1. **智能审核系统使用能满足的需求：**
2. **智能审核：**医保事前的审核。通过实时的方式在医生开具医嘱过程中对于违规行为进行对应的信息提示、干预等手段进行控制，如超数量、超频次、限性别、限科室等。从HIS或电子病历接口中接收医保患者收费项及其他相关信息，后台规则引擎监控判定收费是否违规，对于违规行为进行信息提示或直接拦截等控制手段。实时提醒医生在医嘱、处方中的不合理、不规范诊疗和收费行为。
3. **规则控制：**将诊疗、药品、材料结合国家以及当地医保政策转化为规则库，规则库内规则可由管理人员自行配置规则风险等级、阈值设定等。
4. **反馈申诉：**每月系统会生成汇总报告，医保办人员将系统医保核查申诉单通过信息系统可以实现一键分发至个人、医疗组、科室，申诉人员可以登录系统相应模块查询申诉单，通过申诉材料收集举证等手段，进行审核申诉，解决申诉中各个环节的工作。

2、**医保结算清单需满足的需求：**

（1）**上传数据的完整性、准确性和及时性**；医保结算清单作为结算凭证，需确保上传数据的完整及准确，如诊断数量及排序、手术数量及排序、各类单项统计的诊疗合计以及医疗总费用、统筹基金支出等信息。同时，地方医保局会规定每月固定时间上传，医院管理部门需确定上传前的质量评估，确保上传数据按医保关于DRG质控要求，确保提高整体的工作效率。

（2）**医保结算清单的流程化管理；**清单内容涉及信息面较广，针对医院的不同管理模式，存在多套管理节点的需求，需要将清单的各部分内容由相应负责人在时间节点内进行审核或校验，保障医保最后的支付与医院实际消耗相符合。

（3）**医保结算清单的归档及痕迹留存；**清单内容在通过清单相应填写规则后，可能会进行对应修改，修改后的内容与病案首页会存在一定差异，这些差异的造成很有可能会是未来飞行检查的稽核重点，所以保留修改痕迹，修改时间及操作人，并留存相应的修改理由，为末来应对医保局的各类检查做好前期的准备工作。每月生成 DRG 医保结算清单数据分析报表，便于下发临床科室对问题整改反馈。

3、**本次招标含所有对接费用。**