

卫生室医保自查报告(汇总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。写报告的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？这里我整理了一些优秀的报告范文，希望对大家有所帮助，下面我们就来了解一下吧。

卫生室医保自查报告篇一

作为一名人民教师的我，回顾自己的教育教学生涯，时刻不忘自己的教师身份，做到严以律己，以身作则。近来，学校党支部组织全校党员干部学习了党员干部廉洁自律准则，使我更深刻感受到了在当今社会进行反腐倡廉的必要性，对自身的思想作风、廉洁自律、遵章守纪等方面有了很大的提高，有了很深的认识：

教师廉洁从教，除了法规约束和社会舆论的监督引导外，主要靠教师用廉洁的标准来进行自我约束，自觉保持清廉纯洁的作风，这是廉洁从教的最深厚的思想基础。

孩子是祖国的花朵，看看他们的眼睛，如星星般明亮，如泉水般清澈，是那樣的纯洁。在这样的纯洁面前，哪怕说错一句话都是对他们的亵渎；在清泉般的眼神里，更多的是对老师的执着和无比的信任。我们每一位教师，都要廉洁从教，为人师表，以自己高尚品行和聪明智慧，教书育人，提高学生全面素质，将自己的美好形象永远留在学生的心坎里；使学生从小就懂得什么是真善美，什么是假恶丑，从而逐步懂得做什么样的人，怎样做人。

一个人的世界观、人生观和价值观的形成与自己对客观事物的思维趋向和对客观事物的反应密切相关。作为一名共产党员要坚持开展党风廉政学习，只有通过经常地学习教育，才能真正打牢思想基础，筑严思想防线，才能树立正确的名利

观，以平和之心对“名”，以知足之心对“利”，自觉坚持洁心，洁身、洁行、以廉为荣，以俭立身，耐得住艰苦，守得住清贫，抗得住诱惑，始终具有拒腐防变的能力。自觉做到艰苦奋斗的作风不变，吃苦耐劳的精神不变，甘于奉献的传统不变，始终保持共产党人的本色。作为一名教师，所有这一切就要求我们必须立足岗位、踏实工作、爱岗敬业，把做好本职工作落实到实际行动中，让理想和信念在岗位上闪光。

教师在教育教学活动中要公平、公正地对待每一个学生，做到公正执教，这是廉洁从教的基础。教师决不能因学生性别、智能、家庭状况、学生家长等差异而采取不同的态度和情感模式。教师从教的公正性，充分反映了教师人格的崇高性。尤其体现在对待后进生转化问题，我们一要有爱心，二要有信心，三要有耐心。只要我们用爱心、宽容、理解、人文关怀去善待孩子的每一点错误，适时表扬、鼓励，教给孩子做人的道理，相信每一个孩子都是会取得成功的。

班上的每个孩子都是可爱的，我要爱他们；这些孩子是可敬的，我得欣赏他们；我得帮助他们。因此，他们思想困惑了，我促膝谈心；学习上遇阻了，我倾力相帮；经济上，家庭上少温暖了，我给以温馨的关怀。这是我的职责，澄清了自己的灵魂，摆正了位置，奉献，其乐无穷，精神的富有比什么都能使人快乐、欣慰，让人崇敬。

要坚持从学校大局出发，坚持学校和学生的利益至高无尚的大局意识，是做好一切工作的动力基础，也是我今后加强学习和修养的追求方向。在强化这一观念时，联系自身的思想实际，想一想自己如何为学校的事业，为加快发展发挥更大作用，真正做到重事业、淡名利、争贡献。

从小事做起，做到严于律己，时时自省、自律、自重、自警，慎防思危。像古人所说的那样“莫以善小而不为，莫以恶小而为之”，不该自己得到的，一丝一毫也不沾。要做到防微

杜渐，“千里之行，始于足下，千里之堤，溃于蚁穴”，工作中、生活中的所谓“小事”是防微杜渐必不可少的防线。一些人走上腐化堕落、违法犯罪的道路，生活作风的腐化正是他们思想道德防线全面崩溃的突破口。因此生活中的“小事”忽视不得，含糊不得，放任不得。“大节”和“小节”是很难截然分开的，小节不保，大节难守。无论在“工作圈”、“生活圈”，还是在“社交圈”，都要时刻检点自己，自觉约束自己，警示自己，做到拒腐蚀，永不沾。

第六、时刻保持高尚的思想道德素质和廉洁从教的作风。

作为中国共产党的党员，人民教师，我们担负着培育新一代中国未来人才基础的历史使命。作为奠基工程的我们，一言一行都影响着他们的成长，我们的知识底蕴直接关系到我们教学的好坏。作为新世纪的教师，我们只有不断地加强自身学习，丰富自己，钻研业务，为人师表，在教学中尽显自己教学本色；快乐生活，让愉快的教学成为自己生命中一个不可或缺的部分，也为祖国的发展奉献自己微薄的力量。我相信，在中国共产党的英明领导下，我们的明天会更加灿烂美好。党员教师更应“强师德”、讲修养，才会牢记使命，牢记入党誓词，才会不辜负党和人民的重托，对得起手中“俸禄”，对得起良心，做到俯仰无愧，成为一个高尚的人，一个脱离低级趣味的人，一个有益于人民的人；才会在重大关头、关键时刻的锻炼和考验中坚定信念，在处理各种复杂问题中经受考验，不断铸就教师品行，从而真正树立共产党人高尚的从教品格。

党风廉政建设关系着我党的命运，关系着我国社会主义现代化建设目标的实现，作为一名党员要从廉洁自律做起，以优秀的共产党员为标杆，争作廉洁的共产党员，锐意进取，实践创新，为全面实现我国实现社会主义现代化建设的宏伟目标贡献力量。

卫生室医保自查报告篇二

健康是人人应当享有的基本权利，是社会进步的重要标志和潜在的动力。一直以来，医疗卫生服务机构是健康教育与健康促进的重要场所，开展健康教育与健康促进是提高居民群众的健康知识知晓率，健康行为形成率，及疾病相关知识知晓率的重要措施，是提高健康文明素质、提高居民群众生活质量的必须长期坚持不懈抓紧抓实的工作内容。制定了xx年社区健康教育工作计划，内容如下：

一、健全组织机构，完善健教工作网络

今年我们将结合本社区实际情况，明确健康教导员的工作职责，组织人员积极参加市、区、街道组织的各类培训，提高健教员自身健康教育能力和理论水平；加强健康教育管理基础工作，定期召开健康教育领导小组成员会议，进一步完善健康教育资料；进一步建立健全医疗、预防、保健、健康教育、计划生育工作计划等为一体的社区卫生体系。

二、大力开展健康教育活动

1. 门诊健康教育：医生应有针对性开展候诊教育与随诊教育。
2. 健康处方：每位住院病人或家属至少一种健康教育处方，有针对性地对每位住院病人或家属开展健康教育2—3次。
3. 积极开展健康教育活动：针对辖区内的健康人群、亚健康人群、高危人群、重点保健人群等不同人群，结合公共卫生服务，对辖区各居委会进行经常性指导。配合各种宣传日，深入开展咨询和宣传，有计划、有步骤、分层次开展不同形式的预防控制艾滋病、结核、狂犬病等重大传染的健康教育与健康促进工作。

同时广泛普及防治高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病的卫

生科普知识，积极倡导健康文明的生活方式，促进人们养成良好的卫生行为习惯。

计划全年开展相关知识的宣传活动不少于9期，张贴相关宣传栏不少于12期，举行培训讲座不少于12期，内容富有针对性、时限性、灵活性、覆盖性和普及性。

结合实际，制定应对突发公共卫生事件健康教育、健康促进工作预案与实施计划，对公众开展预防和应对突发公共卫生事件知识的宣传教育和行为干预，增强公众对突发公共卫生事件的防范意识和应对能力。

4. 加强反吸烟宣教活动。积极开展吸烟危害宣传，充分利用黑板报、宣传窗等多种形式，经常性地进行吸烟与被动吸烟的危害的宣传。积极参与创建无烟医院，医院有禁烟制度，医疗场所有禁烟标志，无人吸烟。

社区卫生服务站工作计划范文精选

xx年，我中心将根据省卫生厅妇社处已下达的工作计划要点和科教处《关于加强卫生人才队伍建设的意见》，结合辖区居民的需求和本中心的工作实际，认真制定切实可行的工作计划和实施方案。重点工作如下：

一、主要工作任务

依照健康教育工作规范要求，做好健康教育与健康促进各项工作任务。围绕甲型流感、艾滋病、结核病、肿瘤、肝炎等重大传染病和慢性病，结合各种卫生日主题开展宣传活动。

特别是积极开展“世界结核病日”、“世界卫生日”、“全国预防接种日”、“防治碘缺乏病日”、“世界无烟日”、“世界艾滋病日”等各种卫生主题日宣传活动。继续做好针对农民工、外出打工和进城务工人员的艾滋病防治项

目传播材料的播放工作。

根据《突发性公共卫生事件应急预案》，开展群众性的健康安全和防范教育，提高群众应对突发公共卫生事件的能力。加强健康教育网络信息建设，促进健康教育网络信息规范化。加强健康教育档案规范化管理。

二、主要工作措施

(一)、健全组织机构，完善健教工作网络

完善的健康教育网络是开展健康教育工作的组织保证和有效措施，我们将结合本社区实际情况调整充实健康教育志愿者队伍，加强健康教育志愿者培训；组织人员积极参加市、区、疾控部门组织的各类培训，提高健康教育工作者自身健康教育能力和理论水平；将健康教育工作计划列入中心工作计划，把健康教育真正落到实处。

(二)、加大经费投入

计划购置新的照相机、电脑、打印机等设备，印制健康教育宣传材料，保障健康教育顺利开展。

(三)、计划开展的健康教育活动

1、举办健康教育讲座

每月定期开展健康教育讲座，全年不少于12次。依据居民需求、季节多发病安排讲座内容，按照季节变化增加手足口、流感等流行性传染病的内容选择临床经验相对丰富、表达能力较强的医生作为主讲人。每次讲座前认真组织、安排、通知，在讲座后接受咨询、发放相关健康教育材料，尽可能将健康知识传递给更多的居民。

2、开展公众健康咨询活动

利用世界防治结核病日、世界卫生日、全国碘缺乏病日、世界无烟日、全国高血压日、世界精神卫生日、世界糖尿病日、世界艾滋病日等各种健康主题日和辖区重点健康问题，开展健康咨询活动，并根据主题发放宣传资料。

社区卫生服务站工作计划

我中心将根据市卫生局要求，结合辖区居民的需求和本中心的工作实际，认真制定切实可行的工作计划和实施方案。重点工作如下：

一、强化社区卫生服务品牌意识

1、积极加强社区卫生服务人才培养，

2、做好示范中心的创建工作，响应政府医改的号召，在原有基础上更上一层楼。

3、根据国家基本公共卫生服务规范，对于《规范》内的9个类别，严格按照要求规范管理。

二、贯彻落实社区卫生服务方针政策

贯彻落实上级卫生主管部门有关社区卫生服务的方针政策，吃透上级下达的每一份文件精神，认真规划实施。继续加强妇幼保健和健康教育工作，促进落实基本公共卫生服务逐步均等化的各项措施。

三、完善组织管理提升服务能力

进一步完善社区卫生服务中心的组织管理和制度建设，提升服务能力。今年将继续为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，重点做好60岁以上老人、妇女儿童、慢性病人

等重点人群的建档工作。已建立的健康档案通过规范化管理，发挥健康档案的实质性作用。在更新辖区居民健康档案的基础上，建档覆盖率计划达到80%。同时加强对慢性病老人进行健康管理。积极探索实行“首诊在中心、大病去医院、双向转诊、分级负责”的管理模式。

四、努力提高社区卫生服务队伍水平

1、加强社区卫生服务人员培训，未经培训的人员继续参加市级卫生行政部门认可的全科医师和社区护士岗位培训和各项社区卫生服务技能培训。

2、继续开展全科团队培训，坚持每周四下午组织中心人员学习有关全科医学和社区卫生服务方面的新理念和新技术。

五、完善社区卫生服务的主要功能

(一)、认真落实预防保健制度

1、掌握辖区居民的总体健康状况及影响居民健康的主要危险因素，认真制定社区健康促进规划及实施计划，在街道办事处的积极配合下，每月至少举办一次健康教育讲座，根据“卫生宣传日”和突发性公共卫生事件确定宣传主题，提供有针对性的科学健康信息。

2、社区常住人口的预防保健主要指标处于良好水平。

(1)、法定传染病报告率100%；

(2)、7岁以下儿童保健管理率逐年上升；

(3)、孕产妇保健管理率逐年上升；

(4)、35岁以上患者首诊测血压比例不低于90%；

(5)、60周岁以上的老年人高血压规范化管理不低于85%，并建立专项健康管理档案。

(二)、为居民提供方便、快捷、高质量的医疗服务。

1、全科医生熟练掌握相关基本理论和基本技能知识，正确处理社区常见健康问题。

2、及时提供家庭出诊、家庭访视等家庭卫生服务。对特殊人群实行动态服务。

3、继续开展中成药、针灸、推拿、火罐、敷帖、刮痧、熏洗、穴位注射中医药服务。

(三)、提高康复和计划生育技术服务

1、继续开展计划生育技术指导、避孕药具发放和咨询点服务。帮助重点对象落实避孕措施，开展避孕知识宣教，提高群众对避孕节育措施知晓率。

2、充分利用康复站资源，由专业技术人员指导康复病人做康复锻炼。

(四)、提高应对突发公共卫生事件的处理能力。

1、认真学习《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，及时制定突发公共卫生事件应急预案。

2、认真配合上级有关部门开展艾滋病和结核病的防治工作。进一步加强手足口病、甲流等其他传染病的防治宣传。

3、完善院感管理制度，加强消毒处理和质量监控等工作严格执行《医用垃圾处理办法》，医用废物处理率100%。

六、严格社区卫生服务监督管理

- 1、定期迎接卫生行政部门对中心的监督检查，并认真整改检查中存在的问题。
- 2、认真接受卫生行政部门对社区卫生服务人员进行的医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训 and 医德教育。
- 3、认真研究防范和处理医疗事故的预案，加强医疗质量管理和医疗事故防范。

七、开展健康管理工

随着不良的生活方式导致的疾病不断上升，医疗费用不堪重负，给家庭和社会带来沉重的负担。实现战略前移，动员由医院诊治的病人康复后回到社区，对其的整体健康和疾病进行有效的管理，是我们社区卫生服务工作者的一项重要任务之一。

新的一年，我们将尝试启动健康管理工，解放思想，大胆创新，计划运作健康教育和慢性病管理试点工作，组织本院举办防病治病知识讲座，同时，以展板等形式广泛开展健康教育，以儿童、青少年、老年人、慢性病、知识分子等高危人群为重点宣教人群。旨在提升辖区人群的总体健康水平。

卫生室医保自查报告篇三

20xx年，我院在医保局的领导下，根据《×××医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《××××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工作总结传单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。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。

卫生室医保自查报告篇四

我院狠抓服务质量，严防医疗差错，依法执业，文明行医。

医院成立了以张季岳副院长为组长的医疗质量管理领导小组，定期抽查处方、病历，及时反馈相关责任人，对全院医疗质量进行监督。各种单病重质量控制达到市、区标准。

严格遵守《病历书写基本规范》中的各项要求，对于病人做到客观、真实、准确、及时、完整的书写各项医护文书。

我院完善并实施一系列规章制度，完善各项管理制度，包括十三项核心制度、新技术准入制度、药事管理制度、突发公共事件管理制度等。对于就诊病患，挂号时要求出示医疗证及身份证，住院病人住院期间需提交两证复印件，认真查对，严防冒名顶替。严格掌握入院标准，遵循门诊能治疗的，坚决不住院，严格按照标准收治住院，不随意降低住院指针，不拖延住院日。

我院严格遵守医保各项相关制度，组织全院医务人员反复认真学习医保相关政策，并且进行了考核工作，将考核成绩与个人利益分配挂钩。

对于就诊或住院病人的检查、治疗，我院严格按照《基本药物目录》规定执行。要求每位医师严受执业道德规范，切实做到合理检查、合理用药、合理施治、合理收费，能用价格低的药品则不用价格高的药品，切实减轻农民医疗费用负担。药库药品备货达到目录规定的90%以上。严格控制了处方用药量，住院病人用药不超过3日量，出院病人带药不超过7日量，严禁开大处方、人情方和滥用药物，且出院带药天数不得超过实际住院天数。严格按照规定进行检查，坚决杜绝一人医保，全家用药的现象。

我院严格按照省、市、区物价、卫生、财政等部门联合制定的收费标准进行收费。狠抓内涵建设，提高服务质量，缩短病人平均住院日，严格控制住院费用。

今年市、区卫生局加大了医疗帮扶力度，市传染病医院、区

一医院均有专家、教授下乡进行医疗帮扶工作，对提高一线医疗人员专业知识水平，完善知识结构，更新最新专业动态，均有很大的帮助。

2、高年资中医师对于电脑掌握不佳，未能实现全部电子处方，对于完善门诊统筹有一定阻力。

3、发现个别医师存在门诊处方不合格现象，包括处方格式不合格，门诊抗菌药物使用比列大于20%等等。

我院一定以此次医院等级评审暨年度考核为契机，在上级业务主管部门的领导下，严格遵守《医疗机构管理条例》，强化管理措施，优化人员素质，求真务实，开拓创新，不断提高医疗服务质量和技术服务水平。

乡卫生院对上级卫计委召开关于“五查、五改、五规范”专项治理工作十分重视，召开院委会，研究部署，开展自检自查，对发现的问题及时整改，真正做到把问题清单转变为满意清单，使我院行风建设真正取得实效

现将具体整改措施总结如下：

1. 乡卫生院账户无大额现金支出，严格按照财会制度及上级文件执行，现金支出必须经过院委会决定，无变通名目支出。
2. 我院工资支出按院委会制定绩效工资方案执行，无违规发放补贴和薪酬失衡。
3. 我院专项资金严谨完备，无虚假项目和挪用专项资金。
4. 我院无收取红包和大操大办等违规事件发生，无违反中央八项规定和九不准现象。
5. 我院无违规用人及过度用人现象，对选拔领导干部及后备人才都是经过院委会及职工代表会研究决定。

乡卫生院在开展“五查、五改、五规范”专项治理工作同时逐步建章立制，从体制，机制制度上解决问题，严格自身，坚守底线，慎用权利，恪尽职守。

为阻断病原体在院内传播，降低感染发生风险，有效控制新

冠病毒疫情，保障人民群众和医务人员生命健康安全，我院对新冠肺炎防控工作进行了自查，现将自查报告如下：

1、加强预检分诊管理工作

设立了预检分诊工作台，实行预检分诊制度，入院人员一律测体温、扫码、登记，工作人员轮流上班，保证正常上班时间在岗在位，预检分诊流程上墙，预检分诊与发热门诊有效、无缝衔接。

2、加强发热门诊管理

发热门诊独立于普通门诊，指引标识醒目，门诊标识清楚、醒目，工作人员轮流上班，保证正常上班时间在岗在位。

3、降低医疗机构内感染风险

加强院感防控管理工作，梳理院感防控流程，开展了医务人员院感防控培训。严格落实感控防控分区管理，发热门诊通风良好，保证了医务人员工作环境安全。有相对独立的留观病房。

科学规范开展个人防护。医用防护用品集中统一管理，根据不同岗位，按照防护要求，科学分配防护用品，既保证安全有效防护，又保证防护物资不浪费。

4、科学开展正常诊疗工作

根据门诊就业医需要，合理配置医疗资源，门诊各科室正常诊疗，医务人员开展诊疗活动必须戴口罩，降低院内感染风险。

存在的问题：

部份医务人员个人防护意识降低，例如手卫生等不到位，接下来将加强督导、培训，时刻以“战时”情况要求。

为规范卫生院及辖区内医保定点一体化社区卫生室服务行为切实维护参保人合法权益，确保医保基金安全根据阳信县医疗保障局关于进一步加强医保定点基层医疗机构协议管理，规范各基层定点医疗机构服务行为，切实维护参保人合法权益，确保医保基金安全通知要求，对本单位及辖区医保定点一体化社区卫生室先进行自查，现将自查结果汇报如下。

1、部分卫生室卫生环境比较差，部分补偿登记表登记不规范，电话登记率比较低。

2、我辖区社区卫生室均能正常承担医保定点职能，按照医保定点服务协议合理使用医保基金无欺诈骗保行为发生。

3、对近期社区卫生室就诊参保人员进行全面梳理，未发现通过虚假宣传诱导、骗取参保人员，无借卡看病人证不符等行为、无虚构医疗服务、伪造医疗处方，医药换药，以物带药等情况发生，在一定程度上维护了医保基金的安全运行。

为加强居民医疗保险管理，进一步改进工作作风，增强服务意识，提高工作效能，我院成立由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工作。各项基本医疗保险制度健全，制定居民医疗保险门诊统筹实施办法和奖惩措施。医保管理小组定期组织人员对参保人员各种医疗费用使用情况进行分析，如发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规情况及时改正。

加强医疗保险服务管理，提倡优质服务，方便参保人员就医。对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物带药等违法行为的发生。按协议要求执行药品销售量，按用量开处方，做到规范治疗，合理用药，不报销非病人使用药品和卫生材料，报销登记书写规范，签字手续完备。

通过此自查医保运行过程中存在的问题，我院将严把政策关，从细节入手，控制医疗费用，提高医疗质量，认真履行医保服务协议的各项条款，总结经验，优化业务流程，加强基本医疗保险制度的宣传，更多更好的为参合患者提供优质服务，筑好医保基金的安全网，用好百姓的救命钱。

本年度的医保工作在县社保局(医保管理中心)的监督指导下，在院领导领导班子的关心支持下，通过医院医保管理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，根据《安吉县城城镇职工基本医疗保险定点机构医疗考核办法》的规定和一年来的不懈努力，院组织医保管理小组对2007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：

1、本院有分管领导和相关人员组成的基本医疗保险管理组织，并有专人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，相关医保管理资料具全，并按规范管理存档。

3、医保管理小组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，在不定期的医保管理情况抽查中如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保管理小组人员积极配合县医保中心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有关资料。

1、严格执行基本医疗保险用药管理规定，严格执行医保用药审批制度。

2、基本达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。

3、抽查门诊处方、出院病历、检查配药情况都按规定执行。

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、严格执行医疗收费标准和医疗保险限额规定。

2、本年度门诊人均费用略高于医保病人药品比例控制的范畴。

3、参保人员个人自费费用占医疗总费用的比例控制在20%以内。

4、每月医保费用报表按时送审、费用结算及时。

1、本院设有就医流程图，设施完整，方便参保人员就医。

2、药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并提供费用明细清单。

3、对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊和冒名住院等现象。

4、对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意。

5、对就诊人员要求处方外配药的，医生开出外配处方，加盖外配章后由病人自主选择购药。

6、严格掌握医保病人的入、出院标准，医保办抽查10例门诊就诊人员，10例均符合填写门诊就诊记录的要求。

7、经药品监督部门检查无药品质量问题。

1、本院信息管理系统能满足医保工作的需要，今年医院在人、财、物等方面给予了较大的投入。

2、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。

3、对医保窗口工作人员加强医保政策学习，并强化操作技能。

4、本院信息系统医保数据安全完整。

5、与医保中心联网的前置机定时实施查毒杀毒。

本院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，并随时抽查医务人员对医保管理各项政策的掌握、理解程度。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏、责任医生下乡宣

传，印发就医手册、发放宣传资料等。

由于医保管理是一项难度大、工作要求细致、政策性强的工作，这就要求我们医保管理人員和全体醫務人員在提高自身業務素质的同时，加强责任心，并与医保中心保持联系，经常沟通，使我院的医疗工作做得更好。

在上级部门的正确领导下，我院严格遵守有关医保法律法规张制度，认真执行医保政策。根据青劳社社函99号文件要求，认真自查，现将自查情况汇报如下：

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，分析参保患者的医疗及费用情况。

规范化今年五月份我院批准医保试点以来，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。由于各项工作准备不充分，目前还没有正式运行，正式运行后，我们将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。

参保职工就诊时严格进行身份识别，杜绝冒名就诊现象。严格掌握病人收治标准，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，不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《青岛市城镇职工医疗保险制度改革文件资料汇编》、《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。

正常运行后，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、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。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。病历质量和运行得到了有效监控，保证医疗质量。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，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。

运行后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，采用了医疗保险参保病人专用医保卡，大病历，双处方，及时登记，正常交费。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。

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。

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

2021年度，我院严格按照上级有关城乡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，在全院工作人员共同努力下，医保工作总体运行正常，为维护基金的安全运行。按照贵州省医疗保障局办公室情况通报2021第二期、第三期精神，县近期工作会议要求，对2021年度医保工作进行了自查，对照情况通报认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

首先，我院成立了相关人员组成的医保工作领导小组，全面加强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。从其它定点医疗机构违规案例中吸取教训，引以为戒，打造诚信医保品牌，加强自律管理，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，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、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。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、检查配药情况都按规定执行。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。并反复向医务人员强调落实对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊等现象，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。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，无乱收费行为，认真执行基本医疗保险“三大目录”规定，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。

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，与医保中心联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：

- 1、领导及相关医务人员对医保工作平时检查不够严格；
- 3、在病人就诊的过程中，有对医保的流程未完全掌握的现象。

4、违规收费问题8项，但在本院审核过程中已及时发现未例如医保资金报销，未给医保资金造成损失，具体违法违规问题如下：

(1)、收取“住院诊查费”违反限定频次（总次数超过住院总天数）+1，共计2人次，金额3元。

(2)、收取“床位费”违反限定频次普通病房床位费_3-4人间（总次数超过住院总天数）+1，共计6人次，金额56.22元。

(3)、糖化血红蛋白测定_乳胶凝集法、电泳法，违反非常规诊疗项目（临床）非临床指南常规检查项目2人次，金额128元。

(4) b型钠尿肽 bnp测定_化学发光法，违反非常规诊疗项目（临床）非临床指南常规检查项目，共计2人次，金额178.2元。

(5)、“注射用奥美拉唑钠”，限定适应症(条件)，限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者。共计5人次，金额28.8元。

(6)、“稳心颗粒”限定适应症(条件)用药，限有室性早搏、房性早搏的诊断证据，共计3人次，金额62.73元。

(7)、“健胃消食片”限儿童，共计3人次，金额12.96元。

(8)、“注射用七叶皂苷钠”限定适应症(条件)用药，限脑水肿的二线治疗，支付不超过10天，共计2人次，金额21.42元。

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，针对以上不足，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，提高思想认识，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、加强医患沟通，规范经办流程，简化手续，不断提高患者满意度，使广大参保职工的基本医疗需求得到充分保障。
- 4、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。
- 5、加强“三目录”的系统维护，确保收费项目精准。
- 6、进一步做好医疗保险工作，以优质一流的服务为患者创造良好的医疗环境。

20xx年11月8日

根据元人社发(2011)79号文件要求，认真自查，现将自查情况汇报如下：

接到通知要求后，我院立即成立以***为组长，医务科、医保科工作人员为组员的自查领导小组，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，在区人劳局和社保局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。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；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；设立医保患者交费、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，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，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、交接班制度、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，规范早交接班、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、医学专用处方权、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，医疗质量有了显着提高。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。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。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“自费知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上，严格执行“五率”标准，自费药品占总药品费的10%以下；平均个人负担部分不超过发生医疗费用额的30%。

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，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，根据社保局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《**市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》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。

我院按照《滦南县人力资源和社会保障局关于转发唐人社办[20xx]21号文件“两定点”单位管理的通知》等文件精神，经我院相关工作人员的努力，对于我院就诊的参保人员进行全面梳理，未发现费用超标、借卡看病、超范围检查、挂牌住院、以药换药、以物代药等情况，在一定程度上维护了医保基金的安全运行。现将自查工作情况作如下汇报：

- 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、医保管理小组定期组织人员对参保人员各种医疗费用使用情况进行分析，如发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规行为及时纠正并立即改正。

4、医保管理小组人员积极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、提昌优质服务，方便参保人员就医。

2、对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物代药等违法行为发生。

3、对就诊人员进行身份验证，坚决杜绝冒名就诊及挂牌住院等现象发生。

4、对就诊人员要求或必需使用的目录外药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意并签字存档。

5、经药品监督部门检查无药品质量问题。

1、严格执行基本医疗保险用药管理规定，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要求的药品备药率。

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、我院信息管理系统能满足医保工作的日常需要，在日常系统维护方面也较完善，并能及时报告并积极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，医保政策学习积极。

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。

1、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。

2、采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放宣传资料等。

经过对我院医保工作的进一步自查整改，使我院医保工作更加科学、合理，使我院医保管理人員和全体医务人员自身业务素质得到提高，加强了责任心，严防了医保资金不良流失，在社保局的支持和指导下，把我院的医疗工作做得更好。

20xx年，我院在医保局的领导下，根据《×××医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《××××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。

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。

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。

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。

xx年度，我院严格按照上级有关城镇职工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，在全院工作人员共同努力下，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、分解住院等情况，维护了基金的安全运行。按照陂人社发[2019]23号文件精神，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：

首先，我院成立了相关人员组成的医保工作领导小组，全面加强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。从其它定点医疗机构违规案例中吸取教训，引以为戒，打造诚信医保品牌，加强自律管理，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，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、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。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、检查配药情况都按规定执行。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。并反复向医务人员强调落实对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊等现象，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。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，无乱收费行为，认真执行基本医疗保险“三大目录”规定，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。

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，与医保中心联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）领导及相关医务人员对医保工作平时检查不够严格；

（三）在病人就诊的过程中，有对医保的流程未完全掌握的现象。

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，针对以上不足，下一步主要

采取措施：

（一）加强医务人员的有关医保文件、知识的学习，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，加强对医务人员的检查教育，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，简化手续，不断提高患者满意度，使广大参保职工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）进一步做好医疗保险工作，以优质一流的服务为患者创造良好的医疗环境。

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工作总结传单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。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。

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。

卫生室医保自查报告篇五

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：

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。

村卫生室医保自查自纠报告为规范卫生院及辖区内医保定点一体化社区卫生室服务行为切实维护参保人合法权益，确保医保基金安全根据阳信县医疗保障局关于进一步加强医保定点基层医疗机构协议管理，规范各基层定点医疗机构服务行为，切实维护参保人合法权益，确保医保基金安全通知要求，对本单位及辖区医保定点一体化社区卫生室先进行自查，现将自查结果汇报如下。

1、部分卫生室卫生环境比较差，部分补偿登记表登记不规范，电话登记率比较低。

2、我辖区社区卫生室均能正常承担医保定点职能，按照医保定点服务协议合理使用医保基金无欺诈骗保行为发生。

3、对近期社区卫生室就诊参保人员进行全面梳理，未发现通过虚假宣传诱导、骗取参保人员，无借卡看病人证不符等行为、无虚构医疗服务、伪造医疗处方，医药换药，以物带药等情况发生，在一定程度上维护了医保基金的安全运行。

为加强居民医疗保险管理，进一步改进工作作风，增强服务意识，提高工作效能，我院成立由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工作。各项基本医疗保险制度健全，制定居民医疗保险门诊统筹实施办法和奖惩措施。医保管理小组定期组织人员对参保人员各种医疗费用使用情况进行分析，如发现问题及时给予解决，不定期对医保管理情况进行抽查，如有违规情况及时改正。

加强医疗保险服务管理，提倡优质服务，方便参保人员就医。对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费明码标价，并提供费用明细清单，坚决杜绝以药换药、以物带药等违法行为的发

生。按协议要求执行药品销售量，按用量开处方，做到规范治疗，合理用药，不报销非病人使用药品和卫生材料，报销登记书写规范，签字手续完备。

通过此自查医保运行过程中存在的问题，我院将严把政策关，从细节入手，控制医疗费用，提高医疗质量，认真履行医保服务协议的各项条款，总结经验，优化业务流程，加强基本医疗保险制度的宣传，更多更好的为参合患者提供优质服务，筑好医保基金的安全网，用好百姓的救命钱。