兴化市基层医疗机构相关保险项目
采购协议

协议方

采购方：兴化市卫生健康委员会

注册地址：兴化市昭阳路 3 号

供应方：中国人民财产保险股份有限公司泰州市分公司

注册地址：泰州市凤凰东路 80 号

根据《国务院关于保险业改革发展的若干意见》（国发[2006]23号）、《国务院关于加快发展现代保险服务业的若干意见》（国发[2014]29 号）、原国家卫生计生委等五部门《关于加强医疗责任保险工作的意见》（国卫医发〔2014〕42 号）等相关政策文件，以及《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国反不正当竞争法》《中华人民共和国反垄断法》《医疗纠纷预防和处理条例》《责任保险业务监管办法》等相关法律法规，为贯彻落实国家对于医疗机构参加医疗责任保险的参保要求，建立和完善医疗风险分担机制，遵循“政府引导、市场运作、专业协助、自愿投保”的服务原则，通过竞争性磋商的方式确定供应方为本产品保险承保人。现按照相关采购文件要求，就本产品运作达成以下协议，以兹共同遵守。

第一部分 定义或释义

一、投保人

本协议所称投保人，指兴化市卫生健康委员会/基层医疗机构。

投保人同被保险人。

二、供应方

本协议所称供应方，是指参与本产品承保的保险公司。

三、医疗风险分担机制

本协议所称医疗风险分担机制，是指政府及相关行业主管部门以国家政策和法律法规为依据，营造良好的社会氛围，提升社会大众对于医疗风险的客观认知，推动医疗机构、医务人员、患者各自通过相应的方式，对医疗风险进行识别，并鼓励采取科学、有效的方式，对医疗风险进行管理或转移，共同承担医疗风险。

第二部分 权利与义务

一、采购方的权利和义务

（一）对医疗风险分担机制建设的宣传推广工作提供支持与帮助；

（二）必要时组织供应方召开联合工作会议，协调解决工作中存在的问题；

（三）对供应方进行工作考评；

（四）对本产品各项工作进行指导和监督；

（五）相关法律、法规赋予采购方的其他权利和义务。

二、供应方的权利和义务

（一）负责本产品保险条款的报备，对保险产品满足采购需求及合法合规性承担相应责任；

（二）负责组织保险公司订立承保协议，按照保险合同及本协议的约定承保出单、保费划转、保险理赔等事宜；承保协议约定内容不得违背本协议，不得损害本协议其他各方及被保险人的利益，并报工作领导小组备案执行；

（三）建立本产品保险理赔服务中心（以下简称“理赔服务中心”）；

（四）认可“兴化市医患纠纷人民调解委员会”出具的调解协议书及调解金额；

（五）供应方出单公司的权利义务：

1、出具保单及全额保费发票，提供保单信息查询服务。

2、有收取供应方其他成员份额保费发票的权利和向其他成员及时拨付保费的义务。

3、发生保险事故支付赔款时，负责在本协议约定的期限内代表供应方全额代付赔款至被保险人指定账户。

4、代表供应方成员统一提供处理日常承保、理赔工作，第三方医疗服务公司相关合理费用由承保公司承担，不在累计赔偿限额中支出。

5、由承保公司提供开展医疗机构风险防范等相关服务，用于基层医疗机构专家库建设、医调委对接、医疗风险培训等专项服务，支出不得高于总保费的5%，费用由中标公司自行承担，不在累计赔偿限额中支出。

三、理赔服务中心的权利和义务

（一）制定本产品实施的整体规划，并负责工作计划的落实；

（二）负责保障理赔服务中心的日常运营，包括费用保障、后勤保障、队伍建设等；

（三）通过风险管控服务，协助医院加强安全管理、促进医疗服务质量提升，防范医疗风险，减少医疗纠纷；

（四）保单年度结束后60日内，向采购方提供年度分析报告；

（五）维护投保人、被保险人的保险权益；

第三部分 工作机制

一、本产品领导小组

本产品由采购方、供应方共同组成工作领导小组，领导小组人员建立联席会议制度，至少每半年召开一次联席会议，协调解决工作中存在的问题，落实各项具体工作。

（一）人员构成

领导小组人员名单如下：

成员	姓名	单位及职务	联系方式
组　长	张孙侃	兴化市卫生健康委员会医政科负责人	0523-83316571
副组长	郭小勇	中国人民财产保险股份有限公司泰州分公司 兴化支公司副总经理	13812471618
成员	华文文	中国大地财产保险股份有限公司泰州中心支公司总经理	15605268600
	周　健	都邦财产保险股份有限公司兴化支公司总经理	15152677166

（二）工作职责

1、至少每半年召开一次联席会议，通报工作情况，及时解决工作

中遇到的困难和问题；

2、负责重大事项的决策及协调处理；

3、负责运作机制的决策。

二、工作小组

工作小组成员包括采购方、供应方相关人员。工作小组人员名单如下：

（一）人员构成

成员	姓名	单位及职务	联系方式
	束文涛	兴化市卫生健康委员会医政科科员	0523-83316571
	刘亚东	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司商团业务一部经理	15152697000
	周　亮	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司商团业务二部经理	15061058306
	时明建	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司理赔部经理	13601479289
	朱健鸿	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司业管部经理	13775659865
	朱　辰	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司理赔部经办	15061060789
	王时雨	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司理赔部经办	0523-80795150
	倪　娟	中国人民财产保险股份有限公司兴化支公司理赔部经办	0523-80795150

（二）工作内容

工作小组设立工作办公室，工作小组具体工作内容包括：

1、接受各方对工作中主要问题的反馈，协商处理办法；

2、协助组织工作领导小组相关会议和活动；

3、配合、协助领导小组的工作。

如上述人员变更调整，需以联席会议确定报采购方备案进行变更。

第四部分 保险产品及承保

一、保险产品

本协议涉及的保险产品包括但不限于保险方案、保险条款等，以竞争性磋商文件、供应方参与该采购产品提交的响应文件以及最终的采购结果为准。

供应方提供给投保人/被保险人的投保单以及保险单所列明的有关保险方案内容，与通过兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品竞争性磋商文件采购确定的保险产品内容，应当保持一致。

保险方案详见附件。

二、承保份额

为增强承保能力，供应方牵头联合体投标并明确承保份额：

保险公司	承保份额
中国人民财产保险股份有限公司泰州市分公司	70%
都邦财产保险股份有限公司泰州中心支公司	20%
中国大地财产保险股份有限公司泰州中心支公司	10%

承保份额只适用于本采购协议产品，不适用于以外的其他产品。

各联合体供应商应按照牵头公司发送的赔款分摊、出单费等费用的结算通知书，及时按照联合体协议、共保协议约定的时间将以上各项费用划转、结清，不得以其他原因为由拖延各项费用的结算。

第五部分 医疗安全风险预防

一、内容

根据兴化市卫生健康委员会的要求，由兴化市卫生健康委员会及保险人双方认可的医疗管理机构开展风险管理培训以提高参保医疗机构相关人员的风险防范能力。

医疗管理机构作为本项工作实施主体，按照本协议的约定设立运行“医疗安全与风险预防服务中心”，通过风险管控服务，设立医疗专家库，协助各医院加强安全管理、促进医疗服务质量提升，防范医疗风险，减少医疗纠纷。

第六部分 人民调解与案件处理

一、人民调解

依托“兴化市医患纠纷人民调解委员会”调解组织进行调解。

二、案件处理

（一）接报案

1、被保险人向供应方直接报案。

2、以下情况，供应方应视同为及时报案：

（1）对于可从公共媒体包括电视台、权威互联网站等其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的；

（2）如因不可抗力因素无法及时报案，供应方认可被保险人及兴化市医患纠纷人民调解委员会出具的书面说明，并视同为及时报案予以受理；

（3）供应方认可被保险人说明合理原因的未及时报案。

（二）理赔服务

供应方应为参与本产品的被保险人提供本协议约定的理赔服务，履行《兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品保险案件赔偿处理办法》的相关规定。

1、供应方认可本协议约定的赔偿标准、索赔材料范围，并据此进行理赔和赔款摊回工作。

2、供应方在本协议约定时限内完成赔款划付和赔款摊回工作，保证本产品的顺利进行。

3、供应方不得以以往已决案件由于供应方共同承保人尚未支付应摊回赔款而拒绝支付新结案的赔款支付。

4、若患者的残疾程度可以被直观判断或通过病历或通过相似案例等相关资料能够明确判断伤残等级和误工期、营养期、护理期的，兴化市医患纠纷人民调解委员会可以依照最高人民法院、最高人民检察院、公安部、国家安全部、司法部发布的《人体损伤致残程度分级》确定患者残疾级别，出具伤残等级认定意见，供应方不再索要患者残疾程度证明。

5、医学会或鉴定所依据相关标准确定的患者伤残等级评定意见，供应方应按照评定意见支付赔款。

（三）赔偿依据

供应方认可并执行赔处中心出具的《兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品赔款支付通知书》，将符合本协议相关约定的医患双方自行和解协议书、医疗纠纷调解组织主持签订的调解协议书、人民法院出具的民事调解书或判决书作为供应方赔偿的依据。

（四）赔款支付注意事项

1、供应方不得以需要征询供应方共同承保人意见为由影响支付赔款时效。

2、供应方同意，除另有约定外，供应方在接到理赔服务中心出具的《兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品赔款支付通知书》及按照协议约定收集的索赔材料后，按照以下时限向被保险人支付赔款：

序号	赔款金额	赔付时效
1	赔款金额≤RMB5000 元	3 个工作日内支付
2	RMB5000 元＜赔款金额≤RMB50000 元	5 个工作日内支付
3	RMB50000 元＜赔款金额	10 个工作日内支付

3、供应方每月初的前 5 个工作日与兴化市卫生健康委员会核对本产品案件处理情况，就具体案件数量、已赔款金额、未决金额、索赔材料等内容进行沟通，双方以书面形式确认。

4、在理赔材料齐全下，如供应方未按约定时间支付赔款，则应按照实际拖延天数向相关的被保险人支付违约金，违约金为未结清款项数额的日利率万分之五。

（五）绿色通道

对属于保险责任事故的医疗纠纷且和解金额在 20000 元(含)以下的案件，兴化市基层医疗机构可采用简易程序处理。采用自行和解简易程序处理的，应及时通知承保公司理赔服务人员;理赔服务人员负责参与调解并收集相关理赔材料，按照保单约定进行赔付。

供应方其他优惠承诺：

1、帮助参保各医院开展安全宣传教育，张贴安全宣传标语，制作安全警示牌（如：小心地滑、注意台阶、严禁攀爬等）放置在所有公共场所，增强医院及患者的自我安全防范意识。

2、承诺参保医院所有职工私家车在供应方购买车辆保险，将给予价格最大优惠及提供专人最优服务。

3、参保医院如组织医务人员国内旅游，承诺为所有参加旅游医务人员提供意外险保障一份。

4、参保医院如组织主任级别以上医务人员参加国内培训学习，承诺为其提供交通意外险保障一份。

5、护士节当天，承诺配合参保医院做好宣传活动。

6、将在责任期内，向参保医院的高层管理人员提供若干次企业管理方面的培训（由知名专家讲授）。

第七部分 统计分析、信息披露

一、理赔服务中心负责本产品数据的统一管理，产品数据以理赔服务中心定期发布的数据为准。

二、本产品建立定期沟通机制，每年定期召开数据沟通会。由理赔服务中心召集，各参与方应出席，未出席者即为认可会议结果。会议对各方掌握的上季度末（半年、全年）投保、理赔等数据进行核对，对数据的差异要进行详细说明，从产品运营风险的管控出发，对影响赔付率的关键数据进行分析，

将核对好的产品数据、分析建议做好纪要，形成会议备忘录，由组织方报送给相关行管部门，并发布给供应方。

三、产品参与方应严格保密不得泄露给本产品参与方之外的任何人，除用于向行管部门报告或风险研究。

四、计算赔付率：

（一）简单赔付率

简单赔付率 = 统计期间内已决赔款金额 / 统计期间生效保单保费 * 100%

（二）满期赔付率

满期赔付率 =（统计期间生效保单截至统计时点已决赔款金额 + 统计期间生效保单截至统计时点未决估损金额 + 统计期间生效保单截至统计时点 IBNR） / 统计期间生效保单截至统计时点已赚保险费 * 100%

（三）历年赔付率

历年制赔付率 =（ 统计期间内已决赔款金额 + 期末未决估损金额 - 期初未决估损金额 ） / 统计期间保单已赚保险费 * 100%

五、供应方每月 15 日前向兴化市卫生健康委员会提供负责的案件截至上月末的保险赔案台账的电子版本，字段及格式如下：

序 号	字段名	说明
1	供应方	文本
2	保单号	文本
3	保险公司报案号	文本

4	医疗机构名称	文本
5	患者姓名	文本
6	患方首次向医疗机构提出索赔的时间	日期，yyyy-MM-dd
7	医疗损害行为发生日期	日期，yyyy-MM-dd
8	结案日期	日期，yyyy-MM-dd
9	已决赔款金额（元）	数字
10	案件状态	文本，1-已付已结；2-立案注销；3-零赔付结案；4-未付；5-拒赔

六、每个自然年度结束后30日内，供应方向兴化市卫生健康委员会提供年度理赔数据和分析材料。

第八部分 通用条款

（一）信息安全与保密条款

1、在本协议中，“保密信息”是指任何属于披露方所拥有的、保密的与商业或行为相关的非公开信息，包括但不限于所有被一方标注和约定为“保密”的商业、金融、技术和其他信息。保密信息不但包括书面的和其他可以以有形载体存在的信息，也

包括通过口头、视觉、电子或者其他无形的形式传播的信息。保密信息不包括下列信息：(a)已经进入公共领域又不违反本协议的，（b）接受方合法从第三方获得，（c）接受方可以证明在从披露方获得该信息前已经通过合法途径知道的，（d）接受方可以证明该保密信息属于其独立开发出来的。在本协议中的所有条款都会被视为各方的保密信息并且在没有得到其他方书面的同意之前，不可以向外披露。

2、各方同意（a）除了在本协议明确允许的之外，不会向任何第三方披露或者使用其他方披露的保密信息，（b）会采取所有合理的方法来维护所有自己拥有或控制的其他方的保密信息的安全。在任何情况下，其维护其他方的保密信息的方法，其保密等级不应当低于自己维护类似重要等级信息所采用的方法。

3、各方承认任何未经授权披露，或者由接受方未经授权使用保密信息将会对披露方造成不可挽回的伤害和损失。接受方在实际违反或者可能会违反本协议规定的情形时，披露方将有权保护和采取临时性强制措施禁止其保密信息披露，而该措施将不限制披露方寻求的任何其他合法补救措施。

4、除了上述，各方可以将保密信息（a）披露给具有管辖的法院或者其他政府机关或者法律规定的，（b） 基于“必须知晓”的前提，在保密的基础上，披露给律师、会计师。另外，可以将保密信息披露给依据其法定职权应当知晓相关事项的政府或监管当局。

（二）反虚假宣传条款

双方均清楚并愿意严格遵守中华人民共和国《著作权法》、《商标法》、《专利法》、《反不正当竞争法》等知识产权类、合同法及广告法等相关法律的规定，双方均有权就本合同所约定事项以约定方式在约定范围内进行真实、合理的使用或宣传，但不得涉及合同所约定的保密内容。为避免商标侵权及不当宣传等风险的发生，双方均同意，在使用对方的商标、品牌、企业名称等进行宣传前，均须获得对方事先的书面认可，否则，不得进行此类使用或宣传。双方在此承诺，会积极响应对方提出的就合作事项的合理使用或宣传申请。双方均承认，未经对方事先书面同意而利用其商标、品牌及企业名称等进行商业宣传；虚构合作事项；夸大合作范围、内容、效果、规模、程度等，均属对本合同的违反，并可能因虚假宣传构成不正当竞争，守约方或被侵权人将保留追究相应法律责任的权利。

（三）反商业贿赂条款

反商业贿赂条款与本合同其它条款具有同等法律效力，合同当事人均同意签订并遵守如下反商业贿赂条款：

1、双方都清楚并愿意严格遵守中华人民共和国反商业贿赂的法律规定，双方都清楚任何形式的贿赂和贪渎行为都将触犯法律，并将受到法律的严惩。

2、双方均不得向对方或对方经办人或其他相关人员索要、收受、提供、给予合同约定外的任何利益，包括但不限于明扣、

暗扣、现金、购物卡、实物、有价证券、旅游或其他非物质性利益等，但如该等利益属于行业惯例或通常做法，则须在合同中明示。

3、严格禁止双方经办人员的任何商业贿赂行为。双方经办人发生本条第二款所列示的任何一种行为，都是违反各方公司制度的，都将受到各方公司制度和国家法律的惩处。

4、郑重提示：双方均反对对方或对方经办人员为了本合同之目的与本合同以外的任何第三方发生本条款第二条所列示的任何一种行为，该等行为都是违反国家法律的行为，并将受到国家法律的惩处。

5、如因一方或一方经办人违反上述第二款、第三款、第四款之规定，给对方造成损失的，应承担损害赔偿责任。

（四）反洗钱条款

双方应遵守《中华人民共和国反洗钱法》（2025 年 1 月施行）《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》《金融机构大额交易和可疑交易报告管理办法》《中国人民银行关于<金融机构大额交易和可疑交易报告管理办法>有关执行要求的通知》《保险业反洗钱工作管理办法》等法律法规及监管规定，有效落实相关反洗钱义务。

1.乙方应当严格按照法律规定和合同约定履行客户尽职调查、客户身份资料和交易记录保存等义务，使甲方及所属机构在办理业务时能够立即从乙方获取客户尽职调查的必要信息、身份

证件或者其他身份证明文件等资料的复印件或者影印件。对于客户为法人或者非法人组织的，乙方应当识别并采取合理措施核实客户的受益所有人。

2. 甲乙双方应按照人民银行的有关规定依法履行大额可疑交易的报告义务，双方积极协助对方开展大额可疑交易的调查，并依法在必要时向对方提供国家权力机关调查所需的客户资料信息；乙方及其业务人员以现金方式收取保费的，应当及时将现金投保情况告知甲方；乙方收取客户现金保费达到大额交易报告标准的，无论以何种方式与甲方结算，乙方均应当提交大额交易报告。

3. 为了更好的开展客户尽职调查工作，乙方应当开展反洗钱培训，必要时甲方向乙方提供协助。

4. 甲乙双方对获取的资料做好反洗钱保密工作，非依法律规定，不得向任何单位和个人提供。

5. 本协议未规定的其他反洗钱义务，参照法律法规执行；在本协议有效期间，法律法规就甲乙双方反洗钱义务有新规定的，应按照新规定执行。

（五）消费者权益保护条款

1. 双方应重视消费者权益保护工作，建立合作机构准入和退出机制。双方应确保在本协议项下，各类业务的开展符合现行法律法规及监管规定中消费者权益保护的相关要求，依法保护金融消费者的各项合法权益。本条所指的法律法规及监管规定包括但不限于《中华人民共和国保险法》《中华人民共和国消费者权益

保护法》《银行保险机构消费者权益保护管理办法》（银保监会令2022年第9号）等。

2.当出现消费投诉时，双方应紧密协作、积极应对，妥善处理合作过程中发生的保险消费纠纷。双方应根据消费者投诉反映的问题积极进行溯源改进，提高服务水平，避免侵害消费者权益的行为。若一方在本业务合作过程中出现严重侵害消费者权益的行为并被监管机构通报，或拒不配合处理本业务相关的消费投诉，另一方有权终止合作。

（六）客户信息保护条款

合作中若涉及客户信息的收集、使用等处理，应确保符合《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国个人信息保护法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国消费者权益保护法》《全国人民代表大会常务委员会关于加强网络信息保护的决定》、国家标准《信息安全技术 个人信息安全规范》等规定，遵循合法、正当、必要、诚信的原则，向客户明示收集、使用及处理信息的目的、方式和范围，并经客户授权同意。具体要求如下：

1.收集、使用及处理客户个人信息，必须是依据法定义务或履行本协议所必要的行为，且应在履行本协议的必要范围内收集客户信息。未经客户授权同意，不得将客户个人信息公开披露，不得转移、出售给第三方。

2.客户个人信息保存期限应符合实现本协议业务处理目的所必要的最短时间。完成收集和使用的目的后应及时删除或匿名处理合作过程中获取的客户个人信息。本合同不生效、无效、终止或被撤销的，甲方有权要求乙方返还或删除客户信息。

3.涉及客户敏感信息处理的，应具有特定的目的和充分的必要性，取得客户的单独同意，符合个人信息保护相关法律法规规定和管理要求。

4.乙方应对客户个人信息严格保密，采取技术措施和其他必要措施，确保客户信息安全。若乙方发生或者可能发生客户个人信息泄露、篡改、丢失的，应当立即采取补救措施，并同步通知甲方，减轻对客户及甲方的危害。

5.乙方应保证客户信息来源合法，提供给甲方的客户信息真实、准确、完整。客户对其信息提出的查阅、复制、更正、补充、删除等要求，在合法合理的前提下，甲乙双方应及时配合客户进行处理。在先收到客户要求的一方，应及时通知另一方。

6.甲方有权对乙方处理涉及甲方业务及甲方客户个人信息的有关事宜进行监督，甲方有权按照法律法规相关规定，要求乙方配合完成涉及客户信息处理的相关事宜。乙方未按照个人信息保护相关法律法规及合同约定处理客户信息，给甲方及甲方客户造成影响和损失的，乙方应承担一切赔偿责任，同时甲方有权解除本合同。

（七）法律责任

由于本协议任何一方当事人的过错，造成本协议不能履行或者不能完全履行的，由有过错的一方依法承担违约责任；如属各方当事人的过错，则根据各方当事人过错的实际情况，由各方当事人分别承担各自应负的违约责任。

若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后，除非守约方同意终止本协议的，本协议仍须继续履行。

第九部分 服务质量考评

服务质量考评是指兴化市卫生健康委员会依据保险合同、供应方所签订的相关协议及其他相关文件，对供应方在本产品中的服务质量进行评价，建立考评档案，定期发布结果信息，由本产品工作领导小组依据评价结果提出处理意见。具体考核办法详见附件 3。

第十部分 协议相关内容

一、协议的构成文件

下列文件均作为本协议的有效组成部分：

（一）根据本协议另行制定的其他制度、文件以及联席会议备忘录；

（二）批单；

（三）保险单；

（四）本协议的补充协议；

（五）本协议文本；

（六）响应补充文件；

（七）响应文件；

（八）采购文件。

如上述文件之间存在矛盾或不一致之处，除有明确约定之外，以排序在前的文件规定的内容为准。

二、协议的生效

本协议自 2026 年 3 月 24 日起正式生效，有效期 1 年，适用于本产品期内的全部保险单，并在各保险单有效期内持续有效。如果该类

保单到期后存在遗留问题，则本协议将持续有效，至保单涉及各项遗留事宜最终处理完毕时为止。

三、协议的终止与续签

（一）产品续转

协议到期后，未到期的保险单不因本协议到期而全部失效或部分失效。产品各参与方仍须按照已到期的采购协议、补充协议及保险合同的约定，继续承担相应的权利义务及保险责任，直至保险单涉及各项遗留事宜最终处理完毕时为止。

（二）其他注意事项

涉及下一期新协议的续保问题，可在新协议中具体明确，具体施行以新协议约定为准。

四、协议的争议处理

本协议在履行过程中发生争议的，由各方友好协商解决，协商仍不能解决的，可向协议签约地具有管辖权的人民法院提起诉讼。

本协议部分条款在履行过程中发生争议向人民法院提起诉讼解决的，不影响本协议其它条款的执行与效力。

五、协议的变更与解除

在本协议正常履行期间，协议内容的任何修改、变更、解除，必须经协议各方一致同意。

六、违约责任

由于本协议任何一方当事人的过错，造成本协议不能履行或者不能完全履行的，由有过错的一方依法承担违约责任；如属各方当事人

的过错，则根据各方当事人过错的实际情况，由各方当事人分别承担各自应负的违约责任；

若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后，除非守约方同意终止本协议的，本协议仍须继续履行。

七、协议份数

本合同一式五份，采购方持两份；供应方持一份；代理公司持一份，行政审批局持一份（由代理公司代收）。

第十一部分 保险保障内容

1、本项目采购金额：人民币**壹佰玖拾玖万贰仟伍佰元**整/年，（**¥：1992500 元**/年）。

2、保险方案

医疗机构类型	**累计责任限额**	**每次事故责任限额**	**每次事故每位患者责任限额**	**每次事故及累计法律费用责任限额**
乡镇（中心）卫生院	**1500 万**	**45 万**	**30 万**	**每次 1.5 万；累计 120 万**
村卫生室、社区卫生服务站、	**1000 万**	**30 万**	**20 万**	**每次 1.5 万；累计 40 万**

除以上险种以外，附加以下险种：

1、医责险附加医疗机构场所责任保险条款：**5 万元/每次责任限额。**

2、医责险附加外请医务人员医疗责任保险条款：**15万元/每次责任限额。**

注：

（1）累计赔偿限额是指被保险医疗机构在保险年度内获得的最高赔偿金额。若保险年度内被保险医疗机构累计获得的赔款等于累计赔偿限额，则该医疗机构的保险单项下的相应保险责任终止。医疗机构选择的累计赔偿限额不低于每人赔偿限额。

（2）每次每人赔偿限额是指在保险年度内，被保险医疗机构造成每一名患者人身损害，在保险责任范围内获得的最高赔偿金额。

4、投保、出单、保险费支付与保险合同的解除

（一）投保

采购方投保时，须向供应方提供以下材料：

1、投保单；

2、事业单位法人证书复印件

3、法人身份证复印件

4、兴化市基层医疗机构清单

（二）出单

供应方在收到采购方的投保材料3个工作日内，根据本协议的有关内容为采购方出具保险单，并开具保险费增值税发票。

（三）保险费支付

被保险人的保险费由采购人全额承担，并于采购合同签署后，保险合同生效时一次性缴纳全额保险费。

保险费支付：供应方将保险费以转账/汇款的方式划付供应方指定的统一保险费专收帐户。账户信息如下：

账户名称：中国人民财产保险股份有限公司泰州市分公司

开户行：中国工商银行股份有限公司泰州新区支行

账号：1115020919000011222

（四）保险合同的解除

除本保险合同约定外，本保险合同成立后，保险人不得解除本保险合同。

第十一部分 附件

附件一：兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品保险方案及条款

附件二：兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品保险案件赔偿处理办法

附件三：兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品考评内容

采购方：兴化市卫生健康委员会（签章）

法定代表人或授权代理人：

供应方：中国人民财产保险股份有限公司泰州市分公司（签章）

法定代表人（负责人）或授权代理人：

时间：2026 年 3 月 25 日

签约地点：兴化市

附件一：兴化市基层医疗机构相关保险产品保险方案及条款

兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品保险方案

方案明细表

项目	内容
1、投保人	
投保人名称：	兴化市卫生健康委员会
投保人地址：	兴化市
2、被保险人	
被保险人名称：	依法设立的医疗机构
被保险人地址：	医疗机构的注册地址
3、责任限额：	详见费率机制
4、免赔额：	**每次事故绝对免赔额 1000 元或损失金额的 5%，两者以高者为准。**
5、保险条款：	医疗机构医疗责任保险条款；附加医疗机构场所责任保险；附加外请医务人员医疗责任保险条款
6、保险期间：	共 12 个月
7、承保基础：	期内索赔式
8、追溯期：	本保单无追溯期
9、司法管辖：	中华人民共和国司法管辖（不包括港、澳、台地区法律）
10、保险费计算公式：	详见费率机制
11、保费支付：	见费出单

中国人民财产保险股份有限公司

医疗责任保险条款

总则

第一条 本保险合同由保险条款、投保单、保险单以及批单组成。凡涉及本保险合同的约定，均应采用书面形式。

第二条 凡依照中华人民共和国法律（以下简称依法）设立、有固定场所并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构，可作为本保险的被保险人。

保险责任

第三条 在保险单列明的保险期间或追溯期及承保区域范围内，在保险单中载明的被保险人的医务人员（以下简称投保医务人员）在诊疗活动中，因执业过失造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人按照本保险合同的约定负责赔偿。

本保险合同所指的追溯期是指从保险期间开始之时起向前追溯的约定的期间。追溯期的具体起止时间以保险单载明的时间为准。

本保险合同所指的诊疗活动是指通过各种检查，使用药物、器械及手术等方法，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康的活动，包括诊断、治疗、护理环节。

第四条 保险责任范围内的事故发生后，事先经保险人书面同意的法律费用，包括事故鉴定费、查勘费、取证费、仲裁或诉讼费、案件受理费、律师费等，保险人按照本保险合同的约定也负责赔偿。

责任免除

第五条 下列原因造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人或其投保医务人员的故意行为、犯罪行为和非执业行为；

（二）战争、敌对行为、军事行动、武装冲突、恐怖活动、罢工、骚乱、暴动、盗窃、抢劫；

（三）核反应、核子辐射和放射性污染。但使用放射器材治疗发生的赔偿责任，不在此限；

（四）地震、海啸、雷击、暴雨、洪水等自然灾害及火灾、爆炸等意外事故。

第六条 下列情形造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）未经国家有关部门认定合格的医务人员进行的诊疗工作；

（二）临床试验性检查、治疗以及其它不以治疗为目的的诊疗活动造成患者的人身损害，包括但不限于整形美容、体检；

（三）被保险人或其投保医务人员从事未经国家有关部门许可的诊疗工作；

（四）被保险人或其投保医务人员被吊销执业许可或被取消执业资格以及受停业、停职处分后仍继续进行诊疗工作；

（五）被保险人投保医务人员在饮酒、吸毒或药剂麻醉状态下进行诊疗工作；

（六）因药品、消毒药剂、医疗器械的缺陷，或者输入不合格的血液，或药品不良反应造成患者损害；

（七）被保险人或其投保医务人员使用未经国家有关部门批准使

用的药品、消毒药剂和医疗器械，但经国家有关部门批准进行临床实验所使用的药品、消毒药剂、医疗器械不在此限；

（八）被保险人或其投保医务人员在正当的诊断、治疗范围外使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品；

（九）被保险人医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下已经尽到合理诊疗义务；

（十）被保险人医务人员限于当时的医疗水平难以诊疗；

（十一）患者或者其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范的诊疗，被保险人及其医务人员没有过错的。

第七条 下列损失、费用和责任，保险人不负责赔偿：

（一）被保险人医务人员或其代表的人身伤亡；

（二）直接或间接由于计算机 2000 年问题引起的损失；

（三）罚款、罚金或惩罚性赔偿；

（四）本保险合同载明的免赔额；

（五）被保险人根据与患者、其近亲属或他人签订的协议应承担的责任，但即使没有这种协议，被保险人依法仍应承担的责任不在此限；

（六）投保医务人员自终止在被保险人的营业处所内工作之后所发生的任何损失、费用和责任。

第八条 其他不属于本保险责任范围的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

责任限额与免赔额

第九条 除另有约定外，责任限额包括医疗责任每人责任限额、精神损害每人责任限额、医疗责任累计责任限额、法律费用每次事故责任限额、法律费用累计责任限额。除另有约定外，精神损害每人责任限额为医疗责任每人责任限额的30%，并包含在医疗责任每人责任限额之内。各项责任限额由投保人和保险人协商确定，并在保险合同中载明。

第十条 每次事故免赔额（率）由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

保险期间

第十一条 除另有约定外，保险期间为一年，以保险单载明的起讫时间为准。

保险人义务

第十二条 本保险合同成立后，保险人应当及时向投保人签发保险单或其他保险凭证。

第十三条 保险人依本保险条款第十七条取得的合同解除权，自保险人知道有解除事由之日起，超过三十日不行使而消灭。

保险人在保险合同订立时已经知道投保人未如实告知的情况的，保险人不得解除合同；发生保险事故的，保险人应当承担赔偿责任。

第十四条 保险事故发生后，投保人、被保险人提供的有关索赔的证明和资料不完整的，保险人应当及时一次性通知投保人、被保险人补充提供。

第十五条 保险人收到被保险人的赔偿请求后，应当及时就是否属于保险责任作出核定，并将核定结果通知被保险人。情形复杂的，

保险人在收到被保险人的赔偿请求后三十日内未能核定保险责任的，保险人与被保险人根据实际情形商议合理期间，保险人在商定的期间内作出核定结果并通知被保险人。对属于保险责任的，在与被保险人达成有关赔偿金额的协议后十日内，履行赔偿义务。

保险人依照前款的规定作出核定后，对不属于保险责任的，应当自作出核定之日起三日内向被保险人发出拒绝赔偿保险金通知书，并说明理由。

第十六条 保险人自收到赔偿保险金的请求和有关证明、资料之日起六十日内，对其赔偿保险金的数额不能确定的，应当根据已有证明和资料可以确定的数额先予支付；保险人最终确定赔偿的数额后，应当支付相应的差额。

投保人、被保险人义务

第十七条 投保人应履行如实告知义务，如实回答保险人就有关情况提出的询问，并如实填写投保单。

投保人故意或者因重大过失未履行前款规定的如实告知义务，足以影响保险人决定是否同意承保或者提高保险费率的，保险人有权解除合同。

投保人故意不履行如实告知义务的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，并不退还保险费。

投保人因重大过失未履行如实告知义务，对保险事故的发生有严重影响的，保险人对于合同解除前发生的保险事故，不承担赔偿责任，但应当退还保险费。

第十八条 除另有约定外，投保人应在保险合同成立时交清保险

费。**保险费交清前发生的保险事故，保险人不承担赔偿责任。**

第十九条 被保险人及其医务人员在诊疗活动中，应该遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗规范、常规，恪守医疗服务职业道德，采取合理的预防措施，尽力避免或减少责任事故的发生。保险人对被保险人及其医务人员的专业资格、使用药品和医疗器械及其他各项医疗条件进行查验时，被保险人应积极协助并提供保险人需要的用以评估有关风险的详情和资料。但上述查验并不构成保险人对被保险人的任何承诺。保险人对发现的任何缺陷或危险书面通知被保险人后，被保险人应及时采取整改措施。

投保人、被保险人未遵守上述约定而导致保险事故的，保险人不承担赔偿责任；投保人、被保险人未遵守上述约定而导致损失扩大的，保险人对扩大部分的损失不承担赔偿责任。

第二十条 在保险期间内，如发生足以影响保险人决定是否继续承保或是否增加保险费的保险合同重要事项变更，被保险人应及时书面通知保险人，保险人有权要求增加保险费或者解除合同。在保险期间内，由于医务人员发生变动，需要加保或退保，被保险人应当书面通知保险人。

被保险人未履行通知义务，因上述保险合同重要事项变更而导致保险事故发生的，保险人不承担赔偿责任。

第二十一条 被保险人一旦知道或应当知道可能引起本保险项下索赔的患者人身损害事故发生时，应该：

（一）尽力采取必要、合理的措施，防止或减少损失，**否则，对因此扩大的损失，保险人不承担赔偿责任；**

（二）按照规定向有关部门报告，并按照规定的程序申请或进行调查、分析、鉴定。被保险人应妥善保管有关的原始资料，并对引起不良后果的药品、医疗器械等现场实物按照有关规定进行封存并妥善保管，以备查验；

（三）立即通知保险人，并书面说明事故发生的原因、经过和损失情况；**故意或者因重大过失未及时通知，致使保险事故的性质、原因、损失程度等难以确定的，保险人对无法确定的部分，不承担赔偿责任**，但保险人通过其他途径已经及时知道或者应当及时知道保险事故发生的除外；

（四）允许并且协助保险人进行事故调查；**对于拒绝或者妨碍保险人进行事故调查导致无法确定事故原因或核实损失情况的，保险人对无法确定或核实的部分不承担赔偿责任。**

第二十二条 被保险人收到患者或其近亲属的损害赔偿请求时，应立即通知保险人。未经保险人书面同意，**被保险人对患者或其近亲属作出的任何承诺、拒绝、出价、约定、付款或赔偿，保险人不受其约束。对于被保险人自行承诺或支付的赔偿金额，保险人有权重新核定，不属于本保险责任范围或超出责任限额的，保险人不承担赔偿责任。**在处理索赔过程中，保险人有权自行处理由其承担最终赔偿责任的任何索赔案件，被保险人有义务向保险人提供其所能提供的资料和协助。

第二十三条 被保险人获悉可能发生诉讼、仲裁时，应立即以书面形式通知保险人；接到法院传票或其他法律文书后，应将其副本及时送交保险人。保险人有权以被保险人的名义处理有关诉讼或仲裁事

宜，被保险人应提供有关文件，并给予必要的协助。

对因未及时提供上述通知或必要协助引起或扩大的损失，保险人不承担赔偿责任。

第二十四条 被保险人向保险人请求赔偿时，应提交下列单证材料：

（一）保险单正本和被保险人已经向第三者支付赔偿金的书面证明材料；

（二）有关责任人的资格和执业证明、医疗机构与责任人的劳动关系证明；

（三）患者完整的病例资料；

（四）患者伤残的，应当提供权威部门出具的伤残程度证明；患者死亡的，应当提供死亡证明书；

（五）患者或其近亲属的书面索赔申请；

（六）事故情况说明、赔偿项目清单；

（七）经法院、仲裁机构或卫生行政部门依法判决、裁决、裁定或调解的，应当提供判决、裁定文件或调解书；

（八）投保人、被保险人所能提供的其他与确认保险事故的性质、原因、损失程度等有关的证明和资料。

投保人、被保险人未履行前款约定的单证提供义务，导致保险人无法核实损失情况的，保险人对无法核实部分不承担赔偿责任。

第二十五条 发生保险责任范围内的损失，应由有关责任方负责赔偿的，被保险人应行使或保留向该责任方请求赔偿的权利。

保险事故发生后，保险人未履行赔偿义务之前，被保险人放弃对

有关责任方请求赔偿的权利的，保险人不承担赔偿责任。

保险人向被保险人赔偿保险金后，在赔偿金额范围内代位行使被保险人对有关责任方请求赔偿的权利，被保险人未经保险人同意放弃对有关责任方请求赔偿的权利的，该行为无效。

在保险人向有关责任方行使代位请求赔偿权利时，被保险人应当向保险人提供必要的文件和其所知道的有关情况。

由于被保险人的故意或者重大过失致使保险人不能行使代位请求赔偿的权利的，保险人可以扣减或者要求返还相应的赔偿金额。

赔偿处理

第二十六条 保险人接到被保险人的索赔申请后，有权聘请专业技术人员参与调查、处理。

第二十七条 保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任为基础，按照保险合同的约定进行赔偿：

（一）被保险人和向其提出损害赔偿请求的患者协商并经保险人确认；

（二）仲裁机构裁决；

（三）人民法院判决；

（四）卫生行政部门调解；

（五）保险人认可的其它方式。

第二十八条 被保险人给患者造成损害，被保险人未向该患者或其近亲属赔偿的，保险人不负责向被保险人赔偿保险金。

第二十九条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于被保险人对每位患者造成的人身伤害，保险人在医疗责任每人责任限额内计算赔偿；对于被保险人对每位患者依法应当承担的精神损害赔偿责任，保险人的赔偿金额以本保险单列明的精神损害每人责任限额为限，并计算在医疗责任每人责任限额之内。

对于被保险人对每位患者人身伤害的赔偿责任和精神损害的赔偿责任，保险人在扣除保险合同列明的每次事故免赔额或按每次事故免赔率计算的免赔额后，在医疗责任每人责任限额之内进行赔偿。

（二）在保险期间内，保险人对被保险人多次索赔的各项赔偿金额之和不超过本保险合同载明的医疗责任累计责任限额。

第三十条 对于法律费用，保险人在第二十九条计算的赔偿金额以外按以下约定另行计算赔偿：

（一）保险人对法律费用的每次事故赔偿金额以实际发生的费用金额为准，但不得超过本保险单列明的法律费用每次事故责任限额；

（二）在保险期间内，保险人对被保险人多次索赔的法律费用累计赔偿金额不得超过本保险单列明的法律费用累计责任限额。

第三十一条 发生保险事故时，如果被保险人的损失能够从其他相同保障的保险项下也获得赔偿，则本保险人按照本保险合同的责任限额与所有有关保险合同的责任限额总和的比例承担赔偿责任。

其他保险人应承担的赔偿金额，本保险人不负责垫付。若被保险人未如实告知导致保险人多支付赔偿金的，保险人有权向被保险人追回多支付的部分。

第三十二条 保险人受理报案、进行现场查勘、核损定价、参与案件诉讼、向被保险人提供建议等行为，均不构成保险人对赔偿责任

的承诺。

第三十三条 被保险人向保险人请求赔偿的诉讼时效期间为二年，自其知道或者应当知道保险事故发生之日起计算。

争议处理

第三十四条 因履行本保险合同发生争议的，由当事人协商解决。协商不成的，提交保险单载明的仲裁机构仲裁；保险单未载明仲裁机构且争议发生后未达成仲裁协议的，可向中华人民共和国人民法院起诉。

第三十五条 本保险合同的争议处理适用中华人民共和国法律（不包括港澳台地区法律）。

其他事项

第三十六条 保险责任开始前，投保人要求解除保险合同的，应当向保险人支付相当于保险费 5%的退保手续费，保险人应当退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，不得向投保人收取手续费并应退还已收取的保险费。

保险责任开始后，投保人要求解除保险合同的，自通知保险人之日起，保险合同解除，保险人按短期费率计收自保险责任开始之日起至合同解除之日止期间的保险费，并退还剩余部分保险费；保险人要求解除保险合同的，应提前十五日向投保人发出解约通知书，保险人按照保险责任开始之日起至合同解除之日止期间与保险期间的日比例计收保险费，并退还剩余部分保险费。

中国人民财产保险股份有限公司
医疗责任保险附加医疗机构场所责任保险条款

总则

第一条 本条款为《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险》（以下简称“主险”）的附加险条款，在投保主险的基础上，投保人可以投保本附加险。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 在保险单明细表列明的保险期间及承保区域范围内，由于下列原因导致第三者（含患者）的人身伤害或财产损失，依法应由被保险人承担经济赔偿责任时，保险人根据本附加保险合同的约定负责赔偿：

（一）医疗机构的公共设施存在缺陷；

（二）被保险人或其雇员对医疗机构内的公共设施管理不善或操作、维护不当；

（三）被保险人或其雇员的过失导致的火灾或爆炸；

（四）被保险人或其工作人员的过失导致被保险人提供的食品引发食物中毒或其他食源性疾患。

责任限额及免赔额

第四条 本附加险设每次事故每人责任限额、每次事故责任限额和累计责任限额，由投保人和保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

每次事故免赔额由投保人与保险人在签订保险合同时协商确定，并在保险合同中载明。

赔偿处理

第五条 发生保险责任范围内的损失，保险人按以下方式计算赔偿：

（一）对于每次事故造成的损失，保险人在扣除保险单载明的本附加险每次事故免赔额后，在本附加险合同约定的每次事故责任限额内计算赔偿。其中，对每位第三者的赔偿不超过本附加险合同约定的每次事故每人责任限额；

（二）在保险期间内，保险人对多次事故损失的累计赔偿金额不超过本附加险合同约定的累计责任限额。

中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险附加外请医务人员医疗责任保险条款

总则

第一条 本条款为《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险》（以下简称“主险”）的附加险条款，在投保主险的基础上，投保人可以投保本附加险。

主险合同效力终止，本附加险合同效力亦同时终止；主险合同无效，本附加险合同亦无效。

第二条 本附加险合同未约定事项，以主险合同为准；本附加险合同与主险合同相抵触之处，以本附加险合同为准。凡涉及本附加险合同的约定，均应采用书面形式。

保险责任

第三条 在保险单明细表列明的保险期间或追溯期及承保区域范围内，被保险人外请的医务人员在从事与其资格相符的诊疗活动中，因执业过失造成患者人身损害，在本保险期间内，由患者或其近亲属首次向被保险人提出索赔申请，依法应由被保险人承担民事赔偿责任时，保险人根据本附加险合同的约定负责赔偿。

外请医务人员：指因医疗诊治工作需要，被保险人正式批准从其它医疗机构邀请进行会诊的具有相应资格的医务人员。

责任免除

第四条 外请医务人员的会诊费用，保险人不负责赔偿。

第五条 未经被保险人事前书面批准，被保险人的医务人员或者患方自行邀请进行会诊的医务人员造成的损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

附件二：兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品保险案件赔偿处理办法

兴化市基层医疗机构医疗责任保险

保险案件赔偿处理办法

第一章 总则

第一条 为保护医疗机构、患者和保险公司的合法权益，根据《兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品采购合同书》（以下简称《采购合同》）的有关规定，特制订本办法。

第二条 本办法与《采购合同》正文的约定具有同等法律效力，协议各方共同遵守，《采购合同》未尽事宜以本办法为准。

第二章 理赔处理中心

第三条 由承保公司设立理赔服务中心（以下简称理赔中心）负责本产品保险案件的赔偿处理相关事宜。

第四条 理赔服务中心应当遵循公正、公平的原则，依据事实和相关法律、法规、诊疗护理规范、保险合同等，对案件的定性、定责、定损、定赔进行审查，及时完成案件处理。

第五条 承保公司理赔部门指定专职人员全力配合理赔中心的工作。

第三章 赔偿处理流程

第一节 医疗纠纷纠纷处理途径

第六条 根据国家相关法律法规，医疗纠纷可以通过以下途径进行处理：自行和解、第三方调解、司法诉讼、行政调解和仲裁案件。

第二节 报案

第七条 根据《采购合同》，患者或其近亲属或其代理人首次向医疗机构提出赔偿请求的时间（即索赔时间）为保险出险时间，发生医疗损害时间应在保单期内，此时间以下列三个时间中发生在前的为准，保险人有权对出险时间进行核实。

（一）医疗机构出具的投诉登记材料中所载的患方在首次向医疗机构沟通或投诉过程中明确提出索赔要求的时间；

（二）或患方提出或同意通过医疗纠纷调解解决纠纷的时间；

（三）或患方向医疗机构提起诉讼的时间；

第八条 承保公司设立 7*24 小时全年不间断受理报案。

第三节 案件处理

第九条 案件处理均应完成定性、定责、定损、定赔。

（一）定性，指对医疗机构的诊疗护理活动是否存在过错，以及该过错与患者的损害后果之间是否存在关联性进行判定；

（二）定责，指经定性判定为医疗机构的过错与患者损害后果之间存在因果关系的案件，对医疗机构为患者所受损害所应承担的责任程度进行判定；

（三）定损，指对因诊疗活动中的过错给患者所造成的经济损失产品进行确定；

（四）定赔，指依据相关法律规定，对患者经济损失产品赔偿金额进行计算。

第四节 自行和解简易程序

第十条 根据《采购合同》，未超过规定权限的，医疗机构在20000元限额内采用自行和解简易程序处理的，应当及时通知理赔服务中心，理赔服务中心根据医疗机构要求提供赔偿处理意见，并负责协助参保医疗机构向患方收集案件相关材料。

第十一条 医患双方达成和解，签订医患自行和解协议书或通过医疗机构所在地医疗纠纷调解组织签订调解协议书。

第十二条 理赔中心应当在和解协议生效之日起1个工作日内完成案件的登记、核实、归档，并将索赔材料提交首席承保公司，首席承保公司在《采购合同》约定的时效内向医疗机构或者患者支付赔款。

第五节 第三方调解

第十三条 理赔服务中心应跟踪、记录参保医疗机构医疗纠纷第三方调解案件受理情况，与兴化市医疗纠纷调解委员会就医疗纠纷处理情况保持有效沟通。

第十四条 理赔服务中心对于医疗纠纷调解组织不受理或终结调解的案件，应当在1个工作日内与医疗机构取得联系，告知医疗机构后续处理相关注意事项，并全程跟进。

第十五条 属于保险责任的医疗纠纷案件，医疗纠纷调解组织应视案件的实际情况和复杂程度，由理赔服务中心对医疗纠纷案件进行专业咨询。无论采取何种方式进行咨询，均需出具《医疗责任保险案件专家咨询意见》。

第十六条 兴化市医患纠纷人民调解委员会参考《医疗责任保险

案件专家咨询意见》对患者与医疗机构进行调解，并促成医患双方达成《调解协议书》。保险公司需认可兴化市医患纠纷人民调解委员会出具的《调解协议书》结果并按照相关约定金额进行理赔。

第十七条 理赔服务中心应当在医患双方签订调解协议后3个工作日内将索赔材料提交供应方，承保公司在《采购合同》约定的时效内向医疗机构或者患者支付赔款。

第六节 司法诉讼及行政调解

第十八条 医疗机构在收到法院诉讼传票后1个工作日内，应将法院传票及原告诉状扫描件发至理赔服务中心。

第十九条 当法院决定案件需要进行司法鉴定时，理赔服务中心在接到医疗机构或代理律师通知后需协助医疗机构和代理律师及时通知承保公司，各方应重视并共同做好司法鉴定前的准备工作。

鉴定机构出具鉴定意见后，理赔中心应当及时组织或分别与医疗机构、承保公司进行讨论，医疗机构、承保公司对鉴定意见有异议的，有必要的应当在法庭审理时申请鉴定人出庭质证。

第二十条 医疗机构及其代理律师收到人民法院一审判决书，应在1个工作日内转交理赔中心
及承保公司。医疗机构及承保公司在收到判决书之日起3个工作日内沟通协商确认是否上诉。

第二十一条 不需上诉的案件及终审结案案件，理赔中心提供赔偿处理意见，并在判决书生效之日起10个工作日内将索赔材料提交承保公司，承保公司在《采购合同》约定的时效内向医疗机构或者患

者支付赔款。

第二十二条　医疗机构在选择司法调解途径前及达成司法调解协议前，应当就拟达成调解协议的内容征得承保公司意见。承保公司应当在司法调解达成一致意见前，与理赔服务中心协商并出具赔偿处理意见，医疗机构根据赔偿处理意见，参与司法调解。

第二十三条　医疗纠纷案件通过行政调解途径进行处理的，其处理流程参照司法调解流程。

第二十四条　案件通过司法诉讼或行政调解途径解决过程中，当事人申请撤回诉讼或行政调解的，后向医疗纠纷调解组织申请第三方调解，医疗纠纷调解组织可以受理，其处理流程参照第三方调解。

第二十五条　医疗机构、理赔服务中心、承保公司按照本办法《诉讼案件操作细则》，完成诉讼案件处置工作。

第四章 案件索赔材料清单

第二十六条　理赔中心应本着实事求是的原则，尊重客观事实，协助医疗机构收集并整理索赔资料。承保人及其他共保公司不得以以往的工作习惯及理赔标准，对于索赔材料提出额外的要求。

第二十七条　承保人应当依据下列单证进行保险赔偿，不再要求当事人提交其他单证。

序号	索赔单证	第三方调解	司法诉讼	司法调解	行政调解

1	索赔申请书	√	√	√	√
2	医疗纠纷调解组织主持签订的医疗纠纷调解协议书	√	×	×	×
3	医疗技术鉴定意见书、司法过错鉴定意见书	如有需提供			
4	开庭传票、司法判决书等诉讼相关文件	×	√	√	×
5	损失及赔偿金额计算所需单证	√	√	√	√
6	赔款支付通知书	√	√	√	√
7	理赔中心认为其它有必要的单证	√	√	√	√

第二十八条　损失及赔偿金额计算所需单证包括：患方身份证明材料、患者的死亡证明、患者伤残等级证明、误工费及收入证明材料、医疗费用证明材料、护理费用证明材料、患者病历资料复印件、其他费用材料。

第五章 损害赔偿产品及标准

第二十九条　依照《采购合同》约定，在《中华人民共和国民法典》及《最高人民法院关于审理人身损害赔偿案件适用法律若干问题的解释》的基础上，兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品案件涉及的医疗损害赔偿产品及标准，包括但不限于患者误工期的确定及误工费的计算、患者护理期的确定及护理费的计算、患者营养费的认定及计算、患者住院伙食补助费、患方精神损害抚慰金、患者医疗费、患者被扶养人生活费的认定及计算、患者死亡赔偿金、患者残疾赔偿金、

交通费、住宿费、住院伙食补助费、必要的营养费、残疾辅助器具费、康复费、护理费、后续治疗费、丧葬费、办理丧葬事宜支出的合理的交通费、住宿费和误工损失、精神损害抚慰金等。依照本办法《损害赔偿产品及标准细则》确定。

第三十条　按照本办法《损害赔偿产品及标准细则》约定计算的损失金额，保险公司应当予以认可。

第六章 其他事项

第三十一条　发生保险责任范围内的保险事故，医疗机构在保险事故中承担的责任度，根据 2021 年 11 月 17 日司法部下发的《人身损害与疾病因果关系判定指南》（附录 A），按照人身损害在疾病后果中的原因力大小（因果关系类型），依次将人身损害参与程度分为以下六个等级： 完全因果关系：96%～100%； 主要因果关系：56%～95%； 同等因果关系：45%～55%； 次要因果关系：16%～44%； 轻微因果关系：5%～15%； 没有因果关系：0%～4%。

第三十二条　发生保险责任范围内的保险事故，根据医疗机构提供的索赔材料，参考案件的损害范围、受害人的经济承担能力等因素，在每次事故每位患者公平原则限额内酌情赔偿。

第三十三条　对于第三方侵权（如交通事故等）合并发生医疗责任保险案件，赔偿主体除医疗机构外尚有其他主体的，医疗纠纷调解组织需对患者外伤入院时的不良预后风险及医疗机构的医疗过错责任进行咨询，保险公司应承担相应的赔偿责任，认可或出具相应的分割单，同时不得以要求患者先行处理第三方侵权事件为由拒绝赔偿或

拖延赔偿。

第七章 附则

第三十四条　本办法由《采购合同》各方共同负责制订、修改、解释。

第三十五条　本办法自采购协议签订之日起施行。

附件三：兴化市基层医疗机构医疗责任保险产品考评内容

考评内容

2026年医疗责任保险项目考评，考评工作由兴化市卫生健康委员会组织人员进行，具体内容如下：

一、服务考核条款（100分）

1、有专门的工作团队（20分），其中应有健全的组织框架（10分），有明确的岗位职责（5分）和各项管理制度（5分）。本项无专门工作团队不得分，组织机构不清晰扣2分，岗位职责不明确扣2分，管理制度缺1项扣2分。

2、应明确1名经理具体负责医疗责任保险及保险服务的日常管理、统筹协调，确保工作的正常开展（5分）。无具体负责人不得分。

3、应有固定的办公地点及确保工作正常开展的相关设施（15分）。无固定办公地点不得分。

4、除负责人外，至少应配备具有专业能力和沟通协调能力的服务人员1人（15分），其中至少1人有医学专业背景。如无医学专业背景人员扣15分，除外每缺少1名服务人员扣3分。

5、有专人指导并主动做好保险承保及理赔服务工作（5分）。发生投诉或提出意见每次扣2分。

6、接报案处理及时，并及时参与现场调处（20分）。需现场调处而未及时出现场每次扣4分。

7、协助调解工作态度积极，调处受理率应达100%（10分）。每发生1次投诉扣2分，受理率每降低1%扣1分。

8、积极配合参保医疗机构开展保险培训及风险防范工作（10分）。

发生投诉或提出意见每次扣2分。

二、考核实施

1、每期保单终止前30天，由兴化市卫生健康委员会组织考评人员按考核标准对承保机构的医疗责任保险及保险服务进行考核，考核分≥80分，可参加下一年度招投标，低于80分的，视为不合格，本服务项目终止。