**辽宁省工伤保险服务协议机构**

**管理暂行办法**

（征求意见稿）

第一章 总则

**第一条** 为切实加强和规范我省工伤保险服务协议机构管理，确保工伤保险基金安全，更好地保障工伤职工就医、康复和辅助器具配置需求，维护工伤职工合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《辽宁省工伤保险实施办法》等规定，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于我省行政区域内工伤保险服务协议机构的申请与确定、协议履行与服务管理等工作。

**第三条** 本办法所称工伤保险服务协议机构（以下简称“协议机构”），是指经各市社会保险经办机构（以下简称“经办机构”）进行资格审核评定后，获得协议服务资格，并与经办机构签订服务协议，为工伤职工提供医疗、康复和辅助器具配置服务的机构。

**第四条** 协议机构管理按照分级负责原则，实行属地管理。

省级社会保险行政部门负责制定协议机构管理政策，统筹指导全省协议机构管理工作；省级经办机构负责制定并适时修订全省统一的工伤保险服务协议文本，统筹全省协议机构服务资源和规模布局，适时组织开展全省范围检查、各市自查和省内联审互查等工作。

市级社会保险行政部门负责组织实施本区域内协议机构管理工作，在协议签订、履行、解除等环节对经办机构、协议机构进行监督；市级经办机构负责本区域内服务机构申请受理、资质评估、协议签订及协议机构日常管理和监督考核。有条件的市级经办机构可委托县级经办机构对协议机构进行日常管理和监督考核。

**第五条** 省、市经办机构可建立专家库或依托同级劳动能力鉴定医疗卫生专家库资源，为协议机构评估、考核、费用审核、咨询培训等提供技术支撑，专家劳务费按照相关标准从工伤保险基金劳动能力鉴定费中列支。

**第六条** 根据工作需要，有条件的地区，经办机构可通过政府购买服务方式委托有资质的第三方专业机构提供技术性辅助服务。经办机构委托专业机构，应明确辅助服务目标、内容、标准等，提供法规政策指导，并对采用的结果负责。

**第二章 申请条件**

**第七条** 市级经办机构要按照布局合理、方便就诊的原则，兼顾经办服务管理能力，科学把握协议机构数量和层级分布，适时发布增加协议机构意向公告。

**第八条** 本省行政区域内，符合法定条件的医疗、康复、辅助器具配置机构均可申请成为工伤保险服务协议机构。协议机构属地签订服务协议，全省互认共享。

**第九条** 申请工伤保险医疗服务协议机构应当具备以下基本条件：

（一）成为医保定点医疗机构至少3个月以上，且在医疗保障服务协议有效期内无违反社会保险相关政策行为；

（二）具备为工伤职工提供良好医疗服务的条件，在工伤救治、职业病防治等方面有专业技术优势；

（三）具有符合工伤保险服务协议管理要求的医疗和质量安全、财务会计、统计信息等管理制度。

**第十条** 申请工伤保险康复服务协议机构应当具备以下基本条件：

（一）成为医保定点医疗机构至少3个月以上，且在医疗保障服务协议有效期内无违反社会保险相关政策行为；

（二）具备康复医疗机构资质或综合医疗机构中具备康复专科；

（三）设有专门的康复病房、康复治疗室，有较为完善的康复器械和设备，有康复专业医师和经过专业培训的康复治疗师；

（四）具备为工伤职工提供良好康复服务的条件，在工伤康复方面有专业技术优势；

（六）有符合工伤保险服务协议管理要求的医疗和质量安全、财务会计、统计信息等管理制度。

**第十一条** 申请工伤保险辅助器具配置服务协议机构应当具备以下基本条件：

（一）具备独立法人资格，经相关部门批准成立，合法登记（注册），开展辅助器具配置服务及相关业务3个月以上；

（二）符合行业主管部门相关标准或市场监管部门许可的辅助器具适配营业范围；

（三）有固定的执业场所，业务用房功能齐全、布局合理。拥有必备的辅助器具制作设备和工具，配备必要的管理人员和信息系统；

（四）有从事辅助器具配置所需专业技术人员，能够提供《辽宁省工伤保险辅助器具配置目录》内的辅助器具配置服务；

（五）有符合工伤保险服务协议管理要求的设备和质量安全、财务会计、统计信息等管理制度。

**第十二条**  各协议机构应具有完善的信息管理系统，并能按规定实现与省工伤保险信息系统有效对接。

**第十三条** 医疗、康复和辅助器具配置机构有下列情形之一的不得申请签订服务协议：

（一）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人员名单的；

（二）采取瞒报、虚构、篡改申请资料等不正当手段申请协议机构，被查实未满3年的；

（三）发生重大医疗及质量安全事件，未满3年的；

（四）因违法违规被解除或终止服务协议，未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（五）原协议机构因严重违法违规被解除或终止服务协议未满3年，同一法定代表人或投资主体又成立新机构的；

（六）不依法办理社会保险登记，或未按时足额缴纳社会保险费的；

（七）存在其他违法违规行为，不宜作为工伤保险服务协议机构的。

**第三章 资质确认**

**第十四条** 市级经办机构根据需求发布增加协议机构意向公告后，符合条件的服务机构可通过现场或网上方式提出纳入协议机构申请，申请材料如下。

（一）申请工伤保险协议医疗机构的，应提供以下材料：

1.《辽宁省工伤保险协议医疗机构申请表》（见附件1）；

2.营业执照复印件（或事业单位法人证书复印件），执业许可证复印件，等级证书复印件，解放军、武装警察部队所属医疗机构需提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》复印件；

3.基本医疗保险协议机构有效服务协议书。

（二）申请工伤保险协议康复机构的，应提供以下材料：

1.《辽宁省工伤康复协议机构申请表》（见附件2）；

2.营业执照复印件（或事业单位法人证书复印件），执业许可证复印件，等级证书复印件，解放军、武装警察部队所属康复机构需提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》复印件；

3.基本医疗保险协议机构有效服务协议书。

（三）申请工伤保险协议辅助器具配置机构的，应提供以下材料：

1.《辽宁省工伤保险辅助器具配置机构申请表》（见附件3）；

2.营业执照复印件（或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书复印件），执业许可证复印件，解放军、武装警察部队所属机构需提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》复印件；

3.采购或销售产品公司的《医疗器械经营许可证》。

**第十五条** 经办机构收到医疗、康复、辅助器具配置机构申请后，应当对申请材料是否齐全进行初步审核。申请材料齐全的，经办机构应及时受理，安排评估。自受理申请材料之日起，评估时间不超过三个月。申请材料不齐全的，应当自收到材料之日起5个工作日内一次性告知需要补充的材料，补充材料时间不计入评估期限。

**第十六条** 经办机构组成评估工作组开展评估。评估工作组由本市专家库专家、工伤保险行政、经办等人员组成，一般为 7 人以上单数，工作组成员与评估单位有利害关系的，应当回避。评估工作人员应当遵守评估工作纪律和廉洁保密规定，客观公正开展评估。

**第十七条** 评估内容包括：

（一）核查医疗、康复、辅助器具配置机构相关资质；

（二）核查执业人员相关信息；

（三）核查与医疗、康复、辅助器具配置服务功能相适应的 基础设施和仪器设备；

（四）核查与工伤保险政策对应的内部管理制度和财务制 度，药品及耗材购销管理制度以及病历管理书写规范，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（五）核查与工伤保险有关的医疗、康复、辅助器具配置机 构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；

（六）核查该单位社会保险参保缴费情况。

**第十八条** 评估工作包括以下程序：

（一）现场检查。可对申请材料中涉及的软硬件情况进行现场核实。

（二）信息联查。主要通过卫健、市场监管、公安、司法部门及征信机构进行信息查询，核实情况。

（三）集中评估。评估工作组根据全省统一的工伤保险医疗、康复、辅助器具配置服务的评分事项及标准（见附件4、5、6），对申请机构打分，留存工作底稿和有关印证材料。

（四）结果确认。评估工作完成后，评估工作组应形成书面评估工作情况报告。评估结果根据申请机构申报得分情况确定，得分90分及以上的为合格。评估合格的应进行公示，接受社会监督，公示期为5个工作日。

评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

**第四章 协议签订**

**第十九条** 市级经办机构负责与资质评估合格的医疗、康复、辅助器具配置机构签订服务协议，并将协议机构名单及时报省级经办机构备案。

省级经办机构定期在人力资源社会保障厅官方网站公布协议机构名单。

**第二十条** 省级经办机构统一制定协议机构服务标牌具体标准。协议机构应当在显著位置悬挂协议机构服务标牌。服务协议终止或解除后，市级经办机构应当在10个工作日内收回协议机构服务标牌。

**第二十一条**  协议机构名称、所有制性质、经营类别、主管部门、法定代表人、医疗机构等级和银行账户等信息发生变化，应当在有关主管部门批准变更登记后30日内，向签约地经办机构申请变更（见附件7）。

协议机构出现以下信息变更情形之一，且影响评估结果的，市级经办机构应当重新组织评估：

（一）分立、合并、转让的；

（二）执业地址发生变化的；

（三）协议有关服务范围、信息化建设变化导致已约定的部分工伤保险服务无法继续开展的；

（四）协议医疗机构诊疗科目、类别、等级等信息变化的；

（五）其他影响评估结果的情形。

**第二十二条** 协议机构违反协议约定，或被投诉举报发现有造假、瞒报等不符合规定情形的，经办机构应认真进行调查核实，情况属实的，根据协议约定约谈、限期整改、暂缓支付或不予支付、暂停或解除服务协议。

协议机构暂停、终止或解除医保协议的，该协议机构工伤保险服务协议也同时暂停、终止或解除。协议机构不及时向经办机构告知此事项，由此所产生的费用工伤保险基金不予支付。

**第二十三条** 经办机构暂停或解除服务协议的，应书面通知协议机构。暂停期间或解除协议后，产生的费用按照工伤保险非协议机构有关规定处理。

出现暂停或解除服务协议情形的，经办机构应向社会公布协议机构相关信息，并与协议机构共同做好就医指引和服务指引，不得影响工伤职工就医。

**第二十四条** 经办机构按照全省统一的考核事项及标准对协议机构执行工伤保险政策和履行服务协议情况进行年度考核（见附件9、10），得分 60 分及以上的，考核结果为合格，原则上自动续签服务协议，双方应在当前年度12月31日前完成下一年度服务协议书面或网络签署工作；得分 60 分以下的，考核结果为不合格，终止服务协议，不再续签。

**第二十五条**  因不可抗力等因素造成未及时续签服务协议的，原协议继续有效。国家和省有关政策或规定造成协议条款发生变化调整的，双方应签订补充协议。

市级经办机构于每年1月15日前或新增、续签、暂停、终止及解除协议15日内，向省级经办机构备案。

**第二十六条** 协议机构与属地经办机构就协议签订、履行、变更和解除等发生争议的，可以自行协商解决或者请求签署协议的经办机构上级行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

**第五章 协议履行**

**第二十七条** 协议机构具有依法依规为参保人员提供医疗、康复、辅具配置服务后获得基金结算费用、对经办机构履约情况进行监督、对完善工伤保险政策提出意见建议等权利。

**第二十八条** 协议机构应按照相关规定接入全省统一的工伤保险信息系统，按要求向省工伤保险信息系统传送相关信息，为工伤职工提供直接联网结算、待遇查询等服务。设立药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、辅助器具等基础数据库，按规定使用国家或省统一的编码实现联网结算。

**第二十九条** 协议机构应遵守数据安全有关制度，采取措施对协议履行过程中形成的数据、材料等保密，不得以任何形式泄露用人单位和工伤职工就医信息。造成信息泄露的，按照《社会保险个人权益记录管理办法》等规定处理。

**第三十条** 协议机构应配合经办机构查阅财务报表、会计账簿、凭证等财务相关资料，协议机构药品及耗材有相应的发票、随货同行单，进销存要全部通过系统记录，建立相应台账，账实相符。

**第三十一条** 协议机构应当严格执行持社会保障卡实名就医、购药、康复和辅具配置的管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的服务，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、配置辅助器具。对于确实行动不便而由他人代开药等情形，协议机构应留存授权委托书，并通过定期往诊或视频连线等方式了解患者健康状况。

**第三十二条** 协议机构应严格执行工伤保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施项目目录以及辅助器具配置标准及价格政策，优先配备使用目录内项目。坚持因伤施治、伤病分离原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，控制患者自费比例，降低用人单位及工伤职工自费负担。

协议机构应确保工伤保险基金支付费用符合规定支付范围；工伤职工要求提供工伤保险基金支付范围以外服务的，协议机构应当经参保职工或者其近亲属、用人单位同意并签字，因使用基金支付范围外服务导致费用纠纷，协议机构无法有效举证当事方知情同意的，由协议服务机构承担责任。

**第三十三条** 协议医疗（康复）机构应严格执行入（出）院标准，及时为符合入（出）院条件的工伤职工办理相关手续；工伤职工已达到出院标准但拒绝出院的，协议医疗（康复）机构应为其办理按自费处理等有关手续，同时将有关情况报告经办机构。不得以工伤保险结算支付政策为由拒收患者或为患者设置金额、天数等限制。

**第三十四条** 协议辅助器具配置机构使用的材料及产品质量应当符合国家相关标准或者行业标准，有国家授权的产品质量检测机构出具的合格质量检测报告，标注生产厂家、产品品牌、型号、材料、功能、出品日期、使用期限和保修期等事项。能够提供包括辅助器具需求和使用评估、训练、配置、维修等服务，并建立各项业务档案和辅助器具配置服务档案，建立完善的售后服务体系。

**第三十五条** 协议机构要妥善处理工伤就医方面的举报投诉和社会监督反映问题，为工伤认定、劳动能力鉴定、工伤医疗待遇审核及疑难病例提供相关医学咨询、解释和指导，及时调取、据实出具医疗诊断证明书、病历、明细清单、发票存根联复印件等有关材料。

**第三十六条** 协议机构应配合经办机构按需调取工伤职工现金结算或医保基金结算的工伤职工相关门诊住院病历、费用明细清单等信息，逐步减少窗口手工报销医疗费比例。

第六章 经办管理

**第三十七条** 经办机构应加强协议机构工伤保险政策、管理制度、操作流程的宣传培训，为协议机构提供政策咨询、查询及高效经办服务。

**第三十八条**  经办机构应通过智能审核、实时监控、现场检查（见附件8）、定期或不定期稽查审核等方式，审核协议机构服务费用，按协议约定按时足额向其拨付相关费用。协议机构可根据垫付费用额度，在规定经办时间内，向经办机构申报单月或多月工伤职工联网结算费用。经办机构收到费用结算申报后，应及时完成费用审核和拨付。申请结算费用时，协议机构需通过联网结算平台上传费用明细和电子病历等信息。

**第三十九条**  经办机构在联网结算费用过程中发现协议机构存在违规行为的，应依据协议约定作出处理意见，说明违规问题并及时反馈给协议机构。协议机构对处理意见有异议的，可在收到处理意见规定期限内向经办机构提出复议，经办机构应及时处理，双方确认后再进行费用结算。逾期不说明的，经办机构可拒付有关费用。

**第四十条** 经办机构可自行或委托第三方专业机构，按照全省统一的考核事项及标准对协议机构执行工伤保险政策和履行服务协议情况进行年度考核（见附件9、10），并根据年度考核结果对质保金进行年终清算。年度考核项目内容、评分标准全省统一适时调整。

第七章 监督管理

**第四十一条** 社会保险行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查（见附件11、12）、第三方评价、聘请社会监督员等方式，对协议机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

**第四十二条** 经办机构发现协议机构违约行为，应当及时按照协议进行处理，并通知协议机构。作出暂停和解除服务协议等处理时，要及时报告同级人力资源社会保险行政部门。

**第四十三条** 社会保险行政部门发现协议机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照协议约定处理。涉嫌欺诈骗保等违法犯罪的，移交有关部门依法处理。

第八章 附则

**第四十四条** 本办法执行过程中，与国家、省新出台的政策规定不相符的，从其规定。

**第四十五条** 本办法由辽宁省人力资源和社会保障厅负责解释。

**第四十六条** 本办法自2025年1月1日起执行。

附件：1. 辽宁省工伤保险协议医疗机构申请表

2. 辽宁省工伤保险协议康复机构申请表

3. 辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构申请表

4. 辽宁省工伤保险协议医疗机构资质评估评分表

5. 辽宁省工伤保险协议康复机构资质评估评分表

6. 辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构资质评估评分表

7. 辽宁省工伤保险协议机构信息变更申请表

8. 辽宁省工伤保险协议机构现场核查情况记录表

9. 辽宁省工伤保险协议医疗（康复）机构年度考核评分表

10.辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构年度考核评分表

11.辽宁省工伤保险协议医疗（康复）机构满意度测评表

12.辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构满意度测评表

附件1

辽宁省工伤保险协议医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管部门： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位地址： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政编码： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表日期： |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽宁省人力资源和社会保障厅 制 | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 一、告知承诺事项 |
|  |
| 告知内容： |
|  |
| 1.根据《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《辽宁省工伤保险实施办法》等规定，单位及相关人员确认填报和提交的所有信息、资料真实、准确、完整、有效，并授权同意社会保险经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的单位及其有关人员信息，用于核实承诺内容的真实性。如有不实或违规的，单位及相关人员愿承担法律责任。  2.提供虚假承诺涉嫌违反相关法律法规和规章的，社会保险经办机构提请社会保险行政部门处理或移送司法部门，依法依规处理。 |
|  |
|  |
| 承诺内容： |
|  |
| 1.本单位及相关人员已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定。本单位及相关人员郑重承诺，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效。  2.本单位及相关人员知悉如作出不实承诺，将被人力资源社会保障部门按《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》规定列入社会保险严重失信人名单，并接受联合惩戒。涉及违纪违规的，依法依规处理。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二、单位基本情况 | |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称 | |  | | | | | |
| 营业执照注册号 或执业许可证号 | |  | | 证照有效期间 |  | | |
| 注册或执业地址 | |  | | 邮政编码 |  | | |
| 经济性质 （公立/社办） | |  | | 经营性质（是否营利） | | | 是口 否口 |
| 医院等级 | |  | | 医保协议首次签约时间 | | |  |
| 主管单位名称 | |  | | | | | |
| 单位银行账号信息 | | 银行名称 | 银行 支行（分行） | | | | |
| 银行户名 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 注册资金 | |  | | 医疗用房建筑面积 | | 平方米 | |
| 法定代表人 | |  | | 法定代表人电话 | |  | |
| 实际控制人 | |  | | 实际控制人电话 | |  | |
| 主要负责人 | |  | | 主要负责人电话 | |  | |
| 联系人 | |  | | 联系人电话 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 工作人员信息 | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | |
| 卫生技术人员  构成 | 医生 |  |  |  | |  | |
| 护士 |  |  |  | |  | |
| 药师 |  |  |  | |  | |
| 医技 |  |  |  | |  | |
| 其他 |  |  |  | |  | |
| 合计 |  |  |  | |  | |
| 床位情况 | 核定床位数： | | | 实际开放床位数： | | | |
| 门诊 | 科室： 个，其中工伤特色科室： 个 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 住院 | 病区： 个，其中工伤特色病区： 个 |
| 床位： 张，其中工伤特色床位： 张 |
| 单位主要业务及特色介绍 |  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三、申报项目及服务能力 | | |  |  |  |  |
| 申请前费用情况  （上年度） | 门诊 | | | 住院 | | |
| 门诊人次 | 门诊总费用 （万元） | 门诊次均 费用（元） | 住院人次 | 住院总费用（万元） | 住院次均费用（元） |
|  |  |  |  |  |  |
| 总费用： 万元 | | | | | |
| 服务能力介绍（请对已开展医疗服务或工伤医疗服务年限、近三年业务收支情况和门诊住院诊疗服务情况、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设、承担工伤医疗服务能力如工伤医疗费联网结算等情况说明） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主要科室设置情况 （可只填写与工伤医疗有关的科室情况）** | 科室名称 | | 床位数 | 临床医师人数 | 注册护士 人数 | | 科室负责人 | 联系电话 |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
| 四、申报、审核意见 | | | | | |  | | |
| 申报单位 意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 评估组 意见 | | 评估组签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 市级社会保险经办机构意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备注：1.工伤特色科室是指在工伤伤情治疗（救治）或职业病防治方面具有技术优势  的科室，如骨伤科、外科、眼科、烧伤科等。 | | | | | | | | |
| 2.申请表一式三份，申请单位、市级社会保险行政部门、市级社会保险经办  机构各一份。 | | | | | | | | |
| 3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 | | | | | | | | |

附件2

辽宁省工伤保险协议康复机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管部门： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位地址： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政编码： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表日期： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽宁省人力资源和社会保障厅 制 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 一、告知承诺事项 |
|  |
| 告知内容： |
|  |
| 1.根据《中华人民共和国社会保险法》《工伤保险条例》《辽宁省工伤保险实施办法》等规定，单位及相关人员确认填报和提交的所有信息、资料真实、准确、完整、有效，并授权同意社会保险经办机构通过其他部门、机构、企业查询与承诺相关的单位及其有关人员信息，用于核实承诺内容的真实性。如有不实或违规的，单位及相关人员愿承担法律责任。  2.提供虚假承诺涉嫌违反相关法律法规和规章的，社会保险经办机构提请社会保险行政部门处理或移送司法部门，依法依规处理。 |
|  |
|  |
| 承诺内容： |
|  |
| 1.本单位及相关人员已认真阅读以上告知内容，已知晓相关规定。本单位及相关人员郑重承诺，填报和提交的所有信息均真实、准确、完整、有效。  2.本单位及相关人员知悉如作出不实承诺，将被人力资源社会保障部门按《社会保险领域严重失信人名单管理暂行办法》规定列入社会保险严重失信人名单，并接受联合惩戒。涉及违纪违规的，依法依规处理。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二、单位基本情况 | |  |  |  |  |  |  |
| 单位全称 | |  | | | | | |
| 营业执照注册号 或执业许可证号 | |  | | 取得证照时间 |  | | |
| 注册或执业地址 | |  | | 邮政编码 |  | | |
| 经济性质 （公立/社办） | |  | | 经营性质（是否营利） | | | 是口 否口 |
| 医院等级 | |  | | 协议首次签约时间 | | |  |
| 主管单位名称 | |  | | | | | |
| 单位银行账号信息 | | 银行名称 | 银行 支行（分行） | | | | |
| 银行户名 |  | | | | |
| 银行账号 |  | | | | |
| 注册资金 | |  | | 医疗用房建筑面积 | | 平方米 | |
| 法定代表人 | |  | | 法定代表人电话 | |  | |
| 实际控制人 | |  | | 实际控制人电话 | |  | |
| 主要负责人 | |  | | 主要负责人电话 | |  | |
| 联系人 | |  | | 联系人电话 | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 工作人员信息 | | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | |
| 卫生技术人员  构成 | 医生 |  |  |  | |  | |
| 护士 |  |  |  | |  | |
| 药师 |  |  |  | |  | |
| 医技 |  |  |  | |  | |
| 其他 |  |  |  | |  | |
| 合计 |  |  |  | |  | |
| 床位情况 | 核定床位数： | | | 实际开放床位数： | | | |
| 门诊 | 科室： 个，其中工伤特色科室： 个 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 住院 | 病区： 个，其中工伤特色病区： 个 |
| 床位： 张，其中工伤特色床位： 张 |
| 单位主要业务及特色介绍 |  |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三、申报项目及服务能力 | | |  |  |  |  |
| 申请前费用情况  （上年度） | 门诊 | | | 住院 | | |
| 门诊人次 | 门诊总费用 （万元） | 门诊次均 费用（元） | 住院人次 | 住院总费用（万元） | 住院次均费用（元） |
|  |  |  |  |  |  |
| 总费用： 万元 | | | | | |
| 服务能力介绍（请对已开展康复服务或工伤康复服务年限、近三年业务收支情况 和门诊住院诊疗服务情况、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设、 承担工伤康复服务能力如工伤康复费联网结算等情况说明） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主要科室设置情况 （可只填写与工伤康复有关的科室情况）** | 科室名称 | | 床位数 | 临床医师人数 | 注册护士人数 | 科室负责人 | 联系电话 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 四、申报、审核意见 | | | | | | | | |
| 申报单位 意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 评估组 意见 | | 评估组签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 市级社会保险经办机构意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 备注：1.工伤特色科室是指在工伤康复或职业病康复方面具有技术优势的科室。 | | | | | | | | |
| 2.申请表一式三份，申请单位、市级社会保险行政部门、市级社会保险经办机构各  一份。 | | | | | | | | |
| 3.第二、三项相关表格不够填写可另附页。 | | | | | | | | |

附件3

辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称： |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属行业： |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管部门： |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位地址： |  |  |  |  |  |  |  |
| 邮政编码： |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系人： |  |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话： |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表日期： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 辽宁省人力资源和社会保障厅 制 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | | | | | |
| 营业执照注册号或执业许可证号 |  | | | | | |
| 注册或执业地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 法定代表人 |  | 联系人 | |  | 电话 |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 所有制 |  | 机构等级 | |  | 机构类型 |  |
| 职工总数 |  | 技术人员总数 | |  | 建筑面积 | 平方米 |
| 申请服务项目 | □假肢 | | | | | |
| □矫形器（□低温板材，□热塑板材） □生活类辅助器具 | | | | | |
| □助听器（□耳背式、□耳内式、□耳道式） □光学助视器 | | | | | |
| □假眼 □假牙 □假耳、假鼻、假乳配置 | | | | | |
| 单位银行账号  信息 | 银行名称 | | 银行 支行（分行） | | | |
| 银行户名 | |  | | | |
| 银行账号 | |  | | | |
| 单位主要业务 及特色介绍 |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 二、申报项目及服务能力 | |
| 申报服务 | （按照申报服务分类进行填写，每个类别均需要填写，页面不足可自行添加） |
| **服务能力介绍**（请对所申报项目已开展服务年限、场地和科室设置、人员、设备和器材、管理制度建设情况进行说明） | |
|
|
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报材料清单 | 序号 | 名称 | 说明 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 三、申报、审核意见 | |
| 申报单位意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 评估组意见 | 签名：  年 月 日 |
| 市级社会保险 经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 |
| 备注：本申请表一式三份，申请单位、市级社会保险行政部门及市级社会保险经办机构各一份。 | |

附件4

辽宁省工伤保险协议医疗机构资质评估评分表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 协议机构名称： 评估人员签名： | | 评估日期： | |  |
| **项目** | **具体明细** | **分值** | **得分** | **备注** |
| 基本设置 | 成为医保定点医疗机构至少3个月以上，且在医疗保障服务协议有效期内，无违反社会保险相关政策行为。 | 单项否决 | - |  |
| 有稳定的执业场所，执业场所使用权剩余有效期2年以上（从递交申请资料之日起计算）。 | 单项否决 | - |  |
| 申报资料与事实相符：执业范围未超过许可范围；科室设置未超过批准；经营地址与所持有效证件登记地址相符等。 | 单项否决 | - |  |
| 依法依规参加社会保险情况。 | 单项否决 | - |  |
| 医疗服务能力（30分） | 医疗机构等级、科室设置、医务人员、床位数与医护比等符合医疗机构基本标准。 | 18分 |  |  |
| 在骨伤科、眼科等工伤救治和中毒、尘肺等职业病防治方面具有专业技术优势。 | 12分 |  |  |
| 信息化建设（20分） | 有健全和完善的信息化管理制度，有完善齐全的软硬件系统设备，对医疗服务过程实行全流程信息化管理。 | 20分 |  |  |
| 具备与社会保险经办机构进行工伤医疗费联网结算和信息查询的网络运行条件。 | 单项否决 |  |  |
| 内部管理 （20分） | 有健全和完善的财务管理制度、财务会计管理制度，对医疗机构财务活动进行全面管理，建立监督内控机制。 | 3分 |  |  |
| 有健全完善的医疗服务管理制度；遵守国家有关医疗服务和职业病防治管理的法规和标准，明确常规医疗护理技术操作技术规范和质量标准。 | 5分 |  |  |
| 有健全的设备管理制度，各种医疗设备、器材建立规范的账目，主要设备建立档案。 | 3分 |  |  |
| 建立了与工伤医疗管理相适应的内部管理制度，配备了专（兼）职管理人员。 | 3分 |  |  |
| 医疗机构干净整洁，无乱贴乱挂，功能分区合理。 | 3分 |  |  |
| 设立单独的业务档案室，病历管理质量均为合格。 | 3分 |  | 每确定1份不合格病历扣1分，扣完为止。 |
| 价格管理 （20分） | 遵守国家和省相关部门规定的医疗服务和药品的价格政策；公示医疗服务和药品价格信息及政府指导价。 | 10分 |  | 各占5分。 |
| 按规定提供药品、检查、治疗、服务收费清单；建立日清单及出院结算明细单制度；建立自费项目、药品知情确认制度。 | 10分 |  | 随机抽查，未按规定的，每发现1个扣1分，扣完为止。 |
| 便捷服务与投诉 （10分） | 设立导诊台、触摸屏、指示牌、就医流程、专家姓名和联系方式，方便工伤职工看病就医。 | 5分 |  |  |
| 建立健全医疗纠纷投诉和处理机构，并有专人负责，公布投诉电话、信箱，畅通投诉渠道，及时受理、处置患方投诉。 | 5分 |  |  |
| 总分 |  | 100分 |  |  |
| 备注：此表用于初次评估和再次评估，得分达到90分（含）以上的为合格。 | |  |  |  |

附件5

辽宁省工伤保险协议康复机构资质评估评分表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 协议机构名称： 评估人员签名： | | 评估日期： | |  |
| **项目** | **具体明细** | **分值** | **得分** | **备注** |
| 基本设置 | 成为医保定点医疗机构至少3个月以上，且在医疗保障服务协议有效期内，无违反社会保险相关政策行为。 | 单项否决 | - |  |
| 有稳定的执业场所，执业场所使用权剩余有效期2年以上（从递交申请资料之日起计算）。 | 单项否决 | - |  |
| 申报资料与事实相符：执业范围未超过许可范围；科室设置未超过批准；经营地址与所持有效证件登记地址相符等。 | 单项否决 | - |  |
| 依法依规参加社会保险情况。 | 单项否决 | - |  |
| 医疗服务能力（30分） | 医疗机构等级、科室设置、医务人员、床位数与医护比等符合医疗机构基本标准。 | 18分 |  |  |
| 康复技术水平在本地区处于领先水平。 | 12分 |  |  |
| 信息化建设（20分） | 有健全和完善的信息化管理制度，有完善齐全的软硬件系统设备，对医疗服务过程实行全流程信息化管理。 | 20分 |  |  |
| 具备与社会保险经办机构进行工伤医疗费联网结算和信息查询的网络运行条件。 | 单项否决 |  |  |
| 内部管理 （20分） | 有健全和完善的财务管理制度、财务会计管理制度，对医疗机构财务活动进行全面管理，建立监督内控机制。 | 3分 |  |  |
| 有健全完善的医疗服务管理制度；遵守国家有关医疗服务和职业病防治管理的法规和标准，明确常规医疗护理技术操作技术规范和质量标准。 | 5分 |  |  |
| 有健全的设备管理制度，各种医疗设备、器材建立规范的账目，主要设备建立档案。 | 3分 |  |  |
| 建立了与工伤医疗管理相适应的内部管理制度，配备了专（兼）职管理人员。 | 3分 |  |  |
| 医疗机构干净整洁，无乱贴乱挂，功能分区合理。 | 3分 |  |  |
| 设立单独的业务档案室，病历管理质量均为合格。 | 3分 |  | 每确定1份不合格病历扣1分，扣完为止。 |
| 价格管理 （20分） | 遵守国家和省相关部门规定的医疗服务和药品的价格政策；公示医疗服务和药品价格信息及政府指导价。 | 10分 |  | 各占5分。 |
| 按规定提供药品、检查、治疗、服务收费清单；建立日清单及出院结算明细单制度；建立自费项目、药品知情确认制度。 | 10分 |  | 随机抽查，未按规定的，每发现1个扣1分，扣完为止。 |
| 便捷服务与投诉 （10分） | 设立导诊台、触摸屏、指示牌、就医流程、专家姓名和联系方式，方便工伤职工看病就医。 | 5分 |  |  |
| 建立健全医疗纠纷投诉和处理机构，并有专人负责，公布投诉电话、信箱，畅通投诉渠道，及时受理、处置患方投诉。 | 5分 |  |  |
| 总分 |  | 100分 |  |  |
| 备注：此表用于初次评估和再次评估，得分达到90分（含）以上的为合格。 | |  |  |  |

附件6

辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构资质评估评分表

机构名称： 评估人员签名：

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分项目及内容 | 扣分标准 | 分值 | 得分 |
| 1 | 提供相关的资质，证书要真实、齐全、有效。 | 单项否决 | — | — |
| 2 | 近3个月内未发生重大质量安全事件，无严重违法违规，未受到过卫生、质监、物价等部门的行政处罚。 | 单项否决 | — | — |
| 3 | 机构独立设置，有稳定的执业场所，主体经营场所符合质监行政部门审批标准。 | 单项否决 | — | — |
| 4 | 信息软件具备工伤保险信息化接入条件，有较完善的进销存管理系统。 | 单项否决 | — | — |
| 5 | 依法依规参加社会保险情况。 | 单项否决 | — | — |
| 6 | 有健全和完善的财务管理制度，执行国家规定或认可的技术操作规程，建立了与工伤保险管理相适应的内部管理制度，配备了专（兼）职管理人员。 | 财务管理制度、技术操作规程、工伤管理制度共3项，每项10分。 | 30 |  |
| 7 | 有取得假肢、矫形器、口腔等执业资格证书的专业技术人员，民政行业特有工种职业资格证书的假肢或矫形器装配工；有符合国家规定的制作假肢、矫形器、假牙等的设备。 | ①技术人员相关资质不符合要求的，其中一人不符合的扣10分；  ②设备相关资质不符合的，扣10分。 | 20 |  |
| 8 | 建立辅助器具配置知情同意制度。 | 随机抽查，每个1分。 | 20 |  |
| 9 | 建立健全纠纷投诉和处理机构，并有专人负责，公布投诉电话、信箱，畅通投诉渠道，及时受理、处置患方投诉。 | ①无纠纷投诉和处理机构扣10分；  ②未公布投诉电话、信箱扣10分。 | 20 |  |
| 10 | 强化服务意识，采取便民措施，对无需到现场穿戴调试的辅助器具，有告知确认制度，经双方签字确认后，可通过邮寄、上门等方式送达。 | ①无告知确认制度扣10分；  ②无邮寄送达、上门服务的扣10分； | 10 |  |
| 总分 | | | 100 |  |

备注：此表用于初次评估和再次评估，得分达到90分（含）以上的为合格。

附件7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 辽宁省工伤保险协议机构信息变更申请表 | | | |
| （单位公章） |  | 填表日期： 年 月 日 | |
| 协议机构名称 |  | 机构地址 |  |
| 法定代表人及联系电话 |  | 工伤保险负责人及联系电话 |  |
| 申请原因 |  | | |
| **变更项目** | | | |
| 变更前 |  | | |
| 变更后 |  | | |
| 申请资料 | 1.《营业执照》口（有效期： ）； 2.《医疗机构执业许可证》口（有效期： ）； 3.新增服务范围，需提供项目价格、人员资质及相关资料； 4.其他资料： | | |
| 社会保险 经办机构意见 | （盖章）  年 月 日 | | |

附件8

辽宁省工伤保险协议机构现场核查情况记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 协议机构名称 |  | | |
| 核查科室 |  | | |
| 核查人员 |  | 核查时间 |  |
| 核查内容 |  | | |
| 核查情况 |  | | |
|  |  | | |
| 被核查机构陪检人员签字 |  | 被核查机构工伤管理部门盖章 |  |
| 备注：此表用于日常监督考核。 | | | |

附件9

辽宁省工伤保险协议医疗（康复）协议机构年度考核评分表

评估人员签名： 评估日期：

| 序号 | 项目 | 考核内容 | 基本要求 | 检查方法 | 评分标准 | 基本分值 | 扣分依据 | 实际得分 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基础评分事项（100分） | | | | | | | | |
| 1 | 工伤保险医疗（康复）服务管理组织及工作情况 （15分） | 服务管理组织、制度、人员配备 | ①必须有一名院级领导分管工伤医疗（康复）工作；有专职或兼职的工伤医疗（康复）服务管理人员。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 2 | ②有工伤保险服务的管理制度、妥善保管服务协议。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 3 | 工伤保险政策、业务学习、宣传、考核及参保缴费情况 | ①应定期组织工伤医疗服务管理人员和医护人员学习工伤保险政策，有书面记录材料。医院工作人员均已参加社会保险。 | 检查有关书面材料，随机抽取部分医务人员了解情况 | 无相关记录材料，扣1分；1人未参保，扣1分。 | 2 |  |  |
| 4 | ②须在显要位置悬挂工伤保险协议医院标牌，设立工伤保险宣传栏、投诉举报电话和信箱，及时更新工伤保险政策。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣0.5分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 5 | 配合、自查情况 | ①积极配合社会保险行政部门或经办机构及时调取、据实出具医疗诊断证明书、医疗档案、财务账簿、发票存根联复印件、费用清单、日明细等有关材料。 | 平时调查 | 不积极提供或提供错误的，每次扣3分，100分扣完为止。 | 3 |  |  |
| 6 | ②积极配合社会保险经办机构或受经办机构委托的第三方专业机构开展的各项检查和考核工作。 | 现场考核和  平时表现综合  考评 | 不积极配合检查和考核工作，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 7 | ③能按考核内容对工伤医疗（康复）服务情况每半年进行自查，并形成书面材料报经办机构进行备案。 | 查看书面材料 | 每缺一次扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 8 | 医疗（康复）业务执行情况  （70分） | 病历记载情况 | ①病案首页和病案编码、病历书写规范、记载清楚、完整，准确填写姓名、性别、年龄、职业，注明受伤时间、地点、原因，有明确用药及检查、治疗指征。 | 抽查病历、  平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 9 | ②医嘱、清单与实际执行相符；无重复收费。 | 抽查病历、  平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 10 | ③病历记载与收费相符，收费与报告单相符。 | 抽查病历、  平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 11 | ④作假病历、假清单、假证明等造假行为。 | 抽查病历、  平时调查 | 查实1例扣5分，100分扣完为止。 | 5 |  |  |
| 12 | 门诊处方（含外配处方） | 严格执行卫生行政部门制定的《处方管理办法》和国家、省下发的工伤保险相关规定。 | 抽查病历、  平时调查 | 处方项目不完整，按抽查每例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 13 | 工伤保险三大目录执行情况 | ①药品目录应严格按照国家、省下发的工伤保险药品目录执行。 | 抽查病历、  平时调查 | 将目录外费用列入支付或目录内费用由患者自付的发现1例扣3分，100分扣完为止。 | 3 |  |  |
| 14 | ②工伤保险诊疗项目按照国家、省下发的工伤保险诊疗项目目录有关规定执行。 | 抽查病历、  清单等 | 超标准收费、重复收费、分解收费、串换收费等不符合要求的，查实1例扣3分，100分扣完为止。 | 3 |  |  |
| 15 | ③工伤保险医疗服务设施标准按照国家、省下发的工伤保险住院医疗设施标准有关规定执行。 | 抽查病历、  清单等 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 16 | 医疗（康复）业务执行情况  （70分） | 工伤保险三大目录执行情况 | ④坚持合理检查、合理治疗、合理用药，杜绝过度医疗。 | 平时调查、综合考评、抽查病历 | 弄虚作假、串换药品、用药适应症错误；过度检查，实施的检查、治疗及用药与伤情不符，诊疗方案不合理的，查实1例扣2分，100分扣完为止。 | 2 |  |  |
| 17 | 出入院标准及住院病人管理 | ①严格掌握出入院指征，避免将不符合入院标准的工伤职工收入院；不得故意延长住院时间，不及时办理出院手续。 | 查资料记录、抽查病历 | 不符合要求的，查实1例扣2分，扣完为止。 | 8 |  |  |
| 18 | ②医院应核对工伤职工身份，确保人与身份证件相符。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 19 | ③住院期间不允许挂床住院，检查时住院患者无合理理由不在院。 | 平时调查、现场考察及抽查病历 | 查实1次扣1分，扣完为止。 | 5 |  |  |
| 20 | ④根据出院病人伤情按规定出院带药并做好记录。 | 平时调查、抽查病历 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 21 | ⑤严格履行外转病人审批程序，根据病情需要转院。 | 查资料记录、平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 22 | 知情同意权 | 工伤职工住院期间需使用超出三个目录范围的项目，要注明“自费”字样，应书面告知伤者或用人单位，并签名确认。 | 平时调查、抽查病历等 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 23 | 医疗（康复）业务执行情况  （70分） | 医疗费用结算 | ①上报的各项备案、核准及时、准确。 | 抽查病历 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 24 | ②不得将非工伤引发的疾病的医疗费用按工伤保险待遇政策结算。 | 抽查病历 | 查实1例扣1分，扣完为止。 | 5 |  |  |
| 25 | ③不得将能办理联网结算的病例按非联网结算处理。 | 平时调查及抽查病历等 | 查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 26 | ④参保职工认定工伤前发生的医疗费用，完成工伤认定后，协议机构按本地区经办机构规定应办理自费转工伤结算，符合办理条件但拒不办理。 | 投诉 | 查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 27 | 康复管理 | 及时进行康复评定并适时调整治疗方案，康复计划详实，康复项目明确，康复治疗单不得虚构，治疗师和患者签字真实。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 28 | 其它 | 违反有关规定，造成工伤保险基金流失的其它行为。 | 平时调查、现场考察及抽查病历等 | 造成基金流失，视医院挽回基金损失的程度而定：全部挽回的每例扣1分，部分不能挽回的每例扣2分，扣完为止；不能挽回的，每例扣4分。 | 4 |  |  |
| 29 | 收费  标准  （5分） | 收费标准执行准确程度 | 严格遵守国家、省、市相关部门规定的医疗服务价格规定及标准进行收费，药品、耗材等进销存账实相符。 | 现场考察、平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 5 |  |  |
| 30 | 信息  系统  （5分） | 信息系统管理及建设情况 | 配置相应的计算机设备，并按经办机构信息系统建设要求完成通信链路的联通、数据接口改造、联调测试验收、联网和非联网结算的数据传送和系统升级等工作，实现与经办机构信息系统互联互通。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 按要求进行工伤联网结算和目录匹配。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 因系统故障等特殊原因导致工伤职工未能及时结算的，主动与经办机构沟通，共同解决问题。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 遵守数据安全有关制度，采取措施对协议履行过程中形成的数据、材料等保密，保护参保人隐私。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 31 | 投诉及 满意度 （5分） | 参保人投诉或满意度测评 | 因不正当理由拒绝工伤患者定点；采取不正当手段竞争，拉拢工伤患者；因管理不善，引起工伤职工上访；工伤职工实名举报医院不规范行为；工伤职工就医满意度测评达标。 | 现场考察、专项检查、电话回访等 | 1.投诉、举报查证属实的，每例扣1分，扣完为止。造成严重后果的，该项不得分。2.满意度测评60分以下的，该项不得分。 | 5 |  |  |
| 二、加分事项（10分） | | | | | | | | |
| 32 | 协议审核 | | 积极协助社会保险经办机构派出专家开展工伤医疗（康复）待遇审核、考核和病历评审等工作的。 | 系统备案、日常统计 | 医院本年度内有被邀请的专家协助开展相关工作的，按0.5分/人次累计加分，最高不超过5分。 | 0-5 |  |  |
| 33 | 联动配合 | | 积极为行政、鉴定部门提供工伤职工工伤就诊期间的医学检验检查报告及电子影像资料；主动发现并积极配合行政部门和经办机构查处冒名就医、虚假住院等骗保行为。 | 与行政部门对接、日常统计 | 符合条件的，按0.5分/人次累计加分，最高不超过5分。 | 0-5 |  |  |
| 备注：此表用于定期监督检查和考核；本表考核满分为100分，基础分值与加分分值得分加和超过100分的，按100分计，得分在60分以上为  合格。 | | | | | | | | |

附件10

辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构年度考核评分表

评估人员签名： 评估日期：

| 序号 | 项目 | 考核内容 | 基本要求 | 检查方法 | 评分标准 | 基本分值 | 扣分依据 | 实际得分 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基础评分事项（100分） | | | | | | | | |
| 1 | 工伤保险辅助器具服务管理组织及工作情况 （15分） | 服务管理组织、人员配备 | ①必须有一名领导分管工伤保险工作；有专职或兼职的工伤保险服务管理人员。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 2 | ②有工伤保险服务的管理制度、妥善保管服务协议。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 3 | 工伤保险政策、业务学习、宣传、考核及参保缴费情况 | ①应定期组织工伤保险管理人员和工作人员学习工伤保险政策，有书面记录材料。工作人员均已参加社会保险。 | 检查有关书面材料，随机抽取部分医务人员了解情况 | 无相关记录材料，扣1分；1人未参保，扣1分。 | 2 |  |  |
| 4 | ②须在显要位置悬挂工伤保险协议辅助器具配置机构标牌，设立工伤保险宣传栏、投诉举报电话和信箱，及时更新工伤保险政策。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣0.5分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 5 | 配合、自查情况 | ①积极配合社会保险行政部门或经办机构及时调取、据实出具辅助器具配置档案、财务账簿、会计凭证等有关材料。 | 平时调查 | 不积极提供的，每缺一次扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 6 | ②积极配合社会保险经办机构或受经办机构委托的第三方专业机构开展的各项检查和考核工作。 | 现场考核和  平时表现综合  考评 | 不积极配合检查和考核工作，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 7 | ③能按考核内容对工伤保险服务情况每半年进行自查，并形成书面材料报经办机构进行备案。 | 查看书面材料 | 每缺一次扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 8 | 辅助器具配置业务执行情况  （70分） | 基础设施 | ①按核准的经营范围从事辅助器具生产配置经营活动。 | 查看书面材料及现场考察 | 无营业执照、相关许可证（或过期）、超出经营范围，实际经营地与注册地址不一致，查实1项扣1分，扣完为止。 | 4 |  |  |
| 9 | ②接待检查、产品加工、功能训练、休息住宿室各功能室应独立设置、布局合理。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 4 |  |  |
| 10 | ③测量取型、修型加工、训练器材等设备设施的配备齐全。 | 查看书面材料及现场考察 | 每缺一项扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 11 | ④辅助器具配置人员具备执业（职业）资格。 | 查看书面材料及现场考察 | 查实每缺一人扣1分，扣完为止。 | 4 |  |  |
| 12 | 制度建设 | ①有财务管理制度并有效执行，有对应的出入库管理台账。 | 查看书面材料及现场考察 | 财务管理制度不健全不完善扣1分，未有效执行扣1分。 | 2 |  |  |
| 13 | ②有服务流程并有效执行。 | 查看书面材料及现场考察 | 服务流程不健全不完善扣1分，未有效执行扣1分。 | 2 |  |  |
| 14 | ③有售后制度并有效执行。 | 查看书面材料及现场考察 | 售后制度不健全不完善扣1分，未有效执行扣1分。 | 2 |  |  |
| 15 | ④有回访制度并有效执行。 | 查看书面材料及现场考察 | 回访制度不健全不完善扣1分，未有效执行扣1分。 | 2 |  |  |
| 16 | 辅助器具配置业务执行情况  （70分） | 配置管理 | ①辅助器具零部件来源合法。 | 平时调查、查看书面材料及现场考察 | 具体检查合同、进货单、银行记录、发票、 质量合格检测报告等 资料，每一份资料不完整扣2分，扣完为止。 | 10 |  |  |
| 17 | ②配置流程符合服务协议要求。 | 平时调查、查看书面材料及现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 18 | ③建立完善工伤人员配置、更换、维修管理档案。 | 平时调查、查看书面材料及现场考察 | 按服务协议规定的档案内容，每缺一项扣1分，扣完为止。 | 10 |  |  |
| 19 | ④实行一人一档，工伤人员配置信息档案记载完整并至少保存至服务期限结束之日起2年。 | 查看书面材料及现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 20 | ⑤日常检查、专项稽查问题及时整改。 | 平时调查、查看书面材料及现场考察 | 不符合要求的，查实1次扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 21 | 服务管理 | ①为行动不便工伤人员提供上门服务或派车接送服务。 | 平时调查、查看书面材料 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 22 | ②做好辅助器具使用指导并提供售后服务。 | 平时调查、查看书面材料 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| ③按规定回访并及时处理回访中发现的问题。 | 平时调查、查看书面材料 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 23 | 辅助器具配置业务执行情况  （70分） | 费用结算 | ①不得套现、串换配置项目。 | 抽查档案 | 查实1例扣2分，100分扣完为止。 | 2 |  |  |
| 24 | ②不得将非工伤辅助器具配置费用按工伤保险待遇政策结算。 | 抽查档案 | 查实1例扣2分，100分扣完为止。 | 2 |  |  |
| 25 | ③不得将能办理联网结算的病例按非联网结算处理。 | 平时调查及抽查档案等 | 查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 26 | ④参保职工鉴定前发生的伤后一次性使用辅助器具配置费用，完成鉴定后，协议机构应按规定办理自费转工伤结算，符合办理条件但拒不办理。 | 投诉 | 查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 27 | 知情同意权 | 超出工伤保险辅助器具配置目录和最高支付限额的辅助器具配置服务，需由工伤职工承担自费费用的，应当事先征得工伤职工或其亲属书面同意并签字。 | 平时调查、投诉 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |  |
| 28 | 其它 | 违反有关规定，造成工伤保险基金流失的其它行为。 | 平时调查、现场考察及抽查档案等 | 造成基金流失，视机构挽回基金损失的程度而定：全部挽回的每例扣1分，部分不能挽回的每例扣2分，扣完为止；不能挽回的，每例扣4分。 | 4 |  |  |
| 29 | 收费  标准  （5分） | 收费标准执行准确程度 | 严格遵守国家、省、市相关部门规定的服务价格规定及标准进行收费。 | 现场考察、平时调查 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 5 |  |  |
| 30 | 信息  系统  （5分） | 信息系统管理及建设情况 | 配置相应的计算机设备，并按经办机构信息系统建设要求完成通信链路的联通、数据接口改造、联调测试验收、联网和非联网结算的数据传送和系统升级等工作，实现与经办机构信息系统互联互通。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 按要求进行工伤联网结算和目录匹配。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 因系统故障等特殊原因导致工伤职工未能及时结算的，主动与经办机构沟通，共同解决问题。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，查实1例扣1分，扣完为止。 | 2 |  |  |
| 遵守数据安全有关制度，采取措施对协议履行过程中形成的数据、材料等保密，保护参保人隐私。 | 平时调查、现场考察 | 不符合要求的，扣1分。 | 1 |  |  |
| 31 | 投诉及 满意度 （5分） | 参保人投诉或满意度测评 | 因不正当理由拒绝工伤患者定点；采取不正当手段竞争，拉拢工伤患者；因管理不善，引起工伤职工上访；工伤职工实名举报机构不规范行为；工伤职工满意度测评达标。 | 现场考察、专项检查、电话回访等 | 1.投诉、举报查证属实的，每例扣1分，扣完为止。造成严重后果的，该项不得分。2.满意度测评60分以下的，该项不得分。 | 5 |  |  |
| 二、加分事项（10分） | | | | | | | | |
| 32 | 协议审核 | | 积极协助社会保险经办机构派出专家开展工伤辅助器具待遇审核、考核和档案评审等工作的。 | 系统备案、日常统计 | 机构本年度内有被邀请的专家协助开展相关工作的，按0.5分/人次累计加分，最高不超过5分。 | 0-5 |  |  |
| 33 | 联动配合 | | 积极为行政、鉴定部门提供协助；主动发现并积极配合行政部门和经办机构查处冒名顶替、虚假配置等骗保行为。 | 与行政部门对接、日常统计 | 符合条件的，按0.5分/人次累计加分，最高不超过5分。 | 0-5 |  |  |
| 备注：此表用于定期监督检查和考核；本表考核满分为100分，基础分值与加分分值得分加和超过100分的，按100分计，得分在60分以上为  合格。 | | | | | | | | |

附件11

辽宁省工伤保险协议医疗（康复）机构满意度测评表

评估人员签名： 评估日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评分标准** | **分值** | **得分** |
| 1 | 接诊医生及护士服务态度；医生检查的仔细程度、说明病情的详细程度？（满意5分；较满意3分；一般1分；差0分） | 5 |  |
| 2 | 接诊医生及护士介绍政策和规定并协助申请工伤联网结算情况？（有，对政策了解10分；有，但政策不了解5分；没有介绍也不协助申请0分） | 10 |  |
| 3 | 接诊医生及护士在救治工作上是否做到及时、专业和规范？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 4 | 住院期间要求患者到门诊或院外购药情况？（没有5分；有，但属于自费项目等合理原因3分；有且在目录内药品无合理原因0分） | 5 |  |
| 5 | 费用明细提供情况？（有每日清单和出院总清单，具体内容很清楚10分；有每日清单和出院总清单，具体内容基本清楚5分；缺少每日清单或者出院总清单其中一项3分；没有清单0分） | 10 |  |
| 6 | 住院期间所做的检查治疗是否符合病（伤）情需要？（符合15分，部分符合5分，不清楚3分，不符合0分） | 15 |  |
| 7 | 住院期间使用自费项目情况？（没使用10分；有使用，先征求意见或提出申请5分；有使用，没征求意见或提出申请0分） | 10 |  |
| 8 | 住院期间使用的自费项目是否合理？（合理10分，部分合理5分，不清楚3分，不合理0分） | 10 |  |
| 9 | 收费是否规范？（规范5分；比较规范3分；不规范0分） | 5 |  |
| 10 | 整体评价：您对工伤伤情的改善治疗情况；您对医院的总体服务态度；您对医院的总体技术水平？（满意20分；较满意15分；一般10分；差0分） | 20 |  |
| 总计 | | 100 |  |
| 备注：1.抽取测评人员要求：一个协议期内已就诊过或正在住院的工伤患者。 | | | |
| 2.调查方式：现场调查、电话回访、专项检查。 | | | |
| 3.按医院不同等级抽取测评人数：三级医院≥20人；二级医院≥10人；一级及以下医院≥5人。 | | |  |

附件12

辽宁省工伤保险协议辅助器具配置机构满意度测评表

评估人员签名： 评估日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评分标准** | **分值** | **得分** |
| 1 | 接待工作人员服务态度？（满意5分；较满意3分；一般1分；差0分） | 5 |  |
| 2 | 接待工作人员介绍工伤保险政策规定、最高限价、最低使用年限并协助申请工伤联网结算情况？（有，对政策了解5分；有，但政策不甚了解3分；没有介绍也不协助申请0分） | 5 |  |
| 3 | 配置技师检查的仔细程度、说明配置情况的详细程度？在配置工作上是否做到及时、专业和规范？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 4 | 在配置过程中工作人员明确告知所配置辅助器具的型号、材质、生产厂家、价格、保修期等基本信息？（告知明确10分；告知不明确5分；未告知0分） | 10 |  |
| 5 | 对于确实行动不便人员告知可提供上门服务，申请后提供上门服务情况？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 6 | 配置后根据伤情和配置情况进行了相应的训练和指导？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 7 | 使用过程中是否发生过质量问题？对售后服务是否满意？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 8 | 使用期间配置服务机构是否定期回访？（定期回访10分；未回访0分） | 10 |  |
| 9 | 对于回访中存在的问题，是否在合理时间内得到解决？对于解决的问题是否满意？（满意10分；较满意8分；一般5分，差0分） | 10 |  |
| 10 | 整体评价：您对辅助器具配置情况；您对机构的总体服务态度；您对机构的总体技术水平？（满意20分；较满意15分；一般10分；差0分） | 20 |  |
| 总计 | | 100 |  |
| 备注：1.抽取测评人员要求：一个协议期内已配置过或正在配置的工伤职工。 | | | |
| 2.调查方式：现场调查、电话回访、专项检查。 | | | |
| 3.抽取测评人数≥5人。 | | |  |