

# 行政院衛生署所屬國營事業中央健康保險局 97 年度工作考成實施要點（核定本）

97 年 5 月 5 日院授研管字第 0970008865 號函核定

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	27
(二)資源管理	43
(三)經營管理	20
(四)人力	5
(五)國家政策	5
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 1 及附表 2 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，並副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 分為原則（如有特殊情形再於評量計分方式說明），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 2「中央健康保險局國營事業工作考成評估面向、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 1

面向及評估指標	權數			審核部門	備註
	目	項	類		
財務管理			27		
1.保險費收繳率		12			
2.保險費欠費收回率		12			
3.資金運用收益		3			
資源管理			43		
4.醫療資源運用效能		26			
4.1IC 卡上傳門診高診次保險對象輔導就醫次數下降比率	7				
4.2 全年藥費占健保支出比率	10				
4.3 醫療院所輔導改善率	5				
4.4 業務宣導	4				
5.醫療給付效率		5			
5.1「啟動點值結算」效率	5				
6.醫療服務品質提升率		10			
6.1 門診手術（含 ESWL）後 2 日內急診或住院率	2				
6.2 子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷發生率	2				
6.3 生產案件出院後 14 日內再住院率	2				
6.4 住院清淨手術抗生素 3 日以上（含）使用率	2				
6.5 糖尿病病患血液肌酸酐（換算 eGFR）檢查執行率	2				
7.醫事服務機構違規查核追回金額		2			
經營管理			20		
8.行政管理費管控力		4			
9.民眾滿意度		10			
10.電腦系統服務效率		3			
11.資料保護力		3			
人力			5		
12.用人費率		5			
國家政策			5		
13.家庭醫師制度推廣量		5			

附表 2

## 中央健康保險局國營事業工作考成評估面向、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	$(\text{實收保險費}/\text{開單保險費}) \times 100\%$	12	達 96.2% (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 97 年度保險費收繳率係以保費年月 96 年 11 月至 97 年 10 月) 為計算基準, 實收保險費係指截至 97 年 12 月底之收回金額。
	2.保險費欠費收回率	$(\text{保險費欠費收回金額}/\text{保險費欠費總金額}) \times 100\%$	12	達 75.15% (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 92 年 11 月至 96 年 10 月之欠費總金額, 收回金額係指截至 97 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	$(\text{當年度資金運用收益}/\text{可運用資金平均營運量}) \times 100\%$	3	資金運用收益率與五大銀行 (台銀、合庫、彰銀、一銀及華銀) 活期儲蓄存款年平均利率比較, 基準分 80 分, 每增一碼 (0.25%) 加 2 分, 每減一碼扣 2 分, 滿分為 100 分。
資源管理	4.醫療資源運用效能			
	4.1IC 卡上傳門診高診次保險對象輔導就醫次數下降比率	$(\text{輔導後平均就醫次數} - \text{輔導前平均就醫次數}) / \text{輔導前平均就醫次數} (\text{含中西牙門診, 高診次保險對象為 IC 卡上傳每月門診} \geq 20 \text{ 次之個案})$	7	1.高診次保險對象輔導後之平均門診就醫次數較輔導前下降 20% 得 80 分, 下降比率每增 (減) 1%, 加 (減) 1 分。(50%) 2.97 年度高診次輔導對象為 15,439 人, 得基準分 75 分, 輔導人數每減 (增) 0.5%, 加 (減) 分 2 分。(50%) 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
	4.2 全年藥費占健保支出比率	藥費/醫療費用總數×100%	10	達 24.88% (前 3 年平均值), 得基準分 80 分, 每增 (減) 0.1%, 減 (加) 1 分。 註: 計算公式之分母單位為「點」。
	4.3 醫療院所輔導改善率		5	
	4.3.1 醫療院所異常管理及輔導	平均每分局執行 8 個醫療項目		各分局就去年執行項目檢討後, 增減選擇高利用及高單價檢查、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, 執行 8 項, 得 80 分, 每增 (減) 1 項, 加 (減) 3 分。(50%)
	4.3.2 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%		輔導改善率達 89.97% (前 3 年平均值) 者, 得 80 分, 每增 (減) 1% , 加 (減) 3 分。(50%)
	4.4 業務宣導	4.4.1 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% ) 運用電視、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 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; 惟未能具體提供宣導效益者, 每項基準分最多以 5 分計算。 2.宣導通路加強在地化行銷 (20% ) 經年度結算後, 由本局依據各縣市民眾需求, 宣導通路交 6 分局執行之比率達 20% 者, 得基準分 80 分, 每增 (減) 0.2% , 增 (減) 1 分。 3.執行「年度業務重點主題宣導」(50% ) 依據本局訂定之「97 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; 惟未能具體提供宣導效益者, 每項基準分最多以 5 分計算。業務重點主題如下:

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
				<p>(1)支持健保的核心價值。  (2)轉診使重症病人有保障。  (3)厝邊好醫生、顧我尚安心。  (4)善用社區藥局、正確藥袋標示。  (5)醫療資訊公開、守護民眾權益。  (6)慢性病人請多利用慢性病連續處方箋。  (7)國外緊急傷病、健保就醫核退。  (8)減少不當自費、正確使用健保資源。  (9)職業傷病免擔心、勞健保共同保障您。  (10)其他：配合年度內緊急健保政策議題宣導。  ①「健保的錢花到哪裡去了？」政策溝通專案  ②「民眾就醫權益維護」政策溝通專案。  ③「健保有愛，守護在您身邊」落實分眾宣導專案。</p> <p>備註：請強化醫療費用占整體健保支出比重較高之單一病種（如感冒、洗腎等）之民眾正確就醫、自我照顧之觀念。</p>
		4.4.2 年度中民眾認知率—年度結束後民眾認知率	2	<p>當年度民眾認知率調查結果後測與前測之比較，增加 2%者，得基準分 80 分，每增（減）1%，加（減）1 分。  <math>得分=80+(後測-前測-2\%)/1\%</math>  註：由健保局針對「珍惜健保資源，落實正確就醫，支持健保核心價值」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。</p>
	5. 醫療給付效率 5.1 「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 4 個月月初啟動）	5	<p>1.準時啟動者得基準分 80 分，逾期者，每逾 10 日減 1 分。  註：「準時啟動」之定義如下：  (1)係指依據「全民健保醫事服務機構醫療服務審查辦法」，以該季結束後 3 個月月底前之核定醫療服務點數計算為原則，故最快僅能於該季結束後第 4 個月月初準時啟動。  (2)惟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。  2.加分：</p>

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
				(1)依各總額各季支委會時程提各總額支付委員會確認點值無誤加 10 分。(各部門各 2 分) (2)各總額各季支委會確認點值無誤後,1 個月內發函各分局依結算點值進行暫、核付及點值結算後追扣補付事宜加 10 分(各部門各 2 分)。
	6. 醫療服務品質提升率		10	
	6.1 門診手術(含 ESWL)後 2 日內急診或住院率	門診手術(含 ESWL)後 2 日內急診或住院人次/門診手術人次	2	達前 3 年平均值者得基準分 80 分,每減(增) 0.05%,加(減) 1 分。 分子:門診手術後 2 日(含)內急診或住院的人次。 分母:門診手術人次 備註: 1.門診手術:醫令代碼前 2 碼為 62-88 及 50023A、50024A、50025A、50026A、50023B、50024B、50025B、50026B。且醫令代碼長度為 6 或 7 且排除案件分類「02」(急診);門診手術係指門診醫令申報符合本局支付標準第二部第二章第七節(手術章節)者。 2.急診係指門診案件分類「02」,住院係指申報住院者。 3.2 日(含)內:例如 7/23 施行門診手術,則 7/23~7/25 有再急診(或再住院)者為符合分子條件。 4.判定分子有無再急診或再住院時:(1)用分母之 ID 進行勾稽。(2)分母部分若治療結束日不為空白,取治療結束日否則取就醫日期。(3)分子部分之再急診採用就醫日期與分母進行比對;再住院採用入院日與分母進行比對。 5.分母依不同維度同 1 人同 1 日若有多種手術僅計算 1 次。 6.分子 2 日(含)內若有多次急診(或住院)亦僅採計 1 次。
	6.2 子宮肌瘤手術後 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損	分母案件出院 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損	2	達(前 3 年平均值)者,得基準分 80 分,每減(增) 0.1%,加(減) 1 分。 分子:分母案件出院 14 日內門、住診有輸尿管或膀胱或腸道損傷診斷之人次數

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
	管或膀胱或腸道損傷診斷發生率	傷診斷之人次數/申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數		分母：申報子宮肌瘤診斷(排除癌症診斷)且有施行子宮肌瘤摘除或子宮切除手術治療住院人次數 備註： 1.子宮肌瘤診斷：住診案件任一主次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 218 2.癌症診斷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼為 140~208、230~238。 3.子宮肌瘤摘除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97010K、97011A、97012B、97013B、80402C、80420C、80415B。 4.子宮切除術：住診案件，醫令類別 2、醫令代碼 97025K、97026A、97027B、97020K、97021A、97022B、97035K、97036A、97037B、80403B、80404B、80421B、80416B、80412B。 5.輸尿管、膀胱損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 788、789 6.腸道損傷：門、住診案件任一主、次診斷 ICD_9_CM 前三碼 863、867 7.14 日內發生率勾稽方式： (1)門診：(門診就醫日期－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院) (2)住診：(再次住院入院日－手術當次住院出院日) ≤ 14 (跨院) (3)子宮肌瘤診斷與手術(子宮肌瘤摘除或子宮切除手術)需限定發生在同一清單案件(同案件分類、流水號)。
	6.3 生產案件出院後 14 日內再住院率	出院後 14 日再住院案件數/生產住院案件數	2	達前 3 年平均者，得基準分 80 分，每減(增) 0.1%，加(減) 1 分。 分子：分母案件出院後 14 日內再住院案件數 分母：生產住院案件數。
	6.4 住院清淨手術抗生素 3 日以上(含)使	住院手術後使用 3 日以上(含)抗生素案件數/清淨手術案件	2	達(前 3 年平均者)，得基準分 80 分，每減(增) 0.2%，加(減) 1 分。 備註： 1.分子定義：從執行清淨手術的同一清單之中，找出執行

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
	用率	數		<p>住院手術的醫令(取執行迄日最大者代表), 再找出使用抗生素的醫令(取執行迄日最大者代表), 後者-前者 <math>\geq 3</math>。</p> <p>2.分母定義: 醫令代碼第一碼為 6、7、8 的醫令。</p> <p>3.清淨手術: 案件分類為 2 (論病例計酬), 且 DRG 碼為 0163A、0163B、0209A、0209B、0290A、0471A。</p> <p>4.抗生素藥品: 醫令代碼為 10 碼, 且藥理分類前 4 碼為 0812。</p>
	6.5 糖尿病病患血液肌酸酐(換算 eGFR) 檢查執行率	有執行血液肌酸酐(換算 eGFR) 檢查之病人 ID 歸戶人數/糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數	2	<p>達前 3 年平均值, 得基準分 80 分, 每增(減) 0.2%, 加(減) 1 分。</p> <p>1.分子: 分母 ID 中, 在統計期間有執行血液肌酸酐檢查之病人 ID 歸戶人數。</p> <p>2.分母: 門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。</p> <p>3.糖尿病: 任一主、次診斷之 ICD-9-CM 前三碼為 250 之門診案件。</p> <p>4.糖尿病用藥: 指 ATC 前 5 碼為 A10BA、A10BB、A10BC、A10BD、A10BX、A10BF、A10BG、A10AB、A10AC、A10AD、A10AE</p> <p>5.血液肌酸酐檢查: 係指申報醫令代碼前五碼為 09015 之案件。</p> <p>6.計算符合分母條件之 ID 時, 主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥這兩個條件限定要發生在同處方案件。</p> <p>7.計算符合分子之 ID 時, 從分母的 ID 繼續觀察, 只要該 ID 於統計期間有執行血液肌酸酐檢查即成立。</p>
	7. 醫事服務機構違規查核追回金額	<p>1.(本年度追回金額-基本值)/基本值</p> <p>2.本年度輔導醫事服務機構正確申報後自動繳回之誤報金額/500 萬元</p>	2	<p>1.以前一年追回金額為基本值, 達基本值得基準分 80 分, 每增(減) 5%, 加(減) 1 分。</p> $A = 80 + \left[ \frac{\text{本年度追回金額} - \text{基本值}}{\text{基本值}} \times 5\% \right] \leq 100$ <p>註: 追回金額指違規醫事服務機構經查處後追回已支付(申報)總金額。</p> <p>2.輔導醫事服務機構正確申報後自動繳回之誤報金額, 每繳回 500 萬元, 加 1 分。</p>



面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
經營管理				$B = (\text{本年度輔導醫事服務機構正確申報後自動繳回之誤報金額} / 500 \text{ 萬元}) \times 1$ 得分 = $A + B \leq 100$
	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。 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	10	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%)。 註: 調查執行計畫書應於本要點核定後 1 個月內報衛生署核備。
	10. 電腦系統服務效率	$(\text{系統主機服務總時數} - \text{故障未能提供服務之總時數}) / \text{系統主機服務總時數} \times 100\%$	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, 每項加分最高以 5 分為限。 (1) 獲資安認證通過者, 每一證書加 1 分。 (2) 外部資安稽核表現優良者加 1 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 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 1 分。

面向	評估指標	計算公式	權數	評量計算方式
人力	12.用人費率	$(\text{用人費用} / \text{行政管理費}) \times 100\%$	5	達 49.22% (前 3 年平均實績值) 者，得基準分 80 分，每減(增) 1%，加(減) 1 分。
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	5	97 年底實際運作之社區醫療群數，達 300 群 ( $\pm 3\%$ ) 者，得基準分 80 分，每增(減) 1 個醫療群加(減) 1 分。