

山东省社会保险事业局文件

鲁社保发〔2014〕26号

关于省直医疗保险参保人员 违规就医具体行为处理有关问题的通知

省直医疗保险参保单位：

为规范省直医疗保险参保人员就医管理，保障参保人员的基本医疗需求，及时防范和处理违规行为，防止医疗保险基金流失，根据《社会保险法》、《社会保险稽核办法》（劳动和社会保障部令第16号）及《山东省人力资源和社会保障厅山东省财政厅山东省审计厅关于进一步加强社会保险基金管理监督工作的意见》（鲁人社发〔2014〕19号）等相关规定，结合省直医疗保险工作实际，现就省直医疗保险参保人员违规就医具体行为处理有关问题通知如下：

一、参保人员应严格遵守国家、省有关医疗保险就医管理规

定，在就医过程中认真履行诚信义务，自觉接受监督管理。

二、参保人员在就医过程中不得以下列行为骗取医疗保险待遇或医疗保险基金支出：

1、将本人的社会保障卡（医保卡）、病历等凭证出借他人使用；

2、冒用或伪造他人的医疗保险凭证就医；

3、伪造、变造、涂改医疗文书、处方、报销凭证等进行医疗保险费用结算；

4、违反规定向定点医疗保险机构或定点零售药店提供社保卡，通过置换医保项目、刷社保卡等方式骗取医疗保险基金；

5、非病情需要在多家定点医疗机构频繁、重复就医取药和检查治疗；

6、符合出院条件，定点医疗机构开具出院通知书后，拒不出院；

7、其他违反医疗保险就医规定的行为。

三、省社会保险事业局（以下简称省社保局），对参保人员就医情况实时监控，建立参保人员信用档案，定期将参保人员费用支出情况通报所在单位。

参保人员发生本通知第二条所列行为的，省社保局及时调查核实，参保单位和相关人员应予以配合，按要求对与调查事项有关的问题作出说明，如实提供有关病历、凭证等证明材料。省社保局在进行调查核实时，可以聘请中介机构人员和有关医疗卫生

专家参加。经调查核实存在违规行为的，将违规情况告知本人及所在单位，对违规问题严重的给予改变医疗保险费用结算方式6至12个月的处理（仍享受医疗保险待遇，暂停即时结算，改为个人全额垫付，由省社保局审核后予以报销）。同时，对骗取社保待遇或医疗保险基金支出的，提请省人力资源社会保障行政部门责令其退回骗取的医疗保险金，并依据《社会保险法》规定处骗取金额的二倍以上五倍以下的罚款。按照关于《刑法》（第266条）有关规定的解释草案，骗取社保基金以诈骗罪论处，对构成犯罪的，及时移交公安机关处理，依法追究刑事责任。

四、维护省直医疗保险基金的安全完整是每个参保单位及参保人员共同的责任和义务。用人单位要采取适当形式对本单位人员医疗费用支出情况进行内部公示，对违规人员进行批评教育，情节严重的，依照相关规定予以处分。

五、本通知自下发之日起施行。

山东省社会保险事业局

2014年6月27日



