

第三部分 专用合同条款

专用合同条款是合同当事人根据不同服务项目的内容、特点及具体情况，通过双方的谈判、协商对通用合同条款原则性约定细化、完善、补充、修改或另行约定的合同条款，但除通用条款明确规定可以作出不同约定外，专用合同合同条款补充和细化的内容不得与通用条款相抵触，不得违反法律、行政法规的强制性规定，以及平等、自愿、公平和诚实信用原则，否则相关内容无效。

（一）采购人名称和地址；

息烽县人民医院/地址：贵州省息烽县永靖镇花园东路 38 号

（二）供应商名称和地址；

讯飞医疗科技股份有限公司/地址：安徽省合肥市高新区会胜路与杨林路交汇处上源汇展科技园 10 层

（三）标的；

医保智能风控系统（V1.0）

（四）数量；

1 套

（五）**服务标准**；

详见附件一

（六）价款或者报酬；

860000.00 元；大写：捌拾陆万元整

（七）期限、地点和方式；

期限：乙方自 ☒ 合同生效 ☐ 合同生效且收到预付款后 90 日

完成系统部署上线。

地点：息烽县人民医院

（八）违约责任；

1. 乙方有向甲方提供符合合同约定的产品的义务。乙方所交产品不符合合同约定的，乙方应及时更换或修理；

2. 甲方有向乙方支付货款的义务。如因甲方原因不能按合同的规定及时付款，甲方应依照下列条件向乙方支付违约金：应从规定的付款日起，每延期一个日历日，向乙方交纳逾期付款总额的0.1% 违约金；

3. 乙方有向甲方按时交付货物的义务。如因乙方原因不能按合同的规定时间及时交货，应从规定的交货日起，每延期一个日历日，乙方应向甲方交纳逾期交货产品价格的0.1% 违约金；

4. 甲方中途提出退货，除已支付的款项不予退还，甲方还应向乙方支付本合同价款10%的违约金，并应承担因退货给乙方造成的全部损失；若乙方中途提出解约或无法交付，也应支付甲方10%违约金，并应承担因解约给甲方造成的全部损失。

5. 甲方采购本合同项下的产品应符合合同约定目的，并承诺不得转售，否则甲方应向乙方偿付合同价款两倍的违约金，并承担乙方因此造成的损失。

（九）解决争议的方法。

双方在此同意，做出最大努力友好解决由本合同产生的或与本合同相关的发生在双方间的任何争议。如果协商未果，可向乙方所在地人民法院提起诉讼。

（十）合同的生效和终止

1. 本合同自双方盖章之日起生效。

2. 本合同连同各个附件及经援引而并入本协议并成为本合同的

组成部分的文件，构成双方就本合同标的所达成的全部谅解和协议，并取代任何和所有先前的或同时的无论是口头还是书面形式的相关交流和谅解，所有双方达成一致的谅解、备忘和协议等均已体现在本合同中。对本协议的任何修改或补充均应以书面补充协议方式为之并由双方正式授权代表签字和/或加盖各方有效印章确认后方为有效。如本协议各个组成部分之间有任何冲突或存在任何不一致，本协议正文条款优先适用，但本协议正文允许另外约定的内容，以附件为准。除乙方正式发布的规格外，乙方员工的任何言论及乙方的任何广告或说明均不构成乙方的保证或其他义务。

3. 双方任何一方未取得另一方书面同意，不得将本合同项下的任何权利或义务转让给第三者。

4. 本合同因下列原因而终止：

- ① 本合同正常履行完毕；
- ② 合同双方协议终止本合同的履行；
- ③ 不可抗力事件导致本合同无法履行或履行不必要；
- ④ 符合本合同约定的其他终止合同的条款。

（十一）其他

1. 本合同执行期间，如遇不可抗力，致使合同无法履行时，受阻方应尽最大努力减少损失并在不可抗力终止后及时告知对方，可根据不可抗力的影响部分或者全部免除责任。

2. 在合同执行过程中，当国家法定增值税税率发生变更，甲乙双方约定以含税价格不变作为基准，调整增值税税额。

3. 合同未尽事宜，甲乙双方另行签订补充协议，补充协议是合同的组成部分，具有同等法律效力。

4. 本合同一式陆份，甲方执肆份，乙方贰份，具有同等法律效力。

5. 招投标文件作为本合同附件，与本合同具有同等法律效力。

附件一：功能需求列表

序号	系统功能模块		详细技术要求
1	DIP 预分组	DIP 预分组	支持依据当地分组结果进行调整优化。满足系统自动分组功能。具备查询分组标准功能。
2		预分组	医生端提供客户端集成方式,在医生填写首页时自动调用分组相关能力,在保存病案首页时根据医生填写的诊断及手术操作信息,自动展示分组结果及未入组原因。同时预测本次住院的支付标准、病例类型(如高低倍率病例等)、风险等级、结算盈亏等。支持依据标杆值进行标杆费用和实际费用结构的比对,方便定位到费用超标原因。
3		分组推荐	基于诊断和操作,推荐其它可能分组,给出支付标准等
4	诊 中 费控	医 保 协 议 指 标 监 测	<p>(1) 进行全院及分科室医保协议指标配置及标杆设定:</p> <p>依据医院和医保的协议,在线录入协议指标及医保管控指标,DIP 管理指标,包括但不限于平均住院日,次均住院费用,时间消耗指数、费用消耗指数、药占比、耗材占比、检验检查占比、入组率等,为过程中进行医保监控提供数据支持。 并支持科室对协议指标进行二次定义。</p> <p>(2) 监控指标分析:统计全院及各科室每月及累计费用情况:包含出院人数、住院总费用、药品耗材成本、 医保人数、医保统筹费用,针对超过的情况监控并进行预警提示,便于及时采取措施进行科室总体医保费用管控。</p>
5		优 化 临 床 路 径	依托医院历史数据,通过医学统计学以及大数据模型,针对重点病组对疾病的治疗提出参照标准,对结算病例进行费用剖析,结合医院内部管理小组论证结果线上进行手动设置及调整,用于过程费用管控;逐步建立符合本院特色的标准诊疗服务包。
6		医 生 端 事 中 控 费	(1) 当已有预分组功能时,可从入院登记到填写出院记录过程中,自动抽取诊断、操作和手术信息,

			<p>进行动态预分组,并支持调整诊断及手术模拟分组来设定目标组,提示病组风险等级和病例类型。</p> <p>(2) 对有设定临床关键路径的病种,在患者就诊过程中按照患者所处的不同阶段,从不同的维度,建立目标分组数据与病例实时数据的对比提示,包括预计盈亏、总费用对比、标杆费用对比及阶段费用明细对比。让医生在医疗过程完整规范的情况下,有节奏的控制费用。</p>
7	病 案 首 页 质 控	病案首页质控能力	<p>依据国家卫生健康委员会《住院病案首页数据填写质量规范》和 ICD-10、ICD-9 编码学提供如下两方面质控能力:</p> <p>(1) 基础质控:具有完整性、一致性、规范性、逻辑性以及数据上报接口规则判断标准。</p> <p>(2) 编码规则质控:满足国际疾病分类及卫健委相关要求的 ICD 编码规则质控,包括诊断编码的逻辑判断、不能做主诊断的编码控制、合并编码、另编码、互斥编码规则等编码规则。</p>
8		医生端首页质控	在医生端保存病案首页时,调用质控能力,提供独立客户端展示质控结果,展示质控规则及描述、是否影响分组、是否扣分、严重程度。
9		病案管理端首页质控	<p>(1) 医生提交病案首页后,在管理端基于对接的病案首页数据,调用质控能力,展示质控结果,展示质控规则及描述、是否影响分组、是否扣分、严重程度,并可以自动定位到质检字段。如对接全病历时,系统可以查看每个病例患者电子病历文书内容。涉及到跨章节问题定位时可自动定位到相应章节字段。</p> <p>(2) 在管理端调用分组和分组推荐能力,展示分组结果,支持手动调整诊断和操作,进行模拟分组,结合质检结果进行分组智能推荐。(选择分组推荐和分组能力时)。</p>
10		在线编码	智能编码能力:基于张量图神经网络计算框架的对病历信息进行快速自动 ICD 编码的智能系统。结合输入的病案信息诊断名称和编码对应疾病的知识,

			<p>通过 AI 智能算法给出候选编码列表，实现自动编码输出。</p> <p>提供在线编码功能，自动调用智能编码算法，系统支持编码员进行手动编码及调整编码顺序等。</p>
11		质 检 规 则 配 置	系统支持按机构、科室配置质检项；并支持灵活维护质检规则，包括对质检项停用启用，规则分类、应用场景自定义等。
12		首页评分	<p>系统默认依据国家卫生健康委员会《住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 版）》进行首页质量的评分配置，同时支持评分标准本地化自定义调整。</p> <p>在质控时自动计算病案首页得分，以及每一质检项扣分值。</p>
13		交互功能	医生端和管理端可进行实时交互，具有通知整改、申诉、审核等功能，并自动保存日志，形成闭环管理
14		分 级 授 权 管 理	系统支持自主设置病案分配流程及依据不同人员设置权限，实现流程可配置及分级管理
15		报表分析	<p>工作台：给编码员/质控员提供个人工作台功能，提供待编码病案的快捷入口，常见错误类型、问题分类、错误明细以及个人工作量及覆盖科室等信息。</p> <p>首页质量统计：依据国家卫生健康委员会 2016 版《住院病案首页质量数据质量管理与控制指标》进行不同时间维度、数据范围维度的统计分析。如病案首页填报完整率、数据质量优秀率、主要诊断选择正确率、主要诊断编码正确率等等指标。并支持报表导出和跳转到相应病案。</p> <p>编码缺陷分析：汇总展示不同时间维度下，问题病案数及其占比，编码问题病案变化趋势，Top10 编码错误类型，以及各编码员的编码病案数、问题数及占比、编码涉及字段数等。并列表展示各编码缺陷问题。并支持报表导出及问题病案跳转。</p> <p>缺陷病例统计：按照时间维度统计分析问题病例情</p>

			况，图表结合各科室病历数、缺陷病例数、病例缺陷率。支持导出报表并可下钻展示缺陷问题详情和缺陷病例数。
16	医 保 结 算 清 单 质 控	医 保 结 算 清 单 生 成	具备标准化转换引擎功能，支持不同版本的 ICD 编码的自动映射与转化，实现院内临床版 ICD-10 及 ICD-9 与医保版 ICD-10 及 ICD-9 的映射转换，并根据卫健委及医保局等新版本要求进行实时更新。 结合标准化转换引擎功能，可以基于归档后的首页和院内 HIS 系统提供的其它清单所需数据，生成并展示医保结算清单。系统每间隔固定时间自动获取 EMR/HIS 数据，生成结算清单。自动生成的清单处于待提交（未确认）状态。
17		在 线 编 辑	支持对清单进行编辑和调整，需支持通过调整主次诊断、手术顺序。
18		结 算 清 单 质 控 能 力	依托《医疗保障基金结算清单填写规范》中的要求对清单进行校验：包括医保非编码规则，编码规则，主要诊断调整建议，其他诊断过滤建议及转码质控等问题排查。
19		清 单 质 控	调用清单质控能力展示质控结果，展示质控规则及描述、是否影响分组、严重程度，并可以自动定位到质检字段。
20		清 单 质 检 规 则 配 置	系统支持按机构、科室配置质检项；并支持灵活维护质检规则，包括对质检项停用启用，规则分类、应用场景自定义等。
21		问 题 清 单 统 计	对于存在质控问题风险的清单，支持问题清单导出，便于处理之后查看处理前后质控结果。 系统支持分析不同时间段全数据出现过的问题，显示出现各类问题清单数，各问题类型错误数，科室问题数等一系列关键数据指标，系统支持展现问题列表准确定位质控问题。
22	医 保 结 算 清 单	上 传 加 密	支持适配医保局端差异化的加密对接方式，适配 9001 签到接口，完成上报前的身份验证。
23		自 动 上 报	支持对接医保局端 4101/4101A（医疗保障基金结

	上传		算清单信息上传)接口,将质检后的结算清单自动执行上报任务,上报所有已提交(确认)或最后一级审核人员审核通过的清单(因医院的结算清单管理流程而异)。
24		手动上报	支持对自动上传失败的结算清单进行手动上报。
25		上报查看	支持统一查看自定义时间范围内的结算清单上报和对应诊断/手术的统计情况,及时发现数据问题。
26		状态修改	<p>(1)支持对接医保局端 4102(医疗保障基金结算清单信息状态修改)接口,修改结算清单提交状态(因不同地区的局端接口版本而异)</p> <p>(2)对于已通过 4102 接口确认提交的清单,如果编码员对其进行了修改,支持撤销提交后重新进行上报</p>
27		上报管理	提供可视化界面,方便院端对上报情况进行管理。
28		返回结果对接	必要时可对接医保局端 4103(医疗保障基金结算清单信息查询)接口,查看医保局端返回的上报结果。
29	医 保 结 算 管理	DIP 在院风险监控	<p>(1)在院病例监控:针对在院患者进行风险监控,针对风险类别对结算有风险的风险占比及给出关联病例列表,支持查看分组及预测结算信息、费用明细并关联历史住院记录。</p> <p>(2)出院但未提交病例监控:针对出院但未提交患者进行风险监控,针对风险类别对结算有风险的风险占比及给出关联病例列表,支持查看分组及预测结算信息、费用明细并关联历史住院记录。</p> <p>方便科主任等有针对性的查房,根据系统设置的预警条件,按不同维度统计处于不同预警状态的病历,让院长、院级其他管理部门以及科主任的查房更具有针对性。</p>
30		DIP 结算风险预警	对院内出现的异常患者病历进行监管与分析结合入组和支付标准,给出影响结算的风险预警。如:手术和操作不匹配,费用超高病例、费用超低病例、低风险死亡、住院天数异常、编码未识别、0000

			<p>组、未入组、诊断高编、诊断低编、手术操作高编、手术操作低编、低标准入院、重复入院、分解入院等风险提示。支持预警规则动态开启关闭、规则参数调整，支持预警阈值配置。</p> <p>(2) 支持快捷查询相关风险病案，并查看病案详情。</p> <p>(3) 可按不同时间维度、科室、医生、参保类型等多种查询条件，查询所有风险病例的入组情况、诊断、手术操作等信息并支持查看病案详情。</p>
31		清单综合分析	<p>根据清单生成全流程数据，统计结算清单生成情况、入组情况，已生成清单和未生成清单占比，已入住和未入组清单占比，并对未入组清单进行详细分析，分析因各种原因引起的未入组情况占比。</p>
32		结算核对	<p>导入医保局下发的月度实际结算单，支持导入异常数据的手动处理机制。系统自动比对医保局返回结果和系统分组结果，进行入组对比，可快速查看系统无法匹配的病案等。</p>
33		结算辅助	<p>为了更好的辅助医院医保办高效合理完成月度结算等工作，系统提供特病单议病例筛选与审核以及医保异议反馈功能。</p> <p>(1) 特病单议筛选：依据当地政策自动筛选出可能需要单议的病历。可查看病例详情，并手动对系统推出来的病例进行单条或批量标记单议，如急诊入院的危急症抢救患者、死亡病例、超出现有分组范围病例等。</p> <p>(2) 特病单议审核：可查看待单议病例详情并撤销待单议病例；统计并提示单议病例数量现状，单议病历不超过当月出院人数(X)%的比例，为用户提供大数据质量分析支撑，支持导出列表。</p> <p>(3) 医保异议反馈：通过分组原理结合算法模型，系统自动筛选出医保局端分组或定价可能不当的病例并提供数据分析依据，供医院进行协商谈判。</p>
34		稳定组及不稳定组分析	<p>对局端区分了稳定组不稳定组的，系统支持稳定病组与不稳定病组的实时监控分析。从全院、科室、</p>

			医生、病组等维度分析不稳定病组收治情况，分析对比不稳定病组正常入组权重与年底医保清算付费权重的差异性。
35		结算查询	结算查询：展示清单列表及系统生成的分组状态；支持病案号、入组情况、住院医生、出院科室、DIP名称或编码等条件查询；展示结算比对结果及各清单对应的费用构成。
36	智能审核	门诊处方审核	在医师开具门诊处方时自动对处方进行实时审核，根据诊断与用药、药品说明、医保限制条件，筛查出可疑违规项目后及时通过客户端提醒医师进行处理，提供申诉意见填写等处理方式。
37		门诊慢特病处方实时审核	在医师开具门诊慢特病处方时自动对处方进行实时审核，根据诊断与用药、医保限制条件，筛查出可疑违规项目后及时通过客户端提醒医师进行处理，提供申诉意见填写等处理方式。
38		医生端医嘱审核	在医生诊疗过程中，结合医嘱信息、医保管理规定，调用常规医保合规性审核能力，将审核前置到医生端，实时提示违规。提供独立客户端展示疑似违规类型、说明、依据、涉及金额。提供申诉意见填写功能。
39		收费站审核	提供接口，在物价收费站调用医保合规性和诊疗合理性审核能力等，进行物价收费审核，如重复收费、超标准收费、打包收费、串换收费、无医嘱收费、无报告单收费、收费预医嘱/报告单数量不符等，解决物价收费问题。
40		每日审核	每天定时从 HIS 中获取在院患者费用信息和全病历信息，调用基于全病历内涵的 AI 医保审核能力每日定时进行全方位审核，筛选出当前在院全部就诊数据的违规疑点，质检规则包括：医保超限用药、无指征检查检验、无医嘱收费，各种漏收费，在管理端展示问题病例列表，分数据权限给科主任、医保审核人员等。支持按病例展示疑似违规列表，包括患者电子病历信息、疑似规则类型、说明、涉及金额、依据和解释。

41		预结算审核	结合完整病例数据,在进行预结算时调用智能审核能力,定时审核,给出疑似违规提示。尤其是超限用药、虚假就医、冒名就医等的判断。
42		违规分析	按照患者维度展示智审结果,包括患者列表和智审详情,智审详情需要展示所有的智审明细,患者列表支持多维度查询。
43		违规总览	医保版审核人员对系统判定违规的数据进行门诊/住院的单独统计,并对历史半年的数据进行趋势分析,且可查看违规数量 TOP5 的规则数量。
44		科室违规统计	按科室维度统计违规次数、违规金额,计算同比及环比分析结果。
45		项目违规统计	分析疑似违规诊疗项目的使用情况,统计药品的使用数量、金额、人次等,以及各科室的使用详情。
46		规则违规统计	按规则类型-科室-医生-规则维度,审核疑似违规数据。
47		AI 审核配置	<p>(1) 建立医保目录管理库,可以查询药品、诊疗项目、耗材及其映射情况。</p> <p>(2) 支持对规则库进行更新维护。对各自的审核规则可以灵活维护其严重程度、适用场景、覆盖范围、是否启用等。</p> <p>(3) 建立飞检案例库,展示案例来源、通报日期、单位及其具体违规行为、金额,为智能审核提供参考依据。</p>
48	运营分析	盈亏分析	<p>按时间维度图表结合展示:</p> <p>(1) 整体盈亏分析: 全院和各科室总体人次、总医疗费用、盈亏额、医保支付额度、药品耗材费及同比变化。</p> <p>(2) 科室盈亏分析: 结合 CMI 和盈亏额通过象限图确定优势科室、劣势科室、潜力科室等。可查看各科室的盈亏明细情况, 包含次均盈亏金额、例均住院天数、次均检验检查费、次均药品费、次均材料费、药耗占比等指标值。</p> <p>(3) 医生盈亏分析: 从科室可以查看各医生诊疗病历的盈亏明细情况, 包含次均盈亏金额、例均</p>

			<p>住院天数、五类费用金额及占比等指标值。</p> <p>(4) 病组盈亏分析：按照盈亏情况展示优势病组、劣势病组、高倍率、低倍率、未入组病例详情，包括各 DIP 组编码、名称、费率、盈亏、每万元盈亏等。支持按科室或医生查看各病组盈亏情况。对比不同医生的次均盈亏、CMI、平均住院日、药品耗材、检验检查占比等分析，包括对比同一病组不同医生次均盈亏、CMI、平均住院日、药品耗材、检验检查占比等分析。</p> <p>(5) 支持联动展示病例盈亏明细，支持查看病例详情。</p> <p>(6) 医院医务性收入分析，包括各类医保患者的门诊和住院患者的医务性收入分析</p>
49		DIP 绩效评价	<p>按时间维度图表结合展示：</p> <p>(1) 从全院、科室维度进行医疗质量、效率、能力等方面进行分析，包括：入组率、总权重、DIP 组数、平均住院日、次均住院费用、时间消耗指数、费用消耗指数、人次人头比、低风险组死亡率等等关键指标。</p> <p>(2) 支持从全院、科室等维度进行 DIP 组分析，统计各 DIP 组病例数、DIP 组核心指标、五类费用均值等。</p> <p>(3) 支持查看病例详情。</p>
50		疑难病例分析	<p>分析权重值较大的病例所占总分析病例的比例，分析各个 RW 值段的病例比例。</p>
51		手术能力分析	<p>(1) 实现手术分级标准可配置、可调整，参考国家或地区手术分级标准，形成本院手术分级标准。</p> <p>(2) 分析医院的三四级手术比例，代表外科能力的强弱。包含以下指标：出院人数、手术人次、微创手术、操作占比、三级手术、四级手术、三四级手术合计及比，同时提供报表导出功能。支持查看相关病例及病例详情。</p>
52		特殊病组分析	<p>支持高频病组、高值病组、高结余病组、高亏损病组等异常病组的统计和分析。</p>

53	AI 能力	基于全病历的内涵质控能力	可以通过自然语义识别、病历精细结构化能力、医学知识图谱等人工智能技术基于获取到的多章节病历数据提供内涵质控能力：结合全病历信息，进行主诊断选择合理性、主手术选择合理性、诊断/手术漏填、诊断多写等提示，针对错误部分进行正确内容的智能推荐并提示推荐依据。
54		基于全病历分组智能推荐能力	基于全病历进行主要诊断/主要手术推荐、诊断漏填等审核，通过智能编码和 DIP 分组能力，自动推荐最合理的分组结果及其配套诊断及操作。
55		DIP 监管能力	基于病历信息，进行 DIP 监管，如诊断高编、诊断低编、手术操作高编、手术操作低编、低标准入院、重复入院或分解入院等。
56		医保审核能力	AI 医保审核能力：区别于传统基于结算清单和费用明细等进行医保审核，构建基于入院记录、病程、医嘱、检查、检验、手术记录等全病历的医保审核，包括限适应症等。