天津市医疗保障局文件

津医保规〔2022〕2号

市医保局关于印发《天津市“互联网+”医疗服务医保支付管理办法》的通知

各区医疗保障局、局属各单位，有关单位：

为做好我市“互联网+”医疗服务医保支付管理工作，我局组织制定了《天津市“互联网+”医疗服务医保支付管理办法》，现印发给你们，请遵照执行。

2022年10月28日

（此件主动公开）

天津市“互联网+”医疗服务

医保支付管理办法

第一章 总则

**第一条** 为加强和规范本市“互联网+”医疗服务医保支付管理，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）、《天津市人民政府办公厅关于促进“互联网+医疗健康”发展的实施意见》（津政办发〔2018〕46号）等文件要求，制定本办法。

**第二条** 本办法所称“互联网+”医疗服务医保支付管理，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人员提供“互联网+”医疗服务，涉及医疗保障工作的机构申请签约、医保支付政策、医保结算、协议管理、管理和监督等活动。

**第三条** 市医疗保障局负责全市“互联网+” 医疗服务医保管理工作，确定定点医疗机构开展“互联网+”医疗服务应具备的条件、申请签约程序，以及“互联网+”医疗服务价格和医保支付等政策。

区医疗保障局负责辖区内“互联网+”医疗服务医保支付监督管理等相关工作。

市医疗保障基金管理中心及其设在各区的分支机构（以下分别简称“市医保中心”和“医保分中心”）依职责组织实施“互联网+”医疗服务医保协议管理工作。

市医疗保障基金结算中心（以下简称“市医保结算中心”）负责“互联网+”医疗服务医保支付费用审核结算等工作。

市医药采购中心负责完善采购平台，支持定点医药机构开展“互联网+”医疗服务医保支付所需药品网上采购等工作。

市医疗保障基金监督检查所（以下简称“市医保监督所”）受市医疗保障局委托，负责对定点医药机构、医保服务医师（药师）、参保人员在“互联网+”医疗服务医保支付中执行医保法律、法规、规章等情况进行监督检查等工作。

第二章 机构申请签约

**第四条** 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，由其实体医疗机构向医保分中心提出签订“互联网+”医疗服务补充协议申请。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。

**第五条** 申请“互联网+”医疗服务补充协议的医疗机构应当具备以下基本条件：

（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，确保就诊参保人员使用真实身份；

（四）能够完整保留参保人员诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录、患者提供的具有明确诊断的病历资料等信息，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）医疗机构信息系统应能够区分线下医疗服务业务、异地就医服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

（七）按照国家和本市医疗保障信息平台管理有关要求完成“互联网+”医保联网结算系统改造；

（八）按规定应当具备的其他条件。

**第六条** 申请“互联网+”医疗服务补充协议的医疗机构，应当提供以下材料：

（一）签订“互联网+”医疗服务补充协议申请书;

（二）主管部门批准设置互联网医院或开展互联网诊疗活动许可证照复印件;

（三）与“互联网+”医疗服务医保支付有关的信息系统相关材料；

（四）“互联网+”医疗服务医保支付有关的医师名录表；

（五）按相关规定需提供的其他材料。

**第七条** 医疗机构向医保分中心提出签订“互联网+”医疗服务补充协议申请，医保分中心应即时受理。对申请材料内容不全的，医保分中心自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构进行补充。

**第八条** 医保分中心应组织评估小组，以书面、现场等形式，对申请签订“互联网+”医疗服务补充协议的医疗机构进行评估。自受理申请材料之日或实体医疗机构签订医保协议起，评估时间不超过2个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

（一）核查主管部门批准设置互联网医院或开展互联网诊疗活动的许可证照；

（二）核查医疗机构“互联网+”医保联网结算和国家医保电子凭证、移动支付系统对接等信息系统有关情况；

（三）核查医疗机构“互联网+”医疗服务医保支付有关的医师情况；

（四）核查医疗机构“互联网+”医疗服务是否能够核验患者为复诊患者，掌握患者必要的就诊信息；

（五）核查医疗机构“互联网+”医疗服务是否能够完整保留参保人员诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息；

（六）核查医疗机构按相关规定应提供的其它材料。

**第九条** 评估合格医疗机构，市医保中心或医保分中心应于5个工作日内与医疗机构签订补充协议，补充协议期限与其依托的实体定点医疗机构保持一致。评估不合格的，医保分中心应书面告知其理由，提出整改建议。

第三章 医保支付政策

**第十条** 医疗机构设立“互联网＋”医疗服务项目，按照国家和本市“互联网+”医疗服务价格和医保支付有关政策执行。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付。

**第十一条** 定点医疗机构为参保人员提供的“互联网+”医疗复诊服务，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** 定点医疗机构为参保人员提供的“互联网+”医疗复诊处方，应符合卫生健康部门互联网诊疗、处方管理等相关规定。在线开具的处方在本院购药或流转定点零售药店购药的，必须有医师电子签名，并经药师审核后按规定上传医保结算系统。

**第十三条** 参保人员在本市“互联网+”医疗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，符合医保支付范围的，按照本市医保有关规定支付。其中个人负担的费用，可按规定由职工医保个人账户支付。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

第四章 医保结算

**第十四条** 市医保中心应当及时公布“互联网+”医疗服务医保结算管理接口规范。开展“互联网+”医疗服务的定点医疗机构应按照接口规范改造内部系统，并按要求保持与本市医疗保障信息平台的有效对接，实现医保在线结算。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。医保经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

**第十五条** 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+”医疗服务医保费用结算。

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人认证后激活医保电子凭证。

**第十六条** 定点医疗机构提供符合规定的“互联网+”医疗服务诊察费以及在提供“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，由医保经办机构直接与实体定点医疗机构结算。“互联网+”医疗复诊处方流转至本市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，由医保经办机构与定点零售药店结算。

**第十七条** 定点医药机构应按要求申报“互联网+”医疗服务医保支付的医药费用，并实现与线下医药费用的区分。市医保结算中心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,采取智能审核与人工重点审核相结合的方法，依职责对“互联网+”医疗服务医保支付的医药费用进行合法性、合理性审核。对符合规定的费用予以支付，对违规申报经审查核实的费用不予支付。

**第十八条** 开展“互联网+”医疗服务的定点医疗机构与其线下实体定点医疗机构视为同一个管理服务主体，其医保付费管理按照本市区域点数法总额预算管理和按病种定额付费、按人头总额付费、按项目付费等现行有关规定执行。

第五章 协议管理

**第十九条** 开展“互联网+”医疗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保协议及“互联网+”医疗服务补充协议。医保经办机构根据协议要求，做好定点医疗机构的管理、服务等工作，及时向社会公布签订“互联网+”医疗服务的定点医疗机构名单，并督促定点医疗机构向社会公布“互联网+”医疗服务的主要服务内容和收费价格等信息。

**第二十条** 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，应当遵守本市医保协议、医保服务医师附加协议及“互联网+”医疗服务补充协议的有关内容。

**第二十一条** 医保经办机构或其委托的第三方机构应当定期对提供“互联网+”医疗服务的医疗机构及其依托的实体医疗机构开展绩效考核。建立以医保基金使用、医疗服务质量、患者就诊取药满意度等为核心的考核指标体系。考核结果与医保协议签订、医保支付等挂钩。

**第二十二条** 市医保中心应完善“互联网+”医疗服务补充协议内容，建立退出机制，按规定中止或解除补充协议。实体定点医疗机构被中止或解除协议的，提供“互联网+”医疗服务的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 管理和监督

**第二十三条** 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疗保障信息平台，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。

**第二十四条** 医保经办机构要强化费用审核责任，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进行实时监管。运用音频、视频等形式检验“互联网+”医疗服务接诊医生真实性。全面掌握参保人员就诊信息和医疗机构核查复诊行为的有关记录。对不符合规定的诊察费和药品费予以拒付，并按协议约定进行处理。

**第二十五条** 市区两级医疗保障部门应当依职责将定点医药机构及其医保服务医师（药师）提供的“互联网+”医疗服务等内容纳入监管范围，依据医保法律法规规章、服务协议，通过医保智能审核和实时监控系统，加强大数据分析，严厉打击“互联网+”医疗服务医保支付违法违规行为。

**第二十六条** 市区两级医疗保障部门应当按照有关规定向社会公开“互联网+”医疗服务定点医药机构、医保服务医师（药师）、参保人员违法违规案件，并向卫生健康、市场监管等部门通报，纳入全国信用信息共享平台（天津）、执法监督平台等信用管理平台，依法实施失信联合惩戒。

**第二十七条** 定点医药机构及其医保服务医师（药师）和接受“互联网+”医疗服务的参保人员违反本管理办法，属于医保协议规定内容的，由市医保中心或医保分中心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。

各级医疗保障部门在“互联网+”医疗服务医保支付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。

第七章 附 则

**第二十八条** 各级医疗保障部门应做好“互联网+”医疗服务医保支付相关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。定点医药机构及其医保服务医师（药师），应严格执行国家和本市信息安全相关规定，确保参保人员和医保数据信息安全。

**第二十九条** 本办法中所称定点医药机构是指定点医疗机构和定点零售药店的统称。

医保经办机构是指市医保中心、医保分中心和市医保结算中心。

医保协议是指由医保经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

**第三十条** 本办法自2022年11月1日起执行，2027年10月31日废止。

天津市医疗保障局办公室 2022年10月28日印发