

# 江门市人民政府文件

江府〔2019〕40号

## 江门市人民政府关于印发江门市 医疗救助办法的通知

各市（区）人民政府，市政府各部门、各直属机构，中直、省直  
江门有关单位：

现将《江门市医疗救助办法》印发给你们，请认真贯彻执行。  
执行过程中遇到问题，请径向市医保局反映。



江门市人民政府

2019年12月25日

# 江门市医疗救助办法

## 第一章 总 则

**第一条** 根据《社会救助暂行办法》(国务院令第649号)、《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》(国发办〔2015〕30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)、《广东省城乡医疗救助基金管理办法》(粤财社〔2015〕26号)和《关于进一步加强医疗救助“一站式”结算工作的通知》(粤医保发〔2018〕5号)精神,为进一步完善医疗救助制度,保障困难群众基本医疗需求,结合我市实际,制定本办法。

**第二条** 本办法适用于江门市行政区域内医疗救助管理工作。

**第三条** 本办法所指医疗救助,是指对医疗救助对象参加基本医疗保险(含一档和二档,下同)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,仍难以负担的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用(含部分支付项目个人支付部分、起付标准,不含自费费用,下称范围内医疗费用),给予适当比例补助,帮助困难群众获得基本医疗服务。

**第四条** 医疗救助遵循的原则为托住底线、统筹衔接、公开公正、高效便捷。

**第五条** 市医疗保障部门负责全市医疗救助的统筹实施、日常管理、监督检查及政策宣传等工作，并配合财政部门抓好医疗救助资金的落实和拨付。各市（区）医疗保障部门负责所辖区域内医疗救助工作。

各级医疗保障经办机构负责审核医疗救助申请，发放医疗救助金，组织医疗救助“一站式”结算等具体经办业务工作，并会同本级医疗保障行政部门、财政部门编制医疗救助基金预算。

财政部门负责根据医疗救助实施情况，做好城乡医疗救助基金的预算安排、落实和划拨，做好医疗救助基金使用管理的监督检查工作。

民政、卫生健康、政务服务数据管理部门负责协助做好医疗救助“一站式”结算工作。民政部门负责做好最低生活保障对象、特困供养人员、低收入家庭成员的救助身份审核工作，做好因病致贫家庭重病患者的家庭经济状况信息化核对并出具核对报告。

人力资源社会保障、监察和审计部门按照各自职责切实做好医疗救助工作，协同实施本办法。

扶贫、残联部门按照职责协助做好医疗救助“一站式”结算工作。扶贫部门负责做好精准扶贫重点帮扶对象的救助身份审核工作。

各镇人民政府（街道办事处）负责本辖区救助对象医疗救助申请的受理、调查、审核、上报工作，公示医疗救助申请人名单

及调查核实结果。

## 第二章 救助对象

**第六条** 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）。

1.最低生活保障对象和特困供养人员为重点救助对象；

2.低收入家庭成员（不含最低生活保障对象和特困供养人员，下同）；

3.精准扶贫重点帮扶对象；

4.县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

（二）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）。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”）住院治疗疾病和诊治门诊特定项目、个人负担的医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的 60%，且家庭财产总值低于本办法第七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）。

收入型和支出型贫困医疗救助对象的认定细则，由县级以上人民政府制定。

**第七条** 除重点救助对象、低收入家庭成员和精准扶贫重点帮扶对象外，我市医疗救助对象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) 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) 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。

**第八条** 本办法所称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,包括未单独立户的成年未婚子女。

上述人员存在下列情况之一的不计入共同生活的家庭成员:

(一) 连续3年以上脱离家庭独立生活的宗教教职人员;

(二) 在监狱内服刑的人员和在强制隔离戒毒所内执行强制隔离戒毒的人员;

(三) 法院宣告失踪人员;

(四) 登记在同一居民户口簿中,但与共同生活的家庭成员

之间无法定赡养、扶养、抚养义务关系的人员。

### 第三章 救助方式和标准

#### 第九条 救助方式包括：

（一）资助参保。重点救助对象、低收入家庭成员、精准扶贫重点帮扶对象等参加医疗保险，其参加本市基本医疗保险的个人缴费部分按当年本市城乡居民基本医疗保险一档的个人缴费金额标准予以全额资助。

（二）门诊救助。门诊救助的重点是因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。将重点救助对象和低收入家庭成员全面纳入门诊救助范围。卫生健康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。

（三）住院救助。重点救助对象、低收入家庭成员在定点医疗机构住院，免交住院押金。对重点救助对象、低收入家庭成员和精准扶贫重点帮扶对象经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后个人负担的范围内医疗费用，直接予以救助；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，对超过家庭负担能力的部分予以救助。

**第十条** 在年度最高救助限额内，在定点医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，门诊和住院的范围内医疗费用，最低生活保障家庭成员的医疗救

助按照 90%的比例给予救助，年度最高救助限额为 10 万元；特困供养人员的医疗救助按照 100%的比例给予救助，年度最高救助限额为 12 万元。孤儿的医疗救助按照特困人员医疗救助政策执行。

低收入家庭成员的医疗救助按照 80%的比例执行，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的医疗救助按照 70%的比例执行，医疗救助年度最高救助限额为 8 万元。

精准扶贫重点帮扶对象住院和特定病种门诊医疗费用，按照我市有关规定标准给予医疗救助。

**第十一条** 重特大疾病医疗救助比例参照医疗救助比例执行。综合考虑患病家庭负担能力、个人自负费用、当地筹资情况等因素，分类分段设置重特大疾病医疗救助比例和年度最高救助限额。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。

**第十二条** 对经医疗救助后医疗费用个人负担仍较重的医疗救助对象，年度内救助后自负医疗费用（含基本医疗保险政策范围外的医疗费用）在 2000 元或以上的，给予其自负医疗费用 80%的二次医疗救助，二次医疗救助年度最高救助限额为 3 万元。

共同生活的家庭成员中有两人及以上住院治疗疾病和诊治门诊特定项目的，年度内救助后自负医疗费用可合并计算。

**第十三条** 重点救助对象、低收入家庭成员、精准扶贫重点帮扶对象免医疗救助起付线；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。

**第十四条** 对参加基本医疗保险的 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限定医疗费用，由基本医疗保险基金按规定比例支付，城乡医疗救助基金救助 20%。

**第十五条** 医疗救助标准、年度最高救助限额等若有调整的，由市医疗保障局会同市财政、卫生健康部门根据我市经济社会发展水平、医疗救助对象的变动和医疗救助基金的使用率等实际情况提出调整意见，报请市政府批准后公布实施，不得低于省规定的标准。

**第十六条** 救助对象患特定重大疾病、传染病，国家和省、市对相关医疗费用的负担有明确规定的，按相关规定办理。

#### 第四章 申请、审核和审批

**第十七条** 民政部门确定的重点救助对象、低收入家庭成员，扶贫部门确定的精准扶贫重点帮扶对象，由属地医疗保障经办机构办理报销手续。上述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。医疗救助未能进行“一站式”结算的，救助对象向属地医疗保障经办机构申请零星医疗救助，进行银行卡社会化发放。

**第十八条** 因病致贫家庭重病患者和未经审核的县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员申请医疗救助，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,填写《医疗救助申请审批表》(户主申请有困难的,可以委托村民委员会、居民委员会或个人代为提出申请),并如实提供如下材料:

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.家庭财产、收入状况、家庭成员的证明材料;

3.申请医疗救助家庭经济状况查询核对委托书;

4.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;

5.享受基本医疗保险以外等政策性补偿、补助的凭证;

6.获得社会指定医疗捐赠的凭证;

7.非本地户籍申请人,需提供身份证,以及居住证或公安部门出具的居住时间以及劳动合同、社会保险缴费记录等资料原件及复印件;

8.参加商业保险的报销情况凭证。

(二) 受委托查询核对的镇人民政府(街道办事处)受理救助申请后,应当在申请人签署申请医疗救助家庭经济状况查询核对委托书之日起2个工作日内,根据当地有关家庭经济状况认定标准,开展家庭经济状况信息化查询核对。经家庭经济状况信息化查询核对,符合有关家庭经济状况认定标准的,镇人民政府(街

街道办事处)应当予以受理,并在2个工作日内出具受理通知书;不符合认定标准的,不予受理,并在2个工作日内向申请人出具不予受理通知书和核对报告。申请人对核对报告有异议的,镇人民政府(街道办事处)应当在申请人提出异议之日起2个工作日内重新进行家庭经济状况信息化查询核对,出具家庭经济状况复核报告。对同一家庭,30日内不重复出具复核报告。对同一家庭多次出具的报告,以最近一次报告结果为准。

(三)镇人民政府(街道办事处)应当自出具受理通知书之日起10个工作日内,在村民委员会、居民委员会协助下,组织工作人员入户调查核实,完成申请人家庭生活状况综合评估工作。入户调查人员应当不少于2人,并在调查时出示有效证件。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。调查完毕应当出具家庭经济状况调查表等评估材料,由调查人员和被调查人(申请人)分别签字、盖章或者按指纹。申请人家庭成员户籍所在地与居住地不一致的,受理申请的镇人民政府(街道办事处)可以委托申请人家庭成员居住地镇人民政府(街道办事处)入户调查核实。受委托的镇人民政府(街道办事处)应当自收到委托之日起10个工作日内完成调查核实,将评估材料送交受理申请的镇人民政府(街道办事处)。

(四)镇人民政府(街道办事处)应当在出具或者收到评估材料之日起5个工作日内对其医疗救助申请提出初审意见,并将

结果在村民委员会、居民委员会设置的村务公开栏、社区公开栏以及镇人民政府（街道办事处）公共服务大厅进行公示，有条件的还应当同时通过网络平台公示，公示期为 7 日。公示期满无异议的，镇人民政府（街道办事处）应当在公示期满之日起 3 个工作日内将相关材料报送县级人民政府医疗保障经办机构；公示期间有异议且能提供有效证明材料的，镇人民政府（街道办事处）应当组织民主评议，并将民主评议结果和相关材料一并报送县级人民政府医疗保障经办机构。民主评议人员由镇人民政府（街道办事处）工作人员，村、居党组织成员，村民委员会、居民委员会成员和村民、居民代表等组成。

（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人民政府医疗保障经办机构；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）县级人民政府医疗保障经办机构应当自收到镇人民政府（街道办事处）报送的相关材料、民主评议结果之日起 10 个工作日内作出审批决定。对符合条件的申请，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）；对不符合条件的申请，应当将材料退回，作出不予批准决定，在 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。县级人民政府医疗保障经办机构在作出审批决定前，应当全面审查镇人民政府（街道办事处）上报的申请材料、评估材料和初审意见。对负责受理、初审、审批的工作人员和村民委员会、居民

委员会成员近亲属的申请，以及有举报或者其他需要重点调查的申请，县级人民政府医疗保障经办机构应当调查核实。负责受理、初审、审批的工作人员和村民委员会、居民委员会成员与申请人家庭成员有近亲属关系的，应当主动如实报告，镇人民政府（街道办事处）以及县级人民政府医疗保障经办机构应当备注在册。调查核实人员和民主评议人员为申请人家庭成员或者近亲属的，应当回避。申请人认为工作人员和村民委员会、居民委员会成员与自己存在其他利害关系，可能影响公正的，可以申请其回避，被申请回避的工作人员是否回避，由其所在单位或者上级主管部门决定。

（七）县级人民政府医疗保障经办机构应当将拟批准的申请家庭的信息，通过政务公开栏、村务公开栏、社区公开栏以及镇人民政府（街道办事处）公共服务大厅、网络平台等予以公布，公示期为 5 日。公布内容包括申请人姓名、家庭人数、拟救助金额等，但不得公开与医疗救助无关的信息。公布后在公示期内有异议的，县级人民政府医疗保障经办机构应当自接到异议之日起 10 个工作日内组织调查核实，并将调查结果予以公布，同时对拟批准的申请重新公示。

（八）公示期满无异议的，县级人民政府医疗保障经办机构应当在 3 个工作日内作出审批决定，并在 10 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。

**第十九条** 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。

## 第五章 资金筹措、管理和支出

**第二十条** 市本级、各市（区）财政分别建立城乡医疗救助基金，城乡医疗救助基金的来源主要包括：

（一）地方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）上级补助资金；

（三）社会各界捐赠的用于医疗救助的资金；

（四）医疗救助资金形成的利息收入；

（五）按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

**第二十一条** 市本级、各市（区）财政部门应当会同医疗保障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。

**第二十二条** 各级医疗保障经办机构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，及时报同级医疗保障部门和财政部门。经同级医疗保障部门和财政部门审核后，列入年度预算草案报本级人民代表大会批准。

**第二十三条** 各级医疗保障、财政部门联合建立城乡医疗救助基金专账，用于办理资金的汇集、核拨、支付和发放等业务。各级医疗保障、财政部门应当严格执行国家和省的规定，加强基金使用管理，提高医疗救助基金的使用效率。

**第二十四条** 城乡医疗救助基金必须专款专用，不得从中提取管理费或列支其他任何费用。当年基金结余转下年继续使用。基金累计结余不超过当年筹集基金的 15%。基金累计结余超出规定比例的，为盘活基金累计结余资金存量，由市医疗保障局会同市财政局报市人民政府批准，医疗救助基金结余可用于其他符合规定的医疗支出。

如需调整使用城乡医疗救助基金，由各级医疗保障部门根据实际情况会同同级财政部门向市医疗保障部门和市财政部门提出申请，经市医疗保障部门和财政部门审核并规定程序报批后进行调整使用。

**第二十五条** 医疗救助实行“一站式”即时结算的，已参保的重点救助对象在定点医疗机构就医，由定点医疗机构在结算时先扣除基本医疗保险政策范围内报销费用和医疗救助补助的费用，参保救助对象只需结清个人应承担的费用。定点医疗机构所垫付的医疗救助资金情况，在规定时间内报各市（区）医疗保障经办机构审核后，由各市（区）医疗保障经办机构按规定支付给定点医疗机构。

## 第六章 医疗救助管理

**第二十六条** 不予救助的医疗费用范围参照省的有关规定执行。

**第二十七条** 医疗救助对象达到出院条件而拒绝出院的，自医疗机构通知或要求之日起，所发生全部医疗费用由其个人自理。医疗机构应当将情况及时以书面形式报送属地医疗保障经办机构，由属地医疗保障经办机构配合医疗机构对医疗救助对象劝离；医疗救助对象拒不接受的，属地医疗保障经办机构暂停其医疗救助。

**第二十八条** 符合本办法规定的医疗救助条件、未参加医疗保险的救助对象，合规范围内发生的医疗费用，由各市（区）医疗保障经办机构按照连续参保缴费满24个月的基本医疗保险一档（含大病保险）的待遇标准，核算出医疗保险基金支付费用后的个人自负部分（不含自费费用），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。

**第二十九条** 符合救助条件的医疗救助对象在办理医疗救助申请期间死亡的，医疗救助申请可继续给予办结，救助资金由救助对象法定继承人领取。救助对象无法定继承人的，终止办理申请。

**第三十条** 各市（区）民政部门应将重点救助对象信息资料实时在广东省救助申请家庭经济状况核对系统内更新；市政务服务数据管理局负责牵头实现市政务信息资源共享交换平台与市级

医保系统的对接，并商市财政局做好系统升级改造经费保障工作。

**第三十一条** 医疗救助信息系统开发及维护等相关工作经费列入财政预算。

## 第七章 社会力量参与

**第三十二条** 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。

**第三十三条** 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。

**第三十四条** 市医疗保障部门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。

**第三十五条** 建立救助管理部门之间的信息共享机制，实现医疗保障部门与民政、卫生健康、教育、住房城乡建设、人力资源社会保障、残联等部门的互联互通、信息共享。建立各级医疗保障经办机构与医疗保障、财政、民政、扶贫等相关部门的定期沟通机制，加强各部门之间的沟通协作，确保资金专款专用。打造救助资源与救助需求信息对接平台，建立和完善医疗保障部门与民政、慈善组织、社会服务机构之间的衔接机制，实现社会救助信息和慈善资源、社会服务信息的对接、共享和匹配。尊重困难群众个人意愿，及时将经过社会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。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。社会救助信息和慈善资源信息同时向审计等政府有关部门开放。

## 第八章 法律责任

**第三十六条** 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

**第三十七条** 采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助的，一经查实即取消救助，由市（区）医疗保障部门责令退回非法获取的医疗救助金，有关情况依照国家和省有关规定记入当事人信用档案，并通过公共信用信息共享平台予以公开；构成犯罪的，依法追究法律责任。

**第三十八条** 医疗救助经办机构及其工作人员应当依法对医疗救助申请开展调查、审核、审批。在医疗救助工作中有滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为，或者泄露医疗救助对象公示范围以外信息的，按照国家和省的有关规定处理，依法追究有关人员的责任；构成犯罪的，依法追究法律责任。

**第三十九条** 医疗机构违反服务协议，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，终止定点服务协议，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

**第四十条** 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行,有效期为 5 年。《江门市人民政府关于印发江门市医疗救助暂行办法的通知》(江府〔2017〕26 号)同时废止。各市(区)自行制定的实施细则与本办法规定不一致的,按本办法规定执行;国家和省有新规定的,从其规定执行。

**公开方式:** 主动公开

---

抄送:市纪委监委,市委有关部委办,市人大常委会办公室,市政协办公室,市中级人民法院,市检察院。

---

江门市人民政府办公室秘书科

2019 年 12 月 31 日印发

---