

芜湖市医疗保障局 芜湖市财政局

文件

芜医保〔2021〕25号

关于印发《芜湖市欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施细则》的通知

各县市区医保局、财政局，经开区人社局、财政局，三山经开区医疗卫生局、财政局，市医保中心：

根据安徽省医保局、安徽省财政厅印发的《安徽省欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施办法》（皖医保发〔2021〕3号），结合我市实际，制定《芜湖市欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。



2021年4月8日

芜湖市欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施细则

第一章 总则

第一条 为鼓励举报、严厉打击欺诈骗取医疗保障基金违法行为，确保医疗保障基金安全，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》和安徽省医疗保障局、财政厅《安徽省欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施办法》等法律法规，制定本实施细则。

第二条 对于举报人、举报行为、举报途径、举报受理及办结、奖励资金保障、奖励条件及标准、奖励审批发放程序等，均依照《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于印发〈安徽省欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施办法〉的通知》（皖医保发〔2021〕3号）执行。

第三条 公民、法人或其他社会组织（以下简称举报人）对我市医疗保障经办机构工作人员、定点医药机构及其工作人员、参保人员等涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为进行举报，提供相关线索，经查证属实，应予奖励的，适用本办法。

举报人为医疗保障行政部门、监督管理机构、经办机构及其工作人员的，以及受上述部门和机构委托，从事医疗保障基金监管和经办服务等医保业务工作的公民、法人或其他

社会组织，举报与其受委托职能相关的欺诈骗取医疗保障基金行为，不适用本办法。

本办法所称的医疗保障基金是指由医疗保障部门管理的职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、医疗救助、生育保险以及城乡居民大病保险等补充医疗保险等专项基金。

第四条 统筹地区医疗保障部门负责涉及本统筹地区医疗保障基金欺诈骗取行为的举报奖励工作。

上级医疗保障部门受理的跨地区举报，由两个或以上统筹地区医疗保障部门分别调查处理的，相应统筹地区医疗保障部门分别就涉及本统筹区域内医疗保障基金的举报查实部分进行奖励。

第五条 本办法所称的欺诈骗取医疗保障基金行为主要包括：

- （一）涉及定点医药机构及其工作人员的欺诈骗保行为
1. 分解住院、挂床住院；
 2. 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；
 3. 重复收费、超标准收费、分解项目收费；
 4. 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
 5. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

6. 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

7. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;

8. 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;

9. 虚构医药服务项目;

10. 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(二) 涉及参保人员的欺诈骗保行为

1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;

2. 重复享受医疗保障待遇;

3. 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益;

4. 使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的;

5. 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的;

6. 涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。

(三) 涉及医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为

1. 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出的;

2. 涉及经办机构工作人员的其他欺诈骗保行为。

第二章 举报途径

第六条 各级医疗保障部门应当向社会公布本级举报电话。同时扩充网站、邮件、电子邮箱等举报渠道，也可统筹利用当地公共服务信息平台，方便举报人举报。

举报人可通过开通的任何一种举报渠道进行举报，也可以同时通过多种渠道进行举报。

第七条 举报人可以直接向统筹地区医疗保障部门进行举报，也可以向上一级医疗保障部门进行举报。

第八条 举报人可实名举报，也可匿名举报。

本办法所称的实名举报，是指举报人提供真实身份证明以及真实有效联系方式的检举、揭发行为。

匿名举报，是指举报人不提供其真实身份的举报行为。但如果举报人希望获得举报奖励，需提供其他能够辨别其身份的信息及有效联系方式，使医疗保障部门事后能够确认其身份，兑现举报奖励。

第三章 举报受理及办理

第九条 举报人提供的欺诈骗保线索必须具体、明确，且被举报的行为应属于本细则第五条规定范围。

医疗保障部门对符合受理范围的举报案件，应在接到举报后 15 日内提出是否立案调查的意见。

对不属于受理范围的实名举报案件，应自接到举报后 5 个工作日内告知举报人不予受理的意见，并说明原因。

对所有有效举报，均应建立案卷，按举报时间顺序登记备案，并且记载举报时间、渠道、详情、受理情况等信息。对不予受理 举报要记录不予受理的原因等相关情况，对于受理的举报，且举 报人希望获得举报奖励的，应当将举报人提供的有效身份信息及联系方式进行登记。

第十条对属于受理范围的举报案件，医疗保障部门应当自受理之日起 30 个工作日内办理完毕。情况复杂的，经单位负责人批准后，可以延长至 3 个月内办结。特别重大案件，经单位集体研究后，可以适当延长，但原则上不超过 6 个月。

第十一条医疗保障部门对举报材料以及办理过程中的有关资料，应按国家保密规定列入密件管理，遵守以下保密规定，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：

（一）不得私自摘抄、复制、扣押、销毁举报材料。

（二）严禁向移送部门（机构）以外的单位、个人泄露举报人的姓名、单位、住址等情况。

（三）不得向被调查单位和被调查人出示举报材料。

（四）《芜湖市医保局投诉举报线索登记表》、《医保基金违规案件举报奖励申请表》（附件 3）由医疗保障部门基金监督机构作为保密件保管。领取奖金款项的财务凭证另行制

作，财务凭证注明举报案件名称、编号和举报奖金数额及审批人、经办人的签名。

（五）办结的举报案件，医疗保障部门应当将登记案件进行结案，并且注明调查处理情况及办结时间。

第十二条 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，依法承担相应责任。

第四章 奖励资金保障

第十三条 各统筹地区医疗保障部门设立举报奖励资金，纳入同级政府预算，接受财政、审计等部门的监督检查。

第五章 奖励条件及标准

第十四条 奖励的条件：

举报人举报事项同时符合下列条件的，给予奖励：

（一）举报情况经查证属实，被举报事项造成医疗保障基金损失或因举报避免医疗保障基金损失；

（二）举报人提供的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门掌握；

（三）举报人选择愿意得到举报奖励。

第十五条 奖励的标准：

查实欺诈骗保金额 1000 元以上（含本数，下同）1 万元以下（不含本数，下同）的，给予 500 元奖励；1 万元以上 3 万元以下的，给予 800 元奖励；3 万元以上 5 万元以下的，给予 1000 元奖励；5 万元以上的，在奖励 1000 元的基础上

按查实欺诈骗保金额的 1% 增加奖励金额，最高不超过 10 万元。

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，在举报奖励金额基础上增加 20%，最高不超过 10 万元。

欺诈骗保行为不涉及货值金额或者罚没款金额，但举报内容属实的，以精神奖励为主，可视情给予适当奖品。

举报奖励资金，原则上应当采用非现金方式支付。

第六章 奖励审批发放程序

第十六条 奖励的审批：

统筹地区医疗保障部门在案件查结后，对于符合奖励条件的案件，应当提出拟奖励对象和奖励金额，并注明有关事项，经集体讨论研究后做出奖励决定。

第十七条 奖励的申领发放：

1. 对符合奖励条件的举报人，统筹地区医疗保障部门应及时主动通知举报人申领奖励。

2. 举报人接到领奖通知后 60 日内，凭本人有效证件到统筹地区医疗保障部门进行申领；逾期未申领的，视为放弃领奖权利。举报人无法现场申领奖金的，可说明情况并提供本人身份证明、银行账号，由统筹地区医疗保障部门通过银行汇至举报人指定的账户。

3. 两个或两个以上举报人对同一事实进行举报的，按举报时间以第一举报人为奖励对象。举报顺序以医疗保障部门受理举报的登记时间为准。联名举报的，按一个举报人奖励额度进行奖励，奖金由举报人协商分配。

各统筹地区医疗保障部门应使用便捷的兑付渠道，便于举报人领取举报奖金。

第十八条 举报奖励资金的支付，按照国库集中支付制度有关规定执行。统筹地区医疗保障部门支付举报奖金时，应当严格审核，防止骗取冒领。

第十九条 奖金发放后，应保存好相关转账凭证等资料，建立完整的档案卷宗，由医疗保障基金监督机构归档。

第七章 附则

第二十条 本细则由芜湖市医疗保障局、芜湖市财政局负责解释，自印发之日起执行。

第二十二条 原《芜湖市欺诈骗取医保基金行为举报奖励实施细则》（芜医保〔2019〕16号）不再执行。

附件：1、芜湖市医保局投诉举报线索登记表

2、芜湖市医疗保障基金举报线索移交转办函

3、芜湖市医疗保险基金违规案件举报奖励申请表

附件 1

芜湖市医疗保障举报信息登记表

受理时间： 年 月 日

记录人：

编号：

案 由					举报方式	上级移交 ☐	
举 报 人	姓 名		证件号码			部门移交 ☐	
	所在单位			联系方式			来访 ☐
	住 址					来电 ☐	
	举报时间	年 月 日 时 分				来信 ☐	
被举报对象	机构名称			法定代表人		电子邮件 ☐	
	机构地址			联系方式		其他 ☐	
	姓 名		联系方式			举报类型	实名 ☐
	所在单位				匿名 ☐		
	住 址				其他 ☐		
案情记录							
拟办意见							
领导批示							

附件 2

_____医疗保障局

举报线索移交转办单

_____医保监移〔_____〕_____号

_____医疗保障局：

根据《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》等相关规定，现将省医疗保障局受理的投诉举报线索移交你单位进行办理，请依法依规组织相关人员进行调查处理。

一、投诉举报线索：_____

二、办理时限：自交办之日起 30 个工作日内办结；案件复杂的，经单位负责人批准后，可以延长至 3 个月内办结。办结后须及时将相关情况书面报省医保局备案。

三、保密要求：必须依法保护举报投诉人合法权益，未经当事人同意，不得泄露举报投诉人的任何相关信息，否则将由相关责任人员承担相应责任。

批准人：

年 月 日

附件 3

芜湖市医疗保险基金违规案件举报奖励申请表

举报 情况	举报人		举报时间		举报登记表 编号	
	银行卡号				联系电话	
	举报内容					
查实违 规费用						
案件处 理情况						
办案机 构奖励 建议						

局领导 审批 意见	
-----------------	--

