

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

I. Zakres zamówienia (projektu)

Realizowane przedsięwzięcie jest kontynuacją działań podmiotu w celu uzyskania zintegrowanego środowiska informatycznego obsługującego pełny zakres pracy Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie w ramach projektu "Małopolski System Informacji Medycznej".

Zadanie współfinansowane jest ze środków UE w ramach projektu pn.: „Małopolski System Informacji Medycznej (MSIM)” realizowanego w ramach Osi priorytetowej 2. Cyfrowa Małopolska, Działanie 2.1 E - administracja i otwarte zasoby, Poddziałanie 2.1.5 E - usługi w ochronie zdrowia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Cel główny:

Celem głównym Projektu jest poprawienie świadczenia jakości usług medycznych w woj. małopolskim poprzez rozbudowę systemu informatycznego w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie. Projekt bezpośrednio przełoży się na rozwój systemu, w tym eUsług, które będą dostępne dla wszystkich mieszkańców, pacjentów, pracowników.

Przedmiotem projektu jest stworzenie oraz wdrożenie w Szpitalu w pełni funkcjonalnej i operacyjnej infrastruktury teleinformatycznej umożliwiającej wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej pomiędzy systemami funkcjonującymi w systemie ochrony zdrowia, w tym wprowadzenie świadczenia usług on-line oraz wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) dostosowującej działalność jednostki do znowelizowanych przepisów prawa m.in. w zakresie wymagań interoperacyjności oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Zakres rzeczowy projektu obejmuje dostosowanie, modernizację lub dostawę Oprogramowania HIS.

Projekt w zakresie eUsług zakłada stosowanie standardów w tworzeniu stron internetowych dostępnych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności standard WCAG 2.1.

Wdrożone rozwiązania będą służyć wymianie informacji oraz danych pomiędzy pacjentami i podmiotem leczniczym, personelem medycznym oraz systemami informacji medycznej, zintegrowanych z usługami dostępnymi na platformie P1 oraz P2.

Cele szczegółowe w projekcie:

1. szybszy i łatwiejszy dostęp do informacji poprzez powszechnie dostępne aplikacje,
2. poprawa organizacji i komfortu pracy na stanowiskach objętych wdrożeniem,
3. wprowadzenie wyższej jakości świadczonych usług medycznych,
4. poprawa efektywności wydajności pracy pracowników,
5. standaryzacja procedur tworzenia, składowania i dystrybucji informacji,
6. umożliwienie szybkiej i dokładnej analizy danych zgromadzonych w jednostce,
7. wprowadzenie jednolitej formy i kompletności danych gromadzonych w strukturach jednostki.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

Do bezpośrednich rezultatów projektu można zaliczyć:

1. zwiększenie liczby osób korzystających z nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych,
2. zwiększenie liczby osób korzystających z e-usług (usługi oferowane i świadczone w formie on-line),
3. zmniejszenie ilości papierowych wydruków,
4. rozbudowa systemu elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), dostosowującej działalność szpitala do znowelizowanych przepisów prawa, zapewnienie interoperacyjności z platformą krajową P1 i P2,
5. zapewnienie bezpieczeństwa wdrażanych systemów informatycznych oraz przetwarzania, przechowywania, przekazywania dokumentów medycznych zgodnie z obowiązującym prawem.

II. Stan po realizacji projektu

Realizacja projektu stworzy możliwości wdrażania zaawansowanych rozwiązań teleinformatycznych, które w oparciu o powstałą infrastrukturę przyczynią się do zwiększenia stosowania narzędzi teleinformatycznych w bieżącej pracy Szpitala.

Ponadto, zgodnie z zapisami Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 26 czerwca 2014r., wszystkie podmioty lecznicze mają obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Obliguje to podmioty lecznicze do wdrożenia i użytkowania odpowiednich systemów informatycznych, które będą mogły sprostać wymaganiom związanym z długoterminowym archiwizowaniem dokumentacji medycznej. Realizacja projektu zapewni wypełnienie wymogów prawnych funkcjonowania w obszarze IT.

System funkcjonalnie zapewni udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, przekazywanie przez świadczeniodawców informacji o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej, dostęp usługobiorców do tych informacji, wymianę pomiędzy świadczeniodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej niezbędnych do zapewnienia ciągłości leczenia oraz dokumentów elektronicznych w celu prowadzenia diagnostyki, leczenia oraz zaopatrzenia pacjentów w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

III. Wymagania w zakresie przedmiotu zamówienia

Zidentyfikowane potrzeby

Zamawiający nie posiada oprogramowania umożliwiającego wdrożenie i stosowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w pełnym zakresie funkcjonalnym świadczonych usług zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U.2021 r. poz. 1153) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t Dz.U. 2020 poz. 666 z późn. zm.).

Konieczne działania

Zidentyfikowane potrzeby wymagają działań o charakterze inwestycyjnym, są to:

- dostosowanie, modernizacja lub dostawa Oprogramowania HIS,
- dostosowanie, modernizacja lub dostawa i wdrożenie nowych modułów oprogramowania,
- zapewnienie interoperacyjności systemów poprzez ich integrację,
- uruchomienie e-usług

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

IV. Zakres zamówienia

Zamawiający oczekuje że oferowane rozwiązanie będzie gotowe na dzień składania ofert, nie może być w fazie budowy, testów itp.

Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie, zamawia niżej wyszczególnione produkty i usługi, zgodnie z opisem parametrów minimalnych poszczególnych elementów zamówienia zawartym w dalszej części dokumentu.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

1. Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS, na którą składa się:
 - Dostosowanie lub modernizacja Oprogramowania HIS posiadanego i użytkowanego oprogramowania w „części białej” MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o. dla zapewnienia wdrożenia systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) w pełnym zakresie świadczonych usług;
lub
 - Dostawa Oprogramowania HIS w zakresie funkcjonalnym opisanym poniżej
 - Wdrożenie e-usług zdrowotnych
2. Instruktaże stanowiskowe

Specyfikacja prac:

- analiza przedwdrożeniowa;
- dostosowanie i adaptacja modułów oprogramowania zgodnie z wynikami analizy przedwdrożeniowej;
- wdrożenie oprogramowania i integracja z systemem użytkowanym w szpitalu;
- integracja systemu z usługami udostępnianymi na platformie P1 i P2
- instruktaże dla personelu Zamawiającego;
- świadczenie gwarancyjnych usług serwisowych w zakresie zapewnienia ciągłości świadczenia usług w zakresie wymaganych funkcjonalności systemu.

V. Szczegółowe wymagania

1. Wykonawca zobowiązany jest do połączenia/integracji wdrożonego systemu z wszystkimi systemami funkcjonującymi u Zamawiającego.
2. Warunki organizacyjne przeprowadzenia integracji:
 - a) Uzyskanie opisów interfejsów lub innych sposobów wymiany danych do integracji z wymienionymi w OPZ systemami oraz określenie wykonawcy lub wykonawców tych integracji jest obowiązkiem Wykonawcy.
 - b) Ustalenie kosztów integracji z systemami posiadanymi przez Zamawiającego jest obowiązkiem Wykonawcy.
 - c) Na wniosek Wykonawcy, Zamawiający umożliwi Wykonawcy dostęp do baz danych posiadanych systemów informatycznych, udzieli wsparcia Wykonawcy w dokonaniu integracji, poprzez nadanie wskazanym pracownikom Wykonawcy niezbędnych uprawnień do pracy w systemie
 - d) Wykonawca ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody, wyrządzone przez jego pracowników w trakcie prac integracyjnych.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

3. Koszty integracji są częścią ceny, składanej przez Wykonawcę. Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w ofercie pełny koszt wykonania integracji uwzględniający również, o ile będzie to konieczne, wykonanie modyfikacji interfejsów wymiany danych posiadanych systemów oraz zakup niezbędnych do integracji licencji w zakresie dostarczanego rozwiązania.
4. Świadczenie usług gwarancyjnych: objęcie Oprogramowania gwarancyjnym nadzorem autorskim przez okres minimum 12 miesięcy od daty zakończenia realizacji przedmiotu zamówienia tj. od daty podpisania Protokołu Uruchomienia Systemu.

VI. Wymogi prawne

Wdrożony system oprogramowania musi być zgodny z następującymi ustawami i rozporządzeniami:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 poz. 633 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2021 poz. 2069 z późn. zm.) – dotyczy Systemu medycznego HIS - Monitorowanie zakażeń zakładowych.
- Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012r w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. 2012 poz. 1098) – dotyczy Systemu medycznego HIS),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2017 poz. 2247 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1129 z późn. zm.) wraz z delegowanymi aktami wykonawczymi
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 08 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U.2021 r. poz. 1153)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2020 roku, pozycja 1253),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2021, pozycja 475),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2013 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych związanych z nabywaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2013 roku, pozycja 489),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz.U z 2021 r., poz. 200),
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2020 poz. 2050)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U. 2014 poz. 522)
- Dostarczone i wdrożone Oprogramowanie HIS ma spełniać wszystkie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego i europejskiego.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

VII. Struktura organizacyjna realizacji projektu

Dla realizacji zadań objętych zakresem rzeczowym projektu powołana została hierarchiczna struktura organizacyjna projektu. Jego realizacja będzie prowadzona w oparciu o powszechnie stosowane metodyki zarządzania projektami. Tym samym celem skutecznego wdrożenia projektu przyjęto, że wszyscy członkowie oraz Wykonawcy zostaną zobowiązani do stosowania przyjętej metodyki zarządzania projektem.

Na etapie wdrożenia – po wyborze dostawców zostanie powołany Zespół składający się z Kierownika projektu/ Koordynatora projektu ze strony Wykonawcy oraz powołany Zespół wdrożeniowy składający się ze specjalistów wdrożeniowców - reprezentujących Wykonawcę oraz koordynatorów wdrożenia ze strony Szpitala odpowiedzialnych za poszczególne obszary wdrożenia.

VIII. Wymagania dotyczące personelu Wykonawcy

Wymagania ogólne

Zamawiający wymaga, by prace instalacyjne i wdrożeniowe oraz przygotowania personelu Zamawiającego przeprowadzały osoby posiadające doświadczenie w zakresie produktów, których dotyczyć będzie instalacja, konfiguracja oraz wdrożenie.

Osoby wykonujące prace instalacyjne i wdrożeniowe oraz realizujące przygotowania personelu Zamawiającego muszą być dyspozycyjne w trakcie trwania prac instalacyjnych, wdrożeniowych oraz instruktaży. Wymagany jest stały kontakt roboczy z Zamawiającym.

Wykonawca najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych od dnia zawarcia umowy przekaże Zamawiającemu wykaz numerów telefonów kontaktowych do osób wykonujących prace instalacyjne, wdrożeniowe i szkolenia. Stały kontakt oznacza dyspozycyjność osób wykonujących prace instalacyjne i wdrożeniowe w trakcie trwania prac instalacyjnych i wdrożeniowych.

Zamawiający wymaga, by wszelkie zastępstwa lub trwała zmiana w osobach instalujących i wdrażających zgłaszana była niezwłocznie przez Wykonawcę, z zastrzeżeniem, że osoba zastępująca musi posiadać nie mniejsze kwalifikacje niż osoba zastępowana. Zastępstwo lub trwała zmiana danej osoby wymaga akceptacji ze strony Zamawiającego.

IX. Definicje pojęć

Zamawiający określa następujące definicje pojęć:

1. **Oprogramowanie** (zwane również HIS, Oprogramowaniem HIS) – całość lub dowolny element oprogramowania modernizowanego lub dostarczanego w ramach realizacji Umowy, obejmujące w szczególności specjalizowane oprogramowanie licencjonowane. Oprogramowanie musi być zgodne z wymaganiami wskazanymi w Opisie Przedmiotu Zamówienia będącym częścią Specyfikacji Warunków Zamówienia stanowiącym załącznik do Umowy. W skład Oprogramowania ponadto wchodzi: Oprogramowanie Wspomagające, Oprogramowanie Systemowe.
2. **Oprogramowanie Wspomagające** – wszelkie programy komputerowe w postaci kodu wynikowego, do których autorskie prawa majątkowe przysługują osobom trzecim, a na które Wykonawca udziela lub przekazuje Zamawiającemu licencje lub sublicencje na podstawie Umowy oraz nośniki, dokumentacje i aktualizacje takich programów komputerowych, niezbędne do działania Systemu, w tym systemy operacyjne i oprogramowanie bazodanowe oraz sterowniki.
3. **Oprogramowanie Systemowe** – oprogramowanie tworzące środowisko, w którym uruchamiane jest Oprogramowanie, w tym oprogramowanie systemowe lub bazodanowe.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

4. **System** – Oprogramowanie wraz z niezbędną do jego poprawnego działania infrastrukturą techniczną wytworzone lub dostarczone w ramach Umowy, wraz z nośnikami, dokumentacją techniczną, dokumentacją użytkowników i administratora tego oprogramowania. Na System składają się wszystkie elementy zamówienia wskazane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
5. **Umowa** – ilekroć w tekście niniejszego dokumentu zostanie przywołany wyraz „umowa” bez wyraźnego wskazania jej numeru lub daty zawarcia, należy go interpretować, jako odwołanie bezwzględne do umowy zawartej w ramach tego postępowania.
6. **Czas Naprawy** - należy przez to rozumieć czas pomiędzy potwierdzeniem zarejestrowania Zgłoszenia Serwisowego a usunięciem/rozwiązaniem przyczyny jego zgłoszenia.
7. **Zdalny dostęp** - należy przez to rozumieć analogowe lub cyfrowe łącze wydajnej transmisji danych pomiędzy węzłem infrastruktury siedziby Wykonawcy, a węzłem infrastruktury zapewnianym przez Zamawiającego, umożliwiające realizować usługi serwisowe lub konfiguracyjne.
8. **Wada** - należy przez to rozumieć Błędy Krytyczne, Błędy Zwykłe, Usterki Oprogramowania.
9. **Aplikacja (moduł)** – wyodrębniony poprzez nadanie nazwy program komputerowy, realizujący zbiór funkcji charakteryzujących się spójnym zakresem merytorycznym, stanowiący utwór w rozumieniu ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.
10. **Motor bazy danych (MBD)** – program komputerowy dedykowany do zarządzania bazami danych.
11. **Baza danych** – utworzone w wyniku eksploatacji Oprogramowania dane Zamawiającego, przetwarzane w Motorze bazy danych.
12. **Infrastruktura** - Sprzęt informatyczny posiadany przez Zamawiającego, w którego skład wchodzi między innymi serwery, macierze dyskowe, półki do macierzy, deduplikator, , UPS itd. raz infrastruktura stanowiskowa w którego skład wchodzi między innymi: zestaw komputerowy, drukarka, urządzenie wielofunkcyjne, itp oraz infrastruktura sieciowa w której skład wchodzi punkty dystrybucyjne, switchy, routery itp. Zamawiającego
13. **Użytkownik** – należy przez to rozumieć pracowników Zamawiającego korzystających z Systemu posiadających odpowiednie uprawnienia.
14. **Błąd krytyczny** – krytyczny Błąd Aplikacji powodujący, że nie jest możliwa eksploatacja jej istotnego obszaru z powodu uszkodzenia lub utraty: kodu programu, struktur danych, zawartości bazy danych, integralności danych oraz inne Błędy, jeżeli podejmowane w konsekwencji ich wystąpienia decyzje medyczne mogą mieć negatywny wpływ na stan zdrowia pacjenta.
15. **Błąd zwykły** - działanie powtarzalne, pojawiające się za każdym razem w tym samym miejscu w Aplikacji na różnych stacjach roboczych (terminalach) i prowadzące w każdym przypadku do otrzymywania nieprawidłowych wyników jej działania
16. **Usterka** - działanie oprogramowania niezgodne z dostarczoną do niego dokumentacją, nie uwzględnienie przez to oprogramowanie znanych błędów platformy sprzętowej lub błędów w oprogramowaniu narzędziowym lub stanowiskowym, nie uniemożliwiające jednak wykonania jego funkcji
17. **Konsultacja** – usługa świadczona przez Wykonawcę polegająca na udzielaniu Zamawiającemu wyjaśnień w kwestiach dotyczących Oprogramowania.
18. **Help Desk (HD)** – serwis internetowy udostępniony przez Wykonawcę dedykowany do ewidencji i obsługi Zgłoszeń Serwisowych, udostępniania Uaktualnień Aplikacji, publikowania wymogów, informacji i procedur dotyczących Oprogramowania o, Infrastruktury oraz MBD
19. **Zgłoszenie Serwisowe (Zgłoszenie)** – zaewidencjonowane w HD zdarzenie dotyczące Systemu, implikujące wykonanie na rzecz Zamawiającego usługi informatycznej przez Wykonawcę na zasadach określonych w Umowie
20. **Użytkownikach** – należy przez to rozumieć pracowników Zamawiającego korzystających z Systemu posiadających odpowiednie uprawnienia.
21. **Użytkownik HD** – zadeklarowana w HD osoba fizyczna desygnowana przez Zamawiającego do bezpośredniej współpracy z Wykonawcą, w tym do ewidencji i edycji lub/i podglądu Zgłoszeń Serwisowych

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

22. **Uaktualnienie (update)** – wszelkie powszechnie udostępniane przez Producenta modyfikacje Oprogramowania powodujące usunięcie wykrytych Błędów Oprogramowania
23. **Rozwinięcie (upgrade)** – wszelkie powszechnie udostępniane przez Producenta nowe wersje lub inne niż Uaktualnienie (update) modyfikacje Oprogramowania, zmieniające dotychczasową funkcjonalność Oprogramowania.
24. **Obejście** – udostępnione Zamawiającemu doraźne rozwiązanie mające na celu zminimalizowanie skutków błędów Oprogramowania, zanim zostaną całkowicie usunięte
25. **Czasie reakcji** – należy przez to rozumieć okres liczony od zaewidencjonowania zgłoszenia serwisowego do zmiany jego statusu na zarejestrowane
26. **Dzień roboczy** – dzień kalendarzowy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy oraz dni wolnych od pracy
27. **Dokumentacja** – podręcznik w formie elektronicznej, zawierający opis użytkowy Oprogramowania HIS oraz instrukcję jego obsługi w języku polskim
28. **Nośnik** – fizyczny środek (materiał lub urządzenie) przechowujący lub przeznaczony do przechowywania w nim danych (ciągów symboli).
29. **Serwis** – Dział Wykonawcy dedykowany do świadczenia usług serwisowych.

X. Stan obecny posiadanego oprogramowania HIS

Szpital użytkuje system oprogramowania składający się na Oprogramowanie HIS w części „białej” MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o. w zakresie oddziałów szpitalnych i poradni.

Oprogramowanie baz danych:

- Ilość baz danych: 2
- Rodzaj baz danych: relacyjna;
- Struktura poszczególnych baz danych: baza danych zgodna ze standardem SQL;
- W zakresie części „białej” Baza danych to SQL
- Oprogramowanie obszaru medycznego („część biała”):

–

Lp.	Obszar funkcjonalny	Nazwa systemu/ producent	Uwagi
1.	Ruch Chorych	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
2.	Harmonogramy (APKOLCE)	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
3.	Dokumentacja Medyczna	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
4.	EDM (eRecepta, eSkierowania, karta informacyjna, karta odmowy przyjęcia, konsultacja lekarza specjalisty, informacja dla lekarza POZ)	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

5.	Rejestr Zdarzeń Medycznych	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
6.	eZwolnienia	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
7.	Rozliczenia NFZ (SWIAD, kolejki)	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
8.	Raporty	MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.	Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS
Lp.	Integracje z zewnętrznymi systemami	Nazwa systemu/ producent	Uwagi
1.	PACS	JiveX PACS /VISUS Health IT GmbH	Wymagana dwukierunkowa komunikacja z systemem PACS. Możliwość wywołania przeglądarki diagnostycznej z badaniem obrazowym pacjenta z poziomu HIS.
2.	LIS	<p>Infinity - Roche Diagnostics Polska sp. z o.o.</p> <p>e-Delphyn - DiaHem Diagnostic Products Sp z o.o. (Pracownia Serologii - Bank Krwi)</p> <p>Centrum MikroBis Plus - Marcel S.A. (Pracownia Mikrobiologii)</p> <p>Centrum — Marcel S.A. (Pracownia Wirusologii)</p>	<p>Wykonawca wykona integrację z wykorzystywanymi obecnie systemami LIS Zamawiającego z wykorzystaniem protokołu HL7.</p> <p>Dostarczony lub zmodernizowany system HIS musi posiadać możliwości:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wystawiania elektronicznych zleceń na badania laboratoryjne dla odpowiedniego systemu LIS, dla konkretnych pacjentów według załączonego słownika badań, ze wskazaniem jednostki organizacyjnej, lekarza zlecającego oraz osoby pobierającej, możliwość ustawienia priorytetów np. pilne, rutynowe, dyżurowe, itp., 2. przypisanie pobranego materiału (np. krwi, moczu, itp.) do konkretnego zlecenia, zarówno ręcznie jak i przy użyciu czytników kodów w oparciu o ustalony identyfikator zleconego materiału, 3. modyfikację zlecenia oraz możliwość jego anulowania przed przyjęciem materiału do realizacji, 4. możliwość sprawdzenia historii wystawionych zleceń oraz wprowadzonych w nich zmian, 5. obsługę potwierdzeń przyjęcia zlecenia do realizacji oraz odebrania wyniku, 6. odbiór wyników badań oraz ich wpisanie do odpowiednich pól i formularzy, 7. podgląd wyników badań oraz możliwość ich drukowania, 8. udostępnienie statystyk dotyczących zleconych i wykonanych badań. 9. obsługa zamówień indywidualnych na krew lub preparat krwiopochodny z jednostek zamawiających
3.	RIS	mRIS / DSI Sp. z o.o.	Dostarczony lub zmodernizowany system HIS musi współpracować z

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

			<p>systemem RIS w sposób pozwalający na pracę według następującego schematu:</p> <ul style="list-style-type: none">- badania są rejestrowane w systemie HIS,- informacja o zarejestrowanym badaniu jest wysyłana do RIS w celu obsługi DICOM Modality Worklist (min. zakres wymiany danych – ID pacjenta, PESEL, Nazwisko i Imię, numer zlecenia, lekarz i oddział / placówka zlecająca, kod i nazwa procedury, zaplanowana data wykonania badania, termin rejestracji, komentarz do badania),- system RIS informuje HIS o wykonaniu badania w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,- opis badań wykonany w jednym systemie jest przekazywany do drugiego (wymiana dwukierunkowa HIS-RIS),- system HIS jest systemem nadrzędnym, wszelkie zmiany danych badania i pacjenta wykonuje się po stronie systemu HIS,- identyfikatory pacjentów oraz badań (zleceń) które w systemie RIS stanowią PatientID (0010,0020) oraz Accession Number (0008,0050) są nadawane przez system HIS. <p>System HIS wysyła do systemu RIS wiadomość według standardu HL7 w celu wygenerowania DICOM Modality Worklist dla urządzeń diagnostycznych.</p> <p>System HIS przekazuje do systemu RIS poprawki danych naniesione w systemie HIS dotyczące DICOM Modality Worklist za pomocą wiadomości według standardu HL7</p> <p>Automatyczna zmiana statusu zleconego badania w następujących przypadkach:</p> <ul style="list-style-type: none">- automatycznej zmianie statusu badania na zakończone po odebraniu obrazu DICOM przypisanego danemu zleceniu przez system PACS od urządzenia diagnostycznego,- ręcznego połączenia odebranego badania z pozycją na liście badań DICOM Modality Worklist przez uprawnionego użytkownika (np. w przypadku gdy badanie zostało najpierw wykonane, a następnie zarejestrowane w systemie HIS). <p>System RIS automatycznie usunie zlecenie badania z DICOM Modality Worklist po wycofaniu (anulowaniu) zlecenia w systemie HIS na podstawie otrzymanego z systemu HIS komunikatu według standardu HL7.</p> <p>System HIS wysyła do systemu RIS komunikaty według standardu HL7 ORU^R01 z wynikami (opisami) badań. Odebrane opisy będą udostępniane</p>
--	--	--	--

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

			<p>w przeglądarce obrazów wraz z badaniem. Informacje przekazywane to min:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane pacjenta: imię i nazwisko, płeć, data urodzenia, identyfikator PatientID, - tekst opisu - status (autoryzowane), - dane lekarza autoryzującego badanie w systemie HIS, - data opisu (autoryzacji).
4.	Systemie służący do zarządzania medycznymi urządzeniami przyłóżkowymi (POCT)	AQURE / Radiometer Sp. z o.o.	<p>Wymagana dwukierunkowa komunikacja z systemem AQURE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pobieranie danych pacjenta przez urządzenie POCT po wprowadzeniu czytnikiem kodów kreskowych ID pacjenta, - dołączenie do historii choroby pacjenta odesłanego wyniku badania POCT
5.	Oprogramowanie TOPSOR	Oprogramowanie TOPSOR - MAXTO ITS, SENSONICS sp. z o.o.	<p>Dostarczony lub zmodernizowany system HIS musi współpracować z systemem TOPSOR. System musi przynajmniej realizować funkcję:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rejestracja : po przyjęciu pacjenta na SOR, pobranie identyfikatora z systemu TOPSOR, a następnie przypisanie go do danych pobytu pacjenta na oddziale SOR oraz zwrotnie wysłanie do systemu TOPSOR danych identyfikacyjnych pacjenta wraz z danymi pobytu na oddziale SOR pod pobrany wcześniej identyfikator systemu TOPSOR, 2. Korekta rejestracji: funkcja umożliwiająca aktualizację zmienionych w danych pacjenta w systemie HIS poprzez ponowne wysłanie danych rejestracyjnych pod przypisany do pacjenta identyfikator TOPSOR, 3. Wypisanie: funkcja informująca TOPSOR o zakończeniu obsługi pacjenta na oddziale SOR po jego wypisaniu z oddziału SOR lub przeniesieniu go na inny oddział 4. KSM: przeglądanie i zapisanie w systemie HIS Kart Segregacji Medycznej (lub informacji w nich zawartych) przesłanych z aplikacji TOPSOR.

XI. Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS w zakresie funkcjonalnym:

Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Zamawiającemu wymagane funkcjonalności HIS poprzez zmodernizowanie i rozbudowanie istniejącego rozwiązania lub dostarczenie nowego rozwiązania w taki sposób, aby zostały zaspokojone obecne potrzeby Zamawiającego. Koniecznym jest zachowanie pełnej wzajemnej interoperacyjności nowo wdrażanych modułów/grup funkcjonalności, a także w przypadku rozbudowy, pełnej interoperacyjności z modułami/grupami/systemami funkcjonalności już funkcjonującymi u Zamawiającego. Zarówno w przypadku rozbudowy i zmodernizowania istniejącego systemu jak i dostawy nowego rozwiązania, Wykonawca ma obowiązek zachować (utrzymać status quo) funkcjonalnie pełną, istniejącą obecnie integrację z systemami i urządzeniami zewnętrznymi, które nie są przedmiotem wymiany lub rozbudowy w ramach projektu oraz zapewnić dostęp do historycznych danych medycznych pacjentów bezpośrednio za pomocą nowego/zmodernizowanego rozwiązania.

W przypadku, gdy Wykonawca dokonuje rozbudowy systemu posiadanego przez Zamawiającego przy użyciu produktu z innej linii produktowej (rozumianej jako produkt o innej nazwie handlowej lub innym zarejestrowanym znaku towarowym) Wykonawca zobowiązany jest zaktualizować wszystkie posiadane przez Zamawiającego moduły systemu do ich najnowszej wersji z linii produktowej wdrażanej jako rozbudowa. W przypadku, gdy Wykonawca dokonuje rozbudowy systemu posiadanego przez Zamawiającego przy użyciu

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

produktu z innej linii produktowej (rozumianej jako produkt o innej nazwie handlowej lub innym zarejestrowanym znaku towarowym wykonawca zobowiązany jest do migracji danych z istniejącego systemu klasy HIS (MLS MedicAll firmy MLS Software Sp. z o.o.)

Zamawiający zaznacza, że podział na moduł ma jedynie charakter umowny wprowadzający logiczne pogrupowanie wymaganych funkcjonalności i Wykonawca może dostarczyć oprogramowanie, które posiada inny podział pod warunkiem, że jako komplet będzie spełniało wszystkie wyspecyfikowane wymagania.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

Nazwa i wersja	Podać
Producent: pełna nazwa, adres, strona www	Podać

L.p.	Wymagania ogólne – techniczne
1.	Architektura i interfejs użytkownika
2.	System działa w architekturze trójwarstwowej
3.	System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów
4.	Z uwagi na środowisko IT posiadane przez Zamawiającego system musi pracować w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników (Zamawiający przewiduje korzystanie z systemu na komputerach pracujących w oparciu o system operacyjny MS Windows 7 8/10/11)
5.	System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych dopuszczalna jest częściowa komunikacja w języku angielskim
6.	Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej i nie wymaga instalowania żadnego oprogramowania na stacjach klienckich. Na dzień złożenia musi być dostęp do aplikacji przez WWW, co najmniej, w zakresie obsługi recepcji/izby przyjęć, oddziału i zleceń, rejestracji poradni, poradni specjalistycznych, pracowni diagnostycznych oraz apteki i apteczek oddziałowych, rozliczeń z NFZ wraz z gruperem JGP.
7.	System musi umożliwić pracę z poziomu najbardziej popularnych przeglądarek, co najmniej MS Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome i Opera
8.	System w części medycznej musi umożliwić pracę na urządzeniach z interfejsem dotykowym.
9.	System powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania, z zapamiętaniem ich z dokładnością dla jednostki i użytkownika.
10.	System posiada mechanizm informujący użytkowników o zmianach i nowościach w aplikacjach.
11.	System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej na której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowywania się z systemu. Funkcjonalność ta musi być powiązana z uprawnieniami użytkownika.
12.	System powinien umożliwić obsługę procesów biznesowych realizowanych w szpitalu tzn. powinien podpowiadać kolejne kroki procesu.
13.	System powinien umożliwiać sprawdzanie poprawności pisowni w polach opisowych tj. co najmniej dla opisu badania, wyniku i epikryzy.
14.	System musi umożliwiać drukowanie kodów jedno i dwuwymiarowych na opaskach dla pacjentów. Typ stosowanych kodów zostanie uzgodniony z Zamawiającym na etapie analizy przedwdrożeniowej.
15.	System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, dokumentacji, zleceń na jednym ekranie z jednego i wielu pobytów. System musi umożliwiać porównywanie tych danych.
16.	System powinien blokować sesję użytkownika po zadanym czasie braku aktywności
17.	W systemie musi zostać zachowana zasada jednokrotnego wprowadzania danych. Wymiana danych pomiędzy modułami musi odbywać się na poziomie bazy danych
18.	System powinien zawierać komunikator umożliwiający wymianę wiadomości pomiędzy użytkownikami.
19.	Komunikator musi umożliwić wysłanie wiadomości do:
20.	- pracowników jednostki organizacyjnej
21.	- użytkowników pełniących określoną funkcję (lekarze, pielęgniarki, itp.)
22.	- użytkowników wskazanego modułu
23.	System musi mieć możliwość łączenia w/w grup adresatów np. wszystkie pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych pracujące w określonym module
24.	Musi istnieć możliwość nadania wiadomości statusu: zwykła, ważna, wymagająca potwierdzenia
25.	System powinien umożliwić definiowanie wiadomości, których wysłanie jest inicjowane zdarzeniem np. zlecenie leku, badania, wynik badania, zamówienie na lek do apteki, przeterminowane podania.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

26.	Wiadomości powinny mieć określony termin obowiązywania podawany z dokładnością do godziny
27.	System musi umożliwiać odbiór danych z urządzeń medycznych, przekazujących dane bezpośrednio do systemu HIS
28.	Oprogramowanie HIS zapewnia możliwość przenoszenia sesji użytkownika z jednego urządzenia (komputera, tabletu, smartfona) na drugie.
29.	W przypadku uruchomienia na jednej stacji wielu sesji przez użytkownika system zapewnia możliwość przeniesienia tylko jednej, wskazanej sesji.
30.	Oprogramowanie HIS zapewnia możliwość przeniesienia sesji z wypełnionymi polami, niezapisanymi zmianami do bazy danych bez utraty tych zmian po przeniesieniu.
31.	System wyświetla na ekranie, z którego sesja została przeniesiona, informacje dokąd przeniesiono sesję.
32.	System jest zintegrowany pod względem przepływu informacji - informacja raz wprowadzona do systemu w jakimkolwiek z modułów jest wielokrotnie wykorzystywana we wszystkich innych modułach.
33.	System posiada dla administratora menedżera sesji w zakresie zapewnienia podglądu wszystkich aktywnych sesji użytkowników w systemie w wersji przeglądarkowej z zapewnieniem prezentacji numeru IP każdej sesji, z czasem startu oraz czasem pracy.
34.	Baza danych
35.	Wymagane jest aby wszystkie moduły Oprogramowania HIS działały w oparciu o jeden motor bazy danych. Wyjątkiem mogą być moduły specjalistyczne jak Diagnostyka Obrazowa, Laboratorium, Aplikacja do analizy zarządczo-analitycznej; Żywnienie pozajelitowe, Farmakoterapia i eUsługi.
36.	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.
37.	Udogodnienia interfejsu użytkownika
38.	W funkcjach związanych z wprowadzaniem danych system udostępnia podpowiedzi, automatyczne wypełnianie pól, słowniki grup danych (katalogi leków, procedur medycznych, danych osobowych, terytorialnych).
39.	Ręczne lub automatyczne wyróżnienie w słowniku pozycji najczęściej używanych
40.	Kontrola/parametryzacja Wielkich/małych liter. Możliwość ustawienia w wybranych polach jak ma być sformatowany wpis
41.	Wyróżnienie pól:
42.	- których wypełnienie jest wymagane,
43.	- przeznaczonych do edycji,
44.	- wypełnionych niepoprawnie
45.	System umożliwia wykonanie nowej operacji w systemie bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanej (np. obsługa zdarzenie w trybie nagłym) i powrót do zawieszonej czynności bez utraty danych, kontekstu itp. Bez konieczności ponownego uruchamiania aplikacji i ewentualnie wykorzystania licencji z puli dostępnych.
46.	Wszystkie błędy niewypełnienie pól obligatoryjnych oraz błędnego wypełnienia powinny być prezentowane w jednym komunikacie z możliwością szybkiego przejścia do miejsca aplikacji, gdzie te błędy wystąpiły.
47.	W każdym polu edycyjnym(opisowym) tj. np. treść wywiadu powinna istnieć możliwość wybrania i skorzystania z dowolnego formularza, tekstu standardowego lub wczytania tekstu zapisanego w pliku zewnętrznym. Powinna również w tych miejscach istnieć możliwość zapisu do zewnętrznego pliku przygotowanego tekstu oraz powinny być udostępnione podstawowe narzędzia ułatwiające edycję np. kopiuj/wklej, możliwość wstawiania znaków specjalnych
48.	Bezpieczeństwo
49.	System musi być wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia muszą funkcjonować na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych),
50.	System musi umożliwić logowanie z wykorzystaniem usług domenowych stosowanym u Zamawiającego tj. Active Directory (AD),
51.	System musi tworzyć i utrzymywać log systemu, rejestrujący wszystkich użytkowników systemu i wykonane przez nich najważniejsze czynności z możliwością analizy historii zmienianych wartości danych.
52.	W przypadku przechowywania haseł w bazie danych, hasła muszą być zapamiętane w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).
53.	Dane powinny być chronione przed niepowołanym dostępem przy pomocy mechanizmu uprawnień użytkowników. Każdy użytkownik systemu powinien mieć odrębny login i hasło. Jakakolwiek funkcjonalność systemu (niezależnie od ilości modułów) będzie dostępna dla użytkownika dopiero po jego zalogowaniu.
54.	System powinien wyświetlać czas pozostały do wylogowania (zablokowania) użytkownika

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

55.	Użytkownik po zalogowaniu powinien widzieć pulpit zawierający wszystkie funkcje i moduły dostępne dla tego użytkownika
56.	System musi umożliwić samodzielne odzyskiwanie hasła przez użytkownika realizowane za pomocą wysłania wiadomości e-mail/sms.
57.	Komunikacja z pacjentem
58.	System powinien umożliwiać wysyłanie indywidualnych i grupowych SMS do pacjentów
59.	System powinien umożliwiać wysyłanie e-mail do pacjentów
60.	System musi umożliwić wysyłanie do użytkownika wiadomości e-mail/sms dla zdefiniowanych zdarzeń.
61.	W przypadku zmiany terminu system musi umożliwić zatwierdzenie nowego terminu za pomocą odpowiedniego linku wysyłanego w wiadomości e-mail.
62.	Wiadomości mogą być wysyłane przez określonych użytkowników systemu
63.	Komunikator
64.	System musi umożliwić uruchomienie dla zalogowanego użytkownika, bezpośrednio z poziomu aplikacji, komunikatora
65.	System musi zapewnić możliwość przypisania identyfikatora komunikatora do użytkownika.
66.	System musi umożliwić rozpoczęcie konwersacji (tekstowej, audio/wideo) z wykorzystaniem komunikatora z innym użytkownikiem bezpośrednio z różnych miejsc systemu, bez konieczności przerywania czynności dotychczas wykonywanych.
67.	System musi umożliwić prowadzenie wielu niezależnych konwersacji tekstowych za pomocą komunikatora).
68.	System musi umożliwić wyszukiwanie użytkowników w katalogu organizacji, w przypadku gdy użytkownik z którym ma być nawiązana konwersacja za pomocą komunikatora nie znajduje się na liście kontaktowej.

L.p.	Administrator
69.	Konfigurowanie systemu
70.	Dynamiczne definiowanie widoków słowników (zakresu danych wyświetlanych) dla jednostki organizacyjnej, dla użytkownika,
71.	Zarządzanie słownikiem jednostek struktury organizacyjnej Zamawiającego na poziomie całego systemu
72.	Tworzenie i modyfikacja listy jednostek organizacyjnych (recepce, gabinety, pracownie, oddziały, bloki operacyjne itp.)
73.	System zarządzania użytkownikami musi być wspólny dla wszystkich systemów, w szczególności dla modułu Ruch Chorych, Apteka, Apteczki oddziałowe, Rozliczenia z NFZ
74.	Musi istnieć możliwość nadania użytkownikowi uprawnień do pracy wyłącznie w kontekście wybranej/ wybranych jednostek organizacyjnych.
75.	Równolegle musi istnieć możliwość nadawania użytkownikowi pojedynczych uprawnień z listy dostępnych. System musi umożliwiać definiowanie grup użytkowników i przydzielanie użytkowników do tych grup.
76.	System powinien umożliwiać nadawanie uprawnień użytkownikom do jednostek organizacyjnych w których pracują, np. lekarz pracujący na oddziale wewnętrznym powinien w swoich aplikacjach widzieć tylko pacjentów jednostek organizacyjnych do których nadano mu dostęp
77.	Definiowanie terminarzy zasobów: pomieszczeń, łóżek, urządzeń
78.	System musi umożliwić definiowanie i ewidencję ograniczeń terminarza dotyczących minimum wieku pacjenta
79.	System musi umożliwić obsługę ograniczeń limitów dziennych dla terminarzy
80.	Zarządzanie parametrami na poziomie systemu, jednostki organizacyjnej, stacji roboczej, użytkownika,
81.	Definiowanie struktury dokumentów:
82.	- książek wykorzystywanych w przychodni, szpitalu, pracowniach, itp.
83.	- szablonów wydruków (pism),
84.	Definiowanie elementów leczenia i złożonych szablonów zleceń wykorzystywanych przez jednostki zlecające,
85.	- powiązanie struktury jednostek organizacyjnych ze strukturą kosztów.
86.	Zarządzanie słownikami standardowymi (ogólnopolskimi):
87.	- Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD9 CM – druga polska edycja,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

88.	- Klasyfikacja chorób wg ICD – rewizja 10,
89.	- Słownik Kodów Terytorialnych GUS,
90.	- Słownik Zawodów.
91.	Tworzenie, przegląd, edycja słowników własnych Zamawiającego:
92.	- personelu,
93.	- leków.
94.	Zarządzanie strukturą użytkowników i ich uprawnieniami:
95.	System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać definiowanie listy użytkowników systemu
96.	System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać określenie uprawnień użytkowników,
97.	System zarządzania użytkownikami musi umożliwiać połączenie listy użytkowników ze słownikiem personelu,
98.	System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych.
99.	System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej oraz wszystkich użytkowników.
100.	System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę:
101.	-danych personalnych
102.	-danych kontaktowych
103.	-danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje)
104.	Musi istnieć możliwość przenoszenia uprawnień między użytkownikami
105.	System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu
106.	Administrator musi posiadać możliwość z poziomu aplikacji z modułu administratora nadawania danemu użytkownikowi unikalnego loginu oraz hasła. Administrator musi posiadać możliwość ustawienia parametrów hasła: długość, czas żywotności, czas przed wygaśnięciem, minimalna liczba dużych i małych liter oraz cyfr, liczb, minimalna i maksymalna liczba znaków specjalnych w hasle
107.	System uprawnień powinien być tak skonstruowany, aby można było użytkownikowi nadać uprawnienia z dokładnością do rodzaju wykonywanej operacji tj. osobne uprawnienie na odczyt danych i osobne na wprowadzanie/modyfikację danych. System uprawnień powinien umożliwiać definiowanie grup uprawnień, które to mogłyby być przydzielane poszczególnym użytkownikom.
108.	System musi umożliwić nadanie użytkownikowi lub grupie użytkowników uprawnień do wydruku dokumentu
109.	System musi umożliwiać podgląd aktualnie zalogowanych do systemu użytkowników.
110.	System powinien umożliwić przypisanie do komórki organizacyjnej jednostki, kodu technicznego NFZ. Powinna istnieć możliwość zmiany tego kodu w dowolnym momencie pracy systemu.
111.	System musi umożliwiać przegląd dziennika operacji (logi),
112.	System musi umożliwiać zapisywanie informacji o przeglądanych danych przez wybranego użytkownika.
113.	System musi umożliwiać wykonanie funkcji optymalizacji bazy danych
114.	System musi umożliwiać wyszukiwanie i łączenie podwójnie wprowadzonych danych pacjentów, lekarzy, instytucji.
115.	System musi zachowywać dane pacjenta "scalonego" mechanizmem scalania pacjentów. Pacjent którego dane zostały scalone z danymi innego pacjenta nie może być usunięty z systemu. Dane pacjenta powinny być dostępne do wyszukiwania w szczególności wyszukiwania wg identyfikatora pacjenta.
116.	Istnieje możliwość odwrócenia procesu scalania pacjentów
117.	Musi istnieć możliwość definiowania nowych rodzajów dokumentów. Musi definiować szablony dokumentów drukowanych oraz definiowania i modyfikowania formularzy do wprowadzania danych
118.	System musi umożliwiać zarządzanie międzymodułowym systemem komunikacyjnym umożliwiającym pobranie lub wysłanie komunikatów do:
119.	- użytkowników wybranych modułów,
120.	- wskazanych użytkowników (nazwanych oraz ról jakie pełnią w systemie)
121.	- wskazanych stacji roboczych

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

L.p.	Pulpit Użytkownika
122.	System powinien zawierać pulpity użytkowników umożliwiające bezpośredni dostęp do wszystkich niezbędnych funkcji, do jakich użytkownik posiada uprawnienia
123.	Powinien istnieć zdefiniowany pulpit, co najmniej, dla lekarza
124.	Pulpit użytkownika powinien zawierać, co najmniej bezpośredni dostęp do:
125.	- dokumentacji medycznej pacjentów oddziału, „moich”, umówionych na wizytę, z odbytych wizyt i konsultacji
126.	- pacjentów: oddziału, „moich” pacjentów czyli tych dla których zalogowany lekarz jest lekarzem prowadzącym, zaplanowanych na wizytę i konsultacje, umówionych na dzisiaj
127.	- wyników badań z podziałem na laboratoryjne, diagnostyczne i inne z możliwością wyświetlenia tylko najnowszych wyników (np. z ostatnich 24godzin)
128.	- zaplanowane na dzisiaj: wizyty, konsultacje
L.p.	Oddział
129.	Obsługa rejestru pacjentów
130.	System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.
131.	System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
132.	System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
133.	System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych pacjenta.
134.	System musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej.
135.	System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień.
136.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w tym:
137.	- stan pacjenta
138.	- status pacjenta (przysłany z SOR, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier, itp.)
139.	- status eWUŚ
140.	- identyfikator pacjenta nadany przez system
141.	- lekarz prowadzący
142.	- nazwisko i imię
143.	- nr księgi głównej
144.	- rozpoznanie wg ICD
145.	- płatnik
146.	- nr kartoteki pacjenta
147.	- zlecenia modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
148.	- z aktualnymi zleceniami leków
149.	- obsługiwani w innych jednostkach
150.	- zlecenia leków do potwierdzenia
151.	- obsługiwani w trybie IOM
152.	—bez opisu historii choroby
153.	- daty urodzenia
154.	- wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego z opaski
155.	- osoby poniżej określonego wieku (roku życia)
156.	System musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Recepcję/Izbę Przyjęć lub innej jednostki

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	kierującej (inny oddział)
157.	Podczas rejestracji danych dot. pobytu system, w zależności od statusu pobytu, podpowiada do wypełnienia odpowiedni typ rozpoznania. Jeśli pobyt nie posiada statusu "zamknięty" to domyślnie podpowiadany rozpoznaniem, jest rozpoznanie wstępne
158.	System musi umożliwiać przeglądanie historii choroby, wyników badań, zleceń z wielu pobytów na jednym ekranie.
159.	System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów
160.	System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zlecanych pacjentowi elementów leczenia, w szczególności:
161.	- procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup
162.	- umiejscowieniu realizacji procedury medycznej,
163.	- badań diagnostyczne,
164.	- leków,
165.	- konsultacji,
166.	- diet,
167.	System musi umożliwić podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział, przepięcie kart pomocniczych pacjenta do dokumentacji nowego oddziału.
168.	Możliwość wglądu do archiwalnych wersji danych osobowych pacjenta.
169.	Możliwość ustawienia blokady modyfikacji oraz blokady przeglądania historii choroby dla archiwalnych pobytów. Blokada muszą działać per cały system, a nie per każdy pacjent
170.	Możliwość prowadzenia bilansu płynów ze zgromadzonych informacji o płynach podanych i płynach wydalonych. Formularz bilansu płynów pozwala na automatyczne obliczanie bilansu zmianowego i dobowego na podstawie wprowadzonych wartości liczbowych.
171.	Przyjęcie pacjenta na oddział
172.	Przyjęcie pacjenta do oddziału powinno odbywać się w jednym z trybów:
173.	- w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratunkowy
174.	- w trybie nagłym
175.	- planowane na podstawie skierowania
176.	- planowane, poza kolejnością, na podstawie posiadanych uprawnień
177.	- przymusowe
178.	- przeniesienie z innego szpitala
179.	- przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu
180.	- noworodka, w wyniku porodu w tym szpitalu (dla oddziału neonatologicznego)
181.	System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących Oddziału,
182.	System musi umożliwić dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział.
183.	Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:
184.	- nadanie numeru Księgi Oddziałowej – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
185.	- wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
186.	- możliwość modyfikacji danych płatnika,
187.	- wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka,
188.	- wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badań laboratoryjnych, itp.
189.	— podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów
190.	Pobyt pacjenta na oddziale
191.	System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy,
192.	System musi umożliwiać rejestrację rozpoznać: wstępnego, końcowego, przyczyny zgonu,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

193.	System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu
194.	System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T
195.	System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby
196.	System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby
197.	Dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej
198.	System musi umożliwić wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji
199.	System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcia pacjenta na oddział.
200.	System musi informować o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania
201.	System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale
202.	Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur
203.	System musi umożliwić ewidencję przepustek
204.	W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergii, chorobach przewlekłych, grupie krwi. Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu.
205.	Dla grupy krwi powinna być możliwość potwierdzenia przez lekarza oraz możliwość załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę
206.	Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem, w tym rozliczanie kart TISS28,
207.	System powinien umożliwiać powielanie, już zarejestrowanych kart TISS28
208.	System musi umożliwić tworzenie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego
209.	System musi umożliwiać dodanie pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach.
210.	Moduł pozwala na automatyczne wyznaczenie grup JGP dla wszystkich hospitalizacji, przy czym listę można zawęzić do hospitalizacji na danym oddziale.
211.	Opieka pielęgniarska
212.	System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji:
213.	- zleceń wykonania diagnoz pielęgniarskich
214.	- zleceń wykonania pomiarów
215.	- innych zleceń pielęgniarskich
216.	System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie:
217.	- wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu)
218.	- wprowadzania procedur wynikających z diagnozy przy użyciu słownika INCP
219.	- ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki
220.	- przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta
221.	- realizacji procedur wynikających z diagnoz,
222.	- dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie
223.	- odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie
224.	- edycji opisu wykonanej procedury
225.	- wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji
226.	- zbiorczej realizacji procedur wynikających z jednej lub wielu diagnoz
227.	- zbiorczej realizacji procedur dla wielu pacjentów
228.	System musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich.
229.	System musi umożliwić jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarskich.
230.	System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego.
231.	System musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarskiego.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

232.	System musi umożliwić wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarского.
233.	System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarских, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarского
234.	Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział
235.	System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów, jakie powinny pojawić się na karcie
236.	System musi umożliwiać drukowanie wielu zleceń pielęgniarских z danego dnia na wydruku karty gorączkowej
237.	System musi umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystanie ze słownika podczas odnotowywania pomiaru
238.	Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych.
239.	System musi umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru.
240.	System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych.
241.	System musi umożliwić ewidencję przebiegów pielęgniarских
242.	Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarского
243.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarских
244.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarского
245.	System musi umożliwiać wprowadzanie informacji o stopniu sprawności pacjenta
246.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania
247.	System musi umożliwić podgląd opisów zleceń i wywiadów pielęgniarских dla całej hospitalizacji pacjenta, a nie tylko dla bieżącego pobytu.
248.	System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarского bezpośrednio z listy pacjentów
249.	System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarской dla pacjenta
250.	System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarской dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie
251.	System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarских
252.	System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta
253.	Tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet
254.	Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien uzupełniać dokument danymi ostatnich pomiarów
255.	System musi umożliwić ewidencję kart pomocniczych z poziomu opieki pielęgniarской
256.	System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarской
257.	Oddział ginekologiczno - położniczy
258.	System musi umożliwić ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie:
259.	- wywiadu przedporodowego (badania położniczego)
260.	- wpis do Księgi Porodów,
261.	- odnotowanie personelu uczestniczącego,
262.	- odnotowanie danych noworodka (medyczne, Apgar)
263.	- odnotowanie badania przedmiotowego noworodka
264.	- odnotowanie czasu pracy personelu uczestniczącego w porodzie
265.	- odnotowanie informacji o zabiegach i powikłaniach
266.	System musi umożliwić kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego wywiadu pacjentki.
267.	Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu:
268.	- cesarskie cięcie
269.	- kleszcze
270.	- próżnociąg

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

271.	- zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok porodowy
272.	Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu
273.	System musi umożliwić zdefiniowanie zdarzenia związanego z porodem (takiego jak: początek porodu, koniec porodu, urodzenie pierwszego noworodka), na podstawie którego prezentowana jest data porodu w Księdze porodów.
274.	Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki
275.	System musi umożliwiać niezależną ewidencję danych charakterystyki porodu dla noworodków w przypadku porodów mnogich
276.	System musi umożliwiać zlecenie sekcji zwłok lub innego badania histopatologicznego dla martwo urodzonego noworodka
277.	System musi umożliwić pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych.
278.	Zakończenie pobytu
279.	System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
280.	- przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny oddział.
281.	- przeniesienie w trybie nagłym na inny oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału),
282.	- wypis pacjenta ze Szpitala,
283.	- zgon pacjenta na oddziale, z możliwością odnotowania:
284.	-- innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon
285.	-- danych medycznych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta
286.	-- rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, śródzabiegowy, inny
287.	-- oznaczenia pacjenta jako dawcy organów
288.	-- wycofanie aktywnych deklaracji POZ
289.	Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego, a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienia tej karty
290.	Odnnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp.,
291.	System musi umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarских podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta.
292.	Podczas rejestracji wypisu system powinien odnotowywać datę archiwizacji o nr kartoteki pacjenta
293.	System musi umożliwić przeglądanie danych archiwalnych pacjenta w zakresie:
294.	- danych osobowych,
295.	- danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,
296.	Przygotowanie dokumentacji medycznej
297.	System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie:
298.	- rozpoznań,
299.	- epikryz,
300.	- obserwacji lekarskich.
301.	Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne
302.	Podczas wpisywania treści rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać wykorzystanie wszystkich tekstów zapisanych wcześniej w historii choroby pacjenta.
303.	System musi umożliwiać wydruk obserwacji zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta.
304.	System musi informować o konieczności utworzenia właściwego dokumentu w oparciu o informacje o wyniku badania (patogen alarmowy)
305.	Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
306.	Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na:
307.	- dane przyjęciowe,
308.	- wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo),
309.	- przebieg choroby,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

310.	- epikryza (możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych).
311.	- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobytów w ramach jednej hospitalizacji
312.	System musi umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym:
313.	- Karty Wypisowa,
314.	- Karty Informacyjna.
315.	System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym:
316.	- Karty Statystyczna,
317.	- Karta Zakażenia Szpitalnego,
318.	- Karta Nowotworowa,
319.	- Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
320.	- Karta Zgonu,
321.	- Karta TISS28,
322.	- recept,
323.	- zwolnień
324.	- skierowań
325.	System musi umożliwić obsługę ksiąg:
326.	- Księga Główna,
327.	- Księga Oddziałowa,
328.	- Księga Oczekujących,
329.	- Księga Zgonów,
330.	- Księga Porodów,
331.	- Księga Noworodków,
332.	- Księga Zabiegów.
333.	- Księga Transfuzji
334.	- Księga Raportów Lekarskich
335.	- Księga Raportów Pielęgniarskich
336.	- Księga Badań
337.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
338.	Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów ksiąg do wydruku obejmująca:
339.	- wybrane strony,
340.	- wybrane jednostki organizacyjne
341.	Możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
342.	Pozostałe wymagania wobec systemu
343.	Dostęp lekarza oddziałowego do archiwalnej dokumentacji pacjenta z pobytów w szpitalu i ambulatorium
344.	Zlecenie wykonania zabiegu operacyjnego z poziomu oddziału
345.	Generowanie recepty dla pacjenta wypisywanego z oddziału szpitalnego do dalszego postępowania w ambulatorium
346.	Rozliczenie pobytu w oddziale szpitalnym z zastosowaniem grupera NFZ,
347.	Rozliczenie kosztów pobytu w oddziale szpitalnym z przypisaniem kosztu do miejsca jego powstania (czynności lekarza, ratownika, pielęgniarki, itd.)
348.	Przegląd pełnej historii choroby, wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu, na jednym ekranie
349.	System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

350.	System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zleczanych podczas hospitalizacji
351.	System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów:
352.	- zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, za dowolny okres)
353.	- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
354.	- obłożenie łóżek na dany moment
355.	- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie
356.	- diety podane pacjentom oddziału.
357.	- zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze
358.	- raport przewidywanego zużycia leków we wskazanym zakresie dat.
359.	- raport z dyżuru lekarskiego
360.	- raport z przebiegów pielęgniarских powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub rosnącym wg daty wykonania i osoby wykonującej
361.	- raport kategorii opieki pielęgniarской powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem a kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień
362.	- raport prezentujący liczbę diet z zapotrzebowania żywnościowego
363.	Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:
364.	- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa),
365.	- wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Poradnia, Pracownia Diagnostyczna/RIS).
366.	- tworzenia zamówień na krew i preparaty krwiopochodne
367.	- tworzenie zamówień na krew na "ratunek życia"
368.	- odnotowanie podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do książki transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu
369.	Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie
370.	W ramach dostarczanego systemu wymagana jest funkcjonalność w ramach chmury prywatnej modułu dla lekarzy kontraktowych, którzy w ramach jednej bazy danych, będą mogli świadczyć usługi w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.
371.	Możliwość rozliczania świadczeń w zakresie danych ewidencjonowanych w modułach dziedzicznych, bez konieczności importu danych do modułu rozliczeniowego.

L.p.	Recepcja/Izba przyjęć
372.	Obsługa Recepcji/Izby Przyjęć:
373.	Obsługa skorowidza pacjentów, wspólnego dla innych modułów medycznych tj.: Poradnia, Pracownia Diagnostyczna, itp.:
374.	wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów,
375.	rejestracja i modyfikacja danych pacjentów,
376.	rejestracja danych pacjenta z Unii Europejskiej,
377.	rejestracja danych pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza.
378.	System przechowuje historię zmian danych osobowych pacjenta.
379.	Przegląd danych archiwalnych pacjenta:
380.	w zakresie danych osobowych,
381.	w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych.
382.	Rejestracja przyjęcia pacjenta w Recepcji/Izbie Przyjęć:
383.	wprowadzenie danych o rozpoznaniu, z wykorzystaniem słownika ICD10,
384.	wprowadzenie danych ze skierowania,
385.	wprowadzenie danych płatnika.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

386.	Wprowadzenie informacji o dokumentach uprawniających do uzyskania świadczeń.
387.	Ewidencja zdarzeń podczas pobytu w Recepcji/Izbie Przyjęć:
388.	możliwość dopisania depozytu pacjenta,
389.	wywiad wstępny z możliwością użycia słownika tekstów standardowych i konfigurowalnego formularza,
390.	wykonane pacjentowi elementy leczenia:
391.	procedury,
392.	leki,
393.	konsultacje.
394.	Rejestracja informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta
395.	Rejestracja opuszczenia Recepcji/Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:
396.	skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział (ustalenie trybu przyjęcia, form płatności, wydruk pierwszej strony historii choroby, itp.),
397.	przeniesienie pacjenta na inną Recepcję/Izbę Przyjęć,
398.	odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala – wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
399.	zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących,
400.	Autoryzacja danych Recepcji/Izby Przyjęć.
401.	Ewidencja danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ.
402.	Wypełnianie i wydruk dokumentów Recepcji/Izby Przyjęć:
403.	Karta Wypisowa,
404.	Historia choroby – pierwsza strona,
405.	Karta Odmowy.
406.	Przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów medycznych
407.	Obsługa Ksiąg:
408.	Księga Główna,
409.	Księgi Izby Przyjęć,
410.	Księga Oczekujących,
411.	Księga Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
412.	Księga Zgonów.
413.	Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:
414.	ewidencji zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa),
415.	wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu,
416.	Projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej.
417.	Wbudowane raporty standardowe:
418.	Ruch chorych Recepcji/Izby Przyjęć – osobowy,
419.	Ruch chorych Recepcji/Izby Przyjęć – sumaryczny.
420.	Definiowanie własnych wykazów.
421.	Wydruk opasek z kodem paskowym identyfikującym pacjenta
422.	możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

L.p.	Statystyka Medyczna
423.	Obsługa statystyki:
424.	Obsługa skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (Poradnia, Pracownia Diagnostyczna, itp.):
425.	Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów,
426.	Rejestracja i modyfikacja danych pacjentów,
427.	Przegląd danych archiwalnych pacjenta:
428.	w zakresie danych osobowych,
429.	w zakresie danych z poszczególnych pobyków szpitalnych
430.	Potwierdzenia wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
431.	Wbudowane wydruki zewnętrzne:
432.	Karta Statystyczna,
433.	Karta Leczenia Psychiatrycznego,
434.	Karta Zgonu,
435.	Obsługa Ksiąg:
436.	Księga Główna,
437.	Księga Odmów,
438.	Księga Zgonów,
439.	Możliwość definiowania własnych szablonów wydruków,
440.	Wbudowane raporty standardowe:
441.	zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, za dowolny okres)
442.	Liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
443.	obłożenie łóżek na dany moment
444.	diety podane pacjentom oddziału.
445.	Możliwość definiowania własnych wykazów
446.	Wbudowane raporty standardowe:
447.	statystyczne z oddziałów: np. dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni),
448.	z obłożenia łóżek,
449.	zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe)
450.	Elektroniczna komunikacja z instytucjami nadrzędnymi, w tym:
451.	Oddziały NFZ,
452.	Centrum Zdrowia Publicznego,
453.	Eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie.xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia.
454.	Obsługa statystyki rozliczeniowej i medycznej dla lecznictwa otwartego
455.	Automatyczna generacja Księgi Poradni,
456.	Dostęp do wszystkich ksiąg placówki Zamawiającego
457.	Raporty i wykazy statystyczne dla lecznictwa otwartego

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	Apteczka oddziałowa
458.	Wytwarzanie zamówień do apteki głównej z uwzględnieniem stanów obecnych apteczki (wytworzenie zamówienia do apteki głównej na podstawie aktualnego stanu apteczki oddziałowej, który w szczególności może być stanem minimalnym).
459.	Obsługa magazynu leków apteki:
460.	Konfiguracja magazynu apteki:
461.	– możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych,
462.	– możliwość definiowania własnych grup leków (globalnych i lokalnych) jako słowników/rejestrów systemowych,
463.	– możliwość tworzenia lokalnych słowników leków dla magazynów jako słowników/rejestrów systemowych,
464.	– możliwość definiowania własnych dokumentów (np. Rozchód Darów, Przyjęcie bezpłatnych próbek itp.),
465.	– możliwość automatycznego numerowania dokumentów wg definiowanego wzorca.
466.	Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane automatycznie, na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych,
467.	Dostawa środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki
468.	Wydawanie środków farmaceutycznych z apteki
469.	Przegląd stanów magazynowych bieżących oraz na wybrany dzień. Ze wszystkich magazynów łącznie
470.	Raporty i zestawienia:
471.	– na podstawie rozchodów,
472.	– na podstawie przychodów,
473.	– na podstawie obrotów.
474.	– możliwość wydruku do XLS
475.	Możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF
476.	Generator raportów (możliwość definiowania własnych zestawień).
477.	Wspomaganie decyzji farmakoterapeutycznych:
478.	– przechowywanie informacji o leku,
479.	– mechanizm „stop-order”,
480.	– odnotowywanie działań niepożądanych.
481.	– możliwość definiowania receptariusza szpitalnego
482.	Obsługa magazynu apteczki oddziałowej:
483.	– wydawanie środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej:
484.	– wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
485.	– zwrot do apteki,
486.	– ubytki i straty nadzwyczajne,
487.	– korekta wydań środków farmaceutycznych.
488.	– korekta stanów magazynowych:
489.	– korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury,
490.	– generowanie arkusza do spisu z natury,
491.	– bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.
492.	Możliwość definiowania receptariusza oddziałowego
493.	Możliwość obsługi apteczek pacjentów

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

494.	Ewidencja zwrotów leków do apteki.
495.	Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych.
496.	Ewidencja przesunięć między magazynami apteczek oddziałowych.
497.	Korekta stanów magazynowych (ilościowa, jakościowa) na podstawie arkusza z natury

Lp.	Rozliczenia NFZ
498.	Zarządzanie umowami NFZ
499.	Import pliku umowy w postaci komunikatu UMX,
500.	Przegląd i modyfikacja szczegółów umowy:
501.	– Okres obowiązywania umowy,
502.	– Pozycje planu umowy,
503.	– Miejsca realizacji świadczeń
504.	– Limity na realizację świadczeń i ceny jednostkowe,
505.	– Słowniki związane z umowami (słownik zakresów świadczeń, świadczeń jednostkowych, pakietów świadczeń, schematów leczenia itd.)
506.	– Parametry pozycji pakietów świadczeń
507.	Moduł korzysta bezpośrednio z danych zaewidencjonowanych na oddziałach i w poradniach bez konieczności importu i kopiowania danych
508.	Weryfikacja wprowadzonych pozycji rozliczeniowych pod kątem zgodności ze stanem, po wczytaniu aneksu umowy (ze wstecznym okresem obowiązywania). Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych, w których znaleziono różnice
509.	– Różnica w cenie świadczenia,
510.	– Różnica w wadze efektywnej świadczenia,
511.	– Różnica w sposobie obliczania krotności i okresu sprawozdawczego,
512.	Definiowanie dodatkowych walidacji
513.	– Liczba realizacji świadczeń w okresie,
514.	– Liczba realizacji świadczeń w ramach zakresu w okresie,
515.	Możliwość ewidencji i rozliczenia realizowanych świadczeń
516.	– Ubezpieczonym,
517.	– Nieubezpieczonym, a uprawnionym do świadczeń,
518.	– Uprawnionym na podstawie decyzji wójta/burmistrza
519.	– Uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
520.	– Uprawnionym na podstawie Karty Polaka
521.	– Kobietom w ciąży, w okresie połogu oraz młodzieży do 18 roku życia
522.	Możliwość zbiorczej modyfikacji pozycji rozliczeniowych w zakresie zmian dotyczących
523.	– Numeru umowy,
524.	– Zakresu świadczeń,
525.	– Wyróżnika
526.	– Świadczenia jednostkowego,
527.	Możliwość wprowadzenia dodatkowego poziomu kontroli wprowadzonych świadczeń poprzez funkcjonalność autoryzacji świadczeń przez osobę uprawnioną
528.	Po otrzymaniu informacji z NFZ, uprawniony użytkownik działu rozliczeń musi mieć możliwość modyfikacji danych

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

529.	Sprawozdawczość z do oddziałów NFZ w zakresie komunikacji przez pocztę elektroniczną musi odbywać się automatycznie, z poziomu systemu HIS
530.	W przypadku komunikatów, w których NFZ wymaga kompresowania lub szyfrowania danych, operacje te muszą odbywać się automatycznie w systemie HIS
531.	System musi umożliwić harmonogramowanie eksportów danych: o wyznaczonej godzinie, co określoną liczbę godzin, za określoną liczbę godzin
532.	Weryfikacja świadczeń pod kątem poprawności i kompletności wprowadzonych danych
533.	Wyszukiwanie pozycji błędnie potwierdzonych w komunikatach zwrotnych NFZ
534.	Wyszukiwanie po numerach w księgach
535.	Wyszukiwanie zestawów bez zaewidencjonowanych procedur ICD9
536.	Wyszukiwanie zestawów po numerze paczki, w której wyeksportowano dane do NFZ
537.	Wyszukiwanie po instytucji kierującej
538.	Wyszukiwanie po personelu kierującym/ realizującym
539.	Wyszukiwanie zestawów bez pozycji rozliczeniowych
540.	Wyszukiwanie zestawów z niekompletnymi danymi rozliczeniowymi
541.	Wyszukiwanie pozycji rozliczeniowych, które nie zostały jeszcze rozliczone
542.	Wyszukiwanie po statusie rozliczenia
543.	Wyszukiwanie zestawów zawierających rozliczenia ze wskazanej umowy
544.	Wyszukiwanie zestawów zawierających wskazane świadczenie jednostkowe
545.	Wyszukiwanie zestawów świadczeń z JGP wyznaczoną w zadanej wersji
546.	Wyszukiwanie zestawów świadczeń ratujących życie i zdrowie
547.	Wyszukiwanie zestawów świadczeń zrealizowanych dla wybranych uprawnień pacjenta
548.	Wyszukiwanie świadczeń, które zostały skorygowane, a informacja o skorygowaniu nie została sprawozdana do systemu NFZ
549.	Generowanie i eksport komunikatu fazy I (komunikat SWIAD) w aktualnie obowiązującej wersji publikowanej przez płatnika
550.	Import potwierdzeń do danych przekazanych w komunikacie I fazy (komunikat P_SWI)
551.	Import danych z pliku z szablonami rachunków (komunikat R_UMX)
552.	Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością POZ
553.	– Eksport komunikatu DEKL – informacje o deklaracjach
554.	– Eksport komunikatu ZBPOZ – informacje o świadczeniach zrealizowanych w ramach POZ
555.	– Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością POZ
556.	– Import komunikatu P_DEK – potwierdzenia danych dla przesłanych deklaracji
557.	– Import komunikatu Z_WDP – wyniki weryfikacji deklaracji
558.	– Import komunikatu Z_RDP – rozliczenia deklaracji
559.	– Eksport komunikatów związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących
560.	– Eksport komunikatu LIO CZ – informacje o statystykach kolejek oczekujących
561.	– Eksport komunikatu KOL – informacje o oczekujących na świadczenia wyspospecjalistyczne
562.	Import potwierdzeń związanych ze sprawozdawczością kolejek oczekujących
563.	Import komunikatu P_LIO – potwierdzenie statystyk przekazanych w komunikacie LIO CZ
564.	Przegląd szablonów rachunków wygenerowanych i przekazanych przez płatnika z możliwością ich deaktywacji, aktywacji i usuwania.
565.	Generowanie i wydruk rachunków na podstawie szablonów
566.	Generowanie i wydruk faktur na podstawie rachunków
567.	Generowanie i wydruk zestawień i raportów związanych ze sprawozdawczością wewnętrzną (możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego)

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

568.	Raport z wykonanych świadczeń z możliwością ograniczenia danych do m.in.:
569.	– Numeru umowy,
570.	– Zakresu miesięcy sprawozdawczych,
571.	– Miesiąca rozliczeniowego,
572.	– Jednostki realizującej,
573.	– Zakresu świadczeń i wyróżnika,
574.	– Świadczenia,
575.	– Numeru szablonu
576.	– Uprawnienia pacjenta do świadczeń
577.	Zestawienie z realizacją planu umowy,
578.	Zestawienie wykonań przyrostowo,
579.	Zestawienie wykonań według miejsc realizacji
580.	Sprawozdanie rzeczowe
581.	Eksport danych do popularnych formatów (XLS, TXT, CSV, HTML)
582.	Generowanie i wydruk dokumentów związanych ze sprawozdawczością wymaganą przez OW NFZ
583.	Sprawozdanie finansowe,
584.	Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni,
585.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE),
586.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza),
587.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy
588.	Automatyczne wyliczanie kosztów porady u pacjenta nieubezpieczonego (według algorytmu jak dla pacjenta ubezpieczonego bez uwzględnienia ubezpieczenia)
589.	Załącznik do umowy z NFZ – chemioterapia
590.	Załącznik do umowy z NFZ – programy terapeutyczne
591.	Załączniki do umów POZ
592.	Ewidencja faktur zakupowych
593.	Import słownika produktów handlowych (komunikat PRH)
594.	Możliwość przekodowania produktów handlowych na leki
595.	Ewidencja faktur zakupowych
596.	Generowanie i eksport faktur zakupowych do NFZ w aktualnym formacie komunikatu FZX
597.	Import potwierdzeń do faktur zakupowych (komunikat FZZ)
598.	Generowanie i wydruk załącznika nr 4 do umowy – ewidencja faktur zakupowych
599.	Obsługa sprawozdawczości w zakresie POZ
600.	Integracja z innymi modułami systemu
601.	– ewidencja pozycji rozliczeniowych w Ruchu Chorych, Poradni, itp.
602.	– ewidencja faktur zakupowych za leki w chemioterapii w module aptecznym
603.	Przekazywanie danych o hospitalizacji do Symulatora JGP
604.	Możliwość załączania uwag i wyjaśnień dla korygowanych świadczeń (opisywanie powodów korekty - jako informacja wewnętrzna tylko dla operatorów rozliczeń).

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

Lp.	Kolejka oczekujących
605.	Definicja kolejek oczekujących zgodnie z wymaganiami płatnika
606.	Kolejki oczekujących do komórek organizacyjnych
607.	Kolejki oczekujących do procedur medycznych lub świadczeń wyspecjalistycznych zdefiniowanych przez płatnika
608.	Prowadzenie kolejek oczekujących
609.	Wykaz osób oczekujących w kolejce
610.	Przyporządkowanie oczekujących do jednej z kategorii medycznych (przypadki pilne/przypadki stabilne)
611.	Rejestrowanie przypadków zmian terminu udzielenia świadczenia wraz z przyczyną zmiany
612.	Możliwość zbiorczego przenoszenia oczekujących pomiędzy kolejkami
613.	- Wszystkich aktywnych pozycji
614.	- Wybranych oczekujących
615.	Wskazanie tych definicji kolejek oczekujących, które po wczytaniu aneksu do umowy posiadają nieaktualne informacje o kodzie komórki wg NFZ wraz z możliwością automatycznej aktualizacji kodu komórki wg NFZ na podstawie aktualnych zapisów w umowie z NFZ
616.	Generowanie statystyk kolejek z podziałem na przypadki pilne i stabilne
617.	- Liczba oczekujących
618.	- Szacunkowy czas oczekiwania w kolejce
619.	- Średni rzeczywisty czas oczekiwania w kolejce (zgodnie z algorytmem opublikowanym w rozporządzeniu)
620.	Generowanie i eksport komunikatów XML w aktualnie obowiązujących wersjach z zakresu sprawozdawczości związanej z kolejkami oczekujących
621.	Komunikat LIO CZ – komunikat szczegółowy o kolejkach oczekujących
622.	Komunikat KOL – komunikat o kolejkach oczekujących do świadczeń wyspecjalistycznych
623.	Import komunikatu „potwierdzeń odbioru” danych o kolejkach oczekujących
624.	Wydruk listy oczekujących z uwzględnieniem poniższych kryteriów
625.	– Rodzaj kolejki (do komórki organizacyjnej, do procedury medycznej/świadczenia wyspecjalistycznego)
626.	– Kod kolejki
627.	– Stan wpisu w kolejce (aktywne, wykreślone, zakończone realizacją)
628.	– Kategoria medyczna (pilny, stabilny)
629.	– Data wpisu (od .. do ..)
630.	– Data planowanej realizacji (od .. do ..)
631.	– Data skreślenia z kolejki (od .. do ..)

Lp.	Grupa JGP
632.	Wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych hospitalizacji za pomocą wbudowanego grupera JGP
633.	Import aktualnego słownika procedur medycznych ICD9 (komunikat ICD9),
634.	Wyznaczanie JGP dla hospitalizacji
635.	Zapewnienie sprawnego zasilania systemu w aktualne charakterystyki JGP wynikające z publikowanych Zarządzeń Prezesa NFZ
636.	Wyznaczanie JGP za pomocą wbudowanego (lokalnego) grupera JGP w zakresie umów: leczenie szpitalne, rehabilitacja stacjonarna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna
637.	Możliwość automatycznego przypisania JGP do pobytu na oddziale, z którego pochodzi element kierunkowy wyznaczonej JGP
638.	Wsteczna weryfikacja poprawności wyznaczonych wcześniej JGP z możliwością automatycznej aktualizacji JGP na poprawną
639.	Różnice wynikające z wczytania nowych wersji grupera, które opublikowano z wsteczną datą obowiązywania, które mogą obejmować

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

640.	–	Różnice w zaewidencjonowanych taryfach,
641.	–	Różnice w zaewidencjonowanych JGP,
642.		Różnice wynikające z modyfikacji danych statystycznych hospitalizacji, a mające wpływ na wyznaczoną JGP:
643.	–	Konieczność zmiany JGP,
644.	–	Konieczność zmiany taryfy,
645.	–	Konieczność przełączenia JGP do pobytu na innym oddziale
646.		Wyszukiwanie hospitalizacji wg poniższych kryteriów
647.	–	Data zakończenia hospitalizacji,
648.	–	Wersja grupera za pomocą, którego wyznaczono JGP
649.	–	Kod JGP,
650.	–	Rozpoznanie główne
651.	–	Kod procedury medycznej,
652.	–	Status rozliczenia
653.		Wskazanie możliwości uzyskania JGP o większej taryfie w przypadku zmiany kombinacji rozpoznań wypisowych
654.		Wsteczna weryfikacja z możliwością automatycznej aktualizacji JGP pod kątem znalezienia bardziej optymalnej JGP
655.		Możliwość wykonywania symulacji wyznaczania JGP (funkcjonalność Symulatora JGP)
656.		Symulator dostępny w systemie
657.		Symulator dostępny poprzez przeglądarkę WWW
658.		Wstępne zasilenie symulatora danymi z wybranej hospitalizacji
659.		Możliwość sprawnej modyfikacji danych w symulatorze i obserwacja wpływu zmian na wyznaczane JGP
660.		Modyfikacja danych pacjenta (wiek, płeć),
661.		Modyfikacja danych hospitalizacji (data przyjęcia, data wypisu, tryb przyjęcia, tryb wypisu, tryb i charakter hospitalizacji,
662.		Dodanie lub usunięcie pobytu
663.		Modyfikacja danych pobytu (data przyjęcia, data wypisu, cz. VIII kodu resortowego komórki, kod świadczenia, rozpoznanie zasadnicze, rozpoznania współistniejące, procedury medyczne (daty wykonania))
664.		Wyróżnianie kolorami danych hospitalizacji nieistotnych z punktu widzenia wyznaczenia JGP
665.		Możliwość określenia wersji grupera za pomocą, którego wyznaczone zostaną JGP
666.		Wersja grupera wynikająca z daty zakończenia hospitalizacji,
667.		Dowolna wersja grupera istniejąca w systemie,
668.		Wskazywanie JGP z podziałem na:
669.	–	JGP, dla której hospitalizacja spełnia warunki wyboru,
670.	–	JGP, dla których hospitalizacja nie spełnia warunków,
671.	–	JGP, które istnieją w planie umowy świadczeniodawcy,
672.		Wyróżnienie kolorem pozycji w celu odzwierciedlenia ważności wyznaczonych JGP z punktu widzenia świadczeniodawcy (np. istniejących w planie umowy a tym samym możliwych do rozliczenia)
673.		W przypadku wskazania JGP, do których pacjent mógłby zostać zakwalifikowany jednak nie zostały spełnione wszystkie warunki - wskazanie tych warunków
674.		Możliwość przeglądu podstawowych informacji o wybranej JGP
675.		Wartości taryf dla poszczególnych trybów hospitalizacji,
676.		Parametry związane z mechanizmem osobodnia (liczba dni finansowana grupą, taryfa dla hospitalizacji trwających < 2 dni, wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą),

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

677.	Parametry JGP (warunki, które musi spełniać hospitalizacja),
678.	Wykorzystanie planu umowy dla JGP w przypadku, gdy JGP istnieje w umowie,
679.	Prezentacja wykresów ilustrujących zależność naliczonych taryf od czasu hospitalizacji pacjenta

Lp.	Rejestracja do poradni
680.	Definiowanie dostępności usług placówki medycznej
681.	Określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki):
682.	Definiowanie szablonu pracy zasobu typu gabinet:
683.	– określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
684.	– określenie czasu pracy gabinetu,
685.	– określenie zakresu usług realizowanych w gabinecie
686.	Definiowanie szablonu pracy zasobu typu lekarz:
687.	– określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
688.	– określenie czasu pracy,
689.	– określenie zakresu usług realizowanych przez lekarza w ramach umów,
690.	– określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
691.	– generacja grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,
692.	– blokada grafików (urlopy, remonty).
693.	Obsługa skorowidza pacjentów
694.	– możliwość przypisania pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością
695.	– prezentacja uprawnień do obsługi poza kolejnością na listach pacjentów
696.	Możliwość zastosowania kart identyfikacyjnych do wyszukania pacjenta
697.	Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta
698.	Wyszukiwanie wolnych terminów jednoczesnej dostępności wymaganych zasobów:
699.	– rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”.
700.	– prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10 do 12
701.	– automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
702.	– w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu
703.	– rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale
704.	– wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych
705.	Przegląd rezerwacji
706.	Rejestracja pacjenta do wykonania usługi
707.	Automatyczne wyliczanie kosztów porady u pacjenta nieubezpieczonego (według algorytmu jak dla pacjenta ubezpieczonego bez uwzględnienia ubezpieczenia)
708.	Określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług niepodlegających planowaniu i rezerwacji.
709.	Zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
710.	Możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
711.	Obsługa kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

712.	Obsługa wyników:
713.	– wpisywanie wyników zewnętrznych.
714.	raporty i wykazy Rejestracji.
715.	Możliwość przeglądu i wydruku zaplanowanych wizyt dla pacjenta
716.	– sporządzenie sprawozdania z „kolejki oczekujących” pacjentów
717.	– możliwość zdefiniowania zakresu i postaci danych (np.: zestawienie pacjentów przyjętych w danym okresie w poszczególnych gabinetach, zestawienie pacjentów przyjętych w danym okresie u poszczególnych lekarzy).

Lp.	Poradnia – gabinet
718.	Dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do poradni
719.	– prezentacja uprawnienia do obsługi poza kolejnością
720.	Rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
721.	Wspomaganie obsługi pacjenta w gabinecie:
722.	Przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
723.	– dane osobowe,
724.	– podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale podawane leki, przebyte choroby, karta szczepień),
725.	– uprawnienia z tytułu umów,
726.	– Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
727.	– wyniki badań,
728.	– przegląd rezerwacji.
729.	Możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty (w zależności od kategorii medycznej wizyty),
730.	Możliwość zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju gabinetu
731.	Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla gabinetu
732.	Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
733.	– wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
734.	– opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
735.	– informacje ze skierowania,
736.	– skierowania, zlecenia,
737.	– planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty,
738.	– możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
739.	– usługi, świadczenia w ramach wizyty,
740.	– rozpoznanie (główne, dodatkowe),
741.	– zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
742.	– leki przepisane wg słownika leków, recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
743.	– podczas wystawiania recepty możliwość sprawdzenia interakcji poszczególnych leków
744.	– wystawione skierowania,
745.	– leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
746.	– zlecenia szczepień:

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

747.	–	możliwość oznaczenia podania leku, jako szczepienia:
748.	–	możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
749.	–	automatyczny wpis do karty szczepień po oznaczeniu podania leku, jako szczepienia.
750.	–	wykonane podczas wizyty drobne procedury, niemające wpływu na rozliczenie pacjenta
751.	–	inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
752.		Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
753.		Możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
754.		Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników).
755.		Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
756.		Obsługa zakończenia wizyty:
757.	–	autoryzacja medyczna wizyty,
758.	–	automatyczne tworzenie karty wizyty.
759.	–	możliwość bezpośredniego skierowania do przyjęcia na oddział
760.		Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
761.	–	automatyczne wiązanie rozliczanych badań do kolejnej zaplanowanej wizyty
762.		Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
763.		Automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Głównej Poradni
764.		Raporty i wykazy Poradni - gabinetu
765.		Możliwość przeglądu danych opisowych, epikryz, przebiegów, leczenia, wywiadów w wybranym okresie czasu danego pacjenta
766.		Możliwość automatycznej generacji Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego, Karty Zgłoszenia Choroby Zakaźnej i innych wymaganych przepisami zgłoszeń w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej wg ustalonego formatu (utworzenie zbioru danych dla kart/zgłoszeń przez wywołanie odpowiedniego formularza elektronicznego z automatycznym wypełnieniem jego odpowiednich pól danymi ogólnymi (identyfikacja jednostki, data/czas, itp.), danymi personelu medycznego (identyfikacja lekarza, identyfikacja wypełniającego, itp.) i danymi pacjenta (identyfikacja, wiek, itp.), a po wypełnieniu pozostałych pól i zatwierdzeniu wszystkich danych automatyczne wytworzenie, zachowanie i wydrukowanie elektronicznej wersji karty/zgłoszenia według obowiązującego wzoru dokumentu oraz zachowanie zbioru danych w rejestrze).
767.		Możliwość dostępu do wszystkich danych i epizodów leczenia pacjenta
768.		Kontrola odległości między świadczeniami kompleksowymi i recepturowymi z możliwością definiowania interwału czasowego pomiędzy tymi świadczeniami oraz zakresu kontroli (w danej jednostce/we wszystkich jednostkach).

L.p.	Zlecenia
769.	Zlecanie leków:
770.	System musi umożliwiać planowanie i zlecanie leków w powiązaniu z modułem Apteczki Oddziałowej
771.	Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać:
772.	- podgląd karty leków
773.	- kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami
774.	- podgląd całej historii leczenia pacjenta
775.	System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków
776.	Musi istnieć możliwość zlecania leków:
777.	- recepturowych

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

778.	- możliwość określenia drogi podania leków
779.	System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami.
780.	Podczas zlecenia antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka, WRZ
781.	System musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.
782.	System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.
783.	Musi istnieć możliwość wydruku tacy leków z podaniem nazwiska osoby drukującej i czasu wydruku
784.	Na tacy leków musi być drukowana informacja, dla każdego pacjenta, zleconym o leku, godzinie podania, dawce i drodze podania
785.	Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku
786.	System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych
787.	System powinien umożliwić grupowanie zleceń podania leków wg drogi podania
788.	System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta.
789.	System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu.
790.	System musi umożliwić potwierdzenie przez lekarza każdego podania leku.
791.	System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania.
792.	System musi prezentować informację o ilości podań w ciągu doby dla leków doraźnych.
793.	System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji
794.	Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku
795.	System musi umożliwić graficzne oznaczenie zleceń wymagających potwierdzenia rozpoczęcia lub kontynuacji.
796.	Moduł umożliwia grupowe operacje na zleceniach np. automatyczne przedłużanie wybranych zleceń.
797.	Zlecenie badań
798.	System musi umożliwić planowanie i zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji przekazywanych z jednostek Zamawiającego, w tym:
799.	- z Oddziału do: Pracowni, Poradni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium, itp.
800.	System powinien podpowiadać, na zleceniu, rozpoznania zasadniczego a w przypadku jego braku rozpoznania wstępnego
801.	Możliwość utworzenia zlecenia laboratoryjnego z wykorzystaniem predefiniowanej karty kodów kreskowych
802.	Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań
803.	Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania badania. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów
804.	Dla zleceń do pracowni histopatologii powinny być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej
805.	W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu
806.	System musi umożliwiać planowanie i zlecenie badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów)
807.	System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:
808.	- kompleksowych,
809.	- panelowych,
810.	- cyklicznych.
811.	System powinien umożliwiać zapisanie zleconych badań jako panelu zleceń do wykorzystania w późniejszym terminie
812.	Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia
813.	Powinna istnieć możliwość dwuetapowego wprowadzania zlecenia (wpisanie oraz potwierdzenia),
814.	System musi umożliwiać powtarzanie zleceń co określony interwał czasu
815.	System musi umożliwiać przegląd zleceń według ustalonych przez użytkownika kryteriów:
816.	- dla pacjenta,
817.	- typu zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

818.	- okresu.
819.	System musi umożliwiać wycofanie anulowanych zleceń i umożliwić jego ponowne wysłanie do jednostki wykonującej
820.	Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki (ośrodka kosztów), która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.
821.	Moduł umożliwia podgląd wyników pacjenta z pracowni diagnostycznych: z obecnego pobytu na oddziale, z konkretnej pracowni, wszystkich wyników pacjenta.
822.	Moduł umożliwia lekarzom podgląd zleceń lekowych i diagnostycznych w jednym miejscu.
823.	Pozostałe wymagania wobec systemu
824.	System musi umożliwiać wydruki zleceń, w tym:
825.	- dzienne zestawienie leków dla pacjenta,
826.	- dzienne zestawienie badań do wykonania.
827.	Musi istnieć możliwość wydruku wszystkich wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu,
828.	System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania,
829.	System musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany.
830.	System musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieoznaczonych jako przeczytane.
831.	Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem.
832.	System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania.
833.	System musi umożliwić graficzną prezentację wyników badań z uwzględnieniem, na osi czasu, podanych leków i wykonanych procedur
834.	Podczas przeglądania wyników badań powinno być widoczne informacje o osobach realizujących badanie
835.	Dla pobytów oznaczonych „zagrożenie życia lub zdrowia” wszystkie zlecenia powinny być opatrzone statusem PILNE
836.	System powinien umożliwiać zlecanie wielu różnych badań w jednym miejscu, opatrzone wspólnym nagłówkiem i komentarzem
837.	System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii)
838.	System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników liczbowych w postaci graficznej (badanie trendu)
839.	System musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych.
840.	Planowanie wizyt w poradni: przyjmowanie pacjentów poza limitem

L.p.	Punkt Pobrań
841.	System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne, w szczególności:
842.	- przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z innych podsystemów np. ruch chorych, poradnie z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleceniodawcy,
843.	- wprowadzanie zleceń zewnętrznych,
844.	- możliwość wyszukiwania zleceń wg imienia i nazwiska, daty zlecenia oraz planowanej daty wykonania,
845.	- dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,
846.	- wyróżnianie zleceń CITO, dyżurne,
847.	- dobieranie materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia,
848.	- wycofanie zlecenia
849.	System musi wspomagać obsługę punktu przyjęcia i rozdzielni materiału w szczególności:
850.	- rejestracja wysłania materiałów do laboratoriów,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

851.	- oznakowanie pobieranych materiałów kodem kreskowym.
852.	- wspomaganie rozdziału materiałów wg jednostek wykonujących (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach),
853.	System musi umożliwiać rejestrację w systemie pobranych materiałów, w tym:
854.	- automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
855.	- odnotowanie osoby pobierającej materiał,
856.	- odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,
857.	- dla wybranych badań (np. oznaczenie grupy krwi) konieczność potwierdzenia danych pobrania (data i godzina, osoba, uwagi).
858.	System musi umożliwiać wydruk dokumentu pobrania dla pojedynczego badania oraz dla panelu badań
859.	Obsługa i wydruk Księgi Pobrań
860.	Integracja z innymi modułami systemu medycznego:
861.	Przekazywanie elektronicznego potwierdzenia pobrania materiału do zleceniodawców z innych podsystemów np. ruch chorych, poradnie oraz do laboratorium.

L.p.	Statystyka
862.	Obsługa rejestru pacjentów
863.	System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów z możliwością integracji z innymi systemami medycznymi (np. oddział, poradnia, itp.)
864.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
865.	- identyfikator pacjenta
866.	- data urodzenia i miejsce
867.	- imię ojca i matki
868.	- miejsce urodzenia
869.	- płeć
870.	- PESEL opiekuna
871.	- nazwisko rodowe matki
872.	- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
873.	- pobyt w jednostce
874.	- pobyt w okresie
875.	- nr telefonu
876.	- adres e-mail
877.	- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
878.	- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
879.	- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością
880.	- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
881.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
882.	- płeć (męska, żeńska, nieznana)
883.	- fragment (fraz) opisu pacjenta
884.	- przyjęty: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w ciągu ostatnich 24,48, X godzin
885.	Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
886.	Musi istnieć możliwość przeglądania danych archiwalnych pacjenta:
887.	- w zakresie danych osobowych,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

888.	- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
889.	System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych.
890.	System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej oraz wszystkich użytkowników.
891.	System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę:
892.	-danych personalnych
893.	-danych kontaktowych
894.	-danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje)
895.	System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,
896.	System musi umożliwić obsługę ksiąg:
897.	- Księga Główna,
898.	- Księga Odmów,
899.	- Księga Zgonów,
900.	- Księga Noworodków,
901.	- Księga Oczekujących,
902.	- Księga Ratownictwa
903.	- Księga Transfuzji
904.	- Księga Badań
905.	- Księga Oddziałowa
906.	- Księga Zabiegów
907.	- Księga Noworodków,
908.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
909.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego.
910.	Podgląd informacji, jacy pacjenci (co najmniej imię i nazwisko) przebywają aktualnie na oddziale i w całym szpitalu.
911.	Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego
912.	System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO
913.	Podczas rejestracji karty musi istnieć możliwość zarejestrowania, co najmniej:
914.	- numer karty
915.	- etap
916.	- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
917.	- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
918.	- data wersji od
919.	Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
920.	Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności
921.	Raporty i wydruki statystyki
922.	System musi umożliwiać:
923.	wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail
924.	- zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe)
925.	- pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział
926.	System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS
927.	System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym:

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

928.	- Oddziały NFZ,
929.	- PZH.
930.	System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez inne aplikacje
931.	System musi umożliwić wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala)
932.	System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków
933.	System musi umożliwiać wydruk, co najmniej:
934.	- Karty Statystycznej i Karty Zgonu
935.	Statystyka dla lecznictwa otwartego
936.	System powinien umożliwiać obsługę statystyki rozliczeniowej i medycznej
937.	Raporty i wykazy statystyki
938.	System powinien umożliwiać tworzenie reportów i wykazów statystyki, w szczególności:
939.	- raport rozpoznań - zestawienie syntetyczne i analityczne ilości rozpoznań każdego rodzaju w rozbiciu na pacjentów i jednostki wykonujące
940.	- wykonane badania wg płatnika i jednostki kierującej - zestawienie ilości wykonanych badań poszczególnych rodzajów, z podziałem na jednostki wykonujące, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących
941.	- lista pacjentów przyjętych przez lekarza - zestawienie pacjentów przyjętych w zadanym okresie, w wybranych poradniach, gabinetach, przez wybranych lekarzy
942.	- zestawienie statystyczne pacjentów - zestawienie syntetyczne lub analityczne (dla poszczególnych dni zadanego okresu) liczby pacjentów przyjętych w wybranych/wszystkich poradniach, gabinetach w rozbiciu na dorosłych i dzieci z podziałem na płeć oraz pacjentów pierwszorazowych i kontynuację leczenia
943.	- raport obciążenia poradni, gabinetów - zestawienie liczby wykonanych badań w poszczególnych dniach zadanego okresu dla wybranych/wszystkich poradni, gabinetów, dla poszczególnych lekarzy
944.	- wykonane procedury - syntetyczne i analityczne (dla poszczególnych dni zadanego zakresu) zestawienie liczby procedur danego rodzaju wykonanych w zadanym okresie, w wybranych/wszystkich poradniach, gabinetach, dla wybranego/wszystkich ubezpieczycieli i płatników
945.	- zestawienie zrealizowanych badań - zestawienie liczby badań wykonanych pacjentom (podstawowe dane pacjenta) wraz z rozpoznaniem i procedurami w wybranej/wszystkich jednostkach, dla wybranych instytucji i jednostek kierujących wykonanych przez wybranego/wszystkich lekarzy
946.	- lista zarejestrowanych/przyjętych pacjentów - zestawienie ilości zarejestrowanych pacjentów do wybranej poradni, gabinetu
947.	- liczba usług wykonanych przez lekarza - zestawienie ilości usług wykonanych w jednostce przez danego lekarza
948.	- zestawienie liczby przyjętych pacjentów - zestawienie liczby pacjentów przyjętych przez daną jednostkę i lekarza w ramach określonego pakietu świadczeń z podziałem na grupy wiekowe
949.	- lista wykonanych usług - lista usług wraz z danymi takimi jak: jednostka i lekarz kierujący, miejsce i data wykonania, dane o wartości usługi, opłacie kontrahenta, opłacie pacjenta dla wybranych lub wszystkich: umów, pacjentów, świadczeń, instytucji i lekarzy kierujących oraz jednostek i lekarzy wykonujących
950.	- zestawienie wystawionych skierowań - syntetyczne i analityczne (wg daty wystawienia) zestawienie ilości wystawionych skierowań na określone badania/usługi z podziałem na lekarzy wystawiających i/lub jednostki, w których wystawiono skierowanie dla wybranych lub wszystkich; jednostek, lekarzy kierujących, usług, statusów realizacji
951.	- deklaracje - raport personalny - zestawienie liczby osób zadeklarowanych w wybranym miesiącu danego roku dla wybranej lub wszystkich umów oraz dla wybranego lub wszystkich rodzajów deklaracji
952.	- kolejki oczekujących - zestawienie kolejek oczekujących w ujęciu syntetycznym (dane całej kolejki) i analitycznym (z danymi oczekujących pacjentów)
953.	- zestawienie wykonanych usług - lista pacjentów z wykonanymi usługami i procedurami oraz z danymi o instytucji, jednostce i lekarzu kierującym dla wybranej jednostki wykonującej w zadanym okresie
954.	- zestawienie wykonanych usług pacjenta - lista usług wykonanych w określonym czasie dla wybranego pacjenta z wyszczególnieniem danych o wartości i opłatach
955.	- zestawienie udzielonych porad i przyjętych pacjentów - syntetyczne i analityczne (pacjenci) zestawienie liczby udzielonych porad danego rodzaju z podziałem na :

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	miejsowości zamieszkania, pacjenta lub typ porady w zadanym okresie, dla wybranych lub wszystkich poradni, gabinetów i wybranego rodzaju wizyty (pierwszorazowa, kolejna)
956.	System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów
957.	Wbudowane raporty standardowe:
958.	- statystyczne z oddziałów: np. dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni),
959.	- z obłożenia łóżek,

L.p.	Archiwum Dokumentacji Medycznej
960.	Rejestracja dokumentacji
961.	System musi zapewnić możliwość rejestracji indywidualnej dokumentacji medycznej, zbiorczej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji niemedycznej.
962.	System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej
963.	System musi zapewnić organizację rejestrowanej dokumentacji w postaci teczek oraz spraw w teczce.
964.	System musi umożliwiać zdefiniowanie wielu archiwów oraz magazynów w ramach archiwum.
965.	Opis teczek musi obejmować przynajmniej:
966.	- numer teczek nadany wg zdefiniowanego szablonu
967.	- symbol klasyfikacyjny wraz z tytułem oraz kategorię archiwalną
968.	- miejsce utworzenia
969.	- miejsce przechowywania
970.	Opis sprawy w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej musi obejmować przynajmniej:
971.	- dane pacjenta
972.	- dane zdarzenia medycznego (hospitalizacja/pobyt/kartoteka w poradni)
973.	System musi umożliwiać rejestrowanie metadanych archiwizowanych dokumentów. W szczególności informację o postaci dokumentu (papierowy/elektroniczny) oraz miejscu jego przechowywania.
974.	System musi umożliwiać zarejestrowanie kopii dokumentu.
975.	System musi umożliwiać stworzenie systemu klasyfikacyjnego przechowywanej w teczce dokumentacji. System klasyfikacyjny musi umożliwiać rozróżnienie dokumentacji medycznej od dokumentacji niemedycznej.
976.	System musi umożliwiać wydruk etykiet teczek, spraw oraz dokumentów wg zdefiniowanych szablonów. Etykieta może zawierać kod kreskowy identyfikujący teczkę, sprawę lub dokument.
977.	System musi umożliwiać utworzenie i wydruk protokołu zniszczenia/zagubienia dokumentacji.
978.	System musi umożliwiać utworzenie i wydruk protokołu odnalezienia dokumentacji.
979.	System musi umożliwiać zmianę miejsca przechowywania dokumentacji oraz wygenerowanie i wydruk protokołu zdawczo-odbiorczego
980.	System musi umożliwiać wyszukanie teczek wg zadanych kryteriów:
981.	- klasa dokumentacji
982.	- jednostka organizacyjna w której dokumentacja została utworzona
983.	- zakres dat w których dokumentacja została utworzona
984.	- dane pacjenta oraz zdarzenia, którego dokumentacja dotyczy
985.	- status dokumentacji: wypożyczona/przekroczony termin zwrotu/przeznaczona do brakowania/zniszczona/zagubiona
986.	System musi umożliwiać podgląd danych teczek, spraw oraz dokumentów.
987.	System musi umożliwiać podgląd historii teczek oraz sprawy, zawierającej:
988.	- informację o modyfikacji danych teczek oraz spraw i dokumentów w teczce

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

989.	- informację o wypożyczeniach/zwrotach dokumentacji medycznej
990.	- informację o zagubieniu/zniszczeniu/planowym zniszczeniu dokumentacji
991.	Udostępnienie dokumentacji
992.	System musi umożliwiać obsługę udostępnienia dokumentacji na wewnętrzne potrzeby podmiotu.
993.	System musi umożliwiać obsługę udostępnienia dokumentacji do celów naukowo-badawczych.
994.	System musi umożliwiać obsługę udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
995.	System musi umożliwiać obsługę udostępniania dokumentacji organowi upoważnionemu.
996.	System udostępnia dokumentację w postaci teczki lub sprawy.
997.	Udostępnienie dokumentacji odbywa się na podstawie wniosku o udostępnienie, który zawiera przynajmniej:
998.	- dane wnioskującego
999.	- dane jednostki przechowującej dokumentację
1000.	- listę teczek/spraw lub opis dokumentacji, która ma zostać udostępniona
1001.	- termin realizacji udostępnienia
1002.	System musi umożliwiać wyszukanie wniosków o udostępnienie wg zadanych kryteriów:
1003.	- dane wnioskującego
1004.	- dane udostępniającego
1005.	- dane identyfikujące teczkę/sprawę
1006.	- dane pacjenta w przypadku udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej
1007.	- termin realizacji
1008.	- stan realizacji udostępnienia
1009.	- przekroczony termin zwrotu
1010.	System musi zapewniać wspomaganie realizacji udostępnienia na dokumentację poprzez oznaczenie stanu realizacji udostępnienia
1011.	System musi zapewnić obsługę potwierdzenia przekazania udostępnianej dokumentacji
1012.	System musi zapewnić obsługę potwierdzenia zwrotu udostępnianej dokumentacji
1013.	Raportowanie
1014.	System musi posiadać możliwość utworzenia i wydruku następujących raportów:
1015.	- lista dokumentacji wypożyczonej w danym czasie do innych jednostek lub organów upoważnionych
1016.	- lista dokumentacji, której czas zwrotu upłynął
1017.	- lista dokumentacji zagubionej
1018.	- lista dokumentacji określonego pacjenta

L.p.	Blok Operacyjny
1019.	System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych zakładek
1020.	System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji zakładek
1021.	System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale
1022.	System musi umożliwić jednoznaczne oznaczanie zabiegów:
1023.	- zaplanowanych i niewykonanych;
1024.	- niezakończonych;
1025.	- anulowanych
1026.	System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1027.	System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji lekarskiej (chirurgicznej) do zabiegu obejmującej, co najmniej:
1028.	- rodzaj planowanego zabiegu,
1029.	- tryb zabiegu (planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy),
1030.	- rozpoznanie przedoperacyjne ICD9 oraz opisowe,
1031.	- dostęp do pola operacyjnego z wykorzystaniem definiowalnego słownika,
1032.	- wymagane ułożenie pacjenta z wykorzystaniem definiowalnego słownika, z możliwością wyboru wielu pozycji ,
1033.	- datę kwalifikacji,
1034.	- wskazanie, ze słownika personelu, lekarza dokonujący kwalifikacji,
1035.	- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
1036.	System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania:
1037.	- rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia,
1038.	- klasyfikacji pacjenta wg skali ASA,
1039.	- opisu kwalifikacji,
1040.	- daty kwalifikacji,
1041.	- wskazania lekarza dokonującego kwalifikacji,
1042.	Musi istnieć możliwość rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1043.	Musi istnieć możliwość uproszczonego zlecenia zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym
1044.	System musi umożliwić zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali)
1045.	System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezjologiczna.
1046.	System musi umożliwić skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych.
1047.	System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezjologicznej, co najmniej w zakresie odnotowania:
1048.	- możliwości rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1049.	System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie:
1050.	- daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej,
1051.	- planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych
1052.	- po rejestracji zakończenia zabiegu, jeśli jego czas trwania był inny niż zaplanowano, system powinien zaktualizować terminarz dla pozostałych, zaplanowanych zabiegów
1053.	- materiałów,
1054.	- zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi,
1055.	- składu zespołu zabiegowego i anestezjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia definiowania roli członków personelu,
1056.	- możliwość rejestracji danych planu z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1057.	Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej:
1058.	- dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów.
1059.	- modyfikacja danych pacjentów,
1060.	System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów wg różnych kryteriów, w tym:
1061.	- składu zespołu operacyjnego (operatora, pielęgniarski operacyjnej, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologiczna).
1062.	- przeglądu zabiegów zaplanowanych na dzisiaj i/lub jutro
1063.	- statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany),
1064.	- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
1065.	- identyfikatorze pacjenta

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1066.	- tryb zabiegu,
1067.	- rodzaj zabiegu,
1068.	- planowanych i rzeczywistych dat wykonania zabiegu,
1069.	- bloku i sali operacyjnej,
1070.	- jednostki zlecającej,
1071.	- numeru księgi zabiegów,
1072.	System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta na blok operacyjny i odnotowanie związanych z tym danych tj.:
1073.	- czas przyjęcia i osoby przyjmującej,
1074.	- wpis do Księgi Bloku Operacyjnego
1075.	System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym:
1076.	- opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym,
1077.	- składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu,
1078.	- czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu
1079.	- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
1080.	- możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki dźwiękowe i wideo),
1081.	- odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwipochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu,
1082.	- zużytych materiałów:
1083.	- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
1084.	- z możliwością automatycznego dodania materiałów z planu,
1085.	- z możliwością automatycznego dodania materiałów powiązanych z wykonanym zabiegiem,
1086.	- z możliwością automatycznego dodania zestawu narzędzi powiązanych z wykonywanym zabiegiem
1087.	- możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1088.	Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu
1089.	Jeśli nie zostały wpisane dane lekarza operującego to system powinien podpowiadać operatora na podstawie danych lekarza opisującego zabieg
1090.	System musi umożliwić wprowadzenie informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu.
1091.	System musi umożliwić rejestrację danych znieczulenia, w tym:
1092.	- czasu znieczulenia,
1093.	- czasu anestezjologicznego,
1094.	- rodzaju przeprowadzonego znieczulenia domyślnie wypełnianego na podstawie kwalifikacji z możliwością edycji,
1095.	- opisu znieczulenia ze wskazaniem osoby opisującej,
1096.	- zespołu anestezjologicznego domyślnie uzupełnionego na podstawie planu,
1097.	- czasu pracy zespołu anestezjologicznego. Jeśli czas pracy nie został wpisany system podpowiada na podstawie czasu anestezjologicznego lub, w przypadku braku, czasu pobytu na bloku
1098.	- podanych leków:
1099.	- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
1100.	- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych z wykonanym zabiegiem
1101.	System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących powikłań pooperacyjnych.
1102.	System musi umożliwiać wprowadzenie w ramach opieki pooperacyjnej pacjenta, danych opieki pielęgniarskiej.
1103.	System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie:
1104.	- ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1105.	- ewidencji wykonanych procedur,
1106.	- ewidencji podanych leków i zużytych materiałów,
1107.	- obsługi tacy leków
1108.	- oceny stanu pacjenta z wykorzystaniem zmodyfikowanej skali Aldrete'a
1109.	- opisu powikłań znieczulenia,
1110.	- opisu zaleceń pooperacyjnych,
1111.	- ewidencji daty przekazania pacjenta na oddział wraz ze wskazaniem lekarza przekazującego.
1112.	System musi umożliwiać graficzną prezentację podań leków na wydruku karty anestezjologicznej
1113.	System musi umożliwiać prowadzenie Księgi Bloku Operacyjnego w zakresie:
1114.	- możliwość definiowania księgi dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów,
1115.	- przegląd ksiąg bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym:
1116.	- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
1117.	- trybu zabiegu,
1118.	- rodzaju zabiegu,
1119.	- dat wykonania zabiegu,
1120.	- bloku i sali operacyjnej,
1121.	- jednostki zlecającej,
1122.	- księgi zabiegów,
1123.	- roku księgi,
1124.	- zakresu numerów księgi,
1125.	- składu zespołu operacyjnego (operatora, pielęgniarski operacyjnej, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologiczna),
1126.	- wydruk księgi bloku operacyjnego
1127.	System musi umożliwić przekazanie pacjenta na oddział opieki pooperacyjnej bez wprowadzonych danych realizacji zabiegu; z możliwością późniejszego uzupełnienia danych.
1128.	System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym:
1129.	- protokół z zabiegu operacyjnego,
1130.	- protokół przekazania pacjenta na oddział
1131.	- możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo
1132.	- opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
1133.	Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków
1134.	Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym:
1135.	- raport z wykonanych zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, księga bloku, sala operacyjna z podziałem na rodzaj zabiegu, księgę bloku, salę i jednostkę zlecającą
1136.	System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx.
1137.	Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów
1138.	Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
1139.	System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie:
1140.	- dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego,
1141.	- rejestracji kart zakażeń,
1142.	- automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów,
1143.	- przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1144.	- przekazywanie preparatów krwi z banku krwi na blok operacyjny,
1145.	- aktualizacja stanów magazynowych banku krwi na podstawie danych z bloku operacyjnego,
1146.	- wzajemnego udostępniania informacji o zleconych badaniach i konsultacjach,
1147.	- przeglądu wyników zleconych badań i konsultacji,
1148.	- przeglądu wszystkich poprzednich hospitalizacji pacjenta i wizyt w przychodni,
1149.	- eksportu danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach z możliwością wykorzystania przez inne aplikacje

L.p.	Blok Porodowy
1150.	Ewidencja danych wywiadu położniczego w zakresie:
1151.	- Przebieg i powikłania ciąży (dane opisowe lub formularz)
1152.	- Dane statystyczne dot. poprzednich porodów pacjentki
1153.	- Liczba dzieci ogółem
1154.	- Liczba żywo urodzonych
1155.	- Liczba martwo urodzonych
1156.	- Liczba dzieci z wadami rozwojowymi
1157.	- Liczba dzieci zmarłych
1158.	- W aktualnym małżeństwie
1159.	- Liczba ciąż
1160.	- Liczba porodów
1161.	- Liczba poronień
1162.	- Liczba porodów o czasie
1163.	- Liczba porodów przedwczesnych
1164.	- Liczba porodów niewczesnych
1165.	- Liczba porodów siłami natury
1166.	- Liczba porodów patologicznych
1167.	- Data pierwszej miesiączki
1168.	- Dzień cyklu
1169.	- Dane poprzedniego porodu
1170.	- Data poprzedniego porodu
1171.	- żywe, martwe, brak danych
1172.	- Informacje o ewentualnym zgonie noworodka
1173.	- Starsze potomstwo
1174.	- Imię i nazwisko
1175.	- Rok urodzenia
1176.	- Stan zdrowia
1177.	—Ewentualne przyczyny zgonu
1178.	- Wydruk dokumentu wywiadu położniczego (Pismo)
1179.	Medyczne dane pacjentki rodzącej (dostępne wszystkie dane związane z hospitalizacją pacjentki - analogicznie jak na standardowym oddziale). W tym między innymi:

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1180.	- Rozpoznanie wstępne
1181.	- Rozpoznanie końcowe
1182.	- Wykonane procedur medycznych
1183.	- Zlecenia lekarskie
1184.	- Podawane leki
1185.	- Obserwacje lekarskie
1186.	- Epikryza
1187.	- Dokumentacja medyczna
1188.	Poród
1189.	Określenie podstawowych danych porodu w zakresie (dotyczy porodu fizjologicznego i operacyjnego):
1190.	- Mnogość porodu
1191.	- Miejsca porodu
1192.	- Charakter czasowy porodu
1193.	- Ułożenie płodu
1194.	- Rodzaj porodu (Zabiegowy, Fizjologiczny)
1195.	- Rodzaj porodu zabiegowego
1196.	- Wskazania do cesarskiego cięcia
1197.	- Zespół porodowy (lekarz, położna, anestezjolog, inne wg konfiguracji)
1198.	- Ewidencja leków i środków medycznych użytych podczas porodu z wydzieleniem środków anestezjologicznych.
1199.	- Możliwość skierowania pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego
1200.	- Odnotowanie szczegółowych danych noworodków
1201.	- Dane identyfikacyjne noworodka
1202.	- Dane osobowe noworodka
1203.	- Żywo/martwo urodzony
1204.	- Czas urodzenia
1205.	-Płeć
1206.	- Możliwość ewidencji danych dla urzędu stanu cywilnego oraz generacji "Karty urodzenia".
1207.	- Możliwość wystawienia karty zgonu zarówno dla noworodka zmarłego w trakcie, po porodzie jak i martwo urodzonego.
1208.	- Dane antropometryczne noworodka
1209.	- Procedury i zabiegi wykonane na noworodku po urodzeniu
1210.	- Urazy okołoporodowe
1211.	- Stwierdzone nieprawidłowości
1212.	- Pierwsze badanie noworodka
1213.	- Ocena wg skali Apgar po: 1, 3, 5 i 10 min.
1214.	- Popłód
1215.	- Opis przebiegu porodu
1216.	- Wykonane zabiegi w trakcie i po porodzie
1217.	- Powikłania porodowe wraz ze szczegółowym opisem
1218.	- Czas rozpoczęcia porodu
1219.	- Czas zakończenia porodu

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1220.	- Czas odpłynięcia płynu owodniowego
1221.	- Barwa płynu owodniowego
1222.	- Czas osiągnięcia pełnego rozwarcia szyjki macicy
1223.	- Czas urodzenia noworodka lub w przypadku ciąży mnogiej noworodków
1224.	- Czas urodzenia łożyska
1225.	- Czas trwania I, II i III okresu porodu (wyliczane automatycznie)
1226.	- Łączny czas trwania całego porodu
1227.	- Ewidencja utraty krwi przez rodzącą
1228.	Poród operacyjny (dane dodatkowe rozszerzający zestaw danych podstawowych porodu)
1229.	Możliwość ewidencji wszystkich danych porodu na Bloku operacyjnym (porodowym)
1230.	Możliwość ewidencji danych noworodków na Bloku operacyjnym (porodowym)
1231.	Skierowanie pacjentki na blok operacyjny w celu wykonania porodu operacyjnego
1232.	Ewidencja rozpoznania przedoperacyjnego
1233.	Ewidencja rozpoznania pooperacyjnego
1234.	Zespół operacyjny (położnik, położna, operator, pielęgniarka operacyjna, Anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna)
1235.	Ewidencja danych zabiegu operacyjnego
1236.	Ewidencja danych znieczulenia zastosowanego podczas porodu operacyjnego
1237.	Opis przebiegu porodu operacyjnego
1238.	Opis i przebieg znieczulenia
1239.	Ewidencja procedur medycznych wykonanych
1240.	Ewidencja zużycia materiałów i leków
1241.	Opieka pooperacyjna - obsługa opieki pooperacyjnej dla kobiet po porodzie operacyjnym
1242.	Automatyczne uzupełnienie danych porodu (tj. czas porodu, opis porodu itd. na podstawie danych porodu operacyjnego)
1243.	Obsługa księgi porodów i noworodków
1244.	- Automatyczna generacja i wydruk ksiąg porodów zgodnie z obowiązującym prawem
1245.	- Automatyczna generacja i wydruk ksiąg noworodków zgodnie z obowiązującym prawem

L.p.	Dokumentacja Medyczna (formularzowa)
1246.	Generowanie Historii Choroby z danych zgromadzonych w systemie
1247.	Generowanie Karty Informacyjnej z danych gromadzonych w systemie
1248.	Generowanie wyników badań dla zadanych kryteriów: pacjent, nazwa badania, jednostka organizacyjna, zadany czas,
1249.	Generowanie wydruków kart obserwacji pacjenta
1250.	Generowanie wydruków kart zakażenia, kart drobnoustroju
1251.	Generowanie raportów z dyżuru lekarskiego na podstawie zarejestrowanych obserwacji pacjenta
1252.	Generowanie raportów z diagnoz pielęgniarских
1253.	Wydruk diagnoz pielęgniarских
1254.	System musi umożliwiać dopasowanie systemu do potrzeb Zamawiającego w zakresie dokumentowania procesu leczenia:
1255.	- definiowania własnych formularzy przeznaczonych do wpisywania danych w systemie.
1256.	- wyświetlanie, wprowadzanie i drukowanie informacji w ustalonej przez użytkownika postaci (definiowalne formularze oraz edytor wydruków dla badań, konsultacji, itp.).

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1257.	- rejestrowanie danych multimedialnych (rysunki, obrazy, dźwięki, itp.).
1258.	- dostęp do danych dla potrzeb analityczno-sprawozdawczych.
1259.	- histogramy
1260.	- możliwość kojarzenia formularzy ze zleceniami i elementami leczenia
1261.	Powinna istnieć możliwość podpisania elektronicznego i zarchiwizowania wszystkich dokumentów dokumentacji medycznej tworzonych przez system zgodnie z obowiązującymi przepisami.
1262.	System musi umożliwić udostępnianie pacjentowi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej zapisywanej na nośniku danych.
1263.	Możliwość zablokowania modyfikacji wpisów w historii choroby dokonanych przez innego lekarza niż lekarz aktualnie zalogowany/ autoryzujący wpis
1264.	Możliwość autoryzacji przez lekarza dokonującego wpis, fragmentu historii choroby, epikryzy lub rozpoznania
1265.	Musi istnieć możliwość utworzenia dokumentu roboczego, umożliwiającego podgląd danych źródłowych w postaci dokumentu
1266.	System musi umożliwiać współpracę z systemami automatycznej digitalizacji dokumentacji papierowej.
1267.	System umożliwia obsługę dokumentów o zmiennej treści, o ile nie stoi to w sprzeczności z wymaganiami zewnętrznymi dotyczącymi tych dokumentów (np. ściśle określony format lub zawartość informacyjna dla dokumentów skierowań, zleceń, recept)
1268.	System musi umożliwiać kopiowanie wyników badań do skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
1269.	System powinien przechowywać wszystkie wersje utworzonej i wydrukowanej (lub zarchiwizowanej w archiwum elektronicznym) dokumentacji medycznej.
1270.	Wszystkie dokumenty dokumentacji medycznej pacjenta powinny być dostępne z jednego miejsca
1271.	e - Zwolnienia
1272.	System musi zapewnić zgodność z interfejsem ZUS PUE, bazującym na usługach sieciowych, umożliwiającym wystawianie oraz korektę zwolnień lekarskich bezpośrednio z poziomu systemów dziedzinowych zewnętrznych względem ZUS dostawców oprogramowania.
1273.	System musi umożliwiać logowanie do systemu PUE - ZUS bezpośrednio z aplikacji gabinetowej. Logowanie możliwe jest poprzez podpisanie oświadczenia wygenerowanego przez ZUS za pomocą elektronicznego podpisu kwalifikowanego, profilu zaufanego lub certyfikatu ZUS
1274.	System musi umożliwić wylogowanie z systemu PUE - ZUS, w chwili zamknięcia sesji pracy z systemem.
1275.	System musi umożliwiać wystawienie zaświadczenia lekarskiego w trybie bieżącym. Aplikacja gabinetowa w czasie wystawiania zwolnienia powinna umożliwiać posługiwanie się zarówno danymi lokalnymi jak i danymi pobieranymi z systemu PUE - ZUS.
1276.	System musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zaświadczenia lekarskiego podpisem kwalifikowanym, za pomocą profilu zaufanego lub certyfikatu ZUS
1277.	System musi umożliwiać przekazywanie utworzonych dokumentów zaświadczeń lekarskich do systemu PUE-ZUS.
1278.	System musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem.
1279.	System musi umożliwiać anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).
1280.	System musi umożliwiać pobranie i rezerwację puli serii i nr ZLA dla zalogowanego lekarza (użytkownika) na potrzeby późniejszego wykorzystania w trybie alternatywnym (np. w sytuacji braku możliwości połączenia się z systemem PUE-ZUS).
1281.	System musi umożliwić w aplikacji gabinetowej w przypadku braku połączenia z systemem PUE-ZUS, wystawienie zwolnienia w trybie alternatywnym (off-line) w oparciu o zarezerwowaną wcześniej dla bieżącego lekarza (użytkownika) pulę serii i nr ZLA.
1282.	System musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego wystawionego w trybie alternatywnym zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem zarówno przed jego elektroniczną jak i po elektronicznej.
1283.	System musi umożliwiać unieważnienie zaświadczenia lekarskiego, jeśli nie dokonano jego elektronicznej (nie przesłano go do ZUS).
1284.	System musi umożliwiać elektroniczną zaświadczenia lekarskiego polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczenia wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym.
1285.	System musi umożliwić zbiorczą elektroniczną zaświadczeń lekarskich polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczeń wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym.
1286.	System musi umożliwić anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).
1287.	System musi umożliwiać wystawianie oraz anulowanie zwolnień elektronicznych bezpośrednio w systemie HIS.
1288.	System musi umożliwiać przegląd danych źródłowych oraz dokumentów zaświadczeń lekarskich wystawionych w lokalnej aplikacji gabinetowej.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

L.p.	Rehabilitacja
1289.	Konfiguracja modułu
1290.	System musi umożliwiać definiowanie listy zdarzeń medycznych/elementów leczenia dla miejsca wykonania
1291.	System musi umożliwiać zarządzanie słownikiem stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych
1292.	System umożliwia zarządzanie grafikami i terminarzami stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych
1293.	System musi umożliwiać realizację zabiegów w warunkach:
1294.	- rehabilitacji ambulatoryjnej
1295.	- rehabilitacji oddziału dziennego
1296.	- rehabilitacji stacjonarnej
1297.	System musi umożliwiać prowadzenie słownika rozpoznaw kwalifikujących do stopnia pilności „pilny”, wg Klasyfikacji chorób ICD – rewizja 10 dla rehabilitacji medycznej
1298.	System musi umożliwić określenie warunków dostępności elementu leczenia (zabiegu), poprzez przypisanie odpowiednich kategorii zasobów typu:
1299.	- personel,
1300.	- pomieszczenie,
1301.	- stanowisko rehabilitacyjne.
1302.	System musi umożliwić określenie standardowego czasu trwania porad, wizyt i zabiegów
1303.	System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów modułów obsługi Zakładu/Działu Rehabilitacji
1304.	System umożliwia definiowanie jednostek, które mają dostęp do funkcjonalności- Rehabilitacji
1305.	System umożliwią wystawienie skierowania wewnętrznego (zlecenia) z dowolnego Gabinetu / Oddziału
1306.	System umożliwia wprowadzenie uwag do zlecenia oraz daje możliwość modyfikacji uwag z oznaczeniem daty obowiązywania danej uwagi
1307.	System umożliwia definiowanie grupowych pozycji zabiegu.
1308.	Planowanie pozycji programu z uwzględnieniem preferencji pacjenta System umożliwia zdefiniowanie i zapamiętanie preferencji pacjenta do planowania terminów zabiegów w zakresie:
1309.	— możliwości ustalenia "nieodpowiadających" godzin realizacji (domyślnych dla dowolnego dnia tygodnia, określonych dni tygodnia).
1310.	- oznaczenia dowolności planowania godzin dla dowolnych lub wybranych dni tygodnia
1311.	- oznaczenia blokady planowania dla dowolnych lub wybranych dni tygodnia
1312.	- ustawienia mogą być definiowane dla wszystkich lub wybranych tygodni
1313.	System umożliwia definiowanie schematów preferencji pacjenta
1314.	System umożliwia przeplanowanie zabiegów
1315.	System musi umożliwić wysłanie do pacjenta powiadomienia z informacją o terminie realizacji pierwszego zaplanowanego zabiegu rehabilitacyjnego lub dla każdego zaplanowanego zabiegu.
1316.	System musi umożliwiać wprowadzenie nowego programu rehabilitacji dla pacjenta. Program jest elementem skierowania i jest listą zabiegów do wykonania z określoną kolejnością, warunkami i częstością wykonania.
1317.	System musi mieć możliwość podpowiadania trybu wykonania na podstawie rozpoznania ze skierowania
1318.	System musi umożliwiać przypisanie do programu lekarza prowadzącego oraz terapeuty prowadzącego
1319.	System musi umożliwiać planowanie elementów leczenia programu rehabilitacji w terminarzach terapeutów, pomieszczeń, stanowisk rehabilitacyjnych i w karcie zabiegowej pacjenta
1320.	System musi umożliwiać planowanie porad kontrolnych, w ramach programu, do lekarza prowadzącego
1321.	System musi umożliwiać „ręczne” planowanie zabiegów, polegające na wskazaniu w terminarzu konkretnego wolnego terminu
1322.	System umożliwia anulowanie całego programu lub wybranych, niezrealizowanych zabiegów z jednoczesnym anulowaniem rezerwacji zasobów
1323.	System umożliwia wprowadzenie rozszerzonej postaci skierowania. Oprócz standardowych elementów skierowania, skierowanie na rehabilitację zawiera :

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1324.	- dane rozpoznania ("rehabilitacyjnego")
1325.	- dane programu rehabilitacji (zabiegów)
1326.	- dodatkowe dane o istotnych wynikach badań i wykonanych zabiegach i operacjach.
1327.	System umożliwia modyfikację programu rehabilitacyjnego polegającą na zmianie terminu danego zabiegu
1328.	System umożliwia modyfikację programu rehabilitacyjnego polegającą na dodaniu nowej pozycji programu .
1329.	Możliwości ustalenia preferowanych godzin realizacji (domyślnych dla dowolnego dnia tygodnia, określonych dni tygodnia).
1330.	Realizacja zabiegów
1331.	System umożliwia dostęp do bieżącego programu rehabilitacji pacjenta
1332.	Możliwość anulowania serii zabiegów w przypadku nieobecności pacjenta.
1333.	System musi umożliwić dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta
1334.	System musi umożliwiać lekarzowi wystawianie skierowań, recept i zleceń
1335.	System musi umożliwiać ewidencję zrealizowanych świadczeń
1336.	System musi umożliwiać ewidencję czasu trwania porady i zabiegu
1337.	potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta
1338.	System musi umożliwiać dostęp (wgląd) do wszystkich wcześniejszych programów rehabilitacji pacjenta
1339.	System musi umożliwiać wgląd do wszystkich wcześniejszych zleceń i wyników badań pacjenta
1340.	System musi umożliwić zbiorczą generację rozliczeń dla zrealizowanych zabiegów pacjenta.
1341.	System musi umożliwić graficzną prezentację:
1342.	- oznaczenie wykonania zabiegu
1343.	- oznaczenia niewykonania zabiegu
1344.	- oznaczenie nieautoryzowanego zabiegu
1345.	System umożliwia oznaczenie realizacji zabiegów typu 'Trening rehabilitacyjny'. Prezentowana jest Karta treningowa, która jest listą parametrów treningowych oraz możliwy jest jej wydruk
1346.	System wspomaga ewidencję wykonanych zabiegów poprzez wykorzystanie czytników kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta, oraz zrealizowanych świadczeń.
1347.	System umożliwia przypisanie kodu kreskowego do elementu leczenia (zabiegu)
1348.	System umożliwia dodanie uwag do realizacji zabiegu
1349.	System musi umożliwić lekarzowi i terapeucie bieżące tworzenie i uzupełnianie dokumentacji medycznej pacjenta,
1350.	System musi umożliwiać statystyczny przegląd wykonanych i planowanych zabiegów.
1351.	System musi umożliwiać potwierdzenie wykonania zabiegu w karcie zabiegowej pacjenta
1352.	System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
1353.	- Księga Badań
1354.	- Księga Zabiegów Leczniczych
1355.	- Księga Zakładu
1356.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
1357.	- Księga Oczekujących
1358.	- Księga Ratownictwa

L.p.	Szpitalny Oddział Ratunkowy
1359.	System musi umożliwiać podział SOR na obszary i przypisania pacjenta do określonego obszaru SOR. Podział SOR na obszary jest opcjonalny.
1360.	System musi umożliwiać dla jednostek organizacyjnych typu SOR włączenie obsługi i prezentacji statusu pilności (TRIAGE) pacjentów.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1361.	System musi umożliwiać przypisanie lub zmianę statusu pilności (TRIAGE) pacjenta w dowolnym momencie pobytu na SOR.
1362.	Oznaczanie statusu pilności (TRIAGE) (jeśli jest włączone) pacjenta powinno być wymagane i status ten powinien być wyraźnie prezentowany na liście pacjentów oraz danych pobytu pacjenta na SOR. Wystarczającym sposobem prezentacji statusu pilności pacjenta jest użycie odpowiadającemu danemu statusowi koloru.
1363.	Przypisanie i zmiana statusu pilności pacjenta musi być zapisanie w dzienniku systemu z podaniem przyczyny zmiany
1364.	System powinien wymagać autoryzacji zmiany statusu pilności
1365.	System powinien umożliwiać klasyfikację pacjentów z wykorzystaniem kolorów.
1366.	Dla jednostki organizacyjnej typu SOR powinna być możliwość zdefiniowania standardów czasowych obsługi pacjenta dla poszczególnych kolorów (kolory TRIAGE)
1367.	Na panelu głównym pulpitu SOR, oraz na liście pacjentów SOR system powinien prezentować czas oczekiwania liczony na podstawie czasów obsługi przypisanych do poszczególnych kolorów
1368.	System musi udostępnić funkcjonalność szybkiego skierowania pacjenta na oddział nawet w sytuacji, gdy nie wypełniono w systemie wszystkich danych (w tym wymaganych do zakończenia pobytu na SOR), danych i dokumentów dokumentacji medycznej, wymaganej autoryzacji danych.
1369.	Pacjenci przeniesieni na oddział w trybie awaryjnym powinni być oznaczeni na liście pacjentów SOR
1370.	Musi istnieć możliwość wskazania lekarza prowadzącego
1371.	System musi wspierać tworzenie wymaganej dla SOR dokumentacji medycznej.
1372.	System powinien umożliwiać wyświetlanie listy pacjentów przebywających na SOR w zadanym przedziale czasu, których status potwierdzenia płatnika jest ustawiony na "Oświadczenie".
1373.	System powinien umożliwiać rozliczenie komercyjne pacjentów nieuprawnionych do świadczeń. Wymaganie będzie realizowane w ramach rozliczeń komercyjnych lecznictwa zamkniętego.
1374.	Zaawansowane wyszukiwanie pacjenta
1375.	System powinien udostępniać zaawansowane metody wyszukiwania pacjentów z uwzględnieniem przeszukiwania pól opisujących pacjentów NN oraz możliwości wpisania części i/lub wariantów ciągów znaków opisujących nazwisko, imię, nazwisko rodowe, miejscowość zamieszkania, opis pacjenta NN.
1376.	System powinien umożliwiać przeszukiwanie również poprzednich wersji danych osobowych oraz danych pacjentów scalonych z innymi pacjentami.
1377.	Wyszukiwanie zaawansowane musi się dać przerwać.
1378.	Złożone kryteria wyszukiwania - wypełnione więcej niż jedno pole ze złożonymi kryteriami, powinno wyświetlać ostrzeżenie, że operacja może być długotrwała.
1379.	Wyszukiwanie zaawansowane powinno być opcją (odrębny przycisk) wyszukiwania pacjentów w rejestrze pacjentów.

L.p.	Medycyna pracy
1380.	Określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki):
1381.	- definiowanie szablonu pracy gabinetu :
1382.	- określenie czasu pracy gabinetu,
1383.	- określenie zakresu usług realizowanych w gabinecie
1384.	- definiowanie szablonu pracy lekarza:
1385.	- określenie czasu pracy,
1386.	- określenie zakresu usług realizowanych przez lekarza w ramach umów,
1387.	- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
1388.	- generacja grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie,
1389.	- blokada grafików (urlopy, remonty).
1390.	Obsługa skorowidza pacjentów
1391.	Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie karty narażeń
1392.	Generowanie zleceń wymaganych badań i konsultacji na podstawie stanowiska pracy
1393.	Wpisanie wyniku badania wykonanego w innej placówce

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1394.	Skopiowanie aktualnego wyniku badania do pozycji zawierającej wynik badania wykonanego w przeszłości
1395.	Zlecanie badań do wykonania w innych jednostkach Zamawiającego (np. gabinet specjalistyczny, laboratorium, pracownia diagnostyczna)
1396.	Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta, w tym:
1397.	- prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych np. pacjenci rejestrowani przez Internet od 13.00-15.00
1398.	- wyszukiwanie wolnych terminów jednoczesnej dostępności wymaganych zasobów:
1399.	- rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”.
1400.	- automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
1401.	- w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu
1402.	- wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych
1403.	Przegląd rezerwacji
1404.	Rejestracja pacjenta do wykonania usługi
1405.	Weryfikacja uprawnień z tytułu umów komercyjnych
1406.	Informacje o dostępności usług poza strukturami jednostki (podwykonawcy).
1407.	Określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.
1408.	Zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
1409.	Możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
1410.	Raporty i wykazy Rejestracji.
1411.	Dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
1412.	Rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
1413.	Dokumentacja badań profilaktycznych z zakresu Medycyny Pracy
1414.	Orzecznictwo Medycyny Pracy
1415.	Wspomaganie obsługi pacjenta w gabinecie:
1416.	Przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
1417.	- dane osobowe,
1418.	- podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale podawane leki, przebyte choroby, karta szczepień),
1419.	- uprawnienia z tytułu umów,
1420.	- Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta) ,
1421.	- wyniki badań,
1422.	- przegląd rezerwacji.
1423.	- wykluczenia (rozpoznanie ograniczające uprawnienia z umowy),
1424.	- możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty (w zależności od kategorii medycznej wizyty),
1425.	- przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
1426.	- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
1427.	- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
1428.	- informacje ze skierowania,
1429.	- skierowania, zlecenia,
1430.	- planowanie i rezerwacja zleceń z wizyty,
1431.	- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych,
1432.	- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
1433.	- wystawione skierowania,

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1434.	- zlecenia szczepień:
1435.	- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
1436.	- możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
1437.	- możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników).
1438.	- możliwość wykonywania usług dodatkowych podczas wizyty:
1439.	- weryfikacja uprawnień pacjenta,
1440.	- definiowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej
1441.	- obsługa zakończenia wizyty:
1442.	- autoryzacja medyczna wizyty,
1443.	- automatyczne tworzenie karty wizyty.
1444.	Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
1445.	Automatyczna generacja i przegląd Księgi Gabinetu
1446.	Raporty i wykazy Gabinetu

Lp.	Planowanie Pracy
1447.	System musi umożliwiać pobieranie i uaktualnianie danych na poziomie bazy danych z użytkowanym przez Zleceniodawcę oprogramowaniem kadrowo-płacowym w zakresie słownika pracowników, działów, grup zawodowych oraz stanowisk.
1448.	Powinno być dostępne pobieranie danych z plików csv, według powyższych zakresów tematycznych. Powinna być zapewniona automatyczna synchronizacja wybranych danych poprzez ustawienie harmonogramów z poziomu programu, oraz poprzez wywołanie programu z linii poleceń systemu operacyjnego.
1449.	System powinien prowadzić kartoteki pracownika z bieżącymi informacjami dotyczącymi przydziału do komórki organizacyjnej, grupy zawodowej, rodzaju zatrudnienia i wymiaru etatu. Możliwość określenia dostępnego urlopu wypoczynkowego oraz opieki nad dzieckiem z dokładnością do minuty. Limity urlopowe powinny być edytowalne. Kartoteka powinna zawierać listę definiowanych specjalizacji pracownika wykorzystywanych podczas edycji grafików. Powinna istnieć możliwość definiowania własnych pól informacyjnych w różnych formatach (napis, liczba, data, godzina, wartość TAK/NIE, wybór z listy) i przypisywania wartości tych pól do kartoteki pracownika. Kartoteka powinna mieć możliwość dołączenia zdjęcia pracownika oraz listy przypisanych numerów kart RCP.
1450.	Możliwość określenia miesięcznego normatywu czasu pracy, dla pracowników kontraktowych oraz specyficznych normatywów na wybrane miesiące dla wszystkich zatrudnionych.
1451.	Możliwość określenia preferencji pracy pracowników, dotyczących poszczególnych dni tygodnia, pory nocnej i dni świątecznych.
1452.	Obsługa systemu czasu pracy podstawowego i równoważnego.
1453.	Definiowanie zmian z parametrami minimalnej i maksymalnej obsady. Wykorzystanie definicji przy układaniu planu pracy.
1454.	Możliwość definiowania własnych reguł kontrolnych dotyczących wymaganej obsady na zmianie oraz obsady odpowiednik stanowisk lub kwalifikacji. Zdefiniowane reguły będą uwzględniane przy tworzeniu grafików. Reguły muszą mieć możliwość ich wyłączenia dla wybranego grafiku.
1455.	Kontrola poprawności grafiku podczas tworzenia planu pracy oraz kompleksowe sprawdzanie poprawności pod względem przepisów prawa oraz zdefiniowanych przez użytkownika warunków dotyczących obsad zmian. System powinien wskazać miejsce niezgodności.
1456.	Wylizanie normatywów okresu dla pracownika wg etatu. Możliwość wpisania innego normatywu dla pracowników kontraktowych.
1457.	Kontrola ilości dostępnego urlopu oraz tworzenie planów urlopowych.
1458.	Tworzenie grafików dla dowolnych, definiowanych grup pracowników.
1459.	Możliwość tworzenia schematów pracy i zespołów pracowników w obrębie grup.
1460.	Program musi tworzyć grafiki planowane i wykonane dla zdefiniowanych grup pracowników.
1461.	Możliwość tworzenia grafików w trybie roboczym.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1462.	Planowanie i rozliczanie czasu pracy w dowolnym okresie rozliczeniowym, z możliwością definiowania różnych okresów rozliczeniowych dla różnych grup pracowników nawet w ramach jednego komórki organizacyjnej.
1463.	Możliwość określania pracy w jednym dniu na kilku ośrodkach kosztów (działach) oraz odcinkach zadań.
1464.	Możliwość umieszczania pracownika na kilku różnych grafikach, różnych działów, w tym samym miesiącu. Program powinien sprawdzać czy planowana praca nie pokrywa się z zaplanowaną w innym grafiku.
1465.	Porównanie grafiku planowanego i wykonanego podczas pracy oraz w zestawieniu.
1466.	Aplikacja musi obsługiwać godziny nadliczbowe w wymiarze 50%, 100%, 150% i 200%.
1467.	Aplikacja musi umożliwiać rozliczanie godzin nadliczbowych poprzez ich odbiór w okresie rozliczeniowym na wniosek pracownika lub pracodawcy.
1468.	Program musi umożliwiać przekazywanie nadgodzin do wypłaty dla wybranych pracowników w obrębie wybranego miesiąca grafiku.
1469.	System powinien umożliwić podwójny poziom akceptacji grafików (na poziomie działu i kierownictwa).
1470.	System powinien tworzyć automatycznie grafiki dla pracowników w różnych systemach czasu pracy, uwzględniając preferencje pracowników, wymiar normatywu miesiąca i okresu, warunki obsad zmian oraz przepisy prawa.
1471.	Podgląd sum godzin przepracowanych i nieobecnych z podziałem na typy, wg ustalonych kodów w obrębie miesiąca i okresu rozliczeniowego.
1472.	Możliwość drukowania ewidencji czasu pracy pracownika w postaci Karty Pracy. Do wyboru powinien być zakres tworzenia kart: miesięczny lub roczny.
1473.	Możliwość drukowania planowanej ewidencji czasu pracy w postaci Grafiku Planowanego, planu pracy pracownika oraz listy obecności według grafiku planowanego.
1474.	Możliwość drukowania ewidencji czasu pracy z podziałem na ośrodki kosztów.
1475.	System powinien raportować wypracowanie w postaci ewidencji czasu pracy pracowników prowadzonych w poszczególnych działach.
1476.	Autoryzowany dostęp użytkowników z możliwością definiowania odpowiednich ról. Możliwość określenia dostępu tylko do danych działu użytkownika lub sekcji w obrębie działu.
1477.	Możliwość wysyłania monitów dla wybranych użytkowników z aplikacji.
1478.	Możliwość obsadzania dyżurów lekarskich.
1479.	Aplikacja musi zapewniać rozliczenie dyżurów lekarskich odliczanych od nominalnego czasu pracy z podziałem na dyżur 50% i dyżur 100% oraz dyżury pod telefonem i wezwania.
1480.	System powinien generować wydruki w formacie pdf, xls i doc
1481.	Możliwość wyświetlania statystyk dla tworzonych grafików, dotyczących wypracowania normatywu, naliczonych dodatków świątecznych i noenych oraz ilościowej obsady zmian.
1482.	Możliwość tworzenia kalendarza dni wolnych oraz określenia czy wybrany dzień obniżających wymiar czasu pracy. Możliwość zdefiniowania kalendarza, dla dni świątecznych bez naliczania dodatków świątecznych.
1483.	Możliwość blokowania dla zmian określonych części grafiku lub całego grafiku przez użytkownika.
1484.	Wysyłanie danych do użytkowanego przez Zamawiającego oprogramowania kadrowo-płacowego w zakresie czasu pracy wynikającego z grafików. Dane powinny być eksportowane według kodów pracy oraz komórek kosztów wg programu kadrowo-płacowego. Dostępny powinien być eksport do tabel SQL, plików tekstowych, csv, xls i xml.
1485.	System powinien zapisywać historię działań pracowników, z informacją o rodzaju działania (dodanie, zmiana, usunięcie, zatwierdzenie).
1486.	Powinna istnieć możliwość zapisywania zmian nanoszonych na grafik wykonany. Pracownicy, których dotyczy zmiana harmonogramu powinni otrzymać powiadomienie drogą e-mail.
1487.	System powinien umożliwić tworzenie konfiguracji tygodniowego lub 28-dniowego, indywidualnego harmonogramu dla pracowników, w zależności od przydziału do grupy. Harmonogram powinien być automatycznie wstawiany do nowych grafików.
1488.	System powinien tworzyć zestawienie porównujące czas wejścia i wyjścia pracowników według karty pracy i danych z RCP. Zapisy RCP powinny być widoczne także podczas tworzenia grafiku oraz podlegać weryfikacji zgodności zapisów grafiku z RCP.
1489.	System powinien umożliwić wstawienie do grafiku czasu pracy wynikającego z RCP, na podstawie planu.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1490.	Powinny być dostępne wnioski o nadliczbowe według grafiku oraz o odbiór nadliczbowych i zmianę normy.
1491.	Powinien być dostępny interfejs programu w postaci programu systemu Windows oraz poprzez przeglądarkę internetową. Aplikacja w przeglądarce nie może używać żadnych wtyczek (flash, Java) i powinna być napisana w technologii Html5. Funkcjonalności programu i interfejsu przeglądarki powinny być takie same oraz powinny umożliwiać jednoczesną pracę na tej samej bazie danych.
1492.	System powinien być zgodny z ustawą RODO. Powinna być możliwość zapomnienia pracownika w systemie, wydrukowania grafiku bez wskazania rodzaju nieobecności. Powinny być możliwe do ustawienia i parametryzacji wymagania na długość i złożoność hasła oraz wykluczenie haseł historycznych.

L.p.	Bank krwi
1493.	Konfiguracja ustawień:
1494.	— możliwość definiowania słownika magazynów
1495.	— możliwość przeglądu i edycji słownika odbiorców
1496.	— możliwość definiowania słownika preparatów
1497.	— możliwość definiowanie słownika rodzaju preparatu
1498.	— możliwość definiowanie słownika jednostek miar
1499.	— możliwość definiowania słownika rodzaju dokumentów
1500.	— możliwość definiowania słownika kontrahentów
1501.	— możliwość definiowania cenników
1502.	Sporządzanie zamówień do stacji krwiodawstwa.
1503.	Obsługa dokumentów magazynowych:
1504.	— Bilans otwarcia
1505.	— Przychód
1506.	— Rozchód
1507.	— Kasacja
1508.	— Zwrot do dostawcy
1509.	— spis z natury
1510.	— remanent
1511.	Przegląd stanów magazynowych
1512.	Możliwość dopisania pozycji do zamówienia do stacji krwiodawstwa w trakcie realizacji zamówienia indywidualnego
1513.	Możliwość rezerwacji krwi lub preparatu krwiopochodnego dla zamówienia indywidualnego
1514.	System musi umożliwić określenie zakresu dostępnych danych oraz czynności związanych ze zleceniami do Banku Krwi
1515.	Raporty i zestawienia:
1516.	— dla zużycia preparatów
1517.	— dla obrotów
1518.	— dla stanów magazynowych
1519.	Księga przychodów i rozchodów
1520.	Przegląd wyników badań serologicznych
1521.	Współpraca z oddziałem w zakresie:
1522.	— zamówień indywidualnych
1523.	— przetoczeń
1524.	Przegląd i wydruk książki transfuzji

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1525.	Możliwość przyjęcia krwi lub preparatu krwiopochodnego na magazyn z wykorzystaniem czytnika kodów kreskowych
1526.	Obsługa zamówień indywidualnych na krew lub preparat krwiopochodny z jednostek zamawiających
1527.	Obsługa pilnych zamówień z jednostek zamawiających
1528.	System musi umożliwić automatyczne anulowanie rezerwacji próbek po upływie 48 godzin (z dokładnością do 30 minut) od przeprowadzenia próby.

L.p.	Zakażenia szpitalne
1529.	Moduł realizuje wspomaganie Szpitala w zakresie kontroli występowania zakażeń zakładowych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności:
1530.	Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego,
1531.	Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Zakładowego,
1532.	Prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
1533.	Wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
1534.	Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
1535.	Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną,
1536.	Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
1537.	Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
1538.	Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
1539.	Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
1540.	Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
1541.	Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
1542.	Prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
1543.	Wydruki na podstawie danych Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
1544.	Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wkłucia obwodowe, wkłucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje),
1545.	Prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
1546.	Wydruki na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
1547.	Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych ,
1548.	Wydruki na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
1549.	Raporty zgodne z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia,
1550.	Analizy ilościowe zakażeń zakładowych,
1551.	Współpraca z innymi systemem Zamawiającego w zakresie podań antybiotyków i zleceń badań do pracowni mikrobiologicznej:
1552.	- monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku powyżej 3 dni
1553.	- monitorowanie o konieczność założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym
1554.	Prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników
1555.	Prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników
1556.	Możliwość dostosowania wydruku Kart zakażeń
1557.	Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju
1558.	Możliwość definicji powiązań zgłoszeń zachorowań na choroby zakaźne z patogenem i rozpoznaniem
1559.	Możliwość definicji diagnoz pielęgniarских pod kątem wymagalności zakładania Kart zakażeń
1560.	Możliwość definicji rozpoznaw dla których zakładana jest Karta zakażenia
1561.	Możliwość definicji zakładania Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1562.	Zależność Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju
1563.	Szybki podgląd listy pacjentów dla nowo założonych: kart obserwacji, kart zakażenia, kart drobnoustroju, alert-patogenów

L.p.	Kalkulacja Kosztów Leczenia
1564.	Kalkulacja indywidualnych kosztów leczenia pacjenta.
1565.	Możliwość automatycznego pobierania danych o pacjencie w zakresie zrealizowanych mu świadczeń z aplikacji medycznych (Poradnia, Ruch Chorych i Apteczka oddziałowa, itp.):
1566.	- osobodni,
1567.	- procedury,
1568.	- badania,
1569.	- leki.
1570.	Możliwość wydruku kosztowej karty pacjenta dającej możliwość wyceny pobytu pacjenta (wydruk jako załącznik może być podstawą wystawienia faktury za pobyt pacjenta nieubezpieczonego) z wyszczególnieniem kosztów świadczeń i leków istotnych kosztowo oraz włączeniem kosztów pozostałych świadczeń do kosztów ogólnych pobytu:
1571.	- w zakresie kosztów leków – na poziomie cen leków z konkretnej dostawy, w ramach której zrealizowano podania dla pacjenta (integracja z modułem aptecznym, apteczka oddziałowa),
1572.	Możliwość grupowania kosztowych kart pacjentów wg zdefiniowanych kryteriów i prowadzenia analiz ekonomicznych (np. wg jednostek chorobowych, produktów rozliczeniowych).
1573.	Możliwość definiowania wskaźników kosztowo-przychodowych w oparciu o predefiniowane funkcje dla:
1574.	- pacjentów,
1575.	- ośrodków powstawania kosztów,
1576.	- jednostek chorobowych,
1577.	- produktów kontraktowych.
1578.	Możliwość zestawienia przychodów i kosztów hospitalizacji na poziomie:
1579.	- pojedynczego pacjenta,
1580.	- kodu JGP,
1581.	- produktu jednostkowego,
1582.	- produktu kontraktowego,
1583.	- rozpoznania głównego.
1584.	Możliwość zestawienia statystyk kosztów pobytów z podziałem na lekarzy prowadzących.
1585.	Możliwość szacunkowej kalkulacji dotychczasowych kosztów pacjenta w trakcie trwania hospitalizacji w oparciu o dane historyczne lub zdefiniowane cenniki (w przypadku braku danych historycznych).
1586.	Możliwość prezentacji kosztów zleceń do jednostek zewnętrznych wg przyjętych cen umownych z daną jednostką
1587.	Monitorowanie wskaźnika rozliczeń komercyjnych realizowanych przez Szpital.

L.p.	Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM)
1588.	Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
1589.	System wykorzystuje PIK HL7 CDA
1590.	Możliwość archiwizacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych tj. księgi
1591.	Możliwość obsługi załączników do dokumentów

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1592.	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych generowanych przez system medyczny w repozytorium dokumentacji elektronicznej
1593.	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza systemem HIS, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych
1594.	Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej
1595.	Dostęp do całości dokumentacji przechowywanej w EDM:
1596.	- z poziomu wbudowanych w systemy medyczne mechanizmów
1597.	- z poziomu dedykowanego interfejsu
1598.	Możliwość exportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML
1599.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie oraz na zbiorze dokumentów
1600.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów
1601.	Możliwość znakowania czasem dokumentu
1602.	Możliwość wykonania kontrasygnaty
1603.	Możliwość weryfikacji podpisu
1604.	Możliwość weryfikacji integralności dokumentu
1605.	Możliwość wydruku dokumentu
1606.	Możliwość wyszukiwania dokumentów za pomocą zaawansowanych kryteriów oraz meta danych.
1607.	Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji.
1608.	Repozytorium EDM musi umożliwiać:
1609.	- rejestrację dokumentu
1610.	- pobieranie dokumentów w formacie XML
1611.	- pobieranie dokumentów w formacie PDF
1612.	- wyszukiwanie materializacji dokumentów
1613.	Repozytorium EDM musi współdzielić z HIS:
1614.	- słownik jednostek organizacyjnych
1615.	- rejestr użytkowników
1616.	- rejestr pacjentów
1617.	System uprawnień pozwalający na precyzyjne definiowanie obszarów dostępnych dla danego użytkownika pełniącego określoną rolę.
1618.	Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu do określonych operacji w repozytorium. Przykłady uprawnień systemowych: uruchomienie systemu, zarządzanie uprawnieniami użytkowników, zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi, zarządzanie typami dokumentów.
1619.	Możliwość zarządzania uprawnieniami do wykonywania operacji na poszczególnych typach dokumentów w ramach całej placówki lub poszczególnych jednostek organizacyjnych. Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, znakowanie czasem dokumentu, import i eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd.
1620.	Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych.
1621.	Zakłada się także możliwość indeksowania dokumentów, których elektroniczna postać nie jest przechowywana w systemie HIS – np. indeksowanie dokumentów papierowych, obrazów radiologicznych przechowywanych w PACS.
1622.	Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu
1623.	Indeks powinien uwzględniać rozdzielenie danych osobowych od danych medycznych
1624.	Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów
1625.	Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ, data powstania itp., oraz na informacje o zdarzeniach
1626.	System musi umożliwić udostępnianie dokumentacji:
1627.	- w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w Szpitalu

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1628.	- pacjentom i ich opiekunom
1629.	- podmiotom upoważnionym np. prokurator
1630.	System powinien umożliwiać wymianę dokumentacji medycznej w ramach Systemu Informacji Medycznej:
1631.	- bezpośrednio pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia
1632.	- za pośrednictwem systemów regionalnych
1633.	- z wykorzystaniem platformy P1.
1634.	Podpis cyfrowy
1635.	System musi umożliwiać złożenie podpisu cyfrowego na przekazanych dokumentach oraz zapewnia:
1636.	- możliwość podpisywania pojedynczych dokumentów,
1637.	- możliwość podpisywania grupy dokumentów z jednokrotnym zapytaniem o PIN,
1638.	- możliwość określenia formatu podpisu (zewnętrzny lub otaczający/otaczany).
1639.	System musi umożliwiać przegląd podpisywanych dokumentów:
1640.	- przegląd listy podpisywanych dokumentów (dla podpisywania grupowego),
1641.	- podgląd podpisywanych dokumentów XML.
1642.	System musi umożliwiać podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej przetwarzanej w Repozytorium EDM, w szczególności:
1643.	- automatyczne pobieranie dokumentów elektronicznych do podpisu cyfrowego na podstawie przekazanego identyfikatora dokumentu,
1644.	- rejestrację w Repozytorium EDM informacji o złożeniu podpisu,
1645.	- generowanie podpisu cyfrowego oraz rejestrację sygnatury podpisu w Repozytorium EDM.
1646.	System wykorzystuje opcjonalne logowanie do systemu szpitalnego przez profil zaufany e-PUAP (powiązanie konta pacjenta z profilem zaufanym)

L.p.	APLIKACJA DO ANALIZY ZARZĄDCZO-ANALITYCZNEJ MIN. 3 STANOWISKA
1647.	Dostarczona aplikacja/system umożliwia przechodzenie pomiędzy różnymi obszarami analitycznymi (drillthrough) z zachowaniem nałożonych przez użytkownika filtrów/selekcji np. użytkownik wybiera grupę analizowanych JGP na jednym kokpicie, i ma możliwość otworzenia zupełnie niezależnego kokpitu analizy JGP z zachowaniem ustawionych filtrów.
1648.	Dostarczona aplikacja/system pozwala na globalne filtrowanie danych dla wszystkich wykresów i tabeli w analizie.
1649.	Dostarczona aplikacja/system poza standardową funkcjonalnością filtrowania danych na raportach, tabelach, wykresach musi mieć możliwość elastycznego filtrowania danych po dowolnej kolumnie na tworzonych analizach ad hoc i umożliwia globalne przeszukiwanie całego zakresu danych (wszystkie kolumny).
1650.	Dostarczona aplikacja/system pozwala na trwale zapisanie utworzonego zestawu filtrów, w taki sposób aby użytkownik mógł powrócić do utworzonego filtru w przyszłości.
1651.	Dostarczona aplikacja/system pozwala na filtrowanie danych poprzez zaznaczenie wybranych elementów bezpośrednio na wykresach i tabelach.
1652.	Dostarczona aplikacja/system umożliwia poruszanie się wstecz lub do przodu w ramach historii wykonywanego w trakcie analizy filtrowania np. w celu wykonania analizy porównawczej tej samej selekcji danych.
1653.	System umożliwia personalizację stylu kokpitów analitycznych (loga, czeionki, kolorystyka) do wymagań użytkownika, na poziomie developerskim Wykonawcy
1654.	Dostarczona aplikacja/system gwarantuje takie same możliwości wyboru filtrów na urządzeniach mobilnych jak na komputerach PC np. możliwość zaznaczania fragmentów mapy, wierszy z tabeli, części wykresów.
1655.	Dostarczona aplikacja/system ma możliwość tworzenia kokpitów porównawczych wartości miar dla dwóch lub więcej interaktywnie wybieranych zestawów wartości jednego lub więcej wymiarów.
1656.	Dostarczana aplikacja ma możliwość tworzenia raportów/pulpitów:
1657.	Analiza czasów hospitalizacji Pulpit ten służy do analizy efektywności leczenia w dowolnej kombinacji poniższych wymiarów: —— wg jednostki kierującej

-59-

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

- ~~— wg czy JGP (czy zgrupowane wg załącznika 1a do umowy — Tak; czy świadczenia dodatkowe — Nie)~~
- ~~— wg formy leczenia (szpitalna — świadczenia bezwzględnie wymagające formy szpitalnej; alternatywna — świadczenia możliwe do wykonania w formach alternatywnych do szpitalnej)~~
- ~~— wg rodzaj świadczenia (zachowawcze, zabiegowe, inne)~~
- ~~— wg kompleksowości grup JGP~~
- ~~— wg produktu grupy JGP~~
- ~~— wg rozpoznania zasadniczego~~
- ~~— wg rozpoznania współistniejącego~~
- ~~— wg procedur ied9~~
- ~~— wg trybów przyjęcia~~
- ~~— wg trybów wypisów~~
- ~~— wg lekarza prowadzącego~~
- ~~— wg operatora~~
- ~~— wg grup wiekowych~~
- ~~— wg płci pacjenta~~

KPI (Kluczowe wskaźniki) pulpitu to:

- ~~— liczba hospitalizacji w okresie analizy~~
- ~~— relacja z liczbą hospitalizacji w okresie porównania~~
- ~~— średniego czasu hospitalizacji~~
- ~~— relacji średniego czasu hospitalizacji do okresu porównania~~
- ~~— przychodu ze świadczeń (przychód stanowiący sumę wartości poszczególnych hospitalizacji, może się różnić z przychodem zaksięgowanych w danym miesiącu)~~
- ~~— kosztu badań diagnostycznych~~
- ~~— kosztu leków~~

Wartość KPI będzie się zmieniać w zależności od dowolnej kombinacji wymiarów.

Wykresy informują o:

- ~~— realizacji hospitalizacji w dowolnie wybranej kombinacji wymiarów w następujących zakresach czasowych:

 - ~~• godziny przyjęcia,~~
 - ~~• dnia przyjęcia,~~
 - ~~• okresu przyjęcia (dnia miesiąca roku przyjęcia)~~
 - ~~• miesiąca przyjęcia~~
 - ~~• dnia tygodnia wypisu,~~
 - ~~• przedziałów czasowych hospitalizacji,~~~~
 - ~~— relacji kosztu leków, kosztu badań diagnostycznych, kosztu badań laboratoryjnych, marży pokrycia (brutto) na lekarza prowadzącego — wymiar rozwijany przez rozpoznanie do pojedynczej hospitalizacji~~
 - ~~— liczby hospitalizacji okresu analizy i okresu porównania~~
 - ~~— liczby hospitalizacji — analiza trendu liniowego (możliwość wyboru trendu, przy wdrażaniu aplikacji, na — potęgowy, wykładniczy, logarytmiczny, wykładniczy)~~
- ~~Z poziomu pulpitu można komunikować się z : analizą hospitalizacji, analizą bloku operacyjnego, szpitalną mapą potrzeb zdrowotnych, analizą drogi pacjenta, analizą~~

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	rehospitalizacji, analizą potencjalnych powikłań
1659.	<p><u>Analiza pobytów</u></p> <p>Pulpit ten służy do analizy liczby wykonywanych pobytów w trakcie hospitalizacji pacjenta, w dowolnej kombinacji poniższych wymiarów:</p> <ul style="list-style-type: none"> — wg jednostek kierujących — wg pory przyjęć (w godzinach zwykłych i godzinach dyżurowych) — wg rozliczonych świadczeń — wg nazwy jednostki organizacyjnej leczenia — wg oddziału wypisującego — wg liczby jednostek organizacyjnych hospitalizacji — wg czy JGP (czy zgrupowane wg załącznika 1a do umowy — Tak; czy świadczenia dodatkowe — Nie) — wg formy leczenia (szpitalna — świadczenia bezwzględnie wymagające formy szpitalnej; alternatywna — świadczenia możliwe do wykonania w formach alternatywnych do szpitalnej) — wg rodzaj świadczenia (zachowawcze, zabiegowe, inne) — wg kompleksowości grup JGP — wg produktu grupy JGP — wg rozpoznania zasadniczego — wg rozpoznania współistniejącego — wg procedur ied9 — wg trybów przyjęcia — wg trybów wypisów — wg lekarza prowadzącego — wg operatora — wg grup wiekowych — miasta zamieszkania deklarowanego przez pacjenta — wg płeć pacjenta <p>KPI (kluczowe wskaźniki) pulpitu to:</p> <ul style="list-style-type: none"> — liczba pobytów w okresie analizy — relacja z liczbą hospitalizacji w okresie porównania — średni czas pobytu — relacja średniego czasu pobytu do okresu porównania — osobodni pobytu — średniego przychodu ze świadczeń (przychód stanowiący sumę wartości poszczególnych hospitalizacji, może się różnić z przychodem zaksięgowanych w danym miesiącu) — średniego kosztu badań diagnostycznych — średniego kosztu badań laboratoryjnych — średniego kosztu leków <p>Wartość KPI będzie się zmieniać w zależności od dowolnej kombinacji wymiarów w następujących zakresach czasowych:</p> <p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none"> — realizacji pobytów w dowolnie wybranej kombinacji wymiarów w następujących zakresach czasowych:

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<ul style="list-style-type: none">• godziny przyjęcia,• dnia przyjęcia,• okresu przyjęcia (dnia miesiąca roku przyjęcia• miesiąca przyjęcia• dnia tygodnia wypisu,• przedziałów czasowych hospitalizacji,— relacji kosztu leków, kosztu badań diagnostycznych, kosztu badań laboratoryjnych , marży pokrycia (brutto) na lekarza prowadzącego — wymiar rozwijany przez rozpoznanie do pojedynczej hospitalizacji— liczby hospitalizacji okresu analizy i okresu porównania— liczby hospitalizacji — analiza trendu liniowego (możliwość wyboru trendu, przy wdrażaniu aplikacji, na — potęgowy, wykładniczy, logarytmiczny, wykładniczy)— tabeli szczegółów pobytu
1660.	<p><u>Analiza wizyt</u></p> <p>Pulpit zawiera wizyty z zakresów (na podstawie danych zawartych w systemie HIS):</p> <ul style="list-style-type: none">— planowane świadczenia— w gabinecie— izbie przyjęć— w poradni— wizyta w gabinecie POZ— zaplanowana w poradni— zlecenie wyjazdu pogotowia <p>Pulpit to narzędzie do analizy liczby wykonywanych wizyt w dowolnej kombinacji poniższych wymiarów:</p> <ul style="list-style-type: none">— wg rodzaju wizyty— wg wizyt ratujących życie— wg płatnika— wg ubezpieczyciela— wg jednostki wizyty— wg lekarza przyjmującego— wg typu jednostki kierującej— wg produktu grupy JGP— wg rozpoznania zasadniczego— wg rozpoznania współistniejącego— wg procedury— wg decyzji zespołu— wg trybu przyjęcia— wg płeć— wg grupy wiekowej— wg pochodzenia pacjenta <p>KPI (kluczowe wskaźniki) pulpitu to:</p>

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<p>—liczba wizyt w okresie analizy</p> <p>—relacja z liczbą wizyt w okresie porównania</p> <p>—średniego czasu wizyty</p> <p>—relacja średniego czasu wizyty do okresu porównania</p> <p>—przychodu ze świadczeń (przychód stanowiący sumę wartości poszczególnych hospitalizacji, może się różnić z przychodem zaksięgowanych w danym miesiącu)</p> <p>—kosztu badań diagnostycznych</p> <p>—kosztu badań laboratoryjnych</p> <p>—kosztu leków</p> <p>Wartość KPI będzie się zmieniać w zależności od dowolnej kombinacji wymiarów.</p> <p>Wykresy informują o:</p> <p>—realizacji pobytów w dowolnie wybranej kombinacji wymiarów w następujących zakresach czasowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> •dni, •dni tygodnia, •dzień pracujący/ wolny, •godzina wizyty, •dzień/miesiąc/rok wizyty •rok/ miesiąc <p>—relacji kosztu leków, kosztu badań diagnostycznych, kosztu badań laboratoryjnych dla lekarza prowadzącego—wymiar rozwijany przez rozpoznanie do pojedynczej hospitalizacji.</p> <p>—tabeli szczegóły wizyty</p>
1661.	<p><u>Analiza SOR</u></p> <p>Pulpit zawiera wizyty z zakresów:</p> <p>—szpitalnego oddziału ratunkowego</p> <p>Pulpit ten służy do analizy liczby wykonywanych pobytów w dowolnej kombinacji poniższych wymiarów:</p> <p>—wg jednostki kierującej</p> <p>—wg pory przyjęć</p> <p>—wg czy prawidłowa kategoria SOR</p> <p>—wg kategorii produktu SOR</p> <p>—wg czy rozliczone</p> <p>—wg jednostki SOR</p> <p>—wg produktu grupy JGP</p> <p>—wg rozpoznania zasadniczego</p> <p>—wg rozpoznania współistniejącego</p> <p>—wg procedury</p> <p>—wg czasu wizyty</p> <p>—wg trybu przyjęcia</p> <p>—wg lekarza prowadzącego</p> <p>—wg płci</p>

1662. Analiza Bloku Operacyjnego
Pulpit to narzędzie do analizy liczby wykonywanych zabiegów operacyjnych w dowolnej kombinacji poniższych wymiarów:

- wg sal operacyjnych
- wg jednostki zlecającej zabieg
- wg operatora I
- wg rodzaju leczenia
- wg pory dnia operacji
- wg dnia roboczego/wolnego
- wg dnia tygodnia operacji
- wg rodzaju znieczulenia
- wg procedury wykonanej
- wg grupy wiekowej pacjenta
- wg oddziału wypisującego
- wg produktu grupy JGP

-65-

- ~~wg formy leczenia (szpitalna – świadczenia bezwzględnie wymagające formy szpitalnej; alternatywna – świadczenia możliwe do wykonania w formach alternatywnych do szpitalnej)~~
- ~~wg rodzaju grup JGP~~
- ~~wg kompleksowości grup JGP~~
- ~~wg produktu grupy JGP~~
- ~~wg rozpoznania zasadniczego~~
- ~~wg rozpoznania współistniejącego~~
- ~~wg trybów przyjęcia~~
- ~~wg trybów wypisów~~
- ~~wg lekarzy – prowadzących~~
- ~~wg operatorów~~
- ~~wg grup wiekowych~~
- ~~wg deklarowanego miejsca zamieszkania pacjentów~~

- liczba pacjentów w okresie analizy — ich relacji do okresu porównania średniego czasu pobytu
- relacji średniego czasu pobytu do okresu porównania
- liczba pacjentów spoza powiatu w okresie analizy — ich relacji do okresu porównania
- udział pacjentów spoza powiatu — jego relacji do okresu porównania

~~Pulpit zawiera mapy:~~

- mapa punktów pochodzenia pacjentów z wykresami kołowymi dowolnie wyselekcjonowanych wymiarów pulpitu
- mapa linii odległości od pochodzenia pacjentów do podmiotu

~~Pulpit ten służy do wykonania analizy porównawczej podmiotu z regionem (województwem) lub dowolnie wybranym podmiotem.~~

~~Porównania można wykonać w następujących wymiarach:~~

- wg rodzaju grup JGP
- wg kompleksowości grup JGP
- wg produktu grupy JGP
- wg rozpoznań zasadniczych
- wg trybów przyjęcia
- wg trybów wypisów
- wg grup wiekowych
- zakresu świadczenia

~~KPI (kluczowe wskaźniki) analizy porównawczej to:~~

- ~~— próba analizy~~
~~— średni czas pobytu~~

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<p>—średnia wartość pobytu</p> <p>Wartość KPI będzie się zmieniać w zależności od dowolnej kombinacji wymiarów.</p> <p>Wykresy porównują:</p> <p>—strukturę pobytów</p> <p>—histogram czasu pobytów</p>
1665.	<p><u>Analiza wykorzystania łóżek</u></p> <p>Pulpit ten służy do wykonania analizy wykorzystania łóżek na analizowanych oddziałach w następujących zakresach:</p> <p>—wykorzystanie rzeczywiste—mierzone z realizowanych czasów pobytu pacjentów i liczby łóżek rzeczywistych</p> <p>—wykorzystanie realne—mierzone z optymalnych czasów pobytu i liczby łóżek rzeczywistych</p> <p>Optimalny czas leczenia obliczany jest indywidualnie dla każdego pobytu w zakresie: produktu, rozpoznania, grupy wiekowej pacjenta. Obliczenia są efektem analizy porównawczej tej samej kategorii pobytu realizowanej w próbie ogólnopolskiej.</p> <p>Aplikacja zawiera pola indywidualnego definiowania:</p> <p>—dolnej granicy bezpieczeństwa epidemiologicznego (Kolory na wykresach dostosowują się do zdefiniowanych granic)</p> <p>—górnej granicy bezpieczeństwa epidemiologicznego (Kolory na wykresach dostosowują się do zdefiniowanych granic)</p> <p>—wskaźnika optymalnego wykorzystania łóżek (Miara liczby łóżek nieoptymalnie wykorzystanych będzie ulegała zmianie w zależności od wartości tego parametru)</p> <p>KPI (kluczowe wskaźniki) analizy porównawczej to:</p> <p>—wskaźnik obłożenia łóżek</p> <p>—liczba łóżek</p> <p>—liczba nieefektywnie wykorzystanych łóżek</p> <p>—łączny koszt przedłużonych pobytów</p> <p>Wykresy informują o:</p> <p>—wykorzystaniu łóżek—z zaznaczeniem granic bezpieczeństwa epidemiologicznego</p> <p>—wykorzystaniu łóżek w czasie—z zaznaczeniem granic bezpieczeństwa epidemiologicznego</p>
1666.	<p><u>Analiza drogi pacjenta</u></p> <p>Pulpit ten służy do zidentyfikowania ścieżki pacjenta w podmiocie tj. z jakiej jednostki podmiotu i kiedy skorzystał pacjent w następujących zakresach:</p> <p>—wg jednostek kierujących</p> <p>—wg rozliczonych świadczeń</p> <p>—wg oddziałów</p> <p>—wg produktu grupy JGP</p> <p>—wg rodzaju grup JGP</p> <p>—wg kompleksowości grup JGP</p> <p>—wg rozpoznania zasadniczego</p> <p>—wg rozpoznania współistniejącego</p>

-68-

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<p>KPI (kluczowe wskaźniki) analizy potencjalnych powikłań to:</p> <ul style="list-style-type: none">— liczba potencjalnych powikłanych pobyków — ich relacji do okresu porównania— udział potencjalnych powikłanych pobyków w hospitalizacjach ogółem — ich relacji do okresu porównania— średni czas pobytu powikłanych przypadków — ich relacji do okresu porównania— koszt osobednia powikłanych przypadków — ich relacji do okresu porównania— koszt badań diagnostycznych powikłanych przypadków — ich relacji do okresu porównania— koszt badań obrazowych powikłanych przypadków — ich relacji do okresu porównania— koszt leków powikłanych przypadków — ich relacji do okresu porównania <p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none">— strukturze pobyków z potencjalnymi powikłaniami— tabelą zużytych leków
1668.	<p><u>Analiza rehospitalizacji</u></p> <p>Pulpit ten służy do zidentyfikowania rehospitalizacji po 14, 30, 60, 90 dniach w następujących zakresach:</p> <ul style="list-style-type: none">— wg jednostek kierujących— wg pory przyjęć (w godzinach zwykłych i godzinach dyżurowych)— wg rozliczonych świadczeń— wg nazwy jednostki organizacyjnej leczenia— wg oddziału wypisującego— wg liczby jednostek organizacyjnych hospitalizacji— wg czy JGP (czy zgrupowane wg załącznika 1a do umowy — Tak; czy świadczenia dodatkowe — Nie)— wg formy leczenia (szpitalna — świadczenia bezwzględnie wymagające formy szpitalnej; alternatywna — świadczenia możliwe do wykonania w formach alternatywnych do szpitalnej)— wg rodzaj świadczenia (zachowawcze, zabiegowe, inne)— wg kompleksowości grup JGP— wg produktu grupy JGP— wg rozpoznania zasadniczego— wg rozpoznania współistniejącego— wg procedur icd9— wg trybów przyjęcia— wg trybów wypisów— wg lekarza prowadzącego— wg operatora— wg grup wiekowych— wg płci pacjenta <p>Do zakresu hospitalizacji zaliczymy ponowne hospitalizacje bez względu na rozpoznanie: Podmiot może indywidualnie zdefiniować okres hospitalizacji tj. 14, 30, 60, 90 dnia</p>

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<p>KPI (kluczowe wskaźniki) analizy rehospitalizacji to:</p> <ul style="list-style-type: none"> — liczba hospitalizacji — ich relacji do okresu porównania — liczba rehospitalizacji — ich relacji do okresu porównania — udział rehospitalizacji w hospitalizacjach ogółem — ich relacji do okresu porównania <p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none"> — strukturze hospitalizacji — liczbie rehospitalizacji — relacji wybranego wymiaru liczby rehospitalizacji do liczby hospitalizacji
1669.	<p><u>Analiza wyników finansowych</u></p> <p>Pulpit ten służy do odczytania wyników finansowych poszczególnych ośrodków powstawania kosztów</p> <p>KPI (Kluczowe wskaźniki) analizy wyniku finansowego to:</p> <ul style="list-style-type: none"> — wynik finansowy ogółem — jego relacja do okresu porównania — wynik finansowy na hospitalizacje — jego relacja do okresu porównania — wynik finansowy na pacjenta — jego relacja do okresu porównania — wynik finansowy na łóżko — jego relacja do okresu porównania <p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none"> — wartości wyniku finansowego OPK — realizacji planu finansowego OPK (w przypadku gdy podmiot ustala plany finansowe dla opk) — relacji wyniku finansowego i udziału świadczeń o charakterze: kompleksowym, podstawowym — wartości przychodów i kosztów w czasie — wartości wyniku finansowego OPK — tabela <p><u>Analiza kosztów jednostkowych</u></p> <p>Pulpit ten służy do zidentyfikowania kosztów jednostkowych w następujących wymiarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> — wg nazwa OPK — wg charakteru kosztu (koszty stałe i zmienne) — wg Grupy głównej kosztu Podmiot — zdefiniowanej przez podmiot — wg Grupy kosztu Podmiot — zdefiniowanej przez podmiot — wg Grupy głównej kosztu — zdefiniowanej przez autorów PMZ — wg Grupy kosztu — zdefiniowanej przez autorów PMZ — wg rodzaju kosztu (koszt bezpośredni, pośredni) <p>KPI (Kluczowe wskaźniki) analizy wyniku finansowego to:</p> <ul style="list-style-type: none"> — koszt jednostkowy na pacjenta — jego relacja do okresu porównania — koszt jednostkowy na hospitalizacje — jego relacja do okresu porównania — koszt jednostkowy na łóżko — jego relacja do okresu porównania

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

	<p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none">— dynamice kosztu jednostkowego— rozkładu kosztu jednostkowego na oddziały— zmiany kosztu jednostkowego w stosunku do przyrostu pobytów— koszeie jednostkowego na oddziały — tabela
1670.	<p>Analiza dynamiki kosztów</p> <p>Pulpit ten służy do zidentyfikowania kosztów w następujących wymiarach:</p> <ul style="list-style-type: none">— wg nazwa OPK— wg charakteru kosztu (koszty stałe i zmienne)— wg Grupy głównej kosztu Podmiot — zdefiniowanej przez podmiot— wg Grupy kosztu Podmiot — zdefiniowanej przez podmiot— wg Grupy głównej kosztu — zdefiniowanej przez autorów PMZ— wg Grupy kosztu — zdefiniowanej przez autorów PMZ— wg rodzaju kosztu (koszt bezpośredni, pośredni) <p>KPI (Kluczowe wskaźniki) analizy wyniku finansowego to:</p> <ul style="list-style-type: none">— wartość kosztu — jego relacja do okresu porównania— wartość kosztu stałego — jego relacja do okresu porównania— wartość kosztu zmiennego — jego relacja do okresu porównania— udział kosztu stałego— udział kosztu zmiennego <p>Wykresy informują o:</p> <ul style="list-style-type: none">— strukturze kosztów dla dowolnie wybranego wymiaru— rozkładu kosztu jednostkowego na oddziały— dynamice kosztu — z analiza trendu liniowego— analizie porównawczej kosztu dla okresu analizy i okresu porównania— koszeie na oddziały — tabela <p>Analiza dynamiki przychodów</p> <p>Pulpit ten służy do zidentyfikowania przychodów w następujących wymiarach:</p> <ul style="list-style-type: none">— wg nazwa OPK— wg rodzaju przychodu (grupy głównej przychodu zdefiniowanej przez podmiot)— wg rodzaju przychodu szczegóły (grupy przychodu zdefiniowanej przez podmiot) <p>KPI (Kluczowe wskaźniki) analizy wyniku finansowego to:</p> <ul style="list-style-type: none">— wartość przychodu — jego relacja do okresu porównania— wartość przychodu z NFZ — jego relacja do okresu porównania— wartość przychodu pozostały — jego relacja do okresu porównania

L.p.	Żywnienie pozajelitowe
1672.	RECEPTY NA ŻYWIENIE POZAJELITOWE – LEKARZE:
1673.	Wypisywanie recept - wybieranie preparatów i ich ilości
1674.	Wypisywanie recept z wykorzystaniem worków RTU - wybór worka RTU i dopisywanie preparatów i ich ilości
1675.	Wypisywanie recept na podstawie algorytmów dla dzieci - wg zapotrzebowania pacjenta na kg masy ciała
1676.	Wypisywanie recept na podstawie algorytmów dla dorosłych - zapotrzebowanie wg danych pacjenta i jego stanu zdrowia
1677.	Wypisywanie recept na podstawie algorytmów dla worków RTU - wybór worka RTU i wg zapotrzebowania pacjenta na elektrolity

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1678.	Ograniczanie dodawania preparatów do worka RTU i ich ilości zgodnie z zaleceniami producenta
1679.	Wyliczenie parametrów mieszaniny dla oceny stabilności recepty
1680.	Wyliczenie wartości witamin i pierwiastków śladowych
1681.	Kopiowanie recepty i jej modyfikacja
1682.	Obsługa starterów (wcześniej przygotowanych worków żywieniowych)
1683.	Wydruk recepty
1684.	Elektroniczne przesłanie recepty do apteki
1685.	PRZYGOTOWANIE MIESZANIN – APTEKA:
1686.	Sprawdzenie recepty - podgląd recepty wraz z wyliczonymi wartościami pozwalającymi określić stabilność mieszaniny
1687.	Zatwierdzanie recept lub cofnięcie do lekarza do poprawy
1688.	Wyliczenie ilości potrzeb do wykonania mieszanin
1689.	Możliwość osobnego rozliczenia żywienia domowego
1690.	Współpraca z maszynami do wykonania mieszanin
1691.	Wydruk etykiet w wielu wariantach
1692.	Raport wykonania mieszanin
1693.	Przygotowanie i wydruk kart dostaw dla żywienia domowego
1694.	Dla ręcznie przygotowywanych mieszanin planowanie i stosowanie czynności wykonawczych
1695.	Rozliczenie zużytych preparatów na pacjenta lub oddział (w zależności od potrzeb)
1696.	Rozliczenie zużytego sprzętu na oddział
1697.	ZESTAWIENIA:
1698.	Zestawienia zużycia preparatów i sprzętu
1699.	Zestawienia kosztów
1700.	Rozliczenie zużycia preparatów i sprzętu
1701.	Statystyka żywienia
1702.	Lista pacjentów żywienia pozajelitowego
1703.	Moduł zintegrowany z pozostałą częścią systemu HIS

L.p.	Farmakoterapia
1704.	RECEPTY FARMAKOTERAPII – LEKARZE:
1705.	Wypisywanie recept - wybieranie preparatów, dawki i ich ilości
1706.	- określenie ilości pokarmu podawanego dojelitowo - pokarm matki lub sztuczny (także HMF i SB)
1707.	–stosowanie banku mleka
1708.	- wyliczenie ilości składników z leków i pokarmu, mających wpływ na żywienie pozajelitowe i uwzględnienie tych wartości w procesie tworzenia żywienia pozajelitowego
1709.	Modyfikacja istniejącej recepty - zmiana leczenia
1710.	Kopiowanie recepty i jej modyfikacja - program wylicza czas podania kolejnej dawki leku
1711.	Wydruk recepty - karta terapii i żywienia
1712.	Elektroniczne przesłanie recepty do apteki
1713.	PRZYGOTOWANIE LEKÓW FARMAKOTERAPII – APTEKA
1714.	Sprawdzenie recepty - podgląd recepty
1715.	Zatwierdzanie recept lub cofnięcie do lekarza do poprawy

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1716.	Wprowadzanie rozcieńczeń (baz) wykonanych w aptecę
1717.	Generowanie listy leków do wykonania w Aptecę z uwzględnieniem czasu pracy Apteki i trwałości wykonanych leków
1718.	Wydruk etykiet
1719.	ZESTAWIENIA
1720.	Współpraca z kuchnią mleczną
1721.	Zestawienia stosowanych leków (preparatów)
1722.	Zestawienie stosowanych leków dla pacjenta
1723.	PODAWANIE LEKÓW
1724.	Planowanie i ewidencja czynności dla pielęgniarek
1725.	Modyfikacja planu czynności pielęgniarskich przez lekarzy poprzez podejmowanie decyzji o podaniu leku, odstawieniu leku, zmianie prędkości przepływu
1726.	Moduł zintegrowany z pozostałą częścią systemu HIS

E-USŁUGI:**e-Kontakt**

Procesy wspierane przez moduł:

- proces automatycznego powiadamiania pacjenta o zbliżających się terminach wizyt niezależnie od tego, czy był zarejestrowany przez Internet, czy przez pracownika Szpitala w tradycyjny sposób (eliminacja tzw. pustych przebiegów), a także dostarczeniu niezbędnego dokumentu ubezpieczenia w przypadku przekroczenia daty ważności dotychczas dostarczonego;
- rejestracja pacjenta;
- obsługa e-skierowań
- automatyczne wysyłanie informacji do celowych grup pacjentów związanych z promocją zdrowia lub profilaktyką, działalnością statutową Szpitala;
- automatyczne informowanie pacjenta o koniecznym przygotowaniu do wizyt, badań niezależnie od tego czy został zarejestrowany przez Internet czy tradycyjnie przez pracownika Szpitala;
- proces pisemnej elektronicznej korespondencji pacjenta z Szpitalem (na poziomie składania wniosków przez pacjenta i obsługi ich statusów przez Szpital) ;
- proces obsługi telefonicznej pacjentów: możliwość realizacji kampanii informacyjnej, badania jakości obsługi itd.

e-Wywiad

Usługa/moduł wspiera proces pozyskania od pacjenta informacji dotyczących stanu jego zdrowia i jego rodziny przed wizytą lub pobytem w celu skrócenia czasu wizyty lub przyspieszenia obsługi przyjmowanego pacjenta.

Usługa/moduł w pełni zintegrowany z systemem medycznym placówki. Dane wprowadzone na ~~inteligentnych~~ e-formularzach będą dostępne w systemie medycznym. Moduł formularzy i ankiet dla pacjentów jest ściśle zintegrowany z formularzami Dokumentacji Medycznej, którymi zarządza się we wspólnym module administracyjnym systemu medycznego i e-usług za pomocą narzędzi WYSWIG.

Model e-formularzy przewiduje wielopoziomowy zestaw pytań zawartych w procesie wywiadu, co jest dostosowane do wystąpienia sytuacji różnych schorzeń. Wybranie określonej opcji powodować będzie uruchamianie lub blokowanie udostępnienia kolejnych e-formularzy dostępnych dla pacjenta.

e-Dokumentacja

Dostępne funkcjonalności wspierają procesy:

- udostępnianie w postaci elektronicznej dokumentacji medycznej zewnętrznej oraz wewnętrznej i poszczególnych wyników pacjentowi;
- udostępniania w postaci elektronicznej dokumentacji medycznej osobom upoważnionym do jej odbioru (wprowadzonych jako upoważnieni w module ruchu chorych Szpitala, którzy korzystając z własnego konta do użytkowania usługi mogą uzyskać dostęp do tej dokumentacji);

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

- możliwość załączenia przez pacjenta zewnętrznej dokumentacji medycznej w postaci cyfrowej, które zostaną automatycznie wpisane do rekordów dokumentacji cyfrowej gromadzonej w postaci elektronicznej w systemie medycznym;

Usługa/moduł usprawnia proces przekazywania dokumentacji medycznej pacjentom i osobom upoważnionym oraz pozyskiwania brakujących dokumentów w postaci elektronicznej wchodzących w skład dokumentacji medycznej. Elektroniczne gromadzenie dokumentów wspomaga również proces wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej w Szpitalu. Moduł współpracuje z EDM.

Celem funkcjonalności jest usprawnienie udostępniania pacjentom dokumentacji medycznej przetwarzanej w jednostce ochrony zdrowia.

e-Recepta

Jest to usługa/moduł skierowana do pacjentów, umożliwiająca zamawianie recept przez osoby przewlekle chore.

Lekarz prowadzący otrzymuje automatycznie przekazane zamówienie.

Lekarz mając dostęp do danych medycznych pacjenta, a także możliwość korzystania z e-usług w zakresie telemedycyny jest w stanie podjąć decyzję:

- czy recepta może zostać wystawiona - wówczas pacjent może zostać zakwalifikowany na wizytę „receptową”,
- czy jest konieczne wszczęcie procesu diagnostycznego, np. zlecenie dodatkowego badania, wizyty, przekazania dodatkowych zaleceń dla pacjenta, dostępnych w rekordzie pacjenta.

W przypadku decyzji lekarza o możliwości wystawienia e-recepty, jest ona automatycznie tworzona (po autoryzacji lekarza).

Po wystawieniu recepty przez lekarza Pacjent otrzymuje kod e-recepty

W przypadku odmowy wystawienia recepty Pacjent otrzymuje informację o tym wraz z uzasadnieniem na wskazany przez siebie kanał informacji

e-Kolejka

Wdrożony system będzie automatycznie sprawdzał, czy nie występują konflikty kolejek, tzn. czy pacjent nie jest już zapisany na taki sam zabieg, bądź wizytę lekarską do Szpitala.

Moduł będzie wymagał od pacjenta potwierdzenia wizyty lub wyboru terminu dla niego do zaakceptowania.

W przypadku wizyt odległych w czasie system będzie monitorował informacje o terminie wyznaczonej wizyty za pomocą 3 kanałów komunikacji: SMS, e-mail oraz wewnętrznych wiadomości dostępnych po zalogowaniu się do portalu e-usług.

W przypadku braku wysyłanych ze strony pacjenta potwierdzeń drogą mailową lub inną, elektroniczny system powiadomi rejestratorkę o konieczności kontaktu telefonicznego i potwierdzenia planowanego przybycia pacjenta do przychodni.

e-Wizyta domowa

Jest to usługa/moduł skierowana do przewlekle chorych pacjentów Przychodni przyszpitalnej. Stanowi ułatwienie dla pielęgniarki/pielęgniara w celu zrealizowania wizyty domowej.

Kontakt z centralną bazą danych poradni przez Internet. Pielęgniarka/pielęgniarsz przed udaniem się do domu pacjenta może pobrać wszystkie niezbędne informacje o stanie zdrowia chorego na urządzenie mobilne. Aplikacja ma wyeliminować konieczność noszenia papierowej dokumentacji medycznej przez personel medyczny podczas wizyt domowych.

Odnutowywane informacje o stanie zdrowia chorego podczas wizyty domowej trafiają bezpośrednio do usługi/modułu EDM – Indywidualne konto zdrowotne pacjenta.

e-Profilaktyka

Jest to usługa/moduł interakcji, skierowana do pacjentów.

Interaktywne profilaktyczne ankiety zawierają informacje:

- rekomendowane świadczenia zdrowotne,
- jakie należy wykonywać badania,
- w jakim zalecanym wieku,
- jakich specjalistów odwiedzać,
- jaką profilaktykę stosować przy istniejących schorzeniach (połączenie z Indywidualnym kontem zdrowotnym pacjenta).

Aplikacja generuje zaproszenia dla pacjenta o konieczności wykonania kolejnych zalecanych badań w ramach profilaktyki.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

Pacjent ma możliwość ustawienia powiadomień za pośrednictwem SMS.

e-Komunikacja

Jest to usługa/moduł z obszaru telemedycyny - skierowana do lekarzy i pacjentów, która ułatwi dostępność do specjalistów, którzy są nieobecni w miejscu świadczenia e-usługi.

- możliwość przejrzystego przeglądania kalendarza Poradni w Przychodni przez Pacjenta,
- w przypadku konsultacji komercyjnej Pacjent jest o tym fakcie informowany i system rejestruje fakt potwierdzenia tego przez Pacjenta,
- w przypadku konsultacji komercyjnej system wspiera płatności za pomocą kart kredytowych lub innych płatności metodami elektronicznymi,
- możliwość/wymóg dodania przez Pacjenta informacji dotyczących celu konsultacji w formie opisowej,
- konsultacja może być przeprowadzona nie tylko w ramach porady lekarskiej, ale także dla innych specjalizacji, np. :
 - o psycholog,
 - o pielęgniarka/położna,
 - o fizjoterapeuta,
- Pacjent otrzymuje drogą mailową linka do połączenia wraz z określoną datą i godziną,
- lekarz lub inny pracownik Poradni ma możliwość w czasie połączenia zaprezentować zawartość swojego ekranu, np. dla pokazania konkretnego wyniku badania, prezentacji, filmu instruktażowego itp,
- lekarz lub inny pracownik Poradni ma możliwość, po uprzednim poinformowaniu Pacjenta, wyciszenia swojego głosu a także chwilowego wyłączenia wizji, np. poprzez Prezentację planszy "Twoje połączenie jest chwilowo zawieszone, proszę o cierpliwość",
- sposób połączenia przez Pacjenta jest "przezroczysty" to znaczy - nie wymaga instalowania przez niego dodatkowego oprogramowania oraz wspiera wszystkie dostępne platformy (Windows, Mac, linux) oraz urządzenia (komputer, tablet, telefon),
- możliwość dodania do konsultacji zewnętrznej dokumentacji medycznej w postaci plików lub zdjęć,
- możliwość udostępnienia przez Pacjenta dodatkowych dokumentów medycznych (EDM), znajdujących się w bibliotece Pacjenta, w Portalu Pacjenta, które zostały wytworzone w Jednostce do której należy Przychodnia, dla celów innych pobytów lub hospitalizacji,
- możliwość podglądu przez Pacjenta konsultacji historycznych,

e-Powiadomienia

Usługa/moduł elektroniczna skierowana do kadry medycznej, umożliwiająca przyspieszenie podjęcia decyzji o leczeniu pacjenta.

Jest to usługa uruchomiona on-line skierowana do lekarzy przebywających zarówno na terenie Szpitala, jak i poza placówką.

Moduł wspiera proces elektronicznego informowania lekarza o zdarzeniach medycznych po ich wystąpieniu (np. wykonanie badania, operacji, zmiana w krytycznych opisach dokumentacji medycznej).

W przypadku wystąpienia zdarzenia, tj. w szczególności pojawienia się w systemie informacji o zakończeniu operacji, wyniku badania, opisu, wprowadzenia treści dokumentacji medycznej lub opisu badania radiologicznego wysłanego elektronicznie do konsultacji lekarzowi w innej lokalizacji, za pomocą zdefiniowanych dla danego odbiorcy kanałów komunikacji dostarczy informację o wystąpieniu danego zdarzenia medycznego.

XII. Wymagania integracyjne

W ramach realizacji zamówienia Wykonawca zobowiązany będzie zintegrować oprogramowanie HIS Zamawiającego z systemami funkcjonującymi w ramach Systemu Informacji Medycznej zgodnie z Ustawą o SIOZ, systemami Płatnika (NFZ). Przez integrację rozumie się zainstalowanie, sparametryzowanie, skonfigurowanie oraz uruchomienie wymiany danych pomiędzy systemami w ustalonych formatach i po ustalonych protokołach wymiany zapewniających poprawną i bezpieczną wymianę informacji, która zapewni funkcjonowanie Oprogramowania Zamawiającego jak i systemów z którymi zachodzi integracja.

Zamawiający nie przewiduje pośredniczenia w rozmowach z firmami trzecimi dotyczącymi integracji z ich systemami. Koszty integracji są częścią kosztu oferty składanej przez Wykonawcę w przedmiotowym postępowaniu. Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w ofercie pełny koszt wykonania integracji w oparciu o udostępnione przez Zamawiającego

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

opisy integracji uwzględniający również, o ile będzie to konieczne, zakup niezbędnych do integracji licencji. Ustalenie kosztów integracji z Oprogramowaniem Zamawiającego jest obowiązkiem Wykonawcy.

Zamawiający informuje, iż zgodnie z wiążącą go umową licencyjną z twórcami posiadanych systemów informatycznych, nie jest w posiadaniu kodów źródłowych modułów tych systemów.

Zamawiający na żądanie Wykonawcy przedstawi opisy techniczne interfejsów uzyskane od dostawców systemów Zamawiającego. Zamawiający informuje, że obowiązkiem Wykonawcy jest ich weryfikacja oraz uwzględnienie wszystkich kosztów związanych z integracją z wymienionymi w OPZ systemami, w tym określenie wykonawcy lub wykonawców tych integracji jest obowiązkiem Wykonawcy.

Zamawiający dopuszcza na podstawie art.75 ust.2 pkt 3 ustawy Prawo autorskie (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631) - konieczność dokonania przez Wykonawcę dekompilacji modułów systemów, dotychczas wykorzystywanych przez Zamawiającego, poprzez zwielokrotnienie kodu lub tłumaczenie jego formy w rozumieniu art.74 ust.4 pkt 1 i 2 ustawy Prawo autorskie (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631), jeżeli będzie to niezbędne do uzyskania informacji koniecznych do osiągnięcia współdziałania modułów tych systemów z HIS dostarczonym w ramach realizacji zamówienia. Wykonawca będzie zobowiązany wykonać czynności dekompilacyjne na własny koszt i ryzyko, w pełnym koniecznym zakresie z zastrzeżeniem, że czynności te będą odnosiły się tylko do tych części modułów tych systemów, które będą niezbędne do osiągnięcia współdziałania tych modułów z HIS dostarczonymi przez Wykonawcę, a uzyskane informacje nie będą:

- a) wykorzystane do innych celów niż osiągnięcie współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
- b) przekazane innym osobom, chyba że jest to niezbędne do osiągnięcia współdziałania niezależnie stworzonego programu komputerowego;
- c) wykorzystane do rozwijania, wytwarzania lub wprowadzania do obrotu programu komputerowego o istotnie podobnej formie wyrażenia lub do innych czynności naruszających prawa autorskie.

Informacje uzyskane przez Wykonawcę w toku wykonania czynności, o których mowa w art.75 ust.2 pkt 3 ustawy Prawo autorskie (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (Dz.U. Nr 47, poz. 211 z późn. zm.) i podlegają ochronie w niej przewidzianej.

Na prośbę Wykonawcy, Zamawiający umożliwi Wykonawcy dostęp do baz danych posiadanych systemów informatycznych, udzieli wsparcia Wykonawcy w dokonaniu integracji, poprzez nadanie wskazanym pracownikom Wykonawcy niezbędnych uprawnień do pracy w systemie oraz przekaze Wykonawcy posiadane instrukcje obsługi. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody, wyrządzone przez jego pracowników w trakcie prac integracyjnych.

Integracja ma zostać wykonana poprzez wyspecyfikowane interfejsy, zaimplementowane w systemach dziedzicznych Zamawiającego. Specyfikacja interfejsów powinna być neutralna technologicznie zgodnie z wymaganiami Krajowych Ram interoperacyjności. Wykonanie integracji w inny sposób, w tym integracja bezpośrednia na poziomie bazy danych może się odbyć tylko wewnątrz systemów dziedzicznych za wyraźną akceptacją Zamawiającego.

Zamawiający wymaga gotowości Wykonawcy do przeprowadzenia integracji z Małopolskim Systemem Informacji Medycznej MSIM. Integracja ta nie jest przedmiotem niniejszego zamówienia, ale Zamawiający wymaga uwzględnienia szeregu wymagań wynikających z założeń tworzonego systemu MSIM. System ten podlega nieustającym modyfikacjom funkcjonalnym oraz wynikającym ze zmian prawnych, które powodują iż Zamawiający nie może określić szczegółowych wymagań w tym zakresie. Wymagania MSIM są charakterystyczne dla wszystkich analogicznych systemów ochrony zdrowia w Województwie Małopolskim uczestniczącym w projekcie MSIM powodując, iż Wykonawca zobowiązany jest do ich uwzględniania i powinien posiadać szczegółową wiedzę w tym zakresie. Dokumentacja przetargowa MSIM „Przygotowanie, wdrożenie i utrzymanie Platformy MSIM w ramach projektu pn. Małopolski System Informacji Medycznej (MSIM)” znajduje się pod adresem <https://bip.malopolska.pl/umwm,a,1705318,przygotowanie-wdrozenie-i-utrzymanie-platformy-msim-w-ramach-projektu-pn-malopolski-system-informacji.html> - szczegółowe rekomendacje dla podmiotów leczniczych dot. integracji z MSIM zostaną przekazane wybranemu Wykonawcy w ramach odrębnego postępowania.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

XIII. Opis zakresu czynności w przypadku wymiany systemu

Zamawiający dopuszcza spełnienie świadczenia zarówno poprzez rozbudowę obecnie eksploatowanego oprogramowania klasy HIS – firmy MLS, jak również poprzez dostawę innego rozwiązania informatycznego. W drugim z przypadków na Wykonawcy będą ciążyły obowiązki zachowania ciągłości pracy organizacji Zamawiającego z uwzględnieniem następujących świadczeń:

Migracja danych z obecnie eksploatowanego systemu HIS

1. Zakres danych do przeniesienia 1: Dane słownikowe, Dane konfiguracyjne (w tym dane podmiotu leczniczego wraz z strukturą, księgami, kodami), Dane osobowe pacjentów z historią zmian oraz ich wszystkimi oznaczonymi wersjami, Podstawowe dane osobowe pracowników, Dane wchodzące w skład szeroko rozumianej dokumentacji medycznej prowadzonej w jednostce (w tym w szczególności wyników badań diagnostycznych) wraz z dostosowaniem wizualizacji wydruków dokumentacji medycznych;
2. Zakres danych do przeniesienia 2: Dane niezbędne do realizacji procesu rozliczeń świadczeń w NFZ, historia komunikacji i rozliczeń z NFZ za lata od roku minimum 2012 do momentu uruchomienia Systemu. Dane statystyczne związane z ruchem chorych pacjenta hospitalizowanego i ambulatoryjnego lub źródłowe dane na podstawie których taką statystykę może utworzyć;
3. Baza danych: transakcyjna baza danych zgodna ze standardem SQL;
4. Struktura: Szpital udostępni Wykonawcy opis zawartości poszczególnych tabel;
5. Czynności na danych: W ramach przeniesienia danych na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia właściwej jakości danych i dokonanie ich przetworzenia do postaci akceptowalnej przez Oprogramowanie dostarczane przez Wykonawcę. W zakresie operacji na danych będą wchodziły zatem:
 - synteza/dekompozycja,
 - wzbogacenie (uzupełnienie o informacje niezbędne w systemie Wykonawcy)
 - deduplikacja,
 - harmonizacja (ujednolicenie formatów)
6. Minimalny poziom spełnienia świadczenia: Zamawiający wymaga, żeby wszelkie prace prowadzone z dostawą nowego systemu były realizowane równolegle z eksploatacją obecnego rozwiązania informatycznego. Przełączanie systemów musi nastąpić w ciągu jednego dnia roboczego (Zamawiający dopuszcza piątek z zabezpieczeniem zespołu IT w weekend, z uwagi na rozliczenia z NFZ świadczeń. W wyniku realizacji usług związanych z zastąpieniem obecnie eksploatowanego systemu bezwzględnie zachowane muszą zostać:
 - ciągłość ewidencji świadczeń i ich rozliczania z płatnikami dla wszystkich zgromadzonych danych wraz z historią zmian w tym umożliwienie kontynuacji sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych pacjentom przebywającym w Szpitalu (możliwość przesłania do NFZ pełnej historii hospitalizacji oraz historii rozliczeń), przy wykorzystaniu jednej aplikacji dla całego HIS;
 - zachowanie przekazanej do NFZ historycznej numeracji zestawów świadczeń, świadczeń i procedur rozliczeniowych oraz zachowanie historycznej numeracji wszystkich innych danych przekazanych do NFZ i potwierdzonych przez niego takich jak id uprawnień, numeracja sesji, numer przepustki, itp.;
 - umożliwienie dokonywania korekt zakwestionowanych przez NFZ świadczeń sprawozdanych i rozliczonych za okres ostatnich 10 lat,
 - zagwarantowanie dostępności w nowym systemie dostępności do pełnej historii choroby pacjenta aktualnie przyjmowanego do szpitala w okresie przełączania systemów;
 - ciągłość ewidencji danych medycznych w tym zachowania obecnie stosowanych przez Zamawiającego oznaczeń dokumentacji medycznej, wszystkich wyników badań (dotyczy także przekazanych przez systemy zintegrowane),
 - zapewnienie możliwości wykonywania archiwalnych statystyk i raportów;

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

XIV. Instruktaże personelu

Zamawiający określa szacowaną liczbę pracowników Zamawiającego planowanych do instruktaży stanowiskowych na ok. 700 osób. Instruktaże stanowiskowe powinny dotyczyć całości personelu Zamawiającego użytkującego system. Instruktaże muszą być wykonane zarówno w trakcie wdrażania Systemu, jak i na wdrożonym Systemie, w zakresie obsługi dostarczonego w ramach przedmiotu zamówienia Oprogramowania.. Poprzez instruktaż stanowiskowy Zamawiający rozumie instruktaż dla użytkowników końcowych z Systemu oraz instruktaż stanowiskowy dla Liderów poszczególnych obszarów funkcjonalnych systemu.

Ogólne wymagania dotyczące instruktaży podstawowych

1. Wykonawca zaplanuje w uzgodnieniu z Zamawiającym Instruktaże stanowiskowe. Instruktaże stanowiskowe zostaną przeprowadzone w miejscach instalacji Oprogramowania HIS z zakresu obsługi, administracji i utrzymania.
2. Instruktaże stanowiskowe będą prowadzone w języku polskim i obejmą w szczególności:
 - pomoc użytkownikom w korzystaniu z Oprogramowania HIS w miejscu instalacji,
 - pomoc w administracji i konfiguracji Systemu,
 - wykonywanie dodatkowych prac konfiguracyjnych,
 - konsultacje.
3. Instruktaże stanowiskowe będą prowadzone w dwóch kategoriach:
 - dla użytkowników Oprogramowania HIS,
 - dla administratorów technicznych - wyznaczonych spośród pracowników Zamawiających, obejmujących zakres konfiguracji i użytkowania:
 - Oprogramowania HIS,
 - Nadzoru nad użytkownikami oraz wydawania uprawnień (poświadczeń/certyfikatów),
4. Szacowana liczba pracowników Zamawiającego planowanych do instruktaży stanowiskowych:
 - Lekarze – 200 os.
 - Pielęgniarki - 400 os.
 - Pozostały personel medyczny i administracyjny (sekretarka medyczna, dietetyk, farmaceuta, fizjoterapeuci, koderzy, itp.)- 100 os.
 - Administratorzy – 3 os.
5. Wykonawca winien w ramach oferty uwzględnić poniższą ilość godzin szkoleniowych:
 - dla użytkowników Oprogramowania HIS, szacowana liczba godzin szkoleniowych dla wszystkich modułów/systemów: do 300 godz.
 - dla administratorów technicznych szacowana liczba godzin szkoleniowych dla wszystkich modułów/systemów: do 80 godz.
6. Wykonawca wykona i uzgodni z Zamawiającymi plan instruktaży stanowiskowych w etapie wykonania Dokumentacji Analizy Przedwdrożeńiowej, z zastrzeżeniem, że instruktaże będą przeprowadzane w trakcie wdrożenia jak i po jego zakończeniu w trakcie produkcyjnego uruchomienia dostarczanego Systemu. Zamawiający wymaga aby w ramach godzin, o których mowa w pkt 5 powyżej co najmniej 25% godzin przeznaczonych na instruktaże zrealizowana była po zakończeniu wdrożenia jako wsparcie dla użytkowników korzystający z wdrożonego Systemu. Instruktaże powdrożeniowe będą przeprowadzone w terminie do 30 dni od daty podpisania Protokołu Uruchomienia Systemu.
7. Wykonawca nie ponosi odpowiedzialności za brak uczestnictwa użytkowników w szkoleniach. Za skuteczne przeprowadzenie szkolenia uważa się dostępność w ustalonym miejscu i terminie przedstawicieli Wykonawcy, gotowych przeprowadzić szkolenia zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

8. Zamawiający dopuszcza możliwość przeprowadzenia szkoleń przy wykorzystaniu urządzeń audiowizualnych, jak telekonferencji. Szkolenia w takim przypadku będą mieć charakter webinarium z możliwością prowadzenia dyskusji pomiędzy osobą szkolącą a personelem Szpitala
9. Po ukończeniu instruktaży stanowiskowych uczestnicy mają w szczególności umieć posługiwać się Oprogramowaniem HIS i jego modułami odpowiednio do swojej roli, a także znać i rozumieć ich funkcjonowanie w Systemie.
10. Administratorzy techniczni po zakończeniu instruktaży muszą w szczególności umieć wykonywać czynności administracji, a także instalacji Oprogramowania HIS, znać i umieć realizować procedury backupu, znać wytyczne w zakresie polityki bezpieczeństwa i umieć je stosować. Ponadto powinni znać typowe zagrożenia i problemy związane z funkcjonowaniem Systemu, a także sposoby ich wykrywania oraz przeciwdziałania. Powinni umieć instalować, konfigurować, rekonfigurować, monitorować i prawidłowo eksploatować dostarczone Oprogramowanie HIS, jak również znać jego wdrożoną konfigurację.
11. W przypadku potrzeby Zamawiający zapewnia we własnym zakresie pomieszczenia dla przeprowadzenia Instruktaży stanowiskowych. Wykonawca może realizować Instruktaże stanowiskowe również na stanowiskach pracy pracowników.

XV. Dokumentacja systemu

Wymagania ogólne

1. Dokumentacja musi być sporządzona w języku polskim.
2. Każda Dokumentacja powstała w wyniku realizacji zamówienia i przekazana Zamawiającemu przez Wykonawcę stanowi własność Zamawiającego. Zamawiający ma prawo udostępniać Dokumentację osobom trzecim w sposób nienaruszający praw autorskich.
3. Wykonawca dostarczy szczegółową Dokumentację komponentów firm trzecich użytych w dostarczonym Oprogramowaniu, w tym także dostarczaną przez ich producentów. Dokumentacja ta może występować w języku angielskim, jeśli nie ma tłumaczenia na język polski.
4. Dokumentacja musi gwarantować kompletność dokumentu rozumianą jako pełne, bez wyrażnych i ewidentnych braków, przedstawienie omawianego problemu obejmujące całość z danego rozpatrywanego zakresu zagadnienia.
5. Zawartość Dokumentacji musi być zgodna z wdrożonym rozwiązaniem.

Dokumentacja Administratora Systemu

1. Dokumentacja Administratora Systemu musi opisywać kolejność czynności i zakres możliwych danych do wprowadzenia oraz sposób postępowania w sytuacjach szczególnych i awaryjnych.
2. Dokumentacja Administratora Systemu powinna być dostępna w postaci elektronicznej umożliwiającej przeszukiwanie oraz odnajdywanie konkretnych tematów.
3. Dokumentacja Administratora Systemu obejmować będzie, co najmniej:
 - szczegółową (krok po kroku) instrukcję instalacji i konfiguracji Systemu,
 - opis parametrów instalacyjnych i konfiguracyjnych wraz z opisem dopuszczalnych wartości i ich wpływem na działanie rozwiązania,
 - szczegółową (krok po kroku) instrukcję wgrywania nowych wersji systemu,
 - szczegółowy opis możliwych do zastosowania ról i uprawnień wraz z ich wpływem na działania rozwiązania,

Dokumentacja użytkownika systemu

1. Wykonawca dostarczy Dokumentację użytkownika oraz opis Ścieżek Postępowania.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

2. Dokumentacja użytkownika musi zawierać opis pełnej funkcjonalności Rozwiązania w sposób przejrzysty umożliwiający samodzielne użytkowanie Rozwiązania.
3. Dokumentacja musi opisywać kolejność czynności i zakres możliwych danych do wprowadzenia oraz sposób postępowania w sytuacjach szczególnych.

XVI. Wymagania graniczne dotyczące zakresu licencji

1. Oferowane Oprogramowanie zapewnia użytkowanie przez nielimitowaną ilość Użytkowników.
2. Licencja na korzystanie z oprogramowania, rozwinięć, uaktualnień i dokumentacji udzielona zostanie Zamawiającemu na następujących polach eksploatacji:
 - w zakresie oprogramowania, rozwinięć, uaktualnień – na polach eksploatacji obejmujących prawo trwałego lub czasowego zwielokrotniania programów komputerowych w pamięci komputera z prawem do zmian w konfiguracji Systemu (bez ingerencji w kod źródłowy) w zakresie, w jakim jest to niezbędne do korzystania z oprogramowania zgodnie z jego przeznaczeniem i funkcjonalnością określoną w dokumentacji, nie mniejszą niż w OPZ z uwzględnieniem ewentualnych ograniczeń takiego korzystania wynikających z dokumentów licencyjnych,
 - w zakresie dokumentacji – na polach eksploatacji obejmujących prawo zwielokrotniania egzemplarzy dokumentacji, wyłącznie w zakresie, w jakim jest to niezbędne do zgodnego z postanowieniami dokumentów licencyjnych korzystania z oprogramowania.
3. Wykonawca zobowiązany jest udzielić na użytkowanie zaoferowanego Oprogramowania licencji na czas nieoznaczony.
4. Licencja nie może wprowadzać ograniczenia na tzw. „nazwanych użytkowników”.
5. Wykonawca przekaże Zamawiającemu dokument licencyjny dla oferowanych modułów oprogramowania.
6. Dla oprogramowania wymagającego licencji obcych, niebędącego własnością Wykonawcy, ma on dostarczyć oryginalne nośniki, dokumentację, licencje oraz wszelkie inne składniki dołączone do oprogramowania przez jego producenta.
7. Licencje muszą być wystawione na Zamawiającego, a Wykonawca dopełni wszystkich formalności wymaganych prawem, licencją i innymi wymogami producenta zapewniających, że Zamawiający będzie pełnoprawnym użytkownikiem dostarczonego oprogramowania.
8. Wykonawca oświadcza, że przysługują mu prawa do udzielania licencji/sublicencji lub posiada nadane przez autora Oprogramowania HIS prawo do udzielania licencji/sublicencji na użytkowanie tego programowego usługowego rozwiązania informatycznego i udzieli Zamawiającemu takich licencji/sublicencji.
9. Zamawiający ma prawo do przygotowywania kopii modułów Oprogramowania HIS, które są niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa działania tych modułów.
10. Zamawiający nie ma prawa do sprzedaży, odsprzedaży, wypożyczania, użyczenia, powielania, odstępowania lub rozpowszechniania w innej formie, zmieniania, dekompilacji, tłumaczenia Oprogramowania. Ma prawo przyznać dostęp funkcjonalny do Oprogramowania podmiotom współpracującym z Zamawiającym.
11. Zamawiający nie ma prawa do usuwania bądź zmiany znaków handlowych i informacji o Wykonawcy bądź producencie podanym w Oprogramowaniu i materiałach towarzyszących.
12. ~~W przypadku gdy wykonawca w ramach postępowania zobowiązał się do przekazania kodów źródłowych~~ Dla celów zabezpieczenia możliwości nieprzerwanego korzystania z Systemu, Wykonawca złoży do depozytu kod źródłowy Oprogramowania w zakresie modułów HIS oraz aktualną Wersję Oprogramowania modułów HIS. Złożenie kodu źródłowego do depozytu oznacza złożenie nośnika z aktualną wersją kodu Oprogramowania modułów HIS w zabezpieczonej kopercie oznaczonej wersją kodów i przechowywanej przez Zamawiającego z zapewnieniem odpowiedniego poziomu zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego. Depozyt utrzymywany będzie przez czas obowiązywania niniejszej Umowy.
13. Kod źródłowy zostanie przekazany do depozytu nie później niż w dacie podpisania Protokołu Uruchomienia Systemu. Zamawiający ma prawo do wglądu w zawartość depozytu w celu weryfikacji prawidłowości depozytu w asyście pracownika Wykonawcy co warunkuje podpisanie Protokołu Uruchomienia Systemu.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

14. Wykonawca zapewni aktualność zawartości depozytu nie rzadziej niż na koniec każdego kwartału kalendarzowego. Aktualność depozytu rozumiana jest jako odzwierciedlenie zawartości depozytu w stosunku do zawartości instalacji Oprogramowania modułów HIS będącej w dyspozycji Zamawiającego. Aktualność zawartości depozytu zostanie zapewniona przez wymianę koperty zawierającej nośnik z aktualną wersją kodu źródłowego Oprogramowania modułów HIS. Zamawiający ma prawo do wglądu w zawartość depozytu w asyście pracownika Wykonawcy w celu weryfikacji jego prawidłowości. Zamawiający jest zobowiązany do zwrotu nieaktualnego kodu źródłowego depozytu najpóźniej z chwilą złożenia do depozytu aktualnych kodów źródłowych.
15. Wykonawcałoży do depozytu wszystkie składniki Oprogramowania pozwalające na odtworzenie pełnej instalacji Oprogramowania, w tym kody źródłowe oraz aktualną Wersję Oprogramowania modułów HIS.
16. Zamawiający uzyska prawo podjęcia depozytu kodu źródłowego oraz uzyska od Wykonawcy prawo wykonywania autorskiego prawa zależnego w przypadku:
 - a) zgłoszenia wniosku o ogłoszenie upadłości Wykonawcy przez Wykonawcę,
 - b) ogłoszenia upadłości Wykonawcy przez sąd,
 - c) otwarcia likwidacji Wykonawcy w trybie przepisów Kodeksu spółek handlowych,
 - d) gdy jest to konieczne do zapewnienia ciągłości funkcjonowania Zamawiającego (w szczególności udzielania świadczeń zdrowotnych).
17. Zamawiający ma prawo wglądu w zawartość depozytu kodu źródłowego Oprogramowania (zweryfikowania jego prowadzenia) wyłącznie w asyście pracownika Wykonawcy. Zamawiający zgłasza Wykonawcy wolę wglądu w zawartość depozytu na 3 dni robocze przed planowaną datą wglądu.
18. Realizacja uprawnień wynikających z dysponowania zawartością depozytu kodu źródłowego Oprogramowania modułów HIS nie oznacza przejścia własności kodu źródłowego lub praw do niego na Zamawiającego ani uprawnienia do wykorzystania kodu w celu innym niż określony w niniejszej umowie.
19. Zamawiający ma prawo do rozpowszechniania bez ograniczeń rezultatów wykonywania Oprogramowania oraz danych i zestawień utworzonych za jego pomocą.

XVII. Serwis gwarancyjny – wsparcie techniczne (kryterium oceny oferty)

Zamawiający w ramach serwisu gwarancyjnego wymaga:

1. Czasu reakcji na Zgłoszenie serwisowe – maksymalnie 4 godziny;
2. Czasu usunięcia Błędu krytycznego maksymalnie w ciągu 24 godzin od zgłoszenia. Czas usunięcia błędu krytycznego liczony jest od potwierdzenia przyjęcia Zgłoszenia serwisowego. Zamawiający dopuszcza rozwiązanie błędu krytycznego przez zastosowanie rozwiązania tymczasowego (obejście). W takiej sytuacji rozwiązanie tymczasowe musi zostać uruchomione w max. 24 godziny od zgłoszenia, a następnie błąd krytyczny musi zostać rozwiązany w 5 dni od zgłoszenia.
3. Czasu usunięcia Błędu zwykłego maksymalnie w 14 dni od zgłoszenia. Czas usunięcia błędu zwykłego liczony jest od potwierdzenia przyjęcia Zgłoszenia serwisowego. Zamawiający dopuszcza rozwiązanie błędu zwykłego przez zastosowanie rozwiązania tymczasowego (obejście). Rozwiązanie tymczasowe musi zostać uruchomione w 14 dni od zgłoszenia, a następnie błąd zwykły musi zostać rozwiązany do 30 dni od zgłoszenia.
4. Czasu usunięcia Usterki w terminie – maksymalnie do 30 dni;
5. Czasu realizacji Konsultacji – maksymalnie do 20 dni.

XVIII. Zasady gwarancji wsparcie techniczne (kryterium oceny oferty)

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

1. Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług gwarancyjnych i serwisowych dla wszystkich aplikacji rozbudowanych oraz nowo dostarczonych w ramach realizacji zamówienia.
 2. Wykonawca zobowiązuje się objąć wszystkie ww. aplikacje tożsamymi warunkami gwarancji i serwisu przez okres minimum 12 miesięcy (liczone od momentu pozytywnego odbioru końcowego potwierdzającego zakończenie wdrożenia) dla całości oferowanego rozwiązania.
 3. Do czasu zakończenia wdrożenia systemu, potwierdzonego podpisaniem Protokołu Uruchomienia Systemu, wszelkie usługi związane z serwisem już uruchomionych części systemu będą traktowane jako usługi wdrożeniowe.
 4. Dla modułów już uruchomionych (z dokonaniem już odbiorem etapu wdrożenia) obowiązywać będą takie same warunki usuwania awarii i usterek, a także dokonywania aktualizacji systemu, jak wskazane w warunkach gwarancji.
 5. Wykonawca w czasie gwarancji:
 - dostosuje bezpłatnie oferowane moduły do zmian w przepisach prawa lub przepisach prawa wewnętrznego obowiązujących na podstawie delegacji ustawowej z zastrzeżeniem, że wyżej wymienione zmiany zostaną udostępnione wstecznie lub ostatniego dnia,
 - zagwarantuje dostęp do poprawek usuwających zgłoszone błędy w działaniu oprogramowania w okresie gwarancji,
 - zagwarantuje zgodność z wymogami prawno-organizacyjnymi dotyczącymi eksploatowanego Oprogramowania przez dostęp do aktualizacji systemu wprowadzających nowe funkcje w całym okresie gwarancji.
 6. Wykonawca zapewni świadczenie usług wsparcia dla użytkowników i administratorów szpitala (min. konsultacje zdalne w dni robocze, w godz. 8-16).
 7. Wykonawca w czasie gwarancji prześle bezpłatnie Zamawiającemu nowe wersje Oprogramowania, jeżeli będzie to związane z podniesieniem jakości i funkcjonalności oprogramowania lub usuwających wykryte przez Wykonawcę błędy w działaniu oprogramowania.
 8. Wykonawca umożliwi uprawnionym pracownikom szpitala zgłaszanie zleceń serwisowych przez udostępniony w tym celu serwis internetowy typu helpdesk, który umożliwi śledzenie stanu obsługi każdego zlecenia.
 9. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca posiadał aplikację internetową do przyjmowania i obsługi zgłoszeń, będącej podstawą komunikacji między Zamawiającym i Wykonawcą. Portal w szczególności musi umożliwiać realizację następujących funkcji:
 - wysyłanie zgłoszeń serwisowych błędów oraz konsultacji z zakresu Oprogramowania HIS,
 - powiadamianie zwrotne o statusie obsługi wysłanych zgłoszeń,
 - dostęp do treści historycznych zgłoszeń serwisowych wysyłanych przez Zamawiającego
 - baza wiedzy obejmująca przynajmniej: materiały szkoleniowe dotyczące pracy i administrowania serwerem bazy danych, linki do stron producenta motoru bazy danych zawierających ważne informacje oraz uaktualnienia, linki do stron zawierających treść aktów prawnych powiązanych z oprogramowaniem,
 - publikowanie na bieżąco wszystkich informacji o nowych aktualizacjach systemu, ważnych komunikatach oraz udostępnianie tych informacji przez kanał RSS,
 - wszelkie uaktualnienia Oprogramowania HIS w zakresie adekwatnym do zakresu tego oprogramowania posiadanego przez Zamawiającego oraz instrukcje dla użytkowników zamieszczane na serwerze ftp lub udostępniane poprzez serwis.
- Wykonawca zapewnia Zamawiającemu dostęp do serwisu zgłoszeń HelpDesk działającego przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przez 365 dni w roku, przez cały okres obowiązywania Umowy.
10. Zamawiający otrzyma dane identyfikacyjne (login, hasło) umożliwiające Użytkownikom Zamawiającego uwierzytelnienie w narzędziu „Help Desk”. Wykonawca jest zobowiązany przyznania poszczególnym Użytkownikom Zamawiającego – według jego wskazania - prawa do ewidencji lub/i edycji zgłoszeń serwisowych.
 11. Wykonawca będzie zobowiązany do niezwłocznego potwierdzania otrzymanego zgłoszenia drogą elektroniczną.

Dostosowanie, modernizacja lub dostawa oprogramowania HIS

12. Zapewnienie w ramach serwisu gwarancyjnego oprogramowania, nieodpłatnego
- dostarczenia i wdrożenia nowych wersji (Unowocześnienia lub Aktualizacji) Oprogramowania otrzymanych w ramach świadczeń z tytułu dostępu do aktualizacji (w tym w szczególnych przypadkach dodatkowe szkolenie użytkowników) objętego niniejszą umową;
 - usunięcia Błędu Krytycznego Oprogramowania objętego niniejszą umową, powstałej z winy Zamawiającego lub wskutek wypadków losowych;
 - bieżącego optymalizowania konfiguracji Oprogramowania uwzględniające potrzeby Zamawiającego;
 - pomocy w awaryjnym odtwarzaniu, na wniosek Zamawiającego, stanu Oprogramowania i zgromadzonych danych archiwalnych, poprawnie zabezpieczonych w Środowisku Zapasowym, skonfigurowanym przez Wykonawcę w trakcie wdrożenia;
 - pomocy w przygotowaniu danych przekazywanych przez Zamawiającego do jednostek nadrzędnych i współpracujących (np. do Narodowego Funduszu Zdrowia, Wydziału Zdrowia odpowiedniego urzędu, banków itp.) w formie elektronicznej (np. poprzez odpowiednie formaty plików, na wymaganych nośnikach danych, łączy telekomunikacyjne itp.);
 - doradztwa w zakresie rozbudowy środków informatycznych, dokonywanie ponownych instalacji Oprogramowania o objętego niniejszą Umową w przypadkach rozbudowy infrastruktury informatycznej Zamawiającego;
 - prowadzenia rejestru kontaktów z Zamawiającym, obejmującego wizyty serwisowe i wykonane czynności, w tym zmiany konfiguracji Oprogramowania.
13. Usługi serwisu oraz asysty technicznej, określone powyżej, świadczone będą przez Wykonawcę w dni robocze tj. dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8:00 do 16:00, z zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Błędu Krytycznego (awarii krytycznych) wymagającej niezwłocznego usunięcia awarii, Wykonawca musi pozostawać w gotowości do świadczenia usługi przez cały okres obowiązywania Umowy, 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, 365 dni w roku.