**茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目**

**【项目编号：2024-MMFY36**】

**采购文件**

**茂名市妇幼保健院编制**

**发布日期：2024年9月**

**第一部分　邀请函**

**茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目采购公告**

茂名市妇幼保健院（以下简称“采购人”）拟对**茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目**（项目编号：2024-MMFY36）进行议价采购，欢迎符合资格条件的供应商按本公告的有关内容进行报价（项目采购需求及报价文件格式，请点击下载）。

1. **项目内容**

　　（一）采购项目编号：2024-MMFY36

（二）采购项目名称：茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目

（三）项目预算金额：38400.00元

（四）项目内容（详细要求请查阅采购文件第二部分“采购需求”）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 数量 | 单价（元） | 总价（元） | 备注 |
| 1 | 中医优势病种医保上传和接口码值改造服务 | 1项 | 38400.00 | 38400.00 | 含接口的开发改造、安装及调试 |
| 合计 |  |  |  | 38400.00 |  |

注：1.投标人报价必须包括完成本采购项目内容的所有费用，包括但不限于技术服务人工费、差旅费、质保期服务、各项税费及合同实施过程中应预见和不可预见等完成本采购项目内容所需的一切费用，采购人不再支付成交价以外的其它费用。

**2.本采购项目设有采购预算价，投标人报价不得大于采购预算价，否则视为无效报价处理。**

**二、响应供应商资格要求**

　　1.具有独立承担民事责任的能力（提供有效期内在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织的营业执照或事业单位法人证书或社会团体法人登记证书复印件）；

　　2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供2023年度财务状况报表复印件或基本开户行出具的资信证明；投标人为新成立的，提供成立至今的月或季度财务状况报表复印件）；

　　3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力（提供承诺函，格式自拟）；

　　4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供2024年任意1个月的缴纳税收和社会保障资金的凭证复印件加盖公章）；

　　　　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（提供书面声明，格式自拟）；

6.供应商未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”记录名单；不处于中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为信息记录”中的禁止参加政府采购活动期间。（供应商需提供相关证明资料）。

**三、递交报价文件时间:2024年9月00日至2024年9月00日上午8:00-11:30，下午2:30-5:00，节假日除外。**

**四、**我院拒绝接受以下报价资料：****

1.报名截止时间后才递交的报价资料。

2.不符合供应商相应资质的报价资料。

3.不满足报名需求提交资料要求的报价资料。

4.仅以传真、电子邮件等形式的报价资料。

5.同一供应商重复递交的报价资料。

6.虚假的报价资料。

**五、投标报价文件纸质版和加盖公章的电子扫描件各一份，纸质版交至茂名市人民南路168号茂名市妇幼保健院综合楼7楼招标办，电子版扫描件发至指定邮箱mm0973@126.com。**

**六、联系事项：**

采 购 人：茂名市妇幼保健院

地 址：茂名市人民南路192号

联 系 人：黎小姐、李先生

联系电话：0668－2921393

邮 箱：mm0973@126.com

邮 编：525000

**茂名市妇幼保健院**

**2024年9月00日**

**第二部分　采购需求**

**以下第二部分《采购需求》中的条款必须对应第三部分《报价文件》1.6采购需求响应一览表逐条响应，标注有“★”号的条款必须实质性响应，负偏离（不满足要求）将导致投标无效。**

**一、项目背景**

根据《茂名市医疗保障局 茂名市财政局 茂名市卫生健康局关于印发<茂名市基本医疗保险医疗费用按病种分值支付（DIP）结算办法>的通知》（茂医保[2023]52号）及茂名市医疗保障事业管理中心下发文件《关于做好2023年度DIP中医优势病种医保结算清单上传工作的通知》的要求，规范做好中医优势病种医保结算清单上传和增加医保支付方式码值的HIS系统改造工作。本次接口标准为《茂名市DIP中医优势病种医保结算清单上传指引》，主要建设的接口内容为茂名市DIP中医优势病种入组规则，中医优势病种医保结算清单上传西医诊断和中医诊断，并且西医诊断就标识为主诊断，中医诊断应标识为非主诊断，医保支付方式为60，中医优势病种，以及中医优势病种上传接口码值。

**二、项目内容**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 数量 | 单价（元） | 总价（元） | 备注 |
| 1 | 中医优势病种医保上传和接口码值改造服务 | 1项 | 38400.00 | 38400.00 | 含接口的开发改造、安装及调试 |
| 合计 |  |  |  | 38400.00 |  |

注：1.投标人报价必须包括完成本采购项目内容的所有费用，包括但不限于技术服务人工费、差旅费、质保期服务、各项税费及合同实施过程中应预见和不可预见等完成本采购项目内容所需的一切费用，采购人不再支付成交价以外的其它费用。

**2.本采购项目设有采购预算价，投标人报价不得大于采购预算价，否则视为无效报价处理**。

**三、项目技术要求**

**（一）技术目标：**

要求按照国家医疗保障信息平台对接方案要求，实现以下功能目标：

完成基础数据代码映射，确保数据格式统一；对院内相关系统进行改造，根据医疗保障信息平台定点医药机构接口，实现个人账户使用标记添加上传，确保数据完整传输。

1.根据医疗保障信息平台定点医药机构接口规范文档，在部分结算接口上添加个人账户使用标记上传，于门诊结算界面与住院结算界面实现个人账户使用的选择。

2.根据医疗保障信息平台定点医药机构接口规范文档，中医综合费占总费用50%或以上，在4101A医保清单结算接口补充DIP中医优势病种上传功能，结算清单同时上传西医诊断和中医诊断，中医诊断标记为非主诊断，医保支付方式为60，中医优势病种。

**（二）技术服务内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一级分类** | **二级分类** | **调用方式** | **描述** |
| 添加个人账户使用标记 | 门急诊结算 | 实时 | 根据医疗保障信息平台定点医药机构接口规范文档，实时在门诊预结算或结算接口上添加个人账户使用标记上传，于门诊结算界面实现个人账户使用标记的选择 |
| 住院结算 | 实时 | 据医疗保障信息平台定点医药机构接口规范文档，实时在住院预结算或住院结算接口上添加个人账户使用标记上传，于住院结算界面实现个人账户使用标记的选择 |
| DIP中医优势病种医保结算清单上传 | 中西医诊断上传病案系统 | 实时 | 电子病历下的中西医诊断需一并传至病案系统 |
| 同步病案系统数据 | 实时 | 获取并同步病案系统回传数据 |
| 整理上传医保数据 | 实时 | 获取中医优势病种上传数据，整理中医费用占总费用50%或以上的数据 |
| 中医优势病种上传医保中心 | 实时 | 出院西医诊断为主诊断，中医诊断为非主诊断，医保支付方式码值为60 |

**四、商务要求**

**1.项目实施工期及地点**

（1）项目工期：合同签订30个日历天内完成，通过验收并交付使用。

（2）项目地点：茂名市妇幼保健院内。

**2.安装调试**：中标人负责项目接口的开发建设及改造、接入调试、对接系统、正常启动。

**3.培训：**中标人提供项目接口培训，对接口系统的使用、操作、维护进行免费培训，并提供操作文档（纸质版和电子版），以确保使用人员对接口系统有足够的了解和熟悉，能够独立进行日常维护和管理。

**4.验收：**

（1）中标人按照合同的约定完成项目接口全部工作，按国家、地方或行业现行相关验收规范和评定标准执行验收。

（2）中标人完成接口的安装调试，采购人试运行正常后，中标人向采购人提交书面验收通知，在收到中标人书面申请5个工作日内，采购人使用单位或管理部门组织进行验收。

（3）中标人应在验收前，向采购人提供按合同的技术规格、技术规范的要求进行的测试与验收方案，验收以合同技术规格、产品相应的技术说明为标准。

（4）验收未能通过的，中标人负责完成整改后再验收。因中标人整改原因导致逾期完成安装调试验收通过的，由中标人承担相应违约责任；第二次验收仍未能通过的，采购人有权邀请第三方公司进行项目接口开发对接，所产生的一切费用由中标人负责，采购人有权直接从合同金额中扣减该费用。

**5.质保期服务**

（1）中标人须提供不少于1年的免费维护服务（质保期）。免费维保期自项目验收合格之日起计算。免费维保期内所发生的费用，包括项目维护或升级、人员交通、差旅服务等费用全部由中标人承担。免费维护期内中标人须提供7×24 小时运行保障服务，以保障系统全时间段无故障不间断正常运转。

（2）质保期内，中标人在接到采购人系统故障或问题告知后，4小时内进行电话响应或线上排除故障，若电话或线上无法解决，24小时内到达现场排除故障。

（3）免费维护期内中标人应主动免费提供系统扩充、升级方面的技术支持服务。

**6.保密条款**

（1）中标人应对采购人医院提供的资料保密，应对项目过程中所涉及到的所有发展规划、业务数据、财务数据、投资与设备以及其它信息的所有数据保密。任何一方均需严格遵守安全保密条款，保护双方商业秘密、技术秘密及相关权益，包括但不限于从对方获取的与项目相关的任何信息及文件。双方对其各自的雇员、关联公司、聘用的服务商等进行同等的秘密保护监督。一方因泄密给对方造成的损失，应全额赔偿。

（2）双方所承担的保密义务不以本文件及合同的失效而失效。

**7.知识产权**

本项目开发改造、实施和使用中所涉及到所有知识产权，中标人应具有自主知识产权或者具有永久使用权，无侵犯或涉嫌侵犯任何第三方的知识产权，并同意采购人具有永久使用权，否则中标人须自行承担侵权责任。

**8.违约责任**

（1）中标人拒绝交付货物、工程/提供服务，或交付的货物、工程/提供的服务不符合采购文件、报价文件或本合同规定的，采购人有权拒收，并且中标人须向采购人支付本合同总价5%的违约金。

（2）中标人未能按本合同规定的交货时间交付货物的/提供服务，从逾期之日起每日按本合同总价3‰的数额向采购人支付违约金；逾期半个月以上的，采购人有权终止合同，由此造成的采购人经济损失由中标人承担。

（3）采购人无正当理由拒收货物/接受服务，到期拒付货物/服务款项的，采购人向中标人偿付本合同总的5%的违约金。采购人人逾期付款，则每日按本合同总价的3‰向中标人偿付违约金。

（4）其它违约责任按《中华人民共和国民法典》处理。

**9.付款方式**：

（1）合同签订后，中标人一次性提供合同货款有效税务发票给采购人。

（2）合同签订后，采购人收到中标人有效税务发票办理汇款手续之日起5个工作日内，采购人向中标人支付合同总金额30%；项目系统对接调试完成并交付使用后办理汇款手续之日5个工作日内，采购人向中标人支付合同总金额的20%；项目验收合格后办理汇款手续之日5个工作日内，采购人向中标人支付合同总额的50%。

**第三部分 报价文件（响应文件）格式**

|  |
| --- |
| **报价 文 件**  **项目编号：2024-MMFY36**  **项目名称：茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造**  **服务项目**  **响应供应商名称：**  **响应供应商地址：** |

**资料表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分项** | **明细** | **证明文件** |
| 资格性文件 |  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
| 进度计划 |  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
| 技术部分 |  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
| 商务部分 |  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
| 价格部分 |  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |
|  | 第 页 |

　　响应供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

　　响应供应商名称（签章）：

　　日期： 年 月 日

## 报 价 函

致：茂名市妇幼保健院

我方确认收到贵方 **茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目（项目编号：2024-MMFY36）** 的采购文件，位于 （地址）的（响应供应商名称） 作为响应供应商已正式授权 （响应供应商授权代表全名、职务） 为我方签名代表，代表我方提交投标文件进行投标报价。

签名代表在此声明并同意：

1. 我们愿意遵守采购人采购文件的各项规定，自愿参加投标报价, 并已清楚采购文件的要求及有关文件规定，并严格按照采购文件的规定履行全部责任和义务。
2. 我们同意本投标报价自报价截止日起90天内有效。如果我们的投标报价被接受，则直至合同生效时止，本投标报价始终有效并不撤回已递交的报价文件。
3. 我们已经详细地阅读并完全明白了全部采购文件及附件，包括澄清（如有）及参考文件，我们完全理解本采购文件的要求，我们同意放弃对采购文件提出不明或误解的一切权力。
4. 我们同意提供采购人要求的有关投标报价的一切数据或资料。
5. 我们完全理解采购人拒绝迟到的任何投标报价和最低投标报价不是被授予成交的唯一条件。
6. 如果我们未对报价文件全部要求作出实质性响应，则完全同意并接受按无效投标报价处 理。
7. 我们证明提交的一切文件，无论是原件还是复印件均为准确、真实、有效的，绝无任何虚假、伪造或者夸大。我们在此郑重承诺：在本次招标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。
8. 我们是依法注册的法人，在法律、财务及运作上完全独立。
9. 所有有关本次投标的函电请寄： （响应供应商地址）

**法定代表人或响应供应商授权代表（签名或签章）：**

响应供应商名称:

响应供应商公章：

电话： 传真： 邮编：

## 响应供应商资格信用承诺函

**茂名市妇幼保健院：**

关于贵单位　　　年　　月　　日发布的 **茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目（项目编号：2024-MMFY36）** 采购公告，本公司自愿意参加投标报价，并郑重承诺：

一、本公司（企业）具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件。

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保险资金的良好记录；

（五）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；

（六）法律、行政法规规定的其他条件。

　　二、根据《财政部关于信息系统建设项目采购有关问题的通知》（财库[2011]59号）的规定，本公司（企业）及附属机构，并非受托为本项目或者其中分项目的前期工作提供设计、编制规范、进行管理等服务的供应商。

　　三、根据《中华人民共和国政府采购法实施条例》的规定，本公司（企业）如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，不再参加该采购项目的其他采购活动。

　　四、我方承诺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，不得同时参加本采购项目投标。

五、本公司非联合体投标公司。

六、本项目由本公司独立完成，项目不分包或转包。

本公司（企业）对上述承诺的真实性负责，在评审环节结束后，自愿接受采购人单位的检查核验，配合提供相关证明材料，证明符合《中华人民共和国政府采购法》规定的供应商基本资格条件。本公司（企业）承诺在本次招标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我公司（企业）承担。

特此承诺！

单位名称（公章）：　　　　　　　　　　法定代表人或授权代表（签名或签章）：

统一社会信用代码：

单位地址：

日期：

## 资格证明材料

　　1.具有独立承担民事责任的能力（提供有效期内在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织的营业执照或事业单位法人证书或社会团体法人登记证书复印件）；

　　2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供2023年度财务状况报表复印件或基本开户行出具的资信证明；投标人为新成立的，提供成立至今的月或季度财务状况报表复印件）；

　　3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力（提供承诺函，格式自拟）；

　　4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提供2024年任意1个月的缴纳税收和社会保障资金的凭证复印件加盖公章）；

　　　　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（提供书面声明，格式自拟）；

6.供应商未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”记录名单；不处于中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)“政府采购严重违法失信行为信息记录”中的禁止参加政府采购活动期间。（供应商需提供相关证明资料）。

## 1.4法定代表人授权委托书

本授权委托书声明：注册于 （响应供应商地址） 的 （响应供应商名称） 在下面签名的（法定代表人姓名、职务）在此授权（被授权人姓名、职务）作为我公司的合法代理人，就 **茂名市妇幼保健院中医优势病种医保上传和接口码值改造服务项目（项目编号：2024-MMFY36）**的投标报价活动、采购合同的签订、执行、完成和售后服务，作为响应供应商代表以我方的名义处理一切与之有关的事务。

被授权人（报价人授权代表）无转委托权限。

本授权书自法定代表人签字之日起生效，特此声明。

随附《法定代表人证明书》

响应供应商名称（公章）：

地 址：

**法定代表人（签字或签章）：**  签字日期：

**被授权人（报价人授权代表）（签字或签章）：**

被授权人（授权代表）

居民身份证复印件粘贴处

（反面）

被授权人（授权代表）

居民身份证复印件粘贴处

（正面）

## 1.5法定代表人证明书

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效日期与本公司投标文件中标注的投标有效期相同。 签发日期： 年 月 日

附：

营业执照（注册号）：

经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

法定代表人

居民身份证复印件粘贴处

（反面）

法定代表人

居民身份证复印件粘贴处

（正面）

响应供应商名称（盖章）：

地址：

日期：

## 1.6用户需求书响应一览表

**说明：响应供应商须对应采购文件第二部分“采购需求”条款逐条应答并按要求填写下表，未逐条应答的条款作为负偏离（不满足要求）处理，负偏离（不满足要求）将导致投标无效。**

响应供应商名称： 项目编号：2024-MMFY19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件条款描述 | 响应供应商响应描述  **(响应供应商应按响应货物/服务实际数据填写，不能照抄要求)** | 偏离情况说明  **（正偏离/完全响应/负偏离）** | 查阅/证明文件指引 |
| **带“**★**”的实质性条款** | | | | |
|  |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
|  |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
| **带“▲”的重要条款** | | | | |
| 1 |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
| 2 |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
| **一般条款（除带“★”和“▲”之外的条款）** | | | | |
|  |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
|  |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |
|  |  |  |  | 见《响应文件》第 页 |

响应供应商名称（盖公章）：

法定代表人或响应供应商授权代表（签名或签章）：

职务： 日期：

备注：

　　1.响应供应商必须按采购文件要求附相关证明文件，如有任何一项不响应或不满足的视 为负偏离。

## 1.7项目相关材料

**主要内容应包括但不限于以下内容（格式自定）：**

　　1.采购文件要求的相关证明文件、承诺函、公司相关资质证明文件、

　　2.团队的实力、同类业绩、优质服务措施等 。

3.进度安排、施工方案、售后服务方案等。

4.完成项目所需设备及专用工具等配置情况说明。

5.响应供应商认为对投标有利的其他资料。

## 1.8报价一览表

响应供应商名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **数量** | **投标报价（元）** | **项目工期** |
| 1 | 中医优势病种医保上传和接口码值改造服务 | 1项 |  |  |
| 总计 | ¥ 大写： | | | |
| 联系人： 联系电话： | | | | |

注：1.投标人报价必须包括完成本采购项目内容的所有费用，包括但不限于项目设备、运输、安装、质保期服务、技术服务人工费、差旅费、各项税费及合同实施过程中应预见和不可预见等完成本采购项目内容所需的一切费用，采购人不再支付成交价以外的其它费用。

**2.本采购项目设有采购预算价，投标人报价不得大于采购预算价，否则视为无效报价处理。**

响应供应商名称（盖公章）：

法定代表人或响应供应商授权代表（签名或盖章）： 日期