# 医院医保工作自查报告精选4篇

来源：网络 作者：雾凇晨曦 更新时间：2025-03-08

*医疗保险一般指基本医疗保险，是为了补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度。下面是小编为大家整理的医院医保工作自查报告精选四篇，欢迎大家借鉴与参考，希望对大家有所帮助。第一篇: 医院医保工作自查报告　　我院为某市社会保险单...*

医疗保险一般指基本医疗保险，是为了补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度。下面是小编为大家整理的医院医保工作自查报告精选四篇，欢迎大家借鉴与参考，希望对大家有所帮助。

**第一篇: 医院医保工作自查报告**

　　我院为某市社会保险单纯门诊定点医疗机构，根据《某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。

**第二篇: 医院医保工作自查报告**

　　为认真落实《关于全面开面开展协议管理医药结构医保基金使用和医疗服务行为自查整改的通知》的相关文件要求，强化医保管理工作，规范医保医疗行为，更好的为参保病人服务,我院立即组织相关人员,参照评定办法对全院的医保基金使用情况工作进行自查，未发现费用超标、借卡看病、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。现将自查自纠情况报告如下:

　　（一）个别病历书写不规范，完整，纸质医嘱书写字迹过于潦草；病人个人信息填写不完整。

　　（二）个别病历诊断依据不足，入院诊断报告单时间过长，缺少相关的辅助检查报告单；或者某些检查与诊断无关。

　　（三）个别病历中未做到辨证论治，医嘱用药未在病程记录中体现出来，部分用药与诊断不相符合。

　　（四）个别肿瘤患者化疗未计算体表面积，直接根据上级医院制定的诊疗方案及用药对患者用药，或该药的用药使用范围与患者病情不相符。

　　（五）个别病历存在费用记录不及时。

　　（六）个别病历出院带药超量或者出院带药与病情无关。

　　（七）在我院住院系统升级期间，个别病历入院通知单的诊断与住院病历首页诊断不相符合。个别病历中存在重复医嘱。升级成功后均已及时退费。

　　（一）我院成立以院长为组长，各科室主任为组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。建立健全各项基本医疗保险制度，并对相关医保管理资料按规范管理存档。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。

　　（二）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、以物代药等违法行为发生。对就诊人员进行身份验证，杜绝冒名就诊及挂床住院等现象发生。严格执行基本医疗保险用药管理规定及医保用药审批制度。达到按基本医疗保险目录所要求的药品备药率。

　　（三）定期检查门诊处方、出院病历、检查配药情况，发现违规现象均按规定执行。严格执行基本医疗保险诊疗项目管理规定及基本医疗保险服务设施管理规定。

　　（四）定期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。采取各种形式宣传教育，如设置宣传栏，发放宣传资料等。不断提高医务人员的自身素质和业务水平，规范医保医疗行为，做到合理检查，合理用药，使病与症、病与药、药与量相符。

　　（四）加强医疗保险费用控制，严格执行医疗收费标准和医疗保险限额规定。严格掌握入、出院标准，每月医保费用报表按时送审、费用结算及时。

　　（六）积极完善我院医保信息管理系统，满足医保工作的日常需要，加强日常系统维护，积极排除医保信息系统故障，确保医保数据安全完整及正常运行。加强医保窗口工作人员对医保政策学习，以便操作技能熟练。

　　通过本次医保工作的自查自纠，使我院医保工作更加科学、合理，进一步提高我院医保管理人员和全体医务人员自身业务素质，加强了责任心，严防了医保资金不良流失，我们相信，在上级领导及医保部门的支持和指导下，我院的医疗工作会进一步提高，更好的为参保人员服务。

**第三篇: 医院医保工作自查报告**

　　20\*\*\*年，我院在医保局的领导下，根据《\*\*\*x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2024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，对一些有多次犯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20\*\*\*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。

　　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。

　　八、工作中的不足

　　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20\*\*\*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。

**第四篇: 医院医保工作自查报告**

　　在上级部门的正确领导下，我院严格遵守有关医保法律规张制度，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。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！