

淇县人民医院县域慢病信息化系统 采购合同

购货单位：淇县人民医院（以下简称甲方）

供货单位：成都医贝科技有限公司（以下简称乙方）

甲乙双方根据《中华人民共和国民法典》等有关法律法规的规定，按照淇县人民医院县域慢病信息化系统项目采购项目（采购项目编号：淇财磋商采购-2025-9）的招标结果、招标文件、乙方的投标文件及澄清文件和中标通知书的要求，经双方协商一致，订立合同如下：

第一条 项目的名称、项目总价、技术要求和项目产品的清单（名称、数量、规格、单价、型号、品牌和技术指标等）

- （一）项目名称：淇县人民医院县域慢病信息化系统；
- （二）项目总价是完成项目的含税全包价，所有价格变动的风险均由乙方承担，甲方不需再向乙方支付任何其他费用。

项目总价为（小写）¥260000.00 元，

（大写）贰拾陆万元整；

（三）技术要求：

序号	产品名称	品牌	型号	技术规格	单位	数量	单价	合计	备注
1	县域慢病信息化系统	医贝	V1.0	详见附件一	套	1	¥260000.00	¥260000.00	
本项合计	（大写）<u>贰拾陆万元整</u> （小写）<u>¥260000.00 元</u>								
备注	主要包括县域慢病信息化系统的采购、安装、调试、验收、培训、质保期内外服务、与产品相关的其它件								



第二条 货款的结算

- (一) 人员正式进场后支付合同总金额的 20%;
- (二) 安装调试完成经甲方验收合格后支付至合同总金额的 90%;
- (三) 剩余合同总金额的 10%于合同签订一年半以后支付。

第三条 项目工期

完工期: 正式进场后 60 日 (甲方指定进场日期后日历天)。

第四条 甲方责任

- (一) 甲方负责通知乙方何时进场同时向乙方提供项目设计开发所需资料 (图片、文字等), 并保证所提供资料的按时性和准确性;
- (二) 项目设计和开发期间, 甲方负责向乙方提出参考意见或修改意见。

第五条 乙方责任

- (一) 乙方负责成立项目设计开发工作小组, 承担甲方项目的设计与开发;
- (二) 乙方需按合同所规定期限完成甲方项目的设计和开发;
- (三) 项目设计和开发期间, 乙方负责听取并研究甲方相关意见;
- (四) 项目目设计和开发期间, 若甲方提出异议, 经甲乙双方友好协商后, 乙方须对系统进行修改;
- (五) 乙方保证向甲方人员提供必要的培训, 保证甲方操作人员会使用本合同项目系统。

第六条 版权及商业机密

(一) 乙方为甲方所设计和开发的项目的所有权归甲方所有；

(二) 乙方为甲方严守商业机密，不得将该项目的设计和数
据转用于第三方。

第七条 系统验收

(一) 系统的设计和开发调试完成后，系统的所有功能已正常使用，同时系统需符合国家慢病中心评审标准要求后，乙方向甲方提出验收申请，甲方组织有关人员审核验收并盖章或签字确认；

(二) 验收标准：符合招标文件、乙方的投标文件、澄清文件和中标通知书的要求，并提供以下文档（电子版 pdf 形式和装订成册的纸质版）：

- (1) 系统总体设计
- (2) 需求分析报告
- (3) 实施文档
- (4) 测试报告
- (5) 验收文档
- (6) 培训手册
- (7) 维护手册
- (8) 数据结构与业务流程图

第八条 售后服务

(一) 自验收合格之日起，所投报的软件产品提供至少1年的维护期，维护期内系统升级及维护的费用包含在本项目的投标报价内。免费维护到期后再协商后期维护服务。

(二) 系统发生故障后, 自报障时起算, 30 分钟内响应, 系统出现问题需要技术支持时, 使用互联网远程接入的方式进行维护服务或电话中指导无法解决时, 8 小时内达到现场, 24 小时内恢复系统正常运行。如果系统故障在规定时间内无法排除的, 乙方必须采取临时应急措施, 以保证采购人的正常使用。

(三) 在实施及免费维护期内, 需提供软件的功能模块客户化需求修改服务和应用软件系统扩充、升级方面的技术支持服务。

第九条 违约责任

如乙方提供的本合同项下软件系统侵犯第三方知识产权导致甲方被诉, 则甲方由此支出的诉讼费、律师费、鉴定费以及向第三方的赔偿等概由乙方承担。如甲方因此不能使用该系统的, 乙方应负责退还本合同项下甲方支付的所有价款和费用, 并负责赔偿甲方损失。

第十条 争议的解决

与本合同有关的所有争议, 甲、乙双方应友好协商解决, 协商不成时, 双方一致同意将争议提交甲方所在地法院裁判。

第十一条、 附件

附件一“软件系统功能清单”及询价文件、投标文件作为本合同不可分割的组成部分, 与本合同具有同等法律效力。

第十二条 其他事项

合同未尽事宜, 由双方协商解决。必要时可签订补充、修改协议, 并经双方加盖公章或合同章确认后生效。

本合同壹式肆份，甲方执贰份，乙方执贰份，自双方签字盖章之日起生效。

购货单位：淇县人民医院

法定代表人：

委托代理人：



供货单位：成都医贝科技有限公司

法定代表人：

委托代理人：



签约日期：

2017.6.27

签约地点：

淇县

附件一：产品清单

系统名称	功能模块		功能要求
健康管理 系统 PC 端	登录	/	包含登录、退出、个人信息设置、密码重置、问题反馈、消息通知等功能
	筛查入 组管理	院外筛查	支持下乡义诊等形式筛查，支持刷身份证进行基本档案信息的建档。支持随访包，筛查的结果自动上传到系统中。
		院内筛查-就 诊信息查询	包括门诊患者和住院患者（需与 HIS、LIS、PACS、电子病历进行对接），系统根据诊断编码自动建立基本档案和专病档案。
		健康体检筛查	与体检中心的系统进行对接。从体检居民中筛查一般人群和高危人群，以筛查高危人群为主，支持自动筛查。
		居民申请处理	居民通过医院公众号主动申请纳入系统进行管理，由健康管理师或管理医生查询申请记录，对居民进行建档、入组管理
		筛查记录查询	根据各种条件组合查询高危人群筛查记录
		居民档案查询	根据各种条件查询所有建档居民，包括一般人群、高危人群、慢病患者等。支持手动建档，支持 excel 批量导入建档。
	非慢病 患者管 理	一般人群管理	1. 一般人群信息查询：一般人群居民列表，可根据多种条件组合筛选。 2. 健康档案浏览器：主要查看一般人群的健康档案，包括基本信息、健康动态、快捷服务、最新健康指标、体征变化趋势等。 3. 筛查管理：进行慢病高危人群筛查，当符合高危人群条件时自动转换为高危人群，当高危人群的健康指标达到一般人群标准时转换成一般人群。筛查表单和规则符合《县域慢病管理中心建设总体方案和评审标准（2023 年版）》中的一般人群和主要慢性病高危人群判定要求； 4. 体征变化趋势：可查看血压、血糖、血脂、尿酸、BMI、肺功能、肾小球滤过率、尿微量白蛋白、尿白蛋白/肌酐等体征变化趋势，并可记录体征信息。 5. 健康评估：向一般人群推送健康评估表单，由居民填写后，自动显示评估结果，医生可

			查看健康评估结果。评估表单包含：各病种的发病风险评估、睡眠、心理、运动、膳食质量等相关评估、中医体质辨识等；
		高危人群管理	1. 高危人群信息查询：高危人群居民列表，可根据多种条件组合筛选。 2. 健康档案浏览器：查看高危人群的健康档案，包括：基本信息、健康动态、快捷服务、最新健康指标、体征变化趋势等； 3. 筛查管理：对高危人群进行筛查管理，筛查表单和规则符合《县域慢病管理中心建设总体方案和评审标准（2023 年版）》中的一般人群和主要慢性病高危人群判定要求； 4. 随访评估：对高危人群进行随访管理 5. 体征变化趋势：可查看血压、血糖、血脂、尿酸、BMI、肺功能、肾小球滤过率、尿微量白蛋白、尿白蛋白/肌酐等体征变化趋势，并可记录体征信息。 6. 健康评估：向高危人群推送健康评估表单，由居民填写后，自动显示评估结果，医生可查看健康评估结果。 评估表单包含：各病种的发病风险评估、睡眠、心理、运动、膳食质量等相关评估、中医体质辨识等； 7. 管理方案：对高危人群制定个性化管理方案。 8. 健康教育：对高危人群推送个性化健康教育内容。
	慢病患者管理	慢病患者管理	1. 慢病患者信息查询：通过各种条件查询慢病患者信息，可以新增慢病患者或从 excel 导入慢病患者。 2. 健康档案浏览器：查看慢病患者的健康档案，包括：基本信息、健康动态、各专病档案、最新健康指标、最近用药、快捷服务、体征变化趋势等； 3. 慢病随访评估：对慢病患者记录随访评估结果、查询随访记录等；

		4. 慢病分级管理：根据各病种的分级内容，对慢病患者划分管理级别，包括高危（Ⅲ级）、中危（Ⅱ级）、低危（Ⅰ级）3个管理级别进行分级分标管理； 5. 管理方案制定：对慢病患者制定个性化管理方案，管理方案内容包含控制目标、饮食指导、运动指导、心理指导、药品处方、复诊提醒等，支持从管理方案知识库中快速选择管理方案，支持打印、将管理方案推送给患者。 6. 健康评估：支持向患者推送健康评估表单，由患者填写后，自动显示评估结果，医生可查看健康评估结果。 评估表单包含：各病种的发病风险评估、睡眠、心理、运动、膳食质量等相关评估、中医体质辨识等； 7. 个性化健康教育：向患者推送个性化健康教育内容，健康教育内容支持图文和视频； 8. 体征变化趋势：可查看患者血压、血糖、血脂、尿酸、BMI、肺功能、肾小球滤过率、尿微量白蛋白、尿白蛋白/肌酐等体征变化趋势，并可记录体征信息。 9. 管理效果评估：根据最近一年体征变化趋势和随访结果等情况，对患者进行管理效果评估； 10. 对慢病患者筛查是否是其他慢性病的高危人群；筛查表单和规则符合《县域慢病管理中心建设总体方案和评审标准（2023年版）》中的一般人群和主要慢性病高危人群判定要求；
	高血压患者管理	高血压患者专栏，可快速对高血压患者进行查询和管理
	糖尿病患者管理	糖尿病患者专栏，可快速对糖尿病患者进行查询和管理
	脑卒中患者管理	脑卒中患者专栏，可快速对脑卒中患者进行查询和管理
	冠心病患者管理	冠心病患者专栏，可快速对冠心病患者进行查询和管理
	慢阻肺患者管理	慢阻肺患者专栏，可快速对慢阻肺患者进行查询和管理
	慢性肾脏病患者管理	慢性肾脏病患者专栏，可快速对慢性肾脏病患者进行查询和管理

		合并症患者管理	合并症患者专栏，可快速对合并症患者进行查询和管理，比如：根据各种条件查看合并症患者，并进行随访、分级、健康评估、管理方案制定、健康教育等管理。
		患者一览表	可查询本机构及下级机构管理的患者档案数统计和患者列表；
		科室患者一览表	可查询本科室及下级科室的管理人数、当日门诊、住院人次统计、管理患者列表和就诊记录；并支持对未管理的患者进行纳入管理
	医生工作站	提醒	包括设备采集的体征异常人数提醒、转诊人数提醒、门诊住院人数提醒、待复诊已复诊人数提醒等，支持点击查看明细记录；
		管理人员列表	展示在管居民列表，可根据各种条件组合查询；
		未管理人员列表	展示未管理居民列表和就诊未纳入管理的患者列表，可根据各种条件组合查询，并进行纳入管理操作，支持批量纳入管理；
		待办事项	展示待随访、待分级、待制定管理方案、待管理评估、待复诊、失管复诊、自动随访结果等患者列表，支持将待办工作加入关注列表，可以查看自己的已办事项。
	医生画像	/	对当前登录用户慢病服务情况及管理效果进行汇总分析，持续改善管理效果。
	院内院外系统互联互通	体检记录	查看患者的体检记录信息
		医疗记录	查询患者门诊、住院等医疗记录，包括就诊过程中的检验、检查记录；
	网格化管理（院外患者体征监测）	网格化管理	以地图的方式显示在管患者的分布区域，当健康设备采集的患者体征有异常时，进行页面提醒及语音播报，并提供干预及监测预警值配置功能。
		采集信息查询	对健康设备采集的体征信息进行查询和干预操作。
		患者体征监测统计	按患者统计穿戴设备采集的血压、血糖信息，可查看某段时间测量的次数、异常率以及明细测量记录，用来监管居家患者血压、血糖测量情况。
		体征监测分析	对设备采集的体征信息进行活跃度、达标率等分析。
	健康宣教	健康知识库	维护本机构的健康知识库，支持图文和视频；
		健康知识推送	批量向患者发送健康知识，支持一般人群、高危人群和慢病患者的分类分群体发送。
	上下转诊	上转/下转申请记录	包括上转申请、下转申请，可查看我上转的、我下转的申请记录。

		上转/下转接收	对上转/下转到本机构的患者进行接收，分配管理人员，支持批量接收。包括：上转给我的、下转给我的。
		批量转诊申请	支持一次对多个患者进行上转、下转操作；支持转诊单打印。
		上转/下转记录查询	根据各种条件组合查询本机构及下级机构的所有上转下转记录
		上转下转统计	统计各机构人员申请上转、下转人数和接收上转、下转人数。
	健康咨询	健康咨询	接收患者的健康咨询，并与患者通过图文、语音沟通。
		健康咨询记录	查看自己的健康咨询记录
	自动化管理	自动化管理路径配置	配置某类人群或病种的自动化管理路径，定义“自动随访”、“自动生成/推送管理方案”、“自动推送健康评估表单”、“自动发送短信提醒”、“自动推送问卷”等执行时间和内容信息。
		添加自动化管理路径	在居民/慢病患者档案中，添加相应的自动化管理路径；或者在自动化管理路径配置中，添加管理的居民/慢病患者。添加完成后，将按路径执行自动化管理。
		自动化执行日志	查询自动化执行日志，跟踪自动化执行结果。
	资料管理	资料管理	支持对资料分类管理，可上传各类资料并分发给相应用户查阅。
		资料查询	可查看学习下发给自己的资料。
	慢病决策分析	慢病监管大屏	可查看慢病患者管理人数；血压、血糖、血脂达标率变化趋势；肥胖、饮酒、吸烟率变化趋势；人群年龄分布、区域分布、区域管理效果排名等情况。
		医生管理画像	医生管理画像可以查看登录用户所在机构及其下级机构的所有医生、健康管理师等人员的慢病管理情况。
		管理驾驶舱	管理驾驶舱用于展示管理机构的慢病管理总体情况，包括：慢病患者分析、医疗机构、医护资源分布、居民管理情况、健康管理方案推送分析、六病管理分析和效果等分析。
		慢病工作监管	包括慢病患者管理情况（比如慢病患者新增人数变化趋势分析、管理状态分析、分级管理情况、管理率变化趋势、规范管理率变化趋势、患者管理人数机构排名等，支持导出数据）、慢病管理工作情况（统计分析各管理机构的服务累计和待办工作情况）、慢病

			管理效果分析（主要从血压、血糖、血脂达标率，吸烟、饮酒、肥胖率，区域管理效果排名、门诊住院复诊率等方面进行统计分析。）
		管理方案分析	对健康管理方案的制定和相关指导情况进行分析统计。包括个性化生活方式指导汇总统计、饮食、运动、心理、戒烟指导的月统计和指导覆盖率分析。
		单病种管理分析	对高血压患者进行多维度的分析统计。包括：高血压患者管理情况（比如：新确诊人数和新纳入管理人数变化趋势、管理率变化趋势、管理状态统计、规范管理率分析、管理人数机构排名等）、患病检查情况（比如：年龄分布、区域分布、合并症分析、并发症分析等）、管理效果分析（比如：血压、血糖、血脂达标率分析、BMI 分析、肥胖、饮酒、吸烟率分析、门诊住院复诊率分析等）、就诊情况分析（比如就诊人次、人数、就诊率、随诊率、平均住院日等统计分析）、费用统计分析（比如门诊、住院各类费用统计、次均费用分析、医疗服务收入、药品收入占比分析等）、检查检验分析（例如：各个基础检查、特定检查项目变化趋势分析、检查人数人次统计、年度检查率分析等）。
			对糖尿病患者进行多维度的分析统计。包括糖尿病患者的管理情况、患病检查情况、管理效果分析、就诊情况分析、费用统计分析、检查检验分析，具体内容可参考高血压的分析统计。
			对冠心病患者进行多维度的分析统计。包括冠心病患者的管理情况、患病检查情况、管理效果分析、就诊情况分析、费用统计分析、检查检验分析，具体内容可参考高血压的分析统计。
			对脑卒中患者进行多维度的分析统计。包括脑卒中患者的管理情况、患病检查情况、管理效果分析、就诊情况分析、费用统计分析、检查检验分析，具体内容可参考高血压的分析统计。
			对慢阻肺患者进行多维度的分析统计。包括慢阻肺患者的管理情况、患病检查情况、管理效果分析、就诊情况分析、费用统计分析、

			检查检验分析，具体内容可参考高血压的分析统计。
			对慢性肾脏病患者进行多维度统计分析。包括慢性肾脏病患者的管理情况、患病检查情况、管理效果分析、就诊情况分析、费用统计分析、检查检验分析，具体内容可参考高血压的分析统计。
		居民管理分析	对居民的慢病管理情况进行分析，包括：人群区域分布、人群年龄分布、人群 BMI 分析、各年龄段超重人数占比、各年龄段吸烟率分析、各年龄段戒烟率分析、各年龄段饮酒率分析、吸烟人群年龄分布、一般/高危人群血压、血糖、血脂、BMI 不达标情况分析、高危人群筛查情况、人群转换统计分析。
		高危人群管理分析	对高危人群的基本情况（年龄分布、区域分布、BMI 分析、吸烟、饮酒情况等）、高危人群管理效果（血压、血糖、血脂、BMI 不达标情况、饮酒率、吸烟率、戒烟率、人群转换分析等）、高危人群管理指标分析（各病种高危人群的检测、检查覆盖率等等）
		各机构管理分析	对各机构管理的各病种患者进行多维度统计分析，包括患者管理情况、管理效果分析等
		质控数据报表	认证所需模块，所有认证要求指标全部呈现在此模块。
	绩效考核管理	管理工作量统计	展示该用户所属机构下所有成员的工作情况的统计，默认展示本月的统计数据。包括：在管人员总数、新建档案数、筛查管理数、随访评估数、分级管理数、管理方案推送、健康教育推送、管理评估等数据统计，支持查看明细记录和导出。
		工作进展统计	统计登录用户所属机构下所有成员的管理人数和专案数，随访评估、分级管理、管理方案制定、管理评估的工作进展情况。
		随访完成情况	统计每月健康管理师和管理医生对应随访患者的随访完成率。
		随访记录查询	针对高危人群和慢病患者进行统一查询随访记录，查询条件包括：患者姓名、随访医生、随访时间段、随访机构等。
		机构管理工作量统计	展示所有机构的整体工作情况统计，默认展示本月的统计数据。包括：在管人员总数、新建档案数、筛查管理数、随访评估数、分

			级管理数、管理方案推送、健康教育推送、管理评估等数据统计，支持图标展示。
		机构工作进展统计	统计各机构的工作进展情况，包括管理人数和专案数，随访评估、分级管理、管理方案制定、管理评估的工作进展情况，支持图表展示。
		科室管理情况统计	统计各科室某段时间内的门诊人数、住院人数、门诊住院患者申请管理的患者人数和比例以及纳入管理患者人数，可查看申请管理和纳入管理患者人数的额变化趋势。
		满意度查询	对管理方案满意度和咨询问诊满意度进行查询。
		满意度统计	对各管理医生/健康管理师制定的管理方案满意度、咨询问诊满意度进行评价率、评价结果进行统计分析。
	基础信息 管理	病种管理	用于管理平台慢病病种，支持开启/关闭操作。
		病种分级分标	对病种进行分级图标管理。支持新增、编辑、开启/关闭功能。
		管理方案知识库	每个医生可维护自己的管理方案知识库，包含饮食指导方案、运动指导方案、心理指导方案、健康教育模板等知识库的维护。
		机构管理	管理维护所有医疗机构的基础信息。
		科室管理	维护医疗机构科室信息。
		用户管理	维护医生、健康管理师等用户基本信息。
		角色管理	维护用户所对应的角色信息，为角色配置功能权限、按钮权限和数据权限，满足精细化管理需求；
		功能菜单管理	维护平台的功能模块信息
		系统参数管理	维护系统使用参数
		行政区划管理	维护行政区划信息。
	系统运 维	用户反馈处理	用户可在线反馈问题，运维人员可查看和处理用户的反馈信息
		定时任务管理	维护系统定时任务
		健康设备管理	对健康设备绑定等进行维护管理
		短信模板配置	对业务短信模板进行维护
		短信发送记录	查看短信发送记录
		操作日志查询	/
		登录日志查询	/
患者 微信 公众 号	健康管 理	申请管理	居民申请加入医院慢病管理中心接受管理。
		健康方案	查看医护团队制定的个性化管理方案，含：管理目标、饮食指导、运动指导、心理指导、用药指导及复诊提醒，并支持点赞。

		健康评估	居民根据自身情况填写评估项目，系统根据评估知识库推荐疾病风险及注意事项。支持配置哪些健康评估表单可对患者开放。
		健康知识	居民阅读健康知识，提高健康素养，宣教形式含：图文、视频宣教。
		健康教育	查看医生推送的个性化健康教育内容。
		随访计划	查看医生根据管理路径制定的随访计划，提醒居民下次随访时间。
		健康咨询	居民向管理医生及健康管理师发起线上咨询（支持图文、语音）。
		随访评估	可通过此模块接收自动化管理路径推送的随访评估表单并进行填写。
		问卷调查	可通过此模块接收自动化管理路径推送的问卷调查并进行填写。
		设备绑定	绑定智能设备，例如血压计、血糖仪等，便于设备采集体征后实时上传患者体征信息
		体征录入	将线下测量的血压、血糖、身高体重腰围等体征录入到平台
		体征监测记录	查看血压、血糖、BMI 等体征记录
公众号运营后台	/	/	主要用于公众号运营基础配置、机构、医生等信息管理、问诊排班等功能
医生APP	居民档案	居民建档	提供居民档案的创建操作。建档完成后可对该居民进行高危人群筛查。
		居民档案查询	根据各种条件查询居民档案及档案详情。
		随访记录	查看某居民的历史随访记录，可新增随访记录。
		分级记录	查看某慢病患者的病种分级记录，可重新进行病种分级。
		历史方案	查看某居民的历史管理方案记录，可创建并推送管理方案。
		体征变化趋势	查看某居民的体征变化趋势，包括血压、血糖、血脂、BMI、肺功能等。
		健康评估记录	查看某居民的健康评估记录，可创建并推送健康评估表单。
		健康教育记录	查看某居民的健康教育记录，可创建并推送健康教育知识。
		管理评估记录	查看某慢病患者的管理评估记录，可新增管理评估记录。
		高危筛查	查看某居民（一般人群和高危人群）的筛查记录，可新增筛查记录。
		医疗记录	查看某居民的医疗记录。

		纳入管理	若某居民为未管理状态，可对其进行纳入管理操作。
		慢病建档	对某居民进行慢病建档操作。
	筛查管理		查询该医生的历史筛查记录，可新增筛查。筛查表单和规则符合《县域慢病管理中心建设总体方案和评审标准（2023年版）》中的一般人群和主要慢性病高危人群判定要求；
	慢病随访		展示该医生所管理慢病患者的待随访列表，对其进行慢病随访。
	转诊申请		可提交转诊申请，查看“我上转的”、“我下转的”转诊记录及详情；
	转诊接收		可接收转诊申请，查看“上转给我的”、“下转给我的”转诊记录及详情。
	分级管理		展示该医生所管理患者的待分级列表，对其进行病种分级。
	复诊预约		医生可添加复诊预约记录，可查看复诊预约记录及详情
	管理方案		展示该医生所管理且需要制定管理方案的患者列表，对其制定管理方案。
	健康咨询		处理居民的健康咨询申请记录
	我的		展示医生个人信息，包括实名认证信息、接诊服务开关配置、排班信息、系统设置等。