

2023年医保自纠自查整改报告(优质10篇)

“报告”使用范围很广，按照上级部署或工作计划，每完成一项任务，一般都要向上级写报告，反映工作中的基本情况、工作中取得的经验教训、存在的问题以及今后工作设想等，以取得上级领导部门的指导。那么，报告到底怎么写才合适呢？下面我给大家整理了一些优秀的报告范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

医保自纠自查整改报告篇一

篇一

在区医保中心的指导下，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、区有关城镇职工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《xx市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》。经以院长为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力xx年的医保工作总体运行正常，未出现费用超标、借卡看病、超范围检查等情况，在一定程度上配合了区医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对xx年度医保工作进行了自查，对照评定办法认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

一、提高对医疗保险工作重要性的认识

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了有关人员组成的医保工作领导小组，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。多次组织全体人员认真学习有关文件，针对本院工作实际，查找差距，积极整改。着眼未来与时俱进，共商下步医保工作大计，开创和谐医保新局面。我院把医疗保险当作医院大事来抓，积极配合医保部门对不符合

规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，不越雷池一步，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生。加强自律管理、推动我院加强自我规范、自我管理、自我约束。进一步树立医保定点医院良好形象。

二、从制度入手加强医疗保险工作管理

为确保各项制度落实到位，医院健全各项医保管理制度，结合本院工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料具全，并按规范管理存档。认真及时完成各类文书、书写病历、护理病历及病程记录，及时将真实医保信息上传医保部门。

三、从实践出发做实医疗保险工作管理

四、通过自查发现我院医保工作虽然取得了显著成绩，但距医保中心要求还有一定的差距，如基础工作还有待进一步夯实等。剖析以上不足，主要有以下几方面的原因：

1、个别医务人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保的学习不透彻，认识不够充分，不知道哪些该做、哪些不该做、哪些要及时做。

2、在病人就诊的过程中，有对医保的流程未完全掌握的现象。

3、病历书写不够及时全面

4、未能准确上传参保人员入、出院疾病诊断以及药品、诊疗项目等医保数据

五下一步工作要点

今后我院要更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，根据以上不足，下一步主要采取措施：

- 1、加强医务人员的有关医保文件、知识的学习，从思想上提高认识，杜绝麻痹思想。
- 2、落实责任制，明确分管领导及医保管理人员的工作职责，加强对医务人员的检查教育，建立考核制度，做到奖惩分明。
- 3、今后要更加加强医患沟通，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。

篇二

一、高度重视，加强领导，完善医保管理责任体系

接到通知要求后，我院立即成立以主要领导为组长，以分管领导为副组长的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然要求，是保障职工基本医疗，提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作，成立专门的管理小组，健全管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

二、规范管理，实现医保服务标准化、制度化、规范化

几年来，在市劳动局及市医保处的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊管理制度。

设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“投诉箱”；编印基本医疗保险宣传资料；公布咨询与投诉电话；热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药；设立医保患者挂号、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织学习了《xx市职工医疗保险制度汇编》、《山东省基本医疗保险乙类药品支付目录》等文件，使每位医护人员更加熟悉目录，成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者。医院设专人对门诊和住院病人实行电话回访，回访率81.4%，对服务质量满意率98%，受到了广大参保人的好评。

三、强化管理，为参保人员就医提供质量保证

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交*制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。

二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交*、主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、

医保处方权、麻醉处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。

三是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识，提高自身的专业技术水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养，增强自身的沟通技巧。

四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。

五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。

通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。加强妇科门诊的私密性，合理安排患者就诊，实行一医一患一诊室，充分保护患者的隐私，使得诊疗活动更加人性化、舒适化。重视细节服务，对来门诊就诊的陪人一天两次免费发放冷饮和热饮，中午就餐时间，为做治疗的患者和陪人免费发放面包。多年来一直实行住院病人免费发小米稀饭，对患者护理服务热心，护理细心，操作精心，解答耐心。由经验丰富的产科、儿科护理专家组成的产后访视队，对出院的产妇和新生儿进行健康宣教与指导，得到产妇及家属的高度赞扬。通过一系列的

用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

四、加强住院管理，规范了住院程序及收费结算

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实，根据市医保部门的要求，病房采用了医疗保险参保病人专用绿色床头卡，病历盖医保专用章。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，“乙类”药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，目录外服务项目费用占总费用的比例控制在15%以下。

五、严格执行省、市物价部门的收费标准

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，每日费用发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让参保人明明白白消费。

六、系统的维护及管理

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据市医保处的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按照规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为

病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照xx市定点医疗机构《目标规范化管理考核标准》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。

医保自纠自查整改报告篇二

在收看了xxx《焦点访谈》曝光了黑龙江省哈尔滨市xxx虚构病人住院套取医保基金事件后，作为医务工作者的我们深刻认识到做好医保工作的必要性和重要性，增强了努力做好本职工作的责任感和使命感。由我院医保科在全院范围内开展了城镇职工和居民医保专项检查，认真反思了自己在思想、工作作风、纪律等方面的情况，并进行了深刻的讨论剖析，现就检查结果及整改措施作如下汇报：

在上级部门的领导下，我院自医保工作开展以来，严格遵守国家、省、市的有关医保的法律、法规，认真执行医保政策：1、接到通知后，我院立即成立以医保科科长为主要领导的'专项检查组，对照医保有关规定，查找不足，积极整改，我院历来高度重视医疗保险工作，有专门的管理小组及较健全的管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训，医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者医疗及费用情况。

2、使医保消费透明化。院内设有医保宣传栏，药品诊疗项目实行明码标价，为其提供费用明细，坚决杜绝冒名住院、分解住院、挂床等违规现象。医生用药基本按照目录执行，自费药物及项目能征求患者同意，严格掌握出入院标准，争取按照医保限额规定结算，控制自费费用，为患者及时结算费

用。对医保中心每月的定期抽查病历及不定期的现场检查中发现的违规能及时进行纠正并立即改正。

3、规范全院医务人员的医疗文书书写。医保科不定期组织年轻医生成立专项检查小组对全院医保患者病历进行检查研究，对不能及时完善病历的医生做出相应的处罚，并在分管领导的监督下进行业务研究，对病历完善较好的医生，也给予了相应的肯定与鼓励。

4、我院历久药品费用占总费用的比例超标较大，其非凡原因是我院主要以心脑血管病治疗为主，心脑血管病患者较多，这些慢性病患者在治疗进程中周期长、药品较贵，所以药品费用居高不下，但我院医保领导小组决定严格监督，尽力下降其所占比例，搞好各项费用的控制审核工作。

为维护广大参保职工享受较好的基本医疗服务，我院将进一步做好定点医疗机构的质量管理工作，提高服务意识和服务水平，严把政策关，从细节入手，不断完善各项制度，力争把我院的医保工作推向一个新的高度！

医保自纠自查整改报告篇三

一、情况报告：自东软公司医保系统升级后我店随后进行了新购医保药品匹配维护工作，由于相关医保技术人员系新进员工，医保相关政策、业务不熟悉，加上具体操作过程中粗心失误将本归类于“多种维生素类目”的产品归类到“维生素b2类”，将类目外医保产品错误匹配，造成了这次药品匹配错误事故。

二、处理办法：

1、通过自查已将错误匹配药品全部删除。

3、建立医保药品备案汇报制度，所有新增医保药品需上报医

保主管部门后方可进行药品匹配维护，设制由总经理、店长领导的专门小组，定期向医保主管部门汇报经营情况并学习最新医保政策法规。

4、全店所有人员加强医保政策法规的学习，坚决杜绝类似事件发生。

三、通过此次自查自改我店深刻认识到在医保经营中管理不足和监管滞后，现已设立专门小组，管理、监管我店的医保工作。坚决防止此类事件发生。由于此次药品匹配错误事故，主要系具体操作人员粗心失误所致，非主观故意，肯请医保中心予以我店改正机会。

医保自纠自查整改报告篇四

接到通知要求后，我院立即成立以主要领导为组长，以分管领导为副组长的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，积极整改。我们知道基本医疗是社会保障体系的一个重要组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然要求，是保障职工基本医疗，提高职工健康水平的重要措施。我院历来高度重视医疗保险工作，成立专门的管理小组，健全管理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年初有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

几年来，在市劳动局及市医保处的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊管理制度。设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“投诉箱”；编印基本医疗保险宣传资料；公布咨询与投诉电话；热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药；设立医保患者挂号、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒

名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织学习了《xx市职工医疗保险制度汇编》、《山东省基本医疗保险乙类药品支付目录》等文件，使每位医护人员更加熟悉目录，成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者。医院设专人对门诊和住院病人实行电话回访，回访率81.4%，对服务质量满意率98%，受到了广大参保人的好评。

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交xx制度、疑难、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度、技术准入制度等医疗核心制度。

二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交xx主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、麻醉处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。

三是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。积极学习先进的医学知识，提高自身的专业技术水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的学习和培养，增强自身的沟通技巧。

四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。

五是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐心细致地向病人交待或解释病情。慎于术前，精于术中，严于术后。进一步优化服务流程，方便病人就医。

通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等候时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务设施。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各种困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。加强妇科门诊的私密性，合理安排患者就诊，实行一医一患一诊室，充分保护患者的隐私，使得诊疗活动更加人性化、舒适化。重视细节服务，对来门诊就诊的陪人一天两次免费发放冷饮和热饮，中午就餐时间，为做治疗的患者和陪人免费发放面包。多年来一直实行住院病人免费发小米稀饭，对患者护理服务热心，护理细心，操作精心，解答耐心。由经验丰富的产科、儿科护理专家组成的产后访视队，对出院的产妇和新生儿进行健康宣教与指导，得到产妇及家属的高度赞扬。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实，根据市医保部门的要求，病房采用了医疗保险参保病人专用绿色床头卡，病历盖医保专用章。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合

理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，“乙类”药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，目录外服务项目费用占总费用的比例控制在15%以下。

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，每日费用发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让参保人明明白白消费。

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据市医保处的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按照规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的`赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照xx市定点医疗机构《目标规范化管理考核标准》等文件要求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和要求。

医保自纠自查整改报告篇五

我院在市医保中心、未央区医保中心各部门及各位领导的指导下，并在我院领导的关心、支持和各科室医务人员的积极配合下，认真贯彻执行未央区医保政策，按照未央区医保中心的安排，使我院的医保医疗及医保管理经过三年的时间日

趋成熟。医院认真贯彻执行医保医疗及医保管理各项工作，取得了一定的成效，为了更好地服务病人，合理治疗□20xx初我院对医保工作进行了以下安排：

1、在院内多次举行了临床医护人员“医保政策指南”学习班，按照西安市物价新收费标准合理收费，在日常工作中指导临床医生根据临床需求合理用药、不开大处方，认真执行医保政策，本着因病施治、合理检查、合理治疗，不开不相干的检查单，不做小病大治不诱导患者住院，确保从医保患者的切身利益出发，尽量的满足他们，在不违反医保政策合理要求的同时，又确保了政策专项基金不流失。

2、利用医保宣传及公示展板及时公布新的医保政策，并公示医保的补偿比例，让参保患者切身体会到医疗保险政策的实惠，从而转变观念重新认识医疗保险政策的优越性，并积极、主动的参加及支持医疗保险工作能够顺利运行。

3、加强宣传力度，提高医保政策的影响力，定期对我院周边的参保职工进行调查和回访，并发放了各种宣传彩页。

4□20xx年我院对各临床科室制定了从药品比、大型检查阳性率及单病种执行率的几项考核评分标准，对未执行的科室按月进行处罚。

5、由医务科、质控科加强病历质量的管理，全面提高有关医保病历水平，做到四合理。质控科、医保科每月抽查病历20份，在每月检查中将有问题病历及时的下发整改通知并扣除病历质量评分，扣除部分在每月奖金中对现。我院对从规范病历书写到临床用药，都做到明确职责，落实责任，对各临床科室制定了有效的工作程序和奖惩办法。明确各科室工作人员岗位职责，做好本职工作，提高参保患者的满意率。

6□20xx年全年我院医保患者出院人数336为人次，累计统筹挂账为488840.7元。

作为西安市医疗定点医院，我们的服务水平直接影响到参保患者的积极性及大家的健康水平，所以我们会不断提高服务质量和医疗技术水平，及时发现问题，“本着公开、公正、公平”的原则，统一政策，严格把关，进一步深化宣传，优化补偿工作程序，保证医保工作健康、稳步推进。

医保自纠自查整改报告篇六

20xx年xx月xx日，xx市社保局医保检查组组织专家对我院xxxx年度医保工作进行考核，考核中，发现我院存在参保住院患者因病住院在所住院的科室“住院病人一览表”中“医保”标志不齐全等问题。针对存在的问题，我院领导高度重视，立即召集医务部、护理部、医保办、审计科、财务科、信息科等部门召开专题会议，布置整改工作，通过整改，医院医保各项工作得到了完善，保障了就诊患者的权益，现将有关整改情况汇报如下：

(一)参保住院患者因病住院在所住院的科室“住院病人一览表”中“医保”标志不齐全；

(二)中医治疗项目推拿、针灸、敷药等均无治疗部位和时间；

(三)普通门诊、住院出院用药超量

(四)小切口收大换药的费用

(五)收费端没有将输密码的小键盘放在明显的位置

(一)关于“住院病人一览表”中“医保”标志不齐全的问题医院严格要求各临床科室必须详细登记参保住院病人，并规定使用全院统一的登记符号，使用规定以外的’符号登记者视为无效。

(二)关于中医治疗项目推拿、针灸、敷药等无治疗部位和时

间的问题我院加强了各科病历和处方书写规范要求，进行每月病历处方检查，尤其针对中医科，严格要求推拿、针灸、敷药等中医治疗项目要在病历中明确指出治疗部位及治疗时间，否则视为不规范病历，进行全院通报，并处罚相应个人。

(三)关于普通门诊、住院出院用药超量的问题我院实行了“门诊处方药物专项检查”方案，针对科室制定门诊处方的用药指标，定期进行门诊处方检查，并由质控科、药剂科、医务部根据相关标准规范联合评估处方用药合格率，对于用药过量，无指征用药者进行每月公示，并处于惩罚。

(四)关于小切口收大换药的费用的问题小伤口换药(收费标准为元)收取大伤口换药费用(收费标准为元)。经我院自查，主要为医生对伤口大小尺度把握不到位，把小伤口误定为大伤口，造成多收费。今年1-8月，共多收人次，多收费用元。针对存在的问题，医院组织财务科、审计科及临床科室护士长，再次认真学习医疗服务收费标准，把握好伤口大小尺度，并严格按照标准收费。同时对照收费标准自查，发现问题立即纠正，确保不出现不合理收费、分解收费、自立项目收费等情况。

(五)关于收费端没有将输密码的小键盘放在明显的位置的问题医院已门诊收费处、出入院办理处各个收费窗口安装了小键盘，并摆放在明显位置，方便患者输入医保卡密码。

通过这次整改工作，我院无论在政策把握上还是医院管理上都有了新的进步和提高。在今后的工作中，我们将进一步严格落实医保的各项政策和要求，强化服务意识，提高服务水平，严把政策关，从细节入手，加强管理，处理好内部运行机制与对外窗口服务的关系，把我院的医保工作做好，为全市医保工作顺利开展作出应有的贡献！

医保自纠自查整改报告篇七

一、高度正视，加强领导，完善医保办理责任系统接到告诉请求后，我院立即建立以主要领导为组长，以分管领导为副组长的自查领导小组，对照有关标准，查找不足，主动整改。我们知道基本医疗是社会保证系统的一个紧张组成部分，深化基本医疗保险制度政策，是社会主义市场经济发展的必然请求，是保证职工基本医疗，提高职工健康水平的紧张措施。我院历来高度正视医疗保险工作，建立专门的办理小组，健全办理制度，多次召开专题会议进行研究部署，定期对医师进行医保培训。医保工作年头有计划，定期总结医保工作，分析参保患者的医疗及费用情况。

二、规范管理，实现医保服务标准化、制度化、规范化几年来，在市劳动局及市医保处的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊管理制度。设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“投诉箱”；编印基本医疗保险宣传资料；公布咨询与投诉电话xxxx；热心为参保人员提供咨询服务，妥善处理参保患者的投诉。在医院显要位置公布医保就医流程、方便参保患者就医购药；设立医保患者挂号、结算等专用窗口。简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊和冒名住院现象，制止挂名住院、分解住院。严格掌握病人收治、出入院及监护病房收治标准，贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；无伪造、更改病历现象。积极配合医保经办机构对诊疗过程及医疗费用进行监督、审核并及时提供需要查阅的医疗档案及有关资料。严格执行有关部门制定的收费标准，无自立项目收费或抬高收费标准。

加强医疗保险政策宣传，以科室为单位经常性组织研究了《xx市职工医疗保险制度汇编》、《山东省基本医疗保险乙类药品支付目录》等文件，使每位医护人员更加熟悉目录，成为

医保政策的宣传者、讲解者、执行者。医院设专人对门诊和住院病人实行电话回访，回访率81.4%，对服务质量满意率98%，受到了广大参保人的好评。

（一）是严格执行诊疗护理常规和手艺操作规程。认真落实首诊医师负责制度、三级医师查房制度、交x制度、疑问、危重、死亡病例讨论制度、术前讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级办理制度、手艺准入制度等医疗核心制度。

（二）是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。普遍健全完善了医疗质量管理控制体系、考核评价体系及激励约束机制，实行院、科、组三级医疗质量管理责任制，把医疗质量管理目标层层分解，责任到人，将检查、监督关口前移，深入到临床一线及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。规范早交x□主任查房及病例讨论等流程。重新规范了医师的处方权，经考核考试分别授予普通处方权、医保处方权、麻醉处方权、输血处方权。为加强手术安全风险控制，认真组织了手术资格准入考核考试，对参加手术人员进行了理论考试和手术观摩。

（三）是员工熟记核心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。主动研究先进的医学知识，提高自身的专业手艺水平，提高医疗质量，为患者服好务，同时加强人文知识和礼仪知识的研究和造就，增强自身的沟通技巧。

（四）是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。对住院病历进行评分，科主任审核初评，医院质控再次审核。同时积极开展病历质量检查和评比活动，病历质量和运行得到了有效监控，医疗质量有了显著提高。

（五）是强化安全意识，医患关系日趋和谐。我院不断加强医疗安全教育，提高质量责任意识，规范医疗操作规程，建立健全医患沟通制度，采取多种方式加强与病人的交流，耐烦细致地向病人交待或说明病情。慎于术前，精于术中，严

于术后。进一步优化服务流程，轻易病人就医。

通过调整科室布局，增加服务窗口，简化就医环节，缩短病人等待时间。门诊大厅设立导医咨询台，配备饮水、电话、轮椅等服务办法。设立门诊总服务台为病人提供信息指导和就医服务，及时解决病人就诊时遇到的各类困难。实行导医服务、陪诊服务和首诊负责制，规范服务用语，加强护理礼仪的培训，杜绝生、冷、硬、顶、推现象。加强妇科门诊的私密性，合理安排患者就诊，实行一医一患一诊室，充分保护患者的隐私，使得诊疗活动更加人性化、舒适化。正视细节服务，对来门诊就诊的陪人一天两次免费发放冷饮和热饮，正午就餐时间，为做治疗的患者和陪人免费发放面包。多年来一直实行住院病人免费发小米稀饭，对患者护理服务热心，护理细心，操作精心，解答耐烦。由经验丰富的产科、儿科护理专家组成的产后访视队，对出院的'产妇和新生儿进行健康宣教与指导，得到产妇及家属的高度颂扬。通过一系列的用心服务，客服部在定期进行病人满意度调查中，病人满意度一直在98%以上。

四、加强住院办理，规范了住院程序及收费结算为了加强医疗保险工作规范化管理，使医疗保险各项政策规定得到全面落实，根据市医保部门的要求，病房采用了医疗保险参保病人专用绿色床头卡，病历盖医保专用章。经治医师均做到因病施治，合理检查，合理用药。强化病历质量管理，严格执行首诊医师负责制，规范临床用药，经治医师要根据临床需要和医保政策规定，自觉使用安全有效，价格合理的《药品目录》内的药品。因病情确需使用《药品目录》外的自费药品，[特]定药品，“乙类”药品以及需自负部分费用的医用材料和有关自费项目，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，目录外服务项目费用占总费用的比例控制在15%以下。

医疗费用是参保病人另一关注的焦点。我院坚持费用清单制度，每日费用发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让

参保人明显白白消费。

医院重视保险信息管理系统的维护与管理，及时排除医院信息管理系统障碍，保证系统正常运行，根据市医保处的要求由计算机技术专门管理人员负责，要求医保专用计算机严格按照规定专机专用，遇有问题及时与医疗保险处联系，不能因程序发生问题而导致医疗费用不能结算问题的发生，保证参保人及时、快速的结算。

我们始终坚持以病人为中心，以质量为核心，以全心全意为病人服务为出发点，努力做到建章立制规范化，服务理念人性化，医疗质量标准化，纠正行风自觉化，积极为参保人提供优质、高效、价廉的医疗服务和温馨的就医环境，受到了广大参保人的赞扬，收到了良好的社会效益和经济效益。

经严格对照xx市定点医疗机构《目标规范化办理考核标准》等文件请求自查，我院符合医疗保险定点医疗机构的设置和请求。

医保自纠自查整改报告篇八

20xx年，我院在医保局的领导下，根据《xxx医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《xxxx市城镇职工基本医疗保险管理暂行规定》的规定，认真开展工作，落实了一系列的医保监管措施，规范了用药、检查、诊疗行为，提高了医疗质量，改善了服务态度、条件和环境，取得了一定的成效，但也存在一定的不足，根据《定点医疗机构年度考核评分标准》进行自查，结果汇报如下：

有健全的医保管理组织。有一名业务院长分管医保工作，有专门的医保服务机构，医院设有一名专门的医保联络员。

制作了标准的患者就医流程图，以方便广大患者清楚便捷的进行就医。将制作的就医流程图摆放于医院明显的位置，使

广大患者明白自己的就医流程。

建立和完善了医保病人、医保网络管理等制度，并根据考核管理细则定期考核。

设有医保政策宣传栏7期、发放医保政策宣会计传单20xx余份，每月在电子屏幕上宣传医保政策和医保服务信息。设有意见箱及投诉咨询电话。科室及医保部门及时认真解答医保工作中病人及家属提出的问题，及时解决。以图板和电子屏幕公布了我院常用药品及诊疗项目价格，及时公布药品及医疗服务调价信息。组织全院专门的医保知识培训2次，有记录、有考试。

门诊就诊时需提交医保证、医保卡，证、卡与本人不符者不予办理刷卡业务。严禁为非医保定点机构代刷卡，一经发现予以停岗处理。处方上加盖医保专用章，辅助检查单、治疗单加盖医保专用章，处方合格率98%。严格监管外配处方，并做好登记。

特殊检查、特殊治疗执行相关规定，填写《特殊检查。特殊治疗申请单》，经主管院长和医保科审批后方可施行。

接诊医生严格掌握住院指征，配合住院处、护理部、医保科严格核查患者身份，做到人与医保证、卡相符，并留存证卡在医保科，以备随时复核和接受医保局抽查。认真甄别出外伤、工伤等医保不予支付人员3人，按有关规定给予相应处理。没有发生冒名顶替和挂床现象。对违反医保规定超范围用药、滥用抗生素、超范围检查、过度治疗等造成医保扣款，这些损失就从当月奖金中扣除，对一些有多次违规行为者进行严肃处理，直至停止处方权，每次医保检查结果均由医院质控办下发通报，罚款由财务科落实到科室或责任人。对达到出院条件的病人及时办理出院手续，并实行了住院费用一日清单制。医保患者转院由科室申请，经专家会诊同意，主管院长审批，医保科盖章确认登记备案后方可转院。

ct□彩超等大型检查严格审查适应症，检查阳性率达60%以上。特殊检查、特殊治疗严格执行审批制度，对超后勤工作总结出医保范围药品及诊疗项目的自费费用，经审批后由家属或病人签字同意方可使用。转院执行科室、全院会诊和主管院长把关，医保科最后核实、登记盖章程序。

按照20xx年新出台的内蒙古基本医疗保险药品目录，及时更新了药品信息，补充了部分调整的医疗服务收费标准。我院药品品种总计为461种，其中医保品种368种，基本满足基本医疗保险用药需求。

有医保专用处方，病历和结算单，药品使用统一名称。

严格按协议规定存放处方及病历，病历及时归档保存，门诊处方按德育工作计划 照医保要求妥善保管。

对达到出院条件的病人及时办理出院手续，杜绝未达到出院标准让患者出院以降低平均住院费的行为。

住院病历甲级率97%以上。

今年为38名慢性病申请者进行了体检，严格按照慢性病认定标准，初步认定合格33人。慢性病手册仅允许开具慢性病规定范围内的用药和检查治疗项目，超出范围的诊治，由患者同意并签字，自费支付，并严禁纳入或变相纳入慢性病规定范围内。及时书写慢性病处方及治疗记录，用药准确杜绝超剂量及无适应症使用，处方工整无漏项，病史、治疗记录完整连续。

按要求每天做好数据备份、传输和防病毒工作。按月、季度上报各种统计报表。系统运行安全，未发现病毒感染及错帐、乱帐情况的发生，诊疗项目数据库及时维护、对照。医保科与药剂科、财务科、医务科配合对3个目录库的信息进行及时维护和修正，为临床准确使用药品、诊疗项目奠定基础。医

保收费单独账目管理，账目清晰。

计算机信息录入经医心得体会 保局系统专业培训后上岗，信息录入、传输准确、及时，录入信息与医嘱及医保支付条目相符，无隔日冲账和对价变通录入。网络系统管理到位，没有数据丢失，造成损失情况的发生。

严格执行物价政策，无超标准收费，分解收费和重复收费现象。无挂床、冒名顶替就医、住院、转院、开具虚假医疗费用票据和虚假医学证明等骗取医疗保险基金行为或将非医疗保险支付条目按医保支付条目录入套取医疗保险基金行为。

医保科做到了一查病人，核实是否有假冒现象；二查病情，核实是否符合入院指征；三查病历，核实是否有编造；四查处方，核实用药是否规范；五查清单，核实收费是否标准；六查账目，核实报销是否单独立账。一年来没有违规、违纪、错帐现象发生。

- 1、辅助检查单、治疗单、住院病历没有如实填具医保证号；
 - 2、外配处方没有加盖外配处方专用章，并加以登记备案；
- 以上是我院20xx年医疗保险工作自查，不足之处请医保局领导批评指正。今后我院还会根据实际情况进行不定期的自查工作，为今后的医保工作开展打下基础。

医保自纠自查整改报告篇九

- 1、我院成立有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理小组，具体负责基本医疗保险日常管理工作。
- 2、各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料按规范管理存档。
- 3、医保办理小组定期组织人员对参保人员各类医疗费用使用

情况进行分析，如发现问题及时给予解决，不定期对医保办理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保办理小组人员主动配合县社保局对医疗服务价格和药品费用的监督、审核、及时提供需要查阅的`医疗档案和相关资料。

1、严格执行基本医疗保险用药办理规定，严格执行医保用药审批制度。

2、达到按基本医疗保险目录所请求的药品备药率。

3、检查门诊处方、出院病历、检查配药情况均按规定执行。

4、严格执行基本医疗保险诊疗项目管理规定。

5、严格执行基本医疗保险服务设施管理规定。

1、我院信息办理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统保护方面也较完善，并能及时敷陈并主动排除医保信息系统故障，确保系统的正常运行。

2、对医保窗口工作人员操作技能熟练，医保政策研究积极。

3、医保数据安全完整。

1、严格执行医疗收费标准和医疗保险限额规定。

2、严格掌握入、出院标准，未发现不符合住院条件的参保人员收住院或故意拖延出院、超范围检查等情况发生。

3、每月医保费用报表按时送审、费用结算及时。五、医疗保险政策宣传：

1、定期积极组织医务人员研究医保政策，及时传达和贯彻有

关医保规定。

2、采取各类形式宣传教育，如设置宣传栏，发放宣传资料等。

医保自纠自查整改报告篇十

20xx年度，我院严格执行上级有关城镇职工医疗保险及城乡居民医疗保险的政策规定和要求，在各级领导、各有关部门的指导和支持下，在全院工作人员的共同努力下，医保工作总体运行正常，未出现借卡看并超范围检查、分解住院等情况，维护了基金的安全运行。按照闻人社字276号文件精神，我们组织医院管理人员对20xx年度医保工作进行了自查，对照年检内容认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

首先，我院成立了由梁院长为组长、主管副院长为副组长、各科室主任为成员的医保工作领导小组，全面加强对医疗保险工作的领导，明确分工责任到人，从制度上确保医保工作目标任务的落实。其次，组织全体人员认真学习有关文件。并按照文件的要求，针对本院工作实际，查找差距，积极整改，把医疗保险当作大事来抓。积极配合医保部门对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，不越雷池一步。坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，打造诚信医保品牌，加强自律管理，树立医保定点医院良好形象。

为确保各项制度落实到位，我院健全各项医保管理制度，结合本院工作实际，突出重点集中精力抓好上级安排的各项医疗保险工作目标任务。制定了关于进一步加强医疗保险工作管理的规定和奖惩措施，同时规定了各岗位人员的职责。各项基本医疗保险制度健全，相关医保管理资料俱全，并按规范管理存档。认真及时完成各类文书、按时书写病历、填写相关资料，及时将真实医保信息上传医保部门。定期组织人员分析医保享受人员各种医疗费用使用情况，如发现问题及时给予解决。

结合本院工作实际，严格执行基本医疗保险用药管理规定。抽查门诊处方及住院医嘱，发现有不合理用药情况及时纠正。所有药品、诊疗项目和医疗服务收费实行明码标价，并提供费用明细清单，每日费用清单发给病人，让病人签字后才能转给收费处，让参保人明明白白消费。并反复向医务人员强调落实对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名顶替现象。并要求对就诊人员需用目录外药品、诊疗项目事先都要征得参保人员同意并签署知情同意书。同时，严格执行首诊负责制，无推诿患者的现象。住院方面无挂床现象，无分解住院治疗行为，无过度检查、重复检查、过度医疗行为。严格遵守临床、护理诊疗程序，严格执行临床用药常规及联合用药原则。财务与结算方面，认真执行严格执行盛市物价部门的收费标准，无乱收费行为，没有将不属于基本医疗保险赔付责任的医疗费用列入医疗保险支付范围的现象发生。

一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程。

二是在强化核心制度落实的基础上，注重医疗质量的提高和持续改进。

三是员工熟记核。

心医疗制度，并在实际的临床工作中严格执行。

四是把医疗文书当作控制医疗质量和防范医疗纠纷的一个重要环节来抓。

信息管理系统能满足医保工作的需要，日常维护系统较完善，新政策出台或调整政策及时修改，能及时报告并积极排除医保信息系统故障，保证系统的正常运行。对医保窗口工作人员加强医保政策学习，并强化操作技能。信息系统医保数据安全完整，与医保xx网的服务定时实施查毒杀毒。定期积极组织医务人员学习医保政策，及时传达和贯彻有关医保规定，并随时掌握医务人员对医保管理各项政策的理解程度。

通过自查发现我院医保工作虽然取得了显著成绩，但距上级要求还有一定的差距，如相关基础工作、思想认识、业务水平还有待进一步加强和夯实等。剖析以上不足，主要有以下几方面的原因：

(一)相关监督部门对医保工作平时检查不够严格。

(二)有些工作人员思想上对医保工作不重视，业务上对医保政策的学习不透彻，未掌握医保工作的切入点，不知道哪些该做、哪些不该做、哪些要及时做。

(三)在病人就诊的过程中，有些医务人员对医保的流程未完全掌握。

今后我院要更加严格执行医疗保险的各项政策规定，自觉接受医疗保险部门的监督和指导。并提出整改措施：

(一)加强医务人员对医保政策、文件、知识的规范学习，提高思想认识，杜绝麻痹思想。

(二)落实责任制，明确分管领导及医保管理人员的工作职责。加强对工作人员的检查教育，建立考核制度，做到奖惩分明。

(三)加强医患沟通，规范经办流程，不断提高患者满意度，使广大参保群众的基本医疗需求得到充分保障。

(四)促进和谐医保关系，教育医务人员认真执行医疗保险政策规定。促进人们就医观念、就医方式和费用意识的转变。正确引导参保人员合理就医、购药，为参保人员提供良好的医疗服务。

(五)进一步规范医疗行为，以优质一流的服务为患者创造良好的医疗环境