

5、商务条款偏离

商务条款偏离表

项目名称：医疗保障信息化运维和服务专项——国家医保支付方式子
系统 DRG2.0 分组切换前期准备工作项目采购

项目编号：GXZC2025-C3-000927-GXKL

所竞分标：无

项号	竞争性磋商文件的商务条款	响应文件响应的商务条款	偏离说明
一	一、合同签订期 自成交通知书发出之日起 20 日内。	完全响应合同签订期： 自成交通知书发出之日起 20 日内。	无偏离
二	▲二、提交服务成果时间 2025 年 12 月 31 日前完成服务成果并验收合格。	完全响应提交服务成果时间： 2025 年 12 月 31 日前完成服务成果并验收合格。	无偏离
三	三、提交服务成果地点 广西壮族自治区南宁市星湖路 26 号广西壮族自治区医疗保障局。	完全响应提交服务成果地点： 广西壮族自治区南宁市星湖路 26 号广西壮族自治区医疗保障局。	无偏离
四	四、验收要求 1、按成交供应商响应文件的承	完全响应验收要求： 1、按成交供应商响应文件的承	无偏离

	诺和采购文件的要求、采购人与成交供应商双方签订的合同要求、国家标准进行现场验收。 2、验收时，服务成果均严格按照签订的政府采购合同、成交供应商响应文件的承诺和国家有关标准进行验收，达不到要求的视为验收不合格。必要时，采购人可委托具有检测资质的第三方机构开展项目验收工作，如检测报告结果不合格或与响应文件承诺不符的，视为验收不合格。因此过程耽误交货时间导致采购人造成损失的，成交供应商承担由此造成的全部损失和全部责任。	诺和采购文件的要求、采购人与成交供应商双方签订的合同要求、国家标准进行现场验收。 2、验收时，服务成果均严格按照签订的政府采购合同、成交供应商响应文件的承诺和国家有关标准进行验收，达不到要求的视为验收不合格。必要时，采购人可委托具有检测资质的第三方机构开展项目验收工作，如检测报告结果不合格或与响应文件承诺不符的，视为验收不合格。因此过程耽误交货时间导致采购人造成损失的，成交供应商承担由此造成的全部损失和全部责任。	
五	五、售后服务要求 1、维护期：1 年，自验收合格之日起计。 2、服务响应：接到采购人故障通知后 30 分钟内响应,12 小时内到达现场处理，在 24 小时内	完全响应售后服务要求： 1、维护期：1 年，自验收合格之日起计。 2、服务响应：接到采购人故障通知后 30 分钟内响应，12 小时内到达现场处理，在 24 小时	无偏离

	完成故障修复工作；如因技术问题过于复杂，在 5 个工作日内完成修复。	内完成故障修复工作；如因技术问题过于复杂，在 5 个工作日内完成修复。	
六	▲六、报价 报价必须含以下部分，包括： 1、服务成果价格、服务的价格； 2、运输、劳务、管理、装卸、安装、调试、现场培训、技术支持、售后服务、系统更新升级、数据备份、数据切换迁移等费用。 3、提供本项目服务业务有关一切费用及合同包含的所有风险、责任等全部费用 4、必要的保险费用和各项税金。	完全响应报价： 报价必须含以下部分，包括： 1、服务成果价格、服务的价格； 2、运输、劳务、管理、装卸、安装、调试、现场培训、技术支持、售后服务、系统更新升级、数据备份、数据切换迁移等费用。 3、提供本项目服务业务有关一切费用及合同包含的所有风险、责任等全部费用 4、必要的保险费用和各项税金。	无偏离
七	七、付款要求 项目验收合格后，采购人 15 日内一次性向成交供应商支付合同款。采购人付款前，成交供应商须开具等额增值税发票给	完全响应付款要求： 项目验收合格后，采购人 15 日内一次性向成交供应商支付合同款。采购人付款前，成交供应商须开具等额增值税发票给	无偏离

	采购人。	采购人。	
八	八、知识产权要求 成交供应商保证其交付给采购人的服务成果不侵犯任何第三方的合法权益。如侵犯了第三方合法权益而引发的任何纠纷或诉讼，均由成交供应商负责交涉并独自承担全部经济及法律责任（包括给采购人造成的损失）。	我司响应知识产权要求条款，成交供应商保证其交付给采购人的服务成果不侵犯任何第三方的合法权益。如侵犯了第三方合法权益而引发的任何纠纷或诉讼，均由成交供应商负责交涉并独自承担全部经济及法律责任（包括给采购人造成的损失）。	无偏离
九	九、其它要求 1、开发要求：本项目不允许转包和分包，否则采购人有权终止合同，并要求成交供应商赔偿相应损失。 2、保密要求：成交供应商在项目实施过程中，对本项目所有项目信息以及接触的材料予以保密，未经采购人书面许可，成交供应商不得以任何形式向第三方透露本项目的任何内容。	完全响应其它要求： 1、开发要求：本项目不允许转包和分包，否则采购人有权终止合同，并要求成交供应商赔偿相应损失。 2、保密要求：成交供应商在项目实施过程中，对本项目所有项目信息以及接触的材料予以保密，未经采购人书面许可，成交供应商不得以任何形式向第三方透露本项目的任何内容。	无偏离

注：

1. 应对照磋商文件“第二章 采购需求”中的商务条款逐条作出明确响应，并作出偏离说明。

2. 供应商应根据自身的承诺，对照磋商文件要求，在“偏离说明”中注明“正偏离”或者“负偏离”或者“无偏离”。既不属于“正偏离”也不属于“负偏离”即为“无偏离”。当响应文件的商务内容低于竞争性磋商文件要求时，供应商应当如实写明“负偏离”。

3. 表格内容均需按要求填写，不得留“空”，否则按竞标无效处理。

供应商名称（盖公章）：国新健康保障服务有限公司

日期：2025年5月9日



7、服务需求偏离表

服务需求偏离表

项目名称：医疗保障信息化运维和服务专项——国家医保支付方式子
系统 DRG2.0 分组切换前期准备工作项目采购

项目编号：GXZC2025-C3-000927-GXKL

所竞分标：无

项号	标的名称	竞争性磋商文件采购需求中的服务技术要求	响应文件响应的服务技术	偏离说明
1	医疗保障信息化运维和服务专项——国家医保支付方式	一、项目背景 按照国家医保局印发《DRG支付方式改革三年行动计划》要求，截止 2022 年 12 月底，全区提前完成国家要求的统筹区全覆盖、医疗机构、DRG 病组、医保基金全覆盖。2024 年 7 月，国家医保局发布《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》，通知要求从 2025 年起全国各统筹地	完全响应项目背景： 按照国家医保局印发《DRG 支付方式改革三年行动计划》要求，截止 2022 年 12 月底，全区提前完成国家要求的统筹区全覆盖、医疗机构、DRG 病组、医保基金全覆盖。2024 年 7 月，国家医保局发布《关于印发按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案并深入推进相关工作的通知》，通知要求从 2025 年起全国各统筹地	无偏离

	子系 统 DRG2 .0分 组切 换前 期准 备工 作项 目采 购	区统一使用分组版本，提高支付方式改革工作的规范性、统一性，并对省内异地就医实行DRG 付费。为进一步落实国家医保局深入推进 DRG 付费 2.0 版分组方案落地实施相关工作要求，完成对国家医保支付方式子系统 DRG2.0 广西全区本地化迁移适配工作，持续深化广西全区 DRG 付费改革，提升医保基金使用绩效，促进医疗服务提质增效，减轻患者医疗费用负担。	区统一使用分组版本，提高支付方式改革工作的规范性、统一性，并对省内异地就医实行DRG 付费。为进一步落实国家医保局深入推进 DRG 付费 2.0 版分组方案落地实施相关工作要求，完成对国家医保支付方式子系统 DRG2.0 广西全区本地化迁移适配工作，持续深化广西全区 DRG 付费改革，提升医保基金使用绩效，促进医疗服务提质增效，减轻患者医疗费用负担。	
		二、项目目标要求 1. 切换迁移适配支付方式管理下全区统一的 DRG 支付方式管理模块，以实际业务流程为指导，以国家信息基础功能为依托，完善国家平台使用功能需求，保证全区各统筹地区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理，实现全区	完全响应项目目标要求： 1. 切换迁移适配支付方式管理下全区统一的 DRG 支付方式管理模块，以实际业务流程为指导，以国家信息基础功能为依托，完善国家平台使用功能需求，保证全区各统筹地区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理，实现全区	无偏离

	多元复合支付方式全面管理。 2. 功能适用性与好用性提升。根据地方医保政策和业务需求，对 DRG 功能模块进行本地化功能优化，确保功能模块能够完全适应地方医保支付环境。 3. 医保支付精准性与效率提升。通过 DRG 功能模块，实现对医疗服务的精准分组和支付，确保医保资金能够准确流向提供优质医疗服务的医疗机构。 4. 促进医疗机构加强管理。通过 DRG 支付方式的引导，促使医疗机构更加注重内部管理，提高医疗质量和效率，鼓励医疗机构加强成本核算和成本控制，降低不必要的医疗支出。 5. 保障信息安全与兼容性。在本地化切换迁移适配过程中，	多元复合支付方式全面管理。 2. 功能适用性与好用性提升。根据地方医保政策和业务需求，对 DRG 功能模块进行本地化功能优化，确保功能模块能够完全适应地方医保支付环境。 3. 医保支付精准性与效率提升。通过 DRG 功能模块，实现对医疗服务的精准分组和支付，确保医保资金能够准确流向提供优质医疗服务的医疗机构。 4. 促进医疗机构加强管理。通过 DRG 支付方式的引导，促使医疗机构更加注重内部管理，提高医疗质量和效率，鼓励医疗机构加强成本核算和成本控制，降低不必要的医疗支出。 5. 保障信息安全与兼容性。在本地化切换迁移适配过程中，	
--	---	---	--

	加强信息安全防护，防止数据泄露和滥用，确保 DRG 功能模块与地方医保信息平台的其他系统具有良好的兼容性。 6. 实现广西全区在 DRG 支付方式管理上的深度融合与统一管理。建立统一的业务操作标准，确保在 DRG 支付方式管理模块的使用中，避免出现执行偏差。制定统一的技术标准和数据规范，保障各统筹区数据的准确性、一致性和可交互性，进一步强化全区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理。	加强信息安全防护，防止数据泄露和滥用，确保 DRG 功能模块与地方医保信息平台的其他系统具有良好的兼容性。 6. 实现广西全区在 DRG 支付方式管理上的深度融合与统一管理。建立统一的业务操作标准，确保在 DRG 支付方式管理模块的使用中，避免出现执行偏差。制定统一的技术标准和数据规范，保障各统筹区数据的准确性、一致性和可交互性，进一步强化全区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理。	
	三、项目内容及要求 本项目建设内容主要以国家医保支付方式子系统 DRG2.0 分组切换前期准备工作实际业务流程为指导，以国家医保信息基础功能为依托，完善国家平台使用功能需求，构建广	完全响应项目内容及要求： 本项目建设内容主要以国家医保支付方式子系统 DRG2.0 分组切换前期准备工作实际业务流程为指导，以国家医保信息基础功能为依托，完善国家平台使用功能需求，构建广	无偏离

	西全区 DRG 付费改革高效化、标准化、统一化，实现全区以 DRG 付费为主的多元复合支付方式的全面管理。 1. 统计需求分析： 将 DRG 付费业务系统迁移到国家信息平台支付方式子系统的需求分析，包括对当前系统的功能和业务需求进行深入了解，以及对系统的功能和性能需求进行明确界定。 2. 数据备份 系统切换迁移适配在准备阶段确保新系统的硬件设备齐备、软件环境稳定的情况下，做好原有数据的备份工作，避免在迁移过程中出现数据丢失的情况。 3. 数据切换迁移 制定详细的数据切换迁移计划，包括切换迁移的时间节点、方法和责任人等。对	西全区 DRG 付费改革高效化、标准化、统一化，实现全区以 DRG 付费为主的多元复合支付方式的全面管理。 1. 统计需求分析： 将 DRG 付费业务系统迁移到国家信息平台支付方式子系统的需求分析，包括对当前系统的功能和业务需求进行深入了解，以及对系统的功能和性能需求进行明确界定。 2. 数据备份 系统切换迁移适配在准备阶段确保新系统的硬件设备齐备、软件环境稳定的情况下，做好原有数据的备份工作，避免在迁移过程中出现数据丢失的情况。 3. 数据切换迁移 制定详细的数据切换迁移计划，包括切换迁移的时间节点、方法和责任人等。对	
--	--	--	--

	2021 年至今，广西全区 15 个统筹区 DRG 付费历史医疗机构信息、医疗机构疾病诊断信息、手术操作信息、出院小结信息、重症监护信息、特例单议评审材料及专家信息等基础信息进行数据切换迁移。 4. 广西全区本地化适配 根据 DRG2.0 付费工作开展需要，在进行业务系统迁移实施时，对新系统进行本地化适配，建立本地化库表和算法。本地化适配包括医保结算清单数据质控、DRG 分组方案、DRG 拨付方案、其它付费病例管理、特例单议评审及 DRG 数据分析等方面，以确保新系统能够最大程度地满足 DRG 付费业务需求。同时，功能界面需配置两定医药机构（定点医疗机构和定点零售药店）信息平台供医药机构使用。	2021 年至今，广西全区 15 个统筹区 DRG 付费历史医疗机构信息、医疗机构疾病诊断信息、手术操作信息、出院小结信息、重症监护信息、特例单议评审材料及专家信息等基础信息进行数据切换迁移。 4. 广西全区本地化适配 根据 DRG2.0 付费工作开展需要，在进行业务系统迁移实施时，对新系统进行本地化适配，建立本地化库表和算法。本地化适配包括医保结算清单数据质控、DRG 分组方案、DRG 拨付方案、其它付费病例管理、特例单议评审及 DRG 数据分析等方面，以确保新系统能够最大程度地满足 DRG 付费业务需求。同时，功能界面需配置两定医药机构（定点医疗机构和定点零售药店）信息平台供医药机构使用。	
--	---	---	--

	4.1 数据质量控制 根据医保结算清单填报规范,建立数据质量控制规则体系,控制医保结算清单数据质量,监控广西全区15个医保统筹区域定点医疗机构医保结算清单质控情况。 4.2 结算清单管理 根据医疗机构医保结算清单填报上传情况,进行结算清单的统计。 4.3 配置 DRG 分组方案 在医保信息化平台支付方式管理子系统下,配置广西全区15个医保统筹区域国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案2.0版本,完善本地DRG分组及CC/MCC表。 4.4 配置 DRG 拨付方案 根据广西全区15个医保统筹区域DRG付费改革工作要	4.1 数据质量控制 根据医保结算清单填报规范,建立数据质量控制规则体系,控制医保结算清单数据质量,监控广西全区15个医保统筹区域定点医疗机构医保结算清单质控情况。 4.2 结算清单管理 根据医疗机构医保结算清单填报上传情况,进行结算清单的统计。 4.3 配置 DRG 分组方案 在医保信息化平台支付方式管理子系统下,配置广西全区15个医保统筹区域国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组方案2.0版本,完善本地DRG分组及CC/MCC表。 4.4 配置 DRG 拨付方案 根据广西全区15个医保统筹区域DRG付费改革工作要	
--	---	---	--

	求,实现 DRG 付费政策的全面系统应用,在医保信息化平台支付方式管理子系统中,配置相关参数及算法,包括医疗机构权重配置、医疗机构拨付系数配置、医疗机构费率配置、统筹区预算配置、DRG 统筹基金拨付逻辑设置、特殊病例类型付费逻辑配置、DRG 审核配置等,保障全区 DRG 拨付工作的顺利开展。 4.5 配置特例单议评审 对治疗复杂、费用较多的 DRG 付费病例,提供特例单议管理,结合医保信息化系统本地化功能适配建设,做好定点医疗机构病例申报及医保经办机构组织的专家评审服务工作。 4.6 配置其它付费病例管理 根据广西全区 15 个医保统筹区域中医付费、精神病床日付	求,实现 DRG 付费政策的全面系统应用,在医保信息化平台支付方式管理子系统中,配置相关参数及算法,包括医疗机构权重配置、医疗机构拨付系数配置、医疗机构费率配置、统筹区预算配置、DRG 统筹基金拨付逻辑设置、特殊病例类型付费逻辑配置、DRG 审核配置等,保障全区 DRG 拨付工作的顺利开展。 4.5 配置特例单议评审 对治疗复杂、费用较多的 DRG 付费病例,提供特例单议管理,结合医保信息化系统本地化功能适配建设,做好定点医疗机构病例申报及医保经办机构组织的专家评审服务工作。 4.6 配置其它付费病例管理 根据广西全区 15 个医保统筹区域中医付费、精神病床日付	
--	---	---	--

	费等政策要求，在 DRG2.0 分组下，提供病例申报及审核等相关适配服务。 4.7 配置 DRG 大数据运行分析和数据公开模块 配置 DRG 大数据运行分析数据公开模块，建立 DRG 付费运行指标体系，组建数据指标公开模块，以医疗保障制度和 DRG 支付改革的政策目标，促进规范医疗服务行为、保证医疗服务质量、控制不合理费用、防范欺诈骗保等基金风险为导向，确保医保基金公平、合理、有效、可持续地使用。 4.8 配置查询类页面 配置综合查询、重点参数查询、分组查询等查询类页面，满足业务查询需求。 5. 业务配置要求 5.1 数据质量控制模块 5.1.1 医保结算清单统计汇	费等政策要求，在 DRG2.0 分组下，提供病例申报及审核等相关适配服务。 4.7 配置 DRG 大数据运行分析和数据公开模块 配置 DRG 大数据运行分析数据公开模块，建立 DRG 付费运行指标体系，组建数据指标公开模块，以医疗保障制度和 DRG 支付改革的政策目标，促进规范医疗服务行为、保证医疗服务质量、控制不合理费用、防范欺诈骗保等基金风险为导向，确保医保基金公平、合理、有效、可持续地使用。 4.8 配置查询类页面 配置综合查询、重点参数查询、分组查询等查询类页面，满足业务查询需求。 5. 业务配置要求 5.1 数据质量控制模块 5.1.1 医保结算清单统计汇	
--	--	--	--

	总 分经办端及医疗机构端按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别、医疗机构汇总审核结果数据，显示总数、已审核通过数据和未审核通过数据，支持数据导出。 5.1.2 医保结算清单明细查询 分经办端及医疗机构端按照月度结算数据明细为基础，按险种、支付地点（本地和异地，其中，本地为本统筹地区内，异地为本统筹地区之外，下同）显示结算清单上传、提交、质控通过结果及审核状态，支持数据导出。 5.2 DRG 分组管理模块 5.2.1 分组结果汇总 分经办端及医疗机构端，按统筹区、按险种、支付地点（本地和异地）显示出总发生条数	总 分经办端及医疗机构端按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别、医疗机构汇总审核结果数据，显示总数、已审核通过数据和未审核通过数据，支持数据导出。 5.1.2 医保结算清单明细查询 分经办端及医疗机构端按照月度结算数据明细为基础，按险种、支付地点（本地和异地，其中，本地为本统筹地区内，异地为本统筹地区之外，下同）显示结算清单上传、提交、质控通过结果及审核状态，支持数据导出。 5.2 DRG 分组管理模块 5.2.1 分组结果汇总 分经办端及医疗机构端，按统筹区、按险种、支付地点（本地和异地）显示出总发生条数	
--	--	--	--

	（应入组的）、入组数、未入组数汇总，支持数据导出。 5.2.2 分组明细查询（未计算DRG 统筹） 分经办端及医疗机构端显示需分组数据明细，显示内容包括结算 ID、分组编码、分组名称、机构系数、基准点数、总点数、拨付点数等，可按查询条件为清算经办区划、结算月、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种）分组编码等字段进行检索，支持数据导出。 5.3 DRG 预算管理模块 5.3.1 DRG 月度预算初审 按月、按险种、支付地点（本地和异地）自动获取入组数据的各类基金项汇总（病例数、月度实际住院总费用、月度实际发生统筹基金、月度预算住	（应入组的）、入组数、未入组数汇总，支持数据导出。 5.2.2 分组明细查询（未计算DRG 统筹） 分经办端及医疗机构端显示需分组数据明细，显示内容包括结算 ID、分组编码、分组名称、机构系数、基准点数、总点数、拨付点数等，可按查询条件为清算经办区划、结算月、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种）分组编码等字段进行检索，支持数据导出。 5.3 DRG 预算管理模块 5.3.1 DRG 月度预算初审 按月、按险种、支付地点（本地和异地）自动获取入组数据的各类基金项汇总（病例数、月度实际住院总费用、月度实际发生统筹基金、月度预算住	
--	---	---	--

	院总费用等) 以及对应总点数供经办初审查询, 查询条件设置开始月和结束月、按险种、支付地点 (本地和异地), 可在按月份、险种、支付地点生成一条汇总数据支持手工录入或者批量导入月度预算统筹基金进行保存且可修改, 计算出点值, 并进行审核确认并可推送至复审, 可撤销, 复审后不可撤销。界面增加合计功能, 合计查询条件各项合计。 5.3.2 DRG 月度预算复审 界面显示同初审, 字段包括病例数、月度实际住院总费用、月度实际发生统筹基金、月度预算统筹基金、月度预算住院总费用、总点数、点值, 不允许修改, 可设置审核不通过和审核通过, 审核不通过需要弹窗写理由, 并回到初审。 5.3.3 DRG 月度预算终审	院总费用等) 以及对应总点数供经办初审查询, 查询条件设置开始月和结束月、按险种、支付地点 (本地和异地), 可在按月份、险种、支付地点生成一条汇总数据支持手工录入或者批量导入月度预算统筹基金进行保存且可修改, 计算出点值, 并进行审核确认并可推送至复审, 可撤销, 复审后不可撤销。界面增加合计功能, 合计查询条件各项合计。 5.3.2 DRG 月度预算复审 界面显示同初审, 字段包括病例数、月度实际住院总费用、月度实际发生统筹基金、月度预算统筹基金、月度预算住院总费用、总点数、点值, 不允许修改, 可设置审核不通过和审核通过, 审核不通过需要弹窗写理由, 并回到初审。 5.3.3 DRG 月度预算终审	
--	---	---	--

	界面显示同复审，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并退回复审。 5.3.4 DRG 年度预算初审 按年、按险种、支付地点（本地和异地）自动获取入组数据的各类基金项汇总（病例数、年度实际住院总费用、年度实际发生统筹基金、年度预算住院总费用等）以及对应总点数供经办初审查询，查询条件设置按年、按险种、支付地点（本地和异地），可在按年、险种生成一条汇总数据支持手工录入年度预算统筹基金进行保存且可修改，计算出点值，并进行审核确认并可推送至复审，可撤销，复审后不可撤销。 5.3.5 DRG 年度预算复审 界面显示同初审，字段包括病	界面显示同复审，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并退回复审。 5.3.4 DRG 年度预算初审 按年、按险种、支付地点（本地和异地）自动获取入组数据的各类基金项汇总（病例数、年度实际住院总费用、年度实际发生统筹基金、年度预算住院总费用等）以及对应总点数供经办初审查询，查询条件设置按年、按险种、支付地点（本地和异地），可在按年、险种生成一条汇总数据支持手工录入年度预算统筹基金进行保存且可修改，计算出点值，并进行审核确认并可推送至复审，可撤销，复审后不可撤销。 5.3.5 DRG 年度预算复审 界面显示同初审，字段包括病	
--	---	---	--

	例数、年度实际住院总费用、年度实际发生统筹基金、年度预算统筹基金、年度预算住院总费用、总点数、点值，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并回到初审。 5.3.6 DRG 年度预算终审 界面显示同复审，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并退回复审。 5.4 综合查询 5.4.1 月度综合查询（按 DRG 计算统筹后的查询） 分经办端及医疗机构端，按查询条件为清算经办区划（不选默认全市）、结算月、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种等）、分组编码 QY/0000/DRGs_9999 组等字段	例数、年度实际住院总费用、年度实际发生统筹基金、年度预算统筹基金、年度预算住院总费用、总点数、点值，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并回到初审。 5.3.6 DRG 年度预算终审 界面显示同复审，不允许修改，可设置审核不通过和审核通过，审核不通过需要弹窗写理由，并退回复审。 5.4 综合查询 5.4.1 月度综合查询（按 DRG 计算统筹后的查询） 分经办端及医疗机构端，按查询条件为清算经办区划（不选默认全市）、结算月、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种等）、分组编码 QY/0000/DRGs_9999 组等字段	
--	--	--	--

	进行检索，支持数据导出。字段包含基准点数、差异系数、点数、点值以及 DRG 月度预拨统筹、各类基金项、结算清单查询等。跨月退费查询按照负数结算时间供查询。 5.4.2 年度综合查询 分经办端及医疗机构端，按查询条件为清算经办区划（不选默认全市）、按年、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种等）、分组编码 QY/0000/DRGs_9999 组等字段进行检索，支持数据导出（全部）。字段包含基准点数、差异系数、点数、点值以及 DRG 年度应拨统筹以及各类基金项、结算清单查询、补偿点数、补偿统筹基金、年度实际拨付统筹等。跨年退费查询按照负数结算时间供查询。	进行检索，支持数据导出。字段包含基准点数、差异系数、点数、点值以及 DRG 月度预拨统筹、各类基金项、结算清单查询等。跨月退费查询按照负数结算时间供查询。 5.4.2 年度综合查询 分经办端及医疗机构端，按查询条件为清算经办区划（不选默认全市）、按年、按险种、支付地点（本地和异地）、医疗类别（多选）、付费类型（床日和中医病种等）、分组编码 QY/0000/DRGs_9999 组等字段进行检索，支持数据导出（全部）。字段包含基准点数、差异系数、点数、点值以及 DRG 年度应拨统筹以及各类基金项、结算清单查询、补偿点数、补偿统筹基金、年度实际拨付统筹等。跨年退费查询按照负数结算时间供查询。	
--	---	---	--

	5.4.3 月度极值病例查询 根据偏离度确定本统筹地区各定点医疗机构符合 DRG 结算的全部住院病例(不稳定组除外),按费用偏离值进行排序,进行极值病例确定及展示。 5.5 报表管理 5.5.1 月度拨付报表 分经办端及医疗机构端,界面设置筛选条件结算月、按险种、支付地点(本地和异地)、定点机构贯标编码、定点机构名称,界面显示字段结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点、正常分组病例数等参照现有系统月度财务报表界面,包含总病例数、跨月退费统筹、发生统筹基金字段,可以打印对应报表(本地和异地分开)、导出。报表样式按最新更改,详见附件 1:服务清单列表。	5.4.3 月度极值病例查询 根据偏离度确定本统筹地区各定点医疗机构符合 DRG 结算的全部住院病例(不稳定组除外),按费用偏离值进行排序,进行极值病例确定及展示。 5.5 报表管理 5.5.1 月度拨付报表 分经办端及医疗机构端,界面设置筛选条件结算月、按险种、支付地点(本地和异地)、定点机构贯标编码、定点机构名称,界面显示字段结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点、正常分组病例数等参照现有系统月度财务报表界面,包含总病例数、跨月退费统筹、发生统筹基金字段,可以打印对应报表(本地和异地分开)、导出。报表样式按最新更改,详见附件 1:服务清单列表。	
--	--	--	--

	5.5.2 年度拨付报表 分经办端及医疗机构端，界面设置筛选条件结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和异地），界面显示字段结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点、正常分组病例数等参照现有系统月度财务报表界面，包括总病例数、跨月退费统筹、发生统筹基金字段可以打印报表（本地和异地）、导出。报表样式按最新更改，详见附件 2：广西基本医疗保险住院医疗费（DRG）拨付表（月度拨付报表）。 5.6 数据推送 5.6.1 月度结算结果推送 界面设置筛选条件结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和	5.5.2 年度拨付报表 分经办端及医疗机构端，界面设置筛选条件结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和异地），界面显示字段结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点、正常分组病例数等参照现有系统月度财务报表界面，包括总病例数、跨月退费统筹、发生统筹基金字段可以打印报表（本地和异地）、导出。报表样式按最新更改，详见附件 2：广西基本医疗保险住院医疗费（DRG）拨付表（月度拨付报表）。 5.6 数据推送 5.6.1 月度结算结果推送 界面设置筛选条件结算月、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和	
--	---	---	--

	异地)，界面显示当前表唯一ID,结算月份,险种、支付地点（本地和异地），机构编码，机构名称,拨付月度,基金类型,拨付病例,拨付病例点数/权重,每点数费用/费率，总费用、统筹、大额、公务员补助、个账、现金等（各市参照政策）、DRG 应拨统筹、跨月退费统筹、审核扣款统筹、追加统筹、DRG 实拨统筹等，再加多个预留费用字段，可批量选择后点击推送即可推送，并支持撤销，要求关联基础子业务月结算初审，初审过后不能撤销。撤销初审，才能撤销。 5.6.2 年度结算结果推送 界面设置筛选条件结算年度、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和异地），界面显示当前表唯一ID,结算月份,险种、支付地	异地)，界面显示当前表唯一ID,结算月份,险种、支付地点（本地和异地），机构编码，机构名称,拨付月度,基金类型,拨付病例,拨付病例点数/权重,每点数费用/费率，总费用、统筹、大额、公务员补助、个账、现金等（各市参照政策）、DRG 应拨统筹、跨月退费统筹、审核扣款统筹、追加统筹、DRG 实拨统筹等，再加多个预留费用字段，可批量选择后点击推送即可推送，并支持撤销，要求关联基础子业务月结算初审，初审过后不能撤销。撤销初审，才能撤销。 5.6.2 年度结算结果推送 界面设置筛选条件结算年度、定点机构贯标编码、定点机构名称、险种、支付地点（本地和异地），界面显示当前表唯一ID,结算月份,险种、支付地	
--	---	---	--

	点（本地和异地），机构编码，机构名称，拨付年度，基金类型，拨付病例，拨付病例点数/权重，补偿点数、每点数费用/费率，总费用、统筹、大额、公务员补助、个账、现金等（各市参照政策）、DRG 应拨统筹、跨月退费统筹、审核扣款统筹、追加统筹、补偿统筹、DRG 实拨统筹等，再加多个预留费用字段，可批量选择后点击推送即可推送，并支持撤销。 5.7 点数法付费管理模块 特殊付费病例审核功能，包括中医优势、疗效价值、次均点数付费、日间手术（治疗）、按药物临床试验付费等。医院能够在医疗机构端上传相应的病例资料，经办机构能在系统病例审核模块看到相应的病例资料，能够下载、导出。 5.7.1 点数法付费病例申报	点（本地和异地），机构编码，机构名称，拨付年度，基金类型，拨付病例，拨付病例点数/权重，补偿点数、每点数费用/费率，总费用、统筹、大额、公务员补助、个账、现金等（各市参照政策）、DRG 应拨统筹、跨月退费统筹、审核扣款统筹、追加统筹、补偿统筹、DRG 实拨统筹等，再加多个预留费用字段，可批量选择后点击推送即可推送，并支持撤销。 5.7 点数法付费管理模块 特殊付费病例审核功能，包括中医优势、疗效价值、次均点数付费、日间手术（治疗）、按药物临床试验付费等。医院能够在医疗机构端上传相应的病例资料，经办机构能在系统病例审核模块看到相应的病例资料，能够下载、导出。 5.7.1 点数法付费病例申报	
--	---	---	--

	医疗机构可以查询并对特殊病例进行申报，在页面中确认病例属于特例单议、中医优势、疗效价值、次均点数付费、日间手术（治疗）、按药物临床试验付费等等类型。 5.7.2 点数法付费病例初审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行初审。 5.7.3 点数法付费病例复审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行复审，最终结果进入月度及年度点数计算流程。 5.7.4 DRG 付费退出管理 因特殊原因病例申请退出 DRG 付费，可按月、按季度、年度申请，按险种和支付地点，医院能够在医疗机构端上传相应的病例资料，经办机构能在系统病例审核模块看到相应的病例资料，能够下载、导出。 5.7.5 DRG 付费退出申报	医疗机构可以查询并对特殊病例进行申报，在页面中确认病例属于特例单议、中医优势、疗效价值、次均点数付费、日间手术（治疗）、按药物临床试验付费等等类型。 5.7.2 点数法付费病例初审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行初审。 5.7.3 点数法付费病例复审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行复审，最终结果进入月度及年度点数计算流程。 5.7.4 DRG 付费退出管理 因特殊原因病例申请退出 DRG 付费，可按月、按季度、年度申请，按险种和支付地点，医院能够在医疗机构端上传相应的病例资料，经办机构能在系统病例审核模块看到相应的病例资料，能够下载、导出。 5.7.5 DRG 付费退出申报	
--	---	---	--

	医疗机构可以查询并对特殊原因申请退出的病例进行申报，在页面中确认病例。 5.7.6 DRG 付费退出初审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行初审。 5.7.7 DRG 付费退出复审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行审核，同意退出后按项目付费。 5.8 DRG 特例单议管理 特殊付费病例审核功能，医院能够在医疗机构端按月、按年、按险种、按支付地点（本地和异地）查询到带有高倍率、低倍率等病例类型的分组明细并对需要申请单议的病例上传相应的病例资料，评审专家在广西医疗保障网上服务大厅进行评审，评审结果推至经办端。 5.8.1 医疗机构端	医疗机构可以查询并对特殊原因申请退出的病例进行申报，在页面中确认病例。 5.7.6 DRG 付费退出初审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行初审。 5.7.7 DRG 付费退出复审 经办对医疗机构提出的特殊病例进行审核，同意退出后按项目付费。 5.8 DRG 特例单议管理 特殊付费病例审核功能，医院能够在医疗机构端按月、按年、按险种、按支付地点（本地和异地）查询到带有高倍率、低倍率等病例类型的分组明细并对需要申请单议的病例上传相应的病例资料，评审专家在广西医疗保障网上服务大厅进行评审，评审结果推至经办端。 5.8.1 医疗机构端	
--	--	--	--

	①特例单议病例上传 经办端分组完成后，将高倍率、低倍率、歧义病例明细按月、按险种、按支付地点（本地和异地）同步推送至该界面，界面显示筛选条件和字段同现“特例单议病例评审”，并且对应明细末端增加上传按钮，点击后跳出附件（PDF、表格、文档和图片）上传框且支持文字编辑（同特例单议病例申请界面），附件名字不限制书写格式；上传完成后点批量或单独推送至专家评审端、经办端；支持全部导出。 ②特例单议病例结果查询： 界面显示除基本字段后，增加追加点数、追加统筹，评审结果（是否通过）、评审意见（备注，显示三个专家用空号分开）。支持全部导出。 5.8.2 专家评审端（广西医疗	①特例单议病例上传 经办端分组完成后，将高倍率、低倍率、歧义病例明细按月、按险种、按支付地点（本地和异地）同步推送至该界面，界面显示筛选条件和字段同现“特例单议病例评审”，并且对应明细末端增加上传按钮，点击后跳出附件（PDF、表格、文档和图片）上传框且支持文字编辑（同特例单议病例申请界面），附件名字不限制书写格式；上传完成后点批量或单独推送至专家评审端、经办端；支持全部导出。 ②特例单议病例结果查询： 界面显示除基本字段后，增加追加点数、追加统筹，评审结果（是否通过）、评审意见（备注，显示三个专家用空号分开）。支持全部导出。 5.8.2 专家评审端（广西医疗	
--	---	---	--

	保障网上服务大厅) ①专家登录账号为各自手机号码，默认密码为专家身份证后六位，入口增加特例单议评审专家，进入后可看到以下界面，并且支持修改和找回密码。 ②特例单议病例评审 查询条件（结算时间、结算流水号、初审状态：已评审/未评审），需评审数据（流水号、评审状态、分组编码、分组名称、出入院及结算日期）后显示“详情”及“评审”按钮，“详情”进入病例详情页面【初审、病案首页、手术信息、检查单、费用明细（设置可按费用类型筛选清单）、单议信息(在此同步医院上传材料)】，“评审”弹出窗口选择“不同意追加”“同意追加”及书写评审意见框，“保存”。	保障网上服务大厅) ①专家登录账号为各自手机号码，默认密码为专家身份证后六位，入口增加特例单议评审专家，进入后可看到以下界面，并且支持修改和找回密码。 ②特例单议病例评审 查询条件（结算时间、结算流水号、初审状态：已评审/未评审），需评审数据（流水号、评审状态、分组编码、分组名称、出入院及结算日期）后显示“详情”及“评审”按钮，“详情”进入病例详情页面【初审、病案首页、手术信息、检查单、费用明细（设置可按费用类型筛选清单）、单议信息(在此同步医院上传材料)】，“评审”弹出窗口选择“不同意追加”“同意追加”及书写评审意见框，“保存”。	
--	---	---	--

	5.8.3 经办端 ①特例单议病例查询 界面设置同医疗机构端特例单议病例，筛选条件增加评审结果（下拉已评审、未评审、评审通过、评审未通过），专家评审后将结果推至该界面，每条明细后面显示评审结果和评审意见（显示三个专家用空号分开），并在特例单议病例审核结束后显示追加点数和追加统筹；评审结果按照（3位）专家意见≥ 2 同意则为“同意追加”，反之“不同意追加”；同意追加病例生成追加点数，反之追加点数为“0”。 5.9 专家管理 下设三个模块：“专家信息维护”“评审病例分配”“分配查询” 5.9.1 专家信息维护 姓名、医疗机构编码及医疗机	5.8.3 经办端 ①特例单议病例查询 界面设置同医疗机构端特例单议病例，筛选条件增加评审结果（下拉已评审、未评审、评审通过、评审未通过），专家评审后将结果推至该界面，每条明细后面显示评审结果和评审意见（显示三个专家用空号分开），并在特例单议病例审核结束后显示追加点数和追加统筹；评审结果按照（3位）专家意见≥ 2 同意则为“同意追加”，反之“不同意追加”；同意追加病例生成追加点数，反之追加点数为“0”。 5.9 专家管理 下设三个模块：“专家信息维护”“评审病例分配”“分配查询” 5.9.1 专家信息维护 姓名、医疗机构编码及医疗机	
--	--	--	--

	构名称、科室、科室职位、专业、身份证、手机号码，规避定点医疗机构名称（支持录入多个贯标码）；支持单个或者批量导入，设置模版导入，校验均必填；维护好后支持勾选，勾选后跳出评审生效时间设置，在评审生效时间内勾选的专家可进入评审病例分配，且评审时间显示在界面，可延长时间； 5.9.2 评审病例分配 分明细分配和分配汇总查询两个界面，并支持导出。 5.9.3 评审病例明细分配 按月或年度查询出需评审病例，支持筛选已上传材料的病例，结算流水号、贯标码、分组名称、分组编码等字段，增“分配”和“修改”按键，多选数据，点击“分配”生成选择框，选择“专家信息维护”	构名称、科室、科室职位、专业、身份证、手机号码，规避定点医疗机构名称（支持录入多个贯标码）；支持单个或者批量导入，设置模版导入，校验均必填；维护好后支持勾选，勾选后跳出评审生效时间设置，在评审生效时间内勾选的专家可进入评审病例分配，且评审时间显示在界面，可延长时间； 5.9.2 评审病例分配 分明细分配和分配汇总查询两个界面，并支持导出。 5.9.3 评审病例明细分配 按月或年度查询出需评审病例，支持筛选已上传材料的病例，结算流水号、贯标码、分组名称、分组编码等字段，增“分配”和“修改”按键，多选数据，点击“分配”生成选择框，选择“专家信息维护”	
--	---	---	--

	中对当月评审时间生效的专家（先出现名字再多选），设置所有数据（进入评审条数*3=所有数据）平均分配给每位专家，每个专家的病例不重复且同“专家信息维护”规避定点医疗机构名称（支持录入多个贯标码）。分配结束后在每条明细后面显示评审专家名字，如需调整重新勾改的数据选择修改，点击“修改”生成选择框，选择“专家信息维护”中对当月评审时间生效的专家，并跳出框修改原因，界面字段显示修改人和修改时间、原因。 5.9.4 分配汇总查询、统计 根据分配结果进行汇总，按专家汇总条数，并显示合计。按开始结束时间统计专家对于评审条数并形成表格可打印。 5.9.5 分配查询及推送	中对当月评审时间生效的专家（先出现名字再多选），设置所有数据（进入评审条数*3=所有数据）平均分配给每位专家，每个专家的病例不重复且同“专家信息维护”规避定点医疗机构名称（支持录入多个贯标码）。分配结束后在每条明细后面显示评审专家名字，如需调整重新勾改的数据选择修改，点击“修改”生成选择框，选择“专家信息维护”中对当月评审时间生效的专家，并跳出框修改原因，界面字段显示修改人和修改时间、原因。 5.9.4 分配汇总查询、统计 根据分配结果进行汇总，按专家汇总条数，并显示合计。按开始结束时间统计专家对于评审条数并形成表格可打印。 5.9.5 分配查询及推送	
--	---	---	--

	界面显示上述评审病例分配结果，字段增加评审专家姓名，对分配结果进行核实无误后点击推送，推送至专家评审端（广西医疗保障网上服务大厅）。 5.9.6 特例单议病例拨付审核 设置初审、复核、终审、领导审核页面，初审界面设置筛选条件，按结算月、结算年、险种、支付地点等，汇总特例单议病例查询的界面，将已通过的评审数据按照定点医疗机构编码、名称、病例数、点值、追加点数、追加统筹金额并显示全部数据合计，并支持导出，初审通过后数据推到复核；复核、终审、领导审核界面同初审，支持撤销。领导审核后的才可推评审结果数据同步推到医疗机构端供医院	界面显示上述评审病例分配结果，字段增加评审专家姓名，对分配结果进行核实无误后点击推送，推送至专家评审端（广西医疗保障网上服务大厅）。 5.9.6 特例单议病例拨付审核 设置初审、复核、终审、领导审核页面，初审界面设置筛选条件，按结算月、结算年、险种、支付地点等，汇总特例单议病例查询的界面，将已通过的评审数据按照定点医疗机构编码、名称、病例数、点值、追加点数、追加统筹金额并显示全部数据合计，并支持导出，初审通过后数据推到复核；复核、终审、领导审核界面同初审，支持撤销。领导审核后的才可推评审结果数据同步推到医疗机构端供医院	
--	---	---	--

	查询。 5.10 DRG 运行分析管理 5.10.1 DRG 运行概况 可在DRG结算统计分析界面查询某年某月的按险种、按支付地点（本地和异地）当月基金概况、年度基金、参保人人次、医疗机构数量、DRG 病组数、DRG 医疗总费用、总病例数、总病案数、入组率、每点数费用（职工、居民）、CMI 等信息。 5.10.2 月度预算基金使用情况 可以按月份选择查看统计分析数据。区分本地或异地职工、居民当月的实际拨付基金、实际发生基金以及盈余、同比、环比等。按险种、按支付地点（本地和异地）、按医疗机构分析。 5.10.3 全年基金运行情况	查询。 5.10 DRG 运行分析管理 5.10.1 DRG 运行概况 可在DRG结算统计分析界面查询某年某月的按险种、按支付地点（本地和异地）当月基金概况、年度基金、参保人人次、医疗机构数量、DRG 病组数、DRG 医疗总费用、总病例数、总病案数、入组率、每点数费用（职工、居民）、CMI 等信息。 5.10.2 月度预算基金使用情况 可以按月份选择查看统计分析数据。区分本地或异地职工、居民当月的实际拨付基金、实际发生基金以及盈余、同比、环比等。按险种、按支付地点（本地和异地）、按医疗机构分析。 5.10.3 全年基金运行情况	
--	---	---	--

	用户可以通过年度基金查询本年度年度基金使用情况，包括月度实际预算基金、月度实际发生基金、年度预算未使用基金、年度预算已使用基金、预估年度基金、职工年度预算总基金、居民年度预算总基金、职工年度已使用总基金、居民年度已使用总基金。 5.10.4 整体指标统计 以月份为单位按险种、按支付地点（本地和异地）查看参保人数、医疗机构数量、DRG 病组数、DRG 医疗总费用、总病例数、总病案数、入组率、每点数费用（职工、居民）、CMI 等信息。 5.10.5 基金分配分析 可以在基金分配分析页面查询本年月的总计实际发生基金、总计实际预算基金、统筹区实拨金额占比、医疗机构病	用户可以通过年度基金查询本年度年度基金使用情况，包括月度实际预算基金、月度实际发生基金、年度预算未使用基金、年度预算已使用基金、预估年度基金、职工年度预算总基金、居民年度预算总基金、职工年度已使用总基金、居民年度已使用总基金。 5.10.4 整体指标统计 以月份为单位按险种、按支付地点（本地和异地）查看参保人数、医疗机构数量、DRG 病组数、DRG 医疗总费用、总病例数、总病案数、入组率、每点数费用（职工、居民）、CMI 等信息。 5.10.5 基金分配分析 可以在基金分配分析页面查询本年月的总计实际发生基金、总计实际预算基金、统筹区实拨金额占比、医疗机构病	
--	---	---	--

	例数与盈亏比例、实拨金额趋势、各统筹区的实际发生基金、实际预算基金以及实拨金额等。 5.10.6 医疗机构盈亏分析 显示统筹区内按险种、按支付地点（本地和异地）各医疗机构月度、年度 DRG 盈亏。 5.10.7 DRG 分组分析 在 DRG 分组分析页面按险种、按支付地点（本地和异地）查询本年月的病组数、入组率、极高值病例排名、极低值病例排名、病组例均费用分布、病组趋势、MDC 占比、DRG 分组平均住院天数排名。	例数与盈亏比例、实拨金额趋势、各统筹区的实际发生基金、实际预算基金以及实拨金额等。 5.10.6 医疗机构盈亏分析 显示统筹区内按险种、按支付地点（本地和异地）各医疗机构月度、年度 DRG 盈亏。 5.10.7 DRG 分组分析 在 DRG 分组分析页面按险种、按支付地点（本地和异地）查询本年月的病组数、入组率、极高值病例排名、极低值病例排名、病组例均费用分布、病组趋势、MDC 占比、DRG 分组平均住院天数排名。	
	四、供应商技术能力及人员要求 1. 供应商应具有较强的数据处理能力，数据安全设计、数据统计能力，支持进行数据采集、数据标准化、数据清洗、	完全响应供应商技术能力及人员要求： 1. 供应商应具有较强的数据处理能力，数据安全设计、数据统计能力，支持进行数据采集、数据标准化、数据清洗、	无偏离

	数据分析、数据分类与编码、数据统计、数据迁移、数据适配工作。 2. 供应商应具备 DRG 数据迁移适配的能力，提供对 DRG 数据的全流程管理，支持 DRG 数据的全面、完整、正确的迁移适配维护，本地化迁移适配后的运行管理，保障 DRG 数据迁移适配的规范性与准确性。 3. 人员要求：供应商保证一支 45 人以上（含）相对稳定的服务团队驻点服务（广西全区 15 个点，各驻点 3 人及以上），大专以上文化程度。上述人员需要熟悉国家医保 DRG 付费改革、医保 DRG 付费、医保按项目付费等相关信息业务，在项目过程中严格遵守采购人的保密、安全、工作纪律等各项要求。	数据分析、数据分类与编码、数据统计、数据迁移、数据适配工作。 2. 供应商应具备 DRG 数据迁移适配的能力，提供对 DRG 数据的全流程管理，支持 DRG 数据的全面、完整、正确的迁移适配维护，本地化迁移适配后的运行管理，保障 DRG 数据迁移适配的规范性与准确性。 3. 人员要求：供应商保证一支 45 人以上（含）相对稳定的服务团队驻点服务（广西全区 15 个点，各驻点 3 人及以上），大专以上文化程度。上述人员需要熟悉国家医保 DRG 付费改革、医保 DRG 付费、医保按项目付费等相关信息业务，在项目过程中严格遵守采购人的保密、安全、工作纪律等各项要求。	
	五、项目服务成果要求	完全响应项目服务成果要求：	无偏离

		实现广西全区在 DRG 支付方式管理上的深度融合与统一管理。建立统一的业务操作标准，确保在 DRG 支付方式管理模块的使用中，避免出现执行偏差。制定统一的技术标准和数据规范，保障各统筹区数据的准确性、一致性和可交互性，进一步强化全区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理。	实现广西全区在 DRG 支付方式管理上的深度融合与统一管理。建立统一的业务操作标准，确保在 DRG 支付方式管理模块的使用中，避免出现执行偏差。制定统一的技术标准和数据规范，保障各统筹区数据的准确性、一致性和可交互性，进一步强化全区 DRG 支付方式改革高效化、标准化、统一化管理。	
--	--	---	---	--

注：

1. 说明：对照磋商文件“第二章”中“需求一览表”的服务技术要求条款逐条作出明确响应，并作出偏离说明。
2. 供应商应根据自身的承诺，对照磋商文件要求，在“偏离说明”中注明“正偏离”或者“负偏离”或者“无偏离”。既不属于“正偏离”也不属于“负偏离”即为“无偏离”。当响应文件的服务内容低于竞争性磋商文件要求时，供应商应当如实写明“负偏离”。
3. 表格内容均需按要求填写，不得留“空”，否则按竞标无效处理。

供应商名称（盖公章）：国新健康保障服务有限公司

日期：2025年5月9日

