

Załącznik nr 2 do SIWZ/Załącznik nr 2 do umowy

| |
|--|
| <p>Funkcjonalność WEB dla posiadanego systemu informatycznego w zakresie Ruchu Chorych, Lecznictwa otwartego, Apteki, Apteczek, Rozliczeń oraz Administratora (zakres licencji zgodny z obecnie posiadanymi licencjami i podany przy opisie poszczególnych modułów systemu)</p> |
| <p>Wymagania ogólne:</p> |
| <p>System ma umożliwić obsługę danych pacjenta w zakresie co najmniej takim jak funkcjonujący w szpitalu system informatyczny.</p> |
| <p>Dostęp do danych zgromadzonych w systemie za pomocą przeglądarki internetowej Internet Explorer, Mozilla Firefox, Opera, Google Chrome, bez potrzeby instalacji dodatkowego oprogramowania. Obsługiwane muszą być co najmniej najnowsze wersje przeglądarek. Dostęp poprzez protokół HTTPS.</p> |
| <p>Udostępniona funkcjonalność musi mieć dostęp do wszystkich danych zawartych w bazie szpitalnego systemu informatycznego InfoMedica produkcji Asseco S.A. w zakresie części medycznej (baza szpitalna) w zakresie odczytu, edycji i usuwania danych (integracja).</p> |
| <p>Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy powyższej funkcjonalności.</p> |
| <p>System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów</p> |
| <p>System działa w architekturze trójwarstwowej</p> |
| <p>System pracuje co najmniej w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników (preferowane środowisko MS Windows XP/Vista/7)</p> |
| <p>Wszystkie moduły systemu działają w oparciu o jeden motor bazy danych</p> |
| <p>System, co najmniej w zakresie aplikacji RCH, Apteki centralnej, Apteczki oddziałowej, Lecznictwa 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.</p> |
| <p>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</p> |
| <p>W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych).</p> |
| <p>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).</p> |
| <p>System jest wykonany w technologii klient-serwer, dane są przechowywane w modelu relacyjnym baz danych z wykorzystaniem aktywnego serwera baz danych.</p> |
| <p>Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej i nie wymaga instalowania żadnego oprogramowania na stacjach klienckich.</p> |
| <p>System musi umożliwić pracę z poziomu najbardziej popularnych przeglądarek, co najmniej MS Internet Explorer i Mozilla Firefox.</p> |
| <p>System w części medycznej musi umożliwić pracę na tabletach medycznych lub komputerach wyposażonych w monitory dotykowe. Pełna funkcjonalność modułów powinna być dostępna na komputerach tego typu.</p> |
| <p>System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej na której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowywania się z systemu</p> |

| |
|---|
| System zarządzania użytkownikami musi być wspólny dla wszystkich systemów, w szczególności dla modułu RCH, Apteka, Apteczki oddziałowe, Rozliczenia z NFZ i modułów leczenia otwartego |
| 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 muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej). |
| Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu. System 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 powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom do jednostek organizacyjnych w których pracują, np. lekarz pracujący na izbie przyjęć i oddziale I powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów izby przyjęć i tego jednego oddziału. |
| 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 |
| Wyróżnienie pól: - których wypełnienie jest wymagane, - przeznaczonych do edycji, - wypełnionych niepoprawnie |
| System musi umożliwiać obsługę kodów 2D |
| System umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonych czynności bez utraty danych, kontekstu itp. |
| Wszystkie błędy niewypełnienia pól obligatoryjnych oraz błędnego wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły. |
| System powinien umożliwić obsługę procesów biznesowych realizowanych w szpitalu tzn powinien - pokazywać tylko to, co w danym momencie jest najważniejsze, - udostępniać tylko te zadania, które na danym etapie powinny zostać wykonane, - umożliwić wprowadzenie tylko tych danych, które są niezbędne, - podpowiadać kolejne kroki procesu. |

| |
|---|
| System powinien automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanim czasie braku aktywności |
| Co najmniej w części medycznej 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 |
| Dostarczone oprogramowanie musi zagwarantować pełną integrację z systemem finansowo-księgowym działającym u Zamawiającego. Przekazywanie danych musi odbywać się automatycznie i na bieżąco bez konieczności wykonywania dodatkowych operacji przez użytkownika lub administratora |
| System powinien zawierać wbudowany komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami. |
| W każdym oknie, gdzie możliwa jest edycja powinien znajdować się klawisz <cofnij> lub <anuluj> powodujący powrót do poprzedniego okna bez zapisu danych |
| Musi istnieć możliwość obsługi aplikacji wyłącznie przy użyciu klawiatury, bez konieczności używania myszki |
| System powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki, kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu. |
| W każdym polu edycyjnym (opisowym) tj np. treść wywiadu powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu do zewnętrznego pliku przygotowanego tekstu oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej. |
| Administrator – licencja typu OPEN |
| Tworzenie, modyfikowanie kont użytkowników, grup użytkowników. Definiowanie, aktualizowanie elementów systemu (w tym słowniki, badania, personel itd.) celem udostępnienia ich poszczególnym modułom funkcjonalnym systemu. Wykonywanie czynności administracyjnych niezbędnych dla prawidłowego działania systemu. Wgląd w logi systemu. |
| Szpital – Ruch Chorych – licencja typu OPEN |
| Obsługa Izby Przyjęć: |
| ✓ obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla innych modułów medycznych tj: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna: |
| - wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, |
| - rejestracja i modyfikacja danych pacjentów, |
| - rejestracja danych pacjenta z Unii Europejskiej, |
| - rejestracja danych pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
| ✓ System przechowuje 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 |
| ✓ przegląd danych archiwalnych pacjenta: |
| - w zakresie danych osobowych, |
| - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| ✓ rejestracja przyjęcia pacjenta w Izbie Przyjęć: |
| - wprowadzenie danych o rozpoznaniu, z wykorzystaniem słownika ICD10 |
| - wprowadzenie danych ze skierowania, |

| |
|---|
| - wprowadzenie danych płatnika. |
| ✓ Wprowadzenie informacji o dokumentach uprawniających do uzyskania świadczeń |
| ✓ ewidencja elementów pobytu w Izbie Przyjęć: |
| - wywiad wstępny z możliwością użycia słownika tekstów standardowych, |
| - wykonane pacjentowi elementy leczenia: |
| - procedury, |
| - leki, |
| - konsultacje. |
| ✓ Rejestracja informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta |
| ✓ rejestracja opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów: |
| - skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział (ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby, itp.), |
| - przeniesienie pacjenta na inną Izbę Przyjęć, |
| - odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala – wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
| - zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących, |
| - zgon pacjenta na Izbie Przyjęć . |
| ✓ autoryzacja danych Izby Przyjęć, |
| ✓ ewidencja danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ |
| ✓ wypełnianie i wydruk dokumentów Izby Przyjęć: |
| - Karta Wypisowa, |
| - Historia choroby – pierwsza strona |
| - Karta Odmowy. |
| ✓ Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów medycznych |
| ✓ obsługa Ksiąg: |
| - Księga Główna, |
| - Księgi Izby Przyjęć, |
| - Księga Oczekujących, |
| - Odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
| - Zgonów. |
| ✓ integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie: |
| - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa) |
| - wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu, |
| ✓ projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, |
| ✓ wbudowane raporty standardowe: |
| - Ruch chorych Izby Przyjęć – osobowy, |
| - Ruch chorych Izby Przyjęć – sumaryczny. |
| ✓ definiowanie własnych wykazów. |

| |
|--|
| Obsługa Oddziału: |
| ✓ obsługa listy pacjentów Oddziału: |
| - wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, |
| - modyfikacja danych pacjentów z listy oddziałowej, |
| ✓ przegląd danych archiwalnych pacjenta: |
| - w zakresie danych osobowych, |
| - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych, |
| ✓ odmowa lub anulowanie przyjęcia na Oddział – wycofanie danych pacjenta na Izbę Przyjęć, |
| ✓ zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących Oddziału, |
| ✓ rejestracja przyjęcia pacjenta na Oddziale: |
| - nadanie numeru Księgi Oddziałowej – automatycznego lub przez użytkownika, |
| - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego, |
| - możliwość modyfikacji danych płatnika, |
| - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, |
| - wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badań laboratoryjnych, itp. |
| ✓ ewidencja elementów pobytu pacjenta na Oddziale: |
| - wywiad wstępny z możliwością użycia słownika tekstów standardowych, |
| - rozpoznania: wstępne, końcowe, przyczyna zgonu, |
| ✓ wykonane pacjentowi elementy leczenia (zlecenia): |
| - procedury, w tym zabiegi, |
| - badania diagnostyczne, |
| - leki, |
| - konsultacje, |
| - diety, |
| ✓ ewidencja diagnoz pielęgniarskich: |
| - wprowadzanie diagnozy |
| - realizacja procedur |
| - plan realizacji |
| - wydruk indywidualnej karty procesu pielęgnacji |
| ✓ możliwość wydruku raportu z dyżuru lekarskiego na podstawie wprowadzonych obserwacji |
| ✓ ewidencja przepustek, |
| ✓ rejestracja opuszczenia Oddziału przez pacjenta w jednym z trybów: |
| - przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. |
| - przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału), |
| - wypis pacjenta ze Szpitala, |

| |
|--|
| - zgon pacjenta na Oddziale, |
| ✓ odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp., |
| ✓ autoryzacja danych oddziałowych, |
| ✓ ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem, w tym rozliczanie kart TISS28, |
| ✓ prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na: |
| - dane przyjęciowe, |
| - wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), |
| - przebieg choroby, |
| - epikryza (możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych). |
| ✓ wydruki dokumentów wewnętrznych Oddziału, w tym: |
| - Karta Wypisowa, |
| - Karta Informacyjna. |
| ✓ wydruki dokumentów zewnętrznych Oddziału, w tym: |
| - Karta Statystyczna, |
| - Karta Leczenia Psychiatrycznego, |
| - Karta Zakażenia Szpitalnego, |
| - Karta Nowotworowa, |
| - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, |
| - Karta Zgonu, |
| - Karta TISS28. |
| ✓ Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów |
| ✓ obsługa Ksiąg: |
| - Księga Główna, |
| - Oddziałowa, |
| - Oczekujących, |
| - Zgonów, |
| - Noworodków, |
| - Zabiegów. |
| ✓ możliwość definiowania własnych szablonów wydruków, |
| ✓ wbudowane raporty standardowe: |
| - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dziennie, tygodniowe, za dowolny okres) |
| - ilość osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
| - obłożenie łóżek na dany moment |
| - diety podane pacjentom oddziału. |
| ✓ możliwość definiowania własnych wykazów |
| ✓ możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej |

| |
|---|
| ✓ integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie: |
| - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa), |
| - wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna). |
| Obsługa statystyki: |
| ✓ obsługa skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna): |
| ✓ wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, |
| ✓ rejestracja i modyfikacja danych pacjentów, |
| ✓ przegląd danych archiwalnych pacjenta: |
| - w zakresie danych osobowych, |
| - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| ✓ potwierdzenia wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji, |
| ✓ wbudowane wydruki zewnętrzne: |
| - Karta Statystyczna, |
| - Karta Leczenia Psychiatrycznego, |
| - Karta Zgonu, |
| ✓ obsługa Ksiąg: |
| - Księga Główna, |
| - Księga Odmów, |
| - Księga Zgonów, |
| - Księga Noworodków, |
| ✓ możliwość definiowania własnych szablonów wydruków, |
| ✓ wbudowane raporty standardowe: |
| - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
| - ilość osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
| - obłożenie łóżek na dany moment |
| - diety podane pacjentom oddziału. |
| ✓ możliwość definiowania własnych wykazów |
| ✓ możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej |
| ✓ wbudowane raporty standardowe: |
| - statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni), |
| - z obłożenia łóżek, |
| - zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe) |
| ✓ możliwość definiowania własnych wykazów. |

| |
|---|
| ✓ elektroniczna komunikacja z instytucjami nadrzędnymi, w tym: |
| - Oddziały NFZ, |
| - Centrum Zdrowia Publicznego, |
| - PZH. |
| ✓ eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia. |
| Zlecenia – licencja typu OPEN |
| ✓ planowanie i zlecenie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |
| ✓ planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji przekazywanych z jednostek Zamawiającego, w tym: |
| - z Oddziału do Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium |
| ✓ zlecenie wielu różnych badań w jednym miejscu, opatrzonym wspólnym nagłówkiem i komentarzem |
| ✓ indywidualna karta zleceń podań leków |
| ✓ możliwość definiowania zleceń złożonych: |
| - kompleksowych, |
| - panelowych, |
| - cyklicznych. |
| ✓ możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (wpisanie oraz potwierdzenia), |
| ✓ przegląd zleceń według ustalonych przez użytkownika kryteriów: |
| - dla pacjenta, |
| - typu zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku), |
| - okresu. |
| ✓ wydruki zleceń, w tym: |
| - dzienne zestawienie leków dla pacjenta, |
| - dzienne zestawienie badań do wykonania. |
| ✓ możliwość wydruku wszystkich wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobyków w szpitalu, |
| ✓ przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku, |
| ✓ możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzonym zleceniem. |
| ✓ Możliwość przeglądania wyników liczbowych w postaci graficznej (badanie trendu) |
| Punkt Pobrań – licencja na 8 stacji roboczych |
| Obsługa zleceń na badania laboratoryjne, pobieranie materiału, kodowanie próbek |
| Przekazywanie zleceń do jednostek wykonujących |
| Zakażenia szpitalne – licencja na 1 stację roboczą, przy czym tworzenie dokumentów zasilających moduł w ramach Ruchu Chorych – licencja typu OPEN |
| Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności: |
| prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego, |

| |
|---|
| wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego, |
| prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
| prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną, |
| prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklucia obwodowe, wklucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje), |
| prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych, |
| wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych, |
| prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych , |
| wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych, |
| raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, |
| analizy ilościowe zakażeń zakładowych, |
| analizy kosztów podań antybiotyków i badań mikrobiologicznych związanych z zakażeniami zakładowymi, |
| Współpraca z systemem RCH oraz Laboratorium w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej: |
| - monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku powyżej 3 dni |
| - monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w |

| |
|--|
| przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym |
| - szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-patogenów |
| Apteka – Licencja na 2 stacje robocze |
| 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 definiowania własnych dokumentów (np. Rozchód Darów, Przyjęcie bezpłatnych próbek itp.), |
| - możliwość automatycznego numerowania dokumentów wg definiowanego wzorca. |
| ✓ sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane automatycznie, na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych, |
| ✓ dostawa środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki: |
| - dostawa od dostawców, z możliwością wprowadzania ich drogą elektroniczną (możliwość rejestrowania również dostaw nie fakturowanych), |
| - sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych, |
| - sporządzanie roztworów spirytusowych, |
| - import docelowy zakładowy i indywidualny, |
| - zwrot z oddziałów z automatyczną aktualizacją stanów apteczki oddziałowej, |
| - dary, |
| - korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. |
| ✓ wydawanie środków farmaceutycznych z apteki: |
| - wydawanie na oddziały za pomocą dokumentów RW lub MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową), |
| - 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 wydanych leków. |
| ✓ 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, |
| - odnotowanie wstrzymania lub wycofania leku z obrotu, |
| - kontrola dat ważności oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych. |
| ✓ przegląd stanów magazynowych bieżących oraz na wybrany dzień. |
| czynności analityczno-sprawozdawcze: |
| ✓ raporty i zestawienia: |
| - na podstawie rozchodów, |
| - na podstawie przychodów, |
| - na podstawie obrotów. |
| ✓ możliwość wydruku do XLS |
| ✓ generator raportów (możliwość definiowania własnych zestawień) . |
| wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych: |
| ✓ przechowywanie informacji o leku, |
| ✓ mechanizm „stop-order”, |
| ✓ 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 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 elastycznego 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. |
| Apteczka oddziałowa – licencja na 9 stacji roboczych |
| generowanie zamówień do apteki głównej, |
| obsługa magazynu apteczki oddziałowej: |
| ✓ wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej: |
| - wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, |

| |
|---|
| Przychodnia), |
| - zwrot do 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, |
| - bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego. |
| Obsługa kontraktowania – licencja typu OPEN |
| Zarządzanie umowami NFZ |
| ✓ Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX, |
| ✓ Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy, |
| - Okres obowiązywania umowy, |
| - Pozycje planu umowy, |
| - Miejsca realizacji świadczeń |
| - Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe, |
| - Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń, świadczeń jednostkowych, pakietów świadczeń, schematów leczenia itd.) |
| - Parametry pozycji pakietów świadczeń |
| ✓ Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w paradniach bez konieczności importu i kopiowania danych |
| ✓ Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wyczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice |
| - Różnica w cenie świadczenia, |
| - Różnica w wadze efektywnej świadczenia, |
| - Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego, |
| ✓ Definiowanie dodatkowych walidacji |
| - Liczba realizacji świadczeń w okresie, |
| - Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie, |
| Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń |
| ✓ Ubezpieczonym, |
| ✓ Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń, |
| ✓ Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza |
| ✓ Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, |
| ✓ Uprawnionym na podstawie Karty Polaka |
| ✓ Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia |
| Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących |
| ✓ Numeru umowy, |
| ✓ Zakresu świadczeń, |
| ✓ Wyróżnika |
| ✓ Świadczenia jednostkowego, |

| |
|---|
| Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną |
| Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych |
| Sprawozdawczość z do oddziałów NFZ w zakresie komunikacji przez pocztę elektroniczną 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 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) |
| Oznaczanie świadczeń do rozliczenia dla modelu rozliczeń obowiązującego dla umów do końca 2010 roku |
| Generowanie i eksport komunikatu fazy II (komunikat RRSWI) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika dla modelu rozliczeń obowiązującego dla umów do końca 2010 roku |
| Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie II fazy (komunikat P_RSW) dla modelu rozliczeń obowiązującego dla umów do końca 2010 roku |
| Import danych z pliku z szablonami rachunków (komuniakt R_UMX) |
| Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ |
| ✓ Eksport komuniaktu DEKL – informacje o deklaracjach |
| ✓ Eksport komuniaktu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ |
| Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ |
| ✓ Import komuniaktu P_DEK – potwierdzenia danych dla przesłanych deklaracji |
| ✓ Import komuniaktu Z_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji |
| ✓ Import komuniaktu Z_RDP – rozliczenia deklaracji |
| Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących |
| ✓ Eksport komuniaktu LIOCZ – informacje o stystystykach kolejek oczekujących |
| ✓ Eksport komuniaktu KOL – informacje o oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne |
| Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących |

| |
|--|
| ✓ Import komunikatu P_LIO – potwierdzenie statystyk przekazanych w komuniakcie 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, |
| - Numeru szablonu |
| - Uprawnienia pacjenta do świadczeń |
| ✓ Zestawienie z realizacją planu umowy, |
| ✓ Zestawienie wykonań w okresie, |
| ✓ Zestawienie wykonań przyrostowo, |
| ✓ Zestawienie wykonań według miejsc realizacji |
| ✓ Sprawozdanie rzeczowe |
| Eksport danych do popularnych formatów (XLS, TXT, CSV, HTML) |
| Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ |
| ✓ Sprawozdanie finansowe, |
| ✓ Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, |
| ✓ Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE), |
| ✓ Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza), |
| ✓ Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy |
| ✓ Załącznik nr 4 do umowy - chemioterapia |
| ✓ Załącznik nr 4 do umowy – programy terapeutyczne |
| ✓ Załączniki do umów POZ |
| 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 komuniaktu FZX |
| ✓ Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ) |
| ✓ Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych |
| ✓ Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ |
| Integracja z innymi modułami systemu |
| ✓ ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni |
| ✓ ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module Apteka |
| ✓ eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego |
| ✓ przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP |
| Jednorodne Grupy Pacjentów - Licencja typu OPEN |

| |
|--|
| Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji (w tym hospitalizacji na oddziale rehabilitacji neurologicznej) oraz wizyt w lecznictwie ambulatoryjnym za pomocą wbudowanego grupera JGP |
| Import komunikatów XML publikowanych przez NFZ a niezbędnych z punktu widzenia prawidłowego działania grupera JGP |
| ✓ Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9), |
| Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji |
| ✓ Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ |
| ✓ Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna |
| ✓ Wyznaczanie JGP bez ryzyka odrzucenia rozliczenia ze względu na konflikt z wcześniej wykonanymi świadczeniami - walidacje wprowadzanych świadczeń pod kątem tzw. macierzy sumowań |
| ✓ Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ |
| ✓ Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP |
| Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością automatycznej aktualizacji JGP na poprawną |
| ✓ Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować |
| - Różnice w zaewidencjonowanych wersjach grupera, |
| - 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 przełączenia JGP do pobytu na innym oddziale |
| ✓ Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów |
| - Data zakończenia hospitalizacji, |
| - Wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP |
| - Kod JGP, |
| - Rozpoznanie główne |
| - Kod procedury medycznej, |
| - Status rozliczenia |
| ✓ Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych |
| Wsteczna weryfikacja z możliwością automatycznej aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP |
| Możliwość wykonywania symulacji wyznaczenia JGP (funkcjonalność Symulatora JGP) |
| Symulator JGP – licencja typu OPEN |

| |
|---|
| Symulator dostępny w systemie |
| Wstępne zasilenie symulatora danymi z wybranej hospitalizacji |
| Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczone JGP |
| ✓ Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć), |
| ✓ Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji, |
| ✓ Dodanie lub usunięcie pobytu |
| ✓ Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania)) |
| ✓ Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP |
| Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP |
| ✓ Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji, |
| ✓ Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie, |
| Wskazywanie JGP z podziałem na |
| ✓ JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru, |
| ✓ JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków, |
| ✓ JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy, |
| ✓ Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia) |
| W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków |
| Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP |
| ✓ Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji, |
| ✓ Parametry związane z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą) , |
| ✓ Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja), |
| ✓ Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie , |
| ✓ Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta |
| Kolejki Oczekujących - licencja typu OPEN |
| 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 |
| 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 automatycznej 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 LIO CZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących |
| ✓ Komunikat KOL – komunikat o kolejkach oczekujących do świadczeń wysokospecjalistycznych |
| Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących |
| Wydruk listy oczekujących z uwzględnieniem poniższych kryteriów |
| - Rodzaj kolejki (do komórki organizacyjnej, do procedury medycznej/świadczenia wysokospecjalistycznego) |
| - Kod kolejki |
| - Stan wpisu w kolejce (aktywne, wykreślone, zakończone realizacją) |
| - Kategoria medyczna (pilny, stabilny) |
| - Data wpisu (od .. do ..) |
| - Data planowanej realizacji (od .. do ..) |
| - Data skreślenia z kolejki (od .. do ..) |
| Lecznictwo otwarte – Przychodnia (Rejestracja, Gabinet lekarski, Pracownia diagnostyczna i Gabinet zabiegowy, Statystyka leczenia otwartego) – licencja typu OPEN |
| Rejestracja |
| definiowanie dostępności usług placówki medycznej Zamawiającego: |
| ✓ wprowadzanie cenników: |
| - określanie dat obowiązywania cennika, |
| - określanie zakresu usług dla cennika, |
| - określanie cen usług, |
| - możliwość określenia cen widełkowych dla usługi, |
| - możliwość powiązania cennika z kategorią osobową wykonującego, |
| - określenie sposobu płatności (zezwoleń na płatność „z dołu”), |
| - możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi. |
| ✓ określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki): |
| - definiowanie szablonu pracy zasobu typu gabinet : |
| - określenie dni tygodnia, |
| - określenie czasu pracy gabinetu, |
| - określenie zakresu usług realizowanych w gabinecie |
| - określanie ograniczeń grafika dla instytucji kierującej (płatnika), jednostki zlecającej Zamawiającego (Oddziału/Izby Przyjęć), ilości wykonywanych usług |
| - definiowanie szablonu pracy zasobu typu lekarz: |
| - określenie dni tygodnia, |
| - określenie czasu pracy, |
| - określenie zakresu usług realizowanych przez lekarza w ramach umów, |
| - określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania). |

| |
|--|
| - generacja grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu, |
| - blokada grafików (urlopy, remonty). |
| obsługa skorowidza pacjentów |
| ✓ możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta |
| planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta: |
| ✓ wyszukiwanie wolnych terminów jednoczesnej dostępności wymaganych zasobów: |
| - różne kryteria wyszukiwania |
| - rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”. |
| - prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10 do 12 |
| - 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 |
| ✓ przegląd rezerwacji |
| rejestracja pacjenta do wykonania usługi: |
| ✓ weryfikacja uprawnień z tytułu umów zarejestrowanych w module Sprzedaż usług medycznych: |
| - przegląd udostępnionych danych umowy, |
| - informacje o powodzie niedostępności usługi i ograniczeniach dostępności, |
| - informacje o dostępności usług poza strukturami jednostki (podwykonawcy). |
| ✓ określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji. |
| ✓ zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania, |
| ✓ możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, |
| obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami, |
| obsługa wyników: |
| ✓ odnotowanie wydania wyniku, |
| ✓ wpisywanie wyników zewnętrznych. |
| obsługa Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP): |
| ✓ prowadzenie kont rozrachunkowych pacjentów z tytułu usług medycznych, |
| ✓ wystawienie faktur i faktur korygujących, |
| ✓ możliwość skojarzenia faktury ze schematem księgowania w module Finanse – Księgowość, |
| ✓ eksport faktury do modułu Rejestr Sprzedaży, |
| ✓ przyjęcie płatności (gotówka, karta płatnicza, środki pacjenta na IKP), |
| ✓ wypłata gotówki z tytułu nadpłat i korekt. |
| obsługa stanowiska kasowego: |
| ✓ obsługa operacji kasowych dla pacjentów (IKP), |
| ✓ obsługa operacji kasowych dla kontrahentów (dostęp do kartoteki kontrahentów modułu Finanse - Księgowość), |
| obsługa operacji kasowych dla pracowników (dostęp do kartoteki pracowników modułu Finanse – Księgowość), |
| ✓ prowadzenie raportu kasowego, |
| ✓ możliwość skojarzenia z każdym typem operacji kasowej schematu księgowania w module Finanse-Księgowość, |
| wprowadzanie umowy indywidualnej (polis) na świadczenie usług medycznych wg szablonu. |

| |
|--|
| raporty i wykazy Rejestracji. |
| Gabinet lekarski |
| dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu |
| rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie) |
| wspomaganie obsługi pacjenta w gabinecie: |
| ✓ 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. |
| - wykluczenia (rozpoznania ograniczające uprawnienia z umowy), |
| ✓ możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty (w zależności od kategorii medycznej wizyty), |
| ✓ możliwość zdefiniowania punktów w menu dedykowanych dla gabinetu |
| ✓ możliwość zdefiniowania wzorców dokumentów dedykowanych dla gabinetu |
| ✓ przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach: |
| - wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), |
| - opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), |
| - informacje ze skierowania, |
| - skierowania, zlecenia, |
| - planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty, |
| - możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, |
| - usługi, świadczenia w ramach wizyty, |
| - rozpoznanie (główne, dodatkowe), |
| - zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie), |
| - leki przepisane wg słownika leków, recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept), |
| - wystawione skierowania, |
| - leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową), |
| - zlecenia szczepień: |
| - możliwość oznaczenia leku jako szczepionki: |
| - możliwość wpisania danych charakteryzujących szczepienie, |
| - automatyczny wpis do karty szczepień. |
| - wykonane podczas wizyty procedury drobne, nie mające wpływu na rozliczenie pacjenta |
| - inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty). |
| ✓ możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt |
| ✓ możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników). |
| ✓ możliwość wykonywania usług dodatkowych podczas wizyty: |
| - weryfikacja uprawnień pacjenta, |
| - obsługa Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP) jak w recepcji, |

| |
|--|
| - obsługa stanowiska kasowego (jak w Rejestracji/Recepcji). |
| obsługa zakończenia wizyty: |
| ✓ autoryzacja medyczna wizyty, |
| ✓ automatyczne tworzenie karty wizyty. |
| ✓ kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń. |
| ✓ wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług |
| automatyczna generacja i przegląd Księgi Gabinetu |
| raporty i wykazy Gabinetu |
| Statystyka leczenia otwartego |
| obsługa statystyki rozliczeniowej i medycznej |
| ✓ automatyczna generacja Księgi Przychodni, |
| ✓ dostęp do wszystkich ksiąg placówki Zamawiającego |
| ✓ raporty i wykazy statystyczne |
| Pracownia diagnostyczna, gabinet zabiegowy |
| dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni |
| 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 punktów w menu dedykowanych dla pracowni |
| ✓ 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 drobne (nie będące usługami), |
| - inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty). |
| ✓ możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt |
| ✓ możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników). |
| ✓ możliwość wykonywania usług dodatkowych podczas wizyty: |
| - weryfikacja uprawnień pacjenta, |
| - obsługa Indywidualnego Konta Pacjenta (IKP) jak w recepcji, |
| - obsługa stanowiska kasowego (jak w Rejestracji/Recepcji). |

| |
|--|
| obsługa zakończenia wizyty: |
| ✓ autoryzacja medyczna wizyty, |
| ✓ automatyczne tworzenie karty wizyty. |
| ✓ kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń. |
| ✓ 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, |
| ✓ autoryzacja wyników badań diagnostycznych |
| Wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się Szpital |
| System powinien umożliwiać powtórny wydruk dokumentu już wydrukowanego. |
| raporty i wykazy Pracowni |
| automatyczne generowanie Księgi Pracowni |

| |
|--|
| Funkcjonalność MOBILNA dla posiadanego systemu informatycznego w zakresie Ruchu Chorych, Lecznictwa otwartego – licencja typu OPEN |
| Funkcjonalność uruchamiana na tabletach za pomocą przeglądarki dostępnej w systemie operacyjnym tabletu optymalizowana na urządzenia mobilne zarówno pod względem wydajności, wielkości ekranu, oraz specyfiki planowanego wykorzystania (przy łóżku pacjenta). |
| Wyszukiwanie pacjenta po kodzie kreskowym |
| Przegląd wyników badań laboratoryjnych |
| Przegląd wyników badań diagnostycznych |
| Zlecenie leków |
| Zlecenia badań laboratoryjnych |
| Zlecenie badań diagnostycznych |
| Przegląd statystyki pacjentów oddziału |
| Udostępniona funkcjonalność musi mieć dostęp do wszystkich danych zawartych w bazie szpitalnego systemu informatycznego InfoMedica produkcji Asseco S.A. w zakresie części medycznej (baza szpitalna) w zakresie odczytu, edycji i usuwania danych (integracja). |
| Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy powyższej funkcjonalności. |

| |
|---|
| Funkcjonalność Dokumentacji Medycznej (formularze) dla posiadanego systemu informatycznego w zakresie Ruchu Chorych, Lecznictwa otwartego (licencja typu OPEN) |
| 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 okres czasu, |
| Generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta |
| Generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju |
| Generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta |
| Generowanie raportów z diagnoz pielęgniarskich |
| Elastyczne dopasowanie systemu do potrzeb Zamawiającego w zakresie dokumentowania procesu leczenia: |
| - definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie, |
| - wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.), |
| - histogramy, |
| - możliwość kojarzenia formularzy ze zleceniami, |
| - rejestrowanie danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.), |
| - dostęp do danych dla potrzeb analityczno-sprawozdawczych. |
| System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w |

| |
|---|
| archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej. |
| Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca |
| Przed wydrukowaniem dokumentu wygenerowanego wcześniej system powinien informować, że nastąpiły zmiany w danych i zaleca się utworzenie nowej wersji dokumentu. |
| Musi istnieć możliwość zdefiniowania drukarki dla każdego rodzaju dokumentu tak aby dokument mógł być drukowany na odpowiedniej dla niego drukarce |
| Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami. |
| Pełna integracja na poziomie bazy danych i modułów aplikacyjnych z funkcjonującym w szpitalu systemem informatycznym InfoMedica produkcji Asseco S.A. |
| Udostępniona funkcjonalność musi mieć dostęp do wszystkich danych zawartych w bazie szpitalnego systemu informatycznego InfoMedica produkcji Asseco S.A. w zakresie części medycznej (baza szpitalna) w zakresie odczytu, edycji i usuwania danych. |
| Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy powyższej funkcjonalności. |

| |
|---|
| Repozytorium Dokumentacji Elektronicznej (licencja typu OPEN) |
| Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. |
| Możliwość automatycznej rejestracji dokumentów elektronicznych generowanych przez zewnętrzne systemy współpracujące z repozytorium dokumentacji elektronicznej (za pomocą usługi sieciowej). Integracja z funkcjonującym w szpitalu systemem informatycznym co najmniej w zakresie części białej i laboratoryjnej. Wszystkie koszty integracji z systemem szpitalnym ponosi Wykonawca. |
| Możliwość manualnego tworzenia nowych dokumentów w postaci elektronicznej (np. cyfryzacja dokumentu papierowego, import pliku RTF, PDF itd.) |
| Możliwość eksportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML |
| Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie |
| Możliwość znakowania czasem dokumentu |
| Możliwość wykonania kontrasygnaty |
| Możliwość weryfikacji podpisu |
| Możliwość wydruku dokumentu |
| Możliwość wyszukiwania dokumentów za pomocą zaawansowanych kryteriów oraz meta danych. |
| Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji. |
| 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. |
| Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych. |
| Możliwość definiowania meta-danych opisujących dokumenty danego typu |
| Możliwość definiowania pojęć opisujących dokumenty danego typu. Przykład pojęcia na dokumencie: Rozpoznanie. |
| Możliwość definiowania atrybutów opisujących pojęcia występujące na dokumencie danego typu. Przykład: pojęcie na dokumencie np.. Rozpoznanie ma następujące atrybuty: Kod ICD10, Nazwa rozpoznania, Uwagi, Opis |
| Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy systemu Repozytorium dokumentów |

| |
|--|
| Rehabilitacja (licencja typu OPEN) |
| definiowanie listy zdarzeń medycznych/elementów leczenia dla miejsca wykonania, integracja w tym zakresie z systemem szpitalnym |
| zarządzanie słownikami: stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych |
| prorowadzenie klasyfikacji warunków wykonania rehabilitacji: rehabilitacja ambulatoryjna, rehabilitacja oddziału dziennego, rehabilitacja stacjonarna |
| zarządzanie grafikami i terminarzami: stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych |
| prorowadzenie słownika rozpoznań kwalifikujących do stopnia pilności „pilny”, wg Klasyfikacji chorób ICD – rewizja 10 dla rehabilitacji medycznej |
| określenie warunków dostępności elementu leczenia, poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu: personel, pomieszczenie, stanowisko rehabilitacyjne. |
| określanie standardowego czasu trwania porad/wizyt: pierwszorazowej, kontrolnej |
| obsługa skorowidza pacjentów, integracja w tym zakresie z funkcjonującym w szpitalu szpitalnym systemem informatycznym, pacjent wprowadzony w systemie szpitalnym ma być dostępny w systemie rehabilitacji, każda zmiana danych pacjenta w systemie szpitalnym ma być widoczna w systemie rehabilitacji, każda zmiana danych pacjenta w systemie rehabilitacji ma być widoczna w systemie szpitalnym, możliwa edycja i zmiana danych pacjenta (kolejne wersje danych pacjenta) |
| prorowadzenie raportu kasowego |
| tworzenie statystyk, wykazów z danych zgromadzonych w systemie w tym definiowanych przez użytkownika, |
| wprowadzenie nowego programu rehabilitacji dla pacjenta |
| system automatycznie nadaje stopień pilności programu na podstawie rozpoznania skierowania: |
| przypisanie do programu lekarza prowadzącego, terapeuty prowadzącego |
| planowanie elementów leczenia programu rehabilitacji w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych i w karcie zabiegowej pacjenta z uwzględnieniem preferencji pacjenta |
| wspomaga planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego |
| „ręczne” planowanie porad i zabiegów, w tym porad i zabiegów w, już zajętych, terminach |
| anulowanie całego programu lub wybranych, niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów |
| dostęp do bieżącego programu rehabilitacji pacjenta |
| obsługę porady w programie rehabilitacji uprzednio zaplanowanej lub z pominięciem planowania |
| dostęp i tworzenie wymaganej dokumentacji medycznej pacjenta (w tym prorowadzenie w/w dokumentacji elektronicznie), możliwość automatycznego zapisu i odczytu dokumentów na żądanie w repozytorium dokumentacji medycznej (za pomocą usługi sieciowej). Wytworzone i zapisane w repozytorium dokumentacji medycznej dokumenty muszą być dostępne w systemie rehabilitacyjnym bezpośrednio z poziomu aplikacji. Integracja dostarczonego oprogramowania z repozytorium dokumentacji elektronicznej. |
| system umożliwia lekarzowi i terapeutce bieżące uzupełnianie dokumentacji medycznej pacjenta, |
| lekarzowi wystawianie skierowań, recept i zleceń |
| ewidencję zrealizowanych świadczeń |
| ewidencję czasu trwania porady |
| wgląd do wszystkich wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta |
| wgląd do wszystkich wcześniejszych zleceń i wyników badań |
| system umożliwia wgląd do terminarza gabinetu na dany dzień |
| system umożliwia wgląd do terminarza terapeuty na dany dzień |
| potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta |
| system rehabilitacji za pomocą odpowiednich mechanizmów integracji przyjmuje zlecenia (skierowania) na porady, zabiegi rehabilitacyjne z systemu szpitalnego, informacje o planowanych terminach i fakcie wykonania zabiegów są automatycznie przenoszone do systemu szpitalnego, z automatycznym dopisaniem w systemie szpitalnym informacji o wykonanych elementach leczenia i odpowiadającym im procedurach medycznych, celem umożliwienia rozliczenia ich z NFZ |
| system rehabilitacji musi umożliwiać gromadzenie wszystkich niezbędnych danych na potrzeby rozliczenia świadczeń z płatnikami |
| System rehabilitacji musi umożliwić rozliczenie danych z płatnikami (w tym NFZ) lub za pomocą odpowiednich mechanizmów integracji udostępnić dane konieczne do rozliczenia z płatnikami systemowi szpitalnemu gdzie nastąpi rozliczenie |
| Wszystkie koszty integracji systemu rehabilitacyjnego z funkcjonującym w szpitalu systemem |

| |
|---|
| informatycznym do obsługi szpitala oraz repozytorium dokumentów ponosi Wykonawca. |
| Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy systemu Rehabilitacji |

| Wdrożenie i szkolenie | |
|--|---|
| Minimalna ilość dni wdrożeniowych i szkoleniowych wynosi 64 /przy czym Wykonawca ustala liczbę dni wdrożeniowych i szkoleniowych, którą uważa za konieczną dla prawidłowego wdrożenia systemu i przeszkolenia użytkowników. Dzień wdrożenia/szkolenia to minimum 6 godzin wykonywania zadań związanych z realizacją umowy osoby z personelu Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego. | Należy podać liczbę dni wdrożeniowych i szkoleniowych (sumarycznie) |

| Inne | |
|---|---|
| Inne oprogramowanie (w tym bazodanowe) niezbędne do poprawnej pracy przedmiotu zamówienia | Należy podać producenta, nazwę handlową, wersję |