# 医保自查报告整改措施4篇

来源：网络 作者：蓝色心情 更新时间：2024-10-12

*整改，汉语词汇，拼音zhěnggǎi，释义为整顿并改革。以下是小编整理的医保自查报告整改措施四篇，仅供参考，大家一起来看看吧。第1篇: 医保自查报告整改措施　　20\*\*\*年，我院在医保局的领导下，根据《\*\*\*×医疗保险定点医疗机构医疗服务协...*

整改，汉语词汇，拼音zhěnggǎi，释义为整顿并改革。以下是小编整理的医保自查报告整改措施四篇，仅供参考，大家一起来看看吧。

**第1篇: 医保自查报告整改措施**

　　20\*\*\*年，我院在医保局的领导下，根据《\*\*\*×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20\*\*\*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。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。

　　三、住院管理

　　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。

　　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2篇: 医保自查报告整改措施**

　　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。

**第3篇: 医保自查报告整改措施**

　　首先诚挚的感谢贵中心能够给于我公司医疗保险定点零售药店的资格，为我公司更好的服务于山城人民的健康提供了极大的便利。自医保刷卡服务开通以来，我公司积极响应执行医保定点药店相关政策规定，坚持以“质量、安全、诚信、便捷、高效”的经营理念，为广大参保人员提供优质高效的刷卡服务，根据《关于对我市基本医疗保险“两定”机构进行考核的通知》的相关精神，我公司结合本店实际情况，对我公司20\*\*\*年医疗保险刷卡服务的各个项目作了全面检查，现汇报如下：

　　一、为更好的服务于参保人员，我公司配备3名药学专业技术人员，其中执业药师1名，从业药师2名。全天候为顾客提供准确的用药咨询服务。

　　二、以我公司配送中心为支撑，经营中药饮片、中成药、化学药制剂、抗生素、生化药品等五类约4000余种药品，基本医疗保险药品备药率达90%以上，以确保满足广大参保人员的购买需求。并且严格按照GSP的相关要求，对药品的进、销、存各个环节进行有效质量控制，完善流程管理，健全各项表格记录。杜绝不合格药品销售给顾客，在我公司的有效管理下，无一例假劣药事件发生。

　　三、严格遵照国家处方药和非处方药分类管理的有关条例，处方药和非处方药分柜陈列、销售，贴有明显的区别标识。加强基本医疗保险用药管理，对基本医疗保险用药和非基本医疗保险用药进行分类标示，基本医疗保险用药在标签上注明“医保甲类”、“医保乙类”字样，在账目上独立核算，做到医保账目及时、准确报送。

　　四、能够按照我区、市关于医保定点零售管理政策的规定从事日常刷卡服务工作，根据贵局《关于市级医疗保险定点零售药店经营非药品有关问题的通知》我公司积极对本店所有非药品进行分类排查，对不符合通知文件精神的非药品全部下架停止销售。为加强医保刷卡监督，设有医保刷卡意见箱，及时收集顾客意见。针对新公布的国家基本药品目录，除确保品种的齐全外，我们积极响应国家药物价格政策，致力于把价格降到最低。

　　五、建立和完善医保刷卡服务管理制度，落实责任，确保为广大参保人员提供优质、方便的刷卡服务。

　　六、能够按照规定进行网络管理和费用结算。

　　在今后，我公司将进一步强化本店员工的有关医保刷卡方面法律意识、责任意识和自律意识，自觉、严格遵守和执行基本医疗保险各项政策规定，加强内部管理，为建立我市医疗保险定点零售药店医保险刷卡诚信服务、公平竞争的有序环境起模范带头作用，切实为广大参保人员提供高效优质的医保刷卡服务。

　　热忱欢迎贵局工作人员来我公司检查指导工作。

**第4篇: 医保自查报告整改措施**

　　我院按照《成都市医疗保险定点医疗机构服务协议》的总则，医院领导带头，对总则的各项条款进行自查自纠，发现了一处问题。事后我院领导立即组织住院部、护士站、药剂科、收费室相关人员进行问题分析，并作出整改。现将自查情况作如下报告：

　　经查实：沙丁胺醇吸入气雾剂、（装置）噻托溴铵粉雾剂这两种药品存在着重复计费问题。具体情况是，在5月份的住院病人中，王三华、田利荣两名患者在使用沙丁胺醇吸入气雾剂、（装置）噻托溴铵粉雾剂这两种药品，医嘱和实际药品发放量存在着差异。其原因为：由于本月医院系统升级，长期医嘱下去过后，程序没有提示为长期医嘱，护士站和药房在程序操作上大意未及时发现，造成了上述两名患者的药品计费存在着重复计费的问题。

　　1、立即全面清理上述问题在所有5月份住院病人中所存在的问题，及时整改。杜绝重复计费问题再次发生。

　　2、及时更新程序，并加强培训。

　　3、规范查对制度，对当天所有医嘱下的药品，各相关科室必须做到所有的治疗过程，按实际情况和病情情况进行合理性的核对。

　　4、加强住院部、护士站、药房人员的责任心培养。

　　5、按责任轻重，对于相关科室人员进行双倍处罚。

　　1、由于临床科室粗心大意，院领导监管不力。经院办研究决定对此次发现的重复计费费用处于双倍处罚。

　　2、本次所出现的重复计费费用为：1740.4元。分别是：

　　（装置）噻托溴铵粉雾剂180粒×9.2元=1656元。

　　沙丁胺醇吸入气雾剂4瓶×21.1元=84.4元

　　3、处罚明细：对所涉及科室绩效处罚

　　药剂科主任：处罚金额1044.24元

　　护士站护士长：处罚金额1044.24元

　　住院部主任：处罚金额696.16元

　　院领导，院长及收费室：分别处罚金额348.08元

　　我院以后要加强管理，严格按照《成都市医疗保险定点医疗机构服务协议》总则内容要求医院各科室遵照执行，切不可再次发生上述问题。保持每月一次自查自纠，严格把控。做到规范行医，服务为民，使医院更上一个台阶。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找