

Opis Przedmiotu Zamówienia

Dostawa oprogramowania wraz ze wzrostem dostępności e-Uслуг w obszarze zdrowia świadczonych przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach

Spis treści

Wstęp	4
Ogólny zarys projektu	4
Słownik pojęć	5
Zasady prowadzenia projektu	8
Metodyka projektu	8
Organizacja prac związanych z projektem	8
Kierownictwo wdrożenia.....	8
Zarządzanie ryzykiem w projekcie	9
Zarządzanie zmianą w projekcie	9
Zarządzanie zdarzeniami.....	9
Zarządzanie zakresem	10
Zarządzanie harmonogramem i zadaniami	10
Opis sposobu komunikacji Wykonawcy z Zamawiającym	10
Etapy wdrożenia.....	10
Wymagania ogólne	13
Wymagania szczegółowe	14
Zestawienie wymagań funkcjonalnych rozwiązania	14
Wymagania formalne, techniczne i ogólne.....	14
Zakres 1 – Elektroniczna dokumentacja medyczna + dodatkowe moduły (Cześć I)	15
Opis stanu obecnego	15
Oprogramowanie część Biała	16
Oprogramowanie część Szara.....	16
Uruchomione e-usługi	16
Założenia dla Medycznego Portalu Informacyjnego (MPI)	16
Wymagany minimalny poziom dojrzałości e-usług	19
e-Usługi	19
Medyczny Portal Informacyjny (MPI).....	19
e-Ankieta	21
e-Dokumentacja	21
e-Powiadomienia i e-Potwierdzenia	22
e-Rejestracja i e-Rezerwacja wizyty.....	24
e-Załączniki	26
e-Zgody	27
e-Udostępnianie wyników	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Telekonsultacje Lekarz-Pacjent	27
e-Partner	30

Równoważność.....	34
Rejestracja, Gabinety:.....	34
Ruch Chorych - Izba Przyjęć, Oddziały.....	44
Statystyka Medyczna	61
Zlecenia.....	63
Zakażenia Szpitalne.....	67
Blok Operacyjny	69
Apteka.....	72
Apteczka Oddziałowa.....	77
Pracownia, Punkt pobrań	78
Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.....	80
Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (LIS Marcel, Helimed i inne).....	82
PACS/RIS z Przeglądarką Diagnostyczną.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Formularzowa Dokumentacja Medyczna - Edytor Formularzy.....	83
Finanse-Księgowość	83
Obrót Towarowy - Rejestr Sprzedaży, Rejestr Zakupów.....	86
Koszty, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń	87
Gospodarka Magazynowo-Materiałowa	88
Środki Trwale	90
Kadry.....	91
Płace	93
Ewidencja Czasu Pracy (Grafik)	95
Komercja i Rozliczenia Komercyjne.....	96
e-Recepta.....	98
e-Skierowanie - Obsługa e-skierowań, wystawianie i przyjęcie do realizacji	99
Zakres 2 – Konfiguracja i uruchomienie eUsług	100
Wdrożenie portalu eUsług.....	100
Uwierzytelnianie dostępu do eUsług	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Uruchomienie eUsług.....	100
Moduł integracji z P1 [z EDM]	100
Inne integracje Systemu.....	100
Instruktaże i szkolenia z wdrażanych rozwiązań.....	100

Wstęp

Niniejszy dokument stanowi Opis Przedmiotu Zamówienia (OPZ) w zakresie dostawy i wdrożenia oprogramowania i sprzętu służącego realizacji projektu w Szpitalu. Wszystkie parametry techniczne określone w niniejszym OPZ określają **minimalne** wymagania stawiane oferowanym urządzeniom i oprogramowaniu. Wykonawca nie ma prawa żądać dodatkowego wynagrodzenia, jeśli dostarczone elementy systemów posiadały będą większą funkcjonalność niż wymagana niniejszym OPZ.

Ogólny zarys projektu

Zakresem Zamówienia jest dostawa i wdrożenie wszystkich elementów niezbędnych do realizacji projektu, którego celem jest poprawienie dostępności do wysokiej jakości e-Usług publicznych w obszarze zdrowia w województwie śląskim (m.in. e-Rejestracja, e-Dokumentacja, e – Opieka). Osią projektu i jego głównym beneficjentem będzie pacjent. W wyniku realizacji projektu poprawi się dostępność do elektronicznych danych medycznych w regionie poprzez stworzenie w województwie śląskim ujednoliconego i spójnego systemu informatycznego pozwalającego na składowanie, przetwarzanie i udostępnianie danych medycznych w postaci elektronicznej.

W ramach projektu wyodrębnione zostały trzy obszary:

- dostosowanie infrastruktury i oprogramowania celem spełnienia wymogów platformy,
- wymiana danych poprzez serwery komunikacyjne,
- wykorzystanie danych celem podniesienia jakości świadczonych usług dla pacjenta.

Zamówienie obejmuje:

1. Dostosowanie Zintegrowanego Systemu Informatycznego (ZSI) wraz z bezterminowymi licencjami na to Oprogramowanie, spełniającego wymagania funkcjonalne i techniczne określone w Opisie Przedmiotu Zamówienia (OPZ).
2. Udzielenie licencji na korzystanie z Oprogramowania. Zamawiający wymaga dostarczenia licencji nieograniczonych w zakresie ilości zdefiniowanych w systemie użytkowników. Jeśli jakiś element systemu, z przyczyn technicznych, dostarczanego przez Wykonawcę wymaga określenia ilości licencji - ilość wymaganych licencji określi Wykonawca w oparciu o poniżej wskazane informacje - Zamawiający zastrzega jednak, że liczba dostarczonych licencji nie może być mniejsza niż liczba pracujących, na dzień podpisania umowy, w danym module pracowników.
3. Świadczenie Usług Wdrożenia dotyczących ZSI w siedzibie Zamawiającego.
4. Udzielenia przez Wykonawcę na uruchomiony ZSI gwarancji obejmującej również wsparcie powdrożeniowe oraz nadzór autorski, w terminach zawartych w ofercie.
5. Instalacja, wdrożenie, konfiguracja i uruchomienie w/w oprogramowania na sprzęcie wskazanym przez Zamawiającego (stacje robocze, serwery).
6. Instruktaż personelu Zamawiającego z obsługi w/w oprogramowania aplikacyjnego/
7. Dostosowywanie wdrożonych systemów do zmieniających się przepisów prawa, bez dodatkowych opłat po stronie Zamawiającego, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym jednak nie dłuższym niż do momentu obowiązywania zmian, w okresie realizacji projektu wdrożeniowego oraz trwania usługi wsparcia powdrożeniowego i gwarancji.

Słownik pojęć

Na potrzeby niniejszego postępowania stosuje się następujące pojęcia i definicje:

1. **Administrator** - Użytkownik konfigurujący i zarządzający Systemem i Infrastrukturą
2. **Analiza** – dokumenty opracowane przez Wykonawcę, mające na celu doprecyzowanie sposobu realizacji wymagań Zamawiającego, zasad i metod realizacji Umowy oraz wskazanie i szczegółowe opisanie Produktów;
3. **API** - Application Programming Interface, interfejs programowania aplikacji – jest to sposób rozumiany, jako ściśle określony zestaw reguł i ich opisów, w jaki programy komunikują się między sobą. API definiuje się na poziomie kodu źródłowego dla takich składników oprogramowania jak np. aplikacje, biblioteki czy system operacyjny. Zadaniem API jest dostarczenie odpowiednich specyfikacji podprogramów, struktur danych, klas obiektów i wymaganych protokołów komunikacyjnych.
4. **Architektura systemu teleinformatycznego** – opis składników systemu teleinformatycznego, powiązań i relacji pomiędzy tymi składnikami.
5. **ASI** – Administrator Systemów informatycznych – stanowisko lub zespół posiadające uprawnienia administratora systemów IT.
6. **Awaria** – oznacza dysfunkcję Systemu, uniemożliwiającą prawidłowe użytkowanie Systemu lub jego części, jednak nie prowadzącą do zatrzymania eksploatacji Systemu.
7. **Backup** – wykonanie kopii bezpieczeństwa danych pozwalających na odtworzenie i przywrócenie Bazy Danych i Systemu po wystąpieniu awarii w przypadku utraty lub uszkodzenia oryginalnych danych; jakość odtworzonych danych powinna być dostosowana do ustalonego uprzednio poziomu ryzyka, który poniesie Zamawiający.
8. **Baza Danych** – zbiór wszystkich danych zewidencjonowanych za pomocą Systemu
9. **Błąd** – powtarzalne działanie Systemu niezgodne z jego dokumentacją użytkową, uniemożliwiające wykonanie części jego funkcji.
10. **Czas dostarczenia rozwiązania** - Okres czasu od wysłania Zgłoszenia do usunięcia przyczyny problemu lub zastosowania Rozwiązania Zastępczego.
11. **Czas Roboczy** – czas pracy liczony w Dni Robocze, w którym świadczona jest pomoc telefoniczna przy eksploatacji Systemu.
12. **Czas Reakcji** – okres od zgłoszenia Dysfunkcji przez Zamawiającego do potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia przez Wykonawcę.
13. **Czas Naprawy** – okres od zgłoszenia Dysfunkcji do przywrócenia Systemu do stanu sprzed jej zgłoszenia szczegółowo opisany w Załączniku nr 3 do Umowy.
14. **Dzień roboczy** – dzień kalendarzowy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy oraz dni wolnych od pracy u Zamawiającego.
15. **Koncepcja systemu** – sposób realizacji wszystkich elementów Systemu wraz ze schematem wszystkich połączeń pomiędzy urządzeniami i podsystemami z określeniem przepływów danych. Dokument podlegający akceptacji przez Zamawiającego i służący do realizacji wdrożenia.
16. **Analiza przedwdrożeńiowa** – dokument opisujący stany „As is, as to be” oprogramowania oraz sprzętu w zakresie dostarczanego Systemu.
17. **Dokumentacja** – dokument papierowy lub elektroniczny opisujący System i zasady użytkowania Systemu. wszelka dokumentacja dotycząca Oprogramowania lub jakichkolwiek innych prac Wykonawcy, która jest dostarczana lub powstanie w ramach realizacji Umowy.
18. **Dokumentacja Standardowa** – Dokumentacja Standardowego Oprogramowania Systemowego oraz Dokumentacja Standardowego Oprogramowania Aplikacyjnego oraz inna dokumentacja opracowana niezależnie od realizacji Umowy.
19. **Dokumentacja Dedykowana** – inna dokumentacja opracowana w związku z realizacją Umowy.

20. **Dostępność** – właściwość określająca, że zasób systemu teleinformatycznego jest możliwy do wykorzystania na żądanie, w założonym czasie, przez podmiot uprawniony do pracy w systemie teleinformatycznym.
21. **Dostępność systemu** – rozumiana jest, jako dostępność Systemu jako całości, bez względu na podział logiczny Systemu pomiędzy poszczególne funkcjonalności. Dostępność systemu rozliczna będzie w cyklu miesięcznym, zgodnie z postanowieniami SWZ
22. **Dysfunkcja** – zbiorcze określenie dla nieprawidłowości rozumianych jako niezgodność z Dokumentacją lub też uciążliwość w pracy z Systemem. Na potrzeby realizowania przez Zamawiającego uprawnień z gwarancji, przez Dysfunkcję strony rozumieją również zbiorczo: Awarie, Błędy i Usterki.
23. **Dzień Roboczy** – dzień kalendarzowy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy.
24. **EDM** – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
25. **ePUAP** – Elektroniczna Platforma Usług Administracji Publicznej <https://epuap.gov.pl>
26. **Inżynier kontraktu** – podmiot świadczący dla Zamawiającego usługi Asysta Techniczna dla prowadzenia projektu.
27. **Godziny robocze** – czas pracy liczony w Dni Robocze w godzinach 7:00 – 15:00
28. **HA** - ang. High Availability - tryb wysokiej dostępności to sposób zapewnienia, że system lub aplikacja będzie dostępna dla użytkowników przez większość czasu. Technikami HA można nazwać klastrowanie, replikacja, redundancja, monitorowanie, plan awaryjny.
29. **Integralność** – właściwość polegająca na tym, że zasób systemu teleinformatycznego nie został zmodyfikowany w sposób nieuprawniony .
30. **Kategoria Dysfunkcji** - kategoria, do której kwalifikowane jest Zgłoszenie Serwisowe dotyczące Dysfunkcji. Opisane szczegółowo w Załączniku nr 3 do Umowy
31. **Konsultant serwisowy** – osoba fizyczna posiadająca odpowiednie kwalifikacje uprawniające do realizowania Serwisu.
32. **Moduł systemu** – kompletny zestaw narzędzi informatycznych obejmujących wszystkie warstwy architektury systemu, który dostarcza aplikację przeznaczoną dla użytkownika końcowego do realizacji określonych dziedzin działalności Zamawiającego.
33. **Naprawa** – modyfikacja Systemu usuwająca Dysfunkcję Systemu.
34. **Obejście** - tymczasowe rozwiązanie pozwalające na prawidłowe wykorzystanie oprogramowania bez usuwania wykrytego błędu przy zachowaniu integralności bazy danych
35. **Okno Serwisowe** – przerwa w działaniu systemu w godzinach pracy [tj. pomiędzy 7:00 a 15:00] w dni robocze Zamawiającego, mająca na celu umożliwienie prowadzenie prac serwisowych wymagających czasowego wyłączenia systemu [np. aktualizacja].
36. **Oprogramowanie** – całość lub dowolny element oprogramowania dostarczanego w ramach realizacji Umowy, obejmujące w szczególności specjalizowane oprogramowanie licencjonowane. Oprogramowanie musi być zgodne z wymaganiami wskazanymi w Opisie Przedmiotu Zamówienia stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy. W skład Oprogramowania wchodzi: Oprogramowanie Wspomagające, Oprogramowanie Systemowe, Oprogramowanie Aplikacyjne.
37. **Oprogramowanie Wspomagające** – wszelkie programy komputerowe w postaci kodu wynikowego, do których autorskie prawa majątkowe przysługują osobom trzecim, a na które Wykonawca udziela lub przekazuje Zamawiającemu licencje lub sublicencje na podstawie Umowy oraz nośniki, dokumentacje i aktualizacje takich programów komputerowych, niezbędne do działania Systemu, w tym systemy operacyjne i oprogramowanie bazodanowe oraz sterowniki.
38. **Sprzęt** – sprzęt komputerowy, biurowy oraz sprzęt serwerowy i sieciowy.
39. **Oprogramowanie Systemowe** – oprogramowanie tworzące środowisko, w którym uruchamiane jest Oprogramowanie, w tym oprogramowanie systemowe lub bazodanowe.

40. **Oprogramowanie Aplikacyjne** – Dzielnicowy system informatyczny klasy HIS [Hospital Information System] na którego bazie zbudowane będą e-Usługi jak również samo oprogramowanie e-Usług i Portalu.oprogramowanie będące podstawą do stworzenia Systemu, istniejące i dystrybuowane przez Wykonawcę przed zawarciem Umowy.
41. **Oprogramowanie standardowe** – Każde oprogramowanie niezbędne, poza oprogramowaniem aplikacyjnym niezbędne do działania Systemu.
42. **P1, P2** – Programy monitorowane i realizowane przez CSIOZ (systemy zewnętrzne)
43. **Pomoc Telefoniczna** – świadczenie konsultacji telefonicznej dotyczące szeroko pojętej eksploatacji Systemu.
44. **Portal Usług Elektronicznych** – portal udostępniający usługi elektroniczne dostarczane przez System dla użytkowników wewnętrznych i zewnętrznych
45. **Przedmiot Umowy** – całokształt zagadnień realizowanych w ramach Umowy ukierunkowanych na osiągnięcie Celu Umowy.
46. **Prace Serwisowe** - działania Wykonawcy mające na celu realizację Zgłoszenia Serwisowego.
47. **Procedura** – schemat postępowania w jaki winien być realizowany określony fragment Przedmiotu Umowy.
48. **Publikacja** – udostępnienie Systemu zawierającego zmienioną funkcjonalność
49. **PZ ePUAP** – Profil Zaufany ePUAP
50. **Realizacja Zgłoszenia Serwisowego** - zakończenie Prac Serwisowych, w wyniku których przywrócono Stan Funkcjonalności.
51. **Serwer** – sprzęt komputerowy, na którym zainstalowana jest baza danych lub aplikacje wykorzystywane przez System.
52. **Serwis** – usługa o charakterze technicznym, organizacyjnym, doradczym i szkoleniowym, przeznaczona do zapewnienia stabilnej pracy Systemu.
53. **Stan Funkcjonalności** - stan Systemu, w którym nie występują Dysfunkcje.
54. **Stan Krytyczny** – dysfunkcja Systemu, która prowadzi do zatrzymania eksploatacji systemu, utraty danych lub naruszenia ich spójności, w wyniku którego niemożliwe jest prowadzenie bieżącej działalności przy użyciu Systemu.
55. **Strony Umowy** – uogólnione pojęcie stosowane zamiennie do określenia Zamawiającego i Wykonawcy jednocześnie.
56. **System** – Łączne określenie dla oprogramowania i sprzętu – objętego wdrożeniem oraz umową serwisową z Wykonawcą, bez względu na nazwę handlową. Obejmujący Platformę systemowo-sprzętową, Oprogramowania aplikacyjne oraz inne oprogramowanie niezbędne do działania e-Usług realizowanych w niniejszym zamówieniu.
57. **System zewnętrzny** - Każdy System informatyczny niebędący przedmiotem Zamówienia a oddziałujący na przedmiot zamówienia.
58. **Update** – aktualizacja Systemu w wyniku zmian przepisów, związanych bezpośrednio i pośrednio z systemem ochrony zdrowia, w zakresie tej samej wersji Systemu.
59. **Upgrade** – nowa wersja Systemu związana ze stworzeniem nowej funkcjonalności
60. **Usługi elektroniczne (e-Usługi)** – usługi, których świadczenie odbywa się za pomocą Internetu, jest zautomatyzowane (może wymagać niewielkiego udziału człowieka) i zdalne. Od usługi w ujęciu tradycyjnym, e-Usługę odróżnia brak udziału człowieka po drugiej stronie oraz świadczenie na odległość.
61. **Usterka** - zakłócenie działania oprogramowania, polegające na nienależytym działaniu jego części, nie ograniczające działania całego systemu; nie mające istotnego wpływu na zastosowanie oprogramowania i nie będące awarią lub błędem.
62. **Umowa** – niniejsza umowa zawarta między Zamawiającym i Wykonawcą wraz ze wszystkimi załącznikami do niej.

- 63. **Użytkownik** - Osoba, która jest pracownikiem Zamawiającego, posiada swój unikalny login i hasło
- 64. **Wdrożenie** – opisane Umową świadczenia Wykonawcy mające na celu wykonanie Systemu
- 65. **Web Service** - Usługa sieciowa dostarczająca określoną funkcjonalność poprzez sieci Internet, niezależnie od platformy sprzętowej i implementacji
- 66. **Infrastruktura Zamawiającego** – infrastruktura informatyczna (w tym sprzęt i oprogramowanie) Zamawiającego.
- 67. **Wersja** – okresowa Publikacja Systemu uwzględniająca Naprawy i zmiany dokonane w okresie od poprzedniej Publikacji Systemu. Wydanie Wersji obejmuje również opis nowej Funkcjonalności Systemu
- 68. **Wykonawca** – wybrany w drodze zamówienia publicznego podmiot realizujący niniejszy przedmiot zamówienia.
- 69. **Zdalny dostęp** – możliwość realizacji usług wsparcia, wdrożenia i gwarancji związanych z systemem z dowolnego miejsca za pośrednictwem bezpiecznego połączenia internetowego.
- 70. **Zgłoszenie Serwisowe** – Dysfunkcja, o której Wykonawca został powiadomiony drogą mailową

Zasady prowadzenia projektu

Metodyka projektu

W celu efektywnej realizacji projektu wdrożeniowego rozwiązania ZSI, projekt powinien być realizowany zgodnie z zaproponowaną przez wykonawcę i zaakceptowaną przez Zamawiającego metodyką projektową zgodą ze standardami branżowymi dostępnymi powszechnie, tj. PRINCE2, IPMA lub innymi równoważnymi standardami, w tym metodyki zwinne AGILE takie jak SCRUM.

Organizacja prac związanych z projektem

W celu efektywnego prowadzenia prac projektowych w ramach projektu zostaną powołane odpowiednie struktury projektowe, zarówno po stronie Wykonawcy, jak również po stronie Zamawiającego.

Podstawowymi rolami w ramach powołanej struktury powinny być minimalnie:

- Kierownictwo Wdrożenia, w skład którego wchodzi wyznaczone przez Zamawiającego osoby upoważnione do podejmowania istotnych decyzji projektowych,
- Kierownik Wykonawcy odpowiedzialny za całość prac projektowych,
- Kierownik Zamawiającego odpowiedzialny za prace wykonywane przez Zamawiającego,
- Zespół użytkowników kluczowych.

Jedna osoba może pełnić więcej niż jedną rolę w projekcie.

Kierownictwo wdrożenia

W skład operacyjnego Kierownictwa Wdrożenia wchodzi Kierownik Zamawiającego oraz Kierownik Wykonawcy. Wykonawca i Zamawiający są zobowiązani do wskazania osób pełniących role Kierowników.

Kierownictwo Wdrożenia jest najważniejszym organem pełniącym nadzór nad przebiegiem Wdrożenia, reagującym na pojawiające się problemy i zagrożenia. Rola Kierownictwa Wdrożenia będzie polegać na:

1. Zatwierdzaniu planów etapów i ewentualnych planów awaryjnych,
2. Zatwierdzaniu Harmonogramu Wdrożenia,
3. Nadzorowaniu nad realizacją zakresu Wdrożenia,

Obowiązki Kierownika Wykonawcy:

1. Wyznaczenie osób upoważnionych do realizacji przedmiotu umowy po stronie Wykonawcy, lista osób upoważnionych zostanie przekazana Kierownikowi Zamawiającego bezzwłocznie po podpisaniu umowy oraz bezzwłocznie po każdej zmianie osób upoważnionych.
2. Planowanie i nadzór nad realizacją zadań głównych oraz szczegółowych zgodnie z zatwierdzonym Harmonogramem Wdrożenia.

3. Nadzór nad czynnościami realizowanymi w ramach przedmiotu umowy, przez osoby upoważnione o których mowa w pkt. 1,
4. Zgłaszanie, zatwierdzanie gotowości do odbioru usług Kierownikowi Zamawiającego.
5. Zgłaszanie potrzeby konsultacji i doradztwa w zakresie realizacji projektu.
6. Nadzór i kontrola realizacji prac i zobowiązań zgodnie z uzgodnionymi terminami.
7. Prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji zdarzeń i czynności wykonanych w ramach realizacji umowy, pozwalających na ustalenie faktów związanych m.in. ze zlecaniem, odbiorem i rozliczeniem usług.
8. Zapewnienie odpowiedniego zastępstwa na czas swojej nieobecności z poinformowaniem Kierownika Zamawiającego.
9. Przedkładanie informacji Kierownikowi Zamawiającego zgodnie z jego potrzebami.
10. Przedkładanie wniosków, sugestii i propozycji Kierownikowi Zamawiającego zgodnie z potrzebami.
11. Realizowanie we współpracy z Kierownikiem Zamawiającego wszystkich zadań związanych z procesem zarządzania Wdrożeniem.
12. Nadzór nad realizacją zakresu Wdrożenia.
13. Zarządzanie ryzykiem, zdarzeniami, wnioskami o zmianę.
14. Wspólna z Kierownikiem Zamawiającego kontrola terminowej i zgodnej z budżetem realizacji Wdrożenia, w szczególności w obszarach prac wykonywanych przez pracowników Wykonawcy.
15. Analiza i rozwiązywanie problemów projektowych, które mogłyby mieć negatywny wpływ na harmonogram realizowanych zadań.
16. Koordynacja przeprowadzenia odbioru prac w Projekcie.

Obowiązki Kierownika Zamawiającego:

1. Współpraca z Wykonawcą w realizacji przedmiotu umowy.
2. Bezwzględne rozstrzyganie spraw spornych pomiędzy zespołami ze strony Zamawiającego oraz Wykonawcą w terminie nie dłuższym niż 7 dni. W przypadku powstania kwestii spornych między stronami zaangażowanymi w realizację Wdrożenia Kierownik Zamawiającego powinien być stroną rozstrzygającą o najlepszym rozwiązaniu.
3. Określenie formy sprawozdań przedstawianych przez Kierownika Projektu ze strony Wykonawcy.
4. Przyjmowanie i akceptacja protokołów odbioru z realizacji Etapów Wdrożenia.
5. Obowiązek formalnego zgłoszenia żądania zmiany, jeżeli uzna, że dla zapewnienia prawidłowej realizacji przedmiotu umowy konieczne jest podjęcie działań mających wpływ na ustalony zakres prac.
6. Przegląd, zgłaszanie uwag, akceptacja oraz odbiór poszczególnych Etapów Wdrożenia od Wykonawcy.
7. Kontrola zakresu Wdrożenia, nadzór nad realizowanym zakresem projektu.
8. Kontrola jakości Wdrożenia.
9. Nadzór nad pracownikami Zamawiającego oddelegowanymi do projektu.
10. Zarządzanie komunikacją - zapewnienie odpowiedniego procesu informacyjnego dotyczącego prowadzonych prac i ich wyników.
11. Zarządzanie ryzykiem - w ścisłej współpracy z Kierownikiem Wykonawcy.

Zarządzanie ryzykiem w projekcie

Kierownik projektu ze strony Wykonawcy opracuje i przedstawi Kierownikowi Projektu ze strony Zamawiającego do akceptacji rejestr zagrożeń i środków zaradczych, gdzie identyfikowane i kategoryzowane są poszczególne czynniki ryzyka za pomocą poziomu wpływu na projekt, prawdopodobieństwa wystąpienia, priorytetu, daty powstania i zamknięcia, właściciela ryzyka, opisu ryzyka, kategorii, wymaganych środków zaradczych, statusu. Rejestr ten będzie na bieżąco w ramach potrzeb aktualizowany.

Zarządzanie zmianą w projekcie

Kierownik projektu ze strony Wykonawcy opracuje i przedstawi do akceptacji procedury zarządzania, rejestry wniosków o zmianę oraz narzędzia wspomagające śledzenie zmian w projekcie. Będzie na bieżąco nadzorował realizację procedur.

Zarządzanie zdarzeniami

Kierownik projektu ze strony Wykonawcy opracuje i przedstawi do akceptacji procedury zarządzania, rejestry oraz narzędzia wspomagające zarządzanie zdarzeniami w projekcie, a także narzędzia wspomagające śledzenie rozwiązań problemów oraz obsługę zdarzeń w projekcie.

Zarządzanie zakresem

Kierownik projektu ze strony Wykonawcy opracuje i przedstawi do akceptacji procedury zarządzania, rejestry oraz narzędzia wspomagające zarządzanie zakresem projektu ułatwiające śledzenie zmian do zakresu jak też podejmowane decyzje w tym zakresie.

Zarządzanie harmonogramem i zadaniami

Kierownik projektu ze strony Wykonawcy opracuje i przedstawi do akceptacji procedury zarządzania, rejestry oraz narzędzia wspomagające zarządzanie zadaniami oraz harmonogramem projektu.

Opis sposobu komunikacji Wykonawcy z Zamawiającym

Podczas przeprowadzenia wdrożenia systemu ZSI będą obowiązywały następujące założenia dotyczące wzajemnej współpracy Zamawiającego i Wykonawcy:

1. Komunikacja między uczestnikami Projektu po stronie Wykonawcy i Zamawiającego będzie się odbywać na poziomie Kierowników Projektów obu stron oraz wiodących użytkowników oraz innych wyznaczonych osób po stronie Zamawiającego.
2. Przewiduje się wykorzystanie różnych mediów komunikacyjnych uzależnionych od poziomu oraz wagi uzgodnień. Podstawowym środkiem komunikacji w ramach prac roboczych uczestników projektu będą spotkania uczestników, poczta elektroniczna i kontakt telefoniczny, z zastrzeżeniem, że ustalenia projektowe powinny być odzwierciedlone w formie dokumentacji elektronicznej (poczta elektroniczna, dokumenty elektroniczne).
3. Prace wspólne specjalistów po obu stronach (spotkania w ramach analizy przedwdrożeniowej, testy odbiorcze, szkolenia) będą każdorazowo potwierdzone notatką ze spotkania, z listą uczestników i wykonanych zadań, opisem poruszanych zagadnień, czy ustaleniami.
4. Spotkania poświęcone kontroli realizacji wdrożenia będą organizowane w miarę bieżących potrzeb na życzenie Zamawiającego. Wykonawca będzie odpowiedzialny za przedstawienie raportu o bieżącym zaawansowaniu prac i informacji o zagrożeniach w realizacji projektu oraz sposobach rozwiązywania tych problemów nie rzadziej niż raz w miesiącu.
5. Zgłoszenie zagadnienia wymagającego decyzji Komitetu Sterującego / Kierownictwa Wdrożenia przez Wykonawcę będzie miało formę pisemną.

Etapy wdrożenia

Zamawiający oczekuje, że Wykonawca przedstawi Szczegółowy Harmonogram Wdrożenia opracowany zgodnie ze swoją metodyką wdrożeniową, wraz ze szczegółową strukturą zadań oraz produktów poszczególnych etapów projektu z uwzględnieniem spodziewanych przez Zamawiającego dat uruchomienia poszczególnych elementów systemu, jednak nie mniej niż w podziale na:

1. Prace przygotowawcze, **analiza przedwdrożeniowa**,
2. **Dostawa licencji**, instalacja oprogramowania na infrastrukturze Zamawiającego,
3. **Wdrożenie poszczególnych modułów** systemów w kolejności pozwalającej na optymalne obciążenie pracą zespołu Zamawiającego i Wykonawcy, obejmujące podział na: prace konfiguracyjne, szkolenia personelu, uruchomienie modułu, oddanie modułu,
4. Ewentualna **migracja danych** zgodnie z poniższymi wymaganiami:

W przypadku wymiany systemu HIS i ERP na system równoważny, Zamawiający oczekuje przeniesienia całości danych dotychczas eksploatowanych modułów części medycznej oraz części administracyjnej. Zamawiający oczekuje, że wykonawca dokona migracji danych: słownikowych, medycznych, dane pacjentów, personelu – (szczegółowe ustalenia na etapie analizy przedwdrożeniowej).

Informacja

1. Zamawiający informuje, że nie posiada dokumentacji struktur baz danych i posiadanych i użytkowanych systemów. Zamawiający umożliwi Wykonawcy zapoznanie się (w obecności przedstawiciela Zamawiającego) ze strukturą baz danych posiadanych systemów informatycznych (wizja lokalna) po uprzednim uzgodnieniu terminu wizyty Wykonawcy i po uregulowaniu zasad dostępu do chronionych danych osobowych. Zapewni to możliwość weryfikacji czy realizacja procesu migracji przez Wykonawcę będzie możliwa, jeszcze przed złożeniem ofert.
2. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody, wyrządzone przez jego pracowników, powstałe w wyniku działań prowadzonych przez Wykonawcę na bazach danych posiadanych systemów.

3. Informacje uzyskane przez Wykonawcę w toku wykonania czynności, o których mowa w art.75 ust.2 pkt 3 ustawy Prawo autorskie (Dz.U. 2006, nr 90, poz.631) stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, w rozumieniu Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z dnia 16 kwietnia 1993 r. (Dz.U. Nr 47, poz. 211 z późn. zm) i podlegają ochronie w niej przewidzianej.
4. Zamawiający zastrzega, że nie jest twórcą dokumentacji posiadanego systemu firmy Asseco S.A. i nie może odpowiadać za kompletność przekazanej dokumentacji.
5. Wykonawca nie może ingerować w dane ani strukturę danych jak i samych baz danych obecnie użytkowanego systemu w celu przeprowadzenia procesu migracji danych.

Obecnie Zamawiający posiada:

1. Nazwa i wersja systemu: System HIS -AMMS/InfoMedica, wersje systematycznie aktualizowane- aktualnie eksploatowany
2. Ilość baz danych: 4
3. Rodzaj baz danych relacyjna Oracle
4. Rozmiar baz danych Ok 500GB
5. Struktura poszczególnych baz danych relacyjna, transakcyjna baza danych zgodna ze standardem SQL. Zamawiający nie posiada opisu struktur baz danych systemu AMMS, ani żadnej dokumentacji
6. Zakres danych w tabelach dane od 2007r

Zakres migracji:**Wykonawca jest zobowiązany do przeprowadzenia procesu migracji danych minimum w zakresie:**

1. struktura organizacyjna jednostek organizacyjnych - dane ewidencyjne dotyczące komórek, jednostek, zakładów, podmiotu (dane adresowe, kody resortowe etc.)
2. dane personelu - Dane osobowe i ewidencyjne, typ personelu, numery PWZ
3. dane pacjentów - Dane osobowe, adresowe, dane opiekunów
4. Wizyty - terminy wizyt, rozpoznania ICD-10, procedury ICD-9, karty wizyt, wyniki badań
5. Hospitalizacje - historia hospitalizacji z rozpoznaniem ICD-10, procedury ICD-9 oraz co najmniej dokumentacja: badania przy przyjęciu, wypisy, obserwacje lekarskie i pielęgniarskie, wyniki badań (laboratoryjne, obrazowe, zabiegi)
6. Terminarze - grafiki pracy lekarzy i zasobów (uwzględniane są historyczne oraz przyszłe (zaplanowane) świadczenia)
7. terminy planowanych badań, zabiegów, rehabilitacji, konsultacji - Zlecenia/planowane świadczenia.
8. kolejki oczekujących -Harmonogramy przyjęć. Przenoszone są wpisy wprowadzone do OSTD
9. dokumenty uprawniające - eWUŚ (szczególnie istotne dla hospitalizacji trwających w dniu uruchomienia), inne dokumenty uprawniające.
10. Skierowania - Skierowania przyjęte do realizacji przez jednostkę (jeżeli będą niezbędne do uruchomienia rozliczeń w nowym systemie)
11. stany magazynowe
12. Szczegółową konfigurację uwzględniającą również powiązanie z istniejącą infrastrukturą Zamawiającego Wykonawca zaprojektuje i przedstawi do akceptacji Zamawiającego w procesie analizy przedwdrożeniowej w projekcie technicznym migracji.
13. W zakresie migracji danych przewiduje się utrzymanie ciągłości ewidencji danych w zakresie zaopatrzenia apteki oraz magazynów medycznych, w tym danych o fakturach zaopatrzeniowych, danych konfiguracyjnych kartotek towarowych oraz zużycia materiałów i leków w jednostkach organizacyjnych, również z informacją wymaganą w zakresie chemioterapii i programów lekowych, oraz rozliczenia kosztów zabiegów operacyjnych.
14. Wykonawca jest zobowiązany do odtworzenia w nowym środowisku wszystkich funkcjonalności systemu posiadanego przez Zamawiającego
15. System po migracji danych ma zachować możliwość użytkowania wszystkich wydruków oraz formularzy używanych obecnie przez Zamawiającego. Wykonawca w ramach etapu analizy przedwdrożeniowej dokona inwentaryzacji tych elementów i przedstawi do akceptacji Zamawiającego. Wykonawca ma obowiązek odwzorowania tych elementów w ramach wdrożenia nowego systemu. Rezygnacja z przeniesienia danych w ustalonym z Zamawiającym zakresie jest wyłącznym prawem Zamawiającego.
16. W procesie planowania i realizowania migracji danych wymagane jest zaplanowanie i przeprowadzenie procesu migracji danych przez Wykonawcę, przy uwzględnieniu minimum następujących kroków:
 - Przygotowanie planu migracji danych
 - Zmigrowanie danych do uruchomionego na zasobach Zamawiającego systemu testowego.
 - Weryfikacja poprawności migracji testowej.
 - W przypadku poprawności działania systemu testowego - migracja do systemu produkcyjnego.Weryfikacja poprawności działania systemu produkcyjnego.
17. Weryfikacja poprawności wykonania migracji danych będzie polegać na:
Wykonaniu przez Wykonawcę na środowisku testowym a następnie produkcyjnym, uzgodnionych na etapie analizy przedwdrożeniowej zestawów testów funkcjonalnych systemu (Wykonawca przedstawi Zamawiającemu raport z wykonania w/w testów). Weryfikacji poprawności działania systemu przez użytkowników docelowych systemu.

18. Wykonawca przeprowadzać będzie migracje w siedzibie Zamawiającego. W przypadku, gdy nie będzie to możliwe, Wykonawca zobowiązany będzie do zabezpieczenia pozyskanych od Zamawiającego migrowanych danych w sposób uniemożliwiający wejście w ich posiadanie przez osoby nieupoważnione do ich przetwarzania. Po wykonaniu migracji, wszelkie dane pozyskane w toku migracji przez Wykonawcę zamówienia muszą zostać usunięte ze wszystkich nośników Wykonawcy w sposób uniemożliwiający ich odzyskanie. Jeżeli wystąpi konieczność przekazania Wykonawcy danych do migracji poza siedzibę Zamawiającego, przekazanie będzie się odbywać protokolarnie upoważnionemu przedstawicielowi Wykonawcy, a prace związane z obróbką pozyskanych danych odbywać się będą jedynie w siedzibie Wykonawcy. Wykonawca nie jest upoważniony do przekazywania danych z migracji innym podmiotom.

19. Wykonawca zobowiązany jest zabezpieczyć trwale dane z systemu źródłowego z momentu migracji danych w postaci kopii bezpieczeństwa danych systemu źródłowego i w przypadku niepowodzenia procesu migracji w założonym harmonogramie przywrócić działanie poprzedniego systemu. Kopie danych oraz systemu w wersji użytkowanej przez Zamawiającego w liczbie sztuk 2 zostaną przekazane Zamawiającemu.

20. Zamawiający wymaga przeniesienia całości danych dotychczas eksploatowanych modułów części administracyjnej.

21. Zamawiający oczekuje, że Wykonawca określi przewidywane terminy i zakresy integracji między poszczególnymi systemami zarówno nowymi jak i obecnie używanymi.

22. Zamawiający oczekuje, iż maksymalny czas przeprowadzenie migracji przez Wykonawcę wynosić będzie maksymalnie 1 miesiąc.

Wszystkie wymienione produkty projektu (etapów) wym. w harmonogramie podlegają odbiorowi przez Zamawiającego.

Wymagania ogólne

System musi być zbudowany i wdrożony zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (w szczególności ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawą o działalności leczniczej oraz ustawą o finansach publicznych), zgodnie ze strukturą organizacyjną i regulaminami Zamawiającego, rozporządzeniami oraz dobrymi praktykami.

Zamawiający wymaga, by dostarczone oprogramowanie było oprogramowaniem w wersji aktualnej na dzień jego instalacji (tzn. powinno być dostosowane do zmieniających się powszechnie obowiązujących przepisów prawa lub regulacji wewnętrznych Zamawiającego).

Dostarczany w ramach postępowania System nie może być przeznaczony do wycofania z produkcji, sprzedaży lub wsparcia technicznego.

System musi umożliwiać działanie w architekturze wysokiej dostępności (HA) min. w zakresie bazy danych. W odniesieniu do systemu HIS wymóg ten dotyczy również aplikacji.

System musi pracować w środowisku sieciowym i posiadać wielodostępność pozwalającą na równoczesne korzystanie z bazy danych przez wielu użytkowników.

System w zakresie oprogramowania użytkowanego przez personel szpitalny (z wyłączeniem ASI) musi być w całości spolonizowany, a więc posiadać polskie znaki i instrukcję obsługi po polsku dla użytkownika oraz administratora. Wyjątek stanowią elementy wysoko specjalistyczne obsługiwane przez ASI dla których wymogiem minimalnym jest posiadanie interfejsów w języku minimum angielskim.

System musi posiadać graficzny interfejs użytkownika gwarantujący wygodne wprowadzanie danych, przejrzystość prezentowania danych na ekranie oraz wygodny sposób wyszukiwania danych po dowolnych kryteriach (min. cechach opisujących wyszukiwany element, np. imię i nazwisko pacjenta, pesel pacjenta, numer lub datę faktury, numer dokumentu magazynowego, itp.).

System musi gwarantować integralność danych, bieżącą kontrolę poprawności wprowadzanych danych, spójność danych.

System musi posiadać mechanizmy umożliwiające weryfikację integralności danych tj. identyfikację użytkownika i ustalenie daty wprowadzenia i modyfikacji danych.

System musi posiadać mechanizmy ochrony danych przed niepożądanym dostępem, nadawania uprawnień dla użytkowników do korzystania z modułów jak również do korzystania z wybranych funkcji. W miarę możliwości elementy systemu muszą być integrowane z systemem domenowym na poziomie użytkownika.

System musi posiadać modyfikowalne słowniki wewnętrzne (w części programowej).

System musi działać w środowisku zintegrowanych baz danych posiadającym następujące cechy: relacyjność i transakcyjność, komunikacja z aplikacjami w standardzie SQL.

Dla dostarczonego oprogramowania należy dostarczyć: licencje, nośniki instalacyjne, instrukcje użytkownika i administratora (w formie elektronicznej).

System powinien być zintegrowany pod względem przepływu informacji - informacja raz wprowadzona do systemu jest wykorzystywana w pozostałych modułach programowych.

Wymagania szczegółowe

Zestawienie wymagań funkcjonalnych rozwiązania

W poniższych tabelach ujęte zostały funkcje systemów, które powinny być realizowane przez dostarczony ZSI.

Przedstawiony podział obszarów merytorycznych ma charakter umowny i dotyczy grupowania wymagań funkcjonalnych. Oferowany system musi posiadać wymienione funkcjonalności obligatoryjne, lecz niekoniecznie tworzące moduły odpowiadające tym grupom wymagań. Nie jest istotne w którym module jest realizowane dane wymaganie. Jednak co do zasady cały system musi spełniać podane wymagania obligatoryjne.

Wymagania formalne, techniczne i ogólne

L.p.	Zgodność z Aktami prawnymi
1.	Oferowane oprogramowanie jest zgodne z odnoszącymi się do Zamawiającego aktualnymi aktami prawnymi regulującymi organizację i działalność sektora usług medycznych i opieki zdrowotnej, w szczególności z:
2.	Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z zm.) i powiązanymi z nią aktami wykonawczymi.
3.	Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1938) i powiązanymi z nią aktami wykonawczymi.
4.	Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 922) i powiązanymi z nią aktami wykonawczymi.
5.	Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 1638 z zm.) i powiązanymi z nią aktami wykonawczymi.
6.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069)
7.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej
8.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666)

L.p.	Wymagania ogólne – techniczne
	Architektura i interfejs użytkownika
1.	System działa w architekturze trójwarstwowej
2.	System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów
3.	System pracuje w środowisku graficznym MS Windows na stanowiskach użytkowników (preferowane środowisko MS Windows 7/8/10)
4.	System komunikuje się z użytkownikiem w języku polskim. Jest wyposażony w system podpowiedzi (help). W przypadku oprogramowania narzędziowego i administracyjnego serwera bazy danych dopuszczalna jest częściowa komunikacja w języku angielskim
5.	System umożliwia pracę w innej wersji językowej. Jest to wersja anglojęzyczna systemu obejmująca nazwy okien i etykiety pól
6.	■ Podczas uruchamiania systemu, użytkownik musi mieć możliwość wybrania wersji językowej
7.	System powinien mieć możliwość ustawienia domyślnej wersji językowej
8.	Powinna istnieć możliwość przypisania domyślnej wersji językowej, tak aby system uruchamiał się we właściwym języku
9.	System posiada łatwy dostęp do informacji dotyczących zmian w aktualnej wersji

10.	System powinien umożliwić podgląd historii zmian elementów Danych ratunkowych pacjenta. Historia zmian powinna być dostępna co najmniej dla uczuleń/alergii, szczepień i stale przyjmowanych leków.
11.	System powinien umożliwiać zapamiętanie zdefiniowanych kryteriów wyszukiwania z dokładnością dla jednostki i użytkownika
12.	Interfejs użytkownika jest dostępny z poziomu przeglądarki internetowej za wyjątkiem oprogramowania narzędziowego. Musi być dostęp do aplikacji przez WWW, co najmniej, w zakresie obsługi izby przyjęć, oddziału i zleceń, rejestracji gabinetu lekarskiego pracowni diagnostycznej oraz apteki i apteczek oddziałowych, rozliczeń z NFZ wraz z gruperem JGP.
13.	System musi umożliwić pracę co najmniej z poziomu przeglądarek Mozilla Firefox, Google Chrome.
14.	System w części medycznej musi umożliwić pracę na tabletach medycznych w zakresie aplikacji mobilnej.
15.	System umożliwia zdefiniowanie skrótu umożliwiając bezpośrednie uruchomienie danego modułu z domyślną jednostką.
	System umożliwia utworzenie skrótu do aplikacji i danej jednostki organizacyjnej, który może być wykorzystany np. jako skrót na pulpicie lub w przeglądarce. Uruchomienie utworzonego skrótu powinno spowodować otwarcie danego modułu w kontekście danej jednostki
	Baza danych
16.	Wszystkie moduły systemu działają w oparciu o jeden motor bazy danych
17.	System, co najmniej, w zakresie aplikacji RCH, apteki centralnej, apteczki oddziałowej, leczenia otwartego i rozliczeń NFZ powinien pracować w oparciu o tę samą bazę danych, przez co należy rozumieć tę samą instancję bazy danych, te same tabele. Niedopuszczalne jest przekazywanie i dublowanie danych w zakresie w/w systemów.
18.	System zapewnia odporność struktur danych (baz danych) na uszkodzenia oraz pozwala na szybkie odtworzenie ich zawartości i właściwego stanu, jak również posiada łatwość wykonania ich kopii bieżących oraz łatwość odtwarzania z kopii. System jest wyposażony w zabezpieczenia przed nieautoryzowanym dostępem. Zabezpieczenia funkcjonują na poziomie klienta (aplikacja) i serwera (serwer baz danych).

Zakres 1 – Elektroniczna dokumentacja medyczna + dodatkowe moduły (Cześć I)

Opis stanu obecnego

Szpital jest placówką medyczną, dla której podmiotem tworzącym jest Śląski Urząd Marszałkowski w Katowicach. Skrócona nazwa Szpitala brzmi OSK. Siedzibą OSK jest miasto Katowice jednak obszar naszego działania obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Szpital może także świadczyć usługi medyczne na rzecz obywateli obcych państw na zasadach określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Podstawowym celem działania Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach s.p.z.o.o. jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego oraz leczenia ambulatoryjnego i POZ oraz promocja zdrowia. OSK realizuje także zadania dydaktyczne na potrzeby Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Oprogramowanie część Biała

Jednostka posiada licencje na oprogramowanie AMMS firmy Asseco Poland S.A.

1. AMMS - Ruch Chorych (Izba Przyjęć, Oddziały, Statystyka Medyczna, Zlecenia)
2. AMMS - Zakażenia Szpitalne
3. AMMS - Blok Operacyjny
4. AMMS - Apteka
5. AMMS - Apteczka Oddziałowa
6. AMMS - Rejestracja, Gabinety, Statystyka Medyczna, Zlecenia
7. AMMS - Pracownia
8. AMMS - Punkt Pobrań
9. Formularzowa Dokumentacja Medyczna - Edytor Formularzy
10. Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej
11. Medyczny Portal Informacyjny
12. LIS Marcel
13. Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (interfejsy do systemów zewnętrznych) - Aparat ABL 90 Flex (kasetowy analizator 17 parametrów z próbki krwi).
14. Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (interfejsy do systemów zewnętrznych) - PACS Pixel
15. Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (interfejsy do systemów zewnętrznych) - Helimed (HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa)
16. Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (interfejsy do systemów zewnętrznych) – LIS Marcel

Oprogramowanie część Szara

Jednostka posiada licencje na oprogramowanie Infomedica firmy Asseco Poland S.A.

1. Finanse-Księgowość
2. Rejestr Sprzedaży
3. Rejestr Zakupów
4. Koszty
5. Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń
6. Gospodarka Magazynowo Materiałowa
7. Środki Trwałe
8. Kadry
9. Place
10. Ewidencja Czasu Pracy (Grafik)

Uruchomione e-usługi

1. e-Recepta
2. e-Skierowanie - Obsługa e-skierowań, wystawianie i przyjęcie do realizacji
3. e-ZLA - wystawianie zwolnień lekarskich.

Założenia dla Medycznego Portalu Informacyjnego (MPI)

Zaplanowano następujące rozwiązania zgodnie z dokumentem pn. „*Standardy dostępności dla polityki spójności 2014-2020*”:

- Treści nietekstowe, takie jak zdjęcia, rysunki, schematy, wykresy, animacje, nagrania dźwiękowe, kontrolki formularzy i elementy interfejsu graficznego, posiadać będą tam gdzie to możliwe tekst alternatywny;
- Elementy strukturalne, takie jak akapity, nagłówki, listy, tabele, łącza, grupy kontrolek, oraz elementy semantyczne, takie jak wyróżnienia, cytaty, indeksy górne lub dolne, zostaną oznaczone odpowiednimi, przeznaczonymi do tego celu znacznikami HTML;
- Wszędzie tam, gdzie kolejność przedstawianych informacji ma wpływ na ich zrozumienie, zaprogramowana kolejność elementów będzie taka sama jak kolejność ich wyświetlania;
- Instrukcje przekazywane użytkownikowi nie będą opierać się wyłącznie na bodźcach wzrokowych lub słuchowych, takich jak kształt, rozmiar, wzrokowa lokalizacja, orientacja w przestrzeni lub dźwięk;

- Informacje przekazywane za pomocą koloru będą dodatkowo udostępnione także w inny sposób, na przykład w treści tekstowej, w tekście alternatywnym lub programistycznie;
- Współczynnik kontrastu między tekstem a tłem wynosić będzie przynajmniej 4,5:1, a dla dużego tekstu (czcionka co najmniej 18 punktów) - przynajmniej 3:1. Wymaganie to nie dotyczy tekstów dekoracyjnych, będących nieistotną częścią obrazu albo częścią logo lub nazwy własnej produktu (marki);
- Rozmiar tekstu będzie mógł zostać powiększony do 200% bez użycia technologii wspomagających oraz bez utraty treści lub funkcjonalności. Wymaganie nie dotyczy napisów rozszerzonych oraz tekstu w postaci grafiki;
- Do przekazywania informacji wykorzystywany będzie tekst, a nie z graficzna prezentacja tekstu lub z obrazu tekstu. Wymaganie nie dotyczy sytuacji, w których prezentacja tekstu w postaci graficznej jest istotna dla zrozumienia przekazywanej informacji (na przykład gdy tekst jest częścią wykresu lub diagramu). Wymaganie nie dotyczy również tekstu, który jest częścią logo lub nazwy własnej produktu;
- Cały serwis i wszystkie jego funkcje będą obsługiwane za pomocą klawiatury lub interfejsu klawiatury. Można więc użyć alternatywnej klawiatury. Jeśli jakąś funkcję można wykonać przy pomocy myszy lub jakiegoś innego urządzenia wskazującego, to należy zapewnić, by można ją było wykonać również za pomocą klawiatury;
- Jeżeli jakkolwiek funkcja musi być wykonana w określonym czasie (limit czasowy), to należy zapewnić jedną z poniższych opcji:
 - użytkownik wyłączy limit czasowy zanim czas upłynie,
 - użytkownik swobodnie dostosuje limit czasowy (co najmniej o wartość 10 razy większą od wartości domyślnej) zanim czas upłynie,
 - użytkownik jest ostrzegany przed upłynięciem limitu czasowego i ma co najmniej 20 sekund na wydłużenie limitu za pomocą prostej czynności (na przykład wciśnięcia klawisza spacji) oraz może wydłużyć limit co najmniej dziesięciokrotnie;
- Jeśli jakkolwiek informacja będzie automatycznie wprawiana w ruch, będzie przewijana lub zaczynie migotać, trwa dłużej niż 5 sekund i jest prezentowana równolegle z inną treścią, zapewniony zostanie mechanizm dostępny dla użytkownika, który pozwala ją przerwać, zatrzymać lub ukryć, chyba że ruch, przewijanie lub migotanie jest częścią aktywności, w której jest to niezbędne.
- Jeśli jakkolwiek automatycznie aktualizowana informacja, jest prezentowana równolegle z inną treścią, należy zapewnić mechanizm dostępny dla użytkownika, który pozwala ją przerwać, zatrzymać lub ukryć albo kontrolować częstotliwość aktualizacji, chyba że automatyczna aktualizacja jest częścią aktywności, w której jest to niezbędne;
- Jeśli informacje w aplikacji internetowej lub na stronie internetowej będą wyświetlane w określonej kolejności istotnej dla zrozumienia tych informacji, to zapewniony zostanie mechanizm, który pozwoli nawigować fokusem zgodnie z tą kolejnością wyświetlania;
- Każde łącze prowadzi do jakiegoś miejsca. Jeśli to możliwe, należy zapewnić łącze tekstowe, które jednoznacznie informuje, dokąd to łącze prowadzi, bez konieczności odgadywania jego celu z kontekstu:
 - Opis łącza będzie jednoznacznie wskazywać, gdzie nastąpi przekierowanie,
 - ostrzeżenie użytkownika o otwarciu strony w nowym oknie lub zakładce będzie obowiązkowe;
- Zapewniona zostanie widoczność fokusa klawiatury, by użytkownik posługujący się klawiaturą wiedział, jaki element aplikacji internetowej lub strony internetowej jest aktywny;
- Przeniesienie fokusa na dowolny element interfejsu użytkownika nie będzie zmieniało treści w innych częściach strony internetowej lub aplikacji internetowej;
- Zmiany wprowadzane przez użytkownika w elementach interfejsu użytkownika nie będą powodować zmian w innych częściach strony internetowej lub aplikacji internetowej. Zmiany takie mogą być niezrozumiałe przez użytkownika, chyba że zostanie on o nich wcześniej powiadomiony;
- Jeśli w danym serwisie internetowym występować będzie wiele stron lub w danej aplikacji internetowej występować będzie wiele ekranów, to należy zapewnić, by nawigacja po tych stronach i ekranach była konsekwentnie powtarzalna. Zmiany w sposobach nawigacji na różnych stronach tego samego serwisu będą powodować duże utrudnienia;

- Komponenty, które pełnią te same funkcje w danym serwisie internetowym i występują na wielu jego podstronach lub występują w aplikacjach internetowych, będą konsekwentnie i powtarzalnie nazywane i przedstawiane we wszystkich miejscach, w których występują;
- W przypadku formularza wypełnianego przez użytkownika każdy błąd wprowadzania danych, który zostanie wykryty automatycznie, będzie sygnalizowany. Wskazany zostanie błędny element (na przykład poprzez zaznaczenie go innym kolorem) i przedstawiony opis tego błędu w postaci tekstu;
- Elementy interfejsu użytkownika posiadać będą poprawne etykiety (na przykład pole tekstowe, przycisk, lista rozwijana) powiązane z odpowiadającymi im komponentami, w taki sposób aby technologie wspomagające mogły je jednoznacznie rozpoznać;
- Tam gdzie to możliwe wprowadzona zostanie walidacja formularzy; Użytkownik będzie miał możliwość sprawdzenia i korekty wprowadzonych danych;
- Komponenty interfejsu użytkownika (na przykład elementy formularzy, linki, komponenty wygenerowane przez skrypty) będą stworzone tak, by ich nazwa, rola, stan, właściwości oraz wartości były dostępne dla technologii wspomagających.
- Zostanie zapewniona dostępność wszystkich komponentów z jakich zbudowana jest aplikacja lub usługa.

Wymagany minimalny poziom dojrzałości e-usług

- e-Ankieta (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Dokumentacja (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Powiadomienia (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Potwierdzenia (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Rejestracja (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Rezerwacja wizyty (A2A)
- e-Załączniki (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Zgody (A2C) - Poziom dojrzałości: 4
- e-Udostępnianie wyników (A2A)
- Telekonsultacje lekarz-pacjent (A2C) - Poziom dojrzałości: 5
- e-Partner (A2A)

e-Usługi

Platforma e-usług musi zostać zaktualizowana do spełniania poniższych wymagań:

- Pełna mobilność – dostępność usługi musi być możliwa z poziomu stacji roboczych i urządzeń mobilnych, w tym tabletów, za pośrednictwem połączeń kablowych szerokopasmowych, bezprzewodowych komórkowych czy WIFI.
- Przyjazny interfejs – możliwość dostosowania interfejsu do wymagań użytkownika tj. wersja kontrastowa, zwiększanie czcionki – ułatwienia dla osób niedowidzących oraz definiowania własnych stylów CSS co pozwoli na modyfikacje interfejsu zorientowanego na użytkownika (UX).
- Wielojęzyczność – możliwość przełączenia z języka polskiego na język angielski z możliwością dalszej rozbudowy w razie potrzeby o kolejne wersje językowe.
- Ciągłość działania – przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku, dostępność do realizowanych e-usług.
- Wymiana informacji – dzięki EDM (wspierającym profile IHE), integralności z platformami krajowymi, gotowości do wymiany informacji z platformami regionalnymi dzięki otwartym standardom wymiany danych (HL7).
- Współpraca podmiotów Ochrony Zdrowia – dzięki EDM (wspierającym profile IHE), posiadanej platformie obsługi kontrahentów oraz telekonsultacjom.

Medyczny Portal Informacyjny (MPI)

Wymagane dostarczenie e-Usług spełniających poniższe wymogi:

LP	Opis wymagania
1.	System musi posiadać budowę modułową - architektura oparta o mikrousługi.
2.	System musi umożliwiać skalowanie horyzontalne wybranych modułów (w zależności od obciążenia).
3.	System musi udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający jego integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu.
4.	Architektura systemu powinna umożliwiać wdrożenie w wariantcie wysokiej dostępności (ang. high availability) poprzez równoczesne działanie 'zapasowej' instancji.
5.	System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. System może być używany w przeglądarkach smartfonów, tabletów i komputerów osobistych.
6.	Musi istnieć możliwość użytkowania systemu na najnowszych wersjach popularnych przeglądarek internetowych (Google Chrome, Firefox, Microsoft Edge), bez konieczności instalacji dodatkowych elementów środowiska uruchomieniowego.
7.	Interfejs użytkownika musi być zgodny z WCAG 2.0 (ang. Web Content Accessibility Guidelines).
8.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
9.	System musi zapisywać logi z działania, w postaci umożliwiającej dalsze ich przetwarzanie w dedykowanych narzędziach (np. Logstash).
10.	System zapewnia przesyłanie danych z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji - umożliwia szyfrowanie transmisji danych co najmniej pomiędzy komputerem pacjenta (klienta), a pierwszym komponentem systemu, na którym są one przetwarzane.

11.	System musi posiadać dedykowany moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym, jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom).
12.	System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.
13.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
14.	System musi posiadać budowę modułową - architektura oparta o mikrousługi.
15.	System musi umożliwiać skalowanie horyzontalne wybranych modułów (w zależności od obciążenia).
16.	System musi udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający jego integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu.
17.	Architektura systemu powinna umożliwiać wdrożenie w wariantcie wysokiej dostępności (ang. high availability) poprzez równoczesne działanie 'zapasowej' instancji.
18.	System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. System może być używany w przeglądarkach smartfonów, tabletów i komputerów osobistych.
19.	Musi istnieć możliwość użytkowania systemu na najnowszych wersjach popularnych przeglądarek internetowych (Google Chrome, Firefox, Microsoft Edge), bez konieczności instalacji dodatkowych elementów środowiska uruchomieniowego.
20.	Interfejs użytkownika musi być zgodny z WCAG 2.0 (ang. Web Content Accessibility Guidelines).
21.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
22.	System musi zapisywać logi z działania, w postaci umożliwiającej dalsze ich przetwarzanie w dedykowanych narzędziach (np. Logstash).
23.	System zapewnia przesyłanie danych z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji - umożliwia szyfrowanie transmisji danych co najmniej pomiędzy komputerem pacjenta (klienta), a pierwszym komponentem systemu, na którym są one przetwarzane.
24.	System musi posiadać dedykowany moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym, jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom).
25.	System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.
26.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
27.	System musi posiadać budowę modułową - architektura oparta o mikrousługi.
28.	System musi umożliwiać skalowanie horyzontalne wybranych modułów (w zależności od obciążenia).
29.	System musi udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający jego integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu.
30.	Architektura systemu powinna umożliwiać wdrożenie w wariantcie wysokiej dostępności (ang. high availability) poprzez równoczesne działanie 'zapasowej' instancji.
31.	System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. System może być używany w przeglądarkach smartfonów, tabletów i komputerów osobistych.
32.	Musi istnieć możliwość użytkowania systemu na najnowszych wersjach popularnych przeglądarek internetowych (Google Chrome, Firefox, Microsoft Edge), bez konieczności instalacji dodatkowych elementów środowiska uruchomieniowego.
33.	Interfejs użytkownika musi być zgodny z WCAG 2.0 (ang. Web Content Accessibility Guidelines).
34.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
35.	System musi zapisywać logi z działania, w postaci umożliwiającej dalsze ich przetwarzanie w dedykowanych narzędziach (np. Logstash).
36.	System zapewnia przesyłanie danych z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji - umożliwia szyfrowanie transmisji danych co najmniej pomiędzy komputerem pacjenta (klienta), a pierwszym komponentem systemu, na którym są one przetwarzane.

37.	System musi posiadać dedykowany moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym, jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom).
38.	System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.
39.	System musi udostępniać interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.

e-Ankieta

LP	Opis wymagania
40.	System musi umożliwiać przeprowadzenie badań satysfakcji pacjentów poprzez udostępnienie ankiet związanych z udzielonymi świadczeniami medycznymi.
41.	System musi umożliwiać pacjentom wypełnienie zdefiniowanej ankiety dotyczącej udzielonego świadczenia medycznego.
42.	System musi umożliwiać udostępnienie różnych ankiet dla określonych usług medycznych.
43.	System musi przysyłać pacjentom wiadomości z prośbą o wypełnienie ankiety z wykorzystaniem wybranego kanału komunikacyjnego (SMS, e-mail, wiadomość portalowa). System umożliwia uruchomienie ankiety do wypełnienia poprzez kliknięcie odnośnika przesłanego w wiadomości e-mail.
44.	System umożliwia interpretację wyników wprowadzonych przez pacjentów ankiet przez personel medyczny szpitala.
45.	System musi umożliwiać udostępnianie kwestionariuszy w ramach programów profilaktycznych dla pacjenta oraz sygnalizować o tym fakcie podczas przeglądu danych.
46.	System musi wspierać prowadzenie profilaktycznych programów zdrowotnych poprzez:
47.	- możliwość zdefiniowania kwestionariusza zawierającego informacje służące do kwalifikacji pacjenta do programu,
48.	- udostępnianie kwestionariusza kwalifikacyjnego wskazanej docelowej grupie pacjentów,
49.	- informowanie pacjentów o możliwości wypełnienia wskazanej ankiety powiązanej z programem profilaktycznym,
50.	- umożliwienie pacjentowi wypełnienia i przesłania ankiety do personelu kwalifikującego do programu profilaktycznego,
51.	- automatyczną integrację z systemem HIS w zakresie wysyłania informacji udzielonych przez pacjentów w wypełnionych ankietach z możliwością ich dalszej analizy,
52.	- umożliwienie przeglądu i kwalifikacji ankiet programów profilaktycznych zaewidencjonowanych przez pacjentów w systemie MPI przez personel szpitala,
53.	- powiadamianie pacjentów za pomocą wiadomości email/sms/portaowej o pozytywnym lub negatywnym wyniku wykonanej kwalifikacji do programu profilaktycznego.
54.	System musi umożliwiać przeprowadzenie badań satysfakcji pacjentów poprzez udostępnienie ankiet związanych z udzielonymi świadczeniami medycznymi.
55.	System musi umożliwiać pacjentom wypełnienie zdefiniowanej ankiety dotyczącej udzielonego świadczenia medycznego.
56.	System musi umożliwiać udostępnienie różnych ankiet dla określonych usług medycznych.

e-Dokumentacja

LP	Opis wymagania
57.	System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.
58.	System musi umożliwiać pobranie elektronicznych dokumentów medycznych pacjenta, zarejestrowanych w Repozytorium EDM.
59.	System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów wybranych typów.
60.	System musi umożliwiać ograniczenie udostępnianych dokumentów do dokumentów podpisanych bezpiecznym podpisem cyfrowym.
61.	System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie pobierania informacji o udzielonych świadczeniach medycznych (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium danych medycznych).
62.	System integruje się on-line z Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (Repozytorium EDM w

	systemie HIS) w zakresie pobierania informacji o dostępnej elektronicznej dokumentacji medycznej (system nie tworzy własnego, oddzielnego repozytorium meta danych dokumentów i dokumentów w postaci elektronicznej).
63.	System musi umożliwiać udostępnianie danych medycznych (w tym dokumentacji medycznej) tylko dla autoryzowanych użytkowników. Użytkownik autoryzowany to osoba, której tożsamość została potwierdzona przez pracownika szpitala.
64.	System musi umożliwiać pobranie elektronicznych dokumentów medycznych pacjenta, zarejestrowanych w Repozytorium EDM.

e-Powiadomienia i e-Potwierdzenia

LP	Opis wymagania
65.	System powinien umożliwiać wysyłanie indywidualnych i grupowych SMS do pacjentów
66.	System musi umożliwiać powiadamianie kontrahenta (poprzez wiadomości e-mail lub SMS) o wykonaniu zleconych badań na podstawie zaplanowanego przez kontrahenta terminu poprzez moduł e-Kontrahent.
67.	System musi umożliwić wysyłanie wiadomości e-mail/sms dla zdefiniowanych zdarzeń np. przyjęcia na oddział, zakończenia opieki, zlecenia i wykonania badania. W ramach realizacji zleceń oraz zaplanowania terminu, system musi umożliwiać wysyłanie wiadomości tylko do terminów komercyjnych.
68.	System umożliwia definiowanie preferowanego kanału komunikacji (sms, e-mail) dla opiekuna.
69.	System musi umożliwiać ręczne wysyłanie wiadomości sms lub e-mail do grupy pacjentów. Wysyłanie może nastąpić poprzez sms, e-mail lub według preferowanego kanału dla pacjenta.
70.	System musi umożliwiać grupowe wysyłanie wiadomości sms lub e-mail do personelu. Musi istnieć możliwość przeglądania wiadomości wysłanych do personelu.
71.	System umożliwia definiowanie dla każdego pacjenta preferowanego kanału komunikacji (portal, sms, e-mail).
72.	System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.
73.	System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.
74.	System musi umożliwiać potwierdzanie i odrzucanie przez pacjenta terminu wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny: - link potwierdzający lub anulujący przesłany na e-mail lub na konto pacjenta w Medycznym Portalu Informacyjnym - sms (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne)
75.	- możliwości wysyłania do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS
76.	System musi umożliwiać wysłanie do pacjenta lub jego opiekuna, powiadomienia o zbliżającej się, umówionej telekonsultacji za pomocą wiadomości SMS i/lub email.
77.	System musi umożliwić powiadamianie użytkownika o przebiegu zbiorczej weryfikacji uprawnień eWUŚ z użyciem kanałów SMS i e-mail.
78.	Definiowanie parametrów rezerwacji dla poszczególnych klas pacjentów: maksymalnej liczby rezerwacji terminów udzielenia usługi dostępnych dla pacjentów określonej klasy; maksymalny okres rezerwacji terminów udzielenia usług; tryb potwierdzenia rezerwacji (bez potwierdzenia/potwierdzenie e-mail/potwierdzenie SMS).
79.	Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o anulowaniu rezerwacji w jednostce ochrony zdrowia (brak powiadomień, powiadomienie SMS, powiadomienie e-mail).
80.	Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o zmianie planowanego terminu udzielenia usługi w jednostce ochrony zdrowia (brak powiadomień, powiadomienie SMS, powiadomienie e-mail).
81.	Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o potwierdzeniu planowanego terminu udzielenia usług w zintegrowanym systemie HIS (brak powiadomień, powiadomienie SMS, powiadomienie e-mail).
82.	Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o potwierdzeniu planowanego terminu udzielenia usług w zintegrowanym systemie HIS (brak powiadomień, powiadomienie SMS, powiadomienie e-mail).
83.	Możliwość określenia sposobu powiadamiania pacjentów określonej klasy o zbliżającym się terminie udzielenia usługi (brak powiadomień, powiadomienie SMS, powiadomienie e-mail), możliwość określenia interwału czasu przed planowanym terminem udzielenia usługi, kiedy zostanie wysłane powiadomienie; możliwość definiowania wielu powiadomień o zbliżającym się terminie udzielenia usługi dla danej rezerwacji.
84.	Możliwość wysyłania wiadomości SMS do pacjentów – użytkowników portalu.

85.	Potwierdzenie rejestracji pacjenta poprzez wprowadzenie kodu udostępnionego przez SMS.
86.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego przedziału czasu.
87.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na Portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt.
88.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez pracowników jednostki ochrony zdrowia.
89.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o zmianie terminu realizacji usługi dokonanej przez pracowników jednostki ochrony zdrowia.
90.	Wysyłanie wiadomości SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta o konieczności potwierdzenia rezerwacji terminu wizyty
91.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego przedziału czasu.
92.	System musi umożliwiać samodzielne utworzenie konta w Medycznym Portalu Informacyjnym. Powinna istnieć możliwość aktywacji założonego konta za pomocą kanałów komunikacyjnych e-mail oraz SMS.
93.	- system umożliwia rejestrację konta użytkownika poprzez podanie jego imienia, drugiego imienia, nazwiska, danych kontaktowych (w zależności od przyjętego kanału komunikacji e-mail lub SMS), nazwy użytkownika i hasła,
94.	-- SMS, poprzez przesłanie na podany nr telefonu wiadomości zawierającej kod potwierdzenia autentyczności podanego numeru; system udostępnia funkcję umożliwiającą wprowadzenie nr telefonu oraz przesłanego kodu.
95.	W przypadku konieczności ustawienia nowego hasła (np. jeżeli użytkownik nie pamięta dotychczasowego) system musi umożliwiać ustawienie hasła z wykorzystaniem każdego z kanałów komunikacyjnych, tzn. e-mail i SMS.
96.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na Portalu pacjenta przypomnień o zbliżających się terminach wizyt.
97.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o anulowaniu rezerwacji przez pracowników jednostki ochrony zdrowia.
98.	Możliwość wysyłania przez SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta powiadomień o zmianie terminu realizacji usługi dokonanej przez pracowników jednostki ochrony zdrowia.
99.	Wysyłanie wiadomości SMS, e-mail lub wiadomości na portalu pacjenta o konieczności potwierdzenia rezerwacji terminu wizyty.
100.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.
101.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.
102.	System umożliwia pacjentowi potwierdzenie lub rezygnację z terminu zaplanowanej wizyty poprzez wybrany kanał komunikacyjny: - za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na adres e-mail użytkownika, - za pomocą linku potwierdzającego lub anulującego przesłanego na konto użytkownika w Medycznym Portalu Informacyjnym, - za pomocą wiadomości SMS (wymagana bramka obsługująca komunikaty zwrotne).
103.	System musi przysyłać pacjentom wiadomości z prośbą o wypełnienie ankiety z wykorzystaniem wybranego kanału komunikacyjnego (SMS, e-mail, wiadomość portalowa). System umożliwia uruchomienie ankiety do wypełnienia poprzez kliknięcie odnośnika przesłanego w wiadomości e-mail.
104.	- powiadamianie pacjentów za pomocą wiadomości email/sms/portalowej o pozytywnym lub negatywnym wyniku wykonanej kwalifikacji do programu profilaktycznego.
105.	Usługa musi umożliwić wysłanie do pacjenta potwierdzenia zmiany terminu wizyty na adres email i/lub SMS.
106.	Usługa informuje pacjenta o dostępnych receptach z wykorzystaniem kanałów: SMS, email lub wiadomość na portalu pacjenta.
107.	Możliwość wysyłania wiadomości SMS do pacjentów – użytkowników portalu.
108.	System umożliwia zdefiniowanie treści oraz parametrów powiadomień, wysyłanych w danym czasie do określonej grupy pacjentów za pośrednictwem sms, email.
109.	System umożliwia grupowe informowanie pacjentów, wskazanych na liście zaplanowanych wizyt, o okolicznościach związanych z terminem wizyty (np. odwołanie, przesunięcie, potrzeba szczególnego przygotowania się lub uprzedniego wykonania określonych czynności) za pomocą konfigurowalnej

	wiadomości tekstowej (e-mail lub SMS).
110.	Kanał komunikacji e-mail, sms – do wyboru przez operatora definiującego parametry powiadomienia.
111.	System umożliwia zapisanie w systemie zgody oraz kanałów komunikacji (sms, email) dla opiekuna.

e-Rejestracja i e-Rezerwacja wizyty

LP	Opis wymagania
112.	System musi umożliwiać samodzielne utworzenie konta w Medycznym Portalu Informacyjnym. Powinna istnieć możliwość aktywacji założonego konta za pomocą kanałów komunikacyjnych e-mail oraz SMS.
113.	Rejestracja do portalu udostępniana jest pacjentom w postaci odnośnika na stronie internetowej Jednostki Ochrony Zdrowia. Po samodzielnym utworzeniu konta użytkownik posiada dostęp do portalu z określonym poziomem uprawnień.
114.	Rejestracja konta użytkownika, który jest lub potencjalnie będzie pacjentem jednostki:
115.	- system musi umożliwiać rejestrację podstawowych danych pacjenta tj.:
116.	-- imię, drugie imię, nazwisko,
117.	-- dane identyfikacyjne pacjenta: nr PESEL albo numer ewidencyjny lub numer dokumentu tożsamości nadane we wskazanym kraju (w przypadku rejestracji obcokrajowców),
118.	- system musi umożliwiać rejestrację adresu e-mail użytkownika portalu, o ile weryfikowany jest taki kanał komunikacyjny,
119.	- system podczas rejestracji użytkownika musi wymuszać akceptację regulaminu portalu oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o Ochronie Danych Osobowych.
120.	- system umożliwia utworzenie konta dla którego:
121.	= [Zeszyt1] Arkusz1!\$B\$4-- w zależności od ustawień systemu możliwe jest: logowanie przy pomocy podanego adresu e-mail lub wygenerowanej przez system łatwej do zapamiętania unikalnej nazwy użytkownika (np. pierwsza litera imienia + nazwisko + opcjonalnie nr kolejny użytkownika) lub wprowadzonej przez rejestrującego własnej nazwy użytkownika z kontrolą jej unikalności,
122.	-- system umożliwia podanie i powtórzenie hasła do konta oraz weryfikuje poprawność podanego hasła z zadaną polityką.
123.	- przy tworzeniu konta system wykorzystuje zabezpieczenie captcha
124.	Rejestracja konta użytkownika reprezentującego swojego podopiecznego:
125.	- system umożliwia rejestrację konta użytkownika poprzez podanie jego imienia, drugiego imienia, nazwiska, danych kontaktowych (w zależności od przyjętego kanału komunikacji e-mail lub SMS), nazwy użytkownika i hasła,
126.	- system umożliwia rejestrację danych podopiecznego użytkownika analogicznie do danych pacjenta.
127.	System umożliwia weryfikację podanego w czasie rejestracji konta kanału komunikacyjnego:
128.	-- e-mail, poprzez przesłanie na podany adres wiadomości zawierającej odnośnik z wygenerowanym kodem potwierdzenia autentyczności adresu e-mail,
129.	System blokuje możliwość zalogowania się użytkownika, który nie potwierdził żadnego kanału komunikacyjnego.
130.	System przypisuje zarejestrowanemu użytkownikowi predefiniowane uprawnienia do dostępnych funkcji, po potwierdzeniu kanału komunikacyjnego.
131.	Możliwość ustawienia nowego hasła dla konta, dla którego wykonano poprawną weryfikację adresu e-mail lub numeru telefonu polegającą na wprowadzeniu przesłanego kodu potwierdzenia.
132.	Możliwość samodzielnej autoryzacji (określenie danych dostępowych – login/hasło) użytkownika – pacjenta po poprawnym potwierdzeniu rejestracji; możliwość wyłączenia trybu samodzielnej autoryzacji pacjentów.
133.	System udostępnia funkcję logowania do portalu, w ramach której, w zależności od przyjętej polityki bezpieczeństwa, mogą być weryfikowane następujące parametry:
134.	-- wymuszenie zmiany hasła po upływie określonego czasu od jego ostatniej zmiany,
135.	-- wymuszenie zmiany hasła użytkowników, którzy pierwszy raz logują się do systemu,
136.	-- czasowe zablokowanie konta użytkownika po przekroczeniu określonej liczby nieudanych logowań.
137.	W przypadku konieczności ustawienia nowego hasła (np. jeżeli użytkownik nie pamięta dotychczasowego) system musi umożliwiać ustawienie hasła z wykorzystaniem każdego z kanałów komunikacyjnych, tzn. e-mail i SMS.
138.	System musi umożliwiać zmianę hasła użytkownika.
139.	System podczas zmiany hasła musi weryfikować jego poprawność względem przyjętej polityki, w ramach której możliwe jest określenie: minimalnej długości hasła, minimalnej liczby wielkich liter, cyfr, znaków

	specjalnych, liczby niepowtarzających się kolejnych haseł użytkownika.
140.	Aktualizacja profilu pacjenta/użytkownika Portalu; możliwość aktualizacji danych kontaktowych: adresu e-mail, numeru telefonu, adresu zamieszkania.
141.	System musi umożliwiać z poziomu systemu HIS:
142.	- założenie konta użytkownika MPI,
143.	- rejestrację pacjentów związanych z kontem MPI (właściciel konta lub jego podopieczni),
144.	- autoryzację konta użytkownika (potwierdzenie faktu sprawdzenia tożsamości użytkownika MPI) oraz jego uprawnień do reprezentowania podopiecznych,
145.	- resetowanie hasła do konta użytkownika MPI z jednoczesnym wygenerowaniem tymczasowego hasła zgodnego z obowiązującą polityką haseł.
146.	System powinien umożliwiać konfigurację, w której po zalogowaniu się pacjenta udostępniana jest ankieta samooceny dotycząca zarażenia wirusem SARS-CoV-2. System na podstawie udzielonych przez pacjenta odpowiedzi na pytania związane z objawami choroby powinien wyświetlać zalecenia dla pacjenta. System powinien umożliwiać pacjentowi przegląd listy wypełnionych ankiet samooceny oraz wyszukiwanie na liście ankiet według dat ich wykonania.
147.	System musi umożliwiać pacjentom rezerwację terminów wizyt w jednostce ochrony zdrowia oraz anulowanie wcześniej dokonanych rezerwacji.
148.	Rezerwacja terminu udzielenia usługi – wskazanie daty i czasu planowanej realizacji wizyty, miejsca realizacji (element struktury organizacyjnej) i personelu realizującego (opcjonalnie; w zależności od statusu wyboru personelu zdefiniowanego dla usługi).
149.	System umożliwia pacjentom wyszukiwanie usługi medycznej związanej z planowaną wizytą; wyszukiwanie usługi może odbywać się z wykorzystaniem następujących kryteriów:
150.	-- nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi),
151.	-- nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa,
152.	-- imienia, nazwiska, tytułu naukowego i specjalności lekarza udzielającego oczekiwanej usługi.
153.	System musi umożliwiać wyszukiwanie usług według ich kodów lub nazw części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
154.	System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.
155.	System umożliwia wybór personelu/lekarza udzielającego usługi medycznej, jeżeli jest dostępny dla danej usługi.
156.	System umożliwia przegląd dostępnych dla rezerwacji internetowej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu. Po wybraniu terminu system blokuje możliwość wyboru tego terminu przez innych użytkowników zarówno systemu MPI jak i systemu szpitalnego.
157.	Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług.
158.	System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanej wizyty, tj.:
159.	-- wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi,
160.	-- danych adresowych miejsca udzielenia usługi,
161.	-- danych wybranego personelu/lekarza udzielającego usługi.
162.	System umożliwia lub wymusza (w zależności od konfiguracji dla danej usługi) rejestrację danych skierowania, w przypadku rezerwacji terminu dotyczącego świadczeń wymagających skierowania.
163.	System musi umożliwiać ewidencję trybu pilności w danych skierowania pacjenta.
164.	Wydruk potwierdzenia rezerwacji wizyty zawierający informacje o usłudze, miejscu realizacji, lekarzu oraz planowanej dacie udzielenia usługi.
165.	Możliwość rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych; możliwość zmiany terminu wizyt dla podopiecznych; możliwość anulowania rezerwacji terminu wizyty dla podopiecznych.
166.	System umożliwia dodawanie i usuwanie skanów skierowania dla rezerwacji terminu.
167.	System umożliwia dodatkowe potwierdzenie autentyczności użytkownika rezerwującego termin wizyty poprzez przesłanie na podany nr telefonu kodu potwierdzającego oraz wymuszenie wprowadzenia tego kodu w kontekście rezerwacji wizyty.
168.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów wizyt, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.
169.	System automatycznie usuwa rezerwacje terminów badań, które nie zostały potwierdzone kodem przesłanym przez SMS po upływie zdefiniowanego czasu trwania sesji użytkownika.
170.	Przegląd rejestru rezerwacji wizyt pacjenta z wyróżnieniem stanu usługi (planowana, zrealizowana, anulowana).

171.	System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta.
172.	Podczas planowania terminu danej usługi system powinien weryfikować istnienie aktywnej deklaracji danego typu dla danego pacjenta
173.	System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty tj.:
174.	- informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi,
175.	- danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi,
176.	- informacji o personelu udzielającym usługi (o ile jest wybrany na etapie rezerwacji terminu wizyty),
177.	- planowanego terminu wizyty.
178.	System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty.
179.	System integruje się on-line z systemem HIS w zakresie:
180.	-- pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń,
181.	-- rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów,
182.	-- anulowania terminów zaplanowanych wizyt,
183.	-- pobierania informacji o planowanych terminach wizyt.
184.	eWizyta Receptowa
185.	Usługa musi zostać udostępniona na stronie WWW Zamawiającego i być dostępna zarówno w sieci Internet jak i wewnętrznej każdej placówki Zamawiającego.
186.	Usługa musi być dostępna dla każdego pacjenta posiadającego konto użytkownika w Medycznym Portalu Informacyjnym i uprawnionego do korzystania z usługi.
187.	Dostępność usługi e-Wizyta Receptowa musi być możliwa z poziomu stacji roboczych.
188.	Usługa musi być możliwa do uruchomienia dla pacjentów na kiosku internetowym w placówce Zamawiającego.
189.	Usługa po dokonaniu wyboru usługi "wizyta receptowa" wymaga uzupełnienia w formularzu listy leków, na które powinny zostać wystawione recepty.
190.	Usługa musi umożliwiać wymuszenie podania uzasadnienia wystawienia recepty.
191.	Recepty wystawiane są w systemie HIS.
192.	Usługa umożliwia wystawienie recepty papierowej do odbioru we wskazanym miejscu.
193.	Pacjent musi mieć możliwość wglądu do listy swoich zarezerwowanych terminów zarówno tych zarezerwowanych online jak również zaplanowanych w systemie HIS – umówionych poprzez personel rejestracji placówki.
194.	Pacjent musi mieć możliwość zmiany online terminu zaplanowanej wcześniej usługi poprzez wskazanie nowego terminu spośród dostępnych, a informacja o dokonanej zmianie terminu przez Pacjenta musi być dostępna w systemie HIS.
195.	Usługa musi umożliwić wysłanie do pacjenta potwierdzenia zmiany terminu wizyty na adres email i/lub SMS.
196.	Usługa musi umożliwiać pacjentowi dokonanie odwołania zaplanowanej usługi, a informacja o odwołaniu musi być dostępna w systemie HIS.
197.	Usługa udostępnia pacjentowi dane wystawionych recept.
198.	Usługa informuje pacjenta o dostępnych receptach z wykorzystaniem kanałów: SMS, email lub wiadomość na portalu pacjenta.
199.	Usługa musi zapewniać, dla uprawnionego personelu Zamawiającego, możliwość definiowania i aktualizacji grafików dostępności świadczonych usług medycznych.
200.	Usługa musi zapewniać, dla uprawnionego personelu Zamawiającego, możliwość ograniczenia rejestracji online do wybranych godzin oraz ograniczenia liczby jednocześnie wprowadzanych przez pacjenta rezerwacji wizyt receptowych w trybie rejestracji online (rejestracji w przód).
201.	System musi prowadzić dziennik logowań użytkowników do usługi e-Rejestracji.
202.	System musi umożliwić bieżące śledzenie terminów rezerwowanych wizyt receptowych przez uprawnionego pracownika Zamawiającego.

e-Załączniki

LP	Opis wymagania
203.	System musi umożliwiać pacjentom zarejestrowanie załącznika w kontekście planowanej wizyty.
204.	System musi umożliwiać rejestrację załącznika dodanego przez pacjenta podczas rezerwacji terminu wizyty jako dokument w Repozytorium EDM systemu HIS.

205.	System musi umożliwiać konfigurację, w której użytkownik podczas zakładania konta pacjenta, konta podopiecznego oraz konta dziecka może dodawać jako załączniki posiadane własne dokumenty np. potwierdzające tożsamość.
206.	W zależności od konfiguracji system umożliwia użytkownikowi udostępnianie posiadanych dokumentów (np. potwierdzających tożsamość) personelowi podmiotu leczniczego. Użytkownik może w dowolnym momencie rejestrować załączniki w kontekście danych pacjenta, podopiecznych oraz dzieci. System umożliwia usuwanie udostępnionych załączników.
207.	System musi umożliwiać upoważnionemu personelowi podmiotu leczniczego pobieranie dokumentów załączonych do konta pacjenta oraz kont podopiecznych i dzieci (np. dokumenty potwierdzające tożsamość).

e-Zgody

LP	Opis wymagania
208.	System musi umożliwić wypełnienie elektronicznego formularza zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz wyznaczenia osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
209.	System musi umożliwiać wypełnienie formularza oświadczenia przez pacjenta przed wizytą, podpisanie go profilem zaufanym e-PUAP i złożenie drogą elektroniczną za pośrednictwem e-portalu.
210.	System musi umożliwić pacjentom nie posiadającym profilu zaufanego lub nie wyrażającym zgody na tę formę komunikacji wydruk wypełnionego formularza oświadczenia, w celu dostarczenia oryginału dokumentu w wersji papierowej w wybrany przez siebie sposób.
211.	E-usługa integruje się z systemem HIS w zakresie zapisania w systemie HIS upoważnień/zgód utworzonych przez pacjenta w module MPI.
212.	System musi umożliwić wycofanie udzielonej zgody na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta oraz odwołanie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta poprzez wypełnienie elektronicznego formularza.

e-Udostępnianie wyników

LP	Opis wymagania
213.	Udostępnienie wyników badań i dokumentacji medycznej pacjentów.
214.	a. system musi umożliwić pobranie przez kontrahentów dokumentów medycznych udostępnionych przez pacjentów w module e-Pacjent Medycznego Portalu Informacyjnego,
215.	b. system musi udostępniać dokumenty medyczne opisujące realizację usług medycznych zleconych przez danego kontrahenta,
216.	c. system integruje się z Repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie wyszukiwania i pobierania udostępnianych elektronicznych dokumentów medycznych,
217.	d. system prezentuje zarejestrowane w HIS wyniki badań zleconych przez danego kontrahenta.

Telekonsultacje Lekarz-Pacjent

LP	Opis wymagania
218.	System musi umożliwiać skalowanie horyzontalne wybranych modułów systemu (w zależności od obciążenia).
219.	System musi udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu.
220.	Architektura systemu musi pozwalać na wdrożenie w wariantcie wysokiej dostępności (ang. high availability), poprzez równoczesne działanie jego 'zapasowej' instancji.
221.	System powinien zostać zaprojektowany w taki sposób, aby z części jego funkcjonalności mogły korzystać inne systemy np. z poziomu Portalu Pacjenta.
222.	Wymagana jest niezależność systemowa stacji roboczych, na których uruchamiane są aplikacje klienckie.
223.	Interfejs użytkownika musi być zgodny z WCAG 2.0 (ang. Web Content Accessibility Guidelines).
224.	System udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. System może być używany w przeglądarkach smartfonów, tabletów i

	komputerów osobistych.
225.	System udostępnia interfejs użytkownika w języku polskim i angielskim wraz z możliwością prezentacji nazw słownikowych w obydwu językach.
226.	System musi zapewniać przesyłanie danych w sieci rozległej (pomiędzy uczestnikami telekonsultacji) z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji.
227.	System musi zapewniać niezaprzeczalność informacji przesyłanych pomiędzy uczestnikami telekonsultacji.
228.	System musi posiadać moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym, jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom).
229.	System musi umożliwić rejestrację instytucji – podmiotu leczniczego, będącego stroną w procesach telekonsultacji, w zakresie:
230.	- wskazanie personelu (lekarzy) – uczestników procesów telekonsultacji posiadających odpowiednie uprawnienia,
231.	- rejestracja danych dostępowych do użytkowanych w danej instytucji systemów informatycznych zintegrowanych z platformą telekonsultacji.
232.	System musi umożliwić rejestrację danych personelu – uczestników procesów telekonsultacji, w zakresie:
233.	- rejestracja danych osobowych i kontaktowych personelu,
234.	- utworzenie użytkowników dla zarejestrowanego personelu oraz określenie uprawnień dla utworzonych użytkowników.
235.	System musi umożliwić konfigurację jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego i lekarzy obsługujących telekonsultacje.
236.	System umożliwia taką konfigurację parametrów rezerwacji usługi telekonsultacji, która pozwala pacjentowi na dołączenie do rezerwowanej zdalnej konsultacji dokumentu z wynikami wykonywanych przez niego pomiarów.
237.	System zapewnia logowanie pacjentów z uwzględnieniem logowania SSO z Portalem Pacjenta.
238.	System umożliwia autoryzację i uwierzytelnienie użytkowników.
239.	System umożliwia przeprowadzenie zdalnej konsultacji pomiędzy lekarzem a pacjentem z wykorzystaniem jednego z wybranych kanałów komunikacyjnych:
240.	- Audio,
241.	- Video,
242.	- Czat.
243.	System umożliwia planowanie telekonsultacji, w zakresie:
244.	- wskazanie jednostki i lekarza,
245.	- możliwość wybrania terminu w terminarzu udostępnianym przez e-usługę e-Rejestracja.
246.	Podczas rezerwowania terminu wizyty system umożliwia pacjentowi wprowadzenie opisu przypadku medycznego.
247.	Dla zaplanowanej telekonsultacji pacjent ma możliwość:
248.	- dodania załączników,
249.	- podglądu załączników,
250.	- określenia potrzeby dołączenia do telekonsultacji raportu z wyników własnych pomiarów oraz ustawienia daty, od której raport z pomiarami ma być generowany.
251.	Istnieje możliwość zmiany terminu wizyty przez pacjenta lub lekarza.
252.	Pacjent ma możliwość rezygnacji z zaplanowanej konsultacji.
253.	Lekarz może odwołać telekonsultację z podaniem powodu odwołania lub bez podawania powodu w zależności od konfiguracji.
254.	Możliwość odrzucenia przez lekarza połączenia zainicjowanego przez pacjenta, z podaniem powodu odrzucenia.
255.	Istnieje możliwość zaplanowania przez lekarza kolejnej telekonsultacji dla pacjenta.
256.	Pacjent ma możliwość śledzenia na bieżąco statusu konsultacji.
257.	Przed rozpoczęciem telekonsultacji pacjent ma możliwość wybrania typu konsultacji (audio, wideo, czat).
258.	Istnieje możliwość wydrukowania zaświadczenia o odbytej telekonsultacji z poziomu listy wizyt dostępnej na koncie użytkownika w Portalu Pacjenta.
259.	System udostępnia lekarzowi następujące funkcjonalności:
260.	- przeglądanie listy zaplanowanych konsultacji z pacjentami,
261.	- przeglądanie na liście oczekujących wizyt informacji o czasie, jaki pozostał do zaplanowanej godziny połączenia,

262.	- poinformowanie pacjenta o opóźnieniu telekonsultacji, z możliwością podania przyczyny opóźnienia, przy użyciu predefiniowanego komunikatu lub samodzielnie sformułowanej informacji,
263.	- możliwość rozpoczęcia telekonsultacji z oczekującym pacjentem.
264.	W trakcie telekonsultacji system daje lekarzowi możliwość:
265.	- wprowadzenia przez lekarza notatek podczas konsultacji,
266.	- podglądu przypadku medycznego i załączników podczas konsultacji,
267.	- zapoznania się podczas konsultacji z załączonymi przez pacjenta wynikami wykonywanych przez niego pomiarów,
268.	- zamknięcia procesu konsultacji przez lekarza.
269.	Lekarz ma możliwość dodania do przypadku medycznego dokumentu z wynikiem konsultacji i zaleceniami dla pacjenta.
270.	Lekarz ma możliwość wygenerowania dla pacjenta potwierdzenia zrealizowanej konsultacji, w postaci umożliwiającej jego wydruk, o treści definiowalnej na etapie konfiguracji systemu.
271.	Lekarz posiada dostęp do wcześniejszych konsultacji i przypadków medycznych pacjenta (ograniczony uprawnieniami).
272.	Lekarz ma możliwość śledzenia na bieżąco statusu przypadku medycznego i statusu konsultacji.
273.	System umożliwia wysyłanie do pacjenta powiadomień SMS/e-mail o zbliżającej się telekonsultacji.
274.	System informuje lekarza o gotowości pacjenta do rozpoczęcia telekonsultacji.
275.	System umożliwia prowadzenie konsultacji ad-hoc pomiędzy lekarzem i pacjentem, inicjowanych przez pacjenta.
276.	System udostępnia pacjentowi następujące funkcjonalności konsultacji ad-hoc:
277.	- pacjent ma możliwość wyboru metody połączenia ad-hoc (video/audio/czat),
278.	- pacjent może nawiązywać połączenia audio/wideo/czat z dostępnym lekarzem w dowolnym momencie,
279.	- system umożliwia wprowadzenie opisu przypadku medycznego przez pacjenta przez nawiązaniem połączenia,
280.	- system umożliwia przed nawiązaniem połączenia dołączenie przez pacjenta do rezerwowanej telekonsultacji dokumentu z wynikami pomiarów.
281.	System udostępnia lekarzowi następujące funkcjonalności konsultacji ad-hoc:
282.	- lekarz może nawiązać połączenie audio/wideo/czat z dostępnym pacjentem w dowolnym momencie,
283.	- istnieje możliwość odrzucenia połączenia przez lekarza z podaniem przyczyny,
284.	- system prezentuje listę pacjentów oczekujących na telekonsultację,
285.	- w trakcie telekonsultacji lekarz ma dostęp do załączonych przez pacjenta wyników wykonywanych przez niego pomiarów.
286.	Dla wybranych usług medycznych system umożliwia obsługę konsultacji ad-hoc w następujący sposób:
287.	- lekarz ma możliwość ustalenia listy pacjentów podlegających telekonsultacji oraz określenia dla nich możliwości śledzenia statusu lekarza,
288.	- jeżeli lekarz określił listę telekonsultowanych pacjentów, to pacjent może inicjować konsultacje ad-hoc, jeśli został przez lekarza dodany do tej listy,
289.	- jeżeli lekarz umożliwił pacjentowi śledzenie swojego statusu, to system prezentuje pacjentowi status lekarza,
290.	- lekarz może rozpoczynać konsultacje ad-hoc z pacjentem, którego dodał do listy telekonsultowanych pacjentów, o ile bieżący status pacjenta w systemie to umożliwia.
291.	System integruje się z systemem dziedzinowym HIS w następującym zakresie:
292.	- wymagana jest integracja rejestru lekarzy konsultujących zdalnie pacjenta z rejestrem lekarzy w aktualnie posiadanym systemie dziedzinowym HIS, rozumiana jako możliwość rejestracji lekarzy na podstawie danych w aktualnie posiadanym systemie dziedzinowym HIS oraz powiązanie odpowiednich pozycji w tych rejestrach,
293.	- wsparcie rejestracji konsultowanych przypadków medycznych na podstawie pobytów/wizyt w systemie dziedzinowym HIS,
294.	- automatyczne rejestrowanie wyników badań z systemu dziedzinowego HIS, jako załączników do konsultowanych przypadków medycznych,
295.	- każda telekonsultacja posiada odwzorowanie w systemie dziedzinowym HIS (wizyta, pobyt) z możliwością dalszej obsługi (np. wystawianie recept, skierowań, planowanie wizyt stacjonarnych, rozliczenia),
296.	- wyniki telekonsultacji są zapisywane w systemie dziedzinowym HIS.
297.	System integruje się z repozytorium EDM systemu HIS w zakresie rejestracji dokumentów medycznych

	jako załączników do konsultowanych przypadków medycznych.
298.	System integruje się z Portalem Pacjenta - w szczególności z Kontem Pacjenta umożliwiającym dostęp zarejestrowanym użytkownikom do usługi Telekonsultacji Lekarz-Pacjent.
299.	System udostępnia interfejs w postaci niezależnych technologicznie usług (preferowane REST lub WebServices)
300.	System musi umożliwiać rejestrację historii zmian danych osobowych pacjentów i personelu medycznego ze wskazaniem użytkownika dokonującego modyfikacji danych.
301.	System musi umożliwiać rejestrację historii zmian danych medycznych (informacje opisujące konsultowany przypadek medyczny) ze wskazaniem użytkownika dokonującego modyfikacji danych.
302.	System musi umożliwiać rejestrację przypadku medycznego w postaci wersji roboczej, widocznej tylko dla autora tych informacji.

e-Partner

LP	Opis wymagania
303.	Rejestracja Kontrahenta w Medycznym Portalu Informacyjnym.
304.	System musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych kontrahentów, którym udostępniona zostanie funkcjonalność modułu e-Kontrahent. Rejestrowane są dane kontrahenta wymagane do poprawnego wydruku skierowania i rejestracji danych skierowania w zintegrowanym systemie HIS:
305.	- dane identyfikacyjne: REGON, nazwa,
306.	- dane kontaktowe: adres, e-mail, nr telefonu,
307.	- dane komórek organizacyjnych (VII i VIII części systemu kodów resortowych, nazwy komórek organizacyjnych), z których pacjenci kierowani są do Usługodawcy lub które wystawiają zlecenia wykonania badań przez Usługodawcę,
308.	- numery umów podpisanych przez kontrahentów, na podstawie których pacjenci są kierowani do Usługodawcy,
309.	System zapewnia powiązanie rejestru kontrahentów z rejestrem instytucji zlecających systemu HIS.
310.	Rejestracja dostępności usług w ramach określonych umów zawartych z kontrahentem. Możliwość rejestracji ilościowych limitów usług
311.	System umożliwia usunięcie profilu partnera
312.	Rejestracja usług zleczanych stanowiących grupy badań dostępnych dla kontrahenta; przypisanie badań do usług zleczanych.
313.	Rejestracja informacji o dokumentach (załącznikach) wymaganych do udzielenia usług; możliwość dołączenia pliku załącznika
314.	Przypisanie zarejestrowanych załączników do wskazanych usług
315.	Obsługa rejestru lekarzy zlecających pracujących na rzecz kontrahenta.
316.	System musi umożliwić rejestrację i modyfikację danych lekarzy zlecających w zakresie: tytuł, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu.
317.	System zapewnia powiązanie rejestru lekarzy zlecających z odpowiadającym im rejestrem systemu HIS.
318.	Definiowanie szablonów skierowań drukowanych przez kontrahentów.
319.	System musi zapewnić możliwość zdefiniowania wyglądu i treści skierowań drukowanych z systemu z ograniczeniem do stałych treści i zbioru informacji udostępnianych przez system w kontekście planowanych wizyt i zleceń.
320.	Obsługa użytkowników reprezentujących kontrahentów.
321.	a. system musi umożliwić rejestrację użytkowników systemu reprezentujących danego kontrahenta; system musi zapewnić ograniczenie dostępu do zasobów systemu dedykowanych tylko dla danego kontrahenta,
322.	b. system musi umożliwić nadawanie użytkownikom systemu wyróżnionych ról/uprawnień:
323.	i. administrator – możliwość rejestrowania innych użytkowników reprezentujących danego kontrahenta i obsługę ich uprawnień do zasobów tego kontrahenta,
324.	ii. rezerwacja terminów wizyt,
325.	iii. zlecenie badań,
326.	iv. przegląd dokumentacji medycznej pacjenta.
327.	c. dane użytkownika muszą obejmować co najmniej następujące informacje: - nazwa użytkownika - imię i nazwisko - nr telefonu

	<ul style="list-style-type: none"> - adres e-mail - stanowisko - zakres kontaktów
328.	Obsługa rejestru pacjentów powiązanych z danym kontrahentem.
329.	a. system musi umożliwić rejestrację i aktualizację danych pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów w zakresie: danych identyfikacyjnych pacjenta – PESEL lub nr dokumentu tożsamości, imię i nazwisko, danych adresowych oraz danych kontaktowych,
330.	b. system musi umożliwić import danych pacjentów związanych z danym kontrahentem z zewnętrznego pliku w formacie CSV (ang. comma-separated values) zawierającego informacje o określonej strukturze,
331.	c. system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów HIS w zakresie:
332.	i. powiązania odpowiadających sobie pozycji rejestrów dla pacjentów zarejestrowanych wcześniej w systemie HIS,
333.	ii. rejestracji nowych pacjentów w rejestrze HIS,
334.	iii. dane pacjentów wprowadzone przez kontrahentów nie mogą nadpisywać danych w HIS autoryzowanych wcześniej przez pracowników usługodawcy,
335.	d. system integruje rejestr pacjentów obsługiwanych przez kontrahentów z rejestrem pacjentów obsługiwanych w portalu e-Pacjent.
336.	e. system umożliwia rejestrację pacjentów NN
337.	- system umożliwia identyfikację poszczególnych pacjentów NN
338.	- system umożliwia wyszukiwanie poszczególnych pacjentów NN
339.	System musi umożliwić generowanie i pobranie raportów syntetycznych i analitycznych z wykonanych e-usług w wybranym przedziale czasu. Raport powinien prezentować: <ul style="list-style-type: none"> - Liczbę logowań do systemu - Liczbę zarezerwowanych wizyt - Liczbę załączników dołączonych do zarezerwowanych wizyt
340.	Przegląd usług realizowanych w Jednostce Ochrony Zdrowia na rzecz kontrahenta wraz z harmonogramami realizacji usług.
341.	System umożliwia przegląd usług realizowanych w jednostce Zamawiającego, udostępnianych do rejestracji dla placówki współpracującej, zgodnie z obowiązującą umową o współpracy, w zakresie:
342.	a. rodzaju świadczonych usług,
343.	b. personelu realizującego usługi,
344.	c. dostępnego terminarza usług i personelu.
345.	Rezerwacja terminów wizyt pacjentów przez kontrahentów.
346.	a. system musi umożliwić zaplanowanie przez kontrahentów wizyt pacjentów w jednostkach usługodawcy na podstawie terminarzy udostępnianych w Medycznym Portalu Informacyjnym:
347.	i. system zapewnia możliwość wyszukiwania usług wg nazwy usługi, nazwy jednostki organizacyjnej, w której udzielana jest usługa, lekarza udzielającego usługę,
348.	ii. system prezentuje szczegółowe informacje o wybranej usłudze zawierające: warunki udzielenia usługi, dane teleadresowe miejsca udzielania usługi, informacje o personelu udzielającym usługę,
349.	iii. system zapewnia możliwość wyboru terminu udzielenia usług na podstawie grafików zdefiniowanych w systemie HIS,
350.	iv. system umożliwia zapis wskazanych przez kontrahenta plików (np. dokumentów medycznych) w kontekście planowanej wizyty.
351.	b. system musi umożliwić zarejestrowanie i wydruk danych skierowania pacjenta na planowaną wizytę,
352.	c. system musi umożliwić anulowanie przez kontrahenta wcześniej zaplanowanych wizyt,
353.	d. system integruje się z terminarzami HIS w zakresie pobierania informacji o dostępnych terminach wizyt,
354.	e. system integruje się z rejestrem planowanych wizyt w HIS w zakresie:
355.	i. rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania,
356.	ii. anulowania terminów zaplanowanych wizyt,
357.	f. system integruje się z modułem Sprzedaży Usług Medycznych HIS w zakresie:
358.	i. dostępu do listy pacjentów przypisanych do umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą,
359.	ii. pobierania listy usług dostępnych w ramach umów pomiędzy kontrahentem a Usługodawcą,
360.	iii. pobierania szczegółowych informacji o warunkach udzielenia wybranej usługi: dostępne terminy w określonych placówkach, dopłata pacjenta, zdefiniowane ograniczenia.

361.	g. System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.
362.	Grupowanie usług do rezerwacji wg zdefiniowanych rodzajów usług.
363.	System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie.
364.	System umożliwia przegląd zaplanowanych wizyt pacjenta.
365.	Wydruk potwierdzenia rezerwacji terminu udzielenia usług medycznych.
366.	System umożliwia prezentację szczegółowych danych zaplanowanej wizyty: informacji o usłudze medycznej wraz z warunkami udzielenia usługi, danych teleadresowych miejsca udzielenia usługi, planowanego terminu badania.
367.	System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu badań.
368.	System umożliwia anulowanie rezerwacji wskazanego terminu wizyty.
369.	System umożliwia wydruk informacji o zaplanowanej wizycie.
370.	System umożliwia wyszukiwanie usługi medycznej, badania; usługa może być wyszukiwana z wykorzystaniem następujących kryteriów:
371.	a. nazwy usługi (poprzez podanie dowolnego ciągu znaków zawierającego się w nazwie usługi),
372.	b. nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, w której udzielana jest oczekiwana usługa.
373.	System umożliwia przegląd dostępnych dla placówki współpracującej terminów wizyt związanych z udzieleniem wybranej usługi medycznej oraz wybór wskazanego terminu; po wybraniu terminu system blokuje możliwość jego wyboru przez innych użytkowników zarówno korzystających z aplikacji portalowych, jak i systemu szpitalnego.
374.	System umożliwia prezentację szczegółowych danych planowanego badania:
375.	a. wybranej usługi medycznej, w tym informacji o warunkach udzielenia usługi,
376.	b. danych adresowych miejsca udzielenia usługi,
377.	System rejestruje skierowanie na usługę, gdzie jednostką wystawiającą jest placówka współpracująca, a lekarzem kierującym lekarz dokonujący rejestracji lub inny wskazany pracownik placówki współpracującej.
378.	Grupowanie badań do zlecenia wg zdefiniowanych rodzajów.
379.	Zlecanie badań próbek pobranych przez kontrahentów.
380.	a. system musi umożliwić rejestrowanie zleceń na wykonanie wskazanych badań,
381.	b. system musi umożliwić rejestrację w systemie danych o pobraniu próbek do badań: wskazanie rodzaju pobranej próbki (materiału do badań), daty pobrania,
382.	c. system musi umożliwić wydruk potwierdzenia zlecenia wykonania badań,
383.	d. system musi umożliwić przegląd i wyszukiwanie zleconych badań wg następujących kryteriów: pacjent, zlecona usługa, data zlecenia. System prezentuje stan realizacji zlecenia.
384.	e. system integruje się on-line z HIS w zakresie:
385.	i. rejestracji w HIS informacji o zleconych badaniach,
386.	ii. pozyskania informacji o stanie realizacji zlecenia.
387.	iii. pobierania dostępnych terminów udzielenia wybranych świadczeń,
388.	iv. anulowania terminów zaplanowanych wizyt,
389.	v. rezerwacji terminu wybranego świadczenia wraz z rejestracją danych skierowania, o ile są one wprowadzone przez pacjentów,
390.	vi. pobierania informacji o planowanych terminach wizyt.
391.	f. System umożliwia wybór jednostki organizacyjnej, jeżeli usługa udzielana jest w wielu miejscach.
392.	g. System umożliwia zlecanie badań dla pacjentów NN zapisanych w rejestrze pacjentów kontrahenta
393.	Udostępnienie wyników badań i dokumentacji medycznej pacjentów.
394.	a. system musi umożliwić pobranie przez kontrahentów dokumentów medycznych udostępnionych przez pacjentów w module e-Pacjent Medycznego Portalu Informacyjnego,
395.	b. system musi udostępniać dokumenty medyczne opisujące realizację usług medycznych zleconych przez danego kontrahenta,
396.	c. system integruje się z Repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej w zakresie wyszukiwania i pobierania udostępnianych elektronicznych dokumentów medycznych,
397.	d. system prezentuje zarejestrowane w HIS wyniki badań zleconych przez danego kontrahenta.
398.	e. o ile pacjent posiada własny dostęp do portalu medycznego Zamawiającego, wyniki badań i wizyt są udostępniane na jego osobistym koncie
399.	Raportowanie.
400.	System umożliwia wydruk raportu prezentującego liczby zrealizowanych usług medycznych

	zaplanowanych lub zleconych w module e-Kontrahent, z możliwością filtrowania wg usługi oraz okresu realizacji usługi.
401.	Zgodność koncepcji mechanizmu kontroli dostępu do funkcji systemu z RBAC (ang. Role-based Access Control).
402.	Tworzenie grup użytkowników; przyporządkowanie użytkowników do grup.
403.	Przegląd efektywnych uprawnień użytkownika wynikających z przynależności do grup użytkowników, przypisanych ról i praw
404.	Możliwość przydzielania uprawnień do obsługi wybranych kontrahentów
405.	Definiowanie polityk poziomu bezpieczeństwa hasła użytkownika, możliwość przypisania wskazanych polityk do użytkowników.
406.	Kontrola złożoności hasła użytkownika zgodnie z przypisaną polityką poziomu bezpieczeństwa.
407.	Dostępność interfejsu umożliwiającego integrację użytkowników z dotychczas użytkowanym systemem
408.	Dostępność interfejsu do kontroli praw przyznanych użytkownikom
409.	Dostępność interfejsu do zarządzania prawami przyznanych użytkownikom
410.	Użytkownicy systemu nie odpowiadają bezpośrednio użytkownikom systemu zarządzania bazą danych.
411.	Możliwość delegowania uprawnień do administrowania uprawnieniami w poszczególnych podsystemach
412.	Bezpieczeństwo:
413.	a. system zapewnia przesyłanie danych z wykorzystaniem bezpiecznego kanału komunikacji - powinien umożliwiać szyfrowanie transmisji danych co najmniej pomiędzy komputerem pacjenta (klienta), a pierwszym komponentem systemu, na którym są one przetwarzane;
414.	b. system powinien posiadać dedykowany moduł obsługi uprawnień, pozwalający na tworzenie i przydzielanie uprawnień użytkownikom osobowym jak i innym systemom informatycznym (np. zintegrowanym z nim aplikacjom).
415.	Graficzny interfejs użytkownika:
416.	a. wymagana jest zgodność interfejsu użytkownika z WCAG 2.0 (ang. <i>Web Content Accessibility Guidelines</i>),
417.	b. system udostępnia graficzny interfejs użytkownika dostosowujący się do wielkości ekranu urządzenia, na którym jest użytkowany. Wymagana jest możliwość użytkowania systemu w przeglądarkach smartphonów, tabletów i komputerów osobistych,
418.	c. wymagana jest możliwość użytkowania systemu na najnowszych wersjach popularnych przeglądarek internetowych: Google Chrome, Firefox, Microsoft Edge bez konieczności instalacji dodatkowych elementów środowiska uruchomieniowego,
419.	d. wymagana jest możliwość dostosowywania wyglądu aplikacji w zakresie definiowania własnych stylów CSS.
420.	Architektura rozwiązania:
421.	a. system powinien posiadać modułową budowę - preferowana architektura oparta o mikrouslugi;
422.	b. należy zapewnić możliwość skalowania horyzontalnego wybranych modułów systemu (w zależności od obciążenia),
423.	c. system powinien udostępniać interfejs programowy (API) umożliwiający jego ewentualną integrację z innym oprogramowaniem działającym obecnie lub w przyszłości w Szpitalu,
424.	d. architektura systemu powinna pozwalać na wdrożenie go w wariantcie wysokiej dostępności (ang. high availability) poprzez równoczesne działanie jego "zapasowej" instancji.
425.	Modele wdrożenia:
426.	a. wymagana jest zapewnienie możliwości instalacji systemu zarówno w infrastrukturze Szpitala, jak również w Centrum Przetwarzania Danych (CPD) i/lub chmurze obliczeniowej (w modelu <i>PaaS</i> lub <i>IaaS</i>),
427.	b. zakłada się dostarczenie gotowych do uruchomienia komponentów systemu wraz z wszystkimi zależnościami i domyślną konfiguracją - preferowane wykorzystanie technologii konteneryzacji,
428.	c. system podczas eksploatacji powinien zapisywać logi z działania w postaci umożliwiającej ich dalsze przetwarzanie w dedykowanych ku temu narzędziach (np. Logstash).

Równoważność

Zamawiający dopuszcza wymianę posiadanych obecnie systemów lub ich poszczególnych modułów na rozwiązania równoważne. Za rozwiązania równoważne Zamawiający uzna oprogramowanie spełniające opisane niżej wymagania.

Rejestracja, Gabinety:

LP	Opis wymagania
1.	Rejestracja
2.	Obsługa pacjentów/usług komercyjnych
3.	System musi umożliwiać prowadzenie cenników:
4.	- określanie dat obowiązywania cennika,
5.	- określanie zakresu usług dla cennika,
6.	- określanie cen usług,
7.	- możliwość określenia cen widelkowych dla usługi,
8.	- możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi.
9.	System musi umożliwić rejestrację umowy indywidualnej na świadczenie usług medycznych
10.	System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej
11.	System musi umożliwiać wybór kategorii płatnika oraz wystawienie dokumentu sprzedaży dla badania laboratoryjnego.
12.	System musi umożliwić wystawienie dokumentu sprzedaży dla usług komercyjnych płatnych przed ich wykonaniem, w przypadku gdy nie zostały jeszcze zrealizowane.
13.	Definiowanie grafików pracy
14.	System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:
15.	- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usług i ich czasem realizacji,
16.	- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
17.	- uzupełnianie definicji szablonu na podstawie godzin pracy jednostki.
18.	System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:
19.	- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia wraz z zakresem realizowanych usług i ich czasem realizacji,
20.	- procentowej zajętości danej usługi w ramach danego slotu,
21.	- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
22.	System musi umożliwiać definiowanie przedziału wieku pacjentów obsługiwanych przez zasób
23.	System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,
24.	System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont
25.	Ewidencja danych pacjentów
26.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
27.	- identyfikator pacjenta
28.	- data urodzenia
29.	- imię ojca i matki
30.	- miejsce urodzenia
31.	- płeć
32.	- PESEL opiekuna
33.	- nazwisko rodowe matki
34.	- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
35.	- pobyt w jednostce
36.	- pobyt w okresie
37.	- nr telefonu
38.	- adres e-mail
39.	- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
40.	- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
41.	- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością

42.	System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL.
43.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
44.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznannej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
45.	- płeć (męska, żeńska, nieznana)
46.	- fragment (frazę) opisu pacjenta
47.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
48.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.
49.	System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie:
50.	- numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta
51.	- numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)
52.	System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora
53.	System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
54.	System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia
55.	System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.
56.	System umożliwia rejestrację pacjenta z Unii Europejskiej,
57.	System umożliwia rejestrację pacjenta przyjmowanego decyzją wójta/burmistrza
58.	Obsługa listy pacjentów modułu
59.	System musi umożliwiać przypisanie pacjentowi uprawnień do obsługi poza kolejnością.
60.	Informacja o posiadanych uprawnieniach do obsługi poza kolejnością musi być prezentowana na listach pacjentów
61.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście, wg różnych parametrów, w szczególności:
62.	- imię, nazwisko i PESEL pacjenta
63.	- jednostka wykonująca
64.	- osoba wykonująca
65.	- osoba rejestrująca
66.	- jednostka kierująca
67.	- instytucja kierująca
68.	- lekarz kierujący
69.	- kartoteka
70.	- identyfikator pacjenta
71.	- świadczenie
72.	- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
73.	- wizyty CITO
74.	- status osoby: VIP, uprawniony do obsługi poza kolejnością
75.	- status sprzedaży
76.	Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta
77.	System podczas rezerwacji terminu umożliwia określenie rodzajów terminu z możliwością określenia wielu rodzajów dla jednego terminu. Słownik rodzaju terminu powinien być możliwy do edycji przez administratora systemu
78.	Słownik rodzajów terminów powinien być możliwy do modyfikacji przez administratora systemu.
79.	System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów w ramach danych zasobów oraz posiadać dodatkowe funkcjonalności planowania:
80.	- rezerwacja wybranego terminu oraz możliwość wyszukania pierwszego wolnego terminu od wybranej daty oraz wyszukanie pierwszego terminu, który nie jest pierwszorazowy w ramach usługi i gabinetu

81.	- ograniczenie prezentacji terminów do zasobów spełniających kryterium wieku pacjenta
82.	- prezentowanie terminów tylko danej kategorii np. terminów zgłoszeń internetowych
83.	- automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
84.	- w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu
85.	- rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale
86.	- wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty
87.	- przegląd liczby zaplanowanych wizyt z podziałem na pierwszorazowe i kontynuacje leczenia
88.	- przegląd terminarza zaplanowanych wizyt
89.	- nadanie kolejnego numeru rezerwacji w ramach danego szablonu rezerwacji dla danego zasobu
90.	- tworzenie wpisu tymczasowej rezerwacji po wybraniu terminu. Po zakończeniu rezerwacji termin powinien zostać potwierdzony
91.	System musi sprawdzać czy pacjent ma zaplanowany termin na tę samą usługę, na którą dokonywana jest rezerwacja.
92.	System umożliwia grupowe przenoszenie terminów z danego dnia na inny w ramach dostępności przenoszanej usługi
93.	System umożliwia konfigurację długości trwania planowanych terminów, dla danego szablonu w ramach danego dnia i zakresu czasu.
94.	System umożliwia ewidencję i usuwanie blokad terminarza bezpośrednio w oknie planowania terminu.
95.	System musi umożliwić automatyczne anulowanie zaplanowanego terminu w przypadku jego wcześniejszej realizacji.
96.	System umożliwia dostęp do różnych slotów czasowych podczas planowania danej usługi w zależności od jednostki zlecającej termin
97.	System musi umożliwiać zmianę usługi na inną wykonywaną w tej samej jednostce wykonującej, podczas przeplanowywania terminu.
98.	Podczas zmiany zaplanowanego terminu system umożliwia wybór innej usługi
99.	System musi umożliwiać zbiorczą zmianę usługi dla zaplanowanych terminów, w ramach tego samego slotu i zasobów
100.	System musi umożliwiać obsługę kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami
101.	Podczas planowania wizyty, system powinien sugerować dokonanie wpisu do kolejki oczekujących jeśli istnieje kolejka dla planowanej usługi lub gabinetu
102.	System musi umożliwić wskazanie przyczyny powodu modyfikacji wpisu w kolejce oczekujących podczas przeniesienia terminu.
103.	System musi zapewnić możliwość sprawdzenia czy dla wybranego pacjenta istnieją inne wpisy w księdze oczekujących.
104.	System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.
105.	System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych wrażliwych za pomocą uprawnień.
106.	System musi umożliwić ewidencję notatek w ramach wolnego slotu w terminarzu z możliwością przypisania priorytetu określającego kolorystyczne oznaczenie danej notatki
107.	System musi umożliwić zbiorczą generację notatek w terminarzu z poziomu panelu administracyjnego jak również podczas planowania usługi
108.	Rejestracja na wizytę
109.	System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)
110.	System musi umożliwiać rejestrację wizyty jako wywiadu przed zaplanowanym terminem
111.	Podczas rejestracji/pobrania e-Skierowania system weryfikuje zgodność danych pacjenta w systemie HIS z danymi pobranymi z platformy P1.
112.	System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty.
113.	Przy rejestracji pacjenta system informuje (ostrzega) użytkownika, że wraz ze skierowaniem wprowadzono dodatkowe informacje i wyświetla je.
114.	System musi pozwalać na wyliczanie kosztów danej porady
115.	System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.
116.	System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z

	rezerwacji) miejscu wykonania,
117.	System musi umożliwić rejestrację wielu badań w oparciu o jedno skierowanie.
118.	W ramach jednego zarejestrowanego skierowania system powinien umożliwiać rejestrację wielu zleceń. Zmiana danych skierowania modyfikuje dane skierowania wszystkich tak zarejestrowanych zleceń.
119.	System umożliwia na etapie rejestracji ewidencję załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku lub bezpośrednie skanowanie z podpiętego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej
120.	System musi umożliwić ewidencję i kontrolę:
121.	- zgód pacjenta związanych z hospitalizacją i innymi czynnościami medycznymi
122.	- listy osób upoważnionych dla pacjenta
123.	Obsługa wyników:
124.	- odnotowanie wydania wyniku,
125.	- wpisywanie wyników zewnętrznych.
126.	Wydruk recept i kuponów
127.	System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
128.	- Wykaz Przyjęć
129.	- Wykaz Badań
130.	- Wykaz Zabiegów
131.	- Harmonogram przyjęć
132.	- Księga Ratownictwa
133.	raporty i wykazy Rejestracji.
134.	Rejestracja
135.	Obsługa pacjentów/usług komercyjnych
136.	System musi umożliwiać prowadzenie cenników:
137.	- określanie dat obowiązywania cennika,
138.	- określanie zakresu usług dla cennika,
139.	- określanie cen usług,
140.	- możliwość określenia cen widelkowych dla usługi,
141.	- możliwość określenia zaliczki wymaganej przed wykonaniem usługi.
142.	System musi umożliwiać określanie definiowanie dostępności usług placówki medycznej
143.	Definiowanie grafików pracy
144.	System musi umożliwiać określanie dostępności zasobów w placówce (grafiki) dla gabinetów:
145.	- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
146.	- określenie czasu pracy,
147.	- określenie zakresu realizowanych usług
148.	System musi umożliwiać definiowanie szablonu pracy lekarza:
149.	- określenie szablonu dla każdego z dni tygodnia,
150.	- określenie czasu pracy,
151.	- określenie gabinetu, w którym wykonywane są usługi (miejsce wykonania).
152.	System musi umożliwiać generowanie grafików dla lekarzy w powiązaniu z gabinetami w zadanym okresie czasu,
153.	System musi umożliwiać ustawienie blokady w grafiku z podaniem przyczyny tj. urlop, remont
154.	Obsługa skorowidza pacjentów
155.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, co najmniej, wg kryterium:
156.	- imię, nazwisko i PESEL pacjenta
157.	- jednostka wykonująca
158.	- jednostka kierująca
159.	- instytucja kierująca
160.	- lekarz kierujący
161.	- identyfikator pacjenta
162.	- status na liście pacjentów (np. do obsłużenia, zaplanowany, zarejestrowany, anulowane, przyjęty/w realizacji)
163.	- wizyty CITO
164.	Planowanie i rezerwacja wizyty pacjenta

165.	System musi umożliwiać wyszukiwanie wolnych terminów jednocześnie dostępności wymaganych zasobów:
166.	- rezerwacja wybranego terminu lub „pierwszy wolny”.
167.	- prezentowanie preferowanych terminów wykonania usługi dla zgłoszeń internetowych na zasadzie określenia godzin przeznaczonych do planowania zgłoszeń internetowych np. od 10 do 12
168.	- automatyczna rezerwacja terminów dla zgłoszeń internetowych wg preferencji pacjenta
169.	- w przypadku braku wolnych terminów w preferowanych godzinach możliwość rezerwacji pierwszy wolny lub ręczny wybór terminu
170.	- rezerwacja terminów dla pacjentów przebywających na oddziale
171.	- wstawianie terminu pomiędzy już istniejące wpisy w grafiku w przypadkach nagłych (dopuszczenie planowania wielu wizyt w tym samym terminie) z możliwością wpisania komentarza do tak zaplanowanej wizyty
172.	- przegląd terminarza zaplanowanych wizy
173.	System musi umożliwiać obsługę kolejek oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami
174.	Rejestracja na wizytę (usługę)
175.	System musi umożliwić rejestrację pacjenta na wizytę (zaplanowaną w terminarzu i niezaplanowaną)
176.	System musi pozwalać na określenie miejsca wykonania usługi (wybór gabinetu) dla usług nie podlegających planowaniu i rezerwacji.
177.	System musi umożliwiać zlecenie wykonania usługi pacjentowi we wskazanym (lub wynikającym z rezerwacji) miejscu wykonania,
178.	Obsługa wyników:
179.	- odnotowanie wydania wyniku,
180.	- wpisywanie wyników zewnętrznych.
181.	raporty i wykazy Rejestracji.

Gabinet

LP	Opis wymagania
182.	Gabinet
183.	Obsługa wizyty
184.	Podczas przyjęcia pacjenta skierowanego z innej jednostki np. oddział, jeśli nie został wskazany inny płatnik lub cennik, system powinien podpowiadać płatnika NFZ
185.	System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
186.	System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach wizyty w gabinecie.
187.	System musi informować o uprawnieniach pacjenta do obsługi poza kolejnością
188.	System musi informować o przyjęciu pacjenta na wizytę przed zaplanowanym terminem.
189.	System powinien prezentować liczbę punktów zrealizowanych, w bieżącym dniu i miesiącu, przez zalogowanego lekarza z podziałem na umowy
190.	System musi umożliwiać prezentację wizyt wymagających zafakturowania.
191.	System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
192.	System umożliwia porównanie danych pacjenta znajdujących się w systemie HIS z danymi znajdującymi się w realizowanym e-skierowaniu oraz aktualizację wybranych pozycji w systemie HIS.
193.	System umożliwia podgląd danych e-skierowania w ramach realizowanej wizyty.
194.	System musi umożliwić automatyczne tworzenie danych źródłowych dokumentu Informacji dla lekarza kierującego/POZ na podstawie danych o realizacji wizyty co najmniej w zakresie: rozpoznania oraz opisu wykonanego świadczenia
195.	System umożliwia ewidencję wizyt domowych POZ z podaniem informacji o dacie wyjazdu i powrotu udzielającego świadczenie.
196.	System umożliwia ewidencję danych transportu medycznego z podaniem informacji dotyczących zlecenia oraz szczegółów transportu. Na podstawie wprowadzonych danych system umożliwia wydruk karty pracy zespołu transportu medycznego.
197.	System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach:
198.	- dane osobowe,
199.	- dane medyczne pacjenta tj. grupa krwi, uczulenia, choroby przewlekłe, implanty (urządzenia), szczepienia, nazwisko lekarza rodzinnego
200.	- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych,

201.	- informacja o stopniu ubezpieczenia - weryfikacja z eWUŚ
202.	- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobyków szpitalnych pacjenta),
203.	- wyniki badań,
204.	- przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości
205.	<p>System musi umożliwiać ewidencję uczuleń pacjenta z podziałem na: leki, pokarmowe i inne. Dla poszczególnych rodzajów uczuleń przewiduje się zdefiniowanie słowników. Słownik uczuleń na leki zawiera listę nazw międzynarodowych substancji czynnych.</p> <p>Co najmniej dla uczuleń o rodzaju leki oraz pokarmowe system umożliwia oznaczenie stopnia nasilenia uczulenia.</p> <p>Podczas</p> <ul style="list-style-type: none"> - przepisywania leków na recepty, - definiowania zlecenia leku, - ewidencji podania leku <p>system musi prezentować komunikat w przypadku występowania w przepisany leku substancji czynnej zaewidencjonowanej w rejestrze uczuleń o rodzaju 'Leki' danego pacjenta.</p> <p>Dane o zaewidencjonowanych uczuleniach są prezentowane na formatkach dotyczących pobytu/wizyty przy definicji danych pacjenta.</p>
206.	System musi umożliwić odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergię i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)
207.	<p>System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. - Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem
208.	<p>System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie</p> <ul style="list-style-type: none"> - nazwa leku, - okres przyjmowania leku, - dawkowanie, - rozpoznanie, - źródło informacji. <p>System umożliwia dodanie pozycji z definiowanej recepty do rejestru stale przyjmowanych leków pacjenta.</p> <p>Na podstawie zaewidencjonowanych stale przyjmowanych leków system umożliwia ograniczenie słownika leków podczas definiowania recepty.</p>
209.	Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:
210.	- obsługa wizyt receptowych. Dla wizyt receptowych system powinien sprawdzać ile czasu upłynęło od ostatniej wizyty tego typu
211.	- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
212.	- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
213.	- informacje ze skierowania,
214.	- kontrola daty ważności skierowania
215.	- możliwość przepisania skierowania już zarejestrowanego
216.	- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
217.	- zlecanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
218.	- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecania

219.	- usług dodatkowych co najmniej o rodzaju: badanie diagnostyczne, konsultacja i procedur na podstawie słownika ICD9
220.	- rozpoznanie (zasadnicze, ze skierowania, współistniejące, dodatkowe, opisowe),
221.	- problemów opieki psychologicznej
222.	- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych ze zleconych podczas poprzednich wizyt
223.	- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
224.	- wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary
225.	System umożliwia automatyczny podział zwolnień lekarskich na wsteczne i bieżące oraz powielanie ich dla poszczególnych płatników składek zgodnie z regułami określonymi przez ZUS.
226.	System musi umożliwiać import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania.
227.	System musi umożliwiać wywołanie historii aktualizacji Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
228.	System umożliwia ewidencję opieki pielęgniarstwa w ramach wizyty w gabinecie lekarskim.
229.	System powinien umożliwiać zmianę usługi głównej wizyty
230.	System musi umożliwiać zarejestrowanie wizyty w innym gabinecie z poziomu obecnie realizowanej wizyty.
231.	System musi umożliwiać przejście do kolejnej wizyty z wyszukanej listy wizyt pacjentów, bez konieczności powrotu na listę pacjentów gabinetu.
232.	System powinien informować o zleceniach wykonanych po zakończeniu poprzedniej wizyty i umożliwić rozliczenie ich w wizycie aktualnej
233.	System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń.
234.	System musi umożliwić obsługę zleceń chemioterapii podczas wielu wizyt w gabinecie, przy jednokrotnym zdefiniowaniu schematu chemioterapii.
235.	System musi umożliwić obsługę pobytów wielodniowych
236.	System musi umożliwiać rejestrację wizyt dla pacjentów na podstawie deklaracji medycyny szkolnej
237.	System musi umożliwić ewidencję wizyty wraz z informacjami o domowym leczeniu żywieniowym
238.	System musi umożliwić ewidencję wizyty wraz z informacjami o tlenoterapii w warunkach domowych
239.	System powinien umożliwić obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP)
240.	System musi umożliwić określenie dodatkowego personelu w ramach wizyty
241.	System musi umożliwiać ewidencję danych ciąży pacjentki, szczególnie istotnych w przypadku wykonywania świadczeń medycznych inaczej wycenianych przez NFZ dla pacjentek ciężarnych i będących w poroku.
242.	System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.
243.	System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Gabinecie, w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - opisu badania, - opisu konsultacji, - opisu realizacji.
244.	System powinien umożliwiać ewidencję wywiadu z poziomu badania w Gabinecie, w następującym zakresie: <ul style="list-style-type: none"> -wzrost, -waga, -BMI, -BSA, -informacji o używaniu wyrobów tytoniowych (widoczne tylko dla specjalności) System powinien automatycznie podpowiadać wartości na podstawie ostatniej wizyty. Odstęp pomiędzy poprzednią wizytą powinien być możliwy do konfiguracji.
245.	W ramach formatki do ewidencji danych wizyty, system powinien umożliwiać wyświetlenie danych ratunkowych pacjenta, takich jak: Uczulenia, alergii, stałe przyjmowane leki i choroby przebyte. Z danej

	formatki powinna być też możliwość uzupełniania informacji o danych ratunkowych.
246.	System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną
247.	Wystawianie recept
248.	System powinien wspierać wystawianie recept, co najmniej w zakresie:
249.	- możliwości wybrania leków ze słownika leków,
250.	- możliwości sprawdzenia interakcji poszczególnych leków oraz podpowiadanie stopnia refundacji na podstawie weryfikacji z eWUŚ
251.	- możliwości wyszukania w słowniku BLOZ tańszych odpowiedników leku dotychczas przyjmowanego przez pacjenta.
252.	- możliwości określenia płatnika na wydruku czystej recepty
253.	- możliwości wydruku recepty (z rozmieszczaniem i nadrukiem na formularzach recept),
254.	- możliwości automatycznego generowania wydruku informacyjnego recepty elektronicznej
255.	- możliwości wysyłania do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS
256.	- na wydruku leki powinny być prezentowane w kolejności zgodnej z kolejnością wpisywania
257.	- system powinien podpowiadać dane osoby zalogowanej jako wystawiającego receptę, o ile osoba ta jest lekarzem. Jeśli zalogowany użytkownik nie jest lekarzem, system powinien podpowiadać lekarza realizującego wizytę.
258.	- podpowiadanie ilości i jednostki, w jakich powinien zostać wydany lek
259.	- na recepcie na leki narkotyczne system powinien podpowiadać ilość substancji narkotycznej
260.	- grupowe dodawanie leków na receptę
261.	- kopiowanie recept z poprzednich wizyt z weryfikacją poziomu refundacji wg aktualnych danych ze słownika BAZYL lub słownika leków własnych
262.	- kopiowanie recept musi umożliwiać wybór recepty do skopiowania spośród:
263.	-- recept z poprzedniego pobytu w tym gabinecie
264.	-- recept z wizyty takiej jak aktualna (ta sama usługa), niezależnie od gabinetu w jakim się odbywała
265.	-- z innych pobytów w tej samej jednostce
266.	-- leków przepisanych na wcześniej wystawionych receptach
267.	- możliwości pomijania leków oznaczonych jako "wycofane"
268.	- możliwości wydruku recept tylko z puli lekarza zalogowanego
269.	- ponowny wydruk recepty już wydrukowanej powinien spowodować utworzenie kopii recepty, dotyczy to również recept drukowanych w trybie nadruku na gotowych drukach
270.	- oznaczenie wydrukowanej recepty jako anulowanej
271.	- system kontroluje przekroczenie minimalnej puli recept uwzględniając typ recepty Rp/Rpw/Rp zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, nie podlegające refundacji.
272.	- system musi umożliwiać zawężanie pozycji słownika leków do leków zarejestrowanych jako stale przyjmowane przez pacjenta, któremu tworzona jest recepta.
273.	System musi prezentować informację o dostępności leku na rynku w przypadku korzystania ze słownika "Bazyl".
274.	System musi prezentować informację o ilości dostępności leku na rynku w przypadku słownika leków PHARMINDEX
275.	Dla słownika PHARMINDEX istnieje możliwość weryfikacji interakcji występujących pomiędzy lekami
276.	System umożliwia integrację z programem "Pharmindeks SZPITAL"
277.	System umożliwia realizację wizyt receptowych w gabinecie. Pozycje do recepty mogą być określone na etapie rejestracji z leków wcześniej przepisanych, a lekarz generuje podczas wizyty receptę z wykorzystaniem określonych wcześniej leków.
278.	System musi umożliwiać podpowiadanie na recepcie płatnika oraz stopnia refundacji na podstawie weryfikacji eWUŚ.
279.	System musi umożliwiać import numerów recept w formatach XSZ, RECD, NR_REC
280.	System musi umożliwiać import numerów recept z wykorzystaniem usług sieciowych
281.	System musi umożliwiać wystawianie recept transgranicznych
282.	System musi umożliwić ustawienie domyślnego dawkowania dla leku.

283.	System musi umożliwić podpowiadanie wskazań dla leku podczas dodawania lub kopiowania recepty.
284.	System musi umożliwić wystawienie recept dla pacjentów powyżej 75 roku życia.
285.	System musi umożliwiać rozszerzenie rejestru leków stale przyjmowanych przez pacjenta o leki przepisane na recepcie.
286.	System musi umożliwiać zbiorczy wydruk zaleceń dla wszystkich recept pacjenta w ramach danego pobytu.
287.	W przypadku wystawienia pacjentowi wielu recept, system musi umożliwić ich jednoczesny wydruk
288.	System musi umożliwiać wydruk recept pełnopłatnych bez nadanego numeru, w przypadku braku wolnych numerów w puli użytkownika.
289.	System podczas tworzenia opisu wizyty przez użytkownika powinien umożliwiać podgląd recept wystawionych pacjentowi w poprzednich wizytach/pobytach
290.	System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.
291.	Dokumentacja wizyty
292.	System musi umożliwiać wystawienie skierowania,
293.	System musi umożliwiać wystawienie skierowania na zewnątrz: do poradni specjalistycznej (leczenie), do poradni specjalistycznej (konsultacja), do szpitala psychiatrycznego, do szpitala, na rehabilitację, na zabieg ambulatoryjny, na badanie diagnostyczne, na badanie laboratoryjne, na zabieg, na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, na badanie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej
294.	Dla skierowań zewnętrznych system powinien udostępniać możliwość wydruku wbudowanych skierowań lub definicję wydruku każdego rodzaju skierowania przez administratora
295.	System umożliwia usuwanie lub anulowanie skierowania w zależności od statusu skierowania.
296.	System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe.
297.	System powinien umożliwiać ewidencję leków podanych podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
298.	System powinien umożliwiać ewidencję szczepień oraz dodatkowych informacji:
299.	- możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
300.	- możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
301.	- automatyczny wpis na listę szczepień pacjenta po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.
302.	System umożliwia wprowadzenie dodatkowych usług i badań wykonanych podczas wizyty z odnotowaniem personelu wykonującego i opisem
303.	System powinien umożliwiać zaewidencjonowanie i wydrukowanie dodatkowych dokumentów możliwych do zdefiniowania przez administratora systemu
304.	możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt
305.	możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
306.	Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych w ramach używanych słowników
307.	Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
308.	System musi umożliwić wybór sposobu płatności oraz wyznaczenie schematu księgowania dla dokumentów sprzedaży.
309.	obsługa zakończenia wizyty:
310.	- autoryzacja wizyty,
311.	- automatyczne tworzenie karty wizyty.
312.	- możliwość bezpośredniego skierowania na IP
313.	W zależności od konfiguracji system waliduje wymagane dla zakończonej wizyty dokumenty podczas zapisu danych wizyty albo podczas autoryzacji danych tej wizyty.
314.	Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
315.	W zakresie rozliczeń NFZ w AOS, system umożliwia wskazanie w bieżącej wizycie procedur lub/i badań z poprzednich wizyt na potrzeby wyznaczenia świadczenia JGP.
316.	wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
317.	automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Przychodni
318.	System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
319.	- Harmonogram przyjęć
320.	- Wykaz Przyjęć

321.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
322.	- Wykaz Badań
323.	- Wykaz Zabiegów
324.	- Księga Ratownictwa
325.	System musi umożliwiać wpis do Księgi zgonów w ramach obsługi wizyty/badania.
326.	System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa
327.	System musi umożliwiać wprowadzenie wywiadu przedporodowego w gabinecie lekarskim.
328.	System musi umożliwić wydruk pisma powiązanego z usługą podczas zakończenia wizyty/badania pacjenta.
329.	System musi umożliwiać rejestrowanie treści głosowych w zastępstwie opisów tekstowych.
330.	System musi umożliwiać odsłuchanie oraz przetwarzanie nagranych notatek głosowych przez operatora na tekst, prezentowany w miejscu dodania notatki.
331.	System musi umożliwiać rozpoczęcie/wstrzymanie nagrywania oraz odsłuch i usunięcie nagranej notatki głosowej.
332.	System musi umożliwić oznaczenie notatki głosowej jako pilnej.
333.	System musi umożliwiać operatorowi przegląd w jednym oknie wszystkich notatek głosowych zarejestrowanych w ramach wybranej jednostki organizacyjnej.
334.	System umożliwia zbiorcze generowanie finansowych pozycji rozliczeniowych na podstawie zaewidencjonowanych rozliczeń statystycznych w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej zgodnie z charakterystyką produktów rozliczeniowych określoną w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. System weryfikuje poprawność zaewidencjonowanych świadczeń finansowych.
335.	Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podpiną odpowiedni cykl leczenia
336.	Obsługa pakietu onkologicznego
337.	System musi umożliwiać prowadzenie rejestru kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z uwzględnieniem podstawowych informacji:
338.	- numer karty (zgodny z obowiązującym formatem)
339.	- etap obsługi
340.	- informacja, czy karta znajduje się w jednostce, czy poza nią
341.	System umożliwia ustawienie wymagalności wskazania rozpoznania podczas dodawania karty DILO.
342.	System musi rejestrować oraz umożliwiać przegląd historii zmian karty DILO. Podczas zmiany danych karty DILO, system powinien tworzyć nową wersję danych, które obowiązują od daty bieżącej.
343.	System musi umożliwiać przegląd szczegółów karty DILO. W przypadku integracji z systemem AP-DILO zakres prezentowanych danych jest większy i wynika z zakresu danych zgromadzonych w systemie HIS.
344.	System umożliwia wydruk karty DILO bezpośrednio z wizyty realizowanej na podstawie karty DILO (skierowanie)
345.	System umożliwia powiązanie pozycji rozliczeniowych z numerem karty DILO - także w sytuacji gdy karta DILO wydawana jest pacjentowi w ramach rozliczanej wizyty (a nie tylko przed przyjęciem na wizytę).
346.	Konfiguracja pracy gabinetu
347.	System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego co najmniej w zakresie:
348.	- możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu
349.	- możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi
350.	- możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów
351.	System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu
352.	System umożliwia prowadzenie wykazu raportów z dyżurów pielęgniarских w module Gabinet
353.	System umożliwia rejestrację oraz modyfikację czasu trwania izolacji domowej bezpośrednio do systemu EWP
354.	Gabinet
355.	Obsługa wizyty
356.	System musi umożliwiać dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do gabinetu
357.	System powinien umożliwiać rejestrację faktu rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w gabinecie (przyjęcie)
358.	System musi umożliwić przegląd danych pacjenta, co najmniej, w następujących kategoriach:

359.	- dane osobowe,
360.	- uprawnienia z tytułu umów,
361.	- historia leczenia (dane ze wszystkich wizyt i pobyków szpitalnych pacjenta),
362.	- wyniki badań,
363.	- przegląd rezerwacji historycznych i planowanych w przyszłości
364.	Obsługa wizyty powinna obejmować przegląd, modyfikację i rejestrację danych w następujących kategoriach:
365.	- wywiad (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
366.	- opis badania (na formularzu zdefiniowanym dla wizyty),
367.	- informacje ze skierowania,
368.	- skierowania, z możliwością skopiowania danych z innego pobytu w tej lub innej jednostce
369.	- zlecenie badań diagnostycznych i laboratoryjnych, konsultacji, zabiegów,
370.	- możliwość wykorzystania szablonów zleceń złożonych, paneli badań do zlecenia
371.	- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
372.	- rozpoznanie (główne, dodatkowe),
373.	- zalecenia z wizyty (w tym zwolnienia lekarskie),
374.	- wystawienie recept, skierowań, zapotrzebowań na zaopatrzenie ortopedyczne i okulary
375.	Wystawianie recept
376.	- możliwości wybrania leków ze słownika leków,
377.	Dokumentacja wizyty
378.	System musi umożliwiać wystawienie skierowania,
379.	- leki podane podczas wizyty (współpraca z apteczką oddziałową),
380.	- ewidencja szczepień:
381.	- możliwość oznaczenia podania leku jako szczepienia,
382.	- możliwość wpisania przy podaniu leku danych charakteryzujących szczepienie,
383.	- automatyczny wpis do karty szczepień po oznaczeniu podania leku jako szczepienia.
384.	- wykonane podczas wizyty dodatkowych usług i badania
385.	- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
386.	możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opisu danych wizyt
387.	możliwość wykorzystania definiowalnych formularzy do opisu danych wizyty
388.	Możliwość stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników, jednostek organizacyjnych (wyróżnienie najczęściej wykorzystywanych pozycji słowników).
389.	Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
390.	obsługa zakończenia wizyty:
391.	- autoryzacja medyczna wizyty,
392.	- automatyczne tworzenie karty wizyty.
393.	- możliwość bezpośredniego skierowania na IP
394.	Kwalifikacja rozliczeniowa usług i świadczeń.
395.	wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
396.	automatyczna aktualizacja i przegląd Księgi Głównej Przychodni
397.	Konfiguracja pracy gabinetu
398.	System musi pozwalać na dostosowanie modułu do specyfiki gabinetu lekarskiego co najmniej w zakresie:
399.	- możliwości zdefiniowania wzorców dokumentacji dedykowanej dla gabinetu
400.	- możliwości zdefiniowania elementów menu (zakładek) w zależności od potrzeb i rodzaju usługi
401.	- możliwość wykorzystania, zdefiniowanych wcześniej, wzorów dokumentów
402.	System musi umożliwiać tworzenie raportów i wykazów pracy gabinetu

Ruch Chorych - Izba Przyjęć, Oddziały

LP	Opis wymagania
403.	Izba Przyjęć
404.	System musi umożliwiać obsługę skorowidza pacjentów, wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodni, Pracowni Diagnostycznej, Oddziału, Izby przyjęć.
405.	Ewidencja danych pacjentów
406.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w

	szczegółności:
407.	- identyfikator pacjenta
408.	- data urodzenia
409.	- imię ojca i matki
410.	- miejsce urodzenia
411.	- płeć
412.	- PESEL opiekuna
413.	- nazwisko rodowe matki
414.	- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
415.	- pobyt w jednostce
416.	- pobyt w okresie
417.	- nr telefonu
418.	- adres e-mail
419.	- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
420.	- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
421.	- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością
422.	Możliwość przypisania Odcinka/Sali i łóżka w module Izba Przyjęć
423.	System umożliwia ograniczenie kryteriów wyszukiwania pacjentów na liście, wyłącznie na podstawie pełnego numeru PESEL.
424.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
425.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanej tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
426.	- płeć (męska, żeńska, nieznana)
427.	- fragment (frazę) opisu pacjenta
428.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
429.	W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.
430.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.
431.	System musi kontrolować poprawność wprowadzanych danych pacjenta, co najmniej w zakresie:
432.	- numeru PESEL oraz jego zależności z płcią i datą urodzenia pacjenta
433.	- numeru dokumentu tożsamości (co najmniej dla dowodu osobistego i prawa jazdy)
434.	System musi umożliwiać automatyczne uzupełnianie numeru kartoteki pacjenta na podstawie technicznego identyfikatora
435.	System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
436.	System musi umożliwić wprowadzenie daty uzyskania pełnoletniości dla pacjentów, którzy nie ukończyli 18 roku życia
437.	System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.
438.	Obsługa listy pacjentów modułu
439.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych kryteriów, w szczególności:
440.	- stan pacjenta
441.	- status pacjenta (przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier)
442.	- status eWUŚ
443.	- identyfikator pacjenta
444.	- lekarz prowadzący
445.	- lekarz nadzorujący (jeśli jest rejestrowany na danym oddziale)
446.	- nazwisko i imię
447.	- nr Wykazu Głównego
448.	- rozpoznanie

449.	- płatnik
450.	- nr kartoteki i karty pacjenta
451.	- zlecenia leków modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
452.	- z aktualnymi zleceniami leków
453.	- obsługiwani w innych jednostkach
454.	- z przepustkami do zatwierdzenia
455.	- przepustki planowane
456.	- zlecenia leków do potwierdzenia
457.	- obsługiwani w trybie IOM
458.	- bez obserwacji lekarskich
459.	- daty urodzenia
460.	- wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski
461.	- osoby poniżej określonego wieku (roku życia)
462.	- status sprzedaży
463.	- pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień.
464.	- pacjentów po danych pielęgniarstwa prowadzącej.
465.	- odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergie i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)
466.	- z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć
467.	System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią: - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. - Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem
468.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.
469.	System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.
470.	System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie:
471.	- danych osobowych,
472.	- danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,
473.	W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.
474.	System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
475.	System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
476.	System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta.
477.	System musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej.
478.	System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.
479.	System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.
480.	System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych niejawnych za pomocą uprawnień. W ramach danej opieki musi istnieć możliwość przeglądu danych niejawnych, pomimo braku uprawnień.
481.	System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych:

	- z pliku graficznego, - zeskanowanego, - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta
482.	System musi umożliwić wstawienie zdjęcia pacjenta:
483.	-z pliku graficznego
484.	- zeskanowanego
485.	- wykonanego podczas przyjęcia pacjenta
486.	Rejestracja pacjenta w Izbie Przyjęć
487.	System musi umożliwić przyjęcie pacjenta w trybie nagłym oraz planowym
488.	System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu.
489.	System musi automatycznie oznaczyć pobyt jako "zagrożenie życia lub zdrowia", podczas przyjęcia pacjenta w trybie nagłym.
490.	Pacjenci kierowani na izbę przyjęć z innych jednostek szpitala, powinni być prezentowani na liście oczekujących na przyjęcie.
491.	System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej podczas rejestracji odmowy.
492.	System musi umożliwiać rejestrację rozpoznania: wstępnego, końcowego oraz rozpoznać towarzyszących.
493.	Rejestracja rozpoznań w systemie musi odbywać się z wykorzystaniem słownika ICD10. System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie oraz słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu
494.	System powinien umożliwiać kopiowanie rozpoznań z: poprzedniej jednostki, poprzedniej hospitalizacji, poprzedniego pobytu w Izbie Przyjęć.
495.	System musi umożliwiać:
496.	- wprowadzenie danych ze skierowania,
497.	-import danych o podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Zaimportowane dane powinny być możliwe do wykorzystania podczas ewidencji danych skierowania
498.	-wprowadzenie danych płatnika
499.	- wprowadzenie danych wywiadu wstępnego, z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub dedykowanego formularza
500.	- wprowadzenie wywiadu przedporodowego
501.	- wprowadzenie danych niezbędnych do wystawienia Karty Statystycznej Psychiatrycznej
502.	System powinien umożliwić eksport Karty Psychiatrycznej do pliku XML
503.	System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby.
504.	System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zleczanych pacjentowi usług, w szczególności:
505.	- procedur,
506.	- podanych leków,
507.	- konsultacji.
508.	System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia.
509.	System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta.
510.	Podczas uzupełniania danych wywiadu i badania wstępnego, system musi umożliwić wykorzystanie informacji wcześniej wprowadzonych - wywiad wstępny, rozpoznanie wstępne, badanie fizykalne wstępne.
511.	System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Izbie przyjęć, w zakresie: - wywiadu wstępnego, - badania przedmiotowego.
512.	System powinien umożliwiać rejestrację, przegląd oraz śledzenie historii zmian dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
513.	System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie

	przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.
514.	System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespołu Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala.
515.	System musi umożliwiać prezentację danych pacjenta aktualnie przypisanego do ZWR w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.
516.	System powinien umożliwiać śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
517.	System powinien umożliwić rejestrację informacji o wymaganym transporcie medycznym pacjenta
518.	System powinien umożliwić rejestrację informacji o planowanym czasie hospitalizacji
519.	System musi umożliwiać przegląd i obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń, w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej.
520.	System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do Banku Krwi.
521.	System musi umożliwiać ewidencję usług rozliczanych komercyjnie
522.	System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena.
523.	Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej.
524.	W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS.
525.	System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną
526.	Zakończenie pobytu w Izbie Przyjęć
527.	System musi umożliwiać rejestrację opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:
528.	- skierowanie pacjenta na oddział
529.	- zgon pacjenta na Izbie Przyjęć, z wpisem do Księgi Zgonów.
530.	- odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala, z wpisem do Wykazu Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
531.	System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia pacjenta, z wpisem do Harmonogramu przyjęć.
532.	System musi umożliwiać przeniesienie pacjenta na inną izbę przyjęć.
533.	System musi umożliwiać wycofanie skierowania pacjenta na oddział
534.	Po zatwierdzeniu skierowania pacjenta do oddziału system drukuje opaskę z kodem kreskowym identyfikującym pacjenta
535.	System umożliwia drukowanie wielu etykiet opatrzonego identyfikatorem pacjenta np. w postaci kodu paskowego
536.	Podczas kierowania pacjenta na oddział, system umożliwia określenie planowanej liczby dni pobytu
537.	System musi umożliwić autoryzację danych Izby Przyjęć,
538.	System musi umożliwić ewidencję danych do rozliczenia produktów kontraktowanych z NFZ
539.	System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.
540.	Tworzenie dokumentacji Izby Przyjęć
541.	System musi umożliwiać tworzenie i wydruk dokumentacji indywidualnej pacjentów izby przyjęć: tj.
542.	- Karta Wypisowa,
543.	- Historia choroby – pierwsza strona
544.	- Karta Odmowy.
545.	System dla każdego składnika historii choroby umożliwia wydruk przypisanego pisma.
546.	System musi umożliwiać obsługę dokumentacji zbiorczej tj.:
547.	- Wykaz Główny,
548.	- Księgi Izby Przyjęć,
549.	- Harmonogram przyjęć,
550.	- Wykaz odmów i Porad Ambulatoryjnych,
551.	- Wykaz Zabiegów,

552.	- Księga Depozytów,
553.	- Księga Zgonów,
554.	- Księga Ratownictwa,
555.	- Książka transfuzyjna.
556.	System musi umożliwić podpowiadanie dat w danych pozycji Księgi Ratownictwa.
557.	System musi umożliwiać tworzenie i wydruk standardowych raportów tj.:
558.	- raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu osobowym
559.	- raportu ruchu chorych izby przyjęć, w ujęciu sumarycznym
560.	- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariacie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej.
561.	System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia
562.	System umożliwia prowadzenie rejestru przyjęć do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymogami prawa.
563.	System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów w oparciu o zgromadzone w systemie dane
564.	System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,
565.	System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej
566.	System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.
567.	Integracja z innymi elementami systemu
568.	System musi zapewniać integrację z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:
569.	- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa)
570.	- wzajemnego udostępniania danych zleceń i danych o ich wykonaniu we właściwym kontekście (pacjenta, pobytów, hospitalizacji)
571.	System musi umożliwiać oznaczenie wpisu do harmonogramu jako oczekującego na automatyczną synchronizację z AP-KOLCE, w zdefiniowanym czasie.
572.	Oddział
573.	Pulpit główny modułu powinien zawierać podstawowe informacje liczbowe informujące o liczbie aktualnie przebywających w oddziale pacjentach, o liczbie pacjentów wypisywanych, do przyjęcia, liczbie zleceń do obsłużenia
574.	System musi umożliwić prezentację na głównym pulpicie modułu informacji o liczbie pacjentów przebywających na przepustkach.
575.	Obsługa listy pacjentów modułu
576.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, w szczególności:
577.	- stan pacjenta
578.	- status pacjenta (przysłany z IP, przebywający na oddziale, skierowany do innej jednostki, na przepustce, uciekinier)
579.	- status eWUŚ
580.	- identyfikator pacjenta
581.	- lekarz prowadzący
582.	- lekarz nadzorujący (jeśli jest rejestrowany na danym oddziale)
583.	- nazwisko i imię
584.	- nr Wykazu Głównego
585.	- rozpoznanie
586.	- płatnik
587.	- nr kartoteki i karty pacjenta
588.	- zlecenia leków modyfikowane w ciągu ostatnich X godzin
589.	- z aktualnymi zleceniami leków
590.	- obsługiwani w innych jednostkach
591.	- z przepustkami do zatwierdzenia
592.	- przepustki planowane
593.	- zlecenia leków do potwierdzenia
594.	- obsługiwani w trybie IOM
595.	- bez obserwacji lekarskich
596.	- daty urodzenia

597.	- wyszukanie pacjenta z wykorzystaniem kodu paskowego (w którym zakodowany jest identyfikator pacjenta) z opaski
598.	- osoby poniżej określonego wieku (roku życia)
599.	- status sprzedaży
600.	- pacjentów oddziału z przepustką zaplanowaną na dany dzień.
601.	- pacjentów po danych pielęgniarki prowadzącej.
602.	- odfiltrowanie listy pacjentów tylko do takich co posiadają: alergię i/lub są w szybkiej ścieżce onkologicznej i/lub są objęci opieką koordynowaną związaną z chorobami serca (KOS)
603.	- z wpisem/bez wpisu w harmonogramie przyjęć
604.	System powinien umożliwić wyszukiwanie na listach pacjentów (RCH, Stacja dializ, Zakażenia, Gabinet, Rejestracja, Pracownia) pacjentów z groźnym wirusem lub bakterią: - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z zakażeniem; - Podejrzenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z podejrzeniem zakażenia; - Kwarantanna – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów z kwarantanną; - Rozpoznanie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rozpoznaniem; - Zakażenie – kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania do pacjentów oznaczonych groźnym wirusem z konkretnym rodzajem zakażenia. -Nosicielstwo- kryterium powinno umożliwić zawężenie wyników wyszukiwania pacjentów z oznaczonym nosicielstwem
605.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu za pomocą dodatkowego kryterium budowanego z wykorzystaniem zapytania SQL.
606.	System musi umożliwić modyfikację danych osobowych pacjentów przebywających na oddziale.
607.	System musi umożliwiać przegląd danych archiwalnych pacjenta w zakresie:
608.	- danych osobowych,
609.	- danych z poszczególnych pobytów szpitalnych,
610.	W zależności od konfiguracji system musi umożliwiać prezentację statusu TRIAGE podczas przeglądu informacji o wizytach i hospitalizacjach pacjenta.
611.	System musi umożliwiać rejestrację i śledzenie historii dokumentów uprawniających do uzyskania świadczeń.
612.	System musi sprawdzać zgodność daty urodzenia pacjenta podanej w dokumencie UE, z datą urodzenia podaną w danych osobowych pacjenta.
613.	System musi umożliwiać określenie stopnia niepełnosprawności w danych osobowych pacjenta.
614.	System musi umożliwiać obsługę innych dokumentów tożsamości niż dowód osobisty/paszport dla opiekuna/osoby upoważnionej.
615.	System umożliwia automatyczne tworzenie wpisów w skorowidzu pacjentów dla opiekunów danego pacjenta.
616.	System musi umożliwiać ewidencję pacjentów ze szczególnymi uprawnieniami, których dane są objęte ograniczonym dostępem.
617.	System musi umożliwić ograniczenie widoczności danych niejawnych za pomocą uprawnień. W ramach danej opieki musi istnieć możliwość przeglądu danych niejawnych, pomimo braku uprawnień.
618.	System musi umożliwiać dodanie zdjęcia pacjenta w ramach danych osobowych: - z pliku graficznego, - zeskanowanego, - wykonanego podczas przyjęcia pacjenta
619.	System musi umożliwić wstawienie zdjęcia pacjenta:
620.	-z pliku graficznego
621.	- zeskanowanego
622.	- zdjęcia wykonanego podczas przyjęcia pacjenta
623.	System musi umożliwiać gromadzenie danych o lekach stale przyjmowanych przez pacjenta m.in. w zakresie -nazwy leku -okresu przyjmowania leku

	-dawkowania -rozpoznania -źródła informacji
624.	Przyjęcie pacjenta na oddział
625.	Przyjęcie pacjenta do oddziału powinno odbywać się w jednym z trybów:
626.	- w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratunkowy
627.	- w trybie nagłym
628.	- planowane na podstawie skierowania
629.	- planowane, poza kolejnością, na podstawie posiadanych uprawnień
630.	- przymusowe
631.	- przeniesienie z innego szpitala
632.	- przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu
633.	- noworodka, w wyniku porodu w tym szpitalu (dla oddziału neonatologicznego)
634.	System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako przyjętego w ramach powikłań po zabiegu.
635.	System musi automatycznie podpowiadać kod uprawnienia do obsługi pacjenta poza kolejnością na podstawie jego dokumentów uprawniających (pokrywających się z dostępnymi kodami uprawnień do obsługi poza kolejnością), zaewidencjonowanych w systemie.
636.	System musi umożliwić rejestrację odmowy lub anulowania przyjęcia do Oddziału, skutkujące wycofaniem danych pacjenta na Izbę Przyjęć lub innej jednostki kierującej (inny oddział). System powinien umożliwić przegląd wycofanych pobyty dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.
637.	System musi umożliwiać zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Harmonogramu przyjęć Oddziału,
638.	System musi umożliwić dodanie zdefiniowanej (dla jednostki lub odcinka) listy procedur medycznych podczas przyjmowania pacjenta na oddział.
639.	System powinien prezentować czas, jaki upłynął od ostatniej hospitalizacji, w tym hospitalizacji o tym samym rozpoznaniu, co aktualna
640.	System musi umożliwić określenie wymagalności przypisania łóżka pacjentowi podczas przyjęcia na Oddział.
641.	System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych.
642.	System musi umożliwiać przypisanie do pacjenta sali/łóżka z innej jednostki, niż ta na której pacjent aktualnie przebywa. Jednocześnie system musi prezentować na dedykowanych raportach i zestawieniach informację o przypisaniu pacjenta do sali lub łóżka w innej jednostce niż ta w której pacjent ma zarejestrowany pobyt na oddziale.
643.	Podczas rejestracji przyjęcia pacjenta na oddział system powinien umożliwiać:
644.	- nadanie numeru Wykazu Oddziałowego – automatycznego lub wpisanie przez użytkownika,
645.	- wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
646.	- ewidencję pielęgniarki prowadzącej,
647.	- możliwość modyfikacji danych płatnika,
648.	- wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, łóżka,
649.	- wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji do celów statystycznych, np. całodobowa z zabiegiem operacyjnym, dzienna z bez zabiegów i badań laboratoryjnych, itp.
650.	- podpowiadanie czasu trwania pobytu na oddziale. System powinien umożliwiać określanie domyślnej liczby dni pobytu dla oddziałów
651.	System powinien umożliwić automatyczne oznaczenie pacjenta objętego kwarantanną. Oznaczenie pacjenta powinno mieć miejsce w sytuacji, gdy podczas weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ, w odpowiedzi zwrócona zostanie informacja o objęciu pacjenta kwarantanną. Dodatkowo system powinien na liście pacjentów oznaczyć takich pacjentów dedykowanym znakiem graficznym (ikona) oraz powinna zostać wyświetlona informacja do kiedy dany pacjent objęty jest kwarantanną
652.	System umożliwia automatyczne rozpoczęcie nowego cyklu leczenia podczas otwarcia pobytu na oddziale psychiatrycznym dziennym oraz zamknięcie tego cyklu w chwili zakończenia pobytu pacjenta. Dla ponownych przyjęć przed upływem 14 dni od poprzedniego wypisu system wyszukuje poprzednie cykle leczenia i umożliwia podpięcie bieżącego pobytu pod wcześniejszy cykl jako kontynuację leczenia.
653.	Podczas ewidencji świadczenia Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowej na podstawie zgody z Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji system sprawdza, czy pobyt został powiązany z odpowiednim

	cyklem leczenia, jeżeli nie system automatycznie dodaje i podcina odpowiedni cykl leczenia
654.	Pobyt pacjenta na oddziale
655.	System musi umożliwić rejestrację wywiadu wstępnego z możliwością użycia słownika tekstów standardowych lub zdefiniowanych formularzy. W ramach danej jednostki organizacyjnej powinna istnieć możliwość zdefiniowania innego domyślnego formularza dokumentacji medycznej.
656.	System musi umożliwiać rejestrację rozpoznań: wstępnego, końcowego, powypisowego, przyczyny zgonu, opisu rozpoznania
657.	System powinien umożliwiać rejestrację danych lekarza nadzorującego (sprawującego dodatkowy nadzór niezależnie od lekarza prowadzącego)
658.	System umożliwia wyszukiwanie rozpoznań po kodzie, nazwie i słowach kluczowych zdefiniowanych przez administratora systemu.
659.	System musi podpowiadać rozpoznanie wstępne – oddziałowego, takie samo, jak rozpoznanie z poprzedniego pobytu
660.	Podczas rejestracji danych dot. pobytu system, w zależności od statusu pobytu, podpowiada do wypełnienia odpowiedni typ rozpoznania. Jeśli pobyt nie posiada statusu "zamknięty" to domyślnie podpowiadany rozpoznaniem, jest rozpoznanie wstępne
661.	System powinien sygnalizować brak rozpoznania dodatkowego z zakresu V-Y przy podanym rozpoznaniu zasadniczym z grup S-T
662.	System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopni zaawansowania dla poszczególnych rozpoznań nowotworowych. Ponadto system umożliwia konfigurację klasyfikacji TNM dla rozpoznań nowotworowych, w zakresie stopnia rozwoju i występowania przerzutów dla poszczególnych cech klasyfikacji.
663.	System musi umożliwiać ewidencję klasyfikacji TNM dla rozpoznań dodatkowych oraz rozpoznań współistniejących w ramach rozpoznania końcowego.
664.	System musi umożliwiać kopiowanie klasyfikacji TNM zaewidencjonowanej dla danego rozpoznania nowotworowego w ramach poprzedniego pobytu pacjenta.
665.	W przypadku modyfikacji rozpoznania, dla którego uzupełniono klasyfikację TNM, system musi ostrzegać użytkownika o istniejących zależnościach.
666.	System musi umożliwiać zdefiniowanie listy rozpoznań określających zatrucie, dla których wymagane jest wypełnienie formularza PSS.
667.	System umożliwia kopiowanie rozpoznania zaewidencjonowanego w ramach choroby przewlekłej pacjenta.
668.	System powinien umożliwiać tworzenie tymczasowych wpisów w historii choroby
669.	System umożliwia zbiorczy przegląd historii zmian w ramach danego pobytu na oddziale.
670.	System umożliwia utworzenie dedykowanego wydruku dla elementów Historii Choroby, co najmniej w zakresie informacji o wywiadzie, badaniu fizykalnym, epikryzie, zastosowanym leczeniu i zaleceniach lekarskich dot. postępowania po wypisie pacjenta ze szpitala.
671.	System umożliwia określenie listy wymaganych do uzupełnienia elementów historii choroby, walidowanych podczas przeniesienia lub potwierdzenia wypisu pacjenta.
672.	System musi umożliwiać autoryzację, przez lekarza, rejestrowanych elementów historii choroby
673.	Dla wpisów autoryzowanych, system musi prezentować informacje o dacie i godzinie autoryzacji oraz osobie autoryzującej
674.	System musi umożliwiać przeglądanie oraz wydruk historii choroby (leczenia), wyników badań, zleceń, danych medycznych z wielu pobytów na jednym ekranie; z możliwością konfiguracji kategorii danych, z którychś przeglądanymi i drukowanymi danymi szczegółowymi dotyczącymi leczenia.
675.	System powinien umożliwiać wydruk historii choroby zawierający kod kreskowy
676.	System umożliwia wystawianie skierowania na zewnątrz z poziomu przeglądu danych historii choroby.
677.	System posiada możliwość rezygnacji z realizacji e-skierowań.
678.	System posiada możliwość wystawiania e-skierowań na szczepienia covidowe.
679.	System musi umożliwiać rejestrację informacji o zdeponowanych przez pacjenta rzeczach, z wpisem do wybranej księgi depozytów
680.	W ramach rejestracji informacji o rzeczach zdeponowanych przez pacjenta, system umożliwia wspomagana definiowanymi słownikami ewidencję rzeczy wartościowych i osobistych oraz rejestrację danych osoby upoważnionej do odbioru depozytu.
681.	System umożliwia odnotowanie częściowego wydania rzeczy zdeponowanych przez pacjenta.
682.	System umożliwia wygenerowanie raportu depozytów w oparciu o zaewidencjonowane dane depozytów

	pacjentów.
683.	System musi umożliwić wpisanie planowanego czasu trwania hospitalizacji
684.	System powinien umożliwiać zdefiniowanie standardowego czasu pobytu pacjenta dla każdego z oddziałów. Czas ten powinien być podpowiadany podczas przyjęcie pacjenta na oddział.
685.	Dla oddziału psychiatrycznego system powinien umożliwiać automatyczne wyliczanie długości dni pobytu w celu prezentacji informacji o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania.
686.	System umożliwia rejestrację w dokumentacji medycznej faktu stosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego (doraźnego i unieruchomienia i/lub izolacji), przekazania do oceny i oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego
687.	System udostępnia wgląd w listę kart stosowania przymusu bezpośredniego skierowanych do oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, dla całego oddziału, oraz całego podmiotu
688.	System umożliwia wydruk wzoru "OCENA STANU FIZYCZNEGO OSOBY Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI UNIERUCHOMIONEJ LUB IZOLOWANEJ" oraz jego skróconą wersję z ocenami
689.	System umożliwia wydruk karty zastosowania przymusu bezpośredniego przed wykonaniem oceny
690.	System umożliwia obsługę oddziału o typie 'Oddział psychiatryczny', w tym prowadzenie rejestru przyjęć bez zgody do szpitala psychiatrycznego zgodnie z wymaganiami prawnymi.
691.	System musi informować o przeterminowanych pobytach w zależności od rozpoznania
692.	System musi umożliwić zamówienie dokumentacji medycznej, przechowywanej w archiwum, dla pacjentów przebywających w oddziale
693.	System musi umożliwiać przegląd historii zmian danych pobytu w oddziale
694.	System musi umożliwiać ewidencję zgód na wysyłanie powiadomień dla opiekuna w ramach hospitalizacji pacjenta. Powinna istnieć możliwość wydruku tak zaewidencjonowanej zgody
695.	System musi umożliwiać oznaczenie pacjenta jako monitorowanego przez Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach pobytu. Tak oznaczony pacjent w ramach danej opieki (aktualnie przypisany do ZWR) powinien być prezentowany w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.
696.	System musi umożliwiać zbiorczy przegląd wraz z historią pacjentów przypisanych do Zespół Wczesnego Reagowania (ZWR) w ramach całego Szpitala.
697.	System musi umożliwiać prezentację danych pacjenta aktualnie przypisanego do ZWR w odróżnialny sposób, np. dane prezentowane na tle w innym kolorze.
698.	System musi umożliwiać rejestrację wykonanych oraz zleczanych pacjentowi usług, w szczególności:
699.	- procedur, w tym zabiegów, z możliwością ich wprowadzania wg zdefiniowanych grup
700.	- umiejscowieniu na procedurze,
701.	-urządzeń/implantów w ramach zaewidencjonowanej procedury ze wskazaniem czy procedura dotyczy wszczepienia, manipulacji czy usunięcia urządzenia
702.	- badań diagnostycznych i laboratoryjnych
703.	- podań leków w tym z możliwością wyboru dostawy, z której realizowane jest podanie a także w przypadku przyjęcia do apteczki oddziałowej leku przekazanego na pacjenta oznaczenia w liście dostaw, dostawy na pacjenta,
704.	- konsultacji,
705.	- diet, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zlecenia pojedynczej diety lub zmian diet bezpośrednio z okna wprowadzania danych wywiadu.
706.	System umożliwia powielanie definicji diety pacjenta na podstawie definicji z poprzedniego pobytu w ramach hospitalizacji.
707.	System musi umożliwiać wskazanie Jednostki Obciążanej podczas ewidencji wykonania procedur, konsultacji czy badań, których realizacja nie wynika ze zlecenia.
708.	Powinna istnieć możliwość jednoczesnego dodawania i usuwania wielu procedur
709.	System musi umożliwiać automatyczne generowanie procedur ICD9 dla wprowadzanych obserwacji lekarskich.
710.	System powinien umożliwiać podgląd szczegółów dokumentu rozchodu po ewidencji podania leku.
711.	System musi umożliwiać ewidencję i przegląd zestawów narzędzi zastosowanych w ramach pobytu pacjenta.
712.	System musi umożliwiać przegląd oraz obsługę zamówień do Banku Krwi oraz przetoczeń w kontekście wybranej jednostki organizacyjnej. W ramach definiowania zamówień możliwe jest aby po zapisie następowało automatyczne wysłanie zamówienia do BK i wydruk dokumentu.
713.	System automatycznie wysyła zlecenie na próbę zgodności serologicznej krwi wraz z zamówieniem do

	Banku Krwi.
714.	System powinien umożliwić ewidencję szczegółów dotyczących przetoczenia u pacjenta, w tym: daty otrzymania składnika krwi, procedury, daty rozpoczęcia i zakończenia przetoczenia, personelu wykonującego, lekarza odpowiedzialnego oraz pomiarów (ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, tętna i temperatury wykonującego pomiary) i oceny przetoczenia z uwzględnieniem odnotowania obserwacji lekarskich i pielęgnarskich oraz umieszczania odpowiednich danych w Księżce transfuzyjnej.
715.	System powinien umożliwiać oznaczenie w danych pobytu pacjenta czy zakończono przetoczenie i/lub obserwacje po przetoczeniu. W przypadku braku oznaczenia o zakończeniu przetoczenia i/lub obserwacji po przetoczeniu system powinien wyróżniać pacjenta np. ikoną.
716.	System musi umożliwić ewidencję przepustek dla pojedynczego pacjenta bądź dla wielu pacjentów
717.	System musi umożliwić oznaczenie na przepustce pacjenta możliwości rozliczenia rezerwacji łóżka w oddziale psychiatrycznym.
718.	Prezentacja informacji o potwierdzonej grupie krwi pacjenta podczas przeglądu jego pobytów
719.	W danych medycznych pacjenta musi istnieć możliwość rejestracji informacji o szczepieniach, alergiach, chorobach przewlekłych, grupie krwi, implantach (urządzeniach). Dane te powinny być na stałe przypisane do pacjenta i widoczne w kontekście każdego pobytu.
720.	System musi umożliwiać wydruk dokumentu 'Karta Uodpornienia' na podstawie wygenerowanych planowanych szczepień wynikających z kalendarza szczepień. Dokument musi być zgodny z rozporządzeniem dot. szczepień obowiązkowych
721.	System musi umożliwiać w ramach ewidencji szczepienia wskazania i zaewidencjonowania danych dotyczących szczepienia tj.: datę kwalifikacji; kwalifikującego; datę odroczenia szczepienia jeśli podczas kwalifikacji podjęto decyzję o odroczeniu szczepienia; nr dawki; dawkę z jednostką oraz szczegóły podanej szczepionki w tym producenta; nr serii; termin ważności i liczbę dawek w opakowaniu z uwzględnieniem słowników publikowanych przez SIM w zakresie co najmniej: części ciała, droga podania, źródło finansowania. Zakres danych wynika z zakresu danych przekazywanych do systemu SIM w ramach zdarzeń medycznych.
722.	System umożliwia oznaczenie Odmowy szczepienia wynikającego z listy szczepień obowiązkowych występujących w Karcie uodpornienia.
723.	W systemie musi istnieć możliwość potwierdzenia przez lekarza informacji o grupie krwi pacjenta wraz z możliwością załączenia skanu dokumentu potwierdzającego grupę krwi.
724.	System umożliwia zdefiniowanie wymagalności zaplanowania terminu pacjenta podczas wysyłania zleceń.
725.	System musi umożliwiać rozliczanie kart TISS-28 na oddziałach Anestezjologii i Intensywnej terapii (OAiT) zgodnie z wytycznymi NFZ z uwzględnieniem sprawozdawczości świadczeń wynikających z czynności oznaczonych na karcie TISS28
726.	System umożliwia zbiorcze usunięcie kompletu rozliczeń wskazanej karty TISS28.
727.	W IP/SOR system prezentuje kategorię stanu zdrowia pacjenta na podstawie zaewidencjonowanych procedur medycznych
728.	W IP/SOR system weryfikuje ciągłość procedur do wyznaczenia maksymalnej kategorii stanu zdrowia pacjenta na podstawie zaewidencjonowanych procedur medycznych
729.	W IP/SOR system umożliwia podgląd list procedur z podziałem na kategorie stanu zdrowia pacjenta
730.	System musi umożliwiać automatyczne rozliczanie karty TISS-28 podczas przenoszenia pacjenta na inny oddział.
731.	System umożliwia ewidencję kart TISS28, z możliwością powielania karty oraz wskazania dni pobytu w których nie została utworzona karta.
732.	System umożliwia ewidencję w ramach pobytu konsultacji anestezjologicznych wykonanych przed rozpoczęciem hospitalizacji, umożliwiając ich rozliczenie w ramach NFZ.
733.	System umożliwia dodanie kart kwalifikacji do żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Karty kwalifikacji
734.	System powinien umożliwiać generowanie wpisów potwierdzających wykonanie grupy procedur podczas ewidencji podania leku, zgodnie z konfiguracją. System zapewnia określenie w konfiguracji powiązania produktu handlowego oraz opcjonalnie komórki organizacyjnej, którego podanie (w tym w konkretnej komórce organizacyjnej) wiąże się z generowaniem dodatkowych procedur.
735.	System musi umożliwiać dodanie pakietu materiałów podczas grupowego dodawania leków w jednostkach.
736.	System umożliwia przeniesienie wybranych lub wszystkich kart pomocniczych podczas skierowanie pacjenta na inny oddział.

737.	System musi umożliwiać ewidencję oceny Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia pacjenta (ICF). Użytkownik musi mieć możliwość wprowadzenia wszystkich kodów ewidencji z poziomu jednego ekranu.
738.	System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki (bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy na Oddziale, w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - wywiadu, - badania przedmiotowego, - badania podmiotowego, - epikryzy, - zastosowanego leczenia.
739.	System powinien walidować minimalną długość pobytu pacjenta na podstawie konfigurowalnego parametru w kontekście jednostki organizacyjnej
740.	System powinien umożliwić obsługę kart zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczeniennego (NOP)
741.	Opieka pielęgniarska
742.	System musi umożliwiać ewidencję diagnoz pielęgniarskich, co najmniej, w zakresie:
743.	- wprowadzania diagnoz (przy użyciu słownika diagnoz funkcjonującego w szpitalu)
744.	- wprowadzania procedur wynikających z diagnozy przy użyciu słownika procedur funkcjonującego w szpitalu
745.	- ustalenie listy diagnoz preferowanych dla jednostki
746.	- przegląd diagnoz z poprzednich pobytów pacjenta w ramach bieżącej hospitalizacji
747.	- realizacji procedur wynikających z diagnoz,
748.	- dodania lub usuwania wielu procedur jednocześnie
749.	- odnotowania realizacji wielu procedur jednocześnie
750.	- edycji opisu wykonanej procedury
751.	- planu realizacji
752.	- wydruku indywidualnej karty procesu pielęgnacji
753.	- zbiorczej realizacji procedur wynikających z jednej lub wielu diagnoz
754.	- zbiorczej realizacji procedur dla wielu pacjentów
755.	System musi umożliwiać automatyczne dopisanie kodu procedury ICD9 podczas rejestracji obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego
756.	System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących opieki pielęgniarskiej w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.
757.	System umożliwia generowanie dokumentów dotyczących oceny stanu pacjenta w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.
758.	System musi zapewnić możliwość wystawienia, podglądu i edycji:
759.	- zleceń wykonania diagnoz pielęgniarskich
760.	- zleceń wykonania pomiarów
761.	- innych zleceń pielęgniarskich
762.	System w ramach zleceń pielęgniarskich musi umożliwić zlecenie pomiaru złożonego oraz odnotowanie jego realizacji.
763.	System musi umożliwić jednoczesne zakończenie wielu diagnoz pielęgniarskich.
764.	System musi umożliwić jednoczesne przywrócenie do realizacji wielu diagnoz pielęgniarskich.
765.	System umożliwia edycję słownika diagnoz pielęgniarskich z poziomu wprowadzania diagnoz dla pacjenta.
766.	System musi umożliwić powielenie obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego.
767.	System powinien umożliwić wprowadzenie domyślnego wyniku (opisu końcowego) dla diagnozy pielęgniarskiej
768.	System musi umożliwiać określenie maksymalnego opóźnienia we wprowadzeniu opisu obserwacji/przebiegu pielęgniarskiego.
769.	System musi umożliwić określenie maksymalnego opóźnienia w wystawieniu zlecenia pielęgniarskiego.
770.	System musi umożliwiać odnotowanie realizacji wielu zleceń pielęgniarskich jednocześnie.
771.	System musi umożliwić wycofanie operacji realizacji lub odrzucenia zlecenia pielęgniarskiego.
772.	System powinien umożliwiać wskazanie przebiegów pielęgniarskich, które powinny zostać wydrukowane na raporcie z dyżuru pielęgniarskiego

773.	Powinna istnieć możliwość zdefiniowania, dla jednostki organizacyjnej, domyślnych diagnoz, które będą przypisywane pacjentowi w momencie jego przyjęcia na oddział
774.	System musi umożliwiać wydruk karty gorączkowej z możliwością wyboru pomiarów, jakie powinny pojawić się na karcie
775.	System musi umożliwiać drukowanie wielu zaleceń pielęgniarских z danego dnia na wydruku karty gorączkowej
776.	System umożliwia ewidencję pomiaru ostrości widzenia wg skali Snellena.
777.	Podczas badania pacjenta system umożliwia ewidencję wyniku pomiaru w czterostopniowej skali CCS, określającej stopień zaawansowania dławicy piersiowej.
778.	W zależności od konfiguracji system wymusza, dla wybranych rozpoznań związanych z niewydolnością serca lub dławicą piersiową, wprowadzenie wyniku badania pacjenta w skali NYHA lub CCS.
779.	System powinien umożliwiać rejestrację wyników pomiarów dokonywanych pacjentowi
780.	System umożliwia określenie częstotliwości wykonania pomiarów i innych zleceń pielęgniarских.
781.	System musi umożliwiać definiowanie słowników wartości mierzonych i korzystanie ze słownika podczas odnotowywania pomiaru
782.	Musi istnieć możliwość wydruku siatek centylowych dla pomiaru wzrostu, wagi, obwodu głowy i BMI dla pacjentów w różnych grupach wiekowych.
783.	System musi umożliwić powiązanie wyniku pomiaru ze zleceniem pomiaru.
784.	System umożliwia generowanie powiadomień o patologicznym wyniku badania.
785.	System musi umożliwiać wprowadzanie wyników pomiarów złożonych, na które składa się kilka pomiarów prostych.
786.	System musi umożliwić ewidencję przebiegów pielęgniarских
787.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów zaleceń pielęgniarских
788.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów wywiadu pielęgniarского
789.	System musi umożliwiać wprowadzanie informacji o stopniu sprawności pacjenta
790.	System musi umożliwiać wprowadzanie opisów historii pielęgnowania
791.	System musi umożliwić podgląd opisów zaleceń i wywiadów pielęgniarских dla całej hospitalizacji pacjenta, a nie tylko dla bieżącego pobytu.
792.	System daje możliwość zablokowania zapisu danych zaleceń pielęgniarских przed wydaniem depozytu pacjenta
793.	System musi umożliwiać rozszerzenie definicji diagnoz i procedur pielęgniarских o diagnozy i interwencje wg klasyfikacji ICNP
794.	System musi umożliwiać wybór diagnoz i procedur pielęgniarских dla pacjenta wg kodów i nazw klasyfikacji ICNP oraz umożliwić wprowadzanie danych diagnoz i procedur przy użyciu pojęć z klasyfikacji ICNP
795.	System musi umożliwiać rejestrację przebiegu pielęgniarского bezpośrednio z listy pacjentów
796.	System musi umożliwiać określanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta
797.	System musi umożliwiać automatyczne ustalanie kategorii opieki pielęgniarskiej dla pacjenta, na podstawie kategorii określanych dla kryterium: aktywność fizyczna, odżywianie, wydalanie
798.	System umożliwia określanie poziomu intensywności opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na oddziałach intensywnej terapii.
799.	System musi umożliwiać wydruk przebiegów pielęgniarских
800.	Musi istnieć możliwość wykorzystania definiowanych formularzy do opisu przebiegu pielęgniarского
801.	System musi umożliwiać tworzenie zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów oddziału z możliwością przeliczenia ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet
802.	System musi umożliwiać uzupełnienie zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków i materiałów
803.	System musi umożliwiać ewidencję podania leku należącego do pacjenta (niezależnie od listy leków w receptariuszu szpitalnym/oddziału)
804.	System musi umożliwić tworzenie dokumentacji związanej z oceną stanu odżywiania pacjenta
805.	Podczas tworzenia dokumentu oceny stanu odżywiania, system powinien umożliwić uzupełnienie dokumentu danymi ostatnich pomiarów
806.	System musi umożliwić ewidencję kart pomocniczych z poziomu opieki pielęgniarskiej
807.	System musi umożliwiać podgląd karty bilansu płynów w ramach opieki pielęgniarskiej
808.	System musi umożliwiać dodanie zlecenia pielęgniarского grupie pacjentów.
809.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów, dla których istnieją zlecenia pielęgniarские, z użyciem

	kryteriów okresu planowanego wykonania oraz rodzaju i nazwy zlecenia pielęgniarstwa.
810.	System umożliwia wygenerowanie wykazu, zawierającego listę pacjentów z COVID-19, zgodnego z szablonem xls publikowanym przez Narodowy Instytut Kardiologii publikowanym w sekcji 'Dla integratorów' https://rejestrCovid.mz.gov.pl/ (zgodnie ze zmianami opisu plików z danymi pacjentów leczonych oraz testowanych, system zapewnia możliwość generowania wykazu pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów, którym zlecono badania w kierunku SARS-CoV-2)
811.	System umożliwia ewidencję danych ankiety epidemiologicznej, w związku z podejrzeniem zakażeniem COVID-19. W ankiecie możliwe jest wskazanie minimum daty wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 oraz określenie rodzaju wyniku zgodnego ze słownikiem wskazanym w szablonie wykazu pacjentów z COVID-19,
812.	Oddział ginekologiczno - położniczy
813.	System musi umożliwić ewidencję danych porodu, co najmniej w zakresie:
814.	- wywiadu przedporodowego (badania położniczego)
815.	- wpis do Wykazu Porodów,
816.	- odnotowanie personelu uczestniczącego,
817.	- odnotowanie danych noworodka (medyczne, Apgar)
818.	- odnotowanie badania przedmiotowego noworodka
819.	- odnotowanie czasu pracy personelu uczestniczącego w porodzie
820.	- odnotowanie informacji o zabiegach i powikłaniach
821.	System musi umożliwić kopiowanie do nowego wywiadu przedporodowego, danych z poprzedniego wywiadu pacjentki.
822.	Dla porodów zabiegowych musi istnieć możliwość odnotowania rodzaju porodu:
823.	- cesarskie cięcie
824.	- kleszcze
825.	- próżniąg
826.	- zlecenie porodu zabiegowego kierowane na blok operacyjny
827.	Musi istnieć możliwość drukowania karty obserwacji porodu
828.	System musi umożliwiać dodawanie wyników pomiarów dla płodów
829.	System musi umożliwić zdefiniowanie zdarzenia związanego z porodem (takiego jak: początek porodu, koniec porodu, urodzenie pierwszego noworodka), na podstawie którego prezentowana jest data porodu w Wykazie Porodów.
830.	System powinien umożliwiać określanie reguł nadawania imion noworodkom
831.	Na oddziale Neonatologicznym, w danych medycznych noworodka wgląd w dane porodu i dane matki
832.	W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji:
833.	- wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego,
834.	- wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną,
835.	- powód przerwania kontaktu skóra-skóra,
836.	- czy noworodek ssiał piersi (Tak/Nie),
837.	- czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie).
838.	System musi umożliwiać niezależną ewidencję danych charakterystyki porodu dla noworodków w przypadku porodów mnogich
839.	System musi umożliwiać zlecenie sekcji zwłok lub innego badania histopatologicznego dla martwo urodzonego noworodka
840.	System musi umożliwiać wprowadzanie zleceń dla noworodka z poziomu pobytu matki
841.	System musi udostępniać wydruk historii rozwoju noworodka z możliwością określenia daty, od której będą prezentowane dane pomiarowe. Na wydruku wyniki pomiarów wagi i ciepłoty ciała noworodka powinny być przedstawione w postaci wykresu.
842.	System generuje wydruki "Karty urodzenia" oraz "Karty martwego urodzenia" zgodnie z aktualnymi wytycznymi MZ w tym obszarze.
843.	Zakończenie pobytu
844.	System musi umożliwić rejestrację opuszczenia oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
845.	- przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział. System powinien umożliwić przegląd wycofanych popytów dla wybranego pacjenta wraz z danymi wycofania.
846.	- przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału),

847.	- wypis pacjenta ze Szpitala,
848.	- zgon pacjenta na Oddziale, z możliwością odnotowania:
849.	-- innej osoby wypisującej a innej stwierdzającej zgon
850.	-- danych medycznych wykonanych po zarejestrowaniu zgonu pacjenta (w przypadku oznaczenia jako dawcy organu)
851.	-- rodzaju zgonu: nagły, śródoperacyjny, pooperacyjny, śródzabiegowy, inny
852.	-- oznaczenia pacjenta jako dawcy organów
853.	-- wycofanie aktywnych deklaracji POZ
854.	System musi umożliwiać przejęcie realizacji rozpoczętego zabiegu operacyjnego przez inną jednostkę organizacyjną tak, aby nie było konieczne ponowne wprowadzanie wszystkich danych dotyczących zabiegu.
855.	System umożliwia obsługę opieki nad dawcą organów w zakresie:
856.	- ewidencji danych medycznych
857.	-ewidencji obserwacji lekarskich
858.	-ewidencji opieki pielęgniarstwa
859.	Podczas kończenia pobytu, jeśli stwierdzono wystąpienie patogenu alarmowego a karta zakażenia szpitalnego nie została wystawiona, system wymaga wypełnienia tej karty
860.	Odnotowanie faktu wydania pacjentowi druków, zaświadczeń, skierowań itp.,
861.	Podczas rejestracji zgonu pacjenta, system powinien anulować wszystkie zlecenia, zaplanowane wizyty oraz wpisy w kolejce oczekujących
862.	Podczas rejestracji wypisu pacjenta system powinien zakończyć zlecenia leków oraz diet.
863.	System musi umożliwić zakończenie realizacji otwartych diagnoz pielęgniarstwa podczas potwierdzania wypisu lub zgonu pacjenta.
864.	Podczas rejestracji wypisu system powinien umożliwić odnotowywanie daty archiwizacji o nr kartoteki pacjenta
865.	System umożliwia edycję wybranych danych wypisu pacjenta podczas jego potwierdzenia.
866.	Podczas wycofywania lub odmowy przyjęcia na oddział system musi umożliwić wprowadzenie uzasadnienia wycofania pobytu/odmowy przyjęcia.
867.	System powinien umożliwić zarejestrowanie pacjenta w systemie Informacje Medyczne wraz z możliwością wydruku konfigurowalnego szablonu pisma zgody na udostępnianie informacji medycznych systemowi Informacje Medyczne.
868.	System musi umożliwiać wybór opiekuna podczas rejestracji w HIS konta pacjenta w systemie Informacje Medyczne, jeżeli konto zakładane jest dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej
869.	Przygotowanie dokumentacji medycznej
870.	W danych neonatologicznych noworodka musi istnieć możliwość odnotowania następujących informacji: - wskazanie osoby wykonującej zabieg Credego, - wskazanie osoby zaopatrującej w opaskę identyfikacyjną, - powód przerwania kontaktu skóra-skóra, - czy noworodek ssiał pierś (Tak/Nie), - czy pobrano krew pępowinową (Tak/Nie)
871.	System musi umożliwić autoryzację danych oddziałowych, co najmniej w zakresie:
872.	- rozpoznać,
873.	- epikryz,
874.	- obserwacji lekarskich.
875.	Danych autoryzowanych nie można usunąć ani modyfikować, jedynie oznaczyć jako nieaktualne
876.	Podczas wprowadzania rozpoznania opisowego, system musi umożliwiać korzystanie z informacji wcześniej zapisanych w historii choroby pacjenta.
877.	System musi umożliwiać wydruk obserwacji lekarskich zarejestrowanych w ramach wszystkich pobytów pacjenta.
878.	System musi umożliwiać projektowanie własnych formularzy dokumentacji medycznej,
879.	System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków,
880.	System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów.
881.	Podczas wypisu pacjenta system informuje o założeniu Karty zakażenia oraz o założeniu Karty drobnoustroju w momencie wykrycia patogenu alarmowego. Walidacja zależna jest od ustawień parametru weryfikującego konieczność zakładania Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju.
882.	W module Oddziału system udostępnia 'Rejestr kart zakażeń pracowników' oraz umożliwia dodanie Karty zakażenia dla wskazanego pracownika

883.	System musi przechowywać wszystkie wersje utworzonych dokumentów
884.	System musi umożliwiać przegląd i modyfikację pełnej historii choroby - wszystkie jej elementy powinny być dostępne w jednym miejscu.
885.	Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na:
886.	- dane przyjęciowe,
887.	- wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo),
888.	- przebieg choroby,
889.	- epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych).
890.	- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobyków w ramach jednej hospitalizacji
891.	System musi umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym:
892.	- Karty Wypisowa,
893.	- Karty Informacyjna.
894.	System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym:
895.	- Karty Statystyczna,
896.	- Karty Leczenia Psychiatrycznego,
897.	- System musi umożliwić kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego
898.	- Karta Zakażenia Szpitalnego,
899.	- Karta Nowotworowa,
900.	- System musi umożliwić kopiowanie kart nowotworowych
901.	- Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
902.	- Karta Zgonu,
903.	- Karta TISS28,
904.	- System musi umożliwić kopiowanie kart TISS28
905.	- recept,
906.	- zwolnień
907.	- przebieg choroby,
908.	- epikryza (z możliwością wykorzystania słownika tekstów standardowych).
909.	- kopiowanie wyników badania i danych wypisowych z poprzednich pobyków w ramach jednej hospitalizacji
910.	System musi umożliwić wydruk dokumentów wewnętrznych oddziału, w tym:
911.	- Karty Wypisowa,
912.	- Karty Informacyjna.
913.	System musi umożliwić wydruk dokumentów zewnętrznych oddziału, w tym:
914.	- Karty Statystyczna,
915.	- Karty Leczenia Psychiatrycznego,
916.	- System musi umożliwić kopiowanie kart leczenia psychiatrycznego
917.	- Karta Zakażenia Szpitalnego,
918.	- Karta Nowotworowa,
919.	- System musi umożliwić kopiowanie kart nowotworowych
920.	- Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
921.	- Karta Zgonu,
922.	- Karta TISS28,
923.	- System musi umożliwić kopiowanie kart TISS28
924.	- recept,
925.	- zwolnień
926.	- skierowań
927.	System powinien umożliwić elektroniczny eksport Kart Statystycznych Psychiatrycznych
928.	Możliwość ewidencji karty całości oceny geriatrycznej i jej wydruk zgodnie z przepisami prawa. System zapewnia możliwość autoryzacji ewidencjonowanych danych
929.	System umożliwia dwuetapowe ewidencjonowanie danych w Karcie całościowej oceny geriatrycznej tj. ewidencję różnych danych przez wielu użytkowników oraz zatwierdzenie Karty, podczas którego system weryfikuje kompletność danych umieszczonych w karcie w odniesieniu do przepisów publikowanych przez NFZ.
930.	Możliwość przeprowadzenia oceny kwalifikacyjnej pacjenta geriatrycznego w skali VES-13. System

	zapewnia możliwość autoryzacji ewidencjonowanych danych
931.	System umożliwia przepisanie ostatnich zaewidencjonowanych pomiarów na karcie całości oceny geriatrycznej.
932.	System powinien umożliwiać wystawienie recepty na lek wymieniony we wskazaniach
933.	System powinien umożliwić, podczas wystawiania recepty, kopiowanie leku z listy leków podanych i zleczanych podczas hospitalizacji
934.	System umożliwia automatyczne generowanie wydruku informacyjnego recepty elektronicznej
935.	System umożliwia wysłanie do pacjenta kodu dostępowego do e-recepty za pomocą wiadomości SMS.
936.	System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg:
937.	- Wykaz Główny,
938.	- Wykaz Oddziałowy,
939.	- Harmonogram przyjęć,
940.	- Księga Zgonów,
941.	- Wykaz Porodów,
942.	- Wykaz Noworodków,
943.	- Wykaz Zabiegów.
944.	- Księga Transfuzji
945.	- Wykaz Raportów Lekarskich
946.	- Wykaz Raportów Pielęgniarskich
947.	- Wykaz Badań
948.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
949.	- Księga Oddziału Sztucznej Nerki
950.	- Księga Depozytów
951.	Podczas wydruku zbiorczej dokumentacji medycznej musi istnieć możliwość definiowania zakresów wykazów/ksiąg do wydruku obejmująca:
952.	- wybrane strony,
953.	- wybrane jednostki organizacyjne
954.	System musi posiadać możliwość utworzenia i wydrukowania standardowych raportów:
955.	- zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, za dowolny okres)
956.	- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie
957.	- obłożenie łóżek na dany moment
958.	- liczba pacjentów powracających do szpitala w podanym okresie - również w wariantcie uwzględniającym pacjentów powracających po odmowie lub poradzie ambulatoryjnej
959.	- diety podane pacjentom oddziału.
960.	- zaświadczenie o pobycie pacjenta zawierające: nazwisko i imię pacjenta, nazwę oddziału(kliniki), okres pobytu, rozpoznanie zasadnicze
961.	- raport przewidywanego zużycia leków we wskazanym zakresie dat.
962.	- raport z dyżuru lekarskiego
963.	- wydruk Wykazu Raportów Pielęgniarskich (sortowanie wg numeru wpisu, daty wpisu, dat dyżuru od-do i osoby wykonującej) - wydruk raportu z dyżuru pielęgniarskiego - powinien uwzględniać sortowanie w porządku malejącym lub rosnącym wg daty wykonania
964.	- raport z dyżuru pielęgniarskiego powinien uwzględniać liczbę pacjentów z podziałem na kategorie dla każdego oddziału lub odcinka na dzień
965.	System powinien umożliwić umieszczenie w raporcie z dyżuru pielęgniarskiego i lekarskiego informacji o podanych podczas dyżuru lekach psychotropowych i narkotykach
966.	- raport prezentujący liczbę diet z zapotrzebowania żywnościowego
967.	System powinien umożliwić przygotowanie raportu listy pacjentów z informacją o przydzielonym łóżku w ramach danego dnia
968.	Integracja z innymi modułami systemu medycznego realizującymi funkcjonalność w zakresie:
969.	- ewidencji zużytych leków i materiałów oraz aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka oddziałowa),
970.	- wzajemnego udostępniania danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna).
971.	- tworzenia zamówień na krew i preparaty krwiopochodne

972.	- tworzenie zamówień na krew na "ratunek życia"
973.	- odnotowanie podań krwi i preparatów krwiopochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu
974.	Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie
975.	Z modułu Oddział system powinien udostępnić Rejestr Kart zakażeń pracowników oraz umożliwić ewidencję karty zakażenia dla Pracowników
976.	System ma możliwość określenia listy rozpoznań, dla których konieczne jest wypełnienie formularza PSS-Skala ciężkości zatruc

Statystyka Medyczna

LP	Opis wymagania
977.	System musi umożliwić obsługę skorowidza pacjentów wspólnego co najmniej dla modułów: Przychodnia, Pracownia Diagnostyczna, Oddział, Izba przyjęć.
978.	System umożliwia przegląd i kwalifikację ankiet programów profilaktycznych zaewidencjonowanych przez pacjentów w systemie MPI.
979.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjentów w skorowidzu wg różnych parametrów, w szczególności:
980.	- identyfikator pacjenta
981.	- data urodzenia i miejsce
982.	- imię ojca i matki
983.	- miejsce urodzenia
984.	- płeć
985.	- PESEL opiekuna
986.	- nazwisko rodowe matki
987.	- miasto (pobyt stały, adres korespondencyjny)
988.	- pobyt w jednostce
989.	- pobyt w okresie
990.	- nr telefonu
991.	- adres e-mail
992.	- nazwisko rodowe i poprzednie nazwisko pacjenta
993.	- rodzaj i nr dokumentu tożsamości
994.	- status: VIP, cudzoziemiec, uprawniony do przyjęcia poza kolejnością
995.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
996.	System musi umożliwić wyszukiwanie pacjenta o nieznanym tożsamości (NN) co najmniej w oparciu o:
997.	- płeć (męska, żeńska, nieznaną)
998.	- fragment (frazę) opisu pacjenta
999.	System umożliwia wyszukiwanie pobytów pacjentów NN, co najmniej wg kryteriów: dzisiaj w godzinach od.. do.., wczoraj w godzinach od.. do.., w tym tygodniu, w ciągu ostatnich 24, 48 godzin, w określony dzień tygodnia
1000.	Musi istnieć możliwość modyfikacji i rejestracji danych pacjentów,
1001.	Musi istnieć możliwość przeglądu danych archiwalnych pacjenta:
1002.	- w zakresie danych osobowych,
1003.	- w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych
1004.	System musi umożliwiać zatwierdzenie wniosku użytkownika o zmianę danych użytkownika i/lub personelu.
1005.	System musi umożliwiać podgląd złożonych wniosków oraz ich statusów w kontekście osoby składającej wniosek oraz wszystkich użytkowników.
1006.	System musi umożliwiać obsługę wniosków użytkownika o zmianę:
1007.	-danych personalnych
1008.	-danych kontaktowych
1009.	-danych wymaganych w dokumentacji medycznej (tytuł naukowy, tytuł zawodowy, specjalizacje)
1010.	System musi umożliwiać potwierdzenie wypisu pacjenta pod kątem kompletności i poprawności dokumentacji,

1011.	System musi umożliwić obsługę wykazów/ksiąg:
1012.	- Wykaz Główny,
1013.	- Wykaz Odmów,
1014.	- Księga Zgonów,
1015.	- Wykaz Noworodków,
1016.	- Harmonogram przyjęć,
1017.	- Księga Ratownictwa
1018.	- Księga Transfuzji
1019.	- Wykaz Badań
1020.	- Wykaz Oddziałowy
1021.	- Wykaz Zabiegów
1022.	- Księga Noworodków,
1023.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
1024.	System musi umożliwiać wyszukiwanie pacjentów NN w Księdze Ratownictwa Medycznego.
1025.	Prowadzenie rejestru Kart Diagnostyki Leczenia Onkologicznego
1026.	System musi umożliwiać tworzenie i modyfikację kart DILO
1027.	System musi umożliwiać ewidencję podstawowych informacji o karcie DILO, co najmniej w poniższym zakresie:
1028.	- numer karty
1029.	- etap
1030.	- lokalizacja (przyjęta, wydana, odesłana do lekarza POZ)
1031.	- status (aktualna, zamknięta, archiwalna, anulowana)
1032.	- data wersji od
1033.	Podczas zmiany danych karty tj. etap, lokalizacja, status system powinien zmieniać datę wersji na datę bieżącą
1034.	Podczas tworzenia karty system powinien umożliwiać edycję daty ważności
1035.	System umożliwia przegląd wszystkich wizyt i hospitalizacji pacjenta dla którego zarejestrowano kartę DILO
1036.	System umożliwia przegląd szczegółów każdej wersji karty DILO, ze wskazaniem użytkownika tworzącego oraz modyfikującego kartę
1037.	Raporty i wydruki statystyki
1038.	System musi umożliwiać definiowanie własnych szablonów wydruków dla wybranych rodzajów dokumentacji
1039.	System musi umożliwiać definiowanie własnych wykazów
1040.	System powinien umożliwić wygenerowanie spisu (wykazu), dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu).
1041.	System powinien umożliwić wygenerowanie pliku XML zgodnego z publikowanym przez CeZ (SSOZ) XSD zawierającego wykaz kart psychiatrycznych, dla zadanego okresu, utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych wypisu oraz utworzonych Kart statystycznych psychiatrycznych stanu (w przypadku braku wypisu).
1042.	System musi umożliwiać definiowanie wykazów na podstawie danych ewidencjonowanych w bazie danych, z wykorzystaniem narzędzia raportującego np. darmowego generatora Jasper Reports lub innego o zbliżonych funkcjonalnościach
1043.	System powinien umożliwiać generowanie raportów statystycznych dla nieaktywnych Jednostek Organizacyjnych Szpitala
1044.	System musi umożliwiać projektowanie formularzy dokumentacji medycznej
1045.	System musi umożliwiać wydruk, co najmniej:
1046.	- Karty Statystycznej,
1047.	- Karty Leczenia Psychiatrycznego,
1048.	- Karty Zgonu,
1049.	System musi umożliwiać tworzenie raportów:
1050.	- zestawienie pacjentów, nowoprzyjętych, wypisanych, przebywających na oddziale (dienne, tygodniowe, za dowolny okres)
1051.	- liczba osobodni z uwzględnieniem przepustek, w zadanym okresie

1052.	- diety podane pacjentom oddziału.
1053.	wbudowane raporty standardowe:
1054.	- statystyczne z oddziałów: np. Dziennik ruchu chorych, wskaźniki szpitalne w okresie (liczba. przyjętych, liczba wypisanych, liczba osobodni),
1055.	- z obłożenia łóżek,
1056.	- dekursusów,
1057.	wysyłanie raportu z obłożenia łóżek na zdefiniowany adres e-mail
1058.	- zestawienia wg jednostek chorobowych, czasu leczenia jednostki chorobowej (sumaryczne i osobowe)
1059.	- pacjenci powracający do szpitala, z uwzględnieniem pacjentów powracających na ten sam oddział
1060.	System powinien umożliwić wydruk raportów w formacie XLS, PDF
1061.	System musi umożliwić wykonanie raportu pacjentów powracających do szpitala (dla wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala)
1062.	System musi umożliwiać przygotowanie elektronicznych dokumentów wymaganych do zapewnienia komunikacji z instytucjami nadrzędnymi, w tym:
1063.	- Oddziały NFZ,
1064.	- PZH.
1065.	System powinien umożliwić eksport statystyk do PZH do 5 lat wstecz
1066.	System musi umożliwiać określenie kategorii łóżka (stałe, dostawka). Kategoria łóżka powinna być widoczna co najmniej w raportach statystycznych oddziału, dzienniku ruchu chorych oddziału oraz wskaźnikach szpitalnych.
1067.	System musi umożliwiać eksport danych statystycznych oraz ilościowych o wykonanych świadczeniach do pliku tekstowego lub w formacie .xls z możliwością wykorzystania przez moduły Rachunku Kosztów Leczenia.

Zlecenia

LP	Opis wymagania
1068.	Zlecenie leków:
1069.	System musi umożliwiać planowanie i zlecenie leków w powiązaniu z modulem Apteczki Oddziałowej
1070.	System może umożliwić dopuszczenie do definiowania zleceń lekóww persoel inny niż lekarz a uprawniony do ordynowania lub podawania leków (pielęgniarka/położna/ratownik medyczny)
1071.	System musi umożliwiać kopiowanie zleceń leków z poprzednich pobytów lub hospitalizacji
1072.	System musi umożliwiać zlecenie operacji wielonarządowych.
1073.	System musi umożliwiać zakończenie wybranych zleceń leków, również tych, dla których zdefiniowano zmiany w zleceniu w dacie późniejszej niż data zakończenia zlecenia.
1074.	System musi pozwalać na zlecenie leków wg nazwy handlowej i międzynarodowej
1075.	System musi umożliwiać zlecenie podań leków o określonych porach oraz co określony czas, od pierwszego podania co X godzin i Y minut
1076.	System wyróżnia kolorem zlecenia leków z listy produktów leczniczych pacjenta
1077.	Podczas zlecenia leków system powinien umożliwiać:
1078.	- podgląd karty zleceń leków, w tym podgląd planowanych podań, (system zapewnia możliwość zmiany zakresu widoczności szczegółów zlecenia oraz liczby podań w danym dniu w podglądzie karty zleceń leków)
1079.	- kontrolę interakcji pomiędzy zleconymi lekami
1080.	- możliwość kontroli wskazania pomiarów (wagi i wzrostu)
1081.	- podgląd całej historii leczenia pacjenta
1082.	System musi umożliwiać określenie poziomu (strzeżony, niestrzeżony) ochrony antybiotyków i zdefiniowanie rejestru antybiotyków chronionych.
1083.	Dla zleceń leków na antybiotyki zaewidencjonowanych w ww. rejestrze jako strzeżone, system musi wymagać dodatkowego potwierdzenia przez osoby posiadające dodatkowe uprawnienie.
1084.	Podczas zlecenia antybiotyku system powinien wymagać określenie rodzaju antybiotykoterapii: celowana, empiryczna, profilaktyka lub inne zdefiniowane
1085.	System uniemożliwia zmianę listy składników zlecenia leków o rodzaju mieszanka, w tym podczas definiowania kontynuacji zlecenia.

1086.	System umożliwia walidację zgodności liczby dób zlecenia antybiotykowego z ilością DDD dla danego produktu handlowego(leku)
1087.	System zapewnia dedykowane funkcjonalności dla zleceń mieszanki leków, w tym: - walidację zgodności drogi podania zlecenia o rodzaju mieszanka ze zdefiniowanymi drogami podania dla składników mieszanki; - możliwość zdefiniowania czasu podawania mieszanki w godzinach/minutach oraz prezentacji tej informacji w widokach do obsługi realizacji tych zleceń.
1088.	System powinien umożliwiać prezentację i wydruk indywidualnej karty zleceń podań leków
1089.	Na wydruku tygodniowej lub dziennej karty zleceń leków istnieje możliwość definiowania sposobu drukowania nagłówka albo w pełnej formie (pełne dane pacjenta) tylko na pierwszej stronie karty albo w formie skróconej na każdej ze stron.
1090.	Musi istnieć możliwość zlecenia leków:
1091.	- recepturowych
1092.	- chemioterapii
1093.	- zlecenie chemioterapii z wykorzystaniem schematów leczenia (również do domu)
1094.	- pomp infuzyjnych
1095.	- możliwość określenia drogi podania leków
1096.	- możliwość zdefiniowania grupy zleceń leków przy jednoczesnym wybraniu ze słownika listy leków, dla których mają być zdefiniowane zlecenia
1097.	System powinien umożliwić autoryzację definiowanych zleceń leków wraz z autoryzacją późniejszych zmian (edycja, kontynuacja, zakończenie, anulowanie) ww definicji zlecenia leków. Autoryzację powinien móc wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń. Autoryzowane zlecenia mogą być modyfikowane przez inny personel niż autoryzujący
1098.	System powinien umożliwiać autoryzację wpisów dotyczących realizacji zleceń leków. Zakłada się , że autoryzujący jest wykonującym podanie leku wynikające ze zlecenia.
1099.	System musi umożliwić wydruk indywidualnej karty zleceń chemioterapii pacjenta
1100.	System musi umożliwić kontynuowanie podania leków będących antybiotykami.
1101.	System musi umożliwić zdefiniowanie listy leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.
1102.	System musi umożliwiać weryfikację czy lek znajduje się na liście leków dopuszczonych do podania bez zlecenia.
1103.	System musi umożliwiać grupowe zarejestrowanie przyczyny niepodania dla wybranych leków.
1104.	System powinien umożliwiać wydruku zleceń leków do realizacji/podania w wybranym dniu lub porze dnia w ramach jednostki organizacyjnej. Wydruk powinien być dostępny z miejsc prezentacji zleceń do podania. Wydruk powinien zawierać informacje o osobie drukującej (nazwisko osoby drukującej) i czasu wydruku
1105.	System musi w funkcjonalności obsługi tacy leków prezentować dla każdego pacjenta oddziału/odcinka/sali, informacje o zleconych lekach, godzinie ich podania, dawkach oraz drodze podania
1106.	Podczas realizacji zlecenia leku system powinien umożliwiać zastosowanie zamienników do zleconego leku, taka realizacja powinna być oznaczona i system powinien umożliwiać użytkownikowi zapoznanie się ze sposobem realizacji zlecenia.
1107.	Podczas odnotowania podania leku system powinien umożliwiać wybór serii leku
1108.	System powinien umożliwiać realizację podań leków z wykorzystaniem kodów kreskowych
1109.	System powinien umożliwić grupowe zaewidencjonowanie leków na liście STOP ORDER oraz autoryzację dodanej grupy leków.
1110.	System powinien umożliwić autoryzację definiowanych pozycji STOP_ORDER dla zleceń leków oraz Podań leków.
1111.	System musi umożliwiać grupowanie zleceń wg drogi podania w części prezentującej zlecenia podań leków pacjenta
1112.	System musi umożliwić potwierdzanie zleceń leków oraz graficzne oznaczenie takich zleceń, wymagających potwierdzenia rozpoczęcia, kontynuacji. lub każdego podania
1113.	System powinien umożliwiać potwierdzanie zleceń leków w zakresie kontynuacji lub każdego podania z okna prezentacji zleceń leków
1114.	System powinien umożliwić autoryzację wpisów dotyczących potwierdzeń zleceń leków realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do

	autoryzacji zleceń.
1115.	Leki, podawane z wykorzystaniem systemu UnitDose powinny być jednoznacznie oznaczone
1116.	System musi umożliwić użytkownikowi analizę porównawczą zmian zleceń leków dla pacjenta.
1117.	System musi umożliwić kopiowanie anulowanych zleceń leków z poprzedniego pobytu/hospitalizacji pacjenta.
1118.	System powinien umożliwić wyszukiwanie wyników patologicznych
1119.	System musi umożliwić obsługę wydań leków do domu.
1120.	System musi umożliwiać oznaczenie zlecenia podania leku, jako wymagającego potwierdzenia przez lekarza przed każdym podaniem.
1121.	System musi umożliwiać automatyczną zmianę godzin podań leków w przypadku zmiany godziny pierwszego podania.
1122.	System musi prezentować informację o maksymalnej liczbie podań lub dawki w ciągu doby dla leków podawanych doraźnie.
1123.	System musi umożliwiać zaewidencjonowanie leków z listy leków zleconych pacjentowi, których podanie należy wstrzymać wraz z podaniem okresu wstrzymania.
1124.	System pozwala na generowanie dokumentów rozchodu obciążających kosztem materiałów jednostkę zlecającą wizytę/badanie
1125.	Zlecenie badań
1126.	Dla pobytów oznaczonych „Zagrożenie życia lub zdrowia”, "Ratujące życie/ zdrowie"- wszystkie zlecenia na badania powinny być oznaczone statusem PILNE
1127.	System musi umożliwić zlecenie z możliwością zaplanowania badań diagnostycznych, laboratoryjnych, zabiegów, konsultacji, w tym:
1128.	- z Oddziału do: Pracowni Patomorfologii, Pracowni Diagnostycznej, Przychodni, Bloku operacyjnego, innego Oddziału, Gabinetu lekarskiego, Laboratorium
1129.	- zlecenia można zaplanować ręcznie wpisując datę (lub najbliższą godzinę z ograniczonej konfigurowalnej listy) lub poprzez wywołanie konfigurowalnego terminarza umożliwiającego kontrolę liczby i daty możliwego terminu
1130.	System powinien uniemożliwić wysyłanie zleceń na wybrane badania laboratoryjne, diagnostyczne i konsultacje przez personel nie będący lekarzem i posiadający odpowiednie uprawnienia.
1131.	System powinien umożliwić autoryzację zlecenia przed wysłaniem do realizacji. Autoryzację zlecenia może wykonać wyłącznie personel mający odpowiednie uprawnienia do autoryzacji zleceń.
1132.	System musi umożliwiać zlecenie badań laboratoryjnych z poziomu wpisu pacjenta w harmonogramie przyjęć (liście oczekujących) przed realizacją pobytu. W momencie realizacji pobytu na podstawie wpisu w Harmonogramie przyjęć wprowadzone zlecenia powinny zostać podpisane pod dany pobyt
1133.	System powinien umożliwiać zlecenie wielu różnych badań podczas jednego procesu ewidencji zlecenia z możliwością oznaczenia wspólnego nagłówka oraz wspólnego opisu dla wszystkich zleceń
1134.	System umożliwia na etapie rejestracji ewidencję załącznika do skierowania (skan skierowania, wyniki badań). Ewidencja załącznika poprzez wybór pliku oraz bezpośrednie skanowanie z podpisanego urządzenia. Wprowadzony załącznik powinien zostać zapisany i przechowywany w systemie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej
1135.	Podczas zlecenia badań system powinien podpowiadać rozpoznanie zasadnicze, a w przypadku jego braku powinien podpowiadać rozpoznanie wstępne
1136.	System umożliwia realizację pobrania materiału dla zleceń laboratoryjnych przy użyciu czytnika kodów kresowych.
1137.	Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość odnotowania informacji o pobranym materiale dla pojedynczego badania lub zestawu badań
1138.	Dla zleceń laboratoryjnych musi istnieć możliwość określenia planowanej godziny wykonania pobrania materiału. System powinien podpowiadać domyślne godziny pobrań materiałów
1139.	Dla zleceń do pracowni histopatologii powinien być widoczny numer SIMP, o ile badanie dotyczy cytologii ginekologicznej
1140.	W przypadku anulowania zlecenia, powód anulowania powinien być widoczny przy zleceniu
1141.	System musi umożliwiać planowanie zlecanych badań i konsultacji w ramach zleceń zewnętrznych (z innych podmiotów)
1142.	System musi zapewnić możliwość definiowania zleceń złożonych:
1143.	- kompleksowych,
1144.	- panelowych,

1145.	System umożliwia zlecenie Reoperacji na podstawie poprzedniego zlecenia na zabieg operacyjny
1146.	System umożliwia powielanie zleceń na podstawie poprzedniego zlecenia
1147.	System powinien umożliwiać cykliczne zlecenie badań (możliwość definicji cyklu: Interwał cyklu, Liczba zleceń w cyklu, Daty od.. data do..)
1148.	System powinien umożliwiać zapis zleconych badań jako szablonu użytkownika do wykorzystania w późniejszym terminie
1149.	Powinna istnieć możliwość przepisania opisu zlecenia z poprzedniego zlecenia
1150.	System w przypadku braku ustawienia planowanej daty wykonania zlecenia, musi automatycznie ustawić datę planowaną na datę wystawienia zlecenia.
1151.	System powinien umożliwiać dwuetapowe wprowadzanie zleceń (możliwość zapisu przed wysłaniem zlecenia, wysłanie zlecenie)
1152.	System musi umożliwiać powtarzanie zleceń co określony interwał czasu
1153.	System musi umożliwiać wyszukiwanie zleceń dla danego pacjenta według ustalonych przez użytkownika kryteriów:
1154.	- zakresu zleceń (z danego pobytu, z całej hospitalizacji, z poprzedniego pobytu)
1155.	- rodzaju zlecenia (laboratoryjne, diagnostyczne, podanie leku),
1156.	- daty zlecenia
1157.	System musi umożliwiać anulowanie zleceń przez zlecającego
1158.	System musi umożliwiać wprowadzenie powodu anulowania dla zleceń do anulowania
1159.	Po wystawieniu zlecenia powinna istnieć możliwość zmiany jednostki, która zostanie obciążona kosztami realizacji zleconego badania.
1160.	System musi umożliwiać wydruki wykazów zleceń, w tym:
1161.	- dzienne zestawienie zleceń leków dla pacjenta,
1162.	- dzienne zestawienie zleceń badań.
1163.	Musi istnieć możliwość wydruku wyników pacjenta z bieżącej hospitalizacji lub ze wszystkich pobytów w szpitalu,
1164.	System musi umożliwiać przegląd wszystkich zleceń z jednostki zlecającej z możliwością wydruku wyniku wykonanego badania,
1165.	System musi umożliwić oznaczenie wyniku jako przeczytany.
1166.	System musi umożliwić wyszukiwanie wyników nieprzeczytanych.
1167.	Musi istnieć możliwość definiowania szablonów dokumentów skojarzonych z wprowadzanym zleceniem.
1168.	System musi zapewnić możliwość wyświetlania wyników w układzie tabelarycznym z możliwością śledzenia zmian wyników i zmiany kolejności porównywanych parametrów (np. w wyniku morfologii)
1169.	System musi zapewnić możliwość przeglądania wyników badań laboratoryjnych w postaci graficznej (wykres wyników badań laboratoryjnych)
1170.	System musi umożliwić konfigurowanie list prezentowanych leków i procedur medycznych na wykresie wyników graficznych.
1171.	System musi umożliwić zaznaczenie wielu pozycji na liście zleceń, w celu grupowego przypisania/odpięcia wykonania.
1172.	System musi umożliwić graficzną prezentację badań, pomiarów, wykonanych procedur, podania leków z uwzględnieniem osi czasu
1173.	Podczas przeglądania wyników badań powinien być dostęp do informacji o osobach realizujących badanie
1174.	Dla zleceń konsultacji system umożliwia wymuszenie akceptacji przekazania zlecenia do realizacji przez osobę uprawnioną.
1175.	System umożliwia w ramach danej jednostki udostępnienie tylko tych elementów leczenia, które mogą być zlecane przez tę jednostkę i zostały zdefiniowane w utworzonej grupie zleceń.
1176.	Zlecenie żywienia pozajelitowego
1177.	System powinien umożliwić zlecenie produkcji żywienia pozajelitowego wraz z możliwością określenia czasu podawania jednego worka żywienia oraz kontroli wskazania rodzaju żywienia z listy: częściowe, kompletne, immunomodulujące
1178.	System powinien umożliwić rejestrację podania żywienia pozajelitowego
1179.	System powinien umożliwić zlecenie żywienia pozajelitowego z wykorzystaniem szablonów
1180.	System powinien informować o próbie zdefiniowania zlecenia żywienia pozajelitowego na okres, w którym już istnieje zlecenie tego rodzaju.

1181.	System powinien blokować możliwość edycji zlecenia produkcji żywienia pozajelitowego, jeśli po stronie Apteki zostało ono już przyjęte do realizacji
1182.	System powinien umożliwić przepisanie zlecenia żywienia pozajelitowego na nowy pobyt w ramach jednej opieki
1183.	System musi zapewniać wsparcie w zakresie właściwego rozliczenia zlecenia żywienia minimum w zakresie ewidencji właściwej procedury medycznej po potwierdzeniu realizacji zlecenia tj. odnotowaniu podania.

Zakażenia Szpitalne

LP	Opis wymagania
1184.	Zakażenia szpitalne
1185.	Moduł realizuje wspomaganie Zakładu Opieki Zdrowotnej w zakresie kontroli występowania zakażeń szpitalnych i zapobiegania tym zakażeniom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa. W szczególności:
1186.	-prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego,
1187.	-wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Zakażenia Szpitalnego,
1188.	-prowadzenie Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
1189.	-wydruki na podstawie danych Rejestru Kart Rejestracji Drobnoustroju Alarmowego,
1190.	System podczas wydruku Karty zakażenia oraz wydruku Kart Drobnoustroju powinien umożliwić zaznaczenie ze dana karta nie jest jeszcze zweryfikowana. Możliwość zaznaczenia powinna zależeć od statusu Karty. Jeżeli karta nie będzie zweryfikowana wtedy znacznik możliwy do oznaczenia a na wydruku widoczne będzie oznaczenie niezwerfikowanej karty
1191.	System musi umożliwiać powielenie Indywidualnej Karty Drobnoustroju/Czynnika Alarmowego dla danego pacjenta.
1192.	System musi umożliwiać dodanie czynnika alarmowego do karty IKRD/CzA na podstawie wyniku badania mikrobiologicznego.
1193.	System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,
1194.	System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną,
1195.	System umożliwia wydruk formularza ZLK-1 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
1196.	System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
1197.	System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na AIDS lub zgłoszenia zakażenia (podejrzenia zakażenia) HIV,
1198.	System umożliwia wydruk formularza ZLK-4 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
1199.	System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
1200.	System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę przenoszoną drogą płciową,
1201.	System umożliwia wydruk formularza ZLK-3 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
1202.	System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
1203.	System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na gruźlicę,
1204.	System umożliwia wydruk formularza ZLK-2 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
1205.	System umożliwia prowadzenie Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
1206.	System umożliwia zbiorczy wydruk Rejestru zgłoszeń zgonu (podejrzenia zgonu) z powodu choroby zakaźnej,
1207.	System umożliwia wydruk formularza ZLK-5 zgodnie ze wzorem ustawodawcy
1208.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów z założoną kartą zakażeń w lecnictwie otwartym po zakończonej hospitalizacji, w trakcie której mieli wykonany zabieg operacyjny.
1209.	System umożliwia wyszukiwanie pacjentów gorączkujących według daty pomiaru.
1210.	System musi informować o wcześniejszym zgłoszeniu pacjenta w ramach danego formularza zgłoszenia zachorowania, w ramach danego pobytu.

1211.	Prowadzenie Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklucia obwodowe, wklucia centralne, cewniki, respiratory, operacje, infekcje),
1212.	System musi umożliwiać zbiorczy wydruk każdego Rejestru obserwacji potencjalnych źródeł zakażenia (wklucia obwodowe, wklucia centralne, cewniki)
1213.	System umożliwia prowadzenie Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych,
1214.	System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru podejrzeń ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport wstępny o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego' określa ustawodawca.
1215.	Prowadzenie Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych,
1216.	System umożliwia wydruk na podstawie danych Rejestru potwierdzonych ognisk epidemicznych. Wzór 'Raport końcowy z wygaszenia ogniska epidemicznego' określa ustawodawca
1217.	Raport okresowy dotyczący ognisk epidemicznych zgodny z odpowiednim Rozporządzeniem Ministra Zdrowia
1218.	Analizy ilościowe zakażeń szpitalnych,
1219.	Współpraca z systemem RCH w zakresie wzajemnego udostępniania danych o zakażeniach i antybiotykoterapii
1220.	Współpraca z Laboratorium w zakresie udostępniania wyników badań.
1221.	Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku antybiotyku podawanego w ramach pobytu przez [n]dni.
1222.	Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku podania antybiotyku po [n] dniach od przyjęcia pacjenta
1223.	Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych jeżeli podczas podania antybiotyku wprowadzono określony rodzaj antybiotykoterapii
1224.	Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu w badaniu mikrobiologicznym w ramach danego pobytu
1225.	Monitorowanie konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażeń Szpitalnych w przypadku wystąpienia patogenu po [h] godzin od przyjęcia do szpitala, w badaniu w ramach danego pobytu pacjenta.
1226.	W przypadku wyniku badania mikrobiologicznego w ramach którego wykryto patogen z alertem, system musi automatycznie zakładać kartę drobnoustroju dla pacjenta. Karta powinna być zakładana dla każdego patogenu z alertem, wskazanego w wyniku badania.
1227.	System musi informować użytkownika o liczbie automatycznie założonych kart drobnoustroju dla pacjenta.
1228.	System współpracuje z modulem Ruch Chorych w zakresie powiadomienia o konieczności założenia Indywidualnej Karty Zakażenia Szpitalnego, w przypadku wystąpienia temperatury ciała pacjenta powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury w czasie powyżej X godz. od przyjęcia do szpitala.
1229.	System umożliwia podgląd pacjentów gorączkujących powyżej określonej w parametrze wysokości temperatury, która wystąpiła po X godz. od przyjęcia do szpitala
1230.	System musi umożliwić ewidencję informacji o zakażeniu niebezpieczną bakterią. System musi wyświetlać stosowny komunikat podczas ponownego przyjęcia pacjenta jeżeli pacjent jest nadal oznaczony.
1231.	System automatycznie wprowadza informacje o izolacji domowej pacjenta na podstawie otrzymanych wpisów z systemu eWUS
1232.	System umożliwia przegląd historii modyfikacji danych pacjenta z niebezpieczną bakterią
1233.	System musi umożliwiać oznaczenie oraz obsługę izolacji pacjenta na podstawie informacji uzyskanych po analizie wyniku badania mikrobiologicznego przez Zespół Kontroli Zakażeń.
1234.	Z głównego ekranu menu w module Oddział system powinien umożliwiać dostęp do wyfiltrowanej listy pacjentów aktualnie będących w izolacji w danej jednostce
1235.	Monitorowanie w oddziale o konieczności założenia indywidualnej karty rejestracji zakażenia szpitalnego w przypadku zastosowania antybiotykoterapii u pacjenta hospitalizowanego > 72 godziny
1236.	Oznakowanie w systemie pacjenta wcześniej hospitalizowanego, u którego stwierdzono nosicielstwo/ kolonizację czynnikiem alarmowym widoczne przy kolejnym przyjęciu do szpitala dla SOR, Oddział, Izba Przyjęć
1237.	System umożliwia prowadzenie Rejestru Kart zakażeń dla pracowników
1238.	System umożliwia prowadzenie Rejestru szczepień i odmów szczepień pracowników
1239.	System umożliwia wydruk Zestawienia pracowników zaszczepionych/z odmową szczepienia w danym

	okresie czasu
1240.	Możliwość konfiguracji wydruku Kart zakażeń oraz Kart drobnoustroju pod kątem sterowania widocznością dostępnych sekcji danych Karty
1241.	Możliwość konfiguracji dostosowania widoczności pól na Kartach zakażeń oraz na Kartach drobnoustroju
1242.	Możliwość definicji walidacji pól na Kartach zakażenia oraz Kart drobnoustroju
1243.	Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie wykrytego patogenu w danym pobycie
1244.	Monitorowanie konieczności założenia formularzy zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na podstawie rozpoznania wprowadzonego w danym pobytu
1245.	Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wprowadzonych diagnoz pielęgniarских
1246.	Możliwość definicji rozpoznań dla których zakładana jest Karta zakażenia
1247.	Monitorowanie konieczności zakładania Kart zakażeń na podstawie wykonanych procedur
1248.	Monitorowanie konieczności zakładania Karty zakażeń na podstawie założonej karty drobnoustroju
1249.	Zależność Kart zakażeń na podstawie założonych Kart drobnoustroju
1250.	System umożliwia szybki dostęp do statystyki: Kart zakażeń, Kart drobnoustroju, Kart obserwacji, Formularzy zgłoszeń zachorowań.

Blok Operacyjny

LP	Opis wymagania
1251.	System powinien umożliwiać wyłączanie niewykorzystanych zakładek
1252.	System powinien umożliwiać zmianę kolejności prezentacji zakładek
1253.	System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych dla pacjentów przebywających na oddziale
1254.	System powinien umożliwiać planowanie zabiegów operacyjnych podczas wizyty w gabinecie lekarskim, pacjentom nie przebywającym w szpitalu
1255.	System musi umożliwić jednoznaczne oznaczanie zabiegów:
1256.	-zaplanowanych i niewykonanych;
1257.	- niezakończonych;
1258.	- anulowanych
1259.	System powinien umożliwiać planowanie zabiegów dla pacjentów kierowanych na zabieg z innych jednostek organizacyjnych
1260.	System musi umożliwiać zaplanowanie i odnotowanie danych wykonania operacji wielonarządowych.
1261.	System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji lekarskiej (chirurgicznej) do zabiegu obejmującej, co najmniej:
1262.	- rodzaj planowanego zabiegu,
1263.	- tryb zabiegu (planowy, przyspieszony, pilny, natychmiastowy),
1264.	- rozpoznanie przedoperacyjne ICD9 oraz opisowe,
1265.	- dostęp do pola operacyjnego z wykorzystaniem definiowalnego słownika
1266.	- wymagane ułożenie pacjenta z wykorzystaniem definiowalnego słownika, z możliwością wyboru wielu pozycji,
1267.	- datę kwalifikacji,
1268.	- wskazanie ze słownika personelu, lekarza dokonującego kwalifikacji,
1269.	- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
1270.	Musi istnieć możliwość rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1271.	Musi istnieć możliwość uproszczonego zlecania zabiegów przeprowadzanych w trybie nagłym
1272.	System musi umożliwić zaplanowanie przerw technicznych pomiędzy zabiegami (czas na przygotowanie i posprzątanie Sali)
1273.	System musi umożliwić prezentowanie na planie dziennym i okresowym operacji, informacji o tym czy pacjent przebywa już w szpitalu oraz czy wykonana została kwalifikacja anestezyjologiczna.
1274.	System musi umożliwić skonfigurowanie kontroli limitów wykonań dla zdefiniowanych grup zabiegów operacyjnych.
1275.	System musi umożliwiać dokonanie klasyfikacji anestezyjologicznej, co najmniej w zakresie

	odnotowania:
1276.	- rodzaju planowanego znieczulenia z wykorzystaniem słownika rodzajów znieczulenia z możliwością definiowania własnych rodzajów znieczulenia,
1277.	- klasyfikacji pacjenta wg skali ASA,
1278.	- opisu kwalifikacji,
1279.	- daty kwalifikacji,
1280.	- wskazania lekarza dokonującego kwalifikacji,
1281.	- możliwości rejestracji danych kwalifikacji z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1282.	Planowanie powinno się odbywać w oparciu o terminarze bloku i sal operacyjnych
1283.	Po rejestracji zakończenia zabiegu, jeśli jego czas trwania był inny niż zaplanowano, system powinien zaktualizować terminarz dla pozostałych, zaplanowanych zabiegów
1284.	System musi umożliwić planowanie zabiegu operacyjnego w tym wpisanie:
1285.	- daty zabiegu, bloku operacyjnego i sali operacyjnej,
1286.	- materiałów,
1287.	- zamówienia preparatów krwi wymaganych do przeprowadzenia zabiegu z możliwością wydrukowania zamówienia do banku krwi,
1288.	- składu zespołu zabiegowego i anestezjologicznego z wykorzystaniem słownika personelu z możliwością określenia roli członków personelu,
1289.	- możliwość rejestracji danych planu z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1290.	System musi umożliwić odnotowanie rozpoczęcia realizacji zabiegu operacyjnego w chwili zarejestrowania przyjęcia pacjenta na blok operacyjny.
1291.	Musi istnieć możliwość obsługi listy zabiegów bloku operacyjnego, obejmującej:
1292.	- dostęp do aktualnych i archiwalnych danych pacjentów.
1293.	- modyfikacja danych dotyczących zabiegu,
1294.	System musi umożliwiać wyszukiwanie zabiegów na liście zabiegów bloku operacyjnego wg różnych kryteriów, w tym:
1295.	- statusu zabiegu (planowany, w trakcie realizacji, opieka pooperacyjna, przekazany na oddział, anulowany),
1296.	- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
1297.	- identyfikatorze pacjenta
1298.	- trybu zabiegu,
1299.	- rodzaju zabiegu,
1300.	- planowanych i rzeczywistych dat wykonania zabiegu,
1301.	- bloku i sali operacyjnej,
1302.	- jednostki zlecającej,
1303.	- nazwy wykazu operacji,
1304.	- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej).
1305.	- przeglądu zabiegów zaplanowanych na dzisiaj i/lub jutro
1306.	System musi umożliwiać przyjęcie pacjenta na blok operacyjny i odnotowanie związanych z tym danych tj.:
1307.	- czas przyjęcia i dane osoby przyjmującej,
1308.	- wpis do Wykazu operacji
1309.	System musi umożliwić odnotowanie danych medycznych przeprowadzonego zabiegu w tym:
1310.	- rodzaju wykonanego zabiegu,
1311.	- czasu trwania zabiegu,
1312.	- rozpoznania pooperacyjnego ICD10 i opisowego,
1313.	- procedur medycznych z możliwością automatycznego dodania procedur powiązanych z przeprowadzonym zabiegiem,
1314.	- opisu wykonanego zabiegu wraz z lekarzem opisującym,
1315.	- składu zespołu zabiegowego domyślnie uzupełnianego na podstawie planu,
1316.	- czasu pracy zespołu operacyjnego. Jeśli czas pracy nie zostanie wpisany powinien być uzupełniony przez system na podstawie czasu rozpoczęcia i zakończenia zabiegu
1317.	- możliwość załączenia formularza definiowanego przez użytkownika,
1318.	- możliwość dołączania załączników w postaci dowolnych plików (np. skany dokumentów, pliki

	dźwiękowe i wideo),
1319.	- odnotowanie przetoczeń krwi i preparatów krwipochodnych z wpisem do księgi transfuzyjnej, odnotowanie powikłań po przetoczeniu,
1320.	- zużytych materiałów:
1321.	-- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
1322.	-- z możliwością automatycznego dodania materiałów z planu,
1323.	-- z możliwością automatycznego dodania materiałów powiązanych z wykonanym zabiegiem,
1324.	-- z możliwością automatycznego dodania zestawu narzędzi powiązanych z wykonywanym zabiegiem
1325.	- możliwość rejestracji danych z poziomu oddziału i z poziomu bloku operacyjnego
1326.	System umożliwia blokowanie edycji opisu zabiegu operacyjnego osobie nie będącej właścicielem opisu
1327.	System na liście zabiegów oraz na liście opieki pooperacyjnej powinien wyróżniać pacjentów po transfuzji krwi, dla których nie została uzupełniona dokumentacja jej dotycząca.
1328.	Oprócz głównego opisu operacji system musi umożliwiać wprowadzanie dodatkowych uwag dotyczących przebiegu zabiegu, opatrzonych datą i danymi osoby wprowadzającej.
1329.	Po wykonaniu zabiegu, system powinien umożliwiać zmianę procedury głównej zabiegu
1330.	System umożliwia automatyczne dopisanie operatora do składu personelu operacji na podstawie lekarza opisującego zabieg.
1331.	System musi umożliwić wprowadzenie informacji dotyczących przygotowania pacjenta do zabiegu.
1332.	System musi umożliwiać wprowadzenie informacji dotyczących powikłań pooperacyjnych.
1333.	System musi umożliwiać wprowadzenie w ramach opieki pooperacyjnej pacjenta, danych opieki pielęgniarskiej.
1334.	System musi umożliwić definicję rodzajów znieczulenia.
1335.	System musi umożliwić rejestrację danych znieczulenia, w tym:
1336.	- czasu znieczulenia,
1337.	- czasu anestezjologicznego,
1338.	- rodzaju przeprowadzonego znieczulenia domyślnie wypełnianego na podstawie kwalifikacji z możliwością edycji,
1339.	- opisu znieczulenia ze wskazaniem osoby opisującej,
1340.	- zespołu anestezjologicznego domyślnie uzupełnionego na podstawie planu,
1341.	- czasu pracy zespołu anestezjologicznego. Jeśli czas pracy nie został wpisany system podpowiada na podstawie czasu anestezjologicznego lub jeśli czas anestezjologiczny nie jest obsługiwany na podstawie czasu znieczulenia.
1342.	- podanych leków:
1343.	-- z wykorzystaniem kodów kreskowych lub poprzez manualny wybór pozycji ze słownika,
1344.	-- z możliwością automatycznego dodania leków powiązanych ze znieczuleniem
1345.	System powinien umożliwiać odnotowanie podania leku na podstawie zlecenia przez wywołanie okna ze zleceniami pacjentów przekazanych na Blok operacyjny (Taca leków), w danych zabiegu oraz w danych dotyczących znieczulenia.
1346.	System powinien umożliwiać dodawanie pakietów leków i materiałów podczas rejestracji danych dotyczących wykonania operacji
1347.	System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych znieczulenia
1348.	System powinien umożliwić grupowe dodawanie procedur medycznych (wielowybór) w danych wykonania operacji oraz w danych opieki pooperacyjnej
1349.	System musi wspomagać opiekę pooperacyjną w zakresie:
1350.	- ewidencji czasu trwania opieki pooperacyjnej oraz lekarza przyjmującego,
1351.	- ewidencji wykonanych procedur,
1352.	- ewidencji podanych leków i zużytych materiałów,
1353.	- obsługi tacy leków
1354.	- oceny stanu pacjenta z wykorzystaniem zmodyfikowanej skali Aldrete'a
1355.	- opisu powikłań znieczulenia,
1356.	- opisu zaleceń pooperacyjnych,
1357.	- ewidencji daty przekazania pacjenta na oddział wraz ze wskazaniem lekarza przekazującego.
1358.	System musi umożliwiać realizację reoperacji pacjenta bezpośrednio po właściwej operacji bez

	konieczności przekazywania pacjenta na oddział.
1359.	System musi umożliwiać graficzną prezentację podań leków na wydruku karty anestezjologicznej
1360.	System powinien umożliwić wydruk szablonu karty znieczulenia z danymi nagłówkowymi pacjenta
1361.	System powinien umożliwić wydruk szablonu karty pooperacyjnej z danymi nagłówkowymi pacjenta
1362.	System powinien umożliwić prezentację graficzną wprowadzonych wyników pomiarów, procedur i leków na jednej osi czasu (co umożliwi obserwację zależności pomiędzy podaniami leków i wykonaniem procedur a wynikami pomiarów)
1363.	System musi umożliwiać prowadzenie Wykazów Operacji w zakresie:
1364.	- możliwość definiowania Wykazu operacji dla bloku operacyjnego, dla sali operacyjnej oraz dla grupy zabiegów,
1365.	- przegląd Wykazów Operacji wg. różnych kryteriów, w tym:
1366.	-- danych pacjenta (nazwisko, imię, PESEL),
1367.	-- trybu zabiegu,
1368.	- rodzaju zabiegu,
1369.	-- dat wykonania zabiegu,
1370.	-- bloku i sali operacyjnej,
1371.	--oddziału zlecającego
1372.	-- nazwy Wykazu operacji,
1373.	-- roku księgi,
1374.	-- zakresu numerów księgi,
1375.	-- składu zespołu operacyjnego (operatora, instrumentariusza, anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej),
1376.	- wydruk wykazu operacji
1377.	System musi umożliwić przekazanie pacjenta na oddział opieki pooperacyjnej bez wprowadzonych danych realizacji zabiegu; z możliwością późniejszego uzupełnienia danych.
1378.	System musi wspomagać prowadzenie dokumentacji zabiegu operacyjnego, w tym:
1379.	- protokół zabiegu operacyjnego,
1380.	- protokół przekazania pacjenta na oddział
1381.	- możliwość uzupełniania dokumentacji o materiały elektroniczne - skany dokumentów, zdjęcia, pliki dźwiękowe oraz wideo
1382.	- opcjonalne przechowywanie wszystkich wersji utworzonych dokumentów
1383.	Musi istnieć możliwość definiowania własnych szablonów wydruków
1384.	Musi istnieć możliwość obsługi raportów wbudowanych, w tym:
1385.	- raport z wykonania zabiegów operacyjnych z uwzględnieniem kryteriów: czas wykonania zabiegu, nazwa wykazu operacji, sala operacyjna, jednostka zlecająca oraz rodzaj operacji
1386.	System musi umożliwiać wybór formatu wydruku raportów, przynajmniej w zakresie: pdf, xls, xlsx.
1387.	Musi istnieć możliwość definiowania własnych wykazów
1388.	Musi istnieć możliwość projektowania formularzy dokumentacji medycznej
1389.	System musi zapewnić integrację z innymi modułami systemu medycznego w zakresie:
1390.	- dostępu do historii choroby i dokumentacji medycznej bieżącego pobytu szpitalnego,
1391.	- rejestracji kart zakażeń,
1392.	- automatycznej aktualizacji stanów magazynowych przy ewidencji leków i materiałów,
1393.	-przekazywanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne do banku krwi,
1394.	- przekazywanie informacji o preparatach krwi z banku krwi na blok operacyjny,
1395.	- aktualizacja stanów magazynowych banku krwi na podstawie danych z bloku operacyjnego,
1396.	- wzajemnego udostępniania informacji o zleconych badaniach i konsultacjach,
1397.	- przeglądu wyników zleconych badań i konsultacji,
1398.	- przeglądu wszystkich poprzednich hospitalizacji pacjenta i wizyt w przychodni,
1399.	- udostępniania informacji o wykonanych świadczeniach, podanych lekach i zużytych materiałach dla celów statystycznych i rozliczeniowych
1400.	System musi umożliwić pracę współbieżną użytkowników w zakresie pracy na tym samym zestawie danych. Ponadto system musi umożliwiać rozwiązywanie konfliktów występujących podczas jednoczesnej pracy na tym samym zestawie danych.

LP	Opis wymagania
1401.	Apteka
1402.	Obsługa magazynu leków apteki:
1403.	Konfiguracja magazynu apteki:
1404.	- System musi umożliwiać zastosowanie słowników leków, grup ATC i nazw międzynarodowych do ewidencji obrotu lekami i materiałami
1405.	- System musi umożliwiać definiowanie dwupoziomowej hierarchii grup leków/materiałów
1406.	- System musi umożliwiać definiowanie grup materiałów dla całego systemu i dla poszczególnych magazynów
1407.	- System musi umożliwiać prowadzenie rejestru leków i materiałów dla każdego magazynu odrębnie
1408.	- System musi umożliwiać wyszukiwanie leków/materiałów za pomocą skanowania kodów EAN13 i EAN128
1409.	- System musi umożliwiać definiowanie własnych rodzajów dokumentów dla poszczególnych rodzajów przyjęć, wydań innych czynności (np. Rozchód darów, przyjęcie bezpłatnych próbek itp.)
1410.	- System musi umożliwiać prowadzenie numerowania dokumentów wg zdefiniowanego szablonu zawierającego rok, miesiąc, symbol dokumentu, kod użytkownika
1411.	- System musi umożliwiać drukowanie etykiety na szuflady w magazynie apteki
1412.	System powinien umożliwiać wyróżnienie leków, których dodanie do receptariusza jednostki wymaga odrębnych uprawnień
1413.	System musi umożliwiać sporządzanie zamówień doraźnych do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
1414.	System musi umożliwiać umieszczenie informacji w pozycji zamówienia o tym, że zamówienie może być zrealizowane za pomocą odpowiednika zamawianego leku
1415.	System musi umożliwiać rejestrowanie przyjęcia dostaw leków i materiałów medycznych od dostawców, w szczególności:
1416.	- automatyczne uzupełnienie dokumentu dostawy na podstawie faktury w formie elektronicznej
1417.	- możliwość manualnej rejestracji dokumentów przyjęcia, w tym dostaw dla których nie dostarczono faktury
1418.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych
1419.	System powinien umożliwić automatyczne generowanie numeru serii dla dokumentu produkcji
1420.	System powinien kontrolować daty ważności składnika dodawanego do leku recepturowego, jeśli data ważności składnika będzie przeterminowana w momencie produkcji oraz data ważności składnika będzie przeterminowana w momencie podania leku recepturowego to system powinien informować użytkownika o tym fakcie stosownym komunikatem
1421.	System musi umożliwiać przegląd składu leku recepturowego w dokumencie produkcji
1422.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu sporządzenia roztworów spirytusowych
1423.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów importu docelowego zakładowego i indywidualnego
1424.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu leków i materiałów medycznych z apteczek oddziałowych z aktualizacją ich stanów
1425.	System umożliwia blokowanie wprowadzania zmian w dokumentach z innego dnia, niż bieżący.
1426.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów przyjęcia darów
1427.	System musi umożliwiać rejestrowanie danych osoby dostarczającej próbkę oraz nazwę podmiotu odpowiedzialnego w dokumencie przyjęcia próbki
1428.	System musi umożliwiać rejestrowanie numeru protokołu w dokumencie przyjęcia leku wykorzystywanego w programie badań klinicznych
1429.	System musi umożliwiać rejestrowanie pozycji dokumentu przychodu przez skanowanie kodu EAN13/EAN128. W przypadku odczytania kodu leku, który nie znajduje się jeszcze w dokumencie system automatycznie tworzy nową pozycję dokumentu.
1430.	System powinien umożliwić wydruk informacji o przetargach i zamówieniach na dokumencie przychodu
1431.	System powinien umożliwić weryfikację różnic pomiędzy pozycją przychodu, a pozycją przetargową lub pozycją zamówienia.
1432.	System powinien umożliwić wprowadzenie aneksu z ilością mniejszą niż już zrealizowana
1433.	System powinien umożliwiać możliwość rejestrowania przychodów niefakturowanych za pomocą wybranych dokumentów PZ

1434.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów korygujących do dokumentów przyjęcia leków i materiałów
1435.	System musi umożliwiać rejestrowanie korekty pozycji dokumentu przyjęcia również w przypadku częściowej korekty tej pozycji
1436.	System powinien umożliwić potwierdzenie przyjęcia zlecenia żywienia pozajelitowego przez Pracownię
1437.	System powinien umożliwić przekazanie leku/worka żywienia pozajelitowego do jednostki zlecającej
1438.	System musi umożliwiać realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki.
1439.	System powinien wyświetlać wagę pacjenta
1440.	System musi umożliwić obsługę wydania leku pacjentowi do domu, w ramach schematu leczenia.
1441.	System musi umożliwiać rejestrowanie wydań leków i materiałów medycznych:
1442.	System musi umożliwiać rejestrowanie wydań za pomocą dokumentów RW i MM na podstawie zamówień elektronicznych lub papierowych z Apteczek Oddziałowych
1443.	System musi umożliwiać ewidencję wydań poprzez skanowanie kodów EAN13 i EAN128
1444.	System musi umożliwiać definiowanie rodzajów akceptacji dla rzutów.
1445.	System musi umożliwiać określenie dla rzutu rodzaju wymaganej akceptacji.
1446.	System musi umożliwiać potwierdzenie przez oddział realizacji zamówienia
1447.	System powinien umożliwić zawężenia listy zamówień do tych, w których istnieją leki/materiały obsługiwane przez bieżący magazyn
1448.	System musi umożliwiać zarejestrowanie dokumentu rozchodu wewnętrznego (bez przychodu u zamawiającego) leku na podstawie zamówienia.
1449.	System powinien posiadać możliwość rozchodu całości aktualnych stanów magazynu dla wybranych leków/materiału jednym kliknięciem
1450.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów wydania na zewnątrz
1451.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentów zwrotu do dostawcy
1452.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu zwrotu korekty zwrotu do dostawcy
1453.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu ubytki i straty nadzwyczajne
1454.	W dokumencie przesunięcia międzymagazynowego system powinien umożliwić dodanie pozycji z innych dokumentów
1455.	System musi umożliwiać rejestrowanie dokumentu korekty wydania środków farmaceutycznych
1456.	System musi umożliwiać definiowanie i wykonywanie kontroli limitów wartościowych wydań leków i środków medycznych do komórek organizacyjnych
1457.	System musi umożliwiać prezentację ilości w postaci ułamkowej
1458.	System musi umożliwiać rezerwowanie określonej ilości leków lub materiałów dla wskazanego pacjenta
1459.	System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych:
1460.	System musi umożliwiać korektę stanów magazynowych (ilościowo i jakościowo) na podstawie arkusza spisu z natury rejestrowanego z dokładnością do dostawy lub asortymentu
1461.	System musi umożliwiać generowanie arkusza spisu z natury
1462.	System musi umożliwiać bieżącą korektę stanów magazynowych
1463.	System musi podczas generowania dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym użytkownika
1464.	System musi umożliwiać odnotowanie wstrzymania lub wycofanie leku z obrotu
1465.	System musi kontrolować daty ważności wydawanych leków. System musi umożliwiać zdejmowanie ze stanów leków przeterminowanych za pomocą wskazanych dokumentów.
1466.	System musi oznaczać na liście kolorem/symbolem umowy, dla których zbliża się koniec terminu ważności.
1467.	System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów.
1468.	System musi umożliwiać oznaczenie danych kontrahenta w związku z ograniczeniem przetwarzania jego danych lub roszczeniem.
1469.	System musi umożliwiać anonimizację danych kontrahenta.
1470.	System musi umożliwić dopisanie do spisu z natury pozycji, dla których nie odnotowano obrotów w danym magazynie.
1471.	System musi umożliwiać przegląd bieżących stanów magazynowych jak i na wskazany dzień

1472.	System musi umożliwić weryfikację przekroczenia wartości procentowej limitu ustawionego dla magazynu.
1473.	System musi umożliwiać wsparcie obsługi i kontroli zamówień (w tym publicznych) w zakresie:
1474.	- przekazywanie listy asortymentowo - wartościowej leków do modułu realizującego funkcjonalność Obsługi zamówień i przetargów,
1475.	- pobieranie zwycięskiej oferty (umowy),
1476.	- kontrola realizacji dostaw i poziomu cen w ramach zwycięskiej oferty (umowy).
1477.	System w generatorze zamówień do kontrahentów musi umożliwiać tworzenie jednego zamówienia dla wielu umów.
1478.	System powinien umożliwić wpisanie dodatkowej treści e-mail dla zamówienia zewnętrznego (zamówienie do Kontrahenta) oraz umieszczenie na wydruku nr zamówienia
1479.	System powinien umożliwić generowanie pozycji do zamówień zewnętrznych na podstawie wydań w zadanym okresie
1480.	System musi współpracować z blistownicą przepakowującą leki w dawki jednostkowe (UnitDose)
1481.	System musi prezentować informację o stanie realizacji zlecenia w UnitDose
1482.	System powinien umożliwiać zamawianie leków w systemie UnitDose dla zleceń doraźnych (bez określenia pory podania).
1483.	System musi wspomagać obsługę zleceń na leki cytostatyczne w zakresie co najmniej:
1484.	- realizacja zamówienia na produkcję leku cytostatycznego,
1485.	- automatycznego wycofania produkcji cytostatyku z równoczesnym przekazaniem informacji o anulowaniu do systemu Pracownia Cytostatyków Eskulap,
1486.	- możliwości wygenerowania raportu zawierającego szczegóły zamówień wystawionych przez Pracownię Cytostatyków, z możliwością ograniczenia tylko do zamówień oczekujących na realizację.
1487.	System musi wspomagać obsługę produkcji preparatów żywienia pozajelitowego w zakresie co najmniej:
1488.	- wyliczanie podstawowych parametrów preparatu żywienia pozajelitowego oraz kontrolowanie wartości granicznych, co najmniej w zakresie stężenia krytycznego i osmolarności
1489.	- generowania etykiet
1490.	czynności analityczno-sprawozdawcze
1491.	System powinien umożliwić integrację z systemem zewnętrznym MEDIM
1492.	System musi generować zestawienia
1493.	- na podstawie rozchodów,
1494.	- na podstawie przychodów,
1495.	- na podstawie stanów magazynowych,
1496.	- możliwość wydruku do XLS
1497.	- raport realizacji zamówień wewnętrznych
1498.	System musi posiadać możliwość utworzenia i wydruku raportu na podstawie rozchodów dla grup analitycznych.
1499.	System musi umożliwiać planowanie realizacji zamówień wewnętrznych.
1500.	System umożliwia automatyczne utworzenie i wysłanie zapotrzebowania do apteki na podstawie zlecenia lekarskiego.
1501.	System musi posiadać możliwość przekazywania wszystkich wydruków do plików w formacie PDF
1502.	System musi umożliwiać definiowanie własnych raportów
1503.	System musi wspomagać użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie:
1504.	- przechowywanie informacji o leku,
1505.	System: a. umożliwia rejestrowanie dokumentów sporządzenia preparatów laboratoryjnych, preparatów galenowych, leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych, b. umożliwia realizację zleceń na leki cytostatyczne poprzez zarejestrowanie dokumentu produkcji leku cytostatycznego i dokument wydania leku z Apteki do Apteczki, c. umożliwia zarządzania lekami własnymi pacjenta, d. umożliwia zarządzania stratami i utylizacją leków, e. wspomaga użytkownika w zakresie decyzji farmaceutycznych w zakresie wstrzymanie, wycofanie decyzją GIF f. musi podczas generowanie dokumentu remanentu na podstawie spisu z natury sprawdzić czy stwierdzono różnice inwentaryzacyjne. W przypadku braku różnic musi poinformować o tym

	użytkownika
1506.	- odnotowywanie działań niepożądanych.
1507.	- możliwość definiowania receptariusza szpitalnego
1508.	System musi umożliwiać integrację z innymi modułami realizującymi funkcjonalności w zakresie:
1509.	- Finanse – Księgowość:
1510.	-- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK,
1511.	-- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteki,
1512.	-- możliwość zapisu dokumentów rozchodowych (koszty) na poziomie wydania z magazynu apteczki oddziałowej,
1513.	-- możliwość eksportu dokumentów rozchodu wewnętrznego w formacie OSOZ-EDI
1514.	-- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
1515.	-- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
1516.	- Ruch Chorych, Przychodnia:
1517.	-- w zakresie skorowidza pacjentów.
1518.	System musi umożliwić rozliczenie dostaw z całego miesiąca jedną fakturą.
1519.	System musi umożliwić domyślne otwarcie nowego okresu rozliczeniowego z pierwszym dniem nowego miesiąca.
1520.	System musi umożliwiać definiowanie zamienników dla wybranych leków
1521.	System musi umożliwiać przypisywanie leków do grup odpowiedników/odpowiedników
1522.	System powinien uniemożliwiać wprowadzenie karty leku/materiału o tym samym indeksie
1523.	System musi umożliwiać kontrolę interakcji pomiędzy składnikami leków recepturowych
1524.	- konfigurację magazynu depozytów obejmującą możliwość definiowania dokumentu oraz możliwość oraz karty materiału depozytowego
1525.	- obsługę dokumentów:
1526.	-- przyjęcie materiałów w depozyt
1527.	-- faktura depozytowa
1528.	-- korekta faktury depozytowej
1529.	-- rozchód depozytowy na pacjenta
1530.	-- rozchód depozytowy bez pacjenta
1531.	-- korekta rozchodu depozytowego
1532.	- zamówienia do dostawcy:
1533.	-- generowanie zamówienia na podstawie rozchodu depozytowego
1534.	-- tworzenie zamówienia depozytowego bez wskazania pacjenta
1535.	- Kontrola realizacji zamówień do dostawców oraz umów przetargowych.
1536.	- wprowadzanie i edycja numeru pozycji na fakturze depozytowej
1537.	- Raporty:
1538.	-- na podstawie przychodów
1539.	-- na podstawie rozchodów
1540.	-- raport z produkcji cytostatyków
1541.	-- możliwość zapisu w formacie xls
1542.	- eksport do Systemu Finansowo Księgowego
1543.	System musi umożliwiać przegląd historii eksportów dekretów do FK
1544.	System musi umożliwiać przegląd historii eksportów VAT do FK
1545.	System musi za komunikację z zakresie JPK, w szczególności:
1546.	-- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_MAG
1547.	-- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)
1548.	System musi umożliwiać integrację z szafami lekowymi.
1549.	System musi umożliwiać powiązanie magazynu z szafami lekowymi.
1550.	System powinien uniemożliwiać zarejestrowanie zużycia leku, który został wydany z Apteki dla innego pacjenta.
1551.	System powinien umożliwić wyliczenie liczby wydań leków/materiałów z podziałem na OPK.
1552.	System musi umożliwiać rejestrowanie i przechowywanie w systemie informacji o Unikalnych Identyfikatorów Wyrobów Medycznych będących w obrocie podmiotu medycznego.

	Rejestrowanie identyfikatorów odbywa się za pomocą skanowania kodów 2D.
1553.	System musi umożliwiać wygenerowanie i przesłanie komunikatu obrotów i stanów do Zintegrowanego Systemu Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL)
1554.	System powinien pobrać na żądanie ze ZSMOPL informacje o stanach leków w aptece
1555.	System powinien zaprezentować różnice pomiędzy stanami w ZSMOPL i stanami w aptece
1556.	System powinien wygenerować komunikat do ZSMOPL zawierający informacje o aktualnych stanach apteki dla wybranych leków
1557.	System musi odebrać i zapisać identyfikator komunikatu nadany przez ZSMOPL
1558.	System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL na żądanie użytkownika
1559.	System musi umożliwiać wygenerowanie i wysłanie komunikatu obrotów i stanów do ZSMOPL automatycznie i cyklicznie
1560.	System musi umożliwiać generowanie i wysyłanie korekt komunikatów do systemu ZSMOPL.
1561.	System powinien umożliwić wygenerowanie korekty raportu do systemu ZSMOPL z modyfikacją serii lub daty ważności
1562.	System powinien umożliwić raportowanie obrotów i strat do systemu ZSMOPL
1563.	System powinien umożliwiać przeprowadzenie testu poprawności działania skanera kodów DataMatrix w zakresie weryfikacji autentyczności leków
1564.	System musi umożliwiać przegląd listy transakcji dla wygenerowanego komunikatu
1565.	System musi umożliwiać wygenerowanie komunikatu stanów i obrotów odrębnie dla każdej apteki zarejestrowanej w Rejestrze Aptek
1566.	System musi umożliwiać import danych z rejestru Hurtowni Farmaceutycznych
1567.	System musi umożliwiać aktualizację listy hurtowni prowadzonych przez kontrahenta na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych
1568.	System musi umożliwiać przeglądanie decyzji i komunikatów Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego
1569.	System musi umożliwiać aktualizację online słownika hurtowni na podstawie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych C e-Z.
1570.	System musi umożliwiać automatyczne wysłanie powiadomienia do Apteki o wysłaniu zamówienia z Apteczki Oddziałowej
1571.	System musi umożliwiać wyświetlenie powiadomień o umowach z apteki, dla których kończy się termin ważności.
1572.	Akceptacja zamówień do dostawców:
1573.	- System powinien umożliwić obsługę dwustopniowego procesu akceptacji zamówień do dostawców
1574.	- System powinien umożliwić filtrowanie zamówień do dostawców według statusu akceptacji
1575.	- System powinien umożliwić odrzucenie zamówienia wysłanego do akceptacji
1576.	- System powinien umożliwić wpisanie powodu odrzucenia zamówienia wysłanego do akceptacji
1577.	- W zamówieniach do dostawców system powinien umożliwić przegląd historii akceptacji zamówienia
1578.	System powinien umożliwić zmianę statusu dla zamówienia wysłanego do dostawcy.
1579.	System powinien umożliwić podgląd obrotów dostawy z poziomu słownika globalnego leków
1580.	System powinien umożliwić podgląd obrotów dostawy z poziomu zamówień zewnętrznych
1581.	System powinien umożliwić wydruk dokumentów realizacji zamówień wewnętrznych z okna zamówień wewnętrznych.
1582.	System powinien umożliwić realizację zamówienia wewnętrznego o statusie Zakończone (częściowo zrealizowane)

Apteczka Oddziałowa

LP	Opis wymagania
1583.	Moduł apteczki musi umożliwić generowanie zamówień do apteki głównej, z uwzględnieniem:
1584.	- wglądu w stany magazynowe Apteki
1585.	System musi umożliwiać obsługę magazynu apteczki oddziałowej w zakresie:
1586.	- wydawania środków farmaceutycznych z apteczki oddziałowej, w szczególności:
1587.	-- wydawanie na oddział/pacjenta (współpraca z aplikacjami medycznymi np. Ruch Chorych, Przychodnia),
1588.	-- zwrotu do apteki,

1589.	-- rejestracji ubytków i strat nadzwyczajnych,
1590.	-- korekty wydań środków farmaceutycznych.
1591.	- korekty stanów magazynowych, w szczególności:
1592.	-- korekty stanów magazynowych (ilościowej i jakościowej) na podstawie arkusza spisu z natury,
1593.	-- generowanie arkusza do spisu z natury,
1594.	-- bieżąca korekta jakościowa stanu magazynowego.
1595.	Musi istnieć możliwość definiowania receptariusza oddziałowego
1596.	System musi umożliwić podpowiadanie ilości leków podczas dodawania ich do zamówienia wewnętrznego
1597.	System musi umożliwiać oznaczenie zamówienia wewnętrznego jako pilne.
1598.	System musi umożliwiać obsługę apteczek pacjentów (leki własne pacjenta)

Pracownia, Punkt pobrań

LP	Opis wymagania
1599.	Pracownia diagnostyczna
1600.	dostęp do listy pacjentów zarejestrowanych do pracowni
1601.	Na liście zleceń do wykonania powinna być wyświetlana informacja, czy badanie powinno być wykonane przy łóżku pacjenta
1602.	System musi umożliwiać prezentację badań wymagających zafakturowania.
1603.	System umożliwia prezentację na liście badań jednostki, realizowanych badań z jednostek powiązanych.
1604.	rejestracja rozpoczęcia obsługi wizyty pacjenta w pracowni (przyjęcie)
1605.	wspomaganie obsługi pacjenta w pracowni:
1606.	- przegląd danych pacjenta w następujących kategoriach:
1607.	- dane osobowe,
1608.	- podstawowe dane medyczne (grupa krwi, uczulenia, stale przyjmowane leki, choroby przewlekłe, przebyte choroby, implanty(urządzenia), szczepienia),
1609.	- uprawnienia z tytułu umów komercyjnych
1610.	- Historia Choroby (dane ze wszystkich wizyt pacjenta),
1611.	- wyniki badań,
1612.	- przegląd rezerwacji.
1613.	możliwość uporządkowania oraz ustawienia widoczności elementów menu/zakładek głównych grup danych dostępnych podczas ewidencji danych realizacji badania w zależności od potrzeb użytkownika
1614.	Możliwość zdefiniowania wzorów dokumentów dedykowanych dla pracowni
1615.	Możliwość użytkowania zdefiniowanych wcześniej wzorców dokumentacji dedykowanej do wizyty,
1616.	Przegląd, wprowadzanie i modyfikacja danych wizyty w następujących kategoriach:
1617.	- informacje ze skierowania,
1618.	- zlecenia
1619.	- usługi, świadczenia w ramach wizyty,
1620.	- wystawione skierowania,
1621.	- wykonane podczas wizyty procedury dodatkowe
1622.	- inne dokumenty (zaświadczenia, druki, na formularzach zdefiniowanych dla wizyty).
1623.	- wynik badania
1624.	- możliwość przechwytywania pojedynczych klatek obrazu z kamery lub innego źródła np. aparatu USG i dołączanie go do wyniku badania
1625.	Możliwość stosowania słownika tekstów standardowych do opis danych wizyt
1626.	Możliwość budowania i stosowania „pozycji preferowanych” dla użytkowników lub jednostek organizacyjnych.
1627.	System musi umożliwiać ewidencję proponowanego personelu wykonującego i opisującego badanie diagnostyczne. W przypadku integracji z systemem zewnętrznym, proponowany personel wykonujący i opisujący, powinien zostać wysłany do systemu zewnętrznego.
1628.	System musi umożliwiać wybór lekarza spoza listy użytkowników systemu, podczas ewidencji personelu realizującego badanie.
1629.	System musi umożliwiać określenie klasyfikacji TNM oraz stopnia zaawansowania dla rozpoznanych nowotworowych.

1630.	Możliwość ewidencji wykonania usług rozliczanych komercyjnie:
1631.	Obsługa zakończenia badania/wizyty:
1632.	- autoryzacja medyczna badania,
1633.	- automatyczne tworzenie karty wizyty/wyniku badania
1634.	- możliwość rozpoczęcia realizacji kolejnego zleconego badania bieżącego pacjenta bezpośrednio z przeglądu realizacji bieżącego badania
1635.	System umożliwia zapis i autoryzację danych wizyty/badania w pracowni za pomocą jednego przycisku.
1636.	Wgląd w rozliczenia NFZ z tytułu zrealizowanych w trakcie wizyty usług
1637.	System umożliwia obciążenie kosztami wykonania podzlecenia jednostkę pierwotnie zlecającą wykonanie badania pacjentowi.
1638.	Automatyczne generowanie ksiąg/wykazów: Wykazu Badań, Wykazu Zabiegów, Księgi Zdarzeń Niepożądanych. Możliwość przeglądu wykazów/ksiąg.
1639.	System musi umożliwiać zakończenie realizacji wielu zleceń różnych pacjentów przez wprowadzenie jednego opisu badania.
1640.	Obsługa wyników badań:
1641.	- wprowadzanie opisów wyników badań diagnostycznych
1642.	- wprowadzanie opisów wyników badań na definiowalnych formularzach wyników dostosowanych do rodzaju wykonywanego badania
1643.	- autoryzacja wyników badań diagnostycznych
1644.	- wydruk wyniku wg wzoru, jakim posługuje się pracownia
1645.	- wydruk wielu egzemplarzy tego samego dokumentu
1646.	System umożliwia generowanie dokumentu opisu badania diagnostycznego w formacie zgodnym z PIK HL7 CDA.
1647.	System prezentuje graficzną informację jeżeli autoryzowany wynik został wycofany i ponownie zmodyfikowany.
1648.	System musi umożliwiać obsługę i wydruk dokumentacji zbiorczej tj.:
1649.	- Wykaz Badań
1650.	- Wykaz Zabiegów
1651.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
1652.	- Harmonogram przyjęć
1653.	- Księga Ratownictwa
1654.	System powinien umożliwiać powtórny wydruk dokumentu już wydrukowanego.
1655.	System musi umożliwiać automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu tak, by w przypadku nagłego wyłączenia przeglądarki bez wcześniejszego ręcznego zapisania danych) użytkownik miał możliwość odzyskania wprowadzonych przez siebie zmian. Automatyczny zapis kopii wprowadzonego tekstu jest możliwy w Pracowni, w zakresie: - opisu badania, - opisu konsultacji, - opisu realizacji.
1656.	- Wykaz Badań
1657.	- Wykaz Zabiegów
1658.	- Księga Zdarzeń Niepożądanych
1659.	Punkt pobrań
1660.	System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania laboratoryjne, w szczególności:
1661.	- przyjmowanie zleceń badań laboratoryjnych z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia z możliwością określenia domyślnego punktu pobrań dla zleceniodawcy,
1662.	- wprowadzanie zleceń zewnętrznych, tak zwanych zleceń własnych, rejestrowanych bezpośrednio w Punkcie Pobrań
1663.	System powinien umożliwiać zarządzanie zleceniami na badania diagnostyczne. Moduł Punktu pobrań powinien móc obsługi badania diagnostyczne które są powiązane z danym materiałem (próbką)
1664.	- na dostęp do zleceń archiwalnych pacjenta,
1665.	- wyróżnianie zleceń CITO,
1666.	- poprzez dobór odpowiednich materiałów niezbędnych do realizacji zlecenia,
1667.	- poprzez wycofanie zlecenia
1668.	System musi wspomagać obsługę pobrania materiału w zakresie:

1669.	- podziału materiałów do pobrania wg jednostek wykonujących dane badanie (badania realizowane we własnych lub obcych laboratoriach),
1670.	- podziału materiałów do pobrania wg lekarza zlecającego
1671.	- rejestracji wysłania materiałów do laboratoriów,
1672.	- możliwości zastosowanie czytnika kart kodów kreskowych w celu oznakowania nr próbki pobranych materiałów
1673.	System musi umożliwiać rejestrację pobranych materiałów, w tym:
1674.	- automatyczne odnotowanie daty i godziny pobrania,
1675.	- odnotowanie osoby pobierającej materiał,
1676.	- odnotowanie dodatkowych uwag do pobrania,
1677.	Możliwość obsługi pobrania materiału w jednostce zlecającej
1678.	Możliwość zmiany wykonawcy badania (Jednostki wykonującej badanie)
1679.	System umożliwia włączenie autoryzacji danych (wymagane podanie użytkownika i hasła) podczas zapisu pobrania materiału do badania
1680.	System umożliwia określenie liczby dni, po których następuje automatyczne anulowanie niezrealizowanych zleceń
1681.	Moduł Punkt Pobrań udostępnia grupowe anulowanie zleceń
1682.	Obsługa zleceń do ponownego pobrania materiału
1683.	Możliwość obsługi nieudanego pobrania materiału
1684.	Możliwość dozlecania badań dla zleceń własnych (zleceń wystawionych bezpośrednio w Punkcie Pobrań)
1685.	Możliwość wydruku etykiet dla pobranych próbek
1686.	System umożliwia wydruk listy pobrań pogrupowanej wg nazwiska
1687.	Obsługa i wydruk Księgi Pobrań
1688.	Integracja z modulem Laboratorium w zakresie przetwarzania zleceń oraz udostępnienia wyników badań
1689.	Dostęp zleceniodawcy do informacji dotyczących pobrania materiałów dla zleconych badań laboratoryjnych (tj. status realizacji zlecenia, dane pobrania: data, osoba pobierająca, nr próbki) z podsystemu Ruch chorych i Przychodnia.
1690.	System powinien umożliwić zarejestrowanie, wysłanie zlecenia na pobranie materiału w ramach komercji
1691.	System powinien umożliwić wykonanie pobrania materiału dla zleceń wysłanych z innych jednostek w ramach komercji
1692.	System w ramach komercyjnego pobrania materiału powinien weryfikować oraz specjalnie oznaczać usługę jeżeli dla danej usługi brak aktualnego cennika

Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej

LP	Opis wymagania
1693.	Możliwość archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
1694.	Możliwość archiwizacji dokumentów złożonych, wieloczęściowych i przyrostowych np. księgi
1695.	Możliwość obsługi załączników do dokumentacji
1696.	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych generowanych przez system medyczny w repozytorium dokumentacji elektronicznej
1697.	Możliwość rejestracji dokumentów elektronicznych utworzonych poza systemem HIS, manualna rejestracja dokumentów zewnętrznych
1698.	Cyfryzacja dokumentu papierowego i dołączanie go do dokumentacji elektronicznej
1699.	Dostęp do całości dokumentacji przechowywanej w EDM:
1700.	- z poziomu wbudowanych w systemy medyczne mechanizmów
1701.	- z poziomu dedykowanego interfejsu
1702.	Możliwość eksportu/importu dokumentu elektronicznego do/z pliku w formacie XML. Możliwość eksportu/importu jednocześnie wielu dokumentów.
1703.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na dokumencie
1704.	Możliwość złożenia podpisu elektronicznego na zbiorze dokumentów
1705.	Możliwość znakowania czasem dokumentu
1706.	Możliwość wykonania kontrasygnaty

1707.	Możliwość weryfikacji podpisu
1708.	Możliwość weryfikacji integralności dokumentu
1709.	Możliwość weryfikacji i czytelnej prezentacji informacji o zgodności podpisu elektronicznego z treścią podpisanego dokumentu.
1710.	Możliwość wydruku dokumentu
1711.	Możliwość wyszukiwania dokumentów za pomocą zaawansowanych kryteriów oraz meta danych.
1712.	Możliwość wersjonowania przechowywanych dokumentów z dostępem do pełnej historii poprzednich wersji.
1713.	Repozytorium EDM musi umożliwiać:
1714.	- rejestrację dokumentu
1715.	- pobieranie dokumentów w formacie XML (dla dokumentów przechowywanych w formacie HL7 CDA)
1716.	- pobieranie postaci binarnej dla dokumentów w formacie HL7 CDA z osadzoną binarną postacią dokumentu
1717.	- pobieranie dokumentów w formacie PDF (dla dokumentów przechowywanych w formacie PDF)
1718.	- wyszukiwanie materializacji dokumentów
1719.	Repozytorium EDM musi współdzielić z HIS:
1720.	- słownik jednostek organizacyjnych
1721.	- rejestr użytkowników
1722.	- rejestr pacjentów
1723.	System uprawnień pozwalający na precyzyjne definiowanie obszarów dostępnych dla danego użytkownika.
1724.	Możliwość zarządzania uprawnieniami dostępu do określonych operacji w repozytorium. Przykłady uprawnień systemowych: uruchomienie systemu, zarządzanie uprawnieniami użytkowników, zarządzanie parametrami konfiguracyjnymi, zarządzanie typami dokumentów.
1725.	Możliwość zarządzania uprawnieniami do wykonywania operacji na poszczególnych typach dokumentów. Przykłady uprawnień do dokumentów: dodawanie dokumentów do repozytorium, odczyt dokumentu, podpisywanie dokumentu, eksport dokumentu, anulowanie dokumentu, wydruk dokumentu itd.
1726.	Możliwość definiowania nowych typów dokumentów obsługiwanych przez repozytorium dokumentów elektronicznych.
1727.	Zakłada się także możliwość indeksowania dokumentów, których elektroniczna postać nie jest przechowywana w systemie HIS - np. indeksowanie dokumentów papierowych, obrazów radiologicznych przechowywanych w PACS.
1728.	Indeksowane powinny być wszystkie wersje dokumentu
1729.	Indeks powinien uwzględniać rozdzielenie danych osobowych od danych medycznych
1730.	Możliwość indeksowania dokumentów w celu łatwego jej wyszukiwania wg zadanych kryteriów
1731.	Indeks dokumentacji powinien być zorientowany na informacje o dokumencie: autor, data powstania, rozmiar, typ itp.
1732.	System musi umożliwić udostępnianie dokumentacji:
1733.	- w celu realizacji procesów diagnostyczno-terapeutycznych w ZOZ
1734.	- pacjentom i ich opiekunom
1735.	- podmiotom upoważnionym np. prokurator
1736.	System powinien umożliwiać współpracę z platformą P1 w zakresie:
1737.	- bezpośrednio pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia
1738.	- za pośrednictwem systemów regionalnych
1739.	- z wykorzystaniem platformy P1.
1740.	Dostarczone rozwiązanie powinno umożliwiać ręczną rejestrację dokumentów bezpośrednio w repozytorium EDM. Dokumenty tak zarejestrowane powinny być dostępne w systemie dziedziny HIS.
1741.	Dostarczone rozwiązanie musi być zintegrowane z działającym w szpitalu systemem dziedziny HIS w oparciu o API producenta systemu HIS:
1742.	Rejestracja dokumentów w repozytorium z poziomu systemu HIS
1743.	Wersjonowanie dokumentów (przekazywanie nowej wersji istniejącego dokumentu)
1744.	Generowanie dokumentów w formacie PIK HL7 CDA w oparciu o dane źródłowe przekazane z systemu dziedziny HIS

1745.	Wyszukiwanie dokumentów w oparciu o dane indeksowe takie jak: Pacjent, JOS, Autor, Typ dokumentu, Data utworzenia, ID dokumentu
1746.	Pobieranie dokumentów (w formacie XML lub PDF)
1747.	Zmiana statusu dokumentów (np. anulowanie dokumentu)
1748.	Dostarczone rozwiązanie powinno umożliwiać ręczną rejestrację dokumentów bezpośrednio w repozytorium EDM. Dokumenty tak zarejestrowane powinny być dostępne w systemie dziedzicznym AMMS.
1749.	Dostarczone rozwiązanie musi być zintegrowane z działającym w szpitalu systemem dziedzicznym AMMS w oparciu o API Asseco Poland S.A
1750.	- Rejestracja dokumentów w repozytorium z poziomu systemu AMMS
1751.	- Wersjonowanie dokumentów (przekazywanie nowej wersji istniejącego dokumentu)
1752.	- Generacja dokumentów w formacie PIK HL7 CDA w oparciu o dane źródłowe przekazane z systemu dziedzicznego AMMS
1753.	- Wyszukiwanie dokumentów w oparciu o dane indeksowe takie jak: Pacjent, JOS, Autor, Typ dokumentu, Data utworzenia, ID dokumentu
1754.	- Pobieranie dokumentów (w formacie XML lub PDF)
1755.	- Zmiana statusu dokumentów (np. anulowanie dokumentu)
1756.	- Współpracę z innymi systemami dziedzicznymi np. działającym w placówce systemem LIS
1757.	Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzicznym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS
1758.	Podpis cyfrowy
1759.	Rozwiązanie powinno dostarczać aplikację do podpisu elektronicznego komunikującą się z systemem dziedzicznym HIS za pomocą usług sieciowych zgodnie z API producenta systemu HIS
1760.	Elektroniczny podpis kwalifikowany składany za pomocą karty kryptograficznej umożliwia podpisywanie dokumentów elektronicznych: - dając pewność autorstwa dokumentu (autentyczność pochodzenia), - utrudniając wyparcie się autorstwa lub znajomości treści dokumentu (niezaprzeczalność), - pozwalając wykryć nieautoryzowane modyfikacje dokumentu po jego podpisaniu (integralność).
1761.	System musi umożliwiać złożenie podpisu cyfrowego na przekazanych dokumentach oraz zapewnia:
1762.	- możliwość podpisywania pojedynczych dokumentów,
1763.	- możliwość podpisywania grupy dokumentów z jednokrotnym zapytaniem o PIN,
1764.	- możliwość określenia formatu podpisu (zewnętrzny lub otaczający/otaczany).
1765.	System musi umożliwiać przegląd podpisywanych dokumentów:
1766.	- przegląd listy podpisywanych dokumentów (dla podpisywania grupowego),
1767.	- podgląd podpisywanych dokumentów XML.
1768.	System musi umożliwiać podpisywanie elektronicznej dokumentacji medycznej przetwarzanej w Repozytorium EDM, w szczególności:
1769.	- automatyczne pobieranie dokumentów elektronicznych do podpisu cyfrowego na podstawie przekazanego identyfikatora dokumentu,
1770.	- rejestrację w Repozytorium EDM informacji o złożeniu podpisu,
1771.	- składanie podpisu cyfrowego oraz rejestrację sygnatury dokumentu w Repozytorium EDM
1772.	System umożliwia złożenie podpisu elektronicznego z wykorzystaniem następujących metod:
1773.	- Podpis z wykorzystaniem dowodu osobistego z warstwą elektroniczną (tzw. podpis osobisty)
1774.	- Kwalifikowany podpis elektroniczny z wykorzystaniem fizycznych kart kryptograficznych
1775.	- Kwalifikowany podpis elektroniczny z wykorzystaniem kart wirtualnych (tzw. podpis w chmurze)
1776.	- Podpis elektroniczny Sigillum
1777.	- Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem certyfikatu ZUS
1778.	- Podpis elektroniczny złożony za pośrednictwem platformy ePUAP
1779.	System umożliwia prowadzenie centralnego rejestru certyfikatów podpisu elektronicznego, pozwalającego na składanie podpisu elektronicznego na dowolnej stacji roboczej podłączonej do systemu bez konieczności przechowywania kopii certyfikatów lokalnie na stacjach roboczych.

Wymiana danych z systemami zewnętrznymi (LIS Marcel, inne)

1780.	System posiada moduł HL7 pozwalający na dostosowanie do niego zewnętrznych systemów teleinformatycznych niezależnie od ich producenta.
1781.	System umożliwia dwustronną komunikację z systemami laboratoryjnymi, oprogramowaniem aparatów diagnostycznych itp., polegającą na wysyłaniu zleceń elektronicznych oraz odbiorze zwrótnie wyników badań.

Formularzowa Dokumentacja Medyczna - Edytor Formularzy

LP	Opis wymagania
1782.	System posiada moduł umożliwiający użytkownikowi samodzielne definiowanie wzorców formularzy przeznaczonych do gromadzenia danych
1783.	System musi umożliwiać definiowanie formularza, na którym można zaewidencjonować co najmniej dane typu:
1784.	- Liczba
1785.	- Tekst
1786.	- Data
1787.	- Wartość logiczna
1788.	- Wartość słownikowa
1789.	- Obraz
1790.	Składniki formularza można umieszczać na zakładkach i w sekcjach
1791.	Składniki formularza można dodawać przy pomocy mechanizmu "Przeciągnij i upuść"
1792.	System musi zapewniać, by poszczególnym składnikom formularza można przypisać domyślną wartość
1793.	System musi zapewniać, by w definiowalnych formularzach można było zdefiniować wymagalności wypełnienia wskazanych składników
1794.	Wydruk formularza
1795.	Moduł na podstawie wzorca formularza umożliwia zdefiniowanie jego szablonu wydruku.
1796.	Na szablon wydruku można dodawać dodatkowe elementy (nie będące składnikami wzorca formularza) co najmniej takie jak:
1797.	- etykieta
1798.	- obraz
1799.	System powinien umożliwiać wykonanie operacji importu/ eksportu szablonów formularzy w standardzie XML

Finanse-Księgowość

LP	Opis wymagania
1800.	System Finansowo Księgowy powinien działać na jednej wspólnej bazie danych z systemem Kadr i Płac (celem jednokrotnego wprowadzania danych) i powinien umożliwiać: <ul style="list-style-type: none"> - automatyczna synchronizacja kartotek pracowników (nazwisko, imiona, nr kartoteki, rachunek bankowy, adres), - integracja umowy pracownika z kontrahentem (umowy cywilnoprawne), - integracja słownika OPK (MPK) z księgami pomocniczymi systemów ERP.
1801.	System Finansowo Księgowy powinien działać na jednej wspólnej bazie danych z systemem Kadr i Płac w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - dekretowania list płac (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany), - dekretowanie operacji w kasach pożyczkowych (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany), - dekretowanie podwyżek personelu medycznego z Ministerstwem Zdrowia (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany).
1802.	System Finansowo Księgowy Kosztowy powinien działać na jednej wspólnej bazie danych z systemem Kadr i Płac i: <ul style="list-style-type: none"> - umożliwiać eksport wartości kluczy podziału: <ul style="list-style-type: none"> - średnie zatrudnienie - osoby, - średnie zatrudnienie - etaty.
1803.	prowadzenie księgi głównej (konta syntetyczne), ksiąg pomocniczych (konta analityczne) i ewidencji pozabilansowej (konta pozabilansowe):
1804.	możliwość określenia sposobu budowy kodów kont analitycznych (budowy segmentów kont) dla poszczególnych kont syntetycznych,

1805.	możliwość określenia liczby i długości segmentów kont analitycznych,
1806.	możliwość ręcznego okodowania segmentów kont analitycznych,
1807.	możliwość automatycznego okodowania segmentów kont analitycznych na podstawie zdefiniowanego przez użytkownika zestawu grup analitycznych: katalogu kontrahentów, katalogu pracowników, katalogu ośrodków powstawania kosztów, katalogu źródeł finansowania działalności (typów płatników), stawek VAT, grup analitycznych do dowolnego wykorzystania (dostępnych jest 5 takich grup)
1808.	bieżąca informacja o obrotach i stanie konta, z możliwością uwzględnienia obrotów niezaksięgowanych,
1809.	automatyczne przenoszenie i aktualizacja bilansu otwarcia kont księgi głównej nowego roku obrotowego na podstawie bilansu zamknięcia poprzedniego roku,
1810.	możliwość definiowania grup kont dla potrzeb sprawozdawczości,
1811.	możliwość wprowadzania planów kont, grup kont Księgi głównej dla celów budżetowania,
1812.	miesięczne prowadzenie dziennika obrotów z możliwością prowadzenia dzienników częściowych (rejestrów dokumentów):
1813.	możliwość wprowadzania dokumentów z ręcznym określeniem sposobu dekretacji,
1814.	możliwość wprowadzania dokumentów z automatycznym określeniem sposobu dekretacji, poprzez zdefiniowane przez użytkownika schematy księgowania dokumentów dla określonych kategorii operacji gospodarczych,
1815.	kontrola kompletności wprowadzonych dokumentów zgodnie z zasadą podwójnego zapisu,
1816.	mechanizmy ułatwiające wprowadzanie dokumentów:
1817.	- tworzenie pozycji dokumentu na podstawie pozycji wcześniej wprowadzonej,
1818.	- tworzenie dekretów na podstawie zaewidencjonowanych rozrachunków (rozliczenie rozrachunków),
1819.	- automatyczne przeksięgowanie obrotów wybranych kont,
1820.	- automatyczne rozksięgowanie kosztów na konta ośrodków powstawania kosztów zgodnie z określonym kluczem rozdziału,
1821.	- automatyczne przeksięgowanie kosztów z kont układu kalkulacyjnego na konta sprzedaży zgodnie ze zdefiniowanym sposobem rozdziału kosztów,
1822.	- wspomaganie tworzenia dokumentów związanych z międzyokresowymi rozliczeniami kosztów.
1823.	możliwość wykorzystania dodatkowych słowników nie stanowiących analityki kont przy dekretacji dokumentów (np. do ewidencji kosztów wg samochodów służbowych, urządzeń medycznych),
1824.	księgowanie dokumentów wprowadzonych (zadekretowanych).
1825.	możliwość uproszczonej obsługi kasowej:
1826.	wyodrębnienie dziennika częściowego do prowadzenia obsługi kasowej,
1827.	ewidencja operacji kasowych (dekretacja operacji kasowych),
1828.	wydruk raportu kasowego.
1829.	gromadzenie informacji o stanie rozrachunków z kontrahentami i ich obsługa:
1830.	mechanizm transakcji (szczegółowej identyfikacji rozrachunków z kontrahentem),
1831.	gromadzenie informacji identyfikacyjnych kontrahentów (kartoteka kontrahentów),
1832.	możliwość syntetycznej informacji o stanie transakcji z kontrahentem (kartoteka kontrahenta),
1833.	możliwość analitycznej informacji o stanie transakcji z kontrahentem (zapisy szczegółowe kartoteki kontrahenta),
1834.	możliwość przeglądu stanu i historii poszczególnych transakcji z kontrahentem,
1835.	możliwość wydruku dokumentu potwierdzenia sald dla kontrahenta,
1836.	możliwość naliczenia odsetek i wydruku dokumentu noty odsetkowej dla wybranych należności od kontrahenta (w szczególności wszystkich),
1837.	możliwość automatycznego generowania dokumentu naliczenia odsetek,
1838.	Możliwość tworzenia zestawień wykonanych przelewów dla kontrahentów i pracowników.
1839.	możliwość wydruku dokumentu wezwania do zapłaty,
1840.	możliwość rejestracji cesji
1841.	możliwość przeksięgowania wierzytelności z kontrahenta na kontrahenta,
1842.	możliwość zmiany terminu płatności transakcji.
1843.	gromadzenie informacji o stanie rozrachunków z pracownikami i ich obsługa:
1844.	mechanizm szczegółowej identyfikacji rozrachunków z pracownikami,
1845.	gromadzenie informacji identyfikacyjnych pracowników (kartoteka pracowników),
1846.	możliwość syntetycznej informacji o stanie rozrachunków z pracownikiem (kartoteka pracownika),
1847.	możliwość analitycznej informacji o stanie rozrachunków z pracownikiem (zapisy szczegółowe kartoteki

	pracownika),
1848.	możliwość przeglądu stanu i historii poszczególnych rozrachunków z pracownikiem,
1849.	możliwość naliczenia odsetek i wydruku noty odsetkowej,
1850.	możliwość zmiany terminu płatności rozrachunku.
1851.	ewidencja informacji kosztowych dla potrzeb rachunku kosztów w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym:
1852.	gromadzenie informacji o schemacie organizacyjnym zakładu – ośrodkach powstawania kosztów (katalog Ośrodków Powstawania Kosztów),
1853.	możliwość ewidencji kosztów na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych w układzie rodzajowym,
1854.	możliwość ewidencji kosztów na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych w układzie kalkulacyjnym,
1855.	możliwość uszczegółowienia ewidencji kosztów bez konieczności rozbudowy planu kont (prowadzenie kartotek kosztów szczegółowych dla kont układu kalkulacyjnego),
1856.	możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów poszczególnych OPK (kartoteka OPK),
1857.	możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów dowolnej grupy ośrodków powstawania kosztów (możliwość tworzenia grup OPK).
1858.	emisja zestawień i sprawozdań określonych w ustawie o rachunkowości oraz zestawień i sprawozdań dla potrzeb Zamawiającego:
1859.	wydruk dziennika obrotów lub dzienników częściowych,
1860.	wydruk księgi głównej (zestawienie stanu kont),
1861.	wydruk zestawienia obrotów i sald księgi głównej,
1862.	wydruk zestawienia obrotów i sald ksiąg pomocniczych,
1863.	możliwość wydruku sprawozdań rocznych:
1864.	- bilansu,
1865.	- sprawozdania z przepływu środków pieniężnych,
1866.	- rachunku zysków i strat (metodą kalkulacyjną i porównawczą),
1867.	- zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym,
1868.	możliwość tworzenia z poziomu aplikacji FK pism według szablonów zdefiniowanych w MS Office lub Open Office bazujących na informacjach zawartych w księdze głównej oraz rozrachunkach kontrahenta
1869.	tworzenie bieżących i okresowych zestawień definiowanych dla potrzeb użytkownika z możliwością zapisu w formacie .xls i .csv.
1870.	obsługa rejestrów i deklaracji VAT:
1871.	możliwość określenia dzienników częściowych (rejestrów dokumentów) dla dokumentów VAT zakupu i sprzedaży,
1872.	możliwość określenia sposobu dekretacji dla poszczególnych stawek VAT w rejestrze VAT,
1873.	definicja pól deklaracji VAT (dla zakupu i sprzedaży),
1874.	dekretacja zakupów i sprzedaży VAT z określeniem pól deklaracji VAT dla poszczególnych zapisów, z możliwością określenia miesiąca rozliczenia VAT,
1875.	możliwość określenia procentowej struktury sprzedaży VAT pozwalającej na wyznaczenie wysokości VAT z zakupów z podziałem na VAT do odliczenia i nie podlegający odliczeniu
1876.	wydruk rejestru zakupów VAT,
1877.	wydruk rejestru sprzedaży VAT,
1878.	wydruk danych do deklaracji (zestawienia) VAT dla sprzedaży,
1879.	wydruk danych do deklaracji (zestawienia) VAT dla zakupów.
1880.	obsługa bankowa:
1881.	możliwość emisji (wydruku) przelewów w formie papierowej:
1882.	- możliwość wyboru przed wydrukiem konta bankowego zleceniodawcy (możliwość obsługi wielu kont Zamawiającego),
1883.	- możliwość wydruku przelewów zbiorczych dla kontrahenta/pracownika.
1884.	możliwość emisji (eksportu) przelewów w formie elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej:
1885.	- możliwość elastycznego definiowania elektronicznego formatu przelewu,
1886.	- możliwość określenia formatu przelewu dla kont użytkownika,
1887.	- możliwość wyboru przed eksportem konta bankowego zleceniodawcy (możliwość obsługi wielu kont zakładu).
1888.	możliwość ręcznego wprowadzania dokumentów wyciągów bankowych do dziennika FK,

1889.	możliwość importu wyciągów bankowych w formie elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej,
1890.	możliwość ręcznego lub automatycznego (poprzez import wyciągów w formie elektronicznej) potwierdzania przelewów,
1891.	możliwość obsługi przelewów w formacie split-payment
1892.	integracja z innymi modułami systemu, realizującymi funkcjonalność następujących zakresów (na poziomie dekrétów do księgi głównej):
1893.	fakturowanie,
1894.	obsługa kasy gotówkowej,
1895.	obsługa magazynu materiałów,
1896.	obsługa magazynu leków.
1897.	obsługa środków trwałych,
1898.	obsługa wynagrodzeń.
1899.	przygotowanie i wysyłka deklaracji elektronicznych: JPK_V7M, JPK_V7K, VAT-27, VAT-UE, VAT-UEK, CIT-8, CIT-ST
1900.	możliwość generowania pliku e-Sprawozdania Finansowego w formacie xml
1901.	możliwość przygotowania sprawozdania Intrastat-Przywóz i Intrastat-Wywóz
1902.	zapewnienie komunikacji w zakresie JPK, w szczególności:
1903.	- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_KR
1904.	- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_WB
1905.	- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_VAT
1906.	- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)
1907.	Możliwość weryfikacji generowanych plików XML ze schematami XSD dla deklaracji elektronicznych i plików JPK

Obrót Towarowy - Rejestr Sprzedaży, Rejestr Zakupów

LP	Opis wymagania
1908.	możliwość obsługi wielu rejestrów zakupu (Centralny Rejestr Zakupów),
1909.	dostęp do katalogu kontrahentów i pracowników zintegrowanego z systemem Finansowo-Księgowym,
1910.	definicja rejestrów zakupu i ich powiązanie z rejestrami systemu FK,
1911.	określenie sposobu numeracji dokumentów zakupu
1912.	wprowadzanie dokumentów zakupu z możliwością obsługi VAT:
1913.	określenie formy płatności,
1914.	- określenie typu wystawianego dokumentu (faktura, faktura korygująca),
1915.	określenie rozdziału stosunku wpływów z zakupów na ośrodki powstawania kosztów.
1916.	możliwość współpracy z modulem realizującym funkcjonalność z zakresu Finanse – Księgowość na poziomie dekrétów do Księgi głównej,
1917.	możliwość wydruku zestawień na podstawie dokumentów zakupu:
1918.	- rejestru zakupu
1919.	- zestawienia dokumentów zakupu,
1920.	- zapewnienie komunikacji w zakresie JPK, w szczególności:
1921.	-- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_FA
1922.	-- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)
1923.	możliwość obsługi wielu rejestrów sprzedaży (Centralny Rejestr Sprzedaży),
1924.	dostęp do wszystkich rejestrów sprzedaży w placówkach medycznych Zamawiającego,
1925.	możliwość pracy rejestru sprzedaży w kontekście placówki medycznej Zamawiającego (na wydruku umieszczane powinny być oprócz danych Zamawiającego także dane placówki medycznej wystawiającej fakturę),
1926.	dostęp do katalogu kontrahentów i pracowników zintegrowanego z systemem Finansowo-Księgowym,
1927.	dostęp do skorowidza pacjentów zintegrowanego z aplikacjami medycznymi (Recepcja, Gabinet),
1928.	prowadzenie katalogów (cenników) sprzedawanych składników:
1929.	- materiałów przeznaczonych do odsprzedaży,
1930.	- świadczonych usług.
1931.	definicja rejestrów sprzedaży i ich powiązanie z rejestrami systemu FK,
1932.	określenie sposobu numeracji dokumentów sprzedaży (roczna lub miesięczna), w przypadku numeracji

	miesięcznej możliwość równoczesnej pracy w więcej niż jednym miesiącu rozrachunkowym
1933.	wprowadzanie dokumentów sprzedaży z możliwością obsługi VAT:
1934.	- określenie formy płatności,
1935.	- określenie typu wystawianego dokumentu (faktura, faktura korygująca),
1936.	- określenie nabywcy (płatnika),
1937.	- określenie odbiorcy,
1938.	- określenie zawartości faktury – wybór z cennika sprzedawanych składników,
1939.	- automatyczne generowanie faktur w oparciu o dane o wykonanych usługach medycznych z aplikacji medycznych (np. Recepcja, Gabinet, Pracownia) – dla każdej zrealizowanej odpłatnie usługi medycznej,
1940.	- określenie rozdziału stosunku wpływów ze sprzedaży na ośrodki powstawania kosztów.
1941.	wydruk dokumentu sprzedaży zgodnie z określonym typem wystawianego dokumentu (faktura, faktura korygująca, paragon),
1942.	możliwość współpracy z drukarkami fiskalnymi,
1943.	możliwość współpracy z modulem realizującym funkcjonalność z zakresu Finanse – Księgowość na poziomie dekrétów do Księgi głównej,
1944.	możliwość wydruku zestawień na podstawie dokumentów sprzedaży:
1945.	- rejestru sprzedaży,
1946.	- zestawienia dokumentów sprzedaży,
1947.	- zestawienia w podziale na sprzedane usługi,
1948.	- zestawienia przychodów wg ośrodków powstawania kosztów i wg usług,
1949.	- zestawienia według nabywców.
1950.	wystawianie faktur wewnątrzwspólnotowych.
1951.	- zapewnienie komunikacji w zakresie JPK, w szczególności:
1952.	-- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_FA
1953.	-- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)

Koszty, Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń

LP	Opis wymagania
1954.	określanie struktury ośrodków powstawania kosztów (OPK) i prowadzenie cenników wewnętrznych świadczeń:
1955.	możliwość wprowadzania struktury ośrodków powstawania kosztów w przekroju rodzajów działalności,
1956.	możliwość zdefiniowania katalogu wykonywanych świadczeń i integracja z aplikacjami medycznymi w zakresie ewidencji wykonania:
1957.	- na podstawie klasyfikacji procedur medycznych ICD-9,
1958.	- na podstawie klasyfikacji badań laboratoryjnych,
1959.	- innych zdefiniowanych przez użytkownika klasyfikacji.
1960.	możliwość przypisania do ośrodka listy wykonywanych świadczeń,
1961.	możliwość wprowadzenia cen wewnętrznych do rozliczeń wzajemnych pomiędzy jednostkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń,
1962.	wycena rzeczywistych kosztów świadczeń:
1963.	możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów bezpośrednich poszczególnych OPK na podstawie zapisów księgowych realizowanych przez Finanse – Księgowość,
1964.	możliwość bieżącej i okresowej informacji o poziomie kosztów dowolnej grupy ośrodków powstawania kosztów (możliwość tworzenia grupy OPK), na podstawie zapisów księgowych,
1965.	przygotowanie rozliczenia kosztów działalności pomocniczej, zleceń wewnętrznych i zarządu poprzez:
1966.	- określenie OPK biorących udział w rozdziale kosztów poprzez określenie statusów ośrodków w danych identyfikacyjnych OPK,
1967.	- określenie rodzajów kluczy rozdziału kosztów dla OPK,
1968.	- automatyczne pobieranie wartości kluczy z miesięcy poprzednich lub z aktualnych zapisów księgowych realizowanych przez Finanse – Księgowość (np. koszty leków, koszty osobowe),
1969.	- ręczną modyfikację wartości kluczy (w tym wielkości wykonanych zadań),
1970.	- określenie planu rozdziału dla każdego ośrodka (określenie ośrodków, na które będą rozliczone koszty ośrodka).
1971.	możliwość podawania informacji o wykonaniu świadczeń przez ośrodki realizujące procedury

	medyczne:
1972.	- możliwość ręcznego wypełnienia informacji o ilości wykonanych świadczeń,
1973.	- możliwość automatycznego pobierania informacji o ilości wykonanych świadczeń z aplikacji medycznych (Ruch Chorych, Gabinet, Laboratorium, Pracownia itp.).
1974.	rozliczenie kosztów:
1975.	- rozliczenie kosztów ośrodków działalności pomocniczej,
1976.	- rozliczenie kosztów ośrodków proceduralnych w części dotyczącej zleceń wewnętrznych,
1977.	- rozliczenie kosztów działalności ośrodków zarządu.
1978.	możliwość wprowadzania statystyki wykonanych nośników kosztów innych niż procedury medyczne: osobodni, leczonych, łóżek, itp.
1979.	wycena, sprawozdania i analizy kosztowe OPK i nośników:
1980.	- analiza kosztów bezpośrednich w rozbiciu na koszty rodzajowe,
1981.	- analiza kosztów pośrednich w rozbiciu na koszty rodzajowe,
1982.	- analiza kosztów całkowitych (bezpośrednich + pośrednich) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
1983.	- analiza kosztów wytworzenia (całkowitych + zleceń wewnętrznych) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
1984.	- analiza kosztów sprzedaży (wytworzenia + zarządu) w rozbiciu na koszty rodzajowe,
1985.	- analiza kosztów jednostkowych nośników kosztów dla OPK,
1986.	- analiza źródeł pochodzenia kosztów pośrednich,
1987.	- analiza rozplywu kosztów dla ośrodka na różnych etapach procesu rozdziału kosztów,
1988.	- analiza kosztów świadczeń wykonywanych w ośrodkach,
1989.	- analiza uśredniona kosztów świadczeń wykonywanych w jednostce Zamawiającego,
1990.	- możliwość wydruku karty kosztów dla ośrodków,
1991.	- możliwość elastycznego definiowania przez użytkownika zestawień dotyczących zbiorczych informacji na temat rozliczonych kosztów dla ośrodka.
1992.	Możliwość analizy wykonania zleceń wewnętrznych z uwzględnieniem ceny "po przeliczeniu kosztów".
1993.	Kontrola poprawności danych niezbędnych do rozliczenia kosztów procedur, w zależności od wybranej metody kalkulacji.

Gospodarka Magazynowo-Materiałowa

LP	Opis wymagania
1994.	obsługa magazynu materiałów:
1995.	możliwość obsługi wielu magazynów,
1996.	możliwość określenia asortymentu materiałów ewidencjonowanych w poszczególnych magazynach.
1997.	elastyczne tworzenie indeksu materiałowego:
1998.	- dowolna budowa kodu indeksu materiałowego (ograniczenie jedynie na długość kodu),
1999.	możliwość przyporządkowania kodów klasyfikacyjnych (PKWiU) do materiału.
2000.	obsługa kilku metod wyceny rozchodów materiałów:
2001.	- ceny rzeczywiste – FIFO,
2002.	- ceny rzeczywiste – LIFO,
2003.	- ceny rzeczywiste - szczegółowa identyfikacja (wybór z konkretnej dostawy),
2004.	- ceny ewidencyjne – średnia ważona.
2005.	ewidencja obrotu materiałowego w cyklu miesięcznym (prowadzenie dzienników wprowadzonych dokumentów):
2006.	- rejestracja bilansu otwarcia dla magazynów – ilościowo-wartościowego stanu zapasów materiałowych na dzień rozpoczęcia pracy,
2007.	- korekty bilansu otwarcia – możliwość automatycznej korekty rozchodów dokonanych z bilansu otwarcia,
2008.	- ewidencja przychodów materiałów – różne typy przyjęcia (osobne typy dokumentów) np. związanych z różnymi typami działalności,
2009.	- korekty przychodów (ilościowe i wartościowe) – możliwość automatycznej korekty rozchodów dokonanych na podstawie skorygowanych dostaw,
2010.	- ewidencja rozchodów materiałów zgodnie z przyjętym sposobem wyceny - różne typy rozchodów (osobne typy dokumentów) np. związanych z różnymi typami działalności; kontrola limitów kwotowych dla wydawanych materiałów zgodnie z limitem przypisanym do odbiorcy
2011.	- możliwość powiązania dokumentów rozchodu materiałów z ośrodkami powstawania kosztów dla

	celów rachunku kosztów,
2012.	- rozbicie pojedynczych pozycji rozchodu dla celów rachunku kosztów poprzez zastosowanie mechanizmu tzw. „relewów” (wydania z magazynu żywności),
2013.	- wydruk dokumentu przekazania towaru (PT) na podstawie dokumentu rozchodu wewnętrznego.
2014.	- dokument korekty rozchodów,
2015.	- ewidencja rozchodów zewnętrznych – możliwość ewidencjonowania różnych typów rozchodów (osobne typy dokumentów) np. ze względu na przyczynę przekazania materiałów,
2016.	- ewidencja zwrotów od odbiorcy,
2017.	- ewidencja przesunięć międzymagazynowych materiałów,
2018.	- wydruki dokumentów związanych z obrotem materiałowym.
2019.	wspieranie obsługi inwentaryzacji stanów magazynowych:
2020.	- przygotowanie i wydruk arkuszy spisu z natury,
2021.	- możliwość prowadzenia rzeczywistych wartości stanów magazynowych na podstawie spisu z natury i ich porównanie z wartościami księgowymi,
2022.	- możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – dokument niedoborów,
2023.	- możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – dokument nadwyżek.
2024.	bieżąca informacja o stanach magazynowych:
2025.	- podgląd i wydruk historii obrotu materiałowego dla poszczególnych asortymentów materiałów,
2026.	- podgląd i wydruk stanów magazynowych dla wybranych lub wszystkich magazynów,
2027.	- kontrola przekroczenia stanów minimalnych i maksymalnych.
2028.	wykazy i zestawienia:
2029.	- na podstawie rozchodów: dla wybranych materiałów, dla wybranych grup materiałów,
2030.	- na podstawie przychodów: dla wybranych materiałów, dla wybranych grup materiałów, dla wybranych rodzajów kosztów,
2031.	- zestawienia dokumentów zaewidencjonowanych dla poszczególnych magazynów,
2032.	- karty materiałowej: ilościowej i ilościowo-wartościowej.
2033.	wspieranie obsługi zamówień (w tym publicznych):
2034.	analizy zużycia:
2035.	- możliwość wyliczania daty, po upływie której skończy się bieżący zapas materiału (na podstawie średniego zużycia za wybrany okres czasu),
2036.	- możliwość tworzenia wykazów towarów, których zapas wystarczy na dłużej niż zadana ilość dni,
2037.	- możliwość tworzenia wykazów towarów, których bieżące zużycie ilościowe za wybrany okres jest większe od średniego zużycia ilościowego za inny porównywalny okres czasu,
2038.	- możliwość tworzenia wykazu materiałów, które zalegają w magazynie powyżej zadanej ilości dni.
2039.	przygotowanie i kontrola zamówień:
2040.	- przygotowanie zamówienia na podstawie analizy zużycia za dany okres,
2041.	- dostęp do przeglądu zawartych umów dotyczących zakupu materiałów,
2042.	- kontrola realizacji dostaw i poziomu cen.
2043.	integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresach:
2044.	Finanse – Księgowość:
2045.	- dostępność funkcji wartościowego, syntetycznego zapisu obrotu materiałowego na kontach księgi głównej FK
2046.	- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
2047.	- możliwość wykorzystania słowników FK: kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
2048.	Rachunek kosztów leczenia:
2049.	- w zakresie udostępnienia danych o aktualnych cenach materiałów do określenia normatywów materiałowych świadczeń,
2050.	- w zakresie rozchodów materiałów według ośrodków powstawania kosztów w celu porównania z normatywnym zużyciem materiałów wynikającym z ewidencji wykonanych świadczeń.
2051.	Środki Trwałe:
2052.	- możliwość przesyłania danych o rozchodach materiałów (urządzeń przyjętych na magazyn) będących, po imporcie w module Środki Trwałe, podstawą do założenia kartoteki środka trwałego
2053.	- zapewnienie komunikacji w zakresie JPK, w szczególności:
2054.	-- przygotowanie i wysłanie komunikatu JPK_MAG

2055.	-- odbiór potwierdzenia odbioru (UPO)
-------	---------------------------------------

Środki Trwałe

LP	Opis wymagania
2056.	Ewidencja i zarządzanie środkami trwałymi:
2057.	prowadzenie kartotek składników majątku trwałego (ilościowo-wartościowych) obejmujących następujące informacje:
2058.	- klasyfikacja GUS,
2059.	- informacji dotyczących przyjęcia,
2060.	- stawka i metoda amortyzacji,
2061.	- wartość początkowa,
2062.	- bieżący stopień zużycia (umorzenia),
2063.	- bieżąca wartość netto,
2064.	- miejsce użytkowania,
2065.	- ośrodki powstawania kosztów (możliwość powiązania jednego środka z kilkoma ośrodkami kosztów),
2066.	- osoby odpowiedzialne,
2067.	- źródła finansowania (możliwość przypisania do środka trwałego kilku źródeł finansowania),
2068.	- dla aparatury medycznej dane klasyfikacyjne wg SEWAM, ECRI,
2069.	- dane o producencie i kraju,
2070.	- części składowe środka trwałego (komponentów).
2071.	bieżąca informacja o stanie składników majątku trwałego – wydruk informacji z kartotek składników majątku trwałego,
2072.	prowadzenie ksiąg inwentarzowych (możliwość wydruku informacji z kartotek zgrupowanych według ksiąg inwentarzowych),
2073.	przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych bilansowych dla każdego składnika majątku trwałego, zawierających:
2074.	- informacje nt. planowanych odpisów umorzeniowych (plany amortyzacji),
2075.	- informacje o realizacji planu amortyzacji – faktycznie dokonanych odpisach umorzeniowych
2076.	przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych bilansowych.
2077.	przygotowanie i prowadzenie tabel amortyzacyjnych dla celów podatkowych,
2078.	możliwość zapisu zawartości tabel amortyzacji w formacie PDF, CSV i MS Excel,
2079.	możliwość wprowadzenia bilansu otwarcia – ilościowo-wartościowego stanu składników majątku trwałego na dzień rozpoczęcia pracy modułu,
2080.	ewidencja zmian w kartotekach składników majątku trwałego na podstawie dokumentów:
2081.	przyjęcia składnika majątku trwałego (środka trwałego),
2082.	ulepszenia, zmiany wartości składnika majątku trwałego,
2083.	wycofania składnika majątku trwałego z ewidencji bilansowej z uwzględnieniem sposobu wycofania: likwidacja środka trwałego, nieodpłatne przekazania środka trwałego, sprzedaż środka trwałego,
2084.	zmiana informacji ewidencyjnych w kartotece składnika majątku trwałego,
2085.	naliczenia odpisów umorzeniowych składników majątku trwałego,
2086.	aktualizacji wartości składników majątku trwałego (na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Finansów,
2087.	rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych składników majątku trwałego,
2088.	zmiany miejsca użytkowania: składników majątku trwałego, części składowych składników majątku trwałego.
2089.	prowadzenie i wydruk dziennika dokumentów w układzie miesięcznym,
2090.	miesięczny wydruk naliczonej amortyzacji z możliwością podziału na ośrodki powstawania kosztów,
2091.	wspieranie obsługi inwentaryzacji składników majątku trwałego:
2092.	możliwość przygotowania i wydruku arkuszy spisu z natury,
2093.	możliwość wprowadzenia rzeczywistych ilości składników majątku trwałego na podstawie spisu z natury i ich porównanie z wartościami księgowymi,
2094.	możliwość rozliczenia różnic inwentaryzacyjnych – protokół różnic inwentaryzacyjnych.
2095.	integracja z innymi modułami realizującymi funkcjonalność w zakresie:
2096.	Finanse – Księgowość:
2097.	- możliwość wartościowego, syntetycznego zapisu zmian w majątku trwałym na kontach księgi głównej

	FK,
2098.	- możliwość elastycznego tworzenia wzorców eksportu do FK,
2099.	- możliwość wykorzystania słowników FK kontrahentów, rodzajów kosztów, ośrodków powstawania kosztów.
2100.	Wycena Kosztów Normatywnych Świadczeń:
2101.	- możliwość przesłania danych o miesięcznym potencjale urządzenia (środka trwałego) oraz jego miesięcznej amortyzacji

Kadry

LP	Opis wymagania
2102.	System Kadry Place powinien działać na jednej wspólnej bazie danych z systemem Finansowo Księgowym (celem jednokrotnego wprowadzania danych) i powinien umożliwiać: <ul style="list-style-type: none"> - automatyczna synchronizacja kartotek pracowników (nazwisko, imiona, nr kartoteki, rachunek bankowy, adres), - integracja umowy pracownika z kontrahentem (umowy cywilnoprawne), - integracja słownika OPK (MPK) z księgami pomocniczymi systemów ERP.
2103.	Obsługa podstawowych danych pracowników w układzie chronologicznym:
2104.	gromadzenie danych personalnych pracowników:
2105.	- informacje identyfikacyjne z wykorzystaniem identyfikatorów określonych przepisami prawa podatkowego i ubezpieczeniowego,
2106.	- informacje meldunkowe z uwzględnieniem aktualnego podziału terytorialnego kraju,
2107.	- informacje o wykształceniu pracownika.
2108.	Gromadzenie informacji o kwalifikacjach uzyskanych przez pracownika:
2109.	- informacje o trwających i zakończonych specjalizacjach i tytułach zawodowych,
2110.	- informacje o posiadanych uprawnieniach do wykonywania czynności zawodowych,
2111.	- informacje o przyznanych, na mocy odrębnych przepisów prawach do wykonywania zawodu,
2112.	- informacje o podnoszeniu kwalifikacji przez pracownika: ukończonych kursach i studiach dokształcających,
2113.	- informacje o umiejętnościach językowych pracownika z uwzględnieniem stopnia biegłości w posługiwaniu się językiem obcym,
2114.	- wyodrębnione informacje o ukończonych kursach BHP,
2115.	Gromadzenie informacji dotyczących ubezpieczenia pracownika:
2116.	- informacje o nabytych prawach do świadczeń emerytalno-rentowych,
2117.	- informacje dotyczące tytułu i zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego).
2118.	Gromadzenie informacji dotyczących PPK/PPE:
2119.	- informacje o nabytych prawach do PPK/PPE,
2120.	gromadzenie informacji o przyznanych pracownikom świadczeniach socjalnych,
2121.	możliwość zdefiniowania wypłaty w/w świadczeń socjalnych na liście płac,
2122.	gromadzenie informacji o wykonanych przez pracowników obowiązkowych badaniach lekarskich,
2123.	gromadzenie informacji na temat stosunku do służby wojskowej pracownika,
2124.	gromadzenie informacji o członkach rodziny pracownika:
2125.	- informacje identyfikacyjne członków rodziny pracownika,
2126.	- informacje meldunkowe członków rodziny pracownika,
2127.	- informacje o świadczeniach należnych członkom rodziny na mocy przepisów ubezpieczeniowych dotyczących przyznawania i wypłaty zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych,
2128.	- informacje dotyczące zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego członków rodziny pracownika).
2129.	obsługa historii zatrudnienia pracownika
2130.	gromadzenie informacji o historii zatrudnienia pracownika poza aktualnym zakładem pracy:
2131.	- informacje o okresie i trybie rozwiązania stosunku pracy w poprzednim zakładzie,
2132.	- informacje o zaliczeniu danej pozycji historii zatrudnienia do stażu pracy dla co najmniej 10

	możliwych do zdefiniowania staży (wyróżnionych ze względu na możliwość określenia różnych regulaminów wyliczenia stażu),
2133.	- informacje o odliczeniach od stażu pracy dla danej pozycji historii zatrudnienia wynikających z urlopu bezpłatnego, wychowawczego lub innych przyczyn określonych przez zakład.
2134.	gromadzenie informacji o odznaczeniach nadanych pracownikowi,
2135.	gromadzenie informacji o karach pracownika,
2136.	gromadzenie informacji o przyznanych pracownikowi nagrodach,
2137.	gromadzenie informacji o przyznanej odzieży roboczej (z określeniem norm przydziałów dla stanowisk),
2138.	gromadzenie informacji o zatrudnieniu pracownika w aktualnym zakładzie:
2139.	- możliwość ewidencji informacji o zatrudnieniu pracownika na podstawie różnych stosunków pracy (różne typy umów – umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa godzinowa, kontrakty na czynności medyczne),
2140.	- przechowywanie informacji o historii każdego stosunku pracy,
2141.	- możliwość przechowywania informacji o pracy w szczególnych warunkach dla potrzeb ubezpieczenia,
2142.	- przechowywanie informacji o obowiązku i zakresie ubezpieczenia dla każdego stosunku pracy (zakres gromadzonych informacji powinien pokrywać się z zakresem danych wymaganych do sporządzenia dokumentów zgłoszeniowych dla potrzeb ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego),
2143.	przechowywanie informacji na temat stażu pracy na dzień rozpoczęcia stosunku pracy:
2144.	- możliwość ręcznego uzupełnienia stażu na dzień rozpoczęcia stosunku pracy,
2145.	- możliwość automatycznego wyliczenia stażu na dzień rozpoczęcia umowy,
2146.	- możliwość określenia - wyliczenia co najmniej 10 pozycji stażu pracy wyliczanych na podstawie odrębnych regulaminów.
2147.	możliwość wyliczenia stażu bieżącego lub stażu na określoną datę na podstawie stażu na dzień rozpoczęcia umowy i przebiegu aktualnego stosunku pracy:
2148.	- możliwość określenia - wyliczenia co najmniej 10 pozycji stażu pracy wyliczanych na podstawie odrębnych regulaminów,
2149.	- możliwość wyliczenia stażu tylko z okresu pracy w bieżącym zakładzie.
2150.	obsługa nieobecności pracownika:
2151.	Pobieranie E-ZLA z PUE ZUS
2152.	przechowywanie informacji o statystyce nieobecności dla stosunku pracy (zbiorcze informacje o przysługujących prawach do urlopu i zarejestrowanych okresach nieobecności pracownika w ramach stosunku pracy) w układzie rocznym, w tym wyróżnienie nieobecności na część dnia pracy,
2153.	automatyczna modyfikacja statystyki nieobecności po zmianie wymiaru zatrudnienia lub dobowej normy czasu pracy,
2154.	możliwość godzinowego rozliczania urlopów,
2155.	przechowywanie informacji o oddelegowaniach pracownika do innych zakładów w ramach stosunku pracy,
2156.	przechowywanie informacji o aktualnym procencie dodatku stażowego i przewidywanym terminie podwyższenia tego procentu zgodnie z przyjętym regulaminem,
2157.	możliwość zdefiniowania dla umów pracowników innych niż ogólnie obowiązujących regulaminów obliczania procentu dodatku stażowego,
2158.	przechowywanie informacji o planowanym terminie przyznania nagrody jubileuszowej zgodnie z obowiązującym regulaminem przyznawania nagrody za staż pracy,
2159.	informacje o okresach nieobecności pracownika w ramach stosunku pracy,
2160.	dla zwolnień chorobowych przechowywanie informacji określonych w przepisach o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
2161.	obsługa kandydatów do pracy
2162.	gromadzenie informacji o kwalifikacjach kandydata
2163.	gromadzenie podstawowych danych osobowych kandydata
2164.	gromadzenie danych teleadresowych kandydata
2165.	odnotowywanie informacji o stanowisku, na jakie kandydat aplikuje
2166.	możliwość wybierania kandydatów z grona byłych lub aktualnych pracowników jednostki
2167.	pozostałe funkcje związane z obsługą kadrową pracowników:
2168.	możliwość przechowywania informacji o szczegółach zatrudnienia pracownika w ramach stosunku

	pracy z dokładnością do miejsca wykonywania pracy (ośrodka powstawania kosztów) dla potrzeb rachunku kosztów (etaty pracownika):
2169.	- przechowywanie informacji ewidencyjnych o miejscu zatrudnienia w ramach etatu,
2170.	- przechowywanie informacji o stanowisku i zawodzie wykonywanym w ramach etatu,
2171.	- przechowywanie informacji o zaszeregowaniu pracownika w ramach etatu.
2172.	możliwość dokonywania grupowego przeszerzegowania pracowników – grupowa zmiana warunków zaszeregowania w ramach stosunku pracy,
2173.	możliwość prowadzenia miesięcznej ewidencji czasu pracy dla poszczególnych stosunków pracy zgodnie z wymogami prawa pracy,
2174.	- na poziomie kierowników jednostek organizacyjnych lub z poziomu działu kadr,
2175.	- według dostępnych dla pracowników grup personelu, działów.
2176.	- na poziomie kierowników jednostek organizacyjnych lub z poziomu kadr,
2177.	Ocena firm/podmiotów szkolących.
2178.	Ewidencja umów korzyści dla pracownika:
2179.	- umowy lojalnościowe (wraz z rozliczeniem w przypadku zwolnienia pracownika).
2180.	czynności analityczno – sprawozdawcze:
2181.	możliwość elastycznego tworzenia wykazów i zestawień na podstawie danych o pracownikach i ich stosunkach pracy:
2182.	- możliwość tworzenia szablonów wykazów (biblioteka wykazów),
2183.	- możliwość zapisu wykazów w formacie arkusza MS-Excel, HTML, CSV, Open Office.
2184.	możliwość emisji dokumentów kadrowych na podstawie danych o pracownikach i ich stosunkach pracy:
2185.	- możliwość definiowania szablonów pism (biblioteka pism),
2186.	- możliwość wydruku pism z wykorzystaniem edytora MS-Word, Open Office.
2187.	możliwość przygotowania i eksportu dokumentów zgłoszeniowych ZUS dla pracowników i ich stosunków do programu ZUS-Płatnik,
2188.	mechanizmy ochrony danych osobowych:
2189.	możliwość zdefiniowania dla użytkowników systemu dostępu do danych osobowych tylko dla wybranych pracowników.

Płace

LP	Opis wymagania
2190.	Gromadzenie danych podatkowych dotyczących pracownika:
2191.	informacje o przynależności do urzędu skarbowego,
2192.	informacje o stopie podatku,
2193.	informacje o przysługujących pracownikowi kosztach uzyskania przychodu,
2194.	informacje o przysługujących pracownikowi ulgach podatkowych,
2195.	gromadzenie zbiorczych informacji o naliczonych podstawach i procentach składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne dla pracownika na podstawie jego stosunków pracy w układzie rocznym.
2196.	możliwość wyodrębnienia list płac:
2197.	podstawowych – generacja wynagrodzenia zasadniczego raz w miesiącu,
2198.	dodatkowych – generacja wynagrodzeń dodatkowych w trakcie miesiąca,
2199.	dyżurowych – generacja wypłat dyżurów i nadgodzin (możliwość pobrania przygotowanego rozliczenia z Grafików),
2200.	premiowych – generacja wypłat premii miesięcznych, kwartalnych, rocznych,
2201.	przeszacowanych – ponowne wyliczenie wartości dla pozycji z listy wejściowej (po wstecznej zmianie stawki zaszeregowania) dla wszystkich zależnych składników wynagrodzenia,
2202.	zlecenia – generacja wypłat dla umów cywilno-prawnych,
2203.	prawa majątkowe – generacja wypłat dla spadkobierców z określeniem udziału,
2204.	osoby niezatrudnione – generacja wypłat dla osób niezatrudnionych.
2205.	Gromadzenie informacji dotyczących PPK/PPE:
2206.	- rozliczanie składek PPK/PPE.
2207.	możliwość korzystania w trakcie wypełniania informacji o pracownikach i listach płac z klasyfikacji uzupełnianych przez użytkownika pozwalających na systematyczne grupowanie wprowadzanych danych,

2208.	przygotowanie danych do list płacowych:
2209.	możliwość elastycznego określania sposobu naliczania przez użytkownika składników wypłat (możliwość definiowania algorytmów składników płacowych),
2210.	możliwość określenia stałych składników wypłat dla każdego stosunku pracy pracownika z możliwością określenia składników wypłat dla każdego miejsca pracy (etatu),
2211.	możliwość ewidencji ilościowo-wartościowa dyżurów i nadgodzin wypracowanych w ramach stosunku pracy w danym miesiącu z możliwością określenia miejsca pracy,
2212.	możliwość pobierania danych o godzinach dyżurów i nadgodzin z rozliczenia godzin przygotowanego w module realizującym funkcjonalność z zakresu ewidencji czasu pracy,
2213.	możliwość wprowadzania korekt wypłat wynagrodzenia za dyżury i nadgodziny wypłacone w poprzednich miesiącach (zarówno powiększających jak i zmniejszających wypłatę tego wynagrodzenia).
2214.	określenie informacji o przyznanych pracownikowi premiach i nagrodach pieniężnych,
2215.	możliwość przepisania list premiowych z miesiąca poprzedniego,
2216.	przygotowanie nieobecności pracownika dla potrzeb rozliczenia na liście płac:
2217.	- możliwość określenia sposobu rozliczenia dla poszczególnych typów nieobecności,
2218.	- możliwość automatycznego wyliczenia kwot należnych z tytułu nieobecności na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, przepisy prawa pracy i przepisy wewnętrzne zakładowe,
2219.	- możliwość dokonania automatycznego przeszacowania nieobecności jeśli podstawa dla wypłaconej już nieobecności powinna zostać wyliczona na nowo z powody zmian w wynagrodzeniu,
2220.	- możliwość rozliczania zwolnień dla umów-zleceń.
2221.	przygotowanie informacji o spłacie pożyczek,
2222.	przygotowanie informacji o zajęciach sądowych wynagrodzenia pracowników,
2223.	przygotowanie i gromadzenie informacji o świadczeniach socjalnych jakie mają zostać wypłacone pracownikom (określenie kwoty, terminu wypłaty),
2224.	przygotowanie informacji o wyrównaniach i potrąceniach.
2225.	tworzenie list płac poprzez określenie stosunków pracy rozliczanych w ramach listy,
2226.	możliwość utworzenia listy płac poprzez przepisanie informacji z miesiąca poprzedniego,
2227.	automatyczne naliczenie wynagrodzeń pracowników na podstawie danych podatkowych i danych przygotowanych dla list płacowych:
2228.	- naliczenie przychodów,
2229.	- naliczenie potrąceń,
2230.	- naliczenie składek na ubezpieczenie społeczne,
2231.	- naliczenie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
2232.	- naliczenie podatków,
2233.	- bieżąca kontrola i sygnalizacja poprawności dokonywanych naliczeń.
2234.	- możliwość ręcznej korekty, uzupełnienia wyliczeń dokonanych automatycznie,
2235.	- potwierdzenie poprawności dokonanych wyliczeń – zatwierdzenie listy płac.
2236.	możliwość przygotowania i emisji przelewów dla naliczonych wynagrodzeń:
2237.	możliwość wydruku przelewów w formie papierowej,
2238.	możliwość wydruku przelewów zbiorczych,
2239.	możliwość emisji przelewów w formie elektronicznej z wykorzystaniem systemu bankowości elektronicznej.
2240.	możliwość wydruku podstawowych zestawień:
2241.	lista płac,
2242.	paski wynagrodzeń dla pracowników, w tym możliwość definiowania własnych wzorów pasków (utajnione),
2243.	karta wynagrodzeń pracownika,
2244.	karta zasiłkowa pracownika,
2245.	formularze rozliczeniowe PIT,
2246.	możliwość emisji danych z formularzy rozliczeniowych PIT w postaci plików XML,
2247.	zestawienia nominalów dla list płac.
2248.	zamknięcie miesiąca płacowego:
2249.	- kontrola rozliczenia na listach płacowych wszystkich przygotowanych składników wypłat,

2250.	- kontrola przekroczenia przez pracowników progów podatkowych.
2251.	Symulacja wypłaty wynagrodzenia na podstawie wprowadzonych parametrów dotyczących sposobu pobierania wynagrodzenia z umowy. Każda z symulacji obejmuje grupę umów, dla których jest ona wykonywana.
2252.	możliwość elastycznego tworzenia wykazów i zestawień, dostosowanych do potrzeb Zamawiającego, na podstawie danych o naliczonych wynagrodzeniach:
2253.	możliwość tworzenia szablonów wykazów (biblioteka wykazów),
2254.	możliwość zapisu wykazów w formacie arkusza MS-Excel, HTML, CSV, Open Office.
2255.	możliwość emisji dokumentów płacowych (pism, zaświadczeń) na podstawie danych o naliczonych wynagrodzeniach:
2256.	- możliwość definiowania szablonów pism (biblioteka pism),
2257.	- możliwość wydruku pism z wykorzystaniem edytora MS-Word, Open Office.
2258.	możliwość tworzenia sprawozdań DEK-I-0, Z-02, Z-03, Z-05, Z-06, Z-12, PNT-01 oraz definiowanie własnych sprawozdań
2259.	prowadzenie rejestru dochodów:
2260.	możliwość przeglądu danych o dochodach pracownika naliczonych na listach płac
2261.	w układzie miesięcznym,
2262.	automatyczne uzupełnianie rejestru dochodów podczas generacji list płac.
2263.	współpraca z systemem Finanse-Księgowość:
2264.	możliwość zapisu informacji wartościowych o wynagrodzeniach pracowników na kontach księgi głównej i ksiąg pomocniczych modułu realizującego funkcjonalność z zakresu Finanse-Księgowość,
2265.	możliwość elastycznego określenia sposobu zapisu wynagrodzeń w module realizującym funkcjonalność z zakresu Finanse-Księgowość (definicja szablonów eksportu),
2266.	możliwość przygotowania i eksportu dokumentów rozliczeniowych ZUS dla pracowników i ich stosunków do programu ZUS-Płatnik.
2267.	obsługa kas pożyczkowych:
2268.	możliwość obsługi wielu kas pożyczkowych,
2269.	ewidencja zbieranych składek (kasy PKZP),
2270.	ewidencja udzielonych pożyczek:
2271.	- ewidencja poręczycieli,
2272.	- możliwość wypłaty pożyczki na liście płac,
2273.	- określenie sposobu spłaty (generacja planu spłaty rat pożyczki),
2274.	- ewidencja bieżącego stanu zadłużenia,
2275.	- możliwość przeglądu historii spłaty pożyczki.
2276.	generacja zestawień dotyczących kas:
2277.	- bilans kasy,
2278.	- raport o stanie zadłużenia i spłaty.
2279.	System Kadry i Płace powinien działać na jednej wspólnej bazie danych z systemem Finansowo Księgowym w zakresie: - dekretowania list płac (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany), - dekretowanie operacji w kasach pożyczkowych (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany), - dekretowanie podwyżek personelu medycznego z Ministerstwem Zdrowia (na poziomie bazy danych bez pośrednictwa plików wymiany).

Ewidencja Czasu Pracy (Grafik)

LP	Opis wymagania
2280.	Moduł musi działać w oparciu o dane pochodzące z modułu Kadry:
2281.	- dane pracowników
2282.	- dane umów
2283.	- słownik podziału z definicją ośrodków powstawania kosztów
2284.	konfiguracja grafików czasu pracy pracowników:
2285.	- możliwość definiowania kalendarza, dni świątecznych oraz rozkładu standardowego pięciodniowego tygodnia pracy,
2286.	- możliwość przydzielania pracowników do poszczególnych grup umów na okresy zatrudnienia w

	danej jednostce zakładu,
2287.	definicja rodzajów godzin jakie są stosowane do wprowadzania ewidencji czasu pracy; czasu trwania tzw. pory nocnej, doby świątecznej; ilości godzin w tygodniu pracy.
2288.	ewidencja czasu pracy pracowników w podziale na grupy umów:
2289.	- planowanie czasu pracy pracowników z dokładnością do godzin pracy w poszczególne dni z informacją o ilości godzin do przepracowania, ilością godzin nocnych i świątecznych,
2290.	- wprowadzanie faktycznego czasu pracy pracowników (rejestracja godzin nieobecności, dodatkowych godzin pracy także w zakresie podziału na miejsca zatrudnienia),
2291.	Możliwość rejestracji kilku zdarzeń, w ciągu dnia, dla jednego pracownika
2292.	wydruk grafika czasu pracy,
2293.	zatwierdzanie zaplanowanego i faktycznego czasu pracy przez osoby do tego uprawnione,
2294.	możliwość wykonywania raportów w oparciu o dane wprowadzone dla pracowników.
2295.	rozliczenia godzin pracy dla potrzeb naliczenia wynagrodzeń:
2296.	automatyczne obliczanie w oparciu o faktyczny czas pracy pracownika liczby przepracowanych godzin świątecznych, nocnych, nadgodzin (rozliczenie powinno być przygotowywane w rozbiciu na miejsca zatrudnienia pracownika),
2297.	możliwość modyfikacji przygotowanego rozliczenia godzin (w zakresie podziału na miejsca zatrudnienia),
2298.	System musi przekazywać do modułu Płace czas pracy pracowników z podziałem na umowy i z rozróżnieniem rodzaju (dyżur, nadgodziny, praca nocna itp.)
2299.	możliwość przekazania przygotowanego rozliczenia realizującego funkcjonalność w zakresie obsługi wynagrodzeń.

Komercja i Rozliczenia Komercyjne

LP	Opis wymagania
2300.	Komercja
2301.	Finansowe konto pacjenta (FKP)
2302.	System musi umożliwiać prowadzenie kont rozrachunkowych pacjentów z tytułu usług medycznych,
2303.	System musi umożliwić naliczenie na FKP należności przed rozpoczęciem realizacji usługi płatnej z góry
2304.	System musi umożliwiać wydruk dokumentów potwierdzenia przyjęcia opłaty (KP) za usługi za które płaci pacjent
2305.	System musi umożliwiać wystawienie dokumentu sprzedaży (paragonów, faktur i faktur korygujących)
2306.	Podczas wystawiania paragonu system weryfikuje czy dla pacjenta wymagany jest opiekun. System musi umożliwiać wystawienie paragonu na opiekuna.
2307.	System umożliwia wydruk dokumentu sprzedaży dla opiekuna pacjenta.
2308.	System musi umożliwić zdefiniowanie powodu korekty dokumentu sprzedaży
2309.	System musi umożliwiać automatyczną aktualizację sposobu płatności dokumentu sprzedaży podczas operacji opłacenia.
2310.	System musi umożliwić realizację wypłaty środków dokumentu sprzedaży.
2311.	System musi umożliwiać uwzględnianie kwoty odsetek wynikających z wystawionej w systemie Finansowo-Księgowym noty odsetkowej, podczas realizacji opłacenia dokumentu sprzedaży.
2312.	System musi posiadać możliwość skojarzenia paragonu/faktury ze schematem księgowania w module Finanse-Księgowość,
2313.	System musi pozwalać na eksport paragonu/faktury do modułu Rejestr Sprzedaży,
2314.	System musi umożliwiać ewidencję płatności mieszanej np. kartą i gotówką.
2315.	System musi umożliwić anulowanie zafakturowanej usługi komercyjnej.
2316.	System musi umożliwiać wydrukowanie załącznika do faktury, prezentującego wartościowe zestawienie wykonanych usług.
2317.	System musi umożliwiać generowanie wydruku oświadczeń pacjenta o zobowiązaniu do wpłaty.
2318.	System musi umożliwiać generowanie wydruku upoważnienia do wypłaty środków.
2319.	System umożliwia zdefiniowanie indywidualnego subkonta bankowego pacjenta. Numer subkonta drukowany jest na fakturach za świadczenia komercyjne zrealizowane pacjentowi.
2320.	System umożliwia obsługę depozytu w ramach Indywidualnego Konta Pacjenta:

2321.	- w zakresie wpłaty środków na Indywidualne Konto Pacjenta;
2322.	- w zakresie wykorzystania wpłaconych środków, w celu opłacenia usług komercyjnych wykonanych pacjentowi;
2323.	- w zakresie wypłaty wolnych środków.
2324.	Obsługa pacjenta komercyjnego
2325.	Musi istnieć możliwość indywidualnej zmiany ceny usługi dla pacjenta
2326.	System powinien podczas rejestracji usługi komercyjnej umożliwiać zmianę stawki VAT.
2327.	System musi umożliwiać wybór płatnika w ramach kategorii (płatnik NFZ, umowa komercyjna, pacjent płaci sam)
2328.	Podczas przyjęcia pacjenta musi istnieć możliwość weryfikacji uprawnień do świadczeń z tytułu umów w których pacjent jest beneficjentem
2329.	Podczas weryfikacji uprawnień do świadczeń system powinien umożliwiać:
2330.	System musi umożliwiać wspólną prezentację uprawnień komercyjnych oraz uprawnień NFZ i POZ
2331.	System musi umożliwiać przegląd udostępnionych danych umowy,
2332.	System powinien podczas rejestracji usługi komercyjnej weryfikować zdefiniowane limity wykonania usług na poziomie definicji umowy.
2333.	System musi udostępniać informacje o powodzie niedostępności usługi i ograniczeniach dostępności,
2334.	System musi umożliwiać weryfikację dostępności cennika, podczas realizacji usług.
2335.	System musi umożliwić kopiowanie danych produktu
2336.	System musi umożliwiać podgląd, wyszukiwanie oraz wydruk zestawień wartości wykonanych usług medycyny pracy.
2337.	Obsługa stanowiska kasowego:
2338.	System musi umożliwiać przyjęcie płatności (gotówka, karta płatnicza, środki pacjenta na FKP),
2339.	System musi umożliwiać wypłatę gotówki z tytułu nadpłat i korekt.
2340.	System musi umożliwiać obsługę operacji kasowych dla pacjentów,
2341.	System musi umożliwiać generowanie i podgląd raportów dobowych kasy fiskalnej.
2342.	System musi umożliwiać skojarzenie z każdym typem operacji kasowej schematu księgowania w module Finanse-Księgowość,
2343.	Raport kasowy:
2344.	System musi umożliwić wykonanie operacji otwarcia/zamknięcia raportu kasowego .
2345.	System musi umożliwić podgląd i wydrukowanie raportu kasowego.
2346.	Zarządzanie cennikami
2347.	System musi umożliwiać określenie czasu obowiązywania cennika,
2348.	System musi umożliwiać zdefiniowanie godzin dostępności usługi,
2349.	System musi umożliwiać definiowanie cenników standardowych i specjalnych (np. na dni świąteczne),
2350.	System musi umożliwiać tworzenie cenników dla personelu.
2351.	System musi umożliwiać określenie miejsc realizacji usługi,
2352.	System musi umożliwiać drukowanie cennika z informacją w których placówkach cennik obowiązuje.
2353.	System musi umożliwić podgląd placówek, w których obowiązuje cennik
2354.	System musi umożliwiać wersjonowanie cenników
2355.	System musi umożliwiać przeglądanie informacji o okresach ważności wszystkich wersji cennika
2356.	System musi umożliwić przechowywanie historii zmian wartości pozycji cennika wraz z informacją o okresach obowiązywania
2357.	System musi umożliwić podgląd usuniętych pozycji cennika
2358.	System musi umożliwiać konfigurację grup analitycznych związanych z definicją cennika.
2359.	System musi pozwalać na wprowadzanie rabatów:
2360.	- ogólnych, do wykorzystania bez ograniczeń,
2361.	- prywatnych, przyporządkowane do osoby,
2362.	- dla placówki,
2363.	System musi umożliwiać konstruowanie produktów (szablonów do wykorzystania w umowach) w zakresie, co najmniej:
2364.	- wprowadzania danych podstawowych produktu,
2365.	- wprowadzania zakresów usług medycznych w ramach produktu,
2366.	- wprowadzania usług medycznych w ramach zakresu,
2367.	System musi umożliwiać definiowanie trybów i terminów płatności dla zakresów, co najmniej, w

	zakresie:
2368.	- abonamentów, (niezależnie od wykonanych usług),
2369.	- FFS (Fee For Service czyli za każde wykonanie usługi),
2370.	- współpłatności w ramach FFS,
2371.	- płatności mieszanych.
2372.	System musi umożliwiać grupowanie zakresów usług (tworzenie benefitplanów),
2373.	System musi umożliwiać zmianę benefitplanu pacjenta
2374.	System musi umożliwiać wprowadzanie limitów dla zakresów oraz dla pojedynczej usługi w zakresie:
2375.	- ilościowych,
2376.	- kwotowych
2377.	Zarządzanie umowami
2378.	System musi umożliwiać obsługę umów na sprzedaż usług medycznych
2379.	System musi umożliwiać ewidencję różnego typu umów, w szczególności:
2380.	- umów ubezpieczeniowych,
2381.	- umów abonamentowych,
2382.	- umów z innymi ZOZ-ami, Indywidualnymi Praktykami Lekarskimi,
2383.	System musi pozwalać na rejestrację umowy indywidualnej (polisy) na świadczenie usług medycznych wg szablonu.
2384.	System musi pozwalać na formułowanie oferty sprzedaży zamawiającego w zakresie:
2385.	- wprowadzanie struktury placówek medycznych Zamawiającego,
2386.	- wprowadzania listy usług (oferta jednostek organizacyjnych),
2387.	- wprowadzenie danych usługi tj.:
2388.	-- wymagalność skierowania,
2389.	-- warunki dostępności,
2390.	wprowadzanie danych podstawowych umowy,
2391.	przypisywanie produktu do umowy,
2392.	definiowanie rabatów dla umowy,
2393.	wprowadzanie list uprawnionych do grup zakresów (benefitplanów):
2394.	- beneficjenci,
2395.	- subbeneficjenci.
2396.	import listy beneficjentów z pliku,
2397.	tworzenie produktu dedykowanego dla umowy (wyodrębnienie umowy z szablonu produktu),
2398.	definiowanie listy załączników do faktur dla umowy,
2399.	System musi umożliwiać zawarcie przekodowań w umowach umożliwiających posługiwanie się kodami usług Zamawiającego i kontrahenta
2400.	Wskazanie domyślnego numeru konta drukowanego na fakturach
2401.	rozliczenia umów:
2402.	- generowanie harmonogramów płatności umowy w oparciu o dane zakresów umowy,
2403.	- generowanie faktur i załączników do faktur płatnych abonamentowo zgodnie ze zdefiniowaną listą załączników
2404.	- generowanie faktur i załączników do faktur płatnych za wykonanie w oparciu o dane umowy i dane o wykonanych usługach oraz zgodnie ze zdefiniowaną listą załączników
2405.	współpraca z modulem Finanse-Księgowość:
2406.	- możliwość skojarzenia z fakturą schematu księgowania do modułu Finanse-Księgowość,
2407.	- eksport wygenerowanych faktur do modułu Rejestr Sprzedaży pakietu Finanse-Księgowość,
2408.	- bezpośredni wgląd w rozrachunki modułu Finanse – Księgowość.
2409.	raporty i wykazy dotyczące sprzedaży

e-Recepta

LP	Opis wymagania
2410	Usługa umożliwia wysłanie recepty przygotowanej w systemie HIS do rejestru centralnego działającego w ramach projektu P1.
2411	Usługa umożliwia pobranie identyfikatorów recepty nadanych przez system centralny: klucz pakietu recept, klucz recepty, kod recepty.
2412	Usługa umożliwia sprawdzenie recept wystawionych pacjentowi.

2411	Usługa umożliwia wysłanie dokumentu anulowania wystawionej recepty.
2411	Możliwość wystawienia i podpisania e-recepty przez asystenta medycznego.
2411	Możliwość wystawienia i podpisania e-recepty przez asystenta medycznego.
2411	Usługa umożliwia wysłanie recepty przygotowanej w systemie HIS do rejestru centralnego działającego w ramach projektu P1.
2411	Usługa umożliwia pobranie identyfikatorów recepty nadanych przez system centralny: klucz pakietu recept, klucz recepty, kod recepty.
2411	Usługa umożliwia sprawdzenie recept wystawionych pacjentowi.
2411	Usługa umożliwia wysłanie dokumentu anulowania wystawionej recepty.
2421	Możliwość wystawienia i podpisania e-recepty przez asystenta medycznego.

e-Skierowanie - Obsługa e-skierowań, wystawianie i przyjęcie do realizacji

LP	Opis wymagania
2421.	Podczas rezerwacji terminu wizyty system musi umożliwiać pacjentowi zarejestrowanie danych e-skierowania.
2422.	Możliwość wystawienia, przez uprawnionego pracownika medycznego, e-skierowania w systemie lokalnym Usługodawcy, wraz z podpisaniem dokumentu elektronicznym podpisem, zgodnie z wytycznymi C e-Z.
2423.	System lokalny umożliwia Usługodawcy lub jego pracownikom medycznym wybór sposobu elektronicznego podpisywania wystawianego e-skierowania spośród metod: <ul style="list-style-type: none"> - podpis kwalifikowany, - certyfikat ZUS (e-ZLA), - Profil Zaufany. System umożliwia ustalenie jednego sposobu dla wszystkich pracowników lub indywidualnego wyboru sposobu podpisywania dla poszczególnych pracowników medycznych Usługodawcy.
2424.	System lokalny umożliwia ewidencjonowanie dodatkowych informacji dotyczących wysłanych danych dostępowych e-skierowania - w szczególności kanału wysyłki i poprawności dostarczenia danych.
2425.	System lokalny umożliwia użytkownikowi na powiązanie e-skierowania z zaplanowanym terminem.
2426.	System lokalny umożliwia wprowadzenie numeru e-skierowania w oknie Dane skierowania.
2427.	System lokalny pozwala na autouzupełnienie (nadpisanie) danych skierowania w danych pobytu pacjenta na podstawie pobranego e-skierowania.
2428.	System lokalny Usługodawcy umożliwia przegląd wystawionych, we wskazanym okresie, e-skierowań w kontekście pacjenta i zapoznanie się z ich bieżącym statusem w P1.
2429.	Możliwość anulowania e-skierowania u Usługodawcy, u którego wystawiono dokument a dokument pozostaje w statusie 'Wystawione'.
2430.	System lokalny umożliwia podglądu wersji prezentacyjnej e-skierowania.
2431.	System lokalny umożliwia wydrukowanie: <ul style="list-style-type: none"> - wersji prezentacyjnej e-skierowania, - wersji informacyjnej e-skierowania, - informacji o skierowaniu zawierającej identyfikator skierowania oraz kod dostępowy, tj. dokumentów umożliwiających realizację wystawionego e-skierowania.
2432.	System lokalny umożliwia wydrukowanie przyjętego e-skierowania na podstawie własnego szablonu pisma oraz oficjalnego szablonu w wersji prezentacyjnej.
2433.	System umożliwia automatyczne wygenerowanie wydruku wersji prezentacyjnej danych e-skierowania po poprawnym wysłaniu przez system lokalny dokumentu e-skierowania do Systemu P1.
2434.	System lokalny Usługodawcy umożliwia obsługę e-skierowań pacjenta, w tym dokonywania zmiany statusu e-skierowania w Systemie P1 przez: <ul style="list-style-type: none"> - przyjęcie do realizacji, w tym wpisanie na listę oczekujących, - rezygnację z realizacji e-skierowania, - zakończenie realizacji e-skierowania
2435.	W zakresie e-skierowań system lokalny umożliwia asynchroniczną obsługę operacji 'Wyślij' oraz 'Weryfikuj'.
2436.	System lokalny umożliwia wyszukanie wszystkich e-skierowań wystawionych pacjentowi w podmiocie leczniczym niezależnie od jednostki organizacyjnej podmiotu i lekarza wystawiającego.
2437.	System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie zapisywania przez system lokalny poprawnego dokumentu e-skierowania w Systemie P1.

2438.	System jest zintegrowany z Platformą P1 w zakresie pobierania przez system lokalny dokumentu e-skierowania z Systemu P1.
2439.	System umożliwia generowanie identyfikatorów wystawianych e-Skierowań z użyciem własnego kodu prefiks.
2440.	System umożliwia obsługę e-Skierowań w przypadku niedostępności usług podmiotu zewnętrznego (Platformy P1)
2441.	System umożliwia przywrócenie do realizacji zakończonego e-Skierowania
2442.	System umożliwia ręczną aktualizację statusu obsługiwanego e-Skierowania
2443.	Możliwość wystawienia i podpisania e-Skierowania przez asystenta medycznego
2444.	Możliwość wystawienia i podpisania e-Skierowania przez asystenta medycznego
2445.	System umożliwia określenie wymaganych pól do uzupełnienia przez Administratora podczas wystawiania e-Skierowania

Zakres 2 – Konfiguracja i uruchomienie eUsług

Wdrożenie portalu eUsług.

Wdrożony portal eUsług stanowić będzie jednocześnie stroną przedmiotową i podmiotową Szpitala.

W ramach integracji należy skonfigurować portal eUsług do uruchomienia i współpracy z posiadanymi przez Zamawiającego eUsługami. Prace należy wykonać zgodnie z zaleceniami producenta systemu HIS i producenta eUsług. Dopuszcza się zbudowanie eUsług od nowa i uruchomienie ich na nowym portalu pacjenta przy zachowaniu wszystkich zapisów niniejszego OPZ.

Wykonawca zobowiązany jest do nadto do:

- a) przeprowadzenia z udziałem Zamawiającego testów Portalu,
- b) przeprowadzania konsultacji w zakresie wprowadzania, edytowania i zarządzania treścią Portalu oraz przeszkolenie personelu w zakresie obsługi i wykorzystania funkcjonalności Portalu na warunkach określonych w SWZ wraz z załącznikami, w szczególności w Szczegółowym Opisie Przedmiotu Zamówienia.

Uruchomienie eUsług

Wszystkie zainstalowane eUsługi muszą zostać skonfigurowane zgodnie z ich przeznaczeniem i opisanym zakresem funkcjonalnym. W ramach uruchomienia eUsług Wykonawca przeprowadzi szkolenia opisane w niniejszym OPZ.

Moduł integracji z P1 [z EDM]

System musi pracować zgodnie z ogłoszonym i opublikowanym modelem wymiany danych przez CSIOZ. Musi zawierać opis komunikatów wymiany danych i zakres funkcjonalności zgodny z przyjętym modelem w platformie P1.

System w pełni musi spełniać Model Transportowy danych o Zdarzeniach Medycznych oraz Indeksie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej gromadzonych w systemie P1. Musi zawierać również specyfikację zapytań o dane zdarzeń medycznych i indeksu tych danych.

System musi być zgodny z opisem hierarchii węzłów ISO OID, wykorzystywanej w komunikacji w ramach Platformy P1.

Inne integracje Systemu

W przypadku wymiany systemu HIS dostarczone systemy należy zintegrować ze sobą nawzajem w odpowiednich zakresach. W ramach integracji systemów, w celu realizacji pełnego zakresu przedmiotu zamówienia, należy wykonać integrację systemów „części białej” (HIS, LIS, RIS, itd.) z systemem finansowo-księgowym w zakresie transferu danych rozliczeniowych za wykonane badania [np. rozchody leków z magazynów aptecznych, faktury wystawione do NFZ, koszty badań i konsultacji z oddziałów, koszty operacji, koszty sterylizacji, itp.].

Instruktaże i szkolenia z wdrażanych rozwiązań

Szkolenia mają na celu osiągnięcie odpowiedniej wiedzy z zakresu używania Systemu na odpowiednich stanowiskach służbowych. Przeprowadzenie pakietu szkoleń powinno zostać odpowiednio skoordynowane z przeprowadzeniem procesu wdrożenia.

Szkolenia z obsługi systemu muszą być przeprowadzone dla poszczególnych grup personelu w tym:

1. Lekarze i pielęgniarki: wystawianie e-dokumentów (e-recepty, e-zlecenia, e-skierowania), podpisywanie podpisem kwalifikowanym, zasady gromadzenia i przetwarzania dokumentacji w standardzie HL7 CDA, moduły Gabinet, Oddział, Izba Przyjęć.
2. Personel pomocniczy: e-rejestracja, – rejestrowanie na wizyty oraz kwalifikacja pacjentów oraz funkcjonalności systemu.
3. W przypadku wymiany dotychczasowego systemu HIS i/lub części administracyjnej systemu konieczne jest przeprowadzenie szkoleń dla całego Personelu Szpitala zarówno w części medycznej jak i administracyjnej.

Szkolenia są niezbędne w celu zagwarantowania osiągnięcia zakładanych efektów w projekcie.

Szczegółowy zakres poszczególnych szkoleń będzie podlegał uzgodnieniu pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym w ramach akceptacji harmonogramu.

Zamawiający wskaże osoby, które Wykonawca przeszkoli.

Szkolenia będą realizowane w pomieszczeniach udostępnionych przez Zamawiającego, na sprzęcie Wykonawcy. Szkolenia grupowe powinny odbywać się w małych grupach – min. 20 osób.

Wykonawca zapewni przeszkolenie administratorów wskazanych przez Zamawiającego w zakresie administracji i konfiguracji zaoferowanego systemu. Szkolenie musi obejmować co najmniej instalację, konfigurację, obsługę narzędzi administratora, architekturę systemu, zagadnienia związane z zachowaniem bezpieczeństwa, integralności i zabezpieczenia przed utratą danych, przywracaniem danych po awarii.

Uzgodnieniu pomiędzy stornami podlegają:

- Harmonogram szkoleń grupowych i indywidualnych,
- Listy obecności ze szkoleń grupowych i indywidualnych,
- Protokoły odbioru zadania dot. szkoleń.

Zamawiający oczekuje, że ilość oraz program szkoleń powinny gwarantować użytkownikom systemu zapoznanie się z wszystkimi niezbędnymi na danym stanowisku funkcjonalnościami jakie system oferuje i pozwalać pracownikom na optymalną pracę w systemie.