Załącznik nr 1

**OPROGRAMOWANIE**

**1. Wymagania ogólne systemu HIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie ogólne** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | Zgodność systemu z następującymi ustawami i rozporządzeniami: |  |
|  | Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654), |  |
|  | Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113 poz. 657), |  |
|  | Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) tekst jednolity z dnia 25 sierpnia 2008 r. (Dz.U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), |  |
|  | Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. Nr 133, poz. 883) tekst jednolity z dnia 17 czerwca 2002 r. (Dz.U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), |  |
|  | Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697), |  |
|  | Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 123, poz. 801 z późn. zm.), |  |
|  | Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319), |  |
|  | System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych ), |  |
|  | System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nie-autoryzowanym dostępem. |  |
|  | W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej). |  |
|  | System (przynajmniej moduły podstawowe: Izba Przyjęć, Oddział, Zlecenia, Poradnia /Gabinet i Rejestracja/, Apteczka oddziałowa) oraz EDM i Portal Pacjenta działa w architekturze trójwarstwowej oraz wszystkie moduły pochodzą od jednego producenta. System HIS w powyższym zakresie działa z poziomu najbardziej popularnych przeglądarek internetowych i nie wymaga konieczności instalowania dodatków do przeglądarek (nie wymaga instalowania dodatkowych wtyczek do przeglądarek) |  |
|  | Komunikacja systemu z użytkownikiem odbywa się w języku polskim z uwzględnieniem polskich znaków diakrytycznych; (dopuszczalnym wyjątkiem jest administrowanie systemami). |  |
|  | System posiada szeroki zakres komunikatów i waliduje wprowadzane dane na bieżąco informując użytkownika o popełnionych błędach. |  |
|  | Definiowanie i wykorzystanie przez użytkownika własnych tekstów standardowych w polach tekstowych. |  |
|  | W funkcjach systemu związanych z wprowadzaniem danych system oferuje udostępnienie podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (takich jak katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych). |  |
|  | System umożliwia podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników oraz określenia, w jakim module się aktualnie znajduje, jakie otworzył ostatnie okno i jaką wykonał ostatnią czynność w systemie. |  |
|  | System umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji wprowadzanie i zmianę parametrów pracy aplikacji, w szczególności dotyczących danych identyfikacyjnych Szpitala, komórek organizacyjnych, zasobów sprzętowych i systemowych, zasobów słownikowych, struktury użytkowników z podziałem na grupy. |  |
|  | W systemie istnieją mechanizmy uprawnień uniemożliwiające modyfikację zapisów w treściach dokumentacji medycznej pacjenta dokonanych przez jednego użytkownika przez kogoś innego, z możliwością definiowania wyjątków i uwzględnieniem struktury hierarchicznej, za wyjątkiem administratora systemu. |  |
|  | System powinien automatycznie wylogowywać lub blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności |  |
|  | System powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w polach opisowych tj. opis badania, wynik, epikryza |  |
|  | System posiada komunikator, który umożliwia wysłanie wiadomości do: |  |
|  | - pracowników jednostki organizacyjnej |  |
|  | - wskazanego użytkownika |  |
|  | System jest zintegrowany pod względem przepływu informacji - informacja raz wprowadzona do systemu w jakimkolwiek z modułów jest wielokrotnie wykorzystywana we wszystkich innych |  |
|  | Pola obligatoryjne, opcjonalne i wypełniane automatycznie muszą być jednoznacznie rozróżnialne przez użytkownika (np. inny kształt, kolor, itp.) |  |
|  | Zabezpieczenie dostępu do programu dla użytkowników (hasło). |  |
|  | Historia operacji powinna być gromadzona w bazie danych |  |
|  | System pozawala na modelowanie rozległej struktury organizacyjnej i dawanie uprawnień danemu użytkownikowi modułu tylko do części struktury organizacyjnej |  |
|  | System pozwala określić, które elementy wizyty powinny być uzupełnione aby można było zakończyć wizytę |  |
|  | Aktywny monitoring kompletności dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej wraz z możliwością wylistowania brakujących dokumentów z poszczególnych dni z poziomu widoku kontekstu pacjenta oraz możliwość automatycznego powiadomienia użytkownika o konieczności uzupełnienia dokumentacji. |  |
|  | System posiada automatyczne powiadamianie użytkowników o zdarzeniach w czasie rzeczywistym (bez użycia funkcji autoodśwież) |  |
|  | System prezentuje historię drukowanych dokumentów wraz z informację o użytkowniku, który dokonał modyfikacji dokumentu |  |
|  | System prezentuje podgląd pacjenta z różnych perspektyw (stan na dany dzień, podgląd parametrów życiowych, wgląd w badania) w zakresie wszystkich hospitalizacji pacjenta bez konieczności wychodzenia z kontekstu tego pacjenta |  |
|  | Ciągły podgląd najważniejszych informacji z hospitalizacji pacjenta w trakcie uzupełniania innych dokumentów tego pacjenta wraz z możliwością przenoszenia dowolnych informacji do aktualnie wypełnianej dokumentacji i możliwość użycia tych danych w bieżącej pracy. |  |
|  | System posiada wbudowane mechanizmy tworzenia kopi roboczych dokumentów (z możliwością uzupełnienia w dowolnym momencie) |  |
|  | System ma możliwość niezależnego uzupełniania dokumentów przez poszczególne grupy personelu (lekarz, pielęgniarka, sekretarka) bez wzajemnej blokady uzupełniania danego dokumentu oraz z możliwością podglądu wprowadzonej informacji przez inną grupę |  |
|  | System ma możliwość skanowania dokumentów wraz z umieszczaniem ich w dowolnych miejscach |  |
|  | System posiada dynamiczne szablony dokumentów w pełni konfigurowane podczas wdrożenia |  |
|  | System umożliwi wymianę komunikatów (integrację) z systemami w ramach Platformy P1, Platformy P2 oraz Platformy P4 wprowadzanymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. |  |
|  | Integracja z Platformą Regionalną „Pomorskie e-Zdrowie” (w ramach wymiany danych m. in. skierowań, e-rejestracji, dokumentacji medycznej) |  |
|  | Integracja z Laboratorium Medycznym BRUSS (zakres analityki oraz mikrobiologii) na zasadzie zlecenia na wykonane badanie do Laboratorium oraz obioru wyników z wykorzystaniem standardu HL7. |  |
|  | Przykładowy komunikat zlecenia do LM BRUSS:  MSH|^~\&|NAZWA\_SYSTEMU|SZPITAL|LMBRUSS||DATA\_ZLECENIA||ORM^O01  |IDENTYFIKATOR\_ZLEC|P|2.3|||AL|AL|PL||PL|  PID|1|00000000000^^^^PESEL|194^^^^^SZPITAL||NAZWISKO^IMIĘ||DATA\_UR|PŁEĆ|||ADRES||||||||  PV1|1|I|DANE\_KOMÓRKI\_ZLECAJĄCEJ  ORC|NW|IS|ID\_ZLECENIA|||||||DANE\_LAKARZA\_ZLECAJĄCEGO|||||KOMÓRKA\_ZLECAJĄCA||  OBR|1|ID\_ZLECENIA||DANE\_BADANIA\_ZLECONEGO\_NP"RÓWNOWAGA KWASOWO-ZAS"|  ||DATA\_ZLECENIA|||||||DANE\_LEKARZA\_ZLECAJĄCEGO||KOD\_KRESKOWY\_PRÓBKI|||||||||||| |  |
|  | Przykładowy komunikat odbioru wyniku z LM BRUSS:  MSH|^~\&|LMBRUSS|LMBRUSS|NAZWA\_SYSTEMU||DATA\_WYNIKU||ORU^R01||P|2.3|||AL|NE| POL|CP1250|PL  NTE|1|LMBRUSS|Odprawil : SG|  ORC|RE|^|ID\_ZLECENIA^LMBRUSS||  OBR|1|^|ID\_ZLECENIA|DANE\_BADANIA|||DATA\_WYNIKU||||||||||||||||||F|||||||||^^^^^^^  LMBRUSS|  OBX|1|TX|WYNIK\_BADANIA||||||||F|||DATA\_WYNIKU||DANE\_DIAGNOSTY^^LMBRUSS |  |
|  | Migracja danych z obecnie użytkowanego systemu (MMedica, Producent Asseco), do dostarczonego systemu należy zmigrować dane takie jak:   * Dane teleadresowe pacjentów (m. in. Imię, Nazwisko, Pesel, Data urodzenia, Płeć, Adres, Oddział NFZ) * Hospitalizacje (m. in. okresy hospitalizacji, rozpoznanie wypisowe) * Wizyty w poradni (m. in. rodzaj wizyty, rodzaj poradni, data udzielenia porady, rozpoznanie ICD10) |  |
|  | Wykonawca wraz z systemem dostarczy odpowiedni dla niego motor bazy danych zgodny z licencjami koniecznymi do instalacji ww. środowiska |  |

**2. Funkcjonalności modułów systemu HIS**

**2.1. Wymagania - Izba Przyjęć**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Izba przyjęć** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych: |  |
| 1.1 | podstawowych: Imię, Nazwisko, Pesel, automatyczne wypełnienie daty urodzenia i płci, typ i nr dokumentu tożsamości , obywatelstwo, grupa krwi, choroba zakaźna, uczulenia (alert uczuleniowy), odnotowanie pacjenta typu VIP, miejsce urodzenia, NIP Zakładu/ów Pracy, możliwość wprowadzenia uwag |  |
| 1.2 | adres zameldowania: kod pocztowy (po wprowadzeniu kodu pocztowego automatyczne uzupełnienie miejscowości z zawężeniem przypisanych do kodu ulic, automatyczne uzupełnienie województwa i kraju), nr domu, nr lokalu |  |
| 1.3 | adres zamieszkania i adres korespondencyjny - możliwość skopiowania z adresu zameldowania |  |
| 1.4 | kontakt telefoniczny i mailowy |  |
| 1.5 | dane pacjenta: oddział NFZ, uprawnienia pacjenta, nr pacjenta w kartotece |  |
| 1.6 | opiekunowie - możliwość dodania kilku z odnotowania danych: Imię, Nazwisko, Pesel, Telefon, adres zamieszkania |  |
| 1.7 | możliwość odnotowania, że pacjent jest ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażania zgody, wówczas dane dotyczące opiekunów są wymagane do uzupełnienia |  |
| 1.8 | stałe leki pacjenta - z użyciem słownika leków |  |
| 2 | Prowadzenie rejestru (skorowidza) pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych z poszczególnych pobytów w szpitalu (rejestr pobytów) |  |
| 3 | Możliwość wyszukiwania pacjentów wg różnych parametrów |  |
| 4 | Przyjęcie nowego pacjenta i wprowadzenie danych personalnych |  |
| 5 | Analiza danych nowego pacjenta podczas wprowadzania - mechanizmy weryfikujące unikalność danych wg zadanych kluczy (np. PESEL) |  |
| 5.1 | Scalenie danych pobytu pacjenta w przypadku braku możliwości pierwotnego zweryfikowania jego danych z poprzednimi pobytami po potwierdzeniu danych osobowych np. pacjenta NN |  |
| 5.2 | Scalenie danych pacjenta w przypadku rejestracji tej samej osoby, na podstawie aktualnie dostępnych danych i stanu pacjenta (np. pacjent nieprzytomny). |  |
| 6 | Rejestracja pobytu pacjenta na Izbie Przyjęć - odnotowanie danych przyjęciowych (dane o rozpoznaniu, danych ze skierowania, płatniku, itp.) |  |
| 6.1 | Weryfikacja pacjenta w systemie e-WUŚ i archiwizacja kolejnych wpisów. Możliwość wydruku oświadczeń o ubezpieczeniu |  |
| 7 | System uniemożliwia dokonanie ponowne przyjęcie pacjenta przebywającego już w szpitalu |  |
| 8 | Odnotowanie wykonanych pacjentowi procedur |  |
| 9 | Odmowa przyjęcia do szpitala - wpis do Księgi Odmów i lub Porad Ambulatoryjnych |  |
| 10 | Możliwość zlecenia badań, procedur medycznych – automatyczna rejestracja kodu ICD-9 |  |
| 11 | Odnotowanie skierowania pacjenta do kolejki oczekujących – wpis do Księgi oczekujących |  |
| 11.1 | Generowanie wymaganych przez NFZ raportów z kolejki oczekujących |  |
| 12 | Możliwość wprowadzenia informacji o rodzaju leczenia, na które pacjent oczekuje |  |
| 13 | Odnotowanie zakończenia oczekiwania (realizacji kolejki) pacjenta w Księdze Oczekujących w momencie jego przyjęcia do IP. System zapyta użytkownika realizującego przyjęcie pacjenta, czy wizyta była powiązana z zapisaną wcześniej kolejką i planowaną datą oczekiwania. |  |
| 13.1 | Możliwość obsługi księgi oczekujących w zakresie IP, w tym: |  |
| 13.2 | - zmiana danych w księdze oczekujących: terminy, lekarz zapisujący, przypadek stabilny/pilny, |  |
| 13.3 | - możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej skreślenie |  |
| 14 | Skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział (ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby |  |
| 15 | Odnotowanie zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć, wpis do Księgi Zgonów |  |
| 16 | Przegląd ksiąg: Księga Główna, Oczekujących, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Zgonów |  |
| 17 | Wydruk danych z poszczególnych ksiąg |  |
| 18 | Możliwość sprawdzenia stanu wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach |  |
| 19 | Wydruk 1 strony historii choroby nowo przyjętego pacjenta wg różnych, zdefiniowanych na etapie wdrożenia wzorów historii choroby |  |
| 20 | Możliwość wydruku podstawowych dokumentów (np. karta informacyjna izby przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala, przyjęcie ambulatoryjne itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie |  |
| 21 | Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na Izbie Przyjęć |  |
| 22 | Odczyt kodu kreskowego z opaski pacjenta |  |
| 23 | Możliwość parametryzacji pól obligatoryjnych przy przyjęciu pacjenta do szpitala |  |
| 24 | Weryfikacji e-WUŚ (weryfikacja indywidualna i zbiorcza) |  |
| 25 | Wydruk opasek dla pacjenta z kodem kreskowym |  |
| 26 | Wydruk danych pacjenta na naklejkach, zawierający dane min. Imię, Nazwisko, Pesel, Oddział. |  |
| 27 | Nadruk danych pacjenta na wzór Historii choroby oraz na medyczna kartę pacjenta (wzory dokumentów obowiązujących w Szpitalu) |  |
| 28 | Ustalenia oddziału szpitalnego |  |
| 29 | Przeniesienie pacjenta z SOR/Izby Przyjęć na inny oddział |  |
| 30 | Możliwość czasowego cofnięcia własnego przyjęcia przed wpisaniem kolejnej historii choroby |  |
| 31 | Możliwość wystawienia i wydruku recept dla pacjenta (wymagany aktualizowany słownik leków ). |  |
| 32 | Słownik leków dostępnych przy wystawianiu recept powinien zawierać informacje o cenie leku oraz automatycznie podpowiadać jego refundację dla pacjenta, powiązanie refundacji z rozpoznaniem. |  |
| 33 | Ewidencja epizodów podczas pobytu pacjenta na izbie przyjęć: |  |
| 33.1 | wywiad z możliwością użycia formularza i słownika tekstów standardowych i możliwością aktualizacji słownika, wpisy wyników konsultacji zewnętrznych z możliwością przekopiowania danych do oddziału po przyjęciu pacjenta |  |
| 33.2 | opis badania fizykalnego z możliwością użycia formularza i słownika tekstów standardowych definiowanych jak wyżej z możliwością przekopiowania danych do oddziału po przyjęciu pacjenta |  |

**2.2. Wymagania – Oddział**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Oddział** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów. |  |
| 2. | Modyfikacja danych pacjentów z listy oddziałowej na oddziale. |  |
| 3. | Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych oraz wyników badań i wizyt w przychodni. |  |
| 4. | Przeglądanie danych archiwalnych pacjenta bez wychodzenia z kontekstu danego pacjenta: |  |
| 4.1. | historie pobytów - chronologiczna prezentacja wizyt i hospitalizacji (z podziałem na rodzaje pobytów) z możliwością nawigacji z tego pola do konkretnej wizyty/hospitalizacji |  |
| 4.2. | podsumowania najważniejszych danych parametrów życiowych pacjenta, chorób, stałych leków |  |
| 4.3. | wszystkich danych wypełnionych na etapie rejestracji |  |
| 4.4. | Podgląd wszystkich wyników z możliwością grupowania po: laboratoryjnych, diagnostycznych i innych. Zestawienie wyników laboratoryjnych w formie tabelarycznej z możliwością przełączenia się w tryb wykresu z możliwością prezentacji zależności pomiędzy wynikami |  |
| 4.5. | Podczas wypełniania dokumentacji podczas hospitalizacji możliwość (bez wychodzenia z kontekstu danego pacjenta) przeglądania danych z historycznych pobytów. Możliwość przeglądania tych danych na różnych poziomach danych: wizyt, badań z możliwością kopiowania danych opisowych lub wyników z wcześniejszych pobytów |  |
| 5. | Odmowa lub anulowanie przyjęcia na Oddział – wycofanie danych pacjenta na Izbę Przyjęć. |  |
| 6. | Rejestracja przyjęcia pacjenta na oddział: |  |
| 6.1. | nadanie numeru Księgi Oddziałowej: |  |
| 6.2. | automatycznie, |  |
| 6.3. | ręcznie (przez użytkownika), |  |
| 6.4. | wprowadzenie danych lekarzy prowadzących, |  |
| 6.5. | możliwość modyfikacji danych płatnika, |  |
| 6.6. | wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka, |  |
| 7. | Ewidencja epizodów podczas pobytu pacjenta na oddziale: |  |
| 7.1. | wywiad z możliwością użycia formularza i słownika tekstów standardowych i możliwością aktualizacji słownika, wpisy wyników konsultacji zewnętrznych, |  |
| 7.2. | opis badania fizykalnego z możliwością użycia formularza i słownika tekstów standardowych definiowanych jak wyżej, |  |
| 7.3. | możliwość ręcznego wpisywania wyników badań „zewnętrznych” |  |
| 7.4. | opis przebiegu leczenia – obserwacje lekarskie, |  |
| 7.5. | epikryza z pobytu, |  |
| 7.6. | gromadzenie danych (raporty do dokumentacji wg. wzorów) o zabiegach i badaniach diagnostycznych (zabiegi chirurgiczne, laryngologiczne, ginekologiczne, diagnostyka endoskopowa, ultrasonograficzna etc.) z wykorzystaniem kodów procedur ICD-9 |  |
| 7.7. | zlecenie i realizacja konsultacji, z uwzględnieniem zlecenia w trybie PILNE |  |
| 7.8. | zlecenia badań, procedur medycznych – automatyczna rejestracja kodu ICD-9 |  |
| 7.9. | rozpoznania: |  |
| 7.9.1. | zasadnicze – wstępne – wprowadzone podczas rejestracji skierowania do kolejki oczekujących lub rejestracji skierowania przy przyjęciu w Izbie Przyjęć, niemodyfikowalne przez lekarza oddziału |  |
| 7.9.2. | zasadnicze – uzupełniane przy przyjęciu lub w trakcie hospitalizacji (z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10), możliwość edycji nazwy rozpoznania. |  |
| 7.9.3. | w przypadku rozpoznania nowotworu złośliwego możliwość wpisania daty rozpoznania (informacja niezbędna do wypełnienia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego) |  |
| 7.9.4. | współistniejące – uzupełniane przy przyjęciu lub w trakcie hospitalizacji (z wykorzystaniem klasyfikacji ICD-10). |  |
| 7.9.5. | zasadnicze – wypisowe– automatyczna podpowiedź z rozpoznania wstępnego |  |
| 7.9.6. | zasadnicze – wypisowe – z kodów V-Y wymagane przy rozpoznaniu urazu i zatrucia ICD kody S –T |  |
| 8. | Rejestracja ordynowanych leków i wydruk recept do wypisu (wymagany aktualizowany słownik – opis vide apteczka oddziałowa) |  |
| 9. | Wprowadzone kody rozpoznań ICD-10, jak również inne dostępne w systemie dane są automatycznie wprowadzane do raportów – skierowań jeśli to konieczne |  |
| 10. | Tworzenie słownika pozycji najczęściej używanych dla ICD 10, ICD9, ordynowanych leków indywidualnie dla każdego lekarza. Parametry aktualizacji, czyli częstotliwość aktualizacji, liczebność pozycji oraz okres analizy definiowane przez administratora. |  |
| 11. | Dostęp do wszystkich wyników badań laboratoryjnych i OBRAZOWYCH oraz pełnej dokumentacji medycznej zawartej w systemie. |  |
| 12. | Wykonane pacjentowi elementy leczenia (w tym zlecenia): |  |
| 12.1. | procedury, w tym zabiegi (z wykorzystaniem słownika procedur ICD-9), |  |
| 12.2. | badania diagnostyczne (z wykorzystaniem słownika ICD-9), |  |
| 12.3. | leki, w tym możliwość rozpisania schematu (kombinacji) leków na pacjenta, np. kombinacji z dnia poprzedniego, powielenie schematu w zadanym okresie (np. rozpis na kilka dni), |  |
| 12.4. | Konsultacje (z wykorzystaniem słownika ICD-9), |  |
| 12.5. | Modyfikowanie, dodawanie i usuwanie diet przez uprawnionego użytkownika |  |
| 12.6. | inne dane niezbędne w sprawozdaniu dla Narodowego Funduszu Zdrowia. |  |
| 13. | Rejestracja wypisu pacjenta z Oddziału w jednym z trybów (z wykorzystaniem słownika): |  |
| 13.1. | przeniesienie pacjenta na inny oddział, |  |
| 13.2. | zakończenie procesu terapeutyczno – diagnostycznego, |  |
| 13.3. | skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, |  |
| 13.4. | skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej, |  |
| 13.5. | skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej, |  |
| 13.6. | skierowanie do dalszego leczenia – inne przypadki, |  |
| 13.7. | wypisanie na własne żądanie, |  |
| 13.8. | zgon pacjenta na oddziale, odnotowanie zgonów w stanie terminalnym, |  |
| 13.9. | przepustka. |  |
| 13.10. | samowolne oddalenie pacjenta przed zakończeniem diagnostyki |  |
| 15. . | Możliwość wygenerowania następujących dokumentów: |  |
| 15.1. | kart informacyjnych, |  |
| 15.2. | skierowań na badania laboratoryjne i obrazowe, |  |
| 15.3. | zapotrzebowań na transport, |  |
| 15.4. | zapotrzebowań skierowań na hospitalizacje, |  |
| 15.5. | zapotrzebowań skierowań do poradni , pracowni, zakładów, |  |
| 15.6. | załączników sprawozdawczo – rozliczeniowych dla świadczeń z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych. |  |
| 16. | Wydruki dokumentów na podstawie danych zgromadzonych w systemie, w tym: |  |
| 16.1. | Karta Statystyczna, |  |
| 16.2. | Karta Informacyjna |  |
| 16.3. | Karta Gorączkowa, |  |
| 16.4. | Karta Zakażenia Szpitalnego, |  |
| 16.5. | Karta Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, |  |
| 16.6. | Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej, |  |
| 16.7. | Karta Zgonu, |  |
| 16.8. | Subiektywna Globalna Ocena Odżywienia (SGA) |  |
| 16.9. | Dokumentacja Historii Choroby |  |
| 16.10. | Karta Statystyczna Psychiatryczna |  |
| 17. | Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp. |  |
| 18. | Autoryzacja danych oddziałowych – identyfikacja użytkownika dokonującego wpisu/aktualizacji danych. |  |
| 19. | Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na: |  |
| 19.1. | dane przyjęciowe, |  |
| 19.2. | wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), |  |
| 19.3. | epikryza (możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych). |  |
| 20. | Obsługa Ksiąg (w przypadku oczekujących – kolejek): |  |
| 20.1. | Oddziałowa, |  |
| 20.2. | Oczekujących, |  |
| 20.3. | Zgonów, |  |
| 20.4. | Diagnostyczna, |  |
| 20.5. | Zabiegów. |  |
| 20.6. | Raportów pielęgniarskich. |  |
| 21. | Możliwość wykorzystania standardowych raportów, w tym: |  |
| 21.1. | zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, przeniesionych, wypisanych, przebywających na oddziale (dzienne, tygodniowe, za dowolny okres, według płci i wieku), |  |
| 21.2. | ilość osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie, |  |
| 21.3. | obłożenie łóżek na dany moment, |  |
| 21.4. | diety podane pacjentom oddziału. |  |
| 22. | Wydruk i przeglądanie obecności: |  |
| 22.1. | dla wybranego pacjenta, |  |
| 22.2. | na dany dzień dla całego oddziału. |  |
| 23. | Możliwość definiowania własnych wykazów. |  |
| 24. | Weryfikacji e-WUŚ (weryfikacja indywidualna i zbiorcza) i archiwizacja danych |  |
| 25. | Możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej skreślenie |  |
| 26. | Możliwość umieszczenia w wypisie leczenia farmakologicznego z wykorzystaniem zlecanych leków. |  |
| 27. | Możliwość umieszczania w wypisie wybranych wyników badań. |  |
| 28. | Możliwość umieszczania w wypisie wcześniej wykonanych badań z zachowaniem ciągłości leczenia na innych oddziałach. |  |
| 29. | Ewidencja danych dotyczących Psychiatrycznej Karty Statystycznej przy wypisie z oddziału |  |
| 30. | Możliwość wydruku oświadczeń o ubezpieczeniu |  |
| 31. | Zestawienie zbiorcze bieżącego dnia (pacjenci oddziału) i wybranego pacjenta w zakresie całego pobytu dotyczące weryfikacji Ewuś |  |
| 32. | Odczyt kodu kreskowego z opaski pacjenta |  |
| 33. | Możliwość prowiantowania i wyprowiantowania pacjentów z diet |  |
| 34. | Dokumentacja medyczna pielęgniarska (ewidencja i wydruki danych): |  |
| 34.1. | Karta pielęgnacyjna |  |
| 34.2. | Karta obserwacji |  |
| 34.3. | Karta bilansu płynów |  |
| 34.4. | Karta cukrzycowa |  |
| 35. | Baza diagnoz pielęgniarskich |  |
| 36. | Karta oceny pracownika |  |
| 37. | Baza procedur pielęgniarskich i instrukcji postępowania w zakresie czynności pielęgniarskich obowiązujących w Szpitalu |  |
| 38. | Możliwość czasowego cofnięcia własnego wypisu w ramach 24 godzin |  |
| 39. | Możliwość wykorzystania tabletu lub czytnika kodów kreskowych w wersji bezprzewodowej do identyfikacji pacjenta na podstawie kodu kreskowego z opaski pacjenta |  |
| 40. | Możliwość wykorzystania tabletu do zlecania leków |  |
| 41. | Integracja z systemem rozliczeniowym Zamawiającego w zakresie świadczeń refundowanych przez NFZ. |  |
| 42. | Słownik leków dostępnych przy wystawianiu recept powinien zawierać informacje o cenie leku oraz automatycznie podpowiadać jego refundację dla pacjenta, powiązanie refundacji z rozpoznaniem. |  |
| 43. | Powiązanie rozpoznania ICD10 z maksymalną liczbą dni hospitalizacji płatną 100% zdefiniowaną przez Płatnika. (NFZ) |  |
| 44 | Wydruk zwolnień lekarskich (nadruk na formularzu). |  |

**2.3. Wymagania - Poradnia Rejestracja**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Poradnia Rejestracja** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | Prowadzenie skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt. |  |
|  | Możliwość rejestracji pacjenta ON-LINE (przez Portal WWW) w ramach zdefiniowanej przez administratora liczby miejsc. |  |
|  | Słownik przychodni, poradni, gabinetów. |  |
|  | Terminarz umożliwia rejestrację terminu z dokładnością do minut. |  |
|  | Możliwość wyświetlania terminarza z różnych perspektyw: |  |
|  | terminarz prezentujący zasoby po wybraniu poradni i przypisaniu do niej lekarza prezentuje: wolne i zajęte terminy, informację ilu pacjentów w danym dniu można przyjąć, ilu rezerwowych pacjentów można przyjąć, |  |
|  | terminarz rozbudowany o wgląd z poziomu jednego okna w zasoby wszystkich lub wybranych lekarzy danej poradni |  |
|  | Wyszukiwanie terminów odbywa się po kryteriach: |  |
|  | wybrany lekarz |  |
|  | wybrana procedura |  |
|  | wybrana poradnia |  |
|  | po określeniu przez pacjenta najbliższego możliwego terminu |  |
|  | po określeniu przez pacjenta zakresu godzin |  |
|  | Możliwość z poziomu terminarza zablokowania dostępności całego dnia wizyt z podaniem rodzaju blokady i uwag/przyczyn zablokowania |  |
|  | Możliwość przeniesienia zaplanowanej wizyty pacjentowi na inny termin |  |
|  | Możliwość odwołania wizyty konkretnego pacjenta z podaniem przyczyny |  |
|  | Z poziomu terminarza możliwość wydrukowania dziennej listy pacjentów |  |
|  | Z poziomu terminarza możliwość wydrukowania Karty opisu wizyty |  |
|  | Możliwość pokazania na terminarzu wszystkich odwołanych wizyt |  |
|  | Słownik personelu przypisanego do pracy w poszczególnych gabinetach, |  |
|  | Grafik pracy gabinetów wraz z kalendarzem, |  |
|  | Dostęp do informacji z hospitalizacji. |  |
|  | Wyszukiwanie pacjentów minimum według następujących kryteriów: |  |
|  | nazwisko, części nazwiska (po frazie), |  |
|  | imię, |  |
|  | ID Szpitalny, |  |
|  | wewnętrzny nr pacjenta, |  |
|  | PESEL, |  |
|  | data urodzenia. |  |
|  | Zaawansowane kryteria wyszukiwania pacjenta podczas procesu rejestracji pacjenta. |  |
|  | Podgląd zaplanowanych wizyt i wyboru z terminarza podczas procesu rejestracji pacjenta z możliwością modyfikacji. |  |
|  | Skorzystanie z danych ze skierowania (jednostka kierująca, lekarz kierujący, rozpoznanie ze skierowania) z poprzedniej wizyty pacjenta w Przychodni. |  |
|  | Dostęp do listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu. |  |
|  | Korekta miejsca skierowania. |  |
|  | Zaplanowanie wizyty pacjenta do gabinetu. |  |
|  | Anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi z podaniem przyczyny. |  |
|  | Przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta. |  |
|  | Przegląd terminarza wizyt z gabinetu lekarskiego. |  |
|  | Wykonanie standardowych i zaawansowanych raportów oraz wykazów ze zgromadzonych danych. |  |
|  | Przegląd, edycja i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej. |  |
|  | Wydruk standardowych dokumentów związanych z wizytą pacjenta w zakresie gromadzonych w systemie danych, w tym: |  |
|  | deklaracja POZ, |  |
|  | informacja dla lekarza POZ, |  |
|  | recepta,1 |  |
|  | skierowanie do szpitala, |  |
|  | skierowanie do pracowni diagnostycznej, |  |
|  | skierowanie do poradni specjalistycznej, |  |
|  | skierowanie do laboratorium, |  |
|  | wydruk upoważnienia osoby trzeciej, |  |
|  | zaświadczenie lekarskie. |  |
|  | lista jednostek kierujących (wewnętrznych oraz zewnętrznych), |  |
|  | księga wizyt, Roczny Rejestr Pacjentów i Dzienny Rejestr Pacjentów. |  |
|  | System posiada zestaw standardowych zestawień i raportów: |  |
|  | lista wizyt - z podziałem na poradnię/gabinet, |  |
|  | lista wizyt - dla lekarza, |  |
|  | lista świadczeń na jednostki organizacyjne, |  |
|  | raport pacjentów i deklaracji POZ (lekarz/pracownia z lub bez deklaracji, typ deklaracji), |  |
|  | raport pacjentów przychodni (poradnia/gabinet, typ wizyty, lekarz, obywatelstwo, status wizyty), |  |
|  | raport wizyt pacjentów, |  |
|  | raport list oczekujących (generowanie komunikatu), |  |
|  | zestawienie pobytów na liście oczekujących, |  |
|  | raport wykonanych świadczeń. |  |

**2.4. Wymagania - Poradnia Gabinet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Poradnia Gabinet** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | Prowadzenie skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt. |  |
|  | Dostęp do informacji z ewentualnych hospitalizacji pacjenta (w szczególności wyniki badań, konsultacji itp.). |  |
|  | Wyszukiwanie pacjentów minimum według następujących kryteriów: |  |
|  | nazwisko (część nazwiska), |  |
|  | imię, |  |
|  | wewnętrzny nr pacjenta, |  |
|  | PESEL, |  |
|  | data urodzenia |  |
|  | Przegląd listy pacjentów do przyjęcia w danym dniu. |  |
|  | Odnotowanie wykonanych pacjentowi elementów diagnostyki i leczenia wraz z odnotowaniem wyników (rozpoznania, wywiad, treść badania, treść zaleceń, treść epikryzy, procedury, badania laboratoryjnego, itp.). |  |
|  | Odnotowanie wykonania pacjentowi rodzaju wizyty. |  |
|  | Definiowanie i wykorzystywanie tekstów standardowych w polach opisowych. |  |
|  | Definiowanie i obsługa terminarzy dla gabinetów lekarskich, w szczególności: |  |
|  | przegląd terminarza, |  |
|  | automatyczne wyszukiwanie wolnych terminów i ich rezerwacji, |  |
|  | anulowanie zaplanowanej wizyty pacjentowi, |  |
|  | przegląd i wydruk zaplanowanych wizyt dla pacjenta. |  |
|  | Współpraca z apteczką oddziałową w zakresie aktualizacji stanu magazynu środka farmaceutycznego podczas ewidencjonowania podania leku w gabinecie przychodni. |  |
|  | Skierowanie pacjenta na izbę przyjęć bez konieczności ponownego wprowadzania danych pacjenta. |  |
|  | Zakończenie wizyty poprzez odnotowanie faktu nie przyjęcia pacjenta do gabinetu z powodu m.in: niestawienia się, rezygnacji z wizyty, braku wolnego terminu, zgonu pacjenta. |  |
|  | Przegląd, edycja i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej realizujących walidację danych, rejestrowanych na formularzu. |  |
|  | Obsługa elektronicznych zleceń w ramach ZSI: |  |
|  | wysłanie zlecenia wykonania elementu leczenia (np. badania) do jednostki realizującej (np. laboratorium), |  |
|  | śledzenie stanu wykonania zlecenia, |  |
|  | zwrotne otrzymanie wyniku realizacji zlecenia (np. wyniku badania). |  |
|  | Obsługa pacjenta przysłanego na konsultacje z innego gabinetu, izby przyjęć, oddziału w ramach systemu zleceń: |  |
|  | wprowadzenie wyniku konsultacji, lekarz (-y) konsultujących, |  |
|  | rejestracja elementów leczenia (procedur, badań laboratoryjnych). |  |
|  | Wpisanie pacjenta do Księgi Oczekujących, zmiana terminu wizyty/porady, itp. |  |
|  | Dostęp do skorowidza pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych dotyczących zarówno danych osobowych jak również danych z poszczególnych wizyt. |  |
|  | Dostęp do informacji o hospitalizacjach pacjenta. |  |
|  | Wykonanie standardowych raportów i wykazów ze zgromadzonych danych, w szczególności dzienny ruch chorych. |  |
|  | Przegląd i wydruk ksiąg: Księga Główna Porad i Odmów Ambulatoryjnych, Oczekujących, Zgonów. |  |
|  | Przegląd danych archiwalnych o pacjentach i udzielonych świadczeniach. |  |
|  | Przegląd i wydruk danych na temat wykonanego elementu leczenia na bazie elektronicznych formularzy dokumentacji medycznej w zakresie: |  |
|  | Karta informacyjna - odmowa przyjęcia, |  |
|  | Karta informacyjna - porada ambulatoryjna. |  |
|  | Inne dokumenty wskazane przez Zamawiającego podczas wdrożenia. |  |
|  | Możliwość wystawienia i wydruku recept dla pacjenta (wymagany aktualizowany słownik leków ). |  |
|  | Słownik leków dostępnych przy wystawianiu recept powinien zawierać informacje o cenie leku oraz automatycznie podpowiadać jego refundację dla pacjenta, powiązanie refundacji z rozpoznaniem. |  |

**2.6. Wymagania - Zlecenia Medyczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie Zlecenia Medyczne** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | Zlecanie usług z wykorzystaniem zdefiniowanych przez użytkownika w systemie formularzy zleceń. |  |
|  | Określenie dowolnej liczby jednostek i komórek: zlecających, wykonujących zlecenia. |  |
|  | Możliwość wystawienia zlecenia co najmniej z Oddziału, Gabinetu, Izby Przyjęć, Poradni. |  |
|  | Możliwość uzupełniania i wysyłania formularzy zleceń m.in. na: |  |
| 4.1. | Leki, |  |
| 4.2 | Wykonania badań laboratoryjnych, |  |
| 4.3. | Procedury, |  |
| 4.4. | Konsultacje, |  |
|  | Prezentacja uprzednio wykonanych oraz aktualnie wykonywanych dla pacjenta zleceń w momencie zlecania. |  |
|  | Korzystanie ze znajdujących się w systemie szablonów i ich wydruków (skierowanie, wyniki, itp.) w ramach danego zlecenia. |  |
|  | Zapisanie w ramach zlecenia istotnych informacji diagnostycznych (automatycznie i manualnie): |  |
| 7.1 | rozpoznanie, |  |
| 7.2 | co badanie ma wyjaśnić. |  |
|  | Oznakowanie wybranych typów zleceń (np. zlecenia do Laboratorium Diagnostycznego) kodem kreskowym z dodatkową informacją tekstową, w szczególności: |  |
| 8.1 | imię i nazwisko, |  |
| 8.2 | data i godzina zlecenia, |  |
| 8.3 | ID Szpitalny, |  |
| 8.4 | PESEL, |  |
| 8.5 | nr księgi głównej. |  |
|  | Oznakowanie materiału diagnostycznego kodem badania. |  |
|  | Wycofanie zlecenia zarówno ze strony jednostki zlecającej jak i przyjmującej z podaniem przyczyny. |  |
|  | Wyświetlanie zleceń według wybranego przedziału czasu. |  |
|  | Wyszukiwanie zleceń wg zadanych parametrów, w szczególności: |  |
|  | data zlecenia, |  |
|  | jednostka wykonująca, |  |
|  | personel zlecający, |  |
|  | Przegląd pacjentów (zleceń) do przyjęcia w danym dniu oraz wyszukiwanie wg innych zadanych kryteriów. |  |
|  | Prezentacja listy zleceń dla pacjenta w kontekście wszystkich pobytów szpitalnych i wizyt ambulatoryjnych bez konieczności wyboru wcześniejszych pobytów lub wizyt, z możliwością zdefiniowania określonego przedziału czasowego np. ostatni rok. |  |
|  | Wysłanie zlecenia do dowolnej jednostki i komórki organizacyjnej szpitala elektronicznie w ramach modułu. |  |
|  | Możliwość przeglądu karty gorączkowej, prezentacji interpretacji graficznej wyników. |  |
|  | Możliwość jednorazowego zlecenia cyklicznego podawania leków (np. 3x dziennie o 8, 14 oraz 22). |  |
|  | Zlecanie mieszanin leków. |  |
|  | Wydruk wyników. |  |
|  | Automatyczny odbiór wyników przez jednostki zlecające. |  |
|  | Wprowadzanie wyników realizacji zlecenia w jednostce zlecającej w przypadku braku połączenia z jednostkami wykonującymi. |  |
|  | Dostęp do archiwalnych wyników badań oraz możliwość ich wydruku. |  |
|  | Monitorowanie stanu realizacji zlecenia (w tym minimum zlecone, przyjęte do realizacji, realizowane, zakończone). |  |
|  | Zlecenia na badania do zewnętrznych jednostek (tzw. "badania wysyłane"), z możliwością zwrotnego wprowadzenia wyniku m.in. sposobem ręcznym. |  |
|  | Zlecenie konsultacji lekarzowi z innego oddziału Szpitala. |  |
|  | Wyświetlanie zbiorczej listy pacjentów z przyporządkowanymi zleceniami z wybranej kategorii. |  |
|  | Sortowanie zbiorczej listy zleceń według kategorii zadań lub według pacjenta. |  |
|  | Dostępne pole komentarza przy zleceniu. |  |
|  | Możliwość nadania priorytetu do zlecenia. |  |
|  | Obsługa zlecania leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej |  |
|  | Punkt Pobrań wyodrębniony moduł zleceń, współpracujący bezpośrednio z LIS dotyczący pobierania od pacjentów materiału do analiz (w przypadku integracji z LIS). |  |

**2.7. Wymagania - Zlecenia Leków**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymaganie Zlecenia leków** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Możliwość zlecania podania leków pacjentowi. |  |
| 2. | System posiada tryb prezentacji zleceń z podziałem na jednostki i komórki Szpitalne, personel zlecający i wykonujący z każdorazowymi oznacznikami czasu. |  |
| 3. | Uwidocznienie statusu wykonania zlecenia w sposób wyróżniający się. |  |
| 4. | Zlecający ma dostęp do słownika aktualnie istniejących leków oraz ich odpowiedników z opisami (zalecenia, przeciwwskazania). |  |
| 5. | Możliwość jednorazowego zlecenia cyklicznego podawania leków (np. 3x dziennie o 8, 14 oraz 22). |  |
| 6. | System udostępnia funkcje wstrzymania / przerwania podaży: |  |
| 6.1. | wszystkich niedokonanych podań leku (z możliwością wskazania daty, od której podania mają być wstrzymane) z podaniem przyczyny, |  |
| 6.2. | wybranego podania leku (w przypadku zleceń cyklicznych) z podaniem przyczyny. |  |
| 7. | Zapis działań niepożądanych. |  |
| 8. | Zlecanie mieszanin leków. |  |
| 9. | System umożliwia osobie podającej lek odnotowanie odstępstwa od zlecenia - w zakresie daty podania oraz dawki podanego leku. |  |
| 10. | Odnotowanie działań niepożądanych leków. |  |
| 11. | Grupowa realizacja podań leków. |  |
| 12. | Podczas realizacji podania leków możliwe jest (we współpracy z Modułem Apteczek Oddziałowych) odnotowanie rzeczywiście zużytych leków (lek, seria, nr faktury - o ile system dysponuje odpowiednimi danymi) i automatyczne zdjęcie ich ze stanów Podręcznego Magazynu Leków. |  |
| 13. | Zaznaczenie daty i godziny, kiedy ma zostać podany lek (natychmiastowo, o określonej godzinie, dacie). |  |
| 14. | Przy zlecaniu leków, leki wybierane są z aktualnego receptariusza szpitalnego (apteczka oddziałowa oraz centralna apteka szpitalna), a nazwy leku są podpowiadane po wpisaniu frazy lub części nazwy międzynarodowej (domyślnie) lub generycznej. |  |
| 15. | Przy zlecaniu możliwość podania dawki oraz formy leku oraz formy podania. |  |
| 16. | Możliwość zlecenia połówki tabletki lub dawki niestandardowej, mniejszej niż ta dostępna w jednej tabletce. |  |

**2.8. Wymagania – Apteka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Apteka** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Program powinien zabezpieczać bieżącą pracę Apteki Szpitalnej, gwarantować zabezpieczenie wymogów NFZ i obowiązującego Prawa Farmaceutycznego i Ustawy o Wyrobach Medycznych. W szczególności musi gwarantować gospodarkę materiałową. Dodatkowe szczególne wymogi: |  |
| 1.1. | wprowadzanie faktur w tym faktury z recepturą ( precyzja do 2 miejsc po przecinku). |  |
| 1.2. | podział asortymentu wprowadzanego z faktury na grupy towarowe np. leki (antybiotyki, płyny), opatrunki i inne wyroby medyczne, możliwość zgrywania z nośników elektronicznych |  |
| 1.3. | identyfikowanie danej grupy towarowej na wydruku PZ. |  |
| 1.4. | na wydruku PZ przypisanie do danej pozycji nr umowy, |  |
| 1.5. | blokowanie wydania danego asortymentu z magazynu na poziomie wprowadzania faktury np. zła cena produktu |  |
| 1.6 | możliwość poprawiania ceny lub ilości przy danej pozycji wprowadzonego produktu , wydruk PZ nie zmienia kolejności wprowadzonych produktów a następnie korygowanych |  |
| 1.7 | możliwości prowadzenia różnorodnych analiz zakupów |  |
| 1.8 | aktualizacja bazy leków |  |
|  | baza zamienników danego leku, baza leków z nazwą producenta oraz nazwą międzynarodową substancji czynnie działającej |  |
|  | możliwość zastosowania indeksów materiałowych w ewidencji asortymentu środków farmaceutycznych i pozostałych wyrobów medycznych |  |
| 2. | Obrót magazynowy. Wydawania na apteczki oddziałowe leków i innych materiałów. Dodatkowo: |  |
| 2.1. | możliwość blokowania w magazynie wydawania danej pozycji np. lek wstrzymany lub wycofany z obrotu. |  |
| 2.2. | wszystkie możliwe analizy np. rozchodów danej pozycji ,danej grupy towarowej, wg jednostek organizacyjnych lub wg umowy przetargowej, możliwość tworzenia własnych analiz |  |
| 2.3. | remanenty – wszystkie możliwe warianty np. na dzień, miesiąc |  |
| 2.4. | zestawiania kosztów –analizy – różne warianty, możliwość tworzenia własnych analiz |  |
| 3. | Ewidencja zestawienia rozchodów i przychodów leków psychotropowych i narkotycznych wg obowiązującego rozporządzenia MZ |  |
| 4. | Produkcja leków recepturowych |  |
| 4.1. | tworzenie bazy receptur, |  |
| 4.2. | lista dokumentów produkcji |  |
| 5. | Rozliczanie programów lekowych wg wymogów NFZ |  |
| 6. | Połączenie z apteczkami oddziałowymi. Pełna integracja z systemem „HIS”/ Apteczka oddziałowa |  |
| 7. | Wydawanie z Apteki materiału bezpośrednio na pacjenta |  |
| 8. | Możliwość wprowadzania danych (import do systemu) z nośników elektronicznych np. typu PenDrive, CD-R/RW, DVD-R/RW, FDD itp. |  |
| 9. | Tworzenie i zarządzanie receptariuszem szpitalnym |  |
| 10. | Zarządzanie receptariuszami oddziałowymi wraz z odnotowaniem statusu leku |  |
| 11. | Pogląd w informacje o lekach z kończącym się terminem ważności i lekach przeterminowanych |  |
| 12. | Sporządzanie zamówień do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. |  |
| 13. | Ilości do zamówienia są wyliczane automatycznie na podstawie stanów minimalnych |  |
| 14. | Automatyczne generowanie korekt dokumentów wewnętrznych inicjowane wprowadzeniem korekty zewnętrznej |  |
| 15. | Możliwość wczytania do systemu dokumentów przychodowych (faktur), ewidencjonujących dostawy w formie elektronicznej |  |
| 16. | Możliwość definiowania indywidualnych systemów kodowych dla poszczególnych dostawców |  |
| 17. | Rejestracja korekt do dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych |  |
| 18. | Możliwość ewidencji obrotu lekami spoza receptariusza szpitalnego |  |
| 19. | Ewidencja zwrotów do dostawców |  |
| 20. | Ewidencja podpisanych umów z dostawcami wraz z aneksami |  |
| 21. | Weryfikacja dokumentów przychodowych z podpisanymi umowami z dostawcą (kontrola cen, stopnia realizacji umowy) |  |
| 22. | Możliwość ewidencji dostaw darów |  |
| 23. | Ewidencja przyjęcia środka pacjenta |  |
| 24. | Ewidencja wydania do jednostki zewnętrznej |  |
| 25. | Przyjmowanie zamówień z jednostek organizacyjnych: |  |
| 25.1 | Ręczne |  |
| 25.2. | Elektroniczne |  |
| 26. | Ewidencja zwrotów z oddziałów: |  |
| 26.1. | Ręczne |  |
| 26.2. | Elektroniczne |  |
| 26.3 | Możliwość automatycznej realizacji zamówień przychodzących z apteczek oddziałowych i innych jednostek organizacyjnych, realizacja przesunięć pomiędzy apteczkami oddziałowymi |  |
| 27. | Zapewnienie w trakcie realizacji zapotrzebowań bieżących informacji o: |  |
| 27.1 | ilości zamówionej |  |
| 27.2 | ilości na stanie magazynowym apteki |  |
| 27.3 | ilości w drodze |  |
| 27.4 | ilości na stanie apteczki oddziałowej |  |
| 28. | Ewidencja sporządzania leków recepturowych z wykorzystaniem automatycznego mechanizmu doboru składników z wcześniej wprowadzonego składu receptury lub poprzez ręczne zdejmowanie składników receptury. W składzie receptury istnieje możliwość wykorzystania zamienników składników recepturowych. |  |
| 29. | Ewidencja sporządzania: preparatów laboratoryjnych oraz płynów infuzyjnych z wykorzystaniem mechanizmów sporządzania leków recepturowych |  |
| 30. | Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych |  |
| 31. | Generowanie i drukowanie arkusza do spisu z natury |  |
| 32. | Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkuszy spisu z natury |  |
| 33. | Przegląd aktualnych stanów magazynowych z możliwością wglądu w: informacje o leku, obroty i dostawy dla każdego leku lub materiału wybranej grupy leków |  |
| 34. | Możliwość definiowana receptariuszy oddziałowych |  |
| 35. | Przegląd i kontrola stanów magazynowych oraz obrotów w magazynach apteczek oddziałowych |  |
| 36. | Obsługa danych archiwalnych |  |
| 37. | Wspomaganie ewidencji dokumentów obrotowych w oparciu o kody EAN partii magazynowych |  |
| 38. | Możliwość używania czytnika kodów kreskowych przy przyjmowaniu towaru i jego wydawaniu |  |
| 39. | Możliwość dokonywania przesunięć pomiędzy apteczkami oddziałowymi z pozycji Kierownika Apteki |  |

**2.9. Wymagania - Apteczka Oddziałowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Apteczka Oddziałowa** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Generowanie zamówień do Apteki Głównej. |  |
| 2. | Możliwość dołączenia do zamówienia informacji nt. pacjenta, dla którego dany lek jest zamawiany. |  |
| 3. | Wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej: |  |
| 3.1. | wydawanie na oddział lub na pacjenta, |  |
| 3.2. | zwrot do apteki, |  |
| 3.3. | ubytki i straty nadzwyczajne, |  |
| 4. | Korekta stanów magazynowych: |  |
| 4.1. | korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury, |  |
| 4.2. | generowanie arkusza do spisu z natury, |  |
| 5. | Wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych:  informacja o leku, (postać, dawka, wielkość opakowania, dostępność/brak w receptariuszu szpitalnym, inne leki dostępne z tej grupy (zamienniki dla danego leku), warunki uzyskania leku – konieczność indywidualnego zamówienia, dostępność na podstawie odrębnej decyzji osób odpowiedzialnych za dystrybucję na terenie szpitala itd. – cena ostatniej dostawy, |  |
| 6. | Czynności analityczno-sprawozdawcze: bieżące raporty i zestawienia |  |
| 7. | Możliwość podziału leków na wydawane na oddział lub na pacjenta |  |
| 8. | Wykorzystanie słowników (również dla celów wyszukiwania): leków, grup ATC, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar itp. |  |
| 9. | Kontrola dat ważności oraz możliwość automatycznego zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych. |  |
| 10. | Pełny dostęp do danych archiwalnych. |  |
| 11. | Prowadzenie dziennika akcji wykonanych w systemie (logi). |  |
| 12. | Możliwość definiowania i obsługi wielu apteczek zgodnie z ustaleniami licencyjnymi. |  |
| 13. | Możliwość ewidencji i obsługi przyjęcia środków pacjenta. |  |
| 14. | Możliwość ewidencji zużycia leków i materiałów medycznych na pacjenta z jednej lub kilku apteczek. |  |
| 15. | Możliwość ewidencji zużycia na oddział z jednej lub kilku apteczek. |  |
| 16. | Możliwość przeprowadzenia inwentaryzacji w apteczce. |  |
| 17. | Przegląd i kontrola stanów magazynowych oraz obrotów w magazynkach oddziałowych. |  |
| 18. | Przygotowanie i wydruk arkuszy spisowych magazynków oddziałowych wg grup i indeksów. |  |
| 19. | Możliwość wykonania zestawień: |  |
| 19.1. | zużycia środków farmakologicznych z podziałem na płatników, |  |
| 19.2. | zużycia środków farmakologicznych na pacjenta, |  |
| 20. | Możliwość ewidencji spisu z natury |  |
| 21. | Pełna integracja z systemem „HIS”/ Apteka |  |
| 22. | Możliwość przesunięć między apteczkami oddziałowymi w uzgodnieniu z Kierownikiem Apteki |  |
| 23. | Zdejmowanie leku ze stanu w czasie realizacji zlecenia lekarskiego – automatycznie |  |

**2.10. Wymagania – Oprogramowanie na tablety**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania – Oprogramowanie na tablety** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | Wymiana danych z przedstawionym systemem medycznym w zakresie:  • zarządzanie uprawnieniami użytkownika  • zarządzanie szablonami do ewidencji danych pacjenta  • listy pacjentów, personelu, jednostek organizacyjnych  • pobierania informacji o aktualnie zleconych badaniach, lekach  • pobieranie informacji o historii choroby pacjenta, wynikach badań, historii pobytów w szpitalu oraz w poradniach |  |
|  | Identyfikacja i weryfikacja pacjenta na podstawie kodu 1D/2D, czytanego z opaski |  |
|  | Ewidencja parametrów życiowych pacjenta |  |
|  | Ewidencja danych do kart czynności pielęgniarskich |  |
|  | Ewidencja danych do karty gorączkowej |  |
|  | Synchronizacja i wymiana danych będzie następować w ramach funkcjonujących w szpitalu punktów dostępowych WiFi. |  |
|  | Możliwość pracy w trybie off-line, na danych pobranych wcześniej z systemu HIS |  |
|  | Możliwość gromadzenia danych w trybie off-line |  |
|  | Możliwość wprowadzania danych w trybie off-line dokumentacji poradni. |  |
|  | Automatyczna synchronizacja z systemem HIS po odzyskaniu możliwości komunikacji |  |

**2.11. Wymagania - Moduł Zakażeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Moduł Zakażeń** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Prowadzenie Karty Zakażeń. |  |
| 2. | Prowadzenie rejestru on-line wszystkich zakażeń wewnątrz- i zewnątrz szpitalnych. |  |
| 3. | Dostęp do wyników antybiogramów. |  |
| 4. | Ocena ryzyka powstania odleżyn. |  |
| 5. | Karta obserwacji leczenia chorego z odleżynami. |  |
| 6. | Dostęp do rejestru i wyników badań bakteriologicznych. |  |
| 7. | Wykaz pacjentów z potwierdzoną kolonizacją drobnoustrojem wieloopornym tzw. alarmowym (np. MRSA). |  |
| 8. | Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia. |  |
| 9. | Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia. |  |
| 10. | Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego. |  |
| 11. | Wydruk Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego. |  |
| 12. | Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną. |  |
| 13. | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną. |  |
| 14. | Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV. |  |
| 15. | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV. |  |
| 16. | Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową. |  |
| 17. | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową. |  |
| 18. | Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę. |  |
| 19. | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę. |  |
| 20. | Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej. |  |
| 21. | Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej. |  |
| 22. | Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (informacja o podejrzeniu zakażenia w przypadku np. temperatura ciała powyżej 38 stopni Celsjusza, zaczerwienione miejsce w okolicach wkłucia obwodowego). |  |
| 23. | Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Automatyczne wyliczanie liczby pacjentów z zakażeniem w ognisku epidemicznym oraz liczby pacjentów z kolonizacją biologicznym czynnikiem chorobotwórczym w raporcie końcowym ognisk epidemicznych. |  |
| 24. | Wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. |  |
| 25. | Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. |  |
| 26. | Wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. |  |
| 27. | Raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia. |  |
| 28. | Analizy ilościowe zakażeń zakładowych. |  |
| 29. | Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu biologicznego w badaniu mikrobiologicznym, |  |
| 30. | Szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-patogenów. |  |
| 31. | Możliwość modyfikacji danych w zakresie: |  |
| 31.1 | ·         rejestracji zakażenia szpitalnego, |  |
| 31.2 | ·         rejestracji patogenu alarmowego. |  |
| 32. | Możliwość realizacji rejestracji zakażenia szpitalnego z poziomu oddziału. |  |
| 33. | Wypełnianie i wydruk dokumentów: |  |
| 33.1 | ·         karta rejestracji zakażenia szpitalnego |  |
| 33.2 | ·         karta rejestracji drobnoustroju alarmowego |  |
| 33.3 | ·         zgłoszenie zachorowania na chorobę zakaźną – z poziomu modułu Oddział, |  |
| 33.4 | ·         zgłoszenie zgonu z powodu choroby zakaźnej – z poziomu modułu Oddział. |  |
| 34. | Ewidencja elementów pobytu pacjenta na oddziałach: |  |
| 34.1 | ·         wywiad wstępny, |  |
| 34.2 | ·         karta wywiadu epidemiologicznego |  |
| 34.3 | ·         rozpoznania: wstępne, końcowe, przyczyna zgonu, |  |
| 34.4 | ·         lekarza prowadzącego, |  |
| 34.5 | ·         zleconych i wykonanych badań diagnostycznych, procedur, zabiegów, leków, konsultacji i ich wyników |  |
| 35. | Wydruki dokumentów wewnętrznych Zespołu: |  |
| 35.1 | ·         karta rejestracji zakażenia szpitalnego, |  |
| 35.2 | ·         karta rejestracji patogenu alarmowego. |  |
| 36. | Wydruki dokumentów zewnętrznych Zespołu: |  |
| 36.1 | ·         karta zakażenia szpitalnego wprowadzona na poziomie oddziału, |  |
| 36.2 | ·         karta zgłoszenia choroby zakaźnej, jeżeli autoryzowana na poziomie oddziału, |  |
| 37. | Obsługa rejestrów: |  |
| 37.1. | rejestr zakażeń szpitalnych, |  |
| 37.2. | rejestr patogenów alarmowych, |  |
| 37.3. | rejestr zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną, |  |
| 38. | Wydruk statystyki zakażeń zawierający liczbę oraz rodzaj zakażeń w poszczególnych jednostkach szpitala. |  |

**2.12. Wymagania – Raporty i Analizy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Raporty i Analizy** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | System umożliwia definiowanie szablonów raportów. |  |
| 2. | System umożliwia wielokrotne tworzenie raportów na podstawie raz stworzonego szablonu. |  |
| 3. | System umożliwia swobodną definicję kryteriów generowania raportu |  |
| 4. | System umożliwia stworzenie dowolnej liczby kryteriów. |  |
| 5. | System umożliwia stworzenie kryteriów na podstawie dowolnych pól zdefiniowanych w bazie danych |  |
| 6. | System umożliwia dowolną kombinację kryteriów za pomocą operatorów „lub” oraz „i”. |  |
| 7. | System umożliwia publikowanie szablonów raportów. |  |
| 8. | System umożliwia zamieszczenie na wygenerowanym raporcie dowolnych atrybutów spełniających zadane kryteria. |  |
| 9. | System umożliwia elastyczne definiowanie wyglądu raportu |  |
| 10. | System umożliwia generowanie raportów zawierających podsumowania częściowe i całkowite. |  |
| 11. | System umożliwia umieszczanie dowolnych elementów (tekstów  statycznych, wartości pól bazy danych lub wartości obliczonych na podstawie pól bazy danych) w dowolnych miejscach w generowanym raporcie. |  |
| 12. | System umożliwia definiowanie nagłówka oraz stopki raportu. |  |
| 13. | System umożliwia sortowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości. |  |
| 14. | System umożliwia grupowanie danych na raporcie wg dowolnej kombinacji prezentowanych wartości. |  |
| 15. | System umożliwia grupowanie danych wg interwałów (np. miesięcy lub tygodni). |  |
| 16. | System przechowuje listę wygenerowanych raportów wraz z kopiami tych raportów. |  |
| 17. | System umożliwia zdefiniowanie różnych źródeł danych dla generowanych raportów. |  |
| 18. | System umożliwia wybór źródła danych w czasie tworzenia szablonu raportu. |  |
| 19. | System umożliwia eksport raportu do następujących formatów: xls, xlsx, rtf, pdf, txt, csv. |  |
| 20. | System umożliwia stworzenie parametryzowanych raportów, czyli takich, dla których część kryteriów jest predefiniowana, a część podawana przez użytkownika w momencie generowania raportu. |  |
| 21. | System umożliwia tworzenie wykresów (słupkowych, kołowych, liniowych) na podstawie danych wybranych w taki sam sposób jak dane dla raportów. |  |
| 22. | System umożliwia wydruk raportów. |  |
| 23. | System umożliwia graficzne definiowanie powiązań pomiędzy tabelami bazy danych |  |
| 24. | System umożliwia definiowanie kryteriów za pomocą techniki przeciągnij i upuść. |  |
| 25. | System jest dostępny tylko dla autoryzowanych i uwierzytelnionych użytkowników. |  |
| 26. | System umożliwia przydzielanie uprawnień do generowania raportów wg poszczególnych szablonów. |  |
| 27. | System umożliwia użycie w raportach parametrów predefiniowanych - przez administratora systemu - pozwalających dostosować dostęp użytkownika do parametrów zgodnie z jego uprawnieniami |  |
| 28. | Możliwe jest zdefiniowanie na poziomie szablonu parametrów niewymagalnych (podlegających włączaniu/wyłączaniu z kryteriów) |  |
| 29. | System pozwala na obsługę historii raportów wg uprawnień zalogowanego użytkownika (widok wszystkich raportów do których użytkownik ma uprawnienia) lub podgląd jedynie tych przez niego wykonanych. Administrator zawsze widzi pełną historię. |  |
| **Lp.** | **Analizy on-line** |  |
| 1. | System umożliwia operowanie na tabelach przestawnych |  |
| 2. | System umożliwia wykonywanie operacji drill-up i drill-down na danych w raportach i wykresach oraz pozwala użytkownikom na zmianę w trakcie analizy jej kierunku |  |
| 3. | System pozwala na zapamiętanie układu indywidualnie dla każdego użytkownika |  |
| **Lp.** | **Moduł Harmonogram** |  |
| 1. | System umożliwia automatyczne generowanie raportów w oparciu o wskazany harmonogram i dostarczanie ich zdefiniowanym przez użytkownika adresatom poprzez e-mail i/lub eksport wyników do zdefiniowanego zasobu w formatach: pdf, rtf, html, xls lub xlsx. |  |
| 2. | System umożliwia powtarzanie realizacji zadań harmonogramu w przypadku wystąpienia błędu z jednoczesnym przesłaniem monitu do zdefiniowanej listy adresatów |  |
| 3. | System umożliwia rozdzielania zadań do niezależnych kolejek realizacji (wykonanie asynchroniczne) |  |
| 4. | System umożliwia podgląd zdefiniowanych zadań wraz z aktualnym stanem ich realizacji |  |

**2.13. Wymagania – Rozliczenia z NFZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Rozliczenia z NFZ** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1. | Pełna integracja modułu i wymiana danych z pozostałymi modułami HIS |  |
| 2. | Nanoszenie podstawowych danych kontrahentów: |  |
| 2.1. | ·     nazwa i adres |  |
| 2.2. | ·     NIP |  |
| 2.3. | ·     REGON |  |
| 3. | Deklarowanie katalogu świadczeń: |  |
| 3.1. | możliwość definiowania katalogu świadczeń w oparciu o procedury rozliczeniowa płatnika |  |
| 3.2. | możliwość określenia ceny każdego świadczenia oraz parametrów pozwalających na wystawienie faktury (SWWiU, stawka VAT) |  |
| 3.3. | możliwość wprowadzenia wartości punktowej każdego świadczenia |  |
| 3.4. | możliwość określenia okresów wykonywalności określonych świadczeń |  |
| 4. | Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ |  |
| 5. | Generowanie dokumentów rozliczeniowych |  |
| 6. | Ewidencjonowanie parametrów umów: |  |
| 6.1. | definiowanie okresu ważności umowy |  |
| 6.2. | definiowanie listy świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy |  |
| 6.3. | definiowanie wartości świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy wyrażonej kwotowo i w punktach |  |
| 6.4. | definiowanie wartości punktu w ramach limitu i poza limitem |  |
| 6.5. | definiowanie limitów świadczeń |  |
| 6.6. | definiowanie procedur rozliczeniowych (płatniczych) |  |
| 6.7. | definiowanie schematu rozliczania poszczególnych jednostek szpitala (np. dwie jednostki rozliczane jedną pozycją umowy) |  |
| 7. | Opcjonalnie kryteria wyboru pobytów/wizyt pacjentów np. długość pobytu, poziom referencji, rozpoznania zasadnicze, wykonane procedury zakładowe, wykonane procedury wg NFZ |  |
| 8. | Możliwość ewidencjonowania umów zawartych przez poszczególne jednostki organizacyjne szpitala lub przychodni |  |
| 9. | Możliwość dokonywania zmian warunków umów wynikających z zawarcia aneksów |  |
| 10. | Weryfikacja kompletu danych niezbędnego do rozliczenia wizyt/pobytów pacjentów |  |
| 11. | Możliwość raportowania braków w danych niezbędnych do rozliczenia świadczeń |  |
| 12. | Automatyczne przyporządkowywanie wizyt i pobytów pacjentów w szpitalu lub innej jednostce służby zdrowia do pozycji umów z płatnikami oraz przypisywanie im kwot refundacji zgodnie z wprowadzoną umową. |  |
| 13. | Podgląd na bieżąco stanu realizacji poszczególnych umów (ilościowy i procentowy) |  |
| 14. | Możliwość wystawienia faktur dla płatnika na podstawie dokumentów rozliczeniowych |  |
| 15. | Generowanie szeregu zestawień sprawozdawczych do NFZ, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznych raportów weryfikujących dane bez konieczności stosowania zewnętrznych programów, między innymi: |  |
| 15.1. | zestawienie świadczeń za wybrany okres z możliwością weryfikacji definiowalnego kompletu danych rozliczeniowych |  |
| 15.2. | zestawienie świadczeń rozliczonych w danym okresie, na podstawie wybranych umów |  |
| 15.3. | zbiorcze zestawienia ilościowo - wartościowe za dany okres rozliczeniowy, na podstawie wybranych umów |  |
| 15.4. | zestawienie wykonanych usług ponadplanowych |  |
| 15.5. | zestawienie pacjentów nie wykazanych na dokumentach rozliczeniowych, wraz z powodem ich nie uwzględniania w rozliczeniach |  |
| 15.6. | zestawienia pobytów pacjentów powtarzających się częściej niż zadany odstęp czasu |  |
| 15.7. | generowanie sprawozdania do NFZ dot. liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenia, oraz pierwszego wolnego terminu |  |
| 15.8. | generowanie pełnej sprawozdawczości statystyczno-rozliczeniowej do NFZ, dot. raportów statystycznych (komunikat SWIAD), rachunków/faktur (komunikat FZX), zgodnych z aktualnymi wytycznymi płatnika |  |
| 16. | Możliwość korygowania danych rozliczeniowych: |  |
| 16.1. | na podstawie zwrotnego komunikatu z błędami z NFZ |  |
| 16.2. | na podstawie ID zewnętrznego płatnika |  |
| 16.3. | zbiorczej korekty danych (np. zmiana kodów, procedur w świadczeniach lub zestawach świadczeń) za zdefiniowany okres |  |
| 16.4. | zdefiniowania paczki (koszyka) świadczeń poprawionych, bez potrzeby generowania korekty zbiorczej |  |
| 16.5. | poprzez podniesienie wersji, osobno lub razem, danych statystycznych i rozliczeniowych |  |

**3. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Elektroniczna Dokumentacja Medyczna** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
|  | System umożliwia bezpieczne gromadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej |  |
|  | System jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej (co najmniej najnowsze wersje Chrome, Firefox, IE) |  |
|  | System optymalizuje ilość danych przesyłanych pomiędzy przeglądarką a serwerem aplikacyjnym wykorzystując mechanizm cache'a, a także możliwości technologii HTML5 i architekturę SPA lub analogiczny mechanizm |  |
|  | System uwierzytelnia użytkowników za pomocą unikatowego identyfikatora użytkownika i niejawnego hasła. |  |
|  | System zapewnia dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów dla osób uprawnionych oraz posiada zabezpieczenia przed dostępem do dokumentacji przez osoby nieuprawnione |  |
|  | System zabezpiecza dokumentację przed uszkodzeniem lub utratą |  |
|  | Czas dostępu do informacji o EDM liczony jako czas od wysłania zapytania do dostarczenia odpowiedzi z rejestru nie może być dłuższy niż 3 sekundy |  |
|  | System jest zgodny z architekturą i rekomendacjami IHE |  |
|  | System prowadzi dziennik zdarzeń, a wszystkie operacje dotyczące dokumentu są zapisywane w sposób umożliwiający określenie kolejności działań i wykonawców czynności |  |
|  | System dostarcza narzędzia umożliwiające nagrywanie płyt CD/DVD z dokumentacją medyczną |  |
|  | System dostarcza repozytorium dokumentacji medycznej, które odpowiada za przyjmowanie, gromadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej |  |
|  | Repozytorium umożliwia rejestrację dokumentacji medycznej w oparciu o profil IHE XDS.b |  |
|  | Repozytorium gwarantuje zachowanie pełnej integralności i wiarygodności przechowywanej dokumentacji |  |
|  | Repozytorium gromadzi dokumentację w standardzie HL7CDA |  |
|  | W przypadku 3 poziomu interoperacyjności, repozytorium jest w stanie przetwarzać informacje z rejestrowanych dokumentów |  |
|  | Repozytorium umożliwia dołączenie do dokumentu medycznego zestawu załączników dowolnych typów (dokumentów tekstowych, grafik, PDF, itp…) |  |
|  | Repozytorium wyposażone jest w interface web services pozwalający na pobranie dowolnego dokumentu o znanym identyfikatorze |  |
|  | Repozytorium obsługuje poziomy poufności w dokumentach HL7CDA |  |
|  | Mechanizm uprawnień uwzględnia kody poufności zawarte w dokumentach medycznych i zabezpiecza przed dostępem do wyższych poziomów niż wynika z uprawnień użytkownika |  |
|  | Repozytorium przechowuje dane o zgodach pacjenta na dostęp do dokumentacji medycznej |  |
|  | Mechanizm uprawnień wykorzystuje te informacje podczas dostępu do dokumentów |  |
|  | System umożliwia uzyskanie dostępu do dokumentacji pacjenta w tzw. trybie krytycznym (w przypadku stanu wyższej konieczności) |  |
|  | Tryb krytyczny wymaga podania powodu jego uruchomienia przez lekarza |  |
|  | System umożliwia uzyskanie dostępu do dokumentacji pacjenta w trybie kontynuacji leczenia |  |
|  | System umożliwia wprowadzenie informacji o zgodach pacjenta bezpośrednio w trakcie wizyty |  |
|  | Repozytorium umożliwia eksport dokumentacji medycznej do formatów PDF oraz XML |  |
|  | Eksportowane dane mogą być dodatkowo zabezpieczone hasłem |  |
|  | Możliwy jest wydruk dokumentacji gromadzonej w repozytorium |  |
|  | W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji medycznej pacjenta, kolejne strony wydruku są automatycznie numerowane i oznaczane co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, a poszczególne wpisy do dokumentacji opatrzone są oznaczeniem podmiotu, jednostki i komórki organizacyjnej w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz datą i oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. |  |
|  | Repozytorium implementuje mechanizm wersjonowania dokumentów i umożliwia ich aktualizację |  |
|  | Repozytorium przechowuje dokładną datę otrzymania każdego dokumentu |  |
|  | System dostarcza przeglądarkę dokumentów w standardzie HL7CDA |  |
|  | System umożliwia podgląd załączników dokumentu |  |
|  | System umożliwia pobranie na dysk lokalny załączników dokumentu |  |
|  | System (o ile nie wskazano inaczej) zawsze prezentuje najnowszą wersję dokumentu |  |
|  | System umożliwia porównywanie zawartości różnych wersji dokumentu |  |
|  | System potrafi dokonywać analizy semantycznej gromadzonych w nim dokumentów |  |
|  | Podczas analizy semantycznej budowany jest ogólny widok na temat stanu zdrowia pacjenta, zawierający m.in.: - informacje o chorobach i chorobach przewlekłych (rozpoznania) - dane antropometryczne - informacji o grupie krwi - informacje o przepisanych lekach - wyniki badań laboratoryjnych - i inne... |  |
|  | System umożliwia prezentację wyników badań laboratoryjnych (dostarczonych w formie ustrukturyzowanej) w postaci tabularycznej |  |
|  | System umożliwia prezentację wyników badań laboratoryjnych (dostarczonych w formie ustrukturyzowanej) w postaci wykresu |  |
|  | Każdy wpis prezentowany w tym widoku umożliwia nawigację do dokumentu źródłowego, z którego pochodzi dana informacja |  |
|  | Wybrane informacje z tego widoku są przedstawiane bezpośrednio na podglądzie dokumentów |  |
|  | System obsługuje linki do zewnętrznych danych obrazowych |  |
|  | Repozytorium przypisuje każdemu dokumentowi unikatowy identyfikator |  |
|  | Repozytorium przechowuje dokumenty w postaci zaszyfrowanej |  |
|  | Repozytorium weryfikuje poprawność podpisu cyfrowego, jeżeli został złożony na przysłanym dokumencie |  |
|  | Repozytorium rejestruje metadane dokumentów w rejestrze |  |
|  | Rejestr indeksuje metadane dokumentów gromadzonych w repozytorium |  |
|  | Rejestr umożliwia przeszukiwanie dokumentacji medycznej na podstawie metadanych (lekarzy, typów dokumentów, jednostki organizacyjnej, w której powstał dokumentu, na podstawie daty wytworzenia dokumentu) |  |
|  | System posiada silnik przeszukiwania pełnotekstowego |  |
|  | Rejestr umożliwia pełnotekstowe przeszukiwanie treści dokumentów |  |
|  | System umożliwia również pełnotekstowe przeszukiwanie załączników dołączonych do dokumentów (w przypadku plików PDF, Word, txt) |  |
|  | Rejestr umożliwia integrację dowolnej ilości repozytoriów |  |
|  | Rejestr obsługuje profil IHE XDS.b |  |
|  | Rejestr jest zabezpieczony przy użyciu tych samych reguł bezpieczeństwa, które dotyczą repozytorium - w efekcie dokumenty do których użytkownik nie ma dostępu nie pojawiają się w wynikach wyszukiwania |  |
|  | Wyniki wyszukiwania prezentowane są w formie chronologicznej |  |
|  | Wyszukane dokumenty są grupowane w ramach hospitalizacji, bądź poradni |  |
|  | System umożliwia oznaczenie dokumentów, bądź hospitalizacji na potrzeby wydruku grupy dokumentów, bądź ich eksportu |  |
|  | System umożliwia personelowi medycznemu przeszukiwanie listy pacjentów |  |
|  | Wyszukiwanie pacjentów odbywa się na podstawie nr PESEL, bądź imienia+nazwiska+daty urodzenia (podanych jednocześnie) |  |
|  | System może być skonfigurowany w taki sposób, by mógł się do niego logować również pacjent |  |
|  | Pacjent nie ma możliwości przeszukiwania katalogu pacjentów - po zalogowaniu przechodzi od razu do swojego rekordu |  |
|  | Pacjent ma dostęp jedynie do swojej własnej dokumentacji |  |
|  | Zarówno pacjent jak i lekarz mają możliwość tworzenia notatek (komentarzy) powiązanych z dokumentem |  |
|  | Wszystkie operacje (wgląd w dokumentację, wydruki, udostępnienie) są logowane |  |
|  | System umożliwia prowadzenie rejestru udostępnień EDM poza system informatyczny, z odnotowaniem następujących danych: - data i godzina udostępnienia - dane wnioskodawcy - zakres udostępnienia - data i forma przekazania dokumentacji wnioskodawcy |  |
|  | **EDM – Standardy** |  |
|  | System obsługuje standard HL7CDA R2 na najwyższym (trzecim) poziomie interoperacyjności |  |
|  | Repozytorium weryfikuje zgodność dokumentów z Polską Implementacją Krajową HL7CDA |  |
|  | Architektura systemu jest zgodna z rekomendacjami IHE |  |
|  | Obsługiwane są minimum profile IHE XDS.b, IHE PIX, IHE PDQ |  |
|  | System lub moduł EDM zintegrowany z systemem HIS, w sposób umożliwiający utrwalanie i przechowywanie elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa i wytycznymi MZ,NFZ,CSIOZ, MSWiA i pozostałymi instytucjami państwowymi. |  |
|  | Możliwość wymiany dokumentów medycznych w ramach Systemu Informacji Medycznej, z wykorzystaniem platformy P1, P2, za pośrednictwem systemów regionalnych oraz bezpośrednio z jednostkami ochrony zdrowia. |  |

**4. Portal Pacjenta (E-rejestracja, Portal Pacjenta)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Portal Pacjenta (E-rejestracja, Portal Pacjenta)** | **Spełnienie warunku TAK/NIE** |
| 1 | **Portal Pacjenta - Wymagania ogólne** |  |
| 1.1 | Portal Pacjenta posiada możliwość integracji oraz obsługi wielu placówek medycznych w ramach jednego podmiotu medycznego, który korzystana z jednego centralnego systemu obsługi procesów medycznych oraz dokumentacji medycznej (HIS/EDM). |  |
| 1.2 | Portal Pacjenta posiada mechanizmy integracji z wieloma podmiotami medycznymi korzystającymi z odrębnych systemów obsługi procesów medycznych i dokumentacji medycznej (HIS/EDM). |  |
| 1.3 | Portal Pacjenta posiada zaimplementowane mechanizmy szyfrowania przesyłanych danych pomiędzy siecią Internet a system bazą danych oraz systemem HIS |  |
| 1.4 | Portal Pacjenta posiada zaimplementowane mechanizmy zabezpieczającą przed atakami zewnętrznymi, umieszczenia fragmentów złośliwego kodu lub innymi zagrożeniami. |  |
| 1.5 | Portal Pacjenta posiada możliwość wymiany dokumentacji medycznej pomiędzy różnymi podmiotami medycznymi w ramach procesu obsługi pacjenta. |  |
| 1.6 | Portal Pacjenta korzysta z danych zgormadzonych lub wprowadzanych w HIS jako danych podstawowych, do tych danych zaliczyć należy: - strukturę organizacyjną; - słowniki systemowe, w tym: kody terytorialne, procedury medyczne i klasyfikacja chorób (ICD-9 i ICD-10), personel medyczny, leków  - grafiki, w tym lekarzy, gabinetów, urządzeń medycznych - kartoteka pacjenta; - cenniki usług (proste); - recepty - proces prosty. |  |
| 1.7 | Portal Pacjenta korzysta z danych zgormadzonych lub wprowadzanych w HIS jako danych podstawowych, do tych danych zaliczyć należy: - cenniki usług (złożone); - umowy; - recepty - proces automatyczny. |  |
| 1.8 | Portal Pacjenta korzysta z systemu EDM lub/i HIS jako repozytorium dokumentacji medycznej |  |
| 1.9 | Portal Pacjenta posiada mechanizmy synchronizacji danych z systemem HIS, umożliwiające odświeżanie danych w czasie zbliżonym do czasu rzeczywistego wykonania aktualizacji danych, w tym: - grafików - kartoteki pacjenta (określone dane) |  |
| 1.10 | Portal Pacjenta posiada mechanizmy synchronizacji danych z systemem HIS, umożliwiające odświeżanie danych w czasie zbliżonym do czasu rzeczywistego wykonania aktualizacji danych, w tym: - poziom wykorzystania umów; - płatności i należności; |  |
| 1.11 | System jest zintegrowany z HIS, istnieje możliwość integracji z innymi systemami np. do CallCenter, systemem telemedycznym, systemem bilingowy, CRM`em lub innymi jeśli takie klient posiada. |  |
| 1.12 | Konto założone na Portalu Pacjenta pozostaje nieaktywne do momentu potwierdzenia przez pacjenta jego tożsamości. Potwierdzenie można dokonać osobiście w jednostce medycznej lub poprzez profil zaufany ePUAP lub też kwalifikowanym podpisem elektronicznym. |  |
| 1.13 | Portal Pacjenta posiada mechanizmy weryfikacji istnienia Kartoteki Pacjenta w systemie HIS. W przypadku próby rejestracji danych pacjenta już obsługiwanego przez podmiot medyczny, dane pacjenta powinny być wiązane automatycznie z danymi z systemu HIS. W przypadku nie istnienia danych w systemie HIS zewidencjowania nowej kartoteki pacjenta z poziomu Portalu Pacjenta powinno być odzwierciedlone w systemie HIS, z tym że konto (Kartoteka Pacjenta) jest nieaktywne. Automatyczne wiązanie odbywa się na bazie zgodności nr PESEl, imienia i nazwiska. |  |
| 1.14 | Pacjent jest identyfikowany co najmniej poprzez PESEL (obywatel Polski) lub inny identyfikator (pacjent zagraniczny) i powinien wystąpić raz dla podmiotu leczniczego. |  |
| 1.15 | W platformie portalu są zaimplementowane tożsame mechanizmy standaryzacji i walidacji danych takich jak: nr telefonu, słowniki procedur medycznych, weryfikacja PESEL, NIP, format dat etc. |  |
| 1.16 | System umożliwia wyszukiwanie Pacjentów po (całej nazwie lub części pola): nazwisko, pesel, data urodzenia, adres, nip, numer pacjenta. |  |
| 1.17 | Platforma Portalu posiada mechanizmy umożliwiające eksport całości lub wskazanych danych do formatów powszechnie wykorzystywanych np.: ms excel, cvs, txt. |  |
| 1.18 | Portal pozwala na publikację aktualności, ogłoszeń i materiałów multimedialnych |  |
| 1.19 | Portal umożliwia prezentację danych na temat podmiotu leczniczego - godzin pracy, informacji o dyżurach medycznych i personelu |  |
| 1.20 | Portal jest zabezpieczony przed publikacją nieautoryzowanej treści |  |
| 1.21 | Zarządzaniem Portalem zajmują się Administratorzy, bądź Redaktorzy Portalu |  |
| 1.22 | Administratorzy mają możliwość zarządzania kontami Redaktorów Portalu i nadawania im uprawnień do wybranych gałęzi w strukturze Portalu |  |
| 1.23 | Redaktorzy mogą definiować układ elementów blokowych w podziale na kolumny |  |
| 1.24 | Redaktorzy tworzą artykuły przy użyciu edytora umożliwiającego formatowanie tekstu, obsługującego minimum: - pogrubienie - pochylenie - podkreślenie - wyrównanie - listy numerowane i punktowane - tabele - odnośniki do innych treści - zdjęcia, filmy, pliki dźwiękowe - kolor tekstu, kolor tła - indeks górny, indeks dolny |  |
| 1.25 | Strony Portalu budowane są z elementów blokowych, m.in.: - tekstu formatowanego - nagłówków - przycisków - map - obrazków - filmów - galerii zdjęć - listy artykułów - bannerów stron wyświetlających cyklicznie wybrane zdjęcia, odnośniki do stron i krótkie opisy |  |
| 2. | **Administracja Portalem** |  |
| 2.1 | Zarządzanie kontami i uprawnieniami użytkowników (Pacjentów) (aktywacja i dezaktywacji) z poziomu jednego wspólnego narzędzia do wszystkich modułów systemu. Funkcja obsługi Klientów przez Administratora, Rejestrację lub Poradnie powinna mieć możliwość aktywacji, dezaktywacji lub odblokowania konta. |  |
| 2.2 | Nadawanie użytkownika unikalnego loginu (domyślnie adres e-mail z kartoteki użytkownika z możliwością zmiany na numer klienta) i hasła (min. 8 znaków) z poziomu aplikacji. Administrator musi posiadać także możliwość ustawienia parametrów hasła: długość, czas żywotności, czas przed wygaśnięciem, minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, liczb, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych w haśle. |  |
| 2.3 | Nadawanie użytkownikom uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej roli (pracownik poradni, recepcji, lekarz, pracownik działu marketingu i sprzedaży, konsultant itd.) i do wskazanej funkcji systemu |  |
| 2.4 | Wbudowane mechanizmy do administrowania prawami użytkowników; tworzenie i modyfikacja grup oraz ról, określanie uprawnień́ grup użytkowników lub użytkowników na poziomie poszczególnych funkcji. |  |
| 2.5 | Platforma (Portal Pacjenta/HIS) powinna posiadać mechanizmy umożliwiające eliminowanie konfliktów danych wynikających z integracji pomiędzy systemami Portal Pacjenta i systemem HIS |  |
| 2.6 | Zabezpieczenie dostępu do danych przed nieautoryzowanym dostępem; zabezpieczenia muszą funkcjonować z poziomu klienta (aplikacji) oraz serwera bazy danych |  |
| 2.7 | Zapisywanie, utrzymanie i przeglądanie informacji o logowaniu się użytkowników do systemu z danymi umożliwiającymi wskazanie godziny, rodzaj terminala (IP) z którego nastąpiło zalogowanie się do systemu. |  |
| 2.8 | W przypadku dostępu do dokumentacji medycznej system powinien zapewnić mechanizm podwójnej autoryzacji dla użytkowników uzyskujących dostęp do dokumentacji z poziomu portalu pacjenta (pacjent). |  |
| 2.9 | Tworzenie i utrzymanie logów systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych, funkcji systemu z której zmiana została dokonana. |  |
| 2.10 | Tworzenie i utrzymywanie logów dostępu do danych personalnych pacjenta z możliwością precyzyjnego określenia, kto, kiedy i do jakich danych miał dostęp, a w przypadku zmiany jakie modyfikacje zostały wykonane. |  |
| 2.11 | Tworzenie i utrzymywanie logów dostępu do danych medycznych pacjenta z możliwością precyzyjnego określenia, kto, kiedy i do jakich danych miał dostęp i jakie dane wprowadził lub zmodyfikował. |  |
| 2.12 | Przeglądanie informacji o aktualnie zalogowanych w systemie użytkownikach |  |
| 2.13 | Zarządzanie słownikami standardowymi w zakresie jednostkowej lub pełnej aktualizacji danych na podstawie źródeł zewnętrznych, w tym słownikami, z uwzględnieniem okresu obowiązywania danych (pozycja usunięta lub zmieniona w słowniku nie może powodować niespójności i obniżenia jakości bazy danych), w zakresie nie mniejszym niż: - słownik kodów terytorialnych TERYT, - klasyfikacja chorób wg ICD- rewizja najnowsza, - Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM- druga polska edycja (lub najnowsza), - słownik zawodów, - leki (zgodnie z wymaganiami HISa) |  |
| 2.14 | Definiowanie słowników: - kwalifikacji personelu medycznego, - personelu medycznego i jego kwalifikacji do obsługi pacjentów (lub procesu leczniczego), |  |
| 2.15 | Zarządzanie strukturą organizacyjną podmiotu, w tym: - definiowanie struktury organizacyjne i ich zależności, - definiowanie struktury funkcjonalnej oddziału (np.: gabinety, rejestracja, izby przyjęć, laboratoria, pracownie diagnostyczne, itd) - wiązanie struktury organizacyjnej ze strukturą kosztów |  |
| 2.16 | System posiada mechanizmy scalania danych pacjenta, tj: tworzenie jednego aktywnego wystąpienia rekordu pacjenta w bazie danych bez utraty danych medycznych dla wielu wystąpień, z możliwością zachowania danych pacjenta podlegającego scaleniu. W przypadku scalenia kont po stornie sytemu HIS zmiana powinna być automatycznie propagowana na PP. |  |
| 2.17 | Portal Pacjenta posiada mechanizmy umożliwiające zarządzanie treścią umieszczaną na portalu, poprzez definiowanie co najmniej : struktury portalu, artykułów (np. aktualności), tekst, zdjęcia, filmy umieszczane na stronach. |  |
| 2.18 | Platforma umożliwia wiązanie pacjenta z umowami oraz przypisanie pacjentowi szczególnych uprawnień (np. do obsługi poza kolejnością) - pacjent VIP, kontrahent objęty umową komercyjną, abonament max etc) |  |
| 2.19 | Platforma umożliwia definiowanie poziomów usług SLA dla pacjentów o określonym statusie, na podstawie umowy indywidualnej, umowy abonamentowej lub umowy z kontrahentem. |  |
| 2.20 | Portal Pacjenta musi umożliwiać administratorowi biznesowemu tworzenie i lub modyfikowanie następujących elementów portalu: |  |
| 2.21 | - ankiet uzupełnianych przez pacjentów po założeniu konta (ankieta ogólna - Profil/Kartoteka Pacjenta) |  |
| 2.22 | - ankiet uzupełnianych przez pacjentów podczas rejestracji na wizytę |  |
| 2.23 | - definiowania ankiet zdrowia, dane z ankiet powinny być udostępniane lekarzowi do wglądu i aktualizacji z poziomu HIS a dane powinny być synchronizowane. |  |
| 2.24 | - definiowania powodów odwołania wizyty |  |
| 2.25 | - definiowania parametrów konsultacji online uzupełniając specjalizację, godziny dostępności, zakres i dostępną formę |  |
| 2.26 | - listą placówek, lekarzy i komórek organizacyjnych widocznych na portalu |  |
| 2.27 | - zarządzania uprawnieniami dla profilów: niepełnego, pełnego, profilu vip oraz tworzenie innych grup Pacjentów |  |
| 2.28 | Platforma musi posiadać mechanizmy filtrowania danych i generowania raportów: |  |
| 2.29 | - kanały dotarcia nowych pacjentów |  |
| 2.30 | - kanały rejestracji na wizytę (on-line, telefonicznie, osobiście w trakcie wizyty) |  |
| 2.31 | - ilość wykonanych procedur i sumarycznych cen w rozbiciu na jednostkę (w przypadku większej ilości jednostek), lekarza, procedurę, pacjentów |  |
| 2.32 | - z rozbiciem na pacjentów nieaktywnych (brak kontaktu przez dłuższy okres czasu), aktywnych bez wizyty (jedynie kontakt telefoniczny, mailowy lub poprzez logowanie na stronie), aktywnych z wizytą |  |
| 2.33 | - z rozbiciem na wizyty odwołane (przyczyny odwołania - lista do wyboru) i zrealizowane |  |
| 2.34 | - prezentujące obłożenie grafików od strony Jednostki i lekarzy |  |
| 2.35 | - informację z raportów o wieku i płci pacjentów |  |
| 2.36 | - pacjentów o kryteria bazujące na danych z ankiet uzupełnianych przez pacjentów |  |
| 2.37 | - pacjentów o kryteria bazujące na czasie, który upłynął od ostatniej wizyty |  |
| 2.38 | - pacjentów o kryteria bazujące na czasie, który upłynął od ostatniego kontaktu |  |
| 2.39 | - pacjentów o kryteria bazujące na ilość wizyt w roku |  |
| 2.40 | - przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe, nie pierwszorazowe |  |
| 2.41 | Dla pacjentów spełniających powyższe kryteria możliwość uruchomienia wygenerowania specjalnej oferty |  |
| 2.42 | Dla pacjentów spełniających powyższe kryteria możliwość uruchomienia kampanii wychodzących przekazywanych do call center (z ofertami dla klientów, z ofertami dla pacjentów) |  |
| 2.43 | Widoczna lista wszystkich pytań (od Pacjentów) i możliwość ich przepisania do wybranego lekarza/specjalizacji |  |
| 2.44 | Administrator może definiować regulamin Portalu |  |
| 2.45 | Każdorazowa zmiana regulaminu wymaga jego potwierdzenia przez Pacjenta podczas logowania |  |
| 3 | **Portal (E-rejestracja)** |  |
| 3.1 | Możliwość założenia konta na Portalu Pacjenta dla PACJENTA KTÓRY SKORZYTSAŁ UPRZEDNIO Z USŁUG Jednostki (brak kartoteki na Portalu Pacjenta) lub PACJENTA PIERWSZORAZOWEGO po: - uprzednim wprowadzeniu danych bazowych (imię, nazwisko, PESEL, data ur., email, nr telefonu),  - zweryfikowaniu wystąpienia Pacjenta w bazie systemu HIS - autoryzacja za pomocą kodu wysłanego przez SMS lub linku przesłanego na adres e-mail - potwierdzeniu zgód na przetwarzanie danych i regulaminu portalu |  |
| 3.2 | Możliwość wyszukiwania wolnych terminów na podstawie: miasta, podmiotu, specjalizacji, usługi, lekarza, daty "od kiedy", pierwszego wolnego terminu (każde kryterium osobno lub łącznie kilka) |  |
| 3.3 | Możliwość rejestracji wizyty z kilku poziomów: - wyszukiwarka wolnych terminów na podstawie kryterium: miasta, podmiotu, specjalizacji, usługi, lekarza, daty "od kiedy", pierwszego wolnego terminu (każde kryterium osobno lub łącznie kilka) - zakładki na stronie z listą (charakterystyką) lekarzy, |  |
| 3.4 | Podczas rejestracji widzi ceny usług (prosty) |  |
| 3.5 | Możliwość rejestracji on line na wizyty po: - uzupełnieniu bazowych informacji  - potwierdzeniu nr telefonu za pomocą kodu autoryzacyjnego wysłanego przez SMS lub linku przesłanego na adres  e-mail |  |
| 3.6 | Otrzymywanie potwierdzeń zarejestrowanych wizyt za pomocą - SMS, - e-mail - który to dodatkowo zawiera potwierdzenie rejestracji, link umożliwiający jej anulowanie, opcjonalnie link do ankiety, którą pacjent wypełnia przed wizytą, opcjonalnie link umożliwiający szybkie założenie pełnego konta na portalu |  |
| 3.7 | Otrzymywanie przypomnień o zbliżających się wizytach: - SMS ze specjalnego numeru, na którego Pacjent ma możliwość odpowiedzi "NIE" - wówczas automatycznie wizyta zostaje anulowana - e-mail - który to dodatkowo umożliwia jej anulowanie, opcjonalnie link do ankiety, którą pacjent wypełnia przed wizytą, opcjonalnie link umożliwiający szybkie założenie pełnego konta na portalu |  |
| 3.8 | Ograniczona konfiguracyjnie ilość wizyty, na które mogę się umówić |  |
| 3.9 | Ograniczona konfiguracyjnie funkcjonalność portalu (widzi lub wyświetlają mu się wszystkie funkcje, jednak są one nieaktywne) |  |
| 3.10 | Możliwość założenia konta po: - potwierdzeniu swojej tożsamości osobiście, podpisaniu umowy i regulaminu (Pacjent po pierwszej wizycie powinien mieć taką propozycję ze strony recepcji - alert)  - uprzednim wprowadzeniu danych rozszerzonych (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, adres kontaktowy, nr dowodu, tel kom, email, nr dowodu, dane do faktury) - potwierdzeniu regulaminu portalu |  |
| 3.11 | Możliwość rozszerzenie konta niepełnego do poziomu konta pełnego |  |
| 3.12 | Możliwość rejestracji wizyty z kilku poziomów w przypadku kilku lokalizacji jednostek: - wyszukiwarka wolnych terminów na podstawie kryterium: miasta, jednostki, podmiotu, specjalizacji, usługi, lekarza, daty "od kiedy", pierwszego wolnego terminu (każde kryterium osobno lub łącznie kilka) - listy kilku ostatnich odwiedzanych specjalistów (sposób przyśpieszony),  - listy dotychczasowych wizyt (jednostka, lekarz, usługa) - zakładki na stronie z listą (charakterystyką) lekarzy, - zakładki na stronie z listą opisującej usługi świadczone |  |
| 3.13 | Wgląd do cennika z uwzględnieniem przyznanych rabatów |  |
| 3.14 | Możliwość rejestracji wizyty po założeniu pełnego profilu |  |
| 3.15 | Otrzymywanie potwierdzeń zarejestrowanych wizyt za pomocą (do wyboru przez Pacjenta):  - SMS ze specjalnego numeru, - e-mail - który to dodatkowo zawiera potwierdzenie rejestracji, link umożliwiający jej anulowanie, opcjonalnie link do ankiety, którą pacjent wypełnia przed wizytą, link do strony z opisem przygotowań do wizyty,  - okienka (informacji) na portalu |  |
| 3.16 | Ograniczona konfiguracyjnie ilość wizyty, na które mogę się umówić |  |
| 3.17 | Dostęp do ankiet dostępnych na portalu. |  |
| 3.18 | Dostęp do Przewodnika Pacjenta (oferta dla Ciebie), który wyświetla propozycje na bazie uzupełnionych przez Pacjenta ankiet. |  |
| 3.28 | Możliwość przeglądania bazy wiedzy |  |
| 3.29 | Opcjonalnie możliwość przeglądu artykułów |  |
| 4 | **Profil pacjenta** |  |
| 4.1 | W systemie dostępna jest Kartoteka Pacjenta (wg tego co w HIS) |  |
| 4.2 | W systemie dostępne są zgody i akceptacje regulaminu - danymi nadrzędnymi są dane w HIS |  |
| 4.3 | Konieczność odnotowania listy osób upoważnionych do wglądu do dokumentacji medycznej - tylko pełne konto |  |
| 4.4 | Ankieta zdrowia ogólna - zawierająca historię choroby, przebyte choroby, zabiegi, alergie itp. |  |
| 5. | **Konsultacje on-line** |  |
| 5.1 | Możliwość uczestniczenia w konsultacjach on-line |  |
| 5.2 | Możliwość śledzenia kolejki oczekujących pacjentów na konsultację on-line |  |
| 5.3 | Możliwość przyjmowania kolejnego pacjenta z kolejki on line |  |
| 5.4 | Możliwość wystawienia podsumowującego komentarza po zakończonej konsultacji on line |  |
| 5.5 | Możliwość wglądu do komentarzy podsumowujących z poprzednich konsultacji on line |  |
| 5.6 | Możliwość odpowiadania na pytania pacjentów (widoczna lista pytań skierowanych do lekarza, widoczna lista pytań nie przypisanych do konkretnego lekarza ale dotycząca danej specjalizacji, możliwość przekierowania pytań do innego lekarza bądź innej specjalizacji) |  |
| 5.7 | Możliwość odpowiadania na pytania ogólne |  |
| 5.8 | Możliwość odpowiadania na pytania dot. wyników badań |  |
| 5.9 | Możliwość odpowiadania na pytania dot. wizyty |  |
| 5.10 | Możliwość odpowiadania na pytania dot. wyników pomiarów życiowych |  |
| 5.11 | Otrzymywanie notyfikacji, gdy Pacjent zada pytanie |  |
| 6 | **Recepty i leki** |  |
| 6.1 | Możliwość samodzielnego zamówienia recepty przez Pacjenta, poprzez samodzielnie wypełnia zgłoszenie= formularz na e-receptę |  |
| 6.2 | Możliwość telefonicznego zamówienia recepty przez Pacjenta (po weryfikacji danych) - w imieniu Pacjenta |  |
| 6.3 | Ręczna weryfikacja uprawnień medycznych do otrzymania recepty |  |
| 6.4 | Możliwość wyboru sposobu odbioru recepty: osobiście |  |
| 6.5 | Możliwość wydruku wniosku zamówienia recepty |  |
| 6.6 | Możliwość zamówienia recepty z listy leków przepisanych wcześniej Pacjentowi |  |
| 6.7 | Powiadomienie Pacjenta - gdy lekarz wystawi receptę i jest ona gotowa do odbioru |  |
| 6.8 | Otrzymanie odpowiedniej notyfikacji (zgodnie z wybranym kanałem kontaktu) dla Pacjenta - gdy lekarz wystawi receptę i jest ona gotowa do odbioru |  |
| 6.9 | Historia zamawianych recept wraz z statusem |  |
| 7 | **Wyniki badań** |  |
| 7.1 | Możliwość podglądu wyników badań |  |
| 7.2 | Możliwość wydruku wyników badań |  |

**WYMAGANIA DODATKOWE**

Zamawiający w ramach dostarczonego systemu wymaga dostarczenia licencji wg. poniższej tabeli, instalacji, integracji, konfiguracji systemu oraz wdrożenia w minimalnym zakresie 45 osobodni wdrożeniowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa Modułu** | **Ilość licencji** |
| 1 | Izba Przyjęć | licencja otwarta |
| 2 | Oddział | licencja otwarta |
| 3 | Rejestracja (Poradnia) | licencja otwarta |
| 4 | Gabinet (Poradnia) | licencja otwarta |
| 5 | Zlecenia medyczne | licencja otwarta |
| 6 | Zlecenia leków | licencja otwarta |
| 7 | Apteka | 1 |
| 8 | Apteczki Oddziałowe | 3 |
| 9 | Oprogramowanie na tablety | licencja otwarta |
| 10 | Zakażenia | 3 |
| 11 | Statystyka Medyczna | 1 |
| 12 | Rozliczenia z NFZ | 1 |
| 13 | Elektroniczna Dokumentacja Medyczna | licencja otwarta |
| 14 | Portal Pacjenta | licencja otwarta |

……………………………………………………………… ……………………………………………………………..

Miejscowość, data Podpis oferenta