

温州市医疗保障局文件

温医保办〔2021〕6号

关于印发《温州市“互联网+”医疗服务医保支付管理办法（试行）》的通知

各县（市）医保局、各区分局、龙港市社会事业局、经开区社保分局、市医保中心：

为规范我市定点医疗机构开展互联网诊疗服务医保管理行为，积极推进“互联网+”医疗服务医保支付管理工作，现将《温州市“互联网+”医疗服务医保支付管理办法（试行）》印发给你们，请认真抓好落实。



温州市“互联网+”医疗服务医保支付 管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范我市定点医疗机构开展互联网诊疗服务医保管理行为，提高医保管理服务水平，提升医保基金使用效率，积极推进我市“互联网+”医疗服务医保支付（以下简称“互联网+”医保）管理工作，根据《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）、《国家医保局关于积极推进“互联网+”医疗服务医保支付工作的指导意见》（医保发〔2020〕45号）、《浙江省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通知》（浙医保发〔2020〕31号）等文件要求，结合我市实际情况，制定本办法。

第二条 本办法所称“互联网+”医保管理，是指本市依法批准设置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参保患者提供“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 开展“互联网+”医保工作要遵循以下基本原则：

（一）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。

(二) 突出重点，稳步拓展。优先保障门诊慢病等复诊续方需求，探索建立慢病管理服务中心，显著提升长期用药患者就医购药便利性。

(三) 协调发展，公平一致。对线上、线下医疗服务实行公平的医保支付政策，保持待遇水平均衡，鼓励线上线下医疗机构公平竞争。

第四条 医疗保障行政部门负责全市“互联网+”医保的政策制定、统筹规划、组织实施以及监督管理等工作。医疗保险经办机构(以下简称经办机构)依职责组织实施定点医疗机构开展“互联网+”医保协议的申请受理、签约、待遇审核、结算支付、考核、巡查监管等日常工作。

第二章 机构申请签约

第五条 本市依法批准设置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，可按照自愿原则，由其实体医疗机构依据管理权限向统筹区经办机构提出签订“互联网+”医保补充协议申请。

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。

第六条 签订“互联网+”医保补充协议的医疗机构应当具备以下基本条件：

(一) 实体医疗机构已纳入我市医保协议管理;

(二) 经相关行政主管部门审批, 已获得互联网医院、医疗机构开展互联网诊疗活动资质;

(三) 依托国家医保电子凭证系统和国家移动支付系统等, 进行实名认证确保就诊参保人真实身份, 并能够按要求接入“互联网+”医保联网结算系统;

(四) 能够核验患者为复诊患者, 掌握必要的就诊信息;

(五) 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, 实现全程可追溯;

(六) 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;

(七) 按规定应当具备的其他条件。

第七条 辖区经办机构负责受理定点医疗机构提交“互联网+”医保补充协议申请和相关材料, 并于5个工作日内对相关材料进行审核。经审核符合要求的医疗机构, 应于3个月内完成“互联网+”医保联网结算系统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。医保信息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, 辖区经办机构5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所依托的实体定点医疗机构保持一致。材料不符合要求或者验收不合格的, 应当一次性告知需完善的内容, 方便定点医疗机构再次进行申请。自结果告知送达之日起, 整改3个月后可再次

申报，仍不符合要求或者验收不合格的，1年内不得再次申请。

第三章 医疗服务价格和医保支付政策

第八条 “互联网+”医疗服务价格项目按医疗机构经营性质实行分类管理。非营利性医疗机构依法合规开展的“互联网+”医疗服务，医疗保障行政部门按项目管理，未经批准的医疗服务价格项目不得向患者收费。营利性医疗机构提供依法合规开展的“互联网+”医疗服务，可自行设立医疗服务价格项目。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。

非营利性医疗机构申请“互联网+”医疗服务价格项目的，由市级医疗保障部门受理，符合准入条件的，提交省医疗保障局审核后确定。医疗机构申请立项收费时，同步提交价格建议、成本测算结果、经济性评估报告、与线下同类项目的比较分析等资料。

第九条 公立医疗机构依法合规开展满足医学基本需求的“互联网+”医疗服务项目，实行政府指导价，按不超过政府部门公布的价格标准收取服务费用；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“互联网+”医疗服务，实行市场调节的，由医疗机构综合考虑服务成本、患者需求等因素，自主确定收费标准和浮动范围并书面告知当地医疗保障部门。

非公立医疗机构提供“互联网+”医疗服务，价格实行市场调节。

第十条 设立“互联网+”医疗服务价格项目应符合以下基本条件：

- （一）应属于卫生行业主管部门准许以“互联网+”方式开展、临床路径清晰、技术规范明确的服务；
- （二）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。

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。已有医疗服务价格项目，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新项目。

第十一条 定点医疗机构为参保患者提供的互联网诊疗服务，应在其线下实体医疗机构诊疗科目范围内，不得超出其互联网诊疗科目范围。定点医疗机构为参保人员提供的互联网诊疗服务，仅限能够在线独立完成的常见病、慢性病复诊。

第十二条 参保人在本统筹地区“互联网+”医保服务定点

医疗机构复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照统筹地区医保规定支付。其中个人负担的费用，可按规定由职工医保个人账户支付。

定点医疗机构提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付。发生的药品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支持。

第十三条 定点医疗机构为参保患者提供的互联网诊疗服务限定医保支付病种，符合慢性病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。

慢性病具体病种及药品参照温医保发〔2019〕6号文件执行。慢性病支付病种范围及药品实行动态管理，由市医疗保障局组织有关部门和专家根据开展互联网诊疗服务实际情况确定。

第十四条 定点医疗机构在线开具的处方，经医师电子签名，药师审核后按规定上传医保结算系统。审核后的处方上传至医保慢性病药品配送平台，委托具备资质的第三方医药物流商通过通过调剂慢性病连续处方（外配处方）方式，将药品直接配送到患者指定地点。提供配送服务的费用不纳入医保支付范围，鼓励第三方医药物流商提供免费配送服务。

定点医疗机构在线开具处方的药品费用，符合医保支付范围的由医保基金按规定结算。

第十五条 探索定点医疗机构外购处方信息与定点零售药店互联互通，推进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。探索开展统筹地区间外购处方流转相关功能模块互认。

第四章 医保联网结算

第十六条 医保信息部门应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,通过验收后实现医保在线结算。

第十七条 参保人员互联网就诊应当依托医保电子凭证实名认证后通过移动支付完成互联网诊疗医保费用结算。

参保人员应当通过国家医疗保障局统一授权的第三方渠道进行实名认证后激活医保电子凭证。

第十八条 提供“互联网+”医保服务的定点医疗机构,其总额预算纳入实体定点医疗机构统一管理。医保部门按照全市医保付费总额管理规定,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,调整全市定点医疗机构间医保付费总额管理指标。

第五章 协议管理

第十九条 开展“互联网+”医保服务的定点医疗机构应当遵守本市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议及“互联网+”医保服务补充协议的有关内容。各经办机构根据协议要求,做好定

点机构的管理、服务等工作，并及时向社会公布开展“互联网+”医保服务的定点医疗机构名单。

第二十条 本统筹区范围内注册执业的医保服务医师开展互联网诊疗活动应当依法取得相应执业医师资质，具有3年以上独立临床工作经验，应当遵守本市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议、医疗保障服务医师附加协议及“互联网+”医保服务补充协议的有关内容。

第二十一条 经办机构应将开展“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，对定点医疗机构考核工作进行统一管理。考核结果与定点协议签订、医保支付等挂钩。

第二十二条 实体定点医疗机构被中止或解除协议的，提供“互联网+”医保服务的补充协议同时中止或解除。

提供“互联网+”医保服务的医疗机构被中止或解除协议的，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定点协议。

第六章 审核结算

第二十三条 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当符合以下基本条件：

（一）医保支付的互联网病种、药品、医疗服务项目，以及用药管理规定；

(二) 互联网诊疗病种相关疾病的诊疗技术规范和操作流程;

(三) 实体医疗机构诊疗后三个月内同种疾病复诊的医药费用。

第二十四条 经办机构依据医疗保障行政部门、卫生行政部门和市场监管等部门相关规定要求,结合互联网诊疗服务特点,制定审核规则,采取智能审核与人工重点审核相结合的方法,对互联网医疗费用的合法性、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

第二十五条 医疗保障行政部门应当依职责将定点医疗机构及其医保服务医师(药师)提供的互联网诊疗、药事服务纳入监管范围,依据医保法律法规、服务协议,通过综合运用监督检查、智能监控、信用监管、综合监管和社会监督等方式,严厉打击互联网诊疗服务医保违法违规行为。

第二十六条 定点医疗机构应建立在线处方审核制度、医疗服务行为监管机制,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,并逐步实行药品追溯码扫码销售,妥善保存就医诊疗等相关电子信息,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，保障诊疗用药合理性，防止虚构医疗服务，维护医保基金安全。

第二十七条 医疗保障行政部门应当按照有关规定向社会公开“互联网+”医保服务中定点医疗机构、医保服务医师（药师、护士）、参保人员违法违规案件，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。

第二十八条 定点医疗机构及其医保服务医师（药师）和接受互联网诊疗服务的参保人员违反本管理办法，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给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二十九条 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直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十条 各级医疗保障部门应做好“互联网+”医保服务数据的网络安全工作，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，应严格执行国家、省、市信息安全相关规定，确保参保患者和医保数据信息安全。

第三十一条 本办法自印发之日起施行。

温州市医疗保障局办公室

2021年3月8日印发
