

重庆市医疗保障局 重庆市财政局文件

渝医保发〔2023〕28号

重庆市医疗保障局 重庆市财政局 关于印发重庆市违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则的通知

各区县（自治县）医疗保障局、财政局，两江新区社会保障局、财政局，高新区政务服务和社事务中心、财政局，万盛经开区人社保局、财政局：

为进一步适应基金监管新形势，持续强化社会监督作用，共同维护医疗保障基金安全，根据《国家医疗保障局办公室财政部办公厅关于印发<违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法>的通知》（医保办发〔2022〕22号）要求，结合我市实际，现将

《重庆市违法违规使用医疗保障基金奖励实施细则》，印发给你们，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

重庆市财政局

2023 年 11 月 23 日

（此件公开发布）

重庆市违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则

第一章 总 则

第一条 为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》（国家医保令第5号）、《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》（医保办发〔2022〕22号）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。

违法违规使用居民大病保险、生育保险、医疗救助、长期护理保险基金、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 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。

第四条 市和区县（自治县）医疗保障行政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。

市医疗保障行政部门受理的跨区县（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）医疗保障行政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。

第五条 举报奖励所需资金纳入市和区县（自治县）同级医疗保障行政部门预算。

举报奖励资金由处理举报的医疗保障行政部门负责发放，其使用情况接受同级财政和审计部门的监督。

第六条 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。

第七条 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

第八条 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。

第九条 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他违法违规行为；

（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

第十一条 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，按查实案值的 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，按查实案值的 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，按查实案值的 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，按查实案值的 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

第十二条 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行政部门负责办理，奖励资金由同级举报奖励专项资金予以支付。

第十三条 对举报案件作出最终处理决定的医疗保障行政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》（附件 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），报医疗保障行政部门负责人审批。

（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》（附件 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行政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》（附件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行政部门。

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。

（四）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》（附件4）（以下简称《支付单》），并按照财务规定核发奖励。

第十四条 《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行政部门作为保密件统一归档。

第十五条 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，因举报内容不属实，经复议、诉讼等程序，依法被撤销、变更、确认违法；

（三）经查实存在其他不符合奖励条件的情形。

第十六条 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。

第十七条 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。

第五章 附则

第十八条 本细则由重庆市医疗保障局、重庆市财政局负责解释。

第十九条 本细则自 2023 年 12 月 1 日起施行。《重庆市医疗保障局 重庆市财政局关于印发〈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。

- 附件：1. 重庆市医疗保障基金举报奖励审批表
2. 重庆市医疗保障基金举报奖励通知书
3. 重庆市医疗保障基金举报奖励申领表
4. 重庆市医疗保障基金举报奖励支付单

附件 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			

附件 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。）

附件 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			

附件 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	

