附件：

专项资金绩效监控情况表

填报单位（盖章）：区卫生财务核算中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 项目名称 | | | | 乡镇卫生院及乡村医生零差价补贴 | | | 预算安排资金(万元) | | 80 | | | 功能科目编码及名称 | | | 210.03.99其他基层医疗卫生机构支出 | | | | |
| 项目实施单位 | | | | 区卫生财务核算中心 | | | 项目类型 | | 延续项目☑ 新增项目☑ | | | 联络人： | | 文静 | 联系电话： | | | 18390407250 | |
| 项目概况 | | | | 该项目是为了维护群众的基本医疗卫生权益，体现基本医疗卫生的公益性。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目组织管理情况 | 是否实施招投标 | | | | ☑是 □否 □无该项内容 | | | 是否实施政府采购 | | □是　 ☑否 ☑无该项内容 | | | | | | | | | | |
| 是否实行合同管理制 | | | | ☑是 □否 ☑无该项内容 | | | 采购金额 | | 应采购金额 万元 实际采购金额 万元  ☑无该项内容 | | | | | | | | | | |
| 项目调整内容及报批程序和手续 | | | | 项目调整内容及报批程序和手续都严格按照财政规定执行 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位已有的（或拟订的）保证项目实施的制度、措施 | | | | 《财务管理制度》　、《基层医疗卫生机构实施国家基本药物制度补助资金管理办法》 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 具体工作措施 | | | | 由卫生核算中心分配至乡镇卫生院 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **分 季 度 执 行 情 况 （一）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资金安排使用情况（万元） | |  | | 全年安排资金额 | | 第1-2季度 | | | | 第3季度 | | | 2020年度 | | | | | | | |
| 已到位资金（万元） | 到位率 | 实际支  出资金(万元) | 支出实现率 | 当季已到位资金(万元) | 到位率 | 实际支  出资金(万元) | 支出实现率 | 累计已到位资金（万元） | | | 到位率 | 实际支  出资金  (万元) | | 支出  实现率 |
| 资金总额 (=1+2+3) | | 80 | | 0 | 0% | 0 | 0% |  |  |  |  | 0 | | | 0% | 0 | | 0% |
| 其中：1.财政拨款 | | 80 | | 0 | 0% | 0 | 0% |  |  |  |  | 0 | | | 0% | 0 | | 0% |
| 2.自有资金 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 其中:事业收入 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 经营性收入 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 其他 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| 3.其他 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |
| **监 控 报 告** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 产出成果 | | | 暂无 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 存在的问题 | | | 暂无 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下一步改进意见 | | | 暂无 | | | | | | | | | | | | | | | | | |