

重庆市人力资源和社会保障局重庆市卫生局 关于印发《重庆市工伤职工就医管理办法》的 通知

渝人社发〔2010〕203号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、卫生局，北部新区社会保障局：

《重庆市劳动和社会保障局重庆市卫生局关于印发重庆市工伤职工就医管理暂行办法的通知》（渝劳社发[2004]23号）实施以来，对保障工伤职工就医需求发挥了积极作用。为进一步适应经济社会发展需要，经市人力资源和社会保障局、市卫生局研究，对《重庆市工伤职工就医管理暂行办法》进行了修改和完善，形成了《重庆市工伤职工就医管理办法》。现印发给你们，请遵照执行。

重庆市人力资源和社会保障局 重庆市卫生局

二〇一〇年十月二十二日

重庆市工伤职工就医管理办法

第一条 为加强工伤职工就医管理,保障工伤职工获得及时、安全、有效的服务,合理使用工伤保险基金,根据《工伤保险条例》和《重庆市人民政府关于印发重庆市工伤保险实施暂行办法的通知》(渝府发〔2003〕82号)规定,制定本办法。

第二条 本市行政区域内参加了工伤保险的用人单位工伤职工,因工作遭受事故伤害或者被诊断为职业病并认定为工伤的,就医以及工伤旧伤复发或后续治疗(以下统称就医)按本办法执行。

第三条 市人力资源和社会保障局行政部门负责确定工伤保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)定点资格并向社会公布名单,工伤保险经办机构在平等协商的基础上与取得定点资格的医疗机构签订工伤医疗服务协议。

第四条 工伤职工治疗工伤,必须持本人《社会保障卡》(无《社会保障卡》的持本人身份证),到定点医疗机构就医。定点医疗机构应认真核对工伤职工身份,严禁冒名顶替住院。

第五条 严格执行首诊负责制和转诊、转院制度。

(一)职工治疗工伤,应到参保所在区县(自治县)的定点医疗机构就医;急诊抢救的,可直接到市级转诊定点医疗机构就

医，也可根据病情到就近的非定点医疗机构就医，伤情平稳后转到定点医疗机构治疗。特殊情况不能转院或在市外医院抢救的，应在入院后3日内向参保地工伤保险经办机构报告。

(二) 工伤职工因病情需要转往市级转诊定点医疗机构的，由诊治医院向职工参保地工伤保险经办机构提出申请，经批准后实施。参保地工伤保险经办机构须于3日内将已批准转诊、转院的情况报市工伤保险经办机构备案。

(三) 工伤职工因病情需要转往市外就医的，由市级转诊医院提出申请，经市工伤保险经办机构批准后实施，发生的医疗费用按本办法支付。

(四) 长期派驻市外工作或长期居住市外的工伤职工，经参保地工伤保险经办机构同意，可在工作地或居住地确定1—2家取得当地工伤保险定点资格的医疗机构就医，发生的医疗费用按本办法支付。

(五) 参保地和从业地（或居住地）不在同一区县（自治县）的工伤职工，经参保地工伤保险经办机构批准，可在从业地（或居住地）定点医疗机构就医。

第六条 定点医疗机构必须严格掌握出入院指征，对符合住院指征的工伤职工，首诊医院必须按规定收治住院，不得推诿。对不符合住院指征的工伤职工，不得收治住院。工伤职工可以出院治疗的，应及时通知出院，严禁故意滞留工伤职工和挂床住院。



工伤职工接到定点医疗机构出院通知后，应及时办理出院手续，不得拒绝出院或无故拖延出院时间。对出院通知下达后拒绝出院的，定点医疗机构要及时通知工伤保险经办机构，自出院通知下达之日起发生的医疗费用，由用人单位和工伤职工承担，工伤保险基金不予支付。

第七条 定点医疗机构应为首次就诊的工伤职工出具诊断证明，明确伤害部位和伤害程度，并根据工伤职工自述详细记录受伤时间和经过。

第八条 定点医疗机构应坚持因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗的医疗原则，严格执行物价部门规定的收费标准。对违反医疗原则或不按规定收费产生的医疗费用，由定点医疗机构承担。

第九条 定点医疗机构对工伤职工诊治时，应严格执行《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和重庆市工伤保险医疗服务项目（以下简称目录），超过目录范围的药品和诊疗费用，工伤保险基金不予支付。抢救危重工伤职工确需使用目录外药品和诊疗项目的，由主治医师提出申请，经科室主任签批后使用，定点医疗机构须于使用之日起3日内填报《重庆市工伤医疗特殊项目（药品）审批表》，报与其签订服务协议的工伤保险经办机构办理审批手续，未经同意的，工伤保险基金不予支付，相关审批材料存档备查。



工伤职工治疗工伤，确因病情需要使用目录外的药品和诊疗项目的，由三等甲级市级转诊医疗机构主治医师提出申请，经科主任签署意见后，定点医疗机构填写《重庆市工伤医疗特殊项目（药品）审批表》报市工伤保险经办机构审核后，送市人力资源和社会保障局组织相关专业的专家论证，经批准后使用的，由工伤保险基金支付费用。

未经用人单位、工伤职工或其家属签字同意，定点医疗机构擅自使用目录外药品或诊疗项目所发生的费用，由定点医疗机构承担。

第十条 工伤职工出院带药限定在 7 天给药剂量之内，门诊治疗限定在 5 天给药剂量之内，慢性疾病处方不超过 14 天给药剂量。

参保职工以疑似职业病就医住院观察，并在本次住院确诊为职业病并认定为工伤的，从作出职业病诊断结论之日起发生的医疗费用纳入工伤保险基金支付。

第十一条 工伤职工在工伤医疗期间同时治疗与工伤无关联的其它疾病所发生的医疗费用，定点医疗机构应单独记帐，工伤保险基金不予支付。

第十二条 参保职工已被人力资源和社会保障局行政部门认定为工伤的，在定点医疗机构发生的应由工伤保险基金支付的医疗费用，由定点医疗机构记帐后与其签订医疗服务协议的工伤保险

经办机构结算。未经认定为工伤的参保职工发生的医疗费用，以及在市外治疗工伤的医疗费用，由用人单位或工伤职工与定点医疗机构结清，经人力资源和社会保障行政部门认定为工伤后，由用人单位持诊断证明、处方底单、医疗费收据、住院费用清单、病历等有关材料，填报《工伤职工医疗费报销单》，到参保地工伤保险经办机构按规定结算。

各定点医疗机构应于每年的3月31日以前，将上年（截止时间12月31日）发生的医疗费用与工伤保险经办机构结清。

第十三条 工伤保险经办机构可采取按服务项目、按病种、按人头以及总额预付等方式与定点医疗机构结算工伤医疗费用。对工伤发生频率较大但医疗费用总额不高的，也可采取其它适当的简易结算办法进行结算，具体办法由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第十四条 定点医疗机构应妥善保管工伤职工的全部医疗档案资料，人力资源和社会保障行政部门、工伤保险经办机构因工作需要查询档案资料时应予以配合。

第十五条 用人单位和工伤职工对定点医疗机构推诿、滞留就医人员，不按规定提供医疗服务以及工伤保险经办机构不按规定支付医疗费用等行为，有权举报和投诉。

第十六条 用人单位、工伤职工、定点医疗机构与工伤保险经办机构就工伤医疗费支付发生争议的，由同级人力资源和社会保障



保障行政部门协调处理，必要时组织专家进行论证。

第十七条 市和各区县（自治县）人力资源和社会保障局行政部门对定点医疗机构工伤保险服务进行年终考核和定点资格年审，并作为续签工伤医疗服务协议的依据。

第十八条 本办法自 2010 年 10 月 1 日起施行。原《重庆市劳动和社会保障局重庆市卫生局关于印发重庆市工伤职工就医管理暂行办法的通知》（渝劳社发[2004]23 号）同时废止。