

医保扶贫整改报告和自查报告的区别(通用5篇)

报告在传达信息、分析问题和提出建议方面发挥着重要作用。怎样写报告才更能起到其作用呢？报告应该怎么制定呢？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！

医保扶贫整改报告和自查报告的区别篇一

贯彻落实云人社通100号文件精神，根据省、州、县人力资源和社会保障局要求，结合《xx省基本医疗保险药品目录》《xx省基本医疗保险诊疗项目》《xx省基本医疗保险服务设施标准》的标准，仁心大药房组织全体员工开展医保定点药房自检自查工作，现将自检自查情况汇报如下：

五、本药房药学技术人员按规定持有相关证件。所有员工均已购买社会保险；药房严格执行国家、省、州药品销售xx价格，参保人员购药时，无论选择何种支付方式，我店均实行同价。

综上所述，上年度内，本药房严格执行基本医疗保险政策、“两定”服务协议，认真管理医疗保险信息系统；尊重和服从州、县社保管理机构的领导，每次均能准时出席社保组织的学习和召开的会议，并及时将上级精神贯彻传达到每一个员工，保证会议精神的落实。今后，我药房将继续抓好药品质量，杜绝假冒伪劣药品和不正之风，做好参保人员药品的供应工作，为我州医疗保险事业的健康发展作出更大的贡献。

医保扶贫整改报告和自查报告的区别篇二

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。

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。

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

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。

医保扶贫整改报告和自查报告的区别篇三

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。

六、财务及计算机管理

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。

医保扶贫整改报告和自查报告的区别篇四

- 1、院领导班子重新进行了分工，指定一名副院长亲自负责社保医疗工作。

职医保联络员，制定“护士长收费负责制”等一系列规章制度。全院从上到下，从内到外，形成层层落实的社保医保组织管理体系。

- 3、完善了医保办公室的制度，明确了责任，认识到了院医保办要在县人社局、社保局、医保局的领导和指导下，严格遵守国家、省、市的有关社保医保法律法规，认真执行社保医保政策，按照有关要求，把我院医疗保险服务工作抓实做好。

- 1、医院多次召开领导班子扩大会和职工大会，反复查找医疗保险工作中存在的问题，对查出的. 问题进行分类，落实了负责整改的具体人员，并制定了相应的保证措施。

- 2、组织全院医务人员的培训和学习，重点学习了国家和各级行政部门关于医疗保险政策和相关的业务标准，强化了医护人员对社保医保政策的理解和实施，使其在临床工作中能严格掌握政策，认真执行规定。

- 3、利用晨会时间以科室为单位组织学习医疗保险有关政策及《基本医疗保险药品目录》和医院十六项核心制度，使每位医务人员更加熟悉各项医疗保险政策，自觉成为医疗保险政策的宣传者、讲解者、执行者。

将医疗保险有关政策、法规，定点医疗机构服务协议，医疗保险药品适应症及自费药品进行全院培训，强化医护人员对医疗保险政策的理解与实施，掌握医疗保险药品适应症。通过培训使全院医护人员对医疗保险政策有更多的理解。通过对护士长、医疗保险办主任、医疗保险联络员的强化培训，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定、准确核查费用，随时按医疗保险要求提醒、监督、规范医生的治疗、检查、用药情况，从而杜绝或减少不合理费用的发生。

从规范管理入手。明确了医疗保险患者的诊治和报销流程，建立了相应的管理制度。对全院医疗保险工作提出了明确要求，如要严格掌握医疗保险患者住院标准，严防小病大治、无病也治的现象发生。按要求收取住院押金，对参保职工就诊住院时严格进行身份识别，保证卡、证、人一致，医护人员不得以任何理由为患者保存卡。坚决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。院长和管理人员还要每周不定期下科室查房，动员临床治愈可以出院的患者及时出院，严禁以各种理由压床住院，严禁医务人员搭车开药等问题。

医院的医疗保险工作与医政管理关系密切，其环节管理涉及到医务、护理、财务、物价、药剂、信息等众多管理部门，医院明确规定全院各相关部门重视医疗保险工作，医保办不仅要接受医院的领导，还要接受上级行政部门的指导，认真落实人社局社保局、医保局的各项规定，医保办与医务科、护理部通力协作，积极配合上级各行政部门的检查，避免多收或漏收费用，严格掌握用药适应症及特殊治疗、特殊检查的使用标准，完善病程记录中对使用其药品、特治特检结果的分析，严格掌握自费项目的使用，严格掌握病员入院指征，全院规范住院病员住院流程，保障参保人员入院身份确认、出院结算准确无误。

1、坚决遵守和落实定点医疗机构医疗服务协议，接受各行政

部门的监督和检查。

2、严格执行医疗护理操作常规，严格执行医院核心制度，规范自身医疗行为，严格把握入住院指针，取消不合理竞争行为，加强临床医师“四合理”的管理。

3、加强自律建设，以公正、公平的形象参与医院之间的医疗竞争，加强医院内部管理，从细节入手，处理好内部运行管理机制与对外窗口服务的关系，把我院的医疗保险工作做好，为全县医疗保险工作树立良好形象做出应有的贡献。

医保扶贫整改报告和自查报告的区别篇五

本年度的医保工作在市、区医疗保险经办机构人事局的监督指导下，在院领导领导班子的关心支持下，通过医院医保管小组成员和全院职工的共同努力，各项医保工作和各种医保规章制度都日趋完善成熟，并已全面步入正规化、系统化的管理轨道。院组织医保管小组对20xx年度的基本医院管理工作进行了全面的自查，对存在的问题进行逐一分析并汇报如下：

一、加强医院对医保工作的领导，进一步明确了相关责任。

（一）院领导班子重新进行了分工，法人院长同志亲自负责基本医疗保险工作。

（二）完善了医院医保办公室建设，配备了专兼职人员。财务科长兼任医保办主任。

（三）完善了医保办公室的制度，明确了责任，认识到了院医保办要在市医保中心的领导和指导下，严格遵守国家、省、市的有关医保法律、法规，认真执行医保政策，按照有关要求，把我院医疗保险服务工作抓实做好。

二、加强了全院职工的培训，使每个医护人员都切实掌握政策

（一）多次召开领导班子扩大会和职工大会，反复查找医保工作中存在的问题，对查出的问题进行了分类，落实了负责整改的具体人员，并制定相应的保证措施，是整改工作有条不紊的进行。

（二）组织全院员工的培训和学习。从11月3日起，医院围绕医保整改工作组织了数次全员培训，重点学习了国家和各级行政部门关于医疗保险政策以及相关的业务标准，强化了医护人员对医保政策的理解与实施，使其在临床工作中能严格掌握政策、认真执行规定。三是以科室为单位组织学习医保有关政策、法规以及《基本医疗保险药品目录》等文件，使每位医护人员更加熟悉各项医保政策，自觉成为医保政策的宣传者、讲解者、执行者。

（三）加强医疗护理等业务学习，全面提高医疗护理质量和服务水平一是完善医疗质量管理体系，组织医护人员认真学习《病历书写规范》，责成业务副院长每周一次到科室抽查住院病历，每月月底检查出院病历并评分，重点督查病历书写及时性、治疗计划的合理性、病情告知的有效性、病程记录的完整性等各方面问题，做到及时发现、及时反馈、及时更正。

二是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程以及医疗核心制度。各科医师及时地变更执业地址，诊疗期间执行“专业专治，专病专管”政策，严禁医师跨专业、跨范围执业现象的发生。

三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。健全和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、个人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，及时发现、解决医疗工作中存在的问题和隐患。四是完善考勤考核制度和职业道德教育，提高广大医护人员的服务意识。

（四）加强医院全面质量管理，完善各项规章制度建设

一是从规范管理入手，明确了医保患者的诊治和报销流程，建立了相应的管理制度。对全院医保工作提出了明确要求，如要严格掌握医保患者住院标准，严防小病大治、无病也治的现象发生。按要求收取住院押金，对参保职工就诊住院时严格进行身份识别，保证卡、证、人一致，医护人员不得以任何理由为患者保存医保卡。坚决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。管理人员还要每周不定期下科室查房，动员临床治愈可以出院的患者及时出院，严禁以各种理由压床住院，严禁医务人员搭车开药等问题。

二是对一些重要制度、承诺和须知进行了上墙公示，方便医保患者就医，为参保患者提供便捷、优质的医疗服务。

三是完善了财务管理制度，聘请市会计师事务所的专家来我院理顺了财务账目管理，对财会人员进行了培训，建立了标准的财会账目。

四是加强了药品管理，建立了药品账目。聘请了两名药师主管药房。药品和卫材的购销、使用、保管及破损销毁都有严格的审批手续，并按时清点库存，不使用过期药和无正规厂家生产的产品。

五是加强了医疗设备的使用管理，明确了具体岗位职责，保证了不做不必要、无症状的化验检查以及重复检查。

（五）加大了奖惩力度，建立起完善的监督制约机制

一是医院在认真学习各项医保政策和法规的基础上，结合医院具体情况，制定了医保奖惩制度。一旦发现有违规违纪者，将按照医院管理制度进行处理。

二是加强住院患者的管理，在疗区建立了医保患者住院登记簿，凡住院患者亲自签字，告知医保有关要求，以便配合医院管理和治疗。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。请各级领导相信，在今后的工作中，我们一定认真落实医保的各项政策和要求，强化服务意识和提高服务水平，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，把我院的医保工作作好，为全市医保工作顺利开展作出应有的贡献！

驻马店中西医结合仁爱医院

二〇一六年一月二十四日