社会医疗保险绩效指标体系

1)，此指标体系为国家法定社会保险绩效总指标体系的三个子指标体系之一。其他两个子指标体系分别为长期及短期货币型社会保险制度。

2)，同其他两个一样，该子指标体系由四个指标组组成：覆盖面指标、保险待遇指标、财务收支指标及经营管理指标。

3)，同样，该子指标体系中所有的指标又分为“核心指标”和“其他指标”两大类 – 可根据工作重点予以调整。目前，它有32个核心指标、56个其他指标。

4)，该子指标体系由88个指标组成，其中包括16个覆盖面指标、34个保险待遇指标、14个财务收支指标和24个经营管理指标。

5)，此组指标专为社会医疗保险管理机构的理事会、总经理监督管理医疗保险运行情况而设计。

1. 覆盖面指标

基本目的：评估该项医疗保险制度在考评期内的扩面情况。

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
C1a1		参保人数	考评期末，参加该项医疗保险制度的实有人数（注：个体劳动者可包括在内）。	Σ 参保人数（t）
C1a2		参保人数的变化（%）	考评期末参保人数的增减额占前期参保人数的百分比。	[C1a1(t) – C1a1(t-1)] / C1a1(t-1) * 100%
C1a3		应保人数	法律规定应参加该项医疗保险的人数。	Σ 应保人数（t）
C1a4	保险覆盖率（劳动者）		考评期末，实际参保人数占应保人数的百分比。	C1a1(t) / C1a3(t) * 100%
C2a1		个体劳动者（或其他人群）的参保人数	考评期末，实际参加该项医疗保险制度的个体劳动者人数。	Σ 参保的个体劳动者人数（t）
C2a2		个体劳动者参保人数的变化（%）	考评期末个体劳动者参保人数的增减额占前期个体劳动者参保人数的百分比。	[C2a1(t) – C2a1(t-1)] / C2a1(t-1) * 100%

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
C2a3		应参保的个体劳动者人数	法律规定应参加该项医疗保险的个体劳动者人数。	Σ 应参保的个体劳动者人数（t）
C2a4	保险覆盖率 (个体劳动者或其他人群)		考评期末，实际参保的个体劳动者占应参保的个体劳动者的百分比。	C2a1(t) / C2a3(t) * 100%
C3a1		保险待遇享受人数	考评期内，在该医疗保险制度下享受保险待遇的实际人数。	Σ 保险待遇领取人数（t）
C3a2		保险待遇领取人数的变化（%）	考评期内，保险待遇享受人数的增减额占前期人数的百分比。	[C3a1(t) - C3a1(t-1)] / C3a1(t-1) * 100%
C3a3		就医总人数	考评期内，无论是否有医疗保险，在公立、私营、慈善等各类医疗机构治疗及直接自费购药的总人数。	Σ 就医人数（t）
C3a4	保险覆盖率 (保险待遇领取者)		考评期内，实际享受医疗保险待遇的人数占医疗总人数的比例。	C3a1(t) / C3a3(t) * 100%
C4a1		参保的企业数	考评期内，实际参加并缴纳医疗保险费的企业数。	Σ 参保的企业数（t）
C4a2		参保的企业数的变化（%）	考评期末参保的企业数的增减占前期数量的百分比。	[C4a1(t) - C4a1(t-1)] / C4a1(t-1) * 100%
C4a3		应参保的企业数	法律规定应参加该项医疗保险的企业数量。	Σ 应参保的企业数（t）

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
C4a4	保险覆盖率（企业）		考评期末，实际参保的企业占应保数量的百分比。	C4a1(t) / C4a3(t) * 100%
2.	保险待遇指标			
	基本目的：评估该项医疗保险制度在考评期内所提供的保险待遇的水平、不同人群间的待遇水平差距及其发展变化情况。			
B1a1	人均门诊次数（门诊的保险人群）		考评期内，按门诊看病的保险人群的人数及其门诊次数计算的人均门诊次数。	Σ 保险内的门诊的次数（t）/ 门诊的保险人群
B1a2		人均门诊次数的变化（门诊的保险人群）（%）	考评期内，门诊看病的保险人群的人均门诊次数的增减额占前期人均门诊次数的百分比。	[B1a1(t) - B1a1(t-1)] / B1a1(t-1) * 100%
B1b1		人均门诊次数（全体被保险人）	考评期内，按所有被保险人数及保险内的门诊次数计算的人均门诊次数。	Σ 申请报销费用的门诊的次数（t）/ Σ C1a1（t）
B1b2		人均门诊次数（全体当地居民）	考评期内，按当地居民总数 -无论是否有医疗保险 - 及各类门诊总数计算的人均门诊次数。	Σ 各类门诊总次数（t）/ Σ 当地居民总人数（t）
B1b3	人均门诊次数（保险人群）：人均门诊次数 （ 居民）		考评期内，保险人群的人均门诊次数与当地居民的人均门诊次数的之比。	B1b1(t) : B1b2（t）
B1c1		人均门诊次数（最低收入组）	考评期内，占保险人口十分之一、其人均收入位于收入链最底端的人群组的人均门诊次数。	Σ此组的门诊次数 / Σ组内人数（t）
B1c2	人均门诊次数（最低收入组）： 人均门诊次数（保险人群）		考评期内，保险人群中最低收入组的人均门诊次数与保险人群人均门诊次数的之比。	B1c1(t) : B1b1（t）

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
B2a1	人均住院次数（住院的保险人群）		考评期内，按住院一天以上的保险人群人数及其住院总次数计算的人均住院次数。	Σ 保险内的住院次数（t）/ Σ 住院的保险人群的人数（t）
B2a2		人均住院次数的变化（住院的保险人群）（%）	考评期内，保险人群的人均住院次数的增减额占前期人均住院次数的百分比。	[B2a1(t) - B2a1(t-1)] / B2a1(t-1) * 100%
B2b1		人均住院次数（保险人群）	考评期内，按保险总人数及保险内的住院总次数计算的人均住院次数。	Σ 保险内的住院次数（t）/ Σ C1a1（t）
B2b2		人均住院次数（居民）	考评期内，按当地居民人数－无论是否有医疗保险 -- 及当地住院总次数计算的人均住院次数。	Σ 各类住院次数（t）/ Σ 当地居民数（t）
B2b3	人均住院次数（保险人群）：人均住院次数（居民）		考评期内，保险人群的人均住院次数与当地居民的人均住院次数的之比。	B2b1(t)：B2b2（t）
B2c1		人均住院次数（最低收入组）	考评期内，占保险人口十分之一、人均收入最少的人群组的人均住院次数。	Σ此组的住院次数 / Σ组内人数（t）
B2c2	人均住院次数（最低收入组）：人均住院次数（保险人群）		考评期内，保险人群最低收入组的人均住院次数与保险人群人均住院次数的之比。	B2c1(t)：B2b1（t）
B3a1		人均住院天数（住院的保险人群）	考评期内，按住院的保险人群人数及其住院天数计算的人均住院天数。	Σ 保险内的住院天数（t）/ Σ 住院的保险人群的人数（t）
B3a2		人均住院天数（住院病人）	考评期内，按当地住院病人人数及其住院总天数计算的人均住院天数。	Σ 住院天数（t）/ Σ 住院病人人数（t）
B3a3	人均住院天数（住院的保险人群）：人均住院天数（住院病人）		考评期内，住院的保险人群的人均住院天数与当地住院病人的人均住院次数的之比。	B3a1(t): B3a2(t)

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
B3b1		人均住院天数（保险人群）	考评期内，按保险人数及保险内的住院天数计算的人均住院天数。	Σ 保险内住院天数（t）/ C1a1(t)
B3b2		人均住院天数（最低收入组）	考评期内，按保险人口中最低收入组人数及其住院天数计算的人均住院天数。	Σ 此组的住院天数（t）/ Σ 组内人数（t）
B3b3	人均住院天数（最低收入组）：人均住院天数 （保险人群 ）		考评期内，保险人群中最低收入组的人均住院天数与保险人群的人均住院天数之比。	B3b2(t) : B3b1(t)
B4a1	实际平均报销率（保险待遇领取者）		考评期内，保险待遇领取者所得到的报销总额占其医疗费用总额－无论是否在规定的报销范围内－的百分比。	Σ 保险待遇领取者报销的费用（t） / Σ 其支出的医疗费用（t）＊ 100%
B4a2		实际平均报销率的变化（保险待遇领取者）（%）	考评期内，实际平均报销率的增减变化占上期报销率的百分比。	[B4a1(t) - B4a1(t-1)] / B4a1(t-1) ＊ 100%
B4b1		实际平均报销率（最高费用组）	考评期内，人均医疗费用支出最高、并占报销人数10％的人群组的实际平均报销率。	Σ 最高费用组报销的费用（t） / Σ 其支出的医疗费用（t）＊ 100%
B4b2		最高费用组的报销比重	考评期内，最高费用组报销的医疗费用占报销总额的百分比。	Σ 最高费用组报销的医疗费用（t）/ Σ 所有保险者报销的总额（t）＊ 100%
B4c1	人均自付额／人均收入（保险待遇领取者）		考评期内，保险者个人负担的人均医疗费用（无论为何种形式）占其人均收入的百分比。	保险待遇领取者的人均自付额（t）/ 其人均收入（t） ＊ 100%

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
B4c2	人均自付额 / 人均收入（最低收入组）		考评期内，保险人口中最低收入组的人均自付医疗费占其人均收入的百分比。	最低收入组的人均医疗费用自付额（t）/ 其人均收入（t）* 100%
B5a1	人均住院费用（住院的保险人群）		考评期内，按住院的保险人群人数、其住院费用计算的人均住院费用。	Σ住院的保险人群的住院总费用（t）/ Σ 其住院次数（t）
B5a2		人均住院费用的变化（住院的保险人群）（%）	考评期内，住院的保险人群的人均住院费用的增减额占前期人均住院费用的百分比。	[B5a1(1) B5a1(t-1)] / B5a1(t-1) * 100%
B5a3		人均住院费用（病人）	考评期内，按当地住院病人人数－无论是否有医疗保险 -- 及住院费用计算的人均住院费用。	Σ 各类住院费用（t）/ Σ 各类住院人数（t）
B5a4	人均住院费用（住院的保险人群）：人均住院费用（住院病人 ）		考评期内，住院的保险人群的人均住院费用与当地住院病人－无论是否有医疗保险－的人均住院费用的之比。	B5a2(t) : B5a3(t)
B5b1	人均医疗费用（保险待遇领取者）		考评期内，按保险待遇领取者人数及其支出的医疗费用－包括门诊和住院－计算的人均医疗费用。	Σ保险待遇领取者支出的医疗费用（t）/ Σ 其人数（t）
B5b2		人均医疗费用的变化（保险待遇领取者）（%）	考评期内，保险待遇领取者人均医疗费用的增减额占前期人均医疗费用的百分比。	[B5b1(t) - B5b1(t-1)] / B5b1(t-1) * 100%
B5b3		人均医疗费用（病人）	考评期内，按当地门诊、住院病人－无论是否有医疗保险－人数及医疗费用总支出计算的人均医疗费用。	Σ各类医疗费用（t）/ Σ 各类门诊及住院人数（t）
B5b4	人均医疗费用（保险待遇领取者）：人均医疗费用（病人）		考评期内，保险待遇领取者的人均医疗费用与当地病人的人均医疗费用之比。	B5b1(t) : B5b3(t)

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
3.	财务收支指标			
	基本目的：评估该项医疗保险制度在考评期内的财务收支结构、收支平衡及其发展变化情况。			
F1a1		收入总额	考评期内，该项医疗保险得到的各项收入之和。	Σ 各项收入（t）
F1a2		收入总额的变化（%）	考评期内收入总额的增减额占前期收入总额的百分比。	[(F1a1(t) - F1a1(t-1)] / F1a1(t-1) * 100%
F1b1	保费收入比例		考评期内保费收入占收入总额的百分比。	Σ 各项保费收入（t）/ F1a1(t) * 100%
F1b2	财政补贴比例		考评期内财政补贴收入占收入总额的百分比。	Σ 财政补贴（t）/ F1a1(t) * 100%
F2a1		支出总额	考评期内，该项医疗保险支出的各项费用之和。	Σ 各项支出（t）
F2a2		支出总额的变化（%）	考评期内支出总额的增减额占前期支出总额的百分比。	[F2a1(t)- F2a1(t-1)] / F2a1(t-1) * 100%
F2b1		保险待遇比例	考评期未内，保险待遇支出占支出总额的百分比。	Σ 医疗保险待遇支出（t）/ F2a1(t) * 100%
F2c1		管理费用比例（支出）	考评期内，管理费用占支出总额的百分比。	Σ 管理费用（t）/ F2a1(t) * 100%
F2c2		管理费用比例（收入）	考评期内，管理费用占收入总额的百分比。	Σ 管理费用（t）/ F1a1(t) * 100%
F2c3	管理费用比例（支出 + 收入）		考评期内，管理费用占收入及支出合计总额的百分比。	Σ 管理费用（t）/ （F1a1(t) + F2a1）* 100%

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
F3a1	年度收支余额		考评期末，当期收入总额扣除当期支出总额后的差额（结余或赤字）。	F1a1(t) - F2a1(t)
F3a2		年度收支余额的变化（%）	考评期末，当期收支余额的增减额占前期余额的百分比。	[F3a1(t) - F3a1(t-1)] / F3a1(t-1) * 100%
F3b1	累计余额		考评期末，该项医疗保险历期积累的收支余额之和。	Σ F3a1(t, t-1, t-2,……t-n)
F3b2	累计余额占年度支出额的比例		考评期末，累计余额占当期支出总额的百分比。	F3b1(t) / F2a1(t) * 100%
4.	**管理经营指标**			
	基本目的：评估医疗保险经办机构在考评期内的管理能力、服务质量及发展变化。			
A1a1	报销申请审批率		考评期内，已审批办理的医疗费用的报销申请额占当期递交总数的百分比。	Σ 已审批的报销申请(t) / Σ 报销申请总额(t) * 100%
A1a2	审批天数 / 件		考评期内，审批办理一件医疗费用报销申请所用的平均天数。	Σ 审批办理所用的工作日(t) / Σ 已审批的报销申请数(t)
A1a3		审批天数 / 件的变化（%）	考评期内，审批办理一件医疗费用报销申请所用天数的增减额占前期天数的百分比。	[A1a2(t) - A1a2(t-1)] / A1a2(t-1) * 100%
A2a1	稽查率（雇主）		考评期内，稽查过的雇主人数占全部参保雇主总数的百分比。	Σ 稽查过的雇主人数 (t) / CAa1 (t) * 100%
A2a2		稽查出的未参保雇主数	考评期内，稽查发现的、应参保但未参保的雇主人数。	Σ 稽查出的未参保的雇主 (t)

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
A2a3		稽查出的未参保个人数	考评期内，稽查出的应参保但未参保的个人人数。	Σ 稽查出的未参保的个人(t)
A2b1	保费收缴率		考评期内，实际收缴的保费占应收缴保费总额的百分比。	Σ 实际收缴的保费(t) / Σ 应收缴的保费(t) * 100%
A2b2		累计的保费拖欠额	考评期未，历年拖欠未缴的保费现值（按市场投资回报率或利率计算）。	[保费拖欠额 (n) * {1+ R(n)}*{1+R(n-1}*…..{1+R(1)}] + [保费拖欠额 (n-1) * {1+ R(n-1)}*{1+R(n-2}*…..{1+R(1)}] +……+ [保费拖欠额(t)]
A2b3		累计的保费拖欠额占保费收入的比例	考评期内，累计的保费拖欠额占当期保费收入的百分比。	A2a2 (t) / 保费收入 (t) * 100%
A2b4		稽查出或追回的应缴未缴保费	考评期内，稽查发现或追回的应缴未缴保费。	Σ 稽查出或追回的保费 (t)
A2b5		稽查出或追回的应缴未缴保费占保费收入总额的比例	考评期内，稽查出或追回的应缴未缴保费占当期保费收入总额的百分比。	A2b4 (t) / Σ 保费收入 (t) * 100%
A2c1		稽查出或追回的骗保额	考评期内，稽查发现或追回的保险待遇诈骗额。	Σ 稽查出或追回的骗保额 (t)
A2c2		稽查出或追回的骗保额占保险待遇支出的比例	考评期内，稽查出或追回的骗保额占当期保险待遇支出总额的百分比。	A2c1(t) / 保险待遇支出 (t) * 100%
A3a1		行政争议、诉讼数	考评期内，公民、法人或其他组织向该社保经办机构、劳动保障行政部门、人民法院递交的各类有关医疗保险复查、行政复议或行政诉讼的申请。	Σ 递交的行政争议、诉讼数(t)

代码	核心指标	其他指标	定义	计算公式
A3a2		行政争议、诉讼数的变化（%）	考评期内，递交的各类行政争议、诉讼申请的增减额占前期申请额的百分比。	[A3a1(t) - A3a1(t-1)] / A3a1(t-1) * 100%
A3a3	行政争议、诉讼率		考评期内，递交的行政争议、诉讼申请占保险及保险待遇领取合计总人数的百分比。	A3a1(t)/保险人数+保险待遇领取人数） * 100%
A3b1		已处理的行政争议、诉讼	考评期内，已解决处理的行政争议、诉讼数量。	Σ 已处理的行政争议、诉讼 (t)
A3b2	行政争议、诉讼处理率		考评期内，已解决处理的行政争议、诉讼占当期递交总额的百分比。	A3b1(t) / A3a1(t) * 100%
A3b3		行政争议、诉讼处理天数 / 件	考评期内，处理解决一件行政争议、诉讼申请所用的天数。	Σ行政争议、诉讼处理所用天数(t) / Σ 处理数量(t)
A3b4		行政争议、诉讼处理天数 / 件的变化（%）	考评期内，所处理的行政争议、诉讼所用的平均天数的增减占前期天数的百分比。	A3b3(t) - A3b3(t-1) / A3b3(t-1) * 100%
A4a1	人均服务对象		考评期内，按医疗保险经办机构工作人员人数及服务对象总数－包括个人及机构－计算的人均服务对象。	Σ 工作人员 (t) ：Σ 服务对象 (t)
A4a2		高等学历比例	考评期内，医疗保险经办机构工作人员中持有大学及大学以上学历的雇员占雇员总数的百分比。	Σ 大学以上学历雇员 (t) / Σ 雇员总数 (t) * 100%
A4a3		培训比例	考评期未，参加过由医疗保险经办机构组织或资助的在职培训的雇员累计数占雇员总数的比重。	Σ 累计受训雇员 / Σ 雇员总数 (t) * 100%
A4a4		医保经办机构人均工薪：公共部门人均工薪	考评期内，医疗社保经办机构人均工薪福利与公共部门人均工薪福利之比。	社保机构人均工薪福利 (t)：公共部门人均工薪福利 (t)