宁波市工伤保险医疗管理与医疗费结算办法

（征求意见稿）

第一条 为加强职工工伤医疗管理和费用结算，保障职工工

伤医疗需求，根据国家、省、市工伤保险有关规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市已参加工伤保险职工的工伤医疗管理与医疗费结算（含康复医疗费，下同）。

第三条 职工工伤医疗服务由工伤保险协议定点医疗服务机构承担（含定点康复机构，以下统称“定点医疗机构”）。

第四条 社会保险经办机构应当与定点医疗机构进行信息化系统联网，通过医疗保险信息系统进行数据共享，实现工伤医疗费网络平台直接结算。

定点医疗机构应当满足工伤保险医疗管理和费用结算网络平台要求，建立完善内部信息管理系统，做到完整、准确、及时录入工伤职工就医及医疗费结算等相关基础信息。

第五条 职工因工作遭受事故伤害或者患职业病需要治疗的，应到定点医疗机构就医。情况紧急的可以先到就近的医疗机构急救，伤情稳定后及时转往定点医疗机构。

第六条 工伤职工就医时，单位应将职工遭受事故伤害或者患职业病的情况书面告知就医的定点医疗机构，定点医疗机构应当按照工伤医疗管理有关规定为工伤职工提供及时有效的医疗服务。单位未按要求书面告知的，所发生的超出工伤保险诊疗项目目录、药品目录、医疗服务标准（以下统称“三个目录”）范围的医疗费由单位承担。

第七条 工伤职工就医时，定点医疗机构及诊治医生应查验其身份证件、社会保障卡等相关证明材料，做到人、证、卡相符，并根据职工伤情实际，合理检查、用药、治疗。要加强对住院工伤职工的管理，杜绝冒名、挂名住院，按日向住院的工伤职工提供医疗费明细清单。

定点医疗机构提供的医疗服务超出工伤保险“三个目录”支付范围，需要单位或职工支付的，应事先告知单位、职工或其近亲属，并书面签字确认。定点医疗机构未经单位、职工或其近亲属同意，擅自使用超出“三个目录”范围的医疗费，由定点医疗机构承担。

第八条 工伤职工在本市范围内定点医疗机构门诊就医时，先由单位或职工垫付医疗费，待定点医疗机构收到社会保险行政部门“待定工伤”或“工伤”信息后，工伤职工再次门诊就医时，所发生符合规定的医疗费由定点医疗机构与社会保险经办机构通过网络平台、使用社会保障卡直接结算，单位或职工垫付的医疗费，按规定到所辖社会保险经办机构办理零星报销。

工伤职工在本市范围内定点医疗机构住院就医时，先由单位垫付医疗费（含康复医疗费），待定点医疗机构收到社会保险行政部门“待定工伤”或“工伤”信息后，工伤职工所发生符合规定的医疗费由定点医疗机构与社会保险经办机构通过网络平台、使用社会保障卡直接结算，工伤职工办理出院手续时，定点医疗机构退还单位垫付的医疗费。

第九条 工伤职工在本市范围内定点医疗机构住院治疗期间，因所住定点医疗机构无相应设备，需到本市其它定点医疗机构检查（治疗）的，应由职工提出申请、定点医疗机构提出诊疗意见，并填写《工伤职工院外检查（治疗）备案表》（附件1），由该定点医疗机构通过网络平台办理申报院外检查（治疗）备案手续，或经办人到所辖社会保险经办机构工作窗口办理院外检查（治疗）备案手续。

第十条 工伤职工在本市范围内定点医疗机构门诊或住院就医时，发生的治疗疾病类非工伤医疗费，由职工支付。该职工属于基本医疗保险参保人员，且医疗费符合医疗保险基金支付范围的，可使用社会保障卡在定点医疗机构刷卡实时结算。

第十一条 工伤职工有下列情形就医的，先由单位或职工垫付医疗费，待治疗结束后，由单位或职工到所辖社会保险经办机构按规定办理医疗费零星报销：

（一）工伤职工因情况紧急在本市非定点医疗机构就医发生

的医疗费；

（二）工伤职工在本市以外地区医疗机构就医发生的医疗费。

第十二条 工伤职工已按职工医疗保险待遇结算医疗费的，后被社会保险行政部门认定为工伤的，需本人持社会保障卡到原就医的定点医疗机构进行医疗保险退费后，再直接进行工伤保险医疗费结算，或自费垫付医疗费后再到所辖社会保险经办机构按规定办理工伤保险零星报销。

第十三条 工伤保险基金已支付单位职工“待定工伤”事故医疗费后，该事故被社会保险行政部门确认为“非工伤”的，按如下办法处理：

（一）该职工已参加我市基本医疗保险，且医疗费属于医疗保险基金支付范围的，在医疗保险规定时限内由职工到就医的定点医疗机构对已支付的“待定工伤”事故医疗费进行退费补结算后，再由医疗保险基金按规定支付；

（二）该职工未参加我市基本医疗保险，或该医疗费不属于基本医疗保险基金支付范围的，工伤保险基金已支付的“待定工伤”事故医疗费应予以追回，该医疗费先由社会保险经办机构依法向用人单位追偿，再由单位依法向职工、第三责任人追偿。

第十四条 工伤职工在本市范围内或本市以外地区医疗机构治疗工伤所发生的医疗费，符合工伤保险“三个目录”范围的，由工伤保险基金支付。工伤保险“三个目录”暂按宁波市使用的工伤保险有关目录执行，今后国家和省另有规定的，从其规定。

第十五条 工伤职工因伤情严重治疗需要，可以办理转外就医手续，转外就医为杭州、上海两市工伤保险或基本医疗保险定点医疗机构。

工伤职工转外就医只限一次诊疗过程和一家医疗机构，因伤情严重确需转往第二家医疗机构治疗的，应由职工提出申请，并由转入的第一家医疗机构提出诊疗意见。

工伤职工转外就医时，应由职工提出申请，并由本市一定级别的医疗机构实施，市区为三级综合、专科定点医疗机构副主任及以上医师提出诊疗意见；县（市）为二级及以上的综合、专科定点医疗机构副主任及以上医师提出诊疗意见，并填写《工伤职工转外就医备案表》（以下统称《转院备案表》附件2），由该定点医疗机构通过网络平台或经办人到所辖社会保险经办机构工作窗口办理转院备案手续。情况紧急的可先行转院，但应当在10个工作日内补办转院备案手续。

第十六条 职工在本市外工作、学习期间发生的工伤，可在当地工伤保险或基本医疗保险定点医疗机构就医，其发生的符合规定的医疗费由工伤保险基金支付。

第十七条 工伤职工因治疗和照顾需要，到本市外（包括回原户籍地）长期（一般为3个月及以上）居住治疗的，应由职工提出申请，填写《工伤职工异地居住就医备案表》（附件3），通过网络平台或经办人到所辖社会保险经办机构工作窗口办理异地居住就医备案手续后，工伤职工可在当地工伤保险或基本医疗保险定点医疗机构作为本人就医的医疗机构，其发生的符合规定的医疗费由工伤保险基金支付。

第十八条 工伤职工因伤情治疗需要设立家庭病床的，应由职工提出申请，填写《工伤职工家庭病床备案表》（附件4），并由定点医疗机构家庭病床专职医师提出诊疗意见，由该定点医疗机构通过网络平台或经办人到所辖社会保险经办机构工作窗口办理家庭病床备案手续。

第十九条 工伤职工伤情稳定后需要进行康复治疗的，按本市工伤康复有关规定执行。

第二十条 本市范围内工伤保险定点医疗机构应按定点服务协议要求按时完成日对账，并对社会保险经办机构发布的月度工伤职工医疗费汇总报表进行确认。社会保险经办机构应对定点医疗机构已经确认并上传的工伤职工明细数据医疗费，在经办承诺期限内拨付给定点医疗机构。社会保险经办机构对定点医疗机构上传的工伤职工明细数据医疗费进行审核和稽查，发现违规的医疗费，在当月的拨付金额中予以扣除。

第二十一条 本市范围内纳入工伤保险定点服务协议满一年以上的定点医疗机构，其发生的工伤保险基金月平均支付额50万元及以上的医疗费，可以向社会保险经办机构申请预拨工伤医疗费垫付经费（以下简称预拨经费）。社会保险经办机构按上年度平均一个月工伤保险基金支付额度对预拨经费提出具体方案，每二年核定一次，报同级社会保险行政部门审核后拨付。预拨经费与年度考核和工伤保险管理挂钩，对年度考核不合格或因违规行为受到行政处理的定点医疗机构，次月起收回预拨经费，二年内不再受理预拨经费申请。

第二十二条 职工在境外及香港、澳门特别行政区和台湾地区发生工伤事故，治疗工伤时发生的门诊或住院医疗费，由所辖社会保险经办机构分别按本市上年度工伤职工人均门诊或住院医疗费，在标准范围内由工伤保险基金支付，并实施零星报销。超支部分由单位承担。境外发生的康复医疗、辅助器具配置等费用工伤保险基金不予支付。今后国家和省另有规定的，从其规定。

工伤职工回国后需要继续治疗的，应在本市定点医疗机构（或定点康复机构）就医，发生符合规定的工伤医疗费和康复医疗费（包括辅助器具配置费）由工伤保险基金支付。

第二十三条 职工治疗工伤期间发生的以下医疗费，工伤保险基金不予支付：

（一）治疗疾病所发生的非工伤医疗费；

（二）未向社会保险经办机构备案，擅自院外检查（治疗）、转外就医、异地居住就医、设立家庭病床发生的医疗费；

（三）外购材料费、药品费、无相关病历记录的医疗费。

（四）超出工伤保险“三个目录”范围的医疗费；

（五）治愈后拒不出院所发生的医疗费；

（六）单位未在《工伤保险条例》规定时限（含经批准延长时限）内提出工伤认定申请，在此期间职工治疗工伤发生的医疗费；

（七）不符合工伤保险规定的其他医疗费。

第二十四条 社会保险行政部门和经办机构应加强对工伤保险定点医疗机构的管理及工伤医疗费的审核，建立日常稽查、考核机制，实现对网络平台工伤医疗费结算的监控。定点医疗机构违反工伤保险就医管理规定及协议管理办法的，按照本市工伤保险定点医疗机构协议管理办法和协议约定处理。

第二十五条 本办法自2019年7月1日起施行。原《宁波市企业职工工伤医疗管理与医疗费用结算办法》（甬劳社工伤〔2004〕99号）同时废止。

附件：1.工伤职工院外检查（治疗）备案表

2.工伤职工转外就医备案表

3.工伤职工异地居住就医备案表

4.工伤职工家庭病床备案表

附件1

工伤职工院外检查（治疗）备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码  (身份证号码) |  | | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 院外检查（治疗）定点医疗机构名称 |  | | | | | |
| 职工伤情诊断、院外检查（治疗）项目、部位、转诊原因：  医生签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 住院定点医疗机构意见 | 印章：  年 月 日 | | | | | |

说明：此表一份四份，工伤职工、住院定点医疗机构、院外检查（治疗）定点医疗机构、社会保险经办机构各存一份。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工转外就医备案表 | | | | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码  (身份证号码) |  | | | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | | 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 医疗诊断 |  | | | | | | |
| 转诊时间 | 年 月 日 | | | | | | |
| 转往地区 |  | 转入地医疗机构名称 | |  | | | |
| 申请人(经办人) | 签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 职工  伤情摘要 | 医师签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 定点医疗机构意见 | 印章：  年 月 日 | | | | | | |

说明：1.此表一份四份，工伤职工、用人单位、定点医疗机构、社会保险经办机构各存一份。

2.工伤职工转外就医发生的医疗费，其“三个目录”按照宁波市工伤保险有关规定执行。

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工伤职工异地居住就医备案表 | | | | | | |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码(身份证号码) |  | | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 异地  就医原因 |  | | | | | |
| 异地就医  起止时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | |
| 异地就医  地区及  联系地址 |  | | | | | |
| 申请人  （代办人）  意见 | 签名:  年 月 日 | | | | | |
| 单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| **说明：**1.此表一份三份，工伤职工、用人单位、社会保险经办机构各存一份。 | | | | | | |
| 2.工伤职工异地居住就医发生的医疗费，其“三个目录”按照宁波市工伤保险有关规定执行。 | | | | | | |

附件4

工伤职工家庭病床备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 社会保障号码  （身份证号码） |  | | | 联系电话 |  |
| 家庭现住址 |  | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 医疗诊断、  治疗意见及  拟建床时间 | 医师签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 定点  医疗机构  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
|
|
|
|

说明：此表一份三份，工伤职工、定点医疗机构、社会保险经办机构各存一份。