

农村医疗保险工作自查报告 医疗保险工作自查报告(大全7篇)

报告在传达信息、分析问题和提出建议方面发挥着重要作用。报告的作用是帮助读者了解特定问题或情况，并提供解决方案或建议。下面我给大家整理了一些优秀的报告范文，希望能够帮助到大家，我们一起来看看吧。

农村医疗保险工作自查报告篇一

今年来，在镇党委政府的正确领导和上级医保部门的大力支持下，我镇忠实践行“三个代表”重要思想，坚持以人为本，以科学发展观统揽整个工作。紧紧围绕县医保局下达的工作目标任务，狠抓医保的落实工作，各项工作均按进度完成。

（一）、领导重视，精心组织。城镇居民基本医疗保险是政府引导的一项社会保障制度，充分体现党和政府对民生问题的高度重视与关怀，是各级政府的民心工程，为民办实事项目，为了精心组织落实好城镇居民基本医疗保险工作，柏林镇人民政府把城镇居民医疗保险列入上半年的重要工作来抓，把它做为一项政治任务来完成。

（二）、多管齐下，广泛宣传城镇居民基本医疗保险涉及到千家万户，城镇居民医疗保险工作能否稳步推进，做到家喻户晓，宣传工作至关重要。利用各种渠道发放宣传资料，使城镇居民医保宣传工作深入厂区、社区、街道。我们利用了一切宣传阵地，达到了无缝隙、全覆盖的宣传效果。

今年我镇面对困难和压力，采取积极有效的措施，迎难而上，按时按进度完成县医保局下达的医保工作任务。今后我镇将挖掘潜力，大力营造良好的工作环境，促进城镇医保工作持续、稳定、健康地发展。

农村医疗保险工作自查报告篇二

20××年，我局按照县委政府考核目标和市县人社部门对医保工作设计的规定动作和硬性指标，扎扎实实地抓好各项工作的落实，有力地保证了各项预期目标任务按时完成。

（一）城乡居民基本医疗保险政策范围内报销比圆满完成

20××年1月1日-11月30日，全县已有79371人次城乡居民享受住院补偿，住院总费用为40854.95万元，共使用住院统筹基金达20018.93万元，人均补偿达2522.2元。实际报付比达49%，参保居民政策范围内报付比达78.3%。有1187228人次使用门诊统筹基金3645.39万元、有1569人享受住院分娩报销238.99万元、有1894人次享受门诊重症补偿326.88万元、有338人次享受慢病门诊报销31.07万元、支出一般诊疗费达731.69万元。

（二）超任务完成发展基层村卫生室和定点药店

20××年，我局积极配合县卫计部门，对各乡镇卫生院业务下属的14家村卫生室联通医保金保软件系统，保证辖区内参保群众能正常享受城乡居民基本医疗保险普通门诊服务。另外全年共开通8家定点药店的网络覆盖，保证能正常享受《社会保障卡》的相关业务服务。

（三）积极提升异地就医报销服务质量，统筹区内即时结算全面实现

积极完善参保人员异地就医结算制度，进一步简化办事流程。平常县外县外非统筹区受理报销资料七个工作日内及时拨付报销医疗费用；县外非统筹区住院大额度费用和外伤住院病历受理报销资料后十五个工作日内拨付报销医疗费用；岁末年初网络运行压力大和报账高峰期的特殊情况下，县外非统筹区受理报销资料后一个月内拨付报销医疗费用；对省异地

就医即时结算责任人员明确，落实专人负责日常工作，20××年我县城镇职工医保异地联网直报工作不断得以加强。开通异地住院即时结算达70%。全xxx市范围内，与所有开通金保软件联网的定点医疗机构和定点药店实行即时结算，极大方便了广大城乡居民和城镇职工就近就医。

（四）单病种付费工作如期推进

（五）城乡居民大病补充医疗保险报销比例稳中有升

一是城乡居民基本医疗保险住院报销比例偏低。

20xx年新农合启动之初，人均筹资标准为45元，其中财政补助35元/人，个人筹资10元/人。20××年城乡居民医保人均筹资标准为600元，其中财政补助450元/人，个人筹资150元/人和270元/人两档。基金的抗风险能力得到了明显提升，保障能力显著增强，全民医保持续纵深发展逐步进入快车道时代。从以上数据可以看出，十一年时间，筹资标准和各级财政补助组成的基金总量增加13倍不止，但实际报销比例仍然徘徊在50%以下，城乡居民医保缴费档次和待遇标准仍然显得失调，这里面除了群众健康意识明显增强和物价杠杆的因素，更多的还是顶层制度设计和医改成效不强的原因，特别是职能整合后，各区县医保经办机构无任何城乡居民医保自选动作和因地制宜的空间，没有发挥好城乡居民医保基金的使用效率。

二是医疗扶贫的上下口径不一，日常管理难度大。

20××年4月市县扶贫移民工作部门与市人社局信息中心对建档立卡贫困人口基础信息和数据进行了更正和微调，20××年医疗扶贫工作产生了一定程度的波动影响。20××年4月27日、5月24日，市人社局信息中心分批对贫困人员在金保系统中进行了重新标识，此前已经享受了贫困人员医疗待遇而现在又不该继续享受的，医保基金进行了支付；而该时间段住

院的贫困人员应享受医疗救助政策却没有享受到该政策，是否纳入补报范围，目前无统一口径。另一方面从20××年1月1日开始，截止到目前，建档立卡贫困人员因其住院不需要支付任何医疗费用，大量可到门诊医治疾病的病人钻政策空子申请住院，提高了住院率，且医院在诊疗过程中存在不规范治疗，大处方大检查现象严重，造成医保稽核难度增加，医保基金运行潜在风险加大。

三是医疗机构逐利心态重，主动控费、节约使用医保基金观念不强。

医疗卫生体制改革处于渐行中，相关政策和各级财政配套资金不到位，业务收入仍然是医疗机构的自身建设和医护人员绩效工资的主要来源，也是上级卫生行政单位对医院的重要考核指标。造成医疗机构入院门槛低、住院病人居高不下的现象。加之部分医护人员片面追求业务收入，置国家法规和病人权益于不顾，利用服务对象医疗知识匮乏的弱点，分解检查、重复检查、开大处方、人情方、滥用药等现象不同程度存在，而医保稽查部门人少量大，不可能面面俱到的管理督促，上级也没有出台刚性的临床检查用药的流程和制度等。上述现象的管理很大程度上是流于形式。

努力践行全市大医保工作服务办理“零距离”、服务事项“零积压”、服务对象“零投诉”的“三零服务”工作理念，构建人文医保、便民医保、和谐医保、规范医保、阳光医保，促进我县医疗保险事业又好又快发展。

进一步加大定点医疗机构监管力度

提高医疗服务水平和质量，完善和简化就诊程序，做到合理用药、合理检查、合理治疗，降低成本，有力保障人民群众的合法医疗权益。

稳步推进城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度

进一步强化宣传分级诊疗及双向转诊实施范围，大力贯彻落实城乡居民医保支付政策。加强对定点医疗机构的监管，对不符合上转条件人员出具虚假证明及伪造材料的医务人员，取消医保医师资格；对多次违规的定点医疗机构，由人社部门取消医保定点资格。同时督促定点医疗机构建立告知制度，将基层首诊、双向转诊、分级诊疗相关政策宣传执行到位，确保我县城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度稳步推进。

（三）加大医疗扶贫工作力度，确保建档立卡贫困人员合法医疗权益

一是确保贫困人口政策范围内住院医疗费用报销比例达到100%。

二是加大审核力度，督促县域内各定点医疗机构对建档立卡贫困人口基本医疗保险、政策性倾斜支付和大病补充医疗保险政策落实到位。

三是继续稳步实施慢性和重症特殊疾病门诊政策。

四是加大建档立卡贫困人员单病种付费的落实和督查力度。

20××年××月××日

农村医疗保险工作自查报告篇三

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(xx)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。

农村医疗保险工作自查报告篇四

努力践行全市大医保工作服务办理“零距离”、服务事项“零积压”、服务对象“零投诉”的“**三零服务**”工作理念，构建人文医保、便民医保、和谐医保、规范医保、阳光医保，促进我县医疗保险事业又好又快发展。

进一步加大定点医疗机构监管力度

提高医疗服务水平和质量，完善和简化就诊程序，做到合理

用药、合理检查、合理治疗，降低成本，有力保障人民群众的合法医疗权益。

稳步推进城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度

进一步强化宣传分级诊疗及双向转诊实施范围，大力贯彻落实城乡居民医保支付政策。加强对定点医疗机构的监管，对不符合上转条件人员出具虚假证明及伪造材料的医务人员，取消医保医师资格；对多次违规的定点医疗机构，由人社部门取消医保定点资格。同时督促定点医疗机构建立告知制度，将基层首诊、双向转诊、分级诊疗相关政策宣传执行到位，确保我县城乡居民医保分级诊疗及双向转诊制度稳步推进。

（三）加大医疗扶贫工作力度，确保建档立卡贫困人员合法医疗权益

一是确保贫困人口政策范围内住院医疗费用报销比例达到100%。

二是加大审核力度，督促县域内各定点医疗机构对建档立卡贫困人口基本医疗保险、政策性倾斜支付和大病补充医疗保险政策落实到位。

三是继续稳步实施慢性和重症特殊疾病门诊政策。

四是加大建档立卡贫困人员单病种付费的落实和督查力度。

农村医疗保险工作自查报告篇五

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(xx)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。

农村医疗保险工作自查报告篇六

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，经主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%。

农村医疗保险工作自查报告篇七

近日，为进一步规范医疗保险基金的使用和管理，江油市人力资源和社会保障局印发了《江油市“医疗保险监管年”活动工作方案的通知》文件，并组织召开了全市动员大会，根据文件及会议精神，我院领导高度重视，严格按照文件精神认真开展自查活动，现将自查情况总结如下：

为了切实加强“医疗保险监管年”活动的领导，确保活动顺利进行，并取得实效。我院成立了“医疗保险监管年”活动领导小组，院长赵昌荣同志任组长，业务副院长刘小平同志任副组长，成员由财务科、内儿科、外产科、门诊部、信息科等相关职能科室负责人组成，领导小组办公室设在信息科，由杨萍同志兼任办公室主任，负责此项活动的日常工作。

根据《江油市“医疗保险监管年”活动工作方案》，我院组织由分管业务副院长带队，组织相关职能科室深入门诊、住院部、医技科、药房等重点科室就以下情况开展自查和专项检查：

5、其他以各种方式非法损害医疗保险基金安全的行为。通过自查，我院无违规违纪行为发生，只是存在个别住院医生在为住院病人开具中成药时，忘了注明中医诊断。

根据市局的统一部署，全市乡镇卫生院进行一次交叉检查，我院将根据《江油市医疗保险监管年城镇医疗保险定点医疗机构检查情况汇总表》的'项目，认真开展自查和交叉检查工

作，对在交叉检查活动中发现的新情况、新问题要及时上报、研究、解决，务求取得实效。

通过开展“医疗保险监管年”自查等一系列活动，促进了医疗保险基金的使用和管理将更加规范，切实保障参保人员的利益。这是一项惠民活动，我院将长抓不懈的做好此项活动。