医保工作自查自纠整改报告(汇总8篇)

辞职报告是个人在结束工作关系之前，对公司和领导进行交代和告别的一种形式。小编认为这些范文具有很高的参考价值，可以帮助我们写出更优秀的开题报告。

医保工作自查自纠整改报告篇一

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。院组织医保管理小组对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。

（一）多次召开领导班子扩大会和职工大会，重复查找医保工作中存在的问题，对查出的问题进行了分类，落实了负责整改的详细人员，并制定响应的保证措施，是整改工作井井有条的进行。

（二）组织全院员工的培训和研究。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，重点研究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研究医保有关政策、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）加强医疗护理等营业研究，全面提高医疗护理质量和服务水平一是完善医疗质量办理系统，组织医护人员认真研究《病历书写规范》，责成营业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、病情告知的有用性、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手艺操作规程以及医疗核心制度。各科医师及时地变更执业地点，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。

二是对一些紧张制度、承诺和须知进行了上墙公示，轻易医保患者就医，为参保患者提供便利、优质的医疗服务。

三是完善了财务办理制度，聘请市会计师事件所的专家来我院理顺了财务账目办理，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办理，明确了详细岗位职责，保证了不做不需要、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研究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办理，在疗区建立了医保患者住院登记簿，凡住院患者亲自签字，告知医保有关请求，以便配合医院办理和治疗。通过这次整改工作，我院无论在政策把握上

照旧医院办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，我们肯定认真落实医保的各项政策和请求强化服务意识和提高服务水平，严把政策关，从细节入手，加强办理，处置惩罚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展开作出应有的贡献！

医保工作自查自纠整改报告篇二

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xxx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，我院建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研究有关文件，针对本院工作实际，查找差异，主动整改。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，主动配合医保部分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，坚决杜绝故弄玄虚恶意套取医保基金违规现象的发生。加强自律办理、推动我院加强自我规范、自我办理、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，医院健全各项医保办理制度，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

办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，相关医保办理资料具全，并按规范办理存档。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分。

医院结合本院工作实际，严格执行基本医疗保险用药办理规定。所有药品、诊疗项目和医疗服务办法收费实行明码标价，并提供费用明细清单。并重复向医务人员强调、落实对就诊人员进行身份考证，杜绝冒名就诊等现象，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，业务上对医保的研究不透彻，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、知识的研究，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证，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。

医保工作自查自纠整改报告篇三

尊敬的社保中心领导：

近日，社保中心对我店医保卡使用情况进行督察，并在督察过程中发现有未核对持卡人身份及违规串药情况发生，得知这一情况，公司领导非常重视，召集医保管理领导小组对本次事故进行核查，并对相关责任人进行批评教育，责令整改。

我店自与社保中心签订协议开始，就制定了医保管理制度，在公司医保管理领导小组的要求下，学习医保卡使用规范，禁止借用、盗用他人医保卡违规购药，但部分顾客在观念上还没有形成借用他人医保卡购药是违规的观念，个别员工虽然知道该行为违规，但为了满足顾客的不正当要求，心存侥幸，导致本次违规事件发生。

为杜绝类似事件再次发生，公司医保管理领导小组再次召集本店员工学习医保政策，自查自纠，分析原因，提出以下整改措施：

一、进一步落实医保领导小组的作用。严格落实公司医保管理制度，提高门店员工素质和职业道德，监督购药顾客规范用卡，营造医保诚信购药氛围。

二、进一步监督医保卡购药规范情况。在公司医保领导小组不定期检查的基础上，加大对门店违规员工的处罚力度，在严肃思想教育的基础上，对违规员工进行罚款、调岗或者辞退的处罚。

感谢社保中心领导对我们医保卡使用情况的监督检查，及时发现并纠正了我们的错误思想和违规行为。同时，希望社保中心继续支持我们的工作，对我们的医保管理进行监督，进一步完善我们的医保管理制度。

20xx年x月x日，xx市社保局医保检查组组织专家对我院x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、存在的问题

(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

二、整改情况

(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，否者视为不规范病历，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!

根据县人社局3月18日的约谈精神，我院感触颇深，医院董事会组织全院中层干部人员认真学习了各位领导的发言，并参照社保、医保定点医疗机构服务协议及约谈会精神，组织全院医务人员进行了自查自纠，从内心深处去整顿并进行了积极整改。

一、加强医院对社保工作的领导，进一步明确了相关责任

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。

2、完善了医院医保办公室建设，具体负责对医院医保工作的管理和运行，对临床科室医保工作的管理设立了兼职医保联络员，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。

二、加强了全院职工的培训，使每个医务人员都切实掌握政策

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。

三、确立培训机制，落实医疗保险政策

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。

四、加强医院全面质量管理，完善各项规章制度建设。

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。

五、重视各环节的管理

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。

通过本次自查自纠，我院提出以下整改内容和保证措施：

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。

医保工作自查自纠整改报告篇四

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。

2、完善了医院医保办公室建设，具体负责对医院医保工作的管理和运行，对临床科室医保工作的管理设立了兼职医保联络员，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。

医保工作自查自纠整改报告篇五

为加强对医疗保险工作的领导，我院成立了院领导为组长，相关科室负责人为成员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。组织全院医护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，加强自律管理、自我管理。

严格按照我院与医保中心签定的《定点医疗机构服务协议书》的要求执行，合理、合法、规范地进行医疗服务，坚决杜绝弄虚作假恶意套取医保基金违规现象的发生，保证医保基金的`安全运行。

我院医保办联合医、药、护一线医务人员以及相关科室,实行综合性控制措施进行合理控制医疗费用。严格要求医务人员在诊疗过程中应严格遵守各项诊疗常规，做到因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，禁止过度检查。严格掌握参保人的入院标准、出院标准，严禁将可在门诊、急诊、留观及门诊特定项目实施治疗的病人收入住院。

充分利用医院信息系统，实时监测全院医保病人费用、自费比例及超定额费用等指标，实时查询在院医保病人的医疗费用情况，查阅在院医保病人的费用明细，发现问题及时与科主任和主管医生沟通，并给予正确的指导。

医保工作自查自纠整改报告篇六

20xx年x月x日，xx市社保局医保检查组组织专家对我院x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、存在的问题

(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

二、整改情况

(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，否者视为不规范病历，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!

医保工作自查自纠整改报告篇七

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。

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建良好的医疗环境。

医保工作自查自纠整改报告篇八

我院为xx市社会保险单纯门诊定点医疗机构，根据□xx市社会保险定点医疗机构医保服务协议书》（以下简称“协议”）的内容，履行医保服务，现对本年度的医保服务情况作如下自评。

一、认真贯彻执行国家、省、市有关社会医疗保险的法律、法规和政策规定，加强内部管理，成立医保管理组织，明确医保管理分工，按照规定悬挂医保标牌，积极配合医保日常监督检查，对基本信息等变更后及时到医保经办部门备案，并建立医保责任医师制度。

二、根据协议要求，在院内设置了医保投诉电话和意见本，并张贴就医流程图，按照医疗机构级别收费标准规定执行，不存在不合理用药、不合理治疗机不合理检查的项目，公开常用药品和主要医疗服务价格标准。

三、医师在诊疗时按照协议要求核对参保人员的身份证、医保卡，医保处方填写完整、规范并单独存放和封装，处方用药剂量没有超过剂量标准，不存在降低参保人医保待遇标准、

设置门诊统筹待遇限额和串换药品等违规情况。

四、医保信息的数据和资料录入、采集及传递真实、完整、准确、及时，并制定了医保信息系统故障应急预案，对医保操作人员进行培训，未出现因操作错误影响参保人待遇的情况。

五、年度内没有出现因违反医保政策或卫生部门有关政策受到市医保局或市区级卫生行政部门通报、处理的'情况。

目前对履行医保服务协议的情况还有些不足，如本年度内未组织医保政策培训及考试，由于我院所处位置较偏远，平时门诊量不大，所以年度内日均门诊医保服务数量未达到50人次等，我们会尽快组织医师对医保政策进行培训级考试，以更好的履行医保服务。