

贵州省医疗责任保险统保方案

(2020版)

(征求意见稿)

一、投保人/被保险人

贵州省内依法依规成立的医疗机构,贵州省各级卫生健康主管部门及医疗卫生行业协会均可作为本保险的投保人。

贵州省内依法依规成立的医疗机构均可作为本保险的被保险人。

二、承保区域

贵州省行政辖区内

三、保险险种

主 险:医疗责任保险

附加险:附加医疗机构工作人员遭受意外伤害保险

附加医疗机构场所责任保险

附加医务人员职业暴露责任保险

四、保险责任

(一)医疗责任保险

医疗责任保险的保险责任是指参保的医疗机构及其医务人员在诊疗活动中因执业过失导致患者人身损害和精神损失以及

法律费用等,保险人承担相应的赔偿责任。

(二)附加险

附加险1:医疗机构工作人员遭受意外伤害保险责任

是指参保的医疗机构的工作人员在从事与其资格相符的工作中,因产生医疗纠纷而遭受患方的故意伤害,造成其人身损害,保险人承担相应的赔偿责任。

附加险2:医疗机构场所责任

是指在保险单明细表列明的保险期间及承保区域范围内,参保的医疗机构由于下列原因导致第三者(含患者)的人身伤害或财产损失,依法应由医疗机构承担经济赔偿责任时,保险人承担相应的赔偿责任:

- ① 医疗机构的公共设施存在缺陷;
- ② 医疗机构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;
- ③ 医疗机构或其雇员的过失导致的火灾或爆炸;
- ④ 医疗机构或其雇员的过失导致医疗机构提供的食品引发食物中毒或其他食源性疾患。

附加险3:医务人员职业暴露责任

是指参保的医疗机构的医务人员在从事与其执业资格相符的诊疗活动中遭受职业暴露,依照法律应由医疗机构承担的经济赔偿责任,保险人承担相应的赔偿责任。

五、基准赔偿限额及保险费率

(一) 医疗责任保险

1. 一级公立医院、二级医院、三级医院

类别	基准赔偿限额		基准保险费率		
	每人赔偿限额	累计赔偿限额	医务人员 保费 (元/人)	门诊人次 保费 (元/人次)	入院人次 保费 (元/人次)
三级医院	50万	300万	1100	0.6	12
二级医院	50万	200万	1050	0.6	12
一级公立医院	50万	100万	880	0.50	10

2. 一级民营医院

类别	基准赔偿限额		基准保费(元)
	每人赔偿限额	累计赔偿限额	40000
一级民营医院	50万	100万	

3. 社区卫生服务中心、乡镇卫生院

类别	基准赔偿限额		基准保险费率		
	每人赔偿 限额	累计赔偿 限额	医务人员保 费(元/人)	门诊人次保 费(元/人次)	入院人次保 费(元/人次)
社区卫生 服务中心、 乡镇卫生院	50	100万	550	0.35	3.5

4. 非公立基层医疗机构

类别	基准赔偿限额		基准保费 (元)	医护人员规模
	每人赔偿限额	累计赔偿限额		
非公立基层医疗机构,包括社区卫生服务站、门诊部、诊所、卫生所、医务室等	50万	100万	3600	5名(含)以下
			5000	5-10名(含)
			8000	10-15名(含)
			40000	15名以上,参照一级民营医院标准计算保费

5. 村卫生室

类别	基准赔偿限额		基准保费(元)	县级集中投保率
	每人赔偿限额	累计赔偿限额		
村卫生室	50万	100万	1600	50%以下
			1400	50%(含)-60%
			1300	60%(含)-70%
			1200	70%(含)-80%
			1100	80%及以上

备注:1. 县级集中投保村卫生室是指在册村卫生室(不区分是否进行诊疗活动)以县为单位一次性集中办理投保,集中投保率=实际投保村卫生室数/在册村卫生室数;一次性集中办理投保时间为1个月。当地卫健局应提前一个月提供所属的在册村卫生室数据。

6. 其他医疗机构

类别	基准赔偿限额		基准保险费率		
	每人赔偿限额	累计赔偿限额	医务人员保费(元/人)	门诊人次保费(元/人次)	入院人次保费(元/人次)
其他医疗机构	50	100万	350	0.3	3

说明:其他医疗机构包括体检机构、疾控中心等。

备注:

1. 上表中医务人员数、门诊人次数、入院人次数等数据均为上年度医疗机构实际数据(医务人员数为在册数),投保时应提供真实有效的证明材料。

2. 医疗机构说明。

(1) 医院级别以卫生健康主管部门最新设定结果为准。

(2) 未定级医院的费率按照以下方式确定：

实有住院床位 500 张及以上的未定级医院按照三级医院执行相应的费率；实有住院床位 100 张至 499 张的未定级医院按照二级医院执行相应的费率；实有住院床位 20 张至 99 张的未定级医院按照一级医院执行相应的费率。

(3) 医院包括：综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、各类专科医院和护理院，也包括妇幼保健院等。

3. 赔偿限额说明。

(1) 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。

(2) 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得低于每人赔偿限额。

(3) 精神损害每人赔偿限额为人民币 5 万元，并在累计赔偿限额之内计算。

(4) 法律费用每次事故赔偿限额以及法律费用累计赔偿限额均为主险累计赔偿限额的 10%，且在主险累计赔偿限额之外计算。

(二) 附加险

附加险名称	赔偿限额	保险费率
医疗机构工作人员遭受伤害责任保险	每次每人事故赔偿限额同主险每人赔偿限额 累计赔偿限额同主险累计赔偿限额； 其中财产损失赔偿限额:1万元人民币； 该险种赔偿限额在主险累计赔偿限额之外计算。	主险保费的4.8%
医疗机构场所责任保险	累计赔偿限额同主险的累计赔偿限额； 每次事故赔偿限额为主险累计赔偿限额的50%。 每次事故每人赔偿限额为10万元。 该险种赔偿限额在主险累计赔偿限额之外计算。	主险保费的4.8%
医务人员职业暴露责任保险	每人赔偿限额、累计赔偿限额同主险对应赔偿限额。 住院津贴:100元/天,最长不超过90天。 医务人员家属赔偿限额与医务人员相同。 该险种赔偿限额在主险累计赔偿限额之外计算。	主险保费的4.8%

六、保费调整系数

(一) 医院类别调整系数

医院类别	系数	
综合医院	1.0	
中西医结合医院、中医医院	0.85	
专科医院	妇产(科)医院、妇幼保健院、儿童医院	1.2
	骨科医院、心血管病医院	1.1
	肿瘤医院、血液病医院、胸科医院	1.0
	传染病医院、生殖专科医院、口腔医院、精神卫生医院	0.7
	其他专科医院	0.8
其他医院	1	

(二) 每人赔偿限额调整系数

每人赔偿限额(万元)	每人赔偿限额调整系数
40	0.95
50	1.0
60	1.1
80	1.3
80以上	另议

(三) 累计赔偿限额调整系数

医疗机构类型	累计赔偿限额(万元)	调整系数
三级医院	200	0.9
	300	1
	400	1.15
	500	1.25
	600	1.3
	700	1.35
二级医院	100	0.9
	150	0.95
	200	1
	250	1.05
	300	1.15
一级公立医院、社区卫生服 务中心、乡镇卫生院	100	1
	150	1.05
	200	1.15

(四) 住院人次调整系数

年住院人次数	保费调整系数
低于4万	1
4万(含)~6万	0.9
6万(含)~10万	0.8
10万(含)以上	0.7

注:住院人次数为上年度医疗机构住院人次数。

(五) 门诊人次调整系数

年门诊人次	保费调整系数
低于50万	1
50万(含)-100万	0.9
100万(含)-150万	0.85
150万(含)以上	0.8

注:门诊人次数为上年度医疗机构门诊人次。

(六) 续保调整系数

1. 一级公立医院、二级医院、三级医院续保调整系数表。

简单赔付率	续保调整系数
<40%(含)	0.7
40%~50%(含)	0.75
50%~60%(含)	0.8
60%~70%(含)	0.9
70%~80%(含)	1.0
80%~90%(含)	1.1
90%~100%(含)	1.2
100%~110%(含)	1.25
110%~120%(含)	1.3
120%~140%(含)	1.35
140%~160%(含)	1.4
160%~200%(含)	1.6
200%~250%(含)	2.0
250%~300%(含)	2.5
300%以上	3.0

简单赔付率计算公式：

简单赔付率=近三年已决赔款总金额(含附加险)/近三年总缴纳保险费(含附加险)(下同)

注：参保未满三年的医疗机构简单赔付率=已决赔款总金额(含附加险)/总缴纳保险费(含附加险)

2. 一级民营医院续保调整系数。

一级民营医院基准保费为4万元，结合上年度出险情况，按照"一级民营医院续保调整系数"计算当年保费，使用续保调整系数获得折扣优惠后，一级民营医院的最低收费不能低于3万元。

上一保险年度满期赔付率 或前三年累计赔付率(以高者为准)	续保调整系数
连续四年度未出险	0.75
连续三年度未出险	0.8
连续两年度未出险	0.85
上一年度未出险	0.9
≤50%	1
50%~60%(含)	1.2
60%~70%(含)	1.5
70%~80%(含)	1.7
80%~90%(含)	1.8
90%~100%(含)	2
100%~120%(含)	2.1
120%~140%(含)	2.2
140%~160%(含)	2.3
160%~180%(含)	2.5

上一保险年度满期赔付率 或前三年累计赔付率(以高者为准)	续保调整系数
180% ~ 200%(含)	2.8
200% ~ 220%(含)	3
220% ~ 250%(含)	3.5
250% ~ 300%(含)	4
大于300%	另议(双方协商承保)

(七)医调委费用调整系数

根据每年贵州医责险保费用于专项支持医调委费用比例的变化,给予二级及以上医疗机构相应比例的折扣调整。

当年度医调委支持费用比例每降低1个百分点,下一年度二级及以上医疗机构费率同步降低0.9个百分点。

◇保费调整系数说明:

以上各项系数之乘积不低于70%,低于70%的按70%计算。

七、保险费计算方式

一级公立医院、二级医院、三级医院主险保费=

(医务人员数 × 医务人员保费+门诊人次数 × 门诊人次保费+入院人次数 × 入院人次保费) × 医院类别系数(医院适用) × 每人赔偿限额调整系数 × 累计赔偿限额调整系数 × 门诊人次调整系数 × 入院人次调整系数 × 续保调整系数 × 医调委费用调整系数
(二级及以上医疗机构适用)

一级民营医院主险保费=

基准保费 × 每人赔偿限额调整系数 × 累计赔偿限额调整系

数 × 续保调整系数

非公立基层医疗机构主险保费=

基准保费 × 每人赔偿限额调整系数 × 累计赔偿限额调整系数 × 续保调整系数

社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室=

基准保费 × 每人赔偿限额调整系数 × 累计赔偿限额调整系数

附加险保费=主险保费 × 附加险费率

总保费=主险保费+附加险保费

八、免赔额

本保险不设免赔额。

九、缴费出单约定

见费出单。

十、保险期限

12个月。

十一、司法管辖

中华人民共和国司法管辖(港、澳、台除外)。

十二、争议处理

因履行本保险合同发生的争议,由当事人协商解决。协商不成的,可向被保险人所在地人民法院提起诉讼。

十三、特别约定

(一)医疗意外特别约定

本保单特约定,在本保险单明细表中列明的保险期限或追溯期及承保区域范围内,投保医疗机构及其医务人员在从事与其资格相符的诊疗活动中无过错行为,但发生了无法预料、不能防范的医疗意外造成患者人身伤害,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,基于公平原则,被保险医疗机构给予的经济补偿,保险人根据本保险合同的约定负责赔偿;并约定,对于属于医疗意外的保险事故,医疗机构赔偿金额以下列任一机构确定的为准:贵州省各级医疗纠纷人民调解委员会、贵州省各级行政部门、人民法院、仲裁机构。医疗意外的每人赔偿限额和累计赔偿限额为主险相应赔偿限额的20%,并在主险每次及累计赔偿限额之内计算。

(二)医务人员特别约定

本保险所称医务人员,包括执业地点为被保险人的执业(助理)医师、注册护士、药师(士)、检验技师、影像技师(士)等卫生专业人员以及医疗管理人员、进修医务人员、外聘医务人员、外请会诊医务人员、委培医务人员、实习医务人员、符合多点执业条件的医务人员等。无论其处于何岗位,只要实际从事具体诊疗活动,便属于医务人员。

医务人员定义和范围按照《中华人民共和国执业医师法》等相关法律法规确定。

本保险采取记名方式参保。保险人可就医疗机构参保时所报医务人员人数向其登记管理的医疗机构进行核实,并根据核实

情况要求被保险人及时补缴相应医务人员保费。

(三)承保基础特别约定

本保险的承保基础为期内索赔制,即以索赔发生日期为依据确定保单是否负责赔偿。受害人向被保险人提出索赔的时间需发生在保险期间内,而受害人遭受损害的事故可以发生在保险期间内,也可以发生在保险追溯期内。

(四)追溯期特别约定

追溯期是自保单生效日向前追溯的期间,是在以期内索赔为承保基础条件下,保险人给予被保险人承保责任期限上的优惠,即如设定有追溯期,则承保责任期限不仅仅是保险期限,对于在保险期限之前(追溯期内)发生的保险事故,保险人也予以赔偿。

本保险设定追溯期,并规定如下:首次投保不设追溯期,第二年续保,追溯期为1年,第三年续保追溯期为2年,第四年续保追溯期为3年。连续投保的医疗机构,保险责任追溯期最高不超过4年。

(五)延长报告期特别约定

本保险特设立延长报告期,期限为180天。对于发生在原保单约定的保险期限和追溯期限内的保险事故,只要患者或其近亲属在延长报告期内首次向被保险人提出索赔要求,保险人仍然承担赔偿责任。

(六)足额投保特别约定

保险人一旦承保,则视为医疗机构足额投保,且在保险期限内,保险人不因被保险人医务人员人数等数据的增减而加收或退还保险费。

保险人在理赔过程中,一旦发现被保险人故意或因重大过失导致投保时提供的数据与实际情况不符(包括漏报、瞒报等情形)时,保险人有权要求投保人补齐保费或按比例赔偿。

(七)医疗机构类别特别约定

如被保险医疗机构的《医疗机构执业许可证》中所列医疗机构所属类别为两种或两种以上的,其保费金额按保费金额高的类别系数计算。

属于“大专科小综合”类的二级以上医疗机构,经省卫健委确认,其保费金额可以按照专科类别对应的保费系数计算。

(八)索赔单证特别约定

被保险人向保险人请求赔偿时,应提交下列单证材料:

- ✓有关责任人的资格或执业证明;
- ✓调解协议书(医患保三方协议、医调委调解协议、行政调解和解书、司法判决书);
- ✓患方及关联人身份证明材料和收款收条;
- ✓专家评估意见/报告或医疗损害鉴定书;
- ✓调解或司法判决豁免患方实际发生的医疗费用清单和医院发票。

为提高理赔效率,理赔材料实行“无纸化”提交,即保险公司

认可医疗机构提供上述材料的盖章电子版材料作为理赔单证,无需医疗机构提供纸质原件。

(九)保险赔偿责任认定特别约定

医疗纠纷按照《中华人民共和国侵权责任法》、《中华人民共和国民事诉讼法》、《人民调解法》、《医疗纠纷预防和处理条例》、《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》、《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》等法律法规进行处理和赔偿责任认定。

保险人以下列方式之一确定的被保险人的赔偿责任作为依据进行赔偿,并在保险责任及责任限额内据此足额赔付。

1. 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;医患保三方通过院内协商和解的,需提交由二级及二级以上医疗机构院内专家委员会出具的医疗责任评估意见(注:一级及一级以下医疗机构不执行此条特别约定);

2. 贵州省各级医疗纠纷人民调解委员会调解;

3. 贵州省各级行政部门;

4. 人民法院判决;

5. 对于金额较大或案情复杂的,保险人对于调解结果有争议的,可提交贵州省医疗责任评估专家委员会进行评议,保险公司按评议结果进行理赔。

(十)医疗责任专家评议特别约定

保险经纪人联合保险公司聘请贵州省医疗责任评定专家,组

建贵州省医疗责任专家评估委员会,负责对金额较大、案情复杂或定责定损有争议的理赔案件进行专家评议,其评议结果作为保险公司的理赔依据,保险公司据此在保险责任及责任限额内据此足额赔付。

(十一)必要、合理费用特别约定

保险事故发生后,被保险人为避免或减轻患者损害,或者为了防止赔偿扩大所支付的必要的、合理的费用,保险人也负责赔偿。上述费用每次事故赔偿限额以及累计赔偿限额均为主险赔偿限额的10%,且在累计赔偿限额之外计算。

(十二)法律费用特别约定

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,保险人按照保险合同的约定负责赔偿。保险事故发生后,被保险人无需事先以书面形式征得保险人同意,但该项费用发生后,被保险人需要向保险人说明该项费用产生的原因和去向。

(十三)药品、消毒药剂、医疗器械责任特别约定

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,保险人应负责赔偿。保险人赔偿后,医疗机构应当协助保险人向负有责任的生产者或者血液提供机构追偿。

十四、保险条款

(一)主险

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,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。

(二)附加险

1.附加医务人员遭受伤害责任保险条款

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 在本保险合同列明的保险期间及承保区域范围内,被保险人的投保医务人员在从事与其资格相符的诊疗活动中,因产生医疗纠纷而遭受患方的故意伤害,造成其人身伤害,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。

责任免除

第四条 由于下列各项引起的损失或责任,保险人不负责赔偿:

(一)被保险人的投保医务人员因医疗纠纷以外的原因所致的任何人身伤害;

(二)由于被保险人的投保医务人员自残、自杀、违法行为所致的人身伤害;

(三)被保险人的投保医务人员因非职业原因受酒精或药剂的影响所导致的伤残或死亡;

(四)被保险人直接或指使他人对其投保医务人员故意实施的人身伤害;

(五)被保险人对其承包商所雇佣雇员的责任;

(六)被保险人对其投保医务人员的精神损害赔偿;

(七)除保险单另有约定外,被保险人的投保医务人员在中华人民共和国境外及港、澳、台地区所发生的人身伤害。

第五条 对于任何财产损失及任何间接损失,保险人不负责赔偿。

责任限额

第六条 本附加险设医务人员每人责任限额和医务人员每人医疗费用责任限额,其中医务人员每人医疗费用责任限额包含在医务人员每人责任限额中。各项限额由投保人和保险人双方协商确定并在保险合同中载明。

医务人员每人医疗费用免赔额由保险人和被保险人协商确定,并在保险合同中载明。

赔偿处理

第七条 被保险人在向保险人申请赔偿时,应提交:

(一)保险单正本、索赔申请、公安部门出具的验伤单和报案证明;

(二)造成残疾的,应提供医疗机构或司法机关出具的残疾等级鉴定书;

(三)造成死亡的,应提供死亡证明、户籍注销证明;

(四)对于发生的医疗费用,应提供医疗机构的就诊证明和医疗费用明细单;

(五)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。

第八条 发生保险责任范围内的事故,对每名医务人员的损失,保险人按照下列标准赔偿:

(一)死亡。以本附加保险合同约定的医务人员每人责任限额为限;

(二)伤残。按伤残鉴定机构出具的伤残程度鉴定书,并对照国家发布的《职工工伤与职业病致残程度鉴定标准》(GB/T16180-2006)(以下称《伤残赔偿比例表》,见附表)确定伤残等级而支付相应赔偿金。赔偿金额以本附加保险合同约定的医务人员每人

责任限额为限；

(三)医疗费用:按照实际发生的医疗费用,在扣除医务人员每人医疗费用免赔额后,在本附加险的医务人员每人医疗费用责任限额内赔偿。

第九条 不论发生一次或多次索赔,保险人对每名医务人员的赔偿不超过保险单载明的本附加险医务人员每人责任限额,在本保险合同的保险期间内,保险人对被保险人各项索赔的累计赔偿金额不超过保险单载明的累计责任限额。

附表:伤残赔偿比例表

项目	伤残程度	保险合同约定每人责任限额的百分比
(一)	死亡	100%
(二)	永久丧失工作能力或一级伤残	100%
(三)	二级伤残	80%
(四)	三级伤残	65%
(五)	四级伤残	55%
(六)	五级伤残	45%
(七)	六级伤残	25%
(八)	七级伤残	15%
(九)	八级伤残	10%
(十)	九级伤残	4%
(十一)	十级伤残	1%

2. 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)被保险人或其雇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。

3. 附加医务人员职业暴露责任保险条款投保附加险的条件

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险类保险》(以下简称“主险”)的附加险条款,只有在主险的基础上,方可投保本附加险。

保险责任

第二条 在保险单载明的保险期间和追溯期内,被保险人的医务人员在从事与其执业资格相符的诊疗活动中遭受职业暴露导致人身损害的,在保险期间内由受害者或其他赔偿权利人首次向被保险人提出损害赔偿请求,依照中华人民共和国法律(不包括港、澳、台地区法律)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的约定负责赔偿。

责任免除

第三条 下列损失、费用或责任,保险人不负责赔偿:

(一)追溯期前发生的职业暴露所造成的任何损失、费用或责任;

(二)本保险单载明的免赔额或按照免赔率计算的免赔金额。

责任限额与免赔额(率)

第四条 除另有约定外,本附加险责任限额包括医务人员每人责任限额和医务人员每人医疗费用责任限额,其中医务人员每人医疗费用责任限额包含在医务人员每人责任限额之内。

各项责任限额由投保人与保险人协商确定,并在保险单中载明。

第五条 医务人员每人医疗费用免赔额(率)由投保人与保险人协商确定,并在保险单中载明。

同时约定免赔额及免赔率的,免赔金额以免赔额或按照免赔率计算的免赔金额两者高者为准。

赔偿处理

第六条 被保险人请求赔偿时,应向保险人提交下列索赔文件:

(一)保险单正本;

(二)索赔申请书;

(三)医务人员死亡的,由公安机关或医疗机构出具的死亡证明;医务人员残疾的,由保险人认可的伤残鉴定机构出具的伤残程度证明;

(四)医疗费发票及医疗费清单;

(五)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。

第七条 发生保险责任范围内的事故,对每名医务人员的损

失,保险人按以下方式赔偿:

(一)医务人员死亡的,保险人按照医务人员每人责任限额赔偿;

(二)医务人员残疾的,由保险人认可的伤残鉴定机构依据《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》(GBT16180-2014)鉴定残疾程度,保险人按照本附加险合同所附伤残赔偿比例表规定的百分比,乘以医务人员每人责任限额赔偿;

(三)被保险人承担的诊疗项目、药品、住院服务及辅助器具配置费用,保险人均按照国家工伤保险待遇规定的标准,在依据本款下列第1项至第4项计算的基础上,扣除医务人员每人医疗费用免赔额,在医务人员每人医疗费用责任限额内据实赔偿。除另有约定外,医疗费用具体项目包括:

1. 挂号费、治疗费、手术费、检查费、医药费;
2. 住院期间的床位费、陪护费、伙食费、取暖费、空调费;
3. 就(转)诊交通费、急救车费;
4. 安装假肢、假牙、假眼和残疾用具费用。

不论发生一次或多次索赔,保险人对每名医务人员的赔偿金额不超过医务人员每人责任限额。

主险与附加险关系

第八条 凡涉及本附加险合同的约定,均应采用书面形式。主险合同与本附加险合同相抵触,以本附加险合同为准;本附加

险合同未约定事项,以主险合同为准。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。

释义

职业暴露,是指医务人员在从事诊疗、护理活动过程中接触有毒、有害物质,或传染病病原体,从而损害健康或危及生命的一类职业暴露。包括感染性职业暴露、放射性职业暴露、化学性(如消毒剂、某类化学药品)职业暴露及其他职业暴露。