

医保病历自查自纠报告

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇）

随着个人素质的提升，报告有着举足轻重的地位，不同类型的报告具有不同的用途。一听到写报告马上头昏脑涨？下面是小编为大家整理的医保病历自查自纠报告（通用 12 篇），仅供参考，大家一起来看看吧。

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇）1

根据县政风行风领导评议小组《澧县基层站所政风行风民主评议查找问题阶段具体工作安排》和《雷公塔 20xx—20xx 基层站所政风行风民主评议工作实施方案》

工作部署，雷公塔中心卫生院的政风行风评议工作按照统一组织、分级实施、全面评议、突出重点的方法步骤，在成立领导机构、制定评议方案、动员部署的基础上，开展了自查自评工作，现将自查自评情况报告如下：

一、自查自评工作内容

确定自查自评工作内容主要是从解决雷公塔中心卫生院存在的损害群众利益行为的突出问题着手，以推进我中心卫生院行业作风建设再上新台阶为目标，重点从以下几个方面查找问题：

（一）政风行风建设方面。我中心按照建设服务政府、责任政府、法制政府和廉洁政策的要求，以关注民生、改善民生、服务民生为切入点，把对待群众诉求的态度和解决问题的实际效果，作为政风行风建设的出发点和落脚点，重点包括：履行职责、落实政策情况；院务公开情况；为群众办实事办好事情况；治理医药购销和医疗服务中不正之风情况；全力推进我中心卫生院政风行风建设再上新台阶。

（二）医院行风建设方面。我中心以纠正医药购销和医疗服务中不正之风为重点，努力缓解群众“看病难，看病贵”，具体包括：

组织领导重视情况；医德医风建设情况；医疗服务收费情况；医药设备采购情况；医疗服务违规纠正情况等方面，进一步推动服务中心行风建设的深入开展。

（三）我中心卫生院以增强公共服务意识为重点。具体包括：居民健康普查；计划免疫情况；卫生防病知识普及情况；组织领导重视情况等方面。同时，要广泛了解社会和群众对卫生防病的需求，主动送知识、送健康、进农村、进学校；要认真听取社会各界对疾病预防控制中心的意见和建议，努力为人民群众提供满意的公共卫生服务。

（四）服务中心科室重点岗位行风建设方面。以治理“三乱”为重点。具体包括：从根本上消除乱收费现象；对各科的检查行为情况；严格规范医疗执业情况，不得以任何名义为名吃拿卡要，谋取不正当利益。我中心卫生院以提高工作效率，提高工作人员素质为重点。具体包括：服务态度和办事效率情况；转变工作作风情况；医疗行为规范，明确每个环节的办理时限，向社会公布，作出承诺，接受群众监督。

二、开展自查自纠，查找存在的问题

我院通过对照检查重点查出以下几个方面的问题：

- （一）个别科室存在乱收费的问题；
- （二）医疗质量和服务态度问题；
- （三）医院基本设施问题。

三、深刻剖析问题存在的原因

（一）关于个别科室“乱收费”问题的原因：主要是有些医院公益性淡化，片面追求经济利益，其追求的发展目标出现了偏差。

出现这种状况，有体制上的原因，有机制上的原因，也有管理上的原因。

（二）医疗质量和服务问题的原因：主要是个别科室忽略了医疗质量管理，基本医疗质量管理薄弱，给医疗安全带来了隐患。医疗卫生队伍职业道德滑坡，个别医务人员对群众观念和全心全意为人民服务的宗旨意识不强，缺乏人文素质的培养。

（三）医院基本设施问题：一是一些病房设备落后，缺少必要的资金不能及时对房间进行改造；二是医院食堂，年久失修。

（四）完善各项工作措施，围绕存在问题进行认真整改

（一）加强医疗服务价格监管，采取有效措施，治理个别科室乱

收费问题

个别科室乱收费问题是严重损害群众利益的行为。为维护人民群众的利益，减轻患者的医药费负担，对医疗乱收费问题进行了专项治理，主要采取了以下措施：

1、明确各项纪律和要求。院向各科领导和医务人员进一步明确纠风工作的各项政策规定和纪律要求，并向社会公布。如：《医务人员医德规范》、《医疗机构管理条例》、《开展社会服务承诺活动实施方案》、《卫生系统社会服务承诺内容》、《医疗服务收费标准》及各种医疗服务价格规定和政策。

2、加强医疗机构管理，完善各项制度和监管措施。坚持防范为主、标本兼治的原则，完善相关制度，建立合理的运行机制。采取防范措施，建立纠风工作长效机制。一是强化科室负责人的工作责任，签订了目标责任书，建立院长一手抓管理，一手抓医德医风的“一岗双责”制度，把规范医疗服务行为作为院长的重要职责。

二是加强医疗机构管理制度建设，依照法律、法规和政策规定，完善医疗质量管理制度、人事分配制度、责任奖惩制度，规范执法行为。三是加强医疗质量管理。树立“质量第一、服务第一、病人第一”和理念，开展“以病人为中心，以质量为核心”、构建和谐医患关系为主题的实践活动。教育广大医务人员自觉抵制拜金主义和损害人民群众利益的行为，营造让患者安全、放心的就医环境。四是加强各科的监管，重点评估检查医疗服务、医疗收费行为、医生处方、开单提成等情况。五是各科信息公开，制定有效的防范措施。完善“一日清单制”、医疗收费及药品价格公示制和查询制，增强医疗服务和药品收费的透明度。

3、强化行政监管职责，加大监督力度。医务科进一步转变职能，依法加强监管。设立举报电话和意见簿，专人负责处理群众举报，做到有诉必查，有责必究。加强对医疗单位收费行为的日常监管，不定期的进行检查，发现问题，及时整改。

4、严格责任追究制度。按照“谁主管、谁负责”的原则，加大责任追究力度，对令行不止，继续顶风违纪乱收费的科室和个人，依照

有关规定进行严肃处理，并追究科领导责任。

（二）提高医疗服务质量，进一步改善服务态度，积极构建和谐医患关系

1、坚持正确的办院宗旨和方向。各科必须把为人民群众的健康服务作为办院的宗旨，以保障人民群众健康和生命作为第一要务，坚持公立性办院方向，把社会效益放在首位。

2、提高医疗质量，保障医疗安全。落实医疗质量和医疗安全的各项规章制度，加强医院内涵建设。一是加强法律法规培训，增强依法执业意识。二是重点加强门急诊管理和服务标准管理。严格执行《处方管理办法》和抗菌素临床用药指南，推行抗菌药物评价制度和分级管理制度、抗菌素“三级用药”制度等。

3、加强医德医风建设，增强医务人员的职业感、使命感和廉洁从医、依法执业的意识。进一步优化服务环境，改善服务手段，完善服务措施，坚持以“病人为中心”，坚持从患者的利益出发，全心全意为患者服务。大力倡导医学人文精神，树立明礼诚信、友爱互助的服务理念，为患者提供安全、有效、便捷的医疗卫生服务，着力构建和谐医患关系。

（三）认真履行政工科、医务科职责，加强各科的监管

1、加强组织领导，完善医疗卫生安全监管的长效机制。首先，建立和完善医疗安全领导责任制，实行目标管理。二是切实加快医务科体系建设，加强队伍的建设。三是强化医务科责任，监管人员素质教育和培训，不断提高管理能力。四是强化管理责任制，严格规范管理行为和实施责任追究责任制。

2、加强宣传。利用多种形式开展卫生法律法规宣传教育活动，提高广大医务人员以人为本，文明行医卫生法律观念。

行风评议是规范医院管理，改进卫生行业作风，坚持为人民服务的宗旨的重要举措，是促进医院科学发展，改善医患关系的有效措施，也是提供行为形象的重要手段，我们一定按照县政风行风民主评议领导小组的统一部署，以更高的要求正行风，以更新的措施建行风，确保卫生系统政风行风建设工作取得新进展。

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇）2

20xx 年，XX 医院，在市劳动和社会保障局、社保局、卫生局的指导和支持下，本着“一切为了人民健康”的宗旨，认真执行职工、居民医疗保险相关政策法规，严格履行医务人员的职责，强化管理，改善服务，全面开创了本院医疗保险工作的新局面。

作为定点医疗机构的 XX 医院，我们本着认真贯彻执行国家的有关规定和《XXX 市基本医疗保险制度实施办法》《双向转诊协议》等各项配套文件等基本医疗保险政策，建立了与医保制度相一致的监管机制，使医保管理工作逐步实现系统化，规范化。现将本院开展的医保工作情况自查如下：

一、成立了 XX 医院医保工作领导小组：

组长：XXX 副组长：XXX 成员：XXXXXXXXXXXX

二、制定切实可行的医保工作计划

医院医保工作领导小组，定期召开医保工作会议，制定医保工作计划，对居民医保在运行中出现的各种问题及时予以解决。定期对各科室医务人员的医疗行为规范进行检查、考核，发现违纪、违规行为坚决予以查处。

三、开展职工培训，大力宣传医保知识。

我们把医护人员的整体素质作为适应工作需要和事业发展的基础和前提，竭尽全力提升队伍整体素质。强化了政策学习，充分利用每周一大时会和周五下午学习时间，组织广大医护人员认真学习了医院保险相关政策法规，提高了全院职工学习政策、掌握政策和运用政策的积极性和主动性，为深入开展医保工作奠定了坚定的政策理论基础。坚持把提高业务作为履行职务的第一要职，深入开展医疗业务培训，加强全院人员的医保知识特别是居民医保知识掌握情况，沙医院医保办人员对全院工作人员进行了医保知识培训，并编制了《医保知识应知应会》手册，人手一册，人人基本做到会讲解、会宣传，针对学习情况，于 3 月 18 日和 6 月 22 日，对全体医护人员进行了闭卷考试，全院平均得分达到 90 分以上，医保领导小组成员还下连队两次，为基层参保人员进行医保知识宣传，介绍、宣传广大群众来本院住院的优

势，我院的医疗技术好、服务水平好，门槛费低，收费低等，使我院的病员量比去年有明显增多，经济效益也有所增加，取得了很好的成绩。

四、医疗管理方面：

1、医保领导小组具体负责医疗管理工作，指定专人负责管理医保工作，每周四下病区进行医疗大查房，检查核实住院病人是否有挂床、冒名顶替住院等情况，出院带药有无超量现象，检查住院病历书写是否规范、是否按规定因病施治、用药、检查和治疗是否合理，费用是否超支等，发现问题及时解决。

2、制定了相应的医保考核奖惩办法，经常检查医保政策执行情况 & 财务收费情况，有无乱检查、乱收费、重复收费、分解收费、多收费等现象，发现一起查处一起，对举报人给予一定的奖励。

3、严格执行《药品目录》规定的报销范围，从未使用假劣药品、过期、失效和“三无”药品，保证参保人用药安全。

4、护理五种表格即体温单、护理记录单、病员流动交班本、临时、长期医嘱单等五种表格能认真填写，如实记录，执行医嘱“三查九对一注意”制度。

5、病历书写方面：能及时完成病历的书写，按要求规范书写，勤观察病情，明确诊断，认真分析病情，针对病情合理检查，合理用药，无搭车带药情况。

6、每季度对医疗工作进行考核，检查病历的合格率、处方合格率，针对出现的问题进行整改。

五、财务管理方面：

1、根据医保规定，我院职工参保人员住院押金为 300 元，居民参保人员住院押金 400--500 元，各种药品、诊疗收费根据物价部门规定收取，没有私自、分解、多收费乱收费现象的发生。

2、今年我院启动了局域网，能按规定给参保人提供一日清单，及时向病人公布医疗费用情况，医护人员能及时回答病人的疑问，使病人心里有本明白账。结算及时。

六、医保管理方面：

- 1、离休人员无挂床、冒名就诊、住院现象，
- 2、门诊无大处方现象，急病、慢病无超量，出院带药无超量现象，
- 3、年度内无医疗纠纷和事故发生，
- 4、无诊断升级，假冒病种套取单病种结算费用现象，
- 5、没有发现因医疗费用问题推诿、拒收符合条件住院的参保人现象，
- 6、认真执行特殊检查、治疗、转诊、转院审批手续和程序，并按规定划入医保结算，
- 7、病人满意度调查在 95%.

七、存在的问题：

- 1、病历中更改治疗无理由，字迹不清。
- 2、病历中个别项目及检查填写不完整。
- 3、《药品目录》内药品备药率（甲类药品使用率）不够。

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇）3

20xx 年，我院在医保局的领导下，根据《xxx 医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》与《xxxx 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：

一、医保工作组织管理

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传单 20xx 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。

二、门诊就医管理

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，对一些有多次违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。

四、药品管理及合理收费

按照20xx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，门诊处方按德育工作计划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。

五、门诊慢性病管理

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。

六、财务及计算机管理

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。

七、基金管理

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。

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 20xx 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。

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇） 4

一年来，在 xx 市医保局的大力支持下，在上级主管部门的直接关怀下，我院在保证来院就诊的参保人员更好地享受基本医疗保险，促进社会保障及卫生事业的发展方面做了一些工作，取得了一定的成绩。

一年来，我院始终坚持按照《xx 市城镇职工基本医疗保险办法》、《xx 市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《xx 市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，为就医患者提供了规范、有效的基本医疗保险服务。

一、高度重视、加强管理、严格遵守有关法律法规

我院自建院以来，一直提倡优质服务，方便参保人员就医；严格执行医疗机构管理条例及各项医保法律法规，以救死扶伤、防病治病、为公民的健康服务为宗旨在醒目位置悬挂医疗保险定点标识牌；在医疗保险局的正确领导及指导下就，建立健全了各项规章制度及组织机构，成立了以 xxx 为组长、xxx 为副组长的领导小组，并指定 xxx 为专职管理人员；同时建立了与基本医疗保险管理制度相适应的医院内部管理制度和措施；如基本医疗保险转诊制度、住院流程、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊制度；公布投诉电话 159****0000 、医保就医流程和各项收费标准，并在年初做好年度计划和年终做好年度工作总结；高度重视上级领导部门组织的各项医保会议，做到不缺席、不迟到、早退，认真对待医保局布置的各项任务，并按时报送各

一是入院方面，严格对入院人员进行仔细的身份验证，坚决杜绝冒名顶替现象，住院期间主动核实是否存在挂床住院现象，做到发现一起制止一起。二是针对病情，做出合理的诊疗方案，充分为患者考虑，不延长或缩短患者的住院时间，不分解服务次数，不分解收费，出院带药按照规定剂量执行。三是在特殊检查治疗方面，我院要求医生要针对不同病人的不同病情，做出合理的诊疗方案，如有需要进行特殊检查治疗，需认真、仔细、真实填写申请单，并严格按照程序办理。不得出现违规和乱收费现象。四是对药品、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。严格执行药品目录的规定范围不得擅自扩大或缩小药品的使用范围，对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目，事先要征求参保人员同意。

三、履行医疗保险定点服务协议及缴纳养老、医疗、工伤保险情况

我院在日常管理方面，一直本着对患者提供优质的服务为宗旨，方便参保人员和患者就医；平时严格执行诊疗护理常规，认真落实首诊医师责任制度及各项责任制度，强调病历诊断记录完整，对医生开出的处方和病历有专职人员进行整理归档；定期组织医生进行业务和职业道德培训，做到对病人负责从病人角度出发，不滥检查、滥用药，针对病人病情，进行合理检查治疗、合理用药；对就诊人员进行仔细的身份验证，杜绝冒名顶替就诊现象；对药品、诊疗项目和医疗服务设施收费实行明码标价，并对病人提供费用明细清单。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。在参保人员住院治疗方面，一是严格执行诊疗护理常规和技术操作规程，认真落实首诊医师责任制度、三级医师查房制度、交接班制度、疑难危重病历讨论制度、病历书写制度、会诊制度、手术分级管理制度。完善医疗质量管理控制体系。二是各种单据填写完整、清楚、真实、准确，医嘱及各项检查、收费记录完整、清楚无涂改，并向病人提供住院费用清单，认真执行自愿项目告知制度，做到不强迫。三是严格按照医疗

30% 以内，超医保范围的费用严格控制在 15% 内。

同时也关注本院职工的医疗保险情况，按时按量给本院职工缴纳养老、医疗及各种保险，从未发生拖欠情况。

在这一年的工作中，我院取得了优异的成绩，但是也存在不少问题。在今后的工作中，需要严把关，认真总结总结工作经验，不断完善各项制度，认真处理好机制与服务的关系，规范各项流程，努力更多更好地为患者及参保人员服务，力争把我院的医保工作推向一个新的高度，为全市医保工作顺利开展做出贡献

12 篇) 5

根据 xx 市 xx 区卫计局接《xxxx》的要求，我院立即展开对药品、医疗服务价格、一次性医用耗材价格进行了统一的自查工作，现将自查情况总结如下：

1、制度建设和人员配备

我院建院以来，严格执行国家医疗收费标准，根据《xx 市管公立医疗机构医疗服务项目价格结构调整项目与价格》加强医疗收费管理工作，严格按医疗标准收费，杜绝多收、乱收。

对没有审批的收费项目坚决停收，不分解项目、随意套用项目和自行提高价格标准。配备专业人员，负责医疗服务价格有关法律法规贯彻国家物价政策落实医疗服务价格、并组织实施处理群众采信来访、解决因价格问题引起的纠纷。

实行医疗服务收费责任制和收费人员挂牌亮证制度。并要求药房人员、收费员要熟知全院的各科室的服务项目和收费标准，严格按标准收费。

2、成立药事管理小组，严格采购流程，0 差率销售

严格实行药品集中招标采购制度，加大药品管理力度。药品的实行零差率销售。我院从完善制度入手，为防止出现药品消中收受回扣形成药品价格虚高，我院成立药事管理小组，药品进入，要经过药事管理小组论证通过才能进入，严格执行药品中招标采购制度，我院全部药品均为网上招标采购，且均为国家基本药物能通过招标采购降低

、价格公示与监督投诉

为了更好地接受群众监督，我院进行收费项目、收费标准在门诊公示，患者可以过在公示栏、查到各项医疗服务收费标准和每种药品的价格。各项价格每半年更新一次。

此外，为充分保障患者的知情权和监督权，接受社会监督。提高医疗价格收费透明度。我院对就诊患者实行患者清单制，患者的每种药品收费、项目收费价格均附有明细清单，并在门诊大厅明显位置设立医疗收费投诉信箱意见簿、公布投诉受理电话。医院高度重视患者投诉并及时处理投诉减少医患矛盾，取得了良好果。目前，20xx 年度内，没有收到关于价格的投诉。

综上，我院通过价格自查，没有发现文件所提到的骗取医保基金的行为。

为构建健全和谐的医患关系，我院始终视医疗收费无小事。我院广大职工已把准确规范的医疗收费当作自觉执行的活动，以让患者明明白白消费，医院清白白收费，全院医务人员有章可循、有章可查，医院发展共创和谐社会。

医保病历自查自纠报告（通用 12 篇）6

20xx 年度，我院严格执行上级有关城镇职工医疗保险及城乡居民医疗保险的政策规定和要求，在各级领导、各有关部门的指导和支持下，在全院工作人员共同努力下，医保工作总体运行正常，未出现借卡看并超范围检查、分解住院等情况，维护了基金的安全运行。按照闻人社字 276 号文件精神，我们组织医院管理人员对 20xx 年度医保工作进行了自查，对照年检内容认真排查，积极整改，现将自查情况报告如下：

一、提高对医疗保险工作重要性的认识

首先，我院成立了由梁院长为组长、主管副院长为副组长、各科室主任为成员的医保工作领导小组，全面加强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。并按照文件的要求，针对本院工作

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/227026024114006041>