

# 2023年医保领域自查自纠情况报告(汇总8篇)

随着社会一步步向前发展，报告不再是罕见的东西，多数报告都是在事情做完或发生后撰写的。那么什么样的报告才是有效的呢？下面是小编帮大家整理的最新报告范文，仅供参考，希望能够帮助到大家。

## 医保领域自查自纠情况报告篇一

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。

## 医保领域自查自纠情况报告篇二

在社保局的监督指导下，在院领导关心支持下，通过本院医保管理小组成员和全院职工的努力，各项医保工作和各种医保规章制度都日趋完善，步入正规，根据上级要求，院组织医保管理小组对2011年度的基本医保管理工作进行了全面的自查，现将自查工作情况作如下汇报：

### 一、医疗保险基础管理：

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本院门诊住院参保人员各种医疗费用使用情况，如发现问题及时给予解决，组织不定期的医保管理情况抽查中发现问题及时纠正。

4、医保管理小组人员积极配合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有关资料。

## 二、医疗保险服务管理：

1、本院提倡优质服务，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、对就诊人员进行人卡证的身份验证，杜绝冒名就诊等现象。

4、对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目等事先都征求参保人员同意，并鉴定知情书。

5、严格按照医保标准填写门诊就诊登记和相关资料记录。

6、严格按药品监督部门的要求从正规渠道购进药品。

## 三、医疗保险业务管理：

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、按基本医疗保险目录的要求储备药品

3、不定期抽查门诊处方、出院病历、检查配药情况严格按规

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。

#### 四、医疗保险信息管理：

1、本院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。

2、对医保窗口工作人员加强医保政策学习，并强化操作技能。

3、本院医保信息系统数据安全完整准确。

#### 五、医疗保险费用控制：

1、严格执行医疗收费标准和医疗保险限额规定。

2、每月医保费用报表按时送审，费用结算及时准确。

#### 六、医疗保险政策宣传：

1、本院不定期组织医务人员学习医保政策，及时传达和贯彻相关医保规定，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。

3. 认真学习劳动保障报，及时了解医保新政策。

#### 七、存在的问题

1、有部分大处方，这是由于我场居民居住分散，刷卡不便造成的，在今后的工作中加以改进。

2、门诊刷卡存在有个别处方不规范。

针对以上问题，今后我们要对患者做更加耐心，细致的解释工作，对医生进行严格要求，不定期学习严格按规章制度办事，确保医保工作正常有序开展，杜绝以上问题的发生。

2011年12月15日

### **医保领域自查自纠情况报告篇三**

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

### **医保领域自查自纠情况报告篇四**

在上级部门的正确领导下，我院严格遵守国家、省、市的有关医保法律、法规，认真执行医保政策。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xxx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。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《xx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。

## 医保领域自查自纠情况报告篇五

20××年，我局按照县委政府考核目标和市县人社部门对医保工作设计的规定动作和硬性指标，扎扎实实地抓好各项工作的落实，有力地保证了各项预期目标任务按时完成。

### （一）城乡居民基本医疗保险政策范围内报销比圆满完成

20××年1月1日-11月30日，全县已有79371人次城乡居民享受住院补偿，住院总费用为40854.95万元，共使用住院统筹基金达20018.93万元，人均补偿达2522.2元。实际报付比

达49%，参保居民政策范围内报付比达78.3%。有1187228人次使用门诊统筹基金3645.39万元、有1569人享受住院分娩报销238.99万元、有1894人次享受门诊重症补偿326.88万元、有338人次享受慢病门诊报销31.07万元、支出一般诊疗费达731.69万元。

## （二）超任务完成发展基层村卫生室和定点药店

20××年，我局积极配合县卫计部门，对各乡镇卫生院业务下属的14家村卫生室联通医保金保软件系统，保证辖区内参保群众能正常享受城乡居民基本医疗保险普通门诊服务。另外全年共开通8家定点药店的网络覆盖，保证能正常享受《社会保障卡》的相关业务服务。

## （三）积极提升异地就医报销服务质量，统筹区内即时结算全面实现

积极完善参保人员异地就医结算制度，进一步简化办事流程。平常县外县外非统筹区受理报销资料七个工作日内及时拨付报销医疗费用；县外非统筹区住院大额度费用和外伤住院病历受理报销资料后十五个工作日内拨付报销医疗费用；岁末年初网络运行压力大和报账高峰期的特殊情况下，县外非统筹区受理报销资料后一个月内拨付报销医疗费用；对省异地就医即时结算责任人员明确，落实专人负责日常工作，20××年我县城镇职工医保异地联网直报工作不断得以加强。开通异地住院即时结算达70%。全xxx市范围内，与所有开通金保软件联网的定点医疗机构和定点药店实行即时结算，极大方便了广大城乡居民和城镇职工就近就医。

## （四）单病种付费工作如期推进

20××年，严格执行□xxx市人力资源和社会保障局xxx市财政局xxx市卫生局关于完善城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度的通知□□x人社办发〔20××〕134号）和□x人社发



〔20××〕81号）文件精神，强力推进在定点医疗机构单病种付费办法。并积极配合县卫计局、县发改局、县财政局等医疗卫生体制改革成员单位，以市县人社（医保）行业主管部门的业务指导为准绳，强力持续推进医保支付方式改革，全年共完成白内障、复发性腹股沟疝、结节性甲状腺肿、慢性扁桃体炎等18种单病种付费病种，进一步规范了定点医疗机构的日常管理。

#### （五）城乡居民大病补充医疗保险报销比例稳中有升

根据xxx市人民政府办公室《关于印发通知□□x府办函

〔20××〕190号）和□xxx市人民政府办公室关于调整城乡居民大病医疗保险政策的通知□□x府办函〔20××〕61号）文件精神，为科学设计多层次的医疗保险，提高群众的受益水平。出台了城乡居民大病医疗保险制度，通过基金向商业保险再投保的方式，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障。20××年我县城乡居民医保基金累计向商业保险公司投保1755万元，20××年1月1日至20××年12月31日，有1520人次城乡居民享受大病补充医疗保险1212余万元。城乡居民合规自付费用大病保险报销比例达到65%。有力缓解了大病绝症患者的经济负担。

## 医保领域自查自纠情况报告篇六

20xx年，我局按照县委政府考核目标和市县人社部门对医保工作设计的规定动作和硬性指标，扎扎实实地抓好各项工作的落实，有力地保证了各项预期目标任务按时完成。

#### （一）城乡居民基本医疗保险政策范围内报销比圆满完成

20xx年1月1日-11月30日，全县已有79371人次城乡居民享受住院补偿，住院总费用为40854.95万元，共使用住院统筹基金达20018.93万元，人均补偿达2522.2元。实际报付比达49%，

参保居民政策范围内报付比达78.3%。有1187228人次使用门诊统筹基金3645.39万元、有1569人享受住院分娩报销238.99万元、有1894人次享受门诊重症补偿326.88万元、有338人次享受慢病门诊报销31.07万元、支出一般诊疗费达731.69万元。

## （二）超任务完成发展基层村卫生室和定点药店

20xx年，我局积极配合县卫计部门，对各乡镇卫生院业务下属的14家村卫生室联通医保金保软件系统，保证辖区内参保群众能正常享受城乡居民基本医疗保险普通门诊服务。另外全年共开通8家定点药店的网络覆盖，保证能正常享受《社会保障卡》的相关业务服务。

## （三）积极提升异地就医报销服务质量，统筹区内即时结算全面实现

积极完善参保人员异地就医结算制度，进一步简化办事流程。平常县外县外非统筹区受理报销资料七个工作日内及时拨付报销医疗费用；县外非统筹区住院大额度费用和外伤住院病历受理报销资料后十五个工作日内拨付报销医疗费用；岁末年初网络运行压力大和报账高峰期的特殊情况下，县外非统筹区受理报销资料后一个月内拨付报销医疗费用；对省异地就医即时结算责任人员明确，落实专人负责日常工作。20xx年我县城镇职工医保异地联网直报工作不断得以加强。开通异地住院即时结算达70%。全xxx市范围内，与所有开通金保软件联网的定点医疗机构和定点药店实行即时结算，极大方便了广大城乡居民和城镇职工就近就医。

## （四）单病种付费工作如期推进

20xx年，严格执行xxx市人力资源和社会保障局xxx市财政局xxx市卫生局关于完善城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度的通知（x人社办发〔20xx〕134号）和x人社发〔20xx〕81号文件精神，强力推进在定点医疗机构单病种付费办法。

并积极配合县卫计局、县发改局、县财政局等医疗卫生体制改革成员单位，以市县人社（医保）行业主管部门的业务指导为准绳，强力持续推进医保支付方式改革，全年共完成白内障、复发性腹股沟疝、结节性甲状腺肿、慢性扁桃体炎等18种单病种付费病种，进一步规范了定点医疗机构的日常管理。

## （五）城乡居民大病补充医疗保险报销比例稳中有升

根据xxx市人民政府办公室《关于印发通知□□x府办函□20xx□190号）和□xxx市人民政府办公室关于调整城乡居民大病医疗保险政策的通知□□x府办函□20xx□61号）文件精神，为科学设计多层次的医疗保险，提高群众的受益水平。出台了城乡居民大病医疗保险制度，通过基金向商业保险再投保的方式，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障□20xx年我县城乡居民医保基金累计向商业保险公司投保1755万元□20xx年1月1日至20xx年12月31日，有1520人次城乡居民享受大病补充医疗保险1212余万元。城乡居民合规自付费用大病保险报销比例达到65%。有力缓解了大病绝症患者的经济负担。

## 医保领域自查自纠情况报告篇七

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。

## 医保领域自查自纠情况报告篇八

- 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。