

西安市医疗保障局文件 西安市财政局

市医保发〔2023〕47号

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

各区（县）医疗保障局、财政局，各开发区医疗保障部门、财政部门，西铁经办服务中心，市医保经办服务中心、市医保基金管理中心：

为进一步适应基金监管新形势，强化社会监督作用，持续巩固“不敢骗”的高压态势，共同维护医疗保障基金安全，市医保局、市财政局联合制定了《西安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，请认真贯彻执行。



2023年7月25日

（此件公开）

西安市违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施细则

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《陕西省医疗保障局、财政厅关于印发〈陕西省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则〉的通知》（陕医保办发〔2023〕9号），结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 自然人（以下称举报人）向医疗保障部门受理举报的工作机构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，经查证属实应予奖励的，适用本办法。举报违法违规使用医疗保障资金行为的，参照本细则。

第三条 本细则所称的医疗保障基金是指基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等。所称的医疗保障资金是指居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、长期护理险等。所称的违法违规使用医疗保障基金行为是指违反医疗保障基金使用监督管理法律、法规、规章的行为。所称的医疗保障部门受理举报的工作机构（以下简称受理举报的工作机构）是指医疗保障部门或受委托开展举报查证的组织机构。

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、受理部门发放的原则。

第五条 举报奖励所需资金纳入各级医保部门预算。

第六条 举报由受理举报的工作机构依照相关规定处理。

各级医疗保障经办机构接到举报的，应移交同级受理举报的工作机构处理。

第七条 举报奖励由受理举报的工作机构负责发放。

举报人就同一违法违规使用医疗保障基金行为向多级医疗保障部门举报的，由上级受理举报的工作机构发放。

上级移交的举报线索，由上级受理举报的工作机构发放。

国家医疗保障局移交的举报线索，由省级受理举报的工作机构发放。

同一线索举报对象涉及多个行政区域的，由多个行政区域的共同上级受理举报的工作机构发放。

第八条 受理举报的工作机构应设立并向社会公布举报电话（详见附件1）、邮箱、电子邮箱。有条件的可扩充网站、微信公众号、手机APP、等举报渠道，也可统筹利用当地公共服务信息平台，方便举报人举报。

第九条 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）实名举报且举报人愿意得到举报奖励；

（五）其他依法依规应予奖励的必备条件。

第十条 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）医疗保障部门对举报事项作出处理决定前，举报人主动撤回举报；

（四）匿名举报或者拟奖励时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）举报事项已经超过行政处罚追溯时效；

（七）其他依法依规不予奖励的情形。

第十一条 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 20 万元，最低 500 元。

举报线索所涉违法违规行为属一般违法行为的，按照案值的 3% 给予举报人一次性资金奖励。

举报线索所涉违法违规行为属欺诈骗保行为的，按照案值的 5% 给予举报人一次性资金奖励。

第十二条 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。

第十三条 各级受理举报的工作机构对收到的举报线索，要详细了解举报信息，并及时予以登记，填写登记表（附件 2），按规定录入国家医疗保障信息平台智能监管子系统举报投诉系统。实名举报的，受理举报的工作机构应当自作出是否立案之日起 5 个工作日告知举报人。

第十四条 受理举报的工作机构应在举报线索查证结束

后 15 个工作日内，作出具体奖励意见，对符合奖励条件的，应在决定做出后 5 个工作日内告知举报人。

对上级移交的举报线索，查证的医疗保障部门应按照时限要求上报核查结果。上级受理举报的工作机构收到核查结果报告后，15 个工作日内作出具体奖励意见，对符合奖励条件的，应在决定做出后 5 个工作日内告知举报人。

第十五条 举报人愿意领取奖励的，应当在接到举报奖励告知之日起 2 个月内，提交包括身份证复印件、银行账户、联系方式等个人真实资料。

举报人委托他人代领的，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。

联名举报的举报人应当推举一名代表领取奖励，推举代表应提供所有举报人签字的授权委托书，奖励资金由所有举报人自行内部分配。

举报人逾期未提交相关资料的，视为放弃奖励权利。

第十六条 相关资料应现场提交，发放举报奖励时要对提交资料严格审核，防止骗取冒领，审核合格后填写奖励资金发放表（附件 3），发放奖励金。各级医疗保障部门要做好对举报人员的信息保密工作。

第十七条 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 受理举报的工作机构应当建立举报奖励工作台账，记录举报受理、移交、查证和奖励全过程。各级医疗保障部门要配合省医疗保障局推进全省举报奖励信息化管理工作。

第十九条 举报奖励资金接受审计部门审计。举报奖励发放接受纪委监委监督。

第二十条 医疗保障部门发现举报人通过伪造材料、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，医疗保障部门查实后应收回举报奖励，并依法追究当事人相应责任。

第二十一条 医疗保障部门工作人员与他人内外勾结，骗取举报奖励资金的，应依法依规追究有关人员责任。

第二十二条 各级医疗保障部门应执行本细则规定的奖励标准和发放程序。

第二十三条 严禁虚假举报。举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法追究相应责任。

第二十四条 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。医疗保障部门对被举报对象的罚款以及查实的除举报事项外的其他违法违规金额不纳入案值

计算。

第二十五条 本实施细则由西安市医疗保障局和西安市财政局负责解释，自发文之日起施行。《西安市医疗保障局 西安市财政局关于印发<西安市打击欺诈骗取医疗保障基金举报奖励实施细则>的通知》（市医保发〔2019〕17号）同时废止。

附件：1.西安市打击欺诈骗取医疗保障基金举报投诉电话
2.欺诈骗取医疗保障基金举报线索工作登记表
3.欺诈骗取医疗保障基金举报奖励资金发放表

附件 1

西安市打击欺诈骗取医疗保障
基金举报投诉电话

序号	单位（部门）	举报投诉电话
1	西安市医疗保障局	87222550
2	新城区医疗保障局	87215105
3	碑林区医疗保障局	89625533
4	莲湖区医疗保障局	81501139
5	雁塔区医疗保障局	89287170
6	灞桥区医疗保障局	83325503
7	未央区医疗保障局	81628223
8	阎良区医疗保障局	89075502
9	临潼区医疗保障局	83819625
10	长安区医疗保障局	85290800
11	高陵区医疗保障局	86093187
12	鄠邑区医疗保障局	84852885
13	蓝田县医疗保障局	82735662
14	周至县医疗保障局	85158550
15	西咸新区社会事业服务局	33358594
16	西安高新区社会事业服务局	81155699
17	西安经开区社会事业服务局	89298690
18	西安国际港务区教育卫体局	83521238
19	中国铁路西安局集团有限公司社会保险经办中心	82322857
20	西安国家民用航天产业基地社会保险基金管理中心	81576165

附件 2

欺诈骗取医疗保障基金举报线索工作登记表

举报编号		举报方式	☐ 实名举报 ☐ 匿名举报		
			☐ 电话 ☐ 来信 ☐ 来访 ☐ 其他_____		
举报人姓名		身份证号			
联系方式		举报时间		记录人	
辨识身份 预留信息					
举报主要内容					
受理情况	是否受理	☐ 受理	不受理原因		
		☐ 不予受理			
	处理意见				
负责人	(意见) 签名: 年 月 日		办理人	签名: 年 月 日	

附件 3

欺诈骗取医疗保障基金举报奖励资金发放表

编号：

举报编号		举报方式	☐ 实名举报 ☐ 匿名举报		
			☐ 电话 ☐ 来信 ☐ 来访 ☐ 其他方式		
举报人姓名		身份证号			
联系方式		举报时间		辨识身份 预留信息	
举报内容					
处理结果					
奖励决定	奖励依据				
	奖励金额	(大写)		小写¥	
	经办人签字	年 月 日	复审人签字	年 月 日	
	领导审批	年 月 日			
奖励发放	举报人姓名		举报人电话		
	委托人姓名		委托人电话		
	举报人银行卡号			开户行	
	领取人签字	年 月 日	经办人签字	年 月 日	
	财务负责人	年 月 日			

- 1. 奖励金应采取非现金方式发放至举报人银行卡，不得发至委托人。
- 2. 举报编号应对应工作登记表的举报编号。
- 3. 此表一式三份，医保部门、财务部门、举报人各一份。

