

# 第一部分 采购需求及技术要求

## 一、 建设目标

统一信息化规划，坚持“统一监管、向上集中、高效节约”的原则，将医保管理、物价监管、DIP 管理、数据分析集中统一建设，联合各职能科室，提供统一、规范的监管手段和监管方式。事前、事中就诊管理系统和事后审核监管系统与 DIP 管理系统互相独立建设，各个部分内容单独设计考虑，在技术架构设计上可实现互相分离。确保数据应用访问层面、网络层面、传输、交易以及数据发布等方面安全、及时、可靠。系统预留功能扩展接口，逐步扩大“机审”功能，本项目建设应遵循医保智能审核管理平台和 DIP 测算及管理辅导服务的相关参数要求，在总体框架下，从本项目的建设要求出发，结合实际业务的需要，充分利用信息化技术，对本项目进行全方面的设计。

## 二、 建设依据

1. 《全国医院信息化建设标准与规范（试行）》（2018）
2. 《信息安全等级保护管理办法》（公通字〔2007〕43号）
3. 国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知（医保发〔2021〕48号）
4. 陕西省医疗保障局关于印发《陕西省医疗服务项目价格（2021版）》的通知（陕医保发〔2021〕72号）
5. 陕西省医疗保障局《关于印发陕西省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（陕医保发〔2022〕1号）

### 三、 采购清单及技术要求

#### 1. 采购清单

序号	项目名称	名称
1	DIP 软件及智能	基于医疗大数据按病种分值付费管理系统
2	审核系统采购项	医保智能审核与监测平台系统
3	目	与医院现有系统的所有接口对接

#### 2. 技术功能要求

系统名称	功能名称	功能要求
1.基于医疗大数据按病种分值付费管理系统	1.1 病案首页质量控制管理	<b>1.1.1 医生端质控</b> 要求系统可实时查看单份病例的 DIP 预测分组信息、质控结果信息、相关费用信息，并能提示无法入组病例原因。
		<b>1.1.2 病案端质控</b> 要求系统可按问题分级展现问题病例，支持查看每份病例的 DIP 预测分组信息、质控结果信息、相关费用信息，支持对病案首页数据校验，自动评分。
		<b>1.1.3 校验规则配置</b> 要求系统依据《住院病案首页数据填写质量规范》和《住院病案首页数据质量管理与控制指标》为基础，并可配置病案数据校验规则启动。
		<b>1.1.4 校验结果查询</b> 要求系统提供病案首页质量统计分析功能，用于查看病案首页校验的数据错误情况，支持以医生、科室、医院、指定时间为单位进行查询。
		<b>1.1.5 病案质控查询</b> 要求系统通过数据汇总病案质控统计信息，按不同质控条件统计出院病例，并可追踪到每病例。

	1.2 医保结算清单应用管理	<p>1.2.1 医保结算清单的管理</p> <p>要求系统支持全院医保结算数据的总体上报情况分析，同时支持全院上报数据对比，全院质控未通过病例数分析；可按结算时间、出院时间、病种类型、患者类型灵活选择查询结算清单，满足各科室不同筛选数据的要求；支持结算清单数据自动分组，未入组清单可提示未入组的原因。</p> <p>1.2.2 医保结算清单的质控</p> <p>要求系统通过视图接口对接医院 HIS 系统，支持医保结算数据的自动实时抽取，并针对医保结算清单进行质控，同时能够对生成的医保结算清单中的诊断和手术操作进行新增、修改、调整；支持实时质控处理，实时查看质控提示及修改对应清单的病案首页数据以及其他相关数据，直至质控通过；</p> <p>1.2.3 医保结算清单的上报</p> <p>要求系统支持与医保局接口对接，医保科用户可根据审核进度提示及自身需求直接将月度医保结算清单数据进行快速上报，同时也能支持手动上报。</p>
	1.3DIP 分组管理	<p>1.3.1DIP 分组器</p> <p>要求系统提供符合国家医保局发布的《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》分组规则的分组器；并根据当地医保局分组器做出调整，使其高度匹配。</p> <p>1.3.2DIP 预分组</p> <p>要求系统提供 DIP 预分组功能，可设置各项指标的标准值，预入组功能可嵌入事前或者事后等场景。</p> <p>1.3.3 最优分组推荐</p> <p>要求系统在院病例智能分组概览，临床医生和管理者每天都能并查看各自负责的在院病例列表，并提示各患者 DIP 分组结果，各项指</p>

		标的超标情况等。
1.4 全院 DIP 数据分析	1.4.1 全院费用构成分析 其中包括但不限于以下内容： (1) 要求系统展示筛选时间段内各费用类型的金额及占比分布； (2) 要求系统展示药占比、耗占比、检验检查费用占比、治疗费用占比等； (3) 要求系统支持重点查看费用偏差病例的费用构成和趋势情况；	
	1.4.2 全院资源使用效率分析 要求系统展示筛选时间段内例均费用与平均住院日，支持与去年同期比较。	
	1.4.3 全院病组构成分析 要求系统支持展示筛选时间段内 CMI 趋势；病种分值区间分布分析，查看各分值区间病例数/病种数占比及结余，分值区间支持根据医院情况自定义。	
科室 DIP 数据分析	1.4.4 科室超支结余分析 要求系统对所选科室的所选时间段内超支结余、超支结余病种分布、超支结余病例分布、病例类型分布，支持针对分析结果进行整理汇总。	
	1.4.5 科室费用构成分析 要求系统对所选科室的所选时间段内各费用类型的金额及占比，药耗占比、检验检查费占比趋势，支持按 DIP 病种选择统计范围。	
	1.4.6 科室病种构成分析 要求系统支持图表分析，分析所选科室盈利病种、亏损病种；支持数据对比；病种分值区间分布分析，查看各分值区间病例数/病种数占比及结余。	
	1.4.7 科室资源使用效率分析 要求系统对所选科室的所在时间段内平均住院日统计、次均费用统计，支持与标杆值对	

		比。
		<p>1.4.8 科室病案质量分析</p> <p>要求系统对所选科室的所选时间段内影响分组的病案质控问题病例数统计、分值变化趋势、结余变化趋势，支持查看具体问题病例。</p>
		<p>1.4.9 科室病种分析</p> <p>要求系统对同科室下不同病种 DIP 相关数据进行对比，支持数据导出。</p>
		<p>1.4.10 科室医师分析</p> <p>系统对同科室下不同医生 DIP 数据进行对比，支持数据导出。</p>
	病种 DIP 数据分析	<p>1.4.11 病种超支结余分析</p> <p>要求系统对所选病种的所选时间段内超支结余统计、超支结余病例分布及统计、病例类型分布及统计，支持针对分析结果进行汇总。</p>
		<p>1.4.12 病种费用构成分析</p> <p>要求系统对所选病种在所选时间段内各位费用类型的金额及占比，药耗占比、检验检查费占比趋势，支持按 DIP 病种类型选择统计范围。</p>
		<p>1.4.13 病种资源使用效率分析</p> <p>要求系统对所选科室所在时间段内平均住院日统计、次均费用统计，支持与标杆对比。</p>
	外科能力分析	<p>1.4.14 外科能力分析</p> <p>要求系统能够针对不同学科，可以从能力、效率和安全三个维度，构建专科建设评价模型，对院内各临床专业进行专科建设的综合评价，为医院专科建设整体规划、分步实施、择优汰劣、专病专治、资源合理分配等措施提供数据支持。</p>
	学科发展分析	<p>1.4.15 学科发展分析</p> <p>要求系统能够针对不同学科，可以从能力、效率和安全三个维度，构建专科建设评价模型，对院内各临床专业进行专科建设的综合评</p>

		<p>价，为医院专科建设整体规划、分步实施、择优汰劣、专病专治、资源合理分配等措施提供数据支持。</p>
	<p>1.5 系统管理</p>	<p>1.5.1 用户管理 要求系统用户维护界面，当用户通过此功能进行登记和绑定角色权限后，才拥有登陆系统的权限。</p>
		<p>1.5.2 角色管理 要求系统角色维护界面，实现用户的分组和操作权限控制，不同角色可设定不同的系统操作权限。</p>
		<p>1.5.3 权限管理 要求系统菜单分配权限（如新增、修改、删除等）；提供菜单权限的新增、修改、删除操作。</p>
		<p>1.5.4 操作日志管理 要求系统对每个登录用户在系统中的登录、操作都会进行记录，并可进行日志查询，同时提供对日志的删除操作记录。</p>
<p>2.医保智能审核与监测平台系统</p>	<p>2.1 数据审核知识库</p>	<p>2.1.1 医保管理类知识库 要求系统依据国家最新的医保药品目录及当地医保诊疗目录，对目录中医保限制支付范围项目进行规则解析，其中审核规则项包括：性别、手术、医嘱、费用信息、二线用药、支付天数、年龄（儿童、老年人）、就医方式（门诊、住院）、开方科室、适应症（ICD10）、草药单复方、连续使用天数等。依据医保局医保管理政策等方面，制定医保政策管理审核规则。其中审核规则项包括：分解住院（7日内再入院、15日内再入院，限同一科室同一诊断）；查体式住院；取药性住院。</p>
		<p>2.1.2 医疗服务知识库 要求系统依据省级/市级医疗收费目录中医疗收费项目收费内涵、计价说明、除外内容，</p>

		<p>制定医院医疗收费价监管规则知识库：</p> <p>重复收费规则：重复收费包含规则项目内涵/计价说明中明确约束了包含费用关系的项目。重复收费互斥规则：护理级别重复收费、同一项目不同方法重复收费、同功能重复收费。重复收费探查术规则：凡属探查性质的手术,术中改作其他手术时,只收取其他手术费,不再收取探查手术费；</p> <p>逻辑性规则：住院天数与护理费收费数量一致性、住院天数与住院诊查费收费数量一致性、检查申请单（医嘱）与患者费用及检查报告单直接的一致性；</p> <p>项目基础规则：收费数量限制、收费金额限制、限儿童使用、限性别使用、限门诊使用、限住院使用、按整个住院期间收费数量限制、按整个住院期间收费金额限制、项目限科室、项目限诊断等基础规则；</p> <p>项目依赖收费规则：项目依赖收费规则包括加收项目依赖主项目；</p> <p>医用材料规则：主要针对当地省/市医疗收费目录中对医用材料与治疗项目一致性的审核。</p>
	2.2 医保智能审核管理	<p>2.2.1 门诊处方智能审核</p> <p>要求系统将审核接口嵌入门诊医生站，在医师开具处方过程中，系统会审核疑点信息实时预警。</p> <p>2.2.2 住院登记智能审核</p> <p>要求系统将审核接口嵌入 HIS 工作站，在办理入院时，系统会审核疑点信息实时预警。</p> <p>2.2.3 住院医嘱智能审核</p> <p>要求系统将审核接口嵌入住院医生工作站，在医师开立医嘱过程中，系统会审核疑点信息实时预警，诊断审核疑点信息实时预警。。</p> <p>2.2.4 住院收费智能审核</p>

		<p>要求系统将审核接口嵌入 HIS 计费工作站，在住院计费过程中，系统会审核疑点信息实时预警。</p>
	事中监控	<p>2.2.5 事中监控 要求系统针对住院病人的监控分析，每日同步当天数据进行分析，次日展示违规结果。可展示在院病例的疑似违规数据，对高度可疑的数据推送相关科室，由科室医生进行确认，减少事后违规的发生。</p> <p>2.2.6 在院患者智能审核 要求系统能够实现对在院病例定时审核，并将在院病例审核疑似违规信息推送至相关科室。</p> <p>2.2.7 患者出院预审核 要求系统能够实现与住院医生站或住院护士站进行嵌入式接口对接，实现患者预出院审核。</p> <p>2.2.8 出院登记智能审核 要求系统将审核接口嵌入住院护士工作站，在为患者办理出院/转科过程中，要求系统会审核出院患者疑点信息实时预警。</p>
	事后分析	<p>2.2.9 违规结果分析 要求系统具有其中包括但不限于以下内容： (1) 医生违规查询排名； (2) 科室违规查询排名； (3) 项目违规查询排名； (4) 规则违规查询排名；</p> <p>2.2.10 费用违规统计 要求系统具有其中包括但不限于以下内容： (1) 全院费用违规统计分析； (2) 住院科室费用违规统计； (3) 住院医师费用违规统计；</p>

	2.3 临床辅助工具	<p>要求系统具有其中包括但不限于以下内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 国家医保药品目录信息；</li> <li>(2) 国家医保药品分类与代码；</li> <li>(3) 国家谈判药品分类与代码；</li> <li>(6) ICD-10 医保版；</li> <li>(7) ICD-9-CM3 医保版；</li> <li>(8) ICD-10 国家临床版 2.0；</li> <li>(9) ICD-9-CM3 国家临床版 2.0；</li> </ul>
	2.4 系统管理	<p>2.4.1 用户管理 要求系统用户维护界面，当用户通过此功能进行登记和绑定角色权限后，才拥有登陆系统的权限。</p> <p>2.4.2 角色管理 要求系统角色维护界面，实现用户的分组和操作权限控制，不同角色可设定不同的系统操作权限。</p> <p>2.4.3 权限管理 要求系统菜单分配权限（如新增、修改、删除等）；提供菜单权限的新增、修改、删除操作。</p> <p>2.4.4 操作日志管理 要求系统对每个登录用户在系统中的登录、操作都会进行记录，并可进行日志查询，同时提供对日志的删除操作记录。</p>
3.接口对接	与医院现有与项目相关的第三方系统完成接口对接。	<p>需要与第三方系统对接：HIS 系统、LIS 系统、PACS 系统、病案首页系统、手麻系统、输血系统等相关第三方系统。</p>