第四章 采购技术需求

# 一、建设背景

为落实卫生部、国家中医药管理局“以病人为中心，以提高医疗质量为主题”的医院管理，在医疗质量管理模式上实现由传统的经验管理向科学管理的转变，在医院高度信息化的基础上，提升整体医疗质量，改进临床效率和节约公共医疗经费等方面开展实践工作,促进医疗机构医疗质量的全面提高。针对当前医疗机构中对医保相关政策的执行现状，需要采购《医保控费软件》，提供临床医疗辅助指导服务，为各医院医务人员和管理部门提供有价值的指导和分析决策支持。

## 二、软件方面需求

本系统建设目标是建立适用于医疗机构临床医师、护士等工作人员在开具处方或医嘱时进行用药或治疗处方的医保审核检查；中心领导及相关部门通过审核记录分析医院医师在病人治疗过程中用药情况和治疗情况；更高效率的分析和指导医院医疗质量管理，建立正常、严谨的工作秩序，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平，管理水平，不断发展。系统基于医疗保险经办机构的医保报销业务审核精神，制定相关的数据规范、信息交换规划以及审核规则，与医疗机构共同建设医保报销单据预审核系统，实现处方单据的系统自动预审核，医生在医生工作站端开处方时，对单据数据进行自动、快速的审核筛选，对违规或可疑的单据进行预警，从而避免将违规的单据上传到医保中心，减少甚至杜绝不合理或违规被处罚的现象。

医疗质量控制与服务系统由《医院端审核系统》、《医疗质量控制查询系统》组成。

（1）《医院端审核系统》是医疗质量控制与服务系统的核心；

医院端审核系统是医疗机构在开处方或医嘱时进行医疗违规检查，集成在HIS系统中作为HIS系统一部分。医院端审核系统包括审核引擎和HIS对接接口两大部分。审核引擎实现处方单据的实时审核处理，返回审核结果。HIS对接接口开发给HIS开发商，由HIS在医生工作站或其他环节在需要的时候调用审核服务，交给审核引擎进行逻辑处理，并将审核结果返回给HIS系统。

（2）《医疗质量控制查询系统》是对审核后的数据查询和统计；

医疗质量控制查询系统是对医院端审核后的医疗单据进行查询，是医院端审核系统的辅助查询功能。可以查询当前医疗机构医疗单据审核详细内容。

# 三、软件需求参数

**1系统建设原则：**

★标准统一：与杭州医保规则100%一致

公平公开：公开规则审核标准

高效准确：不干扰his系统速度，不影响数据安全性

★持续完善：与杭州医保规则保持同步，提供持续服务

**2 技术指标**

（1）系统稳定可用性高、数据安全可靠性强

信息系统成为医院管理、运营各方面的支撑环境，要求系统设计与实施充分考虑系统的稳定性，并具有高可用性，要求系统支持7×24连续安全运行，稳定可靠，易于维护。在管理上，要求系统建设多层次的安全体系，保证系统和数据的安全可靠。

（2）标准化原则

提供的所有软硬件产品、所涉及的工具及运行环境需遵循国际通用标准和行业规范。

按照国际、国家、行业、企业相关标准建设适合医院现状和发展的标准规范体系，创建信息共享、系统集成环境。

（3）安全性原则

采用的软件开发技术和方法应该充分考虑医院所面临的安全性要求，建立适应的安全管理保障机制。

（4）先进性与可靠性原则

要求选择成熟、可靠的主流技术和产品，即保证技术和产品的先进性，又要充分考虑实用性和高可靠性，有良好的售后服务和承诺支持。

（5）兼容性与可扩展性原则

要求从整个富阳区域his目前和发展的角度，坚持开放性原则，考虑各种软硬系统的兼容性和可扩展性。

（6）易使用、易维护与可配置性原则

应用系统开发要充分体现结构化、模块化的设计思想，采用先进的设计和开发工具，同时按照便于管理和易维护原则，对于管理和维护有专门的考虑。

开发的系统要易使用和易维护。要求提供联机的帮助手段，要求应用界面简捷、直观，用户使用一目了然，简单易学；要提供丰富灵活的配置手段，针对一般用户，使用简单方便，适应多种应用的需要。

**3软件功能要求**

本项目的具体软件功能在满足上述建设内容的基础上，补充描述要求如下：

|  |  |
| --- | --- |
| **基本需要** | |
| 系统需要布控的范围 | 涵盖当前区域his系统各业务操作系统和相关医保管理部门。  1、医生工作站（门诊、住院）  2、护士工作站（门诊、住院）  3、收费系统（门诊、住院）  4、医保管理部门（领导监管及查询） |
|
|
|
| 功能需求 | 根据杭州医保规则对单据进行审核并反馈审核结果：  限定科室使用  对限定在特定科室、医生使用的药品进行审核。  重复用药  对最小分类项下的药品联合使用进行审核。  中药饮片超量  药品目录内有用量限制的饮片，按照普通疾病和恶性肿瘤，限定不同的用量、帖数进行审核。  药品超量  根据药品的规格、转换比，上传的用量、频次，参考说明书的用量计算出该药品的实际可使用天数，结合急性、慢性病用药量进行配药量的审核。  中药饮片审核  对单味不支付饮片、单味或复方均不支付饮片进行审核。  阶梯用药审核  对限二线使用的药品进行审核。限定支付的降压、降糖等长期慢性病用首次使用提供诊断依据。  违反限定适应症(条件)用药  对药品目录有限定支付的药品进行适应症审核。  频繁取药  在限定时间段内重复配取最小分类项下的慢性病用药。  单张单据药品种类异常  对单张单据药品种类高于设定数值的单据进行审核，发现其中的异常单据。  均帖费用异常  对帖均费用过高、过低的饮片处方进行审核。  医用材料与治疗项目不符  医用材料的使用必须与医疗服务项目相对应，材料编码对应项目编码，一对一关系  超限定价格  有限价的医用材料超过该项目限定单价进行结算控制。  超限定频次  医疗服务项目在一个时间区间内限定报销的次数。  重复收费  医疗服务项目“项目内涵”已包含的项目，或“备注”中明确不得同时收费的项目同时收取。  超项目限定报销总额  一个治疗过程或时间区间使用该项目的累计总金额或列支金额。  违反限定适应症(条件)项目  对医疗服务项目“限定支付”的适应症进行审核。  限就医方式  医疗服务项目限在门诊或住院使用。  限定性别审核  男性、女性生殖系统的药品或医疗服务项目，限所对应的性别人群使用。  非基本医疗保险目录  对单据中的药品和项目进行支付范围审核。  限儿童  对限子女统筹、儿童使用的药品和项目进行审核。  限定医院类型级别报销  对限定医院类型、级别使用的药品和项目进行审核。  违反项目匹配  药品或医疗服务项目的支付必须与限定的药品或医疗服务项目相对应，一一对应关系。  就诊信息数据异常  诊断编码不规范的审核。  费用明细数据异常  药品用量、频次未按要求正确上传；医师、科室信息为空等的审核。  超限定疗程  对有疗程限制的药品和医疗服务项目进行审核。  超限定数量  医疗服务项目在一个时间区间内限定支付的数量，“缓解感冒症状的复方OTC制剂”等超过2个以上的审核。  单据重复数据异常  判定条件：同一参保人，同一天10分钟内，在同一家定点机构发生的相同金额、相同项目费用。  门诊规定病种审核  根据各规定病种的用药、检查和治疗范围进行审核。  提前取药  根据上次处方的日期及实际可使用天数，门诊慢性病用药提前3-5天以上配药的、按疗程收取的医疗服务项目提前1天以上开取的审核。  住院天数异常  对住院天数超过365天的进行审核。  分解住院  对参保人员出院后7天内在同一家医院再次入院的住院费用进行相关费用的审核。  门诊频次异常  对参保人的门诊频次进行审核，发现门诊频次异常的单据。  安全用药审核  通过ESI临床知识引擎的运算，发现单据中违反禁忌症的药品以及对特殊人群的用药安全进行审核，对其中违反禁忌的药品进行提示。  非诊疗常规用药  通过ESI临床知识引擎的运算，发现单据中不符合临床常规诊疗规范的用药。  非诊疗常规项目  通过ESI临床知识引擎的运算，发现单据中不符合临床常规诊疗常规的诊疗项目。  药品相互作用  通过ESI临床知识引擎的运算，发现单据中合并用药产生严重不良反应的药品，并对相应的药品进行提示。 |
|

要求医保规则与杭州医保的支付规则保证同步更新。在安装、调试和运维过程中配合医疗机构信息部门进行联调，保证系统正常运维。

本项目报价明细需至少包含医保质量控制系统与HIS接口改造二个部分。

# 四、建设周期、付款、保修要求

要求合同签订收到首款后即马上施工，要求在3个月内完工。

要求整个系统保修三年及以上。要求保证维护响应时限是7×24小时电话实时响应，如无法远程解决问题，正常工作日4小时（不含合理的在途时间）内到达现场，24小时内解决用户问题，重大故障1小时内到达现场。在维护期内每月至少一次上门随访和系统维护。

本项目维护服务期满后，维保费用由甲乙双方另行友好商议决定，每年维保费最高不超过本合同项目医保质量控制系统部分报价的10%。

付款方式为分期付款，合同签订后付合同价格的30%，验收合格后付合同价格的60%，保修期结束后付合同价格的10%。