

打击欺诈骗保专项整治行动实施方案及措施精选5篇

为切实加强医疗保障基金监管，规范医疗保障基金运行秩序，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为，维护基金安全，下面是小编整理的**打击欺诈骗保专项整治行动实施方案及措施精选5篇**，希望能对大家有所帮助。

打击欺诈骗保专项整治行动实施方案及措施 1

一、活动主题

此次宣传活动主题为“打击欺诈骗保，维护基金安全”。各乡镇(镇)、街及各相关部门，要围绕本主题，在规定时间内同步开展各类宣传活动。

二、宣传目的

通过在全市范围内的大规模宣传活动，凝聚社会各方面力量，加大打击欺诈骗取医疗保障基金的工作力度，让社会各界了解、认识医保基金安全的重要性，强化医保经办机构工作人员、定点医药机构从业人员、以及参保人员法律意识，达到全社会共同维护医保基金安全的效果。

三、成立领导小组

为切实加强打击欺诈骗保工作的领导，全面营造打击欺诈骗保宣传氛围，使宣传工作达到预期效果，成立XX市欺诈骗保宣传月活动领导小组。

领导小组下设办公室，办公室设在市医保局，办公室主任由市医保局局长张宝良同志兼任。

此次宣传活动由市医保局牵头，各乡(镇)、街及市公安局、市卫健局、市市场监管局做好配合。

四、宣传内容

按照省和长春市提出的工作要求，主要围绕以下三方面内容开展宣传活动。

(一)对基本医疗保障基金监管相关法律、法规及政策进行宣传解读；

(二)动员全社会参与打击欺诈骗保行为，宣传举报投诉欺诈骗取医疗保障基金行为的渠道及将要实施的举报奖励办法；

(三)重点对欺诈骗取医疗保障基金典型案例查处情况进行宣传。

五、宣传方式

(一)多种形式宣传

主要通过海报、折页、宣传栏、公益广告、情景短片、宣传条幅、宣传单等群众喜闻乐见、通俗易懂的形式进行宣传，加强舆论引导和正面宣传。各乡(镇)、街及各相关部门要结合本单位实际，筹划好此次宣传活动。

(二)多种渠道宣传

各乡(镇)、街及各相关部门要利用电视、广播、报纸、微信公众号、网站等多种渠道进行宣传，提高医药机构负责人的守法经营意识，提高参保人员的维权意识，提高全社会的监督意识，全面形成打击欺诈骗保舆论宣传氛围。

(三)贴近群众宣传

此次宣传活动重点以进社区、进乡村、进定点医药机构等进行直接宣传。以定点医药机构、医疗保障经办窗口、社区及乡(镇)人员密集地点为主要宣传场所，并指派专门工作人员就医疗保障相关政策进行现场咨询解答。

(四) 具体安排

利用4月份最后一周作为宣传周(4月22日—26日)，各乡(镇)、街及各相关部门按照方案要求做好宣传。

- 1、在XX市网站发布活动方案及相关宣传内容；
- 2、在XX电视台播放宣传专题片；
- 3、市医保局要组织市医疗保险经办中心和市新农合管理中心在明珠广场和新东方购物广场设立咨询台，发放宣传单；
- 4、各乡(镇)、街要在醒目位置悬挂不少于2条标语，并且要召开会议抓好落实，让打击骗保家喻户晓。
- 5、市医疗保险经办机构、市新农合管理中心及医保定点医疗机构(含乡镇卫生院、社区卫生服务中心)要有不少于2幅垂楼标语或横幅，在楼内醒目位置或医保报销窗口张贴宣传海报，并设立咨询台；
- 6、在全市276个公办村卫生室悬挂条幅，由乡(镇)卫生院和社区卫生服务中心负责制作；

六、工作要求

(一) 加强组织领导

各乡(镇)、街及各相关部门要将此项工作列入重要日程，认清形势、提高认识、明确责任、细化分工，全力做好此次宣

传活动，同时要将此次宣传工作主要负责人名单报送市欺诈骗保宣传月活动领导小组办公室。

(二)注重宣传实效

各乡镇、街及各相关部门要广泛告知群众打击欺诈骗保行为举报投诉渠道，做到实地宣传有人、有画、有条幅，新闻媒体宣传有字、有图、有声、有影。

(三)突出宣传重点

此次宣传活动的重点是使群众真正了解骗取医疗保障基金属违法行为，鼓励群众积极主动参与医保基金监管。

(四)谋划专项整治

各乡镇、街及各相关部门要按照要求，针对本单位医疗保障工作中存在的突出问题，谋划好打击欺诈骗保专项行动重点领域和项目。

(五)总结宣传经验

各乡镇、街及各相关部门要注意收集宣传活动中好经验、好做法，做好宣传工作总结。活动结束后，要将本单位宣传总结、宣传图片及相关资料统一收集，于20xx年5月1日前报送至市欺诈骗保宣传月活动领导小组办公室，同时提交宣传工作总结。

打击欺诈骗保专项整治行动实施方案及措施 2

为进一步加强对我县医疗保障资金使用的监管力度，切实解决医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及工作人员和参保人等骗取医疗保障资金问题，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用医疗保障资金，现就我县开展打击欺

骗保专项整治工作制定如下方案。

一、工作目标

聚焦欺诈骗保重点领域，持续推进打击欺诈骗保专项整治，强化基金监管高压态势，深化打击欺诈骗保相关政策的宣传教育，以案说法，坚持警钟长鸣，提高定点医药机构相关人员的“底线”“红线”意识，以及参保人员的法律意识和社会责任意识，确保医保基金安全高效、合理规范使用，提升人民群众的医疗保障获得感。

组织机构

组长□XXX□县医保局局长

副组长□XXX□县医保局副局长

XXX□县公安局副局长

XXX□县卫健局副局长

XXX□县公安局副中队长

XXX□县卫健局综合监督股股长

三、工作分组

第一检查组□xxx县医保局监管股股长

XXX□县卫健局综合监督股股长

XXX□县医保局医疗保险综合股负责人

XXX□县医保局监管股科员

XXX□县医保局医疗保险综合股科员

XXX□县医保局办公室干部

XXX□县公安局干部

负责和平县人民医院、和平县妇幼保健院、和平县精神康复中心□XXX□XXX□XXX□XXX□XXX□XXX□XXX□XXX镇的所有定点医药机构。

第二检查组□XXX镇县医保中心主任

XXX□县公安局副中队长

XXX□县医保中心稽核组负责人

XXX□县医保局监管股科员

XXX□中国人保和平点大病保险主任

XXX□县卫健局干部

XXX□县医保局办公室干部

负责和平县中医院、和平县慢性病防治站、和平协和医院、阳明、热水、下车、大坝、上陵、长塘、优胜、青州、溷源镇的所有定点医药机构。

领导小组办公室设在县医疗保障局，承担领导小组日常工作□XXX□同志兼任办公室主任。

三、工作任务

(一)集中整治阶段(20XX年6月至10月)：在全县范围内开展

打击欺诈骗保专项治理，重点聚焦医疗保障领域“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为，实现对两定医药机构监督检查全覆盖。

充分利用大数据筛查等方式，查找、对比、锁定可疑线索，结合日常监督检查、现场检查、抽查复查、飞行检查、联合检查等多种形式，严查利用“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及采取挂床、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，并对投诉举报多或者有严重违法违规记录等情况的检查对象加大检查力度和频次。

(二)总结巩固阶段(20XX年11月至12月)：局机关及县医保中心对整治工作进行查漏补缺，建章立制，认真梳理，及时汇总检查情况，总结专项整治行动好的经验和做法。

四、工作要求

(一)高度重视，提高政治站位。深刻认识开展打击欺诈骗保专项整治工作的重要性，始终将基金监管作为重要任务常抓不懈，进一步提高思想认识，强化使命担当，提升监管能力。局机关负责县内两定机构的专项检查，县医保中心负责县内两定医疗机构的日常稽查，实现对定点医药机构检查100%全覆盖。

(二)部门协同，强化基金监管。积极主动协调卫生健康、公安等部门，大力推进部门间联合执法信息共享和互联互通，健全协同执法、一案多处工作机制，严格按照《广东省医疗保障局转发国家医疗保障局关于医疗保障部门向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索的通知》(粤医保发〔20XX〕10号)要求，依规依纪向纪检监察机关移送线索，促进监管结果协同运用，形成监管合力，确保专项行动取得实效。

(三)积极引导，促进行业规范。积极引导和引导定点医药机构切实落实内控主体责任，规范执业行为和管理服务，建立健全医保服务、财务等内部管理机制，履行行业自律公约。加强行业自律管理，推进定点医药机构履行行业自律公约，树立一批管理规范、服务优质的遵纪守法先进医药机构典型。

(四)严肃查处，加强案件曝光。主动作为，勇于担当，履行属地监管职责，加强案件查处力度，依托新闻媒体和医保官网、微信公众号等渠道，及时曝光欺诈骗保典型案例，让违法行为暴露在聚光灯下，提升社会对各类欺诈骗保行为的识别能力，持续强化对医保违法违规行为的震慑效果。

(五)及时总结，按时报送工作情况。按时完成总结巩固阶段工作，并将开展专项治理行动以来的情况总结报送市局邮箱。

打击欺诈骗保专项治理行动实施方案及措施 3

根据《XX省医疗保障局关于印发XX省开展打击欺诈骗保专项治理工作方案》的通知(X医保函〔20XX〕18号)要求，决定在全市范围内组织开展打击欺诈骗保专项治理工作，特制定全市专项治理工作方案。

一、工作目标

在全市开展打击欺诈骗保专项行动基础上，结合我市实际，针对薄弱环节，选取突出问题和重点项目组织开展专项治理，集中力量严厉打击。通过集中治理，抓点带面，点面结合，逐层突破，规范引导，进一步完善制度，强化管理，建立健全医保基金监督管理长效机制。

二、治理范围

分类确定治理范围。定点医疗机构专项治理中医治疗违规滥用和检查化验违规滥用；定点药店专项治理医保卡违规滥用。

各地必须选择1-2个指定范围开展专项治理，也可结合实际，增加1-2个专项治理范围。

三、治理重点

(一)专项治理中医治疗违规滥用。全面梳理本地医保支付排名靠前的中医治疗项目(中医外治、针刺与灸法、中医推拿治疗等)，从技术准入、项目内涵、治疗实施与效果评估等多个层面，排查医疗机构违规滥用问题，重点治理“包治百病”、“名不副实”等中医治疗滥用项目;严格执行国家和省有关中医治疗项目临床规范、收费标准等有关规定，严查虚记滥用、串换项目、套高收费、分解收费等违规现象。

(二)专项治理检查化验违规滥用。全面核查医疗机构检查化验的规范、合理使用情况，通过信息系统查验比对、原始记录查询、访问患者、查阅病历或组织专业评审等方式，重点治理虚开、重复、套餐、无指征、体检等检查化验的违规滥用，以及高套、分解、重复等违规收费现象。严厉查处将特殊检查化验和特殊疾病筛查项目作为常规使用等滥用现象。

(三)专项治理医保卡违规滥用。通过视频监控、智能监控、信息比对、核查进销存、实地暗访、投诉举报等措施，重点治理定点药店违规套现、医保卡购物、替非定点药店代刷医保卡等违规滥用现象。

四、组织领导

成立XX市打击欺诈骗保专项治理工作领导小组，市医疗保障局党组书记、局长陈智勇任组长，党组成员、副局长伍群杰、姜林任副组长。领导小组负责统一部署全市打击欺诈骗保专项治理工作，研究解决专项治理工作中的重大问题。

领导小组办公室设在市医保核对中心，负责制定专项治理工作方案并组织实施，对全市专项治理工作进展督导检查，收

集总结汇报工作情况等。

各地要按照工作方案要求，成立打击欺诈骗保专项治理工作小组，统一组织实施专项治理工作。

五、实施步骤

全市打击欺诈骗保专项治理工作开展时间为20XX年4-11月，分为3个实施阶段。

(一) 自查自纠阶段(4-8月)

各统筹地区按照工作方案要求，结合地方实际，研究制定针对性、操作性强的专项治理工作方案，全面部署专项治理工作，认真开展自查自纠。一是各级各类医药机构根据专项治理重点范围，认真排查梳理，发现问题，及时整改，并将自查自纠工作贯穿始终。二是各统筹区医疗保障部门组织开展专项治理检查，建立行动清单，对发现的违法违规问题，依法依规严肃查处，严格责任追究。

(二) 督导检查阶段(6-10月)

市医疗保障局组织开展对辖区内各统筹区专项治理工作的全面督导检查；省医疗保障局采取随机抽查、交叉检查等方式，抽查复查各地专项治理工作。

(三) 全面总结阶段(11月)

各统筹区根据专项治理工作开展情况，举一反三，查找漏洞，健全制度，并总结经验，形成专项治理工作总结报告，及时上报。

六、工作要求

(一)加强组织领导。持续打击欺诈骗保，维护医保基金安全是医疗保障部门一项长期的重要工作。各地要进一步统一思想，提高认识，增强使命感、紧迫感和责任感。要认真部署，精心组织，周密安排，切实保障专项治理工作顺利开展，取得实效。

(二)强化宣传引导。各地要注重宣传引导，充分利用报刊、电视、广播、网络和社区宣传栏、服务窗口等多种渠道宣传法律法规政策，报道专项治理成效，曝光违规违法案例，持续巩固打击欺诈骗保高压态势。要畅通投诉举报途径，公布投诉举报电话、邮箱，拓宽网站、微信公众号、手机客户端等举报功能，形成“人人可监督、时时可举报”的立体监管网络，凝聚社会合力推进打击欺诈骗保专项治理工作。

(三)着力机制建设。各地要通过开展专项治理工作，认真总结经验，加强重点、薄弱环节治理，逐步建立和完善重点问题领域的管理制度和工作机制。采取有效措施，巩固治理成果，避免问题“反弹”，要将医保基金监管工作从阶段性活动逐步转变成制度化、规范化管理，不断健全监管机制，筑牢医保基金安全防线。

各地在治理过程中要认真收集、分析总结典型案例和有效经验，并及时上报。各县市区要汇总辖区内专项治理工作情况，形成总结报告，于11月6日前报送至专项治理工作领导小组办公室。

打击欺诈骗保专项治理行动实施方案及措施 4

重点聚焦“假病人、假病情、假票据”等欺诈骗保问题，强化对欺诈骗取医保资金行为的高压态势。根据《昭通市医疗保障局昭通市公安局昭通市卫生健康委员会关于印发20XX年昭通市打击欺诈骗保专项治理行动实施方案的通知》(X医保〔20XX〕54号)要求，结合我县实际，特制定本工作方案。

一、工作目标

整治20XX年1月1日以来医疗保障领域违法违规和欺诈骗保行为，构建多部门联动机制，加大医疗保障反欺诈工作力度，形成高压态势，实现源头防范，达到宣传法规、强化管理、净化环境、震慑犯罪的目的。同时，增强医患双方遵守医疗保障管理规定的自觉性，进一步完善医疗保障治理体系，保障医保基金安全。

二、组织领导

本次专项行动由县医疗保障局牵头，县公安局、县卫生健康局三部门共同组织，各乡镇配合专项行动检查。县级成立三部门共同参与专项行动领导小组，领导小组办公室设在县医疗保障局，组长由刘艳及罗明辉同志兼任，主要负责打击欺诈骗保专项整治行动组织协调和工作对接等事宜。专项行动成员单位职责分工如下：

医保部门：拟定专项行动方案并组织实施，全程跟踪并汇总专项行动情况。具体负责对医疗保险定点医疗机构、定点零售药店服务行为和参保人员就医购药行为的检查，负责跨省费用报销票据和资料的核查，对专项行动中发现的违反医疗保障的行为实施协议处理、行政处罚，对涉嫌犯罪的，视情形分别移送公安机关或纪委监委处理。

卫健部门：督促医疗机构配合专项行动检查。参与辖区内定点医疗机构医疗行为的检查。对专项行动中发现的违规医疗机构、违规医务人员依法依规进行处理。

公安部门：负责办理医保领域发生的依法由公安机关管辖的刑事案件；参与专项行动中涉嫌欺诈骗保检查对象的进一步核查工作；会同相关部门加强医保领域行政执法与刑事司法的衔接，依法打击欺诈骗保个人、单位医保犯罪行为。

三、专项行动内容

结合智能监控、日常审核稽核、大数据分析情况、投诉举报线索，并随机进行抽样检查，合理确定检查对象对医保基金使用情况开展检查。针对有举报线索的案例，开展重点检查，一追到底。检查重点如下：

(一) 检查定点医药机构

- 1、组织、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据等骗取医保基金的行为；
- 2、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料骗取医保基金的行为；
- 3、虚构医药服务项目骗取医保基金的行为等；
- 4、其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(二) 检查参保人

- 1、使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药；
- 2、通过伪造、变造、涂改医疗发票及相关病例资料报销医疗费用骗取医保基金；
- 3、持医保卡住院和门诊结算转卖药品牟利的行为等；
- 4、其他骗取医疗保障基金支出的行为。

四、行动步骤

本次专项行动为期3个月，检查时间从20XX年7月至9月。

专项检查组对查实的违法违规案例，根据医疗保障管理有关规定进行处理。对违反医疗保险协议约定的，经办机构按协议约定进行处理，并对机构主要负责人和违规参保人员进行约谈；同时，县医保部门会同卫健部门依法对违法违规行为进行行政处罚；对涉嫌犯罪的，视情形分别移送公安机关或纪委监委处理。县级医保经办部门将梳理各种违规实例，整理医疗保障违规案例，按照规定程序向社会通报，形成宣传舆论攻势，对违法犯罪分子形成震慑，同时上报市专项行动领导小组办公室。

五、工作要求

(一)高度重视，加强领导。本次专项行动是20XX年第一次联合专项整治行动，切实加强组织领导，落实工作责任，扎实做好本次专项行动。县乡两级相关部门要按照方案，认真组织实施，严格按照要求确保完成检查任务。对行动中发现问题，要做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短，严格依法办事、按规定程序处理。

(二)协调配合，形成合力。县医保部门要充分发挥牵头作用，加强对专项行动的组织协调；县乡两级相关部门要密切配合、加强联动，做好工作衔接，要互通信息及时反馈工作动态，真正形成反欺诈专项行动的合力。

(三)严肃纪律，廉洁工作。在开展专项行动中，县乡两级相关部门要严格遵守国家法律法规，依法行政，严格遵守廉政规定，严禁泄露相关信息及处理决定，不得收受检查对象的财物和宴请，不得因检查影响医疗机构和药店的正常工作秩序。

(四)严格要求，责任追究。在开展专项行动中，县乡两级相关部门要全面落实基金监守执法责任制和问责制，认真履行监管治理责任，建立健全“该发现违规费用没有发现是失职，发现违规费用没有追回是渎职”的责任倒查制度，对未履行，

不当履行或违规履行监管职责，严肃追责问责。

(五)剖析总结，完善制度。专项行动结束后，要全面总结，对发现的问题要认真剖析，分析原因，找准症结，举一反三，堵塞漏洞，完善管理措施，加强源头治理，在总结经验的基础上形成治理医疗保障领域欺诈骗保的长效机制。

打击欺诈骗保专项整治行动实施方案及措施 5

县医疗保险经办机构、医疗保障信息中心、县公安局刑侦大队、各定点医药机构：

按照XX市医疗保障局□XX市公安局□XX市卫生健康委员会印发《关于20XX年打击欺诈骗保专项整治行动工作方案的通知》(辽医保联□20XX□4号)要求，建立健全全县综合监管体制，持续推进打击欺诈骗保行为，保证医保基金合理规范使用。县医疗保障局联合县公安局、县卫生健康局决定在全县范围内开展打击欺诈骗保专项整治行动。具体工作安排如下：

一、时间范围

专项整治行动范围为全县所有定点医药机构，时间从20XX年5月开始至20XX年12月结束。

二、整治内容

重点依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条等规定对欺诈骗保行为开展整治。其内容如下：

(一)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用凭证；

(二)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

(三) 虚构医药服务项目；

(四) 定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施的以下违法违规行为：

1、分解住院、挂床住院；

2、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

3、重复收费、超标准收费、分解项目收费；

4、串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

5、为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

6、将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算。

(五) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

三、目标任务

20XX年专项整治主要目标是聚焦对“假病人”“假病情”“假票据”（以下简称“三假”）欺诈骗保行为开展专项整治。重点是要加强医保与公安、卫健等部门协调配合，联合开展行动，主要对2020年1月1日以来纳入基本医疗保险基金支付范围内所有医药服务行为、医疗费用，利用大数据查找并锁定可疑线索进行数据比对分析，依法整治违法违规行为。

(一) 查处骗保案件。要加强“行刑衔接”，运用医保和卫健委等部门专业知识与公安机关侦查手段相结合，查处一批欺

诈骗保案件，惩处一批违法犯罪欺诈骗保人员。

(二)曝光典型案例。要定期开展打击欺诈骗保形势分析，医保和卫健部门对专项整治查处的欺诈骗保典型案例要梳理汇总，形成典型案例纳入曝光平台，给予公开曝光，提升社会对欺诈骗保行为识别能力，对欺诈骗保形成有效震慑。

(三)树立先进典型。县内各定点医药机构要自觉开展警示教育，主动落实自我管理主体责任，规范执业行为和内部管理服务。对认真履行服务协议、遵守法律法规，诚实守信、管理规范、服务优质的定点医药机构要树立先进典型，进行通报表彰。

四、责任分工

县医疗保障部门作为本次专项整治行动的牵头单位，联合县公安局、卫健局对医保定点医药机构开展联合检查。按照工作职能，具体分工如下：

(一)医疗保障部门负责对纳入医疗保障基金支付范围的医药服务行为和费用进行监管，依法查处违规违法行为。主要检查内容为：

- 1、对定点医药机构资质、医保医师及执业药师执业资格进行审核；
- 2、核实病例报告单与大型医疗设备诊疗行为是否相符等情况；
- 3、核实定点医药机构药品和卫生材料等进销存等情况；
- 4、通过大数据比对，确定疑似违规问题线索。

(二)公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保、非法经营药

品犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。

(三) 卫健部门负责加强医疗机构和医疗服务行为监管，规范医疗机构及其医务人员的医疗服务行为，对医疗机构和相关人员的违法行为依法处理。抽调医疗专家对大数据分析提供的疑似违规病例进行核查。

五、工作安排

(一) 制定方案(5月10前)。医疗保障部门要主动加强与公安、卫生健康部门的沟通协调，根据《关于20XX年打击欺诈骗保专项整治行动工作实施方案的通知》(辽医保联[20XX]4号)文件要求，制定我县《实施方案》并分别报县公安局、县卫生健康局备案。

(二) 县内检查(5月11日-7月31日)。医疗保障部门会同相关部门对我县所属定点医药机构开展全覆盖联合检查，对检查的相关资料要认真汇总，注意保存，做到留痕留据，签字盖章确认;涉及违反《条例》第三十八条、第四十条的骗保行为，按照行政执法程序开展行政执法，确保基金监管工作落实到位。

(三) 市级检查及省级抽查。8月-9月，市医疗保障部门对县内定点医药机构进行复核，联合开展专项整治活动。10月-11月，省医疗保障部门对XX地区部分定点医药机构进行抽查复核。

(四) 结果汇总(12月10日前)。县医疗保障局会同县公安、县卫生健康部门根据全年检查处理情况，对专项整治工作成果进行汇总，按照时限要求报市医疗保障局。

六、工作要求

(一) 加强组织领导。医疗保障部门作为此次专项整治行动的

牵头单位，公安、卫生健康部门是专项整治行动的成员单位。县医疗保障局与县公安、卫生健康部门建立专项整治工作联络制度，成立工作领导小组(附件1)，建立主要负责同志亲自抓，分管领导直接负责工作机制。

(二)强化信息共享。医疗保障部门与公安、卫生健康部门要切实增强政治意识、加强协调配合，在对定点医药机构开展立案侦查或行政执法检查过程中，发现存在违法违规行医执业及违规使用医疗保障基金的，对相关问题及线索信息要互通共享，及时移交，做到“一案多查，一案多处”，严厉打击违法违规行为。

(三)重要线索要应查尽查。医疗保障部门要会同相关部门合理安排区域内重点问题线索排查和检查时间，有计划地分步推进，并做到对县内所有定点医疗机构违规使用医保基金专项治理全覆盖。对收到投诉举报和移交的重要线索要坚持问题导向，发挥与公安、卫生等相关部门联合办案优势，深挖欺诈骗保犯罪行为，做到对重要问题线索的应查尽查。

(四)按时报送信息数据。市医疗保障部门将对我县相关数据进行分析筛查，为打击欺诈骗保提供信息可疑问题线索。医疗保障经办机构要将每个月医保基金征缴、结余、拨付、拖欠情况、两定机构医疗保障基金使用情况向市医疗保障经办机构申报，汇总后报市医疗保障局基金监管科备案。

医疗保障部门要及时汇总专项整治情况，总结专项整治行动好的经验和做法，并于20XX年12月10日前将《20XX年打击欺诈骗保专项整治行动情况统计表》(附件2)报送市医疗保障局。