

医保 DIP 管理系统技术要求

序号	功能模块		功能要求
1	智能分析	分组预测	<p>1. 根据医生填写的病人入院初期、诊疗过程中、出院前后的病例信息以及临床医生在填写病案首页时可提示预分组结果、医保付费预测、倍率区间等信息；</p> <p>2. 与 HIS 系统直接对接，实现数据的实时读取与写入，即可查看患者的实时预分组情况，审核提示当前存在风险点，并给予相应的选择，医务人员可通过选择准确、真实、合规的选项反馈至 HIS 系统中，同时，患者数据出现风险问题如超支、诊断操作不匹配等情况时主动作出预警。</p> <p>3. 预分组结果开放给医生工作站，实现医生对诊断信息调整后预分组结果更新。界面实时显示当前病例预分组结果相关信息，包括主要诊断/次要诊断/主要手术/住院天数/医疗总费用类住院信息和预分组结果/支付标准/倍率/(地区/本院) DIP 均费/预计结算金额类支付信息等，实现通过预写诊断及手术操作展示相关入组列表，帮助临床提前规划诊疗路径。</p> <p>4. 提供当前病案与标杆值之间的对比情况，包括住院费用、平均住院日、药占比、耗材比等指标。</p> <p>5. 实现在院患者预分组，费用实时分析，明确患者疾病入组以及费用超支、节余、辅助分型特殊项目加成等情况。</p>
		风险病历预警	<p>结合系统分组预测能力与实时监测全量指标，实现对不能入组、疑似入错组、疑似费用异常、疑似指标异常等风险病例的预判与预警，提前干预，从而保障合理入组，并降低因异常病例导致的费用超支风险。</p>
		编码质控	<p>对病例的诊断编码、手术及操作编码进行编码质控（含灰码分析），并能对主诊断选择错误、重复编码、合并编码等质控内容，提示错误原因及修改建议。</p>
		分组推荐	<p>根据医师填写的病例诊断及手术信息智能推荐分组，并提示不同的诊断和手术方案下病例可能的分组结果及费用信息，供医生最优选择。</p>

		非编码质控	对每份病案提供质控分析结果，并提示具体的错误原因。
		病案评分	展示病案的扣分情况，并提供具体的扣分原因。
		DIP/DRGS 分组器一键切换	▲实现根据病种入组规则，建立 DIP 病种分组器，同时需实现 CHS-DRG 分组器，实现 DIP/DRGs 分组器一键切换(提供系统截图证明及实现功能承诺函)。
2	医院病案清单质控	病案质控总览	展示医院整体病案质控总览情况，并提供质控指标趋势对比、异常校验类型 TOP10、医保分组质控情况展示等功能。
		病案首页形式质控	<ol style="list-style-type: none"> 完整性校验分析：分析病案填写的完整度，分板块统计填写完整的病案数量及占比，并提供每份病案完整度填写的详细分析结果； 逻辑性校验分析：从费用、编码、日期等维度校验病案填写的合理性和规范性，并能统计异常病案数量及占比、分析全院异常校验类型 TOP10，同时提供每份病案完整度校验的详细分析结果； 病案评分分析：对病案质量进行评分，并能查看病案得分详情； 质控字段字典管理：对病案首页各项字段的质控进行统一的字典管理； 病案首页质控规则库：系统需按照 HQMS 填报规范、病案首页填报规范、公立医院绩效考核接口规范、大数据 DIP 分组标准制定相应规则及配套知识点，并结合病案首页典型质控规则，形成质控规则知识库。 实现结合 DIP 政策对病案首页质量进行分析，如疑似存在问题则对相关管理部门做出提醒。
		病案首页质控规则管理	<p>基于规则知识库创建规则引擎，对接医院业务系统进行数据抽取及规则校验。该规则引擎需实现用户自定义规则配置的功能，使质控人员能够自行定义质控规则。</p> <ol style="list-style-type: none"> 事中实时质控：基于规则引擎，对已填写的病案首页信息进行实时审核，对于不符合规则的填写面向医生提供缺陷提醒。 事后数据质控 为病案管理部门、医保管理部门提供病案首页数据的历史质控结果，并可查看每份病案首页数据质控的详情。

		结算清单质控	按无分组方案质控，诊断编码质控、分组参数质控、医保排除质控等类型统计错误病例数及占比情况。
		结算清单质控规则库	1. 质控字段字典管理：对结算清单各项字段的质控进行统一的字典管理； 2. 结算清单质控规则库：系统需按照医保相关要求填报等规范制定相应规则及配套知识点，并结合结算清单典型质控规则，形成质控规则知识库。 3. 针对医保结算清单数据实现医院 HIS 记账数据与医保上传数据核对，及时掌握医保资金的申报和结算异常的情况。（针对住院病人申报）
		病案数据查询	1. 按病案号查询病案首页数据和结算清单数据，并提供一键切换住院病案首页和医保结算清单功能； 2. 高亮显示病案首页/结算清单错误项，并能查看错误项原因。
3	DIP 综合能力评价	DIP 总体指标	1. 整体显示医保 DIP 运行综合指数，实现自定义筛选重点指标以及自定时间段。数据包括但不限于全院病例数、CMI、病组数、基金支付情况、垫付情况、回款情况、结余情况、次均费用、住院日等指标。以院区-科室-亚专业科室-病区-诊疗组-病组的层级以表格形式显示，也可根据医院需求提供其它数据显示形式。 2. 监测 DIP 重点指标，实现数据分析可视化，并对风险病历及时预警；运营维度数据分析，从院级、科级、诊疗组、病组多维度数据分析； 3. 实现创伤患者 DIP 各项指标的计算（创伤患者以医院提供的严重创伤病种目录为筛选条件）。
		医院病种分析	以饼图的形式展示 CMI 较大的一级目录、病种人数较多的二级目录、费用较大的三级目录等病种指标。
		医院综合分析	统计分析病案情况与医疗能力情况，包括科室名称、总病案数、入组病案数、入组病案数同比、入组病案数环比、病案数同比、DIP 组数、DIP 组数环比、DIP 组数同比、总权重等。
		绩效评价分析	1. 科室评价分析：分别以折线图和象限图的形式展现选中科室在指定时间范围内的产能(DIP 组数、DIP 总权重、CMI 指数)、

			<p>效率(时间消耗指数、费用消耗指数)、安全(低风险死亡率, 中低风险死亡率、中高风险死亡率、高风险死亡率)等关键指标, 并能以表格的形式展示各科室 DIP 相关关键指标数据, 包括总病例数、综合得分、DIP 指数、DIP 总权重、CMI 指数、例均费用、时间消耗指数、费用消耗指数、平均住院日、低风险死亡率、中低风险死亡率、药品费占比、耗材费占比、检查费占比、门诊收入中来自医保基金的比例、住院收入中来自医保基金的比例等;</p> <p>2. 诊疗组评价分析: 展示不同诊疗组的 DIP 指标, 包括产能(DIP 组数、总权重、CMI 指数)、效率(时间消耗指数、费用消耗指数)、安全(低风险死亡率、中低风险死亡率、中高风险死亡率、高风险死亡率)等;</p> <p>▲3. 医生评价分析: 以折线图的形式展示各科室医生的 DIP 关键指标, 包括 DIP 总权重、CMI 指数、时间消耗指数、费用消耗指数、低风险死亡率等, 并能以表格的形式展示各主治医师 DIP 相关关键指标数据, 包括综合得分、DIP 指数、DIP 总权重、CMI 指数、平均住院日、时间消耗指数、费用消耗指数、低风险死亡率、药品费占比、耗材费占比、检查费占比、诊疗费占比, 同时能以 Excel 表格的形式导出医生评价分析信息。(提供系统截图证明及实现功能承诺函)</p> <p>4. 系统可以实现从全院、科室、医师等维度对标广州三级医院等级评定相关 DIP 指标进行统计分析。</p>
		<p>辅助管理分析</p>	<p>1. 医院手术分析: 分别以折线图和表格的形式展示科室在选定时间范围内发生的手术等级信息, 包括总手术例数、一级手术例数、二级手术例数、三级手术例数、四级手术例数、微创伤手术率与战创伤手术例数等, 并与同期数据进行对比, 同时能以 Excel 表格的形式导出手术等级分析数据;</p> <p>2. 重点手术分析: 以图表的形式展示重点手术例数的本月与同期对比情况、重点手术在科室分布情况 TOP10, 以及各重点手术的发生例数、死亡例数、死亡率、平均住院日、同期、环比、同比、平均费用等</p>

			<p>信息，同时能以 Excel 表格的形式导出重点手术分析；</p> <p>3. 重点疾病分析：分别以柱状图、饼状图、统计表格的形式展示重点疾病在医疗机构的发生情况，同时能以 Excel 表格的形式导出重点疾病分析情况；</p> <p>4. 医院安全分析：以环形图的形式展示医院风险等级占比情况，并以柱形图的形式展示各科室的低风险和中风险人数占比情况，同时能以 Excel 表格的形式导出医院安全分析信息。</p>
		本地病种分值库	展示分组器囊括的 DIP 组信息，包括各病种平均住院日、平均费用、分值、风险等级等指标等。
4	医保付费预测分析	医保支付预测	统计医保 DIP 支付情况，包括人次和金额信息，并能修改预测单价和医保单价，同时能对当前期号数据进行重新测算。
		医保支付概览	按付费方式统计分析指定时间范围内的医保付费信息，包括付费总人次、原项目支付总额，支付预测总额、预测盈亏金额、预测盈亏比、支付人数结构、费用占比等，并能展示指定时间范围内的盈亏趋势，超支科室、严重超支病种等信息。
		科室盈亏分析	按科室统计分析指定时间范围内的医保付费信息，并能按费用和效率指标进行标签标记，同时能查看科室覆盖的病组情况、各病组的费用结构情况、以及该科室整体费用结构、例均费用最高的项目排名、病例详情等。按科室进行病种覆盖与盈亏情况排名。对转科、借床的病组按实际费用发生的科室进行预测盈亏。
		医生盈亏分析	按医生统计分析指定时间范围医保付费信息，并能按费用和效率指标进行标签标记，同时能查看医生覆盖的病组情况、各病组的费用结构情况、医生整体费用结构、例均费用最高的项目排名、病例详情等。
		病组盈亏分析	按病组统计分析指定时间范围内的医保付费信息，并能按费用和效率指标赋予标签，同时能查看病组费用结构，例均费用最高的项目排名、病组超支科室情况、病组超支医生情况以及病例详情等。
		病例盈亏分析	统计分析指定时间范围医保付费病例盈亏数据，并能按费用和效率指标赋予标签，

			同时能查看病组费用结构、例均费用最高的项目排名、该病组超支科室情况、该病组超支医生情况以及病例详情等病组数据。
		项目盈亏分析	统计各项目在院内各科室开单情况并进行分析，可按科室维度分析项目使用超支结余情况。
		医院入组分析	统计分析全院整体入组情况，包括各病例类型的入组情况及同期对比、各科室覆盖DIP数量、入组率、各病例类型占比等。对局端反馈的数据进行对比，入组正确率不低于96%。
		医院病组分析	按科室，对各MDC数据进行分析，包括总病例数、DIP组数、MDC对应的CMI、平均住院日、标杆平均住院日、次均费用、标杆次均费用等，并能以Excel表格的形式导出医院病组分析数据。
		医院费用分析	统计分析全院整体费用情况，包括总费用、自付金额、例均费用、各科室的自付金额对比趋势情况、各科室的各费用项占比情况等。
		DIP倍率配置	配置DIP支付中的高低倍率，并能查看和修改当前高低倍率界限值。
5	医保字典管理	标准映射	<p>1. 诊断编码映射管理：提供诊断编码映射管理功能，含现行国临版本、现行医保版本、军队版ICD编码的映射，形成映射列表，列表展示内容应包含ICD码类目、ICD码、ICD名称、版本号，且要求有独立界面对映射库进行维护。</p> <p>2. 操作编码映射管理：应提供操作编码映射管理功能，含现行国临版本、现行医保版本及军队版ICD编码的映射，形成映射列表，列表展示内容应包含操作码、操作名称，版本号，且要求有独立界面对映射库进行维护。</p> <p>3. 医保医师编码管理：提供医保医师编码维护功能，工作人员能够通过系统维护院内医师的医保编码，实现导入导出功能。</p> <p>4. 医保护士编码管理：提供医保护士编码维护功能，工作人员能够通过系统维护院内护士的医保编码，实现导入导出功能。</p>
		国家基础字典	1. 系统需建立医保智能审核规则库，根据国家医保局和地方政府的医保政策规则，

			<p>制定药品)疾病和诊疗方面的智能审核规则。规则库应包括药品审核知识库)疾病审核知识库和诊疗审核知识库。</p> <p>2. 对与本系统相关的国家基础字典信息进行统一维护,包括药品目录维护(国家)、诊疗目录维护(国家)、中医疾病目录维护(按医院要求)、疾病目录维护(医保2.0)、手术操作目录维护(医保2.0)。</p>
6	数据管理	医疗数据查询	实现授权用户对门诊业务、住院业务、转科信息、病历信息、经济管理信息等医保相关业务的信息查询。
		医保局端结算数据	应对医保局端的结算数据,包括本地结算表、省内异地结算表、省外异地结算表、区直三级表(广州地区)、市直三级表(广州地区)、省级三级表(广州地区)等报表数据进行统一管理。
7	智能审核	医保审核知识库	<p>根据国家、广东省、广州市最新的医保政策以及临床指南等构建医保审核知识库,覆盖药品、疾病、诊疗项目等各个方面。</p> <p>医保审核知识库中内置的规则:</p> <p>1. 药品审核规则库:包括限定适应症用药、限定性别用药、限定门诊用药、限定住院用药、限定待遇类型支付、限定医院等级用药、限定年龄用药、不予支付饮片限制、单味不予支付饮片限制、全为单味不予支付饮片限制、限单独用药;</p> <p>2. 疾病审核规则库:包括限定生育支付疾病、限定医保支付疾病、诊断不合理(性别)、诊断不合理(年龄);</p> <p>3. 诊疗审核规则库:包括重复收费、限年龄使用、限性别使用、限待遇类型支付、限定门诊使用、限定住院使用、限单独使用、超限定频次(住院天数)、超限定频次(按日收费)、超限定频次(按小时收费)。</p> <p>4. 自定义规则库:支持根据医院实际需求自定义设置新的审核规则。</p> <p>针对医保审核知识库中的规则,系统将进行统一管理和维护,包括:</p> <p>1. 可直接对规则进行添加、编辑、删除等操作;</p> <p>2. 对每条规则可进行详细配置设计,如限制条件、限制场景、提示内容等;</p> <p>工作人员可自定义配置每条规则级别,根</p>

			<p>据提示，预警，禁止等级别，对临床违规进行限制；</p> <p>基于医保审核知识库，创建医保审核规则设计器。将所有规则内置系统中，且与医院现有的医生工作站、护士工作站等进行对接，当出现违规行为时，能够实时予以预警，并提供违规原因或修改建议。</p>
		实时智能审核监控	<p>对于医生、护士：</p> <p>系统通过对接医生、护士工作站，对违规情况进行实时提示、预警及拦截，面向医务人员提供违规说明、修改建议、规则依据等内容。主要使用场景包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 门诊医生工作站处方实时审核，需支持工作人员填写违规反馈原因； 2. 入院场景进行入院审核，需支持门诊医生工作站处方的实时审核和入院场景的疑似重复入院审核； 3. 住院医生工作站医嘱实时审核，需支持工作人员填写违规反馈原因； 4. 护士工作站中患者预出院前进行整体审核，系统需提供审核预警信息集成，方便医保科对临床违规情况进行统一监控，查看违规记录和对应收费明细； 5. 每天定期对在院患者进行审核； <p>当出现违规弹窗拦截时，支持医生、护士针对情况填写违规反馈原因。</p> <p>对于医保科：</p> <p>面向医保科提供监控服务，对临床违规情况进行统一监控，可查看违规记录及对应医嘱或处方明细。</p>
		事后违规审核	<p>对全院审核情况进行回顾性分析，方便医院了解常见的违规现象，采取有针对性的措施。提供的服务包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每天自动审核前一天的费用违规数据； 2. 支持在院患者的 T+1 天的全费用审查，提供管理部门以及临床监管； 3. 管理人员可查看门诊、出院患者违规数据列表，并可查看费用明细； <p>支持使用人员按批次导入数据，在系统内进行统一审核查看违规情况。</p>
8	医保运营分析	医保总体监控分析	<p>提供面向院领导的医保概览，对院领导、医保科关注的重点核心指标及医保等级评定相关指标实现总体监控，实现以图形化准确直观展现（含环状图、柱状图、饼状</p>

			图、趋势图、指标卡、仪表盘、雷达图等)。
		事后病种分值 付费分析	<p>对事后付费情况进行各项分析，分析内容如下所示，要求每一项分析均需要根据不同维度进行多指标、多角度分析，实现但不限于通过就诊科室、主诊医师、医院院区、医保类型等维护：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病种 CMI 分析 2. 病种入组情况 3. 病种偏差分析 4. 病种盈亏分析 5. 病种费用结构分析 6. 医保编码与病案编码对比分析 7. 病种病案首页入组分析 8. 病种病案费用结构分析 9. 麻醉科费用专项分析 10. 日间病房等专项数据分析
		门诊数据分析	<p>对门诊情况进行各项分析，分析内容如下所示，要求每一项分析均需要根据不同维度进行多指标、多角度分析，分析维护应实现但不限于门诊科室、就诊医师、医院院区、医保类型：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 普通门诊业务量统计 2. 普通门诊费用结构分析 3. 门特业务量分析 4. 血透/腹透盈亏分析 5. 指定手术单病种分析
		生育医保数据分析	<p>对生育医保情况进行分析，分析内容包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 生育门诊费用分析 2. 生育住院盈亏分析 3. 生育住院费用分析
		异地医保分析	<p>对异地医保情况进行分析，分析内容包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 省内异地门诊、住院分析 2. 跨省异地门诊、住院分析
		市直省直分析	<p>对广州市直属机关单位医疗保险（下称市直）、广东省直属机关单位医疗保险（下称省直）、公费医疗情况进行分析，分析内容包括但不限于：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 市直医保门诊分析 2. 省直医保门诊分析 3. 各区区属医保医疗门诊分析 4. 市直医保住院分析 5. 省直医保住院分析

			6. 各区区属医保住院分析
		综合分析	<p>对其他情况进行综合性分析，分析内容包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各科室费用情况统计 2. 病种分值付费转科分析 3. 病种分值付费人群类型分析 4. 住院年次均费用增长率 5. 医生病历入组分析 6. 门诊年次均费用增长率监控
9	医保责任医师管控	问题导入与指派	实现提供问题指派功能。系统实现医保科将问题指派到责任医师，责任医师根据问题处理后反馈给医保科。系统实现将医保局反馈的违规内容进行导入，并提供维护各科室对应的责任医师，按照导入违规内容中的科室、责任医师自动分派给对应的科室医生。
		问题反馈与审核	责任医师根据医保科指派的问题，在系统上进行针对性的反馈，反馈完成后，医保科可对医生反馈信息进行审核，并实现反馈信息的导出功能
		医保违规扣减分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 根据医保最终违规数据，系统提供标准违规数据统计分析模板，实现数据导入功能，实现医院定时的将医保局反馈的最终的违规内容导入到系统中，系统根据导入的内容，匹配院方的科室、医生字典，对违规内容进行对医生、项目、日期等指标分析； 2. 实现对违规内容进行类型归类分析，通过归类分析来了解容易出错的是那些规则，分析这类规则违反的原因，为医院管理决策提供有效的数据支撑。
		医保违规扣减科室分析	实现以日期、就诊方式、科室、医生为维度分析医保违规项目的数量和扣减金额等指标。
		医保违规扣减项目分析	实现以日期、违规类型、项目为维度分析医生违规的数量、扣减金额等指标。
10	医院运营决策管理	运营综合指标	展示各科室的入院人次、出院人次、住院总费用、DIP/DRGS 组数、总权重、CMI 等随时间变化趋势，以及以指标的同比、环比情况，并能以表格的形式展示综合指标数据，同时通过颜色区分变化趋势的优劣，以及实现以 Excel 表格的形式导出运营综合指标数据。

		全院异常预警	对院内重点关注指标进行排名预警分析，包括药占比、抗菌药物占比、DIP未入组病案数、时间消耗指数、费用消耗指数、低风险死亡人数等。
		科室费用预警	1. 按科室对指定时间范围内的费用信息进行统计分析，并按费用和效率指标用标签标记； 2. 展示科室病例数、医生人数、覆盖病组数、盈亏金额及盈亏比情况，并能查看科室覆盖的病组情况、各病组的费用结构情况，科室整体费用结构、例均费用最高的项目排名、病例详情等科室数据。
		医保费用构成	统计分析医保费用构成情况，并展示医保结算人次、总费用、医保收入、医疗支付方式占比进行分析、病组权重排名等。
		数据分析报告	在医院数据分析报告中展示数据情况说明、医院总体情况、医保付费预测、医院运营决策等，并能从DIP/DRGS指标评价、DIP付费预测、病种运营管理、学科发展等多维度分析全院的DIP/DRGS情况。实现自动生成分析报告与汇报PPT材料。
11	★系统总体要求		1. 系统使用主流语言开发，支持WindowsXP及以上系统访问，支持Chrome、Firefox、IE7及以上、Edge等主流浏览器访问； 2. 提供系统维护文档、操作手册、数据结构文档； 3. 系统须对接“军字一号”HIS系统，投标方须承担本系统与医院现有运行的各类系统（包括但不限于“军字一号”HIS系统、医保接口相关系统）、后续上线系统、各类系统接口以及第三方平台接口的改造与无缝对接工作以及对接过程中产生的所有相关费用。
12	培训服务		投标方能够制定完备培训方案并且承诺对医院医务人员进行集体培训次数不少于3次。
13	★售后服务		1. 提供3年以上免费售后维保服务，以项目验收日起算； 2. 在医保政策变动或医保分值规格变动后三天内，更新该系统内发生变动的字典及规则库； 3. 发生紧急事件和故障时，工程师到现场时间小于3小时；

		<p>4. 合同签订后六个月内完成实施上线；</p> <p>5. 系统上线前投标方需邀请具有安全评估资质的第三方机构进行安全测评，并向甲方提交安全测评报告，测评工作及费用由投标方承担。</p> <p>6. 因客观原因未能实现的功能需求，投标方需提交功能实现承诺函。</p>
--	--	--

商务要求

★（一）交货时间、地点与方式

1. 交货地点：广州市天河区采购方指定地点。
2. 交货期：合同签订之日起 120 天内全部交货并安装调试完毕。
3. 交货方式：现场交货。

（二）售后服务

1. 质量保证期：自交货验收完毕之日算起，所有产品质保 36 个月。投标供应商对提供的货物在质保期内，因产品质量而导致的缺陷，必须免费提供包修、包换、包退服务，因此导致的损失采购单位有权向中标供应商追偿。超出质保期后，供应商应当提供上门维修服务，仅收取成本费。

2. 投标供应商须承诺履行军事保密义务，在军事行动中提供应急救援保障服务，保障服务内容包括应急服务、现场服务。

3. 投标供应商须承诺提供该货物的技术培训、技术支持和维修巡检服务，服务内容包括医保DIP管理系统等。

5. 投标供应商须提供生命周期内零备件和消耗品清单，并明确供应周期和价格等优惠条件。

6. 投标供应商须承诺，对售后服务需求提供响应，3小时内到达现场实施维修。24小时仍未排除故障、恢复正常运转的，由投标供应商提供同类型备品、备件等。

★（三）保密要求和专利权

1. 具有保密资质，或后期签订保密协议、严格落实保密相关规定，投标供应商应保证使用方在使用该货物或其任何一部分时，不受第三方侵权指控。同时，投标供应商不得向第三方泄露采购机构提供的技术文件等资料。

2. 软件设计不存在人为设置后(暗)门、预留接口、“控制键”或隐藏链接。

★（四）付款及结算方式

分阶段付款，第一阶段，人员进场到位，完成医保DIP管理系统环境部署后，乙方开具合同金额20%的正式发票后，采购单位30个工作日内支付合同金额的20%；第二阶段，在整个项目完成建设并稳定运行两个月后，乙方提交验收合格报告等结算材料，采购单位在组织验收通过后，乙方开具合同金额80%的正式发票，采购单位在收到乙方正式发票后30个工作日内支付合同金额的75%，留合同金额5%作为质量保证金，在质保期满且运维服务良好、无质量问题时全额无息支付。