

济宁市医疗保障局 文件

济宁市 财政局 文件



济医保发〔2023〕14号

济宁市医疗保障局 济宁市财政局 关于印发《济宁市违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，济宁高新区人力资源部，太白湖新区社会保障事业服务中心，济宁经济技术开发区人力资源部，兖矿能源集团有限公司人力资源服务中心：

根据《省医疗保障局省财政厅关于印发〈山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则〉的通知》要求，市医疗保障局、市财政局研究制定了《济宁市违法违规使用医

疗保障基金举报奖励实施细则》，现印发给你们，请结合实际
抓好贯彻执行。



2023年9月5日

(此件主动公开)

济宁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 为鼓励人民群众举报违法违规使用医疗保障基金行为，动员社会力量共同维护医疗保障基金安全，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》《国家医保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）《省医疗保障局省财政厅关于印发〈山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则〉的通知》（鲁医保发〔2023〕8号）等法律、法规和政策规定，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县级及以上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，最高不超过 20 万元，最低不少于 200 元。

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。最终认定的违法事实与举报事项不一致的，不予奖励；最终认定的违法事实与举报事项部分一致的，只计算相一致部分的奖励金额。除举报事项外，查实的其他违法违规金额不纳入案值计算。

第九条 对违法违规使用医疗保障基金的举报，根据违法违规行为人及其不同违法违规行为表现分类确定奖励标准：

(一) 举报定点医药机构以欺诈、伪造证明材料或者其他

手段骗取医疗保障基金支出的，按照不超过查实案值的 3% 奖励；

（二）举报参保人员等个人以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金待遇的，按照不超过查实案值的 5% 奖励；

（三）举报医疗保障经办机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，按照不超过查实案值的 5% 奖励；

（四）举报定点医药机构分解住院、挂床住院，违反诊疗规范提供不必要的医药服务，重复收费、超标准收费、分解项目收费，为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品接受返还现金、实物或者获得其他利益提供便利，将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算等造成医疗保障基金损失的违法行为的，按照不超过查实案值的 2% 奖励；

（五）举报参保人员等个人将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用，重复享受医疗保障待遇，以及利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者其他非法利益等造成医疗保障基金损失的，按照不超过查实案值的 2% 奖励。

第十条 举报人为定点医药机构及其工作人员或原工作人员，提供可靠线索的，可适当提高奖励标准，最高不超过

查实案值的6%。

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，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。

第四章 奖励程序

第十二条 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。

第十三条 医疗保障行政部门在举报案件办结后15个工作日内，通知符合奖励条件的举报人领取奖金。

第十四条 医疗保障行政部门要规范审批权限和程序，及时兑付奖金。对符合奖励条件的，及时提出奖励对象和奖励金额建议。举报奖励金额超过5000元的，通过集体审议研究决定。填写《举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表》(见附件1)，按照权限和程序审批后，向举报人发出《举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书》(见附件2)，通知举报人到指定地点办理领奖手续。

第十五条 举报人应当在收到《举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书》之日起2个月内，凭本人有效身份证明、开户银行账号到医疗保障行政部门指定的地点办理奖金领取手续。委托他人代领的，受托人须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。

举报人逾期未领取奖励的，视为主动放弃。

联名举报的举报人应当推举一名代表人领取奖励，内部自行分配。

第十六条 举报人或者其受托人/代表人办理奖金领取手续时，应当在《举报违法违规使用医疗保障基金奖金确认书》（见附件3）上签名、捺指印，并注明居民身份证或者其他有效证件的号码，提供领取奖金的开户银行名称及银行账号。

第十七条 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。

第十八条 《举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表》《举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书》《举报违法违规使用医疗保障基金奖金确认书》和委托人的授权委托书等材料由医疗保障行政部门按照行政执法档案管理有关要求妥善保存。

第五章 责任追究

第十九条 医疗保障行政部门发放举报奖励资金时，应当严格审核。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。

第二十条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 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

第二十三条 本细则由济宁市医疗保障局、济宁市财政局负责解释。

第二十四条 各县（市、区）医保、财政部门可根据本细则，对具体奖励标准、奖励程序等作出具体规定。

第二十五条 本细则自印发之日起施行，有效期至2028年3月19日。《关于转发〈山东省打击欺诈骗取医疗保障基

金行为举报奖励实施细则〉的通知》（济医保发〔2021〕10号）同步废止。

- 附件：1. 举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表
2. 举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书
3. 举报违法违规使用医疗保障基金奖金确认书

举报违法违规使用医疗保障基金奖励审批表

编号：

举报人姓名		身份证号码或其他身份识别信息	
联系方式		立案日期	
结案日期		案件(宗)编号	
开户行		账号	
举报内容			
案件查处情况			
基金监管机构 奖励建议	经核查，举报人举报的违法违规使用医疗保障基金行为属实，查实违法违规金额____元。根据《山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》____规定，应按____%给予奖励，建议奖励金额____元，大写____元。 经办人：____ 负责人：____ 年 月 日		
局领导审批意见	年 月 日		

举报违法违规使用医疗保障基金领奖通知书

编 号：

_____同志：

你于_____年_____月_____日举报，经过立案调查，已依法作出处理，于_____年_____月_____日将处理结果告知你，并启动奖励程序。根据《山东省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》的规定，我局决定对你的上述举报给予_____元（大写_____元）奖励。请自接到本通知书之日起2个月内，携带本人居民身份证或其他有效身份证件、本通知书并提供开户银行账号到我局办理奖金领取手续；由受托人/代表人办理领取手续的，须另行提供全体举报人的书面委托书、受托人/代表人的居民身份证或其他有效身份证件。

无正当理由逾期未办理领取手续的，视为放弃领取奖励。

联 系 人：

联系电话：

年 月 日

注：本通知书一式二联，第一联存入奖励档案，第二联交举报人。

附件3

举报违法违规使用医疗保障基金奖金确认书

编 号：

案件编号			
案件名称			
案值金额		奖励金额	
举报人		证件号码	
开户银行		银行账号	

本人对举报违法违规使用医疗保障基金奖金____元（大写_____元）予以确认，并同意医疗保障行政部门向本人提供的银行账号以转账汇款方式发放奖励资金。

举报人/受托人/代表人（签名、指印）：
身份证或者其他有效证件号码：

年 月 日

