# Opis przedmiotu

Przedmiotem zamówienia jest dostawa i wdrożenie Szpitalnego Systemu Informacyjnego (HIS) z obsługą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) wraz ze szkoleniami i integracją z aktualnie działającymi systemami PACS, LIS oraz ERP oraz nadzór autorski i wsparcie serwisowe.

Dostawa sprzętu informatycznego wraz z systemami operacyjnymi niezbędnego do uruchomienia i prawidłowej pracy wdrożonego systemu.

# Zakres zamówienia

1. Dostawa i wdrożenie modułów oprogramowania aplikacyjnego HIS (ang. Hospital Information System), Portali - eUsług, EDM (Elektroniczna Dokumentacja Medyczna), RIS (ang. Radiology Information System) wraz z integracją z posiadanymi systemami: PACS (ang. Picture Archiving and Communication), LIS (ang. Laboratory Information System), ERP w zakresie kalkulacji kosztów (Enterprise Resource Planning), udzielenie licencji na sieciowe użytkowanie tych programów aplikacyjnych wraz z nadzorem autorskim i serwisem nad tym oprogramowaniem aplikacyjnym przez okres 48 miesięcy od daty podpisania umowy (opis wymagań funkcjonalnych dla oprogramowania aplikacyjnego znajduje się w dalszej części SWZ).
2. Wykaz modułów systemu HIS wraz z wymaganymi ilościami licencji

| **Lp.** | **Moduł Systemu HIS** | **Liczba i rodzaj licencji** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ruch Chorych | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 2 | Szpitalny Oddział Ratunkowy | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 3 | Apteka | Licencja na użytkownika: 6 |
| 4 | Apteczka Oddziałowa | Licencja na użytkownika: 30 |
| 5 | Blok Operacyjny | Licencja na użytkownika: 9 |
| 6 | Blok Porodowy | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 7 | Przychodnia - Rejestracja | Licencja na użytkownika: 11 |
| 8 | Przychodnia - Gabinet Lekarski | Licencja na użytkownika: 24 |
| 9 | Gabinet Zabiegowy | Licencja na użytkownika: 5 |
| 10 | Gabinet Medycyny Pracy | Licencja na użytkownika: 1 |
| 11 | Rehabilitacja | Licencja na użytkownika: 6 |
| 12 | Pracownia Diagnostyczna | Licencja na użytkownika: 6 |
| 13 | Pracownia Diagnostyczna RTG | Licencja na użytkownika: 10 |
| 14 | Stacja Dializ | Licencja na użytkownika: 9 |
| 16 | Rozliczenia NFZ | Licencja na użytkownika: 6 |
| 17 | Sprzedaż komercyjna | Licencja na użytkownika: 1 |
| 18 | Symulator JGP | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 19 | Programy lekowe | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 20 | Zakażenia szpitalne | Licencja na użytkownika: 2 |
| 21 | System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 22 | Tworzenie Dokumentacji Formularzowej | Licencja na użytkownika: 1 |
| 23 | Zarządzanie Dokumentacją Medyczną | Licencja na użytkownika: 2 |
| 24 | Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 25 | Zdarzenia Medyczne | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 26 | Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - integracja z zewnętrznym systemem PACS | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 27 | Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - integracja z zewnętrznym systemem LIS Marcel | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 28 | e-Recepta | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 29 | eSkierowanie | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 30 | eZwolnienia | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 31 | Zaopatrzenie w wyroby medyczne | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 32 | Integracja HIS z Laboratorium firmy Marcel | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 33 | Integracja HIS/RIS z systemem PACS | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 34 | Integracja HIS z systemem PatArch firmy Medlan | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 35 | Integracja HIS/RIS z ERP firmy Asseco Poland | Licencja na funkcjonalność: 1 |
| 36 | Kalkulacja Kosztów Operacji | Licencja na użytkownika: 2 |
| 37 | Kalkulacja Kosztów Leczenia | Licencja na użytkownika: 2 |
| 38 | Ochrona radiologiczna | Licencja na użytkownika: 2 |
| 39 | Systemy statystyki, medycznej, finansowe, rozliczeniowe, procedur medycznych, pulpity zarządcze | Licencja otwarta na nieograniczoną ilość użytkowników |
| 40 | Pulpity medyczne dla personelu lekarskiego | Licencja na użytkownika: 20 |

1. Uruchomienie systemu HIS oraz parametryzacja i konfiguracja systemu zgodnie z wytycznymi Zamawiającego.
2. Stworzenie oraz udostępnienie w oferowanym systemie druków oraz formularzy medycznych niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Migracja danych z dotychczasowego systemu HIS Medinf firmy Biuinf do nowego systemu HIS (szczegółowy zakres migrowanych danych znajduje się w dalszej części SWZ) .
4. Integracja oprogramowania aplikacyjnego HIS z systemem PACS funkcjonującym u Zamawiającego (opis wymagań funkcjonalnych w tym zakresie dla oprogramowania znajduje się w dalszej części SWZ).
5. Integracja oprogramowania aplikacyjnego HIS z systemem LIS Centrum firmy Marcel (analityka, mikrobiologia, serologia – bank krwi) funkcjonującym u Zamawiającego (opis wymagań funkcjonalnych w tym zakresie dla oprogramowania znajduje się w dalszej części SWZ).
6. Integracja oprogramowania aplikacyjnego HIS z systemem PatArch firmy Medlan funkcjonującym u Zamawiającego (opis wymagań funkcjonalnych w tym zakresie dla oprogramowania znajduje się w dalszej części SWZ).
7. Integracja oprogramowania aplikacyjnego HIS z systemem ERP InfoMedica firmy Asseco funkcjonującym u Zamawiającego (opis wymagań funkcjonalnych w tym zakresie dla oprogramowania znajduje się w dalszej części SWZ).
8. Wykonawca zobowiązany jest do połączenia dostarczonych modułów oprogramowania ze wszystkimi systemami funkcjonującymi u Zamawiającego, niezbędnymi do prawidłowego działania zwłaszcza elektronicznej dokumentacji medycznej, wdrażanych e-usług oraz kalkulacji kosztów operacji.
9. Usługi obejmujące instalację oprogramowania aplikacyjnego HIS oraz wdrożenie oprogramowania aplikacyjnego (w tym szkolenie użytkowników i wizyty konsultacyjne przy i po uruchomieniu oprogramowania) w ilości łącznej nie mniejszej niż 500 roboczodni (1 roboczodzień – co najmniej 7h pracy jednego pracownika Wykonawcy na miejscu w szpitalu (bez czasu dojazdu). Poprzez wdrożenie Zamawiający rozumie kompleksowe uruchomienie zaoferowanego systemu we wszystkich jednostkach organizacyjnych szpitala i umożliwienie pracownikom wykonywania swoich bieżących obowiązków. Roboczodni niewykorzystane w okresie wdrożenia tj. 12 miesięcy od momentu podpisania umowy przechodzą do wykorzystania w trakcie trwania umowy serwisowej i nadzoru autorskiego, tj. przez kolejne 36 miesięcy.
10. Zapewnienie stałego kontaktu telefonicznego przez okres 2 miesięcy po podpisaniu protokołu odbioru systemu z przedstawicielem Wykonawcy w dni robocze oraz weekendy w godzinach 08:00 – 15:00 w celu uzyskania konsultacji technicznej w zakresie użytkowania i obsługi dostarczonego systemu HIS.
11. Dostawa licencji dla oprogramowania bazodanowego pod system HIS w ilości niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania dostarczonego systemu na serwerze będącym przedmiotem niniejszego postępowania.
12. Dostawa innego niezbędnego oprogramowania pozwalającego na prawidłowe funkcjonowanie dostarczonego systemu HIS (w tym licencji dla systemów operacyjnych).
13. Dostawa szafy RACK
14. Dostawa zasilacza UPS
15. Dostawa serwerów na potrzeby systemu HIS.
16. Dostawa macierzy dyskowych na potrzeby systemu HIS.
17. Dostawa przełączników sieciowych FC.
18. Dostawa przełączników LAN
19. Zainstalowanie oraz konfiguracja dostarczonego sprzętu na potrzeby uruchomienia systemu HIS w szafie RACK dostarczanej przez Wykonawcę.
20. Objęcie nadzorem autorskim i serwisem oprogramowania aplikacyjnego HIS przez okres 48 miesiący od daty podpisania umowy.
21. Uruchomienie EDM w Chmurze na okres 48 miesięcy od daty podpisania umowy: Usługa ma umożliwiać składowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej poza infrastrukturą Zamawiającego, dając możliwość indeksowania i wymiany z innymi świadczeniodawcami za pomocą platformy P1.
22. Dostawa i uruchomienie Monitoringu Infrastruktury na okres 48 miesięcy od daty podpisania umowy: Usługa ma zapewnić centralną i automatyczną rejestrację i monitorowanie zdarzeń w obszarze środowiska aplikacyjnego i bazodanowego systemów dziedzinowych (HIS i systemów ePacjenta, EDM) zainstalowanych w sieci Zamawiającego. Platforma Monitoringu ma umożliwiać rejestrację i obserwację podstawowych danych systemów dziedzinowych takich jak np. utylizacja zasobów oraz informacji związanych z wybranymi procesami systemów dziedzinowych odpowiedzialnych za przygotowanie i przetwarzanie danych, czasu odpowiedzi usług wewnętrznych i współpracujących z systemami dziedzinowymi usług zewnętrznych i informacji związanych z analizą wybranych procesów pracy silnika bazy danych.

# Zasady spełnienia wymagań przez oferowany system

Wszystkie wymagania zamieszczone poniżej są obligatoryjne. Nie spełnienie któregokolwiek wymagania, jest jednoznaczne z niespełnieniem wymagań SWZ i skutkuje odrzuceniem oferty. Wymaga się, aby poniższa funkcjonalność istniała i była zaimplementowana na dzień składania oferty. Zamawiający po złożeniu ofert przez Oferentów podda weryfikacji spełnienie przez oferowane programy wymogów postawionych w SWZ a zwłaszcza funkcjonalności wykazanych poniżej poprzez prezentację oprogramowania w siedzibie Zamawiającego.

# Zasady przeprowadzenia weryfikacji spełnienia wymagań oferowanego systemu.

Prezentacja zostanie przeprowadzona według niżej opisanych zasad:

Wykonawca zobowiązany jest na wezwanie Zamawiającego w terminie 7 dni do prezentacji próbki oferowanego Systemu:

* Oprogramowanie, wchodzące w skład weryfikowanej próbki powinno być zainstalowane na komputerze dostarczonym przez Dostawcę wraz z całym niezbędnym sprzętem peryferyjnym (projektor multimedialny, monitor, klawiatura, mysz, okablowanie, drukarka w razie potrzeby oraz innym niezbędnym sprzętem koniecznym do weryfikacji próbki) Zamawiający dopuszcza możliwość wykorzystania przez Wykonawcę większej ilości zestawów komputerowych do zaprezentowania próbki. Nie może jednak przekroczyć ilości 3 zestawów.
* Prezentacja odbędzie się w siedzibie Zamawiającego. Zamawiający udostępnia pomieszczenie na czas prezentowania próbki systemu.
* Zamawiający nie zapewnia dostępu do sieci internet. Jeśli prezentacja próbki wymaga takowego, Wykonawca zapewnia go we własnym zakresie.
* Wszystkie prowadzone przez Wykonawcę czynności będą wykonywane pod nadzorem wyznaczonych osób. Osoby postronne, inni wykonawcy, którzy złożyli oferty w tym postępowaniu nie będą miały możliwości uczestniczenia w testach weryfikacyjnych.
* Podczas przeprowadzenia weryfikacji próbki Wykonawca może korzystać tylko i wyłącznie z dostarczonego przez siebie sprzętu oraz oprogramowania zainstalowanego na tym sprzęcie. W trakcie trwania weryfikacji próbki niedopuszczalne jest w szczególności:
  + - doinstalowywanie oprogramowania,
    - wgrywanie (przy pomocy nośników zewnętrznych lub innych środków komunikacji, np. sieci bezprzewodowej) nowych danych i programów,
    - modyfikowanie zainstalowanego oprogramowania,
    - zdalne połączenia poprzez różnego rodzaju aplikacje lub pulpity zdalne.
* Reprezentacją Zamawiającego w prezentacji są członkowie komisji przetargowej oraz Dyrektor Zamawiającego lub osoba przez niego upoważniona oraz przedstawiciele działów merytorycznych.
* Podczas weryfikacji po stronie Wykonawcy może uczestniczyć tyle osób, ile Wykonawca uzna za stosowne, aby skutecznie przeprowadzić weryfikację próbki, jednak nie więcej niż trzy osoby jednocześnie na każdy oferowany przez Wykonawcę system, czy moduł. Wykonawca wraz z załączoną próbką przedstawia listę osób uczestniczących w weryfikacji, ze wskazaniem jaką funkcję pełni każdy członek zespołu, oraz załączy dla wskazanych osób informację o możliwości reprezentowania Wykonawcy na podstawie stosownych odpisów z rejestrów lub załączonego do oferty pełnomocnictwa do reprezentowania Wykonawcy w niniejszym postępowaniu. Pełnomocnictwo może zostać złożone w formie elektronicznej przedłożone Zamawiającemu w dniu prezentacji.
* Zaproszenie na prezentację zostanie wysłane nie później niż 7 dni przed jej terminem zgodnie ze sposobem komunikacji opisanym w rozdziale XIV SWZ.
* Zamawiający zastrzega sobie prawo do dokumentowania przeprowadzonej prezentacji w formie nagrania video.
* Prezentacja próbki zostanie przeprowadzona według identycznego dla wszystkich Wykonawców scenariusza z określonych 180 wybranych z OPZ funkcjonalności.
* Prezentacja zostanie przeprowadzona w dzień roboczy według identycznego dla wszystkich Wykonawców scenariusza w zakresie maksymalnie 100 wybranych z niżej wymienionych 180 funkcjonalności Rozpocznie się od godziny 09:00. Zamawiający na prezentację przeznacza maksymalnie 6 godzin.
* Od godziny 07:30 Wykonawcy zostanie udostępnione pomieszczenie w celu przygotowania się do prezentacji.
* W przypadku gdy okaże się w czasie prezentacji próbki, że oferowany przez Wykonawcę system nie spełnia wymagań funkcjonalnych określonych w scenariuszu próbki oferta Wykonawcy podlegać będzie odrzuceniu.
* Prezentacja każdej funkcjonalności musi w czytelny sposób zaprezentować jej działanie. Jeżeli badana funkcjonalność wymaga przedstawienia określonego procesu logicznego do jej zaprezentowania, to jest to oczekiwane w celu uznania spełnienia jej działania. Komisja zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych wyjaśnień w przypadku, gdy prezentacja danej funkcjonalności nie będzie oczywista.
* W przypadku opóźnienia rozpoczęcia prezentacji, które nastąpiło z winy Wykonawcy Zamawiający nie przewiduje przesunięcia terminu jej zakończenia.
* W przypadku opóźnienia rozpoczęcia prezentacji, które nastąpiło z winy Zamawiającego termin zakończenia prezentacji ulega automatycznie przesunięciu o to opóźnienie.
* Łączny czas przerw z winy Wykonawcy nie powinien przekroczyć 1 godziny zegarowej, przy czym maksymalny czas jednej przerwy na wniosek Wykonawcy nie może przekraczać 30 minut zegarowych.

**Awarie i błędy prezentowanego rozwiązania:**

* Zamawiający dopuszcza przywrócenie sprawności prezentowanego rozwiązania utraconej jako skutek jego błędu ujawnionego w trakcie trwania prezentacji lub awarii sprzętu z zastrzeżeniem utrzymania wyznaczonego czasu prezentacji bez jego przedłużenia o czas konieczny do przywrócenia sprawności prezentowanego rozwiązania.
* Wykonawca ma prawo do dokończenia prezentacji tylko jeden raz po usunięciu powstałej awarii. W przypadku ponownego wystąpienia awarii, oferowane rozwiązanie zostanie uznane za niespełniające wymagań SWZ.
* Przez błąd Zamawiający identyfikuje niepoprawne funkcjonowanie prezentowanego rozwiązania, jego niestabilność lub inne zdarzenie znacząco utrudniające lub uniemożliwiające weryfikację zgodności oferowanego rozwiązania z wymaganiami SWZ zadeklarowane przez Wykonawcę w złożonej przez niego ofercie. Aby zabezpieczyć prawidłowe działanie sprzętu dostarczonego przez Wykonawcę do weryfikacji dostarczonego systemu możliwe jest dostarczenie przez Wykonawcę sprzętu stabilizującego napięcie (UPS).
* W przypadku niezakończenia prezentacji spowodowanego opóźnieniem w usuwaniu niesprawności prezentowanego rozwiązania lub trwałą utratą jego sprawności jako skutku ujawnionego błędu, ocena prezentowanego rozwiązania obejmuje tylko te elementy, które zostały przedstawione do wystąpienia awarii. W takim przypadku Zamawiający odstąpi od oceny pozostałego zakresu elementów, a prezentowane rozwiązanie zostanie uznane za niespełniające wymagań SWZ.
* Ocena funkcjonalności jest prowadzona według jednej skali logicznej prawda/fałsz dla wszystkich funkcjonalności.
* Wszelkie ewentualne koszty przeprowadzenia prezentacji w tym m.in. dostarczenie, skonfigurowanie i użycie niezbędnego sprzętu, dostarczenie, zainstalowanie i skonfigurowanie specjalizowanego oprogramowania aplikacyjnego w siedzibie Zamawiającego, dojazd przedstawicieli Wykonawcy, itp. ponosi Wykonawca.

**Scenariusz prezentacji próbki**

**Wymagania ogólne HIS**

1. System, co najmniej, w zakresie aplikacji izby przyjęć, oddziału, statystyki, zleceń, rejestracji, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego, gabinetu medycyny pracy, rehabilitacji, pracowni diagnostycznej, stacji dializ, apteki, apteczek oddziałowych, Rozliczeń z NFZ, Rozliczeń Komercji, gruperem JGP, symulatorem JGP, zakażeń szpitalnych, ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych, te same tabele. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w systemów.

Pkt. 21.

1. Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej (min. Mozilla Firefox, Google Chrome) co najmniej, w zakresie obsługi izby przyjęć, oddziału, statystyki, zleceń, rejestracji, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego, gabinetu medycyny pracy, rehabilitacji, pracowni diagnostycznej, stacji dializ, apteki, apteczek oddziałowych, Rozliczeń z NFZ, Rozliczeń Komercji, gruperem JGP, symulatorem JGP, zakażeń szpitalnych, ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid.

Pkt.14.

1. Aktualizacja systemu wraz z poszczególnymi składnikami systemu (np. baza danych, aplikacja) musi być wykonywana za pomocą dedykowanych programów aktualizacyjnych (tzw. paczek aktualizacyjnych) udostępnionych przez producenta systemu. Zamawiający musi mieć możliwość samodzielnego aktualizowania systemu bez ingerencji producenta systemu przez 24 godziny na dobę. Wymagane jest przekazanie Zamawiającemu szczegółowej instrukcji wykonania aktualizacji w formie elektronicznej (plik w formacie pdf lub doc).

Pkt. 97.

1. Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika (jeżeli zostały nadane odpowiednie uprawnienia).

Pkt. 72.

1. System powinien informować o przewidywanym niedoborze leków w apteczce jednostki organizacyjnej.

Pkt. 91.

1. W każdym polu edycyjnym(opisowym) tj. np. treść wywiadu powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu wprowadzonego tekstu do zewnętrznego pliku oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej, system w tych polach powinien również być wyposażony w słownik ortograficzny.

Pkt. 47.

1. Ręczne i automatyczne, na podstawie częstotliwości użycia, wyróżnienie w słowniku pozycji najczęściej używanych.

Pkt. 26.

1. System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych elementów menu czy zakładek oraz zmianę ich kolejności.

Pkt. 34.

1. W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych.

Pkt. 73.

1. System powinien wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności.

Pkt. 70.

1. System powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika.

Pkt. 71.

1. System powinien zawierać komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami. Komunikator musi umożliwić wysłanie wiadomości do:

- całego personelu podmiotu leczniczego,

- pracowników jednostki organizacyjnej,

- użytkowników pełniących określoną funkcję (lekarze, pielęgniarki),

- użytkowników wskazanego modułu,

- możliwość łączenia w/w grup adresatów np. wszystkie pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych pracujące w module Apteczka.

Pkt. 79-85.

1. Wszystkie błędy niewypełnienie pól obligatoryjnych oraz błędnego wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły co oznacza, że system wskazuje użytkownikowi miejsca wystąpienia błędu oraz pozwala na przemieszczenie widoku ekranu na miejsce wystąpienia błędu.

Pkt. 41.

1. System umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. Bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji i wykorzystania licencji z puli dostępnych.

Pkt. 40.

1. System musi umożliwiać wykorzystanie zdefiniowanych skrótów akcji użytkownika w specyficznych miejscach systemu.

Pkt. 58.

1. W ramach użytkownika zalogowanego, system umożliwia wyznaczenie osoby zastępującej w zadanym okresie czasu, która czasowo przejmie prawa użytkownika zastępowanego. Użytkownik zastępujący ma możliwość odrzucenia zastępstwa. Użytkownik zastępujący powinien przejąć prawa (uprawnienia) użytkownika zastępowanego, a nie wyłącznie być oznaczony w systemie jako zastępca innego użytkownika.

Pkt. 139.

1. System musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie danych pacjentów, lekarzy i instytucji wprowadzonych wielokrotnie do systemu.

Pkt. 164.

1. System powinien posiadać zabezpieczenie przed ustawieniem hasła znajdującego się na liście haseł popularnych, upublicznionych, przewidywalnych. System powinien weryfikować siłę nowego hasła.

Pkt. 169-170.

**Moduł Apteka i Apteczka Oddziałowa**

1. System musi umożliwiać sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych.

Pkt. 12.

1. System musi umożliwiać umieszczenie informacji w pozycji zamówienia o tym, że zamówienie może być zrealizowane za pomocą odpowiednika zamawianego leku.

Pkt. 13.

1. Automatyczne uzupełnienie dokumentu dostawy na podstawie faktury w formie elektronicznej.

Pkt. 15.

1. System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych.

Pkt. 17.

1. System musi umożliwiać rejestrowanie danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego w dokumencie przyjęcia próbki.

Pkt. 26.

1. System musi umożliwić weryfikację przekroczenia wartości procentowej limitu ustawionego dla magazynu.

Pkt.71.

1. System powinien umożliwić anulowanie zużycia leku w systemie Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL) za pomocą manualnego wprowadzenia niezbędnych informacji.

Pkt. 176.

1. System musi umożliwiać wygenerowanie i przesłanie komunikatu obrotów i stanów do Zintegrowanego Systemu Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL).

Pkt. 149.

1. System musi odebrać i zapisać identyfikator komunikatu nadany przez ZSMOPL.

Pkt. 153.

1. System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL na żądanie użytkownika.

Pkt. 154.

1. System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL automatycznie i cyklicznie.

Pkt. 155.

1. System musi umożliwiać wygenerowanie komunikatu stanów i obrotów odrębnie dla każdej apteki zarejestrowanej w Rejestrze Aptek.

Pkt. 161.

1. System musi umożliwiać automatyczne wysłanie powiadomienia do Apteki o wysłaniu zamówienia z Apteczki Oddziałowej.

Pkt. 166.

1. System powinien umożliwić podgląd obrotów dostawy z poziomu zamówień zewnętrznych.

Pkt. 179.

1. System powinien umożliwić zablokowanie dodania leku do zamówienia wewnętrznego, dla leku który został zamówiony w innym zamówieniu wewnętrznym.

Pkt. 17. Apteczka Oddziałowa.

**Moduł Ruch Chorych – Izba Przyjęć**

1. System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć.

Pkt. 2.

1. System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:

- identyfikator pacjenta

- PESEL pacjenta

- data urodzenia

- imię ojca i matki

- miejsce urodzenia

- płeć

- PESEL opiekuna

- nazwisko rodowe matki

- miasto (pobyt stały lub adres korespondencyjny)

- pobyt w jednostce

- pobyt w okresie

- nr telefonu

- adres e-mail

- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta

- rodzaj i nr dokumentu tożsamości

- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

Pkt. 4-19.

1. System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia.

Pkt. 22.

1. W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.

Pkt. 27.

1. System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia.

Pkt. 34.

1. Odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie/uczulenie.

Pkt. 48.

1. System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień.

Pkt. 57.

1. System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:   
   -z pliku graficznego,   
   -zeskanowanego,   
   - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta.

Pkt. 61.

1. Pacjenci kierowani na izbę przyjęć z innych jednostek szpitala, powinni być prezentowani na liście oczekujących na przyjęcie.

Pkt. 66.

1. System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć.

Pkt. 70.

1. System musi umożliwiać:

- wprowadzenie danych ze skierowania,

- import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania

-wprowadzenie danych płatnika,

- wprowadzenie danych wywiadu wstępnego, z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza,

- wprowadzenie wywiadu przedporodowego,

- wprowadzenie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej.

Pkt. 71-77.

1. Podczas uzupełniania danych wywiadu i badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne, badanie fizykalne wstępne.

Pkt. 86.

1. System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji.

Pkt. 90.

1. System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej.

Pkt. 137.

**Moduł Ruch Chorych – Oddział**

1. Odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie.

Pkt. 171.

1. Na panelu głównym pulpitu SOR oraz na liście pacjentów system powinien prezentować liczbę pacjentów SOR w podziale na statusy pilności (TRAGE). Przypisanie i zmiana statusu pilności powinna wymusić aktualizację statystyk liczb pacjentów w podziale na statusy.

Pkt. 7. SOR.

1. System musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwić przegląd wycofanych pobytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.

Pkt. 198.

1. System musi umożliwiać ewidencję klasyfikacji TNM dla rozpoznań dodatkowych oraz rozpoznań współistniejących w ramach rozpoznania końcowego.

Pkt. 221.

1. W przypadku modyfikacji rozpoznania, dla którego uzupełniono klasyfikację TNM, system musi ostrzegać użytkownika o istniejących zależnościach.

Pkt. 222.

1. System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby.

Pkt. 229.

1. Prezentacja informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta podczas przeglądu jego pobytów.

Pkt. 263.

1. System daje możliwość zablokowania zapisu danych zaleceń pielęgniarskich przed wydaniem depozytu pacjenta.

Pkt. 337.

1. W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji:

- wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego,

- wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną,

- powód przerwania kontaktu skóra skóra,

- czy noworodek ssał pierś (Tak/Nie),

- czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie).

Pkt. 377 – 382.

1. Przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwić przegląd wycofanych popytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.

Pkt. 390.

1. Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienie tej karty.

Pkt. 404.

1. System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej.

Pkt. 458.

1. System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna.

Pkt. 201.

1. System musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów.

Pkt. 261.

1. System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarskich dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP (Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej) oraz umożliwić wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP.

Pkt. 339.

1. System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej, ma też umożliwiać wyszczególnienie co wchodzi w skład płynów przyjętych i wydalonych oraz umożliwiać wybór pomiarów i wykresów w prezentowania bilansu.

Pkt. 352.

1. W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS.

Pkt. 323.

1. System powinien umożliwić wygenerowanie pliku XML zgodnego z publikowanym przez CeZ (SSOZ) XSD zawierającego wykaz kart psychiatrycznych, dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu).

Pkt. 587.

1. System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, dokumentacji, zleceń na jednym ekranie z jednego i wielu pobytów. System musi umożliwiać porównywanie tych danych i umożliwiać konfigurację kategorii tych danych.

Pkt. 231.

**Moduł Zlecenia medyczne**

1. System musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut.

Pkt. 595.

1. Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać:

- podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd planowanych podań,  
(system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności szczegółów zlecenia oraz liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków)

- kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami

- podgląd całej historii leczenia pacjenta

Pkt. 598 – 600.

1. Musi istnieć możliwość zlecania leków:

- recepturowych

- chemioterapii

- zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu)

- pomp infuzyjnych

- możliwość określenia drogi podania leków

Pkt. 609 – 614.

1. System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami.

Pkt. 616.

1. System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych.

Pkt. 624.

1. Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"- wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE.

Pkt. 639.

1. Podczas zlecania badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne.

Pkt. 648.

1. Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.

Pkt. 667.

1. System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania.

Pkt. 672.

1. System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem osi czasu.

Pkt. 680.

1. System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego nagłówka oraz wspólnego opisu dla wszystkich zleceń.

Pkt. 646.

1. Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów.

Pkt. 651.

**Moduł Blok Operacyjny/Porodowy**

1. Odnotowanie szczegółowych danych noworodków:

- Dane identyfikacyjne noworodka

- Dane osobowe noworodka

- Żywo/martwo urodzony

- Czas urodzenia

- płeć

- Możliwość ewidencji danych dla urzędu stanu cywilnego oraz generacji "Karty urodzenia".

- Możliwość wystawienia karty zgonu zarówno dla noworodka zmarłego w trakcie, po porodzie jak i martwo urodzonego.

- Dane antropometryczne noworodka

- Zastosowane produkty i procedury wykonane po urodzeniu

- urazy okołoporodowe

- Stwierdzone nieprawidłowości

- Pierwsze badanie noworodka

- Ocena wg skali Apgar po: 1, 3, 5 i 10 min.

Pkt. 51 – 64. Blok Porodowy.

1. System na liście zabiegów oraz na liście opieki pooperacyjnej powinien wyróżniać pacjentów po transfuzji krwi, dla których nie została uzupełniona dokumentacja jej dotycząca.

Pkt. 76.

1. System musi umożliwić pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych. Ponadto system musi umożliwiać rozwiązywanie konfliktów występujących podczas jednoczesnej pracy na tym samym zestawie danych.

Pkt. 147.

1. System powinien umożliwić prezentacja graficzna wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czas (co umożliwi obserwację zależności pomiędzy podaniami leków i wykonaniem procedur a wynikami pomiarów).

Pkt. 109.

1. System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych wykonania operacji oraz w danych opieki pooperacyjnej.

Pkt. 96.

1. System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna.

Pkt. 23.

**Moduł Zakażenia szpitalne/ System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid**

1. System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru, dotyczy to rzeczywiście daty pomiaru temperatury pacjenta, a nie daty wpisania informacji do systemu.

Pkt. 25.

1. Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych.

Pkt. 29.

1. System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór  'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego'  określa ustawodawca.

Pkt. 30.

1. Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną.

Pkt. 9.

1. Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową.

Pkt. 15.

1. System musi umożliwić ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta, jeżeli pacjent jest nadal oznaczony. Graficzne oznaczenie pacjenta w przypadku zakażenia niebezpieczną bakterią nie jest równoznaczne z wyświetleniem stosownego komunikatu.

Pkt. 8. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

1. System umożliwia przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczna bakterią.

Pkt. 10. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

1. System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie informacji uzyskanych po analizie wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń.

Pkt. 11. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

1. Z głównego ekranu menu w module Oddział system powinien umożliwiać dostęp do wyfiltrowanej listy pacjentów aktualnie będących w izolacji w danej jednostce.

Pkt. 12. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

1. Monitorowanie w oddziale o konieczności założenia indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego w przypadku zastosowania antybiotykoterapii u pacjenta hospitalizowanego > 72 godziny.

Pkt. 13. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

1. Oznakowanie w systemie pacjenta wcześniej hospitalizowanego, u którego stwierdzono nosicielstwo/ kolonizację czynnikiem alarmowym widoczne przy kolejnym przyjęciu do szpitala dla SOR, Oddział, Izba Przyjęć.

Pkt. 14. System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

**Moduł Rozliczenia z NFZ/Statystyka**

1. Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych.

Pkt. 14.

1. Musi istnieć możliwość rozliczenia pobytu, jeśli dane osobowe uległy zmianie w trakcie pobytu (hospitalizacji).

Pkt. 15.

1. Prezentacja graficzna (np. wykres) ilustrujący zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta.

Pkt. 209.

1. System musi umożliwiać przypisanie pacjentów do programów leczenia. W przypadku realizacji świadczenia dla różnych umiejscowień (np. lewe, prawe oko), system musi umożliwiać kilkukrotne przypisanie pacjenta do tego samego programu leczenia.

Pkt. 124.

1. System musi umożliwiać ustawienie domyślnej kategorii pacjenta w kontekście jednostki na wpisie do harmonogramu.

Pkt. 223.

1. System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych.

Pkt. 140.

1. Wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail.

Pkt. 576.

1. Dla chemioterapii oraz programów lekowych dodatkowo współczynniki korygujące uwzględniają progi kosztowe dla substancji czynnych.

Pkt. 143.

1. System umożliwia automatyczne uzupełnianie pozycji rachunku ręcznego wartościami z planu umowy w przypadku zakresów ryczałtowych.

Pkt. 144.

1. System umożliwia ewidencję dwóch osób prowadzących sesję psychoterapii.

Pkt. 146.

**Moduł Rozliczenia Komercyjne**

1. System musi umożliwić anulowanie zafakturowanej usługi komercyjnej.

Pkt. 16.

1. Musi istnieć możliwość indywidualnej zmiany ceny usługi dla pacjenta.

Pkt. 22.

1. System musi umożliwiać wspólną prezentację uprawnień komercyjnych oraz uprawnień NFZ i POZ.

Pkt. 26.

1. System musi umożliwiać ewidencję różnego typu umów, w szczególności:

- umów ubezpieczeniowych,

- umów abonamentowych,

- umów z innymi ZOZ-ami, Indywidualnymi Praktykami Lekarskimi.

Pkt. 73 – 76.

1. System musi umożliwiać wystawienie dokumentu sprzedaży (paragonów, faktur i faktur korygujących).

Pkt. 6.

1. System musi umożliwiać automatyczną aktualizację sposobu płatności dokumentu sprzedaży podczas operacji opłacenia.

Pkt. 10.

1. System musi umożliwić realizację wypłaty środków dokumentu sprzedaży.

Pkt. 11.

1. System musi umożliwiać uwzględnianie kwoty odsetek wynikających z wystawionej w systemie Finansowo-Księgowym noty odsetkowej, podczas realizacji opłacenia dokumentu sprzedaży.

Pkt. 12.

1. System musi posiadać możliwość skojarzenia paragonu/faktury ze schematem księgowania w module Finanse-Księgowość.

Pkt. 13.

1. System musi pozwalać na eksport paragonu/faktury do modułu Rejestr Sprzedaży.

Pkt. 14.

1. System musi umożliwiać ewidencję płatności mieszanej np. kartą i gotówką.

Pkt. 15.

1. System musi umożliwiać przyjęcie płatności (gotówka, karta płatnicza, środki pacjenta na IKP).

Pkt. 33.

1. System musi umożliwiać wypłatę gotówki z tytułu nadpłat i korekt.

Pkt. 34.

1. System musi umożliwiać obsługę operacji kasowych dla pacjentów.

Pkt. 35.

1. System musi umożliwiać skojarzenie z każdym typem operacji kasowej schematu księgowania w module Finanse-Księgowość.

Pkt. 37.

**Moduł Przychodnia – Rejestracja/Gabinet lekarski**

1. System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu.

Pkt. 77.

1. System musi umożliwiać zbiorczą zmianę usługi dla zaplanowanych terminów, w ramach tego samego slotu i zasobów.

Pkt. 106.

1. W ramach formatki do ewidencji danych wizyty, system powinien umożliwiać wyświetlenie danych ratunkowych pacjenta, takich jak: Uczulenia, alergii, stale przyjmowane leki i choroby przebyte. Z danej formatki powinna być też możliwość uzupełniania informacji o danych ratunkowych.

Pkt. 195.

1. System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:

 - określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,

 - procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,

 - uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki.

Pkt. 14 – 17.

1. System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:

- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji,

- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,

- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).

Pkt. 18 – 21.

1. System musi umożliwić automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia.

Pkt. 145.

1. System musi umożliwić odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergię/uczulenie.

Pkt. 156.

1. System umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS.

Pkt. 173.

1. System musi informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej.

Pkt. 180.

1. System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania. Musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Pkt. 174 – 175.

1. System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną.

Pkt. 193.

**Moduł - Rehabilitacja**

1. System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.

Pkt. 117.

1. System musi umożliwiać wykonywanie wykazów w oparciu o dane zaewidencjonowanych Kart Opieki Fizjoterapeutycznych.

Pkt. 68.

1. System musi umożliwiać wydruk Karty Opieki Fizjoterapeutyczne. System musi również umożliwić wydruk własnego pisma na podstawie danych zawartych w Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej.

Pkt. 69.

1. System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegów typu 'Trening rehabilitacyjny'. Prezentowana jest Karta treningowa, która jest listą parametrów treningowych oraz możliwy jest jej wydruk.

Pkt. 102.

1. Symulacja terminów:

- System powinien umożliwić symulację polegając na wyznaczeniu wolnych terminów zabiegów.

- System powinien sprawdzić dogodne terminy pozycji programu leczenia bez konieczności wprowadzenia danych pacjenta.

- Symulacja powinna polegać na sprawdzenie i wyznaczenie terminu zanim zostanie wskazany konkretny Pacjent.

- System powinien umożliwić sprawdzenie najbliższej wolnej daty dla wszystkich wymienionych zabiegów.

- System powinien umożliwić powiązanie z konkretnym Pacjentem wcześniej zasymulowanych terminów.

- System powinien umożliwić wstępną rezerwacje terminów, która będzie blokowała widoczność slotów czasowych dla Użytkownika równolegle planującego zabiegi.

Pkt. 70 – 76.

1. Planowanie pozycji programu z uwzględnieniem preferencji pacjenta . System umożliwia zdefiniowanie i zapamiętanie preferencji pacjenta do planowania terminów zabiegów w zakresie:

- możliwości ustalenia preferowanych godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).

- możliwości ustalenia "nieodpowiadających" godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie).

- oznaczenia dowolności planowania godzin dla wybranych dni tygodnia

- oznaczenia blokady planowania dla wybranych dni tygodnia

- ustawienia mogą być definiowane dla wszystkich lub wybranych tygodni.

Pkt. 56 – 61.

1. System musi umożliwiać planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego.

Pkt. 27.

1. System umożliwia kopiowanie wstępnej oceny ICF pomiędzy pobytami pacjenta.

Pkt. 119.

1. System umożliwia tworzenie szablonów ICF oraz ich wykorzystanie podczas ewidencji oceny ICF.

Pkt. 120.

**Moduł - Stacja dializ**

1. System powinien umożliwiać planowanie wizyt na podstawie wzorca dializy, w którym określony+ jest dzień i tura dializy.

Pkt. 7.

1. System umożliwia dodawanie własnego wpisu dla 'Słownika rodzajów dializatorów'.

Pkt. 6.

1. System umożliwia przeplanowywanie wizyt z wykorzystaniem mechanizmu drag&drop.

Pkt. 8.

1. System powinien umożliwić automatyczne wyliczanie ultrafiltracji po uzupełnieniu wagi optymalnej i wagi przed dializa pacjenta.

Pkt. 57.

1. integracja z innymi modułami systemu:

- współpraca z modułem Apteczka oddziałowa w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów (w tym dializatorów) oraz aktualizacji stanów magazynowych.

Pkt. 71 – 72.

**Moduł ERP - Kalkulacja kosztów leczenia**

1. Jednokrotne logowanie do systemu administracyjnego umożliwiające dostęp do wszystkich modułów, do których użytkownik posiada uprawnienia (w przypadku gdy są one uruchamiane jako aplikacje desktopowe (za wyjątkiem aplikacji wykonanych w technologii web).

Pkt. 18.

1. System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych.

Pkt. 7.

1. Definiowanie pulpitu użytkownika umożliwiającego uruchomienie wszystkich modułów, aplikacji czy funkcjonalności Systemu, do jakich posiada uprawnienia, również aplikacji nie będących przedmiotem zamówienia np. aplikacje biurowe (w przypadku gdy są one uruchamiane jako aplikacje desktopowe (za wyjątkiem aplikacji wykonanych w technologii web).

Pkt. 20.

1. Integrację w zakresie średnich cen dostaw materiałów i leków z modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie obsługi magazynu materiałów i obsługi magazynu leków.

Pkt. 41.

1. Możliwość kalkulacji kosztów procedury zabiegowej i znieczuleniowej z pominięciem opisu normatywnego przy wykorzystaniu szczegółowej ewidencji prowadzonej na bloku operacyjnym tj.:

- materiałów obciążających OPK bloku,

- materiałów obciążających OPK oddziału zlecającego operację (np. środki wysokocenne),

- ewidencji personelu wraz z czasem zaangażowania w wykonanie procedury,

- czasu trwania procedury,

- sumaryczny czas wykorzystania personelu.

Pkt. 24 – 29.

1. Możliwość pobrania stawek jednostkowych za minutę pracy poszczególnych pracowników z lokalnego cennika i wykorzystania do kalkulacji kosztu personelu w ramach procedury zabiegowej i znieczuleniowej.

Pkt. 31.

1. Możliwość wprowadzenia wartości kosztu poszczególnych pracowników w ramach operacji (stawka jednostkowa dla czasu lub stawka za wykonanie).

Pkt. 32.

1. Możliwość rozpisania zbiorczej kwoty kosztu personelu na wiele operacji/wielu pracowników. Rozpisanie dla wskazanych pracowników w ramach wykonanych procedur wg: czasu zaangażowania pracownika w zabiegu lub po równo na każdego wskazanego pracownika w operacji.

Pkt. 33.

1. Możliwość zbiorczej aktualizacji stawki jednostkowej za minutę pracy lub kosztu dla pracownika dla wskazanych pracowników w ramach wykonanych procedur.

Pkt. 34.

1. System musi informować, czy dany koszt pochodzi z systemu KP, lokalnego cennika, czy jest wprowadzony przez operatora.

Pkt. 35.

1. Możliwość alternatywnej wyceny kosztu personelu w ramach procedury zabiegowej i anestezjologicznej z wykorzystaniem opisu normatywnego personelu dla procedury.

Pkt. 36.

1. Możliwość rekalkulacji opisu i kosztu normatywnego personelu dla procedury zabiegowej i anestezjologicznej w oparciu o rzeczywisty czas trwania procedury (proporcjonalne zwiększenie lub zmniejszenie składowej opisanej czasem, składowe kwotowe nie podlegają przeliczeniu).

Pkt. 37.

1. Możliwość raportowania pełnego kosztu procedury zabiegowej - razem z kosztem rozchodów wyłączonych z opisu normatywnego, a obciążających bezpośrednio oddział zlecający wykonanie zabiegu.

Pkt. 38.

1. Możliwość raportowania średniego kosztu operacji wykonanych w danym miesiącu oraz procedur wchodzących w ich skład (zabieg i znieczulenie) wg listy powiązanych procedur ICD9 lub tylko procedury głównej.

Pkt. 39.

**Pulpity Zarządcze**

1. Informacja o źródle pochodzenia danych prezentowana jest bezpośrednio na każdym kafelku analitycznym indywidualnie, z rozróżnieniem na pobieranie bezpośrednio z systemów dziedzinowych (on-line) oraz pobieranie z własnego magazynu danych aplikacji. Informacja ta powinna być sygnalizowana w sposób wizualny (np. różny kolor ikony dotyczącej źródła danych), a także wystarczająco szczegółowa, w zależności od źródła danych. W przypadku danych pobieranych bezpośrednio niezbędna jest informacja o systemie, z którego dane są pobierane, zaś w przypadku pobierania z własnego magazynu danych prezentowane powinny być informacje o ostatnim czasie aktualizacji danych, w rozbiciu na wszystkie okresy, które poddawane są analizie.

Pkt. 15.

1. Aplikacja musi posiadać, niezależny od systemów źródłowych, mechanizm grupowania danych (pozycji wybranych słowników) wykorzystywany na części kafelków celem prezentacji danych w układzie zdefiniowanych przez użytkownika agregatów.

Pkt. 37.

1. Mechanizm grupowania danych musi obejmować co najmniej:

- słownik zakresów świadczeń wykorzystywany przez szpital do rozliczeń z NFZ;

- słownik kosztów OPK pozwalający na grupowanie kosztów wg dwóch kryteriów: kosztów rodzajowych oraz OPK przekazujących (narzucających) koszty;

- słownik kont księgowych;

- słownik ośrodków kosztowych (OPK), umożliwiający analizę danych na poziomie ośrodków kosztowych w ujęciu poszczególnych OPK lub utworzonych grup (stanowiących jedną wspólną pozycję);

- słownik jednostek organizacyjnych szpitala (JOS), umożliwiający analizę danych na poziomie jednostek organizacyjnych w ujęciu poszczególnych JOS lub utworzonych grup (stanowiących jedną wspólną pozycję).

Pkt. 42 – 47.

1. Użytkownik ma możliwość skopiowania dowolnego, dostępnego dla niego pulpitu, co skutkuje utworzeniem kopii danego pulpitu, dla której użytkownik kopiujący staje się administratorem (właścicielem).

Pkt. 51.

1. Administrator pulpitu może określać tzw. siatkę pulpitu. Siatka pulpitu definiuje miejsca w których użytkownik może położyć kafelek. W ramach konfiguracji siatki można wskazać, z ilu kolumn ma się składać oraz określić wysokość wiersza.

Pkt. 54.

1. System, dla wybranych kafelków, posiada mechanizm drążeń pozwalający na prezentację danych szczegółowych (elementarnych) w formie tabelarycznej.

Pkt. 64.

1. Mechanizm drążeń pozwala na interaktywną pracę z danymi elementarnymi tj. filtrowanie oraz grupowanie.

Pkt. 65.

1. Koszty OPK w funkcji czasu, prezentując zarówno koszty bezpośrednie w podziale na koszty bezpośrednie (rodzajowe), jak i koszty pośrednie (narzuty od konkretnych OPK); analiza związana z kosztami OPK powinna być rozszerzona o informacje o statystykach medycznych (np. liczba hospitalizacji, liczba osobodni, liczba porad).

Pkt. 104.

1. Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z JGP, poprzez drążenie do poziomu poszczególnych przypadków, z uwzględnieniem informacji o:  
   - czasie pobytu/hospitalizacji,  
   - kosztach w podziale na osobodzień, rozchody i procedury,  
   - lekarzu prowadzącym,  
   - JGP,  
   - trybie wypisu,  
   - trybie przyjęcia,  
   - JOS pobytu.

Pkt. 127.

1. Analizy wyniku dla JGP, lekarza prowadzącego oraz rozpoznań ICD10 mogą być zawężane do interesującej grupy przypadków. Zawężenie powinno być efektem świadomego ustawienia przez użytkownika odpowiednich filtrów dodatkowych, obejmujących co najmniej:  
   - tryb wypisu,  
   - tryb przyjęcia,  
   - płeć  
   - długość pobytu.

Pkt. 131.

**Pulpit Medyczny Ogólny**

1. System musi umożliwiać integrację z systemem HIS w zakresie pobierania informacji medycznych o historii i aktualnym stanie pacjenta minimum w zakresie:

- danych osobowych,

- danych o alergiach i uczuleniach

- danych wizyt ambulatoryjnych, hospitalizacji, badań diagnostycznych, badań laboratoryjnych, pomiarów parametrów życiowych, zabiegów operacyjnych, danych bilansu płynów

- dokumentów dokumentacji medycznej.

Pkt. 2 – 6.

1. System musi udostępniać narządzie do komponowania zawartości pulpitu, podziału na ekrany i ułożenia grup danych na ekranie (grupa danych to zakres danych powiązanych ze sobą merytorycznie lub których prezentacja w grupie jest merytorycznie uzasadniona i stanowi całość).

Pkt. 18.

1. System musi umożliwiać przegląd historii leczenia pacjenta w rozumieniu pobytów na oddziałach, gabinetach i pracowniach podmiotu, z możliwością wyróżnienia pobytów związanych z określoną specjalnością jednostki organizacyjnej (np. tylko wizyty w gabinetach i oddziałach kardiologicznych).

Pkt. 28.

1. Dla wyników numerycznych system musi prezentować wartość wyniku, jednostkę miary, granice wartości referencyjnych oraz odpowiednie oznaczenie w przypadku, gdy wynik przekracza granice wartości referencyjnych (flagi H i L).

Pkt. 41.

1. System musi umożliwiać wyróżnianie nowych pozycji rozumianych jako nie starsze, niż określona liczba godzin/dni, minimum w zakresie: zleceń i wyników badań diagnostycznych, konsultacji, badań laboratoryjnych; zleceń leków, wyników pomiarów.

Pkt. 57.

1. Możliwość zestawienia na jednym ekranie różnych elementów wyniku - załączników, komentarzy i dokumentów.

Pkt. 71.

1. System umożliwia przegląd szczegółów wszystkich wykonanych badań diagnostycznych laboratoryjnych i konsultacji wykonanych w określonym przedziale czasu: od początku pobytu, początku hospitalizacji, ostatniego miesiąca, ostatniego tygodnia; oraz określonej liczby wykonań niezależnie od tego kiedy były wykonane.

Pkt. 67.

1. System musi prezentować fakt pozostawienia notatki na dany dzień w skali czasu.

Pkt. 76.

**Znajdź Pacjenta – mobilne**

1. Aplikacja mobilna daje możliwość wybrania numeru telefonu do kierownika jednostki organizacyjnej z pobytu wizyty pacjenta, lekarza prowadzącego z pobytu lub sekretariatu z pobytu/wizyty i uruchomienia w telefonie mechanizmu wykonywania połączenia telefonicznego.
2. Mechanizmy komunikacji aplikacji mobilnej z systemem dziedzinowym dają możliwość uruchomienia komunikacji spoza infrastruktury jednostki medycznej.
3. Aplikacja mobilna daje możliwość przeglądania ostatnio oglądanych pobytów i wizyt bez ponownego ich wyszukiwania.

# Wymagania związane ze spełnieniem wymogów wynikających z aktów normatywnych

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Oferowane oprogramowanie jest zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej, w tym: |
|  | ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) |
|  | Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 20223 r., poz. 2465) |
|  | Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz., 1590) |
|  | Ustawa z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U z 2023 poz. 57 ze zm.) |
|  | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2023 r., poz. 1851) |
|  | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych ( Dz.U. 2022 poz. 434 ) |
|  | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r., poz. 1304 ze zm.) |
|  | Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781) |
|  | Zarządzenia Prezesa NFZ publikowane na stronie Bazy Aktów Własnych (BAW) NFZ pod adresem <https://baw.nfz.gov.pl/> |
|  | Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. (ze zmianami publikowanymi w komunikatach Centrali NFZ) |
|  | Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ / KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ / KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ / KAOS |
|  | Zarządzenie Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ |
|  | Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej |
|  | Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia |

# Wymagania funkcjonalne systemu HIS

## Wymagania ogólne dla HIS

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |
|  | **Architektura i interfejs użytkownika** |
|  | System działa w architekturze trójwarstwowej |
|  | System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów |
|  | System pracuje w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników (preferowane środowisko MS Windows 8/10/11) |
|  | System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych dopuszczalna jest częściowa komunikacja w języku angielskim |
|  | System umożliwia pracę w innej wersji  językowej. Jest to wersja  anglojęzyczna systemu obejmująca nazwy okien i etykiety pól |
|  | Podczas uruchamiania systemu, użytkownik musi mieć możliwość wybrania wersji językowej |
|  | System powinien mieć możliwość ustawienia domyślnej wersji  językowej |
|  | Powinna istnieć możliwość przypisania domyślnej wersji językowej, tak aby system uruchamiał się we właściwym języku |
|  | System posiada łatwy dostęp do  informacji dotyczących zmian w aktualnej wersji |
|  | System powinien umożliwić podgląd historii zmian elementów Danych ratunkowych pacjenta. Historia zmian powinna być dostępna co najmniej dla uczuleń/alergii, szczepień i stale przyjmowanych leków. |
|  | System powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania z dokładnością dla jednostki i użytkownika |
|  | Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej (min. Mozilla Firefox, Google Chrome) co najmniej, w zakresie obsługi izby przyjęć, oddziału, statystyki, zleceń, rejestracji, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego, gabinetu medycyny pracy, rehabilitacji, pracowni diagnostycznej, stacji dializ, apteki, apteczek oddziałowych, Rozliczeń z NFZ, Rozliczeń Komercji, gruperem JGP, symulatorem JGP, zakażeń szpitalnych, ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid. |
|  | System musi umożliwić pracę co najmniej z poziomu przeglądarek Microsoft Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome. |
|  | System w części medycznej musi umożliwić pracę na tabletach medycznych w zakresie aplikacji mobilnej. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie skrótu umożliwiając bezpośrednie uruchomienie danego modułu z domyślną jednostką. |
|  | System umożliwia utworzenie skrótu do aplikacji i danej jednostki organizacyjnej, który może być wykorzystany np. jako skrót na pulpicie lub w przeglądarce. Uruchomienie utworzonego skrótu powinno spowodować otwarcie danego modułu w kontekście danej jednostki |
|  | **Baza danych** |
|  | Wszystkie moduły systemu działają w oparciu o jeden motor bazy danych |
|  | System, co najmniej, w zakresie aplikacji izby przyjęć, oddziału, statystyki, zleceń, rejestracji, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego, gabinetu medycyny pracy, rehabilitacji, pracowni diagnostycznej, stacji dializ, apteki, apteczek oddziałowych, Rozliczeń z NFZ, Rozliczeń Komercji, gruperem JGP, symulatorem JGP, zakażeń szpitalnych, ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych, te same tabele. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w systemów. |
|  | System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nie­autoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). |
|  | System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych. |
|  | **Udogodnienia interfejsu użytkownika** |
|  | W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych). |
|  | Ręczne i automatyczne, na podstawie częstotliwości użycia, wyróżnienie w słowniku pozycji najczęściej używanych |
|  | System umożliwia włączenie szybkiego wyszukiwania w polach słownikowych bez konieczności otwarcia okna dla poszczególnych słowników |
|  | Kontrola/parametryzacja wielkich/małych liter. Możliwość ustawienia w wybranych polach wielkości liter |
|  | System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej na której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowywania się z systemu |
|  | Wyróżnienie pól: |
|  | - których wypełnienie jest wymagane, |
|  | - przeznaczonych do edycji, |
|  | - wypełnionych niepoprawnie |
|  | System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych elementów menu czy zakładek oraz zmianę ich kolejności. |
|  | System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji elementów menu czy zakładek |
|  | System umożliwia zmianę wielkości okien słownikowych i ich zapamiętanie w kontekście użytkownika. |
|  | System musi umożliwić skanowanie danych z dokumentów tożsamości - dowodów osobistych lub prawo jazdy i na tej podstawie dokonywanie identyfikacji pacjenta |
|  | System musi umożliwiać obsługę kodów 2D do rejestracji skierowań pochodzących z innych zakładów opieki |
|  | System musi pozwalać na wyszukiwanie pacjenta na podstawie kodu kreskowego (co najmniej wg PESEL, ID pacjenta, ID opieki, nr kartoteki, nr materiału, ID zlecenia) z dowolnego miejsca w systemie, co umożliwi prezentacje informacji o aktualnym miejscu pobytu pacjenta. |
|  | System umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. Bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji i wykorzystania licencji z puli dostępnych. |
|  | Wszystkie błędy niewypełnienie pól obligatoryjnych oraz błędnego wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły co oznacza, że system wskazuje użytkownikowi miejsca wystąpienia błędu oraz pozwala na przemieszczenie widoku ekranu na miejsce wystąpienia błędu. |
|  | System powinien umożliwić wsparcie obsługiwanych procesów w zakresie: |
|  | - pokazywać tylko to, co w danym momencie jest najważniejsze, |
|  | - udostępniać tylko te zadania, które na danym etapie powinny zostać wykonane, |
|  | - umożliwić wprowadzenie tylko tych danych, które są niezbędne, |
|  | - podpowiadać kolejne kroki procesu. |
|  | W każdym polu edycyjnym(opisowym) tj. np. treść wywiadu powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu wprowadzonego tekstu do zewnętrznego pliku oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej, system w tych polach powinien również być wyposażony w słownik ortograficzny. |
|  | System powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w języku polskim we wszystkich polach opisowych (np. opis badania, wynik, epikryza). |
|  | System musi umożliwiać drukowanie kodów jedno i dwuwymiarowych na opaskach dla pacjentów |
|  | System musi umożliwiać przegląd wizyt i hospitalizacji z możliwością szybkiego i łatwego dostępu  do danych szczegółowych pobytu  tj.: rozpoznania, zlecone badania, wykonane procedury, historia choroby. |
|  | System musi umożliwiać podgląd historii wizyt i hospitalizacji pacjenta, który nie jest przyjęty na oddział. |
|  | System musi umożliwić ograniczenie użytkownikowi dostępu do danych szczegółowych w przeglądzie wizyt i hospitalizacji |
|  | System musi umożliwić wyświetlenie miniatury zdjęcia pacjenta w nagłówku z podstawowymi danymi pacjenta na ekranach prezentujących dane wizyty/ pobytu. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie tagów globalnych tzn. dostępnych dla wszystkich użytkowników oraz tagów prywatnych tzn. definiowanych przez poszczególnych użytkowników. |
|  | System umożliwia użycie tagów w specyficznych miejscach systemu tj. opis badania, dane pacjenta, historia choroby. |
|  | System musi umożliwić definiowanie skrótów akcji użytkownika. |
|  | Definicja skrótów akcji użytkownika musi umożliwiać określenie: - kategorii skrótu - czy jest publiczny - czy jest aktywny - dla jakich jednostek/ról jest dostępny - skrótu klawiszowego dla danego skrótu akcji |
|  | System musi umożliwiać wykorzystanie zdefiniowanych skrótów akcji użytkownika w specyficznych miejscach systemu. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie nazwy przycisku pod którym będzie wykonywana akcja użytkownika. |
|  | W przypadku miejsc w systemie, w których dostępnych jest wiele jednakowych akcji np. 'Dodaj', system po wywołaniu akcji wywołuje dodatkowe okno w celu uszczegółowienia akcji. |
|  | System musi umożliwiać zapisywanie do plików, w formatach XLS i CSV, danych prezentowanych na ekranach w formie tabel i list, przy czym możliwość taka musi być zastrzeżona dla użytkowników, którym nadano dedykowane dla tej funkcji uprawnienie. |
|  | **Bezpieczeństwo** |
|  | System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). (Użytkownicy aplikacji nie są  użytkownikami bazy danych - nie są  nadawane użytkownikom aplikacji uprawnienie do bazy danych) |
|  | Możliwość wygenerowania raportu w postaci pliku XML zawierającego informację o próbach użycia przez systemy zewnętrzne licencjonowanych funkcjonalności |
|  | System musi umożliwić logowanie z wykorzystaniem usług domenowych np. Active Directory (AD), w ramach których możliwe jest logowanie z wykorzystaniem czytnika biometrycznego oraz kart kryptograficznych. |
|  | Konfiguracja musi uwzględniać model bez SSO, co oznacza możliwość logowania się do HIS na koncie dowolnego użytkownika, niezależnie od zalogowanego do Systemu Operacyjnego użytkownika. |
|  | System musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych. |
|  | W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej). |
|  | Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu. |
|  | System powinien wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności. Długość tego czasu musi być konfigurowalna przez administratora systemu. Musi również istnieć możliwość wyłączenia automatycznego wylogowywania dla konkretnych użytkowników. |
|  | System powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika |
|  | Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika (jeżeli zostały nadane odpowiednie uprawnienia) |
|  | W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych |
|  | System musi umożliwić samodzielne odzyskiwanie hasła przez użytkownika realizowane za pomocą wysłania wiadomości e-mail |
|  | System musi udostępniać funkcjonalność anonimizacji danych osobowych w rejestrze osób. |
|  | System HIS w szpitalu powinien pełnić nadrzędną rolę względem integrującego się oprogramowania systemów zewnętrznych (np. LIS, RIS/PACS). W celu optymalizacji, bezpieczeństwa i integralności danych źródłem danych używanych przez współpracujące systemy (z wyjątkiem danych powstających podczas realizacji badania w LIS, RIS/PACS) będzie system nadrzędny – HIS |
|  | System musi umożliwić automatyczne udostępnienie wyników badań na portalu |
|  | **Komunikator** |
|  | System powinien zawierać komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami. |
|  | Komunikator musi umożliwić wysłanie wiadomości do: |
|  | - całego personelu podmiotu leczniczego |
|  | - pracowników jednostki organizacyjnej |
|  | - użytkowników pełniących określoną funkcję (lekarze, pielęgniarki) |
|  | - użytkowników wskazanego modułu |
|  | - możliwość łączenia w/w grup adresatów np. wszystkie pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych pracujące w module Apteczka |
|  | Musi istnieć możliwość nadania wiadomości statusu: zwykła, ważna, wymagająca potwierdzenia |
|  | System powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem np. zlecenie leku, badania, wynik badania, zamówienie na lek do apteki, przeterminowane podania. |
|  | Użytkownicy mają możliwość wysyłania wiadomości do innych użytkowników systemu |
|  | Wiadomości powinny mieć określony termin obowiązywania podawany z dokładnością do godziny |
|  | System powinien zapewniać mechanizm powiadomień generowanych automatycznie w związku ze śledzeniem stanu realizacji zleceń, wyników badań, zamówień do apteki. |
|  | System powinien informować o przewidywanym niedoborze leków w apteczce jednostki organizacyjnej |
|  | System musi umożliwić uruchomienie dla zalogowanego użytkownika, bezpośrednio z poziomu aplikacji, komunikatora |
|  | System musi zapewnić możliwość przypisania identyfikatora komunikatora do użytkownika. |
|  | System musi umożliwić rozpoczęcie konwersacji (tekstowej, audio/wideo) z wykorzystaniem komunikatora z innym użytkownikiem bezpośrednio z różnych miejsc systemu, bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanych. |
|  | **Administrator** |
|  | **Konfigurowanie systemu** |
|  | Aktualizacja systemu wraz z poszczególnymi składnikami systemu (np. baza danych, aplikacja) musi być wykonywana za pomocą dedykowanych programów aktualizacyjnych (tzw. paczek aktualizacyjnych) udostępnionych przez producenta systemu. Zamawiający musi mieć możliwość samodzielnego aktualizowania systemu bez ingerencji producenta systemu przez 24 godziny na dobę. Wymagane jest przekazanie Zamawiającemu szczegółowej instrukcji wykonania aktualizacji w formie elektronicznej (plik w formacie pdf lub doc). |
|  | System umożliwia automatyczne ograniczanie listy wyświetlanych pozycji słowników: dla jednostki organizacyjnej, zalogowanego użytkownika |
|  | System umożliwia budowanie terminarzy zasobów: osób, pomieszczeń i urządzeń w oparciu o harmonogramy dostępności zasobu |
|  | System musi umożliwić definiowanie i ewidencję ograniczeń terminarza dotyczących wieku i płci umawianego w danym terminarzu pacjenta |
|  | System musi umożliwić definiowanie i obsługę ograniczeń ilościowych limitów dziennych liczby rezerwacji w terminarzach określonych zasobów |
|  | System umożliwia zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi w hierarchii poziomów: systemu, jednostki organizacyjnej, stacji roboczej / użytkownika, |
|  | System musi umożliwiać definiowanie wykazów wykorzystywanych w przychodni, szpitalu, pracowniach w szczególności z zarządzaniem jednostek uprawnionych do dostępu do danego wykazu, a w przypadku wykazów zabiegowych również rodzajami eiwdencjonowanych w wykazie zabiegów |
|  | System musi umożliwiać definiowanie szablonów wydruków definiowalnych w systemie dokumentów (pism). |
|  | Zarządzanie listą usług i procedur możliwych do zlecenie przez daną jednostkę organizacyjną z możliwością ograniczenia listy jednostek mogących dla danego zleceniodawcy zrealizować zlecenie. |
|  | Zarządzanie rejestrem jednostek struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego: |
|  | - tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepcje, gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć, bloki operacyjne itp.), |
|  | - powiązanie struktury jednostek organizacyjnych ze strukturą ośrodków powstawania kosztów. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie grupowania zleceń |
|  | System umożliwia określenie listy jednostek organizacyjnych uprawnionych do zlecania danego rodzaju badania oraz danego panelu badań |
|  | Zarządzanie standardowymi słownikami ogólnokrajowymi: |
|  | - Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM – druga polska edycja, |
|  | - Klasyfikacja chorób wg ICD – rewizja 10, |
|  | - Słownik Kodów Terytorialnych GUS, |
|  | - Słownik Zawodów. |
|  | System musi umożliwiać aktualizację słownika ICD 10 za pomocą pliku udostępnianego przez C e-Z lub z pliku zapisanym na dysku. |
|  | System musi umożliwić aktualizację słownika ICD 10 z wykorzystaniem algorytmu Jaro-Winkler wraz z możliwością określenia wskaźnika stopnia podobieństwa porównywanych nazw do aktualizacji |
|  | System musi umożliwiać import słownika wyrobów medycznych publikowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|  | System powinien umożliwić ograniczenie użytkownikom zasilania słownika instytucji tylko pozycjami pochodzącymi i synchronizowanymi z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
|  | System umożliwia import kodów pocztowych udostępnianych przez Pocztę Polską, z możliwością automatycznego powiązania z rejestrem TERYT. |
|  | Tworzenie, przegląd, edycja słowników własnych Zamawiającego: |
|  | - personelu, |
|  | - leków. |
|  | Zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami: |
|  | System zarządzania użytkownikami musi być wspólny minimum dla modułów: izby przyjęć, oddziału, SOR i zleceń, rejestracji, gabinetu lekarskiego, gabinetu zabiegowego, gabinetu medycyny pracy, rehabilitacji, pracowni diagnostycznej, patomorfologii, apteki, apteczek oddziałowych, rozliczeń z NFZ, komercji, grupera JGP, symulatora JGP, bloku operacyjnego i porodowego, zakażeń szpitalnych, systemu ewidencji wirusów/bakterii, archiwum papierowej dokumentacji medycznej |
|  | System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać definiowanie listy użytkowników systemu |
|  | System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać określenie uprawnień użytkowników, |
|  | System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać jednoznaczne powiązanie użytkownika systemu z osobą personelu lub osobą spoza słownika personelu. |
|  | System umożliwia synchronizację danych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu podczas łączenia pracownika z systemu HIS z pracownikiem z systemu Kadr i Płac. |
|  | System umożliwia definiowanie dla każdego pacjenta preferowanego kanału komunikacji (portal, sms, e-mail). |
|  | System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu |
|  | System musi umożliwiać ewidencję wielu numerów prawa wykonywania zawodu dla personelu |
|  | System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków dotyczących zmiany danych osobowych oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników. |
|  | System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: |
|  | -danych personalnych |
|  | -danych kontaktowych |
|  | -danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje) |
|  | System umożliwia wygenerowanie kopii danych osobowych dla pacjenta/personelu/użytkowników przetwarzanych w systemie. |
|  | W ramach użytkownika zalogowanego, system umożliwia wyznaczenie osoby zastępującej w zadanym okresie czasu, która czasowo przejmie prawa użytkownika zastępowanego. Użytkownik zastępujący ma możliwość odrzucenia zastępstwa. Użytkownik zastępujący powinien przejąć prawa (uprawnienia) użytkownika zastępowanego, a nie wyłącznie być oznaczony w systemie jako zastępca innego użytkownika |
|  | Musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/ wybranych jednostek organizacyjnych. Np. tylko oddział wewnętrzny lub gabinet POZ i izba przyjęć. |
|  | System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu |
|  | System musi umożliwiać nadawanie każdemu użytkownikowi unikalnego loginu oraz hasła. Domyślnie dla nowotworzonych użytkowników oraz dla każdego użytkownika niezależnie musi być możliwość ustawienia co najmniej następujących parametrów hasła: długość, okres ważności, okres powiadomienia przed wygaśnięciem hasła, Minimalna złożoność hasła (minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych w haśle) |
|  | Administrator musi mieć możliwość określenia daty utraty ważności konta (blokady konta) użytkownika, a system prezentuje użytkownikowi informację o terminie ważności (zablokowania) konta. |
|  | System zapewnia natychmiastowe wylogowanie użytkownika ze wszystkich jego aktywnych sesji, w momencie blokady konta użytkownika przez administratora. |
|  | System uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które to mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom. |
|  | System musi umożliwiać nadawanie pojedynczych uprawnień z listy dostępnych zarówno pojedynczemu użytkownikowi jak i definiowalnej, nazwanej grupie użytkowników, do których z kolei można przypisywać użytkowników. |
|  | System musi umożliwić nadanie użytkownikowi lub grupie użytkowników uprawnień do wydruku tylko określonych typów dokumentów dokumentacji medycznej |
|  | System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom niezależnie dla każdej jednostki organizacyjnej, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału. |
|  | System musi umożliwiać podgląd listy użytkowników aktualnie zalogowanych do systemu. |
|  | Administrator musi posiadać z poziomu aplikacji możliwość wylogowania wskazanych lub wszystkich aktualnie zalogowanych użytkowników |
|  | System umożliwia prowadzenie rejestru zgód i sprzeciwów oraz oświadczeń dotyczących przetwarzania danych osobowych (na mocy zapisów RODO): pacjentów, opiekunów pacjentów i personelu. Rejestracja oraz wycofanie zgód, sprzeciwów, oświadczeń możliwa jest z poziomu jednego okna. |
|  | System musi umożliwiać obsługę harmonogramu przyjęć |
|  | System powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki, kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu z dokładnością do dat obowiązywania. |
|  | System musi umożliwić określenie jednostkom organizacyjnym oddzielnego numeru REGON, innego niż REGON zakładu opieki zdrowotnej |
|  | System musi umożliwiać zarządzanie międzymodułowym systemem komunikacyjnym umożliwiający pobranie lub wysłanie komunikatów do: |
|  | - użytkowników wybranych modułów, |
|  | - wskazanych użytkowników (nazwanych oraz ról jakie pełnią w systemie) |
|  | - wskazanych stacji roboczych |
|  | System musi umożliwiać przegląd dziennika operacji (logi) - rejestr czynności i operacji wykonywanych przez poszczególnych użytkowników |
|  | System musi umożliwiać zapisywanie informacji o przeglądanych danych przez wybranego użytkownika. |
|  | System musi umożliwiać podgląd historii zmian parametrów konfiguracyjnych systemu (podgląd daty modyfikacji parametru, użytkownika ją przeprowadzającego, jego stacji roboczej oraz rodzaju i szczegółów zmiany). |
|  | System musi umożliwiać wykonanie z poziomu aplikacji funkcji optymalizacji bazy danych |
|  | System musi umożliwiać migrację dokumentacji pacjenta z systemu HIS do repozytorium EDM. |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie danych pacjentów, lekarzy i instytucji wprowadzonych wielokrotnie do systemu. |
|  | System musi zachowywać dane pacjenta "scalonego" mechanizmem scalania pacjentów. Pacjent którego dane zostały scalone z danymi innego pacjenta nie może być usunięty z systemu. Dane pacjenta powinny być dostępne do wyszukiwania w szczególności wyszukiwania wg identyfikatora pacjenta. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie zdublowanych wpisów rejestru instytucji według ich resortowych kodów identyfikacyjnych |
|  | System umożliwia zdefiniowanie procesu, który w określonych odstępach czasowych będzie weryfikował istnienie zleceń podań dla otwartych zleceń leków, w zadanych komórkach organizacyjnych, oraz generował zlecenia podań w przypadku ich braku. |
|  | System musi umożliwiać włączenie, niezależnej od uprawnień użytkownika, dodatkowej kontroli dostępu do danych medycznych pacjentów dla personelu nie pełniącego w Jednostce żadnej roli, a specyfika ich pracy wymaga takiego dostępu w celach związanych z pełnieniem obowiązków służbowych. |
|  | System powinien posiadać zabezpieczenie przed ustawieniem hasła znajdującego się na liście haseł popularnych, upublicznionych, przewidywalnych. |
|  | System powinien weryfikować siłę nowego hasła. |

## Portal e-Pacjent (Medyczny Portal Informacyjny MPI)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System zapewnia przesyłanie danych z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji - powinien umożliwiać szyfrowanie transmisji danych co najmniej pomiędzy komputerem pacjenta (klienta), a pierwszym komponentem systemu, na którym są one przetwarzane; |
|  | System powinien posiadać dedykowany moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom). |
|  | Wymagana jest zgodność interfejsu użytkownika z WCAG 2.0 (*ang. Web Content Accessibility Guidelines*), |
|  | System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. Wymagana jest możliwość użytkowania systemu w przeglądarkach smartphonów, tabletów i komputerów osobistych, |
|  | Wymagana jest możliwość użytkowania systemu na najnowszych wersjach popularnych przeglądarek internetowych: Google Chrome, Firefox, Microsoft Edge bez konieczności instalacji dodatkowych elementów środowiska uruchomieniowego, |
|  | Wymagana jest możliwość dostosowywania wyglądu aplikacji w zakresie definiowania własnych stylów CSS. |
|  | System powinien posiadać modułową budowę - preferowana architektura oparta o mikrousługi; |
|  | Należy zapewnić możliwość skalowania horyzontalnego wybranych modułów systemu (w zależności od obciążenia), |
|  | System powinien udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający jego ewentualną integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu, |
|  | Architektura systemu powinna pozwalać na wdrożenie go w wariancie wysokiej dostępności (ang. high availability) poprzez równoczesne działanie jego "zapasowej" instancji. |
|  | Wymagana jest zapewnienie możliwości instalacji systemu zarówno w infrastrukturze Szpitala, jak również w Centrum Przetwarzania Danych (CPD) i/lub chmurze obliczeniowej (w modelu *PaaS* lub *IaaS*), |
|  | Zakłada się dostarczenie gotowych do uruchomienia komponentów systemu wraz z wszystkimi zależnościami i domyślną konfiguracją - preferowane wykorzystanie technologii konteneryzacji, |
|  | System podczas eksploatacji powinien zapisywać logi z działania w postaci umożliwiającej ich dalsze przetwarzanie w dedykowanych ku temu narzędziach (np. Logstash). |
|  | System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach. |
|  | System musi umożliwiać samodzielne utworzenie konta w Medycznym Portalu Informacyjnym. Powinna istnieć możliwość aktywacji założonego konta za pomocą kanałów komunikacyjnych e-mail oraz SMS. |
|  | Rejestracja do portalu udostępniana jest pacjentom w postaci odnośnika na stronie internetowej Jednostki Ochrony Zdrowia. Po samodzielnym utworzeniu konta użytkownik posiada dostęp do portalu z określonym poziomem uprawnień. |
|  | Rejestracja konta użytkownika, który jest lub potencjalnie będzie pacjentem jednostki: |
|  | - system musi umożliwiać rejestracje podstawowych danych pacjenta tj.: |
|  | -- imię, drugie imię, nazwisko, |
|  | -- dane identyfikacyjne pacjenta: nr PESEL albo numer ewidencyjny lub numer dokumentu tożsamości nadane we wskazanym kraju (w przypadku rejestracji obcokrajowców), |
|  | - system musi umożliwiać rejestrację adresu e-mail użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny, |
|  | - system musi umożliwiać rejestrację nr telefonu komórkowego użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny, |
|  | - system podczas rejestracji użytkownika musi wymuszać akceptację regulaminu portalu, oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych. |
|  | - system umożliwia utworzenie konta dla którego: |
|  | -- w zależności od ustawień systemu możliwe jest: logowanie przy pomocy podanego adresu e-mail lub wygenerowanej przez system łatwej do zapamiętania unikalnej nazwy użytkownika (np. pierwsza litera imienia + nazwisko + opcjonalnie nr kolejny użytkownika) lub wprowadzonej przez rejestrującego własnej nazwy użytkownika z kontrolą jej unikalności, |
|  | -- system umożliwia podanie i powtórzenie hasła do konta oraz weryfikuje poprawność podanego hasła z zadaną polityką. |
|  | Rejestracja konta użytkownika reprezentującego swojego podopiecznego: |
|  | - system umożliwia rejestrację konta użytkownika poprzez podanie jego imienia, drugiego imienia, nazwiska, danych kontaktowych (w zależności od przyjętego kanału komunikacji e-mail lub SMS), nazwy użytkownika i hasła, |
|  | - system umożliwia rejestrację danych podopiecznego użytkownika analogicznie do danych pacjenta. |
|  | System umożliwia weryfikację podanego w czasie rejestracji konta kanału komunikacyjnego: |
|  | -- e-mail, poprzez przesłanie na podany adres wiadomości zawierającej odnośnik z wygenerowanym kodem potwierdzenia autentyczności adresu e-mail, |
|  | -- SMS, poprzez przesłanie na podany nr telefonu wiadomości zawierającej kod potwierdzenia autentyczności podanego numeru; system udostępnia funkcję umożliwiającą wprowadzenie nr telefonu oraz przesłanego kodu. |
|  | System blokuje możliwość zalogowania się użytkownika, który nie potwierdził żadnego kanału komunikacyjnego. |
|  | System przypisuje zarejestrowanemu użytkownikowi predefiniowane uprawnienia do dostępnych funkcji, po potwierdzeniu kanału komunikacyjnego. |
|  | Możliwość ustawienia nowego hasła dla konta, dla którego wykonano poprawną weryfikację adresu e-mail lub numeru telefonu polegającą na wprowadzeniu przesłanego kodu potwierdzenia. |
|  | Możliwość samodzielnej autoryzacji (określenie danych dostępowych – login/hasło) użytkownika – pacjenta po poprawnym potwierdzeniu rejestracji; możliwość wyłączenia trybu samodzielnej autoryzacji pacjentów. |
|  | System udostępnia funkcję logowania do portalu, w ramach której, w zależności od przyjętej polityki bezpieczeństwa, mogą być weryfikowane następujące parametry: |
|  | -- wymuszenie zmiany hasła po upłynięciu określonego czasu od jego ostatniej zmiany, |
|  | -- wymuszenie zmiany hasła użytkowników, którzy pierwszy raz logują się do systemu, |
|  | -- czasowe zablokowanie konta użytkownika po przekroczeniu określonej liczby nieudanych logowań. |
|  | W przypadku konieczności ustawienia nowego hasła (np. jeżeli użytkownik nie pamięta dotychczasowego) system musi umożliwiać ustawienie hasła z wykorzystaniem każdego z kanałów komunikacyjnych, tzn. e-mail i SMS. |
|  | System musi umożliwiać zmianę hasła użytkownika. |
|  | System podczas zmiany hasła musi weryfikować jego poprawność względem przyjętej polityki, w ramach której możliwe jest określenie: minimalnej długości hasła, minimalnej liczby wielkich liter, cyfr, znaków specjalnych, liczby niepowtarzających się kolejnych haseł użytkownika. |
|  | Aktualizacja profilu pacjenta/użytkownika Portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, numeru telefonu, adresu zamieszkania. |
|  | System musi umożliwiać z poziomu systemu HIS: |
|  | - założenie konta użytkownika MPI, |
|  | - rejestrację pacjentów związanych z kontem MPI (właściciel konta lub jego podopieczni), |
|  | - autoryzację konta użytkownika (potwierdzenie faktu sprawdzenia tożsamości użytkownika MPI) oraz jego uprawnień do reprezentowania podopiecznych, |
|  | - resetowanie hasła do konta użytkownika MPI z jednoczesnym wygenerowaniem tymczasowego hasła zgodnego z obowiązującą polityką haseł. |
|  | Możliwość rejestracji podopiecznych pacjenta; dla podopiecznych, którzy są użytkownikami MPI konieczność akceptacji objęcia opieką przez innego pacjenta; możliwość odrzucenia wniosku o objęcie opieką przez innego pacjenta - użytkownika MPI lub możliwość trwałego zablokowania wnioskowania o objęcie opieką przez danego użytkownika. |
|  | Możliwość przeglądu opiekunów; możliwość usunięcia opiekuna; możliwość zablokowania opiekuna - opiekun nie będzie miał możliwości ponownego wnioskowania o objęcie opieką. |
|  | Możliwość określenia przez pacjenta parametrów powiadomień o zbliżającym się terminie udzielenia usługi (interwał czasu przed planowanym terminem, tryb powiadamiania) zdefiniowanych w systemie jako możliwe do ustawienia przez użytkownika/pacjenta. |
|  | Aktualizacja profilu pacjenta/użytkownika Portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, numeru telefonu, adresu zamieszkania. |
|  | Zmiana danych osobowych pacjenta (imiona, nazwisko, PESEL) w profilu pacjenta, przed zapisem tych danych w systemie HIS, wymaga autoryzacji przez personel podmiotu. |
|  | Możliwość zmiany terminu wizyty przez pacjenta. |
|  | Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na Portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt. |
|  | Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez pracowników jednostki ochrony zdrowia. |
|  | Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o zmianie terminu realizacji usługi dokonanej przez pracowników jednostki ochrony zdrowia. |
|  | Wysyłanie wiadomości do jednostki ochrony zdrowia; możliwość formatowania treści wiadomości (czcionka, kolor, justowanie, odnośniki do innych stron). |
|  | Wysyłanie wiadomości SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta o konieczności potwierdzenia rezerwacji terminu wizyty. |
|  | Potwierdzenie rezerwacji wizyty w określonym czasie przed realizacją dla rezerwacji wymagających takich potwierdzeń. |
|  | Przegląd wysłanych wiadomości; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania i odbiorcy. |
|  | Edycja wysłanych i jeszcze nieprzeczytanych przez pracowników jednostki ochrony zdrowia wiadomości. |
|  | Przegląd wiadomości odebranych od pacjentów; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania, nadawcy; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych. |
|  | System powinien umożliwiać konfigurację, w której po zalogowaniu się pacjenta udostępniana jest ankieta samooceny dotycząca zarażenia wirusem SARS-CoV-2. System na podstawie udzielonych przez pacjenta odpowiedzi na pytania związane z objawami choroby powinien wyświetlać zalecenia dla pacjenta. System powinien umożliwiać pacjentowi przegląd listy wypełnionych ankiet samooceny oraz wyszukiwanie na liście ankiet według dat ich wykonania. |
|  | System musi umożliwiać pacjentom rezerwację terminów wizyt w jednostce ochrony zdrowia oraz anulowanie wcześniej dokonanych rezerwacji. |
|  | Rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi). |
|  | System umożliwia pacjentom wyszukiwanie usługi medycznej związanej z planowaną wizytą; wyszukiwanie usługi może odbywać się z wykorzystaniem następujących kryteriów: |
|  | -- nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi), |
|  | -- nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa, |
|  | -- imienia, nazwiska, tytułu naukowego i specjalności lekarza udzielającego oczekiwanej usługi. |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie usług według ich kodów lub nazw części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych |
|  | System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach. |
|  | System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, jeżeli jest dostępny dla danej usługi. |
|  | System umożliwia przegląd dostępnych dla rezerwacji internetowej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu. Po wybraniu terminu system blokuje możliwość wyboru tego terminu przez innych użytkowników zarówno systemu MPI jak i systemu szpitalnego. |
|  | Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług. |
|  | System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanej wizyty, tj.: |
|  | -- wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi, |
|  | -- danych adresowych miejsca udzielenia usługi, |
|  | -- danych wybranego personelu/lekarza udzielającego usługi. |
|  | System umożliwia lub wymusza (w zależności od konfiguracji dla danej usługi) rejestrację danych skierowania, w przypadku rezerwacji terminu dotyczącego świadczeń wymagających skierowania. |
|  | System umożliwia edycję danych skierowania oraz e-skierowania. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję trybu pilności w danych skierowania pacjenta. |
|  | Podczas rezerwacji terminu wizyty system musi umożliwiać pacjentowi zarejestrowanie danych e-skierowania. |
|  | Wydruk potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji oraz planowaną datę udzielenia usługi. |
|  | Możliwość rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych; możliwość zmiany terminu wizyt dla podopiecznych; możliwość anulowania rezerwacji podopiecznych. |
|  | System umożliwia dodawanie i usuwanie skanów skierowania dla rezerwacji terminu. |
|  | System umożliwia dodatkowe potwierdzenie autentyczności użytkownika rezerwującego termin wizyty poprzez przesłanie na podany nr telefonu kodu potwierdzającego oraz wymuszenie wprowadzenia tego kodu w kontekście rezerwacji wizyty. |
|  | System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłynięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika. |
|  | System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłynięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika. |
|  | Przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana). |
|  | System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta. |
|  | Podczas planowania terminu danej usługi system powinien weryfikować istnienie aktywnej deklaracji danego typu dla danego pacjenta |
|  | System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty tj.: |
|  | - informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, |
|  | - danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, |
|  | - informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty), |
|  | - planowanego terminu wizyty. |
|  | System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty. |
|  | System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie: |
|  | -- pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń, |
|  | -- rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów, |
|  | -- anulowania terminów zaplanowanych wizyt, |
|  | -- pobierania informacji o planowanych terminach wizyt. |
|  | System musi umożliwiać prezentację informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej tj.: |
|  | - system prezentuje informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej – pobytach na oddziałach szpitalnych, udzielonych poradach, wykonanych badaniach, |
|  | System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie pobierania informacji o udzielonych świadczeniach medycznych (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium danych medycznych). |
|  | System musi umożliwiać prezentację informacji o wpisach pacjentów na listy oczekujących. |
|  | System podczas przeglądu wpisów na listy oczekujących prezentuje statystyki odnośnie: - liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej; · liczby osób skreślonych z listy; · średniego czasu oczekiwania na wykonanie usługi (w dniach). |
|  | System umożliwia dodawanie i przegląd przez pacjenta plików w formacie DICOM dla wyniku badania. |
|  | System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala. |
|  | System musi umożliwiać pobranie elektronicznych dokumentów medycznych pacjenta, zarejestrowanych w Repozytorium EDM. |
|  | System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów wybranych typów. |
|  | System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów podpisanych bezpiecznym podpisem cyfrowym. |
|  | System integruje się on-line z Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (Repozytorium EDM w systemie HIS) w zakresie pobierania informacji o dostępnej elektronicznej dokumentacji medycznej (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium meta danych dokumentów i dokumentów w postaci elektronicznej). |
|  | - system umożliwia zdefiniowanie kategorii rejestrowanych wiadomości (np. skarga, pochwała itp.). |
|  | System umożliwia pacjentom wypełnienie wywiadu lekarskiego w kontekście planowanej usługi medycznej. |
|  | System weryfikuje kompletność zebranego wywiadu lekarskiego, rozumianą jako udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jej wymagające. |
|  | System musi umożliwiać wysyłanie wiadomości z prośbą o uzupełnienie wywiadu lekarskiego w zadanym czasie przed planowaną datą udzielenia świadczenia. |
|  | System zapisuje wywiad lekarski w postaci dokumentu określonego typu w Repozytorium EDM. |
|  | System umożliwia pacjentowi modyfikację wywiadu lekarskiego, który rejestrowany jest jako kolejna wersja dokumentu w Repozytorium EDM. |
|  | System umożliwia personelowi medycznemu szpitala interpretację informacji wprowadzonych przez pacjenta w ramach wywiadu lekarskiego. |
|  | System integruje się z systemem HIS w zakresie rejestracji dokumentu e-wywiadu lekarskiego w Repozytorium EDM systemu HIS. |
|  | **eWizyta Receptowa** |
|  | Usługa musi zostać udostępniona w module e-Platformy na stronie WWW Zamawiającego i być dostępna zarówno w sieci Internet jak i wewnętrznej każdej placówki Zamawiającego. |
|  | Usługa musi być dostępna dla każdego pacjenta posiadającego konto w module e-Platformy i uprawnionego do korzystania z usługi. |
|  | Dostępność usługi e-Recepty musi być możliwa z poziomu stacji roboczych. |
|  | Usługa musi być możliwa do uruchomienia dla pacjentów na kiosku internetowym w placówce Zamawiającego. |
|  | Usługa po dokonaniu wyboru usługi "wizyta receptowa" wymaga uzupełnienia w formularzu listy leków, na które powinny zostać wystawione recepty. |
|  | Usługa musi umożliwiać wymuszenie podania uzasadnienia wystawienia recepty. |
|  | Recepty wystawiane są w systemie HIS. |
|  | Usługa umożliwia wystawienie recepty papierowej do odbioru we wskazanym miejscu. |
|  | Pacjent musi mieć możliwość wglądu do listy swoich zarezerwowanych terminów zarówno tych zarezerwowanych online jak również zaplanowanych w systemie HIS – umówionych poprzez personel rejestracji placówki. |
|  | Pacjent musi mieć możliwość zmiany online terminu zaplanowanej wcześniej usługi poprzez wskazanie nowego terminu spośród dostępnych, a informacja o dokonanej zmianie terminu przez Pacjenta musi być dostępna w systemie HIS. |
|  | Usługa musi umożliwić wysłanie do pacjenta potwierdzenia zmiany terminu wizyty na adres email i/lub SMS. |
|  | Usługa musi umożliwiać pacjentowi dokonanie odwołania zaplanowanej usługi, a informacja o odwołaniu musi być dostępna w systemie HIS. |
|  | Usługa udostępnia pacjentowi dane wystawionych recept. |
|  | Usługa informuje pacjenta o dostępnych receptach z wykorzystaniem kanałów: SMS, email lub wiadomość na portalu e-Platformy. |
|  | Usługa musi zapewniać, dla uprawnionego personelu Zamawiającego, możliwość definiowania i aktualizacji grafików dostępności świadczonych usług medycznych. |
|  | Usługa musi zapewniać, dla uprawnionego personelu Zamawiającego, możliwość ograniczenia rejestracji online do wybranych godzin oraz ograniczenia liczby jednocześnie wprowadzanych przez pacjenta rezerwacji wizyt receptowych w trybie rejestracji online (rejestracji w przód). |
|  | System musi prowadzić dziennik logowań użytkowników do usługi e-Rejestracji. |
|  | System musi umożliwić bieżące śledzenie terminów rezerwowanych wizyt receptowych przez uprawnionego pracownika Zamawiającego. |
|  | System umożliwia przegląd aktywności użytkowników w zakresie generacji i logowania zdarzeń. Zakres logowanych zdarzeń obejmuje: · udane logowanie do systemu MPI, · nieudane logowanie do systemu MPI, · wylogowanie z systemu MPI, · założenie konta przez pacjenta w systemie MPI, · potwierdzenie tożsamości pacjenta, · rejestracja terminu wizyty, · modyfikacja terminu wizyty, · dodanie dokumentu do aktywnej rezerwacji, · wypełnienie ankiety dla aktywnej rezerwacji, · anulowanie rezerwacji, · zablokowanie konta (nie dotyczy automatycznych blokad konta), · edycja danych konta, · edycja danych pacjenta, dziecka lub podopiecznego, · dodanie nowego pacjenta, dziecka lub podopiecznego, · usunięcie pacjenta (realizowane poprzez odpięcie pacjenta/dziecka/podopiecznego od konta). |
|  | Możliwość zdefiniowania wymagalności potwierdzenia rezerwacji terminu wskazanej usługi realizowanej w danej jednostce organizacyjnej w określonym przedziale czasu przed realizacją wizyty. |
|  | Możliwość definiowania parametrów rezerwacji dla usług dostępnych w jednostkach organizacyjnych: maksymalna liczba jednoczasowych rezerwacji tego samego pacjenta; minimalny interwał czasu pomiędzy datą rejestracji a datą realizacji usługi. |
|  | Definiowanie rodzajów świadczonych usług, przypisywanie usług do zdefiniowanych rodzajów. |
|  | Rejestracja struktury organizacyjnej Jednostki Ochrony Zdrowia w układzie hierarchicznym |
|  | Możliwość rejestracji i prezentacji formatowanych opisów jednostek organizacyjnych. |
|  | Integracja rejestru struktury organizacyjnej z odpowiadającym rejestrem HIS (ang. Hospital Information System). |
|  | Publikacja informacji o elementach struktury organizacyjnej szpitala na Portalu. |
|  | Publikacja informacji o usługach medycznych realizowanych w jednostkach organizacyjnych szpitala na Portalu. |
|  | Rejestracja informacji o personelu realizującym usługi medyczne; rejestracja informacji o specjalnościach personelu. |
|  | Integracja rejestru personelu z odpowiadającym rejestrem HIS. |
|  | Rejestracja informacji o usługach realizowanych w Jednostce Ochrony Zdrowia; rejestracja opisów usługi w postaci formatowanych tekstów; rejestracja informacji o wymagalności skierowania. |
|  | Definiowanie statusu wyboru personelu dla definiowanych usług (wybór personelu dopuszczalny, niemożliwy, wymagany). |
|  | Definiowanie wymagalności skierowania do realizacji usługi; określenie konieczności rejestracji danych skierowania w czasie rezerwacji terminu udzielenia usługi. |
|  | Definiowanie wymagalności istnienia w systemie aktywnej deklaracji POZ określonego typu w czasie rejestracji terminu realizacji wskazanej usługi. |
|  | Rejestracja informacji o szczególnych warunkach udzielania usług (zalecenia dla pacjentów odnośnie realizacji usługi) w postaci formatowanych tekstów. |
|  | Definiowanie kwestionariuszy umożliwiających pozyskanie dodatkowych informacji od pacjenta w procesie rezerwacji terminu udzielenia usługi/wizyty; możliwość zdefiniowania pytań dla których podanie odpowiedzi jest wymagane, możliwość zdefiniowania pytań zamkniętych, dla których odpowiedź udzielana jest poprzez wybór pozycji na liście dostępnych wartości. |
|  | Integracja rejestru usług medycznych z odpowiadającym rejestrem w HIS; powiązanie usług zdefiniowanych w portalu z usługami w HIS; przepisywanie wybranych usług z HIS do rejestru portalu. |
|  | Publikacja informacji o wskazanej usłudze w module e-Pacjent. |
|  | Wskazanie usług, dla których możliwa jest rezerwacja terminu udzielania usług w module e-Pacjent. |
|  | Przegląd pacjentów zarejestrowanych w Portalu. |
|  | Zatwierdzenie zarejestrowanych pacjentów jako użytkowników Portalu Informacyjnego przez pracowników szpitala (autoryzacja przez pracowników szpitala). |
|  | Rejestracja pacjentów jako użytkownika Portalu Informacyjnego przez pracowników szpitala – możliwość udostępnienia funkcjonalności e-Pacjent bez konieczności rejestrowania się pacjenta na stronie internetowej. |
|  | Możliwość resetowania hasła do konta użytkownika Portalu Informacyjnego przez pracowników szpitala z jednoczesnym wygenerowaniem tymczasowego hasła zgodnego z obowiązującą polityką haseł. |
|  | Przypisanie pacjentom, użytkownikom Portalu, podopiecznych; możliwość rejestracji danych podopiecznych nie zarejestrowanych wcześniej w systemie. |
|  | Możliwość zablokowania konta pacjenta - zablokowania dostępu wybranym pacjentom do e-Pacjenta. |
|  | Możliwość wysyłania wiadomości e-mail do pacjentów – użytkowników portalu. |
|  | Możliwość wysyłania wiadomości SMS do pacjentów – użytkowników portalu. |
|  | Przegląd wysłanych wiadomości; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania i odbiorcy. |
|  | Edycja nieprzeczytanych, wysłanych wiadomości. |
|  | Przegląd wiadomości odebranych od pacjentów; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania, nadawcy; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych. |

## Ruch Chorych

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Izba Przyjęć** |
|  | System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć. |
|  | **Ewidencja danych pacjentów** |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - imię ojca i matki |
|  | - miejsce urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - PESEL opiekuna |
|  | - nazwisko rodowe matki |
|  | - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  | - pobyt w jednostce |
|  | - pobyt w okresie |
|  | - nr telefonu |
|  | - adres e-mail |
|  | - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  | - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  | - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
|  | Możliwość przypisania Odcinka/Sali i łóżka w module Izba Przyjęć |
|  | System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  | - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  | - fragment (fraza) opisu pacjenta |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL. |
|  | System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: |
|  | - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta |
|  | - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy) |
|  | System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora |
|  | System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta. |
|  | System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
|  | W IP/SOR system prezentuje kategorię stanu zdrowia pacjenta na podstawie zaewidencjonowanych procedur medycznych |
|  | W IP/SOR system weryfikuje ciągłość procedur do wyznaczenia maksymalnej kategorii stanu zdrowia pacjenta na podstawie zaewidencjonowanych procedur medycznych |
|  | W IP/SOR system umożliwia podgląd list procedur z podziałem na kategorie stanu zdrowia pacjenta |
|  | **Obsługa listy pacjentów modułu** |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, w szczególności: |
|  | - status eWUŚ |
|  | - nazwisko, imię i nr PESEL |
|  | - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym |
|  | - nr w księdze |
|  | - rozpoznanie |
|  | - lekarz badający |
|  | - status sprzedaży |
|  | - odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie/uczulenie |
|  | System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria: - Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
|  | System umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów |
|  | System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, oraz z obszarów spoza UE |
|  | System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
|  | System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta (w logach musi zostać odnotowane kto i kiedy dokonał zmian). |
|  | System musi umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji. |
|  | System musi umożliwiać powiązanie rekordu pacjenta NN (z poziomu jego danych osobowych) z rekordem pacjenta zarejestrowanego w systemie. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
|  | System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień |
|  | System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta: |
|  | - w zakresie danych osobowych, |
|  | - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
|  | System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:  -z pliku graficznego,  -zeskanowanego,  - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta |
|  | **Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć** |
|  | System musi umożliwić przyjęcie pacjenta w trybie nagłym oraz planowym |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu. |
|  | System musi automatycznie oznaczyć pobyt jako "zagrożenie życia lub zdrowia", podczas przyjęcia pacjenta w trybie nagłym. |
|  | Pacjenci kierowani na izbę przyjęć z innych jednostek szpitala, powinni być prezentowani na liście oczekujących na przyjęcie. |
|  | System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej podczas rejestracji odmowy. |
|  | System musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: wstępnego, końcowego oraz rozpoznań towarzyszących. |
|  | Rejestracja rozpoznań w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu |
|  | System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć. |
|  | System musi umożliwiać: |
|  | - wprowadzenie danych ze skierowania, |
|  | -import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania |
|  | -wprowadzenie danych płatnika |
|  | - wprowadzenie danych wywiadu wstępnego, z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza |
|  | - wprowadzenie wywiadu przedporodowego |
|  | - wprowadzenie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej |
|  | System powinien umożliwić eksport Karty Psychiatrycznej do pliku XML |
|  | System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby. |
|  | System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi usług, w szczególności: |
|  | - procedur, |
|  | - podanych leków, |
|  | - konsultacji. |
|  | System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta. |
|  | Podczas uzupełniania danych wywiadu i badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne, badanie fizykalne wstępne. |
|  | System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Izbie przyjęć, w zakresie: - wywiadu wstępnego, - badania przedmiotowego. |
|  | System powinien umożliwiać rejestrację, przegląd oraz śledzenie historii zmian dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń. |
|  | System powinien umożliwić rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta |
|  | System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji |
|  | System musi umożliwiać przegląd i obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń, w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej. |
|  | System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
|  | System musi umożliwiać ewidencji usług rozliczanych komercyjnie |
|  | System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
|  | Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej. |
|  | W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS. |
|  | System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
|  | **Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć** |
|  | System musi umożliwiać rejestrację opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów: |
|  | - skierowanie pacjenta na oddział |
|  | - zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, z wpisem do Księgi Zgonów. |
|  | - odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, z wpisem do Wykazu Odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
|  | System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia pacjenta, z wpisem do Harmonogramu przyjęć. |
|  | System musi umożliwiać przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć. |
|  | System musi umożliwiać wycofanie skierowania pacjenta na oddział |
|  | Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta |
|  | System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego |
|  | Podczas kierowania pacjenta na oddział, system umożliwia określenie planowanej liczby dni pobytu |
|  | System musi umożliwić autoryzację danych Izby Przyjęć, |
|  | System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ |
|  | System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
|  | **Tworzenie dokumentacji Izby Przyjęć** |
|  | System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj. |
|  | - Karta Wypisowa, |
|  | - Historia choroby – pierwsza strona |
|  | - Karta Odmowy. |
|  | System dla każdego składnika historii choroby umożliwia wydruk przypisanego pisma. |
|  | System musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Wykaz Główny, |
|  | - Księgi Izby Przyjęć, |
|  | - Harmonogram przyjęć, |
|  | - Wykaz odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
|  | - Wykaz Zabiegów, |
|  | - Księga Depozytów, |
|  | - Księga Zgonów, |
|  | - Księga Ratownictwa, |
|  | - Książka transfuzyjna. |
|  | System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa. |
|  | System musi umożliwiać tworzenie i wydruk standardowych raportów tj.: |
|  | - raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu osobowym |
|  | - raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu sumarycznym |
|  | - liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariancie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej. |
|  | System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
|  | System umożliwia prowadzenie rejestru przyjęć do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymogami prawa. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów w oparciu o zgromadzone w systemie dane |
|  | System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, |
|  | System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
|  | System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
|  | **Integracja z innymi elementami systemu** |
|  | System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie: |
|  | - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa) |
|  | - wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu we właściwym kontekście (pacjenta, pobytów, hospitalizacji) |
|  | **Oddział** |
|  | Pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, o liczbie pacjentów wypisywanych, do przyjęcia, liczbie zleceń do obsłużenia |
|  | System musi umożliwić prezentację na głównym pulpicie modułu informacji o liczbie pacjentów przebywających na przepustkach. |
|  | **Obsługa listy pacjentów modułu** |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - stan pacjenta |
|  | - status pacjenta ( przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier) |
|  | - status eWUŚ |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - lekarz prowadzący |
|  | - nazwisko i imię |
|  | - nr Wykazu Głównego |
|  | - rozpoznanie |
|  | - płatnik |
|  | - nr kartoteki i karty pacjenta |
|  | - zlecenia leków modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin |
|  | - z aktualnymi zleceniami leków |
|  | - obsługiwani w innych jednostkach |
|  | - z przepustkami do zatwierdzenia |
|  | - przepustki planowane |
|  | - zlecenia leków do potwierdzenia |
|  | - obsługiwani w trybie IOM |
|  | - bez obserwacji lekarskich |
|  | - wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski |
|  | - osoby poniżej określonego wieku (roku życia) |
|  | - status sprzedaży |
|  | - pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień. |
|  | - pacjentów po danych pielęgniarki prowadzącej. |
|  | - odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie |
|  | - z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć |
|  | System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria: - Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
|  | System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale. |
|  | System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie: |
|  | - danych osobowych, |
|  | - danych z poszczególnych pobytów szpitalnych, |
|  | W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń. |
|  | System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej. |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
|  | System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych niejawnych za pomocą uprawnień. W ramach danej opieki musi istnieć możliwość przeglądu danych niejawnych, pomimo braku uprawnień. |
|  | System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:  - z pliku graficznego,  - zeskanowanego,  - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta |
|  | System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in.  w zakresie -nazwy leku  -okresu przyjmowania leku -dawkowania -rozpoznania -źródła informacji |
|  | **Przyjęcie pacjenta na oddział** |
|  | Przyjęcie pacjenta do oddziału powinno odbywać się w jednym z trybów: |
|  | - w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratunkowy |
|  | - w trybie nagłym |
|  | - planowane na podstawie skierowania |
|  | - planowane, poza kolejnością, na podstawie posiadanych uprawnień |
|  | - przymusowe |
|  | - przeniesienie z innego szpitala |
|  | - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu |
|  | - noworodka, w wyniku porodu w tym szpitalu (dla oddziału neonatologicznego) |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu. |
|  | System musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwić przegląd wycofanych pobytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania. |
|  | System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Harmonogramu przyjęć Oddziału, |
|  | System musi umożliwić dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział. |
|  | System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna |
|  | System musi umożliwić określenie wymagalności przypisania łóżka pacjentowi podczas przyjęcia na Oddział. |
|  | System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych. |
|  | System musi umożliwiać przypisanie do pacjenta sali/łóżka z innej jednostki, niż ta na której pacjent aktualnie przebywa. Jednocześnie system musi prezentować na dedykowanych raportach i zestawieniach informację o przypisaniu pacjenta do sali lub łóżka w innej jednostce niż ta w której pacjent ma zarejestrowany pobyt na oddziale. |
|  | Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać: |
|  | - nadanie numeru Wykazu Oddziałowego – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika, |
|  | - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego, |
|  | - ewidencję pielęgniarki prowadzącej, |
|  | - możliwość modyfikacji danych płatnika, |
|  | - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, |
|  | - wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badań laboratoryjnych, itp. |
|  | - podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów |
|  | System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
|  | **Pobyt pacjenta na oddziale** |
|  | System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy. W ramach danej jednostki organizacyjnej powinna istnieć możliwość zdefiniowania innego domyślnego formularza dokumentacji medycznej. |
|  | System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, powypisowego, przyczyny zgonu, opisu rozpoznania |
|  | System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie i słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu. |
|  | System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu |
|  | System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T |
|  | System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopni zaawansowania dla poszczególnych rozpoznań nowotworowych. Ponadto system umożliwia konfigurację klasyfikacji TNM dla rozpoznań nowotworowych, w zakresie stopnia rozwoju i występowania przerzutów dla poszczególnych cech klasyfikacji. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję klasyfikacji TNM dla rozpoznań dodatkowych oraz rozpoznań współistniejących w ramach rozpoznania końcowego. |
|  | W przypadku modyfikacji rozpoznania, dla którego uzupełniono klasyfikację TNM, system musi ostrzegać użytkownika o istniejących zależnościach. |
|  | System musi umożliwiać zdefiniowanie listy rozpoznań określających zatrucie, dla których wymagane jest wypełnienie formularza PSS. |
|  | System umożliwia kopiowanie rozpoznania zaewidencjonowanego w ramach choroby przewlekłej pacjenta. |
|  | System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby |
|  | System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale. |
|  | System umożliwia utworzenie dedykowanego wydruku dla elementów Historii Choroby, co najmniej w zakresie informacji o wywiadzie, badaniu fizykalnym, epikryzie, zastosowanym leczeniu i zaleceniach lekarskich dot. postępowania po wypisie pacjenta ze szpitala. |
|  | System umożliwia określenie listy wymaganych do uzupełnienia elementów historii choroby, walidowanych podczas przeniesienia lub potwierdzenia wypisu pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby |
|  | Dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej |
|  | System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, dokumentacji, zleceń na jednym ekranie z jednego i wielu pobytów. System musi umożliwiać porównywanie tych danych i umożliwiać konfigurację kategorii tych danych. |
|  | System powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy |
|  | System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby. |
|  | System posiada możliwość rezygnacji z realizacji e-skierowań. |
|  | System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe. |
|  | System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów |
|  | System musi umożliwić wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji |
|  | System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcie pacjenta na oddział. |
|  | Dla oddziału psychiatrycznego system powinien umożliwiać automatyczne wyliczanie długości dni pobytu w celu prezentacji informacji o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania. |
|  | System umożliwia rejestrację w dokumentacji medycznej faktu stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego. |
|  | System umożliwia wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny |
|  | System umożliwia obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi. |
|  | System musi umożliwić zamówienie dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale |
|  | System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale |
|  | System musi umożliwiać ewidencję zgód na wysyłanie powiadomień dla opiekuna w ramach hospitalizacji pacjenta. Powinna istnieć możliwość wydruku tak zaewidencjonowanej zgody |
|  | System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi usług, w szczególności: |
|  | - procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup |
|  | - umiejscowieniu na procedurze, |
|  | - badań diagnostycznych i laboratoryjnych |
|  | - podań leków, |
|  | - konsultacji, |
|  | - diet, |
|  | System umożliwia powielanie definicji diety pacjenta na podstawie definicji z poprzedniego pobytu w ramach hospitalizacji. |
|  | System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia. |
|  | Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur |
|  | System musi umożliwiać automatyczne generowanie procedur ICD9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać przegląd oraz obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń w kontekście  wybranej jednostki organizacyjnej. |
|  | System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
|  | System powinien umożliwiać oznaczenie w danych pobytu pacjenta czy zakończono przetoczenie i/lub obserwacje po przetoczeniu. W przypadku braku oznaczenia o zakończeniu przetoczenia i/lub obserwacji po przetoczeniu system powinien wyróżniać pacjenta np. . ikoną. |
|  | System musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów |
|  | System musi umożliwić oznaczenie na przepustce pacjenta możliwości rozliczenia rezerwacji łóżka w oddziale psychiatrycznym. |
|  | Prezentacja informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta podczas przeglądu jego pobytów |
|  | W danych medycznych pacjenta  musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergiach, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu. |
|  | System musi umożliwiać wydruk dokumentu 'Karta Uodpornienia' na podstawie wygenerowanych planowanych szczepień wynikających z kalendarza szczepień. |
|  | System umożliwia oznaczenie Odmowy szczepienia wynikającego z listy szczepień obowiązkowych występujących w Karcie uodpornienia. |
|  | W systemie musi istnieć możliwość potwierdzenia przez lekarza informacji o grupie krwi pacjenta wraz z możliwością załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę krwi. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń. |
|  | System musi umożliwiać rozliczanie kart TISS-28 na oddziałach Anestezjologii i Intensywnej terapii (OAiIT) zgodnie z wytycznymi NFZ z uwzględnieniem sprawozdawczości świadczeń wynikających z czynności oznaczonych na karcie TISS28 |
|  | System umożliwia zbiorcze usunięcie kompletu rozliczeń wskazanej karty TISS28. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne rozliczanie karty TISS-28 podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział. |
|  | System umożliwia ewidencję kart TISS28, z możliwością powielania karty oraz wskazania dni pobytu w których nie została utworzona karta. |
|  | System umożliwia ewidencję w ramach pobytu konsultacji anestezjologicznych wykonanych przed rozpoczęciem hospitalizacji, umożliwiając ich rozliczenie w ramach NFZ. |
|  | System umożliwia dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Karty kwalifikacji |
|  | System musi umożliwiać dodanie pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach. |
|  | System umożliwia przeniesienie wybranych lub wszystkich kart pomocniczych podczas skierowanie pacjenta na inny oddział. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |
|  | System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Oddziale, w zakresie:  - wywiadu, - badania przedmiotowego, - badania podmiotowego, - epikryzy, - zastosowanego leczenia. |
|  | System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej |
|  | System umożliwia automatyczne rozpoczęcie nowego cyklu leczenia podczas otwarcia pobytu na oddziale psychiatrycznym dziennym oraz zamknięcie tego cyklu w chwili zakończenia pobytu pacjenta. Dla ponownych przyjęć przed upływem 14 dni od poprzedniego wypisu system wyszukuje poprzednie cykle leczenia i umożliwia podpięcie bieżącego pobytu pod wcześniejszy cykl jako kontynuację leczenia. |
|  | Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podpina odpowiedni cykl leczenia |
|  | System powinien umożliwiać rejestrację danych lekarza nadzorującego (sprawującego dodatkowy nadzór niezależnie od lekarza prowadzącego) |
|  | System udostępnia wgląd w listę kart stosowania przymusu bezpośredniego skierowanych do oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, dla całego oddziału, oraz całego podmiotu |
|  | System umożliwia wydruk wzoru "OCENA STANU FIZYCZNEGO OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI UNIERUCHOMIONEJ LUB IZOLOWANEJ" oraz jego skróconą wersję z ocenami |
|  | System ma możliwość określenia listy rozpoznań, dla których konieczne jest wypełnienie formularza PSS-Skala ciężkości zatruć |
|  | **Opieka pielęgniarska** |
|  | System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie: |
|  | - wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu) |
|  | - wprowadzania procedur wynikających z diagnozy przy użyciu słownika procedur funkcjonującego w szpitalu |
|  | - ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki |
|  | - przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta w ramach bieżącej hospitalizacji |
|  | - realizacji procedur wynikających z diagnoz, |
|  | - dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie |
|  | - odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie |
|  | - edycji opisu wykonanej procedury |
|  | - planu realizacji |
|  | - wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji |
|  | - zbiorczej realizacji procedur wynikających z jednej lub wielu diagnoz |
|  | - zbiorczej realizacji procedur dla wielu pacjentów |
|  | System musi umożliwiać automatyczne dopisanie kodu procedury ICD9 podczas rejestracji obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego |
|  | System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących opieki pielęgniarskiej w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
|  | System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących oceny stanu pacjenta w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
|  | System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji: |
|  | - zleceń wykonania diagnoz pielęgniarskich |
|  | - zleceń wykonania pomiarów |
|  | - innych zleceń pielęgniarskich |
|  | System w ramach zleceń pielęgniarskich musi umożliwić zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji. |
|  | System musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich. |
|  | System musi umożliwić jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarskich. |
|  | System umożliwia edycję słownika diagnoz pielęgniarskich z poziomu wprowadzania diagnoz dla pacjenta. |
|  | System musi umożliwić powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
|  | System powinien umożliwić wprowadzenie domyślnego wyniku (opisu końcowego) dla diagnozy pielęgniarskiej |
|  | System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
|  | System musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarskiego. |
|  | System musi umożliwiać odnotowanie realizacji wielu zleceń pielęgniarskich jednocześnie. |
|  | System musi umożliwić wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarskiego. |
|  | System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarskiego |
|  | Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział |
|  | System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów , jakie powinny pojawić się na karcie |
|  | System musi umożliwiać drukowanie wielu zaleceń pielęgniarskich z danego dnia na wydruku karty gorączkowej |
|  | System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
|  | Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej. |
|  | W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS. |
|  | System powinien umożliwiać rejestrację wyników pomiarów dokonywanych pacjentowi |
|  | System umożliwia określenie częstotliwości wykonań pomiarów i innych zleceń pielęgniarskich. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystanie ze słownika podczas odnotowywania pomiaru |
|  | Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych. |
|  | System musi umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru. |
|  | System umożliwia generowanie powiadomień o patologicznym wyniku badania. |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych. |
|  | System musi umożliwić ewidencję przebiegów pielęgniarskich |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarskich |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarskiego |
|  | System musi umożliwiać wprowadzani informacji o stopniu sprawności pacjenta |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania |
|  | System musi umożliwić podgląd opisów zaleceń i wywiadów pielęgniarskich dla całej hospitalizacji pacjenta, a nie tylko dla bieżącego pobytu. |
|  | System daje możliwość zablokowania zapisu danych zaleceń pielęgniarskich przed wydaniem depozytu pacjenta |
|  | System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarskich o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji ICNP |
|  | System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarskich dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP (Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej) oraz umożliwić wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP |
|  | System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarskiego bezpośrednio z listy pacjentów |
|  | System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta |
|  | System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie |
|  | System umożliwia określanie poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na oddziałach intensywnej terapii. |
|  | System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarskich |
|  | Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarskiego |
|  | System musi umożliwiać tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet |
|  | System musi umożliwiać uzupełnienie zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów |
|  | System musi umożliwiać ewidencję podania leku należącego do pacjenta (niezależnie od listy leków w receptariuszu szpitalnym/oddziału) |
|  | System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta |
|  | Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien uzupełniać dokument danymi ostatnich pomiarów |
|  | System musi umożliwić ewidencję kart pomocniczych z poziomu opieki pielęgniarskiej |
|  | System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej, ma też umożliwiać wyszczególnienie co wchodzi w skład płynów przyjętych i wydalonych oraz umożliwiać wybór pomiarów i wykresów w prezentowania bilansu. |
|  | System musi umożliwiać dodanie zlecenia pielęgniarskiego grupie pacjentów. |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, dla których istnieją zlecenia pielęgniarskie, z użyciem kryteriów okresu planowanego wykonania oraz rodzaju i nazwy zlecenia pielęgniarskiego. |
|  | System umożliwia wygenerowanie wykazu, zawierającego listę pacjentów z COVID-19, zgodnego z szablonem xls publikowanym przez Narodowy Instytut Kardiologii publikowanym w sekcji 'Dla integratorów' https://rejestrcovid.mz.gov.pl/ |
|  | System umożliwia ewidencję danych ankiety epidemiologicznej, w związku z podejrzeniem zakażeniem COVID-19. W ankiecie możliwe jest wskazanie minimum daty wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 oraz określenie rodzaju wyniku zgodnego ze słownikiem wskazanym w szablonie wykazu pacjentów z COVID-19 |
|  | **Oddział ginekologiczno – położniczy** |
|  | System musi umożliwić ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie : |
|  | - wywiadu przedporodowego (badania położniczego) |
|  | - wpis do Wykazu Porodów, |
|  | - odnotowanie personelu uczestniczącego, |
|  | - odnotowanie danych noworodka (medyczne, Apgar) |
|  | - odnotowanie badania przedmiotowego noworodka |
|  | - odnotowanie czasu pracy personelu uczestniczącego w porodzie |
|  | - odnotowanie informacji o zabiegach i powikłaniach |
|  | System musi umożliwić kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego wywiadu pacjentki. |
|  | Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu: |
|  | - cesarskie cięcie |
|  | - kleszcze |
|  | - próżnociąg |
|  | - zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok porodowy |
|  | Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu |
|  | System musi umożliwiać dodawanie wyników pomiarów dla płodów |
|  | System musi umożliwić zdefiniowanie zdarzenia związanego z porodem (takiego jak: początek porodu, koniec porodu, urodzenie pierwszego noworodka), na podstawie którego prezentowana jest data porodu w Wykazie Porodów. |
|  | System powinien umożliwiać określanie reguł nadawania imion noworodkom |
|  | Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki |
|  | W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji: |
|  | - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego, |
|  | - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, |
|  | - powód przerwania kontaktu skóra skóra, |
|  | - czy noworodek ssał pierś (Tak/Nie), |
|  | - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie). |
|  | System musi umożliwiać niezależną ewidencję danych charakterystyki porodu dla noworodków w przypadku porodów mnogich |
|  | System musi umożliwiać zlecenie sekcji zwłok lub innego badania histopatologicznego dla martwo urodzonego noworodka |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie zleceń dla noworodka z poziomu pobytu matki |
|  | System musi udostępniać wydruk historii rozwoju noworodka z możliwością określenia daty, od której będą prezentowane dane pomiarowe. Na wydruku wyniki pomiarów wagi i ciepłoty ciała noworodka powinny być przedstawione w postaci wykresu. |
|  | System generuje wydruki "Karty urodzenia" oraz "Karty martwego urodzenia" zgodnie z aktualnymi wytycznymi MZ w tym obszarze. |
|  | **Zakończenie pobytu** |
|  | System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów: |
|  | - przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwić przegląd wycofanych popytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania. |
|  | - przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału), |
|  | - wypis pacjenta ze Szpitala, |
|  | - zgon pacjenta na Oddziale, z możliwością odnotowania: |
|  | -- innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon |
|  | -- danych medycznych wykonanych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta (w przypadku oznaczenia jako dawcy organu) |
|  | -- rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, pooperacyjny, śródzabiegowy, inny |
|  | -- oznaczenia pacjenta jako dawcy organów |
|  | -- wycofanie aktywnych deklaracji POZ |
|  | System musi umożliwiać przejęcie realizacji rozpoczętego zabiegu operacyjnego przez inną jednostkę organizacyjną tak, aby nie było konieczne ponowne wprowadzanie wszystkich danych dotyczących zabiegu. |
|  | System umożliwia obsługę opieki nad dawcą organów w zakresie: |
|  | - ewidencji danych medycznych |
|  | -ewidencji obserwacji lekarskich |
|  | -ewidencji opieki pielęgniarskiej |
|  | Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienie tej karty |
|  | Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp., |
|  | Podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących |
|  | Podczas rejestracji wypisu pacjenta system powinien zakończyć zlecenia leków oraz diet. |
|  | System musi umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarskich podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta. |
|  | Podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwić odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta |
|  | System umożliwia edycję wybranych danych wypisu pacjenta podczas jego potwierdzenia. |
|  | Podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia. |
|  | System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
|  | System musi umożliwiać wybór opiekuna podczas rejestracji w HIS konta pacjenta w systemie Informacje Medyczne, jeżeli konto zakładane jest dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej |
|  | **Przygotowanie dokumentacji medycznej** |
|  | W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji: - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego, - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, - powód przerwania kontaktu skóra skóra, - czy noworodek ssał pierś (Tak/Nie), - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie) |
|  | System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie: |
|  | - rozpoznań, |
|  | - epikryz, |
|  | - obserwacji lekarskich. |
|  | Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne |
|  | Podczas wprowadzania rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać korzystanie z informacji wcześniej zapisanych w historii choroby pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać wydruk obserwacji lekarskich zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków, |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów. |
|  | Podczas wypisu pacjenta system informuje o założeniu Karty zakażenia oraz o założeniu Karty drobnoustroju w momencie wykrycia patogenu alarmowego. Walidacja zależne jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju. |
|  | W module Oddziału system udostępnia 'Rejestr kart zakażeń pracowników' oraz umożliwia dodania Karty zakażenia dla wskazanego pracownika |
|  | System musi przechowywać wszystkie wersje utworzonych dokumentów |
|  | System musi umożliwiać przegląd i modyfikację pełnej historii choroby - wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu. |
|  | Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na: |
|  | - dane przyjęciowe, |
|  | - wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), |
|  | - przebieg choroby, |
|  | - epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych). |
|  | - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobytów w ramach jednej hospitalizacji |
|  | System musi umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym: |
|  | - Karty Informacyjna. |
|  | System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym: |
|  | - Karty Statystyczna, |
|  | - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  | - System musi umożliwić kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego |
|  | - Karta Zakażenia Szpitalnego, |
|  | - Karta Nowotworowa, |
|  | - System musi umożliwić kopiowanie kart nowotworowych |
|  | - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, |
|  | - Karta Zgonu, |
|  | - Karta TISS28, |
|  | - System musi umożliwić kopiowanie kart TISS28 |
|  | - recept, |
|  | - zwolnień |
|  | - skierowań |
|  | System powinien umozliwić elektroniczny eksport Kart Statystycznych Psychiatrycznych |
|  | Możliwość ewidencji karty całości oceny geriatrycznej i jej wydruk zgodnie z przepisami prawa. |
|  | Możliwość przeprowadzenia oceny kwalifikacyjnej pacjenta geriatrycznego w skali VES-13. |
|  | System umożliwia przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej. |
|  | System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach |
|  | System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji |
|  | System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
|  | System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
|  | System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  | - Wykaz Główny, |
|  | - Wykaz Oddziałowy, |
|  | - Harmonogram przyjęć, |
|  | - Księga Zgonów, |
|  | - Wykaz Porodów, |
|  | - Wykaz Noworodków, |
|  | - Wykaz Zabiegów. |
|  | - Księga Transfuzji |
|  | - Wykaz Raportów Lekarskich |
|  | - Wykaz Raportów Pielęgniarskich |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | - Księga Oddziału Sztucznej Nerki |
|  | - Księga Depozytów |
|  | Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów wykazów/ksiąg do wydruku obejmująca: |
|  | - wybrane strony, |
|  | - wybrane jednostki organizacyjne |
|  | System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów: |
|  | - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
|  | - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
|  | - obłożenie łóżek na dany moment |
|  | - liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariancie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej |
|  | - diety podane pacjentom oddziału. |
|  | - zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze |
|  | - raport przewidywanego zużycia leków we wskazanym zakresie dat. |
|  | - raport z dyżuru lekarskiego |
|  | - wydruk Wykazu Raportów Pielęgniarskich (sortowanie wg numeru wpisu, daty wpisu, dat dyżuru od-do i osoby wykonującej)  - wydruk raportu z dyżuru pielęgniarskiego - powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub rosnącym wg daty wykonania |
|  | - raport z dyżuru pielęgniarskiego powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem na kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień |
|  | System powinien umożliwić umieszczenie w raporcie z dyżuru pielęgniarskiego i lekarskiego informacji o podanych podczas dyżuru lekach psychotropowych i narkotykach |
|  | - raport prezentujący liczbę diet z zapotrzebowania żywnościowego |
|  | System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
|  | **Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:** |
|  | - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa), |
|  | - wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna). |
|  | - tworzenia zamówień na krew i preparaty krwiopochodne |
|  | - tworzenie zamówień na krew na "ratunek życia" |
|  | - odnotowanie podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu |
|  | Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie |
|  | Z modułu Oddział system powinien udostępnić Rejestr Kart zakażeń pracowników oraz umożliwić ewidencję karty zakażenia dla Pracowników |
|  | **Statystyka RCH** |
|  | **Obsługa skorowidza pacjentów** |
|  | System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział, Izba przyjęć. |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia i miejsce |
|  | - imię ojca i matki |
|  | - miejsce urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - PESEL opiekuna |
|  | - nazwisko rodowe matki |
|  | - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  | - pobyt w jednostce |
|  | - pobyt w okresie |
|  | - nr telefonu |
|  | - adres e-mail |
|  | - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  | - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  | - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  | - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  | - fragment (fraza) opisu pacjenta |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
|  | Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta: |
|  | - w zakresie danych osobowych, |
|  | - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
|  | System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu. |
|  | System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników. |
|  | System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: |
|  | -danych personalnych |
|  | -danych kontaktowych |
|  | -danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje) |
|  | System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji, |
|  | System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  | - Wykaz Główny, |
|  | - Wykaz Odmów, |
|  | - Księga Zgonów, |
|  | - Wykaz Noworodków, |
|  | - Harmonogram przyjęć, |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | - Księga Transfuzji |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Wykaz Oddziałowy |
|  | - Wykaz Zabiegów |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego. |
|  | **Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego** |
|  | System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
|  | System musi umożliwiać ewidencję podstawowych informacji o karcie DiLO, co najmniej w poniższym zakresie: |
|  | - numer karty |
|  | - etap |
|  | - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  | - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  | - data wersji od |
|  | Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
|  | **Raporty i wydruki statystyki** |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów |
|  | System powinien umożliwić wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu). |
|  | System musi umożliwiać definiowanie wykazów z wykorzystaniem generatora Jasper Reports |
|  | System powinien umożliwiać generowanie raportów statystycznych dla nieaktywnych Jednostek Organizacyjnych Szpitala |
|  | System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej |
|  | System musi umożliwiać wydruk, co najmniej: |
|  | - Karty Statystycznej, |
|  | - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  | - Karty Zgonu, |
|  | System musi umożliwiać tworzenie raportów: |
|  | - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
|  | - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
|  | - diety podane pacjentom oddziału. |
|  | wbudowane raporty standardowe: |
|  | - statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni), |
|  | - z obłożenia łóżek, |
|  | - dekursusów, |
|  | wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail |
|  | - zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe) |
|  | - pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział |
|  | System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS,PDF |
|  | System musi umożliwić wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala) |
|  | System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym: |
|  | - Oddziały NFZ, |
|  | - PZH. |
|  | System powinien umożliwić eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz |
|  | System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych. |
|  | System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia. |
|  | System powinien umożliwić wygenerowanie pliku XML zgodnego z publikowanym przez CeZ (SSOZ) XSD zawierającego wykaz kart psychiatrycznych, dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu). |
|  | **Zlecenia** |
|  | **Zlecanie leków:** |
|  | System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |
|  | System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji |
|  | System musi umożliwiać zlecanie operacji wielonarządowych. |
|  | System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków. |
|  | System musi pozwalać na zlecanie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej |
|  | System musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut |
|  | System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta |
|  | Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać: |
|  | - podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd planowanych podań, (system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności szczegółów zlecenia oraz liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków) |
|  | - kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami |
|  | - podgląd całej historii leczenia pacjenta |
|  | System musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych. |
|  | Dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzania przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie. |
|  | Podczas zlecania antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka, lub inne zdefiniowane |
|  | System uniemożliwia zmianę listy składników zlecenia leków o rodzaju mieszanka, w tym podczas definiowania kontynuacji zlecenia. |
|  | System umożliwia walidację zgodności liczby dób zlecenia antybiotykowego z ilością DDD dla danego produktu handlowego(leku) |
|  | System umożliwia walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki. |
|  | System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków |
|  | Na wydruku tygodniowej lub dziennej karty zleceń leków istnieje możliwość definiowania sposobu drukowania nagłówka albo w pełnej formie (pełne dane pacjenta) tylko na pierwszej stronie karty albo w formie skróconej na każdej ze stron. |
|  | Musi istnieć możliwość zlecania leków: |
|  | - recepturowych |
|  | - chemioterapii |
|  | - zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu) |
|  | - pomp infuzyjnych |
|  | - możliwość określenia drogi podania leków |
|  | System musi umożliwić wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta |
|  | System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami. |
|  | System musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
|  | System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
|  | System musi umożliwiać grupowe zarejestrowanie przyczyny niepodania dla wybranych leków. |
|  | Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku |
|  | System musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania |
|  | Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku |
|  | Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku |
|  | System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych |
|  | System powinien umożliwić grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację dodanej grupy leków. |
|  | System powinien umożliwić w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta, grupowanie zleceń wg drogi podania |
|  | System musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji. |
|  | Leki, podawane z wykorzystaniem systemu Unit-Dose powinny być jednoznacznie oznaczone |
|  | System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta. |
|  | System musi umożliwić kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta. |
|  | System powinien umożliwić wyszukiwanie wyników patologicznych |
|  | System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu. |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku, jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem. |
|  | System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania. |
|  | System musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie. |
|  | System musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania. |
|  | System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie |
|  | **Zlecanie badań** |
|  | Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"-  wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE |
|  | System musi umożliwić zlecanie z możliwością zaplanowania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym: |
|  | - z Oddziału do: Pracowni Patomorfologii, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium |
|  | - zlecenia można zaplanować ręcznie wpisując datę (lub najbliższą godzinę z ograniczonej konfigurowalnej listy) lub poprzez wywołanie konfigurowalnego terminarza umożliwiającego kontrolę liczby i daty możliwego terminu |
|  | System powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie uprawnienia. |
|  | System powinien umożliwić autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń. |
|  | System musi umożliwiać zlecanie badań laboratoryjnych z poziomu wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć (liście oczekujących) przed realizacją pobytu. W momencie realizacji pobytu na podstawie wpisu w Harmonogramie przyjęć wprowadzone zlecenia powinny zostać podpięte pod dany pobyt |
|  | System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych  badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego  nagłówka oraz  wspólnego opisu dla wszystkich zleceń |
|  | System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej |
|  | Podczas zlecania badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne |
|  | System umożliwia realizację pobrania materiału dla zleceń laboratoryjnych przy użyciu czytnika kodów kresowych. |
|  | Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań |
|  | Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów |
|  | Dla zleceń do pracowni histopatologii powinny być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej |
|  | W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu |
|  | System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych: |
|  | - kompleksowych, |
|  | - panelowych, |
|  | System powinien umożliwiać cykliczne zlecanie badań (możliwość definicji cyklu: Interwał cyklu, Liczba zleceń w cyklu, Daty od...data do...) |
|  | System powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w późniejszym terminie |
|  | Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia |
|  | System w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia. |
|  | System powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie) |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów: |
|  | -zakresu zleceń ( z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu) |
|  | -rodzaju  zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku), |
|  | -daty zlecenia |
|  | System musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego |
|  | Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania. |
|  | System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym: |
|  | - dzienne zestawienie leków dla pacjenta, |
|  | - dzienne zestawienie badań |
|  | Musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu, |
|  | System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania, |
|  | System musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany. |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych. |
|  | Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem. |
|  | System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii) |
|  | System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych  w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych) |
|  | System musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych. |
|  | System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania. |
|  | System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem  osi czasu |
|  | Podczas przeglądania wyników badan powinien być dostęp do  informacji o osobach realizujących badanie |
|  | System umożliwia w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń. |
|  | **Zlecanie żywienia pozajelitowego** |
|  | System powinien umożliwić zlecanie produkcji żywienia pozajelitowego |
|  | System powinien umożliwić rejestracje podania żywienia pozajelitowego |
|  | System powinien umożliwić zlecenie żywienia pozajelitowego z wykorzystaniem szablonów |
|  | System powinien informować o próbie zdefiniowania zlecenia żywienia pozajelitowego na okres, w którym już istnieje zlecenie tego rodzaju. |
|  | System powinien blokować możliwość edycji zlecenia produkcji żywienia pozajelitowego, jeśli po stronie Apteki zostało ono już przyjęte do realizacji |
|  | System powinien umożliwić przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki |

## SOR

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System musi umożliwiać podział SOR na obszary i przypisania pacjenta do określonego obszaru SOR (np. ambulatorium chirurgiczne, sala obserwacyjna). |
|  | System musi umożliwiać dla jednostek organizacyjnych typu SOR włączenie obsługi i prezentacji statusu pilności (TRIAGE) pacjentów. |
|  | System musi umożliwiać przypisanie lub zmianę statusu pilności (TRIAGE) pacjenta w dowolnym momencie pobytu na SOR. |
|  | Oznaczanie statusu pilności (TRIAGE) (jeśli jest włączone) pacjenta powinno być wymagane i status ten powinien być wyraźnie prezentowany na liście pacjentów oraz danych pobytu pacjenta na SOR. Wystarczającym sposobem prezentacji statusu pilności pacjenta jest użycie odpowiadającemu danemu statusowi koloru. |
|  | Przypisanie i zmiana statusu pilności pacjenta musi być zapisania w dzienniku systemu z podaniem przyczyny zmiany (wprowadzenie danych o powodzie może być automatyczne) |
|  | System powinien wymagać autoryzacji zmiany statusu pilności |
|  | Na panelu głównym pulpitu SOR, oraz na liście pacjentów system powinien prezentować liczbę pacjentów SOR w podziale na statusy pilności (TRAGE). Przypisanie i zmiana statusu pilności powinna wymusić aktualizację statystyk liczb pacjentów w podziale na statusy. |
|  | Dla pacjentów z określoną kategorią TRIAGE, system powinien wyświetlać aktualne wyniki pomiarów. Powinna istnieć możliwość wyboru prezentowanych pomiarów. |
|  | System powinien umożliwiać klasyfikację pacjentów z wykorzystaniem następujących kolorów: czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski |
|  | Przypisanie i zmiana statusu pilności powinna wymusić aktualizację statystyk liczb pacjentów w podziale na statusy. |
|  | Dla jednostki organizacyjnej typu SOR istnieje możliwość zdefiniowania standardów czasowych obsługi pacjenta dla poszczególnych kolorów (kolory TRIAGE) |
|  | W panelu głównym pulpitu SOR oraz na liście pacjentów SOR, system prezentuje czas oczekiwania liczony na podstawie czasów obsługi przypisanych do poszczególnych kolorów |
|  | System powinien przepisywać ostatnio obowiązujący status (w poprzednim pobycie) pilności TRIAGE w przypadku przeniesienia pacjenta z SOR na inny oddział działający również jako SOR |
|  | System musi umożliwiać przeniesienie w trybie nagłym (awaryjne) na oddział, nie wymagające uprzedniego uzupełnienia danych pobytu na SOR: |
|  | - System musi udostępnić funkcjonalność szybkiego skierowania pacjenta na oddział nawet w sytuacji, gdy nie wypełniono w systemie wszystkich danych (w tym wymaganych do zakończenia pobytu na SOR), danych i dokumentów dokumentacji medycznej, wymaganej autoryzacji danych. |
|  | - Pacjenci przeniesieni na oddział w trybie awaryjnym powinni być oznaczeni na liście pacjentów SOR |
|  | - Dane pacjentów przeniesionych awaryjnie do innej jednostki organizacyjnej mogą być uzupełnione w dowolnym momencie, przy czym nieuzupełnienie w SOR wymaganych danych powinno blokować możliwość potwierdzenia zakończenia hospitalizacji pacjenta. |
|  | System powinien umożliwić obsługę odmów na oddziale SOR |
|  | Musi istnieć możliwość wskazania lekarza prowadzącego |
|  | System musi wspierać tworzenie wymaganej dla SOR dokumentacji medycznej. |
|  | System powinien umożliwiać wyświetlanie listy pacjentów przebywających na SOR w zadanym przedziale czasu. |
|  | System powinien umożliwiać rozliczenie komercyjne pacjentów nieuprawnionych do świadczeń. Wymaganie będzie realizowane w ramach rozliczeń komercyjnych lecznictwa zamkniętego. |
|  | **Ewidencja danych pacjentów** |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - imię ojca i matki |
|  | - miejsce urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - PESEL opiekuna |
|  | - nazwisko rodowe matki |
|  | - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  | - pobyt w jednostce |
|  | - pobyt w okresie |
|  | - nr telefonu |
|  | - adres e-mail |
|  | - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  | - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  | - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
|  | System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  | - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  | - fragment (fraza) opisu pacjenta |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora |
|  | System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: |
|  | - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta |
|  | - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy) |
|  | System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta. |
|  | System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
|  | System musi być zintegrowany z systemem TOPSOR działającym w Szpitalu Zmawiającego (zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym |

## Apteka

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Obsługa magazynu leków apteki : |
|  | Konfiguracja magazynu apteki: |
|  | - System musi umożliwiać zastosowanie słowników leków, grup ATC i nazw międzynarodowych do ewidencji obrotu lekami i materiałami |
|  | - System musi umożliwiać definiowanie dwupoziomowej hierarchii grup leków/materiałów |
|  | - System musi umożliwiać definiowanie grup materiałów dla całego systemu i dla poszczególnych magazynów |
|  | - System musi umożliwiać prowadzenie rejestru leków i materiałów dla każdego magazynu odrębnie |
|  | - System musi umożliwiać wyszukiwanie leków/materiałów za pomocą skanowania kodów EAN13 i EAN128 |
|  | - System musi umożliwiać definiowanie własnych rodzajów dokumentów dla poszczególnych rodzajów przyjęć, wydań innych czynności (np.. Rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.) |
|  | - System musi umożliwiać prowadzenie numerowania dokumentów wg zdefiniowanego szablonu zawierającego rok, miesiąc, symbol dokumentu, kod użytkownika |
|  | - System musi umożliwiać drukowanie etykiety na szuflady w magazynie apteki |
|  | System powinien umożliwiać wyróżnienie leków których dodania do receptariusza jednostki wymaga odrębnych uprawnień |
|  | System musi umożliwiać sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych. |
|  | System musi umożliwiać umieszczenie informacji w pozycji zamówienia o tym, że zamówienie może być zrealizowane za pomocą odpowiednika zamawianego leku |
|  | System musi umożliwiać rejestrowania przyjęcia dostaw leków i materiałów medycznych od dostawców, w szczególności: |
|  | - automatyczne uzupełnienie dokumentu dostawy na podstawie faktury w formie elektronicznej |
|  | - możliwość manualnej rejestracji dokumentów przyjęcia, w tym dostaw dla których nie dostarczono faktury |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych |
|  | System powinien umożliwić automatyczne generowanie numeru serii dla dokumentu produkcji |
|  | System powinien kontrolować daty ważność składnika dodawanego do leku recepturowego, jeśli data ważności składnika będzie przeterminowana w momencie produkcji oraz data ważności składnika będzie przeterminowana w momencie podania leku recepturowego to system powinien informować użytkownika o tym fakcie stosownym komunikatem |
|  | System musi umożliwiać przegląd składu leku recepturowego w dokumencie produkcji |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu sporządzenia roztworów spirytusowych |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów importu docelowego zakładowego i indywidualnego |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu leków i materiałów medycznych z apteczek oddziałowych z aktualizacją ich stanów |
|  | System umożliwia blokowanie wprowadzania zmian w dokumentach z innego dnia, niż bieżący. |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów przyjęcia darów |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego w dokumencie przyjęcia próbki |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie numeru protokołu w dokumencie przyjęcia leku wykorzystywanego w programie badań klinicznych |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie pozycji dokumentu przychodu przez skanowanie kodu EAN13/EAN128. W przypadku odczytania kodu leku który nie znajduje się jeszcze w dokumencie system automatycznie tworzy nową pozycję dokumentu. |
|  | System powinien umożliwić wydruk informacji o przetargach I zamówieniach na dokumencie przychodu |
|  | System powinien umożliwić weryfikację różnic pomiędzy pozycją przychodu, a pozycją przetargową lub pozycją zamówienia. |
|  | System powinien umożliwić wprowadzenie aneksu z ilością mniejszą niż już zrealizowana |
|  | System powinien umożliwiać możliwość rejestrowania przychodów niefakturowanych za pomocą wybranych dokumentów PZ |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów korygujących do dokumentów przyjęcia leków i materiałów |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie korekty pozycji dokumentu przyjęcia również w przypadku częściowej korekty tej pozycji |
|  | System powinien umożliwić potwierdzenie przyjęcia zlecenia żywienia pozajelitowego przez Pracownie |
|  | System powinien umożliwić przekazanie leku/worka żywienia pozajelitowego do jednostki zlecającej |
|  | System musi umożliwiać realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki. |
|  | System powinien wyświetlać wagę pacjenta |
|  | System musi umożliwić obsługę wydania leku pacjentowi do domu, w ramach schematu leczenia. |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie wydań leków i materiałów medycznych: |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie wydań za pomocą dokumentów RW i MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych z Apteczek Oddziałowych |
|  | System musi umożliwiać ewidencję wydań poprzez skanowanie kodów EAN13 i EAN128 |
|  | System musi umożliwiać definiowanie rodzajów akceptacji dla rzutów. |
|  | System musi umożliwiać określenie dla rzutu rodzaju wymaganej akceptacji. |
|  | System musi umożliwiać potwierdzenie przez oddział realizacji zamówienia |
|  | System powinien umożliwić zawężenia listy zamówień do tych, w których istnieją leki/materiały obsługiwane przez bieżący magazyn |
|  | System musi umożliwiać zarejestrowanie dokumentu rozchodu wewnętrznego (bez przychodu u zamawiającego) leku na podstawie zamówienia. |
|  | System powinien posiadać możliwość rozchodu całości aktualnych stanów magazynu dla wybranych leków/materiału jednym kliknięciem |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów wydania na zewnątrz |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu do dostawcy |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu zwrotu korekty zwrotu do dostawcy |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu ubytki i straty nadzwyczajne |
|  | W dokumencie przesunięcia międzymagazynowego system powinien umożliwić dodanie pozycji z innych dokumentów |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu korekty wydania środków farmaceutycznych |
|  | System musi umożliwiać definiowanie i wykonywanie kontroli limitów wartościowych wydań leków i środków medycznych do komórek organizacyjnych |
|  | System musi umożliwiać prezentację ilości w postaci ułamkowej |
|  | System musi umożliwiać rezerwowanie określonej ilości leków lub materiałów dla wskazanego pacjenta |
|  | System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych: |
|  | System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych (ilościowo i jakościowo) na podstawie arkusza spisu z natury rejestrowanego z dokładnością do dostawy lub asortymentu |
|  | System musi umożliwiać generowanie arkusza spisu z natury |
|  | System musi umożliwiać bieżącą korektę stanów magazynowych |
|  | System musi podczas generowanie dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym użytkownika |
|  | System musi umożliwiać odnotowanie wstrzymania lub wycofanie leku z obrotu |
|  | System musi kontrolować daty ważności wydawanych leków. System musi umożliwiać zdejmowanie ze stanów leków przeterminowanych za pomocą wskazanych dokumentów. |
|  | System musi oznaczać na liście kolorem/symbolem umowy, dla których zbliża się koniec terminu ważność. |
|  | System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów. |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie danych kontrahenta w związku z ograniczeniem przetwarzania jego danych lub roszczeniem. |
|  | System musi umożliwiać anonimizację danych kontrahenta. |
|  | System musi umożliwić dopisanie do spisu z natury pozycji, dla których nie odnotowano obrotów w danym magazynie. |
|  | System musi umożliwiać przegląd bieżących stanów magazynowych jak i na wskazany dzień |
|  | System musi umożliwić weryfikację przekroczenia wartości procentowej limitu ustawionego dla magazynu. |
|  | System musi umożliwiać wsparcie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych) w zakresie: |
|  | - przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność Obsługi zamówień i przetargów, |
|  | - pobieranie zwycięskiej oferty (umowy), |
|  | - kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty (umowy). |
|  | System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów. |
|  | System powinien umożliwić wpisanie dodatkowej treści e-mail dla zamówienia zewnętrznego (zamówienie do Kontrahenta) oraz umieszczenie na wydruku nr zamówienia |
|  | System powinien umożliwić generowanie pozycji do zamówień zewnętrznych na podstawie wydań w zadanym okresie |
|  | System musi współpracować z blistrownica przepakowującą leki w dawki jednostkowe (unit dose) |
|  | System musi prezentować informację o stanie realizacji zlecenia w unit dose |
|  | System powinien umożliwiać zamawianie leków w systemie UnitDose dla zleceń doraźnych (bez określenia pory podania). |
|  | System musi wspomagać obsługę zleceń na leki cytostatyczne w zakresie co najmniej: |
|  | - realizacja zamówienia na produkcję leku cytostatycznego, |
|  | - możliwości wygenerowania raportu zawierającego szczegóły zamówień wystawionych przez Pracownie Cytostatyków, z możliwością ograniczenia tylko do zamówień oczekujących na realizację. |
|  | System musi wspomagać obsługę produkcji preparatów żywienia pozajelitowego w zakresie co najmniej: |
|  | - wyliczanie podstawowych parametrów preparatu żywienie pozajelitowego oraz kontrolowanie wartości granicznych, co najmniej w zakresie stężenia krytycznego i osomolarności |
|  | - generowania etykiet |
|  | System musi generować zestawienia |
|  | - na podstawie rozchodów, |
|  | - na podstawie przychodów, |
|  | - na podstawie stanów magazynowych, |
|  | - możliwość wydruku do XLS |
|  | - raport realizacji zamówień wewnętrznych |
|  | System musi posiadać możliwość utworzenia i wydruku raportu na podstawie rozchodów dla grup analitycznych. |
|  | System musi umożliwiać planowanie realizacji zamówień wewnętrznych. |
|  | System umożliwia automatyczne utworzenie i wysłanie zapotrzebowania do apteki na podstawie zlecenia lekarskiego. |
|  | System musi posiadać możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF |
|  | System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów |
|  | System musi wspomagać użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie: |
|  | - przechowywanie informacji o leku, |
|  | System :  a. umożliwia rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych, b. umożliwia realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki, c. umożliwia zarządzania lekami własnymi pacjenta, d. umożliwia zarządzania stratami i utylizacją leków, e. wspomaga użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie wstrzymanie, wycofanie decyzją GIF f. musi podczas generowanie dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym użytkownika |
|  | - odnotowywanie działań niepożądanych. |
|  | - możliwość definiowania receptariusza szpitalnego |
|  | System musi umożliwiać integrację z innymi modułami realizującymi funkcjonalności w zakresie: |
|  | - Finanse – Księgowość: |
|  | -- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK, |
|  | -- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteki, |
|  | -- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteczki oddziałowej, |
|  | -- możliwość eksportu dokumentów rozchodu wewnętrznego w formacie OSOZ-EDI |
|  | -- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK, |
|  | -- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów. |
|  | - Ruch Chorych, Przychodnia: |
|  | -- w zakresie skorowidza pacjentów. |
|  | System musi umożliwić rozliczenie dostaw z całego miesiąca jedną fakturą. |
|  | System musi umożliwić domyślne otwarcie nowego okresu rozliczeniowego z pierwszym dniem nowego miesiąca. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych leków |
|  | System musi umożliwiać przypisywanie leków do grup odpowiedników/odpowiedników |
|  | System powinien uniemożliwiać wprowadzenie karty leku/materiału o tym samym indeksie |
|  | System musi umożliwiać kontrolę interakcji pomiędzy składnikami leków recepturowych |
|  | - konfigurację magazynu depozytów obejmującą możliwość definiowania dokumentu oraz możliwość oraz karty materiału depozytowego |
|  | - obsługę dokumentów: |
|  | -- przyjęcie materiałów w depozyt |
|  | -- faktura depozytowa |
|  | -- korekta faktury depozytowej |
|  | -- rozchód depozytowy na pacjenta |
|  | -- rozchód depozytowy bez pacjenta |
|  | -- korekta rozchodu depozytowego |
|  | - zamówienia do dostawcy: |
|  | -- generowanie zamówienia na podstawie rozchodu depozytowego |
|  | -- tworzenie zamówienia depozytowego bez wskazania pacjenta |
|  | - Kontrola realizacji zamówień do dostawców oraz umów przetargowych. |
|  | - wprowadzanie i edycja numeru pozycji na fakturze depozytowej |
|  | - Raporty: |
|  | -- na podstawie przychodów |
|  | -- na podstawie rozchodów |
|  | -- raport z produkcji cytostatyków |
|  | -- możliwość zapisu w formacie xls |
|  | - eksport do Systemu Finansowo Księgowego |
|  | System musi umożliwiać przegląd historii eksportów dekretów do FK |
|  | System musi umożliwiać przeglądu historii eksportów VAT do FK |
|  | System musi za komunikację z zakresie JPK, w szczególności: |
|  | -- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK\_MAG |
|  | -- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO) |
|  | System musi umożliwiać integrację z szafami lekowymi. |
|  | System musi umożliwiać powiązanie magazynu z szafami lekowymi. |
|  | System powinien uniemożliwiać zarejestrowanie zużycia leku, który został wydany z Apteki dla innego pacjenta. |
|  | System powinien umożliwić wyliczenie liczby wydań leków/materiałów z podziałem na OPK. |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie i przechowywanie w systemie informacji o Unikalnych Identyfikatorów Wyrobów Medycznych będących w obrocie podmiotu medycznego. Rejestrowanie identyfikatorów odbywa się za pomocą skanowania kodów 2D. |
|  | System musi umożliwiać wygenerowanie i przesłanie komunikatu obrotów i stanów do Zintegrowanego Systemu Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) |
|  | System powinien pobrać na żądanie ze ZSMOPL informacje o stanach leków w aptece |
|  | System powinien zaprezentować różnice pomiędzy stanami w ZSMOPL i stanami w aptece |
|  | System powinien wygenerować komunikat do ZSMOPL zawierający informacje a aktualnych stanach apteki dla wybranych leków |
|  | System musi odebrać i zapisać identyfikator komunikatu nadany przez ZSMOPL |
|  | System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL na żądanie użytkownika |
|  | System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL automatycznie i cyklicznie |
|  | System musi umożliwiać generowanie i wysyłanie korekt komunikatów do systemu ZSMOPL. |
|  | System powinien umożliwić wygenerowanie korekty raportu do systemu ZSMOPL z modyfikacją serii lub daty ważności |
|  | System powinien umożliwić raportowanie obrotów i strat do systemu ZSMOPL |
|  | System powinien umożliwiać przeprowadzenie testu poprawności działania skanera kodów DataMatrix w zakresie weryfikacji autentyczności leków |
|  | System musi umożliwiać przegląd listy transakcji dla wygenerowanego komunikatu |
|  | System musi umożliwiać wygenerowanie komunikatu stanów i obrotów odrębnie dla każdej apteki zarejestrowanej w Rejestrze Aptek |
|  | System musi umożliwiać import danych z rejestru Hurtowni Farmaceutycznych |
|  | System musi umożliwiać aktualizację listy hurtowni prowadzonych przez kontrahenta na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych |
|  | System musi umożliwiać przeglądanie decyzji i komunikatów Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego |
|  | System musi umożliwiać aktualizację online słownika hurtowni na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych C e-Z. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne wysłanie powiadomienia do Apteki o wysłaniu zamówienia z Apteczki Oddziałowej |
|  | System musi umożliwiać wyświetlenie powiadomień o umowach z apteki, dla których kończy się termin ważności. |
|  | Akceptacja zamówień do dostawców: |
|  | - System powinien umożliwić obsługę dwustopniowego proces akceptacji zamówień do dostawców |
|  | - System powinien umożliwić filtrowanie zamówień do dostawców według statusu akceptacji |
|  | - System powinien umożliwić odrzucenie zamówienia wysłanego do akceptacji |
|  | - System powinien umożliwić wpisanie powodu odrzucenia zamówienia wysłanego do akceptacji |
|  | - W zamówieniach do dostawców system powinien umożliwić przegląd historii akceptacji zamówienia |
|  | System powinien umożliwić zmianę status dla zamówienia wysłanego do dostawcy. |
|  | System musi umożliwiać weryfikację autentyczności leków w systemie Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL) poprzez skanowanie kodów umieszczonych w tym celu na ich opakowaniach (przy pomocy skanera) zgodnie z Rozporządzeniem Delegowanym Komisji (UE) 2016/161 z 02.10.2015 |
|  | System powinien umożliwić anulowanie zużycia leku w systemie Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL) za pomocą manualnego wprowadzenia niezbędnych informacji |
|  | System powinien powiązać weryfikowany lek z dokumentem przychodu na podstawie którego dany lek |
|  | System powinien umożliwić podgląd obrotów dostawy z poziomu słownika globalnego leków |
|  | System powinien umożliwić podgląd obrotów dostawy z poziomu zamówień zewnętrznych |
|  | System powinien umożliwić wydruk dokumentów realizacji zamówień wewnętrznych z okna zamówień wewnętrznych. |
|  | System powinien umożliwić realizację zamówienia wewnętrznego o statusie Zakończone (częściowo zrealizowane) |

## Apteczka Oddziałowa

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Moduł apteczki musi umożliwić generowanie zamówień do apteki głównej, z uwzględnieniem: |
|  | - wglądu w stany magazynowe Apteki |
|  | System musi umożliwiać obsługę magazynu apteczki oddziałowej w zakresie: |
|  | - wydawania środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej, w szczególności: |
|  | -- wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia), |
|  | -- zwrotu do apteki, |
|  | -- rejestracji ubytków i strat nadzwyczajnych, |
|  | -- korekty wydań środków farmaceutycznych. |
|  | - korekty stanów magazynowych, w szczególności: |
|  | -- korekty stanów magazynowych (ilościowej i jakościowej) na podstawie arkusza spisu z natury, |
|  | -- generowanie arkusza do spisu z natury, |
|  | -- bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego. |
|  | Musi istnieć możliwość definiowania receptariusza oddziałowego |
|  | System musi umożliwić podpowiadanie ilości leków podczas dodawania ich do zamówienia wewnętrznego |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie zamówienia wewnętrznego jako pilne. |
|  | System musi umożliwiać obsługę apteczek pacjentów (leki własne pacjenta) |
|  | System powinien umożliwić zablokowanie dodania leku do zamówienia wewnętrznego, dla leku który został zamówiony w innym zamówieniu wewnętrznym. |

## Blok Operacyjny

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych zakładek |
|  | System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji zakładek |
|  | System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale |
|  | System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych podczas wizyty w gabinecie lekarskim, pacjentom nie przebywającym w szpitalu |
|  | System musi umożliwić jednoznaczne oznaczanie zabiegów: |
|  | -zaplanowanych i niewykonanych; |
|  | - niezakończonych; |
|  | -anulowanych |
|  | System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek organizacyjnych |
|  | System musi umożliwiać zaplanowanie i odnotowanie danych wykonania operacji wielonarządowych. |
|  | System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji lekarskiej (chirurgicznej) do zabiegu obejmującej, co najmniej: |
|  | - rodzaj planowanego zabiegu, |
|  | - tryb zabiegu (planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy), |
|  | - rozpoznanie przedoperacyjne ICD9 oraz opisowe, |
|  | - dostęp do pola operacyjnego z wykorzystaniem definiowalnego słownika |
|  | - wymagane ułożenie pacjenta z wykorzystaniem definiowalnego słownika, z możliwością wyboru wielu pozycji , |
|  | - datę kwalifikacji, |
|  | - wskazanie ze słownika personelu, lekarza dokonującego kwalifikacji, |
|  | - możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika, |
|  | Musi istnieć możliwość rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
|  | Musi istnieć możliwość uproszczonego zlecania zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym |
|  | System musi umożliwić zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali) |
|  | System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna. |
|  | System musi umożliwić skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych. |
|  | System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania: |
|  | - rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia, |
|  | - klasyfikacji pacjenta wg skali ASA, |
|  | - opisu kwalifikacji, |
|  | - daty kwalifikacji, |
|  | - wskazania lekarza dokonującego kwalifikacji, |
|  | - możliwości rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
|  | Planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych |
|  | Po rejestracji zakończenia zabiegu, jeśli jego czas trwania był inny niż zaplanowano, system powinien zaktualizować terminarz dla pozostałych, zaplanowanych zabiegów |
|  | System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie: |
|  | - daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej, |
|  | - materiałów, |
|  | - zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi, |
|  | - składu zespołu zabiegowego i anestezjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia definiowania roli członków personelu, |
|  | - możliwość rejestracji danych planu z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
|  | System musi umożliwić odnotowanie rozpoczęcia realizacji zabiegu operacyjnego w chwili zarejestrowania przyjęcia pacjenta na blok operacyjny. |
|  | Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej: |
|  | - dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów. |
|  | - modyfikacja danych pacjentów, |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym: |
|  | - statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany), |
|  | - danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL), |
|  | - identyfikatorze pacjenta |
|  | - trybu zabiegu, |
|  | - rodzaju zabiegu, |
|  | - planowanych i rzeczywistych dat wykonania zabiegu, |
|  | - bloku i sali operacyjnej, |
|  | - jednostki zlecającej, |
|  | - Wykazu Zabiegów, |
|  | - składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej). |
|  | - przeglądu zabiegów zaplanowanych na dzisiaj i/lub jutro |
|  | System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta na blok operacyjny i odnotowanie związanych z tym danych tj.: |
|  | - czas przyjęcia i osoby przyjmującej, |
|  | - wpis do Księgi Bloku operacyjnego |
|  | System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym: |
|  | - rodzaju wykonanego zabiegu, |
|  | - czasu trwania zabiegu, |
|  | - rozpoznania pooperacyjnego ICD10 i opisowego, |
|  | - procedur medycznych z możliwością automatycznego dodania procedur powiązanych z przeprowadzonym zabiegiem, |
|  | - opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym, |
|  | - składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu, |
|  | - czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu |
|  | - możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika, |
|  | - możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki dźwiękowe i wideo), |
|  | - odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu, |
|  | - zużytych materiałów: |
|  | -- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika, |
|  | -- z możliwością automatycznego dodania materiałów z planu, |
|  | -- z możliwością automatycznego dodania materiałów powiązanych z wykonanym zabiegiem, |
|  | -- z możliwością automatycznego dodania zestawu narzędzi powiązanych z wykonywanym zabiegiem |
|  | - możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
|  | System na liście zabiegów oraz na liście opieki pooperacyjnej powinien wyróżniać pacjentów po transfuzji krwi, dla których nie została uzupełniona dokumentacja jej dotycząca. |
|  | Oprócz głównego opisu operacji system musi umożliwiać wprowadzanie dodatkowych uwag dotyczących przebiegu zabiegu, opatrzonych datą i danymi osoby wprowadzającej. |
|  | Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu |
|  | Jeśli nie zostały wpisane dane lekarza operującego to system powinien podpowiadać operatora na podstawie danych lekarza opisującego zabieg |
|  | System musi umożliwić wprowadzenie informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu. |
|  | System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących powikłań pooperacyjnych. |
|  | System musi umożliwiać wprowadzenie w ramach opieki pooperacyjnej pacjenta, danych opieki pielęgniarskiej. |
|  | System musi umożliwić definicję rodzajów znieczulenia. |
|  | System musi umożliwić rejestrację danych znieczulenia, w tym: |
|  | - czasu znieczulenia, |
|  | - czasu anestezjologicznego, |
|  | - rodzaju przeprowadzonego znieczulenia domyślnie wypełnianego na podstawie kwalifikacji z możliwością edycji, |
|  | - opisu znieczulenia ze wskazaniem osoby opisującej, |
|  | - zespołu anestezjologicznego domyślnie uzupełnionego na podstawie planu, |
|  | - czasu pracy zespołu anestezjologicznego. Jeśli czas pracy nie został wpisany system podpowiada na podstawie czasu anestezjologicznego lub jeśli czas anestezjologiczny nie jest obsługiwany na podstawie czasu znieczulenia. |
|  | - podanych leków: |
|  | -- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika, |
|  | -- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych z wykonanym zabiegiem |
|  | System powinien umożliwić dodawanie pakietów leków i materiałów podczas rejestracji danych dotyczących wykonania operacji |
|  | System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych znieczulenia |
|  | System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych wykonania operacji oraz w danych opieki pooperacyjnej |
|  | System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie: |
|  | - ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego, |
|  | - ewidencji wykonanych procedur, |
|  | - ewidencji podanych leków i zużytych materiałów, |
|  | - obsługi tacy leków |
|  | - oceny stanu pacjenta z wykorzystaniem zmodyfikowanej skali Aldrete'a |
|  | - opisu powikłań znieczulenia, |
|  | - opisu zaleceń pooperacyjnych, |
|  | - ewidencji daty przekazania pacjenta na oddział wraz ze wskazaniem lekarza przekazującego. |
|  | System musi umożliwiać realizację reoperacji pacjenta bezpośrednio po właściwej operacji bez konieczności przekazywania pacjenta na oddział. |
|  | System powinien umożliwić wydruk szablonu karty znieczulenia z danymi nagłówkowymi pacjenta |
|  | System powinien umożliwić wydruk szablonu karty pooperacyjnej z danymi nagłówkowymi pacjenta |
|  | System powinien umożliwić prezentacja graficzna wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czas (co umożliwi obserwację zależności pomiędzy podaniami leków i wykonaniem procedur a wynikami pomiarów) |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie Wykazów Operacji w zakresie: |
|  | - możliwość definiowania księgi dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów, |
|  | - przegląd Wykazów Operacji wg. różnych kryteriów, w tym: |
|  | -- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL), |
|  | -- trybu zabiegu, |
|  | - rodzaju zabiegu, |
|  | -- dat wykonania zabiegu, |
|  | -- bloku i sali operacyjnej, |
|  | --oddziału zlecającego |
|  | -- Wykazu Zabiegów, |
|  | -- roku księgi, |
|  | -- zakresu numerów księgi, |
|  | -- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej), |
|  | - wydruk księgi bloku operacyjnego |
|  | System musi umożliwić przekazanie pacjenta na oddział opieki pooperacyjnej bez wprowadzonych danych realizacji zabiegu; z możliwością późniejszego uzupełnienia danych. |
|  | System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym: |
|  | - protokół zabiegu operacyjnego, |
|  | - protokół przekazania pacjenta na oddział |
|  | - możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo |
|  | - opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów |
|  | Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków |
|  | Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym: |
|  | - raport z wykonań zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, Wykazu Zabiegów, salę operacyjną, jednostkę zlecającą oraz rodzaj operacji |
|  | System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx. |
|  | Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów |
|  | Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej |
|  | System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie: |
|  | - dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego, |
|  | - rejestracji kart zakażeń, |
|  | - automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów, |
|  | -przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi, |
|  | - przekazywanie preparatów krwi z banku krwi na blok operacyjny, |
|  | - aktualizacja stanów magazynowych banku krwi na podstawie danych z bloku operacyjnego, |
|  | - wzajemnego udostępniania informacji o zleconych badaniach i konsultacjach, |
|  | - przeglądu wyników zleconych badań i konsultacji, |
|  | - przeglądu wszystkich poprzednich hospitalizacji pacjenta i wizyt w przychodni, |
|  | - udostępniania informacji o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach dla celów statystycznych i rozliczeniowych |
|  | System musi umożliwić pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych. Ponadto system musi umożliwiać rozwiązywanie konfliktów występujących podczas jednoczesnej pracy na tym samym zestawie danych. |
|  | Udostępnianie danych dotyczących czasu pracy personelu na bloku operacyjnym oraz informacji o ośrodkach kosztów sal zabiegowych do wykorzystania w systemie Kadr i Płac . |

## Blok Porodowy

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System musi umożliwiać ewidencję danych wywiadu położniczego w zakresie: |
|  | - przebiegu i powikłań ciąży (dane opisowe) |
|  | - ewidencję danych statystycznych dot. poprzednich porodów pacjentki: |
|  | -- Liczba dzieci ogółem |
|  | -- Liczba żywo urodzonych |
|  | -- Liczba martwo urodzonych |
|  | -- Liczba dzieci z wadami rozwojowymi |
|  | -- Liczba dzieci zmarłych |
|  | -- W aktualnym małżeństwie |
|  | -- Liczba ciąż |
|  | -- Liczba porodów |
|  | -- Liczba poronień |
|  | -- Liczba porodów o czasie |
|  | -- Liczba porodów przedwczesnych |
|  | -- Liczba porodów niewczesnych |
|  | -- Liczba porodów siłami natury |
|  | -- Liczba porodów patologicznych |
|  | - Data pierwszej miesiączki |
|  | Czas trwania |
|  | - Dane poprzednich ciąż i porodów: |
|  | -- Data poprzedniego porodu |
|  | -- urodzenie noworodka żywe, martwe lub brak danych |
|  | -- Informacje o ewentualnym zgonie noworodka |
|  | - informacje o starszym rodzeństwie: |
|  | -- Imię i nazwisko |
|  | -- Rok urodzenia |
|  | -- Stan zdrowia |
|  | -- Ewentualne przyczyny zgonu |
|  | - Wydruk dokumentu wywiadu położniczego (Pismo) |
|  | System musi umożliwiać dostęp do danych medycznych pacjentki rodzącej (dostępne wszystkie dane związane z hospitalizacją pacjentki - analogicznie jak na standardowym oddziale). W tym między innymi: |
|  | - Rozpoznanie wstępne |
|  | - Rozpoznanie końcowe |
|  | - Wykonane procedury medyczne |
|  | - Zlecenia lekarskie |
|  | - Podane leki |
|  | - Obserwacje lekarskie |
|  | Epikryza |
|  | - Dokumentacja medyczna |
|  | **Poród** |
|  | System powinien stworzyć możliwość określenia podstawowych danych porodu (dotyczy porodu fizjologicznego i operacyjnego), w tym : |
|  | - Mnogość porodu |
|  | - Miejsca porodu |
|  | - Charakter czasowy porodu |
|  | - Ułożenie płodu |
|  | - Charakterystyka porodu (Zabiegowy, Fizjologiczny) |
|  | - Rodzaj porodu zabiegowego |
|  | - Wskazania do porodu zabiegowego |
|  | - Zespół porodowy (lekarz, położna, anestezjolog, inne wg konfiguracji) |
|  | - Ewidencja leków i środków medycznych użytych podczas porodu z wydzieleniem środków anestezjologicznych. |
|  | - Możliwość skierowania pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego |
|  | - Odnotowanie szczegółowych danych noworodków: |
|  | -- Dane identyfikacyjne noworodka |
|  | -- Dane osobowe noworodka |
|  | -- Żywo/martwo urodzony |
|  | -- Czas urodzenia |
|  | -- płeć |
|  | -- Możliwość ewidencji danych dla urzędu stanu cywilnego oraz generacji "Karty urodzenia". |
|  | -- Możliwość wystawienia karty zgonu zarówno dla noworodka zmarłego w trakcie, po porodzie jak i martwo urodzonego. |
|  | -- Dane antropometryczne noworodka |
|  | -- Zastosowane produkty i procedury wykonane po urodzeniu |
|  | -- urazy okołoporodowe |
|  | -- Stwierdzone nieprawidłowości |
|  | -- Pierwsze badanie noworodka |
|  | -- Ocena wg skali Apgar po: 1, 3, 5 i 10 min. |
|  | - Popłód |
|  | - Opis przebiegu porodu |
|  | - Wykonane zabiegi w trakcie i po porodzie |
|  | - Powikłania porodowe wraz ze szczegółowym opisem |
|  | - Czas rozpoczęcia porodu |
|  | - Czas zakończenia porodu |
|  | - Czas odpłynięcia płynu owodniowego |
|  | - Barwa płynu owodniowego |
|  | - Czas osiągnięcia pełnego rozwarcia szyjki macicy |
|  | - Czas urodzenia noworodka lub w przypadku ciąży mnogiej noworodków |
|  | - Czas urodzenia łożyska |
|  | - Czas trwania I, II i III okresu porodu (wyliczane automatycznie) |
|  | - Łączny czas trwania całego porodu |
|  | - Ewidencja utraty krwi przez rodzącą |
|  | W zależności od konfiguracji system umożliwia rozszerzoną wersję rejestracji danych dotyczących porodu, polegającą na wprowadzaniu w ramach jednego pobytu na oddziale położniczym kilku okresów pobytu na odcinku/trakcie porodowym oraz wygenerowaniu partogramu w ramach każdego z okresów. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję wszystkich danych porodu na Bloku operacyjnym (porodowym) |
|  | System musi umożliwiać ewidencję danych noworodków na Bloku operacyjnym (porodowym) |
|  | Ewidencja rozpoznania przedoperacyjnego |
|  | Ewidencja rozpoznania pooperacyjnego |
|  | Rejestracja zespołu operacyjnego (położnik, położna, operator, instrumentariusz, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i inne role wg. konfiguracji słownika) |
|  | Ewidencja danych zabiegu operacyjnego |
|  | Ewidencja danych znieczulenia zastosowanego podczas porodu operacyjnego |
|  | Opis przebiegu porodu operacyjnego |
|  | Opis i przebieg znieczulenia |
|  | Ewidencja procedur medycznych wykonanych |
|  | Ewidencja zużycia materiałów i leków |
|  | Opieka pooperacyjna - obsługa opieki pooperacyjnej dla kobiet po porodzie operacyjnym |
|  | Automatyczne uzupełnienie danych porodu (tj. czas porodu, opis porodu itd. na podstawie danych porodu operacyjnego) |
|  | Obsługa Wykazu porodów i noworodków |
|  | - Automatyczne generowanie i możliwość wydruku Wykazów Porodów zgodnie z obowiązującym prawem |
|  | - Automatyczne generowanie i możliwość wydruku Wykazów Noworodków zgodnie z obowiązującym prawem |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie karty monitorowania pacjenta/noworodka podczas hipotermii leczniczej. |

## Przychodnia (Rejestracja, Gabinet, Statystyka Lecznictwo Otwarte, Zlecenia)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Rejestracja** |
|  | **Obsługa pacjentów/usług komercyjnych** |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie cenników: |
|  | - określanie dat obowiązywania cennika, |
|  | - określanie zakresu usług dla cennika, |
|  | - określanie cen usług, |
|  | - możliwość określenia cen widełkowych dla usługi, |
|  | - możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi. |
|  | System musi umożliwić rejestrację umowy indywidualnej na świadczenie usług medycznych |
|  | System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej |
|  | System musi umożliwiać wybór kategorii płatnika oraz wystawienie dokumentu sprzedaży dla badania laboratoryjnego. |
|  | System musi umożliwić wystawienie dokumentu sprzedaży dla usług komercyjnych płatnych przed ich wykonaniem, w przypadku gdy nie zostały jeszcze zrealizowane. |
|  | **Definiowanie grafików pracy** |
|  | System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów: |
|  | - określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji, |
|  | - procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu, |
|  | - uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki. |
|  | System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza: |
|  | - określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji, |
|  | - procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu, |
|  | - określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania). |
|  | System musi umożliwiać definiowanie przedziału wieku pacjentów obsługiwanych przez zasób |
|  | System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu, |
|  | System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont |
|  | **Ewidencja danych pacjentów** |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - imię ojca i matki |
|  | - miejsce urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - PESEL opiekuna |
|  | - nazwisko rodowe matki |
|  | - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  | - pobyt w jednostce |
|  | - pobyt w okresie |
|  | - nr telefonu |
|  | - adres e-mail |
|  | - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  | - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  | - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
|  | System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  | - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  | - fragment (fraza) opisu pacjenta |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL. |
|  | System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: |
|  | - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta |
|  | - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy) |
|  | System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora |
|  | System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta. |
|  | System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
|  | System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
|  | System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej oraz z obszarów spoza UE |
|  | System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
|  | **Obsługa listy pacjentów modułu** |
|  | System musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością. |
|  | Informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - imię, nazwisko i PESEL pacjenta |
|  | - jednostka wykonująca |
|  | - osoba wykonująca |
|  | - osoba rejestrująca |
|  | - jednostka kierująca |
|  | - instytucja kierująca |
|  | - lekarz kierujący |
|  | - kartoteka |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - świadczenie |
|  | - status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji) |
|  | - wizyty CITO |
|  | - status osoby: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością |
|  | - status sprzedaży |
|  | **Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta** |
|  | System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów w ramach danych zasobów oraz posiadać dodatkowe funkcjonalności planowania: |
|  | - rezerwacja wybranego terminu oraz możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu od wybranej daty |
|  | - ograniczenie prezentacji terminów do zasobów spełniających kryterium wieku pacjenta |
|  | - prezentowanie terminów tylko danej kategorii np. terminów zgłoszeń internetowych |
|  | - automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta |
|  | -  w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu |
|  | - rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale |
|  | - wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty |
|  | - przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia |
|  | - przegląd terminarza zaplanowanych wizyt |
|  | - nadanie kolejnego numeru rezerwacji w ramach danego szablonu rezerwacji dla danego zasobu |
|  | - tworzenie wpisu tymczasowej rezerwacji po wybraniu terminy. Po zakończeniu rezerwacji termin powinien zostać potwierdzony |
|  | System musi sprawdzać czy pacjent ma zaplanowany termin na tę samą usługę, na którą dokonywana jest rezerwacja. |
|  | System umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonej usługi |
|  | System umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu. |
|  | System umożliwia ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu. |
|  | System musi umożliwić automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji. |
|  | System umożliwia dostęp do różnych slotów czasowych podczas planowania danej usługi w zależności od jednostki zlecającej termin |
|  | System musi umożliwiać zmianę usługi na inną wykonywaną w tej samej jednostce wykonującej, podczas przeplanowywania terminu. |
|  | Podczas zmiany zaplanowanego terminu system umożliwia wybór innej usługi |
|  | System musi umożliwiać obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami |
|  | Podczas planowania wizyty, system powinien sugerować dokonanie wpisu do kolejki oczekujących jeśli istnieje kolejka dla planowanej usługi lub gabinetu |
|  | System musi umożliwić wskazanie przyczyny powodu modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu. |
|  | System musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w księdze oczekujących. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
|  | System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień. |
|  | System musi umożliwić ewidencję notatek w ramach wolnego slotu w terminarzu z możliwością przypisania priorytetu określającego kolorystyczne oznaczenie danej notatki |
|  | System musi umożliwić zbiorczą generację notatek w terminarzu z poziomu panelu administracyjnego jak również podczas planowania usługi |
|  | System musi umożliwiać zbiorczą zmianę usługi dla zaplanowanych terminów, w ramach tego samego slotu i zasobów |
|  | **Rejestracja na wizytę** |
|  | System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną) |
|  | System musi umożliwiać rejestrację wizyty jako wywiadu przed zaplanowanym terminem |
|  | Podczas rejestracji/pobrania e-Skierowania system weryfikuje zgodność danych pacjenta w systemie HIS z danymi pobranymi z platformy P1. |
|  | System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty. |
|  | Przy rejestracji pacjenta system informuje (ostrzega) użytkownika, że wraz ze skierowaniem wprowadzono dodatkowe informacje i wyświetla je. |
|  | System musi pozwalać na wyliczanie kosztów danej porady |
|  | System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji. |
|  | System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania, |
|  | System musi umożliwić rejestracje wielu badań w oparciu o jedno skierowanie. |
|  | W ramach jednego zarejestrowanego skierowania system powinien umożliwiać rejestrację wielu zleceń. Zmiana danych skierowania modyfikuje dane skierowania wszystkich tak zarejestrowanych zleceń. |
|  | System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej |
|  | System musi umożliwić ewidencję i kontrolę: |
|  | - zgód pacjenta związanych z hospitalizacją i innymi czynnościami medycznymi |
|  | - listy osób upoważnionych dla pacjenta |
|  | Obsługa wyników: |
|  | - odnotowanie wydania wyniku, |
|  | - wpisywanie wyników zewnętrznych. |
|  | Wydruk recept i kuponów |
|  | System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Wykaz Przyjęć |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Wykaz Zabiegów |
|  | - Harmonogram przyjęć |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | raporty i wykazy Rejestracji. |
|  | **Gabinet** |
|  | **Obsługa wizyty** |
|  | Podczas przyjęcia pacjenta skierowanego z innej jednostki np. oddział, jeśli nie został wskazany inny płatnik lub cennik, system powinien podpowiadać płatnika NFZ |
|  | System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu |
|  | System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach wizyty w gabinecie. |
|  | System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością |
|  | System musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem. |
|  | System powinien prezentować liczbę punktów zrealizowanych, w bieżącym dniu i miesiącu, przez zalogowanego lekarza z podziałem na umowy |
|  | System musi umożliwiać prezentację wizyt wymagających zafakturowania. |
|  | System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie) |
|  | System umożliwia porównanie danych pacjenta znajdujących się w systemie HIS z danymi znajdującymi się w realizowanym e-skierowaniu oraz aktualizację wybranych pozycji w systemie HIS. |
|  | System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty. |
|  | System musi umożliwić automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia |
|  | System umożliwia ewidencję wizyt domowych POZ z podaniem informacji o dacie wyjazdu i powrotu udzielającego świadczenie. |
|  | System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach: |
|  | - dane osobowe, |
|  | - dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, szczepienia, nazwisko lekarza rodzinnego |
|  | - uprawnienia z tytułu umów komercyjnych, |
|  | - informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ |
|  | - historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta), |
|  | - wyniki badań, |
|  | - przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości |
|  | System musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych. Co najmniej dla uczuleń o rodzaju leki oraz pokarmowe system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia. Podczas  - przepisywania leków na recepty,  - definiowania zlecenia leku, - ewidencji podania leku  system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisanym leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta. Dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta. |
|  | System musi umożliwić odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergię/uczulenie |
|  | System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria: - Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanna; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
|  | System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie - nazwa leku, - okres przyjmowania leku, - dawkowanie, - rozpoznanie, - źródło informacji. System umożliwia dodanie pozycji z definiowanej recepty do rejestru stale przyjmowanych leków pacjenta. Na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty. |
|  | Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach: |
|  | - obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu |
|  | - wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), |
|  | - opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), |
|  | - informacje ze skierowania, |
|  | - kontrola daty ważności skierowania |
|  | - skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce |
|  | - zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych , konsultacji, zabiegów, |
|  | - możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecania |
|  | - usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9 |
|  | - rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe), |
|  | - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleconych podczas poprzednich wizyt |
|  | - zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie), |
|  | - wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary |
|  | System umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS. |
|  | System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania. |
|  | System musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
|  | System umożliwia ewidencje opieki pielęgniarskiej w ramach wizyty w gabinecie lekarskim. |
|  | System powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty |
|  | System musi umożliwiać zarejestrowanie wizyty w innym gabinecie z poziomu obecnie realizowanej wizyty. |
|  | System musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności powrotu na listę pacjentów gabinetu. |
|  | System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej |
|  | System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń. |
|  | System musi umożliwić obsługę zleceń chemioterapii podczas wielu wizyt w gabinecie, przy jednokrotnym zdefiniowaniu schematu chemioterapii. |
|  | System musi umożliwić obsługę pobytów wielodniowych |
|  | System musi umożliwiać rejestrację wizyt dla pacjentów na podstawie deklaracji medycyny szkolnej |
|  | System musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o domowym leczeniu żywieniowym |
|  | System musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o tlenoterapii w warunkach domowych |
|  | System powinien umożliwić obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) |
|  | System musi umożliwić określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty |
|  | System musi umożliwiać ewidencję danych ciąży pacjentki, szczególnie istotnych w przypadku wykonywania świadczeń medycznych inaczej wycenianych przez NFZ dla pacjentek ciężarnych i będących w połogu. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |
|  | System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Gabinecie, w zakresie: - opisu badania, - opisu konsultacji, - opisu realizacji. |
|  | System powinien umożliwiać ewidencję wywiadu z poziomu badania w Gabinecie, w następującym zakresie: -wzrost,  -waga, -BMI, -BSA, -informacji o używaniu wyrobów tytoniowych |
|  | System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
|  | System umożliwia ewidencję danych transportu medycznego z podaniem informacji dotyczących zlecenia oraz szczegółów transportu. Na podstawie wprowadzonych danych system umożliwia wydruk karty pracy zespołu transportu medycznego. |
|  | W ramach formatki do ewidencji danych wizyty, system powinien umożliwiać wyświetlenie danych ratunkowych pacjenta, takich jak: Uczulenia, alergii, stale przyjmowane leki i choroby przebyte. Z danej formatki powinna być też możliwość uzupełniania informacji o danych ratunkowych. |
|  | System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych. |
|  | Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podpina odpowiedni cykl leczenia |
|  | **Wystawianie recept** |
|  | System powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie: |
|  | - możliwości wybrania leków ze słownika leków, |
|  | - możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept), |
|  | - możliwości automatycznego generowania wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
|  | - możliwości wysyłania do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS |
|  | - na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania |
|  | - system powinien podpowiadać dane osoby zalogowanej jako wystawiającego receptę, o ile osoba ta jest lekarzem. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę. |
|  | - podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek |
|  | - na recepcie na leki narkotyczne system powinien podpowiadać ilość substancji narkotycznej |
|  | - grupowe dodawanie leków na receptę |
|  | - kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród: |
|  | -- recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie |
|  | -- recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu w jakim się odbywała |
|  | -- z innych pobytów w tej samej jednostce |
|  | -- leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach |
|  | - możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane" |
|  | - możliwości wydruku recept tylko z puli lekarza zalogowanego |
|  | - ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach |
|  | - oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej |
|  | - system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recept uwzględniając typ recepty RP/RPW |
|  | - system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta. |
|  | System musi prezentować informację o dostępności leku na rynku w przypadku korzystania ze słownika 'Bazyl'. |
|  | System umożliwia realizację wizyt receptowych w gabinecie. Pozycje do recepty mogą być określone na etapie rejestracji z leków wcześniej przepisanych, a lekarz generuje podczas wizyty receptę z wykorzystaniem określonych wcześniej leków. |
|  | System musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ. |
|  | System musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR\_REC |
|  | System musi umożliwiać import numerów recept z wykorzystaniem usług sieciowych |
|  | System musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych |
|  | System musi umożliwić ustawienie domyślnego dawkowania dla leku. |
|  | System musi umożliwić podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty. |
|  | System musi umożliwić wystawienie recept dla pacjentów powyżej 75 roku życia. |
|  | System musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie. |
|  | System musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu. |
|  | W przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwić ich jednoczesny wydruk |
|  | System musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika. |
|  | System podczas tworzenia opisu wizyty przez użytkownika powinien umożliwiać podgląd recept wystawionych pacjentowi w poprzednich wizytach/pobytach |
|  | System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
|  | **Dokumentacja wizyty** |
|  | System musi umożliwiać wystawienie skierowania, |
|  | System musi umożliwiać wystawienie skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej |
|  | Dla skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora |
|  | System umożliwia usuwanie lub anulowanie skierowania w zależność od statusu skierowania. |
|  | System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe. |
|  | System powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową), |
|  | System powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji: |
|  | - możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia, |
|  | - możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie, |
|  | - automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia. |
|  | System umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowanie personelu wykonującego i opisem |
|  | System powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu |
|  | możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt |
|  | możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty |
|  | Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników |
|  | Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie: |
|  | System musi umożliwić wybór sposobu płatności oraz wyznaczenie schematu księgowania dla dokumentów sprzedaży. |
|  | obsługa zakończenia wizyty: |
|  | - autoryzacja wizyty, |
|  | - automatyczne tworzenie karty wizyty. |
|  | - możliwość bezpośredniego skierowania na IP |
|  | W zależności od konfiguracji system waliduje wymagane dla zakończonej wizyty dokumenty podczas zapisu danych wizyty albo podczas autoryzacji danych tej wizyty. |
|  | Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń. |
|  | - wiązanie rozliczanych badań do kolejnej zaplanowanej wizyty |
|  | wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług |
|  | automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Przychodni |
|  | System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Harmonogram przyjęć |
|  | - Wykaz Przyjęć |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Wykaz Zabiegów |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | System musi umożliwiać wpis do Księgi zgonów w ramach obsługi wizyty/badania. |
|  | System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa |
|  | System musi umożliwiać wprowadzenie wywiadu przedporodowego w gabinecie lekarskim. |
|  | System musi umożliwić wydruk pisma powiązanego z usługą podczas zakończenia wizyty/badania pacjenta. |
|  | **Obsługa pakietu onkologicznego** |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji: |
|  | - numer karty (zgodny z obowiązującym formatem) |
|  | - etap obsługi |
|  | - informacja, czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią |
|  | System umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO. |
|  | System musi rejestrować oraz umożliwiać przegląd historii zmian karty DiLO. Podczas zmiany danych karty DiLO, system powinien tworzyć nową wersję danych, które obowiązują od daty bieżącej. |
|  | System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DiLO. W przypadku integracji z systemem AP-DILO zakres prezentowanych danych jest większy i wynika z zakresu danych zgromadzonychw AMMS. |
|  | System musi umożliwić powiązanie pozycji rozliczeniowych z numerem karty DiLO - także w sytuacji gdy karta DiLO wydawana jest pacjentowi w ramach rozliczanej hospitalizacji (a nie tylko przed przyjęciem na hospitalizację). |
|  | **Konfiguracja pracy gabinetu** |
|  | System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego co najmniej w zakresie: |
|  | - możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu |
|  | - możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi |
|  | - możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów |
|  | System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu |
|  | **Statystyka LO** |
|  | System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej |
|  | **Obsługa skorowidza pacjentów** |
|  | System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego dla innych modułów medycznych (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna) |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - imię ojca i matki |
|  | - miejsce urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - PESEL opiekuna |
|  | - nazwisko rodowe matki |
|  | - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  | - pobyt w jednostce |
|  | - pobyt w okresie |
|  | - nr telefonu |
|  | - adres e-mail |
|  | - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  | - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  | - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  | - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  | - fragment (fraza) opisu pacjenta |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
|  | Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
|  | Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta: |
|  | - w zakresie danych osobowych, |
|  | - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
|  | System umożliwia wyszukanie pobytów (hospitalizacji i wizyt) zawierających dokumentację spełniającą warunki dotyczące terminów przechowywania. |
|  | System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  | - Księga Zgonów, |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych, |
|  | - Wykaz Przyjęć, |
|  | - Wykaz Zabiegów, |
|  | - Księga Oczekujących, |
|  | - Księga Ratownictwa, |
|  | - Wykaz Badań |
|  | System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich wykazów/ksiąg placówki Zamawiającego |
|  | System umożliwia przenumerowanie Wykazów Przyjęć |
|  | **Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego** |
|  | System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
|  | Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej: |
|  | - numer karty |
|  | - etap |
|  | - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  | - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  | - data wersji od |
|  | Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
|  | Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności |
|  | **Raporty i wykazy statystyki** |
|  | System powinien umożliwiać tworzenie reportów i wykazów statystyki, w szczególności: |
|  | - raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące |
|  | - wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących |
|  | - lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy |
|  | - zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia |
|  | - raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy |
|  | - wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników |
|  | - zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniami i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy |
|  | - lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu |
|  | - liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza |
|  | - zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe |
|  | - lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących |
|  | - zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji |
|  | - deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji |
|  | - harmonogramy - zestawienie harmonogramów/kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów) |
|  | - lista wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami oraz danymi o jednostce realizującej, lekarzu realizującym i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie |
|  | - zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach |
|  | - zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na : miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna) |
|  | - zestawienie zwolnień lekarskich |
|  | System musi umożliwiać definiowanie wykazów z wykorzystaniem generatora Jasper Reports |
|  | **Zlecenia** |
|  | **Zlecanie leków:** |
|  | System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |
|  | System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji |
|  | System musi umożliwiać zlecanie operacji wielonarządowych. |
|  | System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków. |
|  | System musi pozwalać na zlecanie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej |
|  | System musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut |
|  | System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta |
|  | Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać: |
|  | - podgląd karty leków |
|  | - podgląd całej historii leczenia pacjenta |
|  | System musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych. |
|  | Dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzania przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie. |
|  | Podczas zlecania antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka, lub inne zdefiniowane |
|  | System uniemożliwia zmianę listy składników zlecenia leków o rodzaju mieszanka, w tym podczas definiowania kontynuacji zlecenia. |
|  | System umożliwia walidację zgodności liczby dób zlecenia antybiotykowego z ilością DDD dla danego produktu handlowego(leku) |
|  | System umożliwia walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki. |
|  | System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków |
|  | Na wydruku tygodniowej lub dziennej karty zleceń leków istnieje możliwość definiowania sposobu drukowania nagłówka albo w pełnej formie (pełne dane pacjenta) tylko na pierwszej stronie karty albo w formie skróconej na każdej ze stron. |
|  | Musi istnieć możliwość zlecania leków: |
|  | - recepturowych |
|  | - chemioterapii |
|  | - zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu) |
|  | - pomp infuzyjnych |
|  | - możliwość określenia drogi podania leków |
|  | System musi umożliwić wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta |
|  | System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami. |
|  | System musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
|  | System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
|  | System musi umożliwiać grupowe zarejestrowanie przyczyny niepodania dla wybranych leków. |
|  | Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku |
|  | System musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania |
|  | Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku |
|  | Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku |
|  | System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych |
|  | System powinien umożliwić grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację dodanej grupy leków. |
|  | System powinien umożliwić w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta, grupowanie zleceń wg drogi podania |
|  | System musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji. |
|  | Leki, podawane z wykorzystaniem systemu Unit-Dose powinny być jednoznacznie oznaczone |
|  | System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta. |
|  | System musi umożliwić kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta. |
|  | System powinien umożliwić wyszukiwanie wyników patologicznych |
|  | System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu. |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku, jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem. |
|  | System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania. |
|  | System musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie. |
|  | System musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania. |
|  | System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie |
|  | **Zlecanie badań** |
|  | Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"-  wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE |
|  | System musi umożliwić zlecanie z możliwością zaplanowania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym: |
|  | - z Oddziału do: Pracowni Patomorfologii, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium |
|  | - zlecenia można zaplanować ręcznie wpisując datę (lub najbliższą godzinę z ograniczonej konfigurowalnej listy) lub poprzez wywołanie konfigurowalnego terminarza umożliwiającego kontrolę liczby i daty możliwego terminu |
|  | System powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie uprawnienia. |
|  | System powinien umożliwić autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń. |
|  | System musi umożliwiać zlecanie badań laboratoryjnych z poziomu wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć (liście oczekujących) przed realizacją pobytu. W momencie realizacji pobytu na podstawie wpisu w Harmonogramie przyjęć wprowadzone zlecenia powinny zostać podpięte pod dany pobyt |
|  | System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych  badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego  nagłówka oraz  wspólnego opisu dla wszystkich zleceń |
|  | System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej |
|  | Na zleceniach badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne. |
|  | System umożliwia realizację pobrania materiału dla zleceń laboratoryjnych przy użyciu czytnika kodów kresowych. |
|  | Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań |
|  | Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów |
|  | Dla zleceń do pracowni histopatologii powinny być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej |
|  | W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu |
|  | System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych: |
|  | - kompleksowych, |
|  | - panelowych, |
|  | System powinien umożliwiać cykliczne zlecanie badań (możliwość definicji cyklu: Interwał cyklu, Liczba zleceń w cyklu, Daty od...data do...) |
|  | System powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w późniejszym terminie |
|  | Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia |
|  | System w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia. |
|  | System powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie) |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów: |
|  | -zakresu zleceń ( z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu) |
|  | -rodzaju  zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku), |
|  | -daty zlecenia |
|  | System musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego |
|  | Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania. |
|  | System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym: |
|  | - dzienne zestawienie leków dla pacjenta, |
|  | - dzienne zestawienie badań |
|  | Musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu, |
|  | System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania, |
|  | System musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany. |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych. |
|  | Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem. |
|  | System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii) |
|  | System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych  w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych) |
|  | System musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych. |
|  | System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania. |
|  | System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem  osi czasu |
|  | Podczas przeglądania wyników badan powinien być dostęp do  informacji o osobach realizujących badanie |
|  | System umożliwia w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń. |
|  | **Zlecanie żywienia pozajelitowego** |
|  | System powinien umożliwić zlecanie produkcji żywienia pozajelitowego |
|  | System powinien umożliwić rejestracje podania żywienia pozajelitowego |
|  | System powinien umożliwić zlecenie żywienia pozajelitowego z wykorzystaniem szablonów |
|  | System powinien informować o próbie zdefiniowania zlecenia żywienia pozajelitowego na okres, w którym już istnieje zlecenie tego rodzaju. |
|  | System powinien blokować możliwość edycji zlecenia produkcji żywienia pozajelitowego, jeśli po stronie Apteki zostało ono już przyjęte do realizacji |
|  | System powinien umożliwić przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki |

## Gabinet Zabiegowy

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Gabinet zabiegowy** |
|  | **Obsługa pacjenta w gabinecie** |
|  | System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu zabiegowego |
|  | System umożliwia rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie) |
|  | System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach: |
|  | - dane osobowe, |
|  | - podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale przyjmowane leki, choroby przewlekłe, szczepienia), |
|  | - uprawnienia z tytułu umów komercyjnych, |
|  | - historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta), |
|  | - wyniki badań, |
|  | - przegląd rezerwacji pacjenta. |
|  | Obsługa wizyty obejmuje przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach: |
|  | - informacje ze skierowania, |
|  | - zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów, |
|  | - usługi, świadczenia w ramach wizyty, |
|  | - wystawione skierowania, |
|  | - wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe |
|  | - wystawianie zaświadczeń i druków na formularzach zdefiniowanych dla wizyty |
|  | - wynik badania |
|  | - możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania |
|  | System umożliwia stosowanie słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt |
|  | System umożliwia stosowanie „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników |
|  | System umożliwia ewidencję wykonania usług rozliczanych komercyjnie. |
|  | Obsługa zakończenia badania/wizyty: |
|  | - autoryzacja medyczna badania, |
|  | - automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania |
|  | Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług |
|  | Automatyczna generacja i przegląd Wykazu Zabiegów |
|  | Obsługa wyników badań: |
|  | - wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych |
|  | - wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania |
|  | - autoryzacja wyników badań diagnostycznych |
|  | - wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia |
|  | - wielokrotny wydruk tego samego dokumentu |
|  | Dla zleceń laboratoryjnych, możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań |
|  | System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Wykaz Zabiegów |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Harmonogram przyjęć |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów Pracowni |
|  | **Konfiguracja pracy gabinetu** |
|  | System pozwala na dostosowanie modułu do specyfiki pracy gabinetu zabiegowego co najmniej w zakresie: |
|  | -możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb użytkownika |
|  | -możliwości zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla gabinetu |
|  | -możliwości wykorzystania zdefiniowanych wcześniej wzorów dokumentów. |

## Gabinet Medycyny Pracy

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Medycyna pracy** |
|  | **Obsługa specyfiki badań medycyny pracy** |
|  | Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie listy narażeń i czynników szkodliwych wynikających ze skierowania lub uzupełnianych ręcznie. |
|  | Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie wzorca stanowiska pracy |
|  | Możliwość wpisania wyniku badania wykonanego w innej placówce |
|  | Możliwość uznania ważnego wyniku badania wykonanego w przeszłości |
|  | Możliwość zlecania badań do wykonania w innych jednostkach organizacyjnych wybieranych automatycznie na podstawie zlecanego badania (np. gabinet specjalistyczny, laboratorium, pracownia diagnostyczna) |
|  | System musi umożliwiać obsługę badań spoza zakresu wskazówek metodycznych. |
|  | System musi wymagać odnotowania powodu zlecenia badań spoza zakresu wskazówek metodycznych. |
|  | Badania spoza wskazówek metodycznych muszą być raportowane w karcie badań profilaktycznych |
|  | System musi umożliwiać zdefiniowanie oraz podpowiadanie badań, które powinny być realizowane tylko w przypadku badań kodeksowych wstępnych. |
|  | raporty i wykazy usług medycyny pracy uwzględniające terminy wydanych orzeczeń |
|  | System musi umożliwiać i wspierać prowadzenie dokumentacji badań profilaktycznych z zakresu Medycyny Pracy |
|  | System musi umożliwiać tworzenie dokumentacji w zakresie orzecznictwa badań profilaktycznych Medycyny Pracy |

## Rehabilitacja

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Rehabilitacja** |
|  | **Konfiguracja modułu** |
|  | System musi umożliwiać definiowanie listy zdarzeń medycznych/elementów leczenia dla miejsca wykonania |
|  | System musi umożliwiać zarządzanie słownikiem stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych |
|  | System umożliwia zdefiniowanie  listy niewykonywanych  usług dla wskazanego zasobu |
|  | System umożliwia zarządzanie grafikami i terminarzami stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych |
|  | System umożliwia określenie oraz zdefiniowanie zestawu wykluczonych usług |
|  | System musi umożliwiać realizację zabiegów w warunkach: |
|  | - rehabilitacji ambulatoryjnej |
|  | - rehabilitacji oddziału dziennego |
|  | - rehabilitacji stacjonarnej |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie słownika rozpoznań kwalifikujących do stopnia pilności „pilny”, wg Klasyfikacji chorób ICD – rewizja 10 dla rehabilitacji medycznej |
|  | System musi umożliwić określenie warunków dostępności elementu leczenia (zabiegu), poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu: |
|  | - personel, |
|  | - pomieszczenie, |
|  | - stanowisko rehabilitacyjne. |
|  | System musi umożliwić określenie standardowego czasu trwania porad, wizyt i zabiegów |
|  | System musi umożliwić obsługę listy pacjentów modułu dedykowanego dla Rehabilitacji |
|  | System umożliwia definiowanie jednostek, które mają dostęp do funkcjonalności- Rehabilitacji |
|  | **Przyjęcie pacjenta /Planowanie zabiegów** |
|  | System musi umożliwiać konfigurację numerów teczek oraz nadanie teczki pacjentowi. Musi istnieć możliwość wyszukiwania pacjentów gabinetu według nr teczki. |
|  | System musi umożliwiać wprowadzenie nowego programu rehabilitacji dla pacjenta.  Program jest elementem skierowania i jest listą zabiegów do wykonania z określoną: - kolejnością, - krotnością wykonania, - miejscem wykonania, |
|  | System umożliwia definiowanie szablonów planu leczenia |
|  | System umożliwia  weryfikację trybu  skierowania na podstawie rozpoznania ze skierowania. |
|  | System musi umożliwiać przypisanie do programu lekarza prowadzącego oraz terapeuty prowadzącego, co będzie skutkowało wydrukiem danych lekarza i terapeuty na karcie zabiegów |
|  | System musi umożliwiać planowanie elementów leczenia programu rehabilitacji w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych. A zaplanowane terminy widoczne są na wydruku Karty zabiegowej pacjenta |
|  | System musi umożliwiać planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego |
|  | System umożliwia planowanie grupowej pozycji programu |
|  | System musi umożliwiać „ręczne” planowanie zabiegów, polegające na wskazaniu w terminarzu konkretnego wolnego terminu |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów dla wskazanych zabiegów wraz ze wstępnym ich zaplanowaniem przed wprowadzeniem danych pacjenta. |
|  | System umożliwia przeplanowanie wstępnie zaplanowanych zabiegów/cyklów zabiegów przed wprowadzeniem danych pacjenta (podczas symulacji terminów). |
|  | System musi umożliwiać planowanie zabiegów z uwzględnieniem innych otwartych cykli rehabilitacyjnych. |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem maksymalnej długości cyklu zabiegowego |
|  | System musi umożliwić zawieszenie realizacji wizyty rehabilitacyjnej |
|  | System musi uwzględniać ograniczenia liczby wykonań zabiegów w ciągu dnia zabiegowego w ramach danej serii |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem kontroli kolejności ich wykonania |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z uwzględnieniem rezerwacji pacjenta w innych jednostkach |
|  | System umożliwia planowanie z możliwością forsowania terminów |
|  | System umożliwia planowanie zabiegów z uwzględnieniem ograniczeń na płeć i wiek pacjenta |
|  | System pozwala na planowanie zabiegów z możliwością określenia czasu odstępów między zabiegami |
|  | System musi umożliwiać przygotowanie planu zabiegów rehabilitacyjnych w ramach zaplanowanych wizyt rehabilitacyjnych przed rozpoczęciem ich realizacji. |
|  | System umożliwia zaplanowanie jednego dnia zabiegowego i powielenie wybranych terminów na kolejne dni zabiegowe uwzględniając krotność danej pozycji planu leczenia (zabiegu) |
|  | Kolorystyczne oznaczenie terminów: zaplanowanych niezatwierdzonych, zaplanowanych zatwierdzonych,  zajętych, wolnych, kolidujących z preferencjami pacjenta, niedostępnych, z założoną blokadą/ ograniczeniem |
|  | System umożliwia anulowanie całego programu lub wybranych, niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów |
|  | System musi umożliwiać wgląd do terminarza gabinetu na dany dzień |
|  | System musi umożliwiać wgląd do terminarza terapeuty na dany dzień |
|  | System umożliwia wprowadzenie rozszerzonej postaci skierowania. Oprócz standardowych elementów skierowania system umożliwia uzupełnienie danych skierowania o : |
|  | - dane rozpoznania ("rehabilitacyjnego") |
|  | - dane programu rehabilitacji (zabiegów) |
|  | - dodatkowych informacji o  istotnych wynikach badań |
|  | System umożliwią wystawienie skierowania wewnętrznego (zlecenia) z dowolnego Gabinetu / Oddziału |
|  | System umożliwia wprowadzenie uwag do zlecenia oraz daje możliwość modyfikacji uwag z oznaczeniem daty obowiązywania danej uwagi |
|  | System umożliwia zdefiniowanie grup zabiegów wspólnie planowanych |
|  | System umożliwia definiowane schematów planu leczenia |
|  | System umożliwia zmianę terminu danego zabiegu |
|  | Planowanie pozycji programu z uwzględnieniem preferencji pacjenta .   System umożliwia zdefiniowanie i zapamiętanie preferencji pacjenta do planowania terminów zabiegów w zakresie: |
|  | - możliwości ustalenia preferowanych godzin realizacji (dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie ). |
|  | - możliwości ustalenia "nieodpowiadających" godzin realizacji ( dla określonych dni tygodnia z możliwością powielenia ustawień na kolejne tygodnie). |
|  | - oznaczenia dowolności planowania godzin dla wybranych dni tygodnia |
|  | - oznaczenia blokady planowania dla  wybranych dni tygodnia |
|  | - ustawienia mogą być definiowane dla wszystkich lub wybranych tygodni |
|  | System umożliwia definiowane schematów preferencji pacjenta |
|  | System umożliwia przeplanowanie terminów  zabiegów |
|  | System umożliwia przeplanowanie całego cyklu zabiegów |
|  | System musi umożliwić wysłanie do pacjenta powiadomienia z informacją o terminie realizacji pierwszego zaplanowanego zabiegu rehabilitacyjnego lub dla każdego zaplanowanego zabiegu. |
|  | System powinien umożliwiać ewidencję Karty Opieki Fizjoterapeutycznej |
|  | System musi umożliwiać zatwierdzenie lub inny sposób autoryzacji dokumentu Karty Opieki Fizjoterapeutycznej |
|  | System musi umożliwiać wykonywanie wykazów w oparciu o dane zaewidencjonowanych Kart Opieki Fizjoterapeutycznych |
|  | System musi umożliwiać wydruk Karty Opieki Fizjoterapeutyczne. System musi również umożliwić wydruk własnego pisma na podstawie danych zawartych w Karcie Opieki Fizjoterapeutycznej. |
|  | **Symulacja terminów:** |
|  | - System powinien umożliwić symulację polegając na wyznaczeniu wolnych terminów zabiegów |
|  | - System powinien sprawdzić dogodne terminy pozycji programu leczenia bez konieczności wprowadzenia danych pacjenta |
|  | - Symulacja powinna polegać na sprawdzenie i wyznaczenie terminu zanim zostanie wskazany konkretny Pacjent |
|  | - System powinien umożliwić sprawdzenie najbliższej wolnej daty dla wszystkich wymienionych zabiegów |
|  | - System powinien umożliwić powiązanie z konkretnym Pacjentem wcześniej zasymulowanych terminów |
|  | - System powinien umożliwić wstępną rezerwacje terminów, która będzie blokowała widoczność slotów czasowych dla Użytkownika równolegle planującego zabiegi |
|  | **Realizacja zabiegów** |
|  | System umożliwia dostęp do bieżącego programu rehabilitacji pacjenta |
|  | System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegu wcześniej  zaplanowanego oraz umożliwia oznaczenie wykonania z pominięciem planowania |
|  | System umożliwia realizację grupowej pozycji programu |
|  | System musi umożliwić lekarzowi i terapeucie bieżące tworzenie i uzupełnianie dokumentacji medycznej pacjenta, |
|  | System musi umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta |
|  | System musi umożliwiać lekarzowi wystawianie skierowań, recept i zleceń |
|  | System musi umożliwiać ewidencję zrealizowanych świadczeń |
|  | System musi umożliwiać ewidencję czasu trwania porady i zabiegu |
|  | System daje możliwość potwierdzenia wykonania zabiegu na karcie zabiegowej |
|  | System  na karcie zabiegów umożliwia zmianę terminu danego zabiegu |
|  | System umożliwia przerwanie realizacji zabiegu |
|  | System musi umożliwiać dostęp (wgląd) do wszystkich wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta. Dostęp wielu programów rehabilitacyjnych jest możliwy gdy dla pacjenta otwarty jest więcej niż jeden cykl rehabilitacyjny. |
|  | System musi umożliwiać wgląd do wszystkich wcześniejszych zleceń i wyników badań pacjenta |
|  | System musi umożliwić ewidencję wykonania zabiegów w postaci Karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością zbiorczego oznaczenia wykonania |
|  | System musi umożliwiać grupowe zaewidencjonowanie wykonania niezaplanowanych zabiegów na karcie zabiegów rehabilitacyjnych |
|  | System musi umożliwić ewidencję  zbiorczego oznaczenia anulowania  wszystkich zabiegów pacjenta w ramach danego cyklu |
|  | System musi umożliwić ewidencję  zbiorczego oznaczenia wykonania  wielu  zabiegów dla różnych pacjentów |
|  | System musi umożliwić ewidencję  zbiorczego oznaczenia anulowania  wielu  zabiegów dla różnych pacjentów |
|  | System musi umożliwiać przegląd zabiegów: wykonanych, zaplanowanych, do realizacji |
|  | System musi umożliwić zbiorczą generację rozliczeń dla zrealizowanych zabiegów pacjenta. |
|  | System musi umożliwić graficzną prezentację: |
|  | - oznaczenie wykonania zabiegu |
|  | - oznaczenie odrzuconego terminu  zabiegu |
|  | - oznaczenie nieautoryzowanego zabiegu |
|  | System umożliwia oznaczenie realizacji  zabiegów typu 'Trening rehabilitacyjny'. Prezentowana jest Karta treningowa, która jest listą parametrów treningowych z możliwością jej wydruku |
|  | System wspomaga ewidencję wykonań zabiegów poprzez wykorzystanie czytników kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta, oraz do oznaczenia wykonań realizacji świadczeń. |
|  | System umożliwia przypisanie kodu kreskowego do elementu leczenia ( zabiegu) |
|  | System umożliwia dodanie uwag do realizacji zabiegu |
|  | System umożliwia dodanie wykonania  zabiegu w ramach programu co oznacza dodanie wykonania kolejnego niezaplanowanego zabiegu w ramach tego samego dnia. |
|  | System umożliwia wydruk karty zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością określenia ( włączenia i wyłączenia) parametrów wydruku takich jak: -podpis pacjenta raz dziennie -podpis rehabilitanta raz dziennie -bez podpisu pacjenta -wydruk grupujący wg dat -wydruk grupujący wg zabiegów |
|  | System umożliwia definicję oraz wydruk własnego szablonu karty zabiegów rehabilitacyjnych |
|  | System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Wykaz Zabiegów Leczniczych |
|  | - Wykaz Świadczeń Fizjoterapeutycznych |
|  | - Wykaz Raportów Fizjoterapeutycznych |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | - Harmonogram przyjęć |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |
|  | System umożliwia automatyczne kopiowanie wstępnej oceny ICF do końcowej oceny ICF |
|  | System umożliwia kopiowanie wstępnej oceny ICF pomiędzy pobytami pacjenta. |
|  | System umożliwia tworzenie szablonów ICF oraz ich wykorzystanie podczas ewidencji oceny ICF. |
|  | System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych. |

## Pracownia Diagnostyczna i RIS

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Pracownia diagnostyczna** |
|  | dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni |
|  | Na liście zleceń do wykonania powinna być wyświetlana informacja, czy badanie powinno być wykonane przy łóżku pacjenta |
|  | System musi umożliwiać prezentację badań wymagających zafakturowania. |
|  | System umożliwia prezentację na liście badań jednostki, realizowanych badań z jednostek powiązanych. |
|  | rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w pracowni (przyjęcie) |
|  | wspomaganie obsługi pacjenta w pracowni: |
|  | - przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach: |
|  | - dane osobowe, |
|  | - podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale przyjmowane leki, choroby przewlekłe, przebyte choroby, szczepienia), |
|  | - uprawnienia z tytułu umów komercyjnych |
|  | - Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta) , |
|  | - wyniki badań, |
|  | - przegląd rezerwacji. |
|  | możliwość uporządkowania oraz ustawienia widoczności elementów menu/zakładek głównych grup danych dostępnych podczas ewidencji danych realizacji badania w zależności od potrzeb użytkownika |
|  | Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla pracowni |
|  | Możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty, |
|  | Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach: |
|  | - informacje ze skierowania, |
|  | -  zlecenia |
|  | - usługi, świadczenia w ramach wizyty, |
|  | - wystawione skierowania, |
|  | - wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe |
|  | - inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty). |
|  | - wynik badania |
|  | - możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania |
|  | Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt |
|  | Możliwość budowania i stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników lub jednostek organizacyjnych. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję proponowanego personelu wykonującego i opisującego badanie diagnostyczne. W przypadku integracji z systemem zewnętrznym, proponowany personel wykonujący i opisujący, powinien zostać wysłany do systemu zewnętrznego. |
|  | System musi umożliwiać wybór lekarza spoza listy użytkowników systemu, podczas ewidencji personelu realizującego badanie. |
|  | Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie: |
|  | Obsługa zakończenia badania/wizyty: |
|  | - autoryzacja medyczna badania, |
|  | - automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania |
|  | - możliwość rozpoczęcia realizacji kolejnego zleconego badania bieżącego pacjenta bezpośrednio z przeglądu realizacji bieżącego badania |
|  | System umożliwia zapis i autoryzację danych wizyty/badania w pracowni za pomocą jednego przycisku. |
|  | Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług |
|  | System umożliwia obciążenie kosztami wykonania podzlecenia jednostkę pierwotnie zlecającą wykonanie badania pacjentowi. |
|  | Automatyczne generowanie ksiąg/wykazów: Wykazu Badań, Wykazu Zabiegów, Księgi Zdarzeń Niepożądanych. Możliwość przeglądu wykazów/ksiąg. |
|  | System musi umożliwiać zakończenie realizacji wielu zleceń różnych pacjentów przez wprowadzenie jednego opisu badania. |
|  | Obsługa wyników badań: |
|  | - wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych |
|  | - wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania |
|  | - autoryzacja wyników badań diagnostycznych |
|  | - wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia |
|  | - wydruk wielu egzemplarzy tego samego dokumentu |
|  | System umożliwia generowanie dokumentu opisu badania diagnostycznego w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
|  | System prezentuje graficzną informację jeżeli autoryzowany wynik został wycofany i ponownie zmodyfikowany. |
|  | System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.: |
|  | - Wykaz Badań |
|  | - Wykaz Zabiegów |
|  | - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  | - Harmonogram przyjęć |
|  | - Księga Ratownictwa |
|  | System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Pracowni, w zakresie: - opisu badania, - opisu konsultacji, - opisu realizacji. |

## Stacja Dializ

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | zarządzanie konfiguracją i planowaniem usług: |
|  | prowadzenie katalogu usług wykonywanych w Stacji Dializ, |
|  | prowadzenie listy aparatów, |
|  | prowadzenie listy personelu medycznego, |
|  | generacja grafików (terminarzy) z dokładnością do sal i dziennych tur dializ, |
|  | System umożliwia dodawanie własnego wpisu dla 'Słownika rodzajów dializatorów' |
|  | System powinien umożliwiać planowanie wizyt na podstawie wzorca dializy, w którym określony jest dzień i tura dializy. |
|  | System powinien umożliwiać przeplanowywanie wizyt z wykorzystaniem mechanizmu drag&drop. |
|  | przegląd i modyfikacja danych pacjenta: |
|  | dostęp do skorowidza pacjentów podsystemu Stacja Dializ z możliwością integracji z pozostałymi podsystemami medycznymi (Ruch Chorych, Przychodnia), |
|  | wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów. |
|  | rejestracja i modyfikacja grup danych o pacjentach, w tym: |
|  | - dane osobowe, |
|  | - dane o ubezpieczycielu, |
|  | - dane o zatrudnieniu, |
|  | - dane o dializach z podziałem na dane ogólne, dane o dostępie naczyniowym, dane o aktualnym statusie na liście biorców, |
|  | - wskaźnik „wydializowania” kT/V |
|  | możliwość ograniczenia zakresu wprowadzanych danych w przypadku dializ ostrych, |
|  | przegląd danych archiwalnych pacjenta i śledzenie historii zmian, |
|  | przegląd kontaktów pacjenta ze Stacją Dializ, w zakresie: |
|  | - wizyt w Stacji Dializ, |
|  | - usług wykonanych pacjentowi w Stacji Dializ z uwzględnieniem personelu wykonującego, |
|  | - pobytów na oddziałach szpitalnych, |
|  | - wyników badań. |
|  | wprowadzanie zleceń na usługi Stacji Dializ: |
|  | - możliwość realizacji zleceń wewnętrznych z innych jednostek organizacyjnych Zamawiającego (w przypadku systemu zintegrowanego), |
|  | - możliwość wprowadzania zleceń zewnętrznych (skierowań z innych podmiotów). |
|  | wspomaganie planowania dializ w oparciu o grafiki (terminarze) sal i tur: |
|  | - rezerwacja wolnych terminów na dializy w oparciu o dostępne aparaty |
|  | - możliwość kopiowania zaplanowanych dializ dla pacjentów z tygodnia bieżącego na kolejny, |
|  | przegląd listy zaplanowanych dializ i badań laboratoryjnych, |
|  | wizualizacja (różne kolory) stanu realizacji dializy |
|  | możliwość anulowania zaplanowanych wizyt, |
|  | przegląd i wydruk listy zarejestrowanych pacjentów, |
|  | możliwość pominięcia planowania w przypadku dializ ostrych. |
|  | wspomaganie realizacji wizyty (dializy): |
|  | dostęp do wszystkich kategorii danych o pacjencie zaewidencjonowanych w systemie, w tym danych z poprzednich wizyt, |
|  | ewidencja danych o przebiegu wizyty: |
|  | - czas trwania wizyty, |
|  | - wykonane procedury, |
|  | - podane leki, |
|  | - zużyte materiały (w tym dializatory), |
|  | - obserwacje lekarskie, |
|  | - personel wykonujący dializę. |
|  | ewidencja parametrów przebiegu dializy z możliwością kopiowania z poprzedniej wizyty, z podziałem na grupy danych o: |
|  | - wykonaniu dializy, |
|  | - pacjencie, |
|  | - programie dializy, |
|  | - płynie, |
|  | - wkłuciach, |
|  | - ultrafiltracji. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję informacji dotyczących stanowiska na którym wykonywana jest dializa |
|  | System musi prezentować dane dotyczące czasu dializy oraz efektywnego czasu dializy w minutach. |
|  | wprowadzanie zleceń na inne usługi, |
|  | ewidencja danych do rozliczeń z płatnikiem, |
|  | ewidencja wydanych skierowań i innych dokumentów. |
|  | System powinien umożliwić automatyczne wyliczanie ultrafiltracji po uzupełnieniu wagi optymalnej i wagi przed dializa pacjenta |
|  | prowadzenie statystyki i dokumentacji medycznej: |
|  | prowadzenie ksiąg, rejestrów: |
|  | - Księga Dializ |
|  | możliwość wykorzystania zdefiniowanych szablonów wydruków: |
|  | - Przebieg hemodializy, |
|  | - Karta informacyjna o wykonanych hemodializach (dla pacjentów nie będących pacjentami stałymi), |
|  | - Karta informacyjna o sposobie dializowania (dla pacjentów planujących czasowe dializowanie w innym miejscu). |
|  | możliwość definiowania własnych szablonów wydruków. |
|  | czynności analityczno – sprawozdawcze: |
|  | możliwość wykorzystania raportów wbudowanych, w tym: |
|  | - liczba wykonanych hemodializ, |
|  | - zestawienie wykonanych hemodializ. |
|  | możliwość definiowania własnych wykazów (moduł Wykazy). |
|  | integracja z innymi modułami systemu medycznego: |
|  | - współpraca z modułem Apteczka oddziałowa w zakresie ewidencji zużytych leków i materiałów (w tym dializatorów) oraz aktualizacji stanów magazynowych, |
|  | - współpraca z pozostałymi podsystemami medycznymi w zakresie wzajemnego udostępniania danych o pacjentach, danych zlecenia i danych o jego wykonaniu, |
|  | - współpraca z modułem Dokumentacji formularzowej w zakresie wykorzystania formularzy zaprojektowanych przez użytkownika, |
|  | - współpraca z modułami Rachunku Kosztów Leczenia |

## Rozliczenia z NFZ

|  | **Rozliczenia z NFZ** |
| --- | --- |
|  | Zarządzanie umowami NFZ |
|  | Możliwość obsługi i rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ |
|  | Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX, |
|  | Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy: |
|  | - Okres obowiązywania umowy, |
|  | - Pozycje planu umowy, |
|  | - Miejsca realizacji świadczeń |
|  | - Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe, |
|  | - Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń, świadczeń jednostkowych, pakietów świadczeń, schematów leczenia itd.) |
|  | - Parametry pozycji pakietów świadczeń |
|  | System musi umożliwiać przegląd informacji o miejscach realizacji umów wraz z informacją o punktach umowy realizowanych w danym miejscu (komórce organizacyjnej). |
|  | System musi umożliwiać przegląd stanu realizacji umów PSZ. |
|  | Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych |
|  | Musi istnieć możliwość rozliczenia pobytu, jeśli dane osobowe uległy zmianie w trakcie pobytu (hospitalizacji) |
|  | Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice: |
|  | - Różnica w cenie świadczenia, |
|  | - Różnica w wadze efektywnej świadczenia, |
|  | - Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego, |
|  | Definiowanie dodatkowych walidacji |
|  | - Liczba realizacji świadczeń w okresie, |
|  | - Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie, |
|  | Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń |
|  | - Ubezpieczonym, |
|  | - Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń, |
|  | - Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza |
|  | - Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, |
|  | - Uprawnionym na podstawie Karty Polaka |
|  | - Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia |
|  | System musi umożliwiać przegląd i ewidencję dokumentów potwierdzających uprawnienia pacjenta do realizacji świadczeń. |
|  | System musi umożliwiać ewidencjonowanie więcej niż jednego dokumentu potwierdzającego dodatkowe uprawnienia tego samego rodzaju. |
|  | System umożliwia odnotowanie drogi złożenia oświadczenia pacjenta/opiekuna o uprawnieniu/ uprawnieniach dodatkowych do świadczeń zdrowotnych, w przypadku złożenia poprzez systemy teleinformatyczne (w tym telefonicznie) |
|  | System musi wspierać rozliczanie świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w szczególności poprzez wyznaczanie prawidłowego zakresu świadczeń związanego z tą grupą pacjentów. |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie danych co najmniej na podstawie numeru dokumentu i identyfikatora pacjenta, który to identyfikator sprawozdawany jest do NFZ w komunikacie SWIAD. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne przekodowanie procedur medycznych na świadczenia jednostkowe, zaewidencjonowane podczas odmowy na Izbie Przyjęć oraz zakończenia pobytu w SOR System powinien umożliwiać wyłączenie automatycznej generacji powyższych rozliczeń (świadczeń jednostkowych) we wskazanych komórkach organizacyjnych. |
|  | System umożliwia automatyczne rozliczanie procedur zrealizowanych w Izbie Przyjęć lub SOR |
|  | System weryfikuje pobyty dłuższe niż 1 doba, dla SOR i IP |
|  | System umożliwia weryfikację poprawności rozliczeń zleceń. |
|  | System udostępnia funkcjonalności związane z obsługą pacjentów objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) poprzez: - oznaczenie pacjenta objętego opieką w ramach KOS-zawał, - ewidencję pozycji rozliczeniowych z informacją o dodatkowym dokumencie o kodzie KOS-ZAWAL wraz z numerem kwalifikacji pacjenta w KOS-zawał, - rozliczanie premii w ramach KOS-zawał. |
|  | Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących |
|  | - Numeru umowy, |
|  | - Zakresu świadczeń, |
|  | - Wyróżnika |
|  | - Świadczenia jednostkowego, |
|  | Możliwość zbiorczego weryfikowania kompletności zaewidencjonowanych procedur ICD9 w Izbie Przyjęć i SOR pod kątem ich przynależności do odpowiednich kategorii oraz możliwość zbiorczego wykonania operacji uzupełnienia i poprawienia danych rozliczeniowych. |
|  | Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną |
|  | Przegląd informacji o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach do świadczeń w każdym dniu pobytu |
|  | Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych |
|  | System musi umożliwiać automatyczną sprawozdawczość (eksport i import danych) do systemu NFZ z wykorzystaniem poczty elektronicznej (e-mail). W zakresie eksportu danych do NFZ, wymaganie dotyczy także komunikatów FAKT i RACH. |
|  | W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS |
|  | System umożliwia harmonogramowanie eksportów danych: w wyznaczonym dniu, o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę dni, w określony dzień tygodnia, miesiąca lub roku |
|  | System musi umożliwić weryfikacje zestawów świadczeń pod kątem: |
|  | - poprawności i kompletności wprowadzonych danych |
|  | - danych zakwestionowanych przez system NFZ |
|  | System musi umożliwiać weryfikację poprawności i kompletności danych w sposób zautomatyzowany, zgodnie ze zdefiniowanym harmonogramem (np. w godzinach nocnych). |
|  | System umożliwia weryfikację ciągłości kategorii procedur ICD9 zaewidencjonowanych na Izbie Przyjęć lub SOR. |
|  | System musi umożliwiać przeglądanie danych archiwalnych dotyczących błędów weryfikacji, powstałych podczas grupowej weryfikacji świadczeń lub eksportu świadczeń. |
|  | Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ |
|  | Wyszukiwanie po numerach w wykazach/księgach |
|  | Wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9 |
|  | Wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ |
|  | Wyszukiwanie po instytucji kierującej |
|  | Wyszukiwanie po personelu kierującym/ realizującym |
|  | Wyszukiwanie zestawów bez pozycji rozliczeniowych |
|  | Wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi |
|  | Wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone |
|  | Wyszukiwanie po statusie rozliczenia |
|  | Wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy |
|  | Wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe |
|  | Wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji |
|  | Wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie |
|  | Wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta |
|  | System musi umożliwiać ewidencję i sprawozdawczość świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących. |
|  | Wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ |
|  | Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika |
|  | Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P\_SWI) |
|  | Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R\_UMX) |
|  | Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ |
|  | - Eksport komunikatu DEKL – informacje o deklaracjach |
|  | - Eksport komunikatu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ |
|  | - Eksport komunikatów do NFZ z użyciem poczty elektronicznej |
|  | Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ |
|  | Import odpowiedzi nadesłanych poczta elektroniczną |
|  | - Import komunikatu P\_DEK – potwierdzenia danych dla przesłanych deklaracji |
|  | - Import komunikatu Z\_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji |
|  | - Import komunikatu Z\_RDP – rozliczenia deklaracji |
|  | Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika |
|  | Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów |
|  | Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków |
|  | System uniemożliwia jednoczesne wygenerowanie rachunku do jednego szablonu lub korekty do jednego rachunku przez kilku użytkowników |
|  | Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego) |
|  | System wskazuje w Zestawieniu kategorii procedur ICD9 kategorię pacjenta, do której pacjent został przypisany na podstawie przekodowanych świadczeń |
|  | Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.: |
|  | - Numeru umowy, |
|  | - Zakresu miesięcy sprawozdawczych, |
|  | - Jednostki realizującej, |
|  | - Zakresu świadczeń i wyróżnika, |
|  | - Świadczenia, |
|  | - Numeru szablonu |
|  | - Uprawnienia pacjenta do świadczeń |
|  | System powinien umożliwić wykonanie raportów ze zrealizowanych świadczeń wg rodzajów specjalnego sposobu rozliczania i kodu systemu dokumentów dodatkowych |
|  | Zestawienie z realizacja planu umowy, |
|  | Zestawienie wykonań przyrostowo, |
|  | Zestawienie wykonań według miejsc realizacji |
|  | Sprawozdanie rzeczowe |
|  | Eksport danych do formatu XLS |
|  | Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ |
|  | Sprawozdanie finansowe, |
|  | Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, |
|  | Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE), |
|  | Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza), |
|  | Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy |
|  | Załącznik nr 4 do umowy - chemioterapia |
|  | Załączniki do umów POZ |
|  | Import słownika produktów handlowych (komunikat PRH) |
|  | Możliwość przekodowania produktów handlowych na leki |
|  | Ewidencja faktur zakupowych |
|  | Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ w aktualnym formacie komunikatu FZX |
|  | Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ) |
|  | Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych |
|  | Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ |
|  | Dla świadczenia POZ transport, system powinien sprawdzać czy w danych wizyty został wpisany cel transportu, w przeciwnym razie powinien opowiadać domyślna wartość, ze słownika |
|  | System powinien umożliwiać definiowanie minimalnej i maksymalnej liczby pacjentów uczestniczących w sesjach |
|  | System musi umożliwiać przypisanie pacjentów do programów leczenia. W przypadku realizacji świadczenia dla różnych umiejscowień (np. lewe, prawe oko), system musi umożliwiać kilkukrotne przypisanie pacjenta do tego samego programu leczenia. |
|  | System musi umożliwiać wyszukanie programów leczenia, programów opieki koordynowanej oraz pacjentów nimi objętych wg stanu na zadany dzień oraz wg płatnika |
|  | System musi umożliwiać przegląd wizyt i hospitalizacji pacjentów objętych programem leczenia lub opieką koordynowaną. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne rozliczenie psychiatrii z uwzględnieniem rozliczenia nieobecności pacjenta związanej z koniecznością leczenia w innym szpitalu z jednoczesną rezerwacją łóżka na oddziale psychiatrycznym ZOL. |
|  | System musi umożliwiać zbiorcze rozliczanie świadczeń psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem: - świadczeń realizowanych na oddziałach psychiatrycznych, - świadczeń realizowanych w dziennych oddziałach psychiatrycznych, - rozliczeń dotyczących rezerwacji łóżek w ZOL, - harmonogramu godzin pracy oddziałów dziennych, - długości trwania nieobecności pacjentów w ramach realizacji świadczeń w dziennych oddziałach psychiatrycznych. |
|  | System musi umożliwić zbiorcze usuwanie pozycji rozliczeniowych na liście rozliczeń dotyczącej danego zestawu świadczeń. |
|  | System pozwala na zbiorczą aktualizację kodów specjalnego rozliczania w rozliczeniach miesięcznych. |
|  | System powinien umożliwiać wykorzystanie słownika jednostek rozliczeniowych |
|  | Integracja z innymi modułami systemu |
|  | - ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni |
|  | - ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module Apteka |
|  | - ewidencja faktur zakupowych na leki stosowane w programach lekowych |
|  | Dla świadczeń oznaczonych kodem CBE (Centralna baza Endoprotezoplastyk) system powinien wymagać rejestracji właściwego dokumentu |
|  | Eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego |
|  | System musi umożliwiać określenie domyślnego rodzaju faktury eksportowanej do systemu Finansowo-Księgowego |
|  | Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP |
|  | System umożliwia rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych. |
|  | System prezentuje informacje dotyczące wysokości środków zakwalifikowanych do Funduszu Medycznego oraz informacje dotyczące wysokości środków rozliczonych na rzecz tego funduszu i Planu Spłat |
|  | System umożliwia dodanie uwag/komentarza do komunikatu importu/eksportu |
|  | Dla chemioterapii oraz programów lekowych dodatkowo współczynniki korygujące uwzględniają progi kosztowe dla substancji czynnych |
|  | System umożliwia automatyczne uzupełnianie pozycji rachunku ręcznego wartościami z planu umowy w przypadku zakresów ryczałtowych. |
|  | System umożliwia eksport RACH i FAKT oraz import potwierdzeń P\_RACH i P\_FAKT. System prezentuje status dokumentu w systemie NFZ i umożliwia przegląd błędów importu do systemu NFZ rachunków i faktur. |
|  | System umożliwia ewidencję dwóch osób prowadzących sesję psychoterapii |
|  | System umożliwia ewidencję cykli leczenia w zakresie Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody uzyskanej w aplikacji Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji |
|  | System umożliwia powiązanie umowy oraz pozycji umowy z konfiguracją zdefiniowaną w systemie finansowo-księgowym |
|  | System umożliwia kopiowanie konfiguracji finansowo-księgowej oraz OPK z uwzględnieniem jej zmiany pomiędzy okresami księgowymi. |
|  | System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych. |
|  | Podczas wyznaczania JGP system uwzględnia rozpoznanie powypisowe (onkologiczne) |
|  | System umożliwia dodanie uwag/komentarza do komunikatu importu/eksportu |
|  | **JGP** |
|  | Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP |
|  | Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9), |
|  | Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji |
|  | Możliwość wyznaczania JGP dla każdego z pobytów oddzielnie |
|  | Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ |
|  | Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna |
|  | Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ |
|  | Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP |
|  | Przy wyznaczeniu świadczeń JGP system powinien uwzględniać posiadane przez pacjenta orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności |
|  | Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością aktualizacji JGP na poprawną |
|  | Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować |
|  | - Różnice w zaewidencjonowanych taryfach, |
|  | - Różnice w zaewidencjonowanych JGP, |
|  | Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP: |
|  | - Konieczność zmiany JGP, |
|  | - Konieczność zmiany taryfy, |
|  | - Konieczność przepięcia JGP do pobytu na innym oddziale |
|  | Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów |
|  | - Data zakończenia hospitalizacji, |
|  | - Wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP |
|  | - Kod JGP, |
|  | - Rozpoznanie główne |
|  | - Kod procedury medycznej, |
|  | - Status rozliczenia |
|  | Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych |
|  | Możliwość porównania wersji grupera. Wynik porównania powinien być możliwy do zapisu w formacie XLS. |
|  | Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP |
|  | W przypadku podpięcia procedury z innej wizyty, system umożliwia badanie wpływu na wyznaczoną wcześniej grupę JGP |
|  | Jeśli dla hospitalizacji istnieje aktywne świadczenie JGP ze wskazanym sposobem rozliczenia związanym z urazami wielonarządowymi (UJ1, UJ2, UJ3), system powinien sprawdzić, czy wśród rozpoznań wypisowych hospitalizacji występuje rozpoznanie z listy T07 dla wersji grupera zgodnej ze wskazanej w świadczeniu JGP |
|  | Możliwość wydrukowania charakterystyki wybranej JGP.SZP w formie podręcznej karty |
|  | Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP) |
|  | **Symulator JGP** |
|  | Symulator dostępny w systemie, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym |
|  | Symulator dostępny poprzez przeglądarkę WWW bez konieczności dostępu do zewnętrznej sieci Internet |
|  | System musi umożliwiać wstępne zasilania symulatora danymi wybranego zestawu świadczeń (hospitalizacji, wizyty), a w przypadku niezakończonych hospitalizacji system musi umożliwiać uzupełnienie wymaganych pozycji symulatora domyślnymi danymi. |
|  | Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczane JGP |
|  | Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć), |
|  | Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji, |
|  | Dodanie lub usuniecie pobytu |
|  | Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania)) |
|  | Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP |
|  | Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP |
|  | Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji, |
|  | Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie, |
|  | Wskazywanie JGP z podziałem na: |
|  | - JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru, |
|  | - JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków, |
|  | - JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy, |
|  | Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia) |
|  | W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków |
|  | Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP |
|  | Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji, |
|  | Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą), |
|  | Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja), |
|  | Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie , |
|  | Prezentacja graficzna (np. wykres) ilustrujący zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta |
|  | **Harmonogram przyjęć** |
|  | Definicja harmonogramów przyjęć zgodnie z wymaganiami płatnika: |
|  | - do komórek organizacyjnych |
|  | - do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika |
|  | - onkologicznych |
|  | - na procedurę (AP-KOLCE) |
|  | Prowadzenie harmonogramów przyjęć wraz z wykazem osób wpisanych w harmonogramie |
|  | System musi umożliwiać określenie dla wybranych harmonogramów, wymogu wskazania na wpisie wartości innej niż 'Nie dotyczy' w kontekście operowanej strony |
|  | Wskazanie tych definicji harmonogramów przyjęć, które po wczytaniu aneksu do umowy posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki wg NFZ wraz z możliwością aktualizacji kodu komórki wg NFZ na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ |
|  | Możliwość zbiorczego przenoszenia pacjentów pomiędzy harmonogramami |
|  | - Wszystkich aktywnych pozycji |
|  | - Wybranych pozycji |
|  | Możliwość zbiorczego przeliczania pierwszych wolnych terminów dla wszystkich harmonogramów przyjęć |
|  | System musi umożliwiać ustawienie domyślnej kategorii pacjenta w kontekście jednostki na wpisie do harmonogramu. |
|  | **Harmonogram przyjęć - ewidencja** |
|  | Możliwość planowania daty z dokładnością do dnia lub tygodnia (w przypadku odległego terminu realizacji świadczenia) |
|  | Przyporządkowanie oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne) |
|  | Rejestracja wpisu do harmonogramu o kategorii innej niż oczekujący, powinna odbywać się bez podziału na przypadki pilne i stabilne |
|  | System musi automatycznie podpowiadać kod uprawnienia do obsługi pacjenta poza kolejnością, na podstawie jego dokumentów uprawniających (pokrywających się z dostępnymi kodami uprawnień do obsługi poza kolejnością) zaewidencjonowanych w systemie. |
|  | System musi umożliwiać określenie listy harmonogramów, dla których wymagana jest ewidencja okolic ciała. |
|  | System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymaganych kodów resortowych na skierowaniu ewidencjonowanym w ramach wpisu do harmonogramu. |
|  | System musi umożliwiać rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany |
|  | System musi rejestrować przypadki zmiany: |
|  | -kategorii pacjenta |
|  | -kategorii medycznej |
|  | wraz z uzasadnieniem zmiany |
|  | System musi umożliwiać przywrócenie do harmonogramu pacjenta wykreślonego |
|  | System musi umożliwiać grupową zmianę planowanego terminu udzielenia świadczenia na wskazany dzień lub o wskazaną liczbę dni, wraz z podaniem przyczyny zmiany. |
|  | System musi umożliwiać automatycznie podpowiadanie kategorii pacjenta na podstawie trybu przyjęcia na wizytę/pobyt podczas ewidencji danych harmonogramu. |
|  | System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymogu uzupełnienia danych harmonogramu podczas przyjęcia pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać automatyczne skreślenie wpisu na podstawie realizowanej wizyty/pobytu. |
|  | **Harmonogram przyjęć - sprawozdawczość** |
|  | System umożliwia generowanie statystyk harmonogramów przyjęć w podziale na kategorie pacjentów |
|  | Generowanie statystyk oczekujących z podziałem na przypadki pilne i stabilne: |
|  | - Liczba oczekujących |
|  | - Szacunkowy czas oczekiwania w kolejce |
|  | - Średni rzeczywisty czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu) |
|  | **Komunikacja z NFZ** |
|  | Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących |
|  | Komunikat LIOCZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących |
|  | Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących |
|  | **Integracja z AP-KOLCE** |
|  | Obsługa komunikacji z systemem AP-KOLCE, w zakresie: |
|  | -powiązania harmonogramu przyjęć prowadzonego w systemie AP-KOLCE z harmonogramem zdefiniowanym w systemie |
|  | -aktualizacji danych harmonogramu |
|  | -dodania pacjenta w systemie AP-KOLCE |
|  | -aktualizacji danych pacjenta w systemie AP-KOLCE |
|  | -dodania i aktualizacji danych wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć |
|  | Potwierdzanie odbioru komunikatu, dla komunikatów tego wymagających, bezpośrednio w aplikacji |
|  | Prowadzenie kolejek onkologicznych i kolejek na procedurę |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie wpisu do harmonogramu jako oczekującego na automatyczną synchronizacje z AP-KOLCE w zdefiniowanym czasie |
|  | System musi prezentować informację o braku synchronizacji wpisu z systemem AP-KOLCE. |
|  | System umożliwia przekazywanie informacji o pierwszych wolnych terminach dla sprawozdawanych harmonogramów |
|  | **Weryfikacja w eWUŚ** |
|  | Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń refundowanych przez NFZ podczas |
|  | rejestracji na Izbie Przyjęć |
|  | rejestracji/planowania wizyty w przychodni lub pracowni, weryfikowany jest stan na dzień rejestracji |
|  | System musi umożliwić sprawdzenie statusu eWUŚ dla pacjentów wpisanych do Księgi Oczekujących. |
|  | Tworzenie harmonogramów weryfikacji grupowej |
|  | System musi umożliwić powiadamianie użytkownika o przebiegu zbiorczej weryfikacji uprawnień eWUŚ z użyciem kanałów SMS i e-mail. |
|  | System musi umożliwiać taką konfigurację procesu weryfikacji uprawnień eWUŚ, aby w przypadku pracy w konfiguracji sieci jednostek, system sprawdzał uprawnienia eWUŚ pacjenta w jednym z poniższych trybów: |
|  | -uprawnienia pacjenta sprawdzane w kontekście wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ odpowiadającym Świadczeniodawcom objętych funkcjonalnością sieci jednostek |
|  | -uprawnienia pacjenta sprawdzane były wyłącznie w kontekście właściwego płatnika wskazanego w danych zestawu świadczeń (wizyty, hospitalizacji), a nie wszystkich płatników NFZ zdefiniowanych w systemie |
|  | Weryfikacja uprawnień w oparciu o harmonogramy obejmująca pacjentów |
|  | - przebywających na oddziale, |
|  | - przebywających na obserwacji na izbie przyjęć |
|  | - w trakcie wizyt |
|  | - wypisywanych ze szpitala ale o niezautoryzowanym wypisie i nie rozliczonych |
|  | - dla których zarejestrowano zgon, ale zapis nie został autoryzowany a pobyt rozliczony |
|  | - którzy złożyli deklaracje |
|  | Oznaczanie ikoną i kolorem statusu weryfikacji pacjenta |
|  | - na liście pacjentów |
|  | - w widocznym miejscu przy danych pacjenta |
|  | **Deklaracje POZ** |
|  | Import umów w rodzaju POZ |
|  | Ewidencja deklaracji POZ/KAOS |
|  | - Deklaracje do lekarza rodzinnego, |
|  | - Deklaracje do pielęgniarki, |
|  | - Deklaracje do położnej, |
|  | - Deklaracje z zakresu medycyny szkolnej, |
|  | - Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą, |
|  | - Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem zarażonym HIV |
|  | System musi umożliwiać zbiorczy wydruk deklaracji POZ. |
|  | Ewidencja porad POZ |
|  | Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z deklaracjami POZ/KAOS |
|  | Komunikat DEKL – komunikat szczegółowy deklaracji POZ/KAOS |
|  | Komunikat ZBPOZ – komunikat szczegółowy danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ |
|  | Import komunikatów zwrotnych XML w obowiązujących wersjach |
|  | Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych przesłanych komunikatami DEKL i ZBPOZ |
|  | Import komunikatu potwierdzeń do deklaracji POZ/KAOS (komunikat P\_DEK) |
|  | Import komunikatu zwrotnego z weryfikacji deklaracji POZ/KAOS (komunikat P\_WDP) |
|  | Import komunikatu zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS (komunikat Z\_RDP) |
|  | Przegląd potwierdzeń deklaracji POZ/KAOS |
|  | Przegląd weryfikacji deklaracji POZ/KAOS z możliwością zbiorczego wycofania deklaracji, które nie zostały zaliczone przez NFZ |
|  | Generowanie rachunków deklaracji POZ |

## Rozliczenia Komercyjne

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Komercja** |
|  | **Indywidualne konto pacjenta (IKP)** |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie kont rozrachunkowych pacjentów z tytułu usług medycznych, |
|  | System musi umożliwić naliczenie na IKP należności przed rozpoczęciem realizacji usługi płatnej z góry |
|  | System musi umożliwiać wydruk dokumentów potwierdzenia przyjęcia opłaty (KP) za usługi za które płaci pacjent |
|  | System musi umożliwiać wystawienie dokumentu sprzedaży (paragonów, faktur i faktur korygujących) |
|  | Podczas wystawiania paragonu system weryfikuje czy dla pacjenta wymagany jest opiekun. System musi umożliwiać wystawienie paragonu na opiekuna. |
|  | System umożliwia wydruk dokumentu sprzedaży dla opiekuna pacjenta. |
|  | System musi umożliwić zdefiniowanie powodu korekty dokumentu sprzedaży |
|  | System musi umożliwiać automatyczną aktualizację sposobu płatności dokumentu sprzedaży podczas operacji opłacenia. |
|  | System musi umożliwić realizację wypłaty środków dokumentu sprzedaży. |
|  | System musi umożliwiać uwzględnianie kwoty odsetek wynikających z wystawionej w systemie Finansowo-Księgowym noty odsetkowej, podczas realizacji opłacenia dokumentu sprzedaży. |
|  | System musi posiadać możliwość skojarzenia paragonu/faktury ze schematem księgowania w module Finanse-Księgowość, |
|  | System musi pozwalać na eksport paragonu/faktury do modułu Rejestr Sprzedaży, |
|  | System musi umożliwiać ewidencję płatności mieszanej np. kartą i gotówką. |
|  | System musi umożliwić anulowanie zafakturowanej usługi komercyjnej. |
|  | System musi umożliwiać wydrukowanie załącznika do faktury, prezentującego wartościowe zestawienie wykonanych usług. |
|  | System musi umożliwiać generowanie wydruku oświadczeń pacjenta o zobowiązaniu do wpłaty. |
|  | System musi umożliwiać generowanie wydruku upoważnienia do wypłaty środków. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie indywidualnego subkonta bankowego pacjenta. Numer subkonta drukowany jest na fakturach za świadczenia komercyjne zrealizowane pacjentowi. |
|  | **Obsługa pacjenta komercyjnego** |
|  | Musi istnieć możliwość indywidualnej zmiany ceny usługi dla pacjenta |
|  | System powinien podczas rejestracji usługi komercyjnej umożliwiać zmianę stawki VAT. |
|  | System musi umożliwiać wybór płatnika w ramach kategorii (płatnik NFZ, umowa komercyjna, pacjent płaci sam) |
|  | Podczas przyjęcia pacjenta musi istnieć możliwość weryfikacji uprawnień do świadczeń z tytułu umów w których pacjent jest beneficjentem |
|  | System musi umożliwiać wspólną prezentację uprawnień komercyjnych oraz uprawnień NFZ i POZ |
|  | System musi umożliwiać przegląd udostępnionych danych umowy, |
|  | System powinien podczas rejestracji usługi komercyjnej weryfikować zdefiniowane limity wykonania usług na poziomie definicji umowy. |
|  | System musi udostępniać informacje o powodzie niedostępności usługi i ograniczeniach dostępności, |
|  | System musi umożliwić kopiowanie danych produktu |
|  | System musi umożliwiać podgląd, wyszukiwanie oraz wydruk zestawień wartości wykonanych usług medycyny pracy. |
|  | **Obsługa stanowiska kasowego:** |
|  | System musi umożliwiać przyjęcie płatności (gotówka, karta płatnicza, środki pacjenta na IKP), |
|  | System musi umożliwiać wypłatę gotówki z tytułu nadpłat i korekt. |
|  | System musi umożliwiać obsługę operacji kasowych dla pacjentów, |
|  | System musi umożliwiać generowanie i podgląd raportów dobowych kasy fiskalnej. |
|  | System musi umożliwiać skojarzenie z każdym typem operacji kasowej schematu księgowania w module Finanse-Księgowość, |
|  | Raport kasowy: |
|  | System musi umożliwić wykonanie operacji otwarcia/zamknięcia raportu kasowego . |
|  | System musi umożliwić podgląd i wydrukowanie raportu kasowego. |
|  | **Zarządzanie cennikami** |
|  | System musi umożliwiać określenie czasu obowiązywania cennika, |
|  | System musi umożliwiać definiowanie cenników standardowych i specjalnych (np. na dni świąteczne), |
|  | System musi umożliwiać tworzenie cenników dla personelu. |
|  | System musi umożliwiać określenie miejsc realizacji usługi, |
|  | System musi umożliwiać drukowanie cennika z informacją w których placówkach cennik obowiązuje. |
|  | System musi umożliwić podgląd placówek, w których obowiązuje cennik |
|  | System musi umożliwiać wersjonowanie cenników |
|  | System musi umożliwiać przeglądanie informacji o okresach ważności wszystkich wersji cennika |
|  | System musi umożliwić przechowywanie historii zmian wartości pozycji cennika wraz z informacją o okresach obowiązywania |
|  | System musi umożliwić podgląd usuniętych pozycji cennika |
|  | System musi umożliwiać konfigurację grup analitycznych związanych z definicją cennika. |
|  | System musi pozwalać na wprowadzanie rabatów: |
|  | - ogólnych, do wykorzystania bez ograniczeń, |
|  | - prywatnych, przyporządkowane do osoby, |
|  | - dla placówki, |
|  | System musi umożliwiać konstruowanie produktów (szablonów do wykorzystania w umowach) w zakresie, co najmniej: |
|  | - wprowadzania danych podstawowych produktu, |
|  | - wprowadzania zakresów usług medycznych w ramach produktu, |
|  | - wprowadzania usług medycznych w ramach zakresu, |
|  | System musi umożliwiać definiowanie trybów i terminów płatności dla zakresów, co najmniej, w zakresie: |
|  | - abonamentów, (niezależnie od wykonanych usług), |
|  | - FFS (Fee For Service czyli za każde wykonanie usługi), |
|  | - współpłatności w ramach FFS, |
|  | - płatności mieszanych. |
|  | System musi umożliwiać grupowanie zakresów usług (tworzenie benefitplanów), |
|  | System musi umożliwiać zmianę benefitplanu pacjenta |
|  | System musi umożliwiać wprowadzanie limitów dla zakresów oraz dla pojedynczej usługi w zakresie: |
|  | - ilościowych, |
|  | - kwotowych |
|  | **Zarządzanie umowami** |
|  | System musi umożliwiać obsługę umów na sprzedaż usług medycznych |
|  | System musi umożliwiać ewidencję różnego typu umów, w szczególności: |
|  | - umów ubezpieczeniowych, |
|  | - umów abonamentowych, |
|  | - umów z innymi ZOZ-ami, Indywidualnymi Praktykami Lekarskimi, |
|  | System musi pozwalać na rejestrację umowy indywidualnej (polisy) na świadczenie usług medycznych wg szablonu. |
|  | System musi pozwalać na formułowanie oferty sprzedaży zamawiającego w zakresie: |
|  | - wprowadzania listy usług (oferta jednostek organizacyjnych), |
|  | wprowadzanie danych podstawowych umowy, |
|  | przypisywanie produktu do umowy, |
|  | definiowanie rabatów dla umowy, |
|  | wprowadzanie list uprawnionych do grup zakresów (benefitplanów): |
|  | - beneficjenci, |
|  | - subbeneficjenci. |
|  | import listy beneficjentów z pliku, |
|  | tworzenie produktu dedykowanego dla umowy (wyodrębnienie umowy z szablonu produktu), |
|  | definiowanie listy załączników do faktur dla umowy, |
|  | System musi umożliwiać zawarcie przekodowań w umowach umożliwiających posługiwanie się kodami usług Zamawiającego i kontrahenta |
|  | Wskazanie domyślnego numeru konta drukowanego na fakturach |
|  | rozliczenia umów: |
|  | - generowanie harmonogramów płatności umowy w oparciu o dane zakresów umowy, |
|  | - generowanie faktur i załączników do faktur płatnych abonamentowo zgodnie ze zdefiniowaną listą załączników |
|  | - generowanie faktur i załączników do faktur płatnych za wykonanie w oparciu o dane umowy i dane o wykonanych usługach oraz zgodnie ze zdefiniowaną listą załączników |
|  | współpraca z modułem Finanse-Księgowość: |
|  | - możliwość skojarzenia z fakturą schematu księgowania do modułu Finanse-Księgowość, |
|  | - eksport wygenerowanych faktur do modułu Rejestr Sprzedaży pakietu Finanse-Księgowość, |
|  | - bezpośredni wgląd w rozrachunki modułu Finanse – Księgowość. |
|  | System powinien pozwalać na możliwość wydruku zestawień na podstawie dokumentów sprzedaży: |
|  | - rejestru sprzedaży, |
|  | - zestawienia dokumentów sprzedaży. |
|  | System umożliwia tworzenie zestawienia na potrzeby naliczenia podstaw premii dla personelu. |
|  | System umożliwia tworzenie raportu zestawienie salda pacjenta z poziomu Oddziału i Izby przyjęć. |
|  | Możliwość automatycznego wyznaczania krotności usługi na podstawie liczby osobodni: |
|  | - z uwzględnieniem ostatniego dnia pobytu |
|  | - bez ostatniego dnia pobytu |
|  | Możliwość automatycznego wyznaczania wartości usługi na podstawie wartości przypisanych leków do pacjenta |
|  | Automatyczne powiadamianie w procesie rejestracji i przyjęcia do gabinetu o ujemnym saldzie pacjenta (niedopłata) |
|  | Zarządzanie cenami: |
|  | - określanie dat obowiązywania cennika, |
|  | - określanie zakresu usług dla cennika, |
|  | - określanie cen usług, |
|  | - możliwość określenia cen widełkowych dla usługi, |
|  | - możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi. |

## Symulator JGP

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Symulator JGP** |
|  | Symulator dostępny w systemie, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym |
|  | Symulator dostępny poprzez przeglądarkę WWW bez konieczności dostępu do zewnętrznej sieci Internet |
|  | System musi umożliwiać wstępne zasilania symulatora danymi wybranego zestawu świadczeń (hospitalizacji, wizyty), a w przypadku niezakończonych hospitalizacji system musi umożliwiać uzupełnienie wymaganych pozycji symulatora domyślnymi danymi. |
|  | Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczane JGP |
|  | Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć), |
|  | Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji, |
|  | Dodanie lub usuniecie pobytu |
|  | Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania)) |
|  | Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP |
|  | Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP |
|  | Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji, |
|  | Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie, |
|  | Wskazywanie JGP z podziałem na: |
|  | - JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru, |
|  | - JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków, |
|  | - JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy, |
|  | Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia) |
|  | W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków |
|  | Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP |
|  | Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji, |
|  | Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą), |
|  | Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja), |
|  | Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie , |
|  | Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta |

## Programy lekowe

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Programy lekowe** |
|  | System musi umożliwiać prowadzenie słownika programów lekowych obsługiwanych przez Świadczeniodawcę. |
|  | System musi umożliwiać przypisanie pacjentów do programów lekowych (minimalny zakres danych: data włączenia pacjenta do programu, data wyłączenia pacjenta z programu, rozpoznanie, umiejscowienie). |
|  | System musi umożliwiać wyszukanie i przegląd pacjentów przypisanych do danego programu leczenia. |
|  | System musi umożliwiać przegląd programów lekowych do których został przypisany dany pacjent. |
|  | System musi umożliwiać przegląd faktur zakupowych zaewidencjonowanych w systemie. |
|  | System musi umożliwiać integrację modułów ewidencyjnych i rozliczeniowych z modułem Apteki (rozchody na pacjenta, na jednostkę, informacje o fakturach zakupowych i o ich korektach): |
|  | Dane wprowadzone w modułach ewidencyjnych powinny być od razu widoczne w module rozliczeniowym i odwrotnie. |
|  | System musi umożliwiać prawidłowe rozliczanie pacjentów włączonych do programów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem: |
|  | - importu słownika produktów handlowych zgodnych ze specyfikacją otwartego formatu (komunikat PRH), |
|  | - eksportu do systemu NFZ informacji o fakturach zakupowych (komunikat FZX), |
|  | - automatycznego rozliczenia podania leku w ramach programów leczenia, |
|  | - mechanizmów wspierających uzupełnianie w danych pozycji rozliczeniowej, informacji o pozycjach faktur zakupowych, z których pochodzi podany lek, |
|  | - mechanizmów walidujących kompletność i poprawność zaewidencjonowanych danych rozliczeniowych pod katem wymagań płatnika, |
|  | - automatycznego wyznaczenia taryfy wynikającej z podanego pacjentowi leku (zgodnie z wymogami NFZ), |
|  | - prawidłowego sprawozdania do systemu NFZ informacji o dacie rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, |
|  | - prawidłowego sprawozdania do systemu NFZ danych pozycji rozliczeniowych dotyczących podań leków w ramach programów lekowych, |
|  | System musi wspierać mechanizmy weryfikujące realizację faktur zakupowych (kontrola przekroczeń zużycia substancji z faktur zakupowych w kontekście odnotowania tych informacji w pozycjach rozliczeniowych). |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które posiadają odwołania do usuniętych faktur zakupowych, w celu modyfikacji odniesień do faktur zakupowych we wskazanych (wyszukanych) pozycjach rozliczeniowych dotyczących podań leków. |
|  | System musi wspierać mechanizmy weryfikujące kompletność i poprawność rozliczenia podań w ramach programów leczenia. |
|  | System musi wspierać mechanizmy weryfikujące kompletność i poprawność taryf wprowadzonych w rozliczeniach podań w ramach programów leczenia. |
|  | System musi generować zestawienie dotyczące rozliczeń (pozycji rozliczeniowych) związanych z programami lekowymi, z możliwością ograniczania danych wg kryteriów: okres sprawozdawczy, umowa, zakres, świadczenie, miejsce realizacji. |
|  | System musi generować załącznik sprawozdawczo-rozliczeniowy (załącznik nr 4 do umowy) dotyczący ewidencji faktur zakupowych. |

## Zakażenia Zakładowe

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Zakażenia szpitalne** |
|  | Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń szpitalnych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności: |
|  | -prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego, |
|  | -wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego, |
|  | -prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
|  | -wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
|  | System musi umożliwiać powielenie Indywidualnej Karty Drobnoustroju/Czynnika Alarmowego dla danego pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać dodanie czynnika alarmowego do karty IKRD/CzA na podstawie wyniku badania mikrobiologicznego. |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną, |
|  | System umożliwia zbiorczy wydruk  Rejestru zgłoszeń zachorowania  (podejrzenia  zachorowania)  na chorobę zakaźną, |
|  | System umożliwia  wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
|  | System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
|  | System umożliwia  wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
|  | System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
|  | System umożliwia  wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
|  | System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
|  | System umożliwia  wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
|  | System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
|  | System umożliwia  wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecznictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru, dotyczy to rzeczywiście daty pomiaru temperatury pacjenta, a nie daty wpisania informacji do systemu . |
|  | System musi informować o wcześniejszym zgłoszeniu pacjenta w ramach danego formularza zgłoszenia zachorowania, w ramach danego pobytu. |
|  | Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje), |
|  | System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego  Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki) |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych, |
|  | System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór  'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego'  określa ustawodawca. |
|  | Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych , |
|  | System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca |
|  | Raport okresowych dotyczący ognisk epidemicznych  zgodny z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, |
|  | Analizy ilościowe zakażeń szpitalnych, |
|  | Współpraca  z systemem RCH w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zakażeniach i antybiotykoterapii |
|  | Współpraca  z  Laboratorium w zakresie udostępniania wyników badań. |
|  | Monitorowanie konieczności  założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku antybiotyku podawanego  w ramach pobytu przez [n]dni. |
|  | Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku  podania antybiotyku po [n ]dniach od przyjęcia pacjenta |
|  | Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych jeżeli podczas podania antybiotyku  wprowadzono określony rodzaj  antybiotykoterapii |
|  | Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym w ramach danego pobytu |
|  | Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku  wystąpienia  patogenu po [h godzin]  od przyjęcia do szpitala, w badaniu w ramach danego pobytu pacjenta. |
|  | W przypadku wyniku badania mikrobiologicznego w ramach którego wykryto patogen z alertem, system musi automatycznie zakładać kartę drobnoustroju dla pacjenta. Karta powinna być zakładana dla każdego patogenu z alertem, wskazanego w wyniku badania. |
|  | System musi informować użytkownika o liczbie automatycznie założonych kart drobnoustroju dla pacjenta. |
|  | System współpracuje z modułem Ruch Chorych w zakresie powiadomienia o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażenia Szpitalnego, w przypadku wystąpienia temperatury ciała pacjenta powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury w czasie powyżej X godz. od przyjęcia do szpitala. |
|  | System umożliwia podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników |
|  | System umożliwia prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników |
|  | System umożliwia wydruk Zestawienia pracowników zaszczepionych / z odmową szczepienia w danym okresie czasu |
|  | Możliwość konfiguracji  wydruku Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju pod kątem sterowania widocznością dostępnych sekcji danych Karty |
|  | Możliwość konfiguracji  dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju |
|  | Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju |
|  | Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie wykrytego patogenu w danym pobycie |
|  | Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie rozpoznania wprowadzonego w danym pobytu |
|  | Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarskich |
|  | Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur |
|  | Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju |
|  | System umożliwia szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań. |

## System ewidencji wirusów/bakterii z Rejestrem Covid

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System powinien umożliwić obsługę funkcjonalności „groźny wirus lub bakteria” (COVID-19). W systemie w danych pacjenta powinna istnieć możliwość rejestracji wystąpienia groźnego wirusa lub bakterii (czy podejrzenie, czy zakażenie, czy kwarantanna). Pacjent z groźnym wirusem lub bakterią powinien być wyróżniony na liście pacjentów. System powinien monitorować możliwość oznaczenia pacjenta z groźnym wirusem lub bakterią w momencie wprowadzenia odpowiedniego rozpoznania w Historii choroby podczas pobytu na oddziale |
|  | System umożliwia ewidencję i właściwe przekodowanie danych przy tworzeniu raportu aktualizującego rejestr KRM - zgodnie z wymogami tego rejestru |
|  | System umożliwia przygotowanie raportów zasilających rejestr KRM w zakresie danych pacjentów leczonych w ramach COVID19 |
|  | System umożliwia przygotowanie raportów zasilających rejestr KRM w zakresie zleceń badań covidowych |
|  | System umożliwia automatyczne zasilanie rejestru KRM raportami dotyczącymi zleceń badań covidowych |
|  | Na podstawie danych pozyskiwanych z EWUŚ, system umożliwia aktualizację statusu osób przebywających na kwarantannie. |
|  | System powinien automatycznie oznaczać pacjentów jako zarażonych wirusem SARS-COV2 (COVID) po wprowadzeniu do systemu dodatniego wyniku badania w kierunku COVID19. Rodzaje badań powinny być definiowalne, a dodatni wynik zakażenia rozpoznawany na podstawie treści zapisanych w wyniku badania. |
|  | System musi umożliwić ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta, jeżeli pacjent jest nadal oznaczony. Graficzne oznaczenie pacjenta w przypadku zakażenia niebezpieczną bakterią nie jest równoznaczne z wyświetleniem stosownego komunikatu |
|  | System automatycznie wprowadza informacje o izolacji domowej pacjenta na podstawie otrzymanych wpisów z systemu eWUŚ |
|  | System umożliwia przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczna bakterią |
|  | System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie informacji uzyskanych po analizie wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń. |
|  | Z głównego ekranu menu w module Oddział system powinien umożliwiać dostęp do wyfiltrowanej listy pacjentów aktualnie będących w izolacji w danej jednostce |
|  | Monitorowanie w oddziale o konieczności założenia indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego w przypadku zastosowania antybiotykoterapii u pacjenta hospitalizowanego > 72 godziny |
|  | Oznakowanie w systemie pacjenta wcześniej hospitalizowanego, u którego stwierdzono nosicielstwo/ kolonizację czynnikiem alarmowym widoczne przy kolejnym przyjęciu do szpitala dla SOR, Oddział, Izba Przyjęć |

## Dokumentacja Medyczna/Formularzowa

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System posiada moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych |
|  | System musi umożliwiać definiowanie formularza, na którym można zaewidencjonować co najmniej dane typu: |
|  | - Liczba |
|  | - Tekst |
|  | - Data |
|  | - Wartość logiczna |
|  | - Wartość słownikowa |
|  | - Obraz |
|  | Składniki formularza można umieszczać na zakładkach i w sekcjach |
|  | Składniki formularza można dodawać przy pomocy mechanizmu "Przeciągnij i upuść" |
|  | System musi zapewniać, by poszczególnym składnikom formularza można przypisać domyślną wartość |
|  | System musi zapewniać, by w definiowalnych formularzach można było zdefiniować wymagalności wypełnienia wskazanych składników |
|  | Wydruk formularza |
|  | Moduł na podstawie wzorca formularza umożliwia zdefiniowanie jego szablonu wydruku. |
|  | Na szablon wydruku można dodawać dodatkowe elementy (nie będące składnikami wzorca formularza) co najmniej takie jak: |
|  | - etykieta |
|  | - obraz |
|  | System powinien umożliwiać wykonanie operacji importu/ eksportu szablonów formularzy w standardzie XML |
|  | System posiada moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych |
|  | **Dokumentacja medyczna** |
|  | Generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie |
|  | Generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie |
|  | Drukowanie zarejestrowanych badań oraz wyników badań. |
|  | Generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta |
|  | Generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju |
|  | Generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta |
|  | Generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich |
|  | System umożliwia wybór formatu wydruku dla dokumentu Informacja dla lekarza kierującego/POZ. W przypadku, gdy dokument nie jest generowany w formie elektronicznej, system umożliwia wygenerowanie wydruk w formacie A5. |
|  | Wydruk diagnoz pielęgniarskich |
|  | System musi umożliwiać dopasowanie zakresu dokumentowania procesu leczenia do potrzeb Zamawiającego: |
|  | - definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie. |
|  | - wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.). |
|  | - możliwość drukowania wykresów na podstawie danych numerycznych |
|  | - możliwość kojarzenia formularzy ze zleceniami i elementami leczenia |
|  | - rejestrowanie danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.). |
|  | - dostęp do danych dla potrzeb analityczno-sprawozdawczych. |
|  | System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej. |
|  | Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca |
|  | System musi umożliwiać grupowanie klas dokumentacji medycznej w foldery. |
|  | System umożliwia dodawanie elektronicznych załączników do dokumentów EDM z poziomu dokumentacji medycznej obsługiwanej w systemie HIS. |
|  | System musi umożliwiać generację wybranych dokumentów w formacie PIK HL7 CDA. W zakresie:  - Karta informacyjna z pobytu szpitalnego,  - Odmowa przyjęcia do szpitala,  - Informacja dla lekarza POZ, - Opis badania diagnostycznego. |
|  | System musi umożliwiać generację wybranych dokumentów w formacie PIK HL7 CDA: - protokołu zabiegu operacyjnego - wynik konsultacji - wpis do karty uodpornień - wpis do raportu pielęgniarskiego - karty wywiadu pielęgniarskiego - karty pielęgniarskiej oceny stanu pacjenta - zaleceń pielęgniarskich przy wypisie ze szpitala |
|  | System musi umożliwić rejestrację zdarzeń związanych z operacjami wykonywanymi na dokumentach elektronicznych (jak np. utworzenie, podpisanie, anulowanie, pobranie dokumentu, pobranie meta-danych itd.). |
|  | System musi umożliwić wyszukiwanie zdarzeń dotyczących dokumentu elektronicznego według okresu wystąpienia, rodzaju operacji i osoby wykonującej operację na dokumencie. |
|  | Musi istnieć możliwość zdefiniowania drukarki dla każdego rodzaju dokumentu tak aby dokument mógł być drukowany na odpowiedniej dla niego drukarce |
|  | Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami. |
|  | W przypadku, gdy dokument medyczny jest tworzony w imieniu wskazanej osoby (np. przez asystenta medycznego w imieniu lekarza), to system powinien umożliwiać automatyczne skierowanie dokumentu do podpisu przez osobę wskazaną jako jego autor. |
|  | W danych szczegółowych elektronicznego dokumentu medycznego system powinien umożliwiać zależnie od konfiguracji prezentację danych osoby podpisującej jak i użytkownika inicjującego akcję podpisu (w przypadku pracy asystentów medycznych mogą to być dwie różne osoby). |
|  | W przypadku udostępniania w postaci wydruku papierowego dokumentów prowadzonych w postaci elektronicznej powinny one zawierać informacje o złożonych pod dokumentem podpisach elektronicznych. |
|  | System umożliwia wymuszanie akceptacji wygenerowanych dokumentów elektronicznych przez określone osoby przed ich podpisaniem. Ścieżki akceptacji są konfigurowalne dla klasy dokumentu w ramach JOS/typu JOS. System powinien umożliwiać określenie czy brak akceptacji ma całkowicie blokować możliwość podpisania dokumentu czy powodować wyświetlenie ostrzeżenia |
|  | System musi umożliwić udostępnianie pacjentowi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zapisywanej na nośniku danych. |
|  | Możliwość zablokowania modyfikacji wpisów w historii choroby dokonanych przez innego lekarza niż lekarz aktualnie zalogowany/ autoryzujący wpis |
|  | Możliwość autoryzacji przez lekarza dokonującego wpis, fragmentu historii choroby, epikryzy lub rozpoznania |
|  | Podczas wydruku dokumentu system sprawdza i informuje czy dane źródłowe wykorzystane do utworzenia dokumentu uległy zmianie. |
|  | System musi być wyposażony w mechanizmy umożliwiające weryfikację, czy na określonym etapie procesu obsługi pacjenta zostały utworzone wszystkie wymagane dokumenty |
|  | Z poziomu dokumentacji medycznej obsługiwanej w systemie HIS możliwy jest wydruk, w jednym kroku, kompletnej dokumentacji pacjenta. |
|  | Musi istnieć możliwość utworzenia dokumentu roboczego, umożliwiającego podgląd danych źródłowych w postaci dokumentu |
|  | System musi umożliwiać współpracę z systemami automatycznej digitalizacji dokumentacji papierowej. |
|  | W ramach ewidencji załączników system umożliwia dołączenie plików pdf kolejno skanowanych dokumentów, w szczególności skanów dokumentów wielostronicowych. |
|  | System musi umożliwić wydruk czystych recept z różnych modułów systemu. |
|  | System umożliwia obsługę dokumentów o zmiennej treści, o ile nie stoi to w sprzeczności z wymaganiami zewnętrznymi dotyczącymi tych dokumentów (np. ściśle określony format lub zawartość informacyjna dla dokumentów skierowań, zleceń, recept) |
|  | System musi umożliwiać kopiowanie wyników badań do skierowania na leczenie uzdrowiskowe. |
|  | System umożliwia kontrolę, czy pacjent ma prawo do refundowanych recept w wypadku, gdy nie ma ustawionych na recepcie dodatkowych uprawnień i nie jest pacjentem UE |
|  | System musi umożliwiać ewidencję danych dotyczących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i soczewki okularowe oraz wydruk na aktualnym wzorze Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. |
|  | System musi umożliwiać komunikację z NFZ w zakresie zleceń na zaopatrzenie medyczne/recept na okulary. W ramach komunikacji system umożliwia: |
|  | - weryfikację wniosku w systemie płatnika (NFZ), |
|  | - wysłanie i zapis w systemie płatnika, |
|  | - pobranie wyników weryfikacji (ewentualnej listy błędów), |
|  | - pobranie pliku pdf ze zleceniem na zaopat. w wyroby med. zawierającego dane uzupełnione przez wysyłającego oraz dane dotyczące potwierdzenia uprawnień wypełniane przez NFZ, |
|  | - anulowanie przesłanego wniosku. |

## Zarządzanie Dokumentacją Medyczną

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Archiwum Dokumentacji** |
|  | **Rejestracja dokumentacji** |
|  | System umożliwia rejestrację indywidualnej dokumentacji medycznej, zbiorczej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji niemedycznej. |
|  | System umożliwia automatyczne zakładanie teczek pacjentów w module Archiwum na podstawie pobytów pacjentów zarejestrowanych w HIS Ruch Chorych / Przychodnia wraz z wykazem dokumentów (metryczka dokumentu) |
|  | Parametryzacja systemu umożliwia organizację dokumentacji medycznej dla automatycznie założonych teczek pacjentów dla poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala wg rodzajów: - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie jednej hospitalizacji - teczki zawierające dokumentacje medyczną z wielu hospitalizacji - teczki zawierające dokumentację medyczną dla każdego pobytu na oddziale szpitalnym - teczki zawierające dokumentację medyczną wielu pacjentów - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów, pracowni - teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów pogrupowane wg jednostki nadrzędnej |
|  | System umożliwia organizację rejestrowanej dokumentacji w postaci teczek oraz spraw w teczce |
|  | System umożliwia grupowanie teczek w zbiory (segregatory), w ramach wybranych jednostek organizacyjnych szpitala, w celu połączenia w jeden zestaw grupy teczek dowolnego pacjenta lub wielu wybranych pacjentów. |
|  | System umożliwia automatyczne wyszukiwanie teczek pacjentów z poradni do przekazania do Archiwum. |
|  | System umożliwia „śledzenie” teczek w zakresie aktualnego miejsca ich przechowywania. |
|  | a) System automatycznie aktualizuje miejsce przechowywania teczki pacjenta na podstawie danych z HIS w zakresie ruchu międzyoddziałowego |
|  | b) Miejsce przechowywania teczek jest aktualizowane na podstawie danych wynikających z obiegu dokumentacji papierowej |
|  | System umożliwia potwierdzenie przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS na podstawie obiegu dokumentacji w formie papierowej |
|  | Potwierdzenie odbioru dokumentacji przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS dostępne jest z modułu Archiwum oraz w modułach HIS tj. Izba przyjęć, Oddział, Gabinet, Pracownia |
|  | System umożliwia przekazanie dokumentacji medycznej pacjenta do wybranego JOS na podstawie obiegu papierowego dokumentacji |
|  | System umożliwia przypisanie zarchiwizowanych teczek pacjenta do wybranego magazynu, pomieszczenia, regału, półki |
|  | System umożliwia grupowe przenoszenie teczek pomiędzy magazynami, pomieszczeniami, regałami, półkami |
|  | System umożliwia zdefiniowanie wielu archiwów oraz magazynów w ramach archiwum. |
|  | Opis teczki musi obejmować przynajmniej: |
|  | a) numer teczki nadany wg zdefiniowanego szablonu |
|  | b) symbol klasyfikacyjny wraz z tytułem oraz kategorię archiwalną |
|  | c) miejsce utworzenia |
|  | d) miejsce przechowywania |
|  | Opis sprawy w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej musi obejmować przynajmniej: |
|  | a) dane pacjenta |
|  | b) dane zdarzenia medycznego (hospitalizacja/pobyt/kartoteka w poradni) |
|  | System umożliwia rejestrowanie metadanych archiwizowanych dokumentów. W szczególności informację o formie dokumentu (papierowy/elektroniczny) oraz miejscu jego przechowywania. |
|  | System umożliwia wyświetlanie oraz pobieranie treści elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji medycznej zmaterializowanej. |
|  | System umożliwia zarejestrowanie kopii dokumentu. |
|  | System umożliwia stworzenie systemu klasyfikacyjnego przechowywanej w teczce dokumentacji. System klasyfikacyjny musi umożliwiać rozróżnienie dokumentacji medycznej od dokumentacji niemedycznej. |
|  | System umożliwia zdefiniowanie Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt wraz z kategorią archiwalną. |
|  | System umożliwia automatyczne przypisanie oraz wyszukiwanie teczek pacjentów na podstawie pozycji zdefiniowanych w JRWA (Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt) co najmniej dla: |
|  | a) Historii chorób pacjentów wypisanych |
|  | b) Historii chorób pacjentów zmarłych |
|  | c) Historii chorób osób leczonych krwią i preparatami krwiopochodnymi |
|  | d) Historie chorób dzieci do 2 roku życia |
|  | System umożliwia zdefiniowanie (workflow) procesu archiwizacji dokumentacji medycznej i nie medycznej w podziale na podprocesy z możliwością włączania i wyłączania podprocesu. Wykaz zdefiniowanych podprocesów: |
|  | a) Akceptacja przełożonego / Brak akceptacji |
|  | b) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę weryfikującą |
|  | c) Akceptacja w jednostce weryfikującej / Brak akceptacji |
|  | d) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę archiwizującą |
|  | e) Akceptacja w jednostce archiwizującej / Brak akceptacji |
|  | System umożliwia wycofanie wykonanego podprocesu tj. wycofanie akceptacji przełożonego, wycofanie akceptacji jednostki weryfikującej, wycofanie akceptacji w jednostce archiwizującej. |
|  | W przypadku protokołu przeniesienia/spisu zdawczo-odbiorczego system umożliwia wykonywanie poszczególnych funkcji (przekaż, przyjmij do weryfikacji, zaakceptuj w statystyce, odrzuć) zarówno na całym protokole/spisie (wszystkich teczkach) jak i na wybranych pozycjach (wskazanych teczkach). |
|  | System umożliwia wydruk etykiet teczek, spraw oraz dokumentów wg zdefiniowanych szablonów. Etykieta może zawierać kod kreskowy identyfikujący teczkę, sprawę lub dokument. |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk protokołów przeniesienia dokumentacji |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk spisów zdawczo-odbiorczych |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk protokołu zniszczenia/zagubienia dokumentacji. |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk protokołu odnalezienia dokumentacji. |
|  | System umożliwia zmianę miejsca przechowywania dokumentacji oraz wygenerowanie i wydruk protokołu zdawczo-odbiorczego |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk wykazów teczek przekazanych i nieprzekazanych do Jednostki Organizacyjnej Szpitala. |
|  | System umożliwia wyszukanie teczek wg zadanych kryteriów: |
|  | a) klasa dokumentacji |
|  | b) numer teczki lub sprawy |
|  | c) Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt |
|  | d) status dokumentacji: wypożyczona/przekroczony termin zwrotu/zniszczona/zagubiona |
|  | e) jednostka organizacyjna w której dokumentacja została utworzona |
|  | f) zakres dat w których dokumentacja została utworzona |
|  | g) dane pacjenta oraz zdarzenia, którego dokumentacja dotyczy |
|  | h) historia choroby: daty przyjęcia, wypisu, miejsca pobytu, tryb wypisu z oddziału |
|  | i) rozpoznanie według rodzaju (końcowe, ze skierowania, wstępne, powypisowe) i pozycja w wykazie klasyfikacji chorób według ICD10 |
|  | j) klasyfikacja teczki określona wg kategorii archiwalnej nadanej automatycznie dla teczki oraz poprzez wskazanie parametrów opisujących teczkę, dane historii choroby lub wizyty oraz datę utworzenia (od-do), |
|  | k) przekroczony termin zwrotu |
|  | l) zwrot potwierdzony |
|  | m) odbiór potwierdzony |
|  | n) lekarz prowadzący / wypisujący |
|  | System umożliwia podgląd danych teczki, spraw oraz dokumentów |
|  | System umożliwia podgląd historii teczki oraz sprawy, zawierającej: |
|  | a) informację o modyfikacji danych teczki oraz spraw i dokumentów w teczce |
|  | b) informację o wypożyczeniach/zwrotach dokumentacji medycznej |
|  | c) informację o zagubieniu/zniszczeniu/planowym zniszczeniu dokumentacji |
|  | System umożliwia obsługę kodów kreskowych utworzonych w HIS Ruch Chorych i nadrukowywanych na historiach chorób pacjentów oraz obsługę kodów wygenerowanych w systemie Archiwum |
|  | System umożliwia dowolną konfigurację numeratora dla teczek, protokołów przeniesienia, spisów zdawczo-odbiorczych |
|  | System umożliwia wykonanie zestawienia zdawalności teczek pacjentów z oddziałów do Statystyki medycznej lub Archiwum |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk Księgi Archiwum w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek odbierających i przekazujących poradni, oddziałów oraz dla określonych zakresów dat leczenia pacjenta i przekazania do archiwum. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls. |
|  | System umożliwia utworzenie i wydruk Listy dokumentacji przechowywanej w określonej jednostce w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek oraz dla określonego zakresu dat przyjęcia i wypisu pacjenta ze szpitala. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls. |
|  | **Udostępnienie dokumentacji** |
|  | System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji na wewnętrzne potrzeby podmiotu |
|  | System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji do celów naukowo-badawczych. |
|  | System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta. |
|  | System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji organowi upoważnionemu. |
|  | System udostępnia dokumentację w postaci teczki lub sprawy. |
|  | Udostępnienie dokumentacji odbywa się na podstawie wniosku o udostępnienie, który zawiera przynajmniej: |
|  | a) dane wnioskującego |
|  | b) dane jednostki przechowującej dokumentację |
|  | c) listę teczek/spraw lub opis dokumentacji, która ma zostać udostępniona |
|  | d) termin realizacji udostępnienia |
|  | e) podstawę prawna dla udostępnienia dokumentacji organowi upoważnionemu |
|  | System umożliwia wyszukanie wniosków o udostępnienie wg zadanych kryteriów: |
|  | a) dane wnioskującego |
|  | b) dane udostępniającego |
|  | c) dane identyfikujące teczkę/sprawę |
|  | d) dane pacjenta w przypadku udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej |
|  | e) termin realizacji |
|  | f) stan realizacji udostępnienia |
|  | g) przekroczony termin zwrotu |
|  | System umożliwia wspomaganie realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji poprzez oznaczenie stanu realizacji zamówienia. |
|  | System umożliwia kontrolę liczby udostępnień dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej, a co za tym idzie wspomaga proces pobierania obowiązkowych opłat dotyczących kolejnych udostępnień dokumentów. |
|  | System umożliwia obsługę potwierdzenia przekazania udostępnianej dokumentacji |
|  | System umożliwia obsługę potwierdzenia zwrotu udostępnianej dokumentacji |
|  | System posiada (workflow) procesu udostępniania dokumentacji medycznej. Wykaz podprocesów: |
|  | a) Akceptacja przełożonego |
|  | b) Przyjęcie do realizacji przez jednostkę archiwizującą |
|  | c) Oznaczenie dokumentacja gotowa do odbioru |
|  | d) Potwierdzenie odbioru dokumentacji |
|  | e) Zwrot dokumentacji |
|  | System umożliwia zaczytanie listy teczek pacjenta z pliku .xls do karty udostępnienia na cele naukowo-badawcze |
|  | System integruje się z portalem pacjenta w zakresie realizacji wniosków o udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, wystawianych za pośrednictwem konta użytkownika założonego na portalu.  W ramach realizacji wniosku system umożliwia utworzenie paczki zawierającej elektroniczną dokumentację medyczną, określenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji oraz automatycznie generuje potwierdzenie odbioru dokumentacji po jej pobraniu przez pacjenta. |
|  | **Raportowanie** |
|  | System musi umożliwiać utworzenie i wydruk w formacie dokumentu pdf oraz w formacie arkusza xls następujących parametryzowanych raportów: |
|  | · Lista dokumentacji zgubionej, |
|  | · Lista dokumentacji wypożyczonej w określonym czasie do wskazanych innych jednostek organizacyjnych podmiotu lub organów upoważnionych, |
|  | - Lista dokumentacji medycznej przechowywanej w określonej jednostce organizacyjnej z możliwością wskazania okresu hospitalizacji. |
|  | - Lista dokumentacji wypożyczonej do wskazanych jednostek organizacyjnych podmiotu lub instytucji zewnętrznych oraz organów upoważnionych, dla której czas zwrotu upłynął |
|  | - Lista dokumentacji medycznej pacjenta nieprzekazanej do jednostki archiwizującej podmiotu oraz lista dokumentacji medycznej zwróconej przez jednostkę archiwizującą do jednostek przekazujących podmiotu. |
|  | - Lista dokumentacji medycznej przyjętej na stan jednostki archiwizującej podmiotu z jednostek organizacyjnych. |
|  | · Lista dokumentacji określonego pacjenta z możliwością wyboru okresu, wskazania hospitalizacji lub wizyty pacjenta oraz określenia zakresu dokumentacji (opieka, pobyt, pacjent). |
|  | - Sumaryczne sprawozdanie roczne z działalności jednostki archiwizującej podmiotu. |
|  | - Rejestr udostępnień umożliwiający wygenerowanie wydruku dla udostępnień wewnętrznych, udostępnień do celów naukowo-badawczych, pacjentowi, organowi upoważnionemu |
|  | System posiada interfejs użytkownika oparty o przeglądarkę internetową. |
|  | System umożliwia wydruk kodu kreskowego na drukarce typu Zebra bezpośrednio z teczki pacjenta. |
|  | System zapewnia bezpieczny dostęp do przechowywanych informacji oraz funkcjonalności w oparciu o mechanizmy uwierzytelnienia użytkowników oraz kontroli uprawnień do udostępnianych zasobów |

## Archiwum Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Elektroniczna Dokumentacja Medyczna |
|  | Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. |
|  | Możliwość archiwacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych np. księgi |
|  | Możliwość obsługi załączników do dokumentacji |
|  | Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych generowanych przez system medyczny w repozytorium dokumentacji elektronicznej |
|  | Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza systemem HIS, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych |
|  | Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej |
|  | Dostęp do całości dokumentacji przechowywanej w EDM: |
|  | - z poziomu wbudowanych w systemy medyczne mechanizmów |
|  | - z poziomu dedykowanego interfejsu |
|  | Możliwość eksportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML. Możliwość eksportu/importu jednocześnie wielu dokumentów. |
|  | Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie oraz na zbiorze dokumentów |
|  | Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów |
|  | Możliwość weryfikacji podpisu |
|  | Możliwość weryfikacji integralności dokumentu |
|  | Możliwość weryfikacji i czytelnej prezentacji informacji o zgodności podpisu elektronicznego z treścią podpisanego dokumentu. |
|  | Możliwość wydruku dokumentu |
|  | Możliwość wyszukiwania dokumentów za pomocą zaawansowanych kryteriów oraz meta danych. |
|  | Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji. |
|  | Repozytorium EDM musi umożliwiać: |
|  | - rejestrację dokumentu |
|  | - pobieranie dokumentów w formacie XML |
|  | - pobieranie dokumentów w formacie PDF |
|  | - wyszukiwanie materializacji dokumentów |
|  | Repozytorium EDM musi współdzielić z HIS: |
|  | - słownik jednostek organizacyjnych |
|  | - rejestr użytkowników |
|  | - rejestr pacjentów |
|  | System uprawnień pozwalający na precyzyjne definiowanie obszarów dostępnych dla danego użytkownika. |
|  | Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu do określonych operacji w repozytorium. Przykłady uprawnień systemowych: uruchomienie systemu, zarządzanie uprawnieniami użytkowników, zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi, zarządzanie typami dokumentów. |
|  | Możliwość zarządzania uprawnieniami do wykonywania operacji na poszczególnych typach dokumentów. Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd. |
|  | Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych. |
|  | Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu |
|  | Indeks powinien uwzględniać rozdzielenie danych osobowych od danych medycznych |
|  | Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów |
|  | Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ itp. |
|  | System musi umożliwić udostępnianie dokumentacji: |
|  | - w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w ZOZ |
|  | - pacjentom i ich opiekunom |
|  | - podmiotom upoważnionym np. prokurator |
|  | System powinien umożliwiać współpracę z platformą P1 w zakresie: |
|  | Obsługi eRecept |
|  | Obsługi eSkierowań |
|  | System powinien umożliwiać Wymianę Dokumentacji Medycznej w ramach platformy P1 w zakresie: |
|  | - indeksowania dokumentacji w postaci elektronicznej |
|  | - dostępu do dokumentacji zaindeksowanej na platformie |
|  | - udostępniania dokumentacji innym świadczeniodawcom |
|  | - możliwości dołączania pobranej dokumentacji do dokumentacji prowadzonej lokalnie |
|  | - obsługi Zamówień na dokumentację Medyczną zaindeksowaną na platformie (możliwość zamawiania zbiorów dokumentów zawierających również dokumenty niedostępne w momencie zamówienia ale pobierane w sposób asynchroniczny po zmianie stanu dostępności) |
|  | Dostarczone rozwiązanie powinno umożliwiać ręczną rejestrację dokumentów bezpośrednio w repozytorium EDM. Dokumenty tak zarejestrowane powinny być dostępne w systemie dziedzinowym HIS. |
|  | Dostarczone rozwiązanie musi być zintegrowane z działającym w szpitalu systemem dziedzinowym HIS w oparciu o API producenta systemu HIS: |
|  | Rejestracja dokumentów w repozytorium z poziomu systemu HIS |
|  | Wersjonowanie dokumentów (przekazywanie nowej wersji istniejącego dokumentu) |
|  | Generowanie dokumentów w formacie PIK HL7 CDA w oparciu o dane źródłowe przekazane z systemu dziedzinowego HIS |
|  | Wyszukiwanie dokumentów w oparciu o dane indeksowe takie jak: Pacjent, JOS, Autor, Typ dokumentu, Data utworzenia, ID dokumentu |
|  | Pobieranie dokumentów (w formacie XML lub PDF) |
|  | Zmiana statusu dokumentów (np. anulowanie dokumentu) |
|  | Współpracę z innymi systemami dziedzinowymi np. działającym w placówce systemem LIS Asseco i Pracowni Diagnostycznej Asseco |
|  | Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzinowym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS |
|  | Podpis cyfrowy |
|  | Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzinowym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS |
|  | Elektroniczny podpis kwalifikowany składany za pomocą karty kryptograficznej umożliwia podpisywanie dokumentów elektronicznych: - dając pewność autorstwa dokumentu (autentyczność pochodzenia), - utrudniając wyparcie się autorstwa lub znajomości treści dokumentu (niezaprzeczalność), - pozwalając wykryć nieautoryzowane modyfikacje dokumentu po jego podpisaniu (integralność). |
|  | System musi umożliwiać złożenie podpisu cyfrowego na przekazanych dokumentach oraz zapewnia: |
|  | - możliwość podpisywania pojedynczych dokumentów, |
|  | - możliwość podpisywania grupy dokumentów z jednokrotnym zapytaniem o PIN, |
|  | System musi umożliwiać przegląd podpisywanych dokumentów: |
|  | - przegląd listy podpisywanych dokumentów (dla podpisywania grupowego), |
|  | - podgląd podpisywanych dokumentów XML. |
|  | System musi umożliwiać podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej przetwarzanej w Repozytorium EDM, w szczególności: |
|  | - rejestrację w Repozytorium EDM informacji o złożeniu podpisu, |
|  | - składanie podpisu cyfrowego oraz rejestrację sygnatury dokumentu w Repozytorium EDM |
|  | System pozwala na wykorzystanie następujących zestawów do podpisu cyfrowego: |
|  | - Podpis elektroniczny Certum |
|  | - Podpis elektroniczny E-Szafir |
|  | - Podpis elektroniczny Sigillum |
|  | - Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem certyfikatu ZUS |
|  | - Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem platformy ePUAP |
|  | System umożliwia prowadzenie centralnego rejestru certyfikatów podpisu elektronicznego, pozwalającego na składanie podpisu elektronicznego na dowolnej stacji roboczej podłączonej do systemu bez konieczności przechowywania kopii certyfikatów lokalnie na stacjach roboczych. |

## Zdarzenia Medyczne

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System integruje się z Platformą P1 w zakresie wymiany Zdarzeń Medycznych, które są przetwarzane w Systemie Informacji Medycznej zgodnie z Ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. |
|  | System umożliwia ewidencję danych Zdarzeń Medycznych zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia. |
|  | System tworzy informację o Zdarzeniu Medycznym, w formacie i zakresie określonym przez CeZ. |
|  | System umożliwia indeksowanie na Platformie P1 Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w postaci elektronicznej powstałej w podmiocie leczniczym w kontekście ewidencjonowanych Zdarzeń Medycznych. |
|  | Przed przekazaniem Zdarzenia Medycznego na Platformę P1 istnieje możliwość przeglądu jego danych przez personel podmiotu leczniczego. |
|  | System umożliwia raportowanie Zdarzeń Medycznych do Platformy P1. |
|  | System umożliwia określenie odstępu czasowego pomiędzy ewidencją danych Zdarzenia Medycznego a jego wysłaniem do Platformy P1 |
|  | W przypadku, gdy wytworzono EDM odpowiedniego typu (która powinna zostać zaindeksowana na Platformie P1) w kontekście Zdarzenia Medycznego, to system wysyła i rejestruje na Platformie P1 Indeks tej dokumentacji medycznej. |
|  | Możliwość wyszukiwania i przeglądu Zdarzeń Medycznych przekazanych przez podmiot leczniczy na Platformę P1, wraz z informacją o statusie wysyłki poszczególnych zasobów zdarzenia i informacją o ewentualnych błędach zwróconych przez P1. |
|  | Możliwość filtrowania listy raportowanych Zdarzeń Medycznych wg: - jednostki organizacyjnej, w której powstało zdarzenie, - daty zdarzenia, - statusu wysyłki zdarzenia, - klasy zdarzenia (kodu statystycznego udzielonego świadczenia). |
|  | System umożliwia aktualizację Zdarzeń Medycznych przekazanych przez podmiot leczniczy na Platformę P1. |
|  | Możliwość anulowania Zdarzenia Medycznego przekazanego przez podmiot leczniczy na Platformę P1. |
|  | System umożliwia wyszukiwanie oraz pobieranie z Platformy P1 danych Zdarzeń Medycznych dotyczących pobytów pacjentów w innych placówkach. |
|  | Możliwość pobierania z Platformy P1 Elektronicznej Dokumentacji Medycznej powiązanej ze Zdarzeniami Medycznymi zarejestrowanymi w innych podmiotach. |

## eRecepta

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Usługa umożliwia wysłanie recepty przygotowanej w systemie HIS do rejestru centralnego działającego w ramach projektu P1. |
|  | Usługa umożliwia pobranie identyfikatorów recepty nadanych przez system centralny: klucz pakietu recept, klucz recepty, kod recepty. |
|  | Usługa umożliwia sprawdzenie recept wystawionych pacjentowi. |
|  | Usługa umożliwia wysłanie dokumentu anulowania wystawionej recepty. |

## eSkierowanie

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Możliwość wystawienia, przez uprawnionego pracownika medycznego, e-skierowania w systemie lokalnym Usługodawcy, wraz z podpisaniem dokumentu elektronicznym podpisem, zgodnie z wytycznymi C e-Z. |
|  | System lokalny umożliwia Usługodawcy lub jego pracownikom medycznym wybór sposobu elektronicznego podpisywania wystawianego e-skierowania spośród metod: - podpis kwalifikowany, - certyfikat ZUS (e-ZLA), - Profil Zaufany. System umożliwia ustalenie jednego sposobu dla wszystkich pracowników lub indywidualnego wyboru sposobu podpisywania dla poszczególnych pracowników medycznych Usługodawcy. |
|  | System lokalny umożliwia ewidencjonowanie dodatkowych informacji dotyczących wysłanych danych dostępowych e-skierowania - w szczególności kanału wysyłki i poprawności dostarczenia danych. |
|  | System lokalny umożliwia użytkownikowi na powiązanie e-skierowania z zaplanowanym terminem. |
|  | System lokalny umożliwia wprowadzenie numeru e-skierowania w oknie Dane skierowania. |
|  | System lokalny pozwala na autouzupełnienie (nadpisanie) danych skierowania w danych pobytu pacjenta na podstawie pobranego e-skierowania. |
|  | System lokalny Usługodawcy umożliwia przegląd wystawionych, we wskazanym okresie, e-skierowań w kontekście pacjenta i zapoznanie się z ich bieżącym statusem w P1. |
|  | Możliwość anulowania e-skierowania u Usługodawcy, u którego wystawiono dokument a dokument pozostaje w statusie 'Wystawione'. |
|  | System lokalny umożliwia podglądu wersji prezentacyjnej e-skierowania. |
|  | System lokalny umożliwia wydrukowanie: - wersji prezentacyjnej e-skierowania, - wersji informacyjnej e-skierowania, - informacji o skierowaniu zawierającej identyfikator skierowania oraz kod dostępowy, tj. dokumentów umożliwiających realizację wystawionego e-skierowania. |
|  | System lokalny Usługodawcy umożliwia obsługę e-skierowań pacjenta, w tym dokonywania zmiany statusu e-skierowania w Systemie P1 przez: - przyjęcie do realizacji, w tym wpisanie na listę oczekujących, - rezygnację z realizacji e-skierowania, - zakończenie realizacji e-skierowania |
|  | W zakresie e-skierowań system lokalny umożliwia asynchroniczną obsługę operacji 'Wyślij' oraz 'Weryfikuj'. |
|  | System lokalny umożliwia wyszukanie wszystkich e-skierowań wystawionych pacjentowi w podmiocie leczniczym niezależnie od jednostki organizacyjnej podmiotu i lekarza wystawiającego. |
|  | System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie zapisywania przez system lokalny poprawnego dokumentu e-skierowania w Systemie P1. |
|  | System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie pobierania przez system lokalny dokumentu e-skierowania z Systemu P1. |
|  | System umożliwia automatyczne wygenerowanie wydruku wersji prezentacyjnej danych e-skierowania po poprawnym wysłaniu przez system lokalny dokumentu e-skierowania do Systemu P1. |
|  | System umożliwia generowanie identyfikatorów wystawianych e-Skierowań z użyciem własnego kodu prefiks. |
|  | System umożliwia obsługę e-Skierowań w przypadku niedostępności usług podmiotu zewnętrznego (Platformy P1) |
|  | System umożliwia ręczną aktualizację statusu obsługiwanego e-Skierowania |
|  | System lokalny umożliwia wydrukowanie przyjętego e-skierowania na podstawie własnego szablonu pisma oraz oficjalnego szablonu w wersji prezentacyjnej. |
|  | System umożliwia określenie wymaganych pól do uzupełnienia przez Administratora podczas wystawiania e-Skierowania |

## eZwolnienia

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System musi zapewnić zgodność z interfejsem ZUS PUE, bazującym na usługach sieciowych, umożliwiającym wystawianie oraz korektę zwolnień lekarskich bezpośrednio z poziomu systemów dziedzinowych zewnętrznych względem ZUS dostawców oprogramowania. |
|  | System musi umożliwiać logowanie do systemu PUE - ZUS bezpośrednio z aplikacji gabinetowej. Logowanie możliwe jest poprzez podpisanie oświadczenia wygenerowanego przez ZUS za pomocą elektronicznego podpisu kwalifikowanego lub ePUAP. |
|  | System musi umożliwić wylogowanie z systemu PUE - ZUS, w chwili zamknięcia sesji pracy z systemem. |
|  | System musi umożliwiać wystawienie zaświadczenia lekarskiego w trybie bieżącym. Aplikacja gabinetowa w czasie wystawiania zwolnienia powinna umożliwiać posługiwanie się zarówno danymi lokalnymi jak i danymi pobieranymi z systemu PUE - ZUS. |
|  | System musi umożliwiać wystawianie zwolnień medycznych przez asystentów medycznych oraz ich transmisję do ZUS |
|  | System musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zaświadczenia lekarskiego podpisem kwalifikowanym, za pomocą ePUAP, podpisem w chmurze lub certyfikatem ZUS PUE. |
|  | System musi umożliwiać przekazywanie utworzonych dokumentów zaświadczeń lekarskich do systemu PUE-ZUS. |
|  | System musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem. |
|  | System musi umożliwiać anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość). |
|  | System musi umożliwiać pobranie i rezerwację puli serii i nr ZLA dla zalogowanego lekarza (użytkownika) na potrzeby późniejszego wykorzystania w trybie alternatywnym (np. w sytuacji braku możliwości połączenia się z systemem PUE-ZUS). |
|  | System musi umożliwić w aplikacji gabinetowej w przypadku braku połączenia z systemem PUE-ZUS, wystawienie zwolnienia w trybie alternatywnym (off-line) w oparciu o zarezerwowaną wcześniej dla bieżącego lekarza (użytkownika) pulę serii i nr ZLA. |
|  | System musi umożliwić wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego wystawionego w trybie alternatywnym zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem zarówno przed jego elektronizacją jak i po elektronizacji. |
|  | System musi umożliwiać unieważnienie zaświadczenia lekarskiego, jeśli nie dokonano jego elektronizacji (nie przesłano go do ZUS). |
|  | System musi umożliwić elektronizację zaświadczenia lekarskiego polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczenia wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym. |
|  | System musi umożliwić zbiorczą elektronizację zaświadczeń lekarskich polegająca na przesłaniu do ZUS zaświadczeń wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym. |
|  | System musi umożliwić anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość). |
|  | System musi umożliwiać wystawianie oraz anulowanie zwolnień elektronicznych bezpośrednio w systemie HIS. |
|  | System musi umożliwiać wyszukiwanie danych w rejestrze zwolnień lekarskich na podstawie serii i numeru zwolnienia. |
|  | System musi umożliwiać przegląd danych źródłowych oraz dokumentów zaświadczeń lekarskich wystawionych w lokalnej aplikacji gabinetowej. |
|  | System musi umożliwiać podgląd listy poprzednich zwolnień pacjenta zarejestrowanych w ZUS, w tym zwolnień zarejestrowanych w innych placówkach medycznych, z możliwością filtrowania wyników względem daty wystawienia zwolnienia oraz okresu niezdolności do pracy. |

## Kalkulacja kosztów operacji, Kalkulacja Kosztów Leczenia, BHP -ochrona radiologiczna

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | System ma interfejs graficzny |
|  | System pracuje w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników |
|  | (preferowane środowisko MS Windows 10 lub nowszy) |
|  | System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych - częściowa komunikacja w języku angielskim |
|  | W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych, w przypadku istotnych danych prowadzonych w formie słowników, system pozwala na dostęp do tych słowników w celu przyspieszenia ich wprowadzania i jednolitego ich okodowania (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, teryto­rialnych, kontrahentów, pracowników, ośrodków powstawania kosztów). |
|  | System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bie­żących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nie­autoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych). |
|  | System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych. |
|  | System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych), |
|  | System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu |
|  | System musi umożliwiać podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników. |
|  | System musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych. |
|  | Administrator musi posiadać możliwość z poziomu aplikacji z modułu administratora nadawania danemu użytkownikowi unikalnego loginu oraz hasła. Administrator musi posiadać możliwość ustawienia parametrów hasła: długość, czas żywotności, czas przed wygaśnięciem |
|  | Administrator musi posiadać z poziomu aplikacji możliwość wylogowania wszystkich użytkowników aplikacji. Administrator musi posiadać również możliwość zablokowania dostępu użytkownikom do aplikacji przez czas trwania aktualizacji systemu. |
|  | W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej). |
|  | Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu. Systemu uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które to mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom. |
|  | Równolegle musi istnieć możliwość nadawania użytkownikowi pojedynczych uprawnień z listy dostępnych. System musi umożliwiać definiowanie grup użytkowników i przydzielanie użytkowników do tych grup. |
|  | System umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji definiowanie i zmianę praw dostępu dla poszczególnych użytkowników i grup użytkowników z dokładnością do poszczególnych modułów oraz funkcji systemu |
|  | Jednokrotne logowanie do systemu umożliwiające dostęp do wszystkich modułów, do których użytkownik posiada uprawnienia (w przypadku gdy są one uruchamiane jako aplikacje desktopowe (za wyjątkiem aplikacji wykonanych w technologii web) |
|  | Możliwość uruchomienia kolejnej aplikacji bez konieczności wylogowania się z dotychczas używanej aplikacji i ponownego logowania (w przypadku gdy są one uruchamiane jako aplikacje desktopowe (za wyjątkiem aplikacji wykonanych w technologii web) |
|  | Definiowanie pulpitu użytkownika umożliwiającego uruchomienie wszystkich modułów, aplikacji czy funkcjonalności Systemu, do jakich posiada uprawnienia, również aplikacji nie będących przedmiotem zamówienia np. aplikacje biurowe (w przypadku gdy są one uruchamiane jako aplikacje desktopowe (za wyjątkiem aplikacji wykonanych w technologii web) |
|  | Dostęp do pulpitu użytkownika powinien być zabezpieczony hasłem. |
|  | **Kalkulacja Kosztów Operacji:** |
|  | Udostępnianie danych dotyczących czasu pracy personelu na bloku operacyjnym oraz informacji o ośrodkach kosztów sal zabiegowych do wykorzystania w systemie Kadr i Płac (integracja z ERP InfoMedica). |
|  | Możliwość kalkulacji kosztów procedury prowadzonej na bloku operacyjnym tj.: |
|  | - materiałów obciążających OPK bloku, |
|  | - materiałów obciążających OPK oddziału zlecającego operację (np. środki wysokocenne), |
|  | - ewidencji personelu wraz z czasem zaangażowania w wykonanie procedury, |
|  | - czasu trwania procedury, |
|  | - sumaryczny czas wykorzystania personelu. |
|  | Możliwość pobrania stawek jednostkowych za minutę pracy poszczególnych pracowników z systemu Kadr i Płac (integracja z ERP InfoMedica) i wykorzystania do kalkulacji kosztu personelu w ramach procedury zabiegowej  i znieczuleniowej. |
|  | Możliwość pobrania stawek jednostkowych za minutę pracy poszczególnych pracowników z lokalnego cennika i wykorzystania do kalkulacji kosztu personelu w ramach procedury zabiegowej  i znieczuleniowej. |
|  | Możliwość wprowadzenia wartości kosztu poszczególnych pracowników w ramach operacji (stawka jednostkowa dla czasu lub stawka za wykonanie). |
|  | Możliwość rozpisania zbiorczej kwoty kosztu personelu na wiele operacji / wielu pracowników. Rozpisanie dla wskazanych pracowników w ramach wykonanych procedur wg: czasu zaangażowania pracownika w zabiegu lub po równo na każdego wskazanego pracownika w operacji. |
|  | Możliwość zbiorczej aktualizacji stawki jednostkowej za minutę pracy lub kosztu dla pracownika dla wskazanych pracowników w ramach wykonanych procedur. |
|  | System musi informować, czy dany koszt pochodzi z systemu Kadr i Płac, lokalnego cennika, czy jest wprowadzony przez operatora. |
|  | Możliwość alternatywnej wyceny kosztu personelu w ramach procedury zabiegowej i anestezjologicznej z wykorzystaniem opisu normatywnego personelu dla procedury. |
|  | Możliwość rekalkulacji opisu i kosztu normatywnego personelu dla procedury zabiegowej i anestezjologicznej w oparciu o rzeczywisty czas trwania procedury (proporcjonalne zwiększenie lub zmniejszenie składowej opisanej czasem, składowe kwotowe nie podlegają przeliczeniu). |
|  | Możliwość raportowania pełnego  kosztu procedury zabiegowej  - razem z kosztem rozchodów wyłączonych z opisu normatywnego, a obciążających bezpośrednio oddział zlecający wykonanie zabiegu. |
|  | Możliwość raportowania średniego kosztu operacji wykonanych w danym miesiącu oraz procedur wchodzących w ich skład (zabieg i znieczulenie) wg listy powiązanych procedur ICD9 lub tylko procedury głównej. |
|  | Określenie ilości lub czasu pracy urządzenia użytego do wykonania świadczenia oraz jednostkowego kosztu pracy (dane pobierane z modułu środki trwałe i wyliczane na podstawie amortyzacji) lub wpisanie wartości kosztów w podziale na koszty rodzajowe ręcznie. |
|  | Integrację w zakresie średnich cen dostaw materiałów i leków z modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie obsługi magazynu materiałów i obsługi magazynu leków. |
|  | **Kalkulacja kosztów leczenia:** |
|  | kalkulacja indywidualnych kosztów leczenia pacjenta: |
|  | możliwość automatycznego pobierania danych o pacjencie w zakresie zrealizowanych mu świadczeń z aplikacji medycznych (Przychodnia, Ruch Chorych i Apteczka oddziałowa): |
|  | - osobodni, |
|  | - procedury, |
|  | - badania, |
|  | - leki/materiały/wyroby medyczne. |
|  | możliwość wydruku kosztowej karty pacjenta dającej możliwość wyceny pobytu pacjenta (wydruk jako załącznik może być podstawą wystawienia faktury za pobyt pacjenta nieubezpieczonego) z wyszczególnieniem kosztów świadczeń i leków istotnych kosztowo oraz włączeniem kosztów pozostałych świadczeń do kosztów ogólnych pobytu: |
|  | - w zakresie kosztów leków – na poziomie cen leków z konkretnej dostawy, w ramach której zrealizowano podania dla pacjenta (integracja z modułami Apteka, Apteczka oddziałowa), |
|  | - w zakresie rzeczywistych kosztów świadczeń (z ostatniego miesiąca, dla którego taka wycena istnieje – integracja z modułem Koszty InfoMedica) |
|  | możliwość grupowania kosztowych kart pacjentów wg zdefiniowanych kryteriów i prowadzenia analiz ekonomicznych (np. wg jednostek chorobowych, produktów rozliczeniowych). |
|  | Możliwość zestawienia przychodów i kosztów hospitalizacji na poziomie: |
|  | · pojedynczego pacjenta, |
|  | · kodu JGP, |
|  | · produktu jednostkowego, |
|  | · produktu kontraktowego, |
|  | · rozpoznania głównego. |
|  | Możliwość zestawienia statystyk kosztów pobytów z podziałem na lekarzy prowadzących. |
|  | Możliwość szacunkowej kalkulacji dotychczasowych kosztów pacjenta w trakcie trwania hospitalizacji w oparciu o dane historyczne lub zdefiniowane cenniki (w przypadku braku danych historycznych). |
|  | Możliwość prezentacji kosztów zleceń do jednostek zewnętrznych wg przyjętych cen umownych z daną jednostką |
|  | Możliwość raportowania pełnego kosztu procedury zabiegowej - razem z kosztem rozchodów wyłączonych z kosztu wytworzenia procedury. |
|  | Możliwość raportowania średniego kosztu operacji wykonanych w danym miesiącu oraz procedur wchodzących w ich skład (zabieg i znieczulenie) wg listy powiązanych procedur ICD9 lub tylko procedury głównej. |
|  | **BHP - ochrona radiologiczna:** |
|  | obsługa rejestru pracowni radiologicznych (inspektorzy odpowiedzialni, pracownicy narażeni, zezwolenia), |
|  | obsługa rejestru urządzeń pomiarowych indywidualnych i środowiskowych, |
|  | obsługa rejestru źródeł promieniowania (rodzaje źródeł, pomiary aktywności), |
|  | obsługa protokołów odczytu urządzeń pomiarowych, |
|  | wydruk karty zgłoszeniowej do Centralnego Rejestru Dawek, |
|  | widok danych kadrowych (integracja z ERP InfoMedica): |
|  | podstawowe dane pracowników (dane osobowe, umowy), |
|  | nieobecności, |
|  | badania okresowe, |
|  | uprawnienia, |
|  | kursy BHP, |
|  | odzież robocza, |
|  | stanowiska – dane dotyczące oceny narażenia, |
|  | walidacje prezentujące alerty i ostrzeżenia na podstawie zgromadzonych dla pracowników danych, |
|  | udostępnienie danych gromadzonych w ramach funkcjonalności modułu w module Wykazy na potrzeby tworzenia definiowanych przez użytkowników wykazów i pism. |
|  | obsługa rejestru pracowników służby BHP |
|  | obsługa rejestru wypadków |
|  | przygotowanie danych dla standardowych wydruków dotyczących wypadków - karty statystycznej wypadku |
|  | utworzenie na podstawie zgromadzonych danych i przesłanie do programu Płatnik formularza ZUS-IWA |
|  | widok danych kadrowych (integracja z ERP InfoMedica): |
|  | - podstawowe dane pracowników (dane osobowe, umowy), |
|  | - nieobecności, |
|  | - badania okresowe, |
|  | - uprawnienia, |
|  | - kursy BHP, |
|  | - odzież robocza, |
|  | - stanowiska – dane dotyczące oceny narażenia, |
|  | obsługa rejestru chorób zawodowych: |
|  | przygotowanie danych dla standardowych wydruków dotyczących wypadków - karty stwierdzenia choroby zawodowej, karty oceny narażenia zawodowego |
|  | udostępnienie danych gromadzonych w ramach funkcjonalności modułu w module Wykazy na potrzeby tworzenia definiowanych przez użytkowników wykazów i pism |

## Znajdź Pacjenta - mobilne

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | System obsługi jednostki medycznej musi dawać możliwość ustawienia logo jednostki medycznej, które będzie pojawiało się w aplikacji mobilnej na telefon. |
|  | System obsługi jednostki medycznej musi dawać możliwość wprowadzenia informacji tekstowych opisujących jednostkę medyczną, które będą prezentowane w aplikacji mobilnej jako jednostka autoryzacji aplikacji mobilnej. |
|  | System obsługi jednostki medycznej musi wykorzystywać unikalne, generowane dla użytkownika kody QR do obsługi procesu autoryzacji aplikacji mobilnej do pracy z dana instancją systemu dziedzinowego jednostki medycznej. |
|  | Aplikacja mobilna musi wykorzystywać w procesie autoryzacji do pracy z systemem dziedzinowym unikalne kody QR generowane przez ten system dziedzinowy. |
|  | Administrator systemu dziedzinowego musi mieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do korzystania z aplikacji mobilnej zintegrowanej z tym systemem. |
|  | Administrator systemu dziedzinowego lub użytkownik posiadający odpowiednie uprawnienia musi mieć możliwość wygenerowania kodu QR pozwalającego na autoryzacje aplikacji mobilnej do pracy z tym systemem dziedzinowym. |
|  | Administrator systemu dziedzinowego lub użytkownik posiadający odpowiednie uprawnienia mogą z poziomu systemu dziedzinowego wycofać/usunąć autoryzację aplikacji mobilnej. |
|  | Administrator systemu dziedzinowego może zablokować autoryzację aplikacji mobilnej. |
|  | Aplikacja mobilna działa w kontekście użytkownika systemu dziedzinowego. |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość wyszukania pobytów w jednostkach organizacyjnych po takich parametrach jak: numer PESEL lub nazwisko z imieniem (imię opcjonalnie) i informacja o statusie przebywania (aktualnie przebywa / nie przebywa) informacja o okresie w jakim pacjent został przyjęty na pobyt |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość wyszukania wizyt w jednostkach organizacyjnych typu poradnia/gabinet po takich parametrach jak: numer PESEL lub nazwisko z imieniem (imię opcjonalnie) i informacja o okresie w jakim odbyła się wizyta |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość wybrania jednego z wyszukanych pobytów i prezentacji takich danych jak: - data urodzenia pacjenta - PESEL pacjenta - aktualne rozpoznanie ICD10 pacjenta z opisem - Nazwa jednostki organizacyjnej z pobytu - Imię i nazwisko oraz numer telefonu do kierownika jednostki organizacyjnej - Imię i nazwisko oraz numer telefonu lekarza prowadzącego - Imię i nazwisko oraz numer telefonu do sekretariatu jednostki organizacyjnej - Epikryzy z pobytu - Obserwacje z pobytu - Zaplanowane wizyty w poradniach |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość wybrania jednego z wyszukanych wizyt w poradni i prezentacji takich danych jak: - data urodzenia pacjenta - PESEL pacjenta - aktualne rozpoznanie ICD10 pacjenta z opisem - Nazwa jednostki organizacyjnej z pobytu - Imię i nazwisko oraz numer telefonu do kierownika jednostki organizacyjnej - Imię i nazwisko oraz numer telefonu lekarza prowadzącego - Imię i nazwisko oraz numer telefonu do sekretariatu jednostki organizacyjnej - Zaplanowane wizyty w poradniach |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość przeglądania ostatnio oglądanych pobytów i wizyt bez ponownego ich wyszukiwania |
|  | Aplikacja mobilna daje możliwość wybrania numeru telefonu do kierownika jednostki organizacyjnej z pobytu wizyty pacjenta, lekarza prowadzącego z pobytu lub sekretariatu z pobytu/wizyty i uruchomienia w telefonie mechanizmu wykonywania połączenia telefonicznego. |
|  | Aplikacja mobilna działa na urządzeniach mobilnych z systemem operacyjnym Android. |
|  | Mechanizmy komunikacji aplikacji mobilnej z systemem dziedzinowym dają możliwość uruchomienia komunikacji spoza infrastruktury jednostki medycznej. |
|  | Do uruchomienia aplikacji mobilnej wymagany jest PIN ustawiany w trakcie procesu autoryzacji w systemie dziedzinowym. |

## Pulpit Medyczny Ogólny

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | System udostępnia Pulpit dedykowany personelowi medycznemu - pulpit prezentujący najważniejsze informacje medyczne o aktualnym stanie pacjenta. |
|  | System musi umożliwiać integrację z systemem HIS w zakresie pobierania informacji medycznych o historii i aktualnym stanie pacjenta minimum w zakresie: |
|  | - danych osobowych, |
|  | - danych o alergiach i uczuleniach |
|  | - danych wizyt ambulatoryjnych, hospitalizacji, badań diagnostycznych, badań laboratoryjnych, pomiarów parametrów życiowych, zabiegów operacyjnych, danych bilansu płynów |
|  | - dokumentów dokumentacji medycznej |
|  | System musi umożliwiać kontekstowe uruchomienie systemu HIS |
|  | System musi umożliwiać kontekstowe wywołanie określonych akcji systemu HIS |
|  | - zlecenie nowego badania diagnostycznego i laboratoryjnego |
|  | - powielenie zlecenia badania |
|  | - edycję i powielenie obserwacji lekarskiej |
|  | - zlecenie nowego leku |
|  | - przerwanie podania leku |
|  | System musi umożliwiać dostosowanie pulpitu pacjenta do Jednostki organizacyjnej |
|  | System musi umożliwiać uprawnionemu użytkownikowi na dostosowanie pulpitu do jego indywidualnych preferencji |
|  | System musi zapewniać możliwość dostosowania konfiguracji pulpitu dla urządzeń z rożną rozdzielczością i orientacją ekranu |
|  | System musi umożliwiać automatyczne i ręczne dostosowanie skalowania interface użytkownika do rozdzielczości i orientacji wyświetlacza urządzenia, niezależnie od lokalnych ustawień przeglądarki |
|  | System musi udostępniać narządzie do komponowania zawartości pulpitu, podziału na ekrany i ułożenia grup danych na ekranie (grupa danych to zakres danych powiązanych ze sobą merytorycznie lub których prezentacja w grupie jest merytorycznie uzasadniona i stanowi całość) |
|  | Ochrona dostępu do jednostek organizacyjnych objętych szczególną ochroną danych (np. jednostki psychiatryczne) |
|  | System musi respektować uprawnienia użytkownika do dostępu do danych pacjentów jednostek objętych szczególną ochroną danych (np. jednostki psychiatryczne) |
|  | System musi być dostępny dla różnych klas urządzeń - minimum: desktop, laptop, tablet |
|  | System musi umożliwiać wybór pacjenta z listy pacjentów aktualnie lub kiedykolwiek leczonych na danym oddziale lub gabinecie, z możliwością wyszukiwania pacjenta minimum wg Nazwiska i imienia, Numeru PESEL, ID technicznym oraz wyszukiwania pacjenta po kodzie odczytywanym z opaski identyfikacyjnej pacjenta |
|  | System musi umożliwiać ograniczenie listy pacjentów dla których zalogowany jest lekarzem prowadzącym |
|  | System musi umożliwiać ograniczenie wyszukiwania pacjentów tylko do pacjentów wskazanego odcinka oddziału |
|  | System musi umożliwiać prezentację i wyszukiwanie pacjentów odcinków innych oddziałów - odcinków skonfigurowanych tak, że mogą być obsługiwane przez wskazaną jednostkę. |
|  | Lista pacjentów w podziale na sale |
|  | System musi umożliwiać prezentację listy pacjentów w podziale na odcinki sale w których leżą pacjenci |
|  | System musi umożliwiać przegląd historii leczenia pacjenta w rozumieniu pobytów na oddziałach, gabinetach i pracowniach podmiotu, z możliwością wyróżnienia pobytów związanych z określoną specjalnością jednostki organizacyjnej (np. tylko wizyty w gabinetach i oddziałach kardiologicznych). |
|  | W ramach przeglądu historii leczenia pacjenta system musi umożliwiać wgląd w dane wywiadu, badania przedmiotowego, ostatniej obserwacji lekarskiej (dla trwających pobytów na oddziale) lub epikryzy dla zamkniętych pobytów, opisu wizyty dla pobytów w gabinecie. |
|  | W ramach przeglądu historii leczenia pacjenta system musi umożliwiać kontekstowe wywoływanie systemu HIS prezentującego dane szczegółowe wybranego pobytu. |
|  | System musi umożliwiać dostęp i przegląd dokumentu Karty informacyjnej połączonej z przeglądaną pozycją historii leczenia |
|  | Prezentacja ostatnich wyników badań diagnostycznych |
|  | System musi umożliwiać przegląd ostatnich wyników badań diagnostycznych, o ile były wykonane nie dawniej niż określona liczba dni. |
|  | System musi umożliwiać podgląd: tekstowego opisu wyniku badania, załączników badania, komentarzy, dokumentu wyniku badania |
|  | Jeśli w ramach wyniku badania jest udostępniony link do zewnętrznych zasobów, prezentujących dane badania (np. obraz) system musi umożliwiać jego uruchomienie. |
|  | System musi umożliwiać wyróżnianie wyników oznaczonych w systemie HIS jako patologiczne |
|  | System musi prezentować listę zleconych, ale jeszcze nie wykonanych badań diagnostycznych |
|  | System musi umożliwiać przegląd ostatnich wyników badań laboratoryjnych oraz badań zakresu mikrobiologii, o ile były wykonane nie dawniej, niż określona liczba dni. |
|  | System musi prezentować tekstowy opis wyniku badania, załączników badania, komentarzy, dokumentu wyniku badania |
|  | System musi umożliwiać prezentację tylko wybranych parametrów wyników badań laboratoryjnych |
|  | Dla wyników numerycznych system musi prezentować wartość wyniku, jednostkę miary, granice wartości referencyjnych oraz odpowiednie oznaczenie w przypadku, gdy wynik przekracza granice wartości referencyjnych (flagi H i L) |
|  | System musi umożliwiać przegląd historii zmian parametrów numerycznych wyniku w postaci wykresu z wyróżnionymi granicami wartości referencyjnych dla danego parametru |
|  | System umożliwia dostęp do dokumentu wyniku badania |
|  | System musi oznaczać wyniki badań mikrobiologicznych, w których wykryto drobnoustroje alarmowe lub oznaczone jako patogen |
|  | System musi prezentować listę zleconych, ale jeszcze nie wykonanych badań laboratoryjnych oraz z zakresu mikrobiologii |
|  | Prezentacja ostatnich wyników konsultacji |
|  | System musi umożliwiać przegląd ostatnich wyników konsultacji, o ile były wykonane nie dawniej, niż określona liczba dni. |
|  | System musi umożliwiać podgląd: tekstowego opisu wyniku badania, załączników badania, komentarzy, dokumentu wyniku badania |
|  | Jeśli w ramach wyniku badania jest udostępniony link do zewnętrznych zasobów, prezentujących dane badania (np. obraz) system musi umożliwiać jego uruchomienie |
|  | System musi umożliwiać wyróżnianie wyników oznaczonych w systemie HIS jako patologiczne |
|  | System musi prezentować listę zleconych, ale jeszcze nie wykonanych badań diagnostycznych |
|  | Prezentacja ostatnich wyniki pomiarów |
|  | System musi umożliwiać przegląd ostatnich wyników pomiarów parametrów życiowych, o ile były wykonane nie dawniej, niż określona liczba dni. |
|  | System musi umożliwiać podgląd wyników pomiarów numerycznych, jakościowych oraz pomiarów złożonych (wieloparametrowych) |
|  | Dla pomiarów numerycznych system musi umożliwiać prezentację trendu zmiany parametru w stosunku do wartości poprzedniej |
|  | Dla wartości numerycznych system musi umożliwiać prezentację historii zmian parametru w postaci wykresu |
|  | System musi umożliwiać wyróżnianie nowych pozycji rozumianych jako nie starsze, niż określona liczba godzin/dni, minimum w zakresie: zleceń i wyników badań diagnostycznych, konsultacji, badań laboratoryjnych; zleceń leków, wyników pomiarów. |
|  | Wykresy pomiarów karty gorączkowej (ciśnienia, temperatury i tętna) |
|  | System musi udostępniać w postaci wykresu prezentację historii zmian podstawowych parametrów karty gorączkowej (temperatura, tętno, ciśnienie tętnicze) na wykresach ze wspólną osią czasu. |
|  | Wykres zmian ciśnienia tętniczego powinien wyróżniać różnicę pomiędzy ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym |
|  | System musi zapewniać automatyczne dopasowanie osi Y wykresów, tak by móc wykreślić zmiany wszystkich wartości. |
|  | System musi umożliwiać dowolne przewijanie oraz skalowanie osi czasu wykresów. |
|  | System musi zapewnić domyślnie automatyczne skalowanie osi czasu w zależności od częstości wystąpienia zdarzeń prezentowanych na wykresie, tak by zapewnić prezentację historii minimum 5 zdarzeń. |
|  | System musi prezentować listę leków zleconych w wybranym dniu (uwzględniając również zlecenia jednorazowe i doraźne), prezentując informację o dawkowaniu leku w danym dniu, oznaczając przy tym zrealizowane podania. |
|  | System musi wyróżniać zlecenia: doraźne, jednorazowe, zlecenia narkotyków, antybiotyków, mieszanek i pomp infuzyjnych |
|  | System musi uwzględniać leki podane, dla których nie zaewidencjonowano zlecenia podania leku. |
|  | System umożliwia przegląd szczegółów wszystkich wykonanych badań diagnostycznych laboratoryjnych i konsultacji wykonanych w określonym przedziale czasu: od początku pobytu, początku hospitalizacji, ostatniego miesiąca, ostatniego tygodnia; oraz określonej liczby wykonań niezależnie od tego kiedy były wykonane. |
|  | System musi umożliwiać ograniczenie listy wyników tylko do określonego rodzaju, określonego badania lub konsultacji oraz wyszukiwanie na liście określonego badania. |
|  | System musi umożliwiać prezentację graficzną wystąpień wybranego badania w osi czasu |
|  | Możliwość zestawienia na jednym ekranie różnych wyników badań lub konsultacji |
|  | Możliwość zestawienia na jednym ekranie różnych elementów wyniku - załączników, komentarzy i dokumentów |
|  | System musi umożliwiać przegląd listy ostatnio wykonanych zabiegów, podgląd szczegółów zabiegu minimum w zakresie danych rozpoznania przedoperacyjnego, operatora i protokołu operacyjnego. |
|  | System umożliwia szybkie przełączenie pulpitu na innego pacjenta z listy określonej w wyszukaniu pacjentów (np. pacjentów określonej sali) |
|  | System musi umożliwiać rejestrację i prezentację dowolnych uwag, notatek w formie dowolnego tekstu, dedykowanego konkretnemu pacjentowi i do określonego dnia |
|  | Musi być możliwość przeniesienia uwag i notatek z dowolnego dnia na dowolny dzień w przyszłości. |
|  | System musi prezentować fakt pozostawienia notatki na dany dzień w skali czasu |

## Pulpity Zarządcze

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | Aplikacja posiada przeglądarkowy interfejs użytkownika. |
|  | Aplikacja nie może wymagać od użytkownika instalacji dodatkowych wtyczek/rozszerzeń w przeglądarce. |
|  | Aplikacja umożliwia obsługę w dwóch językach: polski oraz angielski. |
|  | Aplikacja powinna być dostępna cyfrowo dla osób z niepełnosprawnościami, zapewniając zgodność z WCAG 2.1 (ang. Web Content Accessibility Guidelines) na poziomie AA. |
|  | Aplikacja udostępnia syntetyczne analizy biznesowe w formie kokpitu menadżerskiego, składającego się z powiązanych tematycznie interaktywnych kafelków. |
|  | Aplikacja udostępnia kafelki z zakresów: |
|  | a) Statystyka medyczna, |
|  | b) Rozliczenia NFZ, |
|  | c) Finanse i Koszty. |
|  | Dla każdego zakresu producent dostarcza co najmniej jeden predefiniowany pulpit (kokpit) przykładowy, gotowy do użycia. Pulpity predefiniowane powinny zapewniać przykładową formę prezentacji kompletu analiz dostępnych w aplikacji. |
|  | Pulpity predefiniowane mogą być uruchamiane, kopiowane, ale nie mogą być usuwane ani edytowane przez żadnego użytkownika. |
|  | Dostępne kafelki są predefiniowane przez producenta, tak aby rozwiązanie nie wymagało od użytkownika kompetencji w zakresie modelowania czy przetwarzania danych. Konfiguracja źródła danych i ich prezentacji jest zdefiniowana przez producenta. |
|  | Praca w aplikacji nie wymaga znajomości modelu danych systemów dziedzinowych ERP InfoMedica i HIS. |
|  | Dane prezentowane w kafelkach pobierane są bezpośrednio z systemów HIS i ERP InfoMedica (on-line) występujących u Zamawiającego, poprzez udostępniane funkcje lub widoki. W celu przyspieszenia działania aplikacji, dopuszcza się wykorzystywanie mechanizmu własnego magazynu danych, w którym dane z systemów HIS i ERP InfoMedica będą przechowywane. |
|  | Informacja o źródle pochodzenia danych prezentowana jest bezpośrednio na każdym kafelku analitycznym indywidualnie, z rozróżnieniem na pobieranie bezpośrednio z systemów dziedzinowych (on-line) oraz pobieranie z własnego magazynu danych aplikacji. Informacja ta powinna być sygnalizowana w sposób wizualny (np. różny kolor ikony dotyczącej źródła danych), a także wystarczająco szczegółowa, w zależności od źródła danych. W przypadku danych pobieranych bezpośrednio niezbędna jest informacja o systemie, z którego dane są pobierane, zaś w przypadku pobierania z własnego magazynu danych prezentowane powinny być informacje o ostatnim czasie aktualizacji danych, w rozbiciu na wszystkie okresy, które poddawane są analizie. |
|  | Aplikacja zapewnia integrację kont użytkowników z systemami dziedzinowymi HIS i ERP InfoMedica. |
|  | System umożliwia zabezpieczenie danych wrażliwych pozwalających zidentyfikować konkretnego pacjenta. Zabezpieczenie jest realizowane w formie uprawnienia dla wskazanych użytkowników. Zestaw anonimizowanych cech pacjenta obejmuje co najmniej: nazwisko, pierwsze imię, drugie imię, PESEL, data urodzenia, płeć, data zgonu, kraj pochodzenia, ubezpieczyciel. |
|  | System udostępnia trzy poziomy uprawnień użytkowników: |
|  | a) Do funkcji – np. funkcji administratora czy dostępu do danych wrażliwych, |
|  | b) Do grup kafelków, |
|  | c) Do komórek organizacyjnych szpitala i ośrodków kosztów. |
|  | System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie (w minutach) maksymalnego czasu bezczynności użytkownika, po którym następuje wylogowanie. |
|  | System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie minimalnego analizowanego roku kalendarzowego, w ramach którego prowadzone mogą być analizy (tzn. na liście dostępnych lat kalendarzowych widoczny będzie ustawiony minimalny rok kalendarzowy oraz wszystkie następujące po nim lata aż do bieżącego). |
|  | System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie waluty wyświetlanej na kafelkach analitycznych. |
|  | Użytkownik z uprawnieniami administratora ma możliwość określenia/zmiany identyfikatora układu bilansowego dla danych pochodzących z systemów finansowych. |
|  | Aplikacja posiada wewnętrzny magazyn danych (cache) wykorzystywany jako źródło danych dla elementów obciążających bazy danych systemów dziedzinowych celem ich odciążenia oraz dostarczenia wyników użytkownikom w krótszym czasie. |
|  | Użytkownik ma możliwość zarządzania zasileniami magazynu danych (cache) w zakresie dodawania nowych zadań (tzw. harmonogramów zasileń), edycji istniejących oraz usuwania już niepotrzebnych. |
|  | Administrator systemu ma możliwość określania maksymalnego czasu wykonywania zasilenia magazynu danych, tzn. czasu, po którym niezakończone zasilenie w magazynie danych zostaje przerwane ze statusem "Niepowodzenie". |
|  | Aplikacja pozwala na zdefiniowanie harmonogramów zasileń jednokrotnych, czyli uruchamianych jeden raz we wskazanym przez użytkownika momencie (możliwość określenia daty oraz godziny). |
|  | Aplikacja pozwala na zdefiniowanie harmonogramów cyklicznych, uruchamianych wiele razy, zgodnie z zadaną przez użytkownika konfiguracją. Ta ostatnia powinna obejmować co najmniej: |
|  | - określenie, w jakich odstępach czasu będzie uruchamiane zasilenia (dostępne opcje: codziennie, co miesiąc) |
|  | - określenie, za jaki okres będą zasilane dane (dostępne opcje: miesiąc, rok) |
|  | - określenie, ile okresów wstecz w stosunku do momentu uruchomienia zasilenia ma być załadowane do magazynu danych (np. dwa miesiące wstecz). |
|  | Dla harmonogramów cyklicznych użytkownik ma możliwość podania okresu w jakim pozostaje aktywny (tylko w tym przedziale czasu będą uruchamiane procesy zasileń, zgodnie z parametrami określonymi przez użytkownika). |
|  | Dostęp do funkcjonalności zasilenia magazynu danych (cache) jest możliwy tylko dla użytkowników posiadających stosowne uprawnienia (administrator). |
|  | Aplikacja daje możliwość przeglądu logu wykonanych zasileń magazynu danych (cache) obejmującego co najmniej informacje o: nazwie zasilanego zakresu danych, okresie, czasie trwania operacji, dacie rozpoczęcia i zakończenia, statusie zakończenia procesu (pomyślny/błędny). |
|  | Aplikacja musi posiadać, niezależny od systemów źródłowych, mechanizm grupowania danych (pozycji wybranych słowników) wykorzystywany na części kafelków celem prezentacji danych w układzie zdefiniowanych przez użytkownika agregatów. |
|  | Użytkownik ma możliwość zarządzania mechanizmem grupowania danych w zakresie tworzenia, usuwania oraz zmiany (słownika, grup przypisanych do słownika oraz pozycji przypisanych do grup słownika). |
|  | Użytkownik może zdefiniować więcej niż jedną grupę dla danego słownika. |
|  | Użytkownik może upublicznić zdefiniowaną przez siebie grupę, celem wykorzystania jej w analizach przez innych użytkowników. |
|  | Upubliczniona grupa może być zarządzana tylko przez osobę, która ją utworzyła i upubliczniła. |
|  | Mechanizm grupowania danych musi obejmować co najmniej: |
|  | - słownik zakresów świadczeń wykorzystywany przez szpital do rozliczeń z NFZ; |
|  | - słownik kosztów OPK pozwalający na grupowanie kosztów wg dwóch kryteriów: kosztów rodzajowych oraz OPK przekazujących (narzucających) koszty; |
|  | - słownik kont księgowych; |
|  | - słownik ośrodków kosztowych (OPK), umożliwiający analizę danych na poziomie ośrodków kosztowych w ujęciu poszczególnych OPK lub utworzonych grup (stanowiących jedną wspólną pozycję); |
|  | - słownik jednostek organizacyjnych szpitala (JOS), umożliwiający analizę danych na poziomie jednostek organizacyjnych w ujęciu poszczególnych JOS lub utworzonych grup (stanowiących jedną wspólną pozycję). |
|  | Każde ze zdefiniowanych grupowań powinno mieć możliwość określenia okresu obowiązywania. |
|  | Użytkownik ma możliwość stworzenia, nazwania i usunięcia własnego pulpitu. |
|  | W momencie utworzenia pulpitu użytkownik staje się administratorem pulpitu. |
|  | Użytkownik ma możliwość skopiowania dowolnego, dostępnego dla niego pulpitu, co skutkuje utworzeniem kopii danego pulpitu, dla której użytkownik kopiujący staje się administratorem (właścicielem). |
|  | Administrator pulpitu określa komu może być udostępniony pulpit. |
|  | Administrator pulpitu może przyznać prawo administratora pulpitu dla użytkownika, któremu udostępniono pulpit. |
|  | Administrator pulpitu może określać tzw. siatkę pulpitu. Siatka pulpitu definiuje miejsca w których użytkownik może położyć kafelek. W ramach konfiguracji siatki można wskazać, z ilu kolumn ma się składać oraz określić wysokość wiersza. |
|  | Administrator pulpitu może ułożyć wybrany przez siebie kafelek na pulpicie w taki sposób, że zajmuje on jeden lub wiele pól siatki pulpitu (skalowanie kafelka) |
|  | Aplikacja umożliwia stworzenie pulpitu zawierającego kafelki z różnych obszarów. |
|  | Aplikacja posiada bibliotekę predefiniowanych przez producenta kafelków, z których użytkownik może definiować swoje pulpity menedżerskie |
|  | Wszystkie kafelki zawarte w bibliotece są opisane w sposób merytoryczny wraz z informacją, skąd pobierane są dane w celu łatwej weryfikacji zgodności danych z systemami źródłowymi |
|  | Administrator pulpitu ma możliwość edycji tytułu kafelka położonego na pulpicie. |
|  | Aplikacja posiada konfigurowalny mechanizm tzw. filtrów pulpitu, które pozwalają na ustawienie wartości filtrów na wielu kafelkach jednocześnie. |
|  | Administrator (właściciel) pulpitu ma możliwość ustalenia, które z filtrów kafelka mają reagować na zmianę wartości w filtrze pulpitu, a które mają pozostać na nią nieczułe. |
|  | Wybrane kafelki mają możliwość interakcji między sobą w taki sposób, że kliknięcie elementu na jednym kafelku może powodować automatyczne ustawienie filtru na drugim i jego odświeżenie. |
|  | Administrator pulpitu decyduje, czy kafelek umożliwiający wysyłanie informacji o zaznaczonym obiekcie będzie wysyłać stosowną informację wyjściową oraz decyduje, które kafelki mające odpowiednie filtry mają reagować na taką akcję poprzez ustawienie swojego filtra. |
|  | System, dla wybranych kafelków, posiada mechanizm drążeń pozwalający na prezentację danych szczegółowych (elementarnych) w formie tabelarycznej. |
|  | Mechanizm drążeń pozwala na interaktywną pracę z danymi elementarnymi tj. filtrowanie oraz grupowanie. |
|  | Aplikacja umożliwia zapisanie danych elementarnych do arkusza kalkulacyjnego w celu ich dalszej obróbki. |
|  | W ramach zakresu danych dotyczącego statystyki medycznej aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o: |
|  | a) statystyce ruchu chorych: |
|  | - obłożenie łóżek - informacja dostępna na wskazany dzień oraz za wybrany okres (od dnia do dnia) |
|  | - liczba pacjentów, przyjęć i wypisów - informacja dostępna na wskazany dzień oraz za wybrany okres (od dnia do dnia) |
|  | - średnia długość pobytu |
|  | - histogram długości pobytów (w rozbiciu na zakończone, niezakończone, wszystkie) |
|  | - rozkład liczby pacjentów w funkcji grupy JGP |
|  | b) śmiertelności (z rozbiciem na przyczyny zgonu) |
|  | c) wartość przychodu powiązanego z pacjentami wypisanymi w wybranym okresie: |
|  | - w ujęciu kwoty rocznej |
|  | - w podziale na poszczególne dni wypisu pacjentów |
|  | - w podziale na JGP (wraz z informacją o liczbie pacjentów rozliczonych daną grupą) |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z obłożeniem łóżek, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów. |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych ze statystyką pacjentów, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów. |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z przychodami jednostki organizacyjnej szpitala, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów z uwzględnieniem zarówno przychodów z NFZ, jak i działalności komercyjnej. |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia) związanych ze zgonami, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów. |
|  | W ramach zakresu danych dotyczącego rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o: |
|  | a) poziomie realizacji umów NFZ kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika) w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych, rozliczonych i wynikających z limitów w planie umowy: |
|  | - jako udział wartości wykonanych i rozliczonych w wartości określonej limitem w planie umowy; |
|  | - dodatkowe ujęcie wartości średniej (dla wszystkich wyświetlanych umów) udziału procentowego wykonań i wartości rozliczonych |
|  | b) wybranej na zestawieniu zbiorczym umowie jako rozbicie wartości wykonano, rozliczono i limit wynikający z planu umowy, na poszczególne miesiące w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika |
|  | c) poziomie realizacji konkretnej umowy NFZ w rozbiciu na poszczególne jednostki organizacyjne szpitala kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika), w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych i rozliczonych, w formie graficznej oraz tabelarycznie (postać tabelaryczna zawiera ujęcie średniej dla wszystkich wyświetlanych JOSów) – z możliwością ograniczenia danych do wybranych zakresów świadczeń; |
|  | d) jednostce organizacyjnej szpitala wybranej na zestawieniu JOSów jako rozbicie wartości wykonano i rozliczono, na poszczególne miesiące, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika |
|  | e) poziomie realizacji grup zakresów świadczeń kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika) w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych, rozliczonych i wynikających z limitów w planie umowy: |
|  | - jako udział wartości wykonanych i rozliczonych w wartości limitów wynikających z planu umowy; |
|  | - dodatkowe ujęcie wartości średniej (dla wszystkich wyświetlanych umów) udziału procentowego wykonań i wartości rozliczonych |
|  | f) grupie zakresów świadczeń wybranej na zestawieniu grup zakresów świadczeń jako rozbicie wartości wykonano, rozliczono i wynikających z limitów w planie umowy, na poszczególne miesiące w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika |
|  | g) procentowym rozkładzie grup zakresów świadczeń w wybranym miesiącu |
|  | - możliwość wybrania elementu/elementów wyświetlanych, które powinny zostać wyłączone z prezentowanego kafelka (w przypadku, gdy wybrany element będzie mocno dominował nad pozostałymi, użytkownik ma mieć możliwość zaznaczenia go jako nieujętego na kafelku) |
|  | h) dodatkowe informacje zarządcze wskazujące zakresy świadczeń o najniższym i najwyższym procencie realizacji wynikającej z limitów w planie umowy (top n - liczba n ustalana przez użytkownika) |
|  | i) współczynniku pacjentów rozliczonych (względem wykonań) w wybranym okresie wraz z odniesieniem do średniej rocznej |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z realizacją umów NFZ, poprzez dwustopniowe drążenie. W pierwszym stopniu z dokładnością do poszczególnych zakresów świadczeń. W drugim stopniu z dokładnością do pacjentów z uwzględnieniem informacji o pozycjach rozliczeniowych oraz zestawach świadczeń. |
|  | W ramach zakresu danych dotyczącego finansów i kosztów aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o: |
|  | a) finansach podmiotu w rozbiciu na: |
|  | - należności, prezentując dane o stanie należności na koniec danego miesiąca oraz miesięcy historycznych, w rozbiciu na strukturę tych należności, z możliwością filtrowania do dokumentów zaksięgowanych/niezaksięgowanych |
|  | - zobowiązania, prezentując dane o stanie zobowiązań na koniec danego miesiąca oraz miesięcy historycznych, w rozbiciu na strukturę tych zobowiązań, z możliwością filtrowania do dokumentów zaksięgowanych/niezaksięgowanych |
|  | b) finansach OPK w rozbiciu na: |
|  | - koszty OPK w funkcji czasu, prezentując zarówno koszty bezpośrednie w podziale na koszty bezpośrednie (rodzajowe), jak i koszty pośrednie (narzuty od konkretnych OPK); analiza związana z kosztami OPK powinna być rozszerzona o informacje o statystykach medycznych (np. liczba hospitalizacji, liczba osobodni, liczba porad) |
|  | - przychody OPK w poszczególnych miesiącach, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) – do wyboru przez użytkownika |
|  | - przychody OPK z uwzględnieniem ich struktury, czyli w podziale na zdefiniowane w systemie finansowo – księgowym konta księgowe |
|  | - wyniki OPK w czasie jako zestawieniu kosztów i przychodów danego OPK w rozbiciu na miesiące, wraz z informacją o wyniku finansowym (wyliczonym jako różnica pomiędzy sumą przychodów i kosztów); wynik OPK powinien być prezentowany na wykresie oraz w tabeli, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) – do wyboru przez użytkownika |
|  | c) wyniku JGP w rozbiciu na: |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególne JGP |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na pobyty |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na lekarza prowadzącego |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na rozpoznanie |
|  | d) wyniku lekarza prowadzącego w rozbiciu na: |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególnych lekarzy prowadzących. |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na pobyty |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na JGP |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na rozpoznanie |
|  | e) wyniku rozpoznania ICD10 w rozbiciu na: |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególne rozpoznania ICD10 |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na pobyty |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na JGP |
|  | - analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na lekarza prowadzącego |
|  | f) sytuacji finansowej całego podmiotu (wyliczone w oparciu o sprawozdania roczne, prowadzone w systemie FK) z możliwością określenia: |
|  | - okresu, rodzaju sprawozdania (zdefiniowanego oraz przeliczonego w systemie FK) oraz pozycji, które zostaną zaprezentowane na kafelku |
|  | - okresu referencyjnego (historycznego) z którym będą porównywane dane za okres bazowy |
|  | - formy prezentacji: jako pojedyncza wartość na wybrany rok/miesiąc lub w postaci trendu (wykresu za wskazany przez użytkownika okres) |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z JGP, poprzez drążenie do poziomu poszczególnych przypadków, z uwzględnieniem informacji o: - czasie pobytu/hospitalizacji, - kosztach w podziale na osobodzień, rozchody i procedury, - lekarzu prowadzącym, - JGP, - trybie wypisu, - trybie przyjęcia, - JOS pobytu. |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z kosztami ośrodka OPK, z dokładnością do poziomu kosztów szczegółowych. |
|  | Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drążenia), związanych z przychodami ośrodka OPK, z dokładnością do poziomu kont księgowych. |
|  | Analizy wyniku dla JGP, lekarza prowadzącego oraz rozpoznań ICD10 pozwalają na porównywanie danych za wybrany przez użytkownika okres z danymi historycznymi |
|  | Analizy wyniku dla JGP, lekarza prowadzącego oraz rozpoznań ICD10 mogą być zawężane do interesującej grupy przypadków. Zawężenie powinno być efektem świadomego ustawienia przez użytkownika odpowiednich filtrów dodatkowych, obejmujących co najmniej: - tryb wypisu, - tryb przyjęcia, - płeć - długość pobytu. |

## Zaopatrzenie w wyroby medyczne

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | System musi umożliwiać import słownika wyrobów medycznych publikowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. |
|  | System musi umożliwiać ewidencję danych dotyczących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i soczewki okularowe oraz wydruk na aktualnym wzorze Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. |
|  | System musi umożliwiać komunikację z NFZ w zakresie zleceń na zaopatrzenie medyczne/recept na okulary. W ramach komunikacji system umożliwia: |
|  | - weryfikację wniosku w systemie płatnika (NFZ), |
|  | - wysłanie i zapis w systemie płatnika, |
|  | - pobranie wyników weryfikacji (ewentualnej listy błędów), |
|  | - pobranie pliku pdf ze zleceniem na zaopat. w wyroby med. zawierającego dane uzupełnione przez wysyłającego oraz dane dotyczące potwierdzenia uprawnień wypełniane przez NFZ, |
|  | - anulowanie przesłanego wniosku. |

# EDM w Chmurze

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | Usługa umożliwia składowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej poza infrastrukturą Zamawiającego, dając możliwość indeksowania i wymiany z innymi świadczeniodawcami za pomocą platformy P1. |
|  | Usługa dostarcza repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, zgodne z profilem IHE XDS.b. |
|  | Usługa dostarcza rejestr Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, zgodny z profilem IHE XDS.b. |
|  | Usługa umożliwia automatyczne indeksowanie w rejestrze Elektronicznej Dokumentacji Medycznej platformy P1, dokumentów, dla których istnieje taki wymóg wynikający z obowiązujących przepisów prawa. |
|  | Dostarczona usługa do komunikacji z systemem HIS musi wykorzystywać standard IHE (zgodnie z wytycznymi przygotowanymi do komunikacji z systemem P1). |
|  | Podczas indeksacji dokumentów na platformie P1, możliwe jest wskazanie repozytorium w usłudze chmurowej (jako repozytorium dokumentów, do którego po dokumenty mogą kierować się inni świadczeniodawcy i pacjenci). |
|  | Usługa zapewnia możliwość składowania i udostępniania dokumentów wytworzonych w oparciu o standard HL7 CDA, w tym Polską Implementację Krajową (PIK) HL7 CDA. |
|  | Dostawca skonfiguruje i uruchomi usługę do komunikacji z użytkowanym u Zamawiającego systemem HIS |
|  | Usługa musi umożliwiać przechowywanie w niej całości dokumentacji EDM wytwarzanej w jednostce lub tylko tej, która jest wymagana do indeksowania w ramach platformy P1. |
|  | Usługa dostarczana jest w modelu SaaS (Software as a Service). |
|  | W celu zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa Dostawca zapewni objęcie usługi monitoringiem prowadzonym przez Security Operation Center (SOC) działającym w trybie 24/7/365. |
|  | Dokumenty w ramach usługi przechowywane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Dostawca zobowiązany jest wskazać lokalizację Centrów Przetwarzania Danych wykorzystywanych na potrzeby usługi. |
|  | Dostawca dostarczy komplet dokumentów opisujących szczegółowo zasady korzystania z usługi z uwzględnieniem wymagań RODO (w tym Regulamin, Opis usługi, Umowę Powierzenia Przetwarzania Danych). |
|  | Usługa będzie zapewniać do 120 GB przestrzeni na składowane dokumenty (liczba dokumentów zapisywanych miesięcznie: do 50 000) oraz będzie zapewniać możliwość jej rozbudowy. |
|  | Usługa dostępna będzie przez 48 miesięcy od daty jej uruchomienia. |
|  | W ramach usługi Dostawca zapewni kopie zapasowe danych z minimum 3 dni wstecz. |
|  | Dostawca zapewni wysoki poziom bezpieczeństwa dla komunikacji pomiędzy usługą a infrastrukturą Zamawiającego. W przypadku wykorzystania komunikacji SSL w ramach usługi Wykonawca dostarczy niezbędne certyfikaty WSS, TLS. |
|  | Zgłoszenie błędów możliwe będzie telefonicznie, drogą elektroniczną z wykorzystaniem poczty email lub dedykowanego portalu umożliwiającego zgłoszenie. Błędy klasyfikowane będą w jednej z dwóch kategorii: - błąd krytyczny (całkowicie uniemożliwiający korzystanie z usługi) - czas reakcji 4 h od pn. - pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, czas naprawy 24h; - błąd zwykły (nie wpływający w sposób istotny na sposób korzystania z usługi) - czas reakcji 2 dni, czas naprawy 7 dni kalendarzowych. |
|  | Przerwy techniczne w ciągu miesiąca kalendarzowego nie mogą trwać dłużej niż 48 godzin i nie powinny rozpoczynać się przed godziną 19:00. |
|  | O planowanych przerwach technicznych Wykonawca zobowiązany jest informować Zamawiającego z minimum 2 dniowym wyprzedzeniem. |
|  | W przypadku rezygnacji przez Zamawiającego z usługi Dostawca przekaże całość zdeponowanej w usłudze dokumentacji w formacie umożliwiającym zaimportowanie dokumentów. |

# Wymagania dotyczące wdrożenia druków oraz formularzy medycznych

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | System HIS musi posiadać wbudowane druki oraz formularze wymagane przepisami prawa niezbędne do prowadzania działalności leczniczej przez Zamawiającego. |
|  | Podczas wdrożenia Wykonawca przeprowadzi audyt aktualnie wykorzystywanych przez Zamawiającego druków oraz formularzy medycznych i odwzoruje je w dostarczonym systemie HIS zgodnie ze złożoną ofertą Dopuszczalne są zmiany lub modyfikacje tych dokumentów, po uprzedniej akceptacji Zamawiającego. |
|  | Wszystkie prace związane z tworzeniem nowych druków i formularzy oraz wprowadzaniem ich do wdrażanego systemu HIS są po stronie Wykonawcy. |
|  | Przez cały okres wdrożenia tj. 12 miesięcy od momentu podpisania umowy Zamawiający w ramach umowy wdrożeniowej ma prawo zgłaszania dodania brakującego formularza, druku bądź innego dokumentu medycznego do systemu HIS, lub poprawy już istniejącego. Dostosowywanie dokumentów systemowych do obowiązujących przepisów prawa jest obowiązkiem Wykonawcy w ramach pełnienia nadzoru autorskiego nad systemem. |
|  | Po okresie wdrożenia lokalny administrator systemu po stronie Zamawiającego musi mieć możliwość tworzenia formularzy. Jeśli wymagana jest dodatkowa licencja na funkcjonalność tworzenia formularzy, to musi być ona uwzględniona w ofercie. |
|  | Od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez Zamawiającego, Wykonawca ma 7 dni na przygotowanie dokumentu oraz umieszczenie go w systemie. Zgłoszenie zostanie potwierdzone w formie papierowej. |
|  | Szczegółowe wymagania co do zawartości formularza medycznego zostały określone w dalszej części SWZ w sekcji „Dokumentacja Medyczna/Formularzowa”. |

# Wymagania dotyczące aktualizacji dostarczonego systemu HIS

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | W trakcie trwania umowy serwisowej wszystkie aktualizacje dostarczonego systemu HIS przeprowadza Wykonawca. Zamawiający dopuszcza, aby aktualizacje były wykonywane zdalnie jeśli pozwolą na to warunki techniczne i nie jest wymagana wizyta w lokalu zamawiającego. |
|  | Aktualizacja zdalna będzie się odbywała poprzez specjalnie przygotowany przez Zamawiającego do tego celu komputer, a cała operacja będzie rejestrowana przez program do nagrywania zdalnego połączenia w celu prawidłowego rozliczenia czasu wykonania danej usługi serwisowej. |
|  | Po stronie Wykonawcy będzie przygotowanie do aktualizacji, w tym. m.in. pobranie i wgranie na dedykowany komputer niezbędnych plików aktualizacyjnych. |
|  | Wszystkie instalowane aktualizacje zanim zostaną wdrożone w środowisku produkcyjnym, musza być wcześniej przetestowane przez Wykonawcę pod kątem ewentualnych błędów. |
|  | W przypadku awarii systemu HIS spowodowanej aktualizacją z błędem, Wykonawca zobowiązany jest do przywrócenia środowiska do stanu sprzed aktualizacji w czasie nie dłuższym niż 3 godziny, lub zaproponowania rozwiązania awaryjnego, które umożliwi wznowienie pracy przez użytkowników systemu w czasie do 3 godzin. |
|  | Wykonawca odpowiedzialny jest za takie przygotowanie do aktualizacji, aby był w stanie po nieudanej aktualizacji przywrócić system do stanu sprzed jej rozpoczęcia (wykonanie kopii plików konfiguracyjnych, bazy danych, innych niezbędnych ustawień). |
|  | Aktualizacja systemu musi odbywać się w taki sposób, aby nie było konieczne wykonywanie żadnych dodatkowych czynności na stacjach roboczych użytkowników końcowych. Prace aktualizacyjne muszą ograniczać się tylko i wyłącznie do serwerów, na których będzie zainstalowany zaoferowany system HIS. Użytkownik końcowy po zakończeniu aktualizacji bez dodatkowych czynności przystępuje do dalszej pracy w systemie HIS. Niedopuszczalna jest konieczność dogrywania jakiś plików, lub dodatkowe konfiguracje przeglądarki lub elementów niezbędnych do funkcjonowania systemu na każdej stacji roboczej. Jeśli zaistnieje taka potrzeba, musi to odbywać się automatycznie, bez udziału użytkownika. |
|  | Aktualizacja systemu powinna się odbywać bez konieczności przerywania pracy użytkownikom. Usługi w szpitalu są świadczone całą dobę przez 7 dni w tygodniu, a system HIS jest niezbędny do ich realizacji. |
|  | Jeżeli dostarczony system HIS będzie wymagał na czas aktualizacji całkowitego wyłączenia, co uniemożliwi pracę użytkownikom, wtedy aktualizacje muszą odbywać się w dni wolne od pracy (święta, soboty lub niedziele) w godzinach wieczornych, kiedy jest najmniejsza ilość pracujących użytkowników i w sposób ograniczony zaburzy to pracę szpitala. Za każdym razem musi to zostać ustalone z administratorami lokalnymi systemu, co najmniej 3 dni przed planowaną aktualizacją. Taka usługa serwisowa liczona będzie jak wykonana w dni robocze. |

# Wymagania dotyczące prowadzenia szkoleń za zakresu obsługi dostarczonego systemu HIS

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | Osoba prowadząca szkolenia dla personelu medycznego z obsługi systemu HIS powinna być doświadczonym ekspertem o wieloletnim doświadczeniu w praktyce zawodowej oraz w prowadzeniu szkoleń. Jej kwalifikacje obejmują nie tylko aspekty techniczne i serwisowe, lecz także głęboką wiedzę merytoryczną z zakresu tematyki szkolenia, dedykowaną konkretnej grupie użytkowników tj. lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci oraz pracownicy innych komórek organizacyjnych szpitala. Musi potrafić wskazać konkretne rozwiązania problemów i zaproponować optymalny sposób obsługi systemu z uwzględnieniem potrzeb i wymagań użytkowników. |
|  | Przed przystąpieniem do szkolenia obowiązkiem prowadzącego szkolenie jest zapoznanie się ze specyfiką pracy danej grupy pracowników oraz czynności wykonywanych w aktualnie działającym w szpitalu systemie HIS, aby lepiej przygotować materiał szkoleniowy i uniknąć przekazywania w trakcie szkolenia wiedzy zbędnej bądź nadmiarowej, której pracownik danej grupy nie wykorzysta w codziennej pracy. |
|  | W przypadku stwierdzenia w zaoferowanym systemie HIS podczas prowadzenia szkolenia braków w formularzach medycznych, bądź dokumentacji w innej formie, która jest używana w danej jednostce organizacyjnej i jest niezbędna do bieżącej pracy, lub zgłaszania takowego braku przez uczestnika szkolenia, Wykonawca zobowiązany jest do stworzenia brakujących dokumentów i udostępnienia ich w oferowanym systemie HIS w przeciągu 7 dni od momentu zgłoszenia takiej potrzeby przez użytkownika. Zgłoszenie takie zostanie potwierdzone w formie papierowej. Po utworzeniu druków szkolenie musi zostać uzupełnione o instruktarz korzystania z nowo dodanych do systemu dokumentów. |
|  | Wszystkie szkolenia muszą odbywać się stacjonarnie w siedzibie Zamawiającego. Niedopuszczalne jest prowadzenia szkoleń zdalnie. |
|  | Zdalnie mogą odbywać się tylko i wyłącznie konsultacje. |
|  | Szkolenia muszą być prowadzone w formie warsztatów z częścią praktyczną. Każdy uczestnik szkolenia musi mieć możliwość dostępu do systemu HIS w trakcie szkolenia, aby mógł lepiej przyswoić wiedzę przekazywaną przez prowadzącego i mógł przećwiczyć to na „żywym” systemie. Niedopuszczalne jest prowadzenie szkolenia wyłącznie teoretycznego z użyciem tylko samej prezentacji multimedialnej. |
|  | Sprzęt do prowadzenia szkolenia (projektor multimedialny, notebooki lub zestawy komputerowe stacjonarne, okablowanie, akcesoria sieciowe) udostępnia na czas szkoleń na swój koszt Wykonawca. Podłączenie i przygotowanie sprzętu do szkolenia leży w gestii Wykonawcy. Zamawiający zapewni połączenie z siecią lokalną szpitala, jeśli zajdzie potrzeba pracy na bazie produkcyjnej podczas szkolenia lub z siecią internet. |
|  | Pojedyncza grupa szkoleniowa nie może być większa niż 21 osób. Szkolenie musi być prowadzone z użyciem 7 stanowisk szkoleniowych, po maksymalnie 3 osoby przy każdym stanowisku. |
|  | Osobne szkolenie musi zostać przeprowadzone dla Działu Informatyki pełniącego rolę administratora lokalnego z zakresu bieżącego administrowania systemem HIS, w tym z tworzenia nowych dokumentów i formularzy medycznych. |
|  | Zamawiający zapewnia pomieszczenie do prowadzenia szkoleń. |
|  | W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego, iż osoba prowadząca szkolenie nie posiada odpowiednich kompetencji, lub sposób przekazywania wiedzy jest niezrozumiały dla uczestników szkolenia, Wykonawca zobowiązany jest na Wniosek Zamawiającego do zmiany osoby prowadzącej szkolenie. |
|  | Po podpisaniu umowy wdrożeniowej Wykonawca przedstawi propozycję harmonogramu szkoleń |

# Przepływ danych pomiędzy modułami systemu HIS

| Lp. | **Nazwa wymagania** |
| --- | --- |
|  | Wymagana jest możliwość zlecania z Ruchu chorych tj. z oddziału/izby przyjęć oraz gabinetu lekarskiego:   * podania leku / kroplówki / chemioterapii, zabiegu, badania diagnostycznego, konsultacji, diety; * wystawienie zlecenia powinno nieść kompletne informacje, niezbędne do jego wykonania; |
|  | W Pracowni Patomorfologii, Przychodni, Rehabilitacji wymagany jest wgląd w wyniki badań wykonanych na skutek realizacji zleceń. Treść i format wyniku powinien być zgodny z formatem w jakim wynik został opisany w jednostce realizującej badanie, np. w oparciu o specjalizowany formularz. |
|  | W Pracowni Patomorfologii, Przychodni, Rehabilitacji wymagana jest możliwość automatycznego wydruku skierowania na podstawie wystawionego zlecenia/zestawu zleceń. |
|  | W Pracowni, Przychodni, Rehabilitacji wymagana jest możliwość zlecania/odbierania wyników badań laboratoryjnych, diagnostycznych. |
|  | Zakażenia Szpitalne - jest możliwość ewidencji karty zakażenia bezpośrednio z poziomu modułu Ruch Chorych, Oddział. |
|  | Istnieje możliwość automatycznego przesyłania zleceń z przypisanymi danymi o próbce z modułu Ruch chorych do systemu Laboratorium. |
|  | Z modułu Przychodnia Gabinet wymagana jest możliwość kierowania pacjenta bezpośrednio na izbę przyjęć w module Ruch Chorych. |
|  | Z modułu Przychodnia Gabinet możliwość walidacji, czy pacjent zgłaszający się do gabinetu nie ma obecnie aktywnego pobytu na oddziale w module Ruch chorych |
|  | W module Przychodnia Gabinet, odnotowanie podania leku/szczepionki z automatycznym pomniejszeniem stanów magazynowych apteczki podręcznej. |
|  | W modułach Ruch chorych(izba przyjęć, oddział), Pracownia Diagnostyczna, Pracownia Patomorfologii, Przychodnia, Rehabilitacja czy Blok operacyjny powinien być wgląd we wcześniejsze pobyty pacjenta we wszystkich jednostkach szpitala. |
|  | W modułach Ruch chorych(izba przyjęć, oddział), Pracownia Diagnostyczna, Przychodnia, Rehabilitacja czy Blok operacyjny powinien być możliwy wgląd do wyników badań pacjenta, wykonanych zarówno podczas aktualnego pobytu, jak i wcześniejszych pobytów również w innych jednostkach organizacyjnych szpitala. |
|  | Z modułu Laboratorium możliwość przesłania wyników badań laboratoryjnych w formie dokumentacji formularzowej, do modułu Ruch chorych, Przychodnia. |
|  | Możliwość dowolnej rozbudowy modułów Blok Operacyjny, Zakażenia szpitalne, Ruch chorych, Pracownia, Przychodnia, Rehabilitacja o wybrane formularze, wykorzystując dane z modułu Dokumentacja Medyczna. |
|  | System ma mieć możliwość obsługi funkcjonalności Indywidualnego Konta Pacjenta. Personel planujący/realizujący wizytę ma mieć wgląd w informacje o saldzie konta pacjenta w tym do informacji o niedozwolonym zadłużeniu. |
|  | Z modułu Pracownia Patomorfologii, Przychodnia, Rehabilitacja możliwość ewidencji i wgląd w listę bieżących hospitalizacji dla pacjentów hospitalizowanych na oddziałach tj. w module Ruch chorych. |

# Warunki organizacyjne przeprowadzenia integracji i migracji

* Zamawiający oświadcza, iż zgodnie z wiążącą go umową licencyjną z twórcami posiadanych systemów informatycznych, nie jest w posiadaniu kodów źródłowych modułów tych systemów.
* Uzyskanie opisów interfejsów lub innych sposobów wymiany danych do integracji z wymienionymi w SWZ systemami oraz określenie wykonawcy lub wykonawców tych integracji oraz migracji danych jest obowiązkiem Wykonawcy.
* Wszelkie operacje na bazach danych niezbędne do przeniesienia danych do oferowanego systemu są po stronie Wykonawcy.
* Ustalenie kosztów integracji z systemami posiadanymi przez Zamawiającego oraz migracji danych jest obowiązkiem Wykonawcy.
* Koszty integracji i migracji są częścią ceny, składanej przez Wykonawcę, oferty na Wdrożenie oprogramowania. Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w ofercie pełny koszt wykonania integracji uwzględniający również, o ile będzie to konieczne, wykonanie modyfikacji interfejsów wymiany danych posiadanych systemów oraz zakup niezbędnych do integracji licencji a także migracji danych.
* Zamawiający dopuszcza na podstawie art.75 ust.2 pkt 3 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. Prawo autorskie (Dz.U. 2022 r, , poz.2509) - konieczność dokonania przez Wykonawcę dekompilacji modułów systemów, dotychczas wykorzystywanych przez Zamawiającego, poprzez zwielokrotnienie kodu lub tłumaczenie jego formy w rozumieniu art.74 ust.4 pkt 1 i 2 ustawy Prawo autorskie , jeżeli będzie to niezbędne do uzyskania informacji koniecznych do osiągnięcia współdziałania posiadanego oprogramowania z dostarczonym w ramach realizacji zamówienia. Wykonawca będzie zobowiązany wykonać czynności dekompilacyjne na własny koszt i ryzyko, w pełnym koniecznym zakresie z zastrzeżeniem, że czynności te będą odnosiły się tylko do tych części modułów systemów zamawiającego, które będą niezbędne do osiągnięcia współdziałania tych modułów z modułami dostarczonymi przez Wykonawcę, a uzyskane informacje nie będą:

1. wykorzystane do innych celów niż osiągnięcie współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
2. przekazane innym osobom, chyba że jest to niezbędne do osiągnięcia współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
3. wykorzystane do rozwijania, wytwarzania lub wprowadzania do obrotu programu komputerowego
4. istotnie podobnej formie wyrażenia lub do innych czynności naruszających prawa autorskie.

* Informacje uzyskane przez Wykonawcę w toku wykonania czynności, o których mowa w art.75 ust.2 pkt 3 ustawy Prawo autorskie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r.i podlegają ochronie w niej przewidzianej.
* Na prośbę Wykonawcy, Zamawiający umożliwi Wykonawcy dostęp do baz danych posiadanych systemów informatycznych wymienianych, udzieli wsparcia Wykonawcy w dokonaniu integracji oraz migracji danych, poprzez nadanie wskazanym pracownikom Wykonawcy niezbędnych uprawnień do pracy w systemie oraz przekaże Wykonawcy posiadane instrukcje obsługi. Dostęp do bazy danych będzie udostępniany o ile producent tego systemu zawarł w licencji taką możliwość. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody, wyrządzone przez jego pracowników w trakcie prac integracyjnych i migracyjnych.

## Integracja HIS z systemem PACS (posiadanym przez Szpital)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | **Integracja HIS/RIS/PACS** |
|  | **Integracja z wykorzystaniem standardu HL7 lub/oraz z wykorzystaniem mechanizmów bazodanowych** |
|  | **Segmenty wspólne dla komunikatów wysyłanych przez HIS i RIS** |
|  | Segment MSH - nagłówek komunikatu obejmujący: |
|  | - Kod systemu nadawcy |
|  | - Kod systemu adresata |
|  | - data i czas utworzenia komunikatu |
|  | - typ komunikatu |
|  | - unikatowy identyfikator komunikatu |
|  | - tryb interpretacji komunikatu |
|  | - wersja standardu HL7 |
|  | - potwierdzenia: transportowe i aplikacyjne |
|  | - stosowany system kodowania znaków |
|  | - język komunikacji |
|  | **Dane przesyłane z systemu HIS** |
|  | Segment PID - dane demograficzne pacjenta obejmujące: |
|  | - PESEL |
|  | - Imiona i nazwisko pacjenta, nazwisko rodowe |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - adres |
|  | Segment PV1 - informacje o wizycie lub pobycie pacjenta, obejmujący: |
|  | - rodzaj pobytu: pobyt na IP, wizyta ambulatoryjna, hospitalizacja |
|  | - jednostka organizacyjna |
|  | - rodzaj świadczenia |
|  | - identyfikator pobytu, np. nr księgi |
|  | Segment IN1 - informacje o ubezpieczeniu pacjenta obejmujące: |
|  | - identyfikator płatnika |
|  | - rodzaj skierowania |
|  | Segment ORM^O01 - dane zlecenia obejmujące: |
|  | - nr zlecenia |
|  | - planowana data wykonania, pilność |
|  | - datę i czas zlecenia |
|  | - dane osoby zlecającej |
|  | - identyfikator zlecanego badania |
|  | - rozpoznanie ze zlecenia |
|  | - komentarz do zlecenia |
|  | - dane badania (kod i nazwa badania) |
|  | Anulowanie zlecenia |
|  | Modyfikacja zlecenia |
|  | **Dane przesyłane z systemu RIS** |
|  | Segment ORU^R01 - wynik obejmujący: |
|  | - status wyniku. |
|  | - dane zlecenia. |
|  | - kod wykonanego badania. |
|  | - datę wykonania. |
|  | - dane personelu wykonującego: lekarz wykonujący, lekarz opisujący, lekarz konsultujący, technik, osoba autoryzująca. |
|  | - wartość wyniku. |
|  | Odnośniki (załączniki)do wyników badań. |
|  | Miniatury obrazów. |
|  | Wyniki badań dozleconych (dodatkowych). |
|  | - dane personalne pacjentów (nazwisko, imię, PESEL, miejsce zamieszkania). |
|  | - dane zlecenia (numer zlecenia, techniczny identyfikator zlecenia, jednostka zlecająca, lekarz zlecający). |
|  | - dane badania (kod i nazwa badania). |
|  | Przekazywanie zleceń drogą elektroniczną wraz z danymi skierowania oraz danymi osobowymi pacjenta. |
|  | Przesyłanie do systemu HIS informacji o terminie umówienia badania. |
|  | Automatyczne odsyłanie do systemu HIS opisu badania zleconego elektronicznie. |
|  | Możliwość anulowania/odrzucenie zlecenia wysłanego z systemu HIS po stronie RIS. |
|  | Śledzenie statusu realizacji zlecenie po stronie HIS. |
|  | Możliwość przesyłania linków do wyników badań w systemie RIS (dostęp on-line do wyników wykonanych w systemie RIS). |
|  | Automatyczne uzupełnianie danych rozliczeniowych NFZ w systemie HIS po odesłaniu wyników badania z systemu RIS. |
|  | Automatyczne rozsyłanie komunikatów o zmianie danych osobowych pacjenta w systemie HIS |
|  | Dostęp z systemu RIS do wszystkich badań gromadzonych w systemie HIS. |
|  | Dostęp z systemu RIS do pełnej historii leczenia pacjenta. |
|  | Dostęp z systemu RIS do rejestru pacjentów w systemie HIS z celu umówienie na badanie. |
|  | Możliwość dopisanie pacjenta po stronie HIS podczas rejestracji pacjenta w systemie RIS. |
|  | Wgląd z systemu RIS do słowników systemów HIS jednostek zlecających, lekarzy kierujących systemu możliwością wprowadzenie, modyfikacji pozycji słownika. |
|  | Możliwość zapisu informacji w systemie HIS o umówionym/wykonanym badaniu w systemie RIS. |
|  | Automatyczny zapis zleceń zewnętrznych wprowadzony w systemie RIS do systemu HIS z możliwością ich późniejszego rozliczenie z NFZ. |
|  | Ponadto system RIS ma możliwość przeglądania dodatkowych danych personalnych i pobytu ewidencjonowanych w systemie HIS (w zakresie regulowanym uprawnieniami dostępu do danych). |
|  | Z poziomu RIS dopisanie pacjenta do kolejki oczekujących obsługiwanej w systemie HIS. |
|  | Z poziomu RIS usuwanie pacjenta z kolejki oczekujących obsługiwanej w systemie HIS. |
|  | Dostarczony system RIS/HIS musi współpracować z systemem PACS w sposób pozwalający na pracę wg następującego schematu: |
|  | - badania są rejestrowane w systemie HIS/RIS bez udziału innych systemów klasy ERP, LIS, CIS itp.), |
|  | - informacja o zarejestrowanym badaniu jest wysyłana do PACS w celu obsługi DICOM Modality Worklist (zakres wymiany danych – ID pacjenta, PESEL, Nazwisko i Imię, numer zlecenia, lekarz i oddział/placówka zlecająca, kod i nazwa procedury, zaplanowana data wykonania badania, termin rejestracji, komentarz do badania, urządzenie diagnostyczne, na którym badanie ma się odbyć, |
|  | - system PACS informuje HIS o wykonaniu badania w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, |
|  | - opis badań wykonany w jednym systemie uznanym za opisowy jest przekazywany do drugiego, |
|  | - system HIS jest systemem nadrzędnym, wszelkie zmiany danych badania i pacjenta wykonuje się po stronie systemu HIS. |
|  | System PACS musi generować DICOM Modality Worklist dla urządzeń diagnostycznych na podstawie odebranych od systemu HIS wiadomości HL7. |
|  | Generowana lista robocza musi mieć możliwość filtrowania wyników osobno dla każdego węzła AET (odpytującego aparatu diagnostycznego). Minimalne kryteria filtrowania wyników zapytań: |
|  | - modalność, |
|  | - zakres dat, |
|  | - AET aparatu, np. przy wielu aparatach pytających o badania CR system PACS wystawi każdemu badania przypisane tylko dla danego aparatu podczas rejestracji w HIS (zgodnie z danymi przesłanymi w HL7 ze zleceniem). |
|  | System PACS musi automatycznie poprawiać/synchronizować dane w generowanej przez system PACS DMW, na podstawie danych odebranych od systemu HIS w wiadomościach HL7. |
|  | Automatyczna zmiana statusu zleconego badania w generowanej przez system PACS DICOM Modality Worklist, dla urządzeń diagnostycznych w następujących przypadkach: |
|  | - automatycznej zmianie statusu badania na zakończone po odebraniu wiadomości DICOM MPPS od urządzenia diagnostycznego, |
|  | - automatycznej zmianie statusu badania na zakończone po odebraniu obrazu DICOM przypisanego danemu zleceniu przez system PACS od urządzenia diagnostycznego, |
|  | - ręcznego połączenia odebranego badania z pozycją na liście badań DICOM Modality Worklist przez uprawnionego użytkownika (w przypadku gdy badanie zostało najpierw wykonane, a następnie zarejestrowane w systemie HIS). |
|  | System PACS musi automatycznie usuwać pozycję DICOM Modality Worklist po wycofaniu (anulowaniu) zlecenia w systemie HIS na podstawie otrzymanego z systemu HIS komunikatu HL7. |
|  | System PACS po odebraniu wiadomości DICOM MPPS o zakończeniu badania od urządzenia diagnostycznego lub po odebraniu pierwszego obrazu badania od urządzenia diagnostycznego lub po ręcznym, w interfejsie/panelu użytkownika, wygenerowaniu informacji o zakończeniu, wysyła do systemu HIS za pomocą wiadomości HL7 następujące informacje: |
|  | - o zakończeniu badania (wywołuje zmianę statusu zlecenia po stronie HIS np. z "do realizacji" na "nieautoryzowane"), |
|  | - odsyłacz do przeglądarki klinicznej (link musi się pojawić w załącznikach do wyników po stronie HIS), |
|  | - identyfikator technika/operatora wykonującego pobrany z tagów DICOM archiwizowanych obrazów. |
|  | System PACS musi odbierać od systemu HIS komunikaty HL7 z wynikami(opisami) badań. Odebrane opisy muszą być skonwertowane do formatu DICOM SR (DICOM Structured Report i dołączane do badania w systemie PACS jako kolejna seria, udostępniane stacjom diagnostycznym, do nagrania na płytę oraz prawidłowo wyświetlane w przeglądarce klinicznej. Minimum informacji niezbędnych do umieszczenia w utworzonej serii SR to: |
|  | - dane pacjenta: imię i nazwisko, płeć, data urodzenia, identyfikator PatientID, |
|  | - tekst opisu - status (autoryzowane), |
|  | - dane lekarza autoryzującego badanie w systemie HIS, |
|  | - data opisu (autoryzacji). |
|  | Obsługa uaktualnień w obiegu danych dotyczących pacjenta (HL7 ADT^A08), jego badań (HL7 ORM^O01) oraz ich opisów (ORU^R01). Ewentualne zmiany są automatycznie uwidocznione w badaniach znajdujących się w systemie PACS i systemie dystrybucji obrazów. Nowe (aktualne) dane są udostępniane węzłom DICOM podczas operacji FIND, MOVE lub Query/Retrieve. Oryginalne dane pozostają niezmienione na poziomie plików (dane w nagłówku pliku DICOM są niezmieniane). |
|  | Obsługa scalania kart pacjenta – po odebraniu z systemu HIS wiadomości HL7 ADT^A18 lub ADT^A40 (wydarzenie patient merge) lub ADT^A31 system PACS automatycznie przypisuje badania scalanego pacjenta do karty docelowego pacjenta i łączy historię badań pacjenta. Zmiany są automatycznie uwidocznione w badaniach znajdujących się w systemie PACS i systemie dystrybucji obrazów. Nowe(aktualne) dane są udostępniane węzłom DICOM podczas operacji FIND, MOVE lub Query/Retrieve. Oryginalne dane pozostają niezmienione na poziomie plików (dane w nagłówku pliku DICOM są niezmieniane). |
|  | Administrator systemu PACS z panelu administracji ma możliwość połączenia istniejącego w systemie badania z odpowiednią pozycją Modality Worklist utworzoną na podstawie danych zlecenia z systemu HIS. Zmiany są automatycznie uwidocznione w badaniach znajdujących się w systemie PACS i systemie dystrybucji obrazów. Nowe(aktualne) dane są udostępniane węzłom DICOM podczas operacji FIND, MOVE lub Query/Retrieve. Oryginalne dane pozostają niezmienione na poziomie plików (dane w nagłówku pliku DICOM są niezmieniane). |
|  | Po połączeniu system PACS musi wysłać do systemu HIS za pomocą wiadomości HL7 ORM^O01 lub ORU^R01 następujące informacje: |
|  | - o zakończeniu badania (wywołuje zmianę statusu zlecenia po stronie HIS np. z "do realizacji" na "nieautoryzowane"), |
|  | - link do przeglądarki klinicznej (link musi się pojawić w załącznikach do wyników po stronie HIS) |
|  | - identyfikator technika/operatora wykonującego pobrany z tagów DICOM archiwizowanych obrazów, np.0008,1070 Operator'sName (zmapowany na odpowiedni identyfikator użytkownika w systemie HIS musi pojawić się na liście personelu uczestniczącego w wykonaniu badania). |

## Integracja HIS z systemem PatArch firmy Medlan (posiadanym przez Szpital)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
| **Integracja systemu HIS z systemem laboratoryjnym LIS – PatARCH v. 4.2** | |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do współpracy z PPUH MedLAN, autorem systemu klasy LIS - PatARCH w zakresie wykonania integracji wraz z wdrożeniem. Dane kontaktowe do producenta: biuro@medlan.pl, tel. (85) 652 88 88. |
|  | Wszelkie koszty związane z dostawą licencji i wdrożenia integracji oferowanego oprogramowania z systemem PatARCH ponosi Wykonawca. Wykonawca pokrywa również koszty leżące po stronie oferowanego systemu. |
| **Wymagania techniczne** | |
|  | Integracja powinna być wykonana w oparciu o protokół HL7 w wersji 2.x poprzez połączenie TCP/IP. Zamawiający dopuszcza rozszerzenie funkcjonalności interfejsu HL7 poprzez widoki bazodanowe i/lub wywołania usługi sieciowej (webservice). |
|  | Zamawiający oczekuje, że transmisja HL7 będzie wykorzystywała potwierdzenia (ACK) transportowe i aplikacyjne. |
|  | Zamawiający informuje, że instalacja systemu LIS jest hostowana poza siedzibą Zamawiającego. Zamawiający zapewni stabilne szyfrowane połączenie VPN do serwera systemu LIS. |
|  | Automatyczna synchronizacja słowników wykorzystywanych przez oba systemy w kierunku HIS -> LIS, w zakresie przynajmniej:  a) słownik pacjentów;  b) słownik jednostek organizacyjnych w systemie HIS;  c) słownik lekarzy kierujących;  d) słownik OPK (Ośrodków Powstawania Kosztów). |
|  | Wielowątkowy interfejs HL7 do obsługi zleceń. |
| **Minimalny zakres wymienianych komunikatów** | |
|  | Komunikaty danych osobowych pacjenta (kierunek HIS->LIS), tzw. komunikaty ADT, przynajmniej w zakresie:  a) ADT^A31 – Zmiana danych pacjenta;  b) ADT^A30 – Scalanie kartotek pacjentów. |
|  | Komunikaty zleceń (kierunek HIS->LIS) – ORM^O01. |
|  | Komunikaty wyników (kierunek LIS->HIS) – ORU^R01. |
|  | Komunikaty zmiany statusu zlecenia (kierunek LIS->HIS) – ORM^O01. |
|  | Dostęp do wyników badań i danych klinicznych pacjenta z poziomu systemu LIS. |
| **Minimalny zakres danych pacjenta w wymienianych komunikatach** | |
|  | Minimalny zakres wymienianych danych między systemami:  a) imię;  b) nazwisko;  c) nazwisko rodowe;  d) numer PESEL, jeżeli został nadany;  e) data urodzenia;  f) płeć (przynajmniej: kobieta, mężczyzna; preferowana dodatkowo obsługa: nieznana, nieokreślona);  g) adres miejsca zamieszkania (w postaci osobnych komponentów): kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu;  h) kraj miejsca zamieszkania;  i) numer telefonu;  j) adres e-mail;  k) unikatowy identyfikator pacjenta w systemie HIS. |
| **Minimalny zakres danych jednostki organizacyjnej w wymienianych komunikatach** | |
|  | Zakres wymienianych danych między systemami:  a) kod (skrót nazwy) jednostki w systemie HIS;  b) pełna nazwa jednostki w systemie HIS;  c) kod OPK;  d) Kody resortowe: I, V, VII;  e) unikatowy identyfikator jednostki w systemie HIS (jeżeli nie jest nim kod – skrót nazwy). |
| **Minimalny zakres danych w zleceniu badania (kierunek HIS->LIS)** | |
|  | Zakres wymienianych danych między systemami:   1. numer zlecenia (oraz grupy zleceń, jeżeli dotyczy) z systemu HIS; 2. dane osobowe pacjenta – jak opisano wyżej; 3. dane zlecającej jednostki organizacyjnej – jak opisano wyżej; 4. kod OPK obciążanego kosztami badania, jeżeli jest inny niż jednostka zlecająca; 5. data i godzina zlecenia; 6. oznaczenie lekarza zlecającego i kierującego na badanie (w osobnych komponentach: imię, nazwisko, posiadana specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu); 7. dodatkowe informacje tekstowe wpisane przez zlecającego/pobierającego; 8. tryb wykonania badania – minimalnie: normalny/pilny/bardzo pilny, a także innych trybów wykonania zdefiniowanych przez Zamawiającego w HIS; 9. rodzaj zleconego badania; 10. w zakresie materiałów diagnostycznych dołączonych do zlecenia (w jednym zleceniu może być więcej niż jeden materiał; każdy z materiałów musi być rozróżnialny):     1. numer materiału (kod z nalepki z kodem kreskowym);     2. typ materiału (dana słownikowa);     3. lokalizacja anatomiczna miejsca pobrania (dana słownikowa i/lub tekstowa);     4. data i godzina pobrania materiału;     5. data i godzina utrwalenia materiału;     6. rodzaj substancji utrwalającej (dana słownikowa);     7. komentarz pobierającego dotyczący materiału; 11. typ zabiegu (dana słownikowa); 12. rozpoznanie wstępne kliniczne (wg kodu ICD10 5-znakowego); 13. informacja, czy pacjent posiada wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne, a jeżeli tak, to tekstową informację o jego wyniku; 14. informacja o stosowanym leczeniu pacjenta (brak / chemioterapia / radioterapia / hormonoterapia / immunoterapia); 15. istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych; 16. uwagi zlecającego dotyczące wykonania badania; 17. inne dane wymagane na skierowaniu do badania patomorfologicznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi Polskiego Towarzystwa Patologów aktualnymi na dzień wdrożenia. |
|  | Zamawiający oczekuje następujących funkcjonalności dotyczący przekazania zlecenia z systemu HIS do LIS:   1. obsługa zleceń zarówno z oddziałów szpitala jak i pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym; 2. zakres danych przekazywanych w zleceniu powinien pozwalać na wygenerowanie prawidłowego, kompletnego wyniku w formacie HL7-CDA po stronie systemu LIS, umożliwiającego poprawną indeksację oraz wymianę wyniku na platformie P1; 3. integracja powinna zostać wykonana w taki sposób, aby zmiana danych w formularzu zlecenia w systemie HIS nie pociągała za sobą konieczności wykonania prac programistycznych w zakresie dostosowania interfejsu integracji; wszystkie pola formularza powinny być przekazywane do systemu LIS; 4. przesyłane dane powinny podlegać walidacji; w przypadku negatywnych wyników walidacji system LIS powinien odrzucić skierowanie i zwrócić informację zwrotną do systemu HIS; 5. obsługa anulowania zlecenia z prezentacją informacji o zmianie użytkownikom po stronie LIS w kontekście danego przypadku; odrzucenie próby anulowania zlecenia w sytuacji podjęcia zlecenia po stronie LIS |
| **Minimalny zakres funkcjonalny zmiany statusu zlecenia (kierunek LIS->HIS)** | |
|  | Zamawiający oczekuje minimalnie następujących aktualizacji statusów zlecenia:   1. po przyjęciu zlecenia w systemie LIS – zmiana statusu na „PRÓBKA PRZYJĘTA” (lub równoważny); 2. po odrzuceniu zlecenia w systemie LIS – zmiana statusu na „ANULOWANY” (lub równoważny), wraz z prezentacją tekstowej informacji o przyczynie odrzucenia zlecenia w systemie HIS (wpisanej w LIS); 3. po zakończeniu etapu technicznego badania w LIS i przekazaniu przypadku do oceny wskazanemu patomorfologowi lub diagnoście laboratoryjnemu – zmiana statusu na „NIEOPISANY” (lub równoważny), z przekazaniem do HIS informacji o osobie odpowiedzialnej za opis wyniku do danego przypadku. |
| **Minimalny zakres funkcjonalny wyniku (kierunek LIS->HIS)** | |
|  | Zamawiający oczekuje następujących funkcjonalności dotyczący przekazania wyniku z systemu LIS do HIS:   1. wysyłka wyników badań wykonanych w LIS w formie tekstowej z możliwością konfiguracji przesyłania z podziałem na atrybuty wyniku (np. wynik makroskopowy, wynik mikroskopowy, legenda bloczków itp.); 2. wynik badania widoczny jako wynik zlecenia – z poziomu pobytu pacjenta oraz z poziomu przeglądu wyników; treść wyniku powinna być tożsama z treścią wyniku z pliku PDF generowanego przez LIS; 3. możliwość wysyłania wyników w formacie PDF (w tym z podpisem elektronicznym) w komunikatach HL7 wraz z opisem badania; z poziomu HIS powinna być dostępna przynajmniej ostatnia wersja wyniku (w przypadku jego aktualizacji przez LIS); 4. przesłanie numeru księgi pracowni z oferowanego systemu do systemu HIS; 5. przesłanie wybranych przez użytkownika załączników (np. obrazowych) z systemu LIS do HIS; funkcjonalność może być zrealizowana poprzez wysyłkę odpowiedniego odnośnika do pliku załącznika znajdującego się w repozytorium LIS; 6. przesłany komplet dodatkowo wykonanych procedur wraz z określeniem ich krotności jako szczegółowe wykonanie do zlecenia z systemu HIS; 7. automatyczne przesyłanie wyniku HL7-CDA wygenerowanego w LIS do repozytorium dokumentacji EDM w systemie HIS z chwilą jego podpisania cyfrowo w LIS i potwierdzonym przyjęciem wyniku w HIS; 8. obsługa wyników tzw. niezamówionych z systemu HIS – wykonanych na zlecenie papierowe, np. w trakcie awarii systemu HIS lub połączenia między systemami; 9. automatyczne oznaczenie wyniku jako „wydrukowanego” w systemie LIS po przyjęciu wyniku w HIS. |
| **Minimalny zakres funkcjonalny dostępu z LIS do wyników zgromadzonych w HIS** | |
|  | Zamawiający oczekuje następujących funkcjonalności dotyczący dostępu do wyników z systemu HIS:   1. dostęp w formie online; niedopuszczalne jest składowanie wyników z HIS w systemie LIS; 2. dostęp do badań z poziomu systemu LIS na podstawie numeru identyfikacyjnego pacjenta w systemie HIS oraz numeru PESEL; 3. dostęp do chronologicznej listy pobytów pacjenta w systemie HIS; 4. wyświetlanie w LIS wykonanych badań pacjenta chronologicznie w kontekście wybranego pobytu, zawierających następujące dane:    1. rodzaj wykonanego badania;    2. status badania (np. zlecone / wykonane / anulowane);    3. data zlecenia;    4. data wykonania;    5. opis tekstowy badania – w przypadku badania zawierającego opis tekstowy;    6. wynik pomiaru wraz z jednostką i zakresem referencyjnym – w przypadku badań analitycznych;    7. dane osób uczestniczących w wykonaniu badania;    8. linki (URL) do danych obrazowych z systemu PACS/RIS, jeżeli są dostępne |

## Integracja HIS z systemem LIS firmy Marcel (posiadanym przez Szpital)

| **Lp.** | **Wymaganie** |
| --- | --- |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do współpracy z firmą Marcel S.A., autorem systemu klasy LIS - Centrum w zakresie wykonania integracji wraz z wdrożeniem. Dane kontaktowe do producenta: oferty@marcel.pl, tel. (22) 490 95 30 |
| **Integracja z LIS (analityka, mikrobilogia, serologia – bank krwi)** | |
|  | Integracja z wykorzystaniem standardu HL7 lub/oraz z wykorzystaniem mechanizmów bazodanowych |
|  | **Segmenty wspólne dla komunikatów wysyłanych przez HIS i LIS** |
|  | Segment MSH - nagłówek komunikatu obejmujący: |
|  | - Kod systemu nadawcy |
|  | - Kod systemu adresata |
|  | - data i czas utworzenia komunikatu |
|  | - typ komunikatu |
|  | - unikatowy identyfikator komunikatu |
|  | - tryb interpretacji komunikatu |
|  | - wersja standardu HL7 |
|  | - potwierdzenia: transportowe i aplikacyjne |
|  | - stosowany system kodowania znaków |
|  | - język komunikacji |
| **Dane przesyłane z systemu HIS** | |
|  | Segment PID - dane demograficzne pacjenta obejmujące: |
|  | - PESEL |
|  | - Imiona i nazwisko pacjenta, nazwisko rodowe |
|  | - identyfikator pacjenta |
|  | - data urodzenia |
|  | - płeć |
|  | - adres |
|  | Segment PV1 - informacje o wizycie lub pobycie pacjenta, obejmujący: |
|  | - rodzaj pobytu: pobyt na IP, wizyta ambulatoryjna, hospitalizacja |
|  | - jednostka organizacyjna |
|  | - rodzaj świadczenia |
|  | - identyfikator pobytu, np. nr księgi |
|  | Segment IN1 - informacje o ubezpieczeniu pacjenta obejmujące: |
|  | - identyfikator płatnika |
|  | - rodzaj skierowania |
|  | Segment ORM^O01 - dane zlecenia obejmujące: |
|  | - nr zlecenia |
|  | - planowana data wykonania, pilność |
|  | - datę i czas zlecenia |
|  | - dane osoby zlecającej |
|  | - identyfikator zlecanego badania |
|  | - dane pobrania tj.: osoba pobierająca, moment pobrania, pobrany materiał (rodzaj i numer próbki) |
|  | - rozpoznanie ze zlecenia |
|  | - komentarz do zlecenia |
|  | - dane badania (kod i nazwa badania) |
|  | Anulowanie zlecenia |
|  | Modyfikacja zlecenia |
| **Dane przesyłane z systemu LIS** | |
|  | Segment ORU^R01 - wynik obejmujący: |
|  | - status wyniku |
|  | - dane zlecenia |
|  | - kod wykonanego badania |
|  | - datę wykonania |
|  | - dane personelu wykonującego: lekarz wykonujący, lekarz opisujący, lekarz konsultujący, technik, osoba autoryzująca |
|  | - wartość wyniku |
|  | - jednostka miary i wartość referencyjna, przekroczenie normy |
|  | Odnośniki (załączniki)do wyników badań |
|  | Wyniki badań dozleconych (dodatkowych) |
|  | Wyniki badan nie zleconych przez HIS |
|  | Anulowanie wyniku |
|  | Zmiana wyniku |

## Integracja HIS z systemem ERP Infomedica firmy Asseco (posiadanym przez Szpital)

Zestawienie posiadanego przez Zamawiającego oprogramowania aplikacyjnego ERP InfoMedica:

* Finanse i Księgowość
* Rachunek Kosztów
* Rejestr Sprzedaży
* Gospodarka Materiałowa
* Środki Trwałe
* Elektroniczna Inwentaryzacja - rozszerzenie do ŚT i Wyposażenia
* Kadry
* Płace
* Grafiki
* Szyna Integracyjna do JPK (Jednolity Plik Kontrolny)
* Biała Lista Podatników

| Lp. | **Nazwa wymagania** |
| --- | --- |
|  | Wykonawca zobowiązuje się do współpracy z firmą Asseco Poland S.A autorem systemu klasy ERP - InfoMedica w zakresie wykonania integracji wraz z wdrożeniem. Dane kontaktowe do producenta: info@asseco.pl, tel. (17) 888 55 55 |
|  | Wymagana wspólna baza kontrahentów dla wszystkich modułów: Finanse-księgowość, Gospodarka materiałowa, Rejestr Sprzedaży, Rejestr Zakupu, Środki Trwałe, Wyposażenie, Pracownia Diagnostyczna, Przychodnia, Rehabilitacja, Rejestr Bankowy, Kasa, Apteka/Apteczki. |
|  | Wymagana wspólna baza ośrodków powstawania kosztów dla modułów: Finanse-Księgowość, Rachunek Kosztów, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń, Gospodarka materiałowa, Środki Trwałe, Wyposażenie, Kadry Płace, Kalkulacja Kosztów Leczenia, Apteka/Apteczki, Ruch Chorych, Pracownia Diagnostyczna, Przychodnia, Rehabilitacja, Kalkulacja Kosztów Operacji. |
|  | Wymagana wspólna baza świadczeń medycznych (Procedur, Badania) modułów: Rachunek Kosztów, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń, Kalkulacja Kosztów Leczenia, Ruch Chorych, Pracownia Diagnostyczna, Przychodnia, Rehabilitacja, Kalkulacja Kosztów Operacji. |
|  | Koszty normatywne świadczeń z modułu Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń są eksportowane do modułu Rachunek Kosztów, Kalkulacji Kosztów Leczenia, Kalkulacji Kosztów Operacji. |
|  | Z modułu Apteka / Apteczki oddziałowe są przekazywane automatycznie zadekretowane dokumenty przychodowe, rozchodowe oraz pozostałe do modułu Finanse-księgowość. |
|  | Wymagany jest eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach z HIS do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością zaczytania do modułu Rachunek Kosztów, Kalkulacja Kosztów Leczenia, Kalkulacji Kosztów Operacji. |
|  | Istnieje wymiana danych systemu Apteka/Apteczki z modułem Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń - w zakresie udostępnienia indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń (w zakresie leków). |
|  | Moduł Apteczka oddziałowa udostępnia automatycznie dane o ewidencji podania leków poszczególnym pacjentom do modułu Kalkulacja Kosztów Leczenia, Kalkulacja Kosztów Operacji. |
|  | Istnieje automatyczne przekazywanie rozchodów leków z Apteczki oddziałowej do modułu Finanse-Księgowość. |
|  | Istnieje wymiana informacji pomiędzy Apteką a modułem Finansowo-księgowym w zakresie przyjętych towarów, faktur zakupowych, a także rozchodów na ośrodki kosztów, z zachowaniem charakterystyki kont księgowych. |
|  | Istnieje automatyczna synchronizacja słowników kontrahentów, odbiorców, nr ośrodków kosztowych, pomiędzy systemem Finanse-Księgowość a Apteka/Apteczki. |
|  | Z modułu Finansowo-Księgowego możliwość automatycznego przydzielania numeracji faktur sprzedażowych realizowanych w ramach modułów Przychodnia, Sprzedaż Usług Medycznych: Umowy komercyjne i Ruch chorych w tym rozliczenia i statystyka medyczna |
|  | Z modułu Sprzedaż Usług Medycznych: Umowy NFZ istnieje możliwość automatycznego tworzenia zestawienia do NFZ faktur zakupowych za leki chemioterapii/programów lekowych na podstawie ewidencji faktur zakupowych w module Apteka/ Apteczki. |
|  | Istnieje możliwość przesłania danych o jednostkowych kosztach osobodni oraz procedur medycznych z modułu Rachunku Kosztów do modułu Kalkulacji Kosztów Leczenia Pacjenta, Kalkulacji Kosztów Operacji. |
|  | Moduł Kalkulacji Kosztów Leczenia wylicza koszt osobodnia w oparciu o rozliczone koszty otrzymane z modułu rachunek kosztów |
|  | Z modułu Przychodnia możliwość planowania/realizacji wizyty komercyjnej, automatycznego generowania dokumentu sprzedaży, walidacji sprzedaży, wystawiania zaświadczenia o płatności. Automatyczne przesyłanie tych danych do modułu Finansowo Księgowego |

Główne dane przesyłane z modułów części medycznej do administracyjnej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kasa** | **Rejestr Sprzedaży** | **Koszty** | **FK** | **Wycena Procedur Medycznych** | **RCH** | **Apteczka** | **Blok operacyjny** | **Bank krwi** |
| **Pracownia** | Dokumenty kasowe | Faktury sprzedaży komercyjnej | Statystyka wykonań procedur z pracowni ze wskazaniem jednostek zlecających |  |  | Zlecenia,  Wyniki badań,  Dane pacjentów,  Dane pobytów | Zużyte materiały i leki |  |  |
| **Rozliczenia** |  | Faktury sprzedaży komercyjnej |  |  |  |  | Leki podane pacjentowi |  |  |
| **Lecznictwo otwarte** | Dokumenty kasowe | Faktury sprzedaży komercyjnej |  |  |  | Zlecenia,  Wyniki badań,  Dane pacjentów,  Dane pobytów | Zużyte materiały i leki | Zlecenia wykonania operacji |  |
| **Laboratorium** |  | Dane do faktury | Statystyka wykonań procedur laboratoryjnych ze wskazaniem jednostek zlecających |  |  | Zlecenie,  Dane pacjenta,  Wynik badania | - | Zlecenia, wyniki badań |  |
| **Ruch Chorych**  **(RCH)** |  |  | Liczba osobodni, liczba pobytów, liczba łóżek, średnie obłożenie łóżek, liczba hospitalizacji (zakres przekazywanych danych może być definiowany) |  |  | Zlecenia,  Wyniki badań,  Dane pacjentów,  Dane pobytów | Leki podane pacjentowi | Zlecenia wykonania operacji, opis operacji | Zamówienia na krew i preparaty,  Wydane preparaty |
| **Apteka** |  |  |  | Dokumenty księgowe: PW, PZ | Indeksy leków oraz ceny tych leków.  Rozchody leków na OPK |  | Zamówienia na leki, |  |  |
| **Apteczka oddziałowa** |  |  |  |  |  |  |  | Zużyte leki i materiały |  |

Dane przesyłane z modułów części administracyjnej do medycznej

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Koszty** |
| **KKL** | Koszty procedur medycznych  Koszty całkowite OPK |

Wspólne kartoteki i słowniki w części medycznej i administracyjnej

* Pacjenci
* Kontrahenci
* Ośrodki Powstawania Kosztów (OPK)
* ICD 9

Przypisania

|  |  |
| --- | --- |
| **Część administracyjna** | **Część medyczna** |
| Ośrodki Powstawania Kosztów (OPK) | Jednostki Organizacyjne Szpitala (JOS) |
| Świadczenia | Elementy leczenia |

## Integracja EDM z systemem RIS i PACS (posiadanym przez Szpital) w zakresie zgodnym z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1851))

## Integracja EDM z systemem LIS firmy Marcel (posiadanym przez Szpital) w zakresie zgodnym z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz 1851 )

# Przeniesienie danych z dotychczasowego systemu HIS Medinf firmy Biuinf do nowego systemu HIS

Migracja danych musi zostać przeprowadzona zgodnie z zasadami określonymi w punkcie „Warunki organizacyjne przeprowadzenia integracji i migracji”. Migracji podlegają następujące dane:

1. Dane słownikowe
   1. Dane osobowe pacjentów
   2. Dane jednostek kierujących
   3. Dane lekarzy kierujących
   4. Dane personelu medycznego korzystającego z systemu HIS Medinf
   5. Indeksy towarowe/słowniki globalne w magazynie głównym apteki oraz apteczek oddziałowych
2. Dane pobytów/wizyt pacjentów
   1. Dane pobytów szpitalnych w lecznictwie zamkniętym (hospitalizacje)
   2. Dane wizyt w lecznictwie otwartym (ambulatoryjne)
   3. Dane pobytów w KAOS, SOR, Stacji dializ, oddziale chemioterapii dziennym
   4. Dane skierowania do jednostki
3. Dane medyczne pacjentów
   1. Rozpoznania (ICD 10)
   2. Wykonane procedury (ICD 9)
   3. Treści wywiadów
   4. Treści przebiegów leczenia (obserwacje i konsultacje lekarskie)
   5. Treści epikryz i kart informacyjnych z leczenia szpitalnego
   6. Karty nowotworowe

# Dostawa sprzętu i oprogramowania

W celu wykonania infrastruktury technicznej zamawiający udostępnia:

1. Przyłącza elektryczne trójfazowe niezbędne do podłączenia dostarczonego zasilacza UPS
2. Do szafy zamawiający poda również niezbędna do prawidłowej pracy sieć ze swoich urządzeń brzegowych i wewnętrznych.

Zamawiający wymaga aby wszystkie dostarczone urządzenia były zainstalowane w dostarczonej szafie RACK.

Wymagane jest aby dostarczone serwery, macierze, przełączniki, firewalle były redundantne wraz z wykonaną infrastrukturą w szafie obejmującą również połączenia sieciowe jak i zasilające.

## Szafa RACK – 1 szt.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymagań** |
| 1 | Wymagana jest dostawa szafy serwerowej o wysokości 42U, głębokość 1200 mm z możliwością rozbudowy. |
| 2 | Szafa powinna posiadać głębokość 1200 milimetrów i umożliwiać montaż sprzętu o głębokości do 1050 milimetrów, umożliwiając instalację sprzętu o dużej gęstości, dodatkową przestrzeń do zarządzania kablami i miejsce na wyjmowanie zasilaczy typu hot-swap z tyłu zamontowanych urządzeń. |
| 3 | Szafa powinna być wykonana z wytrzymałej stali z trwałym czarnym wykończeniem malowanym proszkowo, z nośnością stacjonarną nie mniejszą niż 1360 kilogramów i nośnością toczną nie mniejszą niż 1020 kilogramów, posiadać nie mniej niż 4 pionowe szyny montażowe. W zestawie powinny być śruby, nakrętki i podkładki niezbędne do montażu oraz instrukcja obsługi. |
| 4 | Wymaga się, aby szafa posiadała uziemienie w przednich i tylnych drzwiach, wyposażona była w wbudowany system prowadzenia kabli oraz posiadała zainstalowane kółka oraz klucze do drzwi i paneli bocznych. |
| 5 | Wymaga się, aby szafa spełniała certyfikaty i normy - UL 60950-1; RoHS; CE (Europe); UKCA oraz posiadała gwarancję producenta nie krótszą niż 5 lat. |
| 6 | Dostarczona szafa musi być złożona, lub Wykonawca we własnym zakresie złoży ją na miejscu w siedzibie Zamawiającego. |

## Zasilacz UPS – 1 szt.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wymagań** |
| 1 | Wymaga się dostawy fabrycznie nowego zasilacza UPS o mocy nie mniejszej niż 15KW. |
| 2 | Urządzenie powinno posiadać gwarancję producenta min. 5 lat obejmującą wady fizyczne i prawne towarów. |
| 3 | W ramach gwarancji wykonawca zobowiązuje się, według swego uznania, do naprawy urządzenia bądź jego wymiany na urządzenie wolne od wad wciągu 14 dni od dnia otrzymania zgłoszenia reklamacyjnego rozpatrzonego pozytywnie przez producenta. |
| 4 | Wymaga się, aby urządzenie charakteryzowało się solidną konstrukcją, przystosowaną do pracy w trudnych warunkach. |
| 5 | Zasilacz powinien zapewniać stabilne zasilanie krytycznej infrastruktury IT i urządzeń medycznych. Powinien być wykonany w technologii poprawiającej wydajność podwójnej konwersji i zmniejszającej zajmowaną powierzchnię, oszczędzając zarówno energię, jak i miejsce w szafie. |
| 6 | Wymaga się, aby zasilacz osiągał wydajność do 98,8% w trybie ESS, a system przełączał się w tryb online na żądanie w czasie reakcji krótszym niż 2 ms. Technologia, w której zbudowany powinien być zasilacz powinna zwiększać żywotność baterii nie mniej niż 50%, wykorzystując zaawansowaną, trzystopniową technikę ładowania i ściśle monitorować stan baterii, aby z wyprzedzeniem powiadomić, gdy baterie wymagają wymiany. |
| 7 | Wymaga się, aby zmienny prąd ładowania powinien mieścić się w zakresie 0-13 A, odpowiednio do ładowania większych zestawów akumulatorów. |
| 8 | Urządzenie powinno zawierać zewnętrzny bypass serwisowy wraz z modułem dystrybucji mocy (PDU) do 20 kW |
| 9 | Urządzenie powinno posiadać sondę monitorującą środowisko, umożliwiać korzystanie z usług, takich jak raporty stanu i wczesnego wykrywania anomalii, które pomagają ograniczyć ryzyko przestojów związanych z krytycznymi komponentami (akumulatorem, kondensatorami, wentylatorami itp.). |
| 10 | Zasilacz powinien być wyposażony w system do zarządzania kompatybilny ze wszystkimi głównymi systemami operacyjnymi, w tym oprogramowaniem do wirtualizacji, takim jak VMware i Hyper-V itp. |
| 11 | Zasilacz powinien być wyposażony w kartę sieciową, multi-porty wielu połączeń – RS232, USB, wejście/wyjście bezpotencjałowe, EPO oraz inteligentne gniazdo. |
| 12 | Urządzenie powinno być wyposażone w duży, kolorowy ekran dotykowy LCD, wbudowany czujnik grawitacji, który automatycznie obraca ekran w zależności od orientacji rozmieszczenia zasilacza UPS. |
| 13 | Zaoferowane urządzenie powinno posiadać parametry nie gorsze niż podane poniżej: |
| Nominalne napięcie wejściowe (V): 1 faza 220/230/240 V; 3 fazy 380/400/415 V |
| Częstotliwość wejściowa (Hz): 50/60 Hz |
| Tolerancja częstotliwości wejściowej (Hz): 40 do 70 Hz |
| Zniekształcenia harmoniczne (%):≤ 3% w trybie liniowym, ≤ 5% w trybie nieliniowym |
| Nominalne napięcie wyjściowe (V): 1 faza 220/230/240 V; 3 fazy 380/400/415 V |
| Częstotliwość wyjściowa (Hz): 50/60 Hz |
| Zniekształcenia napięcia wyjściowego (%):≤ 1 % w trybie liniowym; ≤ 3 %w trybie nieliniowym |
| Przyłącza wyjściowe: Blok zacisków |
| Przeciążalność falownika:  105 % < obciążenie ≤ 125 % : 10 min  125 % < obciążenie ≤ : 1 min  > 150 % : 0.5 s |
| Sprawność w trybie podwójnej konwersji: >96% |
| Sprawność w trybie ECO: do 98.8% |
| Czas ładowania: 3 godziny do 90% (z 2 zestawami baterii) |
| Wymiary (wys. X szer. x gł.) : 129 mm \* 438 mm \* 691 mm |
| Waga (kg): do 150kg |
| Stopień ochrony: IP20 |
| Maksymalna wysokość pracy:  0 ~ 4000 m (0 ~ 1000 m bez zmniejszania wartości znamionowych,  1000 m ~ 4000 m zmniejszenie obciążenia o 1% co 100 m) |
| Topologia UPS: Podwójna konwersja |
| Czasy podtrzymania przy obciążeniu 100%/75%/50%/25%: ~ 3.8min/5.7min/9.5min/23.5 min |
| Praca równoległa: do 3 jednostek |

## Macierz dyskowa – 2 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Cecha | Opis wymagań |
|  | Obudowa | Obudowa do montażu w szafie rack 19” za pomocą dostarczonych dedykowanych elementów. Oferowana macierz nie może przekroczyć rozmiaru 4U. Oferowana obudowa musi umożliwiać instalację min 24 dysków. |
|  | Kontrolery dyskowe | Macierz wyposażona w minimum 2 kontrolery pracujące w trybie active-active. Akceptowalna architektura to symmetric active-active (SAN-only), co oznacza, że kontrolery pracują w trybie zapewniającym dostęp do wolumenów logicznych (LUN) utworzonych w macierzy, z wykorzystaniem wszystkich dostępnych ścieżek (path) i portów kontrolerów bez wymuszania preferowanej ścieżki dostępu oraz z zapewnieniem automatycznego równoważenia obciążenia (load balancing). Kontrolery nie mogą pracować w trybie active-passive. Kontrolery muszą komunikować się z dyskami protokołem NVMe. Macierz musi umożliwiać rozbudowę do co najmniej 4 kontrolerów tworząc logicznie jedną macierz zarządzaną z jednego interfejsu. Zastosowanie wirtualizatora nie jest dopuszczalne. |
|  | Zasilanie | Oferowane urządzenie musi być przystosowane do zasilania z sieci AC oraz wyposażone w kable zasilające PDU. Macierz musi być wyposażona w zdublowany, redundantny system zasilania, umożliwiający prawidłową, nieprzerwaną pracę urządzenia w przypadku awarii dowolnego pojedynczego źródła zasilania. |
|  | Redundancja | Macierz nie może posiadać pojedynczego punktu awarii (SPOF), który powodowałby brak dostępu do danych. Wszystkie krytyczne komponenty takie jak kontrolery, pamięć, zasilacze i wentylatory muszą być zaprojektowane nadmiarowo. |
|  | Wydajność | Macierz w oferowanej konfiguracji w teście wydajnościowym osiągnie min. 380 000 IOPS przy następujących parametrach:  - Zapełnienie macierzy – min. 80% fizycznej pojemności,  - Protokół: FC,  - Porty: 32G,  - Read 75% - blok 8k,  - Write 25% - blok 8k,  - 100% Random  - Read Hit Ratio – 0%  - Write Hit Ratio – 0%  - Latency – max 1ms  - RAID 6  - Deduplikacja i kompresja – wyłączone  Wymagane jest dołączenie do oferty wyniki testów lub wyniki symulacji z oryginalnego sizera/estymatora producenta macierzy. Zamawiający ma prawo przeprowadzić test po dostawie macierzy aby sprawdzić czy dostarczone rozwiązanie osiąga deklarowane parametry wydajnościowe. Wydajność średnia nie mniejsza niż 380 000 IOPS uzyskiwana przez co najmniej 60 min testu. Środowisko testowe – serwery wirtualne.Ewentualny test zostanie przeprowadzony ogólnodostępnym narzędziem Vdbench. |
|  | Wymagana przestrzeń | Fizyczna przestrzeń dyskowa zbudowana tylko i wyłącznie za pomocą dysków SSD NVMe/modułów NVMe. Przestrzeń użytkowa po zbudowaniu RAID 6 z 1 dyskiem/modułem hot-spare lub przestrzenią hot-spare równą pojemności 1 dysku/modułu musi wynosić min 70 TB. Ze względów wydajnościowych oraz niezawodnościowych pojemność RAW pojedynczego dysku/modułu nie może być większa niż 4 TB.  Wymagane jest użycie dysków samoszyfrujących (SED), tak aby szyfrowanie danych nie miało wpływu na wydajność macierzy. Wymagana pojemność użytkowa rozumiana jest jako pojemność dostępna po konfiguracji RAID i odliczeniu rezerwy na dyski/przestrzeń *spare* i dostępna dla hostów bez uwzględnienia jakichkolwiek mechanizmów kompresji, czy deduplikacji. Dyski SSD NVMe/moduły NVMe muszą być wyposażone w podwójne, redundantne interfejsy PCIe.  Oferowana macierz musi umożliwiać rozbudowę do min 48 dysków tego samego typu, czyli SSD NVMe/modułów NVMe bez konieczności klastrowania dodatkowych kontrolerów. Rozbudowa pojemności musi być możliwa poprzez instalację dysków w ramach oferowanej obudowy kontrolerów lub poprzez podłączanie półek dyskowych obsługujących NVMe. Wymagane jest zastosowanie wydajnego linku 100G RDMA (co najmniej 2) pomiędzy kontrolerami oraz półką dyskową, co zapewni możliwie najwyższą przepustowość oraz krótkie czasy odpowiedzi. Macierz nie może obsługiwać dysków HDD. |
|  | Zabezpieczenia dyskami SPARE | Możliwość definiowania przez administratora dysków SPARE lub odpowiedniej zapasowej przestrzeni dyskowej. |
|  | Pamięć Cache | Co najmniej 512GB pamięci cache na całą macierz (dwa kontrolery). Zamawiający nie dopuszcza możliwości zastosowania dysków SSD/NVMe lub kart pamięci FLASH jako rozszerzenia pamięci cache. Pamięć cache musi być zabezpieczona przed utratą danych w przypadku awarii zasilania poprzez funkcję zapisu zawartości pamięci cache na nieulotną pamięć lub posiadać podtrzymywanie bateryjne min. 48 godzin. |
|  | Dostępne interfejsy | Razem kontrolery muszą udostępnić minimum 8 portów 32Gb FC z obsługą protokołu NVMe over FC. Wszystkie moduły muszą posiadać wkładki optyczne. Możliwość rozbudowy o dodatkowe 16 portów 32G FC oraz 4 porty 100G Eth bez konieczności wymiany lub zakupu nowych kontrolerów i klastrowania z kontrolerami oferowanymi w tym postępowaniu.  Macierz musi posiadać wbudowane porty 100G RDMA do podłączenia półek dyskowych NVMe lub musi umożliwiać rozbudowę o takie porty w przypadku gdy obsługa wymaganych przy rozbudowie 48 dysków determinuje konieczność podłączenia dodatkowej półki. |
|  | Obsługiwane protokoły | Wymagane wsparcie dla FC, NVMe over FC, iSCSI. |
|  | Obsługiwane typy zabezpieczenia RAID | Kontrolery wyposażone w funkcjonalność konfiguracji poziomu RAID 6 lub równoważnego tolerującego jednoczesną awarię 2 dysków bez utraty danych. |
|  | Prezentacja dysków logicznych o pojemności większej niż zajmowana przestrzeń dyskowa (ang. Thin Provisioning) | Wymagana funkcjonalność tworzenia i prezentacji dysków logicznych (LUN) o pojemności większej niż zajmowana fizyczna przestrzeń dyskowych (ang. ThinProvisioning). Wymagana funkcjonalność zwrotu skasowanej przestrzeni dyskowej do puli zasobów wspólnych (ang. Space Reclamation). Wymagane dostarczenie w/w funkcjonalności na zainstalowaną przestrzeń dyskową. Macierz musi wspierać nie mniej niż 4000 LUNów. |
|  | Zarządzanie | Zarządzanie macierzą (wszystkimi kontrolerami) z poziomu pojedynczego interfejsu graficznego. Wymagane jest stałe monitorowanie stanu macierzy w tym monitorowanie wydajności obiektów takich jak:  - cała macierz  - kontrolery  - porty front-end  - dyski  - LUNy  - hosty  Pod kątem parametrów takich jak:  - operacje wejścia/wyjścia IOPS  - przepustowość (KB/s lub MB/s)  - czas odpowiedzi (latency)  Wymagana możliwość monitorowania stanu żywotności dysków SSD NVMe/modułów NVMe. Wymagana możliwość dostępu do historycznych danych wydajnościowych z poziomu GUI macierzy do co najmniej 3 lat wstecz lub jako równoważne dostarczenie fizycznego serwera z oprogramowaniem umożliwiającym zbieranie i przeglądanie danych historycznych.  Wymagana możliwość konfigurowania zasobów macierzy.  Jeżeli do obsługi powyższej funkcjonalności wymagane są dodatkowe licencje, ich dostarczenie jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Kopie wewnątrz macierzy | Tworzenie na żądanie tzw. migawkowej kopii danych (ang. snapshot) wolumenów blokowych (LUN) w ramach macierzy do wykorzystania w celu np. wykonywania kopii zapasowych. Snapshoty muszą być wykonywanie w technologii ROW (Redirect On Write). Wymagana jest możliwość utworzenia harmonogramu snapshotów. Macierz musi umożliwiać utworzenie min 8000 snapshotów. Musi być możliwość utworzenia snapshotów których nie można modyfikować ani usunąć bez odpowiednich uprawnień celem przywrócenia danych w przypadku ataku ransomware. Dostarczenie tej funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania na całą przestrzeń dyskową i na maksymalną liczbę snapshotów obsługiwanych przez oferowany model macierzy.  Tworzenie na żądanie kopii danych typu klon w ramach macierzy za pomocą wewnętrznych kontrolerów macierzowych. Dostarczenie tej funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Deduplikacja/kompresja | Macierz musi wspierać funkcjonalności deduplikacji i kompresji danych. Musi istnieć możliwość wyboru wolumenów na których te funkcjonalności będą włączone oraz możliwość ich wyłączenia.  Dostarczenie licencji na te funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Replikacja LUNów | Możliwość zdalnej replikacji danych typu on-line (bez przerywania prezentacji wolumenów dyskowych) do macierzy tej samej rodziny w trybie asynchronicznym lub synchronicznym przy wykorzystaniu portów FC lub IP. Funkcjonalność ta nie może wpływać na obciążenie serwerów podłączonych do macierzy. Dostarczenie tej funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Klaster macierzowy | Wsparcie dla technologii klastrowania macierzy dyskowych (ang. Storage Metro Cluster). Macierz musi dostarczać funkcjonalność klastra klasy "wysokiej dostępności" tj. zapewnienia wysokiej dostępności zasobów dyskowych macierzy dla podłączonych platform oprogramowania i sprzętowych z wykorzystaniem synchronicznej replikacji danych po protokole FC lub IP pomiędzy 2 macierzami. Pod użytym pojęciem "wysoka dostępność zasobów dyskowych" należy rozumieć zapewnienie bezprzerwowego działania środowiska (aplikacja/system operacyjny/serwer) podłączonego do macierzy (macierz preferowana) w przypadku wystąpienia awarii logicznego połączenia z tą macierzą bądź awarii samej macierzy powodujących dla danego środowiska brak dostępu do zasobów macierzy preferowanej. Funkcjonalność klastra "wysokiej dostępności" pozwala na automatyczne przełączanie obsługi środowisk produkcyjnych z macierzy preferowanej na niepreferowaną w przypadku awarii macierzy preferowanej (tzw. automated failover). Wymagany jest również automatyczny failover z macierzy niepreferowanej na preferowaną. Dopuszczalne jest zastosowanie tzw arbitra w postaci serwera fizycznego / maszyny wirtualnej lub dodatkowego gateway’a. Dostarczenie tej funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Priorytety zadań | Macierz musi posiadać możliwość zapewnienia ciągłości biznesu na oczekiwanym poziomie usług (QoS) poprzez definicję polityk QoS w oparciu o maksymalne progi wydajności IOPS i MB/s. Musi istnieć możliwość określenia polityk QoS na poziomie wolumenów. Dostarczenie tej funkcjonalności jest wymagane na tym etapie postępowania. |
|  | Wspierane systemy operacyjne | Wsparcie, dla co najmniej Microsoft Server Windows 2016/2019/2022, VMware 6.7/7.0/8.0, Linux RedHat 7.x/8.x, CentOS 7.x/8.x |
|  | Serwisowalność | Wymagane uaktualnianie firmware-u kontrolerów macierzy bez przerywania dostępu do danych.  Macierz przystosowana do napraw w miejscu zainstalowania oraz wymiany elementów bez konieczności jej wyłączania.  Macierz musi umożliwiać zdalne zarządzanie.  Urządzenie musi być fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed datą dostarczenia do Zamawiającego i pochodzić z autoryzowanego kanału dystrybucji producenta, a także musi być objęte serwisem producenta lub autoryzowanego partnera serwisowego na terenie RP.  Wymagana gwarancja na 4 lata w trybie 9x5 NBD. |

## Przełącznik Fibre Channel - 2szt.

| **Element składowy dostawy** | **Wymagania** |
| --- | --- |
| Ilość portów FC | Łączna ilość portów 24 – 32gbit/s Fibre Channel . Rozbudowa musi odbywać się wyłącznie poprzez zakup dodatkowych modułów SFP/SFP+, kabli oraz licencji PoD.  W pełni rozbudowany przełącznik nie może zajmować w szafie RACK więcej niż 1U. |
| Przepustowość portu | Porty uniwersalne o przepustowości 32 Gbits/s, z obsługą przepustowości 4Gbit/s, 8Gbit/s 16 Gbit/s z automatycznym wyborem przepustowości (auto-sensing), obsługa trybu full-duplex dla wszystkich wspieranych przepustowości.  Całkowita przepustowość przełącznika dostępna dla maksymalnie rozbudowanej konfiguracji wyposażonej we wkładki 32Gb/s musi wynosić min. 768 GB/s end-to-end |
| Interfejsy optyczne | Przełącznik musi posiadać min. 24 aktywnych portów.  Przełącznik musi być dostarczany wraz z wkładkami 32 Gbit/s SFP+ SWL w liczbie odpowiadającej ilości aktywnych portów. |
| Inne funkcje i wyposażenie | 1. Obsługa trybów pracy portów FC: D\_Port, E\_port, F\_port, N-Port. 2. Obsługa funkcji PoD (Ports on Demand) przydziału licencji dla aktywnych portów FC 3. Aktywne licencje : 4. Full Fabric (FF) 5. WEB Tools (WT) 6. Advanced Zoning (AZ) 7. Element Manager (EM) 8. Adaptive Networking (AN) 9. Server Application Optimization (SAO) 10. Enhanced Group Management (EGM) 11. Access Gateway 12. Trunking, 13. Extended Fabrics, 14. Fabric Vision. 15. Możliwość zdalnej aktualizacji firmware’u switcha 16. Dedykowany interfejs RJ-45 min 10/100/1000 Mb/s do zarządzania poprzez sieć Ethernet 17. Możliwość zarzadzania typu in-band poprzez Fibre Channel, 18. Dedykowany interfejs RJ-45 lub DB9 do zarządzania poprzez interfejs szeregowy, dedykowany port USB umożliwiający upgrade FW i zapis logów 19. Wsparcie dla NVMe over FC. 20. Sygnalizacja aktywnych i podłączonych portów na panelu przednim urządzenia 21. Zarządzanie poprzez przeglądarkę WWW z obsługą połączeń szyfrowanych min. 128-bit SSL oraz poprzez usługę SSH 22. Zarządzanie poprzez konsole znakową tzw. CLI 23. Wsparcie dla protokołu SNMP v.3 |
| Zasilacz | Przełącznik zawiera pojedynczy zasilacz z czterema zintegrowanymi wentylatorami chłodzącymi system. |
| Typ obudowy | Wysokość przełącznika 1U w systemie montażu w szafie typu rack 19”. Dostarczony wraz z szynami montażowymi w szafie rack. |
| Inne | Wraz z przełącznikiem należy dostarczyć:  - 1 sztuke kabla zasilającego o C13-C14 o długości minimum 2,5 metra |
| Gwarancja/dostawa | Urządzenie musi być objęte gwarancją producenta na okres 4 lat z czasem reakcji najpóźniej w następnym dniu roboczym od zgłoszenia. |

## Przełączniki LAN – 2 szt

| **Lp** | **Cecha** | **Opis Wymagań** |
| --- | --- | --- |
|  | Obudowa | Przystosowane do montażu w szafie 19”, wysokość nie większa niż 1RU, elementy niezbędne do montażu muszą być dostarczone z urządzeniem |
|  | Dostępne interfejsy | Urządzenie musi być wyposażone w minimum 24 porty 10 Gigabit Ethernet SFP+ mogące również pracować jako 25Gigabit Ethernet SFP28, minimum 4 porty 10/25Gigabit Ethernet SFP+/SFP28, minimum 4 porty 100Gigabit Ethernet QSFP28 mogących pracować jako 40Gigabit Ethernet QSFP+.  Urządzenie musi być dostarczone z modułami SFP+ w następującej konfiguracji: 9 sztuk 1GE SFP--RJ45 oraz 1 przewód DAC 100GE QSFP28 o długości 1m do połączenia przełączników szkieletowych ze sobą w stos. Wkładki SFP+ i kable DAC muszą pochodzić od producenta przełącznika celem uniknięcia problemów z serwisowaniem urządzenia. |
|  | Parametry wydajnościowe | Wymagane parametry wydajnościowe:   * Switching capacity: minimum 2 200 Gbps * Forwarding capacity: minimum 480 Mpps * min. 380 000 wpisów w tablicy adresów MAC * min. 140 000 wpisów w tablicy ARP * min. 256 000 wpisów w tablicy routingowej IPv4 * min. 80 000 wpisów w tablicy routingowej IPv6 * min. 60 000 tras multicast * min. 6 000 wpisów na potrzeby realizacji polityk bezpieczeństwa (listy kontroli dostępu ACL) * min. 1 000 interfejsów VLAN * min. 4 094 aktywnych sieci VLAN |
|  | Zasilanie | Urządzenie musi być wyposażone w wewnętrzne redundantne zasilacze 230V AC wspierające mechanizm HotSwap. |
|  | Obsługiwane protokoły | Urządzenie musi obsługiwać następujące protokoły:   * Obsługa protokołów warstwy 3 dla IPv4: Open Shortest Path First (OSPF), BGPv4, ISIS-IPv4 * Obsługa protokołów warstwy 3 dla IPv6: Open Shortest Path First (OSPFv3), BGP+, ISIS-IPv6 * Obsługuje protokoły multicastowe w tym PIM Sparse i Dense Mode, SSM, IGMP/MLD * Obsługuje protokoły MPLS, LDP, L2 i L3 VPN, VPLS, MPLS TE, MPLS. * Musi umożliwiać rozbudowę o funkcjonalność VxLAN w przyszłości poprzez np.: zakup licencji |
|  | Bezpieczeństwo | Urządzenie wspiera następujące mechanizmy związane z bezpieczeństwem:   * Wiele poziomów dostępu administracyjnego poprzez konsolę - autoryzacja dostępu do przełącznika w oparciu o mechanizmy AAA – min. 5 poziomów uprawnień z możliwością określenia zakresu z dokładnością do poszczególnych komend * Autoryzacja użytkowników/portów w oparciu o IEEE 802.1X z możliwością przydziału listy kontroli dostępu (ACL) i VLANu * Obsługa co najmniej następujących mechanizmów Port Security, DHCP Snooping, Dynamic ARP Inspection, IP Source Guard * Weryfikacja źródła pakietu względem tablicy routingu (uRPF) – zarówno dla IPv4 i IPv6 * Możliwość filtrowania ruchu na poziomie portu oraz VLANu w oparciu o adresy MAC, IP, porty TCP/UDP * Listy kontroli dostępu także dla IPv6 * Mechanizmy ochrony warstwy kontrolnej |
|  | Ciągłość pracy | Urządzenie wspiera następujące mechanizmy związane z zapewnieniem ciągłości pracy sieci:   * mechanizm BFD (Bidirectional Forwarding Detection) co najmniej dla protokołu OSPFv2 i OSPFv3, BGP, ISIS * IEEE 802.1w Rapid Spanning Tree * IEEE 802.1s Multiple Spanning Tree * IEEE 802.3ad (Link Aggregation Control Protocol) umożliwiający grupowanie portów. |
|  | Jakość usług w sieci | Urządzenie wspiera następujące mechanizmy związane z zapewnieniem jakości usług w sieci (QoS):   * Obsługa min. 8 kolejek per port, w tym co najmniej jedna kolejka ze statusem strict priority * Klasyfikacja ruchu do klas różnej jakości obsługi (QoS) poprzez nadawanie wartości 802.1p (CoS) oraz IP Precedence/DSCP w ramkach Ethernet oraz pakietach IP. Wykorzystanie następujących parametrów w klasyfikacji: źródłowy/docelowy adres MAC, źródłowy/docelowy adres IP, żródłowy/docelowy port TCP * Możliwość zmiany przez urządzenie kodu wartości QoS zawartego w ramce Ethernet oraz pakiecie IP – poprzez zmianę pola 802.1p (CoS) oraz IP Precedence/DSCP * Definiowanie polityk QoS per port i per VLAN |
|  | Zarządzanie | Urządzenie musi wspierać następujące mechanizmy związane z zarządzaniem:   * Ma możliwość zarządzania przez WEB Gui (HTTPS), SNMPv3 oraz SSH v2 * Umożliwia zarządzanie poprzez interfejs CLI (konsolę) oraz poprzez dedykowany port Ethernet out-of-band management * Umożliwia identyfikację i uwierzytelnianie w oparciu o serwer RADIUS lub TACACS+ * Posiada port USB * Umożliwia lokalną/zdalną obserwację ruchu na określonym porcie (SPAN,RSPAN), polegającą na kopiowaniu pojawiających się na nim ramek i przesyłaniu ich do urządzenia monitorującego przyłączonego do innego portu lub poprzez dedykowaną sieć VLAN   Urządzenie musi umożliwiać dołączenie zewnętrznych, wyniesionych przełączników dostępowych o łącznej ilości 2000 portów 10/100/1000BaseT z obsługą IEEE 802.3at (PoE+). Zarządzanie konfiguracją portów na przełącznikach dostępowych musi być możliwe z poziomu przełącznika szkieletowego. Zamysłem Zamawiającego jest centralne zarządzanie konfiguracją wszystkich portów w sieci LAN z redundatnego urządzenia szkieletowego, poprzez przypisywanie centralnych szablonów/profili konfiguracji interfejsów do konkretnych portów przełączników dostępowych. |
|  | Stos przełączników | Urządzenie musi umożliwiać stworzenie wirtualnego systemu - złożonego z min. 2 przełączników szkieletowych będących przedmiotem opisu - zarządzanego jako jedno urządzenie logiczne. Urządzenia pracujące w takiej konfiguracji muszą umożliwiać połączenie w system z wykorzystaniem standardowych portów 10 Gigabit Ethernet / 40 Gigabit Ethernet / 100 Gigabit Ethernet oraz modułów optycznych lub kabli DAC. Musi istnieć możliwość terminowania połączeń link aggregation na dwóch przełącznikach tworzących taki system wirtualny (tzw. multi-chassis link aggregation) |
|  | Dodatkowe funkcjonalności | Posiada możliwość raportowania do systemów zarządzających z wykorzystaniem statystyk typu flow (J-Flow, NetFlow, sFlow lub odpowiednik).  Urządzenie musi posiadać możliwość pobrania konfiguracji do zewnętrznego komputera typu PC, w formie tekstowej. Konfiguracja po dokonaniu edycji poza urządzeniem może być ponownie zaimportowana do urządzenia i uruchomiona. W pamięci nieulotnej musi być możliwość przechowywania przynajmniej 10 plików konfiguracyjnych |
|  | Obsługa serwisowa | Wymagany jest serwis gwarancyjny świadczony na bazie usługi producenta przez minimum 4 lata.   * Dostępność serwisu w języku polskim 8x5xNBD * Rozwiązywanie problemów ze sprzętem i oprogramowaniem w okresie trwania usługi serwisowej. * Gwarantowany czas naprawy sprzętu – 48h * Dostęp do poprawek i nowych wersji oprogramowania |
|  | Pozostałe | Zamawiający wymaga dostarczenia dodatkowych 8 sztuk przewodów DAC 25GE SFP28 o długości 3m.  Urządzenie musi obsługiwać ramki Ethernet o wielkości nie mniejszej niż 9216 bajtów (tzw. Jumbo Frame) |

## Serwer RACK 2-procesorowy – 3 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Element konfiguracji** | **Opis wymagań minimalnych** |
|  | Obudowa | Obudowa typu RACK o wysokości maksymalnej 2U wraz z kompletem szyn umożliwiających montaż w standardowej szafie RACK, z funkcjonalnością wysuwania serwera do celów serwisowych oraz ramieniem do zarządzania przewodami. |
|  | Procesory | Dwa procesory, zgodne z architekturą x86-64 o wydajności ocenianej na co najmniej 35150 punktów dla jednego procesora w teście [www.cpubenchmark.net](http://www.cpubenchmark.net). |
|  | Pamięć RAM | Co najmniej 256 GB pamięci RAM DDR4 o szybkości transmisji danych nie mniejszej niż 2933MT/s z systemem kodowania korekcyjnego ECC.  Możliwe zabezpieczenia pamięci:   * ECC, * SDDC, * Memory Rank Sparing lub Memory Mirroring. |
|  | Płyta główna | Płyta główna dedykowana do pracy w serwerach z możliwością zainstalowania minimum dwóch fizycznych procesorów. Płyta główna musi być zaprojektowana przez producenta serwera i oznaczona trwale jego znakiem firmowym.  Na płycie głównej muszą znajdować się minimum 32 sloty przeznaczone na moduły pamięć RAM. Płyta główna musi obsługiwać min. 8 TB pamięci RAM. |
|  | Karta graficzna | Zintegrowana karta graficzna z minimalną rozdzielczością 1280x1024 |
|  | Wewnętrzna pamięć masowa | Serwer umożliwia zainstalowanie wewnętrznego modułu dostarczony przez producenta serwera dedykowanego dla hypervisora wirtualizacyjnego, wyposażony w 2 jednakowe nośniki typu SSD M2 o pojemności min. 480GB z synchronizacją pomiędzy nośnikami (RAID1), rozwiązanie nie może powodować zmniejszenia ilości wnęk na dyski twarde.  Możliwość instalacji dysków twardych SAS, SATA-SSD, SAS-SSD |
|  | Dyski | Serwer powinien obsługiwać min. 8 dysków 2.5’. Serwer powinien zostać wyposażony w min. 2 dyski SSD SATA min 480GB |
|  | Kontroler dysków | Możliwość instalacji sprzętowego kontrolera dysków posiadającego min. 2GB nieulotnej pamięci cache wraz z potrzymaniem bateryjnym i umożliwiającego konfigurację poziomów RAID: 0, 1, 5, 6, 10, 50, 60 |
|  | Interfejsy sieciowe (LAN) | Minimum 2 (dwa) interfejsy sieciowe 10Gb Ethernet w standardzie SFP+ z wkładkami.  Minimum 2 (dwa) interfejsy sieciowe 25Gb Ethernet ze złączami w standardzie SFP28 wraz z dedykowanymi wkładkami wbudowane w płytę główną.  Powyższe Interfejsy sieciowe nie mogą zajmować żadnego z dostępnych portów USB. Wsparcie dla protokołów iSCSI Boot oraz IPv6.  Minimum 2 (dwa) interfejsy 32Gb FC wraz z dedykowanymi wkładkami. |
|  | Sloty PCI Express | Minimum 3 aktywne sloty PCIe minimum 4.0, w tym minimum 2 sloty wolne. |
|  | Porty | Minimum 5 portów USB 3.0. Dwa porty z przodu obudowy, dwa porty z tyłu obudowy, jeden port wewnątrz serwera.  Jeden port USB Type-C z przodu serwera służący do zarządzania serwerem  Porty nie mogą zostać osiągnięte przez zastosowanie przejściówek bądź adapterów.  Minimum 2 port VGA jeden z przodu, jeden z tyłu.  Minimum 1 port serial  1 port RJ-45 dedykowany dla interfejsu zdalnego zarządzania (karty zarządzającej).  Rozwiązanie nie może zostać uzyskane przy pomocy adapterów przejściówek oraz dodatkowych kart. |
|  | Zasilacze i Wentylatory | Zainstalowane dwa redundantne zasilacze pracujące w trybie Hot-Plug z redundancją minimum N+1, każdy o mocy min. 850W, wystarczającej do ciągłej i stabilnej pracy serwera.  Wentylatory typu Hot-Plug z redundancją minimum N+1.  Kable zasilające o długości pozwalającej na instalację serwera w dostarczonej szafie RACK. |
|  | Wspierane systemy operacyjne | MS Windows Server 2019, 2022, Red Hat Enterprise Linux, SUSE Linux Enterprise Server, VMware vSphere 7.0 U3 lub nowszy. |
|  | Oznaczenia | Fabryczne oznaczenie urządzenia, wykonane przez producenta serwera informujące Zamawiającego m.in. o numerze serwisowym serwera lub numerze seryjnym serwera, modelu serwera, gwarantujące Zamawiającemu dostawę nowego, nieużywanego i niepochodzącego z innych projektów sprzętu. |
|  | System diagnostyczny | Panel LCD umożliwiający wyświetlenie informacji diagnostycznych o stanie serwera lub dioda LED informująca o "stanie zdrowia" serwera, umieszczone na froncie obudowy. |
|  | Karta zarządzająca | Niezależna od zainstalowanego na serwerze systemu operacyjnego, posiadająca dedykowane port RJ-45 Gigabit Ethernet i umożliwiająca:   1. Zdalny dostęp do graficznego interfejsu Web karty zarządzającej 2. Zdalne monitorowanie i informowanie o statusie serwera (m.in. prędkości obrotowej wentylatorów, konfiguracji serwera) 3. Restart serwera 4. Zdalne uruchomienie/wyłączenie serwera 5. Szyfrowane połączenie (TLS) oraz autentykację i autoryzację użytkownika 6. Możliwość podmontowania zdalnych wirtualnych napędów 7. Połączenie z serwerem przez zdalną konsolę graficzną z dostępem do myszy i klawiatury 8. Wsparcie dla IPv6 9. Możliwość zdalnego monitorowania w czasie rzeczywistym poboru prądu przez serwer 10. Możliwość obsługi przez dwóch administratorów jednocześnie 11. Podgląd logów sprzętowych serwera i karty niezależnie od jego stanu (także podczas startu, restartu OS). 12. wysyłanie do administratora maila z powiadomieniem o awarii lub zmianie konfiguracji sprzętowej 13. Możliwość definiowania ról (poziomów uprawnień) administratorów |
|  | Certyfikaty i standardy | Serwer musi być wyprodukowany zgodnie z normą ISO-9001 oraz ISO-14001.  Serwer musi posiadać deklarację CE.  Oferowany serwer musi znajdować się na liście Windows Server Catalog i posiadać status „Certified for Windows” dla systemów Microsoft Windows Server 2019 x64 |
|  | Gwarancja/ serwis | Usługa gwarancyna minimum 48 miesięcy w trybie NBD (Next Business Day) |
|  | Dodatkowe dokumenty | Karta katalogowa (specyfikacja techniczna) serwera potwierdzająca spełnianie powyższych wymagań. |

# Monitoring Infrastruktury

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące realizacji usługi:** | |
| **USŁUGA** | |
| Opis usługi | 1. Platforma Monitoringu zapewnia centralną i automatyczną rejestrację i monitorowanie zdarzeń w obszarze środowiska aplikacyjnego i bazodanowego systemów dziedzinowych (HIS i systemów MPI, EDM, ERP InfoMedica) zainstalowanych w sieci Zamawiającego. 2. Platforma Monitoringu umożliwia rejestrację i obserwację podstawowych danych systemów dziedzinowych takich jak np. utylizacja zasobów oraz informacji związanych z wybranymi procesami systemów dziedzinowych odpowiedzialnych za przygotowanie i przetwarzanie danych, czasu odpowiedzi usług wewnętrznych i współpracujących z systemami dziedzinowymi usług zewnętrznych i informacji związanych z analizą wybranych procesów pracy silnika bazy danych. 3. Centralna rejestracja zdarzeń na platformie Monitoringu, z którym systemy dziedzinowe współpracują odbywa się za pomocą zdefiniowanego mechanizmu wymiany danych. 4. W przypadku posiadania systemu dziedzinowego złożonego z wielu mikro usług platforma Monitoringu umożliwia rejestrację zdarzeń na poziomie każdej z uruchomionych mikro usług. 5. Powyżej wskazane usługi nie obejmują rozwiązywania problemów związanych z infrastrukturą sprzętową. |
| Zakres prac Wykonawcy w ramach instalacji oraz konfiguracji Monitoring | 1. Wykonanie audytu konfiguracji oprogramowania aplikacyjnego dla serwerów zgłoszonych do usługi Monitoring w sieci Zamawiającego, 2. Instalacja i konfiguracja serwerów Monitoringu w sieci Zamawiającego, 3. Instalacja i konfiguracja oprogramowania zbierającego metryki, 4. Szkolenie administratorów – do 2 godzin szkolenia dla administratorów Zamawiającego w zakresie obsługi Monitoring, 5. Uruchomienie usługi Monitoring w środowisku produkcyjnym Zamawiającego. |
| Zobowiązania Zamawiającego dla instalacji i konfiguracji Monitoring | Zamawiający zobowiązuje się do:   1. wypełnienia formularza zgłoszeniowego – w ciągu 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia, 2. udostępnienia dwóch maszyn w infrastrukturze Zamawiającego zgodnie z Kartą przedwdrożeniową usługi Monitoring – w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia, 3. utworzenia dedykowanego konta email, na serwerze pocztowym z jakiego korzysta Zamawiający – w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia, 4. przygotowania kont VPN dla grupy Inżynierów Systemowych Wykonawcy obsługujących usługę Monitoring – w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia, 5. Spełnienie powyższych zobowiązań warunkuje przystąpienie do realizacji prac przez Wykonawcę oraz terminowość realizacji prac. |
| Zobowiązania Zamawiającego do przyjęcia warunków licencyjnych oprogramowania wykorzystanego do realizacji usługi Monitoring | Usługa Monitoring będzie bazować na następujących rozwiązaniach informatycznych typu Open Source:   1. Graylog – licencja na warunkach opisanych na stronie https://raw.githubusercontent.com/Graylog2/graylog2-server/master/LICENSE 2. Grafana – licencja na warunkach opisanych na stronie https://raw.githubusercontent.com/grafana/grafana/main/LICENSE 3. Prometheus – licencja na warunkach opisanych na stronie https://raw.githubusercontent.com/prometheus/prometheus/main/LICENSE |
| **Opis funkcji uruchamianych w ramach usługi** | |
| **Funkcja rejestrowania umożliwia:**   * centralna i automatyczna rejestracja zdarzeń serwerów aplikacyjnych i bazodanowych, * centralna i automatyczna rejestracja plików logowania serwerów aplikacyjnych i bazodanowych * centralna i automatyczna rejestracja zdarzeń występujących w systemach operacyjnych * centralna i automatyczna rejestracja wybranych zdarzeń w systemach dziedzinowych uruchomionych na serwerach aplikacyjnych * automatyczna rejestracja zdarzeń w trybie 24/7/365 * ustawienie czasu retencji przechowywanych danych historycznych   **Funkcja przeglądania umożliwia:**   * przegląd danych za pomocą centralnej konsoli dostępnej z przeglądarek internetowych, * przegląd danych za pomocą typów wykresów: słupkowy, kołowy, wykres w czasie, tabela, zegarowy, histogram * przegląd danych historycznych * przegląd w czasie rzeczywistym wskazanych zdarzeń reprezentujących stan środowiska systemowego, aplikacyjnego i bazodanowego, * przegląd w czasie rzeczywistym wybranych zdarzeń w systemach uruchomionych na serwerach aplikacyjnych,   **Funkcja powiadamiania umożliwia:**   * natychmiastową wysyłkę powiadomień o ostrzeżeniach i awariach * przekazywanie powiadomień w zależności od przyjętych wartości krytycznych dla zdarzeń * przekazywanie powiadomień za pomocą poczty elektronicznej * przekazywanie powiadomień za pomocą komunikatora działającego na platformie mobilnej | |

# Dostawa oprogramowania bazodanowego pod system HIS

Licencje w ilości odpowiedniej dla zaoferowanego w ramach dostawy systemu serwera wymaganej do prawidłowego działania oferowanego systemu HIS.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagane minimalne parametry techniczne** |
|  | Oferowany motor bazy danych musi być dostępny zarówno na platformy systemów operacyjnych Windows i Linux. |
|  | Oferowany Motor bazy danych HIS musi mieć możliwość rozbudowy do wersji wspierającej możliwość synchronicznej replikacji danych w dwóch niezależnych centrach danych. |
|  | Oferowany Motor bazy danych HIS posiada komercyjne wsparcie producenta. Nie dopuszcza się zastosowania RBD typu open-source. |
|  | Oferowany Motor bazy danych HIS ma możliwość realizacji kopii bezpieczeństwa w trakcie działania (na gorąco). |
|  | Oferowany Motor bazy danych generuje kopie bezpieczeństwa automatycznie (o określonej porze) i na żądanie operatora oraz umożliwia odtwarzanie bazy danych z kopii archiwalnej, w tym sprzed awarii. |
|  | Oferowany Motor bazy danych umożliwia eksport i import danych z bazy danych w formacie tekstowym z uwzględnieniem polskiego standardu znaków. |
|  | Administrator posiada możliwość wyboru danych, które mają być monitorowane w logach systemu z dokładnością do poszczególnych kolumn w tabelach danych, a zarządzanie nimi może odbywać się z poziomu narzędzi do zarządzania bazami danych (dopuszcza się narzędzie na poziomie motoru bazy danych). |
|  | HIS posiada mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do HIS pozwalające na uzyskanie informacji o czasie i miejscach ich pracy. |
|  | Hasła użytkowników są przechowywane w bazie danych w postaci niejawnej (zaszyfrowanej). |
|  | W HIS są zaimplementowane mechanizmy walidacji haseł zgodnie z wymaganiami ustawowymi przewidzianymi dla rodzaju danych przetwarzanych przez HIS. |
|  | HIS umożliwia automatyczne wylogowanie użytkownika z systemu (przy przekroczeniu zadanego czasu bezczynności ustanowionego uprzednio przez Administratora). |
|  | Dostępność oprogramowania na współczesne 64-bitowe platformy Unix (HP-UX dla procesorów PA-RISC i Itanium, Solaris dla procesorów SPARC i Intel/AMD, IBM AIX), Intel/AMD Linux 32-bit i 64-bit, MS Windows 32-bit i 64-bit. Identyczna funkcjonalność serwera bazy danych na ww. platformach |
|  | Niezależność platformy systemowej dla oprogramowania klienckiego / serwera aplikacyjnego od platformy systemowej bazy danych |
|  | Możliwość przeniesienia (migracji) struktur bazy danych i danych pomiędzy ww. platformami bez konieczności rekompilacji aplikacji bądź migracji środowiska aplikacyjnego |
|  | Przetwarzanie z zachowaniem spójności i maksymalnego możliwego stopnia współbieżności. Modyfikowanie wierszy nie może blokować ich odczytu, z kolei odczyt wierszy nie może ich blokować do celów modyfikacji. Jednocześnie spójność odczytu musi gwarantować uzyskanie rezultatów zapytań odzwierciedlających stan danych z chwili jego rozpoczęcia, niezależnie od modyfikacji przeglądanego zbioru danych. |
|  | Możliwość zagnieżdżania transakcji – powinna istnieć możliwość uruchomienia niezależnej transakcji wewnątrz transakcji nadrzędnej. Przykładowo – powinien być możliwy następujący scenariusz: każda próba modyfikacji tabeli X powinna w wiarygodny sposób odłożyć ślad w tabeli dziennika operacji, niezależnie czy zmiana tabeli X została zatwierdzona czy wycofana. |
|  | Wsparcie dla wielu ustawień narodowych i wielu zestawów znaków (włącznie z Unicode). |
|  | Możliwość migracji zestawu znaków bazy danych do Unicode |
|  | Możliwość redefiniowania przez klienta ustawień narodowych – symboli walut, formatu dat, porządku sortowania znaków za pomocą narzędzi graficznych. |
|  | Skalowanie rozwiązań opartych o architekturę trójwarstwową: możliwość uruchomienia wielu sesji bazy danych przy wykorzystaniu jednego połączenia z serwera aplikacyjnego do serwera bazy danych |
|  | Możliwość otworzenia wielu aktywnych zbiorów rezultatów (zapytań, instrukcji DML) w jednej sesji bazy danych |
|  | Wsparcie protokołu XA |
|  | Wsparcie standardu JDBC 3.0 |
|  | Zgodność ze standardem ANSI/ISO SQL 2003 lub nowszym. |
|  | Motor bazy danych powinien umożliwiać wskazywanie optymalizatorowi SQL preferowanych metod optymalizacji na poziomie konfiguracji parametrów pracy serwera bazy danych oraz dla wybranych zapytań. Powinna istnieć możliwość umieszczania wskazówek dla optymalizatora w wybranych instrukcjach SQL. |
|  | Brak formalnych ograniczeń na liczbę tabel i indeksów w bazie danych oraz na ich rozmiar (liczbę wierszy). |
|  | Wsparcie dla procedur i funkcji składowanych w bazie danych. Język programowania powinien być językiem proceduralnym, blokowym (umożliwiającym deklarowanie zmiennych wewnątrz bloku), oraz wspierającym obsługę wyjątków. W przypadku, gdy wyjątek nie ma zadeklarowanej obsługi wewnątrz bloku, w razie jego wystąpienia wyjątek powinien być automatycznie propagowany do bloku nadrzędnego bądź wywołującej go jednostki programu |
|  | Procedury i funkcje składowane powinny mieć możliwość parametryzowania za pomocą parametrów prostych jak i parametrów o typach złożonych, definiowanych  przez użytkownika. Funkcje powinny mieć możliwość zwracania rezultatów  jako zbioru danych, możliwego do wykorzystania jako źródło danych w instrukcjach SQL (czyli występujących we frazie FROM). Ww. jednostki programowe powinny umożliwiać wywoływanie instrukcji SQL (zapytania, instrukcje DML, DDL), umożliwiać jednoczesne otwarcie wielu tzw. kursorów pobierających paczki danych (wiele wierszy za jednym pobraniem) oraz wspierać mechanizmy transakcyjne (np. zatwierdzanie bądź wycofanie transakcji wewnątrz procedury). |
|  | Możliwość kompilacji procedur składowanych w bazie do postaci kodu binarnego (biblioteki dzielonej) |
|  | Możliwość deklarowania wyzwalaczy (triggerów) na poziomie instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanej na tabeli, poziomie każdego wiersza modyfikowanego przez instrukcję DML oraz na poziomie zdarzeń bazy danych (np. próba wykonania instrukcji DDL, start serwera, stop serwera, próba zalogowania użytkownika, wystąpienie specyficznego błędu w serwerze). Ponadto mechanizm wyzwalaczy powinien umożliwiać oprogramowanie obsługi instrukcji DML (INSERT, UPDATE, DELETE) wykonywanych na tzw. niemodyfikowalnych widokach (views). |
|  | W przypadku, gdy w wyzwalaczu na poziomie instrukcji DML wystąpi błąd zgłoszony przez motor bazy danych bądź ustawiony wyjątek w kodzie wyzwalacza, wykonywana instrukcja DML musi być automatycznie wycofana przez serwer bazy danych, zaś stan transakcji po wycofaniu musi odzwierciedlać chwilę przed rozpoczęciem instrukcji w której wystąpił ww. błąd lub wyjątek |
|  | Powinna istnieć możliwość autoryzowania użytkowników bazy danych za pomocą rejestru użytkowników założonego w bazie danych |
|  | Baza danych powinna umożliwiać na wymuszanie złożoności hasła użytkownika, czasu życia hasła, sprawdzanie historii haseł, blokowanie konta przez administratora bądź w przypadku przekroczenia limitu nieudanych logowań. |
|  | Przywileje użytkowników bazy danych powinny być określane za pomocą przywilejów systemowych (np. prawo do podłączenia się do bazy danych - czyli utworzenia sesji, prawo do tworzenia tabel itd.) oraz przywilejów dostępu do obiektów aplikacyjnych (np. odczytu / modyfikacji tabeli, wykonania procedury). Baza danych powinna umożliwiać nadawanie ww. przywilejów za pośrednictwem mechanizmu grup użytkowników / ról bazodanowych. W danej chwili użytkownik może mieć aktywny dowolny podzbiór nadanych ról bazodanowych. |
|  | Możliwość wykonywania i katalogowania kopii bezpieczeństwa bezpośrednio przez serwer bazy danych. Możliwość zautomatyzowanego usuwania zbędnych kopii bezpieczeństwa przy zachowaniu odpowiedniej liczby kopii nadmiarowych - stosownie do założonej polityki nadmiarowości backup'ów. Możliwość integracji z powszechnie stosowanymi systemami backupu (Legato, Veritas, Tivoli, OmniBack, ArcServe itd). Wykonywanie kopii bezpieczeństwa powinno być możliwe w trybie offline oraz w trybie online (hot backup) |
|  | Odtwarzanie powinno umożliwiać odzyskanie stanu danych z chwili wystąpienia awarii bądź cofnąć stan bazy danych do punktu w czasie. W przypadku odtwarzania do stanu z chwili wystąpienia awarii odtwarzaniu może podlegać cała baza danych bądź pojedyncze pliki danych. |
|  | W przypadku, gdy odtwarzaniu podlegają pojedyncze pliki bazy danych, pozostałe pliki baz danych mogą być dostępne dla użytkowników |
|  | Wbudowana obsługa wyrażeń regularnych zgodna ze standardem POSIX dostępna z poziomu języka SQL jak i procedur/funkcji składowanych w bazie danych. |
|  | Możliwość budowy klastra na węźle obsługiwanym przez maksymalnie 2 procesory |
|  | Motor bazy danych na poziomie wskazanego numeru wersji wydania musi zapewnić wbudowany, własny mechanizm umożliwiający uruchomienia środowiska w konfiguracji klastrowej wykorzystującej dwa węzły jako podstawę architektury rozwiązania. |
|  | Motor bazy danych musi oferować wbudowane rozwiązanie pozwalające na przechowywanie, analizę i wizualizację danych geolokalizacyjnych. |
|  | Motor bazy danych musi oferować wbudowane rozwiązanie pozwalające na analizę powiązań, relacji między danymi wraz z możliwością wizualizacji tych powiązań i przedstawienia ich wraz z relacjami w postaci graficznej. |
|  | Motor bazy danych musi oferować wbudowane rozwiązanie pozwalające na wykorzystanie zaawansowanych mechanizmów statystycznych, modeli danych, funkcjonalności wartościującej, celem tworzenia analiz, modelowania i predykcji danych przechowywanych w silniku bazy. |
|  | Licencja bez ograniczeń czasowych |
|  | Licencje motoru bazy danych nie mogą ograniczać ilości użytkowników |
|  | Licencja motoru bazy danych nie może posiadać ograniczenia co do wielkości przechowywanych danych oraz nie może powodować dodatkowych opłat w przypadku przyrostu danych |

# Szkolenia e-Learning

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie** |
|  | Wykonanie szkoleń e-Learning (szkolenia maję być dostępne co najmniej przez 12 miesięcy dla nieograniczonej ilości użytkowników) w zakresie oprogramowania aplikacyjnego w następujących obszarach: |
|  | - Izba Przyjęć + SOR |
|  | - Oddział Szpitalny |
|  | - Rejestracja i Gabinet w Przychodni |
|  | - Gabinet Lekarski |
|  | - Pracownia Diagnostyczna |
|  | - Apteczka oddziałowa |
|  | - Rehabilitacja |
|  | - Gabinet zabiegowy |
|  | - Blok operacyjny |
|  | - Aplikacja na urządzenia mobilne |
|  | - Rozliczenia |
|  | - Apteka |
|  | - Medycyna Pracy |
|  | - Zakażenia szpitalne |
|  | - Statystyka |
|  | - ZDM |
|  | Lekcje powinny być czytane przez lektora wyłącznie w języku polskim |
|  | Lekcja będzie trwała 20 – 25 minut i będzie podzielona na etapy. |
|  | Po każdym etapie powinny być przeprowadzone ćwiczenia w celu potwierdzenia zaznajomienia się z przekazaną partią materiału. |
|  | Po przeprowadzonej lekcji nastąpi egzamin praktyczny – (będzie składał się on z zadań praktycznych do wykonania lub pytań testowych). |
|  | Lekcja powinna zatrzymywać się, wyróżniać i wyraźnie podkreślać ważne elementy. |
|  | W czasie trwania lekcji musi być możliwość cofania i zatrzymania lekcji, a w przypadku potrzeby przewinięcia do przodu, platforma powinna wymusić konieczność przynajmniej jednokrotnego przejścia przez całą lekcję – test z danej lekcji będzie udostępniany po zaliczeniu lekcji. |
|  | Po zdanym egzaminie student będzie miał możliwość dowolnego poruszania się po lekcji do czasu wygaśnięcia uprawnień na platformie. |
|  | Lekcje ogólne nt interfejsu i standardów aplikacji będą dołączane do różnych pakietów. |
|  | Ćwiczenia powinny mieć charakter dobrze zdefiniowanego zadania. Niektóre kroki mogą być prawidłowo wykonane na kilka sposobów. Jeśli student wykona nieprawidłowy ruch, program podpowie prawidłowy po jednokrotnej nieudanej próbie. Student dostanie kompletne opisane zadanie do wykonania. |
|  | Tekst wypowiadany przez lektora powinien być również wyświetlony na ekranie na żądanie studenta. |
|  | Egzamin będzie posiadać wprowadzenie, w którym będą wyjaśnione zasady jego przeprowadzenia i oceny. Na końcu będzie podsumowanie wyników testu. |
|  | Student będzie mógł wykonać egzamin kilkukrotnie w celu uzyskania lepszego wyniku. |
|  | Egzamin po zakończeniu będzie pokazać błędne odpowiedzi i pozwalać na przeskok do danego fragmentu lekcji w którym to zagadnienie było omawiane. |
|  | Lekcje, ćwiczenia, egzaminy, będą pokazywać w którym momencie przerabianego materiału jest student i ile kroków zostało do końca (liczbowo np. krok 7 z 30). |
|  | Szkolenie musi działać na wszystkich komputerach z systemem operacyjnym Windows 10/11 z użyciem przeglądarek Firefox/Chrome w technologiach aktualnie wspieranych przez te przeglądarki. |

# Wymagania dotyczące nadzoru autorskiego i serwisu nad oprogramowaniem aplikacyjnym HIS

|  |
| --- |
| **Wymaganie** |
| I. Nadzór autorski nad Oprogramowaniem Aplikacyjnym HIS:  W ramach nadzoru autorskiego, Wykonawca zapewnia:   * 1. Udostępnienie poprawek do Oprogramowania Aplikacyjnego, w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego błędu Oprogramowania Aplikacyjnego (tzn. nie spowodowanego przez Zamawiającego powtarzalnego działania Oprogramowania Aplikacyjnego, w tym samym miejscu programu, prowadzącego w każdym przypadku do otrzymania błędnych wyników jego działania):   W przypadku tzw. **błędu krytycznego**, tj. takiego, który uniemożliwia użytkowanie Oprogramowania Aplikacyjnego (w zakresie jego podstawowej funkcjonalności wskazanej w dokumentacji użytkownika) i prowadzi do zatrzymania jego eksploatacji, utraty danych lub naruszenia ich spójności, w wyniku których niemożliwe jest prowadzenie działalności z użyciem Oprogramowania Aplikacyjnego:      + - czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę czynności zmierzających do naprawy zgłoszonego „błędu krytycznego”) wynosi maksymalnie 2 godziny;        - czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do ilości godzin zgodnej z załącznikiem nr 1 – ofertowym do SWZ od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych;        - w przypadku wystąpienia „błędu krytycznego” Wykonawca może wprowadzić tzw. rozwiązanie tymczasowe, doraźnie rozwiązujące problem błędu krytycznego; w takim przypadku dalsza obsługa usunięcia dotychczasowego błędu krytycznego będzie traktowana jako błąd zwykły;   W pozostałych przypadkach, czyli **błędu zwykłego**:   * + - * czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę czynności zmierzających do naprawy zgłoszonego błędu zwykłego) wynosi do 15 dni roboczych;       * czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 30 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych;   W wyjątkowych wypadkach, za zgodą Zamawiającego, czas dokonania korekt będzie uzgodniony pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym;  Zgłoszenie błędu przez Zamawiającego odbywać się będzie poprzez witrynę internetową Help-Desku Wykonawcy. W razie trudności z rejestracją zgłoszenia na w/w witrynie internetowej, Zamawiający może dokonać zgłoszenia telefonicznie lub pisemnie na formularzu przesyłanym za pomocą poczty elektronicznej. Opcjonalnie faksem.   * 1. Wprowadzanie zmian w Oprogramowaniu Aplikacyjnym w zakresie dotyczącym istniejącej funkcjonalności, w zakresie wymaganym zmianami powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub przepisów prawa wewnętrznie obowiązujących, wydanych na podstawie delegacji ustawowej, z zastrzeżeniem, że Wykonawca zobowiązany jest do:      + przekazania Zamawiającemu informacji o nowych wersjach Oprogramowania Aplikacyjnego, co odbywać się będzie poprzez opublikowanie odpowiedniego komunikatu na witrynie Help-Desk Wykonawcy;      + udostępniania uaktualnień Oprogramowania Aplikacyjnego (nowych wersji Oprogramowania Aplikacyjnego) poprzez serwer ftps.   2. Możliwość pisemnego zgłoszenia uwag i propozycji modyfikacji Oprogramowania Aplikacyjnego poprzez witrynę Help-Desk, lub na uzgodnionym formularzu. |
| II. Serwis nad Oprogramowaniem Aplikacyjnym:  Wykonawca zapewnia w ramach serwisu:   1. Wizyty serwisowe w uzgodnionych terminach, przy udziale min. jednej osoby, o czasie trwania nie krótszym niż 7 roboczogodzin (czas trwania wizyty serwisowej nie obejmuje czasu dojazdu do Zamawiającego), min. 24 wizyt serwisowych rocznie, w ramach powyższych wizyt wykonywane będą następujące czynności:  * instalowanie aktualizacji Oprogramowania Aplikacyjnego do najnowszej wersji, * szkolenie użytkowników z nowych wersji Oprogramowania Aplikacyjnego, * pomoc w usunięciu awarii Oprogramowania Aplikacyjnego powstałej z winy Zamawiającego lub wskutek wypadków losowych, w czasie gwarantującym użytkownikowi możliwość wykonania terminowych prac, * bieżące optymalizowanie konfiguracji Oprogramowania Aplikacyjnego, uwzględniające potrzeby Zamawiającego, * pomoc w awaryjnym odtwarzaniu, stanu Oprogramowania Aplikacyjnego i zgromadzonych danych archiwalnych, poprawnie zabezpieczonych na nośnikach magnetycznych, * pomoc w przygotowaniu danych przekazywanych przez Zamawiającego do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. do Narodowego Funduszu Zdrowia, Wydziału Zdrowia odpowiedniego Urzędu, banków itp.).  1. Doradztwo w zakresie rozbudowy Oprogramowania Aplikacyjnego HIS, dokonywanie ponownych instalacji w przypadkach rozbudowy infrastruktury informatycznej Zamawiającego; 2. Możliwość korzystania z konsultacji telefonicznych w siedzibie Przedstawiciela Wykonawcy w zakresie Oprogramowania Aplikacyjnego HIS. |

# Wymagania systemu obsługi zgłoszeń (Help Desk)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Wymaganie** |
|  | Obsługa zgłoszeń błędów oraz zmian funkcjonalności w formie elektronicznej poprzez witrynę internetową Help Desk. |
|  | Autoryzowany dostęp do witryny dla uprawnionych pracowników Zamawiającego |
|  | Dostęp do różnych konsoli zarządzania zgłoszeniami |
|  | **Konsola zgłaszającego** dostępna dla wszystkich uprawnionych pracowników Zamawiającego - umożliwia użytkownikowi witryny Help Desk dostęp tylko do własnych zgłoszeń |
|  | **Konsola KZS** (Kierownika Zespołu Serwisowego) dostępna dla Lidera (Liderów) zespołu po stronie Zamawiającego – umożliwia dostęp do zgłoszeń wszystkich użytkowników witryny Help Desk ze strony Zamawiającego |
|  | Rejestracja zgłoszenia w formie elektronicznej na witrynie Help Desk |
|  | Rejestracja treści zgłoszenia wraz z opcjonalnymi załącznikami |
|  | Kategoryzacja zgłoszenia przez zgłaszającego |
|  | Wybór przedmiotu zgłoszenia - wersji systemu/modułu oraz umowy (umowa serwisowa, nadzoru autorskiego itp.) w ramach której zostały określone warunki realizacji zgłoszeń i czasy SLA wykorzystywane podczas realizacji zgłoszenia |
|  | Prezentacja statusu zgłoszenia, umożliwiającego szybką weryfikację stanu zaawansowania prac oraz konieczność wykonania określonych czynności przez zgłaszającego (uszczegółowienie zgłoszenia, akceptacja realizacji itp.) |
|  | Dwustronna komunikacja w trakcie realizacji zgłoszenia pomiędzy zgłaszającym a osobą realizującą zgłoszenie poprzez witrynę internetową |
|  | Przesyłanie informacji (również z załącznikami) mających na celu doprecyzowanie opisu zgłoszenia, starczenia dodatkowych wyjaśnień itp. |
|  | Prezentacja istotnych informacji w trakcie realizacji zgłoszenia (dla zgłaszającego) |
|  | Informacje o wynikach analizy zgłoszenia, planowanym sposobie realizacji i terminie realizacji |
|  | Informacje o tymczasowym rozwiązaniu zgłoszenia (o ile takowe istnieje), które umożliwi dalszą pracę w istniejącym systemie do momentu pojawienia się rozwiązania właściwego. |
|  | Informacje o zrealizowaniu zgłoszenia wraz z ewentualnymi dodatkowymi wyjaśnieniami |
|  | Prezentacja rozwiązania zgłoszenia z możliwością akceptacji/odrzucenia przez klienta |
|  | Automatyczne zamknięcie zgłoszenia po akceptacji rozwiązania |
|  | Automatyczne wznowienie realizacji zgłoszenia po odrzuceniu rozwiązania |
|  | Podgląd historii realizacji zgłoszenia |
|  | Podgląd historii realizacji w porządku chronologicznym od momentu jego zarejestrowania wraz z całą korespondencją oraz informacjami kto, kiedy i jaką czynność wykonał |
|  | Wydruk na żądanie danych zgłoszenia wraz z pełną historią jego obsługi |
|  | Dostęp do tablicy ogłoszeń na witrynie (dla wszystkich jej użytkowników), która zawiera: |
|  | Informacje ogólne o zmianach w systemie, informacje o nowych wersjach systemu, miejscach skąd można ją pobrać itp. |
|  | Załączniki mogące być częścią każdego ogłoszenia takie jak pliki parametryzujące, słowniki itp. |
|  | Powiadamianie uprawnionych użytkowników o nowych informacjach i komunikatach pojawiających się a witrynie. |
|  | Dostęp do bazy FAQ |