**DRG付费管理系统方案**

**一、项目名称**

DRG付费管理系统

**二、项目背景**

根据2021年发布的《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》中工作目标指出“到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。”2021年以来，我院合肥市医保出院病例正式纳入DRG付费。考虑到DRG/DIP全覆盖的政策要求、医院DRG管理需求以及临床科室的普遍需求，为进一步落实医保支付方式改革，保障医保基金使用安全和效率，提升参保患者健康水平，提高医院医疗质量和医疗技术水平，促进医院精细化管理，亟需引进一套DRG付费管理系统。

**三、项目目标**

DRG付费管理系统目的是将整个医院的DRG管理手段不再仅限于事后处罚，而是向事前提醒、事中监管和事后分析延伸以形成全过程管控，以进一步促进医院精细化管理。

**四、项目功能要求**

DRG付费管理系统模块包括但不限于：**病案首页质控、DRG分组预测、预警与管控、DRG运营分析、智能审核管控等模块**。病案首页质控模块在电子病历系统中实现，其他3个模块均为从HIS、电子病历、智业等系统获取所需数据，投标人通过其建设的DRG付费管理系统处理、分析所获取的数据，实现模块应有功能。投标人应基于我院信息系统实际情况，提供所需接口文档，由我院配合完成接口改造，从而实现项目建设。投标人必须保证数据安全，数据不得出医院。所有数据均支持院内的导入、导出、检索、筛选等常规处理。

DRG付费管理系统除上述模块和功能外，投标人应积极完成招标人根据医保政策变化、医院管理需求的后期开发需求，确保招标人DRG付费工作高效、顺利开展。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **功能模块** | **模块分类** | **主要功能描述** |
| **病案首页质控** | **医生端和病案端** | 1.提供可嵌入院内电子病历系统的质控页面；2.支持病案首页全字段质控（非编码信息质控：“字段查漏”、“逻辑错误”、“值域填写错误”等提示，编码信息质控：基于出院记录数据和执行医嘱数据，“诊断查漏”、“手术查漏”和“主次诊断和手术顺序校正”等提示）；3.支持查看单份病例，尤其按重点问题病例、一般问题病例分级查看问题病例，包含每份病例的质控结果信息、相关费用信息；4.支持批注信息的填写、查看来自病案质控系统的批注、回复批注功能；5.支持表头自定义，所有类型数据的导入导出，并以报表和报告形式展示。 |
| **DRG分组预测、预警与管控** | **医生端** | 1.提供病例实时DRG预测分组信息并可以通过调整主诊断、次诊断、主手术、次手术进行模拟分组（支持输入主诊断后，智能推荐相匹配的常用手术，预测分组结果，显示组别名称、编码和费用），并公开院内分组器；2.提供病例预警信息，包括费用异常预警（支持高编及低编编码风险提示）、不合理入院预警，预警条件支持自定义设置，以及住院费用和住院天数进度条，直观了解费用和时间消耗情况；3.支持查看并对比患者基本信息、诊断、手术，以及历史住院的DRG分组与诊断/手术信息；4.支持在院期间查看各个费用结构及费用标杆值，并能下钻查看各费用项目明细，包括药品、耗材、检查检验、中医药服务项目费用占比等。5.支持表头自定义，所有类型数据的导入导出，并以报表和报告形式展示。 |
| **病案端** | 1.支持查看单份病例，尤其按重点问题病例、一般问题病例分级追踪查看问题病例，包含每份病例的DRG预测分组信息，并支持调整主诊断/主手术进行模拟分组，并公开院内分组器；2.支持疑似入错组病例核查（包含首页有手术入内科组、首页无手术，有手术费入内科组）、无分组病例核查（包含无分组原因展现）、疑似费用异常病例核查（包含高倍率病例、低倍率病例、药占比或耗占比过高病例）；3.支持编码前后分组不一致病例核查，包含编码前后差异对比，同时可查看每份病例编码前后诊断手术信息对比，以及DRG分组信息对比；5.支持按死亡病例、抢救病例、输血病例、转科病例等多种特殊类型进行排查；6.生成标准的医保结算清单，上报前审核；7.支持查看病例DRG预分组与医保结算分组对比，支持查看诊断/手术、费用明细、病历文书等数据，用于核对分组，判断是否需要申诉；8.支持表头自定义，所有类型数据的导入导出，并以报表和报告形式展示。 |
| **DRG运营分析** | **管理端** | 1.支持查看病例DRG预分组与医保结算分组对比差异分析，支持查看诊断/手术、费用明细、病历文书等数据；根据差异率以进一步提高院内分组器的准确率（准确率逐季度提高，第一年达到90%及以上，第二年达到95%及以上，第三年达到99%及以上，第四年达到100%）；2.支持层级（院、科、医生）、病种、组别等维度下DRG相关指标分析：DRG病组数、入组率、CMI值、时间消耗指数、费用消耗指数中/低风险病组死亡率、人头人次比、个人自付比、15天再入院率、病组构成，并支持横纵向对比分析；3.支持层级（院、科、医生）、病种、组别等维度下超支结余分析：超支结余趋势、病例类型分布、高低倍率病例占比趋势，支持下钻，并支持横纵向对比分析；4.支持层级（院、科、医生）、病种、组别等维度下费用构成分析：各费用类型的金额及占比、药占比、耗占比、检查检验占比、医疗服务占比、中医药服务项目占比趋势，支持按病例类型选择统计范围，并支持横纵向对比分析；5.支持层级（院、科、医生）、病种、组别等维度下资源使用效率分析：次均费用、次均点数与平均住院日趋势，支持与去年同期比较，并支持横纵向对比分析；6.支持表头自定义，所有类型数据的导入导出，并以报表和报告形式展示。 |
| **智能审核管控** | **管理端** | 1.根据历年来医保核减数据的规则（不合理用药、不合理诊疗、不合理收费）配置智能审核规则并支持不定时更新；根据院内智能审核数据与医保实际核减数据差异率实时逐步提高院内智能审核规则的准确率（准确率逐季度提高，达到95%及以上）；2.支持已审核的所有病例单据信息、费用明细查询；3.支持层级（院、科、医生）、病种、组别等维度下违规项目统计分析；4.支持表头自定义，所有类型数据的导入导出，并以报表和报告形式展示。 |

**五、项目技术要求**

（一）符合国家、省、市医疗保障信息平台的技术架构和标准规范体系。

（二）支持符合国产化适配集成技术，支持UNIX、LINUX、Windows等操作系统，支持XML、Webservice、ICD等标准和规范及通讯协议。

（三）符合国家、省、市医疗保障数据库应用技术：面向对象的后关系数据库或大型关系数据库；支持数据并行处理技术，能在不影响数据库正常运行的情况下更新系统；支持分布式处理；支持备份服务器和数据库集群技术，支持负载均衡；支持基于行业标准的数据库存储加密、传输加密及完整性校验。

（四）支持IE及国内主流浏览器。

（五）数据采集工具要求支持结构化数据采集、半结构化数据采集和非机构化数据采集。

（六）能够与我院现有系统顺利对接。

**六、项目服务要求**

（一）现场开发服务要求

合同签订后，投标人3天内组建服务团队与招标人对接，在上线期间至少派驻4名工作人员现场服务。在系统试运行2个月后开始正式运行。项目正式运行期间投标人至少配备1名具有解决问题能力的现场维护人员。不得随意更换服务人员，如有特殊情况导致人员变更，需确保更换人员不会影响项目正常运行，并提前7天告知招标人。

（二）服务响应速度要求

投标人必须提供7×24小时电话、微信、QQ、邮件等服务；必须在接到问题1小时内做出明确响应，4小时内做出诊断报告并解决。如需现场服务，投标人应安排具备解决问题能力的工程师在4小时内到达现场。

（三）项目培训服务要求

投标人必须在项目上线前，提供面向系统管理员和临床医护人员的系统操作的线上线下培训内容和计划。培训必须达到使用人员熟练操作为止。在投标书中明确上述内容。

（四）项目售后服务要求

系统正式运行后，3年内免费提供升级维护服务。售后服务期间投标人至少配备1名具有解决问题能力的现场维护人员，同时满足本章中第二条的服务响应速度要求，确保系统正常运行。投标人不得随意更换服务人员，如有特殊情况导致人员变更，需确保更换人员不会影响项目正常运行，并提前7天告知招标人。