

扬州市医疗保障局

扬州市卫生健康委员会

扬医保〔2020〕29号

关于完善和统一全市城乡居民医保 分级诊疗有关保障待遇的通知

各县（市、区）医疗保障局（分局）、卫生健康委，各功能区医疗保障、卫健主管部门，市社会保险基金管理中心，各有关定点医疗机构：

为贯彻落实《市政府关于印发〈扬州市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案〉的通知》（扬府发〔2019〕195号）有关要求，建立健全公平有序、保障适度的城乡居民医保制度，规范异地就医报销待遇，根据《中共中央 国务院 关于深化医疗保障制度改革的意见》、省医保局《关于进一步规范参保人员异地就医相关待遇标准的通知》（苏医保发〔2019〕92号）、《市政府关于进一步建立健全城乡居民分级诊疗制度的意见》（扬府发〔2020〕18号）等文件精神，现就完善和统一全市城乡居民医

保分级诊疗有关保障待遇通知如下：

一、明确首诊定点基层医疗卫生机构范围

按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度要求，明确我市城乡居民医保参保人员（以下简称参保人员）所属参保地的社区卫生服务中心、乡镇卫生院（含 18 家农村区域性医疗卫生中心）为参保人员首诊定点基层医疗卫生机构（以下简称首诊基层医疗机构）。

按规定办理扬州市内非参保所属地就医备案手续的参保人员，其住院首诊基层医疗机构范围参照备案的就医地范围实施。

二、支持家庭医生签约服务

对参与首诊式家庭医生签约并在基层首诊的参保人员，实施门诊“一升两降”政策，即普通门诊统筹报销医疗费用年度限额提高 100 元，普通门诊统筹起付标准降低 50 元，门诊特殊病种起付标准降低 100 元。

三、统一参保人员转诊流程

参保人员在扬州市内医保定点医疗机构就医应遵循基层首诊、逐级转诊的原则。逐级转诊程序为“首诊基层医疗机构→县级二级及以上医疗机构→城市三级医疗机构”。参保人员所在地无县级公立综合医院的，应遵循“首诊基层医疗机构→扬州市区二级及以上医疗机构”的转诊程序。

下列参保人员无需办理逐级转诊手续：

1、突发急危重症须立即在二级及以上医疗机构治疗，救治医疗机构确认并按规定上传信息，经医保经办机构审核确认的参保人员；

2、学生儿童；

3、其他符合规定的。

（一）参保人员所属地有县级公立综合医院转诊流程

1、参保人员在参保地首诊基层医疗机构就诊，因当地医疗条件水平等原因需向上转诊的，由该医疗机构医师通过院端 HIS 系统，将需向上转诊参保人员相关信息（包括姓名、身份证号、ICD-10 疾病诊断编码、向上转诊医疗机构等）录入信息系统，并出具书面向上转诊通知书。

2、参保人员携带向上转诊通知书，到本辖区指定的县级二级或三级医疗机构就诊、住院。确因病情需要仍需向上转诊的，由该医疗机构主治及以上医师，通过院端 HIS 系统，将仍需向上转诊参保人员相关信息录入信息系统，并出具新的书面向上转诊通知书。

3、参保人员携带新的向上转诊通知书，到指定的城市三级医院住院，按规定享受逐级向上转诊对应的报销待遇。

（二）参保人员所属地无县级公立综合医院转诊流程

1、参保人员在参保地首诊基层医疗机构就诊，因当地医疗条件水平等原因需向上转诊的，由该医疗机构医师通过院端 HIS

系统，将需向上转诊参保人员相关信息（包括姓名、身份证号、ICD-10 疾病诊断编码、向上转诊医疗机构等）录入信息系统，并出具书面向上转诊通知书。

2、参保人员携带向上转诊通知书，到指定的市区医院住院，按规定享受逐级向上转诊对应的报销待遇。

参保人员按次办理逐级转诊手续。对于同一疾病的一个治疗周期内（癌症放化疗、血液透析、器官移植及术后、精神类疾病），在县级公立医疗机构或城市三级医疗机构救治后，仍需在医疗机构多次住院的参保人员，由该医疗机构参照急危重症，通过院端 HIS 系统上传相关信息，经医保经办机构备案后，无需办理逐级转诊手续。

四、完善统一的城乡居民医保住院起付标准

参保人员一个医保结算年度内住院起付标准为：首诊基层医疗机构和一级医疗机构起付标准为 300 元，二级医疗机构起付标准为 600 元，城市三级医疗机构起付标准为 900 元。转市外定点医疗机构住院起付标准不区分医疗机构等级，统一为 1200 元。

对于按规定在基层首诊和逐级转诊的参保人员，实行住院起付标准累计计算，即在对应医疗机构接受首诊住院治疗后转上级医疗机构住院治疗的，转入医疗机构按两级医疗机构起付标准差额计算起付标准（以上表述均指一个医保结算年度，下同）；由上级医疗机构向下转基层医疗机构住院治疗的，转入医疗机构不

再计算起付标准。城市紧密型医联体（县域医共体）之间，参保人员在一次住院期间因同一病情发生住院，并经上下转诊紧密型医联体（县域医共体）之间确认的，只收取入院医疗机构等级的一次性起付标准。对于未按规定履行转诊手续的参保人员，在市内或市外医疗机构住院的，起付标准按次、不累加计算。

五、合理确定城乡居民医保政策范围内住院报销比例

参保人员一个医保结算年度政策范围内住院基础报销比例为：首诊基层医疗机构首次住院报销比例为 90%，二次及以上住院报销比例为 80%；一级医疗机构为 75%；二级医疗机构报销比例为 65%；三级医疗机构报销比例为 55%。对按规定办理市外异地就医（不含异地转诊）的参保人员，其报销比例按上述基础报销比例执行。

参保人员按规定履行转诊手续逐级住院治疗的，在相应医疗机构基础报销比例上提高 5 个百分点，即二级医疗机构报销比例为 70%，三级医疗机构报销比例为 60%。对符合规定无需办理逐级转诊手续的参保人员，参照已办理市内逐级转诊手续的住院报销比例执行。

参保人员未按规定履行转诊手续越级住院治疗的，在相应医疗机构基础报销比例上降低 10 个百分点，即二级医疗机构报销比例为 55%，三级医疗机构报销比例为 45%。未按规定办理市内非参保所属地就医备案手续的参保人员按照上述住院报销比

例执行。

对按异地就医相关规定转诊到扬州市外医疗机构继续住院治疗的参保人员，报销比例在相应医疗机构基础报销比例上降低5个百分点，即一级医疗机构为70%，二级医疗机构为60%，三级医疗机构为50%。未按规定办理异地转诊手续到扬州市外就医的，住院报销比例在相应医疗机构基础报销比例上降低20个百分点，即一级医疗机构为55%，二级医疗机构为45%，三级医疗机构为35%。未按规定办理市外异地就医备案手续的参保人员参照未按规定履行异地转诊手续到扬州市外医疗机构就医的住院报销比例执行。

未按规定履行市内或市外转诊手续在定点医疗机构住院的，其医疗费用按上述比例报销后，不再享受城乡居民大病保险待遇。同时产生的医疗费用不计入城乡居民大病保险合规医疗费用范围。

本通知自2020年4月1日起施行。

附：扬州市城乡居民医保参保人员逐级转诊通知书



扬州市医疗保障局



扬州市卫生健康委员会

2020年3月24日

(公开属性：主动公开)

扬州市城乡居民医保参保人员逐级转诊通知书

姓名		性别		参保地	
身份证 号码			疾病诊断 名称		
家庭住址			联系电话		
首诊基层 医疗机构			上转医疗 机构		
首诊医生 (签章)			首诊基层 医疗机构 盖章		
县级医疗 机构			上转三级 医疗机构		
县级医疗 机构医生 (签章)			县级医疗 机构盖章		

抄 送：市财政局。

扬州市医疗保障局办公室

2020年3月24日印发