD-10-CM/PCS 編碼後,配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料	
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	季	1.計算公式: (1)病人數占率: 分子:該部門門診就醫人數 分母:西醫門診就醫人數 (2)件數占率 分子:該部門門診申報件數 分母:西醫門診申報件數 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 84 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 _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 ≤ 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—急性病房全日平均護病比占率分布	半年	1. 計算公式： 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」，但列計「護理長」(以 1 人計) 2. 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布	護理人力之供給情形

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

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四) 資源配置	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：門診就醫人數 分母：總人數 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升計畫(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	醫療利用之公平性
	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	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

構 面	監理指標	提報 時程	計算方式	監理重點
(五) 財務	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 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	監理保費收繳 之情形
	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、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

近 3 年呈進步趨勢

-宜保持

- 1.1 急性病床平均住院天數
-整體、醫學中心、區域醫院
(呈下降趨勢，宜保持)
- 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時
比率-地區醫院
(呈下降趨勢，留置情形有改善)
- 1.4 區域醫院以上初級門診照護率
(呈下降趨勢，逐步往分級醫療方向
推動)

近 3 年呈退步趨勢

-宜改善

- 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時
比率-醫學中心、區域醫院
(呈增加趨勢，另醫學中心急診檢傷
分類第 1 級病人呈增加趨勢，宜進一
步探討醫學中心重症病人留置原因)
- 1.6 藥品費用占率
(以同期-半年資料，108 年上半年較
106、107 年上半年呈增加趨勢，宜
留意藥品使用情形)

註：1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數、1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率、1.7 健保專案計畫之執行成效，呈穩定趨勢，宜繼續觀察。

(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

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：

106~108 年急性病床平均住院天數

單位：日/件

層級	106 年		107 年		108 年	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
醫院	7.47	7.45	7.45	9.23	7.38	9.19
醫學中心	7.50	7.43	7.43	9.21	7.33	9.21
區域醫院	7.16	7.17	7.17	8.66	7.12	8.58
地區醫院	8.24	8.26	8.26	10.63	8.17	10.51

106~108 年急性病床住院天數

單位：日/件

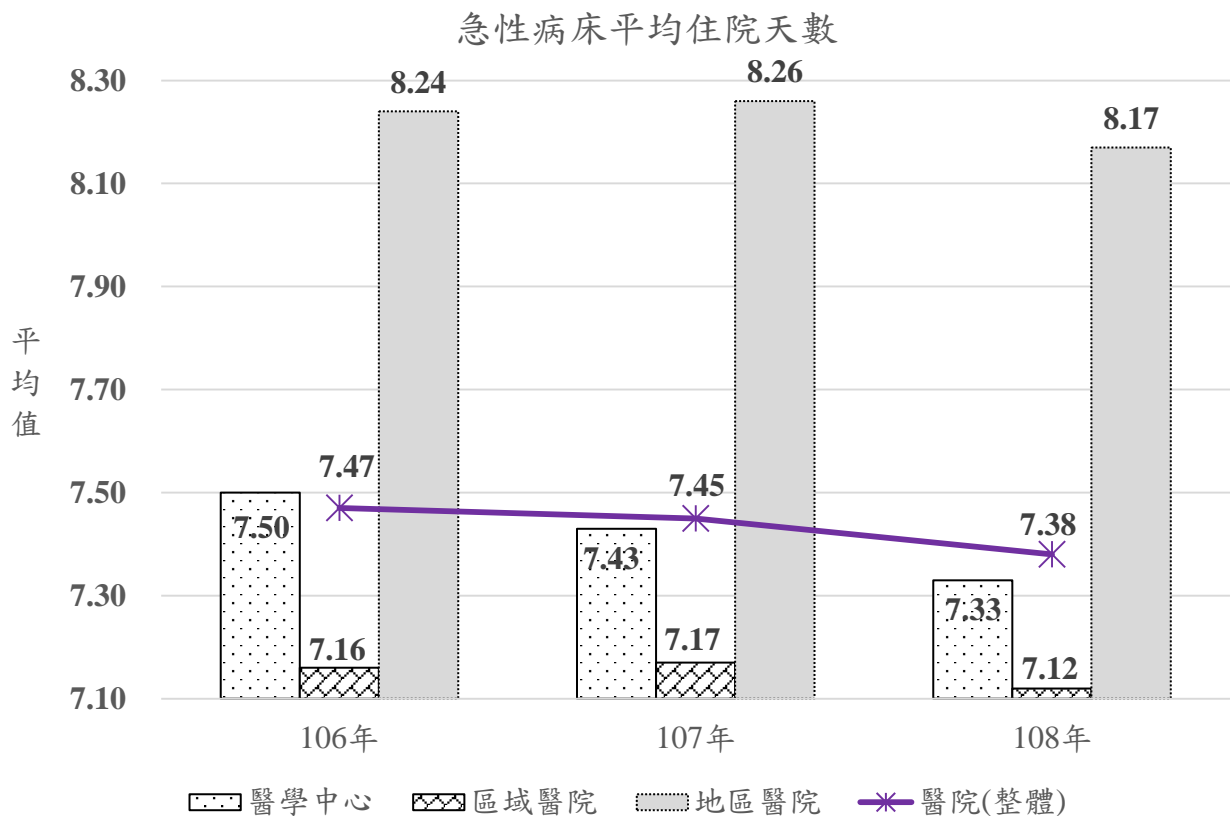
層級	106 年		107 年		108 年	
	最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值
醫院	280	1	531	1	516	1
醫學中心	280	1	239	1	131	1
區域醫院	185	1	143	1	121	1
地區醫院	274	1	531	1	516	1

※健保署說明：

(1)106~108 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.47、7.45、7.38 天，呈現下降趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.24、8.26、8.17 天。

(2) 108 年急性病床住院天數，地區醫院最大值為 516 天，主要為醫院申報一筆呼吸照護之費用。

6.近 3 年趨勢評析：



醫院整體、醫學中心及區域醫院急性病床平均住院天數呈下降趨勢，宜繼續保持。至於地區醫院平均住院天數高於整體，可能受極端值影響，其 107、108 年極端值為各層級中最高(531、516 天)，依健保署說明，主要為呼吸照護個案。

7.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	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
法 國	5.6	5.6	5.5	5.4	5.4
挪 威	5.5	6.2	6.1	6.0	6.0
瑞 典	5.6	5.7	5.6	5.6	5.5
日 本	16.9	16.5	16.3	16.2	16.1
韓 國	8.0	7.9	7.6	7.6	7.5
英 國	6.0	6.0	6.0	5.9	5.9
臺灣	7.7	7.6	7.5	7.5	7.5

資料來源：OECD，(2020)。OECD iLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/>，資料更新至 107 年。

與鄰近國家(日、韓)相比，我國急性病床平均住院天數與韓國相近，遠低於日本；與歐美國家相較，則略高於歐美國家。

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，尚須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

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：

106~108 年急診留置超過 24 小時比率(整體)

年度	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	2.74

106~108 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別)

層級別	年度	急診總件數	急診留置超過 24 小時之件數	
		值	值	占率(%)
醫學中心	106 年	1,895,945	128,953	6.80
	107 年	1,887,339	128,822	6.83
	108 年	1,947,901	136,552	7.01
區域醫院	106 年	3,597,878	52,630	1.46
	107 年	3,629,155	54,885	1.51
	108 年	3,644,835	57,233	1.57
地區醫院	106 年	1,552,134	12,068	0.78
	107 年	1,606,144	10,300	0.64
	108 年	1,733,366	7,777	0.45

106~108 年急診留置超過 24 小時比率(檢傷分類)統計表

單位：%

年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
106 年	7.33	6.87	2.53
107 年	8.58	7.37	2.57
108 年	7.89	6.43	2.57

106~108 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)統計表

單位：%

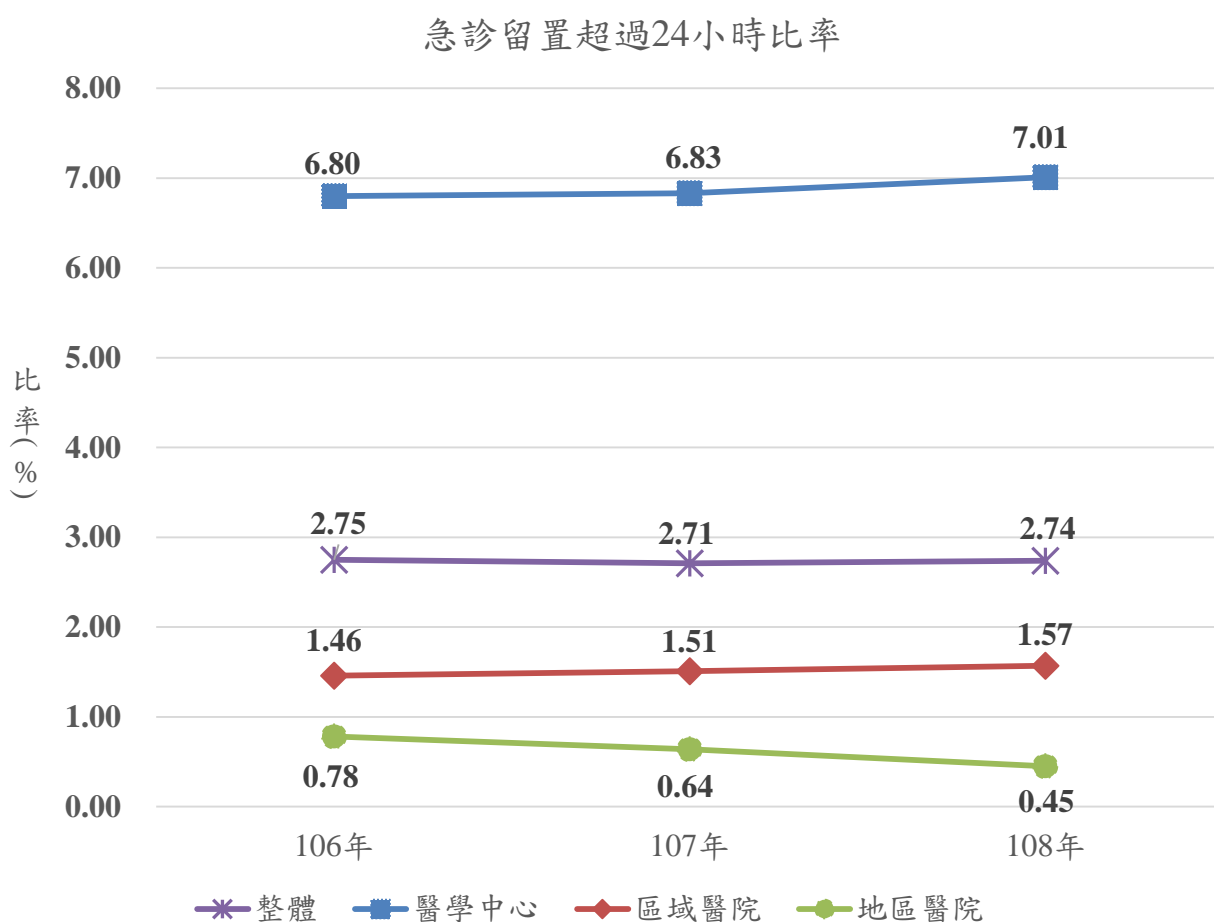
層級別	年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
醫學中心	106 年	11.55	12.33	6.01
	107 年	13.41	12.04	6.00
	108 年	14.46	11.75	6.31
區域醫院	106 年	5.22	3.21	1.30
	107 年	5.74	3.38	1.30
	108 年	5.47	3.29	1.41
地區醫院	106 年	1.84	2.10	0.66
	107 年	1.76	1.88	0.59
	108 年	1.01	1.16	0.39

※健保署說明：

(1)108 年整體急診留置超過 24 小時件數比率較 107 年上升約 0.03%，108 年各層級急診留置超過 24 小時件數比率相較 107 年，醫學中心增加 0.18%，區域醫院增加 0.06%，地區醫院則下降 0.19%。

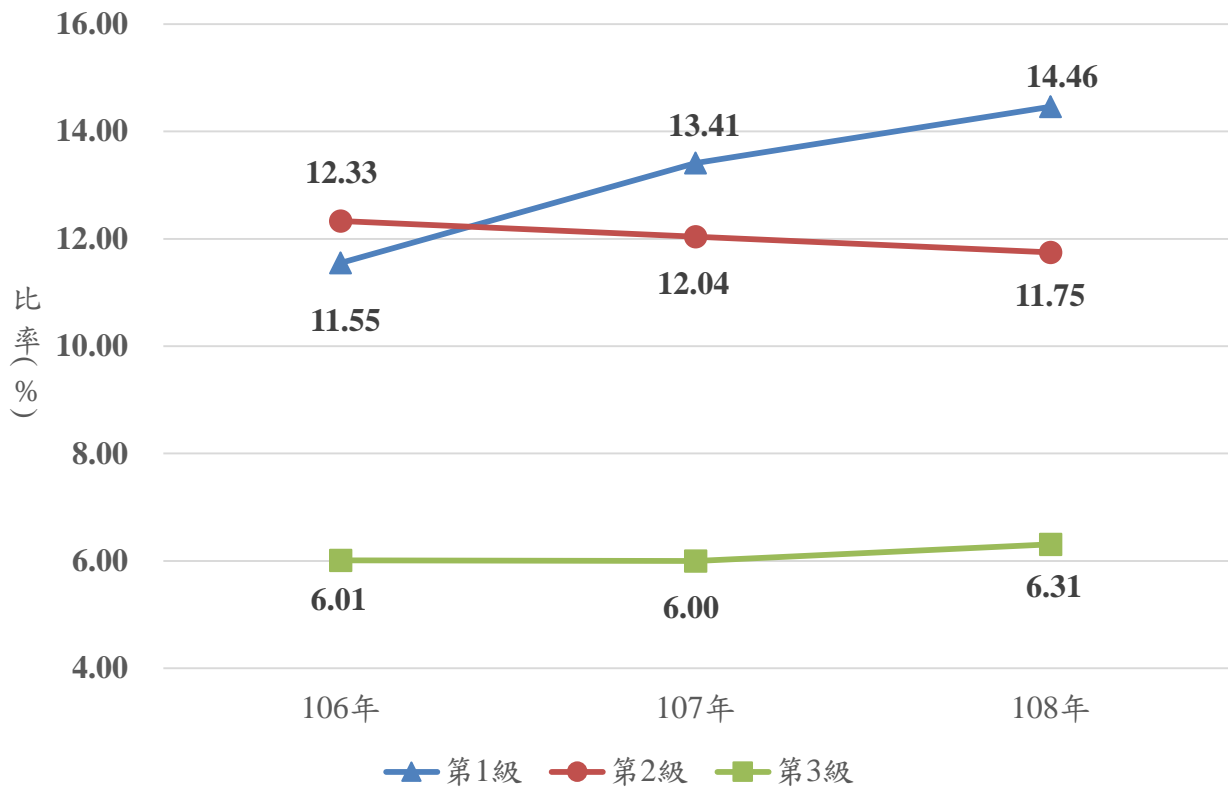
(2)108 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級及第 2 級都較 107 年下降。其中檢傷第 1 級於醫學中心上升 1.05%、區域醫院下降 0.27%、地區醫院下降 0.75%，而檢傷第 2 級於醫學中心、區域醫院及地區醫院均較 107 年下降。

6.近 3 年趨勢評析：



各部門中，醫學中心、區域醫院急診留置超過 24 小時比率呈增加趨勢，宜改善；地區醫院急診留置超過 24 小時比率呈下降趨勢，宜保持。此外，醫學中心急診留置超過 24 小時比率，近 3 年皆超過整體近 2.5 倍，爰進一步探究其檢傷分類情形。

醫學中心急診留置超過24小時比率-檢傷分類第1~3級



醫學中心急診留置超過 24 小時病人，可依檢傷分類又分為第 1~5 級，其中第 1~3 級屬重症病人，依分級轉診政策，重症病人為醫學中心之主要照護對象，爰探討醫學中心檢傷分類第 1~3 級(重症病人)之急診留置情形，檢傷分類第 1 級(最嚴重)病人，監測值呈明顯上升趨勢，宜進一步探討重症病人留置急診之原因，是否與病人無法轉入病房接受住院照護有關，以利針對原因加以改善。

指標 1.3 癌末病人生前 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。本指標可了解癌末病人臨終前 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

癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數

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：

近 4 年癌末病人死亡前一年內有申報安寧照護費用之比率

年度	癌症死亡人數	癌症病人死亡前一年內有申報安寧費用者	
	值(人)	值(人)	比率(%)
104 年	46,829	26,035	56
105 年	47,760	28,048	59
106 年	48,037	29,278	61
107 年	48,784	29,959	61

近 3 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)	
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 Propensity Score 配對，樣本數為 1:2。

每人平均醫療費用前 5 項最高之診療類別(排除基本診療)

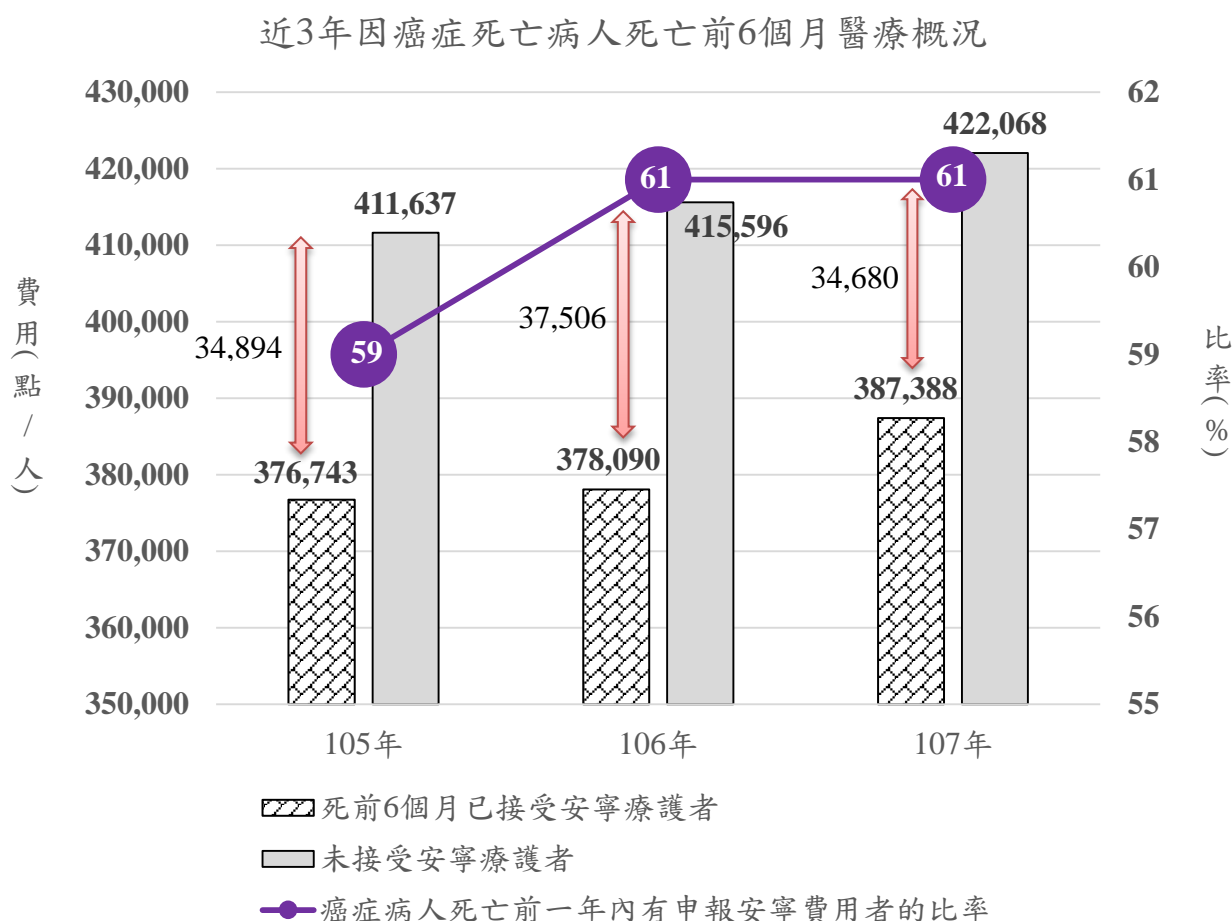
曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費	122,437	藥費	137,792
診療費	45,266	診療費	57,742
治療處置費	27,157	檢查費	31,065
檢查費	19,050	放射線診療費	26,362
放射線診療費	18,723	治療處置費	22,121

※健保署說明：

- (1) 癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率逐年穩定上升。
- (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，至少接受安寧療護 6 個月以上(不足 6 個月之個案均不計)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，死前 6 個月已接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低(107 年接受安寧者 38.7 萬，未接受安寧者 42.2 萬)。

(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、放射線診療費。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。

6.近3年趨勢評析：



癌症病人死亡前一年內有申報安寧費用的比率，近3年呈微幅增加，宜繼續觀察；不論病人有無接受安寧療護，醫療費用皆呈增加趨勢，有接受安寧療護者之醫療費用，低於未接受安寧療護者，但兩者之差距並未明顯增加，宜長期觀察資源利用之情形。

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：俟健保署完成修訂初級照護定義及 ICD-10-CM/PCS 編碼後，配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料。

4. 健保署提報監測結果析：

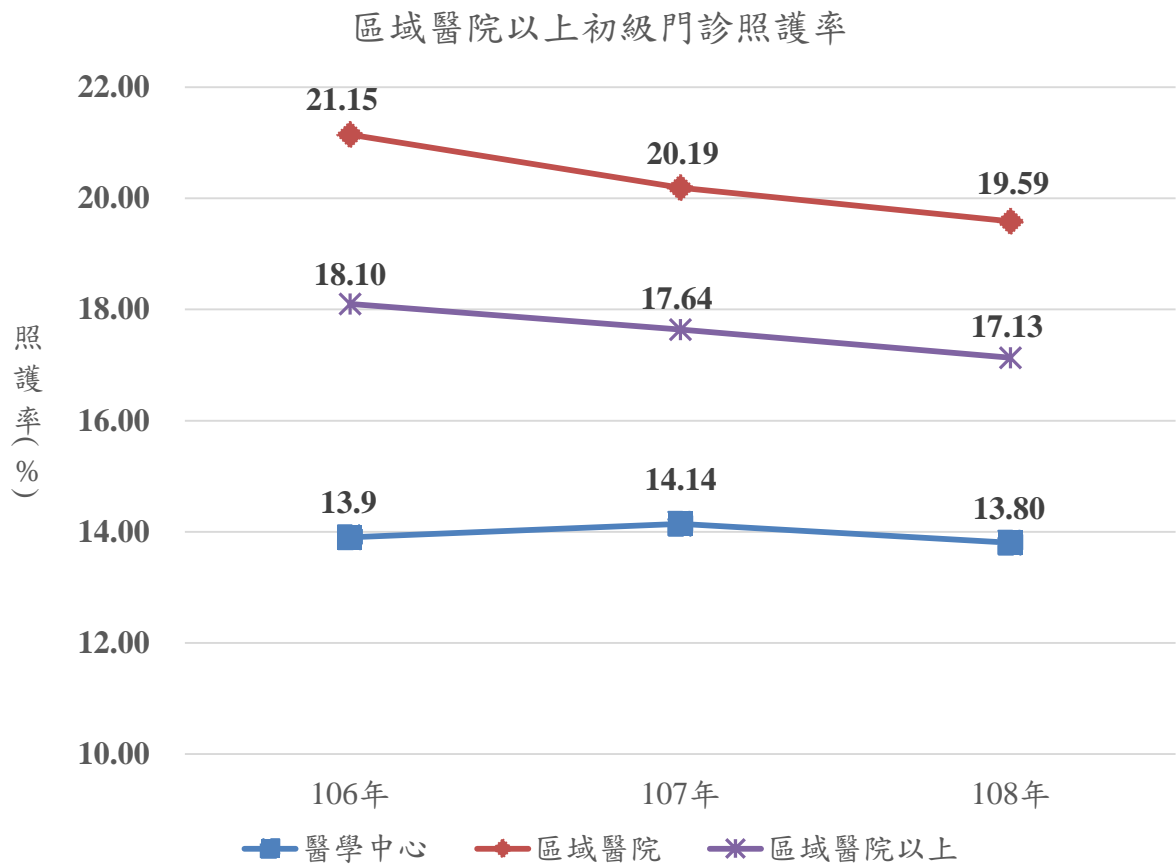
106~108 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	醫院				單位：%
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	區域醫院以上
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

※健保署說明：

106~108 年醫院初級門診照護率分別為 22.93%、22.54%、22.22%，呈現下降趨勢；其中區域醫院以上初級門診照護率分別為 18.10%、17.64%、17.13%，呈現下降趨勢。

5.近 3 年趨勢評析：



醫學中心及區域醫院初級門診照護率，皆呈下降趨勢，顯示區域醫院以上投入初級照護之情形，呈改善趨勢，逐步往分級醫療政策方向推動，宜繼續保持。

指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率

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 病人數占率：

分子：該部門門診就醫人數

分母：西醫門診就醫人數

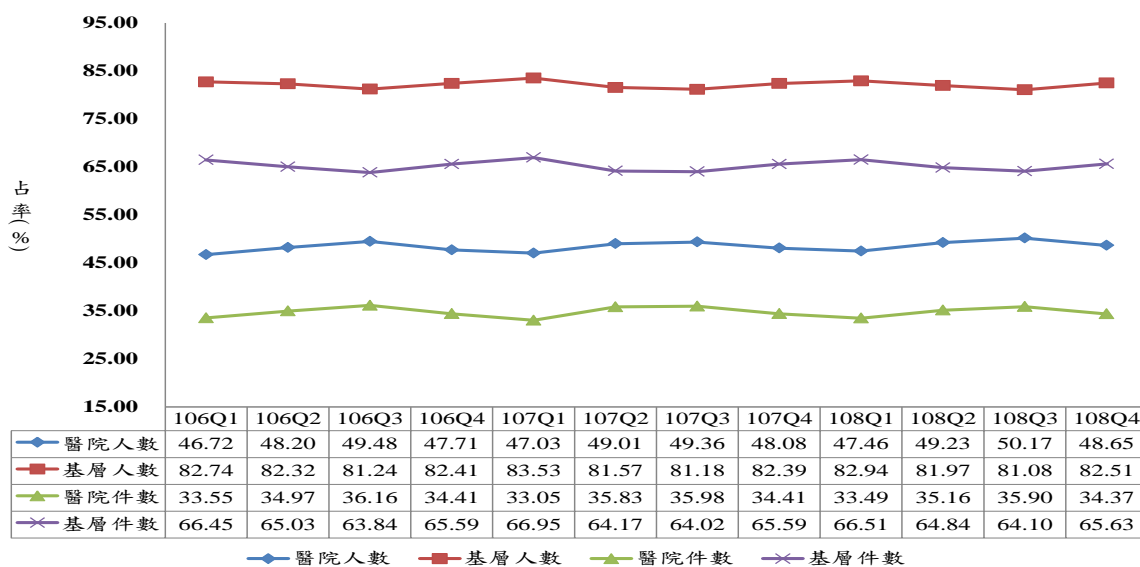
② 件數占率：

分子：該部門門診申報件數

分母：西醫門診申報件數

(2) 部門別為：西醫基層、醫院總額

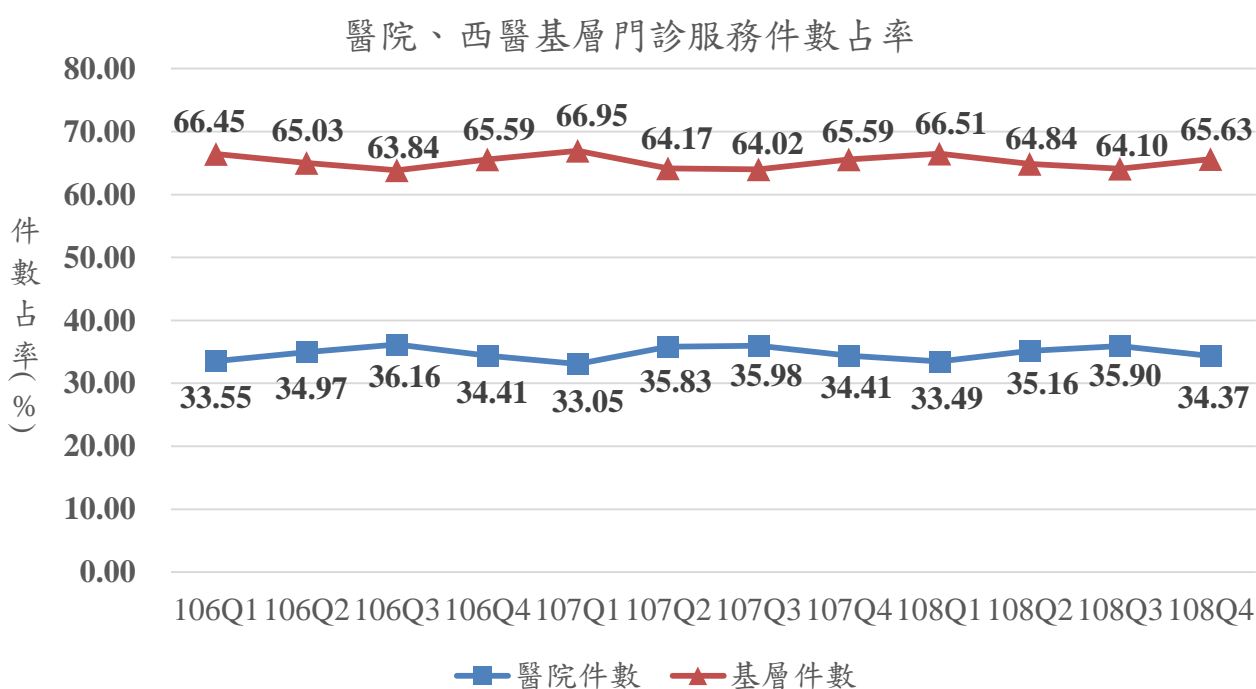
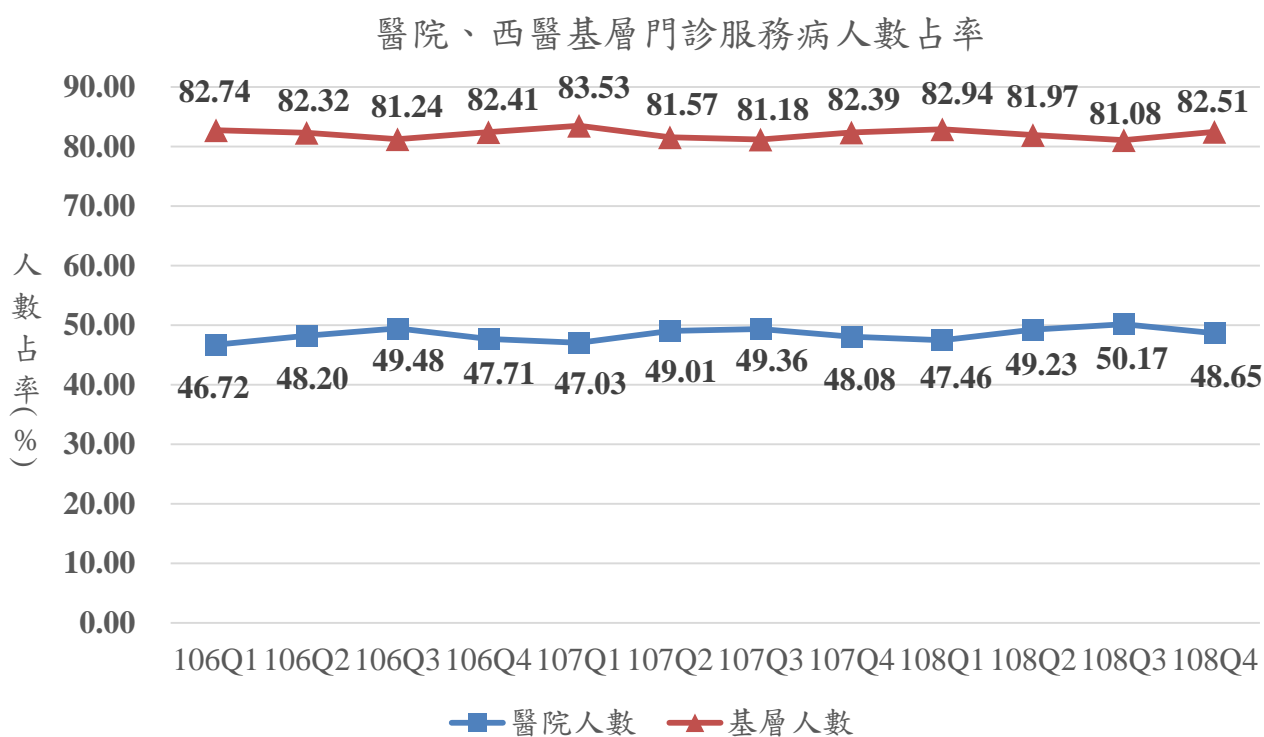
4. 健保署提報監測結果：



※ 健保署說明：

觀察醫院及西醫基層部門間醫療服務消長情形，108 年第 4 季基層就醫病人占率為 82.51%，醫院為 48.65%；基層件數占率 65.63%，醫院則為 34.37%，呈現穩定趨勢。

5.近 3 年趨勢評析：



觀察醫院及西醫基層部門間醫療服務量之變化及轉移情形，不論在就醫人數或件數，皆呈週期性(按季)消長，醫院部門人數、件數占率以第 3 季最高、第 1 季最低；西醫基層部門，以第 1 季最高、第 3 季最低，浮動區間為 1~3%之間，呈穩定波動，宜繼續觀察。

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依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分列

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

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	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5×標準差	平均值 ±2.0×標準差
整體	106 年上半年	26.31	26.43	0.47	27.14~25.72	27.38~25.49
	106 年下半年	26.08				
	107 年上半年	26.72				
	107 年下半年	26.01				
	108 年上半年	27.26				
	108 年下半年	26.23				
醫學中心	106 年上半年	35.34	35.07	0.43	35.72~34.42	35.94~34.2
	106 年下半年	35.01				
	107 年上半年	35.44				
	107 年下半年	34.62				
	108 年上半年	35.51				
	108 年下半年	34.49				
區域醫院	106 年上半年	27.89	28.20	0.66	29.19~27.2	29.52~26.87
	106 年下半年	27.77				
	107 年上半年	28.49				
	107 年下半年	27.71				
	108 年上半年	29.42				
	108 年下半年	27.89				
地區醫院	106 年上半年	20.48	21.18	0.95	22.6~19.75	23.08~19.28
	106 年下半年	20.23				
	107 年上半年	21.28				
	107 年下半年	20.63				
	108 年上半年	22.78				
	108 年下半年	21.68				
基層院所	106 年上半年	17.97	17.96	0.34	18.47~17.45	18.64~17.29
	106 年下半年	17.54				
	107 年上半年	18.12				
	107 年下半年	17.63				
	108 年上半年	18.47				
	108 年下半年	18.04				

註：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。

(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率：

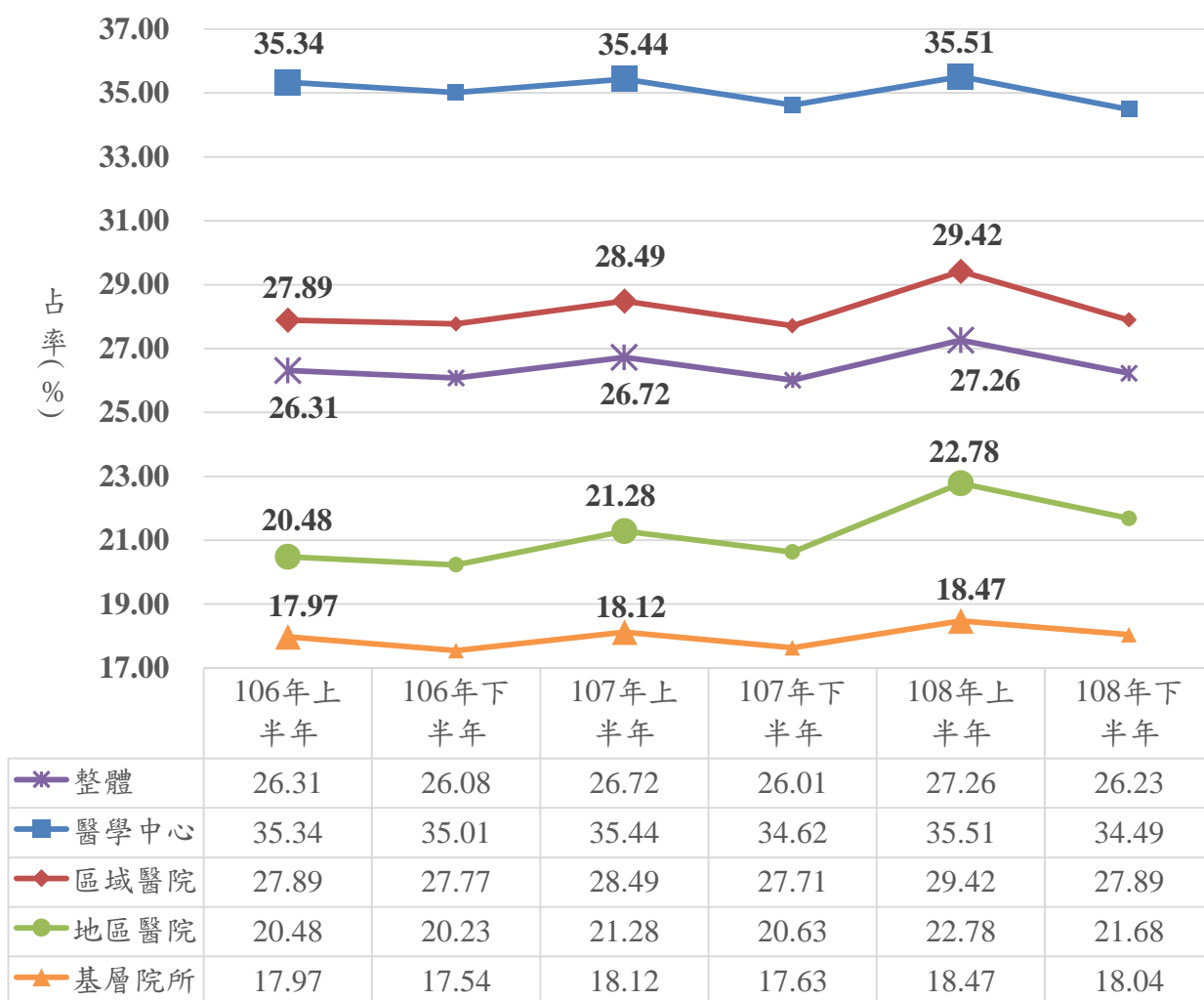
配合 DET 辦理之藥價調整	106 年 (第 5 年) (107 年調整)	107 年 (第 6 年) (108 年調整)	108 年 (第 7 年) (109 年調整) ^註
DET 成長率(%)	4.28	3.21	4.08
目標值(億元)	1511.0	1559.5	1623.1
核付金額(億元)	1594.4	1631.9	1678.3
價量協議(PVA)回收金額(億元)	9.58	14.1	14.8
超出額度調整額度(億元，%)	73.82(4.6)	58.3(3.5)	40.4(2.4)
藥品費用超過目標總額之百分率(%)	4.9	3.7	2.5

註：106 年基期值以 105 年 DET 目標值(1548.2 億元)為基期，並排除愛滋、C 肝、血友病及罕病等四類藥品費用之 105 年實際核付藥費，校正基期值為 1,449 億元，106 年起，超出及調整金額為核付金額扣減藥費目標值，再扣減價量協議(PVA)回收金額。106 年 PVA 回收金額為 9.58 億元；107 年扣減 PVA 回收金額為 14.1 億元；108 年扣減 PVA 回收金額為 14.8 億元。另為因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作，健保署於 109 年 3 月 16 日公告 108 年 DET 藥費核付金額超出目標值之額度暨 109 年藥品支付價格年度例行調整事宜，順延半年辦理，其生效日期配合順延為 109 年 10 月 1 日。

※健保署說明：

- (1)在藥品費用占率部分，整體而言 106 年上半年到 108 年下半年藥品費用占率維持在 26%~27%之間，108 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。
- (2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由 106 年至 108 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 2.5%，主要因藥費成長率下降的影響(自 7.8%下降為 6.4%)；另為因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作，健保署於 109 年 3 月 16 日公告 108 年 DET 藥費核付金額超出目標值之額度暨 109 年藥品支付價格年度例行調整事宜，順延半年辦理，其生效日期配合順延為 109 年 10 月 1 日。

5.近 3 年趨勢評析：



整體而言，藥品費用占率呈週期性(半年)波動，以近 3 年同期資料比較，108 年上半年藥費占率較 106、107 年上半年呈增加趨勢，依健保署說明主要受 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成長影響。

另藥品分配比率目標制試辦方案，適用範圍不含中醫門診總額，及治療 C 型肝炎、人類免疫缺乏病毒感染、罕見疾病及血友病等總額專款項目，故進一步探討藥品費用超過目標總額之百分率，可了解排除專款藥費後，總額一般服務項目藥費成長情形。依健保署說明(2)資料，藥品費用超過目標總額之百分率，近 3 年呈下降趨勢(4.9%、3.7%、2.5%)，惟整體藥費占率仍呈增加趨勢，可能與 C 肝新藥等專款藥費成長有關，宜留意藥品使用情形及藥費結構合理性。

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：本年度進行中之專案計畫總數

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

4. 健保署提報監測結果：

項目	醫院	西醫基層	中醫門診	牙醫門診
進場、退場專案計畫占率	0/13	0/10	0/7	-1/3
專款計畫預算執行率	97%	94%	95%	99%

註：本項 108 年專款計畫預算執行率，係統計至 108 年第 4 季。

※ 健保署說明：

(1) 經統計 108 年度各部門總額專款項目之專案計畫數(如下表)，108 年牙醫門診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。

(2) 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...)，先以整體預算執行率進行監測，更為重要且具可比性，各項專案計畫部分，將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 3 項。

(3)108 年各部門總額之專案計畫預算執行率：截至 108 年第 4 季，醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診部門總額之預算執行率均已達九成以上。

108 年專款項下專案計畫及其執行 108Q1~108Q4 預算執行率

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 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫	V	V		
糖尿病(支付標準)	-	-		
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(107 年新增)	V			
初期慢性腎臟病(支付標準)	-			
11 末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫				
12 各總額醫療資源不足地區改善方案	V	V	V	V
醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	V			
13 急診品質提升方案	V			
14 家庭醫師整合性照護計畫		V		
15 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫			V	
16 中醫提升孕產照護品質計畫			V	
17 中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫			V	
18 中醫癌症患者加強照護整合方案			V	
19 中醫急症處置計畫			V	
20 牙醫門診特殊醫療服務計畫				V
21 牙周病統合照護計畫(108 年移列一般服務)				-
當年度專案計畫總數	13	10	7	3
當年度新增(減)專案計畫				-1
各總額部門專款計畫預算執行率	97%	94%	95%	99%

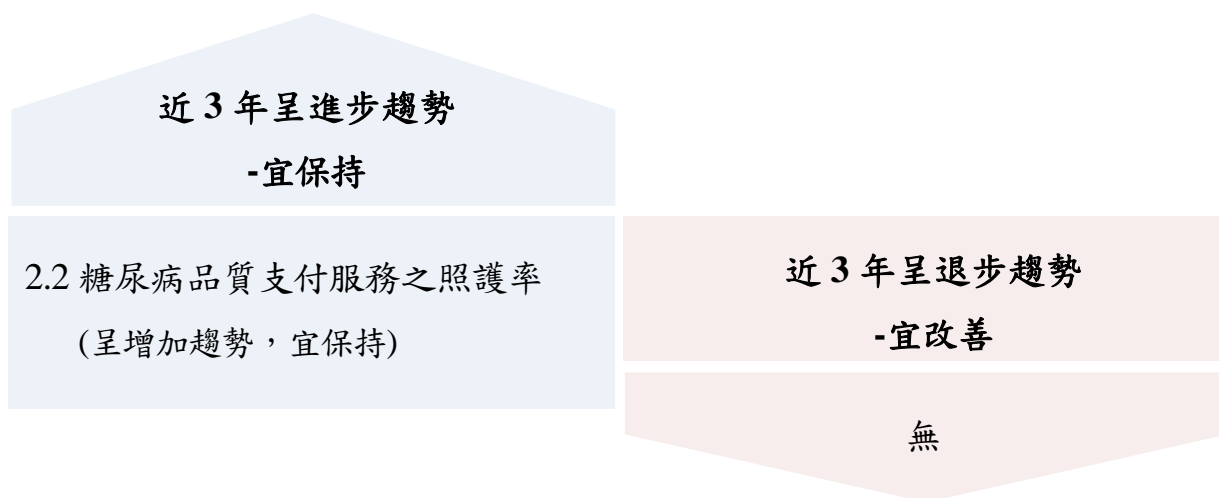
5.近 3 年趨勢評析：

本項為 107 年新增指標，爰僅提供 108 年資料，尚無法進行近 3 年趨勢評析。

108 年各部門總額中，牙醫門診總額專案計畫數減少 1 項(牙周病統合照護計畫專款導入一般服務)，至於醫院、西醫基層及中醫門診總額專案計畫數維持不變。整體而言，各部門總額專案計畫執行率皆達 90%以上，惟西醫基層總額執行率為四部門中最低(94%)，宜進一步了解其原因。

二、醫療品質構面(4項指標)

(一)整體表現情形



註：2.1 手術傷口感染率、2.3 照護連續性、2.4 護理人力指標 - 急性病房全日平均護病比
占率分布，呈穩定趨勢，宜繼續觀察。

(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，藉由本指標可監理照護結果/過程面的品質，並期能透過洗手等必要的預防方法減少其發生。

2.監測期程：每半年。

3.計算方式

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 84 頁指標定義)

分母：所有住院手術病人數

4.健保署提報監測結果：

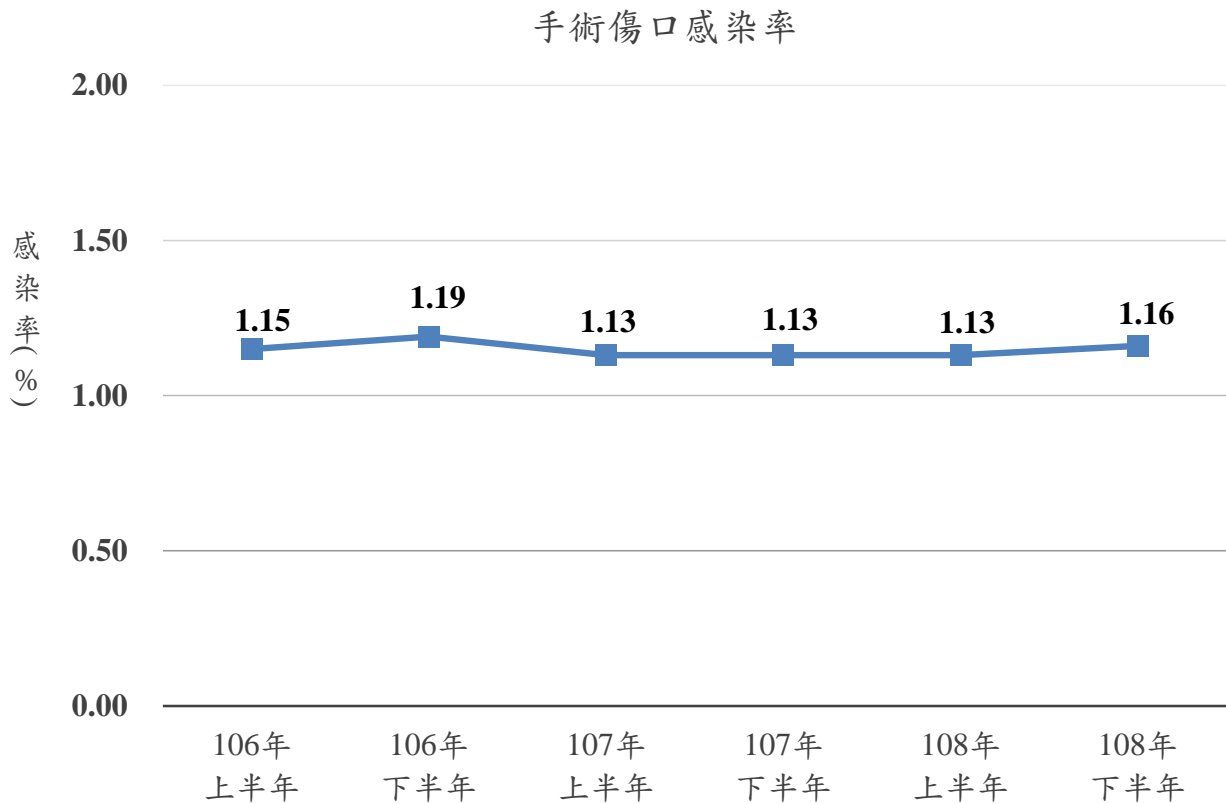
年度	分子	分母	指標值 (%)	院所平均值 (%)	院所標準差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
104 年上半年	6,571	503,243	1.31	0.63	1.44	0.00~2.79	0.00~3.51
104 年下半年	6,857	540,961	1.27	0.65	2.56	0.00~4.49	0.00~5.77
105 年上半年	5,981	504,343	1.19	0.55	1.20	0.00~2.35	0.00~2.95
105 年下半年	6,679	544,031	1.23	0.89	4.88	0.00~8.21	0.00~10.65
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

※健保署說明：

(1)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。

(2)另 105 年下半年、107 上半年及 108 年標準差較大之原因，查係院所指標值多為 0%(分子個案數為 0)，極端值(0%)是造成標準差變動幅度大之原因。

5.近 3 年趨勢評析



近 3 年在 1.13~1.19 之間上下波動，未有明顯趨勢，宜繼續觀察。

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，須終生控制血糖，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，並提升被照護品質。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

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

4. 健保署提報監測結果：

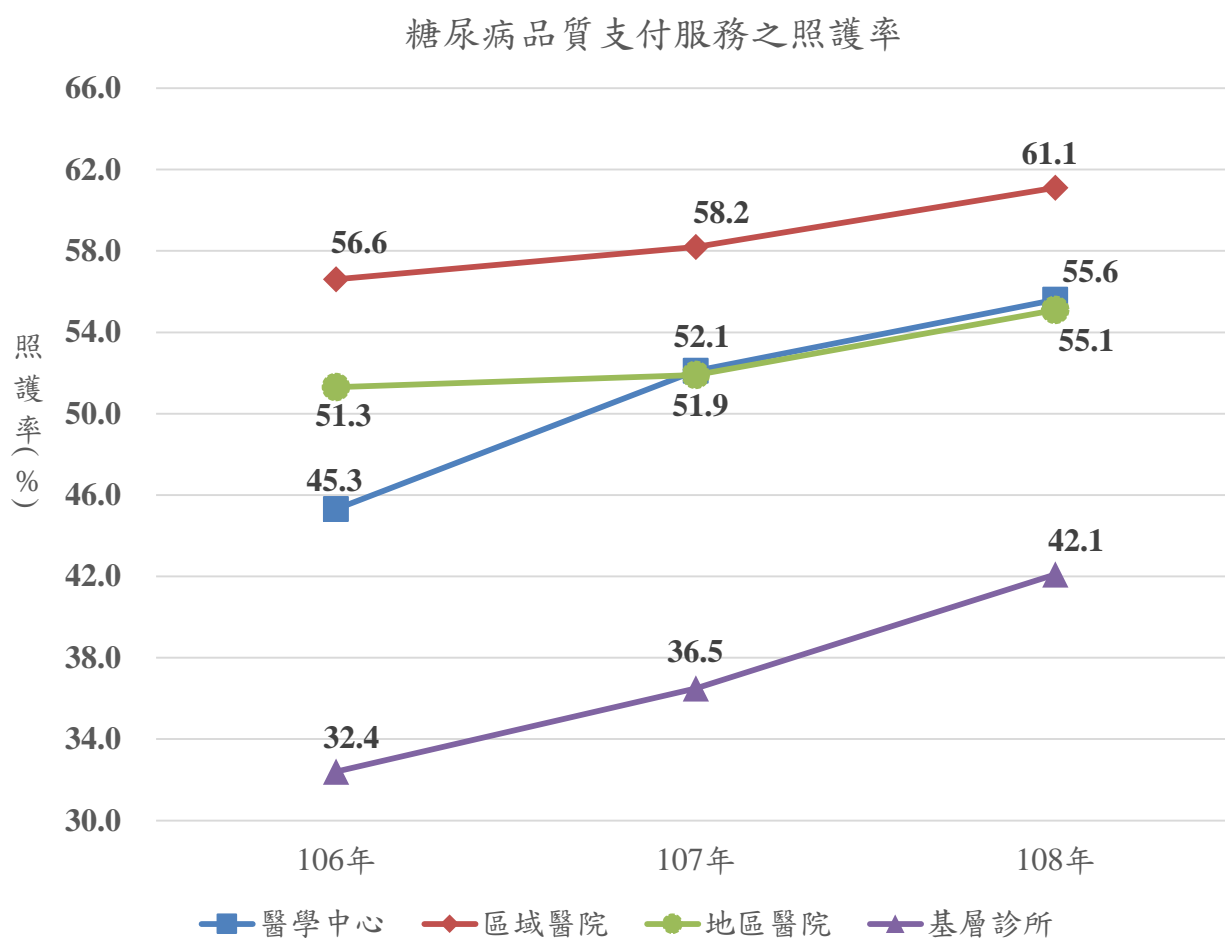
106~108 年糖尿病品質支付服務之照護率

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
106 年	照護人數	123,546	207,812	105,299	163,242	598,259
	符合收案人數	272,711	367,395	205,097	503,156	1,250,000
	照護率(%)	45.3	56.6	51.3	32.4	47.9
107 年	照護人數	138,561	230,842	118,988	198,529	684,640
	符合收案人數	265,874	396,892	229,228	543,857	1,400,275
	照護率(%)	52.1	58.2	51.9	36.5	48.9
108 年	照護人數	150,299	249,605	140,814	246,940	783,803
	符合收案人數	270,564	408,853	255,563	586,844	1,485,994
	照護率(%)	55.6	61.1	55.1	42.1	52.7

※健保署說明：

全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 106 年 47.9%，108 年增加為 52.7%。各層級之糖尿病照護率亦從 106 年 32.4%~56.6%，108 年增加為 42.1%~61.1%，其中以區域醫院之照護率最高。

5.近 3 年趨勢評析：



不論醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，糖尿病品質支付服務之照護率，皆呈增加趨勢，顯示糖尿病品質支付服務之涵蓋率在各層級院所皆有增加，宜繼續保持。

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 ≤ 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。

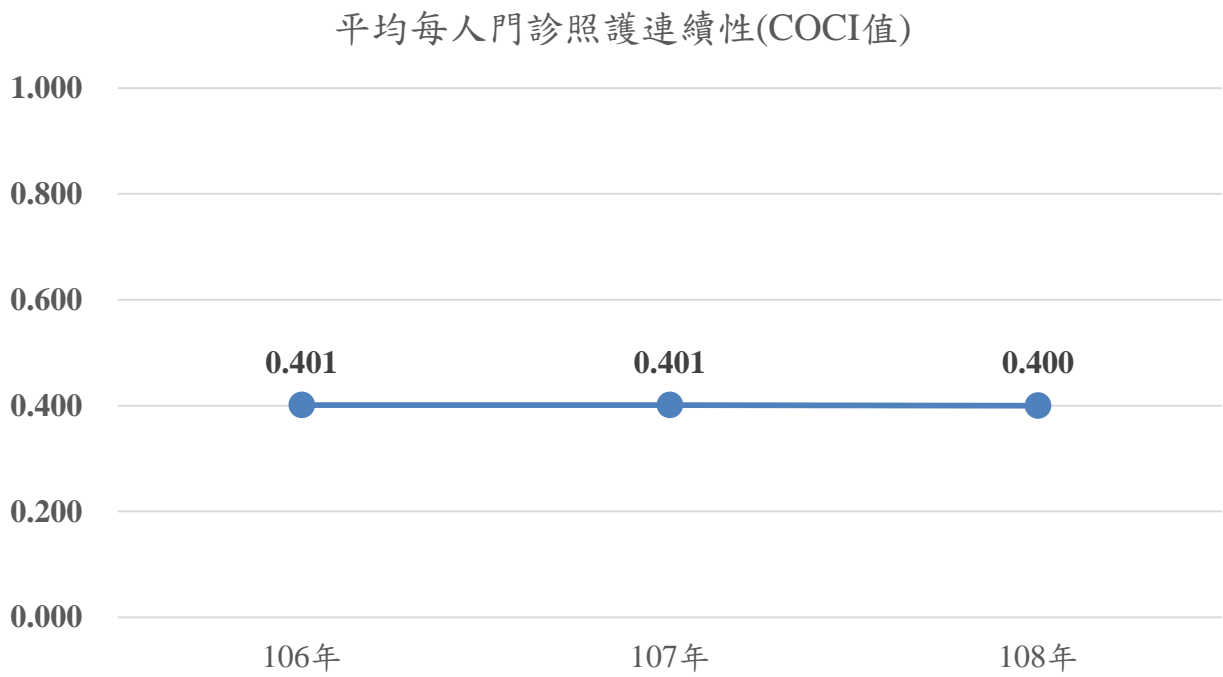
4. 健保署提報監測結果：

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

※ 健保署說明：

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 1，108 年平均每人照護連續性為 0.400，與 107 年相當。

5.近 3 年趨勢評析：



近 3 年呈穩定趨勢，宜繼續觀察。

指標 2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

1. 指標意涵

(1) 監理重點：護理人力之供給情形。

(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 本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。

2. 監測期程：每半年。

3. 計算方式

(1) 計算公式：

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」，但列計「護理長」(以 1 人計)。

(2) 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布

4. 健保署提報監測結果：

106 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 (%)
1%	<8.0	83.3%	<11.0	88.6%	<14.0	92.2%
10%	8.0-8.4	15.4%	11.0-11.4	5.5%	14.0-14.4	0.9%
9%	8.5-8.9	1.3%	11.5-11.9	4.6%	14.5-14.9	0.9%
無	> 8.9	0%	> 11.9	1.3%	> 14.9	0.6%
不適用 ^{註3}		0%		0%		5.3%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

107 年 1~12 月全日平均護病比登錄統計

加成率 1~11 月 12 月	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 (%)
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 不適用 ^{註3}	> 8.9	0%	> 11.9	0.7%	> 14.9	0.5%
		0%		0%		7.6%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

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 不適用 ^{註3}	> 8.9	0.0%	> 11.9	1.0%	> 14.9	0.9%
				0%		5.2%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

- 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.「不適用」係表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

※健保署說明：

106 年至 108 年醫院各月填報結果，醫學中心全日平均護病比符合加成之月份，占該層級總填報月份之 100%，區域醫院符合加成之月份占 98.7%~99.3%，地區醫院符合加成之月份占 91.9%~94.1%；另為配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，爰全日平均護病比計算方式，全日平均上班護理人員數改為不列計護理長，故 108 年資料與歷年統計資料無法比較。

5. 近 3 年趨勢評析：

依健保署說明，108 年 5 月全日平均護病比登錄資料之計算方式改變，故暫無法評析近 3 年趨勢，宜繼續觀察。

三、效果構面(3項指標)

(一)整體表現情形

近3年呈進步趨勢

-宜保持

3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度-醫院及牙醫門診部門

(108年滿意度為近3年最高，滿意/不滿意比值增加，民眾滿意度良好)

近3年呈退步趨勢

-宜改善

3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率-65歲以上病人

(65~74歲、75歲以上病人，住院率最高且增加，宜特別留意)

3.3 出院後3日內再急診比率

-Tw-DRGs 案件

(DRGs 案件雖較一般案件低，惟呈增加趨勢，宜了解病人是否有提早出院之情形)

(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(各部門)

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

(2)結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列

4.健保署提報監測結果：

單位：%

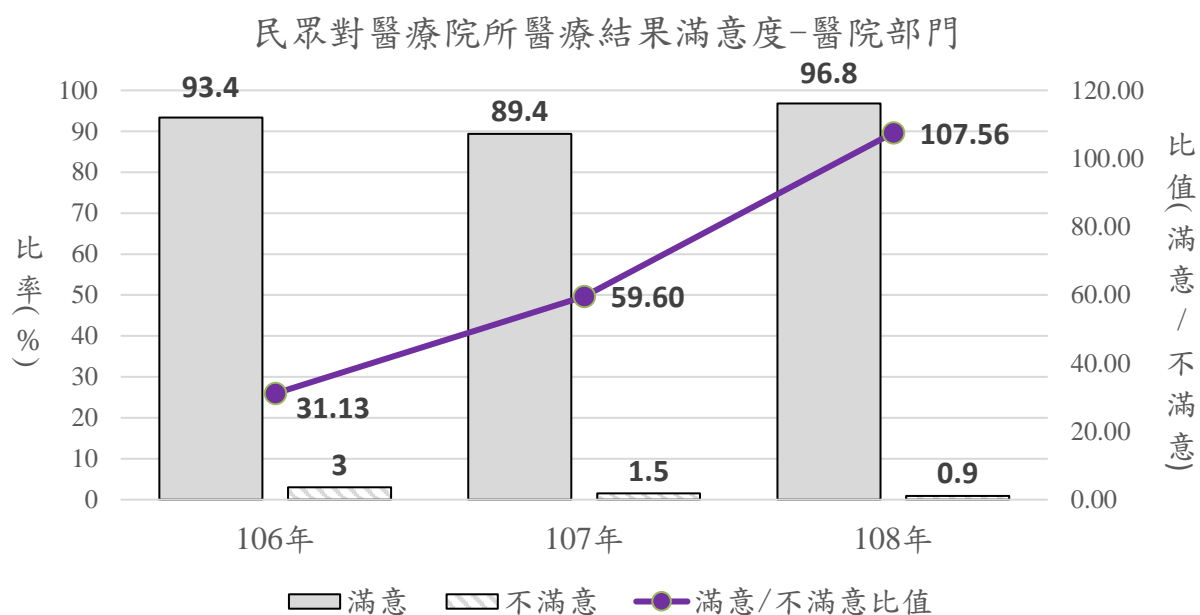
總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診	
106 年	滿意度	93.4(96.5)	95.4(98.9)	92.5(94.3)	93.6(95.9)
	滿意/ 不滿意	93.4/3.0=31.13	95.4/0.8=119.25	92.5/4.9=18.88	93.6/3.4=27.53
107 年	滿意度	89.4 (97.6)	92.4 (98.7)	93.2 (96.8)	92.2(97.7)
	滿意/ 不滿意	89.4/1.5=59.6	92.4/1.0=92.4	93.2/2.7=34.52	92.2/1.7=54.24
108 年	滿意度	96.8(98.4)	95.9(97.3)	94.0(96.5)	95.0(97.4)
	滿意/ 不滿意	96.8/0.9=107.56	95.9/1.2=79.92	94.0/2.6=36.15	95.0/2.2=43.18

※健保署說明：

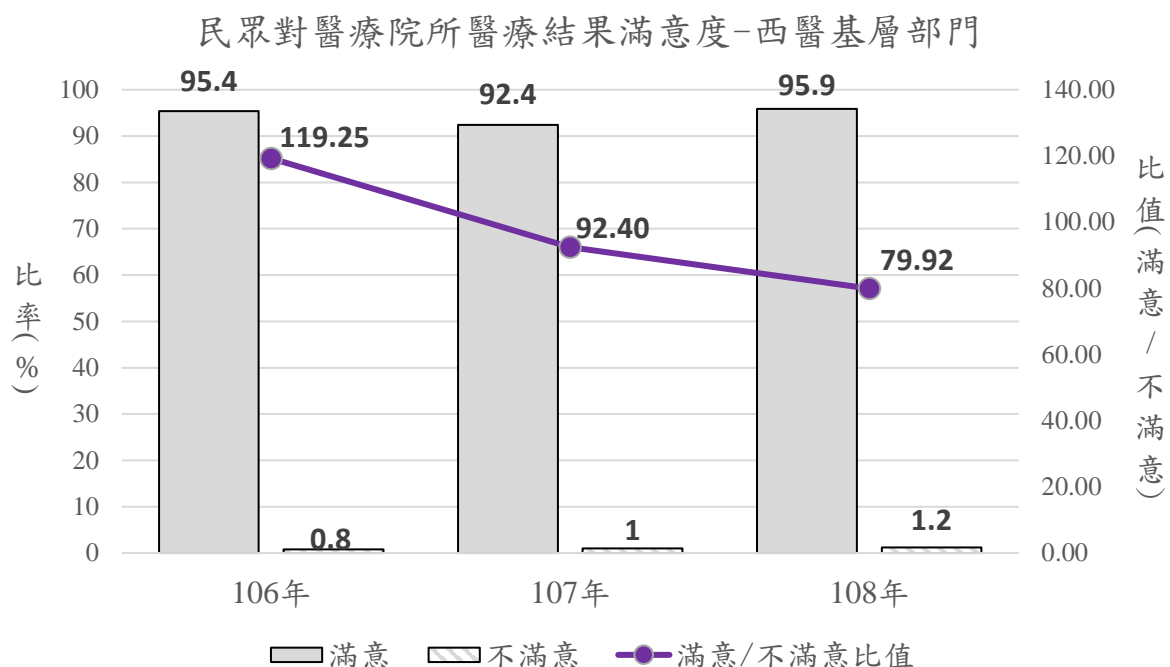
(1)本項指標自 106 年起因調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，指標名稱為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

(2)滿意度百分比為「非常滿意」加上「滿意」，括弧中百分比則再加上「普通」。

5.近 3 年趨勢評析：

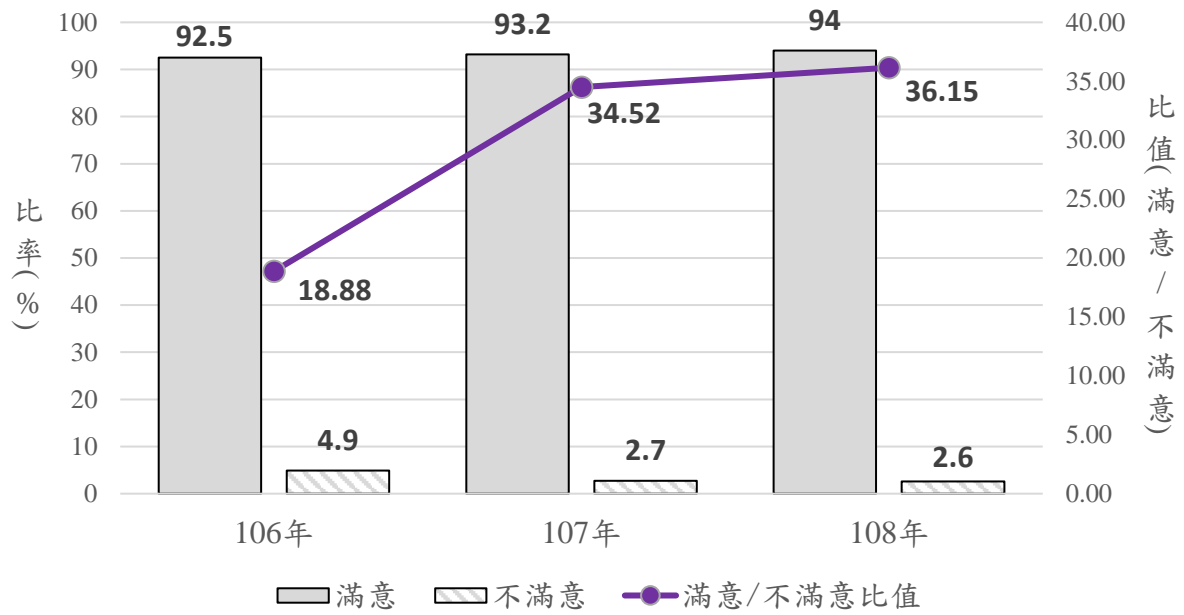


醫院部門中，108年滿意比率為近3年最高(96.8%)，不滿意比率呈下降趨勢，且滿意/不滿意比值增加，顯示民眾對醫院部門之滿意度佳，宜繼續保持。



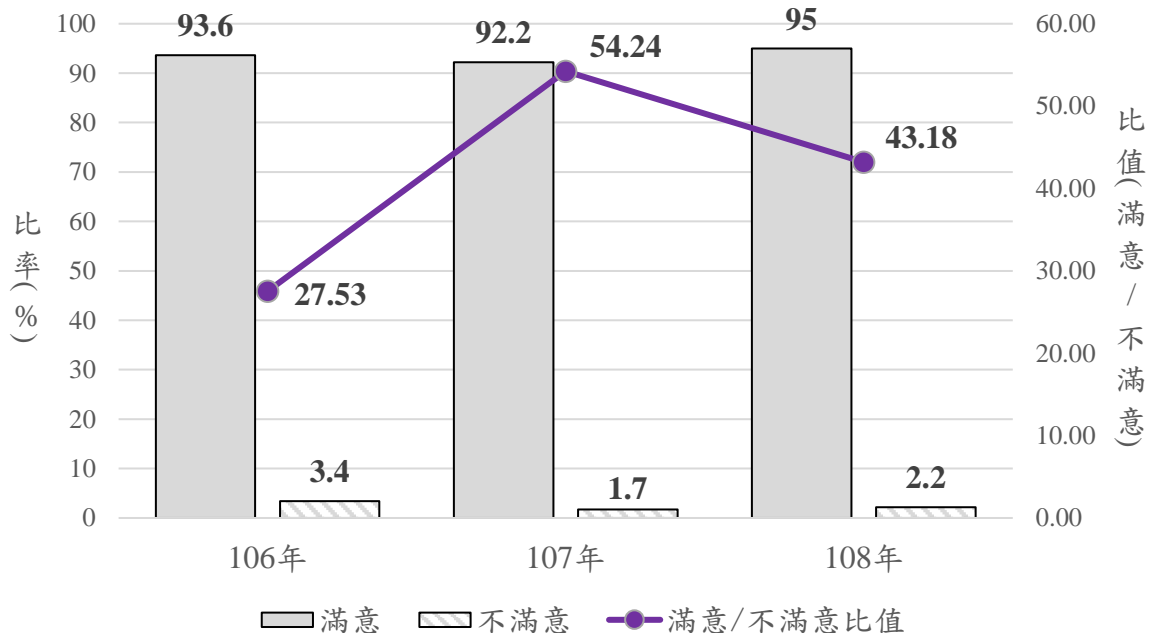
西醫基層部門中，民眾滿意比率雖為近3年最高(95.9%)，但不滿意比率亦呈上升趨勢，導致滿意/不滿意比值降低，可能與原填答普通人數轉移至不滿意有關，須繼續觀察。

民眾對醫療院所醫療結果滿意度-牙醫門診部門



牙醫門診部門中，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率呈增加趨勢，不滿意比率呈下降趨勢，滿意/不滿意比值增加，顯示民眾對牙醫門診部門之滿意度良好，宜繼續保持。

民眾對醫療院所醫療結果滿意度-中醫門診部門



中醫門診部門中，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率、不滿意比率皆呈上下波動，未有明顯趨勢，宜繼續觀察。

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

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)

4. 健保署提報監測結果：

年齡層	單位：%		
	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

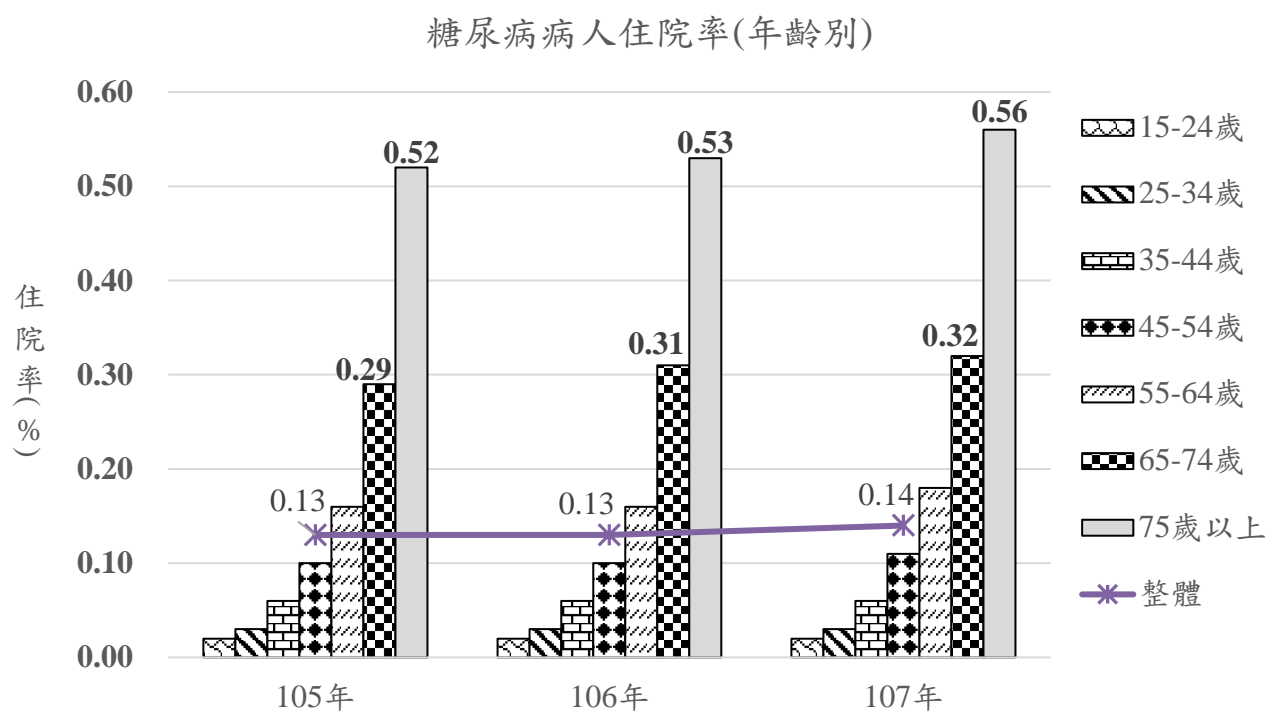
註：本項分母須配合保險對象資料來源，故提供 105~107 年資料。

※ 健保署說明：

(1) 105~107 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 0.52%、0.53% 及 0.56%。另此 3 年的糖尿病病人住院率未有明顯變化。

(2) 該指標分母為 15 歲以上投保人數，因民眾自由就醫，同一人可能於各層級分別就醫而重複列算，本項指標不適合依層級別分列。

5.近 3 年趨勢評析：



各年齡層中，以 65~74 歲及 75 歲以上病人，住院率最高且逐年增加，宜特別留意 65 歲以上病人糖尿病初級照護品質。

6.國際比較

各國糖尿病病人住院率

單位：%

國家	103 年	104 年	105 年	106 年
加拿大	0.09	0.09	0.09	0.10
丹 麥	0.12	0.11	0.11	0.10
挪 威	0.08	0.07	0.08	0.08
瑞 典	0.10	0.09	0.09	0.08
芬 蘭	0.15	0.14	0.11	0.12
英 國	0.07	0.07	0.07	0.07
韓 國	0.28	0.26	0.26	0.25
臺 灣	--	--	0.13	0.13

資料來源：各國：OECD iLibrary 統計資料庫(2020/07/15 擷取)，資料更新至 106 年。

鄰近國家中，韓國之糖尿病病人住院率高於我國，而與歐美國家相較，我國糖尿病病人住院率相對稍高，仍有改善之空間。

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：DRGs 為重要政策，監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否為節省成本，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：一般出院案件、DRGs(住院診斷關聯群)案件

4. 健保署提報監測結果：

單位：%

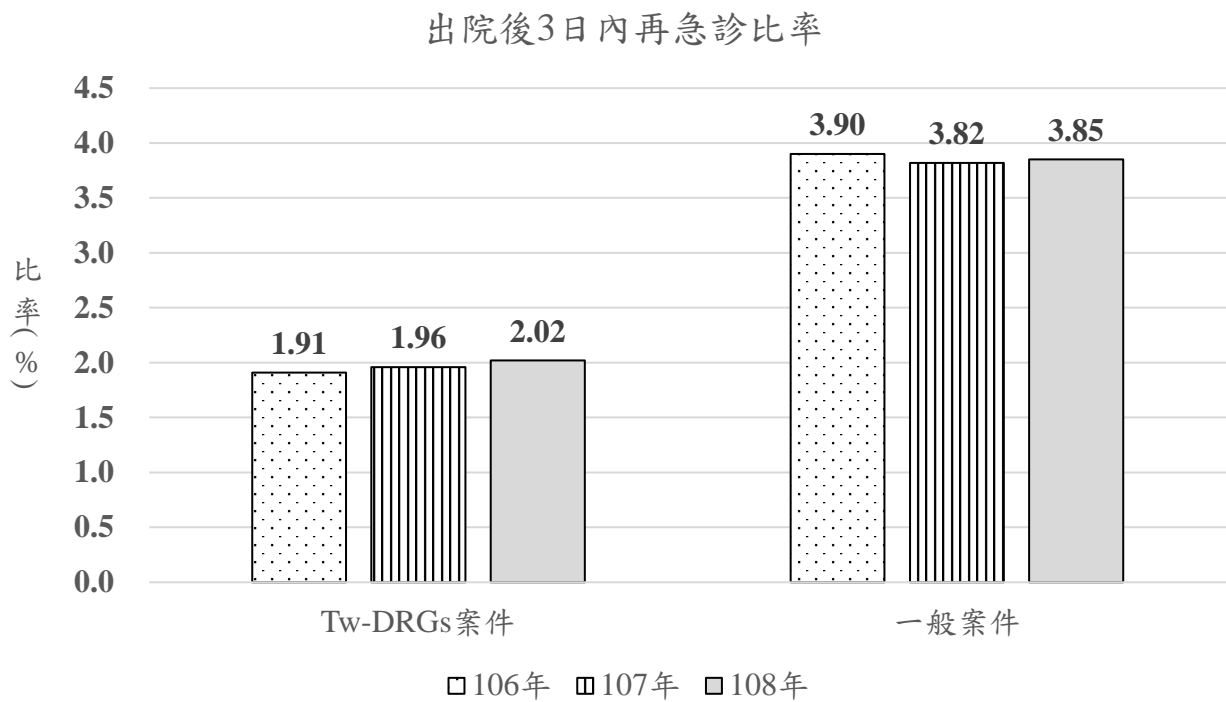
年度	Tw-DRGs 案件		一般案件	
	3 日內再急診率	成長%	3 日內再急診率	成長%
106 年	1.91	-0.09	3.90	-0.14
107 年	1.96	0.05	3.82	-0.08
108 年	2.02	0.06	3.85	0.03

※ 健保署說明：

(1) Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 106 年之 1.91% 微幅上升至 108 之 2.02%，增加 0.11%。

(2) 一般案件：3 日內再急診率由 106 年之 3.90% 下降至 108 之 3.85%，減少 0.05%。

5.近3年趨勢評析：



Tw-DRGs 案件出院 3 日內再急診比率雖低於一般案件，但呈現增加趨勢，宜了解 Tw-DRGs 案件病人是否有提早出院之問題。

四、資源配置構面(3項指標)

(一)整體表現情形

近3年呈進步趨勢

-宜保持

- 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-醫院
(呈減少趨勢，人力分布不均問題有改善)
- 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-醫院、西醫基層
(呈增加趨勢，且醫缺及山地離島就醫率已高於一般地區)

近3年呈退步趨勢

-宜改善

- 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-西醫基層
(呈增加趨勢，宜探討相關專款預算投注效益)
- 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-牙醫門診及中醫門診
(醫缺及山地離島就醫率雖有提升，但仍低於一般地區，宜探討相關專款預算投注效益)
- 4.3 自付差額特材占率-調控式腦室腹腔引流系統
(呈增加趨勢，占率已逾八成，宜檢討納入健保全額給付之可行性)

(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

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：

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)

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫門診	牙醫門診
106	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23

註：1.鄉鎮市區發展分類：行政院研考會之委託研究報告：鄉鎮市區數位發展分類研究報告，謝雨生(2012)。

2.最高、最低兩組：該分類方式共分5組，取最高與最低之發展分類之鄉鎮。

3.醫師人力比值：係指最高、最低之鄉鎮，分別計算每萬人口(戶籍)醫師數後，取最高/最低之比值。

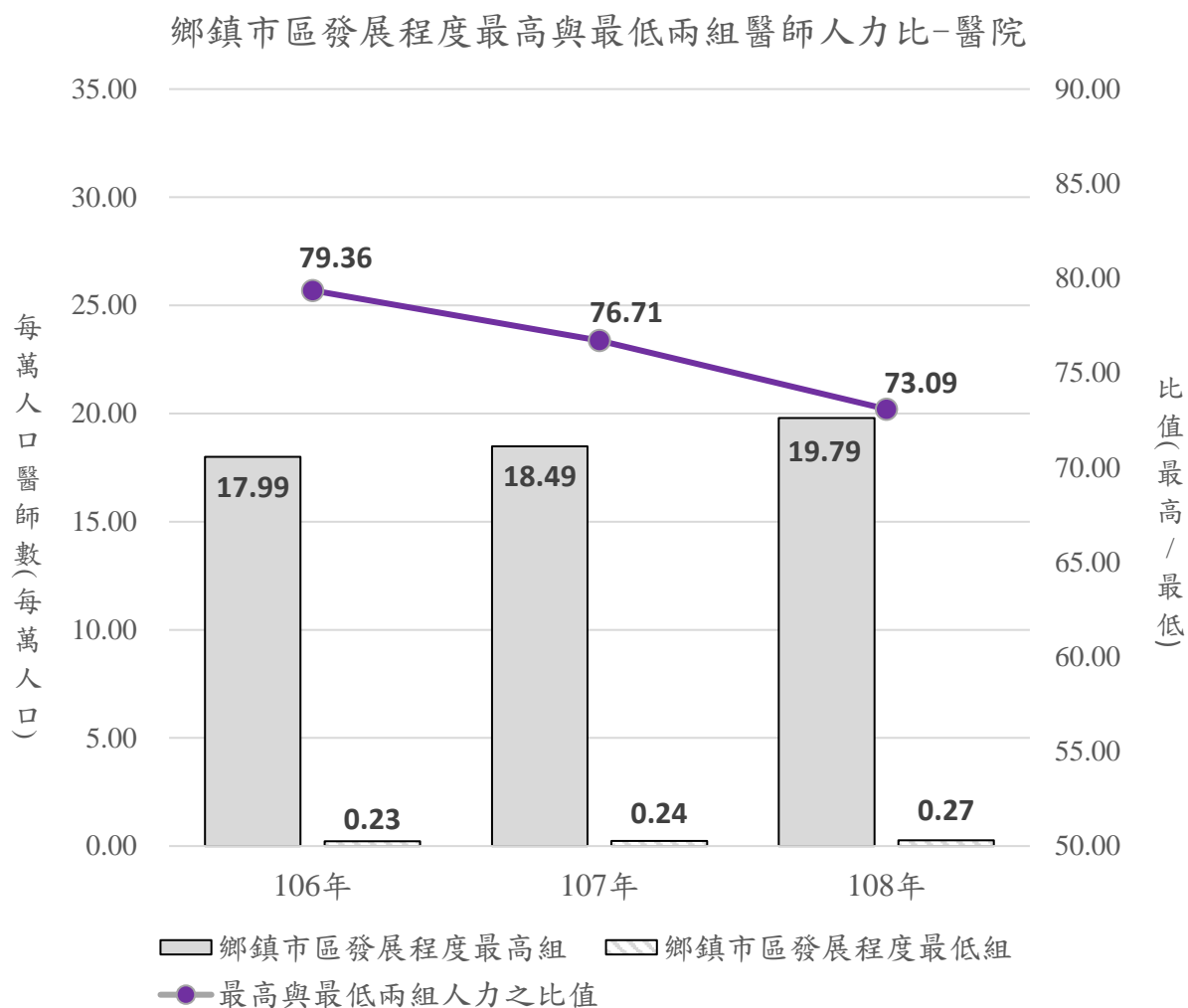
以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組「每萬人口醫師數」(各部門)
單位:‰

年度	總計		醫院		西醫基層		中醫門診		牙醫門診	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
106	38.31	4.81	17.99	0.23	7.72	3.54	3.52	0.37	9.08	0.68
107	39.36	4.92	18.49	0.24	7.89	3.56	3.64	0.43	9.35	0.68
108	41.21	5.00	19.79	0.27	8.12	3.58	3.75	0.43	9.55	0.72

※健保署說明：

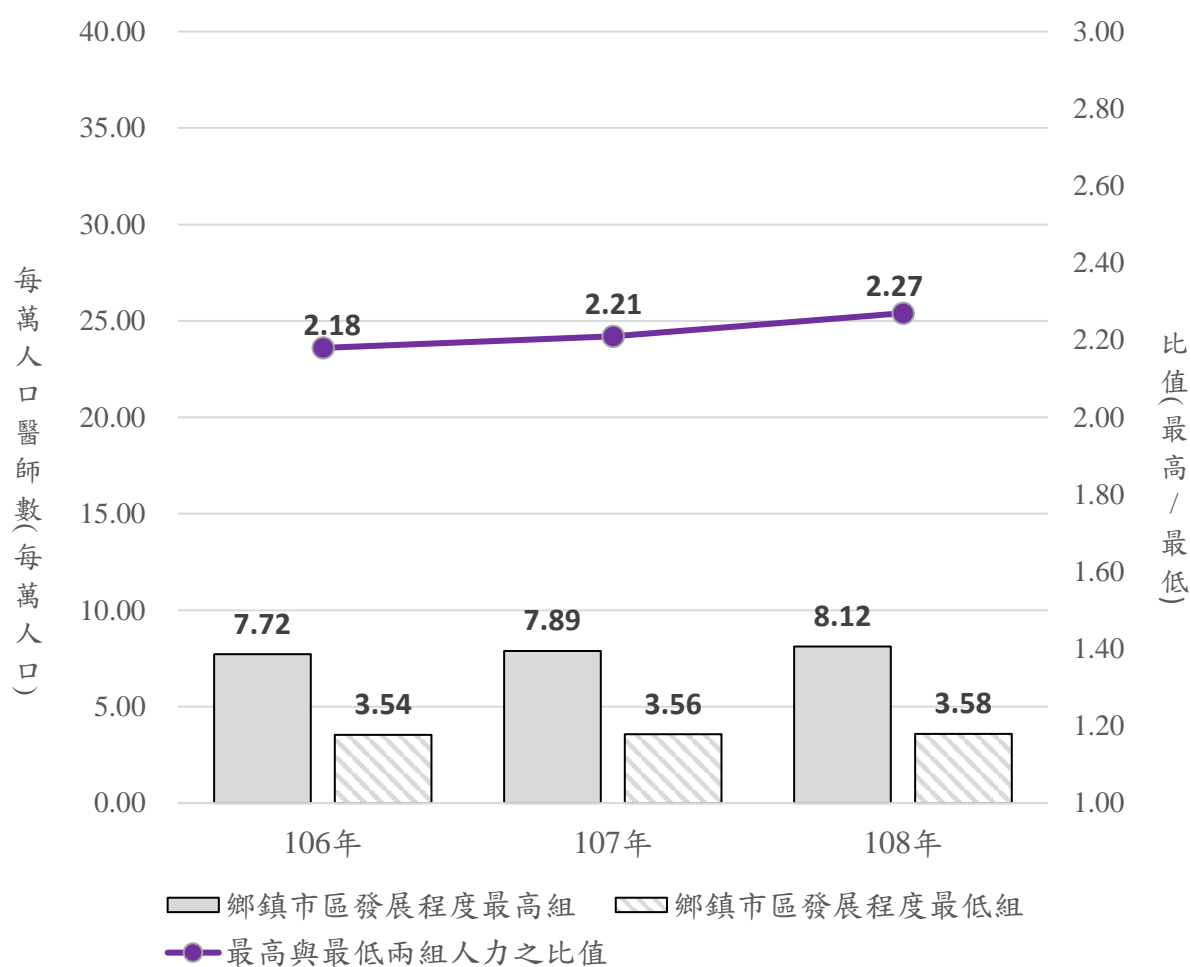
- (1)以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)：108年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，西醫基層、中醫比值較107年增加，醫院、牙醫門診比值較107年降低。
- (2)以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組「每萬人口醫師數」(各部門)：108年觀察各部門最高組醫師數：醫院、西醫基層、中醫、牙醫門診之每萬人口醫師數較107年增加；最低組醫師數：醫院之每萬人口醫師數較107年增加，西醫基層、中醫、牙醫門診持平。

6.近 3 年趨勢評析：



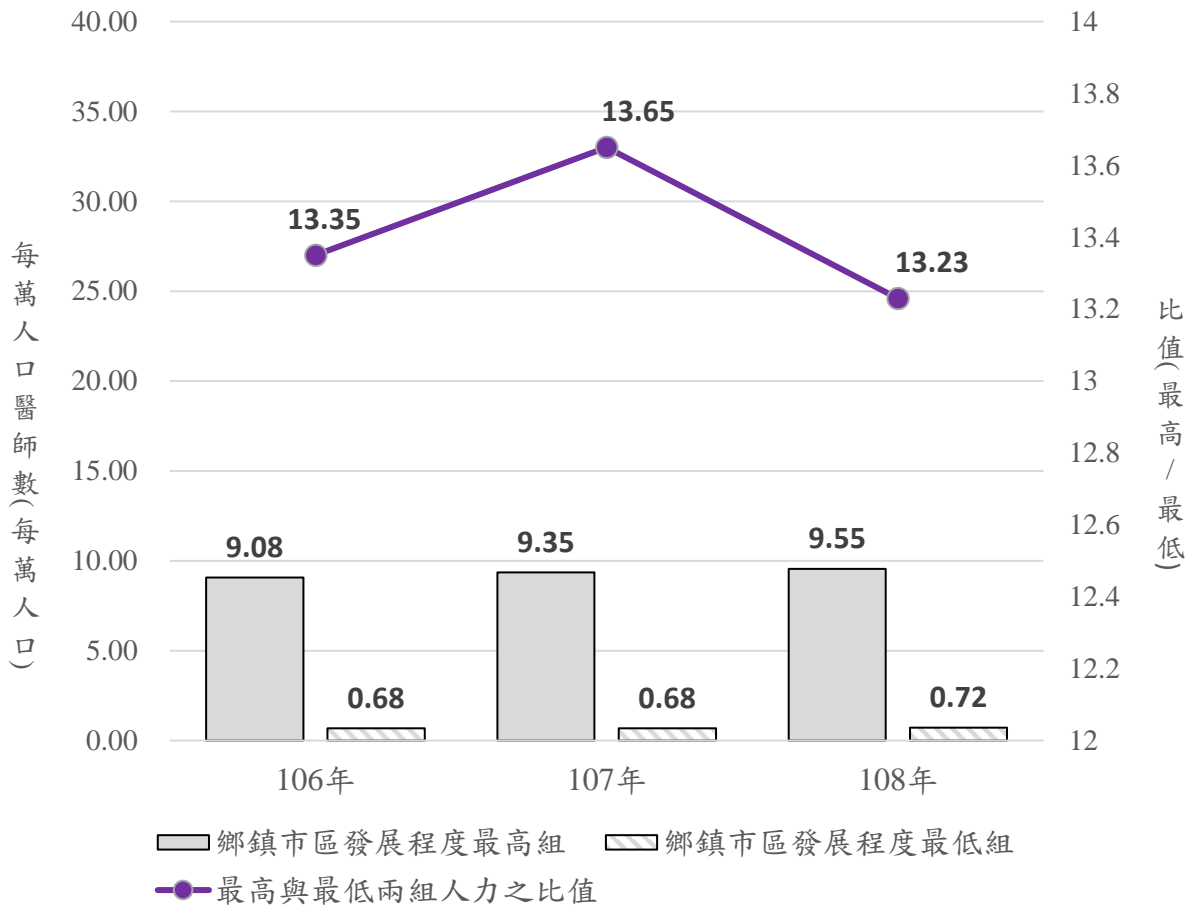
進一步研析各部門資料，醫院部門最高與最低兩組醫師人力比值為四部門中最高，近 3 年呈穩定下降趨勢，進一步探討，係因每萬人口醫師數在最高、最低兩組皆有增加，但最低組之成長幅度高於最高組，顯示醫師人力分布，特別是在發展程度最低的鄉鎮有改善，宜繼續保持。

鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-西醫基層



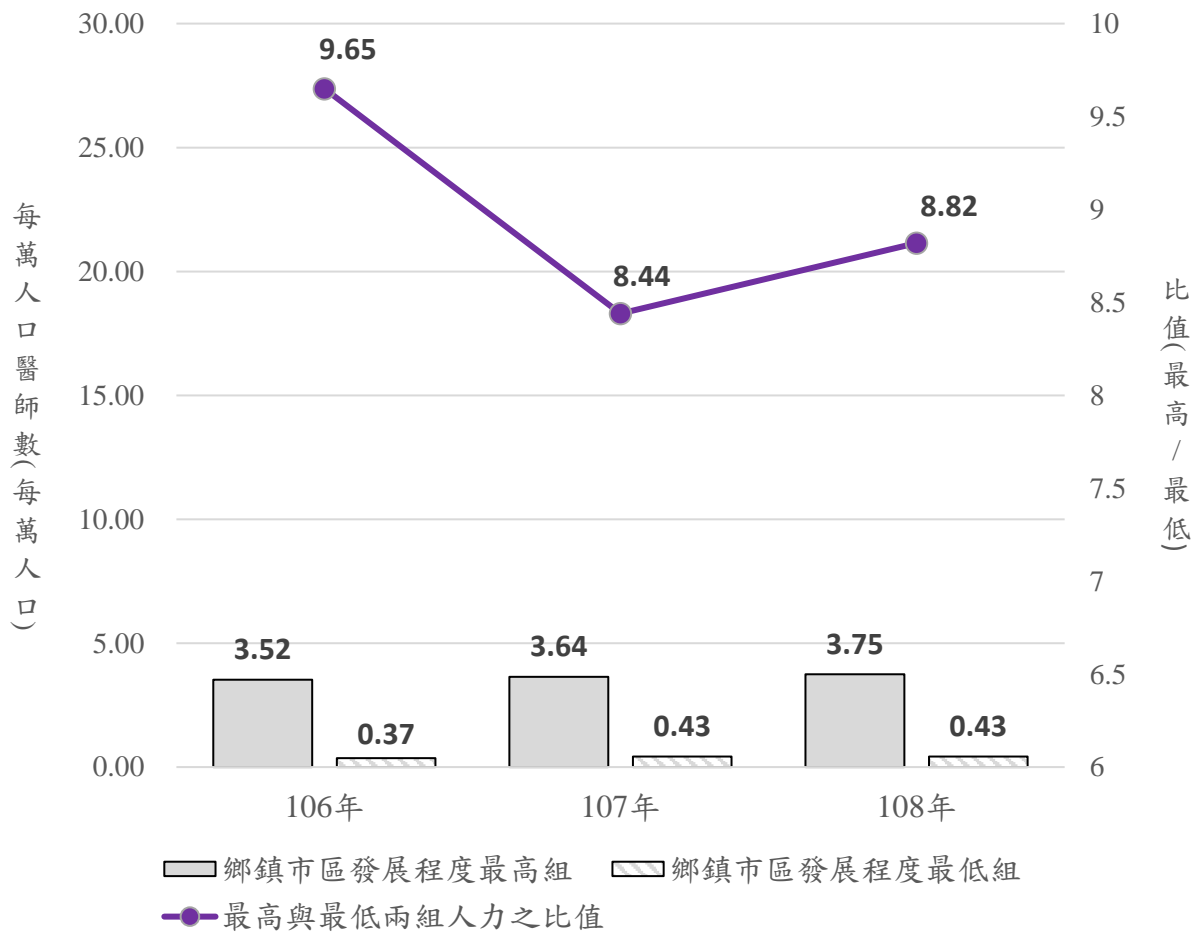
西醫基層部門最高與最低兩組醫師人力比值，呈增加趨勢，進一步探討，係因每萬人口醫師數在最高組增加，但在最低組近乎維持不動(增加<0.05‰)，顯示在發展程度較低鄉鎮，其醫師人力增加並不明顯，惟健保歷年均投入專款預算，以提升醫療資源不足地區之服務，宜進一步探討相關專款預算投注之效益。

鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-牙醫門診



牙醫門診部門中，近3年最高與最低兩組醫師人力比值呈上下波動，進一步探討，其最高組每萬人口醫師數增加幅度大於最低組(108年有微幅增加，增加<0.05 ‰)，宜進一步探討投注相關專款預算之效益。

鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-中醫門診



中醫門診部門中，近3年最高與最低兩組醫師人力比值呈上下波動，進一步探討，其最高組每萬人口醫師數增加幅度大於最低組(107、108年維持不動)，宜進一步探討投注相關專款預算之效益。

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：門診就醫人數

就醫人數：取該戶籍地之保險對象，勾稽該總額案件於分母所述之地區別，曾經就醫之人數。

分母：總人數

① 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升計畫(IDS)之地區。

② 保險人數：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

4. 健保署提報監測結果：

一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)

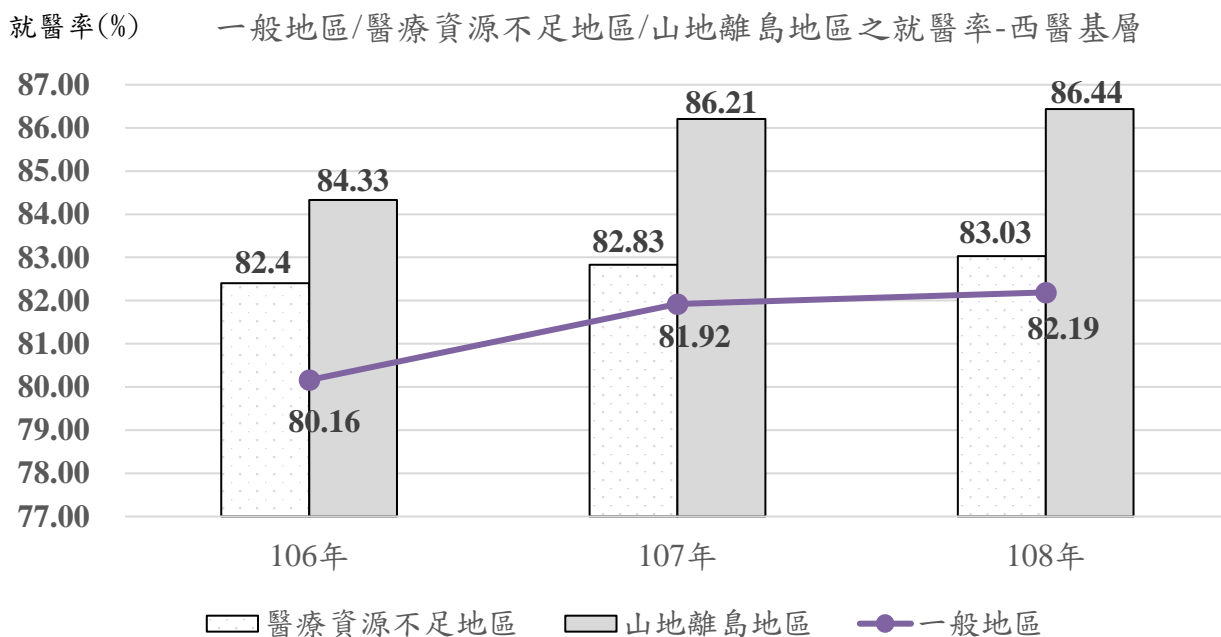
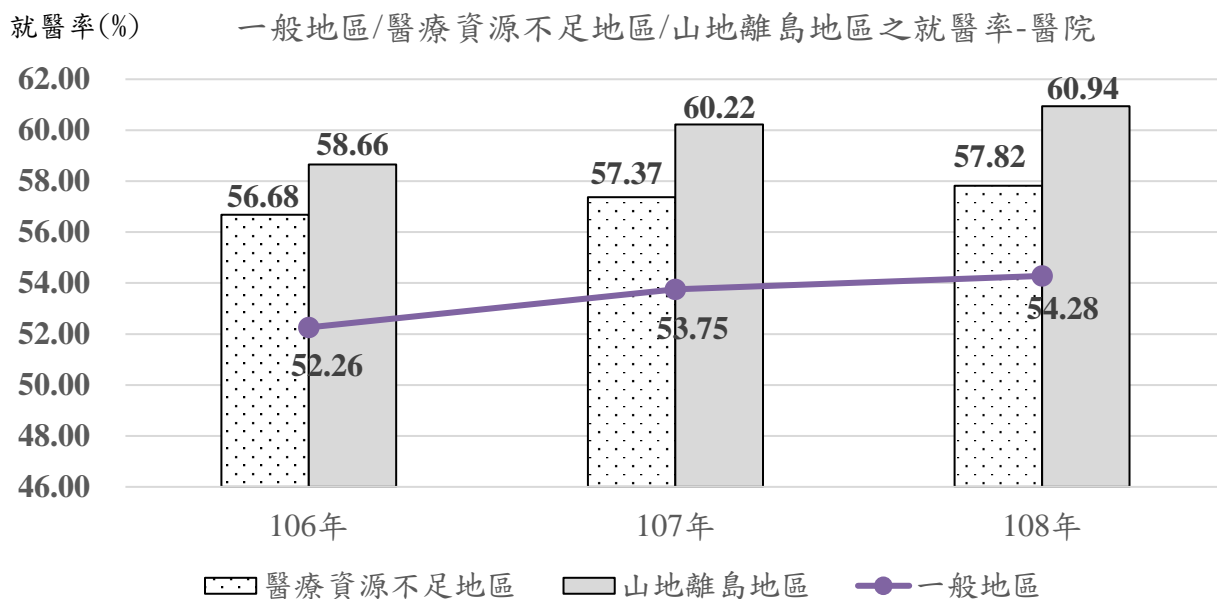
單位：%

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
		106 年	一般地區	52.26	80.16
	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

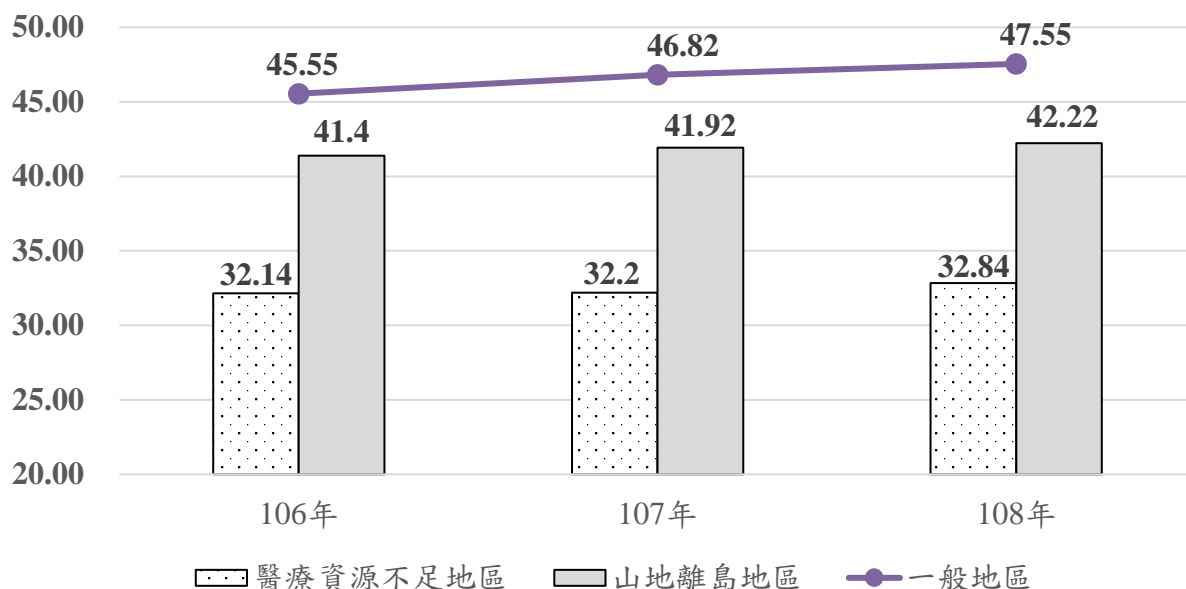
※健保署說明：

108 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；牙醫門診及中醫門診部門則相異，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。

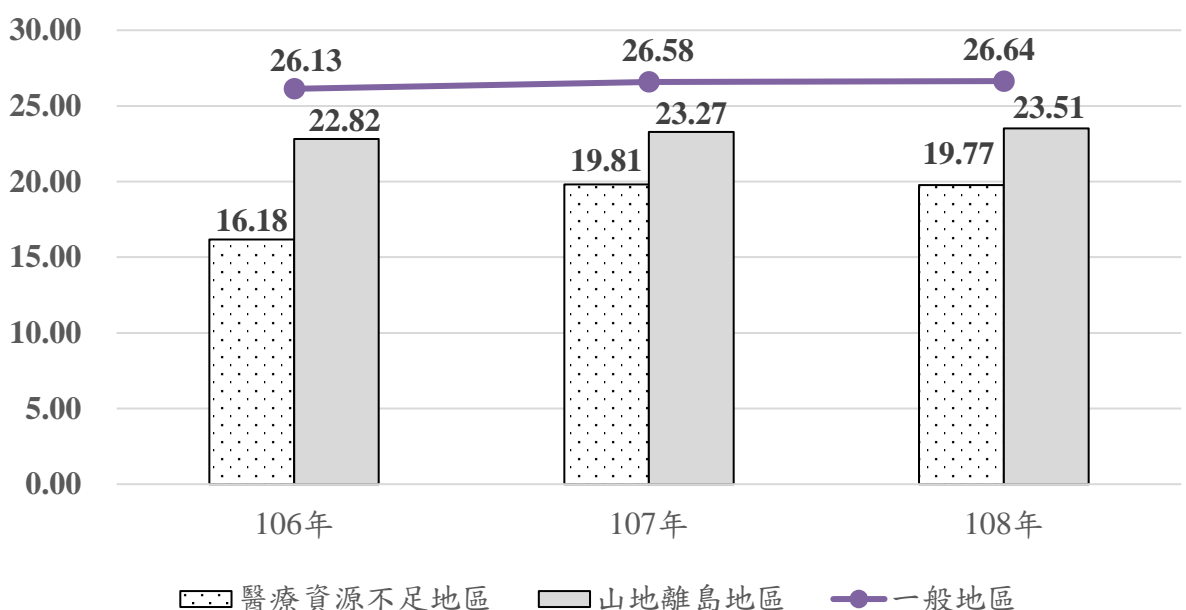
5.近 3 年趨勢評析：



就醫率(%) 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-牙醫門診



就醫率(%) 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-中醫門診



各部門中，醫院及西醫基層部門醫療資源不足及山地離島地區就醫率呈增加趨勢，且高於一般地區，本項指標宜併同觀察指標 4.1，西醫基層部門每萬人口醫師數在較偏遠地區，並未明顯增加，惟就醫率卻呈增加趨勢，顯示可能為巡迴醫療或其他因素，而提升醫療資源不足地區及山地離島地區民眾就醫率。至於牙醫門診、中醫門診部門，醫療資源不足及山地離島地區就醫率雖有提升，惟仍低於一般地區，宜強化相關專款預算投入之效益。

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

4. 健保署提報監測結果：

(1) 整體：

費用年	占率	平均值*	標準差*	單位：%			
				平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2.0*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						
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	0.0421	0.0183	0.0147	0.0695	0.0055	0.0787
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						

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。

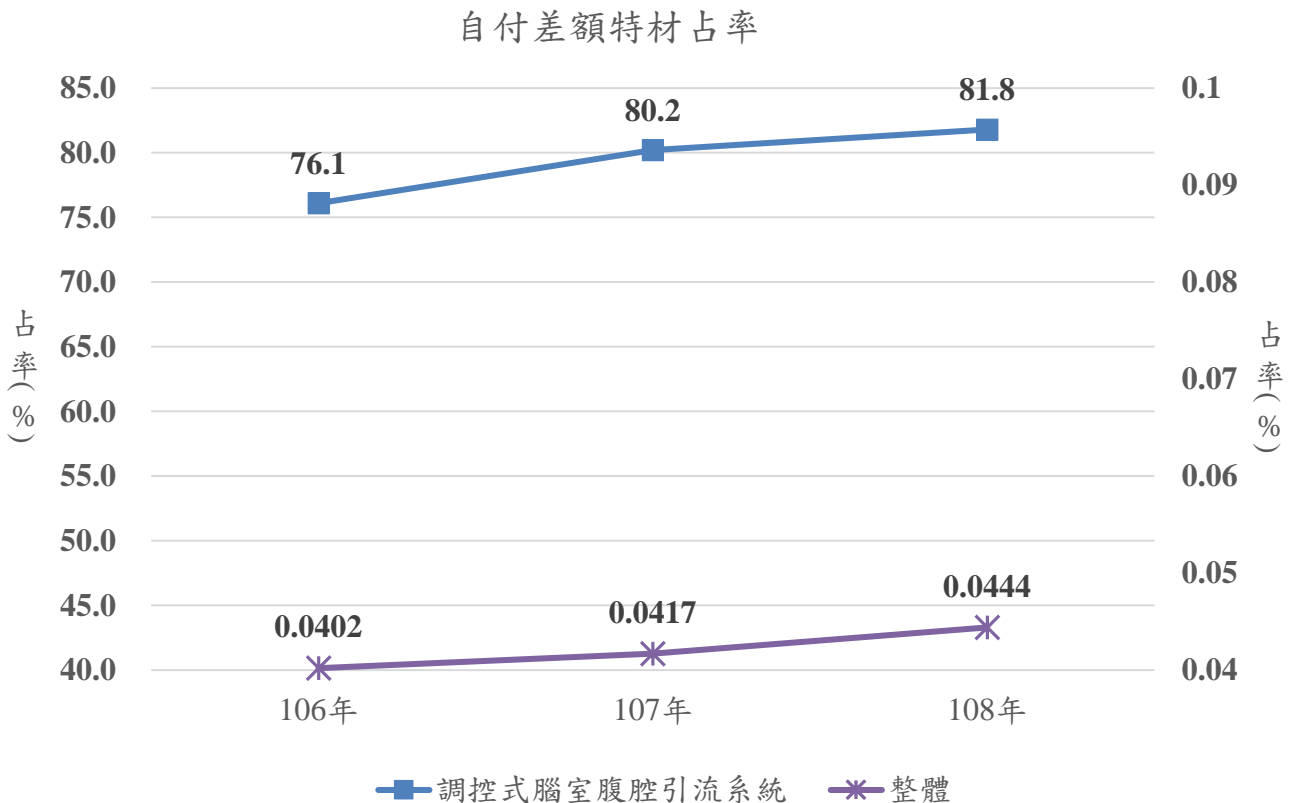
(2)各類別項目：

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	單位：%			
					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						
	107年	37.3	37.3	0.5	36.6	38.0	36.3	38.3
	108年	37.9						
特殊材質 人工髖關節	106年	25.8						
	107年	26.4	26.9	1.2	25.2	28.6	24.6	29.2
	108年	28.5						
新增功能類別 人工心律調節器	106年	51.0						
	107年	51.4	48.9	3.2	44.1	53.7	42.5	55.3
	108年	44.4						
塗藥或特殊塗層血 管支架	106年	61.2						
	107年	64.0	63.8	2.0	60.9	66.7	59.9	67.7
	108年	66.1						
耐久性生物組織心 臟瓣膜	106年	41.9						
	107年	41.9	41.8	0.2	41.5	42.0	41.4	42.1
	108年	41.5						
義肢	106年	2.3						
	107年	4.9	5.0	2.2	1.7	8.3	0.6	9.4
	108年	7.7						
調控式腦室腹腔引 流系統	106年	76.1						
	107年	80.2	79.4	2.4	75.8	83.0	74.6	84.2
	108年	81.8						
治療淺股動脈狹窄 之塗藥裝置	106年	38.7						
	107年	36.5	37.3	0.9	35.9	38.7	35.4	39.2
	108年	36.8						
客製化電腦輔助型 顱顏骨固定系統組	106年	89.5						
	107年	88.3	88.9	0.6	88.0	89.8	87.7	90.1
	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						
	107年	17.2	16.1	1.1	14.4	17.7	13.9	18.2
	108年	16.4						
伽碼加長骨髓內釘	107年	31.8						
	108年	58.4	45.1	13.3	25.15	65.05	18.5	71.7

※健保署說明：

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%。

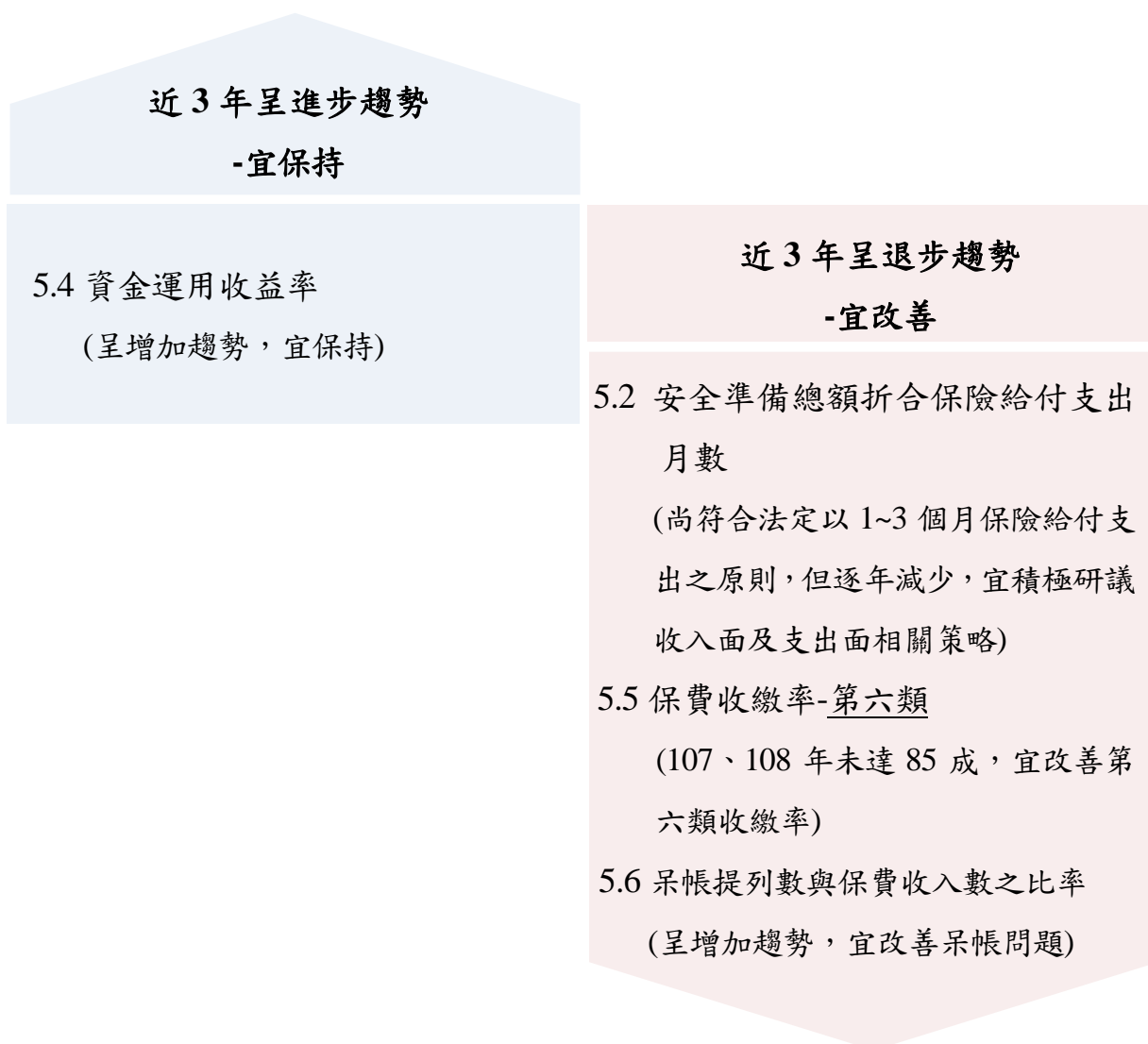
5.近 3 年趨勢評析：



截至 108 年，健保給付自付差額特材品項計 10 項，其中 4 項(新功能類別人工心律調節器、塗藥或特殊塗層血管支架、調控式腦式腹腔引流系統、伽碼加長骨髓內釘)自付差額占率超過五成(即有一半以上病人，使用自付差額品項之特材，而非健保全額給付品項)，其中又以「調控式腦室腹腔引流系統」逐年增加，占率已逾八成，宜檢討納入健保全額給付之可行性。

五、財務構面(6項指標)

(一)整體表現情形



註：5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率、5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率，呈穩定趨勢，宜繼續觀察。

(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－年初至本季保險總支出)

(2)增列之資料：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數差異數

4.健保署提報監測結果：

年度	106 年	107 年	108 年
實際數(億元)	-98.40	-266.48	-341.97
預估數(億元)	-163.59	-251.06	-417.05
差異數(億元)	65.19	-15.42	75.08
差異率(%)	-39.85	6.14	-18.00

單位：%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
-54.81	-45.42	-17.24	10.94	20.33

※健保署說明：

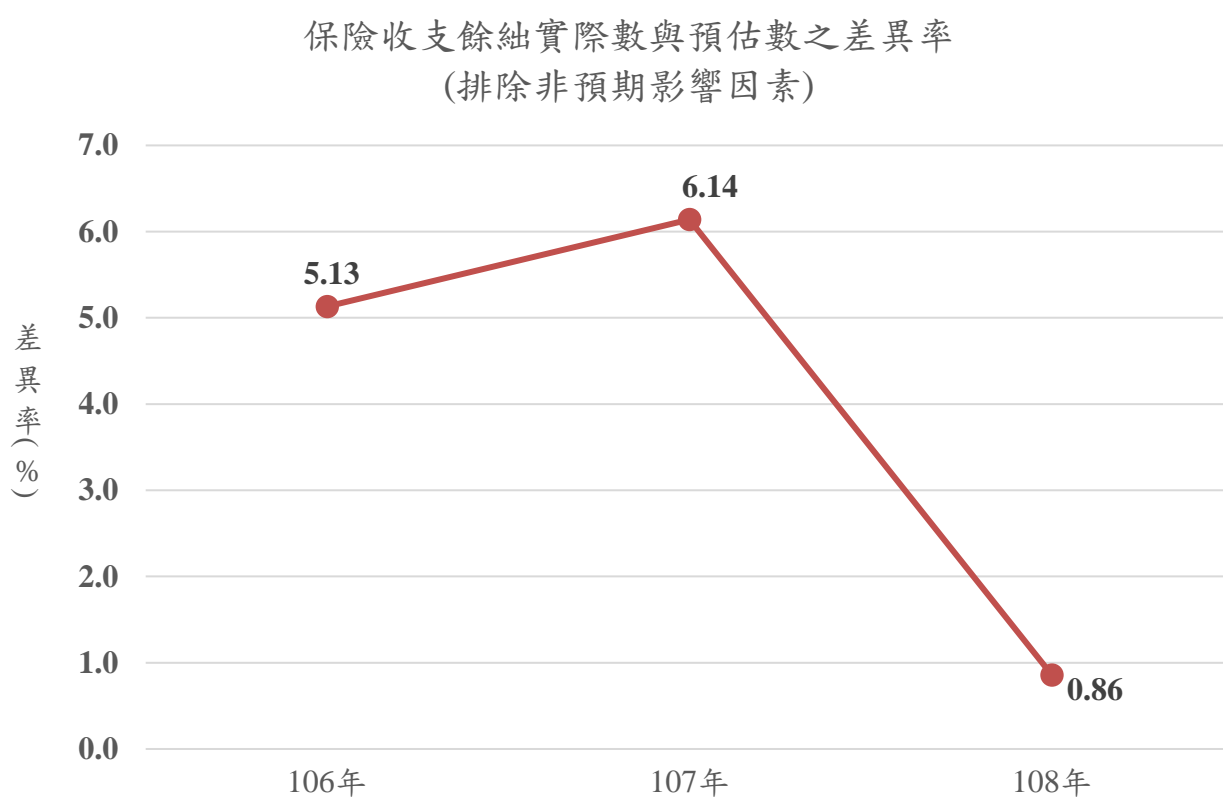
(1)106~108 年為審定決算數。

(2)106 年主要係因總額部門專款及其他部門結餘 70 億元影響，致

保險成本實際數較預估數減少，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%。

(3)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預算結餘增加約 28 億元，致保險成本實際數較預估數減少。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%。

5.近 3 年趨勢評析：



保險收支餘絀實際數與預估數差異率越趨近於零，代表收支餘絀預估之準確性越高，依健保署說明內容，排除非預期影響因素(如：保險成本減少係因專款結餘、被保險人數及年終獎金發放數高於預期等)，其差異率在 0.86% 至 6.14% 之間，尚屬合理，宜繼續觀察。

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情形。

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

4. 健保署提報監測結果：

截至年度	106 年底	107 年底	108 年底
折合月數(月)	4.75	4.00	3.23
增減數(億元)	-98.40	-266.48	-341.97

單位：月

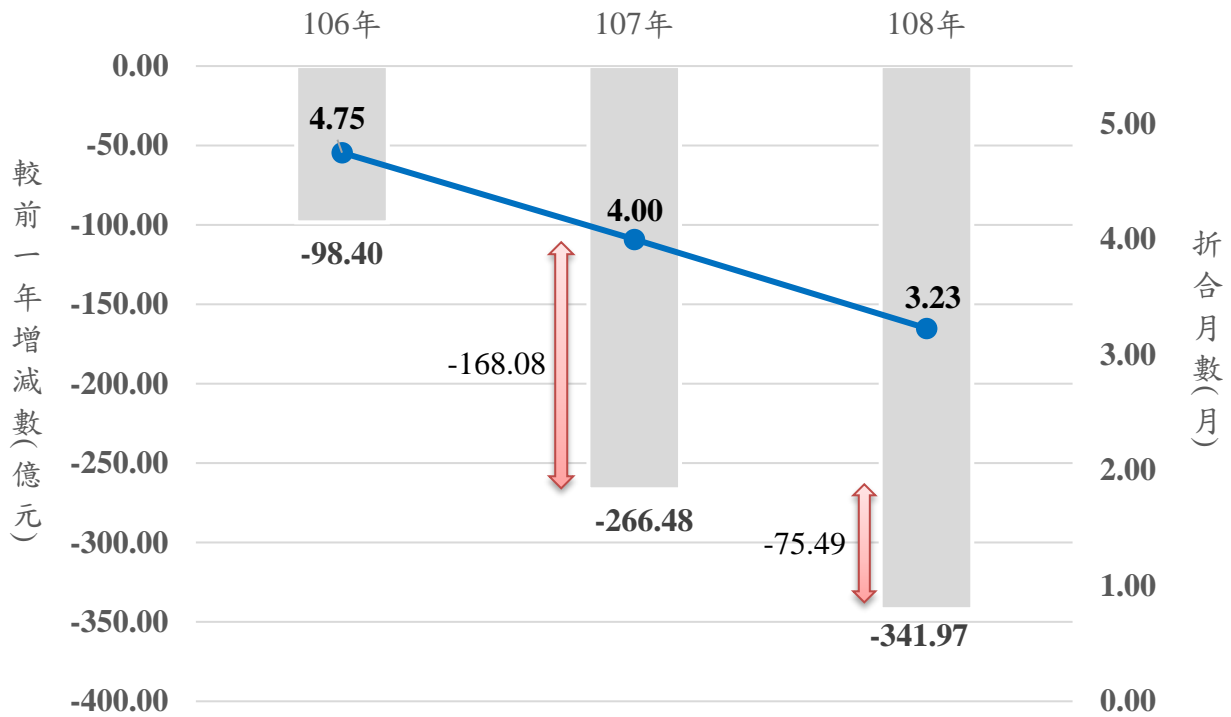
-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
2.75	3.06	4.00	4.93	5.24

※健保署說明：

(1) 106~108 年為審定決算數。

(2) 106~108 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。

5.近 3 年趨勢評析：



108年健保安全準備總額折合保險支出月數雖尚符合法定以1~3個月保險給付支出之原則，惟近3年呈逐年降低趨勢，安全準備總額較前一年分別減少76億元、168億元，宜積極研議健保收入面(如：擴大費基、法定費率上限6%)及支出面(如：支出結構、支付制度)等相關策略，以維持健保財務穩健。

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：

單位：%

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

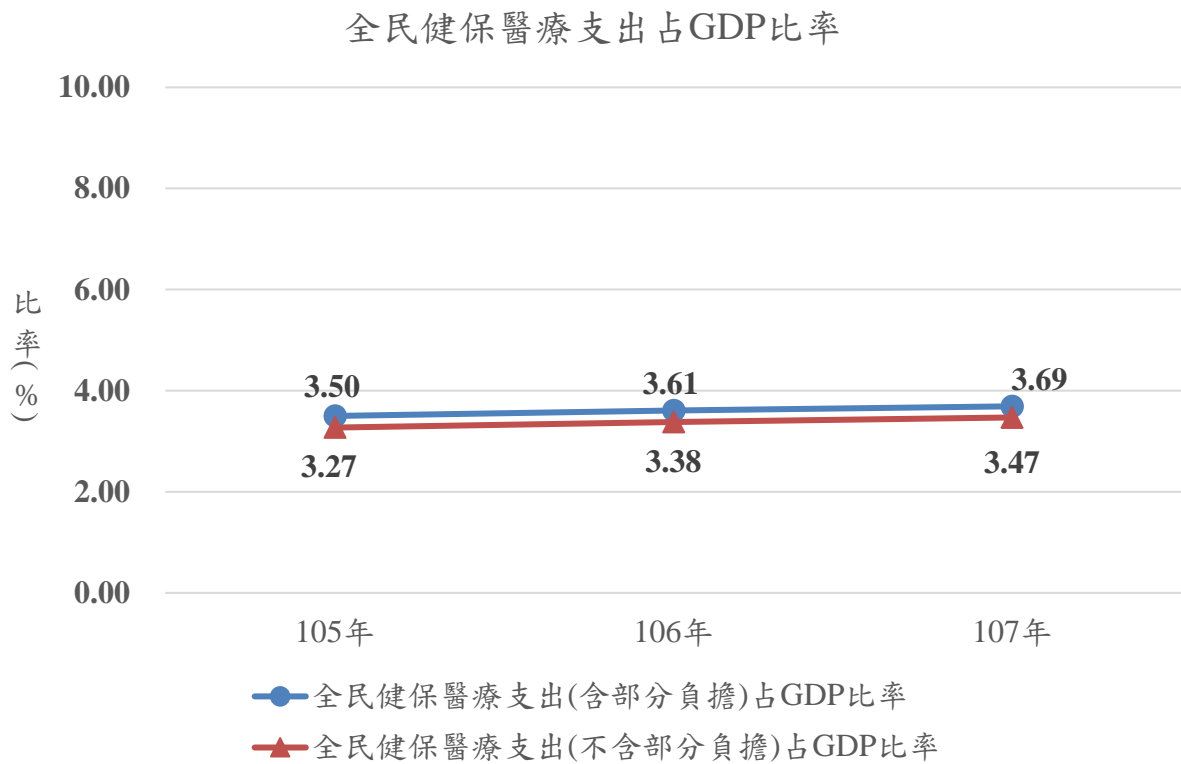
資料來源：1. 全民健保醫療支出：健保署。

2. GDP：行政院主計總處(109年2月12日更新資料)。

※ 健保署說明：

全民健保醫療支出占 GDP 比率近 3 年來維持在 3%~4% 之間。

5.近3年趨勢評析：



近3年維持在3%~4%之間，呈穩定及非常微幅的成長趨勢，宜繼續觀察。

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：

項目	106 年	107 年	108 年
運用收益(元)	1,211,697,562	1,244,338,940	1,394,646,409
日平均營運量(元)	205,703,486,63	199,617,164,3	207,047,176,19
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

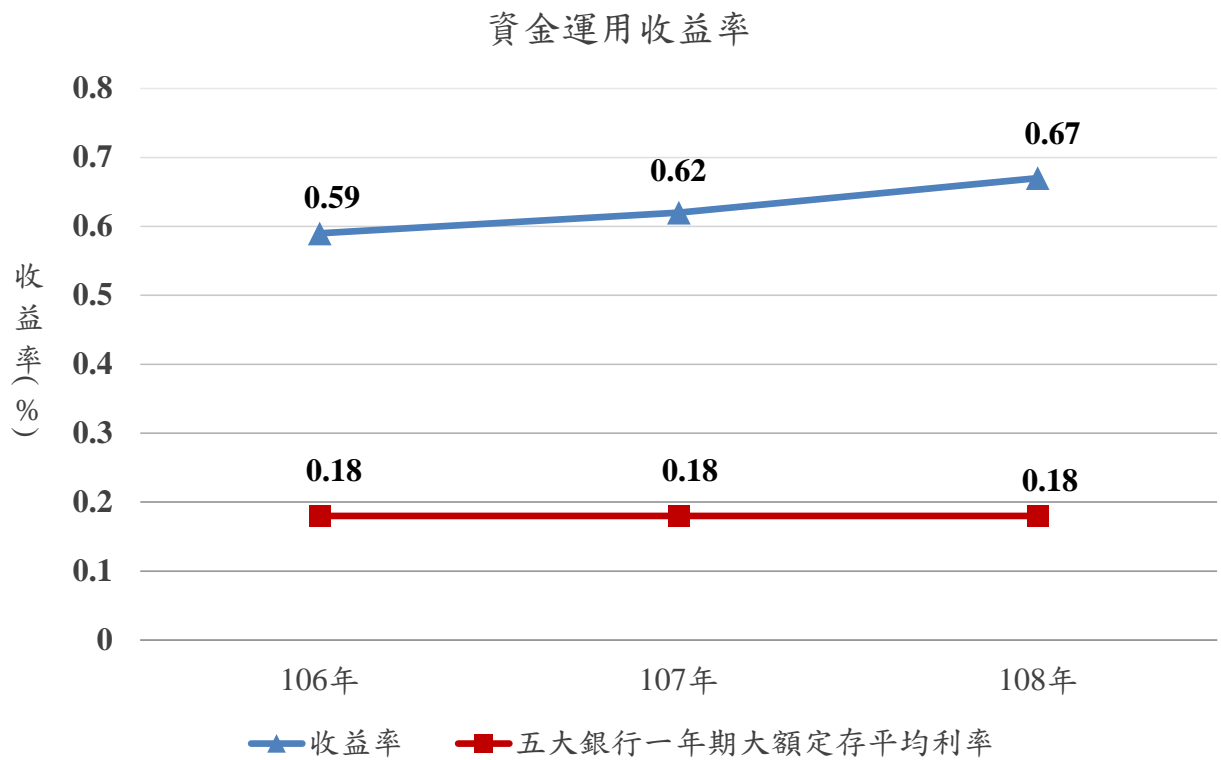
單位：%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
0.56	0.58	0.63	0.68	0.70

※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 106~108 年五大銀行一年期大額定存平均利率均維持為 0.18%，而健保資金運用收益率分別為 0.59%、0.62% 及 0.67%，其運用效益均高於五大銀行一年期大額定存平均利率。

5.近 3 年趨勢評析：



近 3 年呈增加趨勢，且高於 5 大銀行一年期大額定存平均利率，宜繼續保持。

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：

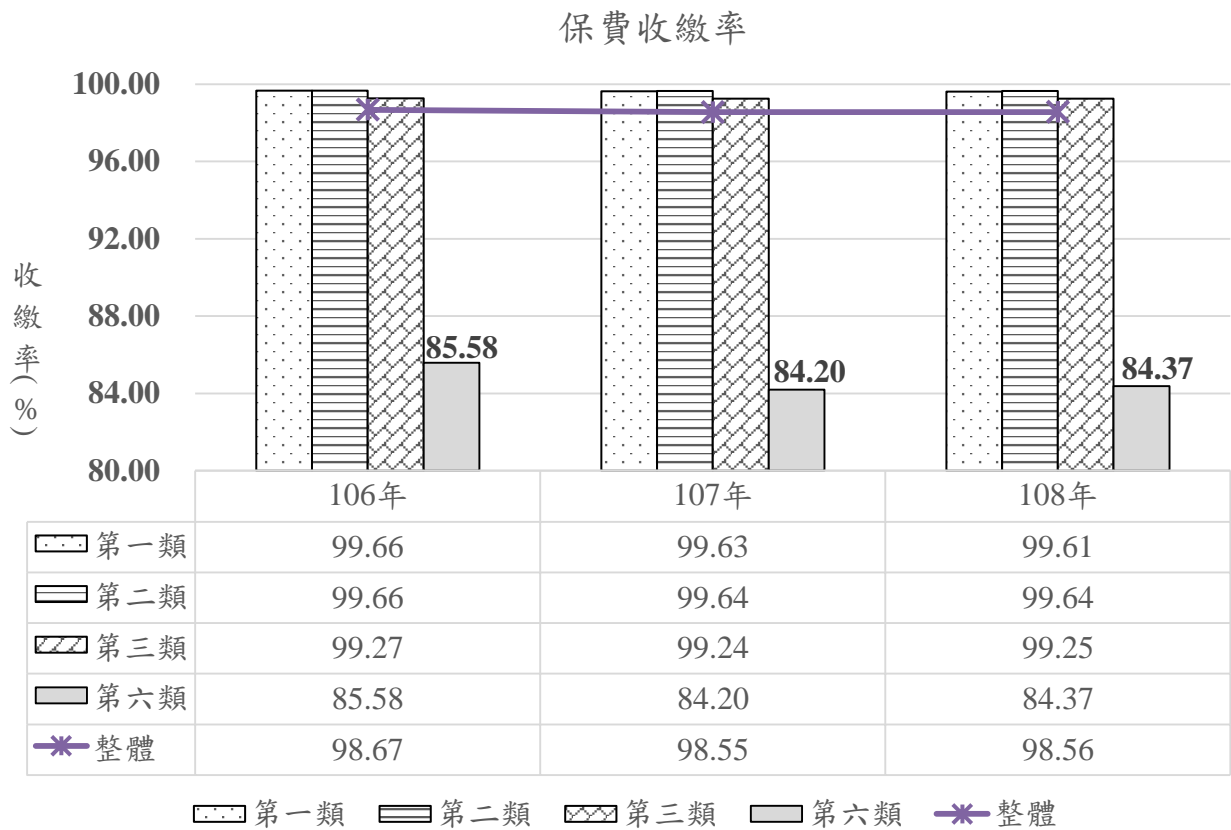
投保單位及保險對象	單位：%		
	106 年	107 年	108 年
第一類	99.66	99.63	99.61
第二類	99.66	99.64	99.64
第三類	99.27	99.24	99.25
第六類	85.58	84.20	84.37
整體	98.67	98.55	98.56

※ 健保署說明：

(1) 106~108 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 86% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%。

(2) 108 年整體收繳率較 107 年微幅成長；另第一類收繳率逐年下降，係因投保單位欠費雖已取得債權憑證，但仍須依據健保法 38 條向負責人求償所致。

5.近3年趨勢評析：



各類保險對象中，以第六類保險對象保費收繳率最低，107、108年低於85%，宜了解原因，以利改善。至於整體及其他類(第一、二、三類)保險對象保費收繳率，均超過九成九，值得肯定。

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

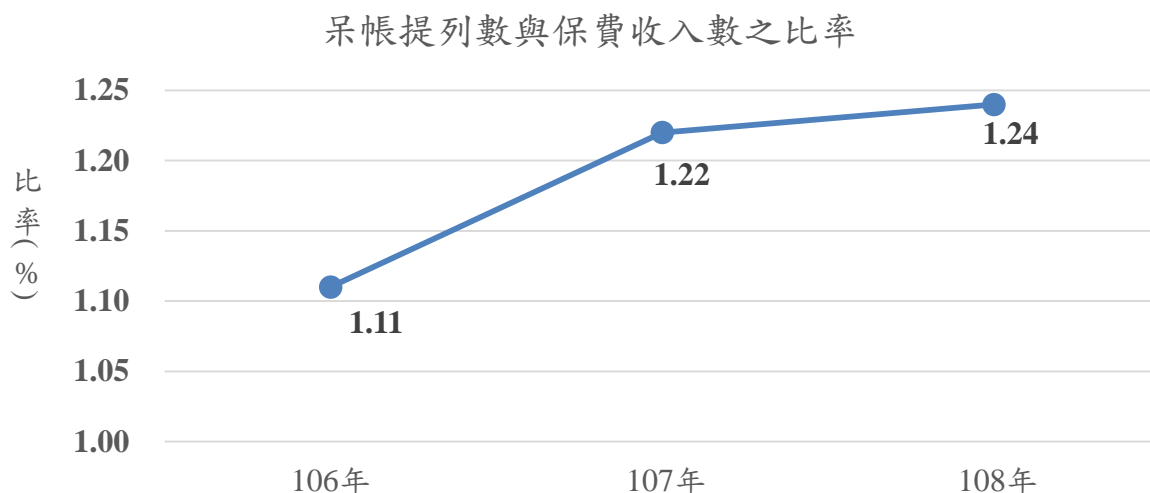
4. 健保署提報監測結果：

單位：%		
106 年	107 年	108 年
1.11	1.22	1.24

※ 健保署說明：

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 年已無補助，致比率逐年上升。

5. 近 3 年趨勢評析：



近 3 年呆帳提列數與保費收入數之比率，呈增加趨勢，依健保署說明，主要與 107 年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費較 106 年減少，至 108 年度已無補助有關，致呆帳增加。呆帳問題為近期健保會委員關切事項，宜研議以公務預算或其他財源補助弱勢民眾欠費之可能性，並積極研擬呆帳事前防範措施及事後財源籌措方案。

肆、監理指標監測結果報表(103年起)

構面	監理指標		提報時程	103上		103下		103全年	104上		104下		104全年	105上		105下		105全年	106上		106下		106全年	107上		107下		107全年	108上		108下		108全年						
				103Q1	103Q2	103Q3	103Q4		104Q1	104Q2	104Q3	104Q4		105Q1	105Q2	105Q3	105Q4		106Q1	106Q2	106Q3	106Q4		107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4							
				(四) 資源配置	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(1)整體		0.0328%		0.0332%		0.0330%		0.0350%		0.0362%		0.0356%		0.0366%		0.0374%		0.0370%		0.0406%		0.0399%		0.0402%		0.0411%		0.0423%		0.0417%		0.0445%	
(2)個別項目	特殊功能人工水晶體		31.9%				31.6%		31.7%		33.4%		34.4%		33.9%		35.4%		35.1%		35.3%		36.9%		36.4%		36.7%		37.2%		37.4%		37.3%		38.2%		37.7%		37.9%
	特殊材質人工關節		20.3%				21.4%		20.9%		21.4%		22.7%		22.1%		21.9%		25.0%		23.4%		25.5%		26.1%		25.8%		25.7%		27.2%		26.4%		29.1%		27.9%		28.5%
	新增功能類別人工心律調節器		38.6%				40.6%		39.7%		44.3%		47.1%		45.7%		49.1%		50.0%		49.6%		51.6%		50.4%		51.0%		51.3%		51.5%		51.4%		44.0%		44.8%		44.4%
	塗藥或特殊塗層血管支架		50.4%				52.4%		51.4%		53.4%		56.1%		54.7%		57.0%		59.0%		58.0%		60.3%		62.1%		61.2%		63.9%		64.1%		64.0%		65.4%		66.7%		66.1%
	耐久性生物組織心臟瓣膜		10.9%				23.9%		22.1%		29.0%		35.5%		32.4%		35.9%		37.5%		36.7%		40.1%		43.7%		41.9%		41.6%		42.3%		41.9%		41.3%		41.7%		41.5%
	義肢		1.7%				1.4%		1.5%		2.1%		2.0%		2.0%		2.3%		3.3%		2.8%		2.7%		2.0%		2.3%		3.9%		5.6%		4.9%		7.1%		8.3%		7.7%
	調控式腦室腹腔引流系統		—				—		—		54.3%		70.0%		68.2%		71.4%		75.8%		73.7%		76.0%		76.2%		76.1%		78.3%		82.3%		80.2%		82.3%		81.3%		81.8%
	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		—				—		—		—		—		—		—		19.4%		34.8%		37.2%		40.3%		38.7%		33.4%		40.7%		36.5%		36.2%		37.4%		36.8%
	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組		—				—		—		—		—		—		—		—		—		—		89.5%		89.5%		87.5%		89.0%		88.3%		107/12/1納入健保全額給付				
	治療心房顫動之冷凍消融導管		—				—		—		—		—		—		—		—		—		—		14.6%		14.6%		17.6%		16.8%		17.2%		17.5%		14.1%		16.4%
	伽瑪加長髓內釘		—				—		—		—		—		—		—		—		—		—		—		—		14.7%		33.9%		31.8%		55.5%		61.2%		58.4%
	(五) 財務	1.保險收支餘絀	(1)實際數(億元)			半年	528.14	437.02	594.89	811.30	811.30	148.02	217.95	407.90	655.03	655.03	46.98	9.03	35.26	69.56	69.56	15.22	-10.88	-64.49	-98.4	-98.4	-10.48	-100.35	-177.15	-266.48	-266.48	-39.20	-110.33	-186.03	-341.97	-341.97	-341.97		
(2)預估數(億元)			半年(季呈現)	167.63	231.49	323.29	399.13	399.13	184.68	255.03	356.17	500.71	500.71	44.66	8.39	-9.86	-48.08	-48.08	12.53	-11.46	-88.25	-163.59	-163.59	-11.81	-175.5	-272.74	-251.06	-251.06	-22.57	-203.64	-272.74	-417.05	-417.05						
(3)兩者之差異率			半年(季呈現)	215.05%	88.78%	84.01%	103.27%	103.27%	-19.85%	-14.54%	14.53%	30.82%	30.82%	5.21%	7.61%	-457.63%	-244.66%	-244.66%	21.43%	-5.07%	-26.92%	-39.9%	-39.85%	-11.22%	-48.82%	-35.05%	6.14%	6.14%	73.70%	-45.82%	-31.79%	-18.00%	-18.00%						
2.安全準備總額折合保險給付支出月數		半年(季呈現)	3.02	2.77	3.11	4.05	4.05	4.34	4.44	4.83	5.36	5.36	5.40	5.26	5.22	5.22	5.22	5.18	5.08	4.90	4.75	4.75	4.68	4.44	4.23	4.00	4.00	3.88	3.74	3.56	3.23	3.23							
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	年	—					3.47%	—					3.43%	—					3.50%	—					3.61%	—					3.69%						
(2)不含部分負擔全民健保醫療支出總額		年	—					—	—					3.21%	—					3.27%	—					3.38%	—					3.47%							
4.資金運用收益率		半年(季呈現)	0.64%	0.64%	0.65%	0.66%	0.66%	0.75%	0.73%	0.72%	0.73%	0.74%	0.58%	0.53%	0.54%	0.55%	0.55%	0.54%	0.56%	0.57%	0.59%	0.59%	0.60%	0.63%	0.61%	0.62%	0.62%	0.67%	0.68%	0.68%	0.67%	0.67%							
5.保費收繳率	年	—					—	—					—	—					98.79%	—					98.67	—					98.55								
6.呆帳提列數與保費收入數之比率	年	—					—	—					—	—					1.13%	—					1.11	—					1.22								

註：

- 「—」代表無須呈現之資料，例如特定年度後才建置之「護理人力指標」及「自付差額特材占率之部分個別項目」，建置前無資料可呈現。空白欄代表待日後有數據時，再予補入。
- 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。
- 因衛福部尚未完成106年死因檔，故尚無106年全年統計值。
- 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。
「藥品費用超過或未達目標總額之百分率」，為因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作，健保署於109年3月16日公告108年DET藥費核付金額超出目標值之額度暨109年藥品支付價格年度例行調整事宜，順延半年辦理，其生效日期配合順延為109年10月1日。

伍、參考資料

附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102年)

構面	監理指標		提報時程	(一)二代健保實施前(97-101年)															(二)二代健保實施後資料																				
				97上		97下		97全年	98上		98下		98全年	99上		99下		99全年	100上		100下		100全年	101上		101下		101全年	102上		102下		102全年						
				97Q1	97Q2	97Q3	97Q4		98Q1	98Q2	98Q3	98Q4		99Q1	99Q2	99Q3	99Q4		100Q1	100Q2	100Q3	100Q4		101Q1	101Q2	101Q3	101Q4		102Q1	102Q2	102Q3	102Q4							
(一) 效率	1.急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	8.09	8.08	8.09	7.99	7.85	7.92	7.85	7.91	7.88	7.91	7.82	7.87	7.83	7.79	7.81	7.77	7.82	7.79	7.94	7.93	7.42	7.38	7.45	7.42	7.38	7.45	7.42	7.38	7.45	7.42	7.38	7.45	7.42			
		(2)醫學中心		8.41	8.32	8.36	8.28	8.12	8.20	8.13	8.12	8.12	8.14	8.07	8.05	7.95	8.00	7.95	8.00	7.94	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93	7.93		
		(3)區域醫院		7.75	7.81	7.78	7.64	7.52	7.58	7.44	7.55	7.50	7.49	7.44	7.46	7.44	7.40	7.42	7.44	7.40	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42	7.42
		(4)地區醫院		8.28	8.25	8.26	8.24	8.13	8.19	8.32	8.39	8.36	8.60	8.48	8.54	8.43	8.48	8.46	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47	8.47
	2.急診病人留置急診室超過2小時比率(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	—	—	—	—	—	—	1.82%	2.62%	2.23%	2.74%	2.59%	2.67%	2.88%	3.05%	2.96%	2.92%	2.93%	2.93%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%	2.92%		
		(2)醫學中心		—	—	—	—	—	—	—	4.86%	6.82%	5.84%	7.01%	6.71%	6.87%	7.13%	7.74%	7.42%	7.67%	7.51%	7.59%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	7.67%	
		(3)區域醫院		—	—	—	—	—	—	—	0.79%	1.16%	0.98%	1.25%	1.15%	1.20%	1.60%	1.59%	1.59%	1.49%	1.60%	1.54%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%	1.59%
		(4)地區醫院		—	—	—	—	—	—	—	0.42%	0.82%	0.62%	0.84%	0.75%	0.80%	0.58%	0.62%	0.60%	0.45%	0.42%	0.44%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	0.45%	
	3.病末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率			半年	—	—	—	-3.58%	-5.24%	-4.47%	-17.07%	-19.04%	-18.09%	-4.54%	0.41%	-1.90%	0.87%	1.59%	1.24%	-1.74%	-4.24%	-3.03%																	
					18.44%	18.58%	18.51%	18.34%	18.50%	18.42%	18.26%	18.36%	18.31%	18.07%	18.30%	18.19%	17.83%	17.97%	17.90%	17.42%	17.40%	17.41%																	
	4.區域醫院以上初級門診照護率			半年	84.45%	82.54%	81.22%	84.76%	91.58%	84.34%	82.74%	81.61%	84.93%	91.85%	83.79%	83.76%	83.01%	84.30%	91.95%	86.28%	83.80%	82.21%	84.16%	92.37%	84.54%	83.06%	82.64%	83.92%	92.07%	83.86%	83.16%	81.57%	83.72%	91.83%					
		(1)病人數占率	西醫基層醫院總額		半年(季呈現)	43.38%	46.11%	47.08%	43.98%	59.60%	44.05%	46.54%	48.06%	45.31%	61.34%	43.93%	44.91%	45.88%	43.65%	58.93%	42.56%	45.09%	46.49%	44.22%	58.98%	44.78%	46.17%	46.57%	44.89%	59.55%	44.82%	46.30%	47.63%	44.96%	59.26%				
5.西醫基層與醫院門診服務占率	(2)件數占率	西醫基層醫院總額	半年	69.20%		66.16%	64.70%	68.20%	67.15%	69.03%	65.87%	64.60%	68.23%	66.99%	68.30%	67.50%	66.50%	68.64%	67.75%	71.40%	67.30%	65.73%	68.29%	68.29%	68.75%	66.18%	65.69%	67.54%	67.07%	67.89%	66.01%	64.49%	67.10%	66.40%					
	(1)病人數占率	西醫基層醫院總額		30.80%	33.84%	35.30%	31.80%	32.85%	30.97%	34.13%	35.40%	31.77%	33.01%	31.70%	32.50%	33.50%	31.36%	32.25%	28.60%	32.70%	34.27%	31.71%	31.71%	31.25%	33.82%	34.31%	32.46%	32.93%	32.11%	33.99%	35.51%	32.90%	33.60%						
6.藥品費用占率			半年	—	—	—	25.94%	24.79%	25.4%	24.73%	25.17%	25.0%	25.86%	25.72%	25.79%	24.99%	25.22%	25.11%	26.02%	26.26%	26.15%																		
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	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																	
	(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	1.11%	1.09%	1.15%	1.12%	1.16%	1.20%	1.20%	1.23%	1.28%	1.13%	1.13%	1.19%	1.11%	1.23%	1.21%	1.27%	1.31%	1.33%																	
	2.糖尿病醫療給付改善方案之照護率				27.44%	26.34%	26.34%	25.30%	27.56%	27.56%	29.18%	29.26%	29.26%	32.35%	31.16%	31.16%	34.83%	33.94%	33.94%	35.58%	35.06%	35.06%																	
	3.照護連續性			年	—	—	0.408	—	—	0.403	—	—	0.402	—	—	0.398	—	—	0.400	—	—	0.404																	
	4.護理人力指標-急性病房全日平均護病比	(1)醫學中心	半年		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																
(2)區域醫院		—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																		
(3)地區醫院		—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																		
(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	年	—	—	72.5%	—	—	74.8%	—	—	72.8%	—	—	74.3%	—	—	82.4%	—	—	81.5%																		
		(2)西醫基層		—	—	68.9%	—	—	72.7%	—	—	77.5%	—	—	72.2%	—	—	86.7%	—	—	87.3%																		
		(3)牙醫門診		—	—	80.4%	—	—	80.1%	—	—	82.3%	—	—	85.8%	—	—	86.7%	—	—	89.1%																		
		(4)中醫門診		—	—	72.9%	—	—	73.7%	—	—	74.7%	—	—	72.5%	—	—	85.1%	—	—	85.8%																		
2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率			年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																			
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)	(1)醫院	年	—	—	46.71	—	—	44.88	—	—	48.78	—	—	45.61	—	—	57.78	—	—	60.99																		
		(2)西醫基層		—	—	1.83	—	—	1.93	—	—	1.92	—	—	1.99	—	—	1.99	—	—	2.13																		
		(3)牙醫門診		—	—	10.67	—	—	11.54	—	—	11.83	—	—	12.00	—	—	11.58	—	—	11.76																		
		(4)中醫門診		—	—	10.28	—	—	10.67	—	—	12.08	—	—	11.68	—	—	12.00	—	—	11.31																		
	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	年	—	—	50.53%	—	—	52.33%	—	—	51.96%	—	—	52.58%	—	—	53.04%	—	—	52.71%																	
			醫療資源不足地區		—	—	—	—	—	52.04%	—	—	52.02%	—	—	54.05%	—	—	54.66%	—	—	54.86%																	
			山地離島地區		—	—	56.15%	—	—	58.63%	—	—	58.30%	—	—	58.86%	—	—	59.43%	—	—	59.10%																	
			一般地區		—	—	80.31%	—	—	81.26%	—	—	81.80%	—	—	83.23%	—	—	82.85%	—	—	82.44%																	
		(2)西醫基層	醫療資源不足地區	—	—	81.01%	—	—	81.70%	—	—	82.80%	—	—	83.62%	—	—	83.91%	—	—	83.35%																		
			山地離島地區	—	—	82.53%	—	—	83.65%	—	—	84.15%	—	—	85.41%	—	—	85.84%	—	—	85.79%																		
			一般地區	—	—	41.45%	—	—	42.51%	—	—	43.12%	—	—	43.02%	—	—	43.93%	—	—	44.85%																		
			(3)牙醫門診	醫療資源不足地區	—	—	29.22%	—	—	30.18%	—	—	27.64%	—	—	27.83%	—	—	28.81%	—	—	30.46%																	
山地離島地區	—	—		37.42%	—	—	38.30%	—	—	38.65%	—	—	39.13%	—	—	40.17%	—	—	41.12%																				
一般地區	—	—		29.22%	—	—	30.31%	—	—	29.26%	—	—	29.05%	—	—	29.26%	—	—	28.87%																				
(4)中醫門診	醫療資源不足地區	—		—	21.34%	—	—	22.11%	—	—	20.99%	—	—	17.97%	—	—	17.58%	—	—	17.80%																			
	一般地區	—	—	—	—	—	23.73%	—	—	23.36%	—	—	23.57%	—	—	23.96%	—	—	24.33%																				
	(1)整體			0.0183%	0.0229%	0.0206%	0.0251%	0.0251%	0.0250%	0.0253%	0.0247%	0.0250%	0.0257%	0.0272%	0.0265%	0.0277%	0.0290%	0.0284%	0.0317%	0.0323%	0.0320%																		
	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(2)個別項目	特殊功能人工水晶體	半年	18.9%	22.5%	20.8%	24.6%	24.6%	24.6%	25.3%	25.5%	25.4%	26.4%	26.9%	26.6%	27.6%	28.3%	27.9%	30.0%	30.7%	30.3%																	
特殊材質人工關節			11.2%		17.9%	14.7%	18.1%	19.4%	18.7%	18.5%	19.2%	18.9%	17.2%	18.8%	18.0%	18.1%	19.6%	18.8%	20.4%	20.6%	20.5%																		
新增功能類人工心律調節器			24.3%		35.3%	30.7%	25.8%	27.5%	26.7%	28.9%	29.1%	29.0%	32.1%	31.0%	31.5%	31.0%	32.9%	32.0%	34.6%	36.1%	35.4%																		
塗藥或特殊塗層血管支架			32.8%		36.4%	34.6%	35.0%	37.5%	36.3%																														

伍、參考資料

附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102年)

構面	監理指標	提報時程	(一)二代健保實施前(97~101年)																			(二)二代健保實施後資料																	
			97上		97下		97全年	98上		98下		98全年	99上		99下		99全年	100上		100下		100全年	101上		101下		101全年	102上		102下		102全年							
			97Q1	97Q2	97Q3	97Q4		98Q1	98Q2	98Q3	98Q4		99Q1	99Q2	99Q3	99Q4		100Q1	100Q2	100Q3	100Q4		101Q1	101Q2	101Q3	101Q4		102Q1	102Q2	102Q3	102Q4								
1.保險收支餘絀	(1)實際數(億元)	半年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	207.45	332.76	506.86	728.38	728.38				
	(2)預估數(億元)	(季呈現)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	249.66	344.76	481.48	594.42	594.42
	(3)兩者之差異率		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-16.91%	-3.48%	5.27%	22.54%
2.安全準備總額折合保險給付支出月數		半年	-0.39	-0.51	-0.63	-0.77	-0.77	-0.85	-1.10	-1.38	-1.61	-1.61	-1.65	-1.55	-1.34	-1.08	-1.08	-0.75	-0.61	-0.37	-0.14	-0.14	0.12	0.24	0.40	0.52	0.52	1.03	1.34	1.75	2.24	2.24							
(五)財務	3.全民健保醫療支出占GDP比率	年	—				3.48%	—				3.67%	—				3.48%	—				3.53%	—				3.57%	—				3.59%							
		年	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—							
4.資金運用收益率		半年	—	—	—	—	1.84%	—	—	—	—	0.77%	—	—	—	—	0.42%	—	—	—	—	0.64%	—	—	—	—	0.77%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.68%	
5.保費收繳率		年	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—							
6.呆帳提列數與保費收入數之比率		年	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—	—				—							

註：
 1. 「—」代表無須呈現之資料，例如特定年度後才建置之「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」、「護理人力指標」及「自付差額特材占率之部分個別項目」，建置前無資料可呈現。
 2. 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。

附錄二、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	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。 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。 3.權屬別為醫院之申報案件。

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
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服務病人數、件數占率
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	病患就醫總次數 * (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≤ 3次且≥ 100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-急性病房全日平均護病比占率分布
分子	醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)加總
分母	每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.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)。</p> <p>2.統計範圍為急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床與精神急性經濟病床。</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	<p>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。</p> <p>2.醫師數係指該年12月之醫師數。</p> <p>3.人數係指該年12月之各鄉鎮市區人數。</p>

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	門診就醫人數
分母	總人數
資料提供單位	中央健康保險署
備註	<p>1.醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之地區。</p> <p>2.山地離島地區為「執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)」之地區。</p> <p>3.資料範圍：總額內案件(不含健保署代辦項目)。</p>

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	