**涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目**

**询价公告**

1. 项目名称：涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目

项目编号：BDBY-2021-1217

二、甲方：涞水县医院

三、代理机构：保定博衍工程管理服务有限公司

四、甲方联系方式：宋鹏飞 0312-4532807

代理机构联系方式：刘智闻 18031221769

五、项目简介：

涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目，最高限价15万元。服务期：合同签订后三个月内完成项目建设。质量标准：合格。

涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目，项目内容为涞水县医院采购疾病报卡管理系统1套、挂号预约中心系统1套。甲方不进行统一踏勘，供应商可自行踏勘。

六、报名时间及地点：

有意向的供应商于2021年12月20日至2021年12月22日携带营业执照复印件、公司法定代表人身份证复印件、委托人身份证复印件（委托人报名时提供）、委托书（委托人报名时提供），以上复印件加盖公章。到涞水县医院信息科报名。

1. 询价时间及地点：2021年12月24日上午9:00

地点：涞水县医院三楼会议室

**涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目**

项目编号：BDBY-2021-1217

**询价文件**

**涞水县医院**

**保定博衍工程管理服务有限公司**

供应商须知

一、项目名称：涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目

二、甲方： 涞水县医院

三、代理机构：保定博衍工程管理服务有限公司

四、甲方联系方式：宋鹏飞 0312-4532807

代理机构联系方式：刘智闻 18031221769

五、项目简介：

涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目，最高限价15万元。服务期：合同签订后三个月内完成项目建设。质量标准：合格。

涞水县医院分时段预约系统、传染病上报系统采购项目，项目内容为涞水县医院采购疾病报卡管理系统1套、挂号预约中心系统1套。甲方不进行统一踏勘，供应商可自行踏勘。

**六、操作程序：**

1、供应商递交响应文件；

2、供应商互检响应文件密封情况；

3、代理机构现场拆封响应文件；

4、宣布供应商报价、服务期、质量标准；

5、询价委员会成员评审；

6、询价结果报告。

**七、询价要求**

**1、要求**

按响应文件格式胶装成册一正二副共叁册放于密封袋里。

注：所有复印件加盖公章。

**附录1**

|  |
| --- |
| **资格性要求（响应文件中有加盖公章的复印件）** |
| 营业执照要求 | 持有工商行政管理部门核发的有效企业营业执照，并具备履行本项目能力。  |
| 身份证 | 公司法定代表人身份证（法人参加开标时提供）或委托人身份证（委托人参加时还需提供委托人） |
| 委托书 | 委托人参加时提供 |

**附录2**

|  |
| --- |
| **符合性要求** |
| 文件的签字与盖章 | 符合询价文件要求 |
| 服务期 | 符合询价文件要求 |
| 报价 | 只有一个报价且不高于最高限价 |
| 质量标准 | 符合询价文件要求 |

**附录3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 评分内容 | 评分说明和标准 |
| 1 | 报价（30分） | 满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分30分。其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=（评标基准价／投标报价）×30**备注：未实质性响应招标文件的投标人的投标报价不参与报价得分的计算。****评标委员会认为投标人的报价明显低于其他通过符合性审查投标人的报价，有可能影响设备及服务质量或者不能诚信履约的，应当要求其在评标合理的时间内提供书面说明，必要时提交相关证明材料；投标人不能证明其报价合理性的，评标委员会应当将其作为无效投标处理。** |
| 2 | 产品性能、技术响应情况（10分） | 根据投标产品性能和技术水平等进行评审：第一档，投标产品的成熟度高、选型合理，整体性能及技术水平高，产品运行成本低，得10分；第二档，投标产品的成熟度较高、选型较合理，整体性能及技术水平较高，产品运行成本较低，得8分；第三档，投标产品的成熟度一般、选型一般，整体性能及技术水平一般，产品运行成本较高，得6分。 |
| 3 | 实施方案及技术方案（20） | 根据供应商实施方案及技术方案方案进行评审：第一档，方案合理，内容详细，措施完善，可行性强，完全满足或优于招标要求，得20分；第二档，方案较合理，内容较详细，措施合理，可行性较好，达到招标要求，得16分；第三档，方案内容有遗漏，措施欠合理，可行性较差或低于其他档次供应商，得12分，未提供或存在重大偏差 得0分。 |
| 4 | 项目实施团队（5分） | 根据供应商项目实施团队的组织结构和人员配备情况进行评审：第一档，组织管理机构完善、合理，团队人员构成专业性强、经验丰富符合项目特点的，得5分；第二档，组织管理机构健全、合理，团队人员构成和专业性较好，相关经验较丰富，符合项目需求的，得3分；第三档，组织管理机构和人员构成基本合理，专业性和相关经验有欠缺或低于其他档次供应商，得1分，未提供或存在重大偏差 得0分。 |
| 5 | 实施进度计划（10分） | 根据投标人对本项目实施进度做出的计划及保证措施进行评审：第一档，提供了内容完整、详实可行的方案，有很强的针对性和可操作性，得10分；第二档，提供了通用、简单的方案，符合采购需求，得8分；第三档，计划可行，但内容不够完整，得6分，未提供或存在重大偏差 得0分。 |
| 6 | 质量保证措施及售后服务承诺（10分） | 根据投标人质保服务措施、质保及售后服务承诺、发生故障后的补救措施及响应时间长短等情况进行评审：第一档，质量保证及售后服务方案完善、措施科学合理，得10分；第二档，质量保证及售后服务承诺较完善、措施较科学合理，得8分；第三档，质量保证措施及售后服务承诺欠合理的得6分，未提供或存在重大偏差 得0分。 |
| 7 | 培训方案（15分） | 根据投标人培训方案、人员组成、经验、计划安排及内容进行评审：第一档，提供了内容完整、详实可行的方案，有很强的针对性和可操作性，得15分；第三档，提供了通用、简单的方案，符合采购需求，得10分；第三档，方案可行，但内容不够完整，得5分，未提供或存在重大偏差 得0分。 |

**2、项目要求**

2.1参数要求

1. **疾病报卡管理系统**
2. 功能概述

疾病报卡管理系统应嵌入临床业务系统中，包含门急诊医生工作站、住院医生工作站、实验室管理信息系统等功能，支持统计查询、数据上报等功能。

1. 技术参数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **功能分类** | **功能参数需求** |
| 1 | 嵌入式报卡 | * 提供依据国家规范绘制的电子化疫病报卡；
* 有效地嵌入临床业务系统中，方便医生及时报卡，包含门急诊医生工作站、住院医生工作站、实验室管理信息系统等；
* 支持报卡与疾病诊断的关联控制，实现诊断录入的同时能触发报卡；
* 支持病人信息的自动获取；
* 支持报卡项目内容通过点选方式选择，减少手动负担；
* 支持报卡必填项提醒及项目之间的逻辑控制，如死亡日期不能早于发病日期。
 |
| 2 | 报卡综合管理 | * 系统应开放院感科综合管理功能，支持院感人员对报卡的接收、审核、数据导出、上报等，支持院感专职人员对报卡病种及对应报卡的维护或设置。
 |
| 3 | 统计查询 | * 系统需提供临床或医技的疾病报卡进行汇总统计的功能，支持按时间段、按科室、按医生、按诊断等多种形式的综合查询功能，支持列表数据的导出、打印功能。
 |
| 4 | 数据上报 | * 系统应支持与省市级传染病网络直报系统的无缝对接功能，通过有关数据交换标准和系统接口标准有效地完成数据的及时上报。
 |
| 5 | 系统接口 | * 系统应提供与HIS、LIS、EMR系统之间的接口，实现业务系统与报卡系统数据的及时采集、存储、传输、管理和上报。
 |

1. **挂号预约中心系统**
2. 功能概述

门诊科室、医生专家排班后生成统一号源池，支持多渠道预约现场、诊间、电话、自助机、网上等多个预约渠道提供实时有效的号源，并与医院排队叫号系统链接，信息共享以便合理安排预约号源。

1. 技术参数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 功能分类 | 功能参数需求 |
| 1 | 号源类型 | * 支持号源类型定义功能。
 |
| 2 | 挂号科室排班 | * 支持挂号预约排班复制功能。
* 支持排班自定义设置翻滚。
 |
| 3 | 专家医生排班 | * 支持医生排班支持修改功能号源重新产生。
* 支持按数量、模板生成号源。
* 支持停诊控制。
 |
| 4 | 外部接口 | * 支持第三方Web Service服务接口共享号源池。
 |
| 5 | 排班变动管理 | * 支持预约变动计划功能。
* 支持临时排班调整的科室与医生进行查询。
* 支持变动患者信息查询。
 |
| 6 | 号源模板制定 | * 提供公用模板定制化、私有模板管理。
 |
| 7 | 号源管理 | * 支持号源的增加、删除、类型修改等。
* 支持预约号源类型预约信息查询。
 |
| 8 | 预约管理 | * 支持诊间预约和加号处理。
* 支持自助、手机端、预约中心预约。
* 支持划价收费处预挂，并可取消预挂。
* 挂号时可自定义选择号源时间进行预约。
 |
| 9 | 黑名单管理 | * 提供爽约、黑名单管理，连续爽约进入黑名单，不再提供预约。
* 黑名单病人可自动解除和手工解除。
 |
| 10 | 支付管理 | * 支持线上、现场多种缴费模式。
* 支持先预约在缴费、先缴费在预约两种模式。
 |
| 11 | 登记取号 | * 提供取号渠道多样化管理。
 |
| 12 | 查询统计 | * 提供预约信息查询功能：按日期、预约科室、预约医生、预约状态查询各种组合条件的预约信息支持按预约方式类型统计。
* 提供黑名单病人信息查询。可统计过往各个大项的已预约、未预约资源、履约率情况。
* 提供一段时间内现场预约、诊间预约、电话预约、自助预约各种方式的预约比例人数情况。
 |

# 2.2实施、培训、售后服务

1. **实施要求**
2. 投标人应在合同签订后三个月内完成项目建设。
3. 在项目建设过程中投标人应承诺与医院原有的HIS系统必须做到无缝融合，必要时采购方可协调HIS系统的承建方提供相关接口标准及接口代码、数据字典、软件说明书等技术资料供中标人使用，如产生费用，相关费用由中标方负责，采购人不再支付费用。
4. **培训要求**
5. 培训内容要求分为三类，分别为系统开发和管理培训、运行与维护管理培训和用户使用培训。通过培训应使各类用户能独立进行相应应用与管理、故障处理、日常维护等工作，确保系统能正常安全运行；
6. 投标人应在投标文件中提出培训计划，计划包括培训项目、地点等详细内容；
7. **售后服务要求**
8. 投标人应具有完善的质保期内及质保期外的售后服务方案。
9. 项目质保期为1年。质保期以项目终验之日起算。质保期内提供免费的售后服务。
10. 所提供的技术服务至少为7×24小时支持维护服务，包括邮件、电话、远程维护、现场服务等方式。必须保证2小时之内响应、4小时内派工程师到达现场、24小时之内解决问题。
11. **验收要求**
12. 验收方法：本项目验收将按模块上线情况和维护服务情况综合验收，按招标文件要求所有系统完成后，进行项目总验收。验收工作由中标方提出，招标方组织相关可是组成评审组进行验收。
13. 验收时间：业务系统安装、调试完毕，并稳定运行一个月后，由中标方提出验收申请，招标方应于中标方提出验收申请后十个工作日内组织验收。招标方验收合格后应当出具验收报告
14. 验收内容：按照招标文件、响应文件、合同、相关承诺和相关补充文件的内容进行。
15. 验收标准：

①项目服务所有技术性能规格及参数：应符合招标文件和中标方投标文件所要求的技术标准及服务标准。系统运行稳定，无故障，数据无错误。

②验收工作由招标方和中标方共同进行。在验收时，中标方应向招标方提供货物的相关资料，按招标方提出的方式验收。由招标方对货物的质量、规格和数量其他进行检验。如发现质量、规格和数量等任何一项与采购要求规定不符，招标方有权拒绝接受。

1. 验收文件的签署：由中标方撰写服务完成报告，由招标方委派的负责人在审核后签署。
2. 成果交付要求

成果文档资料必须符合软件工程的相关要求。

**3、询价办法**

询价委员会首先对供应商进行资格审查，然后对通过资格审查的单位进行符合性审查。最终确定通过符合性审查的且得分最高的单位为成交人。

**4、询价时间、地点**

**时间：** 2021年12月24日上午9:00

**地点：**涞水县医院三楼会议室

## 响应文件格式：

**正本或副本**

**（项目名称）**

项目编号：BDBY-2021-1217

**响 应 文 件**

供应商： （公章）

法定代表人： （签字或盖章）

年 月 日

## 报价单

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |   |
| 甲方名称 |  |
| 供应商名称 |  |
| 报价 |  |
| 服务期 |  |
| 质量标准 |  |
| 备注 |  |

后附投标报价明细，格式参照参数要求。

供应商名称： （盖章）

法定代表人： （签字或盖章）

 日期： 年 月 日

承诺书

我单位承诺：

1、我单位过去3年中不曾在合同中违约而被驱逐或因投标人自身的原因而使任何合同被解除；

2、我单位在过去3年中不曾有受到省级及以上行政主管部门处罚的重大质量、安全事故记录；

3、我单位未被省级及以上主管部门或项目所在地县级及以上行政主管部门通报取消项目所在地的投标资格也没有被禁止进入该区域市场且处于有效期内。

承诺单位： （盖章）

日期： 年 月 日

营业执照复印件

法人身份证复印件

法定代表人授权委托书（委托人参加时提供）

本授权委托书声明：我 （姓名）系 （投标单位全称）的法定代表人，现授权委托 （姓名）为我公司签署 （项目名称） 项目的响应文件的法定代表人授权委托代理人，我承认代理人全权代表我所签署的本项目的响应文件的内容。

代理人无转委托权，特此委托。

代理人： **（签字）** 性别 ： 年龄：

身份证号码： 职务：

委托期限：

供应商： （盖章）

法定代表人： （签字或盖章）

 授权委托日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| 此处附被授权委托人第二代身份证复印件 |

服务方案（方案格式自拟）