

采购需求

1. 采购需求书

项目目标的及采购预算

项目目标的	项目采购预算
医保DIP管理系统	

1.1. 项目背景

依据国办发【2017】55号《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》、2020年2月25日中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》和国办发【2020】20号《关于推进医疗保险基金监管制度体系改革的指导意见》等政策，要求建立管用高效的医保支付机制，开展医保支付方式改革，大力推进大数据应用，重点推进按病种、按疾病诊断相关分组等支付方式为主的多元复合式医保支付方式，强化医保基金总额预算管理，提高医保基金使用效率。随后，国家医疗保障局于2021年推出《关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发[2021] 48号），要求从2022年2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，推动医保高质量发展，到2024年底，全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

随着新医保政策的全面推行，医院面对的不再是单个平均费用定额结算标准，而是成千上万个不同分值的病种/病组组合，分值成为新的医保支付的度量衡。同时医疗保险政策的覆盖面逐年扩大，来我院就诊人员中参保患者所占的比例在逐年增加，省、市医保管理部门也加大对医疗机构的管理，以往的粗放管理模式已不再适用，这倒逼医院推行管理变革，提升医保精细化管理水平。

1.2. 建设目标

本次建设的医保DIP管理系统，一方面，通过全流程医保监控系统，提升DIP

的精准管控、智能提醒；另一方面，引导临床回归医疗本质，合理诊疗、合理控费，加强成本管控，做到同病同价同质，保障医保患利益；规范结算清单填写避免错误入组，同时不断优化病种收治结构，提升CMI值与支付率，进而提高内部管理水平和运行质量。

1.3. 建设内容

如下表所示，为本次项目的内容建设清单：

序号	一级功能	二级功能
14	DIP 事中监测管理	智能提醒
		DIP 配置管理
		在院患者监控首页
2	病种分值付费分析	按病种分值付费总览
		病种结构分析
		超支结余分析
		病种费用结构分析
3	智能审核	医保规则知识库
		智能审核规则引擎
		实时智能审核监控
		事后违规审核
		全院违规监控首页
4	结算清单管理	质控规则管理
		质控管理
		归档清单
5	系统管理	医保字典及映射管理
		系统管理
		系统日志

1.4. 技术要求

1.4.1. 标准规范

由于目前医保局对于医院上传的数据有严格的规范及相关要求，例如《结算清单填写规范》、《国家医疗保障局办公室关于贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准的通知》等文件对医保相关数据有严格要求，同时本项目中需要与医院多个业务系统进行对接，抽取大量与医保相关的信息，然而这些业务系统是由不同厂商在不同时期建立，采用的数据结构、数据类型与数据尺度等各不相同，加之目前医疗信息领域的标准规范尚未完善，因此，为信息集成带来较大的麻烦。因此，本项目建设应制订统一的标准，遵循国际、国内、行业已经颁发的各项信息化建设标准。本项目需遵循以下标准规范：

1. 《电子病历基本规范（试行）》
2. 《健康档案共享文档规范》
3. 《住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》
4. ICD9
5. ICD10疾病诊断字典
6. XML输出标准
7. HL7
8. DICOM标准
9. 《ISO9000质量体系标准》
10. GB/T 8567 计算机软件文档编制规范；
11. GB/T 9385 计算机软件需求规格说明规范；
12. GB/T 9386 计算机软件测试文档编制规范；
13. GB/T 15532 计算机软件测试规范；
14. GB/T 28035 软件系统验收规范
15. SJ 20822 信息技术软件维护
- ...

除此之外，由于目前医疗信息化标准规范尚未统一，对于具体的使用场景标准信息化尚未细化，为此，在本系统建设过程中，还需根据医院的实际情况，自定义设置符合医院实际需求以及系统建设的数据标准。

1.4.2. 总体技术要求

1. 服务器采用Unix、Linux、Windows等主流操作系统。
2. 应用展现可以采用主流的浏览器，包括但不限于IE、Chrome、Safari等；
3. 系统采用B/S架构，纯Web操作环境，输入URL地址，即可访问。
4. 开发语言：JAVA、C#、Python等主流开发语言；
5. 数据库：Oracle、SQL Server、MySQL、Postgresql等数据库；

1.4.3. 数据处理要求

1. 数据源管理

- 1) 支持对目前市面上各类数据库的数据源进行采集，包括Mysql、Postgresql、Clickhouse、Oracle、Sqlserver、DB2、Starrocks接口等；
- 2) 支持对数据源的创建，包括数据源类型、数据源名称、描述、IP主机名、端口、用户名、数据库等；
- 3) 支持对整个系统所有的数据源进行统一展示与管理，包括新增、删除、修改的设置，管理员可点击查看数据源的详细信息；

2. 数据采集与集成

- 1) 支持批量抽取数据任务，可通过设置数据源类型、数据源以及对应的数据表，即可对源数据进行预览。
- 2) 支持数据库表、视图、API接口可视化采集
- 3) 支持管理员自主选择不同的同步抽取方式、通过SQL设置筛选条件、单次抽取的条数、是否去重；
- 4) ▲支持通过可视化界面方式设置 workflow，系统应提供丰富的组件库，包括shell脚本、sql、http、数据同步、数据质检、移动推送等节点组件，通过拖拉的方式即可实现对采集 workflow 的设置；
- 5) 支持数据表的分区、分桶、主键可在页面进行配置；
- 6) 支持管理人员对 workflow 的每个节点进行自定义设置，包括节点名称、任务优先级、失败重试次数、是否进行超时预警、数据源、数据库表、同步方式、单次条数等；
- 7) 支持 workflow 设置完毕后，对其进行保存和格式化，即可对其进行进一步

的处理，包括运行、编辑、下线等；

8) 支持对 workflow 进行定时设置，包括起止时间、定时、通知策略、流程优先级等；

9) 支持管理人员对所有 workflow 进行总览，包括 workflow 的名称、状态、运行类型、调度时间、开始时间、结束时间、运行时长、运行次数、执行用户等；

10) 异动处理：数据接口发生变动，源头表自动更新表结构，并保留处理记录。

3. 数据处理

1) 根据数据处理脚本，可自动解析字段级别的血缘关系，直观呈现表和表之间的血缘关系以及每个字段的处理步骤；

2) 支持对表作业执行情况，如读写行数、总流量、平均流量等指标，以报表的方式进行汇总分析，管理员可直观地查看每次作业运行的情况；

3) ▲支持在线调试、试运行数据处理脚本，可在页面预览处理结果

4) ▲建立完整的数据质量校验规则，包含空值检查、字典值检查、枚举值检查、区间检查、业务关联性规则检查、规范检查（如手机号、证件号、邮箱等）、重复数据检查、及时性检查、记录缺失检查、自定义脚本检查

5) 支持根据校验规则生成数据质量分析报告，并提供总览性的质量分析首页，内容需包含质量报告列表、各报告分数占比、平均得分、分数趋势等内容，帮助用户直观评估总体数据质量情况

1.4.4. 接口要求

系统须与院内相关业务系统，如 HIS 系统、电子病历系统、病案管理系统等系统创建标准数据接口，进行对接。

1.4.5. 信创要求

★要求系统应支持和兼容国产信创数据库及操作系统等国家信息安全要求的信创产品。同时，也必须兼容目前医院现有的信息系统；系统的建设与等保安全同步建设。

1.5. 系统功能需求

1.5.1. DIP事中监测管理

1.5.1.1. 智能提醒

1.5.1.1.1. 事中入组服务

1. 病例入组判定

系统应能够根据已配置的本地分组规则，对病例进行自动判定入组。根据病例的疾病诊断、手术操作、患者基本信息等，自动判断病例符合的病种，从而确定相应的费用计算和超支结余预估。

2. 分值计算

根据本地分值计算规则，结合病例费用情况，系统能够自动计算病例的分值。

3. 预估超支结余计算

系统应能够根据费用计算结果，自动进行预估超支结余结算功能。系统可以比对病例的费用计算结果与可用预算、医保病种结算标准等信息，预估出病例的超支或结余情况。

4. 费用结构计算

系统应基于病例的分组结果和医疗费用标准，自动进行费用计算。根据已定义的本地费用标准，系统可以结合分组结果，计算出病例应享受的各项医疗费用，包括治疗、手术、药品、检查等费用的合计。

1.5.1.1.2. 事中病种查询与试算（嵌入医生工作站）

1. 病种查询

提供一个在医生工作站嵌入的病种查询功能，允许医生或医务人员快速查询特定病种的相关分组参考和分值。用户可以通过输入病种名称、代码或疾病诊断和手术操作关键词，进行快速搜索，以获取该病种的相关信息。

2. 病种相关信息显示

▲医生工作站应能显示病种的 CMI值、标准分值、实际取得分值等指标。

3. 控费区间设置

可根据医院管理需要设置多个控费区间，例如50%以下、80%、100%、200%等，可用不同的颜色加以区分。

4. 分组参考和超支结余情况

▲根据试算的结果，系统应能够向用户展示参考的分组情况和超支结余情况。系统会根据病例的诊断和费用试算结果，判断该病例应属于哪个病种分组，并展示相应的分值和分组参考。同时，系统还会比较试算的费用与可用预算或医保余额，预估出超支或结余的情况。

5. 诊断手术试算

系统应允许医生或医务人员对特定病例进行诊断和手术试算。用户可以输入病例的诊断和手术，系统根据已配置的病种分组规则和分值费用计算标准，进行相应的试算操作。系统会计算该病例病种试算的分值，并根据相关的费用标准，计算出预估的超支结余费用。

6. 总费用试算

系统应提供一个总费用试算功能，允许医生或医务人员根据已有的病例信息，进行总费用的试算。用户可以输入病例的预估总费用费用，系统根据已定义的病种分值费用计算标准，计算出该病例预估的超支结余费用。

7. 中西医入组对照

对符合中医入组条件的病例，系统应能显示中医和西医对照入组测算结果。

1.5.1.1.3. 事中提醒页面配置

支持工作人员自定义设置事中提醒页面配置，要求：

1. 工作人员可自主设置默认显示的诊断数量，确认页面是否显示上次手动试算结果；
2. 工作人员可自定义增减页面展示的字段标题、字段键名、应用场景、文本对齐要求、宽度、是否显示等；
3. 工作人员可对现有的医保入组结果导出进行自定义配置，包括设置导出字段标题、字段键名、应用场景、文本对齐要求、宽度、是否显示、计算值公示类型等；
4. 支持工作人员自定义设置计算公式，在设置计算值公示类型时，支持提供简

单计算公式和 JavaScript 表达式两种方式，对于简单计算公式设置，系统应配置医保测算时常用的使用的字段，使得工作人员可采用键盘浮窗方式直接输入约束条件和对应的取值公式；同时，工作人员还可对公式的字体颜色进行对应的设置；

5. 支持工作人员可对已设置的字段进行快速上移、下移或者删除操作，快速布局测算导出配置；
6. 支持工作人员对现有设置的测算导出设置选项选择是否启用，一旦启用则直接被激活；

1.5.1.1.4. 事中病种监测

1. 系统应提供科室和医保类型的筛选条件，允许用户选择具体的科室和医保类型，对特定科室和医保类型的在院患者进行监测和统计。

2. 系统根据科室医生的权限设置，只允许有权限的医生查看和编辑所属科室的费用监测数据。

3. ▲在院人数和病例数指标：系统应提供科室的在院人数和符合中医优势病种的病例数等指标的监测。这些指标可以根据实际需求进行配置，并展示科室的患者情况。

4. 病例分布指标：系统提供超低倍率、低倍率、正常倍率、高倍率、超高倍率人数等病例分布指标的监测。管理员可以配置不同倍率的阈值，并根据病例分值划分病例的分布。

5. 医生医疗组统计：系统应支持按医生和医疗组的维度统计在院患者的费用情况。科主任和医保管理部门可以查看每个医生和医疗组的费用情况，包括超支结余情况和费用结构等。

6. 事中病例费用明细：系统应支持查看每个在院患者的病种分组明细和超支结余等事中费用情况指标。科主任和医保管理部门可以通过系统查看每个患者的分组试算结果和费用信息，了解患者的具体情况。

1.5.1.2. DIP配置管理

1.5.1.2.1. 病种分值库维护与管理

1. 按年份、版本进行管理和维护：系统应该支持按照不同的年份和版本对病种分值目录进行管理。管理员可以创建、编辑和删除不同的版本，并根据需要进行切换，确保病种分值库的更新和历史版本的保存。

2. 导入不同类型的病种目录：系统应支持导入西医、中医等不同类型的病种目录分值库。管理员可以选择导入已有的目录文件，或者通过手动添加的方式创建新的目录条目。

3. 导入手术操作字典：系统应支持导入与病种目录对应的手术操作字典。管理员可以将手术操作字典文件导入系统，或者手动添加新的手术操作条目。系统应该能够将手术操作与对应的病种目录进行关联，以方便用户在管理和使用过程中的查询和操作。

4. 分值库的查询和浏览：系统应提供直观的界面，方便用户查询和浏览病种分值库。用户可以根据不同的年份、版本和病种类型进行筛选和搜索，以查看特定的病种目录和对应的分值信息。系统还可以提供按照病种名称、分值等进行排序和分页显示的功能，方便用户进行数据分析和比较。

5. 分值库的导出和共享：系统应支持将病种分值库导出为常见的文件格式，如 Excel、CSV 等，方便用户进行数据备份和共享。导出的文件应包含完整的病种目录、分值和手术操作字典信息。

1.5.1.2.2. 病种分组器维护与管理

1. 支持不同阶段选择不同的分组器和分值库：系统应该允许用户在事前、事中和事后阶段分别选择不同的分组器和病种目录分值库。管理员可以在系统中配置多个分组器和分值库，在具体操作时根据需要进行选择，以满足不同阶段对分组规则和分值计算的需求。

2. 支持不同病种大类选择不同的分值库：系统应能够区分不同的病种大类，并允许用户选择不同的病种目录分值库进行应用。这样可以根据不同的病种大类的特点和需求，采用不同的分组器和分值计算规则，从而实现更精确的病种分组

和费用控制。

3. 病种维护与管理：系统支持管理员对病种分组器进行维护和管理，管理员可以添加、编辑、删除病种分组器。

1.5.1.3. 在院患者监控首页

1、对在院医保业务、结余超支、费用占比、CMI 值情况、病种数等进行总体监控

2、查看不同科室的在院患者数据，对比科室下的诊疗组医生结余超支情况

3、在院患者列表查询，同时支持查看每个患者的入组信息，以及支持单个患者的诊断、手术、费用的试算组合。

1.5.2. 病种分值付费分析

1.5.2.1. 按病种分值付费总览

按病种分值付费总览需为用户提供全面、直观、具体的数据展示和分析，支持面向院领导和医保科人员，展示按病种分值付费的总体运营情况。

1. 需提供详细的总体情况指标展示：系统将支持展示总人次、超支结余、住院总费用、记账总费用等总体情况指标，并允许用户在细化维度上进行钻取分析，全面地呈现按病种分值付费的运营情况。

2. 需支持多项关键指标的展示：提供展示统筹支付率、药占比、耗占比、四级手术率、病种类型占比、基层病种占比和病种偏差情况指标的功能。

3. 需提供医疗费用趋势的可视化展示：系统支持 CMI 月度趋势、住院总费用、记账费用、自费费用等医疗费用的可视化趋势展示，并允许用户通过细化维度进行钻取分析，直观地呈现医疗费用的变化趋势。

4. 需支持费用结构和占比的月度趋势分析：支持费用结构和费用占比的月度趋势可视化分析功能，并允许用户在不同维度上进行深入的钻取分析，更好地了解费用结构和占比的变化情况。

5. 需提供超额和结余科室、病种的排名分析：系统将提供超额和结余科室、病种的排名分析功能，更好地了解不同科室、病种在按病种分值付费中的表现和差异。

1.5.2.2. 病种结构分析

需提供 DIP 病种结构分析，为医生提供绩效评价、资源配置和病情评估的参考，帮助他们做出决策并提供高质量的医疗服务。功能需包含：

1. 用户可以根据日期、院区和科室来筛选并查看特定条件下的病例组合指数（CMI）的分析结果。
2. 通过统计表，用户可以了解不同维度下的病种人次、占比以及偏差结构和分值分布的数据。
3. 各维度包括院区、科室、医疗组、医生和患者，为医生提供全面的数据视角。
4. 统计图以直观的方式展示指标卡、基层/核心病种的环形图、低/正常/高倍率的饼图以及低/中/高分的玫瑰图，帮助医生快速把握结论。
5. 数据来源包括病案首页数据和结算数据，经过分组处理，准确计算出 CMI 及其他指标的数值。

1.5.2.3. 超支结余分析

需提供 DIP 超支结余分析，为医保管理者提供决策参考和管理支持。功能需包含：

1. 按科室进行 DIP 超支结余分析，用户可以根据日期和院区来筛选并查看特定条件下的超支和结余人次及金额的统计表和统计图。
2. 统计表的维度包括院区、科室、医疗组、医生和患者，指标包括超支、结余和合计的人次和金额。
3. 按病种进行 DIP 超支结余分析，用户可以根据日期和院区来筛选特定条件下的超支和结余人次及金额的统计表和统计图。
4. 统计表的维度包括病种类型、主诊大类、主诊类目、主诊亚目、诊治方式、病种编码、病种名称、医疗组、医生和患者，指标包括超支、结余和合计的人次和金额。
5. 统计图以柱状图形式展示超支人次、超支金额、结余人次、结余金额以及总人次和总结余数值，帮助医生更直观地了解超支结余情况。

1.5.2.4. 病种费用结构分析

需提供DIP病种费用结构分析，为医保管理者提供决策参考和管理支持。功能需包含：

1. 按科室进行DIP病种费用结构分析，用户可以根据日期和院区来筛选并查看特定条件下的费用结构的统计表和统计图。

2. 统计表的维度包括院区、科室、医疗组、医生和患者。费用结构按药品、耗材、检验检查、其他和总费用进行统计，并给出相应的占比。

3. 按照医院和社会学科的分类来划分全成本和非全成本项目，根据发票分类进行费用统计。

4. 统计图包括指标卡、饼图和折线图堆叠，指标卡展示自费金额、自费率、统筹支付金额和统筹支付率的数据，饼图展示自费金额、自费率、统筹支付金额和统筹支付率的占比，折线图堆叠展示药占比和耗占比的趋势变化。

5. 按病种进行费用结构分析，用户可以根据日期和院区来筛选特定条件下的费用结构的统计表和统计图。

1.5.3. 智能审核

1.5.3.1. 医保规则知识库

系统需支持建立医保智能审核规则库，根据国家医保局和地方政府的医保政策规则，制定药品、疾病和诊疗、飞检专题方面的智能审核规则。

1.5.3.1.1. 药品审核知识库

药品审核知识库至少应内置如下规则：

1. 限定适应症用药
2. 限定性别用药
3. 限定门诊用药
4. 限定住院用药
5. 限定待遇类型支付

6. 限定医院等级用药
7. 限定年龄用药
8. 不予支付饮片限制
9. 单味不予支付饮片限制
10. 全为单味不予支付饮片限制
11. 限单独用药

1.5.3.1.2. 疾病审核知识库

疾病审核知识库至少应内置如下规则：

1. 限定生育支付疾病
2. 限定医保支付疾病
3. 诊断不合理（性别和年龄）

1.5.3.1.3. 诊疗审核知识库

诊疗审核知识库至少应内置如下规则：

1. 重复收费
2. 限年龄使用
3. 限性别使用
4. 限待遇类型支付
5. 限定门诊使用
6. 限定住院使用
7. 限单独使用
8. 超限定频次（住院天数）
9. 超限定频次（按日收费）
10. 超限定频次（按小时收费）

1.5.3.2. 智能审核规则引擎

1.5.3.2.1. 规则设计器

为满足医保新政策中新规则以及医院实际需要设计的新规则，系统将基于DAG规范实现的可视化设计工具，创建规则设计器，该规则工具设计器应满足：

- 1) 可直接通过拖拉方式设置整条规则的逻辑流程，包括规则的起始、约束条件的先后顺序、约束条件的走向、规则的完成；
- 2) 支持通过自然语言设置的方式，完成整条规则的名称、内容、预警信息、规则政策来源等关键信息的录入；
- 3) 支持对各个约束条件直接进行可视化设置，如大于、等于、小于、不等于等；
- 4) ▲支持对整个规则的使用场景、审核方式、违规处理方法进行各项设置。

1.5.3.2.2. 审核规则管理

对智能审核规则库中的规则进行统一管理，要求：

- 1) 支持工作人员可按药品、疾病、医保、项目的类别，对整个智能审核规则库中存储的所有规则进行查阅；
- 2) 支持工作人员对已有的规则进行调整；
- 3) 支持工作人员通过可视化设计工具，设置智能审核规则；

同时，对智能审核规则库中的所有规则（包括药品、医疗服务项目、疾病、医保）级别进行统一管理，这些规则的来源应至少覆盖国家最新医保政策中涉及的所有药品、医疗服务项目、疾病、医保。要求：

1) 药品规则管理：

- ① ▲对规则库中的所有药品规则信息进行展示，展示的关键信息应包括药品名称、药品编码、剂型、规格、规则类型、规则来源、提示信息；
- ② 支持对现有药品规则的克隆、修改以及查询检索；
- ③ ▲支持对各项药品规则进行级别设置，包括不适用、提示、警告、禁止；

2) 医疗服务项目规则管理：

- ① 对规则库中的所有医疗服务项目规则信息进行展示，展示的关键信息应

包括项目名称、项目编码、单位、单价、医保编码、规则类型、规则来源、提示信息；

② 支持对现有医疗服务项目规则的克隆、修改、查询检索以及级别设置；

3) 疾病规则管理：

① 对规则库中的所有疾病规则信息进行展示，展示的关键信息应包括疾病编码、疾病名称、规则类型、规则来源、提示信息；

② 支持对现有疾病规则的克隆、修改、查询检索以及级别设置；

4) 医保规则管理：

① 对规则库中的所有医保规则信息进行展示，展示的关键信息应包括医保名称、规则类型、规则来源、提示信息；

② 支持对现有医保规则的克隆、修改、查询检索以及规则设置；

1.5.3.2.3. 频次项目配置

支持工作人员对频次项目进行配置，可配置的内容至少应包括审核类型、诊断编码、项目名称、计价单位、天数转换比，在设置完毕后即可生效。同时工作人员可随时在业务过程中对现有的频次项目启动状态进行调整。

1.5.3.2.4. 审核信息管理

支持工作人员对智能审核各个场景下的审核启动级别进行设置以及对审核信息进行统一管理。

支持对审核规则进行科室配置，对特定规则允许设置科室为豁免审核。

1.5.3.3. 实时智能审核监控

1.5.3.3.1. 重复入院审核

系统通过与医院业务系统对接，支持门诊医生工作站处方的实时审核和入院场景的疑似重复入院审核，对违规情况进行实时提示、预警和拦截，提供违规说明、修改建议和规则依据。

1.5.3.3.2. 门诊处方审核

1. 支持门诊医生工作站的医嘱实时审核。
2. 支持工作人员填写违规反馈原因。

1.5.3.3.3. 住院医嘱审核

1. 支持住院医生工作站的医嘱实时审核。
2. 支持工作人员填写违规反馈原因。

1.5.3.4. 事后违规审核

1.5.3.4.1. 门诊费用审核

系统需每天收集门诊和出院患者的诊疗费用信息，对其进行事后审核，并将审核未通过的信息集成展示，方便工作人员进行查看和处理。系统会自动抽取和新增门诊和出院费用信息，并对其进行智能审核。

工作人员能够清楚了解审核预警的诊疗信息，包括患者的基本信息、就诊流水号、项目名称等，并能够了解提示的具体内容和类型，提高违规审核的效率和准确性。要求：

1. 系统定期收集全院门诊患者的诊疗费用信息，并以列表的方式展示。
2. 对门诊费用信息进行事后审核，通过智能审核规则引擎判断是否存在违规情况。
3. 支持展示所有审核预警的门诊诊疗信息，包括就诊流水号、姓名、门诊号、记账时间、项目名称、提示类型和内容。

1.5.3.4.2. 门诊审核结果

1. 系统需自动对门诊费用审核进行处理，将诊疗信息与智能审核规则引擎进行对比。
2. 对所有审核预警的门诊诊疗信息进行集成展示，让工作人员方便查看和处理。
3. 展示的关键信息应包括就诊流水号、姓名、门诊号、记账时间、项目名称、

提示类型和内容。

1.5.3.4.3. 出院费用审核

1. 系统需定期收集全院出院患者的诊疗费用信息，并以列表的方式进行展示。
2. 对出院费用信息进行事后审核，通过智能审核规则引擎进行违规判断。
3. 展示所有审核预警的出院诊疗信息，包括就诊流水号、姓名、住院号、记账时间、项目名称、提示类型和内容。

1.5.3.4.4. 出院审核结果

1. 系统需对出院费用审核结果进行处理和展示，与智能审核规则引擎进行对比分析。
2. 提供所有审核预警的出院诊疗信息供工作人员查看和处理。
3. 展示的关键信息至少应包括就诊流水号、姓名、住院号、记账时间、项目名称、提示类型和内容。

1.5.3.5. 全院违规监控首页

创建全院违规监控首页，要求提供审核、提醒、拦截总量、拦截率（按违规类型分）、违规类型、违规项目排名的关键信息，并可就时间范围、科室条件进行筛选查看。

1.5.4. 结算清单管理

1.5.4.1. 质控规则管理

1.5.4.1.1. 质控规则管理

1. 系统需支持结算清单质控的规则管理。
2. 管理员可以添加、编辑和删除质控规则，定义不同的质控条件和要求，如费用范围、项目数量、就诊时长等。
3. 质控规则管理还支持规则分类设定，方便对不同类型的清单进行差异化的

质控管理。

4. 管理员可以通过该功能确保结算清单的准确性和符合质量要求。

1.5.4.1.2. 字段字典管理

1. 该功能用于管理结算清单中的字段字典。

2. 管理员可以添加、编辑和删除字段，设定字段的名称、数据类型、取值范围等。

3. 字段字典管理可以帮助规范清单数据的录入和存储，提高数据的一致性和可统计性。

4. 管理员可以根据实际需求管理结算清单中的字段信息，以支持质控规则的设定和数据分析。

1.5.4.2. 质控管理

1.5.4.2.1. 结算清单质控

1. 通过创建的接口，支持系统对结算清单进行审核，对于不符合规则的结算清单，系统将自动备注质控结果、错误原因以及指导意见；

2. 支持工作人员按照质控审核结果对结算清单数据进行校正修订，并在修订完成后直接提交审核；

3. ▲支持对工作人员的历史修订操作按照时间轴的方式进行记录，修改痕迹可查；

4. 对于已经修订并通过审核的清单记录，系统将自动对记录状态进行调整；

5. 支持工作人员对结算清单进行批量审核；

6. 支持将异常清单进行统一管理，方便工作人员进行总览查阅。

1.5.4.2.2. 质控问题汇总

1. 提供对质控过程中发现的问题进行汇总和记录。管理员可以查看质控问题列表，包括问题的描述、所涉及的结算清单、质控规则等信息。

2. 质控问题汇总可以帮助提升问题发现和处理的效率，及时跟踪和解决质量

问题。

1.5.4.3. 归档清单

1. 需支持对通过质控的结算清单进行归档管理。
2. 管理员可以将符合质控要求的结算清单归档保存，以便后续的数据分析、审计和证据保全等。
3. 清单归档支持数据的存储和检索，保证结算清单数据的安全性和可操作性。

1.5.5. 系统管理

1.5.5.1. 医保字典及映射管理

1.5.5.1.1. ICD10编码映射管理

1. 该功能用于管理医院系统中的 ICD10 编码映射信息。
2. 管理员可以添加、编辑和删除 ICD10 编码及其对应的其他编码系统的映射关系。
3. 管理员可以通过映射管理快速查询、转换不同编码系统的诊断信息，提高医保数据编码的统一性和一致性。

1.5.5.1.2. ICD9编码映射管理

1. 该功能用于管理医院系统中的 ICD9 编码映射信息。
2. 管理员可以添加、编辑和删除 ICD9 编码及其对应的其他编码系统的映射关系。
3. 管理员可以通过映射管理快速查询、转换不同编码系统的手术操作信息，提高医保数据编码的统一性和一致性。

1.5.5.1.3. 医院药品目录医保对照

1. 该功能用于管理医院药品目录与医保目录之间的对照关系。
2. 管理员可以为每个药品在医保目录中设定对应的医保编码和药品标识，以

便进行多种类型的医保费用计算。

1.5.5.1.4. 医院诊疗目录医保对照

1. 该功能用于管理医院诊疗目录与医保目录之间的对照关系。
2. 管理员可以为每个诊疗项目在医保目录中设定对应的医保编码和项目标识，以便进行多种类型的医保费用计算。

1.5.5.2. 系统管理

系统管理包括用户管理、角色管理、权限管理、菜单管理、消息通告、参数管理、机构管理等。

1.5.5.3. 系统日志

系统日志包括登录日志、操作日志、异常日志等。

1.6. 商务要求

(一) 售后服务要求：

投标人提供的软件系统必须不少于 1 年的保修服务，保修期和系统技术自双方代表在系统安装验收单上签字之日起计算。保修期内所发生的一切费用包括系统技术支持，系统维护或升级，人员交通，差旅服务费用全部包含在中标价内。免费服务期满后，每年的维护费不得高于项目软件价格的 10%。

(1) 系统故障的响应时间：投标人必须提供 7*24 小时技术支持热线电话（固话，手机）。当发生故障时，自报障时起算，1 小时内响应，若远程维护无法解决，投标人应及时安排人员前往现场处理故障。

(2) 维保期内，投标人向采购人提供同版本的免费软件升级和维护服务；

(3) 维保期内，若因为政策变动而导致系统功能需要重建或者调整，则双方共同协商制订费用收取标准。

(二) 培训要求

(1) 所提供的培训课程表随投标文件一起提交。

(2) 培训内容与课程要求：对系统的使用，操作，维护进行培训，并提供安

装使用维护说明书，以确保采购人能够对系统有足够的了解和熟悉，能够独立进行系统的日常维护和管理。培训所需一切资料由中标商提供。

(3) 培训费用：培训过程中所发生的一切费用（含培训教材费）均包含在中标价内。

（三）工期要求

1、工期：合同签订后 90 个工作日内完成开发，实施和验收（不包括等待系统硬件设施安装、院内接口等协调时间）。

（四）验收要求

1) 验收按国家，行业有关的规定，规范进行。

2) 系统测试要求：中标人要对系统实际运行情况进行测试。

3) 软件系统的验收属于项目的合同验收，需符合当地信息化项目相关验收管理办法的要求，同时需符合下列要求：

a. 满足合同和招标文件中列举的全部要求。

b. 实现合同和招标文件中列举的全部功能要求。

c. 达到合同和招标文件中列举的全部指标。

d. 文档齐全，符合合同和招标文件及相关标准要求，包括但不限于下列文档：需求说明书，测试报告，用户手册，用户培训记录，会议记录等。

4) 验收项目包括按照合同和招标文件中所标明的软件系统，及相关的技术维护文档，培训教材，使用说明书等。

2. 综合评分法

1. 价格分：10 分

采用低价优先法计算，即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。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）×10 分

因落实政府采购政策进行价格调整的，以调整后的价格计算评标基准价和投标报价，小数点后保留两位。

2. 商务技术分：90分

评审分数		商务分：35分； 技术分：55分；
评审类型	评审因素	评审标准
商务评分（35分）	项目经理（3分）	<p>供应商或生产厂商拟派项目经理中具有系统架构设计师证书，得3分，不提供不得分。</p> <p>注：要求在投标文件中同时提供证书和投标截止前三个月内任意一个月缴纳的社保证明，缺项或未提供均不得分。</p>
	项目团队成员（6分）	<p>供应商或生产厂商拟派项目团队成员中具有信息系统项目管理师、系统集成项目管理工程师、软件设计师、中级或以上统计专业技术资格证书，每提供一类证书得1.5分，最高得6分。</p> <p>注：要求投标文件中同时提供证书和投标截止前三个月内任意一个月缴纳的社保证明，缺项或未提供均不得分。人员不得重复，一人多证或多人一证均按一证计算。</p>
	项目业绩（10分）	<p>供应商或生产厂商提供自2020年1月1日以来，面向医院的医保综合管理系统建设相关业绩，业绩合同金额应大于本次采购金额，每提供一个得2分，最高得10分。注：应提供合同扫描件作为证明材料，否则不得分。时间、服务对象和内容以合同为准。</p>
	标准规范保障（7分）	<p>供应商或生产厂商具有参与编制过国家、省市医疗信息化行业相关技术规范经验，每提供一项标准规范制订的证书得3.5分，最高得7分。注：要求提供相关证书，以国家标准公共服务平台（https://std.samr.gov.cn/）和全国团体标准信息平台（https://www.ttbz.org.cn/OrganManage/Detail/8986）的查询结果为准，否则不得分。</p>
	软件开发能力（9分）	<p>供应商或生产厂商需具备与本项目需求相关的软件开发能力，并提供本项目所需的、包含以下关键字的相关的软件著作权证书：医保控费管理、医保运营分析、数据可视化、医保结算清单管理、智能分析展现、医保智能审核的软件著作权。每提供1个符合条件的软件著作权证书复印件加盖公章得1.5分，不提供不得分，最高9分。</p>

		注：提供上述证书扫描件/复印件，不提供不得分
技术评分（55分）	对项目理解程度和需求响应情况（25分）	<p>投标文件对用户需求书中的符合性（25分）：</p> <p>投标文件必须按用户需求书的条款一一填写投标产品的实际数据，填写符合情况。其中标注有“▲”为重点款项，需提供产品界面截图示例作为证明依据。完全满足或优于采购需求书条款的，得25分。</p> <p>每存在一条“▲”条款负偏离，扣2分，每存在一条一般性条款负偏离，扣0.5分，扣完即止。本项未见阐述不得分。</p>
	实施方案（5分）	<p>供应商或生产厂商应根据本项目的培训要求提供完善的培训方案。</p> <p>培训方案详细具体、具有针对性和可行性，培训计划详尽，能贴合项目实际需求得5分；</p> <p>培训方案完整、有一定的针对性和可行性，各阶段服务计划基本完整，基本能贴合项目实际需求得3分；</p> <p>培训方案不完整、缺乏针对性、可行性、各阶段服务计划缺漏，不能贴合项目实际需求得1分；</p> <p>本项未见阐述不得分。</p>
	培训方案（5分）	<p>供应商或生产厂商应根据本项目的培训要求提供完善的培训方案。</p> <p>培训方案详细具体、具有针对性和可行性，培训计划详尽，能贴合项目实际需求得5分；</p> <p>培训方案完整、有一定的针对性和可行性，各阶段服务计划基本完整，基本能贴合项目实际需求得3分；</p> <p>培训方案不完整、缺乏针对性、可行性、各阶段服务计划缺漏，不能贴合项目实际需求得1分；</p> <p>本项未见阐述不得分。</p>
	售后服务方案（5分）	<p>供应商或生产厂商应根据本项目的售后服务要求提供相应的售后服务方案。售后服务方案详细具体、维保期符合要求、具有针对性和可操作性得5分；</p> <p>售后服务方案一般、维保期符合要求，针对性一般、可操作性一般得3分；</p> <p>售后服务方案不具有针对性、维保期不符合要求、可操作性较差得1分。</p> <p>本项未见阐述不得分。</p>

	<p>供应商或生产厂商应针对如下功能点进行演示，演示人员不能超过 2 人，且需要自备电脑、HDMI 转换器等演示必备设施。要求演示时间应控制在 10 分钟内：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 支持数据表的分区、分桶、主键可在页面进行配置； 2. 根据数据处理脚本，可自动解析字段级别的血缘关系，直观呈现表和表之间的血缘关系以及每个字段的处理步骤； 3. 异动处理：数据接口发生变动，源头表自动更新表结构，并保留处理记录； 4. 支持根据校验规则生成数据质量分析报告，并提供总览性的质量分析首页，内容需包含质量报告列表、各报告分数占比、平均得分、分数趋势等内容内容，帮助用户直观评估总体数据质量情况； 5. 对符合中医入组条件的病例，系统应能显示中医和西医对照入组测算结果； 6. 工作人员可对现有的医保入组结果导出进行自定义配置，包括设置导出字段标题、字段键名、应用场景、文本对齐要求、宽度、是否显示、计算值公示类型等； 7. 支持工作人员自定义设置计算公式，在设置计算值公示类型时，支持提供简单计算公式和 JavaScript 表达式两种方式，对于简单计算公式设置，系统应配置医保测算时常用的使用的字段，使得工作人员可采用键盘浮窗方式直接输入约束条件和对应的取值公式；同时，工作人员还可对公式的字体颜色进行对应的设置； 8. 可直接通过拖拉方式设置整条规则的逻辑流程，包括规则的起始、约束条件的先后顺序、约束条件的走向、规则的完成； 9. 通过创建的接口，支持系统对结算清单进行审核，对于不符合规则的结算清单，系统将自动备注质控结果、错误原因以及指导意见； 10. 支持对工作人员的历史修订操作按照时间轴的方式进行记录，修改痕迹可查； <p>评分细则：根据系统演示及答辩的表现进行评审，每一项完全满足者得 1.5 分，不提供、不完全符合要求的不得分（若采用 PPT 等非系统演示不得分），满分 15 分。</p>
--	---

系统演示
(15 分)