

关于特殊人群医疗机构长期门诊代配药 登记备案制度（试行）

各定点医疗机构：

根据本市《关于医疗保险定点医疗机构门诊委托代配药有关规定的通知》（沪医保规〔2021〕15号）要求，委托代配药原则上不得连续超过3次，此后应到门诊复查。为进一步保障重病、重残等特殊人群的基本医疗需求，区医疗保障局与区卫生健康委员会，结合实际情况，建立本区特殊困难人群医疗机构长期门诊代配药登记备案制度，积极构建特殊人群代配药的长效机制，促进医疗秩序的和谐发展，实现动态管理，扎实推进门诊代配药相关规定的有效落实，现将登记备案制度通知如下：

一、适用对象

1. 重病人群：持有大病、重病相关病史资料；
2. 重残人群：持有残疾证。

二、备案流程

1. 申请：代配药委托人向定点医疗机构提交《长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表》（附件1），并提供相关证明材料（委托人和受托人身份证、残疾证或病史等资料复印件）；

2. 审核：定点医疗机构对委托人的申请材料等相关信息，在6个工作日内，进行真实性和合理性审核，提出审核意见。形成《长宁区特殊人群长期门诊代配药备案结果告知书》（附件2）。对符合条件的申请予以及时批准，对不符合条件的申请不予批准，

并向委托人说明理由。

3. 汇总：定点医疗机构应对符合条件审批通过的长期门诊代配药特殊人群，按月做好信息汇总登记，填写《长宁区特殊人群长期门诊代配药登记备案汇总表》（附件3）。每季度定期筛查受托人信息数据，如发现同一受托人为3名及以上委托人代配药的，填写《长宁区特殊人群长期门诊代配药核查表》（附件4），上交区医疗保障局。

4. 核查：区医疗保障局收到定点医疗机构提交的《长宁区特殊人群长期门诊代配药核查表》后，应及时与区卫生健康委员会、定点医疗机构，组成核查工作小组，汇总就医病史和结算明细等进行合理性核查，提出审核意见，填写《长宁区特殊人群长期门诊代配药核查意见表》（附件5）。

5. 终止：特殊人群有下列情形之一的，应当及时终止长期门诊代配药。造成医疗保障基金损失的，依法依规，责令退回；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

(1)代配药情况明显违反诊疗常规且与实际病情不符的，终止长期代配药，依法依规，追回相关医保基金，一年内不予重新受理；

(2)将医保凭证转借他人或协助他人以代配药方式骗取医疗保障资源的，终止长期代配药，依法依规，追回相关医保基金，并移交公安部门处理；

(3)扰乱医疗机构就医秩序，情节严重，构成违反治安管理行为的，终止长期代配药，一年内不予重新受理，并移交公安部门

处理。

6. 延续：长期门诊委托代配药特殊人群，一年内无违反上述（第 6 点）情形的，可自动延续备案时限。

三、工作职责

1. 区医疗保障局：负责本区长期门诊代配药制度的建设、完善、执行与指导工作。加强监控、预警和核查，发现重大违法违规线索，做好行刑衔接，深挖欺诈骗保犯罪行为，惩处违法犯罪嫌疑人。

2. 区卫生健康委员会：负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，推进政风行风建设。规范医疗机构及其医务人员的医疗服务行为，提高医师的职业道德和业务素养。

3. 定点医疗机构：核实长期门诊代配药人群的身份信息和病史资料，保证委托和受托人员真实有效，妥善保管申请资料。做好长期门诊代配药人群的用药指导，督促并定时做好必要的面诊与医疗服务，保证特殊人群的医疗与用药安全。鼓励将长期门诊代配药登记备案信息嵌入医疗机构信息系统，方便门诊医师开展工作。

四、其他规定

1. 区医疗保障局应妥善保管核查资料（委托人就诊、结算明细、长宁区特殊人群长期门诊代配药核查报表和长宁区特殊人群长期门诊代配药核查意见表等），至少保存 2 年。

2. 定点医疗机构每月形成本机构的特殊人群长期门诊代配药登记备案汇总表；每季度，次月的 10-15 日，汇总上一季度，需

要核查特殊人群长期门诊代配药信息，填写相关报表，15-20 日递交区医疗保障局。并妥善保存备案申请表、结果告知书等资料，至少保存 2 年。

- 附件：
1. 长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表
 2. 长宁区特殊人群长期门诊代配药备案结果告知书
 3. 长宁区特殊人群长期门诊代配药登记备案汇总表
 4. 长宁区特殊人群长期门诊代配药核查报表
 5. 长宁区特殊人群长期门诊代配药核查意见表

上海市长宁区卫生健康委员会 上海市长宁区医疗保障局

2022 年 11 月 16 日

附件 1

长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表

委托人姓名	身份证号码	
联系电话	居住地址	
受托人信息（超过3人可附页）		
受托人1 姓名	身份证号码	与委托人关系
联系电话	居住地址	
受托人2 姓名	身份证号码	与委托人关系
联系电话	居住地址	
受托人3 姓名	身份证号码	与委托人关系
联系电话	居住地址	
申请门诊长期委托代配药理由（需附证明材料，如残疾证、病史或长护险等级等情况）		
本人承诺，所提供的个人信息和证明材料均真实准确。对因提供信息、材料不实或违反有关规定的，承担相应责任。		
委托人签名：	受托人签名：	申请日期：
定点医疗机构审核意见：		
审核部门：	审核人：	
年 月 日		

附件 2

长宁区特殊人群长期门诊代配药备案 结果告知书

委托人: _____ 身份证号码: _____
受托人 1: _____ 身份证号码: _____
受托人 2: _____ 身份证号码: _____
受托人 3: _____ 身份证号码: _____

您在_____年____月____日,提交的《长宁区特殊人群长期门诊代配药备案申请表》材料已收悉,参照本市《关于医疗保险定点医疗机构门诊委托代配药有关规定的通知》和长宁区《特殊人群医疗机构长期门诊代配药登记备案制度》的有关规定,对您的申请材料进行了审核。现将审核结果告知如下:

1. 经审核,您符合本区特殊人群长期门诊代配药申请条件,批准您开通长期门诊代配药。

2. 特殊人群有下列情形之一的,应当终止长期门诊代配药。造成医疗保障基金损失的,责令退回;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

(1)代配药情况明显违反诊疗常规且与实际病情不符的,终止长期代配药,追回相关医保基金,一年内不予重新受理;

(2)将医保凭证转借他人或协助他人以代配药方式骗取医疗保障资源的,终止长期代配药,追回相关医保,并移交公安部门处理;

(3)扰乱医疗机构就医秩序,情节严重,构成违反治安管理行为的,终止长期代配药,一年内不予重新受理,并移交公安部门处理。

3. 经审核,您不符合本区特殊人群长期门诊代配药申请条件,原因:_____。如有病情变化等情况,您可重新申请。

XXXXXX 医疗机构
年 月 日

本文书一式两份,一份交申请对象,一份本机构留存。

附件 3

长宁区特殊人群长期门诊代配药登记备案汇总表

XXXX 年 XX 月

机构名称:

序号	委托人姓名	委托人身份证号码	受托人姓名	受托人身份证号码	备案申请日期	备注
1						
2						
3						
:						
:						
:						
:						
:						
20						

填表日期:

填表人:

附件 4

长宁区特殊人群长期门诊代配药核查报表

XXXX 年 第 X 季度

机构名称:

序号	受托人姓名/身份证号码	委托人姓名/身份证号码
1	李四/310105XXXXXXXXXXXX	王 XX/310105XXXXXXXXXXXX
2	李四/310105XXXXXXXXXXXX	陈 XX/310106XXXXXXXXXXXX
3	李四/310105XXXXXXXXXXXX	赵 XX/310105XXXXXXXXXXXX
4	张三/310105XXXXXXXXXXXX	孙 XX/310105XXXXXXXXXXXX
5	张三/310105XXXXXXXXXXXX	王 XX/310107XXXXXXXXXXXX
6	张三/310105XXXXXXXXXXXX	钱 XX/310105XXXXXXXXXXXX
7	张三/310105XXXXXXXXXXXX	武 XX/310102XXXXXXXXXXXX
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
:		
20		

填表日期:

填表人:

附件 5

长宁区特殊人群长期门诊代配药核查意见表

编号：

核查日期	年 月 日		
委托人姓名		身份证号码	
结算费用时段	年 月 日至 年 月 日		
相关情况：			
核查结果	☐ 经核查，无违法违规行为。		
	☐ 经核查，有违法违规行为，终止长期门诊代配药待遇。 行为认定：_____		
医疗机构意见（盖章）：	区卫健委意见（盖章）：	区医保局意见（盖章）：	
签名：	签名：	签名：	