

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

ZADANIE NR 1

Zakres zamówienia obejmuje 6 pakietów:

Pakiet nr 1 obejmuje zakup, dostawę i uruchomienie e-Uслуг

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
1.	<ul style="list-style-type: none"> • e - Zgoda • eKontrahent • eRejstracja do poradni (aktualizacja do nowej wersji // integracja z systemem kolejkowym //) • eDokumentacja • eOpieka (Teleporada) • ePorada (w tym eZwolnienie, eSkierowanie) • e-Ankieta i e-Powiadomienia 	OPEN	szt.

Pakiet nr 2 obejmuje integrację z posiadanym systemem LIS.

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
2.	Integracja systemu LIS	1	

Pakiet nr 3 obejmuje integrację z domeną Active Directory

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
3.	Integracja z domeną Active Directory	1	szt.

Pakiet nr 4 obejmuje integrację systemu PIS z Apteką

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
4.	Integracja systemu PIS z Apteką	1	szt

Pakiet nr 5 obejmuje integrację systemu BI

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
5.	Interakcja systemu BI (System analiz)		

Pakiet nr 6 obejmuje integrację aparatury laboratoryjnej – 1 szt

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
6.	Uruchomienie punktu pobrań, wraz ze zleceniami	1	szt

II. SYSTEMY UŻYWANE W SZPITALU

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu jest z informatyzowany w każdym obszarze swojej podstawowej działalności medycznej. W Szpitalu używane są systemy informatyczne związane z medycyną i świadczeniem usług medycznych zgodnie z poniższym zestawieniem:

WYKAZ APLIKACJI/MODUŁÓW FUNKcjONALNYCH	PRODUCENT
AMMS system HIS ,część medyczna	Asseco Poland S.A.
InfoMedica część administracyjna	Asseco Poland S.A.
InfoMedica Laboratorium - system LIS	Asseco Poland S.A.
ePacjent – system rejestracji internetowej	Asseco Poland S.A.
EDM/AMDX – elektroniczna dokumentacja medyczna	Asseco Poland S.A.
TOPSOR - intergracja	Asseco Poland S.A.
eDelphyn	Diahem
Infobox, system kolejkowy	Infobox

III. DOSTĘPNA INFRASTRUKTURA SPRZĘTOWA

Dostarczone rozwiązania w ramach zadania będą instalowane na infrastrukturze sprzętowej udostępnionej przez Zamawiającego.

IV. WYMAGANIA OGÓLNE

Dostawa oprogramowania w ramach zamówienia, obejmuje dostarczenie kodów licencyjnych lub nośników z programami ze wszelkimi kodami/instrukcjami, które umożliwią jego legalne i poprawne zainstalowanie oraz funkcjonowanie dla wszystkich zakupionych licencji.

Oprogramowanie dostarczone i uruchomione w ramach zamówienia nie będzie wiązało się z koniecznością wprowadzenia zasadniczych zmian obecnej architektury logicznej oraz fizycznej dotychczasowych rozwiązań. Prace inwestycyjne koncentrują się na rozbudowie systemów o nowe moduły funkcjonalne.

Wykonawca zobowiązany jest zainstalować, skonfigurować i uruchomić dostarczone przez siebie rozwiązania w środowisku teleinformatycznym udostępnionym przez Zamawiającego.

Ilekoć mowa o integracji z posiadany przez zamawiającego systemem HIS, wszędzie gdzie to wymagane, Wykonawca zobowiązany będzie dostarczyć właściwe licencje integracyjne.

Wymagany minimalny poziom dojrzałości e-usług:

- eRejestracja do poradni - Poziom dojrzałości: 5
- eDokumentacja - Poziom dojrzałości: 5
- eOpieka - Poziom dojrzałości: 5
- e - Zgoda - Poziom dojrzałości: 4

V. Szczegółowy zakres i parametry

PARAMETRY JAKOŚCIOWE

Pakiet nr 1:

Narzędzia rozszerzające posiadany system HIS o e-Uslugi

Spełnienie wymagań jest obligatoryjne. Oferowane oprogramowanie musi spełniać wszystkie wymagania opisane poniżej, są one określone jako bezwzględnie wymagane. W przypadku niespełnienia któregośkolwiek z wymagań oferta zostanie odrzucona jako niekompletna.

- e - Zgoda
- eKontrahent
- eRejstracja do poradni (aktualizacja do nowej wersji)
- eDokumentacja
- eOpieka (Teleporada)
- ePorada (w tym eZwolnienie, eSkierowanie)
- e-Ankieta i e-Powiadomienia

eZgoda
System musi umożliwić wypełnienie elektronicznego formularza zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz wyznaczenia osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
System musi umożliwiać wypełnienie formularza oświadczenia przez pacjenta przed wizytą, podpisanie go profilem zaufanym e-PUAP i złożenie drogą elektroniczną za pośrednictwem e-portalu.

System musi umożliwić pacjentom nie posiadającym profilu zaufanego lub nie wyrażającym zgody na tę formę komunikacji wydruk wypełnionego formularza oświadczenia, w celu dostarczenia oryginału dokumentu w wersji papierowej w wybrany przez siebie sposób.

E-usługa integruje się z systemem HIS w zakresie zapisania w systemie HIS upoważnień/zgód utworzonych przez pacjenta w module MPI.

System musi umożliwić wycofanie udzielonej zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz odwołanie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta poprzez wypełnienie elektronicznego formularza.

e-Kontrahent

Konfigurator

Rejestracja Kontrahenta w Medycznym Portalu Informacyjnym.

System musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych kontrahentów, którym udostępniona zostanie funkcjonalność modułu e-Kontrahent. Rejestrowane są dane kontrahenta wymagane do poprawnego wydruku skierowania i rejestracji danych skierowania w zintegrowanym systemie HIS:

- dane identyfikacyjne: REGON, nazwa,

- dane kontaktowe: adres, e-mail, nr telefonu,

- dane komórek organizacyjnych (VII i VIII części systemu kodów resortowych, nazwy komórek organizacyjnych), z których pacjenci kierowani są do Usługodawcy lub które wystawiają zlecenia wykonania badań przez Usługodawcę,

- numery umów podpisanych przez kontrahentów, na podstawie których pacjenci są kierowani do Usługodawcy,

System zapewnia powiązanie rejestru kontrahentów z rejestrem instytucji zlecających systemu HIS.

Rejestracja dostępności usług w ramach określonych umów zawartych z kontrahentem. Możliwość rejestracji ilościowych limitów usług

System umożliwia usunięcie profilu partnera

Rejestracja usług zleczanych stanowiących grupy badań dostępnych dla kontrahenta; przypisanie badań do usług zleczanych.

Rejestracja informacji o dokumentach (załącznikach) wymaganych do udzielenia usług; możliwość dołączenia pliku załącznika

Obsługa rejestru lekarzy zlecających pracujących na rzecz kontrahenta.

System musi umożliwić rejestrację i modyfikację danych lekarzy zlecających w zakresie: tytuł, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu.

System zapewnia powiązanie rejestru lekarzy zlecających z odpowiadającym im rejestrem systemu HIS.
Definiowanie szablonów skierowań drukowanych przez kontrahentów.
System musi zapewnić możliwość zdefiniowania wyglądu i treści skierowań drukowanych z systemu z ograniczeniem do stałych treści i zbioru informacji udostępnianych przez system w kontekście planowanych wizyt i zleceń.
Obsługa użytkowników reprezentujących kontrahentów.
a. system musi umożliwić rejestrację użytkowników systemu reprezentujących danego kontrahenta; system musi zapewnić ograniczenie dostępu do zasobów systemu dedykowanych tylko dla danego kontrahenta,
b. system musi umożliwić nadawanie użytkownikom systemu wyróżnionych ról/uprawnień:
i. administrator – możliwość rejestrowania innych użytkowników reprezentujących danego kontrahenta i obsługę ich uprawnień do zasobów tego kontrahenta,
ii. rezerwacja terminów wizyt,
iii. zlecenie badań,
iv. przegląd dokumentacji medycznej pacjenta.
c. dane użytkownika muszą obejmować co najmniej następujące informacje: - nazwa użytkownika - imię i nazwisko - nr telefonu - adres e-mail - stanowisko - zakres kontaktów
Obsługa rejestru pacjentów powiązanych z danym kontrahentem.
a. system musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów w zakresie: danych identyfikacyjnych pacjenta – PESEL lub nr dokumentu tożsamości, imię i nazwisko, danych adresowych oraz danych kontaktowych,
b. system musi umożliwić import danych pacjentów związanych z danym kontrahentem z zewnętrznego pliku w formacie CSV (<i>ang. comma-separated values</i>) zawierającego informacje o określonej strukturze,
c. system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów HIS w zakresie:
i. powiązania odpowiadających sobie pozycji rejestrów dla pacjentów zarejestrowanych wcześniej w systemie HIS,
ii. rejestracji nowych pacjentów w rejestrze HIS,

iii. dane pacjentów wprowadzone przez kontrahentów nie mogą nadpisywać danych w HIS autoryzowanych wcześniej przez pracowników usługodawcy,
d. system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów obsługiwanych w portalu e-Pacjent.
e. system umożliwia rejestrację pacjentów NN
- system umożliwia identyfikację poszczególnych pacjentów NN
- system umożliwia wyszukiwanie poszczególnych pacjentów NN
System musi umożliwić generowanie i pobranie raportów syntetycznych i analitycznych z wykonanych e-usług w wybranym przedziale czasu. Raport powinien prezentować: - Liczbę logowań do systemu - Liczbę zarezerwowanych wizyt - Liczbę załączników dołączonych do zarezerwowanych wizyt
e-Rezerwacja wizyty
Przegląd usług realizowanych w Jednostce Ochrony Zdrowia na rzecz kontrahenta wraz z harmonogramami realizacji usług.
System umożliwia przegląd usług realizowanych w jednostce Zamawiającego, udostępnianych do rejestracji dla placówki współpracującej, zgodnie z obowiązującą umową o współpracy, w zakresie:
a. rodzaju świadczonych usług,
b. personelu realizującego usługi,
c. dostępnego terminarza usług i personelu.
Rezerwacja terminów wizyt pacjentów przez kontrahentów.
a. system musi umożliwić zaplanowanie przez kontrahentów wizyt pacjentów w jednostkach usługodawcy na podstawie terminarzy udostępnianych w Medycznym Portalu Informacyjnym:
i. system zapewnia możliwość wyszukiwania usług wg nazwy usługi, nazwy jednostki organizacyjnej, w której udzielana jest usługa, lekarza udzielającego usługę,
ii. system prezentuje szczegółowe informacje o wybranej usłudze zawierające: warunki udzielenia usługi, dane teleadresowe miejsca udzielania usługi, informacje o personelu udzielającym usługę,
iii. system zapewnia możliwość wyboru terminu udzielenia usług na podstawie grafików zdefiniowanych w systemie HIS,
iv. system umożliwia zapis wskazanych przez kontrahenta plików (np. dokumentów medycznych) w kontekście planowanej wizyty.
b. system musi umożliwić zarejestrowanie i wydruk danych skierowania pacjenta na planowaną wizytę,

c. system musi umożliwić anulowanie przez kontrahenta wcześniej zaplanowanych wizyt,
d. system integruje się z terminarzami HIS w zakresie pobierania informacji o dostępnych terminach wizyt,
e. system integruje się z rejestrem planowanych wizyt w HIS w zakresie:
i. rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania,
ii. anulowania terminów zaplanowanych wizyt,
f. system integruje się z modulem Sprzedaży Usług Medycznych HIS w zakresie:
i. dostępu do listy pacjentów przypisanych do umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą,
ii. pobierania listy usług dostępnych w ramach umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą,
iii. pobierania szczegółowych informacji o warunkach udzielenia wybranej usługi: dostępne terminy w określonych placówkach, dopłata pacjenta, zdefiniowane ograniczenia.
g. System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.
System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie.
System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta.
System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty: informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty), planowanego terminu wizyty.
System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, o ile jest dostępny dla danej usługi.
Możliwość wskazania/zlecenia badań do realizacji w czasie rezerwowanej wizyty pacjenta.
Zmiana planowanego terminu realizacji usługi medycznej dla wskazanej rezerwacji.
Przegląd rezerwacji terminów udzielenia usług medycznych z wyróżnieniem stanu rezerwacji (planowane, zrealizowane, anulowane).
Wydruk potwierdzenia rezerwacji terminu udzielenia usług medycznych.
System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty: informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, planowanego terminu badania.
System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu badań.
System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty.
System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie.

System umożliwia wyszukiwanie usługi medycznej, badania; usługa może być wyszukiwana z wykorzystaniem następujących kryteriów:
a. nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi),
b. nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa.
System umożliwia przegląd dostępnych dla placówki współpracującej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu; po wybraniu terminu system blokuje możliwość jego wyboru przez innych użytkowników zarówno korzystających z aplikacji portalowych, jak i systemu szpitalnego.
System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanego badania:
a. wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi,
b. danych adresowych miejsca udzielenia usługi,
System rejestruje skierowanie na usługę, gdzie jednostką wystawiającą jest placówka współpracująca, a lekarzem kierującym lekarz dokonujący rejestracji lub inny wskazany pracownik placówki współpracującej.
e-Zlecenie badań
Zlecenie badań próbek pobranych przez kontrahentów.
a. system musi umożliwić rejestrowanie zleceń na wykonanie wskazanych badań,
b. system musi umożliwić rejestrację w systemie danych o pobraniu próbek do badań: wskazanie rodzaju pobranej próbki (materiału do badań), daty pobrania,
c. system musi umożliwić wydruk potwierdzenia zlecenia wykonania badań,
d. system musi umożliwić przegląd i wyszukiwanie zleconych badań wg następujących kryteriów: pacjent, zlecona usługa, data zlecenia. System prezentuje stan realizacji zlecenia.
e. system integruje się on-line z HIS w zakresie:
i. rejestracji w HIS informacji o zleconych badaniach,
ii. pozyskania informacji o stanie realizacji zlecenia.
iii. pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń,
iv. anulowania terminów zaplanowanych wizyt,
v. rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów,
vi. pobierania informacji o planowanych terminach wizyt.

f. System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.
g. System umożliwia zlecenie badań dla pacjentów NN zapisanych w rejestrze pacjentów kontrahenta
e-Udostępnianie wyników
Udostępnienie wyników badań i dokumentacji medycznej pacjentów.
a. system musi umożliwić pobranie przez kontrahentów dokumentów medycznych udostępnionych przez pacjentów w module e-Pacjent Medycznego Portalu Informacyjnego,
b. system musi udostępniać dokumenty medyczne opisujące realizację usług medycznych zleconych przez danego kontrahenta,
c. system integruje się z Repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie wyszukiwania i pobierania udostępnianych elektronicznych dokumentów medycznych,
d. system prezentuje zarejestrowane w HIS wyniki badań zleconych przez danego kontrahenta.
e. o ile pacjent posiada własny dostęp do portalu medycznego Zamawiającego, wyniki badań i wizyt są udostępniane na jego osobistym koncie
e-Raportowanie
Raportowanie.
System umożliwia wydruk raportu prezentującego liczby zrealizowanych usług medycznych zaplanowanych lub zleconych w module e-Kontrahent, z możliwością filtrowania wg usługi oraz okresu realizacji usługi.
e-Administrator
Tworzenie grup użytkowników; przyporządkowanie użytkowników do grup.
Przegląd efektywnych uprawnień użytkownika wynikających z przynależności do grup użytkowników, przypisanych ról i praw

Możliwość przydzielania uprawnień do obsługi wybranych kontrahentów
Definiowanie polityk poziomu bezpieczeństwa hasła użytkownika, możliwość przypisania wskazanych polityk do użytkowników.
Kontrola złożoności hasła użytkownika zgodnie z przypisaną polityką poziomu bezpieczeństwa.
Dostępność interfejsu do kontroli praw przyznanych użytkownikom
Dostępność interfejsu do zarządzania prawami przyznanych użytkownikom
Użytkownicy systemu nie odpowiadają bezpośrednio użytkownikom systemu zarządzania bazą danych.
Możliwość delegowania uprawnień do administrowania uprawnieniami w poszczególnych podsystemach

eRejestracja do poradni

System e-Rejestracja musi zapewnić dostęp Pacjentowi do usługi e-Rejestracji za pomocą serwisu www za pośrednictwem indywidualnego konta z wykorzystaniem Węzła Krajowego oraz loginu i hasła (do wyboru przez Pacjenta).

System e-Rejestracja musi zapewnić możliwość zakładania konta Pacjenta za pomocą Węzła Krajowego lub loginu i hasła (do wyboru przez Pacjenta). W przypadku Węzła Krajowego po autentykacji Pacjenta za pomocą narzędzi autentykacyjnych udostępnianych przez Węzeł Krajowy Pacjent zostanie poproszony o uzupełnienie co najmniej: numeru telefonu i adresu e-mail (pozostałe dane zostaną pobrane z Węzła krajowego: imię, nazwisko, PESEL lub seria i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dla osób nieposiadających PESEL, data urodzenia) W przypadku loginu i hasła zostanie udostępniony na stronie głównej formularz rejestracyjny zawierający dane, które jednoznacznie identyfikują nowego użytkownika. Nowy użytkownik musi obowiązkowo uzupełnić co najmniej: imię, nazwisko, PESEL lub seria i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość dla osób nieposiadających PESEL, data urodzenia, numer telefonu oraz adres e-mail. W przypadku loginu i hasła System e-Rejestracja zapewni możliwość resetu hasła przez Pacjenta bez konieczności wizyty u Zamawiającego.

System umożliwia wykorzystanie certyfikatów niezbędnych do integracji z węzłem krajowym identyfikacji elektronicznej w celu integracji z systemem login.gov.pl na środowisku produkcyjnym, zgodnie z wymaganiami Ministerstwa Cyfryzacji opublikowanymi w dokumentacji na stronie mc.bip.gov.pl w zakładce „Interoperacyjność MC”/ „Węzeł Krajowy - dokumentacja dotycząca integracji z Węzłem Krajowym”

System musi umożliwiać pacjentom rezerwację terminów wizyt w jednostce ochrony zdrowia oraz anulowanie wcześniej dokonanych rezerwacji.

Rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi).

System umożliwia pacjentom wyszukiwanie usługi medycznej związanej z planowaną wizytą; wyszukiwanie usługi może odbywać się z wykorzystaniem następujących kryteriów:

-- nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi),

-- nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa,

-- imienia, nazwiska, tytułu naukowego i specjalności lekarza udzielającego oczekiwanej usługi.

System musi umożliwiać wyszukiwanie usług według ich kodów lub nazw części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych

System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.

System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, jeżeli jest dostępny dla danej usługi.

System umożliwia przegląd dostępnych dla rezerwacji internetowej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu. Po wybraniu terminu system blokuje możliwość wyboru tego terminu przez innych użytkowników zarówno systemu MPI jak i systemu szpitalnego.

Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług.

System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanej wizyty, tj.:

-- wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi,

-- danych adresowych miejsca udzielenia usługi,

-- danych wybranego personelu/lekarza udzielającego usługi.

System umożliwia lub wymusza (w zależności od konfiguracji dla danej usługi) rejestrację danych skierowania, w przypadku rezerwacji terminu dotyczącego świadczeń wymagających skierowania.

System umożliwia edycję danych skierowania oraz e-skierowania.

System musi umożliwiać ewidencję trybu pilności w danych skierowania pacjenta.

Wydruk potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji, lekarzu oraz planowanej dacie udzielenia usługi.

Możliwość rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych; możliwość zmiany terminu wizyt dla podopiecznych; możliwość anulowania rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych.

System umożliwia dodawanie i usuwanie skanów skierowania dla rezerwacji terminu.

System umożliwia dodatkowe potwierdzenie autentyczności użytkownika rezerwującego termin wizyty poprzez przesłanie na podany nr telefonu kodu potwierdzającego oraz wymuszenie wprowadzenia tego kodu w kontekście rezerwacji wizyty.

System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłygnięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.

System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upłygnięciu zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.

Przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana).

System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta.

Podczas planowania terminu danej usługi system powinien weryfikować istnienie aktywnej deklaracji danego typu dla danego pacjenta

System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty tj.:

- informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi,
- danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi,
- informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty),
- planowanego terminu wizyty.

System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty.

System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie:

- pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń,

-- rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów,

-- anulowania terminów zaplanowanych wizyt,

-- pobierania informacji o planowanych terminach wizyt.

-- integracja z posiadanym systemem kolejkowym.

eDokumentacja

System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.

System musi umożliwiać pobranie elektronicznych dokumentów medycznych pacjenta, zarejestrowanych w Repozytorium EDM.

System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów wybranych typów.

System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów podpisanych bezpiecznym podpisem cyfrowym.

System integruje się on-line z Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (Repozytorium EDM w systemie HIS) w zakresie pobierania informacji o dostępnej elektronicznej dokumentacji medycznej (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium meta danych dokumentów i dokumentów w postaci elektronicznej).

Zarządzanie Dokumentacją Medyczną

System umożliwia automatyczną weryfikację kompletności teczki pod kątem dokumentacji medycznej pacjenta.

Archiwum Dokumentacji

Rejestracja dokumentacji

System umożliwia rejestrację indywidualnej dokumentacji medycznej, zbiorczej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji niemedycznej.

System umożliwia automatyczne zakładanie teczek pacjentów w module Archiwum na podstawie pobytów pacjentów zarejestrowanych w HIS Ruch Chorych / Przychodnia wraz z wykazem dokumentów (metryczka dokumentu)

Parametryzacja systemu umożliwia organizację dokumentacji medycznej dla automatycznie założonych teczek pacjentów dla poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala wg rodzajów:

- teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie jednej hospitalizacji
- teczki zawierające dokumentację medyczną z wielu hospitalizacji
- teczki zawierające dokumentację medyczną dla każdego pobytu na oddziale szpitalnym
- teczki zawierające dokumentację medyczną wielu pacjentów
- teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów, pracowni
- teczki zawierające dokumentację medyczną w zakresie gabinetów pogrupowane wg jednostki nadrzędnej

System umożliwia organizację rejestrowanej dokumentacji w postaci teczek oraz spraw w teczce

System umożliwia grupowanie teczek w zbiory (segregatory), w ramach wybranych jednostek organizacyjnych szpitala, w celu połączenia w jeden zestaw grupy teczek dowolnego pacjenta lub wielu wybranych pacjentów.

System umożliwia automatyczne wyszukiwanie teczek pacjentów z poradni do przekazania do Archiwum.

System umożliwia „śledzenie” teczek w zakresie aktualnego miejsca ich przechowywania.

a) System automatycznie aktualizuje miejsce przechowywania teczki pacjenta na podstawie danych z HIS w zakresie ruchu międzyoddziałowego

b) Miejsce przechowywania teczek jest aktualizowane na podstawie danych wynikających z obiegu dokumentacji papierowej

System umożliwia potwierdzenie przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS na podstawie obiegu dokumentacji w formie papierowej

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przyjęcia dokumentacji pacjenta przez JOS dostępne jest z modułu Archiwum oraz w modułach HIS tj. Izba przyjęć, Oddział, Gabinet, Pracownia

System umożliwia przekazanie dokumentacji medycznej pacjenta do wybranego JOS na podstawie obiegu papierowego dokumentacji

System umożliwia przypisanie zarchiwizowanych teczek pacjenta do wybranego magazynu, pomieszczenia, regału, półki

System umożliwia grupowe przenoszenie teczek pomiędzy magazynami, pomieszczeniami, regałami, półkami

System umożliwia zdefiniowanie wielu archiwów oraz magazynów w ramach archiwum.

Opis teczki musi obejmować przynajmniej:

a) numer teczki nadany wg zdefiniowanego szablonu

b) symbol klasyfikacyjny wraz z tytułem oraz kategorię archiwalną

c) miejsce utworzenia

d) miejsce przechowywania

Opis sprawy w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej musi obejmować przynajmniej:

a) dane pacjenta

b) dane zdarzenia medycznego (hospitalizacja/pobyt/kartoteka w poradni)

System umożliwia rejestrowanie metadanych archiwizowanych dokumentów. W szczególności informację o formie dokumentu (papierowy/elektroniczny) oraz miejscu jego przechowywania.

System umożliwia wyświetlanie oraz pobieranie treści elektronicznej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji medycznej zmaterializowanej.

System umożliwia zarejestrowanie kopii dokumentu.

System umożliwia stworzenie systemu klasyfikacyjnego przechowywanej w teczce dokumentacji. System klasyfikacyjny musi umożliwiać rozróżnienie dokumentacji medycznej od dokumentacji niemedycznej.

System umożliwia zdefiniowanie Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt wraz z kategorią archiwalną.

System umożliwia automatyczne przypisanie oraz wyszukiwanie teczek pacjentów na podstawie pozycji zdefiniowanych w JRWA (Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt) co najmniej dla:

a) Historii chorób pacjentów wypisanych

b) Historii chorób pacjentów zmarłych

c) Historii chorób pacjentów zmarłych na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia

d) Historii chorób osób leczonych krwią i preparatami krwiopochodnymi

e) Historie chorób dzieci do 2 roku życia

System umożliwia zdefiniowanie (workflow) procesu archiwizacji dokumentacji medycznej i nie medycznej w podziale na podprocesy z możliwością włączenia i wyłączenia podprocesu. Wykaz zdefiniowanych podprocesów:

a) Akceptacja przełożonego / Brak akceptacji

b) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę weryfikującą

c) Akceptacja w jednostce weryfikującej / Brak akceptacji

d) Przyjęcie do weryfikacji przez jednostkę archiwizującą

e) Akceptacja w jednostce archiwizującej / Brak akceptacji

System umożliwia wycofanie wykonanego podprocesu tj. wycofanie akceptacji przełożonego, wycofanie akceptacji jednostki weryfikującej, wycofanie akceptacji w jednostce archiwizującej.

W przypadku protokołu przeniesienia/spisu zdawczo-odbiorczego system umożliwia wykonywanie poszczególnych funkcji (przełącz, przyjmij do weryfikacji, zaakceptuj w statystyce, odrzuć) zarówno na całym protokole/spisie (wszystkich teczkach) jak i na wybranych pozycjach (wskazanych teczkach).

System umożliwia wydruk etykiet teczek, spraw oraz dokumentów wg zdefiniowanych szablonów. Etykieta może zawierać kod kreskowy identyfikujący teczkę, sprawę lub dokument.

System umożliwia utworzenie i wydruk protokołów przeniesienia dokumentacji

System umożliwia utworzenie i wydruk spisów zdawczo-odbiorczych

System umożliwia utworzenie i wydruk protokołu zniszczenia/zagubienia dokumentacji.

System umożliwia utworzenie i wydruk protokołu odnalezienia dokumentacji.

System umożliwia zmianę miejsca przechowywania dokumentacji oraz wygenerowanie i wydruk protokołu zdawczo-odbiorczego

System umożliwia utworzenie i wydruk wykazów teczek przekazanych i nieprzekazanych do Jednostki Organizacyjnej Szpitala.

System umożliwia wyszukanie teczek wg zadanych kryteriów:

a) klasa dokumentacji

b) numer teczki lub sprawy

c) Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt

d) status dokumentacji: wypożyczona/przekroczony termin zwrotu/zniszczona/zagubiona

e) jednostka organizacyjna w której dokumentacja została utworzona

f) zakres dat w których dokumentacja została utworzona

g) dane pacjenta oraz zdarzenia, którego dokumentacja dotyczy

h) historia choroby: daty przyjęcia, wypisu, miejsca pobytu, tryb wypisu z oddziału

i) rozpoznanie według rodzaju (końcowe, ze skierowania, wstępne, powypisowe) i pozycja w wykazie klasyfikacji chorób według ICD10

j) klasyfikacja teczki określona wg kategorii archiwalnej nadanej automatycznie dla teczki oraz poprzez wskazanie parametrów opisujących teczkę, dane historii choroby lub wizyty oraz datę utworzenia (od-do),

k) przekroczony termin zwrotu

l) zwrot potwierdzony

m) odbiór potwierdzony

n) lekarz prowadzący / wypisujący

System umożliwia podgląd danych teczki, spraw oraz dokumentów

System umożliwia podgląd historii teczki oraz sprawy, zawierającej:

a) informację o modyfikacji danych teczki oraz spraw i dokumentów w te czce

b) informację o wypożyczeniach/zwrotach dokumentacji medycznej

c) informację o zagubieniu/zniszczeniu/planowym zniszczeniu dokumentacji

System umożliwia obsługę kodów kreskowych utworzonych w HIS Ruch Chorych i nadrukowywanych na historiach chorób pacjentów oraz obsługę kodów wygenerowanych w systemie Archiwum

System umożliwia dowolną konfigurację numeratora dla teczek, protokołów przeniesienia, spisów zdawczo-odbiorczych

System umożliwia wykonanie zestawienia zdawalności teczek pacjentów z oddziałów do Statystyki medycznej lub Archiwum

System umożliwia utworzenie i wydruk Księgi Archiwum w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek odbierających i przekazujących poradni, oddziałów oraz dla określonych zakresów dat leczenia pacjenta i przekazania do archiwum. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls.

System umożliwia utworzenie i wydruk Listy dokumentacji przechowywanej w określonej jednostce w formie analitycznej i syntetycznej. Raport może być generowany dla wskazanych jednostek oraz dla określonego zakresu dat przyjęcia i wypisu pacjenta ze szpitala. System umożliwia wydrukowanie raportu w formacie dokumentu pdf oraz arkusza xls.

Udostępnienie dokumentacji

System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji na wewnętrzne potrzeby podmiotu

System umożliwia obsługę udostępnienia dokumentacji do celów naukowo-badawczych.

System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

System umożliwia obsługę udostępniania dokumentacji organowi upoważnionemu.

System udostępnia dokumentację w postaci teczki lub sprawy.

Udostępnienie dokumentacji odbywa się na podstawie wniosku o udostępnienie, który zawiera przynajmniej:

a) dane wnioskującego

b) dane jednostki przechowującej dokumentację

c) listę teczek/spraw lub opis dokumentacji, która ma zostać udostępniona

d) termin realizacji udostępnienia

e) podstawę prawną dla udostępnienia dokumentacji organowi upoważnionemu

System umożliwia wyszukanie wniosków o udostępnienie wg zadanych kryteriów:

a) dane wnioskującego

b) dane udostępniającego

c) dane identyfikujące teczkę/sprawę

d) dane pacjenta w przypadku udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej

e) termin realizacji

f) stan realizacji udostępnienia

g) przekroczony termin zwrotu

System umożliwia wspomaganie realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji poprzez oznaczenie stanu realizacji zamówienia.

System umożliwia kontrolę liczby udostępnień dokumentacji medycznej pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej, a co za tym idzie wspomaga proces pobierania obowiązkowych opłat dotyczących kolejnych udostępnień dokumentów.

System umożliwia obsługę potwierdzenia przekazania udostępnianej dokumentacji

System umożliwia obsługę potwierdzenia zwrotu udostępnianej dokumentacji

System posiada (workflow) procesu udostępniania dokumentacji medycznej. Wykaz podprocesów:

a) Akceptacja przełożonego

b) Przyjęcie do realizacji przez jednostkę archiwizującą

c) Oznaczenie dokumentacja gotowa do odbioru

d) Potwierdzenie odbioru dokumentacji

e) Zwrot dokumentacji

System umożliwia zacytowanie listy teczek pacjenta z pliku .xls do karty udostępnienia na cele naukowo-badawcze

System integruje się z portalem pacjenta w zakresie realizacji wniosków o udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, wystawianych za pośrednictwem konta użytkownika założonego na portalu.

W ramach realizacji wniosku system umożliwia utworzenie paczki zawierającej elektroniczną dokumentację medyczną, określenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji oraz automatycznie generuje potwierdzenie odbioru dokumentacji po jej pobraniu przez pacjenta.

Raportowanie

System musi umożliwiać utworzenie i wydruk w formacie dokumentu pdf oraz w formacie arkusza xls następujących parametryzowanych raportów:

· Lista dokumentacji zgubionej,

· Lista dokumentacji wypożyczonej w określonym czasie do wskazanych innych jednostek organizacyjnych podmiotu lub organów upoważnionych,

- Lista dokumentacji medycznej przechowywanej w określonej jednostce organizacyjnej z możliwością wskazania okresu hospitalizacji.

- Lista dokumentacji wypożyczonej do wskazanych jednostek organizacyjnych podmiotu lub instytucji zewnętrznych oraz organów upoważnionych, dla której czas zwrotu upłynął.

- Lista dokumentacji medycznej pacjenta nieprzekazanej do jednostki archiwizującej podmiotu oraz lista dokumentacji medycznej zwróconej przez jednostkę archiwizującą do jednostek przekazujących podmiotu.

- Lista dokumentacji medycznej przyjętej na stan jednostki archiwizującej podmiotu z jednostek organizacyjnych.

· Lista dokumentacji określonego pacjenta z możliwością wyboru okresu, wskazania hospitalizacji lub wizyty pacjenta oraz określenia zakresu dokumentacji (opieka, pobyt, pacjent).

- Sumaryczne sprawozdanie roczne z działalności jednostki archiwizującej podmiotu.

- Rejestr udostępnień umożliwiający wygenerowanie wydruku dla udostępnień wewnętrznych, udostępnień do celów naukowo-badawczych, udostępnień pacjentowi lub organowi upoważnionemu.

Wymagania нефункционалне

System posiada interfejs użytkownika oparty o przeglądarkę internetową.

System umożliwia wydruk kodu kreskowego na drukarce typu Zebra bezpośrednio z teczki pacjenta.

System zapewnia bezpieczny dostęp do przechowywanych informacji oraz funkcjonalności w oparciu o mechanizmy uwierzytelnienia użytkowników oraz kontroli uprawnień do udostępnianych zasobów

ePORADA

e - Zwolnienia

System musi zapewnić zgodność z interfejsem ZUS PUE, bazującym na usługach sieciowych, umożliwiającym wystawianie oraz korektę zwolnień lekarskich bezpośrednio z poziomu systemów dziedzinowych zewnętrznych względem ZUS dostawców oprogramowania.

System musi umożliwiać logowanie do systemu PUE - ZUS bezpośrednio z aplikacji gabinetowej. Logowanie możliwe jest poprzez podpisanie oświadczenia wygenerowanego przez ZUS za pomocą elektronicznego podpisu kwalifikowanego lub ePUAP.

System musi umożliwić wylogowanie z systemu PUE - ZUS, w chwili zamknięcia sesji pracy z systemem.

<p>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.</p>
<p>System musi umożliwiać wystawianie zwolnień medycznych przez asystentów medycznych oraz ich transmisję do ZUS</p>
<p>System musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zaświadczenia lekarskiego podpisem kwalifikowanym, za pomocą ePUAP, podpisem w chmurze lub certyfikatem ZUS PUE.</p>
<p>System musi umożliwiać przekazywanie utworzonych dokumentów zaświadczeń lekarskich do systemu PUE-ZUS.</p>
<p>System musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem.</p>
<p>System musi umożliwiać anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).</p>
<p>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).</p>
<p>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.</p>
<p>System musi umożliwić wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego wystawionego w trybie alternatywnym zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem zarówno przed jego elektronizacją jak i po elektronizacji.</p>
<p>System musi umożliwiać unieważnienie zaświadczenia lekarskiego, jeśli nie dokonano jego elektronizacji (nie przesłano go do ZUS).</p>
<p>System musi umożliwić elektronizację zaświadczenia lekarskiego polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczenia wystawionego wcześniej w trybie alternatywnym.</p>
<p>System musi umożliwić zbiorczą elektronizację zaświadczeń lekarskich polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczeń wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym.</p>
<p>System musi umożliwić anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).</p>
<p>System musi umożliwiać wystawianie oraz anulowanie zwolnień elektronicznych bezpośrednio w systemie HIS.</p>
<p>System musi umożliwiać wyszukiwanie danych w rejestrze zwolnień lekarskich na podstawie serii i numeru zwolnienia.</p>
<p>System musi umożliwiać przegląd danych źródłowych oraz dokumentów zaświadczeń lekarskich wystawionych w lokalnej aplikacji gabinetowej.</p>

<p>System musi umożliwiać podgląd listy poprzednich zwolnień pacjenta zarejestrowanych w ZUS, w tym zwolnień zarejestrowanych w innych placówkach medycznych, z możliwością filtrowania wyników względem daty wystawienia zwolnienia oraz okresu niezdolności do pracy.</p>
<p>System powinien umożliwiać wystawianie zwolnień elektronicznych przez asystentów medycznych oraz umożliwiać przekazywanie takich dokumentów do systemu ZUS PUE.</p>
<p>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.</p>
<p>System musi umożliwiać logowanie do systemu PUE - ZUS bezpośrednio z aplikacji gabinetowej. Logowanie możliwe jest poprzez podpisanie oświadczenia wygenerowanego przez ZUS za pomocą: elektronicznego podpisu kwalifikowanego, certyfikatu wystawionego przez ZUS, podpisu kwalifikowanego w chmurze lub profilu zaufanego ePUAP.</p>
<p>System musi umożliwić wylogowanie z systemu PUE - ZUS, w chwili zamknięcia sesji pracy z systemem.</p>
<p>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.</p>
<p>System musi umożliwiać podpisywanie dokumentu zaświadczenia lekarskiego podpisem kwalifikowanym na nośniku fizycznym lub w chmurze, za pomocą ePUAP lub certyfikatem ZUS PUE.</p>
<p>System musi umożliwić przekazywanie utworzonych dokumentów zaświadczeń lekarskich do systemu PUE-ZUS.</p>
<p>System musi umożliwiać wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem.</p>
<p>System musi umożliwiać anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (dla zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).</p>
<p>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).</p>
<p>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.</p>
<p>System musi umożliwić wydruk dokumentu zaświadczenia lekarskiego wystawionego w trybie alternatywnym zgodnie z opublikowanym przez ZUS wzorem zarówno przed jego elektroniczną jak i po elektronicznej.</p>

<p>System musi umożliwiać unieważnienie zaświadczenia lekarskiego wystawionego w trybie alternatywnym, jeśli nie dokonano jeszcze jego elektroniczacji (nie przesłano go wcześniej do ZUS).</p>
<p>System musi umożliwić elektroniczność zaświadczenia lekarskiego polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczenia wystawionego wcześniej w trybie alternatywnym.</p>
<p>System musi umożliwić zbiorczą elektroniczność zaświadczeń lekarskich polegającą na przesłaniu do ZUS zaświadczeń wystawionych wcześniej w trybie alternatywnym.</p>
<p>System musi umożliwić anulowanie zaświadczenia przekazanego do PUE-ZUS (da zaświadczeń, dla których ZUS dopuszcza taką możliwość).</p>
<p>System musi umożliwiać wystawianie oraz anulowanie zwolnień elektronicznych bezpośrednio w systemie HIS.</p>
<p>System musi umożliwiać przegląd danych źródłowych oraz dokumentów zaświadczeń lekarskich wystawionych w lokalnej aplikacji gabinetowej.</p>
<p>System powinien umożliwiać wystawianie zwolnień elektronicznych przez asystentów medycznych oraz umożliwiać przekazywanie takich dokumentów do systemu ZUS PUE.</p>
<p>System musi umożliwiać podgląd listy poprzednich zwolnień pacjenta zarejestrowanych w ZUS, w tym zwolnień zarejestrowanych w innych placówkach medycznych, z możliwością filtrowania wyników względem daty wystawienia zwolnienia oraz okresu niezdolności do pracy.</p>
<p>e-Skierowanie</p>
<p>Możliwość wystawienia, przez uprawnionego pracownika medycznego, e-skierowania w systemie lokalnym Usługodawcy, wraz z podpisaniem dokumentu elektronicznym podpisem, zgodnie z wytycznymi C e-Z.</p>
<p>System lokalny umożliwia Usługodawcy lub jego pracownikom medycznym wybór sposobu elektronicznego podpisywania wystawianego e-skierowania spośród metod:</p> <ul style="list-style-type: none">- podpis kwalifikowany,- certyfikat ZUS (e-ZLA),- Profil Zaufany. <p>System umożliwia ustalenie jednego sposobu dla wszystkich pracowników lub indywidualnego wyboru sposobu podpisywania dla poszczególnych pracowników medycznych Usługodawcy.</p>
<p>System lokalny umożliwia ewidencjonowanie dodatkowych informacji dotyczących wysłanych danych dostępowych e-skierowania - w szczególności kanału wysyłki i poprawności dostarczenia danych.</p>
<p>System lokalny umożliwia użytkownikowi na powiązanie e-skierowania z zaplanowanym terminem.</p>
<p>System lokalny umożliwia wprowadzenie numeru e-skierowania w oknie Dane skierowania.</p>
<p>System lokalny pozwala na autouzupełnienie (nadpisanie) danych skierowania w danych pobytu pacjenta na podstawie pobranego e-skierowania.</p>

<p>System lokalny Usługodawcy umożliwia przegląd wystawionych, we wskazanym okresie, e-skierowań w kontekście pacjenta i zapoznanie się z ich bieżącym statusem w P1.</p>
<p>Możliwość anulowania e-skierowania u Usługodawcy, u którego wystawiono dokument a dokument pozostaje w statusie 'Wystawione'.</p>
<p>System lokalny umożliwia podglądu wersji prezentacyjnej e-skierowania.</p>
<p>System lokalny umożliwia wydrukowanie:</p> <ul style="list-style-type: none">- wersji prezentacyjnej e-skierowania,- wersji informacyjnej e-skierowania,- informacji o skierowaniu zawierającej identyfikator skierowania oraz kod dostępowy, tj. dokumentów umożliwiających realizację wystawionego e-skierowania.
<p>System lokalny umożliwia wydrukowanie przyjętego e-skierowania na podstawie własnego szablonu pisma oraz oficjalnego szablonu w wersji prezentacyjnej.</p>
<p>System umożliwia automatyczne wygenerowanie wydruku wersji prezentacyjnej danych e-skierowania po poprawnym wysłaniu przez system lokalny dokumentu e-skierowania do Systemu P1.</p>
<p>System lokalny Usługodawcy umożliwia obsługę e-skierowań pacjenta, w tym dokonywania zmiany statusu e-skierowania w Systemie P1 przez:</p> <ul style="list-style-type: none">- przyjęcie do realizacji, w tym wpisanie na listę oczekujących,- rezygnację z realizacji e-skierowania,- zakończenie realizacji e-skierowania
<p>W zakresie e-skierowań system lokalny umożliwia asynchroniczną obsługę operacji 'Wyślij' oraz 'Weryfikuj'.</p>
<p>System lokalny umożliwia wyszukanie wszystkich e-skierowań wystawionych pacjentowi w podmiocie leczniczym niezależnie od jednostki organizacyjnej podmiotu i lekarza wystawiającego.</p>
<p>System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie zapisywania przez system lokalny poprawnego dokumentu e-skierowania w Systemie P1.</p>
<p>System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie pobierania przez system lokalny dokumentu e-skierowania z Systemu P1.</p>
<p>System umożliwia generowanie identyfikatorów wystawianych e-Skierowań z użyciem własnego kodu prefiks.</p>
<p>System umożliwia obsługę e-Skierowań w przypadku niedostępności usług podmiotu zewnętrznego (Platformy P1)</p>
<p>System umożliwia przywrócenie do realizacji zakończonego e-Skierowania</p>

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

eAnkieta

System musi umożliwiać przeprowadzenie badań satysfakcji pacjentów poprzez udostępnienie ankiet związanych z udzielonymi świadczeniami medycznymi.

System musi umożliwiać pacjentom wypełnienie zdefiniowanej ankiety dotyczącej udzielonego świadczenia medycznego.

System musi umożliwiać udostępnienie różnych ankiet dla określonych usług medycznych.

System musi przysyłać pacjentom wiadomości z prośbą o wypełnienie ankiety z wykorzystaniem wybranego kanału komunikacyjnego (SMS, e-mail, wiadomość portalowa). System umożliwia uruchomienie ankiety do wypełnienia poprzez kliknięcie odnośnika przesłanego w wiadomości e-mail.

System umożliwia interpretację wyników wprowadzonych przez pacjentów ankiet przez personel medyczny szpitala.

System musi wspierać prowadzenie profilaktycznych programów zdrowotnych poprzez:

- możliwość zdefiniowania kwestionariusza zawierającego informacje służące do kwalifikacji pacjenta do programu,

- udostępnianie kwestionariusza kwalifikacyjnego wskazanej docelowej grupie pacjentów,

- informowanie pacjentów o możliwości wypełnienia wskazanej ankiety powiązanej z programem profilaktycznym,

- umożliwienie pacjentowi wypełnienia i przesłania ankiety do personelu kwalifikującego do programu profilaktycznego,

- automatyczną integrację z systemem HIS w zakresie wysyłania informacji udzielonych przez pacjentów w wypełnionych ankietach z możliwością ich dalszej analizy,

- umożliwienie przeglądu i kwalifikacji ankiet programów profilaktycznych zaewidencjonowanych przez pacjentów w systemie MPI przez personel szpitala,

- powiadamianie pacjentów za pomocą wiadomości email/sms/portalowej o pozytywnym lub negatywnym wyniku wykonanej kwalifikacji do programu profilaktycznego.

ePowiadomienia

System umożliwi pacjentowi potwierdzenie lub rezygnację z terminu zaplanowanej wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny:

- za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na adres e-mail użytkownika,
- za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na konto użytkownika w Medycznym Portalu Informacyjnym,
- za pomocą wiadomości SMS (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne).

Podmiot leczniczy może konfigurować dla jakich usług mają być odbierane odpowiedzi od pacjentów.

Dostępne warianty:

- wymagane potwierdzenie wizyty przez pacjenta - pacjent musi kliknąć w link potwierdzający (przesłany na e-mail lub konto w MPI) lub wysłać SMS o treści 'Tak',
- możliwość anulowania wizyty przez pacjenta - pacjent musi kliknąć w link anulujący (przesłany na e-mail lub konto w MPI) lub wysłać SMS o treści 'Nie'.

W przypadku SMS-ów wiadomości przychodzące są automatycznie weryfikowane co 30 sekund. Nowe wiadomości są analizowane:

- wiadomość o treści 'TAK' – potwierdzenie terminu - data potwierdzenia, typ potwierdzenia (kanał), identyfikator potwierdzenia są zapisywane w systemie;
- wiadomość o treści 'NIE' – anulowanie terminu - data anulowania, typ anulowania (kanał), identyfikator anulowania są zapisywane w systemie;
- wiadomość o treści innej niż powyższe - system traktuje odpowiedź jako nierozpoznaną - brak zapisu danych odpowiedzi w systemie.



Pakiet nr 2

Zakres obejmuje integrację z posiadanym systemem LIS obejmuje laboratoryjny serwis internetowy, który powinien zapewnić dostęp zleceniodawców do wyników laboratoryjnych swoich pacjentów.

Pakiet nr 3

Zakres obejmuje integrację posiadanego systemu HIS z domeną Active Directory.

System musi umożliwić logowanie z wykorzystaniem usług domenowych np. Active Directory (AD), w ramach których możliwe jest logowanie z wykorzystaniem czytnika biometrycznego oraz kart kryptograficznych.

System umożliwia automatyczne tworzenie użytkowników systemu, na podstawie użytkowników w Active Directory (AD). Użytkownicy aplikacji nie są użytkownikami bazy danych

System współpracuje z kontrolerem domeny Active Directory (AD) w taki sposób, że:

-AD stanowi bazę kont użytkowników, haseł oraz grup tak, aby Użytkownik SSI mógł się posługiwać do prawidłowej autoryzacji w SSI loginem i hasłem AD, bez dodatkowych czynności konfiguracyjnych,

-po założeniu konta w AD nie trzeba wykonywać powtórnie czynności tworzenia konta użytkownika w SSI w zakresie wprowadzania:

--imienia i nazwiska,

--loginu użytkownika,

--hasła użytkownika,

--nadania podstawowych uprawnień wynikających z przynależności do określonych grup użytkowników w AD (np. grupa „lekarza”, „Pielęgniarki” itp.)

Użytkownik nie może zmienić hasła AD z poziomu SSI

Pakiet nr 4

Integracja systemu PIS

Zakup i uruchomienie depozytów w systemie HIS oraz integracja magazynów jednorazówki.

Pakiet nr 5

Integracja posiadanego HIS i ERP z systemem BI (system analiz):

Wymagania funkcjonalne do Systemu Analiz
Aplikacja posiada przeglądarkowy interfejs użytkownika
Aplikacja nie może wymagać od użytkownika instalacji dodatkowych wtyczek / rozszerzeń w przeglądarce.
Aplikacja umożliwia obsługę w dwóch językach: polski oraz angielski.
Aplikacja udostępnia syntetyczne analizy biznesowe w formie kokpitu menadżerskiego, składającego się z powiązanych tematycznie interaktywnych kafelków.
Aplikacja udostępnia kafelki z zakresów:
a) Statystyka medyczna,
b) Rozliczenia NFZ,
c) Finanse i Koszty.
Dla każdego zakresu producent dostarcza jeden predefiniowany pulpit (kokpit) przykładowy, gotowy do użycia, zawierający komplet analiz z danego zakresu.
Pulpity predefiniowane mogą być uruchamiane, kopiowane, ale nie mogą być usuwane ani edytowane przez żadnego użytkownika.
Dostępne kafelki są predefiniowane przez producenta, tak aby rozwiązanie nie wymagało od użytkownika kompetencji w zakresie modelowania czy przetwarzania danych. Konfiguracja źródła danych i ich prezentacji jest zdefiniowana przez producenta.
Praca w aplikacji nie wymaga znajomości modelu danych systemów dziedzicznych ERP i HIS.

<p>Dane prezentowane w kafelkach pobierane są bezpośrednio z systemów HIS i ERP (on-line) występujących u Zamawiającego, poprzez udostępniane funkcje lub widoki. W celu przyspieszenia działania aplikacji, dopuszcza się wykorzystywanie mechanizmu własnego magazynu danych, w którym dane z systemów HIS i ERP będą przechowywane.</p>
<p>Aplikacja zapewnia integrację kont użytkowników z systemami dziedzicznymi HIS i ERP.</p>
<p>System umożliwia zabezpieczenie danych wrażliwych pozwalających zidentyfikować konkretnego pacjenta. Zabezpieczenie jest realizowane w formie uprawnienia dla wskazanych użytkowników. Zestaw anonimizowanych cech pacjenta obejmuje co najmniej: nazwisko, pierwsze imię, drugie imię, PESEL, data urodzenia, płeć, data zgonu, kraj pochodzenia, ubezpieczyciel.</p>
<p>System udostępnia trzy poziomy uprawnień użytkowników:</p>
<p>a) Do funkcji – np. funkcji administratora czy dostępu do danych wrażliwych,</p>
<p>b) Do grup kafelków,</p>
<p>c) Do komórek organizacyjnych szpitala i ośrodków kosztów.</p>
<p>System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie (w minutach) maksymalnego czasu bezczynności użytkownika, po którym następuje wylogowanie.</p>
<p>System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie minimalnego analizowanego roku kalendarzowego, w ramach którego prowadzone mogą być analizy (tzn. na liście dostępnych lat kalendarzowych widoczny będzie ustawiony minimalny rok kalendarzowy oraz wszystkie następujące po nim lata aż do bieżącego).</p>
<p>System umożliwia użytkownikowi z uprawnieniami Administratora określanie waluty wyświetlanej na kafelkach analitycznych.</p>
<p>Użytkownik z uprawnieniami administratora ma możliwość określenia/zmiany identyfikatora układu bilansowego dla danych pochodzących z systemów finansowych.</p>
<p>Własny magazyn danych</p>
<p>Aplikacja posiada wewnętrzny magazyn danych (cache) wykorzystywany jako źródło danych dla elementów obciążających bazy danych systemów dziedzicznych celem ich odciążenia oraz dostarczenia wyników użytkownikom w krótszym czasie.</p>

<p>Użytkownik ma możliwość zarządzania zasileniami magazynu danych (cache) w zakresie dodawania nowych zadań (tzw. harmonogramów zasileń), edycji istniejących oraz usuwania już niepotrzebnych.</p>
<p>Administrator systemu ma możliwość określania maksymalnego czasu wykonywania zasilenia magazynu danych, tzn. czasu, po którym niezakończony zasilenie w magazynie danych AMCP zostaje przerwane ze statusem "Niepowodzenie".</p>
<p>Aplikacja pozwala na zdefiniowanie harmonogramów zasileń jednokrotnych, czyli uruchamianych jeden raz we wskazanym przez użytkownika momencie (możliwość określenia daty oraz godziny).</p>
<p>Aplikacja pozwala na zdefiniowanie harmonogramów cyklicznych, uruchamianych wiele razy, zgodnie z zadaną przez użytkownika konfiguracją. Ta ostatnia powinna obejmować co najmniej:</p>
<ul style="list-style-type: none">- określenie, w jakich odstępach czasu będzie uruchamiane zasilenie (dostępne opcje: codziennie, co miesiąc)
<ul style="list-style-type: none">- określenie, za jaki okres będą zasilane dane (dostępne opcje: miesiąc, rok)
<ul style="list-style-type: none">- określenie, ile okresów wstecz w stosunku do momentu uruchomienia zasilenia ma być załadowane do magazynu danych (np. dwa miesiące wstecz).
<p>Dla harmonogramów cyklicznych użytkownik ma możliwość podania okresu w jakim pozostaje aktywny (tylko w tym przedziale czasu będą uruchamiane procesy zasileń, zgodnie z parametrami określonymi przez użytkownika).</p>
<p>Dostęp do funkcjonalności zasilenia magazynu danych (cache) jest możliwy tylko dla użytkowników posiadających stosowne uprawnienia (administrator).</p>
<p>Aplikacja daje możliwość przeglądu logu wykonanych zasileń magazynu danych (cache) obejmującego co najmniej informacje o: nazwie zasilanego zakresu danych, okresie, czasie trwania operacji, dacie rozpoczęcia i zakończenia, statusie zakończenia procesu (pomyślny / błędny).</p>
<p>Mechanizm grupowania danych</p>
<p>Aplikacja musi posiadać, niezależny od systemów źródłowych, mechanizm grupowania danych (pozycji wybranych słowników) wykorzystywany na części kafelków celem prezentacji danych w układzie zdefiniowanych przez użytkownika agregatów.</p>
<p>Użytkownik ma możliwość zarządzania mechanizmem grupowania danych w zakresie tworzenia, usuwania oraz zmiany (słownika, grup przypisanych do słownika oraz pozycji przypisanych do grup słownika).</p>
<p>Użytkownik może zdefiniować więcej niż jedną grupę dla danego słownika.</p>

<p>Użytkownik może upublicznić zdefiniowaną przez siebie grupę, celem wykorzystania jej w analizach przez innych użytkowników.</p>
<p>Upubliczniona grupa może być zarządzana tylko przez osobę, która ją utworzyła i upubliczniła.</p>
<p>Mechanizm grupowania danych musi obejmować co najmniej:</p>
<p>- słownik zakresów świadczeń wykorzystywany przez szpital do rozliczeń z NFZ;</p>
<p>- słownik kosztów OPK pozwalający na grupowanie kosztów wg dwóch kryteriów: kosztów rodzajowych oraz OPK przekazujących (narzucających) koszty;</p>
<p>- słownik kont księgowych.</p>
<p>Każde ze zdefiniowanych grupowań powinno mieć możliwość określenia okresu obowiązywania.</p>
<p>Komponowanie własnych pulpitów</p>
<p>Użytkownik ma możliwość stworzenia, nazwania i usunięcia własnego pulpitu.</p>
<p>W momencie utworzenia pulpitu użytkownik staje się administratorem pulpitu.</p>
<p>Użytkownik ma możliwość skopiowania dowolnego, dostępnego dla niego pulpitu, co skutkuje utworzeniem kopii danego pulpitu, dla której użytkownik kopiujący staje się administratorem (właścicielem).</p>
<p>Administrator pulpitu określa komu może być udostępniony pulpit.</p>
<p>Administrator pulpitu może przyznać prawo administratora pulpitu dla użytkownika, któremu udostępniono pulpit.</p>
<p>Administrator pulpitu może określać tzw. siatkę pulpitu. Siatka pulpitu definiuje miejsca w których użytkownik może położyć kafelek. W ramach konfiguracji siatki można wskazać, z ilu kolumn ma się składać oraz określić wysokość wiersza.</p>
<p>Administrator pulpitu może ułożyć wybrany przez siebie kafelek na pulpicie w taki sposób, że zajmuje on jeden lub wiele pól siatki pulpitu (skalowanie kafelka)</p>

<p>Aplikacja umożliwia stworzenie pulpitu zawierającego kafelki z różnych obszarów.</p>
<p>Aplikacja posiada bibliotekę predefiniowanych przez producenta kafelków, z których użytkownik może definiować swoje pulpity menedżerskie</p>
<p>Wszystkie kafelki zawarte w bibliotece są opisane w sposób merytoryczny wraz z informacją, skąd pobierane są dane w celu łatwej weryfikacji zgodności danych z systemami źródłowymi</p>
<p>Administrator pulpitu ma możliwość edycji tytułu kafelka położonego na pulpicie.</p>
<p>Aplikacja posiada konfigurowalny mechanizm tzw. filtrów pulpitu, które pozwalają na ustawienie wartości filtrów na wielu kafelkach jednocześnie.</p>
<p>Administrator (właściciel) pulpitu ma możliwość ustalenia, które z filtrów kafelka mają reagować na zmianę wartości w filtrze pulpitu, a które mają pozostać na nią nieczułe.</p>
<p>Wybrane kafelki mają możliwość interakcji między sobą w taki sposób, że kliknięcie elementu na jednym kafelku może powodować automatyczne ustawienie filtra na drugim i jego odświeżenie.</p>
<p>Administrator pulpitu decyduje, czy kafelek umożliwiający wysyłanie informacji o zaznaczonym obiekcie będzie wysyłać stosowną informację wyjściową oraz decyduje, które kafelki mające odpowiednie filtry mają reagować na taką akcję poprzez ustawienie swojego filtra.</p>
<p>Drażenia danych</p>
<p>System, dla wybranych kafelków, posiada mechanizm drażeń pozwalający na prezentację danych szczegółowych (elementarnych) w formie tabelarycznej.</p>
<p>Mechanizm drażeń pozwala na interaktywną pracę z danymi elementarnymi tj. filtrowanie oraz grupowanie.</p>
<p>Aplikacja umożliwia zapisanie danych elementarnych do arkusza kalkulacyjnego w celu ich dalszej obróbki.</p>
<p>Zakres danych: Statystyka medyczna</p>
<p>W ramach zakresu danych dotyczącego statystyki medycznej aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o:</p>
<p>a) statystyce ruchu chorych:</p>

- obłożenie łóżek - informacja dostępna na wskazany dzień oraz za wybrany okres (od dnia do dnia)
- liczba pacjentów, przyjęć i wypisów - informacja dostępna na wskazany dzień oraz za wybrany okres (od dnia do dnia)
- średnia długość pobytu
- histogram długości pobytów (w rozbiciu na zakończone, niezakończone, wszystkie)
- rozkład liczby pacjentów w funkcji grupy JGP
b) śmiertelności (z rozbiem na przyczyny zgonu)
c) wartość przychodu powiązanego z pacjentami wypisanymi w wybranym okresie:
- w ujęciu kwoty rocznej
- w podziale na poszczególne dni wypisu pacjentów
- w podziale na JGP (wraz z informacją o liczbie pacjentów rozliczonych daną grupą)
Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia), związanych z obłożeniem łóżek, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów.
Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia), związanych ze statystyką pacjentów, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów.
Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia), związanych z przychodami jednostki organizacyjnej szpitala, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów z uwzględnieniem zarówno przychodów z NFZ, jak i działalności komercyjnej.
Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia) związanych ze zgonami, poprzez drążenie do poziomu pobytów poszczególnych pacjentów.
Zakres danych: Rozliczenia NFZ

<p>W ramach zakresu danych dotyczącego rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o:</p>
<p>a) poziomie realizacji umów NFZ kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika) w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych, rozliczonych i wynikających z limitów w planie umowy:</p>
<p>- jako udział wartości wykonanych i rozliczonych w wartości określonej limitem w planie umowy;</p>
<p>- dodatkowe ujęcie wartości średniej (dla wszystkich wyświetlanych umów) udziału procentowego wykonań i wartości rozliczonych</p>
<p>b) wybranej na zestawieniu zbiorczym umowie jako rozbiecie wartości wykonano, rozliczono i limit wynikający z planu umowy, na poszczególne miesiące w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika</p>
<p>c) poziomie realizacji konkretnej umowy NFZ w rozbiciu na poszczególne jednostki organizacyjne szpitala kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika), w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych i rozliczonych, w formie graficznej oraz tabelarycznie (postać tabelaryczna zawiera ujęcie średniej dla wszystkich wyświetlanych JOSów) – z możliwością ograniczenia danych do wybranych zakresów świadczeń;</p>
<p>d) jednostce organizacyjnej szpitala wybranej na zestawieniu JOSów jako rozbiecie wartości wykonano i rozliczono, na poszczególne miesiące, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika</p>
<p>e) poziomie realizacji grup zakresów świadczeń kwotowo lub punktowo (do wyboru przez użytkownika) w wybranym roku, w przekroju świadczeń wykonanych, rozliczonych i wynikających z limitów w planie umowy:</p>
<p>- jako udział wartości wykonanych i rozliczonych w wartości limitów wynikających z planu umowy;</p>
<p>- dodatkowe ujęcie wartości średniej (dla wszystkich wyświetlanych umów) udziału procentowego wykonań i wartości rozliczonych</p>
<p>f) grupie zakresów świadczeń wybranej na zestawieniu grup zakresów świadczeń jako rozbiecie wartości wykonano, rozliczono i wynikających z limitów w planie umowy, na poszczególne miesiące w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) - do wyboru przez użytkownika</p>
<p>g) procentowym rozkładzie grup zakresów świadczeń w wybranym miesiącu</p>

<p>- możliwość wybrania elementu/elementów wyświetlanych, które powinny zostać wyłączone z prezentowanego kafelka (w przypadku, gdy wybrany element będzie mocno dominował nad pozostałymi, użytkownik ma mieć możliwość zaznaczenia go jako nieujętego na kafelku)</p>
<p>h) dodatkowe informacje zarządcze wskazujące zakresy świadczeń o najniższym i najwyższym procencie realizacji wynikającej z limitów w planie umowy (top n - liczba n ustalana przez użytkownika)</p>
<p>i) współczynnika pacjentów rozliczonych (względem wykonań) w wybranym okresie wraz z odniesieniem do średniej rocznej</p>
<p>Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia), związanych z realizacją umów NFZ, poprzez dwustopniowe drażenie. W pierwszym stopniu z dokładnością do poszczególnych zakresów świadczeń. W drugim stopniu z dokładnością do pacjentów z uwzględnieniem informacji o pozycjach rozliczeniowych oraz zestawach świadczeń.</p>
<p>Zakres danych: Finanse i Koszty</p>
<p>W ramach zakresu danych dotyczącego finansów i kosztów aplikacja udostępnia kafelki prezentujące informacje o:</p>
<p>a) finansach podmiotu w rozbiciu na:</p>
<p>- należności, prezentując dane o stanie należności na koniec danego miesiąca oraz miesięcy historycznych, w rozbiciu na strukturę tych należności, z możliwością filtrowania do dokumentów zaksięgowanych/niezaksięgowanych</p>
<p>- zobowiązania, prezentując dane o stanie zobowiązań na koniec danego miesiąca oraz miesięcy historycznych, w rozbiciu na strukturę tych zobowiązań, z możliwością filtrowania do dokumentów zaksięgowanych/niezaksięgowanych</p>
<p>b) finansach OPK w rozbiciu na:</p>
<p>- koszty OPK w funkcji czasu, prezentując zarówno koszty bezpośrednie w podziale na koszty bezpośrednie (rodzajowe), jak i koszty pośrednie (narzuty od konkretnych OPK); analiza związana z kosztami OPK powinna być rozszerzona o informacje o statystykach medycznych (np. liczba hospitalizacji, liczba osobodni, liczba porad)</p>
<p>- przychody OPK w poszczególnych miesiącach, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) – do wyboru przez użytkownika</p>
<p>- przychody OPK z uwzględnieniem ich struktury, czyli w podziale na zdefiniowane w systemie finansowo – księgowym konta księgowe</p>

- wyniki OPK w czasie jako zestawieniu kosztów i przychodów danego OPK w rozbiciu na miesiące, wraz z informacją o wyniku finansowym (wyliczonym jako różnica pomiędzy sumą przychodów i kosztów); wynik OPK powinien być prezentowany na wykresie oraz w tabeli, w ujęciu narastającym (wartość dla danego miesiąca jest sumą tego miesiąca oraz miesięcy poprzedzających, a więc grudzień powinien reprezentować wartość tożsamą z całym rokiem) lub rozłącznie (każdy miesiąc ma swoją wartość, które po zsumowaniu dają wartość tożsamą z całym rokiem) – do wyboru przez użytkownika

c) wyniku JGP w rozbiciu na:

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególne JGP

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na pobyty

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na lekarza prowadzącego

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego JGP w podziale na rozpoznanie

d) wyniku lekarza prowadzącego w rozbiciu na:

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególnych lekarzy prowadzących.

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na pobyty

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na JGP

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego lekarza prowadzącego w podziale na rozpoznanie

e) wyniku rozpoznania ICD10 w rozbiciu na:

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku pomiędzy poszczególne rozpoznania ICD10

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na pobyty

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na JGP

- analizę porównawczą kosztów, przychodów i wyniku poszczególnych przypadków dla wybranego rozpoznania ICD10 w podziale na lekarza prowadzącego

f) sytuacji finansowej całego podmiotu (wyliczone w oparciu o sprawozdania roczne, prowadzone w systemie FK) z możliwością określenia:

- okresu, rodzaju sprawozdania (zdefiniowanego oraz przeliczonego w systemie FK) oraz pozycji, które zostaną zaprezentowane na kafelku

- okresu referencyjnego (historycznego) z którym będą porównywane dane za okres bazowy
- formy prezentacji: jako pojedyncza wartość na wybrany rok / miesiąc lub w postaci trendu (wykresu za wskazany przez użytkownika okres)
Aplikacja pozwala na przegląd szczegółowych danych (drażenia), związanych z JGP, poprzez drażenie do poziomu poszczególnych przypadków, z uwzględnieniem informacji o: <ul style="list-style-type: none"> - czasie pobytu / hospitalizacji, - kosztach w podziale na osobodzień, rozchody i procedury, - lekarzu prowadzącym, - JGP, - trybie wypisu, - trybie przyjęcia, - JOS pobytu.
Analizy wyniku dla JGP, lekarza prowadzącego oraz rozpoznań ICD10 pozwalają na porównywanie danych za wybrany przez użytkownika okres z danymi historycznymi
Analizy wyniku dla JGP, lekarza prowadzącego oraz rozpoznań ICD10 mogą być zawężane do interesującej grupy przypadków. Zawężenie powinno być efektem świadomego ustawienia przez użytkownika odpowiednich filtrów dodatkowych, obejmujących co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> - tryb wypisu, - tryb przyjęcia, - płeć - długość pobytu.

Pakiet nr 6 obejmuje integrację aparatury laboratoryjnej – 1 szt

Uruchomienie punktu pobrań, wraz ze zleceniami

ZADANIE NR 2

Pakiet nr 1 obejmuje integrację systemu HIS i CATO

LP.	NAZWA URZĄDZENIA / USŁUGI	IŁOŚĆ	JEDN.
1.	Integracja systemu HIS i CATO	1	szt

Pakiet nr 1 – integracja z CATO

Integracja oprogramowania do pracowni cytostatyków:

1. Przesyłanie z systemu HIS Zamawiającego do programu Pracowni Cytostatyków danych pacjenta (dane osobowe, dane o pobytach, podstawowe dane antropometryczne, wyniki badań laboratoryjnych) w czasie rzeczywistym poprzez protokół HL7 lub Web service, w szczególności program powinien obsługiwać następujące zdarzenia HL7 lub web service:
 - a. ADT^A01 "Admit/Visit Notification",
 - b. ADT^A02 "Transfer a Patient",
 - c. ADT^A03 "Discharge/End Visit",
 - d. ADT^A04 "Register a Patient",
 - e. ADT^A06 "Change an Outpatient to an Inpatient",
 - f. ADT^A07 "Change an Inpatient to an Outpatient",
 - g. ADT^A08 "Update Patient Information",
 - h. ADT^A11 "Cancel Admit / Visit Notification",
 - i. ADT^A12 "Cancel Transfer",
 - j. ADT^A13 "Cancel Discharge / End Visit",
 - k. ADT^A34 "Merge Patient Information - Patient ID Only",
 - l. ADT^A40 "Merge Patient - Patient Identifier List",
 - m. ORU^R01 "Unsolicited Observation Message".
2. Przesyłanie z systemu HIS do programu Pracowni Cytostatyków danych dotyczących produktów przeznaczonych do produkcji leków cytostatycznych w zakresie niezbędnym do późniejszego rozliczenia świadczeń w NFZ. Dotyczy to również właściwego uwzględniania korekt dokumentów/stanów magazynowych i faktur.
3. Przesyłanie z programu Pracowni Cytostatyków do systemu HIS/HLS wykazu zużytych do produkcji składników oraz innych w zakresie niezbędnym do późniejszego rozliczenia świadczeń w NFZ. Dotyczy to również właściwego uwzględniania korekt dokumentów/stanów magazynowych i faktur.

Po zakończeniu produkcji gotowego preparatu w dawce dziennej dla pacjenta na podstawie danych z programu Pracowni Cytostatyków w systemie HIS/HLS zostanie odnotowane:

- a. wydanie przygotowanego leku na oddział,
- b. podanie leku pacjentowi albo utylizacja.

Po stronie systemu HIS/HLS musi istnieć możliwość automatycznego generowania pozycji rozliczeniowych świadczeń wydanych/podanych cytostatyków.

Integracja w zakresie "Ruchu chorych" (ADT).

Integracja w zakresie "Ruchu chorych" (modułu ADT) ma za zadanie jednoznaczne powiązanie danych demograficznych pacjenta po stronie systemów HIS i po stronie systemu Pracowni Cytostatyków. Powiązanie to będzie możliwe dzięki przesłaniu danych pacjenta wraz z jednoznacznym identyfikatorem z systemu HIS, pełniącego w tym rozwiązaniu rolę "master", do systemu Pracowni Cytostatyków, pełniącego rolę "slave". Zastosowany zostanie protokół HL7 w wersji 2.5 lub web service, umożliwiający wymianę komunikatów w czasie rzeczywistym. Obsługiwane eventy, to:

- ADT/ACK - Admit/Visit Notification (Event A01),
- ADT/ACK - Transfer a Patient (Event A02),
- ADT/ACK - Discharge/End Visit (Event A03),

- ADT/ACK - Update person information (Event A31).

Uwagi dotyczące segmentu PID:

Segment PID - Patient Master Data:

No.	HL7 file type	Required?	Name
1	SP	O	Set ID - PID
2	CX	B	Patient ID
3	CX	R	Patient Identifier List
4	OR	B	Alternate Patient ID - PID
5	XPN	R	Patient Name
6	XPN	O	Mother's Maiden Name
7	TS	O	Date/Time of Birth
8	IS	O	Sex
9	XPN	O	Patient Alias
10	GA	O	Room
11	XAD	O	Patient Address
12	IS	B	County Code
13	XTN	O	Phone Number - Home
14	XTN	O	Phone Number - Business
15	GA	O	Primary Language
16	GA	O	Marital Status
17	GA	O	Religion
18	OR	O	Patient Account Number
19	ST	B	SSN Number - Patient
20	DUN	O	Driver License Number - Patient
21	OR	O	Medical Identifier
22	GA	O	ethnic Group
23	SI	O	Birth Place
24	ID	O	Multi-ethnic Indicator
25	NM	O	Birth Order
26	GA	O	Characteristics
27	GA	O	Admission Category Status
28	GA	O	Nonresidency
29	TS	O	Patient Death Date and Time
30	ID	O	Patient Death Indicator

Uwagi:

- Pole numer 2 - Patient ID zostało pozostawione tylko ze względu na zgodność ze standardem, jak ten wskazuje, identyfikatory pacjenta powinny być przekazywane w polu numer 3 - Patient Identifier List.
- W polu numer 19 - SSN Number - Patient, należy przesłać numer PESEL pacjenta.

Uwagi dotyczące segmentu PV1:

Segment PV1 - Stays (Hospitalizations):

No.	HL7 file type	Required?	Name
1	SI	O	Set ID - PV1
2	IS	R	Patient Class
3	PL	O	Assigned Patient Location
4	IS	O	Admission Type
5	IS	O	Procedure Number
6	PL	O	Prior Patient Location
7	XCN	O	Attending Doctor
8	XCN	O	Referring Doctor
9	XCN	O	Consulting Doctor
10	IS	O	Referral Source
11	PL	O	Referring Location
12	IS	O	Procedure Test Indicator
13	IS	O	No admission indicator
14	IS	O	Admit Source
15	IS	O	Emergency Status
16	IS	O	WIP Indicator
17	XCN	O	Referring Doctor
18	IS	O	Referral Type
19	CX	O	Visit Number
20	IS	O	Referral Class
21	IS	O	Referral Class Indicator
22	IS	O	Country Code
23	IS	O	Specialty
24	IS	O	Referral Class
25	UT	O	Referral Referral Unit
26	NUM	O	Referral Amount
27	NUM	O	Referral Period
28	IS	O	Referral Class
29	IS	O	Referral Referral Unit Code
30	UT	O	Referral Referral Unit Code
31	IS	O	Referral Referral Unit Code
32	NUM	O	Referral Referral Amount
33	NUM	O	Referral Referral Amount
34	IS	O	Referral Referral Unit Code
35	UT	O	Referral Referral Unit Code
36	IS	O	Referral Referral Unit Code
37	NUM	O	Referral Referral Amount
38	IS	O	Referral Referral Unit Code
39	IS	O	Referral Referral Unit Code
40	IS	O	Referral Referral Unit Code
41	IS	O	Referral Referral Unit Code
42	PL	O	Referral Referral Unit Code
43	PL	O	Referral Referral Unit Code
44	TS	O	Admit Date/Time
45	TS	O	Discharge Date/Time
46	NUM	O	Referral Referral Amount
47	NUM	O	Referral Referral Amount
48	NUM	O	Referral Referral Amount
49	NUM	O	Referral Referral Amount

Uwagi:

- Pole numer 2 - Patient Class, stwierdzające, czy jest to pacjent typu 'inpatient' lub 'outpatient' powinno być zgodne z zawartością pola 3 - Assigned Patient Location.
- Pole numer 2 - Assigned Patient Location definiuje jednostkę, na którą pacjent ma być przyjęty. Zawartość pola musi być zgodna z klasą pacjenta, przekazaną w polu 3, a UID jednostki musi być wpisany w oprogramowaniu Pracowni Cytostatyków. Przykład:
- Pole numer 19 - Visit Number zawiera numer przyjęcia lub przypadku.

- Pole numer 44 - Admit Date/Time jest bezwzględnie wymagane.
- Pole numer 45 - Discharge Date/Time - opcjonalne.

Uwagi dotyczące segmentu OBX:

No.	HL7 file type	Required?	Name
1	SI	C	Set ID - OBS
2	ID	C	Value Type
3	CE	R	Observation Identifier
4	ST	C	Observer Name
5	*	C	Observation Value
6	CE	O	Units
7	ST	C	Reference Range
8	ID	C	Abnormal Flag
9	NM	C	Probability
10	ID	C	Nature of Abnormal Test
11	ID	R	Observation Result Status (zukünftig)
12	TS	C	Test Last Observed Status
13	ST	C	User Defined Access Checks
14	TS	O	Date/Time of the Observation
15	CE	C	Procedure ID
16	XCN	C	Reference to Observer
17	CE	C	Observation Method

Uwagi:

- Pole numer 2 - Value Type - obecnie jedynie pola typu: 'ST' (String) i 'NM' (Numeric) są obsługiwane.
- Pole numer 3 - Observation Identifier - przekazuje UID badania zapisanego w systemie Pracowni Cytostatyków.

Przesyłanie informacji w zakresie dostaw leków cytotoksycznych.

Po każdorazowym przyjęciu dostawy leków w systemie Apteki Centralnej zostanie wygenerowany event:

- ORR-O01 w/g specyfikacji w załączonym pliku. Spowoduje to automatyczną korektę (podniesienie) stanów magazynowych systemu Pracowni Cytostatyków, umożliwiając produkcję leków.

Przesyłanie informacji o zużyciu leków

Po każdorazowym wyprodukowaniu leku w systemie, zleconego uprzednio również w tym systemie, zostanie wygenerowany event:

- ORM-O01 w/g specyfikacji w załączonym pliku. Spowoduje to przeprowadzenie w systemie Apteki Centralnej prawidłowego rozchodu magazynowego, a po podaniu leku pacjentowi - wygenerowanie pozycji rozliczeniowej.

UWAGA: W przypadku potrzeby użycia dodatkowych, niewymienionych komunikatów HL7 lub web service w celu osiągnięcia wymaganej w integracji systemów funkcjonalności Zamawiający wymaga użycia dodatkowych komunikatów HL7 lub web service.

Dokładny opis komunikatów HL7 w systemach medycznych dostarczanych przez Asseco, a posiadanych przez Zamawiającego zawarty jest w załączniku: „Komunikaty HL7 w InfoMedica, AMMS wersja 2.9.11.0 (2019-11-20) (Wersja AMMS 5.55.01, InfoMedica 4.53.03).