

## **I. ZAKRES DOSTAWY**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa systemu informatycznego HIS dla obsługi części medycznej Szpitala wraz z wdrożeniem i przeszkoleniem użytkowników oraz dostawą niezbędnych licencji. Przy czym pod pojęciem systemu informatycznego HIS Zamawiający rozumie system informatyczny służący do gromadzenia, ewidencjonowania, analizy i wymiany danych oraz dokumentów medycznych EDM wraz ich archiwizowaniem. Przedmiotowa dostawa obejmuje:

1. Dostawę Systemu Informatycznego HIS.
2. Wdrożenie systemu HIS przez które rozumie się: instalację, konfigurację, parametryzację, następnie uruchomienie testowe i produkcyjne Systemu HIS na serwerach, macierzy i stacjach roboczych udostępnionych przez Zamawiającego.
3. Dostawa i konfiguracja instancji silnika bazodanowego
4. Przeszkolenie personelu Zamawiającego.
5. Świadczenie usług gwarancyjnych, a w tym serwisowych, dla wdrożonego systemu HIS.

## **II. REALIZACJA**

W trakcie realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest m.in. do:

1. Dostarczenia oprogramowania i zainstalowanie go na dedykowanym sprzęcie komputerowym,
2. Wydania dokumentu licencyjnego Systemu HIS,
3. Wydania dokumentacji systemu w wersji elektronicznej.
  - a. Dokumentacja w wersji elektronicznej musi być dostarczona w formacie umożliwiającym jej łatwe odczytanie (np. PDF) oraz wydrukowanie w całości lub części, a także musi być zgodna z dostarczoną wersją systemu na dzień rozpoczęcia wdrożenia danego modułu. Musi umożliwiać wyszukiwanie słów lub fraz, wprowadzonych w trakcie jej przeglądania przez użytkownika, jak również posiadać spis treści (rozdziałów),
  - b. Cała dokumentacja musi być sporządzona w języku polskim, być czytelna i zrozumiała dla czytelnika.
  - c. Dokumentacja powinna być podzielona na dokumentację użytkownika i dokumentację administratora systemu.
  - d. Dokumentacja użytkownika musi zawierać instrukcję obsługi systemu umożliwiającą na samodzielną naukę obsługi systemu i musi zostać dostarczona na początku wdrożenia. Dopuszcza się przekazywanie dokumentacji etapami zgodnie z harmonogramem wdrożenia.
  - e. Dokumentacja administratora oprócz instrukcji obsługi pod kątem zarządzania systemem musi zawierać: opisy struktur bazy/baz danych, opisy tabel, pól, typów pól,

indeksów i istniejących pomiędzy nimi powiązań, opisy interfejsów międzymodułowych, opisy plików i/lub parametrów konfiguracyjnych i parametryzujących system, instrukcje instalacji, deinstalacji każdego z elementów systemu tak, aby przeprowadzenie tych czynności mogło zostać wykonane samodzielnie przez administratorów systemu Zmawiającego.

- f. W przypadku wprowadzenia zmian w systemie w trakcie trwania umowy Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia w ciągu 30 dni od dnia wprowadzenia zmian zaktualizowanej dokumentacji zarówno użytkownika jak i administratora.
4. Dostarczenia dokładnej procedury wykonywania i odtwarzania kopii zapasowych poszczególnych części składowych systemu. Zamawiający wykona pod nadzorem Wykonawcy próby wykonania kopii bezpieczeństwa i odzyskania z kopii systemu zgodnie z przekazanymi przez Wykonawcę procedurami. Pozytywne przeprowadzenie tego testu jest warunkiem koniecznym do otrzymania przez Wykonawcę ostatecznego odbioru.
5. Dostarczenia dokładnej procedury zamykania i ponownego uruchomienia całego systemu, gwarantującej zachowanie pełnej spójności, poprawności i bezpieczeństwa danych, np. w przypadku zaniku zasilania. Zamawiający wykona pod nadzorem Wykonawcy próbę „ręcznego” wyłączenia i uruchomienia systemu zgodnie z przekazanymi przez Wykonawcę procedurami. Oprócz próby „ręcznego” zatrzymania systemu, zostanie również wykonany test automatycznego zamknięcia systemu w przypadku zaniku zasilania, oraz automatycznego uruchomienia systemu po odzyskaniu zasilania, a także testy redundancji elementów sprzętowych oraz działania rozwiązań wysokiej dostępności. Pozytywne przeprowadzenie tych testów jest warunkiem koniecznym do otrzymania przez Wykonawcę ostatecznego odbioru.
6. Przekazania kont i haseł dostępowych administratora (najwyższy poziom dostępu) do wszystkich elementów wchodzących w skład zamówienia, dla których takie konta zostały utworzone tj. systemu HIS i bazy danych. Przekazanie kont i haseł musi zostać wykonane najpóźniej przed odbiorem końcowym systemu.

### **III. LICENCJA**

1. Przedmiotem Zamówienia są poniższe licencje:

<b>LP.</b>	<b>MODUŁ</b>	<b>ILOŚĆ UŻYTKOWNIKÓW</b>
1.	Ruch Chorych	10
2.	Kolejki oczekujących	1
3.	Dokumentacja medyczna	10
4.	Panel Lekarski	3
5.	Ordynacja lekarska	10
6.	Rozliczenia z płatnikami	1
7.	Apteka	1
8.	Apteczka Oddziałowa	2
9.	Zakażenia Szpitalne	1
10.	Żywienie	1
11.	Administrator	1

12.	Integrator	1
13.	eRejestracja	1
14.	eWyniki	1
15.	Podpis elektroniczny z archiwum dokumentów cyfrowych	1
16.	Harmonogramy Czasu Pracy	25
17.	Silnik bazy danych	1 Procesor

2. Wykonawca oświadcza, że przysługują mu prawa do udzielania licencji/sublicencji lub posiada nadane przez autora prawo do udzielania licencji/sublicencji na użytkowanie systemu HIS.
3. Wykonawca zobowiązany jest udzielić licencji na czas nieoznaczony na użytkowanie zaoferowanego Systemu HIS.
4. W przypadku zaoferowania rozwiązania z koniecznością instalacji oprogramowania klienta systemu, licencja nie może ograniczać ilości miejsc jego instalacji (tzw. „stanowiska”).
5. Udzielona licencja musi umożliwiać Zamawiającemu tworzenie nieograniczonej liczby kont użytkownika w systemie, nie może wprowadzać ograniczenia na tzw. „nazwanych użytkowników”.
6. Licencją objęte zostaną również wszelkie poprawki i aktualizacje systemu pojawiające się w trakcie obowiązywania przedmiotowej Umowy a także w trakcie następnych umów serwisowych
7. Dla zakresów funkcjonalnych systemu, dopuszcza się jedynie wprowadzenie ograniczenia co do liczby jednocześnie pracujących osób w systemie. Jednakże ograniczenie to musi umożliwić jednoczesną pracę wymienionej w tabeli liczbie osób.

#### **IV. Wdrożenie systemu**

Wykonawca zobowiązany jest do wdrożenia systemu HIS w specyfikacji funkcjonalnej przewidzianej w punkcie VIII Wdrożenie całości systemu musi nastąpić nie później niż w ciągu 6 miesięcy od dnia podpisania Umowy. Wdrożenie zrealizowane w terminie krótszym stanowi przedmiot oceny w postępowaniu. Termin wdrożenia może zostać przesunięty przez Zamawiającego w sytuacjach określonych w Umowie.

Prace wchodzące w zakres wdrożenia:

a) analiza przedwdrożeniowa:

- zapoznanie się z strukturą organizacyjną Zamawiającego i zakresami działania poszczególnych jednostek organizacyjnych w kontekście wdrożenia Systemu Informatycznego HIS,
- konsultacje w zakresie procesów wdrożeniowych w jednostkach organizacyjnych w których wdrażana będzie aplikacja,
- rozpoznanie ewentualnych potrzeb związanych z koniecznością unowocześnienia lub wymiany posiadanego sprzętu komputerowego oraz infrastruktury sieci komputerowej,
- zapoznanie się z istniejącym obiegiem dokumentów i informacji, oraz ich relacjami z poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi Zamawiającego,

- zapoznanie się z prowadzoną przez Zamawiającego dokumentacją, treścią i wyglądem zestawień i wydruków wskazanych do odwzorowania w systemie,
  - ustalenie metodologii wymiany danych z systemami użytkowymi przez Zamawiającego,
  - ustalenie metodologii przeniesienia danych do Systemu Informatycznego
  - przedstawienie przez Wykonawcę wszelkich przesłanek organizacyjnych mogących wpłynąć na przebieg wdrożenia,
  - przygotowanie w porozumieniu z Zamawiającym harmonogramu wdrożenia i harmonogramu szkoleń.
- b) rekonfiguracja silnika bazy danych,
- c) konfiguracja systemu: odwzorowanie struktury organizacyjnej Zamawiającego, podpięcie wszystkich katalogów i list wraz z ustawieniem dla nich wartości domyślnych, parametryzacja,
- d) dostosowanie aplikacji do specyfiki Zamawiającego, dotyczy modyfikacji zestawień oraz wydruków niezbędnych dla Zamawiającego,
- e) przeniesienie danych z systemów funkcjonujących u Zamawiającego (kolejność przenoszenia danych uzależniona jest od realizacji poszczególnych etapów wdrożenia),
- f) uruchomienie wymiany danych z aplikacjami/urządzeniami użytkowymi przez Zamawiającego,
- g) szkolenie pracowników,
- h) na wyraźne życzenie Zamawiającego, na czas nie krótszy niż określi Zamawiający uruchomienie testowe systemu w ramach poszczególnych etapów - przed uruchomieniem produkcyjnym
- i) uruchomienie produkcyjne systemu wraz z weryfikacją zastrzeżeń wskazanych w trakcie ewentualnej testowej pracy systemu,
- j) usunięcie wszelkich zastrzeżeń po uruchomieniu produkcyjnym w terminie określonym przez Zamawiającego (max. 14 dni roboczych)
- k) odbiór i podpisanie protokołów odbioru poszczególnych etapów, rozpoczęcie kolejnego etapu wdrożenia,
- l) odbiór i podpisanie protokołu odbioru końcowego wdrożenia.

Potwierdzeniem realizacji każdego z etapów wdrożenia jest podpisany przez Zamawiającego i Wykonawcę protokół zakończenia etapu wdrożenia. Za etap przyjmuje się Moduł o ile w wyniku ustaleń na etapie analizy przedwdrożeniowej strony nie uzgodnią inaczej. Etap uważa się za zakończony, jeżeli w protokole odbioru Zamawiający potwierdzi zakończenie i odebranie etapu wdrożenia bez zastrzeżeń.

Wdrożenie systemu zostanie uznane za zakończone dopiero po zakończeniu realizacji wszystkich etapów szczegółowych wdrożenia oraz podpisanie przez obydwie ze stron protokołu odbioru końcowego zawierające w swojej treści potwierdzenie odbioru końcowego systemu.

Do czasu zakończenia całego wdrożenia systemu, potwierdzonego podpisaniem protokołu odbioru końcowego systemu, wszelkie usługi związane z serwisem już uruchomionych części systemu będą

traktowane jako usługi wdrożeniowe. Dla modułów już uruchomionych (z dokonaniem już odbiorem etapu wdrożenia) obowiązywać będą takie same warunki usuwania awarii i usterek, a także dokonywania aktualizacji systemu, jak wskazane w warunkach gwarancji.

## **V. SZKOLENIA PERSONELU**

W ramach szkolenia użytkowników przekazana musi zostać wiedza niezbędna do poprawnego użytkowania systemu, tworzenia i gromadzenia informacji związanych z wykonywaniem czynności służbowych, tworzeniem i gromadzeniem dokumentów i sprawozdań, współpracy z pozostałymi jednostkami organizacyjnymi Zamawiającego.

Szczegółowy harmonogram szkoleń dla wdrażanego zakresu funkcjonalnego Wykonawca jest zobowiązany przedstawić Zamawiającemu do akceptacji przed rozpoczęciem wdrożenia każdego z etapów wdrożenia. Wykonawca zaproponuje metodologię szkoleń oraz ich organizację, jednakże należy przewidzieć następujące poziomy szkoleń: administratorów, zaawansowanych użytkowników i użytkowników.

W ramach szkolenia użytkowników uczestnicy szkolenia powinni zapoznać się z funkcjami systemu, oraz procesami realizowanymi przez system z uwzględnieniem ich roli w systemie.

W szkoleniach zaawansowanych użytkowników uczestniczyć będą osoby, które oprócz bieżącej pracy w systemie będą również wykorzystywały bardziej zaawansowane funkcje systemu. Wykonawca zobowiązany jest przekazać im bardziej szczegółową wiedzę z zakresu działania systemu, jak również wskazać najczęściej występujące problemy w działaniu systemu wynikające z winy użytkownika i sposoby ich usuwania.

Szkolenie administratorów systemu powinno dotyczyć pełnego zakresu wdrażanego systemu, ze szczególnym naciskiem na administrację poszczególnymi obszarami funkcjonalnymi, a także z zakresu instalacji, deinstalacji i reinstalacji systemu. Osoby szkolone, podobnie jak w przypadku szkolenia liderów, powinny zapoznać się z najczęściej występującymi problemami w działaniu systemu, które powstają z winy użytkownika i sposoby ich usuwania.

Po przeprowadzeniu każdego szkolenia upoważniony pracownik Zamawiającego może dokonać weryfikacji nabytych umiejętności przez uczestników szkolenia, a w przypadku gdy użytkownicy nie posiadają odpowiednich umiejętności z zakresu korzystania z systemu szkolenie musi zostać powtórzone. Po zakończeniu szkoleń grupowych Wykonawca jest zobowiązany zagwarantować w ramach wdrożenia możliwość realizacji konsultacji indywidualnych dla użytkowników systemu w miejscu ich pracy, uzupełniających wiedzę nabytą w trakcie szkoleń.

Terminy poszczególnych szkoleń jak i ich czas trwania muszą być ustalone w taki sposób, aby nie dezorganizować przedmiotowej pracy Zamawiającego.

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić niezbędny sprzęt wizualny oraz materiały szkoleniowe do przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla każdej ze szkolonych osób. Zamawiający ze swojej strony zapewni sprzęt informatyczny oraz miejsce do przeprowadzenia dedykowanych szkoleń. Każda z przeszkolonych osób musi otrzymać po zakończeniu szkolenia pisemny imienny certyfikat z podanym zakresem szkolenia.

Wykonawca zapewni stały dostęp do bazy treningowej zawierającej funkcjonalność systemu wdrażanego. Dostęp do bazy treningowej w żaden sposób nie może zaburzać pracy systemu

produkcyjnego (np. pod względem wydajności). Baza szkoleniowa będzie dostępna przez cały okres obowiązywania umowy.

W trakcie całego wdrożenia Wykonawca zobowiązany jest zapewnić dla pracowników Zamawiającego stały dostęp do konsultantów, będących na terenie Szpitala, którzy będą wspierali ich w bieżącej pracy z wdrażanym systemem.

Przeszkoleni z zakresu pracy w systemie HIS zostaną wszyscy pracownicy Zamawiającego, którzy do wykonywania swoich obowiązków będą potrzebowali wdrożonych modułów systemu HIS, będących przedmiotem zamówienia. Dokładne ilości osób do przeszkolenia Zamawiający przedłoży Wykonawcy w trakcie realizacji analizy przedwdrożeniowej.

## **VI. WARUNKI GWARANCJI**

Wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług gwarancyjnych przez okres 12 miesięcy (liczone od momentu pozytywnego odbioru końcowego potwierdzającego zakończenie wdrożenia) dla całości oferowanego HIS.

### **1. Klasyfikacja zmian oprogramowania w trakcie eksploatacji:**

1.1. Aktualizacje - to zmiany oprogramowania, modyfikujące produktu wprowadzające nowe funkcjonalności, mające na celu usprawnienie pracy w systemie lub dostosowujące go do zmieniających się przepisów prawa:

a) Uaktualnienie (update) – wszelkie powszechnie udostępniane przez Producenta modyfikacje Oprogramowania powodujące usunięcie wykrytych Błędów Oprogramowania Aplikacyjnego.

b) Rozwinięcie (upgrade) – wszelkie powszechnie udostępniane przez Producenta nowe wersje lub inne niż Uaktualnienie (update) modyfikacje Oprogramowania Aplikacyjnego, zmieniające dotychczasową funkcjonalność Oprogramowania Aplikacyjnego.

1.2. Błędy – oznacza działanie powtarzalne, pojawiające się za każdym razem w tym samym miejscu w Aplikacji na różnych stacjach roboczych (terminalach) i prowadzące w każdym przypadku do otrzymywania nieprawidłowych wyników jej działania. Szczególnymi rodzajami Błędów Aplikacji są Awarie oraz Usterki Programistyczne zdefiniowane poniżej.

a) Awaria (błąd krytyczny) – sytuacja, w której nie jest możliwa eksploatacja Aplikacji z powodu uszkodzenia lub utraty kodu programu, struktur danych lub zawartości bazy danych lub zapisanie nieprawidłowych danych w dokumentacji medycznej.

b) Usterka Programistyczna – Błąd Aplikacji, mimo identyfikacji którego Aplikacja nadal funkcjonuje lecz jej eksploatacja jest uciążliwa, skomplikowana lub spowolniona, a usunięcie Błędu wymaga wykonania prac programistycznych.

2. Wykonawca w ramach trwania gwarancji zobowiązany jest do utrzymywania gotowości do czynności serwisowych, przyjmowania zgłoszeń i podejmowania czynności serwisowych poprzez łącza zdalne lub poprzez przyjazd do siedziby Zamawiającego.

3. Zamawiający wymaga, aby Wykonawca posiadał aplikację internetową do przyjmowania i obsługi zgłoszeń, będącej podstawą komunikacji między Zamawiającym i Wykonawcą w zakresie zgłoszeń. Aplikacja powinna posiadać możliwość wysyłania powiadomień na temat zgłoszeń na podany adres e-mail, możliwość generowania raportów związanych ze zgłoszeniami. Aplikacja powinna posiadać możliwość wysyłania powiadomieni o przyjęciu zgłoszenia (także wysłanego drogą elektroniczną) na adres mailowy osoby zgłaszającej.
4. Wszelkie wady będą zgłaszane przez Zamawiającego poprzez dedykowaną aplikację internetową, w wyjątkowych sytuacjach drogą elektroniczną, faxem lub telefonicznie.

## VII. SPECYFIKACJA FUNKCJONALNA

Zamawiający wymaga dostarczenia oprogramowania realizującego w minimalnym zakresie funkcje określone w tabelach poniżej z wyłączeniem cech punktowanych (TAK w kolumnie „Czy Punktowane”).

### 1. Wymagania ogólne

LP.	WYMAGANIE	Czy Punktowane?
	<b>Architektura HIS</b>	
1.	HIS działa w architekturze trójwarstwowej – rozumianej jako sytuacja, w której baza danych znajduje się na serwerze centralnym obsługującym zarządzanie i przetwarzanie danych, natomiast klientem jest przeglądarka internetowa (co najmniej: Mozilla Firefox, Google Chrome, Internet Explorer) komunikująca się z użytkownikiem za pośrednictwem serwera aplikacji. Do podstawowej pracy z systemem nie jest wymagane żadne inne oprogramowanie (z zastrzeżeniem dwóch punktów poniżej).	
2.	Raporty są tworzone przynajmniej w formacie PDF (w przypadku występowania raportów, dopuszcza się wymaganie instalacji na stacjach klienckich wskazanej przez dostawcę systemu przeglądarki PDF).	
3.	W szczególnych przypadkach (np. komunikacja ze sprzętem, operacje na systemie plików na stacji klienckiej) dopuszcza się instalowanie i uruchamianie aplikacji zewnętrznych ze stacji klienckiej. System sam uruchamia takie aplikacje, kiedy operacje użytkownika tego wymagają. W przypadku występowania takich zastosowań, dostawca systemu może wymagać instalacji dodatkowego oprogramowania (np. rozszerzeń lub wtyczek do przeglądarek) umożliwiającego wykonanie takich operacji.	
4.	HIS posiada architekturę modułową i jest zintegrowany pod względem przepływu informacji oraz użyteczności danych. Wszystkie moduły HIS pracują w oparciu o tę samą strukturę danych w wyniku czego informacja raz wprowadzona do HIS w jakimkolwiek z modułów jest wykorzystywana we wszystkich innych bez konieczności stosowania mechanizmów integracyjnych.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
5.	Rozliczenia z NFZ są realizowane z obszaru całego systemu z jednej aplikacji. Nie dopuszcza się sprawozdawania świadczeń z jakichkolwiek dziedzin z innych modułów.	
	<b>Aplikacja</b>	
6.	HIS jest komercyjnie dostępnym rozwiązaniem, w którym wymagania określone w niniejszej tabeli, jak również dla	

	poszczególnych aplikacji muszą być dostępne w systemie na dzień składania ofert.	
7.	Wszystkie Aplikacje muszą być dostarczone w najnowszych dostępnych na rynku wersjach, a w zakresie funkcjonalnym zgodnie z Dokumentacją Systemu. Zamawiający wymaga, aby funkcjonalność była nie mniejsza niż zadeklarowana w niniejszym załączniku.	
	System zapewnia dwa mechanizmy spójności danych tego samego rekordu edytowanych w równoległych sesjach:	
8.	edycja wyłącznie w jednej sesji: rozpoczęcie edycji w jednej sesji blokuje edycję w pozostałych sesjach, które mogą jednak uzyskać dostęp do danych w trybie odczytu. Przed rozpoczęciem edycji w kolejnej sesji pierwsza sesja musi zatwierdzić zmiany, a druga odświeżyć dane przed rozpoczęciem ich edycji.	
9.	edycja równoległa (minimum dla karty pacjenta, pozycji wypisu, opisu wizyty w poradni: ten sam rekord może być edytowany równolegle w wielu sesjach. Zmiany niekonfliktowe (różnych atrybutów) wykonane w innej sesji są automatycznie odświeżane w momencie zapisania zmian w bieżącej sesji. Zmiany konfliktowe (dwie sesje równolegle zmodyfikowały ten sam atrybut) są obsługiwane wg jednej z dwóch zasad: 1) automatyczne nadpisanie (np. data ostatniej edycji rekordu) lub 2) pytanie użytkownika: a)które dane mają być ostatecznie zapisane w bazie: te, które zostały wpisane w innej sesji (i aktualnie znajdują się w bazie), czy nowe dane z jego sesji (np. dane lekarza kwalifikującego do zabiegu); dodatkową opcją w tym przypadku jest przerwanie całej operacji zatwierdzenia danych, b)możliwość scalenia modyfikacji z różnych sesji (np. opis zabiegu - to samo pole mogą edytować równolegle różni użytkownicy, ostatecznie wszystkie zmiany są scalane w jeden tekst), c)blokada zatwierdzenia danych w przypadku wykrycia równoległej edycji kluczowych danych w różnych sesjach (np. status zabiegu).	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
10.	System posiada narzędzie prezentujące ścieżkę zagłębienia użytkownika w danym momencie w aplikacji (np. breadcrumb). Funkcja umożliwia śledzenie jego aktualnej lokalizacji w aplikacji oraz przyspieszoną nawigację dzięki umożliwieniu powrotu do dowolnego miejsca ścieżki.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
11.	System posiada funkcjonalność, która automatycznie zapamiętuje w polach przewidzianych do wprowadzania treści opisowych bieżące zmiany zalogowanego użytkownika. Treści zapamiętywane są na czas edycji i można z nich skorzystać (na zasadzie schowka) w przypadku utraty sesji użytkownika do czasu trwałego zapisu w systemie bazodanowym.	
12.	HIS posiada możliwość pracy na platformach systemowych Windows wspieranych przez jego producenta.	
13.	Językiem obowiązującym w HIS musi być język polski. Dotyczy to wszystkich menu, ekranów, raportów, wszelkich komunikatów, wprowadzania, wyświetlania, sortowania i drukowania. Polskie znaki diakrytyczne będą, w chwili instalacji, dostępne w każdym miejscu i dla każdej funkcji w HIS łącznie z wyszukiwaniem, sortowaniem (zgodnie z kolejnością liter w polskim alfabecie), drukowaniem i wyświetlaniem na ekranie.	
14.	HIS musi zapewniać proces wyszukiwania danych z zastosowaniem znaków polskich, znaków polskich diakrytycznych oraz znaków specjalnych, zastępujących co	



	najmniej fragment wyszukiwanego tekstu lub pojedynczy znak(np. „*” - fragment tekstu, „?” – pojedynczy znak).	
15.	HIS posiada funkcję/narzędzie, dzięki któremu uaktualnienia aplikacji w sposób automatyczny (uprzednio zdefiniowany) są rozpowszechniane na wszystkie stacje robocze/terminale bez konieczności wykonywania jakichkolwiek czynności poza obszarem serwerowym.	
16.	W procesach wymagających nanoszenia/prezentacji obszernej ilości danych wykorzystywana jest tzw. zakładkowa architektura okienek umożliwiające poruszanie się pomiędzy nimi bez konieczności kolejnego ich otwierania i zamykania.	
17.	Użytkownik może z poziomu aplikacji zmniejszyć lub powiększyć formularz, z którym pracuje oraz wyzerować powiększenie.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
18.	System ma kilka wersji kolorystycznych (minimum 3), użytkownik ma możliwość wybrania zestawu kolorów dla wszystkich formularzy (zmiana zestawu kolorów nie zmienia układu formularzy).	
19.	W HIS zaimplementowana jest obsługa skrótów klawiaturowych (kombinacje kilku klawiszy) dla najczęściej używanych funkcji.	
	W HIS zaimplementowana jest obsługa funkcji dedykowanych Administratorowi oraz zaawansowanym użytkownikom (definiowane na poziomie uprawnień) umożliwiające realizację następujących funkcji:	
20.	uzyskanie z poziomu aplikacji informacji o elemencie bazodanowym reprezentowanym przez dany obiekt interfejsu użytkownika (przyciski, pola edycyjne) wraz z prezentacją wszystkich schematów uprawnień w których wybrany obiektu można użyć do przydzielenia/modyfikacji uprawnień	
21.	uzyskania z poziomu aplikacji informacji o lokalizacji rekordu danych w bazie danych powiązanego z polem, w którym znajduje się kursor	
22.	stworzenia z poziomu aplikacji zapytania za pomocą sql do bazy danych w celu uzyskania żadanego wykazu danych	
23.	uzyskania z poziomu aplikacji informacji o nazwie i wersji formularza na którym obecnie użytkownik pracuje	
24.	uzyskania z poziomu aplikacji informacji o identyfikatorach zewnętrznych nadanych przez płatnika NFZ w komunikacji za pomocą formatu otwartego.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
25.	Pola obligatoryjne, opcjonalne i wypełniane automatycznie muszą być jednoznacznie rozróżnialne przez użytkownika (np. inny kształt, kolor, itp.).	
26.	HIS dynamicznie w zależności od kontekstu pokazuje lub ukrywa przyciski.	
27.	HIS zapewnia możliwość przenoszenia sesji użytkownika z jednego stanowiska komputerowego na drugie.	
28.	W przypadku uruchomienia na jednej stacji wielu sesji przez użytkownika system zapewnia możliwość przeniesienia tylko jednej, wskazanej sesji.	
29.	HIS zapewnia możliwość przeniesienia sesji z wypełnionymi polami, niezapisanymi zmianami do bazy danych bez utraty tych zmian po przeniesieniu.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....

30.	System wyświetla na ekranie, z którego sesja została przeniesiona, informacje dokąd przeniesiono sesję.	
	Dla funkcjonalności przenoszenia sesji system HIS ma zapewnić możliwość:	
31.	włączenia i wyłączenia funkcjonalności przenoszenia,	
32.	odebrania definiowalnym użytkownikom funkcjonalności przenoszenia sesji	
33.	odebrania definiowalnym adresom IP możliwości przenoszenia sesji,	
34.	ograniczenia widoków, z których w systemie można przenosić sesje.	
	System HIS zapewnia obsługę listy wartości w cechami:	
35.	dynamiczne filtrowanie wyników na podstawie wprowadzanego tekstu,	
36.	stronicowanie list wartości,	
37.	możliwość decydowania przez użytkownik o rozmiarze strony na liście wartości,	
38.	administrator ma możliwość ustalenia wielkości domyślnej rozmiaru listy wartości dla wszystkich użytkowników,	
39.	prezentacja łącznej liczby wszystkich elementów w liście.	
	Zarządzanie Systemem	
40.	Moduł agreguje funkcje administracyjne z wszystkich modułów stanowiących przedmiot zamówienia lub jego zakres licencyjny i pozwala administratorowi na uruchomienie tych modułów.	
	System w wersji przeglądarkowej posiada dla administratora Menedżer sesji w zakresie zapewnienia podglądu:	
41.	wszystkich aktywnych sesji użytkowników w systemie w wersji przeglądarkowej z zapewnieniem prezentacji numeru IP każdej sesji, z czasem startu oraz czasem pracy	
42.	wszystkich sesji aplikacji, na których użytkownik się nie zalogował wraz z numerami IP, z których utworzono te sesje, z czasem startu oraz czasem pracy.	
43.	Możliwość zakończenia przez administratora wybranej sesji z Menedżera sesji.	
	Możliwość wysłania wiadomości z Menedżera sesji:	
44.	do wszystkich użytkowników	
45.	do wybranej sesji użytkownika, tak aby nie pokazała się w innych sesjach tego samego użytkownika	
46.	do wybranej sesji, na której nie zalogował się użytkownik.	
47.	Administrator posiada możliwość przeglądu:	
48.	aktualnie pracujących w systemie użytkowników wraz z podaniem modułu i formularza, z którym pracują	
49.	obiektów bazy danych blokowanych przez sesje użytkowników.	
	Administrator posiada możliwość:	
50.	rekonfiguracji formularzy wskazanych w procesie wdrożenia, w szczególności podpięcie wywołania innych formularzy lub raportów pod przyciski występujące na formularzach. Funkcja powinna być dostępna co najmniej na karcie pobytu pacjenta oraz w dokumentacji medycznej wskazanej w procesie wdrożenia	
51.	dodawania nowych przycisków na formatkach z przypisaniem uprawnień do ich uruchomienia, jak również przyporządkowania przyciskom już istniejącym nowego znaczenia bez ingerowania w kod źródłowy	
52.	ustawiania parametrów pracy całego systemu, poszczególnych modułów i jednostek organizacyjnych.	
53.	HIS zapewnia możliwość wywoływania danego formularza lub raportu z różnych miejsc w systemie.	

54.	System zapewnia zarządzanie informacją o modułach (wchodzących w ich skład formularzach, raportach i obiektach bazy danych wraz z informacją o wersjach).	
55.	System zapewnia kontrolę poprawności wersji uruchamianych formularzy.	
56.	Obsługa połączenia z systemem: logowanie, wybór modułu, screenlock, zmiana hasła, informacje o wersji formularza.	
	System zapewnia zarządzanie w zakresach:	
57.	zarządzanie księgami szpitalnymi wraz z wykonaniem operacji zamknięcia roku	
58.	definiowanie list oczekujących, zdarzeń i produktów kontraktowych nimi związanych	
59.	przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją o formularzach, raportach i raportach definiowalnych.	
60.	HIS posiada możliwość ewidencji komunikatów o błędach pojawiających się w systemie.	
61.	System zapewnia administratorowi możliwość zastąpienia standardowych komunikatów własnymi.	
62.	Usuwanie (łączenie) kartotek pacjenta wraz z prezentowaniem listy usuniętych kartotek.	
63.	System zapewnia obsługę automatycznej numeracji dokumentów, ksiąg.	
64.	Administrator posiada możliwość wyboru danych, które mają być monitorowane w logach systemu z dokładnością do poszczególnych kolumn w tabelach danych, a zarządzanie nimi może odbywać się z poziomu narzędzi do zarządzania bazami danych (dopuszcza się narzędzie na poziomie motoru bazy danych).	
65.	HIS posiada mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do HIS pozwalające na uzyskanie informacji o czasie i miejscach ich pracy.	
	System zapewnia rejestrację zmian danych:	
66.	rejestracja odbywa się niezależnie od mechanizmów wykorzystywanych przez bazę danych	
67.	możliwość konfiguracji przez administratora dowolnych tabel w bazie danych, dla których odbywa się rejestracja zmian	
68.	rejestracja obejmuje zmiany wykonywane za pomocą HIS, ja również dowolnej aplikacji umożliwiającej dostęp do bazy danych (np. sql).	
69.	każda modyfikacja jest opisywana danymi:	
a)	czas modyfikacji zapisany z maksymalną dostępną dokładnością (przynajmniej tysięczne części sekundy)	
b)	identyfikator sesji w bazie danych (do powiązania wpisu z logami bazy danych)	
c)	nazwa użytkownika zalogowanego do bazy danych	
d)	nazwa użytkownika zalogowanego do systemu operacyjnego	
e)	adres IP sesji, z której dokonano modyfikacji	
f)	narzędzie, za pomocą którego dokonano modyfikacji (nazwa modułu i formularza systemu HIS lub nazwa innego programu, za pomocą którego dokonano modyfikacji)	
70.	każdy rekord zmiany zawiera podpis cyfrowy zapewniający integralność danych zarówno w rekordzie oraz całej tabeli	
71.	każdy rekord zmiany zawiera wyłącznie zmodyfikowane kolumny / dane, bez zapisu danych, które nie uległy zmianie	
72.	w przypadku usunięcia rekordu zapisywana jest jego pełna wartość przed usunięciem	
73.	tabela objęta mechanizmem logu zostanie zmodyfikowana podczas aktualizacji systemu, odpowiednie mechanizmy rejestru zmian (logu) zostaną automatycznie modyfikowane	

	dostosowując go do nowej struktury tabeli	
a)	wyłączenie logu na danej tabeli nie ma powodować usunięcia danych z logu, jedynie rezygnację z zapisu nowych modyfikacji do logu. Każda operacja włączenia i wyłączenia mechanizmu logu jest rejestrowana w odpowiedniej tabeli logu	
b)	wszystkie operacje włączenia i wyłączenia mechanizmu logu na poszczególnych obiektach oraz operacje zmiany na obiektach logu są rejestrowane	
74.	Aplikacja zapewnia narzędzia do pielęgnowania i przeglądania danych logu.	
	Możliwość przeglądu danych rejestru zmian (logu) bezpośrednio w aplikacji w ujęciach:	
75.	przekrojowym:	
76.	lista zmian filtrowana wg różnych kryteriów (czas, użytkownik, sesja)	
77.	pozwalającym na ustalenie, co się działo w bazie o określonym czasie, albo co robił konkretny użytkownik	
78.	opis zmian prezentowany w postaci pełnego opisu zmienionych danych lub listy zmodyfikowanych kolumn	
79.	zapewniający bezpośrednie przejście do formularza prezentującego historię zmian wskazanego rekordu	
80.	historii zmian jednego rekordu	
81.	możliwość ograniczenia listy do modyfikacji wybranej kolumny	
82.	możliwość automatycznego wyświetlenia logu tabel powiązanych przez klucze obce z synchronizacją czasu rekordów w logu	
83.	wyróżnianie rekordów rejestru zmian (logu), w których wykryto manipulację danymi	
84.	możliwość przejścia do prezentacji przekrojowej opisującej okres wybranej zmiany.	
85.	System umożliwia administratorowi podgląd i analizę zmian wybranego wpisu w bazie danych bezpośrednio z poziomu okien ewidencyjnych w systemie. Użytkownik ma możliwość wglądu w informacje kto, kiedy dokonał jakich zmian wpisów i z którego terminala.	
	System zapewnia rejestrację dostępu do danych:	
86.	dla wszystkich formularzy zdefiniowanych w konfiguracji	
87.	z informacją o kontekście wywołania, uzupełnioną w konfiguracji.	
	System zapewnia rejestrację dostępu do danych, z zapisaniem:	
88.	czas dostępu	
89.	użytkownik bazy danych	
90.	identyfikator sesji	
91.	nazwa formularza	
92.	identyfikator pacjenta, w kontekście którego zrealizowano dostęp (jeśli jest dostępny)	
93.	dodatkowy opis kontekstu (np. identyfikator pobytu na oddziale).	
	<b>Uwierzytelnianie i zarządzanie uprawnieniami</b>	
94.	HIS w zakresie wszystkich aplikacji oprócz mobilnych musi zostać zintegrowany z usługą Active Directory w ten sposób, że użytkownik po zalogowaniu do systemu operacyjnego nie musiał się ponownie logować do aplikacji.	
95.	Integracja z AD musi być realizowana w zakresie minimum: tworzenia, modyfikacji, usuwania, blokowania użytkowników w oferowanych systemie ZSI.	
96.	Każdy użytkownik w AD musi mieć swój unikalny odpowiednik	

	w bazie danych (nie dopuszcza się rozwiązań, w których kilku użytkowników w AD jest reprezentowanych w bazie danych w postaci jednego użytkownika) i odwrotnie użytkownik z bazy danych musi mieć dokładnie jednego użytkownika na poziomie AD.	
97.	Wszystkie hasła użytkowników HIS są przechowywane w bazie danych w postaci niejawnej (zaszyfrowanej).	
98.	Hasła użytkowników mogą być tworzone ręcznie lub automatycznie. Mechanizm automatyczny generuje ciąg losowych znaków (30 znaków lub więcej) i przypisuje go jako hasło użytkownika.	
99.	Dla każdego użytkownika istnieje możliwość skonfigurowania sposobu logowania do systemu w trzech następujących trybach: tylko hasłem, tylko kartą, tylko czytnikiem biometrycznym, zarówno hasłem, jak i kartą, (lub za pomocą innego nośnika certyfikatów obsługiwanego w systemie Windows).	
	W celu przyspieszenia procesu logowania i rozpoczęcia pracy w systemie przez użytkownika system umożliwia administratorowi definiowanie domyślnego modułu oraz domyślnej jednostki organizacyjnej dla każdego użytkownika indywidualnie:	
100.	niezależnie od stanowiska komputerowego	
101.	z możliwością rozróżnienia ustawień dla poszczególnych stanowisk komputerowych.	
102.	HIS umożliwia w trakcie logowania wybór bazy danych, do której użytkownik chce się zalogować. Funkcja jako domyślną przyjmuje bazę produkcyjną i wymaga wskazania bazy jedynie w przypadku logowania do innej bazy (np. testowej). Wywołanie funkcji zmiany bazy jest dostępne także za pomocą skrótu klawiaturowego.	
103.	HIS zapewnia możliwość niezależnego zalogowania kilku różnych użytkowników w tej samej sesji przeglądarki, w sąsiednich kartach tego samego okna.	
104.	HIS zapewnia możliwość niezależnego zalogowania kilku różnych użytkowników w tej samej sesji przeglądarki bez potrzeby korzystania z tzw. trybu prywatnego przeglądarki.	
105.	HIS umożliwia automatyczne wylogowanie użytkownika z systemu (przy przekroczeniu zadanego czasu bezczynności ustanowionego uprzednio przez Administratora).	
106.	HIS umożliwia przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją: o użytkownikach i administratorach systemu oraz pracownikach szpitala nie mających dostępu do aplikacji.	
107.	HIS umożliwia automatyczne blokowanie niewykorzystywanych kont użytkowników po zidentyfikowaniu braku logowania przez zadany okres czasu.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
	W HIS są zaimplementowane mechanizmy walidacji haseł zgodnie z wymaganiami ustawowymi przewidzianymi dla rodzaju danych przetwarzanych przez HIS. Umożliwia w szczególności określenie reguł powtarzalności haseł minimum w zakresie:	
108.	okresu, w jakim nie może być ponownie wykorzystane hasło	
109.	liczby znaków, którą muszą różnić się kolejne hasła.	
110.	HIS umożliwia niezależną konfigurację reguł złożoności haseł dla administratorów i użytkowników.	
111.	HIS umożliwia wygenerowanie hasła tymczasowego w przypadku np. zagubienia karty (innego nośnika certyfikatu).	TAK

		Deklaracja Wykonawcy: .....
112.	HIS umożliwia zdefiniowanie super_użytkowników, nie będących administratorami, posiadającymi możliwość zmiany hasła innych użytkowników (w celu sędowania zadań związanych ze zmianą hasła z administratorów np. na kierowników komórek organizacyjnych, pion organizacyjny).	
113.	HIS umożliwia konfigurację dla każdego super_użytkownika listy użytkowników, dla których może on zmieniać hasło.	
	HIS umożliwia administratorowi z poziomu aplikacji definiowanie i zmianę praw dostępu (uprawnień) dla poszczególnych użytkowników i grup użytkowników z dokładnością do poszczególnych:	
114.	modułów	
115.	jednostek organizacyjnych	
116.	opcji menu	
117.	formularzy, w tym również przycisków w obrębie formularzy	
118.	raportów	
119.	obiektów bazy danych (tabel, perspektyw, funkcji itd.) z rozróżnieniem praw.	
120.	HIS umożliwia przydzielenie pracownikowi różnych schematów uprawnień osobno dla każdej jednostki organizacyjnej, w której pracownik ma pracować w systemie.	
	HIS umożliwia administratorowi:	
121.	eksportowanie, importowanie, przenoszenie, duplikowanie schematów uprawnień	
122.	kopiowanie schematów uprawnień z jednego pracownika na innego pracownika	
123.	raportowanie różnic pomiędzy poszczególnymi schematami	
124.	ręczne zablokowanie konta użytkownika przez administratora	
125.	ewidencję daty zablokowania konta w przyszłości, z zapewnieniem automatycznego zablokowania kontra przez system po upływie wprowadzonej daty	
126.	możliwość usuwania konta użytkownika.	
	<b>Słowniki, współpraca</b>	
127.	HIS umożliwia administratorowi zarządzanie danymi podmiotu (nazwa, adres, NIP, REGON).	
	HIS umożliwia administratorowi i uprawnionym użytkownikom z poziomu aplikacji definiowanie i zmianę następujących słowników:	
128.	rozpoznań zgodnie z klasyfikacją ICD-10	
129.	procedur medycznych zgodnie z nową edycją klasyfikacji procedur ICD-9	
130.	kodów terytorialnych	
131.	województw	
132.	powiatów	
133.	gmin	
134.	miejsowości	
135.	ulic	
136.	kodów pocztowych	
137.	płatników (w tym oddziałów NFZ)	
138.	jednostek i lekarzy kierujących	
139.	kontrahentów	
140.	innych uznanych przez producenta za niezbędne.	
141.	HIS ma możliwość budowania wewnętrznego szpitalnego katalogu procedur medycznych, którym jest nadrzędnym	TAK

	katalogiem w stosunku do ICD-9 i wykorzystywanym przez użytkowników systemu. Katalog procedur wewnętrznych jest powiązany z ICD-9 w relacji n do m. (tzn. wiele procedur wewnętrznych może być skorelowane z wieloma procedurami z katalogu ICD-9). Celem katalogu procedur wewnętrznych jest jak najlepsze semantyczne odwzorowanie przypadków klinicznych, natomiast cała sprawozdawczość do NFZ jest realizowana w oparciu o katalog ICD-9.	Deklaracja Wykonawcy:  .....
142.	HIS zapewnia przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją o jednostkach organizacyjnych wraz ustaleniem ich hierarchii.	
143.	HIS współpracuje z wieloma bazami produktów leczniczych jednocześnie w tym co najmniej BAZYL i BLOZ.	TAK  Deklaracja Wykonawcy:  .....
144.	W miejscach przyjęć Pacjenta HIS współpracuje z klawiaturami z wbudowanym OCR umożliwiającym skanowanie imienia i nazwiska Pacjenta z dowodu osobistego.	
145.	W aplikacjach umożliwiających digitalizację dokumentów wchodzących w zakres dokumentacji medycznej HIS jest zintegrowany z urządzeniami skanującymi (co najmniej dwóch niezależnych producentów). Użytkownik z wykorzystaniem terminala wbudowanego w urządzeniu może wybrać pacjenta oraz rodzaj digitalizowanego dokumentu, następnie po zakończonym procesie skanowania, dokument zapisze się w Elektronicznym Rekorcie Pacjenta.	
146.	Wykonawca zobowiązany będzie w trakcie realizacji umowy lub powiązanego z nią okresu gwarancyjnego do opracowania elektronicznych dokumentów: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, karty odmowy przyjęcia do szpitala, informacji dla lekarza kierującego, recepty, skierowania w postaci elektronicznej zgodnej z wytycznymi CSIOZ. Ponadto jeżeli CSIOZ opublikuje nowe szablony dokumentów w ramach Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA, wykonawca zobowiązany będzie ująć je w HIS w okresie wdrożenia i gwarancji.	
147.	System pozwala na generowanie kodów kreskowych zgodnych ze standardem GS1.	
	System pozwala na generowanie i wydruk kodów kreskowych w formacie Code 128:	
148.	kod musi zawierać dowolne znaki ASCII z zakresu 32-127 (cyfry, duże i małe litery, znaki specjalne)	
149.	do zapisu ciągów cyfr wykorzystywany musi być zestaw kodów C podwójnej gęstości (dwie cyfry na symbol)	
150.	podczas kodowania wykonywana ma być optymalizacja długości kodu - ciągi cyfr występujące w treści alfanumerycznej przedstawiane są za pomocą symboli podwójnej gęstości, jeżeli jest to korzystne	
151.	powyższe zasady dotyczą również generowanych kodów GS1-128.	
	Kody mogą być drukowane z systemu na różnych nośnikach:	
152.	kartkach z raportami, wydrukami z systemu	
153.	naklejkach drukowanych w postaci arkuszy naklejek lub pojedynczo na specjalizowanych drukarkach naklejek	
154.	opaskach identyfikujących	
155.	innych nośniki minimum na kasetkach i szkiełkach w histopatologii.	
156.	System musi współpracować z dowolnym czytnikiem kodów	

	kreskowych symulującym wejście z klawiatury.	
	<b>Raporty</b>	
157.	System umożliwia drukowanie, wyświetlanie i zapisywanie raportów.	
158.	Generowanie raportów i zestawień może być automatycznie przekierowywane na drukarkę i nie wymaga ich wyświetlania ani żadnego dodatkowego potwierdzania wydruku (wymóg nie dotyczy raportów wymagających podpisu elektronicznego).	
159.	System obsługuje drukowanie raportów przeznaczonych na dedykowane drukarki (np. na drukarkę kodów kreskowych) bez pytania użytkownika o wybór drukarki (o ile taka została skonfigurowana w systemie).	
160.	System zapewnia możliwość wydrukowania raportu bez wyświetlenia tego raportu na dedykowaną drukowaną.	
161.	System zapewnia możliwość włączenia/wyłączenia powiadomienia użytkownika o wysłaniu wydruku na drukarkę.	
	W ramach HIS zapewnione jest oprogramowanie narzędziowe pozwalające na definiowanie i generowanie dowolnych zestawień i raportów związanych z zawartością informacyjną bazy danych. Raporty takie muszą mieć możliwość wywołania przez użytkownika z poziomu aplikacji:	
162.	raporty umożliwiają eksport danych do formatu xls	
163.	raporty umożliwiają eksport danych do formatu MS Office/ Open Office	
164.	raporty umożliwiają eksport danych do formatu html	
165.	w HIS jest możliwy podgląd wszystkich dostępnych raportów z jednego miejsca	
166.	każdej jednostce organizacyjnej można zdefiniować odrębny zakres raportów.	
	<b>Motor bazy danych</b>	
167.	Motor bazy danych (RDBMS) musi być dostępny na platformy systemów operacyjnych: Windows, Linux, Unix.	
168.	RDBMS zapewnia niezależność platformy systemowej dla oprogramowania klienckiego od platformy systemowej bazy danych.	
169.	RDBMS posiada komercyjne wsparcie producenta. Nie dopuszcza się zastosowania RBD typu open-source.	
170.	RDBMS umożliwia eksport i import danych z bazy danych w formacie tekstowym z uwzględnieniem polskiego standardu znaków.	
171.	Zamawiający wymaga utworzenia środowiska bazodanowego w postaci: baza produkcyjna w klastrze active-active lub active-passive wraz z replikacją asynchroniczna bazy produkcyjnej. Replikacja bazy danych musi być realizowana z użyciem wewnętrznych mechanizmów silnika bazodanowego. Funkcjonalność powinna zostać skonfigurowana w taki sposób aby zmiany wprowadzone w jednym węźle były automatycznie propagowane w drugim węźle środowiska a replikowane obiekty muszą być identyczne w obu węzłach.	
172.	Odtwarzanie musi umożliwiać odzyskanie stanu danych z chwili wystąpienia awarii bądź cofnąć stan bazy danych do punktu w czasie. W przypadku odtwarzania do stanu z chwili wystąpienia awarii odtwarzaniu może podlegać cała baza danych bądź pojedyncze pliki danych	
173.	Przeniesienie i tuning bazy danych do nowego środowiska. Wymagane przeniesienie konfiguracji aktualnie działającego środowiska. W celu weryfikacji poprawności działania Zamawiający oczekują przeprowadzenia testów działania klastra na podstawie kopii zapasowej udostępnionej przez	



	Zamawiającego wraz wykonaniem dokumentacji powykonawczej. Wymagane jest przygotowanie diagramu wdrożenia wraz z dokumentacją i opisem zastosowanych procedur i wykorzystanych technologii na wypadek awarii. Powyższe usługi muszą zostać wykonane w sposób zapewniający po ich realizacji bezawaryjną pracę eksploatowanego przez Zamawiającego systemu HIS	
174.	Dostarczone licencje nie mogą ograniczać liczby użytkowników końcowych korzystających z oprogramowania ani liczby przetwarzanych lub przechowywanych dokumentów, plików, rekordów, żądań, etc. Licencje nie mogą być ograniczone czasowo.	
175.	Dostępność narzędzi migracji baz danych pomiędzy platformami na poziomie fizycznym (kopiowanie / konwersja plików danych) oraz logicznym (narzędzia eksportu / importu), wymagania nie musi zostać spełnione w przypadku dostarczenia oprogramowania działającego w oparciu o jedną bazę danych.	
176.	RDBMS zapewnia wsparcie dla protokołu XA.	
177.	RDBMS zapewnia wsparcie dla standardu JDBC 3.0.	
178.	RDBMS zapewnia zgodność ze standardem ANSI/ISO SQL 2003 lub nowszym.	
179.	RDBMS zapewnia obsługę wyrażeń regularnych zgodną ze standardem POSIX dostępna z poziomu języka SQL jak i procedur/funkcji składowanych w bazie danych.	
180.	RDBMS posiada możliwość zagnieżdżania transakcji – uruchomienia niezależnej transakcji wewnątrz transakcji nadrzędnej.	
181.	RDBMS umożliwia zmianę domyślnego trybu izolowania transakcji (Read Committed) na inny (Read Only, Serializable) za pomocą komend serwera bazy danych.	
182.	RDBMS umożliwia migrację bazy danych utrzymujących dane znakowe w 8-bitowej stronie kodowej do Unicode.	
183.	RDBMS umożliwia definiowanie w przestrzeni danych (plików) dla danych użytkownika obszarów o innym niż domyślny rozmiarze bloku.	
184.	RDBMS umożliwia budowanie indeksów o strukturze B-drzewa. Baza danych powinna umożliwiać założenie indeksu jednej lub większej liczbie kolumn tabeli, przy czym ograniczenie liczby kolumn na których założony jest 1 indeks nie powinno być mniejsze niż 16.	
185.	RDBMS umożliwia wykonywanie i katalogowanie kopii bezpieczeństwa bezpośrednio przez serwer bazy danych. Umożliwia zautomatyzowane usuwanie zbędnych kopii bezpieczeństwa przy zachowaniu odpowiedniej liczby kopii nadmiarowych - stosownie do założonej polityki nadmiarowości backup'ów. Wykonywanie kopii bezpieczeństwa musi być możliwe w trybie offline oraz w trybie online(hot backup).	
186.	Przywileje użytkowników bazy danych powinny być określane za pomocą przywilejów systemowych (np. prawo do podłączenia się do bazy danych - czyli utworzenia sesji, prawo do tworzenia tabel itd.) oraz przywilejów dostępu do obiektów aplikacyjnych (np. odczytu / modyfikacji tabeli, wykonania procedury). Baza danych powinna umożliwiać nadawanie ww. przywilejów za pośrednictwem mechanizmu grup użytkowników / ról bazodanowych. W danej chwili użytkownik może mieć aktywny dowolny podzbiór nadanych ról bazodanowych.	
187.	RDBMS umożliwia budowanie widoków zmaterializowanych odzwierciedlających stan danych zdefiniowanych przez	

	zapytanie SQL. Widok zmaterializowany przechowuje rezultat zapytania, którego aktualizacja odbywa się w jednej z dostępnych strategii – na żądanie, okresowo bądź po każdym zatwierdzeniu transakcji modyfikującej tabelę, na której oparty jest widok zmaterializowany.	
188.	RDBMS powinien umożliwiać wskazywanie optymalizatorowi SQL preferowanych metod optymalizacji na poziomie konfiguracji parametrów pracy serwera bazy danych oraz dla wybranych zapytań. Powinna istnieć możliwość umieszczania wskazówek dla optymalizatora w wybranych instrukcjach SQL.	
189.	RDBMS musi mieć możliwość rozbudowy do wersji wspierającej możliwość synchronicznej replikacji danych w dwóch niezależnych centrach danych.	

## 2. Ruch Chorych

LP.	WYMAGANIE
	<b>Ewidencja danych pacjenta podczas rejestracji:</b>
1.	dane osobowe,
2.	dane adresowe (stałe i tymczasowe miejsce zamieszkania),
3.	dane i uprawnienia opiekunów oraz innych osób uprawnionych do otrzymywania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta,
4.	dane o rodzaju i numerze dokumentu uprawniającego do świadczeń (ewidencja uprawnień podstawowych oraz dodatkowych),
5.	dane o zatrudnieniu,
6.	dane płatnika.
7.	System umożliwia Elektroniczną Weryfikację Uprawnień Świadczeniobiorców.
8.	System umożliwia ewidencjonowanie i wydruk oświadczeń pacjenta/opiekuna prawnego potwierdzających uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9.	Możliwość definiowania danych wymaganych przy zakładaniu kartoteki pacjenta.
10.	Przynależność do oddziału NFZ,
11.	System umożliwia ewidencjonowanie i wydruk oświadczeń pacjenta/opiekuna prawnego potwierdzających uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
12.	Możliwość wglądu do archiwalnych wersji danych osobowych pacjenta.
	System umożliwia tworzenie katalogów:
13.	uprawnień pacjentów do świadczeń,
14.	ubezpieczycieli, płatników,
15.	umów z płatnikami,
16.	jednostek kierujących,
17.	ICD9 CM,
18.	ICD10.
19.	Możliwość ewidencji specyficznych danych dotyczących pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.
20.	Możliwość rejestracji danych pacjenta przyjmowanego na podstawie decyzji wydanej przez wójta/burmistrza.
21.	Możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia i odnotowanie faktu wyrażenia przez zgody pacjenta na leczenie.
22.	W przypadku braku zgody pacjenta na leczenie możliwość ewidencji podstawy przymusowego przyjęcia.
23.	System weryfikuje poprawność numeru PESEL.

24.	System umożliwia przyjęcie pacjenta NN.
	Możliwe tryby przyjęcia (lub zgodne z aktualnie obowiązującymi przepisami):
25.	nagły,
26.	przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy,
27.	przyjęcie planowe na podstawie skierowania,
28.	przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
29.	przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii,
30.	przyjęcie przymusowe - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz.382) oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24).,
31.	możliwość rejestracji danych pacjenta przyjmowanego na podstawie decyzji wydanej przez wójta/burmistrza.
32.	możliwość wprowadzenia informacji o trybie przyjęcia i o wyrażeniu zgody pacjenta na leczenie.
33.	w przypadku braku zgody pacjenta na leczenie możliwość ewidencji podstawy przymusowego przyjęcia.
34.	przyjęcie bez skierowania osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi(Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356, z późn. zm.) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124),
35.	przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia osoby, która wymaga okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia,
36.	przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
	Podgląd listy pacjentów wg następujących kryteriów:
37.	w Izbie Przyjęć,
38.	na oddziale,
39.	w kolejce,
40.	nowi pacjenci,
41.	wypisani pacjenci,
42.	wszyscy.
43.	Analiza danych nowego pacjenta podczas wprowadzania – mechanizmy weryfikujące unikalność danych (np. PESEL).
	Rejestracja pobytu pacjenta w Izbie Przyjęć:
44.	wprowadzenie danych o rozpoznaniu z wykorzystaniem słownika ICD10,
45.	wprowadzenie danych ze skierowania,
46.	wprowadzenie danych płatnika.
47.	Możliwość ewidencji godziny przyjęcia pacjenta oraz godziny zakończenia obsługi.

48.	Moduł uniemożliwia dokonanie ponownego przyjęcia pacjenta przebywającego już w szpitalu.
49.	Ewidencja wykonanych procedur medycznych.
50.	Ewidencja produktów jednostkowych.
51.	Możliwość kopiowania wykonanych procedur medycznych na kolejne dni (również z możliwością pominięcia sobót, niedziel) lub kolejne godziny w danym dniu.
52.	Blokowanie zamknięcia wizyty pacjenta w przypadku braku Karty Zgłoszenia Choroby Psychicznej/Nowotworowej/ Zakaźnej, jeśli pacjentowi zaewidencjonowano takowe rozpoznanie.
53.	Możliwość definiowania przez administratora minimalnego zbioru danych, który musi być uzupełniony przed zamknięciem wizyty pacjenta.
54.	Możliwość określenia czy świadczenie jest świadczeniem ratującym zdrowie lub życie pacjenta.
55.	Moduł umożliwia blokadę dokonania ponownego przyjęcia pacjenta przebywającego już w szpitalu.
56.	Ewidencja wykonanych procedur medycznych.
57.	Ewidencja produktów zgodnie z NFZ.
58.	Ewidencja zużytych środków farmaceutycznych i innych środków dostępnych w apteczce jednostki.
59.	System jest wyposażony w możliwość oznaczania kolorami zdefiniowanych grup pacjentów.
60.	Moduł jest wyposażony w możliwość oznaczania kolorami poszczególnych pól ekranu w celu zwrócenia uwagi na dane istotne z punktu widzenia organizacji pracy danego podmiotu, np. pacjent ubezwłasnowolniony, pacjent bez podpisanej zgody na leczenie.
	Rejestracja opuszczenia Izby Przyjęć przez pacjenta w jednym z trybów:
61.	odmowa przyjęcia do szpitala – wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych,
62.	zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia i odnotowanie skierowania pacjenta do kolejki oczekujących – wpis do Księgi Oczekujących,
63.	skierowanie/cofnięcie skierowania na oddział - wpis do Księgi Głównej,
64.	odnotowanie zgonu pacjenta w Izbie Przyjęć – wpis do Księgi Zgonów,
65.	udzielenie pomocy doraźnej– wpis do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych .
66.	Przegląd ksiąg: Księga Główna, Oczekujących, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Zgonów.
67.	Możliwość wydruku ksiąg: Głównej, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Oczekujących, Zgonów.
68.	Wydruk 1 strony historii choroby nowoprzyjętego pacjenta wg wzorów historii choroby dostępnych w systemie.
69.	Możliwość wydruku podstawowych standardowych dokumentów (np. karta informacyjna Izby Przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala, itp.) z zakresu danych gromadzonych w systemie.
70.	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości w Izbie Przyjęć.
71.	Możliwość odnotowania zgonu pacjenta poza szpitalem, w wyniku czego zostaje zablokowana możliwość dalszej ewidencji przyjęć pacjenta do jednostek szpitala.
72.	Możliwość definiowania przez administratora zestawu pól obowiązkowych, które muszą zostać wypełnione podczas ewidencji danych pacjenta.
	Możliwość wydruku raportu zawierającego informacje o:
73.	dacie pierwszego wprowadzenia danych pacjenta do systemu,
74.	identyfikatorze użytkownika wprowadzającego dane osobowe do systemu,
75.	źródle danych, w przypadku zbierania danych nie od osoby, której one dotyczą,
76.	informacji o odbiorcach danych (w przypadku skierowania na badania diagnostyczne, laboratoryjne do innych podmiotów) z uwzględnieniem celu, zakresu i daty udostępnienia).
77.	Współpraca z czytnikami kodów kreskowych i kolektorami danych w zakresie co najmniej identyfikacji pacjenta po kodzie zamieszczonym na dokumentacji medycznej oraz pracownika po identyfikatorze osobowym.

78.	Możliwość wydruku podstawowych dokumentów (karta informacyjna Izby Przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala) z zakresu danych gromadzonych w systemie wg wzorów standardowo dostępnych w systemie.
79.	Współpraca z czytnikami dowodów osobistych w zakresie co najmniej odczytywania danych pacjenta: nazwisko, imię, PESEL, nr dowodu osobistego.
80.	Prowadzenie depozytu z możliwością tworzenia spisu rzeczy do depozytu, w sytuacji, gdy podczas przyjęcia pacjenta nieobecny jest pracownik prowadzący księgę depozytu.
81.	Limitowanie dostępu do danych wyłącznie osobom uprawnionym, poprzez konfigurowanie schematów uprawnień.
82.	Wydruk danych z wymienionych powyżej ksiąg.
83.	Wydruk 1-ej strony historii choroby nowoprzyjętego pacjenta wg standardowych, dostępnych w systemie wzorów historii choroby.
84.	Możliwość wydruku podstawowych dokumentów (karta informacyjna Izby Przyjęć, karta odmowy przyjęcia do szpitala) z zakresu danych gromadzonych w systemie wg wzorów standardowo dostępnych w systemie.
	Moduł umożliwia generowanie zestawień:
85.	wizyty w Izbie Przyjęć (zestawienie wszystkich wizyt w danym okresie wg decyzji dot. procesu leczenia),
86.	zestawienie wykonania produktów jednostkowych dotyczących danej wizyty,
87.	zestawienie bieżących przyjęć w Izbie Przyjęć.
88.	Możliwość wglądu do słownika numerów umów przychodni i szpitali NFZ.
89.	Zestawienie rozpoznań określonych u pacjentów (zestawienie zarówno dla konkretnych rozpoznań jak i dla wszystkich wg płatnika, województwa, okresu),
90.	Zestawienie bieżących przyjęć w Izbie Przyjęć.
91.	HIS umożliwia skanowanie dokumentacji medycznej do rekordu pacjenta bezpośrednio z pulpitu urządzenia skanującego zintegrowanego z HIS.
92.	Możliwość wglądu do archiwalnych wersji danych osobowych pacjenta.
93.	Możliwość ewidencji specyficznych danych dotyczących pacjentów z krajów Unii Europejskiej przyjmowanych w ramach przepisów o koordynacji.
94.	Prowadzenie rejestru (skorowidza) pacjenta z możliwością przeglądu danych archiwalnych z poszczególnych pobyków w szpitalu (rejestr pobyków).
	Podgląd listy pacjentów wg następujących kryteriów:
95.	w Izbie Przyjęć,
96.	na oddziale,
97.	w kolejce,
98.	nowi pacjenci,
99.	wypisani pacjenci,
100.	wszyscy.
101.	Analiza danych nowego pacjenta podczas wprowadzania – mechanizmy weryfikujące unikalność danych (np. PESEL).
102.	Przegląd ksiąg: Księga Główna, Oczekujących, Odmów i Porad Ambulatoryjnych, Zgonów.
103.	Możliwość definiowania przez administratora zestawu pól obowiązkowych, które muszą zostać wypełnione podczas ewidencji danych pacjenta.
104.	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości w Izbie Przyjęć.

105.	Możliwość odnotowania zgonu pacjenta poza szpitalem, skutkującego zmianą statusu pacjenta na uniemożliwiający ewidencjonowanie nowych zdarzeń w systemie, minimum w zakresie przyjmowania do szpitala/poradni, ewidencji skierowań do diagnostyki, wystawiania recept.
106.	Obsługa oddziałów, pododdziałów, wspólnych księzek oddziałowych dla kilku pododdziałów.
107.	System umożliwia Elektroniczną Weryfikację Uprawnień Świadczeniobiorców.
108.	System umożliwia ewidencjonowanie i wydruk oświadczeń pacjenta/opiekuna prawnego potwierdzających uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
	Obsługa listy pacjentów Oddziału:
109.	wyszukiwanie pacjentów na liście minimum wg kryteriów: nazwisko, nr w księdze, data przyjęcia,
110.	wyszukiwanie pacjentów na liście minimum według: imię, nazwisko, PESEL, nr księgi głównej, nr księgi oddziałowej, data urodzenia, data przyjęcia na oddział, data wypisu z oddziału, sala, łóżko, lekarz prowadzący, rodzaj diety.
111.	wyszukiwanie pacjentów na podstawie kodu kreskowego z opaski identyfikacyjnej pacjenta,
112.	sortowanie listy pacjentów na Oddziale według kryteriów wybranych przez użytkownika (minimum: nazwisko, numer księgi oddziałowej, numer księgi głównej, data przyjęcia, data wypisu).
113.	Możliwość przeglądu listy pacjentów obecnie przebywających na oddziale jak i wypisanych pacjentów z oddziału.
114.	Moduł daje możliwość definiowania dodatkowych filtrów wyszukiwania pacjentów na liście pacjentów.
115.	Moduł jest wyposażony w możliwość oznaczania kolorami poszczególnych pól ekranu w celu zwrócenia uwagi na dane istotne z punktu widzenia organizacji pracy danego podmiotu, np. pacjent gorączkujący, pacjent z zakażeniem szpitalnym, pacjent z oczekiwaniem na wyniki do zleconych badań.
	Możliwość wydruku opasek identyfikacyjnych:
116.	dla pacjentów dorosłych,
117.	dla dzieci.
118.	Możliwość wydruku identyfikatora ze zdjęciem dla dziecka, które nie ukończyło 6 r.ż. w przypadku, gdy założenie opaski identyfikacyjnej dziecku jest niemożliwe.
	Potwierdzenie przyjęcia na Oddział:
119.	nadanie numeru Księgi Oddziałowej – automatycznie z możliwością modyfikacji numeru,
120.	wprowadzenie danych lekarza prowadzącego,
121.	przypisanie pacjentowi diety,
122.	przydzielenie pacjentowi łóżka,
123.	możliwość modyfikacji danych płatnika,
124.	wprowadzenie danych o rodzaju hospitalizacji dla celów statystycznych, np. hospitalizacja całodobowa z zabiegiem operacyjnym, hospitalizacja dzienna bez zabiegów i badań laboratoryjnych itp.
	Rejestracja przyjęcia pacjenta na Oddział w jednym z trybów:
125.	przyjęcie pacjenta w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego,
126.	przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki,
127.	przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym Szpitalu,
128.	przyjęcie planowane na podstawie skierowania,
129.	przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy,

130.	przeniesienie z innego szpitala,
131.	przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu,
132.	przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji.
133.	przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
134.	Możliwość przyjęcia pacjenta bezpośrednio przez Oddział do szpitala.
135.	Możliwość przyjmowania pacjentów na turnusy.
136.	Odmowa lub anulowanie przyjęcia na Oddział – wycofanie danych pacjenta na Izbę Przyjęć.
137.	Przegląd i aktualizacja danych personalnych.
138.	Monitorowanie stanu obłożenia Oddziału (moduł musi dopuszczać przyjęcie pacjenta nawet, gdy nie ma wolnych łóżek na Oddziale).
139.	Wprowadzenie rozpoznań: zasadniczych, współistniejących, dodatkowych, przyczyny zgonu.
140.	Blokowanie zamknięcia hospitalizacji w przypadku braku karty zgłoszenia choroby nowotworowej/zakaźnej, jeśli pacjent ma rozpoznanie nowotworowe/zakaźne.
141.	Definiowanie minimalnego zbioru danych, który musi być uzupełniony przed zamknięciem hospitalizacji pacjenta.
142.	Ewidencja procedur medycznych.
143.	Możliwość kopiowania wykonanych procedur medycznych na kolejne dni (również z możliwością pominięcia sobót, niedziel) lub kolejne godziny w dniu.
144.	Możliwość wpisu pacjenta do księgi oczekujących na dalsze świadczenia.
145.	Możliwość planowania kolejnych wizyt w ramach kontynuacji leczenia lub wizyt poszpitalnych.
	Możliwość wypełniania i wydruku standardowych druków zewnętrznych:
146.	Karta Statystyczna,
147.	Karta Leczenia Psychiatrycznego,
148.	Karta Zgłoszenia Choroby Zakaźnej,
149.	Karta Zgłoszenia Choroby Nowotworowej,
150.	Karta Zgonu,
151.	Karta Informacyjna z leczenia szpitalnego.
152.	Moduł daje możliwość definiowania dodatkowych filtrów wyszukiwania pacjentów w Księdze Oddziałowej.
153.	Sortowanie listy pacjentów na Oddziale według kryteriów wybranych przez użytkownika (minimum: nazwisko, numer księgi, data przyjęcia).
154.	Przypisanie lekarza prowadzącego – pełna historia prowadzenia pacjenta przez lekarzy.
155.	Możliwość zmiany przydzielenia łóżka – historia obłożenia łóżek.
156.	Obsługa przepustek.
157.	Możliwość zmiany diety pacjentowi.
158.	Możliwość tworzenia wykazu posiłków na dany dzień dla kuchni oraz dla Oddziału.
159.	Tworzenie zbiorczego zapotrzebowania żywnościowego dla pacjentów Oddziału z możliwością przeliczania ilości zamawianych posiłków wg przypisanych pacjentom diet.
160.	System jest wyposażony w możliwość oznaczania kolorami zdefiniowanych grup pacjentów.
	Rejestracja opuszczenia Oddziału przez pacjenta w jednym z trybów:
161.	zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego (wypis pacjenta ze szpitala),
162.	skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu,
163.	skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,

164.	wypisanie pacjenta na własne żądanie,
165.	osoba leczona samowolnie opuściła Oddział przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego,
166.	przeniesienie/wycofanie przeniesienia pacjenta na inny Oddział,
167.	przeniesienie w trybie nagłym na inny Oddział (bez uzupełnienia danych wypisowych z poprzedniego oddziału, bez możliwości wypisania pacjenta do momentu uzupełnienia danych),
168.	gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń spowoduje bezpośrednie zagrożenie dla jego życia lub zdrowia (art. 29 ust.1 pkt.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej),
169.	zgon pacjenta na Oddziale – wpis do Księgi Zgonów,
170.	wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób,
171.	skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym.
172.	Możliwość parametryzacji pól obligatoryjnych przy przyjęciu pacjenta do szpitala dla każdego oddziału. indywidualnie.
173.	Wpis do Księgi Oczekujących pacjentów przeznaczonych do przyjęcia w późniejszych terminach.
174.	Możliwość parametryzacji kart informacyjnych leczenia szpitalnego – dla każdego oddziału osobno.
175.	Możliwość korzystania z szablonów kart informacyjnych dla każdego oddziału osobno.
176.	Możliwość ewidencji obecności na oddziałach dziennych.
177.	Możliwość obliczania osobodni do ruchu chorych na oddziałach dziennych na podstawie obecności.
	Wydruk i przeglądanie obecności:
178.	dla wybranego pacjenta,
179.	na dany dzień dla całego Oddziału.
180.	Przegląd i wydruk ksiąg:
181.	Księga Główna,
182.	Księga Oddziałowa,
183.	Księga Oczekujących,
184.	Księga Zgonów.
185.	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na danym oddziale w zakresie danych z poszczególnych pobyków szpitalnych.
186.	Możliwość ustawienia blokady modyfikacji oraz blokady przeglądania historii choroby dla archiwalnych pobyków.
187.	Współpraca z czynnikami kodów kreskowych w zakresie co najmniej identyfikacji pacjenta po kodzie zamieszczonym na dokumentacji medycznej oraz pracownika po identyfikatorze osobowym.
188.	Limitowanie dostępu do danych wyłącznie osobom uprawnionym, poprzez konfigurowanie schematów uprawnień.
	Moduł udostępnia minimalny zakres raportów:
189.	obłożenie łóżek Oddziału na określony dzień,
190.	zestawienie pacjentów oczekujących na przyjęcie na Oddział,
191.	Możliwość ewidencji wystawionych recept zgodnie z obowiązującymi przepisami.
192.	System jest wyposażony w możliwość oznaczania kolorami zdefiniowanych grup świadczeń.
193.	Obsługa przepustek (minimum w zakresie daty rozpoczęcia, planowanej daty powrotu, daty powrotu).



194.	Możliwość uzupełnienia/korekty zbiorczego zapotrzebowania żywnościowego o zamówienia dodatkowych posiłków.
	Integracja z innymi modułami systemu realizującymi funkcjonalność w zakresie (jeśli moduły działają w tej samej instalacji):
195.	Ewidencja zużytych leków i materiałów oraz automatycznej aktualizacji stanów magazynowych (Apteczka),
196.	Wzajemne udostępnianie danych zlecenia i danych o jego wykonaniu (Pracownia Diagnostyczna, Laboratorium).
	Moduł udostępnia minimalny zakres raportów dla osób z odpowiednim zakresem uprawnień:
197.	zestawienie nowoprzyjętych/wypisanych pacjentów do Oddziału dzień/godzina),
198.	zestawienie pacjentów hospitalizowanych wg czasu pobytu (powyżej X dni),
199.	zestawienie pacjentów wg jednostki chorobowej (rozpoznanie zasadnicze),
200.	średni czas pobytu (szpital/Oddział),
201.	średni czas pobytu wg jednostki chorobowej (rozpoznania zasadniczego),
202.	miesięczne zestawienie ilości przyczyn zgonów,
203.	zestawienie przyjęć wg województwa, ubezpieczyciela,
204.	zestawienie przyjęć do szpitala wg lekarza kierującego i przyjmującego.
205.	zestawienie pacjentów oczekujących na przyjęcie na Oddział.
	Możliwość przeglądu danych archiwalnych o pacjentach przebywających w przeszłości na danym oddziale:
206.	w zakresie danych osobowych pacjenta,
207.	w zakresie danych z poszczególnych pobytów szpitalnych.
208.	Możliwość tworzenia, obsługi i monitorowania różnych ścieżek postępowania z pacjentem obejmujących zdarzenia medyczne realizowane poprzez usługi ambulatoryjne, hospitalizacyjne i diagnostyczne.
209.	Współpraca z czytnikami dowodów osobistych w zakresie co najmniej odczytywania danych pacjenta: nazwisko, imię, PESEL, nr dowodu osobistego
210.	System umożliwia konfigurację klawiszy skrótów umożliwiające bezpośredni dostęp do wybranych pozycji menu lub funkcji, definiowane na etapie wdrożenia oraz stałe skróty klawiszowe dla podstawowych operacji.
211.	Możliwość blokowania wypisu przy braku potwierdzenia kompletności dokumentacji medycznej pacjenta
212.	System posiada mechanizmy weryfikujące daty procedur medycznych oraz rozliczeniowych w datami pobytu pacjenta.
213.	System umożliwia automatyczne rozpoznawanie konieczności podpowiadania zakresu umowy dotyczących świadczeń, które nie są wykonywane na podstawie karty DILO, a dotyczą rozpoznań onkologicznych.
214.	Możliwość ustawienia planowanej daty wypisu pacjenta z oddziału.
215.	Możliwość poinformowania lekarza prowadzącego za pomocą wewnętrznego systemu komunikacji o uzupełnieniu informacji o planowanej dacie wypisu pacjenta z oddziału.
216.	Ewidencja danych do rozliczenia kontraktowanych produktów z płatnikiem, w tym rozliczanie kart TISS28.
	System automatycznie uzupełnia informacje o lekarzu wypisującym na podstawie aktualnie zalogowanego użytkownika.
217.	dla wybranego pacjenta,
218.	na dany dzień dla całego Oddziału.
219.	Przypisanie lekarza prowadzącego, a także nadzorującego – pełna historia prowadzenia pacjenta przez lekarzy.
220.	Możliwość zapisu okresów zakwaterowania pacjenta poza szpitalem.
221.	Możliwość ewidencji i obsługi przepustek, min. w zakresie daty rozpoczęcia, planowanej daty powrotu oraz daty powrotu.
	Obsługa dyżurów lekarskich:

222.	Możliwość przydzielania dyżurów lekarzom na różnych oddziałach wraz z określeniem uprawnień oraz dostępu do danych pacjentów i ich pobyków.
223.	System umożliwia określenie czasu obowiązywania danego dyżuru lekarskiego.
224.	System umożliwia lekarzowi objęcie dyżuru na innym oddziale oraz zakończenie dyżuru.
225.	Dla każdego dyżuru możliwość stworzenia sprawozdania z danego dyżuru.
226.	System prezentuje listę dyżurów, dla których nie zostało stworzone sprawozdanie.
227.	Podczas rozpisywania posiłków dla pacjentów możliwość dodatkowego wskazania miejsca pobytu pacjenta (oprócz sala/łóżko).
228.	Możliwość tworzenia wykazu posiłków na dany dzień dla kuchni (w ujęciu liczbowym) oraz dla Oddziału (w postaci imiennej listy pacjentów).
229.	Prowadzenie skorowidza pacjentów z możliwością podglądu danych archiwalnych dotyczących danych z poszczególnych pobyków w szpitalu (rejestr pobyków).
230.	Automatyczna aktualizacja karty statystycznej.
231.	Przegląd danych z pobyków pacjenta.
232.	Przegląd i aktualizacja danych personalnych.
233.	Możliwość zarządzania kartotekami pacjentów.
234.	Wspomaganie pielęgnacji słowników w SIM.
235.	Możliwość konfiguracji danych o szpitalu.
236.	Możliwość wprowadzania słowników procedur obowiązujących w szpitalu w oparciu o procedury ICD-9 oraz niezależnie od nich.
237.	Możliwość wprowadzania słownika chorób w oparciu o katalog ICD-10, z możliwością uszczegółowienia rozpoznań, wprowadzenia rodzaju (choroby zakaźne, psychiatryczne, nowotworowe).
238.	Możliwość wprowadzania słownika procedur rozliczeniowych do poszczególnych płatników.
	Moduł generuje na bieżąco wydruki zawierające informacje o przepływie pacjentów w Izbie Przyjęć oraz na Oddziałach pozwalające na identyfikację pacjenta poprzez numer odpowiednich ksiąg i datę oraz czas zaistnienia danej sytuacji dotyczące w szczególności:
239.	przyjęcia w Izbie Przyjęć,
240.	wpisu do Księgi Oczekujących,
241.	przyjęcia i wypisu z oddziału,
242.	wyjścia i powrotu z przepustki,
243.	wypisania ze szpitala.
244.	Nadawanie numeru księgi głównej.
245.	Obsługa zmian numerów ksiąg, możliwość przeglądu historii numerów ksiąg.
246.	Możliwość wyszukiwania pacjentów według różnych parametrów (imię, nazwisko, imię ojca, PESEL, data urodzenia, numer księgi głównej, oddział, jednostka chorobowa, choroby współistniejące, procedury medyczne).
247.	Możliwość eksportu wybranych kart statystycznych do pliku wraz z wydrukiem.
248.	Podgląd informacji, jacy pacjenci (co najmniej imię i nazwisko) przebywają aktualnie na oddziale i w całym szpitalu.
	Moduł umożliwia automatyczne generowanie zewnętrznych raportów dotyczących poszczególnych pacjentów w formie narzuconej wymogami sprawozdawczymi wg stanu prawnego tych wymogów obowiązującego na dzień instalacji oprogramowania, a w szczególności generowanie:
249.	Karty Statystycznej Szpitala Ogólnej Mz/Szp-11,
250.	Karty Nowotworowej,
251.	Karta zgłoszenia choroby zakaźnej,
252.	Karta zgłoszenia choroby psychicznej,
253.	Sprawozdania ze statystyki publicznej.
254.	Weryfikacja danych do statystyki.

255.	Możliwość obliczania i zatwierdzania ruchu pacjentów w szpitalu.
256.	Możliwość zdefiniowania godzin dla doby statystycznej.
	Możliwość definicji schematów obliczeń statystyki:
257.	osobodni dla oddziałów dziennych na podstawie obecności,
258.	wyłączenie obliczeń ruchu pacjentów dla wybranych oddziałów z ogólnych statystyk szpitalnych,
259.	obliczanie statystyki na przełomie miesiący wg różnych schematów.
260.	Możliwość ewidencji danych o zwrocie/pobranu historii choroby do statystyki.
	Moduł udostępnia minimalny zakres raportów:
261.	obłożenie łóżek oddziału/szpitala na określony dzień,
262.	zestawienie nowoprzyjętych/wypisanych pacjentów do oddziału/szpitala dzień/godzina),
263.	zestawienie pacjentów hospitalizowanych wg czasu pobytu (powyżej „x „dni),
264.	zestawienie pacjentów wg jednostki chorobowej (rozpoznanie zasadnicze),
265.	stan oddziału według zapisu w Izbie Przyjęć,
266.	średni czas pobytu (szpital/oddział),
267.	średni czas pobytu wg jednostki chorobowej (rozpoznania zasadniczego),
268.	miesięczne zestawienie ilości przyczyn zgonów,
269.	zestawienie przyjęć wg województwa,
270.	zestawienie przyjęć do szpitala wg lekarza kierującego i przyjmującego,
271.	wydruk pobytów szpitalnych, oddziałowych o nieuzupełnionych danych (np. bez dokumentu ubezpieczeniowego, płatnika, rozpoznania zasadniczego, jednostki kierującej itd.).
272.	Moduł umożliwia zamknięcie ksiąg bieżącego roku wraz z automatycznym przepisaniem pacjentów przebywających w szpitalu na następny rok.
	Moduł umożliwia prowadzenie wielu:
273.	ksiąg głównych,
274.	oddziałowych,
275.	oczekujących,
276.	odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych,
277.	zgonów.
278.	Moduł umożliwia wprowadzanie planu pracy dla poszczególnych jednostek organizacyjnych (w tym poradni, oddziałów dziennych) wraz z godzinami pracy, dniami pracy, stanowiskami, pracownikami.
279.	Moduł umożliwia ewidencję nieoddanych historii choroby.
280.	Moduł umożliwia ewidencję nieoddanych kart wypisu.
281.	Moduł umożliwia zarządzanie statystyką związaną ze wskaźnikami szpitalnymi.
282.	Zestawienie pacjentów hospitalizowanych lub ambulatoryjnych wg ICD-10.
283.	Zestawienie pacjentów hospitalizowanych lub ambulatoryjnych wg sposobu leczenia
284.	Współpraca z czynnikami kodów kreskowych w zakresie co najmniej identyfikacji pacjenta po kodzie zamieszczonym na dokumentacji medycznej oraz pracownika po identyfikatorze osobowym.

### 3. Kolejki oczekujących

LP.	WYMAGANIE
1.	Możliwość zdefiniowania wielu ksiąg oczekujących na różne świadczenia.
2.	Zgodność ewidencji procedur z bieżącymi wymaganiami płatników (NFZ, MZ).
3.	Możliwość prowadzenia list oczekujących na przyjęcie do szpitala, na świadczenia ambulatoryjne, wysokospecjalistyczne, do pracowni diagnostycznych.
	Zapis pacjenta do księgi oczekujących z możliwością ewidencji podstawowych danych dot. oczekiwania:

4.	dane osobowe pacjenta,
5.	dane do kontaktu z pacjentem,
6.	data zapisu do kolejki,
7.	osoba dokonująca wpisu do kolejki,
8.	planowana data przyjęcia,
9.	kategoria medyczna
10.	nazwa świadczenia, jednostki organizacyjnej, specjalności, na które oczekuje pacjent,
11.	dane o skierowaniu (lekarz, jednostka, nr umowy z NFZ, rozpoznanie ze skierowania z możliwością zapisu słownego lub kodem ICD10),
12.	rozpoznanie ICD10 lub powód przyjęcia,
13.	dodatkowe uwagi,
14.	aktualny numer w kolejce oczekujących na świadczenie, w oparciu o numerację wyznaczana przynajmniej raz dziennie z zachowaniem ciągłości,
15.	rozpoznanie ICD10 lub powód przyjęcia.
	Zarządzanie numeracją ksiąg oczekujących:
16.	automatyczne nadawanie kolejnego numeru,
15.	możliwość ręcznej zmiany numeru,
16.	Możliwość automatycznego wczytania danych pacjenta już zapisanego w centralnej kartotece pacjentów, a przy wprowadzaniu danych nowego pacjenta - mechanizmy weryfikujące unikalność danych wg zadanych kluczy, mechanizmy sprawdzające poprawność wprowadzanych danych (np. PESEL).
17.	Konfiguracja jednostek organizacyjnych, które mają prawo zapisu do danej księgi oczekujących.
18.	Możliwość zapisu tego samego pacjenta do wielu różnych kolejek oczekujących.
19.	Możliwość wydruku karty oczekiwania dla pacjenta zawierającej podstawowe dane dot. oczekiwania wraz planowanym terminem przyjęcia.
20.	Możliwość zmiany planowanej daty przyjęcia pacjenta. Ewidencja osoby dokonującej zmiany daty oraz powodu jej dokonania.
21.	Możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej skreślenia.
22.	Możliwość prowadzenia i rozszerzania słownika powodów skreślenia pacjenta z list oczekujących wraz z zapamiętaniem aktualnego kodu niezbędnego do sprawozdawania danych do NFZ i MZ.
23.	Możliwość przeglądu aktualnego stanu list oczekujących.
	Wydruk księgi oczekujących na wybrany okres czasu z możliwością podziału wg:
24.	świadczenia, na które oczekuje pacjent,
25.	planowanej jednostki organizacyjnej,
26.	jednostki zapisującej do kolejki,
27.	kategorii medycznej,
28.	procedury, na którą jest zapisany pacjent.
29.	Możliwość tworzenia miesięcznego sprawozdania z liczby oczekujących na poszczególne świadczenia oraz średniego czasu oczekiwania wg formatu XML opublikowanego przez NFZ.
30.	Możliwość realizacji kolejki bezpośrednio po stronie jednostek organizacyjnych, do których pacjenci oczekują.
31.	Możliwość zamknięcia wpisu do kolejki istniejącym pobytem, wizytą lub świadczeniem diagnostycznym.
32.	Możliwość generowania sprawozdań z kolejek oczekujących do płatników zgodnie z bieżącymi wytycznymi. Możliwość wczytywania potwierdzeń do sprawozdań.
33.	Możliwość automatycznego wczytania danych pacjenta już zapisanego w centralnej kartotece pacjentów, a przy wprowadzaniu danych nowego pacjenta - mechanizmy weryfikujące unikalność danych wg zadanych kluczy, mechanizmy sprawdzające poprawność wprowadzanych danych (np. PESEL).
34.	Możliwość wczytywania potwierdzenia danych o listach oczekujących w formacie P_LIO wraz z informacją o stanie przekazanych danych oraz numerami błędów (-ów) lub ostrzeżeń płatnika w przypadku ich wystąpienia.
35.	Możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących wraz z podaniem daty i powodu skreślenia oraz osoby dokonującej skreślenia.
36.	Możliwość zmiany planowanej daty przyjęcia pacjenta na liście oczekujących.
37.	Generowanie sprawozdania do NFZ dot. pierwszego wolnego terminu dla poszczególnych

	list.
38.	Generowanie sprawozdania do NFZ dot. liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenia z podziałem na kategorie medyczne.
39.	Możliwość prowadzenia list oczekujących zgodnie z katalogiem świadczeń zdefiniowanym przez MZ lub NFZ.
40.	Możliwość weryfikacji poprawności konfiguracji kolejek oczekujących w kontekście wczytanych do systemów umów i aneksów z płatnikami.
41.	Możliwość przeglądu aktualnego oraz archiwalnego stanu list oczekujących.
42.	Możliwość zamknięcia wpisu do kolejki zaewidencjonowanym w systemie odpowiednim pobytem, wizytą lub świadczeniem diagnostycznym.
43.	Współpraca z czytnikami kodów kreskowych w zakresie co najmniej identyfikacji pacjenta po kodzie zamieszczonym na dokumentacji medycznej oraz pracownika po identyfikatorze osobowym.
44.	Możliwość ewidencji dat oceny list oczekujących.
45.	Generowanie sprawozdania do NFZ dot. imiennej listy osób oczekujących na świadczenia.
46.	Możliwość ewidencji pierwszego wolnego terminu wraz z podziałem na kategorie medyczne zdefiniowane przez NFZ oraz datą wyznaczania tego terminu.
47.	Możliwość wczytywania potwierdzenia danych o listach oczekujących w formacie P_LIO wraz z informacją o stanie przekazanych danych oraz numerami błędów (-ów) lub ostrzeżeń płatnika w przypadku ich wystąpienia.

#### 4. Dokumentacja medyczna

lp.	WYMAGANIE
1.	Formularz umożliwiający dostęp do elementów dokumentacji medycznej dla lekarza. Możliwość definiowania przez administratora min. 20 przycisków przekierowujących do odpowiedniego formularza, oraz min. 2 list z możliwością wywołania formularza lub raportu. Min 3 dodatkowe pola konfigurowalne z możliwością wczytania do nich danych za pomocą bloku PL/SQL
	Rejestracja danych o:
2.	wywiadzie,
3.	krwi (grupa, Rh, fenotyp, przeciwciała, VDRL, HBS, HCV, HIV),
4.	śledzenie wszystkich zmian dotyczących grupy krwi pacjenta,
5.	ewidencja informacji o źródle danych dotyczących grupy krwi,
6.	możliwość wymuszenia dodatkowego podania hasła przed modyfikacją danych dotyczących grupy krwi,
7.	podstawowych badaniach,
8.	informacjach ginekologicznych.
9.	Możliwość redefiniowania znaczenia pól opisowych wywiadu w zależności od wymagań poszczególnych oddziałów/poradni.
10.	Możliwość definiowania przez użytkownika szablonów dla wywiadu, osobno dla każdego z pól opisowych, z możliwością przypisania szablonu dla jednostki organizacyjnej bądź wszystkich jednostek organizacyjnych
11.	Możliwość kopiowania danych z poprzedniego wywiadu.
12.	Możliwość kopiowania do wywiadu dowolnej informacji dostępnej w systemie za pomocą samodzielnie definiowanej przez administratora zapytania SQL
13.	Rejestracja danych o stosowanych lekach i alergiach. W module istnieją predefiniowane katalogi międzynarodowych nazw, substancji oraz produktów.
14.	Rejestracja danych o badaniach przedmiotowych z opcją definiowania szablonów dla poszczególnych oddziałów osobno. Możliwość podziału badań przedmiotowych na klasy i ich oddzielna obsługa.
15.	Możliwość skopiowania poprzedniego wyniku badania do bieżącego z możliwością jego edycji po skopiowaniu
16.	Możliwość ustawienia dla każdego badania wartości domyślnej, wstawianej po wczytaniu szablonu, bądź danego badania
17.	Możliwość ustawiania wartości domyślnej przy pomocy bloku PL/SQL
18.	Możliwość domyślnego wczytania poprzedniej wartości badania
19.	Możliwość ewidencji badań przedmiotowych w strukturze hierarchicznej i ich prezentacja za pomocą tzw. "drzewa".

20.	Możliwość przypisania badaniom przedmiotowym wzorów graficznych. Nanoszenie dowolnych informacji na wzór w ramach badania pacjenta (tekst i figury geometryczne).
21.	Wprowadzenie rozpoznań: wstępnych (z Izby Przyjęć), zasadniczych, współistniejących.
22.	Wprowadzenie dodatkowych informacji o chorobach: przebytych chorobach, chorobach w rodzinie.
23.	Wprowadzenie informacji o obserwacjach lekarskich.
24.	Możliwość definiowania klasyfikacji i szablonów dla obserwacji lekarskich.
25.	Możliwość definiowania dowolnych kategorii obserwacji (innych niż lekarskie) i ich osobna obsługa.
26.	Możliwość generowania obserwacji lekarskich na podstawie udzielonych konsultacji.
27.	Możliwość automatycznego dodawania procedury medycznej na podstawie zrealizowanej konsultacji
28.	Możliwość pobierania wyników diagnostycznych oraz laboratoryjnych z danego dnia do obserwacji lekarskich.
29.	Możliwość ewidencjonowania obserwacji lekarskich wszystkich pacjentów oddziału na jednym ekranie.
30.	Możliwość wypełnienia automatycznie karty informacyjnej w oparciu o zgromadzone dane o leczeniu (wyniki laboratoryjne, diagnostyczne, rozpoznania, procedury). Z możliwością ustawienia sposobu ich wyświetlania (sortowanie)
31.	Możliwość zdefiniowania sposobu wyświetlania/sortowania wyników laboratoryjnych, diagnostycznych, rozpoznań, procedur medycznych na karcie informacyjnej.
32.	Możliwość definiowania przez użytkownika szablonów dla poszczególnych pozycji zawartych w karcie informacyjnej.
33.	Możliwość kopiowania do karty informacyjnej dowolnej informacji dostępnej w systemie za pomocą zdefiniowanego przez administratora bloku PL/SQL
34.	Możliwość łatwego przeglądania epikryz z poszczególnych pobytów (na jednym ekranie).
35.	Możliwość kopiowania informacji z dowolnej poprzedniej epikryzy do bieżącej, z możliwością jej wyedytowania po skopiowaniu
36.	Możliwość definiowania przez użytkownika szablonów dla epikryz.
37.	Możliwość łatwego przeglądania wywiadów z poszczególnych pobytów (na jednym ekranie).
38.	Możliwość wglądu oraz wydruku dokumentacji z poprzednich pobytów.
39.	Moduł pozwala na zlecanie pacjentowi konsultacji lekarskich.
40.	Moduł umożliwia przegląd wyników konsultacji lekarskich.
41.	Możliwość wypisywania różnego rodzaju zaświadczeń np. potwierdzenia przyjęcia do szpitala / pobytu w szpital, ZUS ZLA, zwolnień z zajęć W-F.
42.	Możliwość korzystania z gotowych szablonów zaświadczeń.
43.	Możliwość tworzenia przez administratora własnych szablonów zaświadczeń z możliwością pobierania do nich informacji z systemu za pomocą zdefiniowanych w systemie zmiennych, możliwość samodzielnego definiowania takich zmiennych za pomocą bloku PL/SQL
44.	Wypisywanie recept z wykorzystaniem listy leków refundowanych (informacja o poziomach odpłatności wraz z zakresem wskazań).
45.	Mechanizm umożliwiający administratorowi lub wyznaczonej osobie bezpośrednie zaczytywanie listy leków refundowanych na podstawie pliku .xls publikowanego przez Ministerstwo Zdrowia.
46.	Automatyczne nadawanie numerów recept z puli zaczytanej do systemu dla danego lekarza.
47.	Możliwość konfiguracji informacji wyświetlanej dla lekarza ostrzegającej o przekroczeniu minimalnej liczby dostępnych numerów recept.
48.	Możliwość kopiowania zestawu zapisanych leków z recept wystawionych w przeszłości.
49.	Możliwość wystawienia recepty dla seniora 75+ dla jednostek POZ.
50.	Możliwość wystawienia recepty typu Rp, Rpw, pro auctore, pro familiae, recepturowej.
51.	Możliwość wystawienia recepty typu transgranicznej.
52.	Możliwość definiowania przez lekarza szablonów zestawów leków do zapisania na recepcie
53.	Formularz umożliwiający administratorowi lub wyznaczonej osobie kontrolowanie ilości zaczytanych numerów dla poszczególnych lekarzy z oznaczeniem numerów dla recept już wydanych
	Możliwość generowania następujących wydruków:
54.	wywiadu,
55.	badan przedmiotowych,

56.	obserwacji lekarskich,
57.	epikryz,
58.	kart informacyjnych,
59.	skierowań na konsultacje,
60.	zaświadczeń,
61.	recept,
62.	skierowań do jednostek zewnętrznych (poradnia specjalistyczna, szpital, pracownia, szpital psychiatryczny, zabiegi fizjoterapeutyczne)
69.	zlecenia zapotrzebowania na sprzęt ortopedyczny,
70.	zlecenia zapotrzebowania na sprzęt ortopedyczny comiesięczny,
71.	skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
72.	prośby o refundację sprowadzanego z zagranicy środka spożywczego specjalnego przeznaczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia,
73.	zapotrzebowania na sprowadzany z zagranicy produkt leczniczy niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia,
74.	zapotrzebowania na sprowadzany z zagranicy środek spożywczy specjalnego przeznaczenia, niezbędny dla ratowania życia lub zdrowia.
	Możliwość generowania następujących wydruków:
75.	wywiadu,
76.	badania przedmiotowych,
77.	obserwacji,
78.	epikryzy.
79.	Współpraca z czytnikami kodów kreskowych w zakresie identyfikacji pacjenta, pracownika oraz leków.
82.	Możliwość dołączania zeskanowanych dokumentów z formy papierowej.
	Mechanizm konfiguratora formularzy, umożliwiający administratorowi tworzenie formularzy z możliwością zdefiniowania w nich minimum:
83.	pól opisowych
84.	pól opisowych z konfigurowalną przez użytkownika listą odpowiedzi
85.	pól wyboru (checkbox),
86.	pól radiowych
87.	pól pobierających dane z systemu
88.	przycisków
89.	grafik
90.	Możliwość skonfigurowanie standardowego wydruku dla konfigurowalnego formularza z opcją drukowania całego formularza lub tylko wypełnionych/zaznaczonych wartości.
91.	Mechanizm blokowania ewidencji danych w historii choroby pacjenta po określonym czasie.
92.	Mechanizm blokujący możliwość edycji lub usunięcia wpisu dla osoby nie będącej jej autorem, ustawiany indywidualnie dla formularza
93.	Formularze i raporty dla skal udarowych min. Scandinavian Stroke Scale, NIHSS
94.	Formularze i raporty dla skal oceny ryzyka Żylnej Choroby Zakrzepowo Zatorowej (ŻChZZ) min. Capriniego, Padewska
95.	Formularze i raporty dla skal pomocnych przy leczeniu zatruc min. PSS, CIWA-A, CIWA-B, CIWA-AR
<b>CZĘŚĆ PIEŁĘGNIARSKA</b>	
1.	Możliwość konfigurowania zakresu godzinowego zmiany pielęgniarskiej dla danej jednostki organizacyjnej lub dla całego szpitala
2.	Możliwość wprowadzenia od 1 do 3 zmian pielęgniarskich dla całego szpitala lub dla danej jednostki organizacyjnej
3.	Rejestracja informacji o stanie zdrowia pacjenta (flaga lub checkbox do zaznaczania).
4.	Wprowadzanie obserwacji pielęgniarskich (karty realizacji opieki) z możliwością pobierania szablonów z katalogu oraz możliwością samodzielnego definiowania szablonów przez użytkownika
5.	Możliwość dokumentowania procesu pielęgnowania oraz procedur pielęgniarskich (Karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej) w oparciu o schematy definiowane dla danej jednostki za pomocą mechanizmu oznaczania wykonania danej czynności przy pomocy checkboxa
6.	Możliwość dokumentowania procesu pielęgnowania w oparciu o Diagnozę/Problem pielęgniarski, Plan realizacji opieki/Realizację opieki, Ocenę realizacji opieki z możliwością definiowania własnych szablonów diagnoz, z dedykowanymi dla nich czynnościami oraz

	ocenami wybieranymi z list wielowartościowych.
7.	Możliwość ewidencjonowania informacji o odleżynach oraz podjętych czynnościach pielęgnacyjnych dotyczących odleżyn. Definiowanie szablonów przez użytkownika.
8.	Możliwość ewidencjonowania wystąpienia odleżyny na rysunku z możliwością przypisania jej stopnia w skali Torrance'a
9.	Skala oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg Nortona.
10.	Możliwość prowadzenia bilansu płynów ze zgromadzonych informacji o płynach podanych i płynach wydalonych.
11.	Formularz bilansu płynów pozwala na automatyczne obliczanie bilansu zmianowego i dobowego na podstawie wprowadzonych wartości liczbowych
12.	Formularz bilansu płynów pozwala na definiowanie przez administratora dowolnych dodatkowych źródeł płynów wydalonych, z możliwością ewidencji dla nich wartości w ml, które są uwzględniane w bilansie zmianowym i dobowym
13.	Możliwość wprowadzania zaleceń pielęgnarskich w rozbiu na 3 pola z możliwością zdefiniowania ich nagłówków przez administratora
14.	Możliwość definiowania szablonów zaleceń dla wszystkich pól jednocześnie lub indywidualnie dla każdego pola
15.	Możliwość pobrania zatwierdzonych zaleceń do karty informacyjnej
	Możliwość generowania następujących wydruków:
16.	arkusz oceny stanu zdrowia pacjenta,
17.	karta indywidualnej opieki pielęgnarskiej,
18.	karta realizacji opieki,
19.	karta gospodarki wodnej (bilans płynów),
20.	karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn, z oceną ryzyka odleżyn wg skali Norton
21.	zalecenia pielęgnarskie,
22.	księga obejmująca obserwacje pielęgnarskie wszystkich pacjentów oddziału w zadanym przedziale czasu.
	Implementacja kalkulatora przeliczającego na podstawie masy, wzrostu, wyników laboratoryjnych - parametry pacjenta:
30.	powierzchnia,
31.	BMR (kcal, kJ), BMI,
32.	Osmol. Surowicy,
33.	BUN i UUN.
34.	Ewidencja i wydruk karty obserwacji włąć: obwodowych, centralnych dializacyjnych, dotętniczych.
	Możliwość ewidencji w karcie włąć minimum danych:
35.	daty i godziny założenia włącia
36.	osoby zakładającej
37.	rodzaju zestawu
38.	miejsca włącia
39.	obserwacji włącia na podstawie 6 stopniowej skali z datą godziną i osobą wykonującą obserwację
40.	usunięcia włącia
41.	uwag.
42.	Możliwość oznaczenia kolorem włąć w zależności od czasu, który upłynął od momentu jego założenia np. czerwonym włącie obwodowe powyżej 72h od założenia
44.	Możliwość dołączania zeskanowanych dokumentów z formy papierowej.
	Możliwość uzupełnienia wywiadu pielęgnarskiego:
45.	ocena sprawności pacjenta,
46.	ocena stanu emocjonalnego,
47.	ocena stanu psychicznego.
48.	Mechanizm wspomagający kategoryzację pacjentów uwzględniający wszystkie algorytmy przewidziane w: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
	Możliwość przypisania każdemu pacjentowi kategorii pielęgnacyjnej na dobę lub na zmianę za pomocą:
49.	prostego wyboru z listy kategorii
50.	mechanizmu wspomagającego



51.	Mechanizm automatycznego kopiowania kategorii z poprzedniej doby/zmiany dla pacjenta z możliwością jej zmiany w dniu bieżącym.
52.	Możliwość uzupełnienia kategorii dla dni poprzednich na podstawie kategorii w bieżącym dniu.
53.	Możliwość kategoryzacji wszystkich pacjentów oddziału na jednym formularzu.
54.	Możliwość kategoryzacji pacjentów na podstawie wyboru z listy wartości w formularzach min. Karty Indywidualnej Opieki, Zaleceń pielęgniarских, Bilansu płynów, Karty realizacji opieki
55.	Moduł umożliwia ewidencję karty gorączkowej.
56.	Moduł umożliwia przegląd karty gorączkowej, prezentuje interpretację graficzną wyników.
57.	Dostępna karta gorączkowa umożliwia administratorowi zdefiniowanie różnych typów pomiarów, z możliwością ustawienia dla nich dopuszczalnych zakresów wartości, maski wprowadzania
58.	Możliwość tworzenia konfigurowalnych tabel zapisywanych w kontekście pobytu/wizyty lub jednostki organizacyjnej
59.	Mechanizm tabel konfigurowalnych udostępnia 10 konfigurowalnych kolumn z możliwością nadania im tytułów
60.	Każda kolumna może zostać wyposażona w maskę wprowadzania danych, słownik odpowiedzi, ustawienie wartości domyślnej, ustawienie obowiązkowości pola oraz możliwość walidacji danych wg kryterium określonego blokiem PL/SQL
61.	Mechanizm umożliwia założenie jednej lub wielu tabel danego typu dla określonego kontekstu pobytu/wizyty .
62.	Mechanizm pozwala na dynamiczne oznaczanie kolorami poszczególnych wpisów na podstawie określonych konfiguracyjnie kryteriów.
63.	Mechanizm umożliwia podłączenie standardowego wydruku tabeli
64.	Mechanizm tworzenia raportu pielęgniarского, umożliwiający automatyczne generowania statystyk oddziału (ilość pacjentów przyjętych, wypisanych, zgonów, przeniesionych)
65.	Możliwość konfigurowania dodatkowych wpisów na podstawie danych ewidencjonowanych w oddziale (np. ilość pacjentów z wkluciem obwodowym)
66.	Możliwość tworzenia stałych pól dla raportu z możliwością konfigurowania listy odpowiedzi
67.	Możliwość wpisania do raportu danych dotyczących konkretnego pacjenta przebywającego na oddziale w czasie za który sporządzany jest raport
68.	Możliwość pobrania za pomocą konfigurowalnego bloku PL/SQL informacji dla pacjenta na podstawie danych zaewidencjonowanych w systemie
69.	Możliwość wydrukowania raportu pielęgniarского za daną zmianę pielęgniarскую
70.	Możliwość ewidencji Karty Bilansu Płynów w ujęciu godzinowym
71.	Możliwość ewidencji Karty Wykonanych Czynności Pielęgniarskich w ujęciu godzinowym
72.	Możliwość prowadzenia kart obserwacji w oparciu o wykonaną procedurę np. Karta Obserwacji Cewnika Moczowego
73.	Możliwość prowadzenia karty pomiarowej w ujęciu godzinowym
74.	Formularza centralny dla dokumentacji pielęgniarской z możliwością konfigurowania przycisków oraz dodatkowego pola w którym istnieje możliwość pobierania danych za pomocą konfigurowalnego bloku PL/SQL
79.	Możliwość pobrania za pomocą konfigurowalnego bloku SQL informacji dla pacjenta na podstawie danych zaewidencjonowanych w systemie.
80.	Możliwość wydrukowania raportu pielęgniarского za daną zmianę pielęgniarскую.
81.	Możliwość ewidencji Karty Bilansu Płynów w ujęciu godzinowym.
82.	Możliwość ewidencji Karty Wykonanych Czynności Pielęgniarskich w ujęciu godzinowym.
83.	Możliwość prowadzenia kart obserwacji w oparciu o wykonaną procedurę np. Karta Obserwacji Cewnika Moczowego.
84.	Możliwość prowadzenia karty pomiarowej w ujęciu godzinowym.
85.	Formularz centralny dla dokumentacji pielęgniarской z możliwością konfigurowania przycisków oraz dodatkowego pola w którym istnieje możliwość pobierania danych za pomocą konfigurowalnego bloku SQL.
86.	Mechanizm wspomagający kategoryzację pacjentów uwzględniający wszystkie algorytmy przewidziane w: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
87.	Mechanizm pozwala na dynamiczne oznaczanie kolorami poszczególnych wpisów na

	podstawie określonych konfiguracyjnie kryteriów.
--	--

## 5. Panel Lekarski

LP.	WYMAGANIE
1.	Możliwość definiowania dynamicznego panelu lekarskiego mogącego mieć specyficzny wygląd dla każdego oddziału lub dla każdego użytkownika. Informacje prezentowane w poszczególnych obszarach skorelowane są ze sobą, tzn. wybierając z listy danego pacjenta we wszystkich innych obszarach prezentowane są dane przyporządkowane do jego hospitalizacji.
2.	Możliwość zapisania ustawień obszarów poprzez zapamiętanie w ustawieniach konta użytkownika takich parametrów jak: wartości obszarów, ich rozmiaru, koloru, położenia na ekranie.
3.	Po zapisaniu ustawień obszarów dla danego użytkownika system zapamiętuje je i prezentuje panel zgodnie z tymi ustawieniami po ponownym zalogowaniu użytkownika.
4.	Wyświetlanie w ramach jednego widoku danych dotyczących: historii leczenia, skierowań, wyników badań laboratoryjnych, konsultacji, rozpoznań, danych pacjenta, procedur zakładowych oraz zleceń leków.
5.	Lista pozwalająca określić jakie zadania lekarz powinien jeszcze wykonać (obserwacje, zlecenia leków, rozpoznania).
6.	Możliwość wyboru graficznej lub tabelarycznej prezentacji wyników badań laboratoryjnych.
7.	Prezentacja przekroczeń norm w graficznej i tabelarycznej formie wyników badań laboratoryjnych.
8.	Możliwość definiowania (przypinania do panelu) w panelu aktywnej listy formularzy oraz raportów, a z których użytkownicy najczęściej korzystają.
	Możliwość zastosowania filtrów listy pacjentów obejmujące:
10.	pacjentów tylko lekarza prowadzącego,
11.	pacjentów lekarza prowadzącego oraz innych prowadzących,
12.	pacjentów tylko z aktualnej jednostki organizacyjnej szpitala,
13.	pacjentów z wszystkich jednostek organizacyjnych szpitala,
14.	aktualnych pacjentów,
15.	wypisanych pacjentów,
16.	pacjentów z zadaniami do wykonania,
17.	pacjentów z innych oddziałów z leczeniem skojarzonym,
18.	pacjentów z innych oddziałów oczekujących na konsultacje.
	Możliwość sortowania pacjentów według:
19.	daty przyjęcia,
20.	nazwiska i imienia,
	sali i łóżka.
21.	możliwość tekstowego wyszukiwania pacjentów z listy pacjentów,
22.	możliwość tekstowego wyszukiwania elementów historii leczenia,
23.	możliwość ograniczania wyświetlanych w panelu danych dotyczących danego pacjenta z okresu:
24.	ostatnie 24h,
25.	ostatnie 72h,
26.	wybrany dzień,
27.	zakres dat od do.
	Możliwość konfigurowania wyświetlanych danych w obszarze dotyczącym danego pacjenta w zakresie min.:
28.	imię,
29.	nazwisko,
30.	pleć,
31.	data urodzenia,
32.	PESEL,
33.	nr w Księżce Oddziałowej,
34.	nr w Księdze Głównej,
35.	sala/łóżko,
36.	rodzaj diety,

37.	lekarz prowadzący.
-----	--------------------

## 6. Ordynacja Lekarska

	WYMAGANIE
1.	Moduł umożliwia zlecenie leków pacjentowi z rozróżnieniem zlecenia określonego lokalnie i zewnętrznego.
2.	Moduł umożliwia lekarzom podgląd zleceń lekowych i diagnostycznych w jednym miejscu.
3.	Moduł umożliwia filtrowanie zleceń wg daty wystawienia zlecenia, rodzaju zlecenia.
4.	Moduł umożliwia sortowanie zleceń wg opisu zlecenia oraz daty planowanej realizacji.
5.	Moduł umożliwia wizualizację zleceń za pomocą znaków graficznych, takich jak w wersji papierowej książki.
6.	Moduł umożliwia prezentację odpowiednich statusów realizacji zlecenia za pomocą różnych znaków graficznych.
7.	Moduł umożliwia wybór leków z receptariusza oddziałowego.
8.	Moduł umożliwia zlecanie leków recepturowych zdefiniowanych w module Apteka.
9.	Moduł umożliwia zlecanie leków spoza receptariusza.
10.	Moduł umożliwia zlecanie leków na poziomie nazwy międzynarodowej.
11.	Moduł umożliwia uszczegółowienie o nazwę handlową zlecenia na konkretne podanie leku.
12.	Moduł umożliwia zlecanie w trybie zwykłym, doraźnym oraz do decyzji lekarza dyżurnego.
13.	Moduł umożliwia określenie godziny i czasu realizacji zlecenia.
14.	Moduł umożliwia lekarzowi podgląd wykazu alergenów, na które uczulony jest pacjent.
15.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie dodatkowych środków i rozpuszczalników w ramach jednego zlecenia lekowego.
16.	Moduł umożliwia lekarzowi podgląd szczegółów dotyczących realizacji zlecenia.
17.	Moduł umożliwia konfigurację przedziału czasu, na jaki można ewidencjonować zlecenia.
18.	Moduł umożliwia szybkie zaewidencjonowanie odstawienia leku.
19.	Moduł umożliwia zbiorcze przyjmowanie zleceń przez pielęgniarkę.
20.	Moduł umożliwia pielęgniarkom wyświetlenie zleceń lekowych z określonego zakresu czasu (dyżuru), dla konkretnego pacjenta i dla konkretnej sali, na której leżą pacjenci.
21.	Moduł umożliwia sortowanie zleceń o określonym statusie realizacji.
22.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie uwag dotyczących realizacji zlecenia.
23.	Moduł umożliwia zamknięcie zlecenia lekowego bez jego realizacji. W tej sytuacji powód niemożliwości realizacji zlecenia musi być bezwzględnie określony.
24.	Moduł umożliwia automatyczne przyjmowanie, rozpisanie i realizację leków na podstawie aktualnego stanu magazynowego apteczki oddziałowej.
25.	Moduł umożliwia wydruk zleceń na środki farmaceutyczne zarówno wg pacjentów, jak i wg zleconych leków.
26.	Moduł umożliwia rozdział zleceń dla pielęgniarki lekowej (tabletki, kapsułki, etc.) i zabiegowej (iniekcje).
27.	Moduł umożliwia współpracę z czytnikami kodów kreskowych i kolektorami danych przy ewidencji podania leków pacjentowi.
28.	Moduł umożliwia prowadzenie książki realizacji zleceń lekarskich.
29.	Moduł umożliwia synchronizację pomiędzy kartą zleceń lekarskich, a księgą zabiegów pielęgniarskich.
30.	Moduł posiada mechanizm definiowania dodatkowych filtrów ograniczających listę zleceń. Użytkownik może zaznaczyć więcej niż jeden filtr w danym momencie.
31.	Moduł umożliwia automatyczne przyjmowanie, rozpisanie i realizację leków na podstawie aktualnego stanu magazynowego apteczki oddziałowej.

## 7. Rozliczenia z płatnikiem

LP.	WYMAGANIE
	Definiowanie katalogu kontrahentów z podziałem na:
1.	instytucje ubezpieczające,
2.	płatnicy,
3.	instytucje właściwe pacjentom uprawnionym do świadczeń na podst. przepisów o koordynacji,

4.	instytucje wydające dodatkowe uprawnienia rozszerzające zakres przysługujących świadczeń,
5.	instytucje wystawiające legitymacje rencisty/ emeryta.
	Nanoszenie podstawowych danych kontrahentów:
6.	nazwa,
7.	kod instytucji,
8.	adres,
9.	NIP,
10.	REGON,
11.	bank i nr konta bankowego,
12.	adres e-mail,
13.	identyfikator księgowy.
	Deklarowanie katalogu świadczeń:
14.	możliwość definiowania katalogu świadczeń w oparciu o ICD 9,
15.	możliwość definiowania katalogu świadczeń w oparciu o procedury rozliczeniowe płatnika,
16.	możliwość definiowania katalogu świadczeń własnych, odrębnych dla każdej jednostki organizacyjnej,
17.	możliwość określenia ceny każdego świadczenia oraz parametrów pozwalających na wystawienie faktury (PKWiU, stawka VAT),
18.	możliwość wprowadzenia wartości punktowej każdego świadczenia,
19.	możliwość definiowania pozycji rozliczanych ryczałtem za liczbę dni,
20.	możliwość tworzenia limitów, pakietów usług dla każdego okresu rozliczenia umowy,
21.	możliwość translacji słowników używanych przez Szpital: grup zawodowych, trybów przyjęcia, trybów wypisu, tytułów uprawnienia na kody sprawozdawcze wymagane przez system NFZ.
22.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ, w tym import umów ze struktury UMX udostępnianej przez NFZ według aktualnego formatu.
23.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z jednostkami administracji państwowej.
	Możliwość ewidencjonowania umów komercyjnych zawartych z kontrahentami w zakresie usług:
24.	porad ambulatoryjnych,
25.	konsultacji specjalistycznych,
26.	świadczeń stacjonarnych,
27.	diagnostyki laboratoryjnej,
28.	diagnostyki obrazowej.
	Ewidencja parametrów umów:
29.	definiowanie okresu ważności umowy,
30.	definiowanie listy świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy,
31.	definiowanie wartości świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy wyrażonej kwotowo i w punktach,
32.	definiowanie wartości punktu w ramach limitu i poza limitem,
33.	definiowanie trybów hospitalizacji rozliczanych w ramach poszczególnych punktów umów,
34.	definiowanie limitów świadczeń,
35.	definiowanie procedur rozliczeniowych (płatniczych),
36.	definiowanie schematu rozliczania poszczególnych jednostek szpitala (np. dwie jednostki rozliczane jedną pozycją umowy).
37.	Opcjonalne kryteria wyboru pobytów/wizyt pacjentów np. poziom referencji, rozpoznania zasadnicze, wykonane procedury zakładowe, wykonane procedury wg NFZ.
38.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych przez poszczególne jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego.
39.	Możliwość dokonywania zmian warunków umów wynikających z zawarcia aneksów.
40.	Automatyczne rozpisywanie zakontraktowanych usług na okresy rozliczeniowe umowy z uwzględnieniem zaewidencjonowanych limitów na poszczególne świadczenia.
	Generowanie sprawozdań do płatnika:
41.	możliwość generowania komunikatów fazy statystycznej (faza I) w formatach: XML, SWX,
42.	możliwość wczytywania odpowiedzi z NFZ do komunikatów fazy I z informacją o stanie przekazanych danych wraz z numerem błędu w przypadku jego wystąpienia,
43.	możliwość wczytywania komunikatu rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych

	przesłanego przez NFZ w odpowiedzi na żądanie rozliczenia świadczeń, automatyczne wczytywanie szablonów rachunków,
44.	możliwość generowania elektronicznych rachunków refundacyjnych w formacie RFX,
45.	możliwość elektronicznego generowania komunikatów o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych w formacie FZX,
51.	Możliwość wstępnej walidacji sprawozdań przed wysłaniem jej do płatnika.
54.	Możliwość korekty danych przekazywanych do płatnika na podstawie zmian w danych źródłowych.
56.	Możliwość wyboru algorytmu podziału limitu między poszczególne okresy rozliczeniowe.
57.	Weryfikacja kompletu danych niezbędnego do rozliczenia wizyt/pobyków pacjentów.
58.	Możliwość raportowania braków w danych niezbędnych do rozliczenia świadczeń.
59.	Automatyczne przyporządkowywanie wizyt i pobyków pacjentów w szpitalu lub innej jednostce służby zdrowia do pozycji umów z płatnikami oraz przypisywanie im kwot refundacji zgodnie z wprowadzoną umową.
60.	Automatyczne zaznaczenie procedury rozliczeniowej jako ratującej życie w zależności od trybu przyjęcia do szpitala.
61.	Podgląd na bieżąco stanu realizacji poszczególnych umów (ilościowy i procentowy).
62.	Możliwość automatycznego śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego.
63.	Możliwość wystawienia faktur dla płatnika na podstawie dokumentów rozliczeniowych.
	Generowanie szeregu zestawień sprawozdawczych do NFZ, MZ i wewnętrznych raportów weryfikujących dane, między innymi:
64.	zestawienie świadczeń za wybrany okres z możliwością weryfikacji definiowalnego kompletu danych niezbędnych do rozliczenia,
65.	zestawienie świadczeń rozliczonych w danym okresie, na podstawie wybranych umów,
66.	zbiorcze zestawienia ilościowo - wartościowe za dany okres rozliczeniowy, na podstawie wybranych umów,
67.	zestawienie wykonanych usług ponadplanowych,
68.	zestawienia pobyków pacjentów powtarzających się częściej niż żądany odstęp czasu,
69.	generowanie sprawozdania do NFZ dot. liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenia.
70.	zestawienia zewidencjonowanych produktów rozliczeniowych z wykazem faktur zakupu dotyczących podanych leków.
71.	Wykazy faktur zakupowych za leki przekazanych do NFZ.
72.	Raport prezentujący listę czynności IP/SOR i wyliczający stawkę ryczałtu dobowego.
73.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy (decyzja wójta/burmistrza).
74.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom nieubezpieczonym, rozliczanym na podstawie art. 12 lub art. 13 ustawy.
75.	Zestawienie świadczeń wykonanych pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (UE).
76.	Zestawienie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni.
77.	Możliwość generowania raportu: Sprawozdanie finansowe.
78.	Możliwość sporządzania list świadczeń z informacją o ich aktualnym stanie przekazania do płatnika.
80.	Możliwość automatycznego przepinania wykonanych produktów między dowolnymi umowami (np. do rozliczania umów ugód).
81.	Możliwość modelowania zakresem danych zawartych w komunikacie I fazy przed przekazaniem ich do NFZ.
82.	Możliwość ustawień domyślnych parametrów służących do generowania komunikatów I fazy
83.	Możliwość definiowania dowodnego zestawu świadczeń, które mają zostać przekazane do NFZ w komunikacie I fazy.
84.	Możliwość wyznaczanie Jednorodnych Grup Pacjentów na podstawie danych świadczeń za pomocą wbudowanego grupera JGP.
85.	Możliwość podglądu pełnej historii przesłań do NFZ dla dowolnego zakresu danych dla poziomu: Zestaw Świadczeń, Świadczenie oraz Produkt rozliczeniowy.
86.	Możliwość importu instytucji właściwych pacjentom uprawnionym do świadczeń na podst. przepisów o koordynacji ze struktury INS_UE udostępnianej przez NFZ według aktualnego formatu.

	Nanoszenie danych wymaganych do komunikacji z oddziałami NFZ:
87.	identyfikator oddziału NFZ,
88.	identyfikator systemu informatycznego oddziału NFZ,
89.	identyfikator świadczeniodawcy,
90.	identyfikator systemu informatycznego świadczeniodawcy,
91.	identyfikator instalacji systemu informatycznego świadczeniodawcy.
92.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z oddziałami NFZ.
93.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z jednostkami administracji państwowej odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
94.	Możliwość importu umów ze struktury UMX udostępnianej przez NFZ według aktualnego formatu, w tym również importu aneksów do umów.
95.	Możliwość przeglądania listy wczytanych aneksów do umowy wraz z podglądem daty podpisania, okresu obowiązywania oraz daty wczytania aneksu umowy do systemu.
96.	Możliwość tworzenia nazwanych grup / profili zakresów punktów umowy, ułatwiająca analizowanie i zarządzanie umowami PSZ.
97.	Rozliczanie świadczeń wyłącznie w oparciu o dane zaewidencjonowane w miejscu udzielania świadczeń.
98.	Możliwość rozliczania świadczeń w zakresie danych ewidencjonowanych w modułach dziedzinowych, bez konieczności importu danych do modułu rozliczeniowego.
	Możliwość definiowania dodatkowych, opcjonalnych parametrów filtrowania świadczeń rozliczanych w ramach umowy:
99.	rozpoznanie,
100.	procedury medyczne ICD9CM,
101.	zrealizowane badania diagnostyczne,
102.	rodzaje wizyt,
103.	własny katalog produktów rozliczeniowych,
104.	zdefiniowany słownik wyróżników.
	Wymiana sprawozdań między świadczeniodawcą a oddziałami NFZ:
105.	możliwość generowania komunikatów danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych w formacie SWIAD (XML, SWX),
106.	możliwość generowania komunikatów danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych w formacie SWIAD (XML, SWX) dla konkretnego świadczenia bezpośrednio z miejsca ewidencji danego świadczenia,
107.	możliwość wczytywania potwierdzenia danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych w formatach P_ODB, P_SWI z informacją o stanie przekazanych danych wraz z numerem błędu (-ów) w przypadku jego wystąpienia,
108.	automatyczne oznaczanie świadczeń odrzuconych przez płatnika, z wyróżnieniem pozycji sprawozdania odrzuconych na etapie walidacji oraz pozycji odrzuconych na etapie weryfikacji danych,
109.	możliwość wczytywania komunikatu rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych przesłanego przez NFZ w odpowiedzi na żądanie rozliczenia świadczeń, automatyczne wczytywanie szablonów rachunków,
110.	możliwość generowania elektronicznych rachunków refundacyjnych w formacie REF (XML, RFX),
111.	możliwość generowania komunikatu szczegółowego dla faktury w formacie FAKT (XML, EFX),
112.	możliwość generowania komunikatu szczegółowego dla rachunku w formacie RACH (XML, ERX),
113.	możliwość generowania komunikatów o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych w formacie FZX (XML, FZX),
114.	możliwość wczytywania komunikatu zwrotnego do komunikatu danych o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii, programach terapeutycznych i programach lekowych w formacie FZZ,
119.	Możliwość wstępnej walidacji sprawozdań przed wysłaniem komunikatu do płatnika.
120.	Możliwość przeglądania listy błędów i ostrzeżeń zgłoszonych przez płatnika z opcją przejścia do ewidencji danych źródłowych, usunięcia problemów i oznaczenia błędów jako poprawionych.
121.	Możliwość usuwania z utworzonego sprawozdania wybranych świadczeń np. nie spełniających wymogów NFZ dot. kompletu danych przed wysłaniem komunikatu do

	płatnika.
132.	Możliwość blokowania modyfikacji danych źródłowych o produktach do rozliczenia po ich przesłaniu do płatnika.
133.	Możliwość śledzenia postępów wykonania zakontraktowanych świadczeń w ciągu trwania okresu rozliczeniowego.
134.	Możliwość automatycznego numerowania faktur.
135.	Możliwość drukowania faktury na podstawie dokumentu rozliczeniowego.
136.	Możliwość generowania korekty przesłanych świadczeń po zmianie kwalifikacji płatnika za wykonane świadczenia w modułach źródłowych.
	Generowanie zestawień sprawozdawczych oraz wewnętrznych raportów weryfikujących dane, minimum w zakresie:
137.	zestawienie świadczeń wykonanych w wybranym okresie z możliwością weryfikacji brakujących danych dot. skierowania, rozpoznai ICD10, procedur medycznych ICD9CM,
138.	zestawienie świadczeń oraz ich aktualnego stanu przekazania do płatnika,
139.	zestawienie z podsumowaniem punktów ujętych w wybranym sprawozdaniu danych o świadczeniach ambulatoryjnych i szpitalnych,
140.	zestawienie świadczeń przekazanych do NFZ, które nie zostały uwzględnione na szablonach rachunków,
141.	zestawienie faktur zakupowych za leki przesłanych do NFZ,
142.	zestawienie produktów rozliczeniowych podpisanych do pozycji faktury zakupowej za leki,
143.	zestawienie z wykazem świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych przekazanych do płatnika, do których zostały zgłoszone błędy lub ostrzeżenia,
144.	zestawienie z wykazem deklaracji POZ przekazanych do płatnika, do których zostały zgłoszone błędy lub ostrzeżenia,
145.	zestawienie pacjentów i usług uwzględnionych na dokumencie rozliczeniowym.
146.	Możliwość blokowania modyfikacji danych źródłowych o produktach do rozliczenia po ich przesłaniu do płatnika.
147.	Możliwość korekty danych przekazywanych do płatnika na podstawie zmian w danych źródłowych.
148.	Możliwość prowadzenia mapowania kartotek leków z receptariusza szpitalnego na produkty kontraktowane z NFZ.
154.	Możliwość ewidencjonowania umów zawartych z jednostkami administracji państwowej odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
	Możliwość definiowania dodatkowych, opcjonalnych parametrów filtrowania świadczeń rozliczanych w ramach umowy:
156.	rozpoznanie,
157.	procedury medyczne ICD9CM,
158.	zrealizowane badania diagnostyczne,
159.	rodzaje wizyt,
160.	własny katalog produktów rozliczeniowych,
161.	zdefiniowany słownik wyróżników.
162.	Możliwość dokonywania ręcznych zmian warunków umów wynikających z zawarcia aneksów.
	Możliwość ręcznej ewidencji parametrów umów:
163.	definiowanie listy płatników rozliczanych w ramach umowy,
164.	definiowanie okresu ważności umowy,
165.	definiowanie listy zakontraktowanych miejsc wykonywania świadczeń,
166.	definiowanie listy świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy,
167.	definiowanie wartości świadczeń wykonywanych w ramach danej umowy wyrażonej kwotowo i w punktach,
168.	definiowanie wartości punktu w ramach limitu i poza limitem,
169.	definiowanie limitów świadczeń,
170.	definiowanie produktów rozliczeniowych,
171.	definiowanie schematu rozliczania poszczególnych miejsc udzielania świadczeń (np. dwie komórki organizacyjne rozliczane jedną pozycją umowy).
172.	Możliwość przeglądania listy błędów i ostrzeżeń zgłoszonych przez płatnika z opcją przejścia do ewidencji danych źródłowych, usunięcia problemów i oznaczenia błędów jako poprawionych.
173.	Możliwość przeglądania słownika produktów handlowych wraz z informacją o taryfie

	bazowej i okresie jej obowiązywania w danym katalogu świadczeń (1n, 1m) oraz informacją o kodzie produktu w Centralnym Słowniku Leków stosowanym przy przesyłaniu do płatnika danych o fakturach zakupowych za leki .
--	---

## 8. Apteka

LP.	WYMAGANIE
1.	Tworzenie i zarządzanie receptariuszem szpitalnym.
	Zarządzanie receptariuszami oddziałowymi wraz z odnotowaniem: statusu leku:
2.	w receptariuszu,
3.	dostępny do zamawiania,
4.	dopuszczony do obrotu.
5.	Moduł musi być dostarczany z bazą leków.
	Możliwość prowadzenia i zarządzania katalogami:
6.	produktów,
7.	indeksu ATC,
8.	rodzajów klasyfikacji,
9.	postaci środków farmakologicznych,
10.	dróg podania,
11.	nazw międzynarodowych,
12.	podstaw prawnych,
13.	jednostek miar,
14.	kontrahentów,
15.	koncernów,
16.	typów magazynów,
17.	rodzajów recept,
18.	płatników,
19.	jednostek organizacyjnych,
20.	programów,
21.	numerów atestów.
22.	Moduł musi pozostawiać możliwość przyporządkowania leku do wielu grup do celów analitycznych.
23.	Możliwość definiowania grup leków. Moduł musi pozostawiać możliwość przyporządkowania leku do wielu grup.
24.	Podgląd informacji o lekach z kończącym się terminem ważności i lekach przeterminowanych.
25.	Konfiguracja blokady obrotu lekami przeterminowanymi.
26.	Sporządzanie zamówień do dostawców środków farmaceutycznych i materiałów medycznych z rozbiem na: zamówienia publiczne i zamówienia doraźne.
27.	Ewidencja dostaw środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
28.	Możliwość definiowania indywidualnych systemów kodowych dla poszczególnych dostawców.
29.	Weryfikacja dokumentów przychodowych z podpisanymi umowami z dostawcą (kontrola cen, stopnia realizacji umowy).
30.	Weryfikacja dokumentów przychodowych z cenami z ostatniej dostawy (w przypadku braku umowy).
31.	Możliwość konfiguracji precyzji cen opakowań rejestrowanych w bazie (od 2 do 6 miejsc po przecinku)
32.	Rejestracja korekt do dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.
33.	Automatyczne generowanie korekt dokumentów wewnętrznych inicjowane wprowadzeniem korekty zewnętrznej.
34.	Możliwość wczytania do modułu dokumentów przychodowych (faktur), ewidencjonujących dostawy w formie elektronicznej.
35.	Możliwość ewidencji obrotu lekami spoza receptariusza szpitalnego.
36.	Ewidencja zwrotów do dostawców.



37.	Weryfikacja dokumentów przychodowych z cenami z ostatniej dostawy (w przypadku braku umowy).
38.	Możliwość konfiguracji precyzji cen opakowań rejestrowanych w bazie (od 2 do 6 miejsc po przecinku)
39.	Automatyczne generowanie korekt dokumentów wewnętrznych inicjowane wprowadzeniem korekty dostawy.
40.	Ewidencja podpisanych umów z dostawcami.
41.	Ewidencja podpisanych aneksów do umów z dostawcami.
42.	Możliwość ewidencji dostaw spirytusu i narkotyków.
43.	Możliwość ewidencji dostaw darów.
44.	Możliwość sporządzania korekt przyjęć darów.
45.	Ewidencja indywidualnego importu docelowego.
46.	Ewidencja przyjęcia środka pacjenta.
47.	Ewidencja wydania do jednostki zewnętrznej.
48.	Możliwość realizacji zamówień przychodzących z apteczek, wspomaganie procesu tworzenia wydania na podstawie zamówienia.
49.	Możliwość realizacji wydania na podstawie kilku zamówień z apteczki.
	Przyjmowanie zamówień z jednostek organizacyjnych:
50.	ręczne,
51.	elektroniczne.
	Zapewnienie w trakcie realizacji zapotrzebowań bieżących informacji o:
52.	ilości do wydania,
53.	ilości dostępnej w magazynie,
54.	ilości zarezerwowanej,
55.	ilości zablokowanej,
56.	ilości „w drodze”,
57.	ilości dostępnej w komórce składającej zapotrzebowanie.
58.	Cofnięcie wydania do jednostki organizacyjnej.
59.	Możliwość wyboru odpowiednika leku podczas realizacji zapotrzebowania w oparciu o nazwy międzynarodowe.
60.	Możliwość wyboru odpowiednika leku podczas realizacji zapotrzebowania.
61.	Możliwość ewidencji dokumentów przesunięć MM-, MM+
62.	Ewidencja zwrotów z oddziałów:
63.	ręczne, dla jednostek bez działających apteczek w systemie.
64.	elektroniczne, dla apteczek jednostek działających w systemie.
65.	Ewidencja sporządzania leków recepturowych z wykorzystaniem automatycznego mechanizmu doboru składników z wcześniej wprowadzonego składu receptury lub poprzez ręczne zdejmowanie składników receptury.
66.	Generowanie i drukowanie arkusza do spisu z natury.
67.	Korekta stanów magazynowych (ilościowa i jakościowa) na podstawie arkuszy spisu z natury.
68.	Możliwość realizacji zamówień przychodzących z apteczek, wspomaganie procesu tworzenia wydania na podstawie zamówienia.
69.	Możliwość realizacji wydania na podstawie kilku zamówień z apteczki.
70.	Możliwość definiowania receptariuszy oddziałowych.
71.	Możliwość blokowania tworzenia i modyfikowania dokumentów obrotowych w zdefiniowanych okresach rozliczeniowych.
72.	Kontrola realizacji umowy.
73.	Możliwość wygenerowania raportu ilościowo-wartościowego z realizacji umowy w tym także do pliku.
74.	Współpraca z czytnikami kodów kreskowych w zakresie co najmniej identyfikacji leku, oraz generowania wydania na podstawie zeskanowanych leków.
	Moduł umożliwia wydruk zestawień:
75.	zestawienie cen,
76.	zestawienie kwartalne kosztów,
77.	obrotów środkiem farmakologicznym,

78.	obrotów za dany okres,
79.	zużycia środków przez pacjenta,
80.	przychodów i rozchodów wg dostaw,
81.	stanów magazynowych na dany dzień.
82.	Zestawienie rozchodów wg:
83.	środków,
84.	dostawców,
85.	komórek organizacyjnych,
86.	dokumentów,
87.	pacjentów,
88.	ATC.
89.	Zestawienie przychodów wg:
90.	środków,
91.	dostawców,
92.	komórek organizacyjnych,
93.	dokumentów,
94.	pacjentów,
95.	ATC.
	Raporty kontrolne:
96.	cen zakupu,
97.	analiza zużycia środków farmakologicznych,
98.	Wydruk książki kontroli przychodów i rozchodów.
99.	Ewidencja dokumentów dotyczących przekazywania środków farmakologicznych do utylizacji.
100.	Możliwość generowania raportu Jednorodnego Pliku Kontrolnego na wezwanie Urzędu Skarbowego dla wskazanego magazynu.
101.	Moduł umożliwia podgląd zleceń oczekujących na realizację na ekranie głównym.
102.	Moduł umożliwia wydruk raportu z bieżących stanów magazynowych.
103.	Moduł umożliwia podgląd bieżących stanów magazynowych.
104.	Moduł umożliwia podgląd bieżących stanów magazynowych apteczek szpitalnych.
105.	Moduł umożliwia podgląd podsumowania stanu środków w magazynie.
106.	Podgląd środków o stanach poniżej minimalnego limitu dla nich ustalonego.
107.	Podgląd środków farmakologicznych wstrzymanych w obrocie.
108.	Moduł umożliwia przeprowadzanie inwentaryzacji środków.
109.	Moduł umożliwia przeprowadzanie kasacji.
110.	Moduł umożliwia przecenę poszczególnych bądź wszystkich produktów w magazynie.
111.	Możliwość podglądu listy przecen środków farmakologicznych.
112.	Moduł umożliwia ewidencję przepakowań środków farmakologicznych znajdujących się w magazynie apteki.
113.	Wspomaganie przygotowywania przetargów publicznych w zakresie określenia listy leków i materiałów, ich ilości oraz szacowanej wartości.
114.	Możliwość wykorzystania katalogu BAZYL którym jest zasilony. Wykonawca uwzględnia w ofercie ewentualne koszty stron trzecich uprawniające Zamawiającego do eksploatacji katalogu.
115.	Moduł umożliwia podgląd i wydruk doniesień o niepożądanym działaniu środka.
116.	Łatwe przepisanie leków z katalogu BAZYL do listy produktów (receptariusza szpitalnego).
117.	Możliwość półautomatycznego przypisania leków z katalogu BAZYL do listy produktów (receptariusza szpitalnego)
118.	Możliwość generowania raportu Jednorodnego Pliku Kontrolnego na wezwanie Urzędu Skarbowego dla wskazanego magazynu.
119.	Ewidencja dokumentów dotyczących przekazywania środków farmaceutycznych do utylizacji.
120.	Wiekowanie stanów magazynowych.
121.	Podgląd środków farmaceutycznych wstrzymanych w obrocie.
122.	Moduł umożliwia podgląd i wydruk doniesień o niepożądanym działaniu środka.

123.	Możliwość podglądu listy przecen środków farmaceutycznych.
124.	Moduł umożliwia przecenę poszczególnych bądź wszystkich produktów w magazynie.
125.	Moduł umożliwia ewidencję przepakowań środków farmaceutycznych znajdujących się w magazynie apteki.
126.	Możliwość konfiguracji współpracy z modulem elektronicznego archiwum dokumentacji w zakresie archiwizacji raportów/zestawień.
127.	Ewidencja sporządzania leków recepturowych z wykorzystaniem automatycznego mechanizmu doboru składników z wcześniej wprowadzonego składu receptury lub poprzez ręczne zdejmowanie składników receptury.
128.	Możliwość blokowania tworzenia i modyfikowania dokumentów obrotowych w zdefiniowanych okresach rozliczeniowych.
129.	Możliwość wygenerowania raportu ilościowo-wartościowego z realizacji umowy w tym także do pliku.
130.	Współpraca z czynnikami kodów kreskowych danych w zakresie co najmniej identyfikacji leku, oraz generowania wydania na podstawie zeskanowanych leków.
131.	Wspomaganie przygotowywania przetargów publicznych w zakresie określenia listy leków i materiałów, ich ilości oraz szacowanej wartości.
132.	Moduł umożliwia przeprowadzanie kasacji.
133.	Obsługa UnitDose
134.	Możliwość akceptacji indywidualnych zleceń leków wprowadzonych na oddziale przy wykorzystaniu nazw międzynarodowych leków
135.	Możliwość podglądu interakcji leków podczas akceptacji indywidualnych zleceń leków, w przypadku dostępności zewnętrznego katalogu interakcji.
	Możliwość realizacji wydań w procesie UnitDose w ramach metod:
136.	automatycznej w zakresie tabletek posiadających kalibrację w urządzeniu pakującym,
137.	manualnej w urządzeniu pakującym zakresie tabletek nie posiadających kalibracji w urządzeniu (wraz z obsługą części tabletek: połówki, ćwiartki),
138.	manualnej w zakresie fiolek
139.	manualnej wspomaganej w regale automatycznym w zakresie fiolek
140.	manualnej w pozostałym zakresie
141.	Możliwość współpracy z maszynami uzależniona jest od ich dostępności u zamawiającego oraz wymaga dodatkowych uzgodnień w zakresie ich specyfikacji technicznej.
142.	Możliwość automatycznego doboru leków do wydania w nazwach handlowych przy realizacji indywidualnych zamówień leków wprowadzonych w nazwach międzynarodowych.
143.	Możliwość weryfikacji realizacji zamówienia leków przygotowanego w różnych metodach procesu UnitDose
144.	Możliwość zarządzania harmonogramami dostaw leków do jednostek organizacyjnych
145.	Możliwość zarządzania katalogiem transporterów wykorzystywanych w realizacji dostaw do jednostek organizacyjnych
146.	Możliwość ewidencji transportów realizujących dostawy leków z Apteki do jednostek organizacyjnych.
147.	Moduł musi być dopuszczony do integracji z Krajowym System Weryfikacji Autentyczności Leków (PLMVS) przez Krajową Organizację Weryfikacji Autentyczności Leków (KOWAL) na podstawie pozytywnie zakończonych testów.
148.	Moduł umożliwia weryfikację leków w PLMVS (skanowanie kodów 2D) na każdym etapie logistyki leku: w momencie przyjęcia do Apteki, wydanie na oddział, ewidencji zużycia na pacjenta.

## 9. Apteczka Oddziałowa

Lp.	WYMAGANIE
1.	Możliwość definiowania struktury apteczek w powiązaniu z apteką główną.
2.	Możliwość definiowania i obsługi kilku apteczek w jednostce.
3.	Możliwość definiowania wspólnej apteczki dla kilku jednostek.
4.	Generowanie zamówień elektronicznych do apteki głównej z apteczek.
5.	Potwierdzenia przyjęcia wydań z apteki szpitalnej, skutkujące przyjęciem pozycji wydania na stan apteczki.

6.	Możliwość obsługi apteczek pacjentów (dedykowanych środków farmakologicznych dla pacjenta, dla których system umożliwi podanie wyłącznie dla wskazanego pacjenta).
	Możliwość ewidencji przesunięć pomiędzy magazynami apteczek oddziałowych:
7.	przesunięcie pojedynczych pozycji,
8.	przesunięcie zawartości całej apteczki.
9.	Możliwość ewidencji zużycia leków i materiałów medycznych na pacjenta z jednej lub kilku apteczek.
10.	Możliwość ewidencji ubytków podczas zużycia leków na pacjenta.
11.	Kopiowanie leków na pacjenta, gdy zaaplikowane leki się powtarzają w ciągu pobytu.
12.	Możliwość definiowania pakietów zużycia leków wykorzystywanych przy ewidencji zużycia leków na pacjenta w celu przyspieszenia ewidencji leków podawanych w kompletach.
	Możliwość wstrzymania obrotu środkiem farmaceutycznym zgodnie z mechanizmem stop - order:
13.	globalnie,
14.	dla konkretnego pacjenta.
15.	Możliwość ewidencji zużycia na jednostkę organizacyjną z apteczki.
16.	Możliwość ewidencji zwrotów do apteki.
17.	Ewidencja kasacji środków farmaceutycznych.
18.	Możliwość przeprowadzenia inwentaryzacji z poziomu apteczki oraz apteczki dyżurki pielęgniarek.
19.	Komunikacja z modułami minimum: Ruch Chorych/ Poradnia/ Gabinet w zakresie aktualizacji stanu Apteczki, zgodnie z ewidencją dystrybucji środków farmaceutycznych odnotowywanych w odpowiednim module.
	Wydruk raportu stanów magazynowych poszczególnych apteczek wg kryterium:
20.	środek farmaceutyczny,
21.	postać,
22.	droga podania,
23.	grupa analityczna,
24.	grupa farmaceutyczna,
25.	podstawa prawna,
26.	producent,
27.	dostawca,
28.	płatnik,
29.	typ środka farmaceutycznego,
30.	wykaz leków.
31.	Zestawienie środków w receptariuszu oddziałowym z możliwością ograniczenia listy środków farmaceutycznych do środków danego typu.
	Wydruk receptariusza oddziałowego z uwzględnieniem kryterium:
32.	środek farmaceutyczny,
33.	postać,
34.	grupa analityczna,
35.	grupa farmaceutyczna,
36.	producent,
37.	dostawca,
38.	wykaz leków.
39.	Podgląd szczegółowego opisu środka farmaceutycznego, z każdego formularza na którym występuje.
	Możliwość wykonania zestawień:
40.	zużycia środków farmaceutycznych z podziałem na płatników,
41.	zużycia środków farmaceutycznych na pacjenta,
42.	zużycia wybranych środków farmaceutycznych na poszczególne jednostki organizacyjne.
43.	Automatyczne numerowanie dokumentów utworzonych w apteczce.
	Wydruk następujących raportów:
44.	przyjęcie środków,
45.	doniesienie o niepożądanym działaniu środka,
46.	książka kontroli przychodów i rozchodów,
47.	zestawienie zużycia środków przez pacjentów na oddziale,
48.	zestawienie zużycia środków przez pacjenta,

49.	zapotrzebowanie na środki do apteczki,
50.	dokument zwrotu środków do apteki,
51.	kasacja środków na oddziale.
52.	Korekta stanów magazynowych (ilościowa, jakościowa) na podstawie arkusza spisu z natury.
53.	Możliwość wprowadzania spisu z natury bezpośrednio do systemu, w którym prezentowane są wyłącznie dane o środkach bez ilości i serii.
54.	Możliwość generowania raportu Jednorodnego Pliku Kontrolnego na wezwanie Urzędu Skarbowego dla wskazanego magazynu.
55.	Możliwość konfiguracji precyzji cen opakowań rejestrowanych w bazie (od 2 do 6 miejsc po przecinku)
56.	Możliwość blokowania tworzenia i modyfikowania dokumentów obrotowych w zdefiniowanych okresach rozliczeniowych.
57.	Raport z wiekowania stanów magazynowych.
58.	Podgląd szczegółowego opisu środka farmaceutycznego, z każdego formularza na którym występuje.

## 10. Zakażenia szpitalne

Lp.	WYMAGANIE
1.	Wspieranie identyfikacji pacjentów o wysokim poziomie zagrożenia zakażeniem przez definiowanie dowolnych warunków wyboru pacjentów uwzględniających wpisy w historii choroby pacjenta.
2.	Prowadzenie rejestru wszystkich zakażeń wewnątrzszpitalnych.
3.	Możliwość nanoszenia wszystkich niezbędnych danych do wypełnienia Karty Zakażenia Szpitalnego. Dane ewidencjonowane w innych modułach pojawiają się automatycznie.
4.	Możliwość ewidencji zgłoszeń zakażeń na oddziale.
5.	Możliwość zaewidencjonowania dla jednego pacjenta dowolnej liczby kart w ramach jednego pobytu na oddziale.
6.	Odbieranie kart zgłoszenia zakażenia szpitalnego przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych jako indywidualne karty rejestracji.
7.	Możliwość odnotowania kwalifikacji zakażeń z podziałem na szpitalne i pozaszpitalne.
	Prowadzenie analiz liczbowych i procentowych danych z Kart Zakażeń Szpitalnych z podziałem na szpitalne i poza szpitalne:
8.	kwalifikacja zakażenia,
9.	przebieg kliniczny,
10.	czas leczenia,
11.	czas poprzedniej hospitalizacji,
12.	pleć,
13.	wiek,
14.	rozpoznanie zakażenia,
15.	rodzaj zakażenia,
16.	czynniki ryzyka.
17.	Możliwość tworzenia szablonów dokumentów wykorzystywanych w komórce zakażeń szpitalnych.
18.	Możliwość zatwierdzania przez lekarza odpowiedzialnego za rejestr zakażeń szpitalnych kart wpływających z poszczególnych oddziałów i uwzględniania ich w raportach.
19.	Możliwość dwuetapowego zatwierdzania karty: wstępnej weryfikacji przez jedną osobą i ostatecznego zatwierdzenia przez inną.
20.	Możliwość dostępu do danych z całego systemu (mechanizm wartości początkowych pól karty oraz dowiązywania formularzy należących do innych modułów).
21.	Automatyczne wysyłanie zgłoszenia do zespołu kontroli zakażeń szpitalnych po jego zamknięciu.
22.	Możliwość wykorzystywania przez administratorów systemu generatora raportów z zakresu tematyki zakażeń szpitalnych.
23.	Dostęp do wyników antybiogramów.
24.	Dostęp do wykazu zużycia antybiotyków na poszczególnych oddziałach.
25.	Ocena ryzyka powstawania odleżyn.

26.	Generator dowolnych raportów z zakresu tematyki zakażeń szpitalnych.
-----	--

## 11. Żywnienie

Lp.	WYMAGANIE
1.	Moduł umożliwia definiowanie diet żywnościowych.
2.	Moduł umożliwia zdefiniowanie dla każdej z diet informacji o wartościach odżywczych.
3.	Możliwość definiowania informacji o składnikach odżywczych dla każdego z produktów.
4.	Możliwość określenia kilkunastu różnych diet w jednym jadłospisie.
5.	Dieta może składać się z kilku zestawów żywnościowych.
6.	Pacjent żywiony odpowiednią dietą medyczną ma możliwość wyboru posiłku z dostępnych w danym dniu zestawów żywnościowych.
7.	Moduł umożliwia konfigurację minimalnej i maksymalnej wartości odżywczej w danej diecie.
8.	System informuje o przekroczeniu min/max wartości odżywczej w danej diecie podczas tworzenia jadłospisu dziennego.
9.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie posiłków w ramach danej diety na każdy dzień roku.
10.	Moduł umożliwia pogląd listy produktów potrzebnych do przygotowania danej diety.
11.	Moduł umożliwia tworzenie, usuwanie oraz modyfikację definicji posiłków.
12.	Moduł umożliwia zdefiniowanie dla każdego posiłku godziny oraz uwag opisujących, w jakim okresie musi zostać wprowadzony meldunek oraz jego ewentualna korekta. Godziny mogą być różne dla dni roboczych, dni roboczych po dniu wolnym od pracy oraz dni wolnych.
13.	System umożliwia kopiowanie posiłków (wraz ze składem) z wcześniej zdefiniowanych diet.
/	Możliwość tworzenia katalogów i zarządzania danymi:
	14. produktów,
	15. diet,
	16. posiłków,
	17. potraw,
	18. zestawów,
	19. wartości odżywczych,
	20. jednostek miary.
	Możliwość zdefiniowania dowolnej ilości posiłków dla każdej diety np.:
	21. śniadanie,
	22. drugie śniadanie,
	23. obiad,
	24. podwieczorek,
	25. kolacja,
	26. posiłek nocny.
27.	Tworzenie meldunku z zamówieniem na posiłki dla chorych i pracowników. Liczba zamawianych posiłków w ramach diety może być różna.
28.	Ewidencja korekt meldunków z konfigurowanym ograniczeniem czasowym ich składania.
29.	Ewidencja zamówień specjalnych dla pracowników szpitala – np. wigilia pracownicza.
30.	Możliwość elektronicznego składania meldunków i ich korekt z jednostek zamawiających.
31.	Tworzenie meldunków w jednostkach zamawiających wykorzystuje dane z ruchu chorych.
32.	Możliwość drukowania jadłospisu dla każdej diety oddzielnie.
33.	Możliwość drukowania surowców (sumarycznie) potrzebnych do realizacji jadłospisu.
34.	Tworzenie zamówienia do magazynu żywności na produkty niezbędne do realizacji jadłospisu.
35.	Generowanie rozdzielnika kosztów żywienia w rozbiciu na jednostki zamawiające.
36.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie maksymalnej ceny produktu.
37.	Możliwość zestawienia niezbędnych surowców dla wskazanej diety w wybranym jadłospisie.
38.	Możliwość drukowania wartości składników odżywczych dla posiłków jadłospisu i dla diet w jadłospisie.
39.	Możliwość ewidencji zapotrzebowania na potrawy przeznaczone na wykonywanie prób żywnościowych.
40.	Możliwość ewidencji potraw pozostałych z dnia poprzedniego w celu wykorzystania ich w dniu bieżącym, a tym samym zmniejszenia ilości produktów zapotrzebowanych z magazynu w dniu bieżącym.
41.	Możliwość ewidencji zapotrzebowania na produkty przeznaczone na wykonywanie prób

	żywnościowych.
42.	Możliwość ewidencji produktów pozostałych z dnia poprzedniego w celu wykorzystania ich w dniu bieżącym, a tym samym zmniejszenia ilości produktów zapotrzebowanych z magazynu w dniu bieżącym.
43.	Moduł umożliwia konfigurację minimalnej i maksymalnej wartości odżywczej w danej diecie.
44.	Moduł umożliwia zdefiniowanie dla każdego posiłku godziny oraz uwag opisujących, w jakim okresie musi zostać wprowadzony meldunek oraz jego ewentualna korekta. Godziny mogą być różne dla dni roboczych, dni roboczych po dniu wolnym od pracy oraz dni wolnych.
45.	Moduł umożliwia ewidencjonowanie maksymalnej ceny produktu.
46.	Możliwość ewidencji zapotrzebowania na potrawy przeznaczone na wykonywanie prób żywnościowych.

## 12. Administrator

Lp.	WYMAGANIE
1.	Moduł agreguje funkcje administracyjne z wszystkich modułów stanowiących przedmiot zamówienia lub jego zakres licencyjny i pozwala administratorowi na uruchomienie tych modułów.
2.	Obsługa połączenia z systemem: logowanie, wybór modułu, screenlock, zmiana hasła, informacje o wersji formularza.
3.	Dodawanie i regeneracja użytkowników bazy danych.
4.	Możliwość zablokowania konta użytkownika.
5.	Usuwanie konta użytkownika.
6.	Przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją o użytkownikach i administratorach systemu oraz pracownikach szpitala nie mających dostępu do aplikacji.
7.	Przegląd aktualnie pracujących w systemie użytkowników wraz z podaniem modułu i formularza, z którym pracują.
8.	Ewidencja aktualnie pracujących w systemie użytkowników wraz z podaniem modułu i formularza, z którym pracują.
9.	Przegląd obiektów bazy danych blokowanych przez sesje użytkowników.
10.	Zarządzanie informacją o modułach (wchodzących w ich skład formularzach, raportach i obiektach bazy danych wraz z informacją o wersjach). Kontrola poprawności wersji uruchamianych formularzy.
11.	Przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją o jednostkach organizacyjnych wraz ustaleniem ich hierarchii.
12.	Zarządzanie danymi jednostki organizacyjnej (nazwa, adres, NIP, REGON).
13.	Tworzenie planu pracy jednostek organizacyjnych wraz z uwzględnieniem świąt i dni wolnych od pracy.
14.	Kopiowanie planu pracy oraz okresów dni wolnych do wybranych komórek org.
15.	Podgląd archiwalnych planów pracy poszczególnych komórek organizacyjnych.
16.	Podgląd planu pracy dla poszczególnych dni i/lub pracowników.
17.	Możliwość definiowania kategorii dni, które umożliwiają oznaczenie wybranym kolorem dnia w kalendarzu limitów.
18.	Obsługa systemu automatycznej numeracji dokumentów, ksiąg.
19.	Zarządzanie księgami szpitalnymi wraz z wykonaniem operacji zamknięcia roku.
20.	Definiowanie list oczekujących, zdarzeń i procedur rozliczeniowych z nimi związanych.
21.	Zarządzanie informacją o schematach uprawnień z dokładnością do obiektów bazy danych, formularzy, elementów formularzy, raportów, menu.
22.	Eksportowanie, importowanie, przenoszenie, duplikowanie schematów uprawnień.
23.	Raportowanie różnic pomiędzy poszczególnymi schematami.
	Dodawanie i zarządzanie informacją o pracownikach:
24.	modułach w których pracują,
25.	funkcjach, które pełnią,
26.	jednostkach, w których są zatrudnieni,
27.	grupach zawodowych, do których przynależą,
28.	danych kontaktowych.
29.	Możliwość weryfikacji poprawności numeru prawa wykonywania zawodu.
30.	Definiowanie zapisów w logu zmian w danych wykonywanych przez użytkowników.

	Narzędzia do analizy i eksportu danych logu.
31.	Usuwanie (łączenie) kartotek pacjenta wraz z prezentowaniem listy usuniętych kartotek.
32.	Przechowywanie, wprowadzanie i zarządzanie informacją o formularzach, raportach i raportach definiowalnych.
33.	Możliwość definiowania wywoływania danego formularza lub raportu z różnych miejsc w systemie.
34.	Możliwość definiowania wyboru drukarki, na którą ma być wysyłany dany raport.
35.	Ewidencja komunikatów o błędach pojawiających się w systemie, możliwość zastąpienia standardowych komunikatów własnymi.
36.	Ustawianie parametrów pracy całego systemu, poszczególnych modułów i jednostek organizacyjnych.
37.	Zarządzanie zmiennymi środowiskowymi systemu operacyjnego mającymi wpływ na działanie systemu.
	Masowe zamykanie wizyt w poradniach wg kryterium:
38.	przedziału czasowego,
39.	zaplanowane wizyty,
40.	wizyty, które się odbyły,
41.	nazwa poradni,
42.	wszystkie poradnie.
43.	Określenie decyzji, na podstawie której mają zostać masowo zamknięte wizyty w poradniach np. wizyta nie odbyła się.
	Raportowanie podwójnych wizyt w poradniach wg kryterium:
44.	w tym samym dniu, w tej samej poradni,
45.	w tym samym dniu, u tego samego lekarza,
46.	w tym samym dniu (dowolna poradnia, dowolny pracownik).
47.	Zarządzanie zmiennymi środowiskowymi systemu operacyjnego.
48.	Zarządzanie dziedzinami umożliwiającymi konfigurację poszczególnych wartości.
49.	Możliwość wyboru drukarki, na którą ma być wysyłany dany raport.
50.	Możliwość wywoływania danego formularza lub raportu z różnych miejsc w systemie.
51.	Możliwość wyboru drukarki, na którą ma być wysyłany dany raport.
52.	Zapis w logu zmian w danych wykonywanych przez użytkowników. Narzędzia do analizy i eksportu danych logu.

### 13. Integrator

Lp.	WYMAGANIE
1.	Możliwość mapowania jednostek organizacyjnych z systemu medycznego na stanowiska kosztów z systemu finansowo-księgowego.
2.	Możliwość mapowania typów produktów z systemu medycznego na konta kosztów rodzajowych z systemu finansowo-księgowego.
	Możliwość dekretacji następujących typów dokumentów:
3.	przychodowe:
a)	przyjęcie zewnętrzne,
b)	korekta przyjęcia zewnętrznego,
c)	wydanie do jednostki zewnętrznej,
d)	zwrot do dostawcy,
e)	dar,
f)	korekta daru.
4.	rozchodowe:
a)	wydanie do jednostki wewnętrznej,
b)	zwrot z jednostki zewnętrznej,
c)	inwentura nadwyżki,
d)	inwentura braki,
e)	kasacja,
f)	sporządzenie leku recepturowego,
g)	odchylenia różnic.
5.	Możliwość rozróżnienia sposobu dekretacji dokumentów w zależności od płatnika (np. Szpital, Dary)



	Możliwość przeglądania dokumentów:
6.	zadekretowanych i wyeksportowanych,
7.	zadekretowanych i niewyeksportowanych.
8.	Możliwość wielokrotnego generowania i przysyłania dekretów w okresie z jednoczesną kontrolą wcześniej przesłanych zadekretowanych dokumentów (dekretacja inkrementalna)
9.	Możliwość wyboru pojedynczych dekretów do eksportu
10.	Moduł umożliwia przysyłanie dekretacji dokumentów bez względu na strukturę kont księgowych w systemie FK (analitika kont księgowych może być dowolnie rozbudowana)
11.	Możliwość automatycznego importu dokumentów zakupowych Z Apteki do wskazanego rejestru zakupowego w FK (wraz z określeniem domyślnego wzorca dekretacji)
	Moduł dostarcza następujące mechanizmy kontroli:
12.	Możliwość dekretacji dokumentów tylko przez uprawnione do tego osoby.
13.	Możliwość wycofania dekretacji tylko przez upoważnione osoby.
14.	Blokada ponownego przesyłu wyeksportowanych już dekretów.
15.	Blokada wysyłania dekretów z dwóch lub więcej miesięcy.
16.	Uzależnienie przesyłu dekretacji z systemu HIS od wersji planu kont systemu FK.

#### 14. eRejestracja

Lp.	WYMAGANIE
1.	Aplikacja WWW, możliwa do wyświetlenia w dowolnej przeglądarce.
2.	Zabezpieczenie komunikacji z aplikacją przez bezpieczne, szyfrowanie połączenie (HTTPS).
	Możliwość samodzielnego tworzenia kont przez pacjenta z obowiązkowym podaniem danych:
3.	imię i nazwisko,
4.	PESEL,
5.	telefon kontaktowy,
6.	adres e-mail,
7.	data i miejsce urodzenia,
8.	płeć,
9.	adres.
10.	Zabezpieczenie formularza tworzenia konta przed automatycznym wypełnianiem (kod CAPTCHA lub rozwiązanie alternatywne).
11.	Prezentacja i wymuszanie akceptacji regulaminu przy zakładaniu konta przez pacjenta.
12.	Automatyczne wysyłanie e-maila potwierdzającego podane dane kontaktowe.
13.	Możliwość logowania do aplikacji przy użyciu adresu e mail (lub nazwy konta) i hasła.
14.	Możliwość samodzielnego wygenerowania nowego hasła przez pacjenta (opcja „Zapomniałem hasła”).
15.	Możliwość przeglądania listy poradni oraz ich dostępnych godzin pracy.
16.	Możliwość samodzielnej zmiany danych konta przez pacjenta (w szczególności danych kontaktowych i hasła).
17.	Możliwość samodzielnego planowania wizyt przez pacjenta z wyborem dnia, godziny i lekarza w określonej poradni.
18.	Możliwość zmiany terminu lub anulowania wizyty zaplanowanej przez pacjenta.
19.	Możliwość przeglądania przez pacjenta własnych wizyt planowanych i odbytych.
20.	Możliwość podglądu i wydruku danych wizyty przez pacjenta.
21.	Możliwość przeglądania i modyfikacji kont użytkowników przez administratora.
22.	Możliwość resetowania hasła pacjenta przez administratora, z automatycznym powiadomieniem dla użytkownika.
23.	Możliwość zmiany terminu lub anulowania wizyty przez pacjenta.
24.	Możliwość przeglądania przez administratora wszystkich wizyt zaplanowanych w Rejestracji Internetowej oraz wizyt dotyczących wybranego pacjenta.
25.	Wspólny plan pracy Rejestracji Internetowej oraz modułu Rejestracja Poradni.
26.	Możliwość wyboru określonych poradni z modułu Rejestracja Poradni dostępnych przy planowaniu wizyt przez Rejestrację Internetową.
27.	Możliwość zmiany regulaminu i wymuszenia ponownego zaakceptowania go przez pacjentów.
28.	Możliwość zablokowania dostępu do systemu dla wybranego konta lub dla wszystkich

	pacjentów.
29.	Automatyczne blokowanie umawiania nowych wizyt dla pacjentów niestawiających się na wizyty.
30.	Możliwość dopasowania wyglądu strony do strony internetowej placówki.
	Możliwość definiowania treści:
31.	strony głównej dla zalogowanych użytkowników,
32.	strony głównej dla niezalogowanych użytkowników,
33.	regulaminu korzystania z aplikacji,
34.	wiadomości e-mail wysyłanych z aplikacji.
	Możliwość określenia parametrów działania systemu:
35.	maksymalna i minimalna liczba dni przed wizytą kiedy można ją zaplanować lub odwołać,
36.	czy mają być wysyłane powiadomienia o zbliżających się wizytach (do wyboru dla pacjenta),
37.	liczba wizyt nieodbytych, po których planowanie dla pacjenta zostaje zablokowane,
38.	adresy IP, z których jest możliwe logowanie do systemu,
39.	adresy IP, z których jest możliwy dostęp do formularza zakładania konta,
40.	liczby dni przed wizytą, kiedy ma być wysyłane przypomnienie o wizycie,
41.	liczba wizyt planowanych możliwych do dodania przez pacjenta,
42.	liczby dni po wizycie, kiedy wizyta nieodbyta ma być anulowana,
43.	konieczność dodatkowego zatwierdzenia konta pacjenta przez pracownika poradni, zanim będzie mógł samodzielnie planować wizyty,
44.	przedział czasowy godzin pracy poradni, na który jest możliwe planowanie wizyt przez Rejestrację Internetową,
45.	liczba wizyt, które można zaplanować w określonej poradni przez Rejestrację.
	Automatyczne wysyłanie powiadomień e-mail o:
46.	utworzeniu konta przez pacjenta,
47.	dodaniu zaplanowania wizyty,
48.	zbliżającej się wizycie,
49.	blokady konta po określonej liczbie nieodbytych wizyt,
50.	zmianie hasła,
51.	anulowaniu wizyty.
52.	Automatyczne wysyłanie powiadomień SMS o zbliżających się wizytach.
53.	Możliwość dodawania aktualności na stronie głównej aplikacji.
54.	Możliwość dopasowania wyglądu strony do strony internetowej placówki.
55.	Możliwość zablokowania dostępu do systemu dla wybranego konta lub dla wszystkich pacjentów.
56.	Automatyczne blokowanie umawiania nowych wizyt dla pacjentów niestawiających się na wizyty.

## 15. eWyniki

Lp.	WYMAGANIE
1.	System umożliwia bezpieczne logowanie się użytkownikom, którzy wcześniej uzyskali konto w systemie.
2.	System umożliwia konfigurację, w wyniku której użytkownik ma dostęp wyłącznie do swoich danych/wyników (loguje się jako pacjent).
3.	System umożliwia konfigurację zapewniającą użytkownikowi dostęp do wszystkich dokumentów pacjentów skierowanych do szpitala przez jednostkę z której pochodzi (loguje się jako lekarz).
4.	System umożliwia przeglądanie z wykorzystaniem przeglądarki internetowej dowolnych dokumentów związanych ze skierowaniami pacjenta.
5.	Dokumenty prezentowane w przeglądarce są tożsame w zakresie treści i formy z dokumentami prezentowanymi w macierzystym systemie HIS.
6.	System umożliwia konfigurację, w wyniku której dokumenty z macierzystego systemu HIS zostają automatycznie przekazane do aplikacji.
7.	System umożliwia konfigurację, w wyniku której dokumenty z macierzystego systemu HIS trafiają do aplikacji po zadanim czasie lub na żądanie uprawnionego użytkownika systemu HIS.
	System umożliwia wyszukiwanie, filtrowanie i sortowanie dokumentów wg pól opisujących

	dokumenty to jest w minimalnym zakresie wg:
8.	daty publikacji dokumentu (wykonania badania),
9.	rodzaju dokumentu/badania,
10.	jednostki zlecającej,
11.	jednostki wykonującej (publikującej dokument),
12.	imienia i nazwiska pacjenta.
13.	System umożliwia pobranie i zapisanie na dysku oraz wydrukowanie prezentowanych dokumentów.
14.	System dostarcza aplikację, która umożliwia zarządzanie użytkownikami (dodawanie, usuwanie i modyfikację).
15.	System umożliwia dostosowanie wyglądu aplikacji do strony internetowej szpitala.
16.	Aplikacja umożliwia generowanie dokumentów zarówno w formacie XPS jak i PDF.
17.	Dokumenty wygenerowane przez system mogą być automatycznie podpisywane elektronicznie.

## 16. Podpis elektroniczny z archiwum dokumentów cyfrowych.

Lp.	WYMAGANIE
1.	Otwieranie i wyświetlanie dokumentów w formacie XML, PDF, XPS oraz obrazów w formacie JPG.
2.	Weryfikacja poprawności dokumentów XML względem Schematu XML (XSD).
3.	Podpisywanie dokumentów XML w formacie zgodnym ze standardem XML-DSig oraz XAdES.
4.	Wykorzystanie certyfikatów kwalifikowanych i/lub niekwalifikowanych zgodnych ze standardem X.509 do składania podpisu elektronicznego.
5.	Umożliwienie składania podpisu elektronicznego z wykorzystaniem kart inteligentnych.
6.	Możliwość złożenia wielu podpisów elektronicznych przy jednokrotnym podaniu numeru PIN do karty inteligentnej.
7.	Weryfikacja podpisu elektronicznego.
	Możliwość konfiguracji żądań podpisów dla każdego z dokumentów dostępnych w systemie:
8.	definiowanie osoby lub funkcji pracownika podpisującego,
9.	definiowanie celu złożenia podpisu,
10.	definiowanie oczekiwanego miejsca złożenia podpisu,
11.	określenie terminu złożenia podpisu względem daty tworzenia dokumentu,
12.	określenie miejsca zasobu dyskowego, na którym będą składowane pliki.
13.	Możliwość określenia osób mających prawa do podpisania danych typów dokumentów oraz wybrania z tej listy konkretnych osób podpisujących dany dokument.
14.	Opisywanie dokumentów przez zbiór metadanych, zawierających m.in. dane pacjenta, dane osoby tworzącej dokument, jednostkę/komórkę organizacyjną, rodzaj dokumentu, datę utworzenia, datę podpisania, datę udostępnienia.
15.	Możliwość przechowywania kolejnych wersji tych samych dokumentów.
16.	Utrwalanie i zabezpieczanie dokumentów w Archiwum Dokumentów Elektronicznych systemu HIS
17.	Wczytywanie zewnętrznych dokumentów, umożliwienie złożenia podpisu elektronicznego pod nimi oraz przekazywanie ich do Archiwum Dokumentów Elektronicznych systemu HIS.
18.	Przechowywanie danych tekstowych lub binarnych dowolnego formatu.
19.	Możliwość określenia rodzajów przechowywanych dokumentów z wersjonowaniem.
	Możliwość przechowywania dla każdego dokumentu dodatkowych informacji (metadanych):
20.	opis zawierający:
a)	rodzaj i wersję,
b)	rozmiar,
c)	data utworzenia,
d)	typ MIME,
e)	sumę kontrolną,
f)	identyfikator osoby dodającej dokument,

g)	identyfikator autora,
21.	identyfikator komórki lub jednostki organizacyjnej,
22.	identyfikator systemu zgłaszającego dokument.
23.	Dowolny zbiór nazwanych pól z możliwością określenia dla każdego rodzaju i wersji dokumentu czy dane pole jest obowiązkowe i reguł jego walidacji.
24.	Listę podpisów złożonych pod dokumentem, z możliwością określenia dla każdego rodzaju i wersji dokumentu minimalnego zbioru podpisów.
25.	Powiązania z innymi dokumentami z określeniem rodzaju: podpisuje, zastępuje, załącznik, duplikat, transformacja.
26.	Przypisanie unikatowego identyfikatora dla każdego dokumentu.
27.	Możliwość trwałego archiwizowania dokumentów bez opcji usunięcia lub modyfikacji.
28.	Możliwość przechowywania dokumentów w archiwum tymczasowym (z opcją aktualizowania i późniejszego trwałego archiwizowania).
29.	Automatyczne przechowywanie dokumentów wymagających podpisania w archiwum tymczasowym.
30.	Możliwość anulowania dokumentów (oznaczenia jako nieaktualne).
31.	Przechowywanie dokumentów oraz metadanych w sposób gwarantujący ich integralność.
32.	Możliwość organizacji przechowywania dokumentów w różnych lokalizacjach dyskowych w zależności od: rodzaju, jednostki/komórki, systemu zgłaszającego.
33.	Dostęp do dokumentów i metadanych przez usługę sieciową (web service).
34.	Zabezpieczenie komunikacji z usługą dostępową przez SSL oraz mechanizm API-Key.
35.	Możliwość wyszukiwania i pobierania przez usługę dostępową metadanych dokumentów przy pomocy wielokryterialnych zapytań.
36.	Wyszukiwanie dokumentów na podstawie metadanych, bez odczytu ich treści.
37.	Możliwość pobierania przez usługę dostępową ustawień dla rodzajów i wersji dokumentów.
38.	Możliwość pobierania przez usługę dostępową treści dokumentów.
39.	Przechowywanie logu wszystkich operacji na dokumentach z informacją o osobie wykonującej.

## 17. Harmonogramy pracy

1.	Interfejsem użytkownika jest przeglądarka internetowa (co najmniej Chrome; Firefox; IE; Edge)
2.	Wymóg tworzenia harmonogramów pracy dla wszystkich jednostek organizacyjnych w szczególności zatrudniających personel medyczny.
3.	Wymóg nadawania uprawnień tak, aby użytkownik miał prawo wykonania blokowania miesiąca /odblokowywania miesiąca/ przeniesienia z planu na wykonanie harmonogramu.
4.	Wymóg zdefiniowania w systemie pory nocnej.
5.	Wymóg pracy na pracownikach zatrudnionych w module Kadry z możliwością przydzielenia pracowników do grupy harmonogramu.
6.	Wymóg pracy na katalogach jednostek organizacyjnych, grup pracowniczych zdefiniowanych w module Kadry.
	Wymóg definiowanie zmian dostępnych w harmonogramie uwzględniających podstawowe parametry:
7.	opis
8.	nr zmiany
9.	liczba godzin
10.	godziny od – do pracy etatowej
11.	godziny od - do dyżuru

12.	kolor
13.	Wymóg prowadzenia oddzielnej ewidencji harmonogramu planowanego i realizowanego dla wybranego miesiąca oraz dla wybranej jednostki organizacyjnej.
14.	Funkcjonalność definiowania kalendarza, dni świątecznych oraz rozkładu tygodnia pracy.
15.	Definicja rodzajów godzin jakie są stosowane do wprowadzenia ewidencji czasu pracy, czasu trwania tzw. pory nocnej, doby świątecznej, ilości godzin w tyg pracy.
16.	Zatwierdzanie zaplanowanego i faktycznego czasu pracy przez osoby uprawnione.
17.	Karta ewidencji czasu pracy w połączeniu z Kadrami. Konieczny eksport planu oraz wykonania w postaci pliku xml w strukturze uzgodnionej z Zamawiającym.
18.	Kontrola procesu poprzez powiadamianie emailowe o koniecznych zmianach do uzupełnienia
	Wymóg nanoszenia i poprawiania bezpośrednio na harmonogramie:
19.	zmian
20.	godzin zmiany
21.	godzin pracy etatowej
22.	początek i koniec pracy etatowej
23.	godziny pracy na dyżurze
24.	początek i koniec pracy na dyżurze
25.	dodawania komentarzy do zmian w danym dniu
	Wymóg wyświetlenia i filtrowania danych na harmonogramie:
26.	zmian
27.	godzin zmiany
28.	absencji
29.	godzin pracy etatowej
30.	początek i koniec pracy etatowej
31.	godziny pracy na dyżurze
32.	początek i koniec pracy na dyżurze
	Wymóg przeglądania harmonogramów w zależności od posiadanych uprawnień dla:
33.	pracowników występujących wybranej jednostce organizacyjnej.
34.	wszystkich pracowników występujących w całym szpitalu
35.	wszystkich harmonogramów dla wybranej osoby
	Wymóg sprawdzenia dla pracownika norm wynikających z rozliczeń czasu pracy:
36.	okresu rozliczeniowego
37.	norma dobową - Ilość godzin do wypracowania wynikające z normy dobowej etatu
38.	ilości godzin do przepracowania w danym okresie
39.	ile pozostało godzin do rozplanowania
40.	ilość godzin do wypracowania w danym miesiącu
41.	Wymóg eksportu harmonogramu do pliku
42.	Wymóg przydzielanie harmonogramom statusu „zablokowany”
43.	Wymóg prezentowania danych sumarycznych dla pracowników wynikających z wprowadzonych wartości dla poszczególnych harmonogramów
44.	Wymóg wykonania po zdefiniowaniu harmonogramu walidacji poprawności pod kątem zgodności z przepisami Kodeksu Pracy
45.	Wymóg wydruku harmonogramu pracy.

47.	Wymóg automatycznego naliczenia ewidencji czasu pracy na podstawie wprowadzonego wcześniej harmonogramu planowanego i wykonanego.
48.	Wymóg wydruku zestawienia godzin nocnych i świątecznych.