

2020 年度平顶山市新华区医疗保障局

部门整体支出绩效评价

为贯彻落实《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），全面推进平顶山市新华区区级预算绩效管理工作，加强财政预算支出的管理工作，强化财政预算支出责任，提高财政资金的使用效益，受新华区财政绩效评价服务中心委托，河南知行财通绩效评价咨询有限公司承担平顶山市新华区医疗保障局部门整体绩效评价工作，形成本评价报告。

一、部门基本情况

（一）部门概况

1. 部门职责

根据中共平顶山市新华区委办公室 区政府办公室（平新办〔2019〕39 号）印发的《平顶山市新华区医疗保障局职能配置 内设机构和人员编制规定》，平顶山市新华区医疗保障局的主要职责有 9 项，具体如下：

（1）贯彻执行省、市医疗保险、生育保险、离休人员医疗保障、移交政府安置的军队离退休干部医疗保障、医疗救助等医疗保障制度法规和规章草案、政策、规划、标准并组织实施；

（2）贯彻执行省、市医疗保障基金监督管理办法并组织实施，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金

支付方式改革；

(3) 贯彻执行省、市医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。推进长期护理保险制度改革；

(4) 协同相关部门组织拟定城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准，建立动态调整机制，制定医保目录准入谈判规则并组织实施；

(5) 贯彻执行省、市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度；

(6) 制定全区药品、医用耗材的招标采购规定并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台建设；

(7) 贯彻执行省、市定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处医疗保障领域违法违规行为；

(8) 负责全区医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。贯彻执行省、市异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度。

(9) 完成区委、区政府交办的其他任务。

2. 机构设置及人员情况

平顶山市新华区医疗保障局位于平顶山市新华区沿河西路40号，是平顶山市新华区主管居民医疗保障的区政府工作部门，行政单位。内设机构3个：综合办公室、待遇保障和基金监管科、医药服务和医药价格管理科，行政编制3人，事业编制21人，在编人数总计24人。另设有1个二级机构：新华区社会医疗保险中心。

（二）部门预算收支、决算情况

1. 预算收支情况

根据《2020年平顶山市新华区医疗保障局部门预算》，平顶山市新华区医疗保障局2020年收入预算为本级预算及所属单位在内的汇总预算，2020年预算收、支总计均为7129.56万元。

平顶山市新华区医疗保障局2020年预算收入7129.56万元，全部为一般公共预算7129.56万元。

平顶山市新华区医疗保障局2020年预算支出7129.56万元，其中：基本支出185.28万元，占2.60%；项目支出6944.28万元，占97.40%，主要项目是：财政对城乡居民基本医疗保险基金和城乡居民医疗救助的补助。

2. 决算情况

平顶山市新华区医疗保障局2020年本级及所属单位在内的一般公共预算财政拨款支出年初预算为327.35万元，支出决算为274.80万元，完成年初预算的83.95%。

2020年收到财政补贴收入共计7509.10万元。

（三）部门年度重点工作任务

2020 年度平顶山市新华区医疗保障局重点工作任务如下：

1. 贯彻执行省、市医疗保险、生育保险、离休人员医疗保障、移交政府安置的军队离退休干部医疗保障、医疗救助等医疗保障制度法规和规章草案、政策、规划、标准并组织实施；

2. 贯彻执行省、市医疗保障基金监督管理办法并组织实施，建立健全医疗保障基金安全防控机制，推进医疗保障基金支付方式改革；

3. 贯彻执行省、市医疗保障筹资和待遇政策，完善动态调整和区域调剂平衡机制，统筹城乡医疗保障待遇标准，建立健全与筹资水平相适应的待遇调整机制。推进长期护理保险制度改革；

4. 协同相关部门组织拟定城乡统一的药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等医保目录和支付标准，建立动态调整机制，制定医保目录准入谈判规则并组织实施；

5. 贯彻执行省、市药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费等政策，建立医保支付医药服务价格合理确定和动态调整机制，推动建立市场主导的社会医药服务价格形成机制，建立价格信息监测和信息发布制度；

6. 制定全区药品、医用耗材的招标采购规定并监督实施，指导药品、医用耗材招标采购平台建设；

7. 贯彻执行省、市定点医药机构协议和支付管理办法并组织实施，建立健全医疗保障信用评价体系和信息披露制度，监督管理纳入医保范围内的医疗服务行为和医疗费用，依法查处

医疗保障领域违法违规行为；

8. 负责全区医疗保障经办管理、公共服务体系和信息化建设。贯彻执行省、市异地就医管理和费用结算政策。建立健全医疗保障关系转移接续制度；

9. 完成区委、区政府交办的其他任务。

（四）部门绩效目标

2020 年度平顶山市新华区医疗保障局部门绩效目标如下：

1. 积极落实全民参保计划，做好基本医疗保险的参保工作；
2. 推进医保支付方式改革，医保基金有序运营；
3. 贯彻落实国家组织药品集中采购工作；
4. 提高协议管理水平，加强定点医药机构监管；
5. 积极做好医疗救助工作；
6. 扎实做好城乡居民和职工门诊重症慢性病申报鉴定工作；
7. 认真做好分包担保公司非法集资处置和信访维稳工作；
8. 强化党建引领，机关党的建设水平稳步提高；
9. 认真做好平安建设和消防工作；
10. 扎实推进法制政府建设和政务公开工作。

二、部门整体绩效评价工作开展情况

（一）绩效评价目的、对象和范围

1. 绩效评价目的

为了加强财政资金预算管理，强化部门整体支出责任，提高

财政资金使用效益，根据设定的绩效目标，运用科学、合理的绩效评价指标、评价标准和评价方法，对平顶山市新华区医疗保障局部门整体支出的经济性、效率性、效益性、公平性进行客观、公正的评价。促进预算单位预算管理的科学性和合理性，全面做实基本医疗保险和生育保险市级统存、实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”。为财政部门及相关资金监管机构，深入了解资金投向的明确性、准确性及产出效果，提高资金使用效率，促进资金规范使用，提供基础性支撑和建议。

2.绩效评价对象及范围

本次绩效评价对象是平顶山市新华区医疗保障局部门整体；评价范围为平顶山市新华区医疗保障局预算资金。即：财政全年预算数 7129.56 万元，预算执行数 13141.42 万元其中：全年住院支出 10752.14 万元；门诊大病支出 980.18 万元；门诊统筹支出 63.15 万元；个人帐户支出 365.48 万元；大病保险支出 980.47 万元。围绕部门职责、行业发展规划，统筹考虑资产和业务活动等方面，衡量部门整体及核心业务实施效果。

3.绩效评价依据

1) 关于印发《项目支出绩效评价管理办法》（财预〔2020〕10号文件）；

2) 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）；

3) 关于贯彻落实《中共中央国务院关于全面实施预算绩效管理的意见》的通知（财预〔2018〕167号）；

4) 关于印发《预算绩效评价共性指标体系框架》的通知（财预〔2013〕53号）；

5) 中共河南省委 河南省人民政府《关于全面实施预算绩效管理的实施意见》（豫发〔2019〕10号文）；

6) 河南省财政厅关于印发《河南省省级预算项目政策事前绩效评估管理办法》等6个办法的通知（豫财预〔2019〕176号文）；

7) 河南省财政厅印发《共性项目绩效指标体系（试行）》；

8) 《国家医保局 国家卫生健康委关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知》（医保函〔2020〕9号）；

9) 《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会 关于开展医保定点医疗机构规范使用医保基金行为专项治理工作的通知》（豫医保函〔2020〕11号）；

10) 《河南省打击欺诈骗保专项治理工作方案》；

11) 《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（豫政办〔2020〕31号）；

12) 河南省医疗保障局 河南省工业和信息化厅 河南省财政厅 河南省商务厅 河南省卫生健康委员会 河南省市场监督管理局 河南省药品监督管理局 关于印发《河南省开展药品医用耗材集中采购和使用工作实施方案》的通知；

13) 河南省医疗保障局 河南省财政厅 关于转发《国家医疗保障局 财政部做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情医疗保障的通知》；

- 14) 《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》；
- 15) 《河南省医疗保障局关于做好确诊为新型冠状病毒感染肺炎参保患者医疗保障工作的紧急通知》（豫医保办[2020]5号）；
- 16) 《国家医保局 人力资源社会保障部关于将 2019 年谈判药品纳入〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉乙类范围的通知》（医保发[2019]65号）；
- 17) 《国家医保局 国家卫生健康委关于做好 2019 年国家医保谈判药品落地工作的通知》（医保发[2019]73号）；
- 18) 《河南省医疗保障局关于规范完善我省重特大疾病医疗保障门诊特定药品使用管理工作的通知》（豫医保[2020]2号）；
- 19) 《关于国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围的实施意见》（医保发〔2019〕56号）；
- 20) 《关于印发河南省落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围实施方案的通知》（豫医保〔2019〕13号）；
- 21) 《全国药品集中采购文件》（国联采字〔2020〕1号）；
- 22) 《全国药品集中采购中选后供应品种清单(河南)》；
- 23) 《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会 河南省药品监督管理局 河南省工业和信息化厅关于落实第二批国家组织药品集中采购和使用工作的通知》；
- 24) 《河南省医疗保障局 河南省卫生健康委员会 河南省药品监督管理局 河南省工业和信息化厅关于做好第三批国家组织药品集中采购和使用工作的通知》；
- 25) 《平顶山市城乡居民基本医疗保险门诊统筹实施方案

（试行）》；

26) 平新巡〔2020〕15号文件；

27) 平新财〔2020〕31号文件《关于批复2020年部门预算的通知》；

28) 《2020年平顶山市新华区医疗保障局预算情况说明》；

29) 平新财〔2020〕31号文件；

30) 《平顶山市新华区城乡居民医保补助资金2020年绩效自评报告》；

31) 新华区医疗保障局2020年度目标任务完成情况自查报告》；

32) 《城乡居民医保补助资金绩效评价指标体系（试行）》；

33) 评价工作人员通过现场调查、核实等获得的资料等。

（二）绩效评价原则、方法

1. 绩效评价原则

（1）科学规范原则。绩效评价应当严格执行规定的程序，按照科学可行的要求，采用定量与定性分析相结合的方法；

（2）公正公开原则。绩效评价应当符合真实、客观、公正的要求，依法公开并接受监督；

（3）分级分类原则。绩效评价由各级财政部门、各预算部门根据评价对象的特点分类组织实施；

（4）绩效相关原则。绩效评价应当针对具体支出及产出绩效进行，评价结果应当清晰反映支出和产出绩效之间的紧密对应关系。

2. 绩效评价方法

绩效评价方法是指用于分析绩效数据，得出评价结论的各种经济分析、评估和评价方法。根据评价对象的具体情况，可采用一种或多种方法进行绩效评价。

(1) 比较法

比较法是指通过对绩效目标与实施效果、历史与当期情况、不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。比较法主要适用于财政项目资金管理，通常也通过案例对比分析进行评判。

(2) 因素分析法

因素分析法是指通过综合分析影响绩效目标实现、实施效果的内外因素，评价绩效目标的实现程度。许多支出项目运用因素分析法，通过不同因素的权重评比，进行综合分析。

(3) 公众评判法

公众评判法是指通过专家评估、公众问卷及抽样调查等对财政支出效果进行评判，评价绩效目标的实现程度。对于无法直接用指标计量其效益的支出项目，可以选择有关专家进行评估并对社会公众进行问卷调查，以评价其效益，可用于对公共部门和财政投资兴建的公共设施进行评价。

(4) 座谈会法

在平顶山市新华区医疗保障局部门的协助下，开展由各个科室参加的座谈会，结合当前预算绩效管理背景，讨论平顶山市新华区医疗保障局部门整体支出资金的使用经验和存在的问题。

（三）评价指标体系与评分标准

指标体系整体框架由 6 大类组成，包括 6 项一级指标，14 项二级指标和 36 项三级指标。指标数据来源于政府相关网站、实地调研、访谈、基础表数据政策文件、问卷调查及被评价部门提供的资料等。

战略规划：占权重 10 分，用于考察部门战略规划、绩效目标设定情况。从部门战略规划相符性、绩效目标设定合理性、绩效指标明确性等角度进行考察。

管理效率：占权重分 25 分，用于考察项目的预算执行、预算管理、资产管理和业务管理情况。重点从预算执行率、预算调整率、结转结余变动率、政府采购执行率、预算管理制度健全性、资金使用合规性、预决算信息公开及时性、基础信息完善性、资产管理规范性、固定资产利用率、管理制度健全性及制度执行有效性等方面进行考察。

履职效能：占权重分 30 分，用于考察项目的执行情况。从综合办公室、待遇保障和基金监管科、医药服务和医药价格管理科部门目标完成角度进行考察。

运行成本：占权重 10 分，用于考察部门基本经费成员控制、项目经费控制情况。从财政供养人员控制率、“三公经费”变动率、项重点支出安排率等角度考察。

社会效益：占权重分 20 分，用于综合评价资金投入使用后的效益实现程度。指标设计从社会效益、服务对象满意度等角度入手，有针对性地选取所需要的三级指标。

可持续性发展能力：占权重分 5 分，用于综合评价部门的

可持续发展能力。指标设计从政策制度可持续、经费投入可持续及健全医疗保障体系、提高医疗保障水平等角度进行考察。

绩效评价评分标准是衡量财政支出绩效目标完成程度的尺度，本次项目绩效评价的评分标准以计划标准和行业标准为主，同时根据实际情况参照其他相关标准。

绩效评价采取百分制的计分方式，绩效评价结果分为优、良、中、差 4 个等级。其中：90（含）~100 分为优、80（含）~90 分为良、60（含）~80 分为中、60 分以下为差。

三、综合评价情况及评价结论

评价工作组根据平顶山市新华区医疗保障局提供的数据资料、社会问卷调查、座谈会等获取的信息，对平顶山市新华区医疗保障局部门整体支出进行了总体评价，各项指标具体得分情况如《2020 年平顶山市新华区医疗保障局部门整体绩效评价得分表》所示。

通过评价工作组数据资料分析、现场抽样调研、问卷调查等方法的实施和应用，根据《项目支出绩效评价管理办法》、《新华区财政支出绩效评价管理暂行办法》等规定，对平顶山市新华区医疗保障局 2020 年度部门整体支出进行了全面、系统、科学、客观公正的评价，最终平顶山市新华区医疗保障局部门整体支出综合绩效评价得分 **82.24** 分，评级结果为“**良**”。

四、主要经验及做法、存在的问题及原因分析

（一）主要经验及做法

1. 积极落实全民参保计划，做好基本医疗保险的参保工作

积极与税务、财政等部门沟通联系，建立部门信息共享和工作协调联动机制，加大参保政策宣传力度，认真做好医保政策解读工作，营造良好的参保氛围，努力实现应保尽保。2020年，新华区城乡居民共参保126291人，城镇职工参保单位670个，参保人数11973人（在职9685人、退休2288人），圆满完成年度参保目标任务。

2. 认真做好分包担保公司非法集资处置和信访维稳工作

平顶山市新华区医疗保障局对于三赢投资担保公司公司负责人张连玉、李奕良已于2017年2月13日经平顶山市中级人民法院二审承担相应刑事责任，该担保公司吸收社会资金共计55290000元，目前已追缴到案现金810.7万元、查封房产共计四处。2020年5月对南阳的四处房产进行腾空通告。对张连玉非法吸收公众存款公司客户代表，定期不定期邀请客户代表进行近期工作的通报会；对于有困难的客户，做到真心救助，全年没有发生非法上访等事件，客户情绪基本稳定。

3. 扎实推进法制政府建设和政务公开工作

坚持依法行政，全面落实区委、区政府法治政府建设的各项工作部署。全面加强政务主动公开，依据权力清单向社会公开了单位职能、法律依据、职责权限、监督方式等事项，有效提高了行政权力运行透明度，保障了人民群众的知情权。

4. 扎实做好疫情防控期间医保经办业务

平顶山市新华区医疗保障局为做好特殊时期医保经办业务，满足群众医保需求，该局采用网上办、延期办等非接触式

办理方式，简化办事流程，提高疫情救治保障政策执行效率，保证经办服务工作平稳有序开展。一是创新服务方式，实行“不见面办”。2月2日，区医保局向社会发布“不见面”办理公告，明确“不见面”办理事项名称、办理方式、申办材料和办理流程等内容。大力推行“网上办”、“电话办”等非接触办理方式，广泛宣传引导参保群众通过“豫保通”、微信、QQ等网上服务平台办理业务，试行容缺受理、网络拍照补件和事后补交材料等，减少因人员流动造成疫情传播的风险。二是开辟绿色通道，实行“及时办”。开辟集中收治新型冠状病毒感染肺炎患者的医疗机构资金预拨付“绿色通道”，按照特事特办、急事急办的原则优先处理。疫情期间，为该区定点医疗机构预付用于治疗新型冠状病毒资金80万元。三是积极支持“长处方”，实行“便民办”。实施“长处方”报销政策，支持医疗机构根据患者实际情况，减少病人到医疗机构就诊配药次数；对高血压、糖尿病等慢性病患者，支持放宽处方用药量，保障参保患者长期用药需求，解决了286名慢性病人的用药问题。四是放宽医疗保障相关业务办理时限，实行“延期办”。对因受疫情影响无法按时缴纳基本医疗保险费用的，根据市局的延长缴纳时限，把参保时间适当延迟至2020年5月31日，保障参保人员能够享受本年度的医保待遇。

5. 扎实做好城乡居民和职工门诊重症慢性病申报鉴定工作

平顶山市新华区医疗保障局为切实减轻参保患者的门诊医疗费用负担，使参保群众及时享受相关医保待遇，该局于6月12、13日，对222名申请门诊重症慢性病体检的患者开展体检

鉴定工作。此次体检涵盖重症糖尿病、慢性肾功能不全、慢性阻塞性肺疾病、帕金森病、慢性心力衰竭等 10 个病种。此次体检居民申请 211 人，通过 173 人，未通过 31 人，7 人放弃。职工申请 11 人，通过 11 人。

6. 贯彻落实国家组织药品集中采购工作

按照省医保局等部门《关于印发河南省落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作实施方案的通知》（豫医保〔2019〕13 号）有关要求，切实做好医保部门落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围（以下简称试点扩围）工作。国家组织药品集中采购共进行了 3 个批次，新华区共有 6 家医疗机构参加，第一、第二批共中选药品 57 种，合同金额 6 万余元，第三批集中采购工作正在进行中。

（二）存在的问题及原因分析

1. 绩效指标设置不合理，绩效管理有待加强

平顶山市新华区医疗保障局有较强的绩效管理意识，虽然制定了部门整体绩效目标以及项目绩效目标，但年度总体目标填报不完善，部门绩效目标表体现了部门主要责任、内设机构主要职责、预算资金情况、年度总体目标、产出指标、效益指标，虽然设置年度总体目标，但主要内容填写简单，不能反映预期达到的总体产出和效果；部门年度主要任务设置不明确，不清晰，部门年度主要任务根据部门主要职责和工作计划确定的本年度主要工作任务以及开展这项任务所对应的预算支出金额（一般为一级项目及金额）填报；绩效目标缺少年度主要任务，部门绩效指标按照项目绩效表格样式来填写，缺少运行成

本、管理效率等指标，指标体系不全面，不能真实体现部门职责和履职效能，即不便于定量分析，也难以定性分析，极易造成绩效评价结果失真。

2. 预算编制不科学，结余资金量大

平顶山市新华区医疗保障局年初未将部门整体项目做出合理规划，预算编制不科学、不完整。从公开预算和决算文件来看，根据《2020年居民基本医疗保险基金预算表》显示2020年规定标准资助收入预算数为7025.31万元，2020年度预算公开金额为7129.56万元；2020年收到财政补贴收入共计7509.10万元；支出决算为274.80万元；财政全年预算数7129.56万元，预算执行数13141.42万元其中：全年住院支出10752.14万元；门诊大病支出980.18万元；门诊统筹支出63.15万元；个人帐户支出365.48万元；大病保险支出980.47万元。2020年度累计结转结余资金总额4142.12万元。

3. 管理制度不健全，执行力度不到位

评价组通过实地调研，新华区医疗保障局已制定预算资金管理辦法、内部财务管理制度、会计核算管理制度，未见车辆管理制度、安全管理制度、固定资产管理办法、采购管理制度、档案管理等制度并不完善，没有建立行之有效的制度，管理制度规范性尚有欠缺。

4. 城乡医疗救助金发放不及时，困难群众没有得到及时救助

评价组通过实地调研、问卷调查及区医疗保障局提供巡查区医疗保障局党组的反馈意见资料分析，2019年1月份因机构

改革将原民政局城乡医疗救助工作整合到医疗保障局，中间因资金过渡对接，截至2019年12月31日前，城乡医疗救助实际发放到5月份，困难群众没有得到及时救助，城乡医疗救助金需要及时并有效落实。

5. 医保资金监管不力、未和医疗机构及时签订医疗保险管理服务协议

评价组通过实地调研、问卷调查及区医疗保障局提供巡查区医疗保障局党组的反馈意见资料分析，没有制定医保稽核工作制度及流程，走访医疗机构反映医保局工作人员业务不熟悉，存在超范围检查现象、稽核检查程序不规范；截至2019年12月份城乡居民医保资金第一季度还未拨付；医保资金监管不力、未和医疗机构及时签订医疗保险管理服务协议；在2020年6月份开展的市医保局打击欺诈骗取医保资金专项治理检查中，新华区医疗机构、药店还个别存有护理项目超标准收费和无标准收费、医保卡刷卡不规范等现象。

五、有关建议

1. 落实绩效管理责任主体，推动绩效管理工作常规化

为更好开展绩效评价工作，推动绩效管理工作深入开展，建议平顶山市新华区医疗保障局高度重视并领会绩效评价的重要意义，落实责任主体按照“谁申请资金、谁设置目标”，按照绩效目标设置原则，切实做好绩效目标设置，加强财务及业务人员绩效管理广度和深度，强化绩效管理。及时开展本部门绩效数据、本行业绩效相关信息收集整理、主导本部门绩效评

价、配合政府及财政部门绩效评价工作顺利开展。

2. 科学编制财政预算，强化预算约束机制

新华区医疗保障局在展开年度预算编制时，按照职能分类制定部门预算，以单位各项经营活动作为编制基础，与年度工作任务相结合，确保年度预算绩效目标的实现，另外，履行绩效事中监控职责，及时总结、预估项目后续支出的实际情况，提高资金的利用率。同时，财政部门要加强对各部门申报项目的综合调控，进一步加强财政预算项目评估工作，科学合理地安排预算，避免预算调整幅度过大，冗余资金过多，提高资金使用效益。

3. 健全内部控制制度

建立健全内部会计控制制度，是贯彻实施国家会计法律、法规的重要基础和保证。它有利于规范会计工作秩序，保证会计资料的真实和完整，有利于保护国有资产的安全、完整和对其进行有效使用。建议平顶山市新华区医疗保障局建立适合单位实际且行之有效的内部会计控制制度。如健全稽核制度，把好外来原始凭证关，原始凭证是在经济业务发生时取得的，它是载明经济业务发生和完成情况的书面证明，是明确经济责任，进行会计核算的原始依据。

4. 积极做好医疗救助工作，落实困难群众得到及时救助

根据救助对象申请的实际情况，积极协调区财政局，及时核算发放医疗救助资金；协同乡镇办事处相关部门，强化业务培训，规范医疗救助政策，进一步完善城乡医疗救助制度，不断提高工作水平。

5. 提高协议管理水平，加强定点医药机构监管，制定医保稽核工作制度及流程

①深入打击欺诈骗保行为。组织辖区内定点医药机构对医保基金使用情况开展自查自纠，严格按照法律法规及相关规定，对违规违法医药机构，坚持“从严、从速、从快”的处理原则，持续保持“全覆盖、无禁区、零容忍”的监管高压态势。②加强基金监管制度体系建设。建立和完善医保基金监管随机抽查事项清单、执法人员名录库、检查对象名录库和抽查工作实施细则，完善基金监管行政执法体系建设。③加强医保协议管理。加强对定点医药机构履行协议情况的日常监管，在定点申请、协议履行、费用审核、评估考核等环节严格把关。

6. 进一步提高参保人员满意度

做好基本医疗保险、大病保险和医疗救助的衔接工作，大力推进基本医疗保险、大病保险与医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单式结算”，完善重大疾病保险和医疗救助制度。加快推进医保在线支付、定点医药机构处方共享、市县两级医院线上电子转诊和住院结算，深化“就医一卡通”改革。切实减轻参保患者的门诊医疗费用负担，使参保群众及时享受相关医保待遇，积极做好医疗救助工作，全面提高医疗保障服务水平，以进一步提高参保人员满意度。