**六安市工伤保险就医管理办法**

**（征求意见稿）**

**第一章 总则**

**第一条** 为保障因工受伤职工或患职业病人员得到及时有效救治，规范工伤医疗服务行为，加强工伤保险基金管理，确保基金收支平衡，根据《[工伤保险条例](https://www.chashebao.com/gongshangbaoxian/12966.html" \t "https://chengdu.chashebao.com/ziliao/_blank)》和国家、省有关规定，结合六安市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于参加六安市工伤保险的用人单位及其工伤人员、移交社会化管理的工伤人员和六安市工伤保险定点医疗（康复）机构（以下简称工伤定点医疗机构）。

**第三条** 各级人力资源和社会保障行政部门负责本办法的组织实施和监督管理工作，各级工伤保险经办机构负责具体事务管理工作。

**第二章 定点医疗机构**

**第四条** 工伤保险经办机构负责与工伤定点医疗机构签订有关服务协议，明确双方的责任、权利和义务，同时各级经办机构应当将工伤定点医疗机构名单向社会公布。

**第五条** 工伤定点医疗机构应认真履行《六安市工伤保险定点医疗机构服务协议》、《六安市工伤康复医疗机构服务协议》等规定的义务，如有违反工伤保险有关规定和服务协议约定的，由工伤保险行政部门、经办机构按照工伤保险有关规定和服务协议约定处理。

**第六条** 工伤定点医疗机构应根据工伤保险信息系统建设的有关要求，进行接口联网改造和系统对接，建立具备工伤职工就医管理、医疗费用联网结算等功能的工伤医疗信息系统。根据工伤保险管理规定建立和完善各种基础数据库，及时、准确录入并传输有关信息，确保信息的准确与完整。

**第七条** 工伤定点医疗机构应设立医保（工伤）专用登记、结算窗口，明确专门机构配备专（兼）职管理人员，设置工伤保险政策宣传栏，张贴工伤职工就医流程图，设立投诉举报电话和意见箱，并提供工伤保险政策咨询服务。

**第八条** 工伤定点医疗机构应严格执行工伤保险诊疗项目目录、药品目录、住院服务标准（以下简称“三个目录”）有关规定和支付标准。使用“三个目录”外的药品、诊疗项目和住院服务时，应书面告知用人单位或工伤职工及近亲属该费用基金不予支付，并经工伤职工或其近亲属签字确认。未经用人单位或工伤职工及近亲属同意擅自使用超出“三个目录”范围所产生的医疗费用，由工伤定点医疗机构承担。

**第三章 就医康复**

**第九条** 工伤职工就医时，工伤定点医疗机构应认真核验工伤职工身份凭证、工伤保险就医凭证。已实现联网结算的，工伤定点医疗机构可从工伤业务信息系统获取工伤职工就医凭证信息。如发现人、证不符或就医凭证无效时，工伤定点医疗机构应拒绝医疗费用记账，并及时通知工伤保险经办机构，否则，发生的一切费用由工伤定点医疗机构承担。

**第十条** 长期居住在统筹地区以外的工伤职工，经六安市劳动能力鉴定委员会或委托居住地劳鉴会鉴定需要继续治疗的，工伤职工本人应在居住地选择1-2所县级以上工伤保险定点机构或同级医疗机构进行治疗，同时填报《六安市工伤职工异地居住就医申请表》，报经参保地经办机构批准。

**第十一条** 工伤职工停工留薪期满后，因工伤旧伤复发需要治疗的，用人单位或工伤职工及近亲属应在其治疗期前向参保地经办机构提出申请，填写《六安市工伤职工旧伤复发治疗申请表》，并提供定点医疗机构出具的工伤复发的诊断意见，报经参保地经办机构批准后方可就医；如伤（病）情危急，可先行救治，但应在工伤职工入院后5个工作日内到参保地经办机构补办申请手续。

**第十二条** 对工伤人员是否属于旧伤复发治疗有争议的，由六安市劳动能力鉴定委员会确认。

**第十三条** 工伤定点医疗机构应保证工伤职工知情同意权，及时向工伤职工提供门诊、住院费用结算清单和住院每日费用清单，建立工伤职工自费项目及超出医疗服务项目价格的知情确认制度。

**第十四条** 工伤定点医疗机构为工伤职工开具门诊处方、出院带药的品种和数量应当符合本次就诊工伤伤（病）情所需，并严格执行《处方管理办法》《医疗机构病历管理规定》等有关规定。对于已明确的职业性尘肺病等慢性病或者特殊情况，处方用量可以适当延长，同时医师应当注明合理的延长理由。其中出具的病历中应详细记录工伤事故发生时间、地点、原因等相关信息，如实出具诊断证明书，明确伤害部位和伤害程度。

**第十五条** 对于工伤职工在其他医疗机构所做的检查结果，工伤定点医疗机构应充分利用，避免不必要的重复检查。在诊治过程中工伤定点医疗机构对工伤职工应做到合理检查、合理治疗、合理用药，不做过度医疗，不做搭车检查，不开搭车药。

**第十六条** 工伤人员需要进行康复治疗的，经六安市劳动能力鉴定委员会确认后，应到工伤保险定点康复机构就医，发生的符合规定的康复治疗费用，由工伤保险基金支付。工伤康复治疗的就医及医疗费用结算管理，严格按照《安徽省工伤康复管理暂行办法》（皖人社发〔2010〕59号）、《安徽省工伤职工康复费用结算办法》（皖人社秘〔2011〕188号）等有关规定执行。

**第四章 转诊转院**

**第十七条** 对于转诊转院，应做到逐级转诊，并在首选本省转诊机构的基数上，按转上不转下（即转向上级医疗机构或同级专科医疗机构，不转向同级综合性医疗机构或下级医疗机构）原则进行。

**第十八条** 工伤职工治疗工伤（包括职业病）应在签订服务协议的医疗机构就医。情况紧急时可以到就近的非本市工伤定点医疗机构进行急救，用人单位或工伤职工及其亲属应在伤害发生之日起5个工作日内报告参保地经办机构，并填写《六安市工伤人员住院治疗备案申请表》。伤情稳定后，应当及时转入本市工伤定点医疗机构进行治疗。

**第十九条** 工伤职工需要转诊转院的，由用人单位或工伤职工及其亲属向经办机构提出申请，并填写《六安市工伤职工转诊转院申请表》，经医院主治医师签署意见，工伤保险定点医疗机构审核盖章后，报经办机构同意。因伤（病）情紧急无法进行正常申报的，可先转诊转院救治，但应提前向经办机构报备，并于5个工作日内补办有关手续。

**第二十条** 工伤职工转诊转院诊疗时间原则上不超过30日（特殊病种和重伤除外），伤（病）情稳定后或统筹地区工伤保险定点医疗机构已具备治疗条件的，应回原统筹地区工伤保险定点医疗机构治疗。转诊转院申请表仅限当次使用，确需继续再转入医疗机构治疗的，应再次向参保地经办机构报批。

**第二十一条**　工伤职工转诊转院的，门诊或住院医疗费由用人单位或工伤职工先期垫付。工伤职工治疗结束后，垫付人应携带转诊转院申请表、收费发票单据、费用清单明细、出院小结等资料报经办机构审核结算。

**第二十二条** 由市内二级以上（含二级）工伤定点医疗机构建议并经备案的，转往市内工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例按照标准基础核定；转往市内非工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例在标准基础上下降10个百分点；转往市外工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例在标准基础上下降10个百分点；转往市外非工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例在标准基础上下降20个百分点。

**第二十三条** 自行要求转诊转院并经参保地工伤经办机构审批手续完善后，转往市外工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例在标准基础上下降15个百分点；转往市外非工伤定点医疗机构发生的医疗费用，其报销比例在标准基础上下降25个百分点。

**第二十四条** 未经备案转往市外二级以上（含二级）工伤定点医疗机构发生的医疗费用，经办机构审核病情属我市无条件诊治的，其报销比例在标准基础上下降20个百分点；经审核病情属我市有条件诊治的，其报销比例在标准基础上下降30个百分点。

**第二十五条** 自行转往市外非工伤定点医疗机构发生的医疗费用，工伤保险基金不予支付。

**第五章 结算管理**

**第二十六条** 工伤人员因伤（病）情需要使用置入人体材料、人工器官等特殊医用材料，以及价格昂贵并纳入工伤保险支付范围的一次性医用材料，应首选国产材料，其中使用国产材料的，由工伤保险基金按照其费用的90%予以支付；使用合资材料的，由工伤保险基金按照其费用的80%予以支付；使用进口材料的，由工伤保险基金按照其费用的70%予以支付。使用特殊医用材料的范围，参照本市基本医疗保险有关规定执行。

**第二十七条** 职工认定工伤前发生的医疗费用，由用人单位或工伤职工先行垫付，待完成工伤认定后，用人单位或工伤职工可持相关材料与经办机构进行费用结算；已认定为工伤的，其治疗医疗费用由工伤定点医疗机构先行垫付，后期由工伤定点医疗机构与经办机构进行费用审核、结算。

**第二十八条** 工伤定点医疗机构每月15日前向参保地经办机构申报工伤人员医疗费用，由经办机构审核、结算费用。工伤定点医疗机构向经办机构申请结算工伤医疗费时，需提供以下材料：

1. 发票原件；
2. 患者或家属签字认可的住院医疗费用清单原件；
3. CT、DR、MRI、彩超等各种检查报告单、出院小结、医嘱等病案材料复印件（其中门诊治疗的还应提供病情证明、复式处方）；
4. 手术记录，使用植入人体材料、人工器官等特殊医用材料的需提供产品说明书或合格证复印件。

**第二十九条** 未联网结算的工伤住院或门诊医疗费用，由用人单位或工伤职工及近亲属向参保地经办机构申请结算，需提供的材料同第二十八条。

属交通事故等涉及第三方责任的还须提供《道路交通事故责任认定书》《道路交通事故损害赔偿调解书》或法院判决书、民事调解书原件以及公安机关出具的证明和赔偿证明原件等。

**第三十条** 经办机构在受理工伤医疗费用的结算申请后，应在次月15日前完成费用的审核、结算工作；如遇特殊情况需进一步核实的，可暂缓费用拨付。

**第三十一条** 工伤人员的下列项目费用，工伤保险基金不予支付：

1. 与治疗工伤无关的医疗费用；  
   （二）不符合"三个目录"规定的费用；  
   （三）符合出院条件拒不出院继续发生的费用；  
   （四）住院期间发生的门诊医疗费用和外购药品费（因就诊医疗机构

条件限制在其他工伤定点医疗机构产生的检查费用除外）；

（五）不符合规定在非六安市工伤保险定点康复机构所产生的康复理疗费用；  
 （六）违反工伤保险政策规定的其他费用。

**第三十二条** 经办机构对工伤保险定点医疗机构可按规定预留每期应支付工伤医疗费金额的10%作为履约质量保证金，根据定点年度考核结果和监督检查等情况，在次年1月底前与工伤定点医疗机构进行结算。

**第六章 监督管理**

**第三十三条** 各级人力资源和社会保障行政部门与经办机构要依据本办法及相关规定，加强对工伤定点医疗机构的监督管理，完善医疗服务质量考核内容，规范医疗机构服务行为。

**第三十四条** 各级经办机构可采取日常检查、第三方检查、实时监控等方式，对工伤定点医疗机构执行工伤保险政策和履行服务协议情况进行监督检查和年度考核，对涉嫌违规问题及费用进行调查取证，防范各种骗取工伤保险基金的行为。

**第三十五条** 各级经办机构对转外就医或异地发生的大额医疗费用及可疑费用，应组织医疗专家前往就诊机构进行核查，待核实后方可报销。

**第三十六条** 工伤定点医疗机构有下列情形之一但未造成工伤保险基金损失的，经办机构可对工伤定点医疗机构作出约谈、限期整改、暂停协议等处理：

（一）未按服务协议要求落实管理措施，相关管理机构不健全的；

（二）未按要求在规定时间内提供工伤职工的病历资料、处方、治疗单（记录）和药品等资料的；

（三）未按要求向经办机构报告工伤职工在就医时发生医疗事故的；

（四）未及时处理工伤职工投诉和社会监督反映问题的；

（五）未及时向甲方申报本单位基本信息变更的；

**第三十七条** 工伤定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构可对工伤定点医疗机构予以暂缓支付或不予支付、暂停协议等处理，已支付的违规费用，工伤定点医疗机构应主动退回：

（一）不按规定核验工伤职工身份导致他人冒名顶替就医的；不按有关标准及规定安排工伤职工住院（含挂床住院、分解住院）、出院或转院的；

（二）无正当理由拒绝为工伤职工提供相应医疗服务的；不严格执行诊疗常规和技术操作规程，或不根据病情进行治疗、用药、选择医用耗材的；

（三）将工伤保险支付范围外的药品、诊疗项目、医疗服务设施项目或生活用品、保健滋补品等费用串换为工伤保险政策范围内费用，套取工伤保险基金的；

（四）不按规定开药、出院带药、不按医嘱或处方为工伤职工提供检查、治疗及配药；发生重复、分解、过度、超限制范围等违规诊疗、检查行为导致增加费用的；

（五）将因医疗事故及治疗其后遗症产生的医疗费用进行工伤费用申报的；

（六）通过诱导工伤职工自费、到院外购买药品、器械等方式增加工伤职工个人负担的；

（七）在为工伤职工提供医疗服务过程中，出现严重差错或事故，或因违规受到卫生健康、市场监管、医保等部门行政处罚的；

（八）超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务或将科室或房屋承包、出租给个人及其他机构，并以工伤定点医疗机构名义开展医疗服务的；

（九）以工伤定点机构名义从事商业广告和促销活动，诱导医疗消费的；

（十）其他造成工伤保险基金损失的违约或违法行为。

**第三十八条** 工伤定点医疗机构发生以下违约违法行为的，一律解除服务协议，对已支付的费用予以追回：

（一）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务骗取工伤保险基金的；

（二）无正当理由拒绝、阻挠或不配合甲方、第三方机构开展必要监督检查的；

（三）协议有效期内，累计2次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（四）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；

（五）其他造成严重后果或重大影响（媒体曝光、行业审计等）的违规行为。

**第七章 附则**

**第三十九条** 用人单位、工伤人员（或亲属）、工伤定点医疗机构套取、骗取工伤保险基金支出的，按照《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》及部、省、市的有关规定处理。

**第四十条** 本办法由六安市人力资源和社会保障局负责解释，如有变动，再另行通知。

**第四十一条** 本办法自2021年 月 日起施行。