

附件 2

医保大数据监管及风控服务项目 部门绩效评价报告

项目主管部门：深圳市医疗保障局

目录

一、项目基本情况	1
(一) 项目概况	1
(二) 项目绩效目标	6
二、绩效评价工作开展情况	7
(一) 评价目的	7
(二) 评价对象和范围	8
(三) 评价原则及方法	8
(四) 评价依据	9
(五) 评价指标体系设置	11
(六) 评价工作组织实施	11
三、综合评价情况及评价结论	12
(一) 综合评价情况	12
(二) 评价结论	13
四、绩效评价指标分析	13
(一) 项目决策情况	13
(二) 项目过程情况	16
(三) 项目产出情况	18
(四) 项目效益情况	22
五、主要经验及做法	24
(一) 完善制度建设，规范执行操作	24
(二) 深化协同监管体系，提升医保治理效能	25

(三) 优化大数据监管系统, 促进智能风控升级...	26
六、存在的问题及原因分析	28
(一) 绩效指标设置有待完善	28
(二) 制度执行有效性有待落实	28
七、有关建议	29
(一) 强化绩效目标科学性, 提高绩效管理水平...	29
(二) 加强合同业务内控管理, 发挥财务监督作用.	30
附件 1 项目支出绩效评价评分表	31

根据《中共中央 国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》（中发〔2018〕34号）、《深圳市财政局关于贯彻落实全面实施预算绩效管理有关事项的通知》（深财绩〔2019〕5号）及《深圳市财政局关于印发2024年全面实施预算绩效管理工作方案的通知》（深财绩〔2024〕3号）等相关要求，为落实预算绩效管理主体责任，提高财政资金使用效益，深圳市医疗保障局（以下简称“市医保局”）组织开展项目支出部门评价，深圳日浩会计师事务所（普通合伙）（以下简称“日浩”）受市医保局委托，对“医保大数据监管及风控服务”项目进行绩效评价。经过第三方书面评价、现场核查与综合分析评价，最终得出评价结论并形成绩效评价报告。

一、项目基本情况

（一）项目概况

1. 项目背景

医疗保障基金作为人民群众健康保障的经济基础，其安全、高效运行是构建多层次医疗保障体系的核心要义。近年来，随着我国医疗保障覆盖面持续拓展、保障水平稳步提升，基金规模不断扩大，与此同时欺诈骗保、违规使用基金等问题频发，传统监管模式已难以适应新形势需求。国家层面高度重视基金监管创新，《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》明确要求“建立和完善医保智能监控平台，加强大数据应用”，《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智

能审核和监控工作的通知》进一步提出，到 2025 年建成科学化、常态化的智能审核监控体系，通过数字化技术赋能基金监管，筑牢安全防线。革新监管方式、运用大数据和智能化手段提升监管效能，成为破解基金监管难题的关键举措。

当前，随着两定机构（定点医疗机构和定点零售药店）数量快速增长、参保人群规模不断扩大、医疗服务需求日益多元，加上医保监督工作人员有限，人力资源缺口与监管任务的矛盾日益尖锐，医保基金监管面临更高要求和复杂挑战。

为积极响应国家政策号召，落实医保基金监管制度体系改革部署，市医保局紧密结合本市基金监管工作实际需求，启动医保大数据监管及风控服务项目，依托先进的大数据分析与风险防控技术，深度挖掘医保数据价值，构建覆盖基金使用全流程、全场景的智能监管网络，切实提升医保基金大数据应用能力和安全风险防控水平，为深圳市医疗保障事业高质量、可持续发展提供坚实保障，全力守护人民群众的“看病钱”“救命钱”。

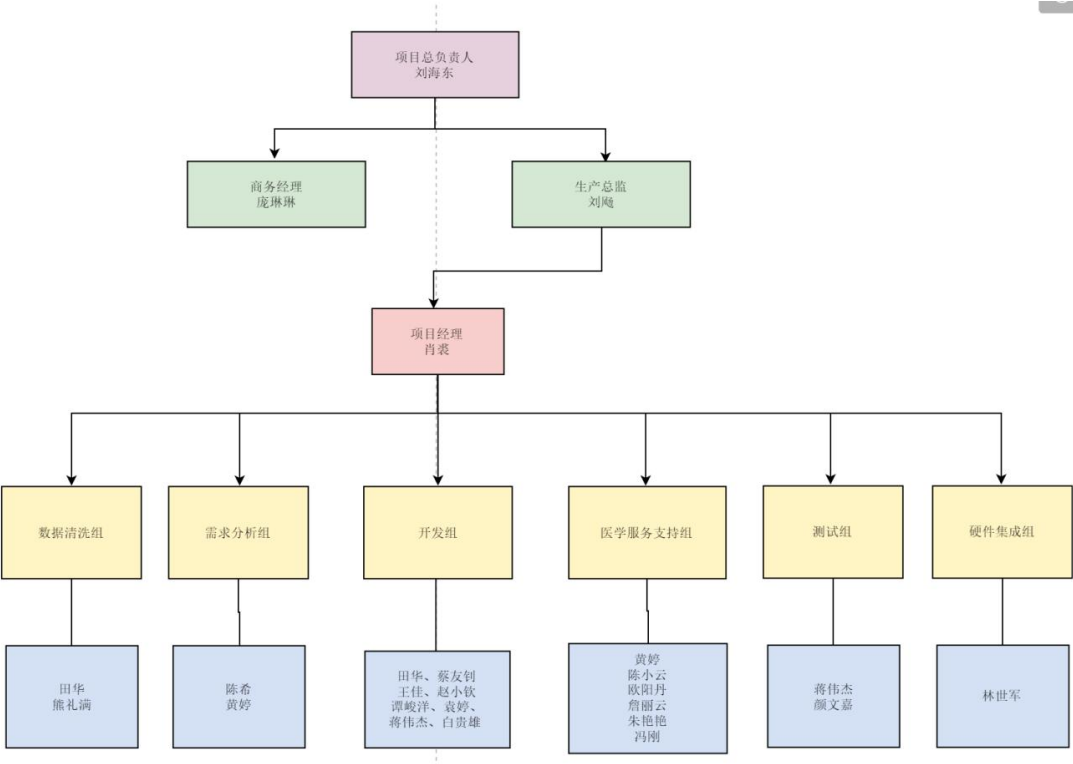
2. 项目实施情况

（1）项目相关部门及职责

深圳市医疗保障局基金监管处（以下简称：“基金监管处”）为项目主管和执行部门，主要负责：制定项目计划和编制项目预算；项目相关业务制度的制定；监督项目开展及运行情况；组织项目验收；推进医保基金监管标准化、规范化建设及承办领导交办的其他事项。

四川久远银海软件股份有限公司为项目的服务供应商，主要负责：开展深圳市医保大数据监管及风控工作，提供数据分析、协助交叉检查等服务。项目服务团队的组织架构如下：

图 1 项目组织架构图



(2) 工作内容

项目按照《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）、《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法（试行）》（医保发〔2022〕12号）、《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（医保发〔2023〕25号）等相关文件要求，结合深

圳市现行医保基金监管系统的实际情况，重点推进“建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用”相关工作。市医保局主要依托大数据监管及风控系统，对医保回流数据进行全维度筛查与深度分析，精准定位疑点数据并实时推送至各分局，助力其高效开展自查自纠工作，有效遏制欺诈骗保等违规行为，实现违规基金的及时拦截与追缴。同时注重项目成果转化，通过对疑点数据的深度挖掘，持续迭代优化风控监管规则与模型，切实筑牢医保基金安全防线，为深圳市医保事业高质量、可持续发展提供有力保障，全面提升基金监管科学化、智能化水平。具体包括：

一是数据采集与标准化处理。深度对接医保业务系统，依据国家医保局基金监管数据标准，全面采集全量医保业务系统记账数据。通过标准化处理流程，将非结构化数据转化为符合大数据风控要求的标准化数据，确保数据质量；

二是构建大数据分析知识体系。包括基于医疗保险政策法规、医保药品目录、物价收费标准、临床诊疗规范、药品说明书、药典等相关知识的基本知识库；根据指标预警规则，建立在线预警机制，通过设置预警指标在不同阈值区间，形成不同等级预警提醒的风控预警规则库；结合医保日常检查、案件调查、投诉举报调查、移交线索等工作经验，以及欺诈骗保行为特点构建的本地化的大数据分析监管模型库。

三是大数据分析 with 违规侦测。运用大数据技术，深度挖掘就诊刷卡、住院报销等医保结算数据价值。综合回归、聚类、分类

等数据挖掘算法，构建高效的违规行为侦测模型。实现对潜在医保违法违规行为的精准识别，并通过可视化界面，将侦测过程与结果以从宏观到微观的多维度视角清晰呈现。同时，自动生成核查任务清单，依托系统下发至辖区分局，实现核查工作线上全流程闭环管理。

四是精算技术支撑与决策辅助。开展医保基金收支及运行状况精算分析，定期出具专业精算报告。及时、准确完成精算统计工作，为医保基金管理政策制定和宏观决策提供数据驱动的技术支持，助力科学决策。

五是智能风险防控预警。紧密围绕医保监管需求，结合基金监管实际场景与风险预警规则，对诊疗服务行为及医保费用进行实时动态监测分析。一旦发现异常情况，立即触发预警机制，为风险防控争取时间窗口。

六是全方位检查技术保障。为日常检查、突发性检查及专项检查任务提供全流程信息技术支持，涵盖数据调取、分析研判、现场核查等环节，提升检查工作效率与准确性，强化监管执行能力。

3. 项目资金投入和使用情况

基金监管处根据市财政部门 2024 年度预算编制要求编制医保大数据监管及风控服务项目预算，项目 2024 年全年财政资金年度安排预算数为 296 万元，项目年度支出 296 万元，预算执行率为 100%。项目资金针对医保大数据监管及风控服务实行专款

专用管理，2024 年资金投入和使用均用于支付医保大数据监管及风控服务合同款，项目资金具体使用明细详见表 1。

表 1 项目资金使用明细表

序号	支出明细	金额（万元）
1	2023 年医保大数据监管及风控服务项目第三期款	44.40
2	2023 年医保大数据监管及风控服务项目第四期款	44.40
3	2023 年医保大数据监管及风控服务项目尾期款	44.40
4	2024 年医保大数据监管及风控服务项目首期款	118.40
5	2024 年医保大数据监管及风控服务项目第二期款	44.40
经费合计支出		296.00

（二）项目绩效目标

1. 总体目标

通过实施项目，始终将维护医保基金安全作为首要任务，保持医保基金监管高压态势，严厉打击医保领域违法违规行为，扎实推进医保基金常态化监管，坚决守住医保基金安全底线，促进医保基金监管提质增效，实现我市医疗保障事业可持续发展。

2. 阶段性目标

以大数据分析为核心驱动力，构建医保动态智能监控体系，通过实时监测基金运行及监管环节风险，实现智能预警，并提供专业的基金中长期发展分析，全面提升监管的专业性、精准性与效益性。至 2024 年底，达成医保基金监管质效的全面升级：一是持续拓展大数据监管等智慧监管应用场景覆盖范围，深度完善自查自纠与事前预防功能模块，大幅提高专项核查等事后检查工作的精准度；二是强化定点医药机构主体责任落实，健全综合监管协同机制，实现定点医药机构大数据监管全覆盖，有效降低医

院违规风险、减少基金违规支出；三是同步优化长效监管模式，通过系统全面对接外部平台、深化跨部门协同监管机制，提高执法效能，推动基金监管能力提升，为医保基金安全稳定运行筑牢智能化监管防线。

表 2 项目绩效指标表

一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值
产出指标	数量指标	筛查可疑数据	≥ 230 万条
		大数据检查定点医药机构数量	≥ 7000 家
		全年分析数据总量	≥ 3 亿条
	质量指标	定点医药机构大数据监管覆盖率	100%
		检查意见有效性	≥ 50%
	时效指标	及时出具分析报告	根据合同按计划完成
		数据分析及时性	按月分析
	成本指标	降低医院违规风险、减少基金违规支出	有所降低
效益指标	生态效益指标	定点医疗机构诊疗行为规范程度	逐步规范
		基金监管能力	有效提升
满意度指标	服务对象满意度指标	执法人员对数据分析结果的满意度	≥ 80%

二、绩效评价工作开展情况

（一）评价目的

从资金使用的经济性、效率性、效果性和公平性进行综合评判，客观评价深圳市医疗保障局 2024 年度医保大数据监管及风控服务项目的经费使用情况，衡量一个完整财政年度内项目支出的整体绩效。通过本次绩效评价，旨在总结既有经验、分析存在问题，强化部门预算绩效管理意识，促进被评价单位进一步提升预算绩效管理工作水平，强化支出责任，规范资金管理行为，提高财政资金使用效益。

（二）评价对象和范围

1. 评价对象和范围

本次评价对象为深圳市医疗保障局 2024 年度医保大数据监管及风控服务项目，项目年度预算下达金额为 296 万元。

2. 评价基准日

本次评价的基准日为 2024 年 12 月 31 日。

（三）评价原则及方法

1. 评价原则

本次评价遵循“实事求是、客观公正、科学规范”原则。

2. 评价方法

为使评价结论科学合理、客观公正，评价方法主要采用成本效益分析法、目标结果比较法、因素分析法、公众评判法、穿行测试法等多种方法（详见表 3）；评价指标分析主要采用定量指标分析，并辅以部分定性分析。

表 3 主要评价方法

序号	评价方法	方法说明
1	成本效益分析法	将一定时期内的支出与效益进行对比分析以评价绩效目标实现程度，适用于成本、效益都能准确计量的项目绩效评价。
2	目标结果比较法	通过对绩效目标与实施效果、历史与当期情况、同部门和地区同类支出的比较，综合分析绩效目标实现程度。
3	因素分析法	通过综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外因素，评价绩效目标实现程度。
4	公众评判法	通过项目组或专家评估、公众问卷及抽样调查等对财政支出效果进行评判，评价绩效目标实现程度。
5	穿行测试法	通过追踪项目实施内容在财务信息中的处理过程，采用询问、观察、检查等方式以确定是否与初始认知一致，了解项目的真实情况，评价前期投入及过程管理的规范性。

（四）评价依据

本次绩效评价的主要依据见表 4。

表 4 项目绩效评价依据

评价依据类型	评价依据
政策法规依据	1. 国家、深圳市相关法律、法规和规章制度，主要包括但不限于： （1）《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）； 《深圳市医疗保障办法》（深圳市人民政府令 第 358 号）； （2）《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20 号）； （3）《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17 号） （4）《国家医疗保障局关于做好 2024 年医保基金监管工作的通知》（医保函〔2024〕1 号）； （5）《国家医疗保障局关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》（医保发〔2022〕8 号）； （6）《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法（试行）》（医保发〔2022〕12 号）； （7）《国家医疗保障局关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》（医保发〔2023〕25 号）；

评价依据类型	评价依据
	(8)《国家医保局 财政部 国家卫生健康委国家中医药局关于开展 2024 年医疗保障基金飞行检查工作的通知》 (9)《广东省医疗保障局转发国家医疗保障局关于做好 2024 年医保基金监管工作的通知》(粤医保函〔2024〕57 号)等。 2. 国家、深圳市财政预算绩效管理相关文件,主要包括但不限于: (1)《2024 年部门预算编制工作指南》; (2)《深圳市市级项目支出绩效评价工作规程》(深财绩〔2020〕14 号); 3. 相关行业政策。
项目决策相关材料	主要包括但不限于: 1. 项目立项报告及批复文件: (1)《深圳市医疗保障局采购申报书(服务类)》; (2)《深圳市财政局关于批复深圳市医疗保障局 2024 年部门预算的通知》。 2. 项目可行性研究报告、评估报告; 3. 项目绩效目标申报表。
实施过程相关材料	主要包括但不限于: 1.《关于提请局党组会审议续签医保大数据监管及风控服务项目的请示》; 2.《深圳市医疗保障局党组会议纪要》(深医保党组纪〔2024〕16 号) 3.《深圳市医疗保障局医保大数据监管及风控服务项目实施方案》; 4.《项目验收书》《验收报告》; 5.预算管理制度、资金管理办法、财务管理制度,以及项目财务会计报表、决算报告、财务会计凭证等资料; 6.其他过程性材料。
项目绩效相关材料	1. 项目产出。主要包括但不限于: (1)《深圳市医疗保障局大数据监管及风控 7 月数据分析报告》《深圳市医疗保障局大数据监管及风控 8 月数据分析报告》《深圳市医疗保障局大数据监管及风控 9 月数据分析报告》; (2)《两库管理系统需求规格说明书》《两库管理系统用户操作手册》《两库管理系统详细设计》《两库管理系统功能测试报告》《两库管理系统概要设计》; (3)《医保大数据监管平台操作手册》《医保大数据监管平台测试报告》《医保大数据监管平台概要设计》《医保大数据监管平

评价依据类型	评价依据
	台详细设计》《医保大数据监管平台用户使用手册》。 (2) 项目产出所达到的技术参数、质量状况、等级标准等。 2. 项目效果。主要包括但不限于： (1) 《医保工作动态 2025 年第 10 期+广东深圳强化监管数智赋能 坚决筑牢医保基金安全防线》； (2) 《关于 2024 年全年全市医保基金监管工作情况的通报》。
项目单位 自评材料	绩效自评表及相关佐证材料；
其他依据	主要包括但不限于： (一) 部门相关材料 1. 预算部门（单位）职能职责、中长期发展规划及年度工作计划； 2. 项目执行单位概况、编制、职能职责、项目执行的组织安排情况等。 (二) 根据评价项目特点需要的其他资料。

（五）评价指标体系设置

本次评价采用目标预定与实施效果比较、定性与定量综合分析、自评材料审核与实地访谈、核查相结合等方法，对项目决策、过程、产出和效益方面进行全面综合评价，确定了包括 4 项一级指标，11 项二级指标，30 项三级指标的评价指标体系。该指标体系采用百分制计分法，其中决策 20 分、过程 20 分、产出 30 分和效益 30 分（详见附件 1）。

（六）评价工作组织实施

本次评价工作主要经过了单位自评、书面评价、现场访谈及核查、综合评价、撰写报告 5 个阶段：

1. 单位自评

项目单位根据市财政局下达的通知以及主管单位的工作要

求，开展绩效自评、组织收集材料，完成后将材料提交至日浩。

2. 书面评价

日浩组织绩效评价小组对项目自评材料进行审核，并对材料的及时性、完整性、规范性及内容有效性进行核查。同时，评价小组根据项目材料和绩效评价指标体系出具书面评价意见，并拟定现场访谈和核查的问题清单和补充材料清单。

3. 现场访谈及核查

评价小组根据自评材料、现场访谈和核查的问题清单，组织开展现场核查。评价小组与项目相关负责人进行了现场座谈，并针对核查问题清单进行调研、记录，搜集补充了佐证材料。

4. 综合评价

评价小组基于前期的单位自评材料、书面评价意见、现场访谈及核查情况，组织开展综合评价，并撰写及探讨商定综合评价意见，以保证评价意见客观、详细、明确及具有建设性。

5. 撰写及提交报告

评价小组综合前期资料审核和分析、综合评价意见等情况，按要求撰写完成及提交本绩效评价报告（包含绩效评价指标评分表）。

三、综合评价情况及评价结论

（一）综合评价情况

该项目立项政策依据充分，预算执行情况良好，项目资金预算审批、资金使用均严格按照街道预算、财务管理制度规定执行。

项目达到了预期的绩效目标，完成了年度工作目标，充分发挥了财政资金的促进作用，有效提高了医保基金的监管水平，促进了医保基金监管的数字化和规范化，推动了医保基金监管业务的标准化和规范化，为医保制度健康稳定运行奠定了基础。但在项目实施过程中也存在一定不足，在项目决策、过程和产出方面等方面仍存在可提升空间，待后续工作中进一步改进、完善。

（二）评价结论

基于书面及现场核查结果及相关佐证材料分析，2024 年度“医保大数据监管及风控服务”项目综合评价最终得分为 97.5 分，绩效等级为“优”（注：90（含）-100 分为优、80（含）-90 分为良、60（含）-80 分为中、60 分以下为差）。

四、绩效评价指标分析

（一）项目决策情况

一级指标“项目决策”满分为 20 分，得分 19 分，得分率为 95.00%。

1. 项目立项（满分 4 分，得分 4 分）

（1）立项依据充分性方面（满分 3 分，得 3 分）

项目根据《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法（试行）》《深圳市医疗保障事业发展“十四五”规划》《深圳市医疗保障办法》等相关法规和政策设立，符合国家法律法规、国民经济发展规划

和相关政策的要求，符合医疗保障事业发展规划，属于市医保局的部门职责范围与公共财政支出范围，符合中央、地方事权支出责任划分原则，且不存在与市医保局其他项目工作内容、资金投入重复问题。综上，根据评分标准，本项得满分。

（2）立项程序规范性方面（满分 1 分，得 1 分），

项目按照市财政部门的相关工作要求及《深圳市医疗保障局预算绩效管理办法（试行）》《深圳市医疗保障局财务管理办法》《深圳市医疗保障基金监管交叉检查规程》《深圳市医疗保障局 2023 年度“双随机、一公开”抽查工作计划》《深圳市医疗保障局基金监管安全规范年工作方案》等文件规定程序设立，其审批文件、材料符合规定的相关要求。综上，根据评分标准，本项得满分。

2. 绩效目标（满分 10 分，得分 9 分）

（1）绩效目标合理性方面（满分 4 分，得 3 分）

经评价小组审阅本项目的《2024 年度绩效目标申报表》，发现项目设置了项目的年度总体目标、项目绩效目标与实际工作内容具有相关性，覆盖一部分主要工作内容，项目预期产出效益和效果符合正常的业绩水平，绩效目标与预算确定的资金量相匹配，但存在年度总体目标设置不够具体规范的问题：年度总体目标设置为“利用大数据分析实施医保动态智能监控，对基金运行、监管方面的风险进行预警，提供基金中长期分析，提升监管的专业性、精准性、效益性”，虽然对项目工作内容有所覆盖，但未

涉及到项目预期产出效益和效果的描述。综上，根据评分标准，本项得 3 分。

（2）绩效目标合理性方面（满分 6 分，得 6 分）

经评价小组审阅本项目的《2024 年度绩效目标申报表》，发现项目从产出、效益和满意度三个维度将绩效目标科学细化分解为可量化、可考核的具体绩效指标体系，且全部指标均已分解至三级指标层级。各绩效指标的目标值设定与项目年度目标计划数形成有效对应关系，符合绩效目标编制的相关性、明确性及可衡量性要求。综上，根据评分标准，本项得 6 分。

3. 资金投入（满分 6 分，得分 6 分）

（1）预算编制科学性方面（满分 4 分，得 4 分）

经评价小组审阅本项目的预算编制、批复等相关文件，发现项目严格按照市医保局财务管理制度的要求，根据 2024 年医保大数据监管及风控服务项目工作计划、支出范围及标准、服务合同约定支付条款，从严从紧测算项目 2024 年度预算需求，基金监管处提交项目预算申报后经局党组会议审议后，上报市财政部门审批。预算编制科学，测算依据合理，审批程序规范。预算确定的资金量与项目实施内容匹配，与工作任务相匹配。综上，根据评分标准，本项得满分。

（2）资金分配合理性方面（满分 2 分，得 2 分）

经评价小组审阅本项目的预算资金分配相关文件，项目的资金分配按照项目的序时进度，分季度进行资金分配，预算资金分

配依据较为充分，体现厉行节约从严从紧安排的导向，资金分配额度较为合理，与项目单位实际相适应。综上，根据评分标准，本项得满分。

（二）项目过程情况

一级指标“项目过程”满分为 20 分，得分 18.50 分，得分率为 92.50%

1. 资金管理（满分 12 分，得分 12 分）

（1）资金到位率方面（满分 1 分，得 1 分）

项目预算资金为 296 万元，实际到位资金为 296 万元，资金到位率为 100%，2024 年本项目资金落实到位，较好地保障了项目的实施。综上，根据评分标准，本项得满分。

（2）预算执行率方面（满分 3 分，得 3 分）

经评价小组审阅本项目的预算执行情况表等相关文件，发现本项目 2024 年度预算数为 296 万元，预算执行数为 296 万元，预算执行率为 100%，项目预算资金按照计划在年度内进行执行，预算执行情况较好。综上，根据评分标准，本项得满分。

（3）资金使用合规性方面（满分 8 分，得 8 分）

经评价小组检查项目支出凭证，项目支出按照国家、省、市相关财务管理规定及内部财务管理办法、采购管理办法等管理制度执行，严格按照《深圳市医疗保障局财务管理办法》规定，提请该项目用款计划、费用报销等工作。项目资金的拨付有完整的审批程序和手续，符合项目预算批复或合同规定的用途，不存在

截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。综上，根据评分标准，本项得满分。

2. 组织实施（满分 8 分，得分 6.5 分）

（1）管理制度健全性方面（满分 2 分，得 2 分）

市医保局已具有相应的财务和业务管理制度，财务制度方面，主要有《深圳市医疗保障局财务管理办法》《深圳市医疗保障局财务白皮书》等；业务方面主要有《深圳市医疗保障局基金监管提质增效年工作方案》等。财务和业务管理制度较为完备，符合国家、省市法律法规的要求，详见表 5。综上，本项目管理制度健全，根据评分标准，本项得满分。

表 5 市医保局内部控制相关制度

序号	业务模块	制度名称
1	预算管理	《深圳市医疗保障局预算绩效管理办法（试行）》 （深医保办〔2020〕21 号）
2	收支管理	《深圳市医疗保障局财务管理办法》（深医保办 〔2024〕29 号）
3	采购管理	《深圳市医疗保障局采购管理办法》（深医保办 〔2024〕28 号）
4	合同管理	《深圳市医疗保障局合同管理办法》（深医保办 〔2019〕43 号）
5	资产管理	《深圳市医疗保障局固定资产管理暂行办法》（深 医保发〔2019〕10 号）
6	业务管理	《深圳市医疗保障基金监管交叉检查规程》（深医 保办〔2022〕4 号）
7		《深圳市医疗保障局关于印发进一步构建优化协同 高效行政管理体制的通知》（深医保办〔2022〕8

		号)
8		《深圳市医疗保障局 2024 年度“双随机、一公开”抽查工作计划》(深医保办〔2024〕1 号)
9		《深圳市医疗保障局基金监管提质增效年工作方案》(深医保办〔2024〕2 号)

(2) 制度执行有效性方面 (满分 6 分, 得 4.5 分)

经查阅项目资料发现,项目无项目调整及支出调整情况,采购档案、项目合同、项目成果等资料齐全并及时归档。同时项目实施的人员条件、场地设备、信息支撑等均落实到位。但在制度执行有效性方面仍存在合同补充协议与验收资料要素不完整的问题:一是项目于 2023 年 6 月续签合同,于 2023 年 9 月签署补充协议,但补充协议中甲乙双方法定代表人或授权代表人均未签字;二是服务供应商提出 2023 年度项目终验申请所附件《深圳市医疗保障局医保大数据监管及风控服务项目验收表》中的“代表签名”处无代表签名;

综上,根据评分标准,本项得 4.5 分。

(三) 项目产出情况

一级指标“项目产出”满分为 30 分,得分 30 分,得分率为 100%。

1. 产出数量 (满分 10 分, 得分 10 分)

(1) 全年医保数据采集覆盖总量 (满分 2 分, 得 2 分)

根据市医保局提供的数据报表等相关资料文件,2024 年数据分析数量为 3.8 亿次,实际完成率为 126.67%,根据评分标准,

本项得满分。

（2）数据分析报告数量（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料，发现 2024 年编制医保数据分析报告数量为 6 份，实际完成率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

（3）交叉检查服务次数（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料，发现 2024 年交叉检查服务次数为 4 次，实际完成率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

（4）疑点数据识别数量（满分 2 分，得 2 分）

根据市医保局提供的数据报表等相关资料文件，2024 年疑点数据识别数量为 240 万条，实际完成率为 104.35%，根据评分标准，本项得满分。

（5）风控规则库条目数量（满分 2 分，得 2 分）

根据市医保局提供的数据报表等相关资料文件，2024 年风险规则库条目总量已增加至 30 余万条，实际完成率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

2. 产出质量（满分 8 分，得分 8 分）

（1）对接系统适用率（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料，发现 2024 年医保大数据监管平台已完成与深圳医保通、数据治理平台、智能核卡系统、案管系统、风控系统等其他医保相关系统和外部单位

（公安、民政、卫健等）的数据对接工作，实现数据互联互通，实际对接系统适用率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

（2）定点医药机构监管覆盖率（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料，发现 2024 年市医保局已实现对全市定点医药机构监管的全覆盖，不存在遗漏，监管覆盖率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

（3）项目团队人员资质合格率（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料文件，发现 2024 年第三方机构服务团队数量与人员资质均符合项目要求，实际人员资质合格率为 100%，根据评分标准，本项得满分。

（4）数据安全事件发生率（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料，发现项目周期内未发生医保数据泄露、篡改、非授权访问等安全事件，全年数据安全事件发生率为 0%，根据评分标准，本项得满分。

3. 产出时效（满分 6 分，得分 6 分）

（1）系统正常运行时间（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料文件，发现 2024 年医保大数据风控及监管系统全年 7*24 小时均正常运行，不存在非正常运行状态，根据评分标准，本项得满分。

（2）项目服务响应时间（满分 2 分，得 2 分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料文件，发现 2024 年项目第三方服务团队在接到医保局或相关业务部门提出的项

目服务需求后，均能在1小时内做出有效回应并启动处理流程，不存在逾期回应的情况，根据评分标准，本项得满分。

（3）报告提交及时率（满分2分，得2分）

评审小组通过现场调研访谈与查阅相关资料文件，发现2024年项目第三方服务团队严格按照合同约定，及时提交项目相关报告，不存在逾期提交的情况，报告提交及时率为100%，根据评分标准，本项得满分。

4. 产出成本（满分6分，得6分）

（1）成本控制率（满分3分，得3分）

经评审小组查阅预算执行情况表、预决算批复文件等相关资料，发现2024年项目预算申请金额为296万元，项目实际支出合同金额为296万元，成本控制率为0%，不存在采购价格远高于市场价、浪费等情况。综上，根据评分标准，本项得满分。

（2）数据处理成本（满分3分，得3分）

经评审小组查阅会计凭证、采购档案等相关资料，纵向对比发现，2023年对全年门诊及住院记账数据全量分析，数据分析阳性率约0.5%，处理数据量230万条，审核成本为1.29元/条，项目总金额为296万元；2024年在保持项目总金额296万元不变的情况下，疑点数据实际识别数量提升至240万条，数据处理成本降至1.23元/条，较2023年降低0.06元/条，同比下降4.65%。项目在不增加财政投入的情况下，通过提升数据处理效率等方式，实现了单条数据审核成本的有效降低，体现出较好的资源配置效

能与规模经济效应。综上，根据评分标准，本项得满分。

（四）项目效益情况

一级指标“项目效益”满分为 30 分，得分 30 分，得分率为 100%。

1. 社会效益（满分 20 分，得分 20 分）

（1）累计追回医保违规支出总金额（满分 5 分，得 5 分）

根据市医保局提供的数据报表等相关资料文件，截至 2024 年 6 月，市医保局依托大数据监管及风控服务项目，通过精准监测与风险筛查，累计追回医保违规支出金额达 5,860 余万元。针对多个重点领域违规行为，采用多维数据分析与智能预警技术，有效锁定违规线索并实现快速处置，遏制违规行为的蔓延。同时，极大程度提升了医保基金使用的安全性和规范性，保障了医保资金的可持续运行。综上，根据评分标准，本项得满分。

（2）提升数据库完善程度（满分 5 分，得 5 分）

2024 年市医保局显著提升了风控规则库、模型库完善程度，在优化大数据风控平台相关功能方面表现突出：一是根据《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法（试行）》工作要求与国家“两库”建设标准，建成涵盖 31 大类、30 余万条明细审核规则的大数据风控平台，提高风控规则库的精准性；二是以典型案件为切入点，构建了基于临床路径、监管知识图谱的 25 个反欺诈监管模型，提高风控模型库的完整性。综上，根据评分标准，本项得满分。

（3）降低违规行为发生数量（满分 5 分，得 5 分）

2024 年，深圳市医保局聚焦降低违规行为、守护基金安全，以“科技+制度”双轮驱动精准施策。一是积极推动医药机构接入智能监管子系统，依托国家医保信息平台，开发适配深圳本地的跨机构超频开药、超量开药等智能监管应用，通过技术手段对重复收费、串换药品等违法违规行为实施全流程拦截预警，将违规风险消除在萌芽阶段。二是以国家飞检、审计检查及日常核查发现的问题为导向，构建契合深圳实际的审核规则框架，做细做实日常审核工作。针对定点医药机构全量结算数据，建立覆盖线上初审、复核、申诉、复审的全流程审核管理机制，通过标准化、规范化的审核流程，精准识别和纠正医药服务环节的违规行为，确保医保基金使用合法合规。综上，根据评分标准，本项得满分。

（4）提高医保基金监管水平（满分 5 分，得 5 分）

2023 年以来，市医保局通过技术赋能、模型构建、规范流程三管齐下，全面提升医保基金监管水平，成效显著。具体举措如下：一是建立大数据风控系统，精准筛查异常数据。基于医保支付政策、监管规则与医学知识，构建深圳本地知识图谱；严格遵循国家“两库”建设标准，打造大数据风控平台，内置 31 大类、30 余万条明细审核规则；二是构建多元监管模型，重拳打击欺诈骗保。以典型案件为突破口，搭建 25 个基于临床路径与监管知识图谱的反欺诈监管模型；三是规范案件查办流程，提升执法监管效能。编制覆盖多领域的检查工作指南，统一检查流程

与行政执法标准；搭建协议案件管理平台，整合案源管理、执法办案、数据研判等功能，实现线索发现、调查处理、结果应用全流程闭环管理。综上，根据评分标准，本项得满分。

2. 满意度（满分 10 分，得分 10 分）

工作人员投诉次数（满分 10 分，得 10 分）

评价小组通过现场调研访谈、档案查阅，发现大数据监管及风控系统性能表现良好，达到预期建设目标，可满足医保执法人员对医保基金监管业务及数据分析的实际需求。同时，医保执法人员在实际使用系统时，反馈良好，未发生投诉事项，且项目初验和终验结果均合格。综上，根据评分标准，本项得满分。

五、主要经验及做法

（一）完善制度建设，规范执行操作

深圳市医保局以制度建设为根基，紧扣医保基金监管核心需求，持续构建科学完备的制度体系。在国家强化医保基金监管的背景下，2022 年率先出台《深圳市医疗保障基金监管交叉检查规程》（深医保办〔2022〕4 号），创新建立跨区域交叉检查机制，打破地域监管壁垒，通过异地监管人员介入，规避地方保护，形成标准化、可操作的监管流程，显著提升监管公正性与有效性。2023 年，推出《深圳市医疗保障局 2023 年度“双随机、一公开”抽查工作计划》（深医保办〔2023〕10 号）与《深圳市医疗保障局基金监管安全规范年工作方案》（深医保办〔2023〕12 号），进一步完善监管体系。到 2024 年，为适应监管新形势，深圳市

医保局深化制度创新，发布《深圳市医疗保障局 2024 年度“双随机、一公开”抽查工作计划》（深医保办〔2024〕1 号）、《深圳市医疗保障局基金监管提质增效年工作方案》（深医保办〔2024〕2 号）。这些文件从总体部署到责任细化，形成全链条制度设计，通过交叉检查打破监管壁垒、“双随机、一公开”提升监管透明度、专项行动聚焦重点领域，深圳市医保局构建起覆盖监管全流程的制度框架，确保医保基金监管工作规范化、常态化运行，为医保基金安全构筑起坚实的制度防线，切实守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。

（二）深化协同监管体系，提升医保治理效能

一是强化规则与系统双轮驱动。打通智慧卫监与医保基金智能监管数据壁垒，实现审核监控知识库、规则库跨部门共享。在此基础上，推动双方同步升级智能监管系统，重点突破协同预警、线索排查及案件联查三大能力，构建“数据互通-智能研判-联合处置”的全链条监管模式。

二是完善跨部门协作机制。优化协同执法、联防联控及行刑衔接流程，与公安、卫健、审计等部门建立常态化信息共享平台与联络机制。通过构建线索双向移送、监管标准互认、处置结果互通的闭环管理体系，深化“一案多查、一案多处”综合监管模式，形成多部门齐抓共管合力。

三是创新专项协同监管模式。深化医审协同机制，探索与卫健部门联合办案常态化，依托会议纪要明确职责分工，联合开展

欺诈骗保专项整治行动；联合市场监督管理局开展跨领域执法检查，整合执法资源，提升检查效率与震慑力。同时，协同市卫健委引导医药卫生行业组织，共同制定疾病临床路径、诊疗技术规范等行业标准，推动重症医学、麻醉、肿瘤等重点领域医保行为规范共识落地，强化行业自律管理。

四是推进问题协同整改。建立跨部门问题整改联动机制，针对监管检查中发现的共性问题，组织多部门联合研判、协同处置，推动监管成果向治理效能转化，实现医保监管从个案查处向系统治理的全面升级。

（三）优化大数据监管系统，促进智能风控升级

一是夯实数据治理底座，筑牢风控基础。构建全域数据资源池，深度整合医保结算、定点机构运营、参保人员行为等多源数据，创新搭建以医保政策、监管规则、医学知识为核心的深圳本地知识图谱。对标国家“两库”建设标准，打造具备 31 大类 30 余万条明细审核规则的大数据风控平台，对近五年全量医保结算数据开展地毯式筛查，累计识别异常数据超 200 万条。通过建立数据溯源、质量评估双机制，实现数据全生命周期管理。同时，持续优化风控平台功能，动态更新本地化知识库与规则库，围绕未合并结算、重复收费等高频问题开展专项自查，定期筛查疑点数据，助力定点医药机构自纠整改。依托大数据分析技术，构建高风险人群、机构诚信画像体系，精准识别欺诈骗保风险。此外，打通系统壁垒，建成医保基金预警监测与监管协同处置平台，实

现大数据风控、智能核卡、案件管理等系统的集成互联，推动风险预警与处置的全流程贯通。

二是迭代智能风控模型，强化全流程监管。结合日常检查、案件查办、投诉举报等实践经验，深度剖析欺诈骗保行为特征，持续完善本地化大数据分析监管模型库。运用机器学习、深度学习算法，对医保结算数据实施全量智能分析，构建“支付前智能审核-支付后风险预警”双防线，精准捕捉异常诊疗、费用波动等风险信号。强化事前、事中预警能力建设，推动定点医药机构全面对接国家医保信息平台智能监管子系统，重点深化事前提醒模块应用，探索进销存数据深度挖掘与规则本地化配置，完善异常开药事前预警功能。鼓励医疗机构将监管规则嵌入HIS系统，实现社康机构事前预警拦截系统全覆盖。创新预收费诊疗项目全流程监管模式，通过数据实时监测与动态分析，提升监管时效性与精准度。

三是拓展数据应用场景，推动智能监管升级。以大数据技术为驱动，拓展智能核卡、异地就医监测、DIP支付测算等多元应用场景。全面推行人脸识别智能核卡，同步推进医院住院、社康门诊全量核卡，探索民营机构应用场景拓展，推行医保医师、药师打卡制度，实现监管场景全域覆盖。通过大数据分析参保人员异地就医行为特征，优化结算服务流程，提升异地就医便捷性。深度挖掘结算清单数据价值，为DIP支付方式改革提供数据支撑，同步完善门诊统筹、康复医疗等多元支付方式下的智能监管模式，

形成可复制、可推广的医保智能监管解决方案，推动医保服务与监管向智能化、精细化转型。

六、存在的问题及原因分析

项目在取得成效的同时，也存在部分问题仍需完善改进，具体存在问题及原因分析如下。

（一）绩效指标设置有待完善

项目 2023 年所申报绩效目标与部门职能、发展规划相匹配，指标设置明确，但在绩效目标合理性方面仍存在年度总体目标设置不够具体规范的问题：年度目标设置为“利用大数据分析实施医保动态智能监控，对基金运行、监管方面的风险进行预警，提供基金中长期分析，提升监管的专业性、精准性、效益性。”缺乏具体量化指标与可衡量结果，未能清晰体现申请财政资金的具体产出（如搭建平台、开发模型等）及实施效果（如追回基金金额、效率提升比例等），无法完整反映项目基本概况。不符合《2024 年部门预算绩效目标编制审核工作指引》第二条：“（五）项目绩效目标的填报 1. ‘年度目标’的填报要求：……年度目标应是一段完整的文字表述，能够反映项目的基本概况，可参考‘通过做什么事情，达到什么目的或效果’、‘在什么时间，用多少钱，做什么事，预期实现什么效果’等句式。”的规定。

（二）制度执行有效性有待落实

项目费用报销凭证均根据原始单据准确填写，但在制度执行有效性方面仍存在合同补充协议、验收材料要素不完整的问题。

一是项目于 2023 年 6 月续签合同，于 2023 年 9 月签署补充协议，但补充协议中甲乙双方法定代表人或授权代表人均未签字；二是服务供应商提出 2023 年度项目终验申请所附件《深圳市医疗保障局医保大数据监管及风控服务项目验收表》中的“代表签名”处无代表签名。不符合《深圳市医疗保障局合同管理办法》第二十一条：“合同应当由本办法第二十条规定具有签署权限的人员签名，并办理用印登记后，方可加盖公章或合同专用章。”、《深圳市落实采购人主体责任实施办法》（深财购〔2022〕26 号）第三十三条：“【履约验收】采购人应当成立验收小组，按照合同约定的时限和要求对供应商履约情况进行验收。验收小组根据国家、行业标准和采购合同约定开展验收工作，并对验收结果进行签字确认。”的规定。

七、有关建议

为了整体提升被评价单位的项目管理水平，提高资金使用效益，因此，针对评价过程中发现的问题，对应提出如下意见建议。

（一）强化绩效目标科学性，提高绩效管理水平

一是构建精准化目标设定框架。针对年度总体目标设置应按照“计划做什么，预计实现什么效果”的框架进行描述，紧密联系项目实际内容，充分考虑项目中关键的环节，本项目作为服务类项目，应从平台搭建情况、大数据分析应用效果等方面设置指标，实现项目全链条、全要素覆盖，确保目标设定与项目切实贴合。二是构建“理论+实践”的培养体系。在理论层面，开展政

策解读与标准规范培训，结合部门实际剖析绩效目标与当年度工作计划、项目需求的内在逻辑等；在实践环节，通过国家及省、市级优秀案例分享，开展指标量化、评价标准设计等实操演练，通过开展专题培训，提升业务人员设置绩效指标的规范性与可操作性，提高预算绩效管理水平。

（二）加强合同业务内控管理，发挥财务监督作用

强化合同全流程审签管理，严格落实合同管理责任制，合同承办部门需全面核查合同条款的完整性与合规性，对合同真实性承担主体责任。局办公室在加盖公章前，应严格关注：审签流程完整性，确保各环节审批无遗漏；合同签署规范性，核实法定代表人或授权人签字及盖章情况；合同内容一致性，对比用印合同与审批通过版本是否一致，从源头防范法律纠纷与经济损失风险，切实维护单位合法权益。同时，规范采购验收及资金支付管理，财务报销人员需对长期服务合同支付凭证进行重点审核，对约定履约评价与付款挂钩的服务项目，要求承办部门同步提交履约评价材料，未提供或评价不达标者不予报销；并强化验收结果监督检查，确保项目质量与资金使用效益双达标。

附件 1 项目支出绩效评价评分表

项目支出绩效评价评分表

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
决策	20	项目立项	4	立项依据充分性	3	项目立项符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责	项目立项是否符合法律法规、相关政策、发展规划以及部门职责，用以反映和考核项目立项依据情况。	评价要点： ①项目立项是否符合国家法律法规、国民经济发展规划和相关政策； ②项目立项是否符合行业发展规划和政策要求； ③项目立项是否与部门职责范围相符，属于部门履职所需； ④项目是否属于公共财政支持范围，是否符合中央、地方事权支出责任划分原则； ⑤项目是否与相关部门同类项目或部门内部相关项目重复。 以上每点 0.6 分，根据实际情况酌情给分。	3
				立项程序规范性	1	项目申请、设立过程符合相关要求	项目申请、设立过程是否符合相关要求，用以反映和考核项目立项的规范情况。	评价要点： ①项目是否按照规定的程序申请设立； ②审批文件、材料是否符合相关要求； ③事前是否已经过必要的可行性研究、专家论证、风险评估、绩效评估、集体决策。 以上每点 0.33 分，根据实际情况酌情给分。	1

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				绩效目标合理性	4	项目所设定的绩效目标依据充分，符合客观实际，	项目所设定的绩效目标是否依据充分，是否符合客观实际，用以反映和考核项目绩效目标与项目实施的相符情况。	评价要点： （如未设定预算绩效目标，也可考核其他工作任务目标） ①项目是否有绩效目标； ②项目绩效目标与实际工作内容是否具有相关性； ③项目预期产出效益和效果是否符合正常的业绩水平； ④是否与预算确定的项目投资额或资金量相匹配。 以上每点 1 分，根据实际情况酌情给分。	3
				绩效指标明确性	6	依据绩效目标设定的绩效指标清晰、细化、可衡量等	依据绩效目标设定的绩效指标是否清晰、细化、可衡量等，用以反映和考核项目绩效目标的明细化情况。	评价要点： ①是否将项目绩效目标细化分解为具体的绩效指标； ②是否通过清晰、可衡量的指标值予以体现； ③是否与项目目标任务数或计划数相对应。 以上每点 2 分，根据实际情况酌情给分。	6

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
		资金投入	6	预算编制科学性	4	项目预算编制经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标相适应	项目预算编制是否经过科学论证、有明确标准，资金额度与年度目标是否相适应，用以反映和考核项目预算编制的科学性、合理性情况。	评价要点： ①预算编制是否经过科学论证； ②预算内容与项目内容是否匹配； ③预算额度测算依据是否充分，是否按照标准编制； ④预算确定的项目投资额或资金量是否与工作任务相匹配。 以上每点1分，根据实际情况酌情给分。	4
				资金分配合理性	2	项目预算资金分配有测算依据，与补助单位或地方实际是否相适应	项目预算资金分配是否有测算依据，与补助单位或地方实际是否相适应，用以反映和考核项目预算资金分配的科学性、合理性情况。	评价要点： ①预算资金分配依据是否充分，体现厉行节约从严从紧安排的导向； ②资金分配额度是否合理，与项目单位或地方实际是否相适应。 以上每点1分，根据实际情况酌情给分。	2
过程	20	资金管理	12	资金到位率	1	100%	实际到位资金与预算资金的比率，用以反映和考核资金落实情况对项目实施的总体保障程度。	资金到位率=（实际到位资金/预算资金）×100%。 实际到位资金：一定时期（本年度或项目期）内落实到具体项目的资金。 预算资金：一定时期（本年度或项目期）内预算安排到具体项目的资金。	1

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				预算执行率	3	100%	项目预算资金是否按照计划执行，用以反映或考核项目预算执行情况。	得分=3*预算执行率，预算执行率=（实际支出资金/实际到位资金）×100%。 实际支出资金=一定时期（本年度或项目期）内项目实际拨付的资金。	3
				资金使用合规性	8	项目资金使用符合相关的财务管理制度规定	项目资金使用是否符合相关的财务管理制度规定，用以反映和考核项目资金的规范运行情况。	评价要点： ①是否符合国家财经法规和财务管理制度以及有关专项资金管理规程的规定； ②资金的拨付是否有完整的审批程序和手续； ③是否符合项目预算批复或合同规定的用途； ④是否存在截留、挤占、挪用、虚列支出等情况。 以上每点2分，根据实际情况酌情给分。	8
		组织实施	8	管理制度健全性	2	项目实施单位的财务和业务管理制度健全	项目实施单位的财务和业务管理制度是否健全，用以反映和考核财务和业务管理制度对项目顺利实施的保障情况。	评价要点： ①是否已制定或具有相应的财务和业务管理制度； ②财务和业务管理制度是否合法、合规、完整。 以上每点1分，根据实际情况酌情给分。	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				制度执行有效性	6	项目实施符合相关管理规定	项目实施是否符合相关管理规定，用以反映和考核相关管理制度的有效执行情况。	评价要点： ①是否遵守相关法律法规和相关管理规定； ②项目调整及支出调整手续是否完备； ③项目合同书、验收报告、技术鉴定等资料是否齐全并及时归档； ④项目实施的人员条件、场地设备、信息支撑等是否落实到位。 以上每点 1.5 分，根据实际情况酌情给分。	4.5
产出	30	产出数量	10	全年医保数据分析数量	2	≥ 3 亿条	考核项目周期内医保相关数据分析数量目标的实现程序	本指标满分 2 分。 得分=全年医保数据分析数量完成率 × 2 分，最高得 2 分。 实际完成率=（实际产出数/计划产出数）× 100%。	2
				数据分析报告数量	2	≥ 6 份	考核项目数据分析报告服务中编制数据分析报告数量目标的实现程度。	本指标满分 2 分。 得分=全年数据分析报告数量完成率 × 2 分，最高得 2 分。 实际完成率=（实际产出数/计划产出数）× 100%。	2
				交叉检查服务	2	≥ 4 次	考核项目交叉检查支持服务中每季度检查频次数	本指标满分 2 分。 得分=全年交叉检查服务数量完成率 × 2 分，最高得 2 分。	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				次数			量目标的实现程度。	实际完成率=（实际产出数/计划产出数）×100%。	
				疑点数据识别数量	2	≥230 万条	考核项目大数据风控及监管服务中识别出的疑似违规数据记录（如异常报销、重复开药、挂床住院等）数量目标的实现程度。	本指标满分 2 分。 得分=全年疑点数据识别数量完成率×2 分，最高得 2 分。 实际完成率=（实际产出数/计划产出数）×100%。	2
				风控规则库条目总量	2	增加至 30 万条	考核项目优化大数据风控规则库服务中完善风控规则数量目标的实现程度。	本指标满分 2 分。 得分=风控规则库条目数量完成率×2 分，最高得 2 分。 实际完成率=（实际产出数/计划产出数）×100%。	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
		产出质量	8	对接系统适用率	2	100%	考核医保大数据监管平台与外部系统对接情况质量目标的实现程度。	本指标满分 2 分。 若医保大数据监管平台实现与深圳医保通、数据治理平台、智能核卡系统、案管系统、风控系统等其他医保相关系统和外部单位（公安、民政、卫健等）的数据对接，则对接系统适用率为 100%，则得满分。 若医保大数据监管平台不能完全实现与深圳医保通、数据治理平台、智能核卡系统、案管系统、风控系统等其他医保相关系统和外部单位（公安、民政、卫健等）的数据对接，则适用率 < 100%，则酌情给分。	2
				定点医药机构监管覆盖率	2	100%	考核项目大数据风控及监管服务中对定点医药机构进行监管的覆盖情况质量目标的实现程度。	本指标满分 2 分。 若项目开展定点医药机构监管覆盖率等于 100%，则得满分。 若项目开展定点医药机构监管覆盖率小于 100%，则不得分。 定点医药机构监管覆盖率=实际监管的定点医药机构数量/市内定点医药机构总数 × 100%	2
				项目团队人员资质	2	100%	考核项目第三方机构服务团队人员资质合格情况质量目标的实现	本指标满分 2 分。 若项目第三方机构服务团队人员的资质合格率等于 100%，则得满分。若项目第三方机构服务团队人员的资质合格率小于 100%，则不得	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				合格率			程度。	分。 项目团队人员资质合格率=资质合格的团队人员数/团队总人数×100%。	
				数据安全事件发生率	2	0%	考核项目终端数据安全加固服务中对数据安全情况质量目标的实现程度。	本指标满分2分 若项目周期内未发生医保数据泄露、篡改、非授权访问等安全事件，则得满分。 若项目周期内发生医保数据泄露、篡改、非授权访问等安全事件，则不得分。	2
		产出时效	6	系统正常运行时间	2	全年7*24小时正常运行	考核医保大数据风控及监管系统7*24小时正常运行时效目标的实现程度。	本指标满分2分。 若医保大数据风控及监管系统全年7*24小时正常运行，得满分。 若医保大数据风控及监管系统全年存在非正常运行状态，则不得分。	2
				项目服务响应时间	2	≤1小时	考核项目风控和监管的日常技术支撑服务中对项目服务电话响应时效目标的实现程度。	本指标满分2分。 若第三方服务供应商在接到医保局或相关业务部门提出的项目服务需求（如系统故障报修、数据异常处理、业务咨询、功能优化需求等）后，在1小时内做出有效回应并启动处理流程的，得满分。 若第三方服务供应商在接到医保局或相关业务部门提出的项目服务需求（如系统故障报	2

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
								修、数据异常处理、业务咨询、功能优化需求等)后,做出回应的时限超过1个小时,则不得分。	
				报告提交及时率	2	100%	考核项目按合同约定及时提交报告时效目标的实现程度。	本指标满分2分。 若第三方服务供应商报告提交及时率等于100%,则得满分。 若第三方服务供应商报告提交及时率小于100%,则不得分。 报告提交及时率=按合同约定计划提交的报告份数/合同约定报告总份数×100%。	2
		产出成本	6	成本控制率	3	100%	考核项目的平台运行工作成本控制情况。	本指标满分3分。 若成本控制率≥0%,则得满分; 若成本控制率<0%,则不得分。 成本控制率=(计划成本-实际成本)/计划成本*100%	3
				数据处理成本	3	≤1.29元/条	考核项目数据处理的成本控制情况。	本指标满分3分。 若数据处理成本小于等于1.29元/条,则得满分。 若数据处理成本大于1.29元/条,则不得分。 数据处理成本=涉及项目总金额/疑点数据识别数量	3

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
效益	30	社会效益	20	累计追回医保违规支出总金额	5	5,860 余万元	考核项目实施对追回医保违规金额的影响程度。	本项指标满分 5 分。 若项目实施追回医保违规金额达 5,860 余万元，则得满分，否则不得分。	5
				提升风控规则库、模型库完善程度	5	有效提升	考核项目实施对完善大数据风控规则库、风控模型库的影响程度。	本项指标满分 5 分。 若项目实施有效提升了风控规则、模型库的完善程度，得满分。 若项目实施未能提升风控规则、模型库的完善程度，则不得分。	5
				降低违规行为发生数量	5	有效降低	考核项目实施对医疗机构发现和查处违法违规行为的影 响程度。	本指标满分 5 分。 若项目实施有效降低了违规行为发生数量，得满分。 若项目实施未能降低违规行为发生数量，则不得分。 违规行为数量下降率= (1-服务期案件数/基期案件数) × 100%	5

一级指标		二级指标		三级指标		计划完成值	指标解释	评分标准	得分
名称	权重	名称	权重	名称	权重				
				提高 医保 基金 监管 水平	5	显著提高	考核项目实施对 深圳市医保基金 监管能力的影 响程度。	本指标满分 5 分。 若项目实施有效提高医保基金监管能力，得满 分。 若项目实施未能提高医保基金监管能力，则不 得分。	5
		满 意 度	10	工 作 人 员 投 诉 次 数	10	≤ 5 次	考核单位工作人 员对项目实施的 满意程度。	本项指标满分 10 分。 若工作人员的有效投诉次数 ≤ 5 次，得满分； 若工作人员的有效投诉次数 > 5 次，则不得分。	10
总分	100		100		100				97.5