

市直机关和全供事业单位工作人员(享受公务员医疗补助待遇人员)健康体检项目 采购合同

甲方：鹤壁市社会医疗保险处

乙方：鹤壁仁和中西医结合医院有限公司

为保证市直机关和全供事业单位工作人员(享受公务员医疗补助待遇人员)体检工作的顺利进行，按照有关规定，经甲乙双方协商，签订如下协议：

第一条 甲乙双方应高度重视此次体检工作，分别明确一名领导负责此项工作，成立体检服务办公室，实行体检联络人制度，保证体检工作的顺利进行。

乙方要采取有效措施做好体检工作，为体检人员提供优质的医疗服务；甲方负责按本协议约定监督检查各项体检项目的落实情况，并在体检结束后向乙方支付符合本协议约定的体检费用。

第二条 乙方要选派技术好、素质高的医务人员落实本次体检工作，服务要热情周到，体检小结及防治意见由副主任医师以上人员填写；做好体检前的各项准备工作，对所需设备进行全面检修；设立相对独立的体检区域，并选派工作人员维持现场秩序；配备专用轮椅，为行动不便人员提供服务；全面、及时、准确地报告体检结果。

第三条 乙方要指定专人负责，主动与在本医院体检的有关单位经办人联系，商定体检具体日期，明确体检注意事项，落实各项体检安排，确保每位应检人员都能按时有序地进行体

检。

第四条 乙方在体检过程中要认真核查参检者身份，防止冒名顶替；要保证体检人员早点、饮水供应，提供候诊场地；每天安排体检人数控制在 80 人以内；对医疗照顾人员实行优诊优检，明确专人负责、专人导诊，提供全程服务。

第五条 乙方自行印制体检表并负责向体检人员发放，用以记录和粘贴体检单据。乙方将体检结果向单位及本人反馈时要做好保密工作。

第六条 本次体检设定四种套餐，参加体检人员按自愿原则任选其一做为自己的体检项目。

套餐 A(综合体检)的具体项目为：内科(血压)；外科(皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等)；眼科(视力、眼底)；血糖、血脂、肾功能、肝功能；心电图；B 超(肝、胆、脾、胰、肾、前列腺 / 子宫及附件)；妇科检查、妇科白带涂片 (女)、妇科细胞学检查(宫颈刮片)(女)；胸片 / 颈椎侧位片 / 腰椎侧位片(三项选其一)；动脉硬化；血常规；甲状腺彩超；癌胚抗原。

套餐 B(糖尿病体检)的具体项目为：内科(血压)；外科(皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等)；眼科(视力、眼底)；心电图；胰岛素释放试验；糖耐量实验；糖化血红蛋白；肾功；血脂四项；尿常规；腹部 B 超(肝、胆、脾、胰、肾)。

套餐 C(心脑血管体检)的具体项目为：内科(血压)；外科(皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等)；眼科(视力、眼底)；耳鼻喉科（耳鼻喉常规检查）；心电图；血糖；血常规；血脂四项；肾功三项；肝功三项；动脉硬化；头颅 CT。

套餐 D（女性体检）的具体项目为：内科(血压)；外科(皮

肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等);眼科(视力、眼底);耳鼻喉科(耳鼻喉常规检查);妇科检查;白带常规;宫颈 TCT;乳腺彩超;子宫附件 B 超;腹部 B 超;血糖;血脂三项。

以上套餐具体内容见《参保人员体检套餐表》(附件一)

第七条 乙方要明示四种体检套餐的体检流程,按 5-8 位参检人员 1 名导医的标准安排导医人员;对选择糖尿病体检的人员应做到及时提醒工作,确保多次采血准时有序进行。

第八条 本次体检项目收费标准统一确定为每人 300 元。

第九条 每个单位体检结束后,乙方将体检结果及时送交参检单位,由单位经办人在《参检单位汇总表》(附表 2)上签字,并加盖体检单位公章,结算体检费用时提供给甲方;体检全部结束 10 日内,乙方将全部参检人员的体检结果以纸质和电子形式报甲方(各套餐的录入明细按甲方要求);向甲方提供《体检医疗机构联系表》(附表 3)、书面体检总结及《四种套餐体检结果统计表》(附表 4),并申请支付体检费用(最迟年 月 日前提交支付申请,逾期不予受理)。甲方将实际参检人员体检情况复核后,在 15 个工作日内向乙方支付体检费用。

第十条 体检中如发生医疗事故、纠纷、人员拥挤或因乙方因素造成的延误体检或其他意外情况的,由乙方负全部责任;乙方不认真执行或未落实本协议条款有关规定,甲方按应支付体检费用的 1—3%拒付,情节严重的按应支付体检费用的 10%拒付。乙方在体检过程中由于把关不严,发生冒名顶替的,甲方经查实后除扣除相应费用外,再按该费用的 2 倍拒付;乙方虚报体检费用的,甲方经查实后除扣除虚报费用外,再按虚报费用的 3 倍拒付;擅自减少体检项目的,经查实后按缺少项

目费用的3倍予以拒付。

第十一条 为确保体检工作及各项要求落到实处，甲方将公布举报电话，经查实确属乙方服务态度、服务质量所造成的不良影响及严重后果的，视情节轻重从应支付体检费中扣除相应的费用。

第十二条 体检截止时间为 年 月 日。

第十三条 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，双方签字盖章后生效。

- 附件 1、参保人员体检套餐表
2、体检医疗机构联系表
3、体检结果统计表
4、体检情况汇总表

甲方：鹤壁市社会医疗保险处

2016年9月7日



乙方：

2016年9月7日



附件 1:

参保人员体检套餐表

A: 综合体检套餐				
科别	体检项目	体检结果		医师签字
内科	血压	mmHg		
外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等			
眼科	左眼	视力	眼底	
	右眼	视力	眼底	
妇科	妇科检查			
	妇科白带涂片			
	妇科细胞学检查（宫颈刮片）			
常规功能检查	血糖、血脂、肾功能、肝功能			
	心电图			
	B 超（肝、胆、脾、胰、肾、前列腺/子宫及附件）			
	胸片□ 颈椎侧位片□ 腰椎侧位片□ （注：三项任选一项，在□内打√）			
	动脉硬化			
	血常规			
	甲状腺彩超			
	癌胚抗原			
健康评估				
静脉采血				
B: 糖尿病体检套餐				
科别	体检项目	体检结果		医师签字
内科	血压	mmHg		
外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等			
眼科	左眼	视力	眼底	
	右眼	视力	眼底	
常规功能检查	心电图			
	胰岛素释放试验			
	糖耐量试验			
	糖化血红蛋白			
	肾功			

	血脂四项		
	尿常规		
	腹部 B 超（肝、胆、脾、胰、肾）		
健康评估			
静脉采血			
C：心脑血管疾病体检套餐			
科别	体检项目	体检结果	医师签字
内科	血压	mmHg	
外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等		
眼科	左眼	视力	眼底
	右眼	视力	眼底
耳鼻喉科	耳鼻喉常规检查		
常规功能检查	心电图		
	血糖		
	血脂四项		
	肾功三项		
	肝功三项		
	动脉硬化		
	头颅 CT		
健康评估			
静脉采血			
D：女性专项体检套餐			
科别	体检项目	体检结果	医师签字
内科	血压	mmHg	
外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等		
眼科	左眼	视力	眼底
	右眼	视力	眼底
耳鼻喉科	耳鼻喉常规检查		
常规功能检查	妇科检查		
	白带常规		
	宫颈 TCT		
	乳腺彩超		
	子宫附件 B 超		

	腹部 B 超	
	血糖，血脂三项	
健康评估		
静脉采血		

附件 2:

体检医疗机构联系表

单位名称			
单位编号			
单位类型			
单位联系人		联系电话	
体检医院			
体检人数	承诺：本单位属于市直机关（全供事业单位），享受公务员医疗补助待遇的科级及以下正式工作人员有 人（在职 人，退休 人），其中参加体检人数为在职 人，退休 人。 经办人： 单位（盖章）： 联系电话：		
审核意见	年 月 日		

说明：1、本表一式两份，鹤壁市社会医疗保险处、体检医院各一份。

2、体检单位与体检医院联系体检事宜时需将此表交所选医院。

附表 3:

体检结果统计表

套餐	科别	项目	异常人次	发病率%			
				40 岁以下	40-50 岁	50-60 岁	60 岁以上
A: 综合体检套餐	内科	血压					
	外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等					
	眼科	左眼					
		右眼					
	妇科	妇科检查					
		妇科白带涂片					
		妇科细胞学检查（宫颈刮片）					
	常规功能检查	血糖、血脂、血流变、肾功能、肝功能					
		心电图					
		B 超（肝、胆、脾、胰、肾、前列腺/子宫及附件）					
		胸片□ 颈椎侧位片□ 腰椎侧位片□ （注：三项任选一项，在□内打√）					
		甲状腺彩超					
		癌胚抗原					
B: 糖尿病体检套餐	内科	血压					
	外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等					
	眼科	左眼					
		右眼					
	常规功能检查	心电图					
		胰岛素释放试验					
		糖耐量试验					
		糖化血红蛋白					
		肾功					
		血脂四项					
		尿常规					
		腹部 B 超（肝、胆、脾、胰、肾）					

C: 心脑血管疾病体检套餐	内科	血压					
	外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等					
	眼科	左眼					
		右眼					
	耳鼻喉科	耳鼻喉常规检查					
	常规功能检查	心电图					
		血糖					
		血脂四项					
血流变							
肾功							
		头颅 CT					
D: 女性专项体检套餐	内科	血压					
	外科	皮肤、浅表淋巴结、甲状腺、脊柱等					
	眼科	左眼					
		右眼					
	耳鼻喉科	耳鼻喉常规检查					
	常规功能检查	妇科检查					
		白带常规					
		宫颈 TCT					
		乳腺彩超					
		子宫附件 B 超					
		腹部 B 超					
血糖，血脂三项							

附件 4:

体检情况汇总表

医院名称（盖章）

序号	单位 编号	参检单位 名称	应检 人数	男	女	实检 人数	男	女	核减情况			单位经办 人签字、 盖章	联系 方式
									未体检人 数	未检 项目	金 额		