

福建省医疗保障局 福建省财政厅 文件

闽医保规〔2024〕2号

福建省医疗保障局 福建省财政厅 关于印发《福建省违法违规使用医疗保障 基金举报奖励实施办法》的通知

各设区市医疗保障局、财政局，平潭综合实验区医疗保障局、财政金融局：

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《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），制定了《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》。现印发给你们，请遵照执行。



福建省违法违规使用医疗保障基金 举报奖励实施办法

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《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》等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

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、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 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 举报人可以通过医疗保障部门公布的接收投诉举报

的互联网、电话、传真、邮寄地址等渠道，向各级医疗保障部门举报违法违规使用医疗保障基金行为。

第五条 举报人可以实名或者匿名举报，实名举报应当提供真实身份证明和有效联系方式，匿名举报人有举报奖励诉求的，提供能够辨别其举报身份的信息作为身份代码，并与医疗保障部门专人约定举报密码及联系方式。

匿名举报人接到奖励领取告知，并决定领取奖励的，应当主动提供真实身份证明、身份代码、举报密码等信息，便于医疗保障部门验明身份。

各级医疗保障部门可以结合实际制定匿名举报奖励发放的特别程序规定。

第六条 举报奖励由处理举报的医疗保障行政部门负责发放。

举报奖励资金按照分级预算、属地管理原则，由当地财政部门纳入预算安排，医疗保障部门专款专用，并接受财政、审计、监察等部门的监督检查。

第二章 奖励条件

第七条 奖励举报人应当同时符合下列条件：

（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。

第八条 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。

第九条 举报奖励的实施应当遵循以下原则：

(一)两个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。其他举报人提供的证据对案件查处起直接、重大作用的，可给予适当奖励。

(二)两个及以上举报人分别同时就同一违法违规使用医疗保障基金行为举报的，可以根据举报内容、提供的线索等情况按比例发放奖励，举报内容、提供的线索基本相同的视为同一举报人，按举报人数平均分配奖励。

(三)两个及以上举报人联名举报同一违法违规使用医疗保障基金行为的，视为同一举报人，奖金由各举报人协商分配一致后发放。

(四)同一举报人在不同医疗保障部门或多次举报同一违法违规使用医疗保障基金行为的，由作出最终处理决定的医疗保障部门奖励，不给予重复奖励。

(五)最终认定的违法违规事实与举报事项不一致的，视为无效举报，不予奖励；最终认定的违法违规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。

(六)上级医疗保障部门受理的跨区域的举报，最终由两个或者两个以上医疗保障部门分别调查处理的，负责调查处理的医疗保障部门分别就本行政区域内的举报查实部分进行奖励。

第三章 奖励标准

第十条 举报奖励根据举报证据与违法违规事实查证结果，分为如下三个等级：

（一）一级：提供被举报人的详细违法违规事实、线索及直接证据，协助查处工作，举报内容与违法违规事实完全相符；

（二）二级：提供被举报人的违法违规事实、线索及部分证据，不直接协助查处工作，举报内容与违法违规事实相符；

（三）三级：提供被举报人的违法违规事实或线索，不能提供相关证据或协助查处工作，举报内容与违法违规事实基本相符。

第十一条 依据举报人举报的具体情况和本办法第十条划分的举报奖励级别，并根据案值大小以及案件性质等因素，给予举报人一次性奖励。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。具体奖励标准如下：

（一）属于一级举报奖励的，按案值的 6% 给予奖励；

（二）属于二级举报奖励的，按案值的 4% 给予奖励；

（三）属于三级举报奖励的，按案值的 2% 给予奖励。

第十二条 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,奖金可按第十一条的奖励标准提高 20%计算奖励金额。

第十三条 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金额不纳入案值计算。

第四章 奖励程序

第十四条 处理举报的医疗保障行政部门应当在举报查处结案或者依法知悉生效刑事判决后,对于符合本办法奖励条件的,应当在 30 日内告知举报人。举报奖励由举报人申请启动奖励程序。

第十五条 处理举报的医疗保障行政部门应当对举报奖励等级、奖励标准等予以认定,确定奖励金额,并将奖励决定告知举报人。

第十六条 举报人应当在收到领取奖励通知之日起 2 个月内,由本人凭有效身份证明到处理举报的医疗保障行政部门领取奖金。举报人无正当理由逾期未提出奖励申请的,视为放弃奖励权利。

第十七条 匿名举报的,按事先约定的时间、地点,提供真

实身份证明，以及事先约定的身份代码、举报密码等信息，在医疗保障行政部门核对无误后领取奖金。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。举报人委托他人代领的，受托人需持有举报人授权委托书、委托人和受托人的有效身份证明。

第十八条 定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，在申请领取举报奖励时，应当如实提供其在定点医疗机构、定点零售药店工作的相关证明材料。

第十九条 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使用非现金的方式兑付，按国库集中支付规定办理。

第二十条 举报人对奖励金额有异议的，可以在奖励决定告知之日起10个工作日内，向处理举报的医疗保障行政部门提出复核申请。

第二十一条 处理举报的医疗保障行政部门应当严格执行保密制度，做好兑奖人身份、兑奖地点的保密工作，切实保护匿名举报人的个人隐私，同时保存好领奖手续、转账记录等，归入财务和案件档案。

第五章 监督管理

第二十二条 各级医疗保障部门应当加强对奖励资金的申报和发放管理，建立健全举报奖励责任制度，严肃财经纪律。设立档案，包括举报受理、立案和查处情况，奖励申请、举报奖励标准认定核算、奖励决定、领取记录、资金发放凭证等，并做好汇总统计工作。

第二十三条 参与举报奖励工作的人员在办理举报奖励中有玩忽职守、徇私舞弊、弄虚作假、擅自泄露举报人信息等行为的，依法追究其行政责任；构成犯罪的，移送司法机关处理。

第二十四条 举报人应当对所举报内容的真实性负责。举报人伪造材料、隐瞒事实，取得举报奖励，或经医疗保障部门查实不符合奖励条件的，医疗保障部门有权收回奖励奖金。举报人故意捏造事实诬告他人，或者弄虚作假骗取奖励，依法承担相应法律责任；涉嫌犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附则

第二十五条 各级医疗保障部门和财政部门可依据本办法，结合辖区实际，制定本行政区域内的违法违规使用医疗保障基金

举报奖励暂行办法或实施办法。

第二十六条 各级医疗保障部门在办理举报奖励过程中参考使用本办法附件文书，可结合实际情况进行适当调整。

第二十七条 本办法由省医疗保障局会同省财政厅负责解释。

第二十八条 本办法自印发之日起施行，有效期 5 年。《福建省医疗保障局 福建省财政厅关于印发〈福建省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行实施办法〉的通知》（闽医保〔2019〕37 号）同时废止。

- 附件：1. 举报奖励申请书
2. 福建省医疗保障行政部门举报案件登记表
 3. 违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励审批表
 4. 违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励通知书
 5. 不予奖励通知书
 6. 违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励复核表
 7. 违法违规使用医疗保障基金行为举报奖励领取收据

附件1

举报奖励申请书

_____医疗保障局：

我于_____年____月____日接到你局告知，符合举报奖励条件，现本人提出举报奖励申请。

本人承诺：

1. 本人不是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。
2. 本人不属于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的情形。
3. 本人不属于被调查处理期间检举揭发其他违法违规行为情形。
4. 本人没有其他不符合法律、法规规定的奖励情形。

身份证件名称、号码：

（匿名举报人身份代码、举报密码）：

申请人签名：

年 月 日

附件2

福建省医疗保障行政部门举报案件登记表

登记单位	(12315投诉举报平台、其他办案机构)	登记时间	
信息来源	(12315投诉举报平台或其他途径)	接收方式	(电话、来函、上级转办、互联网等)
举报人姓名		身份证号	
地 址		电 话	
被举报对象			
联系电话			
地 址			
举报内容	(写明时间, 涉案单位, 主要责任人, 经营地点, 违法违规行为, 相关证据, 及其他需要说明的情况。)		
备 注			

附件3

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励审批表

_____ 医保奖批() ____号

受奖人姓名		性 别		电 话	
身份证号			匿名举报人 识别号		
举报线索核查部门					
举报受理日期		履行/结案/ 判决日期		案件编号	(受理编号)
违法违规行为	(写明时间, 涉案单位, 主要责任人, 违法违规行为, 涉及医保基金, 及其他需要说明的情况。)				
查处情况	(以医保服务协议行政处理决定/处罚决定书/判决书为准)				
涉及医保基金金额		申报奖励		级	元
举报线索核查部门 承办人(签字)		举报线索核查 部门负责人意见			
基金监管经办人 (签字)		基金监管处室 负责人意见			
财务机构承办人 审核意见		财务机构 负责人意见			
分管基金监管 局领导意见					
管财务机构 局领导意见					
局长或 局长办公会意见					

附件4

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励通知书

医保奖字() 号

XXX:

根据《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》及有关规定，您关于举报_____违法案件，经查实符合奖励条件，决定给予奖励人民币_____ (大写)，_____ (小写)。请在接到本通知后，于_____年_____月_____日前办理领奖事宜。

领奖地址:

办案机构联系人: 联系电话:

注意事项:

1. 领奖人应携带本人身份证、本通知书及银行卡。委托他人代领奖励金的，委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。

2. 收到领取奖励通知之日起2个月内，逾期不领取的，视为放弃权利。

3. 如对奖励金额有异议的，应当于10个工作日内提出复核申请。

4. 奖励金额为含税金额，领奖人请按照相关规定纳税。

5. 此通知一式两份，一份交给领奖人，一份由医疗保障行政部门存档。

医疗保障局

年 月 日

附件 5

不予奖励通知书

医保不奖字() 号

XXX:

根据《福建省违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施办法》及有关规定，经我局审议，认定你于____年__月__日向
我局举报的行为不应给予奖励。理由如下：

如你对本决定有异议的，可以在收到本通知之日起起10个
工作日内，向_____医疗保障部门提出复核申请。

特此通知

医疗保障局

年 月 日

本通知书已于____年__月__日收到。

申请人签名：

本通知一式两份，一份交给被通知人，一份存档

附件6

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励复核表

医保奖复字() 号

申请复核人姓名		性 别		电 话	
身份证号			复核部门		
提请复核时间	年 月 日			举报奖励编号	
复核前奖励情况	奖励等级:		奖励金额: 元		
申请复核原因	(写明申请人为何申请复核)				
复核后奖励情况	奖励等级:		奖励金额: 元		
复核部门承办人 (签字)			复核部门 负责人意见		
财务机构承办人 意 见					
财务机构负责人 意 见					
分管办案机构 局领导意见					
分管财务机构 局领导意见					
局长或 局长办公会意见					

附件7

违法违规使用医疗保障基金行为 举报奖励领取收据

医保奖收字() 号

举报人姓名		性别		电话	
身份证号(匿名 举报人识别号)					
奖励事由					
奖励金额 (含税)		给付方式	(银行转账)		
领奖人身份证 复印件粘贴处	正面、背面(匿名举报除外)				
领奖人确认	本人已收到上述奖励金。 签名： 领奖时间：				
转账凭证 粘贴处					

注：此表原件由医疗保障行政部门统一存档

信息公开类型：主动公开

抄送：国家医疗保障局。

福建省医疗保障局办公室

2024年2月2日印发
