# 2025年医保自查报告锦集4篇

来源：网络 作者：空谷幽兰 更新时间：2025-02-18

*医疗保险指通过国家立法，按照强制性社会保险原则基本医疗保险费应由用人单位和职工个人按时足额缴纳。以下是为大家整理的2024年医保自查报告锦集四篇,欢迎品鉴!第一篇: 2024年医保自查报告 　　在区医保中心的指导下，在各级领导、各有关部门的...*

医疗保险指通过国家立法，按照强制性社会保险原则基本医疗保险费应由用人单位和职工个人按时足额缴纳。以下是为大家整理的2025年医保自查报告锦集四篇,欢迎品鉴!

**第一篇: 2025年医保自查报告**

　　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《内江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，20\*\*\*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20\*\*\*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。

　　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。所有药品、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。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。

**第二篇: 2025年医保自查报告**

　　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20\*\*\*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、诊疗项目事先都证求参保人员同意。

　　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，这就要求我们们医保管理人员和全体医务人员在提高自身业务素质的同时，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。

**第三篇: 2025年医保自查报告**

　　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。根据元人社发(20\*\*\*)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。

**第四篇: 2025年医保自查报告**

　　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。

　　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。

　　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。

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！