

# 楚雄州“互联网+”医疗服务医保支付管理办法

(试行)

(2022年6月25日楚医保规〔2022〕3号公布 自2022年7月1日施行)

## 第一章 总 则

**第一条** 为满足人民群众对便捷医疗服务的需求，优化资源配置，推动医疗保障服务质量和效益双提升，根据《国家医疗保障局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》等有关规定，结合楚雄州实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称的“互联网+”医疗服务，是指在依法合规的前提下，经政府部门批准后，将线下已有医疗服务通过线上开展、延伸的医疗服务或经政府部门批准新增的“互联网+”医疗服务。

本办法所称的“互联网+”医疗服务医保支付管理，是指楚雄州内依法批准设置的互联网医院或批准开展互联网诊疗活动的医疗保障定点医疗机构，为患者提供“互联网+”医疗服务，涉及医疗保障工作的机构申请签约、价格和医保支付、医保联网结算、协议管理、审核结算、基金监管等管理活动。

**第三条** 医疗保障行政部门负责“互联网+”医疗服务医保政策制定、统筹规划、组织实施以及监督管理工作。医疗保险经办机构（以下简称经办机构）负责开展定点医疗机构“互联网+”

医疗服务医保服务协议的申请受理、评估、签约、待遇审核、结算支付、考核、巡查监管等工作。

## **第二章 “互联网+” 医疗服务项目及价格管理**

**第四条** “互联网+” 医疗服务项目政策按医疗机构经营性质分类管理。非营利性医疗机构依法合规开展“互联网+” 医疗服务，医疗保障部门主要按项目管理，未经批准的医疗服务价格项目不得向患者收费。营利性医疗机构依法合规开展“互联网+” 医疗服务。互联网医院按照其登记注册的所有制形式和经营性质适用相应的价格项目政策。

**第五条** 医疗机构将已有线下项目通过线上开展，申请立项收费的，由州级医疗保障部门受理，符合准入条件的，报省医疗保障局审核后确定。

**第六条** 设立“互联网+” 医疗服务价格项目应符合以下基本条件：

- （一）应属于卫生健康部门准许以“互联网+” 方式开展、临床路径清晰、技术规范明确的服务；
- （二）应面向患者提供直接服务；
- （三）服务过程应以互联网等媒介远程完成；
- （四）服务应可以实现线下相同项目的功能；
- （五）服务应对诊断、治疗疾病具有实质性效果；

不得以变换表述方式、拆分服务内涵、增加非医疗步骤等方式或名义增设项目。

**第七条** 不作为“互联网+”医疗服务价格项目的情形。

仅发生于医疗机构与医疗机构之间、医疗机构与其他机构之间，不直接面向患者服务；

医疗机构向患者提供不属于诊疗活动的服务；

非医务人员提供的服务，包括但不限于远程手术指导、远程查房、医学咨询、教育培训、科研随访、数据处理、医学鉴定、健康咨询、健康管理、便民服务等。

**第八条** 价格政策按公立非公立实行分类管理。公立医疗机构提供“互联网+”医疗服务，主要实行政府指导价，省医疗保障局制定的价格为最高限价，公立医疗机构收费标准不得超过最高限价；满足个性化、高层次需求为主的“互联网+”医疗服务，以及向国外、境外提供的医疗服务，严格按照特需医疗要求控制规模，实行市场调节价；授权医疗机构制定试行价格的医疗服务价格，由医疗机构根据服务成本依法合理制定或调整价格并保持相对稳定。同时，将制定的项目价格文件报同级医疗保障、卫生健康、市场监督管理部门备案。

非公立医疗机构提供“互联网+”医疗服务，价格实行市场调节价。

**第九条** 明确不同服务特点的医疗服务价格政策。公立医疗机构提供检查检验服务，委托第三方出具结论的，收费按委托方线下检查检验服务项目价格执行，不按远程诊断单独立项，不重复收费；公立医疗机构开展互联网复诊，由不同级别医务人员提

供服务，均按普通门诊诊察类项目价格收费；公立医疗机构依托“互联网+”提供家庭医生服务，按照服务包签约内容和标准提供服务和结算费用，不因服务方式变化另收或加收费用。

### **第三章 “互联网+” 医疗服务医保支付政策**

**第十条** “互联网+”医疗服务项目支付可由医保基金支付。省级医疗保障部门已经制定价格的“互联网+”医疗服务项目，按照线上线下公平支付的原则确定支付政策，线下可由统筹基金支付的项目，则线上也可纳入；新增“互联网+”医疗服务项目，严格按照省级医疗保障部门制定的价格，综合考虑临床价值、价格水平、医保支付能力等因素，确定是否纳入统筹基金支付范围。

统筹基金不支付的“互联网+”医疗服务项目，可由个人账户支付。

**第十一条** 医疗保障部门确定的医疗服务项目价格(最高限价)作为医保支付标准。实际收费低于最高限价的，以实际价格支付；非公立医疗机构提供“互联网+”医疗服务项目的实际收费超过最高限价的部分，可由个人账户支付。

**第十二条** 定点医疗机构为参保患者提供的互联网诊疗服务，应优先保障门诊慢特病等复诊续方需求，在互联网医疗服务规范发展和医保支付能力提升的基础上，稳步拓展服务范围。符合楚雄州特殊病、慢性病病种支付范围的，医保基金按规定支付，特殊病、慢性病保障范围按照楚雄州特慢病门诊病种范围执行。

**第十三条** 参保人在本统筹区“互联网+”医疗服务定点医疗机构复诊开具处方发生的诊察费和医保目录内药品费，按规定纳入医保支付，其中个人负担的费用，可由医疗保险个人账户支付。定点医疗机构提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，诊察费按照公立医疗机构普通门诊诊察类项目价格收费和支付，发生的药品费用按照线下医保规定的支付标准和政策支付。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

#### **第四章 医保协议管理**

**第十四条** 在楚雄州行政辖区内具备开展“互联网+”医疗服务的医疗机构可通过其依托的实体定点医疗机构，自愿向医保经办机构申请签订“互联网+”医疗服务医保补充协议。实体医疗机构为非定点医疗机构的，可在申请签订医保定点协议时，一并申请“互联网+”医疗服务补充协议。

**第十五条** 申请“互联网+”医疗服务医保补充协议的医疗机构应具备以下条件：

（一）具备与国家统一医保信息业务编码对接的条件，以及药品、医用耗材、诊疗项目、医疗服务设施、疾病病种等基础信息数据库。

（二）具备与医保信息系统数据交换的条件，结合全国统一医保信息平台建设，实现医保移动支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据。

(三) 依托医保电子凭证进行实名认证, 确保就诊参保人真实身份。

(四) 能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息, 实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

(五) 能够核验患者为复诊患者, 掌握必要的就诊信息。

(六) 医院信息系统应能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务。

**第十六条** 医疗机构申请签订“互联网+”医疗服务医保补充协议时, 应当提供申请书及符合上述基本条件的资料。

**第十七条** 各级医保经办机构要按属地管辖原则, 负责本行政辖区内定点医疗机构提交的“互联网+”医保补充协议申请及相关资料, 10个工作日内进行审核。经审核符合要求的, 应当于3个月内完成“互联网+”医保联网结算系统的改造和国家医保电子凭证、移动支付系统对接, 并申请测试验收。医保部门接到申请测试验收之日起, 10个工作日内完成测试验收, 验收合格的, 经办机构应当在10个工作日内与定点医疗机构签订补充协议, 补充协议期限应与其依托的实体定点医疗机构保持一致。

所申报的资料不符合要求或验收不合格的, 应当一次性告知需完善的内容, 方便定点医疗机构再次申请。自结果告知送达之日起, 整改3个月后可再次申报。

**第十八条** 各级医保经办机构负责对提供“互联网”医疗服务的医疗机构进行评估和签订补充协议。补充协议履约期限与所

依托的实体医疗机构签订协议期限保持一致。向社会公布提供“互联网+”医疗服务定点医疗机构、互联网医师、护士、药师名单及主要服务内容和收费价格等信息。

**第十九条** 医保经办机构对“互联网+”医疗服务实行线上线下统一的医保经办服务与管理。实体定点医疗机构被中止或解除医保服务协议的，其“互联网+”医疗服务医保支付补充协议同时中止或解除；提供“互联网+”医疗服务的医疗机构被中止和解除协议的，医保经办机构应当依据实体医疗机构定点协议的约定，决定是否中止或解除相应的定点协议；医师被中止或取消医保服务的，线上线下医疗服务医保支付也同时取消。

**第二十条** 医保经办机构将开展“互联网+”医保服务情况纳入定点医疗机构协议考核范围，根据“互联网+”医保服务的特点细化考核内容和考核指标，对定点医疗机构线上线下考核实现统一管理。考核结果与定点协议签订、医保支付等挂钩。

**第二十一条** 定点医疗机构应认真履行主体责任，遵守楚雄州医疗保障定点医疗机构服务协议及“互联网+”医保服务补充协议的有关条款，严格按相关法律、法规及行业规范做好“互联网+”医疗服务与管理，加强从业人员培训教育，规范医疗服务，做好政策宣传咨询解释，依法依规为患者提供医疗服务。

## 第五章 医保联网结算

**第二十二条** 医保经办机构应当及时公布互联网诊疗服务

医保结算管理接口规范，按照申请流程做好对接并在医疗机构改造完毕后进行验收。开展互联网诊疗服务的定点医疗机构应按照接口规范改造内部系统，完善人证相符审核、复诊条件审核、电子处方认证、处方流转平台等信息模块建设，通过验收后实现医保在线结算。

参保人员互联网就诊应当依托医保电子凭证等实名认证介质通过移动支付完成互联网诊疗医保费用结算。

**第二十三条** 定点医疗机构提供“互联网+”医疗服务，应严格落实医师实名接诊要求，所有在线诊断、处方必须有医师电子签名，并经药师审核后方可生效，互联网上医师开具的处方药品严格按有关规定执行。审核后的处方上传至医保特慢病药品配送平台，互联网医院可委托符合条件的医疗机构、药品经营企业（符合药品 GSP 管理标准）等第三方机构进行在线处方药品配送。

定点医疗机构或慢特病定点零售药店在线开具处方的药品费用，符合医保支付服务的由医保基金按规定结算。

**第二十四条** 开展“互联网+”医保服务的定点医疗机构与其线下实体医疗机构共用医保付费总额管理指标。

**第二十五条** 定点医疗机构外购处方信息与特慢病定点零售药店互联互通，依托全国统一的医保信息平台，配合建设全省统一的处方流转平台，实现“互联网+”医疗服务复诊处方流转。探索开展统筹区间外购处方流转相关功能模块互认。



## 第六章 费用审核

**第二十六条** 定点医疗机构申报的医药费用，应实现线上线下一费用区分。申报的互联网医药费用应符合以下基本条件：

医保支付的病种、药品、医疗服务项目，以及符合用药管理规定；

互联网诊疗病种相关疾病的诊疗技术规范和操作流程；

实体医疗机构诊疗后同种疾病复诊三个月内的医药费用。

**第二十七条** 医保经办机构应当依据医疗保障行政部门、卫生健康行政部和市场监督管理等部门相关规定要求，对互联网医院和开展互联网诊疗服务的医疗机构实行线上线下统一的医药费用申报流程及审核规则，采取智能审核与人工抽查相结合的办法，对互联网医疗费用的合规性、合理性进行审核。定点医疗机构申报的符合规定的互联网医疗费用予以支付，对违规申报经审查核实的费用不予支付。

## 第七章 基金监管

**第二十八条** 医疗保障行政部门应当依职责将定点医疗机构及其服务医师（药师）提供的互联网诊疗、药事服务纳入监管范围，依据医疗保障法律法规、服务协议，通过综合运用监督检查、智能监控、信用监管和社会监督等方式，严厉打击互联网服务医保违法违规行为。

**第二十九条** 定点医疗机构应建立内部监管机制，加强在线处方管理、医疗服务行为监管，将电子病历、在线电子处方、购药记录、实名认证记录等信息实时上传至医保结算系统，逐步实现药品追溯码扫码销售，妥善保存就医诊疗等相关信息。做到诊疗、处方、交易、配送全程可追溯，实现信息流、资金流、物流全程可监控，满足患者可以在线查询检查检验结果、诊断治疗方案、处方和医嘱、病历等资料。

**第三十条** 医保经办机构应综合运用大数据、互联网等技术手段，使用医保智能审核监控系统对“互联网+”医疗服务费用结算明细、药品、耗材、医疗服务项目和门诊病历等信息实时监管，查验“互联网+”医疗服务接诊医生真实性，全面掌握参保人就诊信息和定点医疗机构核查复诊行为的有关记录。对不符合规定的费用信息及时反馈医疗机构，医疗机构应对有争议的费用提供相关证明材料，并按协议约定及有关规定处理。

**第三十一条** 医保部门应加强对“互联网+”医疗服务行为的审核、监管。重点查处虚构身份、虚假诊治、虚开药品、伪造票据等欺诈骗保行为，依法查处各种利用“互联网+”医疗服务的违法违规行为，严肃追究相关违法违规责任。按规定暂停使用“互联网+”医疗服务医保支付或医保直接结算资格，纳入信用监管，并向卫生健康、市场监管等部门通报，依法实施失信联合惩戒。

**第三十二条** 定点医疗机构及其服务医师（药师）和接受互

联网诊疗服务的参保人员违反本办法，属于医保服务协议规定内容的，由经办机构按照协议约定进行处理；属于法律法规和规章行政处罚规定范畴的，由医疗保障部门依法查处；构成犯罪的，移送公安机关依法追究刑事责任。

**第三十三条** 各级医疗保障部门在“互联网+”医保服务管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究责任。

## 第八章 附 则

**第三十四条** 医疗保障部门应做好“互联网+”医保服务数据网络安全工作，防止数据泄露，确保医保系统信息安全。定点医疗机构及其医保服务医师，应当严格执行国家、省、州信息安全管理规定，确保参保患者和医疗机构、医保数据信息安全。

**第三十五条** 本办法自 2022 年 7 月 1 日起施行。