



Zápisnica z prípravných trhových konzultácií

Verejný obstarávateľ vzhľadom na zložitosť a rozmanitosť predmetu tejto zákazky a na náročnosť prípravy celého procesu verejného obstarávania v súlade s ustanovením § 25 ods. 1 zákona č. 343/2015 Z. z. o verejnom obstarávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o verejnom obstarávaní“), uskutočnil v období od 26.9.2018 do 28.09.2018 prípravné trhové konzultácie s potenciálnymi dodávateľmi.

Názov predmetu zákazky: **„Dodávka a servisná podpora komplexného nemocničného informačného systému a vybraných technických prostriedkov pre FNsP Žilina“**

Verejný obstarávateľ uverejnil Oznámenie o začatí prípravných trhových konzultácií k uvedenému predmetu zákazky na svojom webovom sídle www.fnsz.sk čím zároveň bolo umožnené, aby sa týchto konzultácií mohli zúčastniť aj iní potenciálni dodávateľia.

Účelom uskutočnenia prípravných trhových konzultácií bolo oslovenie hospodárskych subjektov, ktoré sa zaoberajú vývojom a správou komplexných nemocničných informačných systémov s cieľom stanoviť v pripravovanom verejnom obstarávaní predpokladanú hodnotu zákazky, objektívne a nediskriminačné parametre a požiadavky na predmet zákazky, ktoré verejný obstarávateľ uvedie v opise predmetu zákazky tak, aby boli dodržané princípy verejného obstarávania a aby sa verejného obstarávania mohli zúčastniť všetci potenciálni dodávateľia pôsobiaci na relevantnom trhu.

Prípravných trhových konzultácií sa za verejného obstarávateľa FNsP Žilina zúčastnili:

1. Mgr. Peter Belan
2. Mgr. Jarmila Psotová
3. Mgr. Marcela Bunčová
4. MUDr. Eva Trzubová
5. MUDr. Jana Doboszová
6. Ing. Mária Kormaňáková
7. Ing. Erika Bučová
8. Eva Janíková
9. Ing. Eleonóra Kadlečíková, MBA
10. MUDr. Marta Kučeráková
11. Mgr. Veronika Hanuláková
12. PhDr. Jana Balážová
13. Ing. Marián Kormaňák
14. MUDr. Zuzana Cigániková
15. Mgr. Katarína Ozaniaková



16. MUDr. Juraj Váňa, doc.
17. MUDr. Martin Molnár, MPH
18. PhDr. Silvia Taligová
19. MUDr. Peter Filko
20. MUDr. Silvie Kužmová
21. Ing. Tatiana Tkáčová
22. Ing. Eva Grešová
23. PhDr. Gabriela Tvrdá
24. PharmDr. Pavol Púčať
25. MUDr. Silvie Kužmová

V rámci uskutočnených prípravných trhových konzultácií sa uskutočnili nasledujúce konzultácie s jednotlivými účastníkmi trhu:

1. PROSOFT, spol. s r.o. Košice, Letná 27 040 01 Košice (ďalej len „hospodársky subjekt č. 1“)

Termín a čas: 26.9.2018 o 11:00 hod.

Za spoločnosť PROSOFT, spol. s r.o. Košice sa na uvedených prípravných trhových konzultáciách zúčastnili nasledujúci zástupcovia:

1. ...
2. ...
3. ...

2. STAPRO SLOVENSKO s.r.o., Hroncova 3, 040 01 Košice 1 (ďalej len „hospodársky subjekt č. 2“)

Termín a čas: 27.9.2018 o 9:00 hod.

Za spoločnosť STAPRO SLOVENSKO s.r.o. sa na uvedených prípravných trhových konzultáciách zúčastnili nasledujúci zástupcovia:

1. ...
2. ...
3. ...

3. DATALAN, a.s., Galvaniho 17/A, 821 04 Bratislava (ďalej len „hospodársky subjekt č. 3“)

Termín a čas: 28.9.2018 o 10:00 hod.

Za spoločnosť DATALAN, a.s. sa na uvedených prípravných trhových konzultáciách zúčastnili nasledujúci zástupcovia:



1. Ing. Dušan Polóny
2. Nikola Waisová
3. Katarína Viravcová
4. Bohumír Reichman

Prípravné trhové konzultácie boli uskutočnené najmä z dôvodu zložitosti a rozmanitosti uvedeného predmetu zákazky. Cieľom uskutočnených trhových konzultácií bolo najmä poskytnutie súčinnosti pri dodefinovaní nediskriminačných technických špecifikácií predmetu zákazky. Za týmto účelom bolo nevyhnutné, aby sa výberová komisia oboznámila s ponúkanými nemocničnými informačnými systémami účastníkov trhu.

Všetci vyššie uvedení účastníci prípravných trhových konzultácií odprezentovali výberovej komisii ich informačné systémy a s výberovou komisiou si vyjasnili ich nejasnosti, ktoré postrehli pri dôkladnom preštudovaní technickej špecifikácie zákazky. Účastníci trhu zároveň predložili svoje postrehy a návrhy na úpravu technickej špecifikácie.

V rámci prípravných trhových konzultácií boli jednotlivé konzultácie so súhlasom príslušného hospodárskeho subjektu zvukovo nahrávané a nasledovné nižšie uvedené prepisy boli vyhotovené zo zvukového záznamu. Pre účely kontroly je zvukový záznam jednotlivých trhových konzultácií s hospodárskymi subjektami uložený v dokumentácii verejného obstarávateľa.

Prepis zo zvukového záznamu hospodárskeho subjektu č. 1 (PROSOFT spol. s.r.o., Košice):

Prípravná trhová konzultácia začala privítaním HS 1 a predstavením prítomných zamestnancov verejného obstarávateľa a následným poučením, ktoré je založené v dokumentácii verejného obstarávateľa.

Zamestnanec VO objasnil priebeh prípravných trhových konzultácií a účel prípravných trhových konzultácií „Dodávka a servisná podpora komplexného nemocničného informačného systému a vybraných technických prostriedkov pre FNsP Žilina“.

HS 1: Noví vlastníci firmy sa rozhodli investovať do firmy HS 1 a vytvoriť nový systém – informačný systém novej generácie. V súčasnosti existuje jeho koncept a už na ňom i začali pracovať. Dá sa povedať, že naši zákazníci dostanú technologicky to najnovšie, čo je možné vytvoriť. S týmto produktom sa počíta pre zariadenia svetu zdravia, vrátane nemocnice Bory. Konceptia vytvorenia nového programu je v deviatich releasoch a do pol roku by mal vyjsť release 1 a release 2. S pohľadom na počet a rôznorodosť zákazníkov sa dá povedať, že Promis je overený praxou, dlhoročnou prevádzkou a čo je dosť dôležité aj rôznymi a rôznorodými zákazníkmi. Keď máme príležitosť niekde implementovať informačný systém, je veľmi vysoká pravdepodobnosť, že niekto podobné problémy ako má daný subjekt už riešil a tak je už tento problém vyriešený.

Komisia: Aké je technologické prevedenie tohto riešenia?

HS 1: Technologicky sú to webové aplikácie. Máme pripravenú i kratučkú prezentáciu, takže ak by ste mali záujem, môžeme Vám niečo ukázať. Môžete vidieť prihlásenie sa, nejaký



časový manažment, lekári majú pridelených svojich pacientov, môžu prenášať laboratórne výsledky atď. Sú tam notifikácie ako napríklad život ohrozujúci údaj. Ďalej môžete vidieť manažment toho, kedy má pacient dostať daný liek, graf vitálnych funkcií, jednotlivé úkony v časovej následnosti, spôsob predpisovania liekov atď.

Komisia: Tá kompatibilita so starým systémom je nejakým spôsobom zabezpečená?

HS 1: Absolútne.

Komisia: Filko, neurochirurgia. Ja by som sa chcel spýtať v zásade asi 2 veci. Tie webové systémy fungujú na Vašich serveroch alebo by fungovali na našich serveroch?

HS 1: U nás dáta nikdy nie sú. Vždy sú u zákazníka. My nechceme vidieť dáta zákazníka.

Komisia: To sa nečudujem. A druhá vec, plánujete ten update na new generation systém. Bol by ten update automatický, keby sme kúpili dneska kúpili ten starý systém alebo by sme zaň museli zaplatiť strašné peniaze?

HS 1: Ja by som strašné. Budú tam nejaké implementačné. Samozrejme, v prípade podania cenovej ponuky tie sumy vieme uviesť.

Komisia: Na aký čas dopredu je plánovaná podpora toho starého systému? V našich požiadavkách vo VO je hoci na jednom mieste uvedených 5 rokov a na druhom 4 roky, čo si budeme musieť zosynchronizovať, ale tá Vaša podpora sa predpokladá na akú dobu?

HS 1: Určite aspoň 10 rokov.

Komisia: Ďakujem. Počítame s tým, že niektorí zákazníci budú chcieť zmigrovať a niektorí nebudú chcieť. A nakoľko máme určitý záväzok voči nim, systém budeme udržiavať tak dlho ako je to len možné. Zatiaľ sme si stanovili hranicu 10 rokov, čiže do roku 2029.

Komisia: Prečo ste sa rozhodli pre

HS 1: Výber technológie bol zložitý. Podieľal sa na tom relatívne veľký tím. Asseco je veľká firma, má niekoľko tisíc zamestnancov – v Čechách, na Slovenku, v Poľsku, Maďarsku a Nemecku. Špecialisti z ich firmy a špecialisti z našej firmy rozhodli pre túto technológiu, nakoľko je v súčasnosti považovaná za najlepšiu. Môžem Vám povedať, že Penta si urobila pre nemocnicu Bory rozsiahly prieskum nášho trhu, európskeho trhu i trhu v zámorí, čiže videli, čo je najmodernejšie a kam to speje a zhruba v týchto intenciách máme za domácu úlohu spoločne vytvoriť nový informačný systém.

Komisia: Ešte by som mal jednu otázku. Hovoríte, že nemocnice Svetu zdravia fungujú na Vašom systéme.

HS 1: Okrem jednej.

Komisia: Michalovce, prečo?



HS 1: Má to nejaký historický a možno by som to nazval i politický dôvod, no o tom by som ja nerád hovoril. Všetky ostatné fungujú na našom systéme, vrátane tých, ktoré sme implementovali, napríklad nemocnica Topoľčany. Ak by ste súhlasili, prešli by sme k trhovým konzultáciám. Zhruba pred mesiacom sme Vám odprednášali našu prezentáciu. Ak by ste mali záujem o to, aby sme Vám niečo ukázali alebo vysvetlili, nech sa páči.

HS 1: Keďže nemáte otázky, pristúpil by som k tomu dokumentu, ktorý hovorí o Vašich požiadavkách kladených na informačný systém. My sme si to preštudovali a máme k nemu férové vylepšenia, ktoré myslím nikoho nebudú diskriminovať. U niektorých bodov si zas myslíme, že ich treba trochu došpecifikovať, aby sme predišli tomu, že sa Vás to budeme pýtať v rámci VO, čo by ho len zbytočne predĺžilo. Môžeme to takto poňať?

Komisia: Určite áno.

HS 1: Požadujete import všetkých dát z aktuálneho systému. Slovo „všetkých“ je veľmi všeobecné a veľmi ťažké naplniť. Aby sme sa rozumeli, my sa nebránime importu, len je treba to upresniť a zväziť, ktoré dáta pre Vás budú naozaj potrebné. Berte to prosím ako náš návrh. Skúsím povedať príklad. Nabodované dáta za posledný rok. Na čo staršie?

Komisia: Na to, že niektorí pacienti v nemocnici posledný rok neboli, no boli tu pred 2, 3, 4 alebo 5 rokmi, takže 5 rokov je podľa mňa spodná hrana. Čím viac, tým lepšie pre lekára – kludne i 20 rokov. Ak sa to dá, tak prečo nie.

Komisia: Ale body sú zbytočné, teraz sa bavíme o bodoch.

HS 1: Zase si skúsme povedať nejaký príklad. Body za posledné 3 roky, prípadne ak nebol za posledné 3 roky v nemocnici nájdete tam aspoň jeho posledné.

Komisia: Je rozdiel medzi štatistickými bodovačkami a zdravotnou dokumentáciou, tá sa musí zo zákona nejakým spôsobom archivovať.

HS 1: Dokumentáciu sme mysleli automaticky a je len na Vás, to je samozrejmé.

Komisia: Za aké obdobie?

HS 1: Keď Vy poviete, že chcete 20 ročné obdobie, tak to bude 20 ročné obdobie. To je práve to, že to treba upresniť. To je práve naša prosba k vám. Ak mám byť úprimný, najkomplikovanejším bodom implementácie je migrácia.

Komisia: To sa chcem spýtať. Import a migráciu vnímate inak, pretože import znamená, že my zabezpečíme exportovanie dát a vy ich importujete a migrácia znamená, že sa staráte o export aj o import.

HS 1: Áno, presne tak. V prípade, že by prišlo k verejnej súťaži a bolo by tam slovo migrácia, museli by sme osloviť firmu HS 2 a potom vzniká otázka, akú cenu budú žiadať za export údajov a sami sa zúčastnia i VO, takže to bude konflikt záujmov. Preto si myslím, že je bude správne alebo fér, ak v požiadavkách nebude slovo migrácia ale import. A či to budú dáta za



20 rokov alebo za 37, to už bude o našej šikovnosti alebo nešikovnosti, či sa vieme na to podujat'.

Komisja: Vedenie bude mať určite problém, ak by sme ten export vyčlenili z VO a hradili by sme ho my.

HS 1: V tom prípade vznikne konflikt záujmov.

Komisja: Takže ak tomu rozumiem správne, tá cena exportu dát by v tom prípade ostala naozaj na nás a to sa vedeniu určite páčiť nebude a my budeme, teda aspoň ak by som ja tomu šéfoval, určite budem tlačiť na migráciu.

HS 1: Jasné, pán doktor, ale potom Vám je zbytočné robiť verejnú súťaž. Férovo si povedzme, že to by nemalo zmysel. Nebudeme zabíjať svoj čas a Vy svoj čas, že ktorý tu budete sedieť a potom ešte niečo riešiť.

Komisja: Je to otázka ceny toho prípadného exportu. A o jeho cene asi nemáme moc zistené.

HS 1: Snažím sa povedať to, že my, ostatné firmy, sa stávame akýmsi spôsobom rukojemníkom firmy HS 2.

Komisja: Dajú Vám takú cenu, že nebudete konkurencieschopní.

HS 1: Presne tak.

Komisja: Ale ja si myslím, že štandardom je, že sa toto deje a tá cena je tam niekde v rádoch desiatok tisícov.

HS 1: Ide najmä o to, o aký rozsah údajov pôjde a nie sme schopní zaručiť, že nám poskytnú všetky údaje. Máme s nimi skúsenosť, možno to bude niečo zmysluplné pre Vás a toto VO. Pravdepodobne nie je viac firiem, ktoré ponúkajú medicínsky softvér a ktoré absolvovalo viac migrácií ako my alebo viac nahradení nejakého SW. Niekde sa to realizovalo len registrom pacientov a niekde sa realizovala totálka, napr. v Trebišove alebo v Spišskej Novej Vsi. V prípade Spišskej Novej Vsi bol dohodnutý interface, ktorý vznikol ako istý kompromis medzi dodávateľom starého systému, firmy HS 2, a nového systému, ktorým sme boli my. Čiže takýto interface na papieri existuje, bol reálne realizovaný, dáta prešli, nálezy a všetko až po stav skladov tuším. Ak by ste mali záujem, asi by sme Vám vedeli ten dokument poskytnúť. Firma HS 2 to urobila za istú sumu. Rozumiem, že Spišská Nová Ves je menšia nemocnica ako je Žilina.

Komisja: A môžete nám povedať, koľko Vás to stálo?

HS 1: To Vám neviem povedať. Túto informáciu si viete zistiť u firmy HS 2. Prípadne, viem osloviť Svet zdravia, alebo i Vy môžete požiadať Svet zdravia, o túto informáciu. Ak by s tým bol problém, pokúsim sa Vám pomôcť. A ak si dobre spomínam, ten dokument týkajúci sa Spišskej Novej Vsi, obsahoval aj asi 15 oblastí dát, ktoré boli migrované, čo by Vám tiež mohlo pomôcť pri špecifikácii dát, ktoré budete požadovať v novom informačnom systéme.



My sme špecifikovali dané oblasti a následne sa zákazník rozhodol pre tie, o ktoré má záujem i s ohľadom na cenu. Myslím, že si vybrali 10-15, ale aspoň budete mať nejaké vodítko.

Komisija: Vy by ste nám mohli poskytnúť zoznam nejakých dátových modelov a my by sme sa následne rozhodli, ktoré nám sú treba, aby sme ich nemuseli hľadať, čo potrebujeme ale aby ste nám dali zoznam dátových modelov.

HS 1: Presne tak. Presne toto bola moja myšlienka.

Prepis zo zvukového záznamu hospodárskeho subjektu č. 2 (STAPRO SLOVENSKO s.r.o.):

Prípravná trhovú konzultácia začala privítaním HS 2 a predstavením prítomných zamestnancov verejného obstarávateľa a následným poučením, ktoré je založené v dokumentácii verejného obstarávateľa.

Zamestnanec VO objasnil priebeh prípravných trhových konzultácií a účel prípravných trhových konzultácií „Dodávka a servisná podpora komplexného nemocničného informačného systému a vybraných technických prostriedkov pre FNsP Žilina“.

HS 2: Prešli sme si zadanie, z ktorého vzišlo pár vecí, ktoré by sme si chceli upresniť – ako by systém mal pracovať v poňatí toho, čo je tu napísané. Body ako ambulancia a lôžko boli viac-menej v poriadku. Čo nás zaujalo, boli klinické doporučené postupy, ktoré sa snažíme už niekoľko rokov postupne implementovať ale zatiaľ sme, i keď sme sa snažili, neboli úspešní nakoľko sa nikdy nenašla vôľa, ochota, či už u lekárov alebo zo strany vedenia, nadefinovať klinické doporučené postupy pre jednotlivé diagnózy alebo pre jednotlivé typy ochorení ako napríklad, čo všetko má byť urobené s pacientom, ktorý má apendix a to v rámci predoperačnej prípravy, operácie a pooperačného sledovania pacienta počas pobytu, ktorý by mal trvať 3-4 dni, prípadne menej, ak je to laparoskopicky. Chceme sa opýtať, pretože my vôľu máme, rozvíjame ho a či v prípade implementácie bude možné počítat' s tým, že na vašej strane bude i aktívna podpora definície tých procesov. V opačnom prípade bude problém s implementáciou. Preto sa tu vytvára otázka, či budú garanti za jednotlivé odbory na riešenie tohto bodu.

Komisija: Čiže to by vlastne ovplyvnilo zároveň aj flow okien v aplikácii?

HS 2: To by ovplyvnilo ani nie flow okien v aplikácii, pretože flow okien v aplikácii je jednoduchý systém. Flow okien je len o tom, že ak A, tak B ale to je o tom, že ja mám predpísané, čo by som mal s pacientom robiť a môžem potvrdiť, čo som vykonal aj čo vykonávam, otvorí sa mi konkrétna šablóna a môžem preskočiť krok procesu, môžem vkladať procesy a kedykoľvek sa k pacientovi viem vrátiť späť a vidieť je resumé, čo všetko bolo vykonané v rámci štandardnej starostlivosti a do toho som mohol pridať niečo navyše alebo o niečom povedať, že som to nerobil a všetko bude zaznamenané. Takže v rámci apendixu sme toto spravili, toto vynechali a toto sme spravili navyše. Naším cieľom je niečo takéto robiť, ale zatiaľ sme nenašli podporu od lekárskej časti, tak by nás zaujímalo, či k tomu bude aktívna podpora.



Komisia: Mne sa na Vašom riešení páči, že takéto veci sa tam dajú nastavovať a máme tím pozostávajúci z odborných garantov a rátame s tým, že takéto nastavovanie by sme tam robili.

HS 2: Dobre.

Komisia: Jedna vec je to, že to máme na nejakej formálnej báze - nejaký spísaný postup a druhá vec je, že to ovplyvní zadávanie údajov.

HS 2: Ide o využitie v praxi – pokiaľ údaje nebudú zadané a systém nebude nakonfigurovaný, modul bude zbytočný a aby potom niekto nepovedal, že modul síce máme, no ani ho nevyužívame.

Komisia: Myslím, že to je dosť dôležité, lebo je to krok ďalej oproti tomu ako mať len niečo napísané na papieri – systém, ktorý dokáže spolupracovať a vyžadovať tie dáta. Toto určite budeme chcieť.

HS 2: Ďalší bod bol systém včasného varovania. Tu sme sa chceli opýtať, aká je Vaša predstava o zadávaní vstupných údajov, nakoľko tento bol súvisí s dýchaním, s ventiláciou pacienta a ďalšími parametrami. Či pôjde čiste o manuálne zadávanie užívateľov a vyhodnotenie v čase alebo či informácie budú prichádzať aj z nejakých prístrojov, pretože je možné ísť na level prístrojov, ktoré posielajú dáta alebo to zmeriam a ručne zapíšem do informačného systému. Nie je tu totiž napísaný spôsob. Ak si to vezmeme tak, že to bude manuálne, je to fajn – bude to jednoduchšie a potom vieme, čo robíme. Ak je však predstava, že informácie pôjdu z prístrojov, malo by to tam byť presne napísané, nakoľko sú to dva diametrálne odlišné prístupy.

Komisia: Je v súčasnosti štandardom, že nemocničné informačné systémy dokážu získať dáta z prístrojov?

HS 2: Štandardom to nie je a všetko závisí od toho, aké zariadenia máte. Niekedy to vyžaduje wifi, inokedy dokúpenie nejakého centrálného komunikačného servera zo strany dodávateľov prístrojov, takže to na Slovensku vôbec nie je štandardom. A to aj kvôli tomu, že každé zariadenie musí byť integrované individuálne. Ak v popise IS bude napísané, že zadávanie bude prebiehať manuálne, tak vtedy to bude v poriadku. Sestra zmeria jednotlivé parametre, ktoré spadajú do súčasného sledovania a na základe zozbieraných údajov zasvietia na červeno pacienti, ktorí za posledných 24 hodín dosahujú kritické hodnoty.

Komisia: Ja by som to teda zhrnula tak, že manuálne zadávanie je možné a ak má oddelenie nejaké pripojiteľné prístroje, bude to nutné riešiť nad rámec.

HS 2: Áno, presne tak. Každé jedno zariadenie je nutné riešiť s dodávateľmi. Riešili sme to a nejaké prístroje sme pripájali, no nie je to štandardom.

Komisia: Ja budem ešte s vedením hovoriť o tom, či vieme vôbec z našej strany zadefinovať prístroje, ktoré by sem mohli spadať. Zatiaľ to teda necháme otvorené, no je to požadovaný stav.



HS 2: Máme tu niekoho z oddelenia?

Komisia: My nemáme žiadne také prístroje na oddelení, no myslím si, že by bolo vážne náročné riešiť to prostredníctvom prístrojov, nakoľko na každom oddelení sú špecifické prístroje. Myslím si však, že na oddeleniach ako áro a urgent by sa to uplatnilo. Bude dobré sa nad tým lepšie zamyslieť a porozprávať sa o tom s jednotlivými lekármi.

Komisia: My by sme mohli spraviť prieskum, aby sme zistili, aké prístroje sú na jednotlivých oddeleniach a možno to skúsiť naceniť zvlášť. Poradíme sa o tom s riaditeľmi, pretože je to také zásadné rozšírenie toho IS. A vy máte ten alerting ako zabezpečený? Myslím technicky – potom to bliká na obrazovke alebo príde email?

HS 2: Bliká na obrazovke. Väčšinou na displeji vidíme rozmiestnenie postelí a vidíme, kde ktorý pacient leží. Tento systém včasného varovania je ideálny najmä na zbieranie hodnôt ležiacich pacientov, ku ktorým sa lekár tak často nedostane a ak splňajú niektoré skóre a systém ich označí ako kritických.

Komisia: Takže ak tomu správne chápem, ja mám pacienta na oddelení, odmeriam mu teplotu a ručne to zaznačím do systému a ono ma to potom spätne upozorní, že tento pacient je kritický. Tak potom áno, v tom prípade by to bolo dobré, lebo keď máte 15-20 ľudí, tak vám to vypadne.

HS 2: Takže sa vraciame k tomu, že manuálne zadávanie áno a ak to budete chcieť rozšíriť, tak nám dáte vedieť. Dobré, potom je tu jeden pekný bod, ktorý so sebou nesie HW aj SW vybavenie a z podkladov je niečo jasné. Ide o potvrdzovanie podania lieku, identifikáciu pacienta a načítavanie kódu lieku a upozornenie porušenia 5 pravidiel medikácie. Ak majú byť súčasťou dodávky aj náramky a tlačiarne, je nutné upresniť počet kusov. Lekári zas musia ordinovať štruktúrovane a sestrička musí mať so sebou vozík, kde bude mať všetky lieky a priamo pri ich podávaní pacientovi potvrdzovať, aké lieky dostal.

Komisia: Toto je Vaša prax?

HS 2: Je to ten vyšší level. Klasicky je to tak, že sestra potvrdí všetko hromadne ex post a ten vyšší level je priamo pri lôžku pacienta.

Komisia: A už to takto niekde beží?

HS 2: V nemocnici Michalovce. Tam dokonca funguje ale aj balíčkovací automat, tzn. lekár štruktúrovane medikuje, vyberá lieky zo skladu atď. Automat to následne nabalíčkuje a sestry podávajú len keď majú balíčky. Takže je to úplne iné riešenie. Každopádne, nie je možné, aby lekár štruktúrovane nezamedikoval, pretože stroj by nevedel spracovať s neštruktúrovaný text alebo text písaný perom. Sestry si to pochvaľujú a tie, ktoré to vyskúšali, späť už ísť nechcú, pretože je to bezpečné z pohľadu toho, že presne vedia, čo lekár namedikoval a majú rozpis – nemusia si viesť liekovú knižku, i keď niekedy poznámky si robia a potvrdenie podania sa automaticky zaznamená do dekurzu, tzn. odpadá jej ručná práca, ktorú by musela vykonávať po tom, ako obehne svoje oddelenie. Ale tu sa chcem opýtať na to, či bude HW vybavenie



dostatočne zabezpečené. Nebolo to tam napísané a zrealizovať to bez nevyhnutného HW ako vozíky, notebooky alebo počítače a čítačky to nebude možné.

Komisia: No, my sme tam s tými notebookmi moc nerátali.

HS 2: Je to pekné riešenie, no ak má byť dodržaných 5 pravidiel, iná cesta nie je. Pretože ak to sestra spraví ex post, tých 5 pravidiel bude porušených.

Komisia: Toto budem musieť tiež prebrať s riaditeľmi.

HS 2: Nemusí to byť v prvom slede implementované na všetkých oddeleniach, no možno viete vytipovať 1-2 oddelenia, kde je wifi a prakticky to viete odskúšať a viete, že aj lekársky personál je taký, ktorý by sa do toho pustil. Navyše, súťažné podklady, ktoré sme od Vás dostali sme brali tak, že systém má mať funkcionality centrálnej prípravy. Takže ak by ste sa v budúcnosti rozhodli, že budete mať centrálnu prípravu liekov, tak je to možné. Nemusí to byť hneď pri implementácii.

Komisia: Ja by sa na to na ortopédii veľmi rada dám a vyskúšam to.

HS 2: Jeden z okruhov, ktorý by nás ešte zaujímal, je ošetrovateľský proces, ktorý je samozrejme možné krásne vyšperkovať od toho, že sestra urobí vstupné vyšetrenie pacienta, ktorého súčasťou je posúdenie rizík dekubitov, riziko pádu a na základe tohto vzniká ošetrovateľský plán a aktivít ako polohovanie pacienta, zavedenie kanyly a množstvo iných, pričom tá sesterská starostlivosť je štruktúrovaná presne tak ako medikácia zo strany lekára. Následne už len sestra potvrdzuje, čo bolo vykonané a to všetko sa krásne zapisuje do dekurzu a ku jednotlivým výkonom je možné naviazať udalosti, napr. potvrdím, že som meral teplotu. Na to všetko je samozrejme potrebné technické vybavenie. Sestry musia mať dostatok staníc, aby nemuseli čakať v rade.

Komisia: Teraz nemáme problém so sieťou ani s množstvom počítačov.

HS 2: Ja si myslím, že technické problémy sú už minulosťou. Máte nové počítače a meníte servery. Takže zabezpečenie by malo byť také, že by nemalo padať. Teraz je teda nutné upresniť si, či tento proces bude súčasne implementovaný v celej nemocnici alebo tiež v rámci 1-2 pilotných pracovísk. Vy vlastne už teraz ten ošetrovateľský plán robíte, ale robíte ho len voľným zápisom. Lenže na to, aby sme to vedeli vyhodnotiť, potrebujeme to zadávať do určitých okienok. Tzn. niektoré položky budete mať na výber (napríklad sebestačný: áno/nie) a niektoré budete musieť vpisovať trošku inak ako teraz. Preto je otázkou, či sa na to dá celá nemocnica alebo tiež len pilotné oddelenie.

Komisia: Ja si myslím, že sa to nebude dať spustiť celoplošne, ale že by s tým mali začať niektoré oddelenia – niekto z chirurgických odborov, niekto z internistických odborov a následne by sa to zaviedlo do celej nemocnice. Určite sa to nebude dať celoplošne hneď na začiatku. Napríklad neurológia je veľmi dobré oddelenie a z operačných odborov je už jedno, koho si vyberiete.

HS 2: Máme aj nemocnice, kde to robíme celoplošne. Napríklad teraz od 1.10. Bojnice.



Komisia: Však ja to ešte s vedením preberiem, no nemyslím si, že by sme to nezvládli.

HS 2: Implementáciu robíme tak, že si vytipujeme kľúčových užívateľov na jednotlivých oddeleniach. Oni keď sa na to pozrú a uvidia, čo sa dáva do systému. Na základe toho vedia posúdiť, či to u nich na oddelení bude reálne. Takže je to vážne na rozhodnutí počas tej implementácie, či to tie oddelenia budú schopné robiť, pretože budete mať úplne nový systém s novými oknami. Tam bude nutné naučiť sa tie základné informácie ako zadať pacienta, kde zadať dokumentácie.. Takže je otázne či i tento ošetrovateľský plán zavedieme hneď na začiatku alebo až s odstupom času. Vy ako kľúčoví užívatelia sa to naučíte a môžete si to tam už zaviesť samy v rámci svojich procesov na oddeleniach. Aj takto to ide.

HS 2: Posledný bod na ktorý sa ešte chceme opýtať sú operačné sály a precízna evidencia toho, čo sa na operačnej sále deje s pacientom od jeho príchodu, odchodu a podobne. Operačné sály môžu fungovať veľmi pekne ak má personál, ktorý pracuje na sálach k dispozícii prístrojovú techniku, tzn. anestéziológ vie zaznamenať všetky potrebné časy, ktoré ho zaujímajú – príchod pacienta, začiatok anestézy, začiatok chirurgickej prípravy, kedy sa začalo rezať, kedy sa ukončilo šitie, koniec chirurgickej prípravy, koniec anestézy a odchod pacienta zo sály aj so zohľadnením toho, čo potrebuje DRG a kalkulačná príručka a aj toho, čo potrebuje každá nemocnica – vyťaženie sály. Ďalej je to evidencia spotrebovaného materiálu, evidencia sterilizovaných položiek, čo všetko bolo využité pri operácii a z toho generovanie žiadanky na stabilizáciu. Otázkou je, či na toto všetko bude k dispozícii 1 počítač na operačnej sále a 1 počítač v predsáli, aby to všetko mohlo efektívne fungovať. PC v operačnej miestnosti bude na evidenciu všetkých časov a PC v predsáli bude určený na evidenciu všetkých spotrebovaných materiálov. Preto nás zaujíma súčasné vybavenie techniky, či to bude plnohodnotne implementovateľné alebo či si len povieme, že ideme do toho a vlastne tam nebude počítač, bez ktorého nič nespravíme.

Komisia: Na predsáli majú počítač, ale na operačke nemajú ale tam je asi i nejaká požiadavka na sterilizáciu.

HS 2: Sú sterilizovateľné počítače, ktoré majú klávesnicu a myš, ktoré sú umývateľné. Ide o to, že ak to anestéziológ neurobí na sále a tieto údaje sú zadávané ex post, tak je jasné, že tá presnosť tých čísel padá. Kedy sú zaznamenávané tieto údaje v súčasnosti?

Komisia: Po operácií v predsáli – všetko sa zapíše z hlavy. Tých pár čísel si pamätá. Alebo si to niektorí napíšu na papier a následne to prepíšu do systému.

HS 2: Takže môžeme počítať s tým, že jeden PC na predsáli bude úplne postačujúci na zaevidovanie operačného tímu, všetkých časov i materiálov spotrebovaných pri operácii a sterilizovateľných položiek. Musíte si teda rozmyslieť, o koľko počítačov pôjde a či je ich počet dostačujúci, nakoľko do nich bude vstupovať inštrumentárka, anestéziológ i operatér. Tých úkonov na tom PC bude veľa. Alternatívou je, že sa to napíše na papier a bezprostredne po operácii sa to nahodí. Na nejaké problémy iste narazíme, na tie sme narazili všade. A tak sme chceli vedieť, či okrem požiadavky na systém bude zabezpečená i technika.



Komisia: Mohli by sme spraviť opäť nejakého pilota a zakúpiť niekde sterilizovateľný počítač, aby sme zistili, či si to budú výrazne pochvaľovať a odporúčať ostatným.

HS 2: Na sále nie je žiaden počítač – ani na prehliadanie obrázkov?

Komisia: Na každom predsáli je jeden počítač a z neho sa na mnohých oddeleniach prenáša obrazovka i na operačnú sálu. Lekárovi snímky pripravujeme na chodbe alebo si ich on sám pripraví ešte pred operáciou a keď to potrebuje posúvať, posúvame mu to z predsália.

Prepis zo zvukového záznamu hospodárskeho subjektu č. 3 (DATALAN, a.s.):

Prípravná trhová konzultácia začala privítaním HS 3 a predstavením prítomných zamestnancov verejného obstarávateľa a následným poučením, ktoré je založené v dokumentácii verejného obstarávateľa.

Zamestnanec VO objasnil priebeh prípravných trhových konzultácií a účel prípravných trhových konzultácií „Dodávka a servisná podpora komplexného nemocničného informačného systému a vybraných technických prostriedkov pre FNŠP Žilina“.

HS 3: Dnes tu máme z nášho pohľadu pár zásadných otázok k informačnému systému, ktorý momentálne využívate. Začnem od začiatku. Akým spôsobom v súčasnosti realizujete medicínsky audit zdravotnej starostlivosti?

Komisia: Dobrý deň, volám sa Psotová, robím manažéra kvality. Tieto interné audity robí tím, ktorý má certifikát. Podľa plánu ohodnotíme oddelenia, ambulancie alebo iné úseky. Interný audit robíme tak, že máme vopred stanovené to, čo ideme auditovať a pripravíme si otázky, ktorými zisťujeme, či sa daný proces dodržiava a či sa dodržiavajú legislatívne požiadavky. Z toho sa vyhotoví protokol, ktorý sa s nimi prejednáva a následne sa podpíše. Prípadné nedostatky idú do centrálnej evidencie.

HS 3: Čo v tomto ponímaní znamená, že NIS vám musí umožniť rámcovať audit? A využívate momentálne NIS pri interných auditoch?

Komisia: Súčasný NIS momentálne viac-menej na audity nevyužívame. Jediné čo tam máme v ktorej sú graficky znázornené a taktiež popísané procesy. To je také gro – predpríprava na audit.

Komisia: Takže by bolo nejaký ten bod rozviesť do hĺbky?

HS 3: Z nášho pohľadu nie, len som si potreboval overiť ako to je, lebo štandardne v iných nemocniciach táto funkcionálna nie je. Pravdaže, je ju tam možné zabezpečiť pokiaľ máte nejaké interné pravidlá a môže sa tam vytvoriť nejaký záznam. Ďalej by ma zaujímalo, či v súčasnosti máte v rámci NIS implementovaný nejaký systém alebo dokumentáciu, kde mapujete alebo zaznamenávate identifikátory kvality.

Komisia: Áno, zaznamenávame tie, ktoré sú dané ministerstvom zdravotníctva. To sú tie rehospitalizácie a reoperácie, dekubity, nozokomiálne nákazy, spotrebu antibiotík a sledujeme i pády a samozrejme to, čo sme si dali ako ciele kvality.



HS 3: Máte v pláne rozširovať tie sledované faktory?

Komisia: Ešte som zabudla mimoriadne udalosti. Tie tiež sledujeme. A ak bude treba, tak určite áno. Boli by sme radi, keby existoval i nejaký algoritmus, akým spôsobom dané identifikátory odsledovať, aby sme ich mohli porovnať s Inecom a zistiť, či sú kompatibilné.

HS 3: V akom rozsahu sledujete tie štatistické pohľady, ktoré sú výsledkom vašich meraní alebo sledovaní?

Komisia: V závislosti od toho, ktoré. Napríklad pády a dekubity mesačne. Čo sa týka nozokomiálnych nákaz, tie sa snažíme štvrťročne alebo polročne a mimoriadne udalosti okamžite.

HS 3: Máte zavedený nejaký systém kontinuálneho sledovania, hlavne tej ošetrovateľskej starostlivosti ako sesterská dokumentácia, alebo ho plánujete zaviesť?

Komisia: Máme v podstate odborným usmernením dané, čo všetko môžeme používať. Okrem toho máme nejaké dokumenty súvisiace s dekubitmi alebo napríklad, pri prekladaní pacienta, prepúšťaciu správu. Sú aj nejaké dokumenty, ktoré obsahujú kroky, ktoré musí vykonať lekár a ktoré sestra.

HS 3: A viete to aj v rámci IS?

Komisia: Áno, sú súčasťou IS.

HS 3: A ako to máte v súčasnosti urobené? Môže sa do tých dokumentov vstupovať aj spätne alebo sú uzavreté, aby sa nemohli pozmeňovať údaje?

Komisia: V podstate, oni ich majú v papierovej dokumentácii. Je tam dátum a čas, takže by sa k nim nemali dostať spätne.

HS 3: Potom je otázkou, či neplánujete zaviesť taký systém, ktorý je už dneska k dispozícii a ktorý výrazne podporuje sledovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti – systém, kde sestra musí povinne v rámci IS vyplňať kroky, ktoré sú predpísané v rámci ošetrovateľskej starostlivosti.

Komisia: Napríklad?

HS 3: Polohovanie.

Komisia: Niečo také máme, ale len v papierovej podobe. Máme stanovené štandardné pracovné postupy a podľa nich sa postupuje.

HS 3: Pýtam sa preto, že ten systém existuje a je už štandardom, ktorý sa už momentálne implementuje napríklad v ČR.

Komisia: Pokiaľ je tu taká možnosť a pokiaľ zjednoduší prácu, prečo nie – sme tomu naklonení.

Komisia: Môžem poprosiť o slovo? Toto by sme chceli zaviesť na operačke, pretože tam nás veškerý papier strašne zdržiava. Na každého pacienta máme 5 papierov, takže ak by sa toto



dalo zapracovať do elektronickej formy a potom to poodklikávať alebo vynechať to, čo tam nepatrí a vyrobiť si šablóny. Veľmi by nám pomohlo, keby sme to mali v elektronickej forme.

HS 3: Pýtam sa na to preto, lebo dostať to do systému nie je problém. Problém je s implementáciou lebo pokiaľ sa tam niečo zaznamená, už to nie je možné vrátiť späť. Aspoň tak to máme implementované v ostatných nemocniciach a niekedy to môže spôsobovať problémy. Naschvál som sa pýtal, ako často sledujete tieto parametre, lebo častokrát potom môže dôjsť k sporom, či ten pacient mal alebo nemal dekubit ak nastal napr. preklad z oddelenia na oddelenie.

Komisia: To sa odsleduje prostredníctvom dekurzu, kde je presne stanovený čas.

HS 3: Ale je záujem o to, aby to sledovanie bolo v elektronickej forme?

Komisia: To určite.

Komisia: My sme tu včera preberali ten problém, že vlastne priamo na operačkách nemáme počítače.

Komisia: Priamo v oberačke nie je žiaden počítač. Tam čím menej vecí, nábytku alebo veškerého materiálu je, tým je to lepšie.

Komisia: Ale sú sterilizovateľné tieto počítače a niekde je praxou, že ich aj majú.

Komisia: Samozrejme, dezinfikuje sa každý deň dvakrát – pred programom, po programe a keď je treba, tak i častejšie.

Komisia: Ja len k tomu, že Vy ste hovorili, že by ste to radi vyklikávali, tak či by Vám postačilo to, že je súčasťou predoperačnej miestnosti.

Komisia: Samozrejme, tam sa deje aj veškerá papierová dokumentácia - nie v operačke. Všetko sa vypisuje na predsálí. Z operačky sa snažíme vylúčiť všetko, čo sa tam nemusí diať.

Komisia: Takže stačí to pripraviť v predoperačnej miestnosti?

Komisia: Áno.

HS 3: Informačný systém Vám musím umožniť posudzovať kvalitu a náklady poskytovanej zdravotnej starostlivosti a efektívne plánovať. Dneska máte zavedené systémy sledovania zdravotnej starostlivosti, keď viete identifikovať čo znamená, keď nie je dodržaný nejaký proces z pohľadu finančných prostriedkov, keď sa bavíme o efektívnom, hej? Tzn. ak sa včas nezachytí dekubit a potom sa prejaví a spôsobí zvýšené náklady. Dneska tieto procesy sledujete a vieme ich implementovať do informačného systému alebo je to len Váš plán?

Komisia: Zatiaľ je to len náš plán. V podstate, čo sa týka dekubitov, tak to už nevieme ďalej odsledovať. Je to v dekurze, je to všetko zaznamenané. Čo všetko sa dáva, aký je ten stav, keď sa dávalo to vlhké hojenie a ako potom ten stav vyzerá, tak to áno, ale čo sa týka nejakého štatistického vyhodnocovania, že aké náklady tam boli na toho daného pacienta, tak to nemáme.



HS 3: Pokiaľ je tá požiadavka, že to systém má umožňovať, tak ten systém môže pracovať len s niečím, čo už máte zadefinované, áno? On nemôže pracovať s niečím, čo neviete. Pýtam sa preto, lebo toto nie je štandard v nemocniciach. Nikto nehodnotí, ako napríklad ovplyvňuje nozokomiálna nákaza spotrebu antibiotík.

Komisia: Áno, to sa tiež nedá sledovať, lebo lieky a zdravotnícky personál nemáme na pacienta.

HS 3: Takže zatiaľ ani nemedikujete na pacienta, ak som to správne pochopil.

Komisia: Áno, zatiaľ nie.

HS 3: Ako máte v súčasnosti zavedený plánovací systém z požiadavky, ktorá tu je – možnosť plánovať pacientov a rezervovať čas na vyšetrenie a tak ďalej. Plánujete dneska pacientov z pohľadu ošetrenia alebo návštev ambulancií?

Komisia: To sa deje na tých ambulanciách, že majú diár a v podstate si objednávajú pacientov.

HS 3: Ale je to v papierovej forme.

Komisia: Nie, už je to aj v elektronickej forme. Používajú aj-aj.

Komisia: V každej ambulancii je to inak. U nás objednávame aj-aj.

HS 3: Takže nemáte centralizovaný systém plánovania pacientov. Je to v pláne?

Komisia: My sme mali spustiť ten elektronický systém, len nerozdeľoval tým pacientov, či ide o prvovýšetrenie alebo o kontrolu, tým pádom sa to stoplo a teraz sa to u nás robí takto papierovo.

Komisia: Centrálné riešenie máme, ale pri nasadzovaní sme narazili na niektoré ambulancie, kde to nebolo možné použiť z odôvodnených prípadov.

HS 3: Lebo toto je plánovanie a následné sledovanie efektivity plánovania a využívania pracovného času – jeden z faktorov poskytovanej zdravotnej starostlivosti, preto sa na to naschvál pýtam. Viem, že toto je aj jeden zo zámerov ministerstva zdravotníctva. Ich zámerom je sledovať čas príchodu pacienta do zdravotníckeho zariadenia, čakanie pacienta v čakárni, potom pobyt pacienta v ambulancii, poprípade ďalšie následné vyšetrenie pacienta. Takže ma zaujíma, či s niečím takýmto vôbec plánujete.

Komisia: V podstate sa plánuje, aby sa pacienti objednávali elektronickou formou a už aj sú oddelenia alebo ambulancie, ktoré to robia.

HS 3: Jedna vec je chcieť a druhá je implementácia. Je to faktor, ktorý bude dosť ovplyvňovať cenu, pokiaľ tento objednávací systém nie je zavedený. Len na to dopredu upozorňujem. My pravdaže máme plánovací systém a už ho máme i nasadený vo vybraných zariadeniach a to je jedna z vecí, ktoré Vám chcem ukázať aby ste videli ako to funguje, takže potom sa k tomu môžeme vrátiť. Takže dneska neexistuje jednotné riešenie – je to v podstate na rozhodnutí daného lekára, primára alebo ambulancie.



Komisia: Áno, oni si to riešia.

HS 3: A je vôľa zaviesť centrálné riešenie?

Komisia: Ja si myslím, že áno.

HS 3: Dobre, ďakujem.

Komisia: My centrálné riešenie objednávanie máme, rovnaké pravidlá sú, len ak bol odôvodnený prípad, tak v podstate ja som s nimi jednal, či naozaj to nie je vhodné tam zaviesť. Napríklad pľúcne oddelenie si dohodlo, že to budú evidovať iba oni po telefonickom dohovore s pacientom do toho systému a nebude to verejné, lebo ten pacient nemusí rozoznať príznaky a to, či sú závažné alebo nie.

HS 3: Potreboval by som vysvetliť výraz: „Lieková časová krivka“.

Komisia: Tu nám chýba pán Púčať.

HS 3: Predpokladám, že to súvisí s medikáciou ale nerozumiem akým spôsobom a čo sa má vlastne sledovať v rámci tej liekovej časovej krivky ale v rámci medikácie predpokladám, že lekár predpíše nejakú liečbu pacientovi a teraz, či sa má sledovať to, či bol ten liek podaný pacientovi, či bol podaný v nejakom konkrétnom čase, lebo to je dosť zásadné.

Komisia: Dobre, tu si poznačíme, že na pána Púčať máme špeciálnu otázku.

HS 3: Klinické odporúčané postupy a procesy. Máte dneska zavedený systém v klinických odporúčaných postupov a procesov v elektronickej forme?

Komisia: Nie.

HS 3: Máte ich zavedené predpokladám len v papierovej forme. Sú všeobecné alebo sú konkretizované na danú diagnózu alebo na dané ochorenie?

Komisia: Podľa mňa tie lekárske nie. Myslím si, že lekárne alebo laboratóriá majú nejaké v papierovej podobe. A čo sa týka ošetrovateľských, tak tam máme štandardné pracovné postupy výkonov. Má ich novorodenecké a má to pre deti aj pre dospelých. A zároveň si robíme i nejaké lokálne.

HS 3: A aspoň pracujete na takomto systéme? Lebo na zatiaľ neexistuje centrálny register týchto klinických postupov na Slovensku ale ten systém to má umožniť, tak sa predpokladá, že máte nejaké pripravené alebo, že ste schopní to do systému dostať. Lebo náš systém to pravdaže umožňuje. Vie viesť lekára alebo sestru celým klinickým postupom a nepovolíť mu ďalší krok pokiaľ nevykoná ten, ktorý má vykonať. Takže otázka je, či ste sa niekde v tomto čase posunuli, lebo pokiaľ nie, môže to byť výrazný faktor toho, že keď to máme implementovať, tak tá funkcionálnosť môže byť nepoužívaná, lebo je to nespĺnené.

Komisia: Takto, nemáme tu všetky oddelenia. Na jednom zo sedení sme tu mali detské oddelenie, ktoré to už má vypracované a chceli by aby to bolo zapracované. My predpokladáme, že je to dobrá vec a do budúcnosti by sa to malo naozaj realizovať.

Komisia: A dokonca aj ministerstvo zdravotníctva na nejakých takýchto postupoch pracuje.



HS 3: Áno pracuje, len to budú len nejaké centrálné doporučenia, ktoré by mali byť. Predpokladám, že do toho vstúpia ešte i zdravotné poisťovne so svojimi doporučeniami. Tu skôr ide o to, že štandardom na Slovensku to nie je, no tam, kde sú tieto veci zavedené to funguje takým spôsobom, že každá nemocnica si upraví tie odporúčania, ktoré dostane od autorít ako je štát a zdravotné poisťovne a potom si tieto klinické procesy popíše a ten, kto im poskytuje nemocničný informačný systém z toho potom urobí aktívny dokument. Tzn. pri danej diagnóze najskôr urob takého vyšetrenie.

Komisia: To je ako taká mapa starostlivosti.

HS 3: Ani nie mapa starostlivosti, keď dneska môžete urobiť šesť laboratórnych vyšetrení alebo dvadsať. Ten systém povie, že najskôr sprav týchto šesť a pokiaľ to na základe nich nedokáže lekár identifikovať, tak urob ďalších štrnásť. Takže to je taký detailný postup, ktorý zase súvisí s kvalitou zdravotnej starostlivosti a potom súvisí aj s hospodárením alebo s efektívnosťou zdravotnej starostlivosti. Ten náš systém to umožňuje ale zase je to funkcionálna, ktorá stojí nejaké peniaze a pokiaľ by mala byť prekážkou vo víťazstve v súťaži tak treba zvážiť, v akom čase by ste ju chceli nasadzovať, lebo zase sú s ňou spojené nejaké implementačné procesy a implementačné náklady lebo predpokladám, že tie diagramy zdravotnej starostlivosti je nutné vytvoriť a niekto ich musí naprogramovať. Keby dneska boli a videli by sme ich, vedeli by sme Vám povedať, koľko to bude stáť času a peňazí. Preto je dôležité vedieť, či ten systém má byť na to pripravený alebo či bude mať v čase, keď bude nasadený, už niečo implementované.

Komisia: Máme viacero takých bodov, u ktorých uvažujeme, či by sa to nezrealizovalo len v rámci nejakého pilota. Ideálne by bolo, keby sme to následne vedeli našimi vlastnými silami rozširovať.

HS 3: Ak máte skúsený tím informatikov, tak sa to dá robiť i vo vlastnej réžii – minimálne časť toho ale najskôr musíme vidieť, ako to vyzerá. Pokiaľ chcete mať súčasťou implementácie nejaké pilotné pracovisko, tak tie postupy musia byť pripravené a to v konkrétnej forme – nie všeobecné postupy.

Komisia: Myslím, že detské oddelenie to má vypracované na konkrétne diagnózy.

HS 3: Môžem Vám ukázať systém sesterskej dokumentácie. Ten sa dá samozrejme variovať a meniť. Máme ho zavedený v ČR, kde tieto postupy vyžaduje štát. Tento systém vedie každú jednu sestru a všetky jej úkony sa zaznamenávajú v systéme. Nedajú sa zvrátiť, ani prepísať. Týmto spôsobom sa dá detailne odsledovať kvalita a dajú sa z neho vytiahnuť štatistiky. Týmto istým spôsobom sa dá pripraviť i systém liečebnej starostlivosti pre konkrétnu diagnózu. Cenu výrazne ovplyvní to, či budete chcieť, aby už dané postupy obsahoval alebo či budete chcieť len, aby bol na to systém pripravený – to sú dve rozdielne veci. Čo sa týka časového harmonogramu na operačných sálach, ako prebieha? A ako je to dneska? V papierovej forme?

Komisia: Časový harmonogram záleží od lekárov a áno, všetko je na papieri.



HS 3: Čo sa týka procesu na operačných sálach, sledujete samostatne proces a mapujete proces prípravy pacienta z pohľadu času – proces anestézy pacienta a potom samotný operačný proces alebo to máte len ako jeden časový údaj?

Komisia: Anestéza má samostatný údaj. My zapisujeme do nálezu lekár/operátor. Zaznamenávame začiatok a koniec operácie a všetko, čo sa anestézy týka – napríklad typ anestézy.

HS 3: Keď sa bavíme o efektívnosti celého procesu, mal by sa sledovať aj čas prípravy, pretože ak pacient ešte nie je pripravený a anestéziológ je už na mieste (alebo naopak), sú to zbytočné náklady. Aby ste vedeli, bol som súčasťou veľkého výskumu priamo v jednej slovenskej nemocnici a tie úspory, ktoré vznikli keď sa tento systém nastavil boli v rádoch desať tisícov eur. Tento systém umožňuje mapovať čas, koľko pacient čakal, koľko sa pripravovala anestéza atď. Sú Vaši lekári schopní robiť tieto veci v elektronickej forme?

Komisia: Niektorí lekári si vedú i ručné záznamy, nakoľko im to zákon umožňuje, no v budúcnosti by sme všetko chceli elektronicke.

HS 3: Náš nový systém funguje už aj v tabletoch ako webovský prehliadač, takže údaje o pacientoch budete mať neustále k dispozícii. Plánujete umožniť lekárom prístup k informáciám o pacientoch i mimo pracoviska, napríklad ak by chcel pracovať z domu?

Komisia: Niečo také prichádza do úvahy len vo veľmi výnimočných prípadoch.

HS 3: Hematológiu máte externe, že? A plánujete zaviesť interné laboratórium? Lebo taký bol príkaz ministerstva zdravotníctva ak si dobre pamätám.

Komisia: Zatiaľ sa to nerieši.

HS 3: Takže zatiaľ potrebujete len zdieľať žiadanky o laboratórne vyšetrenia a potom nálezy. To je, čo sa týka otázok z našej strany všetko.

Komisia: V akom časovom horizonte vidíte implementáciu nového informačného systému?

HS 3: Keď ste dneska ešte len v procese predprípravy výberového procesu a ešte Vás čaká verejné obstarávanie, ktoré má svoje úskalia a zákutia a pokiaľ vy chcete ten systém dosť výrazne modernizovať, tak je veľmi dôležitá tá príprava a konfigurácia systému, čo nie je otázka dňa ani týždňa. Potom je tu i otázka migrácie dát. Nakoľko viem, aké tu máte riešenie, zmigrovať dáta bude trvať minimálne 3 mesiace pri dátach v takom strednom rozsahu. Ten by ste si mali prejsť s jednotlivými oddeleniami alebo kľúčovými lekármi.

Komisia: Môžete nám ešte povedať, aké je Vaše technické riešenie databázovej a vývojovej časti?

HS 3: Čo sa týka databázy, tak mi uprednostňujeme databázu v Oracle. Zákazníci vždy požadujú 2 verzie ostrá a testovacia/školiaca verzia, na ktorej sa bude školiť nový personál a na ktorom sa budú skúšať upgrady. Školiacu verziu štandardne 2x do roka aktualizujeme aktuálnymi dátami z ostrej verzie. Aktualizácie systému prebiehajú štandardne raz za dva mesiace ale to záleží aj od legislatívnych požiadaviek.



Záver :

Výsledkom prípravných trhových konzultácií bola úprava technického opisu zákazky v zmysle pripomienok uchádzačov a následne bol realizovaný prieskum trhu k zisteniu predpokladanej hodnoty zákazky.