

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług nadzoru autorskiego oraz serwisu oprogramowania InfoMedica i AMMS firmy Asseco Poland SA w następującym zakresie:

1. Nadzór autorski

1.1. Zakres licencjonowanego oprogramowania firmy Asseco Poland S.A.

L.p.	Nazwa modułu	Typ licencji	Liczba licencji
1	AMCP	OPEN	1
2	Gospodarka Magazynowo- Materiałowa	USER	5
3	Wyposażenie	USER	2
4	Środki Trwałe	USER	2
5	Ewidencja czasu pracy (grafik)	OPEN	1
6	Płace	USER	5
7	Kadry	USER	4
8	Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń	USER	1
9	Kalkulacja Kosztów Leczenia	USER	2
10	Koszty	USER	2
11	Kasa	USER	2
12	Rejestr Sprzedaży	USER	2
13	Finanse- Księgowość	OPEN	1
14	Laboratorium	USER	7
15	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
16	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
17	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
18	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
19	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
20	WDSZ- HL7 aparat	EVENT	1
21	Bank krwi	USER	1
22	AMMS- Punkt pobrań	OPEN	1
23	AMMS- Pracownia Diagnostyczna	USER	7
24	eRecepta Standard	OPEN	1
25	AMMS- Administrator	OPEN	1
26	AMMS- Rozliczenia	OPEN	1
27	AMMS- Zakażenia Szpitalne	USER	1
28	AMMS- Rejestracja, Gabinety, Statystyka Medyczna, Zlecenia, Rozliczenia z NFZ	OPEN	1
29	AMMS Ruch Chorych (Izba Przyjęć, Oddziały, Statystyka Medyczna, Zlecenia, Rozliczenia z NFZ)	OPEN	1
30	AMMS- Apteczka Oddziałowa	OPEN	1
31	AMMS- Apteka	USER	1
32	e- Partner	OPEN	1
33	e- Zlecenia	OPEN	1
34	Repozytorium elektronicznej Dokumentacji Medycznej (AMDX)	OPEN	1

1.2. Licencjodawca udziela Zamawiającemu niewyłącznej, nieograniczonej w czasie, odwołalnej, licencji na korzystanie z poszczególnych modułów oprogramowania

Załącznik nr 1 do SWZ

aplikacyjnego określonego w pkt.1 oraz udziela zgody na instalację na serwerach sieciowych Zamawiającego oraz zwielokrotnienie Modułów Oprogramowania Aplikacyjnego w pamięci komputerów i korzystanie z Modułów Oprogramowania Aplikacyjnego przez liczbę Jednoczesnych Użytkowników, określonych dla każdego Modułu.

1.3. Zakres nadzoru autorskiego:

- 1.3.1. dostarczanie nowych wersji oprogramowania uwzględniających zmiany ustawowe oraz rozwojowe, opracowanie nowych raportów i modyfikacja istniejących na potrzeby Zamawiającego
- 1.3.2. licencjonowanie i automatyczna aktualizacja słownika leków BAZYL
- 1.3.3. gotowość do świadczenia usług developerskich polegających na odpłatnej realizacji zmian w oprogramowaniu zaproponowanych przez Zamawiającego
- 1.3.4. utrzymywanie oprogramowania w zgodzie z obowiązującymi uwarunkowaniami prawnymi i technologicznymi poprzez:
 - 1.3.4.1. stałe monitorowanie funkcjonowania oprogramowania w miejscach jego instalacji, a w jego wyniku prowadzenie rejestru zgłaszanych przez klientów błędów aplikacji oraz poprawy i ewentualnego dodania elementów funkcjonalnych,
 - 1.3.4.2. analizę zmian ustawowych związanych z aspektami pośrednio dotyczącymi systemu ochrony zdrowia obowiązującego w kraju (system ubezpieczeń, finansów, administracji publicznej itd.)
- 1.3.5. udostępnienie poprawek do dostarczonego oprogramowania, w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego błędu dostarczonego oprogramowania (tzn. nie spowodowanego przez Zamawiającego powtarzalnego działania dostarczonego oprogramowania, w tym samym miejscu programu, prowadzącego w każdym przypadku do otrzymania błędnych wyników jego działania):
 - 1.3.5.1. w przypadku tzw. błędu krytycznego, tj. takiego, który uniemożliwia użytkowanie dostarczonego oprogramowania (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 dostarczonego oprogramowania:
 - 1.3.5.1.1. czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę czynności zmierzających do naprawy zgłoszonego „błędu krytycznego”) wynosi 1 dzień roboczy;
 - 1.3.5.1.2. czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 3 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych.
 - 1.3.5.1.3. 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.
 - 1.3.5.2. w pozostałych przypadkach:
 - 1.3.5.2.1. 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 5 dni roboczych;
 - 1.3.5.2.2. czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt dostarczonego oprogramowania wyniesie do 60 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych
 - 1.3.5.3. w wyjątkowych wypadkach, za zgodą Zamawiającego, czas dokonania korekt może być uzgodniony pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym
- 1.3.6. Zasady zgłaszania, ewidencji

Załącznik nr 1 do SWZ

- 1.3.6.1. Zgłoszenie błędu przez Zamawiającego odbywać się będzie za pośrednictwem internetowego systemu zgłoszeń Wykonawcy, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej
- 1.3.7. Wykonawca jest zobowiązany do przekazywania informacji o nowych wersjach oprogramowania oraz udostępniania uaktualnień oprogramowania, objętego nadzorem autorskim, poprzez witrynę internetową Wykonawcy lub przesłanie na adres Zamawiającego nośników zawierających nową wersję oprogramowania
- 1.3.8. Wykonawca i Zamawiający zobowiązany jest do prowadzenia rejestru kontaktów obejmującego w szczególności rozmowy telefoniczne, wysyłane maile, zmiany konfiguracji oprogramowania aplikacyjnego oraz inne wykonane czynności.

2. Serwis oprogramowania

2.1. Zakres opieki serwisowej oprogramowania:

- 2.1.1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Zamawiającego opieki serwisowej w czasie obowiązywania umowy
 - 2.1.1.1. w wymiarze 24 godzin miesięcznie, w siedzibie Zamawiającego, za opłatą ryczałtową;
 - 2.1.1.2. wg potrzeb Zamawiającego po wykorzystaniu limitu godzin serwisowych objętych opłatą ryczałtową
- 2.1.2. Wykonawca zapewnia nieograniczoną ilość kontaktów telefonicznych, e-mailowych z pracownikami działu serwisu Wykonawcy, w godzinach pracy serwisu. Zamawiający przekaże Wykonawcy listę osób uprawnionych do w/w kontaktów.
- 2.1.3. Zamawiający udostępni Wykonawcy zdalny dostęp do systemów informatycznych Wykonawcy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia czynności serwisowych

2.2. Opieka serwisowa obejmuje:

- 2.2.1. konsultacje i pomoc serwisową w zakresie funkcjonowania aplikacji oraz wszelkich zmian definiowalnych elementów systemu;
- 2.2.2. konsultacje w zakresie nowych wersji systemu;
- 2.2.3. instalacje nowych wersji oprogramowania aplikacyjnego;
- 2.2.4. konsultacje w zakresie administracji systemem;
- 2.2.5. pomoc w przekazywaniu danych, w formie elektronicznej, do jednostek nadrzędnych i współpracujących;
- 2.2.6. poprawianie i usuwanie błędów aplikacji i ich skutków
- 2.2.7. administrowanie bazą danych Zamawiającego, w tym: usunięcie błędów rekordów, sprawdzenie poprawności wykonywania backupu, sprawdzenie poprawności uruchamiania serwisów motoru bazy danych, sprawdzenie przyrostu bazy danych i wolnego miejsca w przestrzeni tabel, sprawdzenie logów instalacji bazy, sprawdzenie logów generowanych przez motor bazy danych w systemie operacyjnym, sprawdzenie wydajności bazy danych z ewentualnym strojeniem
- 2.2.8. pomoc w usunięciu awarii oprogramowania powstałej z winy Zamawiającego lub wskutek wypadków losowych:

2.3. W przypadku tzw. awarii krytycznej, tj. takiej, która uniemożliwia użytkowanie dostarczonego 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 dostarczonego oprogramowania aplikacyjnego:

- 2.3.1. czas reakcji Wykonawcy(serwisu) na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę (serwisu) czynności zmierzających do naprawy zgłoszonej „awarii krytycznej”) wynosi 1 dzień roboczy;
- 2.3.2. czas dokonania naprawy Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 3 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych. W przypadku wystąpienia „awarii krytycznej” Wykonawca (serwis) może wprowadzić tzw. rozwiązanie tymczasowe,

Załącznik nr 1 do SWZ

doraźnie rozwiązujące problem awarii krytycznej; w takim przypadku dalsza obsługa usunięcia dotychczasowego awarii krytycznej będzie traktowana jako awaria zwykła.

2.4. W pozostałych przypadkach (w przypadku tzw. awarii zwykłych):

2.4.1. czas reakcji Wykonawcy (serwisu) na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę (serwisu) czynności zmierzających do naprawy zgłoszonej awarii zwykłej) wynosi do 5 dni roboczych;

2.4.2. czas dokonania naprawy Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 60 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych

2.5. W wyjątkowych wypadkach, za zgodą Zamawiającego, czas dokonania korekt może być uzgodniony pomiędzy Wykonawcą i Zamawiającym

2.6. Zasady zgłaszania, ewidencji oraz dostępu

2.6.1. Zgłoszenie błędu przez Zamawiającego odbywać się będzie za pośrednictwem internetowego systemu zgłoszeń Wykonawcy, telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej.

2.7. Wykonawca i Zamawiający zobowiązany jest do prowadzenia rejestru kontaktów obejmującego w szczególności rozmowy telefoniczne, wysyłane maile, zmiany konfiguracji oprogramowania aplikacyjnego oraz inne wykonane czynności

2.8. Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia Zamawiającemu, w celu uzyskania pisemnego upoważnienia do dostępu do systemów informatycznych oraz świadczenia usług serwisowych:

- listy osób uprawnionych do zdalnego dostępu do systemów Zamawiającego;
- listy osób uprawnionych do świadczenia usług serwisowych w siedzibie Zamawiającego.

Wymagania funkcjonalne systemu informatycznego SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

Oprogramowanie część „biała”

Wymagania Ogólne

Architektura i interfejs użytkownika

System posiada graficzny interfejs dla wszystkich modułów i pracuje w graficznym środowisku systemu operacyjnego na stanowiskach użytkownika.

- 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 posiada mechanizm informujący użytkowników o zmianach i nowościach w aplikacjach.
- Preferowanym przez Zamawiającego jest interfejs użytkownika dostępny z poziomu przeglądarki internetowej. Dla wykonawców, którzy na dzień składania ofert nie dysponują takim rozwiązaniem dopuszcza się zaoferowanie i wdrożenie rozwiązania desktopowego z zastrzeżeniem, że w wypadku pojawienia się w ofercie wykonawcy rozwiązania preferowanego przez Zamawiającego w ciągu 12 miesięcy od wdrożenia– Wykonawca bezpłatnie wymieni i wdroży system przeglądarkowy we wszystkich dostępnych modułach.

Baza danych

- System, co najmniej w zakresie aplikacji RCH, leczenia otwartego i rozliczeń NFZ 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).
- 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).
- Kontrola/parametryzacja Wielkich/małych liter. Możliwość ustawienia w wybranych polach jak ma być sformatowany wpis
- 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 musi umożliwić skanowanie danych z dokumentów tożsamości - dowodów osobistych i na tej podstawie dokonywanie identyfikacji pacjenta
- System umożliwia wykonanie nowej operacji w bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenia w trybie nagłym) i powrót do zawieszanej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji.
- System powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w polach opisowych tj. opis badania, wynik, epikryza
- System musi umożliwiać drukowanie kodów jedno i dwuwymiarowych na opaskach dla pacjentów

Załącznik nr 1 do SWZ

Bezpieczeństwo

- System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych),
- 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 (haszowanej).
- Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu musi mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu.
- System musi mieć możliwość integracji z Active Directory.
- System musi automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanim czasie braku aktywności (gaszenie aktualnie wyświetlanych danych).
- System powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika
- Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika
- W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych

System powiadomień

- System powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem np. zlecenie leku, badania, wynik badania, zamówienie na lek do apteki.

Administrator

- Konfigurowanie systemu
- Definiowanie terminarzy zasobów: pomieszczeń, łóżek, urządzeń
- Zarządzanie parametrami na poziomie systemu, jednostki organizacyjnej, użytkownika,
- Definiowanie struktury dokumentów:
 - ksiąg wykorzystywanych w przychodni, szpitalu, pracowniach,
 - szablonów wydruków (pism),
- Definiowanie elementów leczenia i złożonych szablonów zleceń wykorzystywanych przez jednostki zlecające,
- zarządzanie słownikiem jednostek struktury organizacyjnej Zamawiającego na poziomie całego systemu:
 - tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepcje, gabinety, pracownie, oddziały, izby przyjęć,),
- Zarządzanie słownikami standardowymi (ogólnopolskimi):
 - Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM - druga polska edycja,
 - Klasyfikacja chorób wg ICD - rewizja 10,
 - Słownik Kodów Terytorialnych GUS,
 - Słownik Zawodów.

Tworzenie, przegląd, edycja słowników własnych Zamawiającego:

- personelu,
- leków.
- Zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami:
- System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać definiowanie listy użytkowników systemu
- System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać określenie uprawnień użytkowników,
- System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać połączenie listy użytkowników ze słownikiem personelu,
- Musi istnieć możliwość nadania użytkownik uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/ wybranych jednostek organizacyjnych.
- System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu

Załącznik nr 1 do SWZ

użytkowników do systemu

- 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, minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, liczb, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych' w hasle
- 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.
- Równolegle musi istnieć możliwość nadawania użytkownikowi pojedynczych uprawnień z listy dostępnych. System musi umożliwiać definiowanie grup użytkowników i przydzielanie użytkowników do tych grup.
- System musi umożliwić nadanie użytkownikowi lub grupie użytkowników uprawnień do wydruku dokumentu
- System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom do jednostek organizacyjnych, w których pracują, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału.
- System powinien umożliwiać Lekarzom oddziału wewnętrznego dostęp do wszystkich dokumentów związanych z leczeniem pacjentów oddziału internistycznego.
- System powinien umożliwiać Lekarzom psychiatrom dostęp do wszystkich dokumentów związanych z leczeniem pacjentów na oddziałów psychiatrycznych,
- System musi umożliwiać podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników
- Administrator musi posiadać z poziomu aplikacji możliwość wylogowania wszystkich użytkowników aplikacji
- 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
- System powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki, kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu.
- System musi umożliwić określenie jednostkom organizacyjnym oddzielnego numeru REGON, innego niż REGON zakładu opieki zdrowotnej
- System musi umożliwiać przegląd dziennika operacji (logi),
- System musi umożliwiać wykonanie funkcji optymalizacji bazy danych
- System musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie podwójnie wprowadzonych danych pacjentów, lekarzy, instytucji.
- 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.

Ruch Chorych - Izba Przyjęć

Obsługa rejestru pacjentów

- System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego dla innych modułów medycznych tj.: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział
- System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów:
 - status eWUŚ
 - nazwisko, imię i nr PESEL
 - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym
 - rok pobytu
 - nr w księdze głównej
 - rozpoznanie
 - lekarz badający
- System umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów
- System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,
- System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza

Załącznik nr 1 do SWZ

- System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta. Wgląd w dane medyczne sprzed zmiany danych osobowych powinno umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji
- Z poziomu danych pacjenta NN musi istnieć możliwość powiązania rekordu pacjenta NN z rekordem pacjenta zarejestrowanego w systemie
- System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta:
 - w zakresie danych osobowych,
 - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
 - na podstawie rozpoznania wstępnego określenie maksymalnego czasu hospitalizacji z możliwością informacji ile dni pozostało dl leczenia zgodnie z wymaganiami NFZ, czasu hospitalizacji do danych rozpoznań w przypadku zmian jednostek chorobowych wg wytycznym w NFZ.

Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć

- System musi umożliwić pacjenta przyjęcie w trybie nagłym oraz planowym, nieplanowanym i bez zgody pacjenta
- Dla przyjęć w trybie nagłym, system musi oznaczać pobyt jako "zagrożenie życia lub zdrowia psychiatrycznego":
 - Za zgodą
 - Bez zgody
 - Na oddz. Sądowym/postanowienie sądu
 - Tryb wnioskowy
 - W celu obserwacji sądowej
- Podczas przyjmowania pacjenta skierowanego z gabinetu lekarskiego, działającego w strukturach jednostki, system powinien informować, że pacjent taki oczekuje na przyjęcie
- System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, towarzyszących i rozpoznania końcowego
- Wprowadzenie danych o rozpoznaniu musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10
- możliwość kojarzenia formularzy ze zleceniami i elementami leczenia
- rejestrowanie danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.).
- System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej dokumentacji medycznej
- Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca
- Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 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 poprzez podpis elektroniczny
- możliwość określenia akt na podstawie, którego nastąpiło przyjęcie bez zgody ust. UOZP dalsze generowania formularzy zawiadomień do Sądu wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku – załącznik nr 2 do przedmiotu zamówienia
- System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu co aktualna
- Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:
 - nadanie numeru Księgi Oddziałowej - automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
 - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
 - możliwość modyfikacji danych płatnika,
 - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, sal obserwacyjnych/ sal oddziału
 - wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych,
 - system według rozpoznania przekazuje informację o długości podstawowego pobytu na oddziale
- System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów
- odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie i kontynuacja realizacji wypełnienia dokumentacji założonej na Izbie Przyjęć

Załącznik nr 1 do SWZ

- Obsługa rejestru pacjentów
- System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego dla innych modułów medycznych tj.: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział
- System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów:
- zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia, skutkująca wpisem do Księgi Oczekujących, i księgi konsultacji oraz księgi odmów
- zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, skutkujący wpisem do Księgi Zgonów
- System musi umożliwiać cofnięcie skierowania na oddział lub inną izbę przyjęć
- Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta w formie naklejek – duża ilość (20 szt.) – kodów kreskowych
- System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego
- Podczas kierowania pacjenta na oddział, system według rozpoznania przekazuje informację o długości podstawowego pobytu na oddziale
- System musi umożliwić autoryzację zdarzeń medycznych wynikłych z obsługi pacjenta na Izbie Przyjęć niezakończonych hospitalizacją
- System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ

Tworzenie dokumentacji Izby Przyjęć

- System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj obserwacyjnych i zwykłych
- System ma umożliwić wydruk wykazu wolnych łóżek, wykazu wolnych łóżek na salach obserwacyjnych możliwość podglądu z izby przyjęć
- Karta informacyjna, konsultacji odmowy przyjęcia, porady
- Historia choroby - pierwsza strona
- Karta Odmowy.
- System musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj:
 - Księga Główna,
 - Księgi Izby Przyjęć,
 - Księga Oczekujących,
 - Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
- System musi posiadać wbudowane raporty standardowe:
 - Ruch chorych Izby Przyjęć - osobowy,
 - Ruch chorych Izby Przyjęć - sumaryczny.
- Musi istnieć możliwość przygotowania rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego przyjętych na podstawie art.,26 - zobowiązanie do leczenia
- Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów w oparciu o zgromadzone w systemie dane
- System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej wg dokumentacji obowiązującej u zamawiającego – wzory formularzy załącznikiem do specyfikacji
- System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć.
- System musi umożliwiać:
 - wprowadzenie danych ze skierowania,
 - wprowadzenie danych płatnika
 - wpisanie wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza
- System musi umożliwić odnotowanie wykonanych elementów leczenia tj:
 - procedury,
 - podane leki,
 - konsultacje.
- Podczas uzupełniania danych wywiadu lub badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji uzupełnionych wcześniej tj: wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne lub rozpoznanie ze skierowania, badanie fizykalne wstępne
- System powinien umożliwiać wprowadzenie informacji o dokumentach uprawniających do uzyskania

Załącznik nr 1 do SWZ

świadczeń

- System powinien umożliwiać śledzenie historii 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 posiadać możliwość ewidencji usług rozliczanych komercyjnie

Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć

- Rejestracja opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta powinna umożliwiać wybór jednego z trybów:
 - skierowanie na oddział,
 - przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć,
 - odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, skutkująca z wpisem do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych i konsultacji,
- System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:

Integracja z innymi elementami systemu

- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa)
- wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu,

Ruch Chorych - Oddział

- Pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, o liczbie pacjentów wypisywanych, do przyjęcia, o ilości pacjentów na salach obserwacyjnych, ilości wolnych miejsc na Sali obserwacyjnej, liczbie zleceń do przekazania do działu Żywienia, Laboratorium, Ruch chorych, Apteka, Pracowni diagnostycznej usług zleconych na zewnątrz

Obsługa rejestru pacjentów

- System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w tym:
 - 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 księgi głównej
 - rozpoznanie
 - płatnik
 - nr kartoteki i karty pacjenta
 - zlecenia modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
 - z aktualnymi zleceniami leków
 - obsługiwani w innych jednostkach
 - z przepustkami do zatwierdzenia
 - przepustka na teren szpitala
 - zlecenia leków do potwierdzenia
 - bez opisu historii choroby
 - daty urodzenia
 - wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego z opaski
- System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.
- System musi umożliwić przeglądanie danych archiwalnych pacjenta w zakresie:
 - danych osobowych,
 - danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,

Załącznik nr 1 do SWZ

- System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.

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 z podaniem podstawy prawnej i wyrażenie cofnięcia zgody na leczenie
 - przeniesienie z innego szpitala
 - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu
- System musi umożliwić rejestrację odmowy, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział)
- System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis Księgi Oczekujących oddziału
- System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu co aktualna
- Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:
 - nadanie numeru Księgi Oddziałowej - automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
 - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
 - możliwość modyfikacji danych płatnika,
 - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, sal obserwacyjnych/ sal oddziału
 - wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych,
 - podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów

Pobyt pacjenta na oddziale

- System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy,
- System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, przyczyny zgonu,
- System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T
- System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby
- 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 przyjęcia pacjenta na oddział.
- System musi umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale
- System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale
- podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów
- System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi elementów leczenia, w szczególności:
 - procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup
 - badań diagnostyczne,
 - leków,
 - konsultacji,
 - diet,
- System musi umożliwić ewidencję przepustek
- W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergii, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i

Załącznik nr 1 do SWZ

widoczne w kontekście każdego pobytu.

- Dla grupy krwi powinna być możliwość potwierdzenia przez lekarza oraz możliwość załączenia obrazu zeskanowanego dokumentu potwierdzającego grupę
- Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem,
- System musi umożliwić tworzenie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego

Opieka pielęgniarska

- System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie:
 - wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu)
 - realizacji procedur wynikających z diagnoz,
 - dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie
 - odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie i kontynuacja realizacji wypełnienia dokumentacji założonej na Izbie Przyjęć
 - kontrola czynności pielęgniarskich
 - edycji opisu wykonanej procedury
 - planu realizacji
 - wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji
- System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów, jakie powinny pojawić się na karcie wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku – załącznik nr 2 do przedmiotu zamówienia
- Ewidencja pomiarów dokonywanych pacjentowi wg ustalonej przez użytkownika kolejności
- Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych.
- System musi umożliwić ewidencję statusów pielęgniarskich
- Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu statusu pielęgniarskiego
- Tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet, katalog diet – wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku – załącznik nr 2 do przedmiotu zamówienia współpracującym z modułem z części szarej „żywienie”
- Możliwość uzupełnienia zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów
- Musi istnieć możliwość odnotowania podania leku należącego do pacjenta
- System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta

Zakończenie pobytu

- System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
 - o przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział.
 - o przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału),
 - o wypis pacjenta ze Szpitala, wg obowiązującego stanu prawnego (opcje: administracyjny planowy i na żądanie)
 - o zgon pacjenta na Oddziale, z możliwością odnotowania:
 - innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon
 - danych medycznych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta
 - rodzaju zgonu: nagły, śródzabiegowy, inny
- Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp., w trakcie pobytu i przy wypisie.
- Podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących.

Przygotowanie dokumentacji medycznej

- Możliwość wydrukowania recept i informacje o pacjencie
- System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych: cała dokumentacja medyczna
- rozpoznać,

Załącznik nr 1 do SWZ

- epikryz,
- obserwacji lekarskich.
- Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne, ustalony limit czasowy w momencie wdrożenia z możliwością dopisania po okresie limitu czasowego brak możliwości usunięcia i modyfikowania dokumentacji medycznej
- Podczas wpisywania treści rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać wykorzystanie wszystkich tekstów zapisanych wcześniej w historii choroby pacjenta
- Możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku – załącznik nr 2 do przedmiotu zamówienia
- Możliwość definiowania dodatkowych lub modyfikacja istniejących szablonów wydruków przez Zamawiającego
- System musi informować o konieczności utworzenia właściwego dokumentu w oparciu o informacje o wyniku badania (patogen alarmowy), podania leków i stwierdzonych zakażeń
- Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
- Przegląd i modyfikacja 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 (możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych).
 - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobytów w celach informacyjnych
- System musi umożliwić wydruk, dokumentów wewnętrznych oddziałuwszystkich z załącznikami
 - Karty Wypisowa,
 - Karty Informacyjna.
- System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym:
 - Karty Statystyczna
 - Karta Zakażenia Szpitalnego,
 - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
 - Karta Zgonu
- System musi umożliwić obsługę ksiąg:
 - Księga Główna,
 - Księga Oddziałowa,
 - Oczekujących,
 - Zabiegów.
 - Raportów Lekarskich
 - Raportów Pielęgniarskich
- Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów 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 (dienne, tygodniowe, za dowolny okres)
 - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
 - obłożenie łóżek na dany moment, uwzględnieniem osobno łóżek obserwacyjnych
 - diety podane pacjentom oddziału.
 - zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze
 - raport z dyżuru lekarskiego
 - raport statusów pielęgniarskich powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub' rosnącym wg daty wykonania i osoby wykonującej

Załącznik nr 1 do SWZ

Dokumentacja Medyczna (Formularze według załącznika nr 2 do przedmiotu zamówienia)

- Generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie
- Generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie
- Generowanie wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, jednostka organizacyjna, zadany czasu,
- Generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta
- Obserwacje pielęgniarskie i lekarskie (statusy)
- Generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju
- Generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych raport zbiorowy i raporty pielęgniarskie, wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku
- Generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich
- Wydruk diagnoz pielęgniarskich
- 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
- Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 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 przyjmowania pacjenta skierowanego z gabinetu lekarskiego, działającego w strukturach jednostki, system powinien informować, że pacjent taki oczekuje na przyjęcie
- System musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: wstępnego, towarzyszących i rozpoznania końcowego
- Wprowadzenie danych o rozpoznaniu musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10
- 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 dokumentacji medycznej Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca
- Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 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 poprzez podpis elektroniczny

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 zgodnie z modułem związanym z bankiem krwi wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku
- 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 ruch chorych – oddział

KRWIODAWSTWO

BANK KRWI

Prowadzenie magazynu krwi - księga przychodów:

- nazwa preparatu,
- numer donacji,
- grupa krwi dawcy,
- ilość,
- data przychodu,
- nazwa osoby przyjmującej,

Prowadzenie magazynu krwi -księga rozchodów:

- nazwa preparatu,
- numer donacji,
- grupa krwi dawcy,
- ilość,
- data rozchodu.
- nazwa osoby wydającej.
- jednostka przyjmującą.
- dane biorcy

Automatyczne przyjmowanie imiennych zamówień z oddziałów z minimalnym zakresem danych:

- jednostka zamawiająca,
- dane pacjenta.
- grupa krwi pacjenta,
- nazwa preparatu,
- ilość,
- data ważności,
- termin dostarczenia

Obsługa pracowni serologii:

- kontrola grupy krwi,
- screening na przeciwciała
- próba zgodności
- wynik
- Uwagi
- Generowanie zapotrzebowania zbiorczego na podstawie zapotrzebowań imiennych z oddziałów
- Obsługa czytników kodów paskowych (donacja zapisana w kodzie EAN)
- Wydruki:
- dokumenty przychodów i rozchodów,
- zapotrzebowanie na krew imienne,
- skierowanie na badanie grupy krwi,
- skierowanie na badanie grupy zgodności,
- skierowanie na krew do pilnej transfuzji,
- książka transfuzyjna.
- zgłoszenie powikłania poprzetoczeniowego.

Ruch Chorych - Statystyka

Obsługa rejestru pacjentów

- System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)
- System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w

Załącznik nr 1 do SWZ

szczegółności:

- 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
- przyjęty: dzisiaj w godzinach od., do., wczoraj w godzinach od., do., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
- System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
 - płeć (męska, żeńska, nieznana)
 - fragment (frazę) opisu pacjenta
 - przyjęty: dzisiaj w godzinach od., do., wczoraj w godzinach od., do., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
- 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 potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
- System musi umożliwić obsługę ksiąg:
 - Księga Główna,
 - Księga Odmów,
 - Księga Zgonów,
 - Księga Oczekujących,
 - Księga Transfuzji
 - Księga Oddziałowa
 - Księga Zabiegów

Raporty i wydruki statystyki

- System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków,
- System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów
- 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 (dziennie, 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

Załącznik nr 1 do SWZ

- (liczba, przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni, liczba konsultacji
- z obłożenia łóżek,
- 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
- System musi zapewniać możliwość zdefiniowania własnych wykazów według wszystkich elementów występujących w hospitalizacji pacjenta oraz wskaźników leczenia.
- System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wspomagających sprawozdawczość, w tym.:
 - Oddziały NFZ:
 - Ministerstwo Zdrowia
 - Urząd Marszałkowski
 - PZH
 - CEZ.
- Zamawiający wymaga dostarczenia generatora wykazów i wydruków. Wykonawca musi dostarczyć funkcjonalność generacji dokumentów wymaganych przepisami.
- 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.

Ruch Chorych - Rozliczenia NFZ

- Możliwość obsługi i rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ
- Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX,
- Przegląd 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
- Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych
- 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
- Definiowanie dodatkowych walidacji
 - Liczba realizacji świadczeń w okresie,
 - Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie,
 - Rozliczenie świadczeń z uwzględnieniem korektora
- Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń
 - Ubezpieczonym,
 - Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń,
 - Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza
 - Uprawnionym na podstawie przepisowo koordynacji,
 - Uprawnionym na podstawie Karty Polaka
 - Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia
- Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących

Załącznik nr 1 do SWZ

- Numeru umowy,
- Zakresu świadczeń,
- Wyróżnika
- Świadczenia jednostkowego,
- 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
- Komunikacja z systemami informatycznymi NFZ musi odbywać się automatycznie, z poziomu systemu HIS
- W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS
- System musi umożliwić harmonogramowanie eksportów danych: o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę godzin, za określoną liczbę godzin
- Weryfikacja zestawów świadczeń pod kątem poprawności i kompletności wprowadzonych danych
- Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ
- Wyszukiwanie po numerach w 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
- 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 kolejek oczekujących
- Eksport komunikatu LIO CZ - informacje o statystykach kolejek oczekujących
- Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących
- Import komunikatu P_LIO - potwierdzenie statystyk przekazanych w komunikacie LIO CZ
- Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika
- Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów
- Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków
- Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego)
- Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.:
- Numeru umowy,
- Zakresu miesięcy sprawozdawczych,
- Miesiąca rozliczeniowego,
- Jednostki realizującej,
- Zakresu świadczeń i wyróżnika,
- Świadczenia,

Załącznik nr 1 do SWZ

- Numeru szablonu
- Uprawnienia pacjenta do świadczeń
- Zestawienie z realizacją 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
- Ewidencja faktur zakupowych
- 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)
- System powinien umożliwiać definiowanie minimalnej i maksymalnej liczby pacjentów uczestniczących w sesjach terapeutycznych
- Integracja z innymi modułami systemu - ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni - ewidencja faktur zakupowych za leki w module Apteka - ewidencja faktur zakupowych na leki stosowane w programach lekowych
- Eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego
- Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP

Gruper 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, ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ
- 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

Załącznik nr 1 do SWZ

- Kod JGP,
- Rozpoznanie główne
- Kod procedury
- Status rozliczenia
- Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych
- Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP

Weryfikacja 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
- Tworzenie harmonogramów weryfikacji grupowej
- Weryfikacja uprawnień w oparciu o harmonogramy obejmująca pacjentów
 - przebywających na oddziale,
 - przebywających na obserwacji na izbie przyjęć
 - w trakcie wizyt
- Oznaczanie ikoną i kolorem statusu weryfikacji pacjenta na liście pacjentów
 - w widocznym miejscu przy danych pacjenta

Ruch Chorych – Kolejki Oczekujących

- Definicja kolejek oczekujących zgodnie z wymaganiami płatnika
- Kolejki oczekujących do komórek organizacyjnych
- Kolejki oczekujących do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika
- Prowadzenie kolejek oczekujących
- Wykaz osób oczekujących w kolejce
- 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)
- Rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany
- Zablokowanie możliwości zmiany danych w kolejce oczekujących dla pacjentów zrealizowanych, po zakończeniu okresu rozliczeniowego tj. po 10 dniu każdego miesiąca za miesiąc rozliczeniowy (poprzedni)
- Możliwość zbiorczego przenoszenia oczekujących pomiędzy kolejkami
 - Wszystkich aktywnych pozycji
 - Wybranych oczekujących
- Wskazanie tych definicji kolejek oczekujących, 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
- Generowanie statystyk kolejek 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)
- Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących
- Komunikat LIOCH - komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących
- import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących
- Wydruk listy oczekujących z uwzględnieniem poniższych kryteriów
 - Rodzaj kolejki (do komórki organizacyjnej, do procedury medycznej)
 - Kod kolejki
 - Stan wpisu w kolejce (aktywne, wykreślone, zakończone realizacją)

Załącznik nr 1 do SWZ

- Kategoria medyczna (pilny, stabilny)
- Data wpisu (od .. do ..)
- Data planowanej realizacji (od .. do ..)
- Data skreślenia z kolejki (od .. do..)

Zlecenia

Zlecenie leków:

- System musi umożliwiać planowanie i zlecenie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej
- System musi umożliwiać zlecenie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut
- System musi pozwalać na wyróżnianie kolorem zleceń leków zlecanych z innych magazynów
- Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać podgląd karty leków
- Podczas zlecenia antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka, WRZ i karty zleceń
- System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków
- Musi istnieć możliwość zlecenia leków:
 - recepturowych
 - pomp infuzyjnych
 - możliwość określenia drogi podania leków
- Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku

Zlecenie badań:

- Dla pobyków oznaczonych „zagrożenie życia lub zdrowia” wszystkie zlecenia powinny być opatrzone statusem PILNE
- System musi umożliwić planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji przekazywanych jednostek Zamawiającego, w tym:
 - z Oddziału do: Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium
- System powinien umożliwiać zlecenie wielu różnych badań w jednym miejscu, opatrzonego wspólnym nagłówkiem i komentarzem
- System powinien podpowiadać, na zleceniu, rozpoznania zasadniczego a w przypadku jego braku rozpoznania wstępnego
- 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 badania. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów
- W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu
- System musi umożliwiać planowanie i zlecenie badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych innych podmiotów)
- System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:
 - kompleksowych,
 - panelowych,
 - cyklicznych.
- Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia
- Powinna istnieć możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (wpisanie oraz potwierdzenie),
- System musi umożliwiać powtarzanie zleceń co określony interwał czasu
- System musi umożliwiać przegląd zleceń według ustalonych przez użytkownika kryteriów:
 - dla pacjenta,
 - typu zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),
 - okresu.
- Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona

Załącznik nr 1 do SWZ

kosztami realizacji zleconego badania.

- System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym:
 - dzienne zestawienie leków dla pacjenta,
 - dzienne zestawienie badań do wykonania.
- System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania,
- 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 liczbowych w postaci graficznej (badanie trendu)
- System musi umożliwić graficzną prezentację wyników badań z uwzględnieniem, na osi czasu, podanych leków i wykonanych procedur

Apteka Szpitalna i Apteczka Oddziałowa

- Automatyczne sprawdzanie i weryfikowanie faktycznej zawartości dostawy z dokumentem elektronicznym (wz, faktura),
- Zautomatyzowane odczytywanie kodów EAN, numerów seryjnych i dat ważności np. za pomocą skanera,
- Odpowiednie oznaczanie zeskanowanych produktów w systemie,
- obsługa magazynu leków apteki :
- konfiguracja magazynu apteki:
 - możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych,
 - możliwość definiowania własnych grup leków (globalnych i lokalnych),
 - możliwość tworzenia lokalnych słowników leków dla magazynów,
 - możliwość wyszukiwania leku na podstawie kodu EAN13 lub EAN 128
 - możliwość definiowania własnych dokumentów (np. rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.),
 - możliwość numerowania dokumentów wg definiowanego wzorca.
- Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych,
- Podczas składania zamówienia do dostawcy powinna istnieć możliwość oznaczenia zamawianego leku jako zamiennika do leku będącego przedmiotem zawartej umowy
- Ewidencja dostaw(przychód):
 - dostawa od dostawców, z możliwością wprowadzana ich drogą elektroniczną (możliwość rejestrowania również dostaw nie fakturowanych),
 - sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,
- W dokumencie produkcji leku recepturowego musi być możliwość podglądu składników leku
 - sporządzanie roztworów spirytusowych,
 - import docelowy zakładowy i indywidualny
 - zwrot z oddziałów z aktualizacją stanów apteczki,
 - dary.
- W dokumencie przychodu próbek powinna istnieć możliwość rejestracji danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego.
- W dokumencie przychodu leku wykorzystywanego w programie badań klinicznych powinna istnieć możliwość uzupełnienia numeru protokołu.
- Ewidencja dostaw na podstawie kodu EAN13 lub EAN 128. W przypadku braku pozycji o podanym kodzie system powinien uzupełnić dane leku
- Korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
- Ewidencja wydań (rozchodów):
 - wydawanie na oddziały za pomocą dokumentów RW lub MM na podstawie zamówień

Załącznik nr 1 do SWZ

elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową),

- Ewidencja wydań na podstawie kodów EAN13 i EAN 128
 - możliwość elektronicznego potwierdzenia realizacji zamówienia z oddziału
 - wydawanie na zewnątrz,
 - zwrot do dostawców,
 - ubytki i straty nadzwyczajne,
 - korekta wydań środków farmaceutycznych,
 - definiowanie i kontrola limitów wartościowych leków wydawanych do komórek organizacyjnych,
- Rezerwacja stanów magazynowych,
- Ewidencja dostaw na podstawie kodu wewnętrznego szpitala,
- Blokada lub ostrzeżenie wykorzystania leku przeterminowanego,
- Grupowanie opakowań w opakowania zbiorcze,
- Podział opakowań na mniejsze opakowania,
- Zbiorowe drukowanie etykiet dla produktów z tej samej serii i o tej samej dacie ważności
- Przekazywanie zbiorcze leków z apteki do apteczek oddziałowych w postaci paczki zawierającej pojedyncze opakowania,
- Korekta stanów magazynowych:
 - korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury z dokładnością do dostawy lub asortymentu,
 - generowanie arkusza do spisu z natury,
 - bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego,
 - system sprawdza, czy występują różnice inwentaryzacyjne, W przypadku braku różnic informuje o tym użytkownika.
 - odnotowanie wstrzymania lub wycofania leku z obrotu,
 - kontrola dat ważności oraz możliwość zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.
- Przegląd stanów magazynowych bieżących oraz na wybrany dzień.
- Wspieranie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych):
 - 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),
- Obsługa żywienia
- czynności analityczno-sprawozdawcze: raporty i zestawienia:
- raporty i zestawienia:
 - na podstawie rozchodów,
 - na podstawie przychodów,
 - na podstawie stanów magazynowych,
 - możliwość wydruku do XLS
 - raport realizacji zamówień wewnętrznych

Możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF

Generator raportów (możliwość definiowania własnych zestawień).

Wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych:

- przechowywanie informacji o leku,
- wstrzymanie, wycofanie decyzją GIF,
- odnotowywanie działań niepożądanych.
- możliwość definiowania receptariusza szpitalnego

Integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie;

Finanse - Księgowość:

- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na

Załącznik nr 1 do SWZ

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 tworzenia wzorców eksportu do FK,
- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
- Rachunek kosztów leczenia:
- w zakresie udostępnienia indeksu leków i danych o aktualnych cenach leków do określenia normatywów materiałowych świadczeń (w zakresie leków).
- Ruch Chorych, Przychodnia:
- w zakresie skorowidza pacjentów.

Kontrola interakcji pomiędzy składnikami wybranych leków

System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych leków

W systemie musi być możliwość przypisania leku do grupy odpowiedników/zamienników

Kontrola realizacji zamówień do dostawców oraz umów przetargowych,

Raporty:

- na podstawie przychodów,
- na podstawie rozchodów,
- możliwość zapisu w formacie xls,
- eksport do Systemu Finansowo Księgowego
- Powiadomienie o nowym zamówieniu z Apteczek Oddziałowych
- Akceptacja dokumentów
- Zwrot z apteki
- Ubytki i straty nadzwyczajne
- Korekta wydań środków farmaceutycznych
- Korekta stanów magazynowych
- Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury
- Generowanie arkusza do spisu z natury
- generowanie zamówień do apteki głównej z apteczki oddziałowej,
- obsługa magazynu apteczki oddziałowej;
- wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej;
 - o wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
 - o leki dla pacjentów
 - o zwrot do apteki,
 - o ubytki i straty nadzwyczajne,
 - o korekta wydań środków farmaceutycznych,
- korekta stanów magazynowych:
 - o korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury,
 - o generowanie arkusza do spisu z natury,
 - o bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.

Możliwość definiowania receptariusza oddziałowego

Możliwość obsługi apteczek pacjentów

- zgodnie z procedurą „Przyjęcie leku własnego pacjenta na stan magazynowy apteczki oddziałowej” obowiązującą w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku
- integracja z modułem Zleceń lekarskich,
- wyświetlanie zleceń lekarskich

Załącznik nr 1 do SWZ

- kontrola wykonywania zleceń lekarskich
- wydawanie lub przygotowywanie podania leków na bazie zleceń lekarskich

Apteczka Oddziałowa

- generowanie zamówień do apteki głównej z apteczki oddziałowej,
- obsługa magazynu apteczki oddziałowej;
- wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej;
 - o wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
 - o leki dla pacjentów
 - o zwrot do apteki,
 - o ubytki i straty nadzwyczajne,
 - o korekta wydań środków farmaceutycznych,
- korekta stanów magazynowych:
 - o korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury,
 - o generowanie arkusza do spisu z natury,
 - o bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.

Możliwość definiowania receptariusza oddziałowego

Możliwość obsługi apteczek pacjentów

- procedury apteczne z naszego szpitala wg wzoru obowiązującego w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku – załącznik nr 2 do przedmiotu zamówienia

Przychodnia – Rejestracja

System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej

Definiowanie grafików pracy

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

- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
- określenie czasu pracy,
- określenie zakresu realizowanych usług
- System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:
- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
- określenie czasu pracy,
- 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

Obsługa skorowidza pacjentów

- 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, co najmniej, wg kryterium
 - imię, nazwisko i PESEL pacjenta,
 - jednostka wykonująca,
 - osoba wykonująca
 - osoba rejestrująca
 - jednostka kierująca
 - instytucja kierująca

Załącznik nr 1 do SWZ

- lekarz kierujący
- kartoteka
- identyfikator pacjenta
- świadczenie
- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
- wizyty CITO
- status osoby: cudzoziemiec, VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością
- Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta
- System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów jednoczesnej dostępności wymaganych zasobów:
 - rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”
 - wyszukiwanie zasobów spełniających kryterium wieku pacjenta
 - 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
- System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
- 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,
 - informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ
 - historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobyków szpitalnych pacjenta),
 - wyniki badań,
 - przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości

Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:

- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
- informacje ze skierowania,
- kontrola daty ważności skierowania
- możliwość przepisania skierowania już zarejestrowanego
- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych , konsultacji, zabiegów,
- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecenia
- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
- rozpoznanie (główne, dodatkowe),
- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
- przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia
- przegląd terminarza zaplanowanych wizyt
- nadanie numeru rezerwacji w ramach rejestracji i jednostki wykonującej (gabinetu)
- System musi umożliwiać obsługę 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

Załącznik nr 1 do SWZ

Rejestracja na wizytę (usługę)

- System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)
- System musi pozwalać na wyliczanie kosztów porady u pacjenta nieubezpieczonego
- 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,
- Obsługa wyników:
 - odnotowanie wydania wyniku,
 - wpisywanie wyników zewnętrznych.
- Wydruk recept i kuponów

Przychodnia – Gabinet Lekarski

Obsługa wizyty

- System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
- System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością
- Kopiowanie recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu, w jakim się odbywała, z innych pobytów w tej samej jednostce
- Możliwość pomijania leków oznaczonych jako "wycofane" w słowniku BAZYL
- Możliwość 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
- Musi istnieć możliwość wystawiania recept transgranicznych

Dokumentacja wizyty

- System musi umożliwiać wystawienie skierowania,
- Skierowanie do jednostki zewnętrznej, dla pacjenta niepełnoletniego, powinno zawierać imię i nazwisko oraz adres opiekuna
 - leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
 - ewidencja szczepień:
 - możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
 - możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
 - automatyczny wpis do karty szczepień po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.
 - wykonane podczas wizyty dodatkowych usług i badania
 - inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
- możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
- możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
- wystawienie recept, skierowań
- System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej
- System musi umożliwić obsługę pobytów wielodniowych

Wystawianie recept

- System powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie:
 - możliwości wybrania leków ze słownika leków,
 - możliwości sprawdzenia interakcji poszczególnych leków oraz podpowiadanie stopnia refundacji na podstawie weryfikacji z eWUS
 - możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
 - na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania
 - podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek
 - kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych

Załącznik nr 1 do SWZ

danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych

- kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród:
 - recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie
- możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
- obsługa zakończenia wizyty:
 - autoryzacja medyczna wizyty,
 - automatyczne tworzenie karty wizyty.
 - możliwość bezpośredniego skierowania na IP
- 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 Głównej Przychodni

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

Przychodnia – Statystyka

- Możliwość wydruku dokumentu wygenerowanego w module przychodnia - statystyka

Obsługa rejestru pacjentów

- System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna)
- 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
 - przyjęty: dzisiaj w godzinach od., do., wczoraj w godzinach od., do., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
- System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznaną tożsamość (NN) co najmniej w oparciu o:
 - płeć (męska, żeńska, nieznana)
 - fragment (frazę) opisu pacjenta
 - przyjęty: dzisiaj w godzinach od., do., wczoraj w godzinach od., do., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin

Załącznik nr 1 do SWZ

- Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
- Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:
 - w zakresie danych osobowych,
 - w zakresie danych z poszczególnych pobyków szpitalnych
- System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,

Raporty i wydruki statystyki

- System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków,
- System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów
- System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej
- System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS
- System musi zapewniać możliwość zdefiniowania własnych wykazów według wszystkich elementów występujących w karcie pacjenta oraz wskaźników leczenia.
- System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wspomagających sprawozdawczość, w tym.:
 - Oddziały NFZ:
 - Ministerstwo Zdrowia
 - Urząd Marszałkowski
 - PZH
 - CEZ.
- Zamawiający wymaga dostarczenia generatora wykazów i wydruków. Wykonawca musi dostarczyć funkcjonalność generacji dokumentów wymaganych przepisami prawa.
- 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.

Pracownia Diagnostyczna z wyłączeniem Laboratorium

- dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni
- Na liście zleceń do wykonania powinna być wyświetlana informacja, czy badanie powinno być wykonane przy łóżku pacjenta
- 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 podawane leki, przebyte choroby, karta szczepień),
 - uprawnienia z tytułu umów,
 - Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
 - wyniki badań,
 - przegląd rezerwacji.
- 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,
 - 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 stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt
- Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
- Obsługa zakończenia badania/wizyty:

Załącznik nr 1 do SWZ

- autoryzacja medyczna badania,
- automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania
- Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
- Automatyczna generacja i przegląd Księgi Pracowni
- 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
 - System powinien umożliwiać powtórny wydruk dokumentu już wydrukowanego.

Punkt Pobrań

- zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne:
 - przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleceniodawcy,
 - wprowadzanie zleceń zewnętrznych,
 - możliwość wyszukiwania zleceń wg imienia i nazwiska, daty zlecenia oraz planowanej daty wykonania,
 - dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,
 - wyróżnianie zleceń CITO,
- dobieranie materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia.
- obsługa punktu przyjęcia i rozdzielni materiału:
- rejestracja wysłania materiałów do laboratoriów,
- oznakowanie pobieranych materiałów kodem kreskowym.
- rejestracja w systemie pobranych materiałów:
 - automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
 - odnotowanie osoby pobierającej materiał,
 - odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,
 - dla wybranych badań (np. oznaczenie grupy krwi) konieczność potwierdzenia danych pobrania (data i godzina, osoba, uwagi).
- obsługa i wydruk Księgi Pobrań
- integracja z innymi modułami systemu medycznego:
 - przekazywanie elektronicznego potwierdzenia pobrania materiału do zleceniodawców podsystemu Ruch chorych i Przychodnia oraz do modułu Laboratorium.

Elektroniczna Dokumentacja Medyczna

- Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
- Możliwość archiwizacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych tj księgi
- Możliwość obsługi załączników do dokumentów
- 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 exportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML
- Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie oraz na zbiorze dokumentów
- Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów
- Możliwość znakowania czasem dokumentu
- Możliwość wykonania kontrasygnaty
- Możliwość weryfikacji podpisu

Załącznik nr 1 do SWZ

- Możliwość weryfikacji integralności dokumentu
- Możliwość wydruku dokumentu
- 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 pełniącego określoną rolę.

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 w ramach całej placówki lub poszczególnych jednostek organizacyjnych. Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, znakowanie czasem dokumentu, import i eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd.

- Automatyczne dołączanie do repozytorium wszystkich nowych dokumentów zdefiniowanych przez użytkownika
- Zakłada się także możliwość indeksowania dokumentów, których elektroniczna postać nie jest przechowywana w systemie HIS - np. indeksowanie dokumentów papierowych, obrazów radiologicznych przechowywanych w PACS.
- Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu
- 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, data powstania itp., oraz na informacje o zdarzeniach medycznych
- System musi umożliwić udostępnianie dokumentacji:
 - w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w ZOZ
 - pacjentom i ich opiekunom
 - podmiotom upoważnionym np. prokurator

Laboratorium

Zlecenie badania laboratoryjnego musi zawierać wymienione poniżej pola, zgodne z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych:

1. dane pacjenta: imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania / oddział szpitalny, płeć, numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, ID pacjenta (podawany przy braku innych danych)
2. dane lekarza zlecającego badania,
3. dane jednostki zlecającej badania,
4. miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku,
5. rodzaj materiału i jego pochodzenie
6. zlecone badania
7. tryb wykonania badania

Załącznik nr 1 do SWZ

8. data i godzina pobrania materiału do badania,
 9. data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium,
 10. dane osoby pobierającej materiał do badania,
 11. istotne dane kliniczne pacjenta
 12. obowiązkowe do wypełnienia pole informujące o podawanym wlewie o następującej treści: próbki pobrano podczas wlewu: TAK / NIE.
- Możliwość anulowania omyłkowo wprowadzonego zlecenia lub badania. – korekta potwierdzenia datą, godziną i osobą wykonania anulowania
 - Możliwość szybkiej obsługi zleceń pilnych.

Wynik badania laboratoryjnego musi zawierać wymienione poniżej pola, zgodne z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych:

1. data i godzina wydruku oraz data i godzina wykonania badania,
2. dane laboratorium wykonującego badanie,
3. rodzaj badania i wynik w formie liczbowej lub opisowej,
4. dane pacjenta: imię i nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania / oddział szpitalny, płeć, ID pacjenta, numer PESEL, a w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych)
5. miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku, tryb wykonania badania,
6. data i godzina pobrania materiału do badania, data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium,
7. zakres biologicznych wartości referencyjnych dla każdego parametru,
8. informacje dotyczące widocznych zmian właściwości próbki, które mogą mieć wpływ na wynik badania,
9. pole pozwalające zaakcentować wartości krytyczne,
10. dane osoby wykonującej badanie oraz dane osoby autoryzującej badanie,
11. pole do wypełnienia zawierające komentarz laboratorium do wyniku.
 - Możliwość wprowadzenia wzorów do automatycznego wyliczenia wartości następujących parametrów: eGFR, LDL na podstawie wprowadzonych danych.
 - Możliwość modyfikacji zlecenia.
 - Automatyczne przypisanie do nazwy badania laboratoryjnego kodu procedury medycznej ICD9 wg słownika utworzonego przez użytkownika.
 - Wyszukiwanie i filtrowanie wyników pacjenta pod kątem: okresu czasu, ID zlecenia, rodzaju pracowni, analizatora, zleciendawcy, nazwiska lub PESELU pacjenta, daty skierowania lub wykonania badania, lekarza kierującego.
 - Automatyczne wyliczenie wieku pacjenta na podstawie wprowadzonego nr PESEL.
 - Możliwość wyboru szablonów wyników badania laboratoryjnego, różne wzorce wydruków (format A4, A5)
 - Raportowanie liczby, kosztów oraz wartości punktowej wykonanych badań w wybranym przedziale czasu z podziałem na zleciendawcę oraz tryb wykonania badania (rutyna, cito, dyżur).
 - Możliwość prowadzenia laboratoryjnej księgi stanowiska oraz księgi głównej zawierającej dane pacjenta (ID, imię, nazwisko, PESEL, oddział), datę i godz. rejestracji i wykonania badania, rodzaj i pełny wynik badania wraz z opisami i komentarzem laboratorium, dane zleciendawcy i wykonującego badanie.
 - Zbiorcze wydruki wyników z poszczególnych stanowisk zawierające pełne wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisami i komentarzem laboratorium.
 - Możliwość rejestracji błędów przedlaboratoryjnych dotyczących próbek pacjentów (hemoliza, skrzep, itp.) i dalszych zaleceń w oparciu o utworzony przez laboratorium słownik błędów oraz możliwość generowania statystyki tych błędów z podziałem na oddziały.
 - Obsługa badań zleczanych podwykonawcom poprzez generowanie list wysyłkowych badań do zewnętrznych laboratoriów oraz możliwość wprowadzenia cennika dla badań zleczanych do wykonania w laboratoriach zewnętrznych.
 - Możliwość manualnego wprowadzenia wyniku badania otrzymanego od podwykonawcy

Załącznik nr 1 do SWZ

- Możliwość manualnego wprowadzenia wyniku badania mikrobiologicznego pacjenta, informacji o zidentyfikowanych patogenach, antybiogramach, możliwość wydruku wyników dodatnich i ujemnych.
- Wymagana funkcja przekazania informacji o wynikach mikrobiologicznych do modułu obsługi zakażeń zakładowych (szpitalnych) w zakresie alarmów o wystąpieniach patogenów oraz drobnoustrojów nadzorowanych epidemiologicznie.
- Możliwość wprowadzenia informacji o wynikach oznaczonej grupy krwi (z czynnikiem Rh) u pacjenta.

Podłączenie do LIS analizatorów z dwukierunkową komunikacją (lub jednokierunkową, jeśli wynika to ze specyfikacji technicznej analizatora)

Zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne i bazą danych pacjentów:

- wyszukiwanie pacjentów w bazie wg różnych kryteriów,
- rejestracja i modyfikacja danych pacjentów,
- przeglądanie historii leczenia pacjentów szpitalnych z uwzględnieniem pobytów w jednostkach szpitalnych, stwierdzonych rozpoznań chorobowych i zastosowanych antybiotyków .

Rejestracja zlecenia:

- manualne,
- z czytnik (OMR)
- kontrola kompletności danych zlecenia,
- nadzór nad stanem wykonania poszczególnych zleceń,
- możliwość przypisania do zlecenia załączników w postaci plików w formacie PDF
- generacja listy materiałów do pobrania przez laboratorium,
- obsługa zleceń badań wieloparametrowych np. morfologia i badań panelowych (standardowe zestawy badań).
- rejestracja przyjęcia materiału do laboratorium:
- identyfikacja zlecenia na podstawie kodu kreskowego przyjmowanego materiału,
- integracja z Punktem Pobrania w zakresie przyjmowania danych o pobraniu materiału (data, godzina, osoba pobierająca, uwagi),
- rejestracja daty i godziny pobrania materiału oraz osoby pobierającej dla zleceń w rejestrowanych laboratorium, dla ww. zleceń rejestracja nr tel. kontaktowego do pacjenta oraz osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania.
- wspomaganie rozdziału materiału do poszczególnych pracowni- rozdział na statywy poszczególnych pracowni,
- możliwość rejestracji przyjęcia materiału wg zleceń lub wg rodzaju przyjmowanego materiału,
- możliwość dodrukowania etykiet kodów kreskowych dla powielanych materiałów,
- przekazanie do zleceniodawcy informacji o przyjęciu materiału do laboratorium,
- system reaguje i zlicza przypadki przekroczenia czasu transportu próbek w których trzeba wykonać badania z określonymi maksymalnymi czasami transportu.
- wysłanie listy roboczej do analizatorów dwukierunkowych,
- automatyczne odpowiadanie na zapytania analizatorów odpytujących,
- możliwość wstrzymania przesłania do analizatora pewnych rodzajów badań i późniejsze ich uwolnienie (testy odroczone),
- przyjęcie i akceptacja wyników z aparatu,
- automatyczna blokada przyjęcia z aparatu wyników z przekroczoną kontrolą delta-check lub wartością krytyczną, z późniejszą możliwością odblokowania,
- wpis ręczny lub korekta wyników z możliwością dopisania komentarzy,
- obsługa powtórek,

automatyczny dobór wartości referencyjnych dla badania w zależności od kryteriów, takich jak:

- wiek,
- płeć,
- tydzień ciąży,
- cykl menstruacyjny.
- kontrola delta check,

Załącznik nr 1 do SWZ

- możliwość medycznej weryfikacji wyników (autoryzacja) bezpośrednio na stanowisku,
- badania bez wyniku muszą być autoryzowane albo anulowane, w przeciwnym wypadku zlecenie jest uznane jako niezakończony,
- możliwość rejestracji powiadomień o wartościach krytycznych wyniku pacjenta, system generuje na kilku poziomach szczegółowości statystykę powiadomień o wartościach krytycznych,
- możliwość ręcznej blokady wyniku, aby nie dopuścić do przypadkowego przyjęcia wyników z aparatu lub autoryzacji, system rejestruje kto i o której godzinie wynik zablokował,
- z poziomu wyniku badania istnieje szybki dostęp do kontroli jakości metody badania poprzez kartę Levey-Jennmgsa,
- wydruki wyników stanowiska,
- rejestr czynności obsługi aparatu,
- rejestr odczynników .

Zarządzanie wynikami:

- medyczna weryfikacja wyników,
- wydruk autoryzowanych i nie wydrukowanych wyników ,
- możliwość zablokowania publikacji wyniku,
- stan wykonania wyników z podziałem na grupy,
- współpraca z pozostałymi podsystemami medycznym mi w zakresie w wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu,
- możliwość współpracy z modulem Punkt Pobrań w szpitalu lub w przychodni,
- eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego z możliwością wczytania do modułów Rachunku Kosztów Leczenia.

Możliwość prowadzenia kontroli jakości,

konfiguracja parametrów kontroli jakości:

- definicja materiałów kontrolnych,
- definicja metod pomiarowych z możliwością zebrania ich w panele,
- definicja aparatów, na których odbywają się pomiary,
- definicja komentarzy i metod naprawczych do uzyskanych wyników kontroli,
- definicja wartości statystycznych dla kontrolowanych metod pomiarowych,

włączanie reguł kontrolnych Westgarda (1_2s, 1_2.5s, 1_3s, 1_3.5s, 2_2s, 2z3_2s, R_4s, 3_1s, 4_1s 10x(9x,8x), 7T:

- jako ostrzeżenia,
- sygnalizacja znajdowania się metody pomiarowej poza kontrolą.
- analiza i dobór reguł kontroli na podstawie bieżących danych kontroli i wybranych kart OPS,
- wydruk kart OPS.
- przygotowanie metody kontroli
- rejestracja pomiarów wstępnych w celu określenia ram statystycznych metody pomiarowej
- pomiary w materiale trwałym (Lot),
- pomiary w materiale nietrwałym (materiale biologicznym- dublety),

wyliczanie wartości średniej (X) i odchylenia standardowego (SD) zarówno dla pomiarów wstępnych , jak i wartości skumulowanych w trakcie trwania kontroli.

rejestracja wyników pomiarów kontrolnych.

- wyniki pomiarów w materiale trwałym,
- wyniki pomiarów w materiale nietrwałym,
- wczytywanie wyników pomiarów kontrolnych bezpośrednio z obszaru aparatu.
- zebranie wyników kontroli w postaci kart kontrolnych i analiza wyników.
- autoryzacja wyników badań
- wydruk wyników: podgląd przed wydrukiem, pojedyncze wyniki, wydruki seryjne, wydruk odpisów wyników z archiwum,
- możliwość stosowania rozbudowanych, konfigurowalnych przez administratora słowników wyników,
- dobór cen dla wykonywanych badań w zależności do zleceńodawców (płatników),
- publikacja wyników w module – oprogramowaniu „E-usługi”

Zakażenia szpitalne

Specyfikacja dotycząca elektronicznej dokumentacji:

Wymagania jakie powinien spełniać moduł - Zakażenia szpitalne.

Moduł - zakażenia szpitalne

1. Generalnie system umożliwia:
 - 1.1 Wgląd w dane pacjenta w tym m.in. wyniki badań, wykonane procedury, podane leki i inne.
 - 1.2 Archiwizowanie raportów i wyników w dowolnych okresach czasowych.
 - 1.3 Eksport danych w formatach arkuszy kalkulacyjnych.
 - 1.4 Automatyczne wczytywanie danych do zdefiniowanych raportów i zestawień.
2. Elektroniczne przesyłanie z laboratorium wyników badań zgodnie z listą patogenów alarmowych i biologicznych czynników chorobotwórczych oraz tworzenie ich rejestrów. Wydruk autoryzowanych kart rejestracji patogenów alarmowych. Wykonywanie analiz statystycznych, określanie częstości występowania, powiązanie z występowaniem zakażenia, określenie trendów czasowych (forma tabeli i wykresu). Tworzenie raportów dla państwowej inspekcji Sanitarnej zgodnie z Rozporządzeniem MZ. (możliwość wprowadzenia wyniku badania mikrobiologicznego w laboratorium).
3. Możliwość zestawiania i raportowania danych mikrobiologicznych np.:
 - 3.1 Informacja o antybiogramach.
 - 3.2 Rodzajach mikroorganizmów.
 - 3.3 Mechanizmach lekooporności.
 - 3.4 Badań czystościowych.
 - 3.5 Badań nosicielstwa wśród personelu.
4. Elektroniczne przesyłanie z apteki danych dotyczących zużycia określonych grup leków, preparatów dezynfekcyjnych, antyseptyków.
5. Tworzenia zestawień dotyczących:
 - 5.1 Zużycia leków przeciwdrobnoustrojowych.
 - 5.2 Ilości pacjentów otrzymujących wybrane leki.
 - 5.3 Automatyczne przeliczanie zużycia antybiotyków na zużycie dobowych dawek (DDD, DID).
 - 5.4 Współczynnika zachorowalności dla zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych w przeliczeniu na liczbę pacjentów, osobodni, jednostkę czasową i organizacyjną.
 - 5.5 Zużycia preparatów dezynfekcyjnych, antyseptyków określonych grup leków w przeliczeniu na osobodni, ilość dezynfekcji na dobę.
6. Definiowanie słowników: źródeł zakażenia, postaci klinicznych zakażeń, kryterium zakażenia, postępowanie względem pacjenta, oddziału, osób, które miały kontakt z pacjentem zakażonym, drogi zakażenia
7. Tworzenie rejestru kart zakażeń.
8. Automatyzacja wypełniania formularzy przesyłanych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z aktualnymi przepisami prawa (ognisko epidemiczne, biologiczne czynniki chorobotwórcze, raporty okresowe zakażeń, raporty okresowe drobnoustrojów alarmowych, podejrzenia i choroby zakaźnej). Program powinien podpowiadać konieczność założenia w/w kart.
9. Zdefiniowane raporty statystyczne:
 - 9.1 Liczba osobodni.
 - 9.2 Liczba nowych przyjęć.
 - 9.3 Liczba osobo dni z zastosowaniem procedury ryzyka (cewnikodni, wenflonodni, itp.).
 - 9.4 Natężenie wykorzystania procedury ryzyka.
 - 9.5 Średnia długość pobytu z podziałem wg ICD-10.
 - 9.6 Średni długość pobytu j/w z zakażeniem (wg słownika).
10. Zdefiniowane dane epidemiologiczne dla szpitala, oddziału, w różnych przedziałach czasowych z możliwością określenia trendu zmian.
 - 10.1 Liczba zakażeń szpitalnych, pozaszpitalnych, określonych postaci klinicznych z rozbiciem na określoną jednostkę organizacją szpitala, jednostkę czasową wg słownika.
 - 10.2 Zachorowalność skumulowana dla poszczególnych postaci klinicznych.
 - 10.3 Gęstość zachorowań dla wybranych postaci klinicznych zakażeń.

Załącznik nr 1 do SWZ

11. Tworzenie dowolnych zestawień i raportów, analiz z wprowadzonych danych (dobór kryterium analizy na poziomie użytkownika – Zespołu ds. Zakażeń).

Oprogramowanie część „szara”

- System posiada graficzny interfejs dla wszystkich modułów i pracuje w graficznym środowisku systemu operacyjnego na stanowiskach użytkownika.
- 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 system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych).
- 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.
- 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 oraz zablokowania im dostępu do niej przez określony czas
- W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła musi być zapamiętane w postaci niejawnej (haszowanej).
- System musi mieć możliwość integracji z Active Directory.
- Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu musi 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.
- System musi automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadany czasie braku aktywności (gaszenie aktualnie wyświetlanych danych).
- 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
- Możliwość uruchomienia kolejnej aplikacji bez konieczności wylosowywania się z dotychczas używanej aplikacji i ponownego logowania.
- Definiowanie pulpitu użytkownika umożliwiającego uruchomienie wszystkich modułów, aplikacji czy funkcjonalności Systemu, do jakich posiada uprawnienia, również aplikacji nie będących przedmiotem zamówienia np. aplikacje biurowe.

Załącznik nr 1 do SWZ

- Dostęp do pulpitu użytkownika powinien być zabezpieczony hasłem.

Finanse i Księgowość

- prowadzenie księgi głównej (konta syntetyczne), ksiąg pomocniczych (konta analityczne) i ewidencji pozabilansowej (konta pozabilansowe):
- możliwość określenia sposobu budowy kodów kont analitycznych (budowy segmentów kont) dla poszczególnych kont syntetycznych,
- możliwość określenia liczby i długości segmentów kont analitycznych,
- możliwość ręcznego dodawania segmentów kont analitycznych,
- możliwość automatycznego dodawania segmentów kont analitycznych na podstawie zdefiniowanego przez użytkownika zestawu grup analitycznych: katalogu kontrahentów, katalogu pracowników, katalogu ośrodków powstawania kosztów, katalogu źródeł finansowania działalności (typów płatników), stawek VAT, grup analitycznych do dowolnego wykorzystania (dostępnych jest 5 takich grup)
- bieżąca informacja o obrotach i stanie konta, z możliwością uwzględnienia obrotów nie zaksięgowanych,
- automatyczne przenoszenie i aktualizacja bilansu otwarcia kont księgi głównej nowego roku obrotowego na podstawie bilansu zamknięcia poprzedniego roku,
- możliwość definiowania grup kont dla potrzeb sprawozdawczości,
- możliwość wprowadzania planów kont, grup kont Księgi Głównej dla celów budżetowania,
- miesięczne prowadzenie dziennika obrotów z możliwością prowadzenia dzienników częściowych (rejestrów dokumentów),
- możliwość wprowadzania dokumentów z ręcznym określeniem sposobu dekretacji,
- możliwość wprowadzania dokumentów z automatycznym określeniem sposobu dekretacji, poprzez zdefiniowane przez użytkownika schematy księgowania dokumentów dla określonych kategorii operacji gospodarczych,
- kontrola kompletności wprowadzonych dokumentów zgodnie z zasadą podwójnego zapisu,
- mechanizmy ułatwiające wprowadzanie dokumentów:
- tworzenie pozycji dokumentu na podstawie pozycji wcześniej wprowadzonej,
- tworzenie dekretów na podstawie zaewidencjonowanych rozrachunków (rozliczenie rozrachunków),
- automatyczne przeksięgowanie obrotów wybranych kont,
- automatyczne rozksięgowanie kosztów na konta ośrodków powstawania kosztów zgodnie z określonym kluczem rozdziału,
- automatyczne przeksięgowanie kosztów z kont układu kalkulacyjnego na konta sprzedaży zgodnie ze zdefiniowanym sposobem rozdziału kosztów,
- wspomaganie tworzenia dokumentów związanych z międzyokresowymi rozliczeniami kosztów.
- możliwość wykorzystania dodatkowych słowników nie stanowiących analityki kont przy dekretacji dokumentów (np. do ewidencji kosztów wg samochodów służbowych, urządzeń medycznych),
- księgowanie dokumentów wprowadzonych (zadekretowanych).
- możliwość uproszczonej obsługi kasowej:
- wyodrębnienie dziennika częściowego do prowadzenia obsługi kasowej,
- ewidencja operacji kasowych {dekretacja operacji kasowych},
- wydruk raportu kasowego.
- gromadzenie informacji o stanie rozrachunków z kontrahentami i ich obsługa:
- mechanizm transakcji (szczegółowej identyfikacji rozrachunków z kontrahentem),
- gromadzenie informacji identyfikacyjnych kontrahentów (kartoteka kontrahentów),
- możliwość syntetycznej informacji o stanie transakcji z kontrahentem (kartoteka kontrahenta),
- możliwość analitycznej informacji o stanie transakcji z kontrahentem (zapisy szczegółowe kartotek i kontrahenta),
- możliwość przeglądu stanu i historii poszczególnych transakcji z kontrahentem,
- możliwość wydruku dokumentu potwierdzenia sald dla kontrahenta,
- możliwość na liczenia odsetek i wydruku dokumentu noty odsetkowej dla wybranych należności od kontrahenta (w szczególności wszystkich),
- możliwość automatycznego generowania dokumentu naliczenia odsetek,
- możliwość wydruku dokumentu wezwania do zapłaty,
- możliwość rejestracji cesji

Załącznik nr 1 do SWZ

- Możliwość przeksięgowania wierzytelności z kontrahenta na kontrahenta,
- możliwość zmiany terminu płatności transakcji.
- gromadzenie informacji o stanie rozrachunków z pracownikami i ich obsługa:
- mechanizm szczegółowej identyfikacji rozrachunków z pracownikami,
- gromadzenie informacji identyfikacyjnych pracowników (kartoteka pracowników),
- możliwość syntetycznej informacji o stanie rozrachunków z pracownikiem (kartoteka pracownika),
- możliwość analitycznej informacji o stanie rozrachunków z pracownikiem (zapisy szczegółowe kartoteki pracownika),
- możliwość przeglądu stanu i historii poszczególnych rozrachunków z pracownikiem,
- możliwość naliczenia odsetek i wydruku noty odsetkowej,
- możliwość zmiany terminu płatności rozrachunku.
- ewidencja informacji kosztowych dla potrzeb rachunku kosztów w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym:
- gromadzenie informacji o schemacie organizacyjnym zakładu- ośrodkach powstawania kosztów
- możliwość ewidencji kosztów na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych w układzie rodzajowym,
- możliwość ewidencji kosztów na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych w układzie kalkulacyjnym,
- możliwość uszczegółowienia ewidencji kosztów bez konieczności rozbudowy planu kont (prowadzenie kartotek kosztów szczegółowych dla kont układu kalkulacyjnego),
- możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów poszczególnych OPK,
- możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów dowolnej grupy ośrodków powstawania kosztów (możliwość tworzenia grup OPK).
- emisja zestawień i sprawozdań określonych w ustawie o rachunkowości oraz zestawień i sprawozdań dla potrzeb Zamawiającego:
- wydruk dziennika obrotów lub dzienników częściowych,
- wydruk księgi głównej (zestawienie stanu kont),
- wydruk zestawienia obrotów i sald księgi głównej,
- wydruk zestawienia obrotów i sald ksiąg pomocniczych,
- możliwość wydruku sprawozdań rocznych:
 - bilansu,
 - sprawozdania z przepływu środków pieniężnych,
 - rachunku zysków i strat (metodą kalkulacyjną i porównawczą),
 - zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym,
- możliwość tworzenia z poziomu aplikacji FK pism według szablonów zdefiniowanych w MS Office lub Open Office bazujących na informacjach zawartych w księdze głównej oraz rozrachunkach kontrahenta
- tworzenie bieżących i okresowych zestawień definiowanych dla potrzeb użytkownika z możliwością zapisu w formacie .xls i .csv.
- obsługa rejestrów i deklaracji VAT:
- możliwość określenia dzienników częściowych (rejestrów dokumentów) dla dokumentów VAT zakupu i sprzedaży,
- definicja pól deklaracji VAT (dla zakupu i sprzedaży),
- dekretacja zakupów i sprzedaży VAT z określeniem pól deklaracji VAT dla poszczególnych zapisów, z możliwością określenia miesiąca rozliczenia VAT,
- możliwość określenia procentowej struktury sprzedaży VAT pozwalającej na wyznaczenie wysokości VAT z zakupów z podziałem na VAT do odliczenia i nie podlegający odliczeniu
- wydruk rejestru zakupów VAT,
- wydruk rejestru sprzedaży VAT,
- wydruk danych do deklaracji (zestawienia) VAT dla sprzedaży,
- wydruk danych do deklaracji (zestawienia) VAT dla zakupów.
- obsługa bankowa:
 - możliwość emisji (wydruku) przelewów w formie papierowej:
 - możliwość wyboru przed wydrukiem konta bankowego zleceniodawcy (możliwość obsługi wielu kont Zamawiającego,
 - możliwość wydruku przelewów zbiorczych dla kontrahenta/pracownika.

Załącznik nr 1 do SWZ

- możliwość emisji (eksportu) przelewów w formie elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej:
- możliwość elastycznego definiowania elektronicznego formatu przelewu,
- możliwość określenia formatu przelewu dla kont użytkownika,
- możliwość wyboru przed eksportem konta bankowego zleceniodawcy (możliwość obsługi wielu kont zakładu).
- możliwość ręcznego wprowadzania dokumentów wyciągów bankowych do dziennika FK,
- możliwość importu wyciągów bankowych w formie elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej,
- możliwość ręcznego lub automatycznego (poprzez import wyciągów w formie elektronicznej) potwierdzania przelewów,
- możliwość tworzenia zestawień wykonanych przelewów dla kontrahentów i pracowników.
- integracja z innymi modułami systemu, realizującymi funkcjonalność następujących zakresów (na poziomie dekretów do księgi głównej):
- fakturowanie,
- obsługa kasy gotówkowej,
- obsługa magazynu materiałów,
- obsługa magazynu leków.
- obsługa środków trwałych,
- obsługa wynagrodzeń.

Rejestr Sprzedaży

- możliwość obsługi wielu rejestrów sprzedaży (Centralny Rejestr Sprzedaży),
- dostęp do wszystkich rejestrów sprzedaży w placówkach medycznych Zamawiającego,
- możliwość pracy rejestru sprzedaży w kontekście placówki medycznej Zamawiającego (na wydruku umieszczane powinny być oprócz danych Zamawiającego także dane placówki medycznej wystawiającej fakturę)
- dostęp do katalogu kontrahentów i pracowników zintegrowanego z systemem Finansowo-Księgowym,
- dostęp do skorowidza pacjentów zintegrowanego z aplikacjami medycznymi (Recepcja, Gabinet),
- prowadzenie katalogów (cenników) sprzedawanych składników :
- materiałów przeznaczonych do odsprzedaży,
- świadczonych usług.
- definicja rejestrów sprzedaży i ich powiązanie z rejestrami systemu FK,
- określenie sposobu numeracji dokumentów sprzedaży (roczna lub miesięczna), w przypadku numeracji miesięcznej możliwość równoczesnej pracy w więcej niż jednym miesiącu rozrachunkowym
- wprowadzanie dokumentów sprzedaży z możliwością obsługi VAT:
- określenie formy płatności,
- określenie typu wystawianego dokumentu (faktura, faktura korygująca),
- określenie nabywcy (płatnika),
- określenie odbiorcy,
- określenie zawartości faktury- wybór z cennika sprzedawanych składników,
- automatyczne generowanie faktur w oparciu o dane o wykonanych usługach medycznych z aplikacji medycznych (np. Recepcja, Gabinet, Pracownia)- dla każdej zrealizowanej odpłatnie usługi medycznej,
- określenie rozdziału stosunku wpływów ze sprzedaży na ośrodki powstawania kosztów.
- wydruk dokumentu sprzedaży zgodnie z określonym typem wystawianego dokumentu (faktura, faktura korygująca, paragon zafiskalizowany, paragon niezafiskalizowany),
- możliwość współpracy z drukarkami fiskalnymi,
- możliwość współpracy z modułem realizującym funkcjonalność z zakresu Finanse- Księgowość na poziomie dekretów do Księgi głównej,
- możliwość wydruku zestawień na podstawie dokumentów sprzedaży:
- rejestru sprzedaży,
- zestawienia dokumentów sprzedaży,
- zestawienia w podziale na sprzedane usługi,

Załącznik nr 1 do SWZ

- zestawienia przychodów wg ośrodków powstawania kosztów i wg usług,
- zestawienia według nabywców.
- wystawianie faktur wewnątrzwspólnotowych.

Kasa

- możliwość obsługi wielu stanowisk kasowych (Centralny Rejestr Kasowy),
- możliwość dedykowania stanowisk kasowych do placówek medycznych Zamawiającego,
- możliwość pracy kasy w kontekście placówki medycznej Zamawiającego (na wydruku umieszczane powinny być oprócz danych Zamawiającego także dane placówki medycznej wystawiającej dokument kasowy),
- dostęp do raportów kasowych wszystkich stanowisk,
- dostęp do katalogu kontrahentów i pracowników zintegrowanego z systemem Finansowo-Księgowym,
- dostęp do skorowidza pacjentów zintegrowanego z aplikacjami medycznymi (Recepcja, Gabinet, Pracownia),
- wprowadzanie dokumentów kasowych dla stanowisk:
- automatyczne tworzenie raportu kasowego- praca w kontekście raportu kasowego,
- automatyczne generowanie operacji kasowych na stanowiskach dedykowanych dla placówki medycznej w oparciu o wystawiane w niej automatycznie faktury (dla każdej zrealizowanej _ odpłatnie usługi medycznej)- integracja z fakturowaniem na poziomie placówki
- operacje otwarcia/zamknięcia raportu kasowego,
- obsługa operacji gotówkowych
- obsługi operacji bezgotówkowych (np. karty płatnicze),
- obsługi operacji walutowych,
- wprowadzanie dokumentów poprzez schematy księgowania (automatyczne określenie sposobu dekretacji FK),
- wydruk dokumentów kasowych.
- Możliwość dodania dodatkowych dekretów uzupełniających w raporcie kasowym przed jego zamknięciem
- wydruk raportu kasowego,
- bieżące i wsteczne zestawienia stanu kasy na podstawie:
- bieżących obrotów,
- raportów kasowych.
- możliwość zapisu wartościowego operacji kasowych na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych w module realizującym funkcjonalność w zakresie Finanse- Księgowość zgodnie z określonym sposobem dekretacji.
- Obsługa drukarek fiskalnych

Wycena procedur medycznych

- możliwość opisanie normatywnych nakładów osobowych i materiałowych niezbędnych do wykonania świadczenia lub grupy JGP:
- określenie nakładów materiałowych potrzebnych do wykonania świadczenia lub grupy JGP na podstawie zdefiniowanego słownika materiałów i słownika leków z możliwością systemowej integracji w tym zakresie ze słownikami użytkowymi przez moduły realizujące funkcjonalność w zakresie obsługi magazynu materiałów i obsługi magazynu leków
- określenie nakładów osobowych personelu uczestniczącego w wykonaniu świadczenia,
- 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
- możliwość wykorzystania do opisu świadczenia – świadczeń prostych wcześniej opisanych
- możliwość wykorzystania do opisu JGP – świadczeń wcześniej opisanych, z określeniem miejsca wykonania
- określenie średniej ilości osobodni w ramach JGP dla oddziału rozliczającego dane JGP lub innego oddziału
- możliwość wydruku przygotowanych opisów świadczeń,

Załącznik nr 1 do SWZ

- możliwość automatycznego stworzenia opisu świadczenia dla ośrodka na podstawie wzorca przygotowanego dla całego zakładu.
- możliwość opisywania tych samych świadczeń w sposób różny dla każdego ośrodka wykonującego,
- możliwość aktualizacji kosztów nakładów materiałowych w trybie miesięcznym poprzez:
 - automatyczne przepisanie kosztów materiałów i leków z poprzedniego miesiąca,
 - integrację w zakresie średnich cen dostaw materiałów i leków z modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie obsługi magazynu materiałów i obsługi magazynu leków,
- uaktualnienie kosztów nakładów osobowych personelu,
- wyliczenie aktualnych sumarycznych kosztów normatywnych,
- wydruk wyliczonych kosztów normatywnych.
- raporty kontroli celowości wydania materiałów z magazynu materiałów do miejsc udzielania świadczeń (w ramach systemowej integracji z modulem realizującym funkcjonalność obsługi magazynu i ewidencją udzielonych świadczeń w miejscach udzielania,
- analizy porównawcze kosztów zaksięgowanych w kartotece ośrodka powstawania kosztów FK z kosztami wynikającymi z normatywu i zaewidencjonowanej ilości wykonań.
- możliwość określenia kosztu osobodnia do wyliczenia kosztu JGP poprzez
 - aktualizację „ręczną”,
 - automatyczne przepisanie kosztów osobodnia z poprzedniego miesiąca,
 - obliczenie kosztu osobodnia z na podstawie kosztów rzeczywistych (do wyboru koszty bezpośrednie, całkowite, wytworzenia, sprzedaży) z wybranych miesięcy, z wyłączeniem wybranych kosztów szczegółowych , wg określonego klucza podziału
- 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.
- 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
- możliwość grupowania kosztowych kart pacjentów wg zdefiniowanych kryteriów i prowadzenia analiz ekonomicznych (np. wg jednostek chorobowych, produktów rozliczeniowych).
- Możliwość definiowania wskaźników kosztowo-przychodowych w oparciu o predefiniowane funkcje dla:
 - pacjentów,
 - ośrodków powstawania kosztów,
 - jednostek chorobowych,
 - produktów kontraktowych.
- 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

Załącznik nr 1 do SWZ

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 porównania liczby osobodni wynikającej z danych zaewidencjonowanych w systemie medycznym z liczbą osobni przesłaną do modułu Kalkulacja Kosztów Leczenia z modułu Rachunek Kosztów.

Grafiki

- konfiguracja grafików czasu pracy pracowników:
- możliwość definiowania kalendarza, dni świątecznych oraz rozkładu standardowego pięciodniowego tygodnia pracy,
- możliwość przydzielania pracowników do poszczególnych grup umów na okresy zatrudnienia w danej jednostce zakładu,
- definicja rodzajów godzin jakie są stosowane do wprowadzania ewidencji czasu pracy; czasu trwania tzw. pory nocnej, doby świątecznej; ilości godzin w tygodniu pracy.
- ewidencja czasu pracy pracowników w podziale na grupy umów:
- planowanie czasu pracy pracowników z dokładnością do godzin pracy w poszczególne dni z informacją o ilości godzin do przepracowania, ilości godzin nocnych i świątecznych,
- wprowadzanie faktycznego czasu pracy pracowników (rejestracja godzin nieobecności, dodatkowych godzin pracy także w zakresie podziału na miejsca zatrudnienia)
- wydruk grafika czasu pracy,
- zatwierdzanie zaplanowanego i faktycznego czasu pracy przez osoby do tego uprawnione,
- współpraca z RCP (eksport i import danych z RCP),
- możliwość wykonywania raportów w oparciu o dane wprowadzone dla pracowników.
- rozliczenia godzin pracy dla potrzeb naliczenia wynagrodzeń:
- automatyczne obliczanie w oparciu o faktyczny czas pracy pracownika liczby przepracowanych godzin świątecznych, nocnych, nadgodzin (rozliczenie powinno być przygotowywane w rozbiciu na miejsca zatrudnienia pracownika)
- możliwość modyfikacji przygotowanego rozliczenia godzin (w zakresie podziału na miejsca zatrudnienia)
- możliwość przekazania przygotowanego rozliczenia automatycznie realizującego funkcjonalność w zakresie obsługi wynagrodzeń.

Płace

- Gromadzenie danych podatkowych dotyczących pracownika:
- informacje o przynależności do urzędu skarbowego,
- informacje o stopie podatku,
- informacje o przysługujących pracownikowi kosztach uzyskania przychodu,
- informacje o przysługujących pracownikowi ulgach podatkowych.
- gromadzenie zbiorczych informacji o naliczonych podstawach i procentach składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne dla pracownika na podstawie jego stosunków pracy w układzie rocznym,
- możliwość wyodrębnienia list płac:
- podstawowych - generacja wynagrodzenia zasadniczego raz w miesiącu,
- dodatkowych - generacja wynagrodzeń dodatkowych w trakcie miesiąca,
- dyżurowych - generacja wypłat dyżurów i nadgodzin (możliwość pobrania przygotowanego rozliczenia z Grafików),
- premiovych - generacja wypłat premii miesięcznych, kwartalnych, rocznych,
- przeszacowanych - ponowne wyliczenie wartości dla pozycji z listy wejściowej (po wstecznej zmianie stawki zaszeregowania) dla wszystkich zależnych składników wynagrodzenia,
- zlecenia - generacja wypłat dla umów cywilno-prawnych,
- kontrakty - generacja wypłat dla umów kontrakty na czynności medyczne
- prawa majątkowe - generacja wypłat dla spadkobierców z określeniem udziału,
- osoby niezatrudnione - generacja wypłat dla osób niezatrudnionych.
- możliwość korzystania w trakcie wypełniania informacji o pracownikach i listach płac z klasyfikacji

Załącznik nr 1 do SWZ

uzupełnianych przez użytkownika pozwalających na systematyczne grupowanie wprowadzanych danych,

- przygotowanie danych do list płacowych:
- możliwość elastycznego określania sposobu naliczania przez użytkownika składników wypłat (możliwość definiowania algorytmów składników płacowych),
- możliwość określenia stałych składników wypłat dla każdego stosunku pracy pracownika z możliwością określenia składników wypłat dla każdego miejsca pracy (etatu),
- możliwość ewidencji ilościowo-wartościowa dyżurów i nadgodzin wypracowanych w ramach stosunku pracy w danym miesiącu z możliwością określenia miejsca pracy,
- możliwość pobierania danych o godzinach dyżurów i nadgodzin z rozliczenia godzin przygotowanego w module realizującym funkcjonalność z zakresu ewidencji czasu pracy,
- możliwość wprowadzania korekt wypłat wynagrodzenia za dyżury i nadgodziny wypłacone w poprzednich miesiącach (zarówno powiększających jak i zmniejszających wypłatę tego wynagrodzenia).
- określenie informacji o przyznanych pracownikowi premiach i nagrodach pieniężnych,
- możliwość przepisania list premiovych z miesiąca poprzedniego,
- przygotowanie nieobecności pracownika dla potrzeb rozliczenia na liście płac:
- możliwość określenia sposobu rozliczenia dla poszczególnych typów nieobecności,
- możliwość automatycznego wyliczenia kwot należnych z tytułu nieobecności na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa , przepisy prawa pracy i przepisy wewnątrz zakładowe,
- możliwość dokonania automatycznego przeszacowania nieobecności jeśli podstawa dla wypłaconej już nieobecności powinna zostać wyliczona na nowo z powody zmian w wynagrodzeniu,
- możliwość rozliczania zwolnień dla umów-zleceń.
- przygotowanie informacji o spłacie pożyczek,
- przygotowanie informacji o zajęciach sądowych wynagrodzenia pracowników,
- przygotowanie i gromadzenie informacji o świadczeniach socjalnych jakie mają zostać wypłacone pracownikom (określenie kwoty, terminu wypłaty),
- przygotowanie informacji o wyrównaniach i potrąceniach.
- tworzenie list płac poprzez określenie stosunków pracy rozliczanych w ramach listy,
- możliwość utworzenia listy płac poprzez przepisanie informacji z miesiąca poprzedniego,
- automatyczne naliczenie wynagrodzeń pracowników na podstawie danych podatkowych i danych przygotowanych dla list płacowych:
- naliczenie przychodów,
- naliczenie potrąceń,
- naliczenie składek na ubezpieczenie społeczne ,
- naliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- naliczenie podatków,
- bieżąca kontrola i sygnalizacja poprawności dokonywanych naliczeń.
- możliwość ręcznej korekty, uzupełnienia wyliczeń dokonanych automatycznie,
- potwierdzenie poprawności dokonanych wyliczeń- zatwierdzenie listy płac.
- możliwość przygotowania i emisji przelewów dla naliczonych wynagrodzeń:
- możliwość wydruku przelewów w formie papierowej,
- możliwość wydruku przelewów zbiorczych,
- możliwość emisji przelewów w formie elektronicznej z wykorzystaniem systemu bankowości elektronicznej.
- możliwość wydruku podstawowych zestawień:
- lista płac,
- paski wynagrodzeń dla pracowników ,w tym możliwość definiowania własnych wzorów pasków (utajnione),
- karta wynagrodzeń pracownika,
- karta zasiłkowa pracownika,
- formularze rozliczeniowe PIT,
- możliwość emisji danych z formularzy rozliczeniowych PIT w postaci plików XML,
- zestawienia nominałów dla list płac.

Załącznik nr 1 do SWZ

- zamknięcie miesiąca płacowego:
- kontrola rozliczenia na listach płacowych wszystkich przygotowanych składników wypłat,
- kontrola przekroczenia przez pracowników progów podatkowych.
- możliwość elastycznego tworzenia wykazów i zestawień , dostosowanych do potrzeb Zamawiającego , na podstawie danych o naliczonych wynagrodzeniach:
- możliwość tworzenia szablonów wykazów (biblioteka wykazów) ,
- możliwość zapisu wykazów w formacie arkusza MS-Excel, HTML, CSV, Open Office.
- możliwość emisji dokumentów płacowych (pism, zaświadczeń) na podstawie danych o - naliczonych wynagrodzeniach:
- możliwość definiowania szablonów pism (biblioteka pism),
- możliwość wydruku pism z wykorzystaniem edytora MS-Word, Open Office .
- możliwość tworzenia sprawozdań DEK-I-0, Z-02, Z-03, Z-05, Z-06, Z-12, PNT-01 oraz definiowanie własnych sprawozdań
- prowadzenie rejestru dochodów:
- możliwość przeglądu danych o dochodach pracownika naliczonych na listach płac
- w układzie miesięcznym,
- automatyczne uzupełnianie rejestru dochodów podczas generacji list płac.
- współpraca z systemem Finanse-Księgowość:
- możliwość zapisu informacji wartościowych o wynagrodzeniach pracowników na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych modułu realizującego funkcjonalność z zakresu Finanse-Księgowość,
- możliwość elastycznego określenia sposobu zapisu wynagrodzeń w module realizującym funkcjonalność z zakresu Finanse-Księgowość (definicja szablonów eksportu),
- możliwość przygotowania i eksportu dokumentów rozliczeniowych ZUS dla pracowników i ich stosunków do programu ZUS-Płatnik.
- obsługa kas pożyczkowych:
- możliwość obsługi wielu kas pożyczkowych,
- ewidencja zbieranych składek (kasy PKZP),
- ewidencja udzielonych pożyczek:
- ewidencja poręczycieli,
- możliwość wypłaty pożyczki na liście płac,
- określenie sposobu spłaty (generacja planu spłaty rat pożyczki),
- ewidencja bieżącego stanu zadłużenia,
- możliwość przeglądu historii spłaty pożyczki.
- generacja zestawień dotyczących kas:
- bilans kasy,
- raport o stanie zadłużenia i spłaty.

Kadry

- Obsługa podstawowych danych pracowników w układzie chronologicznym:
- gromadzenie danych personalnych pracowników:
 - informacje identyfikacyjne z wykorzystaniem identyfikatorów określonych przepisami prawa podatkowego i ubezpieczeniowego,
 - informacje meldunkowe z uwzględnieniem aktualnego podziału terytorialnego kraju,
 - informacje o wykształceniu pracownika.
- gromadzenie informacji o kwalifikacjach uzyskanych przez pracownika:
 - informacje o trwających i zakończonych specjalizacjach i tytułach zawodowych,
 - informacje o posiadanych uprawnieniach do wykonywania czynności zawodowych,
 - informacje o przyznanych, na mocy odrębnych przepisów prawach do wykonywania zawodu,
 - informacje o podnoszeniu kwalifikacji przez pracownika: ukończonych kursach i studiach dokształcających,
 - informacje o umiejętnościach językowych pracownika z uwzględnieniem stopnia biegłości w posługiwaniu się językiem obcym,
 - wyodrębnione informacje o ukończonych kursach BHP,
 - gromadzenie informacji dotyczących ubezpieczenia pracownika:

Załącznik nr 1 do SWZ

- informacje o nabytych prawach do świadczeń emerytalno-rentowych,
- informacje dotyczące tytułu i zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego).
- gromadzenie informacji o przyznanych pracownikom świadczeniach socjalnych,
- możliwość zdefiniowania wypłaty w/w świadczeń socjalnych na liście płac,
- gromadzenie informacji o wykonanych przez pracowników obowiązkowych badaniach lekarskich,
- gromadzenie informacji na temat stosunku do służby wojskowej pracownika,
- gromadzenie informacji o członkach rodziny pracownika:
 - informacje identyfikacyjne członków rodziny pracownika,
 - informacje meldunkowe członków rodziny pracownika,
 - informacje o świadczeniach należnych członkom rodziny na mocy przepisów ubezpieczeniowych dotyczących przyznawania i wypłaty zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych,
 - informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego członków rodziny pracownika).
- obsługa historii zatrudnienia pracownika
- gromadzenie informacji o historii zatrudnienia pracownika poza aktualnym zakładem pracy:
 - informacje o okresie i trybie rozwiązania stosunku pracy w poprzednim zakładzie,
 - informacje o zaliczeniu danej pozycji historii zatrudnienia do stażu pracy dla co najmniej 10 możliwych do zdefiniowania staży (wyróżnionych ze względu na możliwość określenia różnych regulaminów wyliczenia stażu),
 - informacje o odliczeniach od stażu pracy dla danej pozycji historii zatrudnienia wynikających z urlopu bezpłatnego, wychowawczego lub innych przyczyn określonych przez zakład.
- gromadzenie informacji o odznaczeniach nadanych pracownikowi,
- gromadzenie informacji o karach pracownika,
- gromadzenie informacji o przyznanych pracownikowi nagrodach,
- gromadzenie informacji o przyznanej odzieży roboczej (z określeniem norm przydziałów dla stanowisk),
- gromadzenie informacji o zatrudnieniu pracownika w aktualnym zakładzie:
 - możliwość ewidencji informacji o zatrudnieniu pracownika na podstawie różnych stosunków pracy (różne typy umów – umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa godzinowa, kontrakty na czynności medyczne),
 - przechowywanie informacji o historii każdego stosunku pracy,
 - możliwość przechowywania informacji o pracy w szczególnych warunkach dla potrzeb ubezpieczenia,
 - przechowywanie informacji o obowiązku i zakresie ubezpieczenia dla każdego stosunku pracy (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego),
- przechowywanie informacji na temat stażu pracy na dzień rozpoczęcia stosunku pracy:
 - możliwość ręcznego uzupełnienia stażu na dzień rozpoczęcia stosunku pracy,
 - możliwość automatycznego wyliczenia stażu na dzień rozpoczęcia umowy,
 - możliwość określenia - wyliczenia co najmniej 10 pozycji stażu pracy wyliczanych na podstawie odrębnych regulaminów.
- możliwość wyliczenia stażu bieżącego lub stażu na określoną datę na podstawie stażu na dzień rozpoczęcia umowy i przebiegu aktualnego stosunku pracy:
 - możliwość określenia - wyliczenia co najmniej 10 pozycji stażu pracy wyliczanych na podstawie odrębnych regulaminów,
 - możliwość wyliczenia stażu tylko z okresu pracy w bieżącym zakładzie.
- obsługa nieobecności pracownika:
- przechowywanie informacji o statystyce nieobecności dla stosunku pracy (zbiorcze informacje o

Załącznik nr 1 do SWZ

przysługujących prawach do urlopu i zarejestrowanych okresach nieobecności pracownika w ramach stosunku pracy) w układzie rocznym, w tym wyróżnienie nieobecności na część dnia pracy,

- automatyczna modyfikacja statystyki nieobecności po zmianie wymiaru zatrudnienia lub dobowej normy czasu pracy,
- możliwość godzinowego rozliczania urlopów,
- przechowywanie informacji o oddelegowaniach pracownika do innych zakładów w ramach stosunku pracy,
- przechowywanie informacji o aktualnym procencie dodatku stażowego i przewidywanym terminie podwyższenia tego procentu zgodnie z przyjętym regulaminem,
- możliwość zdefiniowania dla umów pracowników innych niż ogólnie obowiązujących regulaminów obliczania procentu dodatku stażowego,
- przechowywanie informacji o planowanym terminie przyznania nagrody jubileuszowej zgodnie z obowiązującym regulaminem przyznawania nagrody za staż pracy,
- informacje o okresach nieobecności pracownika w ramach stosunku pracy,
- dla zwolnień chorobowych przechowywanie informacji określonych w przepisach o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- obsługa kandydatów do pracy
- gromadzenie informacji o kwalifikacjach kandydata
- gromadzenie podstawowych danych osobowych kandydata
- gromadzenie danych teleadresowych kandydata
- odnotowywanie informacji o stanowisku, na jakie kandydat aplikuje
- możliwość wybierania kandydatów z grona byłych lub aktualnych pracowników jednostki
- pozostałe funkcje związane z obsługą kadrową pracowników:
- możliwość przechowywania informacji o szczegółach zatrudnienia pracownika w ramach stosunku pracy z dokładnością do miejsca wykonywania pracy (ośrodka powstawania kosztów) dla potrzeb rachunku kosztów (etatu pracownika):
 - przechowywanie informacji ewidencyjnych o miejscu zatrudnienia w ramach etatu,
 - przechowywanie informacji o stanowisku i zawodzie wykonywanym w ramach etatu,
 - przechowywanie informacji o zaszeregowaniu pracownika w ramach etatu.
- możliwość dokonywania grupowego przeszerogowania pracowników – grupowa zmiana warunków zaszeregowania w ramach stosunku pracy,
- możliwość prowadzenia miesięcznej ewidencji czasu pracy dla poszczególnych stosunków pracy zgodnie z wymogami prawa pracy,
- Planowanie i realizacja (na podstawie ofert i planów) szkoleń pracowników, w szczególności:
 - Wprowadzanie planów rocznych:
 - na poziomie kierowników jednostek organizacyjnych lub z poziomu działu kadr,
 - według dostępnych dla pracowników grup personelu, działów.
 - Zatwierdzanie planów szkoleń przez osoby uprawnione.
- Ewidencja odbytych szkoleń:
 - na poziomie kierowników jednostek organizacyjnych lub z poziomu kadr,
 - automatyczna rejestracja szkolenia dla pracownika.
- Ocena szkoleń.
- Ocena firm/podmiotów szkolących.
- Ewidencja umów korzyści dla pracownika:
 - umowy lojalnościowe (wraz z rozliczeniem w przypadku zwolnienia pracownika).
- Dofinansowanie szkoleń (w tym UE).
- czynności analityczno – sprawozdawcze:
- możliwość elastycznego tworzenia wykazów i zestawień na podstawie danych o pracownikach i ich stosunkach pracy:

Załącznik nr 1 do SWZ

- możliwość tworzenia szablonów wykazów (biblioteka wykazów),
- możliwość zapisu wykazów w formacie arkusza MS-Excel, HTML, CSV, Open Office.
- możliwość emisji dokumentów kadrowych na podstawie danych o pracownikach i ich stosunkach pracy:
- możliwość definiowania szablonów pism (biblioteka pism),
- możliwość wydruku pism z wykorzystaniem edytora MS-Word, Open Office.
- możliwość przygotowania i eksportu dokumentów zgłoszeniowych ZUS dla pracowników i ich stosunków do programu ZUS-Płatnik,
- mechanizmy ochrony danych osobowych:
- możliwość zdefiniowania dla użytkowników systemu dostępu do danych osobowych tylko dla wybranych pracowników.

Środki trwałe z wyposażeniem/ elektroniczna inwentaryzacja

- Ewidencja i zarządzanie środkami trwałymi:
- prowadzenie kartotek składników majątku trwałego (ilościowo-wartościowych) obejmujących następujące informacje:
 - klasyfikacja GUS,
 - informacji dotyczących przyjęcia,
 - stawka i metoda amortyzacji,
 - wartość początkowa,
 - bieżący stopień zużycia (umorzenia),
 - bieżąca wartość netto,
 - miejsce użytkowania,
 - ośrodki powstawania kosztów (możliwość powiązania jednego środka z kilkoma ośrodkami kosztów),
 - osoby odpowiedzialne,
 - źródła finansowania (możliwość przypisania do środka trwałego kilku źródeł finansowania),
 - dla aparatury medycznej dane klasyfikacyjne wg SEWAM, ECRI,
 - dane o producencie i kraju,
 - części składowe środka trwałego (komponentów).
- bieżąca informacja o stanie składników majątku trwałego – wydruk informacji z kartotek składników majątku trwałego,
- prowadzenie ksiąg inwentarzowych (możliwość wydruku informacji z kartotek zgrupowanych według ksiąg inwentarzowych),
- przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych bilansowych dla każdego składnika majątku trwałego, zawierających:
 - informacje nt. planowanych odpisów umorzeniowych (plany amortyzacji),
 - informacje o realizacji planu amortyzacji – faktycznie dokonanych odpisach umorzeniowych
- przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych bilansowych.
- przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych dla celów podatkowych,
- możliwość zapisu zawartości tabel amortyzacji w formacie PDF, CSV i MS Excel,
- możliwość wprowadzenia bilansu otwarcia – ilościowo-wartościowego stanu składników majątku trwałego na dzień rozpoczęcia pracy modułu,
- ewidencja zmian w kartotekach składników majątku trwałego na podstawie dokumentów:
- przyjęcia składnika majątku trwałego (środka trwałego),
- ulepszenia, zmiany wartości składnika majątku trwałego,
- wycofania składnika majątku trwałego z ewidencji bilansowej z uwzględnieniem sposobu wycofania: likwidacja środka trwałego, nieodpłatne przekazania środka trwałego, sprzedaż środka trwałego,
- zmiana informacji ewidencyjnych w kartotece składnika majątku trwałego,
- naliczenia odpisów umorzeniowych składników majątku trwałego,
- aktualizacji wartości składników majątku trwałego (na podstawie rozporządzenia Ministerstwa

Załącznik nr 1 do SWZ

Finansów,

- rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych składników majątku trwałego,
- zmiany miejsca użytkowania: składników majątku trwałego, części składowych składników majątku trwałego.
- prowadzenie i wydruk dziennika dokumentów w układzie miesięcznym,
- miesięczny wydruk naliczonej amortyzacji z możliwością podziału na ośrodki powstawania kosztów,
- wspieranie obsługi inwentaryzacji składników majątku trwałego:
- możliwość przygotowania i wydruku arkuszy spisu z natury (również pustych),
- możliwość wprowadzenia rzeczywistych ilości składników majątku trwałego na podstawie spisu z natury i ich porównanie z wartościami księgowymi,
- możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – protokół różnic inwentaryzacyjnych.
- integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie:
- Finanse – Księgowość:
 - możliwość wartościowego, syntetycznego zapisu zmian w majątku trwałym na kontach księgi głównej FK,
 - możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
 - możliwość wykorzystania słowników FK kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
- Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń:
 - możliwość przesłania danych o miesięcznym potencjale urządzenia (środka trwałego) oraz jego miesięcznej amortyzacji
- Prowadzenie kartotek składników majątku trwałego (ilościowo-wartościowych) obejmujących:
 - numer inwentarzowy elementów wyposażenia,
 - ilość składników danego elementu wyposażenia,
 - wartość składników danego elementu wyposażenia,
 - informacje o miejscu użytkowania każdego składnika majątku trwałego.
- bieżąca informacja o stanie składników wyposażenia – wydruk informacji z kartotek składników wyposażenia,
- prowadzenie ksiąg inwentarzowych (możliwość wydruku informacji z kartotek zgrupowanych według ksiąg inwentarzowych),
- ewidencja zmian w kartotekach składników wyposażenia – ewidencja wpisów w kartotekach inwentarzowych:
- definicja typów dokumentów,
- ewidencja wpisów do ksiąg inwentarzowych, na bieżąco modyfikujących stan kartoteki składnika wyposażenia,
- wykazy na podstawie dokumentów (wpisów do kartotek inwentarzowych).
- wspieranie obsługi inwentaryzacji niskocennych składników majątku trwałego:
- możliwość przygotowania i wydruku arkuszy spisu z natury,
- możliwość wprowadzenia rzeczywistych ilości niskocennych składników majątku trwałego na podstawie spisu z natury i ich porównanie z wartościami księgowymi,
- możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – protokół różnic inwentaryzacyjnych.
- System umożliwia obsługę inwentaryzacji środków trwałych oraz wyposażenia z wykorzystaniem kodów kresowych
- Możliwość obsługi inwentaryzacji z wykorzystaniem przenośnych terminali (kolektorów danych) wyposażonych w czytnik kodów kreskowych oraz graficzny wyświetlacz.
- Możliwość drukowania bezpośrednio z systemu etykiet zawierających kod kreskowy na termotransferowych drukarkach interpretujących język EPL 2.
- Możliwość drukowania bezpośrednio z przenośnego terminala etykiet zawierających kod kreskowy dla wybranych środków trwałych na drukarkach termotransferowych interpretujących

Załącznik nr 1 do SWZ

język EPL 2.

- Drukowane etykiety winny zawierać minimum następujące informacje:
- unikalny jednowymiarowy lub dwuwymiarowy kod kreskowy
- dwuliterowy symbol słowny wyróżniający środki trwałe i wyposażenie: ST lub WP
- liczbowy kod środka trwałego/wyposażenia
- nazwę środka trwałego (lub wyposażenia).
- Oferowany system musi przekazywać do kolektora danych minimum następujące słowniki dotyczące środków trwałych:
- Słownik producentów sprzętu medycznego
- Słownik klasyfikacji aparatury medycznej
- Słownik aparatury medycznej
- Słownik budynków
- Klasyfikacja KST wg GUS
- Słownik komórek organizacyjnych
- Słownik miejsc użytkowania
- Słownik ksiąg inwentarzowych
- Słownik ośrodków powstawania kosztów
- Słownik osób odpowiedzialnych za dany środek trwały i wyposażenia
- Słownik osób przypisanych jako odpowiedzialnych do środka trwałego

Gospodarka materiałowa

Wymagane funkcjonalności:

- obsługa magazynu materiałów:
- możliwość obsługi wielu magazynów,
- możliwość określenia asortymentu materiałów ewidencjonowanych w poszczególnych magazynach.
- elastyczne tworzenie indeksu materiałowego:
 - dowolna budowa kodu indeksu materiałowego (ograniczenie jedynie na długość kodu),
- możliwość przyporządkowania kodów klasyfikacyjnych (PKWiU) do materiału.
- obsługa kilku metod wyceny rozchodów materiałów:
 - ceny rzeczywiste – FIFO,
 - ceny rzeczywiste – LIFO,
 - ceny rzeczywiste - szczegółowa identyfikacja (wybór z konkretnej dostawy),
 - ceny ewidencyjne – średnia ważona.
- ewidencja obrotu materiałowego w cyklu miesięcznym (prowadzenie dzienników wprowadzonych dokumentów):
 - rejestracja bilansu otwarcia dla magazynów – ilościowo-wartościowego stanu zapasów materiałowych na dzień rozpoczęcia pracy,
 - korekty bilansu otwarcia – możliwość automatycznej korekty rozchodów dokonanych z bilansu otwarcia,
 - ewidencja przychodów materiałów – różne typy przyjęcia (osobne typy dokumentów) np. związanych z różnymi typami działalności,
 - korekty przychodów (ilościowe i wartościowe) – możliwość automatycznej korekty rozchodów dokonanych na podstawie skorygowanych dostaw,
 - ewidencja rozchodów materiałów zgodnie z przyjętym sposobem wyceny - różne typy rozchodów (osobne typy dokumentów) np. związanych z różnymi typami działalności; kontrola limitów kwotowych dla wydawanych materiałów zgodnie z limitem przypisanym do odbiorcy
 - możliwość powiązania dokumentów rozchodu materiałów z ośrodkami powstawania kosztów dla celów rachunku kosztów,
 - rozbiecie pojedynczych pozycji rozchodu dla celów rachunku kosztów poprzez zastosowanie

Załącznik nr 1 do SWZ

- mechanizmu tzw. „relewów” (wydania z magazynu żywności),
- wydruk dokumentu przekazania towaru (PT) na podstawie dokumentu rozchodu wewnętrznego.
 - dokument korekty rozchodów,
 - ewidencja rozchodów zewnętrznych – możliwość ewidencjonowania różnych typów rozchodów (osobne typy dokumentów) np. ze względu na przyczynę przekazania materiałów,
 - ewidencja zwrotów od odbiorcy,
 - ewidencja przesunięć międzymagazynowych materiałów,
 - wydruki dokumentów związanych z obrotem materiałowym.
 - wspieranie obsługi inwentaryzacji stanów magazynowych:
 - przygotowanie i wydruk arkuszy spisu z natury,
 - możliwość prowadzenia rzeczywistych wartości stanów magazynowych na podstawie spisu z natury i ich porównanie z wartościami księgowymi,
 - możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – dokument niedoborów,
 - możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – dokument nadwyżek.
 - bieżąca informacja o stanach magazynowych:
 - podgląd i wydruk historii obrotu materiałowego dla poszczególnych asortymentów materiałów,
 - podgląd i wydruk stanów magazynowych dla wybranych lub wszystkich magazynów
 - kontrola przekroczenia stanów minimalnych i maksymalnych.
 - wykazy i zestawienia:
 - na podstawie rozchodów: dla wybranych materiałów, dla wybranych grup materiałów,
 - na podstawie przychodów: dla wybranych materiałów, dla wybranych grup materiałów, dla wybranych rodzajów kosztów,
 - zestawienia dokumentów zaewidencjonowanych dla poszczególnych magazynów,
 - karty materiałowej: ilościowej i ilościowo-wartościowej.
 - wspieranie obsługi zamówień (w tym publicznych):
 - analizy zużycia:
 - możliwość wyliczania daty, po upływie której skończy się bieżący zapas materiału (na podstawie średniego zużycia za wybrany okres czasu),
 - możliwość tworzenia wykazów towarów, których zapas wystarczy na dłużej niż zadana ilość dni,
 - możliwość tworzenia wykazów towarów, których bieżące zużycie ilościowe za wybrany okres jest większe od średniego zużycia ilościowego za inny porównywalny okres czasu,
 - możliwość tworzenia wykazu materiałów, które zalegają w magazynie powyżej zadanej ilości dni.
 - przygotowanie i kontrola zamówień:
 - przygotowanie zamówienia na podstawie analizy zużycia za dany okres,
 - dostęp do przeglądu zawartych umów dotyczących zakupu materiałów,
 - kontrola realizacji dostaw i poziomu cen.
 - integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresach:
 - Finanse – Księgowość:
 - dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK
 - możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
 - możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
 - Rachunek kosztów leczenia:
 - w zakresie udostępnienia danych o aktualnych cenach materiałów do określenia normatywów materiałowych świadczeń,
 - w zakresie rozchodów materiałów według ośrodków powstawania kosztów w celu porównania z normatywnym zużyciem materiałów wynikającym z ewidencji wykonanych świadczeń.
 - Środki Trwałe:
 - możliwość przesyłania danych o rozchodach materiałów (urządzeń przyjętych na magazyn) będących, po imporcie w module Środki Trwałe, podstawą do założenia kartoteki środka trwałego

Załącznik nr 1 do SWZ

Rachunek kosztów

- określanie struktury ośrodków powstawania kosztów (OPK) i prowadzenie cenników wewnętrznych świadczeń na podstawie poniesionych kosztów i zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala,
- możliwość wprowadzania struktury ośrodków powstawania kosztów w przekroju rodzajów działalności,
- możliwość zdefiniowania katalogu wykonywanych świadczeń i integracja z aplikacjami medycznymi w zakresie ewidencji wykonania:
 - na podstawie klasyfikacji procedur medycznych ICD-9,
 - na podstawie klasyfikacji badań laboratoryjnych,
 - innych zdefiniowanych przez użytkownika klasyfikacji.
- możliwość przypisania do ośrodka listy wykonywanych świadczeń,
- możliwość wprowadzenia cen wewnętrznych do rozliczeń wzajemnych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń,
- wycena rzeczywistych kosztów świadczeń:
- koszty stałe i koszty zmienne,
- możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów bezpośrednich poszczególnych OPK,
- możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów dowolnej grupy ośrodków powstawania kosztów (możliwość tworzenia grupy OPK), na podstawie zapisów księgowych,
- przygotowanie rozliczenia kosztów działalności pomocniczej, zleceń wewnętrznych i zarządu poprzez :
 - określenie OPK biorących udział w rozdziale kosztów poprzez określenie statusów ośrodków w danych identyfikacyjnych OPK,
 - możliwość określenia rodzajów kluczy rozdziału kosztów dla OPK,
 - automatyczne pobieranie wartości kluczy z miesięcy poprzednich lub z aktualnych zapisów księgowych realizowanych przez Finanse – Księgowość (np. koszty leków, koszty osobowe),
 - ręczną modyfikację wartości kluczy (w tym wielkości wykonanych zadań),
 - określenie planu rozdziału dla każdego ośrodka (określenie ośrodków, na które będą rozliczone koszty ośrodka).
- możliwość podawania informacji o wykonaniu świadczeń przez ośrodki realizujące procedury medyczne:
 - możliwość ręcznego wypełnienia informacji o ilości wykonanych świadczeń,
 - możliwość automatycznego pobierania informacji o ilości wykonanych świadczeń z aplikacji medycznych (Ruch Chorych, Gabinet, Laboratorium, Pracownia itp.).
- rozliczenie kosztów:
 - rozliczenie kosztów ośrodków działalności pomocniczej,
 - rozliczenie kosztów ośrodków proceduralnych w części dotyczącej zleceń wewnętrznych,
 - rozliczenie kosztów działalności ośrodków zarządu.
- możliwość wprowadzania statystyki wykonanych nośników kosztów innych niż procedury medyczne: osobodni, leczonych, łóżek, itp.
- wycena, sprawozdania i analizy kosztowe OPK i nośników:
 - analiza kosztów bezpośrednich w rozbiciu na koszty rodzajowe,
 - analiza kosztów pośrednich w rozbiciu na koszty rodzajowe,
 - analiza kosztów całkowitych (bezpośrednich + pośrednich) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
 - analiza kosztów wytworzenia (całkowitych + zleceń wewnętrznych) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
 - analiza kosztów sprzedaży (wytworzenia + zarządu) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
 - analiza źródeł pochodzenia kosztów pośrednich,
 - analiza kosztów dla ośrodka na różnych etapach procesu rozdziału kosztów,
 - analiza kosztów świadczeń wykonywanych w ośrodkach,
 - analiza uśredniona kosztów świadczeń wykonywanych w jednostce Zamawiającego,
 - możliwość wydruku karty kosztów dla ośrodków,

Załącznik nr 1 do SWZ

- możliwość definiowania przez użytkownika zestawień dotyczących zbiorczych informacji na temat rozliczonych kosztów dla ośrodka.

Budżetowanie

- wprowadzanie budżetów oddziałów, ośrodków kosztów:
- możliwość podziału ośrodków powstawania kosztów na:
 - ośrodki podlegające analizom rentowności poprzez określenie zysku/straty w standardzie rachunkowości zarządczej (porównanie kosztów i przychodów ze sprzedaży wewnętrznej i zewnętrznej),
 - ośrodki nie podlegające analizom rentowności – nie rozliczane na poziomie zysku/straty – przekazujące swoje koszty ośrodkom opisanym powyżej jako tzw. koszty pośrednie.
- możliwość wykorzystania cenników wewnętrznych świadczeń jako podstawy rozliczeń wzajemnych (sprzedaży wewnętrznej/zakupów wewnętrznych) dla ośrodków podlegających analizom rentowności,
- możliwość pobierania automatycznie wygenerowanych cen wewnętrznych na podstawie rzeczywistych historycznych kosztów świadczeń w wybranych miesiącach,
- możliwość wprowadzania budżetów kosztowych z podziałem na:
 - koszty bezpośrednie ośrodka w podziale na rodzaje kosztów,
 - koszty zakupionych świadczeń wewnętrznych,
 - koszty pośrednie przeniesione z ośrodków nie podlegających budżetowaniu, w tym koszty zarządu.
- możliwość wprowadzania budżetów przychodowych z podziałem na:
 - przychody z tytułu sprzedanych świadczeń wewnętrznych,
 - przychody z tytułu sprzedanych usług zewnętrznych.
- możliwość budżetowania zysku/straty (różnica budżetów przychodowych i kosztowych),
- możliwość generowania kart rentowności dla ośrodków podlegających analizom rentowności z podziałem na:
 - wykonane koszty bezpośrednie ośrodka w podziale na rodzaje kosztów,
 - wykonane koszty zakupionych świadczeń wewnętrznych,
 - koszty pośrednie przeniesione z ośrodków nie podlegających budżetowaniu, w tym koszty zarządu,
 - wykonane przychody z tytułu sprzedanych świadczeń wewnętrznych,
 - wykonane przychody z tytułu sprzedanych usług zewnętrznych.
 - zysk/strata (różnica przychodów i kosztów)
- automatyczne generowanie budżetów oddziałów, ośrodków kosztów:
 - na podstawie poprzedniego miesiąca,
 - poprzez rozdzielenie kwoty zbiorczej na wskazane miesiące.
- możliwość generowania raportów monitorujących procentowe wykonanie budżetu przychodów i kosztów,
- możliwość generowania raportów wartościowych odchyleń wykonania od planu w układzie kart rentowności,
- możliwość weryfikacji poprawności zestawienia wyników dla wszystkich ośrodków kosztów poprzez:
 - sprawdzenie ustalenia właściwego poziomu cen wewnętrznych z punktu widzenia całości jednostki Zamawiającego,
- możliwość automatycznego wielowymiarowego agregowania budżetów i ich realizacji w jednostkach organizacyjnych wg:
 - rodzajów działalności,
 - grup ośrodków powstawania kosztów,
 - rodzajów kosztów.
- możliwość transmisji danych raportowych do arkusza kalkulacyjnego Excel.
- wprowadzanie słownika pozycji budżetowych:
- możliwość wprowadzenia pozycji budżetowych w podziale na:

Załącznik nr 1 do SWZ

- koszty bezpośrednie
- pozostałe koszty
- przychód
- wartość statystyczna
- plan cząstkowy - wynagrodzenia
- plan cząstkowy - urzędnika
- możliwość wprowadzenia wielu planów budżetowych dla OPK
- możliwość wersjonowania planów budżetowych
- możliwość kopiowania planów budżetowych
- możliwość określenia agregatów (suma, średnia, minimum, maksimum) dla pozycji budżetowych w przekroju miesięcy lub OPK
- możliwość pojedynczego lub zbiorczego dopisywania OPK do planu budżetowego oddziału, ośrodka kosztów,
- możliwość pojedynczego lub zbiorczego dopisywania pozycji budżetowych do planu budżetowego oddziału, ośrodka kosztów,
- możliwość pojedynczego lub zbiorczego dopisywania okresów których dotyczy plan budżetowy oddziału, ośrodka kosztów,
- możliwość określenia sposobu liczenia pozycji budżetowej w zakresie planu z użyciem następujących funkcji (ta sama pozycja może mieć inną definicję dla różnych OPK lub dla tego samego OPK ale w innych miesiącach)
- wartość określana ręcznie przez Użytkownika
- koszt całkowity JGP pobrany z modułu wyceny kosztów normatywnych z uwzględnieniem zaplanowanej ilości sprzedawanych JGP
- koszt materiałów z JGP pobrany z modułu wyceny kosztów normatywnych z uwzględnieniem zaplanowanej ilości sprzedawanych JGP
- koszt osobodni z JGP pobrany z modułu wyceny kosztów normatywnych z uwzględnieniem zaplanowanej ilości sprzedawanych JGP
- koszt świadczeń z JGP pobrany z modułu wyceny kosztów normatywnych z uwzględnieniem zaplanowanej ilości sprzedawanych JGP
- narzut kosztów pośrednich wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków pomocniczych
- narzut kosztów pośrednich od wybranego OPK wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków pomocniczych
- narzut kosztów procedur wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków diagnostycznych
- narzut kosztów procedur od wybranego OPK wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków diagnostycznych
- narzut kosztów zarządu wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków pomocniczych
- narzut kosztów zarządu od wybranego OPK wynikający z rozliczenia wartości planowanych kosztów bezpośrednich ośrodków zarządu
- wartość planu sprzedaży wybranego rodzaju świadczeń przez OPK
 - wg ceny wewnętrznej
 - wg kosztu normatywnego
- wartość planu sprzedaży wybranego świadczenia przez OPK
 - wg ceny wewnętrznej
 - wg kosztu normatywnego
- wartość planu zakupu wybranego rodzaju świadczeń przez OPK
 - wg ceny wewnętrznej
 - wg kosztu normatywnego
- wartość planu zakupu wybranego świadczenia przez OPK
 - wg ceny wewnętrznej
 - wg kosztu normatywnego
- przychody zaplanowanych do sprzedaży JGP
- wartość zaplanowanych na wybrany kwartał zakupów w ramach rocznego planu zakupów,

Załącznik nr 1 do SWZ

pobrany z modułu Zamówień Wewnętrznych w podziale na:

- materiały
- środki trwałe
- usługi
- wartość średnia pozycji budżetowej z wybranego kwartału roku poprzedniego
- wartość średnia pozycji budżetowej z roku poprzedniego
- wartość wykonania pozycji budżetowej z poprzedniego miesiąca
- wartość wybranej innej pozycji budżetowej z tego samego okresu (sumowanie pozycji)
- możliwość przypisania wielu funkcji liczących do tej samej pozycji z określeniem operacji arytmetycznej między funkcjami (dodawanie, odejmowanie, mnożenie, dzielenie) w zakresie planu
- możliwość określenie sposobu liczenia pozycji budżetowej w zakresie wykonania z użyciem następujących funkcji (ta sama pozycja może mieć inną definicję dla różnych OPK lub dla tego samego OPK ale w innych miesiącach)
- wartość kosztów dla grupy kosztów szczegółowych z dokumentów
 - zaksięgowanych
 - niezaksięgowanych
- wartość kosztów dla wybranego kosztu szczegółowego z dokumentów wg daty księgowania
 - zaksięgowanych
 - niezaksięgowanych
- wartość narzutu grupy kosztów pośrednich od grupy OPK
- wartość narzutu grupy kosztów pośrednich od wybranego OPK
- wartość narzutu grupy kosztów procedur od grupy OPK
- wartość narzutu grupy kosztów procedur od wybranego OPK
- wartość narzutu grupy kosztów sprzedaży od grupy OPK
- wartość narzutu grupy kosztów sprzedaży od wybranego OPK
- wartość narzutu grupy kosztów wytworzenia od grupy OPK
- wartość narzutu grupy kosztów wytworzenia od wybranego OPK
- wartość narzutu grupy kosztów zarządu od grupy OPK
- wartość narzutu grupy kosztów zarządu od wybranego OPK
- obroty WN, MA, Saldo, per saldo kont mających w swojej budowie symbol OPK
- wartość narzutu świadczeń wg ceny wewnętrznej:
 - wszystkich świadczeń
 - od grupy OPK
 - wybranego OPK
- wartość narzutu świadczeń wg kosztu normatywnego:
 - wszystkich świadczeń
 - od grupy OPK
 - wybranego OPK
- możliwość przypisania wielu funkcji liczących do tej samej pozycji z określeniem operacji arytmetycznej między funkcjami (dodawanie, odejmowanie, mnożenie, dzielenie) w zakresie wykonania

Oddział – Żywnienie

- Możliwość tworzenia jadłospisów na wskazany dzień.
- Możliwość określenia kilkunastu różnych diet w jednym jadłospisie.
- Możliwość zdefiniowania, co najmniej następujących posiłków dla każdej diety:
- śniadanie,
- drugie śniadanie,
- obiad,
- podwieczorek,
- kolacja,
- posiłek nocny
- Tworzenie meldunku z zamówieniem na posiłki dla pacjentów i pracowników z oddziałów. Liczba zamawianych posiłków w ramach diety może być różna.

Załącznik nr 1 do SWZ

- Ewidencja korekt meldunków z konfigurowanym ograniczeniem czasowym ich składania.
- Ewidencja zamówień specjalnych dla pracowników szpitala.
- Możliwość elektronicznego składania meldunków i ich korekt z jednostek zamawiających.
- Tworzenie meldunków w jednostkach zamawiających wykorzystuje dane z ruchu chorych.
- Możliwość drukowania jadłospisu dla każdej diety oddzielnie.
- Możliwość drukowania surowców (sumarycznie) potrzebnych do realizacji jadłospisu.
- Tworzenie zamówienia do magazynu żywności na produkty niezbędne do realizacji jadłospisu.
- Generowanie rozdzielnika kosztów żywienia w rozbiciu na jednostki zamawiające.
- Możliwość drukowania wartości składników odżywczych dla posiłków jadłospisu i dla diet w jadłospisie.
- Możliwość drukowania wyceny posiłków w jadłospisie w odniesieniu do stanów magazynowych na podstawie średniej ceny z ostatnich dostaw.
- Możliwość zestawienia niezbędnych surowców dla wskazanej diety w wybranym jadłospisie.
- Możliwość określania wartości składników odżywczych jadłospisu dla poszczególnych diet.
- Możliwość generowania zapotrzebowania dla surowców nie będących na aktualnym stanie magazynu.
- Możliwość usunięcia potrawy pozwalająca na zmianę ilości potraw przydzielonych do danego posiłku jadłospisie.
- Możliwość obliczania wartości odżywczej, zawartości witamin etc. w każdym z posiłków. „ %
- Możliwość wykorzystania systemu do rozliczania zewnątrz szpitalnej usługi cateringowej.

Punkt 9 - Oprogramowanie E-usługi

Moduł Portal Pacjenta

Funkcje ogólne.

- e-Usługi dostępne w ramach Portalu pacjenta to zestaw aplikacji, które umożliwiają interakcję z użytkownikiem (szczególnie pacjentem i lekarzem) metodą zdalną, między innymi za pośrednictwem Internetu.
- Wszystkie aplikacje wchodzące w skład Portalu pacjenta (Aplikacje) korzystają z tej samej bazy danych (w rozumieniu zbioru danych i modelu danych) co system centralny, ale łączą się bezpośrednio do tej bazy, a jedynie poprzez dodatkowy zabezpieczony interfejs komunikacji (np. WebServices).
- Aplikacje dostępne dla pacjentów w Internecie do komunikacji z systemem centralnym w intranecie placówki wykorzystują zabezpieczony kanał szyfrowanej komunikacji (podniesienie bezpieczeństwa danych), jak VPN i/lub HTTPS.
- Wszystkie aplikacje są zarządzane przez jeden moduł administracyjny dla całego systemu centralnego przynajmniej w zakresie zarządzania dokumentacją medyczną i grafikami dostępności.
- Portal umożliwia wskazanie lokalizacji poradni, np.: Google i prezentacji lokalizacji poradni pacjentowi (e-Mapy).
- Moduły e-Kolejka oczekujących, e-Komunikacja (w części dotyczącej wysyłania potwierdzeń SMS), e-Kontrahent. e-Dokumentacja dostępne są wyłącznie dla pacjentów posiadających konta stałe, zweryfikowane przez operatora na podstawie dokumentu tożsamości pacjenta wskazanego przez pacjenta podczas zakładania konta tymczasowego

e-Rejestracja

- Aplikacja ma umożliwić dokonywanie rezerwacji wizyt przez pacjenta metodą zdalną, za pośrednictwem Internetu.
- Indywidualne konto pacjenta na portalu pacjenta zakłada samodzielnie pacjent. Do założenia konta tymczasowego pacjent musi podać następujące dane: imię, nazwisko, PESEL (tylko w przypadku posiadania obywatelstwa polskiego), typ i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres e-mail. Pełny dostęp użytkownik otrzyma po wypełnieniu wniosku przez witrynę internetową lub na miejscu, w szpitalu. W przypadku wniosku wypełnianego przez witrynę internetową wymagany jest podpis elektroniczny lub profil zaufany. Po zaakceptowaniu wniosku pacjent otrzymuje kod aktywujący konto.
- Konto tymczasowe pozwala pacjentowi na przeglądanie grafików pracy poszczególnych lekarzy

Załącznik nr 1 do SWZ

oraz pozwala na rezerwację w danym czasie tylko jednego terminu wizyty,

- Pacjent korzystając z przygotowanej witryny internetowej może się zalogować, wybrać na podstawie różnych kryteriów interesującą go wizytę i zarezerwować ją.
- Informacja o dokonanej rezerwacji trafia do systemu centralnego, gdzie wizyty z e-Rejestracji można odróżnić od pozostałych. Jednocześnie moduł korzysta z definicji tych samych grafików co system centralny.
- Rejestracja przez Internet ma taki sam charakter i status jak rejestracja dokonana bezpośrednio w placówce medycznej,
- Funkcja pozwala pacjentowi na wyszukanie wolnych terminów wizyt wg kryteriów: lekarza lub poradni, daty wizyty oraz czasu jej trwania (od do). Do wyszukania najbliższej wolnej wizyty niezbędne jest podanie lekarza lub poradni.
- Po wybraniu jednego z głównych kryteriów (lekarza lub poradni) lista wyboru dla pozostałych kryteriów zawęża się (np. po wybraniu poradni pediatrycznej w polu lekarz mamy do wyboru jedynie lekarzy pediatrów).
- Po wprowadzeniu kryteriów wyszukiwania funkcja wyświetla listę wszystkich wolnych wizyt spełniających kryteria wraz z informacjami o typie wizyty (typy wizyt np.: prywatna, POZ, medycyna pracy, itp. są definiowane przez operatora w systemie centralnym).
- Portal udostępnia funkcję umożliwiającą pacjentowi przesłanie za jego pośrednictwem pliku zawierającego skierowanie,
- Po wybraniu terminu z listy funkcja udostępnia ekran, na którym ostatecznie pacjent potwierdza wszystkie dane. W przypadku wybrania wizyty prywatnej, pacjent dodatkowo potwierdza fakt przyjęcia do wiadomości, że usługa nie jest refundowana.
- Rejestracja za pośrednictwem portalu pacjenta może zostać ograniczona:
 - do wybranych poradni, lekarzy oraz gabinetów,
 - poprzez ustalenie liczby rezerwacji wprowadzanych przez pacjenta,
 - poprzez ustalenie liczby dni jakie muszą upłynąć pomiędzy kolejnymi rezerwacjami do tej samej poradni.
- Funkcja pozwala na zablokowanie możliwości rejestracji dla pacjenta z kontem tymczasowym.
- Funkcja pozwala na zablokowanie możliwości rejestracji za pośrednictwem portalu dla pacjenta pierwszorazowego w danej poradni.
- Funkcja pozwala na określenie procentowej puli grafika do wykorzystania przez e-Rejestrację.
- Funkcja pozwala na blokadę rezerwacji dla pacjenta, który nie zjawił się na 3 kolejnych potwierdzonych wizytach.
- Wszyscy pacjenci mogą korzystać z tej samej puli dostępnych terminów z uwzględnieniem definiowanego przez operatora procentowego podziału puli grafika na rejestrację za pośrednictwem portalu oraz rejestracji w placówce medycznej
- System powinien umożliwić potwierdzenie rezerwacji dokonanych na X i więcej dni przed planowanym terminem, gdzie X jest liczbą definiowaną przez administratora
- Funkcja umożliwia określenie terminu (w dniach), w którym do pacjenta zostanie wysłane przypomnienie o wizycie.

Moduł e-Kolejka oczekujących

- Funkcja umożliwia pacjentowi śledzenie statusu w kolejce oczekujących zdefiniowanej w oddziale, poradni, pracowni (e- Kolejka).
- Za pośrednictwem Portalu pacjent powinien mieć wgląd do informacji o wszystkich zaplanowanych i odbytych wizytach.

Moduł e-Komunikacja.

- Aplikacja pozwala na zdefiniowanie automatycznych lub tworzonych na miejscu, przez pracownika szpitala powiadomień pacjenta o zbliżających się terminach wizyt oraz innych zdarzeniach medycznych (np. termin badania, wizyty, informacje o badaniach profilaktycznych) za pomocą 3 kanałów komunikacji: SMS, e-mail, wiadomości systemowe dostępne po zalogowaniu do Portalu pacjenta.
- Funkcja pozwala na konfigurację formatu treści wiadomości do wysyłki, a w tym użycie parametrów: imię i nazwisko pacjenta, numer pacjenta, data wizyty (dd-mm-yyyy), dzień wizyty

Załącznik nr 1 do SWZ

- (dd), miesiąc wizyty (numer w formacie mm lub słownie), rok wizyty (yyyy), godzina wizyty (HH:mm), nazwa krótka usługi.
- Funkcja pozwala na definiowanie niezależnych szablonów wiadomości dla każdego typu usług /porad, z określeniem szablonu domyślnego.
 - Funkcja pozwala na generowanie wiadomości tylko dla tych pacjentów, którzy wyrazili zgodę na ich otrzymywanie. Pacjent, za pośrednictwem portalu, ma możliwość zarządzania zgodami (na wysyłanie wiadomości poprzez e-mail lub SMS).
 - Funkcja zapisuje w bazie danych systemu wszystkie wysłane wiadomości wraz z datą ich wygenerowania. Wiadomości te są powiązane z wizytą, usługą pacjentem oraz wykorzystanym szablonem wiadomości.
 - Funkcja posiada mechanizm kontroli przed ponowną wysyłką tego samego komunikatu.
 - Funkcja pozwala na określenie godziny oraz cykli w dniach, w jakich pakiety wiadomości będą generowane do wysyłki.
 - Funkcja pozwala na generowanie wiadomości tylko do tych pacjentów, którzy posiadają uzupełniony w systemie numer telefonu komórkowego.
 - Funkcja pozwala na określanie indywidualnie dla każdego pacjenta preferowanych kanałów komunikacyjnych w przypadku powiadomień o wizytach, badaniach, zbliżającym się terminie przyjęcia do placówki wg kolejki oczekujących, informacjach o badaniach profilaktycznych.

Moduł e-Kontrahent.

- Moduł przeznaczony jest do wykorzystania przez personel jednostek współpracujących z Zamawiającym.
- Funkcja pozwala na zakładanie kont dla personelu kontrahenta (dane osobowe) oraz określanie przynależności do danego kontrahenta.
- Funkcja pozwala na określanie pacjentów związanych z danym kontrahentem.
- Pracownik kontrahenta po zalogowaniu do portalu ma możliwość przegląd listy usług realizowanych przez Zamawiającego na rzecz kontrahenta wraz z harmonogramami realizacji usług.
- Pracownik kontrahenta ma możliwość zlecania realizacji, anulowanie zleceń lub zmiany terminu zaplanowanej usługi medycznej.
- Funkcja pozwala na przeglądanie zleceń na usługi medycznych z wyróżnieniem stanu zlecenia (planowane, zrealizowane, anulowane).
- Funkcja pozwala na wydruk raportu prezentującego liczby zrealizowanych usług w określonym czasie.

Moduł e-Dokumentacja.

- Aplikacja pozwala zarejestrowanemu użytkownikowi na przeglądanie kart wypisowych oraz innych udostępnionych pacjentowi dokumentów za pośrednictwem Internetu. Portal obsługuje wyłącznie dokumentację podpisaną podpisem elektronicznym
- Po zalogowaniu pacjent może wybrać na podstawie różnych kryteriów (lekarz, jednostka wykonująca) interesujące go dokumenty, odczytać je oraz wydrukować.
- Funkcja pozwala na ustalenie okresu, z którego dokumentacja będzie możliwa do przeglądania za pośrednictwem portalu.