索引号：	11220000MB19566296/2021-00089	**分类：**	医药价格和招标采购;通知
发文机关：	吉林省医疗保障局	**成文日期：**	2020 年 12 月 31 日
标题：	吉林省医疗保障局关于加快落实“互联网+”医疗服务医保支付工作的通知		
发文字号：	吉医保发〔2020〕80 号	**发布日期：**	2021 年 01 月 07 日

吉林省医疗保障局关于加快落实“互联网+”医疗服务医保支付工作的通知

吉医保发〔2020〕80 号

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局、梅河口市医疗保障局：

为进一步促进我省“互联网＋医疗健康”发展，便捷群众就医购药，提高医保服务管理水平，按照《国务院办公厅关于促进“互联网＋医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26 号）、《国家医疗保障局关于完善“互联网＋”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》（医保发〔2019〕47 号）和《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》（医保发〔2020〕45 号）等要求，现就加快推进我省“互联网+”医疗服务医保支付有关事宜通知如下：

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持以人民健康为中心，进一步扩大优质医药服务供给，为参保人提供方便快捷的医疗和医保服务。

（二）基本原则

1.优化服务，便民惠民。支持符合规定的“互联网+”医疗服务发展，做好医保支付政策衔接，发挥互联网在提高医疗资源利用效率，引导合理就医秩序方面的作用。

2.突出重点，稳步拓展。优先保障门诊慢特病复诊续方需求，加快提升长期用药患者就医购药便利性。在“互联网+”医疗服务规范发展以及医保管理和支付能力提升的基础上，稳步拓展医保支付范围。

3.线上、线下一致。对线上、线下医疗服务实行公平的价格和医保支付政策，保持待遇水平均衡，鼓励线上及线下医疗机构公平竞争。

（三）工作目标

1.加快适应“互联网+”医疗服务就医模式改变，进一步细化完善“互联网+”医保服务协议签订、在线结算等医保支付政策，对现行医疗服务价格和医保支付政策体系进行统一、公平管理，为常见病、慢性病患者复诊提供更加便捷的服务。

2.从门诊慢特病复诊续方着手，逐步将符合条件的线下已有医疗服务纳入医保支付范围，进一步提升参保群众尤其是广大农村患者的诊治效率和效果，扎实助力乡村振兴战略实施。

3.落细落实互联网复诊等“互联网+”医保服务政策，降低人员流动和往返医院带来的传染风险，持之以恒做好疫情常态化防控医疗保障工作，细化完善我省重大疫情医疗救治费用保障长效机制，助推重大疫情防控救治体系建设。

二、明确“互联网+”医疗服务价格项目政策

（一）项目准入基本条件

1.设立“互联网＋”医疗服务价格项目，应同时符合以下基本条件：一是应属于相关主管部门准许以“互联网＋”方式开展、临床路径清晰、技术规范明确的服务；二是应面向患者提供直接服务；三是服务过程应以互联网等媒介远程完成；四是服务应可以实现线下相同项目的功能；五是服务应对诊断、治疗疾病具有实质性效果。

2.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。对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的服务，医疗机构向患者提供不属于诊疗活动的服务以及非医务人员提供的服务，不作为医疗服务价格项目；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。

（二）项目实行分级管理。省级医保部门负责根据医疗技术发展和我省实际，设立适用本省的“互联网＋”医疗服务价格项目。医疗机构将已有线下项目通过线上开展，申请立项收费的，由地市级医保部门受理，符合准入条件的，提交省级医保部门集中审核。

（三）项目政策按医疗机构经营性质分类管理。互联网医院按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。非营利性医疗机构依法合规开展的“互联网+”医疗服务，主要按项目进行管理，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的“互联网+”医疗服务，可自行设立医疗服务价格项目。

三、明确互联网医院纳入协议管理要求

（一）互联网医院医保服务申请。在省级及以上卫生健康、中医药管理部门相关规定框架下，开展“互联网+”医疗服务的医疗机构可以通过其依托的实体医疗机构，自愿向所在统筹区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的同时，一并申请“互联网+”医疗服务补充协议。提出申请的互联网医院应具备以下基本条件：

1.依托国家医保电子凭证系统和国家移动支付系统，能够按要求接入“互联网+”医保联网结算系统,为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；

2.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；

3.医院信息系统应能够区分正常业务、异地服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

4.具备外购处方流转相关功能模块应用，便于“互联网+”医疗服务复诊处方流转；

5.按规定应具备的其他条件。

（二）经办机构受理。各统筹区医保经办机构负责受理互联网医院提交的“互联网+”医保服务相关申请材料，并按照基本条件要求进行材料审核。对申请材料不符合要求的，应当一次性告知。

（三）履约能力评估。各统筹区医保经办机构负责组织专家制定“互联网+”医保服务履约能力评估标准、评分细则及达标标准，并组织评估小组或委托第三方机构，公平、公正地依据评估标准对申报单位进行量化赋分。对通过评估的互联网医院名单应在网站等媒介上进行公示，对公示期间有举报投诉的，应认真进行调查核实，情况属实的，取消协商谈判资格。

（四）协议签订。各统筹区医保经办机构与评估通过的互联网医院经协商谈判，达成一致的，双方自愿签订“互联网+”医保服务补充协议，并向社会公布签订“互联网+”医保服务补充协议的定点医疗机构（以下简称“互联网定点医疗机构”）信息（至少应包括名称、地址等），以供参保人员选择就医。

四、明确“互联网+”医疗服务医保支付政策

（一）确定“互联网+”医保支付项目。参照吉林省卫生健康委、吉林省中医药管理局《关于印发<吉林省互联网医院管理办法（试行）>的通知》（吉卫联发〔2020〕11 号）相关要求，暂仅将互联网定点医疗机构能够在线独立完成的常见病、慢性病复诊费用纳入医保支付范围。

（二）确定“互联网+”医保支付病种。从门诊慢特病开始确定互联网复诊医保支付病种，优先保障门诊慢特病复诊续方需求，逐步扩大医保对常见病、慢性病“互联网+”医疗服务支付的范围。对符合医保支付病种范围的，医保基金按规定支付；不符合医保支付病种范围的，医保基金不予支付。互联网复诊支付病种范围实行动态管理，由省级医保部门结合我省互联网医疗服务实际另行公布。

（三）确定互联网复诊支付具体政策。参保人在本统筹区互联网定点医疗机构复诊（符合支付范围的病种）并开具处方发生的复诊和药品费用，医保基金可按规定予以支付。其中个人负担的费用，可按规定由职工医保个人账户支付。复诊费按《关于推进开展“互联网+”医保服务的通知》（吉医保联〔2020〕5号）政策执行，与线下普通门诊诊察（查）费医保支付政策保持一致；处方续方发生的药品费用比照我省线下的医保规定予以支付；药品配送服务费用不纳入医保支付范围。按照《国家医疗保障局 财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保发〔2020〕40号）规定的异地就医结算流程和待遇政策等要求，逐步推进“互联网+”医疗服务省内及跨省异地就医医疗费用直接结算。

（四）线上、线下支付政策一致。“互联网+”医疗服务与对应的线下医疗服务执行相同的医保目录、医保支付类别和支付政策。对线上开展的互联网+医保支付病种，应与线下门诊慢特病病种的支付内涵、支付比例、年度医疗费额度、基金年度最高支付限额等一致；如相应病种在线下已开通零售药店结算，线上亦应对应支付。

（五）其他“互联网+”医疗服务项目纳入医保政策。对其他或后续获批的全新内容的“互联网+”医疗服务价格项目，由省级医保部门按照规定，综合考虑临床价值、价格水平、医保支付能力等因素，确定是否纳入医保支付范围。

（六）确定支付标准。互联网定点公立医疗机构提供的“互联网+”医疗服务项目以省级医保部门批复的价格为支付标准。互联网定点非公立医疗机构提供的互联网医疗服务,参照省级医保部门批复的互联网定点公立医疗机构价格作为医保支付标准进行结算。

五、优化“互联网+”医保经办服务

（一）明确医保结算对象。对符合规定的互联网复诊费以及在提供“互联网+”医疗服务的机构或其指定的第三方机构发生的药品费，按规定应由医保基金支付的部分，由各统筹区医保经办机构直接与实体定点医疗机构结算。互联网复诊处方流转至本统筹区定点零售药店发生的药品费用，按规定应由医保基金支付的部分，由统筹区医保经办机构与定点零售药店结算。

（二）完善总额预算管理。互联网定点医疗机构其总额预算纳入实体定点医疗机构统一管理，不单独设立预算指标。医保经办机构按照付费总额管理规定，并综合考虑“互联网+”医疗服务发生的复诊费用和药品费用，合理确定年

初医保付费总额管理指标，并在执行过程中按规定结合参保患者就医流向、医疗服务能力等因素，调整定点医疗机构间医保付费总额管理指标。

（三）提升医保信息化支撑水平

1.互联网+”医疗服务医保支付须以医保电子凭证为认证基础，并严格遵循国家关于医保信息化建设和医保电子凭证推广应用相关标准规范。各统筹区要按照全省医保信息化建设统一规划，加快医保电子凭证推广应用，扩大定点医药机构覆盖面，提高参保人员使用率，为参保人员提供更加安全、方便快捷的医保在线结算服务，让参保人员足不出户就能享受到医保报销待遇。

2.提升定点医药机构管理水平。各互联网定点医药机构要按照医保部门的统一技术标准和“互联网+”医疗服务医保结算接口规范，加快升级改造信息系统，实现医保在线直接结算支付。互联网定点医疗机构的所有在线处方须有医师电子签名，并经药师审核合格后方可生效。做好互联网医嘱信息共享的配套管理，及时下载参保人员历史就诊记录，加强对互联网复诊服务费用等相关数据入库反馈的分析。

3.支持互联网复诊处方流转。各统筹区应结合全国统一医保信息平台开发建设及对接情况，加快推进外购处方流转相关功能模块应用，积极探索互联网定点医疗机构外购处方信息与定点零售药店互联互通。鼓励互联网定点医药机构在保障患者用药安全的前提下，创新配送方式，实现“信息和处方多跑路，患者少跑腿”。

六、加强“互联网+”医保服务监督管理

（一）加强协议管理。各级医保经办机构要建立对互联网定点医疗机构的考核机制，将开展“互联网+”医保服务情况纳入定点医疗机构考核范围，根据“互联网+”医保服务的特点细化考核内容和考核指标，对定点医疗机构考核工作进行统一管理，将考核结果与保证金相挂钩。互联网定点医疗机构应严格遵守协议管理内容，依法合规开展“互联网+”医疗服务。

（二）强化基金监管。各级医保部门应按照工作职责将定点医疗机构及其医保医师（药师）提供的互联网诊疗、药事服务等纳入监管范围。通过医保智能审核和智能监控等方式，加强数据分析和监控，依法依规查处“互联网+”医疗服务中医保违法违规行为。定点医疗机构及其医保医师（药师）、接受“互联网+”医疗服务的参保人违反相关规定，应承担相应责任。违反医保服务协议规定内容的，由医保经办机构按照协议约定进行处理；违反相关法律法规的，由医保部门依法给予行政处罚；构成犯罪的，移交相关部门依法追究刑事责任。

七、工作要求

（一）加强组织领导。各级医保部门要充分认识“互联网+”医疗服务医保支付在便捷群众就医购药、减轻参保群众负担、助力乡村振兴及重大疫情医疗

救治费用保障长效机制建设等方面的重要作用，切实加强组织领导，强化部门间沟通协调，层层压实责任，确保各项工作落到实处。各统筹区应在本通知相关政策基础上，结合实际，在 2021 年 3 月底前进一步细化申请签约、联网结算、协议管理、审核结算、基金监管等管理措施，并报省医疗保障局备案。

（二）做好统计监测及评估。各统筹区医保经办机构要加快建立“互联网+”医疗服务医保支付工作统计监测体系，做好相关统计监测，按规定报送纳入协议管理的提供“互联网+”医疗服务医疗机构的数量、类型、服务量及费用、药品品类及费用等情况，加强基金支出分析，并及时报告工作落实情况及出现的新情况、新问题。

（三）做好政策培训和宣传。各统筹区应结合“互联网+”医疗服务的新规律、新特点，加强培训及指导，使医务人员尽快掌握“互联网+”医疗服务医保支付相关政策规定，引导医务人员提供便捷规范的医疗服务。合理引导人民群众和医药机构预期，积极回应社会关切，为“互联网+”医疗服务发展创造良好环境。

吉林省医疗保障局

2020 年 12 月 31 日

（此件主动公开）