重庆市违法违规使用医疗保障基金举报 奖励实施细则（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为了加强医疗保障基金管理，鼓励举报违法违规使用医疗保障基金的行为，动员社会力量参与医疗保障基金监督，维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》等法律、法规、规章，结合我市实际，制定本细则。

第二条 自然人、法人或者其他组织（以下简称举报人）向医疗保障行政部门反映涉嫌违法违规使用医疗保障基金行为并提供相关线索，经查证属实应予奖励的，适用本细则。

医疗保障行政部门委托医疗保障经办机构等组织开展举报处理工作的，参照本细则执行。

违法违规使用居民大病保险、生育保险、医疗救助、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金的举报奖励，参照本细则执行。

第三条 市和区县（自治县）医疗保障部门负责本级违法违规使用医疗保障基金的举报奖励工作。

市医疗保障部门受理的跨区县（自治县）举报，由两个或以上区县（自治县）分别调查处理的，相应区县（自治县）医疗保障部门分别就涉及本行政区域内医疗保障基金的举报查实部分进行奖励。

第四条 设立市和区县（自治县）两级举报奖励专项资金，纳入同级财政预算，实行专款专用、专项核算。

举报奖励专项资金由医疗保障部门具体管理，其使用情况接受同级财政和审计部门的监督。

第五条 各级医疗保障部门应当依法保护举报人合法权益，不得泄露举报人相关信息。因泄露举报人相关信息损害举报人利益的，按相关规定严肃处理。

第六条 严禁虚假举报和恶意举报。举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法承担相应法律责任。

第二章 奖励条件

第七条 举报人可由本人或委托他人采取当面、信函、电话、电子邮件或网站投诉等方式进行实名举报或匿名举报。举报受理单位应当做好举报信息记录。当面举报的，由举报人签字确认。

第八条 举报人可以直接向各级医疗保障部门举报。

第九条 奖励举报人须同时符合下列条件：

（一）有明确的被举报对象和具体违法违规线索，并提供了有效证据；

（二）举报的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握；

（三）举报情况经查证属实，造成医保基金损失或因举报避免医保基金损失；

（四）举报人愿意得到举报奖励，并提供可供核查的真实有效身份信息、联系方式等；

（五）其他依法依规应予奖励的必备条件。

第十条 有下列情形之一的，不予奖励：

（一）举报人为医疗保障部门工作人员或者受医疗保障部门委托履行基金监管职责的第三方机构工作人员；

（二）违法违规使用医疗保障基金行为人主动供述本人及其同案人员的违法违规事实，或者在被调查处理期间检举揭发其它违法违规行为；

（三）医疗保障行政部门对举报事项作出处理决定前，举报人主动撤回举报；

（四）举报人身份无法确认或者无法与举报人取得联系；

（五）举报前，相关违法违规使用医疗保障基金行为已进入诉讼、仲裁等法定程序；

（六）其他依法不予奖励的情形。

第十一条 多人、多次举报的，奖励按照以下规则发放：

（一）举报人就同一涉及违法违规使用医疗保障基金的行为多处、多次举报的，奖励不重复发放；

（二）两名以上（含两名）举报人分别举报同一违法违规使用医疗保障基金行为，举报内容、提供的线索基本相同的，按照登记的举报时间奖励最先举报人；举报内容、提供的线索不同的，按照其各自提供线索对查实案件、追回或者避免医疗保障基金损失所起作用的在总奖励额度内进行分配；

（三）两名以上（含两名）举报人联名举报的，视为同一举报人发放奖励，奖励由举报人协商分配。

第三章 奖励标准

第十二条 举报奖励遵循依法保护举报人合法权益、自愿领取、奖励适当的原则。

第十三条 医疗保障行政部门对符合奖励条件的举报人按照涉及违法违规使用医疗保障基金金额的一定比例给予一次性资金奖励，奖励金额最高不超过20万元，最低不少于500元。具体奖励标准如下：

（一）举报奖励根据举报证据与违法事实查实结果，按照查实违规费用的2%进行奖励。如能详细提供被举报单位（人）的基本信息及其违法事实，已直接掌握证据并协助执法部门查处，举报情况与违法事实完全相符，按查实违规费用的3%进行奖励。

（二）举报人为定点医药机构内部人员、原内部人员或定点医药机构竞争机构及其工作人员的，按查实违规费用的2.5%进行奖励。如能详细提供被举报单位（人）的基本信息及其违法事实，已直接掌握证据并协助执法部门查处，举报情况与违法事实完全相符，按查实违规费用的3.5%进行奖励。

（三）最终认定的违法违规事实与举报事项不一致的，不予奖励；最终认定的违法违规事实与举报事项部分一致的，奖励金额只计算相一致部分；除举报事项外，还认定其他违法违规事实的，其他违法违规事实部分不计算奖励金额。

第四章 奖励程序

第十四条 本级受理或由上级医疗保障部门转办、交办的举报案件，奖励由最终作出处理决定的医疗保障部门负责办理，奖励资金由同级举报奖励专项资金予以支付。

第十五条 对举报案件做出最终处理决定的医疗保障部门在立案查处完毕后，对符合本细则规定奖励条件的，应按下列流程启动奖励程序。

（一）案件承办人员应当在案件办结后10个工作日内填写《重庆市医疗保障基金举报奖励审批表》（附表1）（以下简称《举报奖励审批表》），并附案件相关材料（包括举报案件登记表、立案审批表、调查报告、结案审批表、处罚（处理）决定书等），报医疗保障部门负责人审批。

（二）奖励申请经批准后，案件承办人员应在10个工作日内制作《重庆市医疗保障基金举报奖励通知书》（附表2）（以下简称《举报奖励通知书》），并送达举报人。

（三）举报人应当在收到《举报奖励通知书》之日起2个月内持有效证件和《举报奖励通知书》到奖励发放地医疗保障部门办理奖励领取手续。举报人不能现场办理奖励领取手续的，可以委托他人代办。代办人需同时持有《举报奖励通知书》、举报人授权委托书、举报人和代办人的有效身份证明。

举报人不能现场办理且无代办人的，应按要求填写《重庆市医疗保障基金举报奖励申领表》（附表3）（以下简称《举报奖励申领表》），自收到奖励通知之日起2个月内将举报奖励申领表和有效证件复印件等以邮政特快专递（EMS）或挂号信形式寄送至奖励发放地医疗保障部门。

举报人无正当理由逾期未领取奖励的，视为放弃奖励。

联名举报的举报人应当推举一名代表领取奖励，自行内部协商分配。

1. 举报人申领奖励时，承办人员应认真核验领取人身份和举报奖励有关事项，填写《重庆市医疗保障基金举报奖励支付单》（附表4）（以下简称《支付单》），并按照财务规定核发奖励。

第十六条 《举报奖励审批表》《举报奖励通知书》《举报奖励申领表》《支付单》以及奖励付款原始凭证复印件由发放地医疗保障部门作为保密件统一归档。

第十七条 医疗保障行政部门应当加强对奖励资金申报和发放的管理，发放举报奖励资金应当严格审核。具有下列情形之一的，由发放举报奖励的医疗保障行政部门收回举报奖励；举报人行为违法的，依法追究责任。

（一）举报人通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励；

（二）案件结案后被复议诉讼撤销；

（三）经查实存在其他不符合奖励条件的情形。

第十八条 医疗保障行政部门应当开辟便捷的兑付渠道，便于举报人领取举报奖励奖金。举报奖励奖金原则上应当使用非现金的方式兑付，按国库集中支付规定办理。

第十九条  本细则所称案值是指举报事项涉及的应当追回的医疗保障基金损失金额。除举报事项外，查实的其他违法违规金额不纳入案值计算。

第五章 附则

第二十条 本细则由重庆市市医疗保障局、财政局负责解释。

第二十一条 本细则自 2023 年 12月1日起施行。《重庆市医疗保障局 重庆市财政厅关于印发〈重庆市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）〉的通知》（渝医保发〔2019〕51号）同时废止。

附表1

重庆市医疗保障基金举报奖励审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  奖  励  人 | 姓名 |  | | 举报时间 |  |
| 单位 |  | | | |
| 联系方式 |  | | | |
| 查实金额（元） | | |  | | |
| 拟奖励金额（元） | | |  | | |
| 奖励确定依据 |  | | | | |
| 主要案情 |  | | | | |
| 审批意见 | 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 线索核查部门意见： 年 月 日 | | | | |
| 单位领导意见： 年 月 日 | | | | |

附表2

重庆市医疗保障基金举报奖励通知书

编号： 医保基金〔 〕 号

举报人 :

你（单位）举报的 问题（立案编号 ）经查证属实，符合《重庆市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》规定可以给予奖励的情形，我们决定对你（单位）的举报给予奖励人民币 元（大写： ）。

请在收到本通知书之日起60日内持有效证件和本通知书到 我局办理领取手续；委托他人代办的，代办人还需提供举报人授权委托书和代办人有效证件；如不能现场办理且无代办人，请于60日内将本通知书及有效证件复印件和填写完备的《重庆市医疗保障基金举报奖励申领表》以邮政特快专递（EMS）或挂号信形式寄送至我局。逾期未按上述规定办理的视为自动放弃。

联系人： 联系电话：

邮寄地址：

重庆市医疗保障局  
 年 月 日

（注：以单位名义举报的，代领人应持法定代表人或者负责人，举报人授权委托书。）

附表3

重庆市医疗保障基金举报奖励申领表

医保基金申〔 〕 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 奖励通知书编号 |  | | |
| 被奖励人 |  | 有效证件及号码 |  |
| 开户银行 |  | | |
| 开户银行卡号  （账号） |  | | |
| 申领理由 | | | |
| 本人（单位）于 年 月 日收到《重庆市医疗保障基金举报奖励通知书》（编号： ），决定对我（单位）的举报给予奖励人民币 元（大写： ）。  因 原因，本人（单位）不能现场办理。按照《重庆市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》规定，申请贵局将该笔奖励资金拨付至本人（单位）以上银行账户。  举报人： 年 月 日 | | | |

附表4

重庆市医疗保障基金举报奖励支付单

年 月 日 附单据 张

|  |  |
| --- | --- |
| 举报人指定银行 开户信息 | 户名： 开户银行  银行账号： |
| 举报案件查实涉案 金额 | \_­­\_\_\_\_\_\_\_\_元（大写）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 举报奖励金额 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_元（大写）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 举报人签名确认 |  |
| 案件承办人员签名（两人以上） |  |
| 线索核查部门意见 |  |
| 财务部门意见 |  |
| 单位领导意见 |  |
| 奖励金额支付情况（转账凭证附后） |  |
| 备注 |  |