# 打击欺诈骗保专项治理工作总结【三篇】

来源：网络 作者：雨声轻语 更新时间：2025-04-07

*欺诈是指捏造事实或者隐瞒事实，以非法占有为目的，骗取大量公私财物的行为。 以下是为大家整理的关于打击欺诈骗保专项治理工作总结的文章3篇 ,欢迎品鉴！打击欺诈骗保专项治理工作总结篇1　　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...*

欺诈是指捏造事实或者隐瞒事实，以非法占有为目的，骗取大量公私财物的行为。 以下是为大家整理的关于打击欺诈骗保专项治理工作总结的文章3篇 ,欢迎品鉴！

**打击欺诈骗保专项治理工作总结篇1**

　　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：

　>　一、提高对医保工作重要性的认识

　　 首先，我院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，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。

　　>二、存在问题

　　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；

　>　三、整改措施

　　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。

**打击欺诈骗保专项治理工作总结篇2**

　　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。

**打击欺诈骗保专项治理工作总结篇3**

　　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，202\_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202\_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。202\_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，对我县专项治疗“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。202\_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、202\_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202\_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。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！