20260912BX00007

医疗责任保险协议

汉　　中　　市　　中　　心　　医　　院

中国人民财产保险股份有限公司汉中市分公司

医疗责任保险协议

二〇二六年九月

汉中市中心医院医疗责任保险协议

甲　　方：汉中市中心医院

乙　　方：中国人民财产保险股份有限公司汉中市分公司

经甲、乙双方充分友好协商，现就汉中市中心医院医疗责任保险相关事宜（以下简称“本项目”）签订本保险协议，内容如下：

第一部分 保险方案

一、投保人/被保险人：

名　称：汉中市中心医院

二、投保险种：

医疗责任保险

三、适用条款：

《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险条款》

《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险附加进修医务人员医疗责任保险条款》

《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》

四、保险责任

（一）在保险单列明的保险期限及承保区域范围内，被保险人的医务人员在诊疗护理活动中，因执业过失或者过错造成患者人身损害，在本保险期限内，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，保险人根据本保险合同的约定负责赔偿。

（二）保险责任范围内的医疗纠纷或医疗损害发生后，事先经保险人书面同意的法律费用，包括医疗事故鉴定费、医疗过错鉴定费、尸检费、查勘费、取证费、仲裁或诉讼费、案件受理费、律师费等，保险人在约定的限额内也负责赔偿。

（三）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，由其它医疗机构指派到被保险人处进修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，保险人根据本附加保险合同的约定负责赔偿。

(四)在保险单明细表列明的保险期限及承保区域范围内，被保险人外请的医务人员在从事与其资格相符的诊疗护理活动中，因执业过失或过错造成患者人身损害，在本保险期限内，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，保险人根据本保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及相关诊疗行为的具有相应资质资格的医务人员。

五、投保方案:

根据中心医院提供人员数据：卫生技术人员：1904人，其中医生741人，护士：1163人。

单位：万元

保险责任	责任限额	免赔条件	年保费
医疗责任累计责任限额	255	**每次事故免赔3000元或10%，二者以高者为准**	229.89万元
每次医疗纠纷或医疗损害责任限额	60		
医疗责任每人责任限额	40		
法律费用每人赔偿限额	3		
法律费用累计责任限额	30		
附加外请医务人员医疗责任	**同主险**		
附加进修医务人员责任	**同主险**		

六、保险期限：

本协议服务期限一年，具体时间与保单时间同步。

七、保险费支付方式：

甲方分两期支付保费，首期保费支付时间为本协议签订后甲方向乙方指定账户转账支付全额保险费的50%，乙方收到保费后3个工作日内按照保险方案录制并生成保单，剩余50%保险费在保险签单当年的12月31日之前由甲方转账支付给乙方。

第二部分 保险服务

为打造保险服务于医疗行业的更佳合作方式，也为了更好的履行本保险协议，乙方全力做好以下保险服务工作。

一、成立项目专项服务小组

为了向甲方提供优质高效和专业化的保险服务，乙方与汉中市医调委共建医责险专业团队，由乙方兼职调解员和市医调委专职调解员组成，甲乙双方履行医疗责任保险期间，医责险专业团队将结合甲方的需求，进一步完善“调、保、赔”模式，更好的发挥“调、保、赔”优势，做好医疗纠纷处理服务的具体调解处置工作。

医疗责任险工作领导小组			
	单　　位	职位	联系方式
肖健	人保财险汉中市分公司	副总经理	13509171233
余前忠	汉中市医疗纠纷调解委员会	主　任	13700269964
张　良	人保财险汉台支公司	经　理	13991620009
邓文军	人保财险理赔中心	主任	18191611199
李颜明	人保财险汉台支公司	商团部经理	13892650505

二、工作小组职责

(一) 医责险领导小组工作职责

1、负责医责险专项工作团队各职能组工作的监督促进，相关部门的协调协作，保障团队高效开展工作，集中解决工作过程中发现的问题；遇突发事件，随时召开相关部门联席会议。

2、负责医责险专项团队纠纷处置和理赔工作施行考评制度，根据服务效能考核情况进行相应的奖励和处罚。

(二) 医责险专业团队工作职责

1、负责医院承保信息的收集交回出单人员，及时在核心业务系统录入相关信息，出具保险单证。

2、负责医疗纠纷跟踪，协同医疗调解委员会调解人员、法律事务人员、院方安全办工作人员对纠纷发生后调解、调查、理赔结算等具体服务工作。坚持“主动、迅速、准确、合理”的工作原则，确保纠纷院外解决、调解工作落实到位。

3、负责可疑案件、需鉴定案件的协调处置，案件中法律层面依据及文书的出具和讲解。

（三）团队人员的基本要求

1、医责险团队的具体工作人员应熟知《医师法》、《民法典》及《医疗纠纷预防和处理条例》等相关法律法规。

2、团队人员应熟知医疗纠纷处理的各项法定途径以及尸检的相关要求，熟知医疗事故技术鉴定和医疗过错鉴定等鉴定的申请程序、鉴定的相关要求等内容。

3、派驻人员应有独立接待处理医疗纠纷的能力，协助医院工作人员处理医疗纠纷，派驻人员要会使用 office 相关办公软件，协助医院完成医院安排的其他工作。

三、理赔服务

（一） 医疗纠纷赔偿处理程序

1、受理案件

（1）纠纷发生后，甲方即通知乙方，乙方的医责险专业团队第一时间派人员（30分钟内）到现场了解纠纷相关情况，告知医患双方医疗纠纷处理途径和程序，配合并协助医院人员引导患方通过调解或诉讼等合法途径处理医疗纠纷，减少或者避免患者纠纷发生时候在医院的不当影响。

（2）乙方医责险专业团队及时介入医疗纠纷的处理，并协调汉中市医调委及时介入纠纷调处，引导纠纷关联方在汉中市人民调解委员会进行纠纷的处理，包括记录医患双方的陈述和意见，收集有关证据材料，了解事故的详细情况，并做好记录依据调查处理认定情况，制作医疗损害调解书。对于1万元以内院方自行协商快速处理的案件，乙方派专人完善手续，进行理赔。

（3）遇到重大、疑难复杂以及患方存在过激情绪或行为的纠纷，配合公安、信访以及卫健委等相关部门的工作，与医疗纠纷人民调解委员会一起按程序处理相应纠纷。

（4）对于未经鉴定，责任不能明晰的医疗纠纷，甲方不愿在通过鉴定定责前进行调解协商处理的，乙方配合医疗纠纷人民调解委员会引导患方进行相关鉴定以明确医疗纠纷责任主体及相关责任比例。

（5）对于医疗纠纷中如有尸检事项，乙方将和甲方加强合作，充分和患方沟通，协调省内既有检验技术力量及场所

资源，利用市公安局相关部门和汉中市殡仪馆的尸检场所，尽力尽快做好此项工作。

（6）如调解达不成一致意见的，可向法院诉讼或仲裁机构仲裁，公司专业团队主动给予必要的协助。

2、索赔时应提供的单证材料

（1）保险单正本复印件；

（2）有关责任人的资格和执业证明、医疗机构与责任人的聘用关系证明；

（3）患者完整的病例资料：患者伤残的，应当提供合法鉴定机构出具的伤残鉴定意见，患者死亡的，应当提供死亡证明书；

（4）患者的书面索赔申请和请求赔偿项目，以及相关的单证材料和原始票据；

（5）出险通知、纠纷情况说明、赔偿项目清单；

（6）经国家批准或认可的医疗过错机构或事故技术鉴定机构进行鉴定的，应提供医疗事故相关鉴定结论；经汉中市医疗纠纷调解委员会或法院、仲裁机构依法调解、判决、裁决的，应当提供调解、判决、裁决文件；

（7）依法应当由被保险人承担的有关费用的证明材料以及投保人、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；

（8）医疗机构先行向患方的支付凭证；

（9）保险公司认为应当提供的其他单证材料。

具体服务方案未尽事宜详见附件2《汉中市中心医院医疗责任保险服务方案》。

第三部分　一般条款

一、消费者权益保护

甲、乙双方应确保本协议项下，各类业务严格遵守国家法律法规 及监管规定中消费者权益保护相关要求，依法保护保险消费者合法权益。本条所指的法律法规及监管规定包括但不限于《中华人民共和国民法典》《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》《中华人民共和国消费者权益保护法实施条例》《银行保险机构消费者权益保护管理办法》《保险销售行为管理办法》《金融机构 产品适当性管理办法》等。具体如下：

（一）双方应严格按照相关法律法规要求履行消费者权益保护相关责任和义务。

（二）甲、乙双方应严格遵守在消费者权益保护方面的责任与义务，建立合作机构准入和退出机制。将合作机构消费者权益保护工作的落实情况及对消费投诉处理工作的配合情况作为合作准入、清退的条件。一方出现违反消费者权益保护要求、出现重大风险事件、存在严重违规行为或不配合开展消费投诉处理工作，另一方有权终止合作，并将其列

入公司合作机构管理黑名单。

（三）甲、乙双方应按照《保险销售行为管理办法》规范保险销售行为，确保从事保险销售的过程中不存在损害消费者利益的行为，包括但不限于一方不得在营业网点或者自营网络平台以另一方名义向消费者推介或者销售产品和服务，不得非法或超范围开展保险营销宣传活动，不得以欺诈或引人误解的方式对保险产品或保险服务进行 营销宣传等。

（四）甲乙双方应按照《金融机构产品适当性管理办法》建立适当性管理机制，严格落实监管机构对适当性管理的要求。甲方应具备销售相关产品的资格及落实适当性义务的人员、内控制度、技术设备等条件；应当履行客户评估、适当性匹配等适当性义务，履行保险销售人员分级管理相关要求；应当在事前征得客户书面同意后将客户产品适当性评估问卷及结果传输给乙方，评估流程可回溯资料支持乙方调阅。乙方应当提供相关保险产品的适当性管理标准和要求、产品分 类分级考虑因素等信息；对于保险产品分类分级的结果发生变更的，乙方应当及时通知甲方。对在保险销售中违反适当性义务的行为，甲乙双方应当依照法律法规及合同约定承担相应法律责任。

（五）乙方不得利用业务便利，强制指定甲方为消费者提供收费服务。

（六）甲、乙双方应建立健全消费者投诉处理机制，明

示消费者投诉渠道和方式，完善投诉数据统计，妥善对接和处理合作过程中发生的保险消费纠纷。就消费投诉，应积极落实首问负责制，在消费者投诉发生的第一时间及时处理并妥善解决，依法合规开展消费者投诉处理工作，避免事态扩大产生负面影响。根据消费者投诉反映出的问题积极进行溯源改进，查找服务薄弱环节和风险隐患，从源头上减少消费投诉的发生。对于客户投诉较多、设计上存在缺陷的保险产品或服务，双方应及时互通消费投诉信息，并妥善处理相关事宜，包括停止销售或提供服务等。

二、反洗钱条款

甲乙双方应遵守《中华人民共和国反洗钱法》《金融机构客户尽职调查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》《金融机构客户受益所有人识别管理办法》《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。

（一）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。

乙方承担未履行客户尽职调查义务的最终责任，甲方承担相应责任。

（二）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。

（三）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。

（四）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。

（五）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。

三、客户信息保护条款

协议中若涉及客户信息收集、使用等处理，应确保符合《民法典》《个人信息保护法》《数据安全法》《网络安全法》《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》等规定要求，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：

（一）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，并在履行本协议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。

（二）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。

（三）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。

（四）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。

（五）甲方应保证客户信息来源合法，提供给乙方的客户信息真实、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。

（六）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，乙方有权按照法律法规相关规定，要求甲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。

四、**廉洁诚信条款**

（一）甲乙双方均应当严格遵守国家法律法规和甲方集中采购管理、供应商管理的相关要求，不从事任何违法违规违纪行为。坚持诚实守信原则，恪守商业道德和职业道德，规范商务人员廉洁从业行为。

（二）采取有效措施，约束双方及双方相关主体自觉履行廉洁从业义务，不得弄虚作假、串通操纵、损公肥私，防止商业贿赂、利益输送、关联交易等各种谋取不正当利益行为发生，维护好双方企业形象、产品品牌和合法权益。

（三）一方监督发现对方相关主体在业务合作中存在违规行为的，应当及时提醒并有权向对方纪检部门举报。情节严重构成犯罪的，任何一方均有权向司法机关报案，追究相关单位或者人员的刑事责任。

（四）不以任何方式实施本协议所述的商业贿赂行为、

营私舞弊或腐败行为等禁止行为，也不会以任何方式向乙方或乙方相关主体索要金钱、实物等不正当利益，或收受乙方或乙方相关主体给予的金钱、实物等不正当利益。

（五）支持乙方的廉洁诚信建设，承诺承担实名举报的义务，若甲方或甲方相关主体对乙方或乙方相关主体的索贿行为不拒绝、不申报，并满足其要求的，则该行为视同甲方实施商业贿赂行为。

（六）在与乙方的业务往来过程中，向乙方提供的信息、文件、资料、数据及相关书面和口头陈述等保证真实、准确和完整，并不存在任何虚假、误导和重大遗漏，且已按乙方要求向乙方提供或披露了与该等文件资料有关的其他辅助文件资料和信息。

（七）严格遵守向乙方做出的承诺、双方签署的合同、协议和备忘录等，确保产品质量和服务质量，不隐瞒任何可能对乙方利益造成影响的信息，积极配合甲方的审计。

（八）严格遵守乙方的供应商行为准则、合作协议、保密承诺书等政策文件中的相关规定。

（九）严格遵守乙方的品牌管理的相关规定，未经乙方授权不擅自使用乙方字样、授权合作伙伴等类似容易对外产生混淆的字样。

（十）严格遵守国家相关法律法规及甲方的管理规定，不参与任何违法活动。

（十一）承诺实事求是，不对内部或社会传递任何虚假信息，严格遵守保密协议，不透露任何甲方的商业机密。

（十二）未经乙方同意，不向任何新闻媒体、第三方述及有关甲方工作人员恪守商业道德方面的评价、信息。

（十三）依法合规参加招投标活动和业务合作并诚实守则，不出借、转让资质证书，不伙同他人串标、围标或非法排挤竞争对手，不以他人名义参与或者以其他方式弄虚作假，不夸大自身技术和提供服 务的能力，损害乙方合法权益。

第四部分　其他事项

一、争议解决

甲、乙双方之间的一切有关本协议的争议，应该尽量通过友好协商的方式予以解决。如果协商不成，任何一方均有权向甲方所在地有管辖权的人民法院提请诉讼。

二、其他

（一）本协议一式四份，双方各执两份，协议有效期一年，具体时间与保单时间同步。

（二）本协议经甲乙双方协商共同制定，必须经双方书面确认，方可对本协议进行修改。

（三）甲乙双方对合作事项负有保密义务，未经对方书面同意，任何一方不得对外泄露本协议内容以及在合作中获取的对方机密信息。

（四）本协议的未尽事宜，由甲乙双方另行协商，并签署补充协议。

（五）本协议的附件（包括但不限于附件1《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险条款》，附件2《汉中市中心医院医疗责任保险服务方案》）为本协议不可分割的组成部分，与本协议正文具有同等法律效力。若附加正文与本协议正文或附加之间有冲突，应有利于甲方的约定为准。

协议签约方确认：

甲方：汉中市中心医院（盖章）

负责人（或授权代表人）（签字）：

2026年9月24日

乙方：中国人民财产保险股份有限公司汉中市分公司（盖章）

负责人（或授权代表人）（签字）：

2026年9月26日

附件 1：

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。

附表：短期费率表

保险期间	一个月	二个月	三个月	四个月	五个月	六个月	七个月	八个月	九个月	十个月	十一个月	十二个月
年费率的百分比	10	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

注：保险期间不足一个月的部分按一个月计收。

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，保险人根据本附加保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。

中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险附加进修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，由其它医疗机构指派到被保险人处进修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，保险人根据本附加保险合同的约定负责赔偿。

责任免除

第四条 进修医务人员不具备国家有关部门认定合格的执业资格造成的任何损失、费用和责任，保险人不负责赔偿。

附件 2：

汉中市中心医院医疗责任保险服务方案

一、承保服务方案

本方案**完全对标汉中市中心医院医责险招标文件全部硬性指标，**结合人保汉中市分公司市级机构属地服务能力、《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险条款》、汉中本地医调委协作机制、该院三甲综合医院双院区、1839 张床位、千余名医护、年两万余台手术的实际运营风险特点编制，内容全部落地、无空泛表述，所有人员配置、纠纷处置、理赔时效、培训、驻院办公、限额标准、三年服务约定均逐条响应招标要求，具备极强针对性、完整性、实操性。

本项目服务周期 3 年，一年一考核、逐年续签，每年固定保费 229.89 万元，三年保费不上涨、服务标准不降低；采购合同签订 3 个工作日内出具全套正式保单，承保覆盖本部、龙岗双院区全部持证在岗医务人员。

1. 项目基础投保信息与保险限额配置

1.1 被保险人基础信息

项目	详细信息
被保险人	汉中市中心医院（公立三级甲等综合医院）
院区范围	本部院区、龙岗院区全部诊疗区域
核定床位	1839 张
在岗执业医师	741 人
在岗护士	1163 人
年手术总量	25757 台
年度门诊 / 住院诊疗人次	1000000/人次
承保范围	全院所有持证在岗医务人员诊断、治疗、护理全流程执业行为

1.2 保险责任限额明细表

币种：人民币　　单位：万元

保障类别	限额标准	条款依据 & 详细说明
年度医疗责任赔偿累计责任限额	255	高于招标文件最低要求，保险期内全院所有患者赔付总额上限
每次医疗责任赔偿限额	60	每次纠纷人身损害赔偿上限，含精神损害赔偿
每次事故每人损害赔偿限额	40	单次事故每人赔偿上限
每次事故法律费用限额	3 万元	包含鉴定费、尸检费、诉讼费、律师费、取证费、查勘费
年度法律费用累计限额	30 万元	全年多起案件产生的法律费用合计赔付上限
追溯期	2 年	追溯期内医务人员执业过失，保险期内患方首次提出索赔均可正常赔付
每次事故免赔约定	3000 元或 10%，两者以高者为限	签订保险单书面载明，理赔时统一扣减

1.3 保险责任

主险责任：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。

包括：本院在册持证医务人员在双院区诊疗活动。

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。在连续投保的情况下，追溯期可以连续计算，但起始日不应超过首张保险单的保险期间起始日，投保人中断保险后则无追溯期，重新投保的追溯期重新计算。

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。

法律费用赔付责任：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。

理赔认可渠道全覆盖：院内医患自行协商、市医调委人民调解、卫健委行政调解、法院判决 / 仲裁四类处置结果，全部纳入理赔范

围，不设置额外门槛。

1.4 责任免除

严格执行人保医疗责险条款第五至八条，针对本院外科手术、医美体检、急救、新药使用等高发场景专项告知免责情形：

医务人员无证行医、吊销资质后行医、饮酒 / 吸毒状态下手术诊疗、故意损害患者不予赔付；

纯体检、整形美容、非治疗性临床试验造成损害不予赔付；

药品 / 器械固有缺陷、不合格血液、药品不良反应、患者拒不配合诊疗、限于当时医疗水平无法诊疗等法定无责情形不予赔付；

行政罚款、惩罚性赔偿、无法律依据的私下高额补偿、医务人员自身伤亡不予赔付。

2. 投保医责险的目标与落地意义

2.1 采购医责险核心落地目标

落实政策：完成公立三甲医院医疗风险社会化分担机制建设，达到平安医院创建硬性考核指标，满足卫健部门监管要求。

剥离院内纠纷压力：将医患沟通、矛盾安抚、赔偿协商、资金支付转移至院外处理，形成“医院+保险公司+医调委”协同处置的风险化解机制，减少医院职能部门、临床科室大量非诊疗工作，保障手术室、门诊正常诊疗秩序，避免患者及家属围堵院区，力争早日实现院内矛盾，院外处理的目标。

合规处置纠纷：根据《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国调解法》、《中华人民共和国侵权责任法》、国务院《医疗纠纷预防和处理条例》及《陕西省医疗纠纷处理条例》等有关法律，联合司法、公安、卫健、人民调解、保险公司等多方力量统筹协调，快速处置，提前介入，统一赔偿标准及定责原则，杜绝医院无依据高额私了，平衡医患双方合法权益，妥善规避舆情风险。

2.2 项目实施实际意义

落地汉中本地化“**调保赔预一体化**”闭环，打通医调委调解与保险理赔通道，提前制定调解方案，依法依规调解，建立快速理赔通道，解决调解资金保障问题、促进调解成功率上升。

构建 “事前风险培训 - 事中现场介入处置快速理赔 - 事后总结归纳” 全链条服务，从源头降低介入、心血管、神经外科、急诊、产科等高风险科室纠纷事故发生率。

3. 专属专业化服务团队配置

设立**汉中市中心医院专属医责险项目组**，办公属地为汉中市分公司市级机构，全员固定在岗、不随意抽调，所有人员熟练掌握《医师法》《民法典》《医疗纠纷预防和处理条例》，知晓纠纷引导、尸检、医疗损害鉴定、诉讼全流程。

3.1 项目团队岗位、人数、职责、专业能力明细

岗位	人员	固定工作地点	核心岗位职责	硬性专业能力（对标招标要求）
项目总负责人	张良	人保汉中市分公司本部	统筹三年服务履约、年度考核、保费续保、对接卫健委 / 公安 / 信访 / 法院、疑难案件定责	5 年以上市级医责险项目管理经验，熟悉汉中本地医疗监管政策
驻院专职纠纷专员	熊伯勇	汉中市中心医院院内固定办公室（长期驻院）	医患现场接待、患方情绪疏导、三方协调、病历 / 实物封存、案件台账录入、Office 报表制作、配合医院医务科辅助工作；24 小时电话待命	具备 3 年医患纠纷一线处置经验，熟练 Word/Excel/PPT，可独立完成纠纷台账、风险统计报表
医学风控专员	吕娜	分公司 + 医院双驻点	诊疗过失评估、尸检机构对接、医疗事故 / 过错鉴定材料筹备、高风险科室事前风险巡查	临床医学背景，熟悉手术、急诊、产科诊疗规范，掌握汉中本地司法鉴定、尸检机构全套流程
法务理赔专员	谭鑫娟	分公司	调解文书审核、理赔核算、诉讼案件对接、法律费用审核、理赔材料收集	法学专业，长期对接汉中市医调委、辖区法院，精通医疗纠纷仲裁、诉讼程序
外部专家储备库	若干	按需到场	全院培训授课、重大疑难案件责任评估、复杂手术案件专业研判	三甲退休主任医师、司法鉴定人、专职医疗律师、市医调委资深调解员

3.2 团队专业能力保障细则

每季度组织项目组法规集训，覆盖医患协商、人民调解、行政调解、诉讼四大法定处置途径实操流程；

完整掌握尸检申请时限、送检材料、鉴定机构选择、尸检报告质证全流程；

熟悉汉中市医调委案件受理、调解流程、文书标准，可同步推送

案件信息实现同步介入。

4. 调保赔预一体化纠纷全流程处置方案

4.1 纠纷快速响应机制

医院医务科 / 科室发生医患纠纷后，通过驻院专员、24 小时专线双渠道通知我方：

普通纠纷：驻院专员 **15 分钟内抵达现场**，同步指导封存病历、药品器械实物；

重大过激、群体性、死亡纠纷：项目总负责人 + 医学风控专员 + 法务专员 **30 分钟内全员到场**；

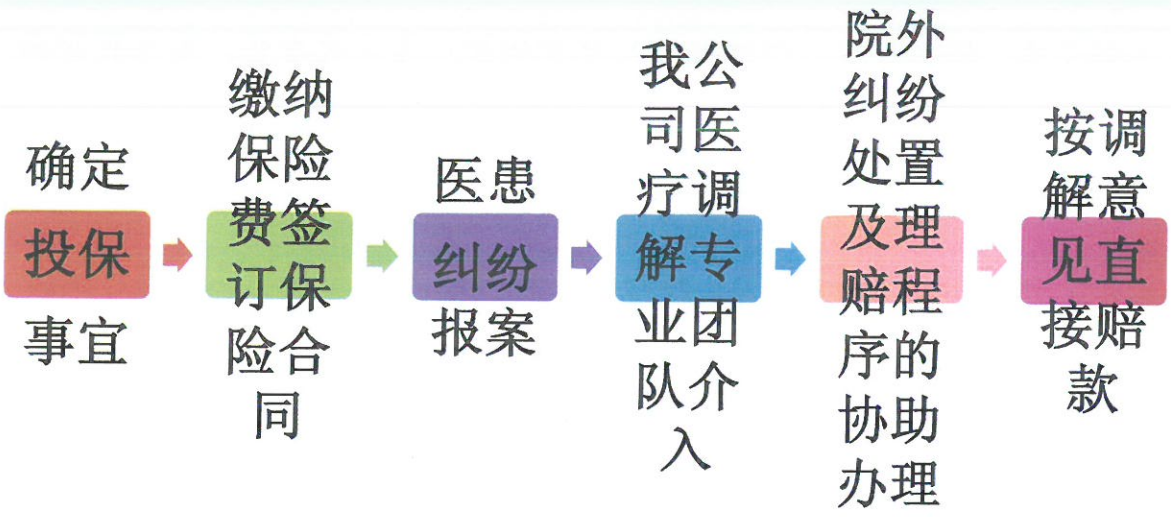
全年 365 天 24 小时热线无休，夜间、节假日突发纠纷无延迟处置。

4.2 分级案件标准化处置流程

纠纷分级	判定标准	处置流程	协同单位
一般小额纠纷	诉求金额 2 万元以内、无过激行为、责任清晰	驻院专员现场配合医务科协商，出具标准化和解协议，同步启动简易理赔通道	仅医院 + 驻院专员
中等争议纠纷	诉求 2-10 万元、医患对责任存在分歧	第一时间推送汉中市医调委主动介入；责任无法明确时，引导医患双方启动医疗损害鉴定/尸检，明确责任比例	医院 + 驻院专员 + 市医调委

重大疑难 / 过激信访纠纷	诉求 10 万元以上、患者围堵院区、上访、死亡、群体性事件	1. 协助医院完整留存全部诊疗原始资料；2. 对接公安维持秩序、卫健委现场指导、信访部门稳控；3. 医学、法律专家出具责任评估意见；4. 全程协助联系尸检、鉴定机构；5. 配合医调委开展多轮调解	医院 + 人保项目组 + 卫健委 + 公安 + 信访 + 市医调委

4.3 调保赔理赔流程



（1）医责险专项团队承保服务组职责：负责中心医院承保信息的收集交回出单人员，及时在核心业务系统录入相关信息，出具保险单证。

（2）医责险专项团队纠纷处置服务组职责：负责医疗纠纷跟踪，协同医疗调解委员会调解人员、法律事务人员、院方安全办工作人员对纠纷发生后调解、调查、理赔结算等具体服务工作。坚持“主动、迅速、准确、合理”的工作原则，确保纠纷院外解决、调解工作落实到位。

（3）医责险专项团队法律理赔服务组职责：负责可疑案件、需鉴定案件的协调处置，案件中法律层面依据及文书的出具和讲解。

（4）医责险专项团队保障监督组职责：负责医责险专项工作团队各职能组工作的监督促进，相关部门的协调协作，保障团队高效开展工作，集中解决工作过程中发现的问题；遇突发事件，随时召开相关部门联席会议。

（5）医责险专项团队纠纷处置和理赔工作施行考评制度，根据服务效能考核情况进行相应的奖励和处罚。

4.3.1 调保赔理赔措施

（1）保险介入：“调保赔”模式方案是近年医疗责任险开办以来服务于医疗机构纠纷案件的有效处置方式，我公司依托与汉中市医疗纠纷调解委员会的长效合作机制，大力推进保险+服务的职能转变工作，建立了面向全市的医疗责任险专项工作平台，按照分工分为承

保服务组、纠纷处置服务组、法律理赔服务组、保障监督组、配备纠纷接待人员、调解人员、法律类人员、医疗理赔理算人员、医疗鉴定联络人员等，并会同汉中市医疗纠纷调解委员会与西北政法大学司法鉴定中心和西南政法大学司法鉴定中心建立工作联系，在纠纷发生且院方报案后，保险公司专项工作平台会同相关人员第一时间参与案件的处理，“调保赔”服务程序启动运转。

（2）调解为主：人民调解坚持“以人为本、依法调解、法理兼容”的原则，在医疗纠纷案件中，我公司医责险专项工作团队与汉中市医疗纠纷调解委员会密切协作，主动与卫计局、信访局、公安局、乡镇人民政府、社区五部门联动，在最短时间、最便捷方式，通过调解程序处理医患双方的医疗纠纷，并与法院对接，建立诉前调解与人民调解和司法确认的工作机制，在医疗纠纷中化解可能出现的矛盾激化，贯彻纠纷坐下来谈，桌面上说的工作方法，由院方、患方、保险公司、调解委员会四方在医调委纠纷调解室经过充分的沟通，实现院内事故，院外处置的目的，降低对院方正常诊疗工作的干扰，并减轻院方相关科室部门的工作压力。

（3）快处快赔：医疗纠纷经过调解委员会和保险公司与患方达成调解协议后，市医调委依法确认并出具调解书，我公司由医责险专项团队法律理赔服务组依照汉中市医疗纠纷调解委员会调解书结果，及时收集案件理赔所需材料，在医疗责任保险的责任限额内快速进行赔款支付，圆满结束医患纠纷。

4.4 保密管理专项要求

全体项目人员签订《医疗纠纷保密承诺书》，对患者隐私、医院诊疗缺陷、赔偿金额、案件处置细节严格保密；

所有纠纷台账、病历复印件、调解文书统一存放专用加密档案柜，不外传、不转发社交平台、不对外接受采访；

未经医院书面许可，不得将本院纠纷数据、处置案例用于对外宣传、培训案例。

5. 标准化快速理赔服务方案

5.1 理赔认可全部渠道

院内自行协商协议、市医调委人民调解书、市卫健委行政调解文书、人民法院判决书 / 仲裁裁决书，四类文书全部正常理赔。

5.2 分级理赔时效承诺表

案件类型	金额区间	理赔办结时限	专属通道落地措施
简易小额理赔	2 万及以下	3 个工作日	驻院专员现场收集全套材料，线上快速核赔，无需医院跑腿
普通调解案件	2 万 - 10 万	7 个工作日	法务专员提前对接医调委调取文书，缩短材料审核周期
重大诉讼 / 鉴定案件	10 万以上	12 个工作日	专人全程跟进，大额赔款可启动先予支付流程
全部案件最高时限	所有赔付场景	不超过 15 个工作日	严格满足招标文件硬性要求，超时可按合同追责

5.3 理赔材料简化配套措施

驻院专员联系涉事科室全程代为归集、复印、整理理赔全套资料，主动对接医调委、法院调取调解、判决文书；

明确基础理赔资料清单（完全依据保险条款第二十四条）：保单、医务人员执业证 + 劳动关系证明、完整病历、患者索赔申请、调解 / 判决文书、医院赔付转账凭证、伤残 / 死亡证明；

设立**无鉴定案件专项理赔通道**：医患双方经医调委协商一致、未开展司法鉴定 / 尸检的案件，凭有效调解文书直接理赔，不得强制要求鉴定后方赔付。

5.4 特殊理赔配套机制

法律费用单独赔付：案件产生尸检费、鉴定费、律师费、诉讼费，经我司书面同意后，在法律费用限额内单独赔付，不占用单人医疗赔

偿限额；

重大案件先予支付：案件损失金额暂无法全部确定时，依据现有材料先行支付可确定赔款，最终核算后补齐差额。

6. 招标附加专项增值服务

6.1 市级机构本地化保障

承保主体为中国人民财产保险股份有限公司汉中市分公司，汉中本地市级完整分支机构，具备独立承保、理赔、法务、风控全套职能，无异地分流转办，所有业务、纠纷处置、理赔均在汉中本地完成。

6.2 年度医疗纠纷预防培训服务

每年年初出具正式年度培训方案，按季度开展线下集中培训，留存课件、签到表、现场影像，年末向医院提交完整培训总结报告。每年至少组织 1 次优秀医患纠纷调解经验实地学习，不断强化“调保赔”模式核心内涵。

培训季度	培训主题	授课师资	参训人员	实操配套内容
一季度	医疗纠纷前置预防、标准化医患沟通话术	汉中市医调委首席调解员	全院全体医护人员	典型医患冲突案例研讨、沟通模拟
二季度	《医师法》《民法典》医疗损害法条解读、执业红线风险	国内相关领域专家或专职医疗律师	各科室主任、高年资医师、医务科	违规行医免责 / 追责边界讲解

三季度	纠纷发生后病历封存、实物留存、尸检全流程实操	司法鉴定中心专家 + 我司医学风控专员	急诊科、外科、产科、手术室骨干	封存流程现场实操演练
四季度	全年纠纷数据复盘、高风险科室整改建议	项目总负责人 + 医院医务科	全院中层管理干部	年度纠纷统计报表、风险整改方案研讨

6.3 驻院专员全岗位职责

日常医患来访接待、极端情绪患方安抚疏导；

医院、人保、医调委三方常态化沟通协调，每周报送纠纷台账；

使用 Excel 制作纠纷统计台账、理赔进度表，Word 撰写案件情况说明，PPT 制作年度风险分析报告；

配合医务科完成医疗安全检查、医患管理资料整理等医院交办辅助工作。

6.4 尸检全程协助服务

发生患者死亡、需尸检明确责任的纠纷，由医学风控专员专项对接汉中本地尸检鉴定机构，代办全部送检手续、提交病历材料、跟进尸检进度、领取尸检报告，全程陪同医院完成尸检相关全部事宜。

6.5 年度医疗风险分析报告

每保险年度到期后 10 个工作日内，向汉中市中心医院出具专项风险分析报告，包含：全年纠纷数量、高发科室、主要执业过失类型、赔付明细、诊疗薄弱环节、针对性医疗质量整改建议，辅助医院降低

次年纠纷发生率。

6.6 医务人员变动快速批改服务

保险期内医师、护士入职、离职、调岗，医院出具书面变更通知，驻院专员接收后 3 个工作日内完成保单加保、退保批改，不收取任何批改手续费，批改单同步送达医院存档。

二、理赔服务方案

1. 方案总则

1.1 编制背景与目的

汉中市中心医院作为汉中市三级甲等公立综合性医院，拥有本部、龙岗双院区，核定床位 1839 张，在岗医护人员 1904 人，年手术量 25757 台，诊疗体量大、临床场景多、医疗风险点位分散，医疗纠纷处置及理赔工作专业性、严谨性要求极高。为严格落实本项目招标文件 230 万元年度保费、三年固定费率、一年一考核、15 日极速理赔、驻院办公、调保赔一体化等全部硬性要求，全面执行《中国人民财产保险股份有限公司医疗责任保险条款》，规范全流程理赔服务标准、细化案件处置细则、补齐常规理赔服务短板，彻底简化医院经办压力、压缩理赔时效、杜绝理赔争议，建立“事前风控预防、事中全程介入、事后极速理赔、年度复盘优化”的全链条理赔服务体系，保障医患双方合法权益、维护医院正常诊疗秩序，特编制本详细专项理赔服务方案。本方案为三年服务期唯一执行标准，全程服务不降级、标准不降低、流程不简化、承诺不缩水。

1.2 适用范围

本方案适用于保险期间及 2 年约定追溯期内，汉中市中心医院本部、龙岗双院区所有取得合法执业资质、在岗履职的医师、护士、医技人员，在开展诊断、检查、治疗、手术、护理、康复等合法诊疗活

动中，因执业过失引发的全部医疗责任纠纷理赔业务。覆盖案件类型包含：小额普通纠纷、中等争议纠纷、重大疑难纠纷、患者伤残/死亡纠纷、无鉴定责任不明纠纷、涉访涉诉纠纷、群体性医疗纠纷；覆盖结案方式包含：院内医患自行协商、汉中市医调委人民调解、卫健委行政调解、人民法院判决/仲裁四类全部场景。

1.3 核心理赔工作原则

合规有据原则：严格遵循国家《民法典》《医疗纠纷预防和处理条例》、保险条款、招标文件约定，所有理赔、拒赔、定损均有明确依据，杜绝隐性免赔、随意压价、无故拒赔拖延。

高效代办原则：实行“保险公司全程代办、医院零跑腿”服务，从报案跟进、材料归集、文书对接、审核定损、赔付到账、台账归档全流程专人负责，最大限度减轻医院工作负担。

全面包容原则：合法合规结案案件全覆盖，不强制以司法鉴定、尸检作为理赔前置条件，认可全部官方调解、司法文书，适配医院多元化纠纷处置模式。

风险兜底原则：人身损害赔偿、精神损害赔偿、法律费用、鉴定尸检费用分项独立保障，重大案件开通先予赔付，全方位兜底医院经营风险。

公开透明原则：理赔标准、核算方式、时效节点、所需材料全部公开，案件进度实时同步，全程接受医院监督、考核与核查。

2.专属理赔服务团队配置、资质与全岗位职责

为保障理赔服务专业化、常态化、不间断，我司专为本项目组建**固定专属理赔服务团队**，团队全员熟悉《医师法》《民法典》《医疗纠纷预防和处理条例》，精通医疗鉴定、尸检、调解、诉讼全流程，熟悉汉中本地医调委、法院、卫健委工作机制，核心人员三年稳定在岗，实行AB角备份制度，杜绝人员离岗、服务断档，全程驻院+属地联动服务。

3.理赔受理范围、认可依据与明确免责边界

3.1 全额理赔受理范围

凡在保险期间及2年追溯期内，汉中市中心医院持证在岗医务人员，在双院区合法诊疗过程中，因执业过失造成患者人身损害、财产损失，依法应由医院承担民事赔偿责任，且患者或近亲属在保险期内首次提出索赔的案件，全部纳入理赔范围。具体包含：门诊诊疗过失、住院诊疗过失、手术操作过失、护理过失、检查诊断过失、用药治疗过失、康复诊疗过失等全部临床场景。

3.2 四类法定结案文书无条件认可

我司完全尊重医院及官方合规处置结果，对以下四类结案文书100%作为合法理赔依据，不自主推翻调解结果、不二次核定责任比例、不随意扣减赔款：

院内自行协商结案：赔付金额在2万元以下的医疗责任纠纷案件，

医患双方平等自愿签订的和解协议、医院赔付转账凭证、情况说明；

医调委调解结案：汉中市医疗纠纷人民调解委员会依据法律法规进行调解出具的正式加盖公章调解协议书；

行政调解结案：卫生健康行政部门组织调解出具的正式调解文书；

司法裁判结案：人民法院、仲裁机构生效的判决书、裁定书、调解书、裁决书。

3.3 特殊案件专项理赔政策

针对招标文件明确要求的**未经鉴定、责任无法明晰**的医疗纠纷，我司实行专项理赔政策：只要经医患双方自愿协商或医调委合法调解结案，文书真实有效、赔付合理合规，无需开展司法鉴定、无需尸检定责，直接按照调解金额依规理赔，杜绝“以未鉴定为由拒赔、延赔、少赔”的情况，大幅简化纠纷处置流程。

3.4 明确不予理赔边界

严格依据保险条款明确免责范围，提前向医院全员宣导，从源头规避理赔争议，下列情形不予赔付：

医务人员无证执业、超范围执业、被吊销资质/停职后执业、饮酒吸毒状态下执业、故意违规诊疗、犯罪行为导致的损害；

临床试验、整形美容、单纯体检等非治疗性诊疗活动产生的纠纷；

药品器械固有缺陷、不合格血液、药品不良反应、患者及家属拒不配合规范诊疗、限于当时医疗水平无法诊疗的无责情形；

行政罚款、罚金、惩罚性赔偿、无法律依据的私下高额补偿；

医务人员离职后发生的诊疗纠纷、2000 年计算机问题导致的损失；

战争、自然灾害、核辐射等不可抗力导致的损害（合规医疗放射治疗除外）。

4. 分级分类极速理赔通道与时效承诺

严格落实招标文件“理赔自纠纷终结之日起最长不超过 15 日”硬性要求，根据案件金额、处置难度、结案方式划分三级专属理赔通道，差异化提速、精准化服务，所有时效均自**纠纷正式终结、全套理赔材料收集齐全并审核无误当日**起算，超时自愿接受医院考核追责。

理赔通道等级	案件适用标准	法定办结时效	专属提速服务措施
简易快速理赔通道	2 万元及以下小额纠纷、院内协商结案、事实清晰、无争议案件	3 个工作日内赔付到账	驻院专员现场一站式收齐材料，线上极速核赔、免人工逐级审批，全程代办，医院零跑腿，当日审核、次日赔付。
普通标准理赔通道	2 万-10 万元纠纷、医调委/卫健委调解结案、责任明确案件	7 个工作日内赔付到账	法务专员前置对接医调委，提前调取调解文书、提前预审材料，结案后直接进入赔付流程，压缩审核周期。
重大加急理赔通道	10 万元以上、患者伤残/死亡、涉诉、需鉴定/尸检、涉访群体性疑难案件	12 个工作日内赔付到账	专人专案全程跟进，开通重大案件先予支付权限，优先审批、优先核算、优先赔付，复杂材料容缺预审。
通用最高时限承诺	全院所有类型、所有金额理赔案件	最长不超过 15 个工作日	严格恪守招标文件硬性规定，无任何例外情形，超时自愿接受医院考核扣分、整改追责。

5. 全流程标准化理赔操作细则

5.1 24 小时报案受理与极速响应环节

建立双渠道报案机制，医院医疗安全办、各临床科室可随时报案：一是直接联系驻院专职理赔专员；二是拨打项目 24 小时专属服务热线 95518。接到报案后，15 分钟内驻院人员抵达现场，开展患者情绪

安抚、病历封存、现场实物留存、纠纷初步研判，同步登记案件信息、建立专属案件台账，全程跟踪纠纷调解、处置进度，提前预判理赔需求，实现“纠纷发生即介入、处置全程可追踪”。

5.2 理赔材料全程代办归集环节

纠纷正式结案后，由驻院专员全权负责所有材料的收集、复印、整理、校对、装订，主动对接医调委、法院、卫健委调取官方文书，**医院无需任何人员经办跑腿**，标准化必备材料清单如下：

（1）基础投保资料：保险单正本、项目服务对接确认单；

（2）医务人员资质资料：涉案医护人员执业证书、岗位劳动关系证明；

（3）患者诊疗资料：完整门诊/住院病历、检查报告、诊疗记录；

（4）索赔资料：患者或家属书面索赔申请、身份信息；

（5）结案证明资料：和解协议/调解书/判决书/裁决书；

（6）赔付凭证：医院转账赔付回执、收款收据；

（7）特殊案件资料：医疗责任鉴定报告、伤残鉴定报告、死亡证明书、尸检报告、法律费用票据。

5.3 案件联合审核与精准核算环节

由法务理赔专员+医学风控专员双人联合审核，一是审核案件真实性、诊疗行为合规性、结案文书合法性；二是精准核算人身损害赔

偿金额、精神损害赔偿金额、可报销法律费用；三是严格按照保单限额、免赔规则核算最终赔款，杜绝错赔、漏赔、少赔、超赔。审核全程透明，每一步节点均可向医院实时反馈，针对争议问题第一时间沟通答疑。

5.4 加急审批与足额赔付到账环节

审核通过后，启动本项目专属绿色审批通道，跳过常规通用审批流程，优先完成内部审批定稿，按照对应理赔时效，将理赔款项直接拨付至医院指定对公账户，赔付完成当日，向医院医务科提交《理赔结案回执单》，明确案件赔付金额、赔付时间、费用明细，做到每案有据、每笔可查。

5.5 台账归档、数据统计与月度汇报环节

所有案件办结后3个工作日内，完成电子台账+纸质资料双归档，建立全院理赔案件数据库，详细记录案件发生时间、科室、纠纷类型、处置方式、赔付金额、理赔时效、问题整改建议。每月向医院提交《月度理赔服务报表》，每年提交《年度医疗风险与理赔数据分析报告》，为医院优化医疗质量、规避纠纷风险提供数据支撑。

三、医责险项目专业服务人员管理制度方案

1. 总则

1.1 编制目的

为规范本医院医疗责任保险项目全体驻场及后台服务人员履职行为，标准化团队服务流程、专业化服务能力、精细化人员管理，杜绝服务不规范、履职不到位、专业能力不足、纪律松散等问题，全面提升医责险项目纠纷处置、理赔服务、风控管理、医患对接、应急处置整体服务质量，保障医院合法权益、医患双方权益及项目履约质量，构建“规范化、专业化、制度化、常态化”的人员管理体系，打造高素质、高合规、高响应的专项服务团队，确保项目全程优质、高效、合规履约，特制定本管理制度方案。

1.2 编制依据

本方案依据国家相关法律法规、医疗行业服务规范、保险行业监管制度、项目招标文件、服务合同、履约承诺书及医院内部管理制度编制，核心依据如下：

(1)《中华人民共和国保险法》

(2)《医疗纠纷预防和处理条例》

(3)《保险从业人员行为准则》

(4)医疗机构医疗服务与风控管理相关规范

(5)保险公司项目服务、人员管理、培训考核管理制度

(6)本项目招投标文件、服务合同、专项履约要求

(7) 医院对外合作服务人员管理相关规定

1.3 适用范围

本制度适用于本医责险项目全体在岗服务人员，涵盖项目总负责人、驻院专职服务专员、医学风控专员、法务合规专员、理赔经办专员、舆情信息专员、后台支撑人员等所有参与项目履约的工作人员，覆盖人员岗前、在岗、轮岗、离岗、离职全周期管理，适用于日常服务、纠纷处置、理赔办理、应急值守、培训考核、纪律管控等全部工作场景。

1.4 核心管理原则

管理原则	具体执行细则
定岗定责、权责统一	所有岗位定岗、定人、定责、定标准、定考核，岗位职责清晰明确，杜绝推诿扯皮、权责模糊，实现人人有责、人人尽责、失职追责。
专业赋能、常态提质	建立常态化专业化培训机制，定期开展业务、合规、礼仪、应急、风控专项培训，持续提升团队综合服务能力，杜绝能力滞后、服务脱节。
合规履职、底线从严	严格遵守医疗行业规范、保险监管规定、医院管理制度及项目履约要求，严守保密底线、服务底线、合规底线，违规必查、失职必究。
全程管控、闭环管理	实现人员岗前审核、在岗监管、日常考核、月度评比、年度定级、离岗交接全流程闭环管理，动态管控团队服务质量。
服务至上、联动协同	立足医院服务需求，坚持主动服务、高效服务、暖心服务，强化团队内部协同、院方各部门联动，保障服务无缝衔接。

2. 专业服务团队架构及岗位职责

本项目组建**专属固定专业化服务团队**，团队人员均为专项定岗、专职履约，不兼职其他项目工作，保障服务专业性、稳定性、连续性，团队架构及岗位职责明细如下：

岗位名称	配置人员	核心岗位职责（详细）
项目总负责人	张良	全面统筹医责险项目整体履约工作，负责团队人员管理、岗位调配、制度落地、培训组织、考核考评；对接医院管理层、医务科、质控科等核心部门，协调解决项目重大问题、复杂纠纷、大额理赔、突发应急事件；审核项目所有对外文件、处置方案、赔付方案；统筹团队提质增效，落实院方各项服务要求，对整体服务质量负总责。
驻院专职服务专员	熊伯勇	全职驻院在岗值守，负责日常医患对接、纠纷初步接待、现场稳控、诉求登记、资料收集、台账更新；实时对接临床科室，排查服务风险、记录科室问题、反馈院方需求；跟进普通案件处置进度，做好医患沟通、情绪安抚、日常回访；落实日常保密管理、现场应急值守，确保日常服务无空档、对接无断层。
医学风控专员	吕娜	具备专业医学背景，负责案件医疗事实核查、诊疗流程研判、医疗风险识别、责任初步界定；针对疑难、复杂、伤亡类案件出具医学专业意见；开展院内医疗风险排查、高频问题汇总、风控预警、专项整改建议输出；为纠纷处置、理赔核定、应急处置提供专业医学支撑。
法务合规专员	谭鑫娟	负责项目全流程合规管控，研判医患纠纷、理赔案件法律风险；规范调解协议、告知文书、对外答复口径；审核各类处置方案，杜绝合规风险、法律风险；开展团队合规培训、纪律宣导；对接医调委、司法、公安部门，协助复杂案件依法处置。
理赔经办专员	宋红斌	专职负责案件理赔受理、资料审核、责任认定、赔付核算、流程推进、赔款跟进；落实理赔绿色通道制度，优化理赔流程、压缩办结时限；建立理赔台账，做到一案一档、全

		程留痕；解答院方及患者理赔咨询，公示理赔标准、流程、依据，消除信息差争议。
舆情与信息专员	郝晓丽	负责日常舆情监测、风险预警、信息汇总、数据统计、报告报送；管理项目各类台账、档案资料，落实保密归档制度；对接院方日常信息报送、月度/季度/年度工作总结、复盘报告编制；统一对外信息口径，保障信息报送及时、准确、规范。

3. 服务人员准入与上岗管理制度

严格执行**高标准准入、严要求上岗、全维度审核**制度，从源头保障团队人员专业素养、职业素养、合规意识，杜绝不合格人员上岗履约。

3.1 人员准入标准

(1)资质要求：所有服务人员必须具备对应岗位从业资质，保险从业人员持正规从业资格，医学、法务岗位具备对应专业学历及从业经验，无从业违规记录、无不良征信、无违法违纪前科。

(2)专业要求：熟悉医疗行业基本流程、医责险业务规则、纠纷处置流程、理赔规范、应急处置要求，具备医患沟通、风险研判、问题处置基础能力。

(3)素养要求：具备良好的职业操守、服务意识、保密意识、抗压能力，无情绪化履职、无服务投诉前科，沟通得体、作风严谨、责任心强。

(4)经验要求：核心岗位人员需具备 2 年以上医责险或医疗纠纷处置相关工作经验，能够独立完成岗位工作、应对常规突发问题。

3.2 岗前审核与培训上岗制度

(1)资料审核：上岗前完成人员资质、简历、从业记录、征信情况全面审核，建立个人上岗档案，留存资质证书、考核记录、培训记录。

(2)岗前专项培训：所有人员必须完成岗前全维度培训，涵盖医院管理制度、项目履约要求、岗位职责、服务规范、保密制度、应急流程、合规红线、沟通话术等内容。

(3)岗前考核：岗前培训结束后开展闭卷考试+实操考核，考核满分100分，85分以上合格，考核不合格者不予上岗，需重新培训、补考，直至合格后方可履职。

(4)上岗宣誓与承诺：上岗人员需签订《岗位履职承诺书》《保密承诺书》《合规服务承诺书》，明确岗位职责、纪律红线、追责机制，强化责任意识与合规意识。

3.3 岗位替补与轮岗制度

(1)实行**AB岗替补机制**，各核心岗位均设置替补人员，杜绝岗位空岗、脱岗、无人值守问题，保障节假日、夜间、周末服务不间断。

(2)建立科学轮岗机制，定期开展岗位轮岗学习，培养复合型服务人员，提升团队整体综合服务能力，避免单一岗位能力固化。

(3)人员调岗、轮岗、离岗、离职必须完成完整工作交接，交接内容包含台账资料、在办案件、待办事项、风险隐患、对接资源等，交接完成签字确认，存档备查。

4.日常服务行为规范管理制度

为统一团队服务标准、规范履职行为、提升服务形象，制定全方位日常服务行为规范，所有人员必须严格遵守，全程接受院方监督、项目考核。

4.1 在岗纪律规范

(1)在岗值守要求：严格遵守医院上下班制度、考勤制度，按时到岗、准时离岗，不迟到、不早退、不旷工、不擅自脱岗；驻院人员在岗期间全程在岗，严禁私自外出、空岗值守，如需离岗必须提前报备、安排替补人员。

(2)考勤管理制度：实行每日打卡、每日考勤登记，周末、节假日执行值班报备制度，值班人员必须按时到岗，做好值班记录、事项交接，杜绝值班脱岗、敷衍履职。

(3)工作状态要求：在岗期间专注工作，严禁玩手机、闲聊、做与工作无关事项；严禁消极履职、敷衍应付、推诿扯皮；对待医患群众、院方工作人员态度端正、耐心细致、礼貌得体。

4.2 服务礼仪与言行规范

(1)仪容仪表规范：在岗期间着装整洁、大方得体，统一工作着装，佩戴工作标识，仪容整洁，展现专业、规范的服务形象。

(2)沟通言行规范：与患者家属、医护人员沟通时语气温和、耐心倾听、理性回应，严禁使用生硬、敷衍、过激语言；严禁与医患人员发生争执、顶撞、冲突；严禁随意承诺、虚假表态、违规答复。

(3)服务态度规范：坚持主动服务、靠前服务、耐心服务，主动对接科室需求、主动排查风险、主动跟进案件，杜绝被动等待、消极

服务。

4.3 业务履职规范

(1)所有业务工作严格按照制度、流程、规范执行，做到事事有记录、件件有闭环、全程可追溯；案件处置、理赔办理、纠纷调解、风险排查严格遵守合规要求，杜绝违规操作、私自操作、越权操作。

(2)严格落实保密制度，严守患者隐私、医院敏感数据、项目涉密资料，严禁私自拍照、留存、外传、泄露涉密信息。

(3)工作中发现风险隐患、矛盾苗头、服务问题，必须第一时间上报、第一时间处置、第一时间整改，杜绝瞒报、漏报、迟报。

4.4 廉洁从业规范

(1)所有服务人员严格廉洁从业，严禁收受患者及家属礼品、礼金、红包、宴请；严禁利用岗位便利谋取私利、违规牟利。

(2)严禁偏袒一方、徇私处置案件，严禁违规调整赔付标准、违规简化流程、违规出具文书，确保所有处置公平、公正、合规。

5.常态化专业化培训管理体系

为持续提升团队专业能力、服务水平、应急处置能力、合规履职能力，建立**全方位、多层次、常态化、闭环式**专业化培训体系，做到培训有计划、有内容、有实施、有考核、有复盘、有提升。

5.1 培训总体架构

构建“岗前必训+季度轮训+节前特训+案例专训+应急实训+年度综训”六级培训体系，实现全员全覆盖、能力全提升、短板全补齐。

培训类型	培训频次	培训核心目标
岗前专项培训	全员上岗前100%覆盖	夯实岗位基础能力，掌握制度、流程、规范、底线，具备上岗履职基本条件
季度常规轮训	每季度1次集中培训	更新业务知识、规范标准，解决阶段性服务短板，提升常规履职能力
节前应急特训	重大节假日、诊疗高峰期前	强化突发事故、纠纷升级、舆情风险处置能力，保障特殊时段服务稳定
典型案例专训	每月1次案例复盘培训	以案促学、以案促改，规避同类问题重复发生，优化处置技巧
应急模拟实训	每半年1次全真演练培训	提升现场稳控、应急响应、协同处置、舆情应对实战能力
年度综合集训	每年年末1次全员集训	全年能力复盘、短板补齐、制度更新、技能升级，全面提质增效

5.2 核心培训内容

5.2.1 基础业务培训

重点培训医责险政策条款、理赔标准、案件受理流程、资料审核规范、结案标准、台账管理、档案归档、日常对接流程等基础业务内容，确保全员熟练掌握常规业务操作，实现标准化、规范化履职。

5.2.2 医疗专业风控培训

由医学专员、医疗专家授课，培训常见医疗风险、诊疗高频隐患、纠纷诱因识别、医疗责任研判、风险预警技巧、科室风控要点等专业内容，提升团队医疗风险识别与预判能力，从源头降低纠纷发生率。

5.2.3 纠纷处置与沟通培训

针对医患沟通技巧、情绪安抚方法、现场稳控策略、过激行为处置、矛盾化解话术、诉求梳理方法开展专项培训，结合真实案例模拟教学，提升团队现场处置、柔性调解、矛盾化解实战能力。

5.2.4 合规与保密专项培训

常态化开展法律法规、行业监管规定、医院管理制度、项目履约红线、保密制度、廉洁从业规范培训，明确违规违纪处罚标准，强化全员合规意识、底线意识、责任意识。

5.2.5 应急与舆情处置培训

结合特殊事故应急预案，培训突发伤亡事故、围堵闹事、群体性维权、网络舆情、大额争议案件的响应流程、上报规范、处置步骤、口径标准、善后流程，提升全员应急实战能力。

5.2.6 服务礼仪与职业素养培训

针对在岗服务礼仪、言行规范、服务心态、职业素养、团队协作、投诉应对开展常态化培训，全面提升团队服务形象与服务质量。

5.3 培训实施与过程管理

(1)制定月度/季度培训计划：提前制定培训计划表，明确培训时间、培训主题、授课人员、参训人员、培训形式、考核标准，杜绝随意培训、形式化培训。

(2)全程痕迹化管理：所有培训全程签到、留存课件、拍摄现场照片、记录培训内容、留存考试试卷，建立《团队专业化培训档案》，一人一档、一期一卷，长期归档备查。

(3)分层分类培训：针对新员工、老员工、不同岗位人员开展差

异化培训，新员工侧重基础能力培训，老员工侧重提质升级、短板补齐、专项攻坚培训，确保培训精准有效。

5.4 培训考核与结果运用

(1)考核方式：每次培训结束后开展综合考核，包含理论笔试、实操模拟、案例分析、现场问答四种形式，全方位检验培训效果。

(2)考核标准：考核总分100分，85分以上为合格，70-84分为待提升，70分以下为不合格。

(3)结果运用：考核合格方可正常履职；待提升人员安排专项复训、一对一辅导；考核不合格人员暂停岗位工作，停岗培训、补考合格后方可返岗；培训考核成绩纳入个人月度、年度绩效考核，直接关联评优、绩效、岗位定级。

6.日常监督与绩效考核管理制度

建立**日常督查+月度考核+年度总评**的全维度考核体系，以考核促规范、以考核促提质、以考核促尽责，全面约束人员履职行为。

6.1 日常监督检查机制

(1)每日自查：各岗位人员每日自查在岗纪律、服务规范、工作台账、履职情况，及时整改微小问题。

(2)每周督查：项目总负责人每周开展全员履职督查，检查在岗状态、服务质量、台账完整性、业务合规性，形成周督查小结，限期整改问题。

(3)月度专项检查：每月开展全方位服务质量、纪律作风、业务能力专项检查，结合院方反馈、科室评价、医患回访情况综合考评。

6.2 绩效考核评分标准

考核维度	分值占比	考核核心内容
在岗纪律（20 分）	20%	考勤打卡、在岗值守、规章制度遵守、无迟到早退旷工、无空岗脱岗
服务质量（30 分）	30%	院方科室评价、医患满意度、服务态度、沟通效果、无服务投诉、无矛盾激化
业务履职（30 分）	30%	案件处置效率、办结质量、台账规范、资料归档、合规履职、无业务差错
培训考核（10 分）	10%	参训出勤率、培训考试成绩、实操能力、短板整改情况
应急与风控（10 分）	10%	突发事件响应速度、现场处置效果、风险预警、隐患排查整改成效

6.2 考核结果分级运用

(1) 优秀（90 分及以上）：月度评优、绩效奖励、优先年度评优，作为岗位晋升核心依据；

(2) 合格（70-89 分）：正常履职、正常核发绩效，针对性补齐能力短板；

(3) 不合格（70 分以下）：扣除月度绩效、约谈警示、专项复训、限期整改；连续两月不合格者调岗、停岗、追责。

7. 违规违纪追责管理制度

坚持从严管理、失职必究、违规必罚，明确各类违规情形及处置标准，强化全员责任意识、底线意识。

违规等级	具体违规情形	对应追责措施
轻微违规	偶尔迟到早退、在岗轻微懈怠、台账轻微疏漏、服务话术不规范，未造成不良影响	口头警示、现场整改、书面检讨、绩效扣分、专项提醒
一般违规	擅自脱岗、工作敷衍、台账漏登、轻微服务投诉、培训缺勤、履职不规范，未造成事态升级	全员通报批评、约谈提醒、扣除月度绩效、专项复训
严重违规	服务态度恶劣、与医患发生争执、违规操作业务、漏报风险隐患、造成科室投诉、轻微舆情苗头	停岗培训、岗位调整、扣除季度绩效、向院方提交整改说明
重大违规	泄露保密信息、违规承诺赔付、徇私履职、瞒报重大事件、处置不当引发事态升级、造成院方严重投诉、舆情扩散、经济损失	立即调离岗位、全年绩效清零、年度考核不合格、正式追责、出具致歉及整改报告，情节严重的依法依规追究责任

8. 团队长效建设与提质机制

8.1 月度团队复盘机制

每月组织全员团队复盘会议，总结当月服务工作、梳理履职短板、分析服务问题、汇总医患反馈、明确下月提质重点，针对高频问题制定专项整改措施，持续优化团队服务能力。

8.2 师徒帮带提升机制

实行老带新师徒帮带制度，新入职员工由资深员工一对一帮带，全程指导岗位业务、沟通技巧、应急处置、合规履职，快速提升新人专业能力，保障团队整体服务水平稳定。

8.3 双向沟通反馈机制

建立院方反馈、医患反馈、团队内部反馈三维反馈渠道，主动收集科室服务意见、患者服务建议，针对反馈问题立行立改，形成“收集-研判-整改-回访-巩固”的闭环提质机制。

8.4 服务创新与能力升级机制

鼓励团队总结优秀处置案例、优化服务流程、创新沟通方式、提升风控能力，定期开展优秀员工、优秀服务案例评比，树立标杆、正向激励，营造积极、专业、尽责的团队氛围。

医疗责任保险责任免除条款逐条说明

致：汉中市中心医院

重要提示：本说明旨在帮助您理解保险合同中“责任免除”部分的含义。免责条款直接关系到您能否获得赔偿，请您务必仔细阅读。如对条款理解有疑问，可向保险人咨询。本说明如与保险合同条款正文有出入，以保险合同条款为准。

一、总体说明

本保险合同责任免除第五条、第六条、第七条及第八条共同构成“**责任免除**”（又称“**除外责任**”）体系，即：**即使发生了患者损害，若属于下列任一情形，保险人不承担赔偿责任。**

第五条：**因特定原因或事件（如故意犯罪、战争、核事故、自然灾害等）造成的损失，不赔。**

第六条：**因特定诊疗情形或主体资质问题（如无证行医、试验性治疗、美容体检、药品器械缺陷等）造成的损失，不赔。**

第七条：**因特定损失类型（如医务人员自身伤亡、罚款、免赔额等）不赔。**

第八条：**兜底条款，凡不属于保险责任范围的，均不赔。**

二、第五条逐项说明（**因特定原因免责**）

（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。

故意行为：明知会造成损害仍希望或放任其发生，如故意伤害患者。

犯罪行为：经司法程序认定的犯罪行为，如非法行医构成犯罪。

非执业行为：与执业活动无关的个人行为，如在工作场所外私自为他人诊疗。

提示：**此类行为本质违法或违背职业伦理，保险不予保障**。

（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。

上述均为社会动荡或暴力事件，具有不可控性和政治性，通常列为除外。

提示：**如因医院内盗窃、抢劫导致患者损害，保险不赔**。

（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。

原则：**核事故、核辐射造成的损害不赔**。

例外（但书）：使用放射器材进行正常治疗（如放疗）造成的赔偿责任，仍可赔。

提示：**这是对核免责的重要限制**，放疗相关责任仍在保障范围内。

（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。**

上述为不可抗力或重大意外事故，通常由财产险或巨灾险处理，医疗责任险不赔。

提示：如**因地震导致医院设备倒塌砸伤患者，不属本险赔偿范围**。

三、第六条逐项说明（**因特定情形免责**）

（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。**

指无合法资质人员（如未取得医师资格、未注册）从事诊疗。

提示：**请确保所有参与诊疗的人员均具备合法资质**。

（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。**

试验性：尚未验证安全有效的检查或治疗。

非治疗目的：如整形美容、体检等，即便发生损害，不赔。

提示：**此类活动风险高、目的特殊，需另行投保或安排**。

（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。**

指超范围执业或未取得许可的诊疗项目，如未获批开展

某类手术。

提示：**请核实诊疗项目是否在许可范围内。**

（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。**

指已被处罚后仍执业，属违法执业。

提示：**受到处罚后应立即停止相关诊疗活动。**

（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。**

指神志不清、判断力受损状态下执业。

提示：**此类行为本身违法，保险绝不赔。**

（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。**

属产品责任或血液安全责任，应向生产者、供应商追偿。

提示：**此类损害不属医疗责任险，需通过其他途径解决。**

（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。

原则：**使用未获批药品、器械不赔。**

提示：**请严格使用合法获批的药品和器械。**

（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，指滥用或超范围使用特殊管理药品。

提示：**此类药品使用有严格规范，超范围使用不赔。**

（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。**

指紧急抢救中已尽合理义务，依法不承担责任，保险自然不赔。

提示：**这是法定免责事由，保险与法律保持一致。**

（十）**被保险人医务人员限于当时的医疗水平难以诊疗**

指受当时医疗水平限制无法诊疗，依法不担责。

提示：**属法定免责，保险不赔。**

（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。**

指患者方不配合且医方无过错，依法不担责。

提示：**属法定免责，保险不赔。**

四、第七条逐项说明（因特定损失类型免责）

（一）**被保险人医务人员或其代表的人身伤亡**

本险保的是患者损害赔偿责任，不保医务人员自身伤亡。

提示：**医务人员自身伤亡应通过工伤保险或人身险解决。**

（二）**直接或间接由于计算机2000年问题引起的损失**

历史条款，针对千年虫问题。

提示：**现基本无实际影响。**

（三）**罚款、罚金或惩罚性赔偿**

指行政或刑事处罚及惩罚性赔偿。

提示：**此类属惩罚性质，保险不赔。**

(四)**本保险合同载明的免赔额**

指免赔额以内的损失由您自行承担。

提示：**请关注合同中免赔额的具体约定。**

（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**

原则：协议责任不赔。

例外：法定义务不因协议而免除，仍可赔。

提示：**请勿通过协议扩大自身责任。**

（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**

指离职后发生的责任，不赔。

提示：**请及时更新投保人员名单。**

五、第八条说明（兜底条款）

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。

这是兜底条款，凡不属于保险责任范围的，均不赔。

提示：**请结合“保险责任”部分一并理解，明确保障边界。**

六、给您的核心建议

1. 核实资质：确保所有医务人员具备合法资质，诊疗项目在许可范围内。

2. 规范执业：避免饮酒、吸毒、麻醉状态下执业，避免超范围使用特殊药品。

3. 区分责任：药品、器械、血液缺陷属产品责任，应另行追偿。

4. 关注例外：放疗责任、经批准临床试验、法定义务等仍可赔。

5. 及时更新：人员离职后应及时通知保险人，避免保障真空。

6. 保存证据：发生争议时，注意保存诊疗记录、资质证明等证据。

如您对某一条款仍有疑问，或需要针对具体案例进行分析，欢迎进一步咨询。