

行政院衛生署所屬事業中央健康保險局

96 年度工作考成實施要點（核定本）

中央健康保險局

中華民國 96 年 4 月

行政院衛生署所屬中央健康保險局 96 年度 工作考成實施要點

96 年 4 月

- 一、本要點依國營事業工作考成辦法第 3 條及第 11 條之規定訂定，經報行政院核備後實施，修正時亦同。
- 二、中央健康保險局之年度工作考成依本要點辦理。
- 三、中央健康保險局之年度工作考成評估面向及各面向所占權數如次：

(一)財務管理	23
(二)資源管理	48
(三)經營管理	18
(四)人力	5
(五)國家政策	6
合 計	100
- 四、中央健康保險局之年度工作考成，應於年度結束後，就附表一及附表二所訂評估面向、指標及評量計算方式辦理自評作業，並將自評報告併同年度決算書於次年期限前提報主管機關，並附送行政院各複核單位。
- 五、每一評估指標實績與比較基準相等，辦理情形優良者以 80 分或 75 分計（75 分為基準分之項目加予註記，未註記者為以 80 分計），實績超出基準或辦理情形特優者予以加分，最高 100 分。實績低於基準或辦理情形欠佳者酌予扣分，最低 0 分，如有特殊情形或政策因素以致影響分數者，應於報告內詳加說明，作為評分之參考。
- 六、本要點所訂評估指標，均應逐項將辦理情形，依照附表二「行政院衛生署所屬事業中央健康保險局經營績效評估面向、指標及評量計算方式」所訂評估指標，予以具體詳細列入年度工作考成檢討報告，如有未列報或未按本要點所訂經營績效評估面向、指標及評量計算方式列報告，該項目不計分。

附表一

面向及評估指標（含計算公式）	權數			審核部門	備註
	目	項	類		
財務管理			23		
1.保險費收繳率		10			
2.保險費欠費收回率		10			
3.資金運用效益		2			
4.融資借款利率		1			
資源管理			48		
5.醫療資源運用效能		24			
5.1 IC 卡上傳門診高診次保險對象輔導就醫次數下降比率	6				
5.2 全年藥費占健保支出比率	6				
5.3 全年感冒占健保支出比率	6				
5.4 醫療院所輔導改善率	3				
5.5 業務宣導	3				
6.醫療給付效率		5			
6.1 「啟動點值結算」效率	5				
7.醫療服務品質提升率		19			
7.1 同藥理分類不同處方用藥日數重複情形	3				
7.2 出院後 3 日內再急診率	1				
7.3 出院後 14 日內再住院率	1				
7.4 門診抗生素使用	3				
7.5 糖尿病患空腹血脂每年執行狀況	3				
7.6 30 日以上超長期住院率	3				
7.7 醫療服務品質滿意度提升率	2				
7.8 西醫門診以重大傷病身分就醫之診斷與重大傷病卡診斷不符之案件	3				
經營管理			18		
8.行政管理費管控力		4			
9.民眾滿意度		8			
10.電腦系統服務效率		3			
11.資料保護力		3			
人力		5	5		
12.用人費率					
國家政策			6		
13.家庭醫師制度推廣量		3			

14.配合行政院大溫暖計畫辦理健保醫療品質 資訊公開		3			
-------------------------------	--	---	--	--	--

附表二

行政院衛生署所屬中央健康保險局經營績效評估面向、指標及評量計算方式

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
財務管理	1. 保險費收繳率	$(\text{實收保險費}/\text{開單保險費}) \times 100\%$	10	達 95.74% (前 3 年平均值), 得基準分 80 分, 增(減) 0.2%, 加(減) 1 分。 註: 本項評分係計算投保單位及被保險人年度保險費收繳率, 以保險費年月為上年度 11 月至當年度 10 月之開單保險費 (例如 96 年度保險費收繳率係以保費年月 95 年 11 月至 96 年 10 月) 為計算基準, 實收保險費係指截至 96 年 12 月底之收回金額。
	2. 保險費欠費收回率	$(\text{保險費欠費收回金額}/\text{保險費欠費總金額}) \times 100\%$	10	達 73.42% (前 3 年平均值), 得基準分 80 分, 每增(減) 0.2%, 加(減) 1 分。 註: 保險費欠費金額係指保費年月 91 年 11 月至 95 年 10 月之欠費總金額, 收回金額係指截至 96 年 12 月止已收回前項欠費之總金額。本局欠費收回率基本值之計算係排除政府實施政策之影響。
	3. 資金運用收益	$\text{資金運用收益率} = (\text{當年度資金運用收益}/\text{可運用資金平均營運量}) \times 100\%$	2	資金運用收益率與活期儲蓄存款年平均利率比較, 基本分 80 分, 每增一碼 (0.25%) 加 2 分, 每減一碼扣 2 分, 滿分為 100 分。
	4. 融資借款利率	$\text{融資借款利率} = \text{標準借款利率} - \text{當年度融資借款利率}$	1	借款利率與標準利率比較, 基本分 80 分, 每減一碼 (0.25%) 加 2 分, 每加一碼扣 2 分, 滿分為 100 分。 本項評分標準以中央銀行統計資料之中華民國台灣地區金融統計月報所載「利率-五大銀行(台銀、合庫、彰銀、一銀及華銀)新承做放款金額與利率表」之週轉金貸款利率, 按實際月份數之加權平均數為標準。
資源管理	5. 醫療資源運用效能			
	5.1 IC 卡上傳門診高診次保險對象輔導就醫次數下降比率	(輔導後平均就醫次數 - 輔導前平均就醫次數) / 輔導前平均就醫次數 (含中西牙門診, 高診次保險對象為 IC 卡上傳每月門診 ≥ 20 次之個案)	6	受輔導對象平均門診就醫次數下降 20% 得 80 分, 下降比率每增(減) 1%, 加(減) 1 分。 註: 輔導人數扣除死亡及遊民。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
	5.2 全年藥費占健保支出比率	藥費/醫療費用總數×100%	6	達 24.95% (前 3 年平均值), 得基準分 80 分, 每增(減) 0.1%, 減(加) 1 分。
	5.3 全年感冒占健保支出比率	感冒醫療費用/醫療費用總數×100%	6	達 4.54% (95 年實績), 得基準分 80 分, 全年感冒占健保支出比率每減(增)0.1%, 加(減)1 分。 註: 排除當年有感冒大流行之因素
	5.4 醫療院所輔導改善率 5.4.1 醫療院所異常管理及輔導 5.4.2 輔導管理及輔導院所改善率	平均每分局執行 8 個醫療項目 所有執行項目輔導後醫療院所改善家次數/所有執行項目輔導醫療院所家次數×100%	3	各分局選擇高利用(應包括 CT 及 MRI) 及高費用疾病檢查、檢驗、藥品及治療項目, 利用檔案分析方式進行醫療院所異常管理及輔導, 繼續執行 95 年度原有 8 項, 得 60 分, 每增(減)1 項, 加(減)5 分。 輔導改善率達實績值 85.13% 者, 得 16 分, 每增(減) 3% , 加(減) 1 分, 最高為 20 分。
	5.5 業務宣導 5.5.1 擴大運用宣導通路, 執行「年度業務重點主題宣導」		2	1.擴大運用宣導通路:(30% , 占分 0.6 分) 透過電視、廣播、網路、報紙、雜誌、平面文宣、戶外媒體、雙月刊、電子報及社區活動等 10 大通路, 加強各類健保業務之宣導。每執行 1 項得基準分 10 分, 每增(減) 1 項, 增(減) 10 分。 2.業務宣導及廣告費預算執行率(20% , 占分 0.4 分): 經年度結算後, 實際經費執行率達 80% 者, 得基準分 80 分, 每增(減) 1% , 增(減) 1 分。 3.執行「年度業務重點主題宣導」(50% , 占分 1 分): 依據本局訂定之「96 年度全民健康保險業務宣導計畫」, 執行年度業務重點主題宣導, 每執行 1 項得基準分 10 分, 每增(減) 1 項, 增(減) 10 分。 業務重點主題如下: 1. 瞭解健保停復保, 出國安心沒煩惱。 2. 如何以適當身分加入全民健保。 3. 珍惜健保資源, 落實正確就醫。 4. 索取處方箋、健康保平安。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
				5. 提升自我照護，瞭解就醫權益。 6. 輔導高診次民眾就醫。 7. 繳納健保費，互助又節稅。 8. 健保費多元繳納，民眾便利安心。 9. 醫療品質公開，全民共同監督。 10. 落實藥袋標示，確保民眾用藥安全。 11. 其他：配合年度內緊急政策宣導需要，其他重要健保宣導議題。
		5.5.2 年度中民眾認知率—年度結束後民眾認知率(註)	1	當年度認知率增加 2% 者，得基準分 80 分，每增(減) 1%，加(減) 1 分。 註：由健保局針對「減少醫療資源浪費」課題訂定年度宣導項目，並由衛生署辦理一般民眾對年度宣導項目認知率調查。
	6. 醫療給付效率			
	6.1「啟動點值結算」效率	以延誤或提前天數增減分，法定完成當季點數計算之次日(當季結束後第四個月初啟動)	5	準時啟動者得基準分 80 分，逾期者，每逾 10 日減 1 分。提前者，每提前 10 日加 1 分。 註：因非可預期之政策或環境因素，致延後啟動結算作業者不予扣分。
	7. 醫療服務品質提升率			
	7.1 同藥理分類不同處方用藥日數重複情形	同藥理分類-不同處方用藥日數重複率	3	A：達 6.08% (西醫基層前 3 年平均值) 者，得基準分 80 分，每減(增) 0.01%，加(減) 1 分。 B：達 4.46% (醫院總額前 3 年平均值) 者，得基準分 80 分，每減(增) 0.01%，加(減) 1 分。 得分=A+B/2，滿分為 100 分。 備註： 計算公式=6 類藥理分類藥物不同處方重複用藥日數(排除 08 案件)/6 類藥理分類藥物之給藥日數。 6 類藥理分類藥物：安眠鎮靜藥物、抗憂鬱症藥物、抗精神分裂藥物、降血壓藥物、降血脂藥物、降血糖藥物。
	7.2 出院後 3 日內再急診率	3 日內再急診案件數/出院案件數	1	達 2.47% (前 2 年平均值) 者，得基準分 80 分，每減(增) 0.01%，加(減) 2 分。 分子：3 日內再急診案件數 分母：出院案件數 備註：排除下列案件：1.精神科個案 2.乳癌試辦案件 3.化學治療及放射線治療 4.早產安胎

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
				個案 5.罕見疾病—黏多醣症 6.轉院案件 7.新生兒未領卡 8.血友病 9.器官移植案件。
	7.3 出院後 14 日內再住院率	14 日內再住院的案 件數/出院案件數	1	達 6.78% (前 2 年平均 值) 者, 得基準分 80 分, 每減(增) 0.01%, 加(減) 2 分。 分子: 14 日內再住院 案件數 分母: 出院案件數 備註: 排除下列案件: 1.精神科個案 2.乳癌 試辦案件 3.化學治療 及放射線治療 4.早 產安胎個案 5.罕見疾 病—黏多醣症 6.轉院 案件 7.新生兒未領卡 8.血友病 9.器官移植 案件 10.執行心導管 後再執行心血管繞道 手術或支架置放術
	7.4 門診抗生素 使用	門診抗生素使用率	3	達 13.51% (西醫基層 前 3 年平均) 者, 得 基準分 80 分, 每減 (增) 0.1%, 加(減) 1 分。
	7.5 糖尿病患 空腹血脂 每年 執行狀況	糖尿病患空腹脂 肪年執行率	3	達 26.87% (前 3 年 平均) 者, 得基準分 80 分, 每減(增) 0.1%, 加(減) 1 分。
	7.6 30 日 以上 超長期 住院 率	住院超過 30 日 的案 件數/ 出院 總案 件數 ×100%	3	達 2.99% (前 3 年 平均) 者, 得基準分 80 分, 每減(增) 0.1%, 加(減) 1 分。 註: 不包含呼吸照 護及精神 病案 件及 乳癌 試辦 計畫 等特 殊狀 況。
	7.7 醫療服 務品 質滿 意度 提 升率	針對 3 至 4 項醫 療品 質項 目辦 理民 眾滿 意度 調查	2	與前 3 年滿意度 平均 值相 同者, 得基 準分 80 分 , 每 減(增) 0.1%, 減(加) 1 分。 註: 總額制度全 面實 施後, 共分 西醫 醫院 、西 醫基 層、 牙醫 及中 醫四 個部 門。總 額民 調結 果前 3 年 平均 值, 西 醫醫 院 74.96% 占分 比率: 0.5% ; 西 醫基 層 81.84% 占分 比率: 0.5% ; 牙 醫 85.62% 占分 比率: 0.5% 及中 醫 80.64% 占分 比率: 0.5% (滿意 度為 滿意 加上 非常 滿意 兩項 之總 計)
	7.8 西醫門 診以 重大 傷病 身分 就醫 之診 斷與 重大 傷病 卡診 斷不 符之 案 件	西醫門診以重大 傷病 身分 就醫 之診 斷與 重大 傷病 卡診 斷不 符之 案 件占 率(含 醫院 總額 及西 醫基 層總 額部 門排 除洗 腎案 件)	3	基本值: 25%, 目 標值: 15%。達 25% 者, 得基本分 80 分, 每減(增) 0.5% 者, 加(減) 1 分。 分子: 醫療院所 門診 以重 大傷 病身 分就 醫案 件之 診斷 與重 大傷 病卡 診斷 不符 之案 件數 (排 除洗 腎案 件) 分母: 醫療院所 門診 以重 大傷 病身 分就 醫之 總案 件數 (排 除洗 腎案 件) 註: 門診以重大 傷病 身分 就醫 案 件之 定義 為部 分負 擔代 號=001 者。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
經營管理	8.行政管理費管控力	$(\text{行政管理費}/\text{保費收入}) \times 100\%$	4	與 1.69% (前 3 年平均值) 比較, 在正 (負) 2% 範圍內, 得基準分 80 分。每減 (增) 0.5%, 加 (減) 1 分。此為預估值, 依審定後之值為主 註: 排除政策性因素、特殊事故因素及與本局業務無關之委辦業務費用。
	9.民眾滿意度	由健保局辦理健保服務滿意度調查	8	滿意度達 80% 者, 得基準分 80 分, 每減 (增) 1%, 減 (加) 1 分 (占權數比率: 民眾 3%; 投保單位 3%; 醫事機構 2%) 由健保局自行委外辦理。
	10.電腦系統服務效率	$(\text{系統主機服務總時數} - \text{故障未能提供服務之總時數計算}) / \text{系統主機服務總時數} \times 100\%$	3	達 99.9% 者得基準分 80 分, 每加 (減) 0.01% 加 (減) 1 分
	11.資料保護力	被保險人資料非法件數或管理弊端: 各分局分數平均值 $\times 0.4\%$ + 總局分數 $\times 0.6\%$	3	非法件數或管理弊端 0 件者, 得基準分 80 分。 1. 未能及時發現問題, 致造成控管疏失者, 每件減 2-10 分。如: IP 位址或網頁遭入侵或置換者每件減 2 分、資料外洩者每件減 10 分。 2. 強化內部控制或資通安全或適時發現弊端並修訂內部控制或防弊措施, 依下列所列項目每項加 1~5 分, 滿分為 100 分。 (1) 獲資安認證通過者每一證書加 1~3 分。 (2) 外部資安稽核表現優良者加 5 分。 (3) 適時發現弊端並修訂內部控制或防弊措施者每項加 1~2 分。 (4) 辦理資安教育訓練, 每 2 場加 1 分。 (5) 辦理其他維護資訊安全之重大措施著有績效者每項加 5 分。
人力	12.用人費率	$(\text{用人費用}/\text{行政管理費}) \times 100\%$	5	達 49.65% (前 3 年平均實績值) 者, 得基準分 80 分, 每減 (增) 1%, 加 (減) 1 分。 此為預估值, 依審定後之值為主。 註: 排除政策性因素、特殊事故因素、與本局業務無關之委辦業務費用及員工其職級晉級、升等之薪資自然成長。
國家政策	13.家庭醫師制度推廣量	年度內輔導「社區醫療群」組成數目	3	96 年底實際運作之社區醫療群數, 達 300 個者, 得 100 分, 每少一個減 1 分。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
	14. 配合行政院大溫暖計畫辦理健保醫療品質資訊公開	依各辦理業務項目達成情形計分	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每季製作醫院、西醫基層、中醫、牙醫及門診透析總額專業醫療品質報告並公開，完成得 20 分。 2. 完成疾病別專業醫療品質報告 3 份並公開，完成得 20 分。 3. 透過 VPN 系統回饋本局醫療給付檔案分析系統開發之醫療品質指標資訊，完成得 20 分。 4. 每年與醫院、西醫基層、中醫、牙醫及門診透析總額部門協商新增 2-3 項指標，公布院所別品質資訊，完成得 20 分。 5. 依消基會、醫改會、罕見疾病基金會之建議，調查院所自願公開之指標項目，由分局公布轄區院所自願公開之醫療品質資訊，完成得 10 分。 6. 建置民眾易於閱讀之醫療品質資訊公開平台： <ol style="list-style-type: none"> (1) 委外設計民眾易於閱讀之醫療品質資訊網頁，完成得 5 分。 (2) 委託專家就現有醫療品質資訊轉化為民眾易於閱讀之資訊，完成得 5 分。