

# 109 年全民健康保險監測 結果報告

衛生福利部全民健康保險會彙製

中華民國 110 年 12 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.....	7
參、監理指標之意涵與監測結果 .....	13
一、效率構面(7 項指標).....	13
(一)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)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研 析報告」委員意見及健保署回復 .....	34
二、醫療品質構面(4 項指標).....	43
(一)各指標監測結果及趨勢評析 .....	43
指標 2.1 手術傷口感染率 .....	43
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率 .....	45
指標 2.3 照護連續性 .....	47
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 .....	49
(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研 析報告」委員意見及健保署回復 .....	53
三、效果構面(3 項指標).....	58
(一)各指標監測結果及趨勢評析 .....	58
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門).....	58
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 .....	61
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率 .....	63
(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研 析報告」委員意見及健保署回復 .....	65

<b>四、資源配置構面(3項指標).....</b>	<b>66</b>
(一)各指標監測結果及趨勢評析 .....	66
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).....	66
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)...	71
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	75
(二)110年第6次委員會議「109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復 .....	80
<b>五、財務構面(6項指標).....</b>	<b>83</b>
(一)各指標監測結果及趨勢評析 .....	83
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率.....	83
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	85
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率 .....	87
指標 5.4 資金運用收益率 .....	89
指標 5.5 保費收繳率 .....	91
指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率 .....	93
(二)110年第6次委員會議「109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復 .....	95
<b>肆、監理指標監測結果報表(103年起).....</b>	<b>99</b>
<b>伍、參考資料.....</b>	<b>101</b>
附錄一、監理指標歷史資料報表(97~102年).....	101
附錄二、監理指標之操作型定義.....	103

## 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 109 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢及委員關切重點進行評析，有 15 項指標呈進步或穩定趨勢，宜保持或繼續觀察；另有 8 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)呈進步趨勢(3 項指標)：

1. 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)」：109 年在整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院均為近 3 年最低，宜保持及持續留意疫情後之變化。本會委員建議健保署未來應以更多元面向之指標，整體檢視急診壅塞與效率之問題，以提升急診服務品質。
2. 指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」：109 年癌症病人死亡前一年內有申報安寧費用的比率，呈增加趨勢，且接受安寧者較未接受者醫療費用低，宜保持。
3. 指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」：區域醫院以上呈下降趨勢，符合分級醫療政策方向，宜保持。惟醫學中心初級門診照護率未有下降趨勢，本會委員建議健保署應進一步研析其原因及研議改善策略。

#### (二)呈退步趨勢(4 項指標)：

1. 指標「1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」：各層級醫院中，醫學中心呈逐年下降趨勢，宜保持。然區域、地區醫院，109 年監測數值為近 3 年最高，本會委員十分關切地區醫院住院天數高於整體係受呼吸照護個案影響，爰建議健保署持續監測，並針對呼吸器依賴患者推動相關改善作為，以提升急性醫療資源配置效率。

- 2.指標「1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」：近3年西醫基層部門不論就醫人數或件數占率，均呈下降趨勢。歷年健保總額挹注預算配合推動分級醫療政策，本會委員十分關切其執行成效，請健保署進一步瞭解基層服務量下降之原因及加強溝通、輔導。
- 3.指標「1.6 藥品費用占率」：逐年增加，109年成長至近28%，藥費占率過高將排擠其他醫療服務，本會委員十分關切此項議題，請健保署檢視藥費增加原因，及分析其費用結構(例如：排除新藥後之藥費占率及趨勢)，以利研議相關管控措施。
- 4.指標「1.7 健保專案計畫之執行成效」：中醫及牙醫門診部門109年執行率未達9成(均為87%)，可能受COVID-19疫情影響，請健保署進一步瞭解原因並研議改善策略。

## 二、醫療品質構面(4項指標)：

### (一)呈進步趨勢(2項指標)：

- 1.指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」：各層級院所皆逐年上升，宜保持。並應併同檢討指標3.2 糖尿病病人住院率未相對下降之原因。
- 2.指標「2.3 照護連續性」：109年監測值為近3年最高，宜保持。

### (二)無明顯趨勢(2項指標)：

- 1.指標「2.1 手術傷口感染率」：無明顯趨勢，宜繼續觀察。
- 2.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」：因108年5月配合醫療機構設置標準之修正，全日平均護病比計算方式，護理人員數改為不列計護理長，尚無法比較監測趨勢，宜繼續觀察。

## 三、效果構面(3項指標)：

(一)呈進步趨勢(1項指標)：指標「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」，西醫基層、牙醫門診、中醫門診部門滿意度逐年上升，宜保持；醫院則未有明顯趨勢，宜繼續觀察。

### (二)無明顯趨勢(2項指標)：

- 1.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」：整體無明顯變化，惟各年齡層中，以75歲以上病人住院率最高(近0.6%)。本會委員十分關切整體及各年齡層糖尿病病人住院率未有顯著改善，且落

後部分 OECD 國家 3~5 年，請健保署特別留意糖尿病病人住院率，及應併同觀察指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率。

2. 指標「3.3 出院後 3 日內再急診比率」：無明顯趨勢，宜繼續觀察。

#### 四、資源配置構面(3 項指標)：

(一)無明顯趨勢(1 項指標): 指標「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，整體自付差額特材占率無明顯趨勢，然「調控式腦室腹腔引流系統」、「冠狀動脈塗藥支架」、「特殊材質加長型伽瑪髓內釘組」等 3 項，占率逐年增加，至 109 年已超過 6 成。本會委員十分關切民眾權益，建議健保署應積極研議將自付差額特材占率高之項目納入全額給付，以減少病人財務負擔。

(二)呈退步趨勢(2 項指標)：

1. 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)」：各部門中，醫院、西醫基層、牙醫門診部門 109 年比值為近 3 年最高，本會委員十分關切醫師人力朝都市化地區流動之現象，建議健保署應瞭解原因，以因地制宜的研議改善措施。至於中醫門診部門 109 年比值為近 3 年最低，宜保持。

2. 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)」：近 3 年牙醫門診、中醫門診之醫療資源不足地區、山地離島地區之就醫率皆低於一般地區，請健保署滾動檢討山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案，以確保健保投入總額預算能確實提升當地民眾就醫方便性。

#### 五、財務構面(6 項指標)：

(一)呈進步趨勢(2 項指標)：

1. 指標「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」：差異率逐年下降，健保署預估之準確性高，宜保持。

2. 指標「5.5 保費收繳率」：在各投保單位及保險對象中，整體及第一、二、三類保險對象收繳率均超過 9 成，第六類保險對象收繳率雖最低，但近 3 年呈上升趨勢，宜保持。

(二)無明顯趨勢(2 項指標)：

1. 指標「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」：近 3 年維持在 3%~4% 之間，

宜繼續觀察。本會委員建議宜思考健保醫療支出占 GDP 比率偏低之問題。

2. 指標「5.4 資金運用收益率」，108 年呈上升趨勢，至 109 年轉為下降，宜繼續觀察。本會委員十分關切健保資金運用效率，請健保署積極檢討並研議提升投資績效之策略。

(三) 呈退步趨勢(2 項指標)：

1. 指標「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」：安全準備總額逐年下降，請健保署研議財務平衡方案與開源節流相關措施，以維持健保財務穩健。

2. 指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」：逐年上升，本會委員十分關切呆帳問題，請健保署持續爭取財源，協助弱勢民眾，以減少呆帳情形。

整體而言，109 年監測表現尚稱穩定，惟應特別留意效率及資源配置構面，本會將持續監測，並請健保署就退步指標進一步探討原因、加以改善，及針對本會委員關切議題積極研議精進策略，以保障民眾權益。



## 109 年監理指標監測結果重點摘要

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢
(一) 效率 ○：3 ×：4	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級) <sup>註2</sup>	×(醫中雖逐年下降，然區域、地區醫院為近 3 年最高)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	○(整體及各層級醫院為近 3 年最低) *宜留意疫情後之變化
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	○(申報安寧費用比率上升，且接受安寧者較未接受者醫療費用低)
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	○(區域醫院以上逐年下降) *宜留意醫中未明顯下降
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	×(基層病人數、件數占率逐年下降，與分級醫療政策方向不符)
	1.6 藥品費用占率	×(藥費占率逐年成長至近 28%)
	1.7 健保專案計畫之執行成效 <sup>註2</sup>	×(醫院、西醫基層執行率雖有 9 成，然牙醫門診、中醫門診執行率下降且未達 9 成)
(二) 醫療品質 ○：2 △：2	2.1 手術傷口感染率	△(無明顯變化)
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○(各層級院所逐年上升) *宜留意各層級中基層照護率最低
	2.3 照護連續性	○(近 3 年最高)
	2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布	△(指標定義改變無法直接比較)
(三) 效果 ○：1 △：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	○(西醫基層、牙醫門診、中醫門診逐年增加，醫院無明顯趨勢)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	△(無明顯變化) *宜留意 75 歲以上病人住院率偏高
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	△(無明顯變化)
(四) 資源配置 △：1 ×：2	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) <sup>註2</sup>	×(醫院、基層、牙醫門診為近 3 年最高；中醫門診為近 3 年最低)
	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) <sup>註2</sup>	×(牙醫門診、中醫門診近 3 年醫不足及山地離島就醫率皆低於一般地區)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	△(整體無明顯趨勢) *宜留意調控式腦室腹腔引流系統、冠狀動脈塗藥支架、特殊材質加長型伽瑪髓內釘組已逾 6 成

構面	指標	近3年監測結果
		○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢
(五) 財務 ○：2 △：2 ×：2	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	○(逐年下降)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	×(逐年下降)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	△(未有明顯增加)
	5.4 資金運用收益率	△(整體無明顯趨勢) *宜留意 109 年下降
	5.5 保費收繳率	○(整體及第 1~3 類已達 9 成，第 6 類逐年上升)
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	×(逐年上升)

註：1.健保署依 107 年第 6 次委員會議(107.7.27)「全民健康保險業務監理指標修訂」討論案，修正通過之指標定義提報監測數值。

2.指標 1.1、指標 1.7、4.1 及指標 4.2，雖各部門表現趨勢不同，惟半數(含)以上層級/部門呈退步趨勢，故列屬退步指標。

## 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。

本會第 5 屆 110 年第 6 次(110.10.22)委員會議安排健保署報告 109 年全民健康保險監測結果報告，本會委員針對監測結果進行充分討論並提出諸多意見，當次會議決議：委員所提意見，送請健保署回復說明後，由本會同仁彙製 109 年全民健康保險監測結果報告。為忠實呈現本會委員關切重點，本報告詳實收錄前述委員意見及健保署回復說明，另為精進監測結果之解讀與運用，將以圖像化的方式呈現 23 項指標近 3 年之關鍵趨勢變化，輔以評析說明，以聚焦各項指標表現良窳，並於摘要中彙整 109 年監理指標監測結果之重點摘要，以利綜覽各監理構面運作概況，作為本會業務監理之參據，本報告內容包括以下三部分：

- 一、各監理構面指標之意涵、監測結果、近 3 年趨勢評析，及 110 年第 6 次委員會議(110.10.22)健保署提報「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果」後，委員所提意見及健保署會後回復之書面說明。
- 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：詳第 104 頁，104 年前以 ICD-9-CM 疾病編碼進行統計，105 年全面改以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼。	
	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 106 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 <sub>i</sub> = 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
(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

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(三) 效果	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
	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

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四) 資源配置	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
	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)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：

107~109年急性病床平均住院天數

單位：日/件

層級	107年		108年		109年	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
醫院	7.45	9.23	7.38	9.19	7.44	9.33
醫學中心	7.43	9.21	7.33	9.21	7.27	9.21
區域醫院	7.17	8.66	7.12	8.58	7.24	8.81
地區醫院	8.26	10.63	8.17	10.51	8.28	10.61

## 107~109 年急性病床住院天數

單位：日/件

層級	107 年		108 年		109 年	
	最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值
醫院	531	1	516	1	550	1
醫學中心	239	1	131	1	217	1
區域醫院	143	1	121	1	158	1
地區醫院	531	1	516	1	550	1

### ※健保署說明：

(1)107~109 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.45、7.38、7.44 天，呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.26、8.17、8.28 天。

(2)109 年急性病床住院天數，地區醫院最大值為 550 天，主要為醫院申報一筆呼吸照護之費用。

### 6.國際比較：

各國急性病床平均住院天數比較表

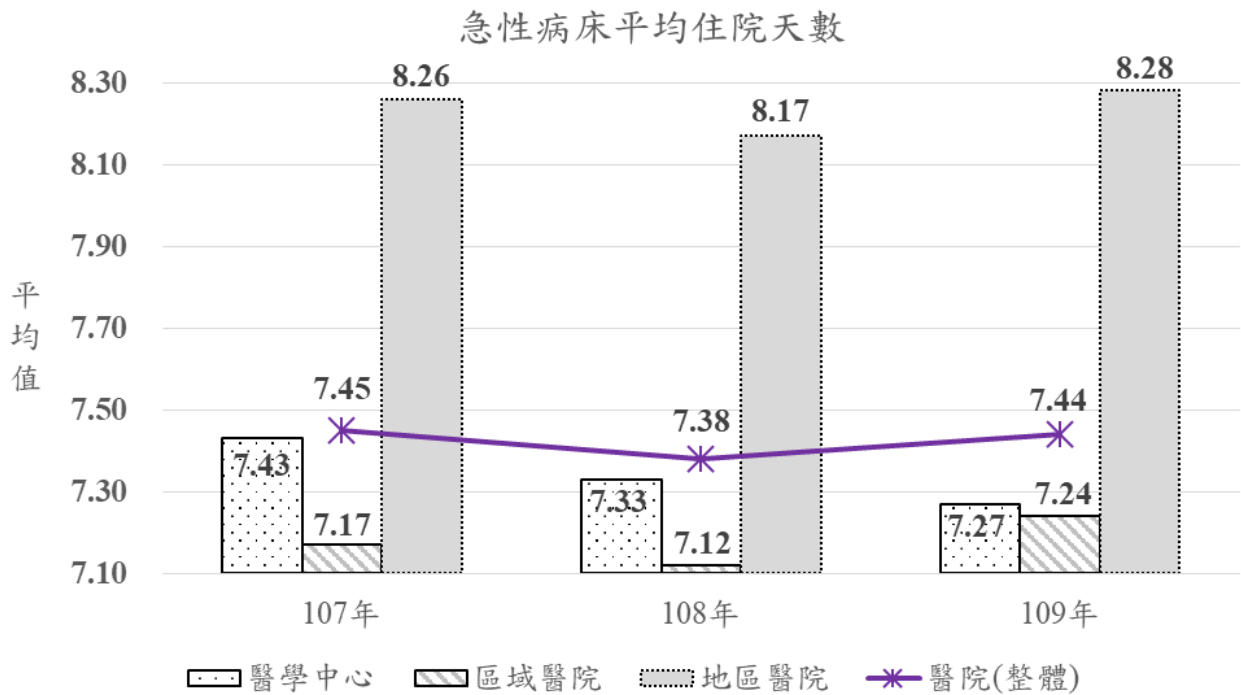
單位：日/件

國家	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
法 國	5.6	5.5	5.4	5.4	5.4
挪 威	6.2	6.1	6.0	6.0	5.9
瑞 典	5.7	5.6	5.6	5.5	5.4
日 本	16.5	16.3	16.2	16.1	16.0
韓 國	7.9	7.6	7.6	7.5	7.3
英 國	6.0	6.0	5.9	6.1	6.2
<b>臺灣</b>	<b>7.6</b>	<b>7.5</b>	<b>7.5</b>	<b>7.5</b>	<b>7.4</b>

資料來源：OECD，(2021)。OECD iLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/>，資料更新至 108 年 (110/07/26 擷取)。

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；與歐美國家相比，則略高於歐美國家。

### 7.近 3 年趨勢評析：



各層級醫院中，醫學中心急性病床平均住院天數呈下降趨勢，宜繼續保持；區域醫院、地區醫院監測數值由 108 年下降，至 109 年轉為上升，且為近 3 年最高，宜瞭解原因並持續監測。

本會委員十分關切地區醫院較長住院情形，並建議健保署瞭解原因及提出具體改善措施。依健保署回復說明(詳(二)，第 35 頁)，地區醫院平均住院天數近 3 年皆高於整體，主要受呼吸照護個案影響，排除其影響後，109 年地區醫院平均住院天數由 8.28 天降為 7.62 天，該署仍將持續監測，並針對呼吸器依賴患者推動相關改善作為，以提升急性醫療資源配置效率。

## 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：

#### 107~109 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(%)
107 年	7,155,606	194,072	2.71
108 年	7,326,102	201,562	2.75
109 年	6,320,904	146,893	2.32

107~109 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	107 年	1,887,339	128,822	6.83
	108 年	1,947,901	136,552	7.01
	109 年	1,617,426	99,314	6.14
區域醫院	107 年	3,629,155	54,885	1.51
	108 年	3,644,835	57,233	1.57
	109 年	3,102,035	40,957	1.32
地區醫院	107 年	1,606,144	10,300	0.64
	108 年	1,733,366	7,777	0.45
	109 年	1,601,440	6,622	0.41

107~109 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
107 年	8.58	7.37	2.57
108 年	7.89	6.43	2.57
109 年	6.42	5.39	2.17

107~109 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)統計表

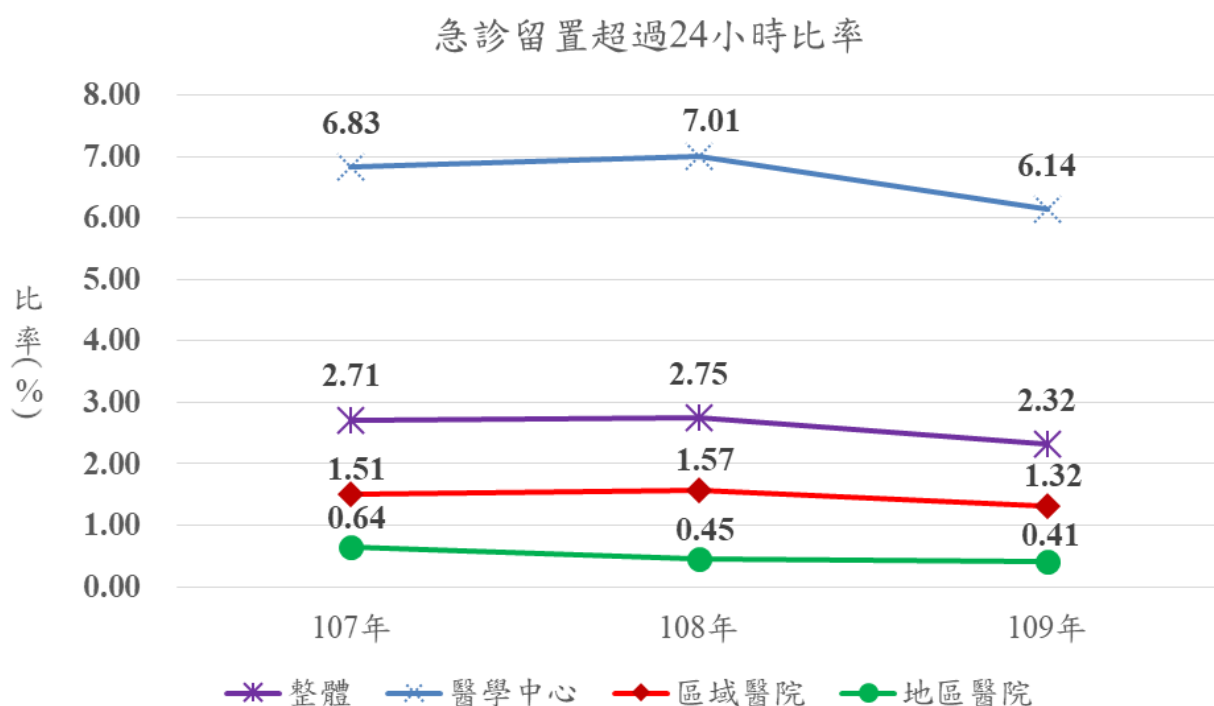
單位：%

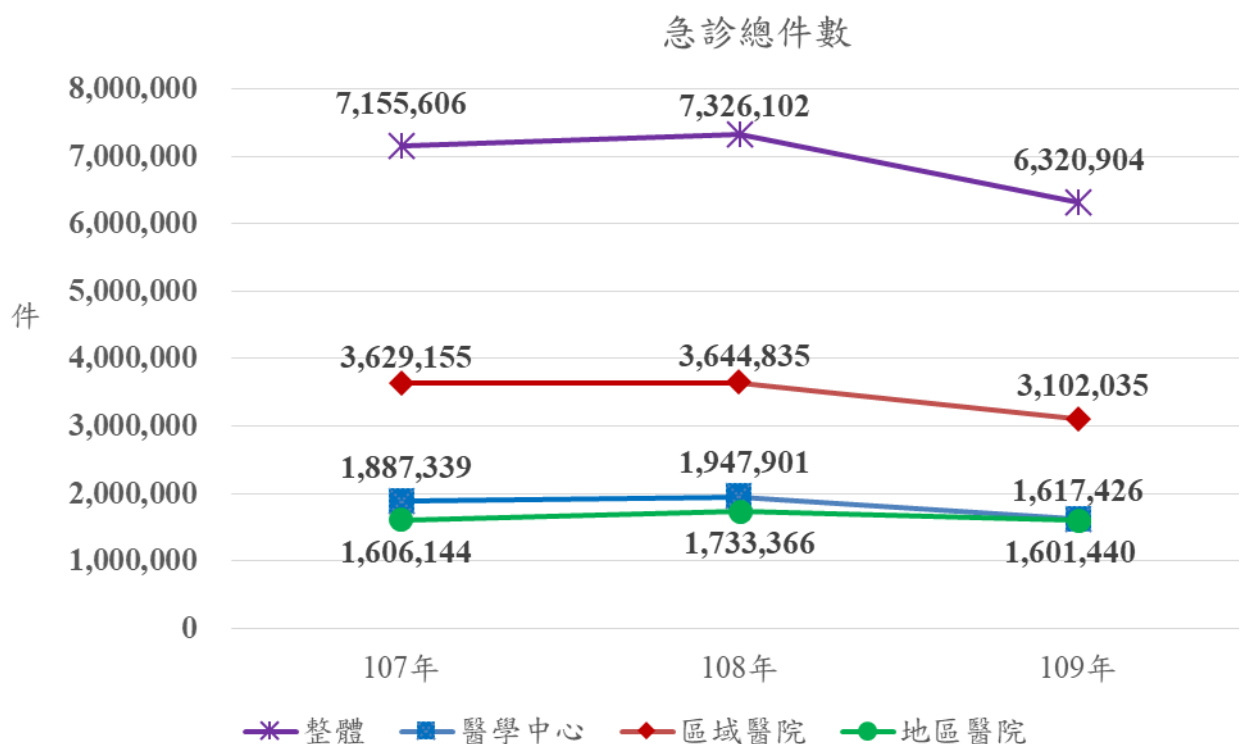
層級別	年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
醫學中心	107 年	13.41	12.04	6.00
	108 年	14.46	11.75	6.31
	109 年	12.06	10.18	5.57
區域醫院	107 年	5.74	3.38	1.30
	108 年	5.47	3.29	1.41
	109 年	4.56	2.81	1.17
地區醫院	107 年	1.76	1.88	0.59
	108 年	1.01	1.16	0.39
	109 年	1.23	1.32	0.43

※健保署說明：

- (1)109 年整體急診留置超過 24 小時件數比率較 108 年下降約 0.43%，109 年各層級急診留置超過 24 小時件數比率相較 108 年均下降，分別為醫學中心下降 0.87%、區域醫院下降 0.25%、地區醫院則下降 0.04%。
- (2)109 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級至第 3 級都較 108 年下降。其中檢傷第 1 級於醫學中心下降 2.4%、區域醫院下降 0.91%、地區醫院上升 0.22%，而檢傷第 2、3 級於醫學中心及區域醫院均較 108 年下降。
- (3)各層級別中，醫學中心急診留置超過 24 小時比率雖然最高，惟查醫學中心 109 年整體急診留置超過 24 小時比率及檢傷分類第 1 至 3 級之急診留置情形，均較 108 年下降，其可能受 COVID-19 疫情導致急診就醫人數下降之影響，健保署將持續監測急診留置超過 24 小時比率。
- (4)另健保署近期將就全民健康保險醫院急診品質提升方案召開修訂討論會，期能藉由以品質為導向之支付方案，提升急診品質，減緩急診壅塞情形。

6.近 3 年趨勢評析：





109 年在整體及各層級醫院之急診留置超過 24 小時比率皆為近 3 年最低，宜保持。進一步觀察急診總件數變化，整體及各層級醫院 109 年急診總件數亦為近 3 年最低，可能與 COVID-19 疫情導致急診件數減少有關，宜持續留意疫情後之數據變化。

本會委員十分關切急診壅塞與效率問題，建議健保署未來宜併同呈現多元面向之指標，例如：完成急診重大疾病照護病人進入加護病房小於 6 小時之比率、各檢傷分類案件急診平均暫留時間超過 6 小時之情形等，以利整體檢視急診壅塞與效率之問題，及透過各種策略介入改善，並持續檢討急診品質提升方案之實施成效，以提升急診服務品質。

## 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 3 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(%)
106 年	48,037	29,278	61
107 年	48,784	29,959	61
108 年	50,232	31,538	63



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)	
106 年	68,940	309,150	378,090	415,596
107 年	72,043	315,345	387,388	422,068
108 年	66,754	332,276	399,030	438,114

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。

108 年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	126,188	藥費	141,035
診療費	48,464	診療費	57,946
治療處置費	29,266	檢查費	33,561
放射線診療費	21,102	放射線診療費	25,566
檢查費	20,168	治療處置費	23,903

※健保署說明：

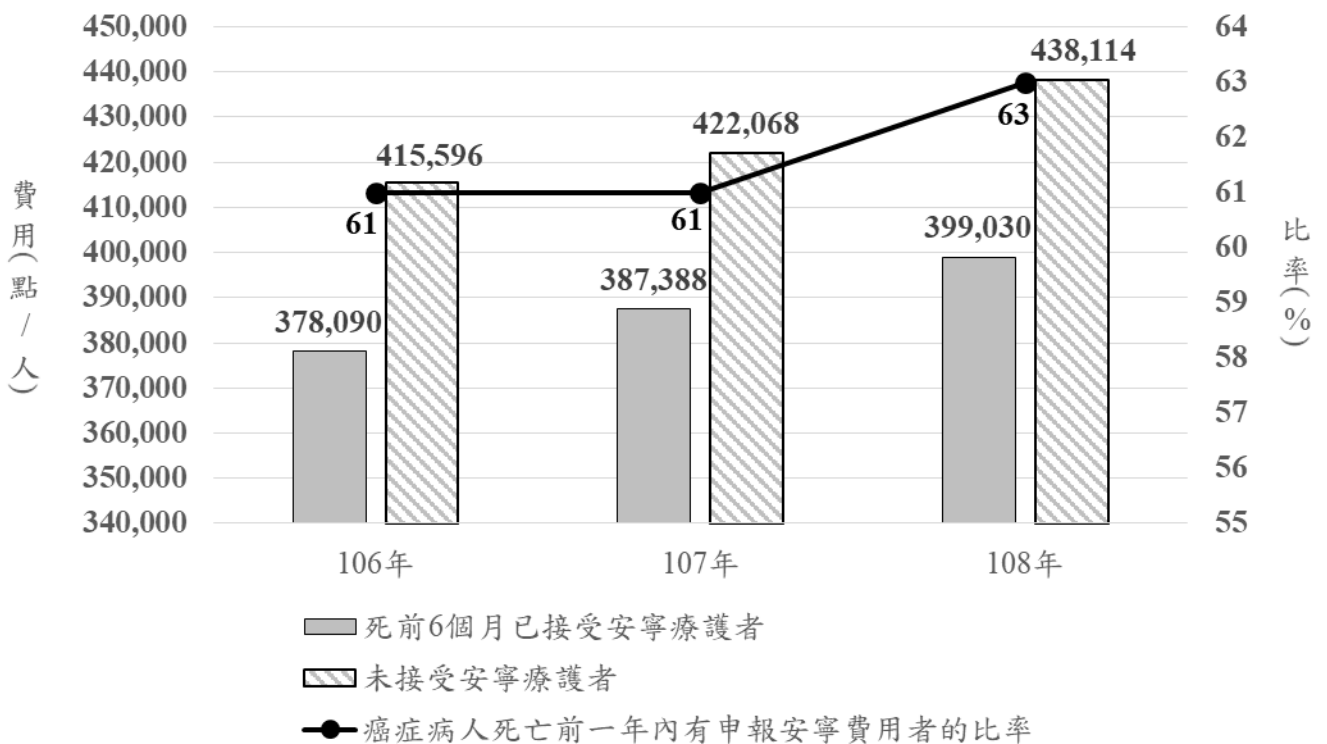
- (1) 癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率逐年穩定上升。
- (2) 臨床專家認為影響醫療費用較多的定義，為其接受安寧的起始時間，而非照護期間，故愈早介入愈好。因疾病過程隨時間進展，即使接受安寧療護時間相同，對醫療費用影響恐差異甚大。故有關依接受安寧照護期間，分析「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」，係以癌症死亡病人生前 6 個月中，至少接受安寧療護 6 個月以上(不足 6 個月之個案均不計)與未接受安寧者配對比較分析，癌末病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用，死前 6 個月已接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低(108 年接受安寧者 39.9 萬點，未接受安寧者

43.8 萬點)。

(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、放射線診療費及檢查費。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。

### 6.近 3 年趨勢評析：

近3年因癌症死亡病人死亡前6個月醫療概況



癌症病人死亡前一年內有申報安寧費用的比率，呈增加趨勢，且接受安寧者較未接受者醫療費用低，宜保持。請健保署持續推動各類安寧療護服務，及提升癌末病人接受安寧療護之意願。

## 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：詳第 104 頁，104 年前以 ICD-9-CM 疾病編碼進行統計，105 年全面改以 ICD-10-CM/PCS 疾病編碼。

### 4. 健保署提報監測結果：

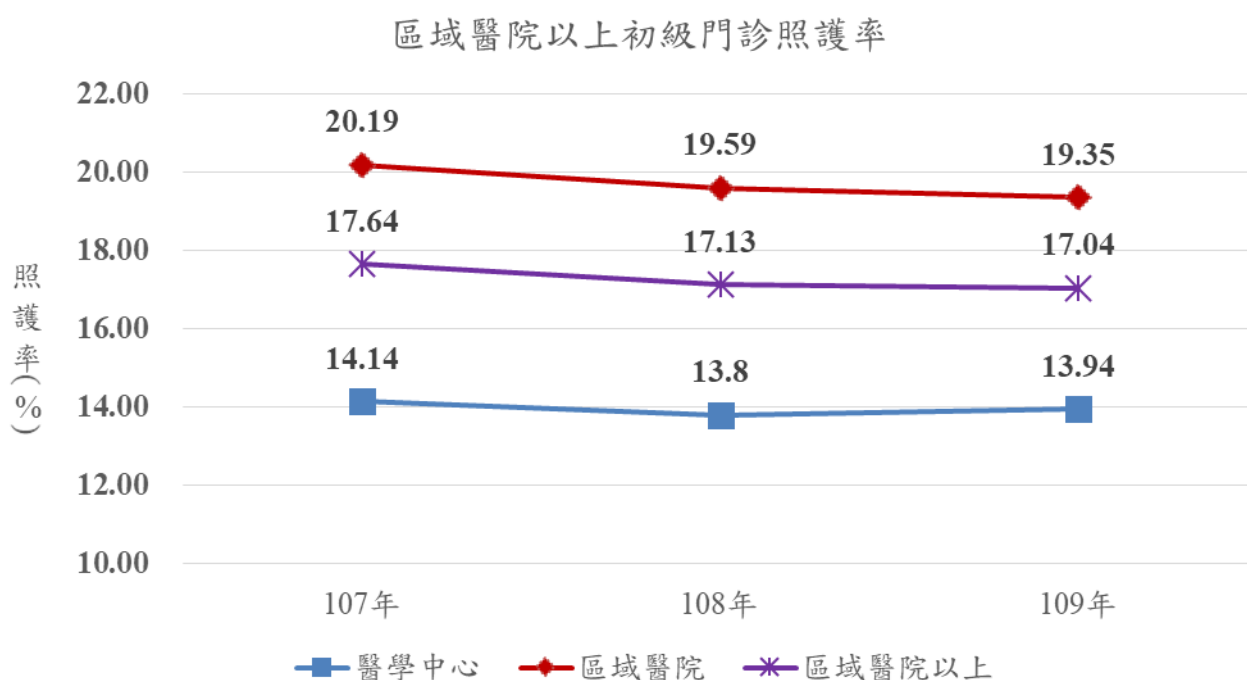
107~109 年區域醫院以上初級門診照護率

年度	醫院				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
107 年	14.14	20.19	35.12	22.54	17.64
108 年	13.80	19.59	34.11	22.22	17.13
109 年	13.94	19.35	32.31	21.61	17.04

#### ※健保署說明：

107~109 年醫院初級門診照護率分別為 22.54%、22.22%、21.61%，呈現下降趨勢；其中區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.64%、17.13%、17.04%，呈現下降趨勢。

## 5.近 3 年趨勢評析：



整體而言，區域醫院以上初級門診照護率呈下降趨勢，符合分級醫療政策方向，宜保持。然醫學中心初級門診照護率於 108 年呈下降趨勢，惟至 109 年反而微幅上升，鑑於衛福部 106 年起推動分級醫療策略，並自 107 年於醫院總額決定事項列入推動區域級以上醫院門診減量措施，惟醫學中心初級門診照護率卻未有下降趨勢，本會委員建議健保署應進一步研析其原因及研議改善策略。

## 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

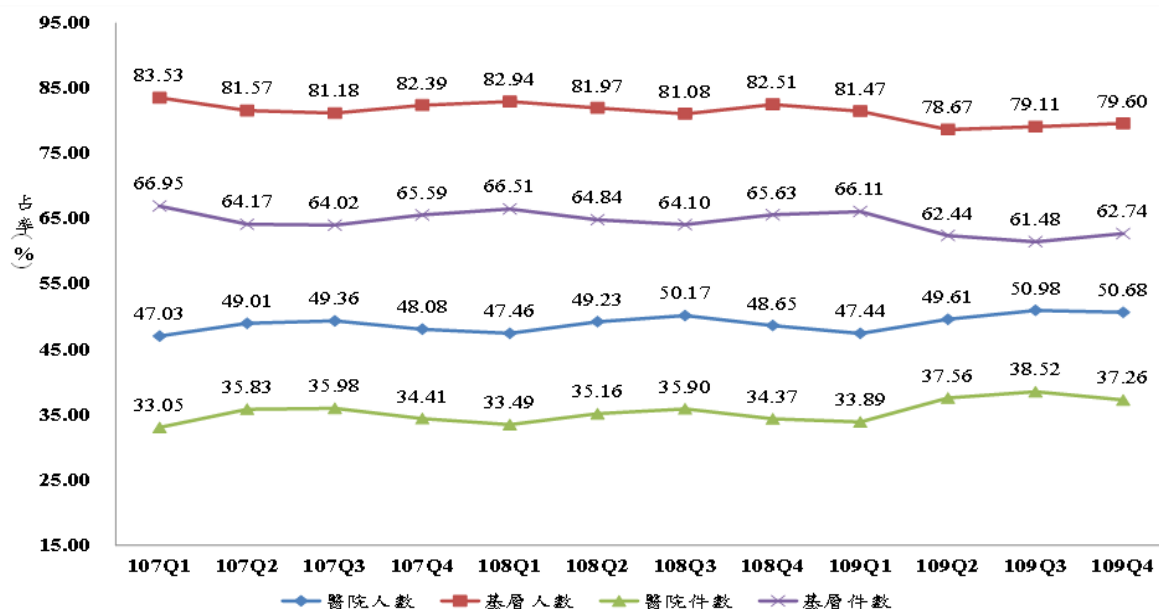
② 件數占率：

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

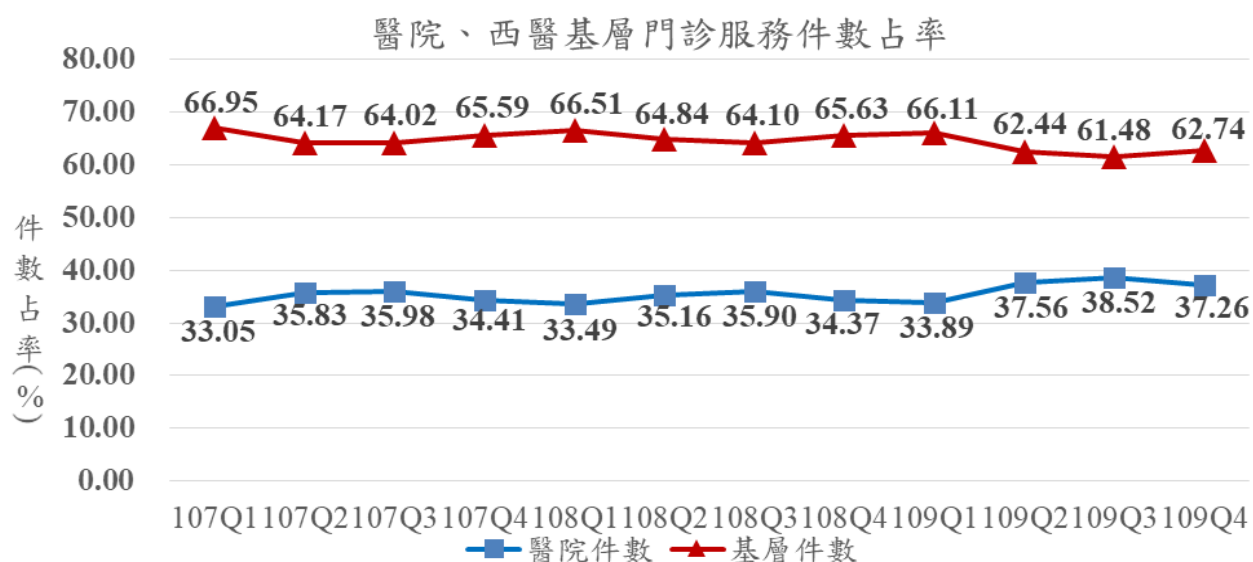
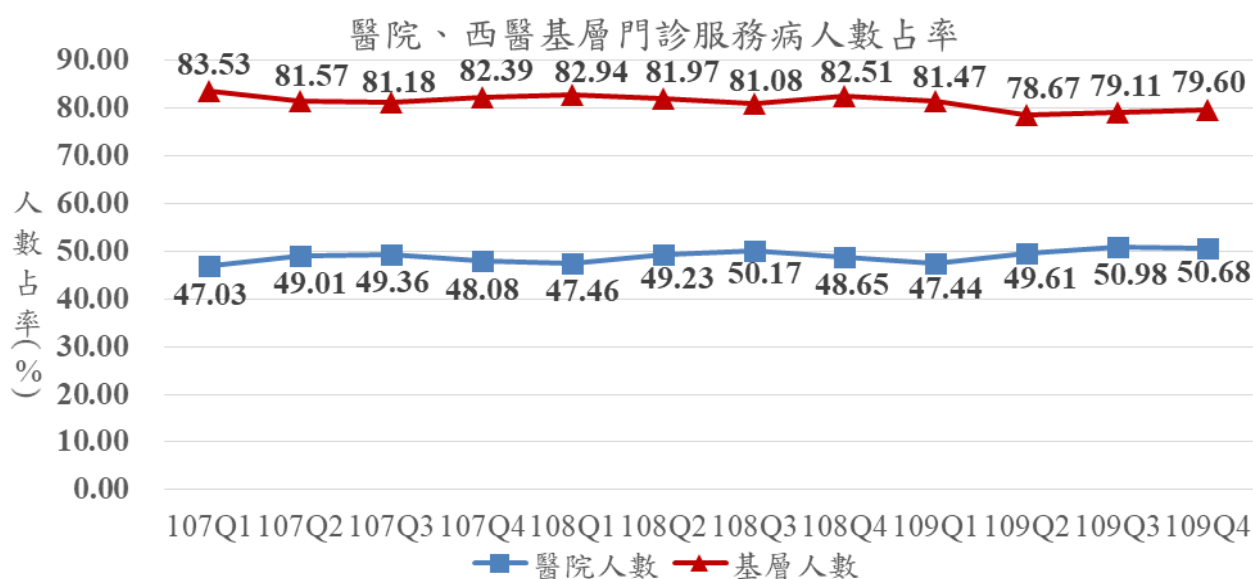
### 4. 健保署提報監測結果：



### ※ 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，109 年第 4 季基層就醫病人占率為 79.6%，醫院為 50.68%；基層件數占率 62.74%，醫院則為 37.26%。

## 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。然近 3 年同期(季)資料相比，西醫基層部門不論就醫人數及件數占率，均呈下降趨勢，與分級醫療期待壯大基層及提高基層服務量能之方向未符，本會委員十分關切，況健保歷年總額挹注多項配合推動分級醫療政策之預算，請健保署進一步瞭解基層服務量下降之原因及加強溝通、輔導，並持續觀察兩部門間之變化情形，以作為未來調整資源配置之參考。

## 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：

層級別	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
整體	107 年上半年	26.72	26.88	0.72	27.96~25.8	28.32~25.44
	107 年下半年	26.01				
	108 年上半年	27.26				
	108 年下半年	26.23				
	109 年上半年	27.98				
	109 年下半年	27.08				
醫學中心	107 年上半年	35.44	35.38	0.76	36.52~34.24	36.9~33.86
	107 年下半年	34.62				
	108 年上半年	35.51				
	108 年下半年	34.49				
	109 年上半年	36.57				
	109 年下半年	35.65				
區域醫院	107 年上半年	28.49	28.65	0.88	29.96~27.33	30.4~26.89
	107 年下半年	27.71				
	108 年上半年	29.42				
	108 年下半年	27.89				
	109 年上半年	29.96				
	109 年下半年	28.41				
地區醫院	107 年上半年	21.28	22.12	1.12	23.8~20.44	24.36~19.88
	107 年下半年	20.63				
	108 年上半年	22.78				
	108 年下半年	21.68				
	109 年上半年	23.68				
	109 年下半年	22.65				
基層院所	107 年上半年	18.12	18.30	0.49	19.04~17.56	19.29~17.32
	107 年下半年	17.63				
	108 年上半年	18.47				
	108 年下半年	18.04				
	109 年上半年	19.08				
	109 年下半年	18.47				

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	107 年 (第 6 年) (108 年調整)	108 年 (第 7 年) (109 年調整)	109 年 (第 8 年) (110 年調整) <sup>註 3</sup>
DET 成長率(%)	3.21	4.08	4.88
目標值(億元)	1559.5	1623.1	1702.3
核付金額(億元)	1631.9	1678.3	1803.6
價量協議(PVA)回收金額(億元)	14.1	14.8	26.7
超出額度調整金額(億元，%) <sup>註 1</sup>	58.3(3.5)	40.4(2.3)	74.6(4.1)
藥品費用超過目標總額之百分率(%) <sup>註 2</sup>	3.7	2.5	4.4

註 1：106 年起，超出額度調整金額為核付金額扣減目標值，再扣減價量協議(PVA)回收金額。

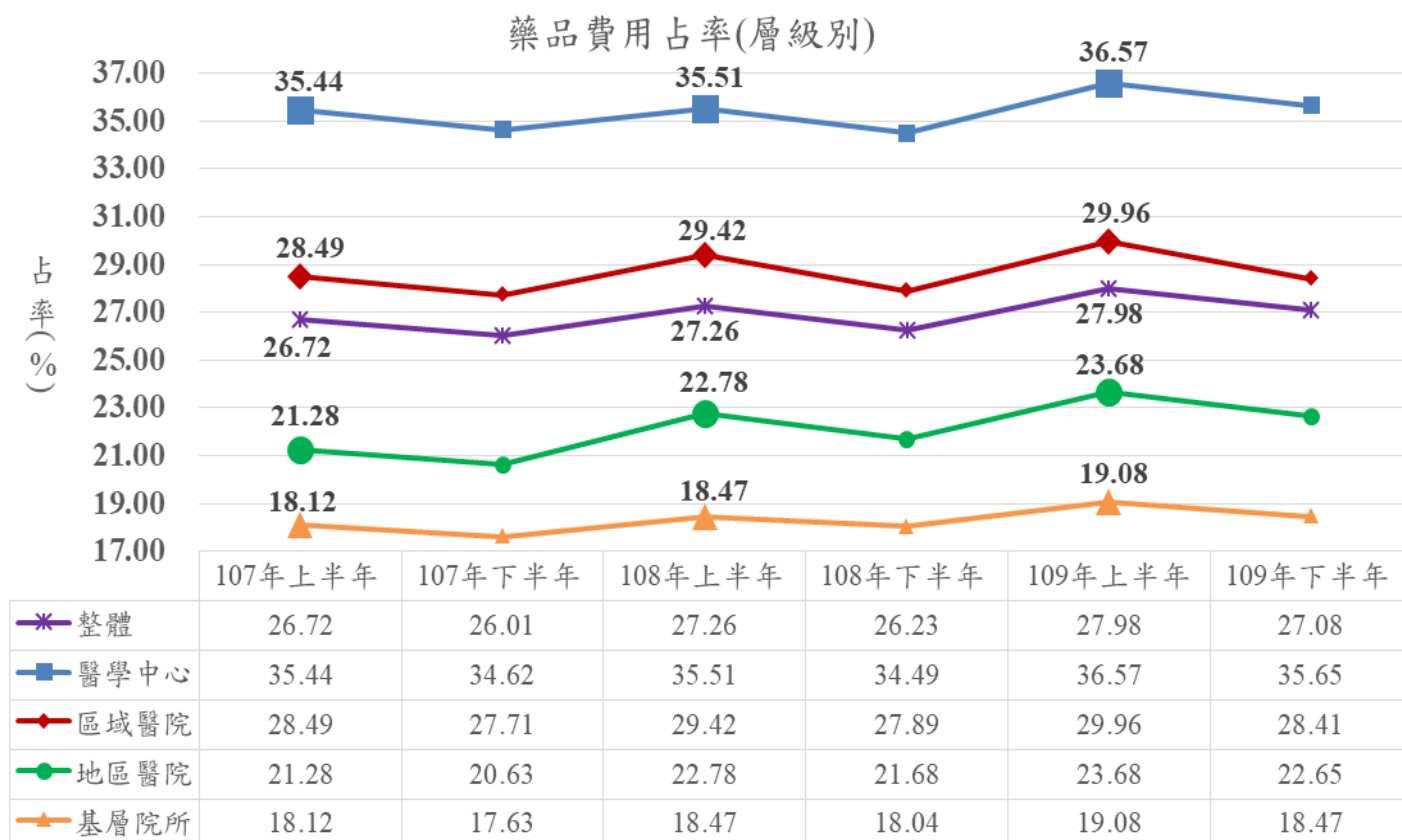
註 2：藥品費用超過目標總額之百分率為超出額度調整金額占目標值之百分率。

註 3：109 年因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作而暫緩。健保署於 110 年 10 月 28 日公告 109 年 DET 調整事宜，延至 111 年 1 月 1 日生效，於 110 年 11 月 17 日公告藥品支付價格核算調整結果。

※健保署說明：

- (1)在藥品費用占率部分，整體而言 107 年上半年到 109 年下半年藥品費用占率維持在 26%~27%之間，109 年上半年是歷次資料中最高者，惟其數值仍在歷年平均值 $\pm 2$ ×標準差範圍內。經檢視 109 年上半年總體醫療費用較 108 年同期下降，然同期藥品費用則未有明顯下降，因 109 年藥品支付價格年度例行調整事宜生效日期應自當年 4 月調價，因應疫情，延至 10 月，為導致 109 年上半年藥品費用占率偏高因素之一。另部分新藥簽訂有藥品給付協議，協議返還金額需至 110 年方能反應，亦可能導致 109 年藥品費用占率偏高。
- (2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由 107 年至 108 年資料顯示，藥品費用超過目標總額之百分率自 3.7%下降至 2.5%，主要係因目標值成長率高於核付金額之成長率；109 年藥品費用超過目標總額之百分率增加至 4.4%，亦可能係因前述導致 109 年藥品費用占率偏高之因素所致。另為因應嚴重特殊傳染性肺炎之防疫工作，健保署於 110 年 5 月 26 日公告 109 年 DET 藥費核付金額超出目標值之額度暨 110 年藥品支付價格年度例行調整事宜暫緩實施。鑑於本土疫情趨緩，健保署彙集醫藥界公協會意見後陳報衛福部，衛福部於 110 年 10 月 8 日核定延後至 111 年 1 月 1 日生效，健保署分別於 110 年 10 月 28 日及 11 月 17 日公告生效日期及藥品價格核算調整結果。

## 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，上半年藥費較下半年高。以近3年同期(半年)資料相比，整體及各層級院所藥費占率均逐年增加，109年上半年整體藥費占率已近28%，本會委員極為關切，尤其109年受COVID-19疫情影響，整體醫療費用下降，但藥費卻未隨之下降，藥品費用占率過高將排擠其他醫療服務，請健保署檢視藥費增加原因，及分析其費用結構，例如：排除新藥後之藥費占率及趨勢等，以利研議相關管控措施，俾提升醫療費用結構配置之合理性。

## 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：

年度	項目	醫院	西醫 基層	中醫 門診	牙醫 門診
109 年	進場、退場 專案計畫占率	0/13	1/11	1/8	1/4
	專款計畫 預算執行率	91%	96%	87%	87%

註：本項 109 年專款計畫預算執行率，係統計至 109 年第 4 季。

### ※ 健保署說明：

(1) 經統計 109 年度各部門總額專款項目之專案計畫數(如下表)。

(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，另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。

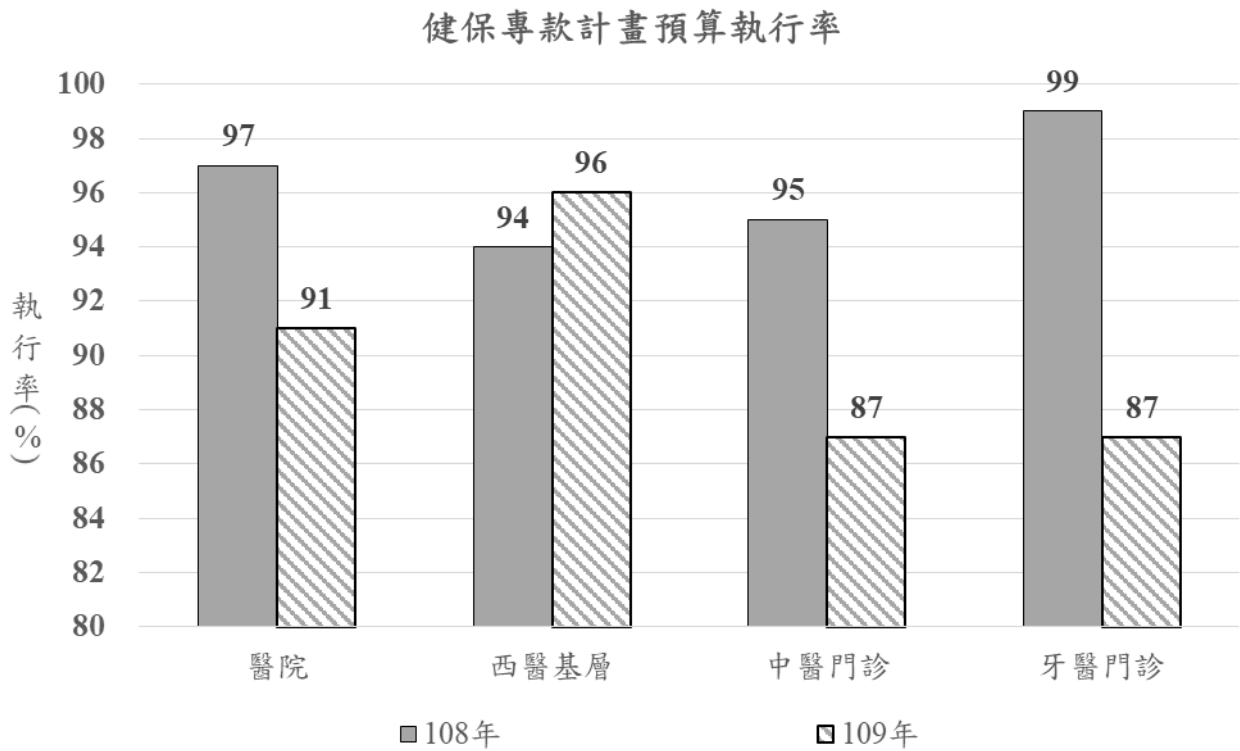
(3) 109 年各部門總額之專案計畫預算執行率：截至 109 年第 4 季，

醫院、西醫基層總額之預算執行率均已達九成以上；另受疫情影響，牙醫門診、中醫門診總額之預算執行率，未達9成。

109年專款項下專案計畫及其執行 109Q1~109Q4 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型肝炎藥費	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	孕產婦全程照護醫療給付改善方案	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	V			
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
13	醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫	V			
14	急診品質提升方案	V			
15	家庭醫師整合性照護計畫		V		
16	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增)		V		
17	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫			V	
18	中醫提升孕產照護品質計畫			V	
19	中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫			V	
20	中醫癌症患者加強照護整合方案			V	
21	中醫急症處置計畫			V	
22	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增)			V	
23	牙醫門診總額特殊醫療服務計畫				V
24	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109年新增)				V
	當年度專案計畫總數	13	11	8	4
	當年度新增(減)專案計畫		1	1	1
	各總額部門專款計畫預算執行率	91%	96%	87%	87%

### 5.近 3 年趨勢評析：



註：108 年執行率摘錄自 108 年全民健康保險年監測結果報告；107 年執行率因統計時點，僅統計至 107 年第 3 季，爰無法與 108~109 年資料進行比較。

各總額部門中，109 年醫院、中醫及牙醫門診部門執行率下降，其中中醫及牙醫門診均未達 9 成(87%)，可能受 COVID-19 疫情影響，請健保署進一步瞭解原因並研議改善策略。

(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>整體性意見</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、監理指標的設立基本上是要回應全民健保開辦時的初衷與目的，全民健康保險由健保署負責經營管理，監理指標非常重要，本案建議不應該只是1個簡報，因為資料內容簡略、報告時間也很快，這樣重要的報告建議以書面方式呈現。</p> <p>二、相較於107、108年監測結果報告，發現今年有好幾個項目健保署都沒有明確提出若排除掉干擾因素，或回應監測報告所提建議，會有什麼樣的結果或意見，希望健保署在未來可以提供更完整的資訊。</p> <p>李委員永振</p> <p>請參閱會議資料第158頁原列報告事項第三案之說明三，本會同仁將彙製近3年監測結果及趨勢評析資料，3年趨勢評析也就是107~109年，因為110年也快過完了，可以的話放在一起比較有與沒有疫情的年度，到底民眾的需求及利用有何差異？剛才蔡副署長淑鈴也提到部分指標受疫情影響，在9月協商看到的資料，服務量呈現下降，但平均每件點數都是增加，是否</p>	<p>健保署回復說明</p> <p>一、感謝委員指教，委員所提意見，本署配合辦理，並已以書面形式提供健保會各指標詳細說明，以利彙製成109年全民健康保險年度監測結果報告。</p> <p>二、有關110年監測結果及趨勢評析資料，為全面檢視各年度全年業務面及財務面的運作情形及趨勢，本署將依據通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」，並配合統計資料產出時間及健保會規劃時程，於明年提報監測結果及各年趨勢等資訊，再請健保會彙整及研析完成全民健康保險年度監測結果報告，並積極滾動式檢討各項業務，以維護民眾健康權益。</p> <p>三、依110年健保會編製「110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」顯示105年~109年醫療服務利用概況(第2頁-第3頁)，109年因受疫情影響，各院所推遲非緊急手術，民眾如為輕症，亦減少就醫，使就醫人數、就醫件數成長率為負成長，平均每件點數則因輕症減少而成長。</p> <p>四、考量目前病患自由就醫，疫情期間</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>可以一併分析原因，到底民眾真正的醫療需求及利用為何，這在將來健保財務不理想的時候會很有幫助。</p>	<p>是否為民眾真正醫療需求及對民眾健康之影響，需鼓勵學者專家深入研究與探討。</p>
<p><b>指標1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、區域醫院、地區醫院109年急性病床平均住院天數有提升現象，可能原因為何？</p> <p>二、地區醫院近3年急性病床平均住院天數分別為8.26天、8.17天、8.28天，明顯高出醫學中心及區域醫院約1天。經查107年、108年「全民健康保險年度監測結果報告」係指地區醫院可能受極端值影響，主要為呼吸照護個案。在剔除極端值後，地區醫院急性病床平均住院天數為何？就地區醫院之長期呼吸照護個案，有無具體改善措施？</p>	<p>一、有關109年區域醫院急性病床平均住院天數為7.24天，較108年7.12天，微幅增加0.12天；109年地區醫院急性病床平均住院天數為8.28天，較108年8.17天，微幅增加0.11天，因增加幅度不大，本署將持續監測。</p> <p>二、109年地區醫院急性病床住院天數於刪除申報呼吸照護案件(給付類別9)，其平均住院天數為7.62天。</p> <p>三、對於呼吸器依賴患者部分，本署作為如下：</p> <p>(一)為促進醫療資源合理使用，減少長期呼吸照護個案醫療費用支出，本署抑制資源不當耗用改善方案訂有「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標且每年持續強化推動，查該項指標107年約61.4%，至109年已達約70.5%。</p> <p>(二)透過安寧療護服務、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫之推動，以及訂定每年抑制資源不當耗用改善方案，長期使用呼吸器病人之成長已漸趨穩定，本署統計地區醫院慢性呼吸照護病房個案人數自105年約近9千人，逐年下降至109年約7千人。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>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)</b></p> <p>何委員語</p> <p>關於「急診病人留置急診室超過24小時比率」，近2年因為疫情關係，很多急診室關診不收或快速轉院的情形，但未來疫情結束後，要如何改善，因為沒有疫情以前急診壅塞是蠻嚴重，未來如何改善是很重要的方向。</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、針對急診病人留置急診室超過24小時之情形，本指標僅能窺知整體及各層級的占率，無法藉以瞭解急診壅塞與效率問題之全貌，建請健保署應提供多方比較相關數據指標，而非以片段的數據指標呈現予本會委員，恐低估醫院急診面臨之嚴峻挑戰。</p> <p>二、醫學中心自102年至109年以來，其急診病人留置急診室超過24小時之比率在7%上下波動(如附表1-1，第41頁)，未見顯著改善趨勢，原因為何？建議應針對急診品質提升方案、分級醫療政策之實施成效進行相關的檢討改善。</p> <p>三、從「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房&lt;6小時」之效率而言(如附表 1-2，第 41 頁)，醫院急診之效率自 102 年至 109 年，沒</p>	<p>一、統計近2年醫學中心之急性一般病床占床率情形，109年共計有18家(約95%)醫學中心占床率較108年下降。</p> <p>二、造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素等，改善措施需多管齊下。本署近年推動分級醫療、提升急診診察費支付點數及新增診治兒童之專科醫師加成、提供急診即時訊息、發揮社區醫療群24小時緊急諮詢服務效用及鼓勵地區醫院、基層診所假日開診等，本署將持續滾動式檢討各項政策，期透過多重策略之介入，改善醫院急診壅塞情形。</p> <p>三、查本署統計資料，109年各層級醫院急診病人急診室平均暫留時間以醫學中心489分鐘最長，其次為區域醫院223分鐘及地區醫院133分鐘。近3年各層級醫院皆呈現逐年減少之趨勢。</p> <p>四、為改善急診品質及效率，鼓勵醫院提升急診病人之照護品質，本署於108年2月修訂急診品質提升方案，新增完成急診重大疾病照護病人進入加護病房&lt;6小時者，每位5,000點獎勵，並新增及調升重症照護(含OHCA、部分重大疾病照護)獎勵項</p>



委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>有顯著改善趨勢。</p> <p>四、研究顯示(如 Chalfin, 2007 等)，急診重症病人如無法在 6 小時內獲進一步處置，不僅住院天數會拉長、病人死亡率亦會增高。由於 109 年醫院急診受疫情影響甚鉅，醫改會以 107 年、108 年健保署提供之各層級、五級檢傷分類基準之平均暫留時間(分)而言(如附表 1-3，第 42 頁)，在檢傷分類申報案件中顯示，區域醫院的第一級案件平均暫留時間超過 6 小時；醫學中心的第一、二、三級案件(復甦急救、危急、緊急)平均暫留時間在 8 小時以上，第一、第二級甚至超過 12 小時，以上數字應予重視並找出原因與策進作法。</p>	<p>目及點數等項目。</p> <p>五、另本署於110年8月19日召開「修訂急診品質提升方案討論會」，邀集急診相關醫學會研議方案修訂事宜，多數代表認同方案已實施近十年，獎勵方式有通盤檢討之需要，故決議請急診醫學會依現行醫療需求，擬具修訂草案後，本署將於接獲該會修訂建議後，據以辦理後續提會討論等事宜。</p>
<p><b>指標1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數：</b></p> <p>何委員語</p> <p>請參閱會議資料第164頁簡報第8張「癌末病人生前6個月申報醫療費用點數」部分，106~108年「死前6個月已接受安寧療護者」之醫療費用點數，相較於未接受安寧療護者的醫療費用點數節省不到1成，106~108年分別為9.1%、8.2%及8.9%，請教健保署要如何改善。</p>	<p>一、推動安寧療護之目的係為減緩末期病人臨終前之疼痛或其他痛苦症狀，滿足其身、心、靈之需要，並提升病人及家屬之生活品質，非以節省費用為目的。</p> <p>二、查癌末病人死前6個月已接受安寧療護者之每人平均醫療費用較未接受者低(108年接受安寧者39.9萬點，未接受安寧者43.8萬點)。</p> <p>三、本署將持續推動各類安寧療護服務，藉由醫事人員向病人及家屬詳細解釋安寧介入照護之服務內容，適</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
	<p>時提供相關衛教及舒適療護指導，以提高更多癌末病人接受安寧療護之意願或儘早介入安寧療護，以期降低疾病末期之醫療費用支出。</p>
<p><b>指標1.4 區域醫院以上初級門診照護率：</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>雖然本指標是「區域醫院以上」，但從貫時資料可以看到，醫學中心的初級照護率一直都沒有明顯下降趨勢，即使在107年已開始推動門診減量措施，但醫學中心醫院初級照護率一直偏高，我們真正在意的是醫學中心的「胖門診」或「看輕症」，若此類門診不能減少，難以落實分級醫療與轉診制度。因此建議健保署進一步研析確實降低醫學中心初級照護率的議題，提出每一間醫學中心的初級照護率、初級照護或慢性穩定病人下轉的趨勢報告。</p>	<p>一、107-109年醫院各層級初級門診照護率，醫學中心約14%、區域醫院約19%-20%、地區醫院約32-35%，醫學中心確實低於區域醫院及地區醫院；另醫學中心於108年(13.8%)、109年(13.94%)，較107年(14.14%)為低，109年較108年微幅增加0.14%，本署將持續監測。</p> <p>二、健保保險對象依其意願自由就醫，醫療院所不能拒絕，惟基於醫療專業判斷、個案病情需要，應提供病人適切之上轉、下轉醫療服務；依據本署於貴會110年6月25日會議報告「分級醫療執行成效評估」，其中109年下轉到診所件數(轉診成功)，由107年第3季1.2萬件，至109第4季達18萬件，已大幅提升，前開109年至診所看診停留期間亦高於108年。</p> <p>三、考量病患係依個別意願自由就醫，各層級院所收治初級門診照護個案之適切比率仍待討論；另對於已固定於醫院持續照護之慢性病患應否下轉，因可能影響連續性照護等議題，仍待凝聚社會共識。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、觀察105Q1至109Q4之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」之趨勢，並未有太大的改變。</p> <p>二、107年、108年「全民健康保險年度監測結果報告」亦指，醫院及西醫基層部門間醫療服務量之變化及轉移情形，在就醫人數或件數皆呈週期性消長，呈現穩定波動。</p> <p>三、綜整以上，顯不同於健保署在109年總額評核投影片、111年費率審議前諮詢會議等場合提供的資料所言：「本署自 106 年執行分級醫療政策，以6大策略各項配套措施逐步推動，經醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，反應在大醫院門診減少，而基層和地區醫院的門診相對增加」，換言之，我們無法從前述數字得到「分級醫療政策已見成效」的樂觀結論，建請健保署應負起誠實經紀人(honest broker)之責任，檢討公開說明與分級醫療政策。</p>	<p>一、109年西醫門診就醫次數為2.6億次，其中西醫基層為1.67億次(占63%)，顯示西醫門診就醫病患，仍以西醫基層為主。</p> <p>二、為壯大基層及提高基層服務量能，健保署自106年推動分級醫療政策，逐年擴大家庭醫師整合照護計畫、放寬基層適用支付表別、提高上轉及下轉之支付誘因等，以整體就醫件數來看，109年1-12月較106年(基期)醫學中心就醫占率由10.65%減少至10.61%，區域醫院就醫占率由15.09%降至14.94%，基層醫療(地區醫院+基層院所)由74.26%增加至74.45%，基層醫療單位之就醫占率相較基期微幅上升，惟因病人就醫習慣非短期能改變，仍須再加強溝通宣導並持續觀察。</p> <p>三、109年因疫情影響，民眾加強個人防疫措施，降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒就醫人數明顯減少，致基層院所就醫次數大幅減少。</p>
<p><b>指標1.6 藥品費用占率</b></p> <p>何委員語</p> <p>會議資料第166頁「藥品費用占率」，就是藥品申報醫療點數除以整體申報醫療點數，109年上半年整體藥品</p>	<p>一、經查109年上半年總體醫療費用較108年同期下降、109年藥品支付價格年度例行調整事宜生效日期延後，均可能為導致109年上半年藥費占率偏高因素之一。另部分新藥簽</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>費用占率27.98%，醫學中心藥品費用占率36.57%，當然醫學中心使用重症或罕見疾病藥品比較多，但109年上半年藥品費用占率都是創新高，請教健保署藥品費用增加的主要原因為何？另外，如何稽查哪些藥品費用是屬於防疫用途，由公務預算支應的範圍，是否可以區分不同預算來源來統計？過去曾有人提出部分藥品不應該再由健保給付，而且還有好幾百項的藥品健保可以不給付。</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、藥品費用占率逐年攀升，長期以來未見顯著改善。對此，健保署在近2年的「全民健康保險年度監測結果報告」指出：「(藥品費用)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」。</p> <p>二、建議在數據趨勢呈現中，應同時並列排除新藥之影響因子後，所顯示的藥品費用占率及趨勢，以利付費者代表及社會大眾瞭解新藥以外的藥品費用之消長，方能分析既有藥品費用結構之合理性。</p>	<p>訂有藥品給付協議，協議返還金額需至110年方能反應，亦可能導致109年藥品費用占率偏高。</p> <p>二、現行藥品費用部分尚無屬政府公務預算支應，均由健保支出。至取消指示藥品給付之部分，現階段仍採雙軌制策略逐步取消指示藥品，分述如下：</p> <p>(一)倘有醫學相關專業團體提出取消給付，即執行臨床之必要性及需求性評估，並就實況推動不予給付。</p> <p>(二)主動蒐集相關醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付。</p> <p>三、近期疫情趨緩，本署預計將於年底前召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」，廣納各界意見再行研議。</p> <p>四、感謝劉委員建議，嗣後將於藥品費用占率指標中，呈現排除新藥影響因子後之費用占率及趨勢。</p>

**附表 1-1 急診品質提升方案之壅塞指標**

醫療利用情形／方案年度	壅塞指標			
	急診病人停留超過 24 小時之比率			
	全國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	2.9%	7.6%	1.5%	0.4%
103	3.0%	7.6%	1.7%	0.5%
104	2.7%	7.1%	1.4%	0.5%
105	2.7%	6.6%	1.5%	0.7%
106	2.8%	6.8%	1.5%	0.8%
107	2.7%	6.8%	1.5%	0.6%
108	2.8%	7.0%	1.6%	0.5%
109*	2.3%	6.1%	1.3%	0.4%

\*109 年醫院急診受 COVID-19 疫情影響

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

**附表 1-2 急診品質提升方案之效率指標**

醫療利用情形／方案年度	效率指標			
	完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率			
	全國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	78.3%	71.6%	87.4%	76.1%
103	75.4%	68.2%	86.9%	75.1%
104	<b>62.8%</b>	<b>53.7%</b>	79.9%	<b>48.6%</b>
105	<b>59.8%</b>	<b>50.4%</b>	81.3%	<b>45.7%</b>
106	<b>65.1%</b>	<b>57.9%</b>	80.8%	<b>50.7%</b>
107	<b>61.9%</b>	未提供	未提供	未提供
108	<b>63.1%</b>	未提供	未提供	未提供
109	<b>60.1%</b>	未提供	未提供	未提供

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

附表 1-3 醫學中心、區域醫院檢傷分類基準申報案件與平均暫留時間

層級	檢傷分類	107 年			108 年		
		申報件數	占比	平均暫留時間(分)	申報件數	占比	平均暫留時間(分)
醫學中心	第一級	68,792	3.6%	760	64,475	3.2%	789
	第二級	298,690	15.8%	737	299,826	15.0%	734
	第三級	1,328,720	70.1%	520	1,400,372	70.2%	542
	第四級	167,154	8.8%	184	165,365	8.3%	186
	第五級	9,665	0.5%	81	9,859	0.5%	80
	其他	21,614	1.1%	481	53,974	2.7%	513
	總計	1,894,635	100.0%	537	1,993,871	100.0%	550
區域醫院	第一級	95,054	2.7%	423	94,939	2.6%	416
	第二級	363,304	10.2%	349	374,819	10.2%	348
	第三級	2,547,541	71.2%	240	2,649,343	72.1%	246
	第四級	492,253	13.8%	117	473,768	12.9%	114
	第五級	43,402	1.2%	63	42,474	1.2%	61
	其他	37,139	1.0%	315	41,241	1.1%	280
	總計	3,578,693	100.0%	240	3,676,584	100.0%	244

資料來源：健保署，醫改會整理

## 二、醫療品質構面(4項指標)

### (一)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 106 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：

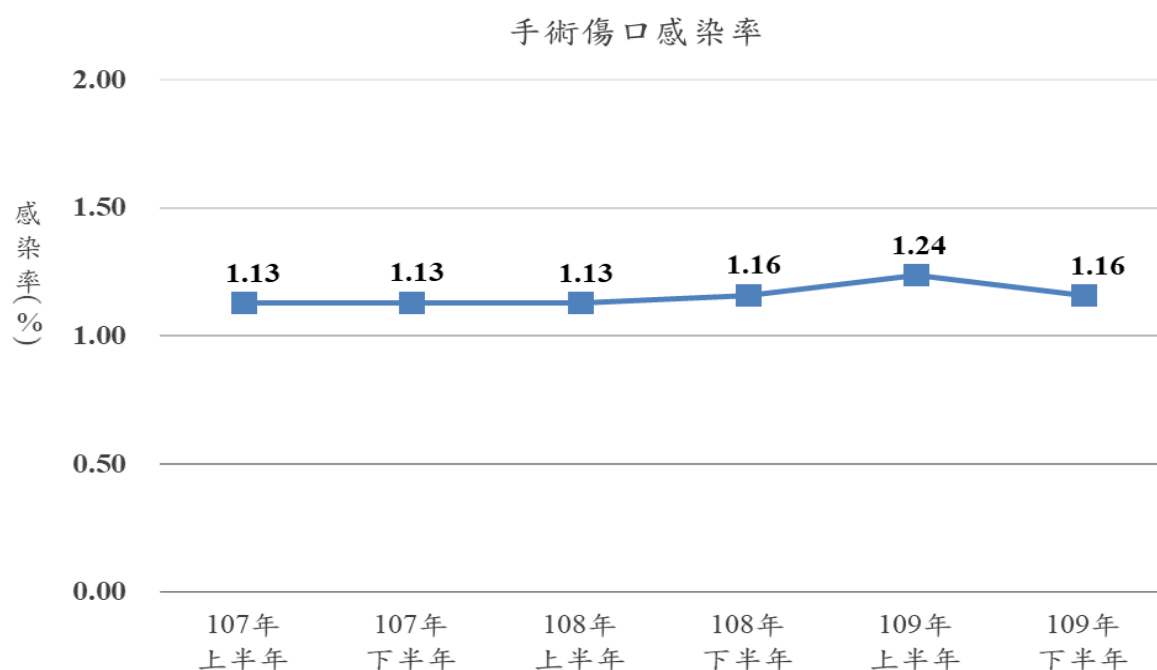
年度	分子	分母	指標值 (%)	院所平均值 (%)	院所標準差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
105 年上半年	5,981	504,343	1.19	0.55	1.20	0.00~2.35	0.00~2.95
105 年下半年	6,679	544,031	1.23	0.89	4.88	0.00~8.21	0.00~10.65
106 年上半年	5,919	514,100	1.15	0.57	1.33	0.00~2.57	0.00~3.23
106 年下半年	6,582	555,310	1.19	0.54	1.11	0.00~2.21	0.00~2.76
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
109 年上半年	6,064	489,243	1.24	0.87	2.18	0.00~4.14	0.00~5.23
109 年下半年	6,704	576,211	1.16	0.65	1.84	0.00~3.14	0.00~4.33

※健保署說明：

(1)106 年下半年起，呈現逐漸下降趨勢，惟 108 年下半年微幅上升，至 109 年下半年又略為下降，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，查係因院所指標值多為 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 1.13~1.24 間上下波動，未有明顯變化趨勢，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：

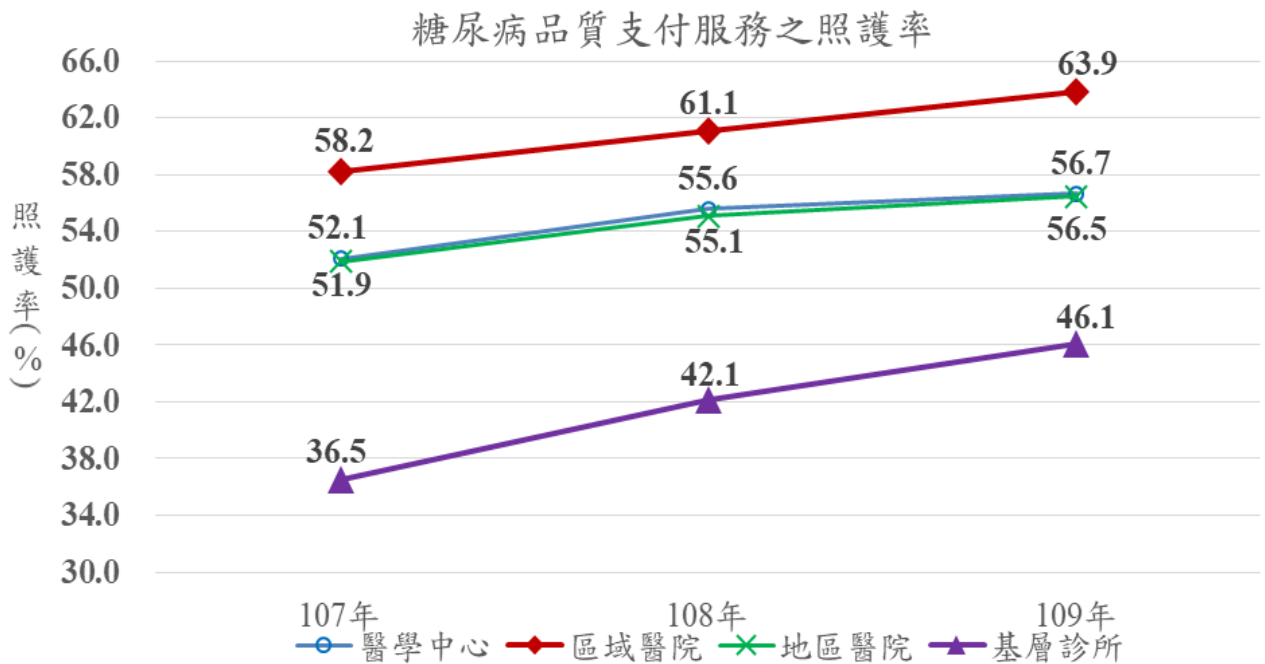
107~109 年糖尿病品質支付服務之照護率

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
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
109 年	照護人數	154,454	266,022	154,573	299,752	870,760
	符合收案人數	272,245	416,041	273,653	649,619	1,571,279
	照護率(%)	56.7	63.9	56.5	46.1	55.4

※健保署說明：

全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 107 年 48.9%，109 年增加為 55.4%。各層級之糖尿病照護率亦從 107 年 36.5%~58.2%，109 年增加為 46.1%~63.9%，其中以區域醫院之照護率最高。

5.近 3 年趨勢評析：



整體及各層級院所糖尿病品質支付服務之照護率皆逐年上升，宜保持。然各層級院所中，以區域醫院照護率最高，基層診所最低(未達 5 成)，本會委員認為依分級醫療精神，糖尿病初級照護宜由基層醫師提供為佳。依健保署說明(詳(二)，第 54 頁)，糖尿病品質支付服務規範院所應組成團隊服務，除醫師外需護理及營養衛教人員參與，部分基層診所恐因門檻過高而無法加入，爰參與品質支付服務之照護率較低，該署乃另以支付個案管理費之方式，鼓勵無法參與品質支付服務之院所參與追蹤糖尿病病人治療。

本會委員另指出本項指標之照護率雖有提升，惟指標 3.2 糖尿病病人住院率卻未相對下降，宜進一步探究原因。依健保署說明(詳(二)，第 53 頁)，糖尿病病人住院率隨年齡增加而上升，主要與高齡者之病情穩定度差、共病較多及自我照護能力之限制有關，該署將持續針對年齡較高之高風險糖尿病病人住院情形進行監測。

## 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  $\leq 3$  次，及  $\geq 100$  次者)，避免指標產生偏差。

(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。

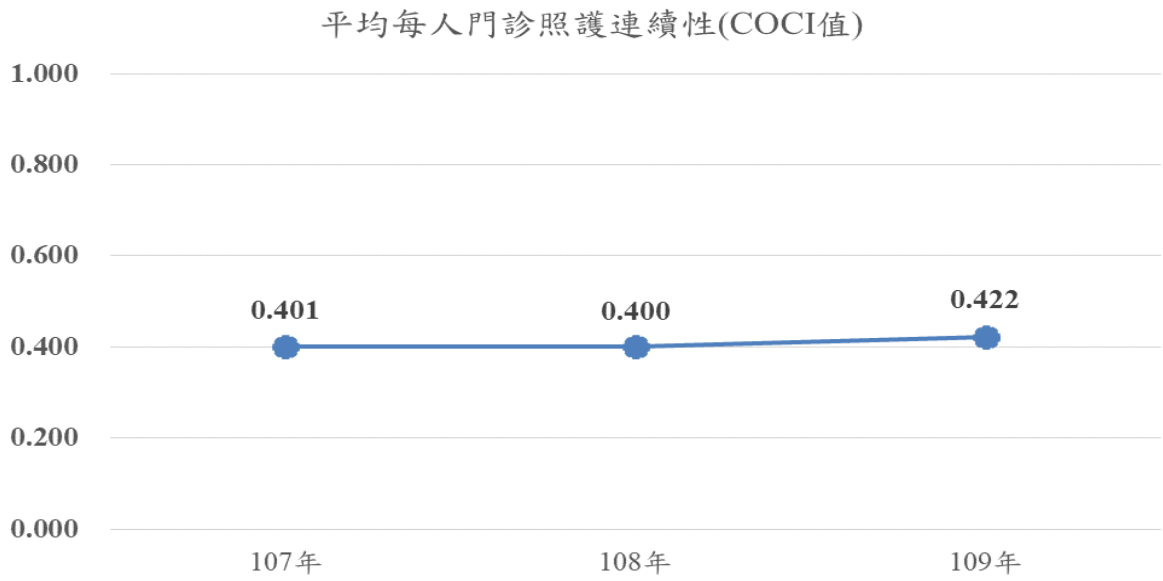
### 4. 健保署提報監測結果：

年度	107 年	108 年	109 年
平均每人門診 照護連續性	0.401	0.400	0.422

#### ※ 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 1，109 年平均每人照護連續性為 0.422，較 108 年增加。

### 5.近 3 年趨勢評析：



平均每人門診照護連續性數值越高，代表照護連續性越好，109 年照護連續性呈上升趨勢，且為近 3 年最高，宜保持。

## 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)。

註：配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，護理人員數改為不列計護理長

(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：

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 <sup>註3</sup>	> 8.9	0.0	> 11.9	0.7	> 14.9	0.5
		0.0		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 <sup>註3</sup>	> 8.9	0.0	> 11.9	1.0	> 14.9	0.9
		0.0		0.0		5.2
	小計	100	小計	100	小計	100

109 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	26.3	< 10.0	68.4	< 13.0	87.1
17%	7.0-7.4	34.0	10.0-10.4	12.8	13.0-13.4	2.1
14%	7.5-7.9	33.3	10.5-10.9	8.4	13.5-13.9	1.6
5%	8.0-8.4	6.3	11.0-11.4	3.4	14.0-14.4	1.9
2%	8.5-8.9	0.0	11.5-11.9	6.7	14.5-14.9	1.2
無 不適用 <sup>註3</sup>	> 8.9	0.0	> 11.9	0.3	> 14.9	1.4
		0.0		0.0		4.7
	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。

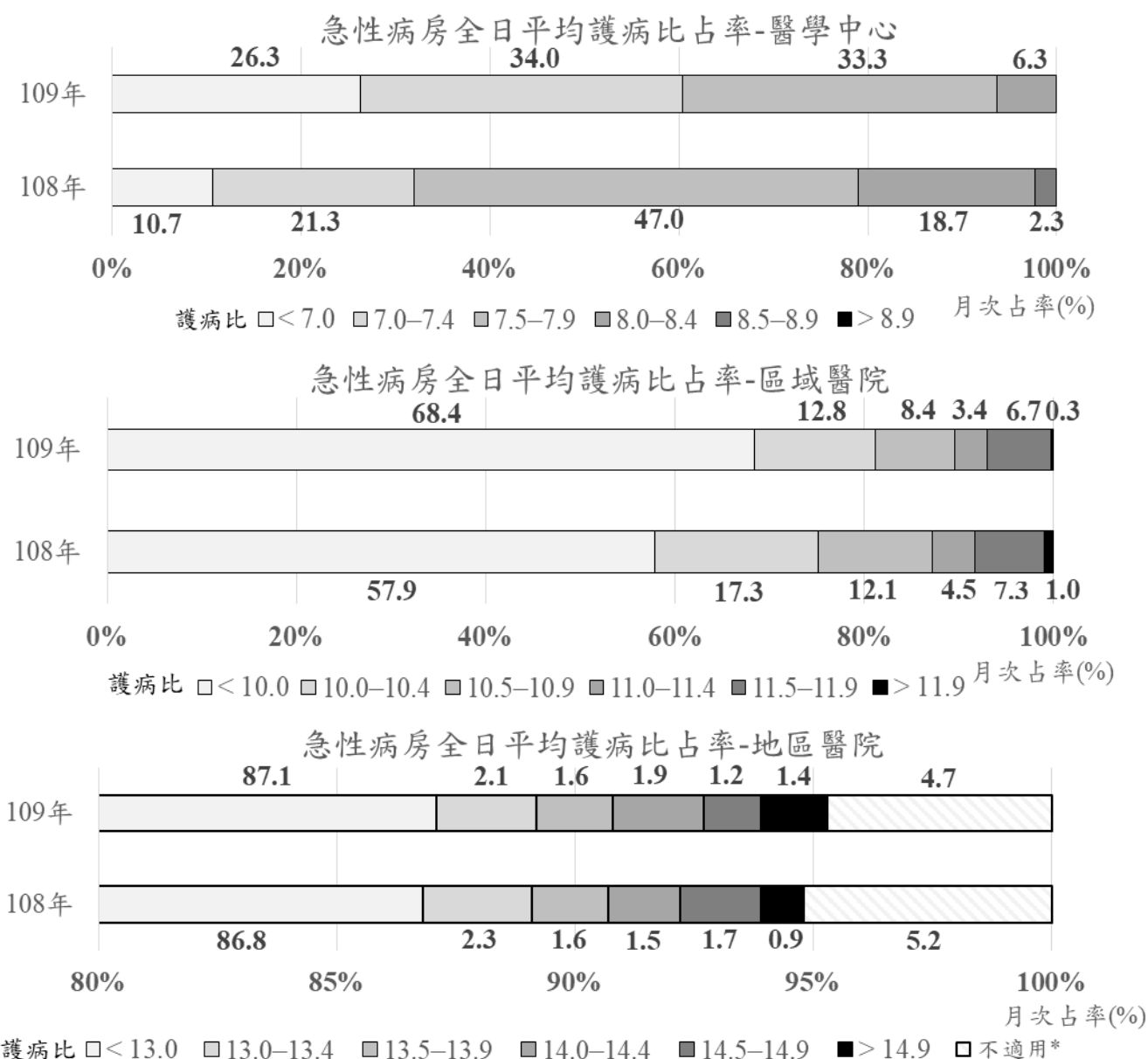
2.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

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：

107年至109年醫院各月填報結果，醫學中心各月份全日平均護病比均符合加成，區域醫院符合加成之月份占99.0%~99.7%，地區醫院符合加成之月份占91.9%~93.9%；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及109年資料與歷年統計資料無法比較。

5.近3年趨勢評析：



註：不適用係該醫院該費用年月未有收治住院個案。

急性病床全日平均護病比占率越高(上圖之圖例顏色越深),表示每位護理人員需照護的病人愈多。雖 108 年 5 月配合醫療機構設置標準之修正,計算全日平均護病比之護理人員數改為不列計護理長,108 及 109 年資料無法直接比較,然 109 年護病比占率分布有朝低護病比方向移動(淺色圖例的占率提升),宜繼續觀察。

為提升住院護理照護品質,健保總額自 98 年起持續多年挹注相關預算,本會委員認為全日平均護病比,相較三班或科別護病比,標準已相對寬鬆,且在受 COVID-19 疫情影響下,109 年醫學中心護病比 $<7$ 之占率還未達 3 成,與護病比較低的國家(如:日本)相比,顯示仍有努力空間,期待健保署持續研議提升醫學中心護病比之策略,促使醫學中心護病比能早日往 1:7 的方向邁進。



(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復

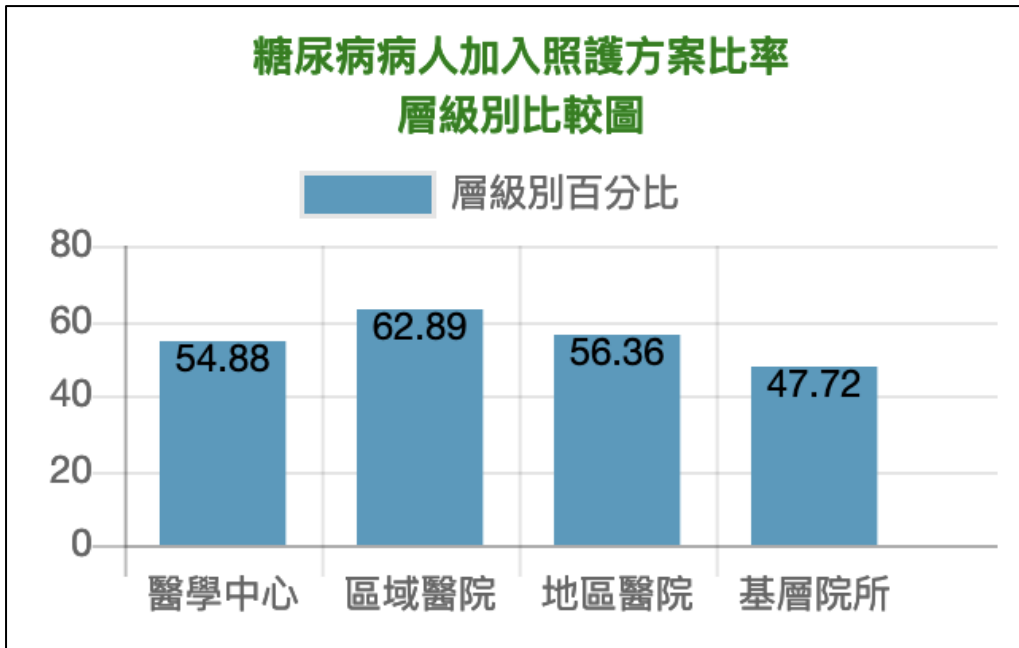
委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標2.2 糖尿病品質支付服務之照護率</b>  <b>指標3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、糖尿病、高血壓、高血脂、腎臟病等是易引發多重慢性共病之疾病型態，也多仰賴門診服務。據衛生福利部「2017年群體衛生福利品質指標報告」指出，若糖尿病等因控制不良而住院，則顯示初級照護出現問題。慢性病人可能發生重複就醫行為、住院、再住院，是初級照護的重點對象，雖這類族群應多使用西醫基層或社區照護，卻反經常成為醫院的忠誠病人。對此，政府推動慢性病的有關整合計畫，旨在藉「整合醫療服務」減少病人住院率而與之恐有背道。</p> <p>二、然而，自105年至109年間，不論在各年齡層或整體而言，糖尿病病人住院率難言有顯著改善(如指標3.2監測資料)，甚至若以105年參照，存在惡化的現象。再與部分OECD國家比較，台灣的糖尿病病人住院率也較高，甚至落後部分國家3年至5以上(如指標3.2國際</p>	<p>一、隨著人口老化和生活型態改變，糖尿病病人逐年增加。糖尿病可能導致多項併發症，包含視網膜、腎臟及神經病變、動脈硬化症等，且如病情控制不佳，易引發心臟病、中風外，甚至造成失明、洗腎和截肢。查糖尿病病人不同年齡層住院率，歷年於各年齡層分布之趨勢皆一致，隨年紀增加而上升，且以年齡層最高組別(75歲以上)有相對最高之住院率，其主要與高齡者之病情穩定度差、共病較多及自我照護能力之限制有關。</p> <p>二、統計本署109年糖尿病方案照護率為58.3%。分析15歲以上各年齡層照護率，75歲以上為59.4%，屬各年齡層照護率最低；65-74歲為63.9%，屬各年齡層最高。惟糖尿病方案之參與條件與本監測指標之定義不同，難直接援引比較。</p> <p>三、查109年全民健康保險慢性病範圍就醫門診病人總計11.4百萬人、91.8百萬元各層級別院所分布以基層診所最多，計29.6百萬元(32.2%)、6.3百萬元(55.1%)，慢性病人以於基層診所接受照護為大宗，另醫學中心最低，計15.0百萬元(16.3%)、2.1百萬</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>比較資料)。前述客觀事實，反映整合醫療政策、醫療給付改善方案之設計與推動，仍有不足或無對症下藥的隱憂。</p> <p>三、據108年「全民健康保險年度監測結果報告」，糖尿病人存在「各層級分別就醫」之現象，慢性病人的就醫行為反映分級醫療的落實程度，請教，慢性病人(尤其多重慢性病人)在各層級就醫的分布與上下轉情形如何？慢性病人在各層級分別就醫後，當病情穩定有無在西醫基層照護？抑或仍留在醫院門診、衝醫院門診？</p> <p>四、以健保署公布的「糖尿病醫療品質資訊」所示，第1點，雖然100年至109年糖尿病病人加入照護方案比率已漸達6成，但比較其住院率卻沒有顯著改善趨勢(如附圖2-1，第57頁)。第2點，糖尿病病人加入照護方案的層級別中，西醫基層百分比最低、不到5成，表示醫院收案情形較佳(如附圖2-2，第57頁)，如考慮重複收案的情況，基層醫師有多少比例是糖尿病病人的主責醫師？健保署宜就第1點、第2點進行探究與回應。</p>	<p>件(18.7%)。另查109年參與糖尿病方案之醫師總計4,130人，其中診所參與之醫師為1,743人(占約42%)。</p> <p>四、本署係配合國家衛生政策，結合衛生福利部國民健康署之糖尿病共照網策略推行糖尿病方案，為提升糖尿病照護品質，爰方案規範院所應組成團隊，除醫師外，更需護理及營養衛教人員參與，提供完整的團隊服務。對於一般小型診所或地區醫院可能因門檻過高，而無法加入方案，故本署自105年4月起另推動「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病人就醫資訊方案」，鼓勵上開院所定期追蹤糖尿病人，並將其檢驗(查)結果上傳至本署雲端系統，如糖化血紅素(HbA1C)、低密度脂蛋白膽固醇(LDL)及微量白蛋白(UACR或UPCR)等，如院所定期追蹤病人就醫及上傳檢驗(查)，本署則另支付個案管理費，鼓勵無法參與糖尿病方案院所，仍能積極追蹤糖尿病病人治療狀況，提供糖尿病人者長期且持續完整服務。</p>
<p><b>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</b></p>	<p>一、自104年起全日平均護病比加成之修訂歷程如下：</p>

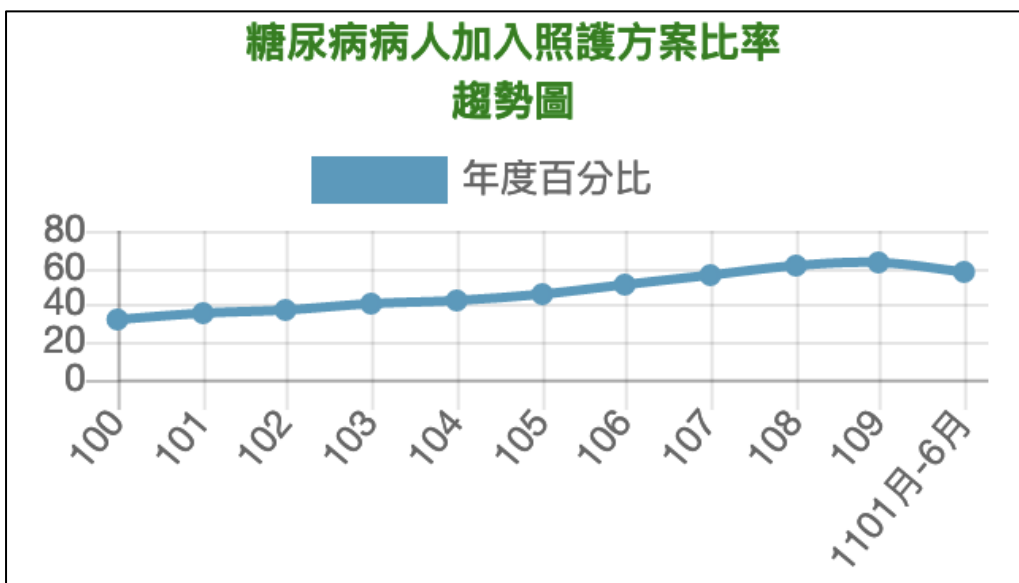
委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>劉委員淑瓊</p> <p>本指標是採「全日」平均護病比占率，而非三班護病比，也沒有細分科別，已經是1個寬鬆的標準，而且在98年、104年、107年健保對於護理人力也持續有提出各種補助方案，獎勵條件也非常寬鬆，但從資料中可以看到108年1~12月醫學中心全日平均護病比，能真正做到我們期待的護病比1：7，這是國際上較低的(日本的)標準，事實上只有10.7%，即使是109年疫情影響下，也不到3成(26.3%)，還有很大的努力空間。</p>	<p>(一)104年醫院總額於一般服務部門「提升住院護理照護品質」編列20億元預算，其中12億元用於護病比與健保支付連動。本署自104年1月起，於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準推行「護病比與健保支付連動」，加成級距分3級，醫學中心護病比小於9、區域醫院小於12、地區醫院小於15，其住院護理費支付點數可依不同護病比級距，加成7%、8%、9%。</p> <p>(二)106年5月加成級距由3級調整為5級，加成率調整為3%、6%、9%、12%、14%，以鼓勵全日平均護病比更佳之醫院。</p> <p>(三)107年12月將全日平均護病比較不佳之加成率下修，並提升全日平均護病比較佳之加成率，調整為2%、5%、14%、17%、20%，以持續鼓勵醫院朝向較佳之護病比。</p> <p>二、有關護病比分三班別或科別登錄部分，本署曾研議並提至本署107年9月5日召開之醫院總額研商議事會議107年第3次會議討論，部分與會代表持反對意見，續提至107年10月25日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，考量當時預告修正之醫療機構設置標準及醫院評鑑基準條文，均係以「</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
	全日平均」護病比進行統計，故建議維持原資料登錄方式。

附圖 2-1：糖尿病病人加入照護方案比率趨勢圖



附圖 2-2：糖尿病病人加入照護方案比率層級別比較圖



### 三、效果構面(3項指標)

#### (一)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：%

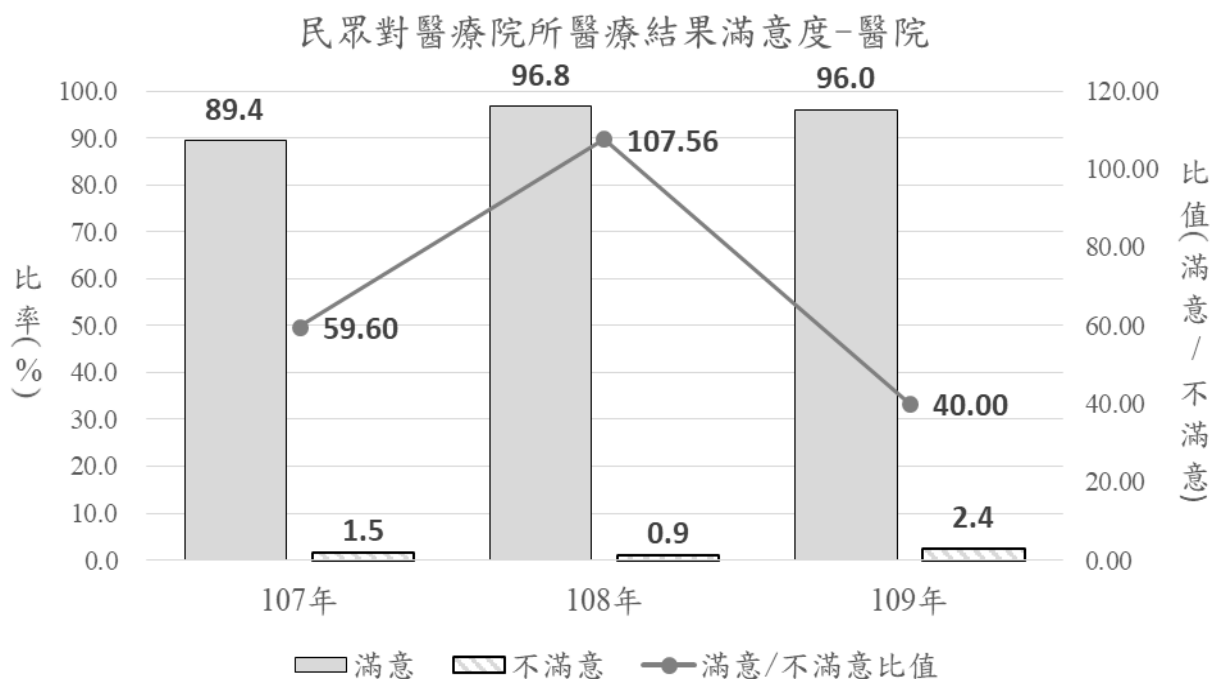
總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
107年	滿意度 89.4(97.6)	92.4(98.7)	93.2(96.8)	92.2(97.7)
	滿意/ 不滿意 89.4/1.5=59.6	92.4/1.0=92.4	93.2/2.7=34.52	92.2/1.7=54.24
108年	滿意度 96.8(98.4)	95.9(97.3)	94.0(96.5)	95.0(97.4)
	滿意/ 不滿意 96.8/0.9=107.56	95.9/1.2=79.92	94.0/2.6=36.15	95.0/2.2=43.18
109年	滿意度 96.0(96.9)	97.2(97.8)	96.7(97.3)	95.8(96.7)
	滿意/ 不滿意 96.0/2.4=40	97.2/1.7=57.18	96.7/2.6=37.19	95.8/2.2=43.55

##### ※健保署說明：(請更新說明)

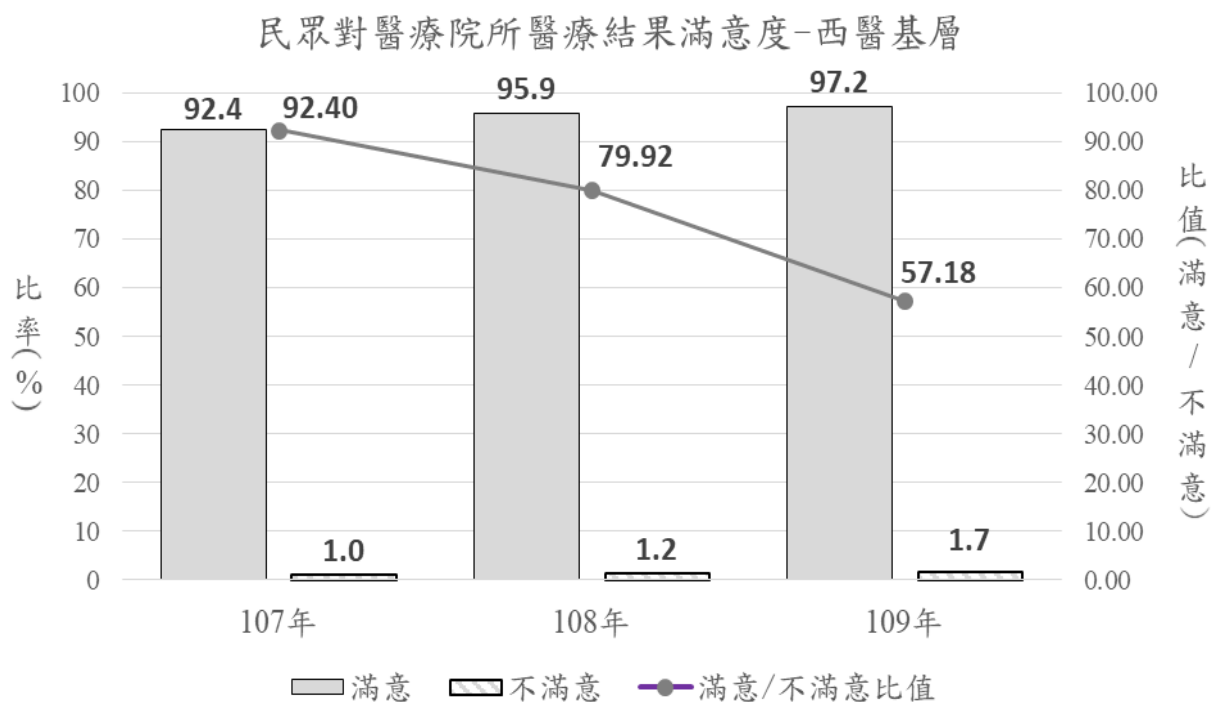
(1)本項指標自 106 年起因調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，指標名稱為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

(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：

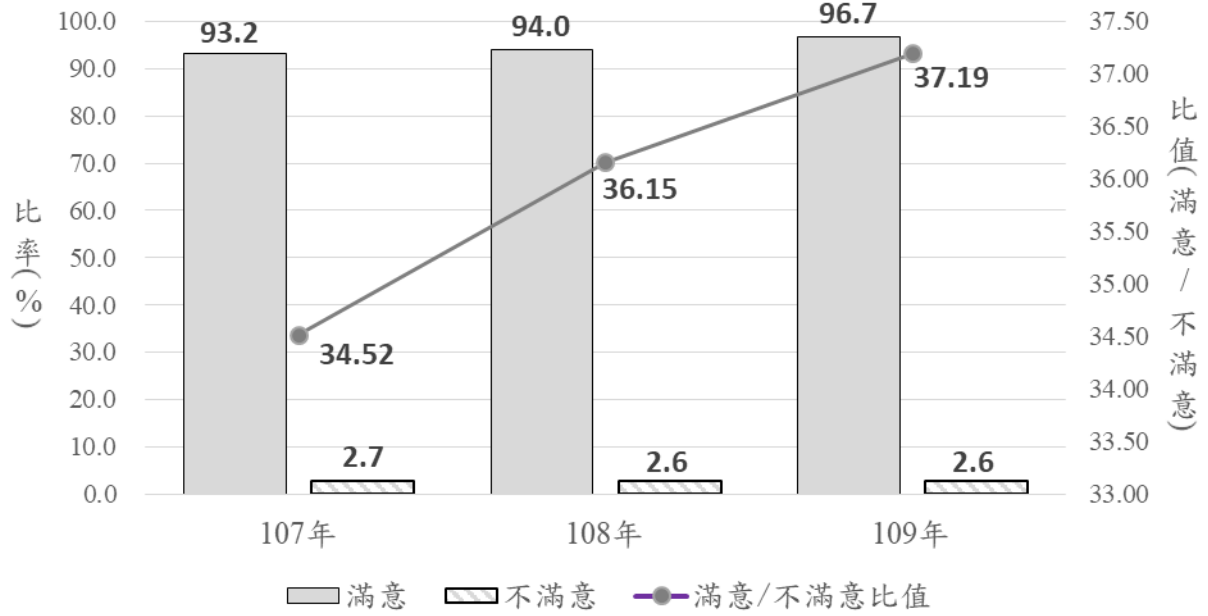


醫院部門中，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率呈微幅波動，未有明顯趨勢，惟109年不滿意比率增加，致滿意/不滿意比值大幅下降，宜繼續觀察。



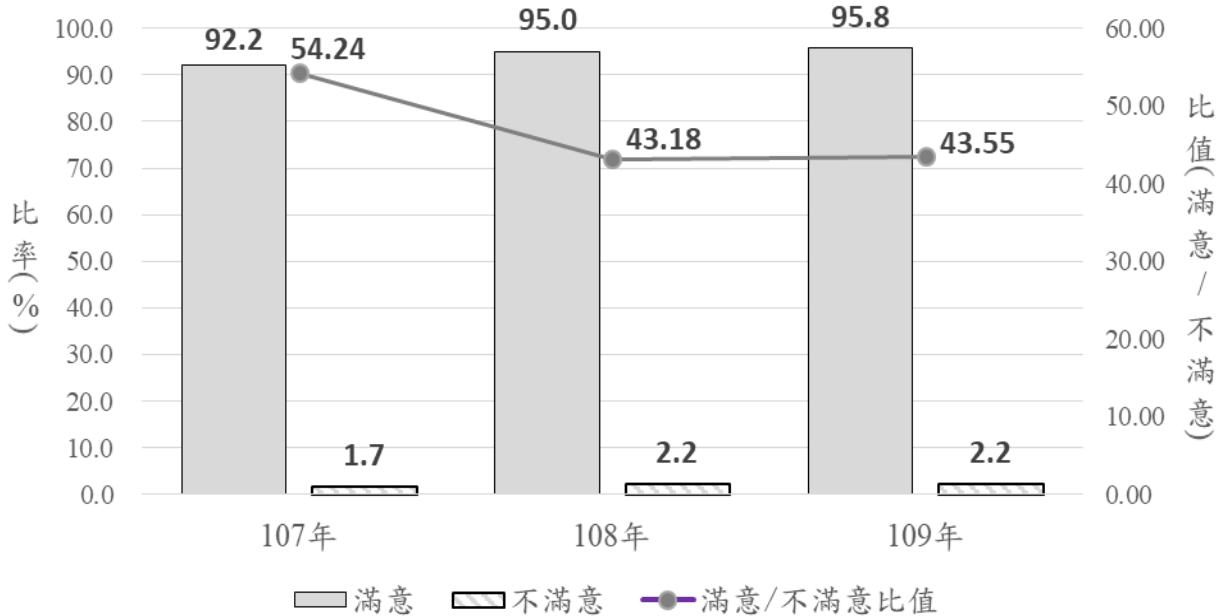
西醫基層部門，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率逐年增加，宜保持，另不滿意比率亦逐年微幅增加，宜繼續觀察。

民眾對醫療院所醫療結果滿意度-牙醫門診



牙醫門診部門，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率逐年增加，宜保持。

民眾對醫療院所醫療結果滿意度-中醫門診



中醫門診部門，民眾對醫療院所醫療結果滿意比率逐年增加，宜保持。



## 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：

單位：%			
年齡層	107 年	108 年	109 年
15-24	0.02	0.02	0.03
25-34	0.03	0.03	0.03
35-44	0.06	0.06	0.06
45-54	0.11	0.11	0.11
55-64	0.18	0.17	0.17
65-74	0.32	0.32	0.31
75~	0.56	0.58	0.57
整體	0.14	0.14	0.14

#### ※ 健保署說明：

(1) 107~109 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 0.56%、0.58% 及 0.57%。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。

(3) 健保署將持續推動全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病(糖尿病方案)，鼓勵更多院所參與，並收案進行個案管理追蹤照護，健保署並將持續針對年齡層較高

之高風險糖尿病人住院情形進行監測。

## 5.國際比較

各國 15 歲以上人口糖尿病病人住院率

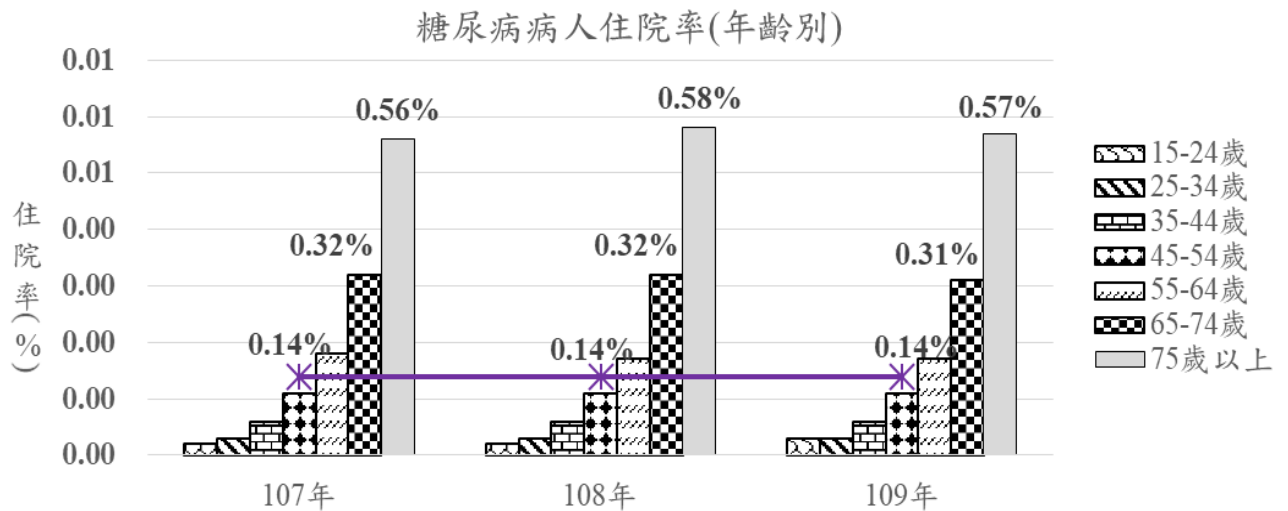
單位：%

國家	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
加拿大	0.09	0.09	0.10	0.10	0.10
丹 麥	0.15	0.14	0.14	0.13	0.13
挪 威	0.07	0.08	0.08	0.07	0.07
瑞 典	0.10	0.09	0.08	0.08	0.08
芬 蘭	0.14	0.11	0.12	0.11	0.11
英 國	0.07	0.07	0.07	0.08	0.08
韓 國	0.26	0.26	0.25	0.24	0.22
<b>臺 灣</b>	--	--	<b>0.13</b>	<b>0.14</b>	<b>0.14</b>

資料來源：OECD，(2021)。OECD iLibrary <https://www.oecd-ilibrary.org/>，資料更新至 108 年(110/07/28 擷取)

鄰近國家中，韓國之糖尿病病人住院率近 3 年呈下降趨勢，惟仍高於我國，而我國 107、108 年均為 0.14%，略高於 106 年 0.13%，且與歐美國家相較，我國糖尿病病人住院率相對稍高，宜持續觀察。

## 6.近 3 年趨勢評析：



整體而言，糖尿病病人住院率無明顯變化，各年齡層中，以 75 歲以上病人，住院率最高(近 0.6%)。本會委員十分關切整體及各年齡層糖尿病病人住院率未有顯著改善，且落後部分 OECD 國家 3~5 年，爰請健保署特別留意糖尿病病人住院率，並應併同觀察指標 2.2 糖尿病品質支付服務照護率之表現情形(詳第 46 頁)。

### 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	增減%	3 日內再急診率	增減%
107 年	1.96	0.05	3.82	-0.08
108 年	2.02	0.06	3.85	0.03
109 年	1.90	-0.12	3.68	-0.17

#### ※ 健保署說明：

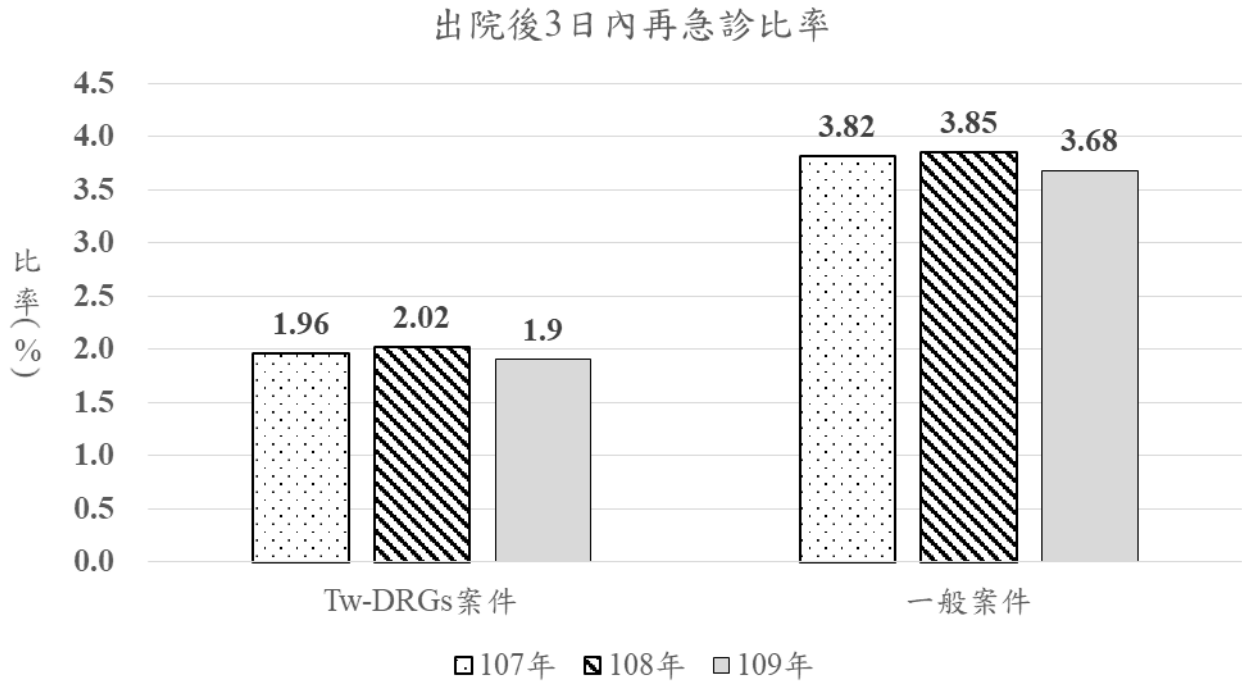
(1) Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 107 年之 1.96% 微幅下降至 109 年之 1.90%，減少 0.06%。

(2) 一般案件：3 日內再急診率由 107 年之 3.82% 下降至 109 年之 3.68%，減少 0.14%。

(3) 有關 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，查 105 年至 109 年指標值分別為 2.00%、1.91%、1.96%、2.02%、1.90%，雖 106 年至 108 年呈上升趨勢，惟指標值並未大幅變動，又 109 年 Tw-DRGs 案件出院 3 日內再急診率較 108 年下降，可能受 COVID-19 疫情影響，健

保署將持續監測出院後3日內再急診率。

### 5.近3年趨勢評析：



Tw-DRGs 案件出院後3日內再急診比率低於一般案件，近3年指標值監測趨勢呈上下波動，109年有微幅下降，宜繼續觀察。

(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標2.2 糖尿病品質支付服務之照護率</b>  <b>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</b>            (詳第53頁)</p>	<p>(詳第53頁)</p>
<p><b>指標3.3 出院後3日內再急診比率</b>            劉委員淑瓊</p> <p>一、本指標意涵是監控出院病人3日內再急診比率，瞭解病人醫院是否為節省成本，過早讓DRGs病人出院，致降低醫療服務品質。不論在Tw-DRGs案件或一般案件，應關注重點在病人各醫療階段(預防、門診、住院、出院準備、出院後照護等)的銜接情形。</p> <p>二、據108年「全民健康保險年度監測結果報告」(109年疫情影響前)指出，Tw-DRGs案件出院3日再急診比率呈現增加趨勢，宜瞭解Tw-DRGs案件病人有無提早出院之問題，但今年的監測報告卻無對此有相關說明。建請健保署進行相關回應。</p>	<p>一、有關委員所詢Tw-DRGs案件3日內再急診率108年較107年增加，雖107年至108年呈上升趨勢，惟該指標於105年至109年分別為2.00%、1.91%、1.96%、2.02%、1.90%，長期觀察監測指標並未大幅變動。</p> <p>二、本署針對Tw-DRGs案件訂有7項不適當出院狀態之審查指標，如病人病情不穩定狀況不得要求病人出院，並對審查發現不適當出院案件之醫院核刪其申報之醫療費用，惟病人是否需要住院或可否出院仍宜由臨床醫師依個案專業認定，本署無病人是否提早出院之統計資料。</p> <p>三、本署將持續監控Tw-DRGs案件各項指標，並將結果公布於醫療品質資訊公開網，以保障住院病人之醫療照護品質。</p>

#### 四、資源配置構面(3項指標)

##### (一)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
107	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23
109	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87

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
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
109	42.79	4.93	20.69	0.25	8.41	3.50	3.90	0.47	9.79	0.71

※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)：109 年觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院、西醫基層、牙醫門診比值較 108 年增加，中醫比值較 108 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)：

①最高組醫師數：109 年醫院、西醫基層、中醫、牙醫門診之每萬人口醫師數較 108 年增加。

②最低組醫師數：109 年中醫門診之每萬人口醫師數較 108 年增加，醫院、西醫基層、牙醫門診略減。

(3)分析最高與最低兩組「每萬人口醫師數」，結果如下：

①109 年之最高組及最低組戶籍人數均較 108 年減少

②各部門醫師人力，分布情形如下：

A.109 年醫院、西醫基層及牙醫門診發展程度最高地區之醫師數皆較 108 年增加；發展程度最低地區之醫師數皆較 108 年減少。

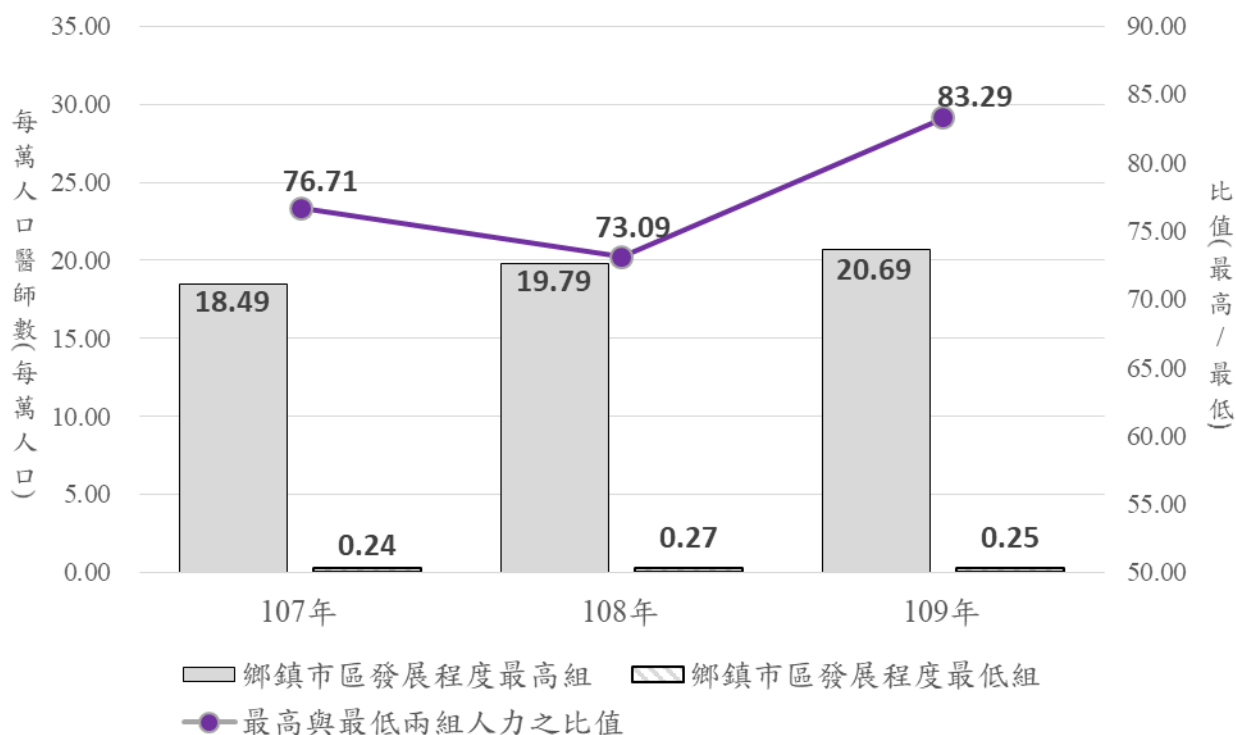
B.109 年中醫門診發展程度最高與最低地區之醫師數皆較 108 年增加。

(4)綜上，在發展程度最高與最低地區之戶籍人數皆減少的情形下，109 年醫院、西醫基層及牙醫門診之比值較 108 年高，係因發展程度最高地區醫師數增加，最低地區醫師數減少所致；109 年中醫門診之比值較 108 年低，係因發展程度最高地區醫師數增加，最低地區醫師數亦增加所致。

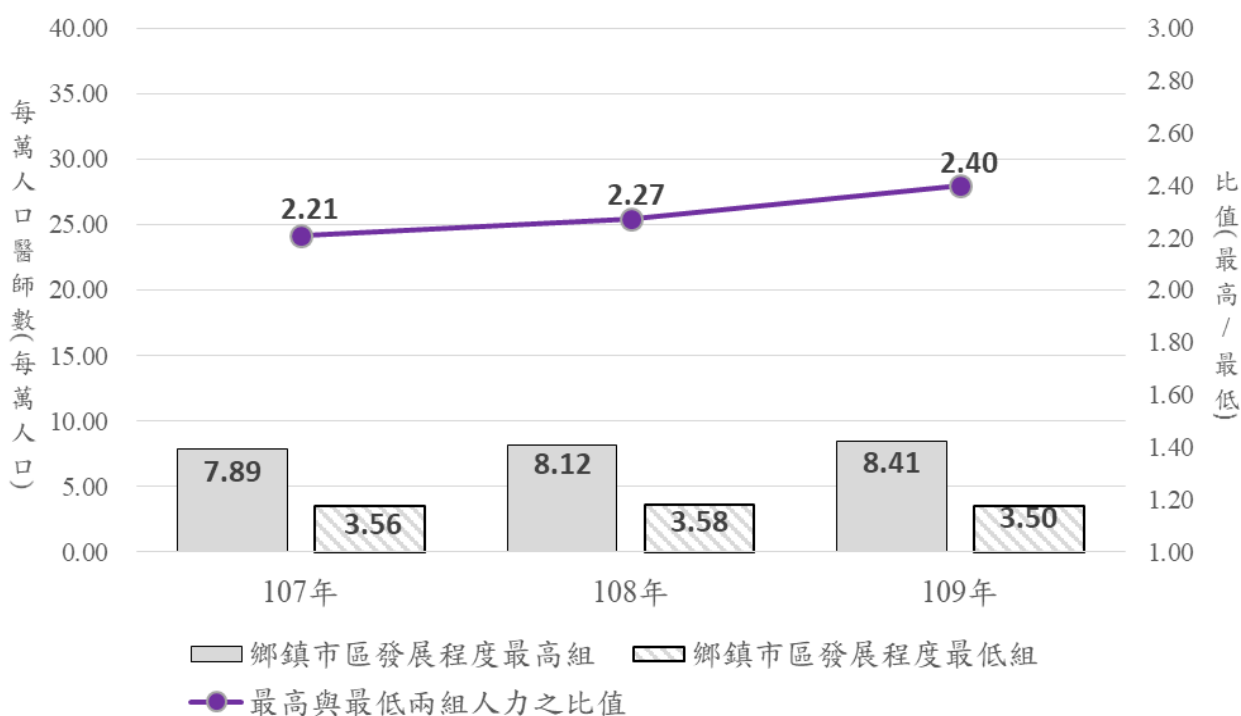
(5)健保署推動 IDS 計畫、各醫療資源不足地區改善方案，係由鄉外醫師至當地提供定點門診、巡迴醫療，藉以提升山地離島、醫療資源不足地區就醫之可近性，健保署將持續挹注相關預算。

### 6.近 3 年趨勢評析：

鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-醫院部門

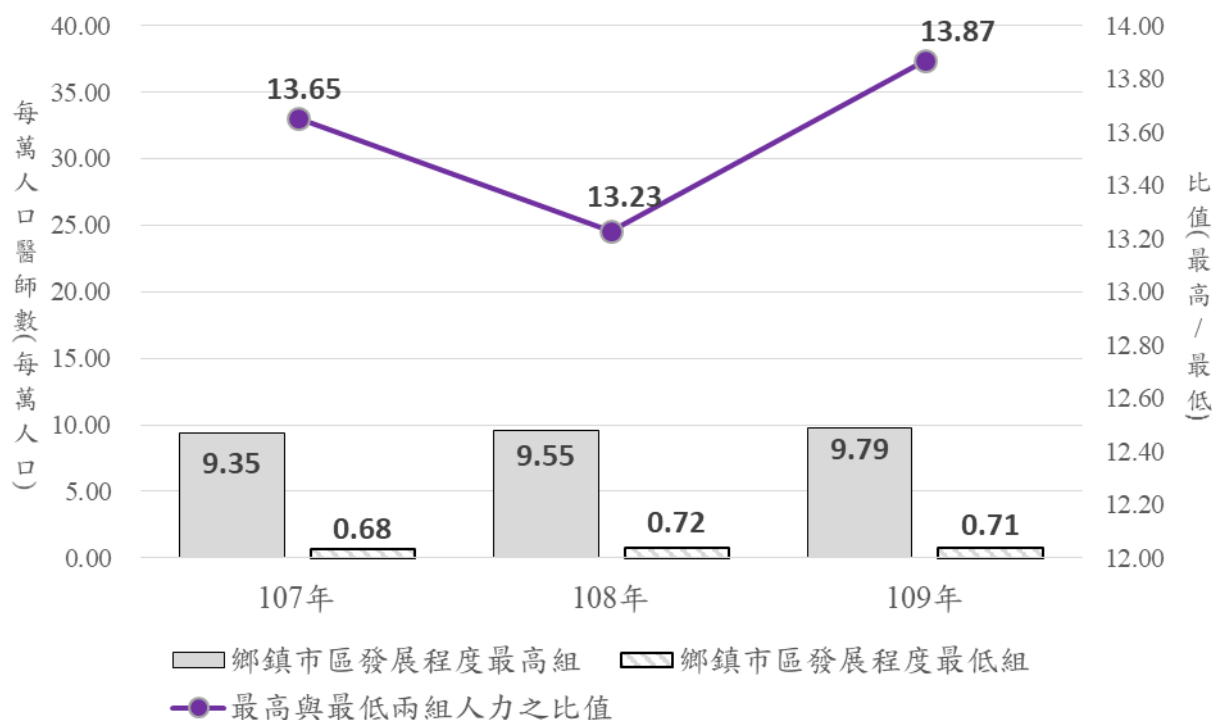


鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-西醫基層

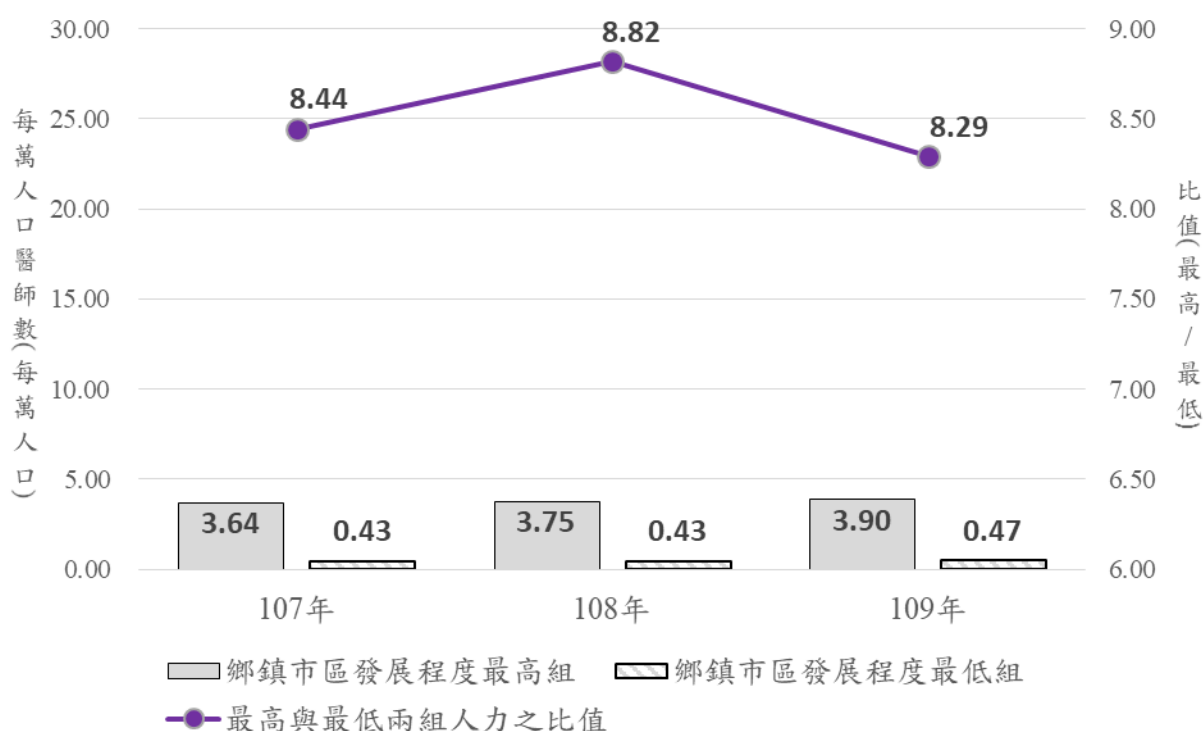




鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-牙醫門診



鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-中醫門診



各部門中，醫院、西醫基層及牙醫門診部門，109年最高與最低兩組醫師人力比值皆為近3年最高。進一步探討是因每萬人口醫師數在最高組皆呈增加趨勢，在最低組則未有明顯變化，本會委員十分關切醫師人力朝都市化地區流動之現象，建議健保署瞭解醫療服務

供給與需求面之符合程度，在觀察醫師數指標之際，宜同時評估各地區的主要醫療需求，並分析醫師留任率與流動率，以因地制宜的研議改善措施，提升偏鄉地區民眾之就醫可近性。

至於中醫門診部門，109 年最高與最低兩組醫師人力比值為近 3 年最低，109 年每萬人口醫師數在最高組增加，最低組亦有微幅增加，宜保持。

## 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：%

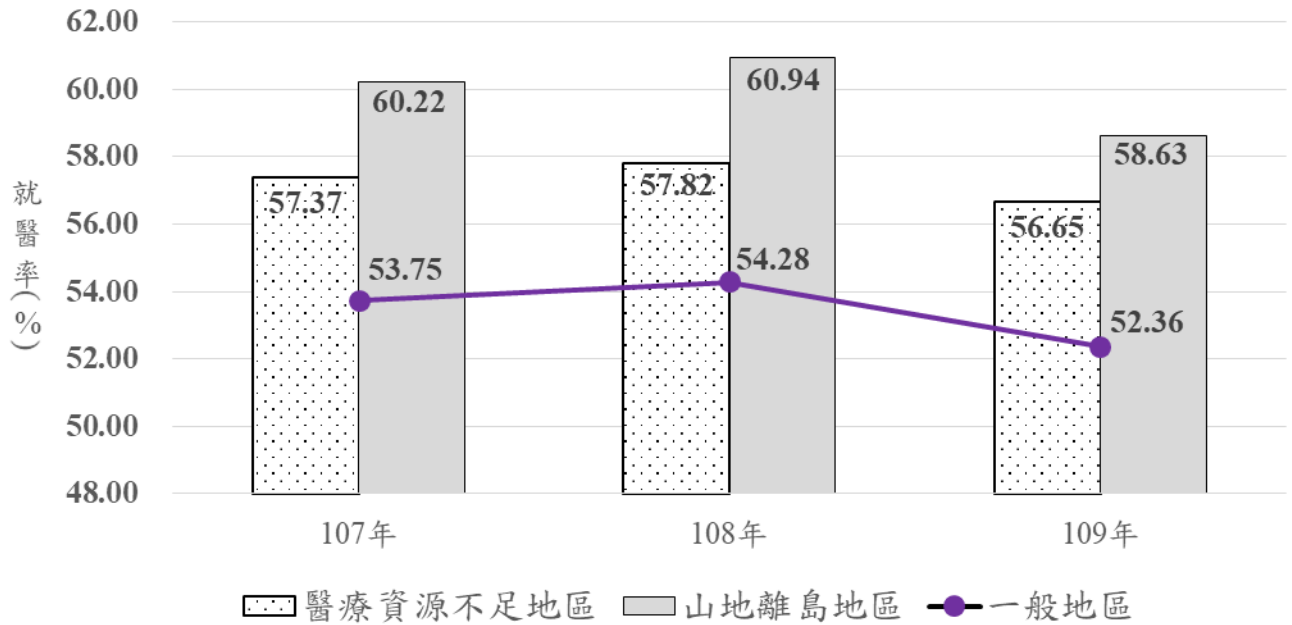
年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
		107 年	一般地區	53.75	81.92
	醫療資源不足地區	57.37	82.83	32.20	19.81
	山地離島地區	60.22	86.21	41.92	23.27
108 年	一般地區	54.28	82.19	47.55	26.64
	醫療資源不足地區	57.82	83.03	32.84	19.77
	山地離島地區	60.94	86.44	42.22	23.51
109 年	一般地區	52.36	78.88	46.36	25.18
	醫療資源不足地區	56.65	79.99	31.77	18.83
	山地離島地區	58.63	84.28	41.54	22.63

※健保署說明：

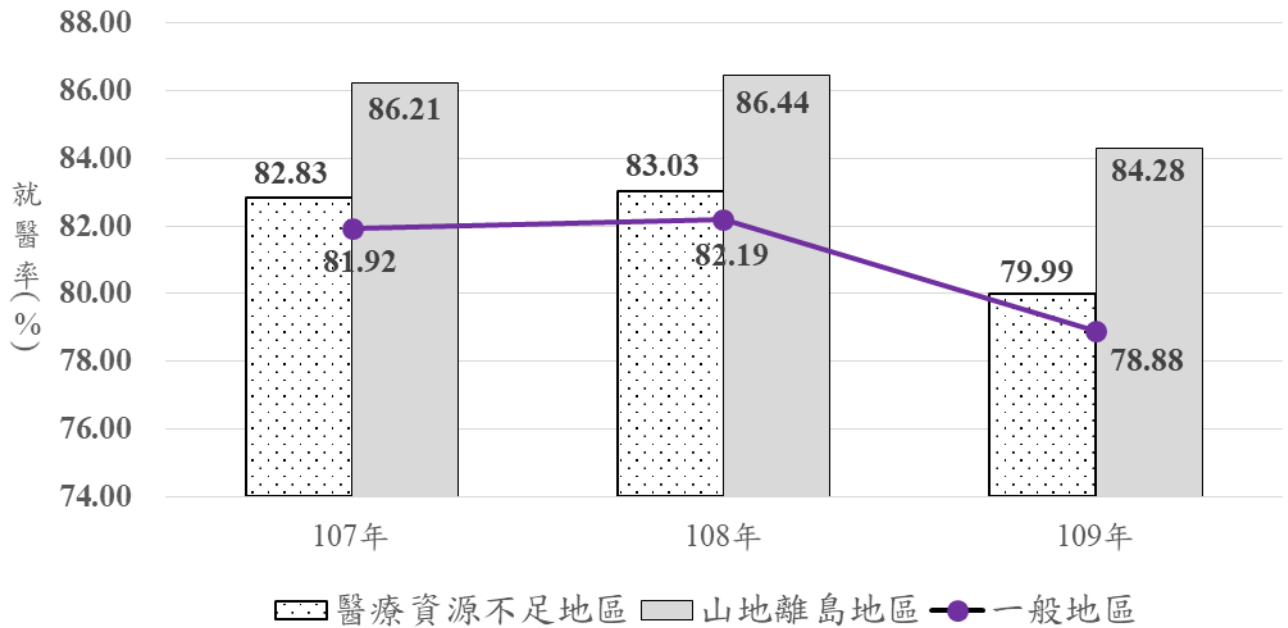
- (1)109 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診及中醫門診部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。
- (2)109 年牙醫門診、中醫門診部門山地離島或醫療資源不足地區就醫率仍低於一般地區，惟經健保署推動各項計畫(IDS 計畫、各醫療資源不足地區改善方案)，查 109 年牙醫門診及中醫門診之醫療資源不足或山地離島地區就醫率與一般地區就醫率差距較 108 年減少，顯示偏遠地區就醫利用趨近一般地區。
- (3)為提升山地離島、醫療資源不足地區就醫之可近性，健保署將持續挹注相關預算。

### 5.近3年趨勢評析：

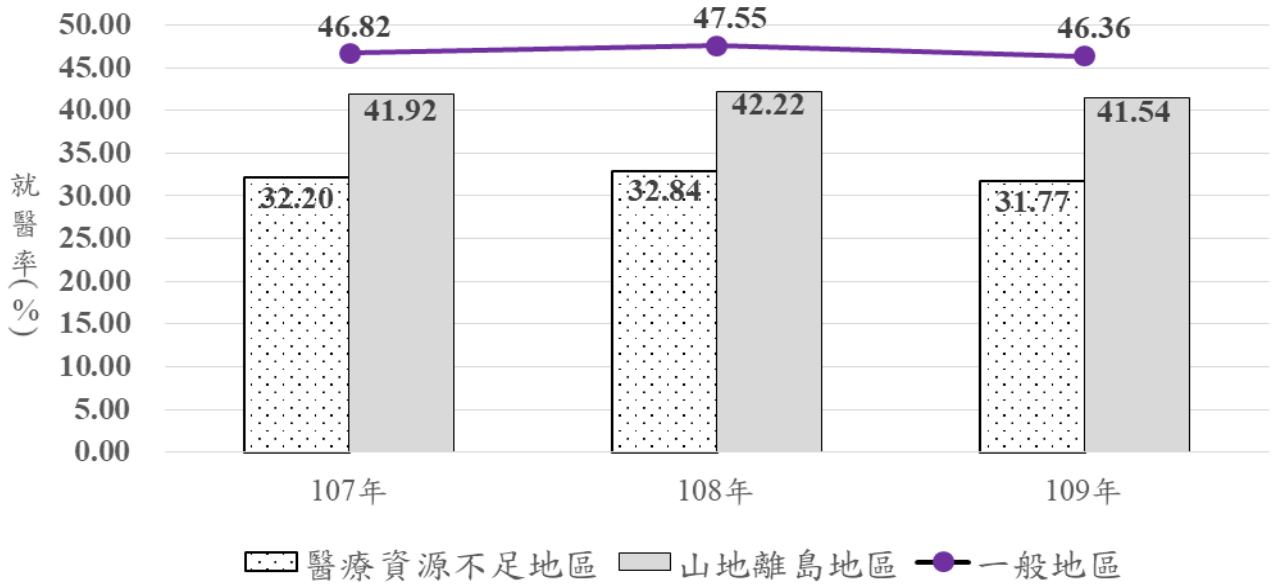
一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-醫院



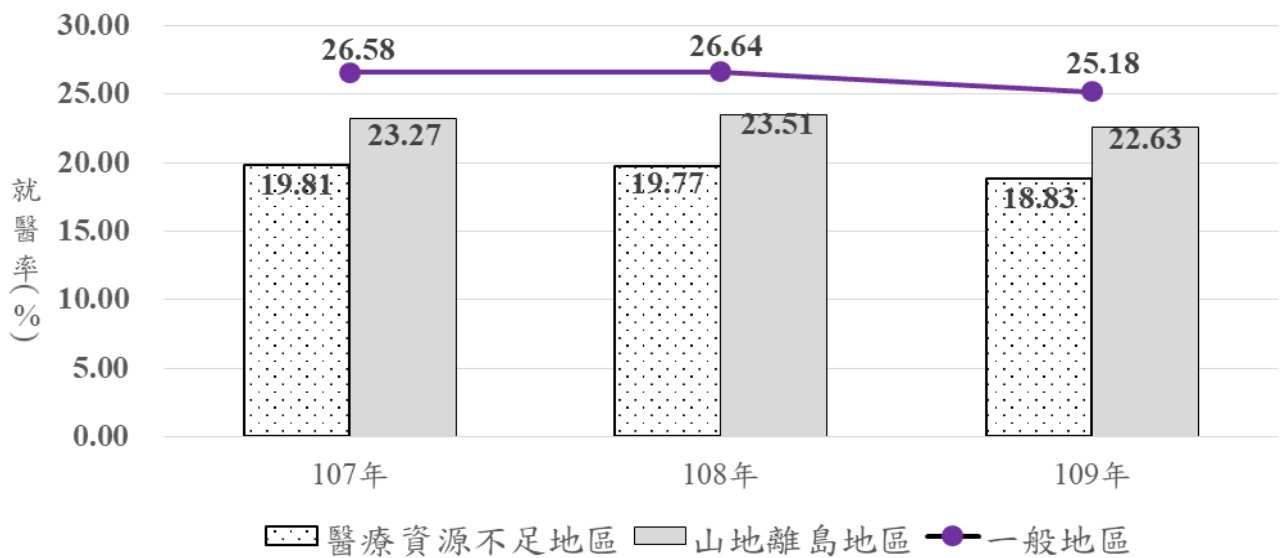
一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率-西醫基層



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



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



各總額部門各地區就醫率於 109 年皆呈減少趨勢，可能與 COVID-19 疫情影響病人就醫意願有關，宜繼續觀察疫情後之變化。近 3 年，在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，皆高於一般地區，宜保持。惟牙醫及中醫門診部門，在醫療資源不足及山地離島地區就醫率，皆低於一般地區，未有明顯提升，請健保署滾動檢討山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案，以確保健保投入總額預算能確實提升當地民眾就醫之方便性。

## 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
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	0.0436	0.0014	0.0416	0.0457	0.0409	0.0464
108 年全年	0.0444						
109 年上半年	0.0422						
109 年下半年	0.0471						
109 年全年	0.0448						

註：平均值\*：107~109 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\*：107~109 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：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值		平均值	
					±1.5*標準差	±2.0*標準差	±1.5*標準差	±2.0*標準差
特殊功能 人工水晶體	107年	37.3						
	108年	37.9	38.1	0.7	37.0	39.2	36.6	39.6
	109年	39.1						
特殊材質 人工髖關節	107年	26.4						
	108年	28.5	27.8	1.0	26.3	29.3	25.8	29.8
	109年	28.5						
新增功能類別 人工心律調節器	107年	51.4						
	108年	44.4	46.1	3.8	40.4	51.8	38.5	53.7
	109年	42.6						
冠狀動脈塗藥支架	107年	64.0						
	108年	66.1	65.5	1.0	63.9	67.0	63.4	67.5
	109年	66.3						
特殊材質生物組織 心臟瓣膜	107年	41.9						
	108年	41.5	40.9	1.1	39.2	42.6	38.6	43.2
	109年	39.3						
義肢	107年	4.9						
	108年	7.7	7.0	1.5	4.7	9.3	4.0	10.0
	109年	8.4						
調控式腦室腹腔引 流系統	107年	80.2						
	108年	81.8	81.3	0.8	80.1	82.5	79.7	82.9
	109年	81.9						
治療淺股動脈狹窄 之塗藥裝置	107年	36.5						
	108年	36.8	36.3	0.5	35.5	37.1	35.3	37.3
	109年	35.6						
客製化電腦輔助型 顱顏骨固定系統組	107年	88.3						
	108年							
	109年		*107/12/01起納入健保全額給付					
治療複雜性心臟不 整脈消融導管	107年	17.2						
	108年	16.4	22.2	7.6	10.8	33.6	7.0	37.4
	109年	32.9						
特殊材質加長型伽 瑪髓內釘組	107年	31.8						
	108年	58.4	50.3	13.1	30.6	70.0	24.1	76.6
	109年	60.8						

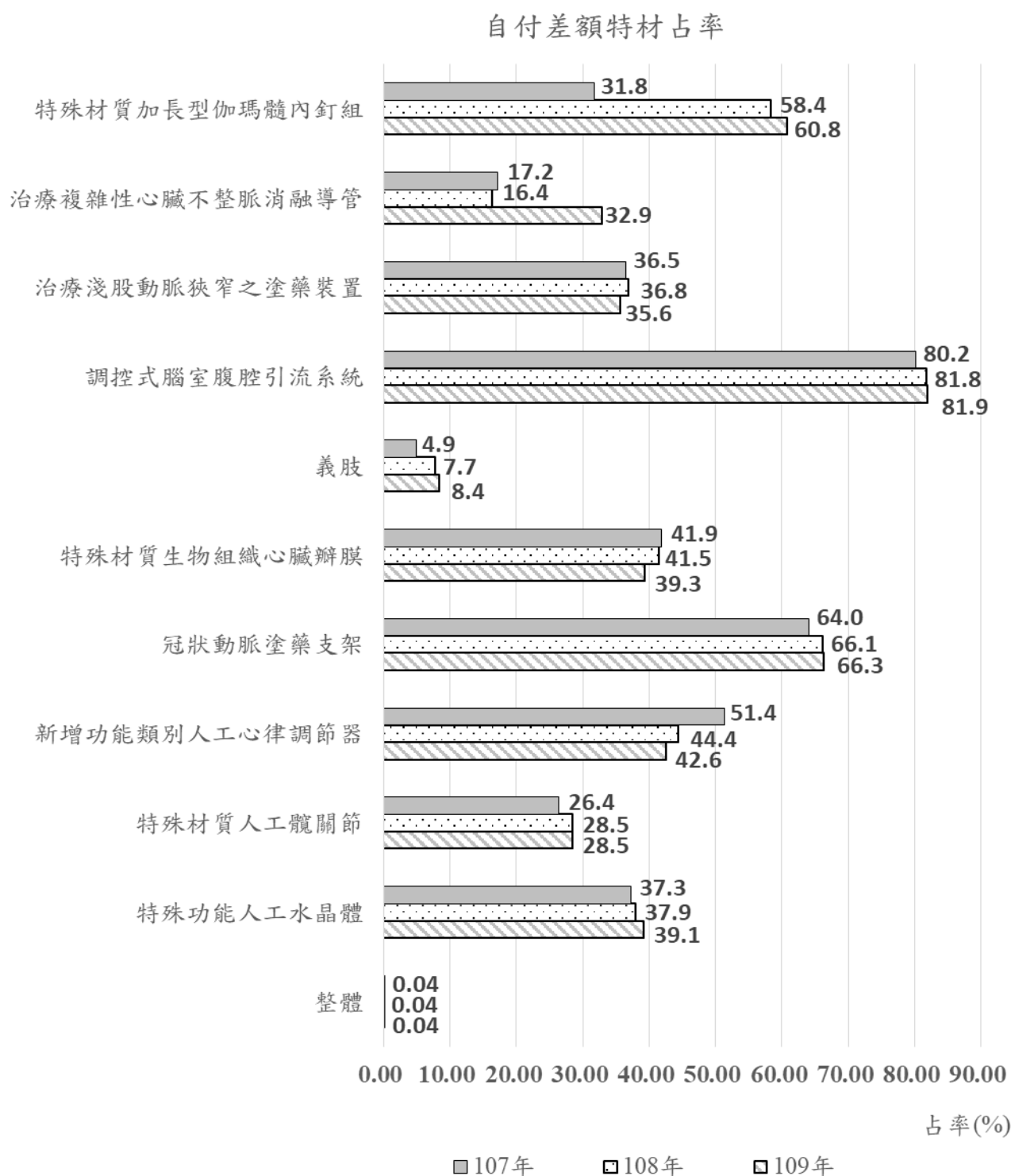


※健保署說明：

民眾差額特材 107 年全年占率為 0.0417%，108 年為 0.0444%，109 年為 0.0448%，平均占率為 0.0436%，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：

- (1)特殊功能人工水晶體中，於 109 年調整功能分類，拆分出延伸焦距、二焦點、三焦點等類別，並自 109 年 9 月 1 日起由各品項自付差額上限調整為各類別極端值管理，爰自付差額特材申報占率由 107 年 37.3% 上升至 109 年 39.1%。
- (2)人工心律調節器中「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)」自 108 年 10 月起由自付差額品項改為全額給付品項，爰自付差額特材申報占率由 107 年 51.4% 下降至 109 年 42.6%。
- (3)特殊材質生物組織心臟瓣膜，於 110 年 2 月 1 日起收載「經導管置換瓣膜套組-TAVI」納入全額給付(109 年 3 月及 109 年 11 月特材共擬會議討論)，對於高風險置換心臟瓣膜手術的病人有較低之死亡率及合併症，提供該類病人多一種治療方式，故可能導致本項自付差額特材申報占率由 107 年 41.9% 下降至 109 年 39.3%。
- (4)治療複雜性心臟不整脈消融導管一類中，自 108 年 12 月再新增「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」為自付差額特材，故自付差額特材申報占率由 107 年 17.2% 上升至 109 年 32.9%。
- (5)特殊材質加長型伽瑪髓內釘組，因該類特材納入給付後，可替代健保全額給付之動力髖螺釘(DHS)或伽瑪式骨髓內固定釘組，治療轉子下骨折、或轉子間骨折合併轉子下延伸之病患，爰自付差額特材申報占率由 107 年 31.8% 上升至 109 年 60.8%，持續監控特材申報情形，在兼顧健保財務下，評估納入健保全額給付之可行性。
- (6)調控式腦室腹腔引流系統，自付差額特材申報占率 107 年至 109 年皆達 8 成以上，刻正蒐集相關醫學會意見，在兼顧健保財務下，優先研議納入健保全額給付之可行性。

## 5.近3年趨勢評析：



截至 109 年，健保自付差額特材品項計 10 項，近 3 年整體自付差額特材占率無明顯趨勢，宜繼續觀察。然其中「特殊材質加長型伽瑪髓內釘組」、「調控式腦室腹腔引流系統」、「冠狀動脈塗藥支架」等 3 項特材，自付差額占率超過 5 成，特別是「調控式腦室腹腔引流系

統」近 3 年占率皆逾 8 成，且逐年增加，顯示病人對此特材有高度需求。

本會委員十分關切民眾權益，為減少病人自付差額之負擔，並提升就醫品質，建議健保署應積極研議將自付差額特材占率高之項目納入全額給付，以減輕病人財務負擔，並應提供民眾更清楚易懂的醫材價格、功能等資訊，方便民眾判斷及選擇。

(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>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比值</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、會議資料的簡報中僅呈現本指標之比值，卻未能提供各部門的最高、最低之數值。建議未來健保署於資料提供應更周延及完整。</p> <p>二、醫改會以本指標近五年趨勢與「全民健康保險年度監測結果報告」提供之最高、最低兩組每萬人口醫師數(如指標 4.1 監測資料)，觀察發現：每萬人口數雖有增加趨勢，但鄉鎮市區人力落差沒有改善，甚至表現逐年不佳，表示醫師仍多往市區流動。</p> <p>三、除提供資料(如鄉鎮市區醫師數等)應更周延完整外，亦應同等重視醫療服務供給與需求面之符合程度。人力比值無法據實反映出，醫師數較低的鄉鎮之主要醫療需求及其需求科別等。即便醫師數量增加，也未必能夠符合在地需求，亦未必能減少醫師留任率、流動率。因此，宜在觀察醫師數指標之際，同時評估分析各地區的主要醫療需求、醫師留任率與流動</p>	<p>一、有關指標「以鄉鎮市區發展，觀察最高與最低兩組醫師人力比值」，建議提供各部門最高及最低之數值一節，本署配合辦理。</p> <p>二、另有關鄉鎮市區醫師人力落差及評估醫師數較低之地區醫療需求、醫師留任率與流動率一節，說明如下：</p> <p>(一)衛生福利部於110年至113年推動辦理「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫(第九期醫療網計畫)」。針對充實醫事人員量能改善執業環境，該計畫訂定相關工作策略如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.精進醫事人員培育及整合照護能力：醫事司持續推動醫院整合醫學制度暨垂直整合銜接照護計畫、醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整政策等。</li> <li>2.提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任：醫事司除優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力及改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援外，與本署及附屬醫療及社會福利機構管理會持續推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可近性。</li> </ol> <p>(二)另為強化偏遠地區醫療服務與資源投入，並鼓勵醫療院所及醫師至偏鄉地區(山地離島、醫療資源不足地</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>率，方能因地制宜。</p>	<p>區)提供健保醫療服務，本署將持續推動全民健康保險西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫等獎勵措施。</p>
<p><b>指標4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>這議題醫界有很多討論，醫改會也曾針對自付差額特材召開過記者會，剛剛健保署報告時講得很快，我想確定一下，「調控式腦室腹腔引流系統」目前申報占率已經達8成以上，口頭報告說明好像已經納入健保給付，而不用自付差額嗎？因為查詢網站資料與簡報所示，目前該項仍需要自付差額。在健保署107年、108年評估報告中都提出，在健保可負擔範圍內可優先納入全額給付，本項若沒有納入健保全額給付，民眾需要自付差額5~7萬元，平均要6萬元，對民眾來說也是一筆負擔。所以凡是民眾需自付差額的特材，我們希望健保署不要再擱置，雖然困難很多，但是對民眾來講還是可以減輕負擔。</p> <p>干委員文男</p> <p>請參閱會議資料第173~176頁「自</p>	<p>一、查健保給付自付差額特材「調控式腦室腹腔引流系統」，自107年起占率超過80%，曾提至107年6月特材專家會議討論是否納入全額給付，惟未獲得臨床專業於臨床指引上之共識。本署已於110年8月18日再次函請相關醫學會協助訂定臨床指引、明確給付適應症及預估年使用量，俟以上學會回復後，將併同考量健保財務等因素，與醫界共同研議納入健保全額給付之可行性。</p> <p>二、針對10類自付差額特材評估納入全額給付部份，以健保給付自付差額特材「冠狀動脈塗藥支架」為例，於109年申報占率約66%，民眾自付總金額計29億。倘若將10類自付差額特材改採全額納入健保給付，非健保每年總額預算編列下財務足以支應。</p> <p>三、考量新醫療科技進步快速，健保財務有限下，在兼顧民眾使用新醫材權益及降低民眾醫療費用負擔考量下，經醫療專業評估下，部分新醫療科技特材不得不考量按自付差額特材納入健保給付，以符合民眾對健保期待，</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>付差額特材占率」部分，自付差額特材項目有增無減，部分項目申報占率持續上升，如果可以的話希望不要有自付差額特材，健保署可以盡速評估納入健保全額給付的可行性，尤其當民眾上了手術台，有需要這些自付特材時，也只能接受，所以希望這幾項能夠再好好檢討。雖然我們持續監測這些項目的申報情形，但指標沒有很細緻化，因為每個特材都太專業了，民眾也看不懂，而且同樣一個特材會有不同的功能和品牌，價格也不一樣，功能不同價格就會差很多，民眾哪有能力可以判斷，希望未來健保署可以改善。</p>	<p>以及維持健保財務衡平下之權衡作法。</p> <p>四、另為提供民眾醫療資訊可近性，以及增進健保差額給付之效益，已與相關公學協會專業共識，各類別已按「功能/材質類別」更細緻分類，健保署提供APP及Web版之「醫材比價網」，供民眾查詢健保全額給付與自付差額特材比較，並可查詢該品項之「功能/材質類別」、健保自付差額品項之給付點數、院所收費價格等資訊。</p> <p>五、本署針對民眾自付差額特材品項每年進行整體檢討，並每半年進行自付差額特材開放半年後之檢討。針對自付差額占率高者將優先研議納入健保全額給付。</p>

## 五、財務構面(6項指標)

### (一)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	107 年	108 年	109 年
實際數(億元)	-266.48	-341.97	-676.07
預估數(億元)	-251.06	-417.05	-675.58
差異數(億元)	-15.42	75.08	-0.49
差異率(%)	6.14	-18.00	0.07

單位：%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
-24.44	-19.31	-3.93	11.45	16.58

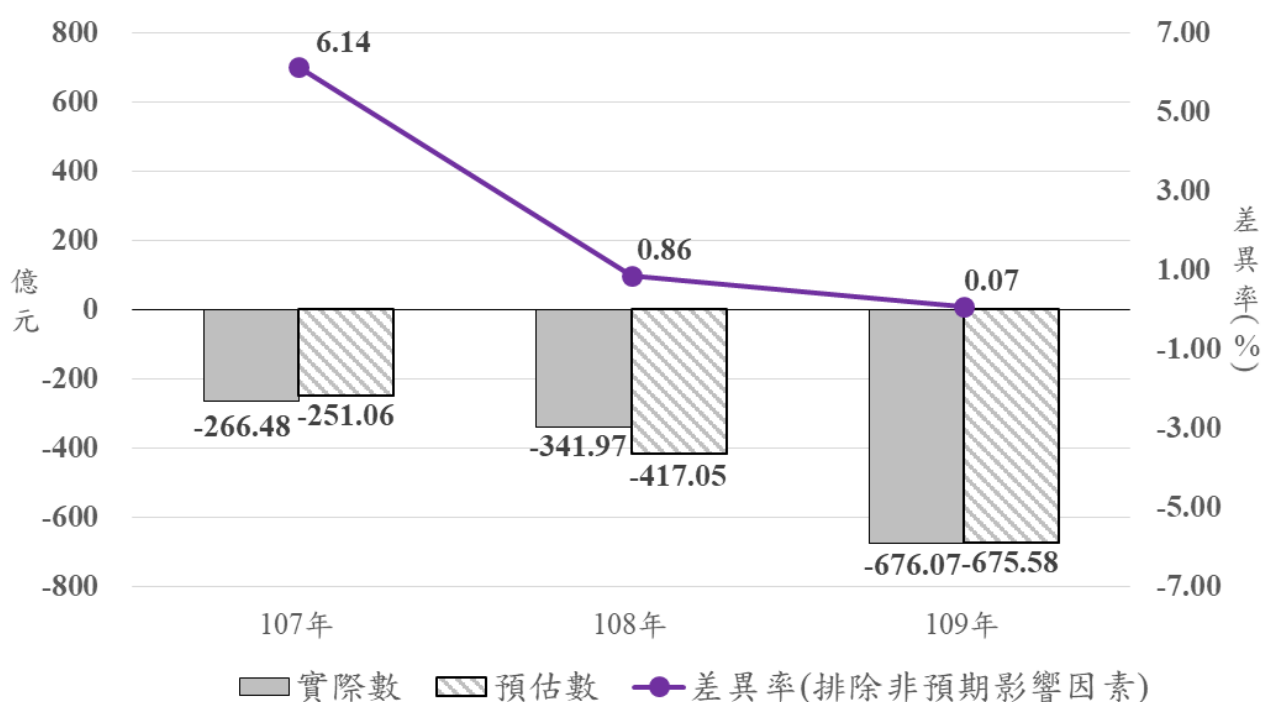
※健保署說明：

(1)107~109 年為審定決算數。

(2)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之差異率(排除非預期影響因素)



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：保險成本較預估值減少係因專款及其他預算結餘、保險收入較預估值增加係因被保險人數及年終獎金發放數高於預期等，其差異率逐年降低，至 109 年已趨近於 0，宜繼續保持。



## 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	107 年底	108 年底	109 年底
折合月數(月)	4.00	3.23	1.88
增減數(億元)	-266.48	-341.97	-676.07

單位：月

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
1.29	1.73	3.04	4.35	4.79

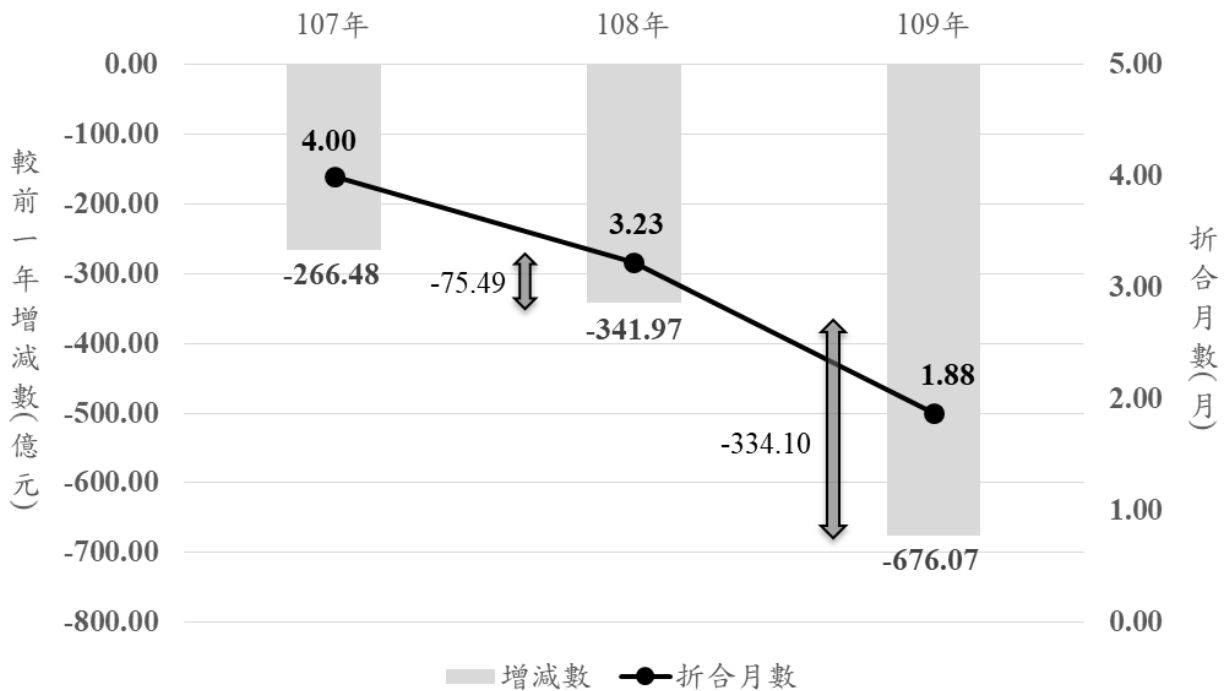
#### ※健保署說明：

(1) 107~109 年為審定決算數。

(2) 107~109 年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為 4.00、3.23 及 1.88 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：

安全準備總額較前一年增減數、折合保險給付支出月數



109年健保安全準備總額折合保險支出月數(1.88個月)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約75億元、334億元，減少幅度亦逐年增加，請健保署研議財務平衡方案與開源節流相關措施，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
106 年	3.61	3.38
107 年	3.69	3.46
108 年	3.74	3.52

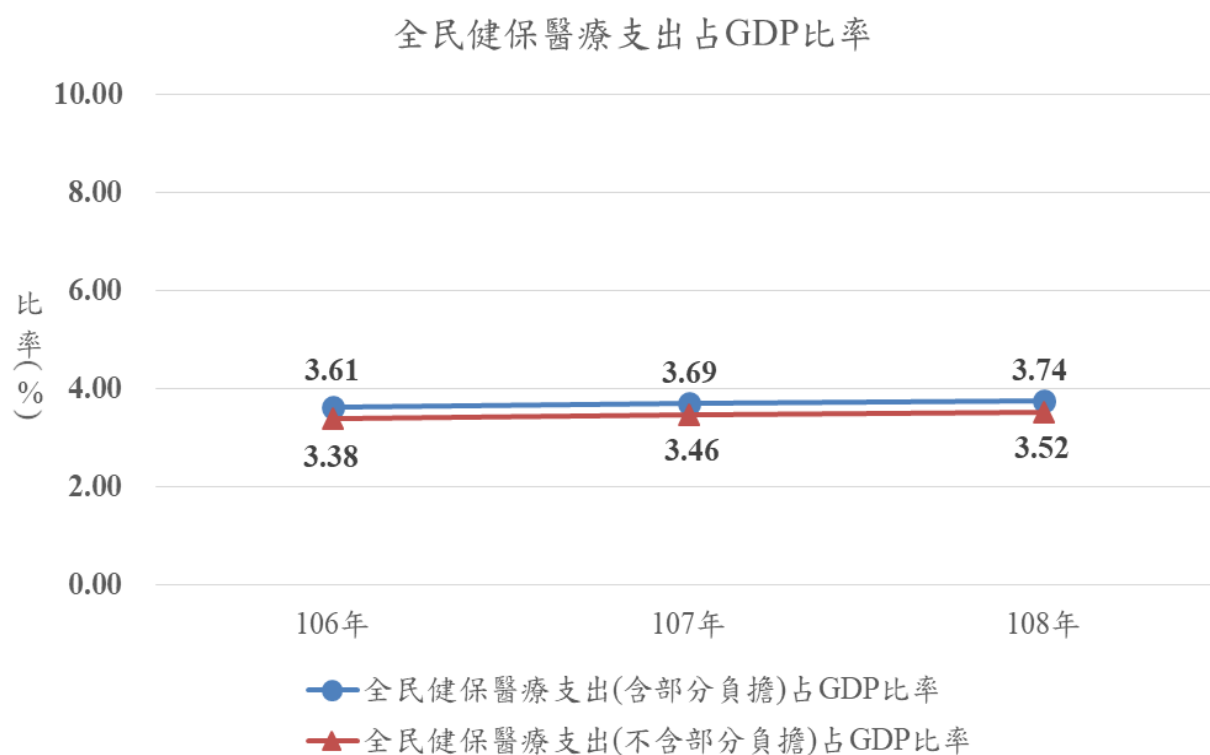
資料來源：1.全民健保資料來源：1.全民健保醫療支出：健保署。

2.GDP：行政院主計總處(110年8月13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，宜繼續觀察，本會委員建議宜思考健保醫療支出占 GDP 比率偏低之問題。

## 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	107 年	108 年	109 年
運用收益(元)	1,244,338,940	1,394,646,409	1,013,081,358
日平均營運量(元)	199,617,164,341	207,047,176,199	170,879,228,666
收益率(%)	0.62	0.67	0.59
五大銀行一年期 大額定存平均利率(%)	0.18	0.18	0.13

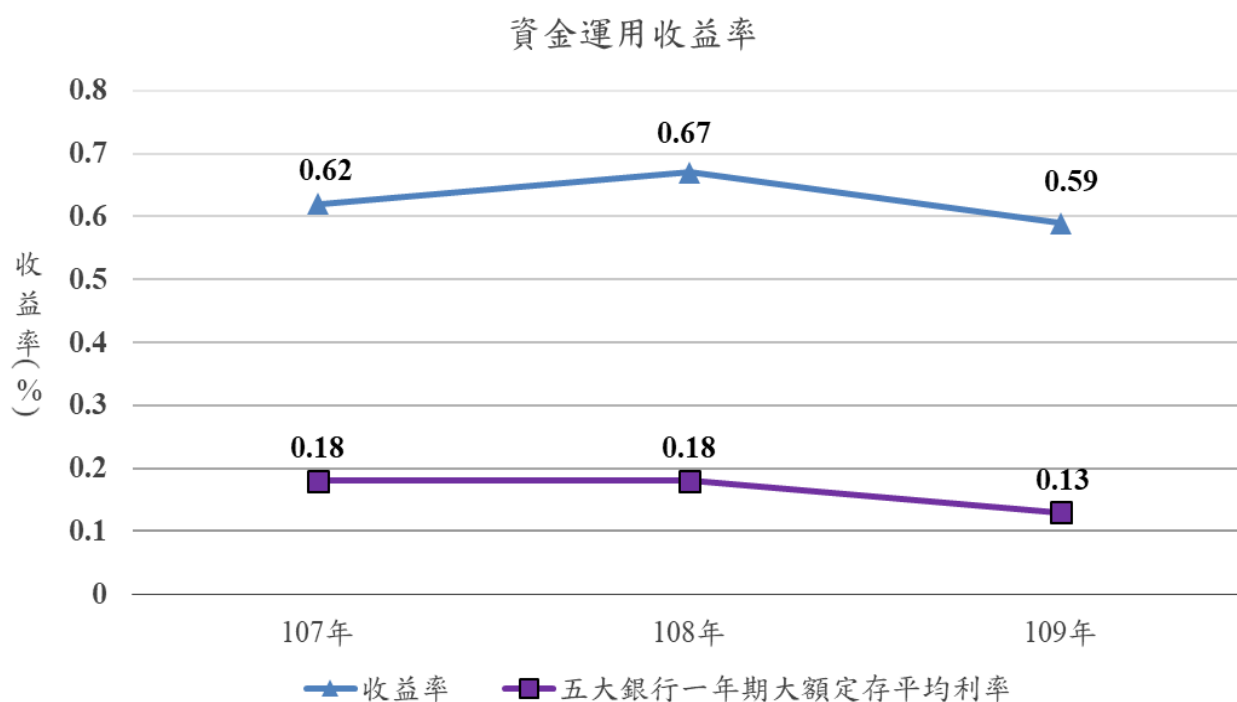
單位：%

-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 107~109 年五大銀行一年期大額定存平均利率均維持為 0.13%~0.18%，而健保資金運用收益率分別為 0.62%、0.67% 及 0.59%，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 年資金運用收益率呈上下波動趨勢，宜持續觀察。然 109 年收益率為近 3 年最低，本會委員十分關切健保資金運用效率，請健保署積極檢討並研議提升投資績效之策略。

## 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：

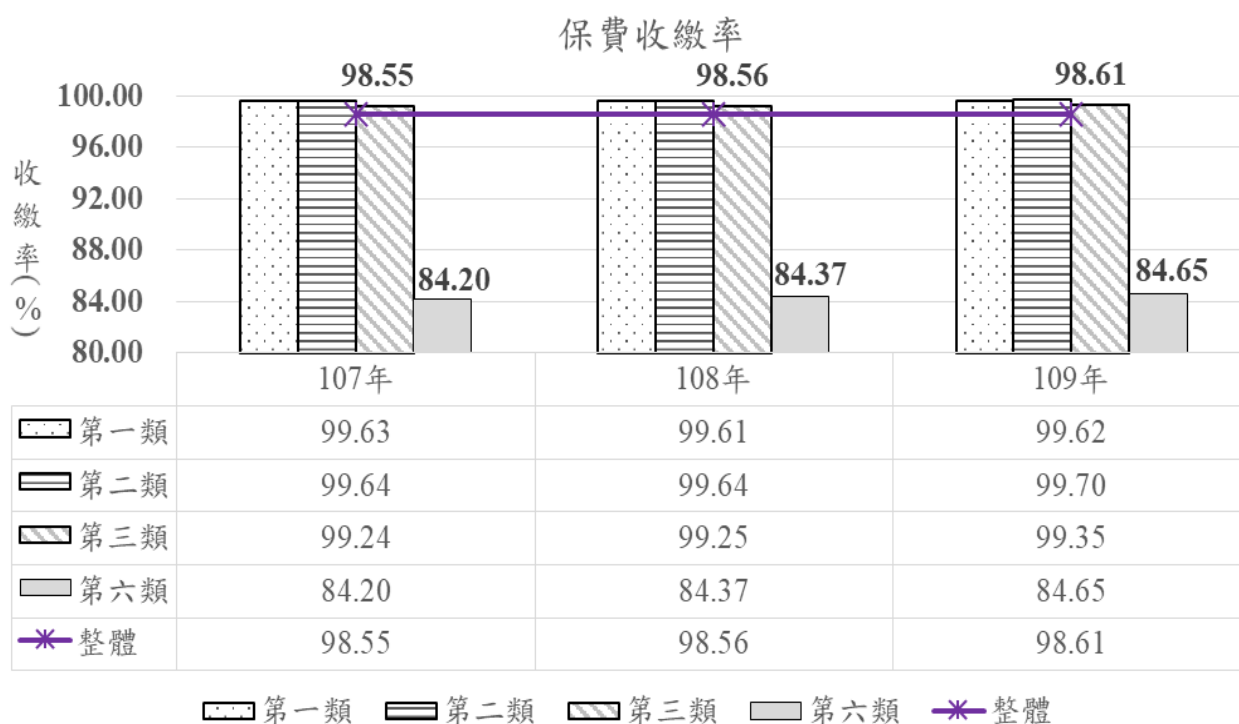
投保單位及保險對象	單位：%		
	107 年	108 年	109 年
第一類	99.63	99.61	99.62
第二類	99.64	99.64	99.70
第三類	99.24	99.25	99.35
第六類	84.20	84.37	84.65
整體	98.55	98.56	98.61

#### ※ 健保署說明：

(1) 107~109 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約在 84% 至 85% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。

(2) 109 年整體收繳率較 107 年及 108 年微幅成長，主要係因健保署持續加強欠費監控機制，及強化催收與移送行政執行所致。

### 5.近 3 年趨勢評析：



各類保險對象中，雖以第六類保險對象保費收繳率最低，惟近 3 年收繳率呈增加趨勢，宜繼續保持，並加強欠費監控機制。至於第一、二、三類保險對象保費收繳率，均超過 9 成 9，整體收繳率亦超過 9 成，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

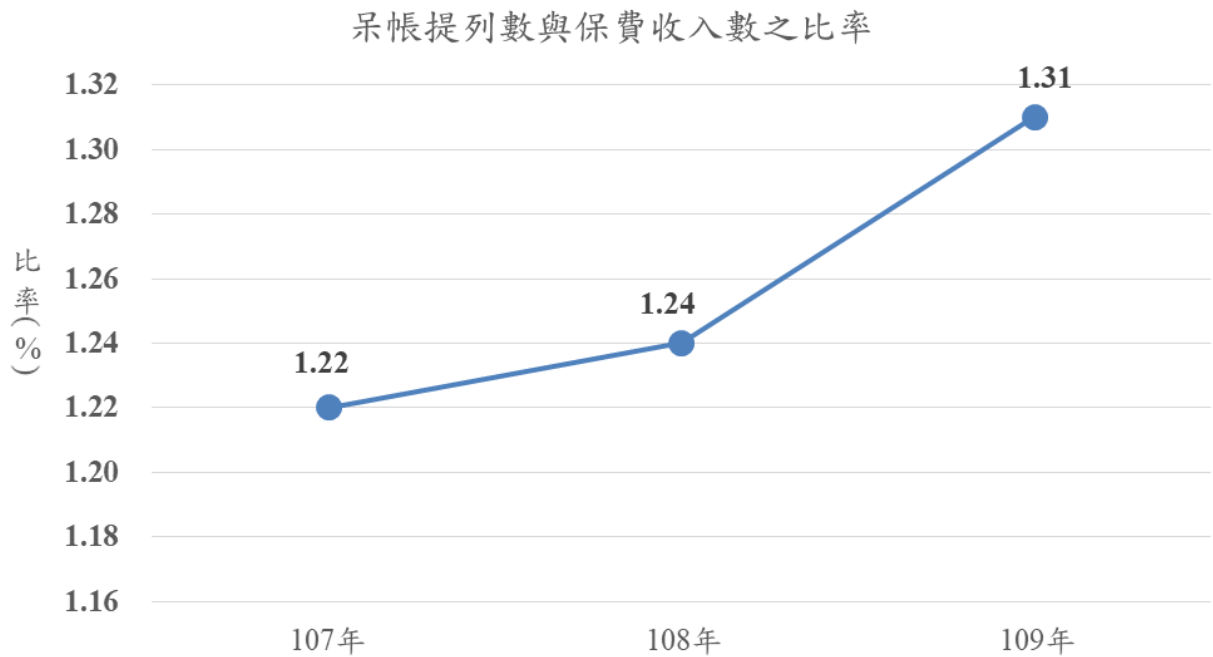
### 4. 健保署提報監測結果：

單位：%		
107 年	108 年	109 年
1.22	1.24	1.31

#### ※ 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，至 108 年起「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正，僅支應中低收入戶 1/2 自付保險費之法定補助；另 109 年發生 COVID-19 疫情衝擊社會經濟生活，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致比率逐年上升。至於全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性，依預算法第 4 條及全民健康保險法第 96 條相關規定，本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列入年度預算辦理，編列公務預算予以補助一節尚無適用法令可依循；惟健保署將持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生。

### 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，呈逐年增加趨勢，依健保署說明，109 年因 COVID-19 疫情衝擊社會經濟生活，影響投保單位及保險對象欠費清償能力。本會委員也十分關切呆帳成長之問題，請健保署持續爭取財政部公益彩券回饋金，集結政府及民間各類社團力量協助弱勢民眾，減少呆帳發生情形。

(二)110 年第 6 次委員會議「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」委員意見及健保署回復

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標5.3 全民健保醫療支出占GDP比率</b></p> <p>陳委員秀熙</p> <p>我主要係對於會議資料第178頁簡報第35張「全民健保醫療支出占GDP(國內生產毛額)比率」提供意見，也讓大家參考。之前一直提到政府應負擔健保總經費法定下限36%及健保費率，但健保開辦以來至今，108年全民健保醫療支出(不含部分負擔)占GDP比率約3.52%，這也是很大問題。我提供1個數據讓大家參考，世界各國中和我們一樣是社會保險，健保也是國寶的英國，占GDP為9.9%，被全世界批評最低成本的保險國家，我覺得不應該每次都思考保費占率。當然我也知道應該遵守相關法規，但政府應該思考如果健保是國寶，是人民需要的，應該重視過去付費者代表所提出的問題並解決，因為和世界各國比較，台灣的健保醫療支出占GDP是非常低，美國是16.6%，英國為9.9%，我們的占率真的非常低，必須向政府呼籲要重視這個問題，台灣是以低成本辦理健保，節流當然</p>	<p>一、指標5.3為「全民健保醫療支出」占GDP比率，其分子「全民健保醫療支出」係參採「全民健保總額結算值」；而OECD Health Statistics指標，為「全國經常性醫療保健支出」占GDP比率，其分子內涵除公部門經常性醫療支出外，尚包含家庭自付項目(如醫療照護及醫療保健用品自付費用等)。上述2項指標定義不同，若要國際比較，建請以定義相同指標為宜。</p> <p>二、2019年主要國家「全國經常性醫療保健支出」占GDP比率，英國為10.2%，德國11.7%，日本11.0%，韓國8.2%，OECD會員國8.8%，我國則為6.1%。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>重要，但如果政府不重視的話，一直讓由民眾、付費者來負擔責任也不合理，我認為這應該檢討。</p> <p>盧委員瑞芬</p> <p>就剛才陳委員秀熙及蔡副署長淑鈴的說明部分，我再做一點補充說明，英國是公醫制度，不是社會保險國家，我們最常拿來比較的是德國、日本及韓國，但這不損剛才陳委員秀熙提到的重點，我們的占率的確是偏低。OECD Health Statistics的數據，全國醫療保健費用總支出占GDP的比率，分子是經常性醫療保健支出，並不包括資本門，只有經常門，台灣的經常性醫療保健支出占GDP只有6.1%，也更強調剛才的重點，我們的占率是低的。</p>	
<p><b>指標5.4 資金運用收益率</b></p> <p>李委員永振</p> <p>請參閱業務執行報告第20頁「表11全民健保安全準備金及營運資金投資概況表」，及會議資料第178頁簡報第36張「資金運用收益率」，兩部分可以一起看。以前我在會議上曾建議資金如何運用，但好像講了也沒用，現在結果已經出來了。請大家參閱會議資料第178頁「資金運用收益率」，從</p>	<p>一、全民健康保險係屬「隨收隨付」之短期財務制度，保險費收入主要係用於支應醫療費用，並在安全性及流動性優先於收益性之原則下，進行相關投資運用。按目前健保財務狀況，健保基金僅適合進行短期投資，以利資金能順利撥付醫療費用。</p> <p>二、查政府目前並未發行1年期之公債，其發行年期均在2年以上，其中2年期平均利率介於0.132%至0.225%；健保基金110年截至9月健保資金整體運</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>107年收益率0.62%，108年提高至0.67%、109年下降至0.59%。另外，依之前執行業務報告顯示，110年1月資金收益下降至0.4%，之後更下降至0.37%、0.36%、0.35%，截至110年9月只剩0.33%。現在是健保財務最艱困的時候，資金運用收益卻一直下降，建議應該好好檢討。另外，現在將資金收益率0.33%和五大銀行定存比較，這個標準太低了，五大銀行1年期及3年期大額定存平均利率只有0.13%及0.17%，顯得資金收益率0.33%好像還很好，我建議以政府公債利率作為標準，因為政府公債利率被視為無風險利率，也是金融商品定價基準，以目前這個標準太寬鬆，至少要用政府公債利率作為標準和努力，這樣比較理想。</p> <p>何委員語</p> <p>關於資金運用收益部分，剛才李委員永振也提出許多意見，9月底收益率才0.33%，我不知道為什麼整個資金收益率非常低，過去我們也講好幾次，建議應該檢討健保基金的投資績效，及以公債殖利率作為基準來考量。</p>	<p>用平均收益率為0.33%，仍優於前開政府公債收益率。</p> <p>三、未來仍將秉持安全性及流動性原則，考量各種投資工具之發行狀況，選擇收益率較高的投資工具。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p data-bbox="145 237 734 342"><b>指標5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率</b></p> <p data-bbox="145 365 328 405">干委員文男</p> <p data-bbox="185 427 734 654">按照權責收支來看，呆帳金額越來越高，請參閱會議資料第179頁呆帳提列數與保費收入數之比率，109年1.31%，比108年1.24%還高。</p>	<p data-bbox="762 237 1433 465">109年起新冠肺炎(COVID-19)疫情持續衝擊社會經濟生活迄今，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致比率較108年上升。</p>



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		109上		109下		109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	109Q1	109Q2	109Q3	109Q4														
(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	-74.75	-245.77	-389.30	-676.07	-676.07							
		(2)預估數(億元)	(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	-163.6	-163.59	-11.81	-175.5	-272.74	-251.06	-251.06	-22.57	-203.64	-272.74	-417.05	-417.05	-86.40	-324.24	-439.51	-675.58	-675.58							
		(3)兩者之差異率		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%	-13.49%	-24.20%	-11.42%	0.07%	0.07%							
	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	3.06	2.71	2.42	1.88	1.88								
	3.全民健保醫療支出占GDP比率	年	—		—		3.47%		—		—		3.43%		—		3.50%		—		3.61%		—		3.69%		—		3.74%		—		—		—		—								
	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%	0.64%	0.61%	0.55%	0.53%	0.59%								
5.保費收繳率	年	—		—		—		—		—		—		—		98.79%		—		98.67%		—		98.55%		—		98.56%		—		—		—		98.61%									
6.呆帳提列數與保費收入數之比率	年	—		—		—		—		—		—		—		1.13%		—		1.11%		—		1.22%		—		1.24%		—		—		1.31%											

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109年死因檔，故尚無109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。



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)	半年	(1)醫院整體	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	8.47	8.57	8.52			
			(2)醫學中心	8.41	8.32	8.36	8.28	8.12	8.20	8.13	8.12	8.14	8.00	8.07	8.05	7.95	8.00	7.94	7.93	7.94	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	7.38	7.45	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	8.46	8.47	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46	8.46		
	2.急診病人留置急診室超過2小時比率(整體及各層級)	半年	(1)醫院整體	—	—	—	—	—	—	1.82%	2.62%	2.23%	2.74%	2.59%	2.67%	2.88%	3.05%	2.96%	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%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%	7.59%			
			(3)區域醫院	—	—	—	—	—	—	—	0.79%	1.16%	0.98%	1.25%	1.15%	1.20%	1.60%	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%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%	0.44%			
	3.癌症病人前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%													
	4.區域醫院以上初級門診照護率	半年	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%													
5.西醫基層與醫院門診服務占率	半年(季呈現)	(1)病人數占率	西醫基層	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%
		醫院總額	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%	
(2)件數占率	醫院總額	西醫基層	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%	
		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	半年	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)	年	(1)醫院	72.5%	—	74.8%	—	—	72.8%	—	—	74.3%	—	82.4%	—	81.5%																	
			(2)西醫基層	68.9%	—	72.7%	—	—	77.5%	—	86.7%	—	87.3%																				
			(3)牙醫門診	80.4%	—	80.1%	—	—	82.3%	—	86.7%	—	89.1%																				
			(4)中醫門診	72.9%	—	73.7%	—	—	74.7%	—	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	年	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																		
(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)	年	(1)醫院	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	—	2.13																				
			(3)牙醫門診	10.67	—	11.54	—	—	11.83	—	12.00	—	11.76																				
			(4)中醫門診	10.28	—	10.67	—	—	12.08	—	11.68	—	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	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%	—	54.86%																				
			山地離島地區	56.15%	—	58.63%	—	—	58.30%	—	58.86%	—	59.10%																				
			一般地區	80.31%	—	81.26%	—	—	81.80%	—	83.23%	—	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%																				
			山地離島地區	82.53%	—	83.65%	—	—	84.15%	—	85.41%	—	85.79%																				
一般地區			41.45%	—	42.51%	—	—	43.12%	—	43.02%	—	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%																				
(4)中醫門診	山地離島地區	37.42%	—	38.30%	—	—	38.65%	—	39.13%	—	40.17%																						
	一般地區	29.22%	—	30.31%	—	—	29.26%	—	29.05%	—	28.87%																						
	醫療資源不足地區	21.34%	—	22.11%	—	—	20.99%	—	17.97%	—	17.80%																						
	山地離島地區	22.65%	—	23.73%	—	—	23.36%	—	23.57%	—	24.33%																						
3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	(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%													
		(2)個別項目	特殊功能人工水晶體	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%	38.3%	40.2%	39.3%	42.5%	45.8%	44.1%	45.5%	48.2%	46.9%	48.6%	49.8%	49.2%												
			耐久性生物組織心臟瓣膜	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
			義肢	—	—	—	—	2.1%	2.1%	3.7%	2.9%	3.3%	2.1%	2.2%	2.1%	1.8%	0.5%	1.1%	1.2%	1.6%	1.4%												
			調控式腦室腹腔引流系統	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
			治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
			客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
治療心房顫動之冷凍消融導管	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—														

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%	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<math>\leq 3</math>次且<math>\geq 100</math>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	