JDFYCG-2021003

**扬州市江都妇幼保健院医院HIS系统新需求开发项目询价文件**

****

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

发放日期：2021年1月27日

目 录

一、询价公告

二、投标人须知前附表

三、报价一览表

四、技术要求响应偏离表

五、附件

**JDFYCG-2021003扬州市江都妇幼保健院医院HIS系统新需求开发项目询价公告**

**项目编号：JDFYCG-2021003**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司受扬州市江都妇幼保健院委托需采购医院HIS系统新需求开发项目，现欢迎符合相关条件的供应商参加。

**（一）项目采购要求：**

投标人要求：投标人须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的条件；

投标人在投标报价时，请提供标书**正本1份/副本2份**，内含以下内容：

1、报价一览表（原件）；

2、法人营业执照（复印件加盖投标人公章）；

3、法定代表人资格证明或法定代表人有效授权委托书（格式详见附件2，原件及复印件加盖投标人公章）；

4、授权代表身份证（原件及复印件加盖投标人公章）；

5、投标人所提供投标产品技术参数满足采购人需求的证明文件（复印件加盖投标人公章）；

6、技术参数要求响应偏离表（加盖公章）；

7、承诺书（格式详见附件3，加盖公章）；

8、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式详见附件4，加盖公章）；

9、供应商廉洁自律承诺书（格式详见附件5，加盖公章）。

**注：以上所需原件资料在开标时均须提供原件，如不能提供原件，将导致投标被拒绝且不允许在开标后补正。标书内容不全或不能满足采购要求的作无效报价文件。**

**（二）投标保证金：人民币壹仟元整。**

（1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。

（2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。

**（三）供应商参加投标确认函（格式详见附件6）**

如供应商确定参加投标，请如实填写参与投标确认函，并于2021年1月31日下午5:00前将投标确认函原件的扫描件发送至代理机构指定电子邮箱（联系电话0514-86663195，邮箱380996306@qq.com），同时需与采购代理机构经办人确认是否收到《供应商参加投标确认函》，否则将自行承担所产生的风险。未提交确认函者、超过时限者不得前来投标**（开标时投标确认函原件须随投标文件一起递交，否则投标文件可能被拒收）**，确认函内容不全者后果自负。

（四）请在规定时间内一次性报出不得更改的价格。本项目投标最高限价**17万元**，投标报价高于最高限价的为无效报价。（清单及技术参数详见附件）

（五）拒绝下述供应商参加本次采购活动：

1、供应商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，不得参加同一合同项下的政府采购活动。

2、凡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，不得再参加该项目的其他采购活动。

3、供应商被“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”(www.ccgp.gov.cn)列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

（六）集中考察或召开答疑会：无

（七）本项目不接受联合体投标

（八）本项目不接受进口产品投标

（九）实施周期：30天。免费维护服务周期：一年。

（十）付款方式：软件测试、安装、调试完成验收合格后，一年内付清。

（十一）开标相关信息：

**投标文件(正本1份/副本2份)请于投标截止时间前密封盖章送至投标文件接收地点，逾期将不予接收。**

投标文件开始接收时间：2021年2月1日下午3:00(北京时间)

投标文件接受截止时间：2021年2月1日下午3:30(北京时间)

投标文件接收地点：扬州市江都妇幼保健院13A小会议室（扬州市江都区长江东路145号）

开标时间：2021年2月1日下午3:30(北京时间)

（十二）本公告期限：自询价公告在“扬州市江都妇幼保健院”网站发布之日起3个工作日。

本次项目的最终结果，将在网站上公示三天，如参加公司对最终结果有异议，请以书面形式向我单位进行申诉。

采购人：扬州市江都妇幼保健院 采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

采购人联系人：巫先生 13625208088 采购代理机构联系人：周先生 0514-86663195

**为做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控，各投标单位提前做好自查工作，严禁出现感冒、发热、咳嗽等症状的人员参加开标。所有参会人员应加强个人防护，佩戴医用口罩，并服从开标现场工作人员的统一安排。**

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

2021年1月27日

**二、投标人须知前附表**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内容 |
| 1 | 项目名称：扬州市江都妇幼保健院医院HIS系统新需求开发项目  项目编号：JDFYCG-2021003  采购人：扬州市江都妇幼保健院  采购方式：询价 |
| 2 | 供应商资格要求：  1、投标供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定；  2、本项目不接受联合体投标；  3、本项目不接受进口产品投标。 |
| 3 | 投标文件开始接收时间：2021年2月1日下午3:00(北京时间)  投标文件接受截止时间：2021年2月1日下午3:30(北京时间)  开标时间：2021年2月1日下午3:30(北京时间)  投标文件递交地点：扬州市江都妇幼保健院13A小会议室  投标文件递交地址：扬州市江都区长江东路145号  投标文件份数：**正本1份/副本2份**  采购人：巫先生，联系方式：13625208088，采购代理机构：周先生，联系方式：0514-86663195 |
| 4 | **投标保证金：人民币壹仟元整。**  （1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。  （2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。 |
| 5 | 评标办法：最低评标价法。 |
| 6 | 费用的解释：  1、投标供应商应自行承担所有与参加本次询价有关的费用。不论询价的结果如何，采购代理机构和采购人在任何情况下均无义务和责任承担这些费用。 |

**报价一览表**

致：扬州市江都妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标包号 | 采购项目 | 品牌/型号/详细技术要求 | 数量 | 单位 | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 医院HIS系统新需求开发项目 | 详见附件 | 1 | 套 |  |  |
| 合计报价：人民币（大写）： ，￥（小写）： | | | | | | |
| 实施周期：30天。免费维护服务周期：一年。 | | | | | | |
| 备注：  1、符合招标公告要求的生产厂商或经销商，按公告要求提供证明材料原件。  2、投标报价应为完成本次采购与之相关所需的全部费用，包括但不限于：设备-运输-保险-安装-调试-售后服务-税金等费用。  3、投标人所供产品及配件须符合国家相应的有关标准、规范和要求。 | | | | | | |

供应商名称（公章）： 报价联系人： 联系电话：

**技术要求响应偏离表**

投标人名称（公章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 偏离情况 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

法定代表人或授权代表签字：

**注：1、投标人投标时须提供以上技术要求响应偏离表并加盖投标人公章。**

**2、投标供应商应按照询价文件中技术要求逐项、详细、真实的填写，需提供证明材料的必须提供相关证明材料，不允许缺项，不允许负偏离，否则将作无效投标处理。**

3、此表格可自行扩展。行数不够可以添加，有具体参数的应填写详细参数，否则该投标可能被拒绝。

**附件1:**

医院HIS系统新需求开发项目技术要求

**系统开发内容：**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **系统名称** |
| 1 | 江苏省药品(医用耗材)阳光采购和综合监管平台采购业务接口 |
| 2 | 住院门诊增加低保人员提示，并且住院病人可无预交金入院 |
| 3 | 按照医保局下发文档做分级诊疗（住院） |

**总体技术要求如下：**

1. 江苏省药品(医用耗材)阳光采购和综合监管平台采购业务接口
   1. 耗材采购业务列表
      1. H002 获取接口调用凭据

使用该接口获取计算机身份认证。

* + 1. H003 获取采购目录

医疗机构通过该接口获取阳光采购平台已经勾选的【医院常用目录】所有

信息。

* + 1. H004 获取产品规格、型号

获取相关产品平台可采购的规格、型号

* + 1. H005 新建采购订单

同阳光采购平台中【订单管理-->新建采购订单】功能

* + 1. H006 添加采购订单明细

同阳光采购平台中【订单管理-->添加订单明细】功能

* + 1. H007 提交采购订单

同阳光采购平台中【订单管理-->提交订单】功能。提交订单后配送企业将实时接收到订单。

* + 1. H008 获取订单明细信息

获取平台内订单状态信息。

* + 1. H009 获取配送信息

对于状态为已配送待收货且院内无配送信息的订单明细，可获取相关物流信息。

* + 1. H010 入库

同阳光采购平台中的【订单管理-->收货】管理，可解决医疗机构二次录入问题。

* + 1. H011 退货

同阳光采购平台【订单管理-->退货】功能。

* + 1. H012 获取退货信息

获取平台最新退货信息状态。

* 1. 药品采购业务列表
     1. H002 获取接口调用凭据

获取接口的通用凭据。

* + 1. H003 获取商品信息

获取医院常用目中的商品信息，以及相应商品默认的配送企业编号、配送企业名称。

* + 1. H004 获取企业

获取全部企业信息。包括生产企业，配送企业信息。

* + 1. H005 新建采购订单

创建空的采购订单。

* + 1. H006 添加采购订单明细

给新建的空采购单添加商品，商品来源于医院常用目录。

* + 1. H007 提交采购订单

将新建好的采购单进行提交。

* + 1. H008 获取订单明细信息

用于获取订单明细的最新状态。多用于查看配送商的响应状态。

* + 1. H009 获取配送信息

当 H008 获得的数据状态为【已配送待收货(4)】时，意味这配送商已对这部分采购明细进行配送。

医疗机构应该立即调用本接口获取相应的配送信息。

* + 1. H010 收货

医疗机构通过接口 H009 获取到配送信息后，可调用本接口进行收货工作。

* + 1. H011 退货
    2. H012 获取退货信息

通过配送明细编号获取退货信息，退货类型包括现场退货和入库后退货。

* + 1. H013 获取发票信息

依据 H014 获取的发票唯一主键编号，获取关联发票信息。

* + 1. H014 获取随货清单信息

依据 H009 获取的随货同行单编号，获取关联随货信息。

1. 住院门诊增加低保人员提示，并且住院病人可无预交金入院
2. 在挂号时提示：该居民为建档立卡低收入人员！
3. 住院病人预交金交纳时提示：当前病人为低保、优抚、低收入人口，享受先诊疗后付费待遇，不能录入预交金！
4. 按照医保局下发文档做分级诊疗（住院）

3.1 SB21-转诊登记

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参数 2（消息类型码）：SB21 | | | |
| 参数 3（发送的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 社保卡卡号 | 80 | 左 | 非空 |
| 诊断疾病编码 | 16 | 左 | 非空 |
| 科室名称 | 50 | 左 | 非空 |
| 申请日期 | 8 | 左 | 格式：YYYYMMDD；非空 |
| 申请转诊医生编号 | 16 | 左 | 医生编号 非空 |
| 转往医院 ID | 16 | 左 | 非空  如此交易发起方和转往医院为同一定 点，则中心视本次登记对象为危重症患 者 |
| 转往医院名称 | 100 | 左 | 非空 |
| 转诊原因 | 200 | 左 | 非空 |
| 参数 4（返回的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 转诊登记流水号 | 16 | 左 | 在中心系统中，本次登记操作的唯一标 识 |

3.2 SB22-转诊登记撤销

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参数 2（消息类型码）：SB22 | | | |
| 参数 3（发送的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 转诊登记流水号 | 16 | 左 | 此流水号为转诊登记时中心返回的转 诊登记流水号，非空 |
| 参数 4（返回的一般消息）：无 | | | |

3.3 SA04-入院/转诊登记查询

用于查询人员转诊登记信息和人员在院信息。定点医疗机构在办理入院登记前调用此接口，返回该人员有效的转诊登记信息，办理入院登记后，接口将返回该人员有效的在院信息。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参数 2（消息类型码）：SA04 | | | |
| 参数 3（发送的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 社保卡卡号 | 80 | 左 | 非空，不够位数右补空格 |
| 参数 4（返回的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 入院/转诊登记流水号 | 16 | 左 |  |
| 个人代码 | 16 | 左 |  |
| 社保卡卡号 | 80 | 左 | 不够位数右补空格 |
| 姓名 | 50 | 左 |  |
| 性别 | 1 | 左 | 参见字典说明 性别 |
| 证件类型 | 3 | 左 | 参见字典说明 证件类型 |
| 证件号码 | 20 | 左 |  |
| 人员性质 | 3 | 左 | 参见字典说明 人员性质 |
| 医院住院号 | 20 | 左 | 如返回转诊信息则该字段为空 |
| 入院日期/转诊日期 | 8 | 左 | 格式：YYYYMMDD |
| 登记/转往医院代码 | 10 | 左 |  |
| 登记/转往医院名称 | 100 | 左 |  |

3.4 SA13-中心定点医疗机构信息下载

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参数 2（消息类型码）：SA13 | | | |
| 参数 3（发送的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 机构类型 | 3 | 左 | 01-市内 02-市外  非空 |
| 机构名称 | 100 | 左 | 可以是医院名称里的关键字，中心用以模 糊查询，下载指定医院  机构类型为 01-市内 可空  机构类型为 02-市外 非空 |
| 起始序号 | 8 | 左 | 数字格式 E，第一次调用传 0，从第二次 开始，传上一次调用时参数 4 返回的最大 机构序号 |
| 参数 4（返回的一般消息）： | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 总条数 | 8 | 左 | 数字格式 E |
| 最大机构序号 | 8 | 左 | 数字格式 E |
| 本次返回条数 | 8 | 左 | 数字格式 E，单次最大返回条数为 50 条 |
| 参数 4（返回的数据集消息） | | | |
| 内容 | 字节 | 对齐 | 说明 |
| 机构 ID | 16 | 左 |  |
| 机构名称 | 100 | 左 |  |
| 机构等级 | 3 | 左 | 参见字典说明 医疗机构等级 |
| 机构所属区 | 6 | 左 | 参见字典说明 所属区 |

**附件2：**

**（一）法定代表人资格证明**

本人姓名： ，身份证号： ，系 （投标供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

法定代表人签字:

投标供应商：（盖章）

日期: 年 月 日

**（二）法定代表人授权书**

本授权书声明:兹（姓名）系 (投标供应商名称) 的法定代表人，现授权(授权代表姓名) 为我方就 （项目编号及项目名称） 项目的询价采购活动的合法代理人，以本公司名义全权处理一切与该项目有关的事务均予以承认。

本授权书于 年 月 日签字或盖章生效，有效期至结束。

特此声明。

法定代表人签字：

法定代表人身份证号：

授权代表签字：

授权代表人身份证号：

投标供应商名称(公章):

日期: 年 月 日

附：法定代表人及授权代表身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**附件3：**

**承诺书（格式）**

我单位在参加（项目编号及项目名称）的采购活动中，郑重承诺如下：

1、本次采购活动中我单位申报的所有资料都是真实、准确完整的，不存在虚假响应。

2、本次采购活动中我单位所提供的技术要求和服务均满足采购人要求，可与医院现有HIS系统无缝对接，且所提供的服务均为真实有效的。

如违反以上承诺，我单位同意自动放弃中标资格，承担一切法律责任并接受相关监督管理部门依法作出的处罚。

投标人名称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

日期： 年 月 日

**附件4：**

**参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(参考格式)**

**声 明**

我公司郑重声明：参加本次采购活动前 3 年内，我公司在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。

投标供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表签字：

**附件5:**

# 供应商廉洁自律承诺书

本次医院招标是实行公开、公平、公正的阳光工程，给予了每个供应商平等竞争的机会。作为参与此次交易活动的供应商,我公司现郑重做出以下承诺：

一、遵守《中华人民共和国政府采购法》及省、市有关公共资源交易中心的各项法律、法规和制度。

二、客观真实反映自身情况，按规定接受医院供应商资格审查, 不提供虚假材料，不夸大自身技术和提供服务的能力。

三、以合法正当的手段参与医院采购的公平竞争。不与采购人、其他供应商或者采购代理机构恶意串通，不以不正当手段诋毁、排挤其他供应商，不向采购人、采购代理机构、评审机构行贿或者提供其他不正当利益。

四、认真履行规定义务,包括:遵守采购程序，按要求编写投标、响应文件，并保证投标、响应文件内容的真实可靠；按时递交投标、响应文件，缴纳相关保证金；在评标现场遵守相关纪律，不影响正常的采购秩序；按规定的时间和程序与采购人签订采购合同；按时缴纳履约保证金，并严格履行合同。

五、向采购人、采购代理机构行贿或者提供其他不正当利益的；销售活动中坚决做到“六不”：不得直接到医疗机构和相关人员推销和促销；不得在私人住宅、旅店、饭店和娱乐等不适当的场所与医疗机构相关人员或代理人洽谈有关药品采购事宜；不得以任何理由向需方行贿或馈赠礼品；不得以任何名义为需方报支应由单位或个人支付的任何费用；不得以任何理由组织或邀请需方人员参加由本方或供销人员支付的旅游和娱乐活动；不得将与需方采购的经济活动交于需方和需方代理人的相关人员的家属、亲友从事或代理。如发生上述情况，需方有权停止支付我方货款,并处经相关部门认可的违法金额5倍的罚款；造成损失的,应予赔偿；并且三年内不进入需方销售。

六、自觉接受相关部门的监督检查。

如违反以上承诺，我公司愿承担一切法律责任，并接受医院及相关部门依法作出的处罚。

承诺单位（盖章）

法定代表人（或授权代表）签字

年 月 日

**附件6:**

**供应商参加投标确认函**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司：

本单位将参加贵公司于 月 日开标的采购编号为 的 项目的投标，特发函确认。

　　　　　　 　 （单位公章）

　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日

附：

**供应商联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 项目联系人 |  | 邮 箱 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人手机 |  |
| 所投分包 |  | | |

**备注：1、请准备参与本项目的供应商如实填写（以上信息均为必填内容）后邮件至采购代理机构（邮 箱：****380996306@qq.com，固定电话：0514-86663195。）**

**2、因投标人填写有误，造成以上信息资料的不实将由投标人承担责任。**