

五、分项报价表

项目名称：永登县人民医院信息化建设项目

采购包名称：永登县人民医院信息化建设项目

项目编号：023008JH620121010

序号	货物名称	技术参数	数量	单位	单价(元)	投标总价(元)	备注
1	医保电子凭证全场景应用系统	我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTIHIS]V2.0包含的智慧医保系统的模块：医保电子凭证全场景应用系统技术参数响应：（1）支持通过医保电子凭证进行窗口挂号。（2）支持通过医保电子凭证医生站就诊。（3）支持通过医保电子凭证完成门诊交费（4）支持通过医保电子凭证进行取药登记。（5）支持通过医保电子凭证完成取药。（6）支持通过医保电子凭证进行检查预约和排队。（7）支持通过医保电子凭证完成检验条码的打印。	1	套	50000	50000	包含于智慧医保系统
2	电子处方流转系统	我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTIHIS]V2.0包含的智慧医保系统的模块：电子处方流转系统技术参数响应：甘肃省医疗保障信息平台医保电子处方中心接入，通过接口将电子处方上传至医保电子处方中心，实现电子处方流转。	1	套	20000	20000	包含于智慧医保系统
3	医保自助机结算系统	我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTIHIS]V2.0包含的智慧医保系统的模块：医保自助机结算系统技术参数响应：（1）支持通过医保电子凭证进行门诊结算费用列表查询。（2）支持通过医保电子凭证自助机完成完成医保登记。（3）支持通过医保电子凭证自助机医保结算。（4）支持通过医保电子凭证自助机完成门诊交费。（5）支持通过医保电子凭证打	1	套	50000	50000	包含于智慧医保系统
4	医保移动支付系统	我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTIHIS]V2.0包含的智慧医保系统的模块：医保移动支付系统技术参数响应：（1）支持通过医保APP向医保APP推送。支持医保APP完成结算后回写结算结果。（2）支持通过医保APP向医保APP推送。支持门诊待结算费用查询。★支持门诊医保结算。★支持门诊预交费。支持排队信息查询。支持已支付结果查询。支持检查报告推送。支持支付信息向支付宝页面推送。	1	套	50000	50000	包含于智慧医保系统
5	病区入院及医保结算系统	我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTIHIS]V2.0包含的智慧医保系统的模块：病区入院及医保结算系统技术参数响应：（1）病区入院支持医生开立住院证时查看对应病区的床位使用情况。支持医生开立住院证时选择床位进行预约。支持病区护士站进行已预约患者直接入院。支持病区护士站查询开立住院证入院患者。★支持患者开立住院证后无需到住院处办理入院手续而直接在病区护士站完成入院。（2）病区结算★支持医保患者出院前病区向医保科发送结算申请。★支持医保科对病区的医保结算申请进行审核和打回。★支持医保科在审核病区结算申请时在患者的病案首页、医嘱、病历及费用明细等。支持医保审核通过的结算申请护士站可办理出院同时完成结算。支持及时向患者和护士站推送医保结算审核进度及结果。支持护士站完成医保患者结算。支持病区打印费用清单、出院证明、开具电子发票。	1	套	50000	50000	包含于智慧医保系统

		费用详情分析、病种下所有病案医疗费用详情分析。					
8	临床决策支持系统 (CDSS)	<p>费用详情分析、病种下所有病案医疗费用详情分析。</p> <p>我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称: YTHIS]V2.0包含的临床决策支持系统 (CDSS) V2.0技术参数响应: 1.精准辅助决策 1.1 TPN 治疗方案推荐, 并支持与 CPOE 系统集成; 1.2★根据诊断给出常规用药的建议提示, 可基于个性化实现(比如年龄、体重、体表面积等因子进行用量换算), 并支持与 CPOE 系统集成。1.3华法林用药治疗方案推荐, 并支持与CPOE 系统集成。1.4★护理 PEWS/MEWS 早期预警评分, CDSS 满足医护互通业务流程的实现。1.5★根据初步诊断, 推荐辅助检验、检查的建议提示, 并提供对应的参考标准。1.6药品适应证优化分析。1.7药物不良反应实时监测警示。1.8根据初步诊断, 推荐辅助检验检查的建议提示, 并提供对应的参考标准。1.9根据诊断及临床路径自动给出需要检验的建议提示。1.10根据诊断及临床路径自动给出需要检查的建议提示。1.11根据诊断自动给出相关的鉴别诊断的参考提示。2.安全警戒 2.1药物不良反应提示。2.2重复进行检查或检验申请提示。2.3检验项目存在包含关系提示。2.4危急值提示: 检验危急值、检查危急值, 支持按照不同的年龄、性别、诊断等设置不同的参考值。2.5检验与检验冲突提示: 不能在同一段时间内进行的项目、需要注意先后顺序的项目。2.6检查与检查冲突提示: 不能再同一天进行的项目、需要注意先后顺序的项目、检查所使用制剂会影响其他检查的项目。2.7检查与检验冲突提示: 不能再同一天进行的项目、需要注意先后顺序的项目、检查所使用制剂会影响其他检查的项目。2.8诊断与性别冲突提示。2.9诊断与年龄冲突提示。2.10诊断与检验冲突提示: 检验禁忌症、诊断与检验结果冲突。2.11诊断与检查冲突提示: 检查禁忌症、诊断与检查结果冲突。2.12药品与检验冲突提示: 检验异常禁忌药物、药物影响检验结果。2.13药品与检查冲突提示: 药物影响检查结果、药物禁忌检查。2.14检查与性别冲突提示。2.15检验与性别冲突提示。2.16特殊病生理检验、检查冲突提示: 新生儿、老人、孕期检验检查警示等。3.系统管理模块 3.1系统运行所需要的基础字典数据维护配置管理, 包含药品字典、疾病字典、给药途径字典、频次字典、检验字典、检查字典、手术字典、治疗字典等。3.2实现不同员工、角色访问特定菜单的权限管理设置。3.3系统运行或逻辑分析必须针对医院与系统信息存在差异但是同一对象的情况, 提供对照映射功能, 主要为疾病对照、药品对照、给药途径对照、频次对照、检验大类对照、检验细项对照、检查项目对照、手术项目对照、治疗项目对照等。3.4★分析及预警结果, 应用于不同的临床业务工作站, 通过至少两个以上业务系统集成, 以深度融合的方式或以浮动提示框的形式, 实时对医生的医嘱查案、检查申请、检查申请、手术预约、治疗申请等医疗行为进行分析, 实现辅助决策, 识别诊疗危险行为给予提醒、警戒或提示, 直到医生修正或给予合理的执行理由。3.5开发医学知识库管理, 基于合理用药分析引擎、诊疗方案引擎、临床路径引擎等引擎之上, 客户根据实际业务需求, 进行不同维度分析规则的构建, 实现临床路径、医嘱、治疗行为的分析和截断情况、表示情况、规则匹配情况等, 支持不同维度的分析, 支持不同维度的诊疗行为的统计。3.7支持系统集成模块的调用。3.8★分析及预警结果, 应用于不同的临床业务工作站, 通过至少两个以上业务系统集成, 以深度融合的方式或以浮动提示框的形式, 实时对医生的医嘱查案、检查申请、手术预约、治疗申请等医疗行为进行分析, 实现辅助决策, 识别诊疗危险行为给予提醒、警戒或提示, 直到医生修正或给予合理的执行理由。3.9从初始、确诊、手术等, 对诊疗过程进行跟踪分析。3.10诊疗过程中变更医嘱诊疗、变更医嘱、检查治疗, 并对患者等临床数据提供支持。</p>	1	套	900000	900000	无
9	临床知识库系统	<p>我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称: YTHIS]V2.0包含的临床知识库系统V2.0技术参数响应: (1)提供药品说明书、禁忌症、注意事项等查询; (2)提供临床路径、诊疗指南等查询; (3)提供检验检查项目的适应症、禁忌症、参考值、标本、作用及临床意义等查询; (4)提供政策法规及医院自定义管理规范维护与查询; (5)支持基于搜索引擎技术的全文检索功能; (6)能够全面维护药品说明书、指导原则、指南、管理规范等客户自定义维护的内容; (7)★具备基础知识库基础上, 用户可自行进行基础知识库维护的高级工具, 实现诊断、药品、检验、检查、手术、治疗知识的属性化、结构化、分类管理, 实现规则的及时更新应用于辅助医生分析引擎; (8)提供产品功能效果证明截图(加盖公章)针对特定项目, 可让医生随时查看, 展示信息可自定义维护, 支持新增、删除和修改并保留操作痕迹。</p>	1	套	50000	50000	无
10	单病种质量监测与上报管理系统	<p>我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称: YTHIS]V2.0包含的单病种质量监测与上报管理系统技术参数响应: 1.填报管理 1.1★支持单病种填报模板配置(根据国家相关要求); 1.2可根据不同病种配置不同的必填项; 1.3支持单病种与ICD诊断自动适配配置; 1.4支持病种临床数据来源配置; 1.5支持自动获取检验报告; 1.6支持自动获取输血申请及交叉配血情况; 1.7支持自动获取检查报告数据; 1.8支持自动获取临床护理及评估数据; 1.9支持获取临床医嘱及药物执行必要数据; 2.上报管理 2.1根据不同病种配置不同的上报元素; 2.2支持对必要上报数据的必填项标记; 2.3支持上报后上级负责科室进行审核和打回; 2.4支持自动筛查需要上报的单病种; 2.5支持打回的记录重新编辑后继续上传审核; 2.6对数据审核和上报过程进行跟踪记录; 3.指标统计分析 3.1支持路径执行情况的查询; 3.2支持查询路径执行情况、及变异情况; 3.3支持对平均住院天数、次均费用、上报率的统计; 3.4支持科室病种统计; 3.5支持单病种上报完成情况统计。</p>	1	套	200000	200000	无

11	慢性病管理信息系统	<p>我公司提供远腾智慧医院信息管理系统[简称：YTHIS]V2.0包含的慢性病管理信息系统技术参数响应：1.慢性病数据管理 1.1作为慢性病管理业务数据的永久存储载体。1.2成为慢性病管理系统和医院HIS系统数据整合的目标体。1.3成为慢性病预防控制业务管理的数据基础，实现慢性病管理业务的统计、上报，以及为领导层提供管理决策支持。1.4与上级慢性病上报系统对接，实现向上级慢性病管理系统进行报表上报。1.5成为支持医学科学研究和教学的信息资源。2.★慢性病健康管理信息采集 2.1通过疾病筛查、高危筛查或居民就诊等途径，内容包括居民的基本信息、疾病既往史、疾病行为和危险因素信息、体格检查、实验室检查、管理对象类型及管理信息等内容。在社区进行信息登记时，需为居民指定一位责任医生对其进行慢性病管理。2.2医生从平台推送的诊疗、健康档案、筛查服务等数据中监测到管理对象的健康状况有变化或出现新的病情时，例如从健康人群变为高危人群、被医院新诊断为糖尿病或高血压患者时，经过核实确认后，更新该居民的健康管理（慢性病防治）信息登记表。3.慢性病健康风险评估 根据慢性病健康管理登记信息，系统自动根据疾病既往史、危险因素信息等内容，按照《慢性病风险评估标准》，定期对居民进行慢性病风险评估，以确定其管理对象类型。管理对象类型分为：健康人群、高危人群（包括糖尿病高危人群、高血压易患人群、脑卒中高危人群）和疾病人群（包括糖尿病前期患者、糖尿病患者、高血压患者），从而实现后续的分类管理。4.疾病诊断与建档协同 医院对疾病诊断确诊的高血压、糖尿病、心脑血管、肿瘤等患者，基于慢性病管理平台，完成门诊建档、慢性病报卡的协同联动功能。慢性病管理科室通过接收建档提醒消息，调阅患者健康档案和疾病诊断记录及用药、检查、检验等信息，为居民提供连续的、完整的慢性病管理服务。5.门诊与随访管理协同 医院对门诊诊断确诊的高血压、糖尿病、心脑血管、肿瘤等患者，基于慢性病管理平台，将患者病历信息推送给相关慢性病管理科室，实现医院门诊与随访管理的协同联动功能。慢性病管理科室通过接收随访提醒消息，调阅患者门诊诊疗记录，根据患者情况进行评估，制定随访计划，为患者提供持续的随访管理服务。6.体检与随访管理协同 在体检过程中，医院确诊的高血压、糖尿病、心脑血管、肿瘤等患者信息，通过体检系统上传至慢性病管理平台，并将患者病历信息推送给相关慢性病管理科室。慢性病管理科室接收检后随访通知信息，根据体检报告和医生检后管理指导意见，分析患者病情，为患者提供持续的检后随访服务，观察患者病情变化情况并采取相应措施对患者进行控制。7.★随访计划 7.1随访开始日期：按照随访周期可以开始随访的日期。7.2随访截止日期：按照随访周期可以随访的最后日期。7.3预约下次随访日期：根据本次的随访日期，通过下一个随访周期的方式确定的日期，该日期不能晚于预约截止日期。7.4实际随访日期：管理对象实际进行随访的日期。7.5提醒开始日期：在预约下次随访日期之前一个月，需要通过系统提醒告知责任医生进行提醒。7.6提醒结束日期：如居民慢性病管理信息的对象类型发生变化时，需要按照新的管理对象类型重新制定随访计划。根据随访信息系统自动生成对应的健康处方。处方包括饮食指导、运动指导、心理指导、戒烟指导等健康生活方式。对于自动生成信息进行的随访，可以生成随访记录、健康教育和健康处方内容。8.随访记录 如发生随访内容项目与随访记录不一致，经上级修改权限的账号对随访内容进行修改，不能对已经发生的随访记录进行修改。进行下一次随访记录时，才可删除此记录进行评价。9.慢性病流行趋势 9.1慢性病流行趋势分析：糖尿病、高血压、恶性肿瘤、烟草和饮酒及死亡趋势，主要危险因素分布、吸烟、饮酒、不合理膳食、体力活动等）流行及分布。9.2慢性病管理对象人口结构（年龄、性别分布）、管理对象构成情况（健康人群、高危人群、疾病人群）、危险因素分布情况（超重、肥胖、吸烟、饮酒、不合理膳食、缺乏运动等）、病情情况。11.工作计量情况 内容包括健康管理对象健康管理率、高血压患者健康管理率、糖尿病患者健康管理率、糖尿病高危人群筛查比例、高血压筛查完成率、糖尿病筛查任务完成率、规范管理率、随访数据引用情况。12.管理成效 内容包括血糖或糖化结果（血糖正常、糖尿病前期、糖尿病）、高血压筛查结果（血压正常、血压异常、新诊断高血压）、空腹血糖达标率（分一般、重点管理对象）、血压控制率（分一般、重点、糖尿病、高血压、糖尿病合并高血压）、糖尿病管理对象并发症患病率、高血压合并症患病情况、高血压、糖尿病合并心脑血管疾病发病、死亡情况。13.健康风险评估 向人群推送健康风险评估报告，实现可回查的流程。系统需给出风险评估结果，并根据风险评估结果，给予精准的健康教育。14.慢性病宣传和教育 对于已经登记为社区慢性病管理对象的居民，社区医生定期记录其健康状况及其个体需求，为居民预约并完成本年度《健康管理（慢性病防治）预防知识技能课程》。也可调用知识库相关信息进行当面教育。16.健康提醒 15.1随访提醒：按照随访计划，提醒居民主动配合其责任医生随访工作。15.2就诊提醒：对于一般管理对象，提醒患者加强自我管理，定期采集和上传体征数据，发现患者血糖或血压波动较大时及时提醒就医。对于重点管理对象，按照治疗方案提醒患者规范治疗和遵医嘱服药；发现患者血糖或血压波动较大时推送信息及提醒其就医。15.3体征数据采集：居民在家中通过移动互联网等手机上传个人体征数据，上传的内容和提醒需包含在《体征数据自测》中，上传的体征数据可作为随访、健康提醒和社区健康管理的依据。16.在线登记和随访 16.1通过在线的填写、检查、信息调阅等功能，减少纸质录入和事后补入等造成的数据错误和实时性问题，方便医生的工作。16.2服务质量反馈：针对提供的随访、评估等慢性病服务，居民可对服务的质量进行反馈。同时，可通过居民服务反馈的结果，作为医生数据质量控制的参考和依据。★已提供产品著作权证书扫描件加盖厂商公章。</p>	1	套	400000	400000	无
----	-----------	---	---	---	--------	--------	---

