关于调整基本医疗保险部分政策的通知

（征求意见稿）

各区县（市）人力社保局、“四区一岛”管委会人力社保部门：

为进一步方便参保人员就医购药和办理医保相关事项，完善参保关系转移及待遇接续办法，深入推进“最多跑一次”改革，经研究，决定调整完善我市基本医疗保险部分政策，简化优化相关服务流程。现就基本医疗保险政策调整有关事项通知如下：

一、完善就医管理办法

（一）扩大转外地就医范围，简化备案手续。参保人员办理转外地就医备案手续的，转外就医范围扩大到当地医保定点医疗机构，有效期从原来的6个月放宽到12个月，期间参保人员可多次到转外就医地就医。

参保人员办理转外地就医（含异地居住就医）备案的，就医地区域范围扩大到境内当地地级市的区域范围，上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。

（二）调整转外地就医的基金支付下浮标准。经备案转往当地医保定点三级医疗机构就医的，基金支付比例下浮10个百分点；转往二级定点医疗机构的，下浮20个百分点；转往一级及以下定点医疗机构的，下浮30个百分点。未办理备案自行去外地就医，经审核情况属实的，上述基础上再下浮10个百分点。

（三）参保人员通过国家异地就医结算平台直接结算跨省异地医疗费的，当地医保目录外的个人自费医疗费纳入医保历年个人账户资金和家庭共济账户资金使用范围。

（四）扩大异地居住就医备案人员范围。参加我市城乡居民基本医疗保险的成年居民、学生、婴幼儿、未成年人等参保人员，长期异地居住（6个月以上）均可按规定办理异地居住就医备案。

（五）延长医疗费报销期限。参保人员按规定申请医疗费零星报销的，报销期限统一延长到12个月，参保人员应在医疗机构结算票据出具之日起的12个月内申请医疗费零星报销。

（六）提高个人账户购买非处方药的限额。参保人员凭本人社会保障卡在定点零售药店购买医保非处方药，购买限额从原来的“每次购买总额不超过100元（单品种最小包装除外）”，调整为“一天内在定点零售药店购买总额不超过120元（含单品种最小包装）”，购药量按照本市基本医疗保险用药管理规定执行。

（七）调整出国出境用药政策。参保人员患慢性疾病，在出国（出境）期间，医疗机构认为需携带药品持续治疗的，到医保经办机构备案后，可一次性配取最多不超过6个月用量的药品。海员出海作业的，可按相同办法配取出海作业期间所需的治疗慢性疾病的药品。参保人员办理上述手续后，出国（出境）、出海期间，暂停在境内医保定点医疗机构、定点零售药店的医疗费结算。

（八）完善门诊特殊病种政策。根据《浙江省人民政府办公厅关于印发浙江省“十三五”结核病防治规划的通知》（浙政办发〔2017〕124号），将肺结核（包括耐多药肺结核）纳入基本医疗保险门诊特殊病种范围（限省、市卫生计生行政部门指定的结核病定点医院）。

（九）完善异地就医抗肿瘤用药报销办法。转宁波市外就医或已办理异地居住备案的参保人员，因恶性肿瘤治疗需要（符合医保药品使用条件），凭当地医保定点医疗机构出具的处方，到当地医保定点零售药店购买的恶性肿瘤治疗药品，可按规定纳入医保报销范围。其中，住院期间到药店外配的，参照医保院外检查（治疗）待遇报销，门诊就医时到药店外配的，按出具处方的医疗机构类别享受相应的门诊医疗待遇（不享受门诊特殊病种待遇）。转外就医的个人承担比例按出具处方的医疗机构对应的类别确定。参保人员报销异地就医医疗费时，一并报销上述购药费用，报销时另应提供异地就医定点医疗机构出具的院外购药处方复印件和相应的用药医嘱。

二、调整职工医疗保险关系转移接续办法

（一）简化医疗保险个人账户转移手续。参保人员在本市内跨统筹区转移医疗保险关系的，参照基本养老保险宁波市内转移办法，转出地办理个人账户清算后，医保个人账户余额在转入地同步接续，相关转移接续手续由医保经办机构之间直接转接，经办机构之间不再转移资金。

（二）完善转移补缴及待遇接续政策。职工医疗保险关系从宁波市外转入或在本市内跨统筹区转移的参保人员，转移接续期间中断医疗保险缴费未超过3个月的，可在个人账户关系转入次月起的3个月内按规定申请补缴（申请补缴最迟应在转出地截止缴费的12个月内办理）。参保人员转移接续期间连续缴费或按上述规定补缴的，市外转入人员从参保当月、市内跨统筹区转入人员从参保次月起至正常待遇开通前发生的医疗费用可申请零星报销。

（三）明确原外来务工人员医疗保险关系转移办法。曾参加宁波市外来务工人员医疗保险的参保人员，办理医疗保险关系转移时，本人要求将原外来务工人员医疗保险缴费年限补缴为职工基本医疗保险年限的，可按对应月份的缴费基数和缴费比例，由本人补足缴费金额，并按对应标准补记个人账户；也可将原外来务工大病医疗保险按规定的比例折算为职工基本医疗保险缴费年限后转移。

（四）社会保险无欠费的用人单位（不包括个体工商户）职工中止医疗保险关系办理个人账户清算的，办理当月基本医疗保险费按视同征缴到账处理。

三、简化部分医保目录管理事项办理手续

（一）取消《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》外项目行政部门备案。定点医疗机构新开展《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》外项目的，直接按医保经办机构要求，通过医保信息系统进行医疗服务项目信息上传。

（二）取消医保非处方药品行政部门备案。定点零售药店因国家药品管理部门对非处方药进行调整等原因，需新增医保非处方药品的，直接按医保经办机构要求，通过医保信息系统进行药品信息上传更新，医保经办机构不再单独建立《基本医疗保险非处方药药品目录》。

四、其他

（一）出国（出境）、出海期间一次性配取药品的相关医疗费，不纳入我市医保定点医疗机构年度统算，实行按项目支付。

（二）用人单位未按规定为职工办理参保造成基本医疗保险应缴未缴的，在办理基本养老保险补缴时一并办理同期的基本医疗保险补缴。以补缴时我市上年在岗职工月平均工资为基数，根据补缴时参保类型及人员身份，按补缴时缴费比例补缴当前和上一医保年度应缴未缴的基本医疗保险费，并按当前的个人账户注入标准补记个人账户，补缴对应期间发生的医疗费按原渠道处理。

（三）职工医疗保险关系转入本市时发现有重复参保的，转入后可办理重复参保部分清退手续。参保人员可凭社会保障卡，由医保经办机构核实重复缴费对应月份，如未享受本统筹区医疗保险待遇的，在本市重复缴纳的医保个人缴费部分退还个人，相应的缴费年限和个人账户金额予以扣回。

（四）本通知自2018年7月1日起实施。原有关规定与本通知不一致的，按本通知规定执行。

宁波市人力资源和社会保障局

2018年 月 日