

# 滨州市社会保险服务中心文件

滨社保发〔2017〕1号

---

## 关于做好大病保险特药管理服务工作 有关问题的通知

各县（区）医疗保险经办机构，各有关定点医疗机构、零售药店：

按照《山东省人力资源和社会保障厅等6部门关于印发山东省职工大病保险实施方案的通知》（鲁人社发〔2016〕50号）和《山东省人力资源和社会保障厅、山东省财政厅关于完善居民大病保险政策有关问题的通知》（鲁人社字〔2016〕412号）要求。现就我市2017年大病保险特药管理服务工作有关问题通知如下：

### 一、特药实行定点管理

特药价格昂贵、治疗精准性强、贮存配送条件要求高。为保障患者用药安全，合理使用保险基金，切实发挥精准保

障作用，按照省统一要求，特药实行“三定”管理制度，即定点责任医师、定点医疗机构、定点零售药店。

### （一）定点责任医师

特药定点责任医师负责为参保患者申请特药医保备案及提供治疗各阶段的医疗服务，包括疾病诊断、用药申请、病情评估、开具处方、签署转诊意见和随诊跟踪等；负责为参保患者病情发展后续用药评估确认；协助参保患者向药品企业或慈善机构申请赠药手续；负责对参保患者大病保险特药管理相关政策进行宣传解释等工作。

特药定点责任医师在接诊过程中应认真核对参保患者身份，做到人、证、卡相符；须按药品适应症开具药品，不能超范围用药；特药使用单独处方，并在病历上全面真实记录病情和开药时间和剂量；特药按常规用药量原则上控制在30日内。

### （二）定点医疗机构

1. 特药定点医疗机构的确定。按照“相对集中、便于管理、方便服务”的原则，首批特药定点医疗机构从我市二、三级公立医疗机构中选取（具体名单见附件1）。一个医疗年度内，患者可选择1家特药定点医疗机构购药。

2. 参保患者原则上应选择其责任医师所在单位为定点医疗机构。参保患者因病情需要转诊的，应持责任医师意见提交申请，经审核同意后，方可转入新定点医疗机构诊疗。

### （三）特药定点药店

1. 由市社保中心选取信誉良好、具备专业特药服务能力、“冷链系统”等基础设施完备、管理制度健全、具备特药管理服务经验的零售药店作为特药定点药店；

2. 特药定点药店要建立和完善药品供应管理制度，设置特药服务岗位，明确岗位职责，规范运作流程，做好特药配送、贮存、销售等全过程管理。定点药店销售特药，要查验患者病历，留存责任医师处方；

3. 参保患者用药必须凭责任医师开具的处方和病历，同时持社保卡或其他有效身份证件到定点药店购药。确因特殊原因本人无法取药的，须由代理人提供患者和代理人的身份证原件，定点药店应做好相应信息登记。

## 二、特药待遇审核流程

1. 需使用特药治疗的参保患者，在责任医师(后续评估和处方开具须为同一责任医师)指导下填写《山东省大病保险特药使用申请及评估表》(以下简称“《申请表》”，见附件2)个人填写部分；

2. 责任医师根据病情填写《申请表》定点医疗机构填写部分；

3. 患者持《申请表》、身份证及社会保障卡复印件，新确诊患者还需提供基因检测报告、病理诊断、影像报告、免疫组化报告、门诊病历、出院小结等材料，到承办的商业保险公司审核通过后，原则上可以享受1年的特药待遇，期满后仍需继续享受特药待遇的，须重新确认。

4. 参保患者凭《申请表》及责任医师处方购药。特药处方一式两份(可手写)，一份作为报销凭证附件，一份由特药定点医疗机构留存。特药一次调配剂量控制在30日用量内。参保患者不能同时享受2种及以上相同适应症的特药。

5. 大病保险特药结算。特药价格按全省谈判确定的医保谈判价格结算，定点医药机构要将医保谈判价作为药品销售的最终价格。

(1) 本市定点医院住院。参保人员发生的大病保险特药费用，实时联网结算，由定点医院先行垫付应由大病保险补偿的费用，按月与承办商业保险公司结算；

(2) 异地医院住院或外购药品。异地发生的大病保险特药费用，参保人员持就诊病历、费用明细、发票原件(或医保结算单)到承办商业保险公司理赔；

各相关单位在经办工作中，应实行信息化服务管理，依托医保核心平台对参保人提供“一站式”结算服务。

附件1：滨州市首批大病保险特药定点医疗机构名单

附件2：滨州市大病保险特药使用申请及评估表

滨州市社会保险服务中心

2017年2月15日



附件 1

## 滨州市首批大病保险特药 定点医疗机构名单

- 1、滨州市人民医院
- 2、滨州医学院附属医院
- 3、滨州市中心医院
- 4、滨州市中医医院
- 5、沾化区人民医院
- 6、无棣县人民医院
- 7、阳信县人民医院
- 8、博兴县人民医院
- 9、邹平县人民医院
- 10、滨城区市立医院

附件 2:

## 滨州市大病保险特药使用申请及评估表

姓名		性别		年龄	
社会保障卡号		身份证号			
人员类别	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 其他				
参保属地		工作单位			
申请特药名称 (商品名)		联系电话			
特药定点医院		特药定点药店			
申请人签字 (患者本人或监护人):		申请日期: 年 月 日			
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间	年 月 日		
特药名称 (商品名)		特药使用 起始时间	年 月 日		
特药定点医疗机构 意见	治疗方案: _____				
	特药用法用量: _____				
	责任医师签字 (章):		医院医保办盖章:		
				年 月 日	
商业保险公司审核 意见	经办人:		审核人:		保险公司盖章:
				年 月 日	

注: 1.本表一式三份, 参保患者、医药机构、商业保险公司各一份。

2.需提供的材料: 身份证复印件、疾病证明书原件、相关医疗文书 (基因检测 (必要时)、病理诊断、影像报告、门诊病历、出院小结) 等材料。

3.本表私自涂改或复印无效。