关于修订河源市困难群众医疗救助实施办法的通知（征求意见稿）

1. 总则

第一条 为进一步完善我市城乡困难群众医疗救助制度,健全重大疾病医疗救助，根据《社会救助暂行办法》(国务院令第649号)、《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）、《广东省困难群众医疗救助暂行办法》(粤民发〔2016〕184号)、《关于加强医疗救助政策落实切实做好困难群众医疗救助工作的通知》(粤民函〔2018〕288号)、《关于做好部分救助对象医疗救助工作衔接的通知》(粤医保函〔2019〕562号)等有关规定和要求,结合我市实际,制定本实施办法。

第二条 本办法所指医疗救助,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,给予适当比例补助,帮助困难群众获得基本医疗服务。合规医疗费用范围主要参照广东省基本医疗保险、大病保险相关规定确定。

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,确保其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高效联动和良性互动。

(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。

第四条纳入医疗救助“一站式结算”的救助对象，医疗救助（含二次医疗救助）年度的起止时间与救助对象参加医疗保险年度保持一致；未纳入医疗救助“一站式结算”的救助对象，其申请医疗救助之日前一年所发生医疗费用视为有效，发生医疗费用的时间以医疗机构收费票据的开具时间为准，年度最高救助限额与申请当年最高救助限额保持一致。

1. 部门职责

第五条 医疗救助实行各级政府分级负责制。各级政府应切实加强领导,精心组织,认真实施,配备必要的人员和工作经费，负责地方人民政府规定且未在医疗保障部门备案的其他特殊困难人员家庭经济状况认定衔接工作。各有关部门密切配合,加强制度衔接,为做好医疗救助工作提供有力支持。

第六条 各级医保部门、医保经办机构和乡镇(街道)人民政府负责组织和实施医疗救助工作,履行以下职责:

市医保部门是本市医疗救助工作的主管部门,负责贯彻执行国家、省的医疗救助政策,会同财政等相关部门制订本市医疗救助政策并组织实施;负责对各县区医疗救助工作进行培训、指导和监管。根据民政部门提供的低收入家庭信息，参考年度医疗费用支出情况，拟定重病患者认定标准。

县区医保部门负责本辖区内医疗救助工作,会同本级财政部门编制医疗救助资金年度预算，对医保经办机构、乡镇(街道)人民政府的医疗救助工作进行指导、培训和监管。

市、县区医保经办机构负责做好困难家庭人员参加居民基本医疗保险的服务管理工作,落实救助对象医疗救助待遇审核、支付及做好救助对象医疗费用“一站式”即时结算等工作。指导定点机构进行信息系统建设改造。

各乡镇人民政府(街道办事处)负责本辖区医疗救助申请的受理、调查、审核、上报、公示等工作。各村(居)民委员会负责配合做好医疗救助申请的调查、核实等工作乡镇(街道)和村(居)民委员会应主动发现并及时核实辖区居民因病致贫、因病返贫等特殊情况,协助有困难的家庭或个人提出救助申请。

第七条有关部门履行以下职责:

市、县区财政部门负责医疗救助资金的筹集和拨付,并会同医保等相关部门,建立健全医疗救助基金管理制度,加强对资金管理和使用情况的监督检查。

市、县区卫生健康部门负责加强对基本医疗保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)的监管和指导,规范医疗服务行为;落实疾病应急救助制度与医疗救助政策的高效联动,将救助关口前移;落实减免重点救助对象住院押金。

市、县区民政部门负责特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、低收入救助对象（低收入家庭及低收入家庭中的60周岁以上老年人、未成年人）的身份认定和核实，并将名单于每月10日前提供给医保经办机构。负责底线民生信息化核对管理系统建设与维护。

市、县残联负责重度残疾人的认定和核实，并将名单于每月10日前提供给医保经办机构。

市、县区扶贫部门负责建档立卡贫困对象的认定和核实,并将建档立卡对象名单于每月10日前提供给医保经办机构。

市、县区公安(车辆管理)、房地产登记、税务、金融等部门根据医保经办机构部门的查询公函,及时提供救助申请人汽车、房产、税收等家庭资产和经济收入等有关资料和信息,并与市、县区医保经办机构部门逐步建立信息共享渠道。

具有社会救助职能的单位或公益性社会组织通过依法募捐,向个人实际负担医疗费用超过政府限额救助标准的本市户籍居民及居住在本市的外来人员开展人道主义及慈善医疗救助工作的,由其自行制定救助实施办法。

1. 救助对象

第八条下列人员可以申请相关医疗救助:

(一)收入型贫困医疗救助对象(限于本地户籍人口，即重点救助对象)。指参加城乡居民基本医疗保险或城镇职工基本医疗保险的特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困人员、低收入救助对象（低收入家庭的60周岁以上老年人、未成年人、重度残疾和重病患者。）低收入家庭指家庭月人均可支配收入在户籍所在地城镇低保标准1.5倍以内的家庭。

低收入救助对象中的重病患者。是指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,达到城乡居民大病保险一般人群起付标准30%的（含30%）救助对象。

**（二）其他医疗救助对象**

1.支出型贫困医疗救助对象(限于本地户籍人口和符合一定条件的持本地居住证的常住人口)。指当年在基本医疗保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)住院治疗疾病和门诊特定病种项目,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,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%（家庭年可支配总收入的计算时间为申请医疗救助当月前12个月，含变卖家庭资产等收入）,且家庭资产总值低于户籍所在地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)。

2.县、区人民政府(管委会)规定且未在医疗保障部门备案的其他特殊困难人员。

3.“两病”儿童医疗救助对象。参加本市城乡居民基本医疗保险的1-14周岁（含14周岁）治疗急性白血病和先天性心脏病的儿童。

第九条 除重点救助对象和“两病”儿童医疗救助对象外,我市医疗救助对象的家庭财产应当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；共同生活的家庭成员名下产权房屋总计不超过1套，同时拥有泥砖房、父辈以上留下祖屋且申请家庭成员不作居住的除外；

(二)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，用于生计且车龄在5年以上排气量为1.6升以下的小货车、排气量为1.4升以下小型面包车除外）;

(四)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，无雇员的夫妻小作坊、小卖部（不含专营高档烟酒、奢侈品）除外；

(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。

共同生活的家庭成员包括:

(一)配偶；

(二)父母和未成年子女;

(三)已成年但不能独立生活的子女,包括在校接受本科及其以下学历教育的成年子女；

(四)其他具有法定赡养、扶养、抚养义务关系并长期共同居住的人员。

第四章 申请审核审批程序

第十条重点救助对象在市内医保定点医疗机构，和经备案后在异地医保定点医疗机构发生的医保政策范围内医疗费用，参加城乡居民基本医疗保险的，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算；参加职工基本医疗保险的，实行基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助“一站式”结算。

第十一条因病致贫家庭重病患者和县、区人民政府规定且未在医疗保障部门备案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家庭经济状况和生活状况评估认定办法>的通知》（粤民规字〔2019〕9号）和《广东省民政厅关于加强医疗救助落实切实做好困难群众医疗救助工作的通知》（粤民函〔2018〕288号）有关规定执行,申请审核审批程序如下:

(一)申请人应当向户籍所在地乡镇人民政府(街道办事处)提出书面申请,填写《医疗救助申请审批表》(户主申请有困难的,可以委托村(居)委会或他人代为提出申请),并如实提供如下证明材料:

1.本市户籍人员提交本人和共同生活的家庭成员身份证、户口簿原件及复印件。非本市户籍人员提交本人和共同生活的家庭成员身份证、户口簿、本市有效居住证原件及复印件。申请人委托他人申请的，应当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、或出院小结，医保经办机构或医疗机构出具的报销明细单、财税部门监制的医疗费用专用收据或发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证（原件或复印件）等;

申请人提交的材料不齐全或不符合要求的，乡镇（街道）人民政府办事处应当场一次性告知申请人应当补齐的全部材料。

（二）乡镇人民政府(街道办事处)应当自受理申请之日起10个工作日内,完成申请对象家庭财产信息核对(参考省认定办法),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。调查人员应当对申请人的户籍状况、家庭收入财产状况和吃、穿、住、用等实际生活状况等进行入户调查,针对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,调查人员应当如实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)分别签字确认。

(三)对符合申请条件的申请人家庭,乡镇人民政府(街道办事处)应当根据入户调查情况,在入户调查结束后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)务公开栏公示入户调查情况和审核结果,公示期为5日。

（四）公示期满无异议的,乡镇人民政府(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、区人民政府(管委会)医保经办机构审批。

公示期间出现异议且能出示有效证据的,乡镇人民政府(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并作出结论。民主评议由乡镇人民政府(街道办事处)工作人员、村(居)党组织和村(居)委会成员、熟悉村(居)民情况的党员代表、村(居)民代表等参加。

经民主评议通过认为符合申请条件的,乡镇人民政府(街道办事处)应当在民主评议结束后3个工作日内将相关材料上报县、区人民政府(管委会)医保经办机构审批;经民主评议认为不符合申请条件的,乡镇人民政府(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。

（五）县、区人民政府(管委会)医保经办机构应当自收到材料之日起5个工作日内对申请人进行审核。符合申请条件的,核准其享受医疗救助的金额,并将批准意见通知乡镇人民政府(街道办事处);不符合申请条件的,应将材料退回,通过乡镇人民政府(街道办事处)书面告知申请人并说明理由。在作出审批决定后5个工作日内,向同级财政部门提出申请。县、区人民政府(管委会)财政部门接到同级医保经办机构的审批表后,应当在3个工作日内将救助资金拨付到指定金融机构,直接支付给医疗救助对象。

1. 救助方式与标准

第十二条资助参保。对重点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。对重点救助对象参加职工基本医疗保险的个人缴费部分,按照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。允许中途参保，实行“先登记参保、后补助缴费”，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。各县区民政、扶贫、残联等部门按照医保经办机构开出的托收单向当地财政申请重点医疗救助对象的个人缴费基金，最迟不超过30个工作日缴纳到参保地医保基金财政专户。

资助重点救助对象参保,由县、区重点救助对象认定部门负责提供名单,并将资助参保人数、参保资助标准及资金总量提供给同级财政部门,经同级财政部门审核后,从医疗救助基金账户中将个人缴费核拨到城乡居民基本医疗保险账户中。

重点医疗救助对象个人自行缴费参加本市基本医疗保险的，经各县、区对应认定部门和医保部门核定后，补助资金由各县、区医保经办机构在次年2月前（中途参保的在核定后2个月内）发放到其本人社会保障卡金融账户。

第十三条 门诊救助。

（一）门诊特定病种救助。重点救助对象在医保定点医疗机构发生的门诊特定病种费用，经基本医疗保险、大病保险报销后，个人负担的合规医疗费用通过“一站式”结算系统予以救助，不设救助起付线。其中，最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象（低收入家庭的60周岁以上老年人、未成年人、重度残疾、重病患者）按80%的救助比例予以救助；特困供养人员、孤儿按100%的救助比例予以救助。

下列情况发生的门诊特定病种费用，由重点救助对象垫付后，向参保地医保经办机构申请零星救助：

1.在市内核准的门诊特定病种定点药店购买门诊特定病种药品；

2.在市外医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用未能即时结算。

（二）普通门诊救助。重点救助对象在市内社区门诊和乡镇卫生院等一级定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，经基本医疗保险报销后，对基本医疗保险政策范围内的个人自付费用，通过医疗救助“一站式”结算系统按相应比例予以救助，不设救助起付线。其中，最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象（低收入家庭的60周岁以上老年人、未成年人、重度残疾、重病患者）按80%的救助比例予以救助，在医疗救助年度最高救助限额内，普通门诊年度最高救助限额为350元；特困供养人员、孤儿、严重精神病患者（重度一级、二级精神残疾）按100%的救助比例予以救助，普通门诊年度最高救助限额为1200元。

第十四条 住院救助。重点救助对象在医保定点医疗机构住院治疗的，经基本医疗保险、大病保险及补充医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用,通过医疗救助“一站式”结算系统按相应比例予以救助，不设救助起付线。其中，最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象（低收入家庭的60周岁以上老年人、未成年人、重度残疾、重病患者）按80%的救助比例予以救助；特困供养人员、孤儿、严重精神病患者（重度一级、二级精神残疾）按100%的救助比例予以救助。医疗救助待遇以入院时身份为准。参保人在住院期间，中途被认定为重点救助对象的，从被认定之日起，按新认定的身份享受医疗救助待遇。

下列情况发生的住院医疗费用，由重点救助对象垫付后，向参保所属医保经办机构申请零星救助：

1.异地就医未备案未能即时结算；

2.其它原因未能即时结算。

第十五条因病致贫家庭重病患者和县区人民政府(管委会)规定且未在医疗保障部门备案的其他特殊困难人员，在医保定点医疗机构住院和发生的门诊特定病种医疗费用，经基本医疗保险、大病保险和各类补充医疗保险、医疗政策性补偿、补助、减免核报及社会指定医疗捐赠后负担的合规医疗费用,先由其个人支付,本市户籍人员由户籍所在县、区医保部门，非本市户籍人员由居住地所在县、区医保部门按照70%的比例给予救助，医疗救助起付线与大病保险相衔接。

对因各种原因未能参加城乡居民基本医疗保险的救助对象,合规范围内发生的医疗费用,可按所属对象类别给予救助。需提供相关医疗机构出具的诊断结果或出院小结、用药或诊疗项目、收费明细清单、定点医疗机构复式处方、医疗费用结算单、财税部门监制的医疗费用专用收据或发票等能够证明医疗费用的有效凭证（复印件）。

第十六条 健全重大疾病医疗救助制度，落实二次医疗救助。二次医疗救助以救助对象在扣除各种医疗政策性补偿、医疗救助、补助、减免及社会指定医疗捐赠后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)作为救助基数，在年度累计最高救助限额内按照分类分段梯度救助模式，给予一定比例的救助。

1.特困供养人员、孤儿、严重精神病患者（重度一级、二级精神残疾）经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险(商业保险)报销以及门诊和住院医疗疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)，不设救助起付线，按照100%的比例进行二次医疗救助。

2.最低生活保障对象、建档立卡贫困人员经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险(商业保险)报销以及门诊和住院医疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)在3000元(含00元)以上至1万元以下的部分，按50%的比例给予二次医疗救助；在1万元(含1万元)以上至3万元以下的部分，按60%的比例给予二次医疗救助；在3万元(含3万元)以上的部分，按70%的比例给二次医疗救助。

3.低收入救助对象经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险(商业保险)报销以及门诊和住院医疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)，在5000元(含5000元)以上至1万元以下的部分，按50%的比例给予二次医疗救助；在1万元(含1万元)以上至2万元以下的部分，按55%的比例给予二次医疗救助；在2万元(含2万元)以上的部分，按60%的比例给予二次医疗救助。

4.因病致贫家庭重病患者和县、区人民政府(管委会)规定且未在医疗保障部门备案的其他特殊困难人员，经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险(商业保险)报销以及门诊和住院医疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)，在10000元(含10000元以上至2万元以下的部分，按50%的比例给予二次医疗救助；在2万元(含2万元)以上至3万元以下的部分，按55%的比例给予二次医疗救助；在3万元(含3万元)以上的部分，按60%的比例给予二次医疗救助。

第十七条重点救助对象在已实现“一站式”结算的定点医疗机构因病就医住院的，免收住院押金，入院时提交患者本人有效证件（身份证、社会保障卡或户口簿等）供医疗机构查核和读卡。

特困供养人员、孤儿的住院、门诊特定病种医疗救助不设年度最高救助限额。

最低生活保障家庭成员、事实无人抚养儿童、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象（低收入家庭的60周岁以上老年人、未成年人、重度残疾、重病患者）、因病致贫家庭重病患者和县区人民政府(管委会)规定且未在医疗保障部门备案的其他特殊困难人员、0-14周岁(含14周岁)儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的医疗救助年度最高救助限额为10万元（含住院、普通门诊、门诊特定病种医疗救助金额及二次医疗救助金额）。随着筹资水平的不断提高，逐步提高医疗救助年度最高救助限额。

第十八条对参加城乡居民基本医疗保险的0-14周岁(含14周岁)儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的基本医疗保险政策内医疗费用（不含起付线），由城乡居民基本医疗保险基金按规定支付70%，医疗救助基金救助20%。

救助对象在提出医疗救助申请后死亡的，如其有共同生活的家庭成员，其生前提出的申请仍有效，医疗救助有关职能部门应当予以办理。救助对象在提出医疗救助申请前死亡的，可由其共同生活的家庭成员代其提出医疗救助申请，医疗救助有关职能部门应当予以办理。

第十九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)因自残等发生的医疗费用(精神障碍患者除外)；

(四)交通事故、医疗事故等应由他方承担的医疗费用；

(五)县、区人民政府(管委会)规定的其他不予救助的情况。

第六章 资金筹集和管理

第二十条 推进医疗救助基金市级统筹。具体办法另行制定。

第二十一条 县区人民政府(管委会)应当建立城乡医疗救助基金，城乡医疗救助基金来源主要包括：

(一)市、县(区)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，在公共预算中安排的城乡医疗救助资金；

(二)在社会福利彩票公益金本级留成部分中按20%比例安排城乡医疗救助资金；

(三)上级财政补助资金；

(四)社会各界捐赠用于医疗救助的资金；

(五)城乡医疗救助基金形成的利息收入；

(六)按规定可用于城乡医疗救助的其他资金

第二十二条 各级财政部门应当会同医保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。

建立医疗救助金预付款制度。市内医疗救助“一站式”结算服务所需资金，由县级医疗救助基金财政专户统一按照本年筹集资金的40%上划到市医保经办机构基金支出户，由市医保经办机构基金支出户直接向定点医疗机构支付医疗救助“一站式”结算资金。其它需医疗救助支付的费用一律从社保基金医疗救助基金财政专户中支付，其报销管理可按照原有规定执行。市外结算按省异地就医结算办法清算。

医疗救助预付款中异地就医部分的测算和划拨由市医保经办机构按省内和跨省医保异地就医直接结算有关规定执行。市医保经办机构于每年2月初将确定的预付款，上划到省医保经办机构，其中省内资金划转到异地就医结算专户对应各地级以上市的医保经办机构指定账户，跨省按国家和省有关规定划转。省医保经办机构在确认预付款到账后，依申请开通困难群众异地就医医疗救助“一站式”直接结算功能。

第二十三条各级医保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。各级医保、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。

第七章 社会力量参与

第二十四条 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。

第二十五条县级以上人民政府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。

第二十六条县级以上人民政府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。

第八章 责任追究

第二十七条任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣截留医疗救助资金。

第二十八条 对骗取医疗救助的，一经查实即取消救助，由县、区人民政府(管委会)医保部门追回所领救助金，并将相关信息记入有关部门建立的诚信体系；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第二十九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。

医疗救助工作人员通过信息化查询核对、入户调查、邻里访问等方式，按规定程序尽职完成调查，作出审核审批决定后，由于申请对象隐瞒人口、收入、财产状况，提供虚假材料以及信息核对系统数据局限等原因，导致误发医疗救助金的，医疗救助工作人员不承担工作过失责任。

第三十条 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。

第三十一条 定点医疗机构违反协议，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，终止定点协议，取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究责任。

第九章 附则

第三十二条本办法自 年XX月XX日起施行，有效期5年。此前印发的相关文件与本办法不一致的，按本办法执行。实施过程中，如遇国家、省政策调整的，按调整后的规定执行。