**附件：**

**北京市工伤保险辅助器具配置机构评估确定办法（试行）**

第一条 为规范工伤保险辅助器具配置机构的管理，提升工伤保险辅助器具配置服务水平，根据《工伤保险辅助器具配置管理办法》（人力资源社会保障部、民政部、国家卫生计生委第27号令）及《北京市实施<工伤保险辅助器具配置管理办法>的意见》（京人社工发﹝2018﹞158号）（以下称《实施意见》），结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内申请承担工伤保险辅助器具配置服务的辅助器具装配机构和医疗机构（以下称辅助器具配置机构）的评估确定。

第三条 市社会保险经办机构（以下称经办机构）按照本办法，根据工伤保险辅助器具配置的管理和服务的需要，选择行政区域内服务质量好、价格合理、管理规范的辅助器具配置机构为工伤保险辅助器具配置机构（以下称协议机构），并签订服务协议；要简化办事程序，优化工作流程，提升服务质量；保证程序公开透明，结果公正合理。与辅助器具配置机构的签约流程、规则、结果应向社会公开。

第四条 经办机构要规范服务协议内容，服务协议应包括协议期限、服务范围、服务内容、服务质量、付费方式、费用管理、违约责任、争议处理等方面内容。协议管理细则由经办机构另行制定。

第五条 经办机构应成立协议机构专家咨询委员会。专家咨询委员会每年对协议机构的运行情况进行评估，提出本年度是否开展新增协议机构工作建议，并参与新增协议机构评估确定工作。专家咨询委员会由社会保险、行业协会、辅助器具配置等方面的专家组成。

第六条 专家咨询委员会提出本年度新增协议机构工作建议后，经办机构根据建议，确定开展新增协议机构工作通知，明确具体条件、申请材料、工作时限等，通过北京市人力资源和社会保障局（以下简称“市人力社保局”）网站向社会公布。

第七条 本市行政区域内依法设立的辅助器具配置机构，符合本市协议机构设置规划，申请签订服务协议的，应向经办机构递交《北京市工伤保险辅助器具配置机构申请书》，并提供以下材料：

（一）民政部门颁发的有效的《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书》原件；

（二）《实施意见》第五条第三项规定的假肢配置和矫形器配置专业技术人员相关资料；

（三）《实施意见》第五条第四项规定的设备和工具的清单和权属情况，专业人员相关资料；

（四）《实施意见》第五条第五项、第六项规定的场地权属性质、使用情况和功能说明；

（五）机构内部管理制度、质量监控措施和售后服务体系相关材料；

申请成为工伤职工配置制氧机机构，应提供前款第（五）项规定的材料。

辅助器具配置机构为工伤职工配置的辅助器具属于医疗器械的，应提供食品药品监督管理部门核发的有效的医疗器械备案凭证或注册证、医疗器械经营备案凭证或许可证等相关证件的原件。

第八条 经办机构工作人员应集中受理辅助器具机构申请，并对申请材料进行审核、查验，材料齐全的，予以接收；材料不齐全的，应一次性书面告知需要补正的材料。

第九条 经办机构对接收材料的辅助器具配置机构开展考察评估工作，包括社会诚信信息核查、资料查验、现场检查。有下列情况之一的，终止对该机构的考察评估。

（一）信息核查，发现近三年内因违反相关法规，被社会保障、卫生计生、民政等行政部门处理的；

（二）资料查验，发现提供虚假材料的；

（三）现场检查，对辅助器具配置机构的资质情况、场地设施、人员配置、内部管理等情况进行检查，现场检查不合格的。

第十条 经办机构将专家咨询委员会评估通过的辅助器具配置机构名单在本市人力社保局网站等进行公示（公示期为5个工作日），接受监督举报。被举报的辅助器具配置机构，经核查属实，确定不符合新增协议机构条件的，终止对该机构的考察评估。

第十一条 经办机构与评估审定合格辅助器具配置机构就服务协议内容进行协商，协商期不超过15个工作日，自协商之日起开始计算。协商期内双方达成一致意见的，拟签订服务协议；无法达成一致意见的，经办机构终止与该机构的协商。

第十二条 经办机构与通过评估的辅助器具配置机构签订服务协议，发放“北京市工伤辅助器具配置机构”标牌，向社会公布名单，并报市人力社保局备案。

第十三条 经办机构和协议机构要严格遵循服务协议的约定，认真履行协议。对违反服务协议约定的，应当按照协议追究违约方责任。

第十四条 市区两级经办机构应根据服务协议约定，可通过信息系统数据分析、日常检查、受理举报投诉等多种方式加强对协议机构服务协议履行情况进行监督和管理。

第十五条 市区两级经办机构应及时向协议机构通报工伤保险政策、管理制度、操作流程等变化情况；审核协议机构申报的辅助器具配置费用，对符合工伤保险基金规定的配置费用予以支付，对不符合规定的配置费用予以拒付或追回。

第十六条 协议机构应严格执行工伤保险、卫生计生、民政等相关部门的规定，规范自身从业行为。在履行服务协议期间，在社会保险信息系统中登记项目发生变化的，要根据服务协议约定及时办理相关手续。

第十七条 服务协议约定期满，愿意继续承担协议机构需提出继续签订服务协议申请。经办机构对其进行考核，考核通过后可与其继续签订服务协议。

第十八条 协议机构以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取工伤保险基金支出的，由人力社保行政部门责令退回骗取的工伤保险基金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；可解除服务协议；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**附表：**

**北京市工伤保险辅具器具配置机构申请书**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | | 邮编 | | |  | |
| 法定代表人 | |  | | | | 负责人 | | | | | |  | | | | |
| 营业执照号码 | |  | | | | 假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书号码 | | | | | |  | | | | |
| 注册资本 | | （万元） | | | | 所有制形式 | | | | | |  | | | | |
| 联系人 | |  | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | |
| 辅助器具配置场地状况 | | 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 提供方式 | | | □自有产权□租借  □无偿提供 | | | | 使用年限 | | | |  | | | |
| 产权或使用权归属 | | |  | | | | 面积 | | | | （平米） | | | |
| 假肢取模室、修模室、接受腔制作成型室、打模室、装配室、功能训练室面积（平米）：  、、、、、 | | | | | | | | | | | | | | |
| 为工伤辅具器具配置提供服务床位数 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 设备状况    设备状况 | | 名称 | | | | 型号 | | 数量 | | | 用途 | | | | | 备注 |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
| 名称 | | | | 型号 | | 数量 | | | 用途 | | | | | 备注 |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | |  | | | | |  |
| 从业人员  状况 | | | 人员姓名 | 专业名称 | | | 技术等级 | | | 从业时间 | | | | 备注 | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 申请理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位意见 | 法定代表人（负责人）签字：（盖章）  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市社保经办机构  材料审查情况 | 审查人签字：（盖章）  负责人签字：  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市社保经办机构评估意见 | 负责人签字：（盖章）  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**说明：**

一、本申请书一式两份，由市社保经办机构和申请单位分别留存。

二、申请成为工伤职工配置制氧机机构应当填写本申请书，其中“假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书号码”填写“第二类医疗器械经营备案凭证或医疗器械生产企业许可证号码”，“辅助器具配置场地状况”只填写提供方式、使用年限、产权或使用权归属和面积，“设备状况”填写制氧机信息。