**附件1：项目基本需求**

#### 项目建设目标：

根据《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）关于“建立和完善医保智能监控系统，加强大数据应用。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管”，以及《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条“医药机构不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药”的要求，结合我院目前以人工方式不能实现全覆盖、精细化的监管实际，为进一步适应医保日益严格的监管现状，提高监控质量与效率，减少智能审核扣款，拟引入医保智能审核监管系统，实施全院医保智能化管理。

#### 医保监管软件系统基本要求（包括但不限于）

审核知识规则库：依据国家医疗保障局《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系（1.0版）》的要求，结合当地物价收费标准和医保报销政策，形成智能审核知识规则库，并可根据医保政策的变化进行更新、调整。

智能审核功能：根据实际诊疗相关数据，利用医保智能审核规则知识库，对超限制用药、超说明书使用、限特定条件支付、超时间收费、超标准收费、重复记费、漏记费等提供有效监控，实现事前提醒、事中干预、事后分析的全流程监管。

集成应用功能：软件与医院各信息管理系统融合，在医生开具处方或医嘱、护理执行并记费时，一旦出现超规则判定，系统实时对刚性规则进行阻断，对提示性规则发出预警，并提示完善理由；支持转科、出院等场景的一键审核功能。

统计分析功能：通过数据挖掘，形成全院、科室、医护人员等多维度指标分析形成报表和报告，显示医院内的不同审核主体、不同规则等的医保违规、不合理使用情况，为医保管理改进提供支撑依据。