**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

do przetargu pod nazwą:

*Zwiększenie dostępu do cyfrowych usług publicznych z obszaru e-zdrowia w Szpitalu Rejonowym im. dr Józefa Rostka w Raciborzu”*

1. Opis przedmiotu zamówienia.

Przedmiotem zamówienia jest zakup i wdrożenie oprogramowania medycznego oraz niezbędnych systemów:

* Wdrożenie repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) oraz wyposażenie Szpitala w niezbędne urządzenia,
* Wdrożenie dodatkowych, niezbędnych do obsługi EDM, modułów systemu HIS,
* Elektroniczny system zarządzania ruchem pacjenta (system kolejkowy),
* Portal obsługi kontrahenta w zakresie leczenia pacjenta w lecznictwie otwartym,
* Zakup systemu do ucyfrowienia dokumentacji medycznej,
* Instruktaż stanowiskowy dla personelu z obsługi oprogramowania.

Przedmiotem zamówienia jest zwiększenie dostępu do cyfrowych usług publicznych z obszaru e-zdrowia w Szpitalu Rejonowym im. dr Józefa Rostka w Raciborzu, w tym uruchomienie eUsług oraz rozbudowa i unowocześnienie zintegrowanego systemu informatycznego HIS, w zakresie następujących zadań:

**Zadanie nr 1:**

1.Uruchomienie eUsług oraz rozbudowa i unowocześnienie zintegrowanego systemu informatycznego HIS posiadanego przez Zamawiającego na wersję webową oraz zwiększenie funkcjonalności obecnie posiadanych modułów systemu, poprzez:

1. dostosowanie funkcjonującego w Szpitalu systemu do wymogów Elektronicznej Dokumentacji Medycznej zgodnie z zaleceniami Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w formacie HL7 CDA, wynikających z aktualnych przepisów prawa oraz pełne przygotowanie systemu do integracji z Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (platforma P1) w zakresie dotyczącym e-recepty, e-skierowania i oraz z dostosowaniem do wymaganych standardów tworzenia i wymiany informacji medycznych z platformą P1.Rozwiązanie musi zapewnić obsługę komunikacji w wymienionym zakresie oraz zagwarantować poprawne funkcjonowanie działających na chwile obecną systemów Laboratoryjnych posiadanych przez Zamawiającego oraz programów kadrowo-płacowych i finansowo-kosztowych u Zamawiającego.
2. dostawę eUsług opisanych w OPZ (tabela poniżej)
3. zwiększenie funkcjonalności i wdrożenie nowych modułów, poprzez zakup i uruchomienie dodatkowych modułów oprogramowania aplikacyjnego w części medycznej (tabela poniżej).
4. dostawa systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.
5. integracja elektronicznej dokumentacji medycznej EDM oraz modułu Dokumentacja Medyczna z rozbudowanymi i dostarczanymi modułami systemu HIS co najmniej w zakresie:
* Rejestracja dokumentu elektronicznego z poziomu zintegrowanego systemu HIS w Repozytorium EDM,
* Wyszukiwanie dokumentów zarejestrowanych w repozytorium EDM z poziomu zintegrowanego systemu HIS,
* Autoryzacja zarejestrowanego dokumentu elektronicznego w EDM z poziomu zintegrowanego systemu HIS,
* Możliwość pobrania/wyświetlenia dokumentów zarejestrowanych w repozytorium EDM z poziomu zintegrowanego systemu HIS,
* Słownik pacjentów zasilany na podstawie słownika pacjentów systemu zintegrowanego HIS,
* Słownik instytucji zasilany na podstawie słownika instytucji systemu zintegrowanego HIS,
* Słownik personelu zasilany na podstawie słownika personelu systemu zintegrowanego HIS.
1. udzielenie bezterminowej licencji na sieciowe użytkowanie zaoferowanego oprogramowania aplikacyjnego wraz z 36 miesięczną gwarancją.
2. integrację oferowanego oprogramowania z posiadanymi przez Zamawiającego systemami LIS oraz z modułami części administracyjnej.
3. wdrożenie i uruchomienie u Zamawiającego wszystkich wymaganych funkcji systemu opisanych poniżej w tabeli.

**Zadanie nr 2:**

1. Opracowanie i uruchomienie strony WWW Zamawiającego celem udostępnienia pacjentom serwisów WWW jako platformy świadczenia e-usług

**Zadanie nr 3:**

1. Obsługę informacyjną pacjenta poprzez budowanie kolejek przyjęcia pacjentów oraz wyświetlanie treści multimedialnych.

**Zadanie nr 4 :**

1. Zakup systemu do ucyfrowienia dokumentacji medycznej.

**Zakres dot. zadania 1**

**Licencje (moduły) wymagane do dostarczenia / aktualizacji i objęcia gwarancyjnym nadzorem autorskim producenta.**

1. Zamawiający wymaga dostarczenia licencji bezterminowych na każdy z elementów oferowanego systemu informatycznego, tzn. wszystkie funkcjonalności systemu informatycznego muszą być dostępne przez cały okres użytkowania systemu przez Zamawiającego, także w przypadku wygaśnięcia umów gwarancyjnych i serwisowych.
2. Jeśli Wykonawca nie jest jednocześnie producentem oprogramowania, do oferty należy załączyć oświadczenie producenta, iż Wykonawca ma uprawnienia do sprzedaży licencji.
3. Przez pojęcie „Otwarta” „Open” Zamawiający rozumie licencję bezterminową na nieograniczoną liczbę użytkowników i stanowisk komputerowych.
4. Zamawiający dopuszcza inny podział modułów funkcjonalnych systemu pod warunkiem zachowania wymaganych w SIWZ funkcjonalności. Ilość licencji na oferowane moduły nie może być mniejsza niż wymagana w tabeli poniżej, lub otrzymania licencji otwartej na wszystkie moduły.
5. Zamawiający wymaga, aby dostarczony system informatyczny objęty był licencją na użytkownika „licencja pływająca” w następującej ilości licencji na poszczególne moduły funkcjonalne Systemu Informatycznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres | Funkcje | Ilość |
| 1. | HIS | Ruch Chorych, w tym Izba Przyjęć, Oddział, Statystyka, Gruper JGP, Rozliczenia z NFZ, Zlecenia | Open |
| 2. | Apteka Szpitalna | 17 |
| 3. | Apteczka Oddziałowa | Open |
| 4. | Punkt Pobrań | Open |
| 5. | Pracownia Diagnostyczna | Open |
| 6. | Lecznictwo Otwarte, w tym Rejestracja, Gabinet, Statystyka | Open |
| 7. | e-ZLA (integracja) | Open |
| 8. | Blok Operacyjny (w tym Blok porodowy) | 6 |
| 9. | Zakażenia Szpitalne | 2 |
| 10. | ePacjent wraz z obsługą w zakresie: e-Rejestracji, e-Wiadomości, e-Dokumentacja, e-Wywiad, e-Świadczenia | Open |
| 11. | Dokumentacja Formularzowa (15 formularzy) | 15 |
| 12. | REDM | Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej ( | Open |
| 13. | e-Usługi | Konektor Informacje Medyczne | 1 |
| 14. | ePowiadomienie | Open |
| 15. | eZgody | Open |
| 16. | eZałączniki | Open |
| 17. | eAnkiety | Open |
| 18. | Telekonsultacje lekarz-lekarz | Open |
| 19. | Teleporady lekarz – pacjent | Open |
| 20. | Migracja obecnie posiadanego rozwiązania eKontrahent i eZlecenia  | 1 |
| 21. | Migracja danych z obecnie użytkowanych systemów |  |

Dostarczone eUsługi powinny spełniać poniższe wymagania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Pozycja | Ilość | Poziom dojrzałości | E-usługa / usługa telemedyczna / funkcjonalność |
| 1. | e-Ankiety | Open | 4 | A2C |
| 2. | e-Dokumentacja | Open | 5 | A2A, A2B, A2C |
| 3. | e-Pacjent | Open | 5 | A2C |
| 4. | e-Powiadomienia | Open | 4 | A2C |
| 5. | e-Rejestracja | Open | 4 | A2C |
| 6. | e-Świadczenia | Open | 4 | A2B, A2C |
| 7. | e-Udostępnienie wyników | Open | 4 | A2B, A2C |
| 8. | e-Wiadomości | Open | 5 | A2C |
| 9. | e-Wywiad | Open | 4 | A2C |
| 10. | e-Załączniki | Open | 4 | A2C |
| 11. | e-ZLA | Open | 5 | A2A, A2B |
| 12. | e-Zgody | Open | 4 | A2C |
| 13. | e-Zlecenie badań | Open | 4 | A2B, A2C |
| 14. | Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej | Open | 4 | A2B, A2C |
| 15. | Teleporady Lekarz - Pacjent | Open | 4 | A2C |
| 16. | Telekonsultacje Lekarz - Lekarz | Open | 4 | A2B |

Poprzez poziom dojrzałości należy rozumieć:

* poziom 1 - informacyjny - oznaczający, iż instytucje administracji publicznej udostępniają obywatelom i przedsiębiorcom informacje publiczne na portalach internetowych bez możliwości zainicjowania i załatwienia usługi drogą elektroniczną;
* poziom 2 - interakcja jednostronna - interesariusze komunikują się z urzędami drogą elektroniczną, ale jest to komunikacja jednostronna, np. formularze do pobrania ze strony jednostki administracji publicznej bez możliwości zainicjowania i załatwienia usługi drogą elektroniczną;
* poziom 3 - interakcja dwustronna, tzn. dostępność formularzy online, możliwość zainicjowania sprawy drogą elektroniczną poprzez interaktywne wypełnienie i przesłanie dokumentów elektronicznych do jednostki administracji publicznej;
* poziom 4 - transakcyjny - wiąże się z możliwością dokonania wszystkich czynności niezbędnych do załatwiania danej sprawy urzędowej całkowicie drogą elektroniczną, tzn. pełna elektroniczna obsługa sprawy, uzyskanie odpowiedzi z urzędu drogą elektroniczną uwzględniające wydanie decyzji oraz możliwość płatności za usługę online;
* poziom 5 - personalizacja - zapewnia załatwienie sprawy urzędowej drogą elektroniczną i jednocześnie wprowadza personalizację obsługi, tzn. automatyczne dostarczenie konkretnych usług, spersonalizowanych dla użytkownika i przez niego nie inicjowanych (np. decyzja w sprawie wymiaru podatku od nieruchomość).

Wszystkie powyżej opisane e-Usługi oraz elementy rozbudowy obecnego rozwiązania informatycznego powinny „wykorzystywać TIK”, przez który rozumie się zastosowanie technologii informacyjno-komunikacyjnych usprawniające procesy związany z realizacją powierzonych Szpitalowi zadań publicznych.

Zamawiający oczekuje dostarczenia kompletnego oprogramowania aplikacyjnego w zakresie przedmiotu zamówienia, tj. zawierającego wszystkie składniki wymagane do jego zainstalowania, wdrożenia i eksploatacji .

Zamawiający planuje zakupić infrastrukturę informatyczną dla realizacji przedmiotu zamówienia o parametrach minimalnych opisanych poniżej:

**Serwer fizyczny – 1szt:**

* 2 fizyczne CPU,
* 18 core każdy CPU,
* 512 GB RAM,
* 2 porty Fibre Channel 16 Git/s,
* 4 porty SFP+ 10GbE,
* 4 porty Ethernet 1 Gbit/s.

**Macierz dyskowa – 1szt:**

* 24 dyski x 2,5",
* Rozwiązanie SAS:
	+ 16 dysków SAS 2,5" x 2.4TB,
	+ Typ dysku magnetyczny,
	+ Interfejs SAS 12Gb/s,
	+ Prędkość obrotowa10000 obr/min,
	+ Typ obudowy Hot-Plug,
* Rozwiązanie SSD:
	+ 8 x 960GB,
	+ 8 dysków SSD2,5" x 960GB,
	+ Typ dysku SSD Read Intensive,
	+ Interfejs SAS 12Gb/s,
	+ Typ obudowy Hot-Plug,
* Zasilanie 2 x 580W (Hot-Plug),
* Dwa kontrolery macierzy FC (4 porty FC 16Gb/s, 8GBpamięci cache), 8 x 2.0m LC-LC FC, 4 x 2x FC16 SFP.

**Urządzenia sieciowe – 2szt:**

* + Rodzaj urządzenia: Przełącznik - 48 porty - L3,
	+ Rodzaj obudowy: Montowany w szafie rack 1U,
	+ Podtyp: 10 Gigabit Ethernet,
	+ Porty: 48 x 10GBase-X + 2 x dzielone 10GBase-T,
	+ Wykonanie: Zmiana szerokości pasma fabrycznego: 960 Gbps,
	+ Przepustowość: 714 Mpps,
	+ Wielkość tablicy adresów MAC: 128K wpisów,
	+ Obsługiwane ramki Jumbo: 9KB,
	+ Protokół routingu: RIP-2, IGMP, VRRP, OSPFv2, PIM-SM, static IP routing, PIM-DM, OSPFv3, PIM-SSM, ECMP, policy-based routing (PBR), MLD, MSTP, RSTP
	+ Protokół zdalnego zarządzania: SNMP, RMON, Telnet, SNMP 3, HTTP, HTTPS, SSH-2, CLI, SCP, SFTP, DHCP, IPv4, IPv6, RSTP, TACACS+, RADIUS,
	+ Cechy: Obsługa BOOTP, obsługa ARP, auto-uplink (auto
	MDI/MDI-X), zapobieganie atakom typu DoS, obsługa DiffServ, Broadcast Storm Control, kontrola nad szturmem pakietów multicast, kontrola nad szturmem pakietów unicast, obsługa SNTP, bezprzerwowe przekazywanie (NSF), sFlow, Per-VLAN Spanning Tree Plus (PVST+), Uni-Directional Link Detection (UDLD), obsługuje LLDP, przekaźnik DHCP, Link Aggregation Control Protocol (LACP), Remote Switch Port Analyzer (RSPAN), Per-VLAN Rapid Spanning Tree (PVRST), Management Information Base (MIB), podwójne obrazy oprogramowania, Class of Service (CoS), Precision Time Protocol (PTP), Spanning-tree Root Guard (STRG), Authentication, Authorization and Accounting (AAA), User Datagram Protocol (UDP), Protocol Independent Multicast (PIM), 56MB packet buffer,
	+ Zgodność z normami: IEEE 802.1p, IEEE 802.3af, IEEE 802.3ad (LACP), IEEE 802.1w, IEEE 802.1x, IEEE 802.1s, IEEE 802.1ab (LLDP), IEEE 802.3at, IEEE 802.3az, IEEE 802.1AX,
	+ Zasilanie: AC 120/230 V,
	+ Zasilanie nadmiarowe: Tak, jako opcja.

**Stanowiska komputerowe - 170szt:**

x86\_64bit Intel® Core™ min. i5-9500 (6 rdzeni / 9 MB / 6 wątków / od 3,0 GHz do 4,4 GHz / 65 W); obsługa systemów Windows 10 i Linux; , RAM-16GB; 256GB SSD, Napęd optyczny 8x DVD+/-RW; monitor 24’’ z głośnikami, tilt oraz pivot, UPS min 1000VA biurkowy, mysz minimum 3 przyciskowa (scroll jako przycisk), klawiatura qwerty pl, System operacyjny Microsoft Windows 10 Pro PL (wersja 64-bitowa). Cały zestaw wyposażony zostanie również w monitor komputerowy o przekątnej ekranu min. 23,8", rodzaj matrycy LED, IPS, typ ekranu płaski, rozdzielczość ekranu 1920 x 1080 (FullHD), format obrazu 16:9, częstotliwość odświeżania ekranu 60Hz, liczba wyświetlanych kolorów 16,7 mln, czas reakcji 6 ms, jasność 250 cd/m², kontrast statyczny 1000:1, kontrast dynamiczny 8 000 000:1, kąt widzenia w poziomie 178 stopni, kąt widzenia w pionie 178 stopni, złącza VGA (D-sub) - min. 1 szt. HDMI – min. 1 szt., displayPort – min. 1 szt. wyjście słuchawkowe/wejście mikrofonowe – min. 1 szt., USB 3.1 Gen. 1 (USB 3.0) – min. 2 szt., monitor będzie posiadał wbudowane głośniki o mocy min. 2 x 5W oraz wbudowaną kamerę i mikrofon.Do każdego stanowiska komputerowego zakupiona zostanie stosowna licencja na oprogramowanie biurowe współpracujące z systemem e-Usług. Minimalna liczba licencji wyniesie 170 sztuk.

**3. Sposób realizacji zamówienia**

**W zakres usług wdrożeniowych Wykonawcy wchodzić będzie w szczególności:**

1. instalacja oprogramowania aplikacyjnego
2. konfiguracja oraz parametryzacja oprogramowania aplikacyjnego
3. wdrożenie personelu obejmujące konsultacje stanowiskowe w zakresie administracji i użytkowania oprogramowania aplikacyjnego
4. integracja tj. połączenie aktualizowanegoi dostarczonego oprogramowania z zainstalowanym obecnie oprogramowaniem LIS i ERP
5. migrację danych z obecnie eksploatowanego systemu w zakresie niezbędnym do prawidłowej pracy w aktualizowanym systemie HIS
6. uruchomienie przepływu danych pomiędzy nowymi modułami a modułami pracującymi w Szpitalu
7. uruchomienie nowych funkcjonalności, przy pełnym zachowaniu istniejących informacji znajdujących się w bazach i wykorzystaniu w posiadanym systemie
8. dostarczenie dokumentacji użytkownika w wersji elektronicznej

Zamawiający wymaga, aby oprogramowanie aplikacyjne w zakresie przedmiotu zamówienia zostało wdrożone w pełnej funkcjonalności opisanej w tabeli poniżej.

Instalacja i wdrożenie muszą odbywać się w godzinach pracy pracowników Zamawiającego tj. w dni robocze (od poniedziałku do piątku), w godz. 8:00-15:00. Zamawiający dopuszcza wykonywanie prac w innym czasie niż wskazany, po odpowiednim uzgodnieniu i jego akceptacji przez Zamawiającego.

Wdrażanie dostarczanego oprogramowania aplikacyjnego w zakresie przedmiotu zamówienia musi uwzględniać ciągłość funkcjonowania Zamawiającego i eksploatacji posiadanego przez niego systemu HIS. Wszelkie przerwy w tym zakresie wynikające z prowadzonych przez Wykonawcę prac wdrożeniowych muszą zostać uzgodnione i zatwierdzone przez Zamawiającego.

Po zainstalowaniu i wdrożeniu oprogramowania aplikacyjnego w zakresie przedmiotu zamówienia muszą zostać spełnione:

a) wymagania określone niniejszą SWZ,

b) uwzględnienie charakteru prowadzonej przez Zamawiającego działalności oraz spełnianie wymagań obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustaw i rozporządzeń dotyczących:

* Podmiotów objętych ustawą o działalności leczniczej,
* Rozliczeń i sprawozdawczości do NFZ,
* Rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
* Ochrony danych osobowych,
* Informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne,
* Rachunkowości i sposobu liczenia kosztów u Zamawiającego,
* Systemu informacji w ochronie zdrowia.

Zamawiający wymaga spełnienia następujących warunków po wdrożeniu specjalizowanego oprogramowania aplikacyjnego w zakresie przedmiotu zamówienia:

a) utrzymania ciągłości oznaczeń dokumentacji medycznej;

b) utrzymania sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom przebywającym w podmiocie leczniczym (możliwość przesłania do NFZ pełnej historii hospitalizacji oraz historii rozliczeń), przy wykorzystaniu jednego modułu/oprogramowania;

c) utrzymania możliwości dokonywania korekt zakwestionowanych przez NFZ świadczeń sprawozdanych i rozliczonych od roku 2015;

d) zachowania przekazanej do NFZ historycznej numeracji zestawów świadczeń i procedur rozliczeniowych oraz zachowanie historycznej numeracji wszystkich innych danych przekazanych do NFZ i potwierdzonych, takich jak id uprawnień, numeracja sesji, numer przepustki, itp.;

e) zapewnienia możliwości wykonywania archiwalnych statystyk i raportów;

f) zapewnienie możliwości wykonywania kopii zapasowych struktur danych w trakcie ich pracy;

g) zapewnienia sprawnego mechanizmu archiwizacji danych i mechanizmów gwarantujących spójność danych.

**Wymagania ogólne obligatoryjne dot. zadania nr 1:**

Wymagania prawne:

|  |  |
| --- | --- |
| **Akty prawne** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań (tak/nie)** |
| Oferowane oprogramowanie jest zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej, w tym: |  |
| ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) |  |
| Ustawa z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U z 2019 poz. 700 tj.) |  |
| Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2019, poz. 1207) |  |
| Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania |  |
| Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. (ze zmianami publikowanymi w komunikatach Centrali NFZ) |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ / KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ / KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ / KAOS |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej  |  |
| Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia |  |
| Oferowane oprogramowanie jest zgodne z aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej. w tym: |  |
| Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 1994 nr 121 poz. 591) z późniejszymi zmianami (w szczególności nowelizacją obowiązującą od 1 stycznia 2002 r.) |  |
| Ustawa z dnia 11.03.2004 o podatku od towarów i usług z późniejszymi zmianami |  |
| ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) |  |
| Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 1998 nr 21 poz. 94) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 1991 nr 80 poz. 350) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 1999 nr 60 poz. 636) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. 1998 nr 137 poz. 887) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U z 2005 nr 64) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 20 maja 2010 O wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 nr 107 poz. 679) z późniejszymi zmianami |  |
| Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych |  |

Obszar Ruch Chorych

Wymagania w zakresie Izby Przyjęć:

|  |
| --- |
| **Izba Przyjęć** |
| System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć. |
| **Ewidencja danych pacjentów** |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| Możliwość przypisania Odcinka/Sali i łóżka w module Izba Przyjęć |
| System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL. |
| System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: |
|  - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta |
|  - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy) |
| System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora |
| System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta. |
| System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
| System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
| **Obsługa listy pacjentów modułu** |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, w szczególności: |
|  - status eWUŚ |
|  - nazwisko, imię i nr PESEL |
|  - identyfikator pacjenta w systemie informatycznym |
|  - nr w księdze |
|  - rozpoznanie |
|  - lekarz badający |
|  - status sprzedaży |
|  - odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie/uczulenie |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:- Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zzakażeniem;- Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zpodejrzeniem zakażenia;- Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zkwarantanna;- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;- Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
| System umożliwia rejestrację i modyfikację danych pacjentów |
| System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, |
| System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
| System musi przechowywać historię zmian danych osobowych pacjenta. |
| System musi umożliwić przeglądanie i wydruk dokumentacji z danymi pacjenta aktualnymi na dzień tworzenia tej dokumentacji. |
| System musi umożliwiać powiązanie rekordu pacjenta NN (z poziomu jego danych osobowych) z rekordem pacjenta zarejestrowanego w systemie. |
| System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
| System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień |
| System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta: |
|  - w zakresie danych osobowych, |
|  - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych: -z pliku graficznego, -zeskanowanego, - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta |
| **Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć** |
| System musi umożliwić przyjęcie pacjenta w trybie nagłym oraz planowym |
| System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu. |
| System musi automatycznie oznaczyć pobyt jako "zagrożenie życia lub zdrowia", podczas przyjęcia pacjenta w trybie nagłym. |
| Pacjenci kierowani na izbę przyjęć z innych jednostek szpitala, powinni być prezentowani na liście oczekujących na przyjęcie. |
| System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej podczas rejestracji odmowy. |
|  System musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: wstępnego, końcowego oraz rozpoznań towarzyszących. |
| Rejestracja rozpoznań w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu |
| System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć. |
| System musi umożliwiać: |
|  - wprowadzenie danych ze skierowania, |
| -import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania |
|  -wprowadzenie danych płatnika |
|  - wprowadzenie danych wywiadu wstępnego, z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza |
|  - wprowadzenie wywiadu przedporodowego |
|  - wprowadzenie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej |
| System powinien umożliwić eksport Karty Psychiatrycznej do pliku XML |
| System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby. |
| System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi usług, w szczególności:  |
|  - procedur,  |
|  - podanych leków,  |
|  - konsultacji. |
| System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia. |
| System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta. |
| Podczas uzupełniania danych wywiadu i badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne, badanie fizykalne wstępne. |
| System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Izbie przyjęć, w zakresie:- wywiadu wstępnego,- badania przedmiotowego. |
| System powinien umożliwiać rejestrację, przegląd oraz śledzenie historii zmian dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń. |
| System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze. |
| System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala. |
| System powinien umożliwić rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta |
| System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji |
| System musi umożliwiać przegląd i obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń, w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej. |
| System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
| System musi umożliwiać ewidencji usług rozliczanych komercyjnie |
| System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
| Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej. |
| W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS. |
| System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
| **Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć** |
| System musi umożliwiać rejestrację opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:  |
| - skierowanie pacjenta na oddział |
|  - zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, z wpisem do Księgi Zgonów. |
|  - odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, z wpisem do Wykazu Odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
| System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia pacjenta, z wpisem do Harmonogramu przyjęć. |
| System musi umożliwiać przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć. |
| System musi umożliwiać wycofanie skierowania pacjenta na oddział |
| Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta |
| System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonym identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego |
| Podczas kierowania pacjenta na oddział, system umożliwia określenie planowanej liczby dni pobytu |
| System musi umożliwić autoryzację danych Izby Przyjęć,  |
| System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ  |
| System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
| **Tworzenie dokumentacji Izby Przyjęć** |
| System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj. |
|  - Karta Wypisowa, |
|  - Historia choroby – pierwsza strona |
|  - Karta Odmowy. |
| System dla każdego składnika historii choroby umożliwia wydruk przypisanego pisma. |
| System musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj.:  |
|  - Wykaz Główny, |
|  - Księgi Izby Przyjęć, |
|  - Harmonogram przyjęć, |
|  - Wykaz odmów i Porad Ambulatoryjnych, |
|  - Wykaz Zabiegów, |
|  - Księga Depozytów, |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Księga Ratownictwa, |
|  - Książka transfuzyjna. |
| System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa. |
| System musi umożliwiać tworzenie i wydruk standardowych raportów tj.:  |
|  - raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu osobowym |
|  - raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu sumarycznym |
|  - liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariancie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej. |
| System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
| System umożliwia prowadzenie rejestru przyjęć do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymogami prawa. |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów w oparciu o zgromadzone w systemie dane |
| System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, |
| System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
| System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
| **Integracja z innymi elementami systemu** |
| System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie: |
|  - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa) |
|  - wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu we właściwym kontekście (pacjenta, pobytów, hospitalizacji) |

Oddział:

|  |
| --- |
| **Oddział** |
| Pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, o liczbie pacjentów wypisywanych, do przyjęcia, liczbie zleceń do obsłużenia |
| System musi umożliwić prezentację na głównym pulpicie modułu informacji o liczbie pacjentów przebywających na przepustkach. |
| **Obsługa listy pacjentów modułu** |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - stan pacjenta |
|  - status pacjenta ( przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier) |
|  - status eWUŚ |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - lekarz prowadzący |
|  - nazwisko i imię |
|  - nr Wykazu Głównego |
|  - rozpoznanie |
|  - płatnik |
|  - nr kartoteki i karty pacjenta |
|  - zlecenia leków modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin |
|  - z aktualnymi zleceniami leków |
|  - obsługiwani w innych jednostkach |
|  - z przepustkami do zatwierdzenia |
| - przepustki planowane |
|  - zlecenia leków do potwierdzenia |
|  - obsługiwani w trybie IOM |
|  - bez obserwacji lekarskich |
|  - wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski  |
|  - osoby poniżej określonego wieku (roku życia) |
|  - status sprzedaży |
|  - pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień. |
|  - pacjentów po danych pielęgniarki prowadzącej. |
|  - odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergie |
| - z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:- Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zzakażeniem;- Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zpodejrzeniem zakażenia;- Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zkwarantanna;- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;- Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
| System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale. |
| System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie:  |
|  - danych osobowych, |
|  - danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,  |
| W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta. |
| System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń. |
| System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta. |
| System musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej. |
| System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
| System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
| System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych niejawnych za pomocą uprawnień. W ramach danej opieki musi istnieć możliwość przeglądu danych niejawnych, pomimo braku uprawnień. |
| System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych: - z pliku graficznego, - zeskanowanego, - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta |
| System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in.  w zakresie-nazwy leku -okresu przyjmowania leku-dawkowania-rozpoznania-źródła informacji |
| **Przyjęcie pacjenta na oddział** |
| Przyjęcie pacjenta do oddziału powinno odbywać się w jednym z trybów: |
|  - w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratunkowy |
|  - w trybie nagłym |
|  - planowane na podstawie skierowania |
|  - planowane, poza kolejnością, na podstawie posiadanych uprawnień |
|  - przymusowe |
|  - przeniesienie z innego szpitala |
|  - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu |
|  - noworodka, w wyniku porodu w tym szpitalu (dla oddziału neonatologicznego) |
| System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu. |
| System musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwić przegląd wycofanych pobytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania. |
| System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Harmonogramu przyjęć Oddziału, |
| System musi umożliwić dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział. |
| System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna |
| System musi umożliwić określenie wymagalności przypisania łóżka pacjentowi podczas przyjęcia na Oddział. |
| System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych. |
| System musi umożliwiać przypisanie do pacjenta sali/łóżka z innej jednostki, niż ta na której pacjent aktualnie przebywa. Jednocześnie system musi prezentować na dedykowanych raportach i zestawieniach informację o przypisaniu pacjenta do sali lub łóżka w innej jednostce niż ta w której pacjent ma zarejestrowany pobyt na oddziale. |
| Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać: |
|  - nadanie numeru Wykazu Oddziałowego – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika, |
|  - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego, |
|  - ewidencję pielęgniarki prowadzącej, |
|  - możliwość modyfikacji danych płatnika, |
|  - wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, |
|  - podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów |
| System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
| **Pobyt pacjenta na oddziale** |
| System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy. W ramach danej jednostki organizacyjnej powinna istnieć możliwość zdefiniowania innego domyślnego formularza dokumentacji medycznej. |
| System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, powypisowego, przyczyny zgonu, opisu rozpoznania |
| System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie i słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu. |
| System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu |
| System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T |
| System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopni zaawansowania dla poszczególnych rozpoznań nowotworowych. Ponadto system umożliwia konfigurację klasyfikacji TNM dla rozpoznań nowotworowych, w zakresie stopnia rozwoju i występowania przerzutów dla poszczególnych cech klasyfikacji. |
| System musi umożliwiać ewidencję klasyfikacji TNM dla rozpoznań dodatkowych oraz rozpoznań współistniejących w ramach rozpoznania końcowego. |
| W przypadku modyfikacji rozpoznania, dla którego uzupełniono klasyfikację TNM, system musi ostrzegać użytkownika o istniejących zależnościach. |
| System musi umożliwiać zdefiniowanie listy rozpoznań określających zatrucie, dla których wymagane jest wypełnienie formularza PSS. |
| System umożliwia kopiowanie rozpoznania zaewidencjonowanego w ramach choroby przewlekłej pacjenta. |
| System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby |
| System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale. |
| System umożliwia utworzenie dedykowanego wydruku dla elementów Historii Choroby, co najmniej w zakresie informacji o wywiadzie, badaniu fizykalnym, epikryzie, zastosowanym leczeniu i zaleceniach lekarskich dot. postępowania po wypisie pacjenta ze szpitala. |
| System umożliwia określenie listy wymaganych do uzupełnienia elementów historii choroby, walidowanych podczas przeniesienia lub potwierdzenia wypisu pacjenta. |
| System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby  |
| Dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej |
| System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, zleceń z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych. |
| System powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy |
| System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby. |
| System posiada możliwość rezygnacji z realizacji e-skierowań. |
| System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe. |
| System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów |
| W ramach rejestracji informacji o rzeczach zdeponowanych przez pacjenta, system umożliwia wspomaganą definiowalnymi słownikami ewidencję rzeczy wartościowych i osobistych oraz rejestrację danych osoby upoważnionej do odbioru depozytu. |
| System umożliwia wygenerowanie raportu depozytów w oparciu o zaewidencjonowane dane depozytów pacjentów. |
| System musi umożliwić wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji |
| System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcie pacjenta na oddział. |
| Dla oddziału psychiatrycznego system powinien umożliwiać automatyczne wyliczanie długości dni pobytu w celu prezentacji informacji o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania. |
| System umożliwia rejestrację w dokumentacji medycznej faktu stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego. |
| System umożliwia wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny |
| System umożliwia obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi. |
| System musi umożliwić zamówienie dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale |
| System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale |
| System musi umożliwiać ewidencję zgód na wysyłanie powiadomień dla opiekuna w ramach hospitalizacji pacjenta. Powinna istnieć możliwość wydruku tak zaewidencjonowanej zgody |
| System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze. |
| System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala. |
| System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi usług, w szczególności:  |
|  - procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup |
|  - umiejscowieniu na procedurze,  |
|  - badań diagnostycznych i laboratoryjnych |
|  - podań leków,  |
|  - konsultacji, |
|  - diet, |
| System umożliwia powielanie definicji diety pacjenta na podstawie definicji z poprzedniego pobytu w ramach hospitalizacji. |
| System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia. |
| Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur |
| System musi umożliwiać automatyczne generowanie procedur ICD9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich. |
| System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta. |
| System musi umożliwiać przegląd oraz obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń w kontekście  wybranej jednostki organizacyjnej. |
| System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi. |
| System powinien umożliwiać oznaczenie w danych pobytu pacjenta czy zakończono przetoczenie i/lub obserwacje po przetoczeniu. W przypadku braku oznaczenia o zakończeniu przetoczenia i/lub obserwacji po przetoczeniu system powinien wyróżniać pacjenta np. . ikoną. |
| System musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów |
| System musi umożliwić oznaczenie na przepustce pacjenta możliwości rozliczenia rezerwacji łóżka w oddziale psychiatrycznym. |
| Prezentacja informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta podczas przeglądu jego pobytów |
| W danych medycznych pacjenta  musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergiach, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu. |
| System musi umożliwiać wydruk dokumentu 'Karta Uodpornienia' na podstawie wygenerowanych planowanych szczepień wynikających z kalendarza szczepień. Dokument musi być zgodny z rozporządzeniem dot. szczepień obowiązkowych |
| System umożliwia oznaczenie Odmowy szczepienia wynikającego z listy szczepień obowiązkowych występujących w Karcie uodpornienia. |
| W systemie musi istnieć możliwość potwierdzenia przez lekarza informacji o grupie krwi pacjenta wraz z możliwością załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę krwi. |
| System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń. |
| System musi umożliwiać rozliczanie kart TISS-28 na oddziałach Anestezjologii i Intensywnej terapii (OAiIT) zgodnie z wytycznymi NFZ z uwzględnieniem sprawozdawczości świadczeń wynikających z czynności oznaczonych na karcie TISS28 |
| System umożliwia zbiorcze usunięcie kompletu rozliczeń wskazanej karty TISS28. |
| System musi umożliwiać automatyczne rozliczanie karty TISS-28 podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział. |
| System umożliwia ewidencję kart TISS28, z możliwością powielania karty oraz wskazania dni pobytu w których nie została utworzona karta. |
| System umożliwia ewidencję w ramach pobytu konsultacji anestezjologicznych wykonanych przed rozpoczęciem hospitalizacji, umożliwiając ich rozliczenie w ramach NFZ. |
| System umożliwia dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Karty kwalifikacji  |
| System musi umożliwiać dodanie pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach.  |
| System umożliwia przeniesienie wybranych lub wszystkich kart pomocniczych podczas skierowanie pacjenta na inny oddział. |
| System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |
| System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Oddziale, w zakresie: - wywiadu,- badania przedmiotowego,- badania podmiotowego,- epikryzy,- zastosowanego leczenia. |
| System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej |
| **Opieka pielęgniarska** |
| System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie: |
|  - wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu) |
|  - wprowadzania procedur wynikających z diagnozy przy użyciu słownika procedur funkcjonującego w szpitalu |
|  - ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki |
|  - przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta w ramach bieżącej hospitalizacji |
|  - realizacji procedur wynikających z diagnoz, |
|  - dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie |
|  - odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie |
|  - edycji opisu wykonanej procedury |
|  - planu realizacji |
|  - wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji |
|  - zbiorczej realizacji procedur wynikających z jednej lub wielu diagnoz |
|  - zbiorczej realizacji procedur dla wielu pacjentów |
| System musi umożliwiać automatyczne dopisanie kodu procedury ICD9 podczas rejestracji obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego |
| System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących opieki pielęgniarskiej w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA. |
| System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących oceny stanu pacjenta w formacie zgodznym z PIK HL7 CDA. |
| System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji: |
|  - zleceń wykonania diagnoz pielęgniarskich |
|  - zleceń wykonania pomiarów |
|  - innych zleceń pielęgniarskich |
| System w ramach zleceń pielęgniarskich musi umożliwić zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji. |
| System musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich. |
| System musi umożliwić jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarskich. |
| System umożliwia edycję słownika diagnoz pielęgniarskich z poziomu wprowadzania diagnoz dla pacjenta. |
| System musi umożliwić powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
| System powinien umożliwić wprowadzenie domyślnego wyniku (opisu końcowego) dla diagnozy pielęgniarskiej |
| System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego. |
| System musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarskiego. |
| System musi umożliwiać odnotowanie realizacji wielu zleceń pielęgniarskich jednocześnie. |
| System musi umożliwić wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarskiego. |
| System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarskiego |
| Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział |
| System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów , jakie powinny pojawić się na karcie |
| System musi umożliwiać drukowanie wielu zaleceń pielęgniarskich z danego dnia na wydruku karty gorączkowej |
| System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena. |
| Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej. |
| W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS. |
| System powinien umożliwiać rejestrację wyników pomiarów dokonywanych pacjentowi |
| System umożliwia określenie częstotliwości wykonań pomiarów i innych zleceń pielęgniarskich. |
| System musi umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystanie ze słownika podczas odnotowywania pomiaru |
| Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych. |
| System musi umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru. |
| System umożliwia generowanie powiadomień o patologicznym wyniku badania. |
| System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych. |
| System musi umożliwić ewidencję przebiegów pielęgniarskich |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarskich |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarskiego |
| System musi umożliwiać wprowadzani informacji o stopniu sprawności pacjenta |
| System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania |
| System musi umożliwić podgląd opisów zaleceń i wywiadów pielęgniarskich dla całej hospitalizacji pacjenta, a nie tylko dla bieżącego pobytu. |
| System daje możliwość zablokowania zapisu danych zaleceń pielęgniarskich przed wydaniem depozytu pacjenta |
| System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarskich o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji ICNP |
| System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarskich dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP oraz umożliwić wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP |
| System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarskiego bezpośrednio z listy pacjentów |
| System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta |
| System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie |
| System umożliwia określanie poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na oddziałach intensywnej terapii. |
| System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarskich |
| Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarskiego |
| System musi umożliwiać tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet |
| System musi umożliwiać uzupełnienie zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów |
| System musi umożliwiać ewidencję podania leku należącego do pacjenta (niezależnie od listy leków w receptariuszu szpitalnym/oddziału)  |
| System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta |
| Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien uzupełniać dokument danymi ostatnich pomiarów |
| System musi umożliwić ewidencję kart pomocniczych z poziomu opieki pielęgniarskiej |
| System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej |
| System musi umożliwiać dodanie zlecenia pielęgniarskiego grupie pacjentów. |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, dla których istnieją zlecenia pielęgniarskie, z użyciem kryteriów okresu planowanego wykonania oraz rodzaju i nazwy zlecenia pielęgniarskiego. |
| System umożliwia wygenerowanie wykazu, zawierającego listę pacjentów z COVID-19, zgodnego z szablonem xls publikowanym przez Narodowy Instytut Kardiologii publikowanym w sekcji 'Dla integratorów' https://rejestrcovid.mz.gov.pl/ |
| System umożliwia ewidencję danych ankiety epidemiologicznej, w związku z podejrzeniem zakażeniem COVID-19. W ankiecie możliwe jest wskazanie minimum daty wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 oraz określenie rodzaju wyniku zgodnego ze słownikiem wskazanym w szablonie wykazu pacjentów z COVID-19,  |
| **Oddział ginekologiczno - położniczy** |
| System musi umożliwić ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie :  |
|  - wywiadu przedporodowego (badania położniczego) |
|  - wpis do Wykazu Porodów, |
|  - odnotowanie personelu uczestniczącego, |
|  - odnotowanie danych noworodka (medyczne, Apgar) |
|  - odnotowanie badania przedmiotowego noworodka |
|  - odnotowanie czasu pracy personelu uczestniczącego w porodzie |
|  - odnotowanie informacji o zabiegach i powikłaniach |
| System musi umożliwić kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego wywiadu pacjentki. |
| Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu: |
|  - cesarskie cięcie |
|  - kleszcze |
|  - próżnociąg |
|  - zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok porodowy |
| Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu |
| System musi umożliwiać dodawanie wyników pomiarów dla płodów |
| System musi umożliwić zdefiniowanie zdarzenia związanego z porodem (takiego jak: początek porodu, koniec porodu, urodzenie pierwszego noworodka), na podstawie którego prezentowana jest data porodu w Wykazie Porodów. |
| System powinien umożliwiać określanie reguł nadawania imion noworodkom |
| Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki  |
| W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji:  |
|  - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego,  |
|  - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, |
|  - powód przerwania kontaktu skóra skóra, |
|  - czy noworodek ssał pierś (Tak/Nie),  |
|  - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie).  |
| System musi umożliwiać niezależną ewidencję danych charakterystyki porodu dla noworodków w przypadku porodów mnogich  |
| System musi umożliwiać zlecenie sekcji zwłok lub innego badania histopatologicznego dla martwo urodzonego noworodka |
| System musi umożliwiać wprowadzanie zleceń dla noworodka z poziomu pobytu matki |
| System musi udostępniać wydruk historii rozwoju noworodka z możliwością określenia daty, od której będą prezentowane dane pomiarowe. Na wydruku wyniki pomiarów wagi i ciepłoty ciała noworodka powinny być przedstawione w postaci wykresu. |
| System generuje wydruki "Karty urodzenia" oraz "Karty martwego urodzenia" zgodnie z aktualnymi wytycznymi MZ w tym obszarze. |
| **Zakończenie pobytu** |
| System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:  |
|  - przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwić przegląd wycofanych popytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania. |
|  - przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału), |
|  - wypis pacjenta ze Szpitala, |
|  - zgon pacjenta na Oddziale, z możliwością odnotowania: |
|  -- innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon |
|  -- danych medycznych wykonanych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta (w przypadku oznaczenia jako dawcy organu) |
|  -- rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, pooperacyjny, śródzabiegowy, inny |
|  -- oznaczenia pacjenta jako dawcy organów |
|  -- wycofanie aktywnych deklaracji POZ |
| System musi umożliwiać przejęcie realizacji rozpoczętego zabiegu operacyjnego przez inną jednostkę organizacyjną tak, aby nie było konieczne ponowne wprowadzanie wszystkich danych dotyczących zabiegu. |
| System umożliwia obsługę opieki nad dawcą organów w zakresie: |
| - ewidencji danych medycznych |
| -ewidencji obserwacji lekarskich  |
| -ewidencji opieki pielęgniarskiej |
| Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienie tej karty |
| Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp., |
| Podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących |
| Podczas rejestracji wypisu pacjenta system powinien zakończyć zlecenia leków oraz diet. |
| System musi umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarskich podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta. |
| Podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwić odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta |
| System umożliwia edycję wybranych danych wypisu pacjenta podczas jego potwierdzenia. |
| Podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia. |
| System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
| System musi umożliwiać wybór opiekuna podczas rejestracji w HIS konta pacjenta w systemie Informacje Medyczne, jeżeli konto zakładane jest dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej |
| **Przygotowanie dokumentacji medycznej** |
| W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji: - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego, - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, - powód przerwania kontaktu skóra skóra, - czy noworodek ssał pierś (Tak/Nie), - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie)  |
| System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie: |
|  - rozpoznań, |
|  - epikryz, |
|  - obserwacji lekarskich. |
| Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne |
| Podczas wprowadzania rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać korzystanie z informacji wcześniej zapisanych w historii choroby pacjenta. |
| System musi umożliwiać wydruk obserwacji lekarskich zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta. |
| System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej, |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków, |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów. |
| Podczas wypisu pacjenta system informuje o założeniu Karty zakażenia oraz o założeniu Karty drobnoustroju w momencie wykrycia patogenu alarmowego.Walidacja zależne jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju. |
| W module Oddziału system udostępnia 'Rejestr kart zakażeń pracowników' oraz umożliwia dodania Karty zakażenia dla wskazanego pracownika |
| System musi przechowywać wszystkie wersje utworzonych dokumentów |
| System musi umożliwiać przegląd i modyfikację pełnej historii choroby - wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu. |
| Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na: |
|  - dane przyjęciowe, |
|  - wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), |
|  - przebieg choroby, |
|  - epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych). |
|  - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobytów w ramach jednej hospitalizacji |
| System musi umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym: |
|  - Karty Informacyjna. |
| System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym: |
|  - Karty Statystyczna, |
|  - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego |
|  - Karta Zakażenia Szpitalnego, |
|  - Karta Nowotworowa, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart nowotworowych |
|  - Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, |
|  - Karta Zgonu, |
|  - Karta TISS28, |
|  - System musi umożliwić kopiowanie kart TISS28 |
|  - recept,  |
|  - zwolnień |
| System powinien umozliwić elektroniczny eksport Kart Statystycznych Psychiatrycznych |
| Możliwość ewidencji karty całości oceny geriatrycznej i jej wydruk zgodnie z przepisami prawa.  |
| Możliwość przeprowadzenia oceny kwalifikacyjnej pacjenta geriatrycznego w skali VES-13. |
| System umożliwia przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej. |
| System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach |
| System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zlecanych podczas hospitalizacji |
| System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
| System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS. |
| System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  - Wykaz Główny, |
|  - Wykaz Oddziałowy, |
|  - Harmonogram przyjęć, |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Wykaz Porodów, |
|  - Wykaz Noworodków, |
|  - Wykaz Zabiegów. |
|  - Księga Transfuzji |
|  - Wykaz Raportów Lekarskich |
|  - Wykaz Raportów Pielęgniarskich |
|  - Wykaz Badań |
|  - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
|  - Księga Oddziału Sztucznej Nerki |
|  - Księga Depozytów |
| Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów wykazów/ksiąg do wydruku obejmująca: |
|  - wybrane strony, |
|  - wybrane jednostki organizacyjne |
| System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów:  |
|  - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
|  - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
|  - obłożenie łóżek na dany moment |
|  - liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariancie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej |
|  - diety podane pacjentom oddziału. |
|  - zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze |
|  - raport przewidywanego zużycia leków we wskazanym zakresie dat. |
|  - raport z dyżuru lekarskiego  |
| - wydruk Wykazu Raportów Pielęgniarskich (sortowanie wg numeru wpisu, daty wpisu, dat dyżuru od-do i osoby wykonującej) - wydruk raportu z dyżuru pielęgniarskiego - powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub rosnącym wg daty wykonania |
|  - raport z dyżuru pielęgniarskiego powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem na kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień |
| System powinien umożliwić umieszczenie w raporcie z dyżuru pielęgniarskiego i lekarskiego informacji o podanych podczas dyżuru lekach psychotropowych i narkotykach  |
|  - raport prezentujący liczbę diet z zapotrzebowania żywnościowego |
| System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia |
| **Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:** |
|  - ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa), |
|  - wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna). |
|  - tworzenia zamówień na krew i preparaty krwiopochodne |
|  - tworzenie zamówień na krew na "ratunek życia" |
|  - odnotowanie podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu |
| Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie |
| Z modułu Oddział system powinien udostępnić Rejestr Kart zakażeń pracowników oraz umożliwić ewidencję karty zakażenia dla Pracowników |

Statystyka RCH:

|  |
| --- |
| **Statystyka RCH** |
| **Obsługa skorowidza pacjentów** |
| System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział, Izba przyjęć. |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia i miejsce |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
| Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:  |
|  - w zakresie danych osobowych, |
|  - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu. |
| System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników. |
| System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: |
| -danych personalnych |
| -danych kontaktowych |
| -danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje) |
| System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji, |
| System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  - Wykaz Główny, |
|  - Wykaz Odmów, |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Wykaz Noworodków, |
|  - Harmonogram przyjęć, |
|  - Księga Ratownictwa |
|  - Księga Transfuzji |
|  - Wykaz Badań |
|  - Wykaz Oddziałowy |
|  - Wykaz Zabiegów |
|  - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego. |
| **Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego** |
| System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
| System musi umożliwiać ewidencję podstawowych informacji o karcie DiLO, co najmniej w poniższym zakresie: |
|  - numer karty |
|  - etap |
|  - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  - data wersji od |
| Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
| **Raporty i wydruki statystyki** |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów  |
| System powinien umożliwić wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu). |
| System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach |
| System powinien umożliwiać generowanie raportów statystycznych dla nieaktywnych Jednostek Organizacyjnych Szpitala |
| System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej |
| System musi umożliwiać wydruk, co najmniej: |
|  - Karty Statystycznej, |
|  - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  - Karty Zgonu, |
| System musi umożliwiać tworzenie raportów:  |
|  - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
|  - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
|  - diety podane pacjentom oddziału. |
| wbudowane raporty standardowe:  |
|  - statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni), |
|  - z obłożenia łóżek, |
|  - dekursusów, |
| wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail |
|  - zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe) |
|  - pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział |
| System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS,PDF  |
| System musi umożliwić wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala) |
| System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym: |
|  - Oddziały NFZ,  |
|  - PZH. |
| System powinien umożliwić eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz |
| System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych. |
| System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia. |

Rozliczenia NFZ:

|  |
| --- |
| **Rozliczenia z NFZ** |
| Zarządzanie umowami NFZ |
| Możliwość obsługi sprawozdawczości i rozliczeń z wieloma oddziałami NFZ |
| Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX, |
| Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy:  |
|  - Okres obowiązywania umowy,  |
|  - Pozycje planu umowy,  |
|  - Miejsca realizacji świadczeń |
|  - Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe,  |
|  - Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń (produktów kontraktowych), słownik świadczeń (produktów jednostkowych), słownik pakietów świadczeń, słownik schematów leczenia)  |
|  - Parametry pozycji pakietów świadczeń |
| System musi umożliwiać przegląd informacji o miejscach realizacji umów wraz z informacją o punktach umowy realizowanych w danym miejscu (komórce organizacyjnej). |
| System musi umożliwiać przegląd stanu realizacji umów PSZ. |
| Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych |
| Musi istnieć możliwość rozliczenia pobytu, jeśli dane osobowe uległy zmianie w trakcie pobytu (hospitalizacji) |
| Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice: |
|  - Różnica w cenie świadczenia,  |
|  - Różnica w wadze efektywnej świadczenia,  |
|  - Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego,  |
| Definiowanie dodatkowych walidacji  |
|  - Liczba realizacji świadczeń w okresie,  |
|  - Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie,  |
| Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń  |
|  - Ubezpieczonym,  |
|  - Nieubezpieczonym a uprawnionym do świadczeń,  |
|  - Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza |
|  - Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,  |
|  - Uprawnionym na podstawie Karty Polaka  |
|  - Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia |
| System musi umożliwiać przegląd i ewidencję dokumentów potwierdzających uprawnienia pacjenta do realizacji świadczeń. |
| System musi umożliwiać ewidencjonowanie więcej niż jednego dokumentu potwierdzającego dodatkowe uprawnienia tego samego rodzaju. |
| System umożliwia odnotowanie drogi złożenia oświadczenia pacjenta/opiekuna o uprawnieniu/ uprawnieniach dodatkowych do świadczeń zdrowotnych, w przypadku złożenia poprzez systemy teleinformatyczne (w tym telefonicznie) |
| System musi wspierać rozliczanie świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności, w szczególności poprzez wyznaczanie prawidłowego zakresu świadczeń związanego z tą grupą pacjentów. |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie danych co najmniej na podstawie numeru dokumentu i identyfikatora pacjenta, który to identyfikator sprawozdawany jest do NFZ w komunikacie SWIAD. |
| System musi umożliwiać automatyczne przekodowanie procedur medycznych na świadczenia jednostkowe, zaewidencjonowane podczas odmowy na Izbie Przyjęć oraz zakończenia pobytu w SOR.System powinien umożliwiać wyłączenie automatycznej generacji powyższych rozliczeń (świadczeń jednostkowych) we wskazanych komórkach organizacyjnych. |
| System umożliwia automatyczne rozliczanie procedur zrealizowanych w Izbie Przyjęć lub SOR |
| System weryfikuje pobyty dłuższe niż 1 doba, dla SOR i IP |
| System umożliwia weryfikację poprawności rozliczeń zleceń. |
| System udostępnia funkcjonalności związane z obsługą pacjentów objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) poprzez:- oznaczenie pacjenta objętego opieką w ramach KOS-zawał,- ewidencję pozycji rozliczeniowych z informacją o dodatkowym dokumencie o kodzie KOS-ZAWAL wraz z numerem kwalifikacji pacjenta w KOS-zawał,- rozliczanie premii w ramach KOS-zawał.  |
| Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących |
|  - Numeru umowy,  |
|  - Zakresu świadczeń,  |
|  - Wyróżnika |
|  - Świadczenia jednostkowego,  |
| Możliwość zbiorczego weryfikowania kompletności zaewidencjonowanych procedur ICD9 w Izbie Przyjęć i SOR pod kątem ich przynależności do odpowiednich kategorii oraz możliwość zbiorczego wykonania operacji uzupełnienia i poprawienia danych rozliczeniowych. |
| Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną  |
| Przegląd informacji o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach do świadczeń w każdym dniu pobytu |
| Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych |
| System musi umożliwiać automatyczną sprawozdawczość (eksport i import danych) do systemu NFZ z wykorzystaniem poczty elektronicznej (e-mail). W zakresie eksportu danych do NFZ, wymaganie dotyczy także komunikatów FAKT i RACH. |
| W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS |
| System umożliwia harmonogramowanie eksportów danych: w wyznaczonym dniu, o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę dni, w określony dzień tygodnia, miesiąca lub roku |
| System musi umożliwić weryfikacje zestawów świadczeń pod kątem:  |
| - poprawności i kompletności wprowadzonych danych |
| - danych zakwestionowanych przez system NFZ |
| System musi umożliwiać weryfikację poprawności i kompletności danych w sposób zautomatyzowany, zgodnie ze zdefiniowanym harmonogramem (np. w godzinach nocnych). |
| System umożliwia weryfikację ciągłości kategorii procedur ICD9 zaewidencjonowanych na Izbie Przyjęć lub SOR. |
| System musi umożliwiać przeglądanie danych archiwalnych dotyczących błędów weryfikacji, powstałych podczas grupowej weryfikacji świadczeń lub eksportu świadczeń. |
| Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ |
| Wyszukiwanie po numerach w wykazach/księgach  |
| Wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9  |
| Wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ  |
| Wyszukiwanie po instytucji kierującej  |
| Wyszukiwanie po personelu kierującym/ realizującym  |
| Wyszukiwanie zestawów bez pozycji rozliczeniowych |
| Wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi |
| Wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone |
| Wyszukiwanie po statusie rozliczenia  |
| Wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy |
| Wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe |
| Wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji  |
| Wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie  |
| Wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta  |
| System musi umożliwiać ewidencję i sprawozdawczość świadczeń z uwzględnieniem współczynników korygujących. |
| Wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ  |
| Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika |
| Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P\_SWI) |
| Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R\_UMX) |
| Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ |
|  - Eksport komunikatu DEKL – informacje o deklaracjach |
|  - Eksport komunikatu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ |
|  - Eksport komunikatów do NFZ z użyciem poczty elektronicznej |
| Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ |
| Import odpowiedzi nadesłanych poczta elektroniczną |
|  - Import komunikatu P\_DEK – potwierdzenia danych dla przesłanych deklaracji |
|  - Import komunikatu Z\_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji |
|  - Import komunikatu Z\_RDP – rozliczenia deklaracji |
| Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika |
| Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów  |
| Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków |
| System uniemożliwia jednoczesne wygenerowanie rachunku do jednego szablonu lub korekty do jednego rachunku przez kilku użytkowników |
| Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego) |
| System wskazuje w Zestawieniu kategorii procedur ICD9 kategorię pacjenta, do której pacjent został przypisany na podstawie przekodowanych świadczeń |
| Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.: |
|  - Numeru umowy,  |
|  - Zakresu miesięcy sprawozdawczych,  |
|  - Jednostki realizującej,  |
|  - Zakresu świadczeń i wyróżnika,  |
|  - Świadczenia,  |
|  - Numeru szablonu |
|  - Uprawnienia pacjenta do świadczeń |
| System powinien umożliwić wykonanie raportów ze zrealizowanych świadczeń wg rodzajów specjalnego sposobu rozliczania i kodu systemu dokumentów dodatkowych |
| Zestawienie z realizacja planu umowy,  |
| Zestawienie wykonań przyrostowo,  |
| Zestawienie wykonań według miejsc realizacji |
| Sprawozdanie rzeczowe |
| Eksport danych do formatu XLS |
| Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ: |
|  - Sprawozdanie finansowe,  |
|  - Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, |
|  - Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE),  |
|  - Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza),  |
|  - Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy |
|  - Załącznik nr 4 do umowy - chemioterapia |
|  - Załączniki do umów POZ |
| Import słownika produktów handlowych (komunikat PRH) |
| Możliwość przekodowania produktów handlowych na leki |
| Ewidencja faktur zakupowych |
| Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ w aktualnym formacie komunikatu FZX |
| Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ) |
| Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych |
| Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ |
| Dla świadczenia POZ transport, system powinien sprawdzać czy w danych wizyty został wpisany cel transportu, w przeciwnym razie powinien opowiadać domyślna wartość, ze słownika |
| System powinien umożliwiać definiowanie sesji, cykli leczenia, procesów diagnostycznych/terapeutycznych oraz transportów COVID-19 |
| System powinien umożliwiać definiowanie minimalnej i maksymalnej liczby pacjentów uczestniczących w sesjach |
| System powinien umożliwiać grupowanie wizyt/pobytów w ramach sesji lub cykli leczenia  |
| System musi umożliwiać przypisanie pacjentów do programów leczenia. W przypadku realizacji świadczenia dla różnych umiejscowień (np. lewe, prawe oko), system musi umożliwiać kilkukrotne przypisanie pacjenta do tego samego programu leczenia. |
| System musi umożliwiać wyszukanie programów leczenia, programów opieki koordynowanej oraz pacjentów nimi objętych wg stanu na zadany dzień oraz wg płatnika |
| System musi umożliwiać przegląd wizyt i hospitalizacji pacjentów objętych programem leczenia lub opieką koordynowaną. |
| System musi umożliwiać automatyczne rozliczenie psychiatrii z uwzględnieniem rozliczenia nieobecności pacjenta związanej z koniecznością leczenia w innym szpitalu z jednoczesną rezerwacją łóżka na oddziale psychiatrycznym ZOL. |
| System musi umożliwiać zbiorcze rozliczanie świadczeń psychiatrycznych ze szczególnym uwzględnieniem:- świadczeń realizowanych na oddziałach psychiatrycznych,- świadczeń realizowanych w dziennych oddziałach psychiatrycznych,- rozliczeń dotyczących rezerwacji łóżek w ZOL,- harmonogramu godzin pracy oddziałów dziennych,- długości trwania nieobecności pacjentów w ramach realizacji świadczeń w dziennych oddziałach psychiatrycznych. |
| System musi umożliwić zbiorcze usuwanie pozycji rozliczeniowych na liście rozliczeń dotyczącej danego zestawu świadczeń. |
| System pozwala na zbiorczą aktualizację kodów specjalnego rozliczania w rozliczeniach miesięcznych. |
| System powinien umożliwiać wykorzystanie słownika jednostek rozliczeniowych |
| Integracja z innymi modułami systemu |
|  - ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Przychodni |
|  - ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module Apteka |
|  - ewidencja faktur zakupowych na leki stosowane w programach lekowych |
| Dla świadczeń oznaczonych kodem CBE (Centralna baza Endoprotezoplastyk) system powinien wymagać rejestracji właściwego dokumentu |
| Eksport faktur rozliczeniowych do modułu Finansowo-Księgowego |
| System musi umożliwiać określenie domyślnego rodzaju faktury eksportowanej do systemu Finansowo-Księgowego |
| Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP  |
| **JGP** |
| Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP |
| Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9), |
| Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji |
| Możliwość wyznaczania JGP dla każdego z pobytów oddzielnie |
| Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ  |
| Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna |
| Możliwość ręcznego wyznaczenia JGP dla hospitalizacji z pominięciem grupera lokalnego i grupera NFZ |
| Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP |
| Przy wyznaczeniu świadczeń JGP system powinien uwzględniać posiadane przez pacjenta orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności |
| Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością aktualizacji JGP na poprawną |
| Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować: |
|  - Różnice w zaewidencjonowanych taryfach,  |
|  - Różnice w zaewidencjonowanych JGP,  |
| Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP: |
|  - Konieczność zmiany JGP,  |
|  - Konieczność zmiany taryfy, |
|  - Konieczność przepięcia JGP do pobytu na innym oddziale  |
| Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów |
|  - Data zakończenia hospitalizacji,  |
|  - Wersja grupera za pomocą którego wyznaczono JGP  |
|  - Kod JGP,  |
|  - Rozpoznanie główne  |
|  - Kod procedury medycznej,  |
|  - Status rozliczenia  |
| Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych |
| Możliwość porównania wersji grupera. Wynik porównania powinien być możliwy do zapisu w formacie XLS. |
| Wsteczna weryfikacja z możliwością aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP |
| W przypadku podpięcia procedury z innej wizyty, system umożliwia badanie wpływu na wyznaczoną wcześniej grupę JGP |
| Jeśli dla hospitalizacji istnieje aktywne świadczenie JGP ze wskazanym sposobem rozliczenia związanym z urazami wielonarządowymi (UJ1, UJ2, UJ3), system powinien sprawdzić, czy wśród rozpoznań wypisowych hospitalizacji występuje rozpoznanie z listy T07 dla wersji grupera zgodnej ze wskazanej w świadczeniu JGP |
| Możliwość wydrukowania charakterystyki wybranej JGP.SZP w formie podręcznej karty |
| Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP) |
| **Symulator JGP** |
| Symulator JGP dostępny w systemie, działający w oparciu o dane medyczne zgromadzone w systemie medycznym |
| System musi umożliwiać wstępne zasilania symulatora danymi wybranego zestawu świadczeń (hospitalizacji, wizyty), a w przypadku niezakończonych hospitalizacji system musi umożliwiać uzupełnienie wymaganych pozycji symulatora domyślnymi danymi. |
| Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczane JGP |
| Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć),  |
| Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji,  |
| Dodanie lub usuniecie pobytu  |
| Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania)) |
| Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP |
| Możliwość określenia wersji grupera za pomocą którego wyznaczone zostaną JGP |
| Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji,  |
| Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie,  |
| Wskazywanie JGP z podziałem na: |
|  - JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru,  |
|  - JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków,  |
|  - JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy,  |
| Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia) |
| W przypadku wskazania JGP do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków |
| Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP: |
| - Prezentacja wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,  |
| - Prezentacja parametrów związanych z mechanizmem osobodni (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą), |
| - Prezentacja parametrów wybranej JGP, tj. warunków, jakie musi spełniać hospitalizacja, aby dana JGP mogła być wyznaczona.  |
| - Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie ,  |
|  - Prezentacja graficzna (np. wykres) ilustrujący zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta |
| **Harmonogram przyjęć** |
| Definicja harmonogramów przyjęć zgodnie z wymaganiami płatnika: |
| - do komórek organizacyjnych |
| - do procedur medycznych lub świadczeń wysokospecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika |
| - onkologicznych |
| - na procedurę (AP-KOLCE) |
| Prowadzenie harmonogramów przyjęć wraz z wykazem osób wpisanych w harmonogramie |
| System musi umożliwiać określenie dla wybranych harmonogramów, wymogu wskazania na wpisie wartości innej niż 'Nie dotyczy' w kontekście operowanej strony |
| Wskazanie tych definicji harmonogramów przyjęć, które po wczytaniu aneksu do umowy posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki wg NFZ wraz z możliwością aktualizacji kodu komórki wg NFZ na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ  |
| Możliwość zbiorczego przenoszenia pacjentów pomiędzy harmonogramami |
|  - Wszystkich aktywnych pozycji |
|  - Wybranych pozycji |
| Możliwość zbiorczego przeliczania pierwszych wolnych terminów dla wszystkich harmonogramów przyjęć |
| **Harmonogram przyjęć - ewidencja** |
| Możliwość planowania daty z dokładnością do dnia lub tygodnia (w przypadku odległego terminu realizacji świadczenia) |
| Przyporządkowanie oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne) |
| Rejestracja wpisu do harmonogramu o kategorii innej niż oczekujący, powinna odbywać się bez podziału na przypadki pilne i stabilne |
| System musi automatycznie podpowiadać kod uprawnienia do obsługi pacjenta poza kolejnością, na podstawie jego dokumentów uprawniających (pokrywających się z dostępnymi kodami uprawnień do obsługi poza kolejnością) zaewidencjonowanych w systemie. |
| System musi umożliwiać określenie listy harmonogramów, dla których wymagana jest ewidencja okolic ciała. |
| System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymaganych kodów resortowych na skierowaniu ewidencjonowanym w ramach wpisu do harmonogramu. |
| System musi umożliwiać zmianę miejsca udzielenia świadczenia na wpisie do harmonogramu. |
| System musi umożliwiać rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany |
| System musi rejestrować przypadki zmiany (wraz z uzasadnieniem): |
| -kategorii pacjenta |
| -kategorii medycznej |
| System musi umożliwiać przywrócenie do harmonogramu pacjenta wykreślonego |
| System musi umożliwiać grupową zmianę planowanego terminu udzielenia świadczenia na wskazany dzień lub o wskazaną liczbę dni, wraz z podaniem przyczyny zmiany. |
| System musi umożliwiać automatycznie podpowiadanie kategorii pacjenta na podstawie trybu przyjęcia na wizytę/pobyt podczas ewidencji danych harmonogramu. |
| System musi umożliwiać konfigurację walidacji wymogu uzupełnienia danych harmonogramu podczas przyjęcia pacjenta. |
| System musi umożliwiać automatyczne skreślenie wpisu na podstawie realizowanej wizyty/pobytu. |
| **Harmonogram przyjęć - sprawozdawczość** |
| System umożliwia generowanie statystyk harmonogramów przyjęć w podziale na kategorie pacjentów |
| Generowanie statystyk oczekujących z podziałem na przypadki pilne i stabilne: |
|  - Liczba oczekujących |
|  - Szacunkowy czas oczekiwania w kolejce |
|  - Średni rzeczywisty czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu) |
| **Komunikacja z NFZ** |
| Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących |
| Komunikat LIOCZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących |
| Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących |
| **Integracja z AP-KOLCE** |
| Obsługa komunikacji z systemem AP-KOLCE, w zakresie: |
| -powiązania harmonogramu przyjęć prowadzonego w systemie AP-KOLCE z harmonogramem zdefiniowanym w systemie |
| -aktualizacji danych harmonogramu |
| -dodania pacjenta w systemie AP-KOLCE |
| -aktualizacji danych pacjenta w systemie AP-KOLCE |
| -dodania i aktualizacji danych wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć |
| Potwierdzanie odbioru komunikatu, dla komunikatów tego wymagających, bezpośrednio w aplikacji  |
| Prowadzenie kolejek onkologicznych i kolejek na procedurę |
| System musi umożliwiać oznaczenie wpisu do harmonogramu jako oczekującego na automatyczną synchronizacje z AP-KOLCE w zdefiniowanym czasie |
| System musi prezentować informację o braku synchronizacji wpisu z systemem AP-KOLCE. |
| System umożliwia przekazywanie informacji o pierwszych wolnych terminach dla sprawozdawanych harmonogramów |
| **Weryfikacja w eWUŚ** |
| Weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń refundowanych przez NFZ podczas: |
| rejestracji na Izbie Przyjęć |
| rejestracji/planowania wizyty w przychodni lub pracowni, weryfikowany jest stan na dzień rejestracji |
| System musi umożliwić sprawdzenie statusu eWUŚ dla pacjentów wpisanych do Księgi Oczekujących. |
| Tworzenie harmonogramów weryfikacji grupowej |
| System musi umożliwić powiadamianie użytkownika o przebiegu zbiorczej weryfikacji uprawnień eWUŚ z użyciem kanałów SMS i e-mail. |
| System musi umożliwiać taką konfigurację procesu weryfikacji uprawnień eWUŚ, aby w przypadku pracy w konfiguracji sieci jednostek, system sprawdzał uprawnienia eWUŚ pacjenta w jednym z poniższych trybów: |
| -uprawnienia pacjenta sprawdzane w kontekście wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ odpowiadającym Świadczeniodawcom objętych funkcjonalnością sieci jednostek |
| -uprawnienia pacjenta sprawdzane były wyłącznie w kontekście właściwego płatnika wskazanego w danych zestawu świadczeń (wizyty, hospitalizacji), a nie wszystkich płatników NFZ zdefiniowanych w systemie |
| Weryfikacja uprawnień w oparciu o harmonogramy obejmująca pacjentów |
|  - przebywających na oddziale, |
|  - przebywających na obserwacji na izbie przyjęć |
|  - w trakcie wizyt |
|  - wypisywanych ze szpitala ale o niezautoryzowanym wypisie i nie rozliczonych |
|  - dla których zarejestrowano zgon, ale zapis nie został autoryzowany a pobyt rozliczony |
|  - którzy złożyli deklaracje |
| Oznaczanie ikoną i kolorem statusu weryfikacji pacjenta |
|  - na liście pacjentów |
|  - w widocznym miejscu przy danych pacjenta |
| **Deklaracje POZ** |
| Import umów w rodzaju POZ |
| Ewidencja deklaracji POZ/KAOS |
|  - Deklaracje do lekarza rodzinnego,  |
|  - Deklaracje do pielęgniarki,  |
|  - Deklaracje do położnej,  |
|  - Deklaracje z zakresu medycyny szkolnej,  |
|  - Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą,  |
|  - Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem zarażonym HIV  |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk deklaracji POZ. |
| Ewidencja porad POZ |
| Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z deklaracjami POZ/KAOS |
| Komunikat DEKL – komunikat szczegółowy deklaracji POZ/KAOS |
| Komunikat ZBPOZ – komunikat szczegółowy danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ |
| Import komunikatów zwrotnych XML w obowiązujących wersjach  |
| Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych przesłanych komunikatami DEKL i ZBPOZ |
| Import komunikatu potwierdzeń do deklaracji POZ/KAOS (komunikat P\_DEK) |
| Import komunikatu zwrotnego z weryfikacji deklaracji POZ/KAOS (komunikat P\_WDP) |
| Import komunikatu zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS (komunikat Z\_RDP) |
| Przegląd potwierdzeń deklaracji POZ/KAOS |
| Przegląd weryfikacji deklaracji POZ/KAOS z możliwością zbiorczego wycofania deklaracji, które nie zostały zaliczone przez NFZ |
| Generowanie rachunków deklaracji POZ |
| Generowanie i wydruk załączników i sprawozdań POZ zgodnie z wytycznymi płatnika |
| Załącznik nr 4 do umowy POZ |
| Załącznik nr 5 do umowy POZ w zakresie: nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ |
| Załącznik nr 6 do umowy POZ w zakresie: transport sanitarny w POZ |
| Półroczne sprawozdanie z wykonanych badań diagnostycznych |
| **Ratownictwo medyczne** |
| System musi umożliwiać zaimportowanie danych dotyczących wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) z systemu SWD PRM (System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego) w ustalonym formacie XLS, ze szczególnym uwzględnieniem poniższych wymogów: |
| a. System musi importować dane w zakresie pozwalającym na prawidłową sprawozdawczość tych danych do NFZ |
| b. System musi importować dane związane z wyjazdami ZRM, a w przypadku braku pacjenta w bazie Świadczeniodawcy, dodaje pacjenta do rejestru Świadczeniodawcy |
| System weryfikuje i odnotowuje niezgodności w danych adresowych wynikających z importowanego pliku z danymi zaewidencjonowanymi w rejestrze pacjentów (w przypadku, gdy dane pacjenta istniały wcześniej w systemie). Porównanie zgodności odbywa się tylko w zakresie danych uzupełnionych po obu stronach, tj. zarówno po stronie importowanego pliku jak i rejestru pacjentów w systemie i dotyczyć powinno co najmniej: nazwy miejscowości, kodu terytorialnego, kodu pocztowego, ulicy, nr domu, nr lokalu. |
| c. System musi walidować kompletność i poprawność importowanych danych pod kątem sprawozdawczości do NFZ, |
| d. System musi posiadać mechanizmy pozwalające na zbiorczą poprawę danych, które mogą cyklicznie pojawiać się w plikach wejściowych (np. literówki w nazwach miast) |
| e. System musi umożliwiać automatyczne generowanie pozycji rozliczeniowych dla importowanych danych (dostępny format pliku z SWD PRM nie zawiera tych informacji), |
| f. System musi umożliwiać przegląd i modyfikację zaimportowanych danych z poziomu modułów ewidencyjnych i rozliczeniowych. |
| g. System musi umożliwiać prawidłowe rozliczenie zaimportowanych danych. |
| **Ewidencja i rozliczanie świadczeń COVID-19** |
| System umożliwia ewidencję świadczeń rozliczanych COVID-19 sprawozdawanych komunikatem SWIAD-WYKBAD |
| System umożliwia powiązanie świadczeń COVID-19 sprawozdawanych komunikatem SWIAD-WYKBAD ze zdefiniowanymi elementami leczenia (nie dotyczy świadczeń COVID-19 rozliczanych jako osobodni) |
| System umożliwia automatyczne rozliczanie kart TISS28 z umowy 19/4 (COVID-19) |
| System umożliwia przegląd zestawów świadczeń COVID-19 wyeksportowanych komunikatem SWIAD-WYKBAD |
| Sysem umożliwia esport świadczeń COVID-19 komunikatem SWIAD-WYKBAD |

Zlecenia:

|  |
| --- |
| **Zlecenia** |
| **Zlecanie leków:** |
| System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |
| System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji |
| System musi umożliwiać zlecanie operacji wielonarządowych. |
| System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków. |
| System musi pozwalać na zlecanie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej |
| System musi umożliwiać zlecanie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut |
| System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta |
| Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać: |
|  - podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd planowanych podań,(system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności szczegółów zlecenia oraz liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zlecen leków)  |
|  - kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami |
|  - podgląd całej historii leczenia pacjenta |
| System musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych. |
| Dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzania przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie. |
| Podczas zlecania antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka lub inne zdefiniowane |
| System uniemożliwia zmianę listy składników zlecenia leków o rodzaju mieszanka, w tym podczas definiowania kontynuacji zlecenia. |
| System umożliwia walidację zgodności liczby dób zlecenia antybiotykowego z ilością DDD dla danego produktu handlowego(leku) |
| System umożliwia walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki. |
| System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków |
| Na wydruku tygodniowej lub dziennej karty zleceń leków istnieje możliwość definiowania sposobu drukowania nagłówka albo w pełnej formie (pełne dane pacjenta) tylko na pierwszej stronie karty albo w formie skróconej na każdej ze stron. |
| Musi istnieć możliwość zlecania leków: |
|  - recepturowych |
|  - chemioterapii |
|  - zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu) |
|  - pomp infuzyjnych |
|  - możliwość określenia drogi podania leków |
| System musi umożliwić wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta |
| System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami. |
| System musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
| System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia. |
| System musi umożliwiać grupowe zarejestrowanie przyczyny niepodania dla wybranych leków. |
| Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku |
| System musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania |
| Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku |
| Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku |
| System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych  |
| System powinien umożliwić grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację dodanej grupy leków. |
| System musin umożliwiać grupowanie zleceń wg drogi podania w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta |
| System musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji. |
| Leki, podawane z wykorzystaniem systemu Unit-Dose powinny być jednoznacznie oznaczone |
| System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta. |
| System musi umożliwić kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta. |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie wyników patologicznych |
| System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu. |
| System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku, jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem. |
| System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania. |
| System musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie. |
| System musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania. |
| System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie |
| **Zlecanie badań** |
| Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"-  wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE |
| System musi umożliwić zlecanie z możliwością zaplanowania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym: |
|  - z Oddziału do: Pracowni Patomorfologii, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium |
|  - zlecenia można zaplanować ręcznie wpisując datę (lub najbliższą godzinę z ograniczonej konfigurowalnej listy) lub poprzez wywołanie konfigurowalnego terminarza umożliwiającego kontrolę liczby i daty możliwego terminu |
| System powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie uprawnienia. |
| System powinien umożliwić autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń. |
| System musi umożliwiać zlecanie badań laboratoryjnych z poziomu wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć (liście oczekujących) przed realizacją pobytu. W momencie realizacji pobytu na podstawie wpisu w Harmonogramie przyjęć wprowadzone zlecenia powinny zostać podpięte pod dany pobyt |
| System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych  badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego  nagłówka oraz  wspólnego opisu dla wszystkich zleceń |
| System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej |
| Podczas zlecania badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne |
| System umożliwia realizację pobrania materiału dla zleceń laboratoryjnych przy użyciu czytnika kodów kresowych. |
| Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań  |
| Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów  |
| Dla zleceń do pracowni histopatologii powinny być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej |
| W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu |
| System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych: |
|  - kompleksowych, |
|  - panelowych, |
| System powinien umożliwiać cykliczne zlecanie badań (możliwość definicji cyklu: Interwał cyklu, Liczba zleceń w cyklu, Daty od...data do...)  |
| System powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w późniejszym terminie |
| Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia |
| System w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia.  |
| System powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie)    |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów: |
| -zakresu zleceń ( z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu) |
| -rodzaju  zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku), |
| -daty zlecenia  |
| System musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego |
| Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania. |
| System musi umożliwiać wydruki wykazów zleceń, w tym: |
|  - dzienne zestawienie zleceń leków dla pacjenta, |
|  - dzienne zestawienie zleceń badań. |
| Musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu, |
| System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania, |
| System musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany. |
| System musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych. |
| Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem. |
| System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii) |
| System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych  w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych) |
| System musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych. |
| System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania. |
| System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem  osi czasu |
| Podczas przeglądania wyników badan powinien być dostęp do  informacji o osobach realizujących badanie |
| System umożliwia w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń. |
| **Zlecanie żywienia pozajelitowego** |
| System powinien umożliwić zlecanie produkcji żywienia pozajelitowego |
| System powinien umożliwić rejestracje podania żywienia pozajelitowego |
| System powinien umożliwić zlecenie żywienia pozajelitowego z wykorzystaniem szablonów |
| System powinien informować o próbie zdefiniowania zlecenia żywienia pozajelitowego na okres, w którym już istnieje zlecenie tego rodzaju.  |
| System powinien blokować możliwość edycji zlecenia produkcji żywienia pozajelitowego, jeśli po stronie Apteki zostało ono już przyjęte do realizacji |
| System powinien umożliwić przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki |

Statystyka RCH

|  |
| --- |
| **Statystyka RCH** |
| **Obsługa skorowidza pacjentów** |
| System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział, Izba przyjęć. |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia i miejsce |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
| Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:  |
|  - w zakresie danych osobowych, |
|  - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu. |
| System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników. |
| System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę: |
| -danych personalnych |
| -danych kontaktowych |
| -danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje) |
| System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji, |
| System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  - Wykaz Główny, |
|  - Wykaz Odmów, |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Wykaz Noworodków, |
|  - Harmonogram przyjęć, |
|  - Księga Ratownictwa |
|  - Księga Transfuzji |
|  - Wykaz Badań |
|  - Wykaz Oddziałowy |
|  - Wykaz Zabiegów |
|  - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego. |
| **Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego** |
| System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
| System musi umożliwiać ewidencję podstawowych informacji o karcie DiLO, co najmniej w poniższym zakresie: |
|  - numer karty |
|  - etap |
|  - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  - data wersji od |
| Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
| **Raporty i wydruki statystyki** |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji |
| System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów  |
| System powinien umożliwić wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu). |
| System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach |
| System powinien umożliwiać generowanie raportów statystycznych dla nieaktywnych Jednostek Organizacyjnych Szpitala |
| System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej |
| System musi umożliwiać wydruk, co najmniej: |
|  - Karty Statystycznej, |
|  - Karty Leczenia Psychiatrycznego, |
|  - Karty Zgonu, |
| System musi umożliwiać tworzenie raportów:  |
|  - zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres) |
|  - liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie |
|  - diety podane pacjentom oddziału. |
| wbudowane raporty standardowe:  |
|  - statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni), |
|  - z obłożenia łóżek, |
|  - dekursusów, |
| wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail |
|  - zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe) |
|  - pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział |
| System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS,PDF  |
| System musi umożliwić wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala) |
| System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym: |
|  - Oddziały NFZ,  |
|  - PZH. |
| System powinien umożliwić eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz |
| System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych. |
| System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia. |

Apteka Szpitalna:

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

Apteczka Oddziałowa:

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

Punkt Pobrań:

|  |
| --- |
| **Punkt pobrań** |
| System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne, w szczególności: |
|  - przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleceniodawcy, |
|  - wprowadzanie zleceń zewnętrznych, tak zwanych zleceń własnych, rejestrowanych bezpośrednio w Punkcie Pobrań  |
|  -możliwość wyszukiwania zleceń:--wg imienia i nazwiska oraz nr Pesel,--wg daty zlecenia lub planowanej daty wykonania lub daty pobrania materiału,--według jednostki zlecającej, ( oznaczenie --oznaczonych jako pilne( CITO)--oznaczonych jako własne ( zarejestrowane bezpośrednio w module Punkt Pobrań),--do ponownego pobrania materiału(są to zlecenia na badania, które wracają z Laboratorium, którym nie udało się zrealizować badania ze względu na błędy np. skrzep),--pacjentów, którzy są nosicielami niebezpiecznej bakterii--pacjentów, którzy mają oznaczoną izolację ( pacjent izolowany ze względu wykryte zakażenie)  |
|  - na dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta, |
|  - wyróżnianie zleceń CITO, |
|  - poprzez dobór odpowiednich materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia, |
|  -poprzez  wycofanie zlecenia |
| System musi wspomagać obsługę pobrania materiału w zakresie: |
|  - podziału materiałów do pobrania wg jednostek wykonujących dane badanie (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach), |
| - podziału  materiałów do pobrania wg lekarza zlecającego |
|  - rejestracji wysłania materiałów do laboratoriów, |
|  - możliwości zastosowanie czytnika kart kodów kreskowych w celu oznakowania nr próbki  pobranych materiałów |
| System musi umożliwiać rejestrację  pobranych materiałów, w tym: |
|  - automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania, |
|  - odnotowanie osoby pobierającej materiał, |
|  - odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania, |
| Możliwość obsługi pobrania materiału w jednostce zlecającej  |
| Możliwość zmiany wykonawcy badania ( Jednostki wykonującej badanie)  |
| System umożliwia włączenie autoryzacji danych ( wymagane podanie użytkownika i hasła)   podczas zapisu pobrania materiału do badania |
| System umożliwia określenie liczby dni, po których następuje automatyczne anulowanie niezrealizowanych zleceń  |
| Moduł Punkt Pobrań udostępnia grupowe anulowanie zleceń  |
| Obsługa zleceń do ponownego pobrania materiału  |
| Możliwość obsługi  nieudanego pobrania materiału   |
| Możliwość dozlecania badań dla zleceń własnych( zleceń wystawionych bezpośrednio w Punkcie Pobrań) |
| Możliwość wydruku etykiet dla pobranych  próbek |
| System umożliwia wydruk listy pobrań pogrupowanej wg nazwiska |
| Obsługa i wydruk Księgi Pobrań |
| Integracja z modułem Laboratorium w zakresie  przetwarzania zleceń oraz udostępnienia wyników badań  |
| Dostęp  zleceniodawcy  do informacji dotyczących pobrania materiałów dla zleconych badań laboratoryjnych ( tj. status realizacji zlecenia, dane pobrania: data, osoba pobierająca, nr próbki) z  podsystemu Ruch chorych i Przychodnia. |

Pracownia Diagnostyczna

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

Lecznictwo Otwarte

|  |
| --- |
| **Rejestracja** |
| **Obsługa pacjentów/usług komercyjnych** |
| System musi umożliwiać prowadzenie cenników: |
|  - określanie dat obowiązywania cennika, |
|  - określanie zakresu usług dla cennika, |
|  - określanie cen usług, |
|  - możliwość określenia cen widełkowych dla usługi, |
|  - możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi. |
| System musi umożliwić rejestrację umowy indywidualnej na świadczenie usług medycznych |
| System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej |
| System musi umożliwiać wybór kategorii płatnika oraz wystawienie dokumentu sprzedaży dla badania laboratoryjnego. |
| System musi umożliwić wystawienie dokumentu sprzedaży dla usług komercyjnych płatnych przed ich wykonaniem, w przypadku gdy nie zostały jeszcze zrealizowane. |
| **Definiowanie grafików pracy** |
| System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów: |
|  - określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji, |
|  - procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu, |
|  - uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki. |
| System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza: |
|  - określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usługi i ich czasem realizacji, |
|  - procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu, |
|  - określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania). |
| System musi umożliwiać definiowanie przedziału wieku pacjentów obsługiwanych przez zasób |
| System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu, |
| System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont |
| **Ewidencja danych pacjentów** |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL. |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL. |
| System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie: |
|  - numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta |
|  - numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy) |
| System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora |
| System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta. |
| System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia |
| System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta. |
| System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej, |
| System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza |
| **Obsługa listy pacjentów modułu** |
|  System musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością. |
| Informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - imię, nazwisko i PESEL pacjenta |
|  - jednostka wykonująca |
|  - osoba wykonująca |
|  - osoba rejestrująca |
|  - jednostka kierująca |
|  - instytucja kierująca |
|  - lekarz kierujący |
|  - kartoteka |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - świadczenie |
|  - status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji) |
|  - wizyty CITO |
|  - status osoby: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością |
|  - status sprzedaży |
| **Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta** |
| System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów w ramach danych zasobów oraz posiadać dodatkowe funkcjonalności planowania: |
|  - rezerwacja wybranego terminu oraz możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu od wybranej daty |
|  - ograniczenie prezentacji terminów do zasobów spełniających kryterium wieku pacjenta  |
|  - prezentowanie terminów tylko danej kategorii np. terminów zgłoszeń internetowych |
|  - automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta |
|  -  w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu |
|  - rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale |
|  - wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty |
|  - przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia |
|  - przegląd terminarza zaplanowanych wizyt |
|  - nadanie kolejnego numeru rezerwacji w ramach danego szablonu rezerwacji dla danego zasobu |
|  - tworzenie wpisu tymczasowej rezerwacji po wybraniu terminy. Po zakończeniu rezerwacji termin powinien zostać potwierdzony  |
| System musi sprawdzać czy pacjent ma zaplanowany termin na tę samą usługę, na którą dokonywana jest rezerwacja. |
| System umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszonej usługi |
| System umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu. |
| System umożliwia ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu. |
| System musi umożliwić automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji. |
| System umożliwia dostęp do różnych slotów czasowych podczas planowania danej usługi w zależności od jednostki zlecającej termin |
| System musi umożliwiać zmianę usługi na inną wykonywaną w tej samej jednostce wykonującej, podczas przeplanowywania terminu. |
| Podczas zmiany zaplanowanego terminu system umożliwia wybór innej usługi  |
| System musi umożliwiać obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami  |
| Podczas planowania wizyty, system powinien sugerować dokonanie wpisu do kolejki oczekujących jeśli istnieje kolejka dla planowanej usługi lub gabinetu |
| System musi umożliwić wskazanie przyczyny powodu modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu. |
| System musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w księdze oczekujących. |
| System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem. |
| System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień. |
| System musi umożliwić ewidencję notatek w ramach wolnego slotu w terminarzu z możliwością przypisania priorytetu określającego kolorystyczne oznaczenie danej notatki |
| System musi umożliwić zbiorczą generację notatek w terminarzu z poziomu panelu administracyjnego jak również podczas planowania usługi |
| **Rejestracja na wizytę** |
| System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną) |
| System musi umożliwiać rejestrację wizyty jako wywiadu przed zaplanowanym terminem |
| Podczas rejestracji/pobrania e-Skierowania system weryfikuje zgodność danych pacjenta w systemie HIS z danymi pobranimi z platformy P1. |
| System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty. |
| Przy rejestracji pacjenta system informuje (ostrzega) użytkownika, że wraz ze skierowaniem wprowadzono dodatkowe informacje i wyświetla je. |
| System musi pozwalać na wyliczanie kosztów danej porady |
| System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji. |
| System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,  |
| System musi umożliwić rejestracje wielu badań w oparciu o jedno skierowanie. |
| W ramach jednego zarejestrowanego skierowania system powinien umożliwiać rejestrację wielu zleceń. Zmiana danych skierowania modyfikuje dane skierowania wszystkich tak zarejestrowanych zleceń. |
| System umożliwia na etapie rejestracji ewidencje załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej |
| System musi umożliwić ewidencję i kontrolę: |
|  - zgód pacjenta związanych z hospitalizacją i innymi czynnościami medycznymi |
|  - listy osób upoważnionych dla pacjenta |
| Obsługa wyników: |
|  - odnotowanie wydania wyniku, |
|  - wpisywanie wyników zewnętrznych. |
| Wydruk recept i kuponów |
| System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:  |
|  - Wykaz Przyjęć |
|  - Wykaz Badań |
|  - Wykaz Zabiegów |
|  - Harmonogram przyjęć |
|  - Księga Ratownictwa |
| raporty i wykazy Rejestracji. |
| **Gabinet** |
| **Obsługa wizyty** |
| Podczas przyjęcia pacjenta skierowanego z innej jednostki np. oddział, jeśli nie został wskazany inny płatnik lub cennik, system powinien podpowiadać płatnika NFZ  |
| System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu |
| System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach wizyty w gabinecie. |
| System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością |
| System musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem. |
| System powinien prezentować liczbę punktów zrealizowanych, w bieżącym dniu i miesiącu, przez zalogowanego lekarza z podziałem na umowy |
| System musi umożliwiać prezentację wizyt wymagających zafakturowania. |
| System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie) |
| System umożliwia porównanie danych pacjenta znajdujących się w systemie HIS z danymi znajdującymi się w realizowanym e-skierowaniu oraz aktualizację wybranych pozycji w systemie HIS. |
| System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty. |
| System musi umożliwić automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia |
| System umożliwia ewidencję wizyt domowych POZ z podaniem informacji o dacie wyjazdu i powrotu udzielającego świadczenie. |
| System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach: |
|  - dane osobowe, |
|  - dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, szczepienia, nazwisko lekarza rodzinnego |
|  - uprawnienia z tytułu umów komercyjnych, |
|  - informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ |
|  - historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobytów szpitalnych pacjenta), |
|  - wyniki badań, |
|  - przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości  |
| System musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych.Co najmniej dla uczuleń o rodzaju leki oraz pokarmowe system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia.Podczas - przepisywania leków na recepty, - definiowania zlecenia leku,- ewidencji podania leku system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisanym leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta.Dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta. |
| System musi umożliwić odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają alergię/uczulenie |
| System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakteria:- Czy zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zzakażeniem;- Czy podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zpodejrzeniem zakażenia;- Czy kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów zkwarantanna;- Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem;- Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. |
| System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie- nazwa leku,- okres przyjmowania leku,- dawkowanie,- rozpoznanie,- źródło informacji.System umożliwia dodanie pozycji z definiowanej recepty do rejestru stale przyjmowanych leków pacjenta.Na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty.  |
| Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach: |
|  - obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu |
|  - wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),  |
|  - opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty), |
|  - informacje ze skierowania, |
|  - kontrola daty ważności skierowania |
|  - skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce |
|  - zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych , konsultacji, zabiegów, |
|  - możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecania |
|  - usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9 |
| - rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe), |
|   - kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleconych podczas poprzednich wizyt |
|  - zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie), |
|  - wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary |
| System umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS. |
| System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania. |
| System musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
| System umożliwia ewidencje opieki pielęgniarskiej w ramach wizyty w gabinecie lekarskim. |
| System powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty |
| System musi umożliwiać zarejestrowanie wizyty w innym gabinecie z poziomu obecnie realizowanej wizyty. |
| System musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności powrotu na listę pacjentów gabinetu. |
| System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej |
| System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń. |
| System musi umożliwić obsługę zleceń chemioterapii podczas wielu wizyt w gabinecie, przy jednokrotnym zdefiniowaniu schematu chemioterapii. |
| System musi umożliwić obsługę pobytów wielodniowych |
| System musi umożliwiać rejestrację wizyt dla pacjentów na podstawie deklaracji medycyny szkolnej |
| System musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o domowym leczeniu żywieniowym |
| System musi umożliwić ewidencje wizyty wraz z informacjami o tlenoterapii w warunkach domowych |
| System powinien umożliwić obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) |
| System musi umożliwić określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty |
| System musi umożliwiać ewidencję danych ciąży pacjentki, szczególnie istotnych w przypadku wykonywania świadczeń medycznych inaczej wycenianych przez NFZ dla pacjentek ciężarnych i będących w połogu. |
| System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu. |
| System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Gabinecie, w zakresie:- opisu badania,- opisu konsultacji,- opisu realizacji. |
| System powinien umożliwiać ewidencję wywiadu z poziomu badania w Gabinecie, w następującym zakresie:-wzrost, -waga,-BMI,-BSA,-informacji o używaniu wyrobów tytoniowych |
| System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanna. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną |
| **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 eWUŚ |
|  - możliwości wyszukania w słowniku BLOZ tańszych odpowiedników leku dotychczas przyjmowanego przez pacjenta. |
|  - możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept), |
|  - możliwości automatycznego generowania wydruku informacyjnego recepty elektronicznej |
|  - możliwości wysyłania do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS |
|  - na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania |
|  - system powinien podpowiadać dane osoby zalogowanej jako wystawiającego receptę, o ile osoba ta jest lekarzem. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę. |
|  - podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek |
|  - na recepcie na leki narkotyczne system powinien podpowiadać ilość substancji narkotycznej |
|  - grupowe dodawanie leków na receptę |
|  - kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych |
|  - kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród: |
|  -- recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie |
|  -- recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu w jakim się odbywała |
|  -- z innych pobytów w tej samej jednostce |
|  -- leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach |
|  - możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane" |
|  - możliwości wydruku recept tylko z puli lekarza zalogowanego |
|  - ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach |
|  - oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej |
|  - system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recept uwzględniając typ recepty Rp/Rpw/Rp zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, nie podlegające refundacji. |
| - system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta. |
| System musi prezentować informację o dostępności leku na rynku w przypadku korzystania ze słownika 'Bazyl'. |
| System umożliwia realizację wizyt receptowych w gabinecie. Pozycje do recepty mogą być określone na etapie rejestracji z leków wcześniej przepisanych, a lekarz generuje podczas wizyty receptę z wykorzystaniem określonych wcześniej leków. |
| System musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ. |
| System musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR\_REC |
| System musi umożliwiać import numerów recept z wykorzystaniem usług sieciowych |
|  System musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych |
| System musi umożliwić ustawienie domyślnego dawkowania dla leku. |
| System musi umożliwić podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty. |
| System musi umożliwić wystawienie recept dla pacjentów powyżej 75 roku życia. |
| System musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie.  |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu. |
| W przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwić ich jednoczesny wydruk |
| System musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika. |
| System podczas tworzenia opisu wizyty przez użytkownika powinien umożliwiać podgląd recept wystawionych pacjentowi w poprzednich wizytach/pobytach |
| System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępniane informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne. |
| **Dokumentacja wizyty** |
| System musi umożliwiać wystawienie skierowania, |
| System musi umożliwiać wystawienie skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej |
| Dla skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora |
| System umożliwia usuwanie lub anulowanie skierowania w zależność od statusu skierowania.  |
| System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe. |
| System powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),  |
| System powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji: |
|  - możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,  |
|  - możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie, |
|  - automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia. |
| System umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowanie personelu wykonującego i opisem |
| System powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu |
| możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt |
| możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty |
| Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników |
| Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie: |
| System musi umożliwić wybór sposobu płatności oraz wyznaczenie schematu księgowania dla dokumentów sprzedaży. |
| obsługa zakończenia wizyty: |
|  - autoryzacja wizyty, |
|  - automatyczne tworzenie karty wizyty. |
|  - możliwość bezpośredniego skierowania na IP |
| W zależności od konfiguracji system waliduje wymagane dla zakończonej wizyty dokumenty podczas zapisu danych wizyty albo podczas autoryzacji danych tej wizyty. |
| Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń. |
| W zakresie rozliczeń NFZ w AOS, system umożliwia wskazanie w bieżącej wizycie procedur lub/i badań z poprzednich wizyt na potrzeby wyznaczenia świadczenia JGP. |
| wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług |
| automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Przychodni |
| System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:  |
| - Harmonogram przyjęć |
| - Wykaz Przyjęć |
| - Księga Zdarzeń Niepożądanych |
| - Wykaz Badań |
| - Wykaz Zabiegów |
| - Księga Ratownictwa |
| System musi umożliwiać wpis do Księgi zgonów w ramach obsługi wizyty/badania. |
| System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa |
| System musi umożliwiać wprowadzenie wywiadu przedporodowego w gabinecie lekarskim. |
| System musi umożliwić wydruk pisma powiązanego z usługą podczas zakończenia wizyty/badania pacjenta. |
| System musi umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych. |
| System musi umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych przez operatora na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki. |
| System musi umożliwiać rozpoczęcie/wstrzymanie nagrywania oraz odsłuch i usunięcie nagranej notatki głosowej. |
| System musi umożliwić oznaczenie notatki głosowej jako pilnej. |
| System musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej. |
| **Obsługa pakietu onkologicznego** |
| System musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji: |
|  - numer karty (zgodny z obowiązującym formatem) |
|  - etap obsługi |
|  - informacja, czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią |
| System umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO. |
| System musi rejestrować oraz umożliwiać przegląd historii zmian karty DiLO. Podczas zmiany danych karty DiLO, system powinien tworzyć nową wersję danych, które obowiązują od daty bieżącej. |
| System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DiLO. W przypadku integracji z systemem AP-DILO zakres prezentowanych danych jest większy i wynika z zakresu danych zgromadzonychw AMMS. |
| System musi umożliwić powiązanie pozycji rozliczeniowych z numerem karty DiLO - także w sytuacji gdy karta DiLO wydawana jest pacjentowi w ramach rozliczanej hospitalizacji (a nie tylko przed przyjęciem na hospitalizację). |
| **Konfiguracja pracy gabinetu** |
| System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego co najmniej w zakresie: |
|  - możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu |
|  - możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi |
|  - możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów |
| System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu |
| Statystyka LO |
| System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej |
| Obsługa skorowidza pacjentów |
| System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego dla innych modułów medycznych (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna) |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
| Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:  |
|  - w zakresie danych osobowych, |
|  - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| System umożliwia wyszukanie pobytów (hospitalizacji i wizyt) zawierających dokumentację spełniającą warunki dotyczące terminów przechowywania. |
| System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Księga Zdarzeń Niepożądanych, |
|  - Wykaz Przyjęć, |
|  - Wykaz Zabiegów, |
|  - Księga Oczekujących, |
|  - Księga Ratownictwa, |
|  - Wykaz Badań |
| System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich wykazów/ksiąg placówki Zamawiającego |
| System umożliwia przenumerowanie Wykazów Przyjęć |
| Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego |
| System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
| Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej: |
|  - numer karty |
|  - etap |
|  - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  - data wersji od |
| Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
| Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności |
| Raporty i wykazy statystyki |
| System powinien umożliwiać tworzenie reportów i wykazów statystyki, w szczególności: |
|  - raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące |
|  - wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących |
|  - lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy |
|  - zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia |
|  - raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy |
|  - wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników |
|  - zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniami i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy |
|  - lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu  |
|  - liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza |
|  - zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe |
|  - lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących |
|  - zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji |
|  - deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji |
|  - harmonogramy - zestawienie harmonogramów/kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów) |
|  - lista wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami oraz danymi o jednostce realizującej, lekarzu realizującym i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie |
|  - zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach |
|  - zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na : miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna) |
|  - zestawienie zwolnień lekarskich |
| System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach |
| Statystyka LO |
| System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej |
| Obsługa skorowidza pacjentów |
| System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego dla innych modułów medycznych (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna) |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności: |
|  - identyfikator pacjenta |
|  - data urodzenia |
|  - imię ojca i matki |
|  - miejsce urodzenia |
|  - płeć |
|  - PESEL opiekuna |
|  - nazwisko rodowe matki |
|  - miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny) |
|  - pobyt w jednostce |
|  - pobyt w okresie |
|  - nr telefonu |
|  - adres e-mail |
|  - nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta |
|  - rodzaj i nr dokumentu tożsamości |
|  - status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o: |
|  - płeć (męska, żeńska, nieznana) |
|  - fragment (fraza) opisu pacjenta |
| System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia |
| Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów, |
| Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:  |
|  - w zakresie danych osobowych, |
|  - w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych |
| System umożliwia wyszukanie pobytów (hospitalizacji i wizyt) zawierających dokumentację spełniającą warunki dotyczące terminów przechowywania. |
| System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg: |
|  - Księga Zgonów, |
|  - Księga Zdarzeń Niepożądanych, |
|  - Wykaz Przyjęć, |
|  - Wykaz Zabiegów, |
|  - Księga Oczekujących, |
|  - Księga Ratownictwa, |
|  - Wykaz Badań |
| System powinien umożliwiać dostęp do wszystkich wykazów/ksiąg placówki Zamawiającego |
| System umożliwia przenumerowanie Wykazów Przyjęć |
| Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego |
| System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO |
| Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej: |
|  - numer karty |
|  - etap |
|  - lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ) |
|  - status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana) |
|  - data wersji od |
| Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą |
| Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności |
| Raporty i wykazy statystyki |
| System powinien umożliwiać tworzenie reportów i wykazów statystyki, w szczególności: |
|  - raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące |
|  - wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących |
|  - lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych gabinetach, przez wybranych lekarzy |
|  - zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia |
|  - raport obciążenia gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich gabinetów, dla poszczególnych lekarzy |
|  - wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników |
|  - zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniami i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy |
|  - lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranego gabinetu  |
|  - liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza |
|  - zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe |
|  - lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących |
|  - zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji |
|  - deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji |
|  - harmonogramy - zestawienie harmonogramów/kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów) |
|  - lista wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami oraz danymi o jednostce realizującej, lekarzu realizującym i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie |
|  - zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach |
|  - zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na : miejscowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna) |
|  - zestawienie zwolnień lekarskich |
| System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach |

eZLA

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

Blok operacyjny/blok porodowy

|  |
| --- |
| **Blok operacyjny** |
| System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych zakładek |
| System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji zakładek |
| System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale |
| System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych podczas wizyty w gabinecie lekarskim, pacjentom nie przebywającym w szpitalu |
| System musi umożliwić jednoznaczne oznaczanie zabiegów:  |
| -zaplanowanych i niewykonanych;  |
| - niezakończonych; |
| -anulowanych |
| System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek organizacyjnych |
| System musi umożliwiać zaplanowanie i odnotowanie danych wykonania operacji wielonarządowych. |
| System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji lekarskiej (chirurgicznej) do zabiegu obejmującej, co najmniej: |
|  - rodzaj planowanego zabiegu, |
|  - tryb zabiegu (planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy), |
|  - rozpoznanie przedoperacyjne ICD9 oraz opisowe, |
|  - dostęp do pola operacyjnego z wykorzystaniem definiowalnego słownika |
|  - wymagane ułożenie pacjenta z wykorzystaniem definiowalnego słownika, z możliwością wyboru wielu pozycji , |
|  - datę kwalifikacji, |
|  - wskazanie ze słownika personelu, lekarza dokonującego kwalifikacji, |
|  - możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika, |
| Musi istnieć możliwość rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
| Musi istnieć możliwość uproszczonego zlecania zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym |
| System musi umożliwić zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali) |
| System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna. |
| System musi umożliwić skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych. |
| System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania: |
|  - rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia, |
|  - klasyfikacji pacjenta wg skali ASA, |
|  - opisu kwalifikacji, |
|  - daty kwalifikacji,  |
|  - wskazania lekarza dokonującego kwalifikacji, |
|  - możliwości rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
| Planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych |
|  Po rejestracji zakończenia zabiegu, jeśli jego czas trwania był inny niż zaplanowano, system powinien zaktualizować terminarz dla pozostałych, zaplanowanych zabiegów |
| System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie: |
|  - daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej, |
|  - materiałów, |
|  - zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi, |
|  - składu zespołu zabiegowego i anestezjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia definiowania roli członków personelu,  |
|  - możliwość rejestracji danych planu z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
| System musi umożliwić odnotowanie rozpoczęcia realizacji zabiegu operacyjnego w chwili zarejestrowania przyjęcia pacjenta na blok operacyjny. |
| Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej: |
|  - dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów. |
|  - modyfikacja danych pacjentów, |
|  System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym: |
|  - statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany), |
|  - danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL), |
|  - identyfikatorze pacjenta |
|  - trybu zabiegu, |
| - rodzaju zabiegu, |
|  - planowanych i rzeczywistych dat wykonania zabiegu, |
|  - bloku i sali operacyjnej, |
|  - jednostki zlecającej,  |
|  - Wykazu Zabiegów, |
|  - składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej). |
|  - przeglądu zabiegów zaplanowanych na dzisiaj i/lub jutro |
| System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta na blok operacyjny i odnotowanie związanych z tym danych tj.: |
|  - czas przyjęcia i osoby przyjmującej, |
|  - wpis do Księgi Bloku operacyjnego |
| System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym: |
|  - rodzaju wykonanego zabiegu, |
|  - czasu trwania zabiegu, |
|  - rozpoznania pooperacyjnego ICD10 i opisowego, |
|  - procedur medycznych z możliwością automatycznego dodania procedur powiązanych z przeprowadzonym zabiegiem, |
|  - opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym, |
|  - składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu, |
|  - czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu |
|  - możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika, |
|  - możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki dźwiękowe i wideo), |
|  - odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu, |
|  - zużytych materiałów: |
|  -- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,  |
|  -- z możliwością automatycznego dodania materiałów z planu, |
|  -- z możliwością automatycznego dodania materiałów powiązanych z wykonanym zabiegiem, |
|  -- z możliwością automatycznego dodania zestawu narzędzi powiązanych z wykonywanym zabiegiem |
|  - możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego |
| System na liście zabiegów oraz na liście opieki pooperacyjnej powinien wyróżniać pacjentów po transfuzji krwi, dla których nie została uzupełniona dokumentacja jej dotycząca. |
| Oprócz głównego opisu operacji system musi umożliwiać wprowadzanie dodatkowych uwag dotyczących przebiegu zabiegu, opatrzonych datą i danymi osoby wprowadzającej. |
| Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu |
| Jeśli nie zostały wpisane dane lekarza operującego to system powinien podpowiadać operatora na podstawie danych lekarza opisującego zabieg |
| System musi umożliwić wprowadzenie informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu. |
| System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących powikłań pooperacyjnych. |
| System musi umożliwiać wprowadzenie w ramach opieki pooperacyjnej pacjenta, danych opieki pielęgniarskiej. |
| System musi umożliwić definicję rodzajów znieczulenia. |
| System musi umożliwić rejestrację danych znieczulenia, w tym: |
|  - czasu znieczulenia, |
|  - czasu anestezjologicznego, |
|  - rodzaju przeprowadzonego znieczulenia domyślnie wypełnianego na podstawie kwalifikacji z możliwością edycji, |
|  - opisu znieczulenia ze wskazaniem osoby opisującej, |
|  - zespołu anestezjologicznego domyślnie uzupełnionego na podstawie planu, |
|  - czasu pracy zespołu anestezjologicznego. Jeśli czas pracy nie został wpisany system podpowiada na podstawie czasu anestezjologicznego lub jeśli czas anestezjologiczny nie jest obsługiwany na podstawie czasu znieczulenia.  |
|  - podanych leków: |
|  -- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika, |
|  -- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych z wykonanym zabiegiem |
| System powinien umożliwić dodawanie pakietów leków i materiałów podczas rejestracji danych dotyczących wykonania operacji |
| System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych znieczulenia |
| System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych wykonania operacji oraz w danych opieki pooperacyjnej |
| System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie: |
|  - ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego, |
|  - ewidencji wykonanych procedur, |
|  - ewidencji podanych leków i zużytych materiałów, |
|  - obsługi tacy leków |
|  - oceny stanu pacjenta z wykorzystaniem zmodyfikowanej skali Aldrete'a |
|  - opisu powikłań znieczulenia,  |
|  - opisu zaleceń pooperacyjnych, |
|  - ewidencji daty przekazania pacjenta na oddział wraz ze wskazaniem lekarza przekazującego. |
| System musi umożliwiać realizację reoperacji pacjenta bezpośrednio po właściwej operacji bez konieczności przekazywania pacjenta na oddział. |
| System powinien umożliwić wydruk szablonu karty znieczulenia z danymi nagłówkowymi pacjenta |
| System powinien umożliwić wydruk szablonu karty pooperacyjnej z danymi nagłówkowymi pacjenta |
| System powinien umożliwić prezentacja graficzna wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czas (co umożliwi obserwację zależności pomiędzy podaniami leków i wykonaniem procedur a wynikami pomiarów) |
| System musi umożliwiać prowadzenie Wykazów Operacji w zakresie: |
|  - możliwość definiowania księgi dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów, |
|  - przegląd Wykazów Operacji wg. różnych kryteriów, w tym: |
|  -- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL), |
|  -- trybu zabiegu, |
| - rodzaju zabiegu, |
|  -- dat wykonania zabiegu, |
|  -- bloku i sali operacyjnej, |
|  --oddziału zlecającego  |
|  -- Wykazu Zabiegów, |
|  -- roku księgi, |
|  -- zakresu numerów księgi, |
|  -- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej), |
|  - wydruk księgi bloku operacyjnego |
| System musi umożliwić przekazanie pacjenta na oddział opieki pooperacyjnej bez wprowadzonych danych realizacji zabiegu; z możliwością późniejszego uzupełnienia danych. |
| System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym: |
|  - protokół zabiegu operacyjnego, |
|  - protokół przekazania pacjenta na oddział |
|  - możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo |
|  - opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów |
| Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków |
| Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym: |
|  - raport z wykonań zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, Wykazu Zabiegów, salę operacyjną, jednostkę zlecającą oraz rodzaj operacji |
| System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx. |
| Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów  |
| Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej |
| System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie: |
|  - dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego, |
|  - rejestracji kart zakażeń, |
|  - automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów, |
|  -przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi, |
|  - przekazywanie preparatów krwi z banku krwi na blok operacyjny,  |
|  - aktualizacja stanów magazynowych banku krwi na podstawie danych z bloku operacyjnego, |
|  - wzajemnego udostępniania informacji o zleconych badaniach i konsultacjach, |
|  - przeglądu wyników zleconych badań i konsultacji, |
|  - przeglądu wszystkich poprzednich hospitalizacji pacjenta i wizyt w przychodni, |
|  - udostępniania informacji o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach dla celów statystycznych i rozliczeniowych |
| System musi umożliwić pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych. Ponadto system musi umożliwiać rozwiązywanie konfliktów występujących podczas jednoczesnej pracy na tym samym zestawie danych. |
| Udostępnianie danych dotyczących czasu pracy personelu na bloku operacyjnym oraz informacji o ośrodkach kosztów sal zabiegowych do wykorzystania w systemie KP. |
| **Blok porodowy** |
| System musi umożliwiać ewidencję danych wywiadu położniczego w zakresie: |
|  - przebiegu i powikłań ciąży (dane opisowe) |
|  - ewidencję danych statystycznych dot. poprzednich porodów pacjentki: |
|  -- Liczba dzieci ogółem |
|  -- Liczba żywo urodzonych |
|  -- Liczba martwo urodzonych |
|  -- Liczba dzieci z wadami rozwojowymi |
|  -- Liczba dzieci zmarłych |
|  -- W aktualnym małżeństwie |
|  -- Liczba ciąż |
|  -- Liczba porodów |
|  -- Liczba poronień |
|  -- Liczba porodów o czasie |
|  -- Liczba porodów przedwczesnych |
|  -- Liczba porodów niewczesnych |
|  -- Liczba porodów siłami natury |
|  -- Liczba porodów patologicznych |
|  - Data pierwszej miesiączki |
| Czas trwania |
|  - Dane poprzednich ciąż i porodów: |
|  -- Data poprzedniego porodu |
|  -- urodzenie noworodka żywe, martwe lub brak danych |
|  -- Informacje o ewentualnym zgonie noworodka |
|  - informacje o starszym rodzeństwie: |
|  -- Imię i nazwisko |
|  -- Rok urodzenia |
|  -- Stan zdrowia |
|  -- Ewentualne przyczyny zgonu |
|  - Wydruk dokumentu wywiadu położniczego (Pismo) |
| System musi umożliwiać dostęp do danych medycznych pacjentki rodzącej (dostępne wszystkie dane związane z hospitalizacją pacjentki - analogicznie jak na standardowym oddziale). W tym między innymi: |
|  - Rozpoznanie wstępne  |
|  - Rozpoznanie końcowe |
|  - Wykonane procedury medyczne |
|  - Zlecenia lekarskie |
|  - Podane leki |
|  - Obserwacje lekarskie |
| Epikryza |
|  - Dokumentacja medyczna |
| **Poród** |
| System powinien stworzyć możliwość określenia podstawowych danych porodu (dotyczy porodu fizjologicznego i operacyjnego), w tym :  |
|  - Mnogość porodu |
|  - Miejsca porodu |
|  - Charakter czasowy porodu |
|  - Ułożenie płodu |
|  - Charakterystyka porodu (Zabiegowy, Fizjologiczny) |
|  - Rodzaj porodu zabiegowego |
|  - Wskazania do porodu zabiegowego |
|  - Zespół porodowy (lekarz, położna, anestezjolog, inne wg konfiguracji) |
|  - Ewidencja leków i środków medycznych użytych podczas porodu z wydzieleniem środków anestezjologicznych |
|  - Możliwość skierowania pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego |
|  - Odnotowanie szczegółowych danych noworodków: |
|  -- Dane identyfikacyjne noworodka |
|  -- Dane osobowe noworodka |
|  -- Żywo/martwo urodzony |
|  -- Czas urodzenia |
|  -- płeć |
|  -- Możliwość ewidencji danych dla urzędu stanu cywilnego oraz generacji "Karty urodzenia".  |
|  -- Możliwość wystawienia karty zgonu zarówno dla noworodka zmarłego w trakcie, po porodzie jak i martwo urodzonego. |
|  -- Dane antropometryczne noworodka |
|  -- Zastosowane produkty i procedury wykonane po urodzeniu |
|  -- urazy okołoporodowe |
|  -- Stwierdzone nieprawidłowości |
|  -- Pierwsze badanie noworodka |
|  -- Ocena wg skali Apgar po: 1, 3, 5 i 10 min. |
|  - Popłód |
|  - Opis przebiegu porodu |
|  - Wykonane zabiegi w trakcie i po porodzie |
|  - Powikłania porodowe wraz ze szczegółowym opisem |
|  - Czas rozpoczęcia porodu |
|  - Czas zakończenia porodu  |
|  - Czas odpłynięcia płynu owodniowego |
|  - Barwa płynu owodniowego |
|  - Czas osiągnięcia pełnego rozwarcia szyjki macicy |
|  - Czas urodzenia noworodka lub w przypadku ciąży mnogiej noworodków |
|  - Czas urodzenia łożyska |
|  - Czas trwania I, II i III okresu porodu (wyliczane automatycznie) |
|  - Łączny czas trwania całego porodu |
|  - Ewidencja utraty krwi przez rodzącą |
| W zależności od konfiguracji system umożliwia rozszerzoną wersję rejestracji danych dotyczących porodu, polegającą na wprowadzaniu w ramach jednego pobytu na oddziale położniczym kilku okresów pobytu na odcinku/trakcie porodowym oraz wygenerowaniu partogramu w ramach każdego z okresów. |
| System musi umożliwiać ewidencję wszystkich danych porodu na Bloku operacyjnym (porodowym) |
| System musi umożliwiać ewidencję danych noworodków na Bloku operacyjnym (porodowym) |
| Ewidencja rozpoznania przedoperacyjnego |
| Ewidencja rozpoznania pooperacyjnego |
| Rejestracja zespołu operacyjnego (położnik, położna, operator, instrumentariusz, anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna i inne role wg. konfiguracji słownika) |
| Ewidencja danych zabiegu operacyjnego |
| Ewidencja danych znieczulenia zastosowanego podczas porodu operacyjnego |
| Opis przebiegu porodu operacyjnego |
| Opis i przebieg znieczulenia |
| Ewidencja procedur medycznych wykonanych  |
| Ewidencja zużycia materiałów i leków  |
| Opieka pooperacyjna - obsługa opieki pooperacyjnej dla kobiet po porodzie operacyjnym |
| Automatyczne uzupełnienie danych porodu (tj. czas porodu, opis porodu itd. na podstawie danych porodu operacyjnego) |
| Obsługa Wykazu porodów i noworodków |
|  - Automatyczne generowanie i możliwość wydruku Wykazów Porodów zgodnie z obowiązującym prawem |
|  - Automatyczne generowanie i możliwość wydruku Wykazów Noworodków zgodnie z obowiązującym prawem |
| System musi umożliwiać prowadzenie karty monitorowania pacjenta/noworodka podczas hipotermii leczniczej. |

Zakażenia szpitalne

|  |
| --- |
| **Zakażenia szpitalne** |
| Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń szpitalnych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności: |
| -prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego, |
| -wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego, |
| -prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
| -wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego, |
| System musi umożliwiać powielenie Indywidualnej Karty Drobnoustroju/Czynnika Alarmowego dla danego pacjenta. |
| System musi umożliwiać dodanie czynnika alarmowego do karty IKRD/CzA na podstawie wyniku badania mikrobiologicznego. |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia  zachorowania) na chorobę zakaźną, |
| System umożliwia zbiorczy wydruk  Rejestru zgłoszeń zachorowania  (podejrzenia  zachorowania)  na chorobę zakaźną, |
| System umożliwia  wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV, |
| System umożliwia  wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową, |
| System umożliwia  wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę, |
| System umożliwia  wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej, |
| System umożliwia  wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecznictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny. |
| System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru. |
| System musi informować o wcześniejszym zgłoszeniu pacjenta w ramach danego formularza zgłoszenia zachorowania, w ramach danego pobytu. |
| Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje), |
| System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego  Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki)  |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych, |
| System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór  'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego'  określa ustawodawca.  |
| Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych , |
| System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca |
| Raport okresowych dotyczący ognisk epidemicznych  zgodny z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, |
| Analizy ilościowe zakażeń szpitalnych, |
| Współpraca  z systemem RCH w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zakażeniach i antybiotykoterapii  |
| Współpraca  z  Laboratorium w zakresie udostępniania wyników badań. |
| Monitorowanie konieczności  założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku antybiotyku podawanego  w ramach pobytu przez [n]dni.   |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku  podania antybiotyku po [n ]dniach od przyjęcia pacjenta  |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych jeżeli podczas podania antybiotyku  wprowadzono określony rodzaj  antybiotykoterapii |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym w ramach danego pobytu  |
| Monitorowanie konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku  wystąpienia  patogenu po [h godzin]  od przyjęcia do szpitala, w badaniu w ramach danego pobytu pacjenta. |
| W przypadku wyniku badania mikrobiologicznego w ramach którego wykryto patogen z alertem, system musi automatycznie zakładać kartę drobnoustroju dla pacjenta. Karta powinna być zakładana dla każdego patogenu z alertem, wskazanego w wyniku badania. |
| System musi informować użytkownika o liczbie automatycznie założonych kart drobnoustroju dla pacjenta. |
| System współpracuje z modułem Ruch Chorych w zakresie powiadomienia o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażenia Szpitalnego, w przypadku wystąpienia temperatury ciała pacjenta powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury w czasie powyżej X godz. od przyjęcia do szpitala. |
| System umożliwia podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala |
| System musi umożliwić ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta jeżeli pacjent jest nadal oznaczony. |
| System automatycznie wprowadza informacje o izolacji domowej pacjenta na podstawie otrzymanych wpisów z systemu eWUŚ |
| System umożliwia przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczna bakterią |
| System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie informacji uzyskanych po analizie wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń.  |
| Z głównego ekranu menu w module Oddział system powinien umożliwiać dostęp do wyfiltrowanej listy pacjentów aktualnie będących w izolacji w danej jednostce  |
| Monitorowanie w oddziale o konieczności założenia indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego w przypadku zastosowania antybiotykoterapii u pacjenta hospitalizowanego > 72 godziny |
| Oznakowanie w systemie pacjenta wcześniej hospitalizowanego, u którego stwierdzono nosicielstwo/ kolonizację czynnikiem alarmowym widoczne przy kolejnym przyjęciu do szpitala dla SOR, Oddział, Izba Przyjęć |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników  |
| System umożliwia prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników  |
| System umożliwia wydruk Zestawienia pracowników zaszczepionych / z odmową szczepienia w danym okresie czasu |
| Możliwość konfiguracji  wydruku Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju pod kątem sterowania widocznością dostępnych sekcji danych Karty |
| Możliwość konfiguracji  dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju |
| Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju |
| Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie wykrytego patogenu w danym pobycie  |
| Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie rozpoznania wprowadzonego w danym pobytu  |
| Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarskich |
| Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur |
| Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju  |
|  System umożliwia szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań.  |

ePacjent

|  |
| --- |
| Możliwość rejestracji podopiecznych pacjenta; dla podopiecznych, którzy są użytkownikami MPI konieczność akceptacji objęcia opieką przez innego pacjenta; możliwość odrzucenia wniosku o objęcie opieką przez innego pacjenta - użytkownika MPI lub możliwość trwałego zablokowania wnioskowania o objęcie opieką przez danego użytkownika. |
| Możliwość przeglądu opiekunów; możliwość usunięcia opiekuna; możliwość zablokowania opiekuna - opiekun nie będzie miał możliwości ponownego wnioskowania o objęcie opieką. |
| Możliwość określenia przez pacjenta parametrów powiadomień o zbliżającym się terminie udzielenia usługi (interwał czasu przed planowanym terminem, tryb powiadamiania) zdefiniowanych w systemie jako możliwe do ustawienia przez użytkownika/pacjenta. |
| Aktualizacja profilu pacjenta/użytkownika Portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, numeru telefonu, adresu zamieszkania. |
| Zmiana danych osobowych pacjenta (imiona, nazwisko, PESEL) w profilu pacjenta, przed zapisem tych danych w systemie HIS, wymaga autoryzacji przez personel podmiotu. |
| Możliwość zmiany terminu wizyty przez pacjenta. |
| Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na Portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt. |
| Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez pracowników jednostki ochrony zdrowia. |
| Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o zmianie terminu realizacji usługi dokonanej przez pracowników jednostki ochrony zdrowia. |
| Wysyłanie wiadomości do jednostki ochrony zdrowia; możliwość formatowania treści wiadomości (czcionka, kolor, justowanie, odnośniki do innych stron). |
| Wysyłanie wiadomości SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta o konieczności potwierdzenia rezerwacji terminu wizyty. |
| Potwierdzenie rezerwacji wizyty w określonym czasie przed realizacją dla rezerwacji wymagających takich potwierdzeń. |
| Przegląd wysłanych wiadomości; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania i odbiorcy. |
| Edycja wysłanych i jeszcze nieprzeczytanych przez pracowników jednostki ochrony zdrowia wiadomości. |
| Przegląd wiadomości odebranych od pacjentów; wyszukiwanie wiadomości wg tematu, daty wysłania, nadawcy; wyróżnienie wiadomości nieprzeczytanych. |

eRejestracja

|  |
| --- |
| System musi umożliwiać samodzielne utworzenie konta w Medycznym Portalu Informacyjnym. Powinna istnieć możliwość aktywacji założonego konta za pomocą kanałów komunikacyjnych e-mail oraz SMS. |
| Rejestracja do portalu udostępniana jest pacjentom w postaci odnośnika na stronie internetowej Jednostki Ochrony Zdrowia. Po samodzielnym utworzeniu konta użytkownik posiada dostęp do portalu z określonym poziomem uprawnień. |
| Rejestracja konta użytkownika, który jest lub potencjalnie będzie pacjentem jednostki: |
| - system musi umożliwiać rejestracje podstawowych danych pacjenta tj.: |
| -- imię, drugie imię, nazwisko, |
| -- dane identyfikacyjne pacjenta: nr PESEL albo numer ewidencyjny lub numer dokumentu tożsamości nadane we wskazanym kraju (w przypadku rejestracji obcokrajowców), |
| - system musi umożliwiać rejestrację adresu e-mail użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny, |
| - system musi umożliwiać rejestrację nr telefonu komórkowego użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny, |
| - system podczas rejestracji użytkownika musi wymuszać akceptację regulaminu portalu, oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych. |
| - system umożliwia utworzenie konta dla którego:  |
| -- w zależności od ustawień systemu możliwe jest: logowanie przy pomocy podanego adresu e-mail lub wygenerowanej przez system łatwej do zapamiętania unikalnej nazwy użytkownika (np. pierwsza litera imienia + nazwisko + opcjonalnie nr kolejny użytkownika) lub wprowadzonej przez rejestrującego własnej nazwy użytkownika z kontrolą jej unikalności, |
| -- zależnie od konfiguracji istnieje dodatkowa możliwość logowania się użytkownika przy pomocy Węzła Krajowego Identyfikacji, |
| -- system umożliwia podanie i powtórzenie hasła do konta oraz weryfikuje poprawność podanego hasła z zadaną polityką. |
| - przy tworzeniu konta system wykorzystuje zabezpieczenie captcha |
| Rejestracja konta użytkownika reprezentującego swojego podopiecznego: |
| - system umożliwia rejestrację konta użytkownika poprzez podanie jego imienia, drugiego imienia, nazwiska, danych kontaktowych (w zależności od przyjętego kanału komunikacji e-mail lub SMS), nazwy użytkownika i hasła, |
| - system umożliwia rejestrację danych podopiecznego użytkownika analogicznie do danych pacjenta. |
| System umożliwia weryfikację podanego w czasie rejestracji konta kanału komunikacyjnego: |
| -- e-mail, poprzez przesłanie na podany adres wiadomości zawierającej odnośnik z wygenerowanym kodem potwierdzenia autentyczności adresu e-mail, |
| -- SMS, poprzez przesłanie na podany nr telefonu wiadomości zawierającej kod potwierdzenia autentyczności podanego numeru; system udostępnia funkcję umożliwiającą wprowadzenie nr telefonu oraz przesłanego kodu. |
| System blokuje możliwość zalogowania się użytkownika, który nie potwierdził żadnego kanału komunikacyjnego. |
| System przypisuje zarejestrowanemu użytkownikowi predefiniowane uprawnienia do dostępnych funkcji, po potwierdzeniu kanału komunikacyjnego. |
| Możliwość ustawienia nowego hasła dla konta, dla którego wykonano poprawną weryfikację adresu e-mail lub numeru telefonu polegającą na wprowadzeniu przesłanego kodu potwierdzenia. |
| Potwierdzenie tożsamości pacjenta z wykorzystaniem Węzła Krajowego Identyfikacji |
| Możliwość samodzielnej autoryzacji (określenie danych dostępowych – login/hasło) użytkownika – pacjenta po poprawnym potwierdzeniu rejestracji; możliwość wyłączenia trybu samodzielnej autoryzacji pacjentów. |
| System udostępnia funkcję logowania do portalu, w ramach której, w zależności od przyjętej polityki bezpieczeństwa, mogą być weryfikowane następujące parametry: |
| -- wymuszenie zmiany hasła po upłynięciu określonego czasu od jego ostatniej zmiany, |
| -- wymuszenie zmiany hasła użytkowników, którzy pierwszy raz logują się do systemu, |
| -- czasowe zablokowanie konta użytkownika po przekroczeniu określonej liczby nieudanych logowań. |
| W przypadku konieczności ustawienia nowego hasła (np. jeżeli użytkownik nie pamięta dotychczasowego) system musi umożliwiać ustawienie hasła z wykorzystaniem każdego z kanałów komunikacyjnych, tzn. e-mail i SMS. |
| System musi umożliwiać zmianę hasła użytkownika. |
| System podczas zmiany hasła musi weryfikować jego poprawność względem przyjętej polityki, w ramach której możliwe jest określenie: minimalnej długości hasła, minimalnej liczby wielkich liter, cyfr, znaków specjalnych, liczby niepowtarzających się kolejnych haseł użytkownika. |
| Aktualizacja profilu pacjenta/użytkownika Portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, numeru telefonu, adresu zamieszkania. |
| System musi umożliwiać z poziomu systemu HIS: |
| - założenie konta użytkownika MPI, |
| - rejestrację pacjentów związanych z kontem MPI (właściciel konta lub jego podopieczni), |
| - autoryzację konta użytkownika (potwierdzenie faktu sprawdzenia tożsamości użytkownika MPI) oraz jego uprawnień do reprezentowania podopiecznych, |
| - resetowanie hasła do konta użytkownika MPI z jednoczesnym wygenerowaniem tymczasowego hasła zgodnego z obowiązującą polityką haseł. |
| System powinien umożliwiać konfigurację, w której po zalogowaniu się pacjenta udostępniana jest ankieta samooceny dotycząca zarażenia wirusem SARS-CoV-2. System na podstawie udzielonych przez pacjenta odpowiedzi na pytania związane z objawami choroby powinien wyświetlać zalecenia dla pacjenta.System powinien umożliwiać pacjentowi przegląd listy wypełnionych ankiet samooceny oraz wyszukiwanie na liście ankiet według dat ich wykonania. |
| System e-Rejestracja musi zapewnić dostęp Pacjentowi do usługi e-Rejestracji za pomocą serwisu www za pośrednictwem indywidualnego konta z wykorzystaniem Węzła Krajowego oraz loginu i hasła (do wyboru przez Pacjenta).  |
| System e-Rejestracja musi zapewnić możliwość zakładania konta Pacjenta za pomocą Węzła Krajowego lub loginu i hasła (do wyboru przez Pacjenta). W przypadku Węzła Krajowego po autentykacji Pacjenta za pomocą narzędzi autentykacyjnych udostępnianych przez Węzeł Krajowy Pacjent zostanie poproszony o uzupełnienie co najmniej: numeru telefonu i adresu e-mail (pozostałe dane zostaną pobrane z Węzła krajowego: imię, nazwisko, PESEL lub seria i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dla osób nieposiadających PESEL, data urodzenia) W przypadku loginu i hasła zostanie udostępniony na stronie głównej formularz rejestracyjny zawierający dane, które jednoznacznie identyfikują nowego użytkownika. Nowy użytkownik musi obligatoryjnie uzupełnić co najmniej: imię, nazwisko, PESEL lub seria i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dla osób nieposiadających PESEL, data urodzenia, numer telefonu oraz adres e-mail. W przypadku loginu i hasła System e-Rejestracja zapewni możliwość resetu hasła przez Pacjenta bez konieczności wizyty u Zamawiającego. |
| System umożliwia wykorzystanie certyfikatów niezbędnych do integracji z węzłem krajowym identyfikacji elektronicznej w celu integracji z systemem login.gov.pl na środowisku produkcyjnym, zgodnie z wymaganiami Ministerstwa Cyfryzacji opublikowanymi w dokumentacji na stronie mc.bip.gov.pl w zakładce „Interoperacyjność MC”/ „Węzeł Krajowy - dokumentacja dotycząca integracji z Węzłem Krajowym” |
| System musi umożliwiać pacjentom rezerwację terminów wizyt w jednostce ochrony zdrowia oraz anulowanie wcześniej dokonanych rezerwacji. |
| Rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi). |
| System umożliwia pacjentom wyszukiwanie usługi medycznej związanej z planowaną wizytą; wyszukiwanie usługi może odbywać się z wykorzystaniem następujących kryteriów: |
| -- nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi), |
| -- nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa, |
| -- imienia, nazwiska, tytułu naukowego i specjalności lekarza udzielającego oczekiwanej usługi. |
| System musi umożliwiać wyszukiwanie usług według ich kodów lub nazw części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych |
| System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach. |
| System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, jeżeli jest dostępny dla danej usługi. |
| System umożliwia przegląd dostępnych dla rezerwacji internetowej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu. Po wybraniu terminu system blokuje możliwość wyboru tego terminu przez innych użytkowników zarówno systemu MPI jak i systemu szpitalnego. |
| Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług. |
| System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanej wizyty, tj.: |
| -- wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi, |
| -- danych adresowych miejsca udzielenia usługi, |
| -- danych wybranego personelu/lekarza udzielającego usługi. |
| System umożliwia lub wymusza (w zależności od konfiguracji dla danej usługi) rejestrację danych skierowania, w przypadku rezerwacji terminu dotyczącego świadczeń wymagających skierowania. |
| System umożliwia edycję danych skierowania oraz e-skierowania. |
| System musi umożliwiać ewidencję trybu pilności w danych skierowania pacjenta. |
| Wydruk potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji, lekarzu oraz planowanej dacie udzielenia usługi. |
| Możliwość rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych; możliwość zmiany terminu wizyt dla podopiecznych; możliwość anulowania rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych. |
| System umożliwia dodawanie i usuwanie skanów skierowania dla rezerwacji terminu. |
| System umożliwia dodatkowe potwierdzenie autentyczności użytkownika rezerwującego termin wizyty poprzez przesłanie na podany nr telefonu kodu potwierdzającego oraz wymuszenie wprowadzenia tego kodu w kontekście rezerwacji wizyty. |
| System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłynięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika. |
| System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłynięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika. |
| Przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana). |
| System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta. |
| Podczas planowania terminu danej usługi system powinien weryfikować istnienie aktywnej deklaracji danego typu dla danego pacjenta |
| System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty tj.:  |
| - informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, |
| - danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, |
| - informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty), |
| - planowanego terminu wizyty. |
| System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty. |
| System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie: |
| -- pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń, |
| -- rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów, |
| -- anulowania terminów zaplanowanych wizyt, |
| -- pobierania informacji o planowanych terminach wizyt. |

eDokumentacja

|  |
| --- |
| System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala. |
| System musi umożliwiać pobranie elektronicznych dokumentów medycznych pacjenta, zarejestrowanych w Repozytorium EDM. |
| System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów wybranych typów. |
| System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów podpisanych bezpiecznym podpisem cyfrowym. |
| System integruje się on-line z Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (Repozytorium EDM w systemie HIS) w zakresie pobierania informacji o dostępnej elektronicznej dokumentacji medycznej (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium meta danych dokumentów i dokumentów w postaci elektronicznej). |

eWywiad

|  |
| --- |
| System umożliwia pacjentom wypełnienie wywiadu lekarskiego w kontekście planowanej usługi medycznej. |
| System weryfikuje kompletność zebranego wywiadu lekarskiego, rozumianą jako udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jej wymagające. |
| System musi umożliwiać wysyłanie wiadomości z prośbą o uzupełnienie wywiadu lekarskiego w zadanym czasie przed planowaną datą udzielenia świadczenia. |
| System zapisuje wywiad lekarski w postaci dokumentu określonego typu w Repozytorium EDM. |
| System umożliwia pacjentowi modyfikację wywiadu lekarskiego, który rejestrowany jest jako kolejna wersja dokumentu w Repozytorium EDM. |
| System umożliwia personelowi medycznemu szpitala interpretację informacji wprowadzonych przez pacjenta w ramach wywiadu lekarskiego. |
| System integruje się z systemem HIS w zakresie rejestracji dokumentu e-wywiadu lekarskiego w Repozytorium EDM systemu HIS. |

eŚwiadczenie

System umożliwia dodawanie i przegląd przez pacjenta plików dla wyniku badania.

Dokumentacja Formularzowa

|  |
| --- |
| System posiada moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych |
| System musi umożliwiać definiowanie formularza, na którym można zaewidencjonować co najmniej dane typu: |
| - Liczba |
| - Tekst |
| - Data |
| - Wartość logiczna |
| - Wartość słownikowa |
| - Obraz |
| Składniki formularza można umieszczać na zakładkach i w sekcjach |
| Składniki formularza można dodawać przy pomocy mechanizmu "Przeciągnij i upuść" |
| System musi zapewniać, by poszczególnym składnikom formularza można przypisać domyślną wartość |
| System musi zapewniać, by w definiowalnych formularzach można było zdefiniować wymagalności wypełnienia wskazanych składników |
| Wydruk formularza |
| Moduł na podstawie wzorca formularza umożliwia zdefiniowanie jego szablonu wydruku. |
| Na szablon wydruku można dodawać dodatkowe elementy (nie będące składnikami wzorca formularza) co najmniej takie jak: |
| - etykieta |
| - obraz |
| System powinien umożliwiać wykonanie operacji importu/ eksportu szablonów formularzy w standardzie XML  |

Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

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

eRecepta

|  |
| --- |
| Usługa umożliwia wysłanie recepty przygotowanej w systemie HIS do rejestru centralnego działającego w ramach projektu P1.  |
| Usługa umożliwia pobranie identyfikatorów recepty nadanych przez system centralny: klucz pakietu recept, klucz recepty, kod recepty. |
| Usługa umożliwia sprawdzenie recept wystawionych pacjentowi. |
| Usługa umożliwia wysłanie dokumentu anulowania wystawionej recepty. |
| Możliwość wystawienia i podpisania e-recepty przez asystenta medycznego. |
| Możliwość wystawienia i podpisania e-recepty przez asystenta medycznego. |

eSkierowanie

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

Konektor Informacje Medyczne

|  |
| --- |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która musi: |
|  działać na urządzeniach z systemem operacyjnym iOS |
|  działać na urządzeniach z systemem operacyjnym Android |
|  być dostępna do pobrania w sklepie internetowym Google Play (dla smartfonów z systemem operacyjnym Android) |
|  być dostępna do pobrania w sklepie internetowym App Store (dla smartfonów z systemem operacyjnym iOS) |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która w zakresie komunikacji z jednostką medyczną musi: |
| obsługiwać proces autoryzacji pacjenta i jego smartfonu do komunikacji z jednostkami medycznymi |
| obsługiwać proces wycofania autoryzacji pacjenta i jego smartfonu do komunikacji z jednostkami medycznymi |
| stosować szyfrowanie i podpisywanie komunikacji z zakresu przekazywania danych medycznych pacjenta za pomocą infrastruktury klucza publicznego |
| obsługiwać proces autoryzacji tożsamości pacjenta w powiązaniu z systemem informatycznym obsługi jednostki medycznej |
| blokować komunikację pacjenta z jednostkami medycznymi, w których nie posiada on aktualnego oświadczenia o zgodzie na udostępnianie informacji na autoryzowany smartfon  |
| umożliwiać komunikację z jednostką medyczną z poza jej infrastruktury sieciowej  |
| przechowywać lokalny rejestr komunikacji z jednostkami medycznymi |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która w zakresie kontroli dostępu do aplikacji i obsługi konta użytkownika musi dawać możliwość: |
| konfigurowania wielu użytkowników |
| wprowadzenia awatara użytkownika z galerii obrazów smartfonu lub poprzez proces wykonania zdjęcia |
| konfigurowania logowania użytkownika do aplikacji co najmniej za pomocą kodu PIN, wzoru lub odcisku palca - dla urządzeń mobilnych z systemem iOS |
| konfigurowania logowania użytkownika do aplikacji co najmniej za pomocą kodu PIN lub wzoru - dla urządzeń mobilnych z systemem Android |
| dostępu do zatwierdzonego przez użytkownika regulaminu |
| automatycznej blokady nieużywanego ekranu aplikacji |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która w zakresie obsługi informacji o jednostkach medycznych powinna dawać możliwość: |
| tworzenia listy jednostek medycznych, z których usług korzysta pacjent, poprzez: |
|  -ręczne dodanie opisu jednostki medycznej (uzupełnienie w aplikacji określonych pól opisu jednostki) |
|  -dodanie jednostki medycznej z udostępnianej poprzez aplikację listy jednostek medycznych, które autoryzowały się jako gotowe do udostępniania informacji pacjentom |
|  -dodanie jednostki medycznej poprzez zeskanowanie kodu QR z jej danymi |
| edytowania danych jednostek medycznych wpisanych przez pacjenta |
| usuwania pozycji z listy jednostek medycznych |
| przeglądu podstawowych danych jednostek medycznych (nazwa, REGON, adres, telefon, e-mail, strona www, adres e-rejestracji, inny opis tekstowy) |
| oznaczanie wybranych jednostek medycznych jako „ulubione” |
| szybkiego dostępu (z pierwszego ekranu aplikacji) do „ulubionych” jednostek medycznych |
| udostępniania poza aplikacje mobilną danych jednostek medycznych za pomocą standardowych mechanizmów udostępniania dostępnych w systemach operacyjnych smartfonów (np. SMS, e-mail) |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która w zakresie zarządzania dokumentami/informacjami medycznymi musi dawać możliwość: |
| przeglądu informacji/dokumentów medycznych z podziałem na typy takie jak: skierowania, recepty, informacje, inne, karty informacyjne, wyniki badań |
| przeglądu informacji/dokumentów medycznych z sortowaniem po autorze, dacie, jednostce wystawiającej |
| dodawania nowych dokumentów/informacji medycznych poprzez załączenie własnych obrazów z galerii lub aparatu fotograficznego smartfonu |
| dodawania nowych dokumentów/informacji medycznych poprzez pobranie ich z jednostki medycznej |
| usuwania dokumentów/informacji medycznych z magazynu dokumentów/informacji medycznych aplikacji mobilnej |
| przechowywania informacji/dokumentów medycznych pobranych z wielu jednostek medycznych |
| podglądu dokumentów/informacji medycznych przechowywanych w magazynie aplikacji mobilnej a wygenerowanych w standardzie HL7 CDA (co najmniej Level1 z załącznikiem a opcjonalnie Level3 z obsługą transformaty XSLT) w zakresie prezentacji nagłówka, struktury i załączników (obrazy JPG, BMP i pliki PDF) |
| udostępnienia dokumentów/informacji medycznych jednostkom medycznym obsługującym proces pobierania dokumentacji medycznej |
| oznaczania dokumentów/informacji medycznych jako „ulubione”. |
| jednoczesnego usuwania wielu dokumentów/informacji medycznych |
| umożliwienia szybkiego dostępu (z pierwszego ekranu aplikacji) do „ulubionych” dokumentów/informacji medycznych |
| umożliwienia szybkiego dostępu (z pierwszego ekranu aplikacji) do dokumentów/informacji medycznych opisanych jako recepty |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która zapewnia uproszczony proces logowania do e-rejestracji jednostek medycznych co najmniej w zakresie: |
| gromadzenia w bezpiecznym magazynie danych loginów i haseł do e-rejestracji różnych jednostek medycznych |
| wywołania strony www e-rejestracji jednostki medycznej z równoczesnym przekazaniem danych o logowaniu tak aby pacjent w przeglądarce internetowej prezentującej e-rejestrację miał dostęp do funkcjonalności e-rejestracji dla zalogowanego użytkownika |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, która w zakresie poprawienia kontaktu z jej dostawcą i poprawy ergonomii daje możliwość: |
| wywołania procesu tworzenia e-maila z uwagami/propozycjami do aplikacji |
| wywołania strony WWW dedykowanej tej aplikacji mobilnej  |
| swobodnej konfiguracji ułożenia elementów na ekranie startowym aplikacji mobilnej |
| wyboru wielkości elementów na ekranie startowym z co najmniej 2 opcji |
| **Wsparcie obsługi procesów komunikacji z aplikacją mobilną ‘Informacje medyczne’ w systemie ZSI:**  |
| umożliwienie z poziomu systemu HIS rejestracji Instytucji w aplikacji mobilnej pacjenta |
| umożliwienie z poziomu systemu HIS wyrejestrowania Instytucji z aplikacji mobilnej pacjenta |
| udostępnienie dokumentacji medycznej/informacji medycznych dla aplikacji mobilnej pacjenta w sieci Internet tj. poza siecią wewnętrzną Instytucji  |
| dostarczenie pacjentowi (po potwierdzeniu jego tożsamości ) kodu PIN w celu uwierzytelnienia go w aplikacji mobilnej |
| umożliwienie z poziomu systemu HIS wyrejestrowania pacjenta z aplikacji mobilnej |
| ewidencja zgody pacjenta w systemie HIS (nadanie i wycofanie zgody) na przekazywanie danych medycznych/informacji medycznych do aplikacji mobilnej |
| umożliwienie w systemie HIS aktualizacji danych Instytucji w aplikacji mobilnej |
| określenie z poziomu systemu HIS typów dokumentów, które mogą być udostępnione pacjentowi w aplikacji mobilnej |
| udostępnienie listy dokumentów/informacji medycznych, które pacjent może pobrać w aplikacji mobilnej |
| udostępnienie do aplikacji mobilnej pacjenta wybranych przez pacjenta dokumentów/informacji medycznych wytworzonych w standardzie HL7 CDA |
| zapewnienie szyfrowanej komunikacji z aplikacją mobilną  |
| obsługa uproszczonego procesu logowania do e-rejestracji Instytucji z wykorzystaniem loginu i hasła przekazanego przez aplikację mobilną pacjenta  |
| wydrukowanie z poziomu systemu HIS kodu QR z danymi Instytucji, które mogą być wykorzystane w aplikacji mobilnej pacjenta |
| **Rozwiązanie zapewniające pacjentowi dostęp do informacji o procesie leczenia nie może:** |
| przetwarzać poza autoryzowaną aplikacją mobilną pacjenta lub poza systemem informatycznym jednostki medycznej jakichkolwiek danych/informacji medycznych pacjenta w celach innych niż obsługa komunikacji pomiędzy nimi |
| udostępniać operatorowi rozwiązania narzędzi pozwalających na wgląd do treści przesyłanych danych/informacji medycznych pacjenta |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, w zakresie wysyłania do pacjenta nie szyfrowanych powiadomień. |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, w zakresie wysyłania do pacjenta szyfrowanych powiadomień. |
| Udostępnienie możliwości integracji systemu obsługi jednostki medycznej z aplikacją mobilną pacjenta, w zakresie wysyłania do pacjenta szyfrowanych powiadomień o wystawieniu e-recepty zawierających numer i PIN do realizacji recepty. |

ePowiadomienia/ePotwierdzenia

System umożliwia pacjentowi potwierdzenie lub rezygnację z terminu zaplanowanej wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny:
- za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na adres e-mail użytkownika,
- za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na konto użytkownika w Medycznym Portalu Informacyjnym,
- za pomocą wiadomości SMS (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne).

eZgody

|  |
| --- |
| System musi umożliwić wypełnienie elektronicznego formularza zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz wyznaczenia osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.  |
| System musi umożliwiać wypełnienie formularza oświadczenia przez pacjenta przed wizytą, podpisanie go profilem zaufanym e-PUAP i złożenie drogą elektroniczną za pośrednictwem e-portalu.  |
| System musi umożliwić pacjentom nie posiadającym profilu zaufanego lub nie wyrażającym zgody na tę formę komunikacji wydruk wypełnionego formularza oświadczenia, w celu dostarczenia oryginału dokumentu w wersji papierowej w wybrany przez siebie sposób.  |
| E-usługa integruje się z systemem HIS w zakresie zapisania w systemie HIS upoważnień/zgód utworzonych przez pacjenta w module MPI. |
| System musi umożliwić wycofanie udzielonej zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz odwołanie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta poprzez wypełnienie elektronicznego formularza.  |

eZałączniki

|  |
| --- |
| System musi umożliwiać pacjentom zarejestrowanie załącznika w kontekście planowanej wizyty. |
| System musi umożliwiać rejestrację załącznika dodanego przez pacjenta podczas rezerwacji terminu wizyty jako dokument w Repozytorium EDM systemu HIS. |
| System musi umożliwiać konfigurację, w której użytkownik podczas zakładania konta pacjenta, konta podopiecznego oraz konta dziecka może dodawać jako załączniki posiadane własne dokumenty np. potwierdzające tożsamość. |
| W zależności od konfiguracji system umożliwia użytkownikowi udostępnianie posiadanych dokumentów (np. potwierdzających tożsamość) personelowi podmiotu leczniczego. Użytkownik może w dowolnym momencie rejestrować załączniki w kontekście danych pacjenta, podopiecznych oraz dzieci. System umożliwia usuwanie udostępnionych załączników. |
| System musi umożliwiać upoważnionemu personelowi podmiotu leczniczego pobieranie dokumentów załączonych do konta pacjenta oraz kont podopiecznych i dzieci (np. dokumenty potwierdzające tożsamość). |

eAnkieta

|  |
| --- |
| System musi umożliwiać przeprowadzenie badań satysfakcji pacjentów poprzez udostępnienie ankiet związanych z udzielonymi świadczeniami medycznymi. |
| System musi umożliwiać pacjentom wypełnienie zdefiniowanej ankiety dotyczącej udzielonego świadczenia medycznego. |
| System musi umożliwiać udostępnienie różnych ankiet dla określonych usług medycznych. |
| System musi przesyłać pacjentom wiadomości z prośbą o wypełnienie ankiety z wykorzystaniem wybranego kanału komunikacyjnego (SMS, e-mail, wiadomość portalowa). System umożliwia uruchomienie ankiety do wypełnienia poprzez kliknięcie odnośnika przesłanego w wiadomości e-mail. |
| System umożliwia interpretację wyników wprowadzonych przez pacjentów ankiet przez personel medyczny szpitala. |
| System musi wspierać prowadzenie profilaktycznych programów zdrowotnych poprzez: |
| - możliwość zdefiniowania kwestionariusza zawierającego informacje służące do kwalifikacji pacjenta do programu, |
| - udostępnianie kwestionariusza kwalifikacyjnego wskazanej docelowej grupie pacjentów, |
| - informowanie pacjentów o możliwości wypełnienia wskazanej ankiety powiązanej z programem profilaktycznym,  |
| - umożliwienie pacjentowi wypełnienia i przesłania ankiety do personelu kwalifikującego do programu profilaktycznego, |
| - automatyczną integrację z systemem HIS w zakresie wysyłania informacji udzielonych przez pacjentów w wypełnionych ankietach z możliwością ich dalszej analizy, |
| - umożliwienie przeglądu i kwalifikacji ankiet programów profilaktycznych zaewidencjonowanych przez pacjentów w systemie MPI przez personel szpitala, |
| - powiadamianie pacjentów za pomocą wiadomości email/sms/portalowej o pozytywnym lub negatywnym wyniku wykonanej kwalifikacji do programu profilaktycznego. |

Teleporady/telekonsultacje lekarz - pacjent

|  |
| --- |
| **Teleporady** |
| System musi umożliwiać wywołanie bezpośrednio z okna wizyty w gabinecie, narzędzia do prowadzenia telekonsultacji z pacjentem. |
| Narzędzie do telekonsultacji musi umożliwiać prowadzenie minimum rozmowy audio-wideo z możliwością włączania i wyłączania kanału wideo przez obydwie strony konwersacji. |
| O rozpoczęciu połączenia telekonsultacji może zdecydować wyłącznie lekarz. Narzędzie do telekonsultacji musi uniemożliwiać inicjowanie połączeń ze strony systemu lub pacjenta, nawet jeśli minęła umówiona godzina rozpoczęcia telekonsultacji. |
| System musi umożliwiać połączenie telekonsultacji wyłącznie z osobą, która otrzymała powiadomienie o rozpoczynającej się telekonsultacji - pacjent lub jego opiekun. |
| Narzędzie do telekonsultacji musi zapewniać bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych, w szczególności przy zestawianiu połączenia nie mogą być przekazywane dane pozwalające zidentyfikować pacjenta. |
| Narzędzie do telekonsultacji musi zapewniać możliwość uruchomienia wyłącznie w infrastrukturze zapewniającej bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych. W szczególności połączenia muszą być realizowane za pomocą połączeń szyfrowanych. |
| Narzędzie do telekonsultacji musi umożliwiać pacjentowi dołączenie do telekonsultacji z dowolnego urządzenia klasy tablet, telefonu lub komputera, wyposażonych minimum w mikrofon i ew. kamerę oraz mających dostęp do Internetu, przeglądarki internetowej (Chrom, Firefox, Opera, Safari) lub innych ogólnodostępnych aplikacji instalowanych na urządzeniu. |
| System musi umożliwiać wysłanie do pacjenta lub jego opiekuna, powiadomienia o zbliżającej się, umówionej telekonsultacji za pomocą wiadomości SMS i/lub email. |
| System musi uniemożliwiać dołączenie kogokolwiek do zakończonej przez lekarza telekonsultacji. |
| W przypadku zamknięcia połączenia ze strony pacjenta, musi być możliwość ponownego nawiązania połączenia z lekarzem, dopóki ten nie zakończy telekonsultacji. |
| System musi zapewniać wsparcie w zakresie właściwego rozliczenia telekonsultacji minimum w zakresie ewidencji właściwej procedury medycznej po potwierdzeniu realizacji świadczenia w trybie telekonsultacji. |
| System musi zapewniać blokowanie połączeń poza czasem trwania wizyty ewidencjonowanej w module HIS obsługującym gabinet, oznaczonej jako dostępna do realizacji w trybie telekonsultacji. |

Teleporady/telekonsultacje lekarz - lekarz

|  |
| --- |
| **Telekonsultacje** |
| System musi umożliwiać skalowanie horyzontalne wybranych modułów systemu (w zależności od obciążenia). |
| System musi udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu. |
| Architektura systemu musi pozwalać na wdrożenie w wariancie wysokiej dostępności (ang. high availability), poprzez równoczesne działanie jego 'zapasowej' instancji. |
| Wymagana jest niezależność systemowa stacji roboczych, na których uruchamiane są aplikacje klienckie. |
| Interfejs użytkownika musi być zgodny z WCAG 2.0 (ang. Web Content Accessibility Guidelines) przynajmniej w zakresie dostępnym dla zewnętrznych partnerów projektu – lekarzy realizujących telekonsultacje. |
| System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. System może być używany w przeglądarkach smartfonów, tabletów i komputerów osobistych. |
| System udostępnia interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach. |
| System musi zapewniać przesyłanie danych w sieci rozległej (pomiędzy partnerami telekonsultacji) z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji. |
| System musi zapewniać niezaprzeczalność informacji przesyłanych pomiędzy partnerami telekonsultacji. |
| System musi posiadać moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym, jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom). |
| System musi umożliwić rejestrację instytucji – jednostki ochrony zdrowia, będącej stroną w procesach telekonsultacji, w zakresie:  |
| - określenie roli instytucji względem innych organizacji: konsultant dla wskazanych organizacji, instytucja konsultowana przez wskazane organizacje, |
| wskazanie personelu (lekarzy) – uczestników procesów telekonsultacji, reprezentujących daną instytucję z określeniem uprawnień (ról: prezenter, ekspert, kwalifikator) rejestrowanej osoby do realizacji określonych operacji w systemie w kontekście danej instytucji |
| - rejestracja danych dostępowych do użytkowanych w danej instytucji systemów informatycznych zintegrowanych z platformą telekonsultacji. |
| System musi umożliwić rejestrację danych personelu – uczestników procesów telekonsultacji, w zakresie: |
| - rejestracja danych osobowych i kontaktowych personelu, |
| - utworzenie użytkownika w Systemie Kontroli Dostępu dla rejestrowanej osoby lub przypisanie osoby do istniejącego użytkownika, |
| - określenie uprawnień (ról) użytkownika powiązanego z rejestrowaną osobą w kontekście wskazanej instytucji reprezentowanej przez tę osobę, |
| - wskazanie personelu (lekarzy), który może być reprezentowany przez rejestrowaną osobę (np. lekarze, w których imieniu system jest obsługiwany przez sekretarkę medyczną). |
| Integracja z systemem HIS w zakresie: |
| - wsparcie rejestracji konsultowanych przypadków medycznych na podstawie pobytów/wizyt w systemie HIS, |
| - możliwości rejestrowanie wyników badań z systemu HIS jako załączników do konsultowanych przypadków medycznych, |
| - integracja z repozytorium EDM systemu HIS w zakresie rejestracji dokumentów medycznych jako załączników do konsultowanych przypadków medycznych. |
| System udostępnia interfejs w postaci niezależnych technologicznie usług (preferowane REST lub WebServices) |
| System musi umożliwiać rejestrację historii zmian danych osobowych pacjentów i personelu medycznego ze wskazaniem użytkownika dokonującego modyfikacji danych. |
| System musi umożliwiać rejestrację historii zmian danych medycznych (informacje opisujące konsultowany przypadek medyczny) ze wskazaniem użytkownika dokonującego modyfikacji danych. |
| System musi rejestrować i umożliwiać przegląd danych o aktywności użytkownika systemu telekonsultacje minimum w zakresie daty i godziny zalogowania i wylogowania, oraz identyfikacji stacji roboczej (numer IP) z której nastąpiło logowanie. |
| System musi umożliwiać wygenerowanie raportu za wskazany okres z informacjami o logowaniu się do niego poszczególnych użytkowników, zawierającego identyfikację tych użytkowników oraz daty rozpoczęcia i zakończenia ich aktywności w systemie. |
| System musi umożliwiać rejestrację informacji opisujących przypadek medyczny w postaci wersji roboczych, widocznych tylko dla autora tych informacji. |
| System musi umożliwiać rejestrację danych przypadku medycznego w celu zdalnej konsultacji z ekspertem, w zakresie: |
| - rejestracja danych osobowych pacjenta, którego dotyczy przypadek medyczny, |
| - rejestracja krótkiego opisu przypadku medycznego, |
| - możliwość wskazania rozpoznań opisujących przypadek medyczny, |
| - wskazanie instytucji konsultującej przypadek medyczny (w przypadku, gdy jednostka konsultowana powiązana jest z wieloma jednostkami konsultującymi), |
| - uzupełnianie danych rejestrowanego przypadku medycznego (dane pacjenta, rozpoznania) na podstawie informacji o pobytach pacjenta zarejestrowanych w zintegrowanym systemie HIS, |
| - możliwość rejestracji załączników do przypadku medycznego, możliwość rejestracji załączników dotyczących lub powiązanych z wcześniej zarejestrowanymi (np. nowa wersja załącznika, notatka dotycząca innego załącznika itp.). Załączniki mogą mieć postać: |
| -- notatek tekstowych, |
| -- zbiorów danych (np. obrazów, dokumentów) ze wskazanych nośnikach danych; dla zbiorów w standardowych formatach obsługiwanych przez przeglądarki (dokumenty HTML, obrazy, filmy) należy zapewnić podgląd ich postaci, |
| -- obrazów radiologicznych w formacie DICOM; należy zapewnić możliwość automatycznego wyszukiwania i dołączania plików DICOM znajdujących się na wskazanym nośniku danych; możliwość podglądu zawartości dołączonych plików DICOM (do podglądu nie jest wymagana jakość diagnostyczna, ale jest wymagana instalacja przeglądarki plików DICOM), |
| -- dokumentów medycznych w formacie HL7 CDA; należy zapewnić możliwość integracji z użytkowanym Repozytorium EDM systemu HIS w celu wyszukiwania i pobierania załączanych dokumentów medycznych. |
| - automatyczne uzupełnianie danych przypadku medycznego na podstawie meta danych znajdujących się we wskazanym pliku DICOM, |
| - automatyczne uzupełnianie danych przypadku medycznego na podstawie danych odczytanych z nagłówka dokumentów medycznych w postaci HL7 CDA. |
| W zakresie planowanie telekonsultacji przypadku medycznego, system zapewnia: |
| - możliwość zaakceptowania wskazanego przypadku medycznego do telekonsultacji przez instytucję konsultującą; automatyczna akceptacja przypadku medycznego w przypadku rozpoczęcia realizacji procesu telekonsultacji, |
| - możliwość zaplanowania telekonsultacji w formie audio lub wideokonferencji – wskazanie planowanej daty i godziny oraz uczestników telekonsultacji, |
| - możliwość anulowania wcześniej zaplanowanej telekonsultacji |
| - możliwość przypisania przypadku medycznego wskazanym osobom reprezentującym instytucję konsultującą (ekspertom), |
| - możliwość odrzucenia wskazanego przypadku medycznego z procesu telekonsultacji ze wskazaniem przyczyny odrzucenia, |
| - możliwość anulowania wskazanego przypadku medycznego przez prezentera (przedstawiciela instytucji rejestrującej przypadek medycznych) z podaniem przyczyny anulowania telekonsultacji. |
| W zakresie realizacji telekonsultacji przypadku medycznego, system zapewnia: |
| - możliwość przeglądu kompletnych informacji dotyczących przypadku medycznego; możliwość pobrania załączników i ich przeglądu z wykorzystaniem zewnętrznych narzędzi dostępnych na stacji roboczej (np. przegląd obrazów DICOM z wykorzystaniem systemów radiologicznych zapewniających wymaganą dla diagnostyki jakość prezentacji), |
| - możliwość rejestracji załączników do przypadku medycznego przez ekspertów konsultujących przypadek medyczny (w formie analogicznej do rejestracji załączników dołączanych przez prezenterów przypadku medycznego), |
| - prowadzenie telekonsultacji zarejestrowanego przypadku medycznego w formie audio lub wideo konferencji, |
| - automatyczna rejestracja przypadku medycznego w przypadku rozpoczęcia audio lub wideokonferencji (telekonsultacje w trybie pilnym), |
| - zakończenie telekonsultacji przez eksperta z wprowadzeniem podsumowania konsultacji przypadku medycznego. |
| System musi informować zainteresowanych uczestników procesu telekonsultacji o zdarzeniach w systemie w formie komunikatów w systemie oraz zasubskrybowanych wiadomości e-mail lub SMS. System musi informować o następujących zdarzeniach: |
| - zainteresowanych ekspertów o zarejestrowaniu, modyfikacji danych i anulowaniu przypadków medycznych do telekonsultacji, |
| - zainteresowanych prezenterów o zaakceptowaniu, odrzuceniu i zakończeniu konsultacji przypadków medycznych w procesie telekonsultacji, |
| - zainteresowanych ekspertów o przypisaniu do konsultowania danych przypadków medycznych, |
| - uczestników telekonsultacji w formie audio i wideo konferencji o zaplanowaniu i zbliżających się terminach zaplanowanych telekonsultacji. |

Migracja obecnie posiadanych licencji i funkcjonalności z modułu eKontrahent do ePartner

|  |
| --- |
| Rejestracja Kontrahenta w Medycznym Portalu Informacyjnym. |
| System musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych kontrahentów, którym udostępniona zostanie funkcjonalność modułu e-Kontrahent. Rejestrowane są dane kontrahenta wymagane do poprawnego wydruku skierowania i rejestracji danych skierowania w zintegrowanym systemie HIS: |
| - dane identyfikacyjne: REGON, nazwa, |
| - dane kontaktowe: adres, e-mail, nr telefonu, |
| - dane komórek organizacyjnych (VII i VIII części systemu kodów resortowych, nazwy komórek organizacyjnych), z których pacjenci kierowani są do Usługodawcy lub które wystawiają zlecenia wykonania badań przez Usługodawcę, |
|  - numery umów podpisanych przez kontrahentów, na podstawie których pacjenci są kierowani do Usługodawcy, |
| System zapewnia powiązanie rejestru kontrahentów z rejestrem instytucji zlecających systemu HIS. |
| Rejestracja dostępności usług w ramach określonych umów zawartych z kontrahentem. Możliwość rejestracji ilościowych limitów usług |
| System umożliwia usunięcie profilu partnera |
| Rejestracja usług zlecanych stanowiących grupy badań dostępnych dla kontrahenta; przypisanie badań do usług zlecanych. |
| Rejestracja informacji o dokumentach (załącznikach) wymaganych do udzielenia usług; możliwość dołączenia pliku załącznika |
| Obsługa rejestru lekarzy zlecających pracujących na rzecz kontrahenta. |
| System musi umożliwić rejestrację i modyfikację danych lekarzy zlecających w zakresie: tytuł, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu. |
| System zapewnia powiązanie rejestru lekarzy zlecających z odpowiadającym im rejestrem systemu HIS. |
| Definiowanie szablonów skierowań drukowanych przez kontrahentów. |
| System musi zapewnić możliwość zdefiniowania wyglądu i treści skierowań drukowanych z systemu z ograniczeniem do stałych treści i zbioru informacji udostępnianych przez system w kontekście planowanych wizyt i zleceń. |
| Obsługa użytkowników reprezentujących kontrahentów. |
| a.       system musi umożliwić rejestrację użytkowników systemu reprezentujących danego kontrahenta; system musi zapewnić ograniczenie dostępu do zasobów systemu dedykowanych tylko dla danego kontrahenta, |
| b.       system musi umożliwić nadawanie użytkownikom systemu wyróżnionych ról/uprawnień: |
|  i.      administrator – możliwość rejestrowania innych użytkowników reprezentujących danego kontrahenta i obsługę ich uprawnień do zasobów tego kontrahenta, |
|  ii.      rezerwacja terminów wizyt, |
|  iii.      zlecenie badań, |
|  iv.      przegląd dokumentacji medycznej pacjenta. |
| c. dane użytkownika muszą obejmować co najmniej następujące informacje:- nazwa użytkownika- imię i nazwisko- nr telefonu- adres e-mail- stanowisko- zakres kontaktów |
| Obsługa rejestru pacjentów powiązanych z danym kontrahentem. |
| a.       system musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów w zakresie: danych identyfikacyjnych pacjenta – PESEL lub nr dokumentu tożsamości, imię i nazwisko, danych adresowych oraz danych kontaktowych, |
| b.       system musi umożliwić import danych pacjentów związanych z danym kontrahentem z zewnętrznego pliku w formacie CSV (*ang. comma-separated values*) zawierającego informacje o określonej strukturze, |
| c.       system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów HIS w zakresie: |
|  i.      powiązania odpowiadających sobie pozycji rejestrów dla pacjentów zarejestrowanych wcześniej w systemie HIS, |
|  ii.      rejestracji nowych pacjentów w rejestrze HIS, |
|  iii.      dane pacjentów wprowadzone przez kontrahentów nie mogą nadpisywać danych w HIS autoryzowanych wcześniej przez pracowników usługodawcy, |
| d.       system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów obsługiwanych w portalu e-Pacjent. |
| e. system umożliwia rejestrację pacjentów NN |
| - system umożliwia identyfikację poszczególnych pacjentów NN |
| - system umożliwia wyszukiwanie poszczególnych pacjentów NN |
| System musi umożliwić generowanie i pobranie raportów syntetycznych i analitycznych z wykonanych e-usług w wybranym przedziale czasu. Raport powinien prezentować:- Liczbę logowań do systemu- Liczbę zarezerwowanych wizyt- Liczbę załączników dołączonych do zarezerwowanych wizyt  |
| Przegląd usług realizowanych w Jednostce Ochrony Zdrowia na rzecz kontrahenta wraz z harmonogramami realizacji usług. |
| System umożliwia przegląd usług realizowanych w jednostce Zamawiającego, udostępnianych do rejestracji dla placówki współpracującej, zgodnie z obowiązującą umową o współpracy, w zakresie: |
| a.       rodzaju świadczonych usług, |
| b.       personelu realizującego usługi, |
| c.       dostępnego terminarza usług i personelu. |
| Rezerwacja terminów wizyt pacjentów przez kontrahentów. |
| a.       system musi umożliwić zaplanowanie przez kontrahentów wizyt pacjentów w jednostkach usługodawcy na podstawie terminarzy udostępnianych w Medycznym Portalu Informacyjnym: |
|  i.      system zapewnia możliwość wyszukiwania usług wg nazwy usługi, nazwy jednostki organizacyjnej, w której udzielana jest usługa, lekarza udzielającego usługę, |
|  ii.      system prezentuje szczegółowe informacje o wybranej usłudze zawierające: warunki udzielenia usługi, dane teleadresowe miejsca udzielania usługi, informacje o personelu udzielającym usługę, |
|  iii.      system zapewnia możliwość wyboru terminu udzielenia usług na podstawie grafików zdefiniowanych w systemie HIS, |
|  iv.      system umożliwia zapis wskazanych przez kontrahenta plików (np. dokumentów medycznych) w kontekście planowanej wizyty. |
| b.       system musi umożliwić zarejestrowanie i wydruk danych skierowania pacjenta na planowaną wizytę, |
| c.       system musi umożliwić anulowanie przez kontrahenta wcześniej zaplanowanych wizyt, |
| d.       system integruje się z terminarzami HIS w zakresie pobierania informacji o dostępnych terminach wizyt, |
| e.       system integruje się z rejestrem planowanych wizyt w HIS w zakresie: |
|  i.      rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, |
|  ii.      anulowania terminów zaplanowanych wizyt, |
| f.        system integruje się z modułem Sprzedaży Usług Medycznych HIS w zakresie: |
|  i.      dostępu do listy pacjentów przypisanych do umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą, |
|  ii.      pobierania listy usług dostępnych w ramach umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą, |
|  iii.      pobierania szczegółowych informacji o warunkach udzielenia wybranej usługi: dostępne terminy w określonych placówkach, dopłata pacjenta, zdefiniowane ograniczenia. |
| g.       System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach. |
| System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie. |
| System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta. |
| System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty: informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty), planowanego terminu wizyty. |
| System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, o ile jest dostępny dla danej usługi. |
| Możliwość wskazania/zlecenia badań do realizacji w czasie rezerwowanej wizyty pacjenta. |
| Zmiana planowanego terminu realizacji usługi medycznej dla wskazanej rezerwacji. |
| Przegląd rezerwacji terminów udzielenia usług medycznych z wyróżnieniem stanu rezerwacji (planowane, zrealizowane, anulowane). |
| Wydruk potwierdzenia rezerwacji terminu udzielenia usług medycznych. |
| System umożliwia prezentacje szczegółowych danych zaplanowanej wizyty: informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, planowanego terminu badania. |
| System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu badań. |
| System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty. |
| System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie. |
| System umożliwia wyszukiwanie usługi medycznej, badania; usługa może być wyszukiwana z wykorzystaniem następujących kryteriów: |
| a.       nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi), |
| b.       nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa. |
| System umożliwia przegląd dostępnych dla placówki współpracującej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu; po wybraniu terminu system blokuje możliwość jego wyboru przez innych użytkowników zarówno korzystających z aplikacji portalowych, jak i systemu szpitalnego. |
| System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanego badania: |
| a.       wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi, |
| b.       danych adresowych miejsca udzielenia usługi, |
| System rejestruje skierowanie na usługę, gdzie jednostką wystawiającą jest placówka współpracująca, a lekarzem kierującym lekarz dokonujący rejestracji lub inny wskazany pracownik placówki współpracującej. |
| Zlecanie badań próbek pobranych przez kontrahentów. |
| a.       system musi umożliwić rejestrowanie zleceń na wykonanie wskazanych badań, |
| b.       system musi umożliwić rejestrację w systemie danych o pobraniu próbek do badań: wskazanie rodzaju pobranej próbki (materiału do badań), daty pobrania, |
| c.       system musi umożliwić wydruk potwierdzenia zlecenia wykonania badań, |
| d.       system musi umożliwić przegląd i wyszukiwanie zleconych badań wg następujących kryteriów: pacjent, zlecona usługa, data zlecenia. System prezentuje stan realizacji zlecenia. |
| e.       system integruje się on-line z HIS w zakresie: |
|  i.      rejestracji w HIS informacji o zleconych badaniach, |
|  ii.      pozyskania informacji o stanie realizacji zlecenia. |
|  iii.      pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń, |
|  iv.      anulowania terminów zaplanowanych wizyt, |
|  v.      rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów, |
|  vi.      pobierania informacji o planowanych terminach wizyt. |
| f.        System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach. |
| g. System umożliwia zlecanie badań dla pacjentów NN zapisanych w rejestrze pacjentów kontrahenta |
| Udostępnienie wyników badań i dokumentacji medycznej pacjentów. |
| a.       system musi umożliwić pobranie przez kontrahentów dokumentów medycznych udostępnionych przez pacjentów w module e-Pacjent Medycznego Portalu Informacyjnego, |
| b.       system musi udostępniać dokumenty medyczne opisujące realizację usług medycznych zleconych przez danego kontrahenta, |
| c.       system integruje się z Repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie wyszukiwania i pobierania udostępnianych elektronicznych dokumentów medycznych, |
| d.       system prezentuje zarejestrowane w HIS wyniki badań zleconych przez danego kontrahenta. |
| e.       o ile pacjent posiada własny dostęp do portalu medycznego Zamawiającego, wyniki badań i wizyt są udostępniane na jego osobistym koncie |
| Raportowanie. |
| System umożliwia wydruk raportu prezentującego liczby zrealizowanych usług medycznych zaplanowanych lub zleconych w module e-Kontrahent, z możliwością filtrowania wg usługi oraz okresu realizacji usługi. |
| Tworzenie grup użytkowników; przyporządkowanie użytkowników do grup. |
| Przegląd efektywnych uprawnień użytkownika wynikających z przynależności do grup użytkowników, przypisanych ról i praw |
| Możliwość przydzielania uprawnień do obługi wybranych kontrahentów |
| Definiowanie polityk poziomu bezpieczeństwa hasła użytkownika, możliwość przypisania wskazanych polityk do użytkowników. |
| Kontrola złożoności hasła użytkownika zgodnie z przypisaną polityką poziomu bezpieczeństwa. |
| Dostępność interfejsu do kontroli praw przyznanych użytkownikom  |
| Dostępność interfejsu do zarządzania prawami przyznanych użytkownikom |
| Użytkownicy systemu nie odpowiadają bezpośrednio użytkownikom systemu zarządzania bazą danych. |
| Możliwość delegowania uprawnień do administrowania uprawnieniami w poszczególnych podsystemach |

**W zakres gwarancji (nadzoru autorskiego) Wykonawca zobowiązuje się do:**

1. udostępnienie poprawek do dostarczonego Oprogramowania Aplikacyjnego, w przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego błędu Oprogramowania Aplikacyjnego (tzn. nie spowodowanego przez Zamawiającego powtarzalnego działania Oprogramowania Aplikacyjnego niezgodnie z jego dokumentacją, w tym samym miejscu programu, prowadzącego w każdym przypadku do otrzymania błędnych wyników jego działania):
* w przypadku tzw. błędu krytycznego, tj. takiego, który uniemożliwia użytkowanie Oprogramowania Aplikacyjnego (w zakresie jego podstawowej funkcjonalności wskazanej w dokumentacji użytkownika) i prowadzi do zatrzymania jego eksploatacji, utraty danych lub naruszenia ich spójności, w wyniku których niemożliwe jest prowadzenie działalności z użyciem Oprogramowania Aplikacyjnego:
	+ czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę czynności zmierzających do naprawy zgłoszonego „błędu krytycznego”) wynosi 1 dzień roboczy;
	+ czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 3 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych;
* w przypadku wystąpienia „błędu krytycznego” Wykonawca może wprowadzić tzw. rozwiązanie tymczasowe, doraźnie rozwiązujące problem błędu krytycznego;
w takim przypadku dalsza obsługa usunięcia dotychczasowego błędu krytycznego będzie traktowana jako błąd zwykły;
* w pozostałych przypadkach, określanych jako „błędy zwykłe” - błędy Oprogramowania Aplikacyjnego inne niż błędy krytyczne:
	+ czas reakcji Wykonawcy na zgłoszenie Zamawiającego (tj. czas od otrzymania zgłoszenia do chwili podjęcia przez Wykonawcę czynności zmierzających do naprawy zgłoszonego błędu zwykłego) wynosi do 15 dni roboczych;
	+ czas dokonania i udostępnienia Zamawiającemu odpowiednich korekt Oprogramowania Aplikacyjnego wyniesie do 60 dni roboczych od chwili rozpoczęcia czynności serwisowych;
1. Wykonawca zobowiązany jest do:
	* przekazania Zamawiającemu informacji o nowych wersjach Oprogramowania Aplikacyjnego,
	* udostępniania uaktualnień Oprogramowania Aplikacyjnego (nowych wersji Oprogramowania Aplikacyjnego),
	* przyjmowania i rozpatrywania indywidualnych żądań zmian (tj. modyfikacji płatnych) Oprogramowania Aplikacyjnego (propozycji jego udoskonaleń, modyfikacji i rozwoju) oraz zmian obejmujących dodanie nowej funkcjonalności Oprogramowania Aplikacyjnego, w zakresie wymaganym zmianami powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub przepisów prawa wewnętrznie obowiązujących Zamawiającego, wydanych na podstawie delegacji ustawowej, przy czym realizacja powyższych żądań będzie wykonywana za dodatkowym wynagrodzeniem Wykonawcy; adres chd APSW

**Wymagania ogólne obligatoryjne dot. zadania nr 2:**

|  |
| --- |
| Wymagania ogólne usługi WWW / Portal |
| System musi być dostępny przez przeglądarki internetowe - zarówno moduły udostępniane interesantom jak i panel administracyjny |
| System musi być zapewniać poprawne działanie dla przeglądarek: Google Chrome, Firefox, Safari, Edge -najnowszych wersji produktów (tzw. wersjach stabilnych) wydanych przez producentów na urządzeniach stacjonarnych, jak również dla przeglądarek tabletów i telefonów komórkowych instalowanych na najpopularniejszych urządzeniach mobilnych (system iOS i Android) zgodnie z zasadami elastycznego projektowania (ang. Responsive Web Design-RWD |
| System musi zapewniać ochronę danych osobowych i informacji stanowiących tajemnicę skarbową zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz musi być zgodny z postanowieniami WCAG 2.1 (Dz.U. 2019 poz. 848). |
| Dostęp spersonalizowanych usług i danych musi być możliwy tylko dla zautoryzowanych i zidentyfikowanych interesantów/ użytkowników |
| Portal musi umożliwiać bezpieczne zalogowanie się przez przeglądarkę – uwierzytelnianie z wykorzystaniem węzła krajowego |
| 1. Portal mieszkańca musi być podzielony na:
2. część zewnętrzną:
	* Ogólnodostępny portal dla Interesantów - użytkowników niezalogowanych
	* Portal dla Interesantów - użytkowników zalogowanych
3. część wewnętrzną – dla administratora systemu i pracowników urzędu.
 |
| System Zarządzania Treścią |
| Panel globalny Systemu Zarządzania Treścią musi pozwalać na tworzenie wielu niezależnych witryn, różniących się treściami i funkcjonalnościami. System musi pozwalać na dodawanie, edycję, konfigurację parametrów oraz usuwanie serwisów. |
| Użytkownikami panelu globalnego będą administratorzy globalni, którzy muszą mieć dostęp od reszty systemu. Użytkownicy z dostępem do panelu globalnego muszą mieć pełne uprawnienia w jego obszarze.  |
| Dostęp do panelu globalnego musi odbywać się poprzez połączenie szyfrowane (SSL). |
| System musi umożliwiać tworzenie nowych witryn poprzez wypełnienie formularza lub jako kopię serwisu już istniejącego.  |
| System musi pozwalać na definiowanie takich parametrów portalu jak nazwa portalu, domena portalu, administrator portalu. |
| Użytkownikami panelu globalnego będą administratorzy globalni, którzy muszą mieć dostęp od reszty systemu. Użytkownicy z dostępem do panelu globalnego muszą mieć pełne uprawnienia w jego obszarze |
| Dostęp do panelu globalnego musi odbywać się poprzez połączenie szyfrowane (SSL). |
| 1. System musi umożliwiać tworzenie nowych witryn poprzez wypełnienie formularza lub jako kopię serwisu już istniejącego.
2. System musi pozwalać na definiowanie takich parametrów portalu jak nazwa portalu, domena portalu, administrator portalu.
3. System portalowy musi umożliwiać dodawanie administratorów o uprawnieniach pozwalających na zarządzanie kilkoma portalami wchodzącymi w skład systemu.
4. Administrator posiadający uprawnienia do więcej niż jednego systemu musi posiadać możliwość przelogowania się między panelami tych witryn, bez konieczności ręcznego wpisywania adresu panelu danej strony w przeglądarce.
5. System musi umożliwiać tworzenie wielu niezależnych od siebie serwisów i stron WWW.
6. Uruchomione systemy mogą różnić się funkcjonalnościami i grafiką, ale w obrębie dostępnych szablonów.
7. Architektura środowiska musi bazować na wspólnym serwerze plików i WWW.
8. Całe środowisko musi pracować w oparciu o wspólną bazę danych.
9. Środowisko musi bazować na systemie zarządzania treścią CMS (ang. Content Management System).
10. Konfiguracja systemu musi pozwolić na ustawienie domeny, pod którą będzie funkcjonował system i wskazanie portalu głównego, który uruchomi się pod tą domeną. Pozostałe serwisy muszą działać domyślnie pod adresami subdomen tej domeny.
11. Każda z witryn uruchomionych w ramach portalu musi posiadać swój własny, panel administracyjny, umożliwiający zarządzanie jego danymi.
12. Każda z witryn uruchomionych w ramach portalu musi posiadać indywidualnie definiowaną strukturę, treści, ustawienia konfiguracyjne, administratorów itp,
13. Funkcjonalności dostępne w panelu administracyjnym muszą zależeć od uprawnień jakie posiada zalogowany użytkownik.
14. Zalogowany użytkownik musi widzieć jedynie te funkcjonalności, do których ma dostęp.

**Wersje językowe**1. System musi umożliwić tworzenie wielu różnych wersji językowych stron WWW.
2. Wersje językowe tej samej strony muszą być od siebie niezależne, tzn. mogą mieć różne struktury i treści.
3. W momencie produkcyjnego uruchomienia systemu, Wykonawca musi zapewnić wsparcie dla wersji polskiej oraz angielskiej uruchamianych stron internetowych. Oznacza to, że wszystkie elementy niebędące edytowalnymi z poziomu panelu administracyjnego muszą być przetłumaczone (np. labele na button’ach).
4. System musi posiadać możliwość dodawania nowych wersji językowych i wprowadzania ich tłumaczeń z poziomu panelu administracyjnego (np. labele na button’ach)
5. System musi pozwalać na powiązywanie ze sobą tych samych treści w różnych wersjach językowych.
6. W przypadku zmiany języka na podstronie, która posiada odpowiednik w wybranej wersji językowej, system musi przekierować użytkownika od razu na wybraną podstronę. W przypadku, gdy takiego powiązania nie ma, system musi przekierować użytkownika na stronę główną

**Szablony graficzne**1. System musi wspierać obsługę szablonów graficznych.
2. System musi pozwalać na nadpisywania styli z katalogu głównego, stylami w katalogu konkretnego szablonu graficznego.
3. System w momencie uruchomienia produkcyjnego musi posiadać szablony graficzne dla:
* Strony głównej,
* Strony pojedynczej aktualności,
* Podstrony statycznej,
1. System musi pozwalać na szybkie dodanie nowego szablonu graficznego przez administratora systemu.
2. System musi pozwalać na dodanie nowego szablonu poprzez kopię już istniejącego.
3. System musi wspierać funkcjonalność wersji graficznych serwisów.
4. W przypadku wersji żałobnej serwisów system musi wyświetlać wszystkie grafiki (wraz ze zdjęciami i miniaturkami zdjęć) w odcieniach szarości.

**Multimedia**1. System musi posiadać repozytorium plików.
2. Wszystkie pliki udostępniane na witrynach systemu muszą wcześniej znaleźć się w repozytorium.
3. Repozytorium plików musi pozwalać na katalogowanie plików (tworzenie grup i podgrup) w celu zachowania porządku w danych wysyłanych na serwer.
4. System musi pozwalać na masowe dodawanie multimediów z dysku lokalnego komputera do repozytorium plików.
5. System musi przechowywać repozytorium w osobnym katalogu na serwerze, w celu prostego tworzenia kopi bezpieczeństwa wrzucanych na serwer plików.
6. System w swojej konfiguracji musi posiadać możliwość zdefiniowania typów plików możliwych do wrzucenia do repozytorium.
7. System musi pozwalać na zmianę nazw plików i katalogów.
8. System musi pozwalać na nadawanie plikom dodatkowych opisów oraz słów kluczowych.
9. W przypadku obrazów administratorzy muszą widzieć miniatury plików w postaci podglądu danego obrazu. W przypadku innych plików system musi pokazywać ikony z symbolami rozszerzeń tych plików.
10. Wszystkie dodawanie do repozytorium pliku muszą standardowo przyjmować status opublikowane.

**Role i uprawnienia**1. System musi umożliwiać tworzenie stref z ograniczonym dostępem.
2. Funkcjonalności stref z ograniczonym dostępem do systemu muszą dotyczyć zarówno panelu administracyjnego jak i treści publikowanych na froncie portalu.
3. Ograniczenia w dostępie do poszczególnych stref muszą zostać rozwiązane za pomocą ról oraz grup uprawnień, gdzie:
	1. rola – zbiór uprawnień w obrębie panelu administracyjnego,
	2. grupa – struktura drzewiasta, do której należą użytkownicy.
4. Dostęp do panelu administracyjnego konkretnego portalu, może mieć wyłącznie użytkownik, któremu przyznano prawo dostępu do logowania się do tego portalu. Taki użytkownik może być super administratorem tego portalu – posiada dostęp do wszystkich jego funkcjonalności lub ma dostęp wyłącznie do części opcji panelu, na podstawie uprawnień nadanych mu przez innego administratora.
5. System musi posiadać możliwość nadawania użytkownikom uprawnień poprzez przypisanie do roli.
6. Udostępnianie na froncie systemu treści wyłącznie dla zalogowanych użytkowników musi odbywać się poprzez wskazanie konkretnych użytkowników lub wybór grupy użytkowników.
7. System musi pozwalać na ręczne tworzenie grup użytkowników w poszczególnych panelach administracyjnych uruchomionych serwisów.
8. Użytkownik posiadający możliwość nadawania uprawnień w systemie, nie może nadać uprawnień wyższych niż sam posiada.

**Edycja treści**1. System musi posiadać edytor treści WYSIWYG (ang. What You See Is What You Get).
2. Edytor treści systemu musi pozwalać na łatwe i intuicyjne wprowadzanie treści przez redaktorów, bez konieczności znajomości zagadnień technicznych, np. atrybutów html’a.
3. Edytor treści systemu musi posiadać możliwość trybu pracy w wersji html.
4. Edytor treści systemu nie może mieć ograniczeń co do wprowadzanych atrybutów lub znaczników kodu html.
5. Edytor treści system musi pozwalać na wstawianie linków zewnętrznych (wpisywanych ręcznie) oraz linków wewnętrznych, do istniejących stron w strukturze serwisu (wybór menu i pozycji w menu).
6. Edytor WYSIWYG dostępny w portalu musi zawierać co najmniej następujące funkcjonalności:
* pogrubianie tekstu,
* kursywa tekstu,
* podkreślanie tekstu,
* justowanie tekstu,
* przekreślenie tekstu,
* cytowanie,
* podlinkowywanie / odlinkowanie tekstu,
* wypunktowania / numerowanie tekstu,
* umieszczanie plików do pobrania z repozytorium plików,
* umieszczanie zdjęć z repozytorium plików,
* umieszczanie filmów z repozytorium plików,
* umieszczanie filmów ze źródeł zewnętrznych,
* umieszczanie plików audio z repozytorium plików,
* umieszczanie plików audio ze źródeł zewnętrznych,
* przeklejanie tekstu z Worda z prawidłową konwersją w locie do formatowania docelowego edytora,
* czyszczenie formatowania tekstu,
* wstawianie zdefiniowanych stylów,
* wstawanie zdefiniowanych nagłówków i paragrafów,
* wstawanie znaków specjalnych,
* wstawianie i edycja tabel (w tym wierszy i kolumn)
* możliwość cofania i przywracania wykonanych akcji.
1. System musi posiadać poniższe funkcjonalności w przypadku wstawiania zdjęć:
* możliwość wprowadzenia tekstu alternatywnego,
* możliwość wprowadzenia etykiety,
* określenie odnośnika po kliknięciu (opcje: brak, lightbox, możliwość wprowadzenia adresu URL),
* określenie wyświetlanego rozmiaru,
1. Możliwość dodania klasy CSS lub styli.
2. System musi posiadać poniższe funkcjonalności w przypadku wstawiania tabel:
* wstawianie tabeli,
* ustalanie właściwości tabeli - szerokość, wysokość, odstęp między komórkami, margines w komórkach, obramowanie, etykieta, wyrównanie, wybór klasy CSS, obramowanie, kolor tła,
* usuwanie tabeli,
* właściwości komórki - szerokość, wysokość, styl CSS, obramowanie, kolor tła,
* scalanie komórek tabeli,
* podział komórek tabeli,
* wstawianie wiersza poniżej /powyżej,
* wstawianie kolumny przed / po,
* usuwanie wiersza,
* usuwanie kolumny,
* wycięcie wiersza,
* skopiowanie wiersza,
* wklejanie wiersza przed / po,
* właściwości wiersza – rodzaj (head, body, footer),
* wyrównanie, wysokość, styl CSS, obramowanie, kolor tła.
1. Edytor treści system musi pozwalać na wstawianie treści wewnątrz edytora pochodzących z innych, dodanych już w systemie modułów.
2. Umieszczanie w edytorze treści danych z innych modułów, musi obywać się poprzez tzw. [shortcodes]. Oznacza to, że z poziomu edytora system musi wstawić specjalny kod, który dopiero na froncie strony zostanie zamieniony na właściwą treść.
3. Wstawianie [shortcodes] w treść edytora musi odbywać się automatycznie. Administrator musi najpierw określić modułu, z którego chce wstawić treść, a następnie z listy dostępnych stron o tym typie modułu, wybrać właściwy.
4. System musi pozwalać na wstawianie treści z funkcjonalności:
* galeria zdjęć,
* galeria wideo,
* lista plików,
* lista stron,
* bannery,
* formularze,
* mapa

**Bloki treści**1. System musi pozwalać na definiowanie bloków.
2. Blok to element systemu służący do prezentacji treści.
3. System musi pozwalać na tworzenie poniższych typów bloków:
	* niezależnych (blok opisowy z edytorem WYSIWYG, możliwość wstawienia kodu html),
	* powiązanych z dowolną funkcjonalnością systemu (np. skrót aktualności, blok bannerów, slider, galeria zdjęć, mapa google).
4. System musi pozwalać na rozmieszczanie bloków w regionach dostępnych przy definicji układu strony głównej oraz podstron (drag & drop).
5. System musi pozwalać na rozmieszczanie tego samego bloku w różnych regionach, różnych układów stron.

**Aktualności**1. System musi posiadać moduł aktualności, służący do prezentacji treści takich jak news’y, wydarzenia oraz informacje.
2. System musi pozwalać na kategoryzację aktualności.
3. System musi pozwalać na zawężanie listy aktualności poprzez wybór interesującej użytkownika kategorii.
4. Podstawowy widok modułu to stronicowana lista aktualności ze zdjęciem, tytułem, datą publikacji, kategorią i lead’em aktualności.
5. System musi pozwalać na podgląd szczegółów aktualności, poprzez wejście w daną aktualność z poziomu listy.
6. Na pojedynczą aktualność muszą składać się przynajmniej pola:
* tytuł aktualności,
* symbol aktualności (używany w odnośniku),
* kategorie wpisu,
* lead aktualności (skrót aktualności),
* treść aktualności (WYSIWYG),
* data publikacji od, data publikacji do,
* status publikacji,
* zdjęcia,
* pliki do pobrania,
* pozycjonowanie.
1. System musi pozwalać na przypisanie aktualności do kilku kategorii.
2. System musi pozwalać na automatyczne przenoszenie opublikowanych aktualności do dostępnego dla internautów archiwum.
3. Przenoszenie musi być dokonywane po zadanej dacie.
4. System musi pozwalać na załączanie do aktualności plików i zdjęć. Musi się ono odbywać poprzez edytor WYSIWYG oraz poprzez osobne zakładki w aktualności. Dodane zdjęcia muszą stworzyć galerię zdjęć pod wpisem (pierwsze zdjęcie widoczne jest na liście wpisów), natomiast dodane pliku musza się znaleźć pod treścią aktualności jako pliki do pobrania.
5. Galeria zdjęć powinna pozwalać na powiększanie zdjęć poprzez kliknięcie w miniaturę. Powiększone zdjęcia muszą być prezentowana na warstwie zaciemniającej treść strony pod dużym zdjęciem.
6. System musi pozwalać na tworzenie informacji o dostępie czasowym. Publikacja aktualności od zadanej daty, wycofanie aktualności z portalu od zadanej daty.
7. Moduł aktualności musi posiadać funkcjonalność podglądu nie opublikowanych wpisów.
8. Moduł aktualności musi posiadać funkcjonalność indywidualnych ustawień SEO dla pojedynczego wpisu.
9. Moduł aktualności musi posiadać obsługę procesu zatwierdzania i publikacji.
10. Moduł aktualności musi podlegać procesowi wersjonowania wpisów.
11. Moduł aktualności musi podlegać procesowi powiązywania wersji językowych wpisów.
12. Moduł aktualności musi posiadać przynajmniej poniższe akcje, do których można nadawać uprawnienia:
* dostęp do listy aktualności,
* dodawanie aktualności,
* edycja aktualności,
* usuwanie aktualności,
* publikacja,
* zatwierdzanie aktualności,
* wersjonowanie aktualności,
* dostęp do kategorii,
* dodawanie kategorii,
* edycja kategorii,
* usuwanie kategorii
 |
|  |

**Wymagania obligatoryjne do zadania nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPIS FUNKCJONALNY OPROGRAMOWANIA DLA SYSTEMU KOLEJKOWEGO****1) Moduł dla administratora systemu*** Uwierzytelnianie i autoryzacja dostępu do panelu
* Dostęp do modułu poprzez interfejs www - możliwość kontroli pracy osobom odpowiedzialnym za nadzór bez konieczności opuszczania swoich miejsc pracy i instalowania dodatkowego oprogramowania
* Interfejs systemu wyłącznie w języku polskim
* Zarządzanie użytkownikami systemu oraz ich uprawnieniami
* Zarządzanie urządzeniami (wyświetlacze LCD, bileter)
* Zarządzanie kolejkami (dodawanie, usuwanie, blokowanie; definiowanie czasu pracy)
* Zarządzanie stanowiskami (dodawanie, usuwanie, blokowanie)
* Zarządzanie harmonogramami pracy,
* Zarządzanie kompozycjami wyświetlaczy, biletów, automatów biletowych
* Zarządzanie powiązaniami wyświetlaczy stanowiskowych ze stanowiskami, kolejek z wyświetlaczami grupowymi (możliwość wyświetlania stanu tylko wybranych kolejek), kolejek z zapowiedziami głosowymi (możliwość wygłaszania zapowiedzi tylko z wybranych kolejek), kolejek z automatami biletowymi (możliwość rejestrowania tylko do wybranych kolejek), kolejek ze stanowiskami
* System musi umożliwiać przydzielenie wybranych kolejek lub ich grup do każdego ze stanowisk
* System musi umożliwiać tworzenie nieograniczonej ilości kolejek i dowolnego ich grupowania
* Zarządzanie treścią wyświetlaną na poszczególnych wyświetlaczach i automatach biletowych
* Zarządzanie treścią drukowaną na biletach (np. numer klienta wraz z symbolem literowym danej kategorii, datę i godzinę wydania biletu, miejsce do którego jest kierowany posiadacz biletu – poradnia)
* Konfiguracja parametrów systemu
* Dla każdej kolejki możliwość zdefiniowania indywidualnego, jedno- lub kilku - znakowanego prefiksu z określoną ilością zer wiodących
* Możliwość zdefiniowania słownika dni wolnych od pracy
* System kolejkowy działa na serwerze i jest uruchamiany automatycznie podczas włączania serwera - system musi działać na serwerze bez konieczności jego ręcznego uruchamiania
* Możliwość stworzenia kolejek złożonych (1 bilet, wiele spraw) wraz z przebiegiem ścieżki oraz definiowaniem algorytmu przydzielania do odpowiednich stanowisk oraz wydrukowaną na bilecie listą

**2) Moduł rejestracji klienta (automat biletowy)*** Konfigurowana lista obsługiwanych kolejek
* Rejestracja klienta w wybranej kolejce
* Przejrzysty interfejs
* Możliwość zdefiniowania własnych kompozycji min. tło, nagłówek ekranu startowego, kolory czcionki, kolory przycisków i tekstów, wielkości przycisków, kolor komunikatów
* Wydruk biletu kolejkowego zawierającego treść zdefiniowaną przez administratora np. dowolny tekst, numer klienta, znak graficzny, data i czas wydruku, przewidywany czas oczekiwania, liczba oczekujących, kod kreskowy lub QR Code, spis dokumentów do załatwienia sprawy
* Rejestrowane statystyki wydanych biletów
* Możliwość blokowania na żądanie wydawania biletów i rejestracji pacjentów z danego automatu
* System zapewnia wydawanie biletów w godzinach pracy wskazanych przez Zamawiającego (z możliwością osobnej konfiguracji harmonogramu pracy dla każdego dnia tygodnia i dla każdej kolejki osobno)
* W systemie powinna istnieć możliwość samodzielnego określenia ilościowego lub czasowego limitu wydawania biletów do poszczególnych grup usług
* Wybieranie poszczególnych kolejek powinno być możliwe w trybie wieloekranowym (menu hierarchiczne) np. przycisk główny „rejestracja” › podmenu: „rejestracja do poradni okulistycznej”, „rejestracja do poradni chirurgicznej” itd.
* Możliwość umieszczenia przycisku „Pomoc”, po wciśnięciu którego na zdefiniowanych stanowiskach obsługi wyświetli się właściwy komunikat informujący, że osoba przy automacie biletowym potrzebuje wsparcia
* Konfigurowany układ informacji – możliwość wyświetlania dodatkowych informacji multimedialnych jak pokaz slajdów, odtwarzanie filmów, paski tekstowe w oddzielnej strefie ekranu lub w formie wygaszacza ekranu z konfigurowalnym czasem włączenia i dezaktywowanego po jego dotknięciu
* Autoryzacja pacjenta na Infokiosku poprzez wprowadzenie numeru PESEL oraz odczyt danych z dowodu osobistego po zeskanowaniu danych przez czytnik

**3) Moduł obsługi klienta – operacje wykonywane przez obsługę stanowisk*** Aplikacja www lub instalowana na komputerach stanowiskowych posiadanych przez Zamawiającego
* Uwierzytelnianie i autoryzacja dostępu - logowanie użytkowników poprzez wprowadzenie osobistego loginu i hasła umożliwiającego przypisanie danych statystycznych do pracownika lub poprzez Active Directory
* Przejrzysty interfejs
* Możliwość umieszczenia/ zadokowania okna programu terminala stanowiskowego u góry lub z boku ekranu (w postaci np. paska narzędziowego) bez zasłaniania okna aplikacji systemu medycznego – zapewniające operatorowi możliwość ciągłej i jednoczesnej pracy z obydwoma programami bez konieczności ciągłego przełączania się pomiędzy oknem systemu medycznego a oknem terminala stanowiskowego systemu kolejkowego lub korzystania z dodatkowego monitora
* Prezentacja ilości osób oczekujących (oraz osób odłożonych w trybie widoku rozszerzonego)
* Przywołanie klienta do stanowiska wg kolejności wynikającej z kolejki
* Przywołanie klienta poza kolejnością (w trybie widoku rozszerzonego)
* Wezwanie, rozpoczęcie i zakończenie obsługi realizowane przyciskami w trybie widoku standardowego – pasek narzędziowy
* Usunięcie klienta z kolejki, gdy nie zgłosił się do obsługi mimo kilku wezwań (ręcznie w trybie rozszerzonym lub automatycznie po konfigurowalnej ilości wezwań)
* Aplikacja musi służyć do wstrzymania obsługi dowolnego klienta i odesłanie go na koniec, początek lub zawieszenia jego obsługi do wezwania
* Możliwość ponownego przywołania zawieszonego klienta
* Dowolny transfer między kolejkami bez konieczności ponownego pobierania biletu przez klienta z możliwością wskazania miejsca w kolejce, do którego ma trafić (na początek, na koniec, za określonym numerem)
* Możliwość przełączania się pomiędzy usługami (np. w przypadku nieobecności pracownika obsługującego inną kolejkę)
* każde stanowisko może obsługiwać więcej niż jedna kolejkę
* Możliwość ręcznej rejestracji klienta do kolejki/poradni nawet mimo braku wpisu w terminarzu z możliwością zwiększenia priorytetu np. dla kombatantów, dawców krwi, osób niepełnosprawnych itp.
* Możliwość wywołania podglądu (w trybie okna rozszerzonego) statystyki (ilości) klientów oczekujących w kolejce z podziałem na priorytety które można nadać w systemie
* Możliwość wezwania klienta z każdej z pozostałych, nieobsługiwanych standardowo na danym stanowisku kolejek
* Możliwość wyłączenia stanowiska pracy

**4) Moduł prezentacji informacji – wyświetlacze stanowiskowe LCD (obsługa wyświetlaczy stanowiskowych LCD)*** Wyświetlanie informacji o aktualnie wzywanym do stanowiska numerze
* Konfigurowany układ informacji np. nazwa poradni, nazwisko
* Możliwość włączenia pulsowania numeru na czas oczekiwania na podejście klienta do stanowiska (ułatwia to zorientowanie się, do którego stanowiska osoba wezwana powinna podejść)
* Możliwość ustawienia statusu (np. przerwa, itp.)
* Możliwość zdefiniowania i zarządzania własnymi kompozycjami wyświetlaczy (kolory czcionek, kolor tła, marginesy, obramowania)
* Dedykowana kompozycja w przypadku, kiedy stanowisko jest nieczynne

**5) Moduł prezentacji informacji – wyświetlacze grupowe LCD (obsługa wyświetlaczy grupowych LCD)*** Wyświetlanie informacji o aktualnym stanie kolejek do stanowisk
* Konfigurowany układ informacji – możliwość wyświetlania dodatkowych informacji multimedialnych jak pokaz slajdów, odtwarzanie filmów, paski tekstowe w oddzielnej strefie ekranu lub naprzemiennie z ekranem wyświetlacza grupowego
* Możliwość zdefiniowania i zarządzania własnymi kompozycjami wyświetlaczy (kolory czcionek, kolor tła, marginesy, obramowania)
* Wyświetlanie informacji tylko z tych kolejek, w których są osoby oczekujące
* W przypadku większej ilości kolejek, automatyczne przełączanie na strony

**6) Moduł zapowiedzi głosowej*** Nagłośnienie realizowane za pomocą głośników wbudowanych w wyświetlacze grupowe LCD
* Dla każdej instancji zapowiedzi możliwość skonfigurowania indywidualnej listy obsługiwanych kolejek
* System generuje i odtwarza zapowiedzi słowne informujące o zaproszeniu klienta do stanowiska. Zapowiedź może zawierać numer biletu, numer stanowiska, numer pokoju
* Możliwość ustawienia pełnej zapowiedzi lub gong

**7) Moduł statystyk*** Uwierzytelnianie i autoryzacja dostępu do panelu
* Dostęp do modułu poprzez interfejs www - możliwość kontroli pracy osobom odpowiedzialnym za nadzór bez konieczności opuszczania swoich miejsc pracy i instalowania dodatkowego oprogramowania
* Interfejs systemu wyłącznie w języku polskim
* Możliwość zbierania i przetwarzania danych statystycznych o pracy systemu
* Podgląd bieżącego statusu pracy stanowisk (stan, ostatnio wzywany numer, ilość obsłużonych klientów, średni czas oczekiwania, średni czas obsługi), kolejek (ilość oczekujących, ilość obsłużonych, średni czas oczekiwania, średni czas obsługi)
* Obliczanie efektywności pracy elementów systemu w wybranym czasie i w rozbiciu na godziny dla: stanowisk (średnia ilość obsługiwanych klientów, średni czas obsługi, średni czas oczekiwania), kolejek (średnia ilość obsługiwanych klientów, średni czas obsługi, średni czas oczekiwania), operatorów (średnia ilość obsługiwanych klientów, średni czas obsługi, średni czas oczekiwania), automatów biletowych (średnia ilość drukowanych biletów)
* Obliczanie sumarycznych wartości monitorowanych wskaźników w wybranym czasie i w rozbiciu na godziny dla: stanowisk (ilość obsługiwanych klientów, czas obsługi, czas oczekiwania), kolejek (ilość obsługiwanych klientów, czas obsługi, czas oczekiwania), operatorów (ilość obsługiwanych klientów, czas obsługi, czas oczekiwania), automatów biletowych (ilość drukowanych biletów)
* Możliwość przeglądania danych niezagregowanych (osobno dla każdego dnia z wybranego przedziału)
* Moduł raportów e-mailowych z możliwością zdefiniowania nieograniczonej ilości raportów dobowych, tygodniowych, miesięcznych i rocznych, badających efektywność stanowisk, kolejek i operatorów w zakresie: całkowity czas pracy; liczba obsłużonych klientów; liczba osób, które zrezygnowały z obsługi; liczba osób, które czekały krócej niż 5 minut; maksymalny czas obsługi; maksymalny czas oczekiwania; procent obsłużonych klientów; procent klientów, którzy zrezygnowali z obsługi; procent osób, które czekały krócej niż 5 minut; średni czas obsługi; średni czas oczekiwania
* możliwość wydruków raportów z systemu oraz możliwość eksportowania raportów i analiz do formatu pdf lubcsv, do samodzielnego wykonania przez Zamawiającego
* Dostęp do logów z pracy systemu
* Statystyki muszą pozwolić na obliczenie poniższych wskaźników:
* ilość wydawania numerów w określonym przedziale dni w podziale na godziny,
* wydajność pracy poszczególnych pracowników (liczba obsłużonych klientów),
* czasy oczekiwania na obsługę,
* czasy obsługi klientów

**8) Moduł eBilet*** współpraca z urządzeniami mobilnymi / smartfonami
* możliwość śledzenia w czasie rzeczywistym pozycji w kolejce i przewidywanego czasu oczekiwania wraz z bieżącą aktualizacją tych informacji uwzględniającą przebieg obsługi kolejki
* informowanie wibracjami o wzywaniu do stanowiskami
* uruchomienie następuje po zeskanowaniu kodu QR z biletu „papierowego” lub z automatu biletowego lub automatycznie po pobraniu biletu z eAutomatu
* bezpieczna konfiguracja modułu umożliwiająca jego uruchomienie w Internecie

**10) Moduł Dashboard*** Uwierzytelnianie i autoryzacja dostępu do panelu
* Dostęp do modułu poprzez interfejs www - możliwość kontroli pracy osobom odpowiedzialnym za nadzór bez konieczności opuszczania swoich miejsc pracy i instalowania dodatkowego oprogramowania
* bieżący podgląd w czasie rzeczywistym wszystkich stanowisk, kolejek oraz klientów
* prezentacja w formie graficznej i tekstowej właściwości związanych z efektywnością pracy kolejek, stanowisk i operatorów (ilość oczekujących, ilość obsłużonych średni czas oczekiwania)
* możliwość wykonywania operacji na wielu klientach (wyszukiwanie, przenoszenie do innej kolejki, zmiana operatora, zmiana statusu)

**INTEGRACJA Z SYSTEMEM MEDYCZNYM**Zamawiający wymaga od Wykonawcy zintegrowania dostarczanego systemu kolejkowego z posiadanym przez Zamawiającego systemem medycznym w celu kolejkowania, kierowania i przywołania pacjentów w poradniach Szpitala. System kolejkowy musi zostać zintegrowany z systemem medycznym tak, aby możliwe było:* potwierdzenie przyjścia pacjenta w dniu planowanej wizyty oraz wyświetlenie informacji zwrotnej dla pacjenta generowanej przez system HIS (poradnia, godzina, lekarz)
* skierowanie pacjenta do Rejestracji w przypadku braku potwierdzonego statusu EWUŚ (musi istnieć możliwość zdefiniowania która kolejka do rejestracji obsługuje daną poradnie np. pacjent zostanie skierowany do kolejki „Rejestracja do poradni chirurgicznej” jeśli miał termin do „Poradni chirurgicznej” ale nie ma potwierdzonego statusu EWUŚ)
* na stanowisku Rejestracji możliwość wydruku biletu do poradni mimo braku potwierdzonego statusu EWUŚ (np. po podpisaniu oświadczenia przez pacjenta)

**Dla Pacjentów będących w poradni, w celu umówienia się na wizytę**Pacjenci maja możliwość zarejestrowania się do gabinetów lekarskich w ramach poradni. W tym celu po przyjściu do poradni pacjent powinien wybrać na ekranie dotykowym automatu biletowego odpowiedni przycisk pobrać bilet kolejkowy. W pierwszej kolejności Pacjent trafia do Rejestracji, gdzie:* obsługa przywołuje Pacjenta do stanowiska za pomocą aplikacji systemu kolejkowego i wyświetla numer obsługiwanego Pacjenta nad stanowiskiem rejestracji
* obsługa rejestruje Pacjenta na dogodny termin, korzystając do tego celu z terminarzy systemu medycznego

Jeśli istnieje możliwość, aby Pacjent został przyjęty przez lekarza w dniu rejestracji obsługa powinna wydać mu numer kolejkowy (wydruk za pomocą stacjonarnej drukarki termicznej), kierujący Pacjenta do odpowiedniego gabinetu.**Dla Pacjentów już umówionych na wizytę lekarską**Pacjent po przyjściu do poradni powinien wybrać na ekranie dotykowym automatu biletowego odpowiedni przycisk i potwierdzić swoje przybycie poprzez wpisanie swojego numeru PESEL. Tym samym system kolejkowy wysyła zapytanie do terminarza systemu, aby potwierdzić, że dana osoba jest umówiona. * Jeśli wizyta zostanie potwierdzona pacjent otrzyma bilet kolejkowy kierujący go do odpowiedniego gabinetu lekarskiego, gdzie lekarz przywołuje Pacjenta do gabinetu *i* wyświetla numer obsługiwanego Pacjenta nad wejściem. Lekarz za pomocą terminarzy w systemie może umówić Pacjenta na kolejną wizytę.
* Jeśli okaże się, że w terminarzu nie widnieje pozycja rejestracji na ekranie automatu biletowego powinien pojawić się komunikat o błędzie i skierowaniu Pacjenta do rejestracji w celu wyjaśnienia.

**Pozostałe wymagania integracji*** priorytetowym systemem musi być system medyczny, z którego system kolejkowy ma pobierać informacje z terminarza
* system kolejkowy nie może dokonywać żadnych wpisów do terminarzy (dostęp wyłącznie tylko-do-odczytu)

|  |
| --- |
| **Zestawienie ilościowe elementów składających się na system kolejkowy** |
| Typ urządzenia | Ilość |
| Automat biletowy wraz wyświetlaczami stanowiskowymi | 2 |
| Wyświetlacz stanowiskowy rejestracja | 3 |
| Wyświetlacz gabinetowy | 17 |
| Wyświetlacz grupowy  | 3 |
| Drukarka termiczna  | 2 |
| Przełącznik sieciowy LAN | 1 |
| Licencja systemu kolejkowego | 1 |
| Licencja integracji systemu kolejkowego z systemem medycznym HIS | 1 |

|  |
| --- |
| **Automat biletowy – 2 szt.**Automat biletowy - zainstalowany tak, aby zapewnić wszystkim pacjentom możliwość wygodnego pobrania biletu i wyszukania informacji. Za pomocą dotykowego ekranu pacjent definiuje cel swojej wizyty. Na podstawie wprowadzonych danych zostanie wydrukowany bilet kolejkowy |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z blachy stalowej lub stali nierdzewnej, wolnostojąca, sztywność obudowy  |
| 2. | Kieszeń na włożenie dokumentu tożsamości (dowód osobisty) |
| **MONITOR** |
| 1. | Przekątna monitora min 21”  |
| 2. | Monitor dotykowy |
| 3. | Wyświetlacz zamocowany poziomo lub pionowo |
| **JEDNOSTKA STERUJĄCA** |
| 1. | Procesor min. 2 rdzeniowy o taktowaniu min. 1,5 GHz  |
| 2. | Pamięć min.: 4 GB RAM |
| 3. | Dysk twardy min.: 32 GB |
| **DRUKARKA BILETÓW** |
| 1. | Metoda druku: Termiczny druk liniowy |
| 2. | Komunikacja – USB, możliwy wydruk w trybie offline urządzenia  |
| **CZYTNIK KODÓW** |
| 1. | Czytnik danych OCR obsługujący także kody kreskowe i QR |

|  |
| --- |
| **Wyświetlacz stanowiskowy rejestracja – 3 szt.**Wyświetlacze zamontowane nas stanowiskami rejestracji |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z blachy stalowej lub tworzywa sztucznego |
| 2. | Uchwyt do zamocowania na ścianie lub suficie |
| **Wyświetlacz** |
| 1. | Wyświetlacz 4 znakowy |
| 2. | Matryca RGB z rastrem P5 w technologii LED SMD 32x64 pixel Wyświetlanie wielu kolorów znaków i cyfr. Każda litera lub cyfra może mieć dowolny kolor |
| 3. | Wyświetlacz zamocowany poziomo lub pionowo |
| **Zasilanie** |
| 1. | Zasilanie z wykorzystaniem interfejsu POE |

|  |
| --- |
| **Wyświetlacz gabinetowy – 2 szt.**Wyświetlacze zamontowane nad gabinetami lekarskimi |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z blachy stalowej lub tworzywa sztucznego |
| 2. | Uchwyt do zamocowania na ścianie lub suficie |
| **Wyświetlacz** |
| 1. | Monitor LCD o przekątnej min 10” |
| **Zasilanie** |
| 1. | Zasilanie z wykorzystaniem interfejsu POE |
| **Akcesoria** |
| 1. | Wbudowane głośniki |

|  |
| --- |
| **Wyświetlacz grupowy – 3 szt.**Wyświetlacze zamontowane nas korytarzach i poczekalniach |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z blachy stalowej lub tworzywa sztucznego |
| 2. | Uchwyt do zamocowania na ścianie lub suficie |
| **Wyświetlacz** |
| 1. | Monitor LCD o przekątnej min 42” |
| 2. | Jasność min. 500 cdm/m2 |
| **Jednostka sterująca** |
| 1. | Wbudowany komputer/player stanowiący integralną cześć urządzenia |
| 2. | System operacyjny Android lub równoważny |
| **Akcesoria** |
| 1. | Wbudowane głośniki |
| 2 | Pilot do zarządzania ustawieniami monitora (np. zmian źródła sygnału, poziom dźwięku, ect),  |

|  |
| --- |
| **Drukarka termiczna – 2 szt.**Drukarki instalowane na rejestracji do drukowania biletów |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z tworzywa sztucznego |
| **Parametry wydruku** |
| 1. | Metoda druku termiczna |
| **Komunikacja**  |
| 1. | USB lub RS 232 lub Wi-Fi lub LAN |
| **Papier** |
| 1. | Papier termiczny o szerokości 60 i 80 mm |

|  |
| --- |
| **Przełącznik sieciowy LAN – 1 szt.**Urządzenie na potrzeby instalacji i komunikacji urządzeń składających się na system kolejkowy |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **Przeznaczenie** |
| 1. | Przełącznik sieciowy dostarczony i zainstalowany wraz z instalacją sieci LAN na potrzeby komunikacji urządzeń systemu kolejkowego z serwerem systemu. |
| **Obudowa** |
| 1. | Obudowa o wielkości maks. 1U, przystosowana do montażu w szafie RACK. |
| **Liczba portów** |
| 1. | Liczba portów 10/100/1000 Mbps musi pozwalać na podłączenie wszystkich urządzeń systemu kolejkowego |

 |

|  |
| --- |
| **OPIS FUNKCJONALNY OPROGRAMOWANIA DLA SYSTEMU PUBLIKACJI TREŚCI MULTIMEDIALNYCH** |
| L.p. | Funkcjonalności ogólne  |
| 1. | System pracujący w architekturze klient - serwer |
| 2. | Aplikacja kliencka uruchamiana w przeglądarce internetowej (web application)  |
| 3. | Aplikacja instalowana na serwerze może działać wyłącznie na systemie operacyjnym typu open source (Linux) jak również na systemach komercyjnych |
| 4. | Baza danych systemu zainstalowana na serwerze: open source |
| 5. | Komunikacja aplikacji klienckiej oraz aplikacji na urządzeniach z serwerem musi odbywać się w czasie rzeczywistym za pośrednictwem technologii websocket (niedopuszczalne regularne odpytywania o dane generujące dodatkowy ruch w sieci) |
| 6. | Uwierzytelnianie i autoryzacja dostępu do systemu zabezpieczona loginem i hasłem (poprzez dane ustawione w systemie kolejkowym lub poprzez LDAP) |
| 7. | Zarzadzanie harmonogramami pracy urządzeń z podziałem na każdy dzień tygodnia |
| 8. | Zarządzanie wyglądem poprzez dodawanie kompozycji do wyświetlaczy  |
| 9. | Zdalny monitoring pracy wyświetlaczy w postaci aktualnego zrzutu z ekranu, obciążenia procesora, zajętości pamięci RAM i dysku twardego, adresu IP, adresu MAC, uptime’u |
| 10. | System musi być oparty na technologii konteneryzacji z możliwością migracji obrazów pomiędzy serwerami a także cofnięciem się do poprzedniej wersji systemu w przypadku wadliwej aktualizacji. |
| 11. | Tworzenie list / scenariusze odtwarzania z treściami multimedialnymi |
| 12. | Podział ekranu na strefy do prezentacji różnych treści multimedialnych |
| 13. | Obsługa plików w formatach: mkv, avi, mov, mp4, JPG, png, gif, PDF |
| 14. | Ustawianie harmonogramów odtwarzania list dla poszczególnych monitorów |
| 15. | Podczas ładowania wyświetlanych materiałów, system automatycznie dopasowuje je do formatu obsługiwanego przez player |
| 16. | Prezentacja informacji graficznych, w tym:-strony internetowe,- filmy,- pogoda,- prezentacje,- grafiki. |
| 17. | **System musi być zintegrowany z dostarczanym systemem kolejkowym . Treści wprowadzane w systemie musza być wyświetlane na wyświetlaczach/monitorach systemu kolejkowego** |

|  |
| --- |
| **Zestawienie ilościowe elementów składających się na system zarządzania treścią multimedialną** |
| Typ urządzenia | Ilość |
| Monitor | 2 |
| Licencja systemu zarządzania treścią multimedialną | 1 |

|  |
| --- |
| **Monitor LCD – 2 szt.**Urządzenia zamontowane nas korytarzach i poczekalniach |
| **OPIS PARAMETRÓW** |
| **OBUDOWA** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z blachy stalowej lub tworzywa sztucznego |
| 2. | Uchwyt do zamocowania na ścianie lub suficie |
| **Wyświetlacz** |
| 1. | Monitor LCD o przekątnej min 42” |
| 2 | Jasność min. 500 cd/m2 |
| 3 | Rozdzielczość min 1920x1080 px |
| **Jednostka sterująca** |
| 1. | Wbudowana w obudowę jednostka sterująca pracą monitora |
| 2 | Procesor o taktowaniu min 1,5 Ghz |
| 3 | Dysk min 8 GB |
| 4 | Pamięć wewnętrzna min 2 GB |
| **Akcesoria** |
| 1 | Pilot do zdalnego zarzadzania monitorem |

**Wymagania obligatoryjne do zadania nr 4**

|  |
| --- |
| **System archiwizacji i zasilania szpitalnej bazy danych EDM cyfrową wersją dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej**W ramach wdrożenia Wykonawca dostarczy, zainstaluje i skonfiguruje w lokalizacji Zamawiającego Oprogramowanie przeznaczone do digitalizacji archiwalnej i bieżącej dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papieroweji zapisu jej cyfrowej wersji w bazie EDM. Zaproponowane rozwiązanie musi umożliwiać dostęp uprawnionych pracowników do funkcjonalności skanowania i indeksowania dokumentów w co najmniej 19ustalonych punktach skanowania. Dostarczone rozwiązanie musi zawierać wbudowany moduł rozpoznawania tekstu OCR o wydajności minimum 25000 str./miesiąc.Zamawiający wymaga aby dostarczone oprogramowanie spełniało wymagania określone w pkt. 1 oraz zapewniało realizację procesów związanych z digitalizacją dokumentacji określone w pkt. 2 i 3 niniejszej specyfikacji. W ramach zadania Wykonawca obejmie dostarczone oprogramowanie obsługą serwisową i nadzorem autorskim przez okres 36 miesięcy od momentu odbioru systemu.1. Funkcjonalność systemuarchiwizacji i zasilania szpitalnej bazy danych EDM cyfrową wersją dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej:
	1. Zasilanie bazy danych Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) cyfrową wersją dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej.
	2. Cyfrowe wersje dokumentów wytworzonych w postaci papierowej zapisywane w EDM muszą posiadać odpowiednią nazwę określającą typ dokumentu, muszą być przypisane do pobytu pacjenta oraz przyjmującego oddziału/jednostki organizacyjnej i być dostępne z poziomu aplikacji medycznej HIS placówki.
	3. Dokumenty przetwarzane przez system muszą być przekazywane do modułu elektronicznej dokumentacji medycznej wraz z opatrzeniem ich informacją o osobie skanującej
	4. System musi współpracować z systemami HIS i repozytorium EDM w zakresie współdzielenia słowników:
		1. Pacjentów,
		2. Pobytów pacjentów w placówce,
		3. Jednostek organizacyjnych,
		4. Instytucji
		5. Personelu,
		6. Typów dokumentów
	5. System musi zapewniać współpracę ze skanerami bez paneli dotykowych oraz innymi posiadanymi przez Zamawiającego urządzeniami wielofunkcyjnymi z funkcją skanowania za pośrednictwem interfejsu systemu wyświetlanego poprzez przeglądarkę internetową na stacjach roboczych (komputerach) użytkowników.
	6. System musi umożliwiać szybkie skanowanie i automatyczny zapis w bazie EDM dokumentacji wewnętrznej (np. podpisywanej przez pacjenta) wytworzonej w oprogramowaniu medycznym bez konieczności jej ręcznego indeksowania
	7. System musi zapewniać automatyczny odczyt drukowanych danych tekstowych i danych zawartych w kodach kreskowych umieszczonych na dokumentach wygenerowanych w systemie HIS i wykorzystanie ich do automatycznego indeksowania dokumentów.
	8. Wygenerowane w HIS Zamawiającego a następnie skanowane i przetwarzane przez system dokumenty muszą być automatyczne kategoryzowanie i przydzielane do kategorii zgodnie z ich konfiguracją w HIS.
	9. System musi umożliwiać automatyczne dzielenie kompletów wygenerowanych w HIS dokumentów (różnych pacjentów) podawanych seryjnie do podajnika urządzenia skanującego i zapisanie ich jako odrębne pliki
	10. System musi umożliwiać na podstawie automatycznie odczytanego z dokumentu nadrukowanego nr pesel pacjenta automatyczny zapis ucyfrowionej wersji dokumentu papierowego w EDM.
	11. System musi posiadać wbudowane narzędzia zabezpieczające przed błędnym odczytem danych i wprowadzeniem do EDM dokumentów z błędnymi danymi.
	12. Informacje o ewentualnych błędach i niezgodnościach w przetwarzaniu, zapisie lub odczycie danych z dokumentów muszą być dostępne na stacjach roboczych (komputerach) użytkowników lub na panelach urządzeń.
	13. Personel musi posiadać dostęp za pośrednictwem przeglądarki internetowej do interfejsu za pomocą, którego może sprawdzić status przetwarzanych dokumentów, uzupełnić brakujące lub poprawić błędne dane.
	14. System musi posiadać możliwość wygenerowania przez pracowników medycznych zleceń uzupełnienia dokumentacji w postaci cyfrowej i umieszczenia jej w EDM a następnie przesłanie takiego zlecenia do uprawnionych pracowników obsługujących archiwum w celu przeprowadzenia digitalizacji.
	15. Na przetworzone przez system dokumenty musi być możliwość nakładania stempla tekstowego oraz informacji w postaci kodów zawierających dane odczytane automatycznie z dokumentu, dane systemowe (data, godzina skanowania, osoba skanująca) oraz dane wprowadzone przez użytkownika skanującego.
	16. Zarządzanie, konfiguracja użytkowników i systemu odbywać się muszą za pomocą modułu administratora
	17. System musi współpracować w pełnym, wyżej wyszczególnionym i poniższym zakresie z wyposażonymi w panele dotykowe urządzeniami skanującymi co najmniej 3 różnych producentów w tym producentów skanerów i producentów urządzeń MFP z funkcją skanowania.
	18. Na zintegrowanych, kompatybilnych z systemem urządzeniach skanujących wyposażonych w panele dotykowe musi być dostępny spersonalizowany panel, z podpisanymi ikonami odpowiadającymi typom skanowanych dokumentów.
	19. System musi umożliwiać skanowanie wraz z indeksowaniem bezpośrednio na panelach dotykowych zintegrowanych, kompatybilnych z systemem urządzeniach skanujących dokumentów medycznych zewnętrznych, archiwalnych i wypisywanych odręcznie.
	20. W przypadku digitalizacji dokumentów zewnętrznych, archiwalnych i wypisywanych odręcznie na panelu kompatybilnego z systemem urządzenia skanującego wyświetlone muszą zostać wszystkie wymagane pola jakie ma uzupełnić użytkownik w celu poprawnej rejestracji dokumentu w EDM a dane za pomocą, których opisywane będą dokumenty muszą być pobierane z systemów HIS, EDM
	21. System musi współpracować ze zintegrowanymi, kompatybilnymi z systemem urządzeniami skanującymi w zakresie wyświetlania na ich panelach informacji pobranych z systemu HIS i EDM co najmniej takich jak:
		1. Imię, Nazwisko Pacjenta
		2. Pesel Pacjenta,
		3. Pobyty Pacjenta w placówce,
		4. Jednostki organizacyjne
		5. Typy dokumentów,
	22. System musi umożliwiać wyszukiwanie z bazy systemu HIS pacjentów na podstawie fragmentu nr pesel i wyświetlenie wyszukanych pacjentów w formie listy na panelach zintegrowanych, kompatybilnych z systemem urządzeniach skanujących umożliwiając osobie skanującej wybranie odpowiadającego skanowanej dokumentacji pacjenta. W celu weryfikacji właściwego powiązania skanowanej dokumentacji z pacjentem, którego skanowana dokumentacja dotyczy po wybraniu właściwego pacjenta na panelu urządzenia muszą zostać wyświetlone pobrane z bazy danych systemu medycznego jego pozostałe dane. Wymagane jest aby wyświetlane były co najmniej takie dane jak: imię, nazwisko i pesel pacjenta
	23. Komunikaty i informacje dla użytkowników na panelach kompatybilnych urządzeń muszą być wyświetlane w języku polskim
2. System musi zapewniać realizację procesu archiwizacji generowanych z systemu HIS podpisywanych przez Pacjentów Zgód na zabiegi bez konieczności dodatkowego ręcznego opisywania dokumentu danymi. Wszystkie dane potrzebne do prawidłowego zarejestrowania dokumentu w EDM muszą być pobrane bezpośrednio z treści skanowanego dokumentu. Zamawiający wymaga aby w wyniku działania systemu obrazy skanowanych zgód na zabiegi były zapisane z odpowiednimi parametrami w bazie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej i były dostępne z poziomu systemu HIS pod odpowiednim typem dokumentu np. Upoważnienia. Dokumenty muszą mieć odpowiednią nazwę odpowiadającą zabiegowi i być powiązane z Pacjentem i jego pobytem na konkretnym oddziale. System powinien umożliwiać jednoczesne skanowanie z podajnika skanera wielu oświadczeń różnych Pacjentów, odpowiednie rozdzielenie skanów i przypisanie ich do odpowiednich pacjentów w EDM/HIS
3. System musi zapewniać realizację procesu archiwizacji dokumentów dostarczanych przez Pacjentów oraz dokumentacji archiwalnej za pomocą funkcji indeksowania dokumentów bezpośrednio na panelach dotykowych kompatybilnych urządzeń lub za pośrednictwem interfejsu systemu na komputerze użytkownika skanującego danymi słownikowymi pobranymi z systemu HIS. Zamawiający wymaga aby w wyniku działania systemu obrazy skanowanych dokumentów były zapisywane z odpowiednimi parametrami w bazie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej jako jeden plik i były dostępne z poziomu systemu HIS w odpowiedniej klasie dokumentów adekwatnej do typu skanowanej dokumentacji. Cyfrowe wersje dokumentów muszą mieć odpowiednią nazwę (np. data\_skanowania\_typ\_dokumentu) i być powiązane z przyjmowanym do placówki Pacjentem i jego pobytem na konkretnym oddziale.
 |

**Urządzenia skanujące dokumentacje medyczną – 2 szt.**

W ramach projektu realizacji e-Usług przez Szpital, przewiduje się zakup 2 sztuk urządzeń wielofunkcyjnych do obsługi dokumentacji medycznej. Każde urządzenie będzie obsługiwało funkcjonalność umożliwiającą skanowanie dokumentacji bezpośrednio do szpitalnego systemu HIS, o parametrach nie gorszych niż:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa komponentu | Minimalne Parametry Techniczne |
| **Sprzęt** | Fabrycznie nowe monochromatyczne urządzenie wielofunkcyjne formatu A4 dedykowane do obsługi dokumentacji medycznej. Każde urządzenie będzie obsługiwało funkcjonalność umożliwiającą skanowanie dokumentacji bezpośrednio do szpitalnego systemu HIS |
| **Wymagania** | ­ Prędkość drukowania: min. 35 stron na minutę­ Panel operacyjny: dotykowy o rozmiarze min 10 cali­ Dysk twardy: min. 256 GB­ Pamięć RAM: min. 2 GB­ Interfejsy: Ethernet BASE 10/100/1000, USB 2.0­ Pojemność wejściowa papieru: min. 500 arkuszy­ Pojemność wyjściowa papieru: min. 250 arkuszy­ Obsługiwane formaty papieru: min. A4, A5, A6, B5, B6­ Obsługiwana gramatura papieru: min. 60 - 220 g/m²­ Rozdzielczość druku: 1200x1200 dpi­ Obsługiwane systemy operacyjne: Windows 7, 10, Windows Server 2008, 2008R2, 2012, 2012R2, 2016, Macintosh OS X Native v10.10 lub późniejszy­ Języki drukarki: PCL5e, PCL6, postscript 3 (dopuszczalne emulacje)­ Moduł skanera: Skaner z szybą ekspozycyjną oraz jednoprzebiegowym podajnikiem oryginałów­ Prędkość skanowania: min 40 obrazów mono A4 na minutę­ Docelowe formaty skanowanych dokumentów: PDF, PDF-A, TIFF, JPEG­ Docelowe lokalizacje zapisu skanowanych dokumentów: Foldery sieciowe, poczta e-mail, USB­ Dostarczone urządzenie musi posiadać toner o wydajności przynajmniej 10 tys. wydrukówW ramach realizacji zamówienia Wykonawca dostarczy, uruchomi i zainstaluje urządzenia w sieci komputerowej Zamawiającego oraz przeprowadzi integrację dostarczonego sprzętu z systemem HIS Zamawiającego w zakresie skanowania dokumentów do HIS. Integracja musi zapewniać wyświetlanie na panelu dotykowym urządzenia danych słownikowych pobranych z systemu HIS i EDM Zamawiającego niezbędnych do prawidłowego zaindeksowania skanu dokumentu co najmniej takich jak: Imię, Nazwisko Pacjenta, Pesel Pacjenta, Pobyty Pacjenta w placówce, jednostki organizacyjne, typy dokumentów. Integracja musi zapewniać również automatyczny zapis w bazie EDM dokumentacji wewnętrznej (np. podpisywanej przez pacjenta) wytworzonej w oprogramowaniu medycznym bez konieczności jej ręcznego indeksowania. |
| **Gwarancja** | Min. 24 miesiące Producenta |

Wymagania do migracji danych (dla zad dot. eUsług i HIS)

1. Przeniesienia całej historii wszystkich wprowadzonych operacji (przeniesienia danych). Migracji podlegać będzie całość danych zawartych w obecnie używanej bazie danych. Instancje bazy danych części medycznej zajmują obecnie około
435 GB i zawierają dane od roku 2001.
2. Wykonana migracja ma zapewnić dalsze prawidłowe działanie modułów posiadanego przez Zamawiającego Szpitalnego Systemu Informacyjnego oraz ciągłość rozliczeń Zamawiającego z NFZ
3. Wykonania pełnej, testowej migracji danych z systemu InfoMedica w terminie 8 dni od daty podpisania umowy, gdzie wymagany zakres danych do integracji to (ilości szacowane na dzień ogłoszenia postępowania):

       dane osobowe pacjentów (ok. 198486pozycji)

       dane pobytów i świadczeń (ok. 2447172 wizyt),

       dane dotyczące skierowań (ok. 2818653 pozycji),

       dane dotyczące kolejek oczekujących i terminarzy (ok. 1244908 pozycji),

       dane dotyczące weryfikacji uprawnień pacjentów do świadczeń pozyskiwanych z systemu eWUŚ (ok: 2565124 pozycji),

       dane personelu medycznego (ok. 6751 pozycji),

       dane instytucji zewnętrznych zlecających realizację świadczeń (ok. 3529 pozycji),

       dane dotyczące Historii Zdrowia i Choroby Pacjenta (ok. 1464842)

       dane o wykonanych elementach leczenia (ok. 25411198)

       dane o zleceniach (ok. 6504075)

       dane o rozpoznaniach (ok. 3597030)

       dane o wykonanych badań laboratoryjnych wraz ze zleceniami (ok. 74566 pozycji)

       dane umożliwiające zachowanie ciągłości rozliczeń i sprawozdawczości z NFZ wraz z możliwością wykonywania korekt (5 lat wstecz) z nowego systemu ZSI. Zamawiający dostarczy pliki wymiany danych z NFZ z całego 5 letniego okresu rozliczeniowego (SWAD, P\_SWI, DEKL, P\_DEKL, REF) – około 8309503 pozycji rozliczeniowych

       dane dotyczące zmian na danych wykonywanych przez użytkowników – (ok. 183066873)

       Zamawiający wymaga przeniesienia całości danych dotychczas eksploatowanych modułów części administracyjnej do nowej bazy danych.

       Łączna wielkość baz danych to około 435 GB

       Dane o których mowa powyżej muszą zostać w pełni zmigrowane do nowej bazy danych z możliwością wyszukiwania pełno tekstowego, sortowania i agregowania. Nie dopuszcza się migracji danych w postaci zrzutów ekranów, załączników graficznych lub tekstowych w nowej bazie danych.

       Wykonawca bierze odpowiedzialność za jakość migracji danych, zobowiązuje się do naprawy wykrytych błędów, braków i różnic w przeniesionych danych na każdym etapie obowiązywania umowy oraz w okresie trwania gwarancji.

1. Uruchomienia środowiska testowego do samodzielnej nauki i weryfikacji przez Zamawiającego w terminie 10 dni od daty podpisania umowy – środowisko testowe powinno zawierać pełne dane przeniesione z systemu InfoMedica.
2. Po akceptacji przeniesienia danych przez Zamawiającego wykonanie pełnej migracji danych z systemu InfoMedica do bazy produkcyjnej. Migracja danych testowa i do bazy produkcyjnej z uwagi na rodzaj gromadzonych danych musi być przeprowadzona w siedzibie Zamawiającego (w dni poniedziałek-piątek bez dni ustawowo wolnych, w godzinach 8-15).
3. Konfiguracji z istniejącym sprzętem komputerowym.
4. Oferowane rozwiązanie musi posiadać minimum tą samą funkcjonalność.
5. Wdrożenie i migracja musi być wykonane przy założeniu, że niedopuszczalna jest przerwa w dostępie do systemu medycznego i systemu administracyjnego dłuższa niż 1 godzina.
6. Zamawiający nie dopuszcza pracy na 2-ch równoległych systemach - tzn. systemie obecnie funkcjonującym u Zamawiającego oraz systemie dostarczonym przez Wykonawcę w ramach realizacji projektu.
7. W cenie oferty Wykonawca udzieli równoważnej ilości licencji na oferowane moduły i obejmie je gwarancją tożsamą z zaoferowanymi systemami.
	1. Dodatkowo Zamawiający wymaga, aby:
8. Baza kontrahentów dla dostarczanych modułów była wspólna z posiadanymi przez Zamawiającego moduł Finanse-księgowość, Gospodarka materiałowa, Rejestr Sprzedaży, Środki Trwałe, Finanse- księgowość,
9. Wspólnej bazy Świadczeń medycznych (Procedur, Badania) dla modułu Koszty oraz Przychodnia, Ruch Chorych.
10. Eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach z systemów posiadanych przez Zamawiającego do pliku tekstowego lub w formacie xls z możliwością wykorzystania przez moduł Koszty.
11. Z modułu Płace eksport zadekretowanych list płac do systemu FK, Koszty.
12. Z modułu Gospodarka Materiałowa eksport zadekretowanych dokumentów przychodowych, rozchodowych oraz pozostałych do systemu Koszty.