

阳江市民政局
阳江市发展和改革委员会
阳江市财政局
阳江市人力资源和社会保障局
阳江市卫生和计划生育局
阳江市保险行业协会

文件

阳民〔2017〕51号

关于印发《阳江市城乡困难群众
医疗救助实施细则》的通知

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

经市人民政府同意，现将《阳江市城乡困难群众医疗救助实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市民政局反映。





阳江市财政局



阳江市人力资源和社会保障局



阳江市卫生和计划生育局



阳江市保险行业协会
2017年8月17日

阳江市困难群众医疗救助实施细则

第一章 总 则

第一条 根据《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30号）、《中共广东省委 广东省人民政府关于新时期精准扶贫精准脱贫三年攻坚的实施意见》（粤发〔2016〕13号）、《广东省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（粤府办〔2016〕2号）、广东省民政厅等6部门《关于印发〈广东省困难群众医疗救助暂行办法〉的通知》（粤民发〔2016〕184号）和《广东省城乡医疗救助基金管理办法》（粤财社〔2015〕26号）精神，为进一步完善我市困难群众医疗救助制度，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称的医疗救助，是指对救助对象参加基本医疗保险给予资助，保障其获得基本医疗保险服务；对救助对象在扣除各种医疗政策性补偿、补助、减免及社会指定医疗捐赠后，仍难以负担的符合规定的医疗费用，给予适当比例救助，帮助困难群众获得基本医疗服务。

本实施细则所称医疗救助“一站式”结算，是指医疗救助对象在全市辖区内镇（街道）级以上已实行基本医疗保险即时

结算的定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）看病就医，出院时实行医疗救助与基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”结算服务。

第三条 医疗救助工作遵循以下原则：

（一）**托住底线**。根据经济社会发展水平、救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，科学合理制定救助方案，确保救助对象获得必需的基本医疗卫生服务。

（二）**统筹衔接**。推进医疗救助制度城乡统筹发展，加强与城乡居民（城镇职工）基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助及各类补充医疗保险、商业保险等制度的有效衔接，形成制度合力。加强与慈善事业有序衔接，实现政府救助与社会力量参与的有效联动和良性互动。

（三）**公开公正**。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

（四）**高效便捷**。优化救助流程，简化结算程序，加强信息化建设，增强救助时效性，使困难群众及时得到有效救助。

（五）**属地管理**。实行各级政府分级负责制。

第四条 市民政局牵头做好本行政区域内的医疗救助工作，履行以下职责：

（一）制订本市医疗救助相关政策，并组织和实施；

（二）会同市财政局编制医疗救助金年度预算并拨付医疗

救助金。

(三) 对定点医疗机构医疗救助“一站式”结算服务进行监管。

第五条 县(市、区)民政部门负责实施本辖区内医疗救助工作,履行以下职责:

(一)会同本级财政部门编制医疗救助金年度预算并发放医疗救助金;

(二)审批医疗救助申请;

(三)管理本级医疗救助金;

(四)负责本辖区医疗救助工作的报表统计和档案管理。

第六条 镇人民政府(街道办事处)履行以下职责:

(一)受理、审核医疗救助申请;

(二)核查本辖区医疗救助申请人的家庭财产和家庭收入情况并公示核查结果;

(三)主动发现并及时核实辖区居民罹患重病等特殊情况,帮助有困难的个人提出医疗救助申请。

第七条 财政部门履行以下职责:

(一)配合民政部门制订医疗救助标准;

(二)落实本级医疗救助金、相关工作经费的预算和筹集;

(三)会同民政部门拨付资金;

(四)检查、监督医疗救助金的使用管理。

第八条 人力资源社会保障部门(社会保险基金管理部门)

履行以下职责：

（一）配合制定城乡居民基本医疗保险，大病医疗保险、职工基本医疗保险与医疗救助制度之间的衔接政策；

（二）配合民政部门做好医疗救助信息化建设工作；

（三）配合民政部门做好医疗保险与医疗救助“一站式”服务的衔接工作。

第九条 卫生计生部门负责指导、督促、规范和监督相关医疗机构的医疗服务行为，指导定点医疗机构开设医疗救助“一站式”结算服务缴费窗口，并在显著位置公布“一站式”结算流程及相关政策，方便救助对象就医结算；做好医疗救助与平价医疗服务等惠民政策的衔接工作。

第十条 公安（车辆管理）、不动产登记、税务、工商等部门以及金融机构应根据民政部门的查询公函，在 5 个工作日内提供医疗救助申请人汽车、房产、税收等家庭资产及工商登记、经济收入等有关资料和信息，并与民政部门逐步建立信息共享渠道。

第二章 救助对象

第十一条 医疗救助对象：

（一）重点救助对象。

1. 特困供养人员：具有本市户籍的无劳动能力、无生活来源且无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者其法定赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的城乡老年人、残疾人以

及未满 16 周岁的未成年人等（即农村五保供养对象、城市“三无”人员、孤儿）。

2. 本市户籍的城乡最低生活保障对象。

3. 本市户籍的建档立卡贫困人员（不含低保对象和特困供养人员，下同）。

（二）低收入救助对象：具有本市户籍，家庭人均收入在户籍所在地城镇最低生活保障标准 1.5 倍以下（以下含本数，下同）且家庭财产总值低于本实施细则第十二条规定上限的老年人、未成年人、重度残疾人（或严重精神障碍患者）和重病患者等困难群众。

（三）因病致贫家庭重病患者：具有本市户籍、持本地居住证的常住人口当年在定点医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定项目，个人负担的合规医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的 60%，且家庭资产总值低于本实施细则第十二条规定上限的因病致贫家庭重病患者（以下称因病致贫家庭重病患者）。

（四）县（市、区）人民政府（管委会）规定的其他特殊困难人员。

第十二条 低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者的家庭财产需同时符合下列所有标准：

（一）共同生活的家庭成员名下产权房屋总计不超过 1 套；

（二）核对发生时，共同生活的家庭成员名下人均存款（包括定期、活期存款），不超过当地 12 个月城镇最低生活保障标准；

(三) 共同生活的家庭成员名下均无机动车辆、船舶(残疾人代步车、摩托车除外);

(四) 核对发生时,共同生活的家庭成员名下有价证券、基金的人均市值,不超过当地12个月城镇最低生活保障标准;

(五) 共同生活的家庭成员名下均无工业、商业、服务业营利性组织的所有权;

(六) 本条第(二)、(四)款所述项目相加总计不超过当地12个月城镇最低生活保障标准。

第三章 申请审核审批程序

第十三条 重点救助对象由所在地县(市、区)民政局直接审核办理。重点救助对象在定点医疗机构就医达到大病保险起付线的,应当先经大病保险报销后,再给予医疗救助。重点救助对象在定点医疗机构就医时,实行医疗救助和基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务,同时加快推进重特大疾病医疗救助“一站式”结算服务。重点救助对象在定点医疗机构就医未实行大病保险“一站式”结算或在阳江市辖区以外就医申请医疗救助的,申请人应当向户籍所在地镇人民政府(街道办事处)提出书面申请,填写《阳江市困难群众医疗救助申请审批表》(重点救助对象),申请人申请有困难的,可以委托村(居)委会或个人代为提出申请。

第十四条 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县

(市、区)人民政府(管委会)规定的其他特殊困难人员申请医疗救助,需进行家庭经济状况认定〔家庭收入和家庭财产认定范围参照《广东省民政厅关于印发〈广东省最低生活保障申请家庭经济状况核对及认定暂行办法〉的通知》(粤民发〔2014〕202号)执行〕,申请审核审批程序如下:

(一)申请人应当向户籍所在地镇人民政府(街道办事处)提出书面申请,签署《申请医疗救助家庭经济状况核对授权书》,填写《阳江市困难群众医疗救助申请审批表》(非重点救助对象),申请人申请有困难的,可以委托村(居)委会或个人代为提出申请。申请时应如实提供如下证明材料:

1. 申请人的身份证或户口簿原件及复印件(委托他人申请的,同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件);

2. 相关医疗机构出具的诊断结果、病历、用药或诊疗项目、收费明细清单、转诊证明、转院通知、基本医疗保险审批表或结账单、定点医疗机构复式处方或定点零售药店购药发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证等;

3. 当地民政部门认定需提供的其他相关证明材料(如家庭成员就业收入证明、在校证明等)。

(二)镇人民政府(街道办事处)受理救助申请后,应当自受理申请之日起10个工作日内,在村(居)委会协助下,组织经办人员,对申请人家庭实际情况逐一完成调查核实,每组调查人员不得少于2人。入户调查时,调查人员须到申

请人家中调查其户籍状况、家庭收入财产状况和吃、穿、住、用等实际生活状况。根据申请人申报的家庭收入和财产状况，核查其真实性和完整性。入户调查结束后，调查人员应当填写《家庭经济状况调查表》，并由调查人员和申请人（被调查人）分别签字。

（三）对经济状况符合条件的申请人家庭，镇人民政府（街道办事处）应当根据入户调查情况，在3个工作日内，对其医疗救助申请提出审核意见，并及时在村（居）民委员会设置的村（居）务公开栏公示入户调查和审核结果，公示期为5日。

（四）公示期满无异议的，镇人民政府（街道办事处）应当于公示结束后3个工作日内将申请材料、家庭经济状况调查结果等相关材料上报县级民政部门审批。公示期间出现异议且能出示有效证据的，镇人民政府（街道办事处）应当组织民主评议，对申请人家庭经济状况进行评议，作出结论。民主评议由镇人民政府（街道办事处）工作人员、村（居）党组织和村（居）委员会成员、熟悉村（居）民情况的党员代表、村（居）民代表等参加。

（五）经民主评议认为符合条件的，镇人民政府（街道办事处）应当将申请相关材料上报县级民政部门审批；经民主评议认为不符合条件的，镇人民政府（街道办事处）应当在3个工作日内书面告知申请人并说明理由。

（六）县级民政部门对申请和相关材料在 5 个工作日内进行审核。符合条件的，核准其享受医疗救助的金额，并将批准意见通知镇人民政府（街道办事处）；不符合条件的，应将材料退回，书面告知申请人并说明理由。

（七）镇人民政府（街道办事处）应当对拟批准的申请家庭通过固定的政务公开栏、村（居）务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行公示。公示内容包括申请人姓名、家庭人数、拟救助金额等。公示期为 5 日。

（八）公示期满无异议的，县级民政部门应当在 3 个工作日内作出审批决定，在批准申请后 5 个工作日内，向同级财政部门提出申请。县级财政部门接到同级民政部门的审批表后，在 3 个工作日内将救助资金拨付到指定金融机构或划拨到同级民政部门，直接支付给医疗救助对象或由同级民政部门通过金融机构支付给医疗救助对象；特殊情况可由同级民政部门或委托镇人民政府（街道办事处）民政工作机构直接发放现金。

公示期间出现异议的，县级民政部门应当重新组织调查核实，在 20 个工作日内作出审批决定。对拟批准的申请重新公示，对不予批准的申请，在作出决定后 3 个工作日内通过镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

第十五条 对获得医疗救助的对象名单，应当在镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行为期半年的公示。

第四章 救助方式与标准、结算办法

第十六条 医疗救助主要包括资助参保、门诊救助、住院救助。

(一) 资助参保。对重点救助对象、低收入救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，给予全额资助。对重点救助对象、低收入救助对象等参加职工基本医疗保险的个人缴费部分，按照不低于资助参加城乡居民基本医疗保险的水平给予资助，保障其获得基本医疗保险服务。开展为低保家庭成员和特困供养人员购买商业保险工作，减轻困难群众政策范围外的医疗支出负担，具体资助标准，由各县（市、区）民政部门会同财政部门根据经济社会发展水平等实际情况研究制订。

(二) 门诊救助。门诊救助的重点是患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自负费用较高的医疗救助对象。

1. 重点救助对象给予按比例门诊救助，其中集中供养特困人员的定额门诊救助由供养机构统筹管理使用。

2. 卫生计生部门已经明确诊疗路径、能够通过门诊治疗的病种，可采取单病种付费等方式开展门诊救助。

3. 门诊救助的救助比例和最高救助限额。特困供养人员门诊个人负担费用实行全额救助，其他重点救助对象门诊个人负担费用 2017 年起按 80% 的比例给予救助，年度累计封顶救助限额 6 万元。

4. 开展住院医疗救助“一站式”结算的县（市、区），也应当将门诊医疗救助纳入“一站式”结算。

（三）住院救助。重点救助对象和低收入救助对象等困难群众在定点医疗机构住院，免收住院押金；对重点救助对象经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销，以及社会指定医疗捐赠后个人负担的合规医疗费用，民政部门直接予以救助。低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者等其他救助对象负担的合规医疗费用，先由其个人支付，对超过其家庭负担能力的部分予以救助。

1. 合规医疗费用主要参照当地基本医疗保险、大病保险相关规定确定。对已明确临床诊疗路径的重特大疾病病种，可采取按病种付费等方式给予救助。

2. 加大对符合条件重病、重残儿童、严重精神障碍患者、艾滋病机会性感染病人、妇女乳腺癌和宫颈癌、戈谢病等重特大疾病患者，以及低保户和建档立卡贫困户中重度残疾人〔指在残联部门领取二级（含二级）以上残疾证的人员〕、老年人〔年满60周岁（含60周岁）以上〕和未成年人（未满16周岁以下）的救助力度，其住院医疗救助比例再提高10个百分点。

第十七条 特困供养人员的门诊和住院个人负担的合规医疗费用救助比例为100%。大病保险及补充医疗保险在定点医疗机构未实行“一站式”结算前，个人自负合规医疗费用年度累计在大病保险起付线以下在全市定点医疗机构直接实行“一站

式”结算；大病保险及补充医疗保险在定点医疗机构实行“一站式”结算后，个人负担的合规医疗费用可实行全额医疗救助“一站式”结算。

城乡最低生活保障对象和建档立卡的贫困人员医疗救助年度累计封顶救助限额 10 万元。在年度最高限额内，城乡最低生活保障对象和建档立卡的贫困人员在全市定点医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销，以及社会指定医疗捐赠后个人负担的合规医疗费用的住院自付部分，2017 年起按不低于 80%的比例给予救助；实际操作中，各县（市、区）应根据医疗救助资金的筹措和使用情况，对自负费用较高的救助对象适当提高救助比例。大病保险及补充医疗保险在定点医疗机构未实行“一站式”结算前，个人负担合规医疗费用年度累计在大病保险起付线以下在全市定点医疗机构直接实行“一站式”结算；大病保险及补充医疗保险在定点医疗机构实行“一站式”结算后，个人负担的合规医疗费用可实行全额医疗救助“一站式”结算。

第十八条 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）人民政府（管委会）规定的其他特殊困难人员医疗救助，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销，以及社会指定医疗捐赠后个人负担的合规医疗费用的住院自付部分，按 80%的比例给予救助，年度累计封顶救助限额 8 万元。

第十九条 二次医疗救助。对经住院医疗救助后医疗费用负担仍较重的，给予二次救助，二次救助以经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险、社会指定医疗捐赠、住院医疗救助、珠海对口帮扶医疗补助后个人负担的总费用(含政策外费用)作为救助基数，按照分类分段梯度救助模式，给予一定比例的救助，提高救助的有效性。

(一) 救助比例、救助方式。特困供养人员个人住院总费用，经基本医疗保险报销、大病保险及各类补充医疗保险报销、商业保险报销、社会指定医疗捐赠、住院医疗救助和珠海对口帮扶医疗补助后，剩余个人需要支付的住院医疗费用，给予100%的住院二次医疗救助，年度累计救助最高限额为2万元，有条件的县(市、区)可适当提高年度累计救助最高限额。本市户籍的低保对象、建档立卡贫困人员、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县(市、区)人民政府(管委会)规定的其他特殊困难人员个人住院总费用，经基本医疗保险报销、大病保险及各类补充医疗保险报销、商业保险报销、社会指定医疗捐赠、住院医疗救助和珠海对口帮扶医疗补助后，剩余个人需要支付的住院医疗费用在3000元(含3000元)以上至1万元以下的，按50%的比例给予住院二次医疗救助；剩余个人需要支付的住院医疗费用在1万元(含1万元)以上至2万元以下的，按55%的比例给予住院二次医疗救助；剩余个人需要支付的住院医疗费用在2万元(含2万元)以上的，按60%的

比例给予住院二次医疗救助，年度累计救助最高限额为 2 万元，有条件的县（市、区）可适当提高年度累计救助最高限额。

（二）救助程序。二次医疗救助由户籍所在地县（市、区）民政部门直接审核办理。申请二次医疗救助的，申请人应当向户籍所在地县（市、区）民政部门提出书面申请，填写《阳江市困难群众二次医疗救助申请审批表》，申请人申请有困难的，可以委托村（居）委会或个人代为提出申请。县（市、区）民政部门收到申请后，对申请和相关材料在 10 个工作日内进行审核、作出审批。符合条件的，核准其享受医疗救助的金额；不符合条件的，应将材料退回，书面告知申请人并说明理由。县（市、区）民政部门在批准申请后 10 个工作日内，应商同级财政部门将二次医疗救助金通过金融机构支付给医疗救助对象，特殊情况可由民政部门或委托镇人民政府（街道办事处）民政工作机构直接发放现金。对获得医疗救助的对象名单，县（市、区）民政部门应委托所属镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会进行为期半年的公示。

第二十条 定点医疗机构费用结算办法。医疗救助资金由定点医疗机构先行垫付，每季结算一次。于每季度第三个月 10 日前，定点医疗机构凭有效救助对象签字的《医疗救助结算单》、救助对象的身份证和户口本复印件、《特困人员救助供养证》或《城乡居民最低生活保障证》或《帮扶登记簿》复印件、基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险报销凭据、住院费用收据复

印件以及诊断证明、季度救助汇总表等，到救助对象所在地县（市、区）民政局对账，确认本季度支付的总金额；县（市、区）民政局对照定点医疗机构提供的材料逐一审批，并将定点医疗机构支付的救助资金汇总，于当月 20 日前送县（市、区）财政局；县（市、区）财政局按照县（市、区）民政局提供的定点医疗机构支付的救助资金明细表，于当月 25 日前从城乡医疗救助资金专户中将定点医疗机构先行垫付的救助资金划拨到各县（市、区）民政局，由民政局跟定点医疗机构结算。

第二十一条 对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象，合规范围内发生的医疗费用，可参照参加基本医疗保险对象个人负担部分的补助政策，按所属对象类别给予救助。

第二十二条 重点救助对象、低收入救助对象取消救助起付线；因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员重特大疾病医疗救助起付线与大病保险相衔接。

第二十三条 对已经开展的符合救助条件的农村 0-14 周岁（含 14 周岁）儿童急性白血病和先天性心脏病患者的医疗救助，按有关政策规定执行。

第二十四条 对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊和审批备案手续，救助标准参照定点医疗机构救助标准。

第二十五条 医疗救助对象申请医疗救助原则上应在经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销

后 12 个月内（以医疗费用收据或报销凭证的开具时间为准），向镇人民政府（街道办事处）提出书面申请，特殊情况的除外。

第二十六条 下列产生的医疗费用不予救助：

（一）自行到非正规医疗机构就医或自行购买药品无正规票据的费用；

（二）因自身违法行为导致的医疗费用；

（三）自杀、自伤所发生的医疗费用（精神障碍患者除外）；

（四）交通事故、工伤事故、医疗事故等应由他方承担支付的医疗费用；

（五）整容、美容发生的医疗费用；

（六）县级人民政府规定的其他不予救助的情况。

第五章 资金筹集和管理

第二十七条 市、县（市、区）人民政府（管委会）应当建立城乡医疗救助资金，城乡医疗救助资金来源主要包括：

（一）市、县两级财政部门每年根据本地区开展城乡医疗救助工作实际需要，按照预算管理的相关规定，在公共预算和用于社会福利的彩票公益金本级留成部分按 20%比例中安排的城乡医疗救助资金；

（二）上级财政补助资金，其中市级财政根据本级医疗救助资金筹集情况，对医疗救助开展成效好的县（市、区）给予适当补助；

- (三) 社会各界捐赠用于医疗救助的资金;
- (四) 城乡医疗救助基金形成的利息收入;
- (五) 按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第二十八条 市、县两级财政部门应当会同同级民政部门根据城乡医疗救助对象需求、工作开展情况等因素，按照财政管理体制，科学合理地安排城乡医疗救助补助资金。

第二十九条 市、县两级民政部门应当按照财政预算编制要求，根据救助对象数量、患病率、救助标准、医药费用增长情况，以及基本医疗保险、大病保险、商业保险报销水平等，认真测算下年度城乡医疗救助基金需求，及时报同级财政部门。经同级财政部门审核后，列入年度预算草案报本级人民代表大会批准。市、县两级民政、财政部门应当严格执行《广东省城乡医疗救助基金管理办法》，加强基金使用管理，提高医疗救助基金的使用效率。

第六章 社会力量参与

第三十条 鼓励单位和个人等社会力量通过捐赠、设立帮扶项目、创办服务机构、提供志愿服务等方式，参与医疗救助。

第三十一条 各地应尊重医疗救助对象个人意愿，及时将经过医疗救助后仍有困难的救助对象，向慈善组织、社会服务机构转介，实现政府救助与社会帮扶有机结合，做到因情施救、各有侧重、互相补充。各地应汇总整合社会救助和慈善服务的

政策、项目和资源，通过广播电视、报纸刊物、互联网等载体广泛宣传，便于有需要的社会公众进行求助。

第三十二条 市、县（市、区）人民政府（管委会）应按照国家有关规定制定相关政策，鼓励、支持社会力量参与医疗救助。

第三十三条 市、县（市、区）人民政府（管委会）可以将医疗救助中的具体服务事项通过委托、承包、采购等方式，向社会力量购买服务。

第七章 责任追究

第三十四条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。对骗取医疗救助的，一经查实即取消救助，县级民政部门追回所领救助金，相关信息记入有关部门建立的诚信体系；涉嫌犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十五条 医疗救助经办人员应当依法对救助申请开展调查、审核、审批，不得以权谋私、营私舞弊，不得泄露救助对象公示范围以外的信息，否则依法追究有关人员的责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十六条 对在医疗救助工作中作出显著成绩的单位、个人，按照国家和省有关规定给予表彰、奖励。

第三十七条 医疗机构违反合作协议，对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，终止定点合作协议，取消医

疗救助定点医疗机构资格，并依法追究 responsibility。

第八章 附 则

第三十八条 本实施细则自发布之日起施行，有效期为三年。《阳江市开展城乡困难群众医疗救助“一站式”结算服务工作实施意见》（阳民〔2014〕19号）同时废止。

第三十九条 本实施细则由市民政局负责解释。

部门规范性文件统一编号：阳部规〔2017〕10号

公开方式：主动公开

抄送：广东省民政厅，市委各部委办局，市人大办，市政协办，市纪委办，阳江军分区，市中级人民法院，市检察院，阳江职院，中央、省驻阳江各单位。

阳江市民政局办公室

2017年8月17日印发
