

# 第一部分、用户需求书

# 用户需求书

## 附表一：2026-2027年度医疗责任保险服务

1、投标人应对以下《用户需求书》的全部内容，逐条响应并填写《格式十六：技术和服务要求响应表》，仅对其中部分技术或服务内容的响应都被视为无效投标。

2、本项目采购类型属于服务，如需提供中小企业声明函的，应按招标文件《格式十一：中小企业声明函》（工程、服务）格式提供。

注：1、除另有说明外，带“★”号条款作为重要条款不允许偏离，如有偏离将导致其投标无效。

2、“甲方”“被保险人”“医院”是指广州市第一人民医院/采购人，“乙方”“保险人”是指投标人/中标人。

### （一）项目基本情况

广州市第一人民医院（后简称医院）是广州市卫生健康委员会下属大型综合性医院，是广州地区医疗、教学、科研、干部保健的重要基地。始建于1899年（光绪25年），名为“城西方便所”，1953年与市立医院合并，解放后于1954年更名为“广州市第一人民医院”。医院由院本部、南沙医院和鹤洞分院三个院区组成，坚持一院三区同品质医疗，编制床位2970张，2023年全院总诊疗人次262.6万人次，总出院人数10.6万人次。

为进一步贯彻落实卫生部，国家中医药管理局和中国保监会《关于推动医疗责任保险有关问题的通知》、广东省司法厅、广东省卫生厅、广东保监局《关于加强医疗纠纷人民调解工作的实施意见》和广东省卫生厅《进一步做好医疗责任保险投保工作的通知》，为了更好地解决医疗纠纷，现拟定一名供应商负责采购人为期一年的医疗责任保险服务。

### （二）保险方案要求

#### 1. 定义

##### 1.1 投保人

本项目中所指的投保人均均为甲方。

##### 1.2 被保险人

###### 1.2.1 被保险人及地址：

被保险人：广州市第一人民医院及广州市第一人民医院互联网医院

地 址：广东省广州市盘福路1号

###### 1.2.2 被保险人（下属、关联机构）及地址：

###### 1.2.2.1 被保险人：广州市第一人民医院鹤洞分院

地 址：广州市荔湾区花地大道南30-32号

###### 1.2.2.2 被保险人：广州市第一人民医院南沙医院

地 址：广州市南沙区丰泽东路105号

###### 1.2.2.3 被保险人：广州市第一人民外派驻点医务室

地 址：广州市南沙区市南大道8号，广州市府前路1号市府四号楼西楼215，广州市越

秀北路登瀛路9号1楼，广州市东风中路296号市人大西副楼501，广州市二沙岛烟雨路48号，广州市越秀区下塘西路457号，广州市麓景路1号老干活动中心东大楼211，广州市海珠区晓园路123号市老年大学205，广州市珠江新城华利路61号713，广州市天河区迎龙路1203号，广州市白云区远景路46号首层、二层，远景路72号301房，远景路74号301-304房，远景路76号301-303房，远景路78号301-302房，广州市南沙区黄阁镇黄阁东一路6号，广州市南沙区黄阁镇联清路9号。

#### 2. 保险期限

保险期限1年，保险服务期限为自签订合同约定的保险期间开始之时起计算一年，或累计责任限额用完为止，以先到的为准。

#### 3. 赔偿细则

★3.1 因医疗纠纷所有产生的赔偿费用（按生效法律文书或调解书确定的赔偿款项计算）、医疗欠费（按患者实际发生医疗费用扣减其已交纳医疗费用的余额计算）、以及法律费用（法律费用是指包括但不限于鉴定费、解剖费、鉴定人或专家辅助证人出庭费、勘验费、诉讼费、仲裁受理费、律师代理费、律师和院方工作人员的差旅费，以及代表被保险人参加鉴定、调解、仲裁、庭审、庭询、咨询的人员因参加前述活动而产生的差旅费、专家咨询费、调查费等其他必要的、合理的费用等费用）均为承保范围；

##### ★3.2 赔偿限额

（1）累计责任限额：RMB 500万元；

（2）每次事故赔偿限额：RMB 70万元；

（3）公平补偿每次事故赔偿限额：RMB 5万元；公平补偿是指：医务人员在从事与其诊疗科目、执业资格相符的诊疗活动中造成患者人身损害，患者和被保险人对损害的发生都没有过错，依照法院判决、仲裁裁决或合法

的调解协议，应由被保险人给予患方的适当经济补偿。

(4) 附加外请医务人员责任保险，每次事故赔偿限额：RMB 70万元；

(5) 附加进修医务人员责任保险，每次事故赔偿限额：RMB 70万元；

(6) 附加医务人员遭受伤害责任保险，每次事故赔偿限额：RMB70万元；

(7) 附加场所责任保险，年度累计赔偿限额：RMB 500万元，每次事故赔偿限额：RMB 70万元，计算在500万元责任限额之外。

(8) 医疗欠费和法律费用在累计责任限额和每次事故赔偿限额和每次公平原则赔偿限额之外另行计算。

医疗欠费：年度累计赔偿限额100万元，每次纠纷赔偿限额50万元。

法律费用：年度累计赔偿限额150万元，每次纠纷赔偿限额10万元。

★3.3 代理律师由采购人选定，律师代理费按广东省司法厅规定律师收费标准(按现行有效最新版本)执行或按照医院招标的法律顾问协议执行。

★3.4 为高效化解医疗纠纷，充分保障医疗机构的正常诊疗秩序，并体现构建和谐社会之精神，对于赔偿金额在人民币1万元以下(含1万元)的医疗纠纷，采购人有权通过自行处理与患方达成和解，但亦不因此而排除采购人通过其他合法途径处理此类医疗纠纷的权利，中标人有权了解医疗纠纷的处理情况；采购人通过自行和解方式与患方达成赔偿协议后，中标人应根据此赔偿协议进行保险赔付。每个保险年度被保险人通过自行和解方式处理此类案件的赔偿金额累计不超过总保费的10%，自行和解次数不限。

★3.5 经双方协商一致，保险人认可被保险人通过依法设立人民调解委员会达成的调解协议作为保险理赔依据，保险人授权依法设立人民调解委员会的人民调解员对于赔偿处理额度在人民币2万元以内的医疗纠纷案件可自主主导医患纠纷当事人达成调解协议，保险人依据调解协议和保险合同约定负责赔偿。

★3.6 在保险期限内发生的保险事故结案后，患方如因后续治疗再次提起赔偿请求，经法院判决或仲裁裁决确定应由被保险人继续承担的赔偿费用以及因患方再次提起赔偿请求而产生的应由被保险人承担的法律费用，中标人亦应负责赔偿。

★3.7 保险事故发生后，被保险人因保险事故而被提起仲裁或诉讼或调解机构调解、评鉴的，对应由被保险人支付或承担的赔偿费用、医疗欠费及法律费用，保险人按照保险合同的约定负责赔偿。

3.8 发生在保险期限(包含追溯期)内的纠纷案件，符合承保范围的，经以下方式调解成功的案件，所有赔偿费用、医疗欠费及法律费用，中标人全额予以支付。

(1) 经医患纠纷人民调解委员会调解；

(2) 经街道综合治理办公室人民调解委员会调解；

(3) 经属地综合治理办公室调解；

(4) 经卫生行政部门调解；

(5) 经法院调解；

(6) 经其他合法合规途径调解。

#### 4. 被保险人群约定

4.1 本保险采用医务人员不记名的方式，被保险人的医务人员保险人数达到实际应保险人数的90%以上(含90%)属于足额投保，低于90%的属不足额投保，当被保险人的实际医务人员数变更(包括增加或减少)超过投保医务人员数的10%时，被保险人应及时向保险人申报变更后的医务人员数，并根据实际增加或减少的医务人员数以及保险期间的剩余期限增加或由保险人退还相应的保险费。计算公式为：人数变化幅度不超过10%的无需增加或减少保费，变化幅度超过10%以上的部分按照： $(\text{年度总保费}/\text{投保人数}/366 \times \text{剩余天数}) \times \text{增加或减少人数超10\%部分}$

★4.2 受聘医务人员在注册空档期出险的，属于保险责任范围。

4.3 在保险单中列明的保险期间或追溯期内，按照注册所在学校统一组织的临床实习或统一组织的毕业实习安排在被保险人处进行实习的实习生：

(1) 经指导医师同意并按照指导医师的要求在从事诊疗活动过程中发生医疗损害造成患者人身损害，患者或其近亲属或代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿；

(2) 经指导医师同意并按照指导医师的要求在从事诊疗活动过程中造成患者人身损害，被保险人、指导医师、实习生及患方均无过错，患者或其近亲属或代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔，基于公平原则，依法法院判决或仲裁裁决或经依法设立人民调解委员会调解，应由被保险人承担的经济损失补偿责任，保险人按照本磋商文件约定负责赔偿。

4.4 在保险单中列明的保险期间或追溯期内，按照注册所在医疗机构统一组织安排在被保险人处进修或参加规范化培训的医务人员：

(1) 在从事与其资格相符的或经指导医师同意并按照指导医师的要求从事诊疗活动过程中发生医疗损害直接造成患者人身损害，患者或其近亲属或代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿；

(2) 在从事与其资格相符的或经指导医师同意并按照指导医师的要求从事诊疗活动过程中发生医疗意外直接造成患者人身损害，被保险人、指导医师、进修医务人员及患方均无过错，患者或其近亲属或代理人在保险期限内首次向被保险人提出索赔，基于公平原则，依法法院判决或仲裁裁决或经依法设立人民调解委员会调解，应由被保险人承担的经济损失补偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿。

★4.5被保险人根据外聘合同聘用以及根据卫生行政部门制定的帮扶政策聘用的外聘医务人员（或正常会诊）以及住培生等非本医疗机构的医务人员视为被保险人的医务人员。

## 5. 赔偿金履行约定

5.1 如保险人未如期履行赔偿责任，被保险人向保险人请求赔偿金的诉讼时效期间为3年，自保险人书面拒赔之日起计算。

5.2 患者有欠费的，在保险理赔金额范围内，保险人需优先将患者欠费部分支付给医院，剩余部分方可用于补偿患方。

## 6. 理赔程序约定

6.1 采购人应在纠纷案件发生后及时报案，提供患者的书面投诉信复印件（若有）、身份证复印件（若有）；患者在医院的相关诊疗资料：①门诊患者含对应病历、挂号记录、收费清单等；②住院患者含病案首页、入院记录、出院记录、收费清单，如手术患者另附术前讨论、手术记录等。

### 6.2 代理律师费用

（1）被保险人指定律师处理法律事务，费用由中标人支付，代理律师由采购人选定，律师代理费按广东省司法厅规定律师收费标准（按现行有效最新版本）执行或按照医院招标的法律顾问协议执行。

（2）中标人应当在收到律师费支付申请后10个工作日内完成律师费等费用的支付。

### 6.3 理赔流程

（1）对于自行和解的案件，被保险人可以与患者签署和解协议。被保险人将医患双方当事人主体材料（医疗机构代码证、患者及权益人身份证复印件、转账银行账户等）、和解协议（复印件）、纠纷赔偿支付审批表等案件材料一并提交给保险人，保险人审核无误后按照约定的赔付时限直接赔付患方。

（2）对于诉讼/仲裁/调解案件，被保险人将生效的判决书/裁决书/调解书、调解协议提交保险人，保险人应根据判决书/裁决书/调解书、调解协议在规定的时间内进行保险赔付。

（3）赔付标的10万元以下（含10万元）的，保险公司应在收到被保险人理赔材料后5个工作日内完成赔付；标的超过10万元的，保险公司应在收到被保险人理赔材料后10个工作日内完成赔付。

（4）所有向患方支付的赔付，均应是已扣除了患方欠费之后的金额。

### ★6.4 索赔资料清单（下列所有资料，不能提供原件的，可提供院方主管部门加盖公章的复印件）：

（1）自行和解案件（仅需提供如下材料）：

①索赔申请书；

②机构执业许可证、事业单位法人证书；

③医疗费用单据、其他费用单据等损失证明材料原件（不能提供原件的，可提供院方主管部门加盖公章的复印件）；

④有关医务人员的资格证明（院方主管部门加盖公章）；

⑤患者完整的病历资料（法定患方保存的病历除外）；患者伤残的，如有司法鉴定机构依法出具的伤残鉴定报告，应提供伤残鉴定报告；患者死亡的，应当提供公安机关或医疗机构出具的死亡证明书等有关证明和资料；

⑥被保险人与患者或其近亲属或其代理人签订的赔偿协议书或和解书；

⑦患者或法定权益人银行账户。

（2）诉讼/仲裁/调解案件（仅需提供如下材料）：

①索赔申请书；

②机构执业许可证、事业单位法人证书；

③有关医务人员的资格证明（院方主管部门加盖公章）；

④患者完整的病历资料（法定患方保存的病历除外）；患者伤残经过鉴定的，应当提供司法鉴定机构依法出具的伤残鉴定报告；患者死亡的，应当提供公安机关或医疗机构出具的死亡证明书等有关证明和资料（如有）；

⑤经国家批准或认可的司法鉴定机构、医疗事故技术鉴定机构进行过鉴定的，应提供司法鉴定意见书、医疗事故技术鉴定书；

⑥被保险人与患者或其近亲属或其代理人签订的赔偿协议书或和解书；

⑦经法院判决或法院调解的，应提供法院判决书或法院调解书；经仲裁裁决或调解的，应提供仲裁裁决书或仲裁调解书；经医患纠纷人民调解委员会调解的，应提供医调委意见书；经行政介入处理的，应提供行政介入处理意见书；

⑧医疗费用单据、其他费用单据等损失证明材料原件（不能提供原件的，可提供院方主管部门加盖公章的复印件）；

⑨患者或法定权益人银行账户。

（3）医疗欠费案件（仅需提供如下材料）：

①患方投诉材料；

②机构执业许可证、事业单位法人证书；

③医疗费用单据，押金单、欠费情况说明（不能提供原件的，可提供院方主管部门加盖公章的复印件）；

④有关医务人员的资格证明（院方主管部门加盖公章）；

⑤患者完整的病历资料（法定患方保存的病历除外）；

⑥甲方的陈述意见；

⑦甲方的银行账户。

★6.5所有的赔偿款项，因保险人怠于赔付而产生的滞纳金、违约金，以及其他不利于被保险人的后果等均由保险人承担。

## 7. 特别约定

7.1在诊疗过程中，产生纠纷，即便没有人身损害后果的，依法应由被保险人承担经济赔偿责任时，由保险人负责赔偿。

7.2患者在医院辖区内自残、自杀，以及伤害他人，依法应由被保险人承担经济赔偿责任时，由保险人负责赔偿；第三人对患者造成人身伤害，依照有关法律规定应由被保险人承担经济赔偿责任的，由保险人负责赔偿。

7.3保险人承诺扩展承保被保险人在临床试验性检查、治疗过程中造成患者/受试者损害，被保险人及其医务人员存在过错时依法应承担的民事赔偿责任，保险人负责赔偿；保险人承诺扩展承保因药品、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，依法应由被保险人承担的民事赔偿责任。

7.4本保险无免赔额。

7.5家庭医疗服务特别约定

保险人同意在保险单中列明的保险期间或追溯期内，被保险人医务人员在开展家庭医疗服务（包括家庭病床、家庭出诊）的诊疗活动过程中发生医疗损害造成患者人身损害，患者或其近亲属或代理人在保险期间内首次向被保险人提出索赔，依法应由被保险人承担的经济赔偿责任，保险人按照本保险合同约定负责赔偿。

7.6本保单承保被保险人所属互联网医院。

## 8. 法律责任

8.1由于任何一方当事人的过错，造成合同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。

8.2若发生违约情形，违约方依法依约承担其相应法律责任后果，除非守约方同意终止本合同的，本合同仍须继续履行。

8.3因本保险产生纠纷，双方协商解决，协商不成的，由采购人所在地有管辖权的人民法院裁判。

## 9. 其他要求：

9.1. 投标人应根据本项目的服务要求、实施目标和具体特点，提供合理的、可操作的保险服务方案。

9.2. 投标人针对本项目服务范围及对用户需求的理解，制定保密制度与方案，对其中内容进行专项、透彻的分析，包括但不限于：①保密制度；②在业务活动中知悉的其他信息保护，包括但不限于：各种文件、资料、财务报告、技术资料和数据、经营信息③个人信息保护；④投保人、被保险人的信息保护权利等方面。

9.3. 投标人拟投入本项目的服务人员中至少需包含有医学相关专业、保险相关专业、法律相关专业的人员且学历为大学专科或以上学历。

9.4. 投标人需提供书面承诺本项目追溯期（保险期间向前追溯）的时长（承诺函格式自拟）。

## 第二部分、补充附件

注：以下部分的附件应后附在投标文件中，作为投标文件的一部分。

# 附件一、资格文件

## 1.1 投标人资格声明函

**国义招标股份有限公司：**

关于贵公司\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日发布\_\_\_\_\_项目（项目编号：0724-XXXXXXXX）的采购公告，本公司（企业）愿意参加投标，并声明：

(1) 本公司（企业）具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条资格条件，并已清楚招标文件的要求及有关文件规定。

(2) 本公司（企业）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，且本公司（企业）参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录。否则，由此所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

(3) 关于本企业信用情况，经对“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”（www.ccgp.gov.cn）信用记录信息的查询，截至规定的投标截止时间，我司没有被列入失信被执行人、税收违法黑名单、政府采购、环境保护、知识产权等领域严重违法失信行为记录名单中。

(4) 经核实，本公司不存在以下情况：单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，参加同一合同项下的政府采购活动。

(5) 经核实，本公司不存在以下情况：为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，再参加该采购项目的其他采购活动。

(6) 本公司不属于联合体投标，承诺如果中标不分包转包。

(7) 本公司符合法律、行政法规规定的其他条件。

本次招标采购活动中，本单位保证全部投标文件和问题的回答是真实和有效的，并对所提供资料的真实性和正确性承担法律责任。

如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

**特此声明！**

**附件：**

### 1. 企业股东构成情况表

投标人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：\_\_\_\_\_

投标人名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 企业股东构成情况表

| 企业名称           |               |                      |                   |             |      |         |
|----------------|---------------|----------------------|-------------------|-------------|------|---------|
| 注册地址           |               | 企业类型                 |                   |             |      |         |
| 法定代表人姓名        |               | 电话                   |                   |             |      |         |
| <b>股东及出资信息</b> |               |                      |                   |             |      |         |
| 序号             | 股东名称(姓名/股东全称) | 股东类型<br>(自然人股东/法人股东) | 身份证号<br>/统一社会信用代码 | 出资额<br>(万元) | 出资方式 | 占全部股份比例 |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |
|                |               |                      |                   |             |      |         |

备注：

1. 股东或出资人为自然人的，填写自然人姓名及身份证号；股东或出资人为法人的，填写法人企业全称及统一社会信用代码。出资方式填写：货物、实物、工艺产权和非专利技术、土地使用权等。
2. 投标人必须如实填写股东构成情况，具体信息情况应与“国家企业信用信息公示系统”（网站：<http://www.gsxt.gov.cn>）查询的信息一致。

## 1.2政府采购活动信用记录自查承诺函

国义招标股份有限公司：

关于本企业信用情况，经对“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）中企业信用信息、“中国政府采购网”（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为信息记录”的网上查询，截至规定的投标截止时间，我司没有被列入失信被执行人、税收违法黑名单、政府采购严重违法失信行为记录名单及其他不符合规定条件的供应商名单中。特此承诺！

投标人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：\_\_\_\_\_

投标人名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**备注：采购方将对函件内容的真实性和有效性进行审查、验证，如有造假或情况不一致，将导致投标无效！**

### 1.3法定代表人授权代表声明函

#### 法定代表人授权代表声明函

国义招标股份有限公司：

关于贵公司\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日发布\_\_\_\_\_项目（项目编号：0724-XXXXXXXX）的采购项目，本公司（企业）愿意参加投标，并声明：

代表本公司（企业）参加本项目的（姓名、职务）作为我公司的法定代表人授权代表，系本公司（企业）员工。

**特此声明！**

附件：

法定代表人授权代表近六个月内任意一个月在投标人单位购买社保的证明材料。

投标人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：\_\_\_\_\_

投标人名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 1.4其他资格证明文件

一、有效的营业执照副本复印件（如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件）（加盖公章）

二、详见招标文件第一章“投标邀请”中的“投标人资格要求”

## 附件二、中标服务费承诺书（格式）

（本招标文件第六章投标文件格式的要求中“格式二十：采购代理服务费支付承诺书”不适用，请根据以下格式填写）

### 国义招标股份有限公司：

本\_\_\_\_（投标人名称）\_\_\_\_公司在参加在贵司进行的\_\_\_\_（项目名称）\_\_\_\_（项目编号：）招标中如获中标，我司保证在领取“中标通知书”前，按本项目投标人须知相关规定向贵司缴纳“中标服务费”。

如我方违约，愿凭贵方开出的违约通知，按上述承付金额的200%由采购人在支付我司的合同款中代为扣付。

特此承诺。

另关于我司缴纳中标服务费后开具中标服务费发票的事宜，我司声明如下：

**A:** 如需开具**普票数电发票**，请于下方（ ）打“√”

（ ）请向我司开具中标费的“**普票数电发票**”，开票信息如下：

1、我司工商注册名称为：；

2、纳税人识别号（国税）/或统一社会信用代码：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

**B:** 如需开具专用数电发票，请于下方（ ）打“√”，并提供相关资料

（ ）请向我司开具中标费的“**专用数电发票**”，开票信息为：

1、我司工商注册名称：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

2、纳税人识别号（国税）/或统一社会信用代码：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

3、注册地址：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

4、办公电话（固话）：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

5、开户银行及账号：\_\_\_\_\_（请填写）\_\_\_\_\_

6、一般纳税人资格证书/或加盖了税务局“增值税一般纳税人”条章的国税登记证扫描件/或在所属国税局网站的查询结果截图（截图后附）

中标单位联系人：， 手机号：\_\_\_\_\_；

单位地址：电话：传真：\_\_\_\_\_。

特此声明。

投标人法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

投标人名称（加盖公章）：

日期：年 月 日