

重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2023〕27号

重庆市医疗保障局 关于印发重庆市医疗保障基金使用监督管理 举报处理实施细则的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社事务中心、万盛经开区人社保局：

《重庆市医疗保障基金使用监督管理举报处理实施细则》已经局 2023 年第 26 次党组会议审议通过，现印发你们，请遵照执行。



（此件公开发布）

重庆市医疗保障基金使用监督管理 举报处理实施细则

第一章 总则

第一条 为规范我市医疗保障基金使用监督管理举报处理工作，确保及时、有效处理举报，切实维护医疗保障基金安全，保护自然人、法人或者其他组织合法权益，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》《医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法》（国家医疗保障局令第5号）等有关法律、行政法规，结合实际，制定本细则。

第二条 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的举报处理，适用本细则。

第三条 市医疗保障行政部门主管全市医疗保障基金使用举报处理工作，指导区县（自治县）医疗保障行政部门举报处理工作。各级医疗保障行政部门应当建立健全举报处理工作机制。

区县（自治县）医疗保障行政部门负责本行政区域内的举报处理工作。

第四条 医疗保障行政部门处理举报，应当遵循统一领导、属地管理、分级负责、公正高效的原则，做到适用依据正确、程序合法。

第五条 鼓励社会公众和新闻媒体对涉嫌违反医疗保障基金使用监督管理的违法违规行为依法进行社会监督和舆论监督。

第二章 举报受理

第六条 本细则所称举报，是指自然人、法人或者其他组织（以下简称举报人）向医疗保障行政部门反映被举报人涉嫌违反医疗保障基金使用监督管理法律、法规、规章的行为。

第七条 向医疗保障行政部门提出举报的，应当通过医疗保障行政部门公布的接收举报的互联网、电话、传真、邮寄地址等渠道进行。医疗保障经办机构等部门接收的举报线索，依法应当由医疗保障行政部门处理的，移交医疗保障行政部门处理。

各级医疗保障行政部门应当畅通举报渠道，市医疗保障行政部门应当建立全市统一的举报和案件管理信息系统，加强举报渠道专业化、一体化建设。

第八条 举报人应当对举报内容及其所提供材料的真实性负责。捏造、歪曲事实，诬告陷害他人的，依法承担相关法律责任。

第九条 举报人应当提供涉嫌违反医疗保障基金使用监督管理法律、法规、规章的具体线索。

第十条 举报人可以实名举报或者匿名举报。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。鼓励举报人实名举报，医疗保障行政部门按本细则要求，履行相关告知程序，对实名举报人的信息予以严格保密。

医疗保障行政部门对接收的举报进行登记，制作填写《XX医疗保障局举报线索登记表》（附件），并实行编号管理。

第十一条 举报人当面举报投诉且未提供书面举报材料的，原则上应当有2名以上工作人员在场，指定专人记录，无关人员一律不得在场。

第十二条 举报线索同时符合下列条件的，医疗保障行政部门应当予以受理：

- （一）涉嫌违法违规行为发生在本行政区域内；
- （二）属于医疗保障部门监管职责范围内；
- （三）有明确的涉嫌违法违规行为主体；
- （四）有具体的涉嫌违法违规事实；
- （五）能够提供相应证据材料或具体线索；
- （六）无本细则第十三条不予受理的情形。

第十三条 举报线索有下列情形之一的，医疗保障行政部门不予受理：

- （一）已经受理的举报线索，举报人在处理期间再次举报，且举报内容无新的事实、证明材料的；
- （二）已经办结的举报线索，举报人再次举报，且举报内容

无新的事实、证据材料的；

（三）已经或依法应当通过诉讼、仲裁、行政复议等法定途径予以解决的；

（四）已经或者依法应当由其他职权部门处理的；

（五）匿名举报且无法提供证据材料；

（六）被举报人主体灭失的；

（七）举报线索无具体被举报人及违法事实的；

（八）其他依法不予受理的情形。

第十四条 医疗保障行政部门应当按照医疗保障行政处罚等有关规定处理举报。

第十五条 举报人实名举报的，医疗保障行政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。

第三章 举报处置

第十六条 医疗保障行政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与办理举报工作无关的人员。

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，医疗保障行政部门应当严格保密。

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

第十七条 医疗保障行政部门及其工作人员受理、办理举报时，应当遵守以下规定：

- （一）不得私自摘抄、复制、扣押、销毁举报材料；
- （二）严禁泄露举报人的姓名、单位、联系方式、住址等相关信息；
- （三）不得向涉嫌违法违规的被举报对象泄露相关信息；
- （四）不得向被调查单位和被调查人出示举报材料；
- （五）对匿名的举报材料不得鉴定笔迹；
- （六）不得将举报办理情况泄露给被举报人或者与办理举报工作无关的人员；
- （七）不得打击报复举报人。

第十八条 对相关问题线索进行处置时，工作人员有下列情形之一的，应当回避：

- （一）与当事人有夫妻关系、直系血亲关系、三代以内旁系血亲以及近姻亲关系的；
- （二）与当事人有直接利害关系的；
- （三）与当事人有其他关系，可能影响公正执法的。

工作人员应当主动提出回避，举报人有权要求其回避，回避决定由医疗保障行政部门负责人审批。

第十九条 举报由被举报行为发生地的医疗保障行政部门处理。法律、行政法规、部门规章另有规定的，依照其规定。接到举报的医疗保障行政部门不具备处理权限的，应当告知举报人直接向有处理权限的医疗保障等行政部门提出。

第二十条 市医疗保障行政部门接收的举报中，属于区县（自治县）医疗保障行政部门管辖的，应当及时将举报移交有管辖权限的区县（自治县）医疗保障行政部门处理。

区县（自治县）医疗保障行政部门认为需要由市医疗保障行政部门处理的举报，可以报请市医疗保障行政部门决定；市医疗保障行政部门认为有必要的，可以直接处理区县（自治县）医疗保障行政部门接收的举报，也可以指定区县（自治县）医疗保障行政部门处理。

第二十一条 两个以上区县（自治县）医疗保障行政部门对举报线索管辖权发生争议的，应当自发生争议之日起7个工作日内协商解决；协商不成的，报请市医疗保障行政部门指定管辖。

第二十二条 法律、法规、规章规定医疗保障行政部门应当将举报处理结果告知举报人的，医疗保障行政部门应当予以告知。

第二十三条 对于已经立案的举报事项，医疗保障行政部门作出处理决定前，举报人主动撤回举报的，不影响医疗保障行政部门的调查处理；医疗保障行政部门不再将处理结果告知举报人。

第二十四条 被举报人应当依法配合医疗保障行政部门调查。

第二十五条 医疗保障行政部门应当在办结后 5 个工作日内，依据相关档案管理规定，对举报处理过程中涉及的相关资料立卷归档，留档备查。

第四章 举报管理

第二十六条 医疗保障行政部门应当配备专业人员，提供必要的办公场所、办公设备等，保障举报接收、处理工作顺利进行。

第二十七条 医疗保障部门及其工作人员在处理举报线索中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊或者推诿、敷衍、拖延造成较大影响的，依法承担相应责任。

第二十八条 经查实符合举报奖励条件的举报，医疗保障行政部门应当按照《重庆市违法违规使用医疗保障基金举报奖励实施细则》有关规定予以奖励。

第二十九条 医疗保障行政部门对经查实且具有重大社会影响的典型案例，应当向社会公布；但涉及国家秘密、工作秘密、商业秘密和个人隐私的，依照《中华人民共和国政府信息公开条例》等有关规定执行。

第三十条 医疗保障行政部门应当加强对本行政区域举报信息的统计、分析、应用，每年公布举报统计分析报告。

第三十一条 区县（自治县）医疗保障行政部门应当每季度初（5日前）向市医疗保障行政部门上报上季度举报处理基本情况，每年12月31日前上报本年度举报处理总结分析报告。如遇重大事项，区县（自治县）医疗保障行政部门应当按规定及时向市医疗保障行政部门报告。

第五章 附则

第三十二条 以举报形式进行咨询、政府信息公开申请、行政复议申请、信访等活动的，不适用本细则，医疗保障行政部门可以告知通过相应途径提出。

第三十三条 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处理，参照本细则执行。

第三十四条 法律、行政法规、部门规章对医疗保障基金举报处理另有规定的，依照其规定。

第三十五条 本细则自2023年12月1日起施行。

附件：XX医疗保障局举报线索登记表

附件

XX 医疗保障局举报线索登记表

登记日期： 年 月 日

编号：

信息来源	电话 <input type="checkbox"/> 信件 <input type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 来访 <input type="checkbox"/> 移交 <input type="checkbox"/> 交办 <input type="checkbox"/> 转办 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
举报人姓名		性别		身份证号码		
单位名称				联系电话		
联系地址						
举报对象类别	个人 <input type="checkbox"/> 定点医疗机构 <input type="checkbox"/> 定点药店 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>					
举报事项	被举报人姓名		性别		社保卡号	
	被举报单位名称		联系电话		联系地址	
	举报内容					
备注	<p style="text-align: right;">记录人： 年 月 日</p>					

注：1. 对于投诉举报人信息，应当保密。

2. 被举报人姓名或被举报单位、举报内容为必填项。

