

安庆市医疗保障局文件

宜医保发〔2021〕2号

关于印发《安庆市医疗保险转诊转院管理规定》的通知

各县（市、区）医疗保障局，局属事业单位，各定点医疗机构：

现将《安庆市医疗保险转诊转院管理规定》印发给你们，请遵照执行。

附件：安庆市医疗保险转诊转院管理规定



抄：省医疗保障局

安庆市医疗保险转诊转院管理规定

第一条 为落实分级诊疗制度，引导参保人员合理就医，促进医疗资源合理分配，提高医保基金运行绩效。根据《安庆市城镇职工医疗保险实施办法》（宜政发〔2012〕34号）和《安庆市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）》（宜政办秘〔2019〕34号）规定，结合我市实际，制定本规定。

第二条 本规定适用于安庆市城镇职工和城乡居民基本医疗保险参保人员。

第三条 本规定转诊转院指参保人员因患疾病，受参保地医疗技术和设备条件限制，需转诊到参保地以外或异地就医人员再次转诊到外地治疗，且按规定办理转诊转院登记备案手续的，在规定期限内在转入医院（需当地医疗保险协议医疗机构）发生的符合政策规定的住院医疗费或特殊慢性病医疗费。

第四条 符合转诊转院条件的参保人员，可以向本市二甲及以上医疗机构提出转诊备案，填写《安庆市参保人员转诊转院备案登记表》，由转出医院负责办理转诊转院手续。肿瘤放化疗、白血病、器官移植等重大疾病可简化转诊转院备案登记手续，其二级及以上医疗机构住院资料或病理报告等医学检查

检验资料可作为备案依据。

第五条 已办理转诊转院手续的参保人员，可以凭《安庆市参保人员转诊转院备案登记表》在定点医疗机构、医保经办机构服务窗口、安庆医保服务公众号、安庆市医保局网站等办理备案登记手续，同时由受理单位负责开通异地直接结算。

第六条 未办理转诊转院手续的参保人员，可以直接通过定点医疗机构、医保经办机构服务窗口、安庆医保服务公众号、安庆市医保局网站、服务热线等办理无转诊转院手续备案登记，以实现异地直接结算。其中：未在参保地办理转诊转院手续的参保人员在本市市级医疗机构就诊的，无需办理备案登记手续，实行直接结算。

第七条 安庆市域外意外伤害及生育不接受异地就医直接结算备案。

第八条 参保人员按规定办理转诊转院手续的，有效期自备案登记之日起3个月，期满后需继续治疗的，应重新办理转诊转院手续；肿瘤放化疗、白血病、器官移植等重大疾病有效期可放宽至12个月。

第九条 参保人员按规定办理转诊转院手续的，发生符合政策规定的住院医疗费和特殊慢性病费用按照安庆市城镇职工和城乡居民医疗保险相关政策结算。

第十条 除急诊急救或异地安置外，参保人员未按规定办理转诊转院手续在市域外住院就医的，其报销比例（含保底比

例)在转诊转院支付标准基础上降低10个百分点。各县(市)参保人员除急诊急救或异地安置外,未按规定办理转诊转院手续在安庆市市级医疗机构住院就医的,其报销比例(含保底比例)在原待遇标准基础上降低5个百分点。

第十一条 符合全国联网结算政策要求,且在省外医疗机构住院治疗,通过国家平台结算的,执行就医地医保目录,参保地待遇政策;回参保地结算的,执行参保地医保目录和参保地待遇政策。

第十二条 外转期间发生的医疗费用因特殊原因未能直接结算的,先由本人垫付,出院后携带就诊医疗机构出具的出院小结、费用汇总清单、住院发票、《转诊转院备案登记表》,回参保地医保经办机构办理报销手续。

转入医院须为就医地医疗保险协议医疗机构,非协议医疗机构发生的费用医保基金不予支付。

医疗费用结算前应提供相应转诊转院手续,结算后补充提供手续的,转诊转院不予认定。

第十三条 落实分级诊疗,畅通双向转诊绿色通道,我市医联体或医共体内下级医院转至上级医院继续治疗(限48小时内),住院起付线参照上级医院标准,采用补差的方式进行结算;上级医院转至下级医院进行后续治疗(限48小时内),免收下级医院住院起付线。

第十四条 本规定涉及的特殊慢性病病种和重大疾病病种

均参照《安庆市人民政府办公室关于印发安庆市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）的通知》（宜政办秘〔2019〕34号）规定的特殊慢性病病种执行。

第十五条 异地务工（经商）、长期异地居住人员可凭外出务工证明、房产证、暂住证、营业执照、学生证等证明材料，视同办理转诊转院手续。

第十六条 各医疗保险经办机构要积极创造条件，扩充备案及转诊渠道，为参保人员提供窗口、网站、电话传真、手机APP、微信公众号等多种服务渠道。

第十七条 各二甲及以上定点医疗机构要加强对转诊转院审批管理，医疗保险经办机构要将医师转诊转院审批工作纳入日常监管范围，对转诊转院审批过程中存在违规行为的，要严格按照医保医师管理办法和定点医疗机构服务协议相关规定处理，并纳入医保医师信用体系管理。

第十八条 本规定自2021年1月1日起执行，原有规定与本通知不一致的，按本通知执行。

安庆市基本医疗保险转诊转院备案表

NO:

姓名	身份证号码
性别	联系电话
医疗保险种类	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保
疾病诊断	
转出医院	
拟转入医院或地区	
转诊原因	
经治医师签名	医保科盖章
年 月 日	
本人承诺在异地就医期间遵守国家、省、市医疗保险相关规定，不弄虚作假，如有不实，愿承担相应法律责任。	
承诺人签名：	年 月 日