



## WYMAGANIA DLA PAKIETU 2 – OPROGRAMOWANIE

### 1. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Stan na dzień 17.06.2014r

Przedmiotem zamówienia jest dostawa systemów informatycznych, w tym:

- 1.1. Dostawa Zintegrowanego Systemu Informatycznego wraz z bezterminowymi licencjami płatnymi jednorazowo, pozwalającymi na użytkowanie systemu, umożliwiające jednoczesną pracę minimum 250 użytkowników bez ograniczeń na liczbę zarejestrowanych użytkowników, spełniającego wymagania funkcjonalne i pozafunkcjonalne określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ).
- 1.2. Przeniesienie aktualnie użytkowanych przez zamawiającego baz danych do wdrażanego ZSI.
- 1.3. Instalacja, konfiguracja i uruchomienie wszystkich dostarczanych modułów systemu ZSI na sprzęcie wskazanym przez Zamawiającego oraz dostarczonym w ramach niniejszego postępowania,
- 1.4. Dostawa silników bazy danych, w oparciu o które to oprogramowanie ma działać ZSI wraz z niezbędną liczbą licencji do pracy wyżej wymienionego oprogramowania na serwerach dostarczonych przez Wykonawcę w ramach postępowania.
- 1.5. Dostawa licencji systemowego oprogramowania serwerowego (w tym sieciowych systemów operacyjnych) niezbędnego do uruchomienia oprogramowania aplikacyjnego.
- 1.6. Instalacja, wdrożenie, konfiguracja i uruchomienie w/w oprogramowania na sprzęcie wskazanym przez Zamawiającego.
- 1.7. Szkolenia personelu Zamawiającego z obsługi w/w oprogramowania aplikacyjnego oraz oprogramowania bazodanowego i systemowego.
- 1.8. Świadczenie serwisu gwarancyjnego przez okres zadeklarowany w formularzu ofertowym licząc od daty podpisania protokołu zakończenia wdrożenia.

### 2. OPIS SZPITALA – PODSTAWOWE INFORMACJE

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju prowadzi działalność podstawową w obiektach zlokalizowanych przy:

- 2.1. Alei Jana Pawła II 7 w następujących komórkach:
  - a) Oddziały:  
Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Rehabilitacji, Neurochirurgii, Chirurgiczny Ogólny, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Położniczo-Ginekologicznej, Otolaryngologii, Urologii, Gastrologiczno-Wewnętrznej, Kardiologiczno-Wewnętrznej, Okulistyki, Nefrologiczno-Wewnętrznej, Neurologii, Udarowy, Intensywnej Terapii Dziecięcej, Neonatologicznej, Dzielnej Rehabilitacji Kardiologicznej.
  - b) Blok Operacyjny
  - c) Izba Przyjęć
  - d) Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne:  
Urazowo-Ortopedyczna, Chirurgii Ogólnej, Neurochirurgiczna, Gastrologiczna, Kardiologiczna, Urologiczna, Nefrologiczna, Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Ginekologiczna, Otolaryngologiczna, Okulistyczna, Neurologiczna, Zdrowia Psychicznego, Reumatologiczna, Rehabilitacyjna, Laktacyjna, Diabetologiczna, Pulmunologiczna, Hematologiczna, Chorób Piersi, Medycyny Pracy, Stwardnienia Rozsianego, Proktologiczna, Konsultacyjna Anestezjologiczno-Internistyczna, Alergologiczna dla Dzieci, Parkinsonizmu i Chorób Układu Pozapiramidowego, Neonatologiczna, Geriatryczna, Logopedyczna.
  - e) Pracownie Specjalistyczne:  
Endoskopowa, Spirometrii, Cytologiczna, USG, EEG, EMG, EKG, Lithostar, Endoskopowa dla dzieci, USG dla dzieci, Fizjoterapii.
  - f) Apteka Szpitalna
  - g) Zakład Diagnostyki Obrazowej:  
Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia radiologii zabiegowej i hemodynamiki, Pracownia mamografii, Pracownia USG, Pracownia diagnostyki ogólnej, Pracownia rezonansu magnetycznego.
  - h) Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny
  - i) Szkoła Rodzenia



j) Ambulatorium Ogólne:

Ogólne, kardiologiczne, okulistyczne, pediatryczne, chirurgiczno-urazowe

2.2. Ul. Krasickiego 21

Oddział Pediatryczny, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.

### **3. WYMAGANIA OGÓLNE**

Oferowany Zintegrowany System Informatyczny musi działać zgodnie z następującymi aktami prawnymi i ich późniejszymi aktualizacjami oraz aktami normatywnymi niższego rzędu wydanymi na ich podstawie:

- a) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654),
- b) Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113 poz. 657),
- c) Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.),
- d) Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) tekst jednolity z dnia 25 sierpnia 2008 r. (Dz.U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
- e) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 96, poz. 620 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654),
- f) Ustawy o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz.U. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.),
- g) Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. Nr 133, poz. 883) tekst jednolity z dnia 17 czerwca 2002 r. (Dz.U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.),
- h) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 poz. 1697),
- i) Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz.U. Nr 123, poz. 801 z późn. zm.),
- j) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484),
- k) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. 2012 poz. 260),
- l) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319),
- m) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania, Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 16 maja 2012 poz. 526),
- n) Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024),
- o) Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się dostosować system do zmian przepisów prawa bezpłatnie w terminie uzgodnionym z Zamawiającym niezakładającym jego pracy, jednak nie dłuższym niż 90 dni od momentu uprawomocnienia się decyzji o wprowadzeniu zmian. W szczególności zobowiązuje się do dostosowania systemu do wymiany informacji z systemami centralnymi projektowanymi w ramach Ustawy o Systemie Informacji w Ochronie Zdrowia.

### **4. WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE**

4.1. Wymagania dotyczące licencji:



- a) Licencja musi umożliwiać uruchomienie systemu na 300 stanowiskach komputerowych oraz musi umożliwiać używanie funkcji udostępnianych pacjentom przez nieograniczoną liczbę użytkowników.
  - b) Licencja może ograniczać jedynie liczbę stanowisk, na których jest uruchomiona aplikacja ale nie może być trwale przypisana do stanowiska (musi być przenośna).
- 4.2. Wymagania dotyczące usług wdrożenia:
- a) Wykonawca we współpracy z Zamawiającym opracuje analizę przedwdrożeniową oraz szczegółowy harmonogram wdrożenia poszczególnych modułów oferowanego systemu. Wynikiem prac z tego zakresu musi być dokument koncepcji wdrożenia, który po jego zaakceptowaniu przez Zamawiającego będzie podstawą do konfiguracji oferowanego systemu.
  - b) Usługi instalacji muszą obejmować wszystkie dostarczone moduły systemu (stacje robocze, terminale, serwery, urządzenia peryferyjne współpracujące z dostarczonym systemem).
  - c) Usługi konfiguracji muszą obejmować wszystkie dostarczone moduły systemu zgodnie z ustaleniami określonymi w dokumencie koncepcji wdrożenia w ramach funkcji dostarczonych w niniejszym postępowaniu.
  - d) Wykonanie integracji z systemem PACS firmy Alteris oraz ECLIPSE firmy Diagnostyka.
  - e) Wykonanie migracji danych z obecnie używanych modułów systemu.
- 4.3. Wymagania dotyczące usług szkolenia:
- a) Wykonawca przeprowadzi szkolenia 3 pracowników działu informatyki w zakresie pełnej administracji dostarczonych baz danych, systemów operacyjnych oraz szpitalnego systemu informatycznego w zakresie ich administracji.
  - b) Wykonawca przeprowadzi i udokumentuje, zgodnie z harmonogramem ustalonym w dokumencie koncepcji wdrożenia odpowiednie szkolenia dla użytkowników wszystkich oferowanych modułów systemu HIS. **Liczba użytkowników do przeszkolenia: personel lekarski 150 osób, personel pielęgniarski 300 osób, obsługa laboratorium 40 osób, rejestracji 15 osób, apteka centralna 5 osób, statystyka i rozliczenia 20 osób. Łączny czas szkoleń użytkowników nie może być krótszy niż 300 godzin.**
  - c) W ramach szkolenia użytkowników przekazana musi zostać wiedza niezbędna do poprawnego użytkowania elementów systemu, ich zakres funkcjonalny, tworzenie i gromadzenie informacji związanych z wykonywaniem czynności służbowych, tworzeniem i gromadzeniem dokumentów, wykonywaniem analiz i sprawozdań, współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi zakładu.
  - d) Zamawiający opracuje listy uczestników szkoleń (wyłącznie osoby ze znajomością co najmniej podstawowej obsługi komputera) oraz zapewni pomieszczenie do przeprowadzenia szkoleń (niezbędne stacje robocze z dostępem do serwera bazy danych oraz zainstalowanym systemem informatycznym).
  - e) Wykonawca przeprowadzi oraz udokumentuje uruchomienie wszystkich modułów oferowanego systemu w zakresie oraz trybie ustalonym w dokumencie koncepcji wdrożenia. Zamawiający zapewni obecność w tych jednostkach pracowników Zamawiającego objętych uruchomieniem.
  - f) Wykonawca zapewni nadzór (fizyczna obecność przedstawiciela Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego w godzinach 9.00-15.00 w dni robocze) w łącznej ilości **80 dni roboczych** dla wszystkich dostarczonych modułów systemu ZSI.
- 4.4. System ZSI musi spełniać wymogi do prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej, tym samym musi umożliwić:
- a) Zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą  
System musi działać w infrastrukturze serwerów wirtualnych oraz w oparciu o zewnętrzne macierze dyskowe dostarczane przez Wykonawcę.  
System musi umożliwiać tworzenie kopii bez konieczności przerywania pracy użytkowników. Baza danych musi działać w trybie zapisywania logów transakcji.
  - b) Zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji  
System musi mieć wbudowany serwer certyfikatów na takim poziomie, by za ich pomocą odbywała się autentykacja użytkowników systemu oraz podpisywanie eksportowanej dokumentacji medycznej zestawem kluczy: certyfikat zakładu opieki zdrowotnej i/lub klucz prywatny osoby personelu medycznego.



Żaden wpis do dokumentacji medycznej nie może być fizycznie usunięty. Usunięcie wpisu oznacza jedynie jego dezaktywację. Usunięcia lub modyfikacji wpisu może dokonać osoba dokonująca wpisu lub osoba posiadająca specjalne wyodrębnione uprawnienie do tych operacji. Fakt ten musi zostać odnotowany w systemie wraz zachowaniem historii zmiany to jest: oznaczenia osoby dokonującej zmiany, czasu dokonania zmiany oraz zachowania wersji sprzed dokonania zmiany. Jako spełnienie wymogu będzie uważane zapisywanie logu transakcji i wyszukiwanie zmian na poziomie administratora bazy danych.

- c) Stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych  
System musi mieć rozbudowany system uprawnień uwzględniający różne poziomy dostępu do dokumentacji medycznej i umożliwiający tworzenie ról w systemie.
- d) Identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian  
System musi przechowywać historię zmian cech służących do oznakowania dokumentacji tak, aby możliwe było uzyskanie wersji tych informacji na moment czasu, w którym oznakowywana była dokumentacja medyczna.
- e) Jednoznaczna identyfikację podmiotów i ich jednostek organizacyjnych, w których tworzona jest dokumentacja medyczna  
System musi mieć możliwość zarejestrowania struktury zgodnej z Rejestrem Podmiotów Leczniczych (RPL) oraz wprowadzenia elementów identyfikacji pozwalających na komunikację z NFZ w ramach rozliczeń umów na świadczenia zdrowotne w szczególności identyfikatorów technicznych miejsc wykonywania świadczeń. System musi umożliwić wprowadzenie wszystkich informacji znajdujących się w RPL.  
System musi przechowywać historię zmian w zakresie zmiany struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej w szczególności tych elementów, które uczestniczą w procesie tworzenia dokumentacji medycznej to jest: REGON zakładu, Część V kodu resortowego i oznaczenie jednostki organizacyjnej tworzącej dokumentację, Część VII kodu resortowego i oznaczenie komórki organizacyjnej, w której tworzona jest dokumentacja. Dla wszystkich elementów znajdujących się w dokumentacji medycznej powinna być przechowywana historia zmian tak, by możliwe było odtworzenie stanu dokumentacji w momencie jej powstania. Dopuszczalne jest trwałe zapisywanie tych cech na poziomie dokumentacji medycznej.
- f) System musi być wyposażony w mechanizm tworzenia pakietów rozliczeniowych pod umowy komercyjne. W tym zakresie musi umożliwić: nazwanie pakietu, określenie czasu ważności, w tym również od zadanego momentu czasu do odwołania, określenie świadczeń wchodzących w skład pakietu oraz ich ceny (jedno świadczenie tak samo nazwane z tym samym kodem może mieć różne ceny w różnych pakietach, określenie sposobu rozliczania świadczeń w ramach pakietu (ryczałt miesięczny, płatność za każdą usługę), określenie płatnika (podmiotu, z którym zawarto odrębną umowę na świadczenie usług zdrowotnych umowę).  
System musi umożliwić również stworzenie cennika i pakietu świadczeń dla odbiorców indywidualnych.
- g) Wsparcie planowania procesów opieki zdrowotnej i zmianę ich statusów (planowany, pacjent w rejestracji, w trakcie realizacji, wizyta zakończona)  
System musi obsługiwać kolejki na świadczenia zdrowotne zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. System musi proponować /podpowiadać przewidywany czas realizacji świadczenia zdrowotnego. System musi obsługiwać planowanie pobytów pacjentów, których leczenie będzie finansowane z dowolnych środków.
- h) Połączenie zlecenia z wynikami badań uzyskanymi w jego wyniku  
System musi w szczególności integrować się z innymi medycznymi systemami informatycznymi, do których są przekazywane elektroniczne zlecenia i z których odbierane są wyniki za pomocą otwartych i powszechnie stosowanych protokołów komunikacji w systemach medycznych jak HL7. W przypadku wpisu w dokumentację medyczną pacjenta, system musi oznaczyć źródło pochodzenia wyniku oraz czas odebrania wyniku i dokonania wpisu w dokumentacji.
- i) Rejestrację statusów prawnych, takich jak pozwolenie na procedury medyczne, pobranie organów itp.  
W pierwszej fazie wdrożenia system musi umożliwiać odnotowanie faktu wyrażenia zgody min: data zgody i opis zgody.



j) Udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF.

Dostarczany system informatyczny musi umożliwiać udostępnianie dokumentacji, a także fragmentu dokumentacji w postaci funkcji eksportu dokumentacji do formatu XML i PDF.

k) Wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

Oferowany system informatyczny musi umożliwiać wydrukowanie wszystkich dokumentów niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

4.5. Na Zintegrowany System Informatyczny (ZSI) wspierający pracę podmiotu leczniczego mają składać się następujące elementy:

a) **System HIS** (Hospital Information System) zwany dalej Systemem Informacji Medycznej (SIM) - część „biała” - system obsługi placówki służby zdrowia, w skład którego wchodzi między innymi następujące obszary: Ruch chorych (Izba przyjęć, Rehabilitacja, Poradnie ambulatoryjne – z obsługą wyświetlaczy przed gabinetem 23 sztuki), Zlecenia, Dokumentacja medyczna, Elektroniczny Rekord Pacjenta, Rozliczenia,

b) **e-Szpital** – moduł udostępniający pacjentowi poprzez sieć WWW min. następujące funkcjonalności: możliwość zalogowania się do systemu, możliwość zapisania się do lekarza lub w kolejkę, możliwość odbioru wyników badań diagnostycznych, możliwość odczytu danych udostępnianych przez podmiot leczniczy pacjentowi np. propozycji badań profilaktycznych, przypomnień o wizycie,

c) **Udostępnienie dokumentacji** – moduł umożliwiający wymianę dokumentacji medycznej z innymi podmiotami w szczególności z Systemem Informacji w Ochronie Zdrowia. Poprzez ten moduł inny podmiot może złożyć zapytanie o dokumentację,

d) **System klasy ERP**

e) **Business intelligence**

## 5. ZESTAWIENIE WYMAGAŃ FUNKCJONALNYCH

W poniższych tabelach ujęte są funkcje, które będą realizowane przez dostarczane w ramach umowy oprogramowanie aplikacyjne. Wymagania podzielone są na wymagania ogólne oraz szczegółowe odnoszące się do określonych modułów oprogramowania.

Przedstawiony podział modułów ma charakter umowny i dotyczy grupowania funkcjonalności. Oferowany system musi posiadać wszystkie wymienione poniżej funkcjonalności, lecz niekoniecznie pogrupowane w takie moduły jak niżej wymienione.

### 5.1. System bazy danych

Lp.	Wymagania dotyczące systemu bazy danych	Wymagane w próbie
1.	Praca systemu w technologii bazodanowej o następujących cechach: transakcyjna i relacyjna baza danych wyposażona w zintegrowany system zarządzania (RDBMS).	TAK
2.	Przetwarzanie transakcyjne wg reguł ACID (Atomicity, Consistency, Independency, Durability) z zachowaniem spójności.	
3.	Możliwość współpracy bazy danych z różnymi platformami sprzętowymi oraz systemami operacyjnymi (min. MS Windows, Unix, Linux).	
4.	Możliwość wykonywania niektórych operacji związanych z utrzymaniem bazy danych bez konieczności pozbawienia dostępu użytkowników do danych. W szczególności dotyczy to tworzenia/przebudowywania indeksów oraz procesu backupu.	
5.	System RDBMS zapewnia wsparcie dla XML.	
6.	Możliwość podłączania się do bazy danych przy użyciu standardu ODBC.	
7.	System RDBMS zapewnia mechanizm wyzwalaczy (triggers) i procedur wbudowanych (stored procedures).	
8.	Mechanizm wyzwalaczy (triggers) uwzględnia możliwość ich uruchomienia dla każdego wiersza (each row) lub całości polecenia (statement).	
9.	Mechanizm wyzwalaczy (triggers) uwzględnia możliwość ich uruchomienia przed lub po zdarzeniu (obsługiwane zdarzenia min. insert, update, delete).	
10.	System RDBMS zapewnia schemat blokowania (lock) tabel na poziomie wierszy.	
11.	System RDBMS posiada mechanizm zachowywania więzów integralności danych z kaskadowym usuwaniem i modyfikacją rekordów.	
12.	Możliwość wykonywania kopii online bez konieczności przerywania działania systemu.	TAK
13.	Możliwość konfiguracji harmonogramu i parametrów wykonywania kopii bezpieczeństwa systemu komputerowego.	
14.	W przypadku awarii odtwarzanie systemu informatycznego z kopii bezpieczeństwa.	
15.	Licencja na nieograniczoną liczbę użytkowników.	
16.	Licencja na nieograniczoną liczbę połączeń do bazy danych.	
17.	System zapewnia integralność danych, a w szczególności:	



	- integralność danych i transakcji na poziomie bazy danych i aplikacji, - efektywny i bezbłędny dostęp użytkowników i procesów do wspólnych danych, - pełną i bezbłędą identyfikację ewidencjonowanych pacjentów, - bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych	
18.	Monitorowane są w logach serwera wszystkie zmiany w bazie danych, dokonywane z poziomu aplikacji	

## 5.2. Część medyczna Zintegrowanego Systemu Informatycznego

### a) Wymagania ogólne

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Wspólne słowniki dla wszystkich modułów.	
2.	Słowniki obowiązujące na podstawie ustaw i zarządzeń: - rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10 (wersja 3- i 4-znakowa) - procedur medycznych zgodnie z nową edycją klasyfikacji procedur ICD-9 PL - kodów terytorialnych, (gmin, powiatów, województw).	
3.	Możliwość utrzymania przedmiotowych słowników: - plików (w tym oddziałów NFZ) i umów z nimi zawartych, - jednostek i lekarzy kierujących, - wykonujących świadczenia w miejscu, - katalogów świadczeń medycznych, - kontrahentów, - katalogu leków (w tym receptariusza szpitalnego), - cenniki, - ośrodków kosztów, - rodzajów dokumentów ubezpieczeniowych, - dokumentów tożsamości, - inne niezbędne słowniki.	
4.	Możliwość zarządzania użytkownikami, ich prawami, dostępem do komórek organizacyjnych.	TAK
5.	Możliwość przydzielania użytkownikom prawa dostępu do wybranych komórek organizacyjnych (np. oddziału).	TAK
6.	Gromadzenie historii wszystkich operacji wykonanych przez użytkownika w systemie z dokładnością do zmian w poszczególnych polach bazy danych przez danego użytkownika.	
7.	Wykorzystanie słowników do wprowadzania danych w każdym polu danych o ile jest to możliwe.	
8.	Możliwość wykorzystania gotowych szablonów wyników dla wyników opisowych definiowanych przez administratora.	
9.	Możliwość zdefiniowania dowolnej ankiety z polami wyboru, polami opisowymi lub polami opartymi o słowniki.	TAK
10.	Możliwość przypisania wartości punktowej do pól wyboru w ankiecie. W trakcie wypełniania ankiety zlicza punkty.	
11.	Możliwość oznaczenia ankiet, które mają być bezwzględnie uzupełnione, aby móc zatwierdzić historię choroby. System wymusza wprowadzenie tych danych na ankiecie.	
12.	Wyszukiwanie powinno się odbywać po polach kilku zdefiniowanych dla danego słownika polach. Wymaganie dotyczy wpisywania danych z co najmniej: - słownika rozpoznań ICD 10 (wprowadzanie danych medycznych) - wyszukiwanie po kodzie ICD10 i nazwie rozpoznania - słownika procedur ICD 9 (wprowadzanie danych medycznych) - wyszukiwanie po kodzie ICD9 i nazwie rozpoznania - słownika leków (wprowadzanie danych medycznych) - wyszukiwanie po nazwie leku - jednostki kierującej (wprowadzanie skierowania) - wyszukiwanie po nazwie, REGON i NIP lekarza (dla skierowania) - lekarza kierującego (wprowadzanie skierowania) - wyszukiwanie po nazwisku, numerze prawa lekarza.	
13.	W przypadku słowników wprowadzanych i modyfikowanych drogą ustawową lub zarządzeniami instytucji państwowych Wykonawca zobowiązuje się do ich aktualizacji przez cały okres umowy.	
14.	Algorytmy kontroli poprawności wprowadzania danych: - PESEL, - nr prawa wykonywania zawodu.	TAK
15.	Możliwość edycji wszystkich dokumentów i ich pozycji bez konieczności usuwania i ponownego wprowadzania dokumentu lub jego części.	
16.	Automatyczna numeracja wszystkich dokumentów, które takiej numeracji wymagają.	
17.	Możliwość wycofania się użytkownika z edycji dokumentu bez zapisania zmian.	TAK
18.	Obsługa wszystkich niezbędnych a wymaganych prawem ksiąg.	
19.	Automatyczne generowanie na podstawie wpisów w miejscach świadczenia usług zapisy do następujących ksiąg: - księga główna przyjęć i wypisów, - księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć, - księga oczekujących na przyjęcie do szpitala, - ksiąg oddziałowych, - księgi porad ambulatoryjnych j w poradniach przyszpitalnych, - ksiąg zabiegów, - innych wymaganych prawem.	
20.	Sprawdzanie danych pod względem poprawności oraz kompletności zgodnie z wymogami prawa.	
21.	Możliwość wyszukiwania pacjentów wg zawartości danych zapisanych w bazie danych, tworzenia własnych raportów, sprawozdań, standardów akredytacyjnych, procedur ISO	
22.	Zastosowanie w systemie zasady jednokrotnego wprowadzania danych i natychmiastowego dostępu do nich z dowolnego stanowiska systemu.	TAK
23.	Działanie systemu w oparciu o jeden centralny rejestr pacjentów.	
24.	Jednolity rejestr pracowników.	
25.	Możliwość generowania i wykorzystywania kodów kreskowych w obsłudze zleceń, rejestracji i wyszukiwaniu pacjentów, obsłudze apteki i innych.	



DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

26.	Prowadzenie i monitorowanie kolejek oczekujących na wykonanie procedur medycznych zgodnie z wymogami prawa oraz generuje sprawozdania ze stanu tych kolejek zgodnie z wymaganiami NFZ.	
27.	Spełnianie wymogów prawnych dotyczących rozliczeń świadczeń i umów w służbie zdrowia, przechowywania dokumentacji medycznej oraz ochrony danych.	
28.	Przechowywanie poprzednich wersji zmienionych danych oraz posiadanie narzędzi do ich prezentacji.	
29.	Możliwość przyporządkowania do wykonanego świadczenia medycznego informacji o ilości i typie zużytych materiałów i leków.	
30.	Możliwość zlecenia konsultacji pacjenta w czasie pobytu na oddziale w poradni przyszpitalnej lub innym oddziale.	
31.	Zarządzanie dokumentacją medyczną.	
32.	Przegląd i aktualizacja danych personalnych.	TAK
33.	Umożliwienie dostępu do wszystkich danych z historycznych epizodów medycznych tak w oddziałach jak i w ambulatorium bez przelogowania się do innych modułów z uwzględnieniem uprawnień do przeglądania danych.	
34.	Możliwość zdefiniowania odrębnego zakresu raportów dla każdej jednostki organizacyjnej.	
35.	Udostępnienie listy zarejestrowanych pacjentów w danym dniu.	
36.	Możliwość zaplanowania wizyty do gabinetu i do lekarza.	TAK
37.	Możliwość przeglądania zaplanowanych wizyt dla pacjenta.	TAK
38.	Możliwość zarządzania terminarzem wizyt w poradni, gabinecie, do lekarza.	TAK
39.	Możliwość łączenia rekordów pacjenta.	
40.	Możliwość gromadzenia co najmniej następujących danych demograficznych pacjenta: - nazwisko, - imiona, - numer PESEL, - data urodzenia, - płeć, - adres zamieszkania, - kod terytorialny.	
41.	Możliwość gromadzenia co najmniej następujących danych ubezpieczeniowych pacjenta: - oddział NFZ, - numer karty ubezpieczenia, - informacja o innym źródle finansowania świadczeń, - numer służący do potwierdzenia wykonania świadczenia (np. RUM).	
42.	Możliwość gromadzenia co najmniej następujące danych medycznych pacjenta: - wzrost, - waga, - grupa krwi, - dane o uczuleniach, czynnikach ryzyka.	
43.	Możliwość gromadzenia co najmniej następujących danych: - zgoda na przetwarzanie i udostępnianie danych (rodzine, firmom ubezpieczeniowym itp.), - informacja o udostępnieniu danych po śmierci.	
44.	Możliwość scalania pacjentów (ich danych osobowych oraz historii wizyt i choroby).	TAK
45.	Gwarancja integracji w trybie online za pomocą standardu HL 7 ver. 2.3 (minimum).	
46.	Zapewnienie prowadzenia dokumentacji z podpisem elektronicznym - podpisanie każdego wpisu do dokumentacji pacjenta generuje stosowne dokumenty: źródłowy (zamawiający wymaga aby był to plik pdf z wszystkimi informacjami niezbędnymi do identyfikacji osoby podpisującej oraz skrót podpisane pliku). Obydwa pliki umieszczane są w stosownym archiwum.	
47.	Możliwość wydruku opaski z kodem kreskowym jednoznacznie identyfikującym pacjenta.	
48.	Rozliczenie usług/badań z NFZ według obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ, Rozporządzeń i Ustaw Ministra Zdrowia.	
49.	Rozliczenie usług zawartych na podstawie umów z innymi kontrahentami.	
50.	Sprawdzanie poprawności rozliczenia kontraktu oraz generowania raportów dot. wykonania kontraktu.	
51.	Generowanie sprawozdań do systemów rozliczeniowych płatników świadczeń w formatach wymaganych przez NFZ.	
52.	Eksport wystawionych faktur do systemu Finansowo-Księgowego.	
53.	Eksport karty statystycznej w formacie XML (Centrum Zdrowia Publicznego i inne).	
54.	Generowanie wydruków sprawozdań NFZ.	
55.	Generowanie wydruków do sprawozdań (sprawozdawczość wymagana przez NFZ).	
56.	Przechowywanie informacji o strukturze organizacyjnej zakładu.	
57.	Możliwość powiązania struktury organizacyjnej zakładu z kontraktem NFZ (możliwość wskazania, która jednostka organizacyjna w Zakładzie odpowiada jednostkom z kontraktu NFZ).	
58.	Możliwość powiązania struktury organizacyjnej zakładu z kontraktem NFZ (możliwość wskazania, która jednostka organizacyjna w Zakładzie odpowiada jednostkom z kontraktu NFZ).	
59.	Obsługa systemu e-WUŚ. W tym automatyczne sprawdzanie pacjentów przebywających w szpitalu, rehabilitacji, pacjentów zapisanych na dzień bieżący.	
60.	Pała obligatoryjne są jednoznacznie wyróżnione (np. inny kształt, kolor, itp.)	
61.	Językiem obowiązującym w oprogramowaniu aplikacyjnym, jest język polski.	
62.	Program obsługuje drukarki sieciowe lub podłączone do wskazanych stacji roboczych	
63.	Możliwość definiowania struktury organizacyjnej, zarządzania strukturą (dodawanie, zmiany)	
64.	System umożliwia prowadzenie elektronicznego obiegu recept tj. od wczytania numerów recept z NFZ poprzez wystawianie recept do raportów zużycia numeracji	
65.	System pozwala na dwukrotne automatyczne sprawdzanie w systemie e-WUŚ zarejestrowanych pacjentów, w godzinach nocnych.	
66.	Dostawca zapewni indywidualny podpis cyfrowy niekwalifikowany dla 666 pracowników. Procedury objęte podpisem: wypis, zlecenie, skierowanie, opis badania	



### b) Moduł Przychodnia – Poradnia (Administrator)

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość automatycznej, centralnej aktualizacji aplikacji na stacjach roboczych.	
2.	Możliwość przeglądu informacji o tym, która stacja robocza i kiedy pobrała aktualizację.	
3.	Zabezpieczenie dostępu do programu dla użytkowników hasło lub logowanie biometryczne lub przez kartę.	
4.	Wymuszona okresowa zmiana hasła.	TAK
5.	Wbudowane mechanizmy do administrowania prawami użytkowników; zarządzanie uprawnieniami, tworzenie i modyfikacja grup, określanie uprawnień użytkowników na poziomie poszczególnych funkcji.	TAK
6.	Możliwość zarządzania użytkownikami, ich prawami, dostępem do komórek organizacyjnych.	TAK
7.	Możliwość przydzielania użytkownikom prawa dostępu do wybranych komórek organizacyjnych (np. oddziału).	TAK
8.	Możliwość gromadzenia historii wszystkich operacji (logi zmian) wykonanych przez użytkownika w systemie z dokładnością do zmian w poszczególnych polach bazy danych przez danego użytkownika.	
9.	Historia operacji gromadzona w bazie danych.	
10.	Administrowanie bazami słownikowymi.	
11.	Definicja struktury szpitala w zakresie danych administracyjnych w tym kodów resortowych MZ, REGON.	
12.	Możliwość zaevidencjonowania w programie i modyfikacji poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu (gabinety, rejestracje, izby przyjęć, oddziały, laboratoria, pracownie diagnostyczne, itd.).	
13.	Definicja kontraktów i usług.	
14.	Obsługa słowników personelu z możliwością połączenia z zarządzaniem listą użytkowników.	
15.	Wykorzystanie słowników zarówno standardowych (ICD-10, ICD-9 CM, Słownik Kodów Terytorialnych GUS, słownik trybów przyjęcia, słownik płatników i instytucji zewnętrznych itp.), jak i wewnętrzzakładowych.	
16.	Definicja i obsługa ksiąg wykorzystywanych w zakładzie (księga główna, księga odmów, księgi oddziałowe, księga oczekujących itp.).	
17.	Obsługa systemu e-WUŚ - konfiguracja umożliwiająca co najmniej dwukrotną weryfikację uprawnień pacjentów "hurtowo" o ustalonej, zapisanych w harmonogramie godzinach.	

### c) Moduł Przychodnia – Poradnia (Rejestracja)

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Tworzenie grafików pracy lekarzy na konkretne dni (daty kalendarzowe):	TAK
2.	Planowanie lub zapisywanie wizyty wg planu pracy poradni	
3.	Przyjmowanie pacjentów niezależnie od planu pracy	
4.	Przyjmowanie pacjentów poza limitem z dnia	
5.	Automatyczne nadawanie numerków celem identyfikacji na wyświetlaczu przed gabinetem	
6.	Możliwość zarejestrowania pacjenta z rozróżnieniem płatnika za konkretną usługą (NFZ, wizyta prywatna, wizyta abonamentowa)	TAK
7.	Możliwość rozróżnień kolorystycznych dla planu pracy poradni w zależności od płatnika.	
8.	Możliwość kolorystycznego wyróżnienia na kalendarzu pracy przychodni dni, w których zamieszczony został wewnętrzny komunikat dotyczący danego dnia.	
9.	Graficzne przedstawienie na kalendarzu przyjęć dnia, w którym brak już wolnych terminów.	
10.	Graficzne przedstawienie na kalendarzu przyjęć dnia, w którym zostali już zarejestrowani pacjenci.	
11.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUŚ status ubezpieczenia nowozarejestrowanego pacjenta.	
12.	Możliwość wydrukowania z systemu:	
13.	- listy pacjentów zarejestrowanych na dany dzień,	
14.	- koperty na historię choroby,	
15.	- kartoteki historii choroby,	
16.	- oświadczenia o posiadaniu ubezpieczenia.	
17.	Możliwość kopiowania odbytych wizyt.	
18.	Możliwość przypisania wydruków własnych do rejestracji.	
19.	Kopiowanie stworzonych grafików na wybrane dni.	
20.	Tworzenie bloków z grafikiem dla lekarza w danym dniu	
21.	Określenie dnia, zakresu godzinowego, średniego czasu wizyty, typu wizyty podczas definiowania bloku z grafikiem.	
22.	Tworzenie blokad grafików dla poradni lub lekarzy określając zakres datowy oraz godzinowy	
23.	Przeglądanie grafików z wizytami pacjentów w rejestracji dla poszczególnych filii, poradni, lekarzy, rodzaju bloków z grafikami.	
24.	Wyświetlanie ilości wolnych terminów wizyt na grafikach	
25.	Wyświetlanie grafików z pierwszym wolnym terminem w danej poradni.	
26.	Możliwość rezerwacji wizyty na godzinę oraz rejestracji bez godziny w ramach wizyt dodatkowych.	
27.	Rejestracja wizyt o czasach nakładających się na siebie.	
28.	Możliwość odwoływania wizyt.	
29.	Możliwość zmiany terminu wizyty bez konieczności odwoływania.	
30.	Możliwość potwierdzania faktu pojawienia się pacjenta w rejestracji przed wizytą w gabinecie lekarskim. Do czasu potwierdzenia pacjent jest niedostępny w module Gabinet	
31.	Możliwość określenia płatnika oraz:	
32.	- wprowadzenia uwag,	
33.	- wydłużenia czasu trwania wizyty podczas rezerwacji terminu.	
34.	Możliwość edycji płatnika, uwag po zarezerwowaniu terminu wizyty. Wprowadzone uwagi podczas rejestracji dostępne są w gabinecie lekarskim na liście wizyt.	
35.	Automatyczne sprawdzanie prawidłowości powiązań pomiędzy Ubezpieczycielem i Płatnikiem.	
36.	Automatyczna podpowiedź listy Płatników po wyborze prywatnego Ubezpieczyciela.	TAK





DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

37.	Możliwość wprowadzenia danych ze skierowania oraz danych o uprawnieniach dodatkowych podczas rezerwacji terminu wizyty.	
38.	Możliwość znalezienia pacjenta w bazie danych po:	
39.	- nazwisku,	TAK
40.	- numerze kartoteki,	TAK
41.	- numerze PESEL,	TAK
42.	- numerze Karty Pacjenta (np. Karcie VIP).	TAK
43.	System umożliwia wydrukowanie Indywidualnej Karty Pacjenta (np. Karty VIP).	
44.	System umożliwia wykorzystanie Indywidualnej Karty Pacjenta w placówkach współpracujących ze sobą i posiadających system umożliwiający działanie takich kart.	
45.	Możliwość wprowadzenia danych osobowych pacjenta wraz z nr telefonu oraz informacji o ubezpieczeniu, zakładzie pracy.	
46.	Możliwość rezerwacji terminu wizyty ze zlecenia lekarskiego wystawionego w gabinecie	TAK
47.	Możliwość wprowadzenia informacji o dodaniu pacjenta do kolejek oczekujących w trybie stabilnym lub pilnym.	
48.	Możliwość wypełnienia ankiet, dokumentów dla wybranego pacjenta.	
49.	Możliwość dołączenia dokumentacji medycznej zewnętrznej pacjenta (np. w postaci skanów dokumentów).	TAK
50.	Możliwość przeglądania wizyt historycznych i zaplanowanych w zależności od statusów.	
51.	Możliwość złożenia deklaracji POZ.	TAK
52.	Automatyczne uzupełnienie dokumentu deklaracji na podstawie danych wprowadzonych do kartoteki pacjenta.	
53.	Możliwość wystawienia paragonu (obsługa drukarki fiskalnej), rachunku, faktury dla pacjenta.	TAK
54.	Możliwość przeglądu cenników wizyt i badań.	
55.	Możliwość przypisania pacjenta do pakietu, umowy z firmami komercyjnymi. Tylko pacjenci przypisani do danego cennika mogą z niego korzystać.	TAK
56.	System posiada wspólną Ewidencję Główną Pacjentów dla wszystkich poradni.	TAK
57.	System gromadzi w Karcie Pacjenta: - dane osobowe, - dane adresowe, - adres e-mail, - kartoteki papierowej, - zatrudnienie, - ubezpieczenie, - płatnik, oddział NFZ,	
58.	System gromadzi w Karcie Pacjenta dodatkowe dane, takie jak: - wywiad rodzinny, - wywiad środowiskowy, - grupa krwi - dane opiekuna, - upoważnienie o zgodzie do uzyskania informacji o stanie zdrowia - upoważnienie o zgodzie do uzyskania dokumentacji medycznej - rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia, - dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta, - dane osób uprawnionych do odbierania dokumentacji medycznej pacjenta, - dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymania dokumentacji pacjenta w przypadku jego śmierci	
59.	System umożliwia zapisanie w Karcie Pacjenta dodatkowych danych jak: - informacja na temat szczepień - informacji na temat przebytych chorób - informacji na temat uczulenia na leki i materiały medyczne - informacji na temat wypożyczonego sprzętu - dowolnej informacji na temat pacjenta w postaci ogólnych uwag - informacji na temat umów, polis związanych z komercyjną / prywatną wizytą	
60.	System pozwala na zapisanie w Karcie Pacjenta nr telefonu, na który będzie wysyłana informacja SMS	TAK
61.	System umożliwia odnotowanie i oznaczenie pilnych przypadków	
62.	System dopuszcza do przyjęcia pacjenta przebywającego aktualnie w szpitalu (na oddziale) ale ostrzega i wymaga dodatkowo potwierdzenia.	
63.	Możliwość rejestrowania pacjenta bez skierowania do jednostki wymagającej skierowań – wymagane ostrzeżenie dla tego typu rejestracji.	
64.	System umożliwia wprowadzenia limitów przyjęć do poradni na:	
65.	- wybrany miesiąc,	
66.	- dowolny wybrany okres czasu.	
67.	System umożliwia wprowadzenie limitu przyjęć dla lekarza:	
68.	- na wybrany miesiąc,	
69.	- na dowolny wybrany okres czasu.	
70.	Możliwość skanowania dokumentów zewnętrznych do historii choroby z poziomu rejestracji.	TAK
71.	Automatyczne otwarcie okna dodania nowego pacjenta po próbie wyszukania pacjenta, który nie był wcześniej w jednostce.	

**d) Moduł Call-Center (Poradnia)**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość rejestracji pacjenta na nowy termin.	
2.	Zapisanie informacji o treści rozmowy.	
3.	Możliwość sprawdzenia dotychczas zaplanowanych wizyt.	
4.	Możliwość sprawdzenia odbytych wizyt.	



5.	Możliwość identyfikacji pacjenta za pomocą numeru dzwoniącego telefonu (konektor do centrali telefonicznej).	
6.	Możliwość ręcznego wyszukania pacjenta po:	
7.	- numerze PESEL,	
8.	- nazwisku,	
9.	- numerze telefonu.	
10.	Wyszukiwanie wolnych terminów dla poradni i lekarza.	
11.	Możliwość dopisania pacjenta do bazy.	
12.	Możliwość rejestracji pacjenta do wybranej poradni/lekarza.	
13.	Możliwość sprawdzenia statusu ubezpieczenia.	
14.	Możliwość rejestracji pacjentów prywatnych i abonamentowych.	
15.	Wyszukiwanie wolnego terminu ze wskazaniem konkretnej daty.	
16.	Możliwość skanowania dokumentów zewnętrznych do historii choroby z poziomu Call Center.	
17.	System pozwala sprawdzić w systemie e-WUS status ubezpieczenia nowozarejestrowanego pacjenta z poziomu Call Center.	
18.	System umożliwia sprawdzenie historii ubezpieczenia.	
19.	Automatyczne otwarcie okna dodania nowego pacjenta po próbie wyszukania pacjenta, który nie był wcześniej w jednostce.	
20.	Możliwość edytowania zaplanowanych wizyt z poziomu Call Center.	
21.	Okno wyszukiwania poradni z funkcjonalnością automatycznego filtrowania rekordów po wpisaniu tekstu.	
22.	Przy numerze/nazwisku wspólnym dla dwóch lub większej liczby pacjentów, system podpowiada listę pasujących rekordów.	
23.	Wyszukiwanie wolnych terminów pod kątem:	
24.	- wizyt prywatnych,	
25.	- wizyt abonamentowych,	
26.	- wizyt na NFZ,	
27.	- lub jednego dodatkowego parametru.	

#### e) Moduł Przychodnia-Poradnia (Gabinet)

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Przegląd listy zarejestrowanych do lekarza pacjentów w zależności od wybranego dnia.	TAK
2.	Możliwość wyszukiwania wizyt pacjentów z dowolnego zakresu czasu.	
3.	Możliwość rejestrowania wizyt bezpośrednio w gabinecie lekarskim.	
4.	System umożliwia danych ze skierowania do wizyty, uwag, płatnika.	
5.	Możliwość przyjęcia pacjentów w innej kolejności niż wynika to z porządku rejestracji.	
6.	Przywoływanie i odwoływanie pacjentów przy użyciu wyświetlaczy.	
7.	Dostęp do archiwalnych przyjęć pacjentów.	TAK
8.	Funkcjonalność umożliwiająca odczytanie przez lekarza uwag od rejestracji na temat pacjenta.	
9.	Możliwość podglądu przez lekarza indywidualnych statystyk z poziomu okna gabinetu lekarskiego.	
10.	Możliwość wydruku historii choroby pojedynczo (jednej wizyty) lub zbiorczo dla pacjenta (wszystkie wizyty).	
11.	Program umożliwia zaimportowanie wydruków własnych.	
12.	Dostęp do wyników badań pacjenta z poziomu okna gabinetu lekarskiego.	TAK
13.	Możliwość podglądu historii wizyt pacjenta w placówce.	
14.	Możliwość wykonania badania podmiotowego (wywiadu) na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.	
15.	Możliwość wykonania badania przedmiotowego na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.	
16.	Modyfikacja schematów historii choroby.	
17.	Dodawanie elementów schematu historii choroby.	
18.	Możliwość wykonania opisu zabiegu na podstawie zdefiniowanych wcześniej ankiet lub szablonów.	
19.	Możliwość kopiowania opisów z poprzednich wizyt.	TAK
20.	Możliwość edytowania skopiowanego opisu.	
21.	Wykorzystywanie własnych schematów historii choroby.	
22.	Możliwość dodawania plików graficznych (w formatach obsługiwanych przez system Windows) do historii choroby.	
23.	Oznaczanie przyjęcia jako „ratującego życie”.	
24.	Możliwość wpisania kodu chorobowego ICD10 jako:	TAK
25.	- kodu chorobowego wstępnego	TAK
26.	- kodu chorobowego zasadniczego	TAK
27.	- kodu chorobowego dodatkowego	TAK
28.	- kodu chorobowego współistniejącego	TAK
29.	- kodu chorobowego V-Y	
30.	Możliwość wybrania kodu chorobowego ICD10 ze słownika według:	
31.	- kodu,	
32.	- opisu.	
33.	Możliwość ręcznego wpisania kodu chorobowego ICD10.	
34.	Możliwość przypisania pacjentowi diety wybranej ze słownika.	
35.	Dodawanie uwag do wizyty.	
36.	Dodawanie procedur ze słownika ICD9.	
37.	Możliwość utworzenia własnych grup procedur.	
38.	Gruper JGP.	
39.	Szybka odpowiedź produktu w POZ (do dwóch najczęściej wykorzystywanych produktów).	
40.	Możliwość ręcznego dopisania procedury.	
41.	Możliwość zamykania procesu leczniczego z poziomu gabinetu lekarskiego.	
42.	Możliwość wystawienia skierowania dla pacjenta:	



43.	- do szpitala,	
44.	- do specjalisty,	
45.	- na badania,	
46.	- na transport,	
47.	- na badania laboratoryjne,	
48.	- na badania radiologiczne.	
49.	Możliwość wystawiania zaświadczeń opisowych z możliwością edycji.	
50.	Możliwość obejrzenia dołączonych plików multimedialnych z jednego okna.	
51.	Podgląd na wcześniejsze wpisane szczepienia pacjenta.	
52.	Podgląd na wpisane do systemu leki uczulające pacjenta.	
53.	Możliwość zmiany statusu wizyty.	
54.	Dostęp do pełnej historii choroby pacjenta wygenerowanej podczas poprzednich wizyt w poradniach, w pracowniach lub w szpitalu.	
55.	System umożliwia wystawianie recept na pacjenta.	TAK
56.	Kopiowanie wcześniej wystawionych recept.	TAK
57.	Blokada przed ponownym wydrukowaniem tej samej recepty.	
58.	Anulowanie błędnie wystawionej recepty.	TAK
59.	Sprawdzanie puli dostępnych recept dla danego lekarza z podziałem na:	
60.	- NFZ,	
61.	- prywatne,	
62.	- psychotropowe.	
63.	Możliwość wydrukowania recept przed wizytą domową dla konkretnego pacjenta.	
64.	Dostęp do informacji o ubezpieczeniu przy wystawianiu recepty.	
65.	Przy wystawianiu recept z lekiem refundowanym program dokonuje walidacji ubezpieczenia pacjenta i jeżeli pacjent nie posiada uprawnień do refundacji świadczeń, system podaje komunikat o braku ubezpieczenia pacjenta.	
66.	Wprowadzenie leków na receptę.	
67.	Wydruk recepty lub nadruk na receptę.	
68.	Generowanie recepty na podstawie leków stałych przypisanych podczas poprzednich wizyt do pacjenta.	TAK
69.	Tworzenie recepty na podstawie wcześniej wystawionych recept.	
70.	Możliwość wstawienia jednocześnie do pięciu leków na receptę.	
71.	Możliwość tworzenia schematów recept.	
72.	Podgląd charakterystyki produktu leczniczego.	
73.	Filtrowanie leków pod kątem refundacji.	
74.	Wyróżnienie kolorystyczne leków refundowanych.	
75.	Dostęp do informacji o refundacji leków.	TAK
76.	Dostęp do cen leków refundowanych.	
77.	Wczytanie puli recept.	
78.	Wystawianie recept z lekami do przygotowania w aptece (leki recepturowe). Korzystanie ze zdefiniowanych wcześniej szablonów.	
79.	Dostęp do skanowanej uprzednio dokumentacji pacjenta.	
80.	Podpis elektroniczny zakończonej wizyty.	
81.	Wydruk karty informacyjnej dla pacjenta lub dla lekarza kierującego oraz dowolnych definiowalnych raportów związanych z pacjentem lub historią choroby pacjenta.	
82.	Wystawianie zaświadczenia ZUS ZLA w formie elektronicznej.	
83.	Możliwość nadruku wprowadzonych danych na formularz ZUS ZLA.	
84.	Możliwość drukowania paragonów fiskalnych.	
85.	Możliwość drukowania faktur VAT.	

#### f) Moduł Przychodnia-Poradnia (Ewidencja)

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	System posiada wspólną Ewidencje Główną Pacjentów dla wszystkich poradni.	TAK
2.	System gromadzi w Karcie Pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- dane osobowe,</li> <li>- dane adresowe,</li> <li>- adres e-mail,</li> <li>- kartoteki papierowej,</li> <li>- zatrudnienie,</li> <li>- ubezpieczenie,</li> <li>- płatnik, oddział NFZ,</li> </ul>	
3.	System gromadzi w Karcie Pacjenta dodatkowe dane, takie jak: <ul style="list-style-type: none"> <li>- wywiad rodzinny,</li> <li>- wywiad środowiskowy,</li> <li>- grupa krwi</li> <li>- dane opiekuna,</li> <li>- upoważnienie o zgodzie do uzyskania informacji o stanie zdrowia</li> <li>- upoważnienie o zgodzie do uzyskania dokumentacji medycznej</li> <li>- rodzaj i nr dokumentu uprawniającego do leczenia,</li> <li>- dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu pacjenta,</li> <li>- dane osób uprawnionych do odbierania dokumentacji medycznej pacjenta,</li> </ul>	



	- dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymania dokumentacji pacjenta w przypadku jego śmierci	
4.	System umożliwia zapisanie w Karcie Pacjenta dodatkowych danych jak: - informacja na temat szczepień - informacji na temat przebytych chorób - informacji na temat uczulenia na leki i materiały medyczne - informacji na temat wypożyczanego sprzętu - dowolnej informacji na temat pacjenta w postaci ogólnych uwag - informacji na temat umów, polis związanych z komercyjną / prywatną wizytą	
5.	Podgląd na wcześniejsze wpisane szczepienia pacjenta.	
6.	Możliwość podglądu wcześniejszych wizyt pacjenta w jednostce.	
7.	Dostęp do informacji w zakresie:	
8.	- data/godzina rejestracji,	
9.	- data przyjęcia,	
10.	- data wypisu,	
11.	- rodzaj poradni, w której był przyjęty pacjent,	
12.	- dane lekarza przyjmującego,	
13.	- data skierowania,	
14.	- status wizyty,	
15.	- przyczyna skreślenia.	
16.	Filtrowanie informacji z odbytych wizyt przy użyciu parametrów:	
17.	- data/godzina rejestracji,	
18.	- data przyjęcia,	
19.	- data wypisu,	
20.	- rodzaj poradni, w której był przyjęty pacjent,	
21.	- dane lekarza przyjmującego,	
22.	- data skierowania,	
23.	- status wizyty.	
24.	Możliwość dodania pacjenta niezidentyfikowanego.	TAK
25.	Wyszukiwanie danych pacjenta z uwzględnieniem danych takich jak:	
26.	- imię i nazwisko,	TAK
27.	- nr PESEL,	TAK
28.	Filtrowanie danych pacjentów w ewidencji pod kątem:	
29.	- miejscowości,	
30.	- roku urodzenia.	
31.	Możliwość skanowania i podglądu zeskanowanych dokumentów.	
32.	Sprawdzenie statusu ubezpieczenia pacjenta (eWUŚ).	
33.	Możliwość wyeksportowania historii wizyt pacjenta w danej jednostce do pliku XML.	
34.	Sprawdzanie kolejek oczekujących na wizyty.	

### g) Moduł Zleceń

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość obsługi elektronicznych zleceń medycznych w tym: - wysłanie zlecenia, - śledzenie stanu wykonania zlecenia, - zwrotne odebranie wyniku zlecenia.	TAK
2.	Możliwość zlecenia każdego elementu procesu leczenia oraz innych świadczeń medycznych (np. transport chorych).	TAK
3.	Możliwość wprowadzenia, modyfikacji, przedłużenia oraz anulowania zleceń dla pacjentów. Wprowadzanie zleceń jest możliwe dla wszystkich pacjentów objętych ruchem chorych (szpital, ambulatoria, izby przyjęć, pracownie diagnostyczne i terapeutyczne).	
4.	Zapewnienie kontroli wprowadzania podwójnych zleceń oraz kontroli zlecenia pod kątem poprawności i kompletności.	
5.	Możliwość wykorzystania kodów kreskowych i czytników do identyfikacji zleceń.	
6.	Możliwość wykorzystania danych z modułu do rozliczania kosztów.	
7.	Rejestracja etapów wykonania/realizacji zlecenia.	
8.	Możliwość anulowania zlecenia.	
9.	Automatyczny zapis daty i czasu, osobę wprowadzającą, zmieniającą i odwołującą zlecenie.	
10.	Automatyczny zapis daty i czasu, osobę wprowadzającą oraz zmieniającą wyniki.	
11.	Automatyczne aktualizowanie etapu realizacji zlecenia.	
12.	Automatyczne przekazanie zlecenia do jednostki realizującej zlecenie.	TAK
13.	Automatyczne zwrotne przekazanie wyniku.	TAK
14.	Graficzna prezentacja wyników badań liczbowych za zadany okres czasu.	
15.	Możliwość przedłużania zleceń, zleceń cyklicznych.	TAK
16.	Możliwość na zlecenia badań i konsultacji poza szpitalem oraz możliwość prowadzenia wyników tych badań w formie papierowej, lub elektronicznej.	
17.	Możliwość zapisania w ramach komentarza do zlecenia istotnych danych diagnostycznych (rozpoznanie, kierunek badania, grupa krwi itp.).	
18.	Możliwość integracji w trybie online za pomocą standardu HL 7 ver. 2.3 (minimum).	



### h) Moduł Sprawozdawczo-Rozliczeniowy

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ.	TAK
2.	System prowadzi i monitoruje kolejki oczekujących na wykonanie procedur medycznych zgodnie z wymaganiami prawa.	
3.	System generuje sprawozdania ze stanu tych kolejek zgodnie z wymaganiami NFZ.	TAK
4.	System spełnia wymogi prawne dotyczące rozliczeń świadczeń i umów w służbie zdrowia.	
5.	Generowanie sprawozdań do systemów rozliczeniowych płatników świadczeń w formatach wymaganych przez NFZ.	
6.	Generowanie wydruków do sprawozdań (sprawozdawczość wymagana przez NFZ).	
7.	Przechowywanie informacji o strukturze organizacyjnej zakładu.	
8.	Możliwość powiązania struktury organizacyjnej zakładu z kontraktem NFZ (możliwość wskazania, która jednostka organizacyjna w Zakładzie odpowiada jednostkom z kontraktu NFZ).	
9.	Automatyczne tworzenie raportu dla NFZ na podstawie wprowadzonych danych w gabinetach i na oddziałach.	
10.	Podgląd limitów oraz sumy punktów zaplanowanych zabiegów w poszczególnych miesiącach dla umów NFZ w trakcie planowania zabiegów rehabilitacyjnych.	TAK
11.	Możliwość stworzenia wykresów słupkowych odzwierciedlających stan wykorzystania świadczeń w stosunku do limitów NFZ na oferowane świadczenia.	
12.	Automatyczne wyznaczanie cykli zabiegowych dla NFZ (rehabilitacja).	
13.	Rozliczenie usług/badań z NFZ według obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ, Rozporządzeń i Ustaw Ministra Zdrowia.	
14.	Gruper, który na podstawie danych wprowadzonych podczas wizyty potrafi wskazać pozycję rozliczeniową z katalogu NFZ. Dostęp do Grupera musi być lokalny, tzn. nie może wymagać zewnętrznego łącza internetowego	TAK
15.	Raporty pozwalające na bieżąco śledzić stan realizacji umowy.	
16.	Raport pozwalający ocenić stan realizacji umowy w przyszłości z uwzględnieniem zaplanowanych wizyt oraz zabiegów.	
17.	Możliwość zmiany wersji wysyłki.	
18.	Zmiana statusu produktu z wyszczególnieniem zakresu dat, umowy, produktu oraz wyróżnika.	
19.	Wybór danych do eksportu – z podziałem na:	
20.	- deklaracje POZ,	
21.	- zbiorczy POZ,	
22.	- kolejki oczekujących,	
23.	- faktury zakupowe,	
24.	- rozliczenia,	
25.	- świadczenia.	
26.	Opcja eksportu danych z możliwością zastosowania filtra dla błędnych rekordów.	
27.	Możliwość generowania danych do eksportu według:	
28.	- umowy,	
29.	- produktu,	
30.	- wyróżnika,	
31.	- zakresu dat.	
32.	Możliwość importu umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz aneksów.	
33.	Możliwość przypisania umowy do kolejnej jednostki świadczącej usługi.	
34.	Walidacja sprawozdań pod kątem obecności paczki i wygenerowanego rachunku dla NFZ.	
35.	Generowanie sprawozdań takich jak:	
36.	- ZD3,	
37.	- MZ-11,	
38.	- CZP.	
39.	Generowanie sprawozdań dotyczących świadczeń udzielonych pacjentom POZ spoza gminy.	
40.	Możliwość filtrowania sprawozdań według umowy, roku i miesiąca.	
41.	Przeliczanie wszystkich kolejek.	
42.	Przeliczanie wybranej kolejki i wysłania jej do NFZ.	
43.	Walidacja kolejek.	
44.	Informacja o błędach w kolejce.	
45.	Podgląd listy pacjentów oczekujących w kolejce.	TAK
46.	Wyszukiwanie pacjenta po numerze PESEL.	
47.	Filtrowanie rekordów pacjentów z błędem w kolejce.	
48.	Możliwość nadania kodu skreślenia dla wybranego pacjenta lub dla wszystkich rekordów.	
49.	Filtrowanie rekordów z uwzględnieniem 6-cio miesięcznego okresu oczekiwania w kolejce.	
50.	Przygotowywanie faktur zakupowych.	
51.	System umożliwia podgląd informacji o błędzie przesłanej z NFZ	
52.	Możliwość eksportowania do pliku CSV lub HTML danych o świadczeniach.	

### i) Moduł Statystyka medyczna

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Obsługa bazy pacjentów poradni, zakładu, pracowni.	
2.	Wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów (min. nazwisko, PESEL, ID Wewnętrzny).	
3.	Możliwość automatycznego numerowania pacjentów w Księdze Główniej.	
4.	Przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych, wizyt w zakładach diagnostycznych, wyników badań i wizyt w poradniach.	
5.	Potwierdzenia wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności danych.	TAK



DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

6.	Możliwość wygenerowania / wydruku Karty Statystycznej.	
7.	Możliwość wygenerowania / wydruku zaświadczenia o pobycie w szpitalu.	
8.	Możliwość wygenerowania / wydruku Karty Zakażenia Szpitalnego.	
9.	Możliwość wygenerowania / wydruku Księgi Głównej.	
10.	Możliwość wygenerowania / wydruku skorowidza alfabetycznego do Księgi Głównej.	
11.	Obsługa Księgi Oczekujących (kolejki oczekujących).	TAK
12.	Obsługa Księgi Poradni.	
13.	Obsługa Księgi Pracowni Diagnostycznej.	
14.	Obsługa Księgi Zabiegowej.	
15.	Elektroniczna komunikacja z NFZ.	
16.	Możliwość potwierdzenia przez lekarza zakończenia wizyty lekarskiej wraz ze sprawdzeniem kompletności danych dotyczących pacjenta i wykonanych świadczeń.	
17.	Czas oczekiwania (planowany i rzeczywisty) na poszczególne świadczenia w Szpitalu (dane z list oczekujących).	
18.	Możliwość sporządzania raportów: liczba porad płatnych.	
19.	Możliwość sporządzania raportów: liczba porad ambulatoryjnych.	
20.	Możliwość sporządzania raportów: liczba przyjęć, pacjentów ubezpieczonych, nieubezpieczonych, usług zapłaconych, niezapłaconych	

**j) Moduł Szpital**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Obsługa oddziałów i izby przyjęć.	
2.	Możliwość przenosin międzyoddziałowych pacjenta.	TAK
3.	Możliwość wprowadzenia pacjenta NN.	
4.	Wyświetlenie aktualnej historii choroby pacjenta po zeskanowaniu identyfikatora pacjenta dostosowanego do obowiązujących aktów prawnych.	
5.	Funkcjonalność drukowania identyfikatora pacjenta dostosowanego do obowiązujących aktów prawnych.	
6.	Możliwość wydruku takich wydruków jak: karty statystyczne, karty wypisu i pełnej historii choroby pacjenta.	
7.	Możliwość obsługi bloku operacyjnego. Tworzenie protokołu operacyjnego: wprowadzenie wykonanych czynności i procedur, protokołów pielęgniarskich, anestezjologicznych, generowanie opisów medycznych w oparciu o indywidualne słowniki, utworzone w systemie formularze lub dopiski. Ewidencja podanych leków, zużytych materiałów, wykonującego personelu. Prowadzenie księgi bloku operacyjnego	TAK
8.	Możliwość zapisywania statusów dziennych dla hospitalizowanego pacjenta.	
9.	Mechanizm przeliczania ruchu pacjentów, przepustowości i obłożenia łóżek.	
10.	Możliwość prowadzenia i automatycznej numeracji Księgi Głównej, Ksiąg Oddziałowych.	
11.	Możliwość druku wybranego zakresu numerów Księgi Głównej.	
12.	Obsługa elektronicznych zleceń oddziałowych z wysłaniem do poszczególnych pracowni, laboratorium, rehabilitacji, poradni, oddziału, innej jednostki medycznej: badania diagnostyczne badania laboratoryjne zabiegi konsultacje apteczki oddziałowe.	TAK
13.	Możliwość definiowania formularzy zlecenia ( charakterystycznych dla jednostki odbierającej zlecenie)	
14.	Automatyczny odbiór wyniku (wynik jest widoczny w dokumentacji med. pacjenta), możliwość wydruku wyniku.	TAK
15.	Możliwość modyfikacji, anulowania zaplanowanego zlecenia, przeglądu zleceń, wydruku zleceń.	
16.	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na danym oddziale.	
17.	Możliwość wystawiania i ewidencjonowanie przepustek.	TAK
18.	Możliwość automatycznego rozdzielenia krotności produktu i procedur na poszczególne dni.	
19.	Możliwość wprowadzenia rozpoznań: wstępne, główne, współistniejące, dodatkowe wypisowe, przyczyny zgonu i rozpoznania sekcyjnego wg klasyfikacji ICD-10 oraz opisowych (z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej szablonów).	
20.	Aktualna wersje grupera JGP dla szpitalnictwa.	
21.	Mechanizm aktualizacji oprogramowania do najnowszej wersji grupera oraz wczytywanie aneksów umów NFZ.	
22.	Zapamiętywanie okresu obowiązywania danej wersji grupera oraz danych niezbędnych do grupowania z umów NFZ.	
23.	Podgląd w jednym miejscu, wszystkich danych, niezbędnych do wyznaczenia grupy JGP.	TAK
24.	Możliwość wskazywania wszystkich grup spełniających warunki poprawnego grupowania oraz nich wartości punktowej.	
25.	Możliwość generowania informacji o najbliższych grupach niespełniających warunków. System podaje ich wartości punktową oraz przyczyny niespełnienia warunków oraz uwagi związane z tym faktem.	
26.	Możliwość wprowadzania skierowań na transport medyczny, oraz wydawania zaświadczeń o pobycie w szpitalu.	
27.	Możliwość prowadzenia gospodarki lekami w zakresie apteki głównej i apteczek oddziałowej.	TAK
28.	Możliwość planowania i zlecenia leków, prowadzenia karty zleceń leku, wydruk dziennego zestawienia leków na pacjenta.	TAK
29.	Ewidencjonowanie osoby wydające i wydanie leków oraz materiałów z dokładnością do pacjenta.	
30.	Aktualizacja stanu apteczki oddziałowej w wyniku podania leku oraz możliwość wprowadzenia strat.	TAK
31.	Możliwość definiowania struktury apteczek oddziałowych w powiązaniu z apteką główną.	
32.	Możliwość zaczytywanie kodów kreskowych z leków i materiałów.	
33.	Możliwość generowania stanów magazynowych apteczki oddziałowej.	
34.	Ewidencjonowanie serii leków i dat ich ważności.	
35.	Możliwość drukowania zestawień dla apteczki oddziałowej między innymi: dat ważności, zużycia za okres; obrotów, inwentaryzacji (generowanie arkusz spisu z natury), stanów minimalnych .	



DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

36.	Możliwość prowadzenia karty magazynowej apteczki oddziałowej.	
37.	Możliwość tworzenia raportu zakupionych leków – Apteka Główna.	
38.	Wsparcie tworzenia planów i zapotrzebowania na leki Apteka Główna.	
39.	Możliwość wyliczenia kosztów medycznych hospitalizacji.	
40.	Możliwość rejestracji pacjenta, min. dane osobowe, adresowe, ubezpieczeniowe, o opiece, płatniku, osobach upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia, odbiorze dok. med.	
41.	Możliwość wyszukiwania pacjentów w liście pacjentów wg różnych parametrów.	TAK
42.	Prowadzenie list oczekujących na przyjęcie do oddziałów z możliwością zmiany zaplanowanego terminu.	
43.	Prowadzenie historii choroby (dane przyjęcia, wywiad, przebieg choroby, epikryza, procedury, zabiegi, badania diagnostyczne, leki, konsultacje, wypis).	TAK
44.	Możliwość ewidencji czynności pielęgniarstwa oraz wydruk wymaganych dokumentów.	
45.	Możliwość definiowania i użycia tekstów standardowych w opisie historii choroby.	
46.	Możliwość stworzenia dodatkowych dokumentów zapisywanych w rekordzie pobytu w oddziale umożliwiające zbieranie nietypowych danych.	
47.	Możliwość obsługi kart TISS.	TAK
48.	Standardowe raporty: raport z dyżuru, zestawienie pacjentów, dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne (liczba przyjętych, wypisanych, osobodni), obłożenie łóżek.	
49.	Standardowe zestawienia wg rozpoznań, procedur (sumaryczne, jednostkowe), zleconych badań na pacjenta w danym dniu lub okresie.	
50.	Możliwość samodzielnej modyfikacji istniejących szablonów wydruków, formularzy dokumentacji medycznej, tworzenia raportów zgodnie z potrzebami Zamawiającego.	
51.	Przygotowywanie elektronicznych raportów do instytucji zewnętrznych, np. NFZ, PZH, Centrum Zdrowia Publicznego.	
52.	Możliwość wystawiania recept.	
53.	Możliwość wprowadzenia receptury oraz oznaczenia braku zamiennika.	
54.	Elektroniczny obieg recept tj. od wczytania numerów recept z NFZ poprzez wystawianie recept do raportów zużycia numeracji.	
55.	Możliwość oznaczenia historii choroby pacjenta jako świadczenie ratujące życie.	
56.	Możliwość dołączania do historii choroby dowolnego pliku, np. skanu skierowania, zgód pacjenta, konsultacji zewnętrznej, prześwietlenia, itp.	
57.	Możliwość sprawdzenia w ujęciu statystycznym ilości oczekujących i średniego czasu dla każdej komórki organizacyjnej wg stanu na dowolnie wybrany dzień. Dotyczy wszystkich komórek objętych sprawozdaniem do NFZ.	
58.	Możliwość odnotowywania udostępniania dok. medycznej dot. zarówno wersji papierowej dokumentacji jak i elektronicznej.	
59.	Możliwość przyjęcia pacjenta ze szpitalnej kolejki oczekujących do izby przyjęć, z automatycznym przeniesieniem danych pacjenta.	
60.	Możliwość wydruku pasków na rękę z zdefiniowanym kodem i nadrukiem	

**k) Moduł Szpitalny (Tablet oddziałowy)**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość pracy na urządzeniach mobilnych.	TAK
2.	Współpraca z urządzeniami mobilnymi za pomocą sieci LAN (WiFi) oraz sieci Internet (3G).	
3.	Możliwość zmiany sposobu wykorzystania sieci LAN i Internet.	
4.	Komunikacji aplikacji na urządzeniach mobilnych z systemem za pomocą webserwisów lub HTML5.	TAK
5.	Aplikacja na urządzeniach mobilnych nie może w sposób bezpośredni komunikować się z bazą danych.	TAK
6.	Działanie aplikacji na urządzeniach mobilnych implementujących przeglądarkę z HTML5.	TAK
7.	Uniemożliwienie aplikacjom na urządzeniach mobilnych przechowywania na stałe na urządzeniu mobilnym jakichkolwiek danych osobowych ani wrażliwych medycznie. Na tablecie znajduje się tylko warstwa prezentacji danych.	TAK
8.	Logowanie zabezpieczone indywidualnym loginem i hasłem użytkownika.	
9.	Moduł do pracy na urządzeniach mobilnych wyposażonych w ekran dotykowy (obsługa multitotyku).	TAK
10.	Interfejs graficzny zawiera komponenty wprowadzania danych i nawigacji, dostosowane do pracy z wykorzystaniem ekranu dotykowego (m.in. większe przyciski, pola edycyjne, zakładki, itp. niż wersja stacjonarna systemu). Wykorzystanie klawiatury ekranowej jest ograniczone do niezbędnego minimum.	TAK
11.	Wirtualna klawiatura.	TAK
12.	Podgląd danych pacjentów znajdujących się w Szpitalu, na poszczególnych oddziałach m.in. w zakresie: - data rozpoczęcia pobytu, - sala / oddział/izba przyjęć, - diagnoza, - przebieg choroby, - status pobytu, - zlecone badania, - zlecone leki, - wykonane badania wraz z opisem.	TAK
13.	Sprawdzanie wyników badań.	TAK
14.	Wprowadzanie m.in. poniższych danych: - składanie zleceń nowych podań leków, - składanie zleceń badań, - realizacja zleceń - odnotowywanie obserwacji.	
15.	Automatyczne otwarcie rekordu medycznego dotyczącego danego pacjenta po sczytaniu kodu kreskowego na jego opasce identyfikacyjnej.	
16.	Praca w trybie szkoleniowym, bez dostępu do bazy danych	TAK
17.		TAK



*DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju*

18.	Możliwość zalogowania się do modułu z podaniem nazwy operatora oraz hasła zdefiniowanymi w systemie HIS	
19.	Moduł umożliwi przegląd wprowadzonych danych pomiarowych w zakresie: Temperatura, Waga, Ciśnienie, Saturacja, Wzrost, Tętno, Glikemia, Współczynnik BMI, Oddech.	TAK
20.	Minimalny zakres informacji jaki powinna zawierać strona pacjenta to: Dane podstawowe (Imię, Nazwisko, Wiek, Data urodzenia, Miejsowość i województwo zamieszkania, Obywatelstwo, Stan cywilny, Liczba dzieci, Wykształcenie, Status społeczny, Źródło utrzymania, Sposób zamieszkania, Stopień niepełnosprawności, Ubezpieczenie, Rok pierwszego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego), Rozpoznanie z przyjęcia lub z ks. głównej, Dzień pobytu pacjenta na oddziale, Wartości ostatnich danych pomiarowych, Wykresy danych pomiarowych, Wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych w ramach pobytu, Lista zrealizowanych podań leków w ramach pobytu, Lista zarejestrowanych wywiadów i badań przedmiotowych.	TAK
21.	Możliwość przeglądu danych pomiarowych w postaci tabelarycznej w zakresie: data i godzina zarejestrowania pomiaru, wartość pomiaru, uwagi.	
22.	Możliwość zestawienia wyników parametrów tego samego badania z wartościami historycznymi.	
23.	Możliwość przeglądania zdarzeń medycznych pacjenta w sposób chronologiczny: wyniki badań laboratoryjnych i diagnostycznych, podane leki, zarejestrowane pomiary, wprowadzone wywiady i badania przedmiotowe.	TAK
24.	Możliwość rejestracji zleceń na badania laboratoryjne / diagnostyczne /obrazowe, zlecenie automatycznie przejmuje elektronicznie odpowiedni moduł.	TAK
25.	Możliwość rejestracji zleceń na badania laboratoryjne / diagnostyczne w minimalnym zakresie informacji: Lekarz zlecający, Tryb realizacji zlecenia (Normalne, dyżurowe, Cito), Lista badań do wykonania, Dodatkowe uwagi, opis zlecenia.	
26.	Moduł umożliwi przegląd wyników badań laboratoryjnych / diagnostycznych pacjenta z minimalnym zakresem informacji: Data zlecenia, Data planowana wykonania zlecenia, Lekarz zlecający, Skrót i nazwy zleconych badań, Tryb realizacji zlecenia (Normalne, dyżurowe, Cito).	TAK
27.	Moduł umożliwi rejestrowanie zleceń na leki i środki medyczne – zlecenie przejmuje odpowiedni moduł	TAK
28.	Moduł umożliwi rejestrowanie zleceń na leki z minimalnym zakresem informacji: Lekarz zlecający, Zlecany lek (wybór ze słownika), Dawkowanie (godzinowe, opisowe, doraźne), Oznaczenie do podania w trybie CITO, Oznaczenie leku „na ratunek”, Oznaczenie leku spoza apteczki oddziałowej (np. lek pacjenta), Oznaczenie leku „bez kontynuacji”.	TAK
29.	Moduł umożliwi odnotowanie tzw. leków pacjenta (leków spoza apteczki oddziałowej).	
30.	Moduł umożliwi kontynuację na dzień następny zleceń nadal obowiązujących.	
31.	Moduł umożliwi zmianę dawki i podawania leku.	
32.	Moduł umożliwi przegląd zleceń na leki z minimalnym zakresem informacji: Nazwy zleconych leków, Nazwy międzynarodowe leków, Postać leku, Dawka leku, Ilość w opakowaniu, Sposób dawkowania.	TAK
33.	Automatyczne podpowiadanie jednostki leku jeśli taka została określona na karcie towaru w odpowiednim module.	
34.	Automatyczne podpowiadanie sposobu podania leku jeśli taki został określony na karcie towaru w odpowiednim module.	

### I) Moduł Rehabilitacja

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Obsługa zleceń dla:	TAK
2.	a) rehabilitacja ambulatoryjna,	
3.	b) rehabilitacja oddziału dziennego,	
4.	c) rehabilitacja oddziału,	
5.	d) rehabilitacja – sanatorium,	
6.	e) rehabilitacja domowa.	
7.	Rejestracja/przyjęcie pacjenta z zewnątrz.	TAK
8.	Obsługa zleceń z jednostek wewnętrznych.	
9.	Filtry zleceń dla jednostek zlecających.	
10.	Filtry aparatów/osób dla jednostek zlecających.	
11.	Zarządzanie słownikami:	
12.	a) stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych,	
13.	b) sal,	
14.	c) zabiegów (z minimum 3 parametrami słownikowymi opisującymi zabieg),	
15.	Zarządzanie grafikami i terminarzami:	
16.	a) personelu,	
17.	b) stanowisk i urządzeń rehabilitacyjnych.	
18.	Możliwość określenia standardowych czasów trwania zabiegu,	TAK
19.	Automatyczne planowanie na bazie dostępności osób i urządzeń, preferencji pacjenta, filtrów.	
20.	Kalendarz planowania z wizualizacją zajętych slotów na zabiegi przez innych pacjentów, blokady terminów.	
21.	Drukowanie planu zabiegów z możliwością edycji formularza wydruku.	
22.	Automatyzacja realizacji wizyty:	
23.	a) realizacja pozycji zlecenia za pomocą kodu kreskowego, dotyku bez potrzeby wybierania ręcznego pacjenta, zlecenia,	
24.	b) automatyczne dopisywanie procedur (w tym procedur zależnych od parametrów zlecenia), produktów podczas realizacji zabiegów,	
25.	c) obsługa realizacji zdalnej rehabilitacji domowej.	

### m) Moduł Apteka

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Ewidencja dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych do apteki.	TAK
2.	Ewidencja dostaw od dostawców z możliwością wprowadzania ich drogą elektroniczną (możliwość rejestrowania również dostaw niefakturowanych).	





DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

3.	Prowadzenie ewidencji wszystkich operacji w magazynie z przypisaniem czasu i personelu.	TAK
4.	Możliwość wykorzystania słowników: leków, grup ATC, nazw międzynarodowych, słownik jednostek miar.	
5.	Możliwość definiowania własnych grup leków (lokalnych).	
6.	Możliwość definiowania własnych dokumentów (np. Rozchód Darów, Przyjęcie bezpłatnych próbek itp.)	
7.	Możliwość automatycznego numerowania dokumentów wg definiowanego przez użytkownika wzorca.	
8.	Sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Zamówienia mogą być przygotowywane automatycznie, na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych z możliwością wglądu do weryfikacji i zatwierdzenia wysłania przez personel zlecający.	TAK
9.	Sporządzanie preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych, maści oraz płynów infuzyjnych.	TAK
10.	Sporządzanie roztworów spirytusowych.	
11.	Możliwość realizacji zamówień zbiorczych na oddział.	TAK
12.	Możliwość wprowadzania produktów końcowych z poszczególnych składników. Nowy końcowy produkt zostaje wprowadzany na stan magazynowy, a poszczególne składniki schodzą ze stanu magazynowego.	
13.	Możliwość wydania towaru nierównego zapotrzebowaniu pod względem ilościowym i jakościowym.	
14.	Program informuje o różnicy ceny na fakturze w porównaniu z ceną w ofercie.	
15.	Import docelowy zakładowy i indywidualny.	
16.	Zwrot z oddziałów.	TAK
17.	Ewidencja darów.	TAK
18.	Korekta dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.	
19.	Wydawanie środków farmaceutycznych z apteki na oddziały na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych (współpraca z apteczką oddziałową).	
20.	Elektroniczne potwierdzenia realizacji zamówienia z oddziału.	TAK
21.	Wydawanie wyrobów medycznych na zewnątrz w ramach magazynu.	
22.	Zwrot środków farmaceutycznych z apteki do dostawców.	
23.	Ewidencja ubytków i strat nadzwyczajnych z podaniem przyczyn niezgodności.	
24.	Korekta wydań środków farmaceutycznych.	TAK
25.	Wykonywanie inwentaryzacji magazynu.	
26.	Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury z dokładnością do dostawy lub asortymentu.	
27.	Generowanie arkusza do spisu z natury.	TAK
28.	Bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego przez osobę upoważnioną.	
29.	Kontrola dat ważności oraz możliwość zdejmowania ze stanów magazynowych leków przeterminowanych.	TAK
30.	Przeгляд stanów magazynowych i wartości magazynu na bieżąco oraz na wybrany dzień.	
31.	Przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność obsługi zamówień i przetargów.	
32.	Wprowadzenie umowy przetargowej.	TAK
33.	Powiadamianie o niskim stanie magazynowym (wg leku, umowy przetargowej, dostawcy) w celu przeprowadzenia procedury przetargowej, limit i czas wyprzedzenia ustawiane są przez użytkownika.	TAK
34.	Kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach obowiązującej umowy przetargowej z informacją o stopniu realizacji.	TAK
35.	Podgląd i możliwość wydruku stanu magazynowego uwzględniający różne parametry (na dany dzień, wg grup leków).	
36.	Raporty i zestawienia generowane i definiowane przez użytkownika na podstawie wszystkich dostępnych danych, w tym: - na podstawie rozchodów, - na podstawie przychodów, - na podstawie obrotów, rodzaju asortymentów, „alarm” przy niskim stanie zapasów.	
37.	Możliwość wykonania zestawień księgowych wymaganych w pracy apteki np. wydruk danej grupy leków z uwzględnieniem przychodu, rozchodu i stanu obecnego (np. leki psychotropowe).	TAK
38.	Możliwość tworzenia zestawień rozchodów i przychodów leków w różnych konfiguracjach np. ze wskazaniem odbiorcy/dostawcy, bez wskazania odbiorcy/dostawcy, ze wskazaniem leku lub grupy leków.	
39.	Możliwość eksportu danych do arkusza kalkulacyjnego.	
40.	Przechowywanie informacji o leku.	
41.	Mechanizm „stop-order”.	
42.	Możliwość definiowania przez użytkownika receptariusza szpitalnego.	TAK
43.	Prowadzenie wielu magazynów równorzędnie.	
44.	Automatyczna aktualizacja oprogramowania oraz słowników wykorzystująca połączenie internetowe.	
45.	Zewnętrzne, niezależne źródłowe bazy danych: - np. BAZYL - informacje urzędowe, - np. LWT - informacje o działaniu leków.	
46.	Automatyczna aktualizacja źródłowych baz danych poprzez połączenie internetowe.	
47.	Wspólne zarządzanie dokumentami dostaw i umowami przetargowymi w celu monitorowania cen i wykorzystania przetargów.	TAK
48.	Obsługa zamienników podczas wydawania leków z koniecznością zapisania uzasadnienia danej zamiany lub niewydania leku.	TAK
49.	Wydanie leków: wg nazw handlowych, kodów apteki, nazw międzynarodowych, synonimów, grup leków.	
50.	Tworzenie zamówień do hurtowni.	TAK
51.	Możliwość sygnalizowania leku do zamówienia w hurtowni.	

**n) E-Szpital (platforma online)**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Możliwość samodzielnej rejestracji Pacjentów za pośrednictwem Internetu.	
2.	Odwoływanie wizyty przez Pacjenta.	
3.	Możliwość wysyłania do Pacjentów wiadomości SMS i/lub e-mail o zbliżającym się terminie wizyty.	



4.	Możliwość ustalenia opcji logowania poprzez nr PESEL, nr kartoteki lub nr konta.	
5.	Udostępnianie wybranej dokumentacji online Pacjentom w wersji do pobrania.	

**o) Wymagania dotyczące integracji „części białej” i „części szarej”**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Integracja systemu w części białej z programem FK.	TAK
2.	Apteka centralna wymienia informacje z programem FK w zakresie: informacji o dokumentach zakupu, informacji o wydaniach leków i materiałach medycznych - dekrety obejmujące wybrany okres dla każdego ośrodka kosztowego.	TAK
3.	System w części "białej" wymienia informacje z programem FK w zakresie informacji o dokumentach sprzedaży (tj. paragony, faktury) - dekrety obejmujące wybrany okres dla każdego ośrodka kosztowego.	TAK
4.	System na podstawie ewidencji wystawionych paragonów wysyła informację o obrazie raportu dobowym do systemu FK.	TAK
5.	System umożliwia wymianę informacji z FK obejmując: kartoteki kontrahentów, dokumenty należności bez VAT, dokumenty należności z VAT, dokumenty zobowiązań bez VAT, dokumenty zobowiązań z VAT, inne dokumenty (nie powiązane z kontrahentem), pozycje dokumentów, spis z natury, arkusz inwentaryzacyjny.	

**p) Wymagane dokumenty i formularze**

**Lista dokumentów i formularzy: IZBA PRZYJĘĆ**

Lp.	Wymaganie
1.	Zgoda na przyjęcie do szpitala – 3 różne formularze w zależności o wieku
2.	Zgoda na poinformowanie o stanie zdrowia - kto może zostać poinformowany o stanie zdrowia
3.	Zgoda na przekazanie dokumentacji medycznej
4.	Wymagane zgody na wszystkie zabiegi do każdego zabiegu osobny formularz
5.	Dok. el. - badania przedmiotowe,
6.	Dok. el. eWUS pacjenta
7.	Dok. el. eWUS opiekuna prawnego
8.	Dok. el. część położnicza
9.	Dok. el. badanie przedmiotowe
10.	Dok. el. ginekologiczna – zalecenie, aby dokumentacja powinna być realizowana w oddziale
11.	Dok. el. Okulistyczna - ok. 5 rysunków
12.	Dok. el. laryngologiczna ok. 7 rysunków
13.	Dok. el. badanie przedmiotowe ogólne
14.	Dok. el. skierowanie do szpitala psychiatrycznego
15.	Dok. el. skierowanie do TK (wewnętrzne)
16.	Dok. el. wyrażenia zgody na przeprowadzenie TK
17.	Dok. el. na podanie środka kontrastującego
18.	Karta statystyczna do karty zgonu
19.	Dok. el. SGA
20.	Dok. el. zlecenia na transport
21.	Dok. el. wywiadu dotyczący pokąsania przez psa
22.	Dok. el. Skierowanie na badanie radiologiczne
23.	Wewnętrzne – tylko zlecenie w systemie, bez zgody pacjenta
24.	zgoda na rentgen
25.	Dokumenty zewnętrzne - skanowanie
26.	Karta informacyjna na izbie przyjęć
27.	Karta odmowy leczenia
28.	Dok. el. badanie przedmiotowe ogólne
29.	Dok. el. karta gorączkowa ogólna
30.	Karta oceny ryzyka wystąpienia zakażenia
31.	Karta rejestracyjna zakażenia szpitalnego
32.	Karta zleceń lekarskich/zlecenia jednorazowe
33.	Zlecenie badania diagnostyczne/konsultacje/zlecenie
34.	Dok. el. Wypisu
35.	Karta informacyjna leczenia szpitalnego
36.	Dok. el. zgody pacjenta na pobranie krwi
37.	Dok. el. zgody pacjenta na przetoczenie krwi
38.	Plan opieki nad pacjentem – można dodać do ogólnej

**Lista dokumentów i formularzy: DOKUMENTACJA OGÓLNA ODDZIAŁOWA**

Lp.	Wymaganie
1.	Karta działań pielęgniarstwa z odleżyną
2.	Ocena zmiany stopnia nasilenia zmiany chorobowej
3.	Karta działań pielęgniarstwa podejmowania u pacjenta zagrożeniami wystąpieniem Odleżyn
4.	Karta oceny zagrożenia wystąpienia odleżyn
5.	Karta obwodowego dostępu do żyły
6.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
7.	Karta obserwacji



8.	Karta kontroli glikemii zawierająca dawkę, godzinę, zleceniodawcę
9.	Bilans płynów - ile podano, ile wydalil pacjent
10.	Historia pielęgnowania
11.	Zamówienie na krew i jej składanie
12.	Zaopatrzenie indywidualne na osocze
13.	Zapotrzebowanie na krew i jej składniki
14.	Sprzęt oddany do Centralnej sterylizacji
15.	Informacja dla rodziców oraz formularze zgody na przeprowadzenie nakłucia lędźwiowego
16.	Informacja dla rodziców oraz formularze zgody na przeprowadzenie szpiku kostnego
17.	Kolonoskopia
18.	Panendoskopia
19.	Skierowanie do pracowni endoskopowej
20.	Zgoda matki
21.	Ocena ryzyka z związanego z zabiegiem operacyjnym
22.	Karta prowadzenia profilaktyki zakrzepicy żył głębokich
23.	Plan opieki nad pacjentem
24.	Raporty pielęgniarskie –data, ocena działań
25.	Karta skierowania zwłok do chłodni
26.	Badanie EKG
27.	Protokół operacyjny
28.	Zgoda na zabieg - Świadoma zgoda na zabieg operacyjny
29.	Formularz świadomej zgody na znieczulenie ogólne
30.	Dzienne statusy
31.	Zamówienie na leki
32.	Skierowanie na diagnostyczne badania naczyniowe
33.	TK
34.	Skierowanie na konsultacyjne badania serologiczne
35.	Karta przyspieszenia terminu przyjęć z przyczyn medycznych
36.	Odroczenie planowanego zabiegu operacyjnego
37.	Lista oczekujących
38.	Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego – MZM 1a
39.	Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego
40.	Skierowanie na badanie USG
41.	Informacja dla pacjenta o terminie udzielenia świadczenia
42.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na założenie centralnego cewnika żylnego
43.	Informacja dla pacjenta. Nakłucie szpiku
44.	Karta resuscytacyjna
45.	Ogólny rejestr ostrych zespołów wieńcowych
46.	Skierowanie do poradni specjalistycznych
47.	Załącznik zaplecze diagnostyczne
48.	Indywidualna karta zleceń lekarskich
49.	Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywiania
50.	Skierowanie do zakładu patologii nowotworów
51.	Oświadczenie ( pacjent przyjęty w trybie niezbędnie koniecznym)
52.	Dokumentacja obwodowego dostępu do żyły
53.	Karta obwodowego dostępu do żyły
54.	Karta kontroli procesu sterylizacji tlenkiem etylenu
55.	Karta wkłucia – w trakcie opracowywania
56.	Historia pielęgnowania
57.	Karta dezynfekcji sprzętu medycznego
58.	Skierowanie na Holter
59.	Zaopatrzenie w środki pomocnicze

### Lista dokumentów i formularzy w: DOKUMENTACJA OGÓLNA ODDZIAŁOWA – ZWIĄZANA Z PACJENTEM

Lp.	Wymaganie
1.	Zlecenie (na naprawę, wykonanie zakup) – niezwiązany z oddziałem a z pacjentem

### ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Skierowanie Rezonansu Magnetycznego – MR
2.	Formularz zgody na badanie
3.	Ankieta pacjenta rezonansu magnetycznego
4.	Karta dezynfekcji sprzętu medycznego
5.	Historia pielęgnowania
6.	Karta obwodowego dostępu do żyły
7.	Karta bilans płynów



8.	Karta kontroli glikemii
9.	Karta Indywidualnej opieki pielęgniarstwa
10.	Karta obserwacji
11.	Karta zleceń lekarskich

### Lista dokumentów i formularzy: ZAKŁADY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Lp.	Wymaganie
1.	Zestawienie dzienne oddziału
2.	Oświadczenie o zasadach odpłatności – cały wniosek
3.	Zewnętrzna dokumentacja z NFZ dotycząca ZPO
4.	Karta przyjęcia chorego ZPO
5.	Wywiad pielęgniarstwa – formularz NFZ
6.	Skala oceny Glasgow
7.	Karta żywieniowa – ogólna
8.	Skala Barthel
9.	Dokument wklucia
10.	Karta zabiegów fizjoterapeutycznych
11.	Arkusze zajęć terapeutycznych podopiecznego ZOL/ZPO
12.	Karta fizjoterapii podopiecznego
13.	Skierowanie do Szpitala
14.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa i procedur pielęgniarstwa w ZPO i ZOL

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ PEDIATRYCZNO-GINEKOLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta przyjęcia chorego
2.	Karta gorączkowa dziecka.
3.	Stan przedmiotowy oddziału dziecięcego
4.	Bilans wodny
5.	Informacja dla rodziców oraz formularz zgody na przeprowadzenie punkcji szpiku kostnego
6.	Informacja dla rodziców oraz formularz zgody na przeprowadzenie nakłucia lędźwiowego
7.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa / oddział pediatryczny
8.	Formularz przesiewowej oceny stanu odżywienia

### Lista dokumentów i formularzy: NEONATOLOGIA

Lp.	Wymaganie
1.	Zlecenie badania mikrobiologicznego
2.	Karta obserwacji noworodka
3.	Karta monitorowania noworodków z ryzykiem hipoglikemii
4.	Karta Żywienia Pozajelitowej / karta metaboliczna
5.	Karta leczenia noworodka
6.	Karta obserwacji noworodka II
7.	7. Karta obserwacji karmienia
8.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
9.	Karta uodpornienia
10.	Karta monitorowania leczenia noworodków
11.	Karta gorączkowa noworodka
12.	Pierwsze badanie
13.	Karta badań dodatkowych
14.	Zgłoszenie wady u dziecka w wieku 0-2 lat do polskiego rejestru wrodzonych wad rozwojowych
15.	Rozwojowych
16.	Wywiad w przypadku zapalenia opon mózgu – rdzeniowych i zapalenia mózgu
17.	Raport o neuroinfekcji wirusowej
18.	Karta przekazania noworodka do Kliniki intensywnej terapii i patologii noworodka
19.	Karta obserwacji stanu pacjenta w czasie przetaczania krwi/preparatów
20.	Krwio pochodnych
21.	Karta indywidualnych zgód i oświadczeń dla oddziałów dziecięcych
22.	Echoencefalografia
23.	USG jamy brzusznej
24.	Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego
25.	Karta konsultacji
26.	Karta obserwacji wkluc naczyniowych
27.	Karta obserwacji stanu zdrowia pacjenta
28.	Oświadczenie (przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny)
29.	Zgoda matki
30.	Do Oddziału Intensywnej Terapii Dzieci WSS Nr 2 w Jastrzębiu – Zdroju – skierowanie
31.	Zgoda matki na punkcję
32.	Skierowanie karetka N
33.	Skierowanie do...



### Lista dokumentów i formularzy: ZAKAŻENIA

Lp.	Wymaganie
1.	W przypadku zakażenia na odrę,
2.	Choroba meningokokowa,
3.	Wywiad w przypadku zapalenia opon mózgowych - formularz z MZ form E K43B,
4.	Raport o neuroinfekcji wirusowej,
5.	Raport o przypadku ostrego porażenia wiotkiego,
6.	Indywidualna karta rejestracji zakażenia zakładowego,
7.	Zgłoszenie ogniska choroby przenoszone drogą pokarmową,
8.	Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG,
9.	Formularz zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu BCG,
10.	ZLK-5 – zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu zakażeniem lub choroby zakaźnej,
11.	ZLK – 4 zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zgonu z powodu HIV/AIDS,
12.	ZLK – 3 zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania chorób przenoszonych drogą płciową,
13.	ZLK – 2 zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy,
14.	ZLK – 1 zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej,
15.	Karta oceny ryzyka wystąpienia zakażenia,
16.	karta rejestracji drobnoustroju alarmowego.

### Lista dokumentów i formularzy: OIOM DZIECIĘCY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta przekazania pacjenta na inny oddział
2.	TISS dziecięcy
3.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej
4.	Wywiad i badanie przedmiotowe pacjenta
5.	Karta lekarska OITD
6.	Karta obserwacyjna OITD
7.	Karta zleceń lekarskich OITD
8.	Ocena działań pielęgniarzskich

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Zgoda rektoskopia – wydruk
2.	Karta zastosowania unieruchomienia i izolacji
3.	Zalecenia pielęgniarzskie przy wypisie
4.	Skierowanie na badanie histopatologiczne nerki

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Zgoda na zabieg – panfotokoagulacja laserowej siatkówki
2.	Kugel Perimetel R/L
3.	Karta informacyjna dla pacjentów po operacji okulistycznej
4.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej np. płukanie oczu i kroplenie
5.	Zalecenia pielęgniarzskie przy wypisie
6.	Zgoda na zabieg – panfotokoagulacja laserowej siatkówki

### Lista dokumentów i formularzy: BLOK OPERACYJNY/ANESTEZJA

Lp.	Wymaganie
1.	Okolooperacyjna karta kontrolna
2.	Lista kontrolna sali wybudzeń
3.	Lista kontrolna stanowiska znieczulenia
4.	Sala wybudzeniowa
5.	Ciągłe znieczulenie zewnątrzoponowe do zwalczania bólu pooperacyjnego
6.	Zgoda na zabiegiem
7.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na odcinkowe znieczulenie dożylnie do zabiegu operacyjnego
8.	Protokół pielęgniarzki operacyjnej
9.	Protokół przekazania pacjenta operowanego w znieczuleniu miejscowym z bloku operacyjnego na oddział
10.	Karta obserwacji przed i pooperacyjnej
11.	Karta znieczulenia
12.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na odcinkowe znieczulenie ogólne do zabiegu operacyjnego
13.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie splotu ramiennego do zabiegu operacyjnego
14.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie podpajęczynówkowe/zewnątrzoponowe do zabiegu operacyjnego
15.	badanie fizykalne i dodatkowe
16.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie na sedację i leczenie przeciwbólowe do zabiegu diagnostycznego lub terapeutycznego
17.	wywiad OaiT



### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNO – WEWNĘTRZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta INR
2.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
3.	Karta bilans płynów – ogólna
4.	Badanie przestrzenne TEE
5.	Badanie echokardiograficzne
6.	USG Jamy brzusznej
7.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ UROLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta indywidualnej opieki
2.	Karta obserwacji pacjenta
3.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
4.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ GASTROLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Zgoda Kardiowersja elektryczna
2.	Zgoda Paracenteza
3.	Zgody Biopsja
4.	Zgoda Punkcja
5.	Zgoda na TEE
6.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
7.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie
8.	Zgoda na podanie środka kontrastowego
9.	Karta żywieniowa
10.	Oświadczenie- zgoda na badanie, znieczulenie, zabieg

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ UROLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Świadoma zgoda na zabieg:
2.	- Stwardnienie szyi pęcherza
3.	- Zmiany prąca
4.	- Uretrotomia (nacięcie zwężenia cewki moczowej)
5.	- Operacja żyłaków powrózka nasiennego modo Palomo
6.	- Wodniak jądra
7.	- URS
8.	- Uretrokutaneostomia
9.	- Przetoka pęcherzowo-pochwowa
10.	- Sprowadzenie jądra do moszny
11.	- Stulejka
12.	- Tur AP
13.	- Odcinkowe zwężenie moczowodu
14.	- Orchidektomia
15.	- PCNL
16.	- Plastyka zwężenia moczowodu
17.	- Prostatektomia radykalna
18.	- Przeszczepienie moczowodu
19.	- Cystoskopia
20.	- Nefrektomia radykalna i częściowa (także z usunięciem moczowodu)
21.	- Nefrektomia radykalna i częściowa
22.	- Kamień w pęcherzu moczowym
23.	- Kastracja
24.	- Laparoscopia
25.	- Likwidacja przetoki pęcherzowo-pochwowej
26.	- Kamień w nerce
27.	- Kamień w moczowodzie
28.	- Biopsja stercza
29.	- Guz pęcherza moczowego
30.	- Cystostomia
31.	- Hemikastracja
32.	- IVS
33.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
34.	Bilans płynów



35.	Karta obserwacji pacjenta oddział urologii
36.	Zalecenia pielęgniarские przy wypisie

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ LARYNGOLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Audiogram
2.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarской
3.	Zalecenia pielęgniarские przy wypisie
4.	Konsultacje
5.	Karta opisu zabiegu operacyjnego
6.	Przebieg leczenia – statusy
7.	Formularz świadomej zgody na leczenie operacyjne:
8.	- Migdałki podniebienia
9.	- Zmiany chorobowe w obrębie szyi
10.	- Polipy nosa, przegroda nosa
11.	- Chorób zatok obocznych nosa
12.	- Schorzeń krtani i przełyku
13.	- Schorzeń uszu

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną (pacjentki ciężarnej)
2.	Karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną (pacjentki rodzącej)
3.	Karta obserwacji przebiegu porodu
4.	Proces pielęgnowania
5.	Karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną (pacjentki leżącej na oddziale ginekologii)
6.	Karta obserwacji na dodatkowy element PECER i RODON
7.	Protokół operacyjny instrumentariuszki trakt porodowo – operacyjnym
8.	Zgoda – Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na zabieg nacięcia krocza podczas porodu
9.	Karta ruchów płodu
10.	Karta akcji serca płodu
11.	Karta obserwacji pacjentki z PIH
12.	Karta kontroli RR
13.	Załączniki do karty informacyjnej z leczenia szpitalnego (po cięciu cesarskim)
14.	Załączniki do karty informacyjnej z leczenia szpitalnego (drogami naturalnymi)
15.	Załączniki do karty informacyjnej z leczenia szpitalnego (położnej)
16.	Zaświadczenie lekarskie dla zakładu pracy – dla ojca
17.	Zaświadczenie lekarskie dla zakładu pracy – dla matki
19.	Skierowanie do badania na Histopatologiczne
20.	Prosektorium – Noworodek martwy urodzony
21.	Raport z przeprowadzenia zajęć w szkole rodzenia.
22.	Zgoda na badanie histopatologiczne płodu poronionego
23.	Informacje dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia:
24.	a. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjnego leczenia operacyjnego przy podejrzeniu nowotworu złośliwego jajnika.
25.	b. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego
26.	c. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na operacyjnego mięśniaków macicy drogą laparotomii
27.	d. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych szyjki macicy
28.	e. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego (laparoscopia, histeroscopia)
29.	f. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego w postaci wycięcia macicy drogą brzuszną.
30.	g. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie wyłyżeczkowania jamy macicy.
31.	h. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego zaburzeń narządów płciowych drogą pochwową.
32.	i. Plan porodu fizjologicznego
33.	j. Badania kolposkopowe
34.	k. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie diagnostyki zabiegowej i/lub leczenia operacyjnego niezłośliwych zmian chorobowych w obrębie krocza i pochwy.
35.	l. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie wyłyżeczkowania jamy macicy po porodzie ora ręcznego wydobycia łożyska.
36.	m. Informacja dla pacjentki oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego guza (torbieli) jajnika drogą laparotomii
37.	Zaświadczenie Immunoglobulina – wydruk
38.	Imienne zapotrzebowanie na Immunoglobulina anty – RhDz
39.	Rozkład operacji – terminarz zabiegów na oddziale ginekologiczno-położniczym.
40.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarской
41.	Zalecenia pielęgniarские przy wypisie



42.	Karta kontroli RR
43.	Usg położnicze
44.	Usg położnicze do 12 tygodni
45.	Usg narządu rodnego
46.	konsultacja-badanie
47.	raport z przeprowadzonych zajęć w szkole rodzenia

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

Lp.	Wymaganie
1.	Badanie naczyniowe – skierowanie ogólne
2.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
3.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie
4.	Karta ewidencyjna pacjentów objętych prowadzeniem dokumentacji pielęgniarstwa z zakresu zapobiegania i postępowania z pacjentem z odleżynami – dok. Ogólna
5.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego
6.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu artroskopii stawu kolanowego
7.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego
8.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego Palca przeskakującego
9.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego
10.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego - przykurcz rozciągniętego łokcia (Choroba Dupuytrena) ręki
11.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu polegającego na operacyjnym usunięciu materiału zespalającego złamanie/a
12.	Informacja dla Pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego złamania kości

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY

Lp.	Wymaganie
1.	Karta cewnika centralnego
2.	Skala punktowa opracowana przez Polską Grupę Roboczą na podstawie skali JesephaCapriniego dotycząca oceny stopnia zagrożenia rozwojem powikłań zakrzepowo-zatorowych w chirurgii
3.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
4.	Karta obserwacji pacjenta – ma być z bilansem płynów
5.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie
6.	Świadoma zgoda na zabieg operacyjny – ogólna / oddziały zabiegowej
7.	Zgoda na badanie rektoskopia
8.	Okołooperacyjna karta kontrolna/ oddziały zabiegowe
9.	Zestawienie dzienne – dok. Ogólna
10.	Zapotrzebowanie żywieniowe
11.	Skierowanie na konsultacyjne badanie serologiczne
12.	Lista oczekujących
13.	Odroczenie planowanego zabiegu operacyjnego
14.	Zgoda: Kolonoskopia
15.	Zgoda: Panendoskopia
16.	Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego i dojelitowego

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

Lp.	Wymaganie
1.	Świadoma zgoda pacjenta na zabieg operacyjny – wydruk
2.	Badanie przedmiotowe ogólne z IP
3.	Badanie neurologiczne
4.	Karta cewnika centralnego
5.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
6.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie
7.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na tracheostomię przezskórną – z OIOM
8.	Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na koniugację żył centralnych
9.	karta obserwacyjna N-Ch

### Lista dokumentów i formularzy: Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

Lp.	Wymaganie
1.	Karta żywienia pozajelitowego/Karta metaboliczna
2.	Karta cewnika centralnego
3.	Skierowanie na konsultację
4.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa
5.	Zalecenia pielęgniarstwa przy wypisie
6.	Ocena działań pielęgniarstwa
7.	Karta przekazania na inny oddział- zlecenie w systemie, zewnętrznie wydruk





8.	Karta kontroli mikrobiologicznej
9.	Indywidualna karta obserwacji
10.	Skala TISS
11.	Zgody pacjenta:
12.	a. Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na Elektrode endokawitarną
13.	b. Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na sedację i leczenie przeciwbólowe do zabiegu diagnostycznego lub terapeutycznego
14.	c. Informacja dla pacjenta/teki oraz formularz świadomej zgody na odcinkowe znieczulenie dożylne do zabiegu operacyjnego
15.	d. Informacja dla pacjenta/teki oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie ogólne do zabiegu operacyjnego
16.	e. Informacja dla pacjenta/teki oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie podpajęczynówkowe/zewnątrzoponowe do zabiegu operacyjnego
17.	Informacja pacjenta/teki oraz formularz świadomej zgody na znieczulenie splotu ramiennego do zabiegu operacyjnego.
18.	Indywidualne karty rejestr zakażenia szpitalnego, drobnoustroju alarmowego,
19.	Międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych
20.	Karta zleceń lekarskich

### Lista dokumentów i formularzy: ODDZIAŁ REHABILITACJI

Lp.	Wymaganie
1.	Karta zgłoszeń rehabilitacyjnych – powinna być podpisywana codziennie przez pacjenta
2.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej
3.	Zalecenia pielęgniarskie przy wypisie
4.	Karta rehabilitacyjna
5.	Rehabilitacja
6.	Ocena wyników rehabilitacji
7.	Skierowanie na zbiegi fizjoterapeutyczne
8.	Rehabilitacja EL

### Lista dokumentów i formularzy: STACJA DIALIZ

Lp.	Wymaganie
1.	Zgoda na dializę
2.	Wywiad pielęgniarski
3.	Karta założenia cewnika dializacyjnego
4.	Karta monitorowania cewnika dializacyjnego
5.	Protokół dializy
6.	Karta indywidualnej opieki pielęgniarki
7.	Książka dializoterapii
8.	Zasady żywienia pacjentów dializowanych – informacja dla chorego
9.	Informacja dla pacjenta
10.	Ewidencja rozchodu środka stymulującego erytropoezę

### Lista dokumentów i formularzy: PORADNIA SPECJALISTYCZNA

Lp.	Wymaganie
1.	Świadoma zgoda na zabieg
2.	Zaświadczenie dla karmiącej
3.	Historia choroby
4.	Skierowanie na badanie cytologiczne
5.	Recepta na okulary
6.	Kugel – Perimeter - R/L
7.	Karta badania profilaktycznego- medycyna pracy
8.	Zaświadczenie lekarskie
9.	Karta badań do celów sanitarno-epidemiologicznych
10.	Skierowanie do szpitala – wewnętrzne w systemie, zewnętrznie
11.	Skierowanie do zakładu patologii nowotworów
12.	Historia choroby poradni zdrowia psychicznego
13.	Historia choroby poradni reumatologicznej
14.	Wczesne wykrywanie jaskry
15.	Zlecenie na zaopatrzenie wyroby medyczne comiesięczne
16.	Karta potwierdzenia uprawnienia
17.	Zlecenie naprawy wyrobu medycznego
18.	Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne
19.	Świadoma zgoda na badanie- rektoskopia
20.	Świadoma zgoda na zabieg ESWL
21.	Skierowanie do szpitala psychiatrycznego
22.	Skierowanie na badania w związku z podejrzeniem choroby zawodowej
23.	Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej
24.	Skierowania na badania psychologiczne
25.	Konsultacja psychologiczna
26.	Orzeczenia psychologiczne



27.	Zaświadczenie o stanie zdrowia
28.	Zaświadczenie lekarskie – o niezdolności do wykonywania
29.	Informacja dla lekarza kierującego POZ
30.	Skierowanie do sanatorium Ustroń
31.	Skierowanie do sanatorium Repty
32.	Kwestionariusz zmiany terminu w kolejce oczekujących
33.	Karta ciąży dla Poradni ginekologicznej
34.	druk audiogramu
35.	Karta przebiegu ciąży

### Lista dokumentów i formularzy: ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Lp.	Wymaganie
1.	Ankieta pacjenta rezonansu magnetycznego
2.	pozostałe skierowania w dokumentacji ogólnej

### Lista dokumentów i formularzy: CENTRALNA STERYLIZACJATORNIA

Lp.	Wymaganie
1.	Karta kontroli procesu sterylizacji tlenkiem etylenu
2.	Karta kontroli procesu sterylizacji w autoklawie parowym

### Lista dokumentów i formularzy: POGOTOWIE RATUNKOWE

Lp.	Wymaganie
1.	Skierowanie do szpitala

## 5.3. Część administracyjna (system ERP) Zintegrowanego Systemu Informatycznego

### a) **Finanse księgowość**

## 5.4. Część analityczna (BUSINESS INTELLIGENCE)

### a) **Model do analizy kosztów**

Lp.	Wymaganie	Wymagane w próbie
1.	Rozliczenie wszystkich kosztów rzeczywistych na wykonane procedury i produkty.	
2.	Rozliczenie w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone w danym okresie.	TAK
3.	Rozliczenie w oparciu faktyczne wykonane procedury i sprzedane produkty medyczne w danym okresie.	TAK
4.	Rozliczenie dla wybranego okresu czasu (miesiąc, kwartał, półrocze, rok, ....)	
5.	Elastyczne metody rozliczenia poszczególnych zasobów zależne od organizacji, posiadanego sprzętu, zasad leczenia i stosowanych systemów wynagrodzeń.	
6.	Wyliczenie kosztu bezpośredniego każdej wykonanej procedury	TAK
7.	Wyliczenie kosztu i określenie rentowności dla każdego produktu	
8.	Wyliczenie kosztów i przychodów dla każdego pacjenta i określenie zysków/straty i rentowności jego leczenia.	TAK
9.	Wyliczenie kosztów i przychodów jakie generują poszczególni lekarze prowadzący i określenie zysków/straty i rentowności jego pracy dla szpitala.	
10.	Wyliczenie kosztów i przychodów jednostek organizacyjnych i określenie zysków/straty i ich rentowności.	
11.	Wyliczenie kosztów i przychodów oddziałów szpitalnych i określenie zysków/straty i ich rentowności.	
12.	Określenie stopnia wykorzystania wybranych zasobów	
13.	Wyznaczenie wolnych mocy posiadanych zasobów.	
14.	Rozliczenie czasu pracy konkretnych pracowników i dowolnie zdefiniowanych grup pracowniczych.	
15.	Wyznaczenie kosztów na różnych poziomach (koszty bezpośrednie, oddziałowe, ogólne).	
16.	Określenie kosztów rzeczywistych i normatywnych produktów i procedur medycznych dla danej jednostki.	
17.	Porównanie efektywności działania szpitala, oddziału z innymi jednostkami o podobnej strukturze.	
18.	Porównanie czasu hospitalizacji dla wybranych produktów z danymi NFZ	
19.	Automatyczny sposób zasilania danymi z systemu księgowego.	
20.	Automatyczny sposób zasilania danymi z systemu płacowego.	
21.	Automatyczny sposób zasilania z systemu sprzedaży	
22.	Automatyczny sposób zasilania z systemu RCP	
23.	Automatyczny sposób zasilania danymi z systemu rejestrowego i ruchu chorych.	
24.	Controlling finansowy, kliniczny, organizacyjny	

.....  
Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy



**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



---

*DZP/38/382-26/14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju*