

中国美术学院单一来源采购申请表

项目名称	中国美术学院南山、象山、良渚校区医疗保健托管服务		
预算金额	175 万元（40 万、65 万、70 万）		
申请部门	后勤服务中心	经办人 (联系电话)	刘鑫 13588040265
供应商名称	杭州市上城区清波街道社区卫生服务中心、杭州市西湖区转塘街道社区卫生服务中心、杭州市余杭区第一人民医院（浙大一院良渚分院）		
供应商地址	上城区河坊街 413 号、西湖区转塘镇庙山东村 6 号、杭州市余杭区良渚街道康良街 1260 号		

根据《政府采购法》第三十一条规定，该项目所适用的单一来源采购情形：

- 1. 只能从唯一供应商处采购的；
- 2. 发生了不可预见的紧急情况不能从其他供应商处采购的；
- 3. 必须保证原有采购项目一致性或者服务配套的要求，需要继续从原供应商处添购，且添购资金总额不超过原合同采购金额百分之十的。

采用单一来源采购方式的原因及说明（需包含项目基本情况介绍、简要规格描述、单一来源申请理由）：

基本情况介绍：

该项目专业性极强，受区域、服务主体、服务量等影响，潜在的合作单位匮乏。

学校医务室主要承担学校师生员工的基本医疗服务（具备签约转诊），负责学校传染病预防和管理、公共卫生突发事件的应急处理、常见病预防和健康教育宣传、大型活动医疗保障等工作，同时兼管学校的食品卫生安全、环境卫生监督工作等。

经调研，其他高校使用医疗机构外包托管服务大多以单一来源采购方式为主；以招标形式采购服务的只有一所研究院，经了解，该学校已具备以学校为主体的《医疗机构执业许可证》，参标单位均为民营企业，没有事业单位参加。不足之处凸显：

1. 该校大学生无法享受减免门诊起付标准 300 元，导致学生们怨声四起，投诉频繁。
2. 没有完善的公共卫生服务体系，应对突发性公共卫生事件的应急处置、传染病治疗、传染病疫情报告等各项公共卫生工作能力有限。
3. 医疗信息系统不够完善，缺乏健全的医院管理制度和管理体系。

单一来源申请理由：

自 2010 年起中国美术学院医务室都采用委托第三方专业医疗机构的方式提供服务。2014 年，受跨区域医疗限制，在杭州市政府和卫健委帮助协调下由属地街道相关社区卫生服务机构提供托管服务。

一、以学校为主体办理许可证非常困难。十年来，因学校自身没有医疗资质，又受属地管理限制，办理《医疗机构执业许可证》可谓如履薄冰。上城区清波街道社区卫生服务中心、西湖区转塘街道社区卫生服务中心和余杭区第一人民医院协助学校办理了以供应商为主体，增设学院执业点的医疗机构许可证，即杭州市上城区清波街道社区卫生服务中心中国美院（南山校区）医务室医疗机构执业许可证、杭州市西湖区转塘街道社区卫生服务中国美院（象山校区）医务室医疗机构执业许可证和杭州市余杭区良渚医院美院医务室医疗机构执业许可证。满足学院师生医疗健康服务，确保医务室合法规范开展业务。

二、大学生医保实行是以定点高校医院或社区卫生服务机构为主的首诊、转诊制度，签约的参保大学生通过转诊可以减免门诊起付标准 300 元。2014 年杭州市医养护一体化签约服务实施以后，杭州市医疗保障受理中心就大学生参保事宜提出，大学生医保要以社区卫生服务机构为平台，通过签约的形式，为学生提供优先转诊服务，学生享受门诊医保起付标准免费 300 元的待遇，日常就诊也可以享受较高的报销比例。因医养护一体化签约服务是指以社区为范围，中国美术学院南山校区属于清波街道社区，中国美术学院象山校区属于转塘街道社区，对口街道社区卫生服务中心都是离学校最近的清波、转塘社区卫生服务机构，能最快的保障师生就医需求，在特殊情况下（如节假日、急症等），学生可以直接在主体供应商处实现转诊，提供最快捷服务。

三、基本公共卫生服务项目由杭州基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心）具体实施。《杭州市人民政府关于加快公共卫生体系建设的意见》中提出，教育等部门和单位需重视公共卫生工作，配合辖区公共卫生工作，切实保障在校学生健康，加强高校公共卫生体系建设，发挥保障校园公共卫生安全的作用。美院南山校区所辖区的基本公共卫生服务单位是上城区清波街道社区卫生服务中心、象山校区是西湖区转塘街道社区卫生服务中心，可以更好的配合学校提升公共卫生管理水平，降低突发卫生事件发生的概率。

四、良渚校区医务室因区域性医疗机构人力资源紧张，均不参与托管服务。2021年9月份良渚校区启动使用后，在余杭区各级政府职能部门协调帮助下，在余杭区第一人民医院（浙大一院良渚分院）的大力支持下共建校园医务室。杭州市余杭区第一人民医院（浙大一院良渚分院）作为离学校最近的大型综合性三级甲等医院，是全区医疗技术中心、突发公共卫生事件医疗救治的主力军。医师力量雄厚，设备先进，拥有现代化信息与互联网技术，具有“浙一”特色的医疗联合体，能最快速的开通绿色通道（夜间、周末和节假日）保障师生就医、急诊、保健等需求，是学校健康管理的强大背书。医院除委派一名执业医师和一名护士驻校外还提供特色诊疗服务，经常开展校内门诊公益义诊活动，为师生普及医学常识与健康知识，提供更全面、专业、便利的诊疗服务。

本项目服务，需要供货商提供预防、公共卫生、医疗一体化的综合服务，提供公益性医疗服务等特殊条件，如另选其他供货商。则可能使服务建设成本增高，服务内容难度加大。

根据《关于印发浙江省政府购买服务采购管理暂行办法的通知》（浙财采监[2021]2号）第四条第一项规定：“在现有的经济和技术条件下，更换承接主体将无法保证与原有项目的一致性或者服务配套要求，且导致服务成本大幅增加或者原有投资损失”。

综上所述，特申请单一来源采购。

托管服务期：一年。合同期满，经综合考核，考核结果达到优秀的，在服务范围、合同价格不变和提高服务质量的前提下，可续签一年。

单一来源采购方式专业人员论证意见

专业人员 信息	姓名: 陈小明	工作单位: 浙江工商大学
	职称: 副教授	联系方式: 13600519878
项目信息	项目名称: 中国美术学院南山、象山、良渚校区医疗保健托管服务	
	供应商名称: 杭州市上城区清波街道社区卫生服务中心、杭州市西湖区转塘街道社区卫生服务中心、杭州市余杭区第一人民医院(浙大一院良渚分院)	
	供应商地址: 上城区河坊街413号、西湖区转塘镇庙山东村6号、杭州市余杭区良渚街道康良街1260号	
	采用单一来源采购方式的原因及说明: 根据《中华人民共和国政府采购法》第三十一条:“(一)只能从唯一供应商处采购的”规定,专家组一致建议本项目采用单一来源方式采购。	
专业人员 论证意见	<p style="text-align: center;">本项目专业性极强,总区域,服务群,服务量等因素影响大,且需要供应商提供预防公共卫生、医疗一体化的综合服务,提供公益性医疗等特殊条件,如更换其他供应商,则可能使服务建设成本增高,服务内容难度加大,将无法保证与原有项目的一致性及服务质量要求。</p> <p style="text-align: center;">建议本项目采用单一来源方式采购。</p>	
专业人员 签字	陈小明	日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

注:本表格中专业人员论证意见由专业人员手工填写。

单一来源采购方式专业人员论证意见

专业人员 信息	姓名: <u>孙骏</u>	工作单位: <u>浙江开放大学</u>
	职称: <u>助理</u>	联系方式: <u>17788584502</u>
项目信息	项目名称: 中国美术学院南山、象山、良渚校区医疗保健托管服务 供应商名称: 杭州市上城区清波街道社区卫生服务中心、杭州市西湖区转塘街道社区卫生服务中心、杭州市余杭区第一人民医院(浙大一院良渚分院) 供应商地址: 上城区河坊街413号、西湖区转塘镇庙山东村6号、杭州市余杭区良渚街道康良街1260号 采用单一来源采购方式的原因及说明: 根据《中华人民共和国政府采购法》第三十一条:“(一)只能从唯一供应商处采购的”规定,专家组一致建议本项目采用单一来源方式采购。	
专业人员 论证意见	自2010年起中国美术学院医务室都采用委托第三方专业医疗机构的方式提供服务。2014年,受跨区域医疗限制,在杭州市政府和卫健委帮助协调下由属地街道相关社区卫生服务机构提供托管服务。	
专业人员 签字	<u>孙骏</u>	日期 _____ 年 ____ 月 ____ 日

注:本表格中专业人员论证意见由专业人员手工填写。

单一来源采购方式专业人员论证意见

专业人员 信息	姓名: <u>高昆东</u>	工作单位: <u>杭州学军中学</u>
	职称: <u>中级</u>	联系方式: <u>18858586012</u>
项目信息	项目名称: 中国美术学院南山、象山、良渚校区医疗保健托管服务	
	供应商名称: 杭州市上城区清波街道社区卫生服务中心、杭州市西湖区转塘街道社区卫生服务中心、杭州市余杭区第一人民医院 (浙大一院良渚分院)	
	供应商地址: 上城区河坊街 413 号、西湖区转塘镇庙山东村 6 号、杭州市余杭区良渚街道康良街 1260 号	
	采用单一来源采购方式的原因及说明: 根据《中华人民共和国政府采购法》第三十一条: “(一) 只能从唯一供应商处采购的” 规定, 专家组一致建议本项目采用单一来源方式采购。	
专业人员 论证意见	<p>本项目专业性极强, 受区域、服务主体、服务量等因素影响大, 且需供应商提供预防公共卫生、医疗一体化的综合服务, 提供公益性质医疗服务特殊条件, 如更换其他供应商, 则可能使服务成本增高, 服务内容又深度增加, 将无法保证与原有项目所一致性, 故服务要求。</p> <p style="text-align: center;">建议本项目采用单一来源方式采购</p>	
专业人员 签字	<u>高昆东</u>	日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

注: 本表格中专业人员论证意见由专业人员手工填写。