桐城市人民医院互联网病案复印及线上问诊药品配送服务项目公开招标

为贯彻落实国家“互联网+医疗健康”的发展战略，加快推进我院互联网医院的建设步伐，提升医疗服务效率与质量，保障互联网线上问诊药品配送服务，以及方便患者复印(打印)病历资料，减少患者往返医院的频次和时间成本，提供病历复印(打印)、寄递驻点服务，确保患者享受到更加便捷、高效的便民服务。

1．项目概况及采购范围

1.1项目名称：桐城市人民医院互联网病案复印及线上药品、体检报告配送服务项目

1.2最高限价：0.5元/页

1.3采购需求：本次拟选定一家单位为医院提供互联网病案复印及线上药品、体检报告配送服务，具体内容详见附件。

1.4评标办法：采用符合性评审的有效最低价评标方法。

1.5服务期限：三年

1.6包别划分：一个包

1.7本项目不接受联合体投标

2．投标人资格要求

具有合法有效的营业执照；

**采购需求**

## 一、项目概况

根据安徽省卫生健康委员会印发的《改善就医感受提升患者体验主题活动实施方案的通知》（皖卫医秘〔2023〕63号）,为方便病患复印（打印）病历资料、体检报告及互联网线上问诊药品配送服务，减少患者往返医院的频次，降低和减少患者的时间成本和费用成本，需由第三方提供病案复印（打印）及药品、体检报告配送寄递驻点服务，患者可预约选择相关服务。供应商提供的应用程序需与我院服务公众号相衔接，患者关注我院服务公众号即可操作。

## 二、服务需求

## （一）服务内容

1.现场病案复印（打印）：现场申请、审核、登记、复印（打印）病案；

2.线上预约病案复印（打印）：线上申请、审核、登记、复印（打印）、邮寄病案；

3.每日统计复印（线上、线下）相关工作量和费用信息；

4.供应商需提供相关软件(提供快递实时查询功能) ，与医院线上小程序上实现对接（如有接口费用由供应商支付）；

5.自行提供硬件 (包括电脑、打印机、复印机、扫描仪等)、纸张、打印耗材等材料，医院不再另行支付相应费用；

6.供应商免费复印医院特殊病历（纠纷病历等病历）；

7.供应商提供快递寄取业务，并向医院职工提供最低邮资优惠。

8.供应商提供线上药品及体检报告取件配送服务。

## （二）服务要求

1. 供应商应按照医院的有关标准、规范开展业务工作，按医院要求提供现场技术支持和咨询答疑服务。医院有权对供应商的服务质量和服务态度进行抽查复核，医教部（病案室）对供应商日常工作进行监督管理，供应商必须配合医院进行抽查复核工作，复核如不合格视情节轻重，给予处罚并限期整改。情节严重或经整改仍达不到要求的，医院有权终止服务合同。

2. 供应商应对病历资料和体检报告进行保密，不得将医院提供的病历资料和体检报告通过任何方式向第三方透露，供应商及驻点服务人员需与医院签订保密协议。

3.驻点人员要求：供应商需至少派驻一名进驻医院的工作人员，工作人员需经医院培训，经考核合格方能上岗，负责医院线上线下复印（打印）工作，包括病历资料的复印（打印）、线上药品及体检报告取件配送、收件人员对接、寄递问题追踪等工作。

4.电话服务要求：供应商需为医院提供电话服务，除特殊紧急问题提供24小时服务，其余每天8:00-20:00为电话服务时间。在此期间，供应商应及时解答医院在合同期间所遇到的各类相关问题，并迅速为医院提出切实可行的解决问题的措施。

5.线上预约复印的病历资料、线上药品及体检报告采取邮寄到付方式，邮寄范围覆盖全国各省、市、区（县）。

## （三）线上预约病案复印（打印）、快递路径查询软件功能清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分类 | 功能名称 | 功能描述 |
| 患者端 | 申请服务 | 用户可以通过医院公众号、医院小程序实现患者申请病案快递或病案线下自提服务； |
| 首页需知 | 支持自定义配置首页需知文案，在患者申请首页进行强制过目； |
| 住院信息填写 | 患者可以在阅读完申请需知后，进行医院选择、患者住院信息填写、申请人信息登记填写，申请人支持本人或代理人； |
| 证件上传 | 支持上传患者本人或代理人身份证正面、身份证反面等相关证件照片进行上传，并支持授权委托书上传； |
| 打印套餐选择 | 用户可以根据自身业务需求，选择相应的病案复（打）印项目，选择方式可以是以套餐方式，也可以进行自定义选择，同时也支持选择需要复（打）印的份数。 |
| 获取方式 | 支持邮寄、窗口自提两种获取方式； |
| 邮寄地址管理 | 支持用户增加邮寄地址，可以设置多个地址，设置默认地址。并支持在多个地址进行转换； |
| 信息确认 | 支持将患者或代理人所上传照片、个人信息、申请病案内容、邮寄地址等进行展示，在患者或代理人确认后进行提交； |
| 支付方式 | 用户可以根据选择病案套餐的数据，复（打）印的总费用、物流费用、复（打）印的总页数、单页价格等，线下可选择微信、支付宝等支付方式，线上通过微信支付方式进行费用支付。 |
| 邮寄查询 | 用户可以查询病案邮寄物流信息； |
| 通知和推送 | 业务平台与用户的消息通知渠道。用户可以接受到病案申请、审核、支付、邮寄等各个状态及变更的通知，方便用户对业务流程的掌握。 |
|  | 其他 | 医疗纠纷、诉讼、案件调查等涉及法律争议的病案复印，须由患者或其代理人手持相关证件线下办理。 |
| 医院端 | 现场创建 | 满足患者或家属在病案室窗口进行自提申请服务，工作人员可通过医院端业务界面进行复（打）印新建； |
| 订单审核管理 | 工作人员审核用户提交的申请数据，与患者在医院登记信息进行审核比对，如信息一致给予审核通过，并进入下一个阶段；如信息不相符，则给出不符合的原因，并通知用户，以方便用户再次进行病案复（打）印申请； |
| 审核通过管理 | 对审核通过的信息能够进行搜索、筛选，并按照筛选信息进行详情查看和Excel表导出； |
| 结算管理 | 对已结算病案能够进行搜索、筛选，并按照所筛选信息进行详情查看和Excel表导出，支持工作人员通过结算管理界面对已经打印的病案通知患者自提或快递上门揽件； |
| 订单查询 | 能够根据日期、邮寄方式进行筛选查询订单，订单详情能够展示全部环节，快递单号、费用，支持Excel表导出； |
| 统计管理 | 支持对申请量、收入进行统计，并对所有病案快递业务产生的数据进行统计汇总； |
| 系统用户和权限管理 | 对业务平台用户角色进行维护和修改； |
| 对业务平台系统用户进行维护和修改； |
| 支付管理 | 能够与电子发票平台对接，向患者提供电子发票； |
| 用户管理 | 管理员可进行新增用户设置，配置相关权限，对已经创建的人员进行权限修改或人员删除； |

**三、报价要求**

1.供应商收取病患的病案复印（打印）工本费及快递费，病案复印（打印）工本费不得超出0.5元/页；快递费用应按供应商所在快递公司官方收费标准收取，并向病患公示收费标准，不得额外收取文件袋等包装物费用，以上收费根据患者需求提供发票。(提供官方收费标准加盖公章)

2.报价包含所投服务、人工、税费、售后及采购文件明示的风险等一切应有费用，本项目不接受联合体投标。

3.超过控制价范围为无效报价，通过审查的投标人报价中不高于最高控制价且报价最低的为预中标人。

**四、供应商应提交的证明材料及说明**

投标文件组成部分（复印件加盖公章）。

1.提供营业执照复印件。

2.法定代表人身份证正反面复印件。

3.投标文件签署授权委托书。（详见附件）

4.受委托人身份证正反面复印件。

5.法律、行政法规规定的其他条件。

6.服务保证及服务承诺。（详见附件）

7.投标函。（详见附件）

**五、报价文件须提供的材料及注意事项：**

1.报价公司必须具备该经营资质，并提供相应证照;

2.所报产品必须满足项目参数要求，否则视为废标;

3.报价文件加盖公章密封，于**一月二十五日16：00时前送至桐城市人民医院综合采购办公室**，本着自愿原则，逾期视为放弃！

4.不接收快递报价文件。

医院综合采购办公室联系电话： 0556-6197331

项目联系人：徐主任 联系电话： 0556-6197005

**桐城市人民医院**

**2025年1月20日**

**附：**

**法定代表人授权委托书**

本人（姓名）系（投标人名称）的法定代表人，现委托（姓名）为我方授权委托人。授权委托人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：。

授权委托人无转委托权，特此委托。

授权委托人： （签字） 性别 ：年龄：\_\_\_\_\_\_\_

身份证号码：职务：

投标人： （盖章）

法定代表人： （签字或盖章）

授权委托日期：年 月日

附：委托代理人身份证复印件

### 服务保证及服务承诺

我方承诺按照本项目招标公告中采购内容中所有内容及采购人要求完成所有服务。

投标单位（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**投 标 函**

致：（采购人名称）

1、根据贵方招标公告，我方决定参加贵方组织的项目的招标采购活动。我方授权(姓名和职务)代表我方（投标人的名称）全权处理本项目投标的有关事宜。

2、我方愿意按照招标文件约定的各项要求，向采购人提供所需的服务，投标报价为人民币（大写）(小写)。

3、一旦我方中标，我方将严格履行合同约定的责任和义务，按照招标单位要求保证该项目的全部服务内容。

4、我方愿意提供贵方可能另外要求的、与投标有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件是真实的、准确的。

5、我方完全理解贵方不一定将合同授予最低报价的投标人。

投标人： （盖章）

单位地址：

法定代表人： （签字或盖章）

日期：年月日