

中医保规字〔2019〕1号

# 中山市医疗保障局文件

中山医保发〔2019〕15号

## 印发中山市欺诈骗取医疗保障基金行为 举报奖励办法（试行）的通知

市各有关单位：

现将《中山市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》（试行）印发给你们，本办法自2019年9月1日起实施，有效期3年，请认真贯彻执行，执行过程中遇到问题，请及时向市医疗保障局反映。联系电话：88386161。

附件：《中山市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》（试行）

中山市医疗保障局  
2019年7月30日



公开方式：主动公开

---

中山市医疗保障局办公室

2019年7月30日印发

---

# 中山市欺诈骗取医疗保障基金行为 举报奖励办法（试行）

## 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行为，切实保证医疗保障基金安全，根据《中华人民共和国社会保险法》和《广东省社会保险基金监督条例》、《国家医疗保障局办公室 财政部办公厅关于印发〈欺诈骗取医疗保障基金举报奖励暂行办法〉的通知》、《广东省医疗保障局 广东省财政厅转发〈关于欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法〉的通知》等法律及有关法规，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称的医疗保障基金是指由医疗保障部门管理的基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助、生育保险以及大病保险等专项基金（资金）。

**第三条** 公民、法人或其他社会组织（以下简称举报人）对医疗保障经办机构工作人员，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。

**第四条** 本办法所称的欺诈骗取医疗保障基金行为主要包括：

（一）涉及定点医疗机构及其工作人员的欺诈骗保行为

1. 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保障基金的；

2. 为参保人员提供虚假发票的；

3. 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；

4. 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

5. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；

6. 挂名住院的；

7. 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医疗保障基金支出的；

8. 定点医疗机构及其工作人员的其他欺诈骗保行为。

## **（二）涉及定点零售药店及其工作人员的欺诈骗保行为**

1. 盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品的；

2. 为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医疗保障基金支出的；

3. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；

4. 为参保人员虚开发票、提供虚假发票的；
5. 定点零售药店及其工作人员其他欺诈骗保行为。

### **（三）涉及参保人员的欺诈骗保行为**

1. 伪造假医疗服务票据，骗取医疗保障基金的；
2. 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的；
3. 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的；
4. 涉及参保人员的其他欺诈骗保行为。

### **（四）涉及医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为**

1. 为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇手续的；
2. 违反规定支付医疗保障费用的；
3. 涉及经办机构工作人员的其他欺诈骗保行为。

### **（五）其他欺诈骗取医疗保障基金的行为**

**第五条** 公民、法人或其他社会组织可以通过来访、信函、12345 投诉热线、中山市医疗保障局官方网站向医疗保障行政部门进行举报。

**第六条** 市医疗保障部门负责本办法规定的医疗保

障基金举报奖励工作。

## **第二章 奖励条件、标准与程序**

**第七条** 获得举报奖励，除符合本办法第二条、第三条、第四条的规定外，还应当同时具备下列条件：

（一）有明确被举报主体的；

（二）举报人实名举报、并提供真实、有效的联系信息的；

（三）举报内容明确、为查处违法违规行为提供了重要线索并主动配合核查的；

（四）举报人举报的主要事实、证据事先未被医疗保障行政部门、医疗保障经办机构掌握，或者未被新闻媒体披露的；

（五）举报反映的问题经查证属实的。

**第八条** 两个及以上举报人对同一事实进行举报的，按照举报时间对最先举报人进行奖励；对同一案件联名举报的，奖金由联名举报人自行分配。

**第九条** 最终认定的违法事实与举报事项不一致的，不予奖励；最终认定的违法事实与举报事项部分一致的，只计算一致部分的奖励金额；除举报事项外，还认定其他违法事实的，其他违法事实部分不计算奖励金额。

**第十条** 医疗保障、公安机关、卫生健康、市场监督管理等与医疗保障监督管理密切相关的行政部门及医疗保障经办机构的工作人员及其近亲属，或依照医疗保障相关法律法规及规定负有法定监督、发现、报告违法

行为义务人员的举报，不予奖励。

**第十一条** 符合第七条规定的举报事项，且属于医疗保障行政部门管辖和查处范围的，按举报线索内容直接查实侵害医疗保障基金金额的一定比例予以奖励，累计奖励金额不超过10万元，具体奖励标准为：

**（一）违法行为属本办法第四条规定的主要欺诈骗保行为**

1、查实金额在5万元以下（含5万元）的，按查实金额的1%给予奖励，不足300元的补足300元；

2、查实金额在5万元以上10万元以下（含10万元）的，奖励500元加上超出5万元部分的3%；

3、查实金额在10万元以上，奖励2000元加上超出10万元部分的5%；

**（二）违法行为属本办法第四条规定其他欺诈骗保行为**

1、查实金额在5万元以下（含5万元）的，奖励500元；

2、查实金额在5万元以上10万元以下（含10万元）的，奖励1000元；

3、查实金额在10万元以上50万元以下（含50万元）的，奖励2000元；

3、查实金额在50万元以上的，奖励5000元；

**（三）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，奖励金额为上述标准的 1.5 倍；

**第十二条** 举报线索办结后，应告知举报人处理结果、申请奖励权及需提交的材料，举报人在举报过程中明确放弃奖励权利的除外。

**第十三条** 举报奖励依照下列程序 and 规定进行：

（一）市医疗保障部门根据查处结果作出奖励决定，并在作出决定之日起 10 个工作日内通知举报人；

（二）举报人应在收到通知之日起 30 日内提交申请材料，包括：银行账号、有效身份证明（个人为本人身份证或其他有效身份证明，法人或其他社会组织为单位有效证明）等，委托他人代办的，应同时持有举报人签署的《委托书》以及委托人和受托人双方的有效身份证明，申请材料可当面提交，也可通过邮寄提交；

（三）市医疗保障部门收到举报人提交的申请材料后，经审核，可通过转账或者现金方式发放奖励金。以现金方式发放的，应通知举报人领取时间和地点。

举报人自收到奖励通知之日起 30 日内未提交申请材料的，视为主动放弃奖励。

### **第三章 监督管理**

**第十四条** 举报奖励资金纳入市财政年度预算，实行专款专用，并接受财政、审计部门的监督。



**第十五条** 市医疗保障部门应建立健全举报奖励档案，包括举报受理、立案和查处情况，奖励申请、审批情况，奖励通知，资金发放凭证等，并做好汇总统计工作。

**第十六条** 医疗保障部门应妥善保管举报奖励有关材料及凭证，并采取下列措施为举报人保密：

（一）严禁泄露举报人的姓名、单位、住址等信息

（二）不得向被调查单位或者被调查人出示举报材料；

（三）宣传报道或奖励举报人时，未经举报人同意，不得透露或公开举报人信息。

**第十七条** 医疗保障部门违反规定使用、骗取奖励金、泄漏举报人信息的，由有关机关依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第十八条** 对编造事实、恶意举报的行为，依法追究；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

#### **第四章 附则**

**第十九条** 本办法规定的奖励金额为含税金额，举报人领取奖励金后，应当按照相关规定自行纳税。

**第二十条** 本办法由中山市医疗保障局负责解释和

修订。

**第二十一条** 本办法自 2019 年 9 月 1 日起实施，有效期三年。

- 附件：1. 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励资格审批表
2. 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励审批表
3. 举报处理告知书
4. 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励确认表

附件 1

## 举报欺诈骗取医疗保障基金行为 奖励资格审批表

举报人姓名 或代号		身份证号码或 身份识别信息	
举报人联系方式		立案日期	
结案日期		案件(宗)编号	
举报内容			
案件查处情况			
承办机构 负责人意见	建议：1、情况属实，予以奖励； 2、经查证，不符合奖励条件。 依据：《中山市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》		
分管负责人意见			
主要负责人意见			

附件 2

## 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励审批表

举报人姓名 或代号		身份证号码或 身份识别信息	
举报人联系方式		立案日期	
结案日期		案件（宗）编号	
开户行		账号	
举报奖励 承办机构建议	经核查，举报人举报的欺诈骗保违法违规行为属实。查实违法违规金额_____元。根据《中山市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》第_____条第_____款，应按_____%给予奖励，建议奖励金额_____元，大写_____元。		
承办机构 负责人意见			
分管负责人意见			
主要负责人意见			

附件 3

## 举报处理告知书

中医保监字〔XXXX〕XX 号

\_\_\_\_\_:

你好！我局于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日收到你的举报件，举报\_\_\_\_\_存在违法违规问题，要求我局进行查处。我局执法人员已按照《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》第八条、第九条规定的时限对你举报的问题进行调查，现将调查情况回复如下：\_\_\_\_\_

你的举报符合《中山市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法（试行）》规定的奖励条件，并经审核，我局决定对你的上述举报给予\_\_\_\_\_元（大写\_\_\_\_\_元）奖励。如需奖励，请于收到本告知书之日起三十日内向我局提供身份证和本人银行账号复印件（二者均需正反面复印，签名并加按指印，银行卡注明开户支行）以及《举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励确认表》（签名处加按指印）等材料。逾期不提供视为放弃奖励资格。

如不满意本告知书内容，可在收到本告知书之日起六十日内向中山市人民政府行政复议委员会（地址：中山市博爱五路 68 号中山市司法局一楼大堂，电话：0760-88319707）或者广东省医疗保障局（地址：广州市越秀区东风中路 350 号电话：020-83260263）复议，也可以在收到本告知书之日起六个月内向向中山市第一人民法院起诉（地址：中山市东

区博爱六路 22 号中山市行政服务中心 C 区二楼，电话：  
0760-12368 )

感谢你对我市医疗保障监管工作的关注和支持!

中山市医疗保障局

年 月 日

本文书一式二份，一份送达投诉举报人，一份存档。

附件 4

## 举报欺诈骗取医疗保障基金行为奖励确认表

编号：

被奖励人		性别	
身份证 号码		电话	
本人银 行帐号			
通信地址		邮政 编码	
奖 励 事 由	<p>_____年_____月_____日，我向你局举报 _____ _____（填被举报单位名称） _____ _____（简单描述 违法事实），并已收到你局发函 _____（填写 函号）告知我的举报经查证属实。</p> <p>以上信息与本人真实信息相符。</p> <p>被奖励人(签名)： _____ 年 月 日</p>		

1.表格要求双面打印；2.此页表格内容由被奖励人填写

法 监 科 审 查 意 见	举报 受理人意见	年月日	法监科 负责人意见	年月日
	举报 查处 情况	查处（立案、移交） 时间	年月日	
		立案（移交）编号		
		奖励金额：元 大写：		
		承办人：	年月日	
财务部门 意见	财务部门 经办人意见	年月日	财务部门 负责人意见	年月日