

# 四川省违法违规使用医疗保障基金 举报奖励办法

**第一条 【目的依据】**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，制定本办法。

**第二条 【适用范围】**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，经查证属实应予以奖励的，适用本办法。

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，参照本办法执行。

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，参照本办法执行。

**第三条 【奖励原则】**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 【奖励条件】**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，并提供可供核查的真实有效身份信息、联系方式等；

(五) 其他依法依规应予以奖励的必备条件。

**第五条 【不予奖励】** 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。

**第六条 【奖励标准】** 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。奖励金额按照案值 10 万元（含 10 万元）以下部分奖励 2%，10 万元至 100 万元（含 100 万元）部分奖励 1.5%，100 万元至 1000 万元（含 1000 万元）部分奖励 1%，1000 万元以上部分奖励 0.5% 计算，奖励金额最高不超过 20 万元，最低不少于 200 元。

**第七条 【奖励资金】** 举报奖励所需资金纳入省、市、县级医疗保障行政部门预算。

**第八条 【奖励发放】** 举报奖励由处理举报的医疗保障行政部门负责发放。

负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在案件结案或者依法移送司法机关完成刑事责任追究后的 15 个工作日内，以适当方式告知举报人享有获得举报奖励的权利。电话通知等方式告知的应当做好相应记录。

举报人应当自被告知享有举报奖励权利之日起 10 个工作日内填写《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励申请表》，向负责发放举报奖励的医疗保障行政部门提出书面的奖励申请，逾期未申请的，视为主动放弃。

**第九条 【发放程序】** 举报奖励的发放程序为：

（一）负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在接到举报人奖励申请后，填写《举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励审批表》，列明举报内容、案值金额、奖励标准，提出奖励金额的建议，经办案机构负责人、财务机构负责人审核后，连同相关案件材料，报送分管基金监管和财务的医疗保障行政部门负责人审批。

（二）举报奖励金额一经审定，负责发放举报奖励的医疗保障行政部门应当在 10 个工作日内采取适当方式通知举报人领取奖励并告知奖励金额。

举报人对奖励金额有异议的，可以在被通知领取奖励之日起

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申请。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。

**第十条 【奖励领取】** 举报人应当在接到领取奖励或复核结果通知之日起60日内，凭本人有效身份证明领取奖励。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领取奖励，自行内部分配。

**第十一条 【多人多次举报奖励】** 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，按一个举报人奖励额度进行奖励。

**第十二条 【奖励兑付】** 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。

**第十三条 【奖励收回】**各地医疗保障行政部门发放举报奖励奖金时，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。

（一）举报人通过伪造材料、隐瞒事实等方式骗取举报奖励；

（二）医疗保障行政部门对被举报行为作出的处理决定被依法撤销、变更、确认违法等情形；

（三）经查实存在其他不符合奖励条件的情形。

**第十四条 【保密要求】**各地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，泄露举报人相关信息的，按照相关规定处理。

**第十五条 【名词解释】**本办法所称“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问题金额不计入“案值”。

**第十六条 【授权规定】**市（州）医疗保障行政部门和财政部门可以依据本办法，结合本地实际，制定实施细则。

**第十七条 【办法解释】**本办法由四川省医疗保障局、四川省财政厅负责解释。

**第十八条 【办法施行】**本办法自 2023 年 2 月 1 日起施行，有效期 5 年。《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于印发〈四川省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法〉的通知》（川

医保发〔2019〕30号)同时废止。

附件 1

\_\_\_\_\_医疗保障局

**举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励申请表**

|                    |                     |      |  |     |  |
|--------------------|---------------------|------|--|-----|--|
| 申请人姓名<br>(身份代码)    |                     | 年 龄  |  | 性 别 |  |
| 联系电话               |                     | 身份证号 |  |     |  |
| 匿名举报人 (是/否)        |                     |      |  |     |  |
| 银行卡卡号              |                     |      |  |     |  |
| 举报时间               |                     | 被举报人 |  |     |  |
| 举报的内容、提供的<br>线索和证据 | 申请人签字:<br><br>年 月 日 |      |  |     |  |

## 附件 2

## \_\_\_\_\_医疗保障局

## 举报违法违规使用医疗保障基金行为奖励审批表

|                                 |               |              |  |     |  |
|---------------------------------|---------------|--------------|--|-----|--|
| 举报人姓名<br>(身份代码)                 |               | 年 龄          |  | 性 别 |  |
| 联系电话                            |               | 身份证号         |  |     |  |
| 匿名举报人(是/否)                      |               |              |  |     |  |
| 银行卡卡号                           |               |              |  |     |  |
| 举报时间                            |               | 被举报人         |  |     |  |
| 立案时间                            |               | 结案时间         |  |     |  |
| 行政(协议)处理文号<br>或者移送文书编号          |               | 案值金额<br>(万元) |  |     |  |
| 奖励金额<br>(万元)                    |               | 大写奖励金额       |  |     |  |
| 举报的内容、提供的<br>线索和证据、奖励<br>的理由和依据 | 承办人:<br>年 月 日 |              |  |     |  |
| 基金监管机构<br>意见                    | 签字:<br>年 月 日  |              |  |     |  |
| 财务机构<br>意见                      | 签字:<br>年 月 日  |              |  |     |  |
| 分管基金监管<br>负责人意见                 | 签字:<br>年 月 日  |              |  |     |  |
| 分管财务<br>负责人意见                   | 签字:<br>年 月 日  |              |  |     |  |
| 备 注                             |               |              |  |     |  |



附件 3

## 举报违法违规使用医疗保障基金行为 领奖通知书

编号:

举报人:

你（你单位）\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对\_\_\_\_\_违法违规使用医疗保障基金的举报，经过立案调查，已依法作出处理，现根据《四川省违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》规定并经审批，我局决定对你的上述举报行为给予人民币\_\_\_\_\_元（大写\_\_\_\_\_元）奖励。请自接到本通知书 60 日内携带能够辨识身份的有效证明、银行账户或其他非现金收款方式信息等资料前往\_\_\_\_\_办理领取手续。如委托他人办理，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。

逾期未到指定地点办理领奖手续的，视为放弃领取奖励。

联系人:

联系电话:

（发文单位或部门）

年 月 日

注：本通知书一式三份，承办部门、举报人、归档各一份。

信息公开选项：主动公开