JDFYCG-2024017

**扬州市江都妇幼保健院2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务项目**

**询价文件**

****

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏屸川全项目管理有限公司

发放日期：2024年9月26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-2024017扬州市江都妇幼保健院2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务项目**

**询价公告**

**项目编号：JDFYCG-2024017**

江苏屸川全项目管理有限公司受扬州市江都妇幼保健院委托需采购2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务，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（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、技术参数要求响应偏离表（加盖公章）；

6、承诺书（格式详见附件3，加盖公章）；

7、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）；

8、供应商廉洁自律承诺书（格式详见附件5，加盖公章）。

9、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（如产品的宣传彩页、白皮书、技术参数说明书等）；

10、投标供应商具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定条件的承诺函（格式详见附件6，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：伍仟元整。**

（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7）**

如供应商确定参加投标，请如实填写参与投标确认函，并于2024年9月29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jshcqxm2022@163.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25万元，投标报价高于最高限价的为无效报价。**（清单及服务要求详见附件）

（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）服务期限：合同签订后10日内到货并安装调试完成

（十） 免费质保期：至2024年国家电子病历系统应用水平分级评价平台确认（提供平台截图）

（十一）付款方式：合同签订后至2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务项目完成，并提供2024年国家子病历系统应用水平分级评价平台截图后一次性付清。

（十二）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：2024年9月30日上午8:30(北京时间)

投标文件接受截止时间：2024年9月30日上午9:00(北京时间)

投标文件接收地点：江苏屸川全项目管理有限公司（江都区阳光花苑南区（西门）综合楼二楼开标室）

开标时间：2024年9月30日上午9:00(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：江苏屸川全项目管理有限公司

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

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏屸川全项目管理有限公司

2024年9月26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2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务项目  项目编号：JDFYCG-2024017  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：2024年9月30日上午8:30(北京时间）  投标文件接受截止时间：2024年9月30日上午9:00(北京时间）  开标时间：2024年9月30日上午9:00(北京时间）  投标文件递交地点：江苏屸川全项目管理有限公司二楼开标室  投标文件递交地址：江都区阳光花苑南区（西门）综合楼二楼开标室  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：汤先生，联系方式：0514-86663195 |
| 4 | **投标保证金：叁仟捌佰元整**  （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。  2、本项目询价文件投标供应商须缴纳资料费300元/份，开标时现金支付，不退还。  3、招标代理费  本次采购由中标人在领取中标通知书前参考计价格[2002]1980号文件收费标准，一次性支付给招标代理机构代理服务费。  （1）招标代理费支付方式：招标代理费一次性以电汇、转账、现金等形式支付；  （2）招标代理费包含在投标总价中，但不在投标总价中单列，由成交供应商在领取成交通知书前，向招标代理机构一次性付清。 |

**报价一览表**

致：扬州市江都妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购项目 | 详细服务要求 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 扬州市江都妇幼保健院2024年电子病历系统应用水平分级评价4级服务项目 | 详见附件1 | 1 | 项 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 报价：人民币（大写）： ¥（小写）： | | | | | | | |
| 1、服务期限：合同签订后10日内到货并安装调试完成。 | | | | | | | |
| 备注：  1、投标报价高于最高限价的为无效报价。   1. 2、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. 3、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：人员工资—安装调试费—税金等相关所有费用。 3. 4、投标人所供产品须符合国家相应的有关标准、规范和要求。   5、其他未尽事宜由采购人在签订本项目合同时补充确定。 | | | | | | | |

**投标供应商名称（公章）： 授权代表人（签字）： 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，不允许缺项，不允许负偏离，并提供相关证明材料且须能充分反映满足询价文件技术参数要求，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:**

**一、采购内容清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 描述 | 数量/单位 | 备注 |
| 1 | 电子病历分级评价 | 电子病历系统应用水平分级评价4级服务 | 1个 |  |

**二、详细技术参数要求：**

针对本采购人当前信息化现状，以实现采购人通过电子病历系统应用水平分级评价4级评审为目的，对医院信息系统进行整体的咨询和评级服务。具体如下:

1、按照总分、基本项目完成情况、选择项目完成情况给出采购人目前信息系统的电子病历系统应用水平分级评价结果。

2、协助医院完成与电子病历系统应用水平分级评价4级的对标工作，包括基本项目数、选择项目数的完成情况，以及数据质量评估的完成情况，并针对医院目前存在的问题给出相关的结论和报告。

2.1、电子病历4级评级过程支持服务

以《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准》4级的相应测评等级要求，作为评审目标进行项目自评，然后根据自评结果与电子病历4级的差异项进行项目建设完善工作，再进行项目文审实证材料准备和报审的相关工作，在此期间医院各部门及各系统承建商应积极配合相关工作。包括:

1)项目差距调研分析评估服务

2)申报材料整理的指导和准备

3)网上申报支持

4)文审答辩支持，并提供评级所需的数据质量工具

2.2、项目差距调研分析评估服务

遵照《电子病历系统功能应用水平分级评价方法及标准》4级要求的10大角色展开相关信息系统建设现状的调研工作。

任务内容:调研医院信息化建设现状，完成初始摸底调研，为评审工作做准备。对以下角色内容进行深入的现场调研并提供详细的4级差距分析调研报告。

①病房医师;

②病房护士;

③门诊医师:

④检查科室:

⑤检验处理:

⑥治疗信息处理;

⑦医疗保障;

⑧病历管理;

⑨电子病历基础;

⑩信息利用。

1)对医院现有相关信息系统具体功能实现水平与评价标准进行差异化分析。

2)整理缺漏的功能和各系统的升级改造的功能要求明细。

3)在整个建设过程中，需要定期进行多次的项目差距调研分析评估，以保证建设改造工作的完整性。

2.3、申报材料整理的指导和准备

任务内容:在院方建设达到一定水平后，医院现场开展电子病历分级评价4级建设阶段查验，以4级评审的实际标准和流程为准，对医院的建设水平与4级标准要求之间的差距进行现场评价，并提出相应的后期整改和建设建议。

1)指导医院自查前级功能，确认均完全实现。列表声明这些项目的前级功能全部实现

2)协助医院提供考核项目的实证材料。

3)协助医院项目按照申报等级的基本项和所实现的选择项列出。实证内容包括:系统截屏、统计数据、方案说明、场景描述、数据质量评估

2.4、网上申报支持

任务内容:在院方进入国家规定的电子病历评级申报期间，现场开展电子病历4级申报指导，对填报数据、实证材料，以4级要求进行审核，列出不满足项，并提出相应的材料整改和数据质量建议。

当功能应用数据达到三个月以上，进行评估数据的采集与整理汇总。按照应用水平分级标准要求，进行数据报表整理。

指导医院通过国家卫健委医院管理研究所的电子病历系统分级评价平台进行数据填报填报的数据主要分为两个方面:

1)医院基础数据填报

基础信息包括“医院当前展开的病房数”、“医院门诊科室数”、“医院床位数”、“医院是否有专门的信息化部门”等等。“医院运行基础数据”中“医疗服务信息”全部为近3个月的数据。

2)EMR 数据填报

EMR 数据按照考察项目角色划分为10个部分，分别是“病房医师”“病房护士”“门诊医师”、“检查科室”、“检验处理”、“医疗保障”、“治疗信息处理”、“病历管理”、“电子病历基础”、“信息利用”。数据填报方式为逐级填报，上一级别达标时显示下一级别考察内容。

医院基础数据以及全部角色填写完成后，将系统数据上报。数据上报完成后，医院即可获得网上自评结果。

**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，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”：不得直接向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:**

**投标供应商具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定条件的承诺函(参考格式)**

致： （采购人名称）

我公司自愿参加 （项目名称），现郑重承诺：

我公司承诺具备以下条件《中华人民共和国政府采购法》第二十二条：

1. 具有独立承担民事责任的能力；
2. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
3. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
4. 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
5. 参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
6. 法律、行政法规规定的其他条件。

特此承诺

投标供应商： （单位公章）

日 期： 年 月 日

**附件7:**

**供应商参加投标确认函**

江苏屸川全项目管理有限公司：

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：jshcqxm2022@163.com ，固定电话：0514-86663195。）**

**2、因投标供应商填写有误，造成以上信息资料的不实将由投标供应商承担责任。**