

卫生督查医院整改报告(大全8篇)

开题报告是一种对研究课题进行初步探讨和规划的书面材料，它是研究项目顺利进行的重要基础之一。辞职报告的样本是我们学习撰写的重要资源，下面是我为大家收集的一些好文。

卫生督查医院整改报告篇一

按照区医保局对开展4月份打击欺诈骗保，维护医保基金安全专项行动工作的要求，我院组织全院职工召开了医保督查工作会议，针对医保欺诈骗保可能出现的问题，我院要求医院医保办要做好医保就诊监督管理，相关医保文件传达学习、自查整改工作，现将我院开展的工作汇报如下：

一、组织医保相关政策文件传达学习。

根据医院要求，结合4月份医保工作我院医保办组织医疗科室、外宣科室、行政科室集中深刻学习，针对有关其诈骗报的问题深度解读，讲解相关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

二、结合欺诈骗保的有关规定自查情况

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；

3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖

非法牟利的行为；

2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

以上是我院按照奎文区医保处的工作部署，结合此次欺诈骗保问题开展的院内医保工作自查情况，通过此次自查工作，让我院更加认识到了医保资金合理合法合规使用的重要性，以及加强院内医保监督、管理的必要性。在接下来的工作中，我院会加大医保政策的宣传力度，加强沟通、积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

卫生督查医院整改报告篇二

2021年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。
2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署，2020年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。
3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市2020年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。
4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则(试行)》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段

性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度。2020年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局均第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。

2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。

3. 全面排查检查。2020年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好2021年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

卫生督查医院整改报告篇三

该报告由下级向上级编写，为上级的宏观领导提供了依据。一般来说，它不需要接收当局的答复。它属于单向书写。以下是为大家整理的关于，欢迎品鉴！

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；
2. 住院病人存在开出无适应症的药物；
3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；
4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

2021年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。

2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署，2020年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。

3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市2020年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。

4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则(试行)》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度。2020年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。
2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。
3. 全面排查检查。2020年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专

项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好2021年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

为了更好地贯彻落实县医保局关于打击欺诈骗保专项治理紧急会议精神，切实保障医保基金的安全，院领导高度重视，

亲自安排部署，立即成立由院长任组长，各科室主任为成员的打击欺诈骗保专项治理自查自纠小组，并组织相关人员开展工作，对照检查标准，逐条逐项落实，现将此次自查自纠情况总结如下：

1、根据自查要求自查小组对我单位执业许可证执业范围、科室人员资质进行了自查。未发现超范围执业、无资质执业现象。

2、根据自查要求自查小组对我单位医疗仪器设备许可范围进行了自查。未发现医疗仪器设备有违反设备批准资质、使用范围的骗保现象，仪器设备与医技人员资质服务能力一致，不存在骗保情况。医疗仪器不存在不合格使用情况。

3、根据自查要求自查小组对我单位医药服务价格标准进行了自查。床位使用在核定范围内，住院出院首、末日不存在重复收费现象、不存在分解收费现象，药品及诊疗费用均按有关文件规定标准执行，建立药品账目并单独存放，药品统一配送并严格实行“两票”制度，定期盘点药品并保存盘点表。药品严格按进、销、存系统执行，未出现进、销、存不一致现象，不存在骗保情况。

4、根据自查要求自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费并使用省统一收据，严格执行会记、财务管理等制度。

5、通过自查发现我院医保工作距医保局要求还有一定的差距，如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，哪些要及时做，还有待进一步夯实提高，同时需加强专业技术学习。

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，要求相关人员按照打击欺诈骗保专项治理检查手册对自己的岗位工作进行梳理整改，定

期开展自查并且形成长效机制，坚决杜绝欺诈骗保现象的出现，以确保医保基金安全运行。同时不断加强业务学习，提高专业技能，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。

20xx年，在医保局的指导下，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、区有关城镇员工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《城镇员工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

（一）四月份根据省局《海南省打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》的文件精神和东方局《东方市打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》开展4-8月份的检查活动，检查方式以医疗机构自查和抽查为主。

（二）八月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的文件精神和东方局《东方市医疗保障局打击欺诈骗取医疗保障基金检查工作的方案》对全市有开展业务医疗定点机构全覆盖检查活动，检查方式以医疗机构自查和实地抽查为主。

本次检查违规处理情况：对高排村卫生室、旦场村卫生室、老欧村卫生室等3家村级卫生室决定关停结算处理。对市人民医院等6家违规医疗定点机构拒付回退金额共9907元。

十一月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的工作要求，我局重点针对8月份的检查情况开展对全市97开展业务医疗定点机构村卫生室进行全覆盖检查活动，分4个检查组开展检查工作，检查内容是村级卫生室的是否按服务协议进行服务，同时指导和规范其报销业务。同时对东方市人民医院等5家医院进行回头看检查。

本次检查违规处理情况：对24家村卫生室不按协议要求公示报销情况进行现场指正和现场整改，在回头看检查市人民医院等5家医疗定点机构发现有违规情况，共拒付回退金额共8303元。

2021年度在专项检查和常态监查中发现违规处方共799张，拒付回退金额共57009元。

（一）四月份根据省局《海南省医疗保障局关于开展2020年“打击欺诈骗保维护基金安全” 集中宣传月活动》开展法律政策和奖励举报活动，印发放海报1000张和举报奖励政策折页30000份，加强医疗定点机构规范服务行为和提高群众维权法律意识。

（二）五月份根据省局基金统收统支工作安排中兴财光会计师事务所进驻我局开展基金使用审计工作，在我局人员的配合下对我市人民医院、东方医院、中医院等多家医疗机构进行实地检查，目前中兴财光会计师事务所还在审计工作中，未向我局反馈检查（审计报告）情况。

（三）六月份根据《国家医疗保障局关于做好2020年医疗保障基金监管统收统支审计工作的通知》文件精神，按照省医

保局印发《2020年加强医疗保障基金监管持续严厉打击欺诈骗保工作实施方案》的通知要求，我局结合审计组的工作安排，对10家定点村级卫生室进行联合检查。

检查情况：东方市感城镇民兴村卫生室等10家，存在乱收费行为、药品加价销售行为、虚假处方等行为。

整改措施：

综上十家违规卫生室，已拒付违规金额总数96935元。6月13日我局联合市社保中心、市卫健委召开东方市医疗保障工作会议向全市定点医疗机构负责人通报10家卫生室违规情况，要求各机构以此为戒开展自查自纠，规范基金使用行为。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；
2. 住院病人存在开出无适应症的药物；
3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配

的情况；

4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

为了更好地贯彻落实县医保局关于打击欺诈骗保专项治理紧急会议精神，切实保障医保基金的安全，院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立由院长任组长，各科室主任为成员的打击欺诈骗保专项治理自查自纠小组，并组织相关人员开展工作，对照检查标准，逐条逐项落实，现将此次自查自纠情况总结如下：

- 1、根据自查要求自查小组对我单位执业许可证执业范围、科室人员资质进行了自查。未发现超范围执业、无资质执业现象。
- 2、根据自查要求自查小组对我单位医疗器械设备许可范围进行了自查。未发现医疗器械设备有违反设备批准资质、使用范围的骗保现象，仪器设备与医技人员资质服务能力一致，不存在骗保情况。医疗器械不存在不合格使用情况。
- 3、根据自查要求自查小组对我单位医药服务价格标准进行了自查。床位使用在核定范围内，住院出院首、末日不存在重复收费现象、不存在分解收费现象，药品及诊疗费用均按有关文件规定标准执行，建立药品账目并单独存放，药品统一配送并严格实行“两票”制度，定期盘点药品并保存盘点表。药品严格按进、销、存系统执行，未出现进、销、存不一致现象，不存在骗保情况。
- 4、根据自查要求自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费并使用省统一收据，严格执行会记、财务管理等制度。
- 5、通过自查发现我院医保工作距医保局要求还有一定的差距，如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，哪些要及时做，还有待进一步

夯实提高，同时需加强专业技术学习。

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，要求相关人员按照打击欺诈骗保专项治理检查手册对自己的岗位工作进行梳理整改，定期开展自查并且形成长效机制，坚决杜绝欺诈骗保现象的出现，以确保医保基金安全运行。同时不断加强业务学习，提高专业技能，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。

为了横好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民群众监督。

为了横好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规

与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民群众监督。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；
2. 住院病人存在开出无适应症的药物；
3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；
4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

按照奎文区医保局对开展4月份打击欺诈骗保，维护医保基金安全专项行动工作的要求，我院组织全院职工召开了医保督查工作会议，针对医保欺诈骗保可能出现的问题，我院要求医院医保办要做好医保就诊监督管理，相关医保文件传达学习、自查整改工作，现将我院开展的工作汇报如下：

根据医院要求，结合4月份医保工作我院医保办组织医疗科室、外宣科室、行政科室集中深刻学习，针对有关其诈骗报的问题深度解读，讲解相关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：1)伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2)将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3)非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；

2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：1)虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；2)为参保人员提供虚假发票的；3)将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；4)为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；5)为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；6)挂名住院的；7)串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

以上是我院按照奎文区医保处的工作部署，结合此次欺诈骗保问题开展的院内医保工作自查情况，通过此次自查工作，让我院更加认识到了医保资金合理合法合规使用的重要性，以及加强院内医保监督、管理的必要性。在接下来的工作中，

我院会加大医保政策的宣传力度，加强沟通、积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

在医保局的指导下，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《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

为更好地贯彻落实县医保局关于打击诈骗保险专项治理的紧急会议精神，切实保障医保基金安全，医院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立以院长为组长，各部门主任为成员的打击诈骗保险专项治理自查自纠小组，组织相关人员开展工作，按照检查标准逐项落实。现将自查自纠情况总结如下：

1. 根据自查要求，自查小组对我单位执业许可证的执业范围和部门人员的资质进行了自查。未发现超范围执业和不合格执业。
2. 根据自查要求自查小组对我单位医疗设备许可范围进

行了自查。未发现医疗仪器设备违反设备批准资质和使用范围的保险欺诈行为。仪器设备与医疗技术人员的资质和服务能力一致，不存在保险欺诈行为。医疗器械不合格。

3. 根据自查要求，自查小组对我单位医疗服务价格标准进行了自查。床位在核定范围内使用，住院首末不存在重复收费和分解收费。药品和诊疗费用按有关文件规定的标准执行，建立药品账户，单独存放。药品统一配送，严格执行两票制度，定期盘点药品，保存盘点表。药品严格按照进销存系统执行，没有进销存不一致，没有保险欺诈。

4. 根据自查要求，自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费，使用省统一收据，严格执行会计、财务管理等制度。

5. 通过自查发现，我院医疗保险工作与医保局的要求还有一定差距。比如个别医务人员不重视医疗保险工作，对医疗保险的业务学习不透彻，认识不足，需要及时做什么，需要进一步巩固和提高，需要加强专业技术学习。

今后，我院要更加严格执行医疗保险的各项政策法规，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，要求相关人员按照打击欺诈和保险欺诈专项治理检查手册对岗位工作进行梳理和整改，定期进行自查，形成长效机制，坚决杜绝欺诈和保险欺诈，确保医疗保险基金的安全运行。同时，不断加强业务学习，提高专业技能，加强医患沟

，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。

卫生督查医院整改报告篇四

20**年，在医保局的指导下，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、区有关城镇员工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《城镇员工基本医疗保险定

点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

- 1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；

- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的;
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的;
- 6) 挂名住院的;
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

卫生督查医院整改报告篇五

保险欺诈是保险欺诈的一种。骗取医疗保险、保险等是常见的。以下是为大家整理的关于, 欢迎品鉴!

为了横好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗

口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民群众监督。

在医保局的指导下，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、区有关城镇员工医疗保险的政策规定和要求，认真履行《城镇员工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、

发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；

- 2) 为参保人员提供虚假发票的；
- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；
- 6) 挂名住院的；
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

2021年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。
2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署，2020年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；

6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。

3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市2020年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。

4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则(试行)》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度。2020年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局均第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专

题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。

2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。

3. 全面排查检查。2020年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违法违规专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好2021年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；

2. 住院病人存在开出无适应症的药物；

3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；

4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

（一）四月份根据省局《海南省打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》的文件精神和东方局《东方市打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》开展4-8月份的检查活动，检查方式以医疗机构自查和抽查为主。

（二）八月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的文件精神和东方局《东方市医疗保障局打击欺诈骗取医疗保障基金检查工作的方案》对全市有开展业务医疗定点机构全覆盖检查活动，检查方式以医疗机构自查和实地抽查为主。

本次检查违规处理情况：对高排村卫生室、旦场村卫生室、老欧村卫生室等3家村级卫生室决定关停结算处理。对市人民医院等6家违规医疗定点机构拒付回退金额共9907元。

十一月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的工作要求，我局重点针对8月份的检查情况开展对全市97开展业务医疗定点机构村卫生室进行全覆盖检查活动，分4个检查组开展检查工作，检查内容是村级卫生室的是否按服务协议进行服务，同时指导和规范其报销业务。同时对东方市人民医院等5家医院进行回头看检查。

本次检查违规处理情况：对24家村卫生室不按协议要求公示报销情况进行现场指正和现场整改，在回头看检查市人民医

院等5家医疗定点机构发现有违规情况，共拒付回退金额共8303元。

2021年度在专项检查和常态监查中发现违规处方共799张，拒付回退金额共57009元。

（一）四月份根据省局《海南省医疗保障局关于开展2020年“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动》开展法律政策和奖励举报活动，印发放海报1000张和举报奖励政策折页30000份，加强医疗定点机构规范服务行为和提高群众维权法律意识。

（二）五月份根据省局基金统收统支工作安排中兴财光会计师事务所进驻我局开展基金使用审计工作，在我局人员的配合下对我市人民医院、东方医院、中医院等多家医疗机构进行实地检查，目前中兴财光会计师事务所还在审计工作中，未向我局反馈检查（审计报告）情况。

（三）六月份根据《国家医疗保障局关于做好2020年医疗保障基金监管统收统支审计工作的通知》文件精神，按照省医保局印发《2020年加强医疗保障基金监管持续严厉打击欺诈骗保工作实施方案》的通知要求，我局结合审计组的工作安排，对10家定点村级卫生室进行联合检查。

检查情况：东方市感城镇民兴村卫生室等10家，存在乱收费行为、药品加价销售行为、虚假处方等行为。

整改措施：

综上十家违规卫生室，已拒付违规金额总数96935元。6月13日我局联合市社保中心、市卫健委召开东方市医疗保障工作会议向全市定点医疗机构负责人通报10家卫生室违规情况，要求各机构以此为戒开展自查自纠，规范基金使用行为。

为了横好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步

优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民群众监督。

卫生督查医院整改报告篇六

为更好地贯彻落实县医保局关于打击诈骗保险专项治理的紧急会议精神，切实保障医保基金安全，医院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立以院长为组长，各部门主任为成员的打击诈骗保险专项治理自查自纠小组，组织相关人员开展工作，按照检查标准逐项落实。现将自查自纠情况总结如下：

1. 根据自查要求，自查小组对我单位执业许可证的执业范围和部门人员的资质进行了自查。未发现超范围执业和不合格执业。
2. 根据自查要求自查小组对我单位医疗设备许可范围进行了自查。未发现医疗设备违反设备批准资质和使用范围的保险欺诈行为。仪器设备与医疗技术人员的资质和服务能力一致，不存在保险欺诈行为。医疗器械不合格。
3. 根据自查要求，自查小组对我单位医疗服务价格标准进行

了自查。床位在核定范围内使用，住院首末不存在重复收费和分解收费。药品和诊疗费用按有关文件规定的标准执行，建立药品账户，单独存放。药品统一配送，严格执行两票制度，定期盘点药品，保存盘点表。药品严格按照进销存系统执行，没有进销存不一致，没有保险欺诈。

4. 根据自查要求，自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费，使用省统一收据，严格执行会计、财务管理等制度。

5. 通过自查发现，我院医疗保险工作与医保局的要求还有一定差距。比如个别医务人员不重视医疗保险工作，对医疗保险的业务学习不透彻，认识不足，需要及时做什么，需要进一步巩固和提高，需要加强专业技术学习。

今后，我院要更加严格执行医疗保险的各项政策法规，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，要求相关人员按照打击欺诈和保险欺诈专项治理检查手册对岗位工作进行梳理和整改，定期进行自查，形成长效机制，坚决杜绝欺诈和保险欺诈，确保医疗保险基金的安全运行。同时，不断加强业务学习，提高专业技能，加强医患沟

，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。

卫生督查医院整改报告篇七

20xx年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；

贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。

2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署□20xx年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。

3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市20xx年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。

4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度□20xx年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局均第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同

时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。

2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。

3. 全面排查检查□20xx年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

二、20xx年度打击欺诈骗保工作打算

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为

镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违法违规专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好20xx年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

卫生督查医院整改报告篇八

该报告由下级向上级编写，为上级的宏观领导提供了依据。一般来说，它不需要接收当局的答复。它属于单向书写。以下是为大家整理的关于, 欢迎品鉴！

在医保局的指导下，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、区有关城镇员工医疗保险的政策

规定和要求，认真履行《城镇员工基本医疗保险定点医疗机构医疗服务合同书》。经以院长晓李为刀为领导班子的正确领导和本院医务人员的共同努力，2020年的医保工作总体运行正常，未出现借卡看病、挂床看病、超范围检查等欺诈骗保等情况的发生，在一定程度上配合了医保中心的工作，维护了基金的安全运行。现我院对医疗单位是否存在欺诈骗保等违规事件进行全面自查，对检查中发现的问题积极整改，现将自查整改情况报告如下：

关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。

我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：

1) 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2) 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺诈骗保行为；3) 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、

发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：

1) 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；
2) 为参保人员提供虚假发票的；

- 3) 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的;
- 4) 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的;
- 5) 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的;
- 6) 挂名住院的;
- 7) 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；
2. 住院病人存在开出无适应症的药物；

3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；

4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；

2. 住院病人存在开出无适应症的药物；

3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；

4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

为进一步加强医疗保障基金监管，坚决打击欺诈骗取医疗保障基金行为，根据州县医保局的安排部署，按照基金监管督查全覆盖要求，我院医保工作进行了自查工作，对照检查内容认真排查，积极整改，现将梳理自查情况报告如下：

首先，我院全面加强了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，讲述身边的欺诈骗保的典型案例，并按照文件的要求对不符合规定的治疗项目及不该使用的药品严格把关，从各职工思想上筑牢“医保的基金绝不能骗，政策的红线绝不能踩”的意识；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，树立医保定点单位的良好形象。

1. 串换药品收费：存在部分不在医保支付范围内的药物替代为医保支付药物；
2. 住院病人存在开出无适应症的药物；
3. 住院病人开具口服药时超出7日的药量，与住院天数不匹配的情况；
4. 门诊购药存在使用他人医保卡的现象，并有一家开多种药品的情况；

规范经办流程，加强医患沟通，严格自查自纠杜绝串换收费，执行医保目录内药品名称和价格标准结算。

2021年，我区严格按照国家及省市医保局安排部署，深入开展打击欺诈骗保专项治理及定点医疗机构专项治理“回头看”。

（一）打击欺诈骗保专项治理工作

1. 强化组织领导。县医保局成立打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，联合卫健、公安、市场监管等部门建立打击欺诈骗保联席会议制度，强化对打击欺诈骗保工作的组织领导；贯彻落实省市医保局专项治理部署要求，明确“两机构、一账户”单位主要负责人为本单位医保基金使用安全第一责任人、打击欺诈骗保专项治理工作主要负责人。

2. 开展集中行动。为营造自觉维护医疗保障基金安全的良好社会氛围，根据国家及省市医局统一部署，2020年4月份，认真组织开展“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动；6月份，组织开展对*家医共体集团及**家定点零售药店进行监督检查，实现“两机构、一账户”监督检查全覆盖。

3. 严格审核稽核。根据《关于开展**市2020年打击欺诈骗保专项治理复查复核阶段工作的通知》等文件要求，组织对**家区乡医疗机构****年*月*日至*月*日期间的医保政策执行情况进行复查复核，共计追回违规使用医保基金***万元；加强对医疗机构报销材料的日常审核，全年审核拒付不合理基金支出***万元；强化协议管理，约谈定点医药机构**家，暂停*家定点药店协议6个月，按协议扣除**家定点药店质量证金**万元；严格行政执法，查处个人骗套医保基金*起，追回基金*万元，行政处罚*万元。

4. 建立长效机制。制定出台《**区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则(试行)》，建立基金支出预警机制，实行分级业务审核和“双随机一公开”监管制度，在取得阶段性成果的同时，建立打击欺诈骗保长效机制。

（二）定点医疗机构专项治理“回头看”工作

1. 及时组织调度。2020年12月14日，安徽省太和县多家医院欺诈骗取医保基金被媒体曝光后，国家医保局、省委省政府高度重视，省委书记、省长等领导同志分别做出重要批示、指示，要求在全省范围内深挖彻查持续打击欺诈骗保。我局

均第一时间向区政府分管领导同志作专题汇报。12月**日，副区长主持召开定点医疗机构专项治理“回头看”暨集体警示约谈会，对我县专项治理“回头看”工作进行部署安排；同时成立以分管区领导为组长，纪检、公安、卫健、市场监管、医保、民政等部门为成员单位的工作领导小组，进一步强化组织领导和部门协同；研究制定《**区定点医疗机构违规问题专项排查工作方案》和《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，对排查重点、排查对象、排查方法和工作要求予以明确；及时在区医院职工大会上，传达省、市局会议精神，通报“太和案情”，并对相关监管业务进行专题培训，强化打击欺诈骗保宣传，层层压实责任。

2. 细化工作措施。为推进工作深入开展，我局细化措施，做到“三明确”：一是明确排查重点。即利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保金的行为；采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为；采取过度检查、过度治疗等方式小病大治等方式套取医保基金的行为。二是明确排查对象。即在专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构、平时举报线索较集中的定点医疗机构。三是明确方式方法。通过数据筛查、突击核查、病历审查、走访调查等方式，重点排查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者等特殊人群。实现监督检查全覆盖无死角。

3. 全面排查检查。2020年**月**日起，我局组成**个小组对全区定点医疗机构开展挂床住院、诱导住院等问题检查。专项排查期间，共计出动*车次、*余人次，对辖区内**家定点医疗机构进行专项排查，排查在院患者**人，走访出院在家患者**余人次；排查出挂床住院*例、低指征*例、分解*例，追回违规医保基金***万元、罚款***万元，合计***万元。

贯彻落实全省定点医疗机构医保违法违规行为专项治理工作

电视电话会议精神，结合我区实际，以“安徽太和骗保”为镜鉴，深入开展新一轮深化“三个以案”警示教育，切实担起维护医保基金安全的政治责任，深挖彻查持续打击欺诈骗保。

（一）进一步强化组织领导。在打击欺诈骗保联席会议基础上，成立由分管区领导为组长、相关部门负责人为成员的维护医保基金安全领导小组，强化对维护医保基金安全工作的领导。

（二）进一步强化政策宣传。以宣传贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》为契机，深入宣传《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号），营造维护基金安全良好氛围。

（三）进一步强化部门协调。在区维护医保基金安全领导小组领导下，由医保局主抓，各成员单位各司其职，密切配合，组织开展联合检查，强化联合惩戒，提升震慑效果。

（四）进一步强化措施落实。根据省市定点医疗机构医保违法违规专项治理工作方案，结合我区实际，研究制定方案，并组织实施。根据省医保局《关于做好2021年基金监管工作的通知》要求，组织开展全覆盖现场检查、“三假”专项整治、存量问题“清零行动”等，扎实推进各项任务落实。

为更好地贯彻落实县医保局关于打击诈骗保险专项治理的紧急会议精神，切实保障医保基金安全，医院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立以院长为组长，各部门主任为成员的打击诈骗保险专项治理自查自纠小组，组织相关人员开展工作，按照检查标准逐项落实。现将自查自纠情况总结如下：
1. 根据自查要求，自查小组对我单位执业许可证的执业范围和部门人员的资质进行了自查。未发现超范围执业和不合格执业。

2、根据自查要求自查小组对我单位医疗设备许可范围进行了自查。未发现医疗设备违反设备批准资质和使用范围的保险欺诈行为。仪器设备与医疗技术人员的资质和服务能力一致，不存在保险欺诈行为。医疗器械不合格。

3. 根据自查要求，自查小组对我单位医疗服务价格标准进行了自查。床位在核定范围内使用，住院首末不存在重复收费和分解收费。药品和诊疗费用按有关文件规定的标准执行，建立药品账户，单独存放。药品统一配送，严格执行两票制度，定期盘点药品，保存盘点表。药品严格按照进销存系统执行，没有进销存不一致，没有保险欺诈。

4. 根据自查要求，自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费，使用省统一收据，严格执行会计、财务管理等制度。

5. 通过自查发现，我院医疗保险工作与医保局的要求还有一定差距。比如个别医务人员不重视医疗保险工作，对医疗保险的业务学习不透彻，认识不足，需要及时做什么，需要进一步巩固和提高，需要加强专业技术学习。

今后，我院要更加严格执行医疗保险的各项政策法规，自觉接受医疗保险部门的监督和指导，要求相关人员按照打击欺诈和保险欺诈专项治理检查手册对岗位工作进行梳理和整改，定期进行自查，形成长效机制，坚决杜绝欺诈和保险欺诈，确保医疗保险基金的安全运行。同时，不断加强业务学习，提高专业技能，加强医患沟

，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。

（一）四月份根据省局《海南省打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》的文件精神和东方局《东方市打击欺诈骗保重点治理领域专项整治实施方案》开展4-8月份的检查活动，检查方式以医疗机构自查和抽查为主。

（二）八月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做

好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的文件精神和东方局《东方市医疗保障局打击欺诈骗取医疗保障基金检查工作的方案》对全市有开展业务医疗定点机构全覆盖检查活动，检查方式以医疗机构自查和实地抽查为主。

本次检查违规处理情况：对高排村卫生室、旦场村卫生室、老欧村卫生室等3家村级卫生室决定关停结算处理。对市人民医院等6家违规医疗定点机构拒付回退金额共9907元。

十一月份根据省局《海南省医疗保障局关于进一步做好2019年我省打击欺诈骗取医疗保障基金工作的通知》的工作要求，我局重点针对8月份的检查情况开展对全市97开展业务医疗定点机构村卫生室进行全覆盖检查活动，分4个检查组开展检查工作，检查内容是村级卫生室的是否按服务协议进行服务，同时指导和规范其报销业务。同时对东方市人民医院等5家医院进行回头看检查。

本次检查违规处理情况：对24家村卫生室不按协议要求公示报销情况进行现场指正和现场整改，在回头看检查市人民医院等5家医疗定点机构发现有违规情况，共拒付回退金额共8303元。

2021年度在专项检查和常态监查中发现违规处方共799张，拒付回退金额共57009元。

（一）四月份根据省局《海南省医疗保障局关于开展2020年“打击欺诈骗保维护基金安全”集中宣传月活动》开展法律政策和奖励举报活动，印发放海报1000张和举报奖励政策折页30000份，加强医疗定点机构规范服务行为和提高群众维权法律意识。

（二）五月份根据省局基金统收统支工作安排中兴财光会计师事务所进驻我局开展基金使用审计工作，在我局人员的配合下对我市人民医院、东方医院、中医院等多家医疗机构进

行实地检查，目前中兴财光会计师事务所还在审计工作中，未向我局反馈检查（审计报告）情况。

（三）六月份根据《国家医疗保障局关于做好2020年医疗保障基金监管统收统支审计工作的通知》文件精神，按照省医保局印发《2020年加强医疗保障基金监管持续严厉打击欺诈骗保工作实施方案》的通知要求，我局结合审计组的工作安排，对10家定点村级卫生室进行联合检查。

检查情况：东方市感城镇民兴村卫生室等10家，存在乱收费行为、药品加价销售行为、虚假处方等行为。

整改措施：

综上十家违规卫生室，已拒付违规金额总数96935元。6月13日我局联合市社保中心、市卫健委召开东方市医疗保障工作会议向全市定点医疗机构负责人通报10家卫生室违规情况，要求各机构以此为戒开展自查自纠，规范基金使用行为。

为了横好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗

口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民

群众监督。

为了更好地贯彻落实县医保局关于打击欺诈骗保专项治理紧急会议精神，切实保障医保基金的安全，院领导高度重视，亲自安排部署，立即成立由院长任组长，各科室主任为成员的打击欺诈骗保专项治理自查自纠小组，并组织相关人员开展工作，对照检查标准，逐条逐项落实，现将此次自查自纠情况总结如下：

1、根据自查要求自查小组对我单位执业许可证执业范围、科室人员资质进行了自查。未发现超范围执业、无资质执业现象。

2、根据自查要求自查小组对我单位医疗仪器设备许可范围进行了自查。未发现医疗仪器设备有违反设备批准资质、使用范围的骗保现象，仪器设备与医技人员资质服务能力一致，不存在骗保情况。医疗仪器不存在不合格使用情况。

3、根据自查要求自查小组对我单位医药服务价格标准进行了自查。床位使用在核定范围内，住院出院首、末日不存在重复收费现象、不存在分解收费现象，药品及诊疗费用均按有关文件规定标准执行，建立药品账目并单独存放，药品统一配送并严格实行“两票”制度，定期盘点药品并保存盘点表。药品严格按进、销、存系统执行，未出现进、销、存不一致现象，不存在骗保情况。

4、根据自查要求自查小组对我单位财务进行了自查。财务账簿齐全，严格按照国家、省、市统一收费标准收费并使用省统一收据，严格执行会记、财务管理等制度。

5、通过自查发现我院医保工作距医保局要求还有一定的差距，如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，哪些要及时做，还有待进一步夯实提高，同时需加强专业技术学习。

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，要求相关人员按照打击欺诈骗保专项治理检查手册对自己的岗位工作进行梳理整改，定期开展自查并且形成长效机制，坚决杜绝欺诈骗保现象的出现，以确保医保基金安全运行。同时不断加强业务学习，提

高专业技能，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。

按照奎文区医保局对开展4月份打击欺诈骗保，维护医保基金安全专项行动工作的要求，我院组织全院职工召开了医保督查工作会议，针对医保欺诈骗保可能出现的问题，我院要求医院医保办要做好医保就诊监督管理，相关医保文件传达学习、自查整改工作，现将我院开展的工作汇报如下：

根据医院要求，结合4月份医保工作我院医保办组织医疗科室、外宣科室、行政科室集中深刻学习，针对有关其诈骗报的问题深度解读，讲解相关医保政策，为避免医院出现医保基金盗刷的问题、医保基金的安全使用的问题提供有效保障。

1、针对住院患者可能存在的欺诈骗保、骗保等问题自查。我院进行了认真细致的内部自查，根据入院指征、医院诊疗范围等对新入院病人及在院病人进行审核，检查病人在院期间的用药、检查、治疗是否符合合理性的要求，检查病人的在院情况以及对病人身份进行审核，通过此次内部检查，我院内部在接诊治疗患者过程中未发现：1)伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的行为；2)将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的欺骗诈骗医保行为；3)非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的行为；

2、关于医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为自查。

我院组织财务科、药房、医保等科室，根据入库单、发票等对院内的所有医保相关的财务、药剂等进行了核对检查，未发现如下欺诈骗保行为存在：1)虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；2)为参保人员提供虚假发票的；3)将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；4)为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；5)为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；6)挂名住院的；7)串换药品、

耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

以上是我院按照奎文区医保处的工作部署，结合此次欺诈骗保问题开展的院内医保工作自查情况，通过此次自查工作，让我院更加认识到了医保资金合理合法合规使用的重要性，以及加强院内医保监督、管理的必要性。在接下来的工作中，我院会加大医保政策的宣传力度，加强沟通、积极汇报，严格自查，加强对潍坊市相关医保政策的学习，以为人民健康、医保基金安全高度负责的态度，提高认识，强化监管力度，加强医院内部的医疗与医保相关工作的监督与管理，确保医保资金的安全有效使用，坚决杜绝一切欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

为了更好的贯彻落实市医保局关于打击欺诈骗保的专项治理会议精神，切实保障医保基金安全，我院领导高度重视，亲自安排部署，加强行业自律，保障医疗安全，营造公平、和谐、稳定的医疗服务环境，合理使用医保资金，规范诊疗活动，严厉杜绝欺诈骗保行为，按照国家医疗保障局、省、同时立即召开专题会议，深入解读医疗保障基金监管法律法规与政策规定，加强舆论引导和正面宣传，营造全民共同维护医保基金安全的良好氛围，现就工作情况汇报如下：

自接到通知后，我院立即成立以杨明辉院长为组长，以肖丽娜副院长为副组长，各科室负责人为小组成员的领导小组，对照有关标准，积极宣传。

在市医保局及市卫健委的正确领导及指导下，建立健全各项规章制度，设立医保患者结算、贫困户一站式服务等专用窗口简化流程，提供便捷、优质的医疗服务。如“两病”认定、门诊统筹实施、住院流程、收费票据管理制度、门诊管理制度等。

住院病人严格进行身份识别，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。

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。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，同时强化安全意识，医患关系日趋和谐。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。进一步优化服务流程，方便病人就医。简化就医环节，缩短病人等候时间。我院为病人配备了开水、老花镜、轮椅等服务设施。

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，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，经治医师要向参保人讲明理由，并填写了“知情同意书”，经患者或其家属同意签字后附在住院病历上。我院坚持费用清单制度，每日费用清单发给病人，让参保人明明白白。

今后我院严格按照医保局相关规定实行，加强管理认真审核杜绝各种欺诈骗取医疗保障基金的行为，诚恳接受广大人民群众监督。