

附件：

北京市工伤职工就医和医疗费用 结算管理暂行办法

第一条 为了加强工伤职工就医和医疗费用结算管理，根据国家有关规定和《北京市实施〈工伤保险条例〉若干规定》，结合本市实际情况，制定本办法。

第二条 本办法适用于参加本市工伤保险的用人单位的工伤职工和移交社会化管理的工伤职工。

第三条 本办法所称工伤医疗机构，是指根据工伤职工的分布情况和医疗救治的需要，由市社会保险行政部门确认，并与市医疗保险事务管理中心（以下简称市医保中心）签订工伤服务协议医疗机构。工伤医疗机构由市社会保险行政部门向社会公布。

第四条 工伤医疗机构为工伤职工治疗工伤部位或职业病所需费用符合北京市工伤保险药品、诊疗项目、住院服务标准（以下简称“三个目录”）规定的，工伤保险基金予以支付。

第五条 工伤医疗机构应当遵守工伤保险的有关规定，使用基本医疗保险专用处方并加盖工伤医疗专用章。

工伤医疗机构因为工伤治疗需要为工伤职工出院带药量或门（急）诊开药量最多不能超过一个月。

第六条 工伤医疗机构应为受伤职工出具诊断证明书，并明确伤害部位和伤害程度。

工伤职工因日常生活或者就业需要配置辅助器具的，工伤医疗机构应为工伤职工出具配置辅助器具的诊断证明书。

第七条 工伤职工治疗工伤应当在签订服务协议工伤医疗机构就医，情况紧急时可先到就近的医疗机构急救。工伤职工医治受伤部位或职业病时，应当持本人《工伤证》到工伤医疗机构就医，《工伤证》仅作为工伤职工本人就医的凭证使用。

工伤医疗机构收治工伤职工时，应当核对工伤职工的身份信息、工伤信息以及参保信息。

第八条 因工伤导致精神疾病或传染病的工伤职工，工伤认定决定或鉴定结论上明确“伤害部位或疾病名称”包括精神疾病、传染病的，治疗精神疾病或传染病的，可以到本市精神病专科医院或传染病专科医院就医，发生的费用先由用人单位垫付，就医结束后按规定到社保经办机构报销。实行社会化管理的工伤职工，到精神病专科医院或传染病专科医院就医的，发生的费用先由个人垫付。

第九条 工伤职工在工伤医疗机构住院治疗受伤部位或职业病时，因病情治疗需要到北京市以外的医疗机构治疗的，由工伤医疗机构出具转诊证明，经区、县医保中心同意备案，可到外省

市基本医疗定点机构治疗。工伤职工跨统筹地区就医所发生的费用，可先由其所在单位垫付，经医保中心审核后，按本市有关规定结算。

第十条 工伤职工回外埠长期居住的，应选择一家乡级（含）以上工伤医疗机构作为本人医治受伤部位或职业病的医疗机构，并向本人所在单位申报。由用人单位向所在区、县社会保险行政部门备案后，发生的工伤医疗费用符合“三个目录”的由工伤保险基金支付。

第十一条 职工因工外出期间发生工伤事故，经外埠医院抢救脱离危险，伤情稳定后，应及时转到本市工伤医疗机构进行治疗。

第十二条 职工被派到国外或者到港、澳、台工作，发生工伤后在国外或者港、澳、台抢救治疗的医疗费用由用人单位负责。回国后需要继续治疗的，应到本市工伤医疗机构就医，符合“三个目录”的医疗费用由工伤保险基金支付。

第十三条 受伤人员在工伤认定结论之前的工伤医疗费和工伤职工在外埠医治工伤的费用，由用人单位垫付。受伤人员被确定为工伤后，由用人单位持处方底单、医疗费收据、费用清单和申报结算凭证，向区、县医疗保险经办机构进行审核结算。

第十四条 工伤职工住院期间，用人单位欠缴工伤保险费的，工伤职工发生的医疗费用继续由工伤保险基金支付；用人单

位欠缴工伤保险费期间，新发生的工伤，工伤职工医疗费用由用人单位支付。

第十五条 工伤职工符合出院条件拒不出院的，发生的医疗费用由工伤职工个人负担。

第十六条 工伤医疗费用可按以下方式结算：

（一）工伤职工门（急）诊、急诊留观和住院医疗费用以服务项目为主要方式结算；

（二）工伤职工医疗的费用，可以实行定额付费、按病种付费等其他付费方式。

第十七条 工伤职工治疗受伤部位或职业病的门（急）诊、急诊留观和在外埠医疗机构治疗的医疗费用先由个人或单位垫付，个人垫付的医疗费用，由用人单位汇总；移交社会化管理的工伤职工，由其所在街道、乡（镇）的社会保障事务所汇总。用人单位或社会保障事务所持处方底方、医疗费收据、费用清单和申报结算凭证，在每月1至20日报区、县医疗保险经办机构进行审核结算。

用人单位或社会保障事务所收到社会保险经办机构支付的工伤职工个人垫付的医疗费用后，应在7日内转交工伤职工。

第十八条 工伤职工治疗受伤部位或职业病的住院费用，采取工伤医疗机构先记帐后结算的方式，职工出院后由工伤医疗机构持工伤职工医疗费用明细单、申报结算凭证，每月1至20日向用人单位所在区、县医疗保险经办机构申报审核结算。

工伤职工住院治疗受伤部位或职业病时发生的外购药品费用，工伤保险基金不予支付。

第十九条 工伤职工单次住院医疗费用超过5万元的，区、县医疗保险经办机构初审后，报市医保中心复审，市医保中心应在30日内完成复审，并将复审结论通知区、县医疗保险经办机构。

第二十条 区、县社会保险经办机构应在收到申报材料后15日内完成审核结算支付。

第二十一条 本办法自《北京市实施〈工伤保险条例〉若干规定》（市政府第242号令）公布之日起施行，《北京市工伤职工就医和医疗费用结算管理暂行办法（京劳社工发[2003]197号）》同时废止。