

行政院衛生署所屬事業中央健康保險局

94 年度工作考成實施要點

行政院衛生署

中華民國 94 年 4 月

行政院衛生署所屬中央健康保險局 94 年度 工作考成實施要點

94 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下：

(一)財務管理	20
(二)資源管理	50
(三)經營管理	18
(四)人力	5
(五)國家政策	7
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			20		
1. 保險費收繳率		7			
2. 保險費欠費收回率		13			
資源管理			50		
3. 醫療資源運用效能		26			
3.1 IC卡上傳資料高診次即時輔導率	4				
3.2 全年每人平均門診減少次數	5				
3.3 全年藥費佔健保支出比率	6				
3.4 全年感冒佔健保支出比率	5				
3.5 高貴檢查項目下降比率	3				
3.6 業務宣導	3				
4. 醫療給付效率		8			
4.1 爭議審議案件撤銷比率	3				
4.2 「啟動點值結算」效率	3				
4.3 總額支付點值容許範圍穩定度	2				
5. 醫療服務品質提升率		16			
★5.1 門診注射劑使用率(基準分75分)	3				
★5.2 門診抗生素使用率(基準分75分)	4				
5.3 門診同一處方制酸劑重複使用率	4				
5.4 30日以上超長期住院率	3				
5.5 醫療服務品質滿意度提升率	2				
經營管理			18		
6. 行政管理費管控力		4			
7. 民眾滿意度		8			
★8. 電腦系統服務效率 (基準分75分)		3			
9. 資料保護力		3			
人力			5		
10. 用人費率		5			
國家政策			7		
11. 家庭醫生制度推廣量		3			
12. 山地離島醫療服務效能		4			
12.1 鄉內就醫次數增加率	2				
12.2 當地門診次數增加率	2				

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	$(\text{實收保險費} / \text{開單保險費}) \times 100\%$	7	達95.15% (前3年平均價值), 得基準分80分, 增(減) 0.02%, 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94年度保險費收繳率係以保費年月93年11月至94年10月)為計算基準, 實收保險費係指截至94年12月底前開單保險費之收回金額。
	2.保險費欠費收回率	$(\text{保險費欠費收回金額} / \text{保險費欠費總金額}) \times 100\%$	13	達70.58% (前3年平均價值), 得基準分80分, 每增(減) 0.2%, 加(減) 1分。 註: 前3年保險費欠費金額係指保費年月89年11月至93年10月之欠費總金額, 收回金額係指截至94年12月止已收回前項欠費之總金額。
資源管理	3.醫療資源運用效能	3.1 IC卡上傳資料高診次即時輔導率: (輔導人次/IC卡上傳資料每月門診就醫次數大於30次(含)保險對象人數) $\times 100\%$	4	達80.02%者(93年7月至12月平均價值), 得基準分80分, 每增(減)1%, 加(減) 1分。
		3.2 全年每人平均門診減少次數: (當年次數-去年次數) / 當年總次數 $\times 100\%$	5	與去年每人平均門診次數相同者, 得基準分80分, 每減(增) 0.01次, 加(減) 1分, 下降 0.2次者(降低 440萬次/2200萬次), 得分 100分。 註: 扣除門診就醫次數不含政策鼓勵就醫項目(預防保健、慢性病連續處方箋)、代辦案件(評估流感門診、戒菸門診、職災、精神病強制住院、愛滋病)。
		3.3 全年藥費佔健保支出比率: 藥費/醫療費用總數 $\times 100\%$	6	達24.93% (93年實績), 得基準分80分, 每增(減) 0.1%, 減(加) 1分。
		3.4 全年感冒佔健保支出比率: 感冒醫療費用/醫療費用總數 $\times 100\%$	5	達6.59% (93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

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
		3.5 高貴檢查項目下降比率： 3.5.1 平均每分局執行8個醫療項目 3.5.2 輔導管理及輔導院所改善率：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	3.5.1. 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，平均項數達到8項者，得80分，不足8項時，每減少1項，減5分，（佔權數50%）。 3.5.2. 輔導改善率達93年實績值76.46%者，得16分，每增（減）5%，加（減）1分，最高為20分，（佔權數50%）。
		3.6 業務宣導：年度中民眾認知率-年度結束後民眾認知率	3	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
4. 醫療給付效率	4.1 爭議審議案件撤銷比率：撤銷件數（含撤銷、部分撤銷、撤銷另核等）/核定件數×100%	3	達24.4%（前3年平均值）者，得基準分80分，每減（增）目標值1%，加（減）1分。	
	4.2 「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）	3	準時啟動者得基準分80分，逾期者，每逾10日減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。	
	4.3 總額支付點值容許範圍穩定度：以是否超出容許範圍計分	2	全年四部門四季16次點值核算均在容許範圍內者，得基準分80分，任一部門連續二季超過容許範圍者，減1分；若任一部門點值之變動超出當季容許範圍，予立即檢討原因，並提出改進對策輔導改善者，加1分，倘於下一季點值回升者，加2分。	
5. 醫療服務品質提升率	5.1 門診注射劑使用率	3	達6.26%（西醫基層前3年平均值）者，得基準分75分，每減（增）0.1%，加（減）1分。	
	5.2 門診抗生素使用率	4	達18.41%（西醫基層前3年平均值）者，得基準分75分，每減（增）0.1%，加（減）1分。	
	5.3 門診同一處方制酸劑重複使用率	4	達4.62%者（醫院門診前3年平均值），得基準分80分，每減（增）0.1%，加（減）1分。	
	5.4 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4.74%（93年實績）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等特殊狀況。	

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
		5.5 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75.96% 占分比率：0.5%；西醫基層78.8% 占分比率：0.5%；牙醫86.4% 占分比率：0.5% 及中醫82.83% 占分比率：0.5%（滿意度為滿意加上非常滿意兩項之總計）
經營管理	6.行政管理費管控力	$(\text{行政管理費}/\text{保費收入}) \times 100\%$	4	與2.46%（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。 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。
	7.民眾滿意度	由衛生署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）0.1%，減（加）1分（佔權數比率：民眾3%；投保單位3%；醫事機構2%）
	8.電腦系統服務效率	年度電腦系統服務效率： $(\text{系統主機服務總時數} - \text{故障未能提供服務之總時數}) / \text{系統主機服務總時數} \times 100\%$	3	達99%者，得基準分75分，99%以上者，得基本分75分，每增（減）0.1%，加（減）2.5分
	9.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. 未能及時發現弊端，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、資料嚴重外洩者每件減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者，每項加1~5分，滿分為100分。如：舉辦資安教育訓練一場加1分、獲資安認證通過者每一證書加1~3分、外部資安稽核表現優良者加5分、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。
人力	10.用人費率	$(\text{用人費用}/\text{行政管理費}) \times 100\%$	5	達53.92%（93年實績）者，得基準分80分，每減（增）1%，加（減）1分。 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。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
國家政策	11. 家庭醫生制度推廣量	年度內輔導「社區醫療群」組成數目	3	達220個者，得基準分80分，增（減）2~4%，加（減）6分；增（減）4~7%，加（減）13分；增（減）7~10%，加（減）20分；增（減）10~13%，加（減）25分；增（減）13~17%，加（減）30分；增（減）17~22%，加（減）40分；增（減）22~28%，加（減）60分；增（減）28~35%，加（減）80分。
	12. 山地離島醫療服務效能	12.1 鄉內就醫次數增加率： $\frac{\text{本年鄉內就醫比率} - \text{去年鄉內就醫比率}}$	2	鄉內就醫次數增加率 $\leq 5\%$ 者，得基準分80分。增（減）6% -10%，加（減）5分；增（減）11% -15%，加（減）10分；增（減）16% -20%，加（減）20分；增（減）21% -30%，加（減）30分；增（減）31% -50%，加（減）60分；增（減）51% 以上，加（減）80分。
		12.2 當地門診次數增加率： $\frac{\text{本年次數} - \text{去年次數}}{\text{去年次數}} \times 100\%$	2	與去年度實際數比較相同者，得基準分80分，每增（減）1%，加（減）1分。