

医院医疗乱象自查整改报告

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇）

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 1

根据 xx 市卫生局《关于开展新农合专项检查工作的通知》（简卫发【20xx】31 号）精神和 xx 市 20xx 年新农合定点医疗机构专项检查会议安排，我院高度重视，及时召开班子会传达文件、会议精神，成立以院长为组长、分管副院长为副组长的自查自纠工作领导小组。对全院 20xx——20xx 年度的新型农村合作医疗政策执行情况进行认真检查，现将自查情况汇报如下：

一、组织健全，制度完善

按照市卫生局以及市新农合中心的要求和统一安排，我院于 20xx 年正式成为新型农村合作医疗定点单位。医院及时成立了以院长为组长、分管院长为副组长、各职能科室主任为成员的新农合领导小组，并成立了以分管纪检工作的副院长为组长、职工代表为成员的新农合监管小组，在财务部下专设了新农合办公室，配备了一名专职新农合专管员，领导小组、监管小组、新合办职能分工明确，管理流程科学。

为保障新农合工作正常开展和有序进行，医院建立健全了新型农村合作医疗服务管理制度，完善了就诊、检查、用药、收费各项制度，实行诊疗项目、服务设施项目、用药范围、收费标准三公开。定期对医务人员进行相关政策制度法规的培训学习，向参合农民群众提供优质规范的诊疗服务。

二、医疗服务行为规范

1、医院严格执行执业许可制度，严格按照《医疗机构执业许可证》核准登记的诊疗科目进行诊疗活动，严格手术分级管理制度，杜绝超范围诊疗服务行为。

2、实行首诊负责制，严格住院收治标准和出入院管理审核制度。坚决杜绝冒名住院、挂名住院、门诊转住院、挂床住院以及伪造病历、处方、结算票据等骗取农合基金行为。严格检测价格高、用量大的药品并及时给予警告或停用。严禁补偿范围外的病种药品医用耗材和诊

疗项目变通为补偿范围内行为。

3、严格执行《临床技术规范》、《临床诊疗指南》等各项规章制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。严格按《病历书写规范》书写病历，保证处方、医嘱、清单“三统一”。杜绝大处方、无指征使用抗菌药物等行为，杜绝乱开大型医疗设备检查项目；严格执行《新农合基本药品目录》不乱开自费药品，使用自费项目均先告知参合患者同意并签字。

三、严格执行财会物价管理制度

1、严格执行国家规定的各项财务管理制度，认真落实会计法严格按照《资阳市医疗价格收费标准》进行诊疗服务收费，无自立项目收费、超标准范围收费。重复收费、分解收费和空计费等行为。

2、严格药品采购管理，做到帐物票清单相符。药品发放严格执行处方“四查十对”管理制度，保证药品的质量和患者用药安全。

3、新农合报销人员严格执行政策，严格按照补偿标准对参合病人进行补偿，病人当场签字结印确认。

4、建立健全了财务管理制度，实行收支分离，做到管账不管钱，管钱不管帐，每月定期及时、准确向合管中心上报报账材料，报表真实、可靠，无弄虚作假现象，无违规套取新农合资金现象。同时根据上级要求，及时向社会公示参合人员补偿情况，并建立咨询、投诉与举报制度，实行舆论监督、社会监督和制度监督相结合，确保基金运转安全。

四、加强行风建设，健全监督体系

1、行风建设事关人民群众切身利益，事关医院发展兴衰。多年来我院不断完善行风管理制度，健全行风管理体系，做到有组织、有制度，专门设置投诉电话、投诉箱，建立首诊责任制，对于投诉的问题，做到事事有着落，件件有回音。

2、为保障参合农民的知情权和监督权，确保新型农村合作医疗制度的健康运行，我院不断完善各项公示制度，在医院醒目位置设置了新农合公示栏，对当年报销政策、收费项目及标准、报销药物目录和诊疗项目目录及价格标准、就诊转诊流程、不予报销的项目等进行了

公示，并每月对新农合报销情况进行定期公示，公示时间不少于 7 天，做到公示内容完整、规范、及时。并利用宣传栏、电子显示屏等，采取多种形式宣传农合政策。

五、存在的问题

虽然我院严格按照新农合管理规定开展诊疗工作，通过自查自纠还是发现一些问题和不足：

1、医院个别科室抗菌药物使用不合理，存在指征把握不严、多联使用的行为。

2、对个别病人身份把关不严，误以参合对象身份予以了报销。主要原因：一是病人有意不带身份证、户口本，而拿参合农民的医疗证顶替入院，医护人员无法审核，二是医生对病人病史询问不详，表现在外伤史上，对一些病人有意隐瞒事实的车祸伤无从判定，三是一些外院转入的病人在转入时就存在了问题。

3、少数城区病人或城区有亲友的病人输完液后存在回家现象，导致检查时不在床。

4、个别病历的病人信息，自费药品知情同意书、新农合入院须知、患者身份确认表等签字不够完善。

5、因医院信息系统录入差错，个别收费项目与新农合收费项目对接有误。我院的“红外线治疗”7.7 元/次，农合对码时对成了“高位复杂肛瘘挂线治疗”；“陪伴床”5 元/次，农合对码对成了“家庭病床建床费”。

六、整改措施

1、医院针对自查自纠中发现的问题，及时召开院周会，要求相关科室特别是医生和新农合报账人员，认真学习新农合政策，切实负起责任，熟悉并遵守农合制度。

2、马上清理由对码错误导致的收费项目名称不一致的问题。

3、严格首诊负责制和各项技术规范，加强抗菌药物管理使用培训，坚决杜绝无指征用药及多联用药。

4、杜绝挂床现象。确实输完液要求回家的我院做好相关记录，并征得农合中心同意。

5、进一步健全完善病人身份识别措施。我院已于近期下发了《关于实施基本医疗保险和新农合住院病人身份审查制度的通知》，一是要求参合患者入院时，首先要查验医保卡或合作医疗证、身份证和户口本，确认住院患者身份。患者须提交身份证复印件1份（A4纸），承诺其真实并签字留印。经治医生、护士在身份证复印件上双签字，确认患者身份真实可靠，并将身份证复印件载入病历。特殊原因没有办理身份证的（如小孩、老人等），必须查对户口本和其他亲属身份证，并复印户口本。二是要求临床科室主任要每天对新入院参保参合住院患者进行查房，做到巡查到病房，核查到床

头，对参保参合住院患者身份和病情进行仔细核实确认。合管办负责人要定期或不定期对参保参合的住院病人进行核查。一经发现人、证或卡不符的病人要及时上报医院处理。近期内已取得成效，医护人员对一些拿别人身份证复印要求办理入院的行不进行了抵制，对于车祸伤病人坚决不纳入新农合报销。

6、严格落实参保参合患者住院审查的责任追究。医院制订了相关制度，包括“对属医患勾结骗取医保、新农合基金者将按相关规定暂停医务人员执业资格，并追究科室负责人和相关人员的责任。对挂名、冒名、借证、空床住院或不属报销范围的病例给予了医疗费用报销的，对当事医务人员、报销经办人员按责任进行处罚，责成向医院写出书面检查，并处以相同额度金额的罚款。情节严重构成犯罪的，申请吊销执业资格，移交司法部门处理”等。一经发现，将坚决兑现，严禁损害新农合制度的行为发生。

我院将限期整改以上存在的问题和不足，并由医院农合管理办公室和相关职能科室不定时检查抽查，对整改不到位的将严肃处理，并与绩效工资挂钩，与年度考核挂钩。通过这些举措，使我院新型农村合作医疗制度更加健康高效开展，使党和国家的惠民政策更好地造福参合农民群众。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用19篇）2

近日，接县人大常委会关于对全县新型农村合作医疗工作进行调查的通知后，马村乡人大主席团高度重视，立即成立专项工作调查组，

深入村组农户，广泛听取各层面的意见和建议，认真总结工作得失，及时发现工作中存在的问题，掌握了基层一手信息，为今后工作扎实开展提供了参考依据。现将近段以来的调查情况报告如下：

一、工作开展情况

一是加强领导，组织到位。为确保新农合扎实推进，乡政府专门成立了以乡长为组长、主管副职任副组长、职能部门负责人和行政村支部书记为成员的高规格领导小组，层层召开了新型农村合作医疗动员会，并采取以会带训的方式对相关人员进行业务知识培训。我们把全乡划分为六个工作区，各区明确一名班子成员牵头，各村确定一名包村干部负责，形成领导包区、机关干部包村、村干部包组、党员积极动员农户配合联动的工作格局。

二是深层动员，宣传到位。为了充分调动群众参与新农合的积极性，动员会召开后，我们立即组织各村通过召开广播会、群众会，并在各村显要位置张贴合作医疗宣传标语 1000 多条，发放宣传单 10000 多份。乡政府还组织机关干部深入村组农户，耐心地把合作医疗相关政策、措施和补助办法向群众详细讲解，消除群众的疑虑。乡政府开通了咨询电话，24 小时接受群众咨询，使群众充分了解新农合的各项优惠政策，炒热了群众思想。

三是严格程序，管理到位。我们严格按照上级规定的工作程序，稳步开展，在积极争取群众支持、自愿交纳参合款的基础上，组织乡财政所专业财务人员收取群众参合款项，并出具新型农村合作医疗专用票据，一天一结算，及时向县新农合管理中心上交款项。特别是在参合农户基础信息录入过程中，我们为了加快工作进度，租用了 10 台电脑，由机关熟悉电脑的同志全天录入，在规定的时间内把这项工作圆满完成。另外，我们对“五保户”、“特困户”合作医疗缴费由乡政府负责协调，民政部门予以补助，保障了贫困群众的切身利益。截止目前，全乡新型农村合作医疗参合率达到 73.8%，全乡群众基本实现了一般小病不出村，大病不出乡，得到了及时治疗，群众医疗卫生条件得到了明显改善。

二、存在问题及建议

一要充分调动群众参合积极性，把新农合落实到实处。目前，还有部分群众对新型农村合作医疗认识观念不到位，只计较眼前利益，缺乏长远考虑。建议：县乡政府部门应当积极出面组织引导，加大对宣传力度。合作医疗是农村公益性福利事业，需要县乡政府和各有关部门加强宣传教育和组织引导，通过各种渠道公开新型农村合作医疗制度有关介绍和资料，及时宣传新农合受益典型人员的情况，调动群众积极性，并努力降低医疗成本，使广大农民重新建立起对合作医疗制度的信心，自觉支持、自愿参加，扎实推进。

二是要加强对新农合的监管力度，确保新农合规范运作。不少群众反映医院对参合群众医疗收费明显比款参合时高得多，即便是报销后所花费用也与未参合时所花费用对比基本

一样，只是把多收的费用通过参合报销的手续返了回来；村级诊所对群众使用医疗本看病、抓药热情不高；新农合基金管理属于卫生系统内部自我监管，存在监管虚设、不到位的现象。

建议：

一是建立外部监管体系，严格资金管理，确保资金安全，坚持公开、公平、公正的原则，专款专用，专户储存，封闭运行，不得挤占。

二是健全综合评价机制，适时开展新农合运行效果考核，针对服务数量和质量、医疗费用、乡村卫生资源使用效率、新型合作医疗的群众满意度等开展新农合医疗综合评价，开展部门监管和社会监督，提高新农合运行透明度。

三要着力提高县乡村医疗水平，把新农合办成民心工程。建议：不断提高各级医疗卫生机关的服务水平。加强农村卫生机构服务能力建设，是新农合顺利开展的强有力支撑。有规划地安排财力完善农村卫生服务体系建设，为新农合的推进创造了基础条件，进而实现了新农合与农村基层医疗机构能力建设的良性互动。各地应进一步加强农村卫生机构的建设，加大对医务人员专业技术水平培训的力度，力争尽早实现“小病不出村、大病不出乡、重病不出县”的目标。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 3

为规范我院医疗保险服务行为，根据医保中心关于对基本医疗保

险定点医疗机构进行专项监督检查。我院对 20xx 年度的退休公务员住院病历、本院职工住院病历和参保人住院管理情况进行了自查。此次工作由院长带头，现将自查情况汇报如下：

一、加强领导，完善医保管理责任体系。

我院成立以院长为组长的自查小组，对照评价指标，认真查找不足，并积极整改。我院一直以来高度重视医疗保险工作，在日常工作中，严格遵守国家、省市的有关医保法律、法规，认真执行医保相关政策。定期对医师进行医保培训，定期检查医保工作，研读医保文件，分析参保患者的'医疗和费用情况。

二、规范管理，实现医保服务标准化、制度化、规范化。

建立健全的各项规章制度，如基本医疗保险转诊管理制度、医疗保险工作制度、收费票据管理制度、门诊管理制度。参保职工就诊住院时严格进行身份识别，杜绝冒名顶替就诊和冒名住院现象，禁止挂床住院。严格掌握病人入、出院指征，严禁出现“小病大养、挂床”等违规行为，患者出院带药不能超量。住院贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理医疗、合理用药，无伪造、更改病历现象。严禁超剂量、超种类、超范围用药，严格执行查对制度，坚决不做虚假证明，积极配合医保处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病历及有关资料。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。

三、加强监管，保障医疗服务质量安全。

抓好制度落实，严格操作规程。我们继续强化落实医疗核心制度和诊疗护理操作规程的落实，重点抓了首诊负责制、三级医师查房制、病历书写及处方审评制度，保证医疗安全。注重医疗质量的提高和持续改进。逐步建立健全了医疗质量管理体系，实行全程质量控制，实施检查、抽查考评制度，使我院医疗工作做到了正规、有序到位。医务人员熟记核心医疗制度，并在实际的临床医疗工作中严格执行。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。

四、加强住院管理，规范住院程序及收费标准。

我院能做到医保病人住院及时上报，同时按规定的时、间、种、类、

数量报送结算报表。参保人员各项医疗费用真实、准确，费用明细与病历、遗嘱相符。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，经治医师根据临床需要和医保规定，自觉使用安全有效，价格合理的药品。我院严格执行相关单位制定的收费标准，公开药品价格、检查收费标准，及时向患者提供费用清单。

此次专项自查，尚未发现挂床住院、虚假住院、冒名顶替住院、降低入院标准、分解住院、过度医疗、不合理收费、重复用药、未按阶梯和限制原则用药等违规行为。同时发现一些病历书写方面的不足，如三级医师查房不及时，病历书写不工整等，并加以整改。在今后的工作中我们将贯彻始终，学习各项规章制度，切实执行并完成，使医保工作真正成为参保人员的可靠保障。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 4

为加强医疗器械管理，解决医疗器械使用环节存在的突出问题，根据《富蕴县食品药品监督管理局关于医疗器械“五整治”专项行动实施方案》要求，结合本单位工作实际，现将自查情况回报如下：

巴合提汗·巴巴胡马尔西医内科诊所以负责人为组长、护士为成员的医疗器械“五整治”领导小组，把医疗器械安全的'管理纳入诊所工作重中之重。加强领导、强化责任，增强质量责任意识。诊所建立、完善了一系列药品医疗器械相关制度：医疗器械管理制度、医疗器械不良事件报告制度、医疗器械储存、养护、使用、维修制度等，以制度来保障诊所临床工作的顺利展开。

一、基本情况

（一）诊所基本情况

（二）医疗器械购进、使用基本情况

二、自查情况

（一）杜绝医疗器械违法广告行为

（二）杜绝使用无证医疗器械产品行为。严格依照法律法规规定，认真索取医疗器械产品供货企业资质及《医疗器械注册证》，规范索证索票工作，确保票、账、货相符。

（三）为保证购进医疗器械的质量和使用的安全，杜绝不合格医疗器械

进入，诊所特制订医疗器械购进管理制度。对购进的药品医疗器械所具备的条件以及供应商所具备的资质做出严格的规定。

（四）为保证入库医疗器械的合法及质量，我诊所认真执行医疗器械入库制度，组织专门人员做好医疗器械日常维护工作确保医疗器械的安全使用。

（五）加强不合格医疗器械的管理，防止不合格医疗器械进入临床，我诊所特定制不良事件报告制度，如有医疗器械不良事件发生，应查清事发地点、时间、不良反应或不良事件基本情况，并做好记录，迅速上报县食品药品监督管理局。

三、今后工作

以上是巴合提汗·巴巴胡马尔西医内科诊所自查情况，望领导给予批评指正。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 5

一、指导思想

紧紧围绕“确保人民群众用械安全有效”这个中心任务，践行监管为民的核心理念，切实做到为民、科学、依法、长效、和谐，通过自查自纠检查，进一步格规范医疗器械经营使用行为，全面提高质量管理水平，确保不发生重大医疗器械质量事故。

二、检查目的

要加大对医疗器械经营、使用管理力度，杜绝销售、使用过期、失效、淘汰的诊疗器械和各种行为。通过这次专项自查自纠检查，确保人民群众用上安全放心的医疗器械，并且减少医疗事故发生率，提高医院知名度。

三、自查自纠重点

重点自查 20xx 年 1 月以来销售使用的一次性使用无菌医疗器械、体外诊断试剂、无菌卫生材料等规定效期的医疗器械质量管理制度落实情况，对照检查产品是否有生产企业许可证、产品注册证和产品合格证明；产品的购进记录；产品的使用记录以及是否建立了产品不良

四、根据我院的具体情况，其自查自纠报告结果如下：

1、自查种类有：一次性使用无菌医疗器械、体外诊断试剂、无菌卫生材料三大块。

2、产品合格证明、证书严格验证，各个采购、接收人员严格把关，无一例不合格产品。 3、采购记录认真、详细记录，确保问题事件有处可查、可依。

4、接收人员核对采购记录与产品，确认产品是合法的、正确的、合格的，

5、产品储存严格按产品说明要求完成。

6、产品使用时认真检查其完整程度、有效期、无菌性。填写使用记录。

7、在院长的领导下正在逐步完善我院的产品不良事件报告制度，在医疗器械安全使用方面得到进一步的发展。

8、但在实际工作与实施中，可能存在一些容易被忽视的、细微方面的问题，望上级领导对我院的工作提出宝贵意见。

五、通过这次自查自纠活动：

我院认真学习法律、规范经营使用行为、进一步自我完善，加强了安全使用医疗器械制度，规范了医疗器械经营使用行为，强化了自身质量管理体系，增强知法守法意识，提高医院整体水平。

19 篇) 6

经严格对照《xx 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。

本年度的医保工作在地区社保局的监督指导下，在院领导关心支持下，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《关于建立地直定点医疗机构和定点零售药店年度审核制度的通知》（毕署劳社局字[20xx]185 号）文件精神及有关文件规定和一年来的不懈努力，院组织医保管理小组对 20xx 年度的基本医院管理工作进行了全面的自查，现将自查工作情况作如下汇报：

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地区社保局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。

二、医疗保险业务管理：

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。

三、医疗保险费用控制：

1、严格执行医疗收费标准和医疗保险限额规定。

2、本年度（2月—11月）医保病人门诊刷卡 292 人次，金额 58159.20 元，月平均刷卡 29.2 人次，金额 5815.92 元，人均刷卡 199.17 元。

3、由于我院未取得地直医保住院项目资格，因此，未开展住院项目。

4、每月医保费用报表按时送审、费用结算及时。

四、医疗保险服务管理：

1、本院提倡优质服务，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。

、对就诊人员要求需用目录外药品、诊疗项目事先都征求参保人员同意。

5、严格按照医保病人的入、出院标准填写门诊就诊记录和相关资料。

6、经药品监督部门检查无药品质量问题。

五、医疗保险信息管理：

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，确保医保工作的正常进行。

六、医疗保险政策宣传：

1、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、医生下乡宣传，发放宣传资料等。

由于医保管理是一项政策性较强、利国利民的工作，这就要求我们的医保管理人員和全体醫務人員在提高自身業務素质的同时，加强责任心，在地区社保局的支持和指导下，使把我院的医疗工作做得更好。

19 篇) 7

为进一步加强新型农村合作医疗基金运行管理规范定点医疗机构服务行业行为，提高补偿效益和加大监管力度等日常工作，切实把这项解决农民“病有所医”“因病致贫”和“有病贵”“看病难”的重大举措和造福广大农民的大事要抓紧抓实抓好全力推进新农村合作医疗工作在我院健康稳固持续发展，根据 20xx 年责任目标要求新农合自

一、工作开展情况

1、坚持以病人为中心的服务准则，严格执行新农合的药品目录合理规范用药。

2、参合农民就诊时确认身份后，使用新农合专用处方并认真填写《新农合医疗证》和门诊登记，严格控制开大处方，不超标收费，在补偿账本上亲自签字及按手印，以防冒领资金。

3、在药品上严禁假药，过期药品及劣质药品，药品必须经过正规渠道进取。

4、新型农村合作医疗基金公示情况，为了进一步加强和规范，新农合医疗制度，在公开，公平，公正的原则下，增加新型农村合作医疗基金使用情况，把新农合每月补偿公示工作做好，并做好门诊登记。

二、存在的问题

有的群众对新型农村合作医疗政策宣传力度不够，对新的优惠政策了解不够，还有极少部分人没有参与进来，我们今后要在这方面一定加大宣传力度，做到“家喻户晓，人人皆知”参加的'农民继续参加农合，未参加的应积极参与进来。

部分医务人员还不能完全掌握新型农村合作医疗的相关政策，及相关操作。需进一步加强学习。

医务人员电脑录入业务不熟悉。及时录入不够完善。

三、未来工作计划

1、在以后工作中，严格按照有关文件要求审处方报销费用。

2、加强本辖区内定点医疗机构门诊病人的处方和减免情况进行入户核实力度。

3、加强管理人员和经办人员的能力有待进一步提高，管理人员和经办人员对新型农村合作医疗政策及业务知识加大宣传力度。

4、加强对医务人员的业务培训，指导医务人员做好处方、病历、门诊日志、台账等资料的填写等工作。

19 篇) 8

为进一步加强新型农村合作医疗基金运行管理规范定点医疗机构

项解决农民“病有所医”“因病致贫”和“有病贵”“看病难”的重大举措和造福广大农民的大事要抓紧抓实抓好全力推进新农村合作医疗工作在我院健康稳固持续发展，根据 20xx 年责任目标要求新农合自查工作情况如下：

一、工作开展情况

1、坚持以病人为中心的服务准则，严格执行新农合的药品目录合理规范用药。

2、参合农民就诊时确认身份后，使用新农合专用处方并认真填写《新农合医疗证》和门诊登记，严格控制开大处方，不超标收费，在补偿账本上亲自签字及按手印，以防冒领资金。

3、在药品上严禁假药，过期药品及劣质药品，药品必须经过正规渠道进取。

4、新型农村合作医疗基金公示情况，为了进一步加强和规范，新农合医疗制度，在公开，公平，公正的原则下，增加新型农村合作医疗基金使用情况，把新农合每月补偿公示工作做好，并做好门诊登记。

二、存在的问题

有的群众对新型农村合作医疗政策宣传力度不够，对新的优惠政策了解不够，还有极少部分人没有参与进来，我们今后要在这方面一定加大宣传力度，做到“家喻户晓，人人皆知”参加的农民继续参加农合，未参加的应积极参与进来。

部分医务人员还不能完全掌握新型农村合作医疗的相关政策，及相关操作。需进一步加强学习。

医务人员电脑录入业务不熟悉。及时录入不够完善。

三、未来工作计划

1、在以后工作中，严格按照有关文件要求审处方报销费用。

2、加强本辖区内定点医疗机构门诊病人的处方和减免情况进行入户核实力度。

3、加强管理人员和经办人员的能力有待进一步提高，管理人员和经办人员对新型农村合作医疗政策及业务知识加大宣传力度。

、加强对医务人员的业务培训，指导医务人员做好处方、病历、门诊日志、台账等资料的填写等工作。

通过自查自纠的工作，看到在新农合工作中存在的问题和不足，并加以改正，进一步加大新农合工作的督察力度，审核力度，确保新型农村合作医疗资金安全，促进我院新农合的健康发展。为确保广大参保农民

享受较好的基本医疗服务，今后本院院将按照有关规定，做好定点医疗机构的管理工作。对内进一步强化质量管理，提高服务意识和水平，加强医德医风建设，真正做到“以病人为中心，以质量为核心”，圆满完成参保农民的医疗服务工作。

19 篇) 9

一、对开展医疗质量管理专项整治活动的认识：

医疗质量是我们卫生工作命脉，质量是生命，质量是源泉。通过这次医疗质量专项整治活动可以找出我们工作中的不足，找出工作中存在的问题，使我们能够更好地搞好本职工作。因此认真开展医疗质量管理专项整治活动是转变我们工作作风，改善服务理念，提高服务质量的一次深刻的洗礼。

二、存在的问题：

通过第二阶段的自查自纠工作，我认为我院工作中存在以下问题：

1.创新意识不足，有自我满足情绪。缺少那种敢拼敢干、初生牛犊不畏虎的朝气，工作上放不开手脚。工作不大胆主动，对科室管理力度不够。

2.对新知识、新技术的学习上热情不够。表现在工作作风上有散漫、松懈现象；工作标准上不够严格，平时对自己要求不严格，不能坚持业务学习，自身业务能力有待提高。

3.在无私奉献上做得还不够好。有时在思想深处还掺杂着私心杂念，有一些患得患失的情绪等。

4、对待患者不够热情，查房不仔细，体检不到位，忽略了一些阳性体征，从而导致对患者病情的整体评价不足。 5.工作方法简单，缺乏与同事之间的沟通，产生一些不必要的误解。

三、原因分析：

以上存在的`问题通过本次开展医疗质量管理专项整治活动，在同事的善意提醒下，我认为主要是以下原因造成：

1、不能很好地履行职责，工作态度不端正，存在消极思想。

2、工作作风草率，对自身工作要求不高，不能严格要求自己，认真履行一名医务工作者的职责。

3、思想作风涣散，不能从党员的高度严格要求自己。

4、人少工作量大，身兼数职，身心疲惫，工作缺乏积极性。

四、整改措施及努力方向：

对以上我院工作中存在的问题通过认真分析，我在工作中要做好以下几点：

1、大胆进行科室管理，认真履行职责。

2、通过人性化管理，科学的管理，达到医院管理规范化、制度化、合理化。

3、加强院领导与职工之间的沟通，增强团队精神理念，构建和谐的工作环境。

4、加强业务学习，不断提高自身业务能力，更好地服务于患者。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 10

根据 20xx 年 12 月郑州市下发的《郑州市一级医院“三好一满意”活动考核评价细则》的要求，结合我院工作实际，医务科积极开展了自查自纠，重点查找在医疗质量、医疗服务等方面存在问题，并认真分析原因，加强整改，促进提高。现将自查情况汇报如下：

一、认真落实各项医疗核心制度，开展医疗质量管理与控制工作，保证医疗服务的安全性和有效性。医务科深入科室，现场提问首诊负责、三级医师查房、疑难病例讨论、危重患者抢救、会诊、术前讨论、死亡病例讨论、交接班等核心制度的落实情况。

二、为了达到医疗质量安全管理与持续性改进，我院成立的`“医疗质量管理委员会”，委员会制订医疗质量管理与控制方案，医务科每周下科室抽查运行病历，病案室每月查看归档病历，进行病历内涵的查看，查看会诊到达时间及会诊内容的填写等，对查出的问题，医

务科及时与科室主任及相关人员进行沟通，每月下发“督导反馈”，要求及时整改。督促各科室严格落实《病历书写基本规范》和《手术安全核对制度》等，规范病历书写和手术安全核对工作，保障医疗质量和医疗安全。

为促进医疗质量进一步提高，保障医疗安全，提高医务人员专业素质，医务科每月进行一次以上院内培训，每季度进行一次三基等业务考试，巩固和提高了医务人员的理论知识。

三、落实患者安全目标，妥善处理医疗安全不良事件，医务科统一收集、核查医疗安全事件，制订了防范预案和处理程序，对全体员工进行了培训和教育。建立和完善特殊情况下医务人员之间的有效沟通，制订了“危急值”报告制度和处置流程，制订了手术患者术前制度，制订了手术安全核查与风险评估制度等。

四、加强重点科室的管理。现场对急诊科所有人员进行心肺复苏考试，对绿色通道执行情况及时会诊落实情况进行模拟训练等。

五、自查中存在问题：

- 1、个别人员对核心制度掌握不到位；
- 2、医技科室抢救设备、药品准备不充足；
- 3、个别科室会议意见过于简单，字迹潦草，有缺签名现象；
- 4、我院未实施临床路径。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 11

为贯彻市、县新农合管理工作会议精神，进一步转变行业作风，治理过度医疗行为，解决百姓关注的看病贵的热点问题，根据《庆阳市治理过度医疗行为专项活动实施方案》（庆卫办发〔20xx〕271号）及《环县治理过度医疗行为专项活动实施方案》。我院于20xx年7月3-4日，抽取花费数额较大的病历102份，随机抽取处方200张，收费室随机抽取当天门诊患者收费信息50条。抽调科室主任、护士长、财务人员及医院领导班子成员共26人。就不合理诊治、不合理用药、过度检查行为及违规收费问题进行自查、自纠，现将检查情况总结如下：

一、自查中发现的重点问题

(一)病历中查出的问题

1、住院天数与床位费，护理天数不符，多数多收一天住院及护理费。

2、医嘱有 I 级、II 级、III 级护理，均收取为 I 级护理费。

3、长期医嘱氧气吸入时间超过 24 小时，应按持续吸氧收费，不能按小时收取，“吸氧”下临时医嘱，加压吸氧是否需停医嘱。间断吸氧收费项目不清楚。

4、重症检测与心电监测，指脉氧检测同时出现，重复收费。

5、医嘱换药次数与收费次数不符，多收费。

6、同一病人，中医诊疗项目太多。磁热疗法无明确部位。红外线治疗按部位还是按照射时间收费，电针未下具体部位及用法，灸法按次数还是穴位，耳针有隔日更换和每 3 日更换。收费标准不清楚。

7、医嘱重复，如，同一日左氧氟沙星 100ml，静脉点滴，Qd，长期医嘱中出现两次。奥硝唑与左氧氟沙星重复下医嘱

8、一天中即有静脉穿刺术，又有静脉输液费，超范围收取动静脉置管护理，如：住 9 天，收 20 天。

9、新生儿暖箱及蓝光治疗均有少收现象。

10、抗菌素使用时间长，有的从入院到出院。自费药超比例，出院带药超数量，辅助检查有医嘱未见报告单。

12、无医嘱收取抢救费，超范围收取手术费、床位费低于新标准。

13、静脉输液分组加收，多收。

14、有的病历病程中输血前后均无疗效评估与评价。

15、输血指征不明确、放宽。

16、鼻饲医嘱不清楚（医嘱 20 天，实收 63 次）。

17、动静脉护理费均多。

18、动静脉置管护理无医嘱。

19、备皮与 I 级护理重复收费。

20、输血在病历中无病程记录。

21、静脉高营养治疗无医嘱。

(二)处方中查出的问题

1、处方诊断与所开药物不相符。

2、药物配伍不合理。

3、重复用药且带药超过一月以上属大处方。如：诊断左胸带状疱疹。处方予吡罗喜康片 100 片，双氯芬酸钠缓释片 40 片，两者属同一类非甾体抗炎药，且用量超过一月。

4、有不合理用药现象，如：诊断慢性胃炎、便秘。处方予维 U 颠茄铝片，可导致便秘。

5、处方多处涂改未签名。

（三）门诊费用

1、门诊处方西药次均费用 62.332 元，中药次均费用 50.87 元，单次最高费用 357.5 元，单次最低费用 0.5 元。

2、收费室门诊抽取当天门诊患者收费信息 50 条，其次均费用 127.29 元，单次最高费用 339.74 元，单次最低费用 5.2 元。

二、整改措施

（一）、治理不合理用药问题

1、落实处方点评制度，各处方用药必须做到用之有据。严格落实抗菌药物处方点评制度。

2、深入推进抗菌药物临床应用专项整治活动。严格特殊使用级抗菌素品种的管理，加强对限制使用级抗菌素品种的监控，加大抗菌药物临床应用相关指标控制力度。

3、对有明确不合理用药行为的科室和个人实行警戒谈话制度。对检查中发现的典型事件进行全院通报，对严重违规的医师实施限制处方权、取消处方权、扣除绩效工资等处理。

4、加大对辅助用药适应性检查的力度，重点查处滥用或无指征、使用辅助药物的行为。对严重违规使用的医师将严肃处理。

三、治理不合理检查问题：

1、预防过度检查行为：医技科室要提高大型医疗设备检查阳性率，临床医师严格掌握各种检查的适应症和针对性，减少过度检查，提高检查准确率，医学影像诊断与手术符合率达 75% 以上。科室质控小组严格把关，杜绝短时间内无指征重复检查、多项检查和盲目检查。

2、与有条件的上下级医院间检验、影像结果实行互认。

3、杜绝检查开单与绩效工资挂钩的行为、发现一起查处一起。

四、治理治疗不规范问题：

1、各科室要认真执行临床诊疗规范，严格执行首诊负责制，科学合理判断病情，准确掌握住院指征，坚决杜绝小病大治等问题的发生，控制医疗费用不合理增长。

2、在医院绩效分配方案上明确医务人员的奖金、工资等收入与药品（耗材）、医学检查等不挂钩。

3、进一步规范与落实使用贵重物品，使用高新技术，使用高值医用耗材等患者知情告知制度，加大监督检查的制度，维护患者及其家属的知情权。

4、加强医疗文书书写的规范管理，严格落实《病历书写基本规范》和医疗核心制度，规范医疗行为。

5、加强临床路径的开展和管理。要进一步扩大临床路径管理覆盖面。要建立健全临床路径管理组织机构和规章制度，严格做好临床路径的出、入径管理。

6、进一步加强临床用血的管理。建立健全各项临床用血管理制度，并完善各项登记簿，严格执行《临床辅助技术规范》，确保临床用血的安全、规范。

7、严格按照医嘱管理制度与书写规范下医嘱。

严格执行国家物价政策，规范收费项目标准，杜绝在医疗服务中自立项目，分解收费项目，重复计费等问题。

医院医疗乱象自查整改报告范文（通用 19 篇） 12

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：

一、高度重视，加强领导，完善医保管理责任体系

接到通知要求后，我院立即成立以 xxx 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

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/828072033045006037>