

乌海市工伤保险定点医疗机构管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 根据《社会保险法》、《工伤保险条例》、《内蒙古自治区工伤保险条例实施办法》、《关于加强工伤保险医疗服务协议管理工作的通知》（劳社部发〔2007〕7号）和《人力资源和社会保障部关于印发工伤保险经办规程的通知》（人社部发〔2012〕11号）等有关规定，为加强和规范工伤保险定点医疗机构管理，确保因工作遭受事故伤害或者患职业病的职工及时获得医疗救治，维护工伤职工的合法权益，保障工伤保险基金安全运行，现结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于乌海市行政区域内的用人单位及其工伤职工、社会保险经办机构、工伤保险定点医疗机构（以下简称“工伤定点医疗机构”）。

第三条 市人力资源和社会保障局负责全市工伤保险定点医疗机构管理政策的制定、资格审核确认、监督指导及行政处理等工作；各区人力资源和社会保障局按照属地管理原则，负责做好本辖区工伤保险经办管理服务的监督指导和工伤定点医疗机构监管工作。市社会保险事业局负责全市工伤定点医疗机构的协议签订、服务考核、市本级工伤保险经办服务和对各区社保局业务指导；各区社保局负责各区工伤保险经办和辖区工伤定点医疗机构日常考评。

第二章 工伤定点医疗机构的确定

第四条 本办法所称的工伤定点医疗机构，是指经市人力资源和社会保障局审核认定，在公开、公正、平等协商的基础上与市社保局签订工伤医疗服务协议，为工伤职工提供医疗服务的医疗机构。

第五条 工伤定点医疗机构的审核确定原则：满足工伤职工的工伤医疗需要；方便工伤职工就医，便于监督管理；发挥医疗卫生服务机构的作用，提高医疗卫生资源的利用效率；规范医疗行为，合理控制医疗服务成本和医疗收费价格，保证工伤保险基金合理使用。

第六条 工伤定点医疗机构应同时具备以下条件：

（一）经卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的二级以上医疗机构；

（二）已取得乌海市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构资格，具备为工伤职工提供良好医疗服务的条件，在工伤救治、康复和职业病防治方面有专业技术优势；

（三）遵守国家有关医疗服务和职业病防治管理的法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度；

（四）遵守国家、自治区、乌海市价格管理部门规定的医疗服务和药品价格政策；

（五）建立与工伤保险管理相适应的管理机构和内部管理制度，能积极配合经办机构做好工伤保险的医疗服务工作；

（六）具备与工伤保险信息管理系统联网条件，可定时

交换工伤医疗数据信息，具备与经办机构直接结算的条件；

(七) 遵守社会保险的法律、法规。

第七条 符合条件并愿意提供工伤保险定点医疗服务的乌海市医疗机构，可向市人力资源和社会保障局提出书面申请，并提供以下材料：

(一) 工伤定点医疗机构申请表；

(二) 《医疗机构执业许可证》副本及复印件；

(三) 取得乌海市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构资格文件或相关证明材料的复印件；

(四) 在职人员名册汇总表（应标注具有副主任医师以上专业技术职称人员），以及参加社会保险情况的资料；

(五) 成立工伤保险业务管理机构文件及分管领导和专（兼）职管理人员名单；

(六) 人力资源和社会保障行政部门规定的其他材料。

本办法实施前已确定的工伤定点医疗机构，不需重新申请，由市社保局与工伤定点医疗机构签订服务协议。协议期满后，视情况续签。

第八条 工伤定点医疗机构注册登记地址以外的或独立核算的分支机构，需另行申请工伤定点医疗机构资格。

第九条 市人力资源和社会保障局根据医疗机构的申请及提供的各项材料，进行资质审查，并出具审查认定文件。市社保局与通过认定的医疗机构签订工伤定点医疗服务协议，报市人力资源和社会保障局审核备案后统一向社会公布。

第十条 工伤定点医疗机构应加强工伤保险政策法规的宣传和培训，通过设置工伤保险政策宣传栏、投诉箱和导医服务台，并公布工伤保险咨询与联系电话等方式，为工伤职工就医提供咨询和投诉服务。

第三章 工伤就医管理

第十一条 职工发生工伤后，应到我市工伤定点医疗机构就医治疗，并提供本人真实身份材料进行工伤治疗登记。

伤情危急、长期驻外、因公出差的职工发生工伤，可送往就近医疗机构进行急救，用人单位或工伤职工家属需在事故发生 48 小时内报参保地社保局备案。待工伤职工伤情稳定后，应及时转入我市工伤定点医疗机构继续治疗。

长期居住在我市以外（6 个月以上）的工伤职工，经市劳动能力鉴定委员会鉴定需要继续治疗的，可向参保地社保局申请，选择居住地的一家县级及以上的工伤定点医疗机构或基本医疗保险定点医疗机构进行治疗，其备案后发生的符合工伤保险有关规定的医疗费用，由工伤保险基金支付。

第十二条 工伤职工因旧伤复发需要治疗的，用人单位或工伤职工凭工伤定点医疗机构出具的诊断证明，向参保地社保局申请并经核准后，列入工伤保险医疗服务管理范围。

用人单位、工伤职工、参保地社保局因旧伤复发需要治疗发生争议的，须凭工伤定点医疗机构出具的诊断证明，向市劳动能力鉴定委员会申请鉴定确认。

第十三条 工伤定点医疗机构在工伤职工办理门诊挂号

或住院登记手续时，应认真核对人员身份和就诊类别，严格区分工伤治疗与非工伤疾病治疗医疗费用。工伤职工在治疗工伤期间所发生的治疗非工伤疾病的医疗费用，不列入工伤保险基金支付范围。

第十四条 工伤定点医疗机构应认真落实自治区加强住院管理有关要求，严格掌握住院标准，按规定为工伤职工办理住院手续，并建立工伤职工住院请假制度，杜绝挂床住院、叠床住院、虚假病历等违规现象发生。

第十五条 工伤定点医疗机构应遵守工伤保险相关规定，严格执行工伤保险项目目录、工伤保险药品目录和工伤保险住院服务标准（以下简称“三个目录”），坚持因伤施治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，为工伤职工提供良好的医疗服务。对诊疗时确需使用“三个目录”范围以外项目的，应向工伤职工或其家属作出工伤保险基金不予支付的告知，经对方签字同意后方可使用。

第十六条 工伤定点医疗机构要严格遵守国家、自治区、乌海市的医疗卫生法规和政策，规范医师执业行为，加强医学诊断证明管理，杜绝开大处方、擅自延长治疗期或康复期、滥开转院证明等违规情况。

工伤定点医疗机构对工伤职工出具的医学诊断证明，应严格按照卫生行政部门对加强医疗机构医学诊断证明管理的有关规定执行。

第十七条 工伤职工符合出院条件，工伤定点医疗机构

应向工伤职工或其家属出具出院证明材料，为其办理出院手续。对不配合办理出院结算手续的，工伤定点医疗机构应书面通知该职工参保地社保局，由参保地社保局向市人社局工伤科申请医疗专家对是否符合出院条件进行确认。经确认符合出院条件而不出院的，自出院证明材料明确出院时间的次日起发生的费用，工伤保险基金不予支付。

第十八条 工伤定点医疗机构应严格把关，认真做好工伤职工转院初审工作。因医疗条件所限需要转往市外三级以上定点医疗机构治疗的，应由工伤职工本人或其家属、用人单位填写《乌海市工伤职工转诊转院备案表》，到我市工伤保险定点转院审批医疗机构（市人民医院）申请，对伤情严重、符合转院条件的，市人民医院应及时办理转院手续，在《乌海市工伤职工转诊转院备案表》上签署意见并加盖公章，报参保地社保局备案后办理转院手续。

第十九条 工伤定点医疗机构应积极配合人力资源和社会保障行政部门、市劳动能力鉴定委员会做好工伤认定、劳动能力鉴定等工作；积极配合市、区社保局做好工伤医疗费用审核等工作；根据人力资源和社会保障行政部门和市、区社保局工作需要，及时调取、如实提供病案、病历、处方和诊断证明书等相关材料。

第二十条 工伤职工因办理劳动能力鉴定，需进行医疗检查诊断的，应到工伤定点医疗机构检查诊断；工伤定点医疗机构应当积极配合，为鉴定提供依据。

第二十一条 工伤职工在工伤定点医疗机构就医发生医疗事故的，按照《医疗事故处理条例》处理。

第四章 工伤医疗费用结算

第二十二条 市、区社保局按工伤职工参保属地原则进行工伤保险经办管理、待遇审核结算。

第二十三条 工伤医疗费用结算方式：

市、区社保局与工伤定点医疗机构未实行实时结算的，工伤职工治疗工伤所需的医疗费用及其他工伤保险待遇，原则在工伤职工医疗终结后1个月内，由用人单位或工伤职工持费用清单、发票原件，诊断证明、属医技类费用的检查诊断报告单、治疗病历或出院证明材料原件与复印件，以及其他有关资料到参保地社保局进行结算。市、区社保局和工伤定点医疗机构应创造条件开展工伤住院医疗费用实时结算，减轻工伤职工医疗费用支付负担。

对在已实行实时结算工伤定点医疗机构住院的并已认定为工伤的参保职工，其出院时，可按相关规定实行实时结算（第三方造成伤害的除外）。其他情形的，由用人单位或工伤职工个人先行垫付，再向参保地社保局申请按本条第一款规定报销有关的工伤保险待遇费用。

第二十四条 对工伤职工发生的符合工伤保险药品目录、诊疗项目目录和住院服务标准等医疗费用和康复费用，由参保地社保局从工伤保险基金中按规定予以支付。

对于工伤职工治疗非工伤疾病所发生的费用、符合出院

条件拒不出院继续发生的费用、未经参保地社保局审核备案自行转入其他医疗机构治疗所发生的费用和其他违反工伤保险有关规定的费用，工伤保险基金不予支付。

第二十五条 工伤人员医疗费用由参保地社保局与工伤定点医疗机构按规定结算，市社保局定期向各区社保局拨付周转金。

第二十六条 跨年度连续住院的，按出院时的年度结算标准和方法结算。

第二十七条 工伤定点医疗机构的工伤门诊医疗费用结算，按本办法第二十三条第一款有关规定办理。

第二十八条 工伤住院、门诊医疗费用和康复医疗费用结算采取月度结算方式，质量保证金采用年度结算方式。

月度结算（月度结算周期为每月自然周期）办法如下：

（一）工伤定点医疗机构应于每月 10 日前将上月工伤职工住院、门诊和康复医疗费用情况报表（包括电子文档）按规定格式内容上报到参保地社保局。参保地社保局于当月 25 日前审核完毕后，按月拨付月度结算额，并预留质量保证金。

（二）月度结算额和预留质量保证金具体计算公式如下：

1. 月度结算额：每月拨付金额=每月实际发生的工伤保险统筹范围内的住院、门诊和康复医疗费用×90%。

2. 预留质量保证金：每月预留质量保证金=每月实际发生的工伤保险统筹范围内的住院、门诊和康复医疗费用×10%。

年度结算（年度结算周期为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日）

结算办法如下：

（一）工伤定点医疗机构必须于每年1月底前持上年度发生的医疗费用结算材料（包括电子文档），向参保地社保局提出年度结算申请。结算材料包括：结算申报表、费用情况分析报告及其他要求上报的材料。

（二）根据每年市社保局组织的年度考核和所属地社保局日常监督检查等综合考核得分折成百分比，与工伤定点医疗机构年度内预留质量保证金总额相乘进行结算。

（三）年度质量保证金 = 每月预留质量保证金相加总和。

第五章 监督管理

第二十九条 各级人力资源和社会保障行政部门会同卫生健康、市场监管、医疗保障等有关部门加强对工伤定点医疗机构服务、收费和管理等标准的监督检查；对工伤定点医疗机构资格进行定期审核，听取工伤职工、医疗机构以及社会各界对改进工伤保险工作的意见。

第三十条 市、区社保局要依据协议加强对工伤医疗服务和医疗费用的管理和监督检查，按照工伤保险有关规定和协议约定，及时支付工伤职工发生的医疗服务费用；建立、健全工伤保险医疗服务费用管理制度和各类台账，做好费用的统计分析；定期听取工伤定点医疗机构对工作的改进意见；协调定点医疗机构与用人单位以及工伤职工关于工伤保险医疗服务的相关事宜。

第三十一条 工伤定点医疗机构应加强内部管理，根据

工伤保险政策规定制定工伤保险的各项管理制度，做好自审自查工作，并接受各级人力资源和社会保障部门对工伤保险法规政策执行情况以及定点医疗服务质量等方面的检查和监督。

第三十二条 工伤定点医疗机构有下列情形之一的，人力资源和社会保障行政部门责令改正，参保地社保局对不合理的费用不予结算。

（一）违反工伤定点医疗机构住院管理规定，骗取工伤保险基金的；

（二）其他违反工伤保险法规政策的。

第三十三条 工伤定点医疗机构有下列情形之一的，人力资源和社会保障行政部门可以取消其工伤定点医疗机构资格，市社保局终止协议。

（一）弄虚作假、提供不实材料，骗取工伤定点医疗机构资格的；

（二）未定期进行资格审核或自愿解除工伤定点医疗机构服务协议；

（三）被卫生行政部门取消职业资格，或进行合并、注销、解散的；

（四）挂名就医、伪造病历，住院病历与住院医疗费明细不符；将不符合规定的诊疗项目和药品列入工伤保险基金支付范围；推诿工伤职工就医，不能保证工伤职工正常的检查、医疗和用药的；违反诊疗项目收费标准和药品及产品价

格规定乱收费等情节严重，造成不良后果的；

（五）给工伤职工出具与其伤情不符的检查检验报告、临床诊断证明书，弄虚作假的；

（六）工伤定点医疗机构违反第三十二条规定，造成恶劣影响，且经人力资源和社会保障行政部门责令整改无效的；

（七）其他违反工伤保险法规政策规定的。

第三十四条 工伤定点医疗机构有下列情形之一的，用人单位、工伤职工及经办机构可拒付医疗费用；情节严重的，除拒付医疗费用外，经办机构可暂停或终止协议；终止协议的，二年之内不得再次签订服务协议。

（一）违反卫生部门制定的住院病人管理规定挂床住院的；

（二）冒用工伤参保人员身份住院治疗的；

（三）违反临床用药常规及联合用药规范，超剂量、超品种、使用非治疗药物、医嘱外用药等滥用药物的；

（四）违反规定，将目录外药品或物品串换成目录内药品的；

（五）违反价格规定收费的；

（六）将医疗事故发生的治疗费用按工伤治疗费用结算的。

第三十五条 工伤定点医疗机构有骗取工伤保险基金行为的，由人力资源和社会保障行政部门责令退还骗取的工伤保险基金，并依据《社会保险法》进行处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十六条 市人力资源和社会保障局、市社保局建立和完善工伤定点医疗机构工伤医疗服务质量考评制度，并定

期进行检查考核，通报反馈。对考评不合格的工伤定点医疗机构，可视情况责令限期整改，通报批评。

第六章 附则

第三十七条 本办法由乌海市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十八条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。如国家和自治区另有规定，从其规定执行。