

医保智能审核系统采购参数

由于在患者出院以前，医疗费用一直处于动态变化之中，难以有效管控；在患者出院并与医院结算完成后，医院对于总控额度消耗情况也难以精确统计，这些因素都对医院医疗费用精准管控造成了极大压力。因此需要通过建立智能审核系统，做到事前提醒，事中预警，事后分析，强化过程管理，将总控额度、协议考核指标纳入实时监控范围，并结合医院实际情况，制定院内各科室管控方案并同时纳入实时监控，实时同步获取医疗费用数据和出院结算数据，实时监测总控额度及协议指标消耗情况，及时预警指标异常情况，准确定位导致异常情况产生的科室、医师，形成管理闭环，充分体现“预防（违规行为）”为主的管理理念，使医院管理符合现代医院的动态性和系统性，实现在系统规则制定过程中及时纠错，规避风险，减少扣款，达到促进合理用药、合理检查、合理治疗的目的，为医院费用管理提供连续、动态和系统的保障。具体系统参数如下

一、院内医保监管系统

1、▲门诊审核提醒

1.1 门诊审核

系统提供门诊处方实时审核功能。在医师开具门诊处方时自动对方进行实时审核，筛查出可疑违规项目后及时提

醒医师进行处理。

1.2 门特审核

系统提供门特处方实时审核功能。医师开具特殊门诊处方时，系统自动对方进行实时审核，筛查出可疑违规项目后及时提醒医师进行处理。

1.3 门诊预警拦截处置

系统针对门诊提醒的违规结果，实时拦截并提供多种疑点处置方式，支持用户继续使用并填写使用理由、或取消本次开单内容、或标记自费项目，诊断相关的违规项目支持用户实时补充医保诊断。

2、▲住院审核提醒

2.1 住院医嘱审核

医师开具住院医嘱时，系统实时对本次医嘱明细的医保支付限制性、医保收费合理合规性进行审核，并弹窗提示（疑似）违规信息，同时系统提供多种拦截处置方式。

2.2 住院计费审核

各科室将计费项目录入 HIS 系统并提交保存时，HIS 系统自动调用住院费用实时审核服务对待保存的收费项目进行实时审核，如有违规项目则进行实时提醒。

2.3 住院每晚预审

每晚定时对在院医保患者的全部费用明细进行审核，并保存审核结果数据，第二天各科室医保管理员或医保办可对

违规但医师认为合规的费用进行复核，或直接提醒到医护人员，由医护人员及时进行纠正，从而避免违规行为继续发生。

2.4 医生站出院审核

医生在工作站中对患者进行出院操作时，系统基于医保支付限制性、医保收费合理合规性、医保管理类规则对患者本次就诊的全部费用进行全面审核，并对存在（疑似）违规项目进行提示。

2.5 护士站出院审核

临床科室护士在为病人办理出院手续时，系统基于医保支付限制性、医保收费合理合规性、医保管理类规则对患者本次就诊的全部费用进行全面审核，并对存在（疑似）违规项目进行提示。

2.6 医保办出院审核

系统支持患者出院结算前由医保办审核人员审核患者费用，对患者本次就医费用记录整体审核药品、耗材、诊疗项目相关医保规则，并展示疑似违规信息，系统支持将不符合报销规则的费用自动处理为不纳入报销。

2.7 住院预警拦截处置

系统针对住院医嘱、计费、出院提醒的违规结果，实时拦截并提供多种疑点处置方式，支持用户继续使用并填写使用理由，支持标记自费项目，支持与HIS对接取消本次开单内容，支持与HIS对接实时补充违规项目相关的医保诊断。

3、在院患者日审

3、1 住院每晚预审

每晚定时对在院医保患者的全部费用明细进行审核，并保存审核结果数据，第二天各科室医保管理员或医保办可对违规但医师认为合规的费用进行复核，或直接提醒到医护人员，由医护人员及时进行纠正，从而避免违规行为继续发生。

2.1 日审违规提示

查看每晚预审违规的患者及处理进度，支持查看违规项目明细并提供多种疑点处理方式。

二、医保智审管理平台

1、审核综合分析

1.1 ▲ 审核情况总览

支持以审核时间、审核场景、院区等字段做查询，展示提醒总金额、提醒项目数、提醒率，提醒情况趋势。支持按科室、医生、规则、项目 4 个维度所有组合情况进行下钻查看。

1.2 审核预警分析

支持通过时间、审核场景、医保类型、规则等级、医师操作等对预警项目做分析。从项目、规则、科室、医师多维度展示审核预警提醒情况及医师操作情况。并通过图表形式直观展示。

2、▲ 审核违规分析

2.1 科室可疑违规汇总

支持按时间范围查看各科室的违规病例分布情况，从科室、医生、患者三大维度下钻分析，直接对比各科室的违规频次情况、临床操作反馈情况，快速定位问题科室，支持下钻至违规明细，查看患者费用明细、审核详情，支持数据导出。

2.2 医生可疑违规汇总

支持按时间范围查看各医生的违规病例分布情况，直接对比各医生的违规频次情况，对比临床对拦截项目的各类操作占比情况，快速定位问题医生，支持下钻至违规明细，查看患者费用明细、审核详情，支持数据导出。

2.3 规则可疑违规汇总

支持按时间范围查看各类规则的违规病例分布情况，从规则、项目维度直接对比各类规则的违规频次情况，对比临床对各类规则的操作占比情况，快速定位问题规则类别，支持下钻至违规明细，查看患者费用明细、审核详情，支持数据导出。

2.4 审核疑点明细查询

支持通过条件筛查住院审核记录数据，支持按违规等级筛选违规数据，支持筛选审核违规、审核通过、无规则的数据；支持查看违规病例门诊详情信息，包括患者基本信息、参保信息、就诊信息、违规规则等；支持数据导出。

3、▲医保申诉管理

3.1 拒付疑点管理

系统支持对医保中心每月下发的初审扣款疑点数据进行管理，设置疑点明细模板及数据匹配算法。

3.2 申诉任务管理

系统提供申诉任务管理，根据导入的申诉数据，自动关联生成申诉理由，并支持下发任务到科室或医生对申诉进行处理，由医生上传申诉材料，医生提交后医保办可审批，审批完成后导出申诉材料，提高申诉效率，减少申诉工作量。

3.3 医保拒付分析

系统提供医保拒付分析，根据导入的疑点数据，系统自动统计并生成图表形式的分析结果，按科室、规则、项目、医生维度统计排名，并按药品、耗材、诊疗分别对比各科室拒付情况。支持查看各类排名明细。

三、系统配置中心

1、信息维护

维护系统从 HIS 中采集医院的医疗机构信息、科室信息、人员信息、医护人员与科室关系。

2、权限管理

支持自定义用户角色，实现按角色分配功能权限。支持编辑、删除、复制角色信息。

3、参数配置

系统提供流程参数配置功能，配置监管业务场景启停、业务流程方式、接口方式、功能菜单启停、字典设置等。

四、智审规则管理

1、规则启停

该功能可对系统内置的医保审核规则按不同业务场景启停，支持按医保项目或规则类别进行启停。

2、提醒操作配置

提供违规疑点数据的操作选项及提醒文本配置功能，支持对不同审核场景、不同项目、不同规则自定义配置操作选项或提醒文本。配置继续使用的备案理由模板，支持配置个人模板或通用模板。

3、规则分类管理

提供自定义规则分类的新增、删除、编辑等维护功能，支持用户自定义规则分类，配置规则所属类别。定期对所有医保审核规则进行维护更新、新增规则符合医院及医保局要求。

打“▲”的参数为必须功能，若不具备其中任意一项则视为不能响应整个招标文件。其余软件功能为加分项，不限于参数中所描述，提供的越多，加分越多。

五、其他

1、提供原厂系统操作说明文档、接口文档及运维说明。

2、提供系统安装、接口调试及培训服务，组织集中培训及科室疑问解答。提供验收后三年免费运维服务，免费运维期满后年维保费用不超过本项目采购费用 8%，运维期和维保期内如有政策要求进行国产化替代，供应商应免费进行改造。

3、维保期内保障正常运行，对故障提供 7*24 小时技术支持服务。

4、发生故障线上远程无法解决的，应派工程师在 24 小时内到达现场解决，若发生的故障工程师现场无法解决的，应在 5 个工作日内调度研发人员现场解决。

5、供应商免费对接项目所需的医院现有第三方系统。发生与第三方系统接口对接相关问题，需要院方协调第三方厂商共同解决。

6、供应商提供的软件（含操作系统、中间件、功能软件等）应该符合国家关于网络信息安全的法律法规。

7、供应商对其提供的服务所涉及的知识产权进行承诺，承诺其服务、系统在使用过程中不侵犯任何第三方知识产权。否则，因此给医院造成的所有损失（包括维权发生的律师费）均由供应商承担。

8、供应商在给医院提供服务过程中，应遵守国家关于网络信息安全的相关法律法规，服从医院的管理，并向医院提供网络数据安全承诺书，承诺书中应明确服务人员姓名及

身份证号和角色等信息，服务人员发生变化时应重新提供最新的网络数据安全承诺书。

黔东南州
医保监督科 信息科
2025年3月24日



