智慧医保协同管理平台

招标技术要求

**如皋市人民医院**

**2025年5月**

**目 录**

[一、 项目名称 1](#_Toc192755418)

[二、 项目总体要求 1](#_Toc192755419)

[三、 建设范围 1](#_Toc192755420)

[四、 建设内容 1](#_Toc192755421)

[五、 软件技术参数 2](#_Toc192755422)

[医保费用管理DRG系统 2](#_Toc192755423)

[（一）质控中心 2](#_Toc192755424)

[1.1质控规则管理 2](#_Toc192755425)

[1.2编码质控规则库 2](#_Toc192755426)

[1.3清单质控 3](#_Toc192755427)

[1.4质控综合分析 3](#_Toc192755428)

[1.5编码字典库 3](#_Toc192755429)

[（二）智能医生助手 4](#_Toc192755430)

[2.1事前编码质控 4](#_Toc192755431)

[2.2分组器 4](#_Toc192755432)

[2.3实时分组及测算提示 4](#_Toc192755433)

[2.4在院预警 5](#_Toc192755434)

[2.5分组推荐 5](#_Toc192755435)

[（三）智慧医保病案管理中心 5](#_Toc192755436)

[3.1编码员管理 5](#_Toc192755437)

[3.2数据治理 6](#_Toc192755438)

[3.3编码辅助 6](#_Toc192755439)

[3.4编码日志 6](#_Toc192755440)

[3.5CC/MCC/排除列表标注 6](#_Toc192755441)

[3.6疑点分析 7](#_Toc192755442)

[3.7智能编码推荐 7](#_Toc192755443)

[3.8清单分组及测算提示 7](#_Toc192755444)

[3.9费用结构分析 7](#_Toc192755445)

[（四）医保协同中心 8](#_Toc192755446)

[4.1清单审核 8](#_Toc192755447)

[4.2清单上传管理 8](#_Toc192755448)

[4.3清单上传预警 9](#_Toc192755449)

[（五）医保运营与监测中心 9](#_Toc192755450)

[5.1未月结病案预算分析 9](#_Toc192755451)

[5.2病案入组差异分析 9](#_Toc192755452)

[5.3已月结科室盈亏分析 10](#_Toc192755453)

[5.4科室-病组分析 11](#_Toc192755454)

[（六）学科发展中心 11](#_Toc192755455)

[6.1全院DRG组分析 11](#_Toc192755456)

[6.2病组-科室分析 12](#_Toc192755457)

[6.3科室指标分析体系 12](#_Toc192755458)

[6.4病组指标分析体系 12](#_Toc192755459)

[（七）绩效评价中心 12](#_Toc192755460)

[7.1综合绩效管理 13](#_Toc192755461)

[7.2能力指标分析 13](#_Toc192755462)

[7.3效率指标分析 13](#_Toc192755463)

[（八）医保辅助管理中心 13](#_Toc192755464)

[8.1入组综合分析 14](#_Toc192755465)

[8.2异常病组分析 14](#_Toc192755466)

[8.3DRG组细化分析 14](#_Toc192755467)

[8.4手术操作分析 15](#_Toc192755468)

[（九）用户管理 15](#_Toc192755469)

[9.1用户管理 15](#_Toc192755470)

[9.2角色管理 15](#_Toc192755471)

[9.3系统参数管理 16](#_Toc192755472)

[医保智能审核系统 16](#_Toc192755473)

[（一）基础信息管理 16](#_Toc192755474)

[1.1药品信息管理 16](#_Toc192755475)

[1.2诊疗项目信息管理 16](#_Toc192755476)

[1.3疾病手术信息管理 16](#_Toc192755477)

[1.4院内医师信息管理 16](#_Toc192755478)

[1.5目录对照信息管理 16](#_Toc192755479)

[（二）规则配置管理 17](#_Toc192755480)

[2.1规则库查询 17](#_Toc192755481)

[2.2知识库配置 18](#_Toc192755482)

[2.3规则实例配置 19](#_Toc192755483)

[（三）医疗数据监管 19](#_Toc192755484)

[3.1诊间提醒 19](#_Toc192755485)

[3.2在院疑点查看 19](#_Toc192755486)

[3.3出院疑点审核 19](#_Toc192755487)

[（四）疑点分析 19](#_Toc192755488)

[4.1出院疑点分析 20](#_Toc192755489)

[4.2历史疑点分析 20](#_Toc192755490)

[（五）常规指标分析 20](#_Toc192755491)

[5.1全年费用情况分析 20](#_Toc192755492)

[5.2医保体系费用分析 20](#_Toc192755493)

[5.3医生费用情况分析 20](#_Toc192755494)

[5.4药品使用情况分析 20](#_Toc192755495)

[5.5诊疗项目使用情况分析 21](#_Toc192755496)

[5.6疾病费用情况分析 21](#_Toc192755497)

[（六）系统管理 21](#_Toc192755498)

[6.1用户管理 21](#_Toc192755499)

[6.2角色管理 21](#_Toc192755500)

# 项目名称

如皋市人民医院智慧医保协同管理平台建设项目

# 项目总体要求

在医保支付方式改革背景下，构建一套帮助医院适于新医保付费下的事前多维把控，事中盈亏调整和事后数据分析的智慧医保协同管理平台，为医院应对医保DRG 支付方式改革和强化的医保基金监管体系下面临的问题，提供高效支持，提升医院整体管理和运营效率。

# 建设范围

单体医院

# 建设内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目内容 | 单位 | 数量 |
| 医院医保费用管理DRG系统 | 套 | 1 |
| 医院医保智能审核系统 | 套 | 1 |
| 院内外系统接口对接 | 套 | 1 |

# 软件技术参数

## 医保费用管理DRG系统

### （一）质控中心

依托医保结算接口规则、《ICD-10》《ICD-9-CM-3》、《医保结算清单及编码填报管理规范》等标准规范，实现标准化转化引擎，根据医保规则版本更迭，提供持续化服务。

#### 1.1质控规则管理

1.支持按规则编号、规则名称、规则类型等维度进行规则的查询；

▲2.支持规则的生效状态进行开启/停用，支持对质控规则按照院内管理等级设置相应扣分分值，通过病案得分，对病案整体情况进行评估；

▲3.支持维护违规提示内容。

#### 1.2编码质控规则库

系统内置编码规则，主要大类包括：

1.清单分组规则，影响入组的关键规则，提供不少于10条示例；

2.编码内涵类规则，不限于多编、漏编、错编等规则，提供不少于10条示例；

3.首页质控规则，不限于编码类、规范类规则，提供不少于5条示例；

4.清单上传规范性规则，4101A接口的规范要求，提供不少于10条示例。

#### 1.3清单质控

1.支持与电子病历（EMR）、医嘱、费用、检查检验等数据对接，辅助编码员进行医保结算清单的内涵校验；

2.支持根据质控对病案进行打分，标注出特殊病案。

#### 1.4质控综合分析

根据编码前后的质控结果，出具分析结果：

1.提供全院编码前后支用比、违规问题占比的变化情况；

2.提供各科室违规情况排名；

3.提供各科室医生违规情况排名；

4.支持查询各科室、各病例违规详情；

5.支持分析编码前后入组情况、拨付金额、编码诊断手术发生的一切变化情况。

#### 1.5编码字典库

▲1.内置ICD-9、ICD-10编码字典库，支持关键字索引，提升查找效率

▲2.内置《医保结算清单及编码填报管理规范》，支持知识库查询

### （二）智能医生助手

为临床医生提供在院病例实时入组及费用盈亏情况预测分析服务，便于医生及时调整治疗方案，合理分配医疗资源，规避超支风险；同时提供病案质控管理，从源头保证医保结算清单质量。

#### 2.1事前编码质控

支持医生端通过接口调用进行病案填报质控，根据传入的基本信息、诊断信息及手术等信息，对病案进行完整性、规范性、一致性校验，错误信息给出提示。

#### 2.2分组器

内置符合国家CHS-DRG分组方案的分组器，支持根据本地分组与付费细则进行分组器本地化适配。

▲1.支持CHS1.1或2.0版分组方案适配；

▲2.支持多套DRG分组方案并存。

#### 2.3实时分组及测算提示

1.根据医生填写的诊断和手术信息，实现模拟分组预测，实时显示分组结果、权重、支付标准，应用算法实现病例费用结构测算；

2.支持患者的费用与预入组的付费标准进行对比，提示对应费用情况，超过1倍、临界、低于30%等提示。

#### 2.4在院预警

1.支持在院患者进行预测分组，并模拟计算出医保支付标准；

2.支持筛查出在院患者处于临界的病案进行预警；

3.支持在院异常病例查看，包括未入组、高倍率、低倍率、QY组的病例。

#### 2.5分组推荐

1.支持对医生填写的诊断和手术进行轮询分组测算，根据诊断及手术操作，推荐合规高效分组供医生参考；

2.推荐不同主诊断、主手术组合进入到的DRG组及对应组的权重、支付标准，支持按照权重/付费标准进行排序。

### （三）智慧医保病案管理中心

为病案科室提供结算清单的编码、质控与审核服务，精准定位问题清单，方便与临床医生沟通解决质控缺陷、无法入组、上传失败等问题清单，确保结算清单填写质量，避免医院经济损失。

#### 3.1编码员管理

1.支持编码人员管理，支持调整病案编码人员对应的编码科室及工作状态；

2.支持病案分发，支持病案管理人员对病案进行平均或按科室要求分发；

3.支持调整病案分配，支持对病案管理员已经分配的病案，进行编码员更换。

#### 3.2数据治理

1.支持患者完成出院结算并提交病案首页后，由系统自动抽取生成结算清单，并进行清单质控；

2.系统自动进行清单分组、清单质量评分、特殊清单标识。

#### 3.3编码辅助

1.辅助编码员进行医保结算清单填报；

2.病案基本信息校验和判断提示；

3.多系统数据同屏概览，包括病历校验、病程记录、手麻信息、处方信息及检验检查信息等；

4．支持清单预览和打印。

#### 3.4编码日志

▲1.对编码员每次修改的诊断进行记录；

▲2.可查看编码员每次编码情况；

▲3.编码员可记录修改诊断、手术的原因。

#### 3.5CC/MCC/排除列表标注

1.支持按照分组方案的CC/MCC/排除列表，对病案的其他诊断进行CC/MCC/排除标注；

2.支持根据实际医疗资源消耗情况，选择上传“其他诊断”、“其他手术操作”等。

#### 3.6疑点分析

内置逻辑审核医保结算清单的完整性、标准性、规范性、合理性，并将审核疑点进行可视化回馈，编码员进行疑点追踪与修改。

#### 3.7智能编码推荐

▲进行收费结算的手术操作项目未填写，支持依据医保收费码，重新审核医保结算清单中可能缺失的编码，并于系统中提示。

#### 3.8清单分组及测算提示

1.支持一键预测，根据医保结算清单的诊断和手术信息，实现分组预测，显示分组结果、权重、支付标准；

2.支持病案费用范围提示，属于高倍率病案、低倍率病案、正常病案；

3.支持支付标准计算公式可视化，明确指标计算逻辑。

#### 3.9费用结构分析

支持展示病例费用结构，支持付费标准差异分析，支持对费用差异原因提供明细提示：

1.支持列表形式展示费用明细大类；

2.支持查看费用明细项目详情；

3.支持对费用差异主因内涵按照数量、金额等进行排序。

### （四）医保协同中心

结合本地医保局清单时效标准和管理模式要求，根据医院实际人员配置情况，提供编码业务流程定制化配置，支持全流程医保结算清单状态监控，促使结算清单及时准确上传至医保，掌握医保结算清单整体流转状态。

#### 4.1清单审核

根据医院实际业务流程支持后台自定义配置，满足不同审批流程场景：

1.医保清单上传前，支持根据院内业务流程进行医生端、病案室端、医保科端分级审核；

2.审核完成后，支持清单预览；支持查看阅览日志

#### 4.2清单上传管理

1.支持医保结算清单4101A接口上传，可多次上传。

▲2.对每次上传内容、返回报文进行记录及留存备查；

3.支持单笔上传，支持批量上传；

▲4.所有医保结算清单数据进行长期存储，支持每次上传清单的具体内容，通过标准清单样式展示。

#### 4.3清单上传预警

对临近上传期限未上传的清单进行预警提醒。

### （五）医保运营与监测中心

为医院管理科室、临床科室提供全院、科室、医生、病人多维度的盈亏分析，辅助医院经营决策。

#### 5.1未月结病案预算分析

对当前医保未月结的病案根据医保结算清单信息进行盈亏预测，能将病案按高编、低编、未入组及正常病案进行分类，支持逐一下钻至单一病案，支持钻取分析。

▲下钻分析功能主要包括：

1）对四类病案进行总体分析，包括总病例数、总费用、标准费用、医院垫付金额、医保拟支付金额、垫付差额等，并按科室展示病案分布情况；

2）从出院科室下钻到病案明细，支持下钻到DRG组、医生，包括患者姓名、病案号、主诊断、DRG预分组信息、费用偏差；

3）最终可下钻到单个电子病案入组分析功能。"

#### 5.2病案入组差异分析

对存在偏差的清单进行原因分析，并判断出清单可能出错的环节，是编码不准确或是政策性亏损，为管理提供抓手。主要包括：

1）展示结算清单基础信息，用于了解该病例基本情况；

2）将医生填写的诊断名称、手术名称与标准编码名称、标准手术名称对照，差异部分予以提示；

3）将该患者的处方信息进行分类汇总并按费用排序，为判断该清单的主要费用信息做支撑；

4）按照费用六分类后，与标杆值进行比较，判断是否由治疗手段差异过大引起的费用差异。

#### 5.3已月结科室盈亏分析

多维度对已月结的医保病案进行盈亏分析。展示全院DRG盈亏情况，支持钻取式分析，按照“全院-科室-病组-医师-病案”维度，逐层下钻至病案明细，精准定位医院盈亏出在哪些科室、哪些医生及哪些具体病例，查找亏损原因。

▲下钻分析功能主要包括：

1）汇总展示医院对应月份或自定义时间段的总病案数、DRG组数、支用比、盈亏金额、入组病例数、例均住院日；

2）查询各科室的医院垫资、医保支付、盈亏金额、支用比、入组例数、DRG病组数信息，并可按指定项目排序；

3）可选择某一科室进行详细分析。

4）对科室整体情况进行评价，包括总分值、CMI、例均费用、例均住院日的趋势图；科室内DRG病组列表及各病组的盈亏情况。

▲5）最终可下钻到单个电子病案分析功能、入组情况、疑点情况，处方费用详细信息，并可按执行科室对处方费用进行归类查看。

▲6）支持拨付金额计算公式可视化，明确指标计算逻辑。

#### 5.4科室-病组分析

多维度对指定的科室进行DRG病组情况分析。主要功能包括：

1）科室下DRG总体情况分析；

2）科室下本年度或自定义时间段DRG指标走势分析，包括病案数、总权重、CMI、平均住院日、例均费用；

3）科室包含的DRG病组明细，可分析出该科室主要治疗哪些DRG病组，可病组-医生-患者分级下钻分析；

4）指定某个病组后，可按费用六分类对比本科室、本院其他科室、标杆值进行对照分析。

### （六）学科发展中心

为医院管理科室、临床科室提供从DRG病组维度的盈亏分析，可直观了解医院盈余排名靠前的病组及亏损较多的病组；建立指标分析体系，为科室/医生/病组高效运营管理、建设重点专科提供参考依据。

#### 6.1全院DRG组分析

多维度对病案按DRG分组维度进行分析，支持按疾病类别进行选择分析。

主要功能包括：

1）查询各DRG组的医院垫资、医保支付、盈亏金额、支用比、病案数、科室数等信息，并可按指定项目排序；

2）可选择某一病组进行下钻详细分析。

#### 6.2病组-科室分析

多维度对指定DRG组进行详细分析，主要功能包括：

1）该DRG总体情况分析；

2）该DRG组本年度或自定义时间段指标走势分析，包括病案数、总分值、平均住院日、例均费用等；

3）对该DRG病组所在科室进行查询分析，可科室-医生-患者分级下钻分析；

4）指定某个科室后，可按费用六分类对比本科室、本院其他科室、标杆值进行对照分析。

#### 6.3科室指标分析体系

依据医院需求，设置病案占比、CMI等指标作为参考坐标，对科室发展进行评价。

#### 6.4病组指标分析体系

依据医院需求，设置病案占比、CMI等指标作为参考坐标，对病组发展进行评价。

### （七）绩效评价中心

为医院管理科室提供全院医疗服务能力、效率等绩效指标分析，为科室能力、效率等绩效指标评价考核提供参考依据，辅助医院明确功能定位、建设重点专科病种。

#### 7.1综合绩效管理

1.六大绩效指标加权建模，建立综合评价体系，帮助医院综合评价各科室DRG绩效考核结果。

2.支持医院自行维护Topsis权重指数。

3.基于全院进入DRG组的病例进行展示和分析。基于全院整体的DIP组数，总分值，CMI的趋势进行展示分析。

#### 7.2能力指标分析

从能力维度对医院各科室进行绩效评价。

评价维度包括：总分值，DRG组数和CMI指数，对各维度进行科室排名，并可与历史数据进行同比和环比的数据分析。"

#### 7.3效率指标分析

从效率维度对医院各科室进行绩效评价。

评价维度包括：时间消耗指数，费用消耗指数，对各维度进行科室排名，并可与历史数据进行同比和环比的数据分析。"

### （八）医保辅助管理中心

结合医保管理经验及拟合当地医保结算办法，提供对医保结算清单入组情况分析、异常病组分析、手术操作分析等功能，为全院数据进行把脉，辅助医院权重谈判时，对本院病组情况、病组治疗成本与全市差异情况等做到心中有数。

#### 8.1入组综合分析

1.对于自定义时间段内医院整体入组详情进行统计分析，支持展示人次、入组率、DRG组数、严重并发症人次、严重并发症占比、高权重手术人次、高权重手术占比等指标；

2.展示各科室入组详情；

3.展示院内MDC大类分布情况；

4.展示院内病组（内科组、非手术组、手术组、QY组、0000组）结构情况。

#### 8.2异常病组分析

1.对异常病案（高倍率、低倍率、未入组、QY组）进行统计分析及趋势展示，辅助医院管理异常病案；

2.提供院内平均费用与病组支付标准参考，支持对各科室高倍率、低倍率病案进行追踪分析

#### 8.3DRG组细化分析

1.支持指定DRG组费用发生情况分析，包括费用发生情况及费用趋势分析；

2.支持指定DRG组费用结构分析；

3.某DRG组为内科组时，支持该DRG组下主要诊断的分布及费用发生情况分析，了解医院该病组下疾病分布结构与支付标准差异；

4.某DRG组为手术操作组时，支持该DRG组下主要手术分布及费用情况分析，了解医院该病组下手术操作分布与支付标准差异

#### 8.4手术操作分析

1.当手术为主要手术入组，主要进入哪些DRG组，及对应的费用分布及盈亏情况；

2.当手术为其他手术时，进入哪些DRG组，及对应的费用分布及盈亏情况，可分析该病例是否为主要手术选择不当

### （九）用户管理

#### 9.1用户管理

1.维护系统的操作员，根据医院的医师信息，系统会给相关医师及医保科等管理人员创建用户并授予不同的角色；

2.操作员登录到系统后可以自行修改密码"

#### 9.2角色管理

根据医院的不同人员角色的工作职责创建相关的角色，用于区分不用用户的权限。

#### 9.3系统参数管理

对系统常用参数进行设置。

## 医保智能审核系统

### （一）基础信息管理

#### 1.1药品信息管理

查询当地医保药品目录详细信息。

#### 1.2诊疗项目信息管理

查询当地医保诊疗项目详细信息。

#### 1.3疾病手术信息管理

查询当地医保疾病目录基本信息。

#### 1.4院内医师信息管理

查询院内医师信息。

#### 1.5目录对照信息管理

1、定时同步医院目录和医保目录的对照关系。

2、查询出医院目录和医保目录的对照信息，包括医院项目编码，医院项目名称，中心项目编码，中心项目名称。

3、审核：医保科可以对现有的对照关系进行审核，给出审核结果及意见。

### （二）规则配置管理

以国家标准两库三目录为基础，同时兼顾本地政策，提供可视化知识库页面，并支持手工配置院内规则，让医院医保管理人员更加清晰明了的了解规则详情。

#### 2.1规则库查询

规则库主要包含收费类、临床类、管理经验类、医保政策类等。规则细类设计包含但不限于以下分类：

费用医嘱匹配异常；

无医嘱费用；

诊断限性别；

外伤病种；

美容项目审核；

药品限病种；

项目加收须存在主项目；

项目间隔天数限制；

项目内涵重复使用；

项目限儿童；

项目限工伤保险；

项目限生育保险；

项目限新生儿；

抗生素限手术项目使用禁忌；

药品限特定项目；

单次住院下放药品总金额超上额；

药品限工伤保险；

药品限制支付天数；

同日药理作用相同药品重复使用；

项目搭配使用数量不一致；

患者黑名单提醒；

慢性病用药超范围等。

#### 2.2知识库配置

查询各个规则大类的知识库明细，支持医院自行定制知识库明细。

1、定期解读当地医保最新的医保正常、物价收费政策，形成完善的知识库数据；

2、支持知识库的可视化查询，方便客户了解每个规则对应的规则明细；

3、支持客户自定义配置规则细类，包括药品、诊疗项目、诊断等信息，支持从基础字典中进行选择相关目录。

#### 2.3规则实例配置

配置医院要上线运行的规则，设置不同规则的使用场景。

### （三）医疗数据监管

产品通过“事前”、“事中”、“事后”全业务场景监控医疗违规行为；每个规则可根据医院的需求定制不同的监控时机、应用场景、违规管控方式。

#### 3.1诊间提醒

提供接口供HIS系统调用，在医生工作站、护士工作站下医嘱时，调用我方系统，我方系统根据配置好的规则方案进行校验，对违反规则的疑点予以提示，设置不同的提醒等级

#### 3.2在院疑点查看

每天对在院患者进行筛查，筛查出的疑点分配医保科、科室主任、医师权限进行查看。

#### 3.3出院疑点审核

患者出院前进行疑点筛查，筛查出来的疑点提示给医生、护士。

### （四）疑点分析

随着医保基金监管力度的逐渐加大，医保局及相关机构会频繁的对医院的医保患者费用进行检查，针对此种情况，系统可以针对历史的费用情况进行疑点分析，通过分析可以了解本院的疑点排名，及每个疑点的具体项目排名，也可以精确到某一次病历。

#### 4.1出院疑点分析

针对出院审核筛选出的疑点进行分析。

#### 4.2历史疑点分析

分析历史出院结算患者的疑点情况。

### （五）常规指标分析

#### 5.1全年费用情况分析

统计医院全年总医保费用情况。

#### 5.2医保体系费用分析

统计不同医保体系的统筹支出情况。

#### 5.3医生费用情况分析

统计不同科室、不同医生的费用情况。

#### 5.4药品使用情况分析

根据药品使用情况进行统计分析。

#### 5.5诊疗项目使用情况分析

根据诊疗项目、耗材使用情况进行统计分析。

#### 5.6疾病费用情况分析

根据出院诊断对疾病费用情况进行统计分析。

### （六）系统管理

#### 6.1用户管理

1、创建系统用户

2、修改用的信息

3、修改密码

4、分配角色，不同角色管理的功能模块不同

#### 6.2角色管理

1、定义角色

2、给角色分配不同的功能模块

## 院内外系统接口对接

### （一）院内信息系统

与院内HIS、CIS、病案等临床、管理等信息系统接口对接

### （二）院外信息系统

与院外卫生行政主管部门，医保经办机构、监管机构等部门信息系统接口对接。