

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia rozwiązania równoważnego tj.
dostawa i wdrożenie nowego Zintegrowanego Systemu Informatycznego wraz ze świadczeniem usługi opieki serwisowej
oprogramowania**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa i wdrożenie Zintegrowanego Systemu Informatycznego zwanym dalej (ZSI) w siedzibie Zamawiającego:

1. uruchomienie infrastruktury na potrzeby systemu (ZSI)
2. dostawę oraz wdrożenie systemu informatycznego do obsługi placówki - część medyczna
3. świadczenie usług gwarancyjnych, serwisowych, dostępu do nowych wersji i wsparcia użytkowników

Zakres funkcjonalny oprogramowania

Wykonawca składa zobowiązanie, że na dzień składania oferty jego system posiada wszystkie funkcjonalności oraz wymogi techniczne wymagane w niniejszym opisie przedmiotu zamówienia.

Celem zamówienia jest:

dostarczenie i wdrożenie przez Wykonawcę kompleksowego systemu informatycznego pełniącego funkcję :

- Zintegrowanego Systemu Informatycznego (HIS) wraz z bezterminowymi licencjami płatnymi jednorazowo, pozwalającymi na jednoczesną pracę minimum 500 użytkowników, spełniającego wymagania funkcjonalne i poza funkcjonalne określone w niniejszym opisie przedmiotu zamówienia.
- Portalu Pacjenta z informacją o stanie zdrowia pacjenta wraz z bezterminowymi licencjami, spełniającego wymagania określone w niniejszym opisie przedmiotu zamówienia.

Dodatkowo Wykonawca zobowiązany jest do :

- dostawy silnika bazy danych, w oparciu o który mają działać wszystkie dostarczone systemy informatyczne oraz niezbędnej liczby licencji do pracy wyżej wymienionego oprogramowania na serwerach, posiadanych przez Zamawiającego. (Kłaster wysokiej dostępności HA pracujący Activ-Activ składający się z dwóch serwerów po dwa procesory Xenon E5-2650v2 (po 16 rdzeni każdy procesor) po 192 GB RAM i Macierzy dyskowej IBM V3700v1) Licencja systemu bazy danych nie może posiadać ograniczenia co do wielkości przechowywanych danych ani powodować dodatkowych opłat w przypadku przyrostu danych przez cały okres użytkowania systemu . Licencja systemu bazy danych ma wykorzystywać w pełni pamięć operacyjną RAM i wszystkie rdzenie procesorów w serwerze.
- dostawy licencji systemowego oprogramowania niezbędnego do uruchomienia oprogramowania , Licencja systemu operacyjnego nie może posiadać ograniczenia co do wykorzystywania ilości procesorów fizycznych ani powodować dodatkowych opłat w przypadku rozbudowy serwerów o nowe procesory i pamięć RAM. Ponadto nie może generować dodatkowego kosztu związanego z ich utrzymaniem przez cały okres utrzymywania serwerów.
- instalacji, wdrożenia, konfiguracji i uruchomienia w/w oprogramowania.

System musi spełniać wymogi do prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej oraz normy PN EN 13606 to jest powinien umożliwić:

Zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą

System musi działać w infrastrukturze serwerów oraz w oparciu o zewnętrzną macierz dyskową posiadaną przez Zamawiającego (Kłaster wysokiej dostępności HA pracujący Activ-Activ składający się z dwóch serwerów po dwa procesory Xenon E5-2650v2(po 16 rdzeni każdy procesor). System musi umożliwiać tworzenie kopii bez konieczności przerywania pracy użytkowników. Baza danych musi działać w trybie zapisywania logów transakcji.

Zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji

System medyczny w części HIS musi spełniać wymogi związane z prowadzeniem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

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

Stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych

System powinien mieć rozbudowany system uprawnień uwzględniający różne poziomy dostępu do dokumentacji medycznej i umożliwiający tworzenie ról w systemie np. :

- Lekarz – pełny dostęp do dokumentacji medycznej
- Pielęgniarka, położna, Rehabilitant – dostęp do części dokumentacji tworzonej przez te osoby oraz do zleceń

- Statystyk medyczny (wprowadzający) – dostęp do dokumentacji medycznej, wprowadza dane, brak możliwości modyfikacji dokumentacji medycznej poza danymi rozliczeniowymi

Identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a—d

System powinien przechowywać historię zmian cech służących do oznakowania dokumentacji to jest:

- nazwisko i imię,
- tytuł zawodowy,
- uzyskane specjalizacje,
- numer prawa wykonywania zawodu — w przypadku lekarza, rehabilitanta, pielęgniarki i położnej tak, aby możliwe było uzyskanie wersji tych informacji na moment czasu w którym oznakowywana była dokumentacja medyczna. Alternatywnym rozwiązaniem dopuszczalnym jest trwałe zapisywanie tych cech przy każdym wpisie do dokumentacji medycznej.

Powinien odzwierciedlać chronologię przypadków klinicznych i dostępności informacji w systemie

System powinien mieć dwa oznaczenia:

- czasu i daty zaistnienia zdarzenia (kiedy ono miało fizycznie miejsce)
- czasu i daty wprowadzenia informacji do systemu

Powinien zapewniać jednoznaczną identyfikację podmiotów i ich jednostek organizacyjnych, w których tworzona jest dokumentacja medyczna

Dla wszystkich elementów znajdujących się w dokumentacji medycznej powinna być przechowywana historia zmian tak, by możliwe było odtworzenie stanu dokumentacji w momencie jej powstania. Dopuszczalne jest trwałe zapisywanie tych cech na poziomie dokumentacji medycznej.

Słowniki powinny umożliwiać wersjonowanie

W system powinny być wbudowane słowniki niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej. Z tytułu ich użytkowania Zamawiający nie może ponosić żadnych dodatkowych opłat. Wszystkie słowniki prowadzone w systemie powinny być wersjonowane tak, aby możliwa była jednoznaczna interpretacja, jaka wersja kodu obowiązywała w danym czasie. Dotyczy to w szczególności:

- Międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD9
- Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD10
- Trybów przyjęcia i wypisów
- Słowników świadczeń używanych do rozliczeń NFZ
- Własnego słownika wykonywanych świadczeń medycznych lub czynności opiekuńczych

System powinien być wyposażony w mechanizm rozliczeniowy świadczeń medycznych. W tym zakresie powinien umożliwić:

- Nazwę świadczenia lub czynności.
- Określenie czasu ważności, w tym również od zadanego momentu czasu do odwołania
- Określenie świadczeń wchodzących w skład pakietu oraz ich ceny (jedno świadczenie tak samo nazwane z tym samym kodem może mieć różne ceny w różnych pakietach)
- Określenie sposobu rozliczania świadczeń w ramach umowy (ryczałt miesięczny, płatność za każdą usługę)
- Określenie płatnika (podmiotu z którym zawarto odrębną umowę na świadczenie usług zdrowotnych umowę)

Powinien umożliwić stworzenie cennika i pakietu świadczeń dla odbiorców indywidualnych i instytucjonalnych.

System powinien obsługiwać kolejki na świadczenia zdrowotne zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. System powinien obsługiwać planowanie pobytów pacjentów lub sprawowania nad ich opieką, których leczenie będzie finansowane z dowolnych środków. W przypadku pobytów planowych, powinien z w trakcie wprowadzania na listę planowanych pobytów umożliwiać wprowadzenie informacji o planowanym świadczeniu, wstępną rezerwację zasobów oraz zweryfikowanie ich dostępności np. czy będzie wolna sala, przyrząd czy inne konieczne wyposażenie.

Powinien umożliwić połączenie zlecenia z wynikami badań uzyskanymi w jego wyniku

System powinien w szczególności integrować się z innymi medycznymi systemami informatycznymi, do których są przekazywane elektroniczne zlecenia i z których odbierane są wyniki za pomocą otwartych i powszechnie stosowanych protokołów komunikacji w systemach medycznych jak: HL7, DICOM.

Dla pozwolenia na wgląd w dane powinien umożliwiać rejestrowanie jego ram czasowych

Pozwolenie na wgląd w dane powinno być możliwe zarówno dla całości dokumentacji, jak i pojedynczych zdarzeń medycznych epizodów. Powinna być możliwość określenia osoby, której udostępniana jest dokumentacja, celu udostępnienia, daty początku i końca udostępnienia. Każde udostępnienie musi być rejestrowane w systemie.

Powinien być niezależny technologicznie (możliwy do uruchomienia na różnych systemach operacyjnych)

Dostarczany system informatyczny powinien móc być zainstalowany/uruchamiany minimum na następujących platformach:

- Dla serwerów (minimum 2 platformy): Windows, Linux
- Dla stacji roboczej (minimum 2 platformy): Windows, Linux, Mac OS
- Dla urządzeń mobilnych (minimum 3 platformy): Android, Windows, Apple iOS

Oferowany system informatyczny będzie umożliwiał wydrukowanie wszystkich dokumentów niezbędnych do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Oferowany ZSI musi być systemem w pełni zintegrowanym, działającym na jednym motorze bazy danych, obejmującym następujące zakresy funkcjonalne:

1. Rejestracja -przyjęcie pacjenta, obsługa pacjenta
2. Zlecenia medyczne, skierowania , recepty
3. Epidemiologia
4. Apteczka
5. rozliczenia NFZ i innymi odbiorcami
6. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna
7. Portal pacjenta
8. RIS/PACS

Warunki licencyjne:

Wszystkie dostarczone licencje nie mogą nakładać ograniczeń czasowych na prawo do użytkowania oprogramowania.

Przedmiotem zamówienia jest wdrożenie (analiza, instalacja, konfiguracja, szkolenia, uruchomienie) ZSI w siedzibie Zamawiającego na dwóch oddzielnych środowiskach **produkcyjnym oraz testowym**.

Dla oprogramowania wymagającego licencji obcych, niebędącego własnością Wykonawcy, ma on dostarczyć oryginalne nośniki, dokumentację, licencje oraz wszelkie inne składniki dołączone do oprogramowania przez jego producenta. Licencje muszą być wystawione na Zamawiającego, a Wykonawca dopełni wszystkich formalności wymaganych prawem, licencją i innymi wymogami producenta zapewniających, że Zamawiający będzie pełnoprawnym użytkownikiem dostarczonego ZSI.

Zamawiający oczekuje dostarczenia pod potrzeby ZSI bazy danych spełniającej wymagania określone w niniejszym opisie przedmiotu zamówienia. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia w ramach niniejszego postępowania licencji oprogramowania bazodanowego, jego instalacji i konfiguracji pod oferowany ZSI. Jednocześnie Wykonawca zapewni nadzór i asystę nad niniejszym oprogramowaniem bazodanowym na warunkach określonych w opisie przedmiotu zamówienia.

Zobowiązania Wykonawcy

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

- dostarczenia, instalacji i konfiguracji ZSI pod potrzeby Zamawiającego jako środowiska produkcyjnego.
- dostarczenia, instalacji i konfiguracji środowiska testowego ZSI pod potrzeby Zamawiającego do celów szkoleniowych.

- wydania dokumentacji ZSI przynajmniej w wersji elektronicznej,
- 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),
- cała dokumentacja musi być sporządzona w języku polskim, posiadać jednolity wygląd, być czytelna i zrozumiała dla czytelnika. Wyjątkiem od tej reguły jest dokumentacja dla administratora w zakresie oprogramowania nie mającego odpowiednika w języku polskim.
- dokumentacja powinna być podzielona na dokumentację użytkownika i dokumentację administratora systemu.
- dokumentacja użytkownika musi zawierać instrukcję obsługi systemu umożliwiającą na samodzielną naukę obsługi systemu, która będzie przekazywana etapami zgodnie z harmonogramem wdrożenia.
- dokumentacja administratora oprócz instrukcji obsługi pod kątem zarządzania systemem musi zawierać: opisy struktur bazy danych, 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 Zamawiającego.
- 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.
- 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.
- wydania dokumentu licencyjnego dla ZSI,
- przekazania kont i haseł dostępowych administratora (najwyższy poziom dostępu) do wszystkich elementów wchodzących w skład zamówienia dla których takie konta zostały utworzone tj. zintegrowanego systemu informatycznego, programów narzędziowych, baz danych oraz innego oprogramowania dostarczonego w ramach postępowania. Przekazanie kont i haseł musi zostać wykonane najpóźniej przed odbiorem końcowym systemu.

Licencje ZSI

- Wykonawca zobowiązany jest udzielić licencji na czas nieoznaczony na użytkowanie zaoferowanego ZSI.
- Udzielona licencja musi umożliwiać Zamawiającemu tworzenie nieograniczonej liczby kont użytkownika w systemie, nie może wprowadzać ograniczenia na tzw. „nazwanych użytkowników”.
- Dla zakresów funkcjonalnych systemu, dla których zostały określone wartości liczbowe, dopuszcza się jedynie wprowadzenie ograniczenia co do liczby jednocześnie pracujących osób w systemie – licencji stanowiskowych. Każda z licencji nie ma ograniczeń co do zakresu funkcjonalnego w danej części do której jest przypisana.

Wdrożenie ZSI

ZSI musi wydajnie usprawnić system ewidencjonowania i umożliwić rozliczanie wszelkich zdarzeń w dziedzinach objętych obszarami (modułami) ZSI i umożliwić szybkie uzyskanie informacji o sytuacji Zamawiającego, w celu usprawnienia procesu efektywnego zarządzania.

Usługi związane z wdrożeniem ZSI będą obejmowały w szczególności:

- Dostawę, instalację i konfigurację bazy danych na potrzeby ZSI,
- Wykonawca musi dokonać instalacji całości oprogramowania w ramach ZSI w siedzibie Zamawiającego
- Wykonanie analizy przedwdrożeniowej i dostarczenie Dokumentu Analizy Przedwdrożeniowej
- Dostosowanie ZSI do potrzeb Zamawiającego, łącznie z przeprowadzeniem niezbędnych modyfikacji, w celu spełnienia wymagań określonych w opisie przedmiotu zamówienia.
- Przeprowadzenie szkolenia dla użytkowników końcowych, administratorów ZSI, administratorów bazy danych
- Przeprowadzenie testów poprawności działania ZSI, w warunkach rzeczywistych Zamawiającego
- Wykonawca jest zobowiązany do zapewnienia kompletnej dokumentacji ZSI (w wersji papierowej lub elektronicznej) w języku polskim, obejmującej opis czynności i zasad umożliwiających wykorzystywanie wszystkich cech funkcjonalnych ZSI przez użytkowników oraz dokumentację dla administratora ZSI zawierającą: opis czynności i zasad umożliwiających administratorom wykorzystywanie wszystkich cech funkcjonalnych ZSI w zakresie przewidzianym dla pracy administratora (opis wraz z procedurami instalacji i konfiguracji całego ZSI, instalacji baz danych ZSI, konfiguracji stacji roboczych, opis wymaganych pakietów instalacyjnych i ich wersji, archiwizacji danych, odtwarzania danych, wymagane formaty danych przy imporcie i eksporcie danych, plan odtwarzania ZSI po awarii itp.) i postępowania w sytuacjach awaryjnych, informacje na temat logicznej struktury baz danych (spis tabel, ich struktura i zawartość oraz wzajemne powiązania), sposób i zasady integracji z systemami zewnętrznymi
- Wykonawca w toku realizacji umowy nie może żądać jakichkolwiek dodatkowych opłat za ponowne weryfikowanie zawartości plików przy migracji danych do nowego systemu z przyczyn nie leżących po stronie Zamawiającego
- Zamawiający zastrzega sobie prawo do wglądu w dowolnym momencie do zamówionych prac projektowych, wykonawczych i wdrożeniowych opracowywanych przez Wykonawcę
- Wykonawca przeniesie do ZSI dane z aktualnie używanych systemów. Zamawiający dostarczy pliki z danymi w formacie uzgodnionym z Wykonawcą na etapie Analizy Przedwdrożeniowej.
- Po zakończeniu wdrożenia Wykonawca prześle aktualne kody źródłowe dostarczonego systemu,

Szczegółowy harmonogram realizacji projektu zostanie opracowany jako element analizy przedwdrożeniowej.

Szkolenia użytkowników

- Podczas szkolenia użytkowników (500 osób) musi zostać przekazana niezbędna wiedza w zakresie poprawnego użytkowania ZSI w obrębie poszczególnych modułów w zakresie funkcjonowania, obsługi, administrowania i utrzymania ZSI.
- Zakres szkoleń musi obejmować praktyczną obsługę wszystkich funkcjonalności ZSI.
- Szkolenia muszą być prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów Wykonawcy, posiadających niezbędną wiedzę fachową w zakresie tematyki szkoleń.
- Szkolenia będą musiały być przeprowadzane w siedzibie Zamawiającego lub online.
- Wykonawca zapewni realizację szkoleń użytkowników w wymiarze min 340h oraz min 24h dla administratorów.
- Szkolenia będą prowadzone w grupach maksymalnie do 12 użytkowników oraz do 4 administratorów.

1. WYMAGANIA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Medyczna Ogólne	System w pełni zintegrowany i oparty o jeden rekord pacjenta, raz wprowadzone dane są dostępne w każdym module
2.	Medyczna Ogólne	Identyfikacja użytkownika w systemie i dostęp do danych za pomocą loginu i hasła, jedno logowanie wykorzystywane do wszystkich modułów.
3.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykorzystania logowania windowsowego (Active Directory) w celu dostępu do modułów systemu
4.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykorzystywania kodów kreskowych do identyfikacji danych w systemie
5.	Medyczna Ogólne	System ma interfejs graficzny dla wszystkich modułów
6.	Medyczna Ogólne	System musi umożliwić zmianę jednostki organizacyjnej, na której pracuje użytkownik bez konieczności wylogowania się z systemu
7.	Medyczna Ogólne	System musi posiadać mechanizmy umożliwiające zapis i przeglądanie danych o logowaniu użytkowników do systemu.
8.	Medyczna Ogólne	System musi umożliwiać import dowolnej bazy leków w tym m.in.: BAZYL, KS BLOZ, PHARMINDEX

9.	Medyczna Ogólne	System musi posiadać wbudowaną obsługę słowników ICD-10, ICD-9, zawodów, TERYT (słownik kodów terytorialnych gmin, słownik miejscowości, słownik ulic, słownik kodów pocztowych), wewnętrzne słowniki z możliwością rozbudowy.
10.	Medyczna Ogólne	System oferuje mechanizmy kontrolne zapewniające poprawność numeru PESEL, REGON, Numer prawa wykonywania zawodu.
11.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykonywania indywidualnej weryfikacji (dla pacjenta) uprawnień w systemie eWUŚ
12.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ
13.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ o godzinach ustalonych w harmonogramie
14.	Medyczna Ogólne	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień pacjentów w systemie eWUŚ poprzez wielokrotne uruchomienie narzędzia sprawdzającego
15.	Medyczna Ogólne	System wyprodukowany z zachowaniem norm ISO 9001, producent musi posiadać aktualny certyfikat ISO 9001-w zakresie projektowania, produkcji oprogramowania wraz z wdrożeniem i serwisowaniem oprogramowania.
16.	Medyczna Ogólne	System musi posiadać moduł komunikacji HL7 w wersji 2.3 lub nowszej
17.	Medyczna Ogólne	System musi posiadać moduł komunikacji DICOM w wersji 3.0 lub nowszej
18.	Medyczna Ogólne	System posiada możliwość automatycznej aktualizacji do nowszej wersji (upgrade) oraz przywrócenia do poprzedniej wersji (downgrade)
19.	Medyczna Ogólne	Możliwość weryfikacji uprawnień do przeprowadzenia aktualizacji systemu
20.	Medyczne Ogólne	Możliwość równoległego uruchomienia środowiska testowego
21.	Medyczne Ogólne	Dostęp do pełnej dokumentacji medycznej pacjenta z jednego miejsca w systemie z możliwością filtrowania rodzajów zleceń/skierowań lub rodzajów dokumentów (np. konsultacje, badania laboratoryjne, etc.
22.	Medyczne Ogólne	Możliwość wykonania backupu bazy danych oraz aplikacji w czasie pracy systemu (w czasie rzeczywistym).
23.	Medyczne Ogólne	Możliwość zablokowania przez administratora sytemu wybranych kodów ICD9 i ICD10 wybranym użytkownikom.

24.	Administrator HIS	Możliwość dodawania nowych użytkowników
25.	Administrator HIS	Dostęp do listy użytkowników z możliwością zmiany danych wybranego użytkownika
26.	Administrator HIS	Możliwość blokowania użytkowników, co uniemożliwia zalogowanie do systemu
27.	Administrator HIS	Możliwość przywrócenie aktywności zablokowanego użytkownika
28.	Administrator HIS	Możliwość dodawania / odbierania uprawnień wybranemu użytkownikowi
29.	Administrator HIS	Możliwość przydzielania uprawnień grupom użytkowników do modułów, funkcji z możliwością rozróżnienia praw odczytu i zapisu
30.	Administrator HIS	Możliwość przydzielania uprawnień grupom użytkowników do poszczególnych funkcji z możliwością określenia poziomu uprawnień minimum na takie jak: - Brak uprawnień - Przeglądanie - Edycja pełna
31.	Administrator HIS	Możliwość przydzielenia uprawnień grupom użytkowników do funkcji związanych z edycją danych osobowych minimum w zakresie: - brak uprawnień - przeglądanie - przeglądanie z możliwością dodawania nowych rekordów - edycja pełna
32.	Administrator HIS	Możliwość przydzielenia uprawnień ograniczających edycję istniejących rekordów danych osobowych pacjentów do części danych takich jak: - dane adresowe, - dane o osobach kontaktowych, - dodatkowe dane osobowe. Ograniczenie uniemożliwia modyfikację danych podstawowych takich jak: - imię, - nazwisko, - data urodzenia, - numer PESEL Ograniczenie umożliwia uzupełnienie numeru PESEL w przypadku jego braku.
33.	Administrator HIS	Możliwość przydzielenia uprawnień ograniczających edycję istniejących rekordów danych osobowych pracowników do części danych takich jak: - dane adresowe, - dane o osobach kontaktowych,

		<ul style="list-style-type: none"> - dodatkowe dane osobowe. <p>Ograniczenie uniemożliwia modyfikację danych podstawowych takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - imię, - nazwisko, - data urodzenia, - numer PESEL <p>Ograniczenie umożliwia uzupełnienie numeru PESEL w przypadku jego braku.</p>
34.	Administrator HIS	<p>Możliwość przydzielenia uprawnień ograniczających edycję istniejących rekordów danych osobowych osób dodatkowych (osoby kierujące, osoby kontaktowe) do części danych takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dane adresowe, - dane o osobach kontaktowych, - dodatkowe dane osobowe. <p>Ograniczenie uniemożliwia modyfikację danych podstawowych takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - imię, - nazwisko, - data urodzenia, - numer PESEL <p>Ograniczenie umożliwia uzupełnienie numeru PESEL w przypadku jego braku.</p>
35.	Administrator HIS	<p>Możliwość przydzielenia uprawnień grupom użytkowników do funkcji związanych z edycją danych w rejestrze firm (jednostek kierujących, kontrahentów) minimum w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak uprawnień, - przeglądanie, - edycja pełna
36.	Administrator HIS	Możliwość kopiowania uprawnień pomiędzy grupami użytkowników.
37.	Administrator HIS	Zarządzanie grupami użytkowników.
38.	Administrator HIS	Możliwość dodawania oraz edytowania nowych grup użytkowników.
39.	Administrator HIS	Możliwość dodawania oraz odbierania uprawnień grupom użytkowników.
40.	Administrator HIS	Dostęp do listy personelu z możliwością zmiany danych wybranego pracownika
41.	Administrator HIS	Możliwość przypisywania i usuwania pracowników do/z ośrodków w jednostce
42.	Administrator HIS	Przypisanie pracownikowi funkcji w systemie (lekarz, pielęgniarka, konsultant, itp.)
43.	Administrator HIS	Możliwość wprowadzenia informacji dodatkowych dla pracownika, minimum: typ pracownika i specjalizacja

44.	Administrator HIS	Zarządzanie strukturą organizacyjną
45.	Administrator HIS	Definiowanie hierarchicznej struktury organizacyjnej jednostki Zamawiającego
46.	Administrator HIS	Możliwość definiowania jednostek organizacyjnych w ramach istniejącej struktury. Definicja jednostki zawiera minimum następujące informacje: - nazwa jednostki, - kod V i VI resortowy - adres jednostki
47.	Administrator HIS	Możliwość definiowania ośrodków tworzących strukturę organizacyjną. Definicja ośrodka zawiera minimum następujące informacje: - nazwa ośrodka, - powiązanie z jednostką organizacyjną, - kod VII i VIII resortowy, - telefon, - osoba zarządzająca ośrodkiem, - numer konta księgowego
48.	Administrator HIS	Dostęp do struktury organizacyjnej z możliwością zmiany danych wybranej jednostki
49.	Administrator HIS	Widok struktury organizacyjnej w postaci drzewa hierarchii
50.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania kodami ksiąg głównych jednostki
51.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia słownika usług i procedur medycznych
52.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia słownika znieczuleń
53.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika procedur medycznych ICD-9
54.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika rozpoznań chorób ICD-10
55.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika leków dopuszczonych do obrotu w Polsce
56.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika kodów terytorialnych
57.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika typów pracowników medycznych
58.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych
59.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika specjalizacji pielęgniarских i położniczych
60.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika jednostek miar
61.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika produktów handlowych (dotyczących chemioterapii i programów lekowych)
62.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika kodów histopatologicznych

63.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika kodów stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu (TNM)
64.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika czynności leczniczych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych wykorzystywanych w świadczeniach pielęgniarek i położnych środowiskowych (POZ)
65.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika kodów uprawnień dodatkowych używanych przy wystawianiu recept
66.	Administrator HIS	Możliwość aktualizacji słownika kodów terytorialnych bezpośrednio z plików udostępnianych przez GUS. Aktualizacja słownika dotyczy minimum obszarów: - kodów terytorialnych, - miejscowości, - ulic, Aktualizacja słownika powoduje aktualizację powiązań pomiędzy obszarami
67.	Administrator HIS	Możliwość aktualizacji słownika leków (automatyczna aktualizacja z pliku)
68.	Administrator HIS	Możliwość aktualizacji słownika kodów procedur medycznych ICD-9 (automatyczna aktualizacja z pliku)
69.	Administrator HIS	Możliwość prowadzenia i używania słownika rodzajów komórek organizacyjnych (kodów resortowych VIII)
70.	Administrator HIS	Możliwość łączenia rekordów w rejestrze osób (pacjentów, pracowników)
71.	Administrator HIS	Możliwość łączenia rekordów w rejestrze firm (jednostek kierujących)
72.	Administrator HIS	Możliwość przeglądania historii zmian w rekordach rejestru firm (jednostek kierujących)
73.	Administrator HIS	Możliwość wyszukiwania zdublowanych rekordów osób minimum wg kryteriów: - ten sam PESEL, - to samo imię, nazwisko, data urodzenia, - to samo imię, nazwisko, adres
74.	Administrator HIS	Możliwość wyszukiwania zdublowanych rekordów firm minimum wg kryteriów: - ta sama nazwa, - ten sam REGON, - ten sam NIP
75.	Administrator HIS	Możliwość anulowania wizyty w poradni
76.	Administrator HIS	Możliwość przywrócenia do aktywności anulowanej wizyty w poradni
77.	Administrator HIS	Możliwość anulowania badania diagnostycznego
78.	Administrator HIS	Możliwość przywrócenia do aktywności anulowanego badania diagnostycznego
79.	Administrator HIS	Możliwość przywrócenia do aktywności list roboczych w przychodni
80.	Administrator HIS	Możliwość przywrócenia do aktywności list roboczych w pracowni diagnostycznej

81.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania (dodawania, usuwania) graficznymi elementami typu "logo" występującymi w nagłówkach wydruków
82.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania (dodawanie, usuwanie, modyfikowanie) ogólnodostępnymi pakietami kodów procedur ICD9. Pakiety są budowane na podstawie istniejącego słownika kodów procedur ICD9
83.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania słownikiem dróg podania leków
84.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania hierarchicznym drzewem grup zasobów magazynowych
85.	Administrator HIS	Możliwość definiowania indywidualnie przez jednostkę dodatkowych atrybutów (np. VIP, kombatant, etc.) przypisywanych do rekordu pacjenta
86.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania słownikiem specjalnych parametrów dla zasobów lub towarów definiowanych indywidualnie przez jednostkę (mogą to być pola tekstowe lub listy wyboru)
87.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania (dodawanie, usuwanie, modyfikowanie) słownikami procedur badań diagnostycznych występującymi w ośrodkach diagnostycznych jednostki minimum w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> - nazwy badań dostępnych w systemie, - nazwy badań dostępnych na wydrukach, - domyślnego czasu trwania badania, - indywidualnego kodu dla badania
88.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania (dodawanie, usuwanie, modyfikowanie) słownikami procedur wizyt występujących w poradniach w jednostce
89.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania powiązaniem pomiędzy procedurami wizyt, badań, zabiegów a standardowymi kodami pochodzącymi ze słownika kodów procedur ICD9
90.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania powiązaniem pomiędzy procedurami wizyt, badań, zabiegów a standardowymi kodami pochodzącymi ze słownika kodów chorób ICD10
91.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania powiązaniem pomiędzy procedurami wizyt, badań, zabiegów a kodami pochodzącymi ze słownika kodów świadczeń NFZ z wczytanych umów z NFZ
92.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania słownikiem projekcji używanych przy badaniach diagnostycznych obrazowych.
93.	Administrator HIS	Możliwość przypisywania kodu dla procedury badania diagnostycznego, używanego w komunikacji z urządzeniami diagnostycznymi
94.	Administrator HIS	Możliwość przypisywania kodu dla każdej projekcji przyporządkowanej procedurze, kodu używanego w komunikacji z urządzeniem diagnostycznym. Przyporządkowanie pozwala na określenie kodu jako domyślnie wybieralnego lub możliwego do wybrania.
95.	Administrator HIS	Zarządzanie słownikiem tzw. badań zewnętrznych. Katalog badań używany w przypadku uzupełniania dokumentacji pacjenta, gdy wykonane badanie było wykonane poza z informatyzowanymi ośrodkami jednostki

96.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania spisem dni świątecznych i wolnych, używanych w generowaniu harmonogramów pracy w ośrodkach
97.	Administrator HIS	Możliwość optymalizowania (reindeksowania tabel) bazy danych
98.	Administrator HIS	Możliwość konfiguracji różnych modułów dla jednego ośrodka w strukturze jednostki (np. jeden ośrodek pełni funkcję przychodni, pracowni, magazynu)
99.	Administrator HIS	Możliwość użycia różnych modułów dla jednego ośrodka w strukturze jednostki (np. jeden ośrodek pełni funkcję przychodni, pracowni, magazynu)
100.	Administrator HIS	Możliwość przeglądania aktywności użytkowników w systemie
101.	Administrator HIS	Możliwość zarządzania parametrami ustawień systemu.
102.	Administrator HIS	Możliwość generowania własnych słowników np. „typów porad” dla określonych poradni.
103.	Administrator HIS	Możliwość zablokowania rejestracji do komórek organizacyjnych.
104.	System ZSI	<p>Nie dopuszcza się licencji bazy danych typu run-time, baza musi mieć możliwość zastosowania także do innych celów Zamawiającego. Minimalne wymagania dla bazy danych to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wykonawca zapewni, że do utrzymania baz danych zastosowane zostaną powszechnie znane na rynku, silniki bazodanowe z wykupioną bezterminową licencją, gwarantującą dostęp dla nielimitowanej liczby użytkowników. - Dostarczone oprogramowanie bazodanowe musi być ogólnodostępnym rozwiązaniem i musi być objęta minimum 24 miesięcznym wsparciem systemu bazodanowego - Serwer bazy danych pracuje w środowisku systemowym 64 bitowym. - Dostarczona Baza danych umożliwia obsługę 32 rdzeni w serwerze - Dostarczona Baza danych umożliwia obsługę 192 GB w serwerze - Baza danych musi spełniać warunki zgodności ze standardem ANSI SQL oraz zapewniać mechanizmy transakcyjne klasy SQL realizowane wg kryteriów ACID. - System posiada możliwość uruchamiania wielu instancji serwera bazy danych na jednym serwerze (jednostce sprzętowej lub maszynie wirtualnej). - System posiada możliwość podłączenia wielu baz danych do jednej instancji serwera bazy danych, przy czym każda baza może zawierać wiele schematów danych.

		<ul style="list-style-type: none"> - Serwer bazy danych umożliwia podzielenie plików bazy danych na różne dyski. Baza danych na jednym dysku, logi bazy danych na drugim dysku, baza tymczasowa na trzecim dysku. - Serwer bazy danych pozwala na zwiększenie wydajności, rozumianej jako szybkości dostępu do danych poprzez podzielenie tabel na kilka mniejszych fizycznych plików (partycjonowanie) - Serwer bazy danych pozwala na zwiększenie przyspieszenie wykonywania operacji na danych poprzez mechanizmy indeksów filtrowanych - Oprogramowanie bazy danych udostępnia wbudowane narzędzia pozwalające administratorowi na strojenie i optymalizację baz danych oraz zapytań. - System bazodanowy posiada wbudowane mechanizmy przeszukiwania pełnotekstowego, umożliwia przechowywanie w bazie obiektów binarnych oraz geolokalizacyjnych. - Baza danych musi zapewnić przechowywanie minimum 500 PB danych. - Umożliwienie dostępu do danych w bazie za pomocą, co najmniej następujących sterowników baz danych: ODBC, JDBC, OLEDB. - Możliwość wykorzystania relacyjnej bazy danych jako silnika relacyjnej bazy danych, wielowymiarowej bazy danych oraz platformy bazodanowej dla wielu aplikacji, narzędzi raportowania i analiz biznesowych. - Relacyjna baza danych pozwala na przezroczystą dla aplikacji kompresję i szyfrowanie danych. Cecha niezależna od funkcji systemu operacyjnego ani od sprzętowego rozwiązania archiwizacji danych. - Wykonywanie typowych zadań administracyjnych bez konieczności przerywania pracy systemu lub przechodzenia w tryb jednor użytkownikowy. - Możliwość automatycznej aktualizacji systemu - możliwość automatycznego ściągania i
--	--	--

		<p>instalacji wszelkich poprawek producenta oprogramowania (redukowania zagrożeń powodowanych przez rozpoznane luki w zabezpieczeniach oprogramowania).</p> <p>- Dedykowana sesja administracyjna - musi pozwalać na zdalne połączenie sesji administratora systemu bazy danych w sposób niezależny od normalnych sesji klientów.</p> <p>Dla dostarczanej bazy Wykonawca, w czasie trwania kontraktu serwisowego na system ZSI, powinien zapewnić opiekę nad bazą danych i jej silnikiem, tj.: przeprowadzać niezbędne aktualizacje, dokonywać przeglądów co najmniej raz na kwartał, zapewniać bezpieczeństwo środowiska (reagować/łatać wszystkie luki bezpieczeństwa ogłoszone przez producenta silnika bazy danych)</p>
105.	System ZSI	Oferowany system ZSI musi pochodzić od jednego producenta oprogramowania w zakresie modułów HIS. Zamawiający dopuszcza możliwość by moduł RIS/PACS pochodził od innego producenta oprogramowania.
106.	System ZSI	<p>Oferowany system ZSI musi posiadać możliwość integracji z systemem Rejestracji Czasu pracy. Integracja musi pozwalać co najmniej na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozliczenie przepracowanych godzin w module kadrowo/płacowym - pobranie informacji o harmonogramie pracy/urlopach/zwolnieniach w celu przyporządkowania personelu do gabinetów (zwolnienie lekarskie bądź urlop powinny powodować niemożność zapisania się do lekarza bądź przypisania lekarza do gabinetu oraz w przypadku już zapisanych wizyta – anulować je) - generowanie raportów o przepracowanych godzinach/urlopach/zwolnieniach w systemie ZSI - przysyłanie do systemu ERP podsumowany czas pracy w układzie miesięcznym
107.	System ZSI	Oferowany system ZSI dostarczony będzie bez limitu licencyjnego na użytkowników.
108.	System ZSI	Harmonogram czasu pracy pracowników, powinien być zatwierdzany dwuetapowo (przez kierownika przychodni następnie przez dyrekcję). Po zatwierdzeniu harmonogramu, powinien być generowany w HIS.
109.	System ZSI	Oferowany system ZSI umożliwia dla wybranych badań w mechanizmie ich zlecenia dodatkowego zatwierdzenia zlecenia (osoby uprawnionej).
110.	System ZSI	Oferowany system ZSI zapewnia logowanie wszystkich czynności związanych z obsługą systemu przez konkretnego użytkownika, w tym dane pacjenta, dokumentacja medyczna, grafiki pracy gabinetów, etc. System umożliwia porównanie dokumentów przed i po zmianach z zaznaczeniem modyfikacji.
111.	System ZSI	Oferowany system ZSI posiada Polski interfejs, komunikuje się z użytkownikiem tylko w języku polskim, dodatkowo posiada moduł Help pozwalający na samodzielną naukę systemu.
112.	System ZSI	Oferowany system ZSI umożliwia integrację z „info kioskiem” i systemem biletowym.

	Zgodność z obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności:
1.	Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 Nr 113, poz. 657 z późn. zm.)
2.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej z dnia 8 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 941)
3.	Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. 2005 Nr 64, poz. 565 z późn. zm.)
4.	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)
5.	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz.160, t.j.)
6.	Ustawa z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.)
7.	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)
8.	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 r. Nr 28 poz. 152 z późn. zm.)
9.	Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000)
10.	Ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. 2010 Nr 182, poz. 1228 z późn. zm.),
11.	Ustawa z dnia z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1579 z późn. zm.)
12.	Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
13.	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania pism w formie dokumentów elektronicznych, doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępniania

	formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (Dz.U. 2011 r. Nr 206 poz. 1216 z późn. zm.)
14.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 526 z późn. zm.)
15.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2013r. w sprawie klasyfikacji danych i systemu kodów w Systemie Informacji Medycznej (Dz.U. 2013 r. poz. 473)
16.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. 2013 r. poz. 463 z późn. zm.)
17.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069 z późn. zm.)
18.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów z dnia 29 lipca 2010 r. (Dz.U. Nr 149, poz. 1002 z późn. zm.)
19.	Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 października 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z dokumentami elektronicznymi (Dz.U. 2006 r. Nr 206 poz. 1518)
20.	Rozporządzenie Ministra Cyfryzacji z dnia 5 października 2016 r. w sprawie zakresu i warunków korzystania z elektronicznej platformy usług administracji publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1626)
21.	Rozporządzenie (UE) 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyłające dyrektywę 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
22.	Ustawa z dnia 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126, poz. 1381 z późn. zm.)
23.	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

24.	Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 r. Nr 28 poz. 152 z późn. zm.)
-----	--

2. PRZYCHODNIA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Przychodnia	Możliwość graficznej prezentacji informacji związanej z ubezpieczeniem pacjenta eWUŚ lub innego dokumentu potwierdzający ubezpieczenie – wskazany jaki. System powinien pokazywać potwierdzenie lub brak ubezpieczenia na dzień bieżący.
2.	Przychodnia	Możliwość wglądu w dane zgromadzone w rekordzie pacjenta oraz ich edycję
3.	Przychodnia	System gromadzi dane w rekordzie pacjenta minimum w zakresie: - Imię, Nazwisko, płeć, data urodzenia, nr PESEL, Drugie imię, poprzednie nazwisko, IDX - rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer - adres (miejscowość, państwo, ulica, nr domu, kod pocztowy, kod administracyjny - terytorialny wg GUS, nr telefonu, nr telefonu służbowego, adres e-mail) - dodatkowy adres w Polsce lub za granicą - grupa dyspenseryjna - nazwisko lekarza, pielęgniarki, położnej do których pacjent jest zadeklarowany
4.	Przychodnia	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta podstawowych danych medycznych (lekarz POZ, poradnia POZ, grupa krwi, uczulenia, uwagi)
5.	Przychodnia	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta dodatkowych atrybutów (np. kombatant, honorowy krwiodawca, etc.) definiowanych indywidualnie przez jednostkę. Atrybuty są widoczne jako wyróżniający się symbol graficzny.
6.	Przychodnia	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta dodatkowych parametrów (np. kolor oczu, nazwisko panieńskie matki, etc.) definiowanych indywidualnie przez jednostkę. Dane mogą być gromadzone w polach tekstowych lub listach wyboru.

7.	Przychodnia	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta danych o osobach kontaktowych z określeniem: - ich stopnia pokrewieństwa, - uprawnieniami w dostępie do dokumentacji (podział uprawnień na: otrzymywanie informacji o stanie zdrowia, uzyskiwanie dokumentacji medycznej), - stosunku prawnego do pacjenta, - pozyskiwanie dokumentacji medycznej w tym recept i wyników badań.
8.	Przychodnia	Możliwość takiego skonfigurowania systemu, aby dla wybranych użytkowników edycja danych w rekordzie pacjenta była pełna
9.	Przychodnia	Możliwość skonfigurowania alertów do rekordów pacjenta, według definiowanych wytycznych brak skierowania (poza danym czasie np. 12 dni), brak zgody, brak ubezpieczenia, nie uzupełnienie wskazanego zakresu danych etc.
10.	Przychodnia	Dodawanie do rekordu pacjenta zeskanowanych dokumentów.
11.	Przychodnia	Możliwość definiowania wszelkich pól systemu do ewidencji danych w zakresie: - wymagane obligatoryjnie, - alterowane (system przyjmie pustą wartość pola, lecz poinformuje o tym użytkownika, - nie wymagane.
12.	Przychodnia	Możliwość takiego skonfigurowania systemu, aby dla wybranych użytkowników edycja danych w rekordzie pacjenta była niemożliwa
13.	Przychodnia	Możliwość takiego skonfigurowania systemu, aby dla wybranych użytkowników edycja danych w rekordzie pacjenta była częściowo ograniczona. Ograniczenie ma polegać na blokadzie edycji następujących danych: Imię, Nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, płeć, rodzaj i numer dok. Tożsamości; a pozwalać na edycję pozostałych danych w tym: dane adresowe, dane o osobach kontaktowych
14.	Przychodnia	W przypadku określania płatnika jakim jest NFZ musi nastąpić wybór oddziału NFZ, w którym pacjent jest ubezpieczony i możliwość dokonania weryfikacji ubezpieczenia (eWUŚ)
15.	Przychodnia	Możliwość wykonania weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ podczas rejestracji do przychodni.
16.	Przychodnia	Możliwość dodawania, wypełnienia i przeglądania informacji o dokumentach potwierdzających prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
17.	Przychodnia	Możliwość wydrukowania oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta

18.	Przychodnia	Podczas rejestracji pacjenta do przychodni musi być zapewniona możliwość wyszukania pacjenta w rejestrze pacjentów lub dodania nowego rekordu pacjenta. Wyszukanie pacjenta wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, poprzednie nazwisko, imię, nr PESEL, nr karty pacjenta, nr rekordu pacjenta, nr księgi głównej, płeć, data urodzenia, wiek, adresu zamieszkania (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy)
19.	Przychodnia	Podczas rejestracji pacjenta do przychodni musi być zapewniona możliwość wyszukania jednostki kierującej ze słownika lub dodanie nowej jednostki.
20.	Przychodnia	Możliwość budowania i edycji słownika jednostek kierujących podczas rejestracji. Dane jednostek kierujących powinny zawierać informacje o strukturze wewnętrznej (lista ośrodków kierujących)
21.	Przychodnia	Możliwość dodawania i edycji wewnętrznych ośrodków kierujących do istniejących jednostek kierujących
22.	Przychodnia	Możliwość wyboru lub dodania i wyboru wewnętrznego ośrodka kierującego (jednostki kierującej) podczas przyjęcia
23.	Przychodnia	Wyszukanie jednostki kierującej odbywać się musi wg minimum następujących kryteriów: nazwa/fragment nazwy jednostki, REGON, NIP, adresu (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy).
24.	Przychodnia	Dodanie lub edycja danych jednostki kierującej umożliwia określenie następujących parametrów: Nazwy jednostki, REGON, NIP, I, VII, VIII cz. kodu resortowego, adres, wewnętrzne ośrodki posiadające nazwę.
25.	Przychodnia	Podczas dodawania/edycji danych o jednostce kierującej prowadzona jest kontrola poprawności minimum następujących danych: nr REGON, VII i VIII cz. Kodu resortowego
26.	Przychodnia	Podczas rejestracji pacjenta do przychodni musi być zapewniona możliwość wyszukania osoby kierującej ze słownika lub dodanie nowej osoby. Wyszukanie osoby wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, imię, tytuł, nr PESEL, typ pracownika (typy zgodne z rozporządzeniem MZ np. lekarz, pielęgniarka, psychoterapeuta), nr prawa wyk. zawodu, specjalizacja, adres pracownika. Dodanie lub edycja danych pracownika umożliwia określenie następujących danych: tytuł, imię, nazwisko, specjalizacja, numer prawa wyk. zawodu, PESEL, adres zamieszkania pracownika
27.	Przychodnia	Możliwość wydrukowania oświadczenia o dostępie do dokumentacji pacjenta, osobom kontaktowym z rozgraniczeniem różnych uprawnień różnym osobom. Podział uprawnień na: otrzymywanie informacji o stanie zdrowia, uzyskiwanie dokumentacji medycznej recepty, wyniki badań.

28.	Przychodnia	Możliwość określenia kodów rozpoznania chorób wg klasyfikacji ICD10 z podziałem na choroby zasadnicze i choroby współistniejące
29.	Przychodnia	Wyszukiwanie kodów ICD10 musi być możliwe przynajmniej według następujących sposobów: - przeglądanie katalogu kodów, - wyszukiwanie po kodzie rozpoznania (fragmencie kodu), - wyszukiwanie po nazwie rozpoznania (dowolnym fragmencie lub fragmentach - wyszukiwanie kontekstowe)
30.	Przychodnia	Możliwość określenia kodów realizowanych procedur medycznych wg klasyfikacji ICD9
31.	Przychodnia	Wyszukiwanie kodów ICD9 musi być możliwe przynajmniej według następujących sposobów: - przeglądanie katalogu kodów, - wyszukiwanie po kodzie procedury (fragmencie kodu), - wyszukiwanie po nazwie procedury (dowolnym fragmencie lub fragmentach - wyszukiwanie kontekstowe)
32.	Przychodnia	Możliwość dodania przez użytkownika indywidualnego słownika pakietów najczęściej używanych kodów ICD9. Pakiety kodów powinny pojawiać się jako pierwsze podczas wyszukiwania
33.	Przychodnia	Możliwość dodania przez użytkownika indywidualnego słownika pakietów najczęściej używanych kodów ICD10. Pakiety kodów powinny pojawiać się jako pierwsze podczas wyszukiwania
34.	Przychodnia	Możliwość automatycznego wpisywania kodów procedur ICD9, wynikających ze zrealizowanych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, czynności rehabilitacyjnych, pozostałych, które zostały zlecone podczas wizyty do wizyty rozliczeniowej wg umowy z NFZ
35.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania dedykowanych formularzy stosowanych do wprowadzania danych dla każdej specjalności
36.	Przychodnia	Dane wprowadzane za pomocą formularzy zawierają: pola tekstowe, pola wyboru, listy rozwijane
37.	Przychodnia	Prowadzenie list oczekujących na przyjęcie do poszczególnych poradni ,na zabiegi rehabilitacyjne lub do oddziału dziennego z możliwością zmiany wcześniej zaplanowanego terminu. Zmiana terminu musi wiązać się z wprowadzeniem danych uzasadniających tą zmianę. Listy oczekujące muszą spełniać aktualne wymogi Zarządzeń NFZ i Rozporządzeń MZ i powinna istnieć możliwość ich raportowania do systemu informatycznego NFZ.
38.	Przychodnia	Możliwość zaplanowania przyjęcia pacjenta bez konieczności wprowadzania go na listę oczekujących

39.	Przychodnia	Możliwość wypełniania i wydruku standardowych druków zewnętrznych: - Skierowania na leczenie uzdrowiskowe, - Karta Zgonu, - Karta DiLO, - Zaświadczenia do ZUS,
40.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: "Zlecenie na zaopatrzenie ortopedyczne"
41.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: pustych: skierowań, zleceń, recept oraz innych niezbędnych formularzy na potrzeby realizacji wizyt domowych.
42.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: "Skierowanie do szpitala". Na wydruku zawarte są wszystkie wymagane informacje, które to pobierane są z zakresu danych gromadzonych w systemie
43.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: "Skierowanie do poradni". Na wydruku zawarte są wszystkie wymagane informacje, które to pobierane są z zakresu danych gromadzonych w systemie
44.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: "Skierowanie do pracowni". Na wydruku zawarte są wszystkie wymagane informacje, które to pobierane są z zakresu danych gromadzonych w systemie
45.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku: "Zlecenie na transport sanitarny". Na wydruku zawarte są wszystkie wymagane informacje, które to pobierane są z zakresu danych gromadzonych w systemie
46.	Przychodnia	Możliwość wydruku podstawowych dokumentów pacjenta: historia choroby, karta wizyty, karta szczepień z zakresu danych gromadzonych w systemie.
47.	Przychodnia	Możliwość archiwizacji danych pacjenta. Data archiwizacji jest zapisywana w systemie. Od tego momentu dokumentacja jest tylko do odczytu
48.	Przychodnia	Możliwość przeglądania pełnej dokumentacji medycznej pacjenta (historie chorób z przychodni, porady, badania, zabiegi) zgromadzonej w systemie
49.	Przychodnia	Możliwość przechodzenia pomiędzy funkcjami Przychodni bez konieczności ponownego wyszukiwania pacjenta
50.	Przychodnia	Możliwość dołączenia dodatkowych dokumentów (plików) zapisywanych przy rekordzie wizyty umożliwiających np. zbieranie nietypowych danych wymaganych do prac naukowych bądź oceny wyników leczenia
51.	Przychodnia	Możliwość obsługi elektronicznych zleceń w ramach systemu przychodnianego
52.	Przychodnia	Możliwość zlecania pacjentom leczenia farmakologicznego

53.	Przychodnia	Wyszukiwania pacjenta w archiwum wg zadanych kryteriów
54.	Przychodnia	Możliwość edycji danych pacjenta tylko przez jedną osobę w danym czasie.
55.	Przychodnia	Możliwość użycia w pełni zintegrowanego optymalizatora grup JGP ambulatoryjnych
56.	Przychodnia	Możliwość aktualizowania mechanizmów optymalizatora grup JGP ambulatoryjnych
57.	Przychodnia	Generowanie zestawu danych w formacie gotowym do przeniesienia do modułu rozliczeń z walidacją i oznaczeniem pozycji niezgodnych, np. brak PESEL, brak produktu rozliczeniowego, brak potwierdzenia ubezpieczenia w systemie eWUŚ.
58.	Przychodnia	Wbudowany mechanizm przenoszący poprawne dane sformatowane w zestawy świadczeń zgodne ze standardem NFZ do modułu rozliczeń
59.	Przychodnia	Możliwość odnotowania zrealizowanych świadczeń wg aktualnej umowy z NFZ. Wyszukiwanie świadczeń wg katalogu, kodu, nazwy
60.	Przychodnia	Możliwość wydruku karty wprowadzonych świadczeń NFZ dla pacjenta
61.	Przychodnia	Możliwość wygenerowania kodu świadczenia JGP wg mechanizmu optymalizatora (grupera) JGP
62.	Przychodnia	Możliwość weryfikacji spełnionych i niespełnionych parametrów dla świadczeń spełniających i niespełniających warunki optymalizatora (grupera) JGP
63.	Przychodnia	Możliwość przeglądu przypisanych pacjentowi świadczeń NFZ z dowolnego okresu.
64.	Przychodnia	Możliwość wystawienia recepty pacjentowi. Funkcjonalność ma umożliwiać: wystawienia recepty na leki z wydrukowanymi nazwami handlowymi lub międzynarodowymi wystawienia recepty na leki opioidowe i psychotropowe (Rpw) wystawienie recepty z naniesioną datą przyszłej realizacji wystawienie recepty transgranicznej wystawienie recepty "pustej" - w celu ręcznego dopisania leków
65.	Przychodnia	Możliwość wystawienia recepty pacjentowi z możliwością określenia rodzaju uprawnień i poziomu refundacji

66.	Przychodnia	Możliwość wystawienia recepty pacjentowi z możliwością określenia rodzaju uprawnień minimum z zakresu: - AZ - CN - DN - IB - IN - IW - PO - WP - ZK - S.
67.	Przychodnia	Możliwość wystawienia lub powtórzenia wystawionej recepty przez lekarza
68.	Przychodnia	Możliwość wystawienia lub powtórzenia wystawionej recepty przez pielęgniarkę lub położną
69.	Przychodnia	Możliwość wystawienia faktury dla pacjenta. Podczas wystawiania faktury możliwość indywidualnego wpisania nazwy usługi, ceny, stawki VAT lub opcjonalna albo wymuszona możliwość skorzystania ze słownika cennika ogólnego lub dedykowanego dla kontrahenta.
70.	Przychodnia	Możliwość wstawiania (kopiowania) opisów do bieżącej dokumentacji pacjenta z jego wybranej, archiwalnej dokumentacji.
71.	Przychodnia	Możliwość przeglądania bieżącej dokumentacji pacjenta wprowadzonej w dowolnej jednostce organizacyjnej.
72.	Przychodnia	Możliwość przeglądania archiwalnej dokumentacji pacjenta wprowadzonej w dowolnym ośrodku jednostki
73.	Przychodnia	Możliwość wprowadzenia dokumentacji pacjenta dostarczonej z zewnątrz jednostki
74.	Przychodnia	Możliwość konfigurowania uprawnień do archiwalnych dokumentacji pochodzącej z różnych ośrodków tak, aby można było zablokować dostęp do dokumentacji z wybranego ośrodka
75.	Przychodnia	Możliwość wprowadzania wyników badań laboratoryjnych bezpośrednio w formularzach badań

76.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania ogólnodostępnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych
77.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania przez użytkownika własnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych. Możliwość zarządzania przez użytkownika własnymi szablonami tekstów (dodawanie, usuwanie, edytowanie), teksty wprowadzone do słownika przez „autora” są niewidoczne dla innego użytkownika.
78.	Przychodnia	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami).
79.	Przychodnia	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami) minimum w zakresie: - dane pacjenta, - nazwa kontrahenta, - data realizacji, - miejsce realizacji, - dane ze skierowania, - nazwa świadczenia, - kod świadczenia, - osoba realizująca świadczenie - przypisane kody ICD9, ICD10
80.	Przychodnia	Możliwość wyszukiwania danych w historii wykonanych świadczeń minimum wg kryteriów: - okres realizacji świadczenia, - nazwa kontrahenta.
81.	Przychodnia	Implementacja zamówionych recept na stronie internetowej z możliwością wystawienia dla pacjenta informacji zwrotnej (SMS, e-mail) że wystawiona recepta jest do odbioru.
82.	Przychodnia	Implementacja kalendarza szczepień, z powiadamianiem pacjentów o terminie szczepień, z możliwością rezerwacji terminu SMS'em, oraz zwrotna informacja od pacjenta z akceptacją terminu.
83.	Przychodnia	Możliwość scalania dwóch rekordów pacjenta w przypadku potwierdzenia ich tożsamości.

84.	Przychodnia	Możliwość uwzględniania dni wolnych we wzorach harmonogramów
85.	Przychodnia	Możliwość określania okresu obowiązywania harmonogramów
86.	Przychodnia	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów w różnych typach powtarzania: - dzienny (możliwość określania okresu powtarzalności, np. co 2-gi dzień) - tygodniowy (możliwość określania dni tygodnia)
87.	Przychodnia	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów z określeniem godzin pracy personelu medycznego.
88.	Przychodnia	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów pracy poradni lub pracowni z wybranymi zestawami procedur medycznych.
89.	Przychodnia	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów z określeniem pracownika (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, itp.)
90.	Przychodnia	Możliwość ograniczenia dostępności terminarzy do określonej liczby dni w przyszłości
91.	Przychodnia	Możliwość dodatkowego ograniczenia dostępności terminarzy.
92.	Przychodnia	Możliwość indywidualnej modyfikacji pojedynczej dziennej sesji pracy poradni (terapii) w zakresie co najmniej: - daty i godzin trwania sesji, - czasu ograniczającego dostępność sesji dla ośrodków wewnętrznych, - zestawu badań, - pracownika (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, itp.)
93.	Przychodnia	Możliwość indywidualnej modyfikacji pojedynczej dziennej sesji w zakresie dostępności sesji do rejestracji on-line (e-Rejestracja)
94.	Przychodnia	Możliwość zbiorowej modyfikacji wybranych dziennych sesji pracy poradni (gabinetów) w zakresie statusu sesji (aktywna, nieaktywna, zablokowana)
95.	Przychodnia	Możliwość zbiorowej modyfikacji wybranych dziennych sesji pracy poradni (gabinetów) w zakresie dostępności sesji do rejestracji on-line (e-Rejestracja)
96.	Przychodnia	Wbudowany mechanizm wyświetlający minimum 5 pierwszych wolnych terminów do wybranej poradni i do wybranego lekarza.

97.	Przychodnia	Podczas rejestracji pacjenta musi być możliwość indywidualnego ustalenia czasu trwania wizyty.
98.	Przychodnia	Możliwość dodania, edycji lub usunięcia deklaracji POZ podczas rejestrowania pacjenta
99.	Przychodnia	System umożliwia import umów w rodzaju POZ, AOS, REH, STM, PRO, PSY,
100.	Przychodnia	System umożliwia ewidencję deklaracji POZ/KAOS, w tym: Deklaracji do lekarza rodzinnego, Deklaracji do pielęgniarki, Deklaracji do położnej, Deklaracji z zakresu medycyny szkolnej
101.	Przychodnia	System umożliwia import komunikatu potwierdzeń do deklaracji
102.	Przychodnia	System umożliwia import komunikatu zwrotnego z weryfikacji deklaracji
103.	Przychodnia	System umożliwia import komunikatu zwrotnego rozliczenia deklaracji
104.	Przychodnia	Możliwość przeglądu i wydruku terminarza wizyt dla poszczególnych gabinetów lekarskich oraz lekarzy.
105.	Przychodnia	Graficzna prezentacja zaplanowanych i wolnych terminów wizyt w przychodni.
106.	Przychodnia	Możliwość przyjęcia pacjenta do więcej niż jednego gabinetu w jednym dniu.
107.	Przychodnia	Możliwość zmiany terminu wizyty bez konieczności ponownego rejestrowania pacjenta, a w przypadku gdy pacjent zapisany jest do kolejki oczekujących konieczność zmiany terminu wizyty z podaniem przyczyny wg. słownika.
108.	Przychodnia	Możliwość powiadamiania użytkownika o konieczności wypełnienia formularza typu "Karta zgłoszenia nowotworu" w przypadku wprowadzenia takiego kodu rozpoznania choroby (ICD-10), który wskazuje na chorobę nowotworową
109.	Przychodnia	Możliwość generowania podstawowych zestawień: <ul style="list-style-type: none"> • liczba pacjentów z podziałem na typy porad (wg własnego słownika typów porad) • liczba pacjentów z podziałem na poradnie • liczba pacjentów z podziałem na lekarzy przyjmujących
110.	Przychodnia	Możliwość wprowadzania blokady terminarza dla poszczególnych lekarzy np. z powodu urlopu, nieobecności.
111.	Przychodnia	Możliwość sygnalizowania koincydencji czasowych podczas planowania terminów wizyt do różnych poradni.

112.	Przychodnia	Możliwość wykonania weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ podczas rejestracji porady oraz przy składaniu deklaracji POZ.
113.	Przychodnia	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień w systemie eWUŚ pacjentów zaplanowanych na porady w dniu bieżącym
114.	Przychodnia	Możliwość dodawania i wypełnienia informacji o dokumentach potwierdzających prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
115.	Przychodnia	Możliwość wydrukowania oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
116.	Przychodnia	Możliwość kopiowania skierowań z poprzednich wizyt bez konieczności wprowadzania ich ponownie
117.	Przychodnia	Wyszukiwanie pacjentów przynajmniej według następujących kryteriów: Nazwisko, Imię, Wewnętrzny nr pacjenta, PESEL, data urodzenia, Miejscowość, ulica, Nr domu, kod pocztowy
118.	Przychodnia	Anulowanie zaplanowanej wizyty z określeniem powodu anulacji (np. pacjent nie zgłosił się, pacjent odwołał wizytę itp.).
119.	Przychodnia	Planowanie pracy wybranego personelu w poszczególnych gabinetach.
120.	Przychodnia	Podgląd harmonogramu pracy wybranego personelu
121.	Przychodnia	Definiowanie i modyfikacja czasu i trybu pracy dla poszczególnych gabinetów
122.	Przychodnia	Możliwość rezerwacji wizyt Pacjentów przez Internet – e-Rejestracja, z potwierdzeniem terminu SMS'em, oraz zwrotna informacja od pacjenta z akceptacją terminu.
123.	Przychodnia	Możliwość odnotowania, przeglądania i usuwania informacji pacjenta (pole min 1000 znaków).

124.	Przychodnia	Możliwość odnotowania, przeglądania, usuwania historii kontaktów z pacjentem w sposób zapewniający wprowadzenie co najmniej zestawu informacji: - forma kontaktu (sms, telefon, email, poczta), - daty i godziny kontaktu, - osoby realizującej kontakt, - podsumowania przebiegu kontaktu, - planowanej daty kolejnego kontaktu, - uwag dotyczących planowanego kolejnego kontaktu, - informacji o braku zgody na dalszy kontakt w określonej formie (sms, telefon, email, poczta), - informacji o terminie do którego kontakt powinien zostać wstrzymany, - informacji o powodzie wstrzymania kontaktu (nieprawidłowy adres, choroba, zgon, wyjazd, brak uprawnień)
125.	Przychodnia	Możliwość prowadzenia podręcznego magazynu używanych materiałów, leków i szczepionek.
126.	Przychodnia	Możliwość odnotowania materiałów i leków zużytych podczas realizacji wizyty konkretnego pacjenta
127.	Przychodnia	Automatyczne aktualizowanie stanu magazynu podręcznego na podstawie zanotowanego zużycia materiałów, leków i szczepionek.
128.	Przychodnia	Możliwość prezentowania informacji o płatniku w trakcie wprowadzania danych dotyczących realizowanej porady
129.	Przychodnia	Możliwość wersjonowania i przechowywania zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej
130.	Przychodnia	Możliwość przeglądania historii zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej
131.	Przychodnia	Możliwość wykorzystania podpisu elektronicznego kwalifikowanego lub niekwalifikowanego w celu podpisania opisu udzielonej porady
132.	Przychodnia	Możliwość wydrukowania dokumentu z opisem udzielonej porady.
133.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku z opisem wizyty minimum w formatach A4, A5, format recepty, innych zdefiniowanych.
134.	Przychodnia	Możliwość wykonania wydruku z opisem wizyty. W nagłówku wydruku z opisem wizyty znajdują się dane administracyjne (pieczętka) jednostki oraz logo. Umieszczane informacje pochodzą z danych gromadzonych w systemie

135.	Przychodnia	Możliwość umieszczenia na wydruku z opisem wizyty dla pacjenta danych jednostki kierującej oraz danych lekarza kierującego
136.	Przychodnia	Możliwość umieszczenia na wydruku z opisem wizyty dla pacjenta danych dotyczących pacjenta (Imię, Nazwisko, płeć, numer pacjenta, nr PESEL, data urodzenia, adres, nr telefonu)
137.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania indywidualnego wydruku wyniku badania dla każdego rodzaju porady
138.	Przychodnia	Możliwość wystawienia recept, skierowań bezpośrednio z poziomu opisywanej porady pacjenta
139.	Przychodnia	Wystawienie i gromadzenie wystawionych skierowań do poradni, pracowni, szpitala, na leczenie uzdrowiskowe
140.	Przychodnia	Możliwość prowadzenia książki zabiegowej gabinetu.
141.	Przychodnia	W systemie możliwe jest stworzenie własnego słownika wyróżnienia czasu pracy: wizyty domowe, wizyty ambulatoryjne itp.
142.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania ogólnodostępnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych
143.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania przez użytkownika własnych szablonów tekstów dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych. Możliwość zarządzania przez użytkownika własnymi szablonami tekstów (dodawanie, usuwanie, edytowanie)
144.	Przychodnia	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania ogólnodostępnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach dostępnych podczas rejestracji na poradę
145.	Przychodnia	Dostęp do dokumentacji pacjenta medycyny pracy oraz zleconych konsultacji specjalistycznych
146.	Przychodnia	Generowanie dokumentów orzeczeń lekarskich na podstawie danych zgromadzonych w systemie
147.	Przychodnia	Możliwość tworzenia, definiowania i zarządzania: cennikami, pakietami świadczeń, słownikami świadczeń, umowami z kontrahentami.

148.	Przychodnia	System powinien informować o braku aktywnej deklaracji u zamawiającego, na podstawie automatycznej weryfikacji z SZOI i bazy pacjentów zamawiającego. W przypadku braku takiej deklaracji system powinien poinformować że pacjent może złożyć deklarację POZ.
149.	Przychodnia	System umożliwia wystawianie e-zwolnień (e-ZLA).
150.	Przychodnia	System umożliwia podczas wizyty pacjenta podgląd najczęściej przepisywanych leków.
151.	Przychodnia/Rejestracja	Oferowany system posiada możliwość łączenia porad udzielanych pacjentom psychiatrycznym lub uczestniczących w programie terapeutycznym w jedną grupę terapeutyczną z unikatowym numerem sesji przypisanej do jednego wykonawcy (terapeuty).
152.	Przychodnia/Rejestracja	Oferowany system posiada możliwość definiowania minimalnej i maksymalnej ilości pacjentów psychiatrycznych lub uczestniczących w programie terapeutycznym w grupie terapeutycznej.

3. LABORATORIUM INTEGRACJA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Laboratorium integracja	Integracja dostarczanego systemu HIS z zewnętrznym systemem LIS z wykorzystaniem standardu HL7 CDA lub/oraz z wykorzystaniem mechanizmów bazodanowych. Integracja musi zapewnić przesyłanie danych zleceń z systemu HIS do systemu LIS oraz przesyłania wyników badań z systemu LIS do systemu HIS. Jeśli integracja będzie realizowana w standardzie HL7 muszą być wykorzystane komunikaty minimum ORM, ORU, OBX i ADT.
2.	Laboratorium integracja	Dane przesyłane z systemu HIS, umożliwiające przesyłanie zlecenia odbiór wyników, w tym co najmniej: <ul style="list-style-type: none"> • dane personalne pacjentów (nazwisko, imię, PESEL, miejsce zamieszkania) • dane zlecenia (numer zlecenia, techniczny identyfikator zlecenia, jednostka zlecająca, lekarz zlecający) • dane badania (kod i nazwa badania)
3.	Laboratorium integracja	Przekazywanie zleceń drogą elektroniczną wraz z danymi skierowania oraz danymi osobowymi pacjenta
4.	Laboratorium integracja	Automatyczne przesyłanie do systemu HIS informacji o terminie umówienia badania.
5.	Laboratorium integracja	Automatyczne odsyłanie do systemu HIS opisu badania zleconego elektronicznie.
6.	Laboratorium integracja	Możliwość anulowania/odrzuć zlecenia wysłanego z systemu HIS po stronie LIS .
7.	Laboratorium integracja	Śledzenie statusu realizacji zlecenie po stronie HIS.
8.	Laboratorium integracja	Zapewnienie wyświetlania wyników badań wykonanych w systemie LIS w formularzach wynikowych systemu HIS.
9.	Laboratorium integracja	Automatyczne uzupełnianie danych rozliczeniowych NFZ w systemie HIS po odesłaniu wyników badania z systemu LIS .
10.	Laboratorium integracja	Synchronizacja słowników systemów HIS i LIS jednostek zlecających, lekarzy kierujących systemu z możliwością wprowadzenia, modyfikacji pozycji słownika.
11.	Laboratorium integracja	Możliwość zapisu informacji w systemie HIS o umówionym/wykonanym badaniu w systemie LIS
12.	Laboratorium integracja	Automatyczna obustronna pełna aktualizacja danych osobowych rekordu pacjenta pomiędzy zintegrowanymi systemami HIS i LIS

4. PRACOWNIA DIAGNOSTYCZNA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Pracownia Diagnostyczna	Automatyczne generowanie terminarza do pracowni na podstawie definiowanych przez użytkownika wzorów harmonogramów
2.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość uwzględniania dni wolnych we wzorach harmonogramów
3.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość określania okresu obowiązywania harmonogramów
4.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów w różnych typach powtarzania: - dzienny (możliwość określania okresu powtarzalności np. co 2 dzień) - tygodniowy (możliwość określania dni tygodnia) - miesięczny (możliwość określania miesięcy)
5.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów z określeniem godzin pracy pracowni
6.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów bez określania godzin pracy pracowni
7.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów z różnymi zestawami badań
8.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość generowania powtarzalnych harmonogramów z określeniem pracownika (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, itp.)
9.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość ograniczenia dostępności terminarza do określonej liczby dni w przyszłości
10.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość dodatkowego ograniczenia dostępności terminarza, ograniczenie widoczne tylko przez ośrodki wewnętrzne w przychodnianym systemie zleceń
11.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość indywidualnej modyfikacji pojedynczej dziennej sesji pracy pracowni w zakresie co najmniej: - daty i godzin trwania sesji, - czasu ograniczającego dostępność sesji dla ośrodków wewnętrznych, - zestawu badań, - pracownika (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, itp.)
12.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość indywidualnej modyfikacji pojedynczej dziennej sesji w zakresie statusu sesji (aktywna, nieaktywna, zablokowana)
13.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość indywidualnej modyfikacji pojedynczej dziennej sesji w zakresie dostępności sesji do rejestracji on-line (e-Rejestracja)

14.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zbiorowej modyfikacji wybranych dziennych sesji pracy pracowni w zakresie co najmniej: - daty i godzin trwania sesji, - czasu ograniczającego dostępność sesji dla ośrodków wewnętrznych, - zestawu badań, - pracownika (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, itp.)
15.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zbiorowej modyfikacji wybranych dziennych sesji pracy pracowni w zakresie statusu sesji (aktywna, nieaktywna, zablokowana)
16.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zbiorowej modyfikacji wybranych dziennych sesji pracy pracowni w zakresie dostępności sesji do rejestracji on-line (e-Rejestracja)
17.	Pracownia Diagnostyczna	System gromadzi dane w rekordzie pacjenta minimum w zakresie: - Imię, Nazwisko, płeć, data urodzenia, godzina urodzenia, nr PESEL, Drugie imię, poprzednie nazwisko, tytuł - rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer - adres (miejscowość, państwo, ulica, nr domu, kod pocztowy, kod administracyjny - terytorialny wg GUS, nr telefonu, nr telefonu służbowego, adres e-mail) - dodatkowy adres w Polsce
18.	Pracownia Diagnostyczna	Podczas rejestracji musi być zapewniona możliwość wyszukania pacjenta w rejestrze pacjentów lub dodania nowego rekordu pacjenta. Wyszukanie pacjenta wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, poprzednie nazwisko, imię, tytuł, nr PESEL, nr karty pacjenta, nr rekordu pacjenta, nr książki głównej, płeć, data urodzenia, wiek, adresu zamieszkania (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy)
19.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z ośrodków zewnętrznych i wewnętrznych jednostki.
20.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością wyboru rodzaju badania ze słownika badań
21.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością wyboru projekcji badania (ekspozycji) ze słownika projekcji
22.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia pracowni
23.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia lekarza realizującego (opisującego)
24.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia planowanej daty realizacji lub daty i godziny realizacji
25.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia lekarza realizującego (opisującego)
26.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia priorytetu realizacji

27.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia listy oczekujących i automatycznego wpisania na listę oczekujących
28.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ podczas rejestracji badania
29.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień w systemie eWUŚ pacjentów zaplanowanych na badania w dniu bieżącym
30.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość dodawania, wypełnienia i przeglądania informacji o dokumentach potwierdzających prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
31.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wydrukowania oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
32.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zapisu i modyfikacji danych ze skierowania co najmniej w zakresie: - daty skierowania, - jednostki kierującej, - ośrodka kierującego ze struktury jednostki kierującej, - osoby kierującej, - kodu rozpoznania choroby ICD10, - celu badania, - dodatkowych opisowych informacji ze skierowania.
33.	Pracownia Diagnostyczna	Podczas rejestracji badań musi być zapewniona możliwość wyszukania jednostki kierującej ze słownika lub dodanie nowej jednostki.
34.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość budowania i edycji słownika jednostek kierujących podczas rejestracji. Dane jednostek kierujących powinny zawierać informacje o strukturze wewnętrznej (lista ośrodków kierujących)
35.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość dodawania i edycji wewnętrznych ośrodków kierujących do istniejących jednostek kierujących
36.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wyboru lub dodania i wyboru wewnętrznego ośrodka kierującego (jednostki kierującej) podczas rejestracji
37.	Pracownia Diagnostyczna	Wyszukanie jednostki kierującej odbywać się musi wg minimum następujących kryteriów: nazwa/fragment nazwy jednostki, REGON, NIP, adresu (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy).
38.	Pracownia Diagnostyczna	Dodanie lub edycja danych jednostki kierującej umożliwia określenie następujących parametrów: Nazwy jednostki, REGON, NIP, I cz. kodu resortowego, adres, wewnętrzne ośrodki posiadające nazwę, kod VII i VIII resortowy.

39.	Pracownia Diagnostyczna	Podczas dodawania/edycji danych o jednostce kierującej prowadzona jest kontrola poprawności minimum następujących danych: nr REGON, kod resortowy VII, kod resortowy VIII
40.	Pracownia Diagnostyczna	Podczas rejestracji badań musi być zapewniona możliwość wyszukania osoby kierującej ze słownika lub dodanie nowej osoby. Wyszukanie osoby wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, imię, tytuł, nr PESEL, typ pracownika (typy zgodne z rozporządzeniem MZ np. lekarz, pielęgniarz, psychoterapeuta, ratownik medyczny), nr prawa wyk. zawodu, specjalizacja. Dodanie lub edycja danych pracownika umożliwia określenie następujących danych: tytuł, imię, nazwisko, specjalizacja, numer prawa wyk. zawodu, PESEL.
41.	Pracownia Diagnostyczna	Rejestracja badań z możliwością określenia płatnika. Wybór płatnika musi następować z krótkiej listy płatników lub poprzez wyszukiwarkę z domyślnego słownika (kontrahentów, płatników)
42.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zmiany terminu zarejestrowanego badania bez konieczności ponownego rejestrowania pacjenta
43.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zmiany terminu badania zleconego poprzez system zleceń bez konieczności ponownego zlecenia w przychodnianym systemie zleceń
44.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość ustalenia czasu trwania badania indywidualnie dla każdego pacjenta
45.	Pracownia Diagnostyczna	Realizacja zlecenia badania w pracowni w ramach przychodnianego systemu zleceń.
46.	Pracownia Diagnostyczna	Automatyczne wprowadzanie na listę roboczą badań przychodzących z wewnętrznych ośrodków jednostki (Gabinety lekarskie, zabiegowe, pracownie diagnostyczne, etc.) w ramach Systemu ZSI
47.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość anulowania zarejestrowanego badania.
48.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość anulowania badania zleconego z ośrodka wewnętrznego w przychodnianym systemie zleceń
49.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość takiego skonfigurowania systemu aby podstawowy ekran pracy wyświetlał listę sesji do pracowni na dany dzień.
50.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość takiego skonfigurowania systemu aby podstawowy ekran pracy lekarza wyświetlał listę pacjentów zarejestrowanych do konkretnej pracowni z możliwością odfiltrowania pacjentów ze względu na status zlecenia – Zakończone, Anulowane, Do Wykonania.
51.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość takiego skonfigurowania systemu aby rejestracja na wybrany rodzaj wizyty posiadała domyślnie wybranego płatnika
52.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość takiego skonfigurowania systemu aby otwarcie okna z wynikiem badania w pierwszej kolejności prezentowało dane ze skierowania

53.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość takiego skonfigurowania systemu aby otwarcie okna z wynikiem badania w pierwszej kolejności prezentowało dane dotyczące opisu badania
54.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość odnotowania danych technika wykonującego badanie
55.	Pracownia Diagnostyczna	Dostęp do archiwalnych wyników badań oraz możliwość ich wydruku.
56.	Pracownia Diagnostyczna	Przegląd i wydruk Księgi pracowni diagnostycznej.
57.	Pracownia Diagnostyczna	Przegląd i wydruk Księgi gabinetu zabiegowego.
58.	Pracownia Diagnostyczna	Przegląd listy sesji do pracowni w wybranym dniu
59.	Pracownia Diagnostyczna	Przegląd listy pacjentów do badania w wybranym dniu
60.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość rejestracji na badanie do pracowni poprzez wskazanie dziennej sesji
61.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość rejestracji na badanie do pracowni poprzez określenie równocześnie kilku parametrów z następujących: - nazwa badania - priorytet realizacji - pracownik (lekarz, pielęgniarka, rehabilitant) przypisany do sesji - orientacyjna planowana godzina badania, - pracownia realizacji badania, umożliwiając pokazanie wolnych terminów z domyślnym wyborem pierwszego wolnego terminu.
62.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość szybkiego (bez konieczności przechodzenia pomiędzy różnymi modułami) przejrzania pełnej dokumentacji medycznej pacjenta zapisanej w systemie
63.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzania wyniku badania pacjenta minimum w zakresie: - opis badania, - data wykonania opisu, - osoba opisująca, - osoba nadzorująca badanie
64.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość prezentowania w wyniku badania informacji o numerze badania w księdze pracowni
65.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość kilkietapowego wprowadzania wyniku badania. O dostępie do wyniku badania, dla pozostałych użytkowników w systemie zleceń, decyduje osoba odpowiedzialna za badanie określając je jako zakończone.
66.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wersjonowania i przechowywania zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej

67.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość przeglądania historii zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej
68.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykorzystania podpisu elektronicznego kwalifikowanego lub niekwalifikowanego w celu podpisania wyniku badania
69.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wydrukowania dokumentu z opisem wyniku badania oraz informacją że dokument został podpisany z użyciem podpisu elektronicznego
70.	Pracownia Diagnostyczna	System ma możliwość zdefiniowania dedykowanych formularzy wynikowych w zależności od potrzeb i rodzaju pracowni.
71.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania ogólnodostępnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych. Szablony dostępne niezależnie dla każdego rodzaju badania ze słownika badań
72.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania przez użytkownika własnych szablonów tekstów dostępnych w polach opisowych. Wstawianie tekstów za pomocą przypisanych skrótów klawiaturowych. Możliwość zarządzania przez użytkownika własnymi szablonami tekstów (dodawanie, usuwanie, edytowanie). Szablony dostępne niezależnie dla każdego rodzaju badania ze słownika badań
73.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wyszukiwania badań pacjenta w archiwum pracowni minimum wg kryteriów: - osoba wykonująca, - nazwisko i imię pacjenta, - unikalny identyfikator pacjenta w systemie, - nr PESEL pacjenta, - nazwa badania, - okres realizacji badania, - jednostka kierująca
74.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wyszukiwania badań pacjenta w danych bieżących pracowni minimum wg kryteriów: - okres rozpoczęcia realizacji badania, - okres zakończenia realizacji badania, - unikalny identyfikator badania (Accession number) - osoba wykonująca, - nazwisko i imię pacjenta, - unikalny identyfikator pacjenta w systemie,

		<ul style="list-style-type: none"> - nr PESEL pacjenta, - nazwa badania, - statusu badania - priorytetu realizacji badania, - numer badania w księdze pracowni, - jednostka kierująca, - osoba kierująca
75.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wyszukiwania badań pacjenta w danych bieżących pracowni z określeniem jako kryterium statusu poprawności wykonania ekspozycji (zdjęcie powtórzone, zdjęcie odrzucone)
76.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość przeglądania pełnej dokumentacji medycznej pacjenta (historie chorób z przychodni, porady, badania, zabiegi) zgromadzonej w systemie
77.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość tworzenia określonej liczby statusów odzwierciedlających postęp wykonania badania np. (w trakcie badania, do opisu, do weryfikacji, anulowane, potwierdzone przybycie pacjenta, itp.)
78.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania wydruku z wynikiem badania. Na wydruku zawarte są wszystkie wymagane informacje, które to pobierane są z zakresu danych gromadzonych w systemie
79.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania wydruku z wynikiem badania minimum w formatach A4, A5, format recepty
80.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania wydruku z wynikiem badania. W nagłówku wydruku badania znajdują się dane administracyjne (pieczętka) jednostki oraz logo. Umieszczane informacje pochodzą z danych gromadzonych w systemie
81.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość umieszczenia na wydruku wyniku badania dla pacjenta danych jednostki kierującej oraz danych lekarza kierującego
82.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zdefiniowania indywidualnego wydruku wyniku badania dla każdego rodzaju badania.
83.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zlecania badań do innej pracowni bezpośrednio z aktualnej pracowni
84.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wystawienia recepty przez lekarza
85.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wystawienia recepty przez pielęgniarkę lub położną
86.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania wydruku: "Karta informacyjna dla pacjenta UE"
87.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość określenia kodów realizowanych procedur medycznych wg klasyfikacji ICD9

88.	Pracownia Diagnostyczna	Wyszukiwanie kodów ICD9 musi być możliwe przynajmniej według następujących sposobów: - przeglądanie katalogu kodów, - wyszukiwanie po kodzie procedury (fragmencie kodu), - wyszukiwanie po nazwie procedury (dowolnym fragmencie lub fragmentach - wyszukiwanie kontekstowe)
89.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość dodania przez użytkownika indywidualnego słownika pakietów najczęściej używanych kodów ICD9. Pakiety kodów powinny pojawiać się jako pierwsze podczas wyszukiwania
90.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość odnotowywania wykonanych procedur wg katalogu świadczeń NFZ
91.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość prowadzenia listy oczekujących związanej z działaniem pracowni
92.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość automatycznej aktualizacji daty skreślenia na liście oczekujących wraz z rozpoczęciem realizacji badania.
93.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość prowadzenia księgi badań pracowni
94.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia technika elektroradiologa realizującego badanie
95.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia lekarza realizującego badanie
96.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia lekarza opisującego badanie
97.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia lekarza nadzorującego wykonanie opisu badania
98.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia lekarza znieczulającego uczestniczącego przy realizacji badania
99.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia pielęgniarki anestezjologicznej uczestniczącej przy realizacji badania
100.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia pielęgniarki asystującej uczestniczącej przy realizacji badania
101.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia na jakiego innego rodzaju badanie został pobrany materiał przy realizacji badania
102.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia kodu diagnozy ICD10 określonego podczas realizacji badania
103.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość zdefiniowania i wykorzystania ogólnodostępnych szablonów tekstów standardowych dostępnych w polach dostępnych podczas rejestracji na badanie
104.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wprowadzenia kodów realizowanych czynności leczniczych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych wykorzystywanych w świadczeniach pielęgniarek i położnych środowiskowych (POZ) przy odnotowaniu zrealizowanych świadczeń
105.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami).
106.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z

		kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami) minimum w zakresie: - dane pacjenta, - nazwa kontrahenta, - data realizacji, - miejsce realizacji, - dane ze skierowania, - nazwa świadczenia, - kod świadczenia, - osoba realizująca świadczenie - przypisane kody ICD9, ICD10
107.	Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wyszukiwania danych w historii wykonanych świadczeń minimum wg kryteriów: - okres realizacji świadczenia, - nazwa kontrahenta.
108.	Pracownia Diagnostyczna	Elektroniczna dokumentacja medyczna dla poradni stomatologicznej prowadzona na aktywnym diagramie uzębienia.

5. APTECZKI PRZYCHODNI

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Apteczka Przychodni	Możliwość budowania przez użytkownika dowolnej liczby poradni w ramach magazynu apteczki przychodni
2.	Apteczka Przychodni	Możliwość korzystania z ogólnopolskiej bazy leków, np. BAZYL, KS BLOZ, PHARMINDEX
3.	Apteczka Przychodni	Możliwość wyboru dowolnie zdefiniowanej jednostki dla zasobu w dokumentach co najmniej takich jak: zamówienie, zwrot, remanent, zużycie wewnątrz magazynku
4.	Apteczka Przychodni	Możliwość automatycznego przeliczania stanu magazynu apteczki zgodnie z ustaloną jednostką domyślną dla magazynu
5.	Apteczka Przychodni	Możliwość określenia dla zasobu w magazynie apteczki stanów minimalnych i maksymalnych
6.	Apteczka Przychodni	Możliwość gromadzenia w systemie informacji o produktach/towarach będących na stanie magazynu apteczki
7.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania informacji o produkcie/towarze będącego na stanie zawierającej co najmniej elementy: - nazwa (wynikająca z prowadzonego w magazynie katalogu zasobów),

		<ul style="list-style-type: none"> - numer seryjny, - data ważności, - cena, - stawki VAT.
8.	Apteczka Przychodni	Możliwość dokonania blokady produktu/towaru. Blokada skutkuje brakiem dostępu do towaru przy realizacji podania pacjentowi leku.
9.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowania zamówień pomiędzy apteczkami w formie elektronicznej
10.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku dokumentu zamówienia. Wydruk zawiera co najmniej informacje: dostawca, zamawiający-nazwa magazynu, zamawiający - pracownik, numer dokumentu zamówienia, data wystawienia dokumentu, lista dostarczanych produktów (nazwa produktu, kod produktu w słowniku, ilość , jednostka miary, informacja czy produkt należy do grupy leków N lub P), dodatkowe informacje opisowe
11.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku dokumentu zamówienia. Na wydruku przy lekach z grupy N lub P znajdować się musi słownie zapisana ilość zamawianej substancji czynnej
12.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku stanu realizacji zamówienia zawierającego minimum: nazwy towarów, ilości zamówionej, ilości zrealizowanej, procentowego stopnia realizacji pozycji z zamówienia.
13.	Apteczka Przychodni	Możliwość automatycznej aktualizacji stanu apteczki w wyniku odnotowania zużycia leku podanego pacjentowi przy wykorzystaniu dystrybucji leków
14.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydawania produktów/towarów (leków, materiałów) do magazynków ośrodków w strukturze jednostki (przychodni, pracowni, przychodni, itp.) z automatycznym przeniesieniem ich na magazynki tych ośrodków
15.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku dokumentu wydania. Wydruk zawiera co najmniej informacje: dostawca, odbiorca, numer dokumentu wydania, numer dokumentu zamówienia, data wystawienia dokumentu, lista dostarczanych produktów (nazwa, numer seryjny, kod konta księgowego towaru, data ważności, cena, stawka VAT, ilość , jednostka miary), wartość dokumentu, słowny zapis wartości dokumentu, dodatkowe informacje opisowe
16.	Apteczka Przychodni	Możliwość wykorzystania mechanizmu FEFO (First Expired First Out - pierwsze traci ważność pierwsze wyszło) przy wypełnianiu dokumentów zwrotów. Towary, których termin ważności upływa najwcześniej, są zwracane jako pierwsze.
17.	Apteczka Przychodni	Możliwość wykorzystania czytnika kodów kreskowych w celu wprowadzenia produktu na listę w dokumentach co najmniej takich jak: zamówienie, zwrot, remanent, zużycie wewnątrz magazynku

18.	Apteczka Przychodni	Możliwość wykorzystania wyszukiwarki zasobów w celu wprowadzenia towaru lub zasobu na listę w dokumentach co najmniej takich jak: zamówienie, zwrot, remanent, zużycie wewnątrz magazynku
19.	Apteczka Przychodni	Możliwość pracy z wyszukiwarką zasobów pozwalającą wyszukiwanie kontekstowe wg nazwy handlowej lub międzynarodowej produktu (leku)
20.	Apteczka Przychodni	Możliwość pracy z wyszukiwarką zasobów pozwalającą wyszukiwanie kontekstowe wg postaci leku
21.	Apteczka Przychodni	Możliwość pracy z wyszukiwarką zasobów pozwalającą na wyszukiwanie wg nazwy producenta
22.	Apteczka Przychodni	Możliwość pracy z wyszukiwarką zasobów pozwalającą na wyszukiwanie wg grupy zasobów
23.	Apteczka Przychodni	Możliwość automatycznego przygotowania zamówienia do dostawcy, na podstawie aktualnych stanów magazynowych, stanów minimalnych i maksymalnych
24.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowanie arkusza do spisu z natury który zawiera informacje zgodnie z obowiązującym wzorem druku. Dane dotyczące nazwy jednostki, nazwy magazynu, daty rozpoczęcia remanentu pochodzą z danych gromadzonych w systemie
25.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowania arkusza do spisu z natury który zawiera listę produktów występujących na stanie magazynu. Lista produktów zawiera co najmniej następujące pola wypełnione wartościami pochodzącymi z systemu: - kod zasobu, - nazwa towaru - unikalny kod towaru, - data ważności towaru, - numer seryjny towaru, - cena towaru, - jednostka miary.
26.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowania arkusza do spisu z natury który zawiera listę produktów występujących na stanie magazynu. Lista produktów uporządkowana wg miejsca lokalizacji zasobów w strukturze magazynu a następnie wg nazw zasobów
27.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowania uzupełnionego arkusza spisu z natury który zawiera listę produktów występujących na stanie magazynu wraz z aktualnymi ilościami towarów wprowadzonymi w systemie
28.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeprowadzania remanentu na podstawie arkusza spisu z natury. Zatwierdzenie dokumentu remanentu powoduje automatyczną korektę stanów magazynowych (ilościową i jakościową)

29.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeprowadzania remanentu poprzez skanowanie kodów za pomocą czytnika kodów kreskowych
30.	Apteczka Przychodni	Możliwość generowania niezależnych wydruków dokumentów w wersjach niezaksięgowanych i zaksięgowanych
31.	Apteczka Przychodni	Możliwość obsługi danych archiwalnych
32.	Apteczka Przychodni	Możliwość komunikacji z modułem Finansowo-Księgowym
33.	Apteczka Przychodni	Możliwość ewidencjonowania wewnętrznych zużyć środków farmaceutycznych i materiałów medycznych
34.	Apteczka Przychodni	Możliwość ewidencjonowania korekt do wewnętrznych zużyć środków farmaceutycznych i materiałów medycznych
35.	Apteczka Przychodni	Możliwość automatycznej aktualizacji stanów magazynowych na podstawie zaewidencjonowanego dokumentu zużycia
36.	Apteczka Przychodni	Możliwość ewidencjonowania protokołów strat. Dokumenty zawierają co najmniej informacje: - zewnętrzny numer dokumentu, - data wystawienia dokumentu, - lista produktów utylizowanych z podaniem informacji takich jak, nazwa (wynikająca z prowadzonego w magazynie katalogu zasobów), numer seryjny, data ważności, ilość , jednostka miary, - dodatkowe pole opisowe
37.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku dokumentu protokołu strat. Wydruk zawiera co najmniej informacje: zewnętrzny numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, lista utylizowanych produktów (nazwa, numer seryjny, kod konta księgowego towaru, data ważności, cena, stawka VAT, ilość , jednostka miary), wartość dokumentu, słowny zapis wartości dokumentu, dodatkowe informacje opisowe
38.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki
39.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki oraz jego wartości z uwzględnieniem filtrów.
40.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki wszystkich zasobów (będących i niebędących na stanie magazynu)
41.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium fragmentu nazwy towaru
42.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium upłynięcia terminu ważności towaru

43.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium blokady towaru
44.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium stanu minimalnego towaru
45.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium lokalizacji w strukturze magazynu (np. mag.03 - Antybiotyki, szafka z opatrunkami, itp.)
46.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium typu kosztu księgowego towaru
47.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu magazynu apteczki z uwzględnieniem kryterium przypisania towaru do grupy/
48.	Apteczka Przychodni	Możliwość sporządzenia wydruku bieżącego stanu magazynu. Wydruk zawiera co najmniej następujące informacje: nazwa towaru, numer seryjny, unikalny kod towaru, data przyjęcia, data ważności, ilość , jednostka miary
49.	Apteczka Przychodni	Możliwość wyszukania wybranego zasobu celem przeglądania jego bieżącego stanu ilościowego i wartościowego na dowolnie wybrany dzień i godzinę
50.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu wybranego zasobu w magazynie apteczki z uwidocznieniem stanu z poszczególnych dostaw
51.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania stanu wybranego zasobu w innych magazynach apteczek i magazynach podręcznych ośrodków z uwidocznieniem stanu z poszczególnych dostaw w każdym z magazynów
52.	Apteczka Przychodni	Możliwość przeglądania sumarycznego stanu wybranego zasobu we wszystkich magazynach apteczek przychodni, magazynach podręcznych i aptece
53.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku ewidencji przychodów i rozchodów
54.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku ewidencji przychodów i rozchodów wg kontrahentów
55.	Apteczka Przychodni	Możliwość wydruku ewidencji przychodów i rozchodów wg typów dokumentów
56.	Apteczka Przychodni	Możliwość zbudowania zestawienia związanego z obrotem towarów z uwzględnieniem zadanych parametrów

6. REHABILITACJA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Rehabilitacja	System gromadzi dane w rekordzie pacjenta minimum w zakresie: - Imię, Nazwisko, płeć, data urodzenia, nr PESEL, Drugie imię, poprzednie nazwisko, - rodzaj dokumentu tożsamości oraz seria i numer - adres (miejscowość, państwo, ulica, nr domu, kod pocztowy, kod administracyjny - terytorialny wg GUS, nr telefonu, nr telefonu służbowego, adres e-mail) - dodatkowy adres w Polsce lub za granicą - legitymacja emeryta/rencisty (numer i data wystawienia/ważności legitymacji emeryta i rencisty) - dodatkowe pole „uwagi”
2.	Rehabilitacja	Automatyczne generowanie daty urodzenia pacjenta oraz płci na podstawie wprowadzonego numeru PESEL
3.	Rehabilitacja	System prowadzi wspólny rejestr pacjentów i osób kontaktowych, aby uniknąć podwójnego wprowadzania danych (np. raz jako pacjent i drugi raz jako krewny)
4.	Rehabilitacja	Możliwość definiowania własnych formularzy do oceny skuteczności rehabilitacji.
5.	Rehabilitacja	Automatyczne nadawanie unikalnego identyfikatora pacjenta podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji
6.	Rehabilitacja	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta podstawowych danych medycznych (lekarz POZ, poradnia POZ, grupa krwi, uczulenia, uwagi)
7.	Rehabilitacja	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta dodatkowych atrybutów (np. VIP, kombatant, etc.) definiowanych indywidualnie przez jednostkę. Atrybuty są widoczne jako wyróżniający się symbol graficzny.
8.	Rehabilitacja	Możliwość przypisania do rekordu pacjenta dodatkowych parametrów (np. rozrusznik serca, proteza, etc.) definiowanych indywidualnie przez jednostkę. Dane mogą być gromadzone w polach tekstowych lub listach wyboru.
9.	Rehabilitacja	Podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji musi być zapewniona możliwość wyszukania pacjenta w rejestrze pacjentów lub dodania nowego rekordu pacjenta. Wyszukanie pacjenta wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, poprzednie nazwisko, imię, nr PESEL, nr karty pacjenta, nr rekordu pacjenta, nr księgi głównej, płeć, wiek, adresu zamieszkania (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy)

10.	Rehabilitacja	Podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji musi być zapewniona możliwość wyszukania jednostki kierującej ze słownika lub dodanie nowej jednostki.
11.	Rehabilitacja	Możliwość budowania i edycji słownika jednostek kierujących podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji. Dane jednostek kierujących powinny zawierać informacje o strukturze wewnętrznej (lista ośrodków kierujących)
12.	Rehabilitacja	Możliwość dodawania i edycji wewnętrznych ośrodków kierujących do istniejących jednostek kierujących
13.	Rehabilitacja	Możliwość wyboru lub dodania i wyboru wewnętrznego ośrodka kierującego (jednostki kierującej) podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji.
14.	Rehabilitacja	Wyszukanie jednostki kierującej odbywać się musi wg minimum następujących kryteriów: nazwa/fragment nazwy jednostki, REGON, NIP, numer umowy NFZ, adresu (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy).
15.	Rehabilitacja	Dodanie lub edycja danych jednostki kierującej umożliwia określenie następujących parametrów: Nazwy jednostki, REGON, NIP, numer umowy NFZ, I cz. kodu resortowego, adres, wewnętrzne ośrodki posiadające nazwę, kod VII i VIII resortowy.
16.	Rehabilitacja	Podczas dodawania/edycji danych o jednostce kierującej prowadzona jest kontrola poprawności minimum następujących danych: nr REGON, kod resortowy VII, kod resortowy VIII
17.	Rehabilitacja	Podczas rejestracji skierowania w ośrodku rehabilitacji musi być zapewniona możliwość wyszukania osoby kierującej ze słownika lub dodanie nowej osoby. Wyszukanie osoby wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, imię, tytuł, nr PESEL, nr prawa wyk. zawodu, specjalizacja. Dodanie lub edycja danych pracownika umożliwia określenie następujących danych: tytuł, imię, nazwisko, specjalizacja, numer prawa wyk. zawodu, PESEL.
18.	Rehabilitacja	Możliwość wykonania weryfikacji uprawnień pacjenta w systemie eWUŚ podczas rejestracji skierowania/wizyty w ośrodku rehabilitacyjnym
19.	Rehabilitacja	Możliwość wykonywania automatycznej zbiorowej weryfikacji uprawnień w systemie eWUŚ pacjentów zaplanowanych na zabiegi w dniu bieżącym
20.	Rehabilitacja	Możliwość dodawania i wypełnienia informacji o dokumentach potwierdzających prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
21.	Rehabilitacja	Możliwość wydrukowania oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
22.	Rehabilitacja	Przedstawienie wolnych i zajętych terminów w postaci grafiku

23.	Rehabilitacja	Przeglądanie listy zaplanowanych pacjentów wg gabinetów zabiegowych
24.	Rehabilitacja	Proponowanie wolnych terminów (pierwszy wolny)
25.	Rehabilitacja	Możliwość rejestrowania na zabiegi rehabilitacyjne pacjentów oddziału dziennego oraz ambulatoryjnych
26.	Rehabilitacja	Definiowanie planu pracy personelu z uwzględnieniem zabiegów w danym dniu, lista z zaplanowanym zabiegami dla pracownika.
27.	Rehabilitacja	Możliwość przeglądania wcześniejszych zleceń rehabilitacyjnych dla danego pacjenta
28.	Rehabilitacja	Możliwość sprawdzenia wykonanych zabiegów dla wybranego rehabilitanta w dowolnym dniu
29.	Rehabilitacja	Możliwość wydruku wszystkich zaplanowanych wizyt, miejsc wykonania, gabinetów zabiegowych w każdym z miejsc wykonywania
30.	Rehabilitacja	Planowanie zabiegów rehabilitacyjnych z możliwością podawania krotności i wpisania informacji uzupełniających (definiowanie czasu trwania zabiegów, definiowanie przerw)
31.	Rehabilitacja	Możliwość zaplanowania takiego samego zabiegu dla dwóch lub więcej różnych pacjentów w tym samym czasie dla poszczególnych stanowisk rehabilitacyjnych.
32.	Rehabilitacja	Uniemożliwianie zaplanowania dwóch różnych zabiegów dla tego samego pacjenta w tym samym czasie.
33.	Rehabilitacja	Wydruk planu zabiegów dla pacjenta z oznaczeniem daty i godziny rozpoczęcia każdego zabiegu
34.	Rehabilitacja	Integracja z modułem rozliczeń NFZ.
35.	Rehabilitacja	Możliwość zatwierdzania zabiegów rehabilitacyjnych na trzy sposoby - według gabinetów zabiegowych, - według pacjenta, - według personelu wykonującego.
36.	Rehabilitacja	Możliwość zatwierdzania czynności rehabilitacyjnych przez pracowników przypisanych do ośrodka rehabilitacyjnego.
37.	Rehabilitacja	Weryfikacja edycja/dodanie dokumentów ubezpieczeniowych dla konkretnego pacjenta
38.	Rehabilitacja	Weryfikacja czy na bieżący dzień wszyscy pacjenci są ubezpieczeni
39.	Rehabilitacja	Możliwość skonfigurowania systemu w ten sposób aby planowane zabiegi były według - gabinetu zabiegowego, - według pracownika, - według godziny, dnia, - według urządzenia.
40.	Rehabilitacja	Możliwość edycji wprowadzonego skierowania do momentu rozpoczęcia rehabilitacji.

41.	Rehabilitacja	Możliwość przeglądania pełnej dokumentacji medycznej pacjenta (historie chorób z przychodni, porady, badania, zabiegi) zgromadzonej w systemie.
42.	Rehabilitacja	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami).
43.	Rehabilitacja	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami) minimum w zakresie: - dane pacjenta, - nazwa kontrahenta, - data realizacji, - miejsce realizacji, - dane ze skierowania, - nazwa świadczenia, - kod świadczenia, - osoba realizująca świadczenie, - przypisane kody ICD9, ICD10.
44.	Rehabilitacja	Możliwość wyszukiwania danych w historii wykonanych świadczeń minimum wg kryteriów: - okres realizacji świadczenia, - nazwa kontrahenta.
45.	Rehabilitacja	Wszystkie badania, procedury powinny być skorelowane z słownikiem ICD9, produktami jednostkowymi umowy NFZ oraz poszczególnymi cennikami komercyjnymi jeśli dotyczy.
46.	Rehabilitacja	System umożliwia rejestrację/planowanie zabiegów rehabilitacyjnych, dla kilku lokalizacji (przychodni) z poziomu jednego ekranu
47.	Rehabilitacja	System umożliwia łączenie zabiegów danego pacjenta w cykl z unikatowym numerem z datą rozpoczęcia i zakończenia.

48.	Rehabilitacja	System umożliwia wykonanie wizyty fizjoterapeutycznej I, II, III
49.	Rehabilitacja	System umożliwia dodanie Kodów ICF w wizycie fizjoterapeutycznej

7. ZLECENIA MEDYCZNE

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zlecania badań diagnostycznych do wszystkich ośrodków usługowych funkcjonujących w jednostce objętych systemem informatycznym w tym: <ul style="list-style-type: none"> • wykonania badań diagnostycznych i laboratoryjnych • zabiegów • konsultacji
2.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zlecania badań z określeniem dokładnej daty i godziny wykonania badania, trybu zlecenia np. CITO, możliwość zmiany trybu przez osobę uprawnioną.
3.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zdefiniowania formularzy zleceńowych charakterystycznych dla każdego ośrodka usługowego
4.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zlecenia pojedynczych parametrów badań laboratoryjnych
5.	Zlecenia Medyczne	Możliwość generowania grupy zleceń zawierających pojedyncze parametry z możliwością określenia „grupy” zleceń, np. pakiet wątrobowy zawierający: ASPAT, ALAT, bilirubina.
6.	Zlecenia Medyczne	Tworzenie osobnych list roboczych dla każdego ośrodka usługowego na dany dzień
7.	Zlecenia Medyczne	Automatyczny odbiór wyników przez jednostki zlecające
8.	Zlecenia Medyczne	Dostęp do archiwalnych wyników badań wykonywanych w ośrodkach usługowych oraz możliwość ich wydruku
9.	Zlecenia Medyczne	Możliwość modyfikacji i anulowania zaplanowanego zlecenia przez jednostkę zlecającą, lub osobę uprawnioną.
10.	Zlecenia Medyczne	Podgląd etapu realizacji zlecenia na formularzu zleceńowym pacjenta (do wykonania, w trakcie wykonania, wykonane, niewykonane z podaniem przyczyny).

11.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zmiany terminu wykonania badania, priorytetu bez konieczności anulowania zlecenia i wypełniania zlecenia na nowo
12.	Zlecenia Medyczne	Możliwość wydrukowania zlecenia po wprowadzeniu informacji do systemu
13.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zdefiniowania zleceń stałych z określeniem częstości wykonywania badań.
14.	Zlecenia Medyczne	Możliwość zdefiniowania zleceń wymagających dodatkowej autoryzacji przez uprawnioną osobę w systemie.

8. ROZLICZENIA Z NFZ

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencji danych rozliczeniowych w oparciu strukturę organizacyjną jednostki
2.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przypisywania kodów komórek organizacyjnych nadanych przez NFZ do miejsc w strukturze organizacyjnej jednostki
3.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wczytywania elektronicznych wersji umów oraz aneksów zawartych z przychodni NFZ
4.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość blokady importu elektronicznych umów dotyczących innego świadczeniodawcy
5.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość automatycznego budowania związków pomiędzy pakietami kontraktowanymi a świadczeniami medycznymi, podczas importu pakietów kontraktowych z elektronicznej umowy zawartej z przychodni NFZ właściwym dla świadczeniodawcy
6.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość automatycznego budowania słownika komórek organizacyjnych jednostki podczas importu elektronicznej umowy zawartej z przychodni NFZ
7.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania zawartości wczytanych elektronicznych wersji umów z przychodni NFZ (zakresy, produkty kontraktowe, limity)
8.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania z systemu pliku z wcześniej wczytaną elektroniczną umową z oddziałem NFZ
9.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość rozliczania świadczeń ambulatoryjnych
10.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość rozliczania wykonanych badań w POZ

11.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość generowania i wczytywania plików komunikatów zgodnych z otwartym formatem elektronicznej wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcami a OW NFZ. Możliwość obsługi co najmniej typów komunikatów: SWIAD, ZBPOZ, DEKL, REF/R_UMX, e-Faktury (ENX, EFX, ERX), UMX, LIOCZ, PRH, FZX, DEK, P_LIO, P_ODB, P_SWI, RECD, Z_WDP oraz wszelkich innych umożliwiających rozliczenia świadczeniodawcy.
12.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość zapisania w postaci pliku, odebranego lub wygenerowanego komunikatu elektronicznej wymiany danych z OW NFZ, we wskazanym miejscu na dysku
13.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania odebranych lub wygenerowanych plików komunikatów elektronicznej wymiany danych z OW NFZ
14.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia sprawozdań finansowych z implementacją do księgowości w ramach umowy z OW NFZ w poszczególnych miesiącach rozliczeniowych
15.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia korekt do sprawozdań finansowych z implementacją do księgowości w ramach umowy z OW NFZ w poszczególnych miesiącach rozliczeniowych
16.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość generowanie wydruków sprawozdań finansowych/faktur do OW NFZ
17.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość generowanie wydruków korekt sprawozdań finansowych/faktur do OW NFZ
18.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia plików komunikatów dotyczących sprawozdań finansowych (REF, e-Faktury (ENX, EFX, ERX) na podstawie odebranych szablonów rachunków z OW NFZ (R_UMX)
19.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia odrębnych imiennych zestawień zrealizowanych świadczeń. Zestawienia generowane dla minimum następujących rodzajów uprawnień: - na podstawie przepisów o koordynacji (dotyczy pacjentów Unii Europejskiej), - na podstawie Decyzji wójta/burmistrza, - na podstawie innych typów uprawnień
20.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawień dotyczących bieżącego poziomu rozliczenia umowy z OW NFZ w wybranym miesięcznym okresie rozliczeniowym, również w trybie graficznym.
21.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawień dotyczących bieżącego poziomu rozliczenia umowy z OW NFZ w wybranym miesięcznym okresie rozliczeniowym, które zawiera wartości punktowe i kwotowe świadczeń zaewidencjonowanych, potwierdzonych przez OW NFZ i rozliczonych w OW NFZ
22.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawień dotyczących bieżącego poziomu rozliczenia umowy z OW NFZ w wybranym miesięcznym okresie rozliczeniowym, które zawiera procentowe wskaźniki rozliczenia świadczeń (zaewidencjonowanych, potwierdzonych, rozliczonych) w stosunku do limitu w miesiącu lub limitu od początku roku (narastająco)

23.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawienia dotyczącego bieżącego poziomu realizacji wybranej umowy z OW NFZ w skali całego roku jej obowiązywania. Zestawienie ma zawierać wartości kwotowe wykonanych świadczeń w podziale na miesiące wraz z wartościami kwotowymi limitów na każdy miesiąc. Zestawienie ma mieć możliwość prezentowania wartości w stosunku do limitu w miesiącu lub limitu od początku roku (narastająco)
24.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawień dotyczących bieżącego poziomu rozliczenia umowy z OW NFZ w wybranym miesięcznym okresie rozliczeniowym, które zawiera wartości rozliczenia w podziale na zakontraktowane produkty i komórki organizacyjne
25.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykonania eksportu wykonanych zestawień do plików typu: XLS (arkusz kalkulacyjny), PDF, CSV.
26.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość rejestrowania i rozliczania świadczeń w zakresie leczenia onkologicznego zgodne z wymaganiami NFZ.
27.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykorzystania mechanizmów wyznaczających świadczenia JGP (Gruper JGP).
28.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość aktualizowania mechanizmów optymalizatora grup JGP ambulatoryjnych.
29.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykorzystania mechanizmów automatycznej kontroli kompletności danych ubezpieczeniowych pacjenta w zestawie świadczeń na etapie jego rejestrowania
30.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykorzystania mechanizmów automatycznej kontroli poprawności elementów w części statystyczno-medycznej zestawu świadczeń na etapie jego rejestrowania
31.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykorzystania mechanizmów automatycznej kontroli poprawności elementów w części rozliczeniowej zestawu świadczeń na etapie jego rejestrowania
32.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykorzystania mechanizmu kontroli poprawności danych dotyczących ośrodków kierujących przypisanych w zestawach świadczeń w zakresie: - nazwy ośrodka, - kodu resortowego VII, - kodu resortowego VIII.
33.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość automatycznego tworzenia zestawów świadczeń na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta w innych modułach systemu. Automatyczne tworzenie zestawów odbywa się w modułach medycznych
34.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość tworzenia zestawów świadczeń bezpośrednio w module rozliczeń z NFZ

35.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość użycia mechanizmów wspomagających tworzenie zestawów świadczeń poprzez zapamiętywanie i kopiowanie części statystyczno-medycznej zestawu świadczeń
36.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość użycia mechanizmów wspomagających tworzenie zestawów świadczeń poprzez zapamiętywanie i kopiowanie części rozliczeniowej zestawu świadczeń
37.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość usunięcia zestawu świadczeń.
38.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wczytywania komunikatów odpowiedzi (P_SWD) i automatycznej zmiany statusów zestawów świadczeń na błędny lub zatwierdzony
39.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość blokowania zestawów świadczeń do czasu wczytania komunikatu odpowiedzi (P_SWD)
40.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania informacji o błędach, odebranych w komunikacie potwierdzenia, z poziomu zestawu świadczeń
41.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg statusu rozliczenia
42.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg umowy
43.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg produktu kontraktowego istniejącego w umowie
44.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg dat realizacji świadczeń
45.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg osoby odpowiedzialnej za realizację
46.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg wewnętrznego identyfikatora zestawu świadczeń
47.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg wewnętrznego identyfikatora pozycji rozliczeniowej
48.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ minimum wg następujących danych pacjenta: Imię, Nazwisko, nr PESEL
49.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg jednostki wystawiającej skierowanie
50.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania zestawów świadczeń zaewidencjonowanych w module rozliczeń z NFZ wg numeru wygenerowanego komunikatu SWIAD

51.	Rozliczenia z NFZ	<p>Możliwość wyszukania zestawów świadczeń, w celu zbiorowej edycji statusów, minimum wg następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kodu i nazwy umowy z NFZ, - produktu kontraktowego z umowy, - okresu realizacji świadczeń, - osoby odpowiedzialnej za realizację świadczenia, - identyfikatora zestawu świadczeń, - identyfikatora pozycji rozliczeniowej w świadczeniu, - kodu świadczenia, - numerze generowanego wcześniej pliku SWIAD, - nazwisku pacjenta (także po fragmencie nazwiska pacjenta), - imieniu pacjenta (także po fragmencie imienia pacjenta), - numerze PESEL pacjenta (także po fragmencie numeru PESEL pacjenta), - jednostce kierującej, - osobie kierującej, - wybranym typie zestawów świadczeń, - statusie zestawów świadczeń
52.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość oznaczania wyszukanych zestawów świadczeń w celu wykonania zbiorowej edycji statusów.
53.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość zbiorowej edycji zestawów świadczeń w zakresie zmiany kodu świadczenia w zestawach rozliczonych lub przygotowanych do rozliczenia
54.	Rozliczenia z NFZ	<p>Możliwość wyszukania zestawów świadczeń do zbiorowej edycji wg kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kodu i nazwy umowy z NFZ, - komórki organizacyjnej, - kodu i nazwy świadczenia NFZ, - daty wykonania świadczenia.
55.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość oznaczania wyszukanych zestawów świadczeń w celu wykonania zbiorowej edycji zestawów świadczeń.
56.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykonania symulacji zbiorowej zmiany w wyszukanych zestawach świadczeń.
57.	Rozliczenia z NFZ	<p>Możliwość wykonania zbiorowej zmiany w wyszukanych zestawach świadczeń minimum w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kodu świadczenia, - kodu produktu kontraktowego

58.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukania zestawów świadczeń w celu zbiorowej zmiany wartości świadczeń wg kodu i nazwy umowy.
59.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość równoczesnej prezentacji obecnej wartości świadczenia i wartości świadczenia po zmianie (punktowej i kwotowej) przed wykonaniem zbiorowej zmiany.
60.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami).
61.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania historii wykonanych świadczeń powiązanych z umowami zawartymi z kontrahentami (NFZ, płatność własna pacjenta, umowy z firmami) minimum w zakresie: - dane pacjenta, - nazwa kontrahenta, - data realizacji, - miejsce realizacji, - dane ze skierowania, - nazwa świadczenia, - kod świadczenia,
62.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukiwania danych w historii wykonanych świadczeń minimum wg kryteriów: - okres realizacji świadczenia, - nazwa kontrahenta.
63.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wykonania wydruku: "Karta informacyjna dla pacjenta UE"
64.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość dodawania i wypełnienia informacji o dokumentach potwierdzających prawo do świadczeń (ubezpieczenie) dla wybranego pacjenta
65.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wydrukowania dokumentacji pacjenta np. wypełnionego oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń.
66.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania pełnej dokumentacji medycznej pacjenta (historie chorób z przychodniów, porady, badania, zabiegi) zgromadzonej w systemie.
67.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość aktualizacji słownika kodów procedur medycznych ICD-9 (automatyczna aktualizacja z pliku)
68.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wczytywania plików z pulą recept dla lekarzy
69.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji POZ dla pacjentów.
70.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji do lekarza rodzinnego POZ.
71.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji do pielęgniarki POZ.
72.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji do położnej POZ.

73.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji z zakresu medycyny szkolnej.
74.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji dotyczącej opieki nad pacjentem z cukrzycą
75.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość ewidencjonowania deklaracji dotyczącej opieki nad pacjentem zakażonym wirusem HIV
76.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przechowywania deklaracji POZ dla pacjentów, zawierające dane pacjenta (podstawowe i adresowe) zgodne ze stanem na dzień zakładania deklaracji.
77.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wydrukowania dokumentu deklaracji do lekarza rodzinnego POZ.
78.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wydrukowania dokumentu deklaracji do pielęgniarki POZ.
79.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wydrukowania dokumentu deklaracji do położnej POZ.
80.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wyszukania zaewidencjonowanych w systemie deklaracji z użyciem minimum następujących kryteriów: - aktywność deklaracji, - status zatwierdzenia, - identyfikator deklaracji, - nazwisko pacjenta, - imię pacjenta, - numer PESEL pacjenta, - typu deklaracji.
81.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość weryfikacji poprawności danych w deklaracji POZ.
82.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość weryfikacji poprawności danych w deklaracjach POZ polegający na kontroli informacji o dacie usunięcia deklaracji względem innych deklaracji dla tego samego pacjenta. Weryfikacja dotyczy pola z datą wycofania deklaracji, której nie można usunąć, gdy istnieje inna aktywna deklaracja tego samego typu.
83.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość prezentowania informacji o przyczynie błędu w deklaracji POZ popełnionego przy wprowadzaniu danych
84.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość weryfikacji zgodności generowanego komunikatu DEKL z szablonem XSD zgodnym z aktualnym stanem prawnym
85.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość prezentowania informacji o przyczynie błędu w deklaracji POZ wynikającego z odebrania zbiorczego komunikatu potwierdzającego P_DEKL
86.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przeglądania deklaracji ujętych w komunikacie P_DEKL.

87.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość filtrowania, podczas przeglądania deklaracji ujętych w komunikacie P_DEKL, minimum wg następujących kryteriów: - zatwierdzone deklaracje, - odrzucone deklaracje, - typ deklaracji (L,P,S,O,C,H).
88.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość filtrowania, podczas przeglądania deklaracji ujętych w komunikacie P_DEKL, wraz z pokazaniem liczby deklaracji spełniających kryteria filtrów.
89.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość prezentowania informacji o przyczynie błędu w deklaracji POZ wynikającego z odebrania zbiorczego komunikatu weryfikującego Z_WDP.
90.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość filtrowania, podczas przeglądania deklaracji ujętych w komunikacie Z_WDP, wraz z pokazaniem liczby deklaracji spełniających kryteria filtrów.
91.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przygotowania zestawu danych do zbiorczego sprawozdania POZ (komunikat ZBPOZ)
92.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość przygotowania zbiorczego sprawozdania POZ (komunikat ZBPOZ) w cyklu miesięcznym lub półrocznym
93.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego informacje o aktualnych błędach i problemach w zestawach świadczeń.
94.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego obecny stan realizacji kontraktu z płatnikiem NFZ.
95.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego obecny stan realizacji kontraktu z płatnikiem NFZ. Zestawienie ma pozwalać na przedstawienie, w postaci tabeli z podziałem na poszczególne miesiące i produkty kontraktowe, wartości kwotowej wykonanych świadczeń w korelacji z wartością limitu
96.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego obecny stan realizacji kontraktu z płatnikiem NFZ. Zestawienie ma pozwalać na przedstawienie danych dla wybranego produktu kontraktowego
97.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego obecny stan realizacji kontraktu z płatnikiem NFZ. Zestawienie ma pozwalać na przedstawienie wartości kwotowych wykonanych świadczeń i limitów w wariantach miesięcznym lub narastającym w okresie obowiązywania umowy.

98.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość wygenerowania i wyeksportowania do formatu xls zestawienia przedstawiającego obecny stan realizacji kontraktu przez wybrany personel medyczny (ilość punktów wypracowanych w wybranym okresie rozliczeniowym np. przez danego lekarza, przez dany przychodnia, poradnię)
99.	Rozliczenia z NFZ	Możliwość podpięcia faktury zakupowej leków pod konkretny produkt rozliczeniowy.

9. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Kolejki Oczekujących	Możliwość zdefiniowania wielu list oczekujących wg zakontraktowanych świadczeń np. świadczenie ambulatoryjne, program terapeutyczny, stomatologiczny, psychiatrycznych.
2.	Kolejki Oczekujących	Zapis pacjenta do listy oczekujących z możliwością ewidencji danych zgodnie z wymogami NFZ
3.	Kolejki Oczekujących	Możliwość ewidencjonowania: danych osobowych, danych adresowych, tymczasowych danych adresowych, danych o ubezpieczycielu, płatniku, danych o rodzinie
4.	Kolejki Oczekujących	Powiązanie zapewniające automatyczne wpisanie pacjenta do kolejki oczekujących podczas rejestracji skierowania w przychodni.
5.	Kolejki Oczekujących	Możliwość zapisu tego samego pacjenta do kilku list oczekujących.
6.	Kolejki Oczekujących	Możliwość zmiany planowanej daty porady lub badania.
7.	Kolejki Oczekujących	Możliwość skreślenia pacjenta z listy oczekujących ręcznie, automatycznie po zrealizowaniu wizyty z odpowiednim kodem skreślenia.
8.	Kolejki Oczekujących	Możliwość przeglądu aktualnego stanu list oczekujących
9.	Kolejki Oczekujących	Możliwość zapisywania do kolejek oczekujących bezpośrednio w jednostkach organizacyjnych do których pacjenci oczekują
10.	Kolejki Oczekujących	Możliwość tworzenia miesięcznych sprawozdań z liczby oczekujących na poszczególne świadczenia oraz średniego czasu oczekiwania wg formatu XML opublikowanego przez NFZ
11.	Kolejki Oczekujących	Automatyczna zmiana zapisów w kolejce oczekujących lub zmian kolejki w przypadku zmian w rejestracji pacjenta
12.	Kolejki Oczekujących	Automatyczne generowanie pierwszych wolnych terminów na podstawie podanego parametru zajętości listy

13.	Kolejki Oczekujących	Generowanie zestawień z podziałem na przypadki pilne i stabilne.
14.	Kolejki Oczekujących	Tworzenie tygodniowych komunikatów z pierwszymi wolnymi terminami

10. ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Tworzenie elektronicznej dokumentacji medycznej w formacie XML.
2.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Tworzenie elektronicznej dokumentacji medycznej z wykorzystaniem standardów XML, XSLT oraz XSD
3.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Umożliwienie elektronicznego podpisywania dokumentów z wykorzystaniem podpisów kwalifikowanych i niekwalifikowanych.
4.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Podpisywanie dokumentów XML zgodnie ze standardem XML XAdES.
5.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Umożliwienie weryfikacji podpisów elektronicznych w ogólnodostępnych narzędziach weryfikujących podpisy elektroniczne.
6.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Tworzenie dokumentu elektronicznego na etapie ewidencji danych.
7.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Możliwość wersjonowania i przechowywania zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej
8.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Możliwość przeglądania historii zmian w dokumentacji medycznej zapisywanej w postaci elektronicznej
9.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Ograniczenie dostępu do dokumentów medycznych zgodnie z nadanymi uprawnieniami w systemie
10.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Dostęp do dokumentów z dowolnego miejsca w systemie
11.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Generowanie dokumentów elektronicznych XML zgodnych ze standardem HL7 CDA
12.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Przechowywanie dokumentów elektronicznych w archiwum zintegrowanym z rekordem pacjenta

13.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Możliwość wyświetlenia elektronicznych dokumentów medycznych przez użytkownika w formacie XML.
14.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Przechowywanie w systemie i umożliwienie dostępu do wszystkich utworzonych dokumentów.
15.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Możliwość przekazywania podpisanych elektronicznych dokumentów medycznych do innych systemów w ramach integracji.
16.	Elektroniczna dokumentacja medyczna	Możliwość wydrukowania dokumentu z opisem wyniku badania oraz informacją że dokument został podpisany z użyciem podpisu elektronicznego

11. e-USŁUGI DLA PACJENTÓW

4. Portal Internetowy

Oferowany Portal ma na celu zapewnienie kompleksowej, ustandaryzowanej i uproszczonej obsługi procesów związanych z usługami medycznymi oraz dostarczenie istotnych informacji, patrząc szczególnie ze strony pacjenta.

Portal spełnia poniższe wymagania:

Wymagania ogólne

1. nowoczesny interfejs responsywny;
2. prostota i intuicyjność obsługi, pozwalająca na pracę osobom nieposiadającym umiejętności technicznych;
3. pojedyncze logowanie (single sign-on, SSO) dające dostęp do wszystkich usług danego użytkownika;
4. zgodność z wymaganiami WCAG 2.1:

Z udostępnionych e-usług będą mogli korzystać również różne grupy osób niepełnosprawnych.

- **rozwiązanie dla osób niesłyszących oraz niedosłyszących / posługujących się językiem migowym.**

System umożliwia osobie głuchej komunikację w jakości nie niższej niż w sytuacji, gdyby osoba była w pełni słyszająca. Rozwiązanie polega na integracji stanowiska komputerowego w Rejestracji/Izbie Przyjęć z zewnętrzną usługą Tłumacz on-line. Interesant „rozmawia” z tłumaczem za pomocą języka migowego a równocześnie tłumacz komunikuje się z pracownikiem Instytucji metodami konwencjonalnymi. W ten sposób pracownikowi udaje się pokonać bariery w komunikowaniu się z osobami głuchymi lub/i niedosłyszącymi bez konieczności posiadania umiejętności posługiwania się językiem migowym. Atutem rozwiązania jest możliwość przeprowadzenia rozmowy na żądanie, w każdej chwili bez konieczności wcześniejszego umawiania obecności tłumacza

języka migowego. Do komunikacji wykorzystuje się technologie komunikacji video poprzez wyposażenie stanowiska komputerowego w kamerę internetową. Schemat organizacji pracy:

- Niesłyszący interesant wchodzi do Rejestracji/Punktu Obsługi Pacjenta
- Już przy wejściu widzi graficzną informację o dostępnej usłudze Tłumacza on-line.
- Znak ten go nakierowuje do konkretnego miejsca, gdzie jest stanowisko Tłumacza on-line (nie musi to być oddzielne pomieszczenie ani wydzielone stanowisko, choć jest to zalecane dla wyższego komfortu niesłyszącego interesanta).
- Pracownik placówki loguje się na platformę Tłumacza on-line, po czym łączy się z dostępnym, certyfikowanym tłumaczem języka migowego.
- Tłumacz języka migowego dokonuje profesjonalnego tłumaczenia, dzięki czemu pracownik i niesłyszący interesant sprawnie się komunikują. powyżej.

- **rozwiązania dla osób niedowidzących**

Uzupełnienie platformy do świadczenia e-usług pod kątem potrzeb niewidomych użytkowników komputerów. Rozwiązanie składa się z oprogramowania do syntezy mowy w połączeniu z czytnikiem ekranu i pozwala obsługiwać komputer i zainstalowane w nim programy przez osobę, która całkowicie nie widzi. Sprawia, że niewidomi mogą być zintegrowani cyfrowo — korzystają z szybkiego dostępu do informacji i usług. O ile zachodzi taka potrzeba użytkownik może przejść do trybu pracy dla osób niedowidzących pobierając dodatkowe oprogramowanie – tzw. „wtyczkę”.

5. Portal E-usług pełni funkcje serwisu informacyjnego dla publikacji treści (dane różnych typów) statycznych i dynamicznych, oraz interfejsu dostępowego dla pacjentów do usług telekonsultacji i telediagnostyki.
6. Portal współpracuje z systemami informatycznymi przychodni w trybie bezpośredniej integracji na poziomie baz danych (widok, migawka) i usług (WebServices).
7. W relacjach łączności zewnętrznej przewiduje się zastosowanie mechanizmów ochrony w postaci uwierzytelnienia, podpisu elektronicznego i kodowania danych w zależności od ich zastosowań i stopnia poufności.
8. Dostęp do portalu podlega indywidualnemu uwierzytelnianiu (identyfikator, kod dostępu) i jest chroniony kryptograficznie na poziomie transmisji danych (Secure Socket Layer – SSL). Uwierzytelnianie ma być możliwe za pomocą:
 - a. Podpisu elektronicznego kwalifikowanego – pracownicy,
 - b. Stosowanie profilu zaufanego ePUAP – dla pacjentów oraz personelu,
 - c. Unikalnego loginu i hasła.

Charakterystyka funkcjonalna

1. aktualizacja serwisu informacyjnego przez użytkowników bez umiejętności tworzenia stron WWW i znajomości wymaganych do tego standardów (HTML, XHTML, DHTML, CSS, itp.),
2. oddzielenie treści od wyglądu (prezentacji),
3. utrzymanie jednolitego wyglądu i struktury,
4. funkcje CMS (systemu zarządzania treścią),
5. umożliwienie współdziałania wielu osób przy publikacji,
6. umożliwienie tworzenia otwartych publikacji, w których każdy czytelnik może wyrazić swoją opinię (fora wewnętrzne dla zarejestrowanych użytkowników/pacjentów i lekarzy),
7. dodatkowe funkcje, jak wyszukiwanie, ułatwienia w linkowaniu stron, automatyczne datowanie, formatowanie obrazków etc.
8. Istnieją odpowiednie narzędzia wspomagające autorów i użytkowników w zarządzaniu treścią. Najważniejsze cechy systemu zarządzania zawartością:
 - elastyczność systemu, łatwość rozbudowy i zmian w systemie,
 - możliwość wykorzystania gotowych szablonów do przygotowania poszczególnych stron i dokumentów - wyeliminowanie konieczności powtarzania standardowych fragmentów kodu HTML oraz standardowych elementów serwisu,
 - możliwość definiowania standardowej struktury i elementów strony WWW,
 - możliwość zdefiniowania etapów procesu publikacji: korekta, zatwierdzanie, publikacja i archiwizacja,
 - możliwość zdefiniowania uprawnień osób na poszczególnych etapach przygotowania treści dla poszczególnych grup autorów, redaktorów, administratorów strony – możliwość rozdzielania prac nad systemem na zespoły odpowiedzialne za poszczególne elementy: treść, grafikę, wyświetlanie, operacje na bazie danych,
 - możliwość budowania różnych modeli otwartych forów (w szczególności adnotacji do publikowanych materiałów),
 - oddzielenie operacji bazodanowych od kodu odpowiedzialnego za prezentację danych,
 - rozdzielenie kodu wykonywalnego od kodu odpowiedzialnego za wyświetlanie i wygląd strony (HTML, grafika).

Funkcjonalność

Portal będzie dostępny w Internecie oraz w interaktywnym stanowisku informacyjnym (informacje) i będzie zawierał następujące grupy informacji:

1. Serwis informacyjny:

- a. informacje o Placówce – profil działalności i specjalizacja medyczna, informacje teleadresowe, godziny otwarcia i godziny przyjęć, prezentacja topologicznego położenia gabinetów i jednostek organizacyjnych (mapa), informacje o personelu, itp.
- b. Informacje o strategiach rozwoju, planach, realizowanych programach, zamówieniach publicznych. Informacje o strategiach rozwoju, planach, realizowanych programach, zamówieniach publicznych

2. Usługi medyczne:

- a. informacje na temat świadczonych usług medycznych (katalog usług/procedur), szczegółowa lista schorzeń, których leczenie podejmuje się PLACÓWKA,
- b. informacje o lekarzach realizujących procedury medyczne, informacje o dostępności poszczególnych lekarzy oraz godziny ich przyjęć,
- c. poradniki i instruktaże o charakterze ogólnym i profilaktycznym.

3. Informacje o warunkach świadczenia usług:

- a. artykuły i publikacje poświęcone poszczególnym typom schorzeń jak również informacje o ich przyczynach, sposobach leczenia, możliwościach przeciwdziałania itd.,
- b. publikacje poświęcone szeroko rozumianej profilaktyce oraz promocji zdrowego trybu życia,
- c. informacje na temat praw i obowiązków pacjenta,
- d. informacje dla odwiedzających na temat możliwości zakwaterowania, godzin przyjęć,
- e. informacje na temat organizowanych seminariów oraz spotkań na terenie Placówki.

Uwaga! Publikacja tych informacji musi być realizowana w trybie szczególnej czułości na ich kompetencję, tak aby mogła być uznawana za wiarygodne i godne zaufania ich źródło.

E-Uslugi

Dostawa i wdrożenie pakietu E-usług

W oparciu o dane zgromadzone i udostępnione przez system informatyczny, powstanie nowoczesna platforma informatyczna przeznaczona E-usług która będzie wykorzystywana do tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta.

Zakup ten zrealizuje następujące założenia:

- Standaryzację formatów wymiany dokumentacji medycznej
- Implementacja standardów wymiany dokumentacji medycznej (regiony, placówki ochrony zdrowia, wsparcie)
- Upowszechnienie implementacji systemów elektronicznej dokumentacji medycznej
- Upowszechnienie wykorzystania drogi elektronicznej w tym wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej wśród usługobiorców i usługodawców.

E-szkolenia

Lp.	Minimalne wymagania -
1.	usługa internetowej platformy szkoleń wewnętrznych dla pracowników oraz pozostałych komórek organizacyjnych – samodzielnych stanowisk pracy z wykorzystaniem internetu.
2.	Pracownicy za pomocą tej usługi będą przygotowywać szkolenia interakcyjne dla pacjentów w zakresie swojej pracy i swojej komórki organizacyjnej. Np. Pracownia diabetologiczna będzie dla swoich pacjentów tworzyć diety oraz szkolenia uświadamiające.
3.	W celu weryfikacji nabytej wiedzy pacjent będzie mógł zrobić sobie testy sprawdzające. Testy te będą mogły być wykonywane zarówno przed zapoznaniem się z materiałem szkoleniowym jak również po . Pacjent będzie widział swoje wyniki zgodnie z ich uzyskaniem w czasie
4.	O wynikach testów będą informowani pacjenci oraz za ich zgodą wynik będzie

	przesyłana do jego lekarza.
--	-----------------------------

E- diagnostyka oraz e-wynik

Lp.	Minimalne wymagania - E- diagnostyka oraz e-wynik
1.	Usługa umożliwiająca zarejestrowanym pacjentom zapoznanie się z wynikami badań diagnostycznych z pracowni Laboratorium oraz rtg na stronie internetowej poprzez konto pacjenta, pobranie podpisanego elektronicznie wyniku badania.
2.	E-usługa wymaga logowania przy pomocy loginu i hasła lub profilu zaufanego
3.	usługa do dystrybucji cyfrowych danych i obrazów medycznych pozwalający na podgląd wykonanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej . Pacjent będzie miał możliwość ściągnięcia i zainstalowania przeglądarki do obrazów oraz po jej uruchomieniu ich wyświetlenie
4.	Pacjent będzie mógł za pomocą tej usługi przekazać do swojego lekarza wyników badań uzyskanych w innej placówce w wersji elektronicznej. Po przekazaniu ich lekarz zwrótnie poinformuje pacjenta o swojej opinii dodatkowych pytaniach na które musi odpowiedzieć pacjent w celu uszczegółowienia diagnozy. Lekarz może podjąć decyzję o koniecznej wizycie. Lekarz w takim wypadku gdy uzna to za bardzo istotne z punktu widzenia leczenia czy stanu zdrowia pacjenta może dokonać zapisu pacjenta do gabinetu i poinformowania o tym pacjenta poprzez system sms lub mailowo. W takiej sytuacji jeżeli pacjent nie potwierdzi tej wizyty system po 3 krotnej próbie poinformuje rejestratorki o koniecznym kontakcie osobistym.
5.	Moduł ten jest powiązany z modułem Teleopieki. Za jego pomocą pacjent będzie mógł zapoznać się z wynikami uzyskanymi z urządzeń zdalnych do których będzie podłączony

	w ramach teleopieki. Ponadto za jego pomocą pacjent będzie mógł wprowadzać wyniki badań które realizuje w ramach swoich pomiarów: ciśnienie czy poziom cukru.
--	---

E-profilaktyka

Lp.	Minimalne wymagania - E- kolejka
1.	Uruchomienie internetowej platformy informacyjnej dla mieszkańców miasta i powiatu z zakresu podstawowej wiedzy o profilaktyce zdrowotnej, pierwszej pomocy itp.
2	Możliwość zadawania pytań w zakresie wiedzy ogólnej z profilaktyki i uzyskania droga elektroniczna odpowiedzi
3.	Możliwość weryfikacji wiedzy o profilaktyce poprzez egzamin wypełniany na stronie.
4.	Poprzez zakładkę czat będzie możliwy kontakt z lekarzem w celu bezpośredniego uzyskania odpowiedzi w wyznaczonych godzinach pracy.
5	Do dyspozycji pacjentów zostanie uruchomiony dzienniczek pomiaru ciśnienia. Pacjent będzie wprowadzał dane po dokonaniu pomiaru , dzienniczek automatycznie będzie miał wbudowany system kontroli pomiarów przy niepokojących wynikach poinformuje pacjenta o koniecznej wizycie u lekarza.

E- rejestracja do poradni z powiadomieniami

Lp	Minimalne wymagani - E- rejestracja do poradni specjalistycznych
•	Usługa umożliwiająca zarezerwowanie terminu wizyty u lekarza w poradni przez Internet przy pomocy dedykowanego serwera z odpowiednią aplikacją WEB zintegrowaną z systemem medycznym.
•	Usługa umożliwia zamawiającemu konfigurację usługi w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> Wyboru poradni specjalistycznych do których pacjent może się zarejestrować poprzez wykorzystanie e-usługi System musi pozwalać na definiowanie zakresu grafików spośród dostępnych, jakie udostępnia się on-line.
•	Usługa musi być ściśle zintegrowana z modułem rejestracji do poradni pod względem: <ul style="list-style-type: none"> Grafików przyjęć do poszczególnych przychodni (terminarz) Wolnych terminów Rezerwacji terminów w grafikach (terminarzu), w tym kolejek oczekujących
•	Usługa musi umożliwiać załączanie pliku – skierowanie, wyniki badań itp. maksymalna wielkość i format pliku oraz ich ilość musi być możliwa do określenia przez administratora systemu.
•	Obsługa rezerwacji terminu w poradni przez pacjenta musi odbywać się z wykorzystaniem bezpiecznego połączenia Internetowego - wymaga się zabezpieczenia serwisu certyfikatem SSL

<ul style="list-style-type: none"> • 	<p>Wymaga się konieczności przeprowadzenia rejestracji użytkownika w systemie i późniejszej autoryzacji w celu rezerwacji terminu (wymagalność podania danych osobowych oraz email) jeśli zostanie podany numer telefonu do usługi sms będzie ona aktywna</p> <ul style="list-style-type: none"> • logowanie pacjenta za pomocą użytkownika i hasła, • pierwsze logowanie poprzedza rejestracja i potwierdzenie danych, • należy zastosować mechaniczny ograniczające możliwość popełniania błędów jak walidacja nr pesel, powielanie kont pacjentów itp. • podczas rejestracji system na podstawie podanego numeru pesel sprawdzi czy pacjent występuje już w zasobach systemu medycznego • jeśli zostanie podany numer telefonu do usługi sms będzie ona aktywna, • wymagana zmiana hasła po pierwszym logowaniu,
<ul style="list-style-type: none"> • 	<p>E-usługa musi umożliwiać pacjentowi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Przeglądania list usług możliwych do realizacji w placówce Zamawiającego dla pacjenta • Przeglądania list usług możliwych do rezerwacji przez Internet • możliwość rezerwacji terminu usługi z preferowanymi terminami (zakres dat, dni tygodnia, przed południem, po południu, pierwszy wolny termin) • umożliwienie określenia celu wizyty u lekarza, z podziałem na: przypadek nagły incydentalny, stan nagły przy chorobie przewlekłej, wizytę kontrolną, wizytę po kolejną receptę, wizytę po skierowanie na

	<p>badanie specjalistyczne,</p> <ul style="list-style-type: none"> • prezentacja danych o zaplanowanych wizytach i usługach, • prezentacja informacji o stanie usługi (zaplanowana, anulowana, wykonana), • możliwość wydruku potwierdzenia rezerwacji: data i godzina usługi, imię, nazwisko pacjenta, numer rezerwacji, miejsce wykonania usługi, informacje dodatkowe dla pacjenta, • dostęp do informacji o lokalizacji miejsca wykonania usługi (adres przychodni, numer gabinetu) • system musi umożliwiać wysyłanie elektronicznego potwierdzenia rezerwacji przy pomocy GSM SMS oraz email • możliwość odwołania rezerwacji.
•	<p>E-usługa musi powiadamiać pacjenta o odwołaniu wizyty poprzez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konto pacjenta • E-mail • Sms <p>przy pomocy e- usługi: e- powiadomienia</p>
•	<p>System musi posiadać zestaw narzędzi do zarządzania rezerwacjami on-line:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rezerwacje on-line powinny być wyróżnione w systemie 2. musi wystąpić narzędzie do wystawiania tych rezerwacji dla określonego dnia i lub poradni / gabinetu oraz wydrukowanie raportu 3. pracownicy rejestracji mogą wysyłać powiadomienia email oraz do

	określonych pacjentów czy grup pacjentów wybranych według poradni, dnia zarejestrowanej wizyty w przypadkach np. nieobecności lekarza lub celach informacyjno promocyjnych
•	Wysyłka komunikatów za pośrednictwem modułu e-powiadomienia.
•	Usługa posiada system autentyfikacji – wymagane logowanie przy pomocy loginu i hasła
•	<p>E-usługa automatycznie powiadamiająca pacjentów o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zbliżającym się terminie wizyty u lekarza • Zbliżającym się badaniu • Przesuniętej wizycie u lekarza • Przesuniętym terminie badania <p>Poprzez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sms • E-mail • Konto pacjenta
•	<p>Wykonawca dostarczy i zainstaluje usługę która umożliwi wysyłanie wiadomości sms. Wstępnie system umożliwi wysłanie 10 tys. z możliwością dokupowania przez Zamawiającego kolejnych ilości wysłanych wiadomości. System wysyłania będzie wyposażony w zestaw raportów o realizacji usługi oraz ilości wiadomości jakie pozostały do wykorzystania.</p>

E--kolejka

Lp.	Minimalne wymagania - E- kolejka
1.	<p>Pacjent otrzyma możliwość zapisania się do kolejki obsługiwanej przez SZPZLO Warszawa-Mokotów ale również przez jednostki partnerskie. Pacjent będzie posiadał możliwość wyboru i akceptacji która jednostkę partnerską wybiera i czy na pewno. W przypadku potwierdzenia że decyduje się na to rozwiązanie otrzyma na wskazanego maila informacje o sposobie dotarcia środkami komunikacji miejskiej lub drogami publicznymi. Dzięki tej funkcjonalności uzyska szybszy dostęp do realizowanych świadczeń.</p> <p>-system informatyczny będzie automatycznie sprawdzał, czy nie występują konflikty kolejek, tzn. czy pacjent nie jest już zapisany na taki sam zabieg, bądź wizytę lekarską do placówki.</p> <p>Dodatkowo system za pomocą wiadomości Mailowych oraz sms cały czas będzie przypominał pacjentowi o zaplanowanej wizycie. W każdej chwili pacjent może odesłać sms z informacją nie i system poinformuje rejestratorki że pacjent rezygnuje z wizyty</p>

E-recepta

Lp.	Minimalne wymagania - E- recepta
1.	E-usługa umożliwiająca przekazywanie recepty w formie elektronicznej.
2.	– usługa umożliwiająca pacjentom składanie zamówienia na wystawienie recepty na lekarstwa przyjmowane na stałe co w połączeniu z uruchomionymi programami P1 oraz P2 umożliwi pacjentowi realizację recepty bezpośrednio w aptece.

3	Pacjent będzie miał możliwość składania zamówienia na recepty. Informacja taka trafi również do lekarza prowadzącego który będzie miał możliwość zablokowania jej wystawienia i zaproszenie pacjenta na badania co spowoduje automatyczne powiadomienie pacjenta z prośbą o kontakt z jego strony. Dodatkowo e-recepta jako usługa będzie informowała pacjenta o kończących się mu lekach. Informacja taka będzie przekazywana na 60 dni po odbiorze ostatniej recepty. Usługa będzie wymagała potwierdzenia jej otrzymania, dopiero po niej informacja przestanie być wysyłana.
---	--

E-przychodnia

Lp.	Minimalne wymagania -
1.	E przychodnia będzie też między innymi przewodnikiem dla pacjenta po wirtualnej przychodni. Oprócz rozmieszczenia gabinetów oraz zapytania jak dojść do niego pacjent będzie mógł zapoznać się procedurami medycznymi które są w niej realizowane. Sposobie przygotowania się do poszczególnych badań i specjalnościach które są leczone w przychodni .Uzyska informacje o przygotowaniu się do niektórych badań oraz o ich ewentualnych skutkach ubocznych. Dodatkowo usługa ta ma wspierać prace lekarzy z POZ oraz lekarzy z jednostek partnerskich. Lekarz jednostki POZ z poziomu swojego Loginu może wejść do dedykowanej części systemu. W zakładce moi pacjenci będzie po nr pesel wybrać swojego pacjenta z przychodni POZ. Uzyska dostęp do wszystkich danych związanych z leczeniem swojego pacjenta w przychodniach. Zakres udostępnianych danych będzie ustalany przez SZPZLO Warszawa-Mokotów oraz

	pacjenta który poprzez system ,zostanie poproszony o udzielenie zgody na taki dostęp. Lekarz będzie miał możliwość konsultacji stanu zdrowia swojego pacjenta z innym lekarzem w jednostce partnerskiej. Pacjent będzie otrzymywał informacje o takim działaniu. Pacjenci którzy mają swoje konto w przychodni będą mieli dostęp za pomocą tej usługi do grup dyskusyjnych w celu zapoznania się z innymi opiniami czy wymiana informacji o niepokojących objawach.
--	---

E- archiwizacja

Lp.	Minimalne wymagania - E- archiwizacja
1.	E-usługa umożliwiająca Zamawiającemu archiwizowanie wybranych przez niego danych na przestrzeni dyskowej o pojemności min 50 gb znajdującej się poza jednostką Administracji, dane będą przesyłane za pośrednictwem sieci Internet wykorzystując do tego celu łącze internetowe posiadane przez SZPZLO Warszawa-Mokotów.
2.	Dostęp do przestrzeni dyskowej e-usługi będzie realizowany przez dedykowane rozwiązanie zaproponowane przez wykonawcę. Rozwiązanie to pozwala na założenie min 5 kont użytkowników z dostępem tylko do swoich danych. E-usługa ma zapewnić bezpieczeństwo archiwizowanych danych przed utratą,
3.	W przypadku gdy system główny w SZPZLO Warszawa-Mokotów nie będzie działał lub utraci połączenie z miejscem archiwizacji za pomocą internetu portal pacjenta realizujący e-usługi przekieruje pacjenta do tego miejsca. Dzięki tej usłudze zapewniony zostanie dostęp do danych w przypadkach krytycznych. Pacjent oraz inne placówki zawsze będą miały zagwarantowany wgląd w dokumentacje pacjenta oraz najważniejsze o nim informacje związane z leczeniem . Pacjent będzie miał dostęp do usługi za pomocą hasła i loginu lub profilu zaufanego. Usługa ta będzie ponadto archiwizować dodatkowo całą dokumentację medyczną danego pacjenta. Za jej pośrednictwem pacjent będzie mógł zdecydować o jej zarchiwizowaniu w dowolnie innym miejsc przez siebie wskazanym.

E-Wizyta Kontrolna

Lp.	Minimalne wymagania - E- wizyta
1.	Moduł jest dostępny z portalu pacjenta i ściśle współpracuje z systemem przychodni zdrowia. Na bieżąco sprawdza którzy pacjenci zgodnie z chorobami przewlekłymi na które się leczą muszą w niedługim czasie zapisać się na wizytę kontrolną lub poddać się badaniom okresowym. System będzie informował pacjent o koniecznym badaniu i wysyłał informacje że musi się zapisać na wizytę kontrolną. Komunikacja będzie za pomocą SMS lub maila. System będzie oczekiwał potwierdzenia otrzymania informacji od pacjenta. W przypadku gdy nie otrzyma po 3 krotnym wezwaniu informacji zostanie przekazana do rejestratorek informacja o konieczności kontaktu bezpośredniego celem umówienia pacjenta na wizytę

E- edukacja

Lp.	Minimalne wymagania - E- edukacja
1.	<p>E – usługa zawierająca 11 filmów edukacyjnych o tematyce medycznej zawierające lektora języka migowego.</p> <p>Tematyka filmów</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pierwsza Pomoc przedlekarska (BLS). 2. Edukacja chorych na cukrzycę. 3. Zaopatrywanie ran drobnych. 4. Zasady postępowania w przypadku zdarzenia drogowego przed przybyciem służb ratowniczych. 5. Postępowanie w przypadkach ukąszenia żmij.

	<p>6. Postępowanie w przypadkach kontaktu ze zwierzęciem chorym lub podejrzanym o zakażenie wirusem wścieklizny.</p> <p>7. Zasady szczepień u dzieci (obowiązkowych). Mity i fakty o zagrożeniach.</p> <p>8. Postępowanie w przypadkach zakażenia chorobą weneryczną.</p> <p>9. Zasady postępowania w przypadkach zakażenia chorobą zakaźną.</p> <p>10. Zasady zdrowego odżywiania.</p> <p>11. Zasady korzystania z usług medycznych w ramach kontaktu z NFZ.</p>
2	<p>Na podstawie zaprezentowanych filmów pacjent będzie mógł rozwiązać rebus z poszczególnych filmów i tematów. Rebus za każdym razem gdy pacjent źle wpisze odpowiedź przeprowadzi dodatkowe szkolenie informujące dlaczego ta czynności lub działanie jest błędne. Rebus będzie wymuszał na użytkowniku jego skończenie czyli Użytkownik będzie rozwiązywał Rebusy aż otrzyma prawidłowe hasło po jego prawidłowym rozwiązaniu. Po wprowadzeniu tego hasła do menu usługi w wyznaczonym miejscu otrzyma dodatkowy bonus w postaci dostępu do dwunastego filmu.</p>

E- POZ

Lp.	Minimalne wymagania - E- POZ
1.	<p>współpracujący Lekarz jednostki współpracującej z poziomu swojego Loginu może wejść do dedykowanej części systemu. W zakładce moi pacjenci będzie po nr pesel mógł wybrać swojego pacjenta. Uzyska dostęp do wszystkich danych związanych z leczeniem</p>

	<p>swojego pacjenta w przychodniach oraz do zakładki ZLECENIA</p> <p>E-usługa – Pozwala pacjentowi na decydowanie o dostępie do jego dokumentacji medycznej. Dodatkowo pozwalająca personelowi na dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta nie tylko w swojej placówce ale również w placówkach partnerskich. Lekarz będzie mógł zlecać swojemu pacjentowi za pomocą usługi badania lub wizyty , będzie mógł dokonać ich rezerwacji oraz dokonywania korekt. Pacjent z poziomu swojego konta w portalu będzie musiał autoryzować dla danego lekarza dostęp do jego badań. W każdej chwili będzie mógł ten dostęp ograniczyć. Dodatkowo system będzie informował pacjenta za pomocą sms lub mailowo o podjętym działaniu danego lekarza w celu zapoznania się z jego wynikami. Lekarz będzie natomiast poinformowany sms lub mailowo ze dany pacjent cofnął mu dostęp do dokumentacji medycznej</p>
--	---

Integracja z systemami P1, P2

Integracja z P1

<i>Opis</i>
<p>Tworzenie w systemie HIS dokumentacji medycznej w standardzie HL7 CDA, zgodnej z Polską Implementacją Krajową, opublikowaną przez CSIOZ, przynajmniej w zakresie dokumentów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recepta - skierowanie do szpitala - skierowanie do poradni specjalistycznej - skierowanie do laboratorium

<i>Opis</i>
<p>Przyjmowanie przez system HIS dokumentacji medycznej w standardzie HL7 CDA, zgodnej z Polską Implementacją Krajową, opublikowaną przez CSIOZ, przynajmniej w zakresie dokumentów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - skierowanie do szpitala - skierowanie do poradni specjalistycznej - wynik (opis) badania radiologicznego - wynik badania laboratoryjnego <p>oraz zapisywanie danych z tej dokumentacji, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tworzenie rekordu pacjenta - tworzenie rekordu skierowania - zapis wyników badania <p>Dostarczenie, skonfigurowanie i uruchomienie serwera wymiany komunikatów, którego celem będzie przetestowanie powyższych wymogów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dwukierunkowe przekazywanie (z i do systemu HIS) dokumentów HL7 CDA - użycie technologii web service - autoryzacja w oparciu o login i hasło - Podpisywanie przekazywanych dokumentów podpisem kwalifikowanym

Integracja z P2

Projekt P2 został zakończony i funkcjonuje pod nazwą Platforma Rejestrów Medycznych. Zamawiający wymaga integracji w zakresie pobierania danych z tej platformy zgodnie z poniższymi kryteriami.

<i>Opis</i>
<p>Pobieranie i aktualizowanie danych udostępnionych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wykorzystanie tych danych do weryfikacji poprawności skierowań, dostarczanych przez pacjentów.</p> <p>Pobieranie i aktualizowanie danych udostępnionych w Rejestrze Produktów Leczniczych oraz wykorzystanie tych danych do wystawiania recept.</p>

<i>Opis</i>
Pobieranie i aktualizowanie danych udostępnionych w Rejestrze Hurtowni Farmaceutycznych oraz wykorzystanie tych danych do weryfikacji poprawności faktur zakupu produktów leczniczych.
Pobieranie i aktualizowanie danych udostępnionych w Rejestrze Systemów Kodowania za pośrednictwem udostępnionego przez CSIOZ web service, przynajmniej w zakresie:
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
- Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9PL

12. MIGRACJA DANYCH- HIS, PACS, RIS

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1	HIS,RIS,PACS WYMAGANIA OGÓLNE	Wykonawca ma zapewnić migracje danych z systemu Medicom do nowego systemu, w zakresie nie mniejszym niż: Pacjenci - Imię, Nazwisko, Pesel, Adres, Przychodnia NFZ, Dane opiekuna Personel – Imię, Nazwisko, Pesel, grupa, NPWZ(jeśli posiada) Deklaracje - zgodnie z wymaganiami NFZ Kolejki Oczekujących - zgodnie z wymaganiami NFZ Zdjęcia RTG wraz z opisem Harmonogramy pracy lekarzy Pacjenci zapisani na wizyt w przyszłość - Imię, Nazwisko, Pesel, Adres, Przychodnia NFZ, Dane opiekuna dane skierowania (jeśli wymagane)
2	MIGRACJA DANYCH	Przenoszenie danych odbywać się będzie przy pomocy wygenerowanych z poszczególnych systemów plików tekstowych csv, xml lub xls, które zapewni Zamawiający. Ilość plików, jak i szczegółowy zakres i format przenoszonych informacji zostanie określony z Wykonawcą w trakcie analizy przedwdrożeniowej.

Systemy obecnie użytkowane przez Zamawiającego

Nazwa i producent	Wersja	Baza danych	Wykorzystywany zakres	Komórki użytkujące
Marcel	2.493.6.1.1598	Firebird		LABORATORIUM
Medinet	07.10.116	MS SQL 2012 Standard		HIS/PACS /RIS

13. RAPORTY

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Przychodnia	Możliwość umieszczenia logo przychodni na wybranych dokumentach i raportach.
1.	Raporty	Tworzenie zestawień wymaganych przez obowiązujące akty prawne
2.	Raporty	Przygotowywanie raportów do instytucji zewnętrznych: PZH, CZP, NFZ, w formatach wymaganych przez te instytucje
3.	Raporty	Definiowanie standardowych raportów statystycznych z przychodni.
4.	Raporty	Definiowanie standardowych zestawień wg procedur medycznych, rozpoznań diagnostycznych
5.	Raporty	Eksport danych z wygenerowanych raportów do arkuszy kalkulacyjnych, plików tekstowych, plików PDF
6.	Raporty	Możliwość samodzielnego tworzenia raportów opartych na standardowych modelach danych do tego przeznaczonych
7.	Raporty	Możliwość udostępniania przygotowanych raportów wybranym grupom użytkowników
8.	Raporty	Możliwość udostępniania wbudowanych raportów wybranym grupom użytkowników
9.	Raporty	Możliwość udostępniania samodzielnie przygotowanych formularzy dodatkowej dokumentacji pacjenta
10.	Raporty	Możliwość zapisu wszystkich raportów przynajmniej do formatu .pdf oraz .XLS Zestaw raportów wspomagających zarządzanie przedsiębiorstwem
11.	Raporty - Administrator HIS	Możliwość przydzielania z poziomu aplikacji raportów i zestawień statystycznych dla grup użytkowników

12.	Raporty - System ZSI	System będzie posiadał rozbudowaną funkcjonalność w zakresie uprawnień użytkowników do poszczególnych dokumentów i raportów w systemie (w tym prawo do odczytu, zapisu, edycji, anulowania, usunięcia).
13.	Raporty - Przychodnia	Możliwość przygotowania raportu przedstawiającego listę pacjentów ze statusem potwierdzenia eWUŚ na dzień
14.	Raporty - Przychodnia	System umożliwia nadawanie indywidualnych uprawnień np. lekarz, pielęgniarka, przełożony (odczyt, zapis, modyfikacja) dla poszczególnych raportów, sprawozdań.
15.	Raporty - Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonywania raportów zestawień z wykonanych badań.
16.	Raporty - Pracownia Diagnostyczna	Możliwość wykonania raportu z analizą zdjęć powtórzonych, odrzuconych
17.	Raporty - Pracownia Diagnostyczna	Możliwość przygotowania raportu przedstawiającego listę pacjentów ze statusem potwierdzenia eWUŚ na dzień
18.	Raporty - Apteczka Przychodni	Możliwość generowania bieżących raportów i zestawień
19.	Raporty - Rehabilitacja	Możliwość tworzenia wewnętrznych zestawień i raportów statystycznych
20.	Raporty	Oferowany system zapewnia możliwość tworzenia raportów wymaganych wdrożonymi u zamawiającego normami ISO 9001, ISO 14000, akredytacją CMJ w podstawowej opiece zdrowotnej.

14. MEDYCYNĄ SZKOLNA

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Medycyna Szkolna	Oferowany system ZSI posiada e-portal dla pielęgniarek medycyny szkolnej, w placówkach zdalnych z szyfrowanym połączeniem np. "VPN", „ssl"
2.	Medycyna Szkolna	<p>Dodawanie danych dot. nowej osoby w zakresie: imię, nazwisko, nr PESEL, data urodzenia, płeć. W przypadku obcokrajowców dodatkowo; nr paszportu, nr karty pobytu, kraj wydania (wybór kraju z zakładce). Dane adresowe; ulica, nr domu/mieszkania, miejscowość. Dane opiekuna; imię i nazwisko, adres e-mail, nr telefonu. Posiadanie oświadczenia o niepełnosprawności, typ niepełnosprawności, zgoda na fluoryzację, status klasy, typ szkoły, klasa, odznaczenie klasy.</p> <p>Po wprowadzeniu daty urodzenia system oblicza wiek ucznia w układzie; np. 9 lat , 10 miesięcy, 4 dni.</p>

3.	Medycyna Szkolna	Obsługa słowników Teryt (słownik kodów terytorialnych gmin, miejscowości, ulic, kodów pocztowych).
4.	Medycyna Szkolna	System oferuje oprogramowanie zapewniające poprawność nr PESEL
5.	Medycyna Szkolna	Możliwość wyszukiwania zdublowanych rekordów wg kryteriów; ten sam PESEL, imię, nazwisko, data urodzenia, adres
6.	Medycyna Szkolna	Możliwość filtrowania ilości uczniów w poszczególnych szkołach
7.	Medycyna Szkolna	Możliwość filtrowania ilości uczniów w poszczególnych klasach w jednej szkole a także we wszystkich szkołach. Tak samo z podziałem wg płci.
8.	Medycyna Szkolna	Możliwość filtrowania ilości uczniów w poszczególnych szkołach.
9.	Medycyna Szkolna	Możliwość filtrowania ilości uczniów w poszczególnych szkołach ze względu na orzeczenie o niepełnosprawności, wykonane zabiegi fluoryzacji.
10.	Medycyna Szkolna	W zakładce rodzaju badań dot. masa ciała powinny zawierać pola o nazwie; wysokość ciała, masa ciała, BMI (system automatycznie wylicza wartości zgodnie z siatkami zróżnicowane wg płci). Inne dane jak; centyl wysokości ciała, centyl masy ciała wartości wyliczane zgodnie z siatkami zróżnicowane wg płci, pomiary obwodu talii i obwodu bioder oraz pole otyłość brzuszna.
11.	Medycyna Szkolna	W zakładce rodzaju badań dot. ostrości wzroku powinny być pola; badanie w okularach i bez okularów oddzielnie dla oka prawego i lewego, pole pt. zez (wybór między widoczny i niewidoczny), cover test (wybór między ujemny, dodatni), odbicie światła na rogówkach (wybór między symetryczne, niesymetryczne), inne zaburzenia do wpisania, widzenie barw (wybór między prawidłowe, nieprawidłowe)
12.	Medycyna Szkolna	W zakładce rodzaju badań dot. słuchu powinny być pola; ucho prawe, ucho lewe (wybór między prawidłowe, nieprawidłowe)
13.	Medycyna Szkolna	W zakładce rodzaju badań dot. układu ruchu powinny być pola; układ ruchu (wybór między prawidłowy , nieprawidłowy. W przypadku wyboru nieprawidłowy (wybór poz,1-4 min 1, max 4).
14.	Medycyna Szkolna	W zakładce rodzaju badań dot. ciśnienia tętniczego powinny być pola; pomiar I, pomiar II, średnia z pomiarów, centyl ciśnienia skurczowego, centyl ciśnienia rozkurczowego (system automatycznie wylicza

		wartości zgodnie z siatkami centylowymi wg płci), ocena ciśnienia tętniczego wg zakresu)
15.	Medycyna Szkolna	W zakładce zalecenia i wskazówki dot. masy ciała, ostrości wzroku, słuchu, układu ruchu, ciśnienia tętniczego.
16.	Medycyna Szkolna	W zakładce statystyki; wykonywane w oparciu o zakres: masa ciała w normie, znaczna niedowaga, niedowaga, szczupłość, nadwaga, otyłość, razem) oraz wybrane założenie; liczba i %, a także wykres słupkowy. Dodatkowo statystyki dla ciśnienia tętniczego, ostrości wzroku, układy ruchu i inne.
17.	Medycyna Szkolna	Podczas dodania ucznia pacjenta musi być zapewniona możliwość wyszukania w rejestrze pacjentów lub dodania nowego rekordu pacjenta. Wyszukanie pacjenta wg minimum następujących kryteriów: nazwisko, imię, tytuł, nr PESEL, płeć, data urodzenia, wiek, adresu zamieszkania (miejscowość, ulica, numer domu, kod pocztowy)

15. OBSŁUGA PACJENTÓW ODDZIAŁU REHABILITACJI DZIENNEJ

Lp.	Obszar	Opis funkcjonalności
1.	Oddział dzienny	Obsługa listy pacjentów Oddziału: - wyszukiwanie pacjentów na liście wg różnych parametrów, - wyszukanie pacjenta na podstawie kodu kreskowego z opaski, - modyfikacja danych pacjentów z listy oddziałowej,
2.	Oddział dzienny	Przegląd danych archiwalnych pacjenta: - w zakresie danych osobowych, - w zakresie danych z poszczególnych wizyt, badań diagnostycznych, laboratoryjnych
3.	Oddział dzienny	Zaplanowanie późniejszego terminu przyjęcia – wpis do Księgi Oczekujących Oddziału,
4.	Oddział dzienny	Rejestracja przyjęcia pacjenta na Oddziale: - nadanie numeru Księgi Oddziałowej – automatycznego lub przez użytkownika, - wprowadzenie danych lekarza prowadzącego, (z wykorzystaniem wbudowanego słownika) wprowadzenie danych o miejscu hospitalizacji w ramach oddziału: odcinka oddziałowego, ,

5.	Oddział dzienny	Ewidencja elementów pobytu pacjenta na Oddziale: - wywiad wstępny z możliwością użycia katalogu predefiniowanych pojęć, określeń, sformułowań, treści, - możliwość wykorzystania szablonów i zdefiniowanych formularzy do wprowadzania danych (np. z wywiadu), - rozpoznania: wstępne, współistniejące i końcowe,
6.	Oddział dzienny	Wykonane pacjentowi elementy leczenia (zlecenia): - procedury, w tym zabiegi, - badania diagnostyczne, - leki, - konsultacje, - obserwacje,
7.	Oddział dzienny	Proponowanie wolnych terminów (pierwszy wolny)- dla wszystkich zleconych zabiegów
8.	Oddział dzienny	Obsługa raportów lekarskich i pielęgniarskich.
9.	Oddział dzienny	Prowadzenie i wydruk Historii Choroby w podziale na: - dane z przyjęcia pacjenta, - wywiad wstępny (przedmiotowo, podmiotowo), - przebieg choroby,
10.	Oddział dzienny	Wydruki dokumentów wewnętrznych Oddziału, w tym: - Karta Informacyjna
11.	Oddział dzienny	Możliwość prowadzenia apteczki oddziałowej
12.	Oddział dzienny	Ewidencja cykli w osobodniu pobytu dziennego.
13.	Oddział dzienny	Możliwość zdefiniowania gabinetów konsultacyjnych i zabiegowych w ramach oddziału z pełną funkcjonalności modułu gabinet.
14.	Oddział dzienny	Raporty o wykonanych zabiegach i punktach w realizacji kontraktu z NFZ

Parametry RIS/Pacs

Lp.	PARAMETRY	PARAMETRY GRANICZNE	Oferowane parametry (OPISUJE WYKONAWCA)
System PACS			
1	Licencja bez ograniczeń liczby podłączanych urządzeń medycznych. Licencja bezterminowa i bez ograniczeń liczby zapisanych badań	Tak	
2	System umożliwia przesyłanie, archiwizację i udostępnianie obrazów medycznych w standardzie DICOM 3.0	Tak	
3	Funkcja zdalnego konfigurowania i zarządzania systemem poprzez sieć Internet szyfrowanym protokołem komunikacyjnym	Tak	
4	Obsługa zewnętrznych macierzy typu NAS bez limitu pojemności i bez konieczności zakupu dodatkowych licencji	Tak	
5	Automatyczne tworzenie kopii zapasowych obrazów na nośnikach CD/DVD na wewnętrznej nagrywarce CD/DVD i napędach LTO	Tak	
6	Automatyczne tworzenie kopii zapasowych systemu (baza danych oraz pliki systemu) na nośnikach CD/DVD na wewnętrznej nagrywarce CD/DVD	Tak	
7	System umożliwia zmianę statusu badania w RIS po archiwizacji w PACS	Tak	
8	System posiada funkcję autoroutingu pozwalającą na automatyczne przesłanie obrazów na odpowiednią stację diagnostyczną w zależności od typu badania.	Tak	
9	System umożliwia podłączenie i konfigurację stacji diagnostycznych w dowolnej liczbie bez ograniczeń licencyjnych	Tak	
10	Funkcja łączenia badań ze zleceniami w przypadku wcześniejszej rejestracji w kontroli CR lub w przypadku błędu	Tak	
11	System można uruchomić na kilku serwerach jednocześnie, w celu rozłożenia obciążenia generowanego przez transmisję obrazów z wielu urządzeń i stacji diagnostycznych	Tak	

12	System musi umożliwiać archiwizację i wyświetlanie danych przesyłanych w oparciu o standard DICOM 3.0, min. klasy SOP: Computed Radiography Image Storage, Digital X-Ray Image Storage – For Presentation i Processing, Standard Mammography Image Store – For presentation i Processing, Standard i Enhanced CT Image Storage, Ultrasound Standard Image Storage, Ultrasound Multi-frame Image Storage, Standard i Enhanced MR Image Storage, Digital Intra-oral X-Ray Image Storage – For Presentation i Processing, X-Ray Angiographic Image Storage, X-Ray Radiofluoroscopic Image Storage, Nuclear Medicine Image Storage, Secondary Capture Image Storage, Multi-Frame Single Bit Secondary Capture Image Storage, Multi-Frame Grayscale Byte Secondary Capture Image Storage, Multi-Frame Grayscale Word Secondary Capture Image Storage, Multi-Frame true Color Secondary Capture Image Storage, Standalone Overlay Storage, Standard Modality LUT Storage, Standard VOI LUT Storage, Raw Data Storage, Standard VL Endoscopic Image Storage, Standard Video Endoscopic Image Storage, Basic Text SR, Enhanced SR, Comprehensive SR, Mammography CAD SR.	Tak	
13	System może być zainstalowany na serwerze głównym oraz zapasowym bez konieczności zakupu dodatkowych licencji wraz z uruchomioną replikacją bazy danych oraz obrazów za ostatnie 12 mieś. Tak by w razie awarii serwera głównego można było w ciągu max. 30 min. uruchomić system z serwera zapasowego.	Tak	
14	Funkcja pozwalająca użytkownikowi na rejestrowanie nowych	Tak	

	urządzeń medycznych i stacji diagnostycznych na podstawie parametrów: AET,IP,Port bez potrzeby wzywania serwisu producenta		
15	System PACS/RIS jednego producenta	Tak	
16	Funkcja pozwalająca użytkownikowi wykonywanie kopii zapasowej systemu oraz badań obrazowych w zewnętrznych Centrach Danych bez konieczności zakupu dodatkowych licencji	Tak	
17	Dokumentacja systemu i instrukcja użytkownika w j.polskim	Tak	
System RIS			
1	Licencja bezterminowa, bez ograniczeń liczby użytkowników i liczby zapisanych badań	Tak	
2	System PACS/RIS jednego producenta	Tak	
3	Baza danych w technologii SQL	Tak	
4	System umożliwia zapis i archiwizację danych demograficznych i adresowych pacjentów	Tak	
5	System umożliwia generowanie DICOM WorkList dla urządzeń diagnostycznych	Tak	
6	System umożliwia wprowadzanie i archiwizację opisów badań oraz ich statusów	Tak	
7	Proces wprowadzania opisu jest oparty o listę roboczą prezentującą minimum: Imię i nazwisko Rodzaj badania Jednostkę kierującą Płatnik Status badania	Tak	
8	System jest zintegrowany z oprogramowaniem diagnostycznym	Tak	
9	Funkcje integracji z oprogramowaniem diagnostycznym, minimum: eFilm i Jivex	Tak	
10	System umożliwia zapis danych z uwzględnieniem minimum: Rodzaju badania Lekarza kierującego i jednostki kierującej Daty zlecenia Planowanej daty badania	Tak	

	Płatnika Zakładu pracy		
11	System umożliwia wykonywanie raportów z zakresie minimum: - wykaz badań z podziałem na płatników - wykaz badań z podziałem na jednostki kierujące - wykaz badań z podziałem na lekarzy zlecających - wykaz badań z podziałem na procedury - wykaz badań z podziałem na lekarzy opisujących - wydruk księgi pracowni	Tak	
12	System umożliwia eksport wybranych zestawień i raportów do formatu txt i csv	Tak	
13	System umożliwia zlecenie kilku badań jednocześnie dla jednego pacjenta	Tak	
14	Możliwość sprawdzenia poprawności PESEL	Tak	
15	Zabezpieczenie przed wpisywaniem danych tego samego pacjenta	Tak	
16	System posiada zintegrowaną przeglądarkę obrazów DICOM nie wymagającą instalowania dodatkowego oprogramowania. Obsługującą min. Funkcje: - Zmiana okna w czasie rzeczywistym (Dicom Window Level) - Automatyczne dostosowanie Dicom Window Level dla zaznaczonego obszaru - Dopasowanie obrazu do rozmiaru okna - Narzędzia do pomiaru odległości, kątów, obszaru - Funkcja obracania obrazu, odbicia lustrzanego - Inwersja skali szarości - Wyświetlanie kilku obrazów jednocześnie, wybór układu wyświetlania (1x1, 2x1, 3x3...) - Możliwość jednoczesnego opisywania badania i przeglądania obrazów - Podgląd obrazów w postaci miniatur	Tak	
17	System umożliwia nagrywanie badań pacjentów na nośnikach CD/DVD na wewnętrznej nagrywarce CD/DVD na stacji	Tak	
18	System umożliwia podłączenie zewnętrznych duplikatorów	Tak	

	nagrywających na CD/DVD w celu automatycznego nagrywania płyt z badaniami pacjentów		
19	Nagrane płyty z wynikami badań zawierają oprogramowanie prezentujące dane pacjenta/badania wraz z przeglądarką obrazów DICOM uruchamiane bezpośrednio z płyty i nie wymagające instalowania dodatkowego oprogramowania lub bibliotek	Tak	
20	System zintegrowany z archiwum PASC w zakresie zmiany danych pacjenta- zmiana danych w RIS wywołuje zmianę w PACS	Tak	
21	System jest wyposażony w graficzny moduł administracyjny umożliwiający: Dodawanie i edycję użytkowników Dodawanie i edycję usług Dodawanie i edycję cennika usług Dodawanie i edycję jednostek organizacyjnych Nadawanie uprawnień dla użytkowników	Tak	
22	System jest wyposażony w moduł kontroli uprawnień dla użytkowników, kontrola dostępu do poszczególnych funkcji systemu oraz do określonych typów badań dla każdego użytkownika	Tak	
23	System umożliwia integrację z zewnętrznymi systemami protokołem HL7, bez konieczności zakupu dodatkowych licencji. Wykonane min. 3 integracje z zewnętrznymi systemami medycznymi	Tak, Podać gdzie wykonano integrację z HIS	
24	System posiada zintegrowany słownik ortograficzny podkreślający błędnie wpisane słowa na czerwono, usprawniający proces wpisywania opisów i eliminujący podstawowe błędy literowe	Tak	
25	Skanowanie papierowej dokumentacji medycznej (opisy, zlecenia...). Skany po konwersji do standardu DICOM dołączane są do badania	Tak	
26	Dedykowany moduł do opisywania badań mammograficznych przesiewowych. Zintegrowany z programem SIMP w zakresie rejestracji pacjenta oraz przesłania ankiety pacjenta i wyniku badania	Tak	
27	Obsługa pracowni mobilnych typu mammo bus/rtg bus. Możliwość zdalnego zarejestrowania pacjenta, przesłanie z centralnego systemu listy pacjentów (dicom worklist). Przesłanie badań do centralnego systemu	Tak	

28	Zintegrowany z systemem RIS terminarz planowania badań obsługujący jednocześnie wiele pracowni diagnostycznych	Tak	
29	Możliwość zdeklarowania czasu trwania badania indywidualnie dla każdego rodzaju badania	Tak	
30	Widok zajętych i wolnych terminów wykonania badań w poszczególnych pracowniach w obrębie danego dnia lub tygodnia	Tak	
31	Specjalizowany terminarz dla pracowni pracujących w trybie 3 - zmianowym. I zmiana - II zmiana - Inne. Z konfigurowaną ilością wolnych terminów na dany dzień.	Tak	
32	Specjalizowany terminarz dla pracowni pracujących w układzie 2 - zmianowym, I zmiana - II zmiana, z możliwością zadeklarowania ilości wolnych terminów na dany dzień wraz z przypisaniem godzin przyjęcia	Tak	
33	Specjalizowany terminarz dla pracowni działających w układzie 1 - zmianowym, z możliwością zadeklarowania ilości wolnych terminów na dany dzień wraz z przypisaniem godzin przyjęcia	Tak	
34	Opis badania z zatwierdzeniem przez lekarza opisującego	Tak	
35	Możliwość tworzenia wzorców opisów badań z rozgraniczeniem na ogólnodostępne dla wszystkich i dostępne tylko dla osoby tworzącej wzorzec	Tak	
36	Wzorce opisów wraz z możliwością zarządzania nimi przez użytkownika (lekarza opisującego) w tym dodawanie, edycja i modyfikacja wzorca	Tak	
37	Możliwość umieszczenia logo pracowni/ SZPZLO Warszawa-Mokotów na wydruku wyników badań dla pacjenta	Tak	
38	System posiada repozytorium dokumentów, umożliwiające zapis przy badaniu dodatkowych dokumentów (*.doc, *.pdf, *.jpg, *.bmp, *.avi itp.)	Tak	
39	System posiada wbudowaną przeglądarkę dokumentów typu *.txt, *.bmp, *.jpg, *.avi	Tak	
40	System umożliwia automatyczne otwarcie dokumentów (nie obsługiwanych przez wbudowaną przeglądarkę) w zewnętrznej aplikacji (np. Adobe Acrobat dla plików typu pdf)	Tak	

41	System może być zainstalowany na serwerze głównym oraz zapasowym bez konieczności zakupu dodatkowych licencji wraz z uruchomioną replikacją bazy danych oraz obrazów za ostatnie 12 mieś. Tak by w razie awarii serwera głównego można było w ciągu max. 30 min. uruchomić system z serwera zapasowego.	Tak	
42	Funkcja pozwalająca użytkownikowi wykonywanie kopii zapasowej systemu oraz pacjentów/badań w zewnętrznych Centrach Danych bez konieczności zakupu dodatkowych licencji	Tak	
43	Dokumentacja systemu i instrukcja użytkownika w j. polskim	Tak	

Przeglądarka			
narzędzia do obróbki obrazu i pomiarów:		Tak	
<ul style="list-style-type: none"> • Płynne powiększanie i przesuwanie • Ustawienia jasności i kontrastu, tryb negatywu • Domyślne ustawienia okna dla Tomografii Komputerowej (płucne, kostne, etc.) • Obroty (90, 180 stopni), odbicia lustrzane (w poziomie i pionie) • Długość odcinka • Średnia, minimalna i maksymalna wartość parametru (np. gęstość w jednostkach Hounsfielda w Tomografii Komputerowej) w obrębie koła/elipsy oraz jej powierzchnia • Wartość kąta (normalny oraz kąt Cobba) • Narzędzie ołówka do rysowania odręcznego 			
Otwieraj i wyświetlaj badania otrzymane różnymi metodami obrazowania:		Tak	
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografia cyfrowa (CR, DX) • Mammografia (MG) • Tomografia komputerowa (CT) • Rezonans magnetyczny (MR) • Pozytonowa tomografia emisyjna PET-CT (PT) • Ultrasonografia (US) • Cyfrowa angiografia (XA) • Gamma kamera, medycyna nuklearna (NM) • Obrazy wtórne i zeskanowane (SC) • Structured Reports (SR) 			
Obsługiwanie różnorodnych typów plików DICOM:		Tak	

<ul style="list-style-type: none"> • Monochromatyczne (np. CR, CT, MR) i kolorowe (np. US, rekonstrukcje 3D) • Obrazy statyczne (np. CR, MG, CT) i dynamiczne sekwencje (np. XA, US) • Nieskompresowane i skompresowane (RLE, JPEG Lossy, JPEG Lossless, JPEG 2000) 	
<p>porównywanie różnych serii i badań</p> <p>możliwość otworzenia wielu serii tego samego badania lub różnych badań w celu ich porównania, zarówno w tym samym jak i w wielu oknach przeglądarki. Serie z obrazami uzyskanymi w tej samej płaszczyźnie (np. tomografia komputerowa przed i po podaniu środka kontrastowego) są domyślnie automatycznie synchronizowane.</p> <p>Przy przeglądaniu serii z różnymi płaszczyznami obrazu (np. badanie rezonansu magnetycznego) wyświetlane są linie referencyjne dla lepszej korelacji anatomii.</p>	Tak
Rekonstrukcje wielopłaszczyznowe MPR - wykonanie rekonstrukcji obrazów w płaszczyznach ortogonalnych (czołowa, strzałkowa, osiowa, skośne - w zależności od płaszczyzny obrazów źródłowych).	Tak

Integracja z systemem HIS	
Integracja z systemem HIS za pomocą protokołu HL7CDA	Tak
Odbiór informacji o zleconych badaniach dla pacjentów (dane pacjentów i zlecenia)	Tak
Zmiana danych zleconych badań (anulowanie, zmiana daty wykonania, zmiany danych zlecenia)	Tak
Odsyłanie informacji o wykonaniu badania, wraz z linkiem URL umożliwiającym otwarcie obrazów badania. Funkcja dostępna na każdym komputerze z zainstalowaną końcówką systemu RIS	Tak
Uaktualnienie danych pacjenta/badania dla wykonanych badań. Zmiana w RIS powoduje aktualizację w PACS (baza danych i obrazy)	Tak
Funkcja zlecenia nagrania badania na automatycznym duplikatorze CD/DVD umożliwiająca nagranie badania (obrazy i opis)	Tak

.....

/ miejscowość, data /

.....

/ podpis Wykonawcy/ osoby upoważnionej/