

# 山西省医疗保障局文件 山西省财政厅

晋医保发〔2023〕11号

## 山西省医疗保障局 山西省财政厅 关于印发《违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则》的通知

各市医疗保障局、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，按照《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》要求，结合我省实际，省医疗保障局、省财政厅制定了《违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》，现印发给你

们，请认真贯彻执行。



(此件主动公开)



2023年7月3日

# 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** 为了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，结合我省实际，制定本细则。

**第二条** 自然人(以下称举报人)向医疗保障行政部门反映山西省行政区域内定点医药机构、经办机构、参保人、其他组织或个人等涉嫌违法违规使用基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金等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、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** 县级以上医疗保障行政部门负责本行政区域内违法违规使用医疗保障基金的举报奖励工作。

医疗保障行政部门委托医疗保障经办机构、综合执法机构等

组织开展举报处理工作的，参照本细则执行。

**第四条** 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。

**第五条** 举报奖励所需资金纳入省、市、县级医疗保障行政部门预算。

## 第二章 奖励条件

**第六条** 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)举报事项经查证属实，被举报行为已造成医疗保障基金损失；

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

(五)其他依法依规应予以奖励的必备条件。

**第七条** 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)其他依法依规不予奖励的情形。

### 第三章 奖励标准

**第八条** 医疗保障行政部门对符合奖励条件的举报人按照案值的一定比例给予一次性资金奖励。每起案件的最高奖励金额不超过 20 万元,最低奖励金额不少于 200 元。具体奖励标准如下:

(一)案值金额在 10 万元以下(含 10 万元)部分,按 3% 给予奖励,不足 200 元的,按 200 元奖励;

(二)案值金额在 10 万元以上 100 万元以下(含 100 万元)部分,按 2% 给予奖励;

(三)案值金额在 100 万元以上部分,按 1% 给予奖励;

(四)举报人为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的,在举报奖励金额基础上增加 20%;

(五)最高奖励金额不超过 20 万元。

举报线索移交公安、纪检监察、卫生健康、市场监管、民政、司法等部门,按照移交前查实的案值进行奖励。

**第九条** 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) 举报人就同一违法违规使用医疗保障基金行为多处、多次举报的，奖励不重复发放；

(二) 两名以上举报人分别举报同一违法违规使用医疗保障基金行为，且举报内容、提供的线索基本相同的，以医疗保障部门受理举报的登记时间为准奖励最先举报人；

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

#### 第四章 奖励程序

**第十一条** 举报奖励资金由处理举报的县级及以上医疗保障行政部门负责发放。举报线索核查部门应在核查完毕5个工作日内将举报材料和核查报告报同级医疗保障行政部门，医疗保障行政部门应当在收到相关材料后填写《违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表》(附件1)，并于5个工作日内完成奖励审批工作。

省医疗保障局对省本级统筹范围内的举报线索进行奖励。对于直接调查的属于市级统筹区医疗保障行政部门奖励范围的举报线索，应当在查办举报线索完毕后5个工作日内，将举报材料

和核查报告移交市级统筹区医疗保障行政部门，作为发放举报奖励资金的依据。举报线索涉及两个或两个以上统筹地区的，按照案值金额分别转送。

**第十二条** 医疗保障行政部门应当在同意给予举报奖励后 5 个工作日内制作《违法违规使用医疗保障基金举报奖励通知书》(附件 2)，并通过邮寄或电子邮件、短信、微信等形式告知举报人奖励事宜。告知日期分别以通知书发出的邮戳或电子邮件、短信、微信发出日期为准。举报人提供的联系方式无效的，视为自动放弃。

**第十三条** 举报人应当在收到《违法违规使用医疗保障基金举报奖励通知书》之日起 60 日内，由本人或者受托人办理身份确认手续，联名举报的举报人应当推举一名代表办理确认手续。举报人无正当理由逾期未办理身份确认手续的，视为自动放弃。举报人对奖励金额有异议的，应在收到《违法违规使用医疗保障基金举报奖励通知书》之日起 10 个工作日内，向实施举报奖励的医疗保障行政部门提出复核请求。负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在 30 个工作日内告知奖励金额复核结果。

举报人可通过邮件、现场等多渠道办理身份确认手续，应当提供能够辨别其身份的居民身份证或其他有效证明，以及领取奖励的开户银行名称及银行账号等银行账户信息、《违法违规使用医疗保障基金举报奖励通知书》等。委托他人办理确认的，受托人应当同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证

明。联名举报的举报人应当推举一名代表持所有举报人授权书办理确认手续。

**第十四条** 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资金。

举报奖励资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。

**第十五条** 医疗保障行政部门应在举报人身份确认后的5个工作日内，将奖励资金足额打入举报人指定账户。

## 第五章 责任追究

**第十六条** 医疗保障行政部门发放举报奖励资金时，应当严格审核。如发现通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励，或者存在其他不符合领取奖励的情形，发放奖励的医疗保障行政部门查实后有权收回举报奖励，并依法追究当事人相应责任。

**第十七条** 医疗保障行政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，按相关规定处理。

**第十八条** 举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法承担相应责任。

**第十九条** 医疗保障部门工作人员与举报人串通，骗取举报奖励资金的，按相关规定处理；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。



## 第六章 附 则

**第二十条** 各市医疗保障行政部门和财政部门可依据本细则，结合当地实际，对具体奖励标准、奖励程序等作出进一步细化规定。

**第二十一条** 本细则由山西省医疗保障局、山西省财政厅负责解释，自2023年8月1日起施行，有效期5年。《山西省医疗保障局 山西省财政厅关于印发〈山西省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法〉的通知》(晋医保发〔2019〕42号)同时废止。

附件:1. 违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表

2. 违法违规使用医疗保障基金举报奖励通知书

附件 1

## 违法违规使用医疗保障基金 举报奖励审批表

审批表编号：

举报人姓名		身份证号码或其他身份识别信息	
开户银行		银行账号	
受理举报时间		线索核查 完毕时间	
联系方式			
举报内容			
举报查办结果			
举报核查部门			
涉及奖励的 举报查实案值			
奖励金额			
承办部门 负责人意见			
财务部门 负责人意见			
承办部门 分管局领导意见			
财务部门 分管局领导意见			
主管局领导意见			
备 注			

注：本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份。

附件 2

## 违法违规使用医疗保障基金 举报奖励通知书

\_\_\_\_\_ 医保举奖通字〔    〕 \_\_\_\_ 号

\_\_\_\_\_:

根据《中华人民共和国社会保险法》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》和山西省《违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》等规定，决定对\_\_\_\_\_案件（案件编号：\_\_\_\_\_）举报人\_\_\_\_\_予以奖励，奖金\_\_\_\_\_元（大写：\_\_\_\_\_）。

请在接到本通知书后的 10 个工作日内，提供能够辨别身份的有效证明、银行账户信息（开户银行名称及账号）等。如果委托他人代领的，受托人还应当同时持有举报人授权委托书、举报人和受托人的有效身份证明。联名举报的举报人应当推举一名代表，此代表需持所有举报人授权的授权书。

逾期未办理确认手续的，视为自动放弃。

联系人:

联系电话:

通信地址:

邮 箱:

\_\_\_\_\_医疗保障局

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

