

第三章 采购需求

1. 总体说明

1.1 本章所提出的技术要求是对本次招标货物及伴随服务的基本要求，并未涉及所有技术细节，也未充分引述有关标准、规范的全部条款。投标人应保证其提供的货物及伴随服务除了满足本技术要求外，还应符合中国国家、行业、地方或设备制造商所在国的有关强制性标准、规范。当上述标准、规范的有关规定之间存在差异时，应以要求高的为准。

1.2 本章中提及的工艺、材料、设备的标准及品牌或型号（如有）仅起说明作用，并没有强制性。投标人在投标中可以用替代工艺、材料、设备的标准及品牌或型号，但这种替代须实质上满足、等同或优于本章技术要求，同时须提供相关证明材料，否则可能被评标委员会认定为负偏离。

1.3 除非有特别说明，本章中所列的具体参数或参数范围，均理解为采购人可接受的最低要求。

1.4 根据《关于规范政府采购进口产品有关工作的通知》及政府采购管理部门的相关规定，下列采购需求中标注进口产品的货物均已履行相关论证手续，经核准采购进口产品，但不限制满足招标文件要求的国内产品参与竞争。未标注进口产品的货物均为拒绝采购进口产品。进口产品的认定按照财政部文件《关于政府采购进口产品管理有关问题的通知》（财办库〔2008〕248号）规定，整机设备内元器件不做限制。

1.5 采购需求如包含属于《节能产品政府采购品目清单》中政府强制采购的节能产品，则投标人所投产品须具有市场监管总局公布的《参与实施政府采购节能产品认证机构目录》中的认证机构出具的、处于有效期内的节能（节水）产品认证证书。

2. 采购内容及范围

2.1 采购内容

包号	品目号	货物名称	数量	所属行业	是否接受进口	备注
01	1	医保 DIP 综合管理平台及医保智能审核系统	1 套	软件和信息技术服务业	否	

2.2 采购范围

包括所有货物的供货、包装运输（包括卸车及就位至采购人指定的安装地点）、安装、调试、技术服务、培训、售后服务等所有内容。

3. 商务要求

除非有特别说明，本条为实质性要求。

交付（实施）的时间（期限）	合同签订后，接采购人通知之日起 180 天内安装、调试完毕。 是否接受负偏离： ☒ 不接受 ☐ 接受： 允许偏离的幅度：
交付（实施）的地点（范围）	皖南医科大学第二附属医院医保科
付款方式	预付款支付方式： 预付款为合同金额的 40%； 中标人需提供预付款保函，预付款在合同、担保措施生效以及具备实施条件后 5 个工作日内支付。在签订合同时，中标人书面明确表示无需预付款或者主动要求降低预付款比例的，采购人可不适用前述规定。 预付款保函要求： （1）中标人提供保函的受益人和收取单位须为采购人，担保期限不少于合同履行期限。 （2）保函形式：☒银行保函☒担保机构担保☒保证保险☒电子保函 （3）保函递交要求： ①如采用银行保函，银行保函应为见索即付无条件独立保函，且应将原件交至采购人保管。 ②采用担保机构担保的，应为依法取得融资担保业务经营许可证的融资担保机构出具的不可撤销、不可转让的见索即付独立保函。 ③采用保证保险的，应为保险公司出具的不可撤销、不可转让的见索即付保证保险。 ④采用电子保函的，可访问安徽省政府采购网“融资/保函”栏目进行申请。 余款支付方式：项目安装、调试、验收合格后，在收到发票后 7 个工作日内将资金支付到合同约定的供应商账户。 是否接受负偏离：☒不接受 ☐接受
软件维护期	软件维护期：3 年，软件系统需保证性能可靠，长期运行稳定。 是否接受负偏离： ☒ 不接受

	□接受
培训要求	软件系统验收前，供应商应提供技术培训，培训不低于 2 课时，保证使用人员能正确使用该系统的各种功能及基本的技术维护。维保期间提供不低于 2 次的技术培训和研讨，根据甲方实际使用需求持续完善和更新。培训对象包括本项目所涉及的业务部门和信息化部门，为不同部门提供差异化培训内容，培训地点原则上为用户所在地。 是否接受负偏离：☒不接受 □接受
其他要求	本项目须与医院系统端口连接，涉及开放接口的,采购人负责协调接口开放,相应的接口费用（预计 10 万元，包括但不限于：HIS 接口、电子病历接口等）包含在投标总价内，采购人后期不再追加任何费用，请投标人谨慎报价。 是否接受负偏离：☒不接受 □接受

4. 技术要求

4.1 标识符号

标识类型	标识符号	标识符号含义
核心产品	▲	标的属于核心产品
实质性参数	*	负偏离或未响应视为实质性不响应招标文件要求，投标将被否决
重要参数	★	评审项
一般参数	无	评审项
注：所有技术参数及要求使用单位验收时将逐条核对，如发现与实际情况不符、虚假响应等，使用单位有权终止合同并报相关监管部门，由此产生的责任与后果均由中标人承担。		

4.2 技术要求表

一、货物需求

序号	设备名称	数量	单位	核心产品
1	医保 DIP 综合管理平台	1	套	▲
2	医保智能审核系统	1	套	

二、技术参数及要求

（一）、项目概述

1.1 项目背景

近年来，国家持续深化医疗保障支付方式改革与基金监管体系建设，先后出台多项专项政策推进 DIP 付费模式普及与医保智能审核全覆盖。2026 年 9 月 2 日，国家医保局印发关于按病组和病种分值付费 3.0 版分组方案相关通知，要求实施按病种付费的地区和医疗机构要在今年年底前完成 3.0 版分组的切换准备工作，2027 年 3 月底前落地应用。

《国家医疗保障局发布关于做好 2026 年医疗保障基金监管工作的通知》提出持续开展医保基金管理突出问题专项整治、全面推动飞行检查扩面提质、拓展深化药品追溯码监管应用等多项 2026 年医保基金监管重点工作，以更严举措守护参保人的“看病钱”“救命钱”。国家医保部门推动医保基金智能审核和监控能力建设，要求定点医疗机构将监管关口前移，形成事前提醒、事中干预、事后分析和闭环整改机制。

随着医保支付方式改革、基金监管常态化和智能审核监控要求持续深化，医院医保管理已从单一结算管理，转向覆盖规则维护、临床提醒、费用过程管控、结算数据审核、扣费申诉和持续整改的综合治理。

1.2 建设意义

在 DIP 付费机制下，医院需承担标准超支风险，医保管理、病案质控、费用结算等工作难度大幅提升。一方面，医院亟须依托 DIP 管理系统，打通临床、病案、财务、医保多部门数据壁垒，实现病种精准入组、成本动态核算、盈亏数据分析、绩效统筹管理，帮助医院优化诊疗结构，提升 DIP 结算结余率，降低运营成本；另一方面，为适配常态化医保合规监管，医院需要智能化审核工具，对门诊、住院全业务场景进行全方位校验，提前拦截违规收费、不合理诊疗行为，减少医保拒付与违规处罚。同时，搭建医保数字化管理平台，也是医院推进智慧医院建设、提升患者就医体验的核心举措，能够助力医院实现从粗放式管理向精细化、数字化、智能化管理转型。

1.3 建设目标

根据国家和安徽省的医保支付方式改革，及芜湖市卫生信息化建设相关的政策和文件精神要求，并结合医院的现状情况，本项目建设需完成以下建设目标：

（1）实现 DIP 过程管控

将 DIP 预分组、入组条件、费用标准、盈亏测算和风险预警嵌入在院管理过程。让临床医生使用的疾病诊断和手术操作诊断符合医保 DIP 支付政策要求，以减少病案室人工纠错率，提升医保费用获取率。

根据医保局返回的医保支付数据模拟分组器，在临床治疗过程中“事前提醒”，做到有效自身控制，避免事后来不及补救的现象，减少医院的事实性损失。

（2）结算清单质控管理

按照国家医保局《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，建立院内结算清单管理全流程，通过信息化系统解决结算清单的生成、编辑、审核、质控、上传等工作。

（3）医保规则闭环管理

建立院内医保目录库、规则库和知识库维护机制，覆盖医保限定支付、频次限制、重复收费、飞检规则、地方政策及院内管理规则。

（4）全过程智能监管和常态化自查自纠督查

将医保合规审核前移至处方、医嘱、收费、在院、预出院等关键环节，及时提示疑似违规行为。可实现对医保基金使用全过程智能监管和常态化自查自纠督查，确保医院医保基金使用规范、合理。减少我院因医保违规造成的扣款。

（5）管理决策支撑

为管理决策层提供经营决策的辅助依据，形成院级、科室、医生、病种组、规则类型、费用项目等多维度分析能力，实现对医院运营情况及时监控，提前预判，从而优化资源配置，有效提高医务工作者的工作效率，提升医院整体经济效益。

（二）、项目内容

＜一＞ DIP 综合管理平台

1. 分组管理

辅助临床在诊疗全过程中掌控入组结算情况，通过提前分析入组成本、盈亏情况，给出最合理的分组结果核配套的诊断及编码组合，提升入组率与优质组合分值。

★1.1 预分组功能

支持对全院在院病例进行 DIP 预测入组功能，预测本次住院的支付标准、病例类型、风险等级、结算盈亏等，其中对费用极高病例、费用极低病例、费用超支、病历首页质控问题、不合理入院等信息提供实时预警提醒。

*1.2 智能分组功能

根据主要诊断选择，判断出诊断漏填、诊断多填、手术漏填、手术多填、主要诊断与手术不一致等情况。支持根据当前填写的所有诊断、手术，推荐更多组合。支持通过调整主次诊断、手术顺序，模拟相近入组，在符合医保规范的前提下提供分组优化建议，并可对比查看模拟前后 DIP 分组及费用等情况。

1.3 病例监测功能

协助临床医生在住院治疗过程中对 DIP 相关指标和总费用进行有效干预。

★1.3.1 在院病人监控查询

实现对全院在院病例的全时段动态监测，实时展示病例核心信息，自动测算本次住院按 DIP 结算的预计差额。支持按照预设疑点规则对病例进行筛选，预设疑点规则覆盖低标入院、是否入组、费用异常提醒等常见场景，方便医生查询在院患者信息并及时处理。

1.3.2 在院病例统计

支持按科室、病区、医疗组、医生、DIP 分组结果、风险预警等级等多维度对在院病例进行汇总统计，呈现不同维度下在院病例总量、正常病例、疑点病例分类及数量、各风险等级病例分布、平均预计结算差额等核心指标数据。

2. 特例单议病例管理

2.1 特病单议筛选

系统遵循属地医保部门发布的 DIP 结算管理办法、病种分组细则、特例单议执行规范等政策，筛选可开展 DIP 特例单议申请的病历，支持调取该病例完整信息。

2.2 特病单议申请和审核

支持初筛特例单议病例定向推送至责任医生（或医保专员等科室管理人员），进行诊疗

必要性与费用合理性的核查，由责任医生（或医保专员等科室管理人员）在线发起申请至医保科审核，医保科依据政策标准对申请材料进行审核，审核通过后，提交至属地医保平台。

2.3 特例单议成效分析

系统可全面量化呈现 DIP 特例单议病例成效，展示单议通过率、金额挽回率等核心指标，对比单议前后结算收益差额，支持按科室、医生、单议类型、周期等维度统计，生成成分析报告，为医院优化单议申报、提升医保收益提供决策依据。

3. DIP 分析管理

提供全院 DIP 整体运行情况的统计分析，支持展示自定义时间段内全院病例数、结余、入组率、CMI、病种数、时间消耗指数、费用消耗指数等 DIP 核心数据。

★3.1 全院分析

展示自定义时间段内超支结余趋势、科室分布、病例类型分布、费用偏差病例占比趋势；展示各费用类型金额及占比分布、药占比、耗占比、检查检验占比，支持查看费用偏差病例的费用构成与趋势；展示次均费用、平均住院日、CMI 趋势，可按医院自定义分值区间查看对应病例数/病种数占比及结余。

3.2 科室综合分析

对院内科室按照运行指标、超支结余、费用构成等维度获得对比分析结果；提供所选科室 DIP 核心数据的展示，包含病例数、CMI、结余、药耗占比、病种构成、平均住院日等。支持提供该科室下的病种、医疗组、医生、病例等维度列表，比对其 DIP 指标运行情况。

3.2. 医生综合分析

对院内医生按照超支结余分布，对 DIP 核心指标进行对比分析，支持按环比结余增长、减少分析，支持分析费用异常病例，快速掌握院内临床医生超支结余排行、费用构成对比等数据分析结果。

3.3. 医疗组综合分析

对院内医疗组按照超支结余分布，对 DIP 核心指标进行对比分析，支持按环比结余增长、减少分析，快速掌握院内各医疗组超支结余排行、费用构成对比等数据分析结果。

★3.4. 病种综合分析

对 DIP 病种按照运行指标监控、超支结余、费用构成、分值区间分布等维度进行对比分析和下钻，支持提供该病种下的科室、医疗组、医生、病例等维度列表，比对其具体 DIP 运营指标，支持重点监控病种管理，支持根据排名查看具体病种、优势病种、劣势病种，对比不同维度下的数据分析。

3.5. 学科发展分析

支持多维度综合分析临床学科运营发展态势，可梳理各学科病种结构，明确优势、特色、亏损病种分布，结合医保政策导向与区域疾病谱变化，为医院明确学科发展定位、调整学科布局提供数据支撑；可挖掘优劣势科室，对比同象限科室不同 DIP 指标运行情况。

3.6. 报表综合查询

支持对全院各类明细数据进行多维度筛选查询，可对筛选结果进行汇总分析，支持自定义设置数据范围、时间范围与导出维度，所有查询结果均可导出。

4. 结算对账管理

4.1 月度结算单导入

支持医保结算单一键导入系统，支持查看医保结算详情，包括金额、分值、系数、盈亏、病例入组情况等。支持区分统筹区、险种，按月度、季度、年度进行不同分值点值灵活录入和调整。

4.2 结算比对分析

与医保局端下发的结算数据情况进行比对分析，分析院内分组与医保局分组的一致性，排查分组偏差问题，针对性修正预分组规则。

4.3 分组效能分析

主要包括医院、科室、医生入组情况及未入组情况进行数据分析。

★4.3.1 入组分析

从全院、科室、医生等维度、对 DIP 分组效能形成指标统计，汇总入组数据，提供入组率、入组数、科室入组排行等，帮助医院全面了解院内入组情况，有效改善及提高入组数据。

4.3.2 未入组原因分析

从全院、科室、医生维度，对 DIP 未入组原因形成指标统计，汇总未入组数据，提供未入组排行、未入组原因解析、未入组趋势等，帮助全面了解院内未入组情况和原因，有效提高入组率。

5. 综合分析报告

支持一键生成医院 DIP 综合分析报告。可根据需求自定义报告生成的时间周期、覆盖科室范围，自动整合 DIP 分组管理、结算对账、病例分析、特例单议等全模块核心运行数据，从入组效能、盈亏情况、费用结构、合规管控等多维度完成数据整合与结论梳理，清晰呈现当期医院 DIP 支付改革落地的整体运行成效，梳理运营过程中存在的问题与短板。生成的报告支持导出为 Word、PDF 等常用格式，允许管理人员根据实际使用场景调整内容，可满足上报工作进展、院内运营决策分析、年度工作成果汇总等多场景使用需求。

6. 医保结算清单管理

包括结算清单管理、医保审核上传、清单统计分析等功能

6.1 医保结算清单生成

系统可依据病案首页、结算费用等信息自动生成结算清单。根据地区医保局要求，生成过程会自动将国临版编码映射为医保版编码，实现临床编码到医保编码的智能转码。

*6.2 医保结算清单质控

参照《医疗保障基金结算清单填写规范》中的要求，结合全病历数据对医保结算清单进行校验。建立结算清单核查机制，对医生填写的结算清单进行临床科室质控，对问题清单进行修改，无问题后提交医保科。医保科对临床提交的结算清单进行二次复核，对问题结算清单进行退回，无问题结算清单提交上传。

6.3 医保结算清单清单上传

基于医院管理与部门工作情况，独立管理结算清单的上传，提高工作效率与后续问题的溯源。

★6.4 医保结算清单分析

支持统计分析清单质控问题，按科室、病种等维度查看具体问题；支持统计所有清单的调整情况进行，可查看具体调整内容及调整类型分布情况，按科室、病种等维度查看分布情况；支持统计清单调整前后各数据的变化情况，支持按科室、病种维度查看清单调整前后带来的变化。

<二>医保智能审核系统

1. 医保目录及规格知识库

具备医学知识库，包含药品知识库、耗材知识库、诊疗知识库、临床路径库、慢病诊疗规范库；具备医保知识库，包含医保三目录、疾病库、科室库、政策库、医保监控指标库等；具备审核规则库，包含医保三目录限定规则、收费标准规则、物价类规则、慢病管理规则、合理用药规则、病种审核类规则、报销限制、飞检规则、地方政策及院内管理规则库，支持规则维护、授权管理和审计留痕。

2. 事前提醒

可实现全院临床端关键环节的实时预警，自动开展合规校验，提示违规项目、规则依据、违规原因和预警等级，同时与两定平台事前提醒应用融合，完成数据的拦截提醒与分析。

★2.1 门诊事前提醒

医生开具门诊处方时自动对方，根据诊断与用药、药品说明、医保限制等条件进行实时审核。若存在疑似违规，及时提醒医生进行处理。弹框内容包括风险等级、项目名称、规

格、涉及数量、涉及金额、提示信息、规则名称。医生可返回修改，也可对处方信息进行强制保存，同时提供申诉意见填写。

★2.2 门诊慢特病事前提醒

依据慢病病种报销规范建立一套慢病患者报销的规则库（药品、检查检验、诊疗等使用规则），并根据政策变化定期更新维护。医生在开具处方时，系统基于规则库对患者诊疗合理性进行审核，对于不符合的处方，系统自动进行干预。医生可根据系统提醒调整处方内容，也可在符合政策要求的特殊情况下，填写申诉说明后继续执行。

2.3 住院事前提醒

在为患者办理入院过程中，根据患者的入院情况、结合前次出院信息进行分解入院、低标入院审核，及时提醒入院办理工作人员相关风险。

3. 事中监控

3.1 门诊事中监控

进行医保结算的环节，能够基于医保规则知识库，触发对违规处方的智能识别与即时响应机制。当系统检测到当前待结算的处方存在超量开药、重复用药、药品与诊断不符、超医保限定支付范围等违规情形时，会立即通过弹窗提示的交互方式，向结算工作人员发出违规预警，并对该笔费用进行医保支付拦截处理。

★3.2 住院事中监控

医生开具医嘱时，结合医嘱信息、医保管理规定，实时提示违规。医生可对医嘱信息进行强制保存，也可返回修改。同时提供申诉意见填写等处理方式。对医保限定相关的预警，可进行转自费并关联自费知情同意书。护士执行医嘱时，对计费项目进行实时审核，筛查出可疑违规项目后及时提醒医护人员进行处理。

支持实时查询在院患者违规情况，包括当前违规预警条数、规则名称、违规原因、违规项目、预警级别等信息。

支持每日对在院患者的信息进行审核监控，在院监控结果可通过系统或嵌入医生工作站进行提示。

支持办理出院前对本次所有对费用明细进行智能审核，给出疑似违规数据及违规产生的原因，提醒医护人员进行处理。

★4. 事后分析

支持对疑似违规数据进行统计，主要包括：违规规则数、科室违规金额、违规项目数量、违规项目金额等维度。支持按科室、医生、违规项目、依从性等方面进行分类统计，支持查看各种维度的排名情况。

支持结算数据分析管理，实现已结算病人违规数据浏览，可查看对应病例完整的诊疗记录、医嘱明细、违规发生环节等详情，方便医保管理人员开展违规问题回溯核查。系统可按周期、违规类型、科室、医生等维度统计违规发生率、平均违规金额、整改完成率等核心指标，直观呈现院内医保违规问题的分布特征与变化趋势。

5. 医保申诉管理

系统支持手动导入违规数据，也可与医保局端对接实现自动下载导入，并可将申诉任务自动下发至对应科室与医生，由医生针对下发的违规数据填写资料、上传附件提交反馈依据。医保办对临床医生反馈的材料进行全面审核后，系统支持将审核完成的数据直接上传至医保局。

*6. 自查自纠

支持医院根据医保等上级部门自查自纠要求以及医院自定义的规则配置要求，创建个性化的医保自查自纠监管方案，满足不同科室、不同病种、不同管理重点的差异化需求。执行完成后，可以查看下载本次任务运行结果的所有疑点清单。支持按规则、项目、患者姓名、就诊流水号、费用明细 ID 等条件过滤查询。通过任务运行结果，形成按科室排名、按医生排名、按项目排名、按规则排名等多角度，最终形成统计分析报告，支持自定义报告内容。

(三)、基本功能模块

序号	需求模块		功能模块	需求概述
1	DIP 综合 管理 平台	分组管理	预分组功能	DIP 预分组功能、推荐分组、DIP 预警、首页质控、既往出院信息。
			智能分组功能	DIP 自定义预分组功能、推荐分组。
			病例监测功能	协助临床医生在治疗过程中对 DIP 相关指标和总费用进行有效干预。
2		特例单议 病历管理	病历筛选功能	系统按照属地医保部门的相关 DIP 政策，筛选可申请 DIP 特例单议的病历，并支持调取该病例完整信息。
			病历申请和审核功能	支持初筛特例单议病例定向推送给责任部门，由其核查诊疗必要性与费用合理性。
			成效分析功能	系统可全面量化呈现 DIP 特例单议病例成效，支持按科室、医生等多维度统计并生成分析报表。
3		DIP 分析 管理	不同维度综合分析功能	全院病例分析结余和超支情况，支持按科室、医生、医疗组、病种、学科发展等方面结余

序号	需求模块		功能模块	需求概述
4	医保智能审核系统			分析等
			综合查询功能	支持对全院各类明细数据进行多维度筛选查询，对筛选结果进行汇总分析，支持自定义设置数据范围、时间范围与导出维度，所有查询结果均可导出。
		结算对账管理	结算单导入功能	支持医保结算单一键导入系统，支持查看医保结算详情，包括金额、分值、系数、盈亏、病例入组情况等。支持区分统筹区、险种，按月度、季度、年度进行不同分值点值灵活录入和调整。
			结算对比分析	与医保局端下发的结算数据情况进行比对分析，分析院内分组与医保局分组的一致性，排查分组偏差问题，针对性修正预分组规则。
分组效能分析			主要包括医院、科室、医生入组情况及未入组情况进行数据分析	
5		综合分析报告	综合分析报告	支持一键生成自定义时间段内医院 DIP 综合分析报告
6		医保结算清单管理	结算清单生成	依据病案首页、结算费用等信息自动生成结算清单。根据地区医保局要求，生成过程会自动将国临版编码映射为医保版编码，实现临床编码到医保编码的智能转码。
			结算清单质控	参照《医疗保障基金结算清单填写规范》中的要求，结合全病历数据对医保结算清单进行校验。
			结算清单上传	基于医院管理与部门工作情况，独立管理结算清单的上传。
			结算清单分析	支持统计分析清单质控问题，按科室、病种等维度查看具体问题。
7		医保目录及规则知识库	知识库	具备医学知识库，包含药品知识库、耗材知识库、诊疗知识库、临床路径库、慢病诊疗规范库； 具备医保知识库，包含医保三目录、疾病库、科室库、政策库、医保监控指标库等； 具备审核规则库，包含医保三目录限定规则、收费标准规则、物价类规则、慢病管理规则、合理用药规则、病种审核类规则。
8		事前提醒	门诊事前提醒	医生开具门诊处方时自动对方处，根据诊断与用药、药品说明、医保限制等条件进行实

序号	需求模块		功能模块	需求概述
				时审核。
			门诊慢特病事前提醒	医生在开具处方时，系统基于规则库对患者诊疗合理性进行审核，对于不符合的处方，系统自动进行干预。
			住院事前提醒	在为患者办理入院过程中，根据患者的入院情况、结合前次出院信息进行分解入院、低标入院审核，及时提醒入院办理工作人员相关风险。
12		事中监控	门诊事中监控	进行医保结算的环节，能够基于医保规则知识库，触发对违规处方的智能识别与即时响应机制。
			住院事中监控	医生开具医嘱时，结合医嘱信息、医保管理规定，实时提示违规。
13		事后分析	数据统计分析	包括涵盖事前事中的全院、科室、医师疑点统计分析、医师操作统计分析，自定义报表、拒付统计分析等功能。
14		医保申诉管理	违规单导入	系统支持手动导入违规数据，也可与医保局端对接实现自动下载导入
			违规申诉	可将导入的违规数据自动下发至对应科室与医生，由医生针对下发的违规数据填写资料、上传附件提交反馈依据。
			申诉复核	医保办对临床医生反馈的材料进行全面审核后，系统支持将审核完成的数据直接上传至医保局。
			结果分析	支持对医保违规数据的申诉结果进行查询，包含违规科室、医生、违规项目、规则名称、违规金额等内容。
15		自查自纠管理	医保知识库和规则库	提供国家医保药品目录、本地物价查询、本地目录查询、医保政策文件、定点机构协议等知识库的更新和查询；提供自查自纠规则的管理功能，包括规则管理、规则明细、规则明细入库。
			数据导入/同步	支持通过数据库视图、数据接口等多种方式对接数据，主要包括单据信息、费用信息、结算清单、医嘱信息、检验信息、出入库信息等。提供数据的导入、数据处理、数据校验等功能。

序号	需求模块		功能模块	需求概述
			统计分析	提供对院内数据的查询功能，包括院内目录、单据汇总、明细汇总、单据查询、费用明细、费用明细汇总、化验信息、医嘱信息、入库信息、出库信息； 提供数据结果的查询统计，可以按照规则、科室、项目等多维度进行统计分析
			医保违规分析	针对院内医保违规数据进行统计分析，并对异常数据进行警示，支持科室、按规则、按项目等分别展示
			结果反馈管理	提供违规反馈功能，支持按医院、科室、医生进行反馈结果录入，不同级别管理端对反馈结果进行处理。

（四）、技术方案总体要求

4.1 总体对接原则

1. 业务驱动、数据同源：以 DIP 分组、结算清单质控、智能审核为核心业务目标，统一从 HIS、EMR、病案等相关系统抽取数据，避免多头采集。

2. 实时为主、批量兜底：临床端事前/事中审核需实时接口，分组分析、结算对账等可采用准实时或批量接口。

3. 最小够用、隐私合规：仅采集医保结算、DIP 分组、智能审核必需字段，严格遵循《个人信息保护法》《医疗保障基金使用监督管理条例》。

4. 松耦合、可扩展：采用服务化接口，避免硬编码绑定 HIS/EMR 厂商，支持未来 DIP3.0、医保局端接口升级。

4.2 技术实现要求

1. 实时接口要求

- 事前提醒：医生站开具医嘱/处方时，接口响应时间 $\leq 360\text{ms}$ ，不得影响临床业务流程。

- 事中监控：护士执行医嘱、收费结算环节，接口支持同步/异步校验，异常时可配置“强拦截/弱提醒”。

- 数据一致性：HIS/EMR 主数据与 DIP 系统保持 T+0 或 T+1 同步，关键业务数据（如诊断、手术、费用）需支持事务一致性或补偿机制。

2. 批量接口要求

- 支持每日凌晨自动抽取全院在院、出院患者数据，用于分组预测、清单质控。

- 支持按科室、时间段增量同步，减少数据库压力。
- 批量任务需具备失败重试、断点续传、日志记录功能。

3. 数据质量与清洗

• 对接后需对诊断编码、手术编码、费用项目进行标准化清洗，支持缺失值补全、异常值校验。

• 对 HIS/EMR 中存在的“一诊断多编码”“费用项目映射错误”等问题，提供数据质量评估报告及整改建议。

4. 编码映射与转码

内置国临版 ICD-10、ICD-9-CM-3 与医保版编码映射表，支持自动转码。诊断编码、手术编码映射准确率 $\geq 99\%$ ；费用明细匹配准确率 $\geq 99.5\%$ 。

- 支持医院自定义映射规则，并保留映射日志，满足审计要求。

5. 性能要求

- 支持不低于 1300 张在院床位、日均 3500 门诊人次的数据处理能力。
- 并发支持不少于 500 个临床医生同时在线使用预分组、智能审核功能。

4.3 安全与运维要求

1. 数据安全

- 传输加密：HTTPS/TLS 1.2 及以上
- 存储加密：患者隐私字段（姓名、身份证号、医保号）加密存储
- 权限控制：基于角色的访问控制，临床、医保办、管理员权限分离

2. 日志审计

- 所有接口调用、数据修改、审核操作需记录日志，保留不少于 3 年
- 支持审计追溯：谁在什么时间、修改了哪条数据、修改前后值

3. 故障处理

- 接口异常时，系统应具备降级机制（如切换为本地规则库审核），不影响临床业务

（五）、其他要求

5.1 项目进度要求

1. 合同签订后四个月内完成系统安装、调试、交付，交付的产品应为中标人相应产品的最新版本。

2. 系统正常运行，如无功能、性能缺陷等情况后，提供系统操作手册、可验证的源代码等。

3. 系统正式运行后，实时解答软件使用过程中的各种问题。

5.2 售后服务要求

*1. 软件维护期满后，每年维保费按不超过投标总价的 8%计取。（投标人须提供承诺函，承诺函格式自拟）

2. 服务方式包括现场培训、技术支持等。在服务期间，免费进行技术支持及指导，发现异常情况及时解决。

3. 提供 7×24 小时运行保障服务，紧急事件应立即做出响应，并在 1 小时内给予解决；一般事件应在 1 小时内做出响应和安排，并在 4 小时内给予解决；如事件处理需赴现场，应在院方要求的时限内安排专业的原厂工程师到达现场解决。

*4. 系统在上线前及部署上线后的三个月内，工程师需在院内驻场办公，以保障该系统能高效、快速地投入日常运行中。后续实施阶段至少安排 1 名工程师长期驻场。（投标人须提供承诺函，承诺函格式自拟）

5. 在项目实施期和维保期内，需对系统使用中存在的功能性 bug 和性能缺陷应持续提供优化改进服务。按院方需要，对系统的问题、故障、安装、个性化需求、配置和数据等方面内容免费维护和完善。

7. 本项目因医保政策改变所需系统升级无升级费用，根据客户方需求个性化定制功能模块相关费用双方另行协商。

5.3 验收等要求

1. 项目验收。由甲乙双方共同组织验收。项目的建设范围和业务功能符合度系项目验收主要的考核依据。

2. 该系统需支持智能化功能，具有大数据分析与辅助监测能力，可满足医院后续的各类业务发展与服务升级需求。

（三）报价要求

本项目采用总价包干，投标人报总价，总价不得超过本项目最高限价，否则投标无效。投标报价包括为完成本项目的全部费用，采购人后期不再追加任何费用，请投标人谨慎报价。

