津医保局发〔2024〕16号

市医保局 市财政局关于印发《天津市违法

违规使用医疗保障基金举报奖励

办法》的通知

各区医疗保障局、财政局：

现将《天津市违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》印发给你们，请遵照实施。

市医保局 市财政局

2024年3月26日

（此件主动公开）

天津市违法违规使用医疗保障基金

举报奖励办法

第一条 为鼓励和调动社会各方面参与医疗保障基金监督，严厉打击各类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，根据《中华人民共和国社会保险法》《社会救助暂行办法》《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》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 公民、法人或其他社会组织（以下简称举报人）对本市各级医疗保障部门工作人员，定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员，以及参保人员等涉嫌违法违规使用医疗保障基金行为进行举报，提供明确、详实线索，经查证属实，应予奖励的，适用本办法。

本办法所称的医疗保障基金包括职工基本医疗保险、居民基本医疗保险、职工大额医疗救助、城乡医疗救助、公务员医疗补助等医疗保障资金。

第三条 市医疗保障行政部门统筹负责本市违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励工作。

市医保监督所受委托承担市医疗保障行政部门受理举报、立案办理和申请举报奖励的职能。

市医保监督所、各区医疗保障行政部门和经办机构应通过多种媒体向社会公布本级举报电话和邮寄地址，适时开通网站、电子邮件等举报渠道。

第四条 举报奖励所需资金纳入市医疗保障行政部门预算，由市财政负担。

第五条 举报人可向本市各级医疗保障部门进行举报。向市医疗保障行政部门举报的线索，由市医疗保障行政部门委托市医保监督所、医保中心或转交区医疗保障行政部门承办并负责申请举报奖励。

本市各级医疗保障部门在接到举报信息时应及时告知举报人相关奖励政策规定。

第六条举报人可实名举报，也可匿名举报。举报人实名举报的，举报时应提供本人真实身份信息和真实有效的联系方式。匿名举报人如希望获得奖励，医疗保障部门应履行相关告知程序。

第七条 医疗保障部门应当按照有关规定处理举报，举报人实名举报的，有处理权限的医疗保障部门应当自作出是否立案决定之日起5个工作日内告知举报人。

第八条举报事项同时符合以下条件的，由案件承办部门在做出处理处罚决定后5个工作日内，通知举报人，核实确认身份信息，并填写《违法违规使用医疗保障基金举报奖励申请表》（表样附后），向市医疗保障行政部门提出奖励申请：

（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）举报线索经查证属实，被举报行为造成医疗保障基金损失；

（三）举报线索主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握；

（四）举报人选择愿意得到举报奖励，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规违规行为；

（三）医疗保障部门对举报事实作出处理决定前，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、仲裁等法定程度；

（六）其他依法依规不予奖励的情形。

第十条 举报奖励额度按以下标准执行：举报线索直接涉及的违法违规使用医疗保障基金的行为，按照查实金额的10%给予奖励，奖励金额不足200元的补足到200元，最高不超过20万元；举报线索经查实无法确定违法违规使用金额，但举报内容属实的，给予资金200元奖励。

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，举报人为定点医疗机构、定点零售药店竞争同类机构及其工作人员的，提高奖励标准，按照查实金额的12%给予奖励，最高不超过20万元。举报人的身份，由案件承办部门根据举报人提供的劳动合同、工资发放证明、工作证等证据认定。

本办法所称查实金额是指举报事项涉及的应当追回的医疗保障基金损失金额。除举报奖励事项外，查实的其他违法违规金额不纳入查实金额计算。

第十一条 市医疗保障行政部门批准举报奖励申请后，案件承办部门应及时通知举报人到案件承办部门办理领取举报奖励领取手续。举报人提供的联系方式无效或举报人自收到领取举报奖励通知之日起2个月内未办理奖励领取手续的，视为自动放弃。

第十二条 举报人办理举报奖励金领取手续时，应携带本人有效身份证明；委托他人代办的，应持有举报人签署的授权委托书及委托人和受托人双方的有效身份证明，市医疗保障行政部门核实身份后，发放举报奖励金。

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。

举报奖励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 多人、多次举报的，举报按照以下规则发放：

（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。

第十四条医疗保障部门应当对举报人的信息予以保密，不得将举报人个人信息、举报办理情况等泄露给被举报人或者办理举报工作无关的人员。对举报人的宣传报道，须征得举报人同意。

对举报处理工作中获悉的国家秘密以及公开后可能危及国家安全、公共安全、经济安全、社会稳定的信息，医疗保障部门应当严格保密。

涉及商业秘密、个人隐私等信息，依照《中华人民共和政府信息公开条例》等有关规定执行。

第十五条 举报人故意捏造事实诬告他人，或弄虚作假骗取奖励的，应依法承担相应责任，造成严重后果、涉嫌违法犯罪的，移交司法机关处理。

第十六条 本办法自印发之日起实施，有效期5年。《市医疗保障局市财政局关于印发<天津市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法>的通知》（津医保局发〔2019〕9号）同时废止。

附件: 1.违法违规使用医疗保障基金举报奖励奖金申请、发

放操作规程

2.违法违规使用医疗保障基金举报奖励申请表

3.违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表

附件1

违法违规使用医疗保障基金举报奖励

奖金申请、发放操作规程

一、责任部门

违法违规使用医疗保障基金的案件承办部门负责告知举报人举报奖励事项，并办理申请举报奖励；市医疗保障局基金监管部门会同规划财务部门负责举报奖励奖金审核、发放工作。

二、政策告知

符合《天津市违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》奖励条件的，由案件承办部门在作出处理处罚决定后5个工作日内，告知举报人举报奖励相关政策规定，如举报人提出申请奖励，应一次性告知举报人提供有效身份证明、同名银行卡号及开户行名称，以核实确认身份信息，发放奖励。

三、奖励申请

案件承办部门在举报人确认基本信息后，填写《违法违规使用医疗保障基金举报奖励申请表》，并将案件处理处罚决定等相关材料一并在5个工作日内提交市医疗保障局基金监管部门审核。

四、审核批准

市医疗保障局基金监管部门审核举报奖励申请材料后，填写《违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表》，依照市医疗保障局财务管理制度和经费支出权限履行财务请款手续。

审批决定原则上应在5个工作日内做出，涉及重大金额的应按照“三重一大”规定执行，基金监管部门应将结果及时通知案件承办部门。

五、领取奖励

举报人申请非现金奖励的，市医疗保障局规划财务部门将奖励金直接打到举报人的银行卡中（钱款到账以银行到账时间为准）。举报人申请现金奖励的，案件承办部门在奖励意见批准后，应及时通知举报人办理领取举报奖励手续。举报人应携带本人有效身份证明，收取现金奖励后签收确认领取。举报人自收到领取奖励通知后，可在2个月内领取奖金。逾期未领取的，视为自动放弃领取奖金权利。

六、材料存档

《违法违规使用医疗保障基金举报奖励申请表》、《违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表》及其他领取举报奖励的申请材料，由市医疗保障局基金监管部门存档。

附件2

违法违规使用医疗保障基金举报奖励申请表

申请单位自编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位： | |  | 申请时间 |  |
| 举报人情况 | 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 举报时间 |  | 联系电话 |  |
| 是否有领取举报奖励意愿 | 是 □ 否 □ | | |
| 被举报单位内部工作人员 | 是 □ 否 □ | | |
| 被举报单位直接竞争同类机构工作人员 | 是 □ 否 □ | | |
| 提供证据情况 | 票据 □ | 财务账目 □ | 影像资料 □ |
| 举报线索受理时间 | |  | 案件办结时间 |  |
| 举报线索及案件  查实简要情况 | |  | | |
| 是否符合提高奖励标准 | | 是 □ 否 □ | | |
| 查实金额 | |  | 奖励金额 |  |
| 申请部门意见 | | （公章） | | |
| 举报人签字 | |  | 经办人签字 |  |
| 提交申请时，如有影响奖励金额的必要证据，应一并提交。 | | | | |

附件3

违法违规使用医疗保障基金举报奖励审批表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 申请时间 |  |
| 举报人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 举报线索  受理时间 |  | 案件办结时间 |  |
| 举报线索及案件查实  简要情况 |  | | |
| 是否符合  提高奖励  标准条件 | 是□ | 否□ | |
| 查实金额 |  | 奖励金额 |  |
| 基金监督  部门意见 |  | | |
| 局领导意见 |  | | |

（此页无正文）

天津市医疗保障局办公室 2024年3月26日印发