

110 年全民健康保險監理指標之 監測結果報告

衛生福利部全民健康保險會

中華民國 111 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	5
參、監理指標之意涵與監測結果	7
一、效率構面(7 項指標).....	7
(一)整體表現情形	7
(二)各指標監測結果及趨勢評析	8
指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	8
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)	11
指標 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	16
指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率	19
指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	21
指標 1.6 藥品費用占率	24
指標 1.7 健保專案計畫之執行成效	28
二、醫療品質構面(4 項指標).....	31
(一)整體表現情形	31
(二)各指標監測結果及趨勢評析	32
指標 2.1 手術傷口感染率	32
指標 2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	34
指標 2.3 照護連續性	37
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	39
三、效果構面(3 項指標).....	43
(一)整體表現情形	43
(二)各指標監測結果及趨勢評析	44
指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	44
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	46
指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率	49
四、資源配置構面(3 項指標).....	51
(一)整體表現情形	51
(二)各指標監測結果及趨勢評析	52

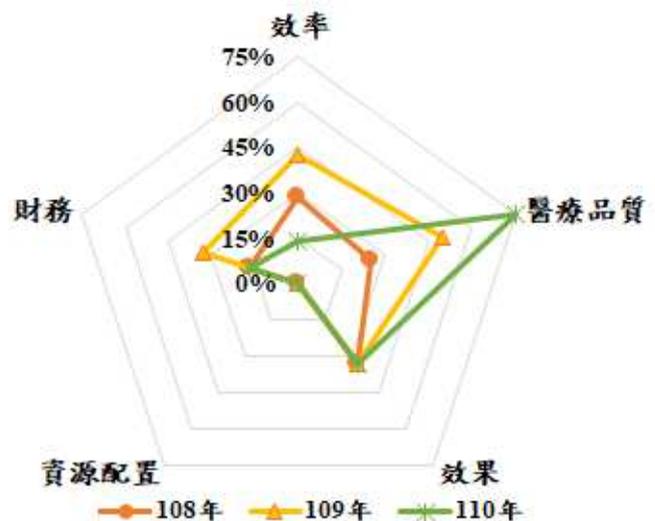
指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值 (各部門).....	52
指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)...	56
指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目).....	59
五、財務構面(6 項指標).....	64
(一)整體表現情形.....	64
(二)各指標監測結果及趨勢評析.....	65
指標 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率.....	65
指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數.....	68
指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率.....	70
指標 5.4 資金運用收益率.....	73
指標 5.5 保費收繳率.....	75
指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率.....	77
肆、附錄.....	79
附錄一 專家學者審查意見及健保署與本會補充說明.....	79
附錄二 111 年第 10 次委員會議「110 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說明.....	91
伍、參考資料.....	98
參考資料一 全民健康保險業務監理架構與指標.....	98
參考資料二 監理指標之操作型定義.....	103
參考資料三 監理指標監測結果報表(107 年起).....	113

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」，復經 107 年檢討修訂，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 5 大構面，共 23 項指標，由中央健康保險署(下稱健保署)定期提報前一年度之監測結果，再由本會彙整及研析完成前一年度全民健康保險監理指標監測結果報告。

本報告就 110 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢進行評析，有 10 項指標呈進步或穩定趨勢，宜保持或繼續觀察；另有 13 項指標趨勢略有退步，尤其效率構面的指標大都呈現退步之趨勢，值得特別關注(近 3 年各構面表現情形如右圖)。5 大構面表現情形摘要如下(重點摘要表如附表 1)：

近3年5大構面表現情形—呈進步趨勢



一、效率構面(7 項指標—進步 1/7、退步 6/7)：

僅指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率呈進步趨勢，其餘 6 項指標則呈退步趨勢，其中指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)呈增加趨勢，尤其近 3 年醫學中心之比率均較區域及地區醫院為高、指標 1.6 藥品費用占率已近 29%，醫學中心甚至超過 38%，建議健保署宜特別留意醫學中心急診壅塞及藥品費用占率過高等問題，並研議改善策略。

二、醫療品質構面(4 項指標—進步 3/4、無明顯變化趨勢 1/4)：

3 項指標呈進步趨勢，尤其「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、「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」，近 2 年醫學中心及區域醫院護病比占率分布朝低護病比方向移動，

惟醫學中心護病比小於 7 之占率，尚未達 50%，歷年健保總額挹注相關預算，以提升住院護理照護品質，建議健保署宜與醫護團體共同研議策略，促使醫學中心護病比能早日往 1:7 的方向邁進。

三、效果構面(3 項指標—進步 1/3、退步 2/3)：

僅指標 3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率呈進步趨勢，其餘 2 項指標則呈退步趨勢，其中指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)，110 年各總額部門之滿意度均較 109 年低，宜繼續觀察，如持續下降，建議健保署與各總額部門進一步瞭解原因，以利檢討改善。

四、資源配置構面(3 項指標—退步 2/3、無明顯變化趨勢 1/3)：

2 項指標呈退步趨勢，其中指標 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)，110 年各總額部門之比值為近 3 年最高，代表鄉鎮間醫師人力分布差距漸大，建議健保署宜瞭解原因，並與各總額部門共同研議因地制宜的改善措施。指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)，近 3 年整體自付差額特材占率雖無明顯趨勢，然「腦脊髓液分流系統」自付差額占率已逾 8 成，「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」等 2 項之占率，亦已超過 6 成，建議健保署宜積極研議將已近於常態或必要使用之自付差額特材納入全額給付，以減少民眾就醫的財務負擔。

五、財務構面(6 項指標—進步 1/6、退步 3/6、無明顯變化趨勢 2/6)：

僅指標 5.5 保費收繳率，呈進步趨勢；3 項指標呈退步趨勢，其中指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數呈逐年降低趨勢，建議健保署宜積極研議財務平衡及開源節流相關措施，及考量中長期人口成長及結構改變因素，全盤檢視調整財務收支結構，以維持健保財務穩健、指標 5.4 資金運用收益率亦呈逐年下降趨勢，建議健保署宜積極檢討並研議提升投資績效之策略。另 2 項指標無明顯變化趨勢，其中指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率，雖近年比率變化不大(1.24%~1.31%)，但呆帳提列數有逐年持續增加趨勢，建議健保署宜持續解析呆帳原因及對象，尋求解決對策，尤其對弱勢民眾之協助，以減少呆帳情形。

整體而言，110 年監測表現尚稱穩定，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研議精進策略，以保障民眾權益。

110 年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步、△：持平
(一) 效率 ○：1 ×：6	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	×(整體及各層級醫院均呈上升趨勢，且為近 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)	×(整體及各層級醫院均較 109 年增加)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	×(癌末病人死亡前一年申報安寧費用比率為近 3 年最低)
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	○(呈下降趨勢，且為近 3 年最低) *宜留意醫學中心未明顯下降
	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 29%)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	×(呈下降趨勢，僅西醫基層執行率達 9 成，牙醫門診則未達 8 成)
(二) 醫療品質 ○：3 △：1	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	○(呈上升趨勢，且為近 3 年最高) *宜留意基層診所照護率最低
	2.3 照護連續性	○(呈上升趨勢，且為近 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	○(醫學中心及區域醫院有改善) *宜留意醫學中心及區域醫院之高護病比占率微幅增加、地區醫院低護病比占率略降
(三) 效果 ○：1 ×：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	×(各部門均較 109 年低)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	○(整體及各年齡層均較 109 年為低，且為近 3 年最低) *宜留意 75 歲以上病人住院率較高
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	×(較 109 年增加)
(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)	×(各部門比值為近 3 年最高)
	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)	×(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)	△(整體之占率無明顯變化) *宜留意部分項目自付差額特材占率逐年增加

構面	指標	近 3 年監測結果
		○：改善、×：退步、△：持平
(五) 財務 ○：1 △：2 ×：3	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	× (110 年差異率較大)
	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	× (逐年下降)
	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	△ (未有明顯增加) *宜留意實際上呆帳金額隨著保費收入 成長而增加

- 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.監理指標建置前 6 年(97~102)及 107 年修訂監理指標前(103~106)之歷史資料報表，請參考本會網站「公告及重要工作成果/監理指標監測結果報告書/109 年全民健康保險年度監測結果報告書」。

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。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 5 大構面，惟公平構面更名為資源配置，指標數修訂為 23 項(詳參考資料一)。

自 104 年起，由健保署定期提報前一年度監理指標之監測結果與說明，並於委員會議進行專案報告，以利委員瞭解 5 大構面 27 項監理指標的表現情形，及提供建言，再由本會綜整委員意見，彙製及研析完成前一年度監理指標之監測結果報告。健保署於 110 年 10 月份委員會議進行專案報告時，委員希望能於會前即提供監測結果報告，期能有更完整資料以利討論；本(111)年度乃改於 10 月份委員會議前，將委員歷來關心之議題列入近 3 年趨勢評析中，另為精進監測結果之解讀與運用，特委託吳教授肖琪、邱教授尚志、劉教授淑瓊及黃副教授偉堯等 4 位專家學者就 110 年度監測結果及近 3 年趨勢評析提供意見，送請健保署補充說明後，彙製監測結果報告初稿，併同健保署專案報告內容送請委員審閱。於 10 月份委員會議(111.10.28)，由健保署與本會分別進行 110 年監理指標之監測結果及研析報告，當天因時間因素不及討論，乃決定：委員如有書面意見，請於 11 月 2 日前提出，將請報告單位回復說明或參採研修後，由本會同仁彙製 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告。

本報告以圖表方式呈現 23 項指標近 3 年之關鍵趨勢變化，及輔以評析說明，以聚焦各項指標表現良窳，並於摘要中彙整 110 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與計算方式、監測結果與說明及近 3 年趨勢評析。

二、附錄：

(一)附錄一：專家學者審查意見及健保署與本會補充說明。

(二)附錄二：111 年第 10 次委員會議「110 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說明。

三、參考資料：

(一)參考資料一：全民健康保險業務監理架構與指標。

(二)參考資料二：監理指標之操作型定義。

(三)參考資料三：監理指標監測結果報表(107 年起)。

本會能順利完成 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，除要感謝健保署鼎力協助提供監測結果與說明、及委員於歷次委員會議提出諸多建言(包含醫學中心急診壅塞、自付差額特材使用、健保呆帳與安全準備等議題)，更要誠摯感謝 4 位專家學者就專業領域提出寶貴意見，以利監理指標監測結果之解讀，使本報告內容更臻完善，提升健保監理效能。

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

圖1 近3年效率構面表現趨勢

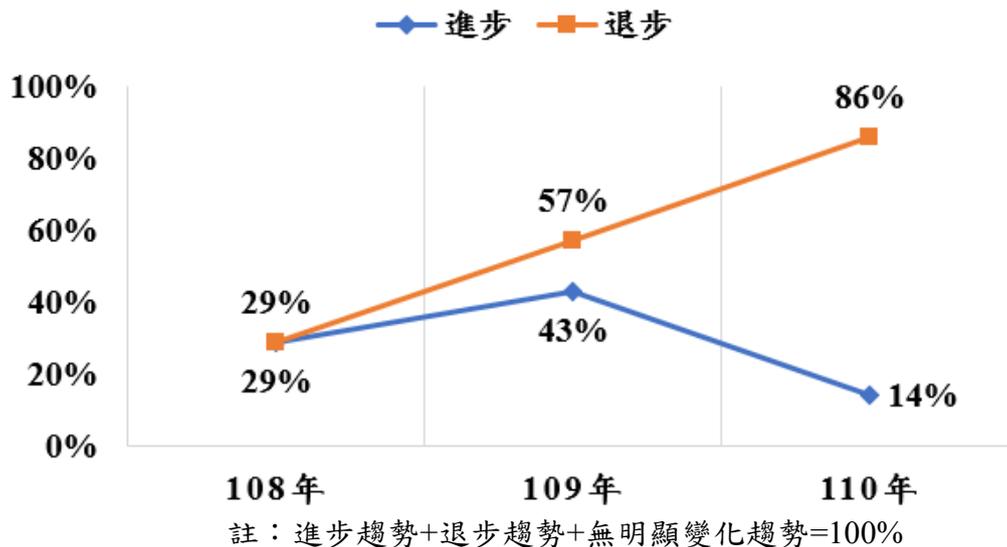
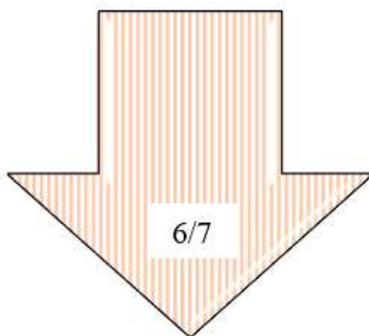


圖2 110年效率構面表現情形

110年呈退步趨勢

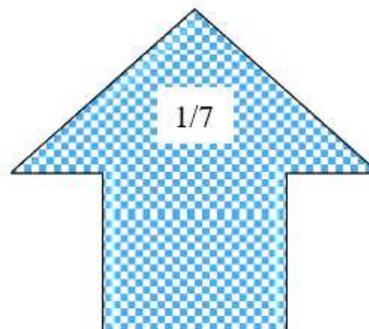
- 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 1.6 藥品費用占率
- 1.7 健保專案計畫之執行成效



110年呈進步趨勢

- 1.4 區域醫院以上初級門診照護率

*宜留意醫學中心未明顯下降



(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.監測結果：

108~110 年急性病床平均住院天數

單位：日/件

層級	108 年		109 年		110 年	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
醫院	7.38	9.19	7.44	9.33	7.64	9.60
醫學中心	7.33	9.21	7.27	9.21	7.44	9.42
區域醫院	7.12	8.58	7.24	8.81	7.42	9.11
地區醫院	8.17	10.51	8.28	10.61	8.49	10.82

108~110 年急性病床住院天數

單位：日/件

層級	108 年		109 年		110 年	
	最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值
醫院	516	1	550	1	530	1
醫學中心	131	1	217	1	140	1
區域醫院	121	1	158	1	125	1
地區醫院	516	1	550	1	530	1

※說明：

(1)108~110 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.38、7.44、7.64

天，呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.17、8.28、8.49 天。

(2)110 年急性病床住院天數，地區醫院最大值為 530 天，主要為醫院申報一筆呼吸照護之費用，110 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 7.84 天。

(3)對於呼吸器依賴患者部分，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，健保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 110 年已達約 72.5%。

6.國際比較：

各國急性病床平均住院天數比較表

單位：日/件

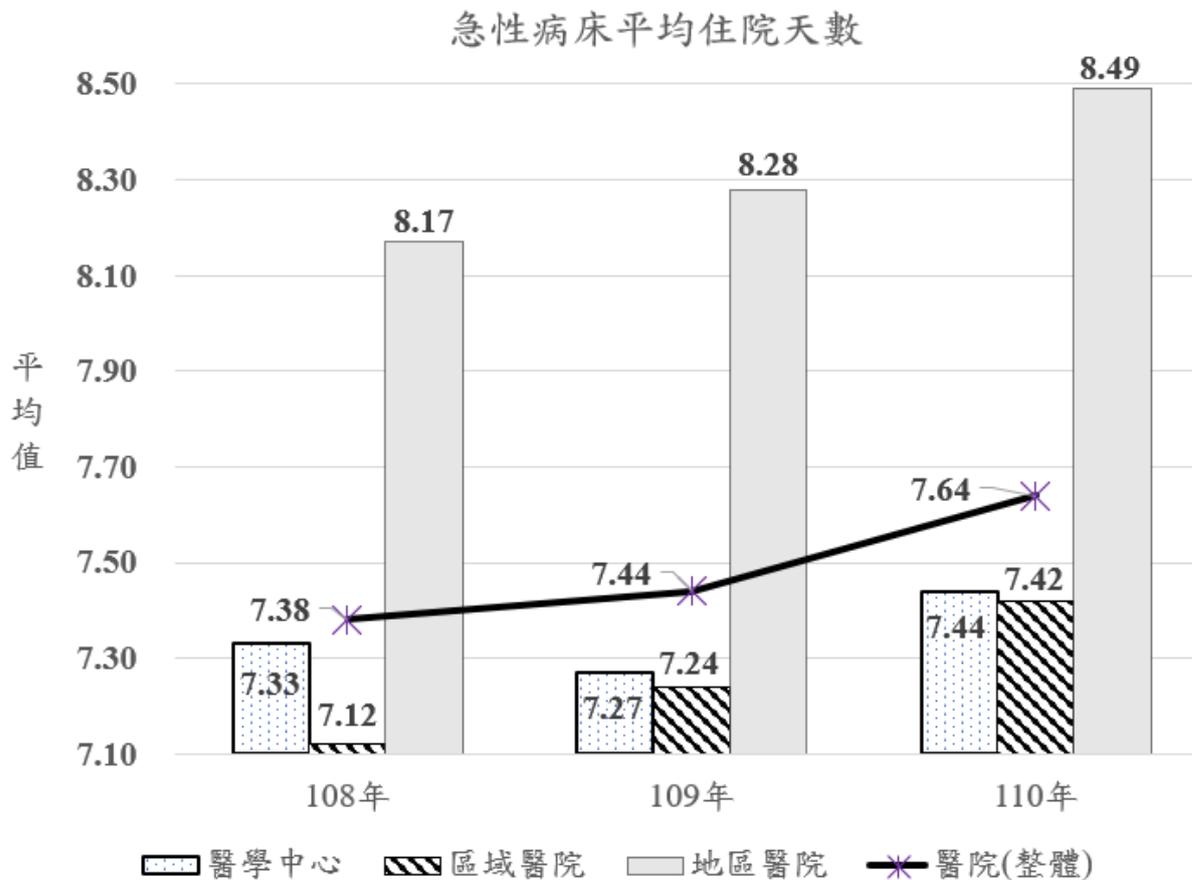
國家	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
加拿大	7.4	7.5	7.4	7.5	7.7
芬 蘭	6.6	6.5	6.4	6.4	6.2
法 國	5.5	5.4	5.4	5.4	5.5
德 國	7.6	7.5	7.5	7.5	7.4
挪 威	6.1	6.0	6.0	5.9	5.9
瑞 典	5.6	5.6	5.5	5.4	5.3
英 國	6.0	5.9	6.1	6.2	...
日 本	16.3	16.2	16.1	16.0	16.4
韓 國	7.6	7.6	7.5	7.3	7.8
臺 灣	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 111/10/14。

註：...表示無資料。

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，我國與加拿大及德國相近，略高於芬蘭、法國、挪威、瑞典及英國等國家。

7.近3年趨勢評析：



110年各層級醫院之急性病床平均住院天數均呈上升趨勢，且為近3年最高。依健保署補充說明(詳附錄一，第79頁)，可能受疫情影響，輕症病人未住院就醫，屬急重難罕者病人仍持續就醫，致平均住院天數較高。建議健保署宜留意疫情後之數據變化並持續監測。

又近3年地區醫院急性病床平均住院天數皆高於整體，依健保署說明(第9頁)，主要受呼吸照護個案影響(108年~110年單一個案之住院天數達516天~550天)，排除其影響後，110年地區醫院平均住院天數由8.49天降為7.84天，仍較其他層級醫院為高。有關地區醫院平均住院天數較長情形，建議健保署宜針對呼吸器依賴患者，持續推動相關改善作為(例如提升呼吸器依賴病人安寧利用率)。

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. 監測結果：

108~110 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(%)
108 年	7,326,102	201,562	2.75
109 年	6,320,904	146,893	2.32
110 年	5,893,834	147,737	2.51

108~110 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	108 年	1,947,901	136,552	7.01
	109 年	1,617,426	99,314	6.14
	110 年	1,461,185	100,043	6.85
區域醫院	108 年	3,644,835	57,233	1.57
	109 年	3,102,035	40,957	1.32
	110 年	2,859,894	38,474	1.35
地區醫院	108 年	1,733,366	7,777	0.45
	109 年	1,601,440	6,622	0.41
	110 年	1,572,755	9,220	0.59

108~110 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
108 年	7.89	6.43	2.57
109 年	6.42	5.39	2.17
110 年	7.10	5.63	2.34

108~110 年急診留置超過 24 小時比率(特約類別、檢傷分類)統計表

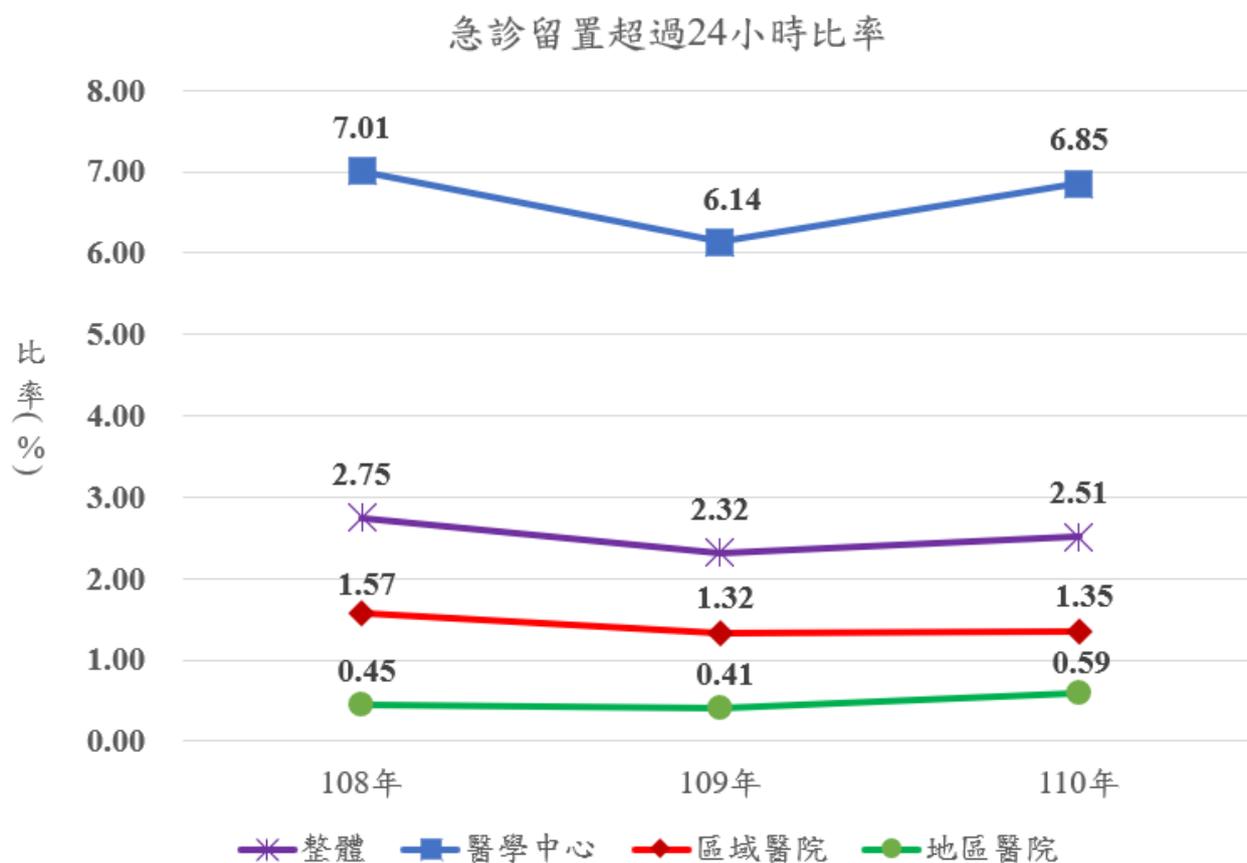
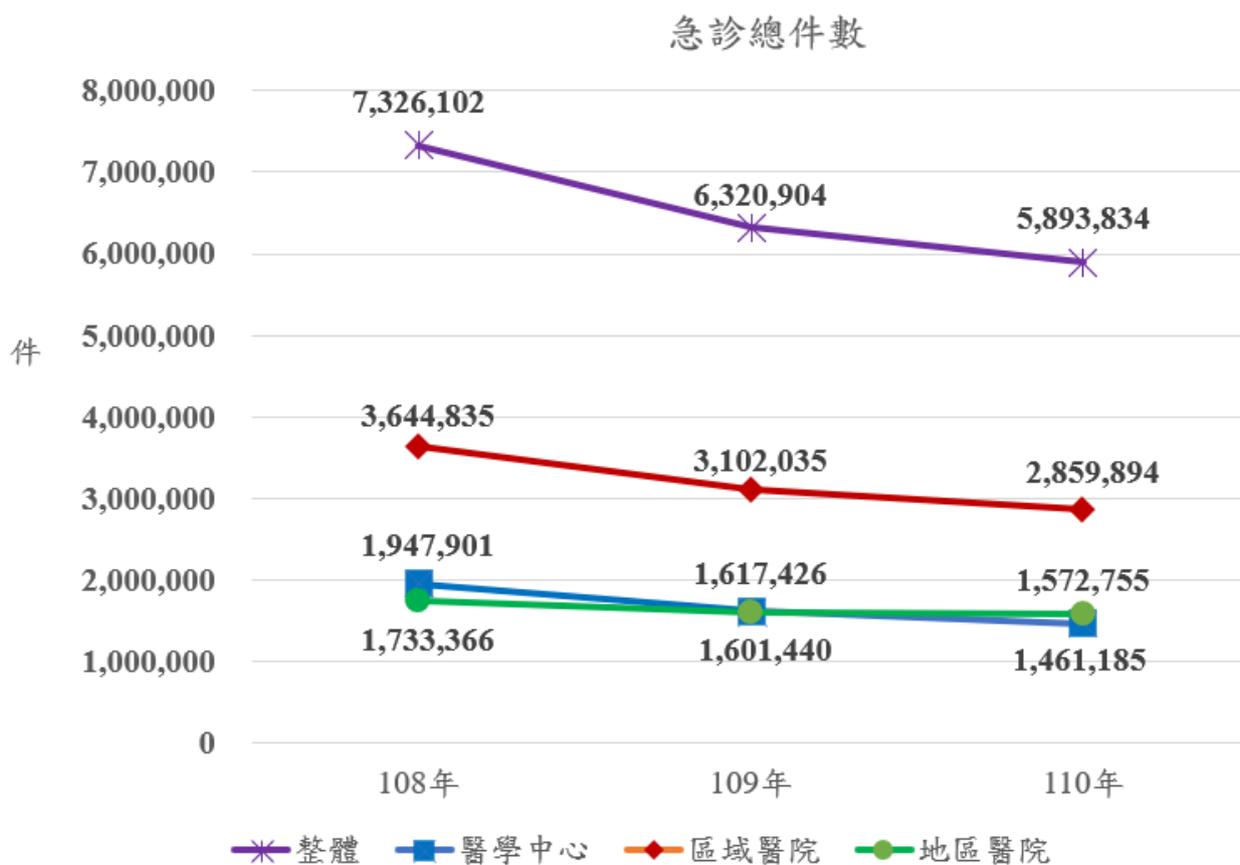
單位：%

層級別	年度	第 1 級	第 2 級	第 3 級
醫學中心	108 年	14.46	11.75	6.31
	109 年	12.06	10.18	5.57
	110 年	14.60	11.02	6.23
區域醫院	108 年	5.47	3.29	1.41
	109 年	4.56	2.81	1.17
	110 年	4.23	2.79	1.20
地區醫院	108 年	1.01	1.16	0.39
	109 年	1.23	1.32	0.43
	110 年	1.96	1.67	0.61

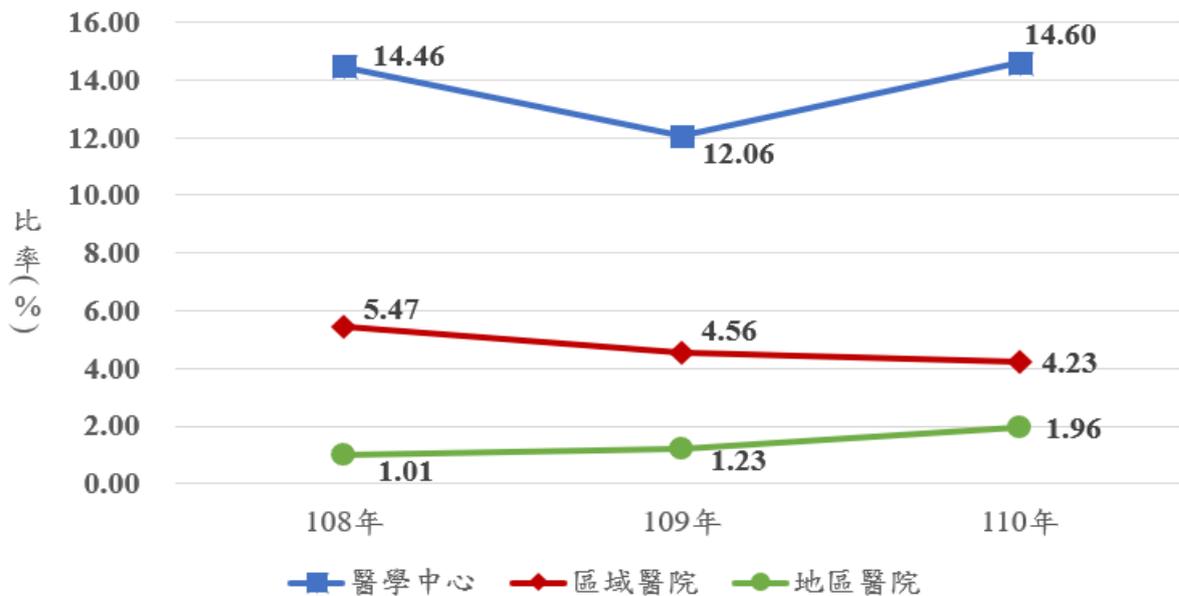
※說明：

- (1)110 年整體急診留置超過 24 小時件數比率較 109 年上升約 0.19 個百分點，惟仍較 108 年下降約 0.24 個百分點。110 年地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，醫學中心及區域醫院指標表現則較 109 年上升，惟仍較 108 年下降。
- (2)110 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 109 年上升 0.17 至 0.68 個百分點，惟仍較 108 年下降。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 109 年上升 2.54 個百分點、區域醫院下降 0.33 個百分點、地區醫院上升 0.73 個百分點。
- (3)查 108 年至 110 年之急診件數呈現逐年遞減，可能係因 COVID-19 疫情導致民眾就醫習慣改變，降低急診就醫情形；又查急診留置超過 24 小時件數，108 年為 20 萬件，109 年及 110 年則持平為 15 萬件；110 年急診總件數較 109 年減少，急診留置超過 24 小時比率，110 年之數值較 109 年上升。
- (4)為提升急診醫療服務品質，健保署於 109 年及 110 年多次與台灣急診醫學會研商並召開專家討論會議，全面檢討「全民健康保險急診品質提升方案」，該方案修訂草案業經健保署 111 年 3 月 10 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通過，並自 111 年 4 月 1 日起實施。本次修訂內容包含急診緊急插管、主動脈剝離需緊急開刀等強化急重症處置效率之獎勵，另外，也針對急診上轉及平轉新增重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵，期能提升急診處置效率。

6.近3年趨勢評析：



檢傷分類第一級急診留置超過24小時比率



整體及各層級醫院之急診總件數逐年下降，然 110 年急診留置超過 24 小時比率卻呈增加趨勢，且近 3 年醫學中心之急診留置超過 24 小時之件數占率(6.14%~7.01%)，均較區域及地區醫院(0.41%~1.57%)為高。另醫學中心急診檢傷分類第 1~3 級留置超過 24 小時比率，遠高於其他層級醫院，以 110 年檢傷分類第 1 級(最嚴重)留置率為例，醫學中心為 14.6%，遠高於區域醫院(4.23%)及地區醫院(1.96%)。依健保署補充說明(詳附錄一，第 79 頁)，可能受疫情影響，確有急症才就醫，故急診總件數下降，另因醫學中心收治病人之病況危急度及嚴重度可能較其他層級醫院高，故病人所需之緊急醫療處置可能較耗時，且也受醫院各類病床占床率影響，致醫學中心急診留置超過 24 小時比率較高。

本會委員十分關切醫學中心急診壅塞問題，建議健保署宜提出能有效改善急診處置效率與品質的方案。依健保署回復說明(詳附錄二，第 91 頁)，造成急診病人滯留原因很多(例如：病況嚴重度、加護病床床位調度、醫療服務量能等)，改善醫學中心急診壅塞情形之措施需多管齊下，近年已陸續推動急診品質提升方案、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、鼓勵地區醫院及基層診所假日開診等，該署將持續監測急診壅塞情形並與相關學協會合作滾動檢討相關策略，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。本指標可瞭解癌末病人臨終前 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. 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 (%)
108 年	50,232	31,538	63
109 年	50,161	32,145	64
110 年	51,656	32,205	62

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)	
108 年	66,754	332,276	399,030	438,114
109 年	68,583	333,506	402,089	445,252
110 年	57,120	344,630	401,751	458,675

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。

110 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)

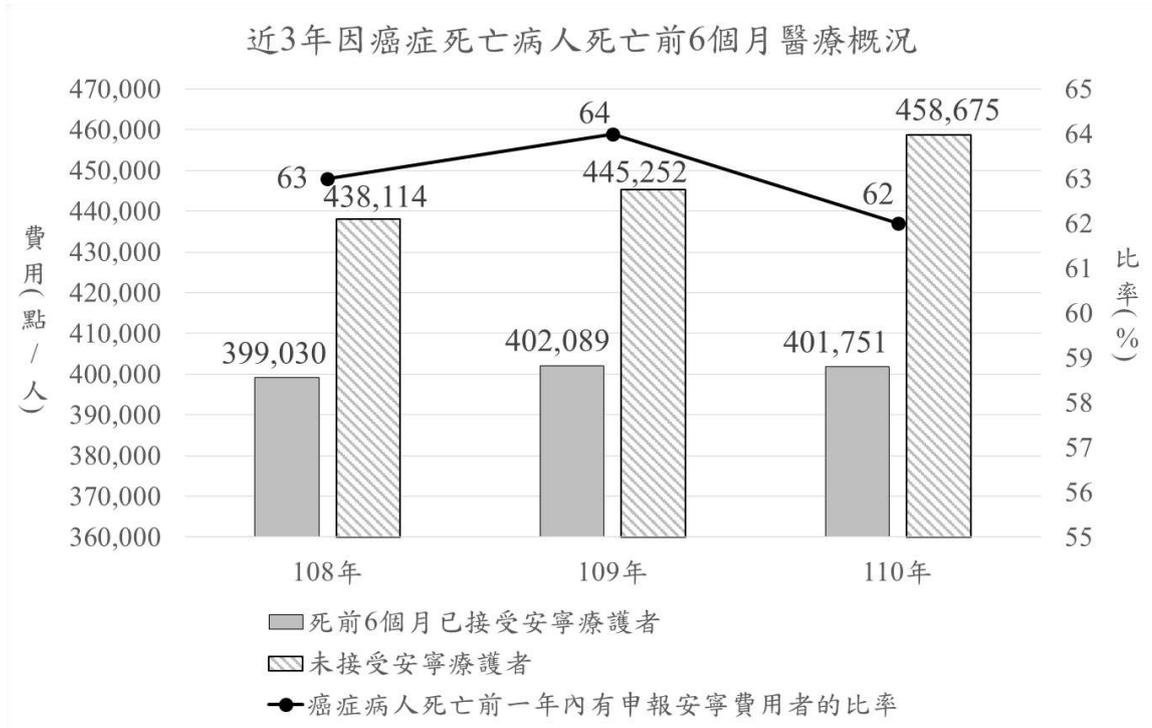
曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點/人	項目	點/人
藥費	134,035	藥費	154,410
病房費	56,154	診療費	59,735
診療費	46,188	病房費	56,390
治療處置費	29,526	檢查費	35,874
診察費	29,814	診察費	30,014

※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，110 年死前 6 個月接受安寧療護者 40.2 萬點，若扣除安寧費用後為 34.5 萬點，而未接受安寧療護者 45.9 萬點，故接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低。

(3)排除基本診療費用後(含安寧費用),已使用與未使用安寧療護者之前3大醫療費用支出為藥費、病房費及診療費。另曾接受安寧療護者除治療處置費外,其餘診療項費用類別均低於未使用者。

6.近3年趨勢評析：



接受安寧療護者較未接受者醫療費用低,宜保持,惟110年癌末病人死亡前一年內有申報安寧費用的比率,為近3年最低,建議健保署進一步瞭解原因,並繼續推動安寧緩和療護服務,鼓勵癌末病人接受安寧療護,以維持生命尊嚴,提高生活品質。

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. 監測結果：

108~110 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	
108 年	13.80	19.59	34.11	22.22	17.13
109 年	13.94	19.35	32.31	21.61	17.04
110 年	13.94	18.85	30.86	21.03	16.73

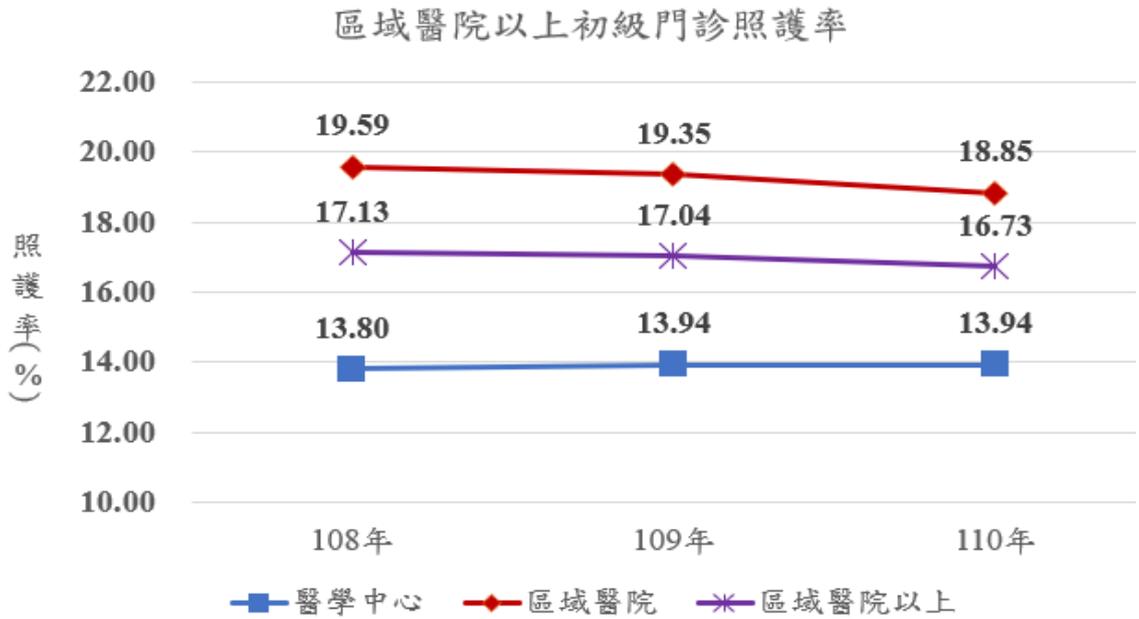
※說明：

(1) 108~110 年醫院初級門診照護率分別為 22.22%、21.61%、21.03%，呈現下降趨勢；其中區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.13%、17.04%、16.73%，呈現下降趨勢。

(2) 自 106 年起健保署致力推動分級醫療各項措施，持續加強宣導分級醫療外，亦積極推動醫療體系垂直整合、調整部分負擔等，以民眾為中心評估其照護需求，藉由分工合作讓大小醫院、診所各司其職，共同照護病人。

(3) 健保署持續監測區域醫院以上初級門診照護率，以及穩定慢性病下轉社區醫院及基層院所。

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。健保為配合分級醫療政策，自 106 年起推動提升基層醫療服務量能、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務等措施，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(以 5 年降低 10%為目標)，雖 109 年起因 COVID-19 疫情，暫緩實施區域級以上醫院門診減量措施，區域醫院初級門診照護率仍呈逐年下降趨勢，醫學中心則於 109 年微幅上升，110 年仍持平。另指標 1.5 西醫基層之就醫人數及件數占率，近 3 年同期資料相比，均呈下降趨勢(詳第 23 頁)，宜併同觀察。

依健保署補充說明(詳附錄一，第 80 頁)，COVID-19 疫情期間，整體就醫件數呈現負成長，惟 COVID-19 症狀初期與上呼吸道感染之症狀相似，致使大醫院初級照護門診案件數增加，該署將持續監測，以確保民眾就醫權益。

因醫學中心初級照護率仍未降低，本會委員關注醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，可能並未如預期改善，考量 COVID-19 與感冒症狀類似，委員建議拉長監測時間以觀察疫情前後變化，及提供各層級初級照護件數；健保署表示將配合持續觀察監測(詳附錄二，第 92 頁)。

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

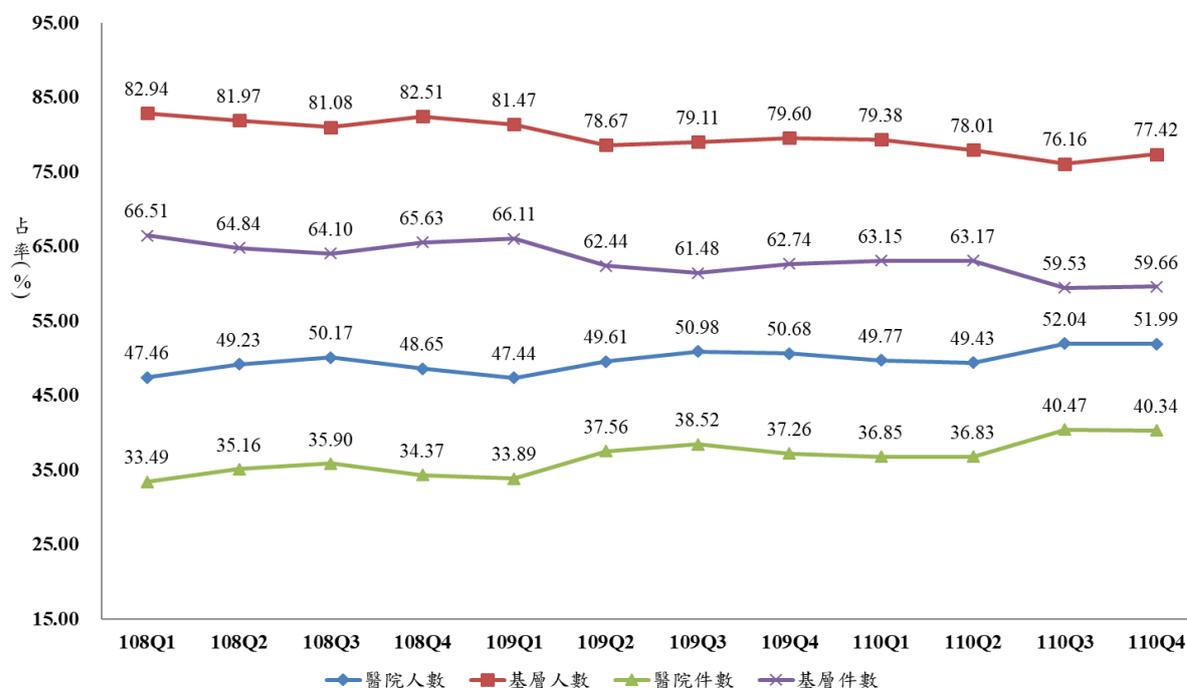
② 件數占率：

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. 監測結果：



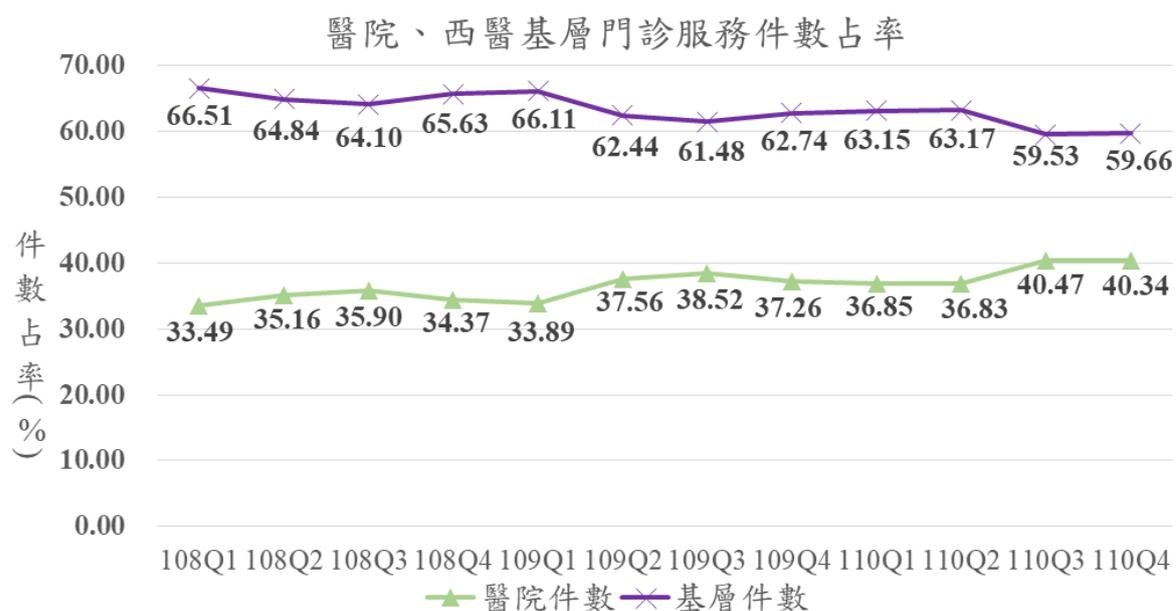
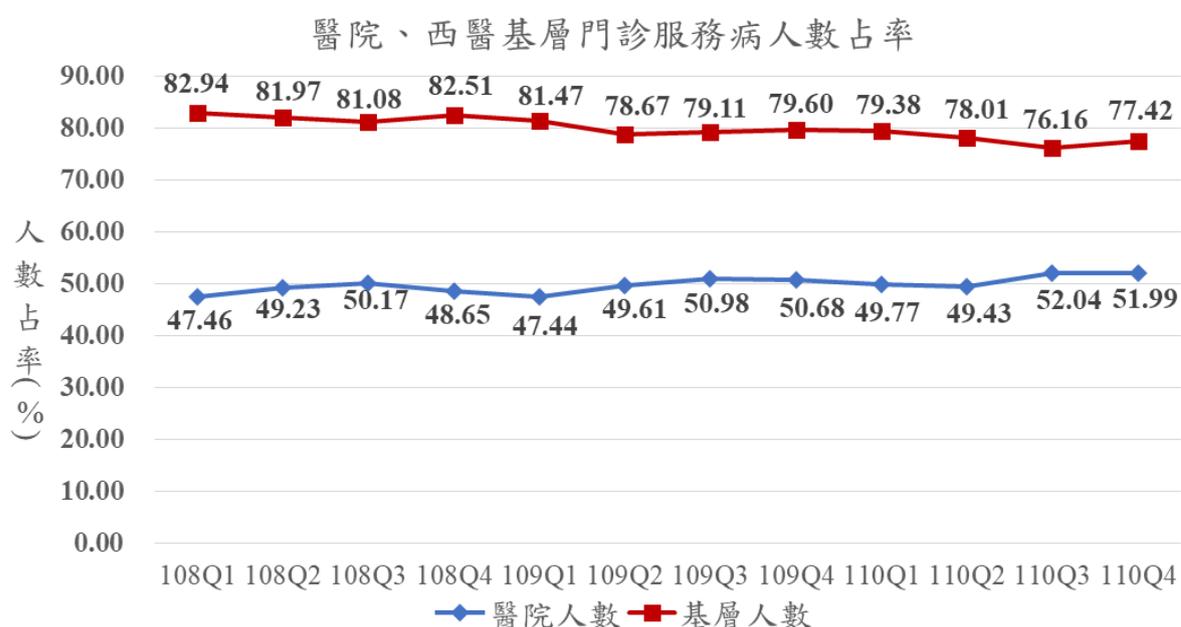
※說明：

(1) 觀察醫院及西醫基層部門間醫療服務消長情形，110年第4季基層就醫病人占率為77.42%，醫院為51.99%；基層件數占率59.66%，

醫院則為 40.34%。

(2)110 年基層件數及人數占率較 109 年略為下降，自 109 年起因疫情影響，整體就醫次數較去年下降，又因民眾加強個人防疫措施(如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等)，降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少，致基層院所就醫次數大幅減少，而急、重、難、罕患者仍需固定至大醫院就診。另民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可以完全改變，仍須再加強溝通宣導並持續觀察。

5.近 3 年趨勢評析：



以近 3 年(108~110 年)同期資料比較，醫院及西醫基層部門之就醫人數及件數皆呈週期性消長，醫院部門就醫人數及件數占率，以第 3 季最高、第 1 季最低(110 年為第 2 季最低)，西醫基層部門則以第 1 季最高(110 年件數為第 2 季最高)、第 3 季最低。自 106 年起健保總額持續挹注預算配合推動分級醫療政策，然近 3 年西醫基層部門之就醫人數及件數占率，均呈下降趨勢，宜進一步瞭解原因。依健保署說明(詳第 22 頁)，自 109 年起因 COVID-19 疫情，民眾加強個人防疫措施，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少，致民眾至基層院所就醫次數大幅減少，而急、重、難、罕患者則仍需固定至大醫院就診。

本會委員關切歷年健保總額挹注預算配合推動分級醫療政策，然本項指標表現與分級醫療政策方向不符；依健保署回復說明(詳附錄二，第 93 頁)，109、110 年西醫基層與醫院總額整體門診件數均為負成長，疫情及防疫政策確有影響民眾改變就醫行為，然民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可完全改變，該署將再加強溝通宣導並持續觀察。

本項指標宜併同持續觀察指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率之趨勢變化情形(詳第 20 頁)，並持續檢討分級醫療政策之成效。

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. 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	108 年上半年	27.26	27.64	0.97	26.18~29.10	25.69~29.59
	108 年下半年	26.23				
	109 年上半年	27.98				
	109 年下半年	27.08				
	110 年上半年	28.91				
	110 年下半年	28.39				
醫學中心	108 年上半年	35.51	36.38	1.47	34.18~38.58	33.45~39.31
	108 年下半年	34.49				
	109 年上半年	36.57				
	109 年下半年	35.65				
	110 年上半年	38.47				
	110 年下半年	37.60				
區域醫院	108 年上半年	29.42	29.30	0.96	27.85~30.75	27.37~31.23
	108 年下半年	27.89				
	109 年上半年	29.96				
	109 年下半年	28.41				
	110 年上半年	30.42				
	110 年下半年	29.71				
地區醫院	108 年上半年	22.78	23.15	0.94	21.73~24.56	21.26~25.03
	108 年下半年	21.68				
	109 年上半年	23.68				
	109 年下半年	22.65				
	110 年上半年	24.17				
	110 年下半年	23.91				
基層院所	108 年上半年	18.47	18.76	0.51	18.00~19.52	17.75~19.78
	108 年下半年	18.04				
	109 年上半年	19.08				
	109 年下半年	18.47				
	110 年上半年	19.33				
	110 年下半年	19.18				

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)藥品費用占率（排除新藥影響）：

單位：%

費用年	占率	新藥申報金額（億元）	扣除新藥後之占率
108年	26.9	137.83	25.1
109年	27.9	215.25	25.1
110年	28.9	268.27	25.2

(3)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	108年 (第7年) 109年10月1 日調整	109年 (第8年) 111年1月1日 調整 ^{註3}	110年 (第9年) 尚未調整 ^{註4}
DET 成長率(%)	4.08	4.88	無
目標值(億元)	1623.1	1702.3	無
核付金額(億元)	1678.3	1803.6	無
價量協議(PVA)回收金額(億元)	14.8	26.7	無
超出額度調整金額(億元，%) ^{註1}	40.4(2.3)	74.6(4.1)	無
藥品費用超過目標總額之百分率(%) ^{註2}	2.5	4.4	無

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。

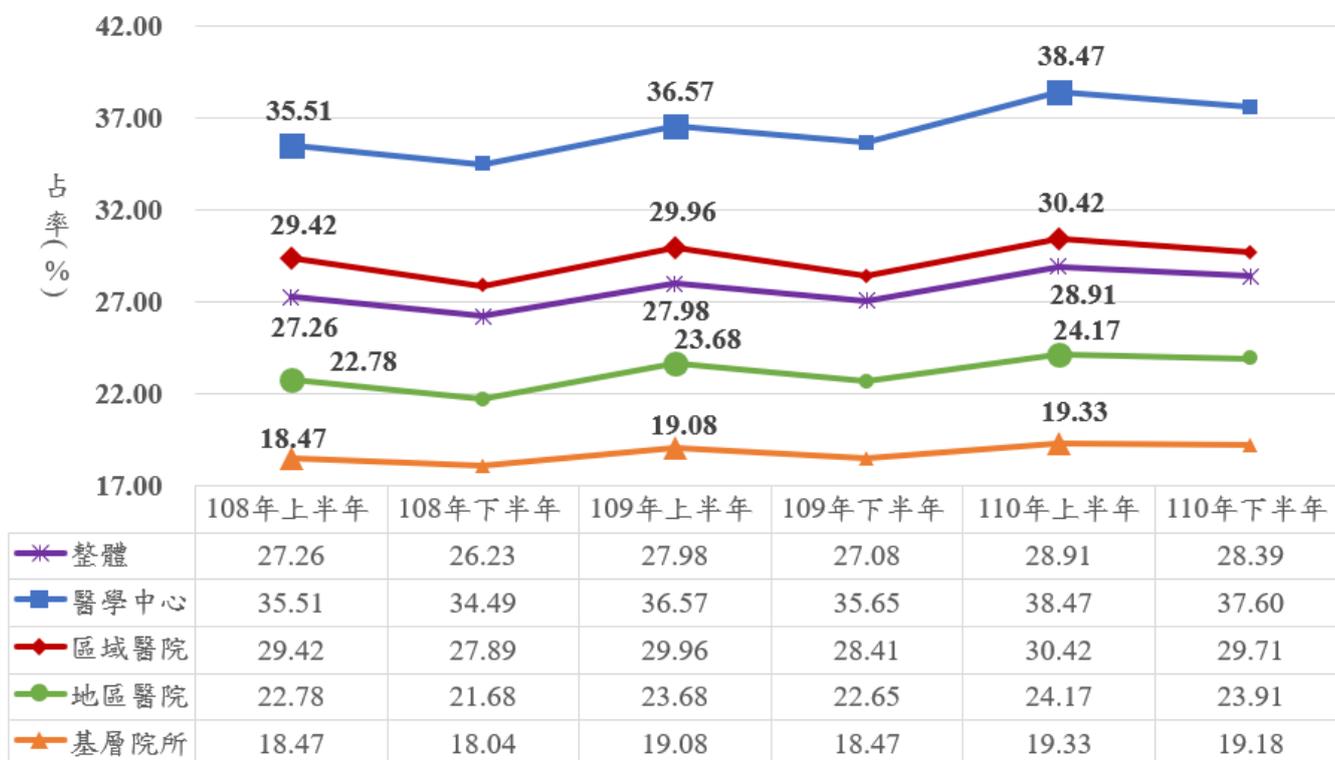
註4：未來DET方案規劃方向仍在研議中，尚未公告。

※說明：

- (1)在藥品費用占率部分，108年至110年之藥費占率呈現上升趨勢。分析藥費占率上升原因，包含：嚴重特殊傳染性肺炎疫情造成醫療費用申報點數降低導致藥費占率增加，另108及109年藥品費用分配比率目標制（DET）方案年度調整之新藥價延後生效及新藥申報金額逐年增加。經排除新藥申報金額之影響，108年至109年藥費占率均維持在25%上下。
- (2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，109年藥品費用超過目標總額之百分率增加至4.4%，可能係因預計於109年4月1日進行DET之藥價調整因疫情延後至109年10月1日。110年DET方案比照前一年度方案辦理，已於111年8月24日公告，成長率為4.524%，新藥品支付價格生效日期為112年1月1日。

5.近 3 年趨勢評析：

藥品費用占率(層級別)



整體而言，藥品費用占率呈週期性(半年)波動，上半年藥品費用較下半年高。以近 3 年同期(半年)資料相比，整體及各層級院所藥品費用占率均逐年增加，110 年上半年整體藥品費用占率已近 29%(醫學中心甚至超過 38%)，依健保署分析其占率上升之原因(詳第 26 頁、附錄一，第 80 頁)，包含：因 COVID-19 疫情造成醫療費用申報點數降低，與延後實施藥價調整，及新藥申報金額逐年增加等，經排除新藥申報金額影響後，108 年~110 年藥品費用占率維持約 25%。惟藥品採固定點值(每點支付金額為 1 元)，藥品費用占率過高將排擠其他醫療服務，建議健保署宜持續留意藥品使用情形及藥品費用結構合理性，以利研議相關管控措施。

因近年藥費占率逐年提高(已快突破 29%)，本會委員提出應檢討 DET 制度；依健保署回復說明(詳附錄二，第 93 頁)，DET 制度已試辦多年，該署將進行評估檢討，並適時修正藥價調整辦法，以周延整體藥價管控機制。

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. 監測結果：

年度	項目	醫院	西醫 基層	中醫 門診	牙醫 門診
110 年	進場、退場 專案計畫占率	0/14	0/12	0/9	1/6
	專款計畫 預算執行率	86%	94%	84%	76%

註：110 年結算數於 111 年 5 月底確認完成，預算執行率如上附表。

※說明：

(1) 截至 110 年度第 4 季各部門總額專款項目之專案計畫數如下表，110 年各部門總額之專案計畫實際結算數值(含計畫獎勵費)已於 111 年 5 月底確認完成。

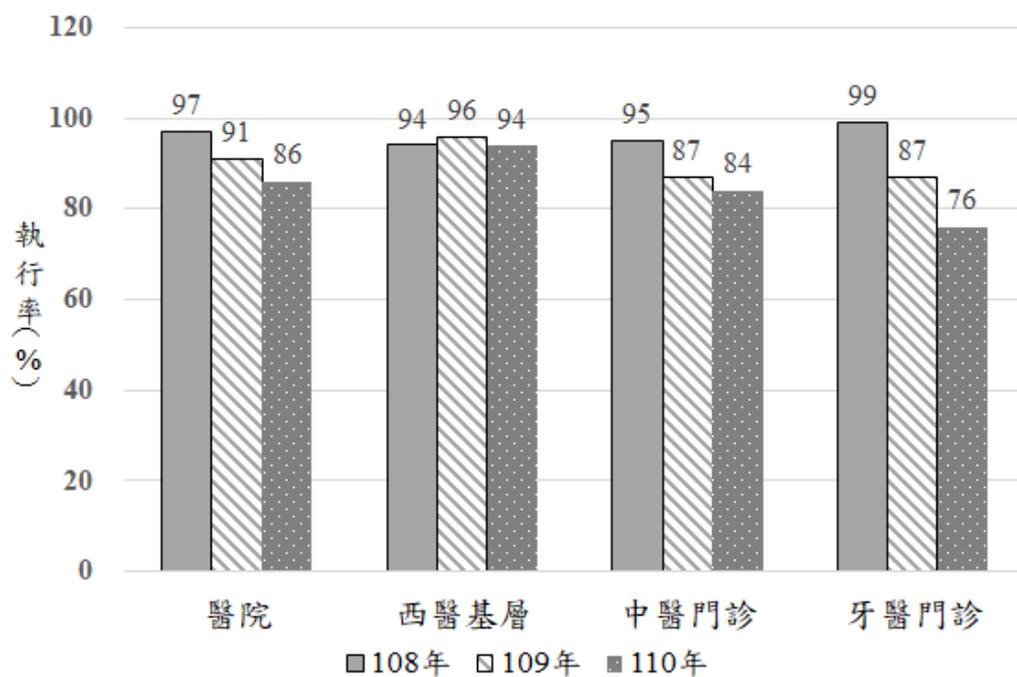
(2) 考量前述部門總額各項專款預算之特殊性(如：為提升可近性、品質、偏遠、弱勢...)，先以整體預算執行率進行監測，更為重要且具可比性，各項專案計畫部分，另配合評核會書面報告所需，就各項專案報告分別填報關鍵指標。

110 年專款項下專案計畫及其執行 110Q1~110Q4 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		
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	各總額醫療資源不足地區改善方案	V	V	V	V
12	網路頻寬補助費用	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		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			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				V
25	0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 (110 年新增)				V
	當年度專案計畫總數	14	12	9	6
	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	86%	94%	84%	76%

5.近 3 年趨勢評析：

健保專款計畫預算執行率

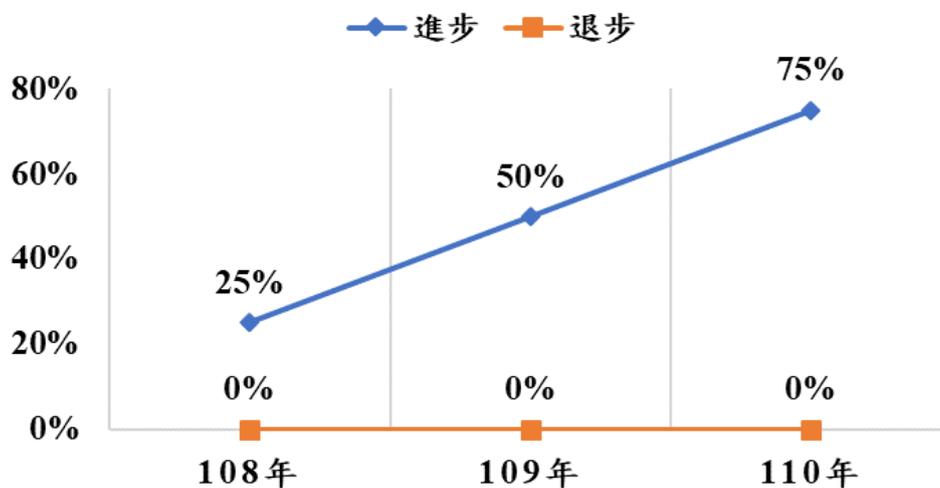


110年各總額部門之專款計畫預算執行率均下降，僅西醫基層之執行率達9成，牙醫門診則未達8成，可能受COVID-19疫情影響，建議健保署宜進一步瞭解原因並研議改善策略。

二、醫療品質構面(4項指標)

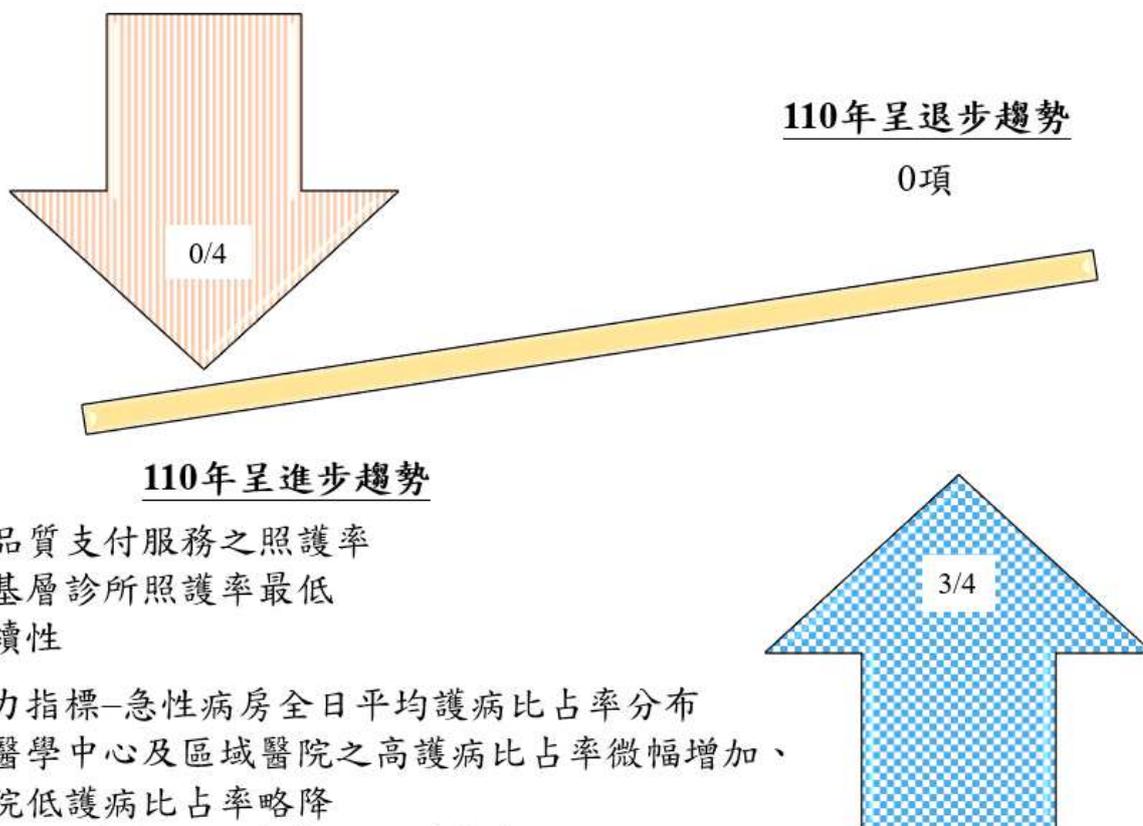
(一)整體表現情形

圖1 近3年醫療品質構面表現趨勢



註：進步趨勢+退步趨勢+無明顯變化趨勢=100%

圖2 110年醫療品質構面表現情形



2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

*宜留意基層診所照護率最低

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

*宜留意醫學中心及區域醫院之高護病比占率微幅增加、
地區醫院低護病比占率略降

110年無明顯趨勢(宜繼續觀察)

2.1 手術傷口感染率無明顯變化

(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 106 頁指標定義)

分母：所有住院手術病人數

4.監測結果：

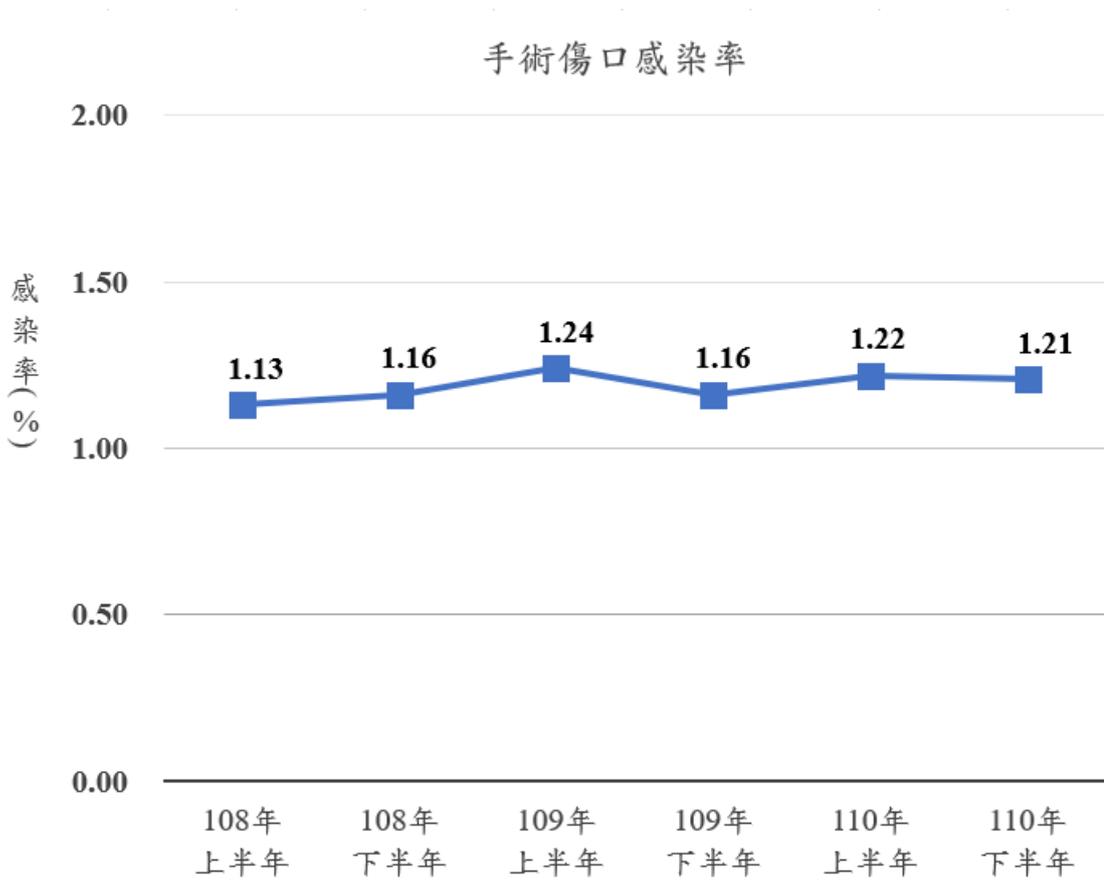
年度	分子	分母	指標值 (%)	院所平均值 (%)	院所標準差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
106 年上半年	5,919	514,100	1.15	0.57	1.33	0.00~2.57	0.00~3.23
106 年下半年	6,582	555,310	1.19	0.54	1.11	0.00~2.21	0.00~2.76
107 年上半年	5,886	522,929	1.13	0.79	4.75	0.00~7.91	0.00~10.29
107 年下半年	6,252	555,332	1.13	0.68	2.54	0.00~4.49	0.00~5.76
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	0.00~3.41	0.00~4.33
110 年上半年	5,958	487,283	1.22	0.93	3.49	0.00~6.17	0.00~7.91
110 年下半年	6,500	539,222	1.21	1.09	6.01	0.00~10.10	0.00~13.11

※說明：

(1)108 年下半年起，呈上升趨勢，至 109 年下半年略為下降，110 年上、下半年又略為上升，109-110 年指標值上升原因，可能受 COVID-19 疫情影響，非急迫性手術延後執行，住院手術病人數(分母)減少所致。

(2)另 108 年及 110 年下半年標準差較大之原因，此項指標為負向指標，大多數院所指標值皆為 0%(分子個案數為 0)，108 年及 110 年下半年有院所指標值為 100%(分子、分母個案數皆為 1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。

5.近 3 年趨勢評析：



近 3 年手術傷口感染率在 1.13%~1.24%間上下波動，依健保署說明，109 年至 110 年指標值上升原因，可能受 COVID-19 疫情影響，非急迫性手術延後執行，住院手術病人數(分母)減少所致，宜繼續觀察，以監理照護結果與過程面的品質。

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. 監測結果：

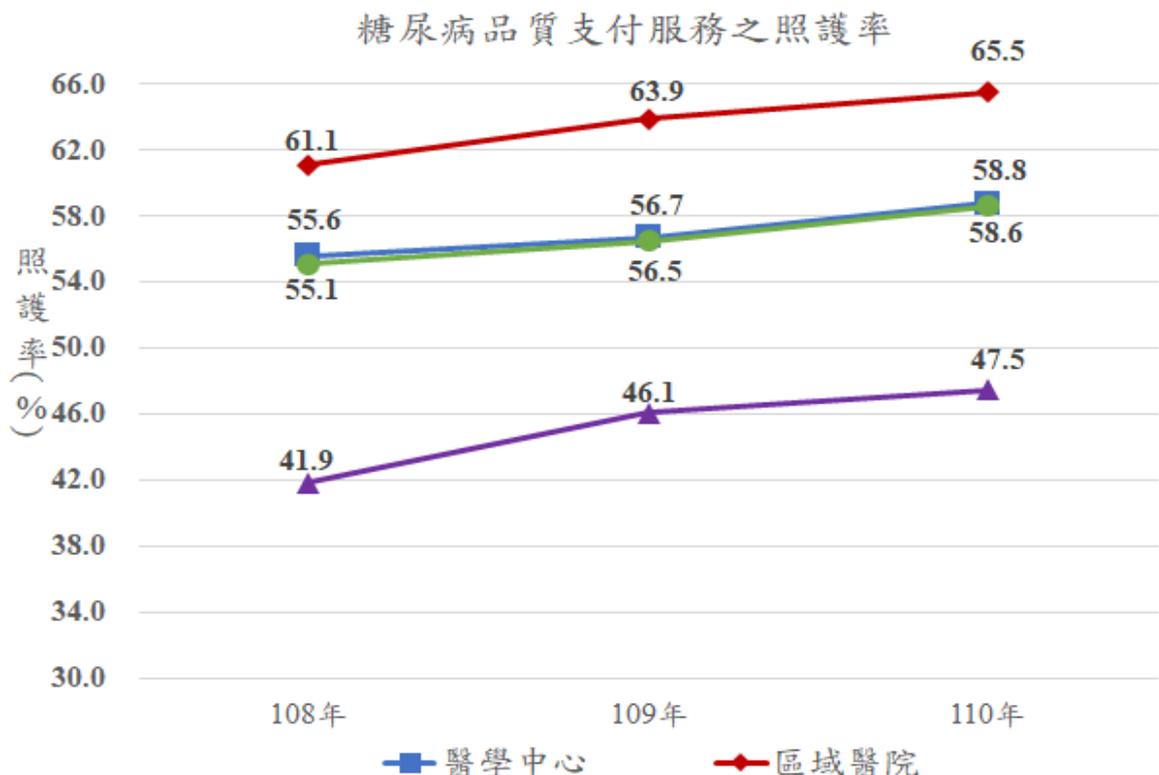
108~110 年糖尿病品質支付服務之照護率

年度	項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
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	589,848	1,414,995
	照護率(%)	55.6	61.1	55.1	41.9	55.4
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	1,493,187
	照護率(%)	56.7	63.9	56.5	46.1	58.3
110 年	照護人數	159,278	273,171	167,339	339,049	936,195
	符合收案人數	270,740	416,911	285,355	713,669	1,563,199
	照護率(%)	58.8	65.5	58.6	47.5	59.9

※說明：

- (1)全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 108 年 55.4%，110 年增加為 59.9%。各層級之糖尿病照護率亦從 108 年 41.9%~61.1%，110 年增加為 47.5%~65.5%，其中區域醫院之照護率最高。
- (2)查各年度之西醫基層照護率為最低，可能係因健保署配合國家衛生政策，糖尿病方案之參與條件結合衛生福利部國民健康署之糖尿病共照網策略，規範院所應組成團隊，除醫師外，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，故健保署自 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)結果上傳至健保署雲端系統，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)，健保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，提供糖尿病人長期且持續完整服務。

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。各層級院所中，以區域醫院照護率最高(超過 6 成)，基層診所最低(未達 5 成)，依健保署說明(詳第 35 頁)，糖尿病方案(即糖尿病品質支付服務)規範院所組成之照護團隊需有護理及營養衛教人員，基層診所可能因無法組成照護團隊而無法加入糖尿病方案，故照護率較低，該署另以支付個案管理費方式鼓勵無法加入糖尿病方案之院所，持續積極追蹤糖尿病病人治療狀況，並提供長期完整服務。本項指標與指標 3.2 糖尿病病人住院率(詳第 48 頁；110 年糖尿病病人住院率較 108 年及 109 年略有改善)，宜併同觀察。

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)，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。

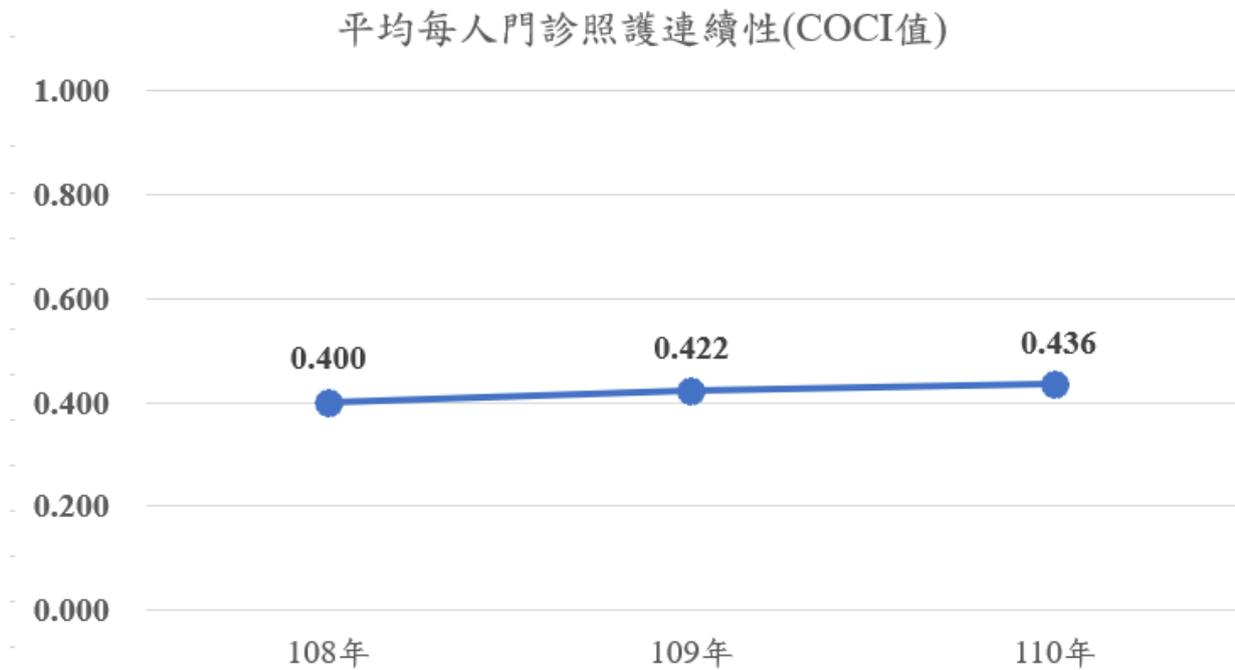
4. 監測結果：

年度	108 年	109 年	110 年
平均每人門診 照護連續性	0.400	0.422	0.436

※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 1，110 年平均每人照護連續性為 0.436，較 109 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，110 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. 監測結果：

108 年 1~12 月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)
20%	< 7.0	10.7	< 10.0	57.9	< 13.0	86.8
17%	7.0-7.4	21.3	10.0-10.4	17.3	13.0-13.4	2.3
14%	7.5-7.9	47.0	10.5-10.9	12.1	13.5-13.9	1.6
5%	8.0-8.4	18.7	11.0-11.4	4.5	14.0-14.4	1.5
2%	8.5-8.9	2.3	11.5-11.9	7.3	14.5-14.9	1.7
無	> 8.9	0.0	> 11.9	1.0	> 14.9	0.9
不適用 ^{註3}		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	> 8.9	0.0	> 11.9	0.3	> 14.9	1.4
不適用 ^{註3}		0.0		0.0		4.7
	小計	100	小計	100	小計	100

110 年 1~12 月全日平均護病比登錄統計

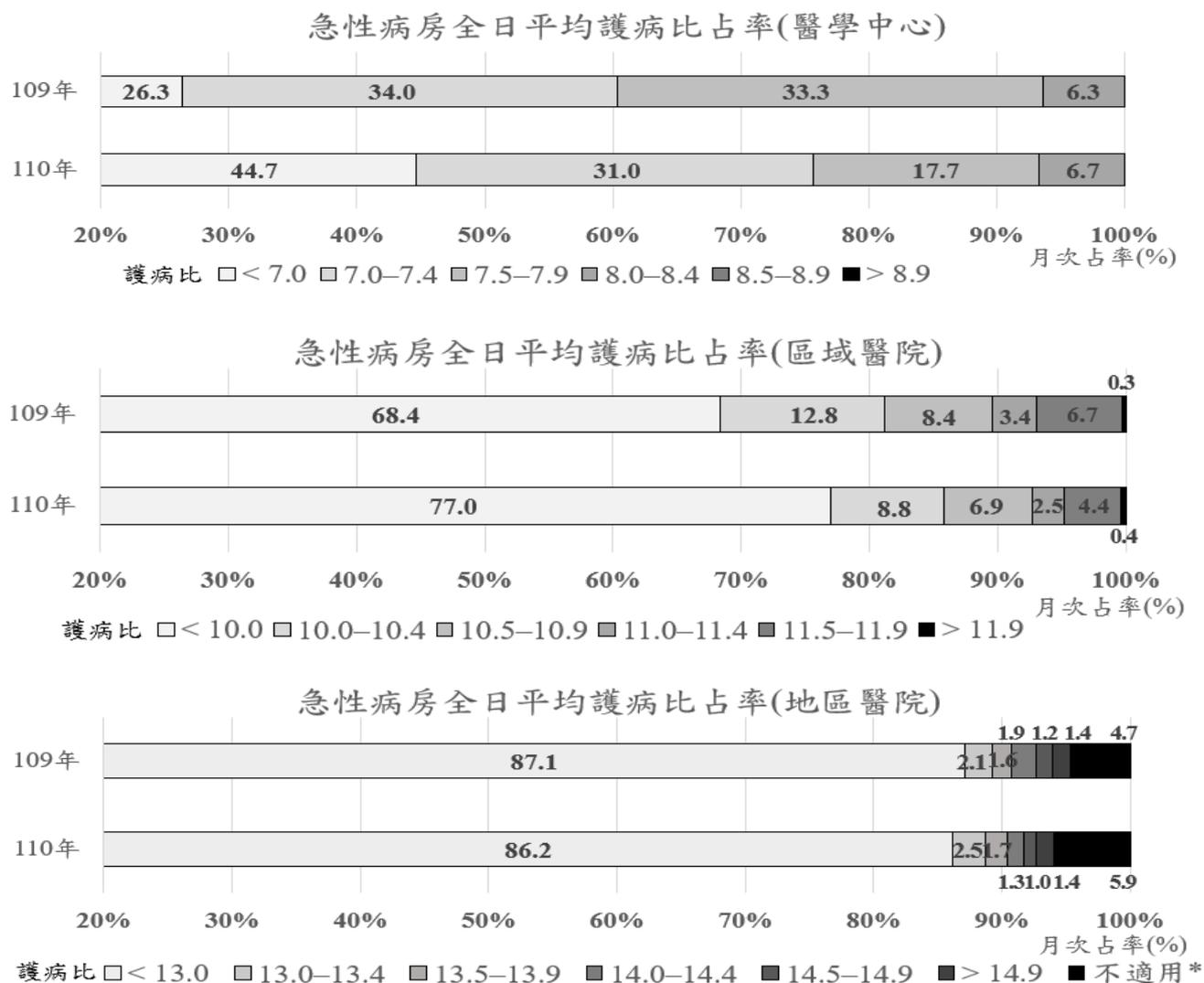
加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)	範圍	月次占率 (%)
20%	< 7.0	44.7	< 10.0	77.0	< 13.0	86.2
17%	7.0-7.4	31.0	10.0-10.4	8.8	13.0-13.4	2.5
14%	7.5-7.9	17.7	10.5-10.9	6.9	13.5-13.9	1.7
5%	8.0-8.4	6.7	11.0-11.4	2.5	14.0-14.4	1.3
2%	8.5-8.9	0.0	11.5-11.9	4.4	14.5-14.9	1.0
無	> 8.9	0.0	> 11.9	0.4	> 14.9	1.4
不適用 ^{註3}		0.0		0.0		5.9
	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。

※說明：

108 年至 110 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%~99.6%，地區醫院符合加成之月份占 92.7%~93.9%；另為配合 108 年 5 月醫療機構設置標準之修正，爰自 109 年起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 年資料無法與 109 年、110 年比較。

5.近 2 年趨勢評析：



急性病房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。依健保署說明(詳第 40 頁),108 年修改全日平均護病比計算方式,故 108 年資料無法與 109 年、110 年比較。以近 2 年資料相比,110 年醫學中心及區域醫院護病比占率分布,雖有朝低護病比方向移動(淺色圖例的占率提升),然高護病比占率(深色圖例)亦微幅增加,宜繼續觀察。另醫學中心護病比小於 7 之占率,雖有漸提升(26.3%至 44.7%),仍尚未達 5 成,相較於區域醫院及地區醫院,仍有努力空間。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,建議健保署宜與醫護團體共同研議策略,促使醫學中心護病比能早日往 1:7 的方向邁進。

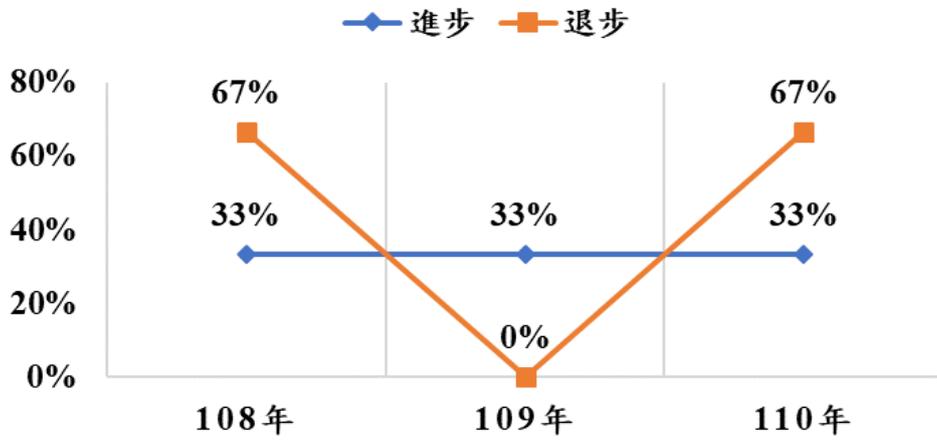
本會委員認為全日平均護病比是相對寬鬆的標準,不能全貌瞭

解護理人員「經常性勞動條件」是否得到改善，期待健保署能儘速邀集各利害關係團體重新研議，將「三班護病比」納入本指標。依健保署回復說明(詳附錄二，第 94 頁)，醫療機構設置標準及醫院評鑑基準均規範急性一般病床之「全日平均護病比」，該署曾於醫院總額研商議事會議及醫療服務共擬會議討論分三班別登錄護病比，惟決議仍維持現行登錄方式；未來醫療機構設置標準及醫院評鑑基準護病比人力計算範圍如有修訂，該署亦將配合調整護病比人力之計算範圍。

三、效果構面(3項指標)

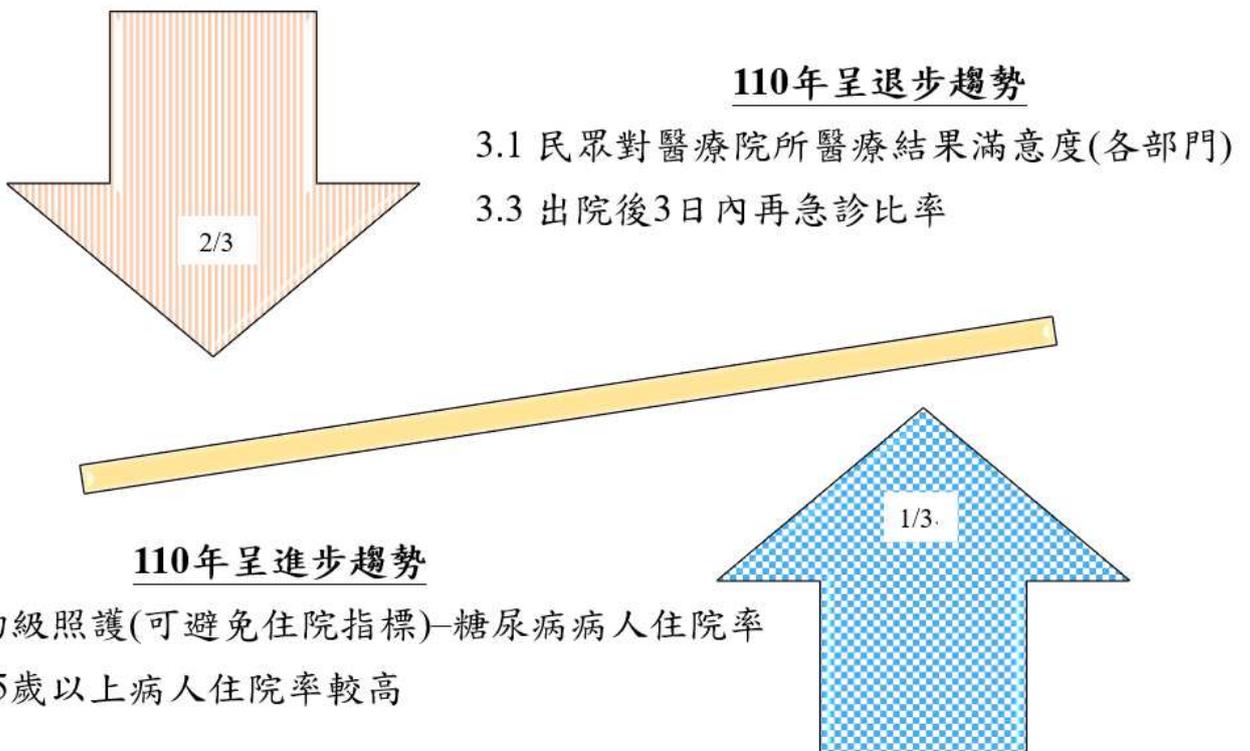
(一)整體表現情形

圖1 近3年效果構面表現趨勢



註：進步趨勢+退步趨勢+無明顯變化趨勢=100%

圖2 110年效果構面表現情形



(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.監測結果：

單位：%

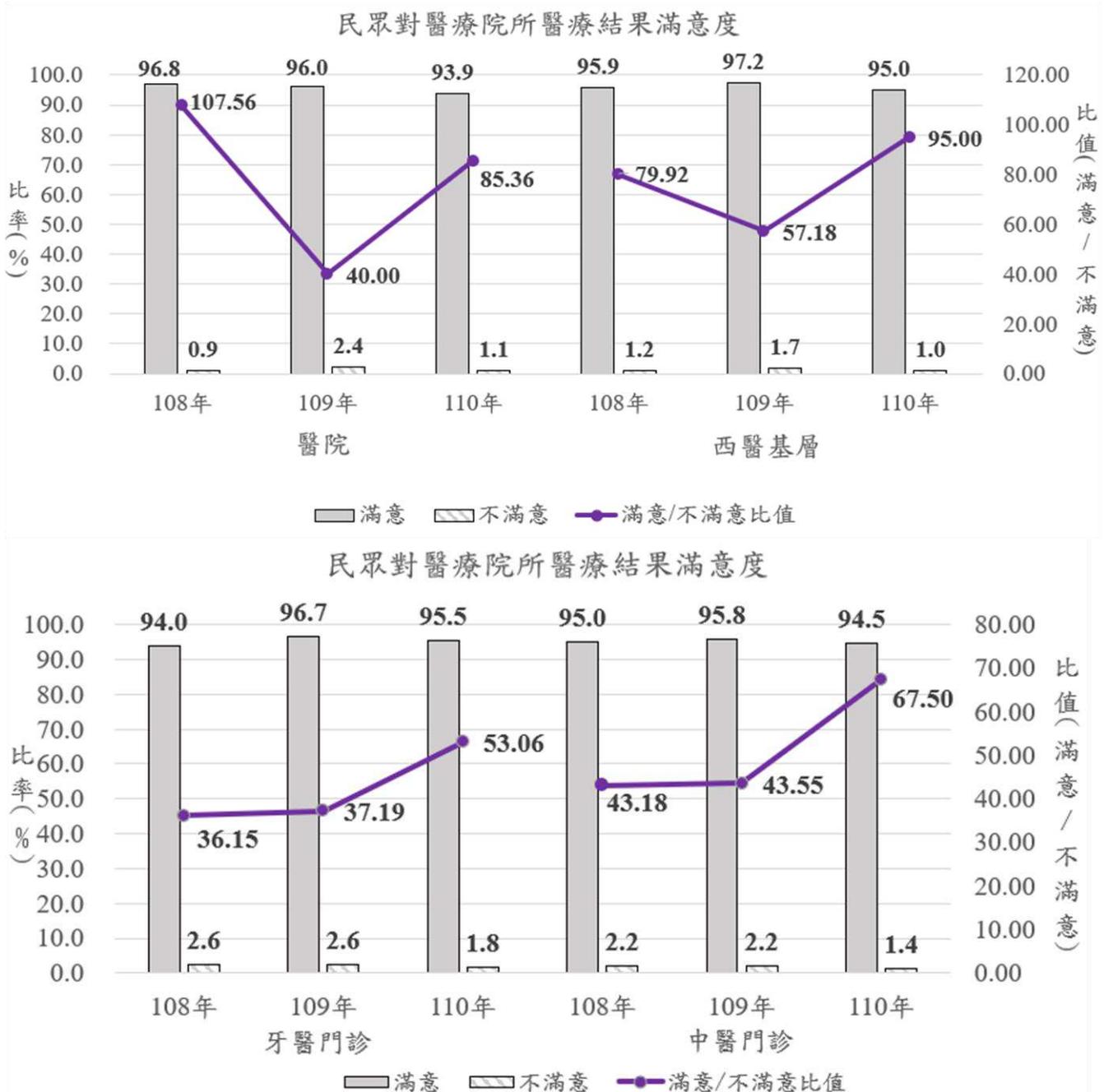
總額別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
108年	滿意度 96.8(98.4)	95.9(97.3)	94.0(96.5)	95.0(97.4)
	滿意/ 不滿意 96.8/0.9=107.56	95.9/1.2=79.92	94.0/2.6=36.15	95.0/2.2=43.18
109年	滿意度 96.0(96.9)	97.2(97.8)	96.7(97.3)	95.8(96.7)
	滿意/ 不滿意 96.0/2.4=40	97.2/1.7=57.18	96.7/2.6=37.19	95.8/2.2=43.55
110年	滿意度 93.9(97.6)	95.0(98.0)	95.5(97.8)	94.5(97.8)
	滿意/ 不滿意 93.9/1.1=85.36	95.0/1.0=95	95.5/1.8=53.06	94.5/1.4=67.5

※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：



110年民眾就醫滿意度調查結果，各總額部門之滿意度均較109年低，若再加上「普通」(110年回答普通的比率增加)，則較109年略高；不滿意之比率，亦較109年為低；滿意/不滿意之比值則增加。

各總額部門近3年滿意度，醫院部門呈逐年下降，可能受COVID-19疫情影響；西醫基層、牙醫及中醫門診部門，109年較108年增加，110年則又下降；宜繼續觀察各總額部門滿意度變化，如持續下降，建議健保署與各總額部門進一步瞭解原因，以利檢討改善。

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

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. 監測結果：

年齡層	單位：%		
	108 年	109 年	110 年
15-24	0.02	0.03	0.02
25-34	0.03	0.03	0.03
35-44	0.06	0.06	0.05
45-54	0.11	0.11	0.10
55-64	0.17	0.17	0.15
65-74	0.32	0.31	0.27
75~	0.58	0.57	0.50
整體	0.14	0.14	0.13

※說明：

(1) 108~109 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 0.58% 及 0.57%；另此 2 年的糖尿病病人住院率未有明顯變化。110 年資料尚需配合保險對象資料來源，故提供 108-109 年資料。

(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) 查本監測指標之糖尿病病人定義為 ICD-10-CM：E100-E149。

惟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及初期慢性腎臟病照護整合方案中之「糖尿病」照護對象為 90 日內於同院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM：E08-E13）達 2 次以上之病人。

(4)承上，110 年糖尿病方案照護率為 59.9%。另分析 15 歲以上各年齡層照護率，75 歲以上為 61.78%，屬各年齡層照護率最低；65-74 歲為 65.7%，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，尚難確認是否得藉由糖尿病方案加強收案追蹤管理，以降低糖尿病病人之住院率。

(5)為強化糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人照護，健保署自 111 年 3 月 1 日起，新增糖尿病合併初期慢性腎臟病照護之獎勵措施，透過調升共病病人之管理照護費，鼓勵院所組成跨疾病之照護團隊。將持續滾動式檢討方案內容及執行成效，並鼓勵更多院所參與。

5. 國際比較：

各國 15 歲以上人口糖尿病病人住院率

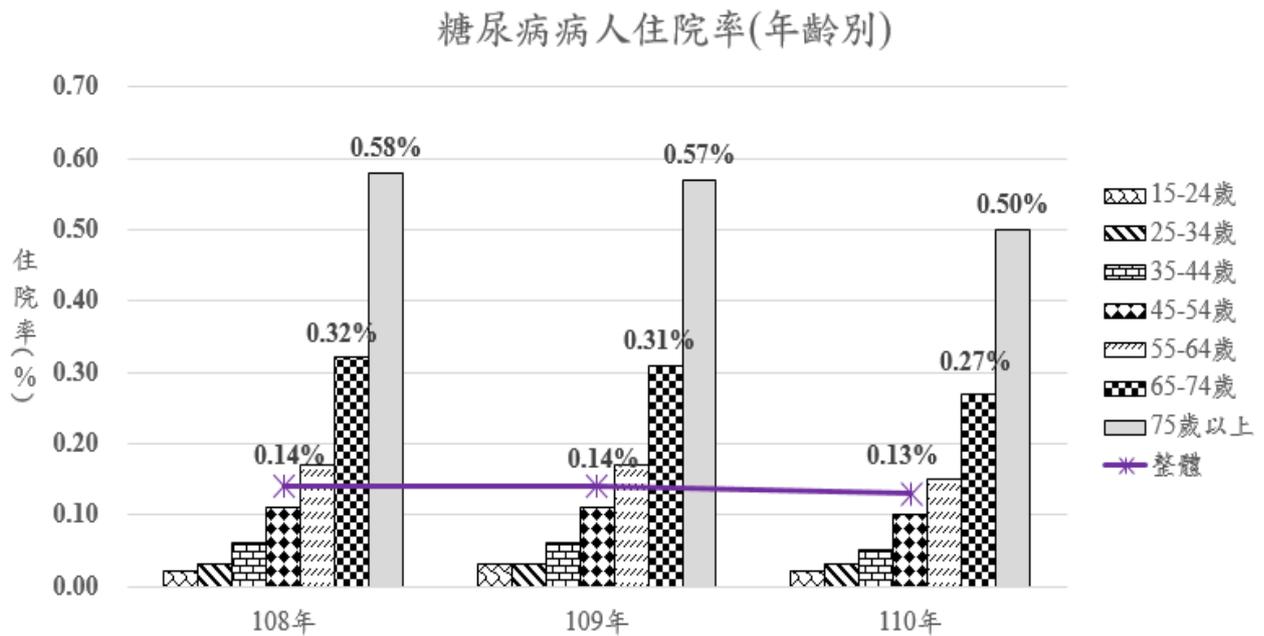
國家	單位：%				
	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
加拿大	0.09	0.10	0.10	0.10	...
丹 麥	0.14	0.14	0.13	0.13	...
芬 蘭	0.11	0.12	0.11	0.11	...
挪 威	0.08	0.08	0.07	0.07	...
瑞 典	0.09	0.08	0.08	0.08	...
英 國	0.07	0.07	0.08	0.08	0.07
韓 國	0.26	0.25	0.24	0.22	...
新加坡 (非 OECD 國家)	0.42	0.46	0.45	0.42	
臺 灣	0.13	0.13	0.14	0.14	0.14

資料來源：OECD Statistics (<https://stats.oecd.org>)，資料擷取時間 111/10/14。

註：...表示無資料。

鄰近國家中，韓國與新加坡之糖尿病病人住院率近年呈下降趨勢，惟仍高於我國，而我國則自 107 年起略為上升；與歐美國家相比，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：



110年整體及各年齡層(尤以65歲以上者)糖尿病病人住院率，相較108及109年略有改善，惟宜留意75歲以上病人住院率較高。本項指標與指標2.2糖尿病品質支付服務照護率(詳第36頁；照護率皆逐年上升)，宜併同觀察。

專家學者請健保署補充研析各年齡層因糖尿病住院的原因，以利擬訂改善策略。依健保署補充說明(詳附錄一，第83頁)，糖尿病可能導致多項併發症，歷年糖尿病病人住院率於各年齡層分布之趨勢皆一致，隨年紀增加而上升，且75歲以上者住院率較高，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，另為強化糖尿病及初期慢性腎臟病共病病人照護，該署將持續滾動式檢討糖尿病及初期慢性腎臟病照護方案內容。

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. 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%
108 年	2.02	0.06	3.85	0.03
109 年	1.90	-0.12	3.68	-0.17
110 年	1.93	0.03	3.76	0.08

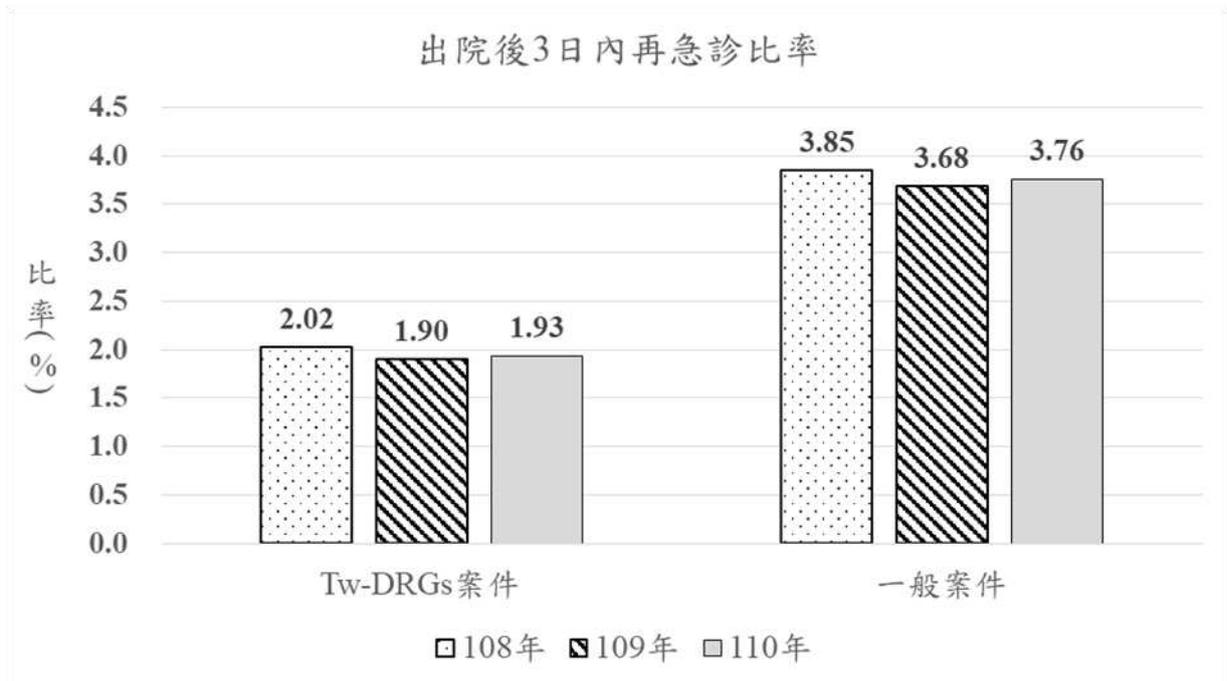
※說明：

(1) Tw-DRGs 案件：3 日內再急診率由 108 年之 2.02% 微幅下降至 110 年之 1.93%，減少 0.09 個百分點。

(2) 一般案件：3 日內再急診率由 108 年之 3.85% 下降至 110 年之 3.76%，減少 0.09 個百分點。

(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 110 年指標值分別為 2.00%、1.91%、1.96%、2.02%、1.90%、1.93%，雖 106 年至 108 年呈上升趨勢，惟指標值並未大幅變動，又 110 年 Tw-DRGs 案件出院 3 日內再急診率較 109 年微幅上升 0.03 個百分點，可能受 COVID-19 疫情影響，將持續監測出院後 3 日內再急診率。

5.近3年趨勢評析：

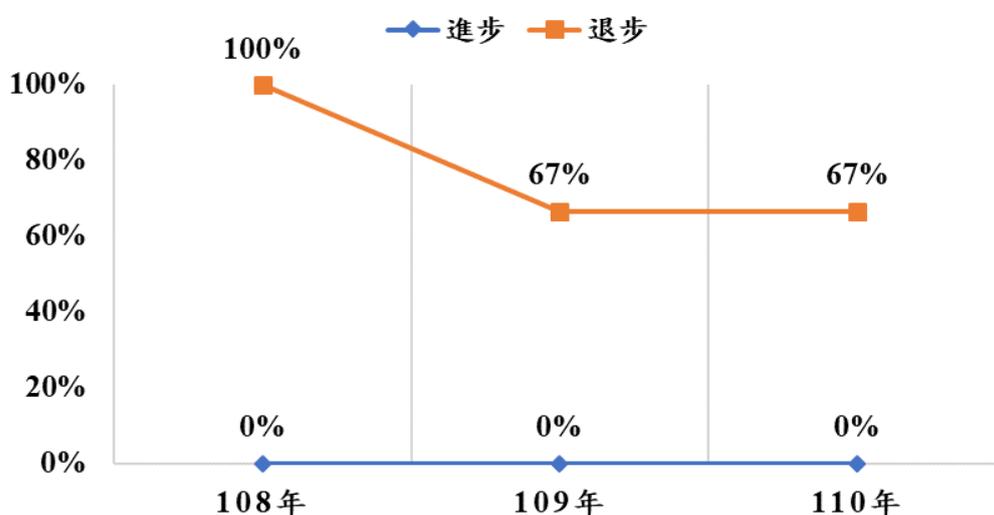


近3年出院後3日內再急診比率，Tw-DRGs案件均低於一般案件，然110年兩者之出院後3日內再急診率，均較109年微幅增加，依健保署說明(詳第49頁)，可能受COVID-19疫情影響，該署將持續監測出院後3日內再急診率。

四、資源配置構面(3項指標)

(一)整體表現情形

圖1 近3年資源配置構面表現趨勢

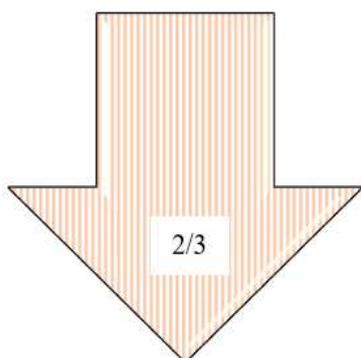


註：進步趨勢+退步趨勢+無明顯變化趨勢=100%

圖2 110年資源配置構面表現情形

110年呈退步趨勢

- 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)
- 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)



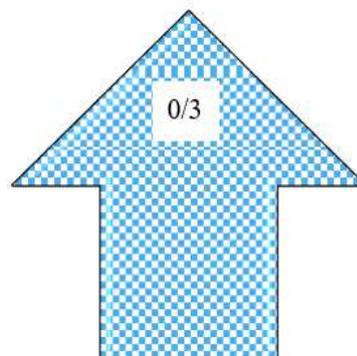
110年呈進步趨勢

0項

110年無明顯趨勢(宜繼續觀察)

- 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

*宜留意部分項目自付差額特材占率逐年增加



(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.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
108	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23
109	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87
110	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13

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。

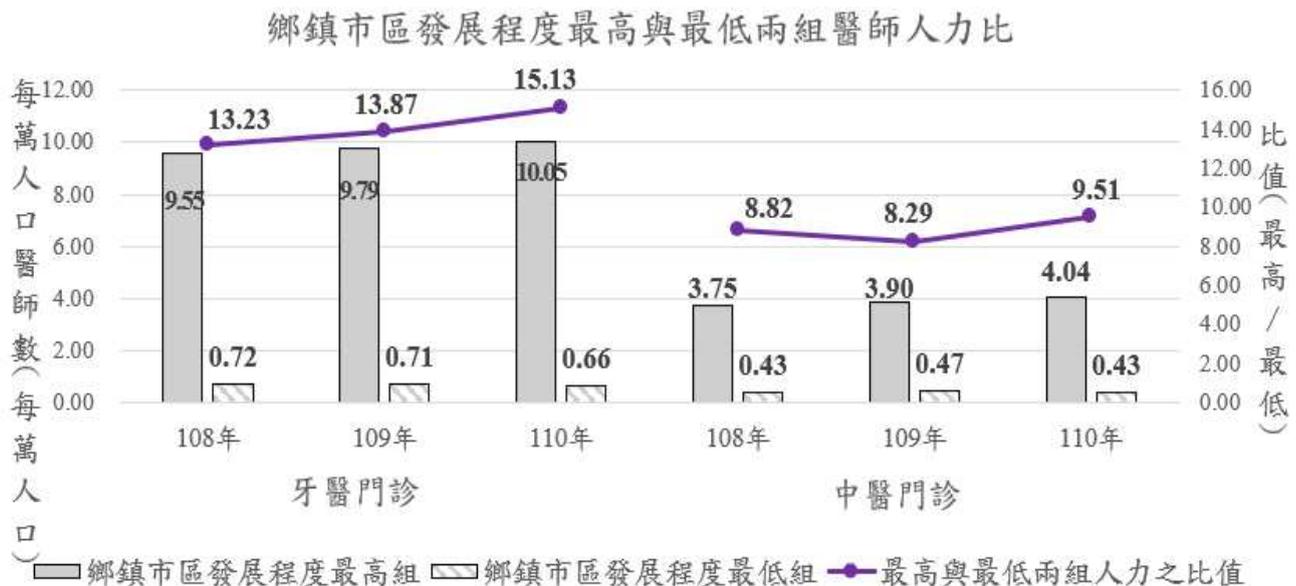
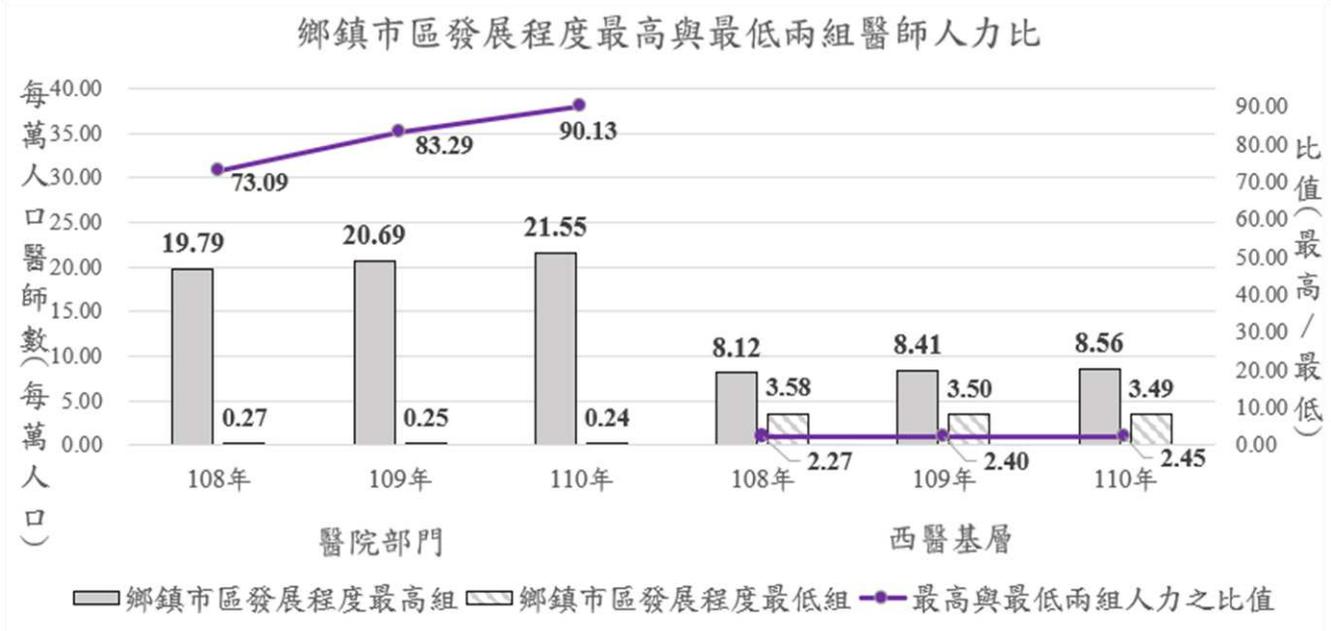
以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組「每萬人口醫師數」(各部門)
單位:‰

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
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
110	44.21	4.82	21.55	0.24	8.56	3.49	4.04	0.43	10.05	0.66

※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):110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、中醫門診、牙醫門診比值皆較109年增加。
- (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：110年醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診之每萬人口醫師數較109年增加。
 - ②最低組醫師數：110年醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診之每萬人口醫師數較109年略減。
- (3)分析最高與最低兩組「每萬人口醫師數」，結果如下：
 - ①110年最高組及最低組之戶籍人數均較109年減少。
 - ②110年最高組之醫師數皆較109年增加；最低地區之醫師數皆較109年減少。
- (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，110年醫院、西醫基層、中醫門診及牙醫門診之比值較109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。
- (5)健保署推動IDS計畫、各部門總額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、醫療資源不足地區保險對象就醫之可近性，該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值，數值愈大，代表鄉鎮間醫師人力分布差距漸大(即醫師人力往都市化地區集中)。110年鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比值，各總部門均較109年高，且為近3年最高；進一步探討是因各總額部門每萬人口醫師數在最高組皆呈增加趨勢，在最低組則呈減少趨勢。

專家學者指出醫院部門最高與最低兩組醫師人力之比，由103年的54.83，至110年已增加為90.13，且各部門的最高與最低兩組醫師人力之比，有漸擴大的現象，就醫可近性的不公平顯然在惡化中，

請健保署補充研析可能之原因及改善措施。依健保署補充說明(詳附錄一，第 83 頁)，偏遠及離島地區因地理環境致交通不便、人口稀少且分散，故醫事人力招募不易，醫療資源相對於一般地區不足，為提升偏遠及離島當地民眾就醫可近性，除衛福部持續精進公費醫師培育制度、改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援、推動遠距醫療等措施，該署亦推動偏鄉地區醫療服務之各項計畫，包含藉由山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)，將門診與專科診療支援送至山地離島地區，並提供緊急後送等醫療服務、西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓勵醫師至醫療資源不足地區開業及提供巡迴醫療等，以維護偏遠及離島地區民眾就醫可近性，縮短城鄉醫療資源差距。

本會委員從監測結果發現醫師人力朝都市化地區流動，十分關切偏鄉人口的就醫基本需要是否有得到滿足、健康公平性有沒有受到影響；依健保署回復說明(詳附錄二，第 95 頁)，為保障偏遠及離島地區民眾就醫權益，該署積極辦理各項計畫，以西醫醫療資源不足地區改善方案為例，109、110 年計畫服務診次及服務人次之執行數皆超過目標數，各計畫成果如附錄二(第 95 頁)。

為保障民眾就醫的公平性，健保總額亦藉由「錢跟著人走」的地區預算分配方式，來降低地區間的醫療資源分配不公平。惟醫院設立及醫師執業有諸多考量因素，本指標與指標 4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(詳第 58 頁)，宜併同觀察。

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. 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：%

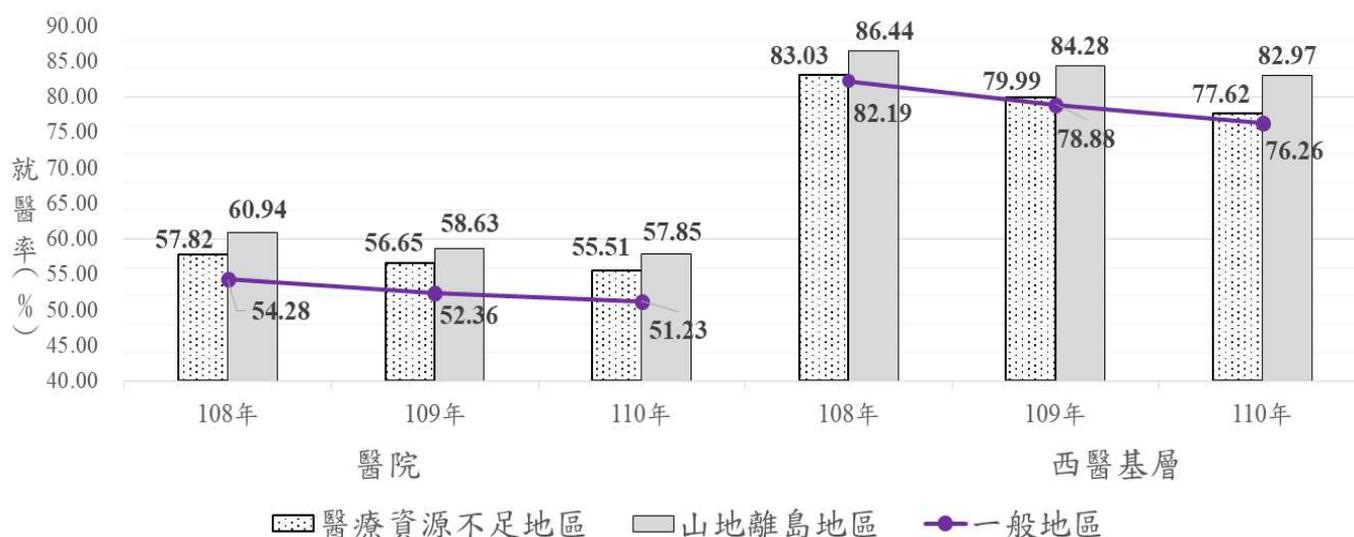
年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
		108 年	一般地區	54.28	82.19
	醫療資源不足地區	57.82	83.03	32.84	19.77
	山地離島地區	60.94	86.44	42.22	23.51
109 年	一般地區	52.36	78.88	46.36	25.18
	醫療資源不足地區	56.65	79.99	31.77	18.83
	山地離島地區	58.63	84.28	41.54	22.63
110 年	一般地區	51.23	76.26	45.00	22.91
	醫療資源不足地區	55.51	77.62	31.09	16.88
	山地離島地區	57.85	82.97	40.47	20.72

※說明：

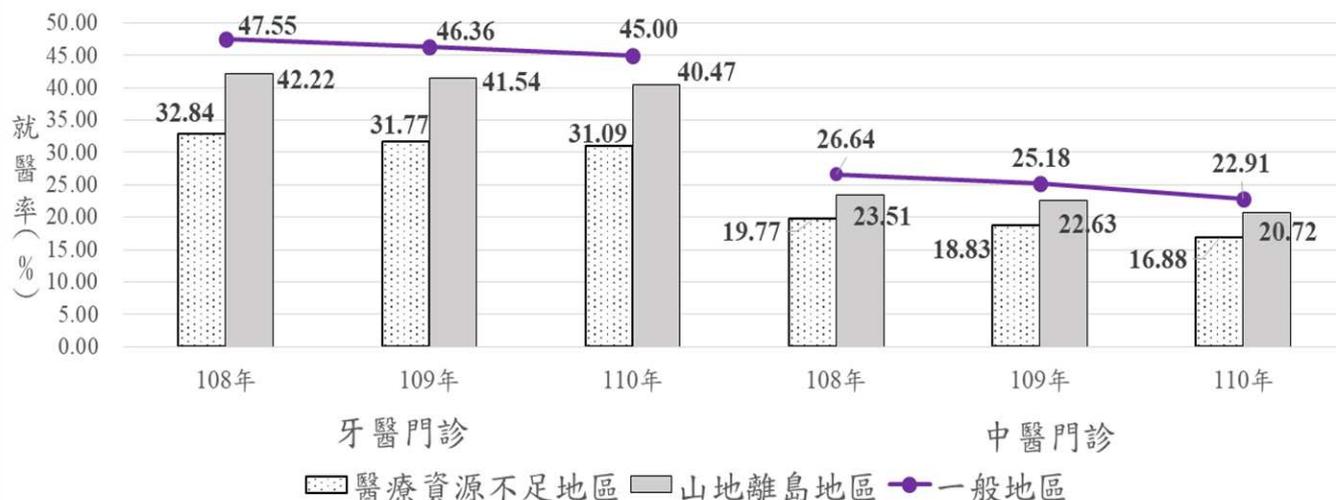
- (1)110 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診及中醫門診部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。
- (2)110 年牙醫門診、中醫門診部門山地離島或醫療資源不足地區就醫率仍低於一般地區，惟經健保署推動各項計畫(IDS 計畫、各醫療資源不足地區改善方案)，查 110 年牙醫門診及中醫門診之醫療資源不足或山地離島地區就醫率與一般地區就醫率差距較 109 年減少，顯示偏遠地區就醫利用趨近一般地區。
- (3)為提升山地離島、醫療資源不足地區就醫可近性，健保署每年滾動式檢討相關方案(中、牙醫醫療資源不足地區改善方案)，並持續挹注相關預算，如 111 年中醫醫療資源不足地區改善方案預算由 140.6 百萬元增加至 172 百萬元，持續鼓勵中醫師在無中醫醫事服務機構之鄉鎮提供開業及巡迴服務，另 111 年牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，新增(1)本方案施行地區得提供「健保牙醫總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」服務，及(2)「健保牙醫特殊醫療服務計畫」服務之對象包含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者等規定。

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



一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率



近3年各總額部門各地區就醫率，呈減少趨勢；另醫療資源不足及山地離島地區就醫率，在醫院及西醫基層部門，皆高於一般地區，而牙醫及中醫門診部門，則皆低於一般地區，未有明顯提升。

專家學者請健保署針對牙醫及中醫在醫療資源不足地區與山地離島地區之就醫率較一般地區為低，補充研析可能原因及解決方案；依健保署補充說明(詳附錄一，第84頁)，109及110年因國內COVID-19疫情嚴峻，民眾就醫習慣改變，因此無論是一般地區、醫療資源不足地區或是山地離島地區，牙醫及中醫109-110年就醫率相較108年皆呈現下降趨勢，該署已放寬中醫及牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之管理原則及滾動檢討相關方案內容，俾能提供符合當地需求之醫療服務。

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. 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
108 年上半年	0.0445						
108 年下半年	0.0443						
108 年全年	0.0444						
109 年上半年	0.0422						
109 年下半年	0.0471	0.0447	0.0002	0.0444	0.0450	0.0443	0.0451
109 年全年	0.0448						
110 年上半年	0.0429						
110 年下半年	0.0469						
110 年全年	0.0449						

註：平均值*：108~110 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*：108~110 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		平均值	
					±1.5*標準差		±2.0*標準差	
特殊功能 人工水晶體	108年	37.9	39.5	1.5	37.3	41.6	36.6	42.4
	109年	39.1						
	110年	41.4						
特殊材質 人工髖關節	108年	28.5	28.6	0.2	28.4	28.9	28.3	29.0
	109年	28.5						
	110年	28.9						
特殊功能 人工心律調節器	108年	44.4	44.2	0.9	42.9	45.6	42.4	46.0
	109年	42.6						
	110年	45.6						
冠狀動脈塗藥支架	108年	66.1	66.9	1.0	65.4	68.5	64.9	69.0
	109年	66.3						
	110年	68.4						
特殊材質生物組織 心臟瓣膜	108年	41.5	40.9	1.1	39.2	42.6	38.6	43.2
	109年	39.3						
	110年	41.9						
義肢	108年	7.7	7.3	1.1	5.6	9.0	5.0	9.6
	109年	8.4						
	110年	5.7						
腦脊髓液分流系統	108年	81.8	82.1	0.4	81.5	82.7	81.3	82.9
	109年	81.9						
	110年	82.7						
治療淺股動脈狹窄 之塗藥裝置	108年	36.8	37.3	1.7	34.8	39.8	34.0	40.7
	109年	35.6						
	110年	39.6						
治療複雜性心臟不 整脈消融導管	108年	16.4	31.7	12.0	13.7	49.7	7.7	55.7
	109年	32.9						
	110年	45.7						
特殊功能及材質髓 內釘組	108年	58.4	61.1	2.3	57.6	64.5	56.6	65.7
	109年	60.8						
	110年	64.0						

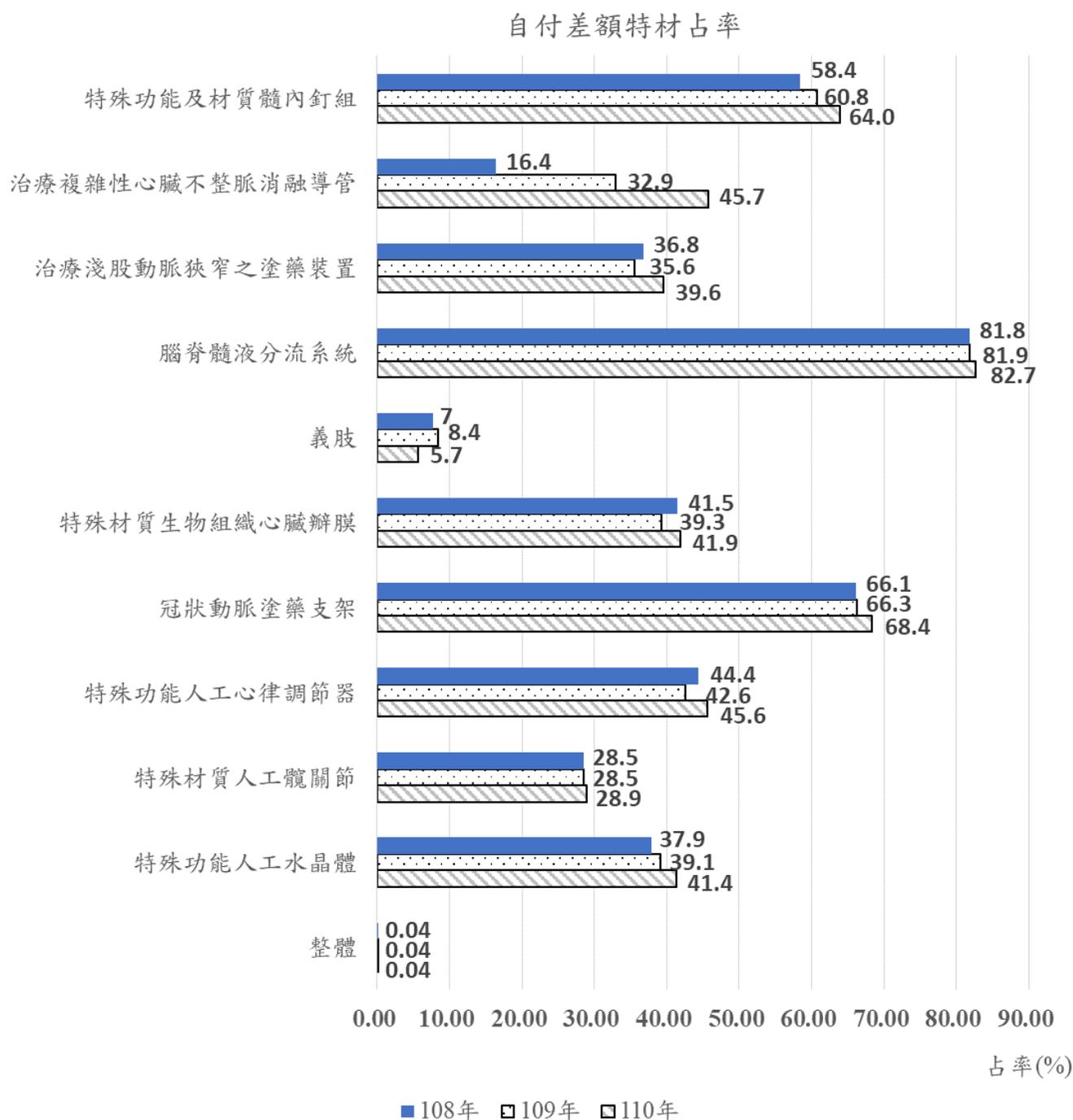
※說明：

民眾差額特材 108 年為 0.0444%，109 年為 0.0448%，110 年全年占率為 0.0449%，平均占率為 0.0447%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長的情形。其中：

- (1)特殊功能人工水晶體：於 109 年至今調整功能分類，由 12 類調整為 10 類，例如延伸焦距、二焦點、三焦點等類別，較健保單焦球面人工水晶體有不同功能性，涉及民眾自身的工作型態及生活機能，爰民眾選用自付差額人工水晶體有逐漸增加趨勢。
- (2)特殊功能人工心律調節器：自 108 年 10 月起「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)」由自付差額品項改為全額給付品項，致 109 年自付差額特材下降至 42.6%。110 年使用量回復與 108 年申報情形相同，將持續觀察。
- (3)冠狀動脈塗藥支架：自付差額特材申報占率 108 年至 110 年皆達 60%以上，並提案至 111 年 3 月全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群，爰委託藥品查驗中心(CDE)協助進行醫療科技再評估(HTR)，將俟評估結果，再依程序辦理。
- (4)腦脊髓液分流系統：自付差額特材申報占率 108 年至 110 年皆達 8 成以上，已於 111 年 9 月提案至全民健保特材共同擬訂會議中，決議此案特材具有臨床需要性，同意先將市占率最高的「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，後續將依程序辦理相關事宜。
- (5)複雜性心臟不整脈消融導管：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 108 年 16.4%上升至 110 年 45.7%。
- (6)特殊功能及材質髓內釘組：考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，110 年 9 月將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內

釘組納入自付差額特材給付，自 110 年 12 月 1 日起生效，爰申報占率由 108 年 58.4% 上升至 110 年 64.0%。

5.近 3 年趨勢評析：



截至 110 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變化趨勢，宜繼續觀察。然其中「特殊功能及材質髓內釘組」、「腦脊髓液分流系統」、「冠狀動脈塗藥支架」等 3 項特材，自付差額占率超過 6 成，特別是「腦脊髓液分流系統」近 3 年占

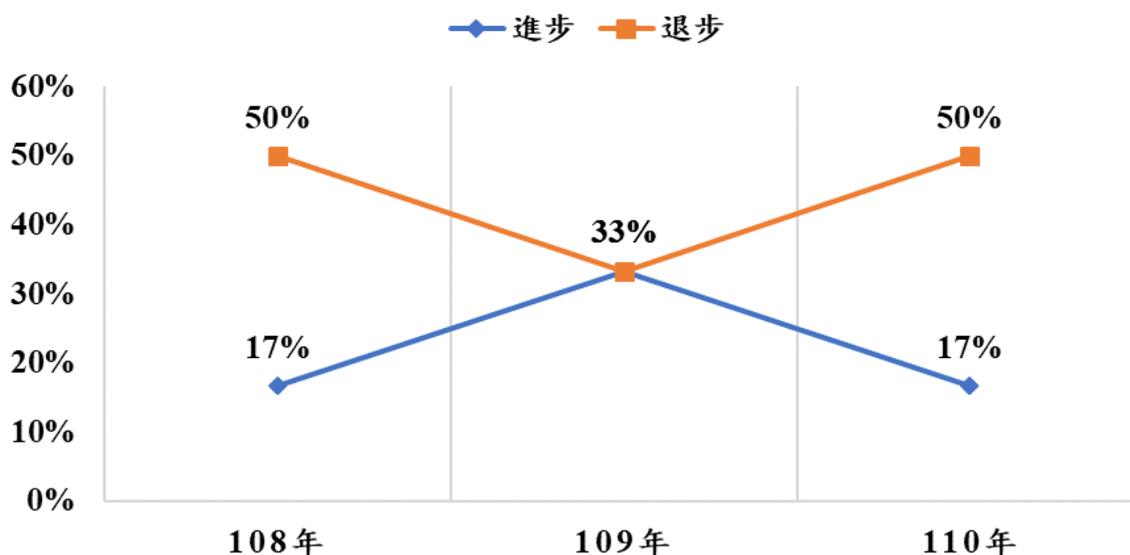
率皆逾 8 成，且逐年增加，顯示病人對此特材有高度需求。

本會委員向來極為關切自付差額特材使用情形，建議健保署宜積極研議將已近於常態或必要使用之自付差額特材納入全額給付，以減少民眾就醫的財務負擔，並應提供民眾更清楚易懂之醫材價格、功能等資訊，以方便民眾判斷及選擇。

五、財務構面(6項指標)

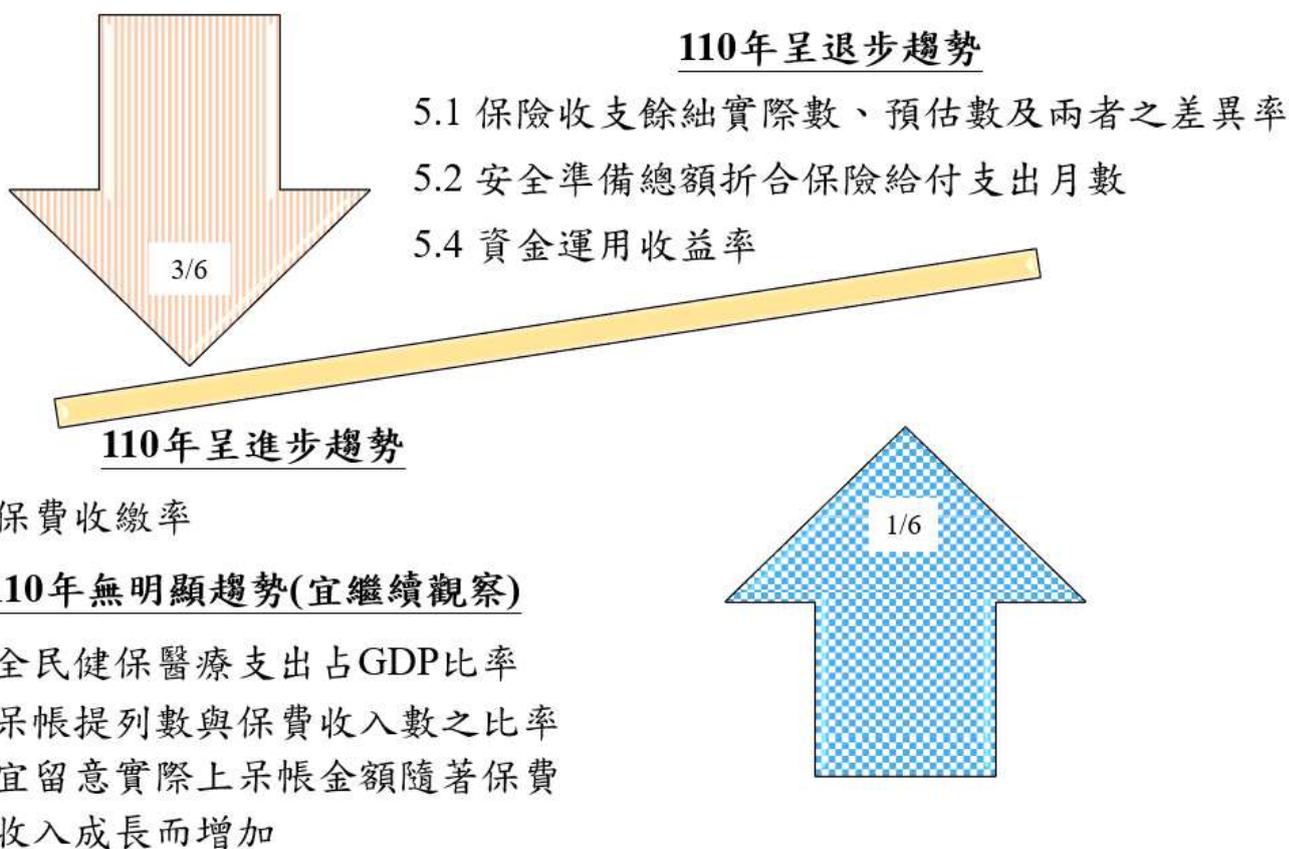
(一) 整體表現情形

圖 1 近 3 年財務構面表現趨勢



註：進步趨勢+退步趨勢+無明顯變化趨勢=100%

圖 2 110 年財務構面表現情形



(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.監測結果：

年度	108 年	109 年	110 年
實際數(億元)	-341.97	-676.07	-155.15
預估數(億元)	-417.05	-675.58	-240.49
差異數(億元)	75.08	-0.49	85.34
差異率(%)	-18.00	0.07	-35.49

單位：%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
-46.84	-39.58	-17.81	3.97	11.23

※說明：

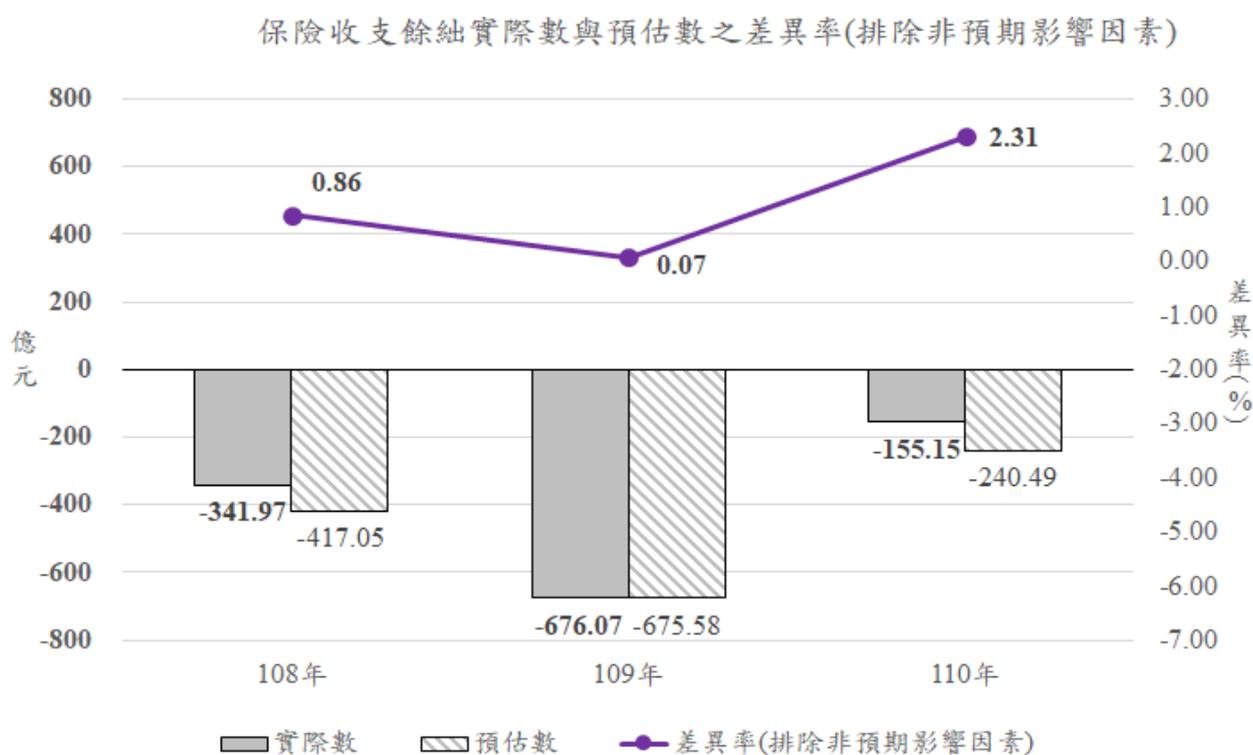
(1)108~110 年為審定決算數。

(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%。

(3)110 年主要係因補充保險費收入數高於預期，致保險費收入實際數較預估數增加約 91 億元。若排除前揭因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 2.31%。

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，越趨近於零，代表收支餘絀預估之準確性越高。108 年及 110 年差異率(-18.0%及-35.49%)較大原因，依健保署說明(第 65 頁)，108 年係因保險費實際收入數較預估數增加、且保險成本實際數亦較預估數減少，110 年則因補充保險費收入數高於預估數；如排除前開非預期影響因素，近 3 年差異率在 0.07%至 2.31%。

專家學者建議宜研析差異率原因究為預期影響因素及非預期影響因素，俾作為預測模式修正之參考，以降低差異率。依健保署補充說明(詳附錄一，第 85 頁)，110 年差異原因主要為補充保險費收繳高

於預期，而補充保險費實際數易受景氣波動影響，爰差異原因係為非預期影響因素。

為能更準確地掌握財務狀況，建議健保署具體檢討差異率增加的原因，並探討近3年疫情對財務收支影響，以作為未來財務預估之參考。

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. 監測結果：

截至年度	108 年底	109 年底	110 年底
折合月數(月)	3.23	1.88	1.55
增減數(億元)	-341.97	-676.07	-155.15

單位：月

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
0.76	1.13	2.22	3.31	3.68

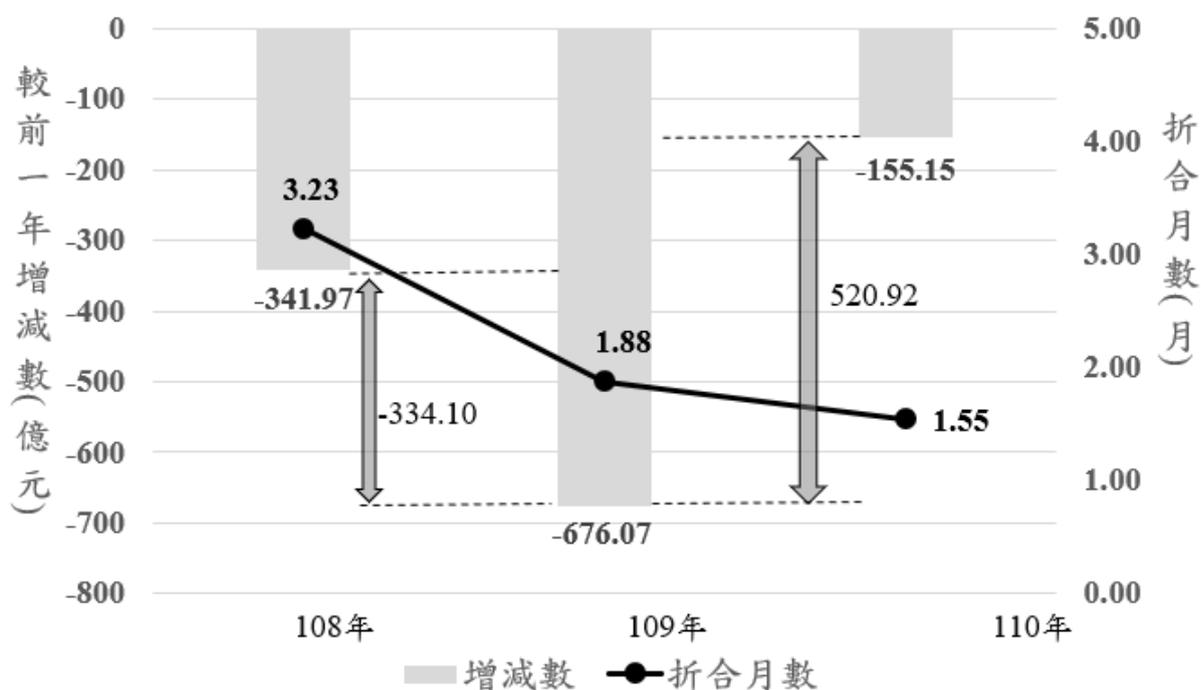
※說明：

(1) 108~110 年為審定決算數。

(2) 108~110 年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為 3.23、1.88 及 1.55 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



110 年健保安全準備總額折合保險給付支出月數(1.55 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(從 3.23 個月降為 1.55 個月)。

雖 110 年保險費收入因為調整費率而增加(一般保險費費率從 4.69%調升為 5.17%、補充保險費亦連動從 1.91%調漲至 2.11%)，然隨著民眾醫療需求增加，保險給付支出也逐年增加，建議健保署宜積極研議財務平衡方案與開源節流措施，以維持健保財務穩健，並宜進行中長期規劃(考量我國人口成長趨勢、人口結構改變等因素)，全盤檢視調整財務收支結構，俾使資源更有效配置。

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. 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
107 年	3.69	3.46
108 年	3.75	3.52
109 年	3.75	3.55

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(111 年 8 月 12 日更新資料)。

※說明：

(1) 全民健保醫療支出占 GDP 比率近 3 年來維持在 3%~4% 之間，其值受當年健保總額及 GDP 成長幅度影響，惟若要進行國際比較，亦需考量各國人口年齡結構、疾病組成及健保制度等因素。

(2) 健保支出依據全民健康保險法第 61 條規定，由衛生福利部衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等，報行政院核定總額協商上下限範圍後，由全民健康保險會就行政院核定之範圍，召集學者專家、醫界與付費者代表，進行各部門總額協商及分區預算分配事宜，並報衛生福利部核定。

(3) 自 92 年全面實施總額支付制度後，每年總額約以 3%-5% 成長，另統計 109 年醫院、西基、中醫、牙醫總額之執行率(含一般及專款)亦達 99% 以上。

5.國際比較

表 1 經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重

單位：%			
國家	107 年	108 年	109 年
德國	11.45	11.70	12.53
法國	11.20	11.11	12.38
荷蘭	10.03	10.17	11.22
瑞士	11.15	11.29	...
加拿大	10.81	10.84	...
盧森堡	5.29	5.37	...
日本	10.93	11.04	...
南韓	7.52	8.16	8.41
平均值 註1	8.70	8.82	9.70
最小值(土耳其) 註2	4.12	4.34	6.21
最大值(美國) 註3	16.69	16.77	12.75
中位數	8.84	8.87	9.72
臺灣	6.09	6.11	6.18

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\109 年國民醫療保健支出統計表。

註：1. 107 年及 108 年平均值，採 38 個會員國資料，109 年僅有 22 個國家。

2. 107 年及 108 年最小值的國家為土耳其，109 年為墨西哥(因尚無土耳其資料)。

3. 107 年及 108 年最大值的國家為美國，109 年為英國(因尚無美國資料)。

表 2 公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重

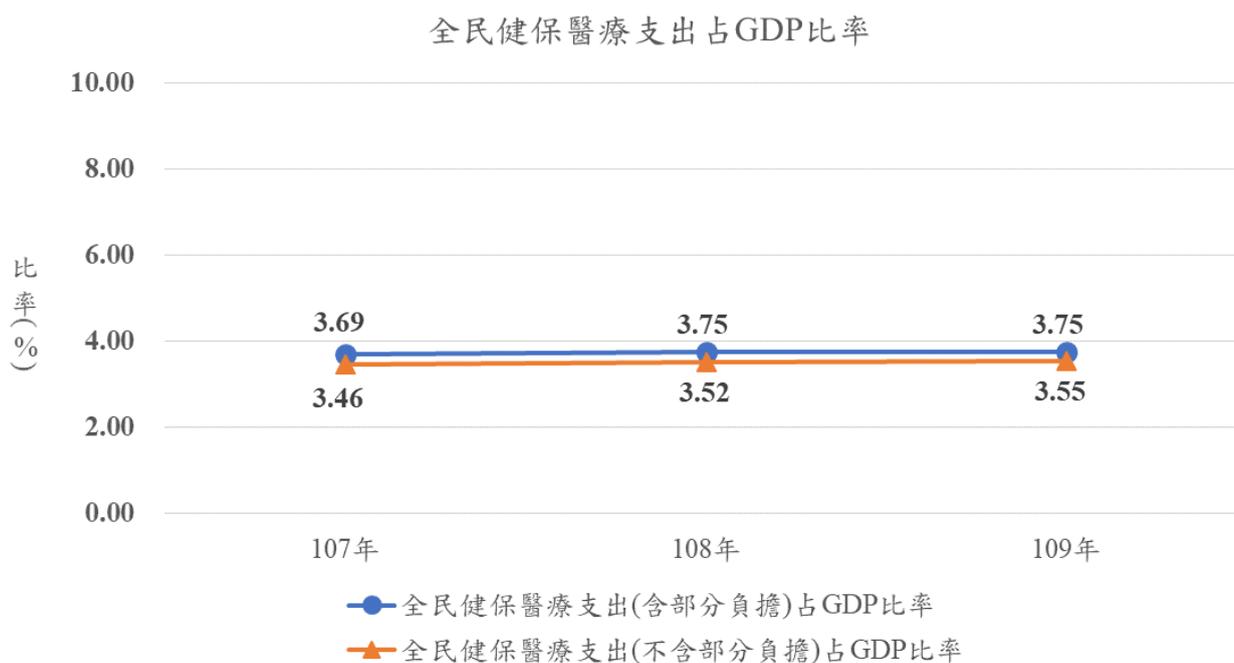
單位：%			
國家	107 年	108 年	109 年
德國	84.47	84.60	85.11
法國	83.52	83.71	...
荷蘭	82.11	82.64	84.55
瑞士	65.71	66.76	...
加拿大	70.17	70.17	...
盧森堡	84.08	84.96	...
日本	83.77	83.91	...
南韓	60.06	60.98	62.16
平均值 註	73.83	74.06	76.00
最小值(墨西哥)	49.67	49.31	50.64
最大值(挪威)	85.70	85.82	85.99
中位數	74.49	74.91	78.19
臺灣	63.55	63.54	64.94

資料來源：衛生福利部統計處\國民醫療保健支出\109 年國民醫療保健支出統計表。

註：107 年及 108 年平均值，採 38 個會員國資料，109 年僅有 21 個國家。

近 3 年我國經常性醫療保健支出占國內生產毛額比重 (6.09%~6.18%)，與 OECD 實施社會保險制度國家相比，較盧森堡 (5.29%~5.37%) 為高，較歐美日韓為低；近 3 年我國公部門經常性醫療保健支出占經常性醫療保健支出比重 (63.55%~64.94%)，則與瑞士相近，略高於南韓。

6.近 3 年趨勢評析：



近 3 年維持在 3%~4% 之間，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. 監測結果：

項目	108 年	109 年	110 年
運用收益(億元)	13.95	10.13	5.47
日平均營運量(億元)	2,070.47	1,708.79	1,670.80
收益率(%)	0.67	0.59	0.33
五大銀行一年期 大額定存平均利率(%)	0.18	0.13	0.13

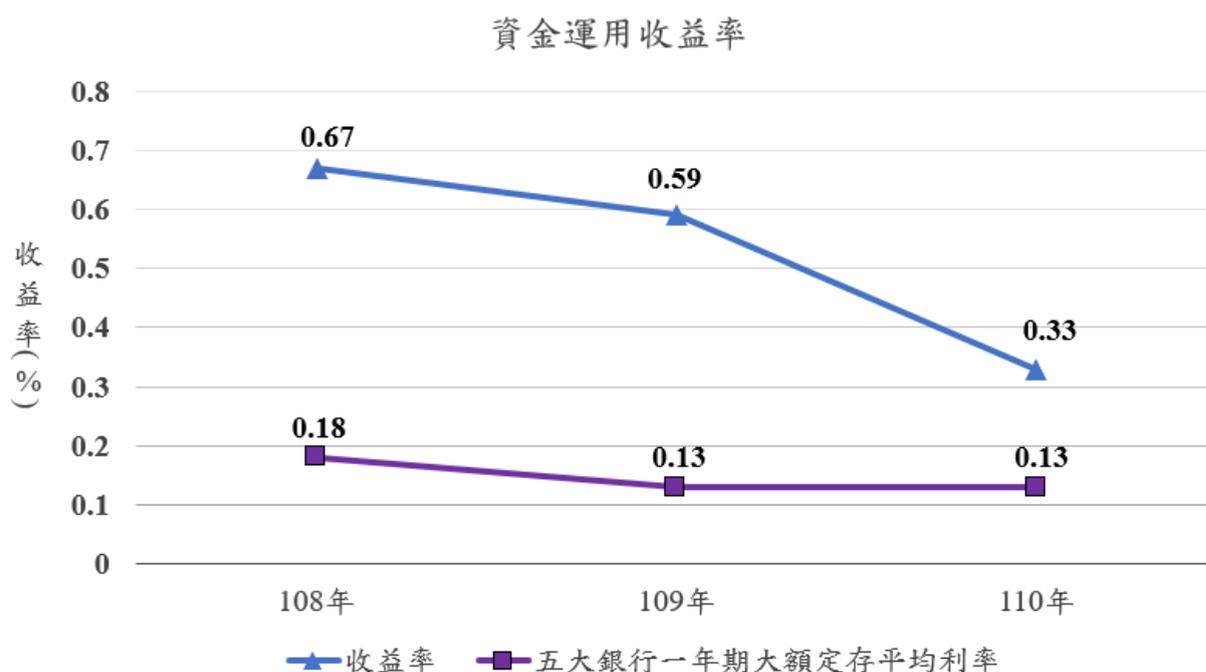
單位：%

-2*標準差	-1.5*標準差	平均值	+1.5*標準差	+2*標準差
0.24	0.31	0.53	0.75	0.83

※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 108~110 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 0.67%、0.59% 及 0.33%，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，呈逐年下降趨勢(從 0.67%降為 0.33%)，尤其 110 年收益率甚至較 108 年與 109 年少一半，依健保署補充說明(詳附錄一及二，第 85 及 97 頁)，考量健保基金之流動性及安全性重於收益性，乃採定期存款、優惠存款及短期票券等投資項目為主，因近年國內存款利率進入降息階段，爰收益率逐年走低，111 年 3 月中央銀行宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息，未來健保基金收益率將可獲逐步改善。

健保基金雖屬隨收隨付之資金，然若健保資金運用收益率提高，將有助財務穩定。本會委員向來頗為關注健保資金運用效率，建議健保署在兼顧財務安全性及流動性下，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. 監測結果：

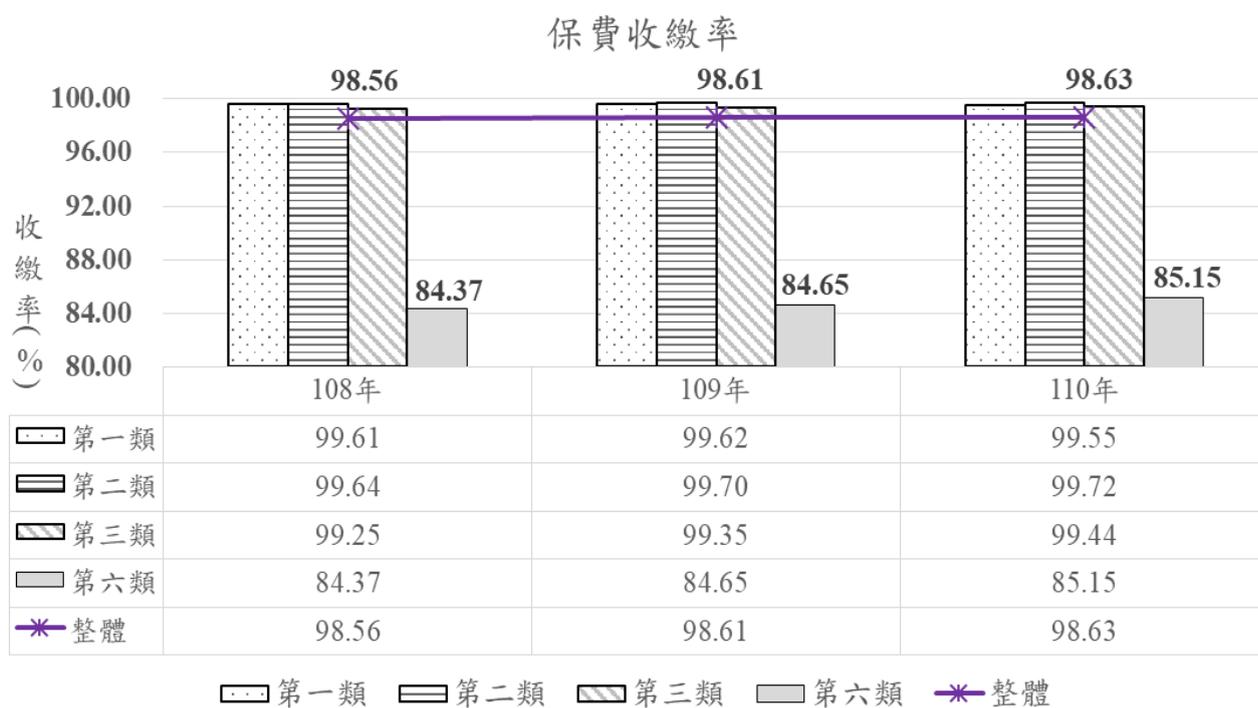
投保單位及保險對象	單位：%		
	108 年	109 年	110 年
第一類	99.61	99.62	99.55
第二類	99.64	99.70	99.72
第三類	99.25	99.35	99.44
第六類	84.37	84.65	85.15
整體	98.56	98.61	98.63

※說明：

(1) 108~110 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，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。

(2) 另 110 年整體收繳率較 108 年及 109 年微幅成長，主要係因健保署持續落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。

5.近 3 年趨勢評析：



近 3 年整體保費收繳率已達 98%，且逐年持續增加，宜繼續保持；另進一步觀察各類保險對象，第一、二、三類保險對象保費收繳率，均超過 9 成 9，第六類保險對象保費收繳率，則在 84.37%至 85.15%，建議健保署宜瞭解原因，並研議如何提升第六類保險對象之保費收繳率。

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

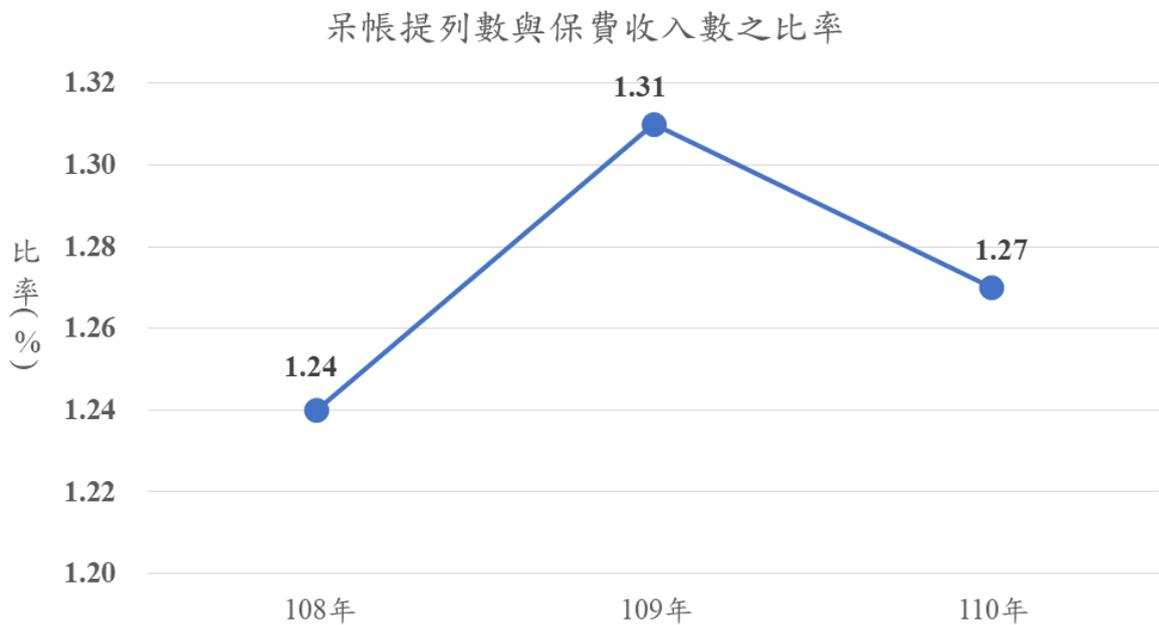
4. 監測結果：

單位：%		
108 年	109 年	110 年
1.24	1.31	1.27

※說明：

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，致本指標較 108 年上升。110 年疫情再轉嚴峻，呆帳提列數較 109 年略為增加，惟因一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，加以年底疫情趨緩後健保署催收力道轉強，故本指標較 109 年下降。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：



本指標近年比率變化不大(1.24%~1.31%)，但實際上呆帳金額隨著保費收入成長而增加，因 110 年一般保險費費率從 4.69%調升為 5.17%，故 110 年呆帳提列數與保費收入數之比率，較 109 年為低。

專家學者建議健保署宜研析呆帳可能原因，及研擬改善措施，以減少呆帳產生；本會委員亦十分關切呆帳成長問題，建議健保署未來可併同提供近 3 年呆帳金額及成長率供參，依健保署補充說明(附錄一，第 86 頁)，109 年及 110 年因 COVID-19 疫情，欠費數持續增加，經移送行政執行後，約 9 成屬經濟困難且無清償能力，乃報列呆帳，該署表示歷年均積極爭取財政部公益彩券回饋金補助經濟弱勢者健保欠費，未來將持續透過轉介公益團體及該署愛心專戶，協助弱勢民眾減少欠費及呆帳發生。

肆、附錄

附錄一 專家學者審查意見及健保署與本會補充說明

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
<p>指標1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)</p> <p>1.就長期趨勢來看,從103年逐年下降,至109年開始反彈上升,請補充研析說明其可能原因。</p> <p>2.地區醫院排除極端值(超長住院天數之呼吸照護個案)後,平均住院天數仍較其他層級醫院高,請研析院所差異之原因。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.有關109年起三層級醫院急性病床平均住院天數為7.64天,較109年7.44天,微幅增加0.2天;本署將持續監測。</p> <p>2.109年起平均住院天數上升,可能受疫情影響,輕症病人未住院就醫,屬急重難罕者病人仍持續就醫,致平均住院天數較高。</p> <p>3.110年地區醫院急性病床住院天數排除申報呼吸照護案件(給付類別9),平均住院天數為7.84天;已接近整體平均值(7.64天)。</p>
<p>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)</p> <p>1.急診總件數(分母)呈逐年遞減,留置超過24小時比率卻上升,請補充研析說明其可能原因。</p> <p>2.醫學中心檢傷分類第1級之急診留置超過24小時比率遠高於其他醫院層級,請補充研析說明其可能原因。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.查106年至108年急診總件數約7.1-7.4百萬件,109年及110年分別下降至6.3百萬件及5.9百萬件,顯示病人可能受疫情影響,確有急症才就醫(附表1)。另109年及110年留置急診室超過24小時比率均較疫情前(106年至108年)低。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、加護病床或急性一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素。</p> <p>2.另觀察各級檢傷分類,均為醫學中心之急診留置超過24小時比率最高,應係受病人急診就醫習慣(選擇至醫學中心就醫)及醫院病床病床占床率影響,且醫學中心收治之病人,其病況危急度及嚴重度可能較其他層級別院所高,故病人所需之緊急處置項目可能較耗時。查110年醫學中心急診留置超過24小時比率雖略高於109年,惟仍較108年為低,後續仍將持續觀察(附表2)。</p>

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
<p>指標1.4 區域醫院以上初級門診照護率</p> <p>1.區域醫院及地區醫院之初級門診照護率皆呈下降趨勢，但醫學中心初級門診照護率109年微幅上升、110年仍持平，請補充研析說明其可能原因。</p> <p>2.請補充初級照護的前10大疾病及件數，以瞭解初級照護之質性特徵。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.108-110年醫院各層級初級門診照護率，醫學中心初級門診照護率已明顯低於區域醫院及地區醫院，惟區域醫院及地區醫院仍呈現下降趨勢，醫學中心則維持13.94%持平。</p> <p>2.110年仍屬疫情期間，民眾於各總額部門整體就醫件數均呈現負成長，其中急性上呼吸道感染、急性鼻竇炎、急性支氣管炎、急性鼻咽炎(感冒)及肺炎等案件皆大幅減少，惟因COVID-19之症狀初期與上呼吸道感染等症狀相似而影響病人至大醫院就醫，本署將持續監測，確保民眾就醫權益。</p> <p>3.108至110年初級照護前10大疾病就醫件數如附表3。</p>
<p>指標1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率</p> <p>請補充分析各層級別醫院之病人數、件數占率，以瞭解各層級醫院之就醫變動性。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>108-110年三層級醫院之病人數、件數占率詳附表4，同一病人同一年度如於不同層級醫院就醫，將分別計算致重複計算。</p>
<p>指標1.6 藥品費用占率</p> <p>110年醫學中心藥費占率已超過37%，請補充研析說明其可能原因。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.觀察近年藥品費用占率，醫學中心近三年藥費占率平均值為36.38%，尚落於平均值±1.5標準差範圍內(34.18~38.58%)。</p> <p>2.藥費占率相對增加之原因，經分析藥費占率略增之可能原因，摘述如下：</p> <p>(1)新冠肺炎影響民眾就醫習慣：近3年醫學中心之藥費成長持平(108至110年成長率：4.3%、5.6%、4.1%)，惟受新冠肺炎疫情影响，同期醫學中心扣除藥費後之其他醫療費用呈現負成長趨勢(108至110年成長率：3.9%、-0.4%、-1.4%)，兩者相比導致藥費占率相對增加(108至110年之</p>

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
	<p>藥費占率：35.4%、36.8%、38.0%)。</p> <p>(2)108及109年藥價調整延後實施：由於108年藥價調整為109年10月1日生效、109年藥價調整為111年1月1日生效，故致藥費占率增加。</p>
<p>指標2.1 手術傷口感染率</p> <p>若指標數值變化不大，或已達水準以上且穩定，而無辨識力者，建議可以考慮更換指標。</p>	<p>本會說明：</p> <p>指標修正建議，納入未來指標研修參考。</p>
<p>指標2.2 糖尿病品質支付服務之照護率</p> <p>1.請補充分析各分區照護率，以瞭解各分區之照護品質。</p> <p>2.請補充各層級醫療院所之參與院所家數，以瞭解各層級收案量能。</p> <p>3.照護率，顯示的是覆蓋率，其在品質的監測上，價值較小，建議增加病人改善情形(例如醣化血色素)作為指標。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.各分區照護率詳附表5。</p> <p>2.各層級參與院所家數詳附表6。</p> <p>本會說明：</p> <p>指標修正建議，納入未來指標研修參考。</p>
<p>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</p> <p>1.「全日平均護病比」無法適切反映護理人員三班情形，請再補充「三班護病比」資料。</p> <p>2.請補充研析近3年各層級護病比之變化情形，以及疫情下帶來之影響。</p> <p>3.請補充說明各層級醫院全</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.有關「三班護病比」部分，本署曾研議護病比分三班別登錄並提至本署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「全日平均」護病比進行統計，故建議維持原資料登錄方式，爰依現行登錄資料僅能統計「全日平均護病比」資料。</p>

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
<p>日平均護病比範圍之訂定依據。</p> <p>4.「全日平均護病比」存在觀察局限，無法適切反映護理人員三班情形，除全日平均護病比應促使醫學中心朝1:7邁進外，另建議增列「三班護病比」。</p>	<p>2.108年至111年5月各層級護病比月次占率變化，以加成達20%為例(詳附表7)：</p> <p>(1)醫學中心(護病比<7)：分別為10.7%、26.3%、44.7%、50.4%。</p> <p>(2)區域醫院(護病比<10)：分別為57.9%、68.4%、77%、80.7%。</p> <p>(3)地區醫院(護病比<13)：分別為86.8%、87.1%、86.2%、85.1%。</p> <p>(4)綜上顯示，醫學中心及區域醫院護病比有逐年提高，地區醫院亦維持85%以上。</p> <p>3.自104年起全日平均護病比加成之修訂歷程如下(詳附表8)：</p> <p>(1)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。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自104年1月起，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9%、10%、11%。</p> <p>(2)為將較多預算用於鼓勵護病比表現較佳之醫院，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>(3)107年12月將全日平均護病比較高之加成率下修，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>本會說明： 指標修正建議，納入未來指標研修參考。</p>
<p>指標3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.有關各部門110年度調查有效樣本數為醫院1,380份、西醫基層1,326份、牙醫門診1,301份、中醫門</p>

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明																				
<p>請補充四總額部門滿意度調查的樣本數，及可查詢滿意度調查問卷之網址。</p>	<p>診1,292份。 2.110年調查報告書(含問卷內容)皆於「政府研究資訊系統 (GRB)」公開 (網址：https://www.grb.gov.tw)。</p>																				
<p>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</p> <p>請補充研析各年齡層因糖尿病住院的原因，以利擬訂改善策略。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.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>2.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>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)</p> <p>1.歷年鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力之比值，醫院部門由103年的54.83，至110年已增加為90.13，請補充說明如何提升無醫院鄉鎮地區的醫療可近性、103~110年無醫院鄉鎮數的變化，及該鄉鎮是否有其他醫療資源投入等。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.偏遠及離島地區因地理環境致交通不便、人口稀少且分散，故醫事人力招募不易、醫療資源相對於一般地區不足。</p> <p>2.103~110年無醫院鄉鎮數如下表：</p> <table border="1" data-bbox="651 1559 1378 1798"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>103</th> <th>104</th> <th>105</th> <th>106</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>無醫院鄉鎮數</td> <td>203</td> <td>203</td> <td>203</td> <td>202</td> </tr> <tr> <th>年度</th> <th>107</th> <th>108</th> <th>109</th> <th>110</th> </tr> <tr> <td>無醫院鄉鎮數</td> <td>202</td> <td>203</td> <td>204</td> <td>205</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.為提升偏遠及離島當地民眾就醫可近性，本署積極推動偏鄉地區醫療服務之各項計畫，臚列如下：</p> <p>(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS計畫)。</p>	年度	103	104	105	106	無醫院鄉鎮數	203	203	203	202	年度	107	108	109	110	無醫院鄉鎮數	202	203	204	205
年度	103	104	105	106																	
無醫院鄉鎮數	203	203	203	202																	
年度	107	108	109	110																	
無醫院鄉鎮數	202	203	204	205																	

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
<p>2.各部門的最高與最低兩組醫師人力之比值，有漸擴大的現象，就醫可近性的不公平顯然在惡化中，請補充研析可能之原因及改善措施。</p>	<p>(2)西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案。 (3)偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫。 (4)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫。 (5)醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫。 (6)衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」。</p> <p>4.另，衛生福利部採行策略，包括：</p> <p>(1)優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力。 (2)改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援。 (3)推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可近性。</p> <p>5.綜上，透過醫療資源導入，如IDS計畫將本島較充足醫療人力及資源送至山地離島地區，提供門診、巡迴醫療、專科診療支援及緊急後送等醫療服務，西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓勵醫師至計畫施行地區辦理新開業、提供巡迴醫療；藉由保障醫院點值，如醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫以強化在地醫療；提供點值額外加成，如衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」，及充實基層、偏遠及醫療資源不足地區醫師人力等方式，提供在地醫療，以維護偏遠及離島地區民眾就醫可近性，俾縮短城鄉醫療資源差距。</p>
<p>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)</p> <p>牙醫與中醫在醫療資源不足地區與山地離島地區之就醫率較一般地區為低，請補充研析其可能原因及解決方案。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1.本項指標係為觀察偏遠地區(山地離島、醫療資源不足地區)是否受限於醫療資源不足或交通不便，以致就醫率低於一般地區，以作為醫療利用公平性之指標。</p> <p>2.109及110年因國內COVID-19疫情嚴峻，民眾就醫習慣可能改變，因此無論是一般地區、醫療資源不足地區或是山地離島地區，牙醫及中醫其109-110年就醫率相較108年皆呈現下降趨勢。</p>

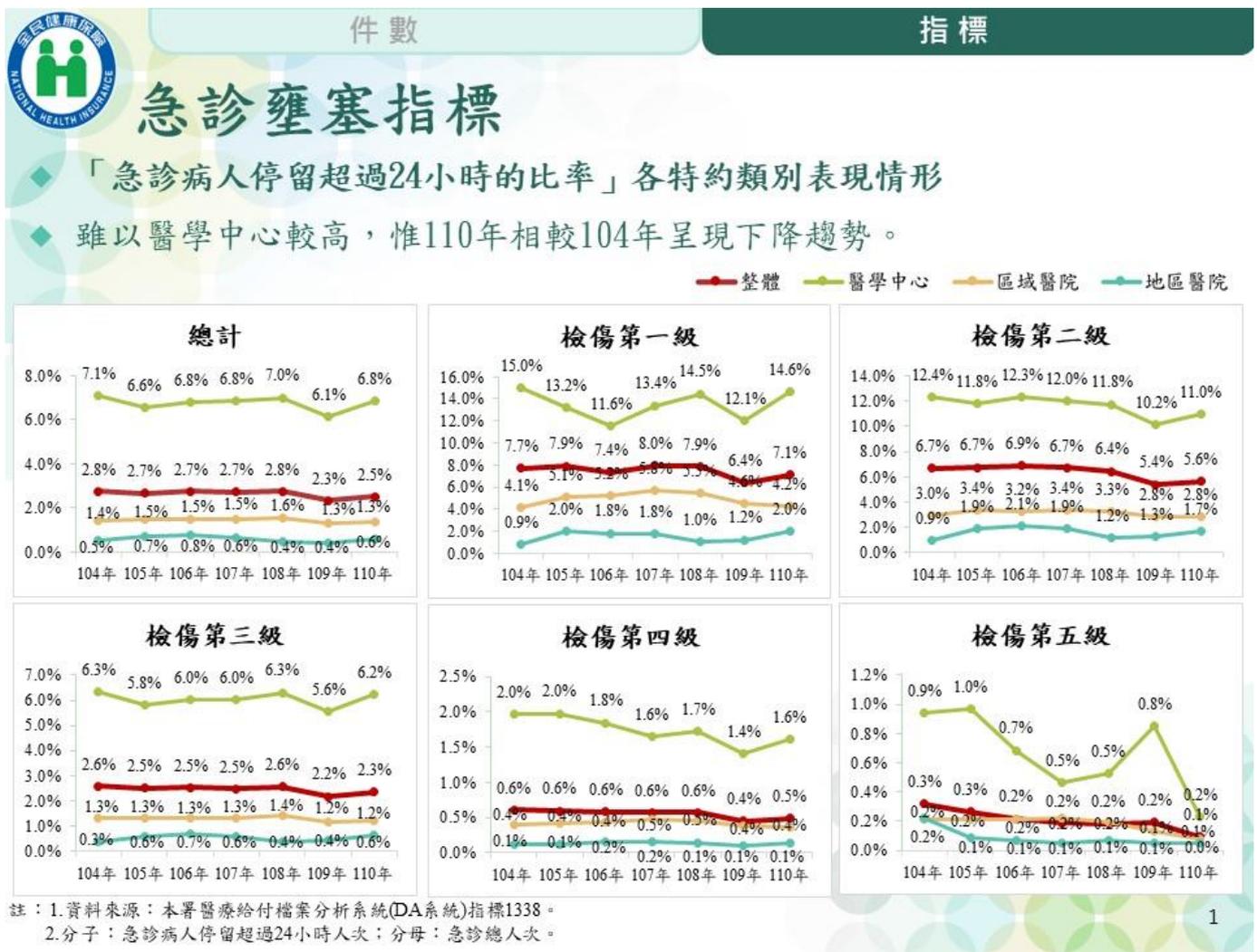
專家學者審查意見	健保署與本會補充說明
	<p>3.本署因應COVID-19之調整作為如下：</p> <p>(1)中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，放寬管理原則，包括：巡迴點平均每診10人次限制及獎勵開業計畫保障額度核付管控原則(毋須管控保障額度核付百分比)。</p> <p>(2)牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，放寬管理原則，包括：</p> <p>A.執業計畫診所：巡迴服務每人每月平均就診人次、每月提供巡迴醫療服務次數及保障額度核付管控原則(毋須管控保障額度核付百分比)。</p> <p>B.巡迴計畫醫療團：每診次最低就醫人數之管控。</p> <p>4.綜上，透過上開放寬措施及滾動式檢討，持續鼓勵中醫師及牙醫師至醫療資源不足地區與山地離島地區提供巡迴醫療、辦理開業等，提供符合當地需求之醫療服務。</p>
<p>指標5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率</p> <p>請補充研析差異率原因究為預期影響因素及非預期影響因素，俾作為預測模式修正之參考，以降低差異率。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>差異原因主要為補充保險費收繳高於預期，補充保險費實際數易受景氣波動影響，係非預期影響因素。</p>
<p>指標5.4 資金運用收益率</p> <p>資金運用收益率，110年為0.33%，較108年(0.67%)與109年(0.59%)少了一半，請補充說明原因。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>全民健康保險基金主要投資項目為定期存款及優惠存款，其收益率與銀行存款利率走勢相關，近年因國內存款利率進入降息階段，爰收益率受其影響逐年走低，直至111年3月中央銀行宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息，健保基金收益率亦獲逐步改善。</p>

專家學者審查意見	健保署與本會補充說明																								
<p>指標5.5 保費收繳率</p> <p>請補充每類保險對象人口比率，用以評估其對總收繳率之影響。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>截至111年7月1至6類各類保險對象加保人數及占比詳如下表：</p> <p style="text-align: center;">各類別保險對象人數及占比(資料日期：111年8月底)</p> <table border="1" data-bbox="638 436 1428 728"> <thead> <tr> <th>類別</th> <th>第1類</th> <th>第2類</th> <th>第3類</th> <th>第4類</th> <th>第5類</th> <th>第6類</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人數 (萬人)</td> <td>1,427.0</td> <td>360.2</td> <td>196.6</td> <td>8.6</td> <td>28.2</td> <td>340.3</td> <td>2,360.9</td> </tr> <tr> <td>占率 (%)</td> <td>60.44</td> <td>15.26</td> <td>8.33</td> <td>0.36</td> <td>1.19</td> <td>14.41</td> <td>100.00</td> </tr> </tbody> </table>	類別	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	合計	人數 (萬人)	1,427.0	360.2	196.6	8.6	28.2	340.3	2,360.9	占率 (%)	60.44	15.26	8.33	0.36	1.19	14.41	100.00
類別	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	合計																		
人數 (萬人)	1,427.0	360.2	196.6	8.6	28.2	340.3	2,360.9																		
占率 (%)	60.44	15.26	8.33	0.36	1.19	14.41	100.00																		
<p>指標5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率</p> <p>請補充研析呆帳之可能原因，及研擬改善措施，以減少呆帳的產生。</p>	<p>健保署說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查欠費報列呆帳中約9成為經移送行政執行後因無財產可供執行或執行無實益後核發債權憑證報列呆帳，其餘為死亡且無財產、經濟弱勢或經濟困難且無清償能力者、或小額欠費者，均屬經濟困難致無力繳納而報列呆帳。 2.本署歷年均積極爭取財政部公益彩券回饋金補助經濟弱勢者健保欠費，並將持續透過轉介公益團體及本署愛心專戶，協助弱勢民眾減少欠費及呆帳發生。 																								

附表 1 急診病人停留超過 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	7,004,929	192,618	2.75
107 年	7,081,221	192,786	2.72
108 年	7,326,102	201,562	2.75
109 年	6,320,904	146,893	2.32
110 年	5,893,834	147,737	2.51

附表 2 急診病人停留超過 24 小時比率(特約類別及檢傷分類)



附表 3 108-110 年初級照護前 10 大疾病就醫件數

年度	主診斷疾病別	初級照護次數 (百萬) (B)
110	急性上呼吸道多處或未明示感染	10.54
	本態性(原發性)高血壓	8.44
	結膜炎	4.84
	急性支氣管炎	3.44
	背痛	3.40
	急性鼻咽炎(感冒)	3.21
	其他和未明示的皮膚炎	2.61
	退化性脊椎炎	2.35
	胃炎及十二指腸炎	2.35
	其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.20
109	急性上呼吸道多處或未明示感染	15.84
	本態性(原發性)高血壓	8.12
	急性支氣管炎	5.61
	結膜炎	5.44
	急性鼻咽炎(感冒)	4.54
	背痛	3.52
	急性咽炎	2.83
	其他和未明示的皮膚炎	2.61
	其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.55
退化性脊椎炎	2.54	
108	急性上呼吸道多處或未明示感染	23.03
	急性支氣管炎	8.79
	本態性(原發性)高血壓	7.93
	急性鼻咽炎(感冒)	6.18
	結膜炎	5.96
	急性咽炎	4.02
	背痛	3.51
	急性鼻竇炎	3.34
	其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.88
急性喉炎和氣管炎	2.74	

附表 4 108-110 年三層級醫院門診就醫人數及件數占率

年度	就醫人數占率			就醫件數占率		
	108	109	110	108	109	110
醫中	23.91%	23.55%	23.28%	10.30%	10.99%	11.56%
區域	32.32%	31.36%	30.75%	14.02%	14.79%	15.28%
地區	24.73%	24.60%	24.89%	10.40%	11.01%	11.76%

附表 5 分區別糖尿病品質支付服務之照護率

年度	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
108 年	照護人數	228,996	127,475	171,903	113,626	123,165	19,172	783,803
	符合收案人數	433,440	219,022	288,789	215,385	237,873	35,686	1,414,995
	照護率(%)	52.8%	58.2%	59.5%	52.8%	51.8%	53.7%	55.4%
109 年	照護人數	255,863	142,025	185,299	126,633	139,396	21,969	870,760
	符合收案人數	453,143	233,011	306,010	226,546	252,251	38,442	1,493,187
	照護率(%)	56.5%	61.0%	60.6%	55.9%	55.3%	57.1%	58.3%
110 年	照護人數	275,049	154,198	196,789	136,254	150,192	24,097	936,195
	符合收案人數	475,291	244,957	318,964	235,986	265,559	40,190	1,563,199
	照護率(%)	57.9%	63.4%	61.5%	57.7%	56.2%	59.8%	59.9%

附表 6 各層級糖尿病品質支付服務之參與院所家數

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
108 年	19	75	179	910	1,183
109 年	19	75	184	1,027	1,305
110 年	19	76	191	1,103	1,389

附表 7 108 年至 111 年 5 月全日平均護病比統計

	護病比	<7.0	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	≥9.0	未填或護病比為 0
醫學中心	108 年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0.0%	0.0%
	109 年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	110 年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	111 年	50.4%	34.4%	10.4%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	1-5 月							
	護病比	<10	10.0~10.4	10.5~10.9	11.0~11.4	11.5~11.9	≥12.0	未填或護病比為 0
區域醫院	108 年	57.9%	17.3%	12.1%	4.5%	7.3%	1.0%	0.0%
	109 年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	0.3%	0.0%
	110 年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0.0%
	111 年	80.7%	6.7%	4.6%	2.3%	5.3%	0.5%	0.0%
	1-5 月							
	護病比	<13.0	13.0~13.4	13.5~13.9	14.0~14.4	14.5~14.9	≥15.0	未填或護病比為 0
地區醫院	108 年	86.8%	2.3%	1.6%	1.5%	1.7%	0.9%	5.2%
	109 年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	1.4%	4.7%
	110 年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.4%	5.9%
	111 年	85.1%	2.2%	1.7%	1.2%	1.2%	1.5%	7.2%
	1-5 月							

註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次/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。

3.護病比為 0 表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

4.108 年 5 月起護理人力不列計「護理長」。

附表 8 住院護理費護病比加成調整情形

全日平均護病比範圍			106.4以前 加成率	106.5以後 加成率	107.12以後 加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院			
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%	17%
<7.0	<10.0	<13.0		14%	20%

**附錄二 111 年第 10 次委員會議「110 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說明**

委員意見	健保署回復說明
<p>李委員永振</p> <p>依本會同仁分析，23 項監測指標有 13 項退步，占 56%，改善進步的只有 6 項，約四分之一，效率面的指標大都呈現退步之趨勢，可能是受疫情因素影響？！但疫情已是第 2 年，111 年若仍是此現象，則值得深入瞭解、掌握！</p>	<p>感謝委員指教，本署配合辦理，並持續監測指標趨勢，及積極推動與檢討相關方案與計畫，且另以書面形式提供健保會各指標詳細說明，以利彙製成全民健康保險各年度監測結果報告。</p>
<p>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)</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>「檢傷分類第一級急診留置超過 24 小時比率」中，110 年醫學中心為 14.60%，高於 109 年的 12.06%、108 年的 14.46%。有關近年醫學中心的急診壅塞，健保署回應是，因疫情急診病人流滯多、危急程度、嚴重程度，而可能造成影響(監測結果報告初稿 P. 87)。然而，醫改會要強調的是，醫學中心急診壅塞長年沉痾未解，疫情是加重問題的砒碼、照妖鏡，我們同時還看到分級醫療的失靈。未來新興傳染病一定會再發生，對於急診處置效率與品質，我們希望在疫情後，健保署能夠在分析整體原因、逐院專案輔導的實證前提下，再提出能有效改善的品質方案。</p>	<p>一、查 109 年、110 年「急診病人停留超過 24 小時的比率」(負向指標)結果均較前五年(104 年至 108 年)下降。另 109 年、110 年急診病人數持續下降，顯示病人受疫情影響，確有急症才就醫，另觀察各級檢傷分類，均係醫學中心之急診留置超過 24 小時比率最高，可能因醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度本較其他層級別院所高，故病人所需之緊急處置項目可能確實需較耗時，並且受醫院各類病床占床率影響。</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，另本署前於 111 年 7 月 29 日至健保會報告時，委員亦提出各層級醫院的分工、體系內部運作及人力，都是影響急診壅塞的重要因素。</p>

委員意見	健保署回復說明
	<p>三、承上，改善醫學中心急診壅塞情形之措施需多管齊下，本署近年推動急診品質提升方案、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。此外，本署原規劃111年5月15日實施之部分負擔調整方案，為使醫學中心及區域醫院回歸急重症照護、避免輕症急診就醫，爰調降第1-2級並加重第4-5級部分負擔。</p> <p>四、另本署預計於111年11月23日全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第4次研商議事會議提案討論急診品質提升方案監測指標，並依該會議討論結果，續於貴會12月會議報告。本署將持續監測急診壅塞情形並與相關學協會合作滾動式檢討各項政策。</p>
<p>指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率 劉委員淑瓊</p> <p>雖健保署自陳從106年起陸續推動分級醫療措施，但108~110年間，即使受疫情影響，醫學中心的初級照護率仍未降低，降幅出現於區域醫院與地區醫院，顯見醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，可能並未如預期改善。健保署也呈現108~110年初級照護前10</p>	<p>一、108-110年醫院初級門診照護率已自22.22%逐步降至21.03%，呈現下降趨勢；若僅觀察區域醫院以上初級門診照護率雖下降幅度較緩，亦有觀察到相似趨勢(17.13%至16.73%)，已較106、107年數下滑(分別為18.10%及17.64%)。</p>

委員意見	健保署回復說明									
<p>大疾病就醫件數中(監測結果報告初稿 P.92)，是感冒、COVID-19 相關症狀，如急性上呼吸道多處或未明示感染、急性支氣管炎等，加總約 2 千萬至 3 千萬件，以及本態性(原發性)高血壓，約 8 百萬件。健保署指出，因 COVID-19 與感冒輕症症狀有類似之處，無法區分出疫情影響有多大。醫改會認為，應該拉長時間向度，觀察疫情前後對照，仍可初步瞭解初級照護疾病改善情形，也建議應該同時呈現各層級的初級照護件數。</p>	<p>二、考量 COVID-19 與感冒輕症症狀有類似之處，委員建議拉長時間向度，觀察疫情前後對照等，將持續配合健保會提供本項指標監測結果供參。</p> <p>三、惟隨著防疫政策開放、邊境解封，加上民眾逐漸出現防疫疲乏，流感等其他屬初級照護範圍之傳染性疾病於第 4 季就醫件數可能上升，本署將持續觀察。</p>									
<p>指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率</p> <p>李委員永振</p> <p>與分級醫療政策方向不符，不禁令人想起我們大筆投入之期待是什麼？</p>	<p>一、本項指標係按季統計西醫基層與醫院門診服務病人數與件數占率，整體而言，109、110 年西醫基層及醫院總額門診件數成長率均為負成長(下表)。</p> <table border="1" data-bbox="928 1160 1407 1388"> <thead> <tr> <th>門診件數 成長率</th> <th>西基</th> <th>醫院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>109</td> <td>-11.6%</td> <td>-3.3%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>-10.5%</td> <td>-3.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、民眾改變就醫行為，疫情及防疫政策確有影響；民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可以完全改變，本署將再加強溝通宣導並持續觀察。</p>	門診件數 成長率	西基	醫院	109	-11.6%	-3.3%	110	-10.5%	-3.3%
門診件數 成長率	西基	醫院								
109	-11.6%	-3.3%								
110	-10.5%	-3.3%								
<p>指標 1.6 藥品費用占率</p> <p>李委員永振</p> <p>黃理事長金舜撰文提及，國外先進國家之藥費占率在 9%~19% 之間，我國近年藥費占率逐年提高，已快突破 29%，DET 制度是否該檢討了？</p>	<p>DET 制度已試辦多年，本署未來將就執行面進行評估檢討，並與外界溝通討論，並適時修正藥價調整辦法，以周延整體藥價管控機制。</p>									

委員意見	健保署回復說明
<p>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</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>「全日」平均護病比是相對寬鬆的標準，也沒有細分科別，不能全貌瞭解護理人員「經常性勞動條件」是否得到改善。尤其是 111 年、112 年健保中長期改革方案中，各界如工會，對於「住院整合照護服務試辦計畫」對護理師勞動條件的影響程度存在疑慮。因此，我們期待健保署儘速邀集各利害關係團體來重新研議，將「三班護病比」納入本指標。</p>	<p>一、查醫療機構設置標準第 12-1 條規定略以，「醫院之急性一般病床依其層級訂定之全日平均配置比例(簡稱護病比)辦理」，另醫院評鑑基準亦係規範急性一般病床之「全日平均護病比」。</p> <p>二、有關護病比區分三班別或科別登錄一節，本署曾提案至 107 年 9 月 5 日醫院總額研商議事會議 107 年第 3 次會議討論，台灣醫院協會於會前即來函表達經其醫院各層級共識均採反對意見，會中部分代表亦表達須依現行規定辦理等意見；本案為再次凝聚共識續提至 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，決議維持依現行規定以「全日平均三班護理人員數」之登錄方式。</p> <p>三、後續醫療機構設置標準及醫院評鑑基準護病比人力計算範圍如有修訂三班別計算標準，本署將配合調整本保險全日平均護病比人力之計算範圍。</p>
<p>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)</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>從監測結果來看，最高與最低兩組醫師人力的比值近 3 年逐步擴大，代表醫師人力充裕與匱乏地區的差距更加惡化，</p>	<p>一、有關偏鄉人口就醫是否得到滿足，說明如下：</p> <p>(一)查本署業務執行報告中全民健康保險總額部門別醫療點數統計，以門診件數為例，109 年相較 108 年減少 7.43%，110 年相較 109 年減少 7.87%，可見 COVID-19 疫情衝擊對民眾整</p>

委員意見	健保署回復說明
<p>無醫鄉也仍在增加，107 年 202 個、108 年 203 個、109 年 204 個、110 年 205 個無醫鄉。我們瞭解因疫情造成整體就醫人次下降，偏鄉也不例外。但偏鄉本來就醫就不夠近便，疫情更可能減少偏鄉民眾的就醫意願。所以重點是，偏鄉人口的就醫基本需要是不是有得到滿足？疾病狀態、慢性病用藥天數等有沒有改變？健康公平性有沒有受到影響？是我們希望健保署後續更加注重的面向。</p>	<p>體醫療利用造成的影響係不分地區。</p> <p>(二)本署為保障偏遠及離島地區民眾就醫權益，積極辦理各項計畫，以西醫醫療資源不足地區改善方案為例，109、110 年計畫服務診次及服務人次之執行數皆超過目標數，另提供本(111)年度各計畫成果如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(簡稱IDS計畫)：目前全國 50 個山地離島地區及 2 個適用地區(嘉義縣大埔鄉及花蓮縣豐濱鄉)均已納入本計畫，由 26 家特約醫院結合當地基層診所或衛生所，共同提供醫療服務，111 年 1-6 月服務逾 26.9 萬人次。 2.全民健康保險西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案： <ol style="list-style-type: none"> (1)西醫：111 年 1-6 月共 168 家院所，前往 117 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務 13.9 萬人次。 (2)中醫：111 年 1-6 月共 147 家院所，前往 119 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務 14 萬人次。 (3)牙醫：111 年 1-6 月共 19 個醫療團，前往 122 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務 5.1 萬人次。

委員意見	健保署回復說明
	<p>3.偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫：111年1-6月計16家基層診所、5家助產機構參與，基層診所補助生產案件數1,687件，助產機構補助生產案件數18件。</p> <p>4.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：111年1-6月計1個醫療團(嘉義市)參與，服務311人次。</p> <p>5.醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：111年符合資格者計116家醫院，計93家醫院參與本計畫，其中衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，有8家區域醫院參與本計畫。</p> <p>6.依每年經衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，支付急診診察費加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%，111年共有72家醫院。</p> <p>7.全民健康保險遠距醫療給付計畫：</p> <p>(1)截至111年9月，共有51家在地院所與30家遠距院所合作參與本計畫，服務鄉鎮計47個。</p> <p>(2)111年1-6月專科門診遠距會診服務2,666人次，急診遠距會診服務13人次。</p>

委員意見	健保署回復說明
	<p>二、前開計畫旨在以導入醫療資源、保障點值等方式，強化在地醫療、提升偏遠及離島地區民眾就醫可近性，惟有關改變疾病狀態、慢性病用藥等情形，需透過醫療及公共衛生各方面結合才能落實。</p> <p>三、綜上，本署將持續積極推動各項偏鄉醫療服務計畫，提供符合當地民眾需求醫療服務，俾縮短城鄉醫療資源差距。</p>
<p>指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數</p> <p>李委員永振</p> <p>健保署每月之業務執行報告皆會揭露本項數據，而目前健保財務吃緊時期，下降是必然現象，本項指標之意義為何？</p>	<p>一、健保法第 78 條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。</p> <p>二、本指標監測重點為保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數。</p>
<p>指標 5.4 資金運用收益率</p> <p>李委員永振</p> <p>資金運用收益率與投資環境有關，絕對數字很難評斷優劣，以相對方式呈現是否較能看出端倪，否則 112 年之收益率必大幅提升！</p>	<p>一、全民健康保險基金資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性，爰目前主要投資工具為定期存款、優惠存款及短期票券等項目。</p> <p>二、111 年截至 10 月底資金運用年收益率為 0.52%，相對五大銀行 111 年 1 月至 10 月一年期大額定存平均年利率 0.29% 為高。</p>

伍、參考資料

參考資料一 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：本年度進行中之專案計畫總數 (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 _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
(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

參考資料二 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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.權屬別為醫院之申報案件。</p>

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	住院手術且傷口感染之人數 *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。
分母	所有住院手術病人數 *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)。
資料提供單位	中央健康保險署
備註	資料範圍：住院(西醫基層+西醫醫院) *住院需排除膳食費案件資料(案件分類為「AZ」、「DZ」)。

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×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
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	

參考資料三 監理指標監測結果報表(107年起)

構面	監理指標		提報時程	107上		107下		107全年	108上		108下		108全年	109上		109下		109全年	110上		110下		110全年	
				107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4		
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	7.49		7.14		7.45	7.37		7.40		7.38	7.54		7.36		7.44	7.65		7.63		7.64	
		(2)醫學中心		7.49		7.37		7.43	7.30		7.35		7.33	7.38		7.17		7.27	7.47		7.41		7.44	
		(3)區域醫院		7.20		7.17		7.17	7.10		7.13		7.12	7.31		7.17		7.24	7.42		7.42		7.42	
		(4)地區醫院		8.26		8.26		8.26	8.15		8.18		8.17	8.40		8.18		8.28	8.49		8.48		8.49	
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	(1)醫院整體	半年	2.86%		2.58%		2.71%	2.61%		2.89%		2.75%	2.08%		2.56%		2.32%	2.43%		2.58%		2.51%	
		(2)醫學中心		7.12%		6.52%		6.83%	6.58%		7.44%		7.01%	5.57%		6.68%		6.14%	6.60%		7.10%		6.85%	
		(3)區域醫院		1.64%		1.38%		1.51%	1.50%		1.64%		1.57%	1.16%		1.47%		1.32%	1.35%		1.34%		1.35%	
		(4)地區醫院		0.65%		0.63%		0.64%	0.49%		0.41%		0.45%	0.35%		0.47%		0.41%	0.56%		0.62%		0.59%	
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數		半年	—		—		38.7萬點	—		—		39.9萬點	—		—		40.2萬點	—		—		40.2萬點	
	4.區域醫院以上初級門診照護率		半年	17.60%		17.69%		17.64%	17.06%		17.20%		17.13%	16.48%		17.54%		17.04%	16.47%		16.97%		16.73%	
	5.西醫基層與醫院門診服務占率	(1)病人數占率	西醫基層 醫院總額	半年 (季呈現)	83.53%	81.57%	81.18%	82.39%	91.84%	82.94%	81.97%	81.08%	82.51%	91.87%	81.47%	78.67%	79.11%	79.60%	90.27%	79.38%	78.01%	76.16%	77.42%	88.96%
		(2)件數占率			西醫基層 醫院總額	66.95%	64.17%	64.02%	65.59%	65.21%	66.51%	64.84%	64.10%	65.63%	65.28%	66.11%	62.44%	61.48%	62.74%	63.20%	63.15%	63.17%	59.53%	59.66%
	6.藥品費用占率	(1)藥品費用占率	(1)整體	半年	26.72%		26.01%		26.4%	27.26%		26.23%		26.7%	27.98%		27.08%		27.5%	28.91%		28.39%		28.6%
			(2)醫學中心		35.44%		34.62%		35.0%	35.51%		34.49%		35.0%	36.57%		35.65%		36.1%	38.47%		37.60%		38.0%
(3)區域醫院			28.49%		27.71%		28.1%	29.42%		27.89%		28.7%	29.96%		28.41%		29.2%	30.42%		29.71%		30.1%		
(4)地區醫院			21.28%		20.63%		20.9%	22.78%		21.68%		22.2%	23.68%		22.65%		23.1%	24.17%		23.91%		24.0%		
(5)基層院所			18.12%		17.63%		17.9%	18.47%		18.04%		18.3%	19.08%		18.47%		18.8%	19.33%		19.18%		19.3%		
(2)藥品費用超過或未達目標總額之百分率			年	—		—		3.7%	—		—		2.5%	—		—		4.4%	—		—		—	
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	—		—			—		—		退場1項	—		—		進場3項	—		—		進場1項	
	(2)專案計畫之KPI達成率		年	—		—			—		—			—		—			—		—			
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率		半年	1.13%		1.13%		1.17%	1.13%		1.16%		1.18%	1.24%		1.16%		1.24%	1.22%		1.21%		1.26%	
	2.糖尿病品質支付服務之照護率		半年	47.00%		48.89%		48.89%	53.08%		55.39%		55.40%	56.46%		58.32%		58.3%	58.86%		59.89%		59.9%	
	3.照護連續性		年	—		—		0.401	—		—		0.400	—		—		0.422	—		—		0.436	
	4.護理人力指標-急性病房全日平均護理病比占率分布	(1)醫學中心	(自106年5月起範圍改為<7)	半年	16.0%		21.7%		18.9%	14.7%		6.7%		10.7%	42.0%		10.7%		26.3%	40.0%		49.3%		44.7%
			(自106年5月起範圍改為7.0-7.4)		28.8%		31.8%		30.4%	19.3%		23.3%		21.3%	29.3%		38.7%		34.0%	24.0%		38.0%		31.0%
			<8(自106年5月起範圍改為7.5-7.9)		39.1%		40.1%		39.7%	45.3%		48.7%		47.0%	26.0%		40.7%		33.3%	28.0%		7.3%		17.7%
			8.0-8.4		15.4%		5.7%		10.6%	17.3%		20.0%		18.7%	2.7%		10.0%		6.3%	8.0%		5.3%		6.7%
			8.5-8.9		0.6%		0.6%		0.3%	3.3%		1.3%		2.3%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%
			≥9		0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%	0.0%		0.0%		0.0%
		(2)區域醫院	(自106年5月起範圍改為<10)		64.2%		71.0%		67.2%	59.2%		56.5%		57.9%	73.8%		63.0%		68.4%	74.1%		79.9%		77.0%
			(自106年5月起範圍改為10.0-10.4)		16.9%		14.2%		15.9%	18.6%		16.1%		17.3%	10.3%		15.3%		12.8%	10.0%		7.7%		8.8%
			<11(自106年5月起範圍改為10.5-10.9)		8.6%		6.2%		7.4%	10.9%		13.2%		12.1%	6.9%		10.0%		8.4%	7.1%		6.7%		6.9%
			11.0-11.4		3.2%		4.3%		3.7%	4.2%		4.8%		4.5%	2.7%		4.0%		3.4%	2.9%		2.1%		2.5%
			11.5-11.9		5.8%		4.1%		5.0%	5.7%		8.8%		7.3%	5.9%		7.5%		6.7%	5.4%		3.4%		4.4%
			≥12		1.3%		0.2%		0.7%	1.3%		0.6%		1.0%	0.4%		0.2%		0.3%	0.6%		0.2%		0.4%
		(3)地區醫院	(自106年5月起範圍改為<13)		87.3%		87.6%		87.4%	87.5%		86.2%		86.8%	86.6%		87.6%		87.1%	86.5%		85.9%		86.2%
			(自106年5月起範圍改為13.0-13.4)		1.5%		1.2%		1.4%	2.2%		2.4%		2.3%	2.0%		2.2%		2.1%	2.4%		2.6%		2.5%
			<14(自106年5月起範圍改為13.5-13.9)		1.3%		1.4%		1.3%	1.3%		1.9%		1.6%	1.5%		1.7%		1.6%	1.8%		1.7%		1.7%
			14.0-14.4		0.9%		1.2%		1.0%	1.3%		1.7%		1.5%	1.9%		2.0%		1.9%	1.6%		1.0%		1.3%
14.5-14.9			0.7%		0.8%		0.7%	1.7%		1.7%		1.7%	1.2%		1.2%		1.2%	1.0%		0.9%		1.0%		
≥15.0			0.7%		0.3%		0.5%	0.8%		1.0%		0.9%	1.4%		1.4%		1.4%	1.5%		1.2%		1.4%		
未填或護理病比為0	7.6%		7.6%		7.6%	5.3%		5.1%		5.2%	5.5%		3.9%		4.7%	5.1%		6.7%		5.9%				
(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	—		—		89.40%	—		—		96.80%	—		—		96.00%	—		—		93.90%	
		(2)西醫基層		—		—		92.40%	—		—		95.90%	—		—		97.20%	—		—		95.00%	
		(3)牙醫門診		—		—		93.20%	—		—		94.00%	—		—		96.70%	—		—		95.50%	
		(4)中醫門診		—		—		92.20%	—		—		95.00%	—		—		95.80%	—		—		94.50%	
	2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率		年	—		—		0.14%	—		—		0.14%	—		—		0.14%	—		—		0.13%	
3.出院後3日內再急診比率		年	—		—		1.96%	—		—		2.02%	—		—		1.90%	—		—		1.93%		

參考資料三 監理指標監測結果報表(107年起)

構面	監理指標		提報時程	107上		107下		107全年	108上		108下		108全年	109上		109下		109全年	110上		110下		110全年				
				107Q1	107Q2	107Q3	107Q4		108Q1	108Q2	108Q3	108Q4		109Q1	109Q2	109Q3	109Q4		110Q1	110Q2	110Q3	110Q4					
(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	—	—	—	—	76.71	—	—	—	—	73.09	—	—	—	—	83.29	—	—	—	—	90.13					
		(2)西醫基層	—	—	—	—	2.21	—	—	—	—	2.27	—	—	—	—	2.40	—	—	—	—	2.45					
		(3)牙醫門診	—	—	—	—	13.65	—	—	—	—	13.23	—	—	—	—	13.87	—	—	—	—	15.13					
		(4)中醫門診	—	—	—	—	8.44	—	—	—	—	8.82	—	—	—	—	8.29	—	—	—	—	9.51					
	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	—	—	—	—	53.75%	—	—	—	—	54.28%	—	—	—	—	52.36%	—	—	—	—	51.23%				
			醫療資源不足	—	—	—	—	57.37%	—	—	—	—	57.82%	—	—	—	—	56.65%	—	—	—	—	55.51%				
			山地離島地區	—	—	—	—	60.22%	—	—	—	—	60.94%	—	—	—	—	58.63%	—	—	—	—	57.85%				
		(2)西醫基層	一般地區	—	—	—	—	81.92%	—	—	—	—	82.19%	—	—	—	—	78.88%	—	—	—	—	—	76.26%			
			醫療資源不足	—	—	—	—	82.83%	—	—	—	—	83.03%	—	—	—	—	79.99%	—	—	—	—	—	77.62%			
			山地離島地區	—	—	—	—	86.21%	—	—	—	—	86.44%	—	—	—	—	84.28%	—	—	—	—	—	82.97%			
		(3)牙醫門診	一般地區	—	—	—	—	46.82%	—	—	—	—	47.55%	—	—	—	—	46.36%	—	—	—	—	—	45.00%			
			醫療資源不足	—	—	—	—	32.20%	—	—	—	—	32.84%	—	—	—	—	31.77%	—	—	—	—	—	31.09%			
			山地離島地區	—	—	—	—	41.92%	—	—	—	—	42.22%	—	—	—	—	41.54%	—	—	—	—	—	40.47%			
		(4)中醫門診	一般地區	—	—	—	—	26.58%	—	—	—	—	26.64%	—	—	—	—	25.18%	—	—	—	—	—	22.91%			
			醫療資源不足	—	—	—	—	19.81%	—	—	—	—	19.77%	—	—	—	—	18.83%	—	—	—	—	—	16.88%			
			山地離島地區	—	—	—	—	23.27%	—	—	—	—	23.51%	—	—	—	—	22.63%	—	—	—	—	—	20.72%			
	3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)	(1)整體		0.0411%		0.0423%		0.0417%		0.0445%		0.0443%		0.0444%		0.0422%		0.0471%		0.0448%		0.0429%		0.0469%		0.0449%	
		(2)個別項目	特殊功能人工水晶體		37.2%		37.4%		37.3%		38.2%		37.7%		37.9%		38.2%		39.9%		39.1%		40.8%		42.0%		41.4%
			特殊材質人工髖關節		25.7%		27.2%		26.4%		29.1%		27.9%		28.5%		26.9%		29.9%		28.5%		27.2%		30.5%		28.9%
			特殊功能人工心律調節器		51.3%		51.5%		51.4%		44.0%		44.8%		44.4%		42.1%		43.0%		42.6%		44.9%		46.2%		45.6%
冠狀動脈塗藥支架				63.9%		64.1%		64.0%		65.4%		66.7%		66.1%		65.3%		67.1%		66.3%		67.9%		68.8%		68.4%	
特殊材質生物組織心臟瓣膜				41.6%		42.3%		41.9%		41.3%		41.7%		41.5%		41.6%		37.2%		39.3%		44.3%		39.4%		41.9%	
義肢				3.9%		5.6%		4.9%		7.1%		8.3%		7.7%		11.7%		5.5%		8.4%		5.3%		5.9%		5.7%	
腦脊髓液分流系統				78.3%		82.3%		80.2%		82.3%		81.3%		81.8%		80.9%		82.9%		81.9%		83.2%		82.2%		82.7%	
治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置				33.4%		40.7%		36.5%		36.2%		37.4%		36.8%		34.0%		37.7%		35.6%		38.7%		40.6%		39.6%	
治療複雜性心臟不整脈消融導管				17.6%		16.8%		17.2%		17.5%		14.1%		16.4%		27.2%		37.2%		32.9%		42.3%		48.7%		45.7%	
特殊功能及材質髓內釘組		14.7%		33.9%		31.8%		55.5%		61.2%		58.4%		61.9%		59.5%		60.8%		62.0%		65.9%		64.0%			
(五)財務	1.保險收支餘絀	(1)實際數(億元)	半年	-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	-7.91	-10.44	-67.37	-155.15	-155.15				
		(2)預估數(億元)	半年(季呈現)	-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	63.13	-35.32	-56.51	-240.49	-240.49				
		(3)兩者之差異率	半年(季呈現)	-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%	-112.53%	-70.44%	19.21%	-35.49%	-35.49%				
	2.安全準備總額折合保險給付支出月數	半年(季呈現)	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	1.85	1.83	1.71	1.55	1.55					
	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	—	—	—	—	3.69%	—	—	—	—	3.75%	—	—	—	3.75%	—	—	—	—	—	—				
		(2)不含部分負擔全民健保醫療支出總額	年	—	—	—	—	3.46%	—	—	—	—	3.52%	—	—	—	3.55%	—	—	—	—	—	—				
	4.資金運用收益率	半年(季呈現)	0.60%	0.63%	0.61%	0.62%	0.62%	0.67%	0.68%	0.68%	0.67%	0.67%	0.67%	0.64%	0.61%	0.55%	0.53%	0.59%	0.36%	0.34%	0.30%	0.32%	0.33%				
	5.保費收繳率	年	—	—	—	—	98.55%	—	—	—	—	98.56%	—	—	—	—	98.61%	—	—	—	—	—	98.63%				
6.呆帳提列數與保費收入數之比	年	—	—	—	—	1.22%	—	—	—	—	1.24%	—	—	—	—	1.31%	—	—	—	—	—	1.27%					