

西藏自治区医疗保障局 西藏自治区财政厅 关于印发违法违规使用医疗保障基金 举报奖励办法实施细则的通知

藏医保〔2024〕53号

各地（市）医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《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），鼓励社会各界举报违法违规使用医疗保障基金行为，维护医疗保障基金安全和公民医疗保障合法权益，自治区医保局、自治区财政厅制定了《西藏自治区关于违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则》。现印发给你们，请遵照执行。

西藏自治区医疗保障局

西藏自治区财政厅

2024年10月22日

（主动公开）

西藏自治区关于违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法实施细则

第一章 总 则

第一条 为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》（国家医保局令第5号）和《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，结合我区实际，制定本实施细则。

第二条 自然人（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。

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、职工大额补充医疗保险、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 举报人可通过医疗保障行政部门公布的举报电话、传真、邮寄地址等渠道，向各级医疗保障行政部门举报违

法违规使用医疗保障基金行为。

第四条 举报奖励所需资金纳入自治区、市、县医疗保障行政部门预算。

第二章 奖励条件

第五条 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。

第六条 举报人举报事项同时符合下列条件的，给予奖励：

（一）有明确的被举报对象和具体违法违规线索，并提供有效证据；

（二）举报的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门掌握；

（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）举报人为医疗保障行政部门工作人员或者受医疗保障行政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分段累加的方式给予一次性资金奖励，每起案件最高奖励金额不超过 20 万元，最低奖励金额不少于 200 元。具体奖励标准计算公式为：

$$R = R_{min} + \frac{A - A_{min}}{A_{max} - A_{min}} \times (R_{max} - R_{min})$$

其中，R 为奖金，A 为案值，单位为万元。

（一）当 $0 < A \leq 10$ 时， $0.02 < R \leq 0.7$ ；

（二）当 $10 < A \leq 100$ 时， $0.7 < R \leq 5$ ；

（三）当 $100 < A \leq 500$ 时， $5 < R \leq 15$ ；

（四）当 $500 < A \leq 1000$ 时， $15 < R \leq 20$ ；

（五）当 $A > 1000$ 时， $R = 20$ 。

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）两名及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）两名及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

第十一条 医疗保障基金监管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 15 个工作日内，填写《违法违规使用医疗保障基金举报奖励兑现审批表》（附件 1），提出奖励对象和奖励金额建议，并提请同级医疗保障行政部门审批。医疗保障行政部门应当在 10 个工作日内对举报事实、奖励对象、奖励条件和奖励金额等进行审定。

西藏自治区医疗保障局对涉及区本级定点医疗机构的举报线索进行奖励。对于自治区医疗保障局直接调查的属于各地（市）、县（区）医疗保障行政部门奖励范围的举报线索，应当

在举报线索核查处置完毕后5个工作日内，将举报材料、调查记录复印件和举报奖励申请材料转交有关地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地区的，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10个工作日内制作《违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书》(附件2)，通过纸质邮件或电子邮件、短信、微信等形式通知举报人奖励事宜。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领取通知书》之日起60天内，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身份证明，以及领取奖励的开户银行名称及银行账号等相关信息、《违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书》等。举报人不能办理身份确认手续的，可以委托他人办理，受托人需同时持有《违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书》、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委托书办理身份确认手续。举报人逾期未办理身份确认手续的，视为自动放弃。

第十四条 医疗保障行政部门应当开辟便捷的支付渠道，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方式兑付，按国库集中支付规定办理。

医疗保障行政部门应当在举报人身份确认后5个工作日内，将奖励资金足额拨付至举报人指定账户。

第十五条 医疗保障行政部门应当妥善保管《违法违规使用医疗保障基金举报奖励兑现审批表》《违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书》《委托书》、举报人身份证明、银行账户信息等相关资料。

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的，依法承担相应责任。

第十九条 医疗保障行政部门工作人员与举报人串通，骗取举报奖励的，按相关规定处理；涉嫌犯罪的，依法移送司法

机关处理。

第六章 附则

第二十条 本实施细则自印发之日起实施。有效期 5 年。原《西藏自治区欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法实施细则（试行）》（藏医保〔2019〕136号）同时废止。

附件：1.违法违规使用医疗保障基金举报奖励兑现审批表
2.违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书
3.委托书

附件 1

违法违规使用医疗保障基金举报奖励 兑现审批表

_____ 医保举奖审字〔 _____ 〕 _____ 号

举报人姓名		身份证号码	
开户银行		银行账号	
受理举报时间		举报办结时间	
联系方式			
领取举报奖励	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
被举报单位内部工作人员	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
被举报单位竞争同类机构工作人员	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
举报事项			
举报主要内容			

举报查办结果	
材料齐全	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
举报查实金额	
建议奖励金额	
承办部门及承办人意见	承办人： 年 月 日
审批意见	年 月 日
备注	

注：本文书一式两份，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 领取通知书

医保举奖通字〔 ____ 〕 ____ 号

_____:

根据《西藏自治区违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》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 60 天内，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），通过邮件、现场等多渠道办理身份确认手续。委托他人办理的，受托人需同时持有《违法违规使用医疗保障基金举报奖励领取通知书》、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委托书办理身份确认手续。

逾期未办理身份确认手续的，视为自动放弃。

联系人：_____ 联系电话（传真）：_____

通信地址：_____ 邮 箱：_____

_____医疗保障局（印章）

_____年____月____日

注：本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份

附件 3

委托书

_____医疗保障局：

由于_____原因，本人委托 _____
_____（受托人姓名和身份证号码），作为委
托代理人，负责与贵局对接办理_____
_____案举报奖励资金申领事宜。本人承诺对受
托人代理申领奖励资金的行为及结果承担法律责任。

受托人签名确认： （画押）

委托人签名确认： （画押）

委托日期： 年 月 日

（本文书一式三份，举报人、财务、入卷各一份）