

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：鹤壁市人民医院

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		


 同专
 16110

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		