

2023年村卫生室药械自查报告(优秀5篇)

在当下社会，接触并使用报告的人越来越多，不同的报告内容同样也是不同的。那么什么样的报告才是有效的呢？下面是小编为大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

村卫生室药械自查报告篇一

为更好地贯彻落实县医保局关于打击诈骗保险专项治理的紧急会议精神，切实保障医保基金安全，医院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立以院长为组长，各部门主任为成员的打击诈骗保险专项治理自查自纠小组，组织相关人员开展工作，按照检查标准逐项落实。现将自查自纠情况总结如下：

1. 根据自查要求，自查小组对我单位执业许可证的执业范围和部门人员的资质进行了自查。未发现超范围执业和不合格执业。
2. 根据自查要求自查小组对我单位医疗设备许可范围进行了自查。未发现医疗设备违反设备批准资质和使用范围的保险欺诈行为。仪器设备与医疗技术人员的资质和服务能力一致，不存在保险欺诈行为。医疗器械不合格。
3. 根据自查要求，自查小组对我单位医疗服务价格标准进行了自查。床位在核定范围内使用，住院首末不存在重复收费和分解收费。药品和诊疗费用按有关文件规定的标准执行，建立药品账户，单独存放。药品统一配送，严格执行两票制度，定期盘点药品，保存盘点表。药品严格按照进销存系统执行，没有进销存不一致，没有保险欺诈。
4. 根据自查要求，自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费，使用省统一收据，严格执行会计、财务管理等制度。
5. 通过自查发现，我院医疗保险工作与医保局的要求还有一定差距。比如个别医务人员不重视医疗保险工作，对医疗保险的业务学习不透彻，认识不足，需要及时做什么，需要进一步巩固和提高，需要加强专业技术学习。

今后，我院要更加严格执行医疗保险的各项政策法规，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，要求相关人员按照打击欺诈和保险欺诈专项治理检查手册对岗位工作进行梳理和整改，定期进行自查，形成长效机制，坚决杜绝欺诈和保险欺诈，确保医疗保险基金的安全运行。同时，不断加强业务学习，提高专业技能，加强医患沟通，努力构建和谐医患关系，不断提高患者满意度。使广大参保人员的基本医疗需求得到充分保障，通过提高我院医疗质量和服务水平，增强参保人员、社会各界对医保工作的认同度和支持率。

村卫生室药械自查报告篇二

按照区医保局对开展4月份打击欺诈骗保，维护医保基金安全专项行动工作的要求，我院组织全院职工召开了医保督查工作会议，针对医保欺诈骗保可能出现的问题，我院要求医院医保办要做好医保就诊监督管理，相关医保文件传达学习、自查整改工作，现将我院开展的工作汇报如下：

一、组织医保相关政策文件传达学习。

根据医院要求，结合4月份医保工作我院医保办组织医疗科室、外宣科室、行政科室集中深刻学习，针对有关其诈骗报的问题深度解读，讲解相关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

二、结合欺诈骗保的有关规定自查情况

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我

院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

- 1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；
 - 3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；
- 2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

以上是我院按照奎文区医保处的工作部署，结合此次欺诈骗保问题开展的院内医保工作自查情况，通过此次自查工作，让我院更加认识到了医保资金合理合法合规使用的重要性，以及加强院内医保监督、管理的必要性。在接下来的工作中，我会加大医保政策的宣传力度，加强沟通、积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确

保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

村卫生室药械自查报告篇三

20xx年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。

2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署□20xx年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。

3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市20xx年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。

4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度□20xx年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。

2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中

供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。

3. 全面排查检查□20xx年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

二、20xx年度打击欺诈骗保工作打算

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违

法违规行为专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好20xx年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

村卫生室药械自查报告篇四

20**年，在医保局的指导下，在各级领导、各有关部门的高度重视支持下，严格按照国家、市、区有关城镇员工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《城镇员工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构

及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

村卫生室药械自查报告篇五

（一）四月份根据省局《海南省打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》的文件精神和东方局《东方市打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》开展4-8月份的检查活动，检查方式以医疗机构自查和抽查为主。

（二）八月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做

好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的文件精神和东方局《东方市医疗保障局打击欺诈骗取医疗保障基金检查工作的方案》对全市有开展业务医疗定点机构全覆盖检查活动，检查方式以医疗机构自查和实地抽查为主。

本次检查违规处理情况：对高排村卫生室、旦场村卫生室、老欧村卫生室等3家村级卫生室决定关停结算处理。对市人民医院等6家违规医疗定点机构拒付回退金额共9907元。

十一月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的工作要求，我局重点针对8月份的检查情况开展对全市97开展业务医疗定点机构村卫生室进行全覆盖检查活动，分4个检查组开展检查工作，检查内容是村级卫生室的是否按服务协议进行服务，同时指导和规范其报销业务。同时对东方市人民医院等5家医院进行回头看检查。

本次检查违规处理情况：对24家村卫生室不按协议要求公示报销情况进行现场指正和现场整改，在回头看检查市人民医院等5家医疗定点机构发现有违规情况，共拒付回退金额共8303元。

2021年度在专项检查和常态监查中发现违规处方共799张，拒付回退金额共57009元。

（一）四月份根据省局《海南省医疗保障局关于开展2020年“打击欺诈骗保维护基金安全” 集中宣传月活动》开展法律政策和奖励举报活动，印发放海报1000张和举报奖励政策折页30000份，加强医疗定点机构规范服务行为和提高群众维权法律意识。

（二）五月份根据省局基金统收统支工作安排中兴财光会计师事务所进驻我局开展基金使用审计工作，在我局人员的配合下对我市人民医院、东方医院、中医院等多家医疗机构进

行实地检查，目前中兴财光会计师事务所还在审计工作中，未向我局反馈检查（审计报告）情况。

（三）六月份根据《国家医疗保障局关于做好2020年医疗保障基金监管统收统支审计工作的通知》文件精神，按照省医保局印发《2020年加强医疗保障基金监管持续严厉打击欺诈骗保工作实施方案》的通知要求，我局结合审计组的工作安排，对10家定点村级卫生室进行联合检查。

检查情况：东方市感城镇民兴村卫生室等10家，存在乱收费行为、药品加价销售行为、虚假处方等行为。

整改措施

□

综上十家违规卫生室，已拒付违规金额总数96935元。6月13日我局联合市社保中心、市卫健委召开东方市医疗保障工作会议向全市定点医疗机构负责人通报10家卫生室违规情况，要求各机构以此为戒开展自查自纠，规范基金使用行为。