临汾市医疗保险基金管理中心文件

临医险〔2019〕8号

关于进一步加强医保基金管理确保基金收支平衡的实施细则(二)

一、完善转诊管理工作

（一）实行逐级转诊办法，原则上转往县域外就医须为二级甲等以上定点医疗机构，转往市域外就医须为三级甲等定点医疗机构。

（二）参保人员转往县、市域外定点医疗机构就医，须由当地最高级别定点医疗机构审核同意，报当地医保经办机构备案，具体审核定点医疗机构由当地医保经办机构确定。

凡未经审核或审核未通过的参保人员在县、市域外定点医疗机构所发生的医疗费用，均不能在定点医疗机构直接结算，须回参保地医保经办机构报销，报销时比例下调15个

百分点。同时，城乡居民下浮比例涉及的费用不再纳入大病报销范围。

（三）参保人员在参保地外突发急、重症时，可先就诊后办相关手续，出院后由参保地医保经办机构审核病历后确定报销类别。

（四）异地居住、安置人员持相关手续到参保地医保经办机构备案后，在常住（驻）地定点医疗机构就诊无需办理转诊手续。

（五）各县（市、区）医保经办机构要制定符合本地实际情况的转诊办法和流程，报市医保中心备案后实施，确保转诊工作平稳推进。

（六）本细则转诊管理办法自2019年7月1日起执行。

二、统筹费用核算分配办法

（一）县（市、区）医保统筹费用核算分配办法

年终总控额度有节余的，节余在年初总控额度20%以内的部分，县（市、区）可留存结余费用的80%，这部分费用可作为下年度本统筹地区的调配资金。

在总控的基础上，对于同比县域外减少的医疗费用，市医保中心可将这部分费用的70%用于支付县域内增加的总控额度。

（二）市直定点医疗机构医保统筹费用核算分配办法

1、市直定点医疗机构年终总控额度有节余的，按实际发

生额结算。

2、市直定点医疗机构年终总控额度超支的，由市医保中心对超支原因进行分析核实，可在市直所有定点医疗机构总控的基础上，适当调整定点医疗机构的总控额度。

三、继续加大打击欺诈骗保力度

（一）继续推进打击欺诈骗保专项行动，各县（市、区）要主动查处本辖区内定点医疗机构违规行为，对于县（市、区）医保经办机构扣回的违规金和违约金，由本县（市、区）留存，用于调配总控额度。如属由国家、省、市等上级部门查处扣回的违规金和违约金，全部返还市级医保统筹基金，并依此数额核减总控额度。

（二）为规范医生诊疗行为，加强医保医师管理，市、县两级要对本辖区内定点医疗机构医生进行登记、备案，建立医保医师库，根据全市下一步即将出台的医保医师管理办法，把对定点医疗机构的管理延伸到每一个处方医生。

临汾市医疗保险基金管理中心

2019年6月18日