



- 首页
- 新闻中心
- 政务公开
- 招商引资
- 西藏旅游
- 认识西藏
- 搜索

您现在正在浏览： 首页 > 政务公开 > 法规文件

索引号	K3984687-7/2015-00023	发布机构	西藏自治区人民政府
生成日期	2015-05-13 16:32:00	文号	西藏自治区人民政府令116号

西藏自治区农牧区医疗管理办法

《西藏自治区农牧区医疗管理办法》已经2012年11月1日自治区人民政府第19次常务会议通过，现予发布，自2013年1月1日起施行。

自治区主席 白玛赤林

2012年11月26日

(此件发至县级人民政府)

西藏自治区农牧区医疗管理办法

第一章 总 则

第一条 为完善农牧区医疗制度，提高农牧民医疗保障水平，根据国家和自治区有关规定，结合自治区实际，制定本办法。

第二条 户籍在自治区行政区域内的农牧民就医、报销补偿医疗费用以及农牧区医疗基金的使用、管理、监督适用本办法。

第三条 农牧区医疗制度是政府主导，以免费医疗为基础，政府、集体、个人和社会多渠道筹集资金，实行大病统筹、门诊家庭账户和医疗风险基金相结合的农牧民基本医疗保障制度。

第四条 农牧区医疗制度坚持自愿交费、公平享有、便民惠民、保障适度的原则。

第五条 各级人民政府应当把建立和完善农牧区医疗制度纳入当地国民经济和社会发展规划，作为建立农牧区社会保障体系的重要内容，并不断完善农牧民大病补充商业保险保障机制。

第六条 县级以上人民政府应当加强农牧区基层医疗卫生机构建设和人才培养，提高卫生服务水平，保障基层卫生人员待遇；加强农牧区医疗信息化建设，形成医疗管理经办机构、定点医疗机构以及有关部门之间互联互通的医疗管理信息系统，在逐步推广农牧民就医“一卡通”的基础上实现农牧区医疗基金报销补偿费用异地即时结算。

第二章 组织管理

第七条 自治区、地（市）成立由卫生、财政、编办、人力资源社会保障、发展改革、民政、审计、监察、宣传、广播电影电视、教育、农牧、扶贫、食品药品监督、人口计生、妇联、残联等部门组成的医疗协调领导小组，负责组织、检查、指导和协调农牧区医疗工作。其日常管理工作中由自治区、地（市）卫生行政主管部门负责。

返回首页



国务院客户端



政务APP



政务微博



政务微信

返回顶部

第八条 县（市、区）、乡（镇）人民政府成立由有关部门和农牧民代表组成的农牧区医疗管理委员会（以下简称医管会），负责协调、管理和监督农牧区医疗工作。

第九条 县（市、区）卫生行政主管部门和乡（镇）人民政府农牧区医疗管理经办机构负责具体工作。医疗管理经办机构人员经费和工作经费列入同级财政预算，不得从医疗基金中提取。

第十条 县（市、区）农牧区医疗管理经办机构的职责：

- （一）宣传农牧区医疗政策；
- （二）根据本办法制定工作方案、工作制度和工作流程并组织实施；
- （三）组织筹集医疗基金；
- （四）管理县（市、区）农牧区医疗基金；
- （五）核发医疗证件；
- （六）按规定及时足额报销医疗费用；
- （七）收集、整理、分析和上报农牧区医疗管理和运行等相关情况；
- （八）负责农牧民大病补充医疗商业保险相关资料的收集和申报；
- （九）对符合医疗救助条件的农牧民提供医疗费用报销凭据或相关证明；
- （十）监督、检查和评估乡（镇）医疗管理经办机构的工作；
- （十一）上级政府以及有关部门安排的其他农牧区医疗管理工作。

第十一条 乡（镇）农牧区医疗管理经办机构的职责：

- （一）宣传农牧区医疗政策；
- （二）组织实施县（市、区）医疗管理经办机构制定的工作方案、工作制度；
- （三）动员本乡（镇）农牧民参加医疗筹资，并负责登记注册和发证工作；
- （四）负责筹集农牧民个人交纳的费用并按月上交县（市、区）医疗管理经办机构；
- （五）管理农牧民门诊家庭账户基金；
- （六）对本乡（镇）卫生院和村卫生室的卫生服务质量和费用进行监督管理，督促其不断改善服务条件，提高服务能力、水平和质量；
- （七）负责农牧民医药费用报销补偿情况公示；
- （八）负责本乡（镇）农牧民门诊、住院费用报销情况的统计上报；
- （九）县（市、区）人民政府及其有关部门和县（市、区）医疗管理经办机构安排的其他工作。

第三章 医疗基金管理

第十二条 农牧区医疗基金逐步推行地（市）级统筹，最终实行自治区级统筹。

第十三条 农牧区医疗基金的主要来源包括：

- （一）国家安排的免费医疗专项经费和新型农村合作医疗补助经费；
- （二）自治区、地（市）、县（市、区）政府财政安排的免费医疗专项经费；

[回到首页](#)



国务院客户端



政务APP



政务微博

[返回顶部](#)

- (三) 个人每年自愿缴纳的筹资;
- (四) 县(市、区)民政行政主管部门为符合医疗救助条件的农牧民代交的个人筹资;
- (五) 企事业单位、社会团体和个人的捐助;
- (六) 农牧区医疗基金产生的利息;
- (七) 其他来源。

第十四条 个人自愿缴纳筹资的,在规定时间内以家庭为单位向乡(镇)医疗管理经办机构或者其所委托的村民委员会交纳个人筹资,由医疗管理经办机构或者村民委员会逐户逐人登记注册,上报县(市、区)医疗管理经办机构审核后,核发《家庭医疗账户本》。新生儿出生当年,随父母自动享受农牧区医疗政策,可从第二年起按规定自愿缴纳个人筹资。符合医疗救助条件的,其个人交费由县(市、区)民政行政主管部门代交。《家庭医疗账户本》由自治区卫生行政主管部门统一印制。

第十五条 农牧民家庭异地搬迁的,医疗保障关系转至搬迁地县(市、区)医疗管理经办机构。农牧民家庭农转非的,其家庭账户基金余额由乡(镇)医疗管理经办机构予以退还。

第十六条 农牧区医疗基金分为大病统筹基金、门诊家庭账户基金和医疗风险基金三类。其比例及用途是:

- (一) 大病统筹基金。占农牧区医疗基金总量的60—70%,用于农牧民住院医疗费用和特殊病种门诊医疗费用的报销补偿。
- (二) 门诊家庭账户基金。占农牧区医疗基金总量的28—38%,用于农牧民门诊医疗和健康体检费用的报销补偿。

对按自治区政策规定标准自愿交纳个人筹资的农牧民家庭,从该户农牧区医疗基金总额中按28—38%划入其门诊家庭账户,个人筹资超过自治区政策规定标准的,超出部分全额划入其门诊家庭账户;对未交纳个人筹资的农牧民,只提取该户农牧区医疗基金来源中免费医疗项目经费和合作医疗补助经费两项总额的28—38%,划入其门诊家庭账户。

(三) 医疗风险基金。占农牧区医疗基金总量的2%,用于弥补大病统筹基金因当年大病人数异常增多,导致非正常超支时的应急资金。风险基金连续五年未使用的,自第六年起不再继续提取,所占比例资金全额转入大病统筹基金。医疗风险基金由各县(市、区)建立。门诊家庭账户基金,由县(市、区)医管会提出书面申请,报地(市)农牧区医疗管理协调领导小组核准。

各地(市)的大病统筹基金和门诊家庭账户基金的具体划分比例,由地(市)在自治区规定的范围内,根据当地实际确定,报自治区卫生行政主管部门备案。

第十七条 农牧区医疗基金实行县(市、区)统一管理的,大病统筹基金、门诊家庭账户基金和医疗风险基金由县(市、区)医疗管理经办机构管理。实行县(市、区)、乡(镇)共同管理的,大病统筹基金和医疗风险基金由县(市、区)医疗管理经办机构管理,门诊家庭账户基金由县(市、区)医疗管理经办机构核拨到各乡(镇)医疗管理经办机构管理。

第十八条 农牧区医疗基金坚持“专户储存、专款专用、收支分离、管用分开”的管理原则。任何单位和个人不得借支、截留、挪用和侵占农牧区医疗基金。

第十九条 各级财政安排的农牧区医疗基金应当纳入财政预、决算。县(市、区)、乡(镇)医疗管理经办机构按照会计制度和财务制度,对基金收支进行财务会计核算,建立健全财务会计档案和各项规章制度,规范财务会计管理工作。

第四章 医疗基金使用

第二十条 医疗基金使用应当遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则,实行公开、公平、公正、及时、方便的即时结算方式。医疗基金有结余的,结转下年使用。

第二十一条 县(市、区)、乡(镇)医疗管理经办机构应当建立基金运行分析和风险预警制度,按照基金使用原则,提高使用效率。

第二十二条 农牧民享有下列医疗待遇:

[回到首页](#)



国务院客户端



政务APP



政务微博

[返回顶部](#)

- (一) 享受国家和自治区免费医疗及新型农村合作医疗补助;
- (二) 享受基本的医疗保健服务;
- (三) 按规定享受医疗费用报销补偿。

第二十三条 农牧民在各级定点医疗机构就医所发生的门诊费用, 凭《家庭医疗账户本》在其家庭账户基金中核销或报销。

第二十四条 农牧民在各级定点医疗机构就医所发生的住院费用, 凭《家庭医疗账户本》和医疗费用有效票据, 按下列比例在其大病统筹基金中核销或报销。在实行地(市)、自治区级统筹前, 各县(市、区)大病统筹基金不足的, 报经地(市)卫生行政主管部门同意后, 可在10个百分点内下调。

- (一) 在乡(镇)定点医疗机构就医所发生的住院费用, 交纳个人筹资的免收90%; 未交纳个人筹资的免收70%。
- (二) 在县(市、区)定点医疗机构就医所发生的住院费用, 交纳个人筹资的免收或报销85%; 未交纳个人筹资的免收或报销65%。
- (三) 在地(市)及以上定点医疗机构就医所发生的住院费用, 交纳个人筹资的在大病统筹基金中报销70%; 未交纳个人筹资的报销50%。

第二十五条 医疗基金报销补偿的最高支付限额, 由自治区卫生、财政行政主管部门拟订并报自治区人民政府批准后执行。

第二十六条 农牧民患者在统筹地区内的定点医疗机构住院治疗的, 出院时农牧民患者只结算个人自付部分, 报销补偿部分由医院垫付, 垫付的资金由患者户籍所在地的医疗管理经办机构按规定与定点医疗机构进行即时结算或者定期结算。

第二十七条 发生下列情形的, 住院医疗费用先由农牧民个人垫付。出院后持有效票据、证件及相关医疗证明材料到户籍所在地医疗管理经办机构办理报销补偿。医疗管理经办机构办理报销补偿的时间最长不得超过3个月。

- (一) 农牧民在统筹地区以外务工、探亲、旅游等, 发生疾病住院的, 在入院后5日内告知所在统筹地区农牧区医疗管理经办机构的;
- (二) 因病情治疗需要转往统筹地区以外定点医疗机构就诊的。

第二十八条 各级卫生行政主管部门应当开展提高农牧民重大疾病和特殊病种医疗保障水平试点工作。对纳入报销补偿范围内的特殊病种门诊医疗费用, 在大病统筹基金中报销70%。特殊病种门诊医疗费用与住院医疗费用合并计入年度最高报销补偿限额。重大疾病和特殊病种目录由自治区卫生行政主管部门制定并公布。大骨节病治疗所需费用, 纳入医疗基金报销补偿范围。以治疗性康复为目的的医疗康复项目纳入基本医疗保障范围, 按当地报销补偿标准执行。

第二十九条 农牧民孕产妇在各级定点医疗机构住院分娩和新生儿抢救治疗发生的医疗费用, 凭《家庭医疗账户本》、县(市、区)医疗机构转诊转院证明和医疗费用有效票据, 在大病统筹基金中全额报销。

农牧民孕产妇在家庭接受消毒接生的, 免收其发生的医药费用, 由定点医疗机构凭免收医药费用的有效票据、接生登记本和当事人签字证明等, 与县(市、区)医疗管理经办机构定期在大病统筹基金中结算。

第三十条 自治区实行农牧民孕产妇住院分娩奖励政策, 奖励经费由县(市、区)医疗管理经办机构在大病统筹基金中支出。

第三十一条 在初中和小学就读的农牧民子女, 从其家庭账户本人基金中每人每年提取50%, 由医疗管理经办机构核拨到学校统一管理, 门诊医疗费用由学校从管理的资金中支付, 有结余的可结转下年使用。住院费用凭学校证明、《家庭医疗账户本》和医疗费用有效票据, 在其户籍所在地县(市、区)医疗管理经办机构按规定比例报销。在高中就读的农牧民子女, 在户籍所在地报销补偿医疗费用。

第三十二条 农牧民门诊家庭账户基金当年有节余的, 结转下年继续使用。农牧民门诊家庭账户基金使用完的, 在各级医疗机构就医所发生的门诊费用, 由个人支付。

第三十三条 县(市、区)、乡(镇)医疗管理经办机构应当严格执行农牧区医疗报销补偿规定, 对各种单据和凭证严格审核, 防止采取伪造相关材料等手段骗取医疗基金。

 国务院客户端
 政务APP
 政务微博

[返回顶部](#)

第三十四条 医疗费用不予报销补偿的范围：

- (一) 酗酒、斗殴、吸毒发生的医疗费用；
- (二) 自杀、自残（精神病除外）发生的医疗费用；
- (三) 交通事故、医疗事故等应当由第三人负担的医疗费用；
- (四) 美容或美容整形等非基本医疗需要所发生的医药费用、镶牙费用；
- (五) 自购药品、营养品、保健品的支出费用；
- (六) 征兵、招工、入学体检费、交通费（运送孕产妇住院分娩和抢救的除外）；
- (七) 应当由工伤保险基金支付的医疗费用；
- (八) 在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- (九) 境外就医发生的医疗费用。医疗费用依法应当由第三人负担，但无法确定第三人的，由农牧区医疗基金按规定予以报销补偿。

第五章 医疗服务管理

第三十五条 农牧区医疗实行定点医疗机构就诊制度。各级公立医疗机构为定点医疗机构。驻藏部队、公安武警医疗机构和非公立医疗机构申请作为定点医疗机构的，由所在地（市）卫生行政主管部门按照国家和自治区有关规定进行审核、评定，并报经自治区卫生行政主管部门批准后，纳入定点医疗机构。定点医疗机构名单定期向社会公布。农牧区医疗管理经办机构应当根据管理需要与定点医疗机构签订服务协议，明确双方权利义务。各级卫生行政主管部门应当加强对定点医疗机构服务的监管。

第三十六条 县（市、区）、乡（镇）定点医疗机构应当建立下乡巡回医疗保健服务制度。县（市、区）卫生行政主管部门应当组织医疗机构定期为农牧民开展常规性健康体检，并在县（市、区）、乡（镇）医疗机构逐步建立规范化电子健康档案。

第三十七条 各级定点医疗机构应当按照规定执行转诊转院制度，转诊转院应当具备下列条件：

- (一) 诊断不明、治疗无效，不具备诊治条件或者病情危重，确需到上一级定点医疗机构做进一步检查和治疗；
- (二) 经县（市、区）医疗管理经办机构审核同意。农牧民因病情急、危、重等特殊原因急需转诊转院治疗的，县（市、区）、乡（镇）定点医疗机构应当及时转诊，不得拖延，并告知县（市、区）医疗管理经办机构进行事后审核。

第三十八条 定点医疗机构和医务人员应当严格遵守职业道德规范，因病施治，严格执行医疗技术操作标准、规程和收费标准，做到看病有登记、取药有处方、收费有票据。禁止定点医疗机构和医务人员擅自提高收费标准，增加收费项目，超出患者病情需要进行检查、用药、治疗。

第三十九条 县（市、区）、乡（镇）医疗管理经办机构和定点医疗机构应当在明显位置设置宣传栏和公示栏，宣传和公示就诊、报销流程以及医疗报销药物目录、诊疗项目目录及其收费标准等。

第六章 医疗管理监督

第四十条 卫生、财政、审计等部门应当对本办法实施情况和基金使用情况进行监督检查，并向同级人民政府报告。监督检查的主要内容包括免费医疗专项经费的落实，医疗基金的筹集、管理和支出，医疗服务、药品管理等。农牧区医疗监督过程中发现的问题，有关部门应当及时纠正或者进行处理。

第四十一条 县（市、区）、乡（镇）医疗管理经办机构应当每季度或每半年向县（市、区）、乡（镇）医管会汇报医疗基金的收支和使用情况。

第四十二条 县（市、区）医疗管理经办机构应当建立医疗基金报销补偿公示制度，对医疗基金的具体收支、管理和农牧民受益情况等定期予以公示，保证农牧民参与、知情和监督的权利。农牧民有权对农牧区医疗基金管理使用情况进行监督，有权向各级医疗管理经办机构

[返回首页](#)



国务院客户端



政务APP



政务微博

[返回顶部](#)

构提出意见和建议，并对违反农牧区医疗制度的行为进行检举。

第四十三条 价格行政主管部门应当加强对医疗药品、医疗服务价格的管理和监督，合理控制价格水平。

第七章 法律责任

第四十四条 医疗管理经办机构及其工作人员有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正；情节严重的，由相关主管部门对直接负责人和直接责任人员依法给予行政处分；造成医疗基金、农牧民财产损失的，依法承担赔偿责任：

- （一）未按照规定将筹集的医疗基金存入财政专户的；
- （二）未按照规定标准、要求和期限支付农牧区医疗报销补偿费用的；
- （三）违反本办法规定的其他行为。

第四十五条 定点医疗机构提供虚假证明材料，为他人骗取医疗基金报销补偿费用提供条件的，由卫生行政部门对医疗机构处1000元的罚款，并追究医疗机构直接负责主管人员和其他直接责任人员的责任。

第四十六条 定点医疗机构采取各种手段骗取农牧区医疗基金费用的，由卫生行政部门责令其退回骗取的基金，处5000元以上20000元以下的罚款，医疗管理经办机构与其解除定点医疗服务协议，并追究直接负责的主管人员和其他直接责任人员的责任。

第四十七条 定点医疗机构未按照农牧区定点医疗机构服务协议提供医疗服务，或者进行不合理检查、治疗、用药和收费的，由卫生行政部门责令改正；拒不改正的，医疗管理经办机构与其解除定点医疗服务协议。

第四十八条 侵占、挪用、截留农牧区医疗基金，或者将农牧区医疗基金用于医疗基金报销补偿以外的支出，由卫生行政主管部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员按照有关法律、法规规定处理。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第四十九条 各地（市）行署（人民政府）可根据本《办法》制定实施细则。

第五十条 本办法自2013年1月1日起施行。2006年11月30日西藏自治区人民政府发布的《西藏自治区农牧区医疗管理暂行办法》（西藏自治区人民政府令第75号）同时废止。



国务院客户端



政务APP



政务微博

[返回顶部](#)



[联系我们](#) [关于我们](#) [网站声明](#)

主办单位：西藏自治区人民政府 版权所有：西藏自治区人民政府

备案号：藏ICP备07000001号

