

需求规约

(医疗保险中心报销系统)

目 录

1	引言	3
1.1	目的	3
1.2	背景	3
1.3	参考资料	3
1.4	术语	3
2	任务概述	3
2.1	目标	3
2.2	项目介绍	3
3	需求规定	4
3.1	一般性需求	4
3.2	功能性需求	4
3.3	系统安全性的要求	16
4	运行环境规定	17
4.1	运行环境	17
4.2	接口	17
5	遗留问题	17
6	项目非技术需求	17
7	系统参数	18

1 引言

1.1 目的

本文档是根据 XX 市医保中心的实际工作流程进行充分调研后整理出来的，描述医保中心统筹医疗保险报销的业务流程和业务需求的文档，本文档的目的的一方面是指导实训学员了解最终的业务需求，另一方面是作为后续开发设计的业务需求指导文档。

1.2 背景

XX 市现医保中心统筹医疗保险报销还主要以人工的方式来完成日常业务。不但效率低下，而且浪费大量的人力和财力。随着政府普及社会保险政策的推行，参加社会保险的人群会逐渐扩大，现在的方式已经远远不能满足新的需求。XX 市府领导经过仔细研究决定，要投入大量资金，研发一套可以完全满足本市社保新需求的，高效的，安全的，易用的，可大量降低人力物力成本的和适合本市特殊需求的医保中心统筹医疗保险报销系统。

1.3 参考资料

暂无描述。

1.4 术语

暂无描述。

2 任务概述

2.1 目标

项目总体目标是建立统筹医疗保险报销系统，医保中心下属各机构可以通过该系统办理医保报销的相关业务。系统不仅满足目前的业务需要，还要满足未来的发展，而且要具备良好的可扩展性。

2.2 项目介绍

本项目只涉及到基本医疗保险的业务，不涉及其他业务。

为满足用户的需求系统设计了五大模块：医疗基本信息维护、公共业务、医保待遇审批、医保中心报销和综合查询。其中，医疗基本信息维护、公共业务、医保待遇审批都是为医保中心报销模块服务的。综合查询模块提供用户需要的报销数据汇总。

实际上的公共业务模块非常复杂，包括单位参保，个人参保，单位退保，个人退保，社保基金管理，银行账户管理等。本项目只开发医保报销功能，所以公共业务只截取了人员、单位信息维护两个基本模块。

医疗基本信息维护包括国家医疗三大目录（药品目录、诊疗项目、医疗设施）维护、报销参数维护、定点医疗机构维护等和医保密切相关的基本信息部分。该部分主要的业务是基本信息的增删改查，从业务、操作、和实现来说相对比较简单。但是这部分的重要性比较高，这个模块是给专业医保人员使用的，这些录入和维护的数据直接关系到报销的金额，和系统的稳定性。所以必须要有严格的检查、校验和错误提示功能。

医疗待遇审批是医保报销的限定模块,有些特殊的药品和特殊的情况需要对报销人的资格进行审查,特殊情况的原因进行核准。以上情况需要提前提出申请,并将详细材料送医保中心备案,由医保中心的认定科进行审批,审批通过后才能享受指定的医疗待遇。该模块需要大量的数据查询操作,所以效率问题是该模块的重点。

医保中心报销模块是整个系统的核心,需要查询以上的基本信息,并判断报销人员是否有相关待遇审批信息,还要进行详细报销项目金额的计算,并累积该人的各项费用。该模块业务逻辑非常复杂,要求开发人员必须仔细理解和分析需求。另外,该模块的查询、计算、存储数据的操作非常多,所以还要认真考虑性能问题。并且因为涉及到报销的金额,所以该部分一定要着重测试,保证完全准确。

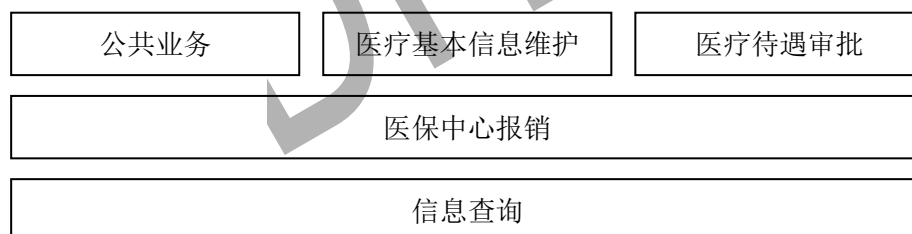
综合查询模块,需要检索和计算人员报销的累积信息,所以一定要注意性能问题。

3 需求规定

3.1 一般性需求

- 集中数据管理、分布式应用,实现信息的全面共享。
- 完全基于浏览器的操作模式,操作方便,具有良好的系统扩充能力。
- 系统操作灵活,简单,能够满足医保中心日常工作的要求。
- 灵活的模块需求设计,可根据实训项目周期灵活裁剪。
- 严格的安全管理机制。利用 SSL 技术维护网络传输安全,利用安全规则和特权保证基本信息的安全管理,提供日常操作的审计功能,并对重要的安全事件提供报警,对重要数据进行加密。
- 对于系统执行的重要操作自动记录操作人和操作日期。操作人默认为当前登录人员。操作日期默认为当天。

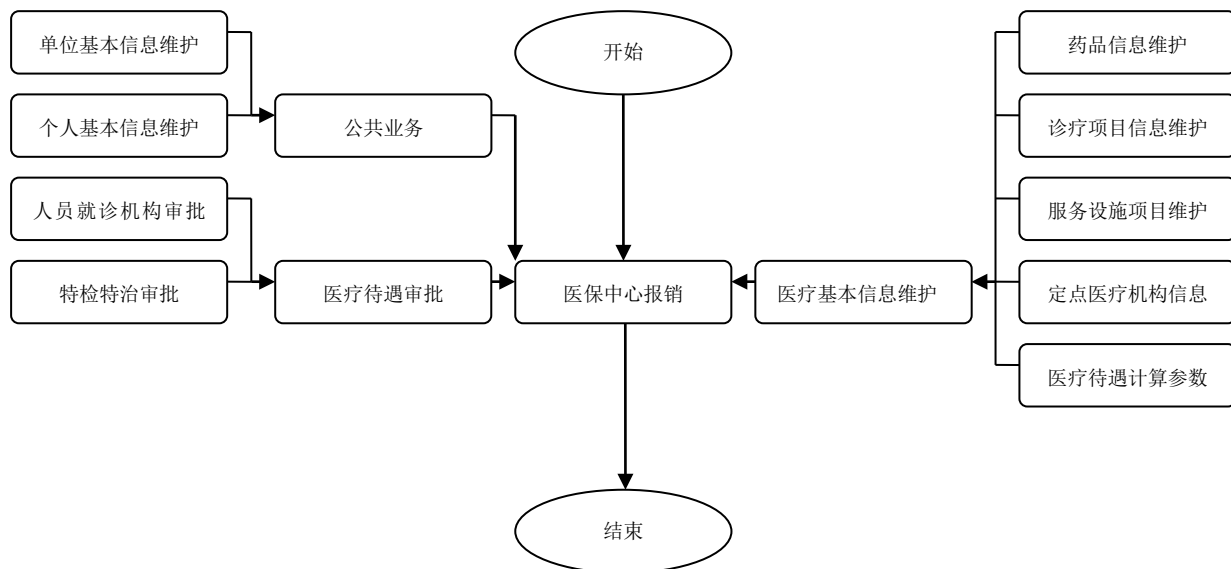
3.2 功能性需求



功能名称	备注	裁剪说明
公共业务	对于参保的人员及单位的详细信息进行录入	不可裁剪
医疗基本信息维护	1. 对于药品、诊疗项目、诊疗设施的详细信息进行维护。 2. 对费用计算需要的参数进行维护。	不可裁剪
医疗待遇审批	对于参保人员的报销资格和可就诊的医	可完全裁剪

	疗机构进行审批	
医保中心报销	对满足条件的参保人员在就诊时发生的费用进行计算，并报销相应的费用	不可裁剪
信息查询	针对医疗人员的费用信息进行查询	可完全裁剪

整体业务流程



注：以下记述有下划线的项目，为已设定选项的项目，请到“系统参数.xls”查找具体的选项内容。

3.2.1 医疗基本信息维护

3.2.1.1 药品信息维护

需求描述

名称	药品信息维护
优先级	比较重要
业务背景	1. 根据国家或者省市的药品目录，维护药品基本信息，供中心报销时录入使用。
功能说明	1. 对药品目录进行查询、增加、删除、修改操作； (要求可以通过项目名称和项目编号进行查询)
前置条件	1. 国家或者省市的药品目录
后置条件	1. 药品信息生成。
业务规则	1. 限价是物价局定的。药品都可以设置最高限价(不设置就是没有最高限价)。如：中心价格为 30，医院价格为 50，超过限价，超出部分自费；

	<p>2. 限价范围内的甲类项目为全额报销，乙类按照 50%报销，丙类全额自费。</p> <p>3. 甲类、乙类符合基本医疗保险费用目录内的项目，丙类不属于目录内项目。</p> <p>4. 不同等级的医院在开立药品项目时，是有限制的，要限定到药品可使用的<u>医院等级</u>。否则中心报销时全额自费。</p> <p>5. 特殊药品需要审批，通过<u>是否需要审批标志</u>来确定贵重药品或其他需要审批的药品，审批通过后才能进行报销，否则不允许报销。</p> <p>6. 编号需要由手工录入</p> <p>7. 医院等级按照一级、二级、三级、社区医院进行划分。如果药品的医院等级为社区则该药品可以在所有医院等级的医院使用，三级医院药品可以在一二三级医院使用，以此类推，一级医院药品只能在一级医院使用。一级医院的等级最高。还有一个等级是全部医院，表示所有的医院等级，作用相当于社区医院等级。</p>
--	---

事件流描述

可以实现药品信息的增删改查操作。

数据描述

数据名称	
药品信息	药品编码 , 药品名称, <u>收费类别</u> , <u>收费项目等级</u> , 药品剂量单位, 最高限价, <u>是否需要审批标志</u> , <u>医院等级</u> , 规格, 药品商品名, 开始日期, 终止日期, 有效标识, 特检特制标志

注：粗体为关键字

3.2.1.2 诊疗项目信息维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	诊疗项目信息维护
优先级	比较重要
业务背景	1. 根据国家或者省市的维护诊疗项目，维护诊疗项目基本信息，供中心报销时录入使用。
功能说明	1. 对诊疗项目信息进行查询、增加、删除、修改操作； (要求可以通过项目名称和项目编号进行查询)
前置条件	1. 无
后置条件	1. 生成诊疗项目信息
业务规则	<p>1. 诊疗项目没有最高限价，甲类项目为全额报销，乙类按照 50%报销，丙类全额自费。</p> <p>2. 编号需要由手工录入</p> <p>3. 不同等级的医院在开立诊疗项目时，是有限制的，要限定到诊疗项目可使用的<u>医院等级</u>。否则中心报销时全额自费。</p> <p>4. 特殊诊疗项目需要审批，通过<u>是否需要审批标志</u>来确定贵重药品或其他需要审批的诊疗项目，审批通过后才能进行报销，否则不允许报销。</p> <p>5. 医院等级按照一级、二级、三级、社区医院进行划分。如果诊疗项目的医</p>

	院等级为社区则该药品可以在所有医院等级的医院使用，三级医院诊疗项目可以在一二三级医院使用，以此类推，一级医院诊疗项目只能在一级医院使用。一级医院的等级最高。还有一个等级是全部医院，表示所有的医院等级，作用相当于社区医院等级。
--	--

事件流描述

可以实现诊疗项目的增删改查操作。

数据描述

数据名称	
诊疗项目信息	项目编码, 项目名称, 收费类别, 收费项目等级, 最高限价, 开始日期, 终止日期, 有效标志, 医院等级, 是否需要审批标志

3.2.1.3 服务设施项目维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	服务设施项目维护
优先级	一般重要
业务背景	1. 根据国家或者省市的服务设施目录，维护服务设施基本信息，供中心报销时录入使用。
功能说明	1. 对服务设施项目信息进行查询、增加、删除、修改操作； (要求可以通过项目名称和项目编号进行查询)
前置条件	
后置条件	1. 生成服务设施项目信息
业务规则	1. 服务设施项目没有最高限价，也没有甲乙丙之分，服务设施项目全额报销。 2. 编号需要由手工录入

事件流描述

可以实现服务设施的增删改查操作。

数据描述

数据名称	
服务设施信息	医疗服务设施编码, 服务设施名称, 收费类别, 开始日期, 终止日期, 有效标志

3.2.1.4 定点医疗机构信息维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	定点医疗机构信息维护
优先级	一般重要

业务背景	1. 对于基本医疗保险定点医疗机构信息进行维护，供定点机构审批和中心报销时使用。
功能说明	1. 对基本医疗保险定点医疗机构信息进行查询、增加、删除、修改操作； （要求可以通过定点医疗机构编号和机构名称进行查询）
前置条件	1. 无
后置条件	1. 无
业务规则	1. 每个人员都有指定的医疗机构，如果中心报销时是非指定医疗机构就医，则需要审批，如果没有审批则不允许报销。 2. 编号需要由手工录入。

事件流描述

可以实现定点医疗机构信息的增删改查操作。

数据描述

数据名称	
定点医疗机构信息	定点医疗机构编号, 服务机构名称, 医院等级, 医疗机构类别, 邮政编码, 法定代表人姓名, 法人代表移动电话, 联系人姓名, 联系电话, 联系人移动电话, 地址, 备注

3.2.1.5 病种信息维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	病种信息维护
优先级	一般重要
业务背景	1. 维护参保人员基本医疗保险病种信息。供中心报销使用
功能说明	1. 对中心报销病种目录信息的新增、删除和病种的基本信息修改的维护
前置条件	
后置条件	1. 病种信息生成；
业务规则	1. 病种报销标志：可报销的病种是符合基本医疗规定的疾病范围内；不可报销的病种是不符合基本医疗规定疾病范围内的，不可报销病重中心报销时不允许报销。

事件流描述

可以实现病种信息的增删改查操作。

数据描述

数据名称	数据项（不可编辑项或计算结果）
疾病信息	疾病编码, 病种名称, 疾病种类, 病种报销标志, 备注

3.2.1.6 医疗待遇计算参数维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	医疗待遇计算参数维护
优先级	重要
业务背景	1. 对参保人在享受医疗待遇时的起付标准、个人自费比例、封顶线等参数信息进行维护。供中心报销使用。
功能说明	1. 对参保人在享受医疗待遇时的起付标准、个人自费比例、封顶线等参数信息进行维护。当中心报销时，需要根据这些参数计算报销费用。
前置条件	
后置条件	
业务规则	1. 起付标准维护，可以根据不同的人群、不同的医疗类别和不同医院等级来设置中心报销时的起付标准。例，一次报销总额为 1000，该人员报销的起付标准为 100，则可以报销的金额为 900，100 为自费费用。 2. 医疗费用个人分段自费比例，可以维护中心报销时的分段比例。例，一个人员的分段自费比例为：起付标准（100）~10000 20%；10001~20000 10%；20000 以上 5% 则如果该人一次可以报销的费用是 50000 则医保中心报销的费用为： $(10000-100)*(1-20\%) + 20000*(1-10\%) + 20000*(1-5\%) = 44920$ 3. 封顶线是设置中心报销时一年之内报销总额（不包括自费的）的封顶线，超过了封顶线的部分，全部自费。

事件流描述

可以实现医疗待遇计算参数的增删改查操作。

数据描述

数据名称	数据项
封顶线	医疗人员类别, 封顶线
起付标准	医疗类别, 医疗人员类别, 医院等级, 起付标准
个人分段自费比例	医疗类别, 医疗人员类别, 医院等级, 上限金额, 下限金额, 报销比例

3.2.2 医疗待遇审批

3.2.2.1 人员就诊机构审批

需求描述

功 能 需 求	
名称	人员就诊机构审批
优先级	
业务背景	1. 对只能在固定的定点医疗机构就医的人员，选择就诊机构的审批。共中心报销使用
功能说明	1. 参保人员只能在指定机构看病。如果想去别的定点机构看病，则需要做人员就诊机构审批。没有审批则不可以报销。 2. 人员固定的定点医疗机构是在人员登记时就指定的。

	3. 对人员的到指定的定点医疗机构就医资格审批信息进行维护
前置条件	
后置条件	1. 参保人员可以到审批的定点医疗机构就医。
业务规则	

事件流描述

1. 操作员：输入个人编号；
2. 系统：查询并显示人员概要信息；
 - 2.1. 显示人员和单位概要信息；
 - 2.2. 查询人员就诊机构审批信息，若没有，不显示；若有相应的审批信息，显示人员就诊机构审批信息；
3. 操作员：新增、维护或删除人员就诊机构审批信息；
4. 系统：保存人员就诊机构审批信息。

数据描述

数据名称	数据项
人员定点申请信息	审批编号, 人员 ID, 审批类别, 开始日期, 终止日期, 定点医疗机构编码, 审批意见, 审批人, 审批日期, 审批标志 (是否是审批状态), 开始日期, 终止日期

3.2.2.2 特检特治审批

需求描述

功能需求	
名称	特检特治审批
优先级	
业务背景	1. 特殊的药品，需要审批后才能使用；没有审批不允许使用。供中心报销使用
功能说明	1. 对患者使用的特殊的药品进行审批，并维护审批信息；
前置条件	
后置条件	
业务规则	1. 诊疗项目设置审批标识，标识为审批，中心报销时，需要进行判断，如果没有审批不允许报销；

事件流描述

1. 操作员：输入查询条件查询特检特治审批信息
2. 系统：查询并显示特检特治审批信息
3. 操作员：录入、修改、删除特检特治审批信息
4. 系统：保存特检特治审批信息

数据描述

数据名称	
特检特治审批	审批编号, 人员 ID, 审批类别, 开始日期, 终止日期, 药品编码, 审批意见, 审批人, 审批日期, 审批标志 (是否是审批状态), 开始日期, 终止日期

3.2.3 医保中心报销

3.2.3.1 中心报销

需求描述

功 能 需 求	
名称	中心报销
优先级	非常重要
业务背景	1. 根据医疗待遇的基本信息, 人员的审批信息, 对本次报销的入院信息、处方明细信息进行审核并计算相关的费用。
功能说明	1. 对报销人员的医疗待遇享受资格进行检验, 并根据医疗类别对其发生的医疗费用按照相应的政策进行审核结算, 最后得出个人的报销费用。
前置条件	无
后置条件	1. 报销信息生成, 并记录累计费用信息;
业务规则	<p>1. 录入人员 ID 或人员姓名查询个人信息 (姓名、证件号码、性别、出生日期、医疗人员类别、单位编号、单位名称、本年住院次数、上次出院时间、上次诊断疾病名称、本年中心报销累计、本年个人自费累计、本年医疗费用累计)</p> <p>2. 录入本次报销病人就诊资料信息: 医疗机构信息 (编码和名称)、医疗类别、疾病信息 (病种编码)、入院日期、出院日期、出院原因、住院号 (门诊号)</p> <p>3. 录入本次报销处方明细信息 (一条病人就诊信息可以对应多个处方明细信息): 收费项目类别、项目名称、单价、数量、金额。项目名称可以从已经录入的药品、诊疗项目、服务设施目录中检索, 也可以直接录入, 直接录入的项目如果不在以上的目录内, 则按照全额自费处理相当于药品的丙类。当选择了收费项目类别后, 能弹出相应类别项目的检索画面, 操作员可通过项目编码, 项目名称进行检索, 只有通过检索画面选择的项目才可以进入报销处理, 直接输入项目名称, 都视为全额自费, 不管项目名称是否在可报销的项目目录中。</p> <p>4. 保存功能保存入院信息和处方明细信息, 并对人员的报销资格审批信息进行审查。不符合要求, 不予报销。(以下 5, 6 为审查的内容) 保存后的入院信息和处方明细信息, 但没有进行报销结算的, 可以通过入院信息查询功能检索出来, 继续进行结算报销。</p> <p>5. 如果报销人员就诊机构非指定定点医疗机构, 则检查该人员是否有该定点医疗机构审批记录, 如果没有则不允许报销。</p> <p>6. 如果报销人员就诊的疾病为不可报销病种, 则不允许报销。</p> <p>7. 费用结算时, 需逐条累加处方明细各项目的费用, 计算出本次报销费用总额, 然后再对费用总额进行计算。</p> <p>8. 处方明细各项可以报销的部分遵循以下规则:</p> <ul style="list-style-type: none"> · 最高限价: 药品有最高限价, 超过限价部分自费 · 甲乙丙类药品: 药品和诊疗项目有甲乙丙类之分, 甲类为全额报销, 乙类

	<p>50%报销，丙类自费。</p> <ul style="list-style-type: none"> · 医院等级：药品和诊疗项目需要确定可以使用医院的等级，一级最高，所有等级最低，低级可以报销的高级也可以，但高级的低级是不能报的只能自费。 · 特检特治：药品和诊疗项目如果为特检特治类别，则需要该报销人员有相应的报销记录，如果没有就全额自费。 · 不在药品、诊疗项目、服务设施目录中的项目按照全额自费处理。 · 服务设施指的是住院期间的床位费等，为全额报销项目。 <p>9. 计算出可报销的总金额后，需要根据医疗待遇参数继续进行费用计算。每种情况都必须有起付标准、个人分段自费比例和报销封顶线，如果系统报销时没有查到，则提示操作员缺少参数，系统不能进行报销。</p> <ul style="list-style-type: none"> · 起付标准：根据报销的就诊人员本次报销的医疗类别、医疗人员类别、医院等级在医疗待遇参数维护模块中找到起付标准，前面计算的总金额先减掉起付标准后剩下的部分才进入报销范围。（起付标准部分为自费） · 个人分段自费比例：进入报销范围内的部分金额按照医疗待遇参数中维护的个人分段自费比例参数继续进行计算。把金额分成各个段，每个段报销的比例是不一样的，然后把各段报销的费用累加，再进入下阶段计算。 · 封顶线：报销人员需要累积本年度已报销的金额，如果再次报销的金额累计后超出了医疗待遇参数中维护的报销封顶线，则超过封顶线的部分全部自费。 <p>10. 中心报销模块需要有预结算的功能，该功能只做计算，然后把本次报销的费用明细显示出来。（费用总额、报销金额、自费金额、年度累计报销金额、起付标准、分段计算中自费金额、报销封顶线、乙类项目自费金额、特检特治自费金额）</p> <p>11. 预结算后，结算功能才可使用，结算功能累计报销人员的各项费用</p> <p>12. 结算后，可以打印单据</p>
--	--

模块拆分

- 人员信息查询：输入人员 ID 或姓名查询人员个人基本信息和年度报销累积信息
- 入院信息和处方明细信息维护：对录入的入院信息和处方明细信息查询和保存操作。
- 校验审批信息：校验报销人员的报销资格审批信息
- 预结算：计算各费用明细、显示计算结果
- 结算：将计算结果累加到年度费用详情中
- 打印结算单据

事件流描述

一，信息查询

1. 操作员：录入个人编号或姓名查询人员基本信息；（姓名查询时可能会有多条，操作员可以选择）
2. 系统：查询并显示人员信息及累计费用信息。如果该人员有未结算的入院信息，则提示用户选择未结算的信息，继续进行结算。

二，维护入院、处方信息

3. 操作员：输入医疗类别、定点机构、疾病、在院日期、住院号（门诊号）等信息
4. 操作员：录入处方明细，如果录入错误，可以删除错误的处方；

三，校验审批信息

5. 操作员：录入完毕后保存
6. 系统：校验定点医疗机构审批信息，不通过则不允许报销
7. 系统：校验病种信息审批信息，不通过则不允许报销

8. 系统：保存入院信息和处方明细信息
- 四，累加处方明细费用、根据医疗待遇参数再计算
9. 操作员：进行预结算
10. 系统：对处方明细的每条项目的可报销部分进行累加。项目可报销部分的规则如下：
- 10.1. 超限价部分自费
 - 10.2. 不在药品、诊疗项目、服务设施目录中的项目自费（不是选择的，直接填写的项目）
 - 10.3. 使用特定项目的就诊医疗机构等级不够，该项目自费
 - 10.4. 有甲乙丙类之分的项目按照甲类全报销、乙类报销 50%、丙类不报销
 - 10.5. 特检特治项目需要有相应的审批，如果没有则自费
11. 系统：根据医疗待遇参数继续对累加后的金额继续进行计算。计算内容如下：
- 11.1 起付标准：累加费用减去起付标准为可报销的部分。
 - 11.2 个人分段自费比例：分段计算可报销的部分。
 - 11.3 封顶线：累计报销金额超购封顶线的部分，自费。
12. 系统：将计算结果详细内容显示出来
- 五，累加人员的年度累计报销费用信息
13. 操作员：结算操作
14. 系统：累加人员的年度累计报销费用信息
- 六，打印
15. 操作员：打印结算单据；
16. 系统：打印单据

数据描述

数据名称	数据项
处方明细	住院号（门诊号），收费项目类别，项目编码，项目名称，单价，数量，金额
人员就诊信息	人员 ID，住院号（门诊号），定点医疗机构编号，医疗类别，入院日期，出院日期，病种编码，医院等级，入院诊断疾病编码，入院诊断疾病名称，出院原因，结算标志

【表单】

市基本医疗保险零星报销医疗费用明细清单

市基本医疗保险报销 医疗费用结算清单

		结算日期	年	月	日
单位名称		单位编号			
姓名		个人编号		人员类别	
申报原因		报销类别		住院次数	
就诊医院		就诊时段			

结算明细： 起付标准： 自费项目： 乙类项目： 特检特治： <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> 个人自费费用： 中心报销金额：	
拨付金额	大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分 小写：

本表一式三联，财务科、结算科、参保人各一联。

3.2.3.2 取消报销

需求描述

功 能 需 求	
名称	取消报销
优先级	非常重要
业务背景	1. 将已经结算的信息进行反操作
功能说明	1. 在报销结束后，发现有某方面的错误，即可对该次报销进行取消，恢复原信息。
前置条件	1. 已经进行报销结算；
后置条件	1. 参保人员的费用累计信息恢复到没有报销前的状态
业务规则	

事件流描述

1. 操作员：输入查询条件，请求系统检索需要取消报销的结算记录；
2. 系统：显示需要取消报销的符合条件的结算记录；
3. 操作员：选择一条符合条件的结算记录，请求取消；
4. 系统：对选中的结算记录进行取消报销操作；

数据描述

数据名称	数据项

3.2.5 综合查询

3.2.5.1 医疗人员费用查询

需求描述

功 能 需 求	
名称	医疗人员费用查询
优先级	比较普通
业务背景	1. 针对医疗人员的详细费用信息进行查询
功能说明	1. 查询人员年度已经报销并结算的就诊信息、处方明细信息及年度费用累计信息。
前置条件	1. 已经产生的医疗费用结算信息
后置条件	
业务规则	

事件流描述

1. 操作员：输入人员 ID 或姓名，获取个人相关信息
2. 系统：显示符合条件的个人及单位相关信息和个人基本信息
3. 操作员：点击查询按钮，查询这个人所属的病人就诊资料信息
4. 系统：获取并显示符合条件的病人就诊资料信息和年度费用累计信息
5. 操作员：双击单条病人就诊资料信息数据，查看处方明细信息
6. 系统：显示该条病人就诊资料信息对应的处方明细信息

数据描述

数据名称	数据项
个人年度费用累计信息	人员 ID，年度（新增），年度累计报销次数，年度医疗费用累计，医保中心报销累计，个人自费累计

3.2.6 基本信息维护

3.2.6.1 单位信息维护（参保组织）

需求描述

功 能 需 求	
名称	单位信息维护（参保组织）
优先级	比较普通
业务背景	1. 对单位信息进行查询、增加、删除、修改操作； （要求可以通过单位名称和单位编号进行查询）
功能说明	
前置条件	
后置条件	

业务规则	
------	--

事件流描述

对单位信息进行增删改查的操作。

数据描述

数据名称	
单位信息	单位编号, 单位名称, 单位类型, 地址, 邮编, 联系电话

3.2.6.2 个人基本信息维护

需求描述

功 能 需 求	
名称	个人基本信息维护
优先级	比较普通
业务背景	1. 对个人基本信息进行查询、增加、删除、修改操作; (要求可以通过姓名和个人 ID 进行查询)
功能说明	
前置条件	
后置条件	
业务规则	

事件流描述

对个人基本信息进行增删改查的操作。

数据描述

数据名称	
人员基本信息	个人 ID, 证件类型, 证件编号, 姓名, 性别, 民族, 出生日期, 参加工作日期, 离退休日期, 离退休状态, 户口性质, 户口所在地, 文化程度, 政治面貌, 个人身份, 用工形式, 专业技术职务, 国家职业资格等级 (工人技术等级), 婚姻状况, 行政职务, 备注, 单位编码, 医疗人员类别, 健康状况, 劳模标志, 干部标志, 公务员标志, 在编标志, 居民类别, 灵活就业标志, 农民工标志, 雇主标志, 军转人员标志, 社保卡号 (系统自动生成), 定点医疗机构编码

3.3 系统安全性的要求

3.3.1 数据存储安全

暂无描述。

3.3.2 访问控制安全

暂无描述。

3.3.3 网络传输安全

暂无描述。

3.3.4 应用系统审计

暂无描述。

3.3.5 系统约束

暂无描述。

3.3.6 其他专门要求

暂无描述。

4 运行环境规定

4.1 运行环境

4.1.1 软件环境

数据库：MySQL8

中间件：Tomcat9

JDK：8~11

开发工具：Eclipse 或 STS

4.1.2 硬件环境

内存：1G，硬盘：80G

4.2 接口

暂无描述。

5 遗留问题

暂无描述。

6 项目非技术需求

暂无描述。

7 系统参数

详细请参照“参数.xls”

2024