

# 北京市人力资源和社会保障

您的当前位置：： 首页->新闻中心->最新发布法规

## 北京市人力资源和社会保障局通告

京人社发〔2010〕5号

2010年12月09日

为保障参保人员的合法权益不受侵害，确保基本医疗保险制度平稳运行和医疗保险基金安全，防止和打击各种骗取基本医疗保险基金行为，根据《北京市基本医疗保险规定》（北京市人民政府第158号令），现发布《参保人员违反基本医疗保险规定办法》，自2010年12月1日施行。

特此通告。

附件：参保人员违反基本医疗保险规定处理办法

北京市人力资源和社会保障局  
二〇一〇年十一月二十五日

附件：

### 参保人员违反基本医疗保险规定处理办法

**第一条** 为保障参保人员的合法权益，保证基本医疗保险制度平稳运行和基金安全，防止和打击各种骗取基本医疗保险基金行为，根据《北京市基本医疗保险规定》制定本办法。

**第二条** 参加本市基本医疗保险的人员，适用本办法。

**第三条** 参保人员应持本人社会保障卡实名就医。

**第四条** 参保人员有下列行为之一的，记入医疗保险信用信息系统，实施重点监督检查：

- （一）伪造、涂改医疗保险票据、处方、病历、医疗文书的；
- （二）以欺骗、胁迫等手段重复开药、超量开药的；
- （三）转卖医疗保险基金报销的药品谋取不当利益的；
- （四）将本人的社会保障卡转借给他人使用，或者使用他人社会保障卡并发生医疗费用的；
- （五）冒名住院骗取医疗保险基金的；
- （六）享受医疗保险待遇的条件发生变更或丧失享受医疗保险待遇资格，未按规定到社会保险经办机构办相关的变更、注销手续的；
- （七）经市级医疗保险管理部门认定的其他骗取医疗保险基金的行为。

**第五条** 参保人员有本办法第四条行为的，按照国家法律和本市有关规定给予处理。

**第六条** 参保人员有本办法第四条行为的，实施重点监督检查，期限为三年。重点监督检查期间，改变结算方式，该参保人发生的门诊、急诊、住院、门诊特殊病种医疗费用，由个人全额现金支付，经指定的区县医疗保险经办机构审核后，一年一按按规定给予报销医疗费用。

**第七条** 参保人员在定点医疗机构门诊就医次数和门诊医疗费用异常的，社会保险经办机构应当将其列入医疗保险重点审核范围。被列入医疗保险重点审核范围的参保人员应当配合社会保险经办机构对其进行医疗费用审核；不配合社会保险经办机构对其进行医疗费用审核的，社会保险经办机构可以采取暂时改变门诊医疗费用结算方式，由持卡就医实时结算改为个人全额垫付后再报销。

**第八条** 市和区（县）人力资源和社会保障部门应当加强对参保人员、参保单位、定点医疗机构、定点零售药店执行医疗保险规定情况的监督检查；市和区县医疗保险经办机构应当加强对医疗保险费用支出的审核。

**第九条** 举报违反基本医疗保险规定、骗取医疗保险基金行为的，经查证属实，按照《北京市社会保险基金监督举报奖励试行办法》给予