

医院医保自查自纠报告总结 (合集4篇)

篇1 : 医院医保自查自纠报告总结

为了贯彻县医保【2020】5号文件的要求, 以及开展对医保定点医疗机构基金使用情况的调研, 我院立即组织相关人员严格按照城镇职工医疗保险政策规定和要求, 对医保基金使用情况进行了自查自纠。现将自查情况报告如下:

一、建立医保工作组织管理机制

我院有健全的医保管理组织。副院长欧阳分管医保工作, 医院设有一名专门的医保联络员, 并制作了标准的患者就医流程图, 以方便广大患者清楚便捷地进行就医。医院内设有医保政策宣传栏12期, 发放医保政策宣传单XX余份, 并每月在电子屏幕上宣传医保政策和医保服务信息。同时, 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。我院还以图板和电子屏幕公布了常用药品及诊疗项目价格, 并组织全院专门的医保知识培训3次, 有记录、有考试。

二、门诊就医管理

门诊就诊时, 患者需提交医保证、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, 处方合格率达到XX%。同时, 我院严格监管外配处方, 并做好登记。特殊检查、特殊治疗执行相关规定, 需填写《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。

三、住院管理

我院严格审查CT、彩超等大型检查的适应症, 检查阳性率达到95%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, 需经过家属或病人签字同意, 并经过转院执行科室、全院会诊和主管院长把关, 最后由医保科核实、登记盖章程序。

四、药品管理及合理收费

我院按照2020年新出台的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520种, 其中医保品种388种, 基本满足基本医疗保险用药需求。

篇2 : 医院医保自查自纠报告总结

按照XX市医疗保障局《关于对违规使用医保基金行为专项自查的通知》要求, 我院立即组织相关人员严格按照医疗保险的政策规定和要求, 对医保基金使用情况工作进行了

自查自纠，认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

一、提高思想认识，严肃规范管理

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订的《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。

二、建立长效控费机制，完成各项控费指标

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。

篇3：医院医保自查自纠报告总结

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制度，认真执行医保政策。根据**文件要求，认真自查，现将自查情况汇报如下：

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，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。

三、强化管理，为参保人员就医提供质量保证

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、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代或解释病情。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。

四、加强门诊管理，规范了门诊程序及收费结算

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，正常缴费。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。

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、快速地结算。

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。

篇4：医院医保自查自纠报告总结

为进一步加强新农合定点医疗机构管理，规范诊疗服务行为，把握医药费用不合理增长，保障医保基金平安，推动医保基金的精细化管理，促进卫生系统行评工作，依据《卫生厅办公室关于开展定点医疗机构医保服务行为检查活动的通知》与卫生局下发了《关于开展定点医疗机构新农合服务行为检查活动的通知》文件精神，我院乐观响应，马上成立领导小组，由院领导庄生晓拼同志任组长，各科室人员共同协作，明确职责，对发觉的问题乐观整改，查缺补漏，切实维护与保障了患者的权益，经过全体人员的共同努力，我院的医疗质量得以提高，服务态度、条件和环境都得到了明显改善，自查过程中未发觉有借卡看病、超范围检查、分解住院等违规现象，现将此次自查状况总结报告如下：

一、提高对医疗保险工作重要性的生疏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，乐观整改。着眼将来与时俱进，

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，乐观协作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支配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。认真准时完成各类文书、书写病历、护理病历及病程记录，准时将真实医保信息上传医保部门。

三、从实践动身做实医疗保险工作管理医院结合本院工作实际，严格执行基本医疗保险用药管理规定。全部药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并供应费用明细清单。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，四、通过自查发觉我院医保工作虽然取得了显著成果，但距医保中心要求还有肯定的差距，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缘由：

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，生疏不够充分，不知道哪些该做、哪些不该做、哪些要准时做。

2、在病人就诊的过程中，有对医保的流程未完全把握的现象。

3、病历书写不够准时全面4、未能精确上传参保人员入、出院疾病诊断及药品、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，依据以上不足，下一步主要实行措施：

1、加强医务人员的有关医保文件、学问的学习，从思想上提高生疏，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训练，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，不断提高患者满足度。使宽敞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，增加参保人员、社会各界对医保工作的认同度和支持率。