《宁波市工伤保险医疗管理与医疗费

结算办法》起草说明

一、文件起草目的

2004年5月，原宁波市劳动和社会保障局、宁波市卫生局

共同印发了《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），该办法对保障我市企业职工工伤保险制度的实施发挥了积极的作用。但是，近几年来，随着工伤保险制度的不断完善、覆盖面的不断扩大，原《办法》已不能实行新形势发展，需要进行适当调整和修改：

一是工伤保险的参保范围对象发生了变化。原《办法》政策覆盖的范围对象仅指企业职工，而目前工伤保险制度已覆盖到全市机关、企事业各类用人单位和职工。因此，现有工伤医疗管理与医疗费用结算的范围对象应调整为所有参保人员。

二是随着“最多跑一次”工作的推进，社会保险经办服务理念发生了变化。原《办法》中有关工伤职工转外就医、异地居住就医、家庭病房设立等政策，都需要到社会保险经办机构办理“核准制”手续。在新形势下为方便工伤职工就医，提高社会保险经办机构工作效能，应将原《办法》中职工就医各种“核准制”调整为“备案制”。

三是随着《宁波市加快工伤认定及医疗费结算试行办法》文件实施和工伤保险信息化系统的建立，需要进一步细化和明确在就医和费用结算过程中，工伤职工、用人单位、定点医疗机构、社会保险经办机构各自的行为规范和基本要求。

基于上述考虑和目的，有必要研究制定新的《宁波市工伤保险医疗管理与医疗费结算办法》。

二、文件主要政策内容

（一）关于《办法》实施的范围对象

文件第二条规定：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）。

（二）关于工伤保险与医疗保险信息系统共享问题

为节约和减少工伤保险信息系统开发资金的投入，加快系统开发进程，发挥医疗保险信息系统现有功能，实现资源共享，文件第四条规定：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。

（三）关于工伤职工就医对用人单位的要求

为强化用人单位对工伤职工就医的责任，执行和落实工伤保险相关规定，文件第六条明确：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。

（四）关于对定点医疗机构的服务要求

为保障工伤职工医疗需求，减少医患矛盾，确保工伤基金合理使用，文件第七条对定点医疗机构提出了相关要求：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。

（五）关于工伤职工就医医疗费结算方式

根据《宁波市加快工伤认定及医疗费结算试行办法》规定，文件第八条对工伤职工门诊和住院医疗费结算方式作了进一步的明确：

1.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。

2.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。

（六）关于工伤职工住院期间院外检查问题

为方便工伤职工住院就医，解决相关定点医疗机构设备不足的矛盾，文件第九条规定：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》，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。

（七）关于工伤职工治疗过程中疾病类医疗费处理问题

职工疾病治疗费用，不属于工伤保险基金支付范围，为此文件第十条作了明确：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。

（八）关于工伤职工在外地及非定点医疗机构就医医疗费处理问题

由于现阶段我市无法实现外地医疗机构及非定点医疗机构工伤保险信息化联网，为解决工伤职工在上述医疗机构就医医疗费报销问题，文件第十一条规定：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：

1. 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；

2.工伤职工在本市以外地区医疗机构就医发生的医疗费。

（九）关于职工“待定工伤”转变为“非工伤”医疗费处理问题

经过社会保险行政部门调查核实并正式作出工伤认定结论后，部分用人单位职工“待定工伤”转变为“非工伤”，为及时追回已支付的工伤医疗费，确保工伤基金安全，文件第十三条规定：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：

1.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；

2.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。

（十）关于工伤职工就医“三个目录”标准问题

为保障我市工伤职工医疗待遇，便于政策统一和操作，文件第十四条明确：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。

(十一)关于工伤职工转外就医问题

为方便工伤职工转外就医治疗需要，文件第十五条明确了具体操作要求：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》，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。

（十二）关于工伤职工异地居住就医问题

考虑到部分工伤职工治疗期间时间较长，本地无人照顾，需要返回原籍治疗和照顾，文件第十七条规定：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》，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。

（十三）关于工伤职工设立家庭病床问题

部分工伤职工治疗期间行动不便，可能需要设立家庭病床，为此文件第十八条作出了相关规定：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》，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。

（十四）关于社会保险经办机构与定点医疗机构医疗费拨付问题

为明确社会保险经办机构与定点医疗机构医疗费拨付与结算相互责任，文件第二十条规定：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。

（十五）关于定点医疗机构工伤保险周转金问题

为减轻定点医疗机构治疗工伤职工医疗费垫付负担，文件第二十一条明确了定点医疗机构申请工伤保险周转金的规定：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。

（十六）关于工伤职工境外就医医疗费处理问题

工伤职工境外就医费用较高，为合理保障职工工伤待遇，兼顾境内外工伤保险政策相对平衡，文件第二十二条规定：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。

（十七）关于工伤保险基金不予支付的费用范围

为严格执行工伤保险政策，根据国家、省工伤保险法律法规规定，文件第二十三条明确：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：

1.治疗疾病所发生的非工伤医疗费；

2.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；

3.外购材料费、药品费、无相关病历记录的医疗费。

4.超出工伤保险“三个目录”范围的医疗费；

5.治愈后拒不出院所发生的医疗费；

6.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；

7.不符合工伤保险规定的其他医疗费。

（十八）关于文件发文部门及实施时间

由于本《办法》政策内容涉及到人力社保、卫健、医保三部门的工作及相互配合问题，此《办法》拟以这三部门名义联合发文。同时，由于本文件的实施，各级社会保险经办机构操作准备工作量较大，信息化配套建设和开发需要一定的时间，为此本《办法》与《宁波市加快工伤认定及医疗费结算试行办法》同步出台，并于2019年7月1日实施。